

中風診斷의 標準化方案 研究

暎園大學校 韓醫科大學 內科學教室

沈法基·朴世起·金東佑·全燦鎔·韓陽熙·朴鍾榮

I. 緒論

診斷(diagnosis)이란 醫師가 患者의 異常狀態를 正確히 把握하여 이를 土臺로 適切한 處置를 決定하기 위한 根據를 얻어내는 過程으로^{1,2)} 疾病을 認識(identify)하고 疾患을 評價(evaluate)하는 知的, 技術的인 作業의 綜合이다.³⁾

韓醫學의 診察方法은 주로 望·聞·問·切의 四診에 의해 收集된 患者의 臨床症狀과 所見을, 陰陽五行學說과 臟腑經絡學說 및 病因學說 등의 韓醫學基本理論에 의하여 綜合的으로 分析하고 歸納하여 이러한 症狀과 所見의 原因 및 이들 間에 內在된 連繫性을 찾아내고, 病變의 部位와 性質을 判明하며⁴⁾ 病理變化 및 變遷하는 狀況등을 나타내는 病에 대한 動態의 觀察이라고 할 수 있다.⁵⁾

즉, 韓醫學의 診斷은 四診을 利用하여 疾病에 의한 症狀과 所見을 理解하고, 아울러 辨證理論을 利用하여 正確한 判斷을 이끌어 내는 것으로 “事實을 통한 情報獲得, 즉 診察”과 “情報를 바탕으로 한 思維, 즉 辨證”으로 要約할 수 있다.⁶⁾

診斷目的은 단지 病名만을 決定하는 것이 아니라 患者가 表現하는 모든 異常과 病狀을 正確하게 把握하는 것이므로 可能한 多方面에서 診斷基準에 따라 分析과 分類를 통하여 綜合的인 判定을 내리는 多面的 診斷이 必要하다.^{1,2)}

中風은 ‘卒中’이라고도 하며 대부분 情志鬱

怒, 勞役過度, 飲食不節, 氣候變化 등의 原因으로 인하여 陰陽이 失調되고 臟腑의 氣가 기울어지고 氣血이 錯亂된 所致로 卒倒, 言語蹇澁, 口眼喎斜, 半身不遂, 人事不省 등의 症狀를 特徵으로 한다. 本病의 發生은 急激하고 變化가 急速함으로 인해 自然界의 “善行而數變”하는 風邪의 特性和 類似함으로 古代人은 이를 比喩하여 中風이라 이름하였다.

西洋醫學에서 腦卒中(cerebrovascular accident)은 急激하게 發生하고 意識障礙를 同伴하며 運動痲痺를 包含한 神經學的인 症候群에 대한 臨床의 概念으로 腦血管疾患에 起因하는 것인데, 一般的으로는 腦出血, 腦血栓症, 腦塞栓症, 一過性腦虛血, 蜘蛛膜下出血, 動靜脈畸形등 으로 分類할 수 있다. 이런 觀點에서 中風과 比喩할 수 있으나 中風은 이를 包括한 疾患으로 看做된다.^{7,8)}

現在, 中風에 대한 診斷은 豐富한 臨床經驗에 比하여 體系化되어 있지 않고 診斷基準과 用語使用이 제대로 定立되어 있지 못한 實情으로 各 醫師마다 診斷基準이 다르고 普遍性이 缺如되어 있다.

따라서 中風診斷에 對한 理論的 研究와 이를 바탕으로 한 診斷名과 診斷基準의 標準案을 摸索하여 診療의 客觀性을 定立함으로써 學問的 交流에 보다 合理的인 根據를 마련하는 것이 必要하다고 생각된다.

이에 本 研究에서는 韓醫學의 中風診斷基準에 混在되어 있거나 不明確한 部分을 文獻考察을 통하여 分析해 봄으로써 中風診斷의

基準을 摸索하고자 한다.

II. 本 論

1. 診斷基準

韓醫學은 人體의 機能과 疾病의 現象을 研究하며 健康維持, 疾病豫防 및 治療하는 方法 등이 西洋醫學과는 相異한 醫學으로서 人體를 하나의 小宇宙로 認識하고 人體機能과 健康, 疾病, 治療를 綜合의이고 有機的으로 理解하고 把握하는 學問이다.⁹⁾

韓醫學의 診斷治療過程은 바로 四診의 檢査 所見을 運用하여 外部로부터 內部를 測定하고 證을 보고 病을 判別하며, 恒常 變하는 狀況을 考慮하면서 分析하고 歸納하여 辨證立法하고 處方用藥하는 根據로 삼는다.¹⁰⁾

그러나, 韓醫學的 診斷基準이 다만 醫師의 直觀, 經驗, 類推에만 依存하여 歸納, 分析, 判斷하고 있기 때문에 疾病을 認識하는데 充分한 正確性이 缺如되어 많은 誤謬를 범할 수 있다.⁵⁾ 결국 韓醫學的 診斷方法인 四診과 辨證이 客觀性과 定量性을 要求하는 現代에서는 批判을 받고 있다고 생각된다.¹¹⁾

現在 中風診斷에 있어서도 豊富한 臨床經驗에 比하여 體系化되어 있지 않고 診斷基準이 제대로 定立되지 않아 辨病方面, 病態方面, 各類證候의 演變, 病程分期, 障礙評價, 豫後 등의 研究資料가 不足한 실정이다.

西洋醫學은 現代自然科學의 바탕 위에서 세워진 것으로 病因學, 病理學, 病理生理學, 解剖組織學 등을 基礎로 하고 實驗室에서의 檢査를 그 根據로 하고 있다. 西洋醫學의 診斷過程은 同一한 疾患 중에서도 病型, 病期, 合併症의 有無 등에 따라 治療나 處置에 差異가 생길 수 있기 때문에 診斷은 病名決定에만 그치지 않고 病因, 形態, 機能, 症候群, 中等度, 病期, 病位등의 立場에 따라 病的狀態를 多角度

로 分類하고 있다.

1) 病因論의 立場 : 患者의 病狀이 '무엇에 의한 것인가'의 立場에서 分類

2) 形態學的 立場 : 患者에게 보이는 病變의 病理解剖學上 特徵에 依據한 分類

3) 機能的 立場 : 生理學的, 生化學的인 面으로 異常이라는 立場에서 分類

4) 症候群의 立場 : 病因, 形態, 機能 등의 異常이 複雜하게 뒤얽히어 어떤 綜合된 病狀을 나타내는 경우는 이것에 하나의 病名을 붙여 두는 편이 便利하다는 立場에서 分類

5) 中等도에 의한 立場 : 病名만으로는 患者의 狀態를 알 수 없는 경우에 病的狀態의 段階를 區分한 中等度の 立場에서 分類

6) 病期에 의한 立場 : 문제로 되는 患者가 그 疾患의 自然經過 중에 '어떤 病期로 지금 있는가'의 立場에서 分類

7) 病變部位에 의한 立場 : 어떤 臟器, 어느 組織 등 '어느 部位에 病變이 局在되어 있는가'의 立場에서 分類²⁾

이와같이 多樣한 立場에서 患者가 表現하는 病狀을 分析함으로써 그 患者의 現在 異常狀態를 잘 알게 되어 올바른 治療에 結付시킬 수 있다.

綜合해보면, 韓醫學에서는 中風에 대한 辨病, 病態, 病程分期, 辨證, 障礙評價方面, 豫後 등의 診斷標準이 제대로 定立되지 못한 實情으로, 可能的 多方面에서 患者의 모든 病狀을 診斷基準에 따라 綜合的인 判定을 내리는 것이 必要하다. 이에 中風診斷은 病名, 病態, 辨證, 病期, 障礙評價 등 최소한 5가지 方面에서 考慮되어야 하며, 이러한 診斷의 標準化 및 系統化作業으로 韓醫學의 優秀한 治療效果를 立證할 수 있는 客觀的인 根據를 마련하고, 分析과 分類를 통하여 臨床에서도 應用되어야 한다고 思料된다.

2. 病名診斷

하나의 具體的인 病名은 疾病全過程에 對한 特徵(病因, 病機, 主要臨床表現 등)과 規律(發病條件, 轉變趨勢 및 豫後 등)로 이루어진 病理性 概括과 抽象으로 患者의 症狀과 病歷 등의 特徵을 根據로 하여 醫書에 規定된 各病의 定義와 特徵을 對照해보고 醫師의 分析을 通하여 病種을 判別하고 病名을 確定하는 思維過程을 病名診斷이라 한다.¹²⁾

西醫病名은 대부분 人體組織의 病理變化에 根據하여 組織器官의 病理的 損傷, 病因學 등 과 關聯된 檢査에 依하여 命名되는데 反하여 韓醫病名은 주로 患者의 主觀的인 感覺과 臨床 症狀에 根據하여 命名하였다.⁶⁾

우선, 中風에 對한 韓醫學의 病名沿革과 統一된 病名設定의 診斷根據를 考察해 보고 西洋醫學의 病名沿革을 살펴보아 中風이라고 診斷을 내릴 수 있는 病名診斷標準案을 摸索해 보고자 한다.

1) 韓醫學의 病名沿革과 診斷要點

中風의 語源을 살펴보면 “中”은 的中, 進展, 中入, 深入이라는 말이고, “風”은 本 疾患의 發病이 急作스럽고 變化가 迅速하며 多樣한 症狀으로 나타나, 마치 自然界 風의 性質인 ‘善行數變’하는 特性和 비슷하기 때문에 古代醫家들은 이를 風病이라 認識하여 “中風”이라 이름하였다.¹³⁾

《內經》^{14,15)}에는 中風病名이 비록 明確하게 記載되어 있지는 않지만 仆擊, 大厥, 薄厥, 巔疾, 偏枯, 偏風, 瘖痺, 非風 등으로 되어 있어^{16,17)} 卒中昏迷期間에는 仆擊, 大厥, 薄厥, 巔疾이라 命名하였으며, 半身不遂期間에는 偏枯, 偏風, 偏身不用, 瘖風이라 命名하였다.^{8,17)}

東漢·張仲景의 《金匱要略·中風歷節病脈證并治》¹⁸⁾에서 “夫風之爲病 當半身不遂 或但臂不遂者 此爲痺 脈微而數 中風使然”라 하여 現在 사용되는 中風과 같은 概念으로서 “中風”이라는 病名이 最初로 記載되어 있다.¹⁹⁾

隨·孫思邈의 《千金要方·論雜風狀》에서는 “一曰偏枯 二曰風痺 三曰風懿 四曰風痺”이라

하여 症狀의 特徵에 따라 名稱을 分類하였으며, 元·王履는 “眞中風”과 “類中風”으로 나누어 “因于風者 眞中風也 因于火 因與氣 因與濕者 類中風而非風也”라 하였다.¹⁷⁾

明·樓英은 《醫學綱目》에서 “其卒然仆倒者 經稱爲擊仆 世又稱爲卒中”이라하여 처음으로 “卒中”이란 名稱을 사용하였으며¹⁹⁾, 同一한 症狀發顯에 대한 內經名稱과 世俗名稱의 差異點을 나타내었다. 明·張景岳은 《景岳全書·非風》²⁰⁾에서 “非風一證 卽時人所謂中風證也 此證多見卒倒 卒倒多由昏憤 本皆內傷積損頹敗而然 原非外感風寒所致”라 하여 “中風非風”의 觀點으로 보았다.

