

편마비 및 보행장애를 호소하는 기저핵 뇌경색 환자에 대한 한의 치료 증례보고 1례

양지혜, 신주은, 강지윤, 원서영, 유호룡, 김윤식, 설인찬
대전대학교 한의과대학 심계내과학교실

A Case Report of Korean Medicine Treatment for Basal Ganglia Infarction with Hemiplegia and Gait Disturbance

Ji-hae Yang, Joo-eun Shin, Jie-yoon Kang, Seo-young Won, Ho-ryong Yoo, Yoon-sik Kim, In-chan Seol
Dept. of Cardiology and Neurology of Korean Medicine, College of Korean Medicine, Dae-Jeon University

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to report the improvement of a basal ganglia infarction patient with left hemiplegia and gait disturbance after treatment with Korean medicine.

Methods: The patient was treated using acupuncture, moxibustion, and herbal medicine. To evaluate the effect on clinical symptoms, a manual muscle test, the Modified Functional Ambulation Classification, and the Korean version of the Modified Barthel Index were used.

Results: After 118 days of treatment, scores for all three scales improved.

Conclusion: Treatment with Korean medicine appears to be effective for improving the clinical symptoms of basal ganglia infarction with hemiplegia and gait disturbance, but further research is needed to verify this.

Key words: basal ganglia infarction, hemiplegia, gait disturbance, Korean medicine

1. 서론

뇌졸중은 뇌혈관이 막혀 뇌조직에 혈액을 통한 산소와 영양분의 공급이 원활하지 못해 손상이 발생하는 뇌경색과 뇌혈관이 터져서 출혈로 인해 생긴 혈종이 뇌조직을 손상시키는 뇌출혈로 구분된다. 그 중 뇌경색이 차지하는 비율은 약 76%로 주로 뇌혈관이 좁아지거나 막히게 되는 죽경화뇌혈전증,

심장의 문제로 발생하는 뇌색전증, 그리고 소혈관 폐색 등에 의해 발생하게 되며 경색이 발생하는 부위에 따라 다양한 임상증상이 나타나게 된다¹.

기저핵은 뇌의 피질하 회백질에 존재하는 신경핵의 복합체로서 주로 운동기능 조절에 관여하며 그 외에 언어, 지각, 인지기능 및 정서와 행동의 조절에도 많은 역할을 담당한다. 따라서 기저핵 부위에 뇌경색이 발생하는 경우 운동기능장애, 구음장애, 감각이상, 인지기능 저하, 행동장애 등의 증상이 나타날 수 있다².

그 중 편마비로 인한 운동기능장애는 뇌졸중 환자의 신체 장애의 정도를 결정하는 데에 중요한

· 투고일: 2022.04.02, 심사일: 2022.05.19, 게재확정일: 2022.05.19
· 교신저자: 설인찬 대전광역시 서구 대덕대로176번길 75
대전대학교 대전한방병원
TEL: +82-42-470-9130 FAX: +82-42-470-9005
E-mail: seolinch@dju.kr

요소가 되고, 그로 인한 보행장애 역시 환자의 일상생활 수행능력을 떨어트림으로써 삶의 질을 저해하게 된다^{3,4}. 따라서 뇌졸중 환자의 치료에서는 편마비와 보행장애의 개선이 핵심적인 목표가 된다^{5,6}.

본 증례에서는 기저핵 뇌경색으로 인해 편마비 및 보행장애를 호소하는 환자에게 한의 치료를 시행하여 유의미한 호전을 보였기에 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 연구 대상

본 증례는 2021년 05월 우측 기저핵 뇌경색을 진단받고 ○○한방병원에서 118일간 입원하여 치료받은 77세 여성의 치료경과를 토대로 작성되었다. 본 증례는 대전대학교 대전한방병원 IRB에서 심의 면제 승인(DJDSKH-22-E-05-1)을 받았다.

