

熟地黃苦參湯으로 호전된 少陽人 足下垂 치험 1례

한다님 · 이필재 · 김성기 · 임은철 · 정지은*

동서한방병원 사상체질과, *동서한방병원 한방재활의학과

Abstract

A Case Report of Foot Drop in Soyangin Improved with Sukjiwhanggosam-tang

Han Da-Nim, Lee Pil-Jae, Kim Seong-Ki, Lim Eun-Chul, Jung Ji-Eun*

Dept. of Sasang Constitutional Medicine, Dongseo Oriental Medical Hospital

*Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, Dongseo Oriental Medical Hospital

1. Objectives

The purpose of this case study is to report the effects of Sukjiwhanggosam-tang which is based on the Sasang Constitutional Medicine for the Foot drop caused by peroneal nerve palsy.

2. Methods

This patient was treated by Sukjiwhanggosam-tang according to the result of Sasang Constitutional diagnosis. We used Visual analogue scale(VAS), Range of motion(ROM) and Manual Muscle Testing(MMT) to evaluate the improvement of the Foot drop.

3. Results

After 20 days treatment, the VAS of Rt. leg & foot hypoesthesia decreased from 10 to 2. The ROM of dorsiflexion of the ankle joint increased from 10° to 30° and the grade of MMT increased from 3 to 4.

4. Conclusions

This case study shows an efficient result of using Sukjiwhanggosam-tang in the treatment of the Foot drop caused by peroneal nerve palsy.

Key Words : Soyangin, Sukjiwhanggosam-tang, Foot Drop, Peroneal Nerve Palsy

I. 緒 論

足下垂(Foot drop)는 다리의 전측근 마비에 의하여 발이 늘어지는 것이다. 배측 굴곡근이 약화되거나 마

비되어 계상보행(Steppage gait)을 일으키는 장애로 주로 비골신경(Peroneal nerve)이 압박받거나 손상받아 발생하는 경우가 많다².

足下垂는 단순한 비골신경마비로 초래되는 것 외에도 손상부위에 따라 요추 신경근 손상에 의한 신경병증, 좌골신경마비와 같은 상부의 신경총병증, 중앙, 당뇨병의 10-20%에서 합병증으로 말초신경병증이 나타나며 알콜이나 항암제의독성에 의해 발생되기도 한다³.

• 접수일 2009년 03월 08일; 승인일 2009년 03월 23일
• 교신저자 : 한다님
서울시 서대문구 연희3동 194-37 동서한방병원 (120-830)
Tel : +82-2-320-7807 Fax : +82-2-320-7990
E-mail : moon-doctor@hanmail.net

한의학에서 足下垂 및 비골신경마비는 下肢無力, 下肢痿弱 등의 증상이 나타나기 때문에 痿症의 범주에 속한다. 筋骨痿軟이 주가 되고 일반적으로 통증이 없는 경우에는 痿症이고 지체의 감각이 감퇴 혹은 상실되면 麻木이다. 근력 저하보다는 통증이 주 증상일 때는 痺에 속한다⁴.

한방 치료로 足下垂를 호전시킨 예를 살펴보면 추⁵, 이⁶, 윤⁷, 김⁸, 설⁹, 황¹⁰등의 비골신경마비 치험례, 나¹¹, 박¹²등의 추간관 탈출증으로 인한 足下垂 치험례, 최¹³등의 뇌졸중 후유증으로 인한 足下垂 치험례와 같이 다양한 임상보고가 있다. 그러나 足下垂를 四象醫學으로 변증, 치료한 연구는 아직까지 없다.

본 증례에서는 비골신경마비로 진단된 足下垂 환자를 少陽人 胃受熱 裏熱病으로 변증하고 熟地黃 苦蔘湯을 투여하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 對象 및 方法

1. 대상

〇〇한방병원에 입원한 少陽人 足下垂 환자 1명을 대상으로 하였다.

2. 치료

① 鍼治療 : 동방침구 직경 0.20mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침을 사용하여 健側 腎正格에 자침하고 1일 1회 시술하였으며 유침 시간은

20분이었다. 腎正格은 經渠(LU8), 復溜(KI7)를 補하고 太白(SP3), 太谿(KI3)를 瀉하는 것이며 補瀉는 捻轉補瀉를 사용하였다.

