동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 16. No. 2, 2005

針과 韓藥 治療를 통한 진전 환자 4例에 대한 증례보고

김주원, 신현권, 공현우, 박세진, 서주희*
동서한방병원 한방신경정신과, 국립의료원 한방신경정신과*

A Clinical Study on 4 Cases of Tremor Patients with Acupuncture Treatment

Joo-Won Kim, Hyun-Kwon Shin, Hyun-woo Kong, Se-Jin Park, Joo-Hui Seo*
Dept. of Oriental Neuropsychiatry Medicine, Dong Seo Medical Center.
Dept. of Oriental Neuropsychiatry Medicine, National Medical Center*

Abstract

Tremor is a rhythmic, involuntary muscular contraction characterized by oscillations (to-and-fro movements) of a part of the body. The most common of all involuntary movements, tremor can affect various body parts such as the hands, head, facial structures, vocal cords, trunk, and legs; most tremors, however, occur in the hands. Tremor often accompanies neurological disorders associated with aging. Although the disorder is not life-threatening, it can be responsible for functional disability and social embarrassment.

The clinical study was carried out the 4 patients with tremor who were treated in Dong Seo Medical Center from 1 January 2005 to 31 August.

The results were summarized as follows.

Tremor has relation to liver according to Jangbu theory. So we performed acupunture treatment(Ganseonggyeok) and Herbal medication on tremor.

After our treatments, tremor and some other symptoms were improved.

Key word : Tremor, Hemiballism, Acupuncture

◆ 투고:10/22, 수정:11/9, 채택:11/10
교신저자 : 김주원 서울특별시 서대문구 연희3동 194-37 동서한방병원
Tel. 02-320-7808, Fax. 02-320-3207, E-mail : cureholic@naver.com

Ⅰ. 緖 論

振顫이란 顫振, 振掉, 떨림을 말한다. 이는 머리, 몸체, 팔다리를 요동하여 떠는 것을 주요 임상증상으로 하는 病症이다. 이에 대한 서양의학적인 증상 및 질환으로는 진전(Tremor), 무도병양 운동(Choreiform Movement), 발리즘(Ballism, Ballismus), Athetosis양 운동(Athetoid Movement), 디스토니양 운동(Dystonic Movement) 등이 있다.[1)]

韓醫學的으로 振顫은 《素問 至眞要大論》[2)]에 "諸風掉眩 皆屬於肝"이라 하여 최초로 언급하였고 肝과 관계가 있다고 보았다. 이를 시작으로 많은 발전이 있어 현재는 肝腎不足, 氣血兩虛, 風火挾痰을 病因病理로 파악하고 肝腎不足, 氣血兩虛, 痰熱動風으로 변증하여 治療하고 있다.[1)]

지금까지 振顫에 대한 연구로는 진전증상의 문헌적 고찰[3)4)], 실험적 연구[5)6)7)], 임상적 고찰,[8)] 체질의학적 고찰[9)], 두침을 병행하여 치료한 임상례보고[10)]와 턱떨림에 대한 임상례 보고[11)]가 있었다.

여기에 著者는 2005년 1월 1일부터 2005년 8월 31일 까지 8개월동안 동서한방병원 한방신경정신과에 振顫을 주소로 하여 입원한 환자 4명에게 鍼治療로서 肝乘格變方을 시술하여 유의한 효과를 얻었기에 이에 報告하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

증례 1

1. 성명 : 백○○(F/85)
2. 진단명 : 본태성진전
3. 발병일 : 2005년 1월 26일경
4. 초진일 : 2005년 1월 31일
5. 입원치료기간 :2005년 1월 31일부터 2005년 3월 8일까지(37일간)
6. 현병력 : 2005년 1월 중순경 집안문제로 스트레스 받던 중 깜짝 놀란 후 頭部振顫과 兩手振顫 發하였으며 少氣, 食欲不振 호소.
7. 과거력
   ① 위궤양: 2005년 1월 21일 ○○내과 UGI상 Dx. w-med p.o.하다 환자가 중단함.
   ② 고혈압: 30여년전 진단. w-med p.o.중 구안와사(Rt): 1997년 ○○한방병원 입원치료.
8. 임상증상(초진상) : 깜짝 놀란 후 시작했다 하며, 악관절긴장 (이를 꽉 다무는 양상; 안정시, 행동시 모두 긴장 발하였으며 坐位시 甚, 25~30회/분), 頭部와 兩手 진전(坐位시 甚.)
9. 가족력: 별무
10. 병리학적소견
   ① 혈액검사
   (3/7): [BC]: Alb3.6↓ GGT169↑ CPK26↓ Alkaline Phosphatase308↑
   [CBC]:WBC3.90↓ Platelet161↓ ESR30↑
   (2/19): [BC]Alb 3.4↓ GOT 81↑ GPT ↑ GGT155↑ CPK20↓ Total bilirubin 1.11↑ Alkaline phosphatase644↑
   [CBC]: WBC 3.74↓ ESR40↑
   (2/2): [BC] Alb3.5↓ CPK 27↓ [CBC] Platelet 167↓
   [Serum]HBsAg:positive, HBsAb:negative Homocysteine:10.22
   ② 영상의학적 검사
   Br-MRI & Diffusion : microangiopathy (ischemia), pons, basal ganglia, periventricular white matter.
   MR angiography intracranial : within normal limit
   USG of Abdomen ; A tiny GB stone, Renal cyst with little interval change at R side

