

시상증후군(Thalamic Pain Syndrome) 환자의 한방 병합치료에 관한 임상적 고찰

이진현, 우영민*, 송경섭

국립의료원 한방내과, 국립의료원 침구과*

Clinical Study of Combination Treatment of Oriental Medicine on Thalamic Pain Syndrome

Jin-Hun Lee, Young-Min Woo*, Kyung-Sup Song

Department of Oriental Internal Medicine, National Medical Center, Department of Acupuncture & Moxibustion, National Medical Center*

Objectives : To evaluate the pain control effect of combination treatment of Oriental Medicine on patients who suffered from thalamic pain syndrome caused by thalamic stroke.

Methods : We reviewed the medical records and brain imaging data of all patients with thalamic stroke from September 1998 to August 2000 who visited to Department of Oriental Internal Medicine, National Medical Center. We evaluated clinical features of thalamic pain syndrome, including incidence, onset interval from stroke, nature, pain distribution, and assessed the pain control effect of combination treatment by Visual Analog Scale(VAS).

Results : 64 cases were selected under the inclusion criteria, and 17 patients(26.5%) with thalamic pain syndrome were identified from 64 thalamic strokes. VAS proved combination treatment effective to control pain of thalamic pain syndrome. In 12 cases(70.5%), pain onset was within the first week poststroke. The patients with allodynia were 6(35.3%). In 12 cases(70.5%), the lesion was mainly located in the posterolateral areas of thalamus.

Conclusion : We conclude that combination treatment of the Oriental Medicine modalities have pain control effectiveness on thalamic pain syndrome.(t=-5.47, p=0.0001)

Key Word : Oriental Medicine, thalamic pain syndrome

1. 緒 論

현재 한방병원에서 입원중인 중풍환자중 통증을 부증상으로 호소하는 환자가 많이 관찰되는 것이 주지의 사실이다. 뇌출혈이나 뇌경색등 뇌혈관장애로 인해 마비·보행장애·언어장애 등의 후유증이 지속되거나, 회복된 후에도 손상부위의 반대측 사지에 통증을 호소하는 경우가 많이 관찰된다. 특히 시상부 뇌졸중환자가 호소하는 통증은 시상통

(thalamic pain) 또는 시상증후군(Thalamic pain syndrome)으로서 난치성인 중추성 통증에 해당하며 일반적으로 진통제에 반응하지 않는 특성이 있다²⁾. 시상증후군은 초기에 반신지각마비의 증세가 오며 수주 내지 수개월에 걸쳐 점차 회복되며 신경학적 검사상 기타 특이한 지각이상 보이지 않으나 비정상적인 구심성 지각자극에 의해 압통, 뜨겁거나 차가운 감각 또는 조이는 듯, 전기오는 듯한 통증 등 표현하

기 어려운 동통성 지각소실의 증상이 나타나게 되며⁷⁾ 반대측 반신에 동통자극을 주면 불쾌감을 수반하는 격렬한 통증을 호소한다. 이 격렬한 통증은 과민통각(Hyperpathia)의 일종이고, 시상과잉반응(Thalamic over-reaction)으로도 알려져 있다⁵⁾.

일찍이 痛症에 관한 한의학적 관점은 <素問·舉痛論>에 “經脈流行不止 環周不休 寒氣入經而稽遲 泣而不行 客於脈外則血少 客於脈中則氣不通 故卒然而痛¹⁸⁾이라 하여 疼痛은 經脈氣血鬱滯 阻澁不通 或經脈拘急而攣縮 或經脈氣血虧虛 血液運行不暢으로 말미암은 病理

表現으로 인식하고 있으며⁹ 中風과 관련된 痛症 및 感覺異常障礙現狀에 대한 관찰을 李梴은 雜病編 風類에서 “痺者氣閉塞不通流也 或痛痺或麻痺或手足緩弱...又痺爲中風之一 但純乎中風則陽受之 痺兼風寒濕三氣則陰受之”¹⁶라고 하여 中風에 屬하며 中風과 併發할 수 있는 一種의 症候群을 痺라고 하였다. 李¹³는 痺가 肢體의 運動 및 感覺機能障礙로 오는 諸般麻痺症候를 의미하는데 腦에서 筋纖維까지의 어느 부위에 障礙가 와서 隨意運動이 不可能한 運動麻痺症과 觸角痛覺 壓覺 溫度覺 位置覺 등의 感覺障礙를 포함하는 症候라고 하였다.

