

증례

內經의 獨取陽明理論으로 治療한 橈骨神經麻痺 患者 7例에 대한 증례보고

김은미* · 박영수* · 허윤경* · 송형근* · 최가원* · 김정호* ·
김영일* · 홍권의* · 이현* · 임윤경**

*대전대학교 부속한방병원 침구과
**대전대학교 한의과대학 침구경혈학교실

Abstract

A Case Report of Radial Nerve Palsy Patients with Locating Yangming Channel

Kim Eun-mi*, Park Young-soo*, Heo Yoon-kyoung*, Song Hyong-gun*, Choi Ka-won*,
Kim Jung-ho*, Kim Young-il*, Hong Kwon-eui*, Lee Hyun* and Yim Yun-kyoung**

*Department of Acupuncture & Moxibustion, Oriental Medical Hospital, Daejeon University

**Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Daejeon University

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

Methods & Results : The patients were hospitalized Dept. of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Daejeon University from 1st, Mar. 2005 to 31th. Aug. 2005, and treated with Acupuncture and Electrical Stimulation therapy, Herbal medication, Oriental physical therapy. To evaluate the wrist drop and numbness of fingers, Visual Analogue Scale(VAS) and the measurement of wrist circumference are used. As the result, symptoms are improved remarkably

Conclusion : Patients were treated for 4.1 weeks(average). 6 cases were excellent and 1 case was good

Key words : Radial Nerve Palsy, Yangming, Acupuncture, Electrical Stimulation

· 접수 : 2005년 8월 27일 · 수정 : 2005년 9월 10일 · 채택 : 2005년 9월 10일
· 교신저자 : 이현, 충청남도 천안시 구성동 476-8 대전대학교 부속천안한방병원 침구과
Tel. 041-560-8763 E-mail : lh2000@hanmir.com

I. 서론

말초신경병증은 흔히 말초신경염이라고 불리어진다. 신경염(neuritis)이란, 어떤 원인에 의하든지 신경에 염증이 생기는 모든 경우를 말한다. 그러나 대개의 경우 신경손상은 감염에 의하지 않기 때문에 신경병증(neuropathy)이란 용어가 더 선호되고 따라서 말초신경계의 이상으로 발생하는 질환을 총칭하여 말초신경병증(peripheral neuropathy)이라 부를 수 있다. 말초신경손상(Peripheral Nerve Injuries)의 원인 및 기전은 기계적 손상과 과사에 의한 비기계적 손상으로 대별할 수 있다. 기계적인 손상은 칼과 같이 예리한 물체에 의해 배어지는 전단력, 길이로 잡아당겨지는 견인, 외부 또는 내부의 압박에 의해서 발생한다. 비기계적 마비는 열이나 진동 또는 국소 허혈증(local ischemia)이나 약물의 직접 주사 등에 의해 말초신경이 과사되면서 그 기능이 소실되는 경우이다¹⁾.

요골신경은 완신경총 중 제일 큰 말초신경으로 상완골을 지나 전완에 이르며 상지의 주관절, 손목관절 및 중수지 관절의 신전근을 지배하므로 요골신경의 마비는 위에 기술한 관절의 신전장애를 초래한다. 요골 신경이 마비되면 손등의 제3중수골 요측에서 무지 사이의 배부감각이 감소하며 천요골신경과 심요골신경으로 분지하기 전에 손상을 받으면 腕垂(wrist drop)가 나타나지만 천요골신경이나 후골간 분지가 손상 받을 때에는 腕垂증상이 나타나지 않으며 감각 공유영역인 무지와 인지 사이 피부의 배측에서 감각이 둔화 또는 소실된다. 요골신경의 마비 원인으로서는 절단, 총상, 좌상에 의한 개방성 손상과 견인 손상, 압박허혈 손상, 신경독 주입에 의한 손상, 교액성 손상에 의한 폐쇄성 손상이며 흔히 임상에서 볼 수 있는 것은 개방성 손상을 제외하고 압박이나 허혈성 손상에 의한 일시적인 신경마비이다²⁾.

