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

中氣證 患者 1例에 대한 임상적 고찰

김진형, 국윤재, 장현호, 양현덕*, 이성익*, 김태헌, 류영수, 강형원
원광대학교 한의과대학 한방신경정신과교실
원광대학교 의과대학 신경내과학교실*

One case of Jungkijeung assuming an aspect of pseudoseizure

Jin-Hyung Kim, Yun-Jai Gug, Hyun-Ho Jang, Hyun-Duk Yang* Sung-Ik Lee*, Tae-Heon Kim, Yeoung-Su Lyu, Hyung-won Kang

Dept. of Oriental Neuropsychiatry Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University
Dept. of Neurological Medicine, College of Medicine, Wonkwang University*

Abstract

We experienced an improved case of Jungkijeung assuming an aspect of pseudoseizure with Oriental medical treatment. For diagnosis of Jungkijeung(中氣證), first of all, we must take one's physicals actively using occidental diagnostic machinery and tools. In result, we can diagnose Jungkijeung(中氣證) in case of normal. In treatment of Jungkijeung(中氣證), it is considered that oriental psychotherapy and oriental medical treatment(herb-med, acupunture, etc.) are more effective than occidental.

Key Words : Jungkijeung(中氣證), pseudoseizure, occidental diagnostic machinery and tools, oriental psychotherapy, oriental medical treatment

◆ 투고:10/21, 수정:11/8, 채택:11/8
교신저자 : 강형원, 전북 익산시 신룡동 344-2 원광대학교 한의과대학 신경정신과교실
Tel : 063-850-6833, Fax : 063-850-7324,, E-mail : dskhw@wonkwang.ac.k

Ⅰ. 緖 論

中氣란 精氣的 충격으로 인해 감정이 격앙되고 氣가 上逆함으로써 발생하는 一過性의 意識喪失과 痙攣을 뜻하며 心因性으로 오는 히스테리 발작과 유사한 것이다[1,2]. 흔히 暴喜, 暴怒 등 정신적인 충격으로 인해 氣의 循行이 厥逆하게 되는 것으로 突然昏倒, 人事不省, 牙關緊急, 手足痙攣 및 厥逆 등이 나타나며 발병 후 비교적 단시간 내에 깨어나며 깨어난 후에도 半身不遂, 失語, 口眼喎斜 등 후유증을 남기지 않는 急症의 하나[1,3]로 歷代 文獻에서는 氣中[4], 氣厥[5], 暴厥[6]등의 개념으로 표현되어 왔다.

사람에 따라서는 中氣證이 자주 되풀이 될 수 있는데 이는 체질적인 素因으로 추정되며 서양정신의학에서는 히스테리성 인격장애 등 신경정신과적인 소인을 가지고 있는 사람은 사소한 충격이나 욕구불만에 의해서도 자주 유발되는 것으로 알려져 있다[2].

일반적으로 히스테리 증상은 身體的, 精神的인 문제가 모두 있는 환자에서 볼 수도 있으나 대개 그 어느 한 쪽이 우세하며 정신적인 것이 주된 증상일 때를 解離型, 신체적인 것이 주요 증상일 때를 轉換型이라 하는데, 中氣證에서 나타나는 突然昏倒, 人事不省, 牙關緊急, 手足痙攣 및 厥逆 등의 증상은 一過性의 意識喪失과 痙攣을 뜻하므로 히스테리 轉換型에 가깝다고 볼 수 있으며[1,7] 이는 다시 현대적인 개념으로 轉換障碍(Conversion disorder)로 분류되어지고[8], pseudoseizure, 히스테리성 경련발작 또는 심인성 발작이라고도 한다.

中氣證에 대한 연구를 살펴보면 최 등[9], 현 등[7]의 문헌적 고찰, 최 등[10]의 동서의학적 고찰 등이 있고, 中氣證과 관련된 임상연구로는 학업으로 인한 전환장애[11], 실어증[12], 운동감각장애[13], 소음인 전환장애[14], 히스테리성 실성증[15], 해리성 기억상실[16], 상하지마비[17] 등의 증례 보고와 전환장애 41례[18]의 임상적 고찰 등 한의학적 임상치료에 대하여 보고된 바가 있다.

이에 저자는 中氣證으로 진단한 간질양상으로 발작하는 전환장애 환자 1례에 대해 2004년 6월 11일부터 2004년 9월 11일까지 입원치료, 2004년 9월 13일부터 2005년 3월 20일까지 통원치료하면서 관찰된 임상적 내용에 대해 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 성명

김 ☆ ☆ (女 / 40)

2. 진단

中氣證 (轉換障碍, Conversion disorder)

3. 주소증

1) 角弓反張 樣相의 痙攣 發作, 發作 後 睡眠, 頭痛.
2) 步行不利, 眩暈, 前頭痛, 腹痛, 食少, 憂鬱.

4. 발병일

2004년 5월 28일 아침 기상 시

5. 과거력

1) 2002년 천식치료
2) 2004년 4월. 내시경 상 위염 진단

6. 가족력

1) 父 - 심장마비로 사망.
2) 母 - 肝膿瘍으로 수술. suicide.

7. 현병력

1) 2004년 4월 중순부터 食慾低下, 不眠 심해짐.
2) 2004년 5월 28일 아침에 의식 없어 일어나지 못함. ○○병원 응급실 진료 후 신경정신과 진료 권유받음.
3) 2004년 6월 7일 저녁 10시경 경련발작으로 ○○대학병원 응급실 거쳐 신경정신과 진료받음. CT, 뇌파 검사상 이상 없음. 전환장애, 우울증, 공황장애, 과다호흡증 등의 진단 받고 입원 권유받았으나 거부.
4) 2004년 6월 11일 경련발작 계속 있어(1회/1일) 본원 한방신경정신과 來院하여 입원.

