

急性 腦硬塞患者에서 活血化痰 治法の 應用

金 東 雄

圓光大學校 韓醫科大學 全州韓方病院 內科

Clinical study on circulating blood and extinguishing blood stasis method in acute ischemic stroke patients

Dong-Woung Kim

Dept. of Internal Medicine, College of Oriental Medicine Wonkwang University Iksan, Korea

ABSTRACT

In order to investigate the effect of circulating blood and extinguishing blood stasis method on acute ischemic stroke treatment, we compared muscle weakness in two groups. *Dansamhwanotang* was administered to experimental group and the *Sopungtang* was administered to comparison group. In prospective and consecutive study, 24 patients(male 14, female 10) were admitted to hospital within 6hours(median 4.21 ± 2.45) after stroke attack. All of them were diagnosed computed tomography as acute cerebral infarction. We divided that patients into two groups. The experimental group was 13, took median 4.17 ± 1.72 hrs to admission after stroke attack and the comparison group 11, median 4.31 ± 2.72 hrs to admission after stroke attack. There was no statistical difference in time consumed from stroke onset to admission($P > 0.05$).

Muscle weakness was measured on admission and 7 days later on AMA(American Medical Association) method.

In the experimental group, muscle weakness on admission was 2.23 ± 0.51 and 2.79 ± 0.72 in upper and lower extremity, respectively. In comparison group, muscle weakness on admission was 2.17 ± 0.43 and 2.67 ± 0.82 in upper and lower extremity, respectively. There was no difference in muscle weakness($P < 0.05$). In 7 days after, muscle weakness was 2.31 ± 0.35 in upper extremity and 3.15 ± 0.12 in lower extremity in experimental group, and 2.27 ± 0.74 in upper extremity and 3.45 ± 0.48 , lower extremity in comparison group. There was no meaningful improvement statistically in upper extremity($p < 0.05$) but significant evolution in lower extremity($P < 0.05$). The muscle weakness comparison between admission time and 7 days later was as follows. Experimental group had improvement at the degree of 0.24 ± 0.92 , 0.42 ± 0.82 in upper and lower extremity, respectively and comparison group, 0.12 ± 0.82 , 0.27 ± 0.97 in same part($P < 0.05$). So, *Dansamhwanotang* administered group had more good muscle weakness improvement than *Sopungtang* administered group($P > 0.05$).

From the above result, I suppose that circulating blood and extinguishing blood stasis method helps recover hemiparesis caused by acute ischemic cerebral disease, in acute stage at least.

Key Word: Stroke, circulating blood, extinguishing blood stasis *Dansamhwanotang*, *Sopungtang*

I. 緒 論

腦硬塞은 中風의 한 種類로서 흔히 臨床에서 접하는 疾患이다. 더욱이 最近에는 老齡化되는 社會的 趨勢와 平均 壽命의 延長으로 腦血管 疾患으로 인한 死亡率이 높아지면서 더욱 많은 患者들이 發生하고 있다. 또한 교통 수단의 발달로 인하여 腦硬塞 發病後 患者들이 醫療機關에 來院하는 時間이 短縮됨에 따라 韓方病·醫院에도 많은 患者들이 發病後 수시간내에 來院한다. 이러한 急性期의 腦硬塞 患者들을 治療함에 있어서 西洋醫學에서는 血栓으로 인한 腦血流의 감소를 방지하고 腦血流의 改善을 위한 治療와 나아가서는 血栓의 形成을 抑制시키거나 溶解시키는 治療가 우선되어진다. 뿐만 아니라 腦血流의 減少로 인한 腦細胞의 浮腫이나 壞死에 따라 發生한 腦組織의 損傷을 最小化 시키는 것에 중점을 둔다¹⁾.

그러나 韓醫學의 治療는 辨證에 따른 治療에 根本을 두고 있어 이러한 西洋醫學의인 概念과는 차이가 있다. 그러나 이러한 辨證에 따른 根本적이고 患者 個人에 맞는 治療에 앞서 急性 腦硬塞 患者들에서 문제가 되는 腦血管의 血栓으로 인한 腦血流 障礙를 改善시키고 血栓의 溶解를 목적으로 하는 시도가 活血化瘀 시키는 藥物과 處方을 중심으로 國外的 많은 研究²⁻⁷⁾가 있었으나 國內에서의 臨床的 研究의 報告는 없었다.

