

하지 단마비와 통증 및 배뇨장애를 주소로 하는 척수경색환자의 한방치료 치험 1례

윤석훈¹ · 정우석¹ · 조송현²

¹동수원 한방병원 한방재활의학과, ²동수원 한방병원 침구과

Received : 2011. 11. 29 Reviewed : 2011. 12. 01 Accpeted : 2011. 12. 11

A case report of patient who has spinal cord infarction with monoplegia and pain of lower extremity and dysuria

Seok-hoon Yun, O.M.D.¹ · Woo-suk Jung, O.M.D.¹ · Song-hyun Cho O.M.D.²

¹Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, Dong-suwon Hospital of Oriental Medicine

²Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Dong-suwon Hospital of Oriental Medicine

Objective : The purpose of this study is to report the improvement after oriental medical treatment about a patient who has spinal cord infarction with monoplegia and pain of lower extremity and dysuria.

Methods : We diagnosed that symptoms as Wejeung(痿症), and employed oriental medical treatment, acupuncture, herbal medicine and moxibustion. This study was measured by MMT(Manual Muscle Testing), VAS(Visual Analogue Scale) and the number of Nelaton Catherization.

Results : After oriental medical treatment, power and pain of lower extremity and dysuria were improved.

Conclusions : There is no specific treatment for spinal cord infarction in western medicine and the prognosis is not so good. But in the case of this patient, power and pain of lower extremity and dysuria were improved remarkably through oriental medical treatment. Further clinical studies are needed to verify the findings.

Key words : Spinal Cord Infarction, Wejeung(痿症),

I. 서론

척수경색은 전체 뇌졸중의 1.2%를 차지하는 임상에서 드물게 볼 수 있는 질환으로서 대개 전 척수동맥의 분포영역에서 나타나며 척수의 腹側 2/3의 다양한 수직적 분포에서 발생한다. 전 척수 동맥의 죽상경화증이나 혈전성 폐색은 흔하지 않은 것으로 알

려져 있으며 척추 외측부 동맥이나 대동맥의 질환에 의해 2차적으로 발생하는 경우가 더 많다. 주로 대동맥의 겹자를 필요로 하는 심장이나 대동맥 수술과 대동맥 조영술 등이 전 척수 동맥의 분지들에 경색을 일으킬 수 있다. 척수경색은 발생한 위치에 따라 증상이 달라지며 일과성 척수 허혈증이 선행되기도 한다. 목, 등의 통증과 병변이하 부위의 마비와 통증,

■ 교신저자 : 윤석훈. 경기도 수원시 팔달구 우만2동 157-6번지 동수원한방병원 한방재활의학과.
Tel : (031) 210-0881 Fax : (031) 210-0146 E-mail : yk1172000@hanmail.net

온도감각 소실, 팔약근 마비 등의 증상이 나타날 수 있으며 척수염 보다는 빠르게 진행되는 것으로 알려져 있다. 주로 양측성 마비를 나타내며 간혹 단측성을 띄고 완전마비는 드물다. 온각, 통각의 소실은 있으나 진동, 위치감각, 두점 식별력, 압력정도의 판별과 피부 자극 방향의 지각은 손상 받지 않아 급성 횡단성 척수염 등과 감별할 수 있다. 사지 이완성 마비, 심부건 반사 소실, 간대, 바빈스키 증후가 나타날 수 있다. MRI가 가장 좋은 진단법이며 척수의 비대, Linear hyper intensity 가 각각 T1, T2 영상에서 관찰된다. 척수염증과 감별하기 위해 요추천자가 시행된다. 사망률 22%, 호전율이 18%에 불과하다고 알려져 있으며 원인 질환에 따라 Steroid, 항응고제, naloxone이나 Calcium Channel Blocker등이 사용되는 것으로 알려져 있으며 보존적 치료 외에 현재 치료법이 미미한 실정이다¹⁾.