한의학에서 요골신경마비에 대한 정확한 표현은 없지만 감각장애가 위주인 경우 “麻木不仁”의 범주에 감각장애를 제외하고 운동장애가 현저할 경우 “痿證”의 범주에 또한 원인이 외상으로 인한 것은 “傷筋”의 범주에 속하고 이외에 手痛, 水氣와 관련이 있다고 하였다³⁻⁴⁾. 李³⁻⁴⁾에 의해 요골신경마비의 문헌적인 침구 치료가 보고되었고, 權⁵⁾에 의해 요골신경마비의 동서의학적인 고찰 및 임상적 고찰이 보고되었으며 이⁵⁾ 등에 의해 요골신경마비 치험 1례가 보고되었다. 황⁶⁾

등에 의해 침과 Neuromuscular Electrical Stimulation으로 요골신경마비 환자를 치료한 증례가 보고되었으나 아직 임상적 연구는 많지 않은 실정이다.

이에 저자는 2005년 3월 1일부터 2005년 8월 31일까지 대전대학교 청주한방병원 침구과에 내원한 요골신경마비 환자 7명에게 內經에 수록된 獨取陽明理論으로 침과 전침을 시술하여 좋은 임상적 결과를 얻었기에 다음과 같이 보고하는 바이다.

II. 대상 및 방법

1. 연구대상

2005년 3월 1일부터 2005년 8월 31일까지 대전대학교 청주한방병원 침구과에 내원한 요골신경마비 환자 7명을 대상으로 하였다.

2. 연구방법

요골신경마비 환자의 성별, 연령별 분포, 유발요인, 임상증상, 치료기간 및 치료성적 등에 대하여 관찰하였다.

3. 치료방법

1) 침치료

침(0.25×30mm 크기의 Zeus Korea Acupuncture develop co., Korea)치료는 足三里, 解谿, 陷谷 등 족양명경의 경락을 중심으로 배혈하여 주 2~3회씩 1회당 15분간 자극하였다. 또한 환자의 마비된 상지를 지배하는 경락인 수삼양경의 경락을 중심으로 전침(SONOTRON PGN-300N, Neomyth Co., Korea)을 合谷, 曲池, 外關, 中渚에 부착하여 15-30-60Hz을 5초씩 통전하고 1초씩 쉬게하는 자극을 1cycle로, 주 2~3회 15분간 자극하였다.

2) 약물치료

약물치료는 내원 초기 대전대학교 부속한방병원 처방집에 있는 清燥湯加味方(Table 1)을 투여하였으며 복용은 하루 2첩을 세 번으로 나누어 복용함을 원칙으로 하였다.

Table 1. 清燥湯加味方

五味子	黃芪	蒼朮	陳皮	白朮	澤瀉	人參	白茯苓
6g							4g
乾地黃	麥門冬	當歸	豬苓	神麩	黃栢	甘草	升麻
						3g	2g

Table 2. Arbitrary values used to evaluate results

value	Wrist	
	DF	PF
Excellent	>50	>30
Good	25 to 50	10 to 30
Fair	<25	<10

DF, dorsiflexion ; PF, palmar flexion

3) 물리치료

通經絡療法으로 신경근치료기(Neurotech BMR 16F, B.M.R. co. The republic of Ireland)을 매 침시술 후 시행하였다.

4. 치료성적의 평가기준

- 1) 관절의 운동범위를 나타내는 coding results <Table 2>⁷⁾에 따라 주 1회씩 완관절 신전 각도를 평가하였다.
- 2) 비증과 무력감의 정도는 자각 증상의 경중도를 VAS(Visual Analog Scale)에 따라 평가하였다.