8. 전신상태

1) 體瘦, 159cm, 44kg(최근 5kg 감량됨).
2) 面色微黃, 脈細滑, 舌苔黃膩.
3) 食慾 不好, 消化 不好.
4) 大便 1-2회/일, 小便 平.
5) 睡眠 不好, 淺眠
6) 汗-平, 口渴-平
7) 無吸煙, 無飮酒
8) 腹診 : 腹緊,, 心下部, 兩天樞, 下腹部 등 전체적 壓痛 甚함.
9) 生理狀態 : 週期-早期경향. 痛症-無. 色-약간 검붉다. 덩어리 微有

9. 검사소견

1) Vital sign : 입원 당시 혈압 110/60 mmHg, 맥박 51회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.6℃로 정상소견이였다.
2) Lab. Test : 입원 당시 생화학 검사에서 ALP만 104iu/l로 정상소견(30-100)보다 약간 높았고 나머지 전혈구 검사, 뇨화학검사, 갑상선 기능검사 등에서는 정상소견이였다.
3) 심장검사 : 입원당시 심전도 상으로는 poor progression of R 로 나타났으나 심초음파 상으로는 특이소견은 보이지 않았다.
4) 흉부 X선 소견 - unremarkable
5) Brain MRI (0 4/6/18) - normal
6) 수면 내시경 (04/7/30) - normal

* 감별진단 위한 기질적 검사

1) 뇌파검사, Brain CT (04/6/7, ○○대학병원) - 이상 없음
2) 뇌파검사 (04/11/12, ○○○○병원) - 이상 없음

10. 개인력

40세 女患으로 매우 마른 체격에 성격은 예민하고 여린 편이다. 2남 1녀 중 막내로 태어나 5세때 아버지는 급사하고 어머니, 오빠들과 넉넉하지 않은 가정환경에서 생활하였다. 어머니가 중 1때 큰 수술 받고 난 후 경제적으로 어려워 중학교 때부터 여러 가지 일을 하였다. 고등학교 졸업 후 결혼 전까지 7년 정도 회사를 다니면서 또 새벽에는 아르바이트도 하며 오빠들 학비도 대고 집 생활비도 하였다. 그러나 일이 많이 힘들다고 생각은 하지 않고 생활한 편이라고 하였다.

13년 전 어머니 친구 분 소개로 결혼하였고 12살, 9살 된 딸 둘이 있다. 그사이에 둘째 아이가 있었는데 돌연사하여 충격을 받았다. 남편은 꼼꼼하고 예민하여 까다로운 면이 있긴 하지만 자상한 편이라고 하였다. 남편은 술 많이 먹고 새벽에 늦게 들어와 자는 애들 깨우는 것이 있다. 남편의 직장 스트레스도 이해되긴 하지만 아이들 깨우는 것은 싫었다.

3년전 부터 회사에 다녔는데 부도가 나서

5개월 정도 월급을 못 받았다. 그 문제로 소송 때문에 신경을 많이 썼고 지금도 그 문제는 해결이 안 되었다.

5년전 오빠가 이혼하고 경제적으로도 넉넉하지 않아서 오빠 아이들을 엄마가 돌보게 되었다. 그러면서 어머니가 우울증이 있었고 소주도 자주 마셨다. 3년 전에 어머니, 오빠 둘, 남편과 딸 둘, 온 가족이 휴가를 갔다. 휴가 마지막 날 남편과 어머니 사이에 약간의 다툼이 있었다. 그 후 한달 정도 어머니와 연락도 하지 않은 적이 있었다. 2년 전(2002년 4월 말경) 어머니가 전화통화 후 자살하여 그때 충격으로 잠깐 기절한 적도 있었다. 이 때문에 늘 죄책감이 있었다.

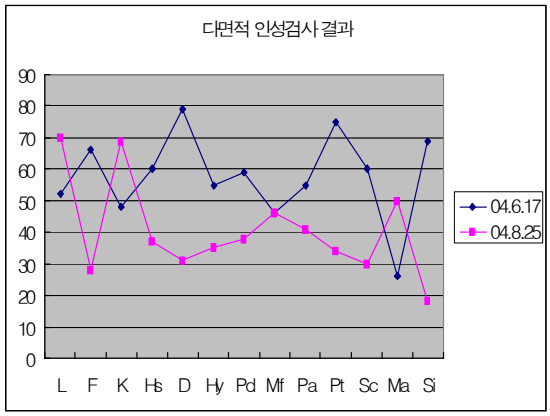
작년부터 집 근처의 소음소리 때문에 신경 많이 쓰인 편이였다.

11. 심리검사

1) BDI (2004년 6월 11일) - 30점

2) 인성검사

Fig. 1. MMPI of the patient



MMPI는 두 번 실시하였는데, 6월 17일 결과는 2-7-0형태로 우울과 강박척도가 높게 나왔고 8월 25일 결과는 5-9형태로 우울, 강박, 사회적 내향성 척도는 감소하였고 경조증 척도가 약간 올라갔다.

3) 종합심리검사 소견 (04/12/21) - 본원에서 시행하고 있는 임상심리전문가에 의한 종합심리검사(BGT, HTP, PAI, Rorschach Test, SCT) 결과는 다음과 같다.

