

# 다발성 신경병증 및 근병증으로 추정되는 환자의 치료 2례에 대한 증례보고

이태호 · 황희상 · 장소영\* · 차정호\* · 정기훈\* · 이은용

세명대학교 부속 충주 한방병원 침구과

\*세명대학교 부속 제천 한방병원 침구과

## The Clinical Study on 2 Cases of Poly neuropathy or Myopathy estimated Patients

Lee Tae-ho, Hwang Hee-sang, Chang So-young\*, Cha Jung-ho\*, Jung Ki-hoon\*, Lee Eun-young

*Department of Acupuncture & Moxibustion, Chungju Oriental Medical Hospital, Se-Myung University*

*\*Department of Acupuncture & Moxibustion, Jecheon Oriental Medical Hospital, Se-Myung University*

**Objective :** Poly neuropathy is disease that reveals muscle relaxation or sensory disorder, and Myopathy is disease that reveals muscle weakness, wasting, pain. These diseases occur in the lower or upper limbs. This is the clinical report about Poly neuropathy or Myopathy estimated patients.

**Method :** Patients were treated by acupuncture, herb medicine, bee venom herbal-acupuncture, moxibustion. We evaluated the improvement of symptoms with ROM(Range of Motion) and MCR(Medical Research Council) standard.

**Result :** Symptoms that patients have at admission improved and disappeared gradually with oriental medicine therapy. Observing the change of ROM and MCR standard, they indicated us improvement of disease.

**Conclusion :** We achieved a desirable result from treatment of peripheral neuropathy or myopathy estimated patients. However, further studies are required to prove the effect of oriental medicine treatment.

**Key Word :** Poly neuropathy, Myopathy, bee venom herbal-acupuncture, moxibustion.

## I. 緒 論

말초신경계의 주된 기능은 중추신경계로부터 신호를 받거나 혹은 중추신경계로 자극을 전달하는 것으로, 이와 같은 자극을 통해 운동, 감각 및 자율신경계의 활동이 조절된다.<sup>1)</sup> 이는 대부분의 말초신경이 운동신경, 지각신경 또는 자율신경을 동시에 갖는 혼

합신경의 기능을 나타내기 때문이다. 운동기능은 하부 운동신경원 마비를 보이며 감각 장애는 통각, 온냉각, 촉각, 압박, 고유체위각 등이 소실되며, 동시에 여러 가지 반사소실이 일어난다<sup>2)</sup>.

하위 운동신경원 마비는 근육의 수의적인운동, 자세 반사운동 등이 소실되고, 근육은 이완되고 유연해지고 수동적 신전에 대하여 저항하지 않는 이완성

■ 교신저자 : 이은용, 충북 충주 봉방동 836번지 세명대학교 부속한방병원 침구과  
TEL : (043)841-1735 E-mail : acupley@semyung.ac.kr

(flaccidity)이 되며, 정상적으로 이완된 근육이 수동적 운동시 받는 약간의 저항 즉 근긴장이 감소한다(hypotonia). 또한 근육은 심한 위축을 보이며 3~4개월 이내에 원래 근육 크기의 20~30%가 감소한다<sup>3)</sup>.

다발성 신경병증은 광범위하게 대칭적으로 원위부에서 점차적으로 진행되는 말초 신경병증을 지칭하며 다양한 병의 진행 속도, 병의 경중, 감각과 운동마비 증상이 혼합되는 등 임상 증상이 매우 다양하게 나타난다<sup>4)</sup>. 증상으로는 감각의 소실, 이상감각 감지, 통증감지, 작열통, 근력약화 등이 나타난다<sup>5)</sup>.

또한 근병증은 근육 자체의 특이적 질환을 가르키는 넓은 개념으로 특발성의 염증성, 자가면역, 선천적 유전 질환, 내분비 및 대사 등에 의해 발생하는 근질환으로 주로 근위부의 근허약이 있으며, 비교적 반사 반응은 정상으로 유지되는 질환이다<sup>4-5)</sup>.

