

## 출혈성 뇌경색 환자 2례에 대한 임상적 고찰

김행진, 정수미, 김성진, 김방울, 전상윤, 홍 석  
동신대학교부속 순천한방병원 심계내과학교실

### A clinical Report on two cases of Hemorrhagic infarction patients

Haeng-Jin Kim, Soo-MI Jung, Sung-Jin Kim, Bang-ul Kim, Sang-Yun Jun, Seok-Hong

Department of Internal Medicine, Suncheon Oriental Hospital of Dongshin University

This study was designed to analyze the effectiveness of the diagnosis and treatments of hemorrhagic infarction patients in oriental medicine.

In this study the clinical symptoms of two hemorrhagic infarction patients improved after diagnosis and treatment of oriental medicine.

Though improvement was seen after diagnosis and treatment of both hemorrhagic infarction patients, the early stage of hemorrhagic infarction required western fluid therapy treatments. Study of more cases will be needed in order to verify efficacy for these oriental treatments to be generally applied.

**Key Words:** Hemorrhagic infarction, diagnosis and treatment of oriental medicine.

### 1. 緒 論

중풍은 뇌순환부전, 혈전, 색전에 의한 혈관폐색, 혈관파열 등의 뇌혈관 이상으로 인해 급격한 의식저하 및 운동·감각·언어장애 등의 증상이 나타나는 질환으로, 크게 뇌경색과 뇌출혈로 구분할 수 있다<sup>1,3</sup>.

출혈성 뇌경색은 허혈성 뇌경색이 생긴 후 그 경색부위 내에서 출혈이 나타나는 것으로<sup>4</sup>, 혈전성보다 색전성 뇌경색에서 자주 발생하는 것으로 알려져 있으며<sup>5</sup>, 최근 다시 출혈성 뇌경색이 관심을 받고 있는데, 그 이유는 중풍의 원인과 관계하여 여러 가지 새로운 항혈전 치료방법의 선택과 이에 따른 안전성, 그리고 예후에 미치는 영향 등의 새로운 관심사가 되고 있고, 우리나라 중풍의 유형이 점차 서

구화하는 경향을 보이고 있어 중풍의 진단과 치료에 있어서 중요한 요인으로 작용할 것으로 예상되고 있기 때문이다<sup>6</sup>.

이런 출혈성 뇌경색은 한의학적으로 中風의 범주에 속하며, 中風은 突然昏到, 人事不省, 半身不遂, 言語障礙, 口眼喎斜 등의 증상이 나타나는 질환이다<sup>7</sup>. 原因 및 病理에 대해서는 시대의 흐름에 따라 각기 변했지만, 《內經》<sup>8</sup> 이후 宋代까지의 張<sup>9</sup>, 巢<sup>10</sup>, 孫<sup>11</sup> 등은 주로 外感風邪와 虛로 이해했으며, 金元時代의 劉<sup>12</sup>, 李<sup>13</sup>, 朱<sup>14</sup> 등은 火, 氣虛, 濕痰을 發病原因으로 보았다. 그리고 임상에서는 보통 意識障礙有無를 기준으로 中經絡과 中臟腑로 구별한다.<sup>7,15</sup>

양방에서는 출혈성 뇌경색 환자에 대한 최<sup>16</sup>, 정<sup>17</sup> 등의 논문이 있었으나, 한방에서는 이런 환자를 자주 접하기가 어려울 뿐만 아니라 출혈성 뇌경색을 다룬 논문이 없었다. 이에 저자는 출혈성 뇌경색 환자 2례를 한방치료를 통해 유효한 효과를 거두었

· 접수 : 2004. 8. 24 · 채택 : 2004. 9. 8  
· 교신저자 : 김행진, 전남 순천시 조례동 1722-9번지  
동신대학교부속 순천한방병원  
(Tel. 061-729-7280 Fax. 061-725-1717  
E-mail : tohj75@hanmail.net)

므로 이에 보고하는 바이다.

