

증례

경막외 차단술 후유증을 동반한 요추간판탈출증 환자 1예에 대한 증례보고

강재희, 장석근, 임윤경, 이현, 이병렬

대전대학교 부속한방병원 침구과

The Clinical Study on 1 Case of HNP Patient with Sequela of Epidural Block

Jae-Hui Kang, Suk-Keun Jang, Yun-Kyoung Yim, Hyun Lee, Byung-ryul Lee

Department of Acupuncture & Moxibustion, Oriental Medicine Hospital, Daejeon University

Objectives : This study is reported to evaluate the effect of oriental medical treatment in 1 case of HNP patient with sequela of epidural block.

Methods : We treated the patient by oriental medical conservative treatment, Who was diagnosed as the sequela of epidural block and admitted Daejeon University Cheonan oriental hospital from 9th November 2002 to 17th December 2002.

Results & Conclusions : 1. It may occur headache, tinnitus, dizziness, neck stiffness from sequela of epidural block.

2. Sequela of epidural block can be demonstrated as deficiency of yin(陰虛).

3. After oriental medical conservative treatment, nothing symptom of sequela of epidural block(lumbago, leg pain) was improved but symptom of sequela of epidural block(headache, tinnitus, dizziness, neck stiffness) was disappeared and we consider that the oriental medical treatment based on the concept of "deficiency of yin(陰虛)" is effective in the case of HNP patient with sequela of epidural block.

Key Words: nerve block, epidural block, intracranial hypotension, HNP

서론

신경차단술(신경블록)은 통증을 전달하는 신경의 일부에 주사바늘을 사용하여 약물을 투여함으로써 일시적 또는 장기간에 걸쳐 신경 기능을 정지시키는 것으로 경막외 차단술, 추간관절 차단술, 신경근 차단

술, 교감신경절 차단술, 대요근구 차단술 등으로 나눌 수 있다¹⁾.

이 중 경막외 차단술은 척추에서 척수를 둘러싸고 있는 경막 바깥쪽의 경막외강에 약물을 투여하여 치료하는 방법으로 추간판 탈출증, 척추관 협착증, 암성 통증 조절 등에 시행되며 희석시킨 국소마취제와 강한 항염제인 트리암시놀론을 섞어 요추 부위에 주사한다.

통증의 차단이라는 관점에서 최근 마취과를 중심으로 하여 경막외 차단술을 비롯한 신경차단술이 비교적 활발하게 시술되고 있고 그 안전성도 과거에 비해 높아졌으나 아직까지도 경막외 차단술 후유증

· 접수 : 2003년 5월 25일 · 논문심사 : 2003년 7월 24일

· 채택 : 2003년 8월 11일

· 교신저자 : 강재희, 충남 천안시 구성동 476-8 대전대부속 천안한방병원 침구과(Tel: 041-560-8783, E-mail: rkd12@hanmail.net)

은 적지 않으며 심할 경우 영구적인 신경마비까지도 초래할 수 있다²⁾. Dawkin³⁾에 의하면 일시적 마비는 32718예 중 48예(0.1%), 지속적 마비는 7예(0.02%)에서 발생했다고 한다. 이러한 신경학적 후유증 외에 가장 잘 알려진 후유증은 두통, 특히 뇌 척수압 저하로 인해 기립시 발생하는 체위성 두통으로 물리적인 경막 천자로 인해 뇌척수액의 유출로 인해 발생하며 현훈, 이명, 오심, 구토 등의 임상증상이 동반되기도 한다⁴⁾.

양방에서는 특별한 원인이 없을 경우 자발성 두개내 저압이라는 병명으로 침상안정, 카페인, 스테로이드, 복대, 지속적 경막의 식염수 주입, 경막의 혈액봉합술⁵⁾ 등의 방법이 사용되며, 그 중 대표적이며 적극적인 방법은 경막의 혈액봉합술(epidural blood patch)인데 안정치료에 반응이 없을 경우 우선적으로 시도하고, 실패할 경우 척수강조영술을 시행하여 정확한 위치를 확인한 후 재시행 하는 방법이 사용되고 있다⁶⁾.

