

# 길리안 바레 증후군으로 최종 진단된 위증 환자의 고찰 1례와 이를 통한 위증 질환의 범주 책정 및 치료의 차등성 여부에 대한 논의

이승현\*

원광대학교 전주한방병원

## Review on Wei Symptom in General with this Rare Clinical Study on 1case of Patient with Wei symptom Finally Dianosed as Guillain-Barre Syndrome and Whether Distinction should be Made in Treatment and Categorizing in Clinical Aspect

Seung Hyun Lee\*

Department of acupuncture & moxibustion, Jeonju Oriental Medicine Hospital

To see whether this rare clinical case of patient with guillain Barre syndrome which is a type of acute inflammatory demyelinating polyneuropathy could provide further insight in categorizing Wei symptom(痿證) in general. To treat Wei symptom(痿證) using traditional herbal medicine Bojoongikgi-tangkami(補中益氣湯加味) and electronic acupuncture applied on the yangmyung channel(陽明經) selected in the Yellow Emperor's of internal medicine and on Panggwang chanel considered as painful lesion. There was significant improvement in motor grade of patient in spite of the period it took to recover and there was sequela left behind as well. The basic concept of "treating yangmyung channel(陽明經) most of all(獨取陽明)" is emphasized in treatment of Wei symptom(痿證) and contains nourishment of middle warmer energy(補中益氣), clear yangmyung(清化陽明).

Key words : Wei symptom(痿證), Guillian Barre syndrome, yangmyung, nourishment of middle warmer energy(補中益氣)

### 서론

痿證은 肢體의 筋脈이 弛緩되어 手足이 痿軟無力함으로 말미암아 隨意的 運動을 할 수 없는 것을 특징으로 하는 一種의 病症이라고 할 수 없으며, 갑자기 돌발적으로 발생하거나 혹은 서서히 발병하며 경자는 痿閉不用하고 甚하면 生命이 위험할 수 있는 질병이다<sup>1)</sup>.

위증의 원인에 대하여 <素問·痿論>에서는 중 원인을 肺熱 葉焦로 지적하였고 張景岳은 原氣가 敗上하고 精虛하여 灌溉치 못하고 血虛하여 營養치 못하므로 筋骨이 萎弱되어 不用하게 된다고 하였으며,<sup>2)</sup> 五臟이 모두 痿證을 발생시키는데 肝에 熱이 있

으면 筋痿가 되고 心에 熱이 있으면 脈痿가 되고 脾에 熱이 있으면 肉痿가 되고 腎에 熱이 있으면 骨痿가 되고 肺에 熱이 있으면 痿躄이 된다고 하였다.<sup>3)</sup>

痿證의 원인은 다양한 형태로 역대 문헌상에 나타나지만, 肺熱津耗, 濕熱侵襲으로 인해서 발병과 진행이 빠른 實證型和 脾胃虛弱, 肝腎虧虛에 의해서 발병과 진행이 느린 虛證型으로 요약하여 나누어 볼 수 있다. 치료적인 측면에서는 <素問·痿證論><sup>4)</sup>에서 “帝曰 … 論言治痿者, 獨取陽明何也?”이고 하여 脾胃의 調理에 중점을 두어서 培土固本하였고, 혹은 陽明濕熱을 清火하는 방법을 서술하였는데, 이는 痿證에 대한 기본적인 치료의 원칙으로 여겨지고 있다<sup>5)</sup>.

서양의학에서는 위증은 주로 감각 장애 및 근위축을 동반하거나 동반하지 않는 대마비(paraplegia) 혹은 사지마비(tetraplegia)로 볼 수 있으며 크게 척수 질환, 말초신경병증(다발성 신경병증), 근육 질환, 신경근 접합 질환 등으로 구분할 수가 있다.<sup>6)</sup>

\* 교신저자 : 이승현, 전주시 덕진구 덕진동 1가 원광대학교 전주한방병원  
· E-mail : lsh130489@hanmail.net, · Tel : 010-3012-8494  
· 접수 : 2006/11/03 · 수정 : 2007/01/04 · 채택 : 2007/02/08

