

醒腦開竅法을 이용한 뇌졸중으로 인한 운동장애 환자 치험 3례

구자환 · 김세란 · 이제원 · 손지영 · 박미연* · 최해운 · 김종대

대구한의대학교 한의과대학 폐계내과학교실

Three Cases Report of the Sequela of CVA Threatened with Seongnoe-gaegyubeop

Ja Hwan Gu, Se Ran Kim, Je Won Lee, Ji Young Son, Mee Yeon Park*, Hae Yun Choi, Jong Dae Kim

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, DaeGu Haany University

This case study was reported to show the effects of Seongnoe-gaegyubeop acupuncture treatment. The methods were applied to patients who had the sequela of cerebral vascular accident(CVA) and had no progression for 3~6 months after the onset of CVA. The patients had no progression in spite of receiving medical treatment for 3~6 months after the onset of CVA. The patients were treated with Seongnoe-gaegyubeop acupuncture treatment. The patient's standing, sitting state and activities of daily life like dressing, feeding etc were assessed by Berg balance scale, Barthel Index and Manual Muscle Testing. After 3 months of this treatment, the standing, sitting state and activities of daily life were improved. I think that acupuncture treatment of Seongnoe-gaegyubeop is effective treatment method to treat the patient who caused the sequela of CVA.

Key words : Seongnoe-gaegyubeop(醒腦開竅法), CVA

서 론

뇌졸중은 운동기능의 소실, 감각이상, 인지, 언어장애, 혼수 상태 등 갑작스런 신경학적 증상을 유발하는 뇌혈관의 파열 및 폐색에 의한 비외상적인 손상을 뜻한다. 우리나라에서 뇌졸중은 그 발생빈도가 점차 증가되고 있으며 2007년 사망원인 별 사망자수가 인구 10만명당 59.6명으로 질병에 의한 사망원인이 압도적으로 높은 위치를 차지하고 있다. 이러한 뇌졸중으로 인한 편마비 환자에서 운동기능의 손상으로 인하여 독립적 일상생활 동작 수행에 장애가 초래된다¹⁻³⁾.

한⁴⁾ 등은 그의 연구에서 중풍으로 입원한 환자의 경우 퇴원 시 76.6%가 운동장애를 수반하고, 49.1%는 어둔 증상을 수반하며 그 외 구안와사 순으로 중풍후유증의 빈도를 구분하였다. 또한 유⁵⁾ 등은 중풍환자 운동장애의 경우 호전되는 정도는 초기부터 1달까지 호전도 평균이 가장 높으므로 가장 많이 호전되고 다

음으로 1개월부터 2개월까지의 호전도가 높으며, 2개월에서 3개월 이상의 AI(Activity Index)의 호전도가 가장 낮다고 보고하였다. 따라서 운동장애의 경우 발병 후 개월수가 늘어남에 따라 치료에 대한 호전도는 이에 대하여 반감된다고 할 수 있다⁶⁾.

醒腦開竅法이란 중국의 石學敏이 창안한 중풍 침치료 방법으로 “竅閉神匿 神不導氣(竅가 막히면 神은 감추어져 나타나지 않으므로, 神이 氣를 인도할 수 없다)”에 기초를 두고서 기능을 잃은 뇌, 신경조직을 회복시킨다는 의미로 醒腦開竅를 위주로 하고 疏通經絡, 滋補肝腎을 병행하는 치료방법으로 중국에서 급성기 중풍과 만성 중풍치료에 널리 쓰이는 침구치료법이다^{7,9)}. 그러나 한국에서는 醒腦開竅法이 소개된 서적¹⁰⁾은 있지만 치료효과에 대한 중례 및 임상연구가 전무한 실정이다.

저자는 본원에 내원한 환자 중 중풍이 발병한 후 3개월 이상 양방병원에서 중풍재활치료를 받았으나 편측 상지 Gr0, 하지 Gr0~2로 마비증상이 심하고 운동치료에 대해 호전도가 없었던 환자를 본원 입원 후 1주일부터 3개월 동안 醒腦開竅法에 의거하여 치료한 결과 환자의 운동상태 및 일상생활 능력이 있어서 Berg balance scale, Barthel Index, Manual Muscle Testing을 통

* 교신저자 : 박미연, 대구시 수성구 상동 165 대구한의대학교 부속 한방병원

· E-mail : cherry-my@hanmail.net, · Tel : 053-770-2126

· 접수 : 2010/10/04 · 수정 : 2010/10/27 · 채택 : 2010/11/12

해 판단한 결과 호전을 보여 이에 보고하는 바이다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상

대구의대학교 부속대구한방병원에 2000년 0월부터 00과에 뇌졸중 발병후 3개월이상 되었고 운동장애를 주소로 내원하여 입원치료 한 환자 3인을 대상으로 하였다.

2. 치료내용 및 시술방법

1) 針치료

(1) 사용침

침은 일회용 stainless steel 멸균 毫鍼(동방침구제작소 0.20×40 mm, 0.30×40 mm)을 자침부위에 따라 선택하여 하였다.