척수경색은 마비 및 동통이 현저 하게 나타나는데 이는 한방적으로 마비가 명확하지 않을 경우에는 ‘痺證’, 지체의 마비 및 근육의 위축이 있을 때는 ‘痿症’의 범주에 속한다²⁾. 그 중 ‘痿症’은 지체의 근맥이 이완되어 수족이 위약하고 무력하며 수의적으로 운동하지 못하는 병으로³⁾ ‘痿症’은 筋骨萎軟이 초가 되고 後期에는 일반적으로 통증이 없다⁴⁾. 이에 환자의 증상을 종합하여 저자는 환자를 ‘痿症’으로

진단하고 치료하였다

척수경색은 국내외 적으로 학술지에 보고된 바가 적고 특히 한방치료에 대해서는 이⁵⁾ 김⁶⁾ 이⁷⁾가 증례 보고를 하였으며 그 외에는 더 이상의 보고는 없는 실정이다.

이에 본 저자는 동수원한방병원에 좌측하지편마비 및 통증, 배뇨장애를 호소하며 입원한 척수경색환자에 대하여 한방치료와 양방치료 협진 후 운동기능, 통증, 배뇨장애 증상이 호전된 증례가 있어 보고하는 바이다.

II. 연구방법

1. Manual Muscle Testing(MMT, 도수 근력검사)

Manual Muscle Testing(MMT)은 근력검사를 위해 Lovett가 시작한 검사법으로 중력과 저항, 관절 운동범위의 세 가지로 검사하는 방법이다¹⁹⁾. 환자의 Motor weakness의 상태를 판별하기 위해 Manual Muscle Testing 방법을 사용하여 환자의 좌측하지 움직임을 평가하였다(Table I).

Table I . Manual Muscle Testing

Grade	상태	정 의
Grade 0	Zero(0)	근육의 contraction이 전혀 없다.
Grade1	Trace (T)	motion은 없지만 근육의 contraction이 관찰되고 palpation된다
Grade2-	<P->	중력이 제거된 상태에서의 관절가동범위가 imcomplete
Grade2	Poor (P)	중력이 제거된 상태에서의 관절가동범위가 complete
Grade2+	<P+>	중력을 대항하여 관절범위의 50% 미만의 움직임이 가능하거나 중력이 제거된 상태에서 slight한 저항에 대하여 관절가동범위가 complete
Grade3-	<F->	중력에 대항하여 관절가동범위의 50% 이상의 움직임이 가능
Grade3	Fair (F)	중력에 대항하여 관절가동범위가 complete
Grade3+	<F+>	slight한 저항상태에서 중력에 대항하여 관절가동범위가 complete
Grad4	Good (G)	moderate한 저항상태에서 중력에 대항하여 관절가동범위가 complete
Grade5	Normal(N)	maximal한 저항상태에서 중력에 대항하여 관절가동범위가 complete

2. Visual Analogue Scale(VAS, 시각적 상사척도)

Visual Analogue Scale(VAS)는 통증의 정도를 평가하기 위해 1966년 Bond와 Pilowsky에 의해 고안된 통증 평가법으로 10cm 길이의 선분 양끝을 '통증이 없음(0)' 과 '이제까지 경험한 가장 심한 통증(10)' 으로 놓고 현재 느끼는 통증의 정도를 환자 스스로 점수화 하여 표기 하게 하였다⁹⁾. VAS는 적용이 쉽고 간단하며 신뢰도가 비교적 우수하여 가장 많이 쓰이는 방법 중 하나이다.

3. Nelaton Catheterization 시행 횟수

배뇨장애 호전여부를 판단하기 위해 입원 후 익일 기준으로 Nelaton Catheterization 시행 횟수를 측정하여 배뇨장애 호전여부를 판단하였다.

Ⅲ. 증 례

1. 환자

여자, 82세

2. 주소증

左側下肢單痺, 左下肢痛症, 排尿障碍

3. 발병일

2010년 7월 24일

4. 가족력

unknown

5. 과거력

만성신부전(chronic renal failure, CRF): 2006년 진단 후 관련약물 복용 중이었다.

6. 진단명

- 1) 양방진단명: spinal cord infarction(T2-3 level)
- 2) 한방진단명: 痿證

7. 현병력

만 82세 다소 마른 체격의 소극적인 성격의 여성으로서 2006년 만성신부전 진단 후 복약 중이었다. 평소 그 외 병력은 없는 분으로 2010년 7월 24일 노인정에서 앉아 화투치던 도중 갑자기 좌측하지 단마비, 좌측하지 감각장애, 무기력 등 증상이 발생하였다.