## II. 證 例

### 증례 1

1. 성 명: 김 ○ ○ (여/72)
2. 진 단: Hemorrhagic infarction
3. 주소증
  - ① Rt. side weakness (II,II)
  - ② Aphasia
  - ③ Dysphagia
  - ④ Mental state(M/S): drowsy
4. 발병일: 2002년 9월 28일 오전 7시경
5. 가족력: 없음
6. 과거력: 2001년, 당뇨 인지하였으나 별다른 치료를 받지 않음.
7. 현병력: 상기 환자는 현72세의 피부가 검고 마른 체형의 여자 환자로 평소 흡연(1.5갑/ 일), 음주(소주 2-3잔/일, 1-2회/주), 別無嗜好食 해 오심. 평소 별다른 질환 없이 살아오시던 중 2002년 9월 28일 오전 7시경 상기 주소증 발하여 당일 오전 11시에 순천의료원에서 Brain C.T상 별다른 진단 및 치료를 받지 못하여 보다 적극적인 한방 치료 받기 위해 당일 동신대학교부속 순천한방병원에 입원하심.
8. 방사선과 검사소견
  - 1) Brain C.T: Cerebral infarction at left(Lt.) basal ganglia, Lt. periventricular deep white matter with hemorrhagic transformation and right(Rt.) frontal periventricular white matters (Fig. 1)
  - 2) Chest X-ray: Hypertensive heart configuration
9. 기타 검사소견
  - 1) 입원당시 Vital sign: 160/100-36.2-72-20, 혈당 107mg/dl
  - 2) 심전도 검사: Inferior infarction, Intraventricular block, Rt. atrial enlargement
  - 3) 신경학적 검사  
M/S: drowsy

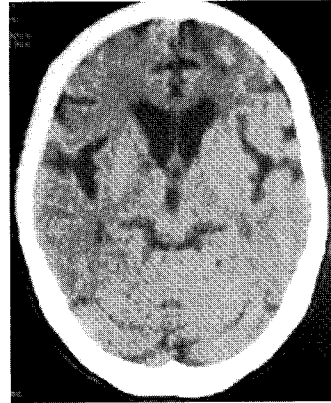


Fig. 1. Brain C.T

Pupil reflex(P/R): (◎/◎) Within normal limit (W.N.L), Lt. deviation  
 Neck stiffness(N/S): (-)  
 Deep tendon reflex(DTR): +/-  
 +/-

Babinski sign(B/S): (+/-)

### 4) 임상병리 검사(Table 1.)

### 10. 치료방법 및 경과

- 1) 9월 28일-10월 4일: Rt. side weakness, Aphasia, Dysphagia, 정신상태는 drowsy, 自汗, 脈弦, 舌質淡白膩苔 등의 증상을 참고한 결과 痰濕蒙塞心神證으로 인한 中臟으로 辨證하여 祛痰濕清神하기 위해 導痰湯<sup>1)</sup>에 白朮, 全蝎, 白附子, 遠志, 石菖蒲, 沙蔘 등을 加味하였고 鍼은 百會, 合谷, 太衝, 三里, 曲池, 人中, 印堂, 廉泉, 豐隆, 中脘 등을 刺鍼하였다. 그리고 兩肩井, 大椎에 濕附缸과 fluid 치료도 함께 시행하였다. 그 결과 Rt. side weakness는 (II,II)에서 (I/II, I/II)로 진행되었고, aphasia와 dysphagia는 如前하여 L-tube를, urine sense도 없어 Foley catheter를 삽입한 상태였다. 정신상태는 drowsy 하였으나 부르면 가끔 깨어날 정도로 약간 호전되었고, 自汗 증상은 없어졌다.

1) 半夏 8g, 南星炮 橘皮 枳殼 赤茯苓 甘草 各4g, 生薑 5片

Table 1.

검사명	9/30	10/1	10/4	10/11	10/18	10/25	11/1	11/8	11/14	12/2	참고치
RBC	4.23	3.8 L	4.36	4.71	-	-	4.06	-	4.47	4.47	4.0-5.0
WBC	10.0	7.7	17.5 H	11.4 H	-	-	9.0	-	6.8	5.6	4.0-10.0
Hct	44.8	39.8	49.6 H	52.2 H	-	-	42.3	-	48.8 H	46.9	36-47
MCV	105.9	104.7	113.8 H	110.8 H	-	-	104.2	-	109.2	104.9	82-110
ESR	-	45 H	36 H	-	-	-	-	-	-	-	-
CRP	-	pos	pos	-	-	-	-	-	-	-	-
ALP	121 H	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Na	136 L	136 L	136 L	133 L	-	-	139	-	145	144	137-145
K	2.8 L	2.6 L	2.9 L	4.4	-	-	3.6	-	3.9	3.3 L	3.6-5.0
Cl	99	98	101	99	-	-	105	-	104	103	98-107
PH	6.0	-	8.0 H	7.0 H	7.0 H	6.5	8.0 H	7.0 H	-	7.0 H	-
LEU	neg	-	500	100	500	500	25	500	-	500	-
NIT	neg	-	pos	neg	neg	pos	neg	pos	-	pos	-
UA	ERY	neg	-	250	25	250	250	50	150	-	150
WBC	1-2	-	many	4-6	30-40	many	1-2	20-30	-	30-40	-
RBC	0-2	-	10-15	2-3	20-30	10-15	2-4	4-6	-	6-8	-
Candida	-	-	-	-	-	-	-	++	-	-	-