이중 Guillain-Barre syndrome은 흔히 감염후 다발성신경염 또는 급성 감염성 다발성 신경염으로 불리우며 말초신경계의 탈수초성 병변으로 인하여 이완성 운동마비가 유발되는 질환이다.<sup>7)</sup>

주된 임상증세는 근력 약화로 다소 대칭적이며, 수주일에서 일주 내지 이주에 걸쳐 서서히 진행함이 보통이나 드물게 더 오래 진행이 될 수 있다. 지각이상(tingling, burning sensation), numbness 등이 흔한 초기 증세로 1-2주 지나서까지도 진행하기도 한다. 종종 질병의 전과정중 안 나타나기도 한다. 환자의 과반수 이상에서 통증을 호소하며 주로 둔부, 대퇴부, 허리에서 통증이 나타난다.<sup>8)</sup> 임상적 특징은 위약 발생은 초기부터 전신화 되어 주로 근위부에 분포하거나 원위부에서 시작되어 점차 상승할 수 있다. 심한 경우에는 호흡근 및 뇌신경근이 침범되며, 위약은 신경학적인 증상이 나타난 후 3주 정도에 가장 심하다. 20% 정도에서는 기관절개 및 인공호흡이 요구된다. 50% 환자에서는 어느 정도의 안면근 위약이 발생한다.<sup>9)</sup>

진단은 점진적이면서도 대칭성의 운동마비, 심부건반사의 소실, 전신적 무반사, 경증의 감각 마비, 뇌척수액 검사상 무세포와 단백질의 상승, 신경전도 속도의 감소, 점진적인 회복과 양호한 예후에 의해서 되어질 수 있다.<sup>10)</sup>

본 논문에 대하여 조사하면서 저자는 제반 위증에 대한 문헌적 고찰을 다룬 저작은 많았으나 이를 척수성(요추간관 탈출에 의한 좌골신경신경 압박), 비척수성(총비골신경 마비), 기타 원인불명(Guillain-Barre syndrome의 경우가 이에 해당) 등 별개의 증후로 세분화하여 다룬 치험례에 대하여 논한 연구는 드물었으며 이러한 제반 상이한 증후군들이 오로지 위증이란 한 용어로 혼용되어 다루어짐은 학술적으로는 물론 임상으로도 적지 않은 문제가 있음을 다시 한번 확인할 수 있었다. both feet weakness, dorsiflexion 및 외번운동 기능 저하 및 감각 저하, diarrhea(물 같은 양상의 설사), mild anorexia(경도의 식욕부진),

심한 보행장애(gait disturbance)로 내원 당시 stretching car로 내원하신 진단방사선 소견상(Brain CT-non contrast, X-ray L spine series) 별무 소견을 보인 환자 일례를 침구, 전침, 한약요법, 물리치료요법을 시술하여 유의한 호전을 보였기에 보고하는 바이다.

## 증 례

1. 환자 : 이 O O, F/79세

2. 치료 기간 : 2005.8.9~2005.10.7

3. 주소증

1) both feet weakness, dorsiflexion 및 외번운동 기능 저하 및 감각 저하

motor grade 상지- 우:2-3 좌: 4 / 하지- 우:2-3 좌: 2-3

중풍환자의 경과를 측정하기 위하여 사용하는 0-5개 단위의 motor grade로 평가 참조

2) diarrhea(물 같은 양상의 설사)

3) mild anorexia(경도의 식욕부진)

