

수족장애의 팔강약침치료에 대한 임상적 연구 - 발달장애아동을 중심으로 -

허영진

허영진 한의원

1. 서론

1. 발달장애의 정의

1) 미국의 발달장애원조 및 권리장전법

(Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 1894 P.L. 98-527)

발달장애란 출생시부터 계속된 중증의 만성적 장애를 뜻하며, 이는 정신적, 신체적 장애 또는 이 두 장애의 복합적인 작용으로 일어난다¹⁾.

2) 한의학적 정의

동의보감 소아편에는 어지(語遲)와 행지(行遲)로 정의한다.

어지란 언어의 지체로 인지와 언어의 정신적 장애를 의미하며, 행지란 보행의 지체로 팔과 다리의 신체적 장애를 의미한다.

2. 발달장애의 유형

일반적으로 발달장애는 자폐증, 뇌성마비, 정신지체, 간질 기타 신경장애 등이 포함된다¹⁾.

이중 수족의 장애를 동반하는 경우는 주로 뇌성마비 증후군이다²⁾.

3. 뇌성마비 증후군 (Cerebral Palsy Syndromes)

이는 뇌의 운동 중추의 손상에 의한 신경학적 장애³⁾로 정의 되며, 이의 원인은 분명치는 않으나 자궁 내질환, 조산, 신생아황달, 뇌의 일시적인 산소공급부족, 난산으로 인한 뇌신경의 손상 등이 중요한 원인이 된다⁴⁾⁵⁾.

동의보감 소아편에 의하면 행지는 간과 신의 허약으로 본다. 이는 소아가 기혈이 충실하지 못하고 골수가 충만되어 있지 못하여 힘이 없어서 걷지 못하는 경우와 간은 근육을 주관하므로 간이 허약하여 근육이 약하면 뼈마디를 마음대로 움직이지 못하는 경우로 나뉜다.

4. 수족장애의 한방치료

이는 주로 뇌성마비아동의 수족장애를 팔강약침치료와 침치료, 사상처방 등을 활용하여 치료하는 것을 의미하며, 특히 팔강약침치료는 침구경혈학의 이론과 한약의 기미론적 작용을 결합한 신침요법으로서 약물이 인체의 기관이나 병소에 접근 작용시키는 기전을 이용한 치료법이다⁶⁾⁷⁾.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 2000년 5월부터 2002년 12월까지 허영진한 의원을 내원한 발달장애아동 중 뇌성마비아동 40명을 대상으로 하였다. 최소치료기간은 3개월로 하였으며, 체계적인 팔강약 침치료를 받은 환자를 실험군(28명)으로 하였으며, 체계적인 팔강약침치료를 받지 않은 환자는 대조군(12명)으로 하였다. 침치료와 약물치료(사상처방)는 공통으로 시술하였다.

2. 연구방법

1) 뇌성마비아동의 수족장애치료는 약물치료, 침치료, 팔강약침치료를 기본으로 하며 치료주기는 3개월 단위로 차도를 관찰하고 치료회수는 주2회를 원칙으로 하였다⁸⁾.

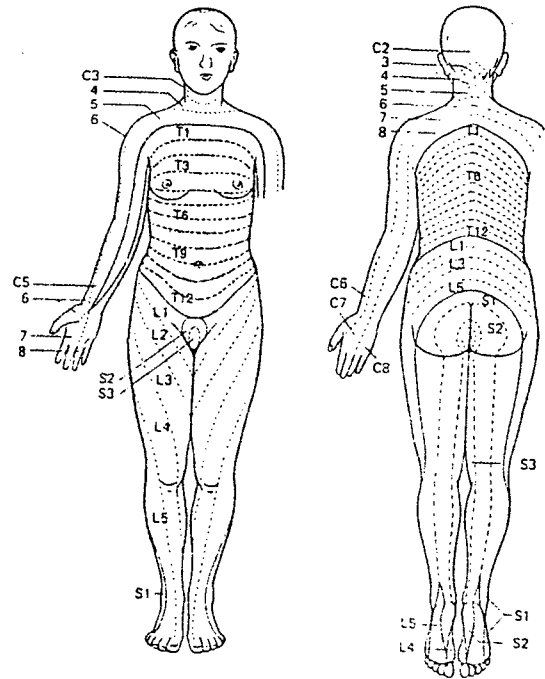
2) 약물치료는 사상처방을 활용하고 뇌성마비아동의 장부의 균형성장을 도모한다. 침치료는 유침술보다는 자락술을 활용하며 부위는 두부와 임독맥을 취한다. 자락술의 의의는 어혈을 제거하여 기혈을 소통함에 있으며 의사소통이 가능한 뇌성마비아동의 경우 제한적으로 유침술을 활용한다.

3) 팔강약침치료는 장부와 수족의 치료로 나누었으며 전자는 심신의 관계와 간의 기능을 중시하여 심음허와 신음허, 그리고 간혈허를 활용하고 수족장애를 치료하기 위해서는 중성어혈을 활용한다.

