

중례

脊髓硬塞으로 진단된 四肢麻痺환자 1례에 대한 임상 고찰

김수연¹⁾ · 권보형¹⁾ · 송범용²⁾

¹⁾ 우석대학교 부속한방병원 신경정신과

²⁾ 우석대학교 부속한방병원 침구과

Abstract

Clinical Study of 1 case of patient with Quadripareisis diagnosed spinal cord infarction

Su-Yeon, Kim¹⁾ · Bo-Hyoung, Kwon¹⁾ · Beom-Yong, Song²⁾

¹⁾ Department of Neuropsychiatry, Oriental Medical Hospital, Woo Suk University

²⁾ Department of Acupuncture & Moxibustion, Oriental Medical Hospital,
Woo Suk University

By process of treatment for a case which diagnosed as spinal cord infarction and admitted from the 18th, April, 2000 to the 29th, July, 2000, the result are as follows.

Method and Results : In the earlier days of admission, this patient was diagnosed as damp-heat(濕熱) and was dosed with Cheongjo-tang. In medication, weakness in upper and lower limbs of the patient was improving. After diagnosed as Taeyangin, the patient was dosed with Ogapijangchuk-tang and punctured with Taeyangin Taeguik-chim and Sagae-chim. As the result, Weakness in upper and lower limbs are improved remarkably.

Conclusion : The prognosis of patients diagnosed spinal cord infarction is not so good. But, in the case of this patient, power and sense of four limbs improved remarkably through oriental medical treatment with rehabilitative therapy.

Key Word : Spinal Cord Infarction, Taeyangin, Ogapijangchuk-tang, Taeguik-chim, Sagae-chim

- 접수 : 2000년 11월 8일 · 수정 : 11월 13일 · 채택 : 11월 15일
- 교신처 : 송범용, 전라북도 전주시 완산구 중화산동 2가 5번지 우석대학교 부속한방병원 침구과 (Tel: 063-220-8624)

I. 서론

척수혈관장애는 임상에서 드물게 볼 수 있는 급성 척수혈액순환장애성 질병이다. 발병이 대개 급격하고 증상과 경과가 중하며, 척수경색과 척수출혈의 형태로 나타난다¹⁾. 척수경색은 전척수동맥의 혈전형성이 대부분이며, 증상은 갑작스런 통증이 계속되고, 양측 下肢 또는 四肢에 이완성 마비가 오고 병변이하 부위의 통각 및 온각이 소실되는 반면 고유체위감각은 남아있다. 척수출혈은 경막외, 경막하, 지주막하출혈 및 척수실질내 출혈로 나눌 수 있고, 갑작스런 背部 疼痛과 함께 신경압박증상을 유발한다. 원인으로 외상, 혈관기형, 종양 또는 동맥경화증 등이 있고, 드물게는 척추천자와 경막상 마취후에도 볼 수 있다³⁾.

척수혈관장애는 대개 통증이 현저하며, 한방에서 볼때 마비가 명확하지 않을때는 '痺證', 肢體의 마비 및 근육의 위축이 있을때는 '痿證'의 범주에 속한다¹⁾. 그중痿證은 肢體의 筋脈이 이완되어 手足이 痿弱하고 무력하며 수의적으로 운동하지 못하는 병이다²⁴⁾.

척수혈관장애중 척수경색은 세계적으로도 증례가 아주 드물고, 그에 따른 연구도 미약하며, 우리나라에서는 이²⁷⁾의 척수경색에 관한 증례보고 외 전무한 실정이다. 치료도 적극적 치료방향이 있다기보다는 보존적 또는 예방적 치료에 그치는 상태이고³⁾, 예후도 뇌경색에 비해 좋지 않다^{1,28,29)}.

이에 본 저자들은 우석한방병원에 四肢無力麻痺 및 大小便障碍를 主訴症으로 來院하였고, 脊髓梗塞으로 진단되는 환자를痿證處方인 淸燥湯, 太陽人處方인 五加皮壯脊湯과 太陽人 太極鍼法²³⁾, 太陽人 四季鍼法¹⁹⁾ 등으로 치료하여 운동기능이 호전되는 것을 경험하였기에 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 환자 : 정 ○ ○, M/53세

2. 主訴

- ① 四肢麻痺(上肢 Gr.Ⅲ/Ⅳ, 下肢 Gr.0/0)
- ② 四肢 및 軀幹 感覺障碍(T3~4 level)
- ③ 大小便障碍

3. 발병일 : 2000년 4월 7일 새벽

4. 가족력 : 어머니 CVA

5. 과거력 : 20대에 습관성 과음으로 인한 위장출혈로 병원에서 치료 후 별무변화하여 한약방에서 한약복용하고 절주, 곡물생식으로 증상호전되었고 40대 이후 간헐적 수족저림증상 외 평소 건강했음.

6. 현병력 : 상기 환자는 현 53세 남환으로 평소 건강했으며 간헐적인 수족저림 증상이 있었으나 농사때문으로 여겼다고 한다. 2000년 4월 7일 새벽, 갑자기 手足이 저리면서 胸背가 빠근하며 통증이 온 후 양어깨에서 힘이 풀리면서 1시간여만에 양쪽 上下肢가 모두 마비가 되면서 上記 주소증 발생하였다. 김제○○병원에서 뇌·경추 MRI 촬영하였으나 병변발견 못하여 서울○○대학부속병원으로 옮겨 척수경색으로 진단받고 입원치료중 별무변화하여 4월 17일 퇴원후 4월 18일 우석대부속한방병원에 입원하였다. 입원 당시 환자는 배뇨장애때문에 foley catheter 삽입하고 있는 상태였다.