2) 10월 5일-11월 7일: 脈弦, 舌淡紅舌苔微黃, 口渴, 간헐적인 微熱 등의 증상이 나타나 安神清腦湯<sup>2)</sup>에 桔梗, 枳殼, 金銀花, 連翹, 澤瀉, 遠志 등을 加味하였고 鍼은 百會, 合谷, 太衝, 三里, 曲池, 人中, 印堂, 廉泉, 太溪, 三陰交, 陰谷 등을 刺鍼하였다. 그리고 兩肩井, 大椎에 濕附鍼과 背部에 乾附鍼을, 中脘에 溫灸를 적절히 시술하였으며 TENS, H/P, EST와 재활운동치료를 아울러 시행하였다. 그 결과 Rt. side weakness는 (I/II, I/II)에서 (I/II, II)로, aphasia는 dysphasia II/III, 정신상태는 drowsy에서 dull to drowsy로, dysphagia는 약간 경감되었다. 그리고 간헐적인 微熱은 소실되었다. 그러나 여전히 L-tube와 Foley catheter를 유지하였고 全身이 無力한 상태였다. 그리고 환자가 dyspnea와 頭痛을 호소하였고, 臀部에 褥瘡가 발생하였다.

3) 11월 8일-12월 9일: 咽乾口渴, 盜汗, 大便乾燥, 舌紅少苔, 脈細數, 顴紅, 乾咳와 dyspnea, 간헐적인 apnea 등의 증상이 나타나 六味地黃湯<sup>3)</sup>에 五味子, 蘇子, 車前子, 遠志, 石菖蒲, 桔梗, 枳殼 등을 加味하였고 鍼은 百會, 合谷, 太衝, 三里, 曲池, 人中, 印堂, 廉泉, 太溪, 然谷, 三陰交 등을 刺鍼하였다. 그리고 兩肩井, 背部에 乾附鍼을, 中脘, 氣海에 溫灸를 적절히 시술하였으며 여전히 TENS, Hot pack(H/P), EST와 재활운동치료를 아울러 시행하였다. 그 결과 Rt. side weakness는 (I/II, II)에서 (II, III-III/IV)로, dysphasia는 II/III에서 III-III/IV로, Dysphagia도 경감되어 죽을 입으로 드시는 정도로, 정신상태는 간단한 질문에 대답하는 정도까지 호전되어 L-tube, Foley catheter를 제거하였다. 그리고 dyspnea와 간헐적인 apnea, 頭痛, 褥瘡도 소실되었다.

2) 香附子 熟地黃 各10g, 白芍藥 何首烏 龜板 酸棗仁炒 各7g, 山查肉 陳皮 白茯苓 各5g, 當歸 丹參 元肉 石菖蒲 半夏製 白僵蠶 白炭藜 麥門冬 各3g, 蘇葉, 木香, 砂仁, 梔子, 日黃蓮, 甘草 各2g

3) 熟地黃 16g, 山藥 山茱萸 各8g, 白茯苓 牡丹皮 澤瀉 各6g

증례 2

1. 성 명: 문 ○ ○ (여/70)
2. 진 단: Hemorrhagic infarction
3. 주소증
  - ① Lt. side weakness (Ⅲ,Ⅲ)
  - ② Lt. facial palsy
  - ③ Dysphasia Ⅳ/V
  - ④ Dysphagia
  - ⑤ Headache
  - ⑥ Epigastric pain and dyspnea
4. 발병일: ①-⑤ 2003년 7월 9일 오전  
 ⑥ 2003년 7월 4일
5. 가족력: 없음
6. 과거력: 없음
7. 현병력: 상기 환자는 현70세의 성격이 활달하고 보통 체형의 여자 환자로 평소 別無吸煙, 음주 (막걸리 1/2-1병/회, daily), 別無嗜好食 해 오심. 평소 별다른 질환 없이 살아오시던 중 2003년 7월 9일 오전 상기 주소증 발하여 별교 local 의원에서 별다른 진단받지 못하고 fluid 치료 후, 순천 한국병원으로 전원하여 Brain C.T상 별다른 진단 및 치료 받지 못하고 상기 증상이 별다른 호전이 없어 보다 적극적인 한방치료를 받기 위해 7월 9일 오후 4시경 동신대학교 부속 순천한방병원에 입원하심.
8. 방사선과 소견
  - 1) Brain C.T: Rt. middle cerebral artery(M.C.A) territory infarction with hemorrhagic transformation in right parietal lobe (Fig. 2)
  - 2) Chest X-ray: Normal
9. 기타 검사소견
  - 1) 입원당시 Vital sign: 90/60-36.4-56-20, 혈당 132mg/dl
  - 2) 심전도 검사: Normal
  - 3) 신경학적 검사  
 M/S: Alert to sleeping tendency  
 P/R: (◎/◎) W.N.L, Rt. deviation  
 N/S: (-)