III. 증례

<증례 1>

환자: 김○○ (M/42)
주소: 좌수 완관절 무력 & 신전곤란
발병일: 2005년 3월 27일
초진일: 2005년 3월 27일
과거력: 2004년 HNP of L4-5 OP
현병력: 상기 발병일 음주 후 본원 응급실에 내원
치료기간: 5주

<증례 2>

환자: 조○○ (M/52)
주소: 우수 완관절 무력 & 신전곤란
발병일: 2005년 5월 13일
초진일: 2005년 5월 14일
과거력: 1995년경 H/T인지 현 po-med 중
현병력: 상기 발병일 음주 후 local NS 경유 본원 내원

치료기간: 6주

<증례 3>

환자: 유○○ (M/38)
주소: 우수 완관절 무력 & 신전곤란
발병일: 2005년 5월 28일
초진일: 2005년 5월 28일
과거력: 특이사항 없음
현병력: 상기 발병일 기상 후 상기 증상 발생하여 본원 응급실 내원
치료기간: 6주

<증례 4>

환자: 반○○ (M/42)
주소: 우수 완관절 무력 & 신전곤란
발병일: 2005년 6월 15일
초진일: 2005년 6월 15일
과거력: 특이사항 없음
현병력: 상기 발병일 기상 후 상기 증상 발생하여 성모병원에서 Br-CT 상 normal Dx 후 본원 내원
치료기간: 3주

<증례 5>

환자: 심○○ (M/41)
주소: 좌수 완관절 무력 & 신전곤란
발병일: 2005년 6월 18일
초진일: 2005년 6월 19일
과거력: 특이사항 없음
현병력: 상기 발병일 기상 후 상기 증상 발생하여 본원 응급실 내원
치료기간: 4주

<증례 6>

환자: 이○○ (M/47)
 주소: 좌수 완관절 무력 & 신전곤란
 발병일: 2005년 7월 10일
 초진일: 2005년 7월 12일
 과거력: 특이사항 없음
 현병력: 상기 발병일 음주 후 상기 증상 발생하여
 별무 Tx 후 본원 내원
 치료기간: 3주

<증례 7>

환자: 이○○ (M/45)
 주소: 우수 완관절 무력 & 신전곤란
 발병일: 2005년 7월 27일
 초진일: 2005년 7월 29일
 과거력: 특이사항 없음
 현병력: 상기 발병일 음주 후 상기 증상 발생하여
 별무 Tx 후 본원 내원
 치료기간: 2주

IV. 증례분석

1. 성별 및 연령분포

요골신경마비 환자의 성별 및 연령별 분포를 살펴보면 7예 모두 남자이며, 평균연령은 43.9세였고, 40대가 5례(71.4%)로 가장 많았고, 30대, 50대가 각각 1례로 나타났다(Table 3).

2. 원인에 따른 분포

요골신경마비 환자의 유발요인을 살펴보면 7예 모두 음주의 경력이 있었으며, 수면 중 압박을 통해

Table 3. Distribution of Sex and Age

Age	Sex		Total
	Male	Female	
0-30	0	0	0
30-40	1	0	0
40-50	5	0	0
50-60	1	0	0
Above 60	0	0	0
Total	7	0	7

기상 후 발생한 3례(42.9%)도 전날 음주 경력이 있었다. 또 과거력으로는 HNP of L4-5(OP), 고혈압이 각각 1례씩 있었으며 나머지 5례(71.4%)에서는 특별한 과거력이 확인되지 않았다(Table 4).

3. 임상증상(복수처리)

요골신경마비 환자가 호소하는 임상증상을 살펴보면 완관절의 신전곤란이 7예에서 발생하였으며, 우수 완관절 신전곤란이 4례(57.1%), 좌수 완관절 신전곤란이 3례(42.9%)였고, 수지비증을 호소한 경우는 4례(57.1%)였다(Table 5).

4. 치료기간

요골신경마비 환자의 치료기간을 살펴보면 0~2주가 1례, 3~4주, 5~6주가 각각 3례(42.9%)로 나타났다. 평균 치료기간은 4.1주였다(Table 6).