다발성 신경병증과 근병증은 한의학적으로 痿證과 痺證에 해당된다고 할 수 있는데, 『素問·痿論』에서는 “五臟因肺熱葉焦 發爲痿躄”라 하였고<sup>6)</sup>, 王<sup>7)</sup>은痿는 痿弱으로 無力以運動이라 하였고, 躄은 攀躄으로 足不得伸以行이라 하고 肺熱이 臂에 전해진 것이라 하였다. 『素問·痺論』에서는 “風寒濕 三氣雜至 合而爲痺也”라 하였고, 감각 장애나 감각 이상을 느낀다고 하였다<sup>7)</sup>.

저자는 다발성 신경병증 또는 근병증으로 추정되는 환자를 痿證과 痺證으로 보고, 세명대학교 충주한방병원 침구과에 입원 치료하여 比較的 良好한 효과를 얻었기에 이에 보고하고자 한다.

## II. 證 例

### 1. 證例 1

#### 1) 姓名

지○○(M/47)

#### 2) 主訴症

(1) 右側 下肢痿軟無力

(2) 左側 下肢感覺異常

#### 3) 發病日

2005년 2월 4일 등산한 후 발병

#### 4) 入院期間

2005년 2월 23일 ~ 2005년 3월 19일

#### 5) 過去歷

(1) 18년전 고대병원서 중이염 수술함

(2) 1년전 local의원서 고혈압 진단받고 양약 복용하다 현재는 중단 중

(3) 15년전 맹장염 수술함

(4) 7~8개월전 왼쪽 무릎 외상으로 깁스 치료 받음

#### 6) 家族歷

別無

7) 現病歷

현 47세의 소음인형 남환으로 평소 음주(소주 1~2병/한달), 흡연(1개피/1일), 별무 기호식해음. 평소 경도의 고혈압으로 고생해오던중 상기 발병일에 상기 주소증 발하여, 연세대 병원에 2005년 2월 14일 입원하여 T, L spine-MRI, Ankle-MRI, Tibia-MRI, 근전도검사, 신경전도검사상 별다른 확진 받지 못한 채 증세 호전 없어, 보다 적극적인 한방적 치료를 위해 본원 응급실을 통하여 2005년 2월 23일 오후 6시 30분경 611호에 입원함.

8) 입원시 vital sign

혈압 : 110/70mmHg  
 맥박수 : 72회/분  
 체온 : 36.5℃  
 호흡수 : 20회/분  
 혈당 : 87mg/dl

9) 治療

(1) 蜂毒藥針療法

마이크로침을 이용한 전자파 발생장치로 벌을 자극하여 채집, 가공한 건조 봉독을 생리 식염수에 10000:1, 4000:1, 2000:1로 희석하여, 1ml 일회용 26 게이지 주사기를 사용하여 腰部의 혈위에는 0.2ml, 下肢의 혈위에는 0.1ml씩 근육주사하였다. 피부 반응 테스트 후 10000:1 농도로 시작하여 심한 소양감의 이상 반응이 나타나지 않는 경우 2회를 기준으로 4000:1, 2000:1 순으로 농도를 높여 시술하였다. 취혈은 腰部에서는 腎俞, 環跳, 夾脊穴을 기본으로 하였고, 下肢에서는 足三里, 陽陵泉을 기본으로 하였으며, 주 2회 간격으로 시술하였다.

(2) 鍼治療

침치료에 사용된 침은 직경 0.30mm 길이 40mm 인 동방 침구 제작소에서 제작된 Stainless steel 호침을 사용하였으며, 매일(주말 제외) 2회씩 시술하였고 15분간 留鍼하였다. 자침시 염전 보사 등의 수기법을 시행하였으며, 사용한 혈위는 오전에는 足三里, 懸鐘, 陽陵泉, 太衝, 合谷, 三陰交, 陰陵泉이었고 오후에는 畝岩陰陽五行鍼法の 肺正格과 脾正格을 시술하였다.

