

가쪽쓸림보행을 동반한 외측 연수경색 환자의 두침요법을 병행한 한의치료: 증례보고

현재철 · 정수현

세명대학교 한의과대학 한방재활의학교실

A Case Report of a Patient with Lateropulsion in Lateral Medullary Infarction Improved by Korean Medicine Treatment Including Scalp Acupuncture

Jae-Cheol Hyun, K.M.D., Su-Hyeon Jeong, K.M.D.

Department of Korean Medicine Rehabilitation, College of Korean Medicine, Se-Myung University

RECEIVED September 13, 2021

REVISED September 27, 2021

ACCEPTED September 28, 2021

CORRESPONDING TO

Su-Hyeon Jeong, Department of Korean Rehabilitation Medicine, College of Korean Medicine, Se-Myung University, 63 Sangbang 4-gil, Chungju 27429, Korea

TEL (043) 841-1737

FAX (043) 856-1731

E-mail js365a@hanmail.net

Copyright © 2021 The Society of Korean Medicine Rehabilitation

The aim of this study was to report the effect of Korean medicine treatment with scalp acupuncture of patient with lateropulsion, dizziness, headache caused by lateral medullary infarction. We treated the patient with scalp acupuncture, acupuncture, herbal medicine. Numeric rating scale (NRS), Korean version of berg balance scale (K-BBS), gait balance evaluation, dizziness handicap inventory (DHI), activities-specific balance confidence scale (ABC) and vestibular disorders activities of daily living scale (VADL) were used to evaluate symptoms. NRS of Lateropulsion, dizziness, headache were decreased. K-BBS score increased from 4 to 56, and in the gait balance evaluation, it returned to normal. DHI, VADL score were decreased and ABC score increased from 0 to 1,300. This case report shows that Korean medicine treatment with scalp acupuncture can be effective in lateral medullary infarction. However, further controlled studies are needed to confirm the effect of scalp acupuncture on such patients. (J Korean Med Rehabil 2021;31(4):193-201)

Key words Lateral medullary infarction, Lateral medullary syndrome, Lateropulsion, Korean traditional medicine, Scalp acupuncture

서론»»»»

연수는 뇌간의 가장 아랫부분에 있는 구조물로 후방 순환계의 추골 동맥의 혈류를 공급받으며 추골 동맥의 대 혈관질환에 의한 죽상혈전이나 심장성 기전에 의해 외측 연수경색이 주로 발생한다¹⁾. 외측 연수경색은 Wallenberg 증후군으로도 알려져 있으며 오심, 구토, 현기증, 호너 증후군, 안진, 동측 안면감각장애, 반대측의 감각장애, 가쪽쓸림보행(lateropulsion), 연하곤란, 딸국질 등의 증상이 나타날 수 있다²⁾. 외측 연수경색에서는 전정핵을

침범하는 경우가 흔하여 현훈과 안진이 주로 동반되며 이런 전정계의 불균형으로 가쪽쓸림보행이 발생하게 된다³⁾.

서양의학에서는 뇌경색 급성기의 치료로 항응고제 사용, 외과적 치료, 혈관 확장제와 혈전 용해제를 투여 하며 급성기 이후 치료로는 운동재활치료와 항우울제, 항경련제 투여 등의 대증치료를 시행하고 있고⁴⁾, 일부 환자에서는 심각한 신경학적 장애가 남거나 사망으로 이어지기도 한다⁵⁾.

외측 연수경색은 뇌혈관 질환이면서 어지럼증, 감각

장애 등의 증상이 나타나는 것으로 보았을 때 한의학의 中風, 眩暈, 麻木不仁 등의 범주에 속한다⁶⁾. 기존에 가쪽 쓸림보행을 동반한 외측 연수경색 환자에 두침요법의 효과를 보고한 사례는 없었다. 두침요법은 서양의학의 대뇌피질구(大腦皮質區)의 기능을 한의학적 치료방법과 연관지어 두피의 해당 부위에 자침하여 병을 치료하는 방법이다⁷⁾. 국내에서 두침 관련 임상 연구로 뇌졸중으로 유발된 실어증⁸⁾, 뇌졸중 후 중추성 통증⁹⁾, 경막하혈종¹⁰⁾, 요추추간판탈출증¹¹⁾ 등이 발표된 바 있다.

이에 저자는 외측 연수경색으로 인한 가쪽쓸림보행을 주소증으로 어지럼증, 두통 증상을 동반한 환자에게 두침요법을 병행한 한의학적 치료로 효과를 얻었기에 보고하고자 한다.

증례»»»»

1. 주소증

45세 여자 환자로 2021년 1월 7일 낮 12시경쯤 야외에서 눈을 치우던 중 몸이 오른쪽으로 쏠리면서 구역감이 생겨 구토를 한차례 한 후 119에 전화해 1시쯤 구급차로 경기도 광주 소재 병원에 도착하여 brain computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI) 검사 결과 right (Rt.) lateral medullary infarction으로 진단

받고 응급처치 후 2021년 1월 7일부터 20일까지 입원 치료 받다가 환자 및 보호자가 보다 적극적인 한방치료를 위하여 2021년 1월 20일 오후 1시경 휠체어를 통해 본원 외래를 경유해 입원하였다. 과거력은 없었으며 가족력으로 모친이 유방암과 위암을 앓고 있었다. 보행 시 우측으로 쏠리면서 중심을 못 잡는 증상과 어지럼증 및 두통을 주소증로 2021년 1월 20일부터 3월 15일까지 본원 한방재활의학과에서 입원 치료하였으며 본 증례는 세명대학교 충주한방병원 임상연구 심의위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받았다(SMCJH 2105-06).