(2) 자침부위 및 자침방법

醒腦開竅法은 內關(P6), 人中(GV26), 三陰交(SP6)을 主用穴, 委中(B40), 極泉(H1), 尺澤(L5)을 配用穴로 하여 手技法으로 提插法 위주로 하고 雀啄法, 捻轉法을 보조적으로 행한다. 자침순서는 內關(P6), 人中(GV26), 三陰交(SP6), 委中(B40), 極泉(H1), 尺澤(L5) 순서로 각 穴마다 30초~1분간 手技法을 1회/1-2日하였으며 유침은 20분하였으며 발침후 20분간의 침상 안정 휴식 시간을 가지도록 하였다^{9,10)}.

① 主用穴

①-① 內關(P6): 우선 양측 內關에 直刺 1~1.5寸으로 자입, 捻轉, 提插結合의 瀉法을 採用하고 1분간 手技를 행한다.

②-① 人中(GV26): 다음으로 人中을 0.2~0.3寸 斜刺하고 强雀啄의 瀉法을 사용한다.

③-① 三陰交(SP6): 다음으로 三陰交를 脛骨의 後緣을 따라 45도의 각도에서 후방으로 향해 斜刺 1~1.5寸 자입하고 提插의 補法을 행한다. 患側下肢를 연속하여 3회 反射的拘攣을 일으킨다.

② 配用穴

①-① 委中(B40): 仰臥位로 하여 大腿部를 들어 올리고 委中을 취혈하고 1.0~1.5寸 자입한다. 提插의 瀉法을 시행하고 患側下肢를 연속하여 3회 反射的拘攣을 일으킨다.

②-① 極泉(H1): 極泉을 0.5~1寸 자입하고 提插의 瀉法을 행한다. 患側上肢를 연속 3회 反射的拘攣을 일으키게 한다.

③-① 尺澤(L5): 極泉과 같은 방법으로 시행한다.

2) 韓藥치료

탕약으로 愈風養營湯 위주로 간헐적으로 客症에 따라 生血潤膚飲, 六君子湯, 安神清腦湯, 補中益氣 春方 등을 1~2貼 3分服, 120 cc/回, 식후 30분 복용하였다.

3) 灸치료

中脘(CV12), 關元(CV4)에 間接灸(神氣灸, 햇님온구사), 2壯/日 시술하였다.

4) 附缸치료

排氣罐(대건부항, 대건양행)을 이용하여 整經絡의 효과를 위해 背部 俞穴을 전반적으로 활용하여 乾式으로 1회 5분간, 1일 1회 시행하였다.

3. 치료효과의 판정

1) 환자의 운동장애 치료경과를 평가하기 위하여 Berg balance scale을 응용하여 醒腦開竅法 시행일부터 한달 간격으로 3개월 동안 저자가 직접 확인하였다. Berg balance scale¹¹⁾은 총 14개의 항목으로 구성되어 있는데 각 항목당 점수는 0~4점까지 5단계로 구별되고 총점은 56점 만점이다. 점수에 따른 운동상태의 해석은 0~20: Wheelchair bound. 21~40: Walking with assistance. 41~56: Independent. 로 해석한다(부록 1)⁶⁾.

2) 신체적인 일상생활능력(Activities of daily living, ADL)을 측정하기 위해 Barthel index을 응용하여 醒腦開竅法 시행일부터 한달 간격으로 3개월 동안 저자가 직접 평가하였다. Barthel index¹²⁾는 10가지 항목, 즉 대변가리기, 소변가리기, 몸치장하기, 화장실 사용, 식사, 이동, 보행, 옷입기, 계단오르내리기 및 목욕하기로 구성되어 각 항목은 중등도에 따라 0~15점 사이의 점수로 환산하여 총점은 100점이다. 0~20: Very severely disabled. 25~45: Severely disabled, 50~70: Moderately disabled. 75~95: Mildly disabled. 100: Physically independent. 로 해석한다(부록 2)¹³⁾.

3) 상하지의 근력을 평가하기 위해 도수근력테스트(Manual Muscle Testing, 이하 MMT)인 5Point scale을 이용하여 醒腦開竅法 시행일부터 한달 간격으로 3개월 동안 저자가 직접 평가하였다(부록 3)¹⁴⁾.

증례

1. 증례 1

1) 환자명 : 전 ○○ (F/65)

2) 주소증 : 우반신부전(Rt. hemiplegia)

3) 발병일 : 2008년 11월 11일

4) 과거력

(1) 고혈압: 2005년 진단받음. 이환중

(2) 골다공증: 40년 전 진단받음. 이환중

5) 가족력 : 어머니 - 고혈압, 중풍

6) 사회력 : 음주력 별무, 흡연력 별무, 직업은 농업

7) 현병력

본 환자는 2008년 11월 11일 오후 1:00경 갑자기 우반신부전, 의식소실 상태 말하여 2008년 11월 11일 오후 3:00경 대구 K대학 부속병원에서 ICH on Lt. basal ganglion 진단, 응급수액치치 받은 후 의식소실 상태 호전되어 명료해지고 우반신부전 상태 호전되어 2008년 11월 11일 오후 8:00경 대구 G병원에서 두개천공술, 혈중제거술 수술 후 입원치료 받았으나 운동치료, 작업치료의 호전이 없어 적극적 한방치치 받고자 2009년 5월 11일 입원하여 환자 및 보호자 동의하에 醒腦開竅法 침치료 시행함.