7. 이학적 검사 및 검사실 소견 :

- ① BP&Vital Sign : Within Normal Limits
- ② D.T.R. 上肢 -/-
 下肢 -/-
- ③ Babinski's sign -/-
- ④ Brain & Spinal MRI : spinal stenosis, spinal cord infarction

⑤ Lab.검사는 [Table 1]과 같다. 환자가 foley catheter 삽입상태여서 입원당시부터 소변에 염증 소견이 있었고 CBC상 WBC가 증가되어 있었다. 또

cholesterol이 정상이면서 TG는 572로 월등히 높았다. 지속적 관리하면서 7월 3일 소변검사에서는 상당히 양호한 결과가 나왔고, TG수치도 감소하여 6월 24일 검사에서 211의 결과가 나왔다.

8. 임상경과 :

* 4월 18일

- ① 上肢- 左側은 어깨위로 舉上가능하나 힘이 들고, 右側은 어깨위로 舉上 불능.
- ② 指關節- 左側손가락 45°정도범위에서 屈伸, 右側손가락 15°범위에서 屈伸. 개별운동 不可.
- ③ 下肢- 관절운동 전혀 관찰되지 않음.
- ④ 感覺障礙- 觸覺 정상. 二點識別覺은 左側발가락에서 불명확한 것 외 정상. 痛覺은 흉부 T3~4 level 이하로 둔해지고 下肢는 통각을 촉각으로만 감지. 냉온감각은 흉부 T3~4 level 이하로는 촉각으로만 감지.
- ⑤ 大便- 감각은 있으나 본인이 조절할 수 없 이 저절로 나옴.

⑥ 小便- 감각은 없고 foley catheter삽입상태. 관을 막으면 바로 요도가 따끔한 느낌이 있음.

⑦ 舌淡紅, 苔白, 脈濡 不實不虛.

⑧ 기타- 발병후 發汗증세가 현저해짐. 신체上部, 특히 右側上肢, 목, 머리에서 發汗 심함.

* 4월 19일 ~ 4월 30일

① 上肢- 左側은 머리위로 舉上. 右側은 上肢를 어깨위로 약간 舉上 가능.

② 指關節- 左側 손끝이 손바닥에 거의 닿을 정도로 굴곡하나 신전은 불완전함. 右側은 손가락이 45°이하범위에서 굴신 가능.

③ 下肢- 4월23일부터 불수의적으로 신전. 趾關節도 4월23일부터 右側 발가락이 불수의적으로 동작 가능.

④ 感覺障礙- 통각은 右側下肢 자침시 약하게 느낌. 흉부이하 얼얼한 감, 手足 冷感과 얼

Table 1. Laboratory of the patient

		4/18	5/2	5/4	5/13	5/15	5/22	6/7	6/24	7/3
U/A	protein	-		+	+		+			-
	nitrate	++++		++++	++++		++++			-
	RBC	3~5		many	1~2		1~2			
	WBC	2~3		many	numerous		numerous			20~25
	bacteria	many		some	numerous		-			-
	occult blood	±		++	±		±			±
CBC	WBC	14600		6000						
	seg. Neu									
	Lymphocyte									
LFT	BUN	30		17						
	GOT	39		17						
	GPT	53		29						
	TG	572	298			200		417	211	
	Glucose					132		158	129	

얼한 감 있는데 특히 左側 발이 심함.

- ⑤ 大小便- 대변은 참았다가 원하는 때 볼 수 있음. 소변은 foley catheter 삽입상태로 배출감각이 생김.
- ⑥ 기타- 근육의 강화를 가져오게 할 목적으로 입원 다음날인 4월 19일부터 물리치료 및 재활치료를 시행.

* 5월 1일 ~ 5월 30일

- ① 上肢- 左側은 上肢를 머리위로 완전히 擧上할수 있고 힘도 증가. 右側은 上肢를 머리위로 불안정하게 擧上.
- ② 指關節- 左側은 완전히 屈伸, 손가락 개별 동작 가능하고 물병을 잡을 수 있으며 筋力만 다소 부족. 右側은 거의 굴곡되나 手指端이 손바닥에 닿지는 않음.
- ③ 下肢- 股關節은 수평이동 가능. 膝關節이 바닥에서 10cm까지 들어올릴만큼 호전. 趾關節은 右側은 수의적운동이 가능.
- ④ 感覺障礙- 痛覺은 背部로 T5이하부터 조금씩 둔해짐. 흥부 이하 얼얼한감 거의 사라지고, 발목 이하로만 얼얼하고 저림.
- ⑤ 小便- 5월 7일부터 foley catheter tra-ining함. 관 막고 30분쯤 경과후 소변 차는 감각 느낌. 그러나 5월11일 foley catheter 제거후 소변배출이 안돼서 다시 foley catheter 삽입함. 5월 말경에는 관을 막고 2시간 정도 참을 수 있음.
- ⑥ 기타- 5월 13일부터 경사 조절하며 Tilt-ing Table을 시행함. 25일부터 강주봉 四季針法¹⁹⁾을 응용했는데 四季針法의 太陽人州水穴을 자침하면 발 저리고 얼얼한 느낌이 없어짐. 발침후 다시 발이 저리나 그전보다 감소함.

