

## 瘀血痹로 변증한 Brown-Sequard Syndrome 치험 1예

이지영, 왕덕중, 정병주\*, 장혜진\*\*

중화한방병원 한방내과, 국립의료원 한방내과, 꽃마울한방병원 한방내과\*\*

### A Case of Brown-Sequard Syndrome Treated as Eo-Hyeol Bee-Jeung

Ji-Young Lee, Teh-Chung Wang, Byeong-Ju Jeong\*, Hae-Jin Jang\*\*

Department of Oriental Internal Medicine Center, Joonghwa Hospital of Oriental Medicine, Department of Oriental Internal Medicine, National Medical Center\* Department of Oriental Internal Medicine, Conmaul Oriental Hospital\*\*

#### ABSTRACT

Brown-Sequard syndrome is an incomplete spinal cord lesion characterized by ipsilateral weakness, loss of proprioceptive and vibratory sensation on the same side, and loss of pain and temperature sensation on the contralateral side.

This clinical case was analysed on a patient with Brown-Sequard syndrome. The patient was admitted on January 26th, 2005, and departed on March 28th, 2005. He was treated as Eo-Hyeol Bee-Jeung. After treatment, His motor grade and weakness were improved and sensory ability about pain and temperature were regained.

We suggest that oriental medicine therapy is effective in treatment on Brown-Sequard syndrome.

**Key words:** Brown-Sequard Syndrome, Bee-Jeung(痹症), Eo-Hyeol-Bee(瘀血痹), Wan-Bee(頑痹)

### 1. 서론

痹症은 風寒濕熱에 感受되어 肢體, 關節, 肌肉에 疼痛, 酸楚, 麻木, 重着이 나타나는 질환이다. 주된 증상은 통증으로 서양의학에서 류마티스성 관절염, 통풍, 퇴행성관절염, 폐색성 혈전혈관염, 경피증, 전신성 홍반성 낭창, 근염 등 각 관절과 근육, 골격

에 통증을 나타내는 질환과 유사하다<sup>1,2</sup>.

痹症은 그 원인에 따라 實痹와 虛痹로 구분하여 치료하는 데 이를 다시 세분하면 實痹는 行痹(風痹), 痛痹(寒痹), 著痹(濕痹), 熱痹, 頑痹(瘀血痹)로 虛痹는 氣血虛痹, 陽虛痹, 陰虛痹로 나누어 치료한다<sup>1</sup>.

이 가운데 완비는 어혈비라고도 불리는 병으로 외상이나 비증이 오래도록 낫지 않아 기혈이 凝滯되어 瘀斑, 皮下結節, 關節腫痛, 屈伸不利의 증상이 나타나는 것으로 그 주된 원인은 외부의 폭력에 의하여 인체의 피육근골에 손상으로 생긴 어혈, 또

· 접수일: 2006년 5월 25일 · 채택일: 2006년 6월 16일

· 교신저자: 이지영 경기도 안양시 만안구 안양5동 380-10

중화한방병원

전화: 031-449-0001(108) Fax: 031-448-1040

E-mail: jocia4@hanmail.net

는 六淫邪氣가 侵襲하여 血運이 閉阻하여 발생하  
는 氣滯血瘀이다. 치료는 活血化瘀 化痰通絡을 위  
주로 하며 補腎養肝扶正을 겸하기도 한다.

Brown-Sequard syndrome이란 척수의 반절단  
(hemisection)으로 초래되는 질환으로 손상부위 동  
측의 운동장애, 동측 손상부위 이하의 촉감, 위치  
감, 진동감의 소실, 그리고 손상된 척수 레벨보다  
수분절 아래에서 손상 반대측의 통각과 온각이 소  
실되는 것이 특징인 척수 손상의 일종이다. 일반적  
으로 Brown-Sequard syndrome의 원인은 종양이나  
외상 등이 일반적이거나 최근 척추 추간판 탈출과  
관련한 보고가 증가하고 있으며 이 경우 합병증을  
방지하기 위한 고용량의 스테로이드 요법과 더불어  
수술적 요법이 권유된다<sup>3</sup>.