8) 초진소견

(1) 體格 : 보통 체격

(2) 性格 : 내성적 성격

(3) 食慾 : 양호

(4) 消化 : 비교적 양호

- (5) 大便 : 1回/2~3日 보통변 sense(±) 기저귀 착용
- (6) 小便 : 5-6回/日 利得 sense(±) 기저귀 착용
- (7) 睡眠 : 入眠困難, 淺眠頻覺
- (8) 脈診 : 緩
- (9) 舌診 : 淡紅舌 薄白苔
- (10) 활력징후 : 혈압 140/80 mmHg, 맥박 68회/분, 호흡수 19회/분, 체온 36.5℃.

- (11) EKG : Within Normal Limit.
- (12) 임상병리 검사 : normal
- 9) 진단 영상 촬영 소견(Fig. 1)

- 10) 양약치료
 - (1) 2009.5.11~2009.6.5(본원 신경과 처방) : 뉴로메드정 800 mg, 니모디핀정 30 mg, 바메딘정 (각각 1 T bid po)
 - (2) 2009.6.6~2009.7.4(대구 K병원 처방) : 맥스틴정 500 mg, 크레인정 50 I.U., 레파드정 25 mg (각각 1T tid po)
 - (3) 2009.7.5~2009.8.10(본원 신경과 처방) : 뉴로메드정 800 mg, 니모디핀정 30 mg, 바메딘정, 세로프람정(각각 1 T bid po), 스틸녹스CR정 6.25 mg(1 T qd prn po)

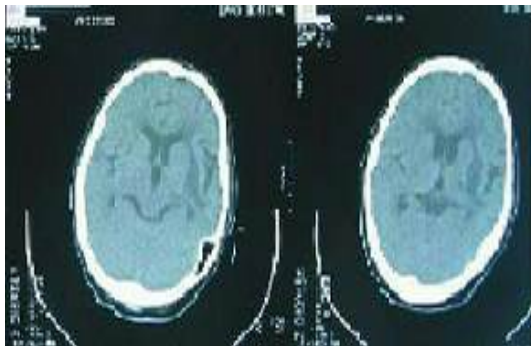


Fig. 1. Image of Brain CT(2008년12월19일)

2. 증례 2

- 1) 환자명 : 서 ○○ (F/72)
- 2) 주소증 : 우반신부전(Rt. hemiplegia)
- 3) 발병일 : 2008년 12월 6일
- 4) 과거력
 - (1) 고혈압 : 2009년 진단받음. 이환중
 - (2) 좌골신경통 : 10년전 진단받음. 이환중
- 5) 가족력 : 언니 - 고혈압
- 6) 사회적력 : 음주력 별무, 흡연력 별무, 직업은 별무
- 7) 현병력

본 환자는 2008년 12월 6일 오전 10:30경 길에서 걸던 중 갑자기 우반신부전, 실어증, 의식소실 상태 발하여 대구의 파OO병원에서 Lt ICA total occlusion, Lt MCA & ACA territory infarction 진단, 입원치료 받은 후 의식소실 상태 호전되었으나 우반신부전, 실어증 상태 여전하여 적극적인 한방치치 받고자 2009년 3월 6일 입원하여 보호자 동의하에 醒腦開竅法 침치료 시행함.

- 8) 초진소견

- (1) 體格 : 건장한 체격
- (2) 性格 : 예민한 성격
- (3) 食慾 : 양호
- (4) 消化 : 비교적 양호
- (5) 大便 : 1回/日 보통변 sense(-) 기저귀 착용
- (6) 小便 : 5-6回/日 利得 sense(-) 기저귀 착용
- (7) 睡眠 : 熟眠
- (8) 脈診 : 遲
- (9) 舌診 : 淡紅舌 無苔
- (10) 활력징후 : 혈압 120/80 mmHg, 맥박 44회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.2℃.

