D OI:10.3831/KPI.2008.11.2.131

증 례

매선요법을 가미한 복합한방치료를 시행한 자발성 척수 지주막하 출혈 후유증환자 치험례

이경희* · 노주환* · 윤현민** · 장경전** · 안창범** · 김철홍*

*동의대학교 울산한방병원 침구과
**동의대학교 한의과대학 침구학교실

Oriental Clinical Study on a Case of the Sequelae of Spinal SAH

Kyoung hee Lee* · Ju hwan Lo* · Hyoun-min Youn** · Kyung-jeon Jang**
Chang-beohm Ahn** · Cheol-hong Kim*

*Department of Acupuncture & Moxibustion College of Oriental Medicine,
Dongeui University, Ulsan Oriental Medical Hospital, Korea
**Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine,
Dongeui University

ABSTRACT

Objective Spinal SAH is an unusual disease that occasionally occurs spinal cord injury. This report intended to estimate the effect that taken by using oriental treatment on the patient with the sequelae of spinal SAH.

Methods We have observed this case of patient treated by Dong's acupuncture therapy, pharmacopuncture therapy, Mae-sun therapy and herbal medication, etc.

Results The patient showed improvements in pain, power and sensory function

Conclusion Oriental treatments such as Dong's acupuncture therapy, pharmacopuncture therapy, Mae-sun therapy and herbal medication can be effective for the sequelae of spinal SAH.

Key words *sequelae of spinal SAH, Dong's acupuncture therapy, pharmacopuncture therapy, Mae-sun therapy.*

I. 서론

자발성 척수 지주막하 출혈은 외상, 혈관기형, 동맥류, 척수종양, 교원병, 항응고제사용, 전신성 홍반성 낭창, 고혈압, 원인불명 등 여러 가지 원인에 의해서 발병하며 모든 지주막하출혈의 1%이하에서 발병하는 매우 드문 질환이다[1,2]. 척수 지주막하 출혈의 임상 증상은 동통, 운동기능마비, 감각기능저하, 배변장애, 괄약근 조절장애, 의식저하 등을 나타내며 치료는 즉각적인 수술을 시행하여야 한다고 하였다[2]. 즉각적인 수술 후 신경학적 결손 없이 완치되는 경우도 있지만 치료 시기가 늦어지거나 출혈이 많은 경우 신경학적 결손이 잔존하는 예도 보고되고 있다[3].

한의학에서 자발성 척수 지주막하 출혈은 동통, 운동기능마비, 감각기능저하, 괄약근 조절장애와 척수 손상에 의한

※ 교신저자 : 김철홍 | 울산광역시 남구 신정동 동의대학교 울산한방병원 침구과
Tel :052-226-8112, E-mail :kmdkch@ deu.ac.kr |Received(2008.5.6), Revised(2008.5.11), Accepted(2008.5.18)

신경학적 결손을 바탕으로 痺證, 痿證[4]의 범주에 속한다.

현재 국내에서의 자발성 척수 지주막하 출혈에 관한 양방 연구[5]는 미흡한 실정이며 한방치료를 시행한 보고는 전무하다.

이에 저자는 자발성 척수 지주막하 출혈을 진단받고 수술 치료 후 하지부전마비, 동통, 감각이상 및 대소변장애를 주증상으로 2007년 5월 21일부터 2007년 8월 11일까지 82일간 동의대학교울산한방병원에 입원한 환자 1명에게 매선요법을 가미한 복합 한방치료를 실시하여 다소 호전되어 그 결과를 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 환자

고○○, 여자, 39세.

2. 주소

1)양하지 부전마비
2)양하지 동통
3)양하지 감각장애
4)대소변장애

3. 발병일

2006년 12월 13일

4. 초진일

2007년 5월 21일

5. 과거력

2002년 7월경 요통, 좌하지통으로 local병원에서 L spine-CT상 HIVD Dx받고 OPD-Tx.

6. 가족력

특이사항 없음

7. 사회력

2000년경 음주(소주 1병/1일)로 알코올중독증 진단 받음.

8. 치료기간

2007년 5월 21일- 8월 11일

9. 현병력

다소 예민하고 마른체형의 39세 여자 환자로 평소 별무대병으로 생활하던 중 2006년 12월 13일 감기 증상과 혈압상승(B/P 280 check) 및 식은땀 등의 증상으로 근처 내과에 내원하여 혈압강하제 등의 W-med치료 후 귀가하였으나 다음날 하지무력감 심해져 울산대학교병원 응급실 내원하여 L-spine MRI검사상 자발성 척수 지주막하 출혈 진단 받고 T12-L2 추궁 제거술을 받았으나 수술 후 척수장애 및 척수 원추 증후군을 진단받고 입원 치료 중 대퇴골두무혈성괴사 및 수근관증후군을 추가 진단받아 2006년 12월 14일부터 2007년 5월 19일까지 입원치료 후 보다 적극적인 한방치료 받기 원하여 부축 보행 가능한 상태로 본원 침구과 외래를 경유하여 입원함.