4) 팔강약침치료의 혈위는 장부치료는 배수혈을 취하며 (B-15 : 심수, B-23 : 신수, B-18:간수), 수족장애 치료는 척수신경이 분포하는 피부분절 (Dermatome)⁹⁾에 맞추어 팔의 치료는 어깨관절(C_{6,7,8})을, 다리의 치료는 골반을 취한다. (L_{1~5}, S_{1~4})

5) 팔강약침액의 용량은 각 혈위당 만2세를 기준으로 그 이전을 0.3cc 그 이후는 0.5cc를 원칙으로 한다.

각 환아당 총용량은 만2세이전은 5cc를 넘기지 않으며 그 이후는 7cc이하를 원칙으로 한다⁷⁾.



(그림1)

III. 증례분석

1. 성별 및 연령별 비율 (실험군, 대조군 포함)

Table 1. Age Distribution of Cerebral Palsy.

Age	Male	Female	Total(%)
12개월미만	0	1	1(2.5)
1세~2세	4	2	6(15)
2세~3세	1	1	2(5)
3세~4세	6	1	7(17.5)
4세~5세	3	2	5(12.5)
5세~6세	3	3	6(15)
6세~7세	2	2	4(10)
7세이상	3	6	9(22.5)
Total	22(55)	18(45)	40(100)

2. 뇌성마비아동의 발병원인 (실험군, 대조군 포함)

뇌성마비아동의 발병원인은 임신 중 태아의 안정적 성장이 중요하며 분만과정 중 발병율도 높은 편이다.

그러나 분만과정 중의 발병도 태아의 안정적 성장과 관련이 있다.

Table 2. Subject Cause of Cerebral Palsy

분류	Male	Female	Total(%)
조산	11	7	18(45)
산모의 Stress	5	7	12(30)
난산	2	4	6(15)
아동의 외상	1	0	1(2.5)
신생아호흡곤란	1	0	1(2.5)
신생아황달	1	0	1(2.5)
기타	1	0	1(2.5)
Total	22	18	40(100)

3. 보행여부의 구분

Table 3. 보행여부의 구분

Results	N(%) Control G	N(%) Experimentl G
불완전한 보행	4(33)	18(64)
보행 불가	8(67)	10(36)
Total	12	28

4. 수족장애의 치료도와 치료기간

뇌성마비아동의 치료도는 소아의 정상행동발달을 기준⁴⁾(Table 4)으로 치료정도에 따른 평가(Table 5)를 하였다.

Table 4. 소아의 정상행동발달기준에 따른 평가.

GRADE	정상행동	개월수
Grade 1	목가누기	생후3개월
Grade 2	뒤집기	생후4개월
Grade 3	혼자앉기	생후6개월
Grade 4	네발앉기	생후8개월
Grade 5	잡고서기	생후10개월
Grade 6	혼자걸기	생후12개월

Table 5. 치료정도에 따른 평가

Result	평가
Excellent	Grade의 네단계 상승
Good	Grade의 세단계 상승
Fair	Grade의 두단계 상승
Poor	Grade의 한단계 상승
Nothing	Grade의 변화 무

이를 토대로 치료기간과 치료도를 비교하면 다음과 같다.

Table 6. 수족장애의 치료기간

I. 전체 뇌성마비아동의 치료기간

Result	N(%) Control G	N(%) Experimentl G
6개월미만	1(9)	7(25) [1.F]
6개월~1년	4(33) [1.P]	16(57) [2.G,P]
1년~2년	4(33) [1.E]	4(14)
2년이상	3(25)	1(4)
Total	12	28

[]는 보행이 불가능한 뇌성마비아동이 보행이 가능해진 수와 그 치료정도에 따른 평가도이다.

II. 보행이 불가능한 뇌성마비아동의 치료기간과 치료도

[]는 보행이 불가능한 뇌성마비아동이 보행이 가능해진 수와 그 치료정도에 따른 평가도이다.

	N(%) Control G	N(%) Experimentl G
6개월미만	1(12.5)	4(40) [1.P]
6개월~1년	4(50) [1.P]	5(50) [2.F,G]
1년~2년	2(25) [1.E]	0
2년이상	1(12.5)	1(10)
Total	8	10

Table 7. 수족장애의 치료도의 비교

I. 보행이 불가능한 경우의 치료도

[] 는 보행이 가능해진 환자의 수.

Result	N(%) Control G	N(%) Experimentl G
Excellent	1(12.5) [1]	0
Good	0	2(20) [1]
Fair	1(12.5)	2(20) [1]
Poor	4(50) [1]	6(60) [1]
Nothing	2(25)	0
Total	8 [2]	10 [3]

II. 불완전한 보행의 치료도

Result	Control G	Experimentl G
Excellent	0	0
Good	0	0
Fair	1(25)	7(39)
Poor	3(75)	11(61)
Nothing	0	0
Total	4	18

IV. 고찰

1. 뇌성마비아동의 수족장애치료의 원리는 그 발병원인으로부터 찾아야한다.

