

# 편마비와 감각장애를 주소로 하는 외상성 경추관 협착 환자 1례에 대한 임상적 고찰

유형천\* · 이경환 · 김방울 · 최창원 · 이영수 · 김종석<sup>1</sup> · 김희철

동신대학교 한의과대학 내과학교실, 1:동신대학교 한의과대학 방사선과학교실

## A Clinical Report of Traumatic Cervical Stenosis Patient with Half Length Paralysis and Sensory Disorder

Hyung Cheon Ryu\*, Kyung Hwan Lee, Bang Oul Kim, Chang Won Choi, Young Soo Lee, Jong Seok Kim<sup>1</sup>, Hee Chul Kim

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongsin University  
1:Department of Radiology, College of Oriental Medicine, Dongsin University

Excluding an operation remedy about an example of Traumatic Cervical Stenosis patient, by doing pattern identification such as blood stagnation in hospitalization for the early days and such as the stagnation of Qi for the middle days and such as Eum deficiency of liver and kidney for the last. We have done treatment by being based on method of therapy to promote blood flow to remove blood stasis and to promote the normal flow of Qi and to nourish the liver and the kidney. In result, we had remarkable conclusion and considered that we had to treat a patient like that appropriately by distinguishing & making a diagnosis correctly from now on. If we apply clinically by thinking of Oriental Medicine through more example of symptoms, we have considered that it will serve as a momentum that we can sympathize with the excellency of Oriental Medicine. In the future, we have considered that have to be necessary to make more researches and reports upon it.

Key words : Cervical stenosis, Blood stasis(瘀血), Stagnation of Qi(氣滯), Eum Difiency of Liver and Kidney(肝腎陰虛)

### 서 론

Cervical stenosis이란 여러 가지 原因에 의해 경추 척추관, 추간공, 신경근관 등이 좁아져 척수나 신경근이 압박되어 증상을 일으키는 것을 말하는 것으로, 원인은 선천성, 노화, 외상 등 여러 가지로 구분할 수 있는데, 이 중에서도 특히 최근의 현대 사회에서는 외상으로 인한 경우가 많이 증가하고 있다. 경추관의 협착이 초래되게 되면 근력의 이상, 운동 및 지각신경의 이상, 심하게는 흉곽광창이 안되어 호흡곤란이 발생되고, 배뇨, 배변장애도 초래되며, 下肢의 경성 운동마비, 건반사 항진, Babinski 징후 등을 보이고 감각 장애로서 통각, 온도감각 장애, 위치, 진동감각 장애가 나타나며 신경인성 방광에 의한 배뇨 장애도 있다. 양방적인 치료법으로는 Laminectomy나 Laminoplasty과 같은 수술

요법이 대부분을 차지하고 있는데, 대개 성공률은 50~60% 이다. 또한 수술시 경막파열이나 척수액 유출 등 척수손상을 입을 가능성이 있으며, 수술의 후유증으로 인해 척수손상을 받게 되면 운동 및 감각의 상실 뿐만 아니라 배뇨, 배변과 관련된 자율기능과 성기능의 상실이 더 심해지는 부작용이 있다<sup>1-9)</sup>. 특히 이러한 증상은 CVA으로 오인되어 부적절한 치료를 받아 시기를 넘기거나 예후가 불량해지는 경우가 종종 발생하고 있는 실정이다.

韓醫學的 觀點으로 外傷性 頸椎管狹窄으로 인한 症狀에 대해 살펴보면, 넓은 의미에서 痿症의 範疇에 배속시킬 수 있으며, 從高墜下 또는 落馬 등 外傷으로 因한 瘀血阻滯과 內傷으로 因한 肝腎虧虛, 脾胃損傷, 熱傷肺津과 濕熱浸淫으로 크게 大別할 수 있다<sup>9-19)</sup>. 痿症은 肢體筋脈이 弛緩되고 上肢 혹은 下肢가 一側 혹은 兩側으로 痿軟無力하고, 麻木不仁하며 肌肉이 日漸瘦削해져서 甚하면 隨意的 運動機能을 喪失하게 되는 疾患으로서 下肢痿軟이 비교적 으며<sup>9,10,20)</sup>, 특히 瘀血阻滯型은 惡血內留로 因한 項強疼痛, 腹中疼痛 및 肚腹膨脹, 大小便不通 등을 주로 호소한다고 하였다.

\* 교신저자 : 유형천, 광주광역시 남구 월산2동 377-13, 동신대한방병원  
· E-mail : harryryu@hanmail.net · Tel : 062-350-7283  
· 접수 : 2003/10/24 · 수정 : 2003/11/20 · 채택 : 2004/01/06

治法은 대개 活血去瘀, 滋補肝腎, 調理脾胃를 위주로 하고, 祛濕熱, 通經活絡, 舒筋強骨之法을 원칙으로 한다.

현재 산업사회의 발달로 외상으로 인한 산업재해등이 증가 추세에 있으며 이에 따라 외상성 경추관 협착증(Traumatic cervical stenosis)의 발생빈도가 점차 증가추세에 있으며 CVA로 오인되어 적절한 치료시기를 넘기거나 성공률이 낮은 수술요법이 대부분인 양방치료만으로는 치료의 한계가 있어 근래에는 한방적인 치료가 많은 효과를 보고 있는 실정이다.