② 電鍼療法 : (주)디엠씨의 저주파 자극기(Intramuscular stimulator, IMS-B06)를 이용하여 배측 굴곡근 근육조직의 흥분성을 높이기 위해 운동점(motor point)을 고려하여 환측 梁丘(외측광근, 대퇴신경), 足三里(장비골근, 천비골신경), 血海(내측광근, 대퇴신경), 照海(경골근, 경골신경)에 자침한 후 침병에 전침을 걸었다. 출력 전압 80VP-P, 출력전류 9mA, 주파수 60Hz로 1일 1회 20분씩 시행하였다.

③ 藥物治療

2008년 4월 5일 ~ 2008년 4월 6일 :

四物湯 合 生脈散 加味

(麥門冬 8g, 人蔘 4g, 五味子 4g, 生地黃 5g, 川芎 5g, 白芍藥 5g, 當歸 5g, 蒼朮 2g, 黃柏 2g, 牛膝 2g)

2008년 4월 7일 ~ 2008년 4월 23일 :

熟地黃苦蔘湯(Table 1)

(熟地黃 16g, 山茱萸 8g, 白茯苓 6g, 澤瀉 6g, 知母 4g, 黃柏 4g, 苦蔘 4g)

본원에서 사용하는 한약재는 옴니허브에서 구입한 것이다.

④ 間接灸治療 : 電鍼療法과 마찬가지로 근육의 운동점을 고려하여 間接灸를 1일 1회 환측 梁丘, 足三里, 血海, 照海에 각각 3장씩 시술하였다.

Table 1. Composition of Sukjiwhanggosam-tang

Herbal name	Scientific name	Weight(g)
熟地黃	Rehmanniae radix preparat	16
山茱萸	Comi fructus	8
白茯苓	Poria	6
澤瀉	Alismatis rhizoma	6
知母	Anemarrhenae rhizoma	4
黃柏	Phellodendri cortex	4
苦蔘	Sophorae radix	4
Total		48

Table 2. Manual Muscle Testing: MMT

Grade	Definition
Grade 0 (Zero)	No contractile activity can be felt in the gravity eliminated position.
Grade 1 (Trace)	The muscle/muscles can be palpated while the patient is performing the action in the gravity eliminated position.
Grade 2 (Poor)	Patient has all or partial range of motion in the gravity eliminated position.
Grade 3 (Fair)	Patient can tolerate no resistance but can perform the movement through the full range of motion.
Grade 4 (Good)	Patient can hold the position against strong to moderate resistance, has full range of motion.
Grade 5 (Normal)	Patient can hold the position against maximum resistance and through complete range of motion.

3. 평가

- ① 시각적 상사 척도 (Visual Analog Scale, 이하 VAS)
Rt. leg & foot hypoesthesia에 대한 주관적 증상 개선도를 측정하기 위해 초진시 환자가 느끼는 감각 저하 상태를 VAS 10, 감각이 정상일 때를 VAS 0으로 하여 평가하였다.
- ② 족관절 배측 굴곡 척도
환자의 족하수증의 개선 정도를 측정하기 위해 족관절의 배굴 정도를 척도로 사용하여 침상에 걸터앉은 자세로 측정하였다.
- ③ 근력 평가
족관절의 근력을 평가하기 위해 도수근력테스트 (Manual Muscle Testing : MMT)법을 이용하였다 (Table 2).

汗, Lt. knee pain

- 6. 과거력 : 별무
- 7. 가족력 : 별무
- 8. 현병력

상기 환자는 54세 여환으로 평소 피로하고 신경 쓰는 일이 많은 상태에서 특별한 이유 없이 2008년 3월 18일 Rt. foot weakness 나타나며 족관절 배측 굴곡이 어려운 Rt. side foot drop 증상을 보이기 시작했다. 발병 이후 OO한의원에서 4일간 침 치료 받았으나 호전되지 않아 2008년 4월 4일 적극적인 한방 치료 위해 본원에 입원 하였다.

9. 초진소견

1) 체질진단

① 體形氣像

키 163cm, 체중 52kg의 약간 마른 편으로 흉곽이 둔부에 비해 발달하고 어깨가 넓어 보이는 胸實足輕의 양상을 보인다.

- 액와횡문간 거리: 31.3cm
- 양유두간의 횡행직선상 거리: 27.4cm
- 제 7, 8 협늑골 접합부 횡행직선상 거리: 27cm
- 신궤혈-천추혈 횡행직선상 거리: 26.8cm
- ASIS 연결 횡행직선상 거리: 26cm

② 容貌詞氣

耳目口鼻가 뚜렷하며 관골이 발달하였다. 턱이 약간 뾰족하고 날래 보이는 용모를 지녔다.