최근 신경차단술 시행이 증가하고 그에 따라 혈액봉합술을 비롯한 신경차단술 후유증에 대한 연구나 증례도 보고되고 있으나 아직 이에 대한 한방적인 연구나 증례는 보고된 바 없는 실정이다.

이에 경막의 차단술의 후유증을 동반한 요추간판 탈출증으로 2002년 11월 9일부터 2002년 12월 17일까지 대전대학교 부속 천안한방병원 침구과에 입원 치료한 환자 1례의 임상경과 고찰을 통하여 유의성이 있다고 사료되어 다음과 같이 보고하는 바이다.

증례

1. 姓名 : 석 ○ ○, 남자 34세
2. 主訴症 : ①頭痛, 眩暈
②耳鳴
③項部強直感
④腰痛
⑤右下肢引痛
⑥步行, 屈伸不利
3. 發病日 : ①②③ - 2002년 9월 15일경 신경차단술

시행 후

④⑤⑥ - 2002년 8월 25일 교통사고 후 (오토바이운전 중 자동차와 측면추돌)

4. 過去歷 : 別無

5. 家族歷 : 父親이 高血壓으로 고생중임

6. 現病歷 : 現 34歲의 少陰人型의 남자 환자로 평소 성격은 예민한 편이었으며, 無飲酒 無吸煙 別無嗜好食해왔다. 상기 환자는 평소 別無大病해 오다가 2002년 8월 25일경 교통사고 후 腰痛, 右下肢引痛 및 痺感 등의 증상이 發하여 local 의원에서 입원치료 하면서 2002년 9월 15일경 1차 단순 신경차단술 시행 받아 잠시 호전되었으나 3-4일 후 우하지의 피부색 변화가 있어 MRI상 L4-5에 bulging disc판정되어 경막의 차단술 도중 CSF유출되어 그 후 失神, 項強, 頭痛, 眩暈, 耳鳴 등의 증상이 발하여 경막의 혈액차단술(Epidural blood patch)권유받았으나 거부하고 2002년 10월 6일 ○○ 부속병원으로 전원하였으며 MRI상 HNP of L4-5, L5-S1 진단받고 입원 치료하였으나 別無好轉하여 보다 적극적인 한방 치료위해 2002년 11월 9일 AM 11:20경 본원 외래 경우 on foot으로 입원하였다.

7. 檢査所見

1) Vital sign : 88-20-36.4

2) BP : 150/100

3) BST : 94

4) Physical test

S.L.R.T 50/50

Bragard T +/-

Lasegue T +/-

Peyton sign -

Milgram T 5"

KCCT -/-

Patrick T +/-

A.D.F -/-

A.P.F -/-

5) Lab

CBC - WNL

UA - WNL

LFT - GPT 104 ↑, TG 207 ↑

6) EKG - WNL

7) L-spine MRI

①Bulging disc of L4-5

②Mild central HNP of L4-L5, L5-S1

8. 入院期間 : 2002년 11월 9일 ~ 2002년 12월 17일

9. 治療

1) 鍼治療

동방침구제작소 0.30×40mm 1회용 호침을 사용하여 1일 2회 20분간 유치하여 시술하였고, 1회는 肝正格, 腎正格을 기본으로 하여 증상에 따라 遠位取穴 하여 加하였고 1회는 腰部의 近位穴을 기본으로 하여 董氏穴을 加하였다.

