

외상성 뇌경색 환자 1례에 대한 증례보고

이남열 · 한재경 · 김윤희

대전대학교 한의과대학 소아과학교실

Abstract

A Case Report of Traumatic Cerebral Infarction

Lee Nam Yeol, Han Jae Kyung, Kim Yun Hee

Department of Pediatrics, College of Oriental Medicine, Daejeon University

Objectives

This study is to investigate the effects of oriental medical treatment for traumatic cerebral infarction.

Methods

We treated the patients with herbal medicine, acupuncture, aroma therapy, rehabilitation, and we evaluated these cases with Activity Index.

Results

There are some improvements in each patients, such as manual muscle power, finger apraxia after oriental medical treatments.

Conclusions

We report a change for the better effect of oriental medical treatment on this case. The more clinical studies of oriental medical treatment for traumatic cerebral infarction are needed.

Key words : Traumatic Cerebral Infarction, Oriental Medical Treatment

■접 수 : 2008년 3월 28일, 채택 : 2008년 4월 15일

■교신저자 : 한재경, 충남 천안시 두정동 621 천안한방병원 2층 소아과

(Tel : 041-521-7570, 011-9483-4967, Fax : 041-521-7557, E-mail : dleoduf@hanmail.net)

I. 緒 論

최근 현대의학이 발달하면서 소아에서의 질병에 의한 사망률이 점차 감소하고 있는 추세인 반면 교통량의 급증, 열악한 도로조건, 운전자의 난폭운전, 주거환경의 고층화 및 생활양식의 다양화 등과 더불어 주의력 부족 및 안전사고 등으로 인하여 두뇌 손상을 포함하는 신체의 사고가 소아들의 주요 사망 원인으로 대두되고 있다^{1,2)}.

외상과 관련된 뇌경색은 두경부 손상 환자의 1.9~3.3% 정도에서 발생하는 것으로 알려져 있다³⁾. 그 기전에 대해서는 여러 가지 가능성이 제시되었는데 비교적 흔한 원인은 경부 손상이 과신장 또는 직접적인 혈관 충격 등을 초래하여 경동맥 박리나 가성 동맥류가 형성되고 이로 인해 혈관 폐색이나 색전증으로 뇌경색이 발생하는 것이다⁴⁾. 지금까지 보고된 소아 뇌경색의 주요기전은 대개 경부 손상에 의한 경동맥 박리였으며 유전적, 후천적 응고 장애에 의한 경우, 이외에도 두부 손상 후 발생하는 혈관 연축(vasospasm), 혈관 손상 부위에 발생하는 혈전 등도 가능한 원인으로 알려져 있다³⁾.

서양 의학에서 뇌경색은 腦卒中(cerebrovascular accident, CVA)이라 표현하였는데 뇌혈관의 질환으로 인하여 발생하는 급격한 의식장애와 운동장애 등을 주로 하는 뇌신경증후군을 말하였으며⁵⁾, 한의학에서는 元代의 王⁶⁾이 “人有卒暴僵仆, 或偏枯, 或四肢不舉, 或不知人, 或死或不死者, 世以中風呼之”라 하여 중풍의 정의를 요약하고 병인에 따라 眞中風을 구별하였으며, 淸末의 張⁷⁾은 內經의 厥證이 곧 腦充血에 해당된다고 하여 동서의학의 연결을 시도하였다.

그동안 국내에서도 외상에 의한 뇌출혈에

대한 보고^{8,9)}는 많았지만 뇌경색에 대한 보고는 드물었으며, 특히 소아의 경우 외상에 의한 뇌경색이 드물기 때문에 진단이 늦어지는 경우가 많았다. 때문에 적절한 시기에 필요한 처치 및 치료를 놓치게 되어 후유증이 장기화되는 경향이 있어 향후 시기적절하고 효과적인 치료 방법 및 대처방안이 요구되는 실정이다.

이에 저자는 한의학적 치료 및 물리 치료를 통해 기능 회복을 도모한 외상성 뇌경색 환자의 증례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

II. 證 例

1. 환아 및 전신조건

- 1) 현 16개월의 여아
- 2) 전신조건
 - ① 체격 : 보통 체격 84.2 cm, 10.1 kg
 - ② 소화기 : 평소 모유 및 이유식 식이, 식욕 및 소화 상태 양호
 - ③ 대소변상태 : 대변 1회/1일, 소변 1회/2~3시간

2. 주증상

- 1) 좌반신 부전마비 (Manual muscle power : Upper limb Grade 4, Lower limb Grade 4~5)
- 2) 수지 실행증 (Finger apraxia) - Finger counting unable

3. 부증상

- 1) 夜啼(2~3회/1일 각성)

4. 발병일 및 진단일

2007년 12월 7일, 계단에서 낙상

5. 가족력 및 과거력

특이사항 없음.