③ 性情

성격이 급하고 예민하여 잠자리가 바뀌면 쉽게 잠들지 못했다. 다른 사람들과 어울리는 것을

Ⅲ. 證 例

- 1. 환 자 : 원OO(F/54)
- 2. 발병일 : 2008년 3월 18일
- 3. 치료기간 : 2008년 4월 4일~2008년 4월 23일 (20일간)
- 4. 진단명
 - ① 少陽人 胃受熱裏熱病 陰虛午熱證 (下消證)
 - ② 비골신경마비
- 5. 주소증 및 부증
 - ① 주소증 : Rt. side foot drop, Rt. foot weakness, Rt. leg & foot hypoesthesia
 - ② 부증 : 眩暈, 口乾, 口渴, 上熱感, 淺眠, 兩足

좋아하고 활발한 성격으로 병실 사람들과 친하게 지냈다.

2) 素證

- ① 食慾 및 消化 : 평소 食慾은 양호하고 消化에도 큰 문제가 없었다.
- ② 大便 : 평소 1회/1일로 정상 便을 보는 편이다.
- ③ 小便 : 良好
- ④ 睡眠 : 淺眠(3-4시간/1일)
- ⑤ 飲水 : 口乾, 口渴이 심해서 물을 자주 마시고 입술이 건조해서 터진 상태였다.
- ⑥ 汗出 : 兩足汗
- ⑦ 舌質 : 紅
- ⑧ 脈狀 : 沈弱
- ⑨ 寒熱 : 밤에 熱이 가슴과 등 위로 올라오는 증상이 있었다.

3) QSCC-2 검사 결과 : 少陽人

이상의 결과를 토대로 사상체질과 전문의, 전공의와 상의 후 少陽人으로 판정하였다.

10. 검사 소견 및 이학적 소견

1) 혈액검사 및 소변검사 (2008. 4. 5)

[BC] GOT 50U/L GPT 56U/L

[CBC] [UA] [Elect] WNL

2) 심전도 검사 (2008. 4. 4)

Within Normal Limits

3) Vital sign (2008. 4. 4)

Blood pressure 100/70mmHg

Pulse 76회/min

Respiration 20회/min

Body temperature 36.9℃

4) 방사선 검사 (2008. 4. 5)

- ① Brain MRI MRA diffusion: Normal study
- ② Chest PA: No active lung lesion
- ③ C-Spine AP/Lat: R/O Disc lesion at C5-6
- ④ L-Spine AP/Lat: Degenerative spondylosis
- 5) DTR (2008. 4. 4): PTR (+/+) ATR(+/+)
- 6) Babinski sign (2008. 4. 4): (-/-)

11. 치료 경과

① 2008. 4. 4~2008. 4. 6

입원 당시 Rt. foot weakness 나타나며 족관절 배측

굴곡이 어려운 Rt. side foot drop 증상을 보이고 발가락을 잘 움직일 수 없었다. 다리에 힘이 없어서 걸을 때 발이 끌리고 右側 膝部 이하 外側과 발등으로 감각이 저하되어 둔한 느낌을 호소하였다. 眩暈, 口乾, 口渴이 심하고 舌質 紅하며 밤에 가슴과 등으로 熱이 올라왔다. 입원 2일째인 4월 5일부터 四物湯 合 生脈散에 蒼朮 黃柏 牛膝을 가하여 투여하였으나 전반적인 증상의 호전은 없었다.

② 2008. 4. 7~2008. 4. 10

4월 7일에 右側 족관절 배측 굴곡 각도는 10°, 다리의 감각 저하 정도는 VAS 10, 도수근력평가 점수는 3점이었다.

4월 7일부터 熟地黃芩麥湯을 투여하기 시작했다.

③ 2008. 4. 11~2008. 4. 17

4월 11일에 족관절 배측 굴곡 각도 15°, 감각 저하는 VAS 7, 도수근력평가 점수는 3점이었다.

4월 14일에 입원 당시 움직일 수 없었던 발가락을 움직이기 시작하면서 환자가 발에 힘이 생긴다고 표현하였고, 4월 15일에 족관절 배측 굴곡 각도

20°, 감각 저하는 VAS 6으로 약간의 호전을 보여 처방은 그대로 熟地黃芩麥湯을 투여하였다.

4월 17일부터는 밤에 가슴과 등으로 熱이 올라오는 증상이 줄어들어 숙면을 취할 수 있었다.

④ 2008. 4. 18~2008. 4. 23

4월 18일에 족관절 배측 굴곡 각도 25°, 감각 저하 VAS 3, 도수근력평가 점수 4점을 나타냈다.