10. 입원 당시 상태

1) 초진소견

(1) 수면상태 : 양호(5시간/1일)
(2) 식욕상태 : 양호(0.5공기/1회)
(3) 소화상태 : 불량(食後 飽滿感, 心下 痞感 호소)
(4) 요배부 : 흉추에서 요추까지 촉진상 심한 압통은 없으나 좌위에서 30분정도 경과시 통증 나타나며, 물건을 잡기 위해 몸을 구부리거나 앙와위에서 일어나려고 할 때 동통 호소함.
(5) 둔부 : 좌측 고관절부위 통증을 호소. 통증때문에 좌측 측와위를 유지 할 수 없고 Patrick test에서 좌측 양성반응 나타남.
(6) 수지부 : 양측 손목부위 통증 호소하며 手指部까지 痺感호소. Phalen's Test에서는 양측 모두 음성 반응 나타남.
(7) 대변 : 1회/2~3일(변의를 느끼나 배변시 충분한 배변이 힘들고 後重感 있음)
(8) 소변 : 10회이상/1일(요의를 느끼나 일정한 시간간격 없이 불규칙적으로 배뇨하며 배뇨시 충분한 배뇨가 힘들고 특히 야간 빈뇨가 심함)
(9) 舌 : 淡紅
(10) 脈 : 弱
(11) 汗 : 晝夜로 全身汗出
(12) 月經 : 월경주기 40일, 월경기간 2~3일

2) 이학적 검사

(1) 하지 가동범위
① 우측 : 80° 거상 가능.
② 좌측 : 40° 거상 가능.
(2) 하지 근력
① 우측 : GrIV, 족저굴 및 배굴 가능
② 좌측 : GrIII, 족저굴 및 배굴 불가능
(3) 하지 감각이상
① 우측 : 약간의 무딘감 호소.
② 좌측 : 전반적으로 우측보다 더 무딘 감각 호소, pin prick score[6]상 49점 측정. 족과부에서 족지부까지 심한 냉감 호소.
(4) 하지 통증
① 우측 : VAS 1
② 좌측 : VAS 6

11. 검사소견

1) L-spine MRI(2006년 12월 14일) : Mass lesion in left side of spinal cord at L1 level with hemorrhage in spinal canal->R/O Ruptured vascular lesion(Fig.1).

2) EKG(2007년 5월 21일) : Normal ECG. Muscle filter may reduse QRS amplitude. Virtually within normal limits.

3) Chest X-ray(2007년 5월 21일) : Not remarkable

4) LAB(2007년 5월 21일) : WBC-5.5X10^3/㎕, RBC-4.02X10^6/㎕, HGB-13.2dL, HCT-41.0%, PLT-140X10^3/㎕, AST-28U/L, ALT-27U/L, ALP-267U/L, Total protein-6.8g/dL, Bilirubin-0.8mg/dL, Albumin-3.5g/dL, Cholesterol-246mg/dL, Triglyceride-143mg/dL, BUN-23.9mg/dL, Creatinine-1.2mg/dL, Glucose-103mg/dL, Na-145mmol/L, K-4.2mmol/L, Cl-108mmol/L

5) 입원 당시 생체활력 징후
(1) 혈압 : 110/70mmHg
(2) 맥박 : 75회/min
(3) 체온 : 36.5℃
(4) 호흡 : 20회/min

12. 치료방법

1) 침구치료

(1) 침치료
침치료는 靈骨, 大白, 中白, 下白, 正筋, 正宗, 天皇副, 人皇, 地皇, 腕順1·2, 上曲, 肩中, 雲白[7]등의 동씨 기혈을 증상에 따라 배합하였으며, 상기 경혈에 0.20×30mm의 1회용 stainless steel호침(동방침구제작소, 한국)을 사용하고, 심도는 경혈에 따라 8~20mm로 직자법을 사용하여 30분간 유침하였다.
(2) 뜸치료
뜸치료는 中脘, 關元[9]에 매일 1회 신기구를 실시하였다.

2) 약침치료

(1) 봉약침요법
봉약침은 유밀농원에서 공급 받은 건조 봉독을 생리식염수에 희석시켜 10000:1의 희석액 0.10mL를 사용하여 과민 반응이 없음을 테스트한 후 T12-L5 부위의 독맥과 방광1,2선 및 압통점에 각각 등분하여 자입하였으며 5월 23일부터 1주일에 2~3회 빈도로 시술하였으며 용량 및 농도는 점차 증가하여 시술하였으며 1000:1의 희석액 1.00mL를 초과하지 않았다(Table 1).
(2) 경락약침요법[8]
水升火降을 위해서 1주일에 1~3회 빈도로 冷刺 시술과 윤제인 호도약침(대한약침학회)을 風池, 肩井, 膻中 燥絡 에 각각 0.02~0.05mL를, 기제인 靈芝약침[16]을 前兩에 각각 0.15~0.25mL를 주입하였다. 또 手痺가 있어 양측 大陵[9]에 각각 0.10mL를 주입하였다.
(3) 자하거약침요법
자하거약침(대한약침학회)을 사용하여 1주일에 2~3회 양측 陽陵泉, 解谿, 太衝에 각각 0.10mL를 자입하였다.

3) 매선요법[10]
3.0cm, 6.0cm, 9.0cm의 매선(대한약침학회)을 大腸俞, 氣海俞, 腎俞, 志室, 環跳, 風市, 陽陵泉, 足三里[9]에 주입하였다(Table 2).

4) 한약치료

肝腎虧虛로 인한 제반증상 치료 목적으로 補腎益督湯加味, 加味大防風湯 등을 사용하였으며, 증상변화에 따라 順氣活血湯, 補中益氣湯加味, 當歸六黃湯 등을 사용하였다(Table 3).

5) 물리치료

기능적 전기 자극치료(FES) 및 수기 치료를 주 5회 실시하였다.

