

원 저

撓骨神經痲痺 治驗 1例

문경숙 · 이광호 · 김태우 · 장보형* · 권오섭* · 류충렬** · 조명래**

혜당한방병원 침구과

* 샘한방병원 침구과

** 동신대학교 한의과대학 침구과교실

A Case of Radial Nerve Palsy

Mun Kyung-suk · Lee Kwang-ho · Kim Tae-woo · Jang Bo-Hyoung* · Kweon O-seop* · Ryu Chung-ryeul** · Cho Myung-rae**

Department of Acupuncture & Moxibustion Hye-Dang Oriental Medical Hospital

*Department of Acupuncture & Moxibustion SAM Oriental Medical Hospital

**Department of Acupuncture & Moxibustion College of Oriental Medicine, Dong-Shin University

Abstract

Objective : The purpose of this study is to report the patient with radial nerve palsy, who improved by oriental medical treatment.

Methods : The patient was managed by *Cathami Flos* aqua-acupuncture, Dong-Qi acupuncture treatment, Comman acupuncture treatment and Herbal medicine. We took pictures of patient's wrist and checked the power of muscles. And we checked the numbness of thumb that was patient's subjective sensation.

Results : After 2 weeks-treatment, the movement and power of wrist was restored to nearly normal range, also the numbness of thumb was removed. Combined oriental medical treatment can treat radial nerve palsy earlier than the other methods.

Conclusions : The results suggest that combination of *Cathami Flos* aqua-acupuncture, Dong-Qi acupuncture treatment, Comman acupuncture treatment and Herbal medicine is good method for treatments of radial nerve palsy. But further studies are required to concretely prove the effectiveness of this method for treating radial nerve palsy.

Key words : radial nerve palsy, *Cathami Flos* aqua-acupuncture, Dong-Qi acupuncture treatment

1. 緒 論

撓骨神經은 완신경총 중 제일 큰 말초신경으로 상완골을 지나 전완에 이르며 상지의 주관절, 완관절 및 중

수지 관절의 신전근을 지배한다¹⁾.

撓骨神經痲痺는 상지 말초신경 장애 질환 중에 비교적 흔하게 볼 수 있는 것으로 요골 신경이 지배하는 근육의 신전 장애를 초래하여 腕關節, 掌指關節의 신전, 전완의 회외운동 등의 장애를 초래한다. 또한 撓骨神經이 마비되면 손등의 제3중수골 요측에서 무지 사이의 배부감각이 감소하며 천요골신경과 심요골신경으로 분지하기 전에 손상을 받으면 腕垂(wrist drop)가 나타나지

* 교신저자 : 문경숙, 서울 마포구 합정동 363-14
혜당한방병원 의사실
(Tel : 02-337-8428, E-mail : kailas09@hotmail.com)

만 천요골신경이나 후골간분지가 손상을 받을 때에는 腕垂증상이 나타나지 않으며 감각 고유영역인 무지와 인지 사이 피부의 배측에서 감각이 둔화 또는 소실된다²⁾.

요골신경의 마비 원인으로는 절단, 총상, 좌상에 의한 개방성 손상과 견인 손상, 압박 허혈손상, 신경 독 주입에 의한 손상, 교액성 손상에 의한 폐쇄성 손상이며 흔히 임상에서 볼 수 있는 것은 개방성 손상을 제외하고 압박이나 허혈성 손상에 의한 일시적인 신경마비이다. 따라서 어느 날 아침에 깨어나니 팔이 마비되고 전완부의 모든 근육이 힘이 없어지고 물건을 쥐는 힘도 없게 되는 것이다^{1,2,23)}.

