

증례

외상성 상완신경총 환자 1례에 대한 한의학적 임상증례보고

최이정¹ · 신화영¹ · 김성진¹ · 이용은¹ · 이봉효¹ · 이윤규¹ · 김재수¹ ·
이현종¹ · 권효정¹ · 정태영² · 임성철¹

¹대구한의대학교 한의과대학 침구경혈학교실
²제한동의학술원

Abstract

Clinical Study on the Case of Patient with Traumatic Brachial Plexus Injury

Choi Yi-jeong¹, Shin Hwa-young¹, Kim Sung-jin¹, Lee Yong-eun¹,
Lee Bong-hyo¹, Lee Yun-kyu¹, Kim Jae-su¹, Lee Hyun-jong¹, Kwon Hyo-jung¹,
Jung Tae-young² and Lim Seong-chul¹

¹Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Meridian & Acupoint,
College of Oriental Medicine, Deagu Haany University
²Je-Han Oriental Medical Academy

Objectives : The purpose on this study is to report clinical effects of oriental medicine for traumatic brachial plexus injury.

Methods : The patient was treated using acupuncture, electroacupuncture, beevenom acupuncture treatment, herbal medication, moxibustion and physical treatment. And the effects for traumatic brachial plexus injury have measured in VAS, sthenometry and dermatome of upper limb.

Results : 1. VAS of upper limb pain was changed to go down at less than half.
2. Sthenometry was improved slowly than VAS.
3. Dermatome of upper limb were improved gradually.

Conclusions : Oriental medical treatment showed positive effect on traumatic brachial plexus injury

Key words : traumatic brachial plexus injury, VAS, sthenometry, dermatome, beevenom therapy

· 접수 : 2012. 3. 12. · 수정 : 2012. 3. 31. · 채택 : 2012. 3. 31.
· 교신저자 : 임성철, 경북 포항시 남구 대잠동 907-8 대구한의대학교 부속포항한방병원 침구의학과
Tel. 054-271-8009 E-mail : now123@dreamwiz.com

I. 서론

상완신경총 손상(brachial plexus injury)은 20~30대의 활동기 연령 남성에서 빈발하며 교통사고, 상지의 과다견인, 경부의 강타, 출산 시 손상, 국소마취제의 신경 내 주사 등 여러 원인이 있다. 손상부위에 따라 upper plexus type과 lower plexus type으로 분류하는데, 전자는 C5~6 신경근위주의 손상에 기인하여 삼각근, 상완이두근, 상완근 및 상완요골근의 마비와 위축, 후자는 C8~T1신경근위주의 손상에 기인하여 수근과 완관절굴곡근의 마비와 위축이 위주가 된다¹⁾. 임상증상으로는 목, 어깨 및 상완부의 통증과 상지의 감각저하, 수부의 종창 등이 발생한다²⁾.

서양의학적인 치료는 손상이 폐쇄성인지 개방성인지에 따라 다르며 신경박리술이나 이식술 등의 외과적인 수술에서의 최적시기에 대해서는 아직 논란이 있다. 일반적으로 개방성인 경우는 가동력과 자가증상의 호전유무를 관찰하여 수상 후 8주차까지 관찰 후 호전이 없으면 신경박리술이나 이식술을 시행한다. 폐쇄성인 경우는 예리한 열창에서만 즉시 일차적 봉합술을 시행하며 이외에는 수개월간 추시 후 회복징후가 없는 경우 이차적 봉합술을 시행한다. 출산손상은 보존치료로 하되 회복이 전혀 없으면 시험적 수술을 기도해 본다³⁻⁵⁾.

상완신경총을 구성하는 것은 신경근, 신경줄기 등인데, 이들의 원발성 혹은 속발성으로 인한 병소가 일으키는 동통을 상완총 신경통이라 한다. 그 특징이 견부 및 상지의 동통이기에 한의학에서는 견비통이라고 칭하며, 주요 원인은 寒濕邪가 경락에 있거나 痰濕이 경락에 유입되거나, 외상으로 인한 어혈이 경락의 순행을 장애하거나 기혈운행이 손상되거나 불통하게 되는 것이다²⁾.