이와 같이 한의학적 痺證의 범주에 속하는 시상중후군은 중풍 입원환자의 관리, 재활치료 및 예후의 관점에서 부정적인 요인으로 작용하는 예가 많다. 통증으로 인하여 재활치료를 위시한 운동기능 회복훈련에 방해를 줄뿐만 아니라 재활에 대한 의욕마저도 저하시키게 된다. 따라서 시상부 뇌졸중후의 통증 및 운동제한에 대한 적절한 평가와 함께 적극적인 통증조절이 필요하다고 판단되며 이에 본 저자들은 시상중후군 환자의 효율적 관리를 위하여 시상중후군의 임상적 특성 및 효과적인 한의학적 병합치료를 중심으로 연구하여 유의성 있는 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 研究對象 및 方法

1. 研究對象

1998년 9월부터 2000년 8월까지 국립의료원 한방내과에 입원한 뇌졸중 환자 수는 총 513명이며, 국립의료원 방사선과 뇌영상(CT, MRI) 진단상 확진된 시상부 뇌졸중 환자 64명중에서 극심한 통증을 호소하는 시상중후군이 나

타난 환자 17예를 대상으로 하였다.

2. 方法

1998년 9월부터 2000년 8월까지 국립의료원 한방내과에 입원치료한 뇌졸중 환자중에서 뇌영상(CT, MRI) 진단에 의해 확진된 시상부 뇌출혈과 시상부 뇌경색 환자중 시상부 병변이 해부학적 손상기준²³에 포함되는 환자를 대상으로 하였다. 해당환자의 입원차트를 검토하면서 시상중후군의 임상적인 특징을 조사하였다.

1) 연구대상의 선택

해부학적인 기준은 뇌영상 사진에서 경계가 뚜렷하며 단일한 시상부 뇌졸중을 포함시켰으나 출혈부위와 경색부위가 시상(Thalamus)인지 혹은 기저핵(Basal nucleus)인지 불확실한 경우, 시상의 혈관성 병변외의 종양 혹은 탈수 초성 질환 등과 같은 비혈관성 병변인 경우, 뇌졸중 병변이 다발성으로 있는 경우 그리고 증상은 있으나 병변이 뚜렷하지 않은 경우는 연구대상에서 제외하였다. 임상적 기준은 병변의 반대측에 비유발성 동통을 호소하는 환자를 포함시켰으나 동통없이 감각결손(sensory deficits)만 보이는 경우, 유발성 이상감각(evoked dysesthesia)은 있으나 자발적인 동통이 없는 경우 그리고 의식이 명료하지 못하여 초기의 임상적 특징을 기술하지 못한 경우는 대상에서 제외하였다.

2) 시상부 병변의 분류

시상부 뇌졸중 병변은 혈관분포영역에 의거하여 병변의 해부학적 위치를 분류하는 방법²³을 선택하여 극동맥(polar artery)영역은 전방형(anterior type), 시상슬상동맥(thalamogenic-

ulate artery)영역은 후외측형(posterolateral type), 시상천공동맥(thalamoperforate artery)영역은 후내측형(posteromedial type), 후맥락동맥(posterior choroidal artery)영역은 배측형(dorsal type), 그리고 모든 시상영역에서 발생한 전형(global type)의 5가지로 분류하였다.

3) 통증평가의 방법

입원환자가 최초로 통증을 호소했을 기간에 시각적 상사척도(Visual Analog Scale, VAS)를 이용하여 주관적 통증정도를 평가하였고, 韓藥投與·鍼治療·刺絡治療를 시행한 3주후의 통증조절효과를 평가하기 위해 시각적 상사척도(Visual Analog Scale, VAS)를 다시 이용하였다^{24,27}. '통증없음'을 0점, '경험한 가장 격심한 痛症'을 10점으로 하여 10등급으로 구분하였다. 아울러 통증발현시기와 통증부위 및 이질통의 발생빈도를 조사하였다.

4) 한방 병합치료의 구성

병합치료중 韓藥投與는 총 17명의 시상중후군 환자에게 東醫寶鑑 天台散을 투여하였다. 鍼治療는 董氏針法에 근거하여 肩中, 腎關, 足千金, 四花中, 通腎, 通胃, 通背, 靈骨, 中九里, 五虎一, 七里, 九里, 次白 등을 運用하였다. 刺絡治療는 董氏刺絡療法에 근거하여 肘彎點刺, 四花外, 雙河, 委中, 金林 등을 運用하였다.