한의학에서 요골신경마비에 대한 정확한 표현은 없지만, 감각장애가 위주인 경우 “麻木不仁”의 범주에, 감각장애를 제외하고 운동장애가 현저할 경우 “痿症”의 범주에, 또한 원인이 외상으로 인한 것은 “傷筋”의 범주에 속하고 이외에 手氣, 手痛과 관련이 있다고 하였다²⁾. 李³⁾에 의해 撓骨神經麻痺의 文獻的인 鍼灸治療가 報告 되었고, 權^{4,5)}에 의해 撓骨神經麻痺의 東西醫學的 考察 및 臨床的 考察이 보고 되었으며, 李⁶⁾에 의해 撓骨神經麻痺에 대한 頭鍼療法, 蜂藥鍼療法 및 韓藥治療를 병행한 치험례가 보고 되었으나 臨床的 研究는 많이 보고 되지 않고 있는 실정이다.

이에 필자는 2004년 5월 29일부터 7월 19일 현재까지 惠堂韓方病院 鍼灸科에 입원한 腦卒中 患者의 撓骨神經麻痺 1例를 대상으로 動氣療法, 紅花藥鍼療法, 體鍼療法 및 韓藥治療를 병행 시행하여 유의한 결과를 얻었기에 다음과 같이 보고하는 바이다.

II. 研究對象 및 方法

1. 研究對象

惠堂韓方病院 鍼灸科에 2004년 5월 29일부터 7월 19일 현재까지 입원 치료 중인 腦卒中 患者의 撓骨神經麻痺 1例를 對象으로 하였다.

2. 研究方法

① 腕下垂의 경중도를 객관화하기 위해 디지털 카메라로 촬영을 실시하였으며 치료 성적에 대한 평가 기준으로는 관절의 운동범위를 나타내는 coding results(Table 1)⁷⁾와 근력검사에 따라 평가하였다. 근력은 능동저항검사를 통해 정상을 5로 하여 그 상대적인 지수(point of muscle power)를 표기하였다 (figure 5).

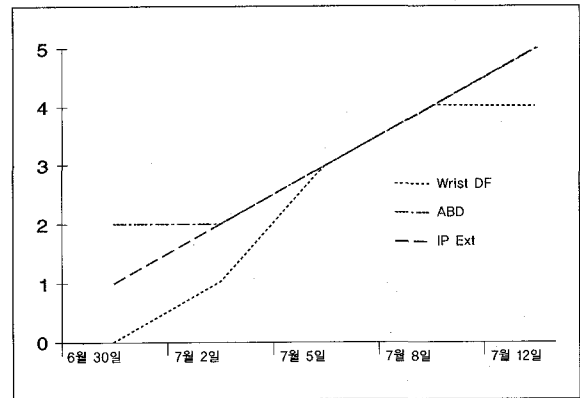


Fig. 5 Score of muscle power

- ② 痺症의 정도는 자각 증상의 경중도를 VAS(Visual Analog Scale)에 따라 평가하였다.
- ③ 반사검사(reflex testing)는 상완요골근의 건반사를 측정하였고 정상을 ++로 하여 그 상대적인 지수를 표기하였다⁸⁾.
- ④ 일상생활 : 손가락과 젓가락 이용하여 식사를 하는 동작과 단추를 끼우는 동작 등의 일상생활 가능여부를 기록하였다.

Table 1. Arbitrary values used to evaluate results.

value	Wrist		Fingers		Thumb	
	DF	PF	MP Ext	FT-MPC	ABD	IP Ext
Excellent	>50°	>30°	>170°	0	>40°	>180°
Good	25° to 50°	10° to 30°	155° to 170°	0 to 1/2 in	30° to 40°	165° to 180°
Fair	<25°	<10°	<155°	1/2 in	<30°	<165°

DF, dorsiflexion ; PF, palmar flexion ; MP ext, metacarpophalangeal joint extension ; FT-MPC, fingertip to mid-palmar crease ; ABD, abduction ; IP Ext, interphalangeal joint extension.

3. 治療內容 및 施術方法

(1) 紅花藥鍼治療

냉장 보관한 紅花藥鍼(CF, 대한약침학회)을 1ml 일회용 주사기(주사침 26gauge, 정립 의료기 산업, 한국)를 이용하여 0.5~1.0mm 깊이로 한 혈자리에 0.1ml씩 총 0.5ml정도 시술하였다. 시술 횟수는 환자의 상태에 따라 2~3일 간격으로 1주일에 2~3회 정도 반복적으로 시술하였다. 약침용 홍화 추출액을 환측의 肩髃, 曲池, 手三里, 外關, 合谷에 주입하였다^{17,19)}.