2. 환자 정보

- 1) 성별/나이 : F/77세
- 2) 진단명 : Cerebral infarction(Right basal ganglia)
- 3) 주소증 : Left side weakness, Gait disturbance
- 4) 발병일 : 2021년 05월 05일
- 5) 과거력(진단 년도) : Degenerative arthritis(2011), Hypertension(2011), Hyperlipidemia(2011), Compression fracture of Lumbar spine(2020), Cataract(2021)
- 6) 가족력 : 없음.
- 7) 계통적 진찰
 - (1) 식 사 : 1일 3끼, 1끼당 밥 1/3공기, 식욕저하
 - (2) 소 화 : 양호
 - (3) 대 변 : 2일 1회, 굳은 변
 - (4) 소 변 : 1일 5-6회
 - (5) 수 면 : 3-4시간/일, 천면 경향
 - (6)舌 診 : 舌質淡, 苔薄白
 - (7)脈 診 : 脈細緩
- 8) 사회력 : 별무 음주, 별무 흡연

- 9) 현병력 : 2021년 05월 05일 좌반신 위약 및 보행불리 증상 발생하였고 2021년 05월 07일 A병원에서 Brain magnetic resonance imaging (Brain MRI) 검사상 Cerebral infarction(Right basal ganglia) 진단받은 후 2021년 05월 21일까지 입원치료 하였다. 이후 2021년 05월 22일부터 2021년 05월 29일까지 B한방병원에서 입원치료 하였으며, 2021년 05월 29일부터 2021년 06월 28일까지 C재활병원에서 입원치료하였다. 이후 2021년 06월 28일 본원 입원하였다.

3. 검사소견

- 1) Brain MRI(2021년 05월 07일) : Acute infarction at Right basal ganglia(Fig. 1).

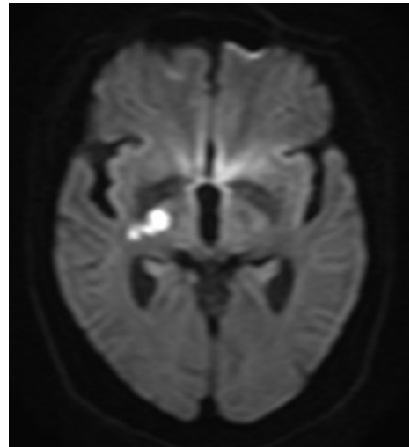


Fig. 1. Brain MRI (2021.05.10.).

2) 신경학적 검사

- (1) Mental State : alert
- (2) Pupil Reflex : prompt/prompt
- (3) Neck Stiffness : -
- (4) Deep Tendon Reflex : Bj ++/++ Tj ++/++
Wj ++/++ Kj ++/++ Aj ++/++
- (5) Babinski Sign : -/+
- (6) Hoffmann sign : -/-
- (7) Ankle Clonus : -/-

- 3) Electrocardiography(EKG), Chest X-ray, Lab

test : 입원 당일 시행한 EKG, Chest X-ray 및 입원 익일 시행한 혈액검사, 소변검사상 특이소견은 보이지 않았다.

4. 초진 소견

본 증례의 환자는 주소증으로 좌측 편마비 및 보행장애를 호소하였고 Brain MRI 검사상 우측 기저핵 부위의 뇌경색으로 진단되었다. 뇌경색 진단 이후 思慮過度로 인한 식욕 저하 및 불안, 불면 증상을 호소하였으며 舌診상 舌質淡, 苔薄白하고 脈診상 脈細緩하여 心脾虛로 변증하였다.

5. 치료 내용

- 1) 치료 기간 : 2021년 06월 28일 ~ 2021년 10월 23일(118 days)
- 2) 침 치료 : 환자의 좌반신위약 증상의 개선을 위해 입원기간 동안 1일 2회 멸균된 일회용 호침(0.20 mm×0.30 mm, stainless steel, 동방

침구제작소)을 사용하여 百會(GV20), 四神聰(EX-HN1), 合谷(LI4), 曲池(LI11), 肩髃(LI15), 肩髃(TE14), 足三里(ST36), 太衝(LR3)에 자침하여 15분간 유침하였다. 동시에 1일 1회 좌측 合谷(LI4)-曲池(LI11), 足三里(ST36)-太衝(LR3)에 전침 치료를 시행하였다.

