

熱多寒少湯 加減方을 이용한 太陰人 시상통증증후군 치험 1례

A Case report of Thalamic pain Syndrome Patient who were Constitutionally Typed as Taeemin improved by Yeoldahanso-tang(熱多寒少湯)

엄태민*, 백인경, 박혜진, 조현경, 김윤식, 유호룡, 설인찬
대전대학교 한의과대학 심계내과학교실

Tae-Min Eom*, In-Kyoung Baek, Hye-Jin Park, Hyun-Kyoung Cho, Yoon-Sik Kim, Ho-Ryong Yoo, In-Chan Seol

Department of Circulatory Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Daejeon University

A 67 year-old Taeemin(太陰人) female patient with Thalamic pain Syndrome(Dejerine-Roussy Syndrome) was treated. She was suffering from rt. side numbness, pain and weakness, rt. facial palsy, dizziness, dysarthria and lassitude. She was diagnosed as Cerebral lacunar infarction(Lt. thalamus) by Brain MRI(Magnetic Resonance Imaging) and administered Yeoldahanso-tang(熱多寒少湯). After taking Yeoldahanso-tang(熱多寒少湯), her symptoms had improved.

Result suggest that Yeoldahanso-tang(熱多寒少湯) is an effective for Taeemin Thalamic pain Syndrome. Though, results support a role for oriental medical treatment for Cerebrovascular Accident(CVA) connected Sasang Constitution, further research into the effectiveness of oriental medical treatments for CVA connected Sasang Constitution is needed.

■ **Key words** Taeemin(太陰人), Yeoldahanso-tang(熱多寒少湯), Thalamic pain Syndrome, Sasang Constitution(四象體質)

□ 緒論

中風이란 뇌혈관의 순환장애로 인해 국소적인 신경학적 결손을 나타내는 뇌혈관질환을 포함하는 것으로서 人事不省, 手足癱瘓, 口眼喎斜, 言語蹇澀,

偏身麻木 등의 임상증상을 나타내는 병증이다. 서양 의학에서 中風은 손상기전에 따라 크게 뇌경색과 뇌출혈로 나뉘어지고, 뇌혈관의 혈액공급 영역이나 대뇌, 간뇌, 소뇌, 뇌간, 변연계 등 뇌의 하부기관별로 손상 시 나타나는 증상이 달라지게 된다¹⁾.

그 중 간뇌에 위치한 시상선 후각을 제외한 대뇌 피질로 들어가는 모든 감각을 중계하는 곳으로 촉각, 압각, 통각, 온각의 1차적 인식을 제공하며 운동 계획과 조절에 관여하는 핵을 가지고 있다²⁾. 시상선

* 교신저자: 엄태민

주소: 대전광역시 서구 대덕대로 176번길 75 대전대학교
둔산한방병원

전화: 042 470 9662, 팩스: 042 470 9008

E-mail: tathto@gmail.com

혈액공급은 후대뇌동맥(PCA)에서 담당하는데 후대 뇌동맥의 혈류장애로 시상부 경색이 발생하면 시상 통증증후군(Thalamic pain Syndrome)이 발생할 수 있다¹⁾.

시상통증증후군은 순수감각뇌졸중증후군(pure sensory stroke, PSS)의 하나로서 시상 경색에 의해 발생한다. 시상 경색 발병 후 수시간, 늦게는 수개월 후에 후유증으로 발생한다. 이런 경우 환자들은 심한 이상감각으로 고생하는데 뜨겁게 느껴지거나, 차갑거나, 저리는 증상이 특별한 자극이 없이도 저절로 발생한다. 특히 외부 자극에 따라 과도하게 느껴지는 증상을 호소하는데, 예를 들어 찬 공기에 노출되면 증상이 심하게 악화되는 경우가 있다³⁾. 시상통증증후군에 의한 통증 발생 시 통증은 매우 극심하며 일반적인 통증 치료에 반응이 미미하여 조절이 어렵고 통증의 범위가 넓어 국소적인 통증치료를 사용할 수 없는 등 치료에 어려움이 크다⁴⁾. 따라서 일반적인 진통제보다는 삼환계 항우울제나 선택적 세로토닌 재흡수 억제제, 항경련제, 항부정맥제, 마약성 진통제 등이 사용될 수 있다. 외과적으로는 체내에 삽입한 전극 등으로 대뇌피질을 자극하는 요법이 시상통증증후군에 유효한 것으로 알려져있는데, 50% 정도에서 효과를 보인다는 점과 개두술이 필요하다는 점 등은 문제로 지적되고 있다⁵⁾.