발병당시 치료받지 않고 가료하던 중 증상 점차 심해지고 배뇨장애 심해져 2010년 7월 30일 대학병원 입원하여 Brain MRI+diffusion, 뇌 척수액 검사, T-L spine MRI, 복부 CT등 검사 후 spinal cord infarction 진단 받았으며 단순 Fluid 및 양약치료 받고 증상 호전 없었다. 그 후 특별한 치료방법 없다는 이야기 듣고 보존적 치료 위해 2010년 8월 4일 요양병원으로 전원 하였다가, 한방치료를 받고자 본원 외래 통하여 wheelchair 타고 입원하였다.

8. 초진소견

활력징후는 모두 정상이었으며, 하지부 근력 검사에서 고관절 Rt. Normal/Lt. poor-(2-), 슬관절 Rt. Normal/ Lt. poor-(2-), 족관절 Rt. Normal/Lt. poor-(2-) 상태였다. 심부건 반사는 knee jerk 와 Ankle jerk 모두 정상소견을 보였고, 바빈스키 사인은 음성으로 나타났다. 좌측 하지의 감각은 안정 시에도 통증이 있는 상태로 나타났으며 감각분포영역은 명확치 않았다. 다소 무기력 하고 질문에 대답하기 귀찮아하면서 의사소통 원활하지 않은 듯하여 익일 시행한 한국판 Mini-Mental State Examination(MMSE-K) 시행하였으며 26/30 소견 보여 Dementia 증상은 없는 것으로 판단하였다. 배뇨장애로 인하여 타병원에서 Foley catheter insert 시도 하였으나 환자 및 보호자 강력히 거부

하여 본원에서는 Nelaton catheterization 시행하기로 하였다.

9. 검사소견

1) 임상병리검사(2010. 8. 5)

하부요로 감염(Urinary Tract Infection, UTI)으로 인한 염증수치 상승과 CRF로 인한 BUN/Cr 상승이 관찰되었다.

WBC: 14200/uL(High)

RBC: 3.18 10^6 /uL(low)

ESR: 65 mm/Hr(High)

CRP: 3.20mg/L(High)

Hb: 10.1 g/dL(low)

BUN/Cr: 37.2/2.09 mg/dL(High)

UA: protein :1+

WBC: 3+

micro WBC: 30 이상

NA-K-Cl 141-5.1-111 mEq/L

viral marker : Within Normal Limit(W.N.L)

2) 뇌척수액 검사

W.N.L

3)방사선소견

① Brain MRI + Diffusion(2010. 7. 30)

Lacunar infarction, both basal ganglia and both cerebellum

Ischemic infarction, both Peri-Ventricular White Matter and right occipital lobe

Senile brain atrophy

② T-L spine MRI(2010. 7. 30)

본원 영상의학과 소견 상 Diffuse bulging disc,

L4-5, L5-S1. Spondylosis of spine 소견만 나타났으나, 전원한 대학병원 영상 소견 상 T2W1 영상에서 High intensity on intramedullary spinal cord from T2 Level to T3 있다고 하였다.

본원 신경과 consult 한 결과 T2 영상 상 high signal 소견 보이는 상태로 대학병원 진단인 spinal cord infarction이 적절하다는 소견 받았다(Fig 1, 2).



Fig. 1. MRI of thoracic spine.



Fig. 2. MRI of lumbar spine.

③ Abdomen CT(2010. 8. 1)
Small Lt. effusion
Atherosclerotic plaque calcification, Aorta
Lung, mediastinum Grossly W.N.L

10. 치료

① 침구치료(동방침구침, 0.25×40mm, 동방미니
뜸)

1일 1회 刺針, 1일 1회 間接灸 시행.

하지 마비증상 및 통증치료에 대하여 董氏鍼法원리 중 動氣鍼法 및 牽引鍼法⁸⁾을 병행하여 치료 하였으며, 排尿障碍와 관련하여 體鍼法을 사용하여 鍼治療와 間接灸시술을 입원 시 부터 퇴원 시까지 병행하였다.