이는 “一病多名”으로 特殊症狀에 根據하여 하나의 病에 多數의 名稱이 附加된것이라 볼 수 있다. 또한, 同一한 病名에 전혀 다른 病的 現象을 나타내는 “異病同名”이 있는데 《素問·風論》에 記述된 “飲酒中風”, “新浴中風”과 《傷寒論》의 “太陽中風” 및 《金匱要略·五臟風寒積聚病脈證并治》에서의 “肝中風”, “心中風” 등은 外感熱病 或은 臟腑에 風寒이 感受된후 產生되는 病理變化로서 中風과는 名稱만 같을뿐 實質은 다르므로 區別이 必要하다.¹⁶⁾

病名은 病因, 病位, 病性, 病狀, 病理變化 등을 주된 根據로 삼고있으나 歷代文獻을 考察해보면 中風病名의 名稱은 病狀에 따라 命名한 것이 대부분 차지한다고 볼 수 있으며, 中風의 名稱은 매우 많아 規範이 없을 뿐만 아니라 서로 混在되어 있다.

이는 自己의 見解에 따라 病名을 定함으로써 各種病名이 導出되었으며, 學術交流의 어려움으로 인하여 各 流派의 學說이 各各 繼承되어 統一된 疾病命名標準을 設定하지 못하였기 때문이다.¹²⁾

中風의 診斷은 一般的으로 典型的인 臨床表現과 發病形式, 發病年齡, 誘因, 前兆症狀 등에 根據하여 分析, 整理, 綜合하는 것인데 診斷要點을 살펴보면 다음과 같다.

(1) 中風은 半身不遂, 口眼歪斜, 神志昏蒙, 舌強言蹇 或不語, 偏身麻木 등의 特徵的인 臨

床表現이 있다. 輕症에서는 또한 眩暈, 偏身麻木, 口眼歪斜, 半身不遂 등의 症狀이 나타난다.

(2) 中風은 發病이 急激하고 病情이 複雜하며, 急性期에는 內風, 痰濁, 邪熱, 瘀血 등의 標實證候가 突出하므로 臨床에서는 暴怒한 후 內風이 旋動하여 갑자기 發病하는 경우가 있고, 또한 갑자기 眩暈, 麻木이 發生하고 몇시간 뒤에 迅速하게 半身不遂가 나타나며 口眼歪斜를 수반하는 등 病情이 加重되는 漸進의인 發展過程을 가지고 있다.

(3) 中風은 대부분 中年以上에서 많이 發生하고 老年에서는 더욱 많은데, 근 20여年 동안 臨床資料에서는 中風의 發病年齡이 점차로 낮아지는 趨勢를 나타내고 있어 30~40歲에 發病하는 경우도 적지 않지만, 50~70歲의 發病率이 가장 높아 全體患者의 60% 이상을 차지하고 있다.

(4) 中風은 氣怒, 過勞, 酗酒, 感寒 등에 誘發되며, 發病하기 전에 여러 가지 前兆症狀이 나타난다. 中風前兆의 代表的인 症狀은 四肢 및 顔面の 感覺運動變化, 頭部の 感覺變化, 心神의 變化, 二便의 變化로 要約되며²¹⁾, 주로 頭暈, 頭痛, 肢體麻木 등의 症狀이 나타난다.^{17,22,23)}

2) 西洋醫學의 病名沿革

西洋醫學에서 中風이란 用語는 腦卒中으로 表現되는데, 腦卒中은 古代希臘에서 由來된 말로서 卒地에 쓰러져 意識을 잃는 狀態를 意味한다. 腦卒中이란 用語는 一般的으로 널리 쓰여지고 있지만 使用하는 사람마다 그 內容에 대한 理解가 같지 않기 때문에 正確하게 定義하기 어려우나 腦卒中은 意識障礙와 運動 및 感覺麻痺 등이 卒然 發生되는 것으로 腦血管의 病理變化 등에 기인된 腦血管抵抗增大 혹은 貫流壓의 變化, 血漿과 血球成分의 變化에 의한 腦의 一過性 혹은 持續性的 虛血과 出血全部를 뜻하는 것으로²⁴⁾ Stroke, Apoplexy, Cerebrovascular accident(CVA) 또는 Cerebrovascular disease(CVD)로 보통 불리워

진다.

(1) Stroke : 病理的意味를 包含하지 않은 一般的 疾患名이다.²⁵⁾

(2) Apoplexy : 腦循環障礙에 의해 急激히 意識障礙를 나타내며 偏麻痺 등의 運動麻痺를 招來하는 症候群으로 腦卒中은 腦血管障礙의 急性, 重症形이라고도 말하는 것으로서 腦血管障礙와 同義語는 아니다.²⁴⁾

(3) Cerebrovascular accident (CVA) : 神經學的 所見이 하루이상 持續하는 (또는 死亡) 腦血管에서 起因하는 急性障礙를 뜻한다.

(4) Cerebrovascular disease (CVD) : 보다 廣範圍한 用語로서 CVA뿐만아니라 Transient ischemic attack(TIA), 動脈硬化性 癡呆 등 넓은 範疇를 總括한다.¹⁹⁾

腦卒中은 Stroke, Apoplexy, Cerebrovascular accident(CVA), Cerebrovascular disease (CVD)로 보통 불리워지고 있으나, 이것은 病理的 診斷名이 아니라 臨床的用語이기 때문에 病名을 記載함에 임시로 使用될 수 있겠지만, 腦血管疾患의 分類와 診斷基準에 따라서 그 原因이 되는 病變을 찾는 것이 보다 妥當하다고 생각되어진다.

3) 病名診斷標準案^{17,22,23)}

中風病名은 臨床表現, 發病形式, 病因病機의 特徵 및 誘發因子에 따라 다음의 特徵을 綜合하여 診斷을 내릴 수 있다.

統一病名은 中風 또는 腦卒中이다.

(1) 主要症狀 : 半身不遂, 口眼歪斜, 神志昏蒙, 舌強言蹇 或不語, 偏身麻木.

(2) 急性으로 發病한다.

(3) 發病 前에 보통 誘因이나 前兆症狀이 있다.

(4) 40代以上에 好發한다.

3. 病態分類

中風을 分類하고 診斷하는 基準으로 韓醫學에서는 《金匱要略》에서 提示하고 清代 醫家

인 沈金鰲가 補充한 證候分類方式이 臨床에서 사용되고 있으며, 西洋醫學에서는 NINCDS, NINDS, WHO 등의 分類를 基準으로 診斷方法이 發達하였다.²⁶⁾

우선, 中風에 對한 韓醫學의 病態分類를 具體적으로 考察해보고, 西洋醫學의 病態分類의 變遷 및 그 多様な 內容을 살펴보고 病態診斷 標準案을 摸索해 보고자 한다.

1) 韓醫學의 病態分類

東漢·張仲景의 《金匱要略·中風歷節病脈證并治》¹⁸⁾에서는 “邪在于絡 肌膚不仁 邪在于經 卽重不勝 邪入于腑 卽不識人 邪入于臟 舌卽難言 嘔吐涎沫”이라 하여 病位의 深淺과 病情의 輕重緩急에 따라 中絡, 中經, 中腑, 中臟의 分類方式을 提示하였다.

淸·沈金鰲는 《雜病源流犀燭·中風源流》에서 “蓋中臟者 病在裏 多滯九竅, 中腑者 病在表 多著四肢 其症半身不遂 手足不隨 痰涎壅盛 氣喘如雷 然目猶能視 口猶能言 二便不秘 邪之中猶淺”이라 하여 病情의 轉變을 把握하고 豫後를 判斷하는데 많은 도움을 준다.

《金匱要略》에서 提示하고 淸代 醫家인 沈金鰲가 補充한 證候分類方式은 臨床에서 實用價値가 있다. 各各의 分類方式을 살펴보면 다음과 같다.

(1) 肌膚麻痺, 偏身或一側手足麻木 혹은 口舌歪斜 등의 症狀은 비교적 病情이 輕微한 것으로 中絡에 歸屬시킨다.

(2) 半身不遂, 口舌歪斜, 舌強言蹇或不語, 偏身麻木 등의 症狀이 主證이고 意識이 맑은 경우는 病情이 中絡에 비해 重한 것으로 中經에 歸屬시킨다.

(3) 半身不遂, 口舌歪斜, 舌強言蹇或不語, 偏身麻木 등의 症狀에 嗜睡, 意識朦朧 및 가벼운 昏迷가 수반되는 경우는 中腑에 歸屬시킨다.

(4) 半身不遂, 口舌歪斜, 舌強言蹇或不語 및 昏迷 症狀이 나타나고 意識障蔽가 비교적 重한 경우는 中臟에 歸屬시키며, 半身不遂가 輕微하나 言語障蔽, 嚥下困難, 目瞶, 目珠潤動,

大小便不通 등 九竅가 막힌 症狀이 나타나고 상이한 정도의 意識障蔽를 兼한 경우에도 中臟에 歸屬시킨다.