저자는 교통사고로 항부동통, 상지부저림, 우측상지부감각저하, 악력저하를 주소로 양방병원에서 상완신경총 손상을 진단 받고 2개월간 치료 후 대구한의대학교 부속포항한방병원에 내원한 환자 1례를 2011년 8월 1일부터 2011년 8월 30일까지 봉침을 위주로 한 복합적 한방치료를 통하여 유의한 치료효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 증례

1) 환자

박○○(M/42)

2) 주소증

- ① 항부동통, 우측 상지부저림
- ② 우측 상지부 감각저하, 악력저하

3) 발병일 및 진단일

2011년 6월 4일

4) 과거력

- ① 심이지장궤양, 위천공 : 1990년 진단. 보존적 요법 후 소실
- ② 고혈압, 당뇨, 심장질환 없음, 평소 별무이상

5) 가족력

별무

6) 현병력

2011년 6월 4일에 교통사고에 의한 상해에 의하여 타 의료기관에서 spine MRI(magnetic resonance imager) 및 근전도 검사 상 2011년 6월 5일 제6, 7번 경추신경근 손상을 진단 받은 후 10일간 입원치료 중 상완신경총 손상 진단을 2차적으로 받은 후 선택적 신경근 차단술을 4회 시술 받았으나 주소 상태 여전하여 2011년 8월 1일부터 대구한의대학교 부속포항한방병원 외래 통해 내원하여 입원하였다.

7) 진단명

- ① 肩臂痛
- ② 상완신경총 손상

8) 치료기간

2011년 8월 1~30일까지(총 30일간)

9) 초진소견

身體壯實 面色紅 多汗, 汗出而快. 消化良好, 熟眠, 大小便利得. 脈有力或滑或弦, 患側脈力微細於健側 舌苔白 質紅

선택적 신경근 차단술 시술 후에도 기상직후 우측

상지부, 특히 완관절부 이하로 부종을 동반하는 동통 및 감각 저하와 악력저하를 호소하였고 간헐적으로 大魚際部와 小魚際部로 작열통이 발하였다. 항부 경결로 인해 경추의 후굴동작 시 항부 동통 및 우측 상지부저림의 미약화로 일상생활 곤란하였다.

10) 검사소견

(1) Spine MRI

별무이상

(2) EMG

C5(Elbow fx.)	: Rt.(4+)	Lt.5
C6(Wrist ex.)	: Rt.(4+)	Lt.5
C7(Elbow ex.)	: Rt.(4+)	Lt.5
C8(Finger fx.)	: Rt.(4+)	Lt.5
T1(Hand ab.)	: Rt.(4+)	Lt.5
Lower Extremity	: Rt	Lt
L2(Hip fx)	: Rt.(5)	Lt.5
L3(knee ex.)	: Rt.(5)	Lt.5
L4(Ankle dorsi.)	: Rt.(5)	Lt.5
L5(G/T dorsi.)	: Rt.(5)	Lt.5
S1(Ankle plantar.)	: Rt.(5)	Lt.5
Hoffman's sign	Rt. 있음	(0)없음
	Lt. 있음	(0)없음
Babinski sign	Rt. 있음	(0)없음
	Lt. 있음	(0)없음
Ankle clonus	Rt. 있음	(0)없음
	Lt. 있음	(0)없음
DTR ++/++		
SLRT free/free		
NIC : (-)		
FNST	Rt. 있음	(0)없음
	Lt. 있음	(0)없음
Patrick test	Rt. 있음	(0)없음
	Lt. 있음	(0)없음
DP pulsation	Rt. (0)있음	없음
	Lt. (0)있음	없음

(3) Manual Muscle Testing⁶⁾

Grade 4

Table 1. Manual Muscle Testing

grade 0	No contractile can be felt in the gravity eliminated position
grade 1	The muscle(s) can be palpated while the patient is performing the action in the gravity eliminated position
grade 2	Patient has all or partial range of motion in the gravity eliminated motion
grade 3	Patient can tolerate no resistance but can perform the movement through the full range of motion
grade 4	Patient can hold the position against strong to moderate resistance, has full range of motion
grade 5	Patient can hold the position against maximum resistance and complete range of motion

11) 치료

(1) 침치료

① 도구

침의 종류는 stainless steel 호침(동방침구제작소, 한국, 0.25×30mm)을 사용하였으며, 전침의 경우 POINTER F-3 저주파 전침(ITO주식회사, 일본)을 1.3-20Hz, 9V상태의 연속파로 조정 후 사용하였다.

② 혈위

舍巖鍼法 : 瘀血方 - 太白·太淵 補, 曲池·外關 瀉, 迎隨補瀉 15分 留鍼⁷⁾

體鍼 : 合谷·太衝 直刺 15分 留鍼. 肩髃·曲池·手三里·陽谿 直刺 15分 電鍼⁸⁾

(2) 蜂鍼

10% sweet bee venom(대한약침학회, 한국)을 주사기(1회용 인슈린 주사기, 신아양행, 한국)에 첫 시행 일 총 0.2cc 이후 익일부터 0.2cc씩 4일마다 증량하였다. 혈위의 종류 및 총 봉침투여량을 조절하여 치료종결일에는 총 1.6cc로 第6頸椎拔脊穴·肩井·肩髃·肩髃·肩中·建中·曲池의 혈위^{8,9)}에 실시하였다(Table 2).