- (11) EKG : Atrial Fibrillation
- (12) 임상병리 검사 : TG 208 mg/dl , PT 21.1%(19.4sec), INR 3.1
- 9) 진단 영상 촬영 소견(Fig. 2)

- 10) 양약치료
 - (1) 2009.3.6~2009.6.5(대구 파OO병원 처방) : 와파린나트륨정 5 mg, 텍사프로정 10 mg, 리보트릴정 0.5 mg, 뉴도인정 10 mg, 팍실CR정 12.5 mg (각각 1 T qd po), 뉴로메드정 800 mg (1 T bid po), 리리카캡슐 75 mg (1 C tid po), 세로켈정 25 mg (0.5 T qd po)

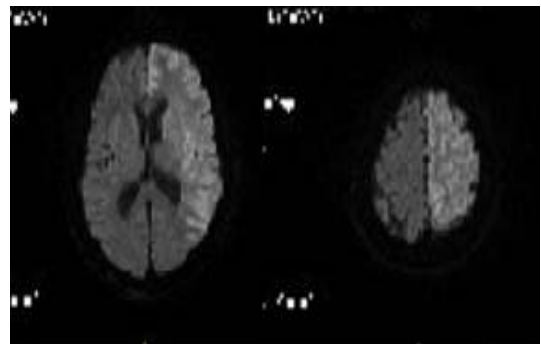


Fig. 2. Diffusion image of Brain MRI(2008.12.6)

3. 증례 3

- 1) 환자명 : 이 ○○ (F/76)
- 2) 주소증 : 우반신부전(Rt. hemiplegia)
- 3) 발병일 : 2008년 10월 23일
- 4) 과거력
 - (1) 고혈압 : 10년 전 진단받음. 이환중
 - (2) 뇌경색 : 2007년 4월 14일 진단받음. 이환중
- 5) 가족력 : 별무
- 6) 사회적력 : 음주력 별무, 흡연력 1갑/2~3日, 직업은 별무
- 7) 현병력

본 환자는 2008년 10월 23일 오후 9:30경 수면 중 갑자기 우반신부전, 실어증 상태 발하여 2008년 10월 23일 오후 10:30경 포항 S병원에서 Lt MCA infarction 진단, 입원치료 받은 후 우반신부전 상태 악화되어 2008년 11월 17일부터 2009년 5월 31일까지 서울S병원, 대구 Y병원, 포항 S병원에서 입원, 외래 치료 받은 후 우반신부전, 실어증 상태 여전하여 적극적 한방치치 받고자 2009년 6월 1일 입원하여 환자 및 보호자 동의하에 醒腦開竅法 침치

료 시행함.

8) 초진소견

- (1) 體格 : 건강한 체격
- (2) 性格 : 예민한 성격
- (3) 食慾 : 양호
- (4) 消化 : 비교적 양호
- (5) 大便 : 1회/日 보통변 sense(±) 기저귀 착용
- (6) 小便 : 5-6회/日 利得 sense(±) 기저귀 착용
- (7) 睡眠 : 熟眠
- (8) 脈診 : 緩
- (9) 舌診 : 紅舌 無苔
- (10) 활력징후 : 혈압 130/80 mmHg, 맥박 74회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.7℃.

- (11) EKG : 특이 소견 없음
- (12) 임상병리 검사 : TG 165 mg/dl , Hb 10.1g% , Hct 29.0g% , U/A WBC many/HPF

9) 진단 영상 촬영 소견(Fig. 3)

10) 양약치료

- (1) 2009.6.1~2009.9.30(본원 신경과 처방) : 플라리스정, 어린이용아스피린정 100 mg, 미카르디스플러스정, 아프로벨정 150 mg (각각 1 T qd po), 뉴로메드정 800 mg, 바메딘정, 염산아미트리프틸린정 10 mg, 피론정 5 mg, 카르마인씨알정200 mg(각각 1 T bid po)

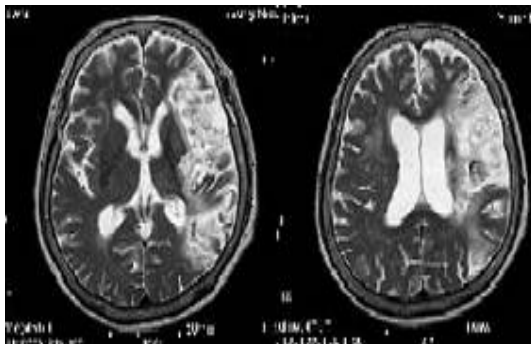


Fig. 3. T2 image of Brain MRI(2008.12.13)

결 과

환자 3명의 醒腦開竅法 침치료 후 Berg balance scale(score)가 각각 1점에서 25점, 0점에서 7점, 3점에서 14점으로 호전되었고 특히 증례1에서는 운동능력이 Wheelchair bound에서 Walking with assistance로 호전되었다는 것을 알 수 있다(Fig. 4). 또한 Barthel Index가 각각 25점에서 50점, 0점에서 20점, 5점에서 35점으로 호전되었고 특히 일상생활능력이 증례 1에서는 Severly disabled에서 Moderately disabled에서 증례3에서는 Very severly disabled에서 Severly disabled로 호전되었다(Fig. 5). 그리고 Manual Muscle Testing상 상하지 근력이 각각 Gr0/Gr2에서 Gr1/Gr3, Gr0/Gr0에서 Gr1/Gr1, Gr0/Gr1에서 Gr1/Gr2로 호전되었다(Table 1).