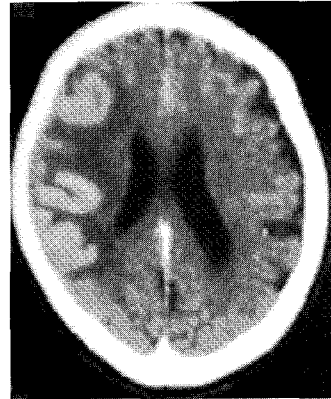


Fig. 2. Brain C.T

DTR: +/-  
 +/-  
 B/S: (-/+)

4) 임상병리검사 (Table 2)

10. 치료방법 및 경과

- 1) 7월 9일-7월 16일: Lt. side weakness, Lt. facial palsy, Dysphasia, Dysphagia, Headache, dizziness, 정신상태는 약간嗜眠, 脈弦, 舌淡紅苔白而微黃 등의 증상을 참고한 결과 痰濕蒙塞心神證으로 인한 中腑로 辨證하여 清神導痰湯<sup>4)</sup>에 桃仁, 紅花, 丹蔘, 地龍, 桔梗, 厚朴 등을 加味하였고 鍼은 百會, 印堂, 人中, 合谷, 太衝, 三里, 三陰交, 曲池 등을 刺鍼하였다. 그리고 兩肩井, 大椎에 濕附缸과 fluid 치료를 함께 시행하였다. 그 결과 Lt. side weakness는 (Ⅲ,Ⅲ)에서 (Ⅲ/Ⅳ,Ⅲ/Ⅳ)로 약간 경감되었다. 그러나 기타 다른 증상은 별다른 호전이 없었고, Epigastric pain, 속쓰림은 오히려 더 심해졌다.
- 2) 7월 17일-7월 27일: Epigastric pain, 속쓰림이 심해져 소화력을 개선시키고 除酸, 緩和, 鎮痛시키는 加味保胃湯<sup>5)</sup>에 半夏, 陳皮, 赤茯苓, 丹

4) 半夏製 6g, 牛膽南星 當歸 川芎 白芍藥 生乾地黃 麥門冬 枳實 石菖蒲 橘皮 白茯苓 各4g, 遠志 川黃蓮 竹茹 甘草 各2g, 生薑 3片, 大棗 2枚  
 5) 海蝶초 元肉 各10g, 白朮炒 香附子 炙甘草 草果 枳實 蘿菴子 各8g, 山藥炒 酸棗仁炒 各6g, 厚朴 青皮 砂仁 玄胡索 紫檀香 各3g, 三稜 蓬朮 各2g, 生薑 3片

Table 2.

검사명	7/9	7/22	7/29	8/23	참고치
RBC	3/0 L	2.72 L	3.4 L	2.55 L	4.0-5.0
Hb	12.7	12.5	12.8	11.7 L	12.0-16.4
Hct	36.2	34.2 L	42.5	29.8 L	36.0-47.0
MCV	120 H	125.7 H	125 H	116.9 H	82.0-110.0
GOT	44 H	31	-	19	0.0-40.0
GPT	46 H	32	-	18	0.0-40.0
GGT	133 H	65 H	51 H	70 H	7.0-32.0
Albumin	4.12	3.48 L	3.62	23	3.5-5.5
BUN	26.3	23.9		13.3 L	15.0-43.0
K	3.5 L	3.2 L	3.2 L	3.0 L	3.6-5.0
Cl	105	104	105	103	98.0-107.0
PH	8.0 H	6.0	6.5	-	4.6-6.8
LEU	neg	500	25	-	neg
PRO	neg	neg	25	-	neg
ERY	neg	50	neg	-	neg
WBC	2-3	many	2-3	-	
RBC	0-2	4-6	0-2	-	

蓼, 鷄內金 등을 加味하였고 鍼은 百會, 合谷, 太衝, 三里, 曲池, 豐隆, 中脘, 陰陵泉, 太白 등을 刺鍼하였다. 그리고 背部에 乾附紐, 中脘에 溫灸를 시술하였고, 아울러 TENS, H/P, EST와 재활운동치료를 함께 시행하였다. 그 결과 Epigastric pain과 속쓰림은 간헐적으로 경미하게 나타났고, Lt. side weakness는 (III/IV, III/IV)에서 (IV, III/IV)로, Dysphasia는 IV/V에서 sl로, Lt. facial palsy, Dysphagia, Headache, dizziness 등의 증상은 약간 경감되었다.