4) 심한 보행장애(gait disturbance), 내원 당시 stretching car로 내원하심

5) both side facial palsy

4. 과거력 및 가족력

20년전 장염으로 예수병원 15-20일간 AD Tx.하였으며 그 외에도 젊었을 당시 잦은 설사 증상으로 몇 차례 치료받으심

5. 현병력

상기환자는 현 79세의 마른 체격의 여환으로 평소 건강 상태는 양호하였으며, 과거에 장염으로 몇 차례 입원 치료 받은 것이외는 특이사항은 없었습니다. 다만 05.7.31발병 당시 물 같은 설사를 발병일 기준으로 3일간 평균 1일 3회로 지속적으로 하였던 것이 특이적이었습니다. 이에 06.5.8.3일경 local 보건소에 내원하여 OPD Tx. 하여 다소 호전을 보이는 듯 싶어 8.4 다시 일하기 시작하였으며 both hand weakness 보이기 시작하더니 8.5일 기상후 both leg motor grade 떨어지는 등 상기 증세 급속도로 진행하여 both leg weakness로 보행이 힘들게 되었으며 8.5 즉시 타병원으로 이송되어 Brain CT 촬영하였으나 이상 소견 발견 못하고 지내다가 경과가 더욱 진행하여 보행불가로 침상생활을 하게 되었습니다. 이에 환자분 및 보호자 원하여 2005.8.9일경 본원 한방침구과 외래에 상담 및 검진을 위하여 내원하였다가 보다 전문적인 한방치치 위하여 입원하게 되었습니다

6. 초진 소견

발병일(05.7.31) 당시 상한 음식 드신후 3일간 지속적인 물설사 반복(1일 3-5회), 이후 사지위약 발생(양측 하지 motor grade 2-3, 상지 motor grade 4.5), 경도의 식욕부진 다소, 양쪽 구각(口角) 아래로 처진 듯한 소견 있었음

7. 이학적 소견 및 검사소견

1) DTR

(deep tendon reflex)

PTR(+ /+) ATR(+ /+)

+ (저하), ++ (정상), +++ (항진)

2) babinski(- /-)

3) EMG(electromyogram)

체간 근전도 검사

하지근전도 검사

하지운동신경전도검사

하지감각신경전도검사

관독소견: 감각신경전도검사상 좌우측 superficial peroneal nerve는 SNAP(sensory nerve action potential)의 amplitude가 작은 소견 보이며 운동신경전도검사상 deep peroneal nerve는 CMAP(compound motor action potential)의 amplitude가 작은 소견을 보였고 침근전도 검사상 tibialis anterior, peroneous, longus, , EDB muscle에서 비정상에서 비정상 자발전위가 관찰되고 voluntary contraction시 recruitment가 감소된 소견을 보임

conclusion: polyneuropathy and neuritis , unspecified

4) 방사선 소견

X-ray C-spine series(AP & Lateral), L-spine series(L-spine oblique Rt./Lt., L-spine Lateral, L-spine AP), abdomen supine, chest Lateral Lt. chest PA, 본인 촬영

Brain CT(non-contrast), 타병원 촬영

관독소견: cervical& Lumbar상 diffuse spondylosis 및 osteoporosis, T, L spine compression Fx. 소견 외 별무 소견, Brain CT상 WNL

5) 기타 검사

뇌척수액 검사 실시(입원후 20일 경과하여 별도로 전북대의과대학 병원 의뢰함)

검사소견: Guillain-Barre syndrome 양성 반응 판정 conduction and denervation in Guillain -barre Polyneuropathy (Brown & Feasby)의 기준에 의거하여 Group 3에 해당(Table 1)

Table 1. conduction and denervation in Guillain -barre Polyneuropathy (Brown & Feasby)

class	symptoms
group 1	Minor signs and symptom examination such impaired vibration sense or absent tendon reflex No definite gait abnormality
group 2	Minor motor disability apparent in the activities of daily living More obvious neurological abnormalities such as muscle wasting, weakness or sensory loss Able to walk with a walker or support
group 3	Substantial limitation on daily activities as a result of weakness such as the inability to walk with mechanical aid or being confined to a wheel chair or bed

8. 입원 당시 한방사진 및 변증

양측하지무력 및 위약감, 족하수, 식욕부진, 설사 증상 보였음

9. 치료

1) 한약처방

본원 보중익기탕가미(補中益氣湯加味)

黃芪 8g, 人蔘 8g, 甘草(炙) 8g, 桂枝 8g, 柴胡 8g, 防風(植) 8g, 白朮(土炒) 8g, 鈞鈎藤 8g 當歸 6g, 陳皮 6g, 獨活 6g, 羌活 6g, 烏藥 6g, 茵陳 4g, 麥門冬 4g, 麥芽(炒) 4g, 山查 4g, 升麻 4g, 天麻 4g, 酸棗仁(炒) 4g, 五味子 2g, 遠志 2g

2) 침구처방

短針(동방침구침, 0.3×30mm)으로 足三里, 太谿에 刺鍼하였다. 長針(동방침구, 0.3×60mm)으로는 大腸俞, 關元俞, 殿壓에 直刺, 膝部以下 胃經과 膀胱經上에 橫刺하고 鍼柄에 電針(출력전압:DC 12V, 850mA/시간:20min/2Hz&120Hz mixed form)을 걸었다.