中風의 初期에 常用하는 處方으로는 疎風湯과 小續命湯등이 있으며 이는 發散解表시키는 藥物이 主를 이루고 있는데, 이는 여러 古典에서 中風의 急性期에 發生한 手足不仁이 主症狀일 경우 現在에도 흔히 使用하는 處方이다⁸⁾. 그러나 이러한 處方들은 그 觀點이 外風에 즉 眞中風을 主 對象疾患으로 하고 있어 엄격한 의미에서는 腦血管 疾患인 類中風에 使用하는 것에는 다소 疑問點이 있다.

이에 著者は 卒中風의 症狀으로 本院에 來院한 患者들중 急性 腦硬塞으로 診斷된 患者들에게 丹蔘을 비롯한 活血化瘀 藥物을 投與한 患者들과 疎風湯을 投與하였던 患者들을 比較함으로써 急性 腦硬塞의 治療에 活血化瘀 療法의 效果를 알아 보고자 本 研究를 시작하였다.

II. 對象 및 方法

1. 對象

1998年 3월부터 1999年 1월까지 圓光大學校 全州 韓方病院에 卒中風 으로 來院하여 入院治療한 患者들중 發病後 本院에 來院 하기까지 經過期間이 6時間 以內이고 內院直後 腦電算化 斷層攝影 結果 異常所見을 보이지 않음으로서 急性 腦硬塞으로 診斷된 24名을 對象으로 하였다(男子 14名, 女子 10名; 平均 年齡 67.34 ± 5.24 歲). 이들 중 活血化瘀 藥劑를 投與하였던 患者는 13名이었으며 疎風湯을 投與하였던 患者는 11名이었다.

2. 方法

1) 處方의 內容 및 投藥 方法과 期間

活血化瘀 藥物은 補陽還五湯⁹⁾의 處方 內容중 黃芪를 丹蔘으로 대체하였으며 丹蔘 40gm 白

芍藥 川芎 當歸 桃仁 紅花 地龍 各 4.0gm 등으로 構成한후 處方名을 丹蔘還五湯(以下 丹蔘還五湯)으로 命名하였다.

疎風湯⁸⁾은 羌活 防風 當歸 川芎 赤茯苓 陳皮 半夏 烏藥 白芷 香附子 各 4gm 桂枝 細辛 甘草 各 2.0gm 등으로 構成하였다.

投藥은 每 食後 30-1時間以內에 投藥하였으며 2週日동안 投藥後 觀察 項目을 比較하였다.

2) 觀察 項目과 方法

(1) 腦 電算化 斷層攝影

對象患者들의 來院 當時 撮影한 후 入院 治療중 發病 3日제 再 撮影하여 比較하였다.

(2) 筋力檢査

對象患者들의 內院 當時의 筋力을 AMA(American Medical Association)의 筋力評價法¹⁰⁾으로 測定한 하고 2週 經過 後 反復 測定하여 投藥 前後와 投藥 藥物에 따른 差異를 比較하였다 (表 1).

表 1. 筋力 評價法

Grade	程 度
5 Normal	重力과 充分한 抵抗下에서 能動的 正常 關節運動
4 Good	重力과 어느정도 抵抗下에서 能動的 正常 關節運動
3 Fair	重力을 이기고 能動的 關節運動
2 Poor	無重力 狀態에서 能動的 關節運動
1 Trace	收縮은 可能하나 能動的 關節運動이 不可能
0 Zero	筋肉 收縮의 證據가 없음

III. 結 果

1. 對象 患者들의 發病 後 來院 時間 및 來院 當時의 症狀

對象 患者들이 卒中風의 症狀이 發生한 後 病院에 來院 하기까지 經過된 時間의 全體 平均 4.21±2.45時間이었으며 丹蔘還五湯 投與群의 經過時間은 4.17±1.72時間이었고 疎風湯 投與群의 經過時間은 4.31±2.72時間으로 兩群間의 有意한 差異는 없었다(P>0.05).

來院 當時의 症狀은 偏麻痺 및 言語障礙, 感覺障礙 등을 呼訴하였으며 偏麻痺로 인한 運動 障礙는 左半身 麻痺 10例, 右半身 麻痺 14例였다.

