



침치료를 시행한 痿證(筋異養症) 환자 치험 1례

이장원 · 김철한 · 황의형 · 김정연
우석대학교 한의과대학 한방재활의학교실

A clinical report on one case of muscular dystrophy

Jang-won Lee, O.M.D., Cheol-han Kim, O.M.D., Hwang Eui-hyoung, O.M.D., Jeong-Yeon Kim, O.M.D.

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, Woosuk University, Korea.

Objective : We want to investigate the patient who has a muscular dystrophy how much muscular strength is improved and general conditions are changed after applying Sa-am acupuncture.

Method : The patient who has a muscular dystrophy was evaluated by AchR-Ab, VAS, pulling power test after applying Sa-am acupuncture

Key word : muscular dystrophy, AchR-Ab, VAS, pulling power test, Sa-am acupuncture

I. 緒論

痿證은 筋脈이 弛緩되어 手足이 痿軟無力한 것을 말하며, 下肢의 隨意運動과 步行障礙가 많이 나타나므로 “痿躄”이라고도 한다.

보통 痿證은 溫熱病이나 熱病 후기에 邪熱이 陰液을 灼傷하여 筋脈이 濡養을 받지 못하여 많이 발생하고, 또한 濕熱이 筋脈肌肉에 침습하여 弛緩되거나, 身體가 虛弱한데 久病으로 肝腎虧虛 精血不足되어 肌肉筋骨을 濡養할 수 없거나, 瘀血이 脈絡을 阻礙하여 발생한다. 대표적인 임상 양상은 肢體가 痿弱無力하며 심하면 물건을 잡을 수 없고 걸을 수도 없거나, 患側의 肌肉이 萎縮되며 肢體가 마르며, 溫熱病 과정이나 여러 질환의 病後에 나타난다¹⁾.

痿證에 대하여 西醫學的으로는 근육의 무력이나 위축을 주소로 하는 질병으로서, 少力이나 弛緩 위

주인 중풍 후유증, 다발성 신경염, 급성 척수염이나 추간판 탈출증, 중증 근무력, 주기성 마비, 히스테리성 마비, 길리안 바레 증후군 등과, 萎縮이 주증상인 근이양증, 소아마비 등으로 나눌 수 있다²⁾.

본 연구에서는 우석대학교 부속한방병원 한방재활의학과에 입원한 근이양증(muscular dystrophy) 환자 1례에 대한 한의학적 치료, 특히 사암침법을 응용한 치료에 대한 임상 경과를 분석하여 근이양증에 대한 한의학적 이해와 치료방안을 모색해 보고자 한다.

II. 연구대상과 방법

1. 연구 대상

2001년 9월 21일에 우석대학교 부속한방병원

교신저자 : 김정연, 전북 전주시 원산구 중화산동 2가 5번지 우석대학교 한의과대학 부속 전주 한방병원 한방재활의학교실
Tel : (063)220-8626 Fax : (063)227-6234 E-mail : sayhahaha@yahoo.co.kr

재활의학과에 입원하여 痿證(筋異養症)으로 진단받고 2005년 5월 현재 침치료를 받고 있는 환자 3례 중 비교적 협조적인 23세의 남자 환자를 연구 대상으로 하였다.

2. 연구 방법

筋異養症의 진단적 검사법에는 Serum Enzymes, EMG(Electromyography), Muscle Biopsy, Dystrophin DNA 검사법 등이 있다³⁾. 본 연구에서는 한방병원의 특성을 고려하여 생의학적 검사법으로는 아세틸콜린수용체 항체 검사(AchR-Ab), 제반 컨디션에 관해서는 VAS측정을, 근력의 변화는 비교적 사용이 가능한 손가락의引力검사 등을 통하여 사암침 시술을 통한 근이양증 치료의 경과를 평가하였다.

1) AchR-Ab

筋痿證이나 筋無力症의 임상양상은 신경근 접합부의 acetylcholine receptor(AchR)에 acetylcholine antibody(AchR-Ab)가 경쟁적으로 결합하여 신경근 전달을 차단시킴으로써 유발된다⁴⁾⁵⁾. 따라서 AchR-Ab의 측정은 痿證의 임상 양상인 근육의 痲痺, 無力感의 정도 변화를 측정할 수 있는 도구가 될 수 있다.