4월 23일까지 熟地黃芩麥湯을 투여하였고 이 때 족관절 배측 굴곡 각도 30°, 감각 저하 VAS 2,

도수근력평가 점수 4점이었다.

素證으로 있던 上熱感이 호전되어 밤에 잠을 잘 잘 수 있었고, 口乾, 口渴도 경감하였으며 이후 환자 원하여 퇴원하였다.

입원 당시 足下垂의 기질적인 원인을 찾기 위해 L-Spine MRI, 근전도 검사 등을 권유했으나 환자가 양방병원에서 검사받길 원하여 시행하지 못했다.

퇴원 후 본원 외래 치료 위해 래원하였고 티양방 병원에서 근전도 검사 결과 비골신경마비로 진단받았음을 진단서를 통해 확인하였다.

IV. 考察 및 結論

비골신경마비는 주로 외상에 의한 골절이나 자상에 동반하여 발생하나 골절과는 무관하게 신경에 직접적인 외상, 연조직의 부종, 혈종 및 종양 등에 의한 압박과 수술 중 지속적인 압박, 슬관절 굴곡 구축의 교정시 신경손상, 장시간 책상 다리 자세와 긴 장화 등 많은 경우에 올 수 있다. 또 대사성 신경장애, 족관절의 과도한 염전력, 골반 내 수술 등 비교적 흔하지 않은 경우들도 있다. 그 밖에도 기질적 원인 없이 발생하는 경우도 있는데 이에 대한 연구는 계속되어지고 있다⁸.

비골 신경이 손상되면 배부 굴곡 및 외번이 약화되어 환자는 足下垂 상태로 보행하고 足의 배부 및

외측에 감각이 소실된다. 공통비골신경마비가 부분적으로 침범된 경우 매우 선택적인 근육에 근력 약화를 초래한다¹⁴.

비골신경 손상의 치료는 외상에 의해 발생한 경우 주로 직접 손상된 신경의 봉합 방식이 이용되고 있으며 유리 감압술, 신경 이식, 근이전술 등이 언급되고 있다¹⁵. 단순한 압박에 의해 발생한 경우 Togrol¹⁶은 자연 치료되는 경우도 있으므로 3개월까지 보존적 치료를 시행하되 손상의 정도가 심하고 초기에 처치하였음에도 호전이 없는 경우 수술요법을 하는것이 좋다고 하였다. 민¹⁷은 마비된 근육이나 신경에 대해 전기 자극 치료를 실시하고 동시에 구축을 방지할 수 있는 운동치료를 실시하는데 足下垂가 있을 경우 족관절 저축굴곡을 방지할 수 있는 보조기를 착용하게 하고 호전이 없는 경우 관절고정술 및 건이동술을 시행한다고 하였다.

한의학에서 足下垂 및 비골신경마비는 下肢無力, 下肢痿弱 등의 증상이 나타나기 때문에 주로 痿症에 속한다. 감각이 감퇴 혹은 상실되면 麻木, 근력 저하보다는 통증이 주증상일 때는 痺의 범주로 보기도 한다⁴.

『黃帝內經素問』 「痿論」¹⁸에서는 “五臟使人痿”라 하여 肺主皮毛, 心主血脈, 肝主筋膜, 脾主肌肉, 腎主骨髓에 근거하여 痿症을 痿躄, 脈痿, 筋痿, 肉痿, 骨痿 등 五痿로 분류하고 원인은 熱傷肺津, 悲哀太甚, 思想無窮, 所願不得, 入房太甚, 有漸於濕, 遠行勞倦이라 하였다. 비골신경마