2. 영상 소견

1) 검사명

Brain MRI with enhancement+brain magnetic resonance angiography+diffusion (2021년 1월 7일 시행)

2) 소견

Diffusion weighted image subtle high/apparent diffusion co-efficient subtle low value at Rt. lateral medulla; acute infarction

no visible stenotic lesion or aneurysmal dilatation on this exam.

Recommend clinical correlation (Fig. 1).

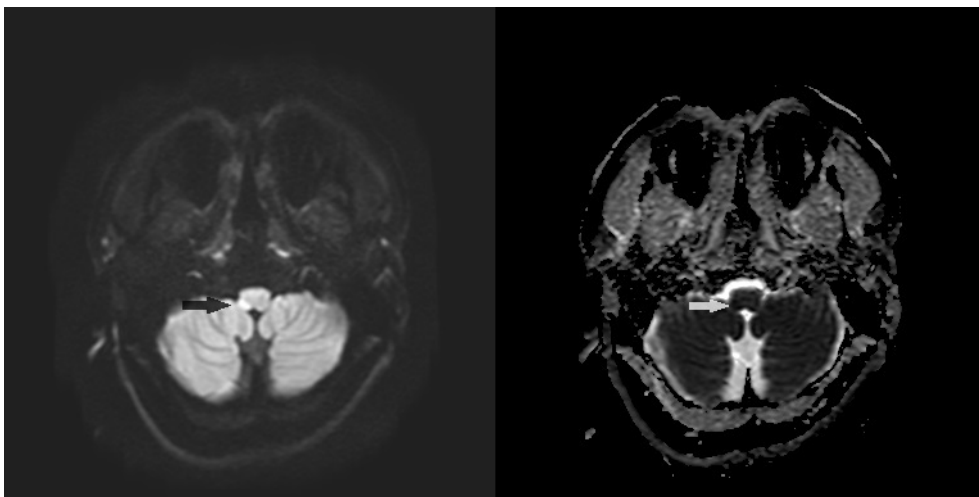


Fig. 1. Brain magnetic resonance imaging diffusion weighted image (left) and apparent diffusion co-efficient (right). Black arrow shows high signal and white arrow shows low signal at right lateral medulla.

3. 치료방법

치료는 두침요법, 침치료, 한약치료만 시행하였으며 그 외 물리치료 등의 다른 치료는 시행하지 않았다.

1) 두침요법

두침요법은 자침 전 복도 보행을 평가한 후에 자리에 앉혀 1회용 호침(0.25x40 mm)을 사용하여 양측 평형구에 자침하였으며 1분동안 左右捻轉하고 복도 보행시킨 후 2차로 1분동안 左右捻轉을 한 후 다시 보행을 평가한 후 침상에 와위안정시켜 30분간 유침하였다. 평형구(平衡區)는 외후두융기 3.5 cm 옆에서 아래로 전후정중선과 평행한 4 cm 길이의 직선으로 평형장애(平衡障害)를 치료하는 곳이다(Fig. 2)⁷⁾.

2) 침 치료

1일 2회 1회용 호침(0.20x30 mm)으로 견측에 담음방(태연[LU9], 태백[SP3] 補, 척택[LU5], 함곡[ST43] 瀉), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40), 행간(LR2), 태충(LR3)을 자침하고 환측에 동씨침의 영골, 대백혈을 자침하여 30분간 유침하였다.

3) 한약 치료

동의보감에 수록된 淸量化痰湯(陳皮 4 g, 半夏 4 g, 白茯苓 4 g, 枳實 2.8 g, 白朮 2.8 g, 川芎 2 g, 黃芩 2 g,



Fig. 2. Picture of patient treated with scalp acupuncture.

白芷 2 g, 羌活 2 g, 人蔘 2 g, 南星 2 g, 防風 2 g, 細辛 1.2 g, 黃連 1.2 g, 甘草 1.2 g, 生薑 6 g)¹²⁾을 사용하였다. 청훈화담탕은 세명대학교 충주한방병원 탕전실에서 조제하였고, 하루 3첩 3팩, 1팩에 120 cc로 전탕하여 1일 3회 매 식후에 경구복용하도록 하였다.

4. 평가방법

1) Numeric rating scale (NRS)

NRS는 주로 전반적인 통증의 강도를 평가하는데 사용하며 환자가 자신의 통증 정도에 해당하는 숫자를 주어진 0부터 10까지의 숫자 중에서 선택하는 것으로 작은 숫자는 작은 통증을, 큰 숫자는 큰 통증을 의미한다. 우측으로 쏠리는 느낌의 정도, 어지럼증, 두통을 NRS로 평가하였다. 우측으로 쏠리는 느낌의 정도는 두침치료 전 보행할 때와 치료 후 유침한 상태에서 보행할 때 총 두 번 측정하였고 어지럼증과 두통은 매일 오전 6시에 측정하였다.