6) 양방치료

울산대학교병원 입원 당시부터 복용하던 Airtal Tab, Enafon Tab, Gasmotin Tab, Magmil Tab, Stillen Tab, Sylcon Tab, Gabatin Cap을 한약과 더불어 경구투여 하였다.

13. 증상의 평가

1) 시각적 상사척도(Visual Analogue Scale, VAS)[11]

통증이 없는 상태를 0으로 하고 참을 수 없는 통증을 10으로 하여 표시해 놓고 피술자가 숫자를 선택하도록 하였다. 가장 많이 쓰이는 방법 중의 하나이며, 수집이 편리하고 단기간의 변화에 따른 신뢰성도 비교적 좋다.

2) 가동범위와 근력[12]

가동범위는 관절의 최대한 움직일 수 있는 범위를 의미하고 근력은 신경 손상 정도를 알 수 있는 검사로 근육 운동력의 등급을 6단계로 나누어 측정 하는 방법으로, 족저굴 및 배굴의 가능여부와 함께 측정 하였다(Table 4).

3) 촉진 및 문진

하지 감각 장애는 끝이 뾰족한 도구를 이용하여 C2-S5까지의 환자의 체표의 신경 지배 영역에 따라 검사 한 후 총 점수를 합산하였고[13](Table 5), 소변 및 대변의 장애는 문진으로 확인하였다.

14. 치료경과

환자의 입원 기간을 병정의 변화에 따라 총 7기로 나누고, 양하지 부전마비, 동통, 감각장애 및 대소변장애 등으로 증상을 구분하여 평가하여 각 기간의 증상 변화를 통하여 경과를 살펴보았다(Table 6, Fig. 2,3).

1) 5월 21일-28일(입원 1일-8일)-제1기

(1) 입원 당시 양하지 부전마비로 우측 하지는 80° 거상 가능하였고 좌측 하지는 40° 거상 가능하였으며 하지 근력은 우측 하지는 GrIV로 족저굴 및 배굴이 가능하였고 좌측 하지는 GrIII로 족저굴 및 배굴이 불가능하였다. 우측 하지는 약간의 무딘감을 호소하였고, 좌측 하지는 우측보다 무딘감이 더 심하였고 족과부에서 족지부까지 냉감을 호소하였다. 하지통증은 우측은 VAS1이었고, 좌측은 VAS 6으로 평가되었다.

(2) 입원당시 신장 168cm,체중은 50kg으로 여윈 체격에 쉽게 피곤해 하고 舌淡紅, 脈弱하여 補腎, 强筋骨시키는 補腎益督湯加味를 투여하였으며 오전에는 동씨침치료를 하고 오후에는 봉약침, 영지약침, 자하거약침을 실시하였다.

(3) 5월 29일까지 환자의 증상변화는 거의 없었으며 대변 1회/3일, 소변 10회이상/1일으로 뇨의 및 변의를 느끼나 충분한 배출이 힘들었고 특히 야간의 빈뇨가 더욱 심하였다.

2) 5월 29일-6월 3일(입원 9일-14일)-제2기

(1) 입원 9일째부터 약간의 증상 호전이 시작되어 양하지의 운동 범위, 근력 및 감각이상은 비슷하였으나 하지 통증은 우측은 VAS 1이었고, 좌측은 VAS 4로 감소되었다.

(2) 한약치료는 强筋骨시키는 加味大防風湯에서 통증이 심해져 補血通經絡시키는 順氣活血湯으로 바꾸었고 頭痛, 汗出, 上熱, 心悸, 소화불량, 대소변장애 등의 증상이 있어 冷刺및 호도약침과 영지약침으로 수승화강을 1주일에 1~3회으로 퇴원시까지 시술하였다.

(3) 영지약침 시술 후 손목이하 손가락의 저린 통증 및 손목의 움직임은 큰 호전을 보였으며 손목의 굴곡이 가능하게 되었다.

3) 6월 4일-11일(입원 15일-22일)-제3기

(1) 입원 당시와 하지의 운동 범위는 비슷하였으나 좌측 하지 근력은 GrIII<IV로 호전되었고 족저굴 또한 가능해졌다. 하지 감각 장애는 여전하였고, 하지 통증의 정도도

제2기와 비슷하게 유지되었다.

(2) 한약은 順氣活血湯을 투여하였다.

(3) 6월 8일부터 고관절부 통증 호소 시에 녹용약침(대한약침학회)을 시술하였다.

(4) 소변장애는 여전하였으며 대변은 1일/1회 정도로 후중감이 경미하게 개선되었다.

4) 6월 12일－26일(입원 23일－37일)－제4기

(1) 좌측 하지의 운동 범위가 약 10° 정도 증가되었으며 하지 감각 장애도 약간의 호전을 보여 족지부 냉감도 줄어들었으며 하지 통증도 줄어들어 VAS 3으로 평가되었고 하지근력은 제3기와 비슷하였다.

(2) 처방은 加味大防風湯을 투여하였다.

(3) 보다 적극적인 근력증가와 통증완화를 위해 6월 16일, 19일에 2회 매선요법을 시행하였으며 3.0cm의 매선을 環跳, 風市, 足三里[9]에 자입하였고, 6.0cm, 9.0cm의 매선을 大腸俞, 氣海俞, 腎俞, 志室[9]에 주입하였다.

(4) 소변장애는 여전하였으며 대변은 1회/2일로 다시 후중감이 심해졌다.

5) 6월 27일－7월 6일(입원 38일－47일)－제5기

(1) 하지의 운동범위, 근력, 감각 장애 및 통증은 제4기와 비슷하게 유지되었다.

