

뇌졸중 후유증 환자에서 발병한 견관절 아탈구 치료 2례

한주원·오민석*

A Clinical cases Study of Shoulder Dislocation in Patients Undergoing Stroke

Joo-Won Han, Min-Seok Oh

Dept. of Oriental rehabilitation medicine, College of Oriental Medicine, Daejeon University

Objective: There are some case reports on treatment of shoulder dislocation in Patients Undergoing Stroke. We report the electronic needle and the Bee venom Acupuncture Therapy about under using shoulder dislocation in patients Undergoing Stroke got a good remedial value.

Methods : The patients diagnosed as shoulder dislocation and treated mainly with Bee venom Acupuncture Therapy and electronic needle

Results & Conclusions : Symptoms of the patientes such as shoulder pain, Range Of Motion(ROM) were improved after above treatments. The interval in X-ray film comes to be narrow.

So, it is suggested that oriental medical treatment are effective on post stroke with shoulder dislocation

Key words : Shoulder Dislocation, Bee venom Acupuncture, electronic needle

I. 서론

뇌졸중은 우리나라의 사망원인 중 상위를 차지하고 있으며 신경계 장애의 가장 흔한 원인이고 전체 질병의 두 번째 요인이 되고 있다. 뇌졸중의 전체적인 예후는 18%가 사망하고 9%에서 완전 회복이, 73%에서 불완전 회복이 나타난다¹⁾. 불완전 마비를 나타내는 환자의 대부분은 편마비를 주로 하는 장애를 남기기 때문에 적절한 재활치료가 필요하다.

중풍에 의한 편마비 환자는 환측의 운동 기능

상실과 경직으로 인하여 자발적인 동작을 취하기 힘들뿐만 아니라, 인지장애, 감각 결손으로 인하여 통증과 고유수용 감각의 저하를 보이게 된다²⁾.

편마비 환자의 견관절 부에 나타날 수 있는 합병증으로는 아탈구, 견수 증후군(shoulder hand syndrome), 회전근개 손상(rotator cuff injury), 상완 신경 총 손상, 건초염, 동결견 등이 있으며 이중 견관절 아탈구는 편마비 환자의 견관절에서 볼 수 있는 가장 흔한 합병증 중의 하나이며, 이것은 통증과 관절 운동 장애 및 관절구축을 초래할 수 있으므로 이에 대한 조긴 진단과 아탈구 정도의 정확한 평가, 예방과 치료는 편마비 환자의 재활과정에서 매우 중요한 의미를 갖는다³⁾.

한의학에서의 중풍 편마비로 인한 견관절 아탈

* 대전대학교 둔산한방병원 재활의학교실
· 교신저자 : 오민석 · E-mail : ohmin@dju.ac.kr
· 채택일 : 2008.06.05

구에 대해 언급한 고대문헌에 대한 저자는 찾아볼 수 없었으며 편마비에서 나타나는 어깨통증 및 관절운동 제한은 중풍으로 인한 비증의 범주로 볼 수 있고 肩痺, 漏肩風, 또는 凝結肩 등이라 하였으며, 그 원인을 다양하게 구분하였는데 대개 風寒濕, 氣血凝滯, 七情, 痰飲, 氣血陽虛, 肝腎虧損, 瘀血 등으로 보고하고 있다.

약침요법은 경락학설의 원리에 의거하여 각종 약물을 일정한 방법으로 제조하여 유관한 혈위, 압통 점 혹은 체표의 축진으로 얻어진 양성 반응점에 주입하여 자침과 약물작용을 통하여 생체의 기능을 조정하고 병리상태를 개선 시켜 질병을 치료하는 치료방법이다. 약침요법은 약효의 신속함, 치료용량의 적음, 약물이 위장 관에서 파괴되는 것을 방지 등의 장점과 더불어 국소자극, 전신작용의 발현 등의 단점도 있다⁴⁾.

침술요법의 하나인 침전기자극술 (이하 전침)은 만성통증에 흔히 쓰이나 그 효과는 일시적인 진통 이상으로 근육의 경직을 감소시키고 활동적인 움직임을 가능케 하며 순환을 개선시키고 치료를 촉진 한다⁵⁾.

최근까지 중풍 후유증으로 인한 견관 절 통증에 대하여 봉독약침에 효과에 대하여 몇 편의 연구 논문이 있었고, 아탈구에 대하여 방사선학적인 검사에 대한 연구도 있어 왔다. 또한 중풍 후유증으로 인한 견관절 통증에 대한 전침자극의 유효성도 몇 차례 연구된 바 있다.

이상에서 현재까지 견관 절 아탈구 질환에 봉독약침과 전침은 동시에 사용하는 임상케이스는 보고된 바 없기에 저자는 견관 절 아탈구 환자에 있어 봉독약침과 전침을 사용하여 환자의 치료 경과에 있어 비교적 양호한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 대상 및 방법

1. 대상

본원에 중풍 발병이후 재활치료중인 견관절 아탈구가 처음 발생한 2명의 환자를 대상으로 하였다.