5. 치료성적

1) 완관절 신전각도(Dorsiflexion of Wrist)

요골신경마비 환자의 완관절 신전각도는 치료 2주차에 모두 호전을 보이기 시작하였으며 치료 종료 후 Excellent 6례(85.7%), Good 1례, Fair 0례로 나타났다(Table 7).

2) 시각상사척도(VAS, Visual Analogue Scale)

요골신경마비 환자가 호소하는 완관절 신전곤란 증상은 7예에 걸쳐서 호전되었으나 손가락에 발생한 비감 및 무력감은 치료 종료 후에도 5례(71.4%)에서 다소 남아 있었다(Table 8).

Table 4. Causes of Radial Nerve Palsy

Cause	Sex		Total
	Male	Female	
음주	4	0	4
수면 중 압박	3	0	3
Total	7	0	7

Table 5. Clinical Symptom

Clinical Symptom		Male		Female		Total	
Wrist drop	Rt	7	4	0	7	4	3
	Lt		3				
Numbness	1,2 finger	4	2	0	4	2	2
	3, 4, 5 finger		2				

Table 6. Duration of Treatment

Duration (week)	Male	Female	Total
0-2	1	0	2
3-4	3	0	3
5-6	3	0	2
Total	7	0	7

Table 7. The change of dorsiflexion in treatment period

Case	Week	0	1	2	3	4	5	6
	1	F	F	G	E	E	E	
2	F	G	E	E	E	E	E	E
3	F	F	F	G	E	E	E	E
4	F	G	E	E				
5	F	G	E	E	E			
6	F	F	F	G				
7	F	E	E					

E, Excellent ; G, Good ; F, Fair

Table 8. The change of VAS in treatment period

Case	Week	0	1	2	3	4	5	6
	1	10	9	5	4	2	1	
2	10	5	2	1	1	1	0	
3	10	9	7	5	2	2	1	
4	10	5	1	1				
5	10	5	2	1	1			
6	10	10	5	3				
7	10	3	0					

V. 고찰

말초신경손상(Peripheral Nerve Injuries)의 원인 및 기전은 기계적 손상과 피사에 의한 비기계적 손상으로 대별할 수 있다. 기계적인 손상은 칼과 같이 예리한 물체에 의해 베어지는 전단력, 길이로 잡아당겨지는 견인, 외부 또는 내부의 압박에 의해서 발생한다. 비기계적 마비는 열이나 진동 또는 국소 허혈증(local ischemia)이나 약물의 직접 주사 등에 의해 말초신경이 피사되면서 그 기능이 소실되는 경우이다¹⁾.

요골신경은 해부학적으로 완신경총에서 나오는 제일 큰 신경으로 상완과 전완부의 신근(extensor muscles)을 지배하고 이것들을 덮는 피부에 지각을 담당한다. 요골 신경은 중수지관절, 무지 및 수근관절 신전이 되는 지 여부로서 그 기능을 알 수 있으며 요골신경이 마비되면 腕垂가 나타나며 손등의 제 3중수골 요측에서 무지 사이의 배부감각이 감소한다⁸⁻⁹⁾.

임상에서 볼 수 있는 요골신경마비는 음주 후 불

량한 자세로 압박 허혈에 의한 생리적 신경차단(neuroparxia), 축색단절(axonotmesis)과 개방성 손상으로 신경단절시 미세현미경 수술 후에 오는 후유증이 대부분을 이룬다. 이런 경우에는 신경단절(neurotmesis)이 아니므로 제반 검사를 통하여 요골신경기능을 정확히 파악한 후에 약 4주 이상의 지속적인 치료과 관찰이 필요하다¹⁰⁾.

요골신경마비의 진단은 이학적 검사와 전기진단적 검사로 나눌 수 있는데 이학적 검사는 근력검사, 근위축 검사, 반사검사, 감각검사, 발한검사, Tinel's sign으로 나눌 수 있으며 전기진단적 검사는 근전도, 신경전달 속도 검사 및 반사기능 검사가 있다.