- 3) 한약 치료 : 초진 소견을 토대로 心脾虛를 치료하기 위해 2021년 06월 28일부터 2021년 07월 20일까지 가미귀비탕을 투여하였고, 이후 환자가 좌견통을 심하게 호소하여 2021년 07월 21일부터 2021년 10월 23일까지 활락탕을 투여하였다. 본원 원내탕전실에서 하루 2첩 3팩을 팩당 100 cc의 용량으로 조제하여 매 식후 복용하도록 하였으며, 각 처방 1첩의 내용과 용량은 Table 1과 같다(Table 1).

Table 1. Prescription of Herbal Medicine

Prescription name (date)	Herb	Latin name	Dose (g)
Gamiguibi-tang (2021.06.28.-2021.07.20)	當 歸	<i>Angelicae Gigantis Radix</i>	4
	龍眼肉	<i>Longanae Arillus</i>	4
	酸棗仁	<i>Zizyphi Semen</i>	4
	人 蔘	<i>Ginseng Radix</i>	4
	黃 芪	<i>Astragali Radix</i>	4
	白 朮	<i>Atractylodis Rhizoma Alba</i>	4
	白茯苓	<i>Poria Sclectum Cum Pini Radix</i>	4
	遠 志	<i>Polygalae Radix</i>	4
	木 香	<i>Aucklandiae Radix</i>	2
	甘 草	<i>Glycyrrhizae Radix et Rhizoma</i>	1
	梔 子	<i>Gardeniae Fructus</i>	4
Whallak-tang (2021.07.21.-2021.10.23)	柴 胡	<i>Bupleuri Radix</i>	4
	白 朮	<i>Atractylodis Rhizoma Alba</i>	8
	羌 活	<i>Osterici seu Notopterygii Radix</i>	4
	獨 活	<i>Araliae Continentalis Radix</i>	4
	川 芎	<i>Cnidii Rhizoma</i>	4
	當 歸	<i>Angelicae Gigantis Radix</i>	4
甘 草	<i>Glycyrrhizae Radix et Rhizoma</i>	4	
生 薑	<i>Zingiberis Rhizoma Recens</i>	4	

4) 뜸 치료 : 환자의 좌반신위약 증상의 개선을 위해 입원기간 중 1일 1회 무연전자뜸(Cettum, 케이메디칼)을 좌측 曲池(LI11), 足三里(ST36)에 15분간 유지하였다.

5) 물리 치료

(1) Electrical Stimulation Therapy(EST, 전기 자극치료) : 입원기간동안 1일 1회 좌측의 전삼각근, 상완이두근, 지신근 및 대퇴사두근, 장비골근, 전경골근에 EST 치료를 회당 15분씩 시행하였다.

(2) 도수치료 : 본원 가정의학과에 의뢰하여 입

원기간 중 일요일을 제외한 매일 좌측 편마비와 관련하여 물리치료를 통해 30분간 도수치료를 시행하였다.

6) 양방 치료 : 뇌경색을 처음 진단받은 A병원에서 항혈전제를 비롯한 혈압약, 고지혈증약, 항우울제, 신경안정제 등을 처방받아 복용 중이었으며 본원 입원 후에도 투약을 유지하였다. A병원의 약을 전부 복용한 이후에는 본원 가정의학과에 의뢰하여 항혈전제, 혈압약, 고지혈증약, 신경안정제 등을 이어서 처방받아 복용하였다(Table 2).

