

뇌내출혈(ICH)환자의 비수술적 요법으로 치료한 1예에 대한 症例報告

김형순* · 박혜선* · 배영춘* · 주종천*

Abstract

A Case Study about Treatment of soyangin Patient diagnosed as ICH without operated

Kim Hyoung-soon* · Park Hye-sun* · Bae Young-choon* · Ju Jong-cheon*

*Dept. of Sasang Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang Univ.

The etiology of spontaneous intracerebral hematoma is aneurysmal rupture, arteriovenous malformation, brain tumor, blood dyscrasia, cerebral infarction, cerebra inflammatory vascular disease, hypertension, and unknown causes. And the primary intracerebral hematoma is caused by unknown causes including hypertension. The clinical diagnosis of intracerebral hematoma, size, location, ventricular penetration, and evolution of brain parenchyme by hemorrhage are confirmed by CT scan.

The authors have experienced 1 case of spontaneous intracerebral hematoma confirmed by CT scan. We have diagnosed the patient as Soyangin and treated by east integrated therapy.

We classified this case as Soyangin-liyoiljung(少陽人裏熱證) and prescribed Yangkyuksanhwatang · Jihwangbaekhorang · Hyungbangaebaeksan to the principle of Cheongyangsangsung(清陽上升).

In the result, we had the improvement of the symptoms.

This report discribed the process and contents about the way the patient was cured.

keyword : Intra cerebral hematoma, Soyangin

I. 緒 論

뇌출혈은 한의학적으로 중풍의 범주에 속하며 근래 한방병원에서 많은 중풍환자들을 치료하고 있고 그 중 상당수가 사상의학적 치료 및 관리방법을 적용하고 있다.¹⁾

자발성 뇌 실질내 혈종이란 뇌 실질 혈액이

국소적으로 고이는 병으로서 외상 및 기타 외부 요인에 의한 것을 제외한 경우를 말하며 일부 학자들은 동맥류(aneurysm), 동정맥 기형(arteriovenous malformation), 뇌종양(intracranial tumor), 혈액질환에 의한 것을 제외하기도 한다.

최근 전산화 단층 촬영술(CT scan)이 신

* 원광대학교 한의과대학 사상체질과

교신저자 : 김형순 주소) 광주광역시 남구 주월동 543-8 원광대학교 한방병원 사상체질과 전화)062-670-6528

E-mail) soonsooboy93@hanmail.net

경외과 영역에 도입됨에 따라 자발성 뇌 실질내 혈종 환자들을 빠른 시간내에 진단할 수 있는 길이 열렸다. 그러나 자발성 뇌 실질내 혈종 환자의 치료에 대해서는 아직도 많은 논란이 있다. 따라서 내과적 치료 또는 외과적 치료의 비교와 아울러 예후 판정에 대한 연구 검토가 필요하다 하였다.²⁾

우리나라는 이원적인 의료정책에 의하여 뇌졸중 환자가 한의학적인 치료를 받다가 양방으로 가거나, 양방치료를 받다가 한방으로 오거나, 양한방 치료를 동시에 받거나 하는 등의 여러 가지 치료체계를 거친다. 그러나 뇌졸중 치료와 예방에 대해 양방, 한방, 한양방 협진에 대한 객관적 비교 분석자료가 미비하여 가장 효율적인 치료방법이 무엇인지에 대한 객관적 자료가 부족한 것이 현실이다.³⁾

특히 자발성 뇌 실질내 출혈환자중 수술방법을 거치지 않은 대량 출혈 환자의 한의학적인 치료에 대한 보고는 거의 전무한 것이 현실이다.

이에 본원에서 대량 출혈환자를 비 수술적 요법으로 치료한 예를 보고하여 앞으로 뇌 실질내 출혈에 대한 한의학적인 치료의 한 방법을 제시하고자 발표하는 바이다.