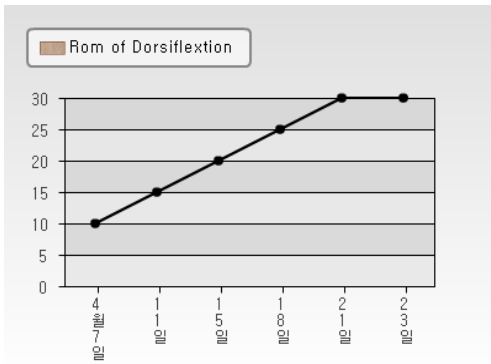


Fig. 1. Progressing of Case

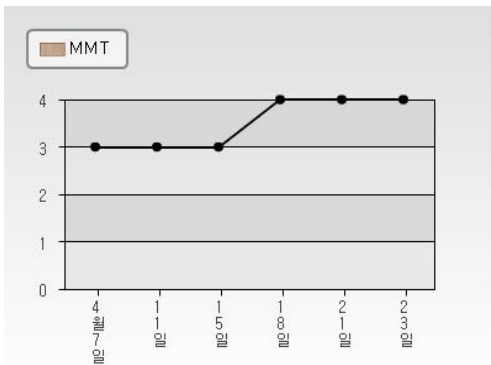


Fig. 2. Progressing of Case

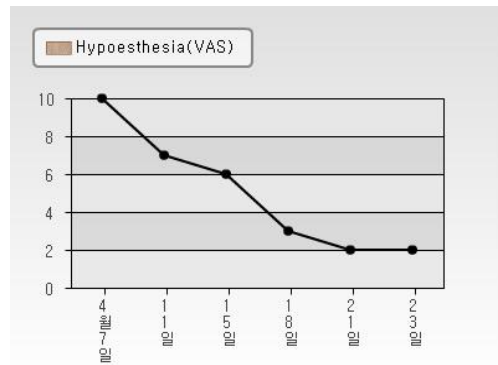


Fig. 3. Progressing of Case

비는 肉痿의 범주에 속하고 해부학적 위치로 足少陽膽經, 足陽明胃經과 상관성을 가지고 있다¹⁾.

四象醫學的으로 下肢無力과 下肢痿弱은 太陽人 解休과 유사하다. 「太陽人 外感腰脊病論」에서 解休은 上體가 완전하나 下體가 풀려서 다리에 힘이 없어 걷지 못하나 그렇다고 다리가 마비되었거나 붓고 아픈 것이 아니고¹⁾, 「太陽人 內觸小腸病論」에서는 上體는 건강하나 下體가 解休하여 종아리가 시리고 걸어가지 못하는 것으로 설명한다²⁾. 太陰人은 「太陰人 肝受熱裡熱病論」에서 陰血耗竭證에 下肢無力이 언급된 부분을 찾을 수 있다. 陰血이 소모되면 귀가 울리고 눈이 침침하며 下肢가無力하고 허리가 아픈데 이러한 증상에 拱辰黑元丹, 鹿茸大補湯을 써야 한다³⁾. 「少陽人 胃受熱裏熱病論」에서는 少陽人 下消證이 熱氣가 下焦에 잠복하면 다리가 가늘어지고 骨節酸疼하고 물은 많이 마시지 않으나 소변량이 많고 탁하다고 하여 腿膝枯細로 인한 下肢痿弱을 보여준다. 朱震亨은 허벅지와 무릎이 말라서 가늘어지는 下消에 六味地黃湯을 주로 쓴다고 했으나 少陽人 下消는 熟地黃苦麥湯을 쓰는 것이 마땅하다⁴⁾.

이와 같이 『東醫壽世保元·辛丑本』에서 下肢無力 및 下肢痿弱과 관련된 병증을 찾아볼 수 있으나 이를 足下垂 및 비골신경마비와 연관시켜 四象醫學的으로 연구한 예는 아직까지 없다.

증례의 환자는 입원 당시 血虛와 濕熱을 겸한 증상이라고 판단하여 입원 2일째부터 四物湯 合 生脈散 加 蒼朮 黃柏 牛膝을 처방하였으나 전반적인 증상의 호전은 없었다. 전체적인 환자의 體形氣像, 容貌詞氣, 性情, 素證을 참고하여 少陽人으로 판단하고 Rt. side foot drop, Rt. foot weakness 등의 下肢痿弱 증세와 眩暈, 口乾, 口渴이 심하고 舌質紅하며 밤에 가슴과 등으로 熱이 올라오는 증상으로 보아 少陽人 胃受熱裏熱病의 下消, 陰虛午熱로 진단해 熟地黃苦麥湯을 투여하였다.

少陽人의 胃受熱裏熱病證論은 胸膈熱證과 陰虛午熱證으로 크게 나눌 수가 있는데 裏熱便閉證, 消渴의 上消·中消·盜汗은 胸膈熱證에 속하고 消渴의 下消·陰虛證은 陰虛午熱證에 속한다고 판단할 수 있다. 少陽人 陰虛午熱은 腎局陰氣가 약한 少陽人이 어떤 원인으로 그나마 부족하던 陰氣가 고갈되어 病이 되어 陰虛와 午熱이 동시에 나타난다. 脾와 腎은 水穀出納의 창고가 되어 서로 번갈아서 補해주기도 하고 瀉해 주기도 한다. 그래서 胃中의 陽熱之氣가 성하게 되면 大腸 腎局의 陰寒之氣가 부족하게 되는 것은 필연적인 기전이다. 만일 陰이 虛하여 낮에 熱이 나고 물을 많이 마시고 등이 차고 구역하는 것은 결과 속의 陰陽이 모두 허손된 것으로 病이 되는 까닭에 더욱 험하게 되고 下消와 더불어 輕重이 서로 비슷하다⁵⁾.