III. 結果

1. 시상부 뇌졸중 환자중 시상중후군의 발생률

1998년 9월부터 2000년 8월까지 뇌졸중으로 국립의료원 한방내과에 등록

된 환자 수는 총 513명이며, 뇌영상 진단상 확진된 시상부 뇌졸중 환자는 64명이고, 이 중 시상중후군이 17예에서 발생되어 26.5%의 발생률을 보였다 (Table 1).

2. 시상중후군 환자의 병변부위별 분포

혈관분포영역에 의거하여 분류한 5가지 분류중 극동맥(polar artery)영역인 전방형(anterior type)은 1명(5.9%), 시상상상동맥(thalamogeniculate artery) 영역인 후외측형(posterolateral type)은 12명(70.5%), 시상천공동맥(thalamoperforate artery)영역인 후내측형 (posteromedial type)은 2명(11.8%), 후맥락동맥 (posterior choroidal artery) 영역인 배측형 (dorsal type)은 1명 (5.9%) 그리고 모든 시상영역에서 발생한 전형(global type)은 1명(5.9%)으로 나타났다(Table 2).

3. 시상중후군 환자의 통증발생시점

시상부 뇌졸중후 동통 발생까지의 기간은 뇌졸중 발병 당시부터 뇌졸중후 35일까지 다양하였으며, 특히 12명 (70.5%)의 환자가 뇌졸중 발생후 1주일 이내에 시상통(Thalamic pain)을 발하였다(Table 3).

4. 시상중후군 환자의 통증부위

시상중후군 통증부위별 분포는 상지 및 하지가 동시에 발생된 경우가 8명 (47%), 상지 및 흉부가 동시에 발생된 경우가 3명(17.6%), 상지에서만 발생된 경우가 3명(17.6%), 하지에서만 발생된 경우가 2명(11.7%), 상지와 하지 및 흉부에서 동시에 발생된 경우가 1명 (6.1%)으로 모두 병변의 반대측에서 발생하였다(Table 4).

Table 1. Incidence of Thalamic Pain

Thalamic Pain	Number of Patients(%)
Yes	17(26.5)
No	47(73.5)
Total	64(100)

Table 2. The Lesion of Thalamic Pain Syndrome

The lesion of thalamus	Number of patients(%)
Anterior type	1(5.9)
Posterolateral type	12(70.5)
Posteromedial type	2(11.8)
Dorsal type	1(5.9)
Global type	1(5.9)
Total	17(100)

Table 3. Pain Onset after Stroke

Week	Number of Patients (%)
Within 1	12(70.5)
1~2	2(11.8)
2~3	1(5.9)
3~4	1(5.9)
4~5	1(5.9)
Total	17(100)

Table 4. Distribution of Painful Areas

Painful Areas	Number of Patients
Upper Limb & Chest	3(17.6)
Upper Limb	3(17.6)
Lower Limb	2(11.7)
Upper & Lower Limb	8(47.0)
Limbs & Chest	1(6.1)
Total	17(100)

5. 시상중후군 환자중 이질통 (allodynia)의 발생률

비동통성 피부자극으로 동통성 감각 이상이 발생하는 이질통(allodynia)은 35.3%의 환자에서 발생되었다. 즉 신체활동에 의해서 3명(17.6%), 냉각자극에 의해서 1명(5.9%), 정신적 긴장에 의해서 2명(11.8%)이 유발되어 총 6명 (35.3%)에서 이질통이 발생되었다. 환자의 일부에서 통증과 동통성 이상감각

이 심하여 가벼운 일상생활조차 제대로 수행할 수 없었다(Table 5).

6. 한방 병합치료의 통증조절효과

시상중후군을 호소한 환자 총 17명을 대상으로 併合治療(韓藥投與, 鍼治療 및 刺絡治療)를 시행하였고 시상통 발생당 시와 3주동안 병합치료를 시행한 후 각각 작성된 Visual Analog Scale에 근거하여 각 증상부위별 통증조절효과의 평

가를 위해 통계처리를 하였다.

Table 4와 같이 시상중후군 환자를 통증부위별로 5개의 그룹을 나누어 병합치료 전후의 각 그룹별 관측지수(Number, 환자수)와 평균(Mean, VAS 수치), 표준편차(Std Dev)를 제시하면 다음과 같다(Table 6~10).

치료전 VAS수치와 치료후 VAS수치 차이에 통계적인 유의성이 있는지를 파악하기 위해 대응비교(Paired t-test)방법을 사용하여 검정한 결과 t-검정의 검정통계량 값은 -5.47이고 p-값은 0.0001로서 이는 $\alpha=0.01$, 즉 유의수준 1%(99% 신뢰수준)에서 통계적으로 유의성이 있어 한방 병합치료가 시상중후군 환자의 통증조절에 효과가 있음을 알 수 있었다.