이에 저자는 2003년 3월 21일부터 2003년 5월 21일까지 동신대학교 부속광주한방병원 내과1에서 편마비와 감각장애를 主訴로 Traumatic cervical stenosis로 診斷받고 입원치료하신 환자 1례를 관찰한 결과, 수술적인 요법을 배제하고, 한방적인 변증시체에 입각한 치료만으로 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

## 증례

1. 姓名 : 김 ○ ○ (M / 51)
2. 診斷 : Imp) Traumatic cervical stenosis
3. 主訴症 :
  - ① 右上下肢無力 (Rt. side motor weakness)
  - ② 右感覺障礙-痛覺溫覺 (Rt. side sensory loss - Hypesthesia, Hypalgesia)
  - ③ 排尿困難 (Dysuria)
  - ④ 排便困難 (Dyschezia)
  - ⑤ 頸項痛 (Neck pain)
4. 發病日 : 2003년 3월 10일 음주상태에서 미끄러져 넘어진 후
5. 家族歷 : 別無
6. 過去歷 : 2003년 전대병원 HT Dx. med Qd Tx.
7. 現病歷 : 現 51歳の 快活한 性格의 小陽人型的 男患으로 平素 多少 飲酒(소주 1병/回, 2-3回/周), 多少 吸煙(1.5갑/日), 別無嗜好 食 해오심. 上記 患者는 平素 別無大病으로 생활해 오시던 중 2003년 3월 10일 음주상태에서 미끄러져 넘어진 후 上記 主訴症 發하여 2003년 3월 11일 전남대 병원 Brain CT, MRI, MRA 상 別無 진단 받으시고, C-spine MRI 상 Cervical stenosis 진단 받으신 후 입원치료 하시던중 Laminoplasty Operation 권유받으셨으나 거절하시고 藥物治療만 받으시던 중 別無好轉하여, 보다 적극적인 韓方치료 받고자 2003년 3월 21일 本院 內科1 외래 經유 하여 by wheel chair로 520호에 입원하심.
8. N/E (3.21 입원당시)
 

M/S : Alert  
 P/R : ◎/◎ W.N.L.  
 DTR : BTR (+/-) TTR(+/-)  
 B/S : (-/-)  
 Sensory : C6-T1 SD<sup>1)</sup> Hypesthesia<sup>2)</sup>, Hypalgesia<sup>3)</sup>  
 Motor : Rt side motor weakness

1) Sensory Deprivation 감각박탈  
 2) 감각감퇴, 지각감퇴  
 3) 통각저하

部 位	Gr (I~V)
elbow flexion	III / IV
elbow extension	I / II
wrist extension	I / II
finger extension	I / II
hand grasp	I / II
lower extremity	III / IV

  

등급	weakness 診斷基準
Gr.0	全無
Gr. I	미세하게 움직이는 정도
Gr. II	수평이동으로 끌기 시작하는 정도
Gr. III	중력에 이기기 시작하는 정도
Gr. IV	약간의 압력을 지탱하는 정도
Gr. V	正常

## 9. 韓方四診 (望聞問切)

항 목	증 상
睡眠	淺眠
呼吸	別無
頭	間歇的인 頭痛
頸項	項強痛
面色	面色微赤
眼	別無
胸	右胸脇部感覺障礙
腹	別無
腰	右腰臀部感覺障礙
四肢	右上下肢無力
消化, 食慾	別無
大便	1回/3日 (Glycerine enema 3.20)
小便	Foley catheter
脈	細澁
舌苔	舌有瘀斑, 舌質紅 苔薄白

## 10. 初診檢査所見

- ① 入院當時 Vital sign : 血壓 90/60 mmHg, 脈搏數 76回/分, 體溫 36.4℃, 呼吸數 22回/分
- ② EKG 소견 : Normal
- ③ Chest PA : Old healed tbc in RUL.
- ④ Brain CT, MRI : W.N.L
- ⑤ Brain MRA : significant stenosis(-)
- ⑥ C-spine MRI : Imp. Cervical stenosis

## 11. 혈액검사소견

	3.21	3.27	4.7	4.30	정상범위	단위
GOT	32	22	20	18	0.0 - 40.0	U/L
GPT	47	40	35	24	0.0 - 42.0	U/L
ALP	89	98	97	101	53.0 - 128.0	U/L
GGT	51	44	40	37	7.0 - 50.0	mL/mL
WBC	11.6	6.9	7.1	8.2	4.0 - 10.0	103/ $\mu$ L
ESR	6	21	10	1.0	0.0 - 15.0	mm/h
CRP	-	+	-	-	neg(-)	
U/A 上 Bacteria	many	-	-	-		
U/A 上 WBC	5-8	0-2	0-2	0-2		

## 12. 洋方治療 :

- ① 03. 3. 10. 발병즉시

Mannitol IV inj. Dexa

② 03. 3. 11.~4. 12. (전남대병원 퇴원시 처방받은 W-med)

Munobal<sup>4)</sup> 1T, Airtal<sup>5)</sup> 2T, Emazon<sup>6)</sup> 2T, Arobest<sup>7)</sup> 2T, Diazepam<sup>8)</sup> 2T, Newlanta<sup>9)</sup> 2T

13. 漢方治療

1) 鍼治療 : 鍼灸治療에 사용된 鍼은 0.30 x 40mm 1회용 毫鍼을 사용하였으며 1日 1回 曲池, 合谷, 懸鍾, 足三里, 陽陵泉, 天樞, 關元 등을 刺針하였다.

2) 灸治療 : 氣海, 關元을 1日 1회씩 3壯 間接灸로 施灸하여 大小便不通의 解消을 도모하였고, 肩髃, 肩髃, 天宗, 曲池, 四關, 三里, 內外關, 懸鍾, 陽陵泉 등을 1日 1회씩 3壯 直接灸로 施灸하여 右上下肢無力과 痛症治療를 도모하였다.