저자는 타박이후 좌반신의 운동장애와 우반신의  
감각장애를 호소하는 Brown-Sequard syndrome 환  
자 1례를 한의학적으로 변증하여 癱瘓癱로 진단하  
고 그에 따른 약물 및 침구치료를 시행하여 유효  
한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

## II. 증 례

### 1. 초진소견

- 1)성명 : 김 ○○, 51세 남자
- 2)진단명: ①다발성 좌상
  - ② Herniated Intervertebral Disc(HIVD) C4-5, 5-6
  - ③ Ossified Posterior Longitudinal Ligament (OPLL) C2-3,3-4,4-5,5-6
  - ④ L1-2 disc mild disc bulging
  - ⑤ L4-5 disc Lt paracentral protrusion with annular tearing
  - ⑥ Brown-Sequard Syndrome of C-spine
- 3) 주소: ① 좌반신 운동장애:G4/4이며 주먹 쥐고  
펴기가 완전하게 안되며 엄지손  
가락이 4지에 닿지 않음. 하지 소력

으로 심하게 절록거림.

- ② 좌측 견비통: VAS 10 호소
- ③ 우반신 감각장애: T2이하 온각과 통각 소실
- ④ 요통
- 4) 발병일: 2004년 1월 초 발생, 2005년 1월 16일  
이후 #1 악화됨.
- 5) 과거력: 상기 발병일에 추락상 발생하여 2004  
년 1월부터 2005년 1월까지 local 신경외과 및  
대학병원 신경외과에서 입원 및 통원치료함.
- 6) 가족력: 별무
- 7) 현병력 : 상기환자는 보통 체구의 남환으로  
상기 발병일에 2층 높이(약 4m) 건물에서 추  
락하여 타박상을 입은 뒤 상기증상 발현하여  
local 신경외과 및 대학병원 신경외과에 1년  
간 입원 및 통원치료를 시행하였으나 호전  
없던 중 병중 악화되어 적극적 한방치료 회  
망하여 2005년 1월 26일부터 3월 28일까지 본  
한방병원에 입원함.
- 8) 초진소견
  - ① 식욕: 양호
  - ② 소화: 양호
  - ③ 대변: 1회/일. 후중감이 있어 개운치 않음
  - ④ 소변: 4-5회/일. 별무이상. 야간 1회/일
  - ⑤ 음수: 400ml/일
  - ⑥ 땀: 보통.
  - ⑦ 수면: 입면장애(+) 중도각성(+)
  - ⑧ 직업: 목수. 상기 발병일 이후 휴직 중.
  - ⑨ 기호: 흡연 1갑/일
  - ⑩ 脈診: 緊滑
  - ⑪ 舌診: 舌淡紅, 白苔厚膩, 舌邊有瘀斑
  - ⑫ 腹診: 腹部膨滿 있으며 압진 시 전반적인 불  
편감 호소함.
- 9) 초진시 검사소견(2005.1.26)
  - ① 심전도검사: 좌전방각차단
  - ② 일반생화학검사: GOT(40) GPT(46) Hgb  
(13.9) 외 이상 무
  - ③ 흉부X선검사 : Within Normal Lange

(W.N.L.)

- ④ L-spine MRI(2004.1): L1-2 disc mild disc bulging, L4-5 disc Lt paracentral protrusion with annular tearing
- ⑤ C,T-spine A/P and Lateral: HIVD C5-6, straightening of C-spine.
- ⑥ C-spine CT: HIVD C4-5,5-6, OPLL C3-4, 4-6,6-6
- ⑦ Transcranial Doppler: W.N.L.
- ⑧ Brain MRI: W.N.L.

2. 한방치료

① 침치료

- 매일 1회 양측 太白, 太淵, 合谷, 足三里, 太衝, 曲池 자침 시행.
- 항배부와 요부 사이의 督脈과 膀胱經 1선 상에 阿是穴 위주의 자침 격일로 시행

② 물리치료

매일 1회 Hot Pack, TENS 시행.