2) Korean version of Berg Balance Scale (K-BBS)¹³⁾

K-BBS는 앉은 자세에서 일어나기, 선 자세에서 앉기, 한 다리로 서 있기 등 14개 항목별로 0점에서 4점까지 있어 총 56점 만점이며 균형 능력을 객관적으로 평가할 수 있는 도구이다. 입원 당일부터 56점 만점을 받은 2월 19일까지 2-5일 간격으로 측정하였다.

3) Trade Gait Analysis (TGA) System

보행시 환측으로 실제적으로 체중이 어느 정도 쏠리는지를 평가하기 위해 TGA System (Techstorm, Boryeong, Korea)을 이용하여 보행 상태에서의 좌우 밸런스를 측정하였다

4) Dizziness Handicap Inventory (DHI)

DHI는 “위를 쳐다보면 증상이 심해집니까?”, “증상 때문에 글 읽는 것이 어렵습니까?”, “길을 따라 걸을 때 증상이 심해집니까?” 등 25개의 항목으로 구성되어 있으며 항목에 대해 각각 ‘항상(4점)’, ‘가끔(2점)’, ‘없다(0점)’ 중에서 해당하는 것을 선택하도록 하며 0점에서 100점까지 있다.

5) Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC)

ABC는 일상생활 동작을 ‘집 주위를 걸어다닐 때’, ‘계단을 오르내릴 때’, ‘물건을 주우려고 허리를 굽힐 때’ 등 16항목으로 나누어 각 항목의 행위를 할 때 균형 유지에 대한 자신감의 정도를 0% (자신 없음)에서 100% (자신 있음)의 범위에서 선택하는 것으로 전체 점수는 0~1,600점이 된다.

6) Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale (VADL)

VADL은 어지럼증이 어떤 일을 실행함에 있어 미치는 영향을 측정하는 것으로 ‘누워있다가 앉기’, ‘상의 입기’, ‘머리 위 선반에 있는 물건을 잡기’, ‘계단 올라가기’, ‘운전하기’ 등 28개의 항목에 대해 단독 수행 가능, 보조 사물 필요, 타인 도움 필요, 불가능의 정도로 나누어 1점(정상수행)에서 10점(수행불능)의 범위에서 선택하며 전체 점수는 28~280점이 된다. DHI, ABC, VADL 설문평가는 한국어 번역판⁴⁾을 사용하였으며 DHI와 VADL은 점수가 높을수록 증상이 심한 것이고 ABC는 점수가 낮을수록 증상이 심한 것이다.

5. 치료 경과

우측졸림보행의 경우 2021년 1월 20일 내원 당시 자력으로는 보행이 불가능하였고, 양 옆에서 부축을 해줘야 겨우 비틀거리면서 몇 발자국 걸을 수 있었다. 걸어갈 때 본인은 똑바로 걸으려는 의지가 있으나 걷다 보면 오른쪽으로 몸이 자꾸 쏠린다고 표현하였으며 조금 서 있으면 어지럽고 속이 울렁거리기 시작한다고 하였다. 우측으로 쏠리는 느낌은 NRS 8점, K-BBS 4점으로 앉은 자세에서 손을 사용해 서는 동작과 선 자세에서 혼자 앉기 동작만 가능하였고 그 외 항목은 모두 도움이 필요하여 0점이었다. 내원 당일 평형구 자침 및 염전 후 양쪽에서 부축하여 보행을 시켜봤을 때 오른쪽으로 쏠리는 증상이 덜 하다 하였다. 1월 22일 평형구 자침 전 보행 시에는 양쪽에서 팔을 부축하여야 보행할 수 있었으나 평형구 자침 및 염전 후 보행하였을 때는 오른쪽으로 쏠리는 게 훨씬 덜하여 뒤에서 한 명이 넘어지지 않게 허리춤만 잡아줘도 보행이 가능하였다. 치료 전 NRS 7에서 유침 후 NRS 4로 감소하였다.

1월 23일 평형구 자침 및 염전 후에는 환자를 보조해 주지 않고 옆에서 지켜보기만 한 상태에서 처음으로 자력보행이 가능하였으며 보행 시 오른쪽으로 조금씩 쏠리는 하였지만 혼자서 중심을 잡을 수 있었다. 두침 치료 전 NRS 6에서 두침 유침 후 보행 시에는 NRS 3으로 감소하였다. 1월 25일 우측으로 쏠리는 느낌이 두침 치료 전 NRS 6에서 두침 유침 시에는 NRS 2로 줄었으며 다음 날 기상 후에는 다시 NRS 5로 약간 증가되었다. 두침 유침 후 자력으로 보행 30 m 이상 가능하였으며 보행 후에도 어지럼증이 심하지 않다고 했고 평소 보행 시 땅이 단단히 지탱해주는 느낌이 없었다가 평형구 자침 후에는 땅이 단단하게 지탱해주는 느낌이 든다고 하였다. K-BBS 점수는 37점으로 올랐다. 2월 5일·우측으로 쏠리는 느낌이 두침 치료 전 NRS 2, 두침 유침 시에 NRS 1로 줄었으며 빠른 걸음으로 50 m 이상 자력보행 가능하였다. K-BBS 점수는 48점이었고 ‘한 다리로 서 있기’ 항목에서 처음으로 한 발을 들고 잠깐 서 있을 수 있었다. 2월 19일 우측으로 쏠리는 느낌이 NRS 1로 아주 미약하게 느껴진다고 하였으며 K-BBS 점수 56점으로 만점을 받았다. 우측으로 쏠리는 느낌을 크게 받지 않아서 두침 치료 전이나 후나 차이가 없다고 하였다. 이후 입원치료 동안은 우측으로 쏠리는 느낌은 새벽에 화장실 갈 때나, 기상 직후에 침상에서 일어날 때 잠깐 NRS 1 수준으로 나타나는 정도로 유지되었다. 보행 시 발의 밸런스 평가는 TGA system을 통하여 어느 정도 자력 보행이 가능한 1월 23일부터 시행하였으며 1월 23일에는 왼쪽 발과 오른쪽 발의 밸런스가 19.4 : 80.6으로 우측으로 많이 쏠리는 경향을 나타냈으며 1월 29일에는 39.9 : 60.1로 우측으로 쏠리는 것이 덜해졌고, 2월 5일에는 48 : 52로 정상범위로 들어왔다 (Figs. 3-6).