2) VAS

Visual Analogue Scale(VAS)은 1974년 Huskisson(1974)이 VAS를 이용하여 동통의 계량화를 시도한 이래로 환자의 자각적 동통의 정도를 나타내는 척도로서 널리 이용되고 있다⁶⁾. 본 연구에서는 매일 오후 3시에 그 날의 ①전반적인 기분, ②손의 힘, ③손가락의 가동성 정도, ④발의 냉감, ⑤가슴의 열감, ⑥호흡곤란의 정도, ⑦식욕 곤란의 정도, ⑧소화불편의 정도 등에 대하여 0부터 10까

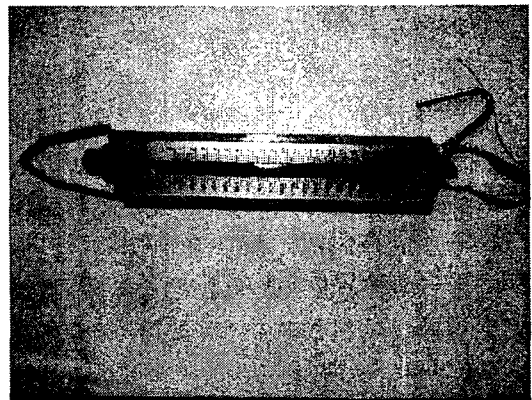
지의 등급으로 그 정도를 측정하였다. 0은 가장 좋은 상태를 표시하고 10은 가장 심한 상태를 표시하도록 하였다. 응답은 질문을 읽은 후 깊이 생각하지 않고 읽는 즉시 떠오르는 느낌을 체크하도록 지도하였으며, 소수점은 나타내지 않고 정수로 체크하도록 하였다.

3) 引力 테스트

鍼治療 시행 이후의 筋力의 改善 여부를 측정하기 위하여 손이나 손가락, 다리나 발가락, 어깨 등의 당기는 힘을 측정하고자 시도하였으나, 환자가 실제 隨意的으로 가동하기 쉬운 곳은 손가락이었으며, 손가락 중에서도 가장 힘이 좋은 곳은 4指이었으므로 左右의 4指에 대한 引力 테스트를 매일 오후 3시에 실시하였다.

引力 테스트 도구는 대도계기산업사의 학습교재용 용수철 저울을 사용하였다(Fig. 1). 저울의 눈금은 최고 20N(1N=1kg의 질량의 물체에 작용하여 1m/sec²의 가속도를 주는 힘)이다.

Fig. 1. The spring balance



4) 연구 기간과 경과

연구 기간은 2005년 5월 10일부터 5월 24일까지 15일간이다. 동 기간 동안에 刺鍼은 오전 9시부터

10시 사이에 실시하였으며, VAS 측정은引力 테스트 직전에 실시하였다. AchR-Ab의 측정은 5월 12일부터 5일 간격으로 3회 실시하였다.

引力 테스트는 환자 베드의 링거 주사기 걸이에 용수철 저울을 고정하고 그 앞에 탁자를 놓아 환자가 편안하게 용수철을 당길 수 있는 자세를 취하도록 한 후, 1회의 시도로 끝까지 당길 수 있는 최대치의 힘을 측정하였다. 측정 시간에 따른 오차를 배제하기 위하여 매일 오후 3시에 실시하였다.

5) 평가 방법

刺鍼의 임상적 효과에 대한 평가는 AchR-Ab와 VAS 및 引力 테스트의 수치 변화를 평가하였다. 구체적으로는 VAS를 측정할 각 항목에서 자각 정도에 대한 相關關係를 살펴보았으며, 용수철을 당기는 引力 테스트에 대하여는 左右의 차이 여부를 非母數檢定으로 비교하였다. 통계 처리는 SPSSWIN 13.0으로 시행하였다.

Ⅲ. 증례

1. 환자 : 강00 (M/23)
2. 발병일 : 1998년 초
3. 主訴 : 下肢 무력, 上肢 手指部 무력, 易感冒, 右頭痛, 鼻不利
4. 진단명 : 痿證(근이양증:muscular dystrophy)
5. 과거력 : 별무
6. 현병력

상기 23세 남환은 상기 主訴로 2001. 7. 24에 전 북대학교 부속병원에서 Ach. 치료받다가 2001.9.21 본 병원 침구과를 거쳐 한방재활의학과에 입원하였다. 본 병원의 입원 도중에 2002. 2. 2부터 서울 아산병원에 4개월에 1회 진료 및 IgG 치료받아 오고 있다.

7. 검사 소견

dystrophin 염색에서 inhomogeneous 소견을 보이며 Becker dystrophy(백커형 筋異養症)의 가능성을 배제할 수 없다고 진단되었으며(2001. 8. 6), 이후에도 상당량의 fat가 perimysium과 endomysium 사이에 축적되어 있다. 2005. 5. 12 현재 AchR Ab는 0.059로서 양성(음성반응 기준은 0.04pmole/ml 미만임⁷⁾)이었고, 그 외 Lab 상으로 특이사항은 없었다.