뇌성마비의 원인은 그 대부분이 태중의 병(75%)이다 (Table 2). 즉 산모가 태아에게 10개월의 발육기간을 충족시키지 못한 결과 뇌·척수신경의 기능실조로 발병하는 것이다.

그러므로 그 치료에 있어서 첫째로 장부와 근골의 형성에 치중해야하며, 둘째로 기·혈·신경의 순환을 원활히 해야하고, 셋째로 이를 위하여 기·혈·신경의 순환을 저해하는 어혈을 제거해야 하는 것이다. 장부와 근골의 형성을 위하여는 약물치료와 팔강약침치료

를, 기·혈·신경의 순환을 위하여는 자락술을, 어혈의 제거를 위하여는 팔강약침치료를 활용하는 것이다.

2. 팔강약침치료는 장부치료와 환부치료로 구분된다. 뇌성마비아동의 치료에 있어서 장부치료는 수족장애 치료 뿐만 아니라 인지장애치료까지 포함한다.

수족장애의 치료를 위하여는 간혈허와 신음허를 활용하며 이의 근거는 肝主筋과 腎主骨이다.

장부치료 중 심음허와 신음허, 폐음허 등은 인지장애 치료에 활용된다¹⁰⁾.

팔강약침치료의 환부치료로는 중성어혈을 활용한다. 어혈의 제거는 기·혈·신경의 순환을 원활하게 하기 위함이다. 그러므로 기·혈·신경의 순환을 위하여 혈위는 신경다발이 위치하는 어깨관절과 견갑골부위 그리고 골반을 취한다. 특히 경추신경과 요·천추신경의 피부분절을 활용하여 수족의 기능장애에 맞추어 혈위를 취한다.

팔강약침치료의 어혈지제는 근골의 형성에 토대를 이루는 역할을 하는 것이다.

그러므로 어혈지제는 실험군과 대조군에 있어서 근골의 형성기간에 영향을 주는 것이다.

본 치료를 위하여 활용되는 모든 팔강약침액은 대한약침학회로부터 공급받는다.

V. 결론

뇌성마비아동의 수족장애의 팔강약침치료 결과는 다음과 같다.

1. 보행이 불가능한 뇌성마비아동의 치료결과 대조군은 2명(25%)실험군은 3명(30%)의 보행의 치료효과가 있었다. (Table 7-I)

보행이 불완전한 뇌성마비아동의 치료결과 PF단계에 대조군은 3명(75%), 1명 (25%)이었고, 실험군은 11명(61%), 7명(39%) 이었다. (Table 7-II)

보행치료 및 각 단계별 치료도에서는 유의성이 없었다.

2. 수족장애의 치료기간에 있어서 대조군은 6개월이상 2년의 치료기간 (8명 66%)이 요구되며 실험군은 1년미만의 치료기간 (23명 82%)이 요구되었다.

특히 보행이 가능하기까지의 치료기간이 실험군의 경우 1년미만으로 나타나 대조군과 6개월에서 1년의 차이(Table 6-Ⅱ)를 나타냈다.

치료도의 비교에 있어서도 실험군의 경우 무변화가 없는 반면 대조군의 경우는 2명(25%)이 무변화를 나타냈다. (Table7- I)

3. 결국 본 연구를 통한 팔강약침치료의 유의성은 치료기간의 단축과 뇌성마비아동의 치료도에 있어서 무변화 없는 고른 치료도에 있다.

참고문헌

1. 김승국, 김은경 발달장애인직업교육과정. 서울 : 교육과학사. 1999 : 11 - 18.
2. Marie C. Crickmay. Speech Therapy and the Bobath Approach to Cerebral Palsy. 1966.
3. Abbott, M. : A Syllabus of Cerebral Palsy Treatment Techniques. New York. United Cerebral Palsy. 1956.
4. 김덕곤, 이진용, 정재환. 동의소아과 임상실습. 서울 : 경희대학교 출판국. 1999 : 191. 35.
5. Mark H. Beers. The Merck Manual . 2000.
6. 김정언. 기적의 약침요법. 서울 : 금강출판사. 1987 : 15.
7. 대한약침학회. 약침요법 시술지침서. 서울 : 대한약침학회 2000 : 15.
8. 육태한, 김경현, 신민섭. 봉약침 시술후 체표온도 변화 및 신체반응에 관한 연구. 대한약침학회지. 2001;4(3):14.
9. 정인혁. 사람해부학. 서울 : 연세대학교 출판국 1991 : 53.
10. 허영진. 언어장애의 한방치료에 대한 임상보고. 서울 : 대한한의학회 2002 : 115.