③ 한방요법치료

- 약침- 매일 肩井, 肩外俞, 臑俞, 曲池 각 CFC 0.2cc 투여
- 부항- 견부와 요부 阿是穴 부위에 격일로 시행.

④ 약물치료

아래 처방을 1일 3침으로 3회 투여함.

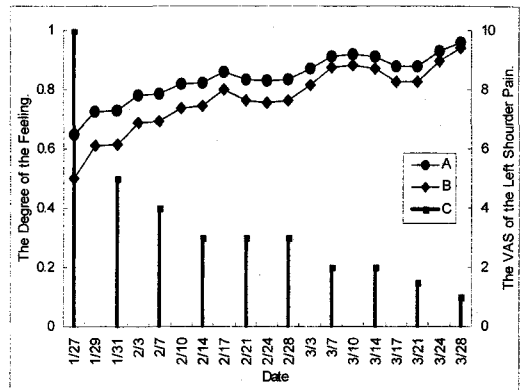
- 身痛逐瘀湯(1/26-2/7, 3/10-3/21): 백작약 16g, 당귀 12g, 단삼 속단 각 8g, 우슬 목과 각 6g, 도인 홍화 천궁 계지 현호색 강활 감초 각 4g
- 當歸地黃飲(2/7-2/28): 숙지황 10g, 산약 8g, 두충 우슬 속단 토사자 구기자 각 6g, 당귀 백작약 백복령 보골지 산수유 목단피 택사 각 4g
- 獨活寄生湯(2/28-3/10): 숙지황 10g, 황기 상기생 각 8g, 두충 백작약 백복령 위령선 각 6g, 당귀 천궁 우슬 독활 강활 방풍 계지 각 4g, 세신 자감초 각 2g
- 桃紅四物湯 合 二陳湯(3/21-3/28): 당귀 숙지황 백작약 천궁 각 5g, 반하 진피 감초 백복

령 도인 홍화 각 4g

⑤ 치료의 평가

- 통각의 평가: 척추신경의 각 분절에 해당하는 피부를 편으로 찔러 좌측과 우측의 세기 정도를 비교하였다. 좌측의 세기를 ++로 기준으로 삼은 뒤, 우측의 각 분절에서 느끼는 세기의 정도를 -, +, ++로 표기하였다. 신체의 전면과 후면에서 느끼는 통각의 정도가 다른 경우 '/'를 이용하여 a/b의 형태로 체간의 전면에서의 통각을 a로, 후면에서의 통각을 b로 표기하였다.

Table 1. The Progress of Pining Feeling on the Right and the Left Shoulder Pain



A and B mean the degree of the feeling of right. A is the difference of the feeling from C1 to S5. B is the difference of the feeling from T2 to S5.

The feeling was checked by stimulating with a pin. The degree of feeling on the right side is scored comparing the feeling on the left side. The feeling on the left side is 1. The degree was checked at the all segment of spine, from C1(the first cervical spinal sensory resion) to S5(the fifth sacral spinal sensory resion). This patient felt differently below T2(the second thoracic spinal sensory resion).

C means the Visual Analog Scale(VAS) of the left shoulder pain.

- 측각의 평가: 척추신경의 각 분절에 해당하는 피부를 편으로 찔러 좌측과 우측의 세기

정도를 비교하였다. 좌측의 세기를 100으로 기준으로 삼은 뒤, 우측의 각 분절에서 느끼는 세기의 정도를 %로 계산하였다. 이후 각 분절의 값을 모두 더한 뒤 분절의 수로 나누었다. 좌우가 모두 정상인 C1(경추 1번)-T1(흉추 1번)을 포함한 전체 척추 분절의 측각 세기의 변화를 A로, 위의 범위를 포함하지 않은 T2(흉추 2번)-S5(천추 5번)까지의 변화를 B로 표기하였다.