한의학적으로는 본 연구 시작 전 만성적 피로감, 식욕부진, 설사, 두통, 눈이 침침함, 붉은 안검, 눈곱이 낀, 수면 시 虛熱 및 종아리부위 뜨거움, 舌苔 白·黃苔 厚膩, 脈浮大有力而遲하였다.

8. 치료 경과

장기 입원에 따르는 환자 가족의 경제적 사정 등에 따라 약물 치료는 곤란하였으므로 鍼灸 치료만 실시하였다. 鍼은 舍岩鍼法의 努極力⁸⁾을 위주로 오전 9~10시 사이에 매일 시술하였으며, 당일의 임상 양상에 따라 心寒格 혹은 脾正格을 응용하기도 하였다 (Table I).

9. 임상 양상

1) AchR-Ab의 변화

AchR-Ab 측정치는 이 연구를 위한 刺鍼을 시작한 직후의 첫 번째 측정에서 0.059로서 양성 반응을 보였으나, 그 이후의 측정에서는 0.001로서 모두 음성 반응을 보였다(Table II). 刺鍼 후 7일 후부터 AchR-Ab가 음성 반응을 보이기 시작했다는 것은 다소 고무적인 결과라고 할 수 있다. 특히 Table 3.에서 볼 수 있듯이 손가락 힘의 변화 양상이 자침 7일 경부터 의미있게 변화하고 있는 사실과 부합하는 것으로 보인다.

2) 전반적인 상태의 변화(VAS)

환자가 자각적으로 느끼는 전반적인 상태는 鍼

灸 施術 후 점차 효과가 있었는데 특히 1주일 경에 매우 호전되었다. 그 후 다시 점차 악화되었다가 1주일 후에 또 다시 호전되었다. 마치 1주일 주기의 양상을 보이는 듯 하였다. 즉, 모든 항목에 있어서 시술 7~8일째에 VAS값이 가장 작게 나왔으며, 이후 다시 증가하는 양상을 보이다가 15일 경에는 또 다시 가장 감소하는 등의 양상을 보였다(Table III, Fig. 2).

그리고 환자의 전반적인 컨디션의 양상은 각 항목이 서로 매우 높은 相關關係를 이루고 있어서, 그 날의 기분에 따라 다른 컨디션의 양상이 매우 민감하게 반응하고 있는 것으로 보인다. 즉, VAS 항목간의 Pearson 상관계수는 0.588부터 0.923까지 매우 높은 양상을 보였다(Table IV.).

3) 손가락 힘의 변화(引力 테스트)

손가락 힘의 변화는 손가락 중 비교적 힘이 있어 보이는 좌우 4指로 하여금 용수철 저울을 당기게 하고 그 힘을 기록하여 비교한 것이다. 이 引力은 鍼灸 시술 후 서서히 증가하다가 8일 경에 최고조에 달했다. 이 8일의 시점은 VAS값이 가장 작을 때였다(Fig. 2). 이후 등락을 반복하다가 15일 경에 다시 최고조에 달했다(Table V, Fig. 3).

또한 의견상으로는 VAS값이 최저일 때 손가락의 힘이 가장 강했던 것으로 보이는데(Fig. 2, Fig. 3.), 이는 매일의 기분이 손의 힘 및 손가락의 가동성과 0.832 혹은 0.861의 높은 상관관계⁹⁾를 갖고 있었던 것과 일치하는 것으로 보인다(Table IV.).

4) VAS와 引力의 관계

환자의 자각적인 VAS값은 약 1주일 간격으로 8일과 15일 경에 최저치를 나타내고 있다. 반면에 용수철을 당기는 환자의 힘(引力)은 치료 후 8일까지 급격히 증가하는 양상을 보이다 그 증가율이 다소 떨어지긴 하지만 15일 경에 최고치를 이루고 있다.

따라서 VAS로 측정된 여러 상태들과 당기는 힘의 양상의 상호관계를 살펴보면, 그날의 기분과 引力은 매우 낮은 相關關係($r=-0.051$)를 갖고 있어서 손가락의 힘이 기분에 따라 달라지는 것은 아니라는 것을 알 수 있다. 반면에 손의 힘이나 손가락의 가동성 정도는 비교적 의미 있는 相關關係($r=-0.453$, $r=-0.364$)를 갖고 있었다.