2. 腦 電算化 斷層攝影의 比較

來院 當時와 腦 電算化 斷層攝影에서 異常所見을 보이지 않았던 患者들이 發病 3日後 再 撮影한 電算化 斷層攝影에서는 19例의 患者에서 病變이 發見되었다. 그러나 丹蔘還五湯 投與群이 10例, 疎風湯 投與群이 9例에서 病變이 發見되어 各 處方의 投藥에 따른 兩群間의 뚜렷한

差異를 發見할 수 없었다. 또한 各 群間의 解剖學的 病變 部位는 丹蔘還五湯 投與群의 7例가 基底核에 硬塞의 所見을 보였으며 以外에 視床 2例, 內角部 1例였다. 疎風湯 投與群에서는 基底核 5例, 視床 3例의 硬塞 所見을 보였다. 또한 發病 3日後 再撮影에서 特異한 變化가 없었던 患者는 5例로 丹蔘還五湯 投與群 3例, 疎風湯 投與群 2例였다.

3. 投藥 前後 筋力の 變化

來院 當時 丹蔘還五湯 投與群의 筋力은 上肢 2.23 ± 0.51 下肢 2.79 ± 0.72 였으며 疎風湯 投與群은 上肢 2.17 ± 0.43 下肢 2.67 ± 0.82 로서 兩群間에 上下肢 筋力の 差異는 없었다($P < 0.05$).

投藥 2周後의 筋力은 丹蔘還五湯 投與群이 上肢 2.31 ± 0.35 下肢 3.15 ± 0.12 로 上肢의 筋力은 有意한 增加를 보이지 않았으나($P > 0.05$) 下肢는 有意한 筋力の 回復을 보였다($P < 0.05$).

疎風湯 投與群은 投藥 2周後 上肢 2.27 ± 0.74 下肢 3.45 ± 0.48 로 丹蔘還五湯과 마찬가지로 上肢의 筋力은 有意한 增加를 보이지 않았으나($P > 0.05$) 下肢는 有意한 筋力の 回復을 보였다($P < 0.05$).

4. 丹蔘還五湯과 疎風湯 投與群의 比較

丹蔘還五湯 投與群과 疎風湯 投與群의 筋力 好轉程度의 比較는 各各의 投與後 筋力에서 投與前의 筋力을 減하여 比較하였다. 上肢는 丹蔘還五湯 投與群이 0.24 ± 0.92 疎風湯 投與群 0.12 ± 0.82 로 兩群間의 比較에서 有意性($P > 0.05$)은 없었으며, 下肢는 丹蔘還五湯 投與群 0.42 ± 0.82 였고 疎風湯 投與群이 0.27 ± 0.97 로 丹蔘還五湯 投與群이 固眞飲子 投與群에 比較하여 有意한 ($P < 0.05$) 筋力 增加가 있었다.

5. 症狀의 惡化가 있었던 患者들

入院 期間동안 投藥에도 불구하고 症狀의 惡化가 있었던 患者들은 7例로서 丹蔘還五湯 投與群 4例, 疎風湯 投與群 3例 였으며 이들중 5例의 患者들이 糖尿患者였으며 2例의 患者는 本態性 高血壓 患者였다. 또한 糖尿患者중 1例는 高血壓을 동시에 갖고 있었다.

IV. 考 察

腦硬塞(cerebral infarction)은 韓方의 中風에 속하는 疾患으로 腦虛血에 의하여 腦組織이 壞死에 이르는 狀態로서 頭蓋內外에 있는 腦貫流 動脈의 動脈硬化와 같은 動脈自體 病變에 의한 血栓으로 動脈의 閉塞을 초래하는 腦血栓症(cerebral thrombosis)과 心臟瓣膜 疾患이나 不整脈 또는 深部靜脈의 血栓등에 의해서 發生한 栓子(embolus)가 腦動脈을 閉塞하는 腦塞栓症(cerebral embolism)으로 分類된다¹¹⁾.

原因으로는 대개 高血壓과 糖尿, 高脂血症 등에 의한 動脈硬化(arteriosclerosis)와 粥腫(atheroma)에 의한 腦動脈의 狹窄과 閉塞으로 인한 腦의 部分的 血液貫流의 이상에 의한 虛血性 腦血管 障礙가 생기는 경우가 가장 많다. 以外에도 心臟疾患, 脫水, 血液濃縮 또는 赤血球 增加症과 같은 赤血球 充積度가 增加하는 疾患과 吸煙, 經口避妊藥 使用 등이 危險因子로서