3) 운동요법

족관절 배측굴근(dorsiflexor), 내반근 (invertor)인 전경골근(tibialis anterior), 족저굴근(plantar flexor)과 외반근(evertor)인 장비골근(peroneous longus)과 단비골근(peroneous brevis)의 등척성 운동과 탄성물질을 이용한 저항운동을 지시하여 매일 자가 시행하도록 하였다.

4) 물리치료

EST(electrical stimulation treatment)

대상 근육에 주 6회 실시

10. 평가

dorsiflexion 및 외반운동 기능 저하를 보기 위하여 dorsiflexion할 때 측정된 각도를 표시하였고, ‘+’의 개수로서 운동속의 정도를 나타내었다. 전반적인 경과 호전을 보기위하여 Gait disturbance의 정도는 자립보행/의존보행/보행불가 으로 나누고 자립보행을 2점, 의존보행을 1점, 보행불가를 0점으로 하였고 이를 보다 세분화하여 일반적인 각력을 보기 위하여 중풍 환자의 경과를 측정하기 위하여 사용하는 0-5개 단위의 motor grade로 측정하였는바 중력 및 외력 가해졌을때 직립 및 자유보행가능을 5점, 중력 및 외력 가해졌을 상태에서의 부분적인 보행가능을 4점, 오로지 중력 상태에서의 부축시 기립가능 및 외상시 자유 운동 가능할 경우 3점, 외상시에만 수평 운동(대퇴내외전, 족과내외번)이 가능할 경우 2점, 족지 운동만 가능할 경우 1점, 완전 운동 불능일 경우 0점으로 하였다.

11. 치료경과

dorsiflexion 및 외반운동 기능 저하를 보기 위하여 dorsiflexion할 때 측정된 각도를 표시하였고, ‘+’의 개수로서 운동속의 정도를 나타내었다. 전반적인 경과 호전을 보기위하여 Gait disturbance의 정도는 자립보행/의존보행/보행불가 으로 나누고 자립보행을 2점, 의존보행을 1점, 보행불가를 0점으로 하였고 이를 보다 세분화하여 일반적인 각력을 보기 위하여 중풍 환자의 경과를 측정하기 위하여 사용하는 0-5개 단위의 motor grade로 측정하였는바 중력 및 외력 가해졌을때 직립 및 자유보행가능을 5점, 중력 및 외력 가해졌을 상태에서의 부분적인 보행가능을 4점, 오로지 중력 상태에서의 부축시 기립가능 및 외상시 자유 운동 가능할 경우 3점, 외상시에만 수평 운동(대퇴내외전, 족과내외번)이 가능할 경우 2점, 족지 운동만 가능할 경우 1점, 완전 운동 불능일 경우 0점으로 하였다.

Table 2. Assesment for motor grade and change in ROM in of time

	08/9	08/13	08/14	08/16	08/18	08/19	08/21	10/07
Foot drop	15°	35°	40°	65°	65°(+)	50°(+)	50°(+)	50°(+)
Gait disturbance	0	0	0	0	0	0	0	1
motor grade	2-3/4	4-5/4	4-5/4	4-5/4	4-5/4	4-5/4	4-5/4	4/4
상하지 좌우	2)3/2)3	2)3/2)3	3/3	3/3	3)4/3)4	2-3/2-3	2-3/2-3	2-3/2-3
Brown & Feasby에 의한 classification	3	3	3	3	3	3	3	2

고찰

痿는 몸의 筋脈이 이완되고 팔다리의 살갓과 힘살이 萎縮되면서 약해져 마음대로 움직이지 못하는 病證이다. 이는 溫熱病이나 熱證으로 陰液이 부족하여 筋脈을 滋養하지 못하거나 濕熱이 筋脈에 侵襲하였을 때, 오랜 병으로 몸이 허약해졌거나 肝腎의 精血이 부족하여 筋骨을 營養하지 못하는 등으로 생긴다.<sup>11)</sup>