Table 2. Protocol of Beevenom Acupuncture Treatment

투여 기간	투여 용량 (10% sweet bee venom)	투여 혈위
1일	0.2cc	第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃
2~5일	0.4cc	第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃·肩中·建中
6~9일	0.6cc	第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃·肩中·建中·曲池
10~13일	0.8cc	第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃·肩髃·肩中·建中·曲池
14~17일	1.0cc	第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃·肩髃·肩中·建中·曲池
18~21일	1.2cc	第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃·肩髃·肩中·建中·曲池
22~25일	1.4cc	第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃·肩髃·肩中·建中·曲池
26~30일	1.6cc	第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃·肩髃·肩中·建中·曲池

(3) 기타

① 약물치료

2011년 8월 1~8월 16일까지 太陰人 熱多寒少湯¹⁰⁾
葛根 16g, 黃芩·蘘本 각 8g, 桔梗·蘿菴子·白芷·
升麻·阜角刺 각 4g

2011년 8월 17~30일까지 太陰人 熱多寒少湯
葛根 16g 黃芩·蘘本 각 8g, 桔梗·蘿菴子·白芷·
升麻·阜角刺·桑枝 각 4g

②灸

回春灸(봉래구관사, 한국)를 사용하였으며 第6頸椎
挾脊穴·肩井·肩髃·肩髃·肩中·建中·曲池·孔

Table 3. Protocol of Moxibustion

투여 기간	투여 혈위
1~7일	第6頸椎挾脊穴, 肩井, 肩髃, 肩髃, 曲池, 外關, 陽谿, 合谷, 後谿
8~14일	肩井, 肩髃, 肩髃, 肩中, 建中, 孔最, 外關, 後谿, 前谷, 小澤
14~21일	第6頸椎挾脊穴, 肩井, 肩髃, 肩髃, 曲池, 外關, 陽谿, 合谷, 後谿
22~30일	肩井, 肩髃, 肩髃, 肩中, 建中, 孔最, 外關, 後谿, 前谷, 小澤

最·外關·陽谿·合谷·後谿·前谷·小澤의 혈위^{8,9)}를
선택한 후 피부의 손상을 고려하여 투여부위를 정기
적으로 교대하였다(Table 3).

③ 物理治療 및 溫熱療法

TENS는 내원 후 2주차까지 상부승모근, 능형근,
삼각근부에, Paraffin bath는 3주차 이후로 우측완관
절부 이하에 주6회 활용하였다. Ultrasound는 주 6회
상부승모근, 능형근, 삼각근부에 적용하였다.

입원 직후부터 가벼운 스트레칭 운동을 격려했고
입원 2주차부터 상완신경총 손상 후유증 재발을 위한
스트레칭 매뉴얼 제공¹¹⁾ 후 꾸준히 운동하게 하였다.
Hot pack은 오전 오후로 나누어 2회/일 시행하였다.

12) 평가방법

(1) 시각적 상사척도(visual analogue scale)¹²⁾

대상자의 지각된 통증을 측정하기 위하여 10cm의
수직선의 제일 위쪽에 10(아주 심한 통증), 제일 아래
쪽에 0(통증 없음)이라고 적은 시각적 상사척도를 이
용하여 대상자가 직접 자신의 통증 정도를 일직선상
에 체크표시하도록 하여 통증이 없는 상태에서 표시
된 지점까지를 cm 자로 재어서 점수화하여 표현하는
방법이나 편의상 입원 시의 통증을 10으로 기준하여
치료 후의 VAS 수치를 매일 오전 8 : 00시에 1회 조
사하였다(Table 4, Fig. 1).

(2) 근력측정(sthenometry)¹³⁾

근력측정은 손의 최대근력인 악력을 측정하였다.
악력은 아날로그 악력계(TANITA hand grip meter
No. 6103, 일본)를 사용하여 손가락 힘응력과 전완굴
근과 수근의 최대근력을 측정하였다. 측정방법은 피
험자가 정면을 향하여 빠르게 선 채로 두 팔을 늘어
뜨려 건축인 좌측의 팔부터 악력계를 쥐고, 거드랑이
를 약간 피운 채 최대로 힘을 발휘하여 그 수치를 확
인한 후 환측인 우측의 팔로도 동일하게 시행하여 건
측과 비교하여 백분율로 측정하였다.