3) 電針療法 : 1.0Hz 20분간 1일 1회로 曲池-合谷, 足三里-懸鍾로 施術

4) 藥物治療 : 입원초기에는 瘀血, 중간에는 氣滯, 이후에는 肝腎陰虛로 辨證하여 活血去瘀, 疏氣行氣, 滋補肝腎하는 치료방법에 입각하여 血府逐瘀湯<sup>10)</sup>, 順氣活血湯<sup>11)</sup>, 加味四六湯<sup>12)</sup> 등을 2貼 3回/日 투여하였다.

날 짜	處 方	脈, 舌	辨 證
03. 3. 21.~03. 4. 11.	血府逐瘀湯		瘀血
03. 4. 12.~03. 5. 9.	順氣活血湯		氣滯
03. 5. 10.~03. 5. 21.	加味四六湯		肝腎陰虛

5) 物理治療 : Complex Exercise, EST, FES, HP

6) 附缸療法 : 肩胛部와 腰部를 中心으로 膀胱經 및 痛症部位를 施術하였다.

7) 藥物浴治療 : A형, C형

A형	艾葉 50g, 防風 30g, 紅花 20g, 川芎 15g	祛風通絡, 活血化瘀, 散寒止痛
C형	黃芪 40g, 丹參 15g, 赤芍藥, 熟地黃, 川芎, 桃仁, 紅花, 白朮, 各 9g, 蜈蚣 3마리	益氣活血

- 고혈압, 협심증, 한독약품
- 외상후 생기는 염증, 류마티스양 관절염, 대응제약
- 외상후의 염증, 붓腫, 골관절염, 삼진제약
- 근긴장상태의 개선, 경부척추증, 후종안대골화증, 다발성경화증, 한일약품
- 불안, 긴장 및 근육긴장의 경감
- 위산과다, 속쓰림, 위부불쾌감, 위부팽만감, 대응제약
- 10) 桃仁 8g, 當歸, 生地黃, 紅花, 牛膝 各 6g, 川芎, 桔梗 各 3g, 赤芍藥, 枳殼 各 4g, 柴胡, 甘草 各 2g  
瘀血內阻로 인한 脇痛, 脇肋痛, 頭痛, 日久不癒, 或 吃逆日久不止, 喩內熱不止, 心悸, 易怒, 入暮潮熱 等
- 11) 香附子 8g, 橘皮 烏藥 各 6g 桔梗, 川芎, 赤芍藥, 當歸, 半夏 製, 枳殼, 赤茯苓, 蒼朮 各 4g 白芷, 木香 各 3g, 甘草 2g, 生薑 3片  
中風後遺證 또는 中風前兆證으로 口眼喎斜, 手指나 偏身 鈍麻感, 疼痛, 不遂, 偏風 等證에 適用되며 各 痺證, 神經痛, 血液循環障礙, 氣鬱, 濕痰 等 모든 疼痛, 麻痺性 疾患에 優先的으로 加減應用되는 基本方이다. 感覺障礙에 使用한다.
- 12) 熟地黃, 山藥 各 8g, 牛膝, 續斷, 山茱萸, 木果, 牡丹皮, 杜仲 炒, 川芎, 白芍藥, 澤瀉, 破故紙, 當歸 各 6g, 狗脊, 貢砂仁, 陳皮 各 4g, 甘草 2g  
六味地黃湯과 四物湯을 合方하여 牛膝 續斷 木果 杜仲 狗脊 貢砂仁 陳皮 甘草를 加味한 處方이다.

14. 治療經過

주증상	기준	3.21	
Rt. side motor weakness	elbow flexion	Grade (I~V)	Ⅲ / Ⅳ
	elbow extention		I / Ⅱ
	wrist extention		I / Ⅱ
	finger extention		I / Ⅱ
	hand grasp		I / Ⅱ
	lower extremity		Ⅲ / Ⅳ
	self walking		-, +
Rt. side sensory loss	Hypesthesia, Hypalgnesia	Score(1~10) Pain/Hot/Cold	6/5/5
	감각감	+	++++
Dysuria	self voiding 여부	-, +	foley
Dyschezia	Enema 여부 배변횟수(평균)	回/日	enema (3.20)
項背痛, 肩胛部痛		-, +	++++

治療內容	회/일	
鍼治療	1회/일	○
韓藥治療	3회/일	血府逐瘀湯
灸治療(直,間)	1회/일	○
物理治療	1회/일	○
附缸治療	1회/일	○
洋藥治療	2회/일	○
電針療法	1회/일	○
藥物浴	1회/일	

3.26	4.12	4.20	5.10	5.21
Ⅲ / Ⅳ	Ⅲ / Ⅳ	Ⅳ / Ⅴ	Ⅳ / Ⅴ	Ⅴ
Ⅱ / Ⅲ	Ⅲ / Ⅳ	Ⅲ / Ⅳ	Ⅳ / Ⅴ	Ⅳ / Ⅴ
Ⅲ / Ⅳ	Ⅲ / Ⅳ	Ⅲ / Ⅳ	Ⅳ / Ⅴ	Ⅳ / Ⅴ
Ⅱ / Ⅲ	Ⅱ / Ⅲ	Ⅱ / Ⅲ	Ⅲ / Ⅳ	Ⅳ / Ⅴ
Ⅱ / Ⅲ	Ⅱ / Ⅲ	Ⅲ / Ⅳ	Ⅲ / Ⅳ	Ⅳ / Ⅴ
Ⅲ / Ⅳ	Ⅲ / Ⅳ	Ⅳ / Ⅴ	Ⅳ / Ⅴ	Ⅳ / Ⅴ
- +	+	+	+	+
6/6/5	7/7/6	8/7/7	9/9/8	10/9/9
+++	+++	++	+	- +
foley remove	+	+	+	+
enema (3.24)	1回/3日	1回/2日	1회/日	1회/日
+++	++	+	+	-