(2) 動氣療法

침은 동방 침구제작소의 0.25×40mm 1회용 stainless 호침을 사용하여 1일 1회를 원칙으로 1.5~2mm의 심도로 仰臥位 환자의 견축 曲池, 合谷에 자침하였다. 자침 후에 환측의 주관절을 굴곡한 자세로 견축의 자침 부위를 염전하면서 환측 중수지관절을 굴곡한 자세로 완관절을 최대한 신전하는 능동관절운동을 10회 가량 시행하고 두 번째 10회는 중수지관절을 신전한 상태로 최대한 완관절을 신전시키는 능동관절운동을 시행하였다. 총 20회의 동기요법 시행이 끝나면 환자의 상태에 따라서 중수지관절을 신전하거나 굴곡한 상태로 10회 정도 추가로 총 30회 가량의 능동관절운동을 하는 動氣療法을 시행하였다. 穴位는 李²⁰⁾에 의하면 鍼灸治療에 이용된 빈도수가 가장 높은 穴位인 曲池와 撓骨神經麻痺의 주된 특징 중 하나인 제1지, 2지의 감각장애를 치료하기 위해 陽明經 上에서 近位取穴 하여 合谷穴을 선택하였다¹⁹⁾.

(3) 體鍼療法

침은 동방 침구제작소의 0.25×40mm 1회용 stainless 호침을 사용하여 1일 1회를 원칙으로 1.5~2mm의 심도로 仰臥位 자세로 환자의 환측 肩髃, 曲池, 手三里, 外關, 合谷, 中渚를 자침하고 手指의 麻木感이 심한 경우는 八邪穴의 자침을 시행하였다.

(4) 藥物治療

2004년 6월 30일부터 2004년 7월14일 일까지 약물치

료는 八珍湯加減方을 투여하였으며 복용은 하루 2첩을 3번에 나누어 복용함을 원칙으로 하였다.

八珍湯加減方의 처방구성은 다음과 같다.

熟地黃, 白芍藥, 川芎, 當歸, 陳皮, 半夏, 桂枝, 羌活 各 4g, 白朮, 白茯苓, 人蔘, 防風, 牛膝, 白芷 各 3g, 柴胡, 甘草 各 2g 薑 3

(5) 物理治療

通經絡療法으로 저주파치료기(FES : 기능적 전기자극 치료기)와 溫經絡療法으로 Hot pack을 매 鍼施術 후 시행하였다.

III. 症 例

1. 환자

황○○, 남자 82세

(1) 주소 : 우측 완관절 신전곤란, 우측 제1지 痺症.

(2) 발병일 : 2004년 6월 30일

(3) 과거력

2004년 4월 2일 우측 시상부로 뇌출혈이 있어서 local 병원에서 2달가량 입원치료 받으시고 좌반신 부전마비, 좌반신 감각결손, 좌측 안면 마비 증상을 가지고 있으며 부축보행가능하고 vital sign stable 한 상태로 2004년 5월 28일 퇴원하심.

(4) 가족력 : 특이 사항 없음.

(5) 현병력

우측 腕垂, 우측 제1지 痺症, 좌반신 부전마비, 좌반신 감각결손, 좌측 안면 마비.

(6) 사회력 : 특이 사항 없음.

(7) 초진소견

2004년 6월 30일 아침 우측 상지부의 麻木感, 腕垂, 우측 제1지의 痺症이 나타남.

반사검사상 상완요골근의 건반사가 저하가 나타났으며 감각검사상 감각의 저하는 나타나지 않았고 경추부의 검사상 이상소견이 발견되지 않았음.

정중신경 및 척골신경의 근력 및 감각검사상 이상소견이 발견되지 않아 撓骨神經麻痺로 진단함⁹⁾.