(3) 피부분절(Dermatome)¹⁴⁻¹⁶⁾

면봉과 stainless steel 호침(동방침구제작소, 한국,
0.30×50mm)을 이용하여 매일 上肢部 三陽經上의 좌
우감각차를 조사하였다. 침 끝으로 찌르거나 긁는 자
극을 불규칙하게 하여 환자가 자극의 형태를 예상하
지 못하게 하였고, 환자가 자극을 구분할 수 있도록

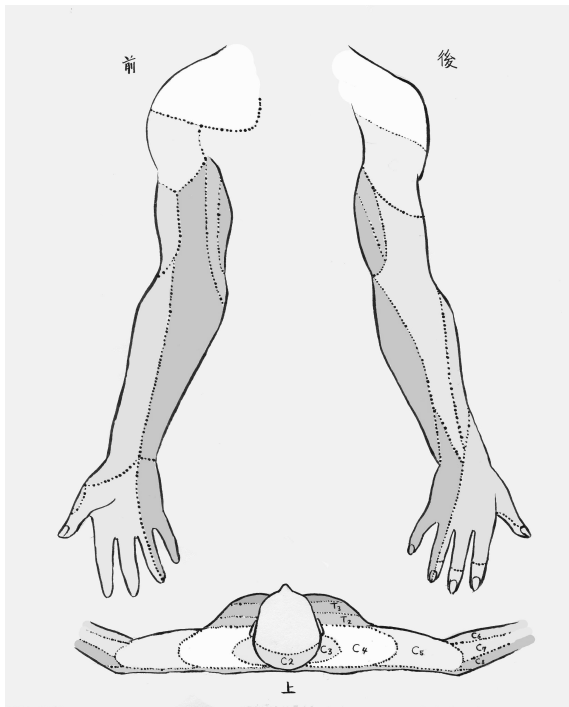


Fig 1. Dermatomome of upper limb

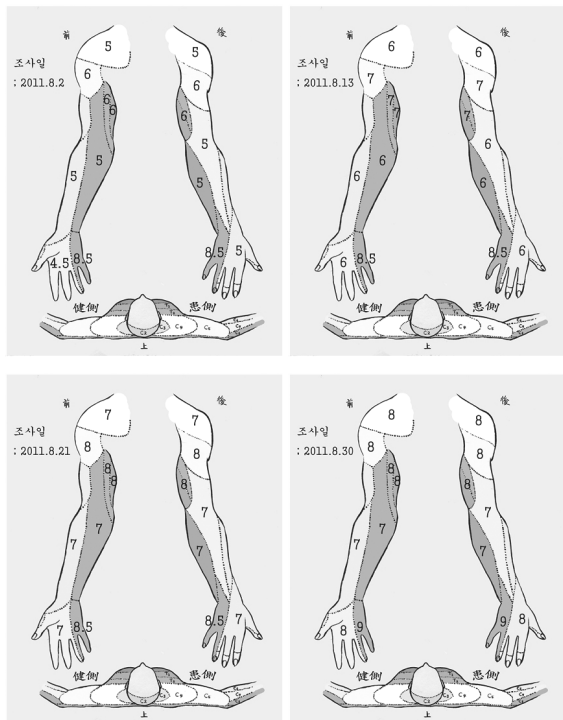


Fig. 2. Dermatomome variations of upper limb

각각의 자극 사이에 충분한 시간간격을 두었다. 8월 2일, 8월 13일, 8월 21일, 8월 30일의 4회에 걸쳐 皮膚節마다 세부적으로 감각 차이를 확인하였다. 측정일의 皮膚節別 저하도를 평균하여 수치를 단일화하였

다. 건측인 좌측의 팔부터 확인한 후 환측인 우측의 팔로도 동일하게 시행하여 건측과 비교하여 백분율로 측정하였다(Fig. 1, 2).

13) 치료경과(Table 4, 5. Fig. 3, 4)

① 2011년 8월 1~17일까지

침, 봉침, 한약,灸, 물리치료, general self stretching therapy, 溫熱療法을 시행하였으며 항부동통에서 호전반응을 보이기 시작하여 시간에 비례하여 호전되었다. 약력저하, 감각저하는 미미한 호전이 인지되었으나 자각적 불편감 감소는 아직 없었다. 특히 상지부 저림은 주기적 확인 시점에서의 차이가 드러나지 않았다.