어지럼증 및 두통의 경우 2021년 1월 20일 입원 첫날 눈을 뜨고 있으면 회전성 어지럼증과 우측으로 후두부부터 안와부까지 욱씬거리는 두통이 NRS 9로 심하였고, DHI 점수는 84점으로 “증상 때문에 글을 읽는 것이 어렵습니까?”, “증상 때문에 다른 사람들에게 술에 취했다고 오해를 받을까 봐 걱정 됩니까?” 항목에서만 “없다”를 답하고 나머지 대부분은 “항상”을 답하였다. ABC 점수는 0점, VAD L점수는 255점이었다. 눈을 감고 있으면 어지럼증이 완화되었지만 야간에는 눈을 감고 있어

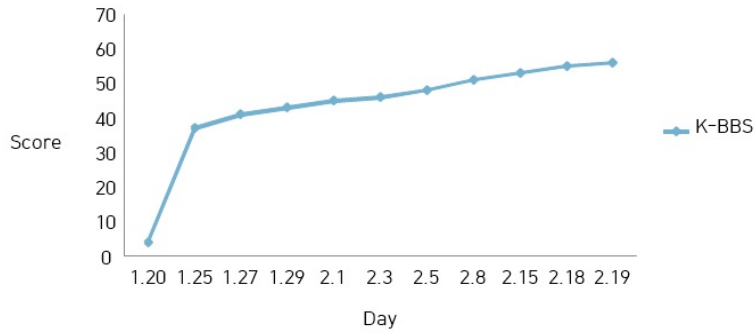


Fig. 3. Change of K-BBS score. K-BBS: Korean version of Berg Balance Scale.

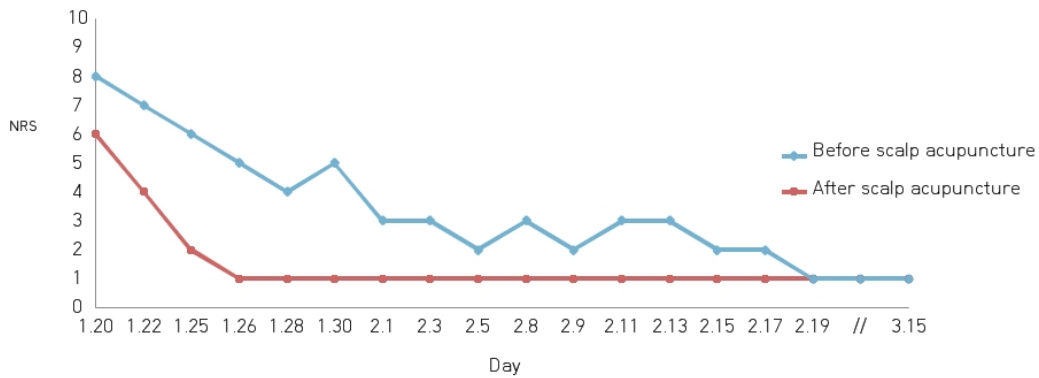


Fig. 4. NRS of lateropulsion of before scalp acupuncture and after scalp acupuncture. NRS: numeric rating scale.

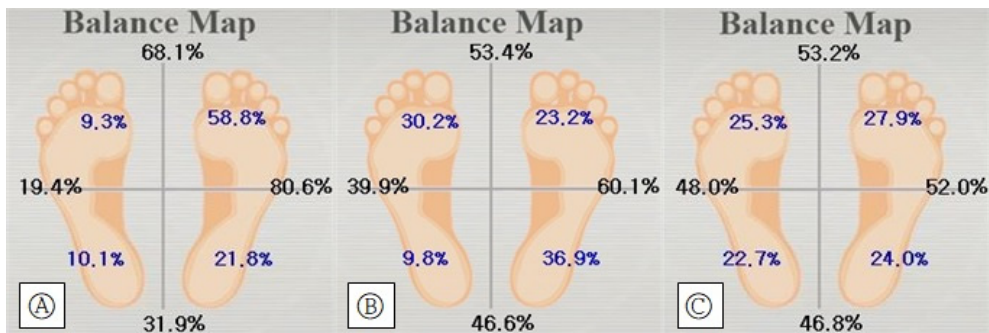


Fig. 5. Result of foot balance. (A) January 23, 2021, (B) January 29, 2021, (C) February 5, 2021.