이러한 자료로 미루어 볼 때, 환자는 기분에 따라 恣意的 혹은 虛僞로 용수철을 당기지는 않았다는 것을 알 수 있고, 환자가 느끼는 손의 힘이나 손가락의 가동성 정도가 비교적 손가락의 引力과 相關關係가 있다는 것을 알 수 있다. 相關關係 계수가 陰(-)인 것으로 볼 때 이것은 VAS값이 작을 수록 引力이 증가하는 관계임을 확인할 수 있다(Table VII.).

IV. 고찰

筋異養症은 유전성 가족적 질환으로서 筋強直(myotonia)과 筋萎縮(muscular dystrophy)을 특징으로 하며 그 외에 白内障(cataract), 生腺腺 萎縮(gonadal atrophy), 前頭部 대머리(frontal baldness) 및 知能發達 障礙를 흔히 동반하는 매우 드문 질환의 하나이다¹⁰⁾.

1890년 Deleage가 최초로 筋強直의 1例를 보고하였고 1902년 Rossolimo는 筋強直과 筋萎縮이 동반된다는 사실을 기술하였으며 1909년 Batten과 Gibb 및 Steinert에 의해 종합적으로 기술됨으로써 筋異養症이 다른 형태의 筋強直과 구분되어 별개의 疾患群으로 분류되게 되었다¹¹⁾. 현재는 筋異養症에서의 筋萎縮이 신체 특정부위의 筋肉群에 進行性 對稱性 筋萎縮 및 그에 따르는 筋力 弱화를 동반하는 것으로 정의되고 있다¹²⁾.

근래에는 1987년 디스트로핀 단백질 결핍이 듀센형 筋異養症(Duchenne's muscular dystrophy,

DMD)과 베커형 筋異養症(Becker's muscular dystrophy, BMD)을 유발하는 것이 처음으로 증명되었고¹³⁾ 역조직화학 염색법(IHC)을 사용한 연구 결과 디스트로핀이 근세포막에 존재한다는 것이 밝혀진 이후¹⁴⁾, 근이양증에 대한 연구는 급속도로 발전하여 현재 여러가지 아형들의 원인이 규명되고 있는 상태이다. 특히 근세포막의 당단백들이 디스트로핀과 결합하고 있다는 사실들이 밝혀지면서¹⁵⁾ 이들 디스트로핀 당단백 복합체(dystrophin glycoprotein complex)를 구성하는 단백질의 결핍이 여러 가지 근이양증의 원인이라는 것이 알려지기 시작하였다.

국내의 경우에는 1993년 디스트로핀 IHC(Immunohistochemical study, 면역조직화학 검사)를 이용한 듀센형 筋異養症의 진단이 처음 소개되어¹⁶⁾ 면역조직 화학적 검사가 비교적 보편적으로 이용되고 있지만¹⁷⁾, 아직 단백 항원을 이용한 근이양증 감별진단이나 유전자 검사를 이용한 감별진단은 별로 시행되지 않고 있다.

筋異養症은 인체의 19번째 염색체에 위치하고 있는 유전자의 유전적 변이에 의해서 유발된다. 筋異養症은 상염색체 우성유전 질환으로 성별과 관계없이 일어나며, 여성 근이양증 환자인 경우 남성에 비해 선천성 근이양증 환자를 가지기가 쉽다¹⁸⁾. 筋異養症은 상염색체의 우성유전 형식을 띠기 때문에 매 임신시마다 자녀에게 근이양증 질환을 유발시키는 유전자를 전수할 확률이 50%가 된다¹⁹⁾.

지금까지 알려진 筋異養症은 4가지로 구분된다. 첫 번째, 듀센형(Duchenne Type)은 가장 빈도가 높고 증상은 3세 이전에 나타나기 시작하고, 거의 남자 어린이에게서 발생한다. 일어날 때 무릎을 잡고 일어나거나, 계단을 오를 때도 힘들어하고, 점점 배가 앞으로 나오며 허리는 뒤로 젖혀 견게 되고, 뒤꿈치를 들고 걸다가 힘이 빠지면 보행이 힘들고 팔의 힘도 약해진다. 두 번째, 베커형(Becker Type)은 듀센형과 아주 유사하나 근육이 저하되는

속도는 다르다. 임상증상이 미미하며 증상의 시작은 5세 이후부터 20대 전에 나타난다고 하며 보행은 16세까지 가능하고 수명은 거의 정상에 가깝다²⁰⁾. 세 번째, 안면견갑 상완형(Facioscapulohumeral Type)은 처음 발병하는 나이는 7세 이후(보통 10대)이며, 남녀 모두에게 나타난다. 여자와 남자에게 모두 나타날 수 있고 10대에서 20대에 증상이 나타나기 시작하며 평균수명에는 거의 지장이 없다. 얼굴과 어깨 근육의 약화가 주로 나타난다. 네 번째, 지대형(Limb Girdle Type)은 대개 20세 전후(대체로 10대 후반기)에 발병하여, 남녀 모두에게 나타난다. 먼저 어깨 주위의 근육이나, 엉덩이, 허벅지 주위근의 힘이 약해지는 것으로 시작하여 팔은 얼굴과 머리 높이로 올리기가 힘들다.