이러한 分類方法은 病情의 深淺과 輕重緩急을 나타낼 뿐만 아니라 動態의 觀察을 통하여 疾病의 歸結과 豫後를 把握할 수 있다.^{17,22,23)}

2) 西洋醫學의 病態分類의 變遷 및 方式

腦血管 疾患을 分類하고 診斷하는 基準으로는 1958年 美國의 NINDB(National Institute of Neurological Disease Blindness) 特別委員會에 의해 最初로 作成되었다. 以後 1975年 NINCDS(National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke)의 分類에 따라 보다 詳細해졌으며, 1990年 NINDS(National Institute of Neurological Disorders and Stroke)의 分類에 의해 臨床에 보다 使用하기 쉽게 改訂되었다. 이밖에 1970年에는 WHO에 의한 分類가 發達되었다.²⁶⁾

(1) NINDB案에 의한 分類 (1958年)

이 分類는 臨床病理學側面에서 본 것으로 腦血管 疾患을 ① 腦梗塞 ② 梗塞을 수반하지 않은 一過性 腦虛血發作 ③ 頭蓋內出血 ④ 腦血管畸形 및 發生異常 ⑤ 動脈의 炎症性 疾患 ⑥ 腦實質의 變化가 없는 血管性 疾患 ⑦ 高血壓性 腦症 ⑧ 硬膜靜脈洞 및 腦靜脈血栓症 ⑨ 原因不明의 發作 등 9가지로 大別하고 있다. 一過性 腦虛血發作에는 失神과 偏頭痛에 의한 것 등이 包含되어 있으며, 蜘蛛膜下出血과 腦動靜脈畸形이라는 名稱이 없고 대신 腦動脈瘤破裂과 血管畸形, 血管腫의 名稱을 使用하였다. 또한 臨床的인 意味로서 腦動脈硬化症이라는 名稱은 없고 病理學側面에서 腦實質의 變化가 없는 血管疾患이라는 項目으로만 남아 있다.

(2) WHO에 의한 分類 (1970年)

WHO의 分類는 NINDB案을 簡略히 하여 作成된 것이다. 腦病理變化를 基礎로 하여 蜘蛛膜下出血, 腦內出血, 腦虛血性壞死 등 3가지로

分類하고, 臨床病期에 基礎하여 一過性 腦虛血을 提示하였다. 이 分類는 簡單하여 便利하나 不充分한 점이 많으며, 臨床病期에 따라 分類한 것이 特異한 點이나 이것은 그후 NINCDS 案에 導入되었다.

(3) NINCDS案에 의한 分類 (1975年)

이 分類는 NINDB案을 改訂版으로 하여 發表한 것으로 ① 臨床의 病期 ② 病態生理學的 機轉 ③ 解剖 ④ 病理 ⑤ 臨床所見 ⑥ 患者狀態 등 6가지로 大別하여 臨床家, 研究者, 理學療法士 등 여러 分野 사람에게 도움을 줄수 있도록 配慮하였다. 또한 RIND라는 名稱을 正式으로 定義하였다. NINDB案에 比하여 보다 詳細해 졌으나 臨床에 應用하기에는 複雜하여 使用하기 어려웠다.

(4) NINDS案에 의한 分類 (1990年)

이것은 報告된 가장 最近의 分類方法으로 NINCDS案을 基礎로 한 것으로 ① 臨床病型 ② 病理 ③ 危險因子와 豫防 ④ 臨床의 Assessment ⑤ 評價 ⑥ 腦卒中後 患者의 狀態 ⑦ 解剖 등 7가지로 大別한다.

NINCDS案과 比較하여 가장 다른점은 '臨床病型'이라는 項目을 먼저 提示한 것으로 이 項目에는 一般的으로 臨床에서 多用하는 病名을 使用하고 있다. NINCDS案과는 달리 臨床病型 項目의 分類에 의하여 診斷名이 決定되고 ② 以下의 項目은 臨床病型項目을 補充하는 意味를 갖게 되어 臨床의으로 NINCDS案과 比較하여 보다 便利한 點이 있다. 또한, 動靜脈畸形에 의한 頭蓋內出血과 蜘蛛膜下出血이 記載되었고 血管性 痴呆를 獨立된 項目으로 하였으며, 危險因子를 挿入하고 臨床所見을 Assessment와 評價로 나누는등 豫防과 後遺症의 再活을 보다 考慮했다는 점에서 NINCDS案과 比較하여 發展되었다고 할 수 있다.²⁶⁾

以上으로 腦血管疾患의 主要分類와 診斷基準의 變遷을 살펴보았으며, 다음은 NINDS案에서 臨床病型을 살펴보고, NINCDS案에서는 病態生理面, 解剖學的 局在面, 病理所見에 따른

分類를 基準으로 診斷方法을 詳細히 記述하고자 한다.

(1) NINDS案 - 臨床病型 (Clinical Disorders)²⁶⁾

A. 無症候性

B. 局所性腦機能障礙

1. 一過性腦虛血發作 :

- a. 頸動脈系
- b. 椎骨腦底動脈系
- c. 兩者 d. 部位不明
- e. TIA가 疑心됨

2. 腦卒中

- a. 經過 : 1) 改善 2) 惡化 3) 不變
- b. 腦卒中型

- 1) 腦出血 2) 蜘蛛膜下出血
- 3) 腦動脈畸形에 의한 頭蓋內出血
- 4) 腦梗塞

a) 機序

- (1) 血栓性 (2) 塞栓性
- (3) 血行力學性

b) 臨床的 範疇

- (1) 粥狀硬化 + 血栓
- (2) 心原性塞栓에 의한 것
- (3) Lacunar性
- (4) 기타

c) 部位에 의한 症候

- (1) 內頸動脈 (2) 中大腦動脈
- (3) 前大腦動脈
- (4) 椎骨腦底動脈系

- (a) 椎骨動脈 (b) 腦底動脈
- (c) 後大腦動脈

C. 血管性 痴呆

D. 高血壓性 腦症

(2) NINCDS案^{26,27)}

① 病態生理面(Pathophysiological Mechanism)

sms)에서 分類

原發性, 全身循環 障礙의 한가지 形態로서
혹은 血液因子에 起因되는 것 등 原因別 分類
와 血栓, 塞栓, 出血 등 發病機轉과 誘因 등이
明示되어 있다.

A. 一 次 性 腦 循 環 異 常

1. 血栓 2. 塞栓 3. 出血 4. 壓迫
5. 血管攣縮 6. 血流方向의 變化
7. 血流速度 및 量의 變化
8. 動脈壁의 解離 9. 腦血管造影과 有關

B. 全 身 循 環 의 異 常

1. 低血壓 2. 高血壓

C. 血 液 의 變 化

D. 代 謝 要 求 의 變 化

E. 發 症 誘 因

1. 高血壓性 疾患 2. 糖尿病
3. 心疾患 4. 高脂血症 5. 기타

F. 原 因 不 明

② 解剖學的(Anatomy) 局在에서 分類^{26,27)}

腦의 어느 血管 혹은 어느 部位에 病變이
發生되었는지 分類한다.

A. Blood vessels

1. Ascending aorta
2. Aortic arch
 - a. Brachiocephalic A. (innominate a.)
 - b. Common carotid a.
 - 1) External carotid a.
 - 2) Internal carotid a.
 - a) Ophthalmic a.
 - b) Posterior communicating a.
 - c) Anterior choroidal a.
 - d) Anterior cerebral a.
 - (1) Anterior communicating a.
 - e) Middle cerebral a.
 - c. Subclavian a.
 - 1) Vertebral a.

a) Posterior inferior cerebellar a.

2) Basilar a.

a) Anterior inferior cerebellar a.

b) Internal auditory a.

c) Pontine aa.

d) Superior cerebellar a.

e) Posterior cerebral a.

3. Thoracic aorta

4. Abdominal aorta

B. Brain and spinal cord

1. Meninges

a. Cranial

1) Epidural

2) Subdural

3) Subarachnoid

2. Brain

a. Hemisphere

1) Frontal lobe

2) Temporal lobe

3) Parietal lobe

4) Occipital lobe

5) Central white matter

6) Internal capsule

7) Thalamus

b. Brain stem

1) Midbrain

2) Pons

3) Medulla oblongata

c. Cerebellum

d. Cranial nerves

e. Cerebral ventricles

③ 病理所見(Pathology)으로 分類^{26,27)}

주로 病理學的 分類이며 腦血管의 病變과
腦實質의 病變으로 兩分하고 있다.

A. Pathological alterations in vessels

1. Arteries

- a. Congenital, developmental and inherited lesions
 - 1) Congenital aneurysms
 - 2) Congenital aneurysm, ruptured
- b. Inflammatory lesions (arteritides)
 - 1) Infectious
 - 2) Noninfectious
 - a) Cranial arteritis (temporal arteritis)
- c. Trauma and physical agents
 - 1) Trauma to artery due to external forces
 - 2) Trauma due to angiography
 - 3) Trauma due to catheterization and other intra-arterial procedures
 - 4) Trauma due to surgery
- d. Arterial lesions due to blood dyscrasias
- e. Arterial lesions associated with metabolic abnormalities (including familial hypercholesterolemia, diabetes mellitus, etc.)
- f. Arterial lesions associated with drug toxicity, drug idiosyncrasy and unknown drug effects
 - 1) Anticoagulants 2) Other
- g. Arterial embolism due to cardiac disease and diseases of extracerebral vessels
 - 1) Cardiac arrhythmias (specify basic disease)
 - 2) Valvular disease
 - 3) Myocardial infarction
- h. Arterial lesions associated with neoplastic disease
- i. Arterial lesions due to unknown causes
 - 1) Atherosclerosis
 - 2) Atherosclerotic stenosis
 - 3) Atherosclerotic occlusion

- j. Arterial lesions associated with hypertension
- 2. Veins
- 3. Capillaries
- 4. Combined arterial, venous and capillary abnormalities
 - a. Congenital, developmental and inherited lesions
 - 1) Arteriovenous fistula, congenital
 - 2) Arteriovenous fistula due to ruptured congenital aneurysm
 - 3) Vascular malformations (hamartomas, angiomas)

B. Pathological alterations in brain

- 1. Infarction (pale, hemorrhagic and mixed)
 - a. Without vessel stenosis or occlusion
 - b. With arterial stenosis or occlusion associated with
- 2. Hemorrhage
 - a. Without vessel type identified
 - b. Of arterial origin
 - 1) Anatomical site
 - a) Intracerebral
 - (1) With hypertension
 - (2) Without hypertension
 - b) Subarachnoid
 - c) Subdural
 - d) Intraventricular
 - 2) Etiology
 - c. Of venous origin
 - d. With capillary lesions
 - e. With combined arterial, venous and capillary lesions

3) 病態分類標準案^{17,22,23)}
 神識昏蒙의 有無에 따라 中經絡과 中臟腑를 區別한다.

(1) 中絡 : 偏身或一側手足麻木, 或兼有一側肢體無力, 或兼有口舌歪斜者.

(2) 中經 : 半身不遂, 口舌歪斜, 舌強言蹇或不語, 偏身麻木이 主證이고, 神識昏蒙의 증상은 없는 者.

(3) 中腑 : 半身不遂, 口舌歪斜, 舌強言蹇或不語, 偏身麻木하고, 神識恍惚或迷蒙이 主症인 者.