痿證에 대하여 최초로 기재된 곳은 黃帝內經 <素問 痿論><sup>12)</sup>으로 痿證의 病因, 病機, 證候의 분류 및 그와 관련된 治法을 논

하고 있다. 주요 원인을 內熱傷津으로 인해 宗筋이 濡養받지 못하여 萎軟弛縱되는 것으로 보았다. 巢<sup>13)</sup>는 <諸病 原候論 風身體手足不隨候>에서 外感 內傷의 두 가지로 병인을 분석하였는데 外因으로는 風邪感受, 內因으로는 脾胃虧虛한 것을 제시하였고 朱<sup>14)</sup>는 <丹溪心法>에서 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 瘀血 등으로 나누어 증후와 서로 연관된 治法 및 구체적인 方藥을 기록하고 있다. 明清代 이후로는 火熱, 濕熱, 濕痰, 氣血虧損, 瘀血, 情志失調 등으로 논하였다.<sup>15)</sup> 전체적으로 종합하면 痿證의 원인을 濕熱, 肺熱 등의 熱證과 氣虛, 血虛 등의 虛證으로 보는 견해가 많았다.

痿證의 治法은 <素問 痿論>에 各補其榮而通其俞穴 調其虛實이라하여 病機 五臟失調의 구체적인 정황을 살펴 調理한다고 하였고 治痿 獨取陽明이라 하여 宗筋을 潤하게 한다 하였다. 이러한 관점은 後代에 많이 인용되어 痿證의 치료 원칙이 되었다.<sup>16)</sup> 장<sup>17)</sup>은 <景岳全書 痿證모위증>에서 痿證의 主火說을 비판하고 濕熱을 除하고 陰虛兼熱은 去火滋陰해야 한다고 하였다. 明清代 이후로는 諸家들이 滋陰清火, 清肺潤燥, 補益脾胃, 調補肝腎시키는 治法을 논하였다.<sup>15)</sup>

治法에 대해서 전체적으로 살펴보면 痿證은 獨取陽明을 위주로 하여 脾胃의 調理에 중점을 두어 後天을 補益하고 陽明濕熱을 清化하는 것이 중요하다고 하였고 瀉南方 補北方의 치료원칙 하에 滋陰清熱함으로 肺熱을 除하고 肝腎을 補하며 胃를 實하게 하였음을 알 수 있다.<sup>16)</sup>

Guillain-Barre syndrome(이하 G-B 증후군으로 약함)은 1859년 Laundry가 “acute ascending paralysis”로 처음 기술하였고<sup>18)</sup> 진행성마비가 하지에서 상지로 나타나며 심부건반사의 소실 및 감각 이상이 동반한다 하였다. Guillain<sup>19)</sup>은 세포수의 증가 없이 단백질만 상승되는 뇌척수액 소견(단백세포해리; albuminocytologic dissociation)을 강조하면서 비교적 예후가 좋은 일종의 다발성 신경염이라고 하였다. 이후 이 질환은 보고자들에 따라 다른 명칭으로 불리웠는데 급성 열성 다발신경염(acute febrile polyneuritis), 감염성 다발신경염(infectious polyneuritis), 특발성 다발신경염(idiopathic polyneuritis) 등이며 최근에는 원 보고자의 이름을 딴 Guillain Barre 증후군과 병리적 소견을 말하는 polyradiculoneuritis가 가장 많이 쓰이고 있다.<sup>20)</sup>

이 증후군의 성별 발생률은 국내외의 대부분 보고에서 남자가 더 많이 발생한다고 보고하고 있으며 이 연구에서도 1.8:1로 남자가 더 많았다.<sup>18-21)</sup> 연평균 발생 빈도는 인구 10만명당 0.4-1.7명으로 보고되고 있고<sup>18)</sup> 연령별로는 모든 연령층에서 발생하는 것으로 되어 있으나 소아 연령에서 호발된다는 보고도 있다.<sup>20,21)</sup>