○	○	○	○	○
血府逐瘀湯	順氣活血湯	順氣活血湯	加味四六湯	加味四六湯
○	○	○	○	○
○	○	○	○	○
○	○	○	○	○
○				
	○			

(++++ 내원당시, +++ 약간호전, ++ 호전, + 증상이 약간 남아있음)

고찰

最近의 現代 社會에서 急激하게 增加하는 脊椎部位 外傷性 疾患 가운데에서 가장 많이 發生하는 것이 頸椎部 損傷이다. 頸椎部 損傷은 55%로서 가장 많고, 그 다음이 胸椎部(약 35%), 그리고 腰薦椎部(약 10%)의 순이다<sup>1)</sup>. 손상 부위별로 볼 때 가장 많이 발생하고 死亡率이 높고 後遺症이 심한 頸椎部 損傷은 神經損傷이 동반되는 경우를 말하는데, 脊椎 損傷을 일으키는 힘의 方向에 따라 損傷의 機轉을 屈曲損傷, 伸展損傷, 回轉損傷, 壓迫

損傷 및 이들 중 몇 개 또는 전부가 복합된 複合損傷으로 분류하여 보통 굴곡손상이 가장 많다<sup>17)</sup>.

경추 중에서도 특히 운동량이 많은 C5-C6 경추간을 중심으로 상하추간에서 잘 발생하며 한 level에만 국한되지 않고 수개의 level에 걸쳐 다발성으로 발생하는 것이 보통이다. 퇴행성 변화에 의해 좁아진 척추관과 추간공내의 척수와 신경근에 경추의 운동에 따라서 간헐적인 반복손상과 혈류장애를 일으켜 신경증상이 초래된다고 한다. 증상은 50세 이후에 나타나는 경우가 많으며 증상의 완화와 악화가 반복되면서 수개월에서 수년에 걸쳐 서서히 진행되는데 外傷을 받을 경우에는 급속하게 악화된다. 자각증상으로는 후경부, 어깨 또는 양측 견갑골 사이의 동통이나 저린감이 나타나고 하지의 경성 운동부전마비에 의한 보행장애, 배뇨장애 등의 증상이 나타난다. 신경학적으로는 압박된 신경근 감각지배 영역의 감각이상, 지배근의 근력저하, 건반사저하 또는 소실을 보이고 下肢의 경성 운동 마비, 건반사 항진, Babinski 징후 등을 보이고 감각 장애로서 통각, 온도감각 장애, 위치, 진동 감각장애가 나타나며 신경인성 방광에 의한 배뇨 장애도 있다. 甚하게는 胸廓膨脹이 안되어 호흡근관이 발생되고, 배뇨, 배변장애도 초래된다<sup>18)</sup>.

이런 경우 洋方的인 治療法으로는 Laminectomy(추궁절제술)이나 Laminoplasty(척추관 확대술)과 같은 수술요법 이외에는 뚜렷한 치료방법이 없는 것이 현실이고, 수술시 경막과열이나 척수액 유출 등 척수손상을 입을 가능성이 있으며<sup>19)</sup>, 수술의 후유증으로 인해 척수손상을 받게 되면 운동 및 감각의 상실 뿐만 아니라 排尿, 排便과 관련된 自律機能과 性機能의 喪失이 더 심해져 환자 개인에게 뿐만 아니라 가정, 지역사회적 차원에서도 지대한 영향을 미치게 된다. 그럼에도 불구하고 이에 대한 양방치료 성공률은 50% 정도로 보고되고 있다<sup>2)</sup>.

이와 같은 증상을 나타내는 질환으로 脊椎韌帶骨化症이란 각 脊椎를 연결하고 있는 여러 가지 인대 중에서 후종인대, 황색인대가 골화되어 탄력성을 잃고 척추관이 협착되면 신경증상이 출현하는데 전자를 후종인대골화증, 후자는 황색인대골화증이라고 부른다<sup>1)</sup>.

이 같은 질환으로 인해 발생하는 증상은 초기에는 좌우 비대칭으로 나타나지만 진행함에 따라 양측에서 나타나며 근위축, 근섬유속연축이 출현하고 심한 경우에는 척수 횡단손상 증상을 나타낸다. 진단은 먼저 경추 척추관 협착증이 의심되면 단순 X-ray 및 MRI를 촬영하여 추간관의 변성과 척수압박의 유무 및 정도를 알아 본 후 보다 더 정확한 진단을 위해 척수 조영술을 시행하여 척수신경근이나 척수의 음영 결손 유무를 알아본다. 이때는 특히 경추의 extension에서 촬영하여 황색인대 비후에 의한 후방으로 부터의 압박 여부를 알아보는 것이 중요하며 CT 척수 조영술(CTM)을 같이 시행하면 이들의 관계가 보다 더 잘 나타난다. 이런 질환들의 경우 양방에서는 보존적 치료방법으로 목 보조기(collar)착용, 진통소염제 복용, 열치료, 초단파치료, 맛사지 등의 일반적인 방법이 있으나, 견인요법은 별로 효과가 없다. 보존적 치료로 개선되지 않거나 상지의 근력 저하와 척수 손상 증상이 나타나거나 진행되는 경우에는 수술을 시행한다. 2-3개

level 이하에 국한 되었을 때는 전방 접근법으로 변성된 추간관과 골극 등을 제거하여 충분히 감압시킨후 그 부위에 이식골을 삽입하여 골유합술을 시행한다. 최근에는 금속기구를 이용하여 척추 내고정을 동시에 시행하여 골유합율을 높이고 수술 직후부터 조기 보행을 시키는 방법을 많이 사용하고 있다. 그러나 병변이 다발성으로 3개이상의 level에서 발생했을 경우에는 후방접근법으로 Laminectomy를 시행하거나 Laminoplasty를 시행한다<sup>1)</sup>.