다음은 치료전에 느끼는 VAS수치에 따라 전체 자료를 3개의 그룹으로 구분하고, 그룹별 통증조절효과에 차이가 있는지 알아보기 위해 각 그룹별 관측치 개수가 다를 때 적용되는 일반선형모형(GLM) 분석방법을 이용하여 검정한 결과 F-검정의 검정통계량 값은 3.30이고 p-값은 0.0671로서 이는 $\alpha=0.1$, 즉 10%유의수준(90%신뢰수준)에서 통계적으로 유의성이 있어 세 그룹별 통증조절효과에 유의한 차이가 있음을 알 수 있었다. 3개 그룹별 통증조절효과에 차이가 있다면 어느 그룹 사이에 차이가 있는지 알아보기 위해 DUNCAN의 다중비교방법을 사용한 결과 치료전 VAS수치가 10인 그룹과 치료전 VAS수치가 9인 그룹사이에는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았으나, 이들 그룹과 치료전 VAS수치가 8인 그룹 사이에는 유의한 차이를 보이고 있었다. 즉, 통증정도를 가장 적게 느끼는 그룹에서의 통증조절효과가 가장 우수한 것으로 나타났다.

Table 5. Incidence of Allodynia

Allodynia	Number of Patients(%)
Activity of Body	3(17.6)
Stimulus of Cooling	1(5.9)
Tension of Mental	2(11.8)
None	11(64.7)
Total	17(100)

Table 6. Statistics of Upper & Lower Limb Group

Variable	Number	Mean	Std Dev
Before Scoring	8	9.3750000	0.9161254
After Scoring	8	6.7500000	3.0118812

Table 7. Statistics of Upper Limb & Chest Group

Variable	Number	Mean	Std Dev
Before Scoring	3	9.6666667	0.5773503
After Scoring	3	6.6666667	3.0550505

Table 8. Statistics of Upper Limb & Chest Group

Variable	Number	Mean	Std Dev
Before Scoring	3	8.6666667	0.5773503
After Scoring	3	5.3333333	2.0816660

Table 9. Statistics of Lower Limb Group

Variable	Number	Mean	Std Dev
Before Scoring	2	10.0000000	0
After Scoring	2	6.0000000	1.4142136

Table 10. Statistics of Limbs & Chest Group

Variable	Number	Mean	Std Dev
Before Scoring	1	10.0000000	-
After Scoring	1	10.0000000	-

IV. 考 察

1906년 Joseph Dejarine과 Gustave Roussy가 시상부 뇌졸중 환자에서 뇌졸중후에 발생하는 중추성 동통을 최초로 보고하였다²⁴. 중추성 동통은 각종 신경학적 질환을 가진 환자에서 발생하며 중추신경계의 병변에 의해서 신체부위에 나타나는 국소적인 통증으로서 동통성 혹은 비동통성 피부자극에 대해 비

정상적인 과민반응을 보인다³⁰. 이러한 중추성 동통은 뇌졸중후에 가장 많이 발생되어 해마다 뇌졸중 환자의 약 8% 정도에서 발생되며¹⁹, 다발성경화증³¹, 척수 손상³⁵, 운동신경원 질환³³, 파킨슨씨 병³⁴, 간질²⁵ 등 다양한 신경학적인 질환에서 나타날 수 있다. 시상중후군을 포함한 중추성 동통은 현대의학적 약물치료에 대한 반응이 매우 빈약하다고 보고되어 있으며 시상(thalamus)은 자극

부위에 따라 동통이 소실되기도 하고 유발되기도 한다. 임상적으로 시상의 억제성 부분을 침범하는 혈관성 질환이 발생될 경우 소위 시상성 통증을 일으킨다. 이 때의 통증은 타는 듯하며 전반적이며, 피부에 옷이 접촉되는 경우 통증은 심하게 악화된다. 양방에서는 다소의 감각소실등의 부작용이 동반되더라도 정위성시술을 이용하는 시상절개술이 추천된다. 이에 반해 역설적으로 운동장애성 질환에서 시상정위성시술을 실시한 후 시상증후군이 발생하기도 한다²⁷.

시상에 장애가 일어나면 지각의 중추핵으로 있는 외측 및 내측의 후복측핵에 장애가 온다. 보통은 대측의 전지각장애를 나타내지만, 첫째 심부지각장애가 표재지각장애보다 강하다. 둘째 안면의 지각장애는 경도이거나 없을 수 있다. 셋째 시상통이라고 부르는 자발통을 수반한다. 넷째 여러 가지 감각자극에 대해서 과민반응을 나타내며 과민통각(Hyperpathia)을 수반하는 특징이 있다. 시상의 병변은 혈관장애에 의하여 일어나는 경우가 많다.