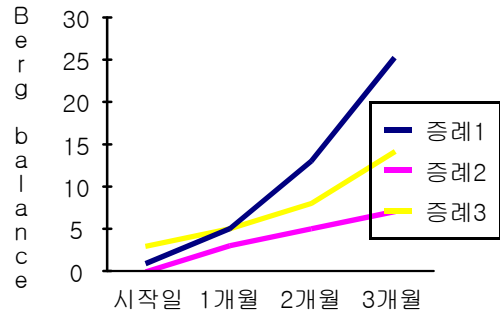


Fig. 4. The change of Berg balance scale(score)

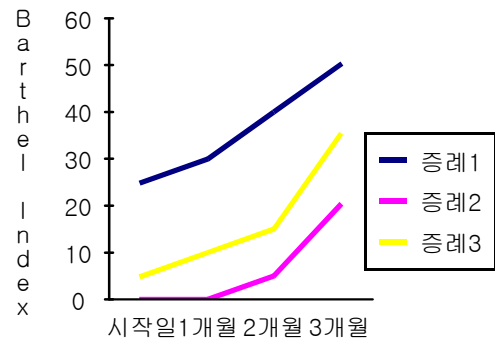


Fig. 5. The change of Barthel Index

Table 1. The change of Manual Muscle Testing

증례	상지/하지	시작일	1개월	2개월	3개월
증례1	Upper / Lower limb grade	Gr0/Gr2	Gr1/Gr2	Gr1/Gr3	Gr1/Gr3
증례2	Upper / Lower limb grade	Gr0/Gr0	Gr0/Gr1	Gr1/Gr1	Gr1/Gr1
증례3	Upper / Lower limb grade	Gr0/Gr1	Gr1/Gr2	Gr1/Gr2	Gr1/Gr2

<부록 1> Berg balance scale

Balance Item	Score(0-4)
1. Change of position: sitting to standing	
2. Standing unsupported	
3. Sitting unsupported	
4. Change of position: standing to sitting	
5. Transfers	
6. Standing with eyes closed	
7. Standing with feet together	
8. Reaching forward while standing	
9. Retrieving objects from floor	
10. Turning trunk (feet fixed)	
11. Turning 360 degrees	
12. Stool stepping	
13. Tandem standing	
14. Standing on one leg	
Level of functioning	TOTAL(0-56)
Wheelchair bound	0-20
Walking with assistance	21-40
independent	41-56

<부록 2> Barthel Index

Index item/level of functioning	score
	Independent with help
1. Feeding (food needs to be cut up=help)	
2. Personal toilet (wash face, comb hair, brush teeth, etc)	
3. Bathing	
4. Dressing	
5. Bowel control (occasional accident or needs enema or suppository help)	
6. Bladder control (occasional accident or needs help with collecting)	
7. Toilet transfers	
8. Chair/bed transfers (minimal assistance=10: able to sit but needs maximum assistance=5)	
9. Ambulation (unable to walk but able to propel wheel chair=5)	
10. Stair climbing (independent with assistive devices=10)	
Level of functioning	Total score
Very severely disabled*	0-20
Severely disabled*	25-45
Moderately disabled**	50-70
Mildly disabled**	75-95
Physically independent***	100

* Physically dependent or clinically bed ridden state(Unable to function with out help of more than one person) ** Partially dependent(Needs help of one person) *** Not necessarily normal or socially independent

<부록 3> 5Point Scale(Manual Muscle Testing : MMT)

Grade	Definition
Grade 0	근육 수축이 없다.(전혀 수축되지 않는다)
Grade 1	근육 수축은 보이지만 운동효과는 없다.
Grade 2	수평 방향으로 움직일 수 있지만, 중력에는 저항하지 못해서 수직방향으로는 움직이지 못한다.
Grade 3	중력에 간신히 이길 수 있다.(항중력작용은 있지만, 약하다)
Grade 4	보통보다는 힘이 약하다. 사용할 수 있는 정도의 힘은 있다.
Grade 5	정상으로 full power이다.

고찰 및 결론

뇌졸중은 단일질환으로는 우리나라에서 사망원인 1위를 차지하고 있으며, 노인인구의 증가에 따라 발병률이 증가하는 추세에 있다. 2001년도 국민건강, 영양조사¹⁵⁾에 의하면, 뇌졸중은 발병 후 인구 100명당 연간 121.25일의 활동 제한이 있는 것으로 나타났으며, 질병으로 인한 입원, 결근, 조퇴 등으로 평소 활동에 지장이 초래됨으로써 발생하는 생산성 손실액은 약 4,233억 원으로 GDP의 0.08%를 차지하고 있다. 따라서 뇌졸중은 사망률도 높지만 생존하더라도 치료에 장기간의 노력과 비용을 소모하게 되므로 후유증을 최소화하는 것이 사회적 측면에서도 매우 중요하다.

