

腦卒中 急性期에 응용되는 下法에 대한 연구

李源哲*

ABSTRACT

Research on the Xiafa(下法) used at the acute stages of Stroke

Lee Won-Chul*

* Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongguk University

Stroke is badly damaged for patient, family, society and country. To reduce a sequelae and return rapidly to society, treatment at acute stages is very important. In the research on xiafa(下法;diarrhea technique) used at the acute stages of stroke, the results were as follows.

On the treatment of stroke, we are to control qi(氣). For it, sweating technique(汗法), vomiting technique(吐法) and diarrhea technique(xiafa ; 下法) are used. For treatment on biaoshizheng(標實證)(reyufushi, 熱鬱腑實) at acute stages, tongfuxiexiafa(通腑瀉下法) is in general use. At acute stages, mental state is very important. Therefore, Xiafa(下法) have to conduct by zangfu(臟腑)'s law. At the acute stages, xiafa(下法) improved a whole body problems by treatment on a constipation and dysuria. We think that xiafa(下法) clinically effect on the cerebral edema and increased intracranial pressure. In the future, experimental study is needed.

Key words : Acute Stages of Stroke, Xiafa(下法), Reyufushi(熱鬱腑實), Tongfuxiexiafa
(通腑瀉下法)

* 동국대학교 한의과대학 내과학교실

※ 본 연구는 동국대학교 전문학술지 논문게재연구비 보조로 이루어졌음.

I. 서론

한의학에서 中風이라고 하는 腦卒中은 뇌혈관의 이상으로 인하여 급격한 의식장애와 운동장애, 감각장애 등을 주로 나타내는 여러 가지 뇌혈관질환의 총칭이다^{9, 13)}. 腦卒中은 악성중양 및 심장질환과 더불어 인류의 3대 사망 원인질환 중의 하나이며 비록 사망하지 않더라도 후유증이나 합병증으로 인해 사회복귀가 어려운 경우가 많아 환자나 보호자, 가정, 사회, 국가적으로 큰 피해를 입게 한다¹⁷⁾. 최근 우리나라의 死因順位를 보면 뇌혈관질환이 전체사망자의 약 16% 정도로 악성중양에 이어 2위를 차지하고 있다¹⁾. 한의학에 있어서 中風의 범주가 광범위 하지만 최근 腦卒中을 中風의 개념에 통용시키고 있다^{1, 13)}. 이러한 中風은 病態가 善行數變하여 마치 자연계의 風邪의 성질과 유사하고 多變性和 暴急性을 지닌 陽動的 개념으로 그 病情의 변화를 읽을 수 있다^{8, 10)}. 그 중에 급성기 치료가 가장 중요한 데 일단 발병후 약 2주간의 이 기간에는 강력하고도 적절한 초기 집중적인 치료를 함으로써 생명 및 신체기능에 대한 예후를 최대한 호전시키는 것이 급선무이다. 人體가 濕痰, 瘀血 그리고 氣血이 불균등한 상태에서 어떤 자극이든지 熱이 발생되면 內風이 動하고 氣血이 逆亂하여 痰火가 발생된다¹⁵⁾. 따라서 中風治療의 원칙은 調氣를 우선으로 하되 이를 위하여 汗, 吐, 下 등의 治法이 운용될 수 있다^{15, 23)}. 특히 《中藏經》²⁶⁾에 의하면 “人病 中風偏枯~在上則吐之 在中則瀉之 在下則補之”라 하여 中風治法 중 下法의 원칙을 설명하였고, 劉河間⁸⁾과 朱丹溪¹²⁾의 立論에 “陰虛陽實而 熱鬱拂鬱 腠理侵裡 多鬱滯氣血 難而通利”라 하여 中風急性期の 病狀을 설명해 놓아 氣滯血瘀, 痰濁水結 등에 의한 ‘陰虛陽亢’ ‘熱鬱腑實’의 病態임을 推論하고^{1, 24)} 그에 대한 治法으로 ‘通腑瀉下法’이 응용될 수 있으므로 이에 본 저자는 腦卒中 急性期에 下法을 응용하면 임상적으로 유의성이 있을

것으로 사료된다.