"환자의 자아강도는 손상받기 쉬운 불안정한 상태이며 성격적으로는 정서적 지지와 의존대상을 필요로 하는 의존적이고 미성숙한 면을 보인다.

정서적으로는 불안, 우울, 분노, 두려움, 공포 등의 부적응적인 스트레스에 의해 유발되거나 강화될 수 있는 신체질환이 있을 수 있다. 환자는 성장환경이 열악함으로 낮은 자존감과 자기 주장적이지 못한 면을 갖게 되었을 수 있으며 이로 인한 심리적인 위축감과 불안감정이 많았을 것으로 보인다.

스스로 통제 불가능한 스트레스 사건에 반복적으로 노출되면서 좌절감과 분노감을 경험했을 수 있으며 무기력감과 불안, 공포 감정들이 생겨났을 수 있다. 신체화경향이 현재로선 우선하지만 신경학적 문제의 가능성도 반복적 검토를 통해 확인해야 할 것이다. 환자의 문제는 만성화된 것으로 쉽게 치료적 진전을 보일 것 같지는 않는다.

치료자와 보호자가 지속적으로 유기적 관계를 갖고 그동안 받지 못했던 정서적인 지지를 통해 자아 존중감을 회복하고 내적 안정감을 가질 수 있도록 도와야 할 것으로 보인다".

12. 치료 및 경과

1) 痙攣發作

Table 1. 痙攣發作 (입원)

날짜	발작양상	유발요인	처치
04.6.12 (입원2일)	16시이후 현훈, 흉민 호소 21시30분경 두통 호소 21시50분경부터 5분정도 각궁반장 후 20분 수면상태	별무	천심액 아로마요법 우황청심원
04.6.17 (7일)	17시 50분, 20시50분경부터 20분 정도 화장실 다녀오면서 현훈, 숨을 몰아쉼... 오른쪽 상하지 경련 증상, 각궁반장 5분정도 발작 후 10분정도 수면상태	다른 환자가 식판을 놓는 소리에 놀람	천심액 십선 사혈 아로마요법
04.6.18 (8일)	16시50분경 10분정도 각궁반장 양상, 오른쪽 상하지 경련 1회	에어콘 필터를 닫는 소리	아로마요법
04.6.20 (10일)	21시5분경 5분정도 흉민, 각궁반장 발작	별무	십선사혈
04.6.28 (18일)	23시부터 1시간 30분 정도 외출 나갔다가 발작있어 병원으로 업혀 옴. 5분정도 발작 후 수면 10분정도의 증상 반복적.	별무	천심액, ATx
04.7.3 (23일)	23시30분, 00시20분 2회 각궁반장식 발작 5분정도 후 10분정도 수면상태..	별무	천심액
04.7.7 (27일)	11시경 20분정도 발작	방문객들이 시끄럽게 하여 신경질적 반응보임	ATx
04.7.8 (28일)	1시40분부터 50분정도 3회 흉민과 함께 각궁반장식 발작 3분 발작 10분 수면	별무	ATx
04.7.12 (32일)	11시경 2-3분. 각궁반장 無 발작 작게..	병실에서 싸우는 소리	천심액
04.7.21(41일)	12시20분에 1회 각궁반장식 발작	별무	천심액, 아로마요법 O2공급
04.7.22(42일)	17시30분 10분정도 흉민과 함께 각궁반장증상	별무	천심액, O2공급, ATx
04.7.26(46일)	20시15분 1시간정도 흉민과 함께 각궁반장 증상, 2회 발작	오후에만 잠깐 외출하고 오심	천심액, 아로마, O2공급, ATx
04.7.27(47일)	18시, 20시30분 흉민과 함께 각궁반장 증상	별무	천심액, O2공급, ATx
04.7.30(50일)	18시10분 5분 각궁반장 발작. 10분 수면	내시경 등 검사하시느라 힘들어 하심	O2공급,ATx
04.8.2(53일)	17시 10분정도 발작 15분 수면	食滯	ATx, O2공급, 천심액
04.8.3(54일)	17시55분 2회 5분 발작	별무	ATx, O2공급
04.8.6(57일)	21시15분, 21시40분 2회 5분정도 발작	별무	ATx, O2공급
04.8.8(59일)	7시50분 2분정도 발작 20분 수면상태	옆환자 침대난간 내려놓는 소리	ATx, O2공급
04.8.11(62일)	18시55분 10분정도	별무	O2공급
04.8.12(63일)	12시50분, 17시10분 10분씩 2회	옆환자 침대소리	O2공급
04.8.14(65일)	0시45분 5분	옆 난간소리	별무
04.8.16(67일)	02시50분 3분발작 20분수면	의자부딪히는소리	별무
04.8.19(70일)	18시55분 5분	시끄러운 소리	별무
04.8.21(72일)	19시35분 5분	〃	별무
04.8.22(73일)	17시30분 5분	〃	별무
04.8.27(78일)	15시20분 5분	〃	별무
04.8.28(79일)	22시30분 2시간동안 5차례 정도 발작 후 수면	집외출시 옆집공사소리	별무
04.9.7(89일)	7시30분 5분 발작	시끄러운 소리	별무

Table 2. 통원치료시 발작정도

월별	발작횟수	평균발작시간	비고
04년 9월	6회	9분 정도	20분 1회
04년 10월	12회	4분 정도	
04년 11월	10회	5분 정도	1일 2회 1번. 30분 1회
04년 12월	7회	5분 정도	1일 2회 1번.
05년 1월	6회	8분 정도	30분 1회.
05년 2월	3회	6분 정도	10분 1회.
05년 3월	2회	3분 정도	