본 환자의 경우는 전북대학교 병리학실에서의 진단에 의하면, dystrophin 염색에서 inhomogeneous 소견을 보이며 Becker dystrophy(베커형 筋異養症)의 가능성을 배제할 수 없다고 진단되었으며(2001.8.6), 이후에도 상당량의 fat가 perimysium과 endomysium 사이에 축적되어 있다.

이러한 筋異養症은 筋無力症 등과 함께 韓醫學的으로는 痿證에 속하는데, 痿證의 병리에 대하여 많은 醫家들은 『內經』과 丹溪의 說에 기초하여 火熱에 의한 것으로 보고, 그 病位는 주로 肺에 있다고 인식하였다. 임상상 痿證은 熱·虛·痰·瘀의 여러 가지 원인으로 인해 형성되며, 그 病位는 肺·胃·肝·腎 등의 臟腑와 밀접한 관계가 있다¹⁾. 즉, 그 病機를 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱侵淫, 瘀阻脈絡 등으로 볼 수 있다.

첫 번째, 肺熱傷津은 邪熱이 肺를 침범하거나 病後에 邪熱이 완전히 제거되지 않아 肺金이 邪熱에 의해 薰灼을 받아 津液이 傷하고 水虧火旺하게 된 것을 말한다. 그리하여 津氣를 生化하는 근원이 없으면 筋脈이 濡潤되지 못하므로 手足이 痿弱不用되어 痿證이 발생한다. 두 번째, 肝腎虧虛는 體虛 病久로 陰精氣血이 虧損되거나 房勞過多로 肝

腎이 상하게 되어 痿證이 나타나게 된 것을 말한다. 久病이나 房勞는 精血을 虧損시키는데 精虛하면 灌溉할 수 없고 血虛하면 營養할 수 없게 된다. 陰虛로 內熱이 발생하면 津液이 灼傷되어 筋骨經脈이 濡養되지 못하여 痿證이 발생한다. 세 번째, 脾胃虛弱은 脾胃의 收納運化 기능이 실조되어 氣血의 生化之源이 부족하게 되어 濕熱이 축적되고 絡脈을 壅滯시켜 氣血運行에 장애가 나타나 痿證이 나타난 것을 말한다. 네 번째, 濕熱侵淫은 濕地에 오래 머물거나 涉水淋雨가 원인이고, 다섯 번째, 瘀阻絡絡은 產後에 惡露未盡이 주원인이다.

이러한 痿證에 대하여 『素問』에는 “治痿 獨取陽明” 등의 치법과 “各補其榮而通其俞 調氣虛實 和其逆順”의 침법의 대원칙을 언급하고 있다. 漢代 張仲經은 『傷寒論』에서 傷寒 吐下 후에 다시 發汗하여 陰陽氣血이 모두 虛하여 筋脈을 濡養하지 못하여 痿證이 발생한다고 하였고, 『金匱要略 · 中風歷節病脈症并治第五』에는 “鹹則傷骨 骨傷則痿”라고 하였다. 隋代 巢元方은 『諸病源候論』에서 內因으로는 風邪感受, 外因으로는 脾胃虧虛한 것을 제시하였다. 金元時代에 張子和는 『儒門事親』에서 火熱이 매우 중요하다고 보았으며 “痿病無寒”의 관점에서 痿證과 痺症의 치료가 다름을 제시하였다. 李東垣은 濕熱이 痿證을 형성하는 주된 병기로 보았으며, 그 원인을 濕熱 · 肺金受邪 · 暑傷胃氣 · 濕熱乘肝腎 등으로 나누어 清燥湯 등으로 隨證加減하였다. 朱丹溪는 『丹溪心法』에서 濕熱 · 濕痰 · 氣虛 · 血虛 · 瘀血 등으로 나누었다. 清代 陳士鏗은 『石室秘錄』에서 胃火熾盛을 痿證의 주요 원인으로 보았으며, 葉天士는 臟腑相關에 주목하여 肝 · 腎 · 肺 · 胃 등의 臟腑가 발병과 치료에 중요한 작용을 한다고 보았다¹⁾.