2. 방법

1) 경혈

치료혈은 환측의 肩髃(LI15), 肩髃(TE14), 臑兪(SI10), 肩井(GB21)과 주위 아시혈을 사용하였고, 전침의 경우에는 肩髃, 肩髃와 하방 2수를 각각 연결하였다.

2) 약침

봉약침은 처음에는 10,000:1로 정제된 봉약침 2호방을 사용하여 Skin Test 후 이상 없음을 확인하고 각 0.2cc를 肩髃, 肩髃에 각각 투여하였다. 격일간격으로 시행하였으며 지속적으로 증량하여 1cc가 된 후에는 다시 4,000:1의 봉약침인 봉약침 1호방으로 바꾸어 0.4cc부터 0.6, 0.8, 1cc까지 증량 후 1cc를 지속적으로 투여하였다 (Table I.)

Table I. Dosage of the Bee venom Acupuncture therapy

	1회 총 투여량	혈자리당 투여 양	봉독의 희석률
1회	0.4cc	0.2cc	10000:1
2회	0.6cc	0.3cc	10000:1
3회	0.8cc	0.4cc	10000:1
4회	1.0cc	0.5cc	10000:1
5회	0.4cc	0.2cc	4000:1
6회	0.6cc	0.3cc	4000:1
7회	0.8cc	0.4cc	4000:1
8회	1.0(이후 동일)	0.5cc	4000:1
9회	1.0cc	0.5cc	4000:1
10회	1.0cc	0.5cc	4000:1
11회	1.0cc	0.5cc	4000:1
12회	1.0cc	0.5cc	4000:1

3) 호침과 전 침기

호침은 杏林書院醫療器에서 제작한 0.25×30mm의 1회용 멸균호침을 사용하였고, 전침기는 (IMS) H-306을 사용하였다.

4) 자극방법

체침 자극 및 전침자극을 시작하기 전에 환자에게 30분전부터 안정을 한 후 시행하였고 체침

자극은 보사 없이 상술한 경혈에 평균 2cm를 보사법 없이 직자하여 25분간 유침 하였으며 전침 자극은 3Hz의 자극을 40V로 25분간 자극을 주는 방법을 적용하였다. 반복적인 전침자극은 상술한 방법으로 매일 1회씩 치료가 가능한 기간 동안 시행하였고 봉침자극은 격일로 상술한 용량을 자침, 전침 자극 이후 4시간이 지나서 투여하였다.

5) 견관 절 아탈구의 평가

평가는 4가지 측면에서 시행하였다. 매일 근력과 통증정도, 이학적 검사를 시행하였고 발생시점과 치료 종료 시점에서 X-ray촬영을 통해 확인을 하였다.

(1) 근력의 평가는 미국의학협회(AMA : American Medical Association)의 분류법에 따라 측정, 기록하였다(Table II).

Table II. The muscular strength evaluation in compliance with a classification in AMA

Grade			Description
5	Normal	100%	중력과 충분한 저항 하에서 능동적 정상 관절 운동
4	Good	75%	중력과 어느 정도의 저항 하에서 능동적 정상 관절 운동
3	Fair	50%	중력을 이기고 능동적 관절 운동
2	Poor	25%	무중력 상태에서 능동적 관절 운동
1	Trace	10%	수축은 가능하나 능동적 관절 운동이 불가능
0	Zero	0%	근육 수축의 증거가 없음

(2) 통증정도는 VAS scale을 이용하여 측정하였다. 처음 시작 할 때의 가장 심한 통증을 10으로 하여 매일 환자에게 통증 정도를 표시하게 하여 측정하였다.

(3) 이학적 검사는 수지 폭을 기준으로 하여 견봉과 상완 골두 사이를 제 2,3지로 측정하면서 1/2 수지 폭 간격의 단위로 측정하였다. 수지 폭은 검사자의 우측 2,3지를 기준으로 하였고 검사

자는 동일하였다.

(4) X-ray 촬영을 통한 평가는 Shoulder의 AP view를 사용하였다. 방사선 사진은 환자가 좌위 또는 기립한 상태에서 팔걸이를 제거한 후 자연스럽게 늘어뜨린 상태에서 측정하였고, 방사선 촬영의 확대 비율에 따른 오차를 최소로 하기 위해 대상 환자의 견갑골을 방사선 촬영대에 밀착시켜 촬영대와 평행하게 하고 필름원판과 초점사이의 거리, 필름 초점거리를 약 1m로 일정하게 하였다.

평가는 관절간격(Joint distance, 이하 JD)과 수직거리(Vertical Distance, 이하 VD)로 평가하였다. JD는 X-ray 상에서 견갑골와의 상연지점 A와 상완 골두 사이의 최단거리, 즉 상완 골두를 지나는 접선의 접점에서 그은 수직선중 A와 접점 사이의 거리를 표시하며 견관 절 아탈 구의 정도를 평가하기 위한 방사선학적 측정지수의 하나로 매우 예민한 것으로 평가되고 있다6). VD는 견봉의 최외 하측 지점을 A, 상완 골두의 최상단 지점을 B라 하였을 때 A와 B 사이의 수직 거리를 측정하여 표시하였다.