(3) 灸治療

강화뜸쑥(이화당 제애소, 한국)을 米粒大로 말아서 직접구로 입원 기간 동안 양 발가락의 井穴에 매일 2장씩 시술하였고, 2주에 3회 간격으로 右側 合谷과 左側 太衝에 7장씩 시술하였다.

(4) 그 외 치료

입원 시부터 퇴원시까지 脾氣下陷, 肺氣虛에 대한 韓藥治療를 하였다.

10) 治療經過 및 評價

증상의 호전 정도를 판단하기 위해 좌측 발목 관절의 근무력의 정도를 정량화하여 처음 검사와 비교할 척도로 ROM(Range of motion)과 영국의 Medical Research Council에서 제안한 근육의 운동력을 다섯 단계로 나눈 기준표, MCR을 사용하였다(Table I). 또한 각 등급에 정확히 맞지 않다고 생각되는 정도는 모두 중간 값으로 그 기준값을 잡았다. 상기 기준값들의 변화는 다음과 같다(Table II, III).

Table I . MCR Standard

등급	설 명
5	중력과 최대 저항을 극복하며 피로 없이 전 범위 운동을 시행하는 힘(100%)
4	중력과 어느 정도의 저항을 이기는 전 범위의 운동을 수행할 수 있는 힘(75%)
3	중력을 이길 수 있는 전 범위의 운동을 수행할 수 있는 근육의 힘(50%)
2	중력을 없게 하면 부분적 범위의 운동을 수행할 수 있는 근육의 힘(25%)
1	근육 수축이 겨우 보이거나 관절 운동이 안됨(10%)
0	근육 수축이 안됨

\*MCR : Medical Research Council(이하 同)

Table II . Change of Clinical Symptoms using MCR Standard

Hospital day	1	4	8	12	16	20	25
MCR Grade	0	1	2	2	2.5	3	4

Table III . Change of Clinical Symptoms using ROM of ankle

Hospital day	1	4	8	12	16	20	25
Dorsal flexion	0	0	0	0	20	25	30
Plantar flexion	0	5	5	5	20	30	30

2 證例 2

1) 姓名

강○○(F/55)

2) 主訴症

- (1) 兩側 下肢 痿軟無力
- (2) 兩側 下肢 感覺異常

3) 發病日

2005년 4월 23일 거실에 서 있다가 주저앉음

4) 入院期間

2005년 5월 25일 ~ 2005년 8월 1일

5) 過去歷

- (1) 10년전 고혈압 진단 받고 양약 복용해오고 있음
- (2) 10년전 심부종으로 대구 가톨릭 병원에서 입원치료함

6) 家族歷

모친께서 중풍으로 투병하심

### 7) 現病歷

현 55세 태음인형 여환으로 평소 별무 음주, 별무 흡연, 별무 기호식해음. 평소 별다른 질환 없이 상기 발병일에 상기 주소증 발하여, 서울 삼성 병원과 영동 세브란스 병원에서 입원치료 받았으나 별다른 진단 받지 못하고 증세 호전 없어, 보다 적극적인 한방적 치료를 위해 본원 응급실을 통하여 2005년 5월 25일 오후 6시 30분경 616호에 입원함.

### 8) 입원시 vital sign

혈압 : 140/90mmHg  
맥박수 : 86회/분  
체온 : 36.6°C  
호흡수 : 20회/분  
혈당 : 102mg/dl

### 9) 治療

#### (1) 蜂毒藥針療法

마이크로침을 이용한 전자과 발생장치로 벌을 자극하여 채집, 가공한 건조 봉독을 생리 식염수에 10000:1, 4000:1, 2000:1로 희석하여, 1ml 일회용 26 게이지 주사기를 사용하여 腰部의 혈위에는 0.2ml, 下肢의 혈위에는 0.1ml씩 근육주사하였다. 피부 반응 테스트 후 10000:1 농도로 시작하여 심한 소양감의 이상 반응이 나타나지 않는 경우 2회를 기준으로 4000:1, 2000:1 순으로 농도를 높여 시술하였다. 취혈은 腰部에서는 腎俞, 環跳, 夾脊穴을 기본으로 하였고, 下肢에서는 足三里, 陽陵泉을 기본으로 하였으며, 3~4일에 한번 간격으로 시술하였다.