①近位取穴 - 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 環跳, 委中, 陽陵泉, 承山, 崑崙, 足三里, 耳門, 聽宮, 聽會, 百會, 上星, 翳風, 太陽, 風府, 風池 등

②遠位取穴 - 臨泣, 後谿, 氣海, 關元, 中渚, 太谿, 復溜, 陰谷, 三陰交, 照海, 腎俞, 志室, 氣海, 足三里, 肝正格, 腎正格 등

③董氏穴 - 靈骨, 大白, 中白, 下白, 肩中, 正筋, 正宗 등

2) 藥物治療

약은 한침당 120cc로 다려 하루 세침 3회 식후 1시간 후에 온복하였다.

① 2002년 11월 10일 - 2002년 11월 13일 (4일간)

四六湯加減 (熟地黃 16g, 山藥, 山茱萸 8g, 牡丹皮, 白茯苓, 澤瀉, 當歸, 川芎, 白芍藥 6g, 杜沖 8g, 續斷, 破故紙, 桃仁, 紅花 4g, 附子 2g)을 기본으로 하여 加減함.

② 2002년 11월 14일 - 2002년 11월 24일 (11일간)

補陽還五湯加味方 (黃芪 30g, 當歸 6g, 赤芍藥, 地龍, 川芎, 桃仁, 紅花 4g, 桂枝 12g, 五加皮, 牛膝, 杜沖 8g, 骨碎補, 白屈菜 4g)을 기본으로 하여 加減함

③ 2002년 11월 25일 - 2002년 12월 17일 (24일간)

歸元湯加減 (龍眼肉, 熟地黃, 黃芪, 白朮, 白茯苓, 麥門冬 8g, 當歸, 香附子, 酸棗仁, 蓮子肉, 陳皮, 貢砂仁, 白何首烏 4g, 志室, 半夏 3g, 木香, 甘菊, 薄荷, 竹茹, 遠志, 黃連, 甘草 2g, 生薑 8g, 大棗 6g)을 기본으로 하

여 加減함

3) 物理治療

11월 10일부터 11월 24일까지는 건식부항만 시행

11월 25일부터 12월 7일 퇴원시까지

Negative(정혈요법) - 요배부

E.S.T or ICT(통경락요법) - 요부, 우하지

Hot pack, M/W(온경락요법) - 요부

4) 灸治療

간접구 - 關元穴, 1회 5장씩 1일 1회 시행함

5) 기타

침전기자극, Taping

10. 評價

환자의 증상이 두통, 현훈, 이명, 항부강직감 등 환자의 주관적 표현으로 의사에 의한 객관적 평가가 어려운 측면이 있어서 이를 객관화하기위해 Visual Analogue Scale(이하 VAS)7)를 이용하여 아무런 통증이 없는 상태인 0에서 가장심한 통증의 상태인 10까지로 나누어 각 증상별로 환자의 자각적 정도를 매일 표시하게 하였다. 또한 추간판 탈출증의 호전도는 객관적인 검사가 가능한 요각통 검사법을 이용하였으며 그중 Straight leg raising test(S.L.R.T)8)각도와 Milgram Test의 시간을 매일 기록하였다.

Table 1. Visual Analogue Scale

0 : no pain										
10 : most serious pain										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. 治療經過

《2002년 11월 9일 입원당시》

- 보조기(TLSO)착용한 상태.

- S.L.R.T 50/50, Mligram T 5초이하로腰痛, 右下肢引痛이 심하며 굴신이 불가능하고, 坐位는 1분이하로만 유지가능, 보행상태는 자가보행가능하나 불안정하고, 장시간 기립이나 보행이 불가능한 상태로 입원함.

- 耳鳴 양상은 가늘고 불쾌한 소리가 지속적으로 들린다고 하였으며, 경항통과 두통양상이 뜨끔뜨끔하다고 표현하였고 기립시 나타나는 체위성 두통양

상을 보였다.

- 마른 체격에 舌質 微紅降, 苔白, 脈弦緊細하였으며 顔面에 微紅潮를 띤 상태였다.

- 腰部, 環跳, 委中部에 濕角을 시행하고 침상에 안정위주로 교육하였다.