熟地黃苦麥湯은 「少陽人 脾受寒表寒病論」에서 亡陰證의 身寒腹痛泄瀉에 사용하고⁶⁾, 「少陽人 胃受熱裏熱病論」에서는 少陽人 消渴 중 下消에 사용하는 처방이다⁷⁾. 직접적으로는 병증과 처방 구성의 모든 면에서 虛勞에 사용하는 六味地黃湯에서 유래한 처방이다²⁰⁾. 六味地黃湯은 腰痛, 膝重,

1) 『東醫壽世保元·辛丑本』 「太陽人 外感腰脊病論」 14-4 解休者 上體完健 而下體解休 然 脚力不能行去也 而其脚 自無痲痺腫痛之證 脚力 亦不甚弱 此所以弱不弱 壯不壯 寒不寒 熱不熱 而其病 爲腰脊病也. 有解休證者 必無大惡寒發熱 身體疼痛之證也 太陽人 若有大惡寒發熱 身體疼痛之證 則腰脊表氣充實也 其病易治 其人 亦完健.

2) 『東醫壽世保元·辛丑本』 「太陽人 內觸小腸病論」 15-9 ...解休者 上體完健 而下體 解休然 胎痿 不能行去之謂也 少陰少陽太陰人 有此證 則他證疊出 而亦必無 寒不寒 熱不熱 弱不弱 壯不壯之理矣.

3) 『東醫壽世保元·辛丑本』 太陰人 肝受熱裏熱病論 13-26 危亦林曰 陰血耗竭 耳聾 目暗 脚弱腰痛 宜用黑元丹. 13-28 論曰 此證 當用黑元與拱辰丹 當歸 山茱萸 皆爲靈材 藥力未全 欲收全力 宜用拱辰黑元丹 鹿茸大補湯.

4) 『東醫壽世保元·辛丑本』 少陽人 胃受熱裏熱病論 10-13 ...熱伏於下 腿膝枯細 骨節痠疼 飲水不多 隨即尿下 小便多而濁 病屬下焦 謂之消腎... 10-14 朱震亨曰 上消者 舌上赤裂 大渴引飲 白虎湯主之 中消者 善食而瘦 自汗 大便硬 小便數 黃連豬肚丸主之 下消者 煩渴引飲 小便如膏 腿膝枯細 六味地黃湯主之. 10-17 ...下消宜用熟地黃苦麥湯...

5) 『東醫壽世保元·辛丑本』 少陽人 胃受熱裏熱病論 10-28 論曰 上消中消 裏陽升氣 雖則虛損 表陰降氣 猶待完壯 故 其病雖險 猶能歲月支撐者 以此也 若夫陰虛午熱 飲水背寒而嘔者 表裏陰陽 俱爲虛損 所以爲病 尤險 與下消 略相輕重.

6) 『東醫壽世保元·辛丑本』 少陽人 脾受寒表寒病論 9-29 少陽人 身寒腹痛泄瀉 一晝夜間 三四五次者 當用滑石苦麥湯 身寒腹痛 二三晝夜間 無泄瀉 或艱辛一次泄瀉者 當用滑石苦麥湯 或用熟地黃苦麥湯.

7) 『東醫壽世保元·辛丑本』 少陽人 胃受熱裏熱病論 10-17 ...上消 宜用涼膈散火湯 中消 宜用忍冬藤地骨皮湯 下消 宜用熟地黃苦麥湯 尤宜寬闊其心 不意膠小其心 寬闊 則所欲必緩 清陽上達 膠小 則所欲必速 清陽下耗.

頭暈, 目眩 등을 치료한다. 또한 지나친 虛勞로 인해 腎氣가 衰弱하여 얼굴이 초췌해지고 잘 때 땀이 나고 熱이 나며 骨蒸痿弱해지는 陰虛證에 가장 적당한 처방이다²¹.