作用한다¹²⁻¹³). 그러나 이러한 危險因子에 대한 報告는 研究者나 時代에 따라 다소 差異點을 발견할 수 있는데 1998년 kala등의 報告¹⁴)에 의하면 高血壓이 가장 중요한 要因으로 研究對象患者 347名중 46%에서 觀察되었고 虛血性 心疾患 33%, 心房細動 21%, 一過性 腦虛血을 포함한 과거의 腦血管疾患 經歷 21%, 糖尿 12%등이 중요한 危險要因 이었으며 이외에도 末梢血管疾患, 高콜레스테롤혈증, 吸煙등이 主要危險 要因 이었다. 또한 國內에서 韓方病院에 來院한 中風 患者를 對象으로 한 中風의 原因은 高血壓이 73.8%로 가장 많았고, 糖尿病이 11.9%, 高脂血症 16.7%, 心臟疾患 14.2%, 吸煙 40.4%, 飲酒50.0%로 國內에서도 高血壓이 매우 큰 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다¹⁵).

腦血管 疾患의 診斷方法중 흔히 利用되고 도움을 주는 影像醫學的 方法¹⁶)은 여러 가지 있으나 現在 國內에서 가장 普遍的으로 利用되는 檢査로서는 腦 電算化 斷層撮影을 들 수 있다. 그러나 腦硬塞의 경우 腦 電算化 斷層撮影은 症狀 發生後 3時間 以內에서는 變化를 거의 찾을 수 없고 症狀이 發生하고 대개 5時間 前後에서 가벼운 低吸收域을 나타내고 24時間경과후 약 60%에서 低吸收域이 觀察 할 수 있으나 5mm이하의 小硬塞所나 天幕下硬塞은 診斷率이 매우 저조하다¹⁶). 또한 24時間以後의 變化는 症狀 發生後 3~7日에서 低吸收域이 擴大되고 1~2個月 以後에는 水液과 같은 정도의 低吸收域을 나타내게 된다¹⁷).

本 研究의 對象患者들도 症狀 發生後 平均 4.21±2.45時間에 來院하여 腦 電算化 斷層撮影을 함으로서 特異所見을 發見할 수 없었으나 3日後 再撮影한 所見에서 저밀도음영을 확인함으로써 急性 腦硬塞임을 診斷하였다. 腦硬塞의 發生 部位는 全體 腦硬塞중 약 80%는 內頸動脈 自體나 그 分枝에서 發生되는 것으로 알려져 있으며 頸動脈 系統중 線條體, 內包 및 中大腦動脈 領域의 大腦皮質 등이 호발 부위이고 椎骨-基底動脈 系統에서는 視床, 腦橋의 基底部, 小腦, 中腦및 延髓 側面部的 順으로 잘 發生한다. 또한 小窩硬塞(lacunar infarction)은 皮殼, 視床, 腦橋, 小腦白質, 大腦白質에서 觀察된다¹⁸).

韓醫學에서는 中風의 原因, 病理에 대한 認識이 時代적으로 變化, 發展해 왔다. 內經에서 中風이란 外感 風邪를 意味하였으며 中風 대신 病症에 해당되는 偏枯, 風痲, 半身不遂 등의 用語를 使用하였으며 그 原因은 五志過度, 脾氣太過, 肥·貴人 膏粱之疾, 火, 濕, 熱등으로 認識하였다. 以後 孫思邈에 이르러 中風大法有四라 하여 偏枯, 風痲, 風懿, 風痺로 中風을 四大症으로 分類하고 具體적인 症候를 論하였다¹⁹).

金元時代에 中風의 病因이 外感이 아닌 火, 氣虛, 濕痰, 瘀血의 內因에 의한 疾病임이 주장되었고 王安道²⁰)는 “因於風者 眞中風也 因於火與氣與濕者 類中風而非中風也 … 人有卒暴 僵仆 或偏枯或四肢不舉或不知人或死或不死者 世以中風呼之” 라하여 眞中風과 類中風을 구별하였다. 따라서 類中風은 外風이 아니라 腦血管 疾患에 의해 發生하는 腦機能 障礙와 같은 意味임을 알 수 있다.

이러한 여러 原因 중 瘀血과 그에 대한 治療 方法인 活血化瘀之法이 最近 腦硬塞의 現代的인 研究가 進行되면서 많은 臨床報告가 있으며 活血化瘀법은 臨床上 중요한 治療方法의 하나로써 各 科에서 다양하고 廣範圍하게 應用되어지는 治療法이다^{24,7}).