요골신경마비 환자가 내원하면 개방성 손상이 아닌 경우에는 요골신경마비를 일으킬 수 있는 원인을 먼저 파악한 후에 이학적 검사를 실시하는데 요골신경이 지배하는 피부나 고유감각영역에 감각검사를 실시하여 정상적인 감각의 소실여부를 판단한다. 감각 검사가 끝나면 요골신경이 지배하는 근육의 위약이나 긴장을 살펴보아 요골신경마비의 특징적인 소견인 腕垂가 나타나지 않았는가를 살펴보아야 할 것

이다. 이런 이학적 검사를 토대로 다른 말초신경질환인 정중신경마비, 척골신경마비와 감별하는 것이 중요하며, 개방성 손상이 아닌 경우에는 바로 보존적인 치료를 실시하고 치료도중 지속적인 관찰을 하는 것이 중요하다¹¹⁾.

본 증례들의 경우 주소로 腕垂와 감각저하를 호소하였고 반사 검사상 상완요골근의 건반사저하가 나타났으며 또한 경추부의 검사상 이상소견이 발견되지 않았으며 정중신경 및 척골신경의 근력 및 감각검사상 이상소견이 발견되지 않아 요골신경마비로 진단하였다¹²⁾.

요골신경마비의 치료는 보존치료 및 수술로 나눌 수 있는데 치료의 한계는 신경손상의 정도에 따라서 결정되며 폐쇄성 손상 중 신장(stretch) 및 견인(traction) 손상시에는 경한 신경기능의 상실이나 삼한 축색단절 등의 여러 가지 손상이 올 수 있으나 예후가 비교적 좋은 편이므로 보존치료를 한다. 보존치료시에 주의할 사항은 신경이 회복될 때까지 관절의 강직 및 변형, 근육의 과도한 신장, 근위축, 근력소실 등을 예방하는 것이 무엇보다 중요하다. 신경섬유의 에너지 대사를 촉진하고 혈액순환을 도모하기 위하여 온욕(steam bath)을 시행하고 비타민 B1, B6, B12 등의 투여가 필요하다. 보존치료시에 손상된 신경의 감각지배영역에 화상이나 다른 상처가 생기지 않도록 주의해야한다.

요골신경의 손상시 많은 경우에서 자연회복이 되며 일단 회복되면 거의 정상에 가까운 결과를 얻을 수 있으며 따라서 약 3~5개월간 기다려 보아서 회복의 증거가 없으면 수술적 치료를 행한다. 신경축삭 손상이 경미하면 대체로 8~12주에 걸쳐 회복된다^{1-2,10-11)}.

한의학에서는 요골신경마비에 대한 정확한 표현은 없지만 감각장애가 위주인 경우 “麻木不仁”의 범주에 감각장애를 제외하고 운동장애가 현저할 경우 “痿證”의 범주에 또한 원인이 외상으로 인한 것은 “傷筋”의 범주에 속하고 이외에 手痛, 水氣와 관련이 있다고 하였다³⁻⁴⁾.

또한 그 원인을 外感風寒濕熱의 邪氣에 의해 經絡이 留滯되거나 外傷으로 死血이 凝滯되어 氣血의 運行이 순조롭지 못하거나 壓迫을 받음으로써 氣血運行이 방해받아 皮膚가 失養하여 나타난다고 하였다^{7,20)}.

文獻上 《素問·痿論》에서 “肺熱葉焦, 則皮毛虛弱急迫, 著則生痿癰也”라 하여 最初로 言及된 이래

肺主皮毛, 心主血脈, 肝主筋脈, 脾主肌肉, 腎主骨髓 등의 關係를 根據로 하여 皮痿, 肌痿, 脈痿, 肉痿, 骨痿 등 五痿로 分類되어져 있으며 이후 痿症을 歷代 文獻上에서 痿癰, 痿厥, 足痿 등으로 稱하기도 하였다¹³⁾.