G-B 증후군은 약 2/3에서 신경증상을 보이기 전에 선행 질환을 찾을 수 있는 것으로 알려져 있고<sup>22)</sup> 선행질환으로는 상기도 감염 증상이 가장 많은 것으로 보고되고 있다.<sup>23)</sup>

주된 임상증세는 근력 약화로 다소 대칭적이며, 수주일에서 일주일 내지 이주에 걸쳐 서서히 진행함이 보통이나 드물게 더 오래 진행이 될 수 있다. 지각이상(tingling, burning sensation), numbness 등이 흔한 초기 증세로 1-2주 지나서까지도 진행하기도 한다. 종종 질병의 전과정중 안 나타나기도 한다. 환자의 과반수 이상에서 통증을 호소하며 주로 둔부, 대퇴부, 허리에서 통증

이 나타난다.<sup>8)</sup> 임상적 특징은 위약 발생은 초기부터 전신화 되어 주로 근위부에 분포하거나 원위부에서 시작되어 점차 상승할 수 있다. 심한 경우에는 호흡근 및 뇌신경근이 침범되며, 위약은 신경학적인 증상이 나타난 후 3주 정도에 가장 심하다. 20% 정도에서는 기관절개 및 인공호흡이 요구된다. 50% 환자에서는 어느 정도의 안면근 위약이 발생한다.<sup>9)</sup>

치료에서는 최근 혈장교환술과 면역 글로불린 정맥 주사가 많이 이용되고 있다. 급성기에 사용하는 혈장교환술은 Brette등이 처음 시도한 이후 그 유용성이 입증되었는데 증상 발현 후 2주 이내에 치료하면 입원 기간의 명백한 단축과 함께 환자가 기계 호흡에 의지하는 시기가 단축되고 환자가 걷기 시작하는데 걸리는 시간이 짧아진다. 그러나 이 치료는 증상 시작 후 3주 이상 지나서 시작된 경우에는 별 의미가 없다.<sup>15)</sup> 면역글로불린을 정맥주사하면 혈장교환술만큼 유효하며 어느 환자에서 즉시 시행이 가능한 점과 안정성이 좋다는 이점이 있다고 하였다.<sup>24)</sup>

본 증례에서 저자는 내원당시 초진 소견상 설사, 무기력, 전만적인 비허 증세를 보인 것과 더불어 舌脈 등 기타 임상 소견을 근거로 脾胃虛弱, 肝腎虧虛에 의해서 발병과 진행이 느린 虛證型으로 보고 補中益氣湯을 사용하여 내원 초기부터 1-2주 사이에는 점진적인 호전 양상을 보였으나 20일후에는 임상 경과가 더디게 호전 되었으며 일부 증상에 있어서는 오히려 다소 퇴보가 있는 등 병세가 진행적이고 급박하였던 범을 미루어 보아 肺熱津耗, 濕熱侵襲으로 인해서 발병과 진행이 빠른 實證型이 겸한 虛中挾實證으로 보고 이에 祛風濕, 補陰, 鎮驚息風之劑 등의 약제를 추가적으로 加味를 한 본원 補中益氣湯加味方을 응용하게 되었다.

본원 補中益氣湯加味方은 기존의 原方 補中益氣湯에 祛風濕, 補陰, 鎮驚息風之劑를 추가한 方劑로 구성은 黃芪 8g, 人蔘 8g, 甘草(炙) 8g, 桂枝 8g, 柴胡 8g, 防風(植) 8g, 白朮(土炒) 8g, 鈞鈎藤 8g, 當歸 6g, 陳皮 6g, 獨活 6g, 羌活 6g, 烏藥 6g, 茵陳 4g, 麥門冬 4g, 麥芽(炒) 4g, 山查 4g, 升麻 4g, 天麻 4g, 酸棗仁(炒) 4g, 五味子 2g, 遠志 2g으로 되어 있다.

이는 《素問·痿證論》<sup>4)</sup>에서 “帝曰 … 論言治痿者, 獨取陽明何也?”이고 하여 脾胃의 調理에 중점을 두어서 培土固本하였고, 혹은 陽明濕熱을 清火하는 방법을 서술한 바에 의거하였다.