- 견비통: 환자가 가장 강하게 느끼는 통증인 좌측 견비통을 Visual Analog Scale(VAS)로 평가하였다.
- 환자의 운동장애 정도를 American Spinal Injury Association(ASIA) motor grade 근력 등급<sup>3</sup>과 실제 일상생활에서의 활동성을 기준으로 평가하였다.

3. 임상경과(Table 1,2,3)

Table 2. The Grade of the Pain of Right Side

	1/27	1/29	1/31	2/3	2/7	2/10	2/14	2/17	2/21	2/24	2/28	3/3	3/7	3/10	3/14	3/17	3/21	3/24	3/28	
T1	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
T2	-	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
T3	-	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
T4	-	-	-/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
T5	-	-	-/+	-/+	+/-	+/-	+/-	+/-	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	++	++
T6	-	-	-/+	-/+	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	++	++
T7	-	-	-/+	-/+	+/-	+/-	-	-	+/-	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	++	++
T8	-	-	-/+	-/+	+/-	+/-	-	-	+/-	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	++	++
T9	-	-	-/+	-/+	+/-	+/-	-	-	-	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	++	++
T10	-	-	-	-/+	+/-	+/-	-	-	-	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	++	++
T11	-	-	-	-/+	+/-	+/-	-	-	-	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	++	++
T12	-	-	-	-/+	+/-	+/-	-	-	-	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	++	++
L1	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++
L2	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++
L3	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++
L4	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++
L5	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++
S1	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++
S2	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++
S3	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++
S4	++	++	++	++	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
S5	++	++	++	++	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++

The pain was checked by stimulating with a pin.

-: The pain was not known

+: The pain was known but weak comparing that on the left side.

++: The pain was same comparing that on the left side.

a/b: The pain of the front body and that of the back were felt differently. "a" is the pain of the front body and "b" is that of the back.