도 어지럼증과 두통을 심하게 호소하는 상태였다. 1월 23일 저녁부터 두통이 소실되었으며 어지럼증은 NRS 2로 줄어들었다. 사물을 볼 때 빠르게 회전하는 듯이 보였던 것이 천천히 회전하듯 보인다고 표현하였고 고개를 빠르게 돌리면 어지럼증이 심화된다고 하였다. DHI 점수는 74점, ABC 점수는 170점, VADL 점수는 251점이었다. 2월 25일 두통은 없고 어지럼증은 NRS 1, DHI

점수는 28점으로 “증상 때문에 힘든 집안일을 하기 어렵습니까?”, “증상 때문에 직장 일이나 집안일에 지장을 받습니까?” 항목에서만 “항상”을 대답하였고 나머지 항목은 “가끔”, “없다”를 답하였다. ABC 점수는 1,150 점, VADL 점수는 117점이었다. 3월 15일 어지럼증이 간발하며 발증 시에도 NRS 1 정도로 미약하였고 DHI 점수는 20점으로 모든 항목에서 “가끔”, “없다”로 답하

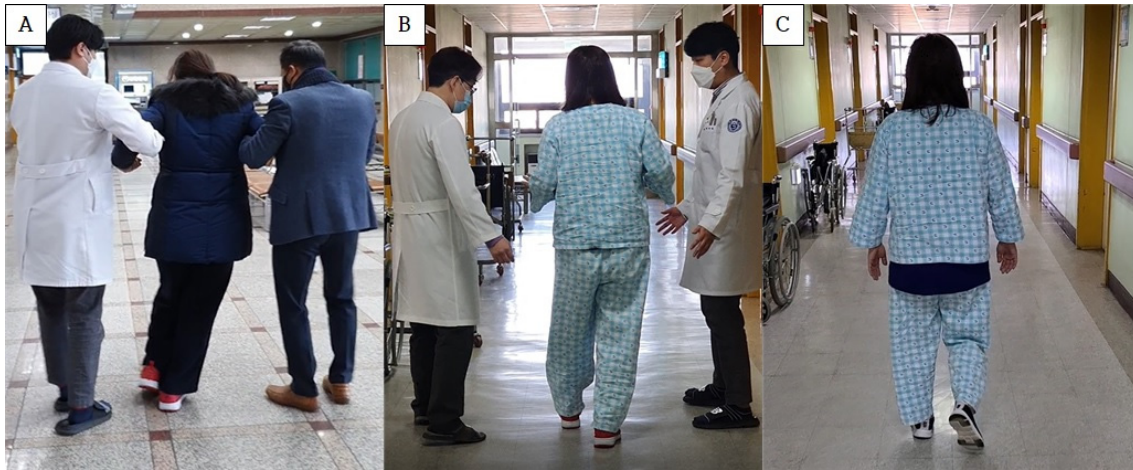


Fig. 6. Picture of patient walking. (A) On the day of admission (January 20, 2021), (B) The first day patient walked on her own (January 23, 2021), (C) The patient walks well enough on her own (February 19, 2021).

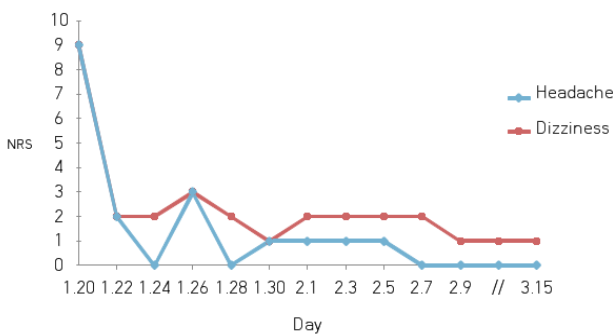


Fig. 7. NRS of headache and dizziness. NRS: numeric rating scale.

고 “항상”이라 답한 항목은 없어졌다. ABC 점수도 1,300점으로 미끄러운 길을 걸어갈 때 자신감의 정도가 30점, 경사로를 오르내릴 때 자신감의 정도가 60점으로 낮았고 그 외 항목에서는 80점 이상의 자신감을 보였다. VADL 점수도 70점으로 운전하기 항목에서만 타인의 도움이 간혹 필요한 정도라 답하고 그 외 항목은 단독 수행이 가능하다고 답하였다(Figs. 7, 8).

고찰»»»»

외측 연수경색은 전정핵(vestibular nuclei), 척수시상로(spinothalamic tract), 하행 교감신경로(descending sympathetic tract), 올리브소뇌로(olivocerebellar tract), 척수소뇌로(spino-cerebellar tract), 의문핵(nucleus ambiguus),

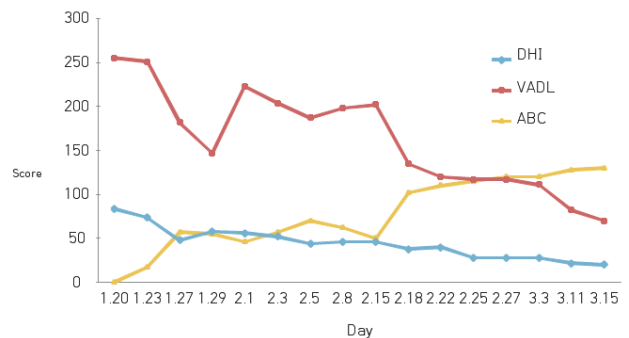


Fig. 8. Progress of DHI, ABC, VADL scores. ABC score was calculated as 1/10 of the original score in the figure. The DHI and VADL scores decreased and the ABC score increased after treatment. DHI: Dizziness Handicap Inventory, ABC: Activities-specific Balance Confidence Scale, VADL: Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale.