뇌졸중후 발생하는 중추성 동통은 Dejarine & Roussy가 보고한 이후 CT, MRI 등과 같은 뇌영상 기술의 발달과 함께 시상외에 연수, 뇌교, 중뇌, 피질하백질 또는 피질 등의 척수시상피질 원심성 감각경로(spinothalamic cortical afferent sensory pathways)중 어느 부위의 병변에 의해서도 중추성 동통이 초래됨이 확인되었다²⁰.

Bogousslavsky는 시상부 뇌경색에 대한 연구에서 42명의 환자중 3명만이 중추성 동통이 발생하였고, 이들 모두 시상상동맥영역인 후외측부위에 뇌경색이 있었다고 하였다²¹. 정진상등은 시상부 뇌출혈에 대한 연구에서 시상

후외측부위의 뇌출혈환자 77명중 약 1/3에서 중추성 동통이 나타났고, 이 중추성 동통은 뇌졸중 발병후 3~15일 사이에 발생하였음을 보고하였다²³. 또한 지주막하출혈이나 파열되지 않은 동맥류 등의 뇌졸중 환자에서도 중추성 동통이 발생된 보고도 있다²⁶. 현재까지 보고된 중추성 동통의 발생율은 중추신경계 뇌졸중 병변에서 1.5%²², 시상부 뇌졸중에서 11%(8~16%)²⁶, 그리고 시상부 후외측부위의 뇌졸중에서 24%(13~59%)²⁸로 나타났다. 시상증후군의 발생시기는 뇌졸중 발생후 수일내가 가장 많고 때로는 수년후에 나타나는 경우도 있다²⁸. 시상증후군의 양방치료는 phenothiazine, levodopa, carbamazepine 등 많은 종류의 약물들이 시도되어 왔다. 그 중 삼환계 항우울제인 amitriptyline이 통증을 감소시키는데 가장 효과적인 약물로 널리 사용하고 있다²⁹.

본 연구에서 한방 병합치료의 통증조절 성적 평가를 위해 사용된 시각적 유사척도(Visual Analog Scale)는 환자가 느끼는 주관적인 통증을 객관적으로 평가하기 위해 고안된 방법의 하나로서 적용이 쉽고 간단하며 신뢰성도 비교적 우수하여 가장 많이 쓰이는 방법중의 하나이다⁵.

시상증후군과 관련된 한의학적 개념 중 통증과痺에 관해 고찰하면 <素問·舉痛論>에 “經脈流行不止 環周不休 寒氣入經而稽遲 泣而不行 客於脈外則血少 客於脈中則氣不通 故卒然而痛”¹⁸이라 하였다. 통증은 經脈氣血鬱滯 阻滯不通 或 經脈拘急而攣縮 或 經脈氣血虧虛 血液運行不暢으로 말미암은 病理表現으로서 “不通則痛”의 개념을 중심으로 임상 소견상 氣血의 阻滯不通으로 인한 것이 가장 많으며, 外邪로 인한 것, 氣滯血瘀,

痰濁凝滯, 或 蟲積, 或 食積, 氣血不足, 陰精虧損으로 因한 것등이 있는데 그 疼痛의 性質과 發作部位에는 각기 구별되는 바가 있다. 氣는 暢達해야 하고 血은 流通해야 하는데 氣滯하면 脹하고 血瘀하면 痛한다. 그러므로 氣滯血瘀하면 항상 脹痛이 發하며 瘀血이 局部組織에 滯留하면 氣血의 運行에 障礙를 일으켜 不通則痛하게 되고 疼痛部位는 固定되며 或 刺痛 或 急痛을 發한다⁹. <素問·痺論>에 “風寒濕三氣雜至 合而爲痺也 其風氣勝者爲行痺 寒氣勝者爲痛痺 濕氣勝者爲著痺” “五臟皆有合 病久而不去者 內舍於其合也”¹⁸이라 하였다. <素問·五臟生成篇>에도 “臥出而風吹之 血凝於膚者爲痺”¹⁸라 하였으며, <素問·脈要精微論>에 “按之至骨 脈其少者 腰脊痛而身有痺”¹⁸라 하였으며, <素問·宣明五氣篇>에는 “五邪所亂 邪入於陽則狂 邪入於陰則痺”¹⁸라 하였으며 <素問·四時刺逆從論>에는 “厥陰有餘 病陰痺 不足病生熱痺”¹⁸라 하였다. 한편 <靈樞·壽夭剛柔論>에는 “病在陽者命曰風 病在陰者命曰痺 陰陽俱病命曰風痺”³라 하였고, <靈樞·邪客篇>에도 “脈大以澁者爲痛痺”³라 하고, <靈樞·論疾診尺篇>에 “尺膚澁者風痺也”³라 하였으며, <靈樞·九鍼篇>에 “邪入於陰則爲血痺”³라 하였다.