III. 증례 1

1. 성명 : 이OO, 남자 48세
2. 주소증
 - 1) Rt side weakness Gr 1.(우상지)
 - 2) Gait disturbance (서있는 것만 가능한 상태)
 - 3) Dysarthria
 - 4) Rt side numbess
 - 5) Rt facial paralysis
3. 발병일 : 2006년 12월 18일
4. 과거력
 - 1) 1996년부터 고혈압 진단 받고 local의원에서 약을 먹고 있는 상태였다.

2) 2006.12.18일 충북 **병원에서 뇌출혈 진단 받고 보존적 치료 함. 2007.1.19까지 입원 치료 하였다.

상기 **병원에서 Lt. lentiform nucleus & Lt PeriVentricular White Matter(이하 PVWM) ICH 진단받음

5. 가족력 : 부 - 뇌졸중

6. 사회력

평소 급한 성격으로 음주 주1회, 소주 한병 이상, 별무 흡연, 별무 기호식 함.

7. 현병력

상기환자 평소 고혈압으로 고생해오시던 중 2006년 12월 18일 편마비, 어둔 등의 증상 발하여 충북 **병원에서 뇌출혈(Lt. lentiform nucleus & Lt PVWM) 진단받고 보존적 치료 한 후 2007.1.19까지 입원치료 후 본원 내원하였다.

8. 초진시 검사소견

1) 망문문절

- (1) 전신증상 : 우반신 무력으로 자력보행 불능 상태이고 전신무력감 느낀다.
- (2) 피부 : 황백피부이며, 피부탄력은 없다.
- (3) 의식상태 : 의식 명료하다.
- (4) 호흡기 : 해수, 객담, 호흡곤란은 없다.
- (5) 흉부 : 흉통은 없다.
- (6) 요부 : 허리의 빠근한 느낌을 호소한다.
- (7) 소화기 : 1회 1공기 먹는 상태이고 소화 장애 호소는 없으며 복부는 팽팽한 상태로 약간의 복만감 호소한다.
- (8) 수면 : 8시간정도 수면하며 수면 시 별다른 불편감은 없는 상태이다.
- (9) 정신상태 : 자신의 상태에 대해 인지하고 있으며 재활치료 하려는 의지가 있다.
- (10) 대변 : 뇌졸중 발병 후 완하게 지속적으로 복용하고 있으며 1일/1회 별다른 불편감 없이 대변보고 있다.

(11) 소변 : 별무 불편감 (1일/5회)

(12) 설진 : 설태 황백

(13) 맥: 부, 무력

2) 이학적 검사

- (1) 초진 시 활동 징후 : 혈압 140/70mmHg, 체온 36.4℃, 맥박수 60회/분, 호흡수 20회/분, 혈당 114mg/dl
- (2) 결막/공막 : 별무이상소견임

3) 신경학적 검사

- (1) 정신상태 : 정상
- (2) 동공상태 : 정상
- (3) 경부 강직 : 없음
- (4) 심부건 반사 : 우측상하지 항진(+++/++)
- (5) Babinski 's sign : +/ -

4) 방사선학적 소견

- (1) Brain CT(2006-12-18) Impression)large ICH, left lentiform nucleus & left frontal periventricular white matter
- (2) Brain CT(2007-01-09) Impression) Resolving state of ICH, left lentiform nucleus & left frontal periventricular white matter, since 06.12.26 Impression) improving state of mass effect & midline shift

9. 처치 및 치료경과

1) 2007.1.19: 1일

우반신무력으로 자력보행이 불가능한 상태로 재활치료 시작하였고 상지의 움직임은 전혀 나타나지 않았다.

2) 2007.1.26: 8일

보행상태 개선에 중점을 두고 처치하고 있고 하지에 힘이 생기고 부축보행 시작하였다.

3) 2007.1.29: 11일

우측하지부의 근육통 양상 나타나면서 보행에 어려움 호소하고 있으나 지속적으로 운동량 늘려 나가고 있음 25m정도의 가벼운 부축보행 연습하였고 우측 견부의 움직임은 별다른 호전 없으며 견부 통증이나 견관절 아탈구의 양상은 현재 없었다. 우상지의 근력은 현재 Gr. 1의 상태이다.

4) 2007.2.1: 13일

우수부 부종이 나타남. 환자 통증은 심하게 호소하지는 않음. 우측 팔결이 착용 주시시키고 肩髃, 肩髃, 臑髃, 肩井과 주위 아시혈을 찾아서 1일 1회 자침 시작함.

5) 2007.2.2: 14일

환자 지속적인 우수부 부종 나타나며 우측 견부의 이학적 검사상 수지폭으로 2.5 나타남, 양방의원 의뢰하여 견부 X-RAY촬영함. 환자의 우측 견부의 JD는 2.0cm, VD는 1.8cm이었다.