(4) 中臟 : 필히 精神이 昏迷하고, 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語者

4. 辨證分類

辨이라 함은 辨別 分析의 의미이고 證은 證據 또는 證候의 의미인데, 證은 症狀이나 病名이 아닌 韓醫學의 독특한 述語로서 여러 病情을 綜合的이고 體系的으로 分析하기 위한 病理診斷의 準據를 가리킨다.

그러므로 辨證이란 證候에 對한 分析和 判斷으로 그 內容은 여러 症徵들의 相關組合으로 이루어지고 疾病過程 중 한 段階의 病因, 病機, 病位, 病性 및 發展趨勢를 提示하여 治療根據를 提供하는 診斷過程이라고 할 수 있다.⁶⁾ 辨證의 節次는 病歷을 묻고, 病因을 探索해내며, 病位를 具體化하고, 病機를 밝혀내며, 病情의 虛實과 寒熱을 분명하게 밝히고, 病勢와 病機의 變化 및 發展趨勢를 상세히 알아낸후 證名을 確定한다. 우선 中風의 發病要因 및 病理機轉을 考察하고 여러 文獻을 通하여 辨證分類를 살펴본 후 辨證診斷標準案을 紹介하고자 한다.

1) 中風의 病因病機

中風의 病因學說은 外因論에서 內因論으로의 發展過程을 거쳐왔다. 主要原因을 綜合하여 보면 內經을 비롯한 隨, 唐 및 宋代까지의 醫家들은 주로 外風을 主要原因이라 하였으며, 金·元代에 와서 劉는 主火說을, 朱는 濕痰說을, 李는 氣虛說을 原因으로 主張하였다. 그 후 清代의 葉은 “肝風內動”을, 王은 “氣虛瘀

血”의 原因을 主張하여 대체로 風(肝風), 火熱(肝火, 心火), 痰(風痰, 濕痰), 虛(氣虛, 陰虛), 血(瘀血)이 中風病의 主要 原因임을 알 수 있다.^{9,28)}

이들 原因은 平素의 攝生에서 養生失宜, 五志過極, 七情內傷, 色慾勞傷, 飲食不節, 勞倦內傷, 酒色過度, 膏粱厚味, 肥盛 등의 要因으로 臟腑 및 經絡의 機能失調를 招來하여 內生風·火熱·濕痰·瘀血 및 虛로 나타나고, 이들 病因이 서로 複合的으로 作用하여 氣血의 逆亂이나 閉塞狀態에 이르는 것이 中風의 病理過程이다.²⁹⁾

따라서, 中風의 發生은 本으로 말한다면 陰陽의 偏勝과 氣血의 逆亂을 벗어나지 않고, 그 標는 風火交煽, 痰濁壅塞, 瘀血內阻를 벗어나지 않아서 本虛標實과 上盛下虛의 證候를 形成한다. 다만, 病位에 深淺이 있고 病情에 輕重이 있으며 證候에 寒熱虛實이 있고 病勢에 是 順逆의 差이 있다.

2) 辨證의 分類

(1) 中醫臨床大全³⁰⁾

中 經 絡	中 臟 腑
① 肝腎陰虛, 風陽上擾證	① 肝陽暴亢, 痰火上擾 心竅(陽閉證)
② 痰熱腑實, 風火上擾	② 痰濕內閉心竅 (陰閉證)
③ 氣虛血瘀, 筋脈失養	③ 元氣敗脫, 心神散亂 (脫證)

(2) 實用中醫內科學⁸⁾

中 經 絡	中 臟 腑
① 絡脈空虛, 風邪入中	① 閉證 : 陽閉, 陰閉
② 肝腎陰虛, 風陽上擾	② 脫證
	③ 後遺症 : 半身不遂, 語言不利, 口眼喎斜

(3) 中醫內科學³¹⁾

中 經 絡	中 臟 腑
風痰入絡證	① 閉證 - 風陽痰火證
	② 脫證 - 陰竭陽亡證

(4) 病症診治³²⁾

中 經 絡	中 臟 腑
風痰阻絡	① 風火上亢 ② 閉證·脫證

(5) 東醫臨床要覽³³⁾

卒中期		醒後辨證
中經絡	中臟腑	內風, 火旺, 氣虛, 濕痰
血虛, 風寒	閉證, 脫證	

(6) 中醫診療常規³⁴⁾

中 經 絡	中 臟 腑
① 絡脈空虛, 風邪入中	① 閉證 - 陰閉, 陽閉
② 風痰阻絡, 肝陽化風	
③ 肝腎陰虛, 肝風內動	② 脫證

(7) 中西參照內科病證治療學³⁵⁾

中經絡	中臟腑
① 風痰入絡	① 閉證 - 陰閉, 陽閉 ② 脫證
② 風陽上擾	

(8) 中華實用中風病大全¹⁷⁾

中 經 絡	中 臟 腑
① 肝陽暴亢, 風火上擾證	① 風火上擾清竅證
② 風痰瘀血, 痺阻脈絡證	② 痰濕蒙塞心神證
③ 痰熱腑實, 風痰上擾證	③ 痰熱內閉心竅證
④ 氣虛血瘀證	④ 元氣敗脫, 心神散亂證
⑤ 陰虛風動證	

3) 辨證分類標準案^{17,23)}

(1) 中經絡

① 肝陽暴亢, 風火上擾證:

偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 眩暈頭痛 面紅耳赤 口苦咽乾 心煩易怒 尿赤便乾 舌質紅或紅絳 舌苔薄黃 脈弦有力.

② 風痰瘀血 痺阻脈絡證:

偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 頭暈目眩 痰多 舌質暗淡 苔薄白或白膩 脈弦滑

③ 痰熱腑實 風痰上擾證:

偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 頭暈目眩 咯痰或痰多 腹脹便乾而秘 舌質暗紅

苔黃或黃膩 脈弦滑

④ 氣虛血瘀證:

偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 面色恍白 氣短乏力 口流涎 自汗出 心悸便溏 手足腫脹 舌質暗淡 舌苔薄白或白膩 脈沈細無力.

⑤ 陰虛風動證:

偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 煩躁失眠 眩暈耳鳴 手足心熱 舌質紅絳或暗紅 少苔或無苔 脈細數

(2) 中臟腑

① 風火上擾清竅證:

平素多有眩暈麻木之症. 情志相激 病勢突變 神識恍惚迷夢 半身不遂肢體痙攣拘急 便乾便秘 舌質紅絳舌苔黃膩而乾 脈弦滑大數.

② 痰濕蒙塞心神證:

素體多是陽虛濕痰內盛. 病發神昏 半身不遂而肢體松懈澀軟不溫 甚則四肢逆冷 面白脣暗 痰涎壅盛 舌質暗淡 舌苔白膩 脈沈滑或沈緩.

③ 痰熱內閉心竅證:

發病驟急 神昏 昏憤 鼻鼾痰鳴 半身不遂而肢體強痙拘急 項強身熱 躁擾不寧 深則手足逆冷 頻繁抽搐 偶見嘔血 舌質紅絳 舌苔褐黃乾膩 脈弦滑數.

④ 元氣敗脫心神錯亂證:

突然神昏 不省人事 肢體癱軟 手散肢冷汗多. 重則周身濕冷 二便自遺 舌質紫暗 舌苔白膩 脈沈緩或 沈微.

5. 病期分類

1) 韓醫學的 病期分類^{17,23,29)}

(1) 卒中期: 發病 後 2周 以內. 中臟腑는 1個月 정도 까지.

(2) 恢復期: 發病 後 2周 혹은 1個月부터 6個月 以內.

(3) 後遺症期: 發病 後 6個月 以上.

2) 西洋醫學的 病期分類

腦血管疾患의 發生 당시 症狀 및 時間經過에

다른 神經學的 障礙症狀의 變化를 면밀히 觀察하고, 病理狀態의 變化를 CT나 MRI所見에 따라 病期를 區分하는 것이 普遍化되어 있으며 크게 腦梗塞과 腦內出血로 나누어 病期를 分類하면 다음과 같다.

(1) 腦梗塞

腦梗塞에 대한 CT所見은 全時期를 通하여 底吸收領域을 나타내나 急性期, 亞急性期 그리고 慢性期에 따라 차이가 난다.

① 急性期는 一般的으로 發病 12~24時間에 該當되고 이 時期에 CT所見은 大개 正常으로 腦出血, TIA, 腦卒中和 類似한 다른 病變(硬膜下血腫, 腫瘍 등)의 存在 有無를 確認할 수 있다.

② 亞急性期는 一般的으로 發病後 4~6週 동안 持續되는데 이 時期에 CT所見을 보면 症狀發生後 24時間경에서 始作되어 점차적으로 底吸收領域(hypodensity)의 增加를 나타내고 數日後에는 底吸收領域이 좀더 顯著해지고 境界가 좀더 뚜렷해진다.

③ 慢性期는 發病後 5~6週 以後에 該當되며 腫塊效果(mass effect)는 사라지고 造影增強은 나타나나 低吸收領域은 좀더 弱化되어 腦脊髓液의 濃度에 到達하게 된다. 또한, 대부분의 壞死性 腦梗塞이 囊包性 空洞을 形成하고 흔히 同側腦室의 局所性 擴張을 나타낸다.

(2) 腦內出血

自發性 腦內出血은 흔히 動脈破裂에 起因하는 수가 많으며, MRI 所見은 急性期, 初期亞急性期, 後期亞急性期 그리고 慢性期에 따라 차이가 난다.

① 急性期는 一般的으로 1日~1週동안 該當되는데, 出血이 있는지 몇시간후에는 T₁과 T₂ 強調映像에서 周圍腦實質과 같은 等信號 強度를 나타내므로 新鮮한 動脈血을 區分하기가 힘들며, 이런 양상은 1~3日間 持續된다.

② 初期亞急性期는 一般的으로 1~2週동안 該當되는데, 細胞內 methemoglobin이 存在하게 되면 T₁ 強調映像에서는 高信號強度를 보이게 되며 T₂ 強調映像에서는 底信號強度를 보

이게 된다.

③ 後期亞急性期는 一般的으로 2~4週동안 該當되는데, 점차로 赤血球의 膜이 分解되어 methemoglobin의 細胞外 濃度가 增加하므로 T₁과 T₂ 強調映像에서 모두 特徵인 高信號強度를 나타낸다.

④ 慢性期에서 1~6個月은 初期로 6個月以上은 後期로 區分되며, 점차로 血腫은 減少하여 細胞外液을 包含하는 囊包를 形成하고, 周圍組織은 hemosiderin-strained gliotic brain으로 둘러싸이게 되며, 囊包는 T₁ 強調映像에서는 底信號強度를, T₂ 強調映像에서는 高信號強度를 나타낸다.³⁶⁾

3) 病期分類標準案^{17,23,29)}

(1) 卒中期: 發病後 2周 以內. 中臟腑는 1個月 정도 까지.