* 6월 1일 ~ 6월 30일

- ① 上肢- 左側은 자유로운 움직임이 가능하고

근력만 부족, 右側은 肘關節이 완전히 신전은 안되지만 머리위로 더 많이 올리고 움직임도 자유로워짐.

- ② 指關節- 左側은 개별손가락잡기(숫자세기) 가능, finger opposit도 네 번째 손가락까지 가능, 물병잡고 물마실 수 있음. 右側은 약간의 운동범위 향상.
- ③ 下肢- 股關節은 수평운동 다소 원활하고 수직운동 약간 가능. 膝關節은 무릎 붙이고 바닥에서 15~20cm 떨어질만큼 세워서 5초 정도 유지 가능. 趾關節은 左側은 제한된 범위에서 수의적 운동 가능, 右側은 양호한 운동범위로 수의적 운동 가능.
- ④ 感覺障礙- 左側下肢와 左腹背를 제외하고는 온각, 통각 느끼게 됨. 냉각도 둔하게 느끼나 다소 온각으로 착각하고 있음.
- ⑤ 기타- 6월 6일 장어구이 먹은후 兩下肢 痺痛 심해지고 下肢운동력 감소. 온수로 下肢를 맞사지한 후 호전됨. 이때 신경학적 검사한 결과 DTR이 양성으로 나와서 신체반응은 호전되고 있음을 알 수 있었음. 물리치료 받기 위해 환자는 날마다 stretcher car로 이동하였는데, 6월 23일경부터 휠체어로 이동하게 되었으며, 휠체어에 앉아 있는 시간이 조금씩 늘어나고, 환자가 스스로 휠체어를 운전할 수 있음.

*7월 1일 ~ 7월 15일

- ① 上肢- 휠체어 타고 스스로 밀어서 병실복도(45미터 정도) 왕복가능함.
- ② 下肢- 膝關節은 스스로 무릎을 세우고 10초 이상 유지할 수 있을 정도로 호전.
- ③ 感覺障礙- 左側下肢 前面까지 온각 느끼게 됨. 냉각은 둔하고 저린감으로 인식함.
- ④ 기타- 휠체어에 30분이상 앉아 있으면 兩

Table 2. Major oriental treatment performed on the patient

일시	기본처방	처방구성	침
4월18일	補中益氣湯加味 ⁷⁾	黃芪,人蔘,白朮,甘草,當歸身,陳皮,升麻,柴胡,木瓜,烏藥,香附子,青皮,防風,川芎,桂枝	合谷, 足三里, 手三里, 曲池, 解谿, 陽陵泉, 陰陵泉, 外關, 百會
4월21일	清燥湯 ^{8,19)}	黃芪,白朮,蒼朮,陳皮,澤瀉,赤茯苓,人蔘,升麻,生地黃,當歸,猪苓,麥門冬,神麩,甘草,黃連,黃柏,柴胡,五味子	
4월28일		4월21일 처방 加 五加皮,木瓜,蘆根	身柱,神道,靈臺,至陽 및 그 兩傍 膀胱經 1,2線
5월16일	太陽人 五加皮壯腎湯 ⁹⁾	五加皮,木瓜,松葉,葡萄根,蘆根,蕎麥米	
5월25일		5월16일 처방 加 未成熟 櫻桃肉	
5월29일		5월29일 처방 去 櫻桃肉	
6월 1일		6월1일 처방 加 成熟 櫻桃肉	
6월15일			

下肢로 얼얼한 느낌이 심해지고 足背以下가 암적색을 띠면서 충혈되고, 다리를 발판 아래로 내려뺨으면 그 느낌이 감소하면서 充血소견도 감소하고 다소 정상색으로 돌아온다.

III. 고찰

척수경색은 뇌경색에 비해 아주 드문 질환이며 Bastian이 1882년에 척수연화가 혈관폐색의 결과라고 제시한 후, Preobrashenski가 1904년 최초로 전척수동맥증후군에 대해 기술하였다²⁹⁾. 좀더 현대의 논문들이 척수혈관의 해부학과 특별한 임상적 증후군들을 정의해왔지만, 척수경색의 자연력이나 예후등을 광범위하게 정의하기엔 증례수가 너무 적었다²⁸⁾. 그래서 척수경색의 다발부위나 예후 등에 대해 아직까지 논란이 되고 있다.

척수경색은 척수에 분포하는 혈관들이 폐쇄되어 발생된다. 그중 전척수동맥의 중부 흉수영역(T4~8영역)의 혈관이 다른 곳보다 가늘고 혈액공급이 적

어서, 혈액순환장애에 대한 영향을 가장 받기 쉽다³⁾. 척수경색의 원인은 원발성 혈관병변(동맥경화증, 혈전증, 혈관염 등), 척수 또는 수막병변에 의한 혈관압박(척추간판 탈출증, 경막외농양 및 종양, 결핵성 수막염 등), 척수혈관색전(심질환, 지방색전 등), 전신혈액순환장애(저혈압, 전신성 혈관병변, 중독 등), 정맥계 폐색질환(정맥류, 혈전성 정맥염 등), 의원성 혈관장애(대동맥기형 수술 등) 등으로 인해 일어날 수 있으며, 대부분 대동맥같이 척수에서 떨어진 동맥에서 유래한 혈전에 기인하고, 심한 저혈압, 그외 외상성 혈관손상, 대동맥이나 그외 혈관의 수술이 색전의 원인이 되기도 한다^{1,3)}.