Fig. 2. 월별 발작횟수

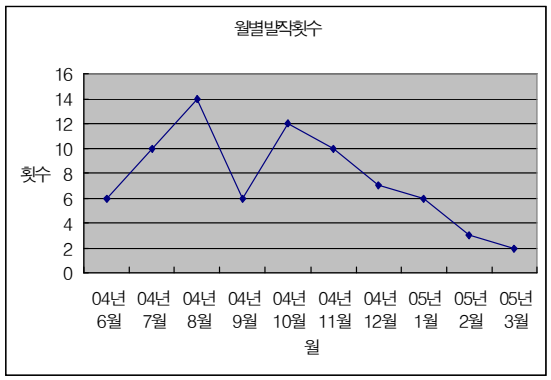


Fig. 3. 평균발작시간

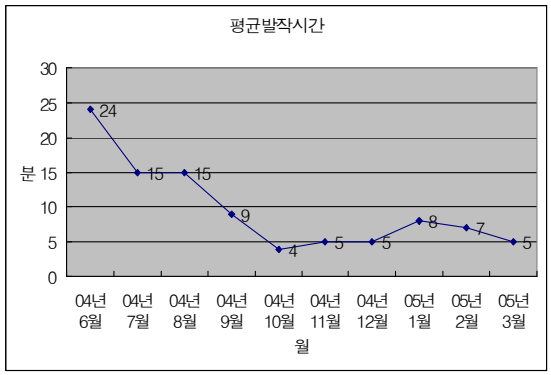


Table 3. 주요 변증과 본 증례에 사용된 치료방법

辨證	心脾氣虛 土虛木旺 → 肝鬱氣滯, 氣逆	
藥物治療	藿香正氣散加味	香附子(炒)8g, 藿香, 蘇葉, 天麻, 釣鉤藤(後煎30分), 白殭蠶 6g, 白芷, 大腹皮(酒洗), 白茯苓, 厚朴, 白朮, 陳皮, 半夏(法製), 桔梗, 南星(炮), 木香, 柴胡, 黃芩, 元防風, 枳實, 生薑, 大棗 4g, 砂仁, 甘草 2g.
	淸心溫膽湯加味	香附子, 白茯神 8g, 當歸, 龍眼肉, 酸棗仁(炒), 龍骨, 牡蠣粉, 沙蔘 6g, 半夏(法製), 陳皮, 枳實, 白朮, 牛膽南星, 白芍藥(炒), 土川芎, 石菖蒲, 生薑, 大棗 4g, 黃蓮, 遠志, 麥門冬, 甘草 2g.
	淸上補下湯加減	熟地黃, 山藥, 山茱萸, 桔梗, 桑白皮 8g, 白茯苓, 牧丹皮, 澤瀉, 五味子, 枳實, 麥門冬, 天門冬, 貝母, 黃蓮, 杏仁, 半夏(法製), 瓜蔞仁, 黃芩, 紫椀, 百部根, 款冬花, 厚朴, 神曲(炒), 麥芽(炒) 4g, 甘草 2g.
	香砂六君子湯加味	檸根白皮 8g, 香附子(炒), 白朮(炒), 白茯苓, 半夏(法製), 陳皮, 厚朴, 白荳蔻, 藿香 6g, 人蔘, 木香, 砂仁, 益智仁, 小回香, 山藥, 天麻, 甘草, 生薑, 大棗 4g, 枳實 3g, 黃蓮, 吳茱萸, 烏梅 2g.
	補中益氣湯加味	黃芪(蜜炙), 人蔘, 白朮(炒) 8g, 檸根白皮, 半夏(薑製), 陳皮, 白芍藥(炒), 藿香, 蘇葉 6g, 川芎, 山査(炒), 麥芽(炒), 白荳蔻, 甘草(炙), 升麻(酒洗), 柴胡(酒洗), 生薑, 大棗, 天麻, 黑糖 4g, 當歸, 砂仁 2g.
	比化飮加味	橘皮 12g, 半夏(法製), 竹茹, 澤瀉 8g, 人蔘, 白朮(土炒), 白茯苓, 香附子(炒), 生薑 6g, 神曲(炒), 藿香, 白荳蔻, 山査(炒), 厚朴, 砂仁, 枳實, 烏梅, 百芍藥(酒炒), 車前子 4g, 豬苓, 肉桂, 燈心, 木香, 甘草 2g,
	荊芥連翹湯加味	荊芥, 連翹, 金銀花 6g, 蒼朮, 升麻, 防風, 羌活, 藁本, 生地黃, 麥門冬, 川芎, 牛蒡子, 薄荷, 細辛, 柴胡, 黃芩(酒炒), 黃連(酒炒), 白芷, 生薑, 蔥白 4g, 麻黃, 梔子, 甘草 2g.
	香砂養胃湯加味	人蔘 8g, 白朮, 白芍藥, 甘草(炙), 半夏(薑製), 香附子, 陳皮, 山査, 砂仁(炒), 白荳蔻, 靑皮, 燈心 4g, 藿香, 大棗 6g, 乾薑 3g,
鍼灸治療	體鍼	中脘, 關元, 百會, 風池, 天樞, 內關, 足三理. 발작시 崑崙瀉.
	附缸療法	膀胱經 1, 2선을 중심으로 背部 乾式附缸. 1회/2-3일, 腰痛, 肩背痛 호소시에는 阿是穴위주로 濕式附缸 시행.
	왕뜸	中脘 1회/일
	藥鍼	腰痛, 肩背痛 호소시 자하거 약침, 봉침
韓方精神療法	香氣療法-발작시 lavendar 향을 코로 흡입토록 하였다. 정신과개인력조사, 驚者平之療法, 가족치료	