Table 3. The Clinical Progress

일 지	우하지의 감각장애	좌하지의 운동장애	전비통의 요통	진
1/26	T1이상은 정상적으로 좌우의 감각이 같으나 T2 이하로 물체가 닿는 것은 아니 정확한 촉각 및 통증은 거의 못 느낌.	G4/4로 주먹을 쥐고 퍼기가 완전하지 않으며 손목의 움직임 역시 완전치 못함. 보행은 가능하나 심하게 절룩거리며 속도 느림.	좌측 견비통은 VAS 10으로 야간의 수면장애 유발함. 요통을 호소하며 보행시와 좌위시에 항상 요통이 있다고 호소함	脈緊滑 舌淡紅 白苔厚膩 舌邊有瘀斑
1/31	감각장애 호전됨. T3까지 좌우 같음. T4-T12까지 통증 느끼게 됨.	손가락의 움직임이 호전되어 엄지와 넷째손가락이 닿게 됨.	견비통은 VAS 5로 호전. 견비통이 호전되면서 오히려 요통의 통증이 강하게 느껴진다고 함.	脈緊滑 舌苔白厚 舌邊有瘀斑
2/7	촉각이 좀더 분명해지고 통각을 느끼는 부위도 T12까지 증가함. 족부온감 느끼게 됨.	보행 시 절룩거리음이 줄어들었으며 수지 움직임 역시 호전됨.	견비통은 VAS 5 이하로 내려감. 요통은 통증이 감소함.	2월 3일부터 설맥 바뀜. 脈細滑 舌無 瘀斑
2/14	통각은 이전에 흉추 전체의 전면에서 느끼는 것에 비해 부위가 줄어 T7 이하로는 통각을 느끼지 못함. 동시에 체간전체의 이상감각 호소함. 촉각과 온감은 호전되어 족부에 이불을 덮지 않아도 잘 수 있게 됨.	첫째 손가락과 새끼손가락이 닿을 수 있게 되었으며 보행시 절룩거리음이 줄어들음.	견비통은 VAS 3으로 감소. 요통은 감소하여 통증은 거의 없어지고 전인감을 호소함.	脈細滑 舌苔白
2/21	통각 느끼는 부위 다시 늘어나 흉추 7번이상의 흉부에서 통각 느끼게 됨. L1이하 하지 전체에서 통각을 느끼게 됨.	수지 4.5지의 움직임이 호전되었으며 주먹을 쥐고 퍼는 속도가 빨라짐. 주먹을 쥘 때 완관절이 저절로 굴신되는 현상은 계속 나타남.	견비통은 VAS 3. 요통은 감소하였음.	脈沈細 舌苔白
2/28	통각을 느끼는 정도는 크게 증가하여 T12 위치까지 전면과 후면 모두에서 통각을 느낌. 이상감각 감소하게 됨. 무언가 묻은 느낌은 소실하였으나 부은듯한 느낌 호소함.	주먹을 완전하게 쥐고 퍼기 가능해짐.	요통 약하게 남아있음.	脈弱沈細 舌體淡紅 舌苔白
3/7	감각장애 호전되어 통각과 촉각 모두 강해지고 있음. 하지 전체에서 온감 느낌. 체간부 이하로 전체에 이상감각이 흉부부터 사라지고 현재는 우측 하지에만 남음.	운동장애 호전되어 보행시 절룩거리음이 줄어들음. 운동성 호전되어 힘 자체는 정상에 가까움.	견비통은 VAS 2를 호소하였으나 다만 기침을 할때는 통증이 증가함.	脈細 舌有瘀斑
3/14	촉각은 약간 감소하였고 통각은 별 차이가 없었다. 우하지에서는 무언가 묻어있는 듯한 이상감각이 지속됨.	상지는 완관절의 굴신과 신전이 비정상적으로 움직임. 하지는 아직 약간 절룩임이 보이며 운동 시 좌측하지의 경직감을 호소함.	견비통은 VAS 2를 호소함. 요통 증상 없어짐.	脈浮細 舌苔黃厚 (최근 감기 기운이 있어 설맥이 변한 것으로 판단함)
3/21	우측의 감각 호전도는 멈춤. 하지의 온감 호전.	운동성은 크게 호전되어 거의 정상에 가까워 G5/5로 평가함.	견비통이 VAS 2 이하로 감소	脈沈滑細 舌苔白厚 舌體紫暗
3/28	통각 및 감각은 거의 좌우가 비슷함. 우하지의 이상감각 소실. 온감은 아직 차이 나타남.	운동성은 거의 정상으로 호전되었으며 다만 좌하지의 경직감은 간혹 나타남.	견비통이 VAS 1로 감소함.	脈沈滑 舌苔白厚 舌體紫暗

### III. 고 찰

비중은 風寒濕熱의 邪氣가 인체의 榮衛失調, 腠理空疎 혹은 正氣虛弱한 틈을 타고 경락으로 침입하거나 관절에 응체됨으로써 血氣運行을 저해하고 기육, 근골, 관절에 麻木, 重着, 酸楚, 疼痛, 腫脹, 屈伸不利, 심하면 관절의 강직성 변형을 초래하는 병증의 하나이다.

비중의 구체인 증상은 신체의 각 근육이나 관절 부위에 통증이 나타나거나 혹은 통증이 있어도 느끼지 못하거나 차갑고 뜨거운 감도 모르거나 혹은 땀이나 침을 맞아도 느낌을 모르거나 혹은 신체의 일부가 차갑게 혹은 뜨겁게 혹은 건조하게 혹은 냉하게 느껴지는 모든 지각이상을 포함한다<sup>4</sup>.

서양의학적으로는 뇌와 척수질환, 말초 질환, 맥관계와 근육질환의 후유증으로 유발되는 감각장애와 유사하며<sup>5</sup> 주로 pain 또는 numbness 등의 이상감각(paresthesia)을 호소한다.