痿症의 鍼灸治療에 대하여 《素問·痿論》에서는 “治宜獨取陽明”, “補其榮, 而通其俞, 調其虛實, 和其逆順, 筋脈骨肉, 各以其時受月, 則病已矣”라 하여 陽明經을 爲主로 取穴하는 基本的 治療方항을 提示하였고, 《醫宗金鑑》에서는 痿燥因何治濕熱, 尊經獨取治陽明, 陽明無故惟病肺, 胃壯能食審證攻, 控涎小胃濕痰熱, 陽明積熱法三承, 胃弱食少先養胃, 久虛按證始收功이라 하여 胃家無病이면 비록 肺熱이 있어도 病이 肺에 있으며 痿病은 생기지 않으므로 痿病이라는 것은 胃家에서 문제가 발생한 것이라고 하여 《內經》의 獨取陽明治法을 강조하였다¹⁴⁾.

또 李³⁾ 등에 의하면 치료에 사용된 경혈들이 일부를 제외하고 대부분 신경해부학적으로 요골신경의 流注上에 일치하고 手陽明大腸經을 중심으로 하는 手三陽經에 있다고 하였고 이는 患側 肩背部에서 요골신경의 분포영역에 걸쳐 順經取穴하였음을 나타낸다고 하였다. 또한 陽明經은 多氣多血의 經絡이므로 刺鍼을 하여 氣血을 충분히 하면 潤宗筋, 養肌膚, 利筋骨하게 된다고 하였고 치료에 사용된 經穴의 빈도수에 따르면 手三里, 合谷, 肩髃, 外關, 陽谿 등의 순서를 나타내는데 이 경혈들의 穴性이 疏通活絡, 行氣血暢, 經筋得養하므로 증상의 회복에 기여한다고 하였다.

탈신경근에 대한 전기자극의 이론적 근거는 충분하지 못하며, 이 치료의 효과에 대한 반박이 끊임없이 나왔다. 그러나 탈신경근의 전기자극은 신경이 재생되는 동안 가능한 건강한 상태로 유지하기 위하여 실시하는 것이다. 무엇보다도 근육의 기능은 수축하는 데 있고, 운동을 시킨 근육이 일차적으로 운동을 하지 않은 근육에 비해 강하고 더 크다는 것은 일반적인 상식이다. 탈신경근은 수의적으로 운동을 할 수 없을 뿐만 아니라 반사적으로 위축과 약증이 나타난다. 따라서 탈신경근에 적절한 전기자극을 운동 대신에 실시함으로써 탈신경근에 대한 부정적인 변화를 예방할 수 있다. 더 나아가 전기자극을 하면 하지 않은 것보다는 건강한 상태로 근육을 유지할 수 있고, 마지막으로 신경이 재생되었을 때 빨리 기능 회복을 할 수 있다¹⁵⁾.

李¹⁶⁾ 등에 의하면 능동적인 운동의 효과가 수동

적인 운동에 비해 근력의 회복과 신경의 회복 등에 있어 훨씬 우월하다 하였고 운동에 의한 체위의 변화, 근육의 수축과 이완 등이 유침 상태의 침에 여러 가지 자극을 가하게 되고 그에 따라 인체의 혈관과 신경의 활동도 활성화되어 인체의 기혈을 소통시키고 음양의 기울어진 부분을 바로 잡아주는 적극적인 역할을 하게 된다고 하였다.

요골신경마비의 한방치료에 있어 중국에서는 龐¹⁷⁾는 電鍼으로, 莊¹⁸⁾은 穴位注射療法으로, 李¹⁹⁾는 頭鍼으로 각각 임상보고를 하였다.