(1) Rt shoulder AP and Lateral (07.2.2)

- Subluxation of glenohumeral joint 의심 소견임.

환자에게 어깨 운동을 지속적으로 하도록 하였다.

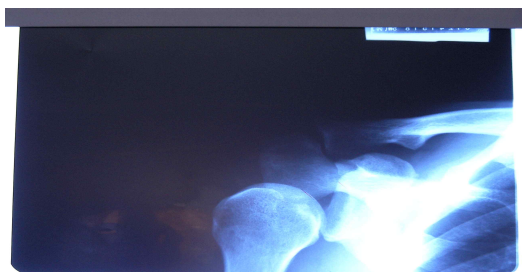


Fig. 1. Rt shoulder AP. (2007.2.2)

6) 2007.2.7: 19일 (봉침 치료 1일)

환자 피로감 지속적으로 호소하며 견부 운동시에 통증 반응도 나타났다. 우측 견부의 움직임은 Gr. 1. 상태로 변화없었고 수지폭은 2.5상태였다. 환자 견부 아탈구 교정과 견통 감소를 목적으로 봉약침, 전침 사용 시작하였다.

7) 2007.2.9: 21일(봉침 치료 3일)

우견부 봉약침 0.6cc 시술하였고 통증양상 VAS 10, 견부의 수지폭은 2.5인 상태이며 우견부 움직임은 Gr. I 이었다.

8) 2007.2.12: 24일(봉침 치료 6일)

견부 봉약침 0.8cc 시술함. 견부의 수지폭 2. 우견부 움직임은 Gr. 1>2, 통증 VAS 8 로 감소하는 양상 보임. VD는 1.5cm이고 JD는 1.6cm임

(1) Rt shoulder AP and Lateral (07.2.12)

- Subluxation of glenohumeral joint 의심 소견임 -으로 판독상 변화 없음

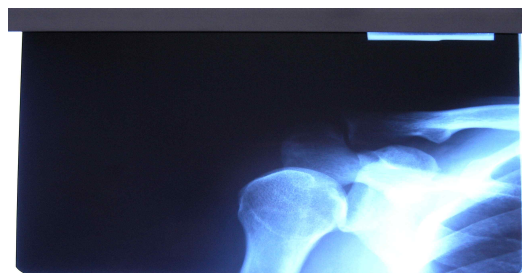


Fig. 2. Rt shoulder AP. (2007.2.12)

9) 2007.2.16: 28일 (봉침치료 10일)

견부 봉약침 0.4cc 시술하였다. 수지폭은 2였고, 우견부 움직임은 Gr. 2이며 통증은 VAS 6~7상태였다.

10) 2007.2.20: 32일 (봉침치료 14일)

아탈구 심해지는 경향 나타났다. 견부 봉약침 0.6cc 견부에 시술하였고 수지폭 3 이었으며 우견부 움직임은 Gr 1>2이고 우견통 VAS 8.5로 나타났다.

11) 2007.2.22: 34일 (봉침 치료 16일)

견부 봉약침 0.8cc 시행하였고 수지폭의 거리는 3 이었으며 우견부 움직임은 Gr 2>1이고, 우견통 VAS 9였다. 방사선 사진상의 JD는 2.7cm 이고 VD는 2.2cm 였다.

(1) Rt Shoulder AP and Lateral(2007.2.22)

- More widening and displaced glenohumeral joint since 2007.2.12로 견관절

아탈구가 그 전에 비해 더욱 심해졌음.

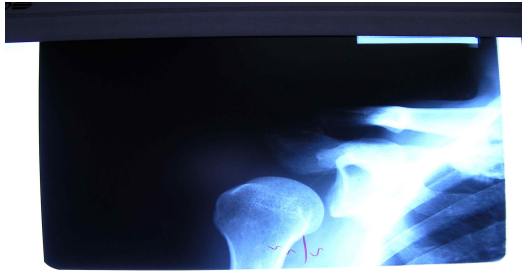


Fig. 3. Rt shoulder AP. (2007.2.22)

12) 2007.2.24: 36일 (봉침 치료 18일)

봉약침 1cc 주사하였고 견부 자침, 전침은 그대로 시행하였다. 수지 폭은 3이고 우견부 Gr 2>1 정도 였다. 통증은 VAS 8 정도였다.

13) 2007.2.26: 38일 (봉침 치료 20일)

수지 폭은 3이고 우견부 움직임 Gr 2이며 수평상태에서의 움직임이 좋아지기 시작했다. 통증은 VAS 7.5 였다.

14) 2007.3.2: 42일 (봉침 치료 24일)

수지 폭은 2.5이고 우견부 움직임 Gr. 2>3로 수평적 움직임 뚜렷하였고 통증은 VAS 6을 나타 내었다.

15) 2007.3.6: 46일 (봉침 치료 28일)

수지 폭은 2.5이며 우견부 움직임 Gr. 2>3, 통증은 VAS 5, JD는 1.6cm이고, VD는 1.2cm로 나타났다.