Table 2. Western Medicine

Date	Component	Classification	Dosage	
2021.06.28. -2021.07.03	Aspirin enteric coated 100 mg	Antiplatelet agents	1T QD B/PC	
	Clopidogrel bisulfate 97.875 mg	Antiplatelet agents	1T QD B/PC	
	Trazodone HCl 25 mg	Antidepressants	1T QD HS	
	Alprazolam 0.25 mg	Tranquilizer	1T QD HS	
	Hydrochlorothiazide 12.5 mg.	Antihypertensive drugs	1T QD B/PC	
	Losartan Potassium 50 mg			
	2021.07.04 -2021.10.23	Atorvastatin calcium trihydrate 43.4 mg.	Antihyperlipidemic agents	1T QD B/PC
		Ezetimibe 10 mg		
		Loxoprofen Sodium 68.1 mg	Nonsteroidal antiinflammatory drugs	1T TID B, L, D/PC
		Pantoprazole sodium sesquihydrate 22.57 mg	Digestant	1T QD B/PC
2021.07.04 -2021.10.23	Folic Acid 1 mg	Vitamins	1T QD B/PC	
	Clopidogrel bisulfate 97.875 mg	Antiplatelet agents	1T QD B/PC	
	Alprazolam 400 µg	Tranquilizer	0.5T QD HS	
	Candesartan cilexetil 8 mg	Antihypertensive drugs	1T QD B/PC	
	Rosuvastatin calcium 10.4 mg	Antihyperlipidemic agents	1T QD B/PC	
	Clebopride 680 µg, Simethicone 200 mg	Digestant	1T QD B/PC	

* T : tablet, QD : once a day, TID : three times a day, B : breakfast, L : lunch, D : dinner, PC : post cibum, after meals, HS : hora somni, at bedtime

6. 평가방법

1) Manual Muscle Test(MMT) : 환자의 마비된 좌측 상하지 근력을 평가하기 위하여 입원기간동안 매주 토요일마다 MMT를 시행하였다. 견관절의 외전, 굴곡, 신전, 주관절, 완관절의

굴곡과 신전, 고관절, 슬관절의 굴곡, 신전 및 족관절의 족배굴곡, 족저굴곡의 항목을 평가하였다. 각 항목별로 0점에서 5점까지 평가되며, 0점은 근수축이 전혀 나타나지 않는 상태, 5점은 정상인 상태를 의미한다(Table 3).

Table 3. Evaluation of MMT Grade

Grade	
0	No movement
1	Feel contraction with palpation; no visible movement
2-	Less than full ROM in gravity eliminated plane
2	Full ROM in gravity eliminated plane with no resistance
2+	Full ROM in gravity eliminated plane, breaks upon minimum resistance
3-	Less than full ROM against gravity, but more than 50%
3	Full ROM against gravity, with no resistance
3+	Full ROM against gravity, breaks upon minimum resistance
4-	Full ROM against gravity, with less than moderate but more than minimum resistance
4	Full ROM against gravity with moderate resistance
5	Full ROM against gravity with maximum resistance

2) Modified Functional Ambulation Category(mFAC)
: mFAC는 뇌졸중 환자의 보행 능력을 평가하
는데 신뢰도와 타당도가 검증된 도구로서⁷ 7단

계로 평가된다(Table 4). 본 증례에서는 환자
의 보행 능력을 평가하기 위해 입원 시와 퇴원
시 환자의 mFAC를 평가하여 비교하였다.

Table 4. Modified Functional Ambulation Category

Category	Stage	Definition
I	Lyer	Patient who is unable to sit for 1 min without back and hand for support
II	Sitter	Patient who is able to sit for 1 min without back and hand for support.
III	Dependent walker	Patient cannot walk, or requires help of two or more people Patient requires firm continuous support from one person who helps carrying weight and with balance
IV	Assisted walker	Patient needs continuous or intermittent support of one person to help with balance or coordination
V	Supervised walker	Patient requires verbal supervision or standby help from one person without physical contact
VI	Indoor walker	Patient can walk independently on level ground, but requires help on stairs, slopes, or uneven surfaces
VII	Outdoor walker	Patient can walk independently anywhere

3) Korean version of Modified Barthel Index(K-MBI)
: K-MBI는 개인위생, 목욕, 식사, 용변, 계단
오르내리기, 옷 입기, 배변조절, 배뇨조절, 보
행, 의자차, 의자/침대 이동 등의 일상생활 항
목에서 환자의 독립적인 수행능력을 평가하기
위한 지표로 모든 항목에서 전적으로 타인에

게 의존적인 경우 0점, 모든 항목에서 완전히
독립적으로 수행 가능한 경우 100점이 부여되
는 방식이다. 본 증례에서는 입원 시와 퇴원
시에 환자의 K-MBI를 평가하여 비교하였다.