이러한 시상통증증후군은 한의학적으로 中風의 범주에 속하며, 中風의 病因에 관하여 <內經> 이후 宋代까지의 張介賓, 巢元方, 孫思邈 등은 주로 外感風邪와 虛로 이해했으며, 金元時代의 劉完素, 李果, 朱丹溪 등은 火, 氣虛, 濕痰을 발병원인으로 보았다⁶⁾.

中風의 병태에 따른 분류를 보면 환자 상태의 경중에 따라 中絡, 中經, 中腑, 中臟으로 구분하나, 임상에서는 보통 의식장애의 유무를 기준으로 中經絡, 中臟腑로 구별한다¹⁾. 이것을 기준으로 보면, 시상통증증후군은 의식장애는 없으므로 中經絡에 속하며 그중에서도 中絡에 속한다고 볼 수 있다.

그간의 中風에 관한 언급에 이어 李濟馬가 새롭게 四象體質에 의한 病理를 논하고 太陰人의 경우는 中風이 肝燥熱에 의한 것이라 하여 熱多寒少湯, 清心

蓮子湯 등의 처방을 제시하였다⁷⁾.

저자는 太陰人 시상통증증후군 환자 1례에 熱多寒少湯 加減方을 처방하여 유효한 효과를 거두었으므로 이에 보고하는 바이다.

□ 證例

1. 성명: 오OO(F/67)

2. 진단: Cerebral lacunar infarction
(Lt. thalamus)

3. 주소증

- ① Rt. side numbness&pain
- ② Rt. facial palsy
- ③ Rt. side weakness Gr. IV > V/IV > V
- ④ Dysarthria
- ⑤ Dizziness
- ⑥ Lassitude

4. 발병일: 2013년 2월 18일

5. 가족력: 별무

6. 과거력

- ① 2006년경 HTN Dx.
- ② 2009년경 우측 무릎 퇴행성관절염 Dx. OP#1 인공관절삽입술
- ③ 2010년경 요추추간판탈출증 Dx. OP#1 디스크 제거술

7. 현병력

현 67세의 피부가 붉고 긴장한 체형의 태음인 여자 환자로 평소 성격 원만하고 평소 별무 음주, 별무 흡연, 별무 기호식 함.

평소 별다른 질환없이 지내다 2013년 2월 18일 상기 주소증 발하여 당일 정형외과 방문하여 경추부 위 X-ray촬영 후 HNP 소견 듣고 적극적인 한방 치료 위해 2013년 2월 19일 본원 OPD 경유하여 대전대학교 둔산한방병원에 입원함.

8. 방사선 검사소견

- 1) Brain MRI: Acute lacunar infarction, left thalamus(Fig. 1)
- 2) Brain MRA: Focal stenosis, Lt PCA, P2 portion

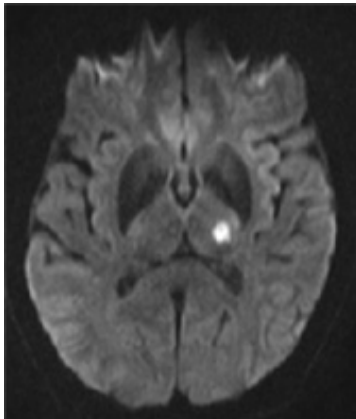


Fig. 1. Brain MRI.

- 3) Chest X-ray: WNL
- 4) C-spine X-ray(AP/LAT): Cervical HNP, C5-6.
- 5) L-spine X-ray(AP/LAT): HNP, L2-3, L4-5. Degenerative spondylosis.