右手: 靈骨, 五虎,

手陽經 俞穴: 三間(大白), 中渚, 後谿

左足: 足陽經 俞穴: 陷谷, 臨泣, 束骨

腹部: 天樞, 關元, 石門, 氣海(침치료와 간접구 시술 병행)

② 한약치료

초기 환자 및 보호자가 만성 신부전 관련하여 한약 투여 거부 하였으나 지속적인 한약의 안정성 설명 및 치료 상 필요성 설명 하여 8월 10일부터 補中益氣湯元方(黃芪 6g 人蔘4g 白朮 4g 甘草4g 當歸身 陳皮 2g 升麻 柴胡 1.2g)을 2첩3팩으로 투여하고, 8월 28일부터 3첩 3팩으로 증량하였으며 탕약은 水煎하여 1일 3회, 食後服 하였다.

③ 양약치료

본원 입원당시 Astrix(Aspirin enteric coated 100mg)1T#1, Crestor Tab 10mg(Resuvastatin Calcium 10.4mg) 1T#1, Diovan Tab 80mg (Valsartan 80mg) 1T#1,

Tramaconti CR Tab100mg(Tramadol HCL 100mg) 1T#1 복용 중이었으며, 상기 복용내용 관하

여 동수원한방병원 동서 협진과에 진료 의뢰하여 Asprin Protect (Aspirin enteric coated 100mg) 1T#1, Lipinon Tab 10mg (Atorvastatin calcium 10.36mg)1T#1 으로 대체하고 Diovan은 1T#1 으로 유지 하였다. 입원 중 9월 9일 동수원병원 신장내과에 의뢰하여 anemia 및 UTI 관련하여 ceftriaxone 2g 정맥내 주사 (ceftriaxone sodium 2g) 및 ferrumpora (ferric hydroxide polymaltose complex 357mg) 투여하고 Diovan을 Osartan 50mg(Losartan potassium 50mg)으로 변경 하여 퇴원 시 까지 유지 하였다.

④ Nelaton Catheterization

배뇨장애 상태로 Foley Catheter 시행 권유 하였으나 본인 및 보호자 강력히 거부하여 증상 호전 시 까지 Nelaton Catheterization 시행 하였다. 환자 배뇨욕구는 있으나 간헐적 배뇨 가능한 상태로 환자가 원할 경우 시행하는 것을 원칙으로 하였다.

⑤ 재활운동치료, 물리치료 및 기타 한방치료

환자 하지무력 증상과 관련하여 근력회복 및 관절 구축의 방지를 위해 재활운동치료를 8월 9일부터 퇴원 시 까지 병행하였으며, 그 외 기타 한방치료 및 물리치료는 시행하지 않았다.

11. 결과

1) 좌하지운동장애

입원당시 Grade Poor-(2-) 상태에서 퇴원 시 Grade Fair+(3+) 까지 좌측 하지 마비 증상이 호전 되어 지팡이 보행까지 가능한 상태로 퇴원하였다 (Fig 3).

2) 좌하지통증

평가를 위해 시행한 VAS는 입원당시 8에서 점차 호전되는 양상으로 나타나 퇴원 시 3으로 감소하였다(Fig 4).

3) 소변장애

입원 후 익일 기준으로 배뇨곤란으로 시행한 Nelaton Catheterization(N/C) 시행 횟수를 기준으로 하였다. 처음 1일 2회에서 많게는 4회까지 N/C 시행 횟수가 증감 하였으나 8월 28일 이후 스스로 배뇨가능 상태 유지되어 퇴원 시 까지 시행하지 않았다(Table II).

4) 신기능

평소 만성신부전 상태로 신기능 유지여부를 판단하기 위해 입원 중 총 6회 BUN/Cr

level을 check 하였으며, 입원당시와 퇴원 시 BUN/Cr level은 안정적으로 유지 되었다(Table III).

IV. 고찰

척수경색은 뇌경색에 비해 매우 드문 질환으로 과거에는 매독성 혈관염이 가장 많은 원인이었으나 현재는 심혈관 수술에 의한 경우가 가장 많다. 그 외에도 심인성 색전, 섬유연골 색전, 동맥박리, 심장마비, 감염, 의인성 원인, 임신, 종양 및 외상 등이 있다. 그

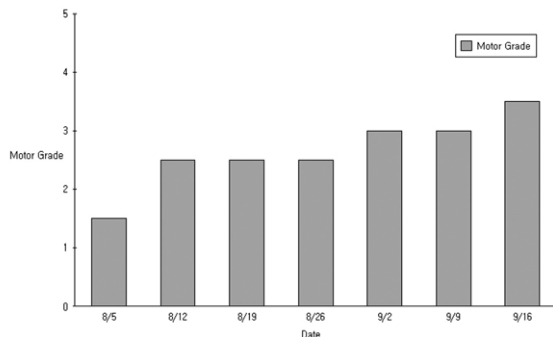


Fig. 3. Change of motor.