2) 주요 변증과 치료방법

3) 경과

<6월 11일-입원 첫날>

환자는 의식은 명료했고 의사소통도 가능하긴 하였지만 전체적인 氣力低下와 함께 四肢少力으로 걷지 못하는 상태로 부축보행도 힘들어하는 정도였다. 발작을 보이지는 않았고 보통 큰 소리만 들리면 角弓反張 樣相으로 발작을 1-5분정도로 하고 발작 후에는 수면을 취한다고 하였다. 5월 28일 이후 평균 하루에 한번 정도 발작을 하였다. 頭痛(前額, 太陽部位), 腹痛(腹部 全體), 眩暈을 심하게 호소하는 상태였고 식사는 거의 못 먹는 상태였으며 우울양상도 보였다. 대소변 상태에는 이상이 없었고 淺眠을 보였다. 간질양상의 경련발작을 하므로 順氣, 理氣시키는 藿香正氣散 加味方을 사용하였다.

<6월 12일-6월 18일>

환자는 약간의 기력을 회복하여 부축보행은 가능하였다. 두통과 복부 전반적 통증도 약간씩 호전되었다. 환자는 보통 易驚증상을 나타내고 발작을 나타내기 전에는 胸悶, 頭痛, 眩暈 등의 전조 증상을 보였다. 전조증상은 상황에 따라 천심액(중화정단액, 30ml, 원광제약), 우황청심원(30ml, 원광제약) 등을 복용시키고 Lavendar요법을 실시하여 증상을 완화시켰다. 발작은 보통 5분정도 上竄과 함께 角弓反張의 경련 발작, 혹은 우측 상하지 경련 발작을 하고 20분 정도 수면을 취하는 양상을 보였다. 발작시에는 십선사혈을 하였고 기도확보와 몸에 손상이 생기지 않도록 보호하였다.

<6월 19일-6월 24일>

환자가 평소에도 잘 놀라고 보통 큰소리에 발작이 유발되므로 益心生血, 平肝解鬱, 淸火化痰하는 淸心溫膽湯加味로 처방을 바꾸었다. 환자가 발작 증상도 심하지 않았으며 5분정도 각궁반장 식의 발작만 하고 곧 깨어났다. 자력보행도 가능하여 집으로 잠깐 외출도 다녀왔고 외출시에도 별다른 증상은 나타나지 않았다.

<6월 25일-7월 13일>

환자가 천식 과거력도 있었고 흉민, 기침 증상을 주로 호소하여 淸上補下湯 처방을 하였다. 밖에서 나는 큰소리에도 약간 놀라는 반응만 보이고 발작은 나타나지는 않았다. 6월 28일 외박외출을 갔는데 저녁 11시경 발작이 나타나서 병원으로 업혀 왔다. 병원에 와서도 저녁 12시 30분경 까지 5분 발작 후 10분 수면 양상의 지속적인 발작이 나타났다. 처방은 藿香正氣散加味로 바꾸었다.

<7월 14일-7월 21일>

환자의 발작양상은 많이 호전되었고 식사량이 적고 소화도 잘 안 되어서 補氣健脾, 理氣醒脾하는 香砂六君子湯 처방을 하였다.

<7월 22일-8월 9일>

환자분 氣力低下, 頭痛, 胸悶, 手足冷 호소하고 脈遲澁, 舌淡紅하여 益氣升陽하는 補中益氣湯 加味方을 처방하였고 獨蔘湯(人蔘 80g)을 수시로 복용하도록 하였다. 발작 증상이 많이 나타날 때는 藿香正氣散 加味 처방을 하였다.

<8월 10일-8월31일>

경련 발작의 호전을 위해 양약(리보트릴 1T-항전간제, 세로자트 2T#2-항우울제) 복용을 시작하였다. 보통 5분 정도로 경련 발작을 하였고 수면양상은 점점 줄어들었다. 양약으로 인한 큰 효과는 보이지 않았다. 환

자에게 통원치료를 권유하자 약간의 불안양상을 보이면서 경련을 자주하는 듯 하였다. 易驚과 痙攣發作 호전을 위해 淸心溫膽湯, 藿香正氣散을, 식사량이 너무 적고 소화불량을 호소하여 安胃化中하는 比和飮加味方을 바꾸어 가며 처방하였고 鼻塞, 두통, 기침 등의 感冒증상이 있을 때는 荊芥蓮翹湯을 처방하였다.

<9월 1일-9월 11일>

환자의 기운을 올리고 소화기능을 좋게 하기 위해 益氣升陽하는 補中益氣湯과 健脾化濕, 理氣安胃하는 香砂養胃湯을 처방하였고 경련발작은 5분정도 한번만 하였다. 지속적인 통원치료하기로 하고 9월 11일 퇴원하였다.

<9월 13일-9월 25일>

퇴원 후 1-2일에 한번 통원치료하였다. 9월에는 6번 정도 경련발작이 있었는데 1번 20분정도 발작한 경우를 제외하고는 2-7분정도 발작을 하였다. 청소, 음식준비 등 집안일이 가능하였고 집주위 공사소리로 易驚증상은 자주 있었다. 식사량은 조금씩 늘어가고 두통, 현훈도 호전을 보였으나 요각통은 많이 호소하였다. 처방은 香砂養胃湯을 지속하였다.