증상은 급성 또는 아급성으로 발병하고 兩下肢 또는 사지의 운동마비,疼痛, 근육이 위축되고 팔약근장애가 뚜렷하여 二便장애가 있으며, 深淺感覺분리로 痛覺과 溫覺은 소실되고 深部感覺은 유지된다. 어떤 경우는 전척수동맥혈전증이 생기기 전에 간헐적인 척수허혈발작이 있기도 하다. 뇌척수액검사상 대부분 정상이고, 척수 CT상 척수표면이나 척수내 밀도가 불균등하고 척수내 저밀도 음영이 나타난다.

치료 경과나 예후는 그다지 좋지 않고 후유증이 많이 남는다^{1,4)}.

한의학적으로 척수경색은 운동장애를 동반한 경우 '痿證'에 가깝다¹⁾.痿證이란 근육이 이완되고 연약무력하여 수축하지 못하므로 발생하는 四肢萎弱을 지칭하는 것으로 下肢 혹은 上肢에 경도로 발생하는 것에서부터 심하면 癱瘓까지 이르거나, 혹은 사망에 이를 수도 있는 질병이다^{2,13)}. 발병부위가 軟弱, 瘦削, 枯萎해지는데, 병이 上肢에 있으면 손으로 물건을 집을 수 없고 下肢에 있으면 다리로 몸을 지탱하지 못한다. 임상상 下肢의 장애가 더 많으므로痿證이라 칭한다²⁾.

痿에 관한 내용이 최초로 기재된 곳은 黃帝內經素問痿論¹⁵⁾으로 "五臟肺熱葉焦發爲痿躄"이라 하였고, "夫五臟皆有爲與肺熱爲皮毛痿 心熱爲脈痿 肝熱爲筋痿 脾熱爲肉痿 腎熱爲骨痿"라 하여 五臟에 따른 五痿로 분류하여 설명하고 있다^{2,13,15,17)}.

痿證의 원인에 대해 素問은 肺熱葉焦와 濕을 주로 다루었고^{2,13)}, 巢¹⁴⁾는 <<諸病源候論.風身不隨候>>에서 外로 風邪에 感하고 內로 脾胃虧虛하여痿證이 발한다 하였으며, 張¹⁷⁾은 <<儒門事親>>에서 "弱而不用者, 爲痿"라 하였고痿證의 病因 중 火熱을 강조하였다^{2,14)}. 朱¹⁸⁾는 <<丹溪心法>>에서痿躄을 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 瘀血로 분류하였다. 李¹⁹⁾는 그 증상에 따라서 痰積, 濕多, 熱多, 濕熱相半, 狹氣로 그 원인을 분류하였고 주로 濕熱을 원인으로 보아 清燥湯등의 방제에 隨證加減하여 사용하였다^{2,11)}. 張²⁰⁾은 <<景岳全書.雜證模.痿證>>에서 濕熱, 陰虛兼熱, 水虧於腎, 血虧於肝, 陰虛無濕으로 나누어 치법을 기재하고 있고 元氣敗傷, 精血虧虛가痿證의 한 원인을 이룬다고 강조하였다¹³⁾. 李²¹⁾는 濕熱, 濕痰, 血虛, 氣虛, 氣血俱虛, 食積, 死血, 腎肝虧虛 등으로 나누어 치료하였고, 陳²²⁾은 胃火之熱이痿證의 主因이라고 보고 補氣益血, 滋腎水降胃火, 清脾胃之熱 등의 방법으로 치료하였다. 明代 이후는 火

熱, 濕熱, 濕痰, 氣血虧虛, 瘀血, 情志失調가 주요병인이라고 보아 滋陰清火, 清肺潤燥, 補益脾胃, 調補肝腎, 活血化瘀하여 치료하였다¹⁴⁾. 이렇듯痿證의 원인은 역대의가와 문헌에 따라 다양하게 표현되고 있으나 그중 많은 수의 문헌에서 肺熱, 濕熱 등의熱證으로 보았으며, 虛證으로 보는 시각도 많다¹³⁾.

치료에 있어서 많은 의가들이 다양한 원인에 따라 처방도 다양하게 사용하였는데, 辛¹³⁾의 연구에 의하면 그중 補氣補血하는 虎潛丸을 가장 다용하였고, 補血劑인 四物湯, 補氣爲主로 燥濕, 清熱하는 清燥湯이 비중있게 사용되었다고 한다.

본 증례의 경우 사지마비, 대소변장애, 통각과 온도각 소실 등의 증상이 있었고 MRI 촬영에서 上部 胸髓 부근에 저밀도 음영이 희미하게 보여 척수경색으로 진단하였고, 四肢萎弱의 증상이 한방적으로는痿證과 일치하여 입원초기에 환자에게痿證 처방중 清熱祛濕하면서 補氣하는 清燥湯이 투여되었다.