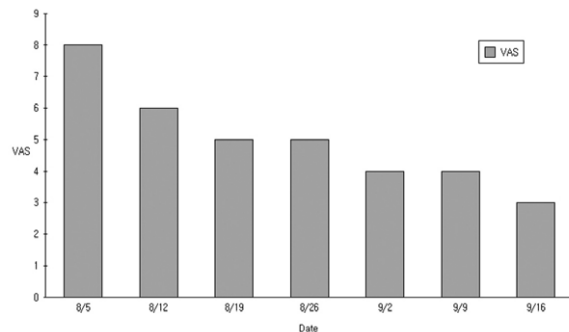


Fig. 4. Change of VAS.

Table II . Number of Nelaton Catheterization

date	8/6	8/7	8/8	8/9	8/10	8/11	8/12	8/13	8/14	8/15	8/16	8/17
N/C횟수	2	0	0	0	3	2	4	4	2	2	0	3
date	8/18	8/19	8/20	8/21	8/22	8/23	8/24	8/25	8/26	8/27	8/28	9/16
N/C횟수	2	3	3	3	4	0	3	2	2	2	0	0

Table III . BUN/Cr Level

Date	8/5	8/9	8/12	8/23	8/30	9/6
BUN/Cr	37.2/2.09	31.9/1.73	31.2/1.80	23.4/1.41	41.7/1.53	34.2/1.59

러나 뇌경색과 달리 동맥경화증은 드물다. 척수의 종축에서 혈관의 경계대는 이론적으로는 대신경근 동맥의 위 쪽 경계와 목늑골동맥(costocervical trunk)의 아래쪽 경계사이인 T4에서 T8 척수까지가 가장 취약한 곳이다. 그래서 목늑골동맥이 담당하는 아래 쪽 경수(cervical cord)는 관류장애에 상대적으로 잘 견딜 수 있어서 경수에서는 C4 척수근처가 취약하다¹⁰⁾. 반면, 최근 현대의 논문들이 척수혈관의 해부학과 특별한 임상적 증후군들을 정의해 왔지만, 척수경색의 자연력이나 예후 등을 광범위하게 정의하기엔 증례수가 너무 적었다. 따라서 척수경색의 다발 부위나 예후 등에 대해 아직까지 논란이 되고 있다¹¹⁾.

증상은 급성 또는 아급성으로 발병하고 양하지 또는 사지의 운동마비, 동통, 근육이 위축되고 팔약근 장애가 뚜렷하여 二便장애가 있으며, 淺深감각분리로 痛覺과 溫覺은 소실되고 深部感覺은 유지된다. 어떤 경우는 전 척수동맥 혈전증이 생기기 전에 간헐적인 척수 허혈 발작이 있기도 하다. 뇌 척수액 검사상 대부분 정상이고, 척수 CT상 척수 표면이나 척수 내 밀도가 불균 등하고 척수 내 저밀도 음영이 나타난다. MRI 가 최근 가장 좋은 진단 방법으로 여겨지고 있으며 T1, T2 image에서 spinal cord의 hypertrophy와 Linear hyper-intensity가 관찰 된다¹²⁾.

본 증례에서 환자는 좌측하지의 편마비 및 통증, 배뇨장애를 주소로 하여 대학병원 진료 후 본원으로 전원 하였다. 전원당시 임상증상이 전형적인 척수경색증상과는 약간의 차이가 있었고, T-L spine MRI 상에서도 확연히 척수 경색으로 진단 할 수 있을 만한 영상소견이 불명확 하여 진단하는데 어려움이 있었다. 일단 대학병원에서 시행한 뇌척수액 검사, 복부 CT, T-L spine MRI, 뇌 MRI 및 진료소견상 척수경색으로 진단이 되었고, 환자의 주소증과 검사소견을 종합하여 본원 신경과에 진료 의뢰한 결과 척수경색증임을 확인할 수 있었다.