II. 증 례

1. 성명 : 양○○ 59세 남자
2. 주소증
 - 1) 좌측부전마비(Lt. hemiparesis)
 - 2) 어둔(Slurred speech)
 - 3) 두통(Headache)
 - 4) 좌측안면신경마비(Lt. facial palsy)
 - 5) 오심(Nausea)
 - 6) 가벼운 정신착란
 - 7) 불면(Insomnia)
 - 8) 步行失調
3. 발병일 : 2001년 10월 3일
4. 과거력 : '79 renal stone, '80 bladder

stone으로 수술함. HT(-), DM(-)

5. 진단명 :

① 양방 : ICH

(01.10.06 : about 48*49*50mm right F-T-P lobe hematoma, mass effect on ventricle, right sylvian fissure, cerebral sulci is noted.

01.10.20 : marked resolution of right cerebral hematoma is noted. but, remained hematoma is still visible. mass effect on midline structures are noted.)

그림 2 01.10.06

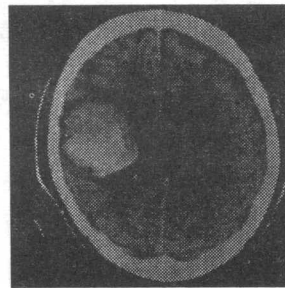
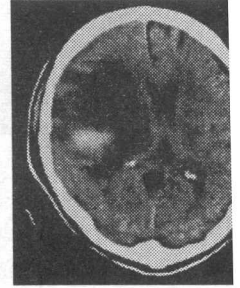


그림 3 01.10.20



② 한방 : 少陽人 胃受熱 裏熱病

6. 체질진단

(1)

① 체격 : 약 171cm/62kg

② 인상 : 少陽人 인상(눈끝이 약간 처졌으나 눈세가 강하여 少陽人 인상과 비슷하며 전체적으로 얼굴의 상부가 발달하였고 이마가 시원하였으며, 늑각은 약 90-100°정도로 크게 넓지는 않았다.)

③ 皮膚 : 약간 미끄러우며 軟하다.

④ 汗出 : 평소 땀을 많이 흘리는 편은 아니나, 적은편도 아님.

⑤ 嗜好 : 차가운 음식을 좋아함.

⑥ 顔色 : 약간 붉은 기운이 돌면서 검다.

⑦ 性格 : 급하고 약간 직설적이다.

⑧ 音聲 : 그리 강하고 날카롭지는 않다.

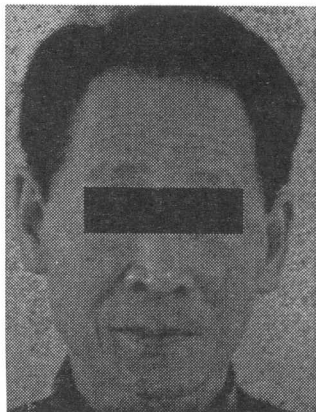
⑨ 舌苔 : 淡紅黃厚苔

⑩ 脈 : 滑數

(2) QSCC II 상 : 少陽人

결론: 상기와 같은 소견으로 少陽人으로 진단함.

그림 4 환자사진



7. 현병력

2001년 10월 03일 오전 11시경 등산하던 도중 Lt.hemiparesis, slurred speech 등의 증상이 발생하여 모대학병원 응급실로 후송되어 Brain CT상 Cb-hrr 진단받고 fluid치료 후 foley insertion 후 2001년 10월 3일 오후 6시경 원광대학교 광주한방병원에 입원함.

8. 초진소견

血壓은 140/90mmHg 정도로 비교적 안정적인 편이었으며 體溫은 36.6℃, 脈搏은 92회/분, 呼吸은 20회/분이었다.

(1) Chest AP : no active lung lesion.

KUB : ileus.

2) 임상병리검사

표 3. 임상병리검사변화표

| 검사항목 검사일 | WBC (U/L) | RBC (U/L) | PLT (U/L) | ESR (mm/hr) | MCV (fl) | MCH (pg) |
|-------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-------------|-------------|
| 10.04 | 8.4 | 4.34 | 128 | 3 | 99.1 | 34.8 |
| 10.17 | 6.4 | 4.18 | 238 | | 100.2 | 35.6 |
| 11.09 | 5.5 | 4.54 | 154 | 3 | 98.7 | 33.7 |