미주신경 후핵(dorsal nucleus of the vagus nerve), 삼차신경로(tract of the trigeminal nerve), 고립로핵(nucleus of solitary tract) 등의 침범으로 다양한 증상들이 발생하며, 기쪽췌립보행은 어지럼증, 안진, 안구운동 장애, 연하장애, 쇠 소리, 얼굴의 감각 저하와 같은 증상이 동반되는 경우가 흔하다⁵⁾. 해부학적으로 전정척수로(vestibulospinal tract)는 자세 변경 시 머리와 목의 위치를 조절하는 내측 전정척수로와, 척수주위와 사지 근위부의 신전근을 조절하여 신체의 균형을 유지하는 외측전정척수로로 나뉘며 척수소뇌로(spino-cerebellar tract)는 체간, 하지로부터 무의식적 고유감각(unconscious proprioception)을 받아 소뇌로 전달하는 상행로로써 등쪽(dorsal)과 배쪽(ventral)

척수소뇌로 나뉜다. 등쪽 척수소뇌로는 동측의 고유 감각을 받아 소뇌로 들어가지만 배쪽 척수소뇌로는 반대측 사지의 고유감각에 대한 정보를 소뇌로 전달한다. 따라서 외측 연수경색에서 동측으로 가쪽쏠림보행을 일으킬 수 있는 대표적인 해부학적 구조물은 외측전정 척수로와 등쪽 척수소뇌로이다⁶⁾. 가쪽쏠림보행은 대부분 뇌경색 급성기에 중심을 못 잡고 환측으로 넘어지려 하며 이 증상은 어지럼증의 정도와 비례하지는 않는다⁷⁾.

외측 연수경색은 한의학적으로 中風, 眩暈, 癱木不仁 등의 범주에 속하며⁸⁾, 眩暈은 『東醫寶鑑』에서는 “眩暈者 痰因火動也. 蓋無痰不能作眩, 雖因風者 亦必有痰.”하여 眩暈은 담(痰)이 화(火)로 인해 동한 것이며 따라서 담이 없으면 어지럼증이 발생하지 않고, 비록 풍(風)으로 인하여 어지럼증이 생긴다고 하여도 반드시 담(痰)이 있게 마련이라고 기록되어 있다. 또한 현훈은 원인별로 담훈(痰暈), 풍훈(風暈), 열훈(熱暈), 기훈(氣暈), 허훈(虛暈), 습훈(濕暈)으로 구분된다¹²⁾.

두침요법은 한의학의 침구치료 방법을 서양의학의 대뇌피질구(大腦皮質區)의 기능과 연관해 두피의 해당 부위에 자침하여 병을 치료하는 방법으로 1969년 중국의 焦順發씨가 대뇌표면의 많은 구회(溝漚, gyrus)를 근거로 두피에 자침한 결과 뇌혈관계통 질병에 일정한 치료 효과가 있음을 찾아내 연구한 것이다. 뇌에서 기원하는 四肢癱瘓, 癱木, 실어, 실명, 감각이상, 內臟器痛, 피부병, 비뇨생식기질환 등에 일정 효과를 나타내고 있으며 대뇌피질구에 상응하는 두피에 자침 시 일부 중추신경계의 질병치료에 유효하다는 것이 입증되었다⁷⁾.

본 증례는 2021년 1월 7일 낮 12시경쯤 야외에서 눈을 치우던 중 몸이 오른쪽으로 쏠리면서 구역감이 생겨 구토를 한차례 한 후 119에 전화해 1시쯤 구급차로 경기도 광주 소재 병원에 도착하여 Brain CT, MRI 검사 결과 Rt. lateral medullary infarction으로 진단받고 응급 처치 후 2021년 1월 7일부터 20일까지 입원치료 받다가 1월 20일에 본원에 입원한 환자로 내원 당시 우측쏠림 증상과 어지럼증, 두통을 NRS 8-9 정도로 심하게 호소하여 자력보행이 불가능한 상태였다. 내원 당일 먼저 우측쏠림보행 정도를 평가하기 위해 양쪽에서 팔을 부축하고 보행을 시켜봤을 때 서 있기만 해도 우측으로 몸이 쏠려 양쪽에서 팔을 부축해주는 사람이 넘어지지 않게 힘을 많이 써야 겨우 조금씩 우측으로 쏠리면서