PA Chest : Cardiomegaly
K.U.B : R/O compression Fx with postop state at T12

11. 침치료 : 百會, 右側 經渠 補 少府瀉 行間瀉
12. 약물투여
1월31일 加味溫膽湯 → 2월6일 四物湯 → 2월8일 加味逍遙散 → 2월14일 加味溫膽湯 → 2월15일 八物湯 → 2월19일 補中益氣湯 加味 → 2월21일 雙和湯 → 2월23일 淸肝湯 →
3월7일 八物湯
13. 임상경과
① (1/31) 발침후 악관절 긴장, 頭部 및 양수진전 약간(numerical scale 8) 호전
② (2/1) 기상시 악관절 긴장, 頭部 및 양수진전 (numerical scale8)상태 유지 / 발침후 (numerical scale 7)
③ (2/10) 기상시 악관절 긴장 없었다하며 坐位時 頭部 및 양수진전(numerical scale3). 오후 다시 악관절 긴장 있었으며(numerical scale5) 발침후 (numerical scale2), 頭部 및 양수진전(numerical scale3)
④ (2/21) 악관절 긴장과 頭部 및 양수진전 없었으며, 左手 물건을 들 때 떨림을 인지 (근력저하로 판단 됨)
⑤ (3/7) 악관절,頭部 및 양수진전 간헐적 (2~3회/일, 3~4일/주) 발현 외 없었으며, 左手 用力時 振顫은 남아있는 상태에서 퇴원함.

증례 2

1. 성명 : 강○○(F/73)
2. 진단명 : 본태성진전
3. 발병일 : 05.1.19
4. 초진일 : 2005.2.16
5. 입원치료기간 : 2005년 2월 16일부터 2005년 3월 12일(25일간)
6. 현병력 : 05년 1월 19일 자다 일어나서 (5A) 기도하던 중 진전이 심해졌으며, o/s 당일 원광대병원 뇌파, Br-CT 상 별무 진단 받음. 증상 계속되어 1월 말경 서울대병원 Br-MRI 검사하였으나 별무 진단 받고 2005년 2월 4일부터 본원 7진료실 OPD Tx 하였으며 2월 15일 저녁 眩暈 심하게 호소하며 입원치료 받기로 함.
7. 과거력
① 전신무력: 2003년 이후 매년 봄마다 전신무력, J대병원 별무 Dx
② 파킨슨증후군 : 2004년 안면경련, Lt hand tremor, S병원 Dx, w-med p.o. 중
③ 불면 : 2004년 10월 ○○정신과 Dx. w-med p.o.
④ 백내장 : 2004년 12월 ○○안과 Dx.
8. 임상증상(초진상) : 頭部와 兩手振顫(Lt>Rt), 弄舌(불수의적으로 수시로 혀를 낼름거림;04년 11월 중순부터), 식욕저하와 소화불량, 간헐적 두통과 현훈, 불면, 怔忡, 건망 호소하며 심리적 불안상태. 새벽마다 2~3시간씩 기도하는 습관이 있다 함.
9. 가족력 : 별무
10. 병리학적소견
① 혈액검사
(3/11)CPK29↓ MCV97.6↑
Platelet138↓ ESR26↑
(3/3)[BC] CPK29↓ MCV97.4↑
Platelet143↓ ESR40↑
(2/23) [BC]CPK29↓
[CBC]Platelet 143↓ ESR
(2/17) CK-MB : 38 u/l
(참고치 ≤22u/l)
(2) 심전도 : (2.16) Possible inferior infarction
11. 침치료 : 百會, 右側 經渠 補 少府瀉 行間瀉
12. 약물투여
① 2.19 加味溫膽湯 → 2.21 加味溫膽歸脾湯 → 2.25 補血安神湯 → 3.3 四物安神湯 →

3.4 補血安神湯

13.임상경과

① (2/16) 발침 후 頭部 및 兩手振顫 약간의 호전 보임(numerical scale7), 弄舌은 별무 변화

② (2/17) 頭部 및 兩手振顫 약간의 호전 보임(numerical scale7), 弄舌은 별무 변화. 발침후 頭部 및 兩手振顫(numerical scale7), 弄舌은 별무 변화.