(1) Rt shoulder AP (2007.3.6)

-Improved reduction, state since 2007.2.22

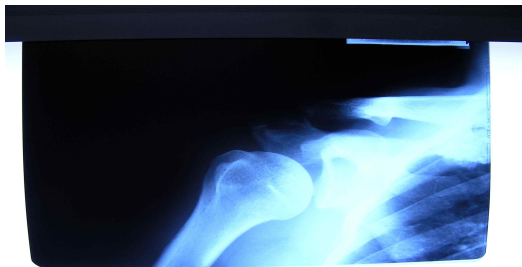


Fig. 4. Rt shoulder AP. (2007.3.6)

16) 2007.3.7일 이후

현재 지속적인 치료 중인 상태로 2007.3.6일 이후 수지폭은 2, 우견부 움직임 Gr. 2>3, 통증은 VAS 3 인 상태이다.

Table III. Change of JD,VD by treatme

(단위 mm)

	07.2.2	07.2.12	07.2.22	07.3.6
JD	20	16	27	16
VD	18	15	22	12

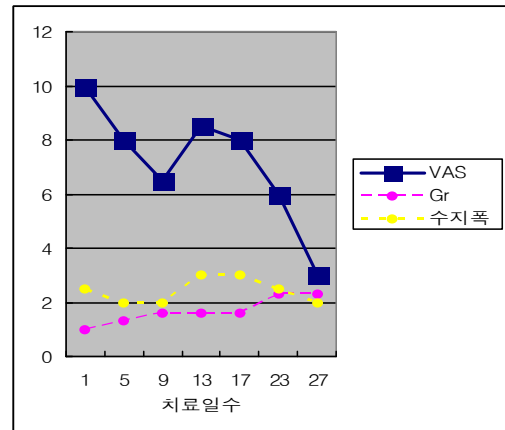


Fig. 5. VAS, Gr., Fingers interval change by treatment.

IV. 증례 2

1. 성명: 이OO, 여자 66세

2. 주소증

1) Rt side weakness Gr 1.(우상지)

2) Rt side numbness

3) Rt upper limb pain

4) Gait disturbance (보행불리, 서있는 것만 가능)

3. 발병일 : 2006년 11월 23일

4. 과거력

1) 2003년도 고혈압인지 내과에서 혈압약을 복용하였다.

2) 2006.7월 당뇨병이 있었으나 식이로 조절 중이고 혈당 체크만 정기적으로 하고 있었다.

3) 2006.11.20 대전 ** 병원에서 뇌출혈 진단 받고 보존적 치료함. 2007년 1월 12일까지 입원치료 하였다.

상기 대전 ** 병원에서

(1) S - ICH of Lt basal Ganglia

(2) HTN

(3) DM

진단받음

5. 가족력: 별무

6. 사회력

성격이 매우 급한편이고 평소 별무음주, 별무 흡연, 별무기호식 해왔다.

7. 현병력

상기환자 평소 고혈압과 당뇨병으로 고생해오시던 중 2006년 11월 23일 편마비, 보행불리 증상 발하여 대전 **병원에서 뇌출혈(Lt. Basal Ganglia) 진단받고 보존적 치료 후 2007년 1월 12일까지 입원치료 후 본원 내원하였다.

8. 초진시 검사소견

1) 망문문절

(1) 전신증상 : 우반신 무력으로 자력보행 불능 상태이고 우견부 통증을 호소 하였다.

(2) 피부 : 색황색이며 약간 검은편이고 피부에 탄력은 없다.

(3) 의식상태 : 의식명료하다.

(4) 호흡기 : 해수, 객담, 호흡곤란은 없다.

(5) 흉부: 흉통을 호소하지 않는다.

(6) 요부: 간간히 통증 호소를 하나 과거에 특별히 치료 받은적은 없었다.

(7) 소화기 : 식사는 1끼에 한공기를 하는 편이

고 소화불량이나 복통은 거의 없으며 복부에 탄력은 조금 떨어지는 편이다.

(8) 수면 : 수면상태 양호하며 하루 6시간 수면 하나 소변 때문에 중간에 1,2회 일어난다.

(9) 정신상태 : 자신의 상태에 대하여 받아들이고 재활치료에 적극적이다.

(10) 대변 : 2,3일에 1번씩 변을 보고 있는 상태로 환자 본인은 불편감 호소는 없다.