비중에 대하여 《황제내경 소문·비론》<sup>6</sup>에서는 “風寒濕 세가지 기운이 합쳐져 痺가 된다. 그 가운데 風氣가 센 것을 行痺라 하고 寒氣가 센 것을 痛痺라 하며 濕氣가 센 것을 著痺라 한다”라고 언급한 이래 수많은 의서에서 언급하고 있다<sup>7,8</sup>.

내경에서는 그 원인에 따라 行痺(風痺), 痛痺(寒痺), 著痺(濕痺), 熱痺, 頑痺(瘀血痺)로 나누고, 계절에 따라 호발하는 부위에 근거하여 血痺, 骨痺, 筋痺, 皮痺, 肌痺로, 또 장위와의 관계에 따라 心痺, 腎痺, 肝痺, 肺痺, 脾痺로 나누었다<sup>4</sup>.

瘀血痺는 頑痺라고도 칭하는 비중의 하나로 實痺에 해당한다. 이전까지의 어혈비에 대한 연구를 살펴보면 송 등<sup>9</sup>이 골절 후 발생한 비중에 대해 보고한 바가 있다. 이외에 타박 또는 염좌로 인해 발생한 어혈이 원인이 되는 통증의 치료에 대한 연구는 활발하게 이루어졌다<sup>10,11,12</sup>. 대표적인 증상은 저린 감각이 오래되면 수시로 증상이 나타났다가 사라지고 뼈의 형태가 변형이 올 수 있으며 관절

마디마디의 색이 어둡게 변하거나 통증이 심해지면서 한 곳에 멎쳐서 다른 곳으로 퍼지지 않고 구부리고 퍼기가 어려워지며 혹은 통증과 마비감이 같이 오기도 하고舌에서는 紫色의 瘀斑이 나타나며 脈은 細澁한 것이다. 治法은 活血化痰 化痰通絡 補腎養肝扶正的 방식으로 치료하며 대표적인 治方은 身痛逐瘀湯, 活絡丹, 益腎蠲痹丸 등이 있다<sup>1</sup>. 병증이 오래되면 虛症이 같이 나타날 수 있으며 이 경우 증에 따라 氣虛血瘀症과 血虛血瘀證을 구별하여 치료하는데 氣虛血瘀의 경우는 益氣活血通絡을 치료원칙으로 삼아 補陽還五湯, 聖愈湯, 黃芪桂枝五物湯 등을 사용하며 血虛血瘀의 경우는 養血活血 行氣通絡을 원칙으로 하여 桃紅四物湯, 溫經湯, 身痛逐瘀湯 등의 처방을 이용하여 치료한다<sup>2</sup>.

Brown-Sequard syndrome은 척수의 측방 손상으로 인하여 손상부위 동측의 운동장애와 반대측의 감각장애, 특히 온각과 통각의 소실이 병행하여 나타나는 질환으로 lateral cord syndrome이라고도 불린다. 일반적인 원인은 척수를 침범하는 종양이나 자상, 총상 등의 외상으로 인한 척수의 손상이다. 치료에 있어서는 일반적인 척수 손상에 준하여 치료하는데 약물요법으로는 합병증 방지를 목표로 고용량의 스테로이드 요법이 추천되고 있으며 이외에 척수를 압박하는 구조적 이상이 있는 경우는 수술을 권유한다<sup>3</sup>. Brown-Sequard syndrome의 예후에 대해 따로 알려진 것은 없으며 일반적인 척수 손상의 예후를 살펴보면 근력은 대부분 손상 이전과 유사한 정도로 회복될 수 있으나 실제 생활에서의 운동 능력의 회복은 완전치 못한 경우가 많다<sup>13</sup>. 현재 Brown-Sequard syndrome은 국내에서 1 케이스가 발표된 바 있고<sup>14</sup> 국제적으로는 최근 척추 추간판 탈출과 관련한 보고가 증가하고 있는데 추간판 탈출로 인해 상기 증상이 발생한 뒤 수술요법으로 증상이 호전된 케이스의 경우 특이케이스로 판단되어 지속적으로 보고되고 있다<sup>15,16,17,18</sup>.