저자들이 본 논문에서 선택한 韓藥投與, 董氏鍼治療, 董氏刺絡治療로 구성된 韓醫學의 併合治療의 내용을 고찰하면 藥物治療로 쓰인 天台散은 明代 龔信的 古今醫鑑에 수록되어 있는데 古今醫鑑에는 “天台散 治中風手足癱瘓疼痛, 麻黃去節七分 陳皮 烏藥 白殭蠶 川芎 枳角麩炒 桔梗 白芷 乾薑 防風 羌活 天麻 各八分 當歸 續斷 威靈仙 乳香 沒藥各一錢 甘草六分 麝香少許 上咬咀 生姜三片 水二盞 煎一盞 不拘時服”¹라고 기재

되어 있다. 東醫寶鑑 中風門 手足癱瘓條項에도 天台散에 대한 언급이 있는 바 “天台散 治中風癱瘓疼痛 烏藥 陳皮 麻黃 川芎 枳角 白殭蠶 桔梗 白芷 乾薑 防風 羌活 天麻 當歸 續斷 威靈仙 甘草 各六分 乳香 沒藥 麝香各三分 右剉作一貼 水煎 入乳沒麝三味細末調服”¹⁷라 기재되어 있다. 古今醫鑑 天台散과 東醫寶鑑 天台散을 비교하면 構成藥材는 生姜만 古今醫鑑方에서 더 加味되었을 뿐 기본적인 處方構成에는 차이가 없다. 근래에 李¹⁸는 대한한의학회지 臨床中風論에서 中風癱瘓疼痛者의 處方運用으로서 天台散(東醫寶鑑)을 발표한 바 있다.

天台散의 處方構成을 분석하여 보면 麻黃 陳皮 烏藥 白殭蠶 川芎 枳角 桔梗 白芷 乾薑 甘草는 烏藥順氣散이며, 防風은 搜肝瀉肺하며 周身骨節疼痛을 치료하며, 羌活은 發表搜風하며 利周身百節痛하며, 天麻는 祛風之品으로 通血脈 疏痰氣하며, 當歸는 祛瘀生新하여 心腹肢節諸痛을 치료하며, 續斷은 通血脈하여 關節痛을 治療하며, 威靈仙은 行氣祛風之品으로 關節痛을 治療하며, 乳香은 活血舒筋의 良品이요 散瘀止痛의 要藥이며, 沒藥은 定痛生肌之品으로 瘀凝作痛을 치료하며, 麝香은 開關利竅之品으로 通行十二經한다¹⁵.

따라서 天台散은 烏藥順氣散을 중심으로 보다 광범위한 痛症 조절을 위해 氣滯, 血瘀, 痰飲, 風濕 등을 처리하는 上記 韓藥物들이 加味되어 烏藥順氣散의 效果를 더욱 보장하였음을 알 수 있다. 天台散과 관련되어 烏藥順氣散에 대한 연관고찰을 하면, 萬病回春 中風門의 烏藥順氣散 主治條文 및 活套條文에는 “治男婦一切風氣 攻注四肢 骨節疼痛 肢體頑麻 手足癱瘓 言語蹇澁 筋脈拘攣 宜先服此藥 疏通氣道 然後 進以風藥 蓋治風先理氣 順氣則痰消 徐理其風 庶可收