또한 鍼灸療法은 “獨取陽明”에 근거하여 足三里, 太谿를 患側에 短針(동방침구침, 0.3×30mm)으로 시술하였고, 大腸俞, 關元俞, 殿壓에 長針(동방침구, 0.3×60mm)으로 直刺하고 下肢의 筋力弱化和 感覺 障礙가 있는 胃經과 膀胱經上에 長針을 橫刺하여 電針을 거는 방식을 사용하여 해당 神經과 筋肉에 지속적인 자극을 주었다.

電針療法은 新針療法 중의 하나로 穴位에 자침하여 감응이 있은 후, 鍼柄에 전류를 통하여 기계적 자극과 전기적 자극을 결합시킨 것으로 프랑스의 Sarlandiere가 1825년 神經계통 疾患에 처음 사용하였다<sup>18)</sup>. 電針은 지속적으로 運針이 가능하고, 入力을 절약할 수 있으며, 비교적 刺戟量을 조절할 수 있다는 장점으로 疼痛疾患, 消化器疾患, 麻痺疾患 등 일반적인 자극요법의 適應症에는 모두 응용되고 일부 神經痛과 麻痺疾患 등 機械性 疾患에는 더욱 효과적인 것으로 알려져 있다<sup>24)</sup>.

길리안 바레 증후군으로 확진 내지 추정되는 위증의 경우 기존의 기타 저작들을 살펴보면 신<sup>25)</sup> 등의 경우 濕熱痿證의 치료 단계에서 肝腎陰虛를 보하는 六味地黃元을 투여한 사례와 痿證의 內因으로 脾胃氣虛와 肝腎陰虛를 강조하여 補中益氣湯과 四物湯을 투여한 김<sup>26)</sup> 등의 사례들을 비교하여 볼때 회복까지 총 16일 걸린 김과 10일 걸린 신 등에 비하여 본 증례의 경우 20일로 오래 걸렸으며 완치에 가깝지는 못하였고 후유증이 남는 등 미흡한 점이 없지는 아니하다.

다만, 환자가 발병 당시 이미 대략 1주라는 진단 및 감별 그리고 처치에 있어 지극히 소중한 시간을 의료 비혜택 지역에 거주하는 관계로 부득이하게 허비하였으며 단순한 추정이 아닌 확정 진단하는데 한방병원의 사정상 시설이 미비하여 치료 도중 전북대 병원에 감별진단을 의뢰할 수 밖에 없었던 점에도 불구하고 05. 8월초 내원하였을 당시 stretching car로 내원하여 완전 침상 생활만 가능하였으나 05.10월경 퇴원할 때에는 좌위가 가능할 정도로 호전되어 직접 W/C를 몰고 다닐 정도로 호전된 것은 그 유의성이 전혀 없다고는 할 수 없다.

더욱이 일반적으로 발병일로부터 3주 즉 21일 정도가 경과하면 사실상 양방 병원에서도 더 이상의 호전을 기대하지 않으며 증상 또한 그 상태 그대로 유지된다는 것이 예후에 관한 사례임을 상기한다면 결코 가볍게 넘길 것은 아니라고 생각하는 바이다.

## 결 론

이를 종합하여 보면 우선적으로 길리안 바레 증후군은 여타 위증 및 유사 위증의 범주에 포함되어진 질환군 즉 척수 질환(좌골신경질환에 의한 신경압박에 의한 경우), 말초신경병증(다발성 신경병증), 근육 질환, 신경근 접합 질환과는 발병 원인의 유별성(바이러스성으로 추정되나 불분명함) 및 임상경과의 급격한 진행성 등에서 분명히 차등되어 다루어져야한다고 보여 진다.

이는 치료 및 진단에 있어서 양한방의 협진이 그 무엇 보다 중요함을 시사하고 있으며 필요한 경우, 예를 들자면 호흡근의 마비로 인한 호흡장애와 같은 중증급 상황 발생시 양방병원으로의 조속한 전원조치가 요하리라 생각되며 이를 위하여 보다 체계적인 환자 관리가 필요하다고 생각된다.