표 4. 임상병리검사변화표

| 검사항목 검사일 | T-pro (g/dl) | Alb (g/dl) | AST (IU/L) | ALT (IU/L) | ALP (IU/L) | γ-GTP (IU/L) |
|-------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| 10.04 | 5.8 | 3.7 | 24 | 11 | 246 | 90 |
| 10.17 | 6.0 | 3.7 | 22 | 20 | 239 | 78 |
| 11.09 | 6.6 | 4.2 | 19 | 14 | 230 | 45 |

표 5. 임상병리검사변화표

| 검사항목 검사일 | SG | PH | ERYTHRO | U-RBC | U-WBC |
|-------------|-------|-----|---------|-------|-------|
| 10.04 | 1.030 | 6.0 | 250 | many | 25-30 |
| 10.17 | 1.025 | 6.5 | - | 0-1 | 20.25 |
| 11.09 | 1.020 | 7.0 | - | 0-1 | many |

(3) EKG : LVH in ischemia.

(4) Echocardiography :

This echocardiogram showed increased LV mass with apical hypertrophy of LV and MR.

9. 임상경과 및 치료

환자는 래원당시 Lt.hemiparesis, slurred speech, headache, urination difficulty, Lt. facial nerve palsy 등의 증상이 있었다. 모대학병원 brain CT상 출혈은 약 20-25cc로 보였으며, 소견서상 수술을 권유하였으나 보호자 거부하여 전원하였다. 입원당시 Mental state는 비교적 안정된 상태였고 활력징후 역시 비교적 안정된 상태였으나 소변이 적갈색으로 약간의 bleeding이 있는 상태였고, 두통이 점점 증가되는 상태였다. 체질진단시 少陽人으로 진단하고 약물치료는 少陽人 胃受熱 裏熱病에 사용되는 涼膈散火湯을 투여하였고 침치료는 百會, 人中, 太陽, 谷池, 合谷, 足三里, 豐隆, 太衝 등처에 1일 1회 자침하였으며, 두통이 심할시 太陽穴부위를 點刺出血 하였다.

양방치료로는 테놀민 50mg, 노바스크 2T, 그란닥신 2T를 투여 하였다. 급성기 6일 동

안 글리프롤 250cc를 8시간 간격으로 점적투여하였으며 N/S 1ℓ를 IV로 투여하였다.

급성기가 지난후의 재활치료는 Matress, babath, gait training, FES, SSP, Aromatherapy등을 시행하였다.

(1) 2001년 10월 3일

모 대학병원에서 전원시 활력증후는 비교적 정상적이었으며 운동능력은 상지 G1-2, 하지 G4정도 되었으며, pupil 반응은 (3+,3+)였으며 neck stiffness증후는 없었다. urination이 원활치 못하여 foleycatheterization시행한 상태였으며 연하곤란증후는 없었다.

(2) 2001년 10월 4일

활력증후는 비교적 정상적이었으나 mild headache 호소 하였으며 불면등의 증상 보였다. 운동능력은 G0/G3정도로 상태가 약간 progress되었으나 M/S alert 하였다. 소변에서 약간의 bleeding이 있어 색이 약간 적갈색이었으나 큰 문제는 없었고, 점차 요의를 느끼기 시작하였다.

(3) 2001년 10월 6일

활력증후는 여전히 정상적이었으나 지속적 두통을 호소하였고 불면증상도 여전히었다. 뇌내출혈의 상태를 재진하기 위하여 Brain CT를 다시 촬영하여 about 48*49*50mm right F-T-P lobe hematoma, mass effect on ventricle, right sylvian fissure, cerebral sulci is noted.의 판독소견 받았으며 출혈량은 약 60cc정도로 추정되었다. 요의를 느껴 foley를 제거하여 self voiding 시작하였으며 urination은 정상적이었다.

(4) 2001년 10월 7일

활력증후는 여전히 정상적이었으며 기타 신경학적소견도 비교적 정상적이었으나 운동능력에 있어서 약간의 상태진행이 되어 G0/G2정도 되었으며 야간 불면 및 두통은 여전히 상태였으며 간혹 병실을 집으로 착각하였다. 기타 정신상태는 정상적이었다. urination은

정상적이었다.

(5) 2001년 10월 9일

수면장애가 있어 낮에는 4시간정도 수면 취하고 밤에는 잠을 잘 자지 못하였다. 침대에서 자주 내려오려 하여 1회 slip down하여背部에 약간의 활과상이 생겼다. 야간에 병실을 집으로 착각하는 증상 여전히었다.