수술결과는 각 연구소마다 상당히 다르지만 보통 수술요법에 의해 50~60%의 환자에서 호전되는 것으로 알려져 있다. 수술의 가장 중요한 목적은 모든 증상을 치유시킨다는 것보다 질병의 진행을 예방하는데 의미를 두어야 하며, 부작용의 가능성을 항상 생각해야 한다<sup>5)</sup>.

위에서 언급한 것과 같은 이상의 증상들은 일반적으로 양측에서 나타나는 것이 보통이지만, 드문 경우 本 症例와 같이 偏側으로 나타나는 경우도 있어 자칫 잘못했다가는 CVA으로 誤診되는 경우가 많으며 치료과정 속에서의 誤診으로 인해 洋方과 韓方의 分爭의 소인이 되는 경우가 많은 것이 현실이다.

韓醫學的 觀點으로 外傷性 頸椎管狹窄으로 인한 症狀에 대해 살펴보면, 넓은 의미에서 痿症의 範疇에 배속시킬 수 있으며, 從高墜下 또는 落馬 등 外傷으로 因한 瘀血阻落과 內傷으로 因한 肝腎虧虛, 脾胃損傷, 熱傷肺津과 濕熱浸淫으로 크게 大別할 수 있다<sup>9-19)</sup>. 痿症의 증상은 肢體筋脈이 弛緩되고 上肢 혹은 下肢가 一側 혹은 兩側으로 痿軟無力하고, 麻木不仁하며 肌肉이 日漸瘦削해져서 甚하면 隨意的 運動機能을 喪失하게 되는 疾患으로서 下肢痿軟이 비교적 많다<sup>9,10,20)</sup>.

痿症은 歷代文獻上에서 痿癱<sup>11,23,24,25)</sup>, 痿漏<sup>20)</sup>, 痿易<sup>20)</sup>, 痿厥<sup>11,21,24,25)</sup>, 足痿<sup>9,11,26)</sup> 등으로 불리우고 있으며, 痿症에 관한 歷代文獻上的 기록을 살펴보면 《素問·生氣通天論》<sup>11)</sup>에서 “因於溼 首如裹 淫熱不攢 大筋軟短 小筋弛長 軟短爲拘 弛長爲痿”, 《素問·痿論》<sup>11)</sup>에서는 “陽明者 五臟六腑之海 主潤宗筋 宗筋主束骨 而利機關也 衝脈者 經脈之海也 主滲灌溪谷 與陽明合於宗筋 陰陽總宗筋之會 會於氣街 而陽明爲之長 皆屬於帶脈 而絡於督脈 故陽明虛則宗筋縱 帶脈不仁 故足痿不用也” 《靈樞·邪氣藏府病形》<sup>27)</sup>에서는 “風痿 四肢不用” 등이라 언급한 이래로, 《鍼灸節要》<sup>21)</sup>에서는 “痿厥爲四末束攣”이라 하였고, 《景岳全書》<sup>22)</sup>에서는 “元氣敗傷則 精虛不能灌溉 血虛不能營養而致筋骨 痿廢不用”이라 하였는데 이는 精血不足 즉 肝腎虧虛로 인하여 發生한다고 하였다.

痿症의 원인으로 實證은 熱傷肺津, 濕熱浸淫, 瘀血阻落 등이 있으며, 虛證은 肝腎虧虛, 脾胃損傷 등이며<sup>11,18)</sup>, 五臟使人痿<sup>11)</sup>라 하여 肺主皮毛, 心主血脈, 肝主筋脈, 脾主肌肉, 腎主骨髓 등 所屬關係를 根據로 五臟이 肺熱葉焦로 인하여 五痿<sup>11,20)</sup>가 되며, 각각의 臨床特點에 따라 筋痿, 脈痿, 肉痿, 皮痿, 骨痿 등의 명칭으로 분류되기도 한다<sup>11,20,23)</sup>. 또한 五臟의 火熱이 津液을 작상하거나 혹은 濕熱이 陽明에 阻滯되면 脾胃의 機能이 失調되어 精血과 津液의 不足으로 筋骨, 血脈, 肌肉, 皮毛를 능히 營養할 수 없게 되므로 痿症이 發生한다고 하였다<sup>27)</sup>.

주요 臨床表現으로는 肢體萎弱無力, 甚則不能持物或行步, 患肢肌肉萎縮, 肢體瘦數이 있고 이 세 가지가 診斷의 特點이 되

며, 治療法으로는 活血去瘀, 滋補肝腎, 調理脾胃를 爲主로 하고 祛濕熱, 通經活絡, 活血止痛, 舒筋強骨之法을 原則으로 하며, 鍼灸治療의 原則은 厥陰, 少陰, 陽明經을 위주로 취혈하고 상지는 手陽明大腸經을 爲主로 하고 下肢는 足陽明胃經을 爲主로 한다고 하였다.