③ (2/23) 頭部 및 兩手振顫(numerical scale5), 弄舌은 (numerical scale7) 발침 후 頭部 및 兩手振顫(numerical scale5), 弄舌은 (numerical scale7)

④ (2/28) 頭部 및 兩手振顫(numerical scale3), 弄舌은 (numerical scale5) 발침 후 頭部 및 兩手振顫(numerical scale2), 弄舌은 (numerical scale4)

⑤ (3/4) 頭部 및 兩手振顫(numerical scale3), 弄舌은 (numerical scale3) 발침 후 頭部 및 兩手振顫(numerical scale3), 弄舌은 (numerical scale3), 기분과 컨디션 따라 호전, 악화 반복됨.

⑥ (3/10) 頭部 및 兩手振顫(numerical scale1), 弄舌은 (numerical scale2) 발침 후 頭部 및 兩手振顫(numerical scale1), 弄舌은 (numerical scale2)상태에서 기분과 컨디션 따라 호전, 악화 반복됨.

⑦ (3/11) 頭部 및 兩手振顫(numerical scale0), 弄舌은 (numerical scale2) 발침 후 頭部 및 兩手振顫(numerical scale0), 弄舌은 (numerical scale2)상태에서 기분과 컨디션 따라 호전, 악화 반복됨.

⑧ (3/12) 흉통 호소. Heart problem 관련하여 전원 함.

증례3

1. 성명 : 서○○(F/76)
2. 진단명 : 파킨슨증후군
3. 발병일 : 2003년 10월 초진일 : 2005년 2월 26일
4. 입원치료기간 : 2005년 2월 26일부터 2005년 3월 26일까지 (28일간 입원)
5. 현병력 : 2003년 10월 공원을 거닐다 갑자기 쓰러졌으며 한의원 치료 후 Y병원 Br-MRI상 별무진단 받고 w-med. p.o.하심. 2004년 가을 서울 마장동의 ○○한방병원에서 H=med p.o.하였으나 별무 호전하여 거부함.
6. 과거력

① 당뇨 : 86년 S병원 진단. NPH 26단위.

② 좌측 견관절통 : 1999년 S병원 인공관절대치술

③ 퇴행성관절염 : 2003년 S병원 인공관절대치술

7. 임상증상(초진상): 頭部와 兩手, 兩足의 振顫. 안정시에도 振顫있으며 운동시 甚. 밥을 못먹거나 잠을 못자면 太甚. 종종걸음 걸으며 보행 30분 이상 보행 힘들다 함. 손은 pill-rolling tremor 보이며 물건을 들 때 심해짐. 便秘(1회/7일), 兩肩關節痛, 兩膝痛, 兩上肢少力感(견관절 수술 후유증)
8. 가족력 : 별무
9. 병리학적소견

① 혈액학적 소견

(3/5) [BC]Glucose 162↑
[CBC]Basophils 1.3↑ ESR33↑
[UA] protein+++ WBC3~%
Bacteria-many
(2/28) [BC]Glucose182↑ T-cho285↑
T.G 174↑ CPK41↓ PP2hrs327↑
[CBC]Basophils1.5%↑ ESR33↑
[UA]Protein ++ WBC3~5

② 방사선상소견

BMD : Osteoporosis (-3.5 : t-score)

③ 혈당 : 불안정하여 고혈당(280이상)과 저혈당(주로 5P BST) 간헐적으로 나타남. 3월 22일이후 안정보였으나, 퇴원 후 관리소홀

로 불안정해짐.

10. 침치료

증상에 따라 좌우 심한 편의 건측으로 百會, 右側 經渠 補 少府瀉 行間瀉와 百會, 左側 經渠 補 少府瀉 行間瀉 번갈아 취혈하였으며, 진전 심하며 심리적 불안상태 고려하여 오전 9:30, 오후 3~4시경 2회 刺鍼. 3월22일 환자가 左側 刺鍼時 보다 호전 느낀다고 하여 이후로 百會, 左側 經渠 補 少府瀉 行間瀉로 자침함.

11. 약물투여

2.26 加味溫膽湯 → 3.3 歸脾湯 → 3.7 八物湯 → 3.9 九味半夏湯 → 3.19 補血安神湯

12. 임상경과

① (2/26) 頭部 및 兩手, 兩足 振顫(numerical scale10), 발침 후 頭部 및 兩手, 兩足 振顫 경미한 호전(numerical scale9)

② (2/27) 頭部 및 兩手(Rt>Lt), 兩足(Lt>Rt) 振顫 경미한 호전(numerical scale9), 발침 후 頭部 및 兩手, 兩足 振顫 경미한 호전(numerical scale9)

③ (3/4) 11p경 저혈당(BST 53) 후 현훈, 수족냉 보이며 진전 악화(numerical scale10)

④ (3/5) 頭部 및 兩手, 兩足(Lt>Rt) 振顫 경미한 호전(numerical scale9), 발침 후 頭部 및 兩手, 兩足 振顫 경미한 호전(numerical scale9)

⑤ (3/11) 頭部 振顫 호전(numerical scale5) 兩手 振顫(numerical scale8) 右足(numerical scale3) 좌족(numerical scale7)로 차이 나타남. 자침 직후는 진전 일시적으로 심해지며 1시간 경과후 호전(numerical scale 2~3감소)

⑥ (3/14) 兩手振顫, 左足振顫 (numerical scale8), 8P 악화 (numerical scale9)

⑦ (3/15) 兩手振顫, 左足振顫 (numerical scale8), 頭部와 右足 (numerical scale2)

⑧ (3/17) 兩手振顫, 左足振顫(numerical scale9)로 악화 ; 변비2일째

⑨ (3/18) 兩手振顫, 左足振顫(numerical scale7); 대변 봄.