(2) 恢復期: 發病後 2周 혹은 1個月부터 6個月 以內.

(3) 後遺症期: 發病後 6個月 以上.

6. 障礙診斷

障礙(disability)는 障害(impairment)로 인하여 正常이라고 여겨지는 範圍 內에서 혹은 方法으로 日常生活하는 能力에 制限이 있거나 할 수 없는 狀態로³⁷⁾ 中風患者에게 發生하는 後遺障礙는 크게 認識能力, 對話能力, 運動機能과 感覺機能, 日常生活動作 遂行能力, 複合的 日常生活 動作能力, 感情 및 情緒 등의 障礙로 分類 할 수 있다.

우선 中風患者에 對한 障礙評價의 側面으로 韓醫學에서는 障礙評價의 不在와 中國의 治療效果 判定標準을 살펴보고, 西洋醫學에서 腦卒中患者를 對象으로 만들어진 Canadian Neurologic Scale과 NIH Stroke Scale에 대하여 그 內容과 基準點을 具體的으로 파악하고, 國內法의 精神 및 神經系 障害 等級表와 國內에서 使用하고 있는 美國醫學協會의 基準을 살펴봄으로써 障礙評價에 대해 알아보기로 한

다.

1) 韓醫學의 障礙評價

(1) 障礙評價의 不在

韓醫學에서의 評價는 疾病의 原因을 알아내기 위한 症狀 및 證候의 分析을 意味하는 것으로 評價의 前提가 治療方向을 設定하기 위한 것이라고 할 때, 韓醫學의 治療法인 藥物과 鍼灸療法등이 모두 疾病의 原因을 除去하여 人體의 相對的 不均衡을 矯正하는 것이기 때문에 韓醫學에서의 評價 또한 疾病의 原因을 파악하는 것을 위주로 할 수밖에 없었다.

비록 中風疾患이 韓醫學에서 重要하게 다루어져왔고 그 歷史는 오래되었으나 機能障礙(disability)보다는 症狀의 하나로서 障害(impairment)를 파악하는데 重點을 두었으며 한 症狀안에서의 程度區分에는 큰 意味를 부여하지 않았다. 이제까지의 韓醫學이 評價에 대해 障害의 等級이나 機能障礙의 評價를 다소 等閑視한 것이 사실이다. 그러나, 疾患의 社會經濟의 측면이 점차로 浮刻되고 있는 現實을 감안할 때 平肝熄風, 化痰通腑, 活血通絡, 清熱滌痰 등의 藥物 및 鍼灸療法을 주로 한 傳統的인 韓方治療에 더해 關節運動이나 機能訓練등 再活醫學의 측면이 強調되면서 그동안 疏遠하게 다루어졌던 評價의 概念이 重要하게 대두되었고 韓醫學의 治療方法의 評價와 檢診이 可能的인 獨自의 評價道具의 開發이 要請되고 있다.³⁸⁾

앞으로 症狀과 證候의 파악을 中心으로 하는 原因的 接近法에 의한 傳統的 治療法외에 障害뿐 아니라 障害로 인한 機能障礙의 評價에 대해서도 韓醫學界의 獨自의 評價方法의 開發로 中風患者의 正確한 神經學的 缺損程度를 把握하고 그것을 基準으로 하여 治療方針을 세우며 恢復期에 있어서 治療改善의 程度를 正確히 分析하여 韓醫學의 治療效果를 立證할 수 있는 評價道具에 대한 研究가 必要하다.

(2) 中國의 中風에 對한 治療效果 判定標準

中國에서는 1987년에 中風에 對한 治療效果 判定標準을 만들어 神志, 言語, 運動機能의 回復程度에 따라 計分하였다.^{17,23)}

① 神志狀態

神志가 뚜렷하다(4) > 神志恍惚-嗜睡, 깨어난 후 사람과 말할 수 있다(3) > 神志迷夢-嗜睡, 불리도 대답이 확실하지가 않다(2) > 神昏(1) > 昏愎-神昏과 同時에 脫證을 兼한다(0)

② 言語表現

正常(4) > 一般的인 表現 命名 不能(3) > 말하고 表現이 不完全(2) > 단지 單語, 節句만 말할 수 있다(1) > 言語不能 基本不能(0)

③ 上肢 肩關節

正常(4) > 上肢를 完全하게 위로 들어올리거나 筋力이 不足하다(3) > 上肢를 어깨와 나란히 또는 약간 높이 올린다(2) > 어깨 높이까지 이르지 못한다(1) > 움직일 수 없고, 혹은 前後로 약간 흔들린다(0)

④ 上肢 指關節

正常(4) > 손가락 分別動作은 效果가 있으나 筋力이 不足하다(3) > 주먹 쥐고 손가락을 편다(2) > 손가락을 굽힐 수 있으나 쥐려고 해도 주먹이 되지 않는다(1) > 움직일 수 없다(0)

⑤ 下肢 股關節

正常(4) > 45° 以上 높이로 들 수 있다(3) > 45° 에 못 미친다(2) > 흔들어서 水平으로 移動할 수 있다(1) > 움직일 수 없다(0)

⑥ 下肢 趾關節(足踝關節)

正常(4) > 펴고 굽히는 것은 자유로우나 힘이 弱하다(3) > 펴고 굽히는 것이 不完全하다(2) > 약간 움직인다(1) > 움직이지 못한다(0)

⑦ 綜合 機能

生活은 스스로 處理할 수 있고 自由롭게 이야기 할 수 있다(4) > 獨自의 生活하고 간단한 勞動은 할 수 있으나 部分的으로 機能이 不完全하다(3) > 步行할 수 있고 部分的으로 스스로 處理할 수 있으나 사람의 補助가 必要하다(2) > 일어나 발걸음을 내디딜 수 있으나 수시로 사람의 도움이 必要하다(1) > 자

리에 놓는다(0)

2) 西洋醫學의 障礙評價

障礙者의 機能評價를 위하여 現在까지 開發된 方法들은 크게 세가지의 基本形態로 나눌 수 있는데 첫 번째는 日常生活動作 評價方法으로 Katz Index, Barthel Index, Modified Barthel Index, Kenny Self-Care Evaluation을 들 수 있고, 두 번째는 總體的인 機能評價方法으로 PULSES Profile이 代表的이며, 세 번째는 特定疾患에서 어느 特定機能만을 알아보기 위한 것으로 腦卒中患者를 對象으로 만들어진 것으로는 Motor Assessment Scale(MAS), Canadian Neurologic Scale(CNS), NIH Stroke Scale등이 있다.³⁹⁾

이중에서 Canadian Neurologic Scale과 NIH Stroke Scale은 既存의 評價方法들이 再活醫學的인 側面的 運動機能評價를 爲主로 한데 比하여 認識能力, 對話能力, 運動機能, 感覺機能, 日常生活動作 遂行能力 등 腦卒中患者의 神經學的 缺損을 包含한 全般的인 狀態를 評價하는 方法으로 최근 開發되어 그 쓰임이 增加되고 있고 그 有用성이 認定되어 진다.

(1) NIH Stroke Scale^{38,39)}

NIH Stroke Scale은 National Institutes of Health의 Bethesda가 腦卒中에 對한 새로운 治療法의 評價를 위해 처음 始作한 評價方法으로 意識狀態, 言語, 偏側無視, 視野缺損, 外眼筋運動, 筋肉運動力, 運動失調, 構音障礙, 感覺障礙 등 총 13個의 項目으로 構成되어 있으며, 言語部分은 다시 會話的인 言語驅使와 說明的인 言語驅使, 그림보고 말하기, 言語의 敏捷性, 口頭로 文章읽기 등 보스턴 言語障礙 診斷 檢査法을 部分 引用하였다.

① Level of consciousness

0	alert, keenly responsive
1	drowsy, but arouable by minor stimulation to obey, answer, or respond

2	requires repeated stimulation to attend, or lethargic or obtunded requiring strong or painful stimulation to make movements (not stereotyped)
3	responds only with reflex motor or autonomic effects, or totally unresponsive, flaccid, reflexless

② Level of consciousness question

Patient is asked the month and his or her age; only the initial answer is graded

0	answers both correctly
1	answers one correctly
2	answers both incorrectly or unable to speak

③ Extraocular movements

0	normal
1	partial gaze palsy; score is given when gaze is abnormal in one or both eyes, but where forced deviation or total gaze paresis is not present
2	forced deviation or total gaze paresis not overcome by the oculocephalic maneuver

④ Visual fields

Test for hemianopia using moving fingers on confrontation with both of patient's eyes open; double simultaneous stimulation is also performed; use visual threat where level of consciousness or comprehension limit testing, but score 1 only if clear-cut asymmetry is found; complete hemianopia (score of 2) is recorded for dense loss extending to within 5 to 10 degrees of fixation

0	no visual loss
1	partial hemianopia
2	complete hemianopia

⑤ Facial Palsy

0	normal
1	minor
2	partial
3	complete

⑥ Motor arm

Patient is examined with arms outstretched at 90 degrees if sitting, or at 45 degrees if supine; request full effort for 10s; if consciousness or comprehension are abnormal, cue the patient by actively lifting his or her arms into position as request for effort is orally given; only the weaker limb is graded

0	limb holds for 90 degrees for full 10s
1	limb holds 90-degree position but drifts before full 10s
2	limb cannot hold 90-degree position for full 10s
3	limb falls, no effort against gravity

⑦ Motor leg

While supine, patient is asked to maintain weaker leg at 30 degrees for 5s; if consciousness or comprehension are abnormal, cue the patient by actively lifting the leg into position as the request for effort is orally given

0	leg holds 30-degree position for 5s period
1	leg falls to intermediate position by the end of the 5s period
2	leg falls to bed by 5s, but there is some effort against gravity
3	leg falls to bed immediately with no effort against gravity

⑧ Limb ataxia

Finger-to-nose and heel-to-shin tests are performed; ataxia is scored only if clearly out of proportion to weakness; limb ataxia would be "absent" in the hemiplegic, not

untestable

0	absent
1	ataxia is present in one limb
2	ataxia is present in two limbs

⑨ Sensory

Test with pin; when consciousness or comprehension are abnormal, score sensory normal unless deficit is clearly recognized (eg, by clear-cut grimace asymmetry, withdrawal asymmetry); only hemisensory losses are counted as abnormal

0	normal, no sensation loss
1	mild to moderate; patient feels pinprick is less sharp or is dull on the affected side; or there is a loss of superficial pain with pinprick but patient is aware of being touched
2	severe-to-total sensation loss; the patient is not aware of being touched

⑩ Neglect

0	no neglect
1	visual, tactile, or auditory hemi-inattention
2	profound hemi-inattention to more than one modality

⑪ Dysarthria

0	normal
1	mild to moderate; patient slurs at least some words, and at worst, can be understood with some difficulty
2	patient's speech is so slurred as to be unintelligible

⑫ Language

The patient is asked to name the items on the naming sheet and is then asked to read from the reading sheet (see "Subjects and Methods" section); comprehension is judged from responses to all of the commands in the preceding general neurologic examination

0	normal
1	mild to moderate as follows; naming errors, word-finding errors, paraphasia, and/or impairment of comprehension or expression disability
2	severe; fully developed Broca's or Wernicke's aphasia (or variant)
3	mute or global aphasia

* From Biller et al, as adapted from Adams et al. Each item may also be coded as "Untestable." In addition, "Impression From Previous Examination" and "Impression From Baseline" are coded as "same", "better", or "worse".