대개 척수경색은 하지의 양측성 마비를 주로 하고 동통, 팔약근 마비, 심부건반사의 소실을 주 증상으로 한다고 보고되어있다¹³⁾. 본 환자의 경우 좌측하지

의 단마비(monoplegia)를 주소로 하고 있으므로 감별진단을 위해 하지 단마비를 일으킬 수 있는 질환에 대하여 연구해 보았다. 단마비란 상하지 중 하나만 마비되어 있는 상태다. 근위축이 있는 경우 척수, 척수근, 말초신경, 또는 근육의 문제가 많고, 근위축이 없는 경우 주로 대뇌피질 운동영역의 장애에 의한 것이 많다¹²⁾.

대뇌의 문제인 경우 전대뇌동맥(Anterior Cerebral Artery, ACA)의 경색을 들 수 있는데, ACA는 frontal lobe의 운동중추 안쪽에 혈액을 공급하므로 마비가 발생하여도 중대뇌동맥 경색과는 달리 팔보다 다리에서 마비가 심하며 감각장애는 심하지 않고, 생겨도 발과 다리에 국한된다. 이외 요실금, 무감동, 병어리증, 의지상실증 등이 나타날 수 있다¹³⁾. 척수의 문제인 경우 염증성 척수질환으로 감염성, 비감염성 척수 질환으로 인하여 상기 문제가 동반 될 수 있다. 감염성 척수질환으로는 바이러스성, 세균성, 결핵성 감염 등이 있고, 비감염성 척수질환의 경우 대표적으로 특발성 횡단성 척수염을 들 수 있다. 또한, 혈관성 척수질환으로 척수경색, 척수출혈, 척수혈관 기형 등이 문제를 야기할 수 있고, 압박성 척수질환으로 척수종양, 척추관 협착증, 척추디스크 등을 들 수 있다. 신경변성 및 탈 수초 질환으로는 다발성 경화증, 근 위축성 측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS) 등을 들 수 있다¹⁴⁾.

상기 환자의 경우 상기한 여러 질병 중 모두 정확한 진단 기준을 충족시키지 못하나 진단기기 및 임상증상을 종합하여 척수경색으로 진단할 수 있었다. 정신과적인 심리적 문제를 지닐 만한 사건이 없는 점, 뇌 MRI상 특이소견이 없는 점, 뇌 척수액 검사상 염증 및 단백질치의 증가가 없는 점, T-L spine MRI 검사상 T2 영상의 hyperintensity 존재 및 그 외 압박성 척수 질환이 없는 점, 복부 CT상 Aorta의 artherosclerotic plaque calcification이 존재하는 점 등을 들어 본 진단의 타당성에 대하여 설명하고자한다. 단, 근전도등을 통해 말초성 근 신경 접합부 장애를 제외하는데 제한이 있었다.

척수경색은 한의학적으로 痿症의 범주에 속한다고 볼 수 있는데, 痿症은 肢體의 筋脈이 弛緩되어 手足이 痿軟無力함으로 말미암아 수의적으로 운동을 할 수 없고 感覺障礙, 痛症을 동반하기도 하는 병증으로 下肢萎弱이 많아 痿躄, 足痿라고도 한다¹⁵⁾. 痿症의 病因病機는 黃帝內經 素問 痿論²⁰⁾ 중에 肺熱葉焦가 제시된 이래 제가들이 이를 추종하였으며 火熱之邪로 인해 肺津이 灼傷되는 것을 주원인으로 보았다. 主因으로는 外氣의 영향, 情志失調, 攝食不良, 攝生不良, 外傷등으로 대별할 수 있고 病因病機는 熱傷肺津, 濕熱浸淫, 脾胃損傷, 肝腎虧虛, 瘀血阻絡 등으로 인식할 수 있고 丹溪 이후에 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 陰虛, 死血, 食積 등으로 구분되는 경향이 있었으며, 張景岳에 이르러 元氣虛弱에 의한 원인도 있음을 지적하였고 脾胃肝腎을 장부관계상 중요한 작용을 하는 것으로 보았다. 역대의 痿症은 弱而不用하면서 不通이라고 하여 痛症의 유무로 痺症과 구분 짓고 있으나 후대로 오면서 痿症에도 痛症이 발생할 수 있으며 이때는 반드시 火, 痰, 濕, 瘀 등을 끼고 있다고 하여 痺症과 유사하게 痛症과 麻木이 발생할 수 있다고 하였다¹⁶⁾.