⑩ (3/21) 兩手振顫(左>右), 左足振顫(numerical scale5)

⑪ (3/26) 兩手振顫(numerical scale5) 퇴원. 3월11일부터 퇴원 당시까지 자침 직후는 진전 일시적으로 심해지며 1시간 경과후 호전(numerical scale 2~3감소)

⑫ (3/28) 左手(numerical scale3), 右手와 左足(numerical scale0~1)

⑬ (4/6) 4월6일 左手(numerical scale2), 右手와 左足(numerical scale0); 兩手, 左足 振顫 중이더라도 자침 1시간 후 호전(numerical scale0)

⑭ (4/8) 左手(numerical scale5), 右手와 左足(numerical scale4)로 악화 ; stress와 혈당 조절 실패. 자침 1시간 후 호전(numerical scale0)되며 시간이 지나면 다시 악화左手(numerical scale5), 右手와 左足(numerical scale4)

⑮ (4/25) 左手(numerical scale7), 右手와 左足(numerical scale5)로 악화 ;생활상의 조절이 불가하고 혈당 조절 실패 등 기본대사조절이 안되어 악화됨. 자침 1시간 후 호전(numerical scale3)되며 시간이 지나면 다시 악화左手(numerical scale5), 右手와 左足(numerical scale4)

증례4

1. 성명 : 구○○(F/76)
2. 진단명 : 급성 당뇨, 당뇨병성 Hemiballism
3. 발병일: 05.8.18
4. 초진일 :2005년 8월 23일
5. 입원치료기간 : 2005년 8월 23일부터 2005년 9월 7일까지(16일간 입원)
6. 현병력 :2005년 8월 18일 stress 받은 후 양손과 가슴에 이상감각(기운이 훑고 지나가는 듯)과 왼손을 불수의적으로 흔들며, 두통, 현훈인지 o/s 후 local 한의원 치료하였으나 별무호

전하여 8월 21일 S병원 응급실로 내원하여 혈액검사, X-ray, 심전도 등 검사상 당뇨 외 별무진단 받으심. 8월22일 본원 Br-CT상 Rt Basal ganglia에 고신호 보여 ICH 의심되어 서부병원으로 T/F 하였으며, 서부병원 Br-MRI상 ICH or 뇌실질 철분침착 의심된다 함. 8월 22일 본원 심전도상 complete right B B block, Lateral infarction(acute) 와 흉부 불쾌감 호소하여 S 응급실로 T/F 하였으나 OPD 권유 후 본원으로 귀원 함. 새로 인지된 당뇨와 피각고신호(그림.1), hemiballism 종합하여 당뇨병성 피각 고신호와 그로인한 hemiballism12)(table.1)으로 진단하고 치료함.

7. 과거력

① 당뇨 : 2005년 8월 21일 S병원 진단, 별무 Tx.

② 백내장(both): 05년 6월 ○○안과 Dx.

8. 임상증상(초진상) : 左右上肢와 胸部의 이상감각, 左上肢振顫, 左半身少力感(GrⅣ/Ⅳ), 少氣, 頭痛, 眩暈, 口渴, 食慾不振호소 하였으며 의식 mild confusion.(BST370)

9. 가족력 : 별무

10. 병리학적소견

① 혈액검사

(9/6) Hemoglobin A1C 10.1↑, C-peptide1.46

(9/6) [BC]T.P 5.9↓ BUN3.2↓ Creatinine 0.57↓ CPK16↓ PP2hrs180↑ [elec]K-2.54nmol/L↓

(8/23) Hemoglobin A1C 12.7↑, C-peptide1.07

(8/23) [BC]Glucose 262↑ T-cho 320↑ BUN25.4↑ CPK22↓ Total bilirubin 1.80↑ PP2hrs282↑ [CBC]platelet 516↑ Eosinophils0.1↓ ESR27↑

② 혈당검사

(8/24) : (7A 2P 8P)223-420-300

(8/25) : 175-339-265

(8/26) : 153-290-249

(8/27) : 200-232-220

(8/28) : 170-260-236 이후 비슷하게 유지.

