

Hip fracture 이후에 나타난 痺症의 치험례

송현희·이 현*

The clinical study of 1 case of patient with numbness after hip fracture

Song Hyun-hee, Lee Hyun.

Dept. of Acupuncture & Moxibustion, College of oriental Medicine, Daejoen University

Objective : The purpose of this study is to report to treat the patient who had numbness, paresthesia, pain after hip fracture in the category of Bi.

Methods : The patient was treated by acupunture, moxibustion and herb medication.

Conclusion : Pain, numbness, paresthesia belongs to Bi in the oriental medicine and the case that complains pain especially is Tong Bi. We experienced that improvement of the circulation the blood and gi, adding energy by acupunture, moxibustion and herb medication have the effect treating Bi.

Key word : Hip fracture, Bi(痺), Tong Bi(痛痺), acupunture, moxibustion, herb medication

I. 緒 論

痺란 閉, 즉 막혀서 잘 통하지 않음을 말한다. 이를 『景岳全書』¹⁾에서는 “蓋痺者閉也, 以血氣爲邪所閉不得通行而痛也”라고 설명하였고 痺症에 대해 가장 오래된 문헌인 黃帝內經 『素門: 痺論篇』²⁾에서는 “風寒濕三氣雜至 合而爲痺也 其風氣勝者爲行痺 寒氣勝者爲痛痺 濕氣勝者爲着痺也”라 언급 하여 風寒濕熱의 邪氣가 인체의 正氣虛弱한 틈을 타고 經絡으로 침입, 凝滯하여 血氣運行을 저해하여 肌肉, 筋骨, 關節에 麻木, 重着, 酸楚, 疼痛, 腫脹, 屈伸不利등을 나타내는 것이라 설명하였다.

후세에는 歷節風, 白虎歷節風, 痛風³⁾ 등으로 불

리어지고 명칭과 분류방법은 일정하지 못하였지만 기본적인 내용은 『內經』의 범주를 벗어나지 못한다. 지금도 實證인 경우에는 주로 內經의 病因 분류방법인 行痺(風痺), 痛痺(寒痺), 着痺(濕痺), 熱痺, 瘀血痺 등으로 나누고, 虛證인 경우에는 임상적으로 氣血虛痺, 陽虛痺, 陰虛痺 등으로 나누지만 이러한 분류방법들은 학습을 위한 기초적인 것이고 임상에서는 복합되어 나타나는 것이 대부분이다.⁴⁾

西洋醫學의으로는 numbness, pain등을 나타내는 痺症을 주로 paresthesia(이상감각)의 범주 안에서 크게 代表的 原因疾患을 末梢神經病證과 非末梢神經病證으로 分類하여 원인 질환에 따라 치료하는 것을 원칙으로 삼고 있다.

이처럼 다양한 원인으로 발생하는 痺症에 대해 洋方, 韓方을 막론하고 임상에서는 뚜렷한 치료 효과를 나타내지 못하는 경우가 많아 환자들이

* 대전대학교 한의과대학 침구학교실
· 교신저자 이 현, lh2000@dju.ac.kr
· 채택일 : 2005년 12월 13일

육체적, 정신적으로 힘들어 하는 경우가 많은 실정이다.

이에 저자는 Hip fracture 이후 膝以下の 下肢의 遊注하는 痛症과 痺感, 痛症으로 인한 步行 障礙를 호소하는 환자가 韓方治療를 통해 호전되어 약간의 지견을 얻었기에 보고하고자 한다.

II. 證 例

1. 환자

노○○(女 75세)

2. 주소

左下肢(膝以下)痛症, 痺, 足下垂(dorsiflexion -, foot drop)

3. 과거력

- 4년전 진단. 현재 medication(skad 5mg, Aprove 1150mg, Glime 11mg, Diabex 1000mg/1일) 중. 3년전 Lt hip fracture로 수술하였음

4. 발병일

2005년 6월

5. 발병동기

발병일 밭에서 쪼그려 앉은 자세로 일을 하던 중 넘어지면서 엉덩방아를 찧은 후 상기증상 발생하였다.

6. 현병력

상기 환자는 2002년 비탈길에서 넘어진 후 Lt hip fracture로 신촌세브란스병원 정형외과에서 수술, 현재 좌측 THR (total hip replacement) 상태이고 당시 T1의 압박골절로 진단 받았다.