6. 치료 기간

2007년 12월 20일부터 2008년 2월 19일간
통원 치료

7. 현병력

12월 7일 Brain MRI상 뇌경색(부위 : 우측
뇌기저핵부, 외상성으로 추정) 진단 받고 양방
병원에서 12월 15일까지 9일간 입원 치료 후 3
개월간의 가료 후 재관정을 요하는 상태에서
보호자 한방치료 위해 12월 20일 본원 소아과
에 내원

8. 방사선 검사소견

12월 7일 Brain MRI, MRA 검사상 뇌경색증
진단(Fig. 1)

9. 치료방법

1) 침치료 (0.25 × 0.15mm stainless steel 豪鍼)
및 자락술

1주 1~2회, 百會, 曲鬢, 人中, 肩井, 曲池,
足三里, 風市, 懸鍾 및 指間穴 취혈

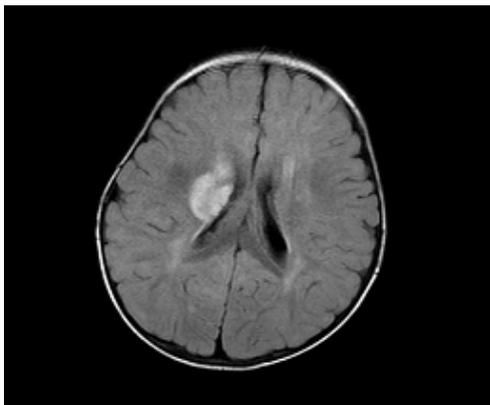


Fig. 1. Brain MRI

2) 탕약 치료

(1) 12월 20일~12월 23일 :

牛黃抱龍丸(牛膽南星 40g 天竺黃
20g 石雄黃 朱砂 各 10g 麝香 珍珠
琥珀 各 4g 牛黃 2g 金箔 適量) : 하
루 1丸씩 복용

(2) 12월 24일 ~ 12월 30일 :

Ex 藿香正氣散(藿香 6g 蘇葉 南星
木香 各 4g 白芷 大腹皮 白茯苓 厚
朴 半夏 陳皮 白朮 桔梗 甘草 各
2g) : 하루 2회씩 복용

3) 기타치료

(1) 향기 치료 : 라벤더, 레몬 혼합액 2방
울을 식염수 7cc에 희석하여 nebulizer
를 이용하여 흡입시킴, 1주 1~2회

(2) 물리 치료 : Passive Ex, 수기 치료, 물
건 쥐기 연습(손가락, 물컵 등)
작업치료 - 블록 쌓기, 도형 맞추기

(3) 재활 치료 : 타 재활전문병원 치료, 1
주 1~2회
몸통, 팔, 다리 움직임, 보행 자세 교
정, 보이타 요법¹⁰⁾

10. 치료 성적의 평가

1) Active Index¹¹⁾(이하 AI: 부록 1) : 운동기능
중 좌측 상하지 및 일상생활기능 중 보행
부분 평가함.

Ⅲ. 臨床經過

Table 1. Changes of Clinical Symptoms

Date Part	12/20	12/24	12/31	1/18	1/21	1/28	2/19
Lt. upper limb	거상가능. 수지파악불가	거상가능. 수지파악불가	자발 동작. 수지강직. 수지파악불가	능동운동. 수지굴신운동 가능.	수지 강직감 감소	제1지 개별 파악 가능	수지 운동 상태 호전. 물건 집기 가능.
Lt. lower limb	자발 동작 독립보행 불가 (부축보행)	기대어 일어남	불안정하나 독립보행가능	독립보행시 하지내반경향		보행상태 호전중	보행상태 양호
Tx	우황포룡환 A-Tx	Ex 곽향정기산 A-Tx	A-Tx	A-Tx	A-Tx	A-Tx	A-Tx

Table 2. Changes of AI

Date	12/20	12/31	2/19
AI	7	12	17

Ⅳ. 考 察

외상성 뇌손상은 퇴행성이나 선천성이 아닌 외부의 물리적 힘에 의한 손상의 결과로써 신체, 심리사회, 인지 등의 다양한 기능에 장기적인 장애를 야기하는 뇌에 대한 후천적인 손상으로 정의¹²⁾할 수 있는데, 다발성 외상에서 외상성 두부손상의 심각도는 때때로 환자의 내과적 그리고 기능적인 결과에 따르며 소아 외상의 관리에서 문제 해결점의 대부분은 뇌기능을 유지하는 것으로 결정된다.