(2) Canadian Neurologic Scale(CNS)³⁹⁾

Canadian Neurologic Scale은 單純하고도 臨床的인 總 10個의 項目으로 構成되어 있는 데 이는 다시 意識狀態가 좋은 患者의 測定方法인 Section I 과 昏睡狀態의 患者를 測定하기 위한 Section II의 두 部分으로 나누어진다.

Section I 은 意識狀態, 指南力, 言語狀態 등 精神活動을 測定하는 3個의 項目과 運動機能을 나타내는 7個의 項目으로 이루어져 있으며, 運動機能을 測定하는 7個의 項目은 다시 患者의 理解度의 缺如有無에 따라 顔面, 上肢의 近位部와 遠位部, 下肢의 運動機能을 測定하는 Section A와 顔面, 上肢部와 下肢部の 運動反射를 測定하는 Section B로 나뉜다. 그리고 昏迷 및 昏睡患者의 測定을 위한 Section II는 Glasgow Coma Scale을 使用한다.

Section I

A. Mentation

1. Level of consciousness

Alert	Normal consciousness
Drowsy	Patient when stimulated verbally remains awake and alert for a short period of time but tends to doze even when examined

Stuporous	Patient responds to loud verbal stimuli and/or strong touch ; may vocalize but does not become alert or completely wake up
Comatose	Patient responds to deep pain (i.e. sternum pressure)

* If patient alert or drowsy monitor progress with section I

* If patient stuporous or comatose monitor progress with section II

2. Orientation

Oriented	Patient is oriented to both place(i.e. city or hospital) and to time(i.e. patient must give at least correct month and year). If early in month(i.e. first 3days) previous month is acceptable. Speech can be dysarthric (mispronounced or slurred) but intelligible.
Disoriented or non applicable	If for any reason patient cannot answer the preceding questions on orientation(i.e. does not know answer, gives, wrong answer, answers only partially, cannot express himself either by lack of words or unintelligible speech or finally ignores questions).

3. Speech (Language and Pronunciation)

a) Receptive Language

Patient is asked :	* If patient obeys 3 commands continue to be expressive language.
(1) Close your eyes	* If patient obeys only 2 or less commands, score receptive defect in Speech Scale, and then proceed directly to motor function testing
(2) "Dose a stone sink in water?"	
(3) Point to the ceiling.	

b) Expressive Language

In this section pay special attention not only

to answer but also to word pronunciation (i.e. dysarthria or slurred speech).

Objects needed : pencil, key, watch

Ask patient to name each object	<p>* If patient names only two or less of the objects. patient is scored expressive defect in Speech Scale.</p> <p>* If patient names correctly 3 objects, proceed to #2 below.</p>
<p>Ask patient the following questions</p> <ul style="list-style-type: none"> • What do you do with a pencil? • What do you do with a key? • What do you do with a watch? 	<p>* If patient answers correctly 3 questions, he/she is scored normal speech.</p> <p>* If patient answers only two or less questions he/she is scored expressive defect in Speech Scale.</p>

* Speech Scale

Normal Speech	Answers all commands and questions in speech section, patient can have slurred speech (dysarthria) but still intelligible.
Expressive Defect	Patient obeys command in receptive language section but makes one or more errors in section on expressive language and/or mispronunciation of words (slurred speech), with speech totally or partially non intelligible (severe dysarthria)
Receptive Defect	Patient obeys only two or less commands in section on receptive language.

B. Motor Function

When evaluating strength and range of motion in limbs always submit both limbs

to same testing (i.e. apply same resistance at same position bilaterally).

Section A

This section to be used if patient does not have comprehension problems (i.e. normal speech or expressive defect only).

1. Face
 - a. Test : Ask patient to show teeth or gums.
 - b. Grading of deficit
 - 1) No weakness : Symmetrical grin, no asymmetry in smile.
 - 2) Weakness : Facial asymmetry. One corner of mouth lower than other, either at rest or while showing teeth.
2. Upper Limb (Proximal) :
 - a. Patient should be tested in sitting position if possible.
Test : Abduction arms (to 90°).
 - b. If patient lying in bed.
Test : Elevate arms to approximately 45° to 90°
Strength in both arms tested simultaneously. Resistance applied at midpoint between shoulder and elbow at all times.
3. Upper Limb (Distal) :
 - a. Patient tested in sitting or lying position arms elevated.
Test : Patient asked to make fists and to extend wrists.
 - b. Compare range of movement in both wrists simultaneously.
If full range of extension in both wrists proceed to test strength by applying resistance separately to both fists while stabilizing patient's arm firmly.
4. Lower Limb :
 - a. Patient lying in bed for testing

should always be scored according to worst deficit either 1) or 2).

Test : 1) Hip flexion. Ask patient to flex thighs toward trunk with knees flexed at 90°. Movement in both thighs tested separately.

2) Dorsiflexion foot. Ask patient to point toes and foot upwards.

Compare both feet simultaneously (i.e. complete or partial movement).

In both 1) and 2) apply resistance alternately to each thigh and foot after the full movement has been completed to test strength.

b. Gradation of Motor Deficit

1) No weakness : No detectable weakness.

2) Mild weakness : Normal range of motion against gravity, but succumbs to resistance by observer either partially or totally.

3) Significant weakness : cannot completely overcome gravity in range of motion (i.e. partial movement).

4) Total weakness : Absence of motion in movement tested of only contraction of muscles without actual movement of limb.

Section B

This section to be used for patients with comprehension problems (i.e. receptive defect in Speech Scale).

Motor function in this section can be monitored in one of two ways :

1. The ability of the patient to maintain a fixed posture in upper or lower limbs for a few seconds (3-5 seconds). The observer will alternately place the limbs in the desired position.

a. Upper limbs : Place arms outstretched at 90° in front of patient.

b. Lower limbs : Flexion of thighs with knees flexed at 90°

c. Facial Power : Have patient mimic your own grin.

If patient does not cooperate then one proceeds to :

2. Comparison of motor response to a noxious stimuli (i.e. pressure on nailbed of fingers of toes alternately with a pencil). Facial response (grimacing) to pain is tested by applying pressure on sternum.

a. Face (grimacing) :

1) Symmetrical

2) Asymmetrical (note side)

b. Upper Limbs :

Equal motor response : Patient can maintain the fixed posture equally in both upper limbs for a few seconds or withdraws equally on both sides to pain.

Unequal motor response : Patient cannot maintain equally on both sides the fixed posture, weakness is noted on one side or there is an unequal withdrawal to pain.

Note side where withdrawal not as brisk.

c. Lower Limbs :

Equal motor response : Patient can maintain the fixed posture equally in both lower limbs for a few seconds or withdraws equally on both sides to pain.

Unequal motor response : Patient cannot maintain equally on both sides the fixed posture, weakness is noted on one side or there is an

unequal withdrawal to pain.

Note side where withdrawal not as brisk.

Section II

Glasgow coma scale(GCS)^{36,39)}

觀察反應	點數	反 應
eye opening (E)	4	自發적으로 눈을 뜬다 (open eyes spontaneously)
	3	불러서 눈을 뜬다 (open eyes to voice)
	2	痛症刺戟에 의해서 눈을 뜬다 (open eyes to pain)
	1	전혀 눈을 뜨지 않는다 (no eye opening)
best verbal response (V)	5	指南力 있음 (appropriate and oriented)
	4	混沌된 會話 (confused conversation)
	3	昏亂된 말 (inappropriate words)
	2	理解 不明의 音聲 (incomprehensible sounds)
	1	전혀 없음 (no sounds)
best motor response (M)	6	命수에 따른다 (obeys commands)
	5	疼痛에 局在性 反應이 있다 (localizes to pain)
	4	刺戟에 움츠린다 (withdraws to pain)
	3	異常 屈折反應 (abnormal flexor response)
	2	異常 伸展反應 (abnormal extensor response)
	1	전혀 없음 (no movement)

Jennett등(1974年)은 eye opening, sound & speech 및 運動機能의 세가지 評價項目에 對한 患者의 反應에 따라 4~6段階로 나누고, 그 評價點 合計에 의해 意識水準(consciousness level), 意識障病의 중증도를 評價하는 方式으로서 "Glasgow coma scale"을 처음으로 紹介하였다. 위의 表와같이 各各의 反應數值를 내고 이를 合算하여 中증도의 評價尺度로 한다. GCS로 7點以下는 昏睡에 屬하고 9點以上이면

昏睡의 範疇에서 除外된다.

(3) 國內法の 精神 및 神經系 障害 等級表³⁶⁾

神經系 및 精神 障害等級表에 勞動能力 喪失率과 主要 鑑別點을 添加하여 表示하면 위의 表와 같다. 이 勞動能力 喪失率은 1급, 2급, 3급은 100%로 하고 5급以下는 障害報償 給與額의 給與日數를 10으로 나눈 숫자로 表示한 것이다.

中樞神經系(腦)의 障害로 인한 等級은 1, 2, 3, 5, 7, 9, 12, 14급의 8個 等級을 適用할 수 있고 1급, 2급, 3급의 區別點으로 恒常介護(1급 3호)는 介護 없이는 自力으로 日常生活을 할 수 없거나 高度의 痴呆·情意의 荒廢등은 精神症狀로 항상 監視가 必要한 경우, 數時介護(2급5호)는 生命維持에 必要한 日常生活의 處理動作에 數時로 介護를 必要로 하거나 痴呆·情意의 障害, 幻覺妄想, 發作性 意識障害의 多發 등으로 數時로 他人의 監視가 必要한 者, 그리고 3급3호는 介護가 必要한 정도는 아니지만 大腦小症狀, 人格變化 또는 記憶障害 등이 남아 一生동안 勞務에 從事할 수 없는 者로 解析하고 있다. 또한, 5급8호는 一般 平均 勞動能力의 1/4以下의 能力만 남은 경우, 7급4호는 1/2만 남은 경우, 그리고 9급15호는 一般的 勞動能力은 있지만 社會通념상 就業可能한 職種이 상당히 制限된 경우에 適用하도록 規定하고 있다.