- 辨證: 肝腎陰虛

- 治法: 滋腎補肝

- 取穴: 上記 기본 鍼治療에 頭痛과 耳鳴에 대한 近位穴을 配穴함

- 處方: 四六湯加減

《2002년 11월 10일~2002년 11월 13일》

- 입원시의 치료법을 유지하며 耳鳴, 頭痛, 消化不良 등은 필요시마다 수증취혈하였다.

- 12일 경부터 耳鳴이 맑아졌다고 표현하였으며 점차 빈도도 줄어 소리가 없는 시간이 더 많게 되었고, 頭痛의 강도도 줄고 전반적으로 머리가 맑아지는 느낌을 호소하였으며 기립시 두통양상은 하루 1-2회 정도로 거의 소실되었다.

- S.L.R.T 50/50, Milgram T 5초로 변화없으나 주관적인 자각통증은 감소하기 시작하여 보행상태 호전되고 3분 정도까지 坐位시간이 연장되었다.

《2002년 11월 14일~2002년 11월 24일》

- 腰痛의 호전도가 감소하고 舌色の 瘀血소견(舌紫, 瘀斑)이 관찰되고 面白 脈弦緊細하여 氣虛에 瘀血을 겸한 補陽補陽還五湯을 처방하고 건식부항과 침전기자극을 병행하였다.

- S.L.R.T 70/70, Milgram T 시간이 10-15초까지 증가하였고 腰痛과 下肢引痛이 뚜렷이 감소하였으며 5-10분까지 坐位지속시간이 연장되었다.

- 腰痛, 下肢引痛은 감소하였으나 腰重感과 下肢痺感이 발생하였고 자세나 시간에 따른 간헐적인 격통 양상도 발생하였다.

- 耳鳴도 지속적으로 호전되어 하루 심어회에서 수회까지 줄었으며 22일에는 한차례도 耳鳴이 없었다. 頭痛은 거의 소실되어 약간의 眩暈感과 項強感 호소하였다.

- 辨證: 氣虛 兼 瘀血

- 治法: 補氣活血祛瘀

- 取穴: 上記 기본 鍼治療에 血海, 膈俞를 배혈하고 요부 관계의 董氏穴을 配穴하였다.

- 處方: 補陽還五湯加減

《2002년 11월 25일~2002년 12월 5일》

- 腰痛의 호전도가 감소하고 舌紅降, 苔薄白微黃, 盜汗의 증상이 있어 久病에 陰血虧損으로 보아 처방을 歸元湯으로 하고 물리치료를 시작하였으며 적극적인 운동치료를 권유하였다.

- S.L.R.T 70/70, Milgram T 20초. 안정시의 腰痛이나 下肢引痛 증상은 소실되었고 비교적 장시간 坐位 가능하며 보행상태도 호전되어 보조기를 제거하였으나 주로 수면 중 자세에 의한 引痛양상이나 久步行 후 통증을 간헐적으로 호소하였다.

- 耳鳴은 3-4일에 하루정도 발생하였으며 지속시간이 수초내로 단축되었다.

- 頭痛은 소실되었고 項強感은 간헐적으로 호소하였다.

- 辨證: 陰血虧損

- 治法: 養血補陰

- 取穴: 上記 기본 鍼治療에 灸法을 병용하고 項背部 阿是穴을 配穴하였다.

- 處方: 歸元湯加減

《2002년 12월 6일~2002년 12월 17일》

- 11월 25일부터 12월 5일까지와 동일한 치료법을 실시하던 중 감기와 어머니의 교통사고로 심리적인 불안감으로 증상의 호전도가 일정하지 않아서 기존치료에 더하여 감기치료, 심리치료 등의 다양한 치료를 병행하였다.

- 腰痛, 下肢引痛은 전반적으로 감소하였으나 다발적인 잔여 통증양상을 호소하였으며 S.L.R.T 70/70 이상, Milgram T 20초이상의 호전도를 보였다.