#### (2) 鍼治療

침치료에 사용된 침은 직경 0.30mm 길이 40mm

인 동방 침구 제작소에서 제작된 Stainless steel 호침을 사용하였으며 매일(주말 제외) 2회씩 시술하였고 15분간 留鍼하였다. 자침시 염전 보사 등의 수기법을 시행하였으며, 사용한 혈위는 오전에는 足三里, 懸鐘, 陽陵泉, 太衝, 合谷, 三陰交, 陰陵泉이었고 오후에는 舍岩陰陽五行鍼法의 肺正格과 脾正格을 시술하였다.

#### (3) 灸治療

강화뜸쑉(이화당 제애소, 한국)을 米粒大로 말아서 직접구로 입원 기간동안 足三陰·三陽經의 井穴에 매일 2장씩 시술하였고, 2주에 3회 간격으로 右側 合谷과 左側 太衝에 7장씩 시술하였다.

#### (4) 그 외 치료

입원 시부터 퇴원시까지 脾氣下陷, 肺氣虛에 대한 韓藥治療를 하였다.

### 10) 治療經過 및 評價

증상의 호전 정도를 판단하기 위해 좌측 발목 관절의 근무력의 정도를 정량화하여 처음 검사와 비교할 척도로 ROM과 MCR 기준표를 사용하였다. 상기 기준값들의 변화는 다음과 같다(Table IV, V).

## Ⅲ. 考 察

인체의 신경계는 크게 중추신경계와 말초신경계로 나뉘는데, 그 중 말초신경은 뇌간 및 척수의 유막 밖의 구조물로 이루어져 있으며, 뇌신경, 척추신경 및 자율 신경 등으로 구분되며, 기본적으로 뉴런이라는 말초신경세포를 기본 구조로 지니고 있다<sup>1)</sup>.

신경 세포의 줄기를 이루는 축삭은 그 기능에 따라 굵기와 전도 속도가 다양한 차이를 나타내며, 보통

Table IV. Change of Clinical Symptoms using MCR Standard

Hospital day	1	11	21	31	41	51	61	69
MCR Grade	0	0	1	2	2	2.5	2.5	2.5

Table V. Change of Clinical Symptoms using ROM of ankle

Hospital day	1	11	21	31	41	51	61	69
Dorsal flexion	0	0	0	0	5	5	5	5
Plantar flexion	0	0	0	5	5	10	20	30

다음의 세 가지 종류로 구분된다. 첫째 운동기능 감각기능 특히 진동 및 심부감각을 전달하는 빠른 신경 세포, 둘째 얇은 수초로 덮여져 있고 자율신경 전도에 관여하는 세포, 셋째 수초가 없는 무수신경으로 통각과 온도감각을 전달하는 느린 신경세포가 있다<sup>1)</sup>.

세포의 해부학적 구조상 축삭의 변형, 수초의 변형 정도와 유무에 따라 재생 기간은 다양하기 때문에 그 회복 기간을 정확히 예측한다는 것은 힘든 일이며, 길레양 바레 증후군, 디프테리아 신경병증, 당뇨병성 신경병증, 유전분성 다발 신경병증같이 비교적 원인이 밝혀진 말초신경병증이 있으나, 실제 말초 신경병 전문기관에서 만성 다발성 신경병증 환자를 대상으로 연구한 바에 의하면 이들 중 원인을 밝힐 수 없었던 경우가 24%였고, 또한 많은 신경병증 증상의 생리학적인 근거가 밝혀지지 않고 있으며, 병리학적인 변화도 만족할 만큼 규명되지 않았다<sup>2)</sup>.