본 증례에서 환자는 약 4m 높이에서 추락한 뒤

좌반신의 운동장애와 우반신의 감각장애가 발현하였고 좌반신의 감각장애는 발생하지 않았다. 발병 후 약 1년간 양방 입원치료 및 통원치료를 받았으나 주로 통증에 대한 치료만을 받은 상태로 감각장애에 대한 치료는 거의 이루어지지 않았다. 더욱이 C-spine의 disc herniation에 의해 본 질환이 발병한 것으로 추정되는 바이나 발병 이후에서 1년간 L-spine MRI 만을 검사하고 Brown-sequard syndrome이라는 병명자체는 진단받지 못한 상태로 본원에서 치료를 시작한 후에 C-spine의 방사선학 검사를 시행하여 HIVD C4-5,5-6과 OPLL C2-6을 진단받아 병의 구조적 원인을 발견하게 되었다. 이후 2005년 5월 4일 C-spine의 MRI 검사로 질병의 구조적 이상 -disk extrusion, C5-6, Lt subarticular direction- 을 더욱 분명하게 재확인하였다(그림 1).

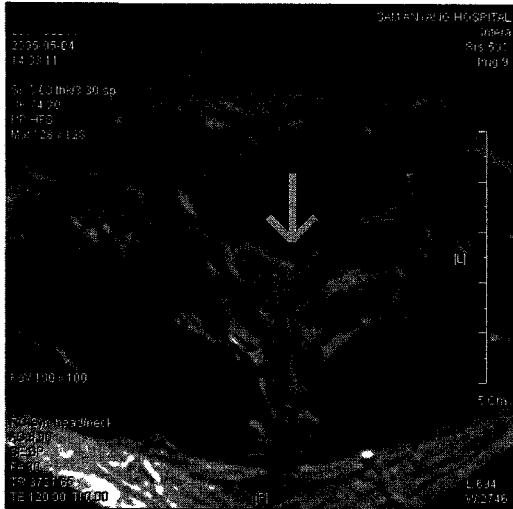


Figure 1. Disk Extrusion, C5-6

질병이 발생한지 1년 이상이 경과하여 병세가 완고하고 최근 통증이 더 강해졌으며 緊滯이 나타나며 舌診에서 舌邊有瘀斑가 나타나 환자의 상태를 瘀血癆로 변증하여 活血祛瘀의 처방을 기본으로 身痛逐瘀湯을 사용한 뒤 치료를 계속하며 환자

의 상태에 따라 養血, 補肝腎의 처방을 교대로 응용하여 當歸地黃飲, 獨活寄生湯, 桃紅四物湯合二陳湯을 사용하였다. 치료에 따른 증상의 호전 상태가 양호하였고 감각장애와 운동장애가 같은 속도로 호전되지는 않았으나 전반적으로는 꾸준한 호전양상을 보였다. 한편 몇몇 증상의 경우 환자 스스로는 미처 병증으로 인식하지 못했던 증상이 치료가 되면서 호전됨에 따라 비로소 이전의 병적 상태를 인식하게 되었는데 먼저 온감의 소실에 대해서 환자 스스로는 이를 인식하지 못하고 다만 몸이 차다고만 느끼고 있었다. 치료를 시행하면서 온감이 나타나게 되었는데 먼저 족부에서부터 시작하여 점차 체간부로 상승하게 됨을 알 수 있었다. 또한 치료가 진행되면서 몸에 무엇인가가 묻어 있는 것 같기도 하고 한편으로는 부어 있는 듯한 전신의 이상감각을 발견하게 되었다. 이후 치료 후에 이상감각은 점차 소실되었다. 마지막으로 주먹을 쥐는 동작에 따라 의도하지 않아도 굴곡하게 되는 완관절의 운동장애가 치료되었다.