效 理氣者 氣滯氣鬱 肩臂麻痛之類 此七情也 宜服之”²라 하여 “活套 遍身疼痛 加 當歸 桂皮 乳香 沒藥, 臂痛 加 羌活 防風 桂枝 蒼朮 紫蘇葉, 四肢痺冷 加 附子 官桂”²의 加減法이 제시되어 있다. 醫方集解 烏藥順氣散조문에는 “治中風 徧身頑麻 骨節疼痛 步履艱難 語言蹇澁”¹²의 내용이 기재되어 있다. 근래의 東醫處方大典 烏藥順氣散조문에는 “一切風疾에 本方을 先服하여 疏通氣道한 후에 其他風藥을 쓸 것인데 身體痛 關節痛 麻痺 言語障礙등이 각각 主證이 되며 腦溢血 半身不遂 歷節風等에 응용한다”¹¹고 언급되어 있다. 文¹⁹은 대한한의학회지 ‘中風에 대한 臨床的 小考’에서 中風 半身不遂 骨間疼痛의 경우 烏藥順氣散의 사용에 관한 지견을 발표하였다. 李¹⁸는 痺證에 관한 치료에서 一切風疾에 먼저 烏藥順氣散으로 疏通氣道 進以風藥하는데 癱瘓 歷節風을 治한다고 하였다. 따라서 烏藥順氣散에 관한 상기의 고찰을 종합하면 烏藥順氣散은 中風疾患 및 疼痛疾患에 順氣之劑로서 일반적으로 通用되는 처방이며 결론적으로 天台散은 中風疾患의 疼痛症狀에 運用이 가능하고, 본 연구에서도 天台散과 董氏鍼 併合治療로써 視床證候群의 痛증 조절에 應用하여 유의성 있는 결과를 얻었다.

針治療로서 疼痛調節에 卓效가 있는 董氏針法을 運用하였는데 肩痛에는 肩中·腎關·足千金·足五金을 對側에 取穴하고 四花中을 同側에 取穴하였고, 肩峰痛에는 通腎·通胃·通背를 加하였으며 肘關節痛에는 靈骨·中九里를 對側에 取穴하였고, 指關節痛에는 五虎一을 加하였고 大腿痛에는 七里·九里를 取穴하였고, 小腿痛에는 次白을 加하였다.

刺絡治療로서 董氏刺絡法에 의거하여

上肢總治는 肘彎點刺, 肩痛에는 四花外, 肩臂痛에는 雙河, 下肢總治는 委中, 下肢太陽經痛에는 委中·金林, 下肢少陽經痛에는 四花外·金林을 運用하였다. 刺絡治療와 관련하여 楊維傑¹⁰은 “刺絡之治病原理 據內經謂: 久宛則除之 卽指久年老病必須放血去除 個人以爲 病久則邪氣盛 血脈不得通 乃宛陳於該處 平常血行尙能通過 則不覺痛楚 天陰作雨 氣壓改變 脈道益狹 氣血通過困難 雖經毫鍼通氣 唯病久邪甚 血不得行 則鍼去病仍存在 縱然得以治癒 時間拖累甚多 却有復發可能 因此放血實爲必要 血去則痛止 此亦卽古人所言: 治風宜治血 血行風自滅”라 하였다.

V. 結 論

1998년 9월부터 2000년 8월까지 국립의료원 한방내과에 입원치료를 받았으며 뇌영상(CT, MRI) 진단상 확진된 시상부 뇌졸중환자중 시상중후군이 발생한 17예를 대상으로 임상적 특성, 해부학적 병변 및 韓醫學의 治療에 관한 연구를 수행하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 시상부 뇌졸중 환자 64명중 시상중후군이 발생한 경우는 17예로서 26.5%의 발생율을 보였다.
2. 시상중후군 환자의 시상부 병변의 위치는 시상슬상동맥(thalamogeniculate artery) 영역인 후외측형(posterolateral type)이 12예(70.5%)로서 가장 많았다.
3. 시상중후군 통증의 발생시점은 12예(70.5%)에서 뇌졸중 발생후 일주일 이내에 발생하였다.
4. 시상중후군 환자의 통증분포는 상지 및 하지가 동시에 발생된 경우가 8예(47%)로 가장 많았다.

5. 이질통은 신체활동으로 3예 (17.6%), 냉각자극으로 1예 (5.9%), 정신적 긴장으로 2예 (11.8%)가 유발되어 총 17명중 6예(35.3%)에서 발생되었다.
6. 시상중후군 환자의 통증조절에 응용된 한방 병합치료의 효과는 99%신뢰수준에서 통계적으로 유의하게 나타났으며($t=-5.47$, p -값 $=0.0001$), 치료전 VAS수치가 낮을수록 치료후 VAS수치는 유의하게 감소하였다.