瘀血은 《素問·調經論》에서 “寒獨留則血凝泣, 凝則血不通” 한다하여 寒邪에 의해 瘀血에 이르게 됨을 말하였고, 또한 《素問·脈要精微論》에서는 “夫脈者 血之府也… …澁則心痛” 이라하여 瘀血로 인한 症狀를 表現하였다. 《素問·至眞要大論》에서는 “…疏其血氣 令其條達 而至和平” 이라하여 瘀血의 治療에 대해 언급하였다¹⁵).

또한, 瘀血은 各種 致病因素에서 誘發되는 全身 血流運行의 不暢, 或은 局部 血液停滯, 或은 體內的 離經之血의 停滯를 말하며 形成原因으로는 寒凝, 氣滯, 熱結, 濁阻, 出血, 血栓과 外傷 등이 瘀血을 形成한다²⁾. 主要 症狀 및 體徵은 疼痛, 發熱, 咳喘, 心悸, 怔忡, 健忘, 癲狂, 肢體麻木, 甚하면 癱瘓에 이르며 黃疸, 癰瘡, 癥積包塊가 생기고, 舌質이 暗紫色이고, 或은 瘀點 瘀斑이 있으며 脈은 弦, 澁, 結하다. 瘀血은 現代 病理學 중 血液循環障礙(局部缺血, 鬱血, 出血, 血栓形成과 水腫)과 結體組織의 增生變成과 歸納된다²²⁾.

現在 臨床에서 흔히 使用되는 活血化瘀 藥物은 그 本草學의 特徵에 따라 더욱 細分되니 鄭의 報告²⁾에 의하면 活血化瘀藥類, 破血散結藥類, 化瘀止痛藥類 등으로 區分되며 活血化瘀藥에는 丹蔘, 川芎, 紅花, 赤芍藥, 山楂, 益母草, 蒲黃, 蘇木 등이 있고, 化瘀止痛藥에는 沒藥, 乳香, 鬱金, 玄胡索, 五靈脂 등이 있으며, 破血散結藥에는 三稜, 蓬朮, 桃仁, 穿山甲等이 있다. 또한, 이들 藥物의 藥理機轉은 첫째, 血液流動性을 改變하고 血液凝固와 血小板 聚集을 防止하며 血栓形成을 抑制하여 血栓 溶解作用을 가지고 있다. 둘째, 免疫 系統에 대한 作用으로 腫瘍의 生長을 抑制한다. 셋째, 일정한 抗菌作用과 毛細血管 透過性減少, 結體組織 增生抑制, 炎症性 滲出物의 吸收促進으로 抗炎作用이 있다. 넷째, 鎮痛作用과 子宮에 대한 作用이 있다.

이외에도 活血化瘀藥物은 脂質代謝를 調整하고 生物活性 物質과 平滑筋 細胞 增殖을 維持하며 動脈壁 內皮細胞 損傷을 保護하고 抗脂質 過酸化 作用을 가지며 動脈 粥狀硬化 病變의 發展을 저지하고 斑塊의 消退를 促進한다고 알려져 있다³⁾.

腦血管 疾患에 活血化瘀 治法의 應用은 “離經之血爲血瘀” “久病入絡爲血瘀”라하여 虛血性 腦病變과 出血性 腦病變 初期에 모두 使用하여 早期痛有定處, 神昏, 半身不遂, 口眼窩斜, 舌強語蹇, 舌紫暗, 脈弦有力은 瘀血之症이므로 “治風先治血, 血行風自滅”, “見血休治血, 首當祛瘀”의 治療 原則에 의해 活血化瘀法을 應用한다⁴⁾. 이 治療法은 또한 血栓을 除去하고, 血腫吸收를 促進하여 微細循環과 腦缺氣를 改善하고, 凝血機能을 增強시키고, 毛細血管 透過性과 滲血을 減少시킨다⁵⁾. 腦卒中의 基本原因과 病理基礎인 腦動脈 粥狀硬化性 損傷은 血管壁 證候, 透過性變化, 纖維色素壞死, 微細動脈留 形成, 動脈의 自動調節機能 障礙, 側部循環 低下를 包括하나 活血化瘀法으로 一定한 改善 效果가 있다⁵⁾. 心血管疾患에 대한 研究로 狹心症 및 急性 心筋梗塞에서 活血化瘀 藥物은 效能이 있다고 알려졌다^{2),4)}.

이외에도 活血化瘀藥은 肝硬化, 慢性 腎功能 不全, 泌尿道 感染, 血管 神經性 頭痛, 肺性心, 糖尿病 合併症, 慢性 胃炎, 肛周炎 등에 應用된다^{2),4),23-26)}.