(11) 소변 : 소변빈삭 (1일 8회/야간 1,2회)

(12) 설진 : 설담황

(13) 맥 : 부삭맥

2) 이학적 검사

(1) 초진시 활동 징후 : 혈압 100/70mmhg 체온 36.4℃ 맥박수 80회/분 호흡수 20회/분 혈당 132 mg/dl

(2) 결막/공막 : 별무 이상 소견

3) 신경학적 검사

(1) 정신상태 : 정상

(2) 동공상태 : 정상

(3) 경부 강직 : 없음

(4) 심부건 반사 : 우측상하지 항진(+++/++)

(5) Babinski ' s sign : + / -

4) 방사선학적 소견

(1) MR Diffusion (2006-11-23)

① acute stage ICH in the left BG with surrounding edema

② diffuse brain atrophy with multiple microangiopathies

(2) Brain CT(With Enhance) (2006-11-23)

① ICH in the left BG with surrounding edema

(3) Brain CT(Without Enhance) 2006-12-07

① left BG ICH ... reduced size with liquefactive change

(4) Brain CT(Without Enhance) Exam Date 2006-12-18 (16:26)

① much absorption state of left BG ICH

9. 처치 및 치료 경과

1) 2007.1.12: 1일

우반신 무력으로 자력보행이 불가능한 상태이며 보호자에게 전적으로 의존하며, 치료시작함.

2) 2007.1.16: 5일

우측 어깨의 통증을 호소하여 肩髃, 肩髃, 臑俞, 肩井과 주위 아시혈을 찾아서 1일 1회 자침하였고 유침은 25분으로 하고 다른 특별한 자극은 주지 않는 상태였다. 우측 어깨의 움직임은 Gr. 2>1 상태이다.

(1) Rt. Shoulder AP (07.1.16)

IMP) No gross abnormality. - 이학적 검사 상 수지폭은 2이고 우측 견관절 아탈구 상태에 준하여 팔걸이를 잘 착용하도록 하였다. 통증은 VAS 10인 상태로 우측 어깨의 움직임은 Gr. 2>1. JD는 1.3cm이고 VD는 0.8cm로 나타났다.



Fig. 6. Rt shoulder AP. (07.1.16)

3) 2007.1.17 : 6일 (봉침 치료 1일)

봉약침 시술 하였고 자침, 전침을 전침을 시행하였다.

4) 2007.1.24 : 13일 (봉침 치료 8일)

수지폭은 2였으며 통증은 VAS 8, 우측 어깨의 움직임은 Gr. 2였다.

5) 2007.1.31: 20일 (봉침 치료 15일)

통증은 VAS 6~7정도로 감소하고 있으며, 움직임은 Gr. 2>3로 호전중이며 수지폭은 2로 비슷한 상태였다.

6) 2007.2.7: 28일 (봉침 치료 22일)

환자 지속적인 운동 지도하였고 견부 통증은 VAS

5로 감소하고 움직임은 Gr. 2>3, 수지폭은 1.5였다.

7) 2007.2.21:42일 (봉침 치료 36일)

견부 통증은 VAS 4, 움직임은 Gr 3>2, 수지폭은 1.5 였다.

8) 2007.3.6:57일 (봉침 치료 49일)

견부 통증은 VAS 3~4, 움직임 Gr. 3, 수지폭은 1.5로 나타났고 방사선학적으로 JD는 1cm, VD는 0.4cm로 나타났다.

(1) Rt. Shoulder AP. (07.3.6)

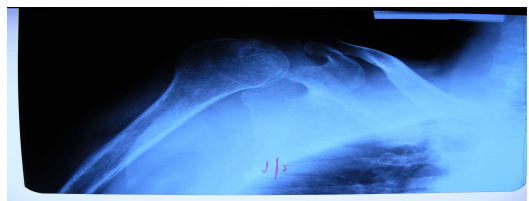


Fig.7. Rt shoulder AP. (07.3.6)

9) 2007.3.7일 이후

통증은 VAS 3~4, 움직임은 Gr. 3>4, 수지폭은 1.5 상태로 환자 타병원으로 전원하였다.

Table IV. Change of JD, VD by treatment

	(단위 mm)	
	07.1.15	07.3.6
JD	13	10
VD	8	4

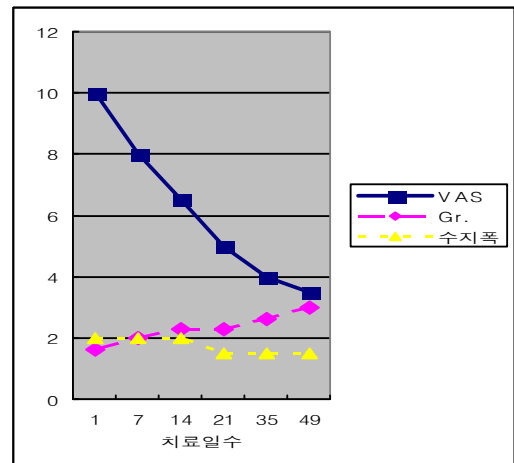


Fig. 8. VAS, Gr., Fingers interval change by treatment.

V. 고찰 및 결론

중풍은 발생하면 초기 사망률이 높으며, 회복되더라도 후유증이나 합병증으로 인해 환자 본인은 물론 가정적이나 사회적으로 큰 피해를 입게 된다. 급성기의 증상이 소실되면서 환자에 있어 가능한 빠른 재활치료가 시행되어야 한다.