(2) 환자가 수술 이후 지속적으로 이불이 흥건히 젖을 정도로 식은땀이 많이 나며 피로감이 심하고 全身熱感을 호소하여 補中益氣湯加味로 처방을 바꾸었다.

(3) 7월 6일 1회 매선요법을 시행하였으며 3.0cm의 매선을 環跳, 風市, 足三里에 자입 하였다.

(4) 소변장애는 여전하였으며 대변은 1회/2일로 제4기와 비슷하였다.

6) 7월 7일－25일(입원 48일－66일)－제6기

(1) 하지의 운동 범위, 근력, 감각 장애는 제5기와 비슷하였으며 하지 통증 정도는 약간의 호전을 보여 대퇴부의 통증이 줄어들며 좌측이 VAS 2정도로 줄어들었다.

(2) 自汗 및 盜汗의 증상이 계속되어 처방을 當歸六黃湯으로 투여하였으며 그 후 自汗, 盜汗 및 全身熱感이 줄어들어 加味大防風湯으로 바꾸었다.

(3) 7월 9일, 23일, 25일에 매선요법을 시행하였으며 3.0cm, 6.0cm, 9.0cm의 매선을 이용하여 大腸俞, 氣海俞, 腎俞, 志室, 環跳, 風市, 陽陵泉, 足三里에 자입하였다.

(4) 대소변장애는 제5기와 비슷하였다.

7) 7월 26일－8월 11일(퇴원)(입원 67일－83일)－제7기

(1) 하지의 운동 범위, 근력 및 감각 장애와 통증은 입원 당시보다 호전을 보여 제6기와 비슷하게 유지되었다.

(2) 처방은 補腎益督湯加味를 투여하였으나 다시 汗出이 심해져 當歸六黃湯으로 바꾸었다.

(3) 대소변장애는 입원당시와 비슷하게 대변은 1회/2~3일, 소변은 10회이상/1일으로 뇨의 및 변의는 자각하지만 충분한 배출은 힘들었다.

III. 고찰

자발성 척수 지주막하 출혈의 정확한 발생 기전은 불분명하나 단시간 내의 많은 양의 지주막하 출혈에 의해 형성된다는 설도 있으며 지주막하를 가로지르는 혈관의 혈관내압이 빨리 상승하기 쉬워 순간적인 복압 및 흉압의 변화로 혈관의 파열이 발생하여 출혈이 생긴다고 가정한 설도 있다[5]. 척수의 혈액 공급은 다소 복잡하여 척수에 혈액을 공급하는 주요 혈관은 전척수 동맥과 후척수 동맥이 있으며 이들 혈관들은 모두 척수의 전장을 달리며 서로 문합혈관을 주고 받는다[13]. 자발성 척수 지주막하 출혈의 임상 증상은 동통, 운동기능 마비, 감각기능저하, 괄약근 조절장애 등을 나타내며 즉각적인 수술을 시행하여야 한다고 하였다[2].

척수 장애는 다양한 원인들에 의해 척수의 불완전 손상으로 인한 것으로 불완전 척수 손상이란 손상 받은 척수이하 부위의 운동 및 감각기능이 일부 보존된 경우이고 완전 척수 손상이란 운동 및 감각 기능이 완전히 없는 경우이다. 척수강은 견고하게 둘러싸인 공간이기 때문에 종양, 감염, 추간판질환, 혈종, 낭성 병소 등의 어떤 확장하는 질환이 있을 경우 병의 진행 과정에서 결국 척수 및 신경근이 압박을 받게 된다. 척수 및 신경근의 압박에 따른 임상양상은 압박 병소의 위치 및 높이에 따라 달라지며 동통 및 근력의 약화가 생기며 동통의 경우에는 날카롭게 쏘거나 타는 듯한 통증이 해당 신경근의 지배를 받는 피부 분절 및 근육들에 방사되기도 하고 지속적인 심부 통증이 하지 또는 전신에 방사되기도 하며, 해당부위에 압통이 있기

도 한다. 원추 증후군은 불완전 척수 손상으로 인한 척수 증후군에 속하며 척수 원추와 척추관내 요추 신경근의 손상으로 척수 원추는 천수이다. 비반사성방광을 특징으로 하며 대부분 제11흉추와 제2요추 사이의 손상에 의하여 발생하며, 회음부의 이완성마비, 방광 및 항문 주위 근력의 소실이 온다[13].

한의학에서 자발성 척수 지주막하 출혈은 동통, 운동기능 마비, 감각기능저하, 괄약근 조절장애와 척수 손상에 의한 신경학적 결손을 바탕으로 痺證,痿證[4]의 범주에 속한다. 痺證은 風寒濕熱에 감수되어 關節, 肌肉에 疼痛, 痲木, 重着이 나타나는 것으로 임상상 대개 점차 악화되거나 반복 발작하는 특징이 있으며, 《素問·痺論》에 최초로 나타나는데 "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 濕氣勝者爲著痺也…肝痺者 夜臥則驚 多飮數小便 上爲引如懷 腎痺者 善脹 尻以代踵 脊以代頭"[4]으로 원인과 발생은 풍한습과 음식 및 생활 환경과 유관하다고 하였다. 주요 증상은 동통인데 氣血不通하여 不通則痛한 것이므로 宣通이 痺證의 공통치법이다. 氣血이 流通하고 영양회복하면 痺痛은 점점 치유된다. 일반적으로 발작기에는 祛邪를 주로 하고, 완해기에는 調營養, 養氣血, 補肝腎을 주로 하여 치료한다. 본 증례의 환자는 筋痺 및 皮痺에 속하여 補肝腎의 치법을 주로 하되 통증을 심하게 호소할 때는 宣痛 해주었다.