사상체질의학에서는 下肢無力증상에 대해 解休證이라 하여 太陽人 腰脊病으로 구분하여 다루고 있다. '解休證'이란 원래 <<內經>>에서 "尺脈緩澁 謂之解休"이라고 언급하고 있으며⁹⁾, 王冰 主에서는 "尺爲陰部 肝腎主之 緩爲熱中 澁爲亡血故 爲之解休者 寒不寒熱不熱弱不弱壯不壯 瘳不可名 爲之解休也"라 하였다^{9),10)}. 또 <<靈樞>>에서는 "髓傷卽消燂 筋痿體解休 然不去矣 不去 爲不能行去也"라 하였다^{9),10)}. 이것을 이제마가 사상의학적 관점에서 설명하였는데 "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이 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."⁹⁾이라 하였고, 치료법을 제시하기를 "論曰 此證卽 太陽人腰脊病太重也 必戒深寒遠噴怒 修清定然後 其病可愈 此證當

用 五加皮壯脊湯”이라 하였다.

본 증례의 환자는 사상체질 감별이 명확히 되지는 않았는데, 우석대한방병원의 체질설문검사에서는 26문항중 소양인, 소음인이 9문항씩으로 균등하게 많이 나왔고, 사상설문지조사 QSCCⅡ에서는 소양인으로 감별이 되었다. 그러나 QSCCⅡ는 태양인인 경우 감별하기 어렵다는 보고¹⁸⁾가 있으므로 환자가 태양인일 경우를 배제할 수 없었다. 환자가 평소 무병한점, 頭部가 전체 체격에 비해 큰 점, 육식을 좋아하지 않은점, 虛實을 감별하기 어려운 점, 증상이 특이하고 발병례가 드물면서 下肢無力증상이 있어 태양인 ‘解體證’으로 간주하고 치료를 하였다.

그러나 이제마가 설명한 태양인 解逆證과 비교해보면, 寒熱虛實로 구별되지 않고 惡寒發熱이나 身體疼痛의 外感증상이 없으면서 下肢에 힘이 없다고 한 것은 본 증례와 일치하는 반면, 上體는 완전하고 下肢에 힘이 없는데 下肢 힘이 아주 약하지는 않고 보행시 장애만 있다고 한 것은 본 증례와 일치하지 않는다.

林¹⁰⁾에 의하면 ‘寒不寒 熱不熱 弱不弱 壯不壯’의 구문을 가지고 ‘解體證은 가역성인 병이다’고 해석하였고 전환성 히스테리등의 정신적인 문제와 많이 연관시켰으며, 宋¹¹⁾도 李濟馬의 글을 인용하여 太陽人에 대해 寒熱관계가 아닌 性情의 升降관계에서 병증을 바라보고, 表病證인 解體證은 “必戒深哀遠嗔怒”라 하였다. 이는 본 환자가 ‘척수경색’이라는 척수혈관의 기질적 손상으로 인한 하위신경의 무력마비증상을 나타내고 대개 예후가 좋지 않은 비가역성 질환이라는 것과 환자가 질병 발생후 가끔 우울하기도 하고 예민한 측면도 보이나 그것이 질환의 원인은 아니므로 梁¹⁰⁾이나 宋¹¹⁾의 解逆證 해석과 다소 맞지 않는 부분이 있다.

그럼에도 불구하고 저자가 이 환자를 太陽人으로 판단한 것은 환자의 頭部가 체격에 비해 큰 것, 강직하고 대쪽같은 성품, 길으로는 잘 표현하지 않

나 뜻대로 되지 않을 때 맘속으로 분노가 자주 일었다는 점, 평상시 육식을 즐기지 않고 고기를 많이 먹었다 싶으면 기운이 저하되는 등 안좋은 반응이 나타났고, 젊었을 때 술로 인한 위장병을 심하게 앓고 난 후 곡물 생식을 하면서 증상호전되고 건강을 되찾은 경력, 또 평소 단 것이 기호에 맞고 단 것을 먹으면 기운이 난다는 점, 본 증례의 증상이 평소 건강했다가 이유없이 갑작스럽게 발병하면서 하지 무력과 함께 사지마비가 나타난 것, 그리고 치료중 五加皮 등을 처방에 추가했을 때 증상호전의 정도가 더 컸고, 5월16일부터 五加皮壯脊湯을 사용하면서 上下肢 운동력이 점진적으로 향상되었고 癱症이 나타나지 않았기 때문이다.

이제마는 少陽·少陰·太陰人의 체질에 정강이가 저리고 行去를 못하는 解體증세가 있으면 반드시 다른 증세가 겹치게 되고, 寒不寒 熱不熱 弱不弱 壯不壯하지 않은 이치가 없을 것이라고 하여⁹⁾ 다른 체질에는 解體證만 나타나는 경우는 없다고 밝혀놓았다. 본증례에서도 환자가 질병 발생전에는 무병건강하였다가 갑자기 발병한 경우로 寒熱을 분간하기 어려워 태양인에 해당한다는 결론을 얻게 되었다.