2. 臨床經過

2004년 5월 29일부터 腦卒中으로 인한 재활치료를 위해 본원에서 입원 치료하던 중 2004년 6월 30일경 수면 시 자세 이상으로 침상에서 압박을 받으신 후 우측 腕下垂, 우측 제1지 痺症이 나타나서 2004년 6월 30일부터 2004년 7월 14일까지 治療施行하여 환자 상태의 변화를 기준으로 2~3회 치료마다 1회 관찰을 통해 관절의 가동범위 및 근력을 기록하였으며, 痺症은 환자의 기술통해 기록하였다(Table 2).

(1) 2004년 6월 30일

① 腕下垂: 우측 완관절의 신전은 불가능하였고 우측 제1지의 痺症을 호소하였으며, 나머지 수지의 신전은 가능하였으나 저항검사 시 power가 상당히



Fig. 1 Picture at 2004 June 30

떨어지며 무지의 경우 신전은 잘 되지 않고 신전을 시키면 외전이 되었다. 근위축은 보이지 않았으며 주관절 신전의 경우는 정상이었다(Figure 1).

- ② 痺症: 우측 제1지의 痺症을 호소하였으나, 다른 수지와 감각차이는 보이지 않았으며 제1, 2지 사이 배부 갈퀴 부분의 특징적인 감각장애도 보이지 않았다.
- ③ 반사검사: 상완삼두근의 건반사는 정상이었으며, 상완요골근의 건반사는 다소 저하되었다.
- ④ 일상생활: 손가락 사용이 잘 되지 않았다.

(2) 2004년 7월 2일

① 腕下垂: 우측 완관절의 신전 서서히 가능해지고 저항검사 시 조금씩 힘이 들어가기 시작했고 무지의 신전은 잘 되지 않았다(Figure 2).



Fig. 2 Picture at 2004 July 2

- ② 痺症: 우측 제1지의 痺症을 호소하였다.
- ③ 반사검사: 상완요골근의 건반사가 다소 저하되어 있다.
- ④ 일상생활: 손가락을 드는 힘은 조금 나아졌으나 완전한 사용은 잘 되지 않았다.

Table 2. The results of arbitrary values

	Wrist		Fingers		Thumb		痺症	Reflex Testing
	DF	PF	MP Ext	FT-MPC	ABD	IP Ext		
6월 30일	F(0)	G(3)	G(2)	G(3)	G(2)	F(1)	10	0
7월 2일	F(1)	E(4)	G(3)	G(3)	G(2)	F(1)	9	+
7월 5일	G(3)	E(5)	E(4)	E(4)	G(3)	G(3)	4	+
7월 8일	E(4)	E(5)	E(4)	E(5)	E(4)	E(4)	2	++
7월 12일	E(4)	E(5)	E(5)	E(5)	E(5)	E(5)	1	++

E, Excellent ; G, Good ; F, Fair ; ()안의 숫자는 근력지수.

(3) 2004년 7월 5일

- ① 腕下垂 : 우측 완관절의 신전이 호전되고 무지의 신전도 호전되었다(figure 3).

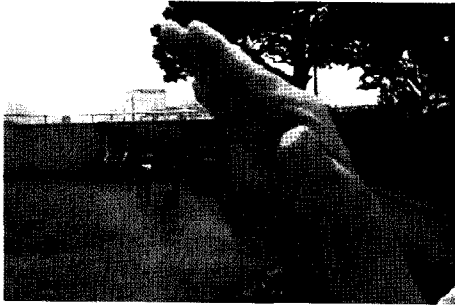


Fig. 3 Picture at 2004 July 5

- ② 痺症 : 우측 제1지의 痺症이 감소되기 시작하였다.
- ③ 반사검사 : 상완요골근의 건반사가 약간 호전되었다.
- ④ 일상생활 : 숟가락을 사용하여 음식물 섭취가 가능해지고 작은 물건을 집는 동작이 가능해졌다.

(4) 2004년 7월 8일

- ① 腕下垂 : 우측 완관절의 신전이 상당히 호전되었고 완관절의 신전에 대한 저항검사에서는 power도 많이 회복 되었으나 수지신전에 대한 저항검사에서의 power는 아직 떨어지는 상태이었다(figure. 4).