II. 본론

뇌혈관 질환은 폐쇄현상(허혈성뇌졸중)과 과열현상(출혈성뇌졸중)으로 분류할 수 있고, 허혈성 뇌졸중(Ischemic cerebrovascular attack)은 뇌혈전증(cb-thrombosis)과 뇌전색증(cb-embolism), 열공성경색(lacunar infarction), 일과성허혈발작(TIA) 등으로 분류되며, 출혈성뇌졸중은 뇌실질내출혈(ICH)과 뇌지주막하출혈(SAH)로 분류된다⁴⁾. 이러한 腦卒中의 원인으로는 고혈압, 동맥경화, 고령, 당뇨병, 심장병, 흡연, 인종, 식사습관, 과도한 음주 그리고 Stress 등이 있으나¹⁸⁾ 한의학적으로는 腦卒中의 病因을 素因과 誘因으로 분류한다. 다시말해서 五志過極, 飲食失節, 起居不節 등의 養生失宜와 寒熱의 자극 등은 誘因에 해당되며 肥滿, 先天體質, 氣血虛 등은 素因에 해당된다¹⁾.

1. 腦卒中 급성기의 증후

腦卒中은 한의학의 中風에 포괄되며 이는 病的 양상에 따라 보통 中風前兆症, 卒中症, 中風後遺症으로 나눌 수 있다. 中風의 전형적인 임상증상으로는 卒中暴臥, 人事不省, 半身不遂, 偏身麻木, 口眼喎斜, 手足癱瘓, 言語蹇澁 등이다¹⁵⁾. 또한 病的 발병양상은 신속하고 복잡하면서도 점진적인 진행과정을 갖고 있다. 中風의 구분은 病邪의 部位에 따라 나누는데 血脈을 傷하여 입과 눈이 비뚤어지는 증상이 주가 되면 中血脈, 腑를 傷해서 四肢를 쓸 수 없다면 中腑, 臟을 傷해서 언어장애와 臭覺을 잃고 대소변이 秘結되면 中臟症이라 하였고, 증상에 따라 바람을 맞아서 半身을 쓸 수 없다면 偏枯, 언어장애가 기본이면 風懿, 腰나 脚을 쓸 수 없다면 風痲, 그리고 後遺症인 痺病類로 四肢不仁한 것을 風痺 등으로 분류하였다¹⁵⁾.

또한 中風이 갑자기 발병하였다고 해서 擊仆, 또는 卒中, 四肢를 쓸 수 없다고 해서 癱瘓, 痲痺이라고 하였으며¹⁵⁾, 의식을 잃고 쓰러진 환자의 病勢로 閉證과 脫證으로 구분하는데 두손을 쥐고 입을 꼭 다물면서 목에서 痰이 끓는 소리가 심하게 들리는 것은 閉證, 눈을 감고 있다가 입을 벌리고 코를 골면서 팔은 힘없이 좌우로 벌려 大小便을 失禁하고 手足이 冷한 것을 脫證이라고 했다²⁴⁾. 그 중 卒中症은 腦卒中의 急性期에 해당되는 개념으로 病症發顯의 양태가 비교적 급속적으로 일어나는 시기로서 이를 內氣暴搏이나 下虛上實의 상황 또는 諸暴強直, 內脫厥逆이라는 개념으로 문헌에서 설명하고 있다⁵⁾. 즉 이 시기의 특징은 人身의 生理가 손상을 받아 表在的으로는 營衛失調, 腠理空疏, 邪氣乘虛, 半身不遂 등의 卒中症으로 전반적인 虛證性 證候를 나타내는 경우와 陰虛陽實, 熱氣拂鬱, 腠理緻密, 多鬱滯氣血, 難而通利의 卒中症 즉, 實證性 證候를 나타내며 혹은 人身內氣의 손상에 의해 大小便失禁, 意識不明의 中臟症을 발하게 된다. 中風의 급성기는 中經絡과 中臟腑로 분류된다. 中絡은 肌膚麻木, 口眼喎斜가 주이고 病情이 가벼우며 中經은 半身不遂, 偏身麻木, 喎斜, 語澁으로 中絡보다 重하고 昏仆는 없다. 中腑는 半身不遂, 喎斜, 偏身麻木, 語澁과 神志不清이 주이고 神志障礙는 비교적 가볍다. 中臟은 卒暴昏仆, 半身不遂하며 神志障礙가 重하여 완전 人事不省인 상태이고 혹은 九竅가 閉塞하여 目不能眴, 燕下困難, 尿閉便秘 등이 발생한다. 특히 中臟腑는 脫證과 閉證으로 구분되는데 閉證은 牙關緊急, 口噤不開, 肢體強痙, 大小便閉證 등으로 實證에 속하며 급히 祛邪시켜야 하고 脫證은 目合口脹, 鼻鼾息微, 手撒遺尿症 등의 五臟五氣의 衰弱인 虛證으로 급히 扶正시켜야 한다. 閉證은 다시 陽閉와 陰閉로 나누나 相互轉化가 가능하고 舌象, 脈象과 症狀으로 판정한다. 中風의 급성기에는 標實이 대다수를 차지하나 本虛는 적으며 반면에 후유증기에는 本虛가 많고