일반적으로 뇌졸중 발병 후 기능회복은 주로 초기에 이루어지는데, Teasell¹⁶⁾ 등에 의하면, 일상생활동작 같은 기능은 발병 후 12.5주 이내에 향상이 이루어지고, 신경학적 회복은 14주까지 향상될 수 있다고 하였다. 또한 뇌졸중의 심각성 정도에 따라 다소 차이가 있지만, 발병 후 11주를 경과한 뒤에는 보행기능의 향상을 기대하기 어렵다고 하였다. 특히 운동장애에 있어서 한⁴⁾ 등은 그들의 보고에서 중풍으로 내원했던 환자들 중 입원당시의 증상은 98.2%의 환자에서 운동장애가 있었고, 그 중

MMP(Muscular motor power) Gr. I,II의 중증장애가 16.8%, MMP Gr.III,IV의 경증장애가 81.4%라고 보고하고 있다. 이 환자들 중 퇴원시의 증상은 운동장애가 76.6%였으며, 그 중 중증장애가 13.2% 경증장애 63.4%로서 대다수의 중풍환자들이 운동장애를 후유증으로 지니고 살고 있다고 할 수 있다⁶⁾.

중풍환자들의 재활치료에 있어서 단계적으로 신경학적, 기능적 회복정도를 평가하고 환자의 기능적 회복의 목표를 세우고 또한 이에 적절한 치료방법 들을 선택하는 것은 매우 중요하다. 중풍환자의 최종회복 단계에는 여러 가지 인자들이 복합적으로 작용하기 때문에 어느 한 인자만으로 예후가 결정된다고 보기는 어렵다. 그러나 보다 객관적인 검사자료를 바탕으로 환자의 상태를 측정하고 최종상태를 예측하려는 노력이 필요하다고 생각한다^{6,17)}.

Berg balance검사는 1989년 Katherine Berg가 개발한 것으로 균형능력을 평가하는 도구로서 기립상태, 앉는 동작이 평가 사항에 포함되어 있는 것을 비롯해 대부분의 항목들이 일상 생활동작과 관련 있는 것들로 이루어져 있으며 특수한 장비 없이 단시간 내에 쉽게 시행이 가능해 요즈음 뇌졸중 환자의 균형능력 및 운동평가를 위해서 세계적으로 널리 이용되고 있다. 또한 Barthel Index는 1965년 Mahony와 Barthel이 일상생활동작의 자립도를 평가 기준으로 하여 개발한 것으로 이들은 Barthel Index가 환자의 기능 호전의 변화를 즉각적으로 반영하여 나타나는 장점이 있다고 하였으며 기능의 변화를 계속해서 추적 관찰하는데 도움이 된다고 하였다^{18,19)}.

이런 중풍후유증으로의 운동장애를 한의학에서는 手足癱瘓, 瘓瘓 등으로 기술하고 있다. 左半身不遂를 癱, 右半身不遂를 瘓이라 하였고, 瘓는 筋脈이 拘急하여 引縮하는 것을 瘓은 筋脈이 弛緩하는 것을 말한다. 그러나 이러한 후유증도 肉脫하며 日久하여 血不養筋 하는 것은 筋枯證으로 難治證으로 분류하고 있다²⁰⁾.

醒腦開竅法은 중풍의 병인, 병기에 기초를 두고 內關, 人中, 三陰交를 主穴로 하고 委中, 極泉, 尺澤을 配用穴로 하는 침자법으로 기존 體針 치료에서 陽經을 주로 쓰고 陰經을 보조적으로 취하는 방법을 바꾸어 陰經穴을 주로하고 陽經穴을 보조적으로 취하고 있으며 주치효능상 「開竅啓閉」에 따라 元神의 府인 腦의 생리기능의 개선을 주로 하고 肢體 經絡의 氣의 소통을 보조적으로 도모하는 법이다. 또한 內關(P6), 人中(GV26), 極泉(H1), 委中(B40), 尺澤(L5)은 瀉法으로 開竅, 醒神通絡을 三陰交(SP6)는 補法으로 生髓醒腦, 滋水熄風을 도모하며 補瀉兼施에 의한 標本兼治 효과를 기대한다^{7,9,10,22)}.

主穴인 內關(P6)은 八脈交會穴의 하나로써 陰維脈에 통하고 있으며 手厥陰心包經의 絡穴로 養心安神, 疏通氣血의 작용이 있으며 人中(GV26)은 督脈과 手陽明經의 交會穴로 督脈을 고르게 하고 啓閉開竅, 健腦醒神의 효과가 있으며 三陰交(SP6)는 足三陰經의 交會穴로 補益肝腎의 작용이 있어 髓液가 有餘하게 되면 髓는 精을 만들고 腎은 精을 藏하게 되어 이 3穴이 상호작용하여 腦의 조직대사, 생리기능을 회복시킨다. 또한 配用穴인 極泉(H1)은 手少陰心經의 가장 上位에 있고 經脈이 흘러 나오는 源泉인 穴이고 委中(B40), 尺澤(L5)은 각각 手足太陽經의 合穴로 疏通氣

血, 逆氣而泄(氣가 逆하여 上氣함을 제거한다) 작용으로 중풍으로 인한 昏迷, 半身不遂의 개선을 촉진하게 된다. 또한 手技法으로 提插法, 雀啄法, 捻轉法을 이용하여 각 穴마다 120~160회/분, 90~360도의 강한 補瀉 자극을 사용함으로써 得氣작용을 유발시켜 환자가 刺針部位에서 酸, 麻, 重, 脹의 감각을 느끼고 혹은 각기 다른 정도의 感應이 확산, 전도되어 神과 氣의 활동이 자극되도록 한다^{9,10,21}).