<10월 11일-10월 30일>

1-2일에 한번 통원치료하였다. 총 12번 정도 경련발작이 있었으나 2-5분정도로 발작시간은 짧았다. 남편 출장도 있었고 아이가 다리를 다쳐 응급실에도 오는 일이 있었는데 발작이 심해지지는 않았다. 소화불량, 두통, 요통 등을 지속적으로 호소하였다. 補中益氣湯과 淸心溫膽湯을 처방하였다.

<11월 1일-11월 30일>

1-2일에 한번 통원치료 지속. 경련발작은 10번 정도 있었고 하루에 2번 발작한 경우가 한번 있었고 30분 이상 발작한 경우가 한번 있었다. 기침이 심해졌고 딸이 복통으로 병원에 입원했다. ○○○○병원에서 뇌파검사를 다시 해보았는데 이상 없다는 결과가 나왔다. 淸心溫膽湯과 기침이 심한 경우는 淸上補下湯을 처방하였다.

<12월 1일-12월 31일>

1-2일에 한번 통원치료 지속. 총 7번 경련발작이 있었고 하루에 2번 발작한 경우가 한번 있었지만 2-5분정도로 발작하였다. 藿香正氣散 위주로 처방하였다.

<05년 1월 3일-1월 31일>

2-3일에 한번 통원치료 지속. 총 6번 경련발작이 있었고 30분정도 발작한 경우가 한번 있었다. 복통, 요통, 소화불량은 지속적으로 있었고 두통은 호전을 보였다. 補中益氣湯 위주로 처방하였다.

<2월 2일-2월 28일>

2-3일에 한번 통원치료 지속. 총 3번 경련발작이 있었고 10분정도 발작한 경우가 한번 있었다. 淸心溫膽湯 위주로 처방하였다.

<3월 2일-3월 20일>

2-3일에 한번 통원치료 지속. 총 2번 경련발작이 있었는데 1-2분 정도로 짧게 끝났다. 한약처방은 하지 않고 침, 부항 등의 치료만 하였다. 그리고 남편은 술을 밖에서 먹지 않고 집에서만 조금 마신다고 하였다. 남편이 부인 아픈 뒤에 많은 것을 뉘우쳤다고 하기도 하고 부엌일도 많이

도와주는 편이라고 하였다(환자의 sick role에 의한 secondary gain이라 볼 수 있겠다).

Ⅲ. 考 察

상기 증례 환자는 發作前 前驅症狀으로 眩暈, 頭痛, 胸悶이 심해지고 발작 중에 의식은 상실되며 角弓反張, 上竄, 右側上下肢 痙攣 후 睡眠을 취하는 양상으로 발작을 하여서 간질로 의심이 되었다. 주로 주위에서 시끄러운 소리에 놀라면서 경련발작을 일으켰고 食滯로 나타난 경우가 한번 있었으며 원인을 추정하기 어려운 경우도 많았다. 발작이 나타난 경우가 한번 있었고 경련 발작을 하면서 소리를 지른다거나 小便失禁 등의 증상은 보이지 않았고 초기에는 20분 이상에서 1시간정도까지 발작 시간이 긴 편이였다. 발작시 주요 처치로는 아로마요법, 우황청심원, 천심액 복용, 십선사혈, 침치료, 산소 공급 처치 등 다양하게 하였다(Table1). 경련발작을 심하게 하지만 몸에 상처가 난 적은 없었다. 경련 후에는 수면을 취하고 肩臂痛, 腰痛 등을 호소하였으며 발작을 할 때는 그 상황을 약간 기억할 때도 있었다. 증상만으로는 간질인지, 전환장애인지 감별이 힘들었다. 타병원 뇌파검사 2차례와 두부 CT, MRI 검사상 이상은 없었다. 그리고 타병원에서 환자에게 발작 일어나는 약물이라고 하여 위약(placebo)투여한 결과, 발작을 하여 pseudoseizure로 결론 내리고 전환 장애로 진단되었다.

Table 4. 간질과 히스테리성 경련의 비교[2)]

임상양상	간질	히스테리성 경련
유발인자	없거나 알코올 또는 약물금단	감정적 스트레스
환경	장소, 시간에 관련 없음, 주로 밤에	대개 집안, 사람이 있을 때
발병	갑자기	흔히 점진적
전조	다양	흔히 과호흡
경련형태	자동적, 상동적, 강직성-간대성, 시작 때 소리지름, 말이 없음, 혀를 깨뭄, 소변실금 수분동안	다양, 몸부림 같음 중간에 소리지름 흔히 말을 함 입술, 손, 타인을 깨뭄 소변 드뭄, 보다 장기간
경련 후 상태	의식저하, 통증	이상 없음
외상	흔히 있음	없음
사후기억	경련에 대한 기억 없음	다소 기억함

히스테리 혹은 심인성 발작은 신경세포의 이상방전에 의하여 발생하는 것이 아니므로 간질은 아니다. 이 질환을 간질성 경련으로 오인하여 항경련제로 치료하는 경우가 종종 있는 데 효과를 기대하기는 어렵다. 상기 증례 환자도 항경련제 투여로 인한 뚜렷한 효과는 보이지 않았다.

또한 실제 간질성 발작 환자도 간혹 히스테리 발작을 일으킬 수 있어 두 질환을 구별하기가 어려운 경우도 있다. 암시를 준 후에 생리식염수 등의 위약을 투여하여 발작을 유발시킬 수도 있으나 간질 환자에서도 유발될 수 있으므로 이러한 방법으로 히스테리 발작을 구별하는 데는 무리가 따른다. Table 4에 포함된 간질과의 구별점 외에도, 히스테리 발작은 경련과는 달리 혈청 creatine kinase와 prolactin 수치가 정상이다. 구별이 어려운 경우에는 EEG 또는 video-EEG monitoring

이 필요하다[19,20].