말초신경병 질환의 증상은 특징적 운동, 감각, 반사, 자율신경 및 영양성(trophic)증상들이 존재한다. 대부분의 다발성 신경병증에서의 마비는 통상적으로 하지나 족부의 근육이 먼저 침범되며, 증상이 수부나 전완부보다 선행되어 나타나며 경미한 경우에는 하지에만 국한되어 나타난다. 또한 침범된 근육은 수개월에 걸쳐 서서히 위축이 진행된다. 건반사의 감소나 소실도 중요한 소견이나 드물게 건반사가 보존되

는 경우도 있다. 이 외에도 감각의 소실, 이상감각, 통증 및 지각부전 등의 증상이 유발된다<sup>3)</sup>.

신경과 더불어 인체의 수의적인 움직임을 담당하는 골격근은 결체조직을 사이에 둔 수 많은 근섬유로 구성되어 있으며, 근내막·근다발막·근외막등의 여러 종류의 섬유성 막으로 구분되어진다<sup>4)</sup>. 이러한 근육이 본래의 수축 양식과 근육의 정상적인 영양상태(tropic state)를 유지하기 위해서는 온전한 신경지배가 필수적이다<sup>5)</sup>. 그래서 신경과 근육의 병변이 동반되는 것이 흔한 양상이다.

근병증은 근육에 일어나는 질환에 대한 넓은 개념으로 구체적인 예로는 근이영양증, 염증성근병증, 내분비성근병증, 대사성근병증, 중증근무력증 등으로 구분할 수 있으며<sup>6)</sup>, 의사는 근무력 또는 피로, 통증, 파행, 또는 경직, 연축(spasm), 경련, 연축(twitching), 또는 근육 용적의 변화 등의 증상에 의하여 근육 질환을 추정하게 된다. 우선 근무력은 가장 대표적이면서 알아내기 힘든 증상으로 안검하수, 사시, 복시 및 무표정한 얼굴, 구음장애, 연하장애, 호흡근 마비, 근위부의 체간근과 근위부의 사지 무력, 족낙하성 보행(steppeage gait), 족하수(foot drop)등의 다양한 근무력 증상이 발현될 수 있으며, 근무력 이외에 근육 이완시 신전에 대한 저항의 감소되는 근긴장도의 저하와 근육 부피의 저하, 단일 수축, 연축, 경련, 근피로,

근육통 등이 근병증의 증상들로 나타날 수 있다<sup>3)</sup>.

증상으로 미루어 짐작해 보아 다발성 신경병증 및 근병증은 한의학의痿證과痺證에 해당된다고 할 수 있다.痿證은 “手足痿軟而無力 百節緩縱而不收”라 하여 근육이 이완되어 수축하지 못하므로 발생하는 사지위약을 지칭하는 것으로 하지 혹은 상지에 경도로 발생하는 것에서부터 심하면癱瘓이나 사망에도 이를 수 있는 질병이다<sup>4)</sup>.痿證은『素問·痿論』에서肺熱을 주요 병기로 본 이후로,五臟의 배속관계를 따져筋痿,脈痿,肉痿,皮痿,骨痿의 명칭이 생겨났다<sup>5)</sup>. 또한『素問·太陰陽明論』에서는“脾病而四肢不用”이라 하여 비위 손상을 말하였고,『素問·生氣通天論』에서는“因於濕 首如裹 濕熱不攘 大筋軟短 小筋弛長 軟短爲拘 弛長爲痿”라 하여濕을 원인으로 하였고, 치료에서는『素問·痿論』에서는獨取陽明이라 하여衝任帶脈은陽明에 결합하는 고로陽明虛하면帶脈이不仁하여痿證이 된다고 하였고 침구치료로는陽明經을 위주로取하였다<sup>6)</sup>.內經 이후로는張<sup>11-2)</sup>이傷寒吐下後에 다시發汗으로陰陽氣血이虛하여筋脈을濡養하지 못하여痿證이 이루어진다고 하고,鹹味の 과다 또한 그 원인이 될 수도 있다고 하였으며,巢<sup>13)</sup>는外感和內傷의 두 원인을 지적하면서 각각風寒感受와脾胃虧虛를 대표로 제시하였다.金元代에서張<sup>14)</sup>은火熱을 주원인으로 지적하고痿證에는寒證이 없다고 하였으며,李<sup>15)</sup>는 원인을濕熱,肺金受邪,暑傷胃氣,濕熱乘肝腎 등으로 나누어 기재하였다.明代의張<sup>16)</sup>은濕熱 및陰虛兼熱외에水虧於腎,血虧於肝의 병기를 주장하며 다른 치법을 제시하였다.