Fig. 4 Picture at 2004 July 8

- ② 痺症 : 우측 제1지의 痺症이 거의 소실되었다.
- ③ 반사검사 : 상완요골근의 건반사가 호전되었다.
- ④ 일상생활 : 숟가락 사용이 자유롭고 젓가락을 쥐는 것이 가능해졌다. 단추를 끼우는 동작을 할 수 있게 되었다.

(5) 2004년 7월 12일

- ① 腕下垂 : 우측 완관절의 신전은 거의 정상에 가깝고 젓가락을 쓰는 등의 동작이 가능하기 시작했고, power만 약간 떨어지는 상태이었다.
- ② 痺症 : 우측 제1지의 痺症은 거의 소실되었다.
- ③ 반사검사 : 상완요골근의 건반사가 거의 정상에 가까웠다.
- ④ 일상생활 : 숟가락과 젓가락을 이용하여 식사가 가능하였다.

IV. 考察 및 結論

요골신경은 해부학적으로 완신경총에서 나오는 제일 큰 신경으로 상완과 전완부의 신근(extensor muscles)을 지배하고 이것들을 덮는 피부에 지각을 담당한다. 요골신경은 중수지관절, 무지 및 수근관절 신전이 되는지 여부로서 그 기능을 알 수 있으며 요골신경이 마비되면 腕垂가 나타나며 손등의 제3중수골 요측에서 무지 사이의 배부감각이 감소한다^{9,10}.

橈骨神經麻痺의 원인을 살펴보면 크게 개방성 손상과 폐쇄성 손상으로 나눌 수 있다. 개방성 손상은 칼이나 유리조각에 의한 절단 손상, 종창, 좌상이 있다. 폐쇄성 손상에서는 신장 및 견인 손상, 압박허혈 손상, 신경독의 주입에 의한 손상, 포착 또는 교액성 손상, 열 손상(화염, 액체, 증기 및 고열), 전기(고압선) 손상 등이 있다. 臨床에서 볼 수 있는 橈骨神經麻痺는 음주 후 불량한 자세로 압박허혈에 의한 생리적 신경차단(neuroparxia), 축색단절(axonotmesis)과 개방성 손상으로 신경절단 시 미세현미경 수술 후에 오는 후유증이 대부분을 이룬다. 이런 경우에는 신경단절(neurotmesis)이 아니므로 제반검사를 통해서 요골신경기능을 정확히 파악한 후에 약 4주 이상의 지속적인 치료와 관찰이 필요하다¹¹.

橈骨神經麻痺의 진단은 이학적 검사와 전기 진단적 검사로 나눌 수 있는데 이학적 검사에는 근력검사, 근위축 검사, 반사검사, 감각검사, 발한검사 및 Tinel's sign으로 나눌 수 있다. 전기 진단적 검사로는 근전도 검사, 신경전달속도 검사 및 반사기능 검사가 있다¹².

橈骨神經麻痺 환자가 내원하면 개방성 손상이 아닌 경우에는 橈骨神經麻痺를 일으킬 수 있는 원인을 먼저

파악한 후에 이학적 검사를 실시한다. 요골신경이 지배하는 피부나 고유 감각영역에 감각검사를 실시하여 정상적인 감각의 소실 여부를 판단한다. 감각검사가 끝나면 요골신경이 지배하는 근육의 위약이나 긴장을 살펴 보아 撓骨神經麻痺의 특징적인 소견인 腕垂가 나타나지 않았는가를 살펴보아야 할 것이다. 이런 이학적 검사를 토대로 다른 말초신경질환인 정중신경마비, 척골신경마비와 감별하는 것이 중요하며, 개방성 손상이 아닌 경우에는 바로 보존적인 치료를 실시하고 치료 도중 지속적인 관찰을 하는 것이 중요하다²⁴⁾.