7. 치료경과(Table 5, 6)

1) 2021년 06월 28일(입원 1일) : 본원 입원 당시,

좌반신위약 증상은 상지는 누워있는 상태에서 왼팔을 몸에 붙일 수는 있었으나 중력을 이겨 배 위에 올려놓을 수는 없었고, 하지는 누워있는 상태에서 스스로 무릎을 세울 수 없는 상태였다. 상하지의 MMT는 전부 1 혹은 2로 중력에 대하여 움직이지 못하였고 가동범위도 없거나 작았다. 보행능력을 평가한 mFAC는 I로 다른 사람의 도움 없이는 1분도 스스로 앉아있지 못하며 누워서 지내는 상태였다. 기립 및 보행이 불가하므로 휠체어를 사용하여 이동하였으며, K-MBI는 7점으로 대부분의 일상생활을 독립적으로 수행할 수 없어 24시간 간병인의 도움을 받아 생활하였다.

- 2) 2021년 07월 24일(입원 27일) : 좌반신위약 증상은 누운 자세에서 왼팔을 중력에 대하여 3-4 cm 위로 들어 올릴 수 있게 되었으나 아직 배 위에 올려놓지는 못하였다. 또한 왼팔을 움직일 때 왼쪽 어깨에 심한 통증이 동반되어 움직이기 힘들어하였다. 견관절 신전 시 MMT가 1에서 2로 호전되어 가동범위가 증가하였고, 완관절의 굴곡과 신전 시 MMT도 각각 1과 2에서 전부 3로 호전되어 중력에 대하여 움직일 수 있게 되었다. 왼다리는 누워서 무릎을 스스로 세우고 3초간 유지할 수 있게 되었으며 고관절 굴곡과 신전 시의 MMT가 모두 2에서 2+로 호전되어 중력에 대하여 움직일 수 있게 되었다. 슬관절의 굴곡 시 MMT는 2에서 3으로 호전되어 중력을 이기며 가동범위가 전부 나올 수 있게 되었고, 신전 시 MMT는 2에서 2+로 호전되어 중력을 이길 수 있게 되었다. 아직 보행은 불가능하였지만 하지의 근력이 호전되어 휠체어에 앉은 상태에서 양팔로 침대 난간을 잡고 스스로 일어나 1-2분간 기립 자세를 유지할 수 있게 되었다.
- 3) 2021년 08월 21일(입원 55일) : 좌반신위약 증상은 누운 자세에서 팔을 들어 배 위까지 올려

놓을 수 있게 되었고 어깨 통증은 이전보다 줄어들었다. 견관절 외전 시의 MMT가 2로 호전되어 가동범위가 60도까지 증가하였고, 주관절 굴곡 시 MMT가 3으로 호전되어 중력에 대하여 가동범위가 전부 나올 수 있게 되었으며 주관절 신전 시 MMT는 3+로 호전되어 중력뿐 아니라 약간의 저항도 이기며 움직일 수 있게 되었다. 하지는 누운 상태에서 스스로 무릎을 세우고 20초 이상 유지할 수 있게 되었다. 고관절 굴곡 시 MMT가 3으로 호전되어 중력에 대하여 가동범위 끝까지 움직일 수 있었으며, 고관절 신전 및 슬관절 신전 시 MMT가 3+로 호전되어 중력뿐 아니라 약간의 저항도 이기며 움직일 수 있게 되었다. 족관절도 족배굴곡 시 2-, 족저굴곡 시 2로 호전되어 가동범위가 증가하였다. 아직 보행은 불가능하였지만 휠체어에 앉은 상태에서 양팔로 침대 난간을 잡고 스스로 일어나 5분간 기립 자세를 유지할 수 있게 되었다.