3) 7월 28일-8월 17일: 舌苔黃, 舌質微紫, 脈滑 등의 증상이 나타나 瘀血, 血滯, 血虛有火에 응용되는 導痰活血湯<sup>6)</sup>에 黃芩, 天麻, 厚朴, 細辛 등을 加味하였고 鍼은 百會, 合谷, 太衝, 三里, 曲池, 中脘, 陰陵泉, 太白, 三陰交 등을 刺鍼하였으며 다른 치료는 동일하게 시행하였다. 그 결과 Lt. side weakness, Dysphasia, Lt. facial palsy는 별다른 변화가 없었고, Dysphagia,

Headache, dizziness, Epigastric pain 등의 증상은 약간 경감되었다.

4) 8월 18일-8월 30일: 舌質淡紅有齒微齦, 舌苔白, 脈細, 口乾 등의 증상이 나타나 補氣血, 祛痰하기 위해 八物湯合二陳湯<sup>7)</sup>에 細辛, 黃芪 등을 加味하였고 鍼은 百會, 合谷, 太衝, 三里, 曲池, 上巨虛, 中脘, 關元 등을 刺鍼하였으며 다른 치료는 동일하게 시행하였으나 溫灸는 中脘, 氣海에 시술하였다. 그 결과 Lt. side weakness는 (IV, III/IV)에서 (IV/V, IV/V)로, Lt. facial palsy sl, Dysphasia sl, Dysphagia sl하게 경감되었고 Headache, Epigastric pain 등의 증상은 없어졌으나 dizziness는 如前하였다.

### III. 考 察

중풍은 뇌순환부전, 혈전, 색전에 의한 혈관폐색 및 파열 등의 뇌혈관 이상으로 인해 급격한 의식저하 및 운동·감각·언어장애 등의 증상이 나타나는

6) 香附子 半夏薑製 各8g, 山查肉 蘿菈子 丹蓼 白蒺藜 白茯苓 各6g, 葛根 釣鉤藤 當歸 石菖蒲 桔梗 各4g, 枳殼 木香 桃仁 紅花 川芎 各3g, 薄荷 全蠍 甘草 各2g

7) 人蓼 白茯苓 白朮 甘草 熟地黃 當歸 川芎 白芍藥 各4g, 半夏製 陳皮 各6g

질환이다. 아울러 우리 나라에서 암, 심장질환과 함께 주요한 사망원인의 하나로 평균수명의 연장과 식생활, 생활환경의 복잡화, 각종 사회적 스트레스의 증가로 그 발병빈도가 증가추세에 있으며, 발병 후 적극적인 치료에도 불구하고 사지의 운동장애를 비롯하여 정서장애, 감각장애 등 후유증의 회복이 어려워 사회적 문제가 되고 있다<sup>1,2</sup>.

중풍은 크게 뇌경색과 뇌출혈로 구분할 수 있는데, 출혈성 뇌경색은 허혈성 뇌경색이 생긴 후 그 경색부위 내에서 출혈이 나타나는 것으로 그 형태는 점상 출혈이나 미만성 출혈, 때로는 경색부위를 거의 다 포함하는 혈종까지 다양하게 나타난다<sup>4</sup>.

그리고 출혈성 뇌경색은 뇌출혈과 다르게 허혈성 뇌경색 후 6시간부터 4일 사이에 주로 나타나며 늦게는 2주일 후에도 나타나지만, 4주 이후에는 절대로 나타나지 않는다<sup>18</sup>.

발생 빈도는 색전성 뇌경색에서 51-71%로서 혈전성 뇌경색의 2-21%에 비해 그 빈도가 훨씬 높은 것으로 알려져 있다.<sup>5,19</sup> 그리고 증상 및 예후는 뇌경색 및 출혈의 크기와 부위에 따라 좌우되므로 일정하게 나타나는 증상은 없으며, 가끔 뇌경색 후 소실되었던 두통, 현훈, 호흡곤란, 혈압상승 등과 같은 증상이 갑자기 나타나는 경우가 있으며, 그렇다고 해서 임상경과에 큰 영향을 미치는 것은 아니며 대다수 환자에서는 임상적으로 호전되거나 특별한 변화를 보이지 않는 것으로 알려져 있다<sup>16,17</sup>.

원인은 색전성·혈전성 뇌경색이 주요 원인이며, 이밖에도 경계성 뇌경색, 경막동 혈전증, 편두통, 모야모야병, 두개내 종양의 수술 후 발생한 혈관 연축, 혈전성 혈소판감소증 등 매우 다양한 원인 및 기전에 의해 발생한다<sup>16</sup>.