그 후 최근 발병일까지는 큰 자각증상 없이 생활하다가 2005년 6월 밭에서 쪼그려 앉아서 일을 하다가 넘어지면서 환측 엉덩방아를 바닥에 찧은 후 左側 膝關節 以下 內外側, 前後面部로 遊注하는 刺痛, 저림 등의 증상이 발생하였다. 痛症이 심하여 만지지도 못하고 痛症이 발행하면

1~2시간 이후 痛症이 안정될 때 까지 보행뿐 만 아니라 下肢의 어떤 운동도 어려울 정도였으며 전형적이진 않지만 환측 dorsiflexion이 수의적으로 안되는 足下垂 상태로 步行時 약간씩 발을 끄는 steppage gait를 했다. 발병당시 2주간 local 한의원에서 치료 받았으나 痛症 별무호전되어 local 정형외과에서 hip과 하지쪽 X-ray상 별무소견, 3년전 고관절 수술 받은 THR과 압박골절상태 변화 없다고 진단, 물리치료와 약물치료, 받았으나 별무호전반응을 보였다.

2005년 8월 20~ 9월 15까지 희명병원에 입원 특별한 이외의 검사 없이 NSAID계열 약물 복용, 물리치료 받았으나 별무호전으로 퇴원 후 가료 중 痛症이 심해 韓方治療 받고자 2005년 9월 21일 本院에 입원 하였다.

입원 당시 問診을 통한 환자의 상태는 고연령의 독거노인인 이유로 식습관이 불규칙하면서 식사량이 적었고 大便 상태는 1回/3~4日 보면서 秘했으며 小便은 夜間 頻尿 경향을 보였다. 脈은 脾胃脈滑緊, 肝腎脈無力하였다.

7. 검사소견

- ① BDM Tscore -4.77 osteoporosis
- ② 이학적 검사 상 피부분절과 상관없는 감각 둔화
- ③ 혈액검사상 Hb9.0으로 normocytic normochromic anemia진단.
- ④ 입원당시 BST 49로 hypoglycemia sign 보여 50% D/W 100cc injected

8. 치료경과

환자가 痛症으로 인한 수면 장애를 호소하였으므로 치료 경과를 痛症 발생빈도와 痛症 지속 시간, 야간 통증에 의한 수면 상태로 파악하였다.(Table 1.)

Table 1. 노○○ 환자의 일자별 치료경과

	통증빈도, 지속시간등	수면상태	특이사항	침구치료	약물치료
2005.9.21	입원 左膝以下 前後内外 遊注刺痛, 저림 1회/1~2시간 dorsi flexion -		BST 49, 眩暈 兩手震顫	저혈당증세로 鍼灸治療안함.	羌活續斷湯(羌活, 防風, 白芷, 細辛, 杜沖, 牛膝, 秦艽, 續斷, 熟地黃, 當 歸, 人蔘各1錢白芍藥, 赤茯苓, 肉桂, 川芎, 川 烏 各5分, 生薑3片)
2005.9.22	股關節부위미세한통증, 左下肢 통증 빈도 변화없음. dorsi flexion -	야간통증 으로 slept moderate	통증발생으로 유침시간 힘들어함.	右 太白, 左 전경골근, 비골근 TP 足三里, 太衝, 足臨 泣 灸	上同
2005.9.23	주간 통증 1회/3~4시간 통증 < 저림 dorsi flexion -	slept some poor	9.22일 야간BST38로 저혈당증세(발 한, 오심, 현훈) 50% D/W 100cc	上同	薏苡仁2錢 白茯苓, 砂仁, 1.5錢 人蔘, 當歸, 大薊, 橘皮, 牛膝, 桂枝, 五加皮, 大腹皮, 乾薑, 肉桂 各1錢 川烏, 甘草 各5分
2005.9.24	주간통증 1회/3~4회 dorsi flexion -	slept moderate	야간 통증 1회	上同	上同
2005.9.26	주간통증 오전오후 각 1회 발등의 저림을 주로 호소 dorsi flexion -	slept well	야간 통증 없었음	右 太白 左, 八風 溫針	上同
2005.9.27	上同	slept well	야간 통증 없음.	上同	上同
2005.9.28	주간 통증 발생 없음. 족배부 저림 잔재 dorsireflexion -	slept well	야간 통증 없음	上同	上同
2005.9.29	上同	slept well	야간 통증 없음.	上同	上同
2005.9.30	주간 통증 1회 足背部 저림 잔재 dorsiflexion -	slept moderate	夜間 頻尿4회 不大便 3일째	上同	白茯苓, 砂仁, 肉蓯蓉 各1.5錢 人蔘, 當歸, 大薊, 橘皮, 牛膝, 桂枝, 五加皮 各1錢, 大腹皮, 乾薑, 肉桂 各1錢 川烏, 附子 各5分
2005.10.1	주간 통증 消失 足背部 저림 잔재 퇴원	slept moderate	야간 頻尿로 수면 불량.	上同	