상기 증례 환자는 천식과 위염으로 치료받은 과거력이 있을 만큼 평소 脾肺기능이 약한 체질에, 친정어머니 자살로 인한 충격, 직장에서의 여러 상황으로 인해 스트레스, 남편의 음주에 대한 불만 등으로 인해 土虛木旺으로 肝鬱되어 있다가 어머니 忌日 이후 신체적, 감정적으로 약해져 경련 발작 증상이 나타났다고 판단된다. 그리고 주위 소리에 깜짝 놀라는 반응을 자주 보여서 외부자극에 매우 민감하고 약하였다. 스스로 통제 불가능한 스트레스 사건에 반복적으로 노출되면서 좌절감, 분노감을 경험했을 수 있으며 무기력감, 불안, 우울, 두려움, 공포감정들이 생겨났을 수 있다. 성장환경이 열악함으로 낮은 자존감과 자기 주장적이지 못한 면을 갖게 되었을 수 있으며 이로 인한 심리적인 위축감과 불안 감정이 많은 것으로 보인다.

10개월간 발작 횟수를 보면 3개월째(04년 8월) 14회로 가장 높았고 4개월째 6회로 낮아졌다 다시 5개월째 12회로 높아지고 그후로 점점 횟수가 낮아져 10개월째(05년 3월)는 2회 정도로 현저히 낮아졌다. 또한 발작 시간을 보면 첫 번째 달에(04년 6월) 24분으로 가장 길었고 대체로 점점 짧아져 5개월째부터는(04년 10월) 4분으로 현저히 짧아졌다(Fig. 2, 3).

변증은 心脾氣虛, 肝鬱氣滯로 하였고 한약처방은 淸心溫膽湯 위주로 하고 증상에 따라 藿香正氣散, 淸上補下湯, 香砂六君子湯, 補中益氣湯 등이 사용되었다. 침구치료는 脾胃기능을 향상시키기 위해 中脘, 關元, 天樞, 百會, 風池, 內關, 足三理 등의 體鍼 위주로 하고 발작시는 각궁반장 형식으로 발작을 하므로 崑崙(足太陽膀胱經 火穴)을 瀉해 주었다. 환자 증상에 따라 乾式附缸, 濕式附缸, 뜸, 자하거 약침, 봉약침 치료도 병행하였다. 한방정신요법으로는 驚者平之療法을 위주로 정신과 개인력 조사, 가족치료, 향기요법 등을 시행하였다(Table 3).

전환(conversion)이라는 용어는 개인의 신체적 증상이 무의식적인 심리적 갈등을 상징적으로 해결하고 불안을 줄이고 갈등을 알아차리지 못하게 하는데 기여하고 있다(1차 이득)는 가설에서 유래된 것이다. 개인은 전환 증상으로 인해 외부로부터 이익을 얻거나 힘든 의무나 책임을 벗어나는 2차 이득을 얻을 수도 있다. DSM-Ⅳ의 전환장애 기준은 심리적 요인이 증상의 시작이나 악화와 연관성이 있어야 한다는 점을 요구하고 있다. 심리적 상태에 영향을 줄 수 있는 요소들이 일상생활 중 어디에나 있고 심리적 요인은 일반적인 의학적 상태와도 연관성이 있을 수 있기 때문에 심리적 요인이 증상이나 결함과 원인적인 관계가 있는지의 여부를 규명하는 것은 힘든 일이다. 그러나 과거에 현증상이 발생하게 된 상황과 유사한 상태에서 전환반응이 있었다면 이를 토대로 현 상황에서 오는 갈등 혹은 스트레스가 증상의 발생이나 악화에 어떻게 관계되는지를 밝혀내는 것에 대단히 도움이 될 것이다. 비록 개인이 전환 증상으로 인해 2차 이득을 얻을 수는 있지만 꾀병이나 허위성 장애와는 다르게 이익을 얻기 위해 의도적으로 증상을 만들지는 않는다[21,22].

전환 장애는 철저한 의학적 조사를 통해 원인이 될만한 신경학적 상태나 일반적인 의학적 상태를 배제한 다음에 진단 내려질 수 있다. 전환 장애로 보였던 여러 사례에서 일반적인 의학적 원인이 수년 후에 밝혀지는 경우가 있으므로 진단은 임시적, 잠정적으로 내려져야 한다. 설명되지 않는 다른 신체적 증상(특히 전환 증상), 해리 증상의 과

거력이 있고 특히 과거에 신체화 장애의 진단 기준이 충족되었던 적이 있었다면 전환 증상은 일반적인 의학적 상태로 인한 것이 아닐 가능성이 높다. 그러나 신경학적 상태가 있다고 해서 전환 장애의 진단이 배제되는 것은 아니다. 신경학적 상태나 일반적 의학적 상태가 있는 경우일지라도 신경학적 일반적 의학적 상태의 본질이나 정도에 따라 설명되지 않는 경우에는 전환 장애의 진단이 내려질 수 있다[22].

전환 장애의 발병은 일반적으로 급성이지만 서서히 증상이 심해지는 경우도 있다. 전형적으로 개인의 전환증상은 짧은 기간 동안 지속된다. 전환 장애로 입원한 개인들은 대부분 2주 이내에 증상이 완화된다. 재발이 흔하여 1년 이내에 1/5내지 1/4에서 재발되고 한번 재발한 경우 장래의 삽화를 예견할 수 있다. 양호한 예후와 관련된 요인으로는 급격한 발병, 발병 당시 뚜렷한 스트레스 요인, 발병과 치료 시작 사이의 짧은 시간 간격, 그리고 보통 이상의 지능 등이다. 마비, 발성불능, 시력장해 등은 좋은 예후와 연관되는 반면 진전이나 경련은 그렇지 못하다[22].