- 4) 2021년 09월 18일(입원 83일) : 좌반신위약 증상은 누운 자세에서 팔을 들어 가슴 위까지 올려놓을 수 있게 되었고 견관절의 MMT가 외전, 굴곡, 신전 시 모두 2+로 호전되어 중력을 이길 수 있게 되었다. 하지는 누운 상태에서 오른쪽 무릎을 세운 뒤 왼쪽 다리를 들어 오른쪽 무릎 위에 간신히 올릴 수 있었으나 유지하지 못하고 떨어졌다. 슬관절 굴곡 시 MMT가 3+로 호전되어 저항을 이기며 움직일 수 있게 되었고 족관절의 족배굴곡 시 MMT는 2로 호전되어 가동범위가 전부 나올 수 있게 되었다. 한의사 혹은 보호자의 감시 하에 워커를 이용해 복도 보행을 100 m 정도 할 수 있게 되었는데, 간혹 좌측 슬관절이 굴곡되고 몸이 좌측으로 기울어지는 경향을 보였다.
- 5) 2021년 10월 23일(입원 118일) : 좌반신위약 증상은 상지는 여전히 누운 자세에서 팔을 들어 가슴 위까지 올려놓을 수 있었고 MMT도

유지되었다. 하지는 누운 상태에서 오른쪽 무릎을 세운 뒤 왼쪽 다리를 들어서 오른 다리 위에 올리고 유지할 수 있게 되었으며 MMT는 유지되었다. 보행은 한의사 혹은 보호자의 감시

하에 워커를 이용해 300 m 정도 걸을 수 있게 되어 mFAC는 Ⅲ으로 호전되었다. K-MBI는 22점으로 호전되어 일상생활에서 간병인의 도움 없이 스스로 할 수 있는 활동이 증가하였다.

Table 5. The Change of MMT

		06.28	07.24	08.21	09.18	10.23
Shoulder	Abduction	1	1	2-	2+	2+
	Flexion	2-	2-	2-	2+	2+
	Extension	1	2-	2-	2+	2+
Elbow	Flexion	1	1	3	3	3
	Extension	2-	2-	3+	3+	3+
Wrist	Flexion	1	3-	3-	3-	3-
	Extension	2-	3-	3	3	3
Hip	Flexion	2-	2+	3	3	3
	Extension	2-	2+	3+	3+	3+
Knee	Flexion	2-	3	3	3+	3+
	Extension	2-	2+	3+	3+	3+
Ankle	Dorsal Flexion	1	1	2-	2	2
	Plantar Flexion	1	1	2	2	2

Table 6. The Change of mFAC, K-MBI

	06.28 (Admission)	10.23 (Discharge)
mFAC	I	Ⅲ
K-MBI	7	22

Ⅲ. 고찰 및 결론

뇌졸중 환자에서 편마비 증상은 약 88%에서 나타나는 것으로 보고되고 있다. 대부분의 운동기능의 회복은 발병 후 3개월 이내에 이루어지므로 초기의 적극적인 치료가 환자에게 매우 중요하다. 뇌졸중 후 재활치료의 목표는 장애를 최소화하여 최대한의 기능적 독립을 얻게 하는 것이라 할 수 있는데 여러 기능 중에서도 보행과 일상생활 동작 수행 능력의 개선이 주된 목표가 된다¹.

본 증례의 환자는 2021년 05월 05일 발생한 기저핵 뇌경색으로 2021년 05월 07일부터 2021년 06월

28일까지 53일에 걸쳐 세 곳의 서로 다른 병원에서 치료를 받았지만 호전이 없어 2021년 06월 28일 본원에 내원하였다. 내원 당시 좌측 편마비 및 보행 장애가 심하여 독립적인 일상생활 수행능력이 현저히 떨어졌고 이에 편마비 및 보행능력 개선을 목표로 침 치료, 한약 치료, 뜸 치료, 물리치료 등을 시행하였다.