從高墜下 혹은 落馬 등의 外傷으로 말미암은 瘀血阻滯型은 項強疼痛, 腹中疼痛 및 肚腹膨脹, 大小便不通 등을 주로 호소하며, 이에 대한 歷代 文獻을 살펴보면, 《素問·繆刺論》<sup>11)</sup>에서 “人有所墜墜 惡血留內 腹中滿脹 不得前後 先飲利藥 此傷傷厥陰之脈 下傷少陰之絡 刺足內踝之下 然骨之前血脈出血 刺足跗上動脈 不已 刺三毛上各一疔 見血立已 左刺右 右刺左 善悲驚不樂刺如右方” 이라 하여 墜墜로 인한 惡血不除로 發生한 症狀과 治療에 對해 最初로 言及한 이래, 《備急千金要方》<sup>13)</sup>에서 “治縱高墜下及爲木石不 或人落馬 凡傷損血瘀凝積氣絕欲死 無不治之方” 이라 하여 主로 瘀血積滯로 인해 發病됨을 強調하였으며, 《外臺秘要》<sup>14)</sup>에서는 “肘後療卒從高墜下 瘀血脹心 面青短氣 欲死方” 《萬病回春》<sup>15)</sup>에서는 “折傷者 多有瘀血凝滯也 宜善用童便黃酒各一鐘 和而溫服 最能散瘀 消滯神效 通導散 治跌撲損傷極重 大小便不通 乃瘀血不散 肚腹膨脹 上攻心腹 悶亂至死” 《衛生寶鑑》<sup>16)</sup>에서는 “當歸導滯散 治打撲損傷 落馬墜車瘀血 大便不通 紅腫暗青 疼痛昏悶 蓄血內癰欲死”, 《辨證奇門》<sup>17)</sup>에서는 “人有從高而下墜於平地 昏死不更 人以為惡血奔心也 鑰知是氣爲血滯也” 라 하여 主로 從高墜下 혹은 落馬 등으로 말미암은 惡血內留로 인해 腹部疼痛, 呼吸困難 및 大小便障礙를 發生시킨다고 하였다. 본 症例의 患者는 入院당시 右上下肢無力과 步行障礙, 感覺障礙, 大小便不通, 肩胛痛, 頭痛, 項強痛으로 인한 淺眠 등을 主訴로 호소하며, Foley catheter를 挿入한 상태로 來院하였는데 入院當時 血壓은 90/60mmHg, 脈搏數는 76회, 呼吸數는 22회, 體溫은 36 血糖値는 83mg/DL로 正常狀態였다. 전남대병원에 入院한 사고 발생 당시, 증상자체가 偏側으로 나타나서 진단하는 과정에서 뇌 병변을 의심하여 Brain CT, MRI, MRA 등의 검사까지 시행하였다가 이후에 C-spine MRI를 통해 Traumatic cervical stenosis로 진단 받으신 후 入院치료 하시던중 Laminoplasty Operation recommend받으셨으나 refuse하시고 藥物治療만 받던 중 別無好轉하여, 보다 적극적인 韓方治療받고자 2003년 3월 21일 本院 外來 經유하여 入院한 환자였다.

入院당시 顔面顔紅하고, 舌有瘀斑, 紅色, 舌苔 薄白하며, 脈狀은 細澀하여, 入院初期에는 瘀血阻滯으로 보아 藥物治療로는 活血去瘀, 通絡止痛시키는 血府逐瘀湯을 一週일간 1일 3회 投與하였으며, 發病 이후 Glycerine enema에 의한 排便 이외에는 排便을 한 적이 없을 정도로 大便不通이 심하여 B-med로 桃仁承氣湯을 1일 3회 투여하였다.

清代의 王清任의 《醫林改錯》<sup>10)</sup>의 血府逐瘀湯은 桃仁, 當歸, 生地黃, 紅花, 牛膝, 川芎, 桔梗, 赤芍藥, 枳殼, 柴胡, 甘草 등으로 구성된 처방으로 活血去瘀에 중점을 두고 瘀血內阻로 인한 脇痛, 脇肋痛, 頭痛, 日久不癒, 或 吃逆日久不止, 或 內熱不止, 心悸, 易怒, 入暮潮熱 등에 사용하는데, 熟地黃의 補血을 生地黃의 養血破血清火로, 白芍藥의 補陰을 赤芍藥의 破血利水로 바꾼 <

四物湯>에 破血藥인 桃仁, 破血強筋의 牛膝, 鎮靜消炎의 柴胡, 理氣의 枳殼 桔梗을 加한 處方으로 活血消瘀, 理氣止痛의 目的을 두고 있다<sup>26-27)</sup>.

鍼治療는 曲池, 合谷, 三里 등을 주로 取穴하여 刺鍼하였으며, 並行해서 초기 일주일간 電針을 1.0Hz 20분간 1일 1회로 曲池-合谷, 足三里-懸鐘에 시술하여 冷溫覺의 消失 및 痛覺의 鈍한 部位는 점차 回復되기 시작하였고, 手指 및 足指의 運動性 向上을 위해 理關節, 止痛痛시키는 八邪, 八風穴을 刺鍼하였다. 또한 肩髃, 肩髃, 天宗, 曲池, 四關, 三里, 外關, 懸鐘, 陽陵泉 등을 1日 1회씩 3壯 直接灸로 右上下肢에 施灸하여 환측의 運動障礙와 感覺障礙 解消을 圖謀하였다. 또 下焦의 元氣를 북돋우기 위하여 調氣理氣, 化濕降逆시키는 中腕, 下腕, 疎調臟腑, 理氣疎滯하는 天樞, 培腎固本, 調氣回陽시키는 關元에 자침하고, 氣海, 關元에 1日 1회씩 3壯 間接灸로 施灸하여 大小便不通의 解消을 도모하였다.