미국의 경우 두뇌 손상 연간 발생율을 10만 명당 180~295명 사이로 추계하며, 그 외에 남성이 여성에 비해 매우 높고, 가장 높은 연령군이 15~19세, 원인으로는 자동차 사고가 가장 많았다. 손상 정도로는 경도 손상이 성인의 경우 80%, 아동의 경우 93%를 차지하였고, 연

령으로는 대개 10~14세에서 흔하게 발생하였고, 5~9세 연령군에서도 비슷한 비율로 나타났다. 이에 비해 고도 및 중등도 손상의 비율은 15세에 가장 높았으며, 1세 미만에서도 상당히 높게 발생하였다. 이와 같이 손상의 정도와 원인이 연령에 따라 매우 다양하였는데 특히 그 원인을 보면 영유아기는 아동학대, 학령전기는 추락, 초등학교 저학년은 도로 사고, 10~14세 아동은 스포츠 및 자전거 사고, 15세 이상에서는 자동차 관련 사고가 흔하였다¹³⁾.

뇌손상의 일차적 손상 기전은 미만성 축삭 손상이 특징으로 가속·감속, 회전력에 의해 발생하며 손상 정도에 따라 현미경적인 미세 병변으로부터 육안으로 확인 가능한 병변까지 다양하게 생기므로 컴퓨터 단층 촬영이나 자기공명영상에서 보이지 않을 수도 있다. 이차적 뇌손상은 주로 허혈에 의해 생긴다. 혈액량과 뇌

수분량의 증가로 뇌 종창과 부종이 생기고 이로 인해 두개내압 상승, 이탈 및 허혈을 초래하여 광범위한 손상을 야기하게 된다¹⁴⁾.

그 중 외상성 뇌경색에 관련하여 소아의 경우 십만 명당 한명의 빈도로 드물게 나타났으며, 대부분 성인과는 다른 원인에 의한 경우가 많은 것으로 보고되었다^{15,16)}. 소아 연령층의 뇌경색은 성인과는 다른 두뇌 특성상 서로 다른 증상, 경과 및 예후를 갖게 되는 것으로 알려져 있다¹⁷⁻¹⁹⁾. 성인과 비교해 볼 때 초기 학령기(5세)까지의 아동은 두부가 전체 근육량과 체표면적에 비하여 불균형적으로 크다. 이러한 해부학적 양상 때문에 낙상하거나 자동차 충돌 시 가속·감속 사건시에 “머리가 먼저”의 경향으로 인해 결과적으로 성인보다 소아에게 둔상에서 두부와 뇌가 가장 흔히 손상을 입게 된다²⁰⁾.

중증의 심한 뇌경색 소아는 인지, 기억, 언어 및 학습 능력 등 다양한 영역의 장애가 발생되기 때문에 적극적인 재활치료를 필요로 한다. 소아 외상성 뇌경색의 운동장애로 경직, 운동실조증, 운동완만, 근긴장 저하 또는 동요 등이 나타나고 오랜 기간 지속되며 대운동과 함께 섬세한 운동이 어렵게 된다¹³⁾.

소아 뇌경색의 원인 진단을 위해서는 선천적으로 혈전 발생 경향, 위험인자로 심장질환, 감염, 탈수, 혈관염, 다혈구증, 외상, 동맥박리, 암, 겸상 적혈구 빈혈 등의 병력, 가족력을 자세히 물어봐야 한다. 진단을 위한 검사로는 위험 인자를 조기에 알기 위해 혈액 응고 인자와 혈전 용해 인자에 대한 검사를 시행하며 가족력과 더불어 부모에 대한 검사도 유용한 정보를 준다²¹⁾.

치료로는 경련에 대한 치료와 탈진 등 원인 교정과 장기적인 추적 검사 및 항응고제 사용이 필요하다. 신생아와 겸상 적혈구 환자에서는 혈액 응고 성분의 역할에 대해 아직 불명확

하며 혈전 예방 목적의 항응고제와 항 혈소판제제의 효과가 입증되지 않았기 때문에 치료에 문제가 된다²²⁾.