9급15호는 다시 身體의 能力은 正常이나 腦 損傷에 의한 精神的 缺損症狀이 認定되는者, 癲癇發作과 眩氣症이 나타날 可能性이 醫學的·他覺的 所見으로 認定되는 者, 그리고 輕度의 四肢單麻痺가 認定되는 者로 數衍 說明하고 있다. 12급12호는 勞動能力은 있으나 神經系統의 機能 또는 精神機能의 感覺障害, 椎體路 症狀과 椎體外路 症狀을 수반하지 않는 程度의 麻痺, 氣腦攝影으로 證明되는 程度의 腦萎縮 및 腦波異常 등이 醫學적으로 認定되거나 輕微한 自覺症狀인 경우에도 이러한 異

等級	勞動能力 喪失率(%)	障 害	鑑 別 點(障害判定要領)
1급 (3)	100	精神 및 神經系統의 顯著한 障害가 남아 항상 介護를 要하는者	生命維持에 必要한 日常生活의 動作에 항상 他人의 介護를 要함
2급 (5)*	100	精神 및 神經系統의 機能에 顯著한 障害가 남아 數時 介護를 要하는者	生命維持에 必要한 日常生活의 動作에 數時 他人의 介護를 要함
3급 (3)	100	精神 및 神經系統의 機能에 顯著한 障害가 남아 終身동안 勞務에 從事하지 못하는者	生命維持에 必要한 日常生活의 動作은 可能하나 終身동안 勞務에 從事할 수 없음
5급 (8)*	79	精神 및 神經系統의 機能에 顯著한 障害가 남아 특히, 輕易한 勞務이외에는 從事못하는者	勞動能力이 一般平均의 1/4程度로 低下됨 (障害가 正常의 1/2以上 3/4以下)
7급 (4)	56	精神 및 神經系統의 機能에 障害가 남아 輕易한 勞務以外에는 從事하지 못하는者	勞動能力이 一般平均의 1/2程度로 低下됨 (障害가 正常의 1/4以上 1/2以下)
9급 (15)	35	精神 및 神經系統의 機能에 障害가 남아 從事할 수 있는 勞務가 상당한 程度로 制限된者	勞動能力的 低下로 就業可能한 職種範圍가 상당히 制限됨
12급 (12)	14	局部에 頑固한 神經症狀이 남은者	勞動에는 보통 支障이 없으나 醫學적으로 證明할 수 있는 神經系統의 機能障害가 있음
14급 (9)	5	局部에 神經症狀이 남은者	勞動에는 보통 支障이 없으나 醫學적으로 發生可能한 神經系統의 機能障害가 있음

常所見이 醫學적으로 認定되는 경우에 適用하고, 14급 9호는 勞動能力은 있으나 神經系統의 機能 또는 精神機能의 障害에 대한 醫學的 所見이 認定되는 경우 또는 頭痛, 眩氣症, 疲勞感 등의 自覺症狀이 醫學적으로 認定되는 경우에 適用하도록 規定하고 있다.

(4) 美國醫學協會基準案³⁶⁾

A.M.A. 障害判定 指針은 1956年 美國醫學協會 主管下에서 마련된 것으로 1984년에 改訂

된 內容으로는 身體障害를 神經別로 評價하고 다시 이들이 分布되어 있는 器官의 機能面으로도 評價하고 있어 障害判定을 하는데 便利하다.

機能障碍는 다시 神經缺損(neurologic deficit)과 精神行動障碍(psychobehavioural abnormality) 또는 運動機能과 非運動機能으로 나누어 생각할 수 있다.

① 中樞神經系 運動機能 障礙率表

項目	障礙內容과 程度	身體障害率(全身)%		
起立과 步行	일어설 수 있으나 걷기 불편함	5~20		
	일어설 수 있으나 平地만 걸을 수 있음	25~35		
	일어설 수 있지만 걸지 못함	40~60		
	일어설 수도 없음	65		
팔쓰기	손가락의 微細한 動作이 어려움	5~10	0~5	5~15
	손가락의 微細한 動作을 할 수 없음	15~25	10~15	20~40
	自身을 돌보기 어려움	30~35	20~25	45~80
	自身을 돌보지 못함	40~60	30~40	85
A : 잘 쓰는 손(팔)* B : 잘 안쓰는 손(팔) C : 양손(팔)		A	B	C
숨쉬기	많은 힘이 필요할 때만 不便함	5~20		
	돌아다니기 어려움	25~35		
	돌아다닐 수 없음	79~90		
	自發呼吸이 없음	95		
오줌싸기	혼자서 가릴 수 있으나 不便이 있음	5~10		
	마음대로 調節할 수 없으나 反射的 排尿가 좋음	15~20		
	마음대로 調節할 수 없고 反射的 排尿가 나쁨	25~35		
	마음대로 調節할 수 없고 排尿도 안됨	40~60		
大便보기	혼자서 가리기 어려움	0~5		
	마음대로 할 수 없으나 反射的 調節 가능함	10~15		
	마음대로 할 수 없고 反射的 調節도 안됨	20~25		
性機能	조금 不便함	8~15	5~10	3~5
	反射的 機能은 있으나 느낌은 없음	15~23	10~15	5~8
	機能이 전혀 없음	30	20	10
A : 40歲미만 B : 40~65歲 C : 66歲이상		A	B	C

* 잘 쓰는 손(팔)이란 오른손잡이에서 오른손(팔), 왼손잡이에서는 왼손(팔)을 뜻함

② 中樞神經系 非運動機能 障礙率表

項 目	障礙內容과 程度	身體障害率(全身)%
意思疏通 障 碍	가벼운 不便	0~15
	알아듣기는 하나 適切한 또는 充分한 말을 못함	20~45
	알아듣지 못하거나 適切한 또는 知的인 말을 못함	50~90
	알아듣지 못하거나 말을 하지 못함	95
複雜한大腦 機能 障碍	日常生活을 할 수 있음	5~15
	가끔 監督이 필요함	20~45
	監禁을 요함	50~90
	自身을 돌볼 수 없음	95
情緒障碍	非正常的인 스트레스가 있을 때가 있음	6~15
	日常的 스트레스에도 輕度-中等度의 障碍있음	20~45
	日常的 스트레스에도 中等度-重症의 障碍있음	50~90
	심한 障碍/自身이나 他人을 위협할 정도	95
意識障碍	가벼운 變化	5~35
	中等度 變化	40~70
	昏迷	75~95
	昏睡	95
間歇的 神經學的 異 常	日常生活의 가벼운 妨害	5~15
	日常生活의 中等도 妨害	20~45
	항상 監督해야 하거나 監禁이 必要함	50~90
	日常生活을 전혀 할 수 없음	95
睡眠障碍	日常生活의 가벼운 妨害	5~15
	日常生活을 위해 監督이 必要함	20~45
	다른 사람의 도움이 必要함	50~90
	日常生活을 전혀 할 수 없음	95

損傷을 診斷하고 治療하여 原狀으로 回復시키는 것이 함이 醫師의 固有業務이나, 法的인 問題와 關聯하여 損傷의 程度나 原狀回復이 不可한 損傷의 程度나 障礙程度를 判斷함도 醫師가 해야 할 주요한 業務이므로 中風障礙

診斷에 있어서 社會參與의 일환으로 神經學的 缺損에 대한 法的인 障礙評價基準 및 西洋醫學의 障礙評價를 準用하여 臨床에서 應用되어야 할 것으로 思料된다.

< 中風診斷基準 要約表 >

診斷基準	基準 內 容
病名	<p>統一病名은 中風 또는 腦卒中이다.</p> <p>(1) 主要症狀 : 半身不遂, 口眼歪斜, 神志昏蒙, 舌強言蹇 或不語, 偏身麻木.</p> <p>(2) 急性으로 發病한다.</p> <p>(3) 發病 前에 보통 誘因이나 前兆症狀이 있다.</p> <p>(4) 40代以上에 好發한다.</p>
病態	<p>神識昏蒙의 有無에 따라 中經絡과 中臟腑를 區別한다.</p> <p>(1) 中絡 : 偏身或一側手足麻木, 或兼有一側肢體無力, 或兼有口舌歪斜者.</p> <p>(2) 中經 : 半身不遂, 口舌歪斜, 舌強言蹇或不語, 偏身麻木이 主證이고, 神識昏蒙의 증상은 없는 者.</p> <p>(3) 中腑 : 半身不遂, 口舌歪斜, 舌強言蹇或不語, 偏身麻木하고, 神識恍惚或迷蒙이主症인 者.</p> <p>(4) 中臟 : 필히 精神이 昏迷하고, 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語者</p>
辨證	<p>(1) 中經絡</p> <p>① 肝陽暴亢, 風火上擾證: 偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 眩暈頭痛 面紅耳赤 口苦咽乾 心煩易怒 尿赤便乾 舌質紅或紅絳 舌苔薄黃 脈弦有力.</p> <p>② 風痰瘀血 痺阻脈絡證: 偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 頭暈目眩 痰多 舌質暗淡 苔薄白或白膩 脈弦滑</p> <p>③ 痰熱腑實 風痰上擾證: 偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 頭暈目眩 咯痰或痰多 腹脹便乾而秘 舌質暗紅 苔黃或黃膩 脈弦滑</p> <p>④ 氣虛血瘀證: 偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 面色恍白 氣短乏力 口流涎 自汗出 心悸便溏 手足腫脹 舌質暗淡 舌苔薄白或白膩 脈沈細無力.</p> <p>⑤ 陰虛風動證: 偏身麻木 半身不遂 口舌歪斜 舌強言蹇或不語 煩躁失眠 眩暈耳鳴 手足心熱 舌質紅絳或暗紅 少苔或無苔 脈細數</p>

	<p>(2) 中臟腑</p> <p>① 風火上擾清竅證: 平素多有眩暈麻木之症. 情志相激 病勢突變 神識恍惚迷夢 半身不遂 肢體痙攣拘急 便乾便秘 舌質紅絳舌苔黃膩而乾 脈弦滑大數.</p> <p>② 痰濕蒙塞心神證: 素體多是陽虛濕痰內盛. 病發神昏 半身不遂而肢體松懈弛軟不溫 甚則四肢逆冷 面白脣暗 痰涎壅盛 舌質暗淡 舌苔白膩 脈沈滑或沈緩.</p> <p>③ 痰熱內閉心竅證: 發病驟急 神昏 躁擾不寧 鼻鼾痰鳴 半身不遂而肢體強痙拘急 項強身熱 昏憤 深則手足逆冷 頻繁抽搐 偶見嘔血 舌質紅絳 舌苔褐黃乾膩 脈弦滑數.</p> <p>④ 元氣敗脫心神錯亂證: 突然神昏 不省人事 肢體癱軟 手散肢冷汗多. 重則周身濕冷 二便自遺 舌質紫暗 舌苔白膩 脈沈緩或 沈微.</p>
病期	<p>(1) 卒中期: 發病 後 2周 以內. 中臟腑는 1個月 정도 까지.</p> <p>(2) 恢復期: 發病 後 2周 혹은 1個月부터 6個月 以內.</p> <p>(3) 後遺症期: 發病 後 6個月 以上.</p>
障礙 評價	<p>神經學的 缺損에 대한 法的인 障礙評價基準 및 西洋醫學의 障礙評價를 準用하여 기존 評價法의 變形과 獨自인 評價方法의 開發이 必要하다.</p>

Ⅲ. 結 論

本 論文은 韓醫學의 中風診斷基準 中에 混在되어 있거나 不明確한 部分을 文獻을 通하여 考察한 結果 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 中風診斷은 病名, 病態, 辨證, 病期, 障礙評價 等の 5가지 基準에서 考慮되어야 한다.