Ⅲ. 考 察

痺症은 風寒濕熱의 邪氣가 인체의 營衛失調, 調理空疏 혹은 正氣虛弱한 틈을 타고 經絡으로 침입하거나 關節에 응체됨으로써 氣血運行이 순조롭지 못하여 肌肉, 筋骨, 關節에 麻木, 重着, 酸楚, 疼痛, 腫脹, 屈伸不利, 심하면 關節의 強直성 변형을 초래하는 병증의 하나이다. 痺症의 주요한 임상증상은 痛症이며 병리적으로는 氣血不通하여 나타나는 것이므로 宣通은 각종 痺症의 공통된 치법이 되고, 氣血과 營衛가 順行하면 痺痛은 자연스럽게 소실된다.⁴⁾

痺症은 『黃帝內經』〈素問·痺論〉²⁾에서 “風寒濕三氣雜至 合而爲痺也 其風氣勝者爲行痺 寒氣勝者爲痛痺 濕氣勝者爲着痺也. 帝曰 其有五者何也 岐伯曰 以春遇此者筋痺, 以夏遇此者脈痺, 以長夏遇此者肌痺, 以冬遇此者骨痺 以秋遇此者爲皮痺 帝曰 內舍五藏六府 何氣使然 岐伯曰 五藏皆有合病 久而不去者 內舍於其合也 故骨痺不已 復感於邪 內舍於腎 筋痺不已 復感於邪 內舍於肝 脈痺不已 復感於邪 內舍於心 肌痺不已 復感於邪 內舍於脾 皮痺不已 復感於邪 內舍於肺 所謂痺者 各以其時 重感於風寒濕之氣也.”라하여 처음으로 言及되어 邪氣의 特性에 따라 行·痛·着의 三痺로 分類하고 邪氣를 感受한 季節과 損傷部位를 연결시켜 骨·筋·脈·肌·皮痺의 五痺로 分類하여 그 各各의 症狀들을 설명하였으며, 五痺가 久而不去하면 邪氣에 重感되어 內部로 각기 그 合하는 臟腑에 病을 일으키게 하였고 그 各各의 症狀들에 대하여 說하였다.

또한 痺證의 症狀들을 “或痛 或不痛 或不仁 或寒 或熱 或燥 或濕”이라고 하여 그 多樣함을 설명하였고 “其入臟者死 其留連筋骨間者疼久 其留皮膚間者易已”⁵⁾라 하여 痺證의 豫後에 대해서도 說하였다.

『靈樞·周痺論』⁶⁾에서는 痺證의 發病樣相에 따라 衆痺와 周痺로 分類하였는데 衆痺란 左右로 서로 영향을 미치며, 症狀이 更發更止하는 것이며, 周痺란 脈을 따라 上下로는 移動하나 左右로는 移動하지 않는 것이라 하였다.

華陀는 『中藏經』⁵⁾에서 風·寒·濕·熱·氣痺로 나누었으며, 또한 部位에 따라 筋·骨·血·肉·肌痺의 五痺로 分類하였고, 그 各各의 症狀를 說하였고, 『鍼灸甲乙經』⁷⁾에서는 衆痺, 周痺, 寒痺, 厥痺의 區別을 說하였으며, 隋代의 巢元方은 『諸病原候論』⁸⁾에서 風濕痺候·風痺候·血痺候로 分類하였다.