따라서 이들의 다양한 원인 및 치료에 대한 연구가 진행되었으며²³⁻²⁵⁾, 한의학적 연구에 있어서는 김 등^{26,27)}의 연구가 있으나 체계적인 진단, 치료에 대한 방법이 부족하며 역대문헌에서도 외상성 뇌손상에 대한 다양한 내용을 찾아보기가 어렵고 두부에 외상을 당하여 발생하는 증상에 대한 간략한 언급²⁸⁾이 있을 뿐이고 증상도 頭痛, 眩暈, 耳鳴, 不眠에 대한 것²⁹⁾이 대부분이며 《東醫寶鑑：諸傷門》³⁰⁾에서도 두부외상을 “又破腦出髓而不能語, 載眼直視, 喉中沸聲, 口急唾出, 兩手妄舉, 皆不治”라 하여 不治症으로 간략히 기술하였다.

한의학에서는 외상 후 후유증을 落傷, 落馬, 打撲, 蓄血, 血結, 脫臼, 瘀血骨折 등으로 분류하여 다루어 왔고, 이들 증상에 대하여 氣와 血과의 관계 및 瘀血이라는 병적 개념을 도입하여 하나의 질환으로 인식하고 치료³¹⁾해 왔다.

본 증례의 경우 외부의 충격으로 인하여 발생한 외상성 뇌경색으로 타 병원에서 초기 치료를 시행한 뒤 재활치료 시기에 한방치료를 위하여 내원한 경우로 초기 내원 당시 좌반신 마비, 보행 장애, 夜啼 등이 주증상이었다. 초기 치료 방향은 한약과 함께 침치료를 병행하려 하였으나 환아의 한약 복용에 대한 어려움으로 夜啼 치료를 위한 牛黃抱龍丸과 Ex 藿香正氣散만을 초기에 투여하였고 이 또한 어려워하여 이후 침치료만을 시행하였다.

抱龍丸의 抱는 保全한다는 뜻이고 龍은 肝이 東方靑龍과 感應하여 주로 魂을 간직하니 魂이 편안하게 되면 驚症이 自定하게 된다고 《醫學入門》³²⁾에 기재되어 있다. 牛黃抱龍丸은 明代 龔³³⁾의 《古今醫鑑》에 최초로 수록된 처방으로 小兒急·慢驚風, 痰嗽, 風熱, 中風,

痰迷心竅, 神昏譫語, 手足痙攣, 癲狂, 邪熱, 煩燥 등을 치료하는데 활용되었으며 藿香正氣散³⁴⁾은 내부의 濕濁을 化濕케하고 兼하여 和中利氣의 효능이 있는 것으로 알려져 있다.

鍼灸치료는 中風의 手足癱瘓에 준하여 中風七處穴 및 指間穴을 취하였으며 보조적 요법으로 安神, 理氣 및 鎮靜 효과를 위해 아로마 오일을 배합하여 흡입 요법을 시행하였으며 물리 치료 및 재활 치료는 몸통, 팔, 다리, 보행 자세 위주의 교정과 보이다 치료요법¹⁰⁾ 등으로 타 재활전문병원에서 2회/1주 간격으로 시행하였다.

치료 후 환자의 운동능력은 내원 초기에는 左側 手指의 자발적인 운동이 불가능하고 하지의 독립적 보행이 어려운 상태였으나 마지막 내원 시에는 독립 보행을 할 수 있었으며 좌수지 파악 가능 및 물컵 들기 및 숟가락 쥐기 등의 일상생활에서 불편함이 없을 정도의 수준으로 회복되었으며(Table 1), 평가 지표상에서도 내원 당시의 AI 7점에서 17점으로 발전을 보였다(Table 2). 그러나 경도의 뇌손상은 정신증상이나 행동상의 문제를 발생시킬 위험이 적다는 연구^{35,36)}가 있는 반면 경도나 중등도의 뇌손상 후 6~8개월 지나서 외상 후 자극장애가 흔하다는 보고³⁷⁾도 있으며 Harrington과 Letemendia³⁸⁾는 뇌손상의 심각도보다 뇌손상 이전 성격과 가정환경이 정신과적 경과에 더 중요하다고 하였으므로 앞으로 환아에 대한 지속적인 관찰과 치료가 필요하다고 사료된다.