석⁹⁾ 등은 醒腦開竅法에 의한 급,만성 중풍후유증 치료 2336예에서 치료율이 54.84%, 총유효율이 94.43%에 달하며 특히 발병기간이 짧을수록 치료율이 높아진다 하였고 주⁸⁾ 등은 84명의 환자를 醒腦開竅法 치료군과 기존 體針 치료군으로 나누어 60일 동안 치료한 결과 혈액유통학, 혈중 지질, 콜레스테롤에서도 개선 효과가 있었다고 하였다. 이에 뇌졸중 발병일이 오래되어 본원 입원 후 1주일동안 기존 體針, 韓藥, 附缸, 灸치료를 받았으나 호전도가 없는 환자들 중 본인 및 보호자 동의하에 운동장애, 일상생활능력 개선 효과가 있을 것이라 생각하여 본 시술법을 택하여 본 연구를 시행하게 되었다.

치료 전후를 비교해 보았을 때, 증례 1의 경우 Berg balance scale(score)가 1점에서 25점으로 기존의 Wheelchair bound 상태에서 Walking with assistance상태로 호전되었고, Barthel index가 25점에서 50점으로 기존의 Severly disabled에서 Moderately disabled상태로 한 단계 상승되었다. 내원 당시 Manual Muscle Testing(이하 MMT)상 Gr0/Gr2로 독자 좌위, 기립 불가능하고 독자 좌위 유지만 가능한 상태에서 치료 결과 Gr1/Gr3로 독자 좌위 및 기립을 할 수 있게 되었고 독자보행은 힘들어도 1인 부축보행까지 가능하게 되었다. 또한 운동기능 향상으로 인한 침대-의자 이동 및 화장실사용이 개선되었으며, 대소변가리기 능력도 회복하였다.

증례 2의 경우 Berg balance scale(score)가 0점에서 7점으로, Barthel Index가 0점에서 25점으로 호전되었다. 내원 당시 MMT가 Gr0/Gr0으로 상하지 움직임 전혀 없고, 중일 와상 상태로 독자 좌위, 좌위 유지 및 기립 불가능한 상태였으나 치료 후 Gr1/Gr1로 독자 좌위 유지 및 1인 부축 기립까지 가능하게 되었으며 대소변가리기는 감각이 전혀 없는 상태에서 2~3회/주 실수하는 상태로 호전되었다. 상대적으로 증례1,3에 비하여 발병일이 3개월로 비교적 짧았지만 뇌졸중으로 인한 뇌손상 부위가 넓어 상대적으로 호전정도가 낮았다고 생각된다.

증례 3의 경우 치료 전 MMT가 Gr0/Gr1로 상지 움직임 전혀 없고, 하지는 약간의 움직임만 가능하여 독자 좌위, 기립 불가능한 상태로 독자 좌위 상태 유지만 가능하고 대소변 가리기 전혀 못한 상태였는데 치료 후 Gr1/Gr2로 독자 기립, 좌위 및 1인 부축 보행이 가능하게 되었고 대소변 가리기도 원활하게 되어 Berg balance scale(score)이 3점에서 14점으로, Barthel index가 5점에서 35점으로 기존의 Severly disabled에서 Moderately disabled 상태로 호전되었다.

현재 뇌졸중 후 만성기에 접어든 환자의 치료목표는 기능향상보다는 기능유지와 손실된 기능을 보상하는 전략을 중재하는 것에 두어야 한다고 한다. 그러나 권²⁴⁾ 등은 만성 뇌졸중 환자들

중 보행이 가능하지 않은 중등도 이상의 심한 뇌졸중 환자는 치료를 통해 기능이 증진될 수 있고 김²⁵⁾ 등도 보행 가능한 뇌졸중 환자가 보행보조기를 통해 보행속도, 생리적 부담지수, 계단오르기에서 호전되었다고 하였다. 이와 같이 만성 뇌졸중 후 운동장애 환자를 대상으로 뇌졸중환자 치료의 한계를 감안해 볼 때 한의학적 기존 치료법에서 더 나아가 창의적으로 다양한 치법, 처방을 응용해 보는 것이 필요하다는 면에서 醒腦開竅法 침치료가 의미 있는 시도라고 생각한다²³⁾.