金代의 張子和는 『儒門事親』에서⁹⁾ “皮痺不已而成肉痺 肉痺不已而成脈痺 脈痺不已而成筋痺 筋痺不已而成骨痺 久而不已 內舍其合 臟腑俱病”이라하여 五痺間의 傳變過程을 論하였으며, 明代의 李梴은 『醫學入門』¹⁰⁾에서 “上多風濕 下寒濕”이라하였고, 五痺의 症狀를 中風之一이라 보았다.

『中國骨傷科學』¹¹⁾에서는 “痺自閉也即閉阻不痛의意思 骨關節痺證是指 人體由于營衛失調 腠理空疎 正氣虛弱 風寒濕熱邪氣 侵入經絡 凝滯關節 引起氣血運行不暢 從而使肌肉筋骨關節發生麻木重着 酸楚 疼痛腫脹 屈伸不利 甚至關節僵直變形的一種病證. 痺證包括現代醫學所指的各種關節炎 以及人體運動結構筋骨衛主的各種痺痛.”라하고 『中醫內科學』¹²⁾에서는 “痺者 …… 如風·寒·濕之邪 侵襲人體肌表經絡 氣血運行不暢 引起了肢體·肌肉·關節等的疼痛·酸楚·麻木·重着·屈伸不利 和關節腫脹等症狀 統稱爲痺. 現代醫學의 風濕熱·痛風·風濕性關節炎·類風濕性關節炎·坐骨神經痛·腰肌勞損等均屬于本病範疇.”라 하여 痺證이 現代醫學의 各種關節炎을 包括하는 것으로 보고, 각 증상에 맞게 行·痛·着·熱痺로 나누어 辨症施治한다고 하였다.

韓醫學의 痺症에 대한 治療 원칙은 痺症의 주요한 임상증상인 痛症이 병리적으로 氣血不通하여 나타나는 것이므로 宣通이 각종 痺症의 공통된 治法으로 하고 氣血과 榮衛가 循行하면 痺症은 자연스럽게 소실된다고 본다. 宣通시키는 방법을 구체적으로 살펴보면 風寒濕痺는 辛溫한 약으로 陽氣를 고조시켜 邪氣를 축출하고, 風熱濕痺는 散風清熱祛濕시키면, 虛한 사람의 久痺는 溫通溫散시키거나 滋陰시키도록 한다.

때로는 痺症이 불규칙적이고 발작적으로 나타나는 경우가 있는데 이러한 경우에는 일반적으로 發作期에는 祛邪를 위주로 하고, 靜止期에는 調榮衛, 養氣血, 補肝腎을 위주로 한다고 하였다.¹⁾

痺症을 西洋醫學에서는 주로 感覺異狀(paresthesia)

의 측면에서 다루는데 감각장애는 감각신경계의 기능 결손에 따른 촉감 상실(loss of feeling) 및 마비증세(deadness)로 나타나는 음성증상(negative symptom)과 감각신경계의 자극현상에 따라 바늘로 찔리는 감각, 불에 데는 듯한 감각(burning feeling), 통증(pain)등으로 나타나는 양성증상(positive symptom)으로 나눌수 있다.¹³⁾

原因으로는 크게 非末梢性神經病症과 末梢性神經病症으로 나누어지는데 感覺障礙를 유발 시킬수 있는 非末梢性神經病症은 腦卒中, 脊髓疾患, 神經性不安症 등이 있다.

末梢性神經病症은 모든 原因에 의해서 유발되는 末梢神經疾患을 지칭하는 용어로 糖尿病, 尿毒症, 低血糖, 특정영양소의 결핍, 腫瘍, 甲狀腺機能低下 등의 전신질환에 의한 경우와 중금속이나 약물 중독에 의한 神經病症, 유전에 의한 末梢神經病症 등 그 증상이 매우 복잡하므로 어디에서 시작되는지 또 어떤 경과를 거치는가에 대한 조사와, 전기진단학적 검사, 신경생검 등을 통해 원인질환을 진단을 내려서 치료 방향을 정하도록 한다고 하였다.¹⁴⁾

본 증례의 환자는 3년 전 넘어지면서 생긴 hip fracture로 인하여 THR(total hip replacement) 상태에 있는 자로 dorsi flexion 음성을 보이는 것 등으로 미루어 볼 때 수술 당시 坐骨神經이나 腓骨神經의 손상을 배제 할 수는 없지만 수술 후 3년간 큰 통증 없이 생활하였고, 통증이 일정한 피부분절을 나타내지 않는 점 등을 미루어 볼 때 전형적인 신경손상 증상이라 보기도 어려웠다. 따라서 西洋醫學的으로 근전도등의 전기진단학적 검사 등으로 원인질환에 대해 진단을 요구했지만 하지만 환자의 연령과 치료 방법 및 예후면에서 큰 효율성을 못 느낀다고 판단해, NSAID를 투약했지만 진통도 잘 되지 않는 상태였다.