보행하였지만, 자리에 앉힌 후 평형구에 자침하여 옆전 후 보행을 시켜봤을 때는 그 자리에서 즉시 효과를 보여 양쪽에서 팔을 부축해줄 때 힘을 크게 쓰지 않아도 될 정도로 환자가 중심을 잡을 수 있었다. 1월 22일 입원 3일 차에는 환자 보행 시 뒤에서 허리춤만 잡고 넘어질 때 다치지 않게 방지하는 정도로만 있어도 환자가 보행을 할 수 있었고, 1월 23일 입원 4일 차에는 처음으로 자력보행이 가능하였다. 4일 만에 전혀 걷지 못하는 환자가 자력보행이 가능할 정도로 우측으로 쏠리는 증상이 호전되었다. 그 후로는 증상 정도의 증감은 있었지만 자력보행은 계속 가능하였다. 보행 밸런스 평가에서도 1월 23일에는 왼쪽 발과 오른쪽 발의 밸런스가 19.4 : 80.6으로 우측으로 많이 쏠렸으나 1월 25일 40.5 : 59.5, 1월 27일 45.2 : 54.8로 점진적으로 좋아졌고 1월 29일에는 39.9 : 60.1로 우측으로 쏠리는 것이 다시 심해졌으나 다시 점차 좋아져 2월 5일에는 48 : 52로 정상 범위로 들어왔다. K-BBS 점수에서도 입원 첫날 4점으로 앉은 자세에서 손을 사용해 서는 동작과 선 자세에서 혼자 앉기 동작만 가능하였으나 1월 25일 입원 6일 차에는 37점으로 급격히 호전되었다. 각 항목별로 보자면 잡지 않고 서 있는 동작에서 첫날 누군가에 도움 없이는 30초 동안 서 있지 못했으나 혼자 2분 이상 안전하게 서 있을 수 있게 되었고 의자에서 의자로 이동하기, 바닥에 있는 물건 집어올리기, 두 눈을 감고 잡지 않고 서 있기, 왼쪽과 오른쪽으로 뒤돌아보기 등의 항목에서 모두 도움이 필요한 상태에서 혼자서 할 수 있는 상태가 되었다. 그 후로도 조금씩 할 수 있는 동작이 추가되어 2월 5일에는 한 다리로 서 있기 동작에서 3초 유지가 처음 가능하였고, 2월 19일에는 10초 이상 가능하여 K-BBS 점수 만점을 받았다. 어느 정도 걷는 것에 안정된 시기부터 혼자서 복도를 걸거나 계단을 오르내리는 등의 운동은 환자 본인이 스스로 시간이 날 때마다 하도록 하였다. 본 증례에서 우측쏠림보행을 두침요법으로 치료 전과 후를 그 자리에서 비교하여 그 즉시 좋아짐을 확인하였고 다음날 오전 기상 후 NRS가 전날 두침치료 후 NRS와 비교했을 때 증가하는 경향을 보였으나 매일 조금씩 기상 후 NRS도 감소함을 확인할 수 있었다. 두침 요법을 통해 그 자리에서 증상이 즉시 좋아지는 것을 확인할 수 있었다는 점, 자력 보행이 가능하게 된 이후에도 K-BBS 평가나 보행 밸런스 평가를

통해 증상이 지속해서 좋아지고 있음을 확인하였다는 점에서 의미가 있다고 생각한다.

본 증례는 환자가 어지럼증, 구역감, 두통을 호소하였고, 특히 두통이 심할 때는 머리에 열이 나 물수건을 머리에 올려놓고 있어야 증상이 덜 하다고 표현하여 痰과 火로 인한 담훈(痰暈)으로 변증하여 청훈화담탕(淸暈化痰湯)을 처방하였고, 청훈화담탕은 담훈(痰暈)에 쓰는 처방으로 ‘治風火痰眩暈’이라 하여 風痰과 火痰으로 인한 현훈을 치료한다고 되어 있다¹²⁾. 청훈화담탕은 Jeong 등¹⁸⁾의 연구에서 흰 쥐에게 청훈화담탕을 투여했을 때 뇌국소혈류량이 투여 농도 의존적으로 증가됨을 확인되었다. 본 증례에서 두침 외 사용한 혈자리인 담음방(태연[LU9], 태백[SP3] 補, 척택[LU5], 함곡[ST43] 瀉), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40)은 痰暈으로 인한 어지럼증, 구역을 치료하기 위해 사용하였고, 행간(LR2), 태충(LR3)은 두통, 안와부의 통증 치료를 위해 활용하였다. 영골, 대백혈은 동씨침의 혈자리로 坐骨神經痛, 腰痛, 頭暈 등을 치료하며 活腦部血氣의 기능이 있어 頭鍼을 시행하고 재차 本穴을 자침하면 능히 두침의 효과가 강화된다고 하였으며, 또한 이 혈자리는 大腸經上에 위치하여 陽明經의 多氣多血의 성질로 인하여 調理氣血作用이 매우 강하고 合谷혈과 인접해 補氣作用이 있다고 하였다¹⁹⁾. 본 증례에서 환자는 입원 첫날 두통과 어지럼증이 NRS 9로 매우 심하였으나 입원 3일 차인 1월 22일에는 NRS 2로 현저히 감소하였으며, 그 후로 지속적으로 NRS 1-3을 유지할 정도로 좋아졌고 DHI, ABC, VADL 점수도 증상의 호전을 보여줬다.

뇌간 경색의 만성기의 임상 경과에 있어 오심, 구토는 가장 초기에 소실되며, 현훈의 경우 발병한 지 한 달 경과 후에는 호전율이 없으나 1년 정도 경과 후에는 60% 정도가 호전되며, 균형장애의 경우 발병 1년 후에도 호전율이 47%에 그쳐 장기적 예후를 결정하는 주된 요인으로 알려져 있다²⁰⁾. 따라서 이번 증례에서 가쪽졸림보행이 본원에 입원하여 치료받는 동안 상당한 호전을 보였기 때문에 장기적인 예후는 좋다고 생각한다. 위 증례는 외측 연수경색으로 인해 우측졸림보행, 어지럼증, 두통 등의 증상을 호소하는 환자가 두침치료 전과 비교해 두침치료 후 증상이 급격히 호전되었다는 점, 그 후로도 지속적으로 완만한 호전을 보였다는 점에서 의미가 있다. 또한 다양한 한의학적 치료방법 중

한약, 침구요법으로만 치료하여 호전을 보였다는 것도 의의가 있다.