본 증례의 경우 외상성 뇌경색에 대한 한의학적 치료 효과에 대하여 평가하려 하였으나 환아가 재활단계에서 내원하였기 때문에 초기 상태에 대한 평가가 불가능하였으며 연령이 낮아 발달 단계상 미성숙한 부분이 많아 정확한 평가지표가 없었다는 제한점이 있었다. 또한 편마비 환아에 대한 전문적인 재활 치료 체계

의 부족으로 타병원에서 재활치료를 받아야 했으며 블록 쌓기와 도형 맞추기 등의 작업치료를 시행하였으나 환자의 발달 단계상 수행능력이 부족하여 적극적인 재활치료에 어려운 점이 많았다.

향후 환자의 연령 및 발달 단계를 고려하여 실정에 맞는 평가 도구들을 개발하고, 이에 맞는 구체적이고 전문적인 재활 치료 체계를 갖추어 뇌손상 환아들에 대한 한방치료 효과를 객관적으로 평가하고 극대화 할 수 있어야 할 것으로 사료된다.

V. 結 論

상기 증례에서 저자는 외상성 뇌경색으로 진단받고 대전대학교 천안한방병원 소아과에 내원한 환아에게 침 및 기타 물리 요법을 통한 한방치료를 적용하여 재활 단계의 빠른 회복 및 증상의 개선 효과로 뇌손상 후유증을 호전시켰으며, 향후 지속적인 관찰과 치료가 필요할 것으로 사료된다.

參考文獻

1. Wegman WE. Annual summary of vital statistics-1981. *Pediatrics*. 1982;75:835.
2. Mayer T, Walker ML, Jhonson DG, Matlak ME. Causes of morbidity and mortality in severe pediatric trauma. *J Am Med Ass*. 1981;245:719.
3. Mirvis SE, Wolf AL, Numaguchi Y, Corradino G, Joslyn JN. Posttraumatic cerebral infarction diagnosed by CT: prevalence, origin, and outcome.

- AJNR. 1990;11:355-60.
4. Mizutani T, Goldberg HI, Parr J, Harper C, Thomson CJ. Cerebral dissection aneurysm and intimal fibroelastic thickening of cerebral arteries. *J Neurosurg* 1982;56(4):571-6.
 5. 전국한외과대학심계내과학교실. 심계내과학. 서울:서원당. 1999:420.
 6. 王安道. 王履集(醫部全錄中 二十六冊). 서울:성보사. 1976:31-2.
 7. 張錫純. 醫學衷中參西錄(上冊). 서울:한성사. 1972:112.
 8. 김양현, 김대희, 오아영, 김경옥, 김종성. 소아에서 개심술 후 발생한 뇌출혈. *대한마취과학회지*. 2004;47:596-9.
 9. 김순기, 문명선. 뇌출혈을 동반한 소아뇌종양. *대한신경외과학회지*. 1984;13(3):483-9.
 10. 양우진, 김중선, 안수윤, 김병조. 영유아 뇌성 운동발달 장애아에 대한 보이타치료법 조기 적용의 효과. *대한물리치료학회지*. 2001;13(1):49-59.
 11. 조은희, 권정남, 김영균. 중풍의 예후인자 및 기능평가 방법에 관한 문헌적 고찰. *대한한의학회지*. 2000;2(4):138-47
 12. 이재철. 외상성 뇌손상 장애인 가족의 욕구 및 대처방안. *대구대학교 대학원 석사논문*. 2001:1-105.
 13. Arffa S. Traumatic Brain Injury. IN:Textbook of Pediatric Neuropsychiatry, Vol 2. Ed by Caffey CE, Brumback RA. Washington D.C.:American Psychiatric Press, Inc. 1998;1093-140.
 14. Bower SA, Marshall LF. Outcome in 200 consecutive cases of severe head injury treated in San Diego County:a prospective analysis. *Neurosurgery*. 1980;6:237.
 15. Williams LS, Garg BP, Cohen M et al.. Subtypes of ischemic stroke in children and young adults. *Neurology*. 1997;49:1541-5.
 16. Ferrera PC, Curran CB, Swanson H. Etiology of pediatric ischemic stroke. *Am J Emerge Med*. 1997;15(7):671-9.
 17. Genarelli TA, Spielman GM, Langfitt TW. Influence of the type of intracranial lesion on outcome from severe head injury. *J Neurosurg*. 1982;56:26.
 18. Luerssen TG, Klauber MR, Marshall LF. Outcome from head injury related to patient's age: a prospective study of adult and pediatric head injury. *J Neurosurg*. 1988;68:409.
 19. American Academy of Pediatrics. 소아전문응급 처치학. 서울:군자출판사 2006:147.
 20. 소아재활의학. 서울:군자출판사 2006:249.
 21. Roach ES. Stroke in Children. *Curr Treat Options Neurol*. 2000;2(4):295-304.
 22. Strater R, Kurnik K, Heller C, Schobess R, Luigs P, Nowak-Gottl U. Aspirin versus low-dose low-molecularweight heparin:antithrombotic therapy in pediatric ischemic stroke patients:a prospective follow-up study. *Stroke*. 2001;32(11):2554-8.
 23. 유연호, 박성수, 박정규, 박정수, 정성필. S단 백질 결핍과 관련된 소아 뇌경색 1례 대한 보고. *응급의학회*. 2002;13(3):351-3.
 24. 송시현. 소아 중증 두뇌손상환자에 대한 임상적 고찰. *충남의대잡지*. 1994;21(2):777-86.
 25. 박재현, 이보람, 고준석, 임영진, 김기국, 김태성. 두부 손상 후 발생한 지연성 렌즈선조체 동맥부위 뇌경색. *경희의학*. 2004;20(2):142-5.
 26. 김희준, 문세희, 황의형, 김미영, 김정연. 언어 장애가 있는 외상성 뇌손상 환자 3례의 언어 평가 보고. *한방재활의학과학회지*. 2004;14(1):159-68.
 27. 김윤희, 한재경, 김윤희, 김연진. 외상성 뇌손상 환자의 한방적 처치에 대한 증례보고. 대