許浚은 『東醫寶鑑 · 外形篇 · 足門』에서 痿證의 원인과 치료법에 대하여 『丹溪心法』을 인용하여 명확하게 언급하고 있다. 痿證의 원인에 대하여 “肺受熱則金失所養, 木寡于畏而侮所勝, 脾得木邪而

傷矣. 肺熱則不能管攝一身, 脾傷則四肢不能爲用, 而諸痿之病作矣”라고 하였다. 즉, 肺金이 熱을 받아서 자기 기능을 하지 못하게 되어 肝木을 억제하는 힘이 작어지면 木이 자기가 억제하던 土(脾)를 더욱 억제하고 肝木의 邪氣를 받은 脾가 傷하게 된다. 그로 인해 脾가 傷하면 運化가 되지 않아 팔다리를 잘 쓰지 못하게 된다고 보았다.

이러한 原因 分析에 따라, 許浚은 그 치료법에 대하여 “瀉南方, 則肺金清, 而東方不實, 何脾傷之有. 補北方, 則心火降, 而西方不虛, 何肺熱之有. 故陽明實, 則宗筋潤, 能束骨而利機關矣”라고 하였다. 즉, 南方 火(心)를 瀉하면 西方(肺金)이 서늘해지기 때문에 東方 木(肝)이 實하지 못하게 되고, 그로 인해 中央 土(脾)가 傷하지 않는다. 北方의 水(腎)를 補하면 心火가 내려가므로 西方(肺)이 虛해지지 않는다. 그렇게 하면 肺熱이 절대 나지 않는다는 것이다. 그리하여 陽明이 實하면 宗筋이 潤滑해지고 뼈가 튼튼해져서 뼈마디를 잘 놀릴 수 있게 된다고 보았다. 그리고 아울러서 痿證에 대한 治法으로 절대 風症의 藥을 써서는 안 된다고 하였다²⁾.

이상의 문헌적 연구에 비추어 볼 때, 본 환자에 대한 韓醫學的 刺鍼의 原理는 腎水를 補하고 心火를 瀉하는 원칙을 견지하되, 원래 肺受熱 이후의 失證(虛證)으로 온 것이므로 君火를 補하면서도 脾土 · 肺金을 補할 뿐만 아니라 肺燥熱로 인한 元氣의 亢盛과 邪氣化를 제어하여야 할 것이다.

이와 같은 관점에서 君火(心經)의 火穴(少府)과 土經(脾經)의 土穴(太白) 및 金經(肺經)의 金穴(經渠)을 補하고, 元氣의 亢盛과 邪氣化를 제어하기 위하여 元氣之海인 氣海와 火經(心經)의 背俞穴(心俞)을 瀉하는 舍岩鍼法의 努極方은 朱丹溪의 『丹溪心法』과 許浚의 『東醫寶鑑』에서 제시하는 치료 원칙에 부합하는 것으로 사료된다.

실제로 본 환자의 경우 처음 발병 시에 옷깃만 스쳐도 피부가 뜨겁고 쓰라린 통증을 느꼈다고 하는 것(肺熱傷津)이나, 현재 외부 筋肉 뿐만 아니고

平滑筋인 消化器의 無力症²²⁾까지 동반하고 있으며 뚜렷한 腎虛 및 氣虛 증상을 兼하고 있는 것으로 보아, 肺熱灼津·肝腎虧虛·脾胃虛弱의 韓醫學的 辨證은 타당한 것으로 사료된다.

V. 결론

본 증례는 근이양증으로 진단받은 환자를 肺熱灼津·肝腎虧虛·脾胃虛弱 등으로 인한 虛證 진단하여 畝岩鍼 勞極方을 위주로 자침하여 임상적으로 의미있는 결과를 얻은 경우이다. 勞極方은 君火(心經의 火穴인 少府)를 돌우고 土經(脾經)의 土穴(太白) 및 金經(肺經)의 金穴(經渠)을 補하며, 元氣의 亢盛과 邪氣化를 제어하기 위하여 元氣之海인 氣海와 火經(心經)의 背俞穴(心俞)을 瀉하는 畝岩鍼法으로 본 근이양증 환자에게 유효한 것으로 보인다.