하지만 가쪽졸림보행만으로 발현된 외측 연수경색 환자에게 아스피린 등의 약물 경구투여로 입원 4일 차에 완전한 호전을 보인 연구²¹⁾도 있어 온전히 한의치료로 인한 효과인지에 대해서는 추가적인 연구가 필요할 것으로 보인다. 또한 단 1명의 환자를 대상으로 한 증례 보고라는 한계점이 있다. 따라서 향후 이와 관련하여 많은 임상 연구와 다양한 증례 보고가 필요할 것으로 생각한다.

결론»»»»

외측 연수경색으로 인한 가쪽졸림보행, 두통, 어지럼증 환자에 있어 두침요법을 동반한 한의치료가 증상의 감소를 위한 하나의 치료법이 될 수 있는 가능성을 보였다는 점에서 의의가 있다. 하지만 앞으로 이와 관련하여 많은 임상 연구와 다양한 증례 보고가 필요할 것으로 생각한다.

References»»»»

1. Currier RD, Giles CL, Westerberg MR. The prognosis of some brain stem vascular syndromes. *Neurology*. 1958;8:664-8.
2. Netter FH. The CIBA collection of medical illustrations. West Caldwell, NJ:CIBA. 1986:63.
3. Kim JS. Pure lateral medullary infarction: clinical-radiological correlation of 130 acute, consecutive patients. *Brain*. 2003;126:1864-72.
4. Salerno A, Cotter BV, Winters ME. The use of tissue plasminogen activator in the treatment of Wallenberg syndrome caused by vertebral artery dissection. *J Emerg Med*. 2017;52(5):738-40.
5. Caplan LR, Pessin MS, Scott RM, Yarnell P. Poor outcome after lateral medullary infarcts. *Neurology*. 1986;36:1510-3.
6. Department of Simgye Internal Medicine in National Universities of Korean Medicine. *Cardiology, neurology of Korean medicine I*. 4th ed. Seoul:Goonja. 2013:388-415.
7. Korean Acupuncture and Moxibustion Medicine Society Textbook Compilation Committee. *Acupuncture medicine*.

- Seoul:Hanmibook. 2020:255-64.
8. Kang AR, Woo JM, Lee MR, Kim SB, Cho KH, Moon SK, Jung WS. Two case studies of scalp acupuncture on post-stroke global aphasia patients. *The Journal of Internal Korean Medicine*. 2016;37(2):265-72.
 9. Kim JH, Park GC. A case report of central post-stroke pain patient treated with scalp acupuncture (MS6 and MS7) and usual treatment of Korean medicine. *Journal of Acupuncture Research*. 2014;31(3):57-65.
 10. Lee SS, Kim DW, Yook TH. One case treated subdural hematoma by scalp acupuncture therapy. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society*. 2001; 18(5):195-203.
 11. Jang SG, Kim YW, Kang JH, Kim JH, Yim YK, Lee H, Lee BR. A clinical report on 30 cases with H.I.V.D by scalp acupuncture. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society*. 2003;20(5):252-60.
 12. Heo J. *Donguibogam*. Seoul:Bupin publishes. 2009:573-6.
 13. Berg K, Wood-Dauphine S, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*. 1989;41(6): 304-11.
 14. Han GC, Lee EJ, Lee JH, Park SN, Lee HY, Jeon EJ, Lee H, Cheon BC, Kim JI, Gon EK, Koo JW, Ban JH, Sung KB, Choung YH, Lee WS, Kim BK, Kim KS. The study of standardization for a Korean adaptation of self-report measures of dizziness. *J Korean Bal Soc*. 2004;3(2):307-25.
 15. Nowak DA, Topka HR. The clinical variability of Wallenberg's syndrome. The anatomical correlate of ipsilateral axial lateropulsion. *J Neurol*. 2006;253:507-11.
 16. Lee H, Sohn CH. Axial lateropulsion as a sole manifestation of lateral medullary infarction: a clinical variant related to rostral-dorsolateral lesion. *Neurol Res*. 2002; 24:773-4.
 17. Korean Neurological Association. *Neurology*. 2nd ed. Seoul:Beommun Education. 2012:87-97.
 18. Jeong HW, Lee GS, Yang GH. A comparative study of action mechanism on the cerebral hemodynamics by Cheonghunhwadam-tang and Cheonghunhwadam-tang adding gastrodiae rhizoma in rats. *Journal of Physiology & Pathology in Korean Medicine*. 2002;16(6):1127-33.
 19. Yang WJ. *Yangweijiequanji 1*. Seoul:Daesung Publishing Company. 2005:160-4.
 20. Nelles G, Contois KA, Valente SL, Higgins JL, Jacobs DH, Kaplan JD, Pessin MS. Recovery following lateral medullary infarction. *Neurology*. 1998;50(5):1418-22.
 21. Kang CH, Kim HJ, Kang JH, Kang SY, Lee JS, Song SK. Isolated axial lateropulsion in lateral medullary infarction. *Journal of the Korean Neurological Association*. 2014;32(4):314-6.