- 頭痛 및 耳鳴은 소실되었으나 피로감을 동반한 頸項痛은 남아있는 상태였다.

- 辨證: 陰血虧損

Table 2. The Evaluation by the Progress of Patient's Symptoms

	Headache	Dizziness	Neckstiffness	Tinnitus	Lumbago
11월 9일	VAS 5	VAS 5	VAS 6	VAS 7	VAS 8
11월 10일 ~11월 13일	VAS 4	VAS 4.5	VAS 5.5	VAS 6.3	VAS 7
11월 14일 ~11월 24일	VAS 2.4	VAS 2.5	VAS 3.8	VAS 4.5	VAS 5.9
11월 25일 ~12월 5일	VAS 1.2	VAS 1.8	VAS 2.4	VAS 2.1	VAS 4.2
12월 6일 ~12월 17일	VAS 1	VAS 1	VAS 2	VAS 1	VAS 3.1

VAS : visual analogue scale

- 治法 : 養血補陰

- 取穴 : 上記 기본 鍼治療에 灸法을 병용하고 項背部 阿是穴을 配穴하였다.

- 處方 : 歸元湯

고찰

요추간판 탈출증은 임상에서 비교적 흔하게 접할 수 있는 질환으로 요통을 일으키는 대표적인 질환이며 그 치료법에 있어 여러 가지 치료법이 연구되고 있다. 크게는 수술적 치료와 보존적인 치료로 나눌 수 있고 수술 방법도 레이저, 내시경 등으로 확대되고 보존적인 치료도 단순한 침상안정이 아닌 침구치료, 온열요법, 약물치료, 견인치료 등 다양한 방법이 사용되고 있다^{9,10)}.

최근들어 마취과를 중심으로 하여 국소마취약물을 말초신경이나 신경총 등에 주입하여 운동 및 감각신경을 보존하면서 통증을 감소 또는 소실시키는 신경차단술이 시행되고 있는데 그 중 중추신경차단을 위해 경막외 공간으로 삽관하는 방법이 경막외 차단이다.

경막외 차단술은 마취 혹은 통증 치료 수단으로 널리 이용되고 있는 방법으로 현재 추간판탈출증 같은 급성, 만성통증이나 암성통증에 사용되고 약제로는 국소마취제, 스테로이드, 신경파괴제를 쓰며 비록 위험성은 낮으나 요통, 두통이나 신경학적 합병증이 올 가능성이 있다¹⁾.

본 증례의 환자도 본원 전원당시 소견서에 따르면

Table 3. The Evaluation of Patient's Symptoms Before and After Treatment

	Admission	Discharge
Headache	VAS 5	VAS 1
Dizziness	VAS 5	VAS 1
Neckstiffness	VAS 6	VAS 2
Tinnitus	VAS 7	VAS 1
Lumbago	VAS 8	VAS 3.1
SLRT	50/50	80/80
Milgram.T	5sec	25sec

VAS : visual analogue scale

SLRT : straight leg raising test

교통사고 후 loacl 의원에서 입원치료 중 요통, 우하지 인통의 통증으로 1차 단순 신경차단술 시행받아 잠시 호전되었으나 3-4일 후 우하지의 피부색변화가 있어 MRI상 L4-5에 bulging disc판정되어 경막외 차단술을 시행받았으나 시술도중 CSF유출되어 시술포기하고 그 후 neckstiffness, severe headache등이 생겨 소염제와 수액요법으로 증상호전 되었으나 기립시 두통이 가라앉지 않아 경막외 혈액차단술(Epidural blood patch) 권유받았지만 환자 거부하고 ○○대부속 병원으로 전원되었다가 본원으로 레원한 경우였다.