참고문헌

1. 전국한의과대학심계내과학교실. 심계내과학. 서울:서원당. 2002:451-454,458
2. 임상섭 외. 素問·痿論에 대한 연구. 원광한의학회지. 1997;7(1):98
3. 서울대학교 재활의학교실. 재활의학. 서울:군자출판사. 1997:473-8.
4. 조광호. 중증근무력증 진단에서의 체반 검사법. 원광의과학. 1996;12(1):21.
5. 서대원 외. 중증근무력증에서 체반 검사법의 진단적 의의. 대한신경과학회지. 1994;12(4):696.
6. 왕진만. Visual Analogue Scale(VAS)을 이용한 동통평가의 유용성. 대한척추외과학회지. 1995;2(2):178.
7. 이광우 외. 근이양증의 임상경과평가. 대한신경과학회지. 1994;12(1):65.
8. 정호영. 사암침구정전각론. 대구:행림서원. 2003:147-50
9. 김성봉. 재무분석과 SPSSWIN. 서울:동인. 2000:185.
10. 김용진 외. 強直性 筋異養症 1例 報告. 대한내과학회지. 1970;13(5):353.
11. 오신중. 進行性 筋異養症의 臨床的 研究. 대한내과학회지. 1965;8(8):475.
12. Hoffman EP, Brown Jr, Kunkel LM. Dystrophin: the protein product of the Duchenne muscular dystrophy locus. Cell. 1987;51:919-28.
13. Arahata K, Ishiura S, Ishiguro T, Tsukahara T, Sahara Y, Eguchi C, et al. Immunostaining of skeletal and cardiac muscle surface membrane with antibody against Duchenne muscular dystrophy peptide. Nature. 1988;333:861-3.
14. Campbell KP, Kahl SD. Association of dystrophin and an integral membrane glycoprotein. Nature. 1989;338:259-62.
15. Kim SY, Lee KW, Cha JI. Immunohistochemical Staining with Anti Torpedo Dystrophin Antibody in Duchenne Type Muscular Dystrophy. Journal of Korean Neurol Association. 1993;11:68-77.
16. 김대성 외. 근이양증 환자를 대상으로 실시한 면역조직화학 검사의 의의. 대한신경과학회지. 2004;22(6):613.
17. 서만옥 외. 한 가족에서의 안인두근 이양증 2예. 대한신경과학회지. 1984;2(2):208.
18. 박영관 외. 체염색체 우성 말단 근이양증 1가족 예. 대한신경과학회지. 1990;8(2):350.
19. 전창선, 筋強直性 異養症 1例 報告, 대한내과학회지. 1971;14(4):276.
20. 최병욱 외. Becker형 근이양증에서 근육생검

소견의 비균일성. 대한신경과학회지. 1998;16
(5):732.

21. 허준. 동의보감. 서울:법인출판사. 1999:785-786
22. 김태형 외. 근이양증 환자에서 발생한 급성 위
확장증 및 담석증. 대한외과학회지. 2004;66(3)
:248.

Table I. Acupuncture

The date of ATx	ATx	Special symptom
1st~9th	努極方*	-
10th	心寒格**	hot flash
12th~13th	努極方*	-
14th	脾正格***	dyspepsia, diarrhea
15th	下三皇****	low back pain, nocturnal pollution

ATx ; Acupuncture

努極方* : 少府太白經渠 補, 氣海心俞 瀉

心寒格** : 陰谷少海 補, 大都少府 瀉

脾正格*** : 少府大都 補, 大敦隱白 瀉

下三皇**** : 陰陵泉, 瀨谷, 三陰交

Table II. The change of AchR-Ab

	Date		
	2005.5.12	2005.5.17	2005.5.22
Results	0.059	0.001	0.001
Remarks	+	-	-

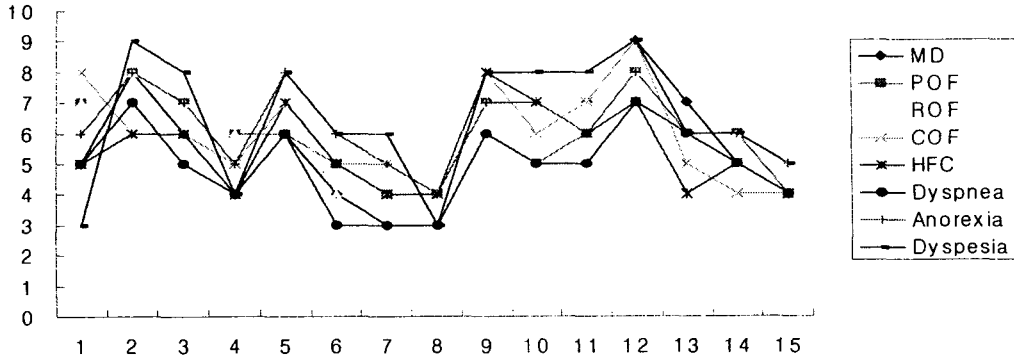
+ ; positive, - ; negative

Table III. The change of general conditions according to applying ATx (VAS)