환자가 입원한 후 증상의 변화를 일목요연하게 보기 위해 운동기능 평가를 할 수 있는 검사로 ‘중풍환자 치료효과 판정표준’^{5),6)}을 채택하여 추적검사를 하였고, 감각장애의 변화는 입원당시와 6월 15일, 7월 15일 등 세 차례에 걸쳐 시행하였다. 이 중 ‘중풍환자 치료효과 판정표준’은 四肢의 각 관절들의 장애상태를 나타낼수 있어서 채택했는데, 척수장애를 가진 본 증례의 환자에 알맞게 종합기능평가를 약간 수정하고, 膝關節상태, DTR검사를 첨가하였다(Table 3 참고).

처방은 입원당시 환자가 계속된 검사와 병원이동으로 다소 지쳐있었고 사지무력과 복력 약화의 증상이 있어 中氣虛와 氣循環障礙로 판단하고 補中益氣湯을 기본방으로 하여 渾身麻氣虛에 加味하는 木

Table 3. The patient's progress measured with 'Standard for assessment of the effect of stroke treatment(China, 1987)'

분류	판정기준	4/18	5/1	5/15	5/30	6/15	6/30	7/15
神志상태	신지뚜렷(4)>神志恍惚-혼수, 깨어난후 대화가능(3)>神志迷夢-혼수, 물러도 대답 불확실(2)>神昏(1)>神昏과 동시에 脫證(0)	4	4	4	4	4	4	4
언어표현	정상(4)>일반적표현, 命名장애(3)>말과 표현이 불완전(2)>단어, 절구만 가능(1)>언어불능 기본불능(0)	4	4	4	4	4	4	4
肩關節	정상(4)>上肢를 완전히 올리나 근력부족(3)>上肢를 어깨와 나란히 또는 약간 높이(2)>어깨높이까지 이르지 못함(1)>움직일수 없고, 혹은 전후로 약간흔들림(0)	2/1	2/1	3/2	3/2	3/3	3/3	3/3
指關節	정상(4)>손가락분별동작 되나 근력부족(3)>주먹쥐고 손가락편다(2)>손가락 굽힐수있으나 주먹쥐어지지않음(1)>움직일수없다(0)	0~1/1	1/1~2	1/2~3	1/3	1~2/3	1~2/3	1~2/3~4
股關節	정상(4)>45°이상높이로 들(3)>45°에 못미친다(2)>흔들어서 수평이동(1)>움직일수없다(0)	0/0	0/0	1/1	1/1	1/1	1/1	2/2
膝關節	정상(4)>무릎을 완전히 세울 수 있다(3)>불완전하게 세울 수 있다(2)>움직일 수 있다(1)>움직일 수 없다(0)	0/0	0/0	1/1	2/2	2/2	2~3/2~3	2~3/2~3
趾關節	정상(4)>펴고 굽히기 자유로우나 힘이 약함(3)>펴고 굽히기 불완전(2)>약간움직임(1)>움직이지 못함(0)	0/0	1/0	2/1	3/2	3/2	3/2	3/2
綜合기능	정상자립생활가능(4)>보행가능하나 부분적으로 사람의 보조필요(3)>일어설수 있으나 수시로 사람의도움필요(2)>휠체어타고 이동가능함, 수시로 사람의도움필요(1)>자리에눕는다(0)	0	0	0	0	0	1	1
DTR肘		±/±	±/±	±/±	+/+	++/+ +	++/+ +	++/+ +
DTR膝		-/-	-/-	-/-	+/+	++/+ +	++/+ +	++/+ +

瓜 烏藥 靑皮 香附子 防風 川芎 桂枝 등을 가하여 사용하였으며⁷⁾, 4월 21일부터 痿證에 중점을 두어 淸熱除濕하는 淸燥湯^{8,19)}을 투여하였다. 환자는 그 사이 복력이 다소 증가하여 大便失禁에서 스스로 어느정도 참고 원하는 시간대에 볼 수 있게 되었고, 四肢 저림증상이 四肢末端으로 줄어들었다. 4월 28일부터 太陽人 解休證에 쓰는 五加皮壯脊湯 처방중 五加皮, 木瓜, 蘆根을 淸燥湯에 加味하여 사용하였는데, 그 후 환자의 발가락이 움직이기 시작했고 손가락을 쥐는 정도가 향상되었으며 어깨아래에서 움직이던 右側 上肢가 어깨위까지 올라가게 되었다. 5월 16일부터는 앵도육을 제외한 五加皮壯脊湯을 투

여하였는데, 환자는 꾸준히 근력이 향상되었고 5월 20일이후에는 왼손으로 물병을 잡을수 있게 되었으며, 下肢는 수평운동이 어느정도 가능해지고 무릎의 上下운동이 약간 가능해졌다. 또 체위를 변경할때 입원당시에는 전적으로 다른사람의 힘에 의지하였으나, 무릎을 굽혀주는 약간의 도움을 주면 몸을 뒤척일 수 있었다. 5월 29일부터 다소 덜익은 앵도육을 가미한 五加皮壯脊湯을 투여했는데 환자가 下肢 저림증상이 심해지고 힘들어하여 앵도육을 다시 去하였고 그후 저림증상이 감소하였다. 6월 15일부터 완전히 익은 앵도육을 가미한 五加皮壯脊湯을 사용하면서는 下肢 저림증상이 더 심해지는 일은 없었