熟地黃苦參湯은 熟地黃 16g, 山茱萸 8g, 白茯苓 6g, 澤瀉 6g, 知母 4g, 黃柏 4g, 苦參 4g으로 구성되어 六味地黃湯에서 肺藥(太陰人藥)인 山藥을 빼고 牡丹皮 대신 知母, 黃柏을 가하여 陰虛熱을 조절하고 清濕熱하는 苦參을 가하여 少陽人身寒腹痛泄瀉 亡陰證과 少陽人 下消, 陰虛午熱證에 사용할 수 있게 하였다²⁰. 『東武遺稿』 「東武先師四象藥性嘗驗古歌」²²를 통하여 살펴보면 君藥인 熟地黃은 腎과 血을 補하고 골수와 정기를 더하는 효능이 있다⁸). 知母는 味苦하여 熱을 능히 제거하고 骨蒸有汗을 치료하며⁹), 黃柏은 苦寒하여 火를 내리고 陰을 자양하며 腎元을 수렴한다¹⁰). 즉 熟地黃苦參湯은 六味地黃湯의 補腎 기능에 陰虛로 인한 相火妄動을 억제하는 기능이 더욱 추가됐다고 볼 수 있다.

熟地黃苦參湯에 관한 연구는 아직까지 그 수가 많지 않다. 최²³는 少陽人 消渴을 당뇨병으로 보아 上·中·下消의 대표방인 涼膈散火湯, 忍冬藤地骨皮湯, 熟地黃苦參湯의 당뇨병에 관한 효능을 실험적으로 입증하는 연구를 시행했다. 김²⁴은 당뇨병의 과거력이 있고 少陽人 下消證이 오래 되어 陰虛午熱한 환자의 부자 증독증을 熟地黃苦參湯으로 완화시킨 치험례를 보여줬다.

증례의 환자는 당뇨병은 없었지만 足下垂 및 下肢痿弱을 少陽人 下消의 腿膝枯細와 연관시키고 眩暈, 口乾, 口渴 및 밤에 熱이 올라오는 증상을 陰虛로 판단하였다. 따라서 少陽人 胃受熱裏熱病의 下消, 陰虛午熱로 진단하고 熟地黃苦參湯을 투여해 비골신경마비 증상인 족하수와 함께 환자가 가지고 있던 素證도 호전되었다.

김²⁵은 9례의 비골신경마비 환자를 모든 외적인 압

박 요인을 제거하고 보조구를 착용하여 보존적 치료를 한 결과 8례에서는 약 4개월 후부터 서서히 회복되기 시작하였고 1례는 1년 6개월 추시상 회복되지 않았다. 따라서 6개월 이상 호전을 보이지 않으면 탐색술 등의 적극적인 치료가 필요하다고 하였다. 정²⁶은 환자의 잘못된 자세나 외부 압박의 유발요인이 없이 발생한 총비골신경마비 환자에게 전기자극과 같은 물리 치료를 시행하였으나 1례는 2년 뒤까지 회복되지 않은 상태로 뇌졸중으로 사망하였고 1례는 5년 경과 후 운동 기능은 회복했으나 감각상실은 회복되지 않았다. 양방에서 수술이 아닌 보존적인 방법으로 비골신경마비를 치료할 경우 비교적 장기간이 소요되고 회복이 어려울 수도 있다는 것을 알 수 있다. 본 증례는 치료 시작 20일 안에 운동 기능 및 감각 저하가 회복되기 시작하여 한방치료를 통해 비골신경마비 치료 기간을 단축시킬 수 있음을 보여줬다.

본 증례는 少陽人 足下垂 환자를 胃受熱 裏熱病의 下消, 陰虛午熱로 진단하고 熟地黃苦參湯을 투여하여 Rt. side foot drop, Rt. foot weakness, Rt. leg & foot hypoesthesia에 유의한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다. 그러나 鍼治療, 電鍼療法 등 다른 병행 치료의 영향성을 배제하지 못한 점이 한계점으로 남는다. 또한 증례가 부족하므로 향후 이를 보완하여 보다 많은 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 參考文獻

1. 이우주. 제 2판 의학대사전. 아카데미서적, 서울, 1999:869.
2. David J. Magee. 정형물리치료진단학. 현문사, 서울, 1998:805.
3. 대한정형외과학회. 정형외과학. 최신의학사, 서울, 1999:283-308, 348, 377-378.
4. 전국한의과대학 재활의학과 교실. 동의재활의학과학.書苑堂, 서울, 2002:74-176.
5. 추민규, 김세진, 위준, 최진봉. 급성 비골신경마비로 진단된 足下垂 환자의 치험 3례. 한방재활의학과학회지. 2007;17(3):217-230.
6. 이승현, 최서용, 이성균, 국윤재, 김대중. 말초신경병증으로 진단된 편측 足下垂 환자의 치험 1례.