본 증례에서 침 치료 시 취혈한 百會(GV20), 曲池(LI11) 및 足三里(ST36)는 中風七處穴로서 手足不遂를 治하고 四神聰(EX-HN1)은 百會(GV20) 주변의 穴로서 腦血管性偏癱을 治한다. 合谷(LI4)과 太衝(LR3)은 四關穴로서 合谷(LI4)이 主氣, 主表하고 太衝(LR3)이 主血, 主裏하여 함께 氣血運行을 조절하므로 氣血의 부조화로 인한 內風을 治하는 효능이 있다. 肩髃(LI15), 肩髃(TE14)는 肩關節에 위치한 穴로서 肩臂疼痛臂無力을 治하므로 선혈하였다⁸⁻¹⁰. 또한 마비측의 팔다리에는 전침치

료를 시행하였는데 전침 치료가 뇌졸중 환자의 운동기능 회복에 도움을 줄 수 있다는 연구가 보고된 바 있다¹¹.

본 증례의 환자는 뇌경색 이후 思慮過度로 인해 식욕 저하 및 불안, 불면 증상이 나타났으며 舌診상 舌質淡, 苔薄白하고 脈診상 脈細緩하여 心脾虛로 변증하여 歸脾湯을 기본방으로 삼았고, 이에 항불안효과가 있는 柴胡, 梔子를 가하여 수면장애에 효과가 있다고 보고된 加味歸脾湯을 투여하였다^{12,13}. 입원 당일부터 23일간 加味歸脾湯을 복용하며 식욕부진이 호전되어 식사량이 매끼 1/3공기에서 1/2공기로 증가하였고, 수면 시간도 하루 3-4시간에서 5-6시간으로 개선되었으며 불안감도 감소하였다. 이후 환자가 마비가 있는 좌측 어깨의 통증을 호소하며 상지 거상을 힘들어하였는데 편마비 환자에서 어깨통증은 유병률이 38~84%로 가장 흔한 합병증이며, 환자의 운동기능 회복을 느리게 하고 삶의 질을 떨어뜨리는 주요한 원인이다¹. 따라서 어깨 통증의 치료를 위해 입원 24일째부터는 처방을 活絡湯으로 변경하여 투여하였다. 活絡湯은 동의보감에 수록된 처방으로 羌活, 獨活, 川芎, 當歸, 甘草, 白朮로 구성되어 風濕으로 인한 肩臂痛을 치료한다. 입원 24일부터 퇴원 시까지 活絡湯을 투여하였고 좌측 어깨 통증이 점차 호전되어 상지 거상 및 운동이 점차 수월해지게 되면서 상지 MMT에도 호전을 보였다.

본 증례의 환자는 입원 당시 상하지의 MMT가 모두 1혹은 2-로 중력을 전혀 이기지 못하며 가동범위가 없거나 매우 작은 상태였다. 118일간의 한방치료 후 퇴원 시에는 상하지 모두 MMT가 2에서 3+까지 호전되어 모든 상하지 관절의 움직임에서 중력을 배제한 상태에서 가동범위가 전부 나왔고, 주관절 및 고관절의 신전, 슬관절의 굴곡과 신전 동작에서는 중력에 대항해서 가동범위가 전부 나왔으며 약간의 저항을 이길 수 있을 정도로 많이 회복되었다. 보행능력은 입원 당시 mFAC score가 I로서 보행은 물론 기립도 불가능하며 등을

받쳐주지 않으면 스스로 앉아있기도 힘든 상태였다. 퇴원 시에는 mFAC score가 III으로 호전되어 한의사 혹은 보호자 1인의 감시 하에 복도 300 m 정도를 워커로 보행할 수 있게 되었다. K-MBI는 입원 당시 100점 중 7점으로 대부분의 일상생활을 다른 사람에게 의존하는 상태였으며, 퇴원 시에는 22점으로 호전되어 독립적인 일상생활 수행능력이 다소 증가하였다.