標實이 적다. 本虛는 주로 氣虛, 肝腎陰虛, 心脾兩虛로 표현되며 標實은 痰濁, 陽亢腑實을 말한다. 또한 이 시기의 예후판정은 中臟腑에서는 神志가 맑아지고 半身不遂가 加重되지 않으며 中經絡으로 轉化되는 것은 병세가 순조로우며 예후가 좋다. 만일 呃逆頻發하고 突然神昏, 四肢抽搐, 背腹灼熱하며 四肢가 冷하거나 手足厥逆, 혹은 戴陽症, 嘔血 등증은 병세가 逆轉에 속한다⁵⁾.

이 시기에 사망의 직접적인 원인은 뇌순환의 혈류량저하, 두개내압상승, 뇌부종, 뇌산소의 결핍 등으로 인하여 깊은 혼수에 빠지고 혈압은 동요되며 호흡과 심박의 不定, 체온상승을 보이고 두개내압의 연속적인 증가, 출혈재발, 간혹 간접적으로 상기도감염, 위장관출혈 등이 사망을 촉진하게 된다.

2. 腦卒中 급성기의 일반적치료 개요

腦血管疾患의 증상 및 예후는 뇌혈관질환의 類型, 位置, 範圍에 따라 완전 정상회복부터 사망에 까지 극히 다양하며 그에 대한 치료 역시 상황에 따라 조금씩 달라진다. 腦組織은 한 번 梗塞이 와서 壞死에 빠지면 어떤 치료로도 회복하기 힘들다¹⁶⁾. 그러므로 腦卒中 초기에 虛血狀態에 빠져 있는 희생가능한 腦組織에 대한 치료가 급성기에 가장 중요한 것이다. 따라서 腦卒中 치료에 있어서 우선적으로 해야 할 것은 경색이나 출혈의 악화를 최소화시키고, 뇌졸중 재발을 예방하며, 뇌부종을 줄이는 것이다¹⁶⁾. 또한 급성기의 응급처치는 환자의 생명을 구하는 것이 일차목표이므로 호흡, 순환부전의 시정 및 합병증 예방을 통하여 뇌나 그밖의 생명에 중요한 신체기관에 더 이상 손상이 가지 않도록 하는 것이 중요하다. 환자가 비가역성혼수나 腦死에 빠지지 않도록 해야 하는데 이를 위해 기도확보, 산소공급, 두부의 위치시정, 감염예방, 혈압 및 호흡관리 등으로 뇌 및 전신상태의 개선을 도모해야 한다.