11. 침치료

① 8월23일부터 8월 30까지: 百會, 左側 合谷 足三里 太衝 右側 小府瀉 內關瀉 陰谷補 曲泉補

② 8월 31일 이후 : 百會, 左側 經渠 補 少府瀉 行間瀉

12. 약물투여

8.23 炙甘草湯 → 8.24 四七湯 → 8.27 香蘇散加味 → 8.31 香蘇散加味 → 9.2補血安神湯 → 9.5 補中益氣湯

13. 임상경과

① (8/22) 左右上肢와 胸部의 이상감각, 左上肢振顫, 左半身少力感(GrⅣ/Ⅳ), 少氣, 頭痛, 眩暈, 口渴, 食慾不振, 拔針後 左上肢振顫 별무변화(numerical scale10)

② (8/23) 左右上肢와 胸部의 이상감각, 左半身少力感(GrⅣ/Ⅳ), 少氣, 頭痛, 眩暈, 口渴, 食慾不振하며 의식 輕한 昏迷. 의식 혼미하며 左上肢振顫은 사라짐.

③ (8/24) 의식 회복, 左右上肢와 胸部의 이상감각, 左半身少力感(GrⅣ/Ⅳ), 少氣, 頭痛, 眩暈, 口渴, 食慾不振 전반적 호전 보이며 左上肢振顫 재발(numerical scale8). 拔針後 左上肢振顫 별무변화(numerical scale8)

④ (8/31) 제반증상 호전되었으며 左上肢振顫 지속되어(numerical scale8) 振顫治療에 초점을 맞추어 百會, 左側 經渠 補 少府瀉 行間瀉 자침 함. 발침 후 左上肢振顫 호전(numerical scale0).

⑤ (9/1) 간헐적으로 움직이려 할때 左上肢振顫 보이나 경미함(numerical scale3). 발침 후 左上肢振顫 호전(numerical scale0).

⑥ (9/2) 左上肢振顫 간헐적, 경미함(numerical scale1~2).

⑦ (9/3) 左上肢振顫 (numerical scale0).

⑧ (9/6) 左上肢振顫 (numerical scale0)인 상태에서

환자 강력히 원하여 퇴원조치함.

Ⅲ. 考 察

振顫이란 무의식적으로 손가락 손 다리 턱 두부 등에 일어나는 근육의 반복운동, 즉 떨림을 말한다.[13] 이에 대한 서양의학적인 증상 및 질환으로는 진전(Tremor), 무도병양 운동(Choreiform Movement), 발리즘(Ballism, Ballismus), Athetosis양 운동(Athetoid Movement), 디스토니양 운동(Dystonic Movement) 등 이 있다.[1]

진전(Tremor)은 운동이상증(abnormal movements) 중에서 가장 흔한 증상으로 '신체의 일부분이 자신의 의지와는 상관없이 규칙적으로 움직여지는 증상' 으로 정의된다.[14] 이 운동의 패턴(pattern) 진폭 빈도는 대체로 일정하며, 관절을 움직이는 일정한 근육군과 그 길항근의 상호수축의 반복에 의해 일어난다. [13]

진전은 속도, 진폭, 리듬, 분포, 나타나는 시간(안정시 진전, 근활동시 진전 또는 의도진전)에 따라 분류되며 생리적 진전, 본태성 진전, 파킨슨병에서 보는 안정시 진전, 소뇌 질환에서의 진전으로 나눠볼 수 있다. 생리적 진전(Physiologic tremor)은 어떤 경우든지 양손을 쭉 펼때 미소짓고 빠른 진전을 보인다. 생리적 진전은 불안, 스트레스, 피로, 대사성장애(예, 알코올 금단, 갑상선 기능 항진증), 또는 여러 가지 약물(예, 카페인, phosphodiesterase 저해제, β-adrenergic agonist, 코르티코스테로이드)에 의하여 항진 될 수 있다. 본태성(양성 유전성)전전[Essential (benign hereditary) tremor]는 가늘거나 거친 진폭을 가진 느린 진전으로써 대개 양손, 머리, 성대를 침범한다. 진전이 일측성일 수도 있다. 휴식기에서는 나타나지 않거나 경미하게 나타나며, 정교한 행위를 수행할 때 잘 나타나며 생리적 진전을 항진시키는 모든 요인에 의해서 증강된다. 나이가 많으면 진전의 빈도가 증가되는 추세이므로 때로는 노인성 진전으로 잘못 불려지기도 한다. 파킨슨병은 드문 눈 깜박임, 안면의 무표정, 운동기능 감소, 자세 반사의 이상, 특징적인 보행장애 등이 조기 증상으로 나타나면 진단이 쉽다. 환자의 약 70%에서는 진전이 첫 증상으로 나타나나 때로는 병이 진행될때도 덜 현저하게 나타난다. 가끔 근경직이 미약하거나 없다할지라도 상기 언급한 증상이 동반되지 않고 진전만 나타나면 다른 병으로 생각하거나 재평가할 필요가 있다. 그 이유는 파킨슨 병에서는 상기 동반되는 증상이 나타나기 때문이다. 파킨슨병과 가장 흔하게 혼동되는 본태성 진전을 가진 환자는 정상 얼굴, 정상 운동과 보행장애를 호소하지 않는다. 더욱이 본태성 진전은 파킨슨병에서 가장 흔한 안정시 진전이기보다는 활동시 진전이다. 일상 운동의 장애, 소폭의 보행, 경도의 우울증이나 치매가 동반된 노인은 파킨슨 병과 감별하기 어려울 때도 있다. 이런 질환의 원인은 병력으로 찾아내야 한다. 소뇌 질환에서의 진전은 다발성 경화증, 유출성 소뇌질환에서 나타나는 의도 진전은 표적에 도달할 때 사지가 진동하는 형태를 취한다. sustention tremor 즉 근위근의 거친 회전성 진전은 고정자세를 유지하려고 하거나 체중을 지탱하려고 할 때 현저하게 나타난다. 외견상 머리와 몸이 떨리는 비틀거림(titubation)은 자세를 똑바로 취하려고 할 때 나타나는 sustention tremor의 한 형태이며 누우면 사라진다.[15]