뇌졸중 환자의 기능 회복은 대부분 발병 후 첫 주에 발생하며, 3개월에서 6개월이 지나면 정체기에 도달한다고 알려져 있다¹. 최근 유럽에서 이루어진 코호트연구에서는 뇌졸중 발생 후 2개월이 지난 시점의 기능 및 운동수행 정도가 뇌졸중 발생 후 5년이 경과한 상태와 일치한다는 연구 결과를 보였다¹⁴. 본 증례는 기저핵 뇌경색 발생 후 약 2개월이 지난 시점에 내원한 환자에게 한방치료를 적용하여 좌반신위약 및 보행장애 증상이 개선되고 더불어 일상생활 수행능력도 향상되었다는 점에서 의의가 있다. 다만 단일 증례 보고로서 근거 수준이 낮다는 한계점이 있으며, 양약 복용 및 도수치료 등도 병행하였기에 한의 치료의 단독 효과를 정확히 판단할 수 없다는 한계점이 있다. 따라서 향후 더욱 다양한 증례 보고와 함께 근거 수준이 높은 임상 연구 등을 통해 기저핵 뇌경색 환자의 한의 치료 효과에 대한 지속적인 보고가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. Korean Stroke Society. Stroke. 2nd ed. Seoul: Panmun education; 2015. p. 3-4. 69, 529-35.
2. Ko MH, Kim YH, Seo JH. Clinical and neuropsychological characteristics of patients with stroke of the basal ganglia. *Ann Rehabil Med* 1997;21(4):652-7.
3. Chiou IIL, Burnett CN. Values of Activities of Daily Living:A Survey of Stroke Patients and

- Their Home Therapists. *Phys Ther* 1985;65(6): 901-6.
4. Perry J, Garrett M, Gronley JK, Mulroy SJ. Classification of Walking Handicap in the Stroke Population. *Stroke* 1995;26(6):982-9.
 5. Lord SE, McPherson K, McNaughton HK, Rochester L, Weatherall M. Community Ambulation after Stroke: How Important and Obtainable Is It and What Measures Appear Predictive?. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85(2):234-9.
 6. Bohannon RW, Horton MG, Wikholm JB. Importance of Four Variables of Walking to Patients with Stroke. *Int J Rehabilitation Res* 1991;14(3):246-50.
 7. Park CS, SH An. Reliability and validity of the modified functional ambulation category scale in patients with hemiparalysis. *J Phys Ther Sci* 2016;28(8):2264-7.
 8. Meridians & Acupoints Compilation Committee of Colleges of Korean Medicine. Principles of Meridians & Acupoints: A Guidebook for College Students. 7th ed. Daejeon: JongRyeoNaMu Publishing Co; 2015, p. 338, 341-2.
 9. Meridians & Acupoints Compilation Committee of Colleges of Korean Medicine. Details of Meridians & Acupoints [Volume I]: A Guidebook for College Students. 7th ed. Daejeon: JongRyeoNaMu Publishing Co; 2016, p. 112-4.
 10. Meridians & Acupoints Compilation Committee of Colleges of Korean Medicine. Details of Meridians & Acupoints [Volume II]: A Guidebook for College Students. 7th ed. Daejeon: JongRyeoNaMu Publishing Co; 2016, p. 756-7, 1122-3.
 11. Liu W, Mukherjee M, Sun C, Liu H, McPeak LK. Electroacupuncture may Help Motor Recovery in Chronic Stroke Survivors: a pilot study. *J Rehab Res Dev* 2008;45(4):587-96.
 12. Guk YB, Kum SC, Park SD, Park SG, Seo BY, Seo YB, et al. Bangjehak. Seoul: Younglimsa; 1999, p. 290-2.
 13. Lee JY, Oh HK, Ryu HS, Yoon SS, Eo WK, Yoon SW. Efficacy and safety of the traditional herbal medicine, gamiguibi-tang, in patients with cancer-related sleep disturbance: A prospective, randomized, wait-list-controlled, pilot study. *Integr Cancer Ther* 2018;17(2):524-30.
 14. Meyer S, Verheyden G, Brinkmann N, Dejaeger E, De Weerd W, Feys H, et al. G Functional and Motor Outcome 5 Years After Stroke Is Equivalent to Outcome at 2 Months. *Stroke* 2015;46(6):1613-9.