- 한한방소아과학회지. 2005;19(1):25-33.
28. 中國中醫 研究院. 天安門員院 實用中醫 腦病學. 北京:北京學院出版社. 1993:829-35.
29. 吳謙. 醫宗金鑑. 서울:대성문화사. 1994:753-78.
30. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:법인문화사. 2002:1512-36.
31. 王壽. 外臺秘要. 北京:人民衛生出版社. 1996: 225.
32. 李梴. 國譯編註 醫學入門. 서울:崇文社. 5권. 1974:296.
33. 龔廷賢. 古今醫鑑. 北京:江西科學技術出版社. 1990:354-6.
34. 신재용. 방약합편해설. 서울:성보사. 1988:108.
35. Fay GC, Jaffe KM, Polissar NL, Liao S, Rivara JB, Martini KM. Outcome of pediatric brain injury at three years:a cohort study. Arch Phys Med Rehabil. 1994;75:733-41.
36. Max JE, Dunisch DL. Traumatic brain injury in a child psychiatric outpatient clinic a controlled study. J Am Acad Child Adoles Psychiatry. 1997;36(3):404-11.
37. Marlini DR, Goldstein G, Uzell B, Pang D, Lynch J. Psychiatric disorders following mild and moderate head trauma. In Scientific Proceedings of the 39th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1992;(8):Abstract NR-159.
38. Harrington JA, Letemendia EJJ. Persistent psychiatric disorders after head injuries in children. J Ment Sci. 1987;104:1205-18.

부록 1

Active Index(A.I.)

Active	Point
좌측상지	
정상 또는 정상에 가까움	4
기능적인 운동이 가능함	3
기능성을 가지지는 못하나 움직일 수 있음	2
움직일 수 없음	1
점 수	
좌측 손	
정상 또는 정상에 가까움	
독자적인 파악(grip)과 개별적인 손가락의 움직임이 가능함	4
단순하게 기능적인 파악이 가능함	3
기능성을 가지지는 못하나 움직일 수 있음	2
움직일 수 없음	1
점 수	
좌측하지	
정상 또는 정상에 가까움	4
기능적인 운동이 가능함	3
기능성을 가지지는 못하나 움직일 수 있음	2
움직일 수 없음	1
점 수	
일상생활기능 중 보행 상태	
보행가능	6
타인이 보조해 주면 보행가능하며 의자차를 스스로 이동이 가능	4
타인이 보조해 주면 설 수 있으며 의자차에 의존함	3
타인이 보조해 주어도 설 수 없으며 침대나 의자차에 의존적임	1
점 수	