痺證은『素問·痺論』에“或痛 或不痛 或不仁 或寒 或熱 或燥 或濕”이라 하고,風寒濕을 기본 병인으로 규정하고 각 원인에 따라行痺,痛痺,著痺로 분류하고,筋脈肌皮骨의五痺와五臟에 배속한五臟痺의 증상을 기재하였다<sup>7)</sup>.隨代의巢<sup>13)</sup>는痺證을風濕痺,風痺,風不仁,風冷,風四肢拘攣不得屈伸 등이라 하였으

며,金元代의朱<sup>17)</sup>는 기존의 명칭 대신에痛風이라는 병명을 사용하고,원인도血虛,血熱,風,濕,痰,瘀로 보았다.明代에 이르러張<sup>16)</sup>은痺證에 있어서의陰證과陽證의 구별을 강조하였고,清代의李<sup>18)</sup>는行痺,痛痺,著痺에 따른 각각의 치법을 구분하였다.

證例 1의 환자는下肢痿弱과感覺障礙를 주소증으로 내원하였다.좌측 하지의 무력감으로 침대에 올라갈시 발을 헛딛고 보행시는 좌측수로 인한 계상 보행의 양상을 보였으며,우측은 하지의 원위부에 저린 감각이 유주하는 양상이었다.심부건 반사의 감소나 소실은 없었으나,좌측의 하지 근육의 부피는 우측의 85%정도로 위축되어 있었다.脈은沈하였으며,舌診은 별다른 특이 사항은 없었다.저자는 환자가 평소 장시간 앉아서 일하는 사실과脈이 전체적으로緩하고沈하였으며,등산 후에 발병했다는 점으로 미루어脾氣虛,肺氣虛한 상태에서風寒濕의外邪를 받은 것으로 변증하여 치료하였다.

입원 당일 좌측 족관절은 근력 완전 소실된 상태로 이완되어 있었고,전경골근과 비복근의 근위축이 있었으며,우측은 근력 저하는 없고 저린 감각만 있어 안정시는 제 2, 4지 발가락만 저리나 활동시는 슬관절과 족관절의 중간 지점까지 저린 감각이 올라오는 증상 호소하였다.입원 4일째에는 좌측 족관절 족배 굴곡만이 5도 정도로 미약한 움직임 가능하였으며,우측 하지의 저린감은 별다른 증상 호전 없었으며,입원 8일째는 좌측 하지는 뒷꿈치를 딛고 하퇴의 미약한 내회전과 외회전이 가능하였으나 족배굴곡은 여전히 불가능 하여 보행시 슬리퍼가 자주 벗겨지며,우측 하지는 경골 부위의 저린감이 저녁에 미약하게 증가하는 양상이었다.입원 12일째는 좌측 족배굴곡은 여전히 불가능하여 보행시 여전히 발바닥이 땅에 끌리며,우측의 발가락과 경골의 내외측,아킬레스건 부근 저린감이 입원 당시의 70% 정도로 호전되었으며,입원 16일에는 좌측 족관절의 족배굴곡은 뒷꿈치를 딛고 20도 정도 가능하며 족저굴곡도 느리게 20

도 정도 가능하며, 우측 발바닥과 발 뒷꿈치, 발목의 저린감은 입원 당시의 30~40% 정도로 호전되었다. 입원 20일째는 입원 16일보다 좌측 족관절의 가동 범위가 미약 호전되고 우측 하지의 기상시 이상감각은 증상 안정되었으며, 퇴원 당시에는 좌측 족관절의 움직임은 근력 정상의 85% 정도로 회복된 상태로 족저굴곡과 족배굴곡은 30도 정도 가능하였으며, 우측 하지의 발가락과 외과 상방의 손바닥 넓이의 면적의 저린감 있고, 정도 또한 입원 당시의 30~40%로 호전된 상태였다. 이에 입원 치료를 종결하고, 향후 상태를 지켜보기로 하였다.