撓骨神經麻痺의 치료는 보존치료 및 수술로 나눌 수 있는데, 치료의 한계는 신경손상의 정도에 따라 결정되며 폐쇄성 손상 중 신장(stretch) 및 견인(traction) 손상에는 경한 신경기능의 상실이나 심한 축색단절 등의 여러 가지 손상이 올 수 있다. 그러나 대체로 예후가 비교적 좋은 편이므로 보존치료를 시행한다. 보존 치료 시에 주의할 사항은 신경이 회복될 때까지 관절의 강직 및 변형, 근육의 과도한 신장, 근위축, 근력소실 등을 예방하는 것이 무엇보다 중요하다. 신경섬유의 에너지 대사를 촉진하고 혈액순환을 촉진하기 위해 온욕(steam bath)을 시행하고 비타민 B1, B6, B12 등의 투여가 필요하다. 보존 치료 시에 손상된 신경의 감각지배영역에 화상이나 다른 상처가 생기지 않도록 주의해야 한다²⁵⁾.

요골신경의 손상은 많은 경우에서 자연회복이 되며 일단 회복이 되면 거의 정상에 가까운 경과를 얻을 수 있으며 따라서 약 3~5개월간 기다려 보아서 회복의 증거가 없으면 수술적 치료를 시행한다²⁶⁾. 신경축삭 손상이 경미하면 대체로 8~12주에 걸쳐 회복된다²⁷⁾.

한의학에서 撓骨神經麻痺라는 병명은 표현되지 않았지만, 內經을 비롯한 韓醫學 書籍에서는 麻木不仁, 痿症, 傷筋, 手痛, 手氣 等 으로 인식하고 있으며 그 원인을 外感風寒濕熱의 邪氣에 의해 經絡이 留滯되거나 外傷으로 邪血이 凝滯되어 氣血의 運行이 순조롭지 못하거나 압박을 받음으로써 氣血運行이 방해를 받아 筋脈, 皮膚가 失養하여 나타난다 하였다²⁸⁾.

<中醫臨床大全>에서는 撓骨神經 麻痺가 慢性化되면 脾腎에까지 영향을 미치니 脾는 後天之本이며 氣血津液의 自生之源이니, 脾胃氣가 虛하면 津液氣血生化의 根源이 不足하여, 肌肉筋脈이 濡養을 잃어 危弱이 되니, 慢性時에는 脾와 腎의 기능을 살펴서 정상적인 활동을 할 수 있도록 하는 것이 중요하다고 하였다²⁹⁾.

<實用中醫結合診斷治療學>에서는 요골신경마비를 麻

木과 痿症의 범주로 보고 氣血兩虛, 瘀血凝滯로 원인을 분류하였다. 현대의 中醫學에서는 撓骨神經麻痺의 원인으로 氣血兩虛와 瘀血凝滯로 나누었으며, 腕垂 등의 근육의 무력감이 나타나며 筋肉氣血의 근원인 脾腎 두 장부의 기능을 살피는 것이 중요하다고 하였다³⁰⁾.

본 症例의 경우 주소로 腕垂를 호소하였고 반사검사상 상완요골근의 건반사가 저하가 나타났으며 감각검사상 감각의 저하는 나타나지 않았다. 또한 경추부의 검사상 이상소견이 발견되지 않았으며 정중신경 및 척골신경의 근력 및 감각검사 상 이상소견이 발견되지 않아 撓骨神經麻痺로 진단하였다³¹⁾.

환자의 연령이 높고 뇌졸중으로 인한 재활치료 도중에 撓骨神經麻痺가 발병하였고 외상의 기왕력이 없고 全身無力感을 호소하시고 耳鳴症狀이 있고 脈細弱, 舌淡 苔薄白하여 원인을 氣血兩虛로 보아 益氣活血, 溫經通絡하는 八珍湯에 祛風勝濕止通하는 羌活, 溫經散寒, 通陽火氣하는 桂枝, 祛風止痛하는 白芷, 祛風勝濕止痛하는 防風 等을 가하여 사용하였다³²⁾.