痿證은 근맥이 이완되어 수족이 痿軟無力한 것을 말하며 하지의 수의운동 및 보행 장애가 많이 나타나므로 痿躄이라고도 한다. 《素問·痿論》에서는 "故肺熱葉焦 則皮毛虛弱 急薄著則生痿躄也 心氣熱 則下脉厥而上 上則下脉虛虛 則生脉痿 樞折挈 脛縱而不任地也… 治痿者獨取陽明…各補其榮而通其俞 調其虛實 和其逆順"[4]이라 하여 溫熱病中이나 熱病後에 陰液이 손상을 받아 근맥이 濡養받지 못하여 많이 발생하고, 또한 濕熱, 肝腎虧虛, 瘀血 등으로 인하여 발생한다. 치료 방법은 淸熱肺燥, 補益肝腎, 健脾益氣, 益氣養營, 活血行氣시키는 방법을 사용한다[14]. 본 환자는 痿躄 및 肉痿에 속하여 補益肝腎, 健脾益氣의 치법을 활용하였다.

본 증례의 환자는 다소 예민하고 마른체형의 39세 여자 환자로 고열 및 고혈압 등의 증상 이후 하지무력감으로 울산대학교병원에 내원하여 자발성 척수 지주막하 출혈로 진단 받고 T12-L2 추궁 제거술을 받았으나 수술 후 척수장애 및 척수 원추 증후군을 진단 받아 입원 가료 중 보다 적극적인 한방치료를 받기 원하여 2007년 5월 21일부터 2007년 8월 11일까지 본원에서 입원 치료한 환자로 척수 손상 회복을 위하여 한약, 침구, 약침, 매선 등의 한방치료와 물리치료 및 양방 약물 치료를 하였다.

침치료는 요통, 하지동통 및 하지무력을 다스리기 위해 靈骨, 大白, 中白, 下白, 正筋, 正宗, 天皇副, 人皇, 地皇, 腕順 1·2, 上曲, 肩中, 雲白[7]등의 동씨 기혈을 응용하였고, 뜸치료는 소화불량 및 대소변장애를 다스리기 위해 中脘, 關元[9]을 응용하였다. 약침치료는 봉약침, 호도약침, 영지약침, 녹용약침, 자하거약침을 이용하였다. 약침요법 중 봉약침요법은 꿀벌의 독낭 안에 들어있는 봉독을 추출 가공하여 질병과 유관한 부위 또는 압통점이나 체표의 촉진으로 얻어진 양성반응점에 주입함으로써 蜂藥鍼 자체의 자침효과와 봉독의 생화학적 효능을 이용하여 생체의 기능을 조절하고 병리 상태를 개선시켜 소염, 진통, 해열, 항경련 등의 작용이 있어 각종 동통, 근골격계질환 및 신경계질환, 염증질환, 면역질환에 널리 응용되고 있으며[15] 본 환자의 경우에 통증 감소에 효과적이었다. 본 환자는 頭痛, 上熱, 汗出, 心悸 등의 전신증상이 있어 수승화강이 필요하여 경락약침 중 호도와 영지약침을 활용하였다. 윤제인 호도약침은 해수, 천식, 기관지염, 요통, 두통, 항통, 신경정신질환 및 만성통증질환 등에 효과가 있으며[8] 風池, 肩井, 膻中, 燥絡에 주입하였다. 임상적으로 기제로 활용되고 있는 靈芝약침은 우리나라 자연산 靈芝 300g을 증류수로 水洗하여 1L의 25% ethanol을 가하여 10시간 동안 실온에서 추출하여 추출된 용액을 원심분리를 통하여 상층액을 분리하고, 0.2mm여과지에서 여과하여 rotary evaporator로 200mL가 되도록 감압농축하여 실온에서 냉각시킨 뒤 감압필터를 사용하여 불순물을 제거하고 고압멸균하여 -20℃에 보관하였다가 시술 직전 생리식염수에 희석하여 사용하였다[16]. 靈芝는 微溫無毒하며 甘微苦하여 心, 脾, 肺, 肝, 腎經에 들어가며 養心安神, 補氣益血, 止咳平喘하는 효능이 있으며[17], polysaccharide, tritepene, nucleoside, steroid, fatty acid, alkaloid, 단백질, 아미노산, 무기염류 등이 포함되어 있어 항염증, 항산화, 간세포보호, 콜레스테롤저하, 혈압강하, 고지혈증개선, 면역, 항종양 등의 효과가 보고 되었다[16,18]. 영지약침은 습성 경락의 前兩을 택하여 시술하였으며 手痺치료를 위해 大陵에도 응용하였다. 중·하초의 기능저하로 냉성경락이 크게 발달되어 있어 冷刺도 함께 응용하였으며 영지약침 및 冷刺는 祛濕補氣시키며 중·하초의 기능을 도와주어 요통, 배뇨장애, 하지부 냉감 등의 개선을 목적으로 응용하였다[8]. 수승화강을 통해 頭痛, 上熱, 汗出, 心悸 등의 증상에 효과가 있었으며, 手痺치료에 영지약침이 도움