이와같이 腦卒中 급성기의 치료원칙은 뇌경색

자체를 치유한다기 보다는 뇌경색으로 인한 이차적인 주위 뇌조직의 손상을 방지하는 것과 각종 합병증을 예방하는데 그 목표를 두며, 뇌출혈에 있어서도 마찬가지로 혈압조절과 뇌압상승요인 및 뇌부종을 제거하면서 일반적인 지지요법을 실시한다. 다만 뇌출혈은 경우에 따라서 수술적 치료를 시행하는 수도 있다⁴⁾. 따라서 腦卒中에서는 뇌경색과 뇌출혈을 막론하고 梗塞이나 血腫 이외에 주위 조직의 부종과 그에 따른 뇌압상승이 또한 환자상태를 나쁘게 하는 요인이 되므로 이에 대한 처치가 초기치료의 관건이 된다고 할 수 있다⁴⁾.

《素問·通評虛實論篇》¹⁰⁾에 “五藏不平 六府閉塞之所生也”라 하였고, 《素問·熱論篇》¹⁰⁾에는 “五藏已傷 六府不通 榮衛不行 如是之後 三日乃死~陽明者 十二經脈之長也 其血氣盛 故不知人 三日其氣乃盡 故死矣”라 하여 六府閉塞은 五藏의 損傷을 초래할 수 있고 五藏의 損傷은 意識의 장애와 함께 生命을 위협하는 상황을 초래할 수 있다고 하였다. 특히 六府의 不通은 陽明에 血氣를 치성케하므로 意識의 장애를 가져온다고 하였는데, 이는 卒中風에 腑氣不通하여 뇌부종 및 뇌압항진을 가져와 意識障礙와 頭痛 등을 일으켜 사망에 까지 이르게 하는 과정의 韓醫學的 病理를 가장 적절히 표현한 것이라고 볼 수 있다.

서양의학에서는 腦卒中에 대한 여러 가지의 內外科的인 요법이 시도되고 있지만 아직까지 확실한 방법은 없으며 부분적인 치료에 그치고 있다¹⁴⁾. 한편 한의학에서는 유행성뇌염 등의 뇌압증가 및 뇌부종 증상에 ‘通腑瀉下’의 치법이 응용되는데^{22, 24)}, 이를 腦卒中의 뇌압 및 뇌부종 제거목적으로 운용할 수 있을것으로 사료된다.

3. 腦卒中 급성기의 下法의 응용

한의학에서는 모든 질병을 치료함에 있어 人體의 正氣를 助長하고 病邪를 除去하여 陰陽의 偏向을 조절함으로써 病的狀態에서 正常的인 生理

狀態로 전환시켜 건강을 회복하는데 그 治法의 大要를 두고 있다²⁾. 이러한 치료원칙에 따라서 치법을 크게 분류하면 일반적으로 汗, 吐, 下의 三法이 있다²³⁾.