韓醫學的으로 振顫은 《素問 至眞要大論》[16]에 "諸風掉眩 皆屬於肝... 散于四末 卽手足動而頭不動也"라 하여 최초로 언급하였고 肝과 관계가 있다고 보았다. 王[17]은 "顫 搖也 振 動也 筋脈約束不住而 莫能任持 風之象也"라 하여 肝風을 강조하였다. 樓[18]는 "諸風掉眩 皆屬于肝 掉則振顫之謂也 諸禁鼓慄 如喪神守 皆屬于熱 鼓慄亦動搖之意也 此證多有風熱相合 亦有風挾濕痰者."라 하여 肝風과 風熱을 강조하였다. 현재는 肝腎不足, 氣血兩虛, 風火挾痰을 病因病理로 파악하고 肝腎不足, 氣血兩虛, 痰熱動風으로 變證하여 治療하고 있다.[1] 著者는 肝風에 초점을 맞추어 사암침의 肝勝格을 응용하여, 百會, 經渠補, 少府瀉, 行間瀉를 시술하였다.

증례1은 85세의 女患으로 左手振顫이 右手보다 심하여 健側 取穴의 의미로 百會, 右側

經渠 補 少府瀉 行間瀉 시술 하였다. 치료 1일부터 자침 후 악관절 긴장, 頭部 및 兩手振顫 numerical scale 상 2~3 감소하는 등 호전 보였으며 치료1일부터 전반적 상태 호전되고 치료 11일째부터 악관절 긴장과 頭部 및 兩手振顫 호전되어 입원 당시보다 반이하로 줄어들었다. 치료 22일경과시 악관절 긴장 및 양수진전이 소실되었으며 간헐적 증상 발현 외에는 별다른 진전증상 보이지 않았다.

증례2는 73세의 女患으로 2년전부터 봄마다 전신무력 호소하였으며 2004년에는 左手 振顫으로 파킨슨증후군 진단 받고 양약 복용중인 환자로 2005년 발병 후 Br-CT, Br-MI상 별무진단 받고 본원 내원하였다. 입원 당일 자침 후 악관절 긴장, 頭部 및 兩手振顫 numerical scale 상 2~3 감소하는 등 호전 보였으며 弄舌은 상대적으로 경미한 호전 (numerical scale 상 2~3 감소)보였다. 치료 1일부터 전반적 상태 호전보였으며, 치료 8일째부터 두부, 양수진전 및 弄舌 호전되었고(numerical scale5), 치료 24일째 두부 및 양수 진전 소실되었으며, 농설은 호전 중에 퇴원하였다. 기분과 컨디션에 따라 호전과 악화 반복되었으며 이에 대한 치료는 韓藥으로 하였다.

증례3은 76세의 女患으로 2년전 갑지기 쓰러진 후 발병하였으며, 頭部, 四肢 振顫이 심하였고 안면근육경직과 종종걸음 보였다. stress, 과로, 저혈당시 증상 악화되는 모습 보였으며 초기에는 百會와 經渠 補 少府瀉 行間瀉 左右 번갈아 刺鍼하였다. 입원 당일부터 20일까지 자침 후 numerical scale 상 1~2 감소보였으며, 日中 변화 보여 오전 10시와 오후 3~4시 두차례 침치료 하였다. 좌측 자침 후 더 큰 호전 느꼈다는 환자의 호소를 듣고 치료 25일 이후로는 百會, 左側 經渠 補 少府瀉 行間瀉에 자침하였다. 전체적으로 치료 1일 경미한 호전 있었으며, 20일까지 경미한 호전 보이다가, 치료 21일 이후 자침 후 numerical scale 상 4~5 감소하고 수시간 후 다시 악화되는 양상보였다. 左手振顫이 가장 심하였으며, 자침 당시는 진전 심해지다가 자침 후 1시간이 지나면 진전 호전되는 양상을 지속적으로 관찰 할 수 있었다. 치료 29일째 左手振顫 numerical scale 5, 右手와 左足 振顫 numerical scale 0~1, 頭部와 右足振顫은 소실된 상태에서 퇴원하여 이후 통원치료하였다. 퇴원 후 통원치료 2회까지 소실상태 유지하였으나, 당뇨관리와 스트레스, 운동부족 등 생활관리 문란해지면서 증상 악화되어 퇴원당시의 수준으로 다시 악화되었다. 증례3을 통하여 振顫에 대한 針治療의 즉효성을 확인 할 수 있었으며, 동시에 지속시간에 대한 한계와 전신상태의 호전 없이는 치료효과 지속할 수 없다는 한계점을 확인할 수 있었다.