證例 2의 경우 兩側 下肢의 痿軟無力과 感覺異常을 주소증으로 내원한 환자로, 양측 하지의 소력감이 심해 5m 이내의 보행만 가능하였으며, 보행시도 지지대를 잡아야 할 정도로 고관절 부터 발가락까지 전체적인 무력감이 심하였다. 심부건 반사는 양하지 모두 미약하게 감소된 상태이고 좌측 대퇴와 하퇴의 근육의 부피는 우측에 비해 60~70% 정도로 감소되었고, 양하지의 저린감은 발목이하 부위에 존재하였다. 脈은 沈代하였으며, 舌診은 淡白하였다. 저자는 환자가 땀을 많이 흘리는 肥濕한 체질로 평소 움직임이 적다는 사실과 脈診, 舌診을 참고하여, 증례 1과 같이 脾胃氣虛, 肺氣虛한 상태에서 風寒濕의 外邪를 받아 발병했다고 보고 치료를 하였다. 입원 당일 양측 하지의 소력감으로 보행이 힘들었으며, 좌측 하지 근육이 위축이 심하였으며, 양측 족관절 이하의 이상감각은 활동시에 상부로 퍼져나가며 진행되었다. 입원 11일째는 양하지 누워서 50cm 이상 거상 가능하나 족관절의 무력증 호전없어 walker 보행하며, 우측 발가락만 50도 정도 굴곡만 가능하였고, 입원 21일에는 양측 족관절의 운동이 불가능한 상태로 우족지만 굴곡 가능한 상태로, 저린감은 별다른 호전이 없는 상태였다. 입원 31일째는 우측 족관절 운동은 배굴, 저굴 5도 이내로 가능하나 좌측은 족저굴만 5도로 가능한 상태이고, 저린감은 발바닥과 발등으로 부위가 다소

좁아진 상태로 호전되었으며, 입원 41일에는 우측 족관절은 배굴, 저굴 모두 30도 정도로 운동 가능하였으나 좌측은 배굴, 저굴 5도로 제한되었으며, 족지의 움직임도 우측은 원활한 반면 좌측은 5mm 정도의 움직임만 가능했다. 입원 51일에는 우측 족관절의 운동범위가 저굴, 배굴 30도로 향상되고 좌측은 저굴만 10도로 증가되었고, 좌측 족지의 굴곡도 20도로 증가되었고, 입원 61일에는 좌측 족관절의 저굴만 20도로 증가되었다. 퇴원 당시 좌측 족관절의 배굴은 현저한 변화는 없었으나 저굴은 30도 가량으로 호전되었고, 보행도 병실 안에서 혼자 가능한 정도로 회복하였다.

다발성 신경병증 및 근병증으로 추정 진단받은 두證例는 下肢感覺異常과 痿軟無力의 공통 증상을 지니고 있어, 한의학적으로는 痿證과 痺證으로 진단하고 辨證은 脾胃와 肺藏의 虛證을 기본으로 한 外邪의 침입으로 보았다. 치료 또한 脾胃氣虛, 肺氣虛를 補하고 邪氣를 兼하여 瀉하는 治法을 사용하여 好轉된 例를 보여주고 있다. 痺證, 痿證의 치료에 있어서 김 등<sup>10)</sup>은 痿證 환자 1예에 대하여 肺熱로 인한 津液不足과 肺氣上逆으로 보고 鍼治療와 韓藥治療를 하여 好轉된 바를 보고하였고, 이 등<sup>19)</sup>은 痿證 환자 1예를 脾胃氣虛寒으로 辨證하고 치료하여 好轉된 바를, 황 등<sup>20)</sup>은 전침을 이용하여 好轉된 痿證 환자 2예를 보고하였고, 이 등<sup>21)</sup>은 족하수 환자 1예를 肺熱傷津, 濕熱의 痿證 實證型으로 구분하여 치료하였다. 이상으로 미루어 보아 痿證과 痺證의 치료에 있어서 脾胃肺藏의 扶正祛邪를 주요 목표로 하는 治法이 사용되어 증상의 호전을 얻을 수 있었음을 알 수 있다.