이 되었으나 배뇨장애 개선의 효과는 미미하였다. 본 환자의 경우 단순한 배뇨장애가 아니라 척수 원추 증후군으로 척수 손상에 의한 배뇨 장애였으며 환자가 수줍어하여 치료에 소극적이었던 점, 시술 기간이 다소 짧았던 점 등으로 효과가 미미하게 나타난 것으로 사료된다. 녹용 약침은 폐결핵, 천식, 당뇨, 고혈압, 저혈압, 비뇨생식기질환, 관절통 등에 효과가 있어 본 환자의 경우 고관절부 통증에 응용하였으나 대퇴골두무혈성괴사라는 기질적인 문제와 척수 손상에 의한 양하지부전마비가 겸해 있어 효과가 미미하였다. 자하거약침은 五臟六腑를 補하고 성장촉진, 조직재생, 항체형성촉진, 면역증강작용 등의 효능으로 만성간염과 위궤양, 기관지천식 등의 내과질환과 신경통, 요통, 만성관절염, 알레르기성질환, 각종 부인과 질환, 만성피로 및 수술 후 조직재생촉진 등에 응용하는데 본 환자의 하지 위축에 解谿, 陽陵泉, 太衝[9]에 자하거약침을 응용하였으며[8] 다소 호전 양상을 보였다.

매선요법은 매선을 자극원으로 하여 혈위 또는 일부 통증과 질병을 일으키는 부위 또는 민감한 부위에 자입하는 방법으로 인체에 무해한 이물질인 매선을 질환 치료의 적응부위에 주입하여 지속적인 유침이 되게 하여 인체 내에 숨어 있는 방어 수단을 유도하고 피부, 근육, 관절 등의 조직에 무수히 존재하고 있는 치료 반응점을 자극함으로써 말초 수용기에 생긴 흥분이 신경중추에 전해지고 반사적으로 생체조직을 정상화하려는 자생력과 활동력을 증대시켜 인체 내에 숨어 있는 치료적 기전을 유도함으로써 피부근육, 골관절, 신경순환, 각 장기에 관련된 질병을 체내의 자생력으로 치유하게 하는 자가 자생치료법이다. 경락을 소통시키고 근육과 말초 신경에 영양을 주며 세포 면역력을 증강시키고 병에 대한 방어 기능을 높이는 효과가 있으며 척추질환, 퇴행성관절염, 신경통, 비만 등에 응용한다[10]. 본 환자의 경우 통증 완화와 근력 증강을 목적으로 大腸俞, 氣海俞, 腎俞, 志室, 環跳, 風市, 陽陵泉, 足三里에 자입하였고 다른 치료에 비해 환자의 만족도가 높았다.

약물치료는 痺證의 증상이 심해질 때는 먼저 宣通시키고 肝腎虧虛의 痿證치료를 위해서 滋養淸熱, 補益肝腎, 健脾益氣하는 원칙을 따라[14] 입원 당시 痩瘠, 易疲勞, 下肢萎縮, 脈弱 등으로 補肝腎, 强筋骨시키는 補腎益督湯加味, 加味大防風湯 등을 먼저 사용하였으며, 통증이 심해지면 順氣祛痰通絡시키는 順氣活血湯을 투여하였고, 全身汗出, 熱感 등의 증상 변화에 따라 益氣補脾, 補血淸虛熱시키는 補中益氣湯加味, 當歸六黃湯을 사용하였다.

물리치료는 기능적 전기 자극치료(FES) 및 수기 치료를 주 5회 실시하였으며 양방 약물 치료는 본원 내원 당시 복용하던 항염증제, 우울증치료제, 위장관운동조절제, 배변촉진제, 간질치료제를 같이 복용하도록 하였다.

치료 후 환자의 증상은 좌측 하지의 운동범위는 입원당시의 40° 에서 치료 후 50° 으로 평가되어 입원 당시보다 10° 의 거상이 더 가능하게 되었고, 입원당시 불가능하던 족저굴이 가능해졌으며 근력도 GrIII에서 GrIII<IV으로 호전되었으며, 통증 역시 VAS 6에서 VAS 2로 감소되었고 하지부 감각저하도 입원 당시 49점에서 치료 후 52점으로 호전되었다. 하지만 소변 및 대변 장애는 배뇨 · 배변은 가능한 상태이나 수의적 조절의 호전은 보이지 않았다. 제반 증상 호전 중 치료비용 부담이 크게 작용되어 환자 본인이 치료 종결 원하여 퇴원하였다.

매우 드물게 나타나는 자발성 척수 지주막하 출혈의 후유증으로 인한 제반 증상에 한방 치료의 가능성을 확인하였으며, 향후 한의학의 치료 영역을 넓혀 나가기 위해 매선요법에 대한 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결론

2007년 5월 21일부터 2007년 8월 11일까지 자발성 척수 지주막하 출혈을 진단받고 수술 등의 치료 후 하지 부전마비, 동통, 감각이상 및 대소변장애를 호소하는 환자 1례에 대하여 침구치료, 약침치료, 매선치료 및 한약치료를 통하여 다소간 호전됨을 관찰하였기에 보고하는 바이다.