(6) 2001년 10월 17일

병실을 집으로 착각하는 증상 여전히 MMSE실행하였으나 29점이나와 정상으로 진단하였다. 기타 증상 호전중이었다.

(7) 2001년 10월 20일

임상증상은 점차 호전중으로 운동능력은 G2/G4정도로 호전되었고 활력증후도 안정적이었으며 불면, 두통등도 어느정도 호전되었다. 뇌내출혈상태를 확인하기 위하여 Brain CT를 촬영하여 marked resolution of right cerebral hematoma is noted. but, remained hematoma is still visible. mass effect on midline structures are noted.의 소견을 판독받았다.

(8) 2001년 10월 25일

불면, 두통등의 증상은 거의 호전되었으며 운동능력도 향상되어 기립운동을 연습하였으며, 상지의 운동능력도 향상되어 물건을 잡는 등의 운동은 되나 얇은 물건은 아직 잡지 못하였다. 병실을 집으로 착각하는 등의 정신착란증상도 소실되었다. Lt. facial palsy증상이 남아있어 물등을 섭취할 때 약간 흘리는 경향이 있다.

표 6. 투약된 한약과 처치

| 處方日 | 處方名 | 保胎劑 및 藥物添劑 | 處方內容 |
|---------|----------------------|------------|---|
| 10월 3일 | 涼膈散火湯 | | 生地黄·忍冬藤·連翹 各8g 梔子·薄荷·知母·石膏· 荊芥·防風 各 4g |
| 10월 5일 | 地黄白虎湯 | 調胃承氣湯 | 石膏 20g 生地黄 16g 知母 8g 防風·獨活 各4g |
| 10월 15일 | 涼膈散火湯 | | 上同 |
| 10월 17일 | 荊防瀉白散 | | 生地黄 12g 白茯苓·澤瀉 各8g 石膏·知母·羌活· 獨活·荊芥·防風 各4g |
| 10월 23일 | | 調胃承氣湯 | |
| 10월 28일 | 荊防瀉白散 加 生地黄·石膏 4g | 調胃承氣湯 | 上同 加 生地黄·石膏 4g |

표 7. 임상경과표

- ++++ : 증상이 매우 심하다
- +++ : 증상이 심하다
- ++ : 증상이 있다.
- +
- : 증상이 소실되었다.

| | 운동장애 | 어둔 | 두통 | 안면신경 마비 | 불면 | 가벼운 정신착란 | 변비 | 소변장애 |
|----------|---------|------|------|------------|-----|-------------|----|------|
| 01.10.3 | G1-2/G4 | G3 | +++ | +++ | +++ | - | - | ++ |
| 01.10.4 | G0/G3 | G2 | ++++ | +++ | +++ | - | - | ++ |
| 01.10.6 | G0/G3 | G2 | ++++ | +++ | +++ | - | + | + |
| 01.10.7 | G0/G2 | G2 | +++ | ++ | ++ | + | - | - |
| 01.10.9 | G0/G3 | G2 | +++ | ++ | ++ | + | - | - |
| 01.10.14 | G1/G3 | G3 | ++ | ++ | + | + | + | - |
| 01.10.17 | G1-2/G3 | G3-4 | + | + | + | + | + | - |
| 01.10.20 | G2/G4 | G4 | + | + | - | + | + | - |
| 01.10.25 | G3/G4 | G4 | - | - | - | - | + | - |
| 01.10.31 | G3+/G4 | G4 | - | - | - | - | - | - |
| 01.11.16 | G4/G4+ | G4 | - | - | - | - | - | - |
| 02.1.14 | G4/G4+ | G4 | - | - | - | - | - | - |

(9) 2001년 10월 31일

보행연습을 시작하여 원활한 보행은 힘든 상태였으나 발걸음은 떼기 시작하였다. 상지의 운동능력도 향상되어 작은 물건도 집기 시작하였다.

(10) 2001년 11월 16일

거의 정상적인 보행이 가능해지고 불면, 두통 등의 증상 없으며, 정상적인 생활영위 가능 하리라 판단되어 퇴원을 지시하였다. 남은 증

상은 약간의 안면신경마비로 감각장애 호소하였다.

