동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 17. No. 2, 2006

五行和針法을 응용한 痲木환자 치험 2례

공현우, 김주원, 신현권, 곡경내, 김효주, 박세진
동서한방병원 한방신경정신과

A Clinical Report: Two Cases of Psychosomatic Disease Treated by Hwa-acupuncture

Hyun-woo Kong, Ju-won Kim, Hyun-kwen Shin,
Ching-nai Chu, Hyo-ju Kim, Se-jin Park

Department of Neuropsychiatry, Dong-Seo Oriental Medical Hospital

Abstract

Symptoms of Psychosomatic disease are various. Mamok(痲木), one of that symptoms, is a kind of sensory disorder and similar to numbness but more complicated.

In this report, we described two men diagnosed as psychosomatic disease and undifferentiated somatoform disorder. One complained Mamok of his tongