대한침구학회지 제18권 제5호(2001년 10월)
The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society

증 례

Atlanto - Axial Fracture - Dislocation (환축추 골절 및 탈구) 환자 1例에 대한 증례보고

임희정 · 이해복 · 최성권

동인당 한방병원 침구과

Abstract

Clinical observation on a case of patient with Atlanto-Axial Fracture-Dislocation

Hyi-Jeong, Lim · Hae-Bok, Lee · Sung-Gwan, Choi

Department of Acupuncture & Moxibustion, Dong-In-Dang Oriental Medicial Hospital

Objective : By process of treatment for a case which diagnosed as Atlanto-Axial Fracture-Dislocation and admitted from the 2nd, December, 2000 to the 18th, December, 2000, the results are as follows.

Methods : Clinical observation and analysis about a case of Atlanto-Axial Fracture-Dislocation was done, who visited Dong-in-dang Oriental Medicine Hospital.

This case is managed by integrated therapy of oriental medicine. This patient was diagnosed as stagnation of Ki and stasis of blood(氣滯血瘀), deficiency of Um of the liver and kidneys(肝腎陰虛) and medicated gamisekyung-tang(加味舒經湯) and kanghwalsokdan-tang(羌活續斷湯). As acupucture treatments, we could get the effective results by providing the patient with acupuncture on the nape, shoulder, Lt upper limb and Rt distant point

Conclusion : We could get the effective results that case of Atlanto-Axial Fracture-Dislocation with severe rigid neck and Motor disturb of neck, was treated with oriental medicine and acupuncture therapy

Key word : Atlanto - Axial Fracture - Dislocation, stagnation of Ki and stasis of blood(氣滯血瘀), acupuctune on the distant piont

· 접수 : 8월 17일 · 수정 : 8월 20일 · 채택 : 8월 25일
· 교신저자 : 임희정, 서울시 방화1동 486-9번지 동인당 한방병원 침구과(Tel. 02-666-0141)

Ⅰ. 서 론

척추 골절은 교통사고, 산업재해, 운동경기등에 의하여 갈수록 그 빈도가 증가하고 있다. 척추골절은 활동연령층인 20세에서 40세 사이에 가장 많아 약 75%를 점유하고 있으며 50세 이후에는 여성에게서 호발하는데 이는 갱년기 이후의 골조송증에 의한 것으로 생각된다[1].

척추골절중 경추의 골절 및 탈구는 심각한 경추 손상을 초래할수 있으므로 사고당시 현장에서의 응급처치가 매우 중요하며 신경근이나 척수기능 평가를 위해 철저한 신경학적 검사가 시행되어야 한다[2].

경추는 7개의 추체로 구성되어 있고 가동성이 커서 안정성이 부족한 부위이므로 특별히 손상되기 쉽다. 이중 가장 위에 위치한 C1(Atlas)는 추체가 없으며 추체는 발달과정에서 C2의 부분인 치돌기(odontoid process)로 진화된다[3].

환축관절(atlanto-axial joint)은 척추에서 가장 가동성이 있는 관절로 이 부위의 손상은 해부학적 특성 때문에 치돌기(odontoid process)의 골절이 동반되는 경우가 흔하다[1,3].

韓醫學에서는 頸椎가 '柱骨'에 해당하며 그 부위를 頸椎라고 하는데 大椎의 上部에서 腦下에 연속되는 椎骨이라고 하며 《東洋醫學辭典》[4]에서는 "肩胛上之頸骨 隆起近喉者."라고 하여 그 위치를 설명하고 있으며 頸은 頭와 身이 서로 連接하는 위치의 前部이며 項은 頭와 身이 서로 密接하는 위치의 後部라 하여 달리 설명하고 있다[5].

환축추 골절 및 탈구(Atlanto - Axial Fracture-Dislocation)의 원인은 주로 두부의 지상충돌, 물체낙하로 인한 머리손상등에 의해 발생하며[1] 증상은 일반적으로 後頭痛, 頸項痛, 목의 運動障碍, 上肢感覺障碍등이 있으며 심할 경우 척수를 압박함으로써 感覺異常, 筋力減退, 硬直性麻痺를 일으키고 심한 경우에는 사망하기도 한다[3].

심한 척수의 손상이 없는 환축추 골절 및 탈구의 경우 한의학적으로 頸項痛의 範疇에 속하는데 跌撲이나 捻挫등으로 頸項部의 氣血津液이 鬱滯되어 발생하는 頸項痛에 해당한다고 볼수 있다.

頸項痛이란 項强, 項痛, 頭項强痛, 項强痛, 痺症, 落枕에 속하며[5] 어떤 원인에 의해 목부위에 疼痛과 運動障碍가 발생하는 것을 말하는데 仲景은 "項强卒口噤, 背反張, 爲痙."라 하였고[6] 《東醫寶鑑》[7]에서는 "傷寒項强, 結胸項强, 痙病, 亦項强."이라 했으니 이는 여러 원인이 복합적으로 발생하여 단순히 목부위의 筋肉의 硬結이나 痲痺로 단순히 頸項部의 통증만 발생하는 것이 아니라 項强, 項背强急등도 兼하여 나타나는 질환인 것이다[6].

경추골절 및 탈구는 종류와 손상기전에 따라 다양한 임상증상을 동반하며 대부분의 경우 척추의 수술적 정복 및 고정후에 재활치료를 시행하게 된다[2]. 그러나 신체의 손상중에서 다루기 어렵고 심각한 신경학적 후유증을 남기는 경추골절은 치료후에도 골절이나 탈구부위의 가골(callus)형성이나 불안정성으로 慢性的 頭痛이나 頸項痛, 頸椎關節運動障碍나 上肢의 感覺障碍등을 호소하는 환자들이 많은 실정이다.

이에 저자는 골견인과 경부보조기 착용등의 치료후에도 지속적인 後頭痛, 項强, 上肢痲痺感, 嚥下障碍등을 호소하여 동인당한방병원에 입원한 환축추 골절 및 탈구 환자 1례에 대해 氣滯血瘀와 肝腎陰虛으로 辨證하여 理氣祛瘀, 滋補肝腎爲主의 韓方治療를 통하여 유효한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 姓名 : 전 ○ ○ (F/68)
2. 診斷 : ① 환축추골절 및 탈구 (Atlanto - Axial Fracture - Dislocation)
   ② 경부 척추증 (Cervical spon - dylosis)
3. 主訴證 :
   ① 後頭部와 頸項部 牽引痛
   ② 詛嚼 · 嚥下時 頸部痛症
   ③ 頭重感 및 眩暈(起立時 甚해짐)
   ④ 左上肢部感覺障碍(手太陽經流注)
   ⑤ 頸椎關節運動障碍
4. 發病日 : 2000년 3월경(2000년 9월경부터 더 심해짐)
5. 發病動機 : 욕달차에서 굴러떨어져 머리가 땅에 부딪힘
6. 家族力 : 別無所見
7. 過去歷 : ① 1970년경부터 신경성 위염으로 간혹 소화제 복용함.
   ② 1999년경 고혈압 인지하여 혈압약 복용하였으나 2000년 4월경부터 중단함
8. 現病歷 : 上記患者는 2000년 3월경 교통사고로 욕달차에서 굴러떨어지면서 머리를 땅에 부딪혀 정형외과에서 C-spine X-ray와 CT上 환축추 골절 및 탈구로 진단받고 약 두달간 Halo 견인과 four poster 경추보조기착용 등의 치료를 받았고 그 후 지속적인 치료를 받지 않고 통증이 심해질 때마다 간헐적으로 물리치료, 약물치료 받아오다가 2000년 9월경부터 증상이 더 심해지고 본인 및 보호자가 한방치료를 원하여 2000년 12월 2일 동인당한방병원 에 입원함.
9. 韓方四診

望診 顔色微黑憔悴, 舌紅無苔, 項部腫脹. 脣部暗赤乾燥

聞診 咽喉部痰聲別無

問診 後頭部刺痛, 頭重感 및 眩暈. 項部牽引痛. 詛嚼 · 嚥下時 痛症. 左上肢感覺障碍

腰膝痠軟, 大便難澁

切診 脈沈澁, 左側 風池穴, 肩井穴의 壓通點. 項背部腫脹感

10. C-spine test
   ① Cervical range of motion
      flexion 10 °
      extention 10 °
      lat.bending 20/10 °
      rotation 20/20 °
   ② special test
      distraction test +
      compression test +
      valsalva test -
      swallowing test +
      adson test-
      spurling test -

11. 檢査所見
   ① 입원당시 vital sign: 혈압 150/100mmHg, 맥박수 65회/분, 체온 36.6 °, 호흡수 24회/분
   ② EKG 소견: W · N · L
   ③ 경추부 X-ray소견: posterior cervical line에서 C2의 lamina line의 dislocation이 심하며 odontoid atlato distance가 심하게 증가되어 있으며(약 1.2㎝) C1의 lateral mass의 frature가 보이며 가골이 형성된 상태이며 경추의 전반적인 퇴행적 변화 보임

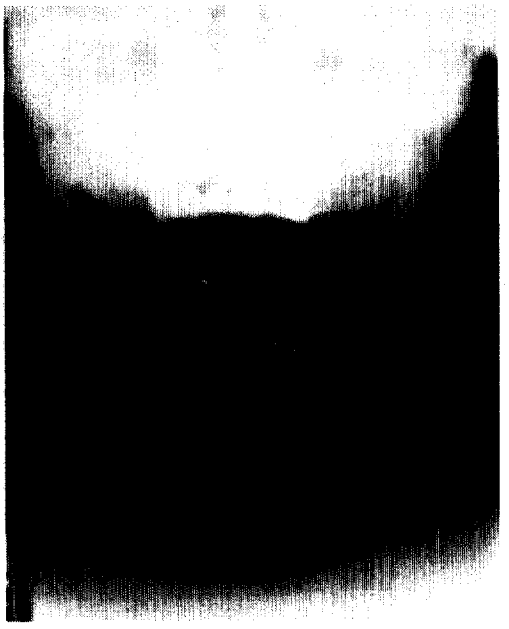

Figure 1. Open mouth view: left lateral mass fracture of Altas and callus formation, mild left deviation of odontoid process

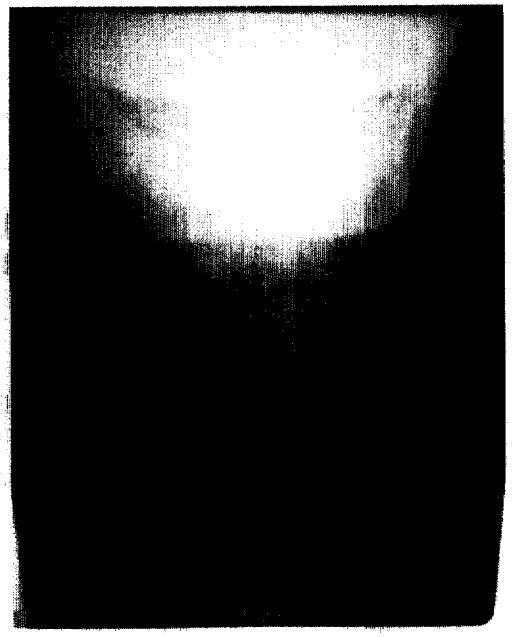

Figure 2. A-P view: general osteolytic change and degenerative spondylosis of cervical vertebra

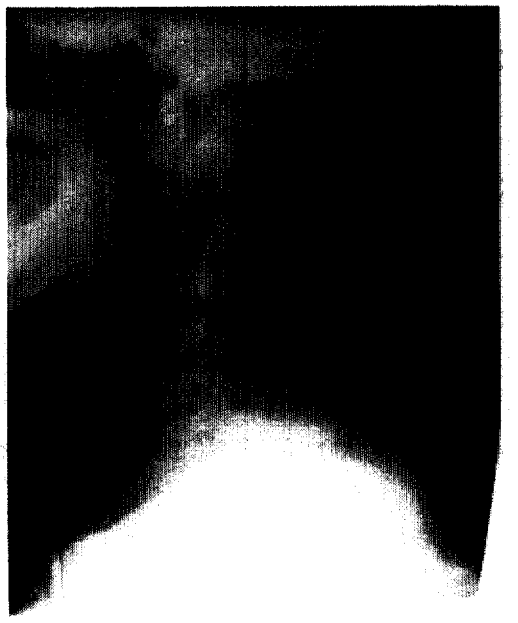

Figure 3. Lateral view: degenerative change of vertebra and general disc space narrowing, severe increase of atlanto-odontoid distance(about 1.2㎝). severe dislocation of posterior cervical line-lamina line of axis

12. 藥物治療

약물치료는 初期에는 舒經湯加味方을 투여하고 後期는 羌活續斷湯을 투여하였으며 복용은 1회 1첩 하루 세 번을 원칙으로 하였다.

① 12월 2일~12월 10일: 舒經湯(薑黃 8g, 當歸, 海桐皮, 白朮, 白芍藥, 羌活, 甘草 각 4g, 桂枝, 薏苡仁, 각 12g, 南星, 半夏, 烏藥, 白芥子, 威靈仙, 木瓜, 砂仁, 山査 각 4g, 生薑 5g) 加 紅花, 蘇木, 杜冲 각 4g.

② 12월 11일~12월 13일: 舒經湯(上同) 加 葛根, 白茯苓, 澤瀉, 山茱萸 각 6g.

③ 12월 14일~12월 18일: 羌活續斷湯(羌活, 防風, 白芷, 細辛, 杜冲, 牛膝, 秦艽, 續斷, 熟地黃, 當歸, 人蔘 각 4g, 白芍藥, 赤茯苓, 桂心, 川芎 각 2g, 生薑 3g) 加 五味子, 破故紙 각 4g

13. 針灸治療

鍼灸治療는 1일 1회로 한일침구제작소 제품인 1.30×40㎜의 1회용 毫鍼을 사용하고 刺鍼深度는 穴에 따라 다소 차이가 있으나 일반적으로 8~20㎜로 시행하였고 留鍼時間은 20분으로 하였다.

입원 4일째까지는 頸項部와 左上肢部의 壓痛點위주로 近位取穴을 하였으며 입원 5일째부터는 健側의 手太陽小腸經과 足太陽膀胱經爲主로 遠位取穴하면서 動氣療法을 兼하였고 입원 9일째부터는 瘀血在內, 肝腎俱虛로 肝兪, 腎兪, 膈兪, 太淵, 血海등을 추가하였다.

① 12월 2일~12월 5일: 百會, 風池, 風府, 完骨, 大椎, 大杼, 肩井, 肩外兪, 曲池, 後谿, 中渚
② 12월 6일~12월 9일: 曲池, 後谿, 中渚, 手三里, 束骨, 至陰, 崑崙, 太谿, 人中, 列缺
③ 12월 10일~12월 18일: 曲池, 後谿, 中渚, 手三里, 束骨, 申脈, 崑崙, 太谿, 肝兪, 腎兪, 膈兪, 太淵, 血海

14. 治療評價

치료성적에 대한 임상적 판정방법으로 저자는 크게 세가지로 분류하여 평가하였다.

우선 통증에 대한 평가로 첫째 동통호소(pain behavior)의 4단계평가법(Table 1)과 둘째 치료전의 통증을 10점으로 하여 그후 환자 스스로의 평가에 의해 치료후의 점수를 산정하는 동통 자가 평가 점수제(Table 2)를 선택하였다[5].

Table 1. Pain behavior

1. Severe : marked and frequent verbal and/or nonverbal pain behavior
2. Moderate : moderate and frequent or intermittent verbal or nonverbal pain behavio
3. Mild : mild and intermittent verbal and/or nonverbal pain behavior
4. negligible : negligible verbal or nonverbal pain behavior

경추관절운동장애에 대한 평가는 경추의 운동범위(Table 3)를 기준으로 평가하였다.

Table 2. 10~0 Pain scale(self assessment)

10 (before tretment)
↓
0 (after tretment)

Table 3. Cervical range of motion

동작	정상범위
Flexion	45°
Extension	45°
Lateral banding	45°
Rotation	60°

15. 治療 및 經過

입원당시 환자는 後頭部에 심한 牽引痛과 頸椎運動障碍를 보였으며 頭重感과 起立性 眩暈을 호소하였다. 手太陽小腸經流注로 左側 4, 5指까지 내려가는 左上肢感覺障碍가 있고 詛嚼과 嚥下시 목안쪽의 鈍痛을 호소하였다.

입원 2일에는 頸項部의 阿是穴取穴과 壓痛點 위주의 鍼灸治療 후 左側의 後頭痛과 項部의 牽引痛이 약간 경감되었으나 목의 運動障碍과 左上肢感覺障碍는 여전하였다.

입원 3일째는 頸項痛과 肩背痛이 입원당시의 약 70%정도로 경감하였고 頭重感과 眩暈도 약간 호전되었다.

입원 5,6일째 遠位取穴을 하면서 動氣療法을 시행한 후 목의 굴곡과 신전이 약간 증가하였고 左上肢感覺障碍는 입원당시의 70%정도로 약간 호전되었으며 嚥下시 목의 통증도 호전되어 식사시간이 5분정도 단축되었다.

입원 9일째부터는 左上肢感覺障碍는 입원당시의 약 50%정도로 감소되어 肘關節以下로만 국한되었

고 목의 運動障碍도 전체적으로 약간 호전되었다.

입원 12일째 목의 側屈과 回轉의 운동범위가 약간 증가하였고 嚥下시 목의 통증도 거의 소실되었고 左上肢感覺障碍도 肘關節以下에서 제 5指로만 국한되었다.

입원 15일째 後頭痛은 거의 소실되어 하루에 간혹 1~2회 간헐적으로 발생하는 정도이며 左上肢感覺障碍은 입원당시의 약 10%로 소실되었다.

입원 17일째 목의 運動障碍는 전반적으로 호전되었으며 項强痛은 입원당시의 30%로 감소되었으며 左上肢感覺障碍는 제 5指의 시린 느낌만 조금 남아있는 정도이며 嚥下시 통증도 완전 소실되었다.

통증과 경추운동장애의 치료평가에 대한 결과는 아래와 같다.

Table 4. Pain Behavior

Part \ Date	12/2	12/5	12/8	12/10	12/13	12/16	12/18
Occipital lesion	1	2	2	3	3	4	4
Neck	1	2	2	2	3	3	3
Shoulder	2	2	2	3	3	3	4
Lt upper extremity	2	2	2	3	3	4	4

Table 5. Pain scale (self assessment)

Part \ Date	12/2	12/5	12/8	12/10	12/13	12/16	12/18
Occiptal lesion	10	8	6	4	3	1	0
Neck	10	8	7	5	4	3	3
Shoulder	10	7	6	4	3	3	2
Lt upper extremity	10	8	8	5	3	2	1

Table 6. Cervical range of motion

Part \ Date	12/2	12/5	12/8	12/10	12/13	12/16	12/18
Flexion	10°	20°	25°	30°	35°	40°	40°
Extension	10°	10°	15°	20°	25°	30°	30°
Lateral banding	20/10°	20/10°	25/20°	30/20°	30/20°	30/25°	30/25°
Rotation	20/20°	20/20°	25/25°	30/25°	30/30°	35/30°	35/30°

Ⅲ. 총괄 및 고찰

척추골절은 교통사고, 산업재해, 운동경기등에 의하여 빈도가 증가하고 있으며 골절되는 부위는 胸椎와 腰椎의 이행부위에서 약 70%를 점유하고 다음은 腰椎, 頸椎의 순이다[1].

頸椎는 7개의 추체로 구성되어 있으며 제 1경추인 환추(atlas)는 추체가 없이 두개골의 무게를 지탱하는 두 개의 큰 외측괴(lateral mass)를 가진 환상구조물이다. 양외측괴 후방에는 추골동맥이 지나가는 추골동맥구(vertebral arterial groove)가 있다. 제 2경추인 축추(axis)는 추체상부에 치돌기(odontoid process)가 있으며 양측 횡돌기에는 추골동맥관(vertebral arterial canal)이 있다. 축추의 치돌기는 환추의 양·외측괴에서 기시하는 첨인대(apical ligament) 및 익인대(alar ligament)에 의하여 안정도를 유지하게 된다. 축추의 치돌기와 환추 전궁의 간격(Altanto-odontoid distance)은 정상적으로 소아 4㎜, 어른 3㎜이며 그 이상의 간격을 보일때는 축추-환추의 불안정을 의미한다[1].

환축추 골절 및 탈구는 주로 두부의 지상충돌, 물체낙하로 인한 머리손상등의 수직압박손상에 의해 일어나며 전방탈구, 후방탈구, 회전성아탈구, 치돌기 골절 등 4가지 유형으로 분류할수 있다[1,3]. 경부의 과굴곡시 치돌기는 손상받지 않으면서 횡인대가 파열되어 탈구가 일어나는 전방탈구는 환추와 치돌기 사이의 간격이 5㎜이상 넓어지거나 치돌기와 환추의 후궁사이 간격이 10㎜이하로 좁아져 척수를 압박함으로써 감각이상, 근력감퇴, 경직성 마비를 일으키고 심한 경우에는 사망하기도 한다. 후방탈구는 권투선수에서 보는 것처럼 목이 갑자기 과신전될 때 생기는 것과 같은 손상이며 회전성 아탈구는 머리가 갑자기 심하게 회전될 경우 발생하며 환자는

머리를 움직일 수 없고 사경(torticollis)이 되며 동통을 호소한다[1,3].

마지막으로 치돌기 골절은 경부의 과굴곡, 과신전 및 직접외력등에 의해 발생하며 전위가 없는 단순 골절은 예후가 좋으나 전위가 심할 경우 특히 환축추 아탈구나 탈구가 합병될 경우 일반적으로 치명적이다[1,8].

경추골절 및 탈구는 신경근이나 척수기능평가를 위해 철저한 신경학적 검사를 해야 하며 이때 괄약근 기능이나 회음부 감각평가를 위한 직장 및 생식기 진찰도 같이 한다. 손상부위의 지각이 식별되고 항문주위 감각이 있으면 손상은 불완전한 것으로 회복될 가능성이 있으며 C1~C3부위의 운동신경손상시 사지마비, 호흡근마비가 있으면 사망한다[1].

이외에 수액검사, 전기 생리학적 검사, 방사선 검사가 았는데 방사선 촬영법에는 전후방(A-P view), 측방(Lateral view), 사면상(Oblique view)의 기본적 촬영법외에 환추와 치돌기손상시에는 반드시 개구전후방상(open mouth A-P view)이 필요하다[1,3,8].

치료는 일단 급성기에는 응급처치로 기도를 철저히 검사하고 응급처치후에는 골절-탈구에 앞서 복부, 혈관, 흉부, 비뇨기계등에 이상유무를 확인한 후 골절-탈구를 치료한다[3].

골절-탈구를 정복시키는 방법은 견인보조기, Halter 견인, 골견인, 수술적 정복등이 있는데 일단 정복되면 계속해서 정복된 위치로 유지시키는 것이 중요하다. 골견인은 대략 6~8주간 시행하며 그후에 특수한 모양의 경부보조기(four poster cervical brace, Thomas collar)착용, Calot 석고, Halo body jacket, Halo-vest등의 보존적 요법을 시행한다[1,9,18]. 수술요법에는 추궁절제술에 의한 감압술, 후방도달법에 의한 정복술 및 기기를 이용한 척추고정술, 전방 및 측방 도달법에 의한 감압술 및 척추고정술, 전방 및 후방감압술 후 척추 고정술등이 있다[1]. 근래에는 대부분의 척추손상이 전척수증후군이고 후방도달법보다 전방에서 감압고정을 시행하면 확고한 안정을 얻을 수 있으며 조기활동이 가능하기 때문에 전방도달법으로 치료하는 경향이다[1,9].

韓醫學的으로 頸項痛은 後頭部 또는 목 내부의 肌肉이나 筋脈이 당기거나 疼痛을 느끼는 것으로 주로 風·寒·濕·痰·熱邪에 기인하며 증상은 項部의 牽引感, 疼痛 및 運動制限등이고 심한 경우 知覺異常, 筋力低下, 腱反射의 이상을 초래하기도 한다[10].

頸項痛에 대하여 《內經》[11]에서는 '頭項痛', '項痛', '頭項肩痛', '項筋急', '頸項痛'이라 언급한 이래 《傷寒論》[12]에서는 '頭項强痛', '項背强', '頸項强'이라 하였고 《萬病回春》[13]에서는 '頸項强痛'등으로 기재하고 있다.

頸項痛의 韓醫學的 原因으로 《內經》[11]에서는 "傷寒一日巨陽水之.", "腎熱病者 … 熱爭則 項痛而强….", "風從外入", "濕淫所勝…腰脊頭項痛.", "諸痙項强於濕.", "項痛不可免仰 刺足太陽 不可以觀 刺手太陽也."라 했으며 《東醫寶鑑》[7]에서는 "太陽感風濕爲頸項强痛."이라 하여 주로 外感病으로 인식하였고 《傷寒論》[12]에서는 "太陽之爲病"이라 하였다. 근래 《韓方診斷學》 14)과 《中醫症狀鑑別診斷學》[15]에서는 古代의 外感說에 "痰火, 內寒, 風濕, 邪熱傷津, 金瘡內毒, 肝腎膀胱病, 風熱在表, 風熱挾痰, 挫傷, 落枕"등을 더하여 논하였다. 또 그 기전으로는 大腸經에 風寒之邪가 침입하여 氣血이 壅滯되고 經絡이 壅塞되어 流暢하지 못하면 筋脈이 拘急하여 발생하기도 하며 頸項强痛은 肝·腎·膀胱의 병으로 三經이 風·寒·濕邪에 感受하게 되면 발생하게 된다고 하였으며 項部暴强이면 風寒으로 인한 것이고 口强이면 痰火로 인한 것이라고도 하였다[10].

頸項部를 지나는 經脈의 순환부위로 보면 左右 缺盆穴의 중앙 陷部, 즉 任脈經과 교차되는 곳이 天

突穴이고 任脈에서 一次 側方의 經脈은 足陽明胃經에 속하는 人迎穴이며 2次의 經脈은 手陽明大腸經에 속하는 扶突穴이고 3次의 經脈은 手太陽小腸經에 속하는 天窓穴이며 4 次의 經脈은 足少陽膽經에 속하는 天容穴이고 5次의 經脈은 手少陽三焦經에 속하는 天牖穴이며 6次의 經脈은 足太陽膀胱經의 天柱穴이고 7次의 經脈은 項의 중앙선인 督脈經에 속하는 風府穴이다. 이상과 같이 頸項部는 모두 7개의 經脈이 지나며 項背部는 주로 經絡流注上 督脈, 足太陽膀胱經, 足少陽膽經, 手太陽小腸經, 手少陽三焦經이 流注하고 있다[16].

頸項痛의 針灸治療는 주로 頸項部나 肩背部의 風府, 後谿, 人中, 承漿, 至陰, 大椎, 肩井, 曲池등을 刺鍼하고 項背强直일 경우에는 人中, 印堂, 百會, 風府, 大椎, 命門, 長强, 曲池, 合谷, 陽陵泉, 足三里, 委中등을 刺鍼하고 瘀血內在의 경우 肝俞, 膈俞, 太淵, 血海, 阿是穴등을 刺鍼하고 頸項强痛의 경우 通天, 白虎, 風池, 完骨, 瘂門, 大杼, 風府, 後谿, 中渚등을 刺鍼한다[16].

척수손상이 없는 輕度의 경추골절 및 탈구의 경우 外傷에 의한 頸項痛의 범주에 속하는데 跌撲이나 捻挫, 落傷등으로 頸項部의 經絡, 筋骨, 肌肉이 손상을 받아 氣血瘀阻하여 발생한다[6]. 발병초기에는 患部가 腫脹疼痛하고 按壓하면 痛症이 심하며 오래도록 不愈하면 氣血이 耗傷되므로 風, 寒, 濕邪를 만날 때마다 經脈의 阻滯가 가중되므로 疼痛도 또한 증가하고 기후변화에 따라서 疼痛도 변화한다[17]. 鍼灸治療는 주로 疼痛部의 近位取穴이나 經絡分布를 근거로 循經穴을 遠位取穴하여 行氣하고 通血經絡하며 消腫止痛하는 功效를 증가하여 손상조직의 기능을 회복한다[17].

본 증례에서 환자는 落傷으로 인해 환축추골절 및 탈구로 진단받고 골견인과 경추보조기등의 양방치료를 받았으나 골절부위는 유합되지 않고 가골(callus)이 형성된 상태이며 심한 탈구로 환축추의 불안정성이 있으며 만성적 後頭痛, 頸項痛, 頸椎運動障碍등의 후유증을 가지고 있었다.

치료초기에는 落傷으로 인해 頸項部의 經絡, 筋骨, 肌肉이 손상을 받아 氣血瘀阻한 것으로 보아 氣滯血瘀로 辨證하여 理氣祛瘀, 疏經活絡爲主로 치료하였으며 치료후기에는 평소 顔面黴黑憔悴, 舌紅無苔, 腰膝痠軟의 증상이 있고 落傷후 오래도록 不愈하여 氣血이 耗傷되고 肝腎陰血이 부족하여 肌肉이나 筋脈을 濡養하지 못한다고 보아 肝腎陰虛로 변증하여 補肝腎, 强筋骨하는 치료를 兼하였다.

針灸治療는 치료초기에는 주로 頸項部와 左上肢部의 壓痛點과 통증이 나타나는 經絡分布에 따른 循經取穴을 위주로 하였는데 주로 督脈과 足太陽膀胱經과 手太陽小腸經의 經穴인 百會, 風池, 風府, 完骨, 大椎, 大杼, 肩井, 肩外俞, 曲池, 後谿, 中渚등에 取穴하였다. 頸項部와 肩背部의 통증은 감소하였으나 左上肢感覺障碍와 頸椎運動障碍는 여전하여 近位取穴은 배제하고 健側의 手太陽小腸經과 足太陽膀胱經爲主로 曲池, 後谿, 中渚, 手三里, 束骨, 申脈, 崑崙, 太谿, 人中, 列缺등을 取穴하면서 환자로 하여금 患部를 계속 움직이게 하는 動氣療法을 兼하였다. 足太陽膀胱經의 束骨, 至陰, 崑崙은 循經에 따른 遠隔取穴로 頭項痛, 肩背痛에 많이 사용하며 列缺은 四總穴중 하나로 頭項部의 질환에 많이 사용하여 疏經通絡기능이 강하다. 曲池는 利關節, 調氣血작용이 있고 後谿는 八脈交會穴의 하나로 通于督脈하여 頭項痛, 肩背痛에 많이 사용된다[16,17].

動氣療法은 健側을 刺鍼하고 患部를 움직이게 하거나 按摩하는 방법으로 疼痛을 輕減시켜며 특히 患部의 運動障碍가 있을 경우 疏經通絡하여 運動障碍의 개선을 촉진시킨다[17].

치료후기에는 肝俞, 腎俞, 膈俞, 太淵, 血海등을 추가하였는데 肝俞와 腎俞는 滋補肝腎하고 膈俞는 八會穴중 血會穴로 血病을 主治하고 太淵은 八會穴중 脈會穴이며 血海는 祛瘀生新의 효능이 있다[16].