국내에서의 연구는 李³⁻⁴⁾에 의해 요골신경마비의 문헌적인 침구치료가 보고된 이후 權⁴⁾등에 의해 요골신경마비의 동서의학적인 고찰 및 임상적 고찰이 보고되었으며, 이⁵⁾등에 의해 봉약침을 시술하여 유의한 효과가 있었음이 보고되었고, 또한 황⁶⁾ 등에 의해 침과 Neuromuscular Electrical Stimulation으로 치료한 임상보고가 있었으며 치료기간은 3~4주가 4례로 가장 많았고, 9주이상인 2례, 0~2주가 1례로 나타났다고 하였다. 權²⁰⁾에 의하면 직업별 분포 양상은 노동자가, 유발요인은 수면 후가, 임상증상은 손목관절의 신전장애와 전완의 감각저하가 가장 많았으며 치료기간은 5~6주가 3례로 가장 많았고, 다음이 9주 이상으로 2례, 4주이하가 2례로 나타났다고 하였다.

본 증례에서 요골신경마비 환자의 성별은 모두 남자였고, 40대가 5례(71.4%)로 가장 많았고, 30대, 50대가 각각 1례로 나타났다.

요골신경마비 환자의 유발요인을 살펴보면 음주가 4례(57.1%), 수면 중 압박 후 발생이 3례(42.9%)였으며, 수면 후 발생한 3례도 전날 음주 경력이 있는 것으로 나타났으며 그 중 2례에서 평소에 팔을 베고 자는 습관이 있는 것으로 나타났다. 이는 부적절한 수면자세, 즉 책상에 엎드려 자거나 한쪽 팔을 베고 자는 자세 등 주관절 주위조직이 압박되어 신경마비를 초래하는 예가 많음을 나타내고 있으며 음주 후에 나타난 경우 역시 음주 후 불량한 자세로 수면하는 경우가 많으므로 부적절한 수면이 음주 원인을 포함하여 가장 많음을 알 수 있다.

요골신경마비 환자가 호소하는 임상증상은 완관절의 신전근란이 全例에서 발생하였으며 수지비증을 동반한 경우도 4례(57.1%)였다. 이는 요골신경마비를 진단할 수 있는 특징적인 증상이다.

요골신경마비 환자의 치료기간을 살펴보면 3~4주, 5~6주가 각각 3례(42.8%)로 가장 많았으며, 0~

2주가 1례로 나타났다. 요골신경의 손상 시 많은 경우에서 자연회복이 되며 일단 회복되면 거의 정상에 가까운 결과를 얻을 수 있고 따라서 약 3~5개월간 기다려 보아서 회복의 증거가 없으면 수술적 치료를 시행한다. 신경축삭 손상이 경미하면 대체로 8~12주에 걸쳐 회복된다. 본 증례에서 평균 치료 기간은 4.1주였고 상기한 바대로 자연회복을 기다리는 기간이 짧게는 8주 길게는 5개월인 것과 비교할 때 본 증례에서 시행한 獨取陽明理論을 응용한 침과 진침 치료가 요골신경마비에 유효한 효과가 있다고 볼 수 있다.

치료성적은 완관절 신전각도가 50° 이상인 Excellent가 6례, 25°~50° 사이인 Good이 1례, 25°이하인 Fair는 0례로 나타났다. 비개방성으로 나타나는 일시적인 신경차단에는 한방적인 침구치료, 전침요법, 물리요법 등이 좋은 치료효과가 있음을 알 수 있다.

그러나 權²⁰⁾ 등의 보고에서 기혈순환이 왕성한 청장년층에서 효과가 좋다고 한 것과 黃⁶⁾ 등의 보고에서 50대 환자의 경우 치료기간이 9주이상인 것 등을 보아 본 증례에서 평균치료기간이 4.1주로 빠른 회복을 보인 것 등은 증례수가 충분하지 못한 결과로 더욱더 많은 증례의 분석이 필요하리라 사료된다. 또 평가방법에 있어서 객관적인 적절한 평가방법을 제시하지 못한 문제점이 있고, 재발 가능성 등에 대한 추적 검사가 필요할 것으로 사료된다. 향후 보다 심도있는 연구가 필요할 것으로 사료된다.