11) 2002년 1월 14일

외래 통원치료중 관찰한 결과 큰 이상증상 없는 것으로 판단되었다.

Ⅲ. 고 찰

자발성 뇌 실질내 혈종의 원인중 뇌동맥류나 뇌동정맥기형의 파열, 뇌종양, 혈액질환, 뇌경색 및 뇌혈관 염증 등에 기인하지 않고 그 원인이 확실하지 않은 경우를 원발성 뇌출혈이라고 하며, 자발성 뇌 실질내 혈종의 원인으로서는 고혈압, 동정맥 기형, 혈관종, 혈관염 등을 들 수 있고 이중 고혈압으로 인한 혈종의 발생 빈도가 가장 높은 것으로 알려져 있다.²⁾

고혈압이 만성적으로 진행함에 따라 혈관에서 퇴행성 병변이 생기게 된다. 작은 외상, 즉 미세동맥류가 작은 관동맥에서 약한 부위에 생기고 이런 병적인 혈관이 터지면 뇌내출혈이 된다.⁴⁾

대뇌반구 내의 출혈에서 발생하는 증상들을 살펴보면, 의식은 약 반수의 환자들에서 처음부터 소실되거나 혹은 장애가 일어나게 된다. 구토는 출혈이 시작될 때 아주 빈번하게 일어

나며, 그리고 두통은 때때로 일어날 수 있다. 그래서 초점성 증상 미치 징후들이 출혈의 부위에 따라 발생하게 된다. 고혈압성 출혈에 있어서, 일반적으로 편마비나 혹은 편부전마비를 동반하고 빨리 전개되는 신경학적 결함이 일어난다. 편감각 장애도 역시 보다 더 깊이 위치하는 병변들에서 나타나게 된다. 피각의 병변들에 있어서, 공액성 외측 응시의 소실은 특징적인 것이다. 시상 출혈에 있어서, 상방 응시의 소실, 눈에서의 하방 혹은 사편위 응시, 외측 응시 마비들, 그리고 동공 부동증 등이 일어날 수도 있다.⁵⁾

출혈부위는 Fisher의 분류법이 가장 보편적으로 사용되고 있는데, 그는 부검결과를 통하여 뇌기저핵 및 피각출혈(55%), 대뇌피질하출혈(15%), 시상출혈(10%), 소뇌출혈(10%) 및 뇌간출혈(10%)로 분류하였고 또한 부위에 따른 발생빈도를 발표하였다⁶⁾

자발성 뇌 실질내 혈종은 1883년 MacEwan이 최초로 수술한 이래 수술적 가료가 시행되어 왔으며 내과적 또는 외과적 치료의 우월성이 논란이 되고 있으나 전산화 단층촬영술이 임상에 도입됨에 따라 뇌실질내 혈종의 정확한 부위는 물론, 혈종량, 뇌실내 출혈 여부, 뇌실 전위의 정도 등을 정확하게 파악하여 수술적 치료를 고려하고 있다.²⁾

1903년 Cushing이 처음으로 원발성 뇌출혈 환자에 대한 수술결과를 보고한 이래 수술 시기, 수술방법, 수술적응증, 예후에 대하여 많은 논란이 있어 왔다.

자발성 뇌출혈의 수술목적은 뇌조직을 압박하고 있는 대량의 혈종(20cc이상)을 조기에 제거함으로써 뇌압하강은 물론 출혈후 수반되는 이차적 뇌부종을 감소시켜 생명을 구하고 혈종에 의하여 파괴되지는 않았으나 그 압력에 의하여 기능이 소실된 혈종주위의 신경세포에 대하여 국소성 빈혈과 저산소증을 감소시켜 기능회복을 기대하고 또한 수술시야에서

출혈의 원인을 발견하여 지혈하거나 제거하는데에 있다.

원발성 뇌출혈의 치료에 대하여는 아직도 논란이 많으나 최근 문헌상에는 출혈량이 20~30cc이상이며, 의식상태가 불량하거나 제반 신경학적 증상이 진행되는 경우에 수술적 가료를 권하고 있다.