본 증례 환자의 경우 좌측하지의 單麻痺, 좌측하지 痛症, 排尿障礙를 주소로 하고 있었으며, 입원 시 활력징후는 모두 정상이었다. 혈액검사 및 요검사항상 하부요로감염 소견이 있었으나, 배뇨장애로 Foley catheter 시행 병력이 있고, 활력징후 상 특이 소견 보이지 않아 추후 동수원병원 신장내과에 의뢰하여 치료를 시행하였다. 치료에 있어 척수경색은 서양의 학에서도 특이적인 치료가 없고, 대증치료 위주로 이루어진다는 점을 감안하여, 痿症의 범주에서 한방치료를 시행하였다. 辨證上 體型은 細長型으로 肌肉이 힘이 없고 처지는 경향을 보이면서, 無氣力, 頭重感, 顔微黑, 脈無力, 舌質淡紅, 薄白苔, 下腹部無力, 食慾不振, 消化不良, 便秘, 嗜眠 등 증상을 감안하여 脾胃氣虛로 변증하고 益氣昇陽, 脾胃調補하는 補中益氣湯²⁷⁾을 원방 그대로 사용하였다. 입원당시 만성 신부전 병력으로 한약투여 거부하여 지속적인 설득 후에

8월 10일부터 2침을 3포로 하여 투약 하였으며, 하지 무력, 무기력, 소화불량등 제반 증상의 호전이 있어 8월 28일부터 3침을 3포로 증량하여 투여하였다.

침치료는 좌하지단마비 및 통증에 초점을 맞춰 董氏奇穴常用三種鍼法중 動氣鍼法과 牽引鍼法을 병행하여 사용 하였으며 小便不通에는 體鍼法을 이용하여 근위취혈로서 복부의 天樞, 關元, 石門, 氣海穴에 침치료 및 간접구 시행을 겸하였다.

牽引鍼法은 痛痺麻症에 대한 치료효과가 있다고 알려져 있으며 疏道平衡을 병행하는 것으로 對側遠處의 一端의 穴位와 同側遠處의 다른 일단의 穴位로 상호견인하는 형태를 이루는 것으로 通則不痛 처럼 즉시 동통을 억제함으로써 치료하는 침법이다. 일반적으로 患側 經絡의 俞穴을 위주로 택하고 對側 經絡의 俞穴을 병행하여 서로 감응케 함이며 動氣鍼法과 到馬鍼法을 병행하면 효과가 더 좋다고 알려져 있다⁸⁾. 이에 환자의 좌측 족양경의 俞穴인 陷谷, 臨泣, 束骨 우측 수양경의 俞穴인 三間(大白), 中渚, 後谿穴을 사용하였으며 全身骨痛에 사용하는 五虎穴, 半身不隨, 脚痛에 사용하는 靈骨穴을 병행하였다¹⁸⁾.

양약은 환자의 기존 복용 중이던 신부전 관련 혈압약, 항 혈소판제를 지속적으로 투여 하는 것을 원칙으로 하였고, 빈혈과 하부요로감염과 관련하여 본원 신장내과에 의뢰하여 투약한 것을 제외하고 여타 다른 치료는 하지 않았다.

환자 하지무력 증상과 관련하여 근력회복 및 관절 구축의 방지를 위해 재활운동치료를 8월 9일부터 퇴원 시 까지 병행하였으며, 그 외 기타 한방치료 및 물리치료는 시행하지 않았다.