藥鍼療法은 일정한 經穴, 壓痛點 및 피부의 陽性反應點에 주입함으로써 生理的인 기능을 강화시키고 病理的인 상태를 개선시키는 新鍼療法의 하나이다. 紅花藥鍼療法은 鍼의 자극과 藥鍼用 紅花抽出液의 자극을 동시에 가하여 보다 양호한 치료 효과를 얻고자 함을 목적으로 한다. 약침의 재료로 사용된 홍화는 菊花科에 속하는 1년생 草本인 잇꽃으로 性은 溫, 無毒하며 味는 辛하고, 心·肝 二經으로 歸經하며 活血燥濕, 止痛, 消腫, 通經, 破瘀血하는 효능을 가졌으며 그 중 藥鍼用 紅花抽出液은 活血化瘀, 通經止痛의 작용이 있어서 創傷痛, 心絞痛, 產後瘀血腹痛에 사용되고 있다³³⁾. 본 증례에서는 手陽明經의 手三里, 曲池, 合谷과 手少陽三焦經의 外關穴에 紅花藥鍼을 注入함으로써 經穴刺戟效果를 통해 紅花의 藥理作用을 強化하는데 목표로 두었다³⁴⁾.

動氣療法은 痛症疾患 및 기타 많은 질환에 응용되는 치료법으로 운동제한이 있으며 참기 어려울 정도로 극심한 통증이 있는 경우 빠른 치료효과를 볼 수 있는 치료법이다. 動氣療法은 鍼施術이 기본인 것은 일반적인 體鍼施術과 같지만 가장 큰 차이는 바로 움직임에 있다. 보통 體鍼施術 時에는 자침한 후에 가만히 있는 것이 일반적이나 動氣療法은 鍼施術 후 지속적으로 움직여 근육을 풀어줌으로써 治療效果를 상승시킨다. 動氣療法을 위한 穴位의 선택은 李³⁵⁾에 의하면 鍼灸治療에 이용된 빈도수가 가장 많은 穴位인 曲池와 撓骨神經麻

痺의 주된 특징 중 하나인 제1지, 2지의 감각장애를 치료하기 위해 陽明經 上의 近位 取穴을 하여 合谷穴을 선택하였다⁶⁾.

鍼灸治療에 있어서 李⁹⁾에 의하면 치료에 사용된 경혈들이 일부를 제외하고 대부분 신경해부학적으로 요골신경의 유주와 일치하고 手陽明大腸經을 중심으로 하는 手三陽經에 있다고 하였고 이는 환측 견배부에서 요골신경의 분포영역에 걸쳐 循經取穴하였음을 나타낸다고 하였다. 또한 陽明經은 多氣多血의 經絡이므로 자침을 하여 氣血을 충분히 하면 潤宗筋, 養肌膚, 利筋骨하게 된다 하였다. 치료에 사용된 경혈의 빈도수를 보면 曲池, 手三里, 合谷, 肩髃 外關, 等の 순서를 나타내는데, 이 경혈들의 穴性이 疏經活絡, 氣行血暢, 經脈得養하므로 증상의 회복에 기여한다고 하였다⁹⁾.

撓骨神經痲痺의 한방치료에 있어서 羅²⁰⁾는 電針으로, 張²¹⁾은 穴位注射療法으로, 李²²⁾는 頭鍼으로, 李⁹⁾는 頭鍼과 蜂藥鍼療法으로 임상보고를 하였다. 또 權⁹⁾에 의하면 職業別 분포양상은 노동자가, 유발요인은 睡眠後가, 임상증상은 腕關節의 屈曲障礙와 前腕의 感覺低下가 가장 많았으며 치료기간은 5~6주가 3례로 가장 많았으며 다음이 9주 이상이 2례, 4주 이하가 2례로 나타났다고 하였다.

본 증례 환자의 병력, 임상증상 및 이학적 검사 결과를 살펴보면 腦卒中으로 인한 재활치료로 全身 氣血의 不足과 수면 중의 자세 이상으로 인한 과도한 압박으로 인하여 撓骨神經痲痺가 온 것으로 보인다.

증상에 따른 빠른 진단을 통해 紅花藥鍼療法, 動氣療法, 韓藥療法, 物理療法 等を 並行施行하여 약 2주 만에 상당한 호전을 보였다. 腕下垂, 우측 제1 수지 痺症 등 제반 증상들이 거의 소실되어 손가락과 젓가락을 사용한 식사가 가능하고 혼자서 옷의 단추를 끼우는 등의 정상적인 사회생활이 가능하게 되었다.