그러나 아직도 수술적 치료방법과 보존적 내과치료방법 중 어떠한 것이 환자의 예후에 더욱 좋은지는 확실하게 밝혀진 것이 없다. 다만 일반적인 통계상 상황에 따른 수술적 치료방법이 효과적이라는 많은 보고가 있다.^{2), 6-10)}

수술적응증을 결정하는데 있어서 가장 중요한 사항은 뇌출혈후 환자의 의식상태와 신경학적 증상의 시간경과에 따른 변화로서 Cuatico등은 의식이 점차 나빠지거나 신경학적 국소증상이 점점 진행되는 경우에 응급수술을 권장하였으며, Nakahara등은 의식상태와 신경학적 소견에 따라 Stage 0 및 I에서는 대증요법, Stage II의 시상출혈과 Stage III에서는 수술요법을 권장하고 있으며 또한 출혈량에 따라 뇌기저핵부의 경우 50cc이상, 시상출혈에서는 20-30cc 이상이면 수술을 권장하였다.

수술시기에 대하여는 Kaneko는 38예의 뇌기저핵부출혈예에서 뇌부종이 병발되기 전인 발병후 7시간 이내에 수술하여 8%이하의 사망률을 보고한 바 있으며, Mitsuno등은 1일 내지 2일 사이가 수술적기라고 지적하였고, Paillas등은 조기수술보다 5-7일 후에 수술하는 것이 좋다고 주장하고 있는데, 대부분의 저자들은 2일이상 경과후에 수술하면 좋은 결과를 얻을 수 있다고 하였다.⁶⁾

이상과 같이 수술적 치료에 있어서도 시기 및 적응증의 선택에 있어서 많은 논란이 있는 것이 사실이다.

수술방법은 뇌기저핵-시상 혈종의 경우 3가

지 방법을 사용한다. 첫째는 전두-측두부 골성형적 개두술 후 측두엽 상부 전방부 피질을 약 3cm정도 절개하거나, Sylvian fissure를 통하여 insular cortex를 절개한 다음 흡인 및 생리수로 관주하여 혈종을 되도록 완전 제거하였으며, 둘째는 측두골에 3-4cm정도의 두개골 절제술을 시행한 후 같은 방법으로 뇌피질을 절개하여 혈종을 제거하였고, 셋째는 측두골에 두개골 천공 후 흡인 및 생리수 관주로 혈종을 제거하였다. 뇌피질하 혈종에서는 CT 스캔상 혈종에 가까운 부위에 골성형적 개두술과 뇌피질 절개를 한 다음 혈종을 제거하였으며, 뇌실내 출혈이 동반되어 있는 경우에는 뇌실외 배액법(extraventricular drainage)을 동시에 실시한다.⁸⁾

이상과 같은 수술적 치료방법은 그 선택적 사항과 결과에 대해서 아직도 많은 논란이 있는 상태이나 일반적으로는 대량 출혈의 경우 수술적 치료방법이 예후에 좋은 영향을 미친다고 하고 있다.

사상의학에서는 중풍의 원인도 평소 체질적 섭생의 불균형에서 나오는 만성적인 요인에서 그 원인을 찾고 있으며, 중풍의 전구증에서 발병까지의 진행과정도 사상인의 체질적 차이가 크게 작용한다고 보고있다¹¹⁾. 사상의학적 중풍관리지표에 있어서도 환자의 전신적인 상황을 중심으로 송의 방법을 중심으로 하고 있다.

이제마는 소양인의 병증을 크게 비수환표한병과 위수열리열병의 두가지로 분류하고 각 병증마다 발병의 원인과 병증의 특성, 그에 따른 치료법을 제시하여 소양인 체질병증론을 구성하고 있으며 이러한 체질병증을 치료하기 위하여 처방을 새로 만들어 신정소양인병응용요약십칠방이라 하였다. 양격산화탕, 형방사백산, 지황백호탕은 새로 만들어진 소양인 신정방 17가지 중의 하나이다¹²⁾.