小便不通의 경우, 入院 6일째 되는 날 Foley catheter를 Remove하고 self voiding을 하기 시작하였으며, Lab 검사중 U/A 상 Bacteria 수치도 improve 되었으며 그 이후 약 이틀 정도 微細한 排尿感覺異常을 호소하였으나 그 이후 退院시까지 排尿困難증세는 나타나지 않았다. 또한 大便不通의 경우, 入院 전 날인 3.20일까지 전남대병원에서 Glycerine enema를 시행하여 排便을 해야 하는 상태였고, 本院에 入院한 이후에도 入院 4일째 까지 排便을 하지 못하여 3. 24를 enema를 시행하였다. 이후 7일째까지는 3일에 한번정도 배변하는 양상으로 호전하였고, 이후 약 1~2日 1回 정도의 排便 상태를 유지하였다.

入院 14일째 우측운동장애 중 上肢의 경우 주관절은 중력을 이기고 미세한 압력에 지탱할 수 있을 정도로 호전되었으나, 손가락 관절의 경우에는 악력이 아직 부족하고, 미세운동은 불가능한 상태였으며, 하지의 경우는 부족 없이 자가보행이 가능하였으나, 좌우의 균형은 아직 미약하였다. 瘀血로 인한 頸項部疼痛 역시 수면에 지장이 없을 정도로 해소되었으나 여전히 微痛이 있는 상태였고, 냉온각, 통각 등의 감각장애도 호전되는 양상을 보였다.

入院 20일째 되는 날은 脈弦沈, 舌紅苔薄白하며, 腰背部의 微疼痛, 脇肋痛 등이 잔존하고 있어 氣滯로 변증하고 前대병원에서 가져온 aceclofenac계통의 진통소염제와, 혈압강하제 등이 포함된 양약 투여를 중단하는 한편, 韓藥處方도 順氣活血湯으로 바꿔 氣滯로 인해 생기는 疼痛, 감각장애와 운동장애의 해소에 주력하였다.

順氣活血湯은 香附子, 橘皮 烏藥, 桔梗, 川芎, 赤芍藥, 當歸, 半夏 製, 枳殼, 赤茯苓, 蒼朮, 白芷, 木香, 甘草, 生薑, 등으로 구성된 처방으로서 手指나 偏身 鈍麻感, 疼痛, 不遂, 偏風 等證에 適用되며 各 痺證, 神經痛, 血液循環障礙, 氣鬱, 濕痰 等 모든 疼痛, 麻痺性 疾患에 優先的으로 加減應用되는 基本方이며, 感覺障礙에 효과가 좋으며 오래 쓰면 氣虛를 誘發한다. 그리고 運動후 나타나는 感覺異常症勢, 上下肢強直感을 解消하기위하여 藥物浴治療을 並行하기 시작하였고, 灸治療와 物理治療 및 肩胛部와 腰部를 中心으로 膀胱經 및 痛症部位에 附紅治療 등은 꾸준히 並行하였다. 그 결과 入院 40일째 부터는 疼痛은 운동에 지장을 주지 않을 정도로 많은 부분 호전되었고, 상지의 운동장애 중 finger

extention을 제외하고, 나머지 항목들은 약간의 압력에 지탱할 수 있을 정도로 호전되었다. 하지 또한 자가보행이 자연스러울 정도로 호전되었다. 또한 감각장애도 입원 50일째 되는 날은 大小便不通 症狀은 완전히 消失되었으며, 上肢의 팔꿈치, 손목, 손가락 관절의 屈伸 및 右上下肢疼痛과 미세한 強直感은 조금 남아 있었는데 入院當時와 비교해 상당부분 好轉되었는데, 舌紅, 脈細數하고 顔面上熱感, 手掌熱感, 腰痠腿軟, 口眼乾燥, 煩熱, 脇肋灼痛 등의 증상을 호소하였으며, 운동후 상지부 견갑아래부위에서의 미통을 호소하였다. 이에 肝腎陰虛로 辨證한 후 處方을 滋補肝腎, 清熱降火하는 加味四六湯 加 知母, 黃柏, 桑枝, 桂枝 하여 投與하였고, 灸治療와 物理治療, 附紅治療 등 역시 꾸준히 並行하였다.

加味四六湯은 六味地黃湯과 四物湯을 合方하여 牛膝 續斷 木果 杜沖 狗脊 貢砂仁 陳皮 甘草를 加味한 處方으로서, 熟地黃, 山藥, 牛膝, 續斷, 山茱萸, 木果, 牡丹皮, 杜沖 炒, 川芎, 白芍藥, 澤瀉, 破故紙, 當歸, 狗脊, 貢砂仁, 陳皮, 甘草로 구성되어 있는데, 여기에 加 知母, 黃柏, 桑枝, 桂枝함으로써 上肢部 疼痛緩和와 陰虛로 인한 煩熱感, 脇肋痛을 解消하는데 주력하였다. 그 결과 상지부 동통과, 안면 및 수장 열감등은 상당부분 호전되었고, 협록 및 견갑부 동통은 불편감을 느끼지 못하였고, 우측운동장애 중 finger extention도 숫자를 셀 수 있을 정도로 회복되어 수저질, 글씨 등 미세 동작까지 수행할 수 있을 정도로 호전되었으며, 감각장애 역시, 자침시 통증을 느낀다거나, 냉온수에 대해 정상 감각을 느낀다거나 하는 등의 정상수준으로 회복되었다.