양방에서 경막천자 후 뇌척수액 유출로 인한 두개 내 저압에 시술되는 경막외 혈액봉합술은 대개 15-20ml의 자가혈액을 유출이 의심되는 척추부위에 주입하는 것으로 경막외 압력의 증가로 인한 척수액압력의 상승으로 생각되며 장기적으로 경막외 천공을 통한 척수액의 유출을 blood clot이 막아서 치료가 되는 것으로 사료된다^{11,12)}.

환자는 來院당시 굴신이나 보행에 상당한 지장이 있어 보조기(TLSO)를 착용한 상태였으며 頭痛, 耳鳴, 項部強直感 등의 증상은 초기보다 다소 호전이 있었지만 통증이 심하여 보행이나 운동장애가 심하고 坐位가 거의 불가능하였으며 Milgram T 5초 이하, 하지 직거상 검사상 양측 모두 약 50도 정도를 나타냈다. 두통은 지속적이고 은은하게 머리가 비는 듯 하다고 표현하였으며 특히 기립시 심해지는 체위성 두통 양상에 현훈을 동반하였고 그 외에 항부강직감과 장시간 지속되는 이명을 호소하였다. 마른 체격에 舌質 微紅降, 苔白, 脈弦緊細하였으며 顔面에 微紅潮를 띤 상태로 기본적으로 陰虛한 상태에 瘀血의 증상을 겸

하였다. 주소증은 크게 腰痛, 右下肢引痛, 右下肢痺感, 歩行障碍 등의 요추간판탈출증으로 인한 증상과, 頭痛(특히 기립시 두통), 眩暈, 耳鳴, 項部強直感 등의 경막천자로 인한 두개내 저압에서 오는 경막의 차단술의 후유증으로 나눌 수 있었다.

한의학에서 두통은 부위별로 正頭痛, 偏頭痛, 後頭痛, 頭頂痛으로, 원인별로 風寒頭痛, 風熱頭痛, 厥逆頭痛, 氣厥頭痛, 熱厥頭痛, 濕厥頭痛, 七情頭痛, 腎厥頭痛, 瘀血頭痛, 頸椎性頭痛 등으로 구분하는데^{13,14)} 그 중에서 氣厥頭痛은 氣血虛而邪氣逆上하여 頭痛, 耳鳴, 九竅不利, 兩太陽穴痛의 특징이 있으며 腎厥頭痛은 腎氣不足, 酒色過度가 원인으로 腦轉眩暈或 頭頂熱痛, 腰膝痛而無力¹⁵⁾ 등이 특징이다. 본 환자의 頭痛은 眩暈과 耳鳴을 동반하며 頭部의 특정부위가 아니고 전체적으로 멍한 隱隱痛 양상으로 보아 氣厥頭痛이나 腎厥頭痛 등 虛에 속하는 頭痛으로 구분할 수 있으며 醫宗金鑑¹⁶⁾에서 頭痛의 원인으로 언급한 氣血虛나 東醫寶鑑¹⁶⁾의 氣厥頭痛 등이 이에 해당된다고 사료된다.

耳鳴은 크게 實證과 虛證으로 나눌 수 있는데 實證은 肝膽火旺, 痰熱鬱結, 外感風邪로 인하여 鳴聲이 크고 耳鳴하면서 막히는 듯 하거나 按壓하면 더욱 심하게 느껴지며 虛證은 腎虛, 脾胃氣虛弱으로 인하여 耳鳴이 있다 없다가며 勞倦을 하였거나 밤이 되었을 때 심해지고 매미나 물결소리 등으로 다양하게 나타난다. 본 환자의 耳鳴은 虛證의 腎虛로 변증할 수 있으니 <靈樞海論>¹⁷⁾에서 “腦髓不足 則腦轉耳鳴”이라하여 腎精不足을 원인으로 본 것과 일치하며 補益腎精의 治法을 사용하며 手足少陽經과 足少陰經을 위주로 한 經穴을 配伍에 응용하였다.