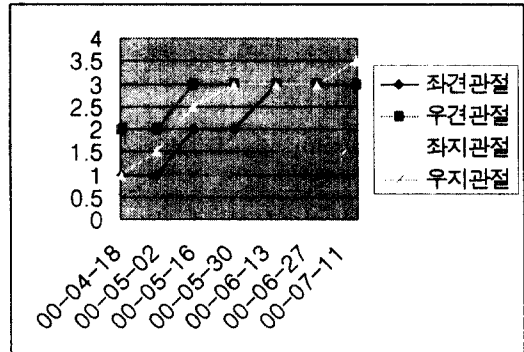
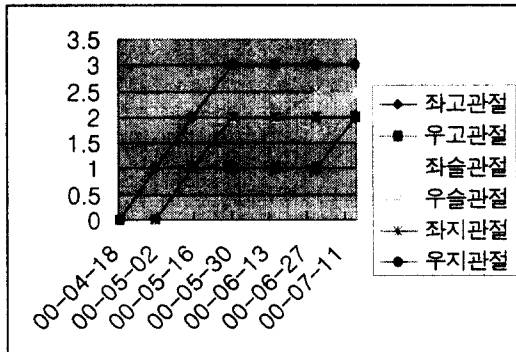
Table 4. Graphing Table 3

*Upper limbs

	04월 18일	05월 01일	05월 15일	05월 30일	06월 15일	06월 30일	07월 15일
좌견관절	1	1	2	2	3	3	3
우견관절	2	2	3	3	3	3	3
좌지관절	1	1.5	2.5	3	3	3	3.5
우지관절	0.5	1	1	1	1.5	1.5	1.5

* Lower limbs

	04월 18일	05월 01일	05월 15일	05월 30일	06월 15일	06월 30일	07월 15일
좌고관절	0	0	1	1	1	1	2
우고관절	0	0	1	1	1	1	2
좌술관절	0	0	1	2	2	2.5	2.5
우술관절	0	0	1	2	2	2.5	2.5
좌지관절	0	0	1	2	2	2	2
우지관절	0	1	2	3	3	3	3



하면서는 下肢 저림증상이 더 심해지는 일은 없었으며 7월 이후 더 감소한 상태로 유지하였다.

刺鍼은 입원초기에는 <<素問. 痿論>>에서 “治宜獨取陽明”^{14,15)} 원리에 따라 陽明經 위주로 合谷, 足三里, 手三里, 曲池, 解谿, 陽陵泉, 陰陵泉, 外關 등에 자침하였고, 4월 28일부터 腰背部의 督脈, 膀胱經上으로 자침하였다. 5월 25일부터는 太陽人 太極針法²⁶⁾과 四季針法¹⁹⁾중 太陽人에 해당하는 穴들을 활용하였다. 太極鍼法은 東醫壽世保元을 토대로 李²³⁾가 개발한 침법으로 1974년 이후 임상에 알려져 응용되고 있으나, 현재 소책자 형태의 자료들만 약

간 있을 뿐 공인된 연구결과는 발견할 수 없었다. 心은 一身의 主宰가 되므로 心經의 四穴로 체질감별을 하는데 太陽人은 肺大하여 金에 속하므로 火克金하는 小府穴을 補하며, 각 체질별로 기본치료혈이 있는데 太陽人은 肺大肝小하므로 肺經의 原穴인 太淵을 瀉하고 肝經의 原穴인 太衝을 補한다. 四季鍼法은 姜²⁶⁾이 董氏穴을 가지고 체질별로 개발한 것으로 그 이론적 배경은 아직 밝혀지지 않았고, 학술적 연구나 학계에서 공인된 바도 없다. 그러나 卍水穴에 자침한후 환자가 수족저림 증상이 사라지는 것을 느꼈고 留鍼하고 있지 않은 평상시에도 수족저림 증상이 감소하였던 것으로 보아, 四季針法에

대해 임상연구가 더 필요할 것으로 생각된다.

소변은 입원당시 foley catheter를 삽입한 상태로 관을 막아놓으면 30분도 안되서 하복부가 빠근하고 음부가 따끔거리 참지 못하였고 물을 마신 후에도 바로 이런 증세가 나타났으나, 지속적으로 훈련하여 5월이후에는 조금씩 시간간격이 벌어져서 5월 말경에는 관을 막고 3시간까지 참을 수 있게 되었다. 그러나 3시간 이상 되면 下腹이 빠근하면서 下肢 전체적으로 저린감이 심해진다고 하였다. 그로 인해 환자가 foley catheter training에 다소 소극적으로 되었고, 보호자가 상주하지 않아서 6월 중순 이후에는 간헐적으로 한 번씩만 training하였다.

퇴원시 환자는 하루 평균 4시간 정도 휠체어를 타고 스스로 이동이 가능해 졌으며, 휠체어에 오래 앉아있어서 下肢충혈과 저린증상이 심해지면 下肢를 굴신하며 증상을 완화시켰다. 다만 腰部 근력은 완전하지 않아서 등받이에 기대지 않을수는 없었다. 左側 上肢는 손목의 운동장애는 있었으나 그외 관절의 운동범위와 근력은 많이 호전되어 손가락사용이 가능하였고 물건을 잡고 전자제품 스위치를 조절할수 있었다.