8) 『東武遺稿』 「東武先師四象藥性嘗驗古歌」 熟知 微溫 滋腎補血 益髓填精 烏髮黑髮 熟苧 補腎和腎

9) 『東武遺稿』 「東武先師四象藥性嘗驗古歌」 知母 味苦 熱渴能除 骨蒸有汗 痰咳皆舒 知母 壯腎而有內守之力

10) 『東武遺稿』 「東武先師四象藥性嘗驗古歌」 黃柏 苦寒 降火滋陰 骨蒸濕熱 下血堪任 黃柏 收斂腎元

- 대한침구학회지. 2006;23(1):217-223.
7. 윤호준, 김용기, 김경남, 송영상, 송윤경, 임형호. 인공 슬관절 전치환술 후 발생한 비골신경마비 증례 보고. 한방재활의학과학회지. 2001;11(2):209-21.
 8. 김선중, 임양의, 권영달, 송용선. 자연분만 후 비골 신경마비(足下垂)에 대한 증례 보고. 한방재활의학과학회지. 2000;10(2):27-36.
 9. 설재욱, 김세진, 정순구, 최진봉, 김종석. 양측성 총비 골신경마비 치험 1례. 한방재활의학과학회지. 2005; 15(3):177-185.
 10. 황정수, 이종영, 원승환, 김두용, 김성혜, 박희수. 전침을 이용한 足下垂 환자 치험 2례. 대한침구 학회지. 2005;22(5):161-166.
 11. 나건호, 신정철, 이동현, 위통순, 김선중, 최원확, 류충열, 윤여충, 조명래, 채우석. 압박성 신경병증에 의한 足下垂 환자 1례에 대한 임상적 고찰. 대한 침구학회지. 2005;22(4):1-12.
 12. 박현호, 정지은, 정원희, 김민철. 추간판탈출증으로 인한 足下垂 환자의 추나 치료를 병행한 치험 1례. 척추신경추나의학회지. 2008;3(1):19-27.
 13. 최인호, 황진우, 유상민, 정재중, 이용현, 송윤경, 임형호 뇌졸중 후유증으로 인한 足下垂의 예방과 치료에 첩대 요법을 병행한 환자 치험 2례. 척추신경 추나의학회지. 2006;1(2):49-60.
 14. Kenneth W L, Ian B, 이광우편저. 임상신경학. EPUBLIC, 서울, 2006:635.
 15. 이광석, 김학운, 최용경. 총비골신경손상의 병합치 료. 대한정형외과학회지. 1992;29:722-727.
 16. Togrol E. Bilateral peroneal nerve palsy induced by prolonged squatting. Mil Med. 2000;165(3):240-242.
 17. 민경옥, 박래준. 질환별 물리치료. 대학서림, 서울, 1989:281-282.
 18. 張志聰 編註, 이원기 懸吐. 新編素問集註. 대성 문화사, 서울, 1994:345-349.
 19. 전국 한의과대학 사상의학교실. 사상의학. 집문당, 서울, 2005:266-273, 682-722.
 20. 서웅, 송정모. 少陽人 新定處方의 형성과정에 대한 고찰. 사상체질의학회지. 1997;9(1):213-243.
 21. 허준저, 동의보감국역위원회 역. 對譯東醫寶鑑. 법인문화사, 서울, 2002:1182.
 22. 경희대학교 한의과대학 사상체질과. 사상체질과 임상편람 제 1권. 경희대학교 한의과대학 사상체 질과, 서울, 2007:76.
 23. 최병일, 송일병. 少陽人 涼膈散火湯과 忍冬藤地 骨皮湯 및 熟地黃苦蔘湯이 Alloxan 투여 고혈당 백서에 미치는 영향. 사상의학회지. 1998;10(2): 513-532.
 24. 김선형, 유준상, 양상묵, 김달래. 少陽人 陰虛午熱 證(下消證) 환자의 부자 증독증을 熟地黃苦蔘湯 으로 완화시킨 치험 1례. 사상체질의학회지. 2001; 13(3):145-150.
 25. 김용훈, 김근우, 민학진, 윤의성, 강무형, 황준성, 김상림. 슬관절 전치환술 후의 비골신경마비. 대 한슬관절학회지. 2002;14(2):131-135
 26. 정태은, 문희림, 지대림. 심장수술 후 발생한 총비골 신경마비. 대한마취과학회지. 2003;45(3)426-429.