증례4는 76세의 女患으로 8월 18일 스트레스 받은 후 양쪽 上肢와 胸部에 이상감각을 느끼며 왼손을 의지와 상관없이 흔들었다 하며 8월 18일 응급실 내원하여 당뇨 새로이 인지 하였다. Br-CT상 R/O ICH 진단 받았으나 고신호 경계가 부위가 원형상이 아닌 피각을 따라 나타나 Br-MRI 시행하였다. Br-MRI상으로 T1에서는 피각 고신호, T2에서는 저신호 나타났으며, 새로이 당뇨가 인지되고 혈당이 불안정한 병력상황을 참고하여 당뇨병성 피각고신호로 진단하고 주증상인 이상감각과 진전은 당뇨에 따른 증상으로 판단하였다. 의식혼미해지며 左側 上肢振顫은 감소 보였으나, 의식이 회복되며 다시 나타났다. 입원초기는 의식혼미, 복부 불쾌감, 흉부 불쾌감과 怔忡 등 증상을 먼저 치료하였으며 입원 10일째 左側 上肢振顫을 치료하기 위해 百會, 左側 經渠 補 少府瀉 行間瀉 자침 후 左側 上肢振顫 급격히 호전되었으며 그 이후로는 간헐적으로 경미한 진전만 확인할 수 있었다. 증례4를 통하여 tremor가 아닌 hemiballism에 해당하는 振顫도 肝勝格變方을 통해 호전될 수 있음을 확인하였다.

Ⅳ. 結 論

振顫이라 함은 顫振, 振掉, 떨림을 말하는 것으로 肝風과 밀접한 연관이 있으며, 肝風을 치료하는 肝勝格變方 시술을 할 경우 진전 치료의 효과를 얻었으며, 본태성진전 등 tremor의 분류 외에도 당뇨병성 hemiballism 등, 一切 '떨리는' 증상에 대하여 치료의 가능성을 생각해 볼 수 있었다. 그러나 전신증상과 생활습관이 조절되지 않는다면 진전 치료 효과의 지속시간에 한계가 있었으며, 韓藥治療와 병행해야 지속적 효과를 얻을 수 있었다.

이에 본 증례에서는 2005년 1월 1일부터 2005년 8월 31일 까지 동서한방병원 한방신경정신과에 진전을 주소로 하여 입원한 환자 4례에게 肝勝格變方 針治療의 유의한 효과를 얻었으며, 향후 객관적이고 지속적인 연구가 필요하리라 생각한다.

Table 1. 증례 4례 요약정리표

		백○○	강○○	서○○	구○○
성별/연령		F/85	F/73	F/76	F/76
발병일		2005년1월26일	2005년1월19일	2003년 10월	2005년8월18일
진단명		본태성진전	본태성진전	파킨슨증후군	당뇨병성 Hemiballism
과거력		위궤양, 고혈압	백내장	당뇨, 좌측 견관절 수술, 퇴행성 관절염	백내장
주증상		악관절긴장과 頭部, 兩手振顫	頭部, 兩手振顫. 弄舌	頭部, 四肢 振顫	左上肢振顫, 胸部 및 兩上肢 이상감각
진전양상		恒時. 座位時 甚	恒時. 座位時 甚 不安時 太甚	恒時. 활동시 甚, 피로시 太甚	恒時. 활동시 甚
현병력		2005년 1월 중순경 집안문제로 스트레스 받던 중 깜짝 놀란 후 頭部振顫과 兩手振顫 發하였으며 少氣, 食欲不振 호소.	2년전부터 봄마다 전신무력 호소하였으며 금년은 유독 증상 심해짐. Br-CT, MRI상 별무진단 받음.	2년전 갑지기 쓰러진 후 발병하였으며, 상기 주증상과 함께 안면근육경직과 종종걸음 보임. stress, 과로, 저혈당시 증상 악화.	05년 8월 18일 stress 후 이상감각 인지하며 左上肢振顫 발현. 당뇨 새로이 인지되었으며 Br-CT, MRI상 당뇨병성 Hemiballism 추정됨.
침치료		百會, 右側 經渠 補 少府瀉 行間瀉	百會, 右側 經渠 補 少府瀉 行間瀉	百會와 經渠 補 少府瀉 行間瀉 左右 번갈아 刺鍼 치료 25일 이후 : 百會, 左側 經渠 補 少府瀉 行間瀉	치료 9일까지: 百會, 左側 合谷 足三里 太衝 右側 小府瀉 內關瀉 陰谷補 曲泉補 치료 10일 이후 : 百會 左側 經渠補 少府 行間瀉
치료경과	침치료 직후	자침 후 악관절 긴장, 頭部 및 兩手振顫 numerical scale 상 2~3 감소	.자침 후 악관절 긴장, 頭部 및 兩手振顫 numerical scale 상 2~3 감소	초기부터 20일까지 numerical scale 상 1~2 감소. 21일 이후 numerical scale 상 4~5 감소. 수시간 후 다시 악화.	치료 10일까지 他症위주로 刺鍼하였으며, 肝勝格變方 刺鍼 후 numerical scale 상 8 감소
		치료1일부터 전반적 상태 호전. 치료 11일째부터 악관절 긴장과 두부 및 양수 진전 호전 보임. 치료 22일경과시 악관절 긴장 및 양수진전 소실.	치료 1일부터 전반적 상태 호전. 치료 8일째부터 두부, 양수진전 및 弄舌 호전보임. 치료 24일째 두부 및 양수 진전 소실, 농설은 호전 중.	치료 1일 경미한 호전 . 20일까지 경미한 호전. 치료 21일부터 호전 보이시어 29일째 퇴원하여 이후 통원치료 함. 통원치료 2회까지 소실상태 유지하였으나, 생활관리 문란해지면서 증상 악화.	치료1일는 별무호전. 치료2일 좌상지진전 소실되었으나 3일 再發. 치료 9일 肝勝格變方 刺鍼 후 左上肢振顫 극적 호전, 이후 간헐적으로 경미한 진전 보이다 치료 12일부터 소실.