9. 기타 검사소견

- 1) 체질감별:
 - 신장: 156cm/체중: 62kg
 - 허리둘레: 93cm/엉덩이둘레 96cm
 - 맥진: 緊張有力脈/설진: 舌質紅苔黃
 - 面赤, 大便秘燥, 口渴 호소
 - 한방내과 전문의(사상체질 인정의) 1명, 한방내과 전공의 2명이 환자의 체형기상과 증상 고려하여 체질은 太陰人, 병증은 太陰人 肝燥熱證 진단함.
- 2) 입원당시 Vital sign: 150/80-74-20-36.4, 혈당 136mg/dl
- 3) 심전도 검사:
 - Sinus rhythm
 - First degree AV block
 - T wave abnormality, possible lateral ischemia
 - T wave abnormality, possible interior ischemia

- 4) 신경학적 검사
 - Mental state(M/S): alert
 - Pupil reflex(P/R): good/good
 - Neck stiffness(N/S):
 - Deep tendon reflex(DTR): ++/++ ++/++
 - Babinski sign(B/S): -/-

5) 임상병리 검사(Table 1, Table 2)

10. 주소증 분석

- ① Rt. side numbness & pain +++
시상통증증후군의 증상으로서 평가를 위해 VAS⁽¹⁾를 사용하여 매일 시상통증증후군의 변화양상을 기록하였다.
- ② Rt. facial palsy +
- ③ Rt. side weakness Gr. IV > V/IV > V++
- ④ Dysarthria +
- ⑤ Dizziness +
- ⑥ Lassitude +

11. 치료방법 및 경과(Table 3)

1) 2월 19일~2월 20일: 환자가 2월 19일 저녁에 입원하였으므로 우선 응급하게 비치탕약 중에서 급성기 뇌경색에 쓰이는 도담활혈탕⁽²⁾을 tid으로 3포 처방하였다. 입원 익일부터 鍼은 한림침 일회용 0.25 × 30mm 호침을 이용하여 주로 中風七處穴 및 八脈交會穴을 응용하여 百會, 曲鬢, 懸鍾, 肩井, 合谷, 臨泣, 外關, 後谿, 申脈, 曲池, 三里, 人中, 印堂, 豐隆, 地倉, 頰車 등을 하루 2회 자침(주말 및 공휴일은 1회)하였으며 地倉-頰車, 合谷-曲池와 三里-豐隆에 하루 1회 전침자극하였다. 뇌경색 급성기에 준하여 ABR(절대안정)하도록 지시하였고, N/S 1ℓ qd로 fluid처치와 동시에 쿠파린정(와파린) 2.5mg qd로 뇌혈관 경색에 대한 양방적 항응고처치를 한방치료와 병행하여 진행하였다.

이들간 Rt. side weakness는 초기와 같이 유지되었으며, Rt. facial palsy는 입원 당시보다 미미한 호

(1) Visual Analogue Scale(시각통증등급): 10cm 길이의 선으로 한쪽 끝에는 통증이 없음을 기록하고 다른 편으의 끝에는 상상 가능한 가장 심한 고통을 기록

(2) 향부자8g, 반하(강제) 8g, 산사육 6g, 나복자 6g, 단삼 6g, 백질여 6g, 백복령 6g, 갈근 4g, 조구등 4g, 당귀 4g, 석창포 4g, 길경 4g, 지각 4g, 목향 3g, 도인 3g, 홍화 3g, 천궁 3g, 박하 2g, 전갈 2g, 감초 2g, 구인 10g

Table 1. 혈액검사결과.

검사명	2/20	참고치
Total protein	6.3	6.6-8.6
Albumin	3.8	3.5-5.2
A/G ratio	1.5	
AST	19	0-31
ALT	7	0-34
ALP	76	30-120
r-GTP	20	7-32
Cholesterol	232	200
Triglyceride	112	150
Glucose(FBS)	109	74-106
Creatinine	0.43	0.66-1.09
BUN	22.7	7.9-20
LDH	139	25-248
HDL-Cholesterol	47.7	40-60
Syphilis	-	
HIV Ab(AIDS)	-	
Na	139	135-147
k	3.9	3.3-5.1
Cl	105	95-110
HBs Ag	0.80	2
HBs Ab(정량)	12.5	10
PT	9.5	7.1-11
INR	1.05	
Fibrinogen	520	196.6 -628.3
WBC	9.32	4.5-11
Neutrophil	76.3	40-80
Monocyte	5.2	2-10
Lymphocyte	17.4	15-45
Eosinophil	0.7	0-5
Basophil	0.4	0-1
RBC	4.17	4-7.2
Hemoglobin	13.4	12-16
Hematocrit	39.6	36-46
ESR	18	0-20
platelet	38.1	15-45
MCV	95	81-99
MCH	32.0	26-32
MCHC	33.7	33-37
RDW	12.2	10.9-15.7
PCT	0.259	0.15-0.4
MPV	6.8	6.3-10
PDW	9.0	

Table 2. 소변검사결과.