補陽還五湯은 醫林改錯⁹⁾에 記錄된 方劑로서 治中風後 半身不遂 口眼歪斜 言語蹇澁 口角流涎 大便乾燥 小便頻數 遺尿不禁에 應用되고 生黃芪 四兩 當歸尾二錢 赤芍藥 一錢半 地龍 川芎 桃仁 紅花 各一錢으로 構成되어 있다.

本 研究에서는 이중 黃芪를 丹蔘으로 交替하여 丹蔘還五湯으로 命名하였는데 이중 丹蔘의 主治는 活血, 祛瘀, 清心除煩, 涼血消癰, 排膿止痛하며 Transhinone I, II를 主成分으로 하여 冠狀動脈 擴張과 冠狀動脈 血流量을 增加²⁾시키고 末梢血管을 擴張하여 血壓을 下降시킬뿐 아니라 鎮靜, 安定, 鎮痛作用을 하며, 血糖을 내리는 作用을 한다. 抗菌實驗에 의하면 葡萄球菌, 大腸菌, 變形菌에 강한 抗菌作用을 보이고 鎮靜作用으로 神經衰弱, 失眠에도 效力이 있으며 再生 不良性 貧血, 顆粒球缺乏症에도 利用되고 있다²⁷⁾.

또한 最近 報告에 의하면 丹蔘은 凝血狀態를 抑制하고 纖溶系統의 작용을 活性시킬 뿐만 아니라 纖溶系統의 調節作用을 가지고 있어 低凝狀態時 升高시키고, 高凝狀態時 降低시킴으로써

側支循環을 促進하고, 毛細血管網을 增加시켜 出血部位의 血管壓力을 下降시키고 再出血을 防止하는데 이로움이 있다⁶⁾.

桃仁의 主治는 破血祛瘀, 潤燥滑腸으로 Amygdalin을 含有하고 있어서 呼吸中樞에 대한 鎮靜作用을 가지며 呼吸運動을 安定시켜 鎮咳, 平喘作用이 있고 alcohol 추출물에는 抗血液凝固作用과 상당히 약한 溶血作用이 있어 無月經, 癥瘕, 熱病蓄血, 流注性 關節 류머티즘, 打撲傷, 血凝便秘를 治療한다²⁸⁾.

紅花의 主治는 活血通經 祛瘀止痛으로 子宮, 腸管, 血管, 氣管支등의 平滑筋을 興奮시켜 收縮作用을 하고 少量에서는 心筋에 대해 가벼운 興奮作用이 있고 多量에서는 抑制作用을 보이며 血壓을 降下시키고 心冠狀動脈을 擴張시키는 作用이 있다. 水抽出液은 血液凝固에 대해 강한 拮抗作用이 있고 全身의 血液凝固時間을 延長시켜 打撲傷, 腱鞘炎, 神經性 皮膚炎의 治療에 有效하다²⁸⁾.

當歸의 主治는 補血和血 調經止痛 潤腸通便으로 모든 血證에 通用하며 地龍은 清熱熄風 通絡 平喘 利水作用과 最近 研究²⁹⁾에 의하면 Lumbritin成分에 의한 작용으로 fibrin을 溶解시켜서 血栓性 疾患에 使用할 수 있어 慢性腎炎, 動脈硬化症, 腦硬塞으로 인한 運動麻痺등에 使用된다. 赤芍藥의 主治는 活血涼血, 消癰散腫, 斂陰收汗으로 子宮平滑筋 抑制및, 冠狀動脈 擴張作用을 가진다 하였다³⁰⁾.