VI. 결 론

7례의 요골신경마비환자를 대상으로 고찰을 한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 성별 및 연령별 분포는 全例 남자였고, 40대가 5례(71.4%)로 가장 많았고, 30대, 50대가 각각 1례로 나타났다.
2. 유발요인을 살펴보면 4례(57.1%)에서 음주 후 발생하였고, 수면 중 압박 후 발생한 3례(42.8%)에서도 전날 음주 경력이 있었으며, 이중 2례에서는 평소 팔을 베고 자는 습관이 있는 것으로 나타났다.
3. 호소하는 임상증상으로는 완관절의 신전근란이

- 全例에서 발생하였으며 수지비증을 동반한 경우도 4례(51.7%)였다.
4. 치료기간을 살펴보면 3~4주, 5~6주가 각각 3례(42.9%)로 가장 많았으며 0~2주가 1례로 나타났다.
 5. 치료성적은 Excellent가 6례(85.7%), Good가 1례로 양호한 결과를 나타내었다.

VI. 참고문헌

1. 대한 정형외과학회. 정형외과학. 제 5판. 서울 : 최신의학사. 1999 : 283-308.
2. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울 : 중앙문화사. 1994 : 166-70, 417-25.
- 3.李文鎬, 金庚植. 橈骨神經麻痺의 鍼灸治療에 關한 文獻的 考察. 대한침구학회지. 1994 ; 11(1) : 451-64.
4. 권영달, 송용선. 橈骨神經麻痺의 東西醫學的 考察. 한방재활학회지. 1997 ; 7(1) : 287-306.
5. 이세연, 이경민, 정태영, 서정철, 한상원. 橈骨神經麻痺 治驗 1例. 대한침구학회지. 2003 ; 20(1) : 236-43.
6. 황욱, 김정신, 배기태, 남상수, 김용석. 鍼과 Neuromuscular Electrical Stimulation으로 치료한 요골신경마비에 대한 증례보고. 대한침구학회지. 2004 ; 21(6) : 249-57.
7. 한영길, 나수균, 최창욱. 요골신경마비 및 수지신전건손상 환자의 건전이술에 의한 치료. 대한정형외과학회지. 1997 ; 7(1) : 287-306.
8. 鄭然泰 外. 人體解剖學. 서울 : 癸丑文化社. 1986 : 234-41.
9. 이한구. 정형외과진단. 서울 : 일조각. 1991 : 95-7.
10. 郭隆璩. 圖解神經外科學. 서울 : 제일의학사. 1992 : 330-6, 693-9.
11. CIVA 원색도해의학총서 편찬위원회 편. CIVA 원색도해의학총서. VOLUME 1, PART II. 서울 : 정담. 2000 : 213.
12. 척추사지검진ATLAS. 김형목 역. 서울 : 고려의학. 1989 : 54-5, 93-8, 126-7.
13. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울 : 東洋醫學研究院出版部. 1985 : 16-17, 31-32, 166-167.
14. 吳謙. 醫宗金鑑. 서울 : 大星文化社. 1991 : 352-353.
15. 박래준 외. 전기치료학. 서울 : 현문사. 2003 : 220, 265.
16. 이동철, 김복순. 중국두침요법. 서울 : 은혜미디어. 1995 : 84, 114-5.
17. 罷國禮. 電鍼治療橈骨神經損傷30例臨床觀察. 陝西 : 陝西中醫(鍼灸增刊). 1983 ; 4(2) : 12.
18. 莊必芬. 穴位注射治愈橈骨神經損傷1例. 貴陽 : 貴陽中醫學院學報. 1990 ; 2 : 47.
19. 李雙勝. 頭鍼治愈橈骨神經損傷5例. 山川 : 山川中醫. 1985 ; 3(10) : 44.
20. 권영달, 박용현, 이종덕, 송용선. 요골신경마비의 임상적 고찰. 한방재활학회지. 1998 ; 8(2) : 372-81.