VI. 參考文獻

1. 龔信. 古今醫鑑. 北京: 中國中醫藥出版社; 1997, 49
2. 龔延賢. 校正增補萬病回春. 서울: 의성당; 1993, 48.
3. 郭壽春. 黃帝內經靈樞校註. 서울: 一中社; 1992, 65, 459, 478.
4. 郭隆燦. 圖解腦神經外科學. 서울: 第一醫學社; 1992, 104.
5. 金科元. 임상신경진찰법. 광주: 瑞光醫學; 2000, 175.
6. 김성용, 금동호, 이명중. 통증의 평가에 관한 문헌적 고찰, 한방재활의학회지. 1997;7(2):205~219.
7. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울: 중앙문화사; 2000, 474~475.
8. 文秀光. 中風에 대한 臨床의小考. 대한한 의학회지 1985; 9: 87.
9. 文濬典, 安圭錫, 崔昇勳. 東醫病理學. 서울: 高文社; 1990, 142~143
10. 楊維傑. 董氏奇穴鍼灸學. 台北: 志遠書局; 1991, 217.
11. 廉泰煥. 東醫處方大典. 서울: 행림출판; 1975, 384.
12. 汪詡庵. 醫方集解. 台北: 文光圖書有限公司; 1975, 133
13. 이경섭. 순환신경내과학. 서울: 새한종합 인쇄; 2000, 340, 342.
14. 李炳幸. 臨床中風論. 대한한의학회지 1966; 22: 29.
15. 李尙仁. 本草學. 서울: 修書院; 1975, 102, 221, 227, 230, 233, 418, 437, 445, 446.
16. 李挺. 編註醫學入門(下). 서울: 대성문화사; 1994, 658
17. 許浚. 東醫寶鑑. 서울: 南山堂; 1966, 366.
18. 洪元植. 校勘直譯黃帝內經素問. 서울: 傳統文化硏究會; 1992, 71, 107, 150, 235, 235, 258, 367
19. Andersen G, Vestergard K, Ingeman-Nielsen M, Jesen TS. Incidence of central post-stroke pain. *Pain* 1995;61: 187~193.
20. Beric A. "new syndrome" and their evaluation. *Muscle Nerve* 1993; 16: 1017~1024.
21. Bogousslavsky J, Regli F, Uske A. Thalamic infarctions: clinical syndromes, etiology, and prognosis. *Neurology* 1998; 38:837~348.
22. Bowsher D. Cerebrovascular disease: sensory consequences of stroke. *Lancet* 1993; 341:156.
23. Chung CS, Caplan LR, Han W, Pessin MS, Lee KH, Kim JM. Thalamic hemorrhage. *Brain* 1996;119:1873~1886.
24. Dejarine J, Roussy G. Le syndrome thalamique. *Res Neurol* 1906; 14: 81~102.
25. Gates P, Nayerouri T, Sengupta RT. Epileptic pain : a temporal focus. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984 ;47: 319~320.
26. Graff-Radford NR, Damasio H, Yamada T, Eslinger PJ, Damasio AR. Nonhemorrhagic thalamic infaction. *Brain* 1985; 108:485~516.
27. Kenneth W, Lindsay, Ian bone, 이광우, 정희원 譯. 임상신경학. 서울: 고려의학; 1997, 338.
28. Leijon G, Bowsher D, Johansson I. Central poststroke pain: a study of the mechanism through analyses of the sensory abnormalities. *Pain* 1989;37: 173~185.
29. Leijon G, Boivie J. Central post: stroke pain a controlled trial of amitriptyline and carbamazepine *Pain* 1989; 36: 27~36.
30. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. *Description of Chronic pain syndrome and definitions of pain terms. 2nd Seattle ISAP Press. 1994; 43: 145~46.*
31. Miller G.A. The magical number seven plus or minus two some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review* 1956; 63: 81~97.
32. Moulin DE, Foley KM, Eber GC. Pain syndromes in multiple sclerosis. *Neurology* 1988; 38: 1830~1840.
33. Newrick PG, Langton-Hewer R. Pain in motor neuron disease. *J Neuro Neurosurg Psychiatry* 1985;48: 838~840.
34. Quinn NP, Koller WC, Lang AE. Painful Parkinson's disease. *Lancet* 1986;1:1366~1369.
35. Seddal PJ, Taylor D, Cousins MJ. Pain associated with spinal cord injury *Curr Opin Neurol* 1995;8:447~450.
36. Stoodley Ma, Warren JD, Oatey PE. Thalamic syndrome caused by unruptured cerebral aneurysm. *Journal of Neurosurgery* 1995; 82:291~293.
37. Thomee R, Grimby G, Wright BD, Linacre JM. Rasch analysis of Visual Analog Scale measurements before and after treatment of patellofemoral pain syndrome in women. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1995;27:145~151.
38. Ziad SN, Jeffrey LS. Pain after thalamic stroke: Right diencephalic predominance and clinical features in 180 patients. *Neurology* 1997; 48:1197~1199.