중풍의 재활치료 시작 시기는 생체징후가 안정된 후 48시간 동안 신경학적인 병변의 진행이 없으면 시작하는 것이 좋다. 재활치료를 일찍 시작할수록 기능회복이 빠르며 관절구축을 막기 위해 침상에서 구축이 잘 발생하는 자세를 피하고 강제 발생을 줄일 수 있는 자세를 하도록 하여야 한다¹⁾.

이 중 견관절 하방 아탈구는 이완성 마비시기에 빈번히 발생하는데 이의 발생빈도는 상지에 심한 마비가 있는 편마비 환자의 80%까지 발생하는 것으로 알려져 있으며, 이로 인한 통증이나 반사성 교감신경계 기능장애 등은 중요한 치료 대상이다⁶⁾.

관절아탈구는 어깨 근육의 마비로 중력에 대해 상완 골두를 관절 와에 고정시키지 못하고, 또한 견갑골을 지지하는 근육의 마비로 견갑골이 측방으로 돌면서 관절와의 방향이 아래를 향해 상완골두에 대한 container의 역할이 없어지기 때문이다⁷⁾.

아탈구 된 어깨 그 자체는 통증을 수반하지는 않으나 손상받기 쉽기 때문에 수동적 또는 능동적 운동범위에 한계를 가져오는 통증을 수반하는 어깨로 발전하지 않도록 하는 것이 중요하며⁸⁾, 통증으로 인해 내전되고 내회전되어 있는 어깨를 가지고 있는 환자는 환측 팔을 사용할 수 없고 걷기 훈련에 참여할 수 없이 때문에 전체적인 재활치료 프로그램에서 중요한 치료대상이 된다.

봉약침 요법은 꿀벌의 봉낭 안에 들어있는 봉독을 추출 가공한 후 경락학설의 원리에 의하여 질병과 관계된 혈위, 압통점 및 체료의 축진으로 얻어진 양성 반응 점에 주입하는 신침 요법으로 봉약침 자체의 자침효과 및 봉독의 생화학적 효능을 이용하여 생체의 기능을 조정하고 병리상태

를 개선시켜 질병을 치료하고 면역계를 활성화시켜 항염증, 세포용해, 신경독 효과, 항세균 및 항진균 작용을 하는 것으로 알려져 있다. 또한 실험결과 항염, 진통, 해열, 항경련 등의 작용이 있어 류마티스 관절염을 비롯한 각종 동통, 관절질환, 염증 질환, 면역질환에 널리 응용되고 있다⁹⁾. 봉약침을 사용하여 중풍후유증으로 인한 견관절 통증에 유의한 효과를 얻은 조¹⁰⁾,이¹¹⁾ 논문에서 볼 수 있듯이 유의한 효과가 이미 입증되어 있다.

전침은 혈위에 자침하여 감응이 있는 후 침병에 전류를 통하여 기계적 자극과 전기적 자극을 결합시킨 치료법이다. 주파수에 따라 통증 정도의 반응이 다른데 진통효과는 신은 1Hz, 4V가 가장 뛰어나다고 하였다¹²⁾. 저 빈도인 2Hz의 주파수로 자극할 경우 동통역치가 완만하게 감소하며 근긴장을 증대시키고 고빈도인 100Hz는 단기간 내에 진통효과가 있으며 근 긴장을 억제시킨다¹³⁾. 견관절 아탈구와 통증에 대해 진통효과와 함께 근 긴장도를 증가시키기 위해 3Hz를 사용하였다.

한의학에서 뇌졸중으로 편마비로 인한 견관절 아탈구에 대해 언급한 문헌은 찾아보기 어려우며, 견관절 아탈구에 동반되는 어깨 통증 및 관절 운동 제한은 뇌졸중으로 인한 비증의 범주로 볼 수 있다. 견비통의 한의학적 치료 방법은 침, 구, 약물, 한방물리요법 등을 임상에서 응용하고 있으며, 이들을 원인, 병력, 및 증상에 따라 선용하는데 오¹⁴⁾ 등은 뇌졸중으로 인한 견비통을 근육중심으로 분류하여 통증 양상을 구분하고 이를 각각 경근과 경혈을 상호 연관하여 치료 하는 방법이 있음도 설명하여 기존에 치료에 더욱 효과를 낼 수 있는 방법을 제시하였다. 이런 부분에 대해서도 더 많은 연구가 필요하리라 본다.

현재까지 뇌졸중 편마비 환자의 견관절 아탈구를 예방하기 위하여 가장 보편적으로 사용되는 것이 팔걸이이다. 팔걸이의 목적은 팔의 무게와 중력의 힘으로부터 상완골두를 glenoid fossa 속에 잘 유지하여 근육의 약화로 야기되는 견관절의 아탈구를 예방하고 일단 발생한 후에는 그것을 복원하는데 있다. 그러나 팔걸이는 여러 환자

예에서 보듯이 관절의 아탈구 예방에 큰 도움이 되지 못함이 이¹⁵⁾등의 논문에서 나타났듯이 단순 팔걸이 착용뿐만 아니라 견관절 아탈구의 발생에 관하여 보호자 교육이 조금 더 면밀히 이루어져야 하며, 환자가 팔걸이 착용 시 나타나는 경항부의 불편감과 지속적인 고정으로 인해 나타나는 오십견, 어깨-손 증후군 발생을 방지할 수 있는 팔걸이에 대한 연구도 지속적으로 필요한 상황이다¹⁶⁾.