② 2011년 8월 18~30일까지

침, 봉침, 한약,灸, 물리치료, 상완신경총 손상에 대

Table 4. Change of Chief Complaint (VAS)

측정지표(VAS) 측정일	항부 동통	상지부 저림
8. 1	10	10
8. 5	9	10
8. 8	8	10
8. 10	7	10
8. 13	5	10
8. 18	4	9
8. 21	4	7
8. 23	4	7
8. 25	4	7
8. 29	3	5
8. 30	3	5

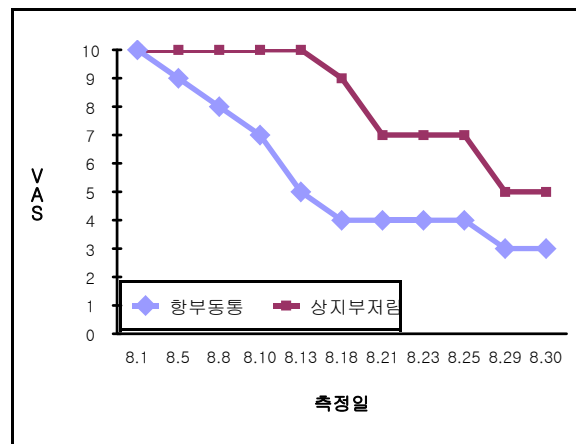


Fig 3. Change of chief complaint (VAS)

Table 5. Change of Chief Complaint (%)

측정지표(%) 측정일	약력저하	감각저하
8.1	40	50
8.5	40	50
8.8	40	60
8.10	50	60
8.13	50	60
8.18	50	60
8.21	50	60
8.23	50	70
8.25	50	70
8.29	60	75
8.30	60	75

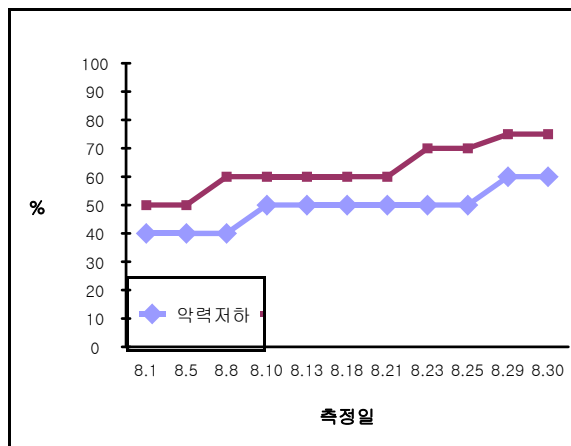


Fig 4. Change of chief complaint (%)

한 rehabilitation therapy, 溫熱療法을 시행하였으며 항부 동통의 호전반응은 완만해지면서 안정화되었고 상지부 저림과 약력저하, 감각저하에서도 치료개시일에 비해서 유의성 있는 호전반응이 관찰되었다.

III. 고찰 및 결론

상완신경총(brachial plexus)은 C5~T1의 척수신경으로부터 나온 복측신경근들의 결합에 의해 형성된다. C5와 C6, C7, C8과 T1이 각각 상중하의 신경간(trunk)을 형성한다. 신경간은 전후분지로 나뉘고 다시 3개의 신경속(cord)으로 재편성되어 액와동맥을 싸게 되는데, 이러한 가지들이 바로 상지와 체간의척

에 있는 근육들을 신경지배한다¹⁷⁾.

상완신경총 손상은 20대 및 30대의 활동기 연령에서 대부분 발생하며 특히 남성에서 더 빈발한다. 손상은 척수의 운동근 또는 지각근, 척수의 신경근 및 신경총의 간(幹, trunk)이나 삭(索, cord) 등 어느 곳이나 생길 수 있다. 상지의 과도한 견인, 경부의 강타, 출산 시의 상지 또는 어깨의 과도신장, 교통사고, 총창 또는 파편창, 경추의 골절 및 전위, 견관절의 탈구, 국소마취제의 신경 내 주사, 경부 또는 액와부 주위의 수술 등 여러 가지 원인과 기전에 의해 발생한다¹⁾. 그 중에서 김 등은 교통사고에 의한 것이 73.4%로 가장 흔하다고 하였다¹⁸⁾.