本 研究에서 卒中風으로 偏麻痺 및 言語障礙 感覺障礙등을 호소하여 本院에 6時間이내 來院한 患者의 腦 電算化 斷層撮影上 異常所見이 보이지 않아 急性 腦硬塞으로 診斷된 患者 24名을 對象으로 活血祛瘀藥劑와 疎風湯을 各各 2週間 投與하였는데 發病 3日後 撮影한 電算化 斷層撮影 結果 全體 24名 중 19例의 患者에서 病變이 發見되었다. 各 群의 解剖學的 部位는 丹蔘還五湯 投與群에서는 基底核에 7例, 視床 2例, 內包部 10例였고, 疎風湯 投與群에서는 基底核 5例, 視床 3例의 硬塞 所見을 보였고, 丹蔘還五湯 3例, 疎風湯 2例에서는 特異한 變化가 없었다. 投藥前後 上下肢 筋力의 變化는 丹蔘還五湯 投與群과 疎風湯 投與群 모두 投藥前에 비하여 上肢의 筋力은 有意한 增加를 보이지 않았으나($P>0.05$) 下肢는 有意한 筋力의 回復을 보였다($P<0.05$). 또한 丹蔘還五湯 投與群과 疎風湯 投與群의 筋力 好轉度의 比較는 各各의 投與後 筋力에서 投與前 筋力을 減하여 比較하였는데 上肢의 경우 兩群間의 比較에서 有意性 ($P>0.05$)은 없었으며, 下肢는 丹蔘還五湯 投與群이 疎風湯 投與群에 비하여 有意한($P<0.05$) 筋力增加가 있었다.

이로써 急性 腦硬塞의 初期에 韓醫學的인 原因과 辨證分型에 따라 치료하여야하나 症狀의 發生시간이 오래 經過되지 않은 경우 活血化瘀治法이 뇌혈관의 虛血性 질환의 惡化를 방지하고 증상 的 개선시키는데 加減應用할 수 있을 것으로 思慮된다.

V. 結 論

急性 腦硬塞의 治療에서 活血化瘀 療法의 效果를 알아 보고자 急性 腦血管疾患으로 症狀 發生後 6時間 以內에 圓光大學校 全州 韓方病院에 來院하여 腦 電算化 斷層撮影 結果 急性 腦硬塞으로 診斷된 患者들에게 丹蔘을 비롯한 活血化瘀 藥物과 疎風湯을 2週間 投與後 筋力의 好轉 및 惡化 정도를 比較하였다. 對象患者는 24名(男子 14名, 女子 10, 平均 年齡 67.34 ± 5.24 歲)

이었고 活血化癆藥劑를 投與하였던 患者는 13名이었으며 疎風湯을 投與하였던 患者는 11名이었다.

活血化癆 處方으로서 丹蔘還五湯을 投藥하였고 對照藥으로는 疎風湯을 投藥 하였으며 投藥 期間은 2周로 하였다. 筋力의 測定은 AMA(American Medical Association)의 筋力評價法으로 測定하였다.

對象患者들이 卒中風 症狀이 發生한 후 病院에 來院 하기까지 經過된 時間은 全體 平均 4.21 ± 2.45 時間이었으며 丹蔘還五湯 投與群의 經過時間은 4.17 ± 1.72 時間이었고 疎風湯 投與群의 經過時間은 4.31 ± 2.72 時間으로 兩群間의 有意한 差異는 없었다($P > 0.05$).

來院當時 丹蔘還五湯 投與群의 筋力은 上肢 2.23 ± 0.51 下肢 2.79 ± 0.72 였으며 疎風湯 投與群은 上肢 2.17 ± 0.43 下肢 2.67 ± 0.82 로서 兩群間에 上下肢 筋力의 差異는 없었다($P < 0.05$).

投藥 2周後의 筋力은 丹蔘還五湯 投與群이 上肢 2.31 ± 0.35 下肢 3.15 ± 0.12 였고 疎風湯 投與群은 上肢 2.27 ± 0.74 下肢 3.45 ± 0.48 로 丹蔘還五湯과 疎風湯 投與群 모두 上肢의 筋力은 有意한 增加를 보이지 않았으나($P > 0.05$) 下肢는 有意한 筋力의 回復을 보였다($P < 0.05$) 兩群間의 筋力 增加의 差異 比較에는 上肢와 下肢 각각 丹蔘還五湯 投與群 0.24 ± 0.92 , 0.42 ± 0.82 였고 疎風湯 投與群이 0.12 ± 0.82 , 0.27 ± 0.97 로 丹蔘還五湯 投與群이 固眞飲子 投與群에 比較하여 有意한 ($P < 0.05$) 筋力 增加가 있었다.

따라서 急性 腦硬塞 患者에 있어서 初期에 活血化癆法을 應用하는 경우가 一般的으로 中風 初期의 治法으로 알려진 祛風發散시키는 方法보다 虛血性 腦血管 疾患으로 인한 麻痺의 惡化 防止와 回復에 도움이 될 것으로 思慮된다.