治療經過를 2002년 11월 9일부터 13일까지 四六湯을 처방한 5일간과 2002년 11월 14일부터 2002년 11월 24일까지 補陽還五湯을 처방한 11일간, 그후 2002년 12월 17일 퇴원시까지 歸元湯을 기본으로 한 23일간으로 크게 세 부분으로 나누어 살펴보면 첫 번째 기간은 舌質이나 脈象에서 기본적으로 陰虛한 소견이 있었고 제반 증상의 辨證도 腎陰虛의 소견을 기본으로 하고 있어서 肝腎陰虛로 변증하여 湯약은 四

六湯加減에 침치료는 2회로 나누어 1회는 畝岩鍼法의 肝正格, 腎正格을 위주로 하고 1회는 腰部에 근위 취혈하였다. 그 외에 첫날만 腰部, 環跳, 委中部에 濕角을 시행하고 침상안정을 위주로 교육하였고 물리치료 없이 건식부항을 시행하였다. 耳鳴과 頭痛에 대한 특별한 침구치료는 하지 않았으나 肝腎陰虛에 변증하여 腎俞, 志室, 足三里, 百會 등에 補法을 사용하고 關元에 간접구를 시행하였다. 이 기간 환자는 입원 당시의 제반증상에 대하여 모두 전반적인 호전을 보였고 그 중에서 腰痛, 下肢引痛 증상보다는 頭痛, 耳鳴, 項部強直感의 호전도가 더 높았는데 이는 요통 양상이 전형적인 陰虛만이 아니라 瘀血 소견을 겸하고 있어 腰痛의 호전이 늦었던 걸로 사료된다. 그래서 두 번째 기간 동안은 氣虛 兼 瘀血로 辨證하여 補陽還五湯을 사용하였고 이 시기에 S.L.R.T 70/70, Milgram T 시간이 10-15초까지 증가하였고 腰痛과 下肢引痛이 뚜렷이 감소하였으며 5-10분까지 坐位지속 시간이 연장되어 腰痛, 下肢引痛 등 추간판탈출로 인한 증상의 호전이 비교적 빨랐으며 耳鳴과 頭痛도 호전되어 耳鳴은 하루 수회까지 줄었고 頭痛도 감소되었으며 기립시 頭痛양상은 소실되었다. 세 번째 기간은 腰痛의 호전도가 다시 감소하고 舌紅降, 苔薄白微黃, 盜汗의 증상이 있어 久病에 陰血虧損으로 보아 처방을 養血補陰하는 歸元湯으로 바꾸고 물리치료를 시작하였으며 적극적인 운동치료를 권유하였다. 이 시기에 안정시의 腰痛이나 下肢引痛 증상은 소실되었으며 비교적 장시간 坐位가능하고 보행상태도 호전되어 보조기는 제거하였으며 頭痛 및 耳鳴은 소실되었으나 피로감을 동반한 頸項痛을 간헐적으로 호소하였다. 그러나 예민한 성격과 주요 증상이 소실되면서 활동이 좋아지자 잦은 외출로 입원관리가 잘 되지 않았고 또한 감기와 어머님의 교통사고까지 겹쳐서 환자의 신체나 정신적인 측면 모두 제대로 안정되지 못한 상태에서 1주일간은 증상의 큰 변화없이 퇴원하게 되었다.

퇴원 당시 환자 상태는 입원 당시와 비교해 볼 때 S.L.R.T 양측 50도에서 80도까지 호전되었고 Milgram T 5초 이하에서 25초로 호전되었으며 심한 腰痛과

右下肢引痛으로 인한 운동제한이 심각하였으나 일상 생활에 큰 지장이 없을 정도로 보행 및 운동상태가 크게 호전되었다. 간헐적으로 미약한 項部强直感은 남아있었지만 耳鳴과 頭痛은 거의 소실되어 환자의 주관적인 VAS척도 상에도 뚜렷한 호전도를 보였다 (Table 2).