검사명	2/20	참고치
Color	Yellow	
Protein	6.0	
S,G	1.025	1.005 -1.025
P,H	6.0	5-9
Leukocyte	-	
Nitrite	-	
Glucose	-	
Urobilinogen	+ -	
Ketone	-	
Bilirubin	-	
Blood	-	
RBC	0-1	0-1
WBC	7-10	0-3
Epithelial	3-5	0-10

Table 3. 치료 방법 및 경과.

	한방 처치	양방 처치	비고
2/19 ~ 2/20	도담활혈탕 tid (침치료 및 전침 자극 bid)	쿠파린정 2.5mg qd, N/S 1L qd	ABR
2/21 ~ 2/22			
2/23~ 2/25	열다한소탕가미 tid	쿠파린정 2.5mg qd	BR, 물리치료, 재활운동치료
2/26 ~ 3/5	(침치료 및 전침 자극 bid) (뜸치료 2/25~)	쿠파린정 3.75mg qd	
3/6 ~ 3/10		영진아스피린장용정 qd, 플래리스정 qd	
3/11 ~ 3/16	열다한소탕 합 청심연자음 tid (침치료 및 전침 자극 bid)		

전, Rt. side의 numbness&pain은 2월 20일 오전에는 VAS 9로 호전되었다가 저녁에는 다시 입원시와 비슷한 정도로 호소하였다. Dysarthria는 경미하게 유지되었으며 간헐적으로 체위에 따라 현훈 호소하며 전신의 무력감을 느낄 때가 있었으나 무력감은 점차 호전을 보였다.

2) 2월 21일~2월 24일: 환자의 體形氣像과 性情을 통해 四象人 중 太陰人이라고 판단하였고, 面赤, 緊張有力脈, 大便秘燥, 口渴, 舌質紅苔黃 등의 증상을 분석하여 太陰人 肝燥熱症에 의한 것으로 보고 그에 사용하는 熱多寒少湯⁽³⁾에 원지, 석창포, 사삼, 대황 등을 加味하여 처방하였고 처방 외의 처치는 그대로 유지하였다.

熱多寒少湯 加味方 처방 후 2월 22일 저녁 본원 입원 후 처음으로 3일 만에 대변을 잘 보았으며 주소증인 Rt. side weakness, Rt. facial palsy, Rt. side numbness & pain, Dysarthria는 如前하였고, Dizziness는 VAS 5로 호전되었으며, Lassitude도 계속 호전을 보였다.

2월 22일까지는 ABR(절대안정) 후 23일부터는 ABR 해제 및 fluid처치 D/C하고 주말 간 무리하지 않는 범위 내에서 병실보행(WA) 진행하였으며 역시 처방 외에 鍼치료 등은 이전과 동일하게 시행하였다.

3) 2월 25일~3월 10일: 물리치료와 함께 재활 및 운동치료, NDT, 경혈수기요법 등을 시작하였다. 또한 황토흔 5구를 關元에, 양측 湧泉穴에는 죽염뜸을 각 하루 1회 적용하였다. 특히 Rt. side numbness&pain에 대하여 Air massage를 우측 상하지에 실시하였고 Paraffin浴 치료와 함께 병실에서는 qd로 우측 少商穴 및 손가락 마디 부위를 刺絡하였다. 기본처방은 熱多寒少湯을 그대로 유지하였고, 鍼치료는 계속 같은 穴位에 실시하였다.

2월 26일 저녁부터 우측 상하지의 시상통증후군 증상이 VAS 8로 감소하기 시작하여 2월 27일에는 VAS 7로, 3월 4일에는 VAS 5로 호전되었다. Rt. side weakness는 호전되어 악력 측정시 약 11kg/12kg로 양쪽의 힘 차이는 크지 않았고 일반적인 보행이 가능하였다. Rt. facial palsy에 대해서는 얼굴의 마비감은 호전을 보였으나 아직 입술이 ‘오’모양을 할 때 좌측으로 편향되는 모습이 관찰되었

다. Dizziness이 3월 10일에는 VAS 3으로 호전되었으며 어지러움의 빈도가 현저히 줄어들었다.