허혈성 뇌경색에서 출혈성 뇌경색으로의 전환은 크게 두 가지 병리·생리학적 과정으로 알려져 있다. 우선 허혈성 변화에 의해 뇌혈관의 내피상피세포가 손상을 받은 후 이러한 손상을 받은 혈관으로 뇌혈류가 재개될 때 출혈성 뇌경색이 발생하는 것이다. 뇌혈류의 재관류는 주로 뇌졸중 발생 2주 이내에 발생하는데, 폐색된 주요 뇌동맥의 재소통으로

혹은 측부순환로의 발달로 인해 나타난다<sup>20</sup>. Van der Ecken과 Adams는 3개의 주요 뇌동맥 혈관 사이에는 서로 여러 개의 동맥 문합을 이루고 있다고 하였다<sup>19</sup>. 이러한 연수막 측부순환은 두가지 중요한 의미를 가지고 있다. 첫째로 허혈성 뇌경색 발생 후 처음 몇시간 동안 뇌조직의 손상을 방지하고, 둘째로, 어느 정도의 시간이 경과된 후 손상된 부위에 뇌혈류의 재관류를 일으킨다. 손상된 뇌조직의 부종에 의한 혈관의 압박이 감소된 후 작은 혈관들에서 뇌혈류가 재개되면 이미 허혈성 손상을 받은 혈관은 파열되고 혈관벽 밖으로 혈액의 누출이 일어나 출혈성 뇌경색이 발생한다<sup>21</sup>.

대뇌피질에 국한된 경색에서 출혈성 뇌경색이 발생하는 기전은 뇌동맥과 그것의 분지인 소동맥들이 막혀서 뇌경색이 생긴 후 폐색된 뇌동맥의 재개통이 일어나지 않으나 연수막의 측부순환에 의한 관류가 경색부위에 일어남으로써 출혈성 경색이 발생하는 것으로 추측되고 있다<sup>22</sup>. 이에 비해 렌즈선조체 동맥과 같은 관통동맥으로부터 혈액을 공급받는 피질하 부위는 측부순환이 비교적 나쁘기 때문에 관통동맥의 폐색으로 인해 이 부위에 국한된 뇌경색이 발생할 경우 이 폐색된 관통동맥이 재소통되지 않으면 출혈성 뇌경색이 발생하지 않는다<sup>22</sup>.

Terada 등은 지주막하출혈 후 혈관 연축으로 뇌경색이 발생한 환자들에서 혈관 연축이 완화되면서 출혈성 뇌경색이 발생한 예들을 보고하였고, Levin 등은 강력한 혈관 연축제로 알려진 코카인 상습 복용자에서 출혈성 뇌경색이 나타난 것을 보고하였다. 그러므로 혈관 연축이 뇌경색을 일으키고 연축되었던 혈관이 이완되면서 뇌혈류의 재관류가 일어나 출혈성 뇌경색으로 전환되는 것이다<sup>23</sup>.

허혈성 뇌경색이 출혈성 뇌경색으로 전환됨에 있어 그 뇌경색의 크기가 중요한 요인으로 알려져 있다. 뇌경색의 크기가 광범위하고 뇌탈출이 동반될 경우 출혈성 뇌경색이 보다 잘 나타나며 뇌경색의 원인기전 보다 뇌경색의 크기가 더 밀접한 관계가 있다. 또한 특정 혈관분포에 따른 출혈성 뇌경색의 빈도는 각각에서 의미 있는 차이가 없는 것으로 보

아 색전증이 나타나는 혈관의 해부학적 위치가 출혈성 뇌경색의 발생에 있어 중요한 요인은 아니라는 것을 나타낸다고 하겠다<sup>5</sup>.

최근 다시 출혈성 경색이 관심을 받는 것은 중풍의 원인과 관계하여 여러 가지 새로운 항혈전 치료 방법의 선택과 이에 따른 안전성, 그리고 예후에 미치는 영향 등이 새로운 관심사가 되고 있고, 또한 최근의 우리나라 뇌졸중의 유형이 서구화하는 경향을 보이고 있어 진단과 치료에 있어 중요한 요인으로 작용할 것으로 예상되기 때문이다<sup>6</sup>.