V. 참고 문헌

1. Walton JN.Subarachnoid hemorrhage of unusual etiology. Neurology. 1953;3:517-43.
2. Bersen RA, Hoogenraad TU. A spinal hematoma occurring in the subarachnoid as well as in the subdural space in a patient treated with anticoagulants. Clin Neurol Neurosurg. 1992;94:35-7.
3. Sunada I, Akano T, Kidosaki Y, et al. Spontaneous spinal subarachnoid hematoma. Surg Neurol. 1995;44:133-6.
4. 이경우. 편주역해 황제내경소문 제3권. 서울 : 여강출판사. 1997:71-80, 97-115.
5. 김위현 외 6명. 원인 불명의 자발성 척수 지주막하

혈종. 대한신경외과학회지. 1998;27:1127-31.
6. 김진호, 한태륜. 재활의학. 서울 : 군자출판사. 2003:389-91.
7. 최문범, 곽동욱, 이정훈. 실용동씨침법. 서울 : 대성의학사. 2000:210, 212, 218, 220, 244, 384-6, 430-4, 753-8.
8. 대한약침학회. 약침요법총론. 서울 : 대한약침학회. 1999:10-1, 43-4, 60-2, 67-74, 79-82, 110, 168-73, 321-34.
9. 대한침구학회 교재편찬위원회. 침구학(상). 파주 : 집문당. 2008:136-8, 152-3, 241-5, 300-1, 305-6.
10. 박영업. 약실자입요법. 서울 : 행림출판. 2003:19, 21, 29, 66.
11. 대한정형외과학회. 정형외과학. 제6판. 서울 : 최신의학사. 2006:333-4.
12. 대한신경외과학회. 신경외과학. 제3판. 서울 : 대한신경외과학회. 2006:31.
13. 이광우. 임상신경학. 제3판. 서울 : 고려의학. 2003:724, 673-5.
14. 전국한의과대학심계내과학교실. 심계내과학. 서울 : 書苑堂. 1999:436-40, 451-5.
15. 안광현 외 7명. 족근통에 봉약침요법이 미치는 영향. 대한침구학회지. 2002:19(5):149-60.
16. 강경화, 윤현민. 영지 약침과 영지 추출액의 항알레르기 효과에 관한 연구. 대한약침학회지. 2007;10(3):37-46.
17. 강병수 외 15명. 본초학. 제5판. 서울 : 영림사. 1999:498-9.
18. Shiao, M.S, K.R Lee, J.J.Lin, and C.T.Wang, 1994.Phytochemicals for Cancer Prevention II, p.342.In C.T.Ho(eds), Teas, Spices and Herbs. American Chemical Society, Washington.

Table 1. Clinical chart of bee venom acupuncture therapy.

Date	5/23	5/25	5/28	5/30	6/1	6/4	6/7
Density	10000:1	10000:1	10000:1	3000:1	3000:1	3000:1	2000:1
Dose	0.10mL	0.30mL	0.50mL	0.20mL	0.30mL	0.50mL	0.20mL
Date	6/11	6/13	6/15	6/18	6/20	6/22	6/25
Density	2000:1	2000:1	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1
Dose	0.30mL	0.50mL	0.10mL	0.20mL	0.30mL	0.50mL	0.70mL
Date	6/27	7/2	7/4	7/6	7/9	7/11	7/13
Density	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1
Dose	1.00mL	1.00mL	1.00mL	1.00mL	1.00mL	1.00mL	1.00mL
Date	7/16	7/18	7/20	7/23	7/25	7/27	7/30
Density	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1	1000:1
Dose	1.00mL	1.00mL	1.00mL	1.00mL	1.00mL	1.00mL	1.00mL
Date	8/1	8/8	8/10				
Density	1000:1	1000:1	1000:1				
Dose	1.00mL	1.00mL	1.00mL				

Table 2. Clinical chart of Mae-sun therapy.

Date	6/16	6/19	6/29	7/6	7/9	7/23	7/25
Length(cm)	3 6 9	3 6 9	3 6 9	3 6 9	3 6 9	3 6 9	3 6 9
Count	0 2 0	4 2 2	4 0 0	0 2 2	4 0 0	0 2 2	4 0 0

Table 3. Herbal medicine prescription.

5월 21일 – 5월 28일	補腎 强筋骨 活血祛瘀	補腎益督湯加味	熟地黃16g 人蔘12g 骨碎補12g 白屈菜12g 牛膝 8g 續斷8g 五加皮8g 女貞實8g 黃栢6g 貢砂仁4g 神沖 4g 鷄內金4g 麥芽4g 玄胡索4g 桔梗4g
5월 29일 – 6월 1일	補肝腎 濡養筋骨	加味大防風湯	熟地黃6g 白芍藥6g 川芎6g 當歸6g 羌活6g 防風6g 白茯苓6g 秦艽6g 葛根6g 杏仁4g 黃芩4g 桔梗4g 升麻4g 木通4g 獨活3g 威靈仙3g 甘草2g 烏藥1g 木果1g
6월 2일 – 6월 11일	解鬱順氣 祛痰通絡 補血祛瘀	順氣活血湯	香附子8g 烏藥6g 橘皮6g 半夏薑製4g 赤茯苓 4g 蒼朮4g 當歸4g 川芎4g 赤芍藥4g 桔梗4g 白芷3g 木香3g 甘草2g
6월 12일 – 7월 2일	補肝腎 濡養筋骨	加味大防風湯	熟地黃6g 白芍藥6g 川芎6g 當歸6g 羌活6g 防風6g 白茯苓6g 秦艽6g 葛根6g 杏仁4g 黃芩4g 桔梗4g 升麻4g 木通4g 獨活3g 威靈仙3g 甘草2g 烏藥1g 木果1g
7월 3일 – 7월 6일	益氣補脾	補中益氣湯加味	黃芪12g 桂枝8g 人蔘6g 白朮6g 甘草6g 防風6g 浮小麥6g 烏梅4g 當歸身4g 陳皮4g 附子4g 升麻2g 柴胡2g
7월 7일 – 7월 16일	補血補氣 淸虛熱	當歸六黃湯	黃芪20g 白芍藥12g 當歸身8g 川芎8g 生地黃8g 熟地黃8g 黃芩4g 黃蓮4g 黃栢4g 桂枝12g 防風12g 甘草12g 人蔘12g 蒼朮12g
7월 17일 – 7월 25일	補肝腎 濡養筋骨	加味大防風湯	熟地黃6g 白芍藥6g 川芎6g 當歸6g 羌活6g 防風6g 白茯苓6g 秦艽6g 葛根6g 杏仁4g 黃芩4g 桔梗4g 升麻4g 木通4g 獨活3g 威靈仙3g 甘草2g 烏藥1g 木果1g
7월 26일 – 8월 10일	補腎 强筋骨 活血祛瘀	補腎益督湯加味	熟地黃16g 人蔘12g 骨碎補12g 白屈菜12g 牛膝 8g 續斷8g 五加皮8g 女貞實8g 黃栢6g 貢砂仁4g 神曲 4g 鷄內金4g 麥芽4g 玄胡索4g 桔梗4g 枳殼4g 桃仁2g 紅花2g 生薑4g 大棗2개
8월 10일 – 퇴원	補血補氣 淸虛熱	當歸六黃湯	黃芪20g 白芍藥12g 當歸身8g 川芎8g 生地黃8g 熟地黃8g 黃芩4g 黃蓮4g 黃栢4g 桂枝12g 防風12g 甘草12g 人蔘12g 蒼朮12g