이상과 같이 뇌졸중 후유증으로 운동 및 일상생활 능력이 저하된 환자에게 醒腦開竅法 침치료를 통해 치료한 결과 Berg balance scale(score)와 Barthel Index, Manual Muscle Testing을 통해 판단한 결과 각 증상과 함께 일상생활능력이 개선되는 결과를 얻을 수 있었다. 다만 본 증례의 경우 더 많은 증례를 갖지 못한 점, 급성 뇌졸중 환자에 대한 연구가 동반되지 않았던 점, 운동상태 외 언어, 감각장애에 관한 평가를 시행하지 못한 점, 그리고 기존 침치료를 대조군으로 하는 대조군 비교 임상연구를 시행하지 못했다는 점이 아쉬움으로 남는다. 앞으로 뇌졸중 후유증 치료의 새로운 가능성을 보여주는 본 증례를 통해 추후 보다 다양한 임상보고 및 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 김진호, 한태륜. 재활의학. 서울, 군자출판사, pp 223-244, 1999.
2. 통계청. 사망원인 통계연보, 2008.
3. 나안숙, 김인숙. DMT가 뇌졸중 환자들의 정신사회적 요인 및 삶의 질에 미치는 영향. 한국사회재학회지 40: 635-645, 2010.
4. 한지완, 고호연, 임영남, 홍의실, 박지윤, 백은기, 김동우, 한양희, 전찬용, 박종형. 뇌졸중환자에 대한 연례보고(2002년). 대한한방내과학회지 24(3):604-615, 2003.
5. 유영국, 우영식, 최인선, 박지은, 김영균, 권정남. 중풍환자의 기능 회복에 관한 임상적 고찰. 대한한방내과학회지 23(4):679-688, 2002.
6. 이주일, 정운석, 황주원, 서운교. 石室秘錄 長治法을 이용한 中風後遺症 治驗 1례. 대한한방내과학회지 aut(1):210-219, 2005.
7. 김재원. 醒腦開竅法. 韓國의鍼灸. 11(3):51-53, 1998.
8. 권영규. 논문으로 보는 중의학총론. 서울, 법민문화사, pp 230-237, 2007.
9. 박용진. 임상침구강좌. 서울, 대성의학사, pp 263-285, 2001.
10. 석학민. 中風治療에 있어서의 醒腦開竅法. 韓國의鍼灸. 5(10):52-54, 1992.
11. Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J.I., Maki, B. Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. Can. J. Pub. Health, July/August supplement 2:S7-11, 1992.
12. Sulter, G., Steen, C., De Keyser, J. Use of the Barthel index and modified Rankin scale in acute stroke trials. Stroke 30:

- 1538-1541, 1999.
13. 대한뇌졸중학회. 뇌졸중. 서울, 이퍼블릭, pp 197-206, 2009.
 14. 村川裕仁 감수, 최일생 역. Steps to internal medicine 10권 신경질환. 서울, 정담출판사, p 39, 2008.
 15. 보건복지부, 한국보건사회연구원. 2001년도 국민건강, 영양조사(만성질환편), 2002.
 16. Teasell, R.W., Foley, N.C., Bhogal, S.K., Speechley, M.R. An evidence-based review of stroke rehabilitation. *Top Stroke Rehabil* 10(1):29-58, 2003.
 17. 노진환, 최동준, 문상관, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. 한방병원에 입원한 중풍환자의 기능회복도평가: MBI와 NIH Stroke Scale이용. *한방성인병학회지* 5(1):40-49, 1995.
 18. 이해진, 이재준, 이훈재, 여상원, 김명종, 김도인, 정한영. 뇌간 및 소뇌 뇌졸중에서 보행능력과 한글판 버그균형검사와의 상관관계. *대한재활의학회지* 33(6):664-667, 2009.
 19. 이윤철. 급성 뇌경색 환자의 Brain-CT 소견과 Barthel ADL을 이용한 예후에 관한 고찰. *대한한의학회지* 18(2):316-325, 1997.
 20. 이화준, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. 中風證候의 東西醫學的 比較考察(運動障礙를 中心으로). *대한한방내과학회지* 14(1):107-128, 1993.
 21. 안영기. *경혈학총서*. 서울, 정보사, pp 84, 262, 392, 2002.
 22. 침구학. *대한침구학회 교재편찬위원회*. 경기도, 집문당, p 266, 2008.
 23. Brair, L. Physical therapy for neuromuscular conditions. In: Pagliarulo MA, ed. *Introduction to Physical Therapy*. 2nd ed. St. Louis, Mosby Inc, pp 177-178, 2001.
 24. 권용욱, 이종민, 최종호, 권대영, 이경우. 뇌졸중 환자에서 재활치료 유무에 따른 기능적 회복상태의 비교. *대한재활의학회지* 26(4):370-373, 2002.
 25. 김원호. 만성 뇌졸중 환자의 보행에 보행보조기가 미치는 영향. *한국전문물리치료학회지* 13(3):67-74, 2006.