상기 증례 환자는 경련 발작의 증상이 입원 당시 매일 20분에서 1시간정도 나타나던 것이, 2-5분, 3-7일에 한번 정도로 줄어들어 호전을 보이며 증상이 심해지지는 않았다. 그리고 환자는 통원치료를 하면서 頭痛, 肩臂痛, 腰脚痛, 消化不良, 感冒 등의 다양한 증상을 호소하며 치료를 지속적으로 받고 있다. 경련을 일으키는 전환 장애는 예후가 좋지 못하는 경우에 해당하고 또한 환자의 문제는 만성화된 것으로 쉽게 치료적 진전을 보일 것 같지는 않는다. 치료가 장기화되면 병자역할(sick role)이 심해지고 환자가 퇴행되어 치료가 어려워진다[2]. 치료자와 보호자가 지속적으로 유기적 관계를 갖고 그동안 받지 못했던 정서적인 지지를 통해 자아 존중감을 회복하고 내적 안정감을 가질 수 있도록 도와야 할 것으로 보이고 체력회복과 긍정적인 감정형성을 위해 운동계획을 세워 실천하는 것이 도움이 될 것이다.

Ⅳ. 結 論

간질 양상으로 경련 발작하는 中氣證 患者 1례에 대해 한방 위주의 양방병행치료를 통해 호전을 보여 이에 증례보고 하였다. 中氣證은 우선 철저한 신체검사를 한 후 이상이 없는 경우에 진단이 가능하므로 환자의 증상과 연관된 제반 검사를 하는데 있어서 양방의 진단기기를 적극적으로 활용해야 할 것이다. 그리고 中氣證으로 진단되는 환자는 치료가 장기화되지 않도록 빨리 정서적인 지지치료와 함께 신체적인 문제에 따른 적극적인 대증치료가 필요하고 이러한 치료면에 있어서는 한방정신요법과 변증치료에 따른 다양한 한방치료가 매우 효과적일 것이라고 사료된다.

감사의 글

이 논문은 2005년도 원광대학교의 교비 지원에 의해서 수행됨.

參 考 文 獻

1. 황의완, 김지혁. 東醫精神醫學. 서울. 現代醫學書籍社. 1987:611-612.
2. 한방신경정신의학. 대한한방신경정신과학회.

집문당. 2005:190, 350, 543.
3. 湖州中醫學院. 醫方類聚. 北京. 人民衛生出版社. 1981:333, 338.
4. 方廣. 丹溪心法附餘. 서울. 大星文化社. 1982:91-92, 658.
5. 張子和. 儒門事親. 서울. 大星文化社. 卷一 1993:16.
6. 李挺. 醫學入門. 서울. 南山堂. 1985:1196-1197.
7. 玄禹天, 李相龍. 中氣證에 관한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집 1994:2(2) :285-295.
8. 민성길. 최신 정신의학. 일조각. 2004:333-335.
9. 崔營哲 外. 中氣證에 관한 문헌적 고찰. 대한한의학회지. 1993:14(2) : 154-161.
10. 崔秉晩, 李相龍. 中氣證의 東西醫學的 考察. 惠和醫學. 2000:19(1) : 237-257.
11. 김은정, 이동원. 학업과 관련된 전환장애 환자 치험 2례. 동의신경정신과학회지. 2001:12(2). 215-222.
12. 김보경, 이상룡. 전환장애 실어증 환자 1례에 대한 임상보고. 동의신경정신과학회지. 1996:7(1) : 167-172.
13. 김보영, 이승희, 이승진, 황선미, 정대규. 전환장애 중 운동감각장애 환자 1례의 임상적 고찰. 동의신경정신과학회지. 2002:13(2) : 225-232.
14. 정효창, 이승현, 정성민, 차재덕. 소음인 전환장애 환자 1례에 대한 증례보고. 동의신경정신과학회지. 2002:13(2) : 233-239.
15. 박종훈, 조성훈, 정선용, 김종우, 황의완. 1년 이상 지속된 히스테리성 실성증의 사고장 요법(Thought Field Therapy)과 한방요법 병행치료 1례. 동의신경정신과학회지. 2003:14(2):183-190.
16. 최우진, 곽선, 이승기. 해리성 기억상실과 전환장애를 동반한 환자의 증례. 동의신경정신과학회지. 2003:14(2): 191-198.
17. 김헌일, 김근우, 구병수. 中氣로 인한 좌상 하지바미 환자 증례 보고. 동의신경정신과학회지. 2004:15(1) : 167-174.
18. 김명진, 최병만, 이상룡. 전환장애로 입원한 환자 41례에 대한 임상적 고찰. 동의신경정신과학회지. 2000:11(2) : 131-140.
19. Maurice Victor and Allan H. Ropper. Principle of Neurology. Seventh Edition. USA. McGraw-Hill. 2001:344, 1595, 1598-1599.
20. 김진수, 최경규, 이명식. 최신신경학. 서울 ㈜ 과학서적센터. 2000:299.
21. 오덕원. 전환장애의 치료와 관리. 한국전문물리치료학회지. 1997:4(2) : 77-88.
22. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계편람 제 4판. 하나의학사. 1997:588-595.