양격산화탕은 동의수세보원에서 소양인의

홍격열증이나 상소를 치료할 목적으로 사용된 처방이다. 소양인의 병증은 표음이 울체되어 제대로 하강하지 못함으로써 발생하는 비수환표한병과 위수열리열병으로 청양이 제대로 상승되지 못하여 오는 위수열병은 비위의 청양이 상승하지 못해서 오는 홍격열증과 대장의 청양이 상승하지 못해서 오는 리열변폐증으로 나뉘어지는데, 양격산화탕은 홍격열증에 사용하여 청양을 상승시켜 주는 대표적인 처방이다. 형방사백산은 소양인 처방으로 표음이 하강하지 못하고 몰려 울체되기 쉬우며 여기에 외부로부터 한사가 침범하여 생긴 비수환표한병의 소양상풍증과 망음증을 치료한다. 그 적응증으로는 소양인 두통, 방광통, 번조, 소양증, 신열두통설사, 망음증이다. 지황백호탕은 동의수세보원에서 소양인의 리열변폐증을 치료하는 처방이다. 홍격열증은 비위의 청양이 상승하지 못하여 두부나 면부등 상초부위에 풍열이 생기는 것을 말하고, 이 증세가 심하여 대장의 청양이 상승되지 못하고 쇠약해지면 이열변폐증이 생기게 된다. 이러한 때 지황백호탕을 사용한다.¹³⁾

동의사상신편에 의하면 양격산화탕은 치상소전후풍급순중지경증에 사용된다고 하였고, 형방사백산은 소양인 두통, 방광통, 번조, 소양증, 신열두통설사, 망음증에 사용된다 하였고, 비황백호탕은 결흉섭어등에 사용된다고 하였다.¹⁴⁾

상기환자의 경우 발병일에 모 대학병원에서 Brain CT상 Cerebral hemorrhage를 진단 받고 수술을 권유 받았으나 거부하고 본원에 입원치료한 환자로 3일후 follow up한 결과 출혈량이 약 60cc정도로 양방적으로는 수술적응증에 해당하는 환자였다.

그러나 보존적 치료에 있어서 한방적 치료가 주를 이룬 보고가 아직 없었고 양방의 수술적 치료에 대한 논란이 많은 상태임을 고려하여 환자·보호자와 상의한 결과 한양방 협

진에 의한 보존적 치료를하기로 결정하였다. 상기환자의 경우 Echocardiogram상 고혈압의 기질적 원인이 있었고 다른 외상성 출혈의 흔적이 없는 것으로 보아 고혈압성 자발성 출혈로 보였으며,래원당시 Mental state가 비교적 정상적이었고, Vital sign도 within normal limit안에 있었으며, 기타 합병증을 가지고 있지 않은 상태여서 보존적 치료를하기로 결정하였다. Brain CT의 결과와 임상적 관찰 결과 입원치료중에 출혈이 지속적으로 이루어진 것으로 사료되며, 특히 지속적 두통과 입원기간중 생긴 가벼운 정신 착란증세가 환자의 상태를 판단하는데 중요한 지표가 되었다. 특히 두통과 입원실을 집으로 착각하는 등의 임상적 진행과정은 치료도중 소실되었으며 소변장애는 비교적 빠른 시일내에 해결되었다.

체질진단시 피부가 상당히 연하고 활하였으며 평소 땀이 많지 않았고, 성격이 상당히 급하고 가벼운 느낌을 많이 주어 소양인으로 판단하고 치료하였으며, 양격산화당을 투여하던 중 변비, 안적, 번조등의 증상이 생겨 리열증이 심화되는 것으로 판단 지황백호탕을 투여하였으며, 급성기가 지난후 안적 등의 증상이 소실되어 표증으로 판단하고 형방사백산을 지속적으로 투여하였다.

입원치료중 주증이었던 운동장애와 어둔등의 증상등은 지속적으로 호전되었으며 두통, 가벼운 정신착란, 불면등의 증상도 한약투여에 따라 경중을 반복하던중 차츰 소실되어 퇴원시에는 거의 정상적인 보행과 인지능력을 보였으며 기타 두통, 변비, 불면등의 증상도 소실되어 그 뒤 꾸준히 통원치료를 받으면서 지속적으로 호전되었다.