따라서 韓醫學的으로 痺症의 범주에서 치료하는 것을 치료원칙으로 삼고, 통증과 저림이 遊注하므로 『黃帝內經』〈素問·痺論〉²⁾에 기재된 行痺, 痛痺, 着痺 중 行痺, 痛痺가 섞여 있다고 판단하였고 聞診을 통한 환자의 상태를 보았을 때 高年齡 및 불규칙한 식사상태로 인한 저혈당 증후, 만성적인 빈혈 등으로 正氣, 氣血虛弱이 있다고

診斷, “風寒濕 三氣雜至 合而爲痺也”라는 구절을 참조하여 祛寒濕, 通經絡, 補氣血하는 藥物과 鍼灸治療로 9월 21일부터 10월 1일까지 11일간 입원치료를 한 결과, 통증의 감소로 일상생활에 불편을 느끼지 않을 정도가 되었다.

상기 환자는 hip fracture이후 발생한 완고한 痺症과 刺痛, 저림을 호소하던 환자로 韓方治療를 통해 매우 호전되어 痺症에 대한 韓方治療의 유효성을 다시 한 번 인식하게 된 경우이나 증례가 단 1례로 부족하고 痺症자체가 워낙 다양한 原因으로 발생하므로 향후에도 이에 대한 지속적인 연구와 노력이 필요하다고 사료된다.

IV. 結 論

Hip fracture이후 발생한 膝以下 下肢의 저림과 痛症을 主訴로 하는 환자 1例를 통해 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 西洋醫學的으로 큰 원인질환을 찾을 수 없고 저림과 痛症으로 步行이 어려운 환자를 한의학적으로 痺症으로 인식하여 辨證治療한 결과 양호한 치료성적을 나타내었다.
2. 본 證例의 환자는 住所證이 痛症과 저림으로 痺症의 종류중 痛痺에 속하며 瘀血과 痺症을 겸한 상태로 祛寒濕, 通經絡, 補氣血하여 치료하였다.
3. 痺症의 치료에 通經活絡, 調和氣血하기 위해 太白, 足三里, 太衝 등의 穴位를 선택하였다.

V. 參考文獻

1. 張景岳 : 景岳全書, 서울, 정담출판사, 1999 pp. 217
2. 洪元植: 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院, pp. 20, pp. 39~41,
3. 東醫寶鑑研究會 : 對譯 東醫寶鑑, 서울, 법민문화사 pp. 979~980

4. 韓方再活醫學科學會: 韓方再活醫學科學, 서울, 군자출판사, 2003, pp. 78
5. 華陀: 中藏經, 台北, 自由出版社, pp. 27~29, 1980.
6. 洪元植: 精校黃帝內經靈樞, 서울, 東洋醫學研究院, pp. 57~61.
7. 北京中醫學院編: 鍼灸甲乙經校釋, 北京, 人民衛生出版社, pp. 1221~1240, 1980.
8. 南京中醫學院編: 諸病源候論校釋, 北京, 人民衛生出版社, pp. 40~46, 1983.
9. 張子和: 儒門事親, 台北, 旋風出版社, 卷一 pp. 9~11, 卷六 p. 43, 1979.
10. 李梴: 編註醫學入門, 서울, 南山堂, pp. 1449~1457, 1985.
11. 王和鳴: 中國骨傷科學, 南寧, 廣西科學技術出版社, pp. 1~17, 1988.
12. 上海中醫學院: 中醫內科學, 香港, 常務印書館, pp. 200~205, 1982.
13. 이광우, 정희원 : 임상신경학, 서울, 고려의학 pp. 325~329
14. 해리슨내과학편찬위원회: HARRISON'S PRINCIPLE OF INTERNAL MEDICINE, 서울,鼎談, pp. 2556~2567, 1997.