다발성 신경병증 및 근병증에 대한 적극적인 洋方治療 方法이 없는 상황에서, 증상을 韓醫學의인 診斷과 治療를 하여 有效한 結果를 얻었다. 그러나, 증례가 2례로 한정되었고, 환자간의 치료 기간과 투약 처방이 다르다는 점, 감각 기능에 대한 평가가 없는 점은 논문의 한계이다. 향후 일정한 조건에서, 더 많은 증례의 환자를 대상으로 한 연구가 필요하리라 사료된다.



## IV. 結 論

다발성 신경병증 및 근병증으로 추정 진단되는 환자 2례를 痿證, 痺證으로 보고 脾氣下陷, 肺氣虛를 기본 辨證으로 하여 치료한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 證例 1의 환자는 MCR 기준표에서 입원 당시 Grade 0이었으나 퇴원 당시(입원 25일)에는 Grade 4로 회복되었고, 족관절 ROM은 배굴과 저굴 모두 0°에서 30°로 호전되었다.
2. 證例 2의 환자는 MCR 기준표에서 입원 당시 Grade 0이었으나 퇴원 당시(입원 69일)에는 Grade 2.5로 회복되었고, 족관절 ROM은 배굴이 0°에서 5°, 저굴이 0°에서 30°로 호전되었다.

## V. 參考文獻

1. 이광우. 임상신경학. 서울:범문사. 2003:741, 744, 746-7, 749, 804.
2. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울:대한신경외과학회. 2002:42.
3. 아담스 신경과학 편찬위원회. 아담스 신경과학. 서울:정담. 1998:1206-8, 1281-2, 1287-94.
4. 해리슨 내과학 편찬위원회. 해리슨 내과학. 서울:정담. 1997:2560, 2548-9.
5. 서울대의과대학 내과학교실. 임상 내과학. 서울:고려의학. 2004:2157-60.
6. 홍원식. 정교황제내경소문. 서울:동양의학연구원 출판부. 1981:166-8.
7. 왕 빙. 신편 황제내경소문. 서울:대성문화사.

- 1999:266-74.
8. Dyck PJ, Oviatt KF, Lambert EH. Intensive evaluation of referred unclassified neuropathies yields improved diagnosis. Ann Neurol. 1981;10:222.
9. 대한정형외과학회. 정형외과학. 서울:최신의학사. 2004:308-13.
10. 김재홍, 박춘하, 위통순, 박은주, 김은정, 한상균, 조명래, 채우석. 위증환자 1례에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회임상논문집. 2003:145.
11. 채인식. 상한론역전. 서울:고문사. 1975:126.
12. 대충경절. 금계요약강화. 원주:의방출판사. 2003:110.
13. 제병원후론교주. 소원방. 인민위생출판사. 1996:4-5, 21-2
14. 장종정. 자화의집. 인민위생출판사. 2000:27-33
15. 이동원. 동원의집. 인민위생출판사. 1996:114-6,
16. 장경악. 경악전서. 서울:정담. 1999:215-20, 614-8.
17. 주단계. 단계의집. 인민위생출판사. 1995:364.
18. 이사재. 의종필독. 인민위생출판사. 1998:549-59.
19. 이경민, 김태희, 정성엽, 김철수, 윤종화. 위증환자 치험 1례. 대한침구학회지. 2002;19(6):214-20.
20. 황정수, 이종영, 원승환, 김두용, 김상해, 박희수. 전침을 이용한 족하수 환자 치험 2례. 대한침구학회지. 2005;22(5):161-6.
21. 이승현, 최성용, 이성균, 국윤재, 김대중. 말초신경병증으로 진단된 편측 족하수 환자의 치험 1례. 대한침구학회지. 2006;23(1):217-23.