Table 4. Grade of motor power[12].

Grade 0	근육 수축이 안됨.
Grade I	근육 수축이 겨우 가능하나 관절 운동이 안됨.(10%)
Grade II	중력을 없애면 부분적 범위의 운동을 수행할 수 있음.(25%)
Grade III	중력을 이길 수 있는 전범위의 운동을 수행할 수 있음.(50%)
Grade IV	어느 정도의 저항을 이길 수 있는 전범위의 운동을 수행할 수 있음.(75%)
Grade V	최대의 저항을 극복하며 피로 없이 수차례 전범위 운동을 시행할 수 있음.(100%)

Table 5. Score of sensory function(pin prick)[6].

Score	
0	감각 능력 결여됨.
1	감각 능력이 약함.
2	정상
NT	검사 할 수 없음.

Table 6. The development of symptoms.

Period	ROM of both lower limb		Dorsal flexion of toe		Plantar flexion of toe		VAS of both lower limb		Motor power of both lower limb		Total pin prick score	
	Rt.	lt.	Rt.	lt.	Rt.	lt.	Rt.	lt.	Rt.	lt.	Rt.	lt.
1	80°	40°	Possible	Impossible	Possible	impossible	1	6	Gr IV	Gr III	56	49
2	80°	40°	Possible	Impossible	Possible	impossible	1	4	Gr IV	Gr III	56	49
3	80°	50°	Possible	Impossible	Possible	possible	1	4	Gr IV	Gr III〈IV	56	49
4	80°	50°	Possible	Impossible	Possible	possible	1	3	Gr IV	Gr III〈IV	56	52
5	80°	50°	Possible	Impossible	Possible	possible	1	3	Gr IV	Gr III〈IV	56	52
6	80°	50°	Possible	Impossible	Possible	possible	1	2	Gr IV	Gr III〈IV	56	52
7	80°	50°	Possible	Impossible	Possible	possible	1	2	Gr IV	Gr III〈IV	56	52

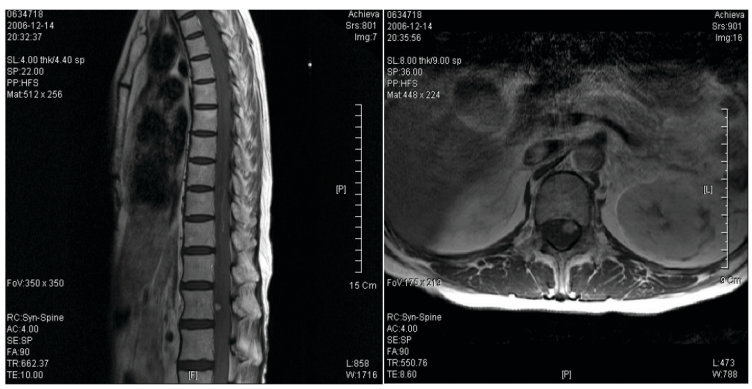

Fig.1. MRI of T-L spine.

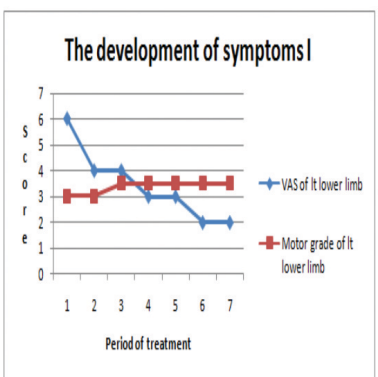

Fig.2. The development of

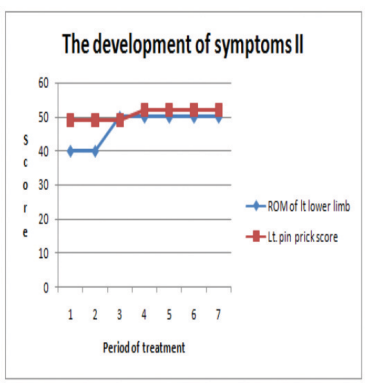

Fig. 3. The development of