藥物治療는 初期에는 活血通絡, 行氣血爲主로 舒經湯加味方을 투여하여 痛症輕減에 중점을 두었고 後期는 强筋骨, 補肝腎爲主로 羌活續斷湯을 투여하였다.

이상과 같은 韓方治療로 환자는 퇴원시 後頭痛과 左上肢感覺障碍는 거의 소실되었으며 項强痛과 肩背痛도 많이 경감되었으며 頸椎의 運動範圍도 전체적인 증가를 보였다.

경추골절 및 탈구는 척수손상을 가져올 수 있는 심각한 질환으로 급성기에는 골절 및 탈구의 정복이 우선되므로 철저한 신경학적 검사가 필요하며[8] 치료시 골견인이나 경부보조기착용이 필수적이며 심하면 수술이 불가피하다. 그러므로 경추골절 및 탈구환자는 거의 대부분 양방치료에 의존한 상태이므로 韓醫學的인 연구나 보고가 미미한 실정이다.

경추골절 및 탈구는 심각한 척수손상이 없는 경우 급성기 이후에는 外傷에 의한 頸項痛의 범주로 보아 活血祛瘀, 理氣通絡爲主의 韓方治療가 頸項部의 痛症輕減이나 運動障碍의 改善에 유효하리라 생각된다.

갈수록 교통사고의 빈도가 증가하고 있는 실정에서 경추골절 및 탈구의 치료에서 한양방협진이나 다양한 한의학적 치료나 연구가 활성화되어 한의학적 영역의 확대가 필요하리라 사료된다.

Ⅳ. 결 론

2000년 12월 2일 동인당한방병원에 입원한 환축추 골절 및 탈구(Atlanto - Axial Fracture - Dislocation) 환자 1례에 대해 氣滯血瘀와 肝腎陰虛로 辨證하여 韓方治療를 시행한 결과 유효한 호전을 보였기에 이에 보고하는 바이다.

1. 본 증례에서 환자의 主症狀이 項强, 後頭痛, 頸椎運動障碍로 韓醫學的으로 外傷에 의한 頸項痛의 範疇에 속하고 氣滯血瘀, 肝腎陰虛로 辨證하였다.

2. 본 증례에서 환축추 골절 및 탈구로 인한 頸椎運動障碍에는 阿是穴 위주의 近位取穴보다 循經에 따른 遠位取穴과 動氣療法이 運動範圍의 改善에 더 양호한 효과를 보았다.

3. 경추골절 및 탈구의 급성기이후의 치료와 관리에서 針灸治療가 頸項部의 痛症輕減이나 運動障碍改善과 手術의 後遺症을 감소시킬수 있으리라 생각되며 향후 다양한 한의학적 접 근과 연구고찰과 필요하리라 사료된다.

Ⅴ. 참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형외과학 제 3판. 서울: 최신의학사. 1992:416-22
2. 서울대학교재활의학교실. 재활의학. 서울:군자출판사. 1997:321-9
3. David J. Magee. 정형물리치료진단학. 서울: 현문사. 1998:121-4
4. 謝觀. 東洋醫學大辭典. 서울:고문사. 1985:807, 1054-5
5. 이윤호, 최준배, 최용태. 경항통의 임상적 고찰. 대한침구학회지 1991; 3(1): 75-81 6. 하지용. 경항통에 대한 동의학적 병리 및 임상자료. 대한한방병리학회지. 1996; 10(1): 6-10
7. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:남산당. 1983:259-60
8. Robert K. Snider. MD. 근골격계 진단 및 치료의 핵심. 서울:도서출판 한우리. 1999: 515-24

9. 김재은. 경추골절 및 탈구의 임상적 고찰. 전북대학교대학원. 1986; 13(1): 17-21
10. 정광식. 경항통에 전신조정술이 미치는 영향에 관한 임상적 고찰. 한방재활의학과학회지. 2001; 11(2): 15-7
11. 홍원식. 精校黃帝內經靈樞. 서울:동양의학연구원. 1985:102-4, 128, 151
12. 장중경. 景岳全書. 서울:일중사. 1991:3,124
13. 공정현. 萬病回春(下). 서울:일중사. 1991:3
14. 강필모. 한방진단학. 서울:행림출판사. 1975:177
15. 중의연구원. 中醫症狀鑑別診斷學. 북경:인민위생출판사. 1987: 171, 173-4
16. 전국 한의과 대학 침구·경혈학교실. 침구학(上). 서울:집문당. 1994:175, 309, 330, 440, 482, 484, 489
17. 대전대학교 졸업준비위원회. 침구경위해석. 서울:한맥. 1996:124-33
18. 林浩一郎. 골절과 탈구의 치료. 서울:고려의학. 1989:19-21