General conditions	Date														
	1st	2nd	3rd	4th	5th	6th	7th	8th	9th	10th	11th	12th	13th	14th	15th
DM	5	8	6	4	6	4	3	3	6	5	7	9	7	5	4
POF	7	8	7	6	6	5	4	4	7	5	6	8	6	6	4
ROF	7	8	7	6	7	4	4	4	7	5	7	8	6	6	5
COF	8	6	6	5	7	5	5	4	8	6	7	9	5	4	4
HFC	5	6	6	4	7	5	4	4	8	7	6	7	4	5	4
Dyspnea	5	7	5	4	6	3	3	3	6	5	5	7	6	5	4
Anorexia	6	8	7	5	8	6	5	4	7	7	6	8	6	6	5
Dyspepsia	3	9	8	4	8	6	6	3	8	8	8	9	6	6	5

ATx ; Acupuncture, DM ; Daily mood, POF ; Power of 4th finger, ROF ; R.O.M of 4th finger, COF ; Coldness of foot, HFC ; Hot flash of chest

Fig. 2. The change of general conditions



DM ; Daily mood, POF ; Power of 4th finger, ROF ; R.O.M of 4th finger, COF Coldness of foot, HFC ; Hot flash of chest

Table IV. The Pearson correlation between daily mood and General condition

	General condition					
	POF	ROF	COF	HFC	Dyspnea	Anorexia
Pearson Correlation coefficient	0.832*	0.861*	0.652*	0.588*	0.923*	0.798*

* ; p<0.01

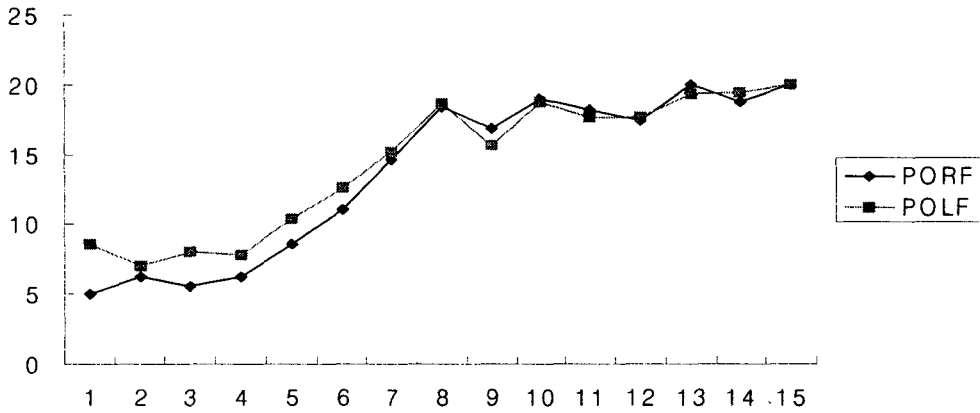
POF ; Power of 4th finger, ROF ; R.O.M of 4th finger, COF ; Coldness of foot, HFC ; Hot flash of chest

Table V. Pulling power test of the Rt/Lt 4th finger

power	Date														
	1st	2nd	3rd	4th	5th	6th	7th	8th	9th	10th	11th	12th	13th	14th	15th
PORF(N)	5.0	6.2	5.6	6.2	8.6	11.0	14.6	18.4	16.8	19.0	18.2	17.4	20.0	18.8	20.0
POLF(N)	8.6	7.0	8.0	7.8	10.4	12.6	15.2	18.6	15.6	18.8	17.6	17.6	19.3	19.4	20.0
S	6.8	6.6	6.8	7.0	9.5	11.8	14.9	18.5	16.2	18.9	17.9	17.5	19.7	19.1	20.0

PORF ; Pulling power of the Rt 4th finger, POLF ; Pulling power of Lt 4th finger, S ; Standard

Fig. 3. The change of pulling power between Rt. and Lt. ring finger



PORF ; Pulling power of the Rt 4th finger, POLF ; Pulling power of Lt 4th finger

Table VI. The correlation between General condition and pulling power of 4th finger

	General condition						
	DM	POF	ROF	COF	HFC	Dyspnea	Anorexia
Pearson							
Correlation coefficient	-0.051	-0.453	-0.364	-0.241	-0.068	-0.097	-0.284