IV. 결 론

2000년 4월 18일부터 2000년 7월 29일까지 四肢麻痺, 四肢 및 軀幹部 감각장애, 大小便장애 등을 주소증으로 입원하여 양방적으로 척수경색, 한방적으로 痿證, 太陽人 解休證으로 진단하고 치료한 환자 1례의 임상경과와 치료과정을 통하여 다음의 결론을 얻었다.

1. 입원초기에 환자를 痿證의 濕熱型으로 辨證하였고, 清燥湯을 응용하여 大小便 간격이 늘어나고 四肢筋力이 다소 향상되었다.

2. 사상체질상 환자의 평소 性情과 頭大한 체격, 질병의 특이함 등을 종합하여 太陽人으로 판별하고

太陽人 解休證에 쓰는 五加皮壯脊湯을 사용하여 四肢筋力의 강화, 異常感覺의 호전 등을 보였다.

3. 太陽人인 점에 착안하여 太陽人 太極鍼法, 四季鍼法을 써서 四肢저림 등의 異常感覺이 호전되었고 痛覺, 溫覺을 느낄 수 있게 되었으며 四肢筋力의 꾸준한 향상을 가져왔다.

본 증례는 척수경색이라는 매우 드문 질환이었고, 또 太陽人이라는 보기드문 체질에다가 사용했던 鍼法(太極鍼法, 四季鍼法)이 학계에서 검증된 것이 아니기 때문에 고찰하는데 다소 곤란한 점이 있었다. 그러나 임상에서 上記 효과를 가져올 수 있다고 볼 때 이 두 鍼法, 특히 개발된지 얼마 안된 四季鍼法에 대해 좀더 임상적인 연구와 검증이 필요할 것으로 사료된다.

V. 참고문헌

1. 진귀정, 양사주. 實用中西醫結合診斷治療學. 서울 : 일증사, 1992 : 776~778,
2. 양사주, 장수생, 부경화. 中醫臨狀大全. 북경 : 북경과학기술출판사, 1991 : 560~570
3. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울 : 중앙출판사, 2000 : 321~324
4. Kurt J. Isselbacher(譯者 해리슨번역 편찬위원회). HARRISON'S 내과학. 서울 : 도서출판 정담, 1997 : 2543~2544
5. 심현기, 박세기, 김동우, 전찬용, 한양희. 중풍 진단의 표준화방안 연구. 대한한방내과학회지 1997 ; 18(2) : 332~356
6. 이경섭 외. 동의심계내과학(下). 서울 : 서원당, 1995 : 90~93
7. 黃度淵. 證脈方藥合編. 서울 : 남산당, 1992 : 143~145
8. 孟華燮. 方藥指針講座(下). 서울 : 대성문화사, 1999 : 1188~1190

9. 李濟馬(譯述 洪淳用, 李乙浩). 사상의학원론. 서울 : 행림출판, 1994 : 361~362,369~371
10. 임규성. 太陽人 解休病 考察. 四象醫學會誌 1996 ; 8(2) : 203~207
11. 송일병. 四象人病證藥理의 성립과정과 그 運營精神에 대한 고찰. 대한사상의학회지 1996 ; 8(1) : 1~13
12. 박희관, 이종화. 李濟馬의 사상체질과 음의 심리학적 유형간의 연관성에 관한 연구. 대한사상의학회지 1998 ; 10(2) : 41~49
13. 신영일, 이병열. 痿證에 관한 문헌적 고찰. 혜화의학 2000 ; 9(1) : 102~123
14. 박기영, 성낙기, 이영재. 痿證환자 3례에 대한 증례보고. 혜화의학 1994 ; 1(3) : 136~146
15. 王氷. 新編 黃帝內經 素問. 서울 : 대성문화사, 1994 : 271~274
17. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 서울 : 대성문화사, 1992 : 11
18. 張子和. 儒門事親. 서울 : 대성문화사, 1993 : 卷六 28
19. 朱丹溪. 丹溪心法. 서울 : 대성문화사 : 381
20. 李東垣. 東垣十種醫書, 서울 : 대성문화사, 1983 : 356~357
21. 張景岳. 新景岳全書 上. 서울 : 아울로스출판사, 1994 : 708~711
22. 李仲梓. 醫宗必讀. 台南 : 綜合출판사, 中華民國 65년 : 356~357
23. 陳士澤. 石室秘錄(醫部全錄 第七冊). 서울 : 일중사, 1987 : 1725~1727
24. 李炳幸. 鍼道源流重磨 : 考試研究院, 1985 : 344~353
25. 具本弘 외. 동의내과학. 서울 : 서완당, 1985 : 217
26. 許俊. 東醫寶鑑 內景篇 外形篇. 서울 : 대성문화사, 1992 : 474~475
27. 姜珠奉. 傷寒論·四象醫學 講座. 대전 : 석림출판사, 1999 : 442
28. 이광훈. Adamkiewicz 동맥의 폐색에 의한 척수경색 1례. 대한신경과학회지 1998 ; 16(4) : 597~600
29. Cheshire WP, Santos CC, Massey EW, Howard JF. Spinal cord infarction: etiology and outcome. Neurology 1996 ; 47(2) : 321~330
30. Leite I, Monteiro L. Spinal cord infarction[letter; comment]. Neurology 1997 ; 48(5) : 1478