《東醫寶鑑》¹⁵⁾에서는 “中風의 치료에 調氣가 우선이다”라고 하였는데 이와같이 中風의 치료에 가장 우선으로 해야 하는 것은 調氣이다³⁾. 이에 張景岳은 《景岳全書》¹¹⁾에서 “調란 不調한 것을 調하는 것으로 邪氣가 表에 있을 때 散하는 것, 邪氣가 裏에 있을 때 行하는 것, 邪氣가 壅滯되면 瀉하는 것, 衰弱하고 야위면 補하는 것 등을 調라 한다”하였다. 또한 《中藏經》²⁶⁾에 의하면 “人中風偏枯~在上則吐之 在中則瀉之 在下則補之”라 하여 下法을 포함한 中風治法을 설명하였다. 그러므로 養生失節, 心火暴甚, 腎水虛衰, 五志過極 등으로 인한 熱이 體內鬱滯되어 발생하는 中風의 급성기에 調氣를 목표로하여 임상적으로 下法이 빈번하게 운용된다⁸⁾. 이를테면 中風急性期の 尿閉便秘 등증을 瀉下시킨다. 즉 下法은 體內的 結滯를 攻下하며 熱壅氣閉한 症에는 모두 苦寒한 氣味로 下氣攻積의 治法을 사용하여 大便을 통하게 하면서 동시에 宿食을 排除하고 新陳代謝를 활성화 하는 것이다. 대개 邪가 胃에 있고 乾燥되어 굳은 宿便이 停滯된 것, 熱邪가 結聚된 것, 水結, 蓄血, 痰滯 등의 질환에는 모두 쓸 수 있다^{2, 25)}. 下法은 마치 熱帶地方에 수풀이 번성하고 모든 것이 더러워져 自然界的 循環이 잘되지 않을 때 颱風과 같은 것이 불어서 蕩滌시켜 推陣致新 하는 것과 같은 방법이다. 그러므로 中風의 급성기에는 卒然仆倒, 不省人事, 半身不遂의 中臟腑가 발현되고 또한 熱結腸胃하여 大小便秘結하게 되는데 이의 治法으로 通腑瀉下하는 方法이 운용된다^{5, 21)}. 특히 이 시기에는 意識의 有無가 매우 중요하여 이에 대한 處置가 주가 된다. 즉 大腸이 熱結하면 肺氣가 不降하여 痰濁이 心竅를 막아 神志가 亂하게 되기 때문에 承氣湯類나 涼膈散 등으로 通腑瀉下하는 治法이 사용되

는데 이러한 치법은 현대의 임상연구에 의하면 腦浮腫 및 腦壓의 減少에도 영향을 미친다^{21, 22)}. 任¹⁹⁾은 急性期 中風患者 36례의 腑氣不通을 치료하여 意識障碍를 개선시켰다고 보고하였으며, 中醫學에서는 痰熱腑實症과 함께 精神不安, 嗜眠, 頭痛, 頭暈 등의 腦壓亢進症을 나타내는 경우에 通腑化痰法을 사용하여 80% 이상의 유효율을 나타내었다고 하였다²¹⁾.

(1) 下法の 運用

中風の 急性期 발병단계에서 50% 이상의 환자가 腑氣不通症이 있으므로 通腑瀉下의 治법을 運用한다²¹⁾. 下法은 調氣治法의 일종으로 大便을 通하게하여 下積, 瀉實, 逐水하며 燥屎, 積滯, 寒熱 및 水飲 등을 제거한다. 즉 邪가 多氣多血 즉 陽明인 胃腸에 있고 건조되어 宿便이 停滯된 것, 熱邪가 結聚된 것 水結, 蓄血, 痰滯 등의 諸病에 쓸 수 있다^{6, 21)}. 《靈樞·根結》¹⁰⁾에 “形氣不足 病氣有餘 是邪勝也 急瀉之~形氣有餘 病氣有餘 此謂陰陽俱有餘也 急瀉其邪 調其虛實”이라 했고, 일반적으로 모든 질병의 발생에 있어서 火와 濕이 원인인 경우 痰과 熱이 발생하여 ‘火而生痰’한 경우에는 瀉火하면서 割痰하며 小壯新病이면 攻瀉를 위주로 한다. 病의 標本用藥先後法에 의하면, 先熱하면서 中滿이 발생하거나 먼저 병이 난 뒤에 中滿이 생기는 증은 그 標를 치료하여야 하는데 이를 調節하면 기타 病도 치유되며 이러한 원리에 의해 小大便不利症도 그 標로 보고 치료함이 마땅하고 大小便이 通利한 후에는 本病을 치료하여야 한다^{10, 15)}. 따라서 이런 원리를 바탕으로 中臟腑의 大小便不利를 標로 보고 치료하면 中풍 급성기 諸증상의 개선을 도모할 수 있을 것이다.