뇌졸중은 한의학적으로 中風의 범주에 속하며, 中風은 突然昏到, 人事不省, 半身不遂, 言語障礙, 口眼喎斜 등의 증상이 나타나는 질환이다<sup>7</sup>. 原因 및 病理에 대해서는 시대의 흐름에 따라 각기 변했지만, 《內經》<sup>8</sup> 이후 宋代까지의 張<sup>9</sup>, 巢<sup>10</sup>, 孫<sup>11</sup> 등은 주로 外感風邪와 虛로 이해했으며, 金元時代의 劉<sup>12</sup>, 李<sup>13</sup>, 朱<sup>14</sup> 등은 火, 氣虛, 濕痰을 發病原因으로 보아 劉의 '主火論'에서는 '心火와 精神的衝擊으로 火가 盛하여 風이 발생한다'고 하였고, "中腑者而加五色有表證 脈浮而惡寒狗急不仁或中身之候 … 其治多易也. 中臟者 脣不收舌不轉而失音 … 大小便秘結 皆口中臟也 其治多難"이라 하여 주로 九竅 및 四肢의 證候로 中風의 輕重을 구분하였다.<sup>12</sup> 李의 '主氣論'에서는 '40歲 이후가 되면 元氣衰退하여 虛弱해지므로 風病이 된다'고 하였고 "中風者非外來風邪乃本氣自病也 中血脈則口眼喎斜, 中腑則眼節廢, 中臟則生命危"라 하여 中血脈을 언급하였다<sup>13</sup>. 朱의 '主濕論'에서는 "濕生痰 痰生熱 熱生風 風生火"로 구분하였고<sup>14</sup>, 이후 여러 학자들이 각각 다양한 病因을 주장하였으나 대체적으로 《內經》의 風<sup>8</sup>, 劉河間의 火<sup>12</sup>, 李東垣의 氣虛<sup>13</sup>, 朱丹溪의 濕痰<sup>14</sup> 등이 대표적이다. 근래에는 역대 원인설을 종합하여 情志鬱結, 飲食不節, 過勞, 氣候變化 등으로 인해 肝風內動, 五志化火, 痰阻脈絡, 氣機失調, 氣滯血瘀함을 中風의 原因 및 病理로 보고 있다<sup>24,25</sup>. 그리고 임상에서는 보통 意識障礙有無를 기준으로 中經絡과 中臟腑로 구별한다<sup>7,15</sup>.

中風의 치법도 역대의가들에 따라 다양하게 응용

되었으나, 대개 中風의 초기 및 급성기에는 疏風祛邪, 順氣豁痰, 益氣補血의 치법을 주로 사용하였고, 급성기 이후에는 活血通絡, 益氣補血의 치법을 주로 사용하였다<sup>24</sup>.

증례 1의 환자에서 초기에 Rt. side weakness, Aphasia, Dysphagia, 정신상태는 drowsy, 白汗, 脈弦, 舌質淡紅白膩苔 등의 증상을 참고한 결과 痰濕蒙塞心神證으로 인한 中臟으로 辨證하여 祛痰濕清神하기 위해 導痰湯을 응용하였고, 그 이후에 辨證을 하여 安神清腦湯, 六味地黃湯 등의 처방을 사용하였고 鍼은 百會, 合谷, 太衝, 三里, 曲池, 人中, 印堂, 廉泉, 豐隆, 中腕, 太溪, 三陰交, 陰谷, 然谷 등을 刺鍼하였으며, 아울러 乾·濕附缸 및 中腕, 氣海에 溫灸를, TENS, H/P, EST와 재활운동치료를 함께 시행하였다. 그 결과 Rt. side weakness는 (II, II)에서 (II, III-III/IV), Aphasia는 dysphasia III-III/IV, Dysphagia는 L-tube를 삽입한 상태에서 죽을 입으로 드시는 정도, 정신상태는 drowsy에서 간단한 질문에 대답하는 정도까지 호전되었다.

증례 2의 환자에서 초기에 Lt. side weakness, Lt. facial palsy, Dysphasia, Dysphagia, Headache, dizziness, Epigastric pain, 정신상태는 약간嗜眠, 脈弦, 舌淡紅苔白而微黃 등의 증상을 참고한 결과 痰濕蒙塞心神證으로 인한 中腑로 辨證하여 清神導痰湯을 응용하였고 그 후에 辨證에 따라 加味保胃湯, 導痰活血湯, 八物湯合二陳湯 등의 처방을 사용하였고 鍼은 百會, 印堂, 人中, 合谷, 太衝, 三里, 三陰交, 曲池, 豐隆, 中腕, 陰陵泉, 太白, 關元 등에 刺鍼하였으며, 아울러 乾·濕附缸 및 中腕, 氣海에 溫灸, TENS, H/P, EST와 재활운동치료를 함께 시행하였다. 그 결과 Lt. side weakness는 (III, III)에서 (IV/V, IV/V), Dysphasia는 IV/V에서 sl, Lt. facial palsy와 Dysphagia는 sl로 경감되었고 Headache, Epigastric pain 등의 증상은 없어졌으나 dizziness는 여전하였다.

이상의 내용을 종합해 보면, 상기 환자 2례는 항혈전용해제, 항응고제, 항혈소판제 등으로 인해 출혈성으로 전환된 환자가 아니며, 초기에 fluid와 같은 양방적 치료를 병행하였지만, 철저히 韓方理論에

근거하여 적극적인 辨證施治를 통하여 호전된 case 들이다. 그러나 이런 출혈성 뇌경색 환자에 있어서 한방적 치료가 유효한지는 지속적인 연구와 보다 많은 증례 보고가 있어야 할 것으로 사료된다.