상완신경총 손상의 임상증상은 크게 肩神經炎, 上腕叢 神經炎, 肋鎖症候群과 頸肋症候群으로 구분해서 파악할 수 있다. 肩神經炎의 증상으로서 어깨 및 상완부위의 통증과 수일 후 뒤따르는 견부, 견갑부, 상완부 근육의 마비 및 위축과 감각장애 등이 나타나며 근전도 검사상에서 상완총이나 말초신경의 손상이 드러난다. 上腕叢 神經炎의 증상으로서 鎖骨上窩 또는 肩部 동통이 있으면서 上肢 전체로 과급되며 腋窩 등에 명현한 압통증상이 있다. 또한 감각의 이상상태가 발현되어 둔감해지거나 과민해지며 피부가 얇아져 붉고 종창되기도 하며 異狀 發汗 또는 국소부 無汗의 發汗障礙가 보이기도 한다. 肋鎖症候群과 頸肋症候群에서는 시리고 터질 듯한 통증과 환측 상지 전체를 아우르는 방사통 양상이 발생되기도 하며 손가락의 무딘 감각 또는 찌르는 듯한 날카로운 통증 등을 호소하기도 한다²⁾.

상완신경총 손상이 폐쇄성인 경우 이학적 검진과 자각증상 호소의 추이를 관찰하며 자연경과상 3~9개월 사이에 자연회복을 기대하고, 개방성이어서 수술 적응증인 경우 수상 후 3~6개월 사이의 수술시행이 가장 양호한 결과가 보고되고 있다¹⁹⁾. 운동력의 제한이 심한 경우에는 미세수술을 통한 신경수술을 시행하기도 하며 차단술 등으로 통증감각을 둔화시키기도 하지만 상기된 手術 後에 빈번하게 남는 감각둔마, 마목감, 약력차, 부종 등에는 뚜렷한 대책을 제시된 바 없으며 자연경과의 추이를 살피는 보조요법만을 사용할 뿐이다³⁻⁵⁾.

선택적 신경근 차단술은 경부 신경근병증(cervical radiculopathy)에서와 같이 경부통과 상지 방사통의 치료를 위해 비수술적 단계에서 시행하는 방법이다. 적응증의 환자들 중 68~88%에서 유의성 있는 호전도를 보이며 이는 스테로이드에 의한 항염증 효과 및

신경막의 안정화에 의한 통증 감소효과와 리도카인에 의한 항염증효과, 혈류개선 효과 및 신경장애를 감소시키는 효과로 알려져 있다²⁰.

肩臂痛은 肩胛部를 포함한 肩關節을 구성하고 있는 주위조직과 上肢의 肩膊部에 연관되어 나타나는 제반 통증을 포괄적으로 지칭하는 질환이며 病因에 대해서 《黃帝內經》 이래로 다양한 원인을 제시하여왔으나 근래에 이르러 內因과 外因으로 분류하여서 內因性은 痰飲에 기인하며 經絡之氣가 凝滯되고 氣血이 不暢되어 經筋의 작용이상을 일으키거나 혹은 肺와 心의 病邪가 肺에 流注하는 것이라고 하여 經脈과 연관된 臟腑에서 오는 것으로 설명하였고, 外因性은 風寒濕 三氣의 邪氣가 인체의 肩臂部에 침입하여 經絡之氣의 순환장애를 일으키거나 혹은 打撲, 捻挫 등에 의해서 발생하는 등 經脈에 外邪가 침범하여 발생한다고 설명하였다²¹.

본 환자는 needle EMG에서 우측 상완신경총의 activity가 비정상적으로 확인되었고 통증이 극심하여 4회의 선택적 신경근 차단술 시행 후에도 감각저하, 부종, 약력저하 등의 잔존병증을 보여주었으나 MRI상에서는 뚜렷한 병변을 찾을 수 없었다. 교통사고로 인한 상완신경총 손상에서 흔히 동반되는 골부나 근육부의 손상 역시 명확히 진단되지 않았으나 잔존통증, 상지부저림, 약력저하 및 감각저하 등으로 일상생활에 심각한 곤란 겪고 있는 상황이었다. 이를 항부 동통과 상지부 저림, 약력저하 및 감각저하를 중점적으로 보고 肩臂痛으로 辨證하여 접근하였다.