2. 中風病名診斷은 多樣하게 表現된 中風關聯病名中 中風으로 統一하는 것이 妥當하다고 思料된다.

3. 中風病態分類는 意識昏迷의 有無에 따라 中經絡과 中臟腑로 區別한다.

4. 中風辨證分類는 病態分類를 前提로 하여 中經絡은 肝陽暴亢 風火上擾證, 風痰瘀血 痺阻脈絡證, 痰熱腑實 風痰上擾證, 氣虛血瘀證, 陰虛風動證으로 分類하며, 中臟腑는 風火上擾清竅證, 痰濕蒙塞心神證, 痰熱內閉心竅證, 元氣敗

脫心神錯亂證으로 分類한다.

5. 中風病期分類는 卒中期, 恢復期, 後遺症期로 나눈다.

6. 中風障礙診斷은 神經學的 缺損에 대한 法的인 障礙評價基準 및 西洋醫學의 障礙評價를 準用하여 기존 評價法의 變形과 獨自인 評價方法의 開發이 必要하다.

中風診斷은 豊富한 臨床經驗에 比하여 診斷標準이 제대로 定立되지 못한 實情으로, 患者의 모든 病狀을 可能한 多方面에서 診斷基準에 따라 綜合的인 判定을 내리는 것이 必要하다. 이에 中風診斷은 歷代文獻을 考察한 結果 病名, 病態, 辨證, 病期, 障礙評價 等 최소한 5가지 方面에서 分析과 分類를 通하여 臨床에서도 應用되어져야 한다고 思料된다.

參 考 文 獻

1. 金潞經 外: 臨床診斷學, 서울, 서울大學校出版部, p.1, 1990.
2. Yoshitoshi yawara: 內科診斷學, 서울, 第一醫學社, pp.16~19, 1992.
3. 申永基: 臨床診斷學, 서울, 癸丑文化社, p.63, 1987.
4. 李鳳教 外: 漢方診斷學[I] 四診, 서울, 成輔社, p.21, 1992.
5. 文濬典 外: 東醫病理學, 서울, 高文社, pp.23~26, p.245, p.247, 1990.
6. 韓國韓醫學研究所編: 韓醫診斷名과 診斷要件의 標準化研究(I), 서울, 韓國韓醫學研究所 基礎理論研究室, pp.3~4, p.14, pp.26~27, 1995.
7. 李京燮 外: 東醫心系內科學(下), 서울, 書苑堂, pp.90~93, 1995.
8. 方藥中 外: 實用中醫內科學, 서울, 醫聖堂, p.414, p.417, 1993.
9. 東西醫學融合研究會編: 臨床東西醫學, 서울, 永林社, pp.32~33, 1997.
10. 鄭東柱 外: 國譯 醫學基礎理論問答, 서울, 大星文化社, p.302, p.424, p.427, 1994.
11. 崔桓壽 外: 中醫診斷學의 史的 考察(1), 大田大學校 韓醫學研究所 論文集5(1):47, 1996.
12. 朱文鋒: 內科疾病中醫診療體系, 湖南, 湖南科學技術出版社, pp.5~7, pp.12~14, 1994.
13. 金世吉: 風의 病理的 意味糾明과 中風의 原因 및 治療에 대한 東西醫學的 比較, 大韓韓醫學會誌 16(1):99, 1995.
14. 楊維傑: 黃帝內經素問譯解, 台北, 台聯國風出版社, p.24, p.209, p.243, p.323, p.371, p.462, 1984.
15. 楊維傑: 黃帝內經靈樞譯解, 台北, 台聯國風出版社, p.225, 1984.
16. 張伯輿: 中醫內科學, 서울, 醫聖堂, p.451, p.465, 1993.
17. 王新志 外: 中華實用中風病大全, 北京, 人民衛生出版社, pp.1~2, pp.313~315, pp.1037~1038, 1996.
18. 蘇寶剛: 金匱要略講義, 北京, 北京學苑出版社, p.53, 1995.
19. 임준규 外: 韓方臨床總論, 서울, 圖書出版정담, pp.101~102, p.100, pp.118, 1993.
20. 張介賓: 景岳全書(上), 上海, 上海科學技術出版社, p.1, 1992.
21. 정승현 外: 中風前兆證에 對한 考察, 韓方成人病學會誌 2(1):84, 1996.
22. 崔鐘百: 臟腑內科學, 慶北, 慶山大學校出版部, pp.607~608, 1995.
23. 王松齡: 腦卒中의 豫防과 治療, 大邱, 高麗書籍株式會社, pp.004~007, 1996.
24. 郭隆璘: 圖解 腦神經外科學, 서울, 第一醫學社, pp.18~19, pp.343~344, 1992.
25. 이광우 外: 臨床神經學, 서울, 高麗醫學, pp.19~22, p.394, 1997.
26. 上銘外喜夫: CT, MRI時代의 腦卒中學(上卷), 大阪, 日本臨床社, pp.7~12, 1995.
27. 徐舜圭: 成人病·老人病學, 서울, 高麗醫學, pp.193~197, 1992.
28. 中國高等中醫學 教材編纂審議委員會編: 中醫內科學, 서울, 保健新聞社, pp.536~540, 1995.
29. 金永錫: 中風의 病因·辨證 및 治療, 韓方成人病學會誌 1(1):113, 1995.
30. 楊思澍 外: 中醫臨床大全, 北京, 北京科學技術出版社, pp.195~196, 1991.
31. 江蘇新醫學院編: 中醫內科學, 江蘇, 江蘇科學技術出版社, pp.262~263, 1990.
32. 申天浩: 病症診治, 서울, 成輔社, pp.77~78, 1995.
33. 金定濟: 東醫臨床要覽, 서울, 書苑堂, pp.128~129, 1977.
34. 中國中醫研究院 廣安門醫院編: 中醫診療常規, 北京, 中醫古籍出版社, pp.12~13, 1989.
35. 李安民: 中西參照內科病證治療學, 天津, 天津科技翻譯出版公司, p.338, 1995.

36. 大韓神經外科學會編: 神經外科學, 서울, 중앙문화진수출판사, p.31, pp.281~282, pp.302~305, p.521, pp.532~537, 1989.,
37. 서울大學校醫科大學編: 再活醫學, 서울, 삼화出版社, pp.9~10, p.15, 1995.
38. 朴珠瑛 外: Modified Barthel Index, NIH Stroke Scales, PULSES Profile을 利用한 腦卒中患者의 評價, 韓方再活醫學會誌 7(1):483~485, 1997.
39. 高成奎 外: 腦卒中 患者의 機能評價方法에 對한 研究, 大韓韓醫學會誌 17(1):65~78, 1996.

ABSTRACT

A Study on the Standardization
In Diagnostic Criteria on *Jung-Pung* (中風)

Hyun-ki Shim, O.M.D. Se-ki Park, O.M.D. Dong-woo Kim, O.M.D., Ph.D.

Chan-yong Jun O.M.D., Ph.D. Yang-hee Han O.M.D., Ph.D.

Jong-Hyeong Park, O.M.D., Ph.D.

(Department of Internal Medicine, Collage of Oriental Medicine,
Kyung won University)

The purpose of study is for the defining the diagnostic criteria of *Jung-Pung* (中風) which are confused or unclear partially in Oriental Medicine.

The results were obtained as follows ;

1. The Diagnosis of *Jung-Pung* (中風) can be accomplished by the name of disease, symptomatic classification, *Byun-Jeung* (辨證), stage, assessment of neurological deficit.
2. The various expressive way on the names of *Jung-Pung* (中風) can be unified as *Jung-Pung* (中風).
3. The symptomatic classification of *Jung-Pung* (中風) can be *Jung-Kyung-Rak* (中經絡) and *Jung-Jang-Bu* (中臟腑) by unconsciousness.
4. The subclassification of *Jung-Kyung-Rak*(中經絡) is *Kanyangpokchang Pungghwa sangyo* (肝陽暴亢 風火上擾證), *PungDamErHyul BiJoMaecRak* (風痰瘀血 痺阻脈絡證), *DamYeolBusil PoongDamSangYo* (痰熱腑實 風痰上擾證), *KiHerhyulEr* (氣虛血瘀證), *YeumHer PungDong* (陰虛風動證) and *Jung-Jang-Bu* (中臟腑) is *PungHwa SangYo CheongGeu* (風火上擾清竅證), *DamSeupMongSac ShimSin* (痰濕蒙塞心神證), *DamYeolNaeFe ShimGeu* (痰熱內閉心竅證), *WonKiFaeTal ShimSinChakRan*(元氣敗脫心神錯亂證)
5. The classification of stages can be divided as stroke stage, convalescent stage, complicated deficit stage.
6. In Oriental Medicine there were few assessment methods of neurological deficit. Therefore we need to develop new assessment system or modification of Western Medicine.

The Standardization in the diagnosis of *Jung-Pung* (中風) has not been well established, even though we had have many clinical experiences. So it is necessary to make a accurate diagnosis that can be done by multiple diagnostic assessment.

Therefore the accurate diagnosis of *Jung-Pung* (中風) can be done by 5 factors, they are the name of diagnosis, symptomatic classification, *Byun-Jeung* (辨證), stage, the assessment of neurological deficit. And it can be applied in the planning of treatment.