#### IV. 結 論

본 연구는 동신대학교부속 순천한방병원에서 입원치료한 출혈성 뇌경색 환자 2례에 대한 임상고찰을 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

舌診, 脈診, 症狀 등을 참고로 痰濕蒙塞心神證으로 인한 中臟 및 中腑로 辨證하여 韓藥, 鍼, 附缸, 溫灸療法 등의 한방요법과 물리·재활운동치료를 함께 시행하여 유효한 효과를 거두었다. 이것으로 미루어 보아 본 증례와 같은 환자들에 있어서 적극적인 韓醫學의 辨證施治를 통한 접근이 유효할 것으로 사료된다.

그러나 위와 같은 경우에 있어서 급성기에서 양방치료의 병행이 필요하였으며, 韓醫學의 辨證 및 治療가 유효한지는 보다 많은 임상보고가 있어야 할 것이고 또 보다 다양한 치료방법에 대한 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

#### 參考文獻

1. 나영설 외. 최근 뇌졸중에 대한 역학적 고찰. 서울: 경희의학; 1991, pp.280-6.
2. Eric, R. and Raymond, D. Principles of neural science, 2nd edition. NewYork: Elsevier Science Publishing Co. inc; 1985, pp.845-61.
3. 대한병리학회. 병리학. 서울: 고문사; 1994, pp.1263-4.
4. Lyden PD, Zivin JA. Hemorrhagic transformation after cerebral ischemia: mechanism and incidence. Cerebrovasc Brain Metab Rev. 1993;5:1-16.
5. Lodder J, krijne-Kubat B, Broekjman. Cerebral hemorrhagic infarction at autopsy: cardiac embolic cause and the relationship to the cause of death. Stroke. 1986;17:626-9.
6. Ueda T, Hatakeyama T, Kumon Y, et al. Evaluation of risk of hemorrhagic transformation in local intra-arterial thrombolysis in acute ischemic stroke by initial SPECT. Stroke. 1994;25:298-303.
7. 方藥中外. 實用中醫內科學. 上海: 上海科學技術出版社; 1986, pp.415-9, 461-4.
8. 王氷 注. 黃帝內經. 서울: 高文社; 1971, p.31, pp.133-5.
9. 張仲景. 金匱要略. 서울: 翰成社; 1975, pp.30-1.
10. 巢元方. 巢氏諸病源侯總論. 臺北: 昭人出版社; 1958, pp.1-18.
11. 孫思邈. 備急千金要方. 臺北: 國立中醫醫學研究所; 1976, pp.153-4, 217.
12. 劉完素. 劉河間傷寒三六書. 서울: 成輔社; 1976, p.31, pp.281-2.
13. 李杲. 東垣十種醫書. 서울: 大星文化社; 1983, pp.635-6.
14. 朱震亨. 丹溪心法附餘(上). 서울: 大星文化社; 1982, pp.67-9.
15. 張介賓. 類經. 서울: 대성문화사; 1998, p.318-9.
16. 최영철. 출혈성 뇌경색에 대한 임상연구. 대한신경외과학회지. 1995;13(3):479-89.
17. 정석균. 급성 뇌경색 환자에서 출혈성 변화의 진단: C.T와 T1W1, FLAIR, GRE, MR 영상의 비교. 대한방사선의학회지. 2003;49(1):1-6.
18. Horing CR, Bauer T, Simon C, et al. Hemorrhagic transformation in cardioembolic cerebral infarction. Stroke. 1993;24:465-8.
19. Fisher CM, Adams RD. Observation on brain embolism with special reference to the mechanism of hemorrhagic infarction. J Neuropathol Exp Neurol. 1951;10:92-4.
20. Bozzao L, Angeloni U, Bastianello S, et al. Early angiography and C.T findings in patients with hemorrhagic infarction in the distribution of the middle cerebral artery. AJR. 1992;158:151-7.



21. Hart RG, Eaaston JD. Hemorrhagic infarcts. Stroke. 1986;17:586-9.
22. Ogata J, Yutani C, Imakita M, et al. Hemorrhagic infarct of the brain without a reopening of the occluded arteries in cardioembolic stroke. Stroke. 1989;20:876-83.
23. Terda T, Komai n, hayashi S, et al. Hemorrhagic infarction after vasospasm due to ruptured cerebral aneurysm. Neurosurgery. 1986;18:415-8.
24. 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 서울: 東洋醫學研修院出版部; 1985, pp.314-30.
25. 王清任. 醫林改錯. 서울: 一中社; 1992, pp.61-5.