2월 25일 혈액검사상 INR 1.60 측정되어 하루 투여량 쿠파린정 2.5mg에서 3.75mg로 증량하기로 하고 3월 5일까지 투여하다가 D/C하였다⁽⁴⁾. 쿠파린정 D/C 후에는 영진아스피린장용정과 플레리스정을 qd로 투약하였다.

4) 3월 11일~3월 16일: 3월 11일부터 흉격의 열감과 구갈 증상이 심해져 소변 불편감을 간헐적으로 호소하여 心熱에 의한 것으로 보고 熱多寒少湯에 淸心蓮子飲을 합방하였다. 한약 처방 이외의 처치는 이전과 동일하게 유지하였다.

주소증의 변화를 보면 Rt. side weakness의 경우 젓가락질 등 손가락의 세밀한 움직임에서만 불편감을 느끼는 정도였고 나머지 일상생활 시 거의 제한이 없었다. 악력은 15kg/15kg로 양측이 동일하게 측정되었으며 초기의 11kg/12kg보다 전반적으로 악력이 증가한 것을 관찰할 수 있었다. Rt. facial palsy에 대해 얼굴 마비감은 절반 이하로 호전되었으나 입술의 틀어짐은 미미한 회복을 보였다. Rt. side numbness&pain의 경우 VAS 5로 호전된 상태를 유지하다가 3월 15일부터는 VAS 3으로 비교적 빠른 호전 양상을 보였다. 특히 물건에 접촉할 때나 찬공기에 노출이 되면 시상통이 심해지는 양상을 보였는데 이날부터는 그런 양상도 호전되는 것이 관찰되었다. Dizziness는 3월 13일경부터 VAS 2 정도만 호소하며 일상생활에 제한받지 않을 정도로 호전되었다. 3월 16일, 증상 호전으로 퇴원하였고, 추후에 OPD F/U하기로 하였다.

□ 考察

中風은 높은 발병률, 불량한 예후 및 死因으로서의 중요성 때문에 개인적으로나 더 나아가 사회적으로도 막대한 위험 부담을 안겨주는 질환이다. 우리나라의 경우 1950년대 이후 줄곧 국민건강을 위협하는 주요 질환으로 자리잡고 있으며, 최근에는 과도한 업무 및 스트레스, 운동량의 부족 등으로 인해 30~40대의 젊은 층에서 中風의 발병이 점차 증가하는 추세에 있다⁸⁾.

(3) 갈근 16g, 황금 8g, 고본 8g, 나복자 4g, 길경 4g, 승마 4g, 백지 4g
 (4) INR변화: 2/20(1.05) - 2/22(1.24) - 2/25(1.60) - 2/28(2.38) - 3/5(3.09)

中風은 크게 뇌경색과 뇌출혈로 구분될 수 있는데, 뇌경색 중에서도 발병 부위에 따라 내경동맥, 중대뇌동맥, 전대뇌동맥, 추골동맥, 뇌저동맥, 후대뇌동맥 경색으로 분류할 수 있다¹⁾.

시상통증증후군은 후대뇌동맥의 경색시 발생할 수 있는 것으로서 후대뇌동맥은 중뇌의 일부, 맥락총 및 후시상, 측두엽의 아래 부위와 후두엽 및 시각 피질에 혈류를 공급하는데, 심장 또는 추골동맥 등에서 기원한 색전이 후대뇌동맥 경색의 대표적인 원인이 된다⁹⁾.

시상은 동통 전달체계에 있는 척수시상로(spinothalamic tract)의 신경원들이 전달하는 모든 신호를 받아들이고 이를 다시 대뇌피질로 투사하는 역할을 하는 기관이다¹⁰⁾. 임상적으로 시상의 억제성 부분(inhibitory portion)을 침범하는 혈관성 질환이 발생할 경우 시상성 통증이 발생되고 타는 듯한 통증이 전반적 부위에 나타난다. 피부에 옷 등이 접촉되는 경우 동통은 심하게 악화된다¹¹⁾. 시상통증증후군은 두정피질, 내측모대, 척수후각 등 통각에 관련한 다른 중추 기관의 병변들과 함께 중추성 통증이라 불리며, 이 때의 통증은 난치성이다⁵⁾.