VI. 參 考 文 獻

- 1) Brott TG : Thrombolytic therapy for stroke, Cerebrovasc Brain Metab Rev, Vol.3, Bp.91-113, 1991
- 2) 鄭士賢 : 活血化癆藥의 藥理와 應用, 雲南中醫雜誌, No.5, p50-53, 1985
- 3) 金愛琴 : 癆血과 活血化癆의 新進展, 陝西中醫函授, No.4, p31-32, 1966
- 4) 黃小平 : 活血化癆法의 內科 臨床에 있어서의 應用 概述, 實用中西醫雜誌, Vol.10, No.8, p.742-743, 1997
- 5) 徐柏平 : 活血化癆의 高血壓性 腦出血 治療 6例에 대한 臨床觀察, 中醫藥 研究, No.5, p.31, 1996
- 6) 高炳英, 呂玉珍 : 出血性 中風 急性期에 活血化癆法 使用에 대한 是非, 江蘇中醫, Vol.17, No.5, 1996
- 7) 李蔚生 : 活血化癆法의 中風 200例 治療, 上海中醫藥雜誌, No.11, p.15-16, 1984
- 8) 許 俊 : 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, p.361, 1980
- 9) 王清任 : 國譯 醫林改錯, 圓光大學校 出版局, p.126, 1998
- 10) 大韓整形學會 : 整形外科學, 서울, 最新醫學社, p.8, 1985
- 11) 郭隆璘 編 : 圖解 腦神經外科學, 서울, 第一醫學社, p.396,397,399,404, 1992

- 12) Simons Leon A.MD, McCallum John DPhil, Friedlander Yechiel PhD, Simon Judith
MACS : Risk factor for ischemic stroke (Dubbo study of the elderly), Stroke,
Vol.29(7), p1341-1346, 1998
- 13) Kalra L. MD : Stroke risk management, Stroke, Vol.29(1), p.53-57, 1998
- 14) Kalra L, Perez I, Melbourn A : Stroke risk management, Change in mainstream
practice, Stroke, Vol 29(1) pp53-57, 1988
- 15) 高成奎 : 中風患者의 半身痲痺 回復에 대한 臨床的 觀察, 大韓韓醫學會誌,
Vol.14, No.2, p92, 1993
- 16) S. Howard Lee, Krishna C.V.G. Rao, Robert A. : Cranial MRI and CT,
4/e, McGraw-hill, p.557-598, 1999
- 17) Culebras Antonio, Kase Carlos, Masdeu Joseph, Fox Allan, Bryan R. Nick,
Grossman C. Barrie, : Practice guidelines for the imaging in TIA and acute Stroke,
Stroke, Vol.28(7), p.1480-1497, 1997
- 18) 大韓神經外科學會 : 神經外科學, 서울, 眞秀出版社, p.307, 1994
- 19) 孫思邈 : 備急千金要方, 大星文化社, p.269,270,282-284,928, 1988
- 20) 王安道 : 王履湖回集(醫部全錄中二十六冊), 서울, 成輔社, p.31, 1976
- 21) 楊維傑 編 : 黃帝內經譯解, 서울, 成輔社, p.61,131,132,465,663, 1980
- 22) 朴贊國 : 病因病理學, 서울, 傳統醫學研究所, p.203-204, 1992
- 23) 陳愛武 : 活血化瘀法 實驗 2例, 雲南中醫中藥雜誌, Vol.17, No.2, p.53-54, 1996
- 24) 何曉蘭 : 活血化瘀法の 老年 糖尿病 54例 治療, 遼寧中醫雜誌, Vol.23, No.4,
p161-162, 1996
- 25) 孫愛紅, 導師, 施賽珠 : 活血化瘀法の 糖尿病 慢性 併發症 治療의 機理 探究, 中醫研究,
Vol.9, No.2, 1996
- 26) 張發榮, 謝學軍, 李瑞荃, 廖品正: 滋養肝腎, 活血化瘀藥의 實驗性 糖尿病 大鼠의 視神經
組織 狀態에 대한 影響, 中國中醫眼科雜誌, Vol.6, No.3, 1996
- 27) 鄭普燮, 辛民教 : 圖解 鄉藥大事典, 서울, 永林社, p.523,626,860-862,1034, 1990
- 28) 新文豐出版公司 編 : 新編 中藥大辭典, 臺北, 新文豐出版公司,
p.1468-1470, 1308-1310, 1980
- 29) 姜春茸 : 活血化瘀 研究新編, 上海, 上海科學技術出版社, p.525, 1990
- 30) 辛民教 : 臨床本草學, 서울, 南山堂, p.300, 1986