특히 본 증례의 경우 발병 후 약 1년의 시간이 지나 한방치료를 시작하게 되어 치료의 효과가 작고 치료 속도가 더딜 것을 염려하였으나 치료를 시작한지 수일 만에 효과가 나타나기 시작하여 운동성과 감각의 회복이 지속적으로 이루어진 것은 매우 고무적이다.

#### N. 결론

추락상 후 좌반신의 운동장애와 우반신의 통각과 온각의 소실을 호소하는 Brown-Sequard syndrome 환자 1례를 어혈비로 진단하여 活血祛瘀를 기본으로 하고 養血 補肝腎의 처방을 보조 시행하여 좋은 효과를 보았기에 이에 보고하는 바이다. 척수 손상의 치료는 근력의 회복과 더불어 실제 생활에서의 실행 능력의 회복이 함께 이루어져야 한다. 본 증례의 경우 구조적인 이상이 발생한

상태에서 한의학적 치료를 시행하여 활동 능력의 회복에서 만족할만한 결과를 얻었기에 증례로 보고하는 바이다.

## V. 참고문헌

1. 전국한의학대학심계내과학교실. 심계내과학. 서울: 서완당. 1999, p.436-47
2. 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울: 군자출판사. 2005, p.83-96
3. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울: 중앙문화사. 2005, p.336-44
4. 강병철 외 7인. 중풍 후 발생한 비증 환자의 삼비탕 치험 2예. 대한한방내과학회지. 2005;26 aut(1):111-7
5. 김상수, 고성규, 김영석, 배형섭, 조기호, 이경섭. 비증에 대한 동서의학적 고찰(원인, 증상을 위주로). 대한한방내과학회지. 1994;15(1): 116-27
6. 정사덕 교주. 내경. 서울: 의성당 1992, p.385-93
7. 강인수. 비증의 치료용약에 대한 소고. 대한한의학회지. 1990 Apr;11(1):247-52
8. 남상경, 예경욱. 비증의 분류 및 증상에 대한 문헌적 고찰. 동서의학. 1992;17(3): 36-57
9. 송현희, 이현. Hip fracture 이후에 나타난 비증의 치험례. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2005 Dec;14(2):171-6
10. 류한천, 김준홍, 박준범, 신현수. 당귀수산가미방을 이용한 간장과 신장의 기능이상을 나타낸 중증 타박어혈통 환자에 대한 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2004 Jun;25(2):361-7
11. 이광호 외 6인. 교통사고로 인한 요통환자의 어혈방(瘀血方) 치료효능에 관한 임상적 연구. 대한침구학회지. 2004;21(6):151-8
12. 이은지, 오민석, 송태원, 이철완. 교통사고 후유증의 한방요법. 한방재활의학회지. 1997;7(1): 218-27
13. Dvorak MF, Fisher CG, Hoekema J, Boyd M, Noonan V, Wing PC, Kwon B. Factors predicting motor recovery and functional outcome after traumatic central cord syndrome: a long-term follow-up. Spine. 2005 Oct 15;30(20):2303-11
14. Lee HM, Kim NH, Park CI. Spinal cord injury caused by a stab wound--a case report. Yonsei Med J. 1990 Sep;31(3):280-4.
15. Sagiuchi T, Iida H, Tachibana S, Utsuki S, Tanaka R, Fujii K. Idiopathic spinal cord herniation associated with calcified thoracic disc extrusion - case report. Neurol Med Chir (Tokyo). 2003 Jul;43(7):364-8
16. Kobayashi N, Asamoto S, Doi H, Sugiyama H. Brown-Sequard syndrome produced by cervical disc herniation: report of two cases and review of the literature. Spine J. 2003 Nov-Dec;3(6):530-3
17. Lim E, Wong YS, Lo YL, Lim SH. Traumatic atypical Brown-Sequard syndrome: case report and literature review. Clin Neurol Neurosurg. 2003 Apr;105(2):143-5
18. Najjar MW, Baeesa SS, Lingawi SS. Idiopathic spinal cord herniation: a new theory of pathogenesis. Surg Neurol. 2004 Aug;62(2):161-70: discussion 170-1