퇴원시에는 大小便不通 症狀은 완전히 消失되었으며, 右上肢의 運動障礙와 감각장애 또한 정상 수준으로 회복하였으며, 우측의 미세한 強直感과 肩胛部, 脇肋, 腰臀部의 微痛 역시 정상생활을 하기에 지장이 없을 정도로 회복되었다. 현재 외래치료를 통해 꾸준한 경과 관찰을 하고 있다.

上記의 頸椎管 狹窄症은 이상과 같이 CVA로 誤認될 수 있는 소지가 많으므로 정확한 鑑別診斷과 함께 適切한 治療가 필요하리라 思料되며, 더 많은 症例를 통해 韓醫學의인 思考를 통한 臨床的 活用을 한다면 통해 수술요법의 부작용으로 인한 우려를 해소하고 韓醫學의 憂愁性을 공감할 수 있는 계기가 될 것으로 생각되며 앞으로도 더 많은 研究가 요구된다.

## 결 론

2003년 3월 21일부터 2003년 5월 21일 까지 外傷性 頸椎管 狹窄 患者 1例에 대하여 手術療法를 排除하고 입원초기에는 瘀血, 증간에는 氣滯, 이후에는 肝腎陰虛로 辨證하여 活血去瘀, 疏氣行氣, 滋補肝腎하는 치료방법에 입각하여 치료한 결과 有意한 結果를 얻은 바 향후 이와 같은 환자는 CVA로 誤認될 수 있는 소지가 많으므로 정확한 鑑別診斷과 함께 適切한 治療가 필요하리라 思料되며 더 많은 症例를 통해 韓醫學의인 思考를 통한 臨床的 活用을 한다면 韓醫學의 憂愁性을 공감할 수 있는 계기가 될 것으로 생각되며 앞으로도 더 많은 研究와 이에 따른 報告가 필요할 것으로 思料된다.

## 참고문헌

1. 대한신경외과학회, 신경외과학, 서울, 중앙문화사, p.401-408, 1998.
2. 하인호 역, Ramamurthy, Rogers 著 : 痛症의 치료방침, 서울, 군자출판사, p.136, 1997.
3. 석세일 : 척추외과학, 서울, 최신의학사, p.444, 1997.
4. 아담스신경과학 편찬위원회, 아담스신경과학, 서울, 정담, p.206-208, 1998.
5. 이광우, 정희원, 임상신경학, 서울, 고려의학, pp.651-655, 1997.
6. 정진우역 : 척수신경의 검진, 대학서림, 서울, pp.222-245, 1995.
7. 대한정형외과학회, 정형외과학, 최신의학사, 서울, pp. 421-425, 1992.
8. 정진우역 : 척추와 사지의 검진, 대학서림, 서울, p.203, 1992.
9. 崔容泰 外 : 鍼灸學(下), 集文堂, 서울, pp.1271-1272, 1991,
10. 王清任, 醫林改錯, 台聯國風出版社, 台北, p.37, 1995.
11. 洪元植 : 精校黃帝內經素問, 東洋醫學研究院, 서울, p.16, 112, 283, pp.166-167, 1975.
12. 陳貴延, 楊思澍 : 實用中醫醫結合診斷治療學(上), 一中社, 서울, p.768, 1992.
13. 孫思邈 : 備急千金要方, 大星文化社, 서울, p. 455, 1984.
14. 王 燾 : 外臺秘要(下), 永同文化史, 서울, p. 745, 1975.
15. 龔廷賢 : 萬病回春, 人民衛生出版社, 北京, p. 213, 1982.
16. 羅天益 : 衛生寶鑑, 金剛出版社, 香港, pp. 189-190, 1981.
17. 陳士澤 : 辨證奇門, 感知出版社, 台北, p. 498.
18. 朱震亨 : 丹溪心法, 大星文化社, 서울, p. 381-1992.
19. 府強主 : 實用鍼灸療法臨床大全, 中國中醫藥出版社, 北京, pp. 477-478, 1991.
20. 上海科學技術出版社出版, 實用中醫內科學, 上海科學技術出版社, 上海, pp. 569-577, 1986.
21. 高 武 : 鍼灸節要, 화련출판사, pp23-24, 1962.
22. 張介賓, 景岳全書, 人民衛生出版社, 台北, pp.556-558, 1980.
22. 黃延學 : 舍岩鍼灸正傳, 先驅者出版社, 대구, pp.226-228, 1986.
23. 黃龍祥 : 黃帝鍼灸甲乙經, 中國科學技術出版社, 北京, p.483, 1990.
24. 吳謙, 醫宗金鑑, 人民衛生出版社, 北京, p. 1049, 1963.
25. 姜熙相, 韓成洙, 臨床韓方講座, 大星文化社, 서울, pp. 211-212, 216-217, 1994.
26. 洪元植, 精校黃帝內經靈樞, 東洋醫學研究院出版部, 서울, p. 328, pp. 36-40, 1975.
27. 강순수, 바른방제학, 대성문화사, 서울, p. 258-259
28. 윤용갑, 동의방제와 처방해설, 의성당, 서울, p. 199, 510
29. 전국의과대학교수, 임상의학 오늘의 진단과 치료, 서울, 한우리, p.1097-1099, 1999.
30. 許浚, 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, 1998.
31. 이상욱 등, 경추신경손상에 의한 상하지마비 환자 1례에 관한 임상적 고찰, 해화의학, 5권 1호, p.72-85, 1993.
32. 박진웅 등, 경추손상에 대한 보고, 침구과학회지, 10(1), p.21-32, 1993.