이상으로 경막의 차단술 후유증으로 인한 두개내 저압증상을 동반한 요추간판탈출증 환자의 치험례를 기술하였는데 환자의 舌診, 脈診, 동반증상으로 보아 肝腎陰虛, 氣血虛 등으로 변증 치료한 결과 치료효과가 양호하였다. 후유증의 원인으로 보아도 뇌척수액의 유출로 인한 저압은 한의학적으로 腦髓는 腎精에 근본을 두므로 陰虛精竭의 변증에 부합되게 되니 이로 미루어 본 증례의 환자뿐 아니라 같은 원인으로 인한 후유증을 가진 경우라면 동일한 변증을 기초로 치료가 가능하리라 사료된다.

발병원인은 생소하지만 변증은 비교적 단순하였으며 그에 따른 치료효과도 양호하였으나 치료 후반기에 환자 주변의 여러 가지 변수들로 인하여 마무리 치료가 미진하였고 증례를 더 수집하지 못하여 보다 깊은 분석을 하지 못한 점을 아쉽게 생각하며 앞으로 보다 많은 연구가 필요하리라고 사료된다.

요 약

1. 경막의 차단술 시행시 경막천자로 인해 頭痛, 耳鳴, 項部强直感, 眩暈 등의 후유증이 발생할 수 있다.
2. 경막의 차단술 후유증의 증상들은 肝腎陰虛로 변증할 수 있다.
3. 경막의 차단술 후유증 동반한 요추간판탈출증 환자에서 陰虛辨證에 기본하여 한방치료한 결과 후유증으로 인한 두통, 이명, 항부강직감 등이 소실되었고, 요통, 하지인통의 추간판탈출증상도 개선되었다.

참고문헌

1) 김달수 외. 신경외과학. 대한신경외과학회. 2001:572-573.

- 2) 박성희 외. 경막의마취후 발생한 마미증후군. 대한통증학회지. 1996;30:234-237.
- 3) Dawkins CJM. Ananalysis of the complications of extradural and caudal block. Anaesthesia. 1969;24:554-563.
- 4) 대한마취과학회. 마취과학 3판. 서울:여문각. 1994:203.
- 5) Gibson BE, Wedel DJ, Faust RJ, Petersen RC. Continuous epidural saline infusion for the treatment of low CSF pressure headache. Anesthesiology. 1988;68:789-791.
- 6) Bahram M, David GP, Gary MM. Syndrome of orthostatic headaches and diffuse pachymeningeal gadolinium enhancement. Mayo Clin Proc. 1997;72:400-413.
- 7) 전세일. 재활치료학. 서울:계축문화사, 1998:42.
- 8) 정진우. 척추와 사지의 검진. 서울:대학문화사, 1986:308.
- 9) Stephen IE. Textbook of spinal disorders. philadelphia:J.B.Lippincott Company. 1995:135-141, 185, 191.
- 10) Carron H and Mclaughlin RE. Management of low back pain. London:John Wright PSG inc. 1982:156-157.
- 11) 문동언, 김병찬, 김영주, 이광수. 경막의 혈액봉합술로 치험한 자발성 두개내 저압. 대한통증학회지. 1997;10:104-108.
- 12) Cook MA, Watkins-Pitchford JM. Epidural blood patch. A rapid coagulation response. Anesth Analg. 1990;70:567.
- 13) 전국한의과대학침구경혈학교실. 鍼灸學(下). 서울:集文堂. 1988:71-102,743-758.
- 14) 林鐘國. 鍼灸治療學. 서울:集文堂. 1983:750-753.
- 15) 吳謙. 醫宗金鑒. 北京:人民衛生出版社. 1963:1119-1121.
- 16) 許浚. 東醫寶鑑. 서울:南山堂. 1976:203-208,378-393.
- 17) 河北醫學院. 靈樞經校釋(上). 北京:人民衛生出版社. 1982:345.