상기 太陰人 환자 1례에 대하여 입원 초기에 Rt. side weakness, Rt. facial palsy, Rt. side numbness&pain, Dysarthria, Dizziness, Lassitude 등의 주소증에 대하여 초기에는 도담활혈탕을 처방하고 부가적으로 우황청심원, 삼기음가미방, 통심락 등을 응용하였고, 환자의 체형기상과 함께 面赤, 緊張有力脈, 大便秘燥, 口渴, 舌質紅苔黃 등의 증상을 분석하여 太陰人 肝燥熱症으로 보고 처방을 熱多寒少湯을 기본방으로 하여 가감하여 처방하고, 鍼灸 치료를 꾸준히 진행하면서 ABR 해제 후에는 물리 치료, 재활 및 운동치료 등을 병행하여 치료하였다. 그 결과 Rt. side weakness는 slight한 상태로 유지되었으나 양쪽의 악력이 모두 증가된 것을 볼 수 있었고, Rt. facial palsy에 대하여는 마비감은 절반이 하로 호전되었으나 입술의 위치가 완전하게 돌아오지는 않았다. 주된 치료 목적이었던 Rt. side numbness&pain(시상통증증후군)에 대해서는 D/C 당시 VAS 2 이하로 큰 호전을 보였다(Fig 2). Dizziness

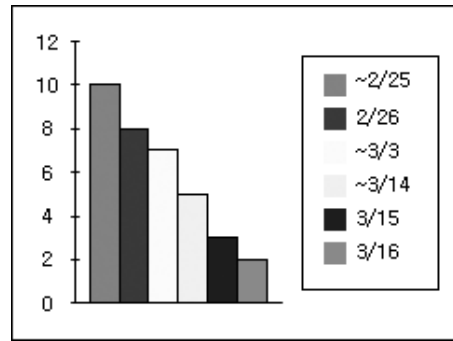


Fig 2. 우측 시상통증증후군의 VAS변화.

는 VAS 2 이하, Lassitude는 호전되어 무력감을 호소하지 않았다.

이상의 내용을 종합해보면, 상기 환자 1례는 太陰人 여자 환자로서 Lt. thalamus 부위의 열공경색을 진단받고 시상통증증후군이 발현하여 본원에서 입원치료를 하는 동안 이제마의 사상체질 이론에 입각하여 太陰人 肝燥熱證에 사용하는 熱多寒少湯 加減方을 투여하여 호전된 case이다.

사상의학에서는 중풍의 원인을 평소 체질적 섭생의 불균형에서 나오는 만성적인 요인에서 찾고 있으며, 中風의 진행과정도 사상인의 체질적 차이가 크게 작용한다고 본다¹²⁾. 이제마는 太陰人의 中風을 ‘蓋此病 原委 侈藥無厭 慾火外馳 肝熱大盛 肺燥太枯之故也’라 하여 肝燥熱로 설명하고 肝受熱裏熱病證에 속한다고 하였다. 또한 太陰人 中風의 관리에서 초기에는 卒中風의 응용처방인 牛黃清心丸, 石菖蒲遠志散, 麝香散을 먼저 사용하고 淸肺瀉肝湯, 熱多寒少湯, 淸心蓮子湯, 葛根承氣湯을 써서 肝燥熱을 풀어 裏熱病證을 관리하고 그 뒤에 表寒病證의 처방인 太陰調胃湯, 調胃續命湯, 調胃升淸湯을 사용하며 治濕을 하면 呼散之氣가 발휘될 수 있다고 하였다⁷⁾.