(2) 下法の 種類 및 方法

일반적으로 下法の 運用은 매우 광범위하며 그 성질에 따라 寒法과 溫法의 두가지로 대별할 수

있다. 寒下法은 苦寒劑인 三承氣湯類, 大小柴胡湯, 桃仁承氣湯, 抵當湯類로 瀉下하는 방법이고 溫下法이란 溫性藥物인 備急丸, 半硫丸 등으로서 瀉下시키는 방법이다⁷⁾. 또한 이는 峻下와 緩下로서 구별하며 下法運用時 먼저 證候의 寒熱을 辨別하여 溫下와 寒下의 方法을 정하고 患者體力의 強弱과 病勢의 輕重緩急을 고려하여 峻下와 緩下의 方法을 정하여야 한다. 寒下法은 傷寒의 邪가 陽明으로 傳病되어 熱邪와 腸胃의 食物糟粕이 凝固됨으로서 형성된 熱實證, 熱結의 別流와 腸垢의 結滯로 인해 형성된 泄瀉 등에 運用되며 溫下法은 寒痰이 中脘에 結滯되고 心下部가 硬痛하여 難治할 수 없는 증상, 脾胃의 冷積, 寒實의 結胸 등에 사용된다^{15, 23, 25)}. 또한 渴症이 없는 것은 腹中에 有形의 物體가 없는 것으로 下法을 쓰지 못하고 만약 渴症이 있으면 腹中에 有形之物이 있는 것으로 三承氣湯類로 마땅히 攻下하여야 한다³⁾. 즉 六腑는 有形한 것을 받아 血과 陰을 주관하며, 五臟은 無形한 것을 받아 氣와 陽을 주관한다는 뜻이다.

下法을 사용할 때 오래도록 利下되지 않는 경우에는 熱粥 한그릇을 섭취하면 곧 下하며, 利下가 過度하면 冷粥을 먹게 한다. 또한 下劑 복용 후에도 利下하지 않으면 蜜導法을 사용하기도 한다. 下劑를 過用하면 血이 傷하여 亡陰하게 된다. 즉 攻擊之劑는 病이 있으면 病이 받는 것이지만 病邪가 輕한데 藥力이 重하면 胃가 傷하게 되므로 下法은 신중히 하여야 한다^{7, 15)}. 이러한 부작용을 줄이고 服用의 불편을 없애기 위해 최근에는 保留灌腸을 하는 방법도 시도되고 있다²⁰⁾.

中風の 급성기에 下法을 쓸 때 不遂의 경우에는 患側上下肢運動과 腸의 運動을 상호관찰하여야 하고 熱鬱疾患이므로 대부분이 寒性瀉下法을 쓰며 大便色이 黑色에서 黃色이 될 때 까지 4-5 회정도 투약한다. 그리고 虛弱者나 氣血과 津液이 脫盡된 경우에는 蜜導法을 사용하면서 滋潤湯, 四物湯加知母黃柏 등을 복용시켜 腹에 水氣

가 발생한 후에 瀉下法을 사용토록 한다.

더욱 중요한 것은 처음 瀉下시킨 후 마땅히 米飮을 복용하여 六腑에 瘀血과 痰滯가 발생하지 않도록 한다²⁵⁾.

下法에도 禁忌할 사항이 있다. 즉, 病邪가 標部에 있어 發汗해야 할 경우, 病邪가 半表半裏에 있거나 嘔吐할 때, 陽明病에도 腑가 아직 實하지 않을 때, 高齡者로 津液이 枯渴된 便秘, 身體가 虛弱한 者 등은 下法을 마땅히 禁止시켜야 한다^{2,26)}.

이상과 같이 사망율이 높고 치료가 어려운 질환인 腦卒中은 腦에 대한 자연 치유력에 의존하는 서양의학 보다는 五臟六腑生理에 입각한 한의학적 치료체계가 우수하다. 따라서 향후 中風急性期の 일반적인 지지요법과 한의학적 관점의 中風下法에 대한 구체적인 임상연구가 진전되어야 하며 이에 따른 실험적 연구가 실현되어야 할 것으로 사료된다.