환자는 좌하지마비, 좌하지통증, 배뇨장애 증상과 관련하여 발병 후 12일부터 한방 치료가 이루어 졌으며, 42일간 입원치료 받았다. 좌하지 마비 증상은 침 치료 시작 후 1주일 후 MMT Poor-(2-)에서 Poor+(2+)로 호전 되었으며, 4주 후 Fair(3)로 호전, 5주 후 Fair+(3+)로 호전되었으며 퇴원 시 까지 Fair+(3+)로 유지하여 지팡이 보행이 가능한 상태까지 호전되었다. 좌하지 통증은 입원 시 VAS 8에서 1

주 후 VAS 6, 4주 후 VAS 4, 6주 후 VAS 3으로 유지된 상태에서 퇴원하였다. 배뇨장애는 Nelaton Catheterization 시행 횟수로 호전 여부를 진단하였다. 8월 5일 입원 시부터 8월 27일까지는 0회에서 4회까지 증감을 반복하다가 8월 28일 이후로는 스스로 소변을 볼 수 있는 상태에서 퇴원하였다. BUN/Cr 수치검사는 퇴원 시 까지 총 6회에 걸쳐 시행되었으며 안정적인 상태로 유지되었다.

척수경색은 서양의학에서도 확실한 치료법이 없는 질환이다. 발생빈도가 적고 사망률 22%, 호전을 18%에 그치는 질환으로¹⁾ 국내외적으로 학술지에 보고된 바가 적고 특히 한방치료에 대해서는 3차례에 걸친 증례보고⁵⁻⁷⁾에 그치고 한방치료의 효과에 대한 연구가 미흡한 실정이다. 본 증례의 경우 한방치료로 척수경색의 호전이 될 수 있음을 보여준 사례로 향후 이 질환에 대한 한의학적 접근과 치료방법에 더 많은 관심과 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결 론

척수경색에 대한 기존의 한의학적 연구가 미흡한 상황에서 좌하지단마비, 좌하지통증, 배뇨장애를 주소로 하는 환자에 한방치료를 시행한 환자 1례에 대하여 유의한 치료효과를 경험하였기에 보고하는 바이며, 향후 이 질환에 대한 한의학적 접근과 치료방법에 더 많은 관심과 연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 참고문헌

1. 대한신경과학회. Neurology. 서울:군자출판사 2007 :654-62.
2. 진귀정, 양사주. 實用中西醫結合診斷治療學. 서울:일중사 1992:776-8.
3. 李炳幸. 鍼道源流重磨:考試研究院,1985:344-53.
4. 한방재활의학과학회. 한방재활의학 서울: 군자출판사 2007:136.
5. 이승우, 한상원. 척수경색증에 대한 증례보고. 대한침구학회지 1996 ;13(1):174-80.
6. 김수연, 권보형, 송범용. 척수경색으로 진단된 사지마비환자 1례에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지 2000 ;17(4):200-10.
7. 이승현, 손지형, 정효창, 한승혜, 남영. 환도혈 자침후 척수경색으로 인한 하지마비 호전 증례 1례. 대한침구학회 임상논문집 2003 ; 단행권, 단일호:144-52.
8. 양유걸. 양유걸전집(1판). 고양:대성의학사. 2005:74-80.
9. 대한통증학회. 통증의학(둘째판). 서울:군자출판사. 2000:3.
10. Benavente O, Barnett HJM. Spinal cord ischemia. In: Barnett HJM, Mohr JP, Stein BM, Yatsu FM. Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. 3rd ed. New York : Churchill Livingstone, INC. 1998:751-65.
11. 이광훈. Adamkiewicz 동맥의 폐색에 의한 척수경색 1례. 대한신경과학회지 1998;16(4) :597-600.
12. 한방재활의학과학회. 한방재활의학 서울: 군자출판사 2007:133-4.
13. 대한신경과학회. Neurology. 서울: 군자출판사 2007 :548-55.
14. 대한신경과학회. Neurology. 서울: 군자출판사 2007 :593,654-70,717.
15. 중의연구원. 중의증상감별진단학. 북경: 인민위생출판사. 1987:191-2.
16. 김성수, 금동호. 위증에 대한 문헌적 고찰. 동국한의학연구소논문집. 1997;7(2):82-95.
17. 李東垣. 東垣十種醫書. 서울: 五洲出版社. 1981:105-6.

18. 양유걸. 양유걸전집. 고양: 대성의학사. 2005: 146,162. 1999:17-8.
19. 김진호, 한태륜. 재활의학. 서울: 군자출판사. 20. 王氷. 新編 黃帝內經 素問. 서울: 대성문화사. 1994:271-4.