뇌내출혈 환자들은 발병시 증상이 상당히 급진적이고 응급상황이 비교적 많이 발생하며, 수술적 요법이 가능하여 그 적응증을 제

대로 판단하는 것이 초기 치료에 상당히 중요하나 수술요법의 부작용도 심한 것이 사실이다. 그러한 이유로 양방에서도 수술요법과 보존적 요법의 치료율에 대해서 많은 논란이 있다. 뇌내출혈의 경과에 따른 논문들을 살펴보면, 김갑득의 논문에서는 수술을 시행한 44예중 24예(54.5%)에서 좋은 예후를 보였고 13예(29.5%)가 사망하였으나, 보존요법을 시행한 66예중 31예(47%)에서 좋은 예후를 보였고 25예(37.9%)가 사망하였다고 하였고, 이훈경의 논문에서는 수술요법 시행 군에서 사망률이 37.5%였다고 하였다. 그러나 아직까지 보존적 치료에 한의학적 치료를 겸하여 치료한 보고가 없고 그 통계도 없는 상황이어서 한양방협진의 보존적 치료에 대한 효용성에 대해서는 알려진 바가 없다.

상기환자의 경우 60cc라는 대량 출혈의 경우였으나 부위가 비교적 편측으로 치우쳤고, Vital sign이 안정적이어서 보존적 치료가 가능하리라 사료되었고 특히 두통, 불면등 뇌압의 상승을 짐작케 하는 증상들이 사상의학적 방법으로 치료가 잘 되어 좋은 결과를 내었다고 생각된다.

이상의 증례를 살펴보면 환자의 체질과 증상에 따른 한약의 투약은 특별한 응급상황이 발생하지 않을 경우, 뇌압상승으로 인해 생명이 위험한 경우를 제외하고는 상당한 효과를 볼 수 있으며, 뇌내출혈의 보존적 요법에서도 그 효용성을 발휘할 수 있다고 생각된다.

아직 그 예가 적어 통계적 유의성을 밝히기에는 모자란 면이 있으나 이러한 증례가 많이 모여 통계학적 유의성이 밝혀진다면 뇌내출혈 환자의 수술적 요법에 따른 부작용을 많이 줄일 수 있으며, 이를 바탕으로 사상의학의 임상적 측면에서 많은 발전을 도모 할 수 있을 것이라 사료된다.

참 고 문 헌

1. 최재영·박성식 : 사상의학적 증풍치료 157예에 대한 임상적 연구. 사상의학회지 1998;10(2):433
2. 이훈경 : 자발성 뇌 실질내 혈종의 임상적 고찰. 한양대학교 대학원. 1982.
3. 김종원·김영균·김법영·이인선·장경전·권정남·이원외·송창원·박동일 : 뇌졸중에 대한 한방치료법 연구(증치의학과 사상의학) 및 한방, 양방, 양·한방 협진치료 효과에 관한 연구. 사상의학회지 1998;10(2):355
4. FRAND H. NETTER MD. THE CIBA COLLECTION OF MEDICAL ILLUSTRATIONS CIBA U.S.A, pp.76-77, 1986.
5. Lawrence M. Tierney, Jr., MD·Stephen J. McPhee, MD·Maxine A. Papadakis, MD. Current Medical Diagnosis & Treatment. U.S.A, pp.1058-1059, 1999.
6. 황달성 : 원발성 뇌출혈의 수술적 가료 (Operative Treatment of Primary Intracerebral Hemorrhage). 한림대학교 대학원. 1990.
7. 윤병만 : 자발성 뇌내출혈의 임상적 고찰. 중앙대학교 대학원. 1980.
8. 김갑득 : 원발성 뇌실질내 혈종의 임상적 분석. 중앙대학교 대학원. 1983.
9. 안영환 : 고혈압성 피각출혈환자의 치료방법에 따른 결과 분석. 중앙대학교 대학원. 1989.
10. 유상열 : 자발성 뇌교출혈에 대한 임상적 고찰. 중앙대학교 대학원. 1983.
11. 송일병 : 사상의학적 증풍관리법. 한방성인병학회지 1995;1(1):43-49.
12. 홍순용·이을호 : 사상의학원론. 서울. 행림출판사, pp.299-301, 1973.
13. 전국한의학대학교사상의학교실 : 사상의학. 서울. 집문당, pp.532-533, p.550, 560, 2000.
14. 원지상 : 동의사상신편. 서울. 문우사, pp62, 67-68, 1929.