양방이 전혀 개입되지 않은 한방치료의 가능성 또한 아주 없다고는 생각되지는 않으나 현재로서는 길리안 바레증후군은 기타 위증의 범주에 포함되는 질환 즉 척수 질환(좌골신경질환에 의한 신경압박에 의한 경우), 말초신경병증(다발성 신경병증), 근육 질환, 신경근 접합 질환과는 확연히 다르며 한방 치료 단독으로는 사실상 완치를 기대하기는 어려울 것으로 사료된다.

## 참고문헌

1. 中醫研究院. 中醫症狀鑑別診斷學. 北京, 人民衛生出版社, pp 191-192, 1987.
2. 과학백과사전종합출판사. 재편집동의학사전. 서울, 도서출판 까치, p 781, 1990.

3. 楊維傑. 黃帝內經素問譯解. 서울, 一中社, pp337-341, 1991.
4. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울, 東洋醫學研究院出版部, pp 16, 112, 166-168, 1975.
5. 광중문, 오문석. 위증에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교한의학연구소 논문집 9(1):662-663, 681-683, 2000.
6. 方藥中 等. 實用中醫內科學. 上海, 上海科學技術出版社, p 256, 1986.
6. 江蘇新醫學院第一附屬醫院編. 常見病中醫臨床手冊. 北京, 人民衛生出版社, pp 127-129, 1979.
7. 노재규 외 4인. Guillain-Barre 증후군의 임상적 연구. 대한신경과학회지 2(1):3, 1984.
8. 아담스 신경과학 편찬위원회. Principals of neurology. 서울, 정담, pp 1212-1213, 1998.
9. 이광후. 임상신경학. 서울, 고려의학, p 694, 1997
10. Ropper, H.R. Clinical features of the typical syndrome, In plum F, eds. contemporary Neurology Series Vol. 34 Guillain-Barre syndrome, p 105, 1991.
11. 노진환, 고창남, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. 위증에 대한 동서의학적 고찰. 대한한방내과학회지 17(1):81-106, 1996
12. 왕빙. 신편 황제내경소문. 서울, 대성문화사, pp 271-274, 1994.
13. 소원방. 소씨제병원후론. 서울, 대성문화사, p 11, 1992.
14. 주단계. 단계심법. 서울, 대성문화사, p 381, 1993.
15. 김용성, 김철중. 위증에 대한 동서의학적 고찰. 대전대학교한의학연구소 논문집 8(2):211-243, 2000.
16. 김성주, 금동호. 위증에 관한 문헌적 고찰. 동국한의학연구소 논문집 7(2):81-95, 1999.
18. Adams, R.D., Victor, M., Ropper, A.H. Principles of neurology sixth edition, Mcgraw-hill companies, New york, pp 1312-1318, 1997
19. Guillain, G. Guillain-Barre Syndrome Ann Med Interne (Paris) 54(2):81-149, 1953.
20. Kim, S.H., Hong, S.B., Lee, K.W. Sequential changes and prognostic values of electrophysiologic parameters in Guillain-Barre syndrome. J Korean Neurol Asc 9(1):49-56, 1991.
21. van der Meche, F.G., Meulste, J., Kleyweg, R.P. Current diagnostic criteria for Guillain-Barre syndrome Ann Neurol 30(6):851-852, 1991.
22. Hughes, R.A., Rees, J.H. Clinical and epidemiologic features of Guillain Barre syndrome. J Infect Dis 176 Suppl 2: S92-98, 1997.
23. Brown, W.F., Feasby, T.E. Conduction block and denervation in Guillain barre polyneuropathy. Brain 107(Pt 1):219-239, 1984.
24. 이선화, 김지훈, 민병일, 이혜정. 단병이 병행된 전침자극이 진통효과에 미치는 영향, 대한침구학회지 16(3):1-13, 1999.
25. 김동은, 신광식, 김경훈, 정승현, 신길조, 이원철. Guillain-Barre 증후군 의증 환자의 치험 1례. 한방성인병학회지 6(1):133-138, 2006.
26. 신미숙, 최진봉. Guillain-Barre 증후군 환자의 치험 1례. 한방재활과학회지 13(3):137-146, 2003.