Figure1.당뇨병에서의 피각 고신호 : Lt putamen에 고신호 영역이 있다. T2강조영상에서는 뚜렷한 신호이상을 확인할 수 없었다. 종괴효과는 없다. 드물기는 하지만, 당뇨병 환자에서 본 증례와 같이 편측, 때로는 양측에 putamen의 고신호를 나타내고, hemibalism 이나 무도병 운동 등의 신경증상을 나타내는 경우가 있다. T1강조영상에서의 고신호는 뇌수초의 파괴나 점상 출혈 등의 관여가 추측되고 있지만, 완전히 밝혀져 있지는 않다.
(참고. hemibalism : 동작개시 시에 급격하게 일어나는 공을 던지는 듯한 불수의 운동. 일반적으로 편측성인 경우가 많으며, 반대측의 루이체(시상하핵)나 적핵전영역의 혈관장해, 외상에 기인한다.)

參 考 文 獻

1. 全國韓醫科大學 心系內科學敎室 編著. 心系內科學, 서울, 書苑堂, 1999:468-72
2. 王 冰 : 新編 黃帝內經素問, 서울, 대성문화사 1994, p.597
3. 김인재이상룡. 癲證에 대한 문헌적 考察. 대전대학교한의학연구소. 6(2):1988:705-714
4. 김영표이상룡. 振顫에 관한 동서의학적 고찰. 대전대학교 한의학연구소6(2):2002:705-714.
5. 김재형·이상룡. 淸心溫膽湯이 白鼠의 抗痙攣, 解熱, 鎭痛, 鎭靜 및 GABAergic system에 미치는 영향. 동의신경정신과학회지 8(1):1997:95-109.
6. 현우천. 抑肝散과 抑肝散加味方의 鎭痙 및 鎭痛효과에 관한 실험적 연구. 대전대학교 대학원. 1994.
7. 신명섭. 釣鉤藤水鍼이 鎭痛, 抗痙攣 및 진정작용에 미치는 영향. 대전대학교 대학원 1995.
8. 박지운·이상룡. 振顫을 주 증상으로 입원한 환자 30례에 대한 임상적 고찰. . 대전대학교한의학연구소 10(1):2001:437-451
9. 최병만·최보윤·정인철·이상룡. 진전을 주소로 내원한 환자 31례에 대한 임상고찰-체질의학적 치료를 중심으로. 동의신경정신과학회지 13(2):2002:57-74
10. 임정화·정인철·이상룡. 頭針을 병행한 한방치료를 통한 진전 환자 4례에 대한 증례 보고. 동의신경정신과 학회지 15(2):2004:181-190
11. 양희숙·김진형·국윤재·백동기·김태현·강형원·류영수. 턱떨림을 주증상으로 내원한 환자 3명에 대한 증례 보고. 동의신경정신과학회지 15(1):2004:187-196
12. Tsuchiya kazuhiro : 정상영상과 비교하는 두부MRI. 서울. 도서출판 한국의학. 2005. p.45
13. 원색최신의료대백과사전, 1995, 서울, 신태양사 p.167
14. Hallet M. Classification and treatment of tremor. JAMA 1991:266;1115-7.
15. 머크 매뉴얼. 2002, 서울, 한우리 p.1564-1571
16. 王 琦 : 黃帝內經素問今釋, 서울, 成輔社, 1983, p.439
17. 王肯堂. 六科證治準繩. 서울: 대성문화사. 1992:276, 280-2, 519
18. 樓英. 醫學綱目, 상해과학기술출판사, 1990:291-297