鍼治療는 1회용 毫鍼을 사용하였으며 受傷 原因을 고려하여 타박이나 충격으로 인한 손상이면서 기능장애를 동반하는 경우 고려되는 침치방인 畚鍼法 瘀血方을 선택하였다⁸. 또한 鎮痛과 通絡의 효능이 있는 合谷과 四肢關節의 酸痛에 효능이 있는 太衝의 조합인 四關穴 留鍼을 시행하였다. 이어 痛症部位에 접한 經穴들 중 혈위의 效能과 流注 經絡을 고려하여 肩髃·曲池·手三里·陽谿를 선택하고 電鍼을 1회/일 午前에 시행하고 留鍼時間은 15分으로 하였다. 肩髃는 肩關節痛에 曲池 등과 배오하여 사용되는 주된 치료 혈위이며, 曲池는 上肢關節痛에, 手三里는 肩臂痛에, 陽谿는 肘, 前腕의 마비에 사용되는 혈위이다. 또한 이들은 모두 手陽明大腸經에 속하므로 그의 外經病候인 肩胛, 上臂의 동통에 대한 치료효과를 배가하기 위한 選穴이었다⁸. 이들 혈위에 電鍼을 시행할 때는 근육의 수축이 일어나며 환자가 참을 수 있을 정도의 강도로 자극하였다.

蜂鍼은 소염과 국소기혈의 순환 촉진을 목표로 하였으며 인체 전신 기능의 향상과 신경 회복의 작용을 기대²²하였다. 경혈과 경외기혈중 上肢의 瘧, 頭項強, 肩關節痛, 臂痛, 肩重舉上不能, 上肢關節痛에 효과가 있다고 알려진 第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃·肩髃·曲池를 선택⁸하고 董氏奇穴 중 治肩痛의 효과가 있는 肩中과 倒馬가 되는 建中の 혈위를 선택⁹하여 환자의 적응력을 고려하면서 퇴원일까지 4일마다 용량과 투여 혈위를 늘려나갔다(Table 2)^{22,23}.

약물치료는 體格과 面色, 消化, 睡眠, 大小便, 舌苔, 脈 등 患者의 全身狀態와 주소증인 項部疼痛, 上肢部 저림, 握力低下, 感覺低下를 考慮하여 燥熱病을 타고난 사람의 正氣인 肝陽清氣가 허약해져 困熱이 발하여 重痛, 즉 項強 身痛이 발생하게 된 太陰人의 肩臂痛으로 보고 四象醫學의 熱多寒少湯¹⁰을 위주로 사용하였다.

灸治療는 經筋에 대한 온열자극 및 주위 경혈의 활성을 위해 회춘구를 이용하여 上肢의 瘧, 關節痛, 頭項強, 肩關節痛, 臂痛, 肩重舉上不能, 上肢關節痛, 落枕 등에 通經絡氣滯의 효능이 있는 것으로 알려진 第6頸椎挾脊穴·肩井·肩髃·肩髃·曲池·孔最·外關·陽谿·合谷·後谿·前谷·小澤의 혈위⁸와 董氏奇穴 중 治肩痛의 효과가 있는 肩中·建中の 혈위⁹를 선택한 후 피부의 손상을 고려하여 回春灸의 투여 부위를 정기적으로 교대하여 시행(Table 3)하였으며²⁴ 물리치료는 통증호소부위의 중심근육부에 ultrasound와 TENS를, 감각저하의 개선을 위해 paraffin bath를 활용하였다. 치료과정 초기에는 가벼운 스트레칭 운동 격려하였으며 입원중반부터는 상완신경총 손상 후 유증 재발을 위한 스트레칭 매뉴얼을 제공¹¹하고 1일 30분 이상씩 시행하도록 하였으며 오전 오후에 hot pack을 각각 시행하여 치료자극의 원활한 흡수 및 근육의 긴장해소를 도모하였다.

치료시작 후 2주차까지 항부 동통에서 호전반응이 시간에 비례하여 관찰되었고 약력저하, 감각저하는 미미한 호전만 있었으며 상지부 저림에서는 뚜렷한 불편감 감소가 없었다. 3주차부터 치료종결일까지는 항부 동통의 호전반응은 완만하게 안정되었고 상지부 저림과 약력저하, 감각저하에서도 치료개시일에 비해 호전반응이 관찰되었다.

본 증례는 鍼, 蜂鍼을 위주로 하고 灸, 약물치료, 物理治療 및 溫熱療法을 부가하여 치료효과를 도모하였다. 일반적 치료 시 항부 동통은 호전을 보였으나 상지부저림, 약력저하, 감각저하의 호전은 미약하여 蜂

鍼 증량한 이후에 유의성 있는 호전을 보여 蜂鍼을 증량이 상지부저림, 약력저하, 감각저하의 개선에 유의한 영향을 미쳤다고 생각할 수 있었다.