본원에서 치료했던 2례의 환자 역시 팔걸이를 지속적으로 착용하고 있었으나 증상이 발생하였고 이에 대하여 환자 보호자에 대한 교육과 견부 운동에 대하여 지속적인 교육이 다시 이루어졌다.

뇌졸중 후유증이 나타나는 환자에 있어서 견부 아탈구와 견통은 매우 흔한 질환이다. 이에 대한 연구는 이전부터 많이 있어 왔고 전침을 이용한 부분과 봉약침을 이용한 부분은 각각 여러 예가 있었다. 하지만 치료에 있어서 두 가지 치료법을 함께 사용한 예가 없었고 이 치료 방법을 사용하여 임상에서 양호한 효과를 얻었다. 다만 단 2례에 불과한 증례로 본 치료에 대한 앞으로도 여러 가지 많은 한방적 임상사례 연구가 필요하리라 사료된다.

VI. 결 론

상기 증례에서 저자는 뇌졸중 후유증환자에서 나타난 견관절 아탈구와 견통에 대하여 봉약침과 전침 자극을 통하여 두 환자에게 있어서 방사선 검사를 통하여 아탈구의 감소에 대해 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. VAS는 두 환자 모두 3,3,5로 감소하였다.
2. Gr.는 두 환자에서 1.3정도 증가하였다.
3. 수지폭은 두 환자에서 0.5 감소하였다.
4. 방사선 상에서 JD가 각각 4와 3mm가 감소하였고, VD는 각각 6과 4mm가 감소하였다.

다만 증례가 2례에 불과하고 대조군의 설정이 없는 점, 한약과 물리치료와 같은 다른 요인들의

배제가 완전히 이루어지지 못한 점은 이 논문의 부족한 부분이며 차후로 많은 연구가 필요하리라 생각된다.

참고문헌

1. 한방재활의학회. 한방재활의학. 2판. 서울: 군자출판사. p. 161, 2005.
2. 이광우. 임상신경학. 4판. 서울: 범문사. 2006:264-82.
3. 신승철, 권영달, 송용선 중풍후유증으로 인한 편마비환자 견관절 아탈구의 방사선학적 임상고찰. 한방재활의학회지. 1998;(8):283-5.
4. 허대영, 윤민영, 조은희, 이옥자, 김경식, 조남근. 황화약침의 퇴행성 슬관절염에 대한 임상적 연구. 대한침구학회지. 2002;19(2): 189-200.
5. 김지훈 외 3인. 침의 과학적 접근과 임상. 대한 추나학회 출판사. pp.:166-7, 2001.
6. Faghri PD, Roders MM, Glaser RM, Bors JG, Hoc, Akuthita P : The effects of functional electrical stimulation on shoulder subluxation, arm function recovery and shoulder pain in hemiplegic stroke patients, Arch. Phys. Med. Rehabil., Vol. 75, 1994:73-9.
7. 이원철. 신경계질환의 한방치료. 서울: 정담. p. 202, 2005.
8. 김현제, 최용진 : 최신 침구학, 서울 성보사. pp. 109-120,142-4, 1983.
9. 인창식. 중풍 편마비환자의 견관절 동통에 대한 봉독약침요법의 효과. 경희대학교 대학원. 2001.
10. 조성우, 고경훈, 남정훈, 김민수, 이상용, 이인선, 손대용, 이명중. 중풍편마비환자의 견관절 통증에 대한 생강약침과 봉독약침의 효과. 한방재활의학회지. 2005;15(4):77-87.
11. 이대용, 이건목, 염승철, 김도호, 김대중. 중풍후유증으로 인한 견비통 환자의 봉약

- 침치료에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2006;(4):69-80.
12. 신원용 : 전침의 주파수 및 전압의 변화가 진통효과에 미치는 영향. 경희대학교대학원. 1997.
 13. 송재철, 정석희, 이종수, 김성주, 신현대. 뇌졸중 환자의 견관절 아탈구와 통증에 전침자극이 미치는 효과에 관한 임상적 연구. 한방재활의학회지. 1999;9(1);41-51.
 14. 오재근, 김성주 : 뇌졸중으로 인한 편마비 환자의 견비통 치료에 관한 문헌적 고찰 (경근, Trigger point, Motor point를 중심으로). 한방물리요법과학회 1993;3(1);153-66.
 15. 이용걸, 정덕환 외 2명: 정상 견관절의 단순 방사선학적 분석. 대한정형외과학회지. 1995;30(5);1242-8.
 16. 강욱, 서원희 외 2인. 견관절 아탈구 교정을 위하여 새로이 고안된 조끼형 팔걸이, 대한재활의학회지. 1996;20(3);787-93.