III. 결 론

腦卒中 急性期에 응용되는 下法에 관하여 고찰해 본 바 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 腦卒中의 治療法은 調氣를 우선으로 하는 데 이를 위하여 汗, 吐, 下의 治法이 사용된다.

2. 腦卒中 急性期の 下法은 '病在上 治在下'의 原則에 따라 急性期 熱鬱腑實의 標實病態에 대하여 通腑瀉下의 治法을 이용한다.

3. 腦卒中 急性期에는 神志狀態가 중요한데 한의학의 臟腑原理를 이용하여 下法을 운용한다.

4. 下法은 腦卒中의 急性期에 흔한 증상인 大小便不利를 치료하여 기타의 全身疾患을 개선하는데 응용된다.

5. 腦卒中 急性期에 下法을 운용하면 腦浮腫 감소와 腦壓降下에 臨床的인 유의성이 있다.

참고문헌

1. 김영석. 임상중풍학, 서울:서원당, 1997:303-4, 345, 348.
2. 金完熙, 梁基相, 金吉萱, 洪茂昌. 漢醫學原論. 서울:成輔社, 1982:398, 402-4, 506-8.
3. 金定濟. 診療要鑑(上). 서울:東洋醫學研究院, 1974:102-5, 234
4. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울:중앙문화진수출판사, 1996:157-61, 275, 283-5, 303-5.
5. 裴秉哲, 郭東烈. 中風治療學. 서울:成輔社, 1997:86-93, 144-71.
6. 王新華. 中醫歷代醫論選. 서울:一中社, 1991:666-76
7. 汪昂. 醫方集解. 서울:大星文化社, 1989:95-113.
8. 劉河間. 劉河間三六書. 서울:成輔社, 1976:37, 43, 281-2.
9. 이문호. 내과학(하). 서울:박애출판사, 1971:1502-4.
10. 任應秋. 黃帝內經章句索引. 서울:一中社, 1992:88, 93, 119, 180-1, 282.
11. 張介賓. 景岳全書(上). 서울:大星文化社, 1988:747.
12. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울:大星文化社, 1989:67-9.
13. 陳遺廷, 楊思澍. 診斷治療學(上). 서울:醫聖堂, 1993:724-5.
14. 河榮一. 두통클리닉. 서울:고려의학, 1995:141.
15. 許浚. 國藥增補 東醫寶鑑. 서울:南山堂, 1992:490-1, 509-12, 525, 527-8.
16. Isselbacher K.J., Braunwald E., Wilson J.D., Martin B., Fauci A.S., Kasper D.L. 원저, 해리슨내과학편찬위원회번역. 내과학. 한글1판. 서울:도서출판정담, 1997:2409.
17. 명호진, 이상복, 노재규. 최근 국내 뇌졸중의 역학적 동향에 관한 연구. 대한신경과학회지

- 1989;7(2):179-87.
18. 이학중. 우리나라 뇌졸중의 현황과 나아가야 할 방향. 순환기 1991;21(4):673-4.
 19. 임성우. 中風患者의 便秘症에 관한 임상적 고찰. 한의정보학회지 1997;3(1):7-11.
 20. 黃致元, 卞一. 內科急症의 應急處置 및 投藥 方法에 관한 文獻的 考察 1994;1(3):41-2.
 21. 沈欄男, 于振宣, 崔秀梅. 中醫內科臨床新法. 北京:科學技術文獻出版社, 1995:601-3.
 22. 王新志, 韓群英, 陣賀華. 中華實用中風病大全. 北京:人民衛生出版社, 1996:929-36.
 23. 張子和. 儒門事親. 台北:旋風出版社, 1978;1卷:10, 2卷:8-25.
 24. 張伯輿. 中醫內科學. 北京:人民衛生出版社, 1996:157-61, 234, 454, 459-63, 476.
 25. 陳潮祖. 中醫治法與方劑. 3版. 北京:人民衛生出版社, 1995:46-7.
 26. 華佗. 中藏經. 江蘇:江蘇科學技術出版社, 1985:43-4.