그 중 熱多寒少湯은 太陰人 裏熱證 병리의 큰 줄거리인 肝熱과 肺燥 현상을 근원적으로 다룰 수 있는 처방이다¹³⁾. 구성약물을 살펴보면 근약에 해당되는 같은 解肌發表 작용으로 風寒의 邪氣로 발생하는 두통을 주치하고 煩渴, 胸膈熱 등 열증에 쓰이고, 황금은 火熱로 인한 肺津의 소모 및 창독을 억제하며 熱증에도 특히 肺經의 열을 瀉하는데 더욱 우수

하다. 고본은 祛風寒濕하고 發散風寒하여 전정동통을 치료하고, 길경은 肝經으로 들어가 상초를 선통하고 肺氣를 승제하므로 승부상행케 하여 흉격과 心經의 막힘을 열어주고, 승마는 清熱解毒 효능이 뛰어나 열독으로 인한 병증에 사용되며 升提陽氣하는 효력이 강하며, 백지는 祛風除濕하면서 通竅止痛하는 상승력이 강하다. 이상의 약효를 살펴본 결과 갈근과 황금은 肝燥熱을 해소하는 清熱의 기능이 강하고, 고본, 길경, 승마, 백지는 肺의 呼散之氣를 길러 주는 발산과 상승의 기능이 강함을 알 수 있다¹⁴⁾.

中風의 사상의학적 치료에 있어 김¹⁵⁾ 등은 외측연수증후군(Wallenberg syndrome)으로 진단받은 太陰人 환자 1례에 대해 清心蓮子湯을 투여하여 연하곤란, 오심구토, 두통, 현훈, 안면감각장애, 변비 등의 증상을 호전시켰음을 보고하였다.

이전에 시상통증후군의 한방치료에 대해서는 이¹⁶⁾ 등의 보고는 있었으나 구체적으로 사상체질과 연관지어 분석한 시상통증후군에 대한 치험례는 보고된 예가 없어 이번 증례 보고에 의의가 있다고 하겠으나 향후 지속적인 연구와 보다 많은 증례 보고가 있어야 할 것으로 사료된다.

□ 要約

2013년 2월 19일부터 2013년 3월 16일까지 대전 대학교 둔산한방병원에서 입원치료를 받은 시상통증후군 환자 1례를 太陰人 肝燥熱證으로 인한 中風으로 판단하고 熱多寒少湯 加減方을 투여하고 鍼灸치료, 附缸療法, 물리치료, 재활 및 운동치료 등을 병행하면서 환자의 시상통증후군 증상을 면밀히 관찰한 결과 유의한 효과를 얻었는바 이에 보고하는 바이나 향후 더 많은 증례를 통한 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 전국한외과대학 심계내과학교실. 한방 순환 신경내과학. 서울, 군자출판사, 2010:248-53, 404-405, 409, 466-7.

2. Gerard J. Tortora, Principles of Human Anatomy. Tenth edition. Hoboken, John Wiley & Sons. Inc., 2005:606.
3. 대한뇌졸중학회. 뇌졸중. 서울, E-public, 2011: 134.
4. Bruce D. Evaluation and treatment of central pain syndromes, Neurology 2004;62:30-6.
5. 전국외과대학 교수. 최신진료지견. 서울, 도서출판 대영, 2007:837-8.
6. 김행진, 정수미, 김성진, 김방울, 전상윤, 홍석. 출혈성 뇌경색 환자 2례에 대한 임상적 고찰. 대한한방내과학회지, 2004;25(4):177-185.
7. 전국한외과대학사상의학교실. 四象醫學. 서울, 집문당, 2008:157, 293, 467.
8. 김영석, 문상관, 박성욱, 한창호, 임상중풍학. 서울, 도서출판 정담, 2007:2-3.
9. Kenneth W Lindsay, Ian Bone, 임상신경학. 3. 서울, 범문사, 2002:435-6.
10. Riddoch G. The clinical features of central pain. Lancet, 1938;1:1093-209.
11. Kenneth W Lindsay, Ian Bone, 임상신경학. 4. 서울, E-public, 2006:284.
12. 홍순용, 이을호. 사상의학원론. 서울, 행림출판, 1989:50-5, 58.
13. 이정찬, 사상의학론II. 서울, 도서출판 木과土, 2003:366-71.
14. 전국한외과대학공통교재편찬위원회, 본초학. 서울, 영림사, 2006:163-5, 167-8, 185-7, 190-2, 218-20, 499-500.
15. 김형순, 이시우, 박혜선, 김경요. 외측연수증후군으로 진단받은 태음인 환자를 치료한 1례에 대한 증례보고. 사상체질의학회지, 2001;13(1):182-89.
16. 이진현, 우영민, 송경섭. 시상증후군(Thalamic pain Syndrome)환자의 한방 병합치료에 관한 임상적 고찰. 대한한방내과학회지, 2000;21(5):765-71.