李⁹⁾의 경우를 살펴보면 頭鍼療法을 施術하면서 動氣療法을 施行하였는데, 본 증례와 비교하면 상당한 유의성을 갖는다. 그러나 치료에 있어서 보다 주요한 치료법이 어떤 것인지를 더 명확히 하기 위해서는 많은 치험례를 통한 심층연구가 이루어져야 한다고 사료된다.

參考文獻

1. 대한정형학회. 정형외과학. 서울 : 최신의학사. 1992 :

165-8.
 2. 대한신경외과학. 신경외과학. 서울 : 중앙문화사. 1994 : 166-70, 417-25.
 3.李文鎬, 金庚植. 撓骨神經痲痺의 鍼灸治療에 관한 文獻的 考察. 대한침구학회지. 1994 ; 11(1) : 451-64.
 4. 권영달, 송용선. 撓骨神經痲痺의 東西醫學的 考察. 한방재활의학회지. 1997 ; 7(1) : 287-306.
 5. 권영달, 박용현, 이종덕, 송용선. 撓骨神經痲痺의 臨床的 考察. 한방재활의학회지. 1998 ; 8(2) : 372-81.
 6. 이세연, 이경민, 정태영, 서정철, 한상원. 撓骨神經痲痺 治驗 1例. 대한침구학회지. 2003 ; 20(1) : 236-43.
 7. 한영길, 나수균, 최창욱. 요골신경마비 및 수지신전 건손상 환자의 건전이술에 의한 치료. 대한정형외과학회지. 1997 ; 7(1) : 287-306.
 8. 金炯默 譯. 脊椎四肢檢診ATLAS. 서울 : 고려의학. 1989 : 26, 51-6, 93-8, 125.
 9. 鄭然泰 外. 人體解剖學. 서울 : 癸丑文化社. 1986 : 234-41.
 10. 이한구. 정형외과 진단. 서울 : 일조각. 1991 : 95-7.
 11. 郭隆燦. 圖解神經外科學. 서울 : 제일의학사. 1992 : 330-6, 696-9.
 12. CIBA원색도해의학총서 편찬위원회 편. CIBA원색도해의학총서 VOLUME 1 PART II. 서울 : 정담. 2000 : 213.
 13. 張樹生 外. 中醫臨床大全. 北京 : 北京科學技術出版社. 1991 : 4162-3.
 14. 陳貴延 外. 實用中西結合診斷治療學(上·下). 서울 : 일중사. 1991 : 803-5.
 15. 康秉秀 外. 臨床配合本草學. 서울 : 永林社. 1994 : 448-53, 459-64.
 16. 왕오호, 임진강, 안규범, 장형석, 신준식. 動氣鍼法을 이용한 顎關節 障礙 患者의 臨床的 考察. 대한침구학회지. 2001 ; 18(5) : 109-21.
 17. 科學百科事典出版社. 實用東醫藥學. 서울 : 日月書閣, 1990 : 163-4.
 18. 辛民教. 原色臨床本草學. 서울 : 永林社. 1991 : 467-8.
 19. 李熙泰, 李學仁. 紅花藥鍼이 Adjuvant 關節炎에 미치는 影響에 관한 實驗的 研究. 동서의학. 1998 ; 23(30) : 6-20.
 20. 蘿國禮. 電鍼治療撓骨神經損傷30例臨床觀察. 陝西 : 陝西中醫(鍼灸增刊). 1983 ; 4(2) : 12.
 21. 莊必芬. 穴位注射治愈撓骨神經損傷1例. 貴陽 : 貴陽

- 中醫學院學報. 1990; (2): 47.
22. 李雙勝. 頭鍼治愈撓骨神經損傷5例. 山川 : 山川中醫. 1985; 3(10): 44.
23. 周紹華 外. 神經系統常見疾病中醫診療. 北京. 中國醫藥技術出版社. 1989: 186-9.