교통사고로 유발된 외상성 상완신경총 손상 환자 1명에 대하여 한의학적 변증을 통해 한방치료로 호전을 보였기에 본 증례를 보고한다. 그러나 다양한 시술을 병행하여 특정치료의 효과만을 따로 평가하기 어려웠고, 증례가 부족하다는 점이 한계점으로 생각된다. 또한 부종, 작열통 등 상완신경총 손상 후의 병존 증상에 대한 특이성 있는 측정지표의 개발부재로 인해 개선도를 객관성 있게 측정하지 못하여 해당증상의 호전여부에 대한 내용을 제시하지 못하였다. 향후 지속적인 연구과 다양한 임상적 고찰이 이루어져야 한다고 사료된다.

IV. 참고문헌

- 대한신경외과학회 공동집필. 신경외과학. 제3판. 서울 : 중앙문화사. 1999 : 422-3.
- 대한침구학회 교재편찬위원회 편저. 침구학(하). 파주 : 집문당. 2008 : 172-3.
- 이춘기, 정문상, 김희중, 여봉구, 장봉순. 상완 신경총 손상의 임상적 고찰. 대한정형외과학회지. 1990 ; 25(1) : 231-41.
- 백구현, 정문상, 서중배, 박진수, 박용범, 전득수. 상완 신경총 손상에서 자연회복과 신경재건술간의 비교. 대한미세수술학회지. 1996 ; 5(1) : 137-46.
- 김상수, 한기수, 노성만, 김형순. 상완신경총 손상 환자의 임상적 고찰. 대한정형외과학회지. 1984 ; 19(5) : 811-8.
- 김지현, 이세민, 신화영, 최이정, 김성진, 정태영, 이봉효, 이윤규, 김재수, 이경민, 임성철. 요추 추간관 탈출증 수술 후 호전되지 않은 족하수 환자 치험 1례. 대한침구학회지. 2011 ; 28(2) : 173-81.
- 김관우. 사암침법수상록. 서울 : 도서출판 초락당. 2007 : 324-7.
- 안영기. 경혈학총서. 성남 : 정보사. 2006 : 86-727
- 楊維傑. 董氏奇穴針灸學. 台北 : 志遠書局. 1999 : 51-2.
- 이제마. 동의수세보원주해(하). 제1판. 고양 : 대성의학사. 2003 : 1121-5.
- Rouzier P, White T, Gilfilan T, Rouzier PA. The Sports Medicine Patient Advisor. 2nd Edition. Massachusetts : Sportsmed Press. 2004 : 14-16.
- 최자운, 시각적 상사척도의 신뢰도검사-급성 통증 측정-. 한국간호교육학회지. 2003 ; 9(1) : 136-43.
- 고유선. 사상체질 태음인과 소음인의 체지방, 골밀도, 근력 간 모델과 경로비교. 한국체육측정평가학회지. 2011 ; 13(1) : 58-66.
- G Findlay. The genetic mosaic. Journal of the Royal Society of Medicine . 1993 ; 86 : 213.
- 대한신경외과학회. 학생과 전공의를 위한 교과서 신경외과학. 서울 : 중앙문화사. 2008 : 18-19.
- 김정민. 유방암 절제술 및 재건술 환자에서의 동측상지 피부분절의 감각변화 비교. 전남대학교 대학원 의학과. 석사학위청구논문. 2007 : 1-26.
- Donald A Neumann. 근골격계의 기능해부 및 운동학. 서울 : 정담미디어 . 2004 : 129.
- 김동철, 김상수. 성인에서의 외상성 절전형 상완신경총 손상. 원광의과학. 1998 ; 14(1) : 55-62.
- 대한미세수술학회. 말초신경의 손상. 서울 : 최신의학사. 1995 : 121-39.
- 심대무, 김태균, 임재창. 경추신경근차단술 후 발생한 급성척수손상. 대한정형외과학회지. 2010 ; 45(5) : 408-9.
- 이진석, 송계화, 이성노, 김대중, 유정석, 남효익, 김희영, 손현수. 肩臂痛에 대한 Trigger Point 刺鍼과 遠位取穴의 治療效果에 대한 臨床的 比較研究. 대한침구학회지 . 2007 ; 24(5) : 89-96.
- 최정식, 박장우, 오민석. 蜂毒藥鍼의 抗炎症 機轉 研究에 關한 考察. 大田大學校 韓醫學研究所 論文集. 2006 ; 15(1) : 141-55.
- 안창범, 윤현민, 조은진. 蜂鍼療法에 대한 考察 및 國內 研究動向. 동의대학교 한의학연구소 2001. ; 5 : 23-42.
- 허부, 임윤경. 거골(LI16)穴에 間接灸를 시술한 肩臂痛 환자 11例에 대한 증례보고. 大田大學校 韓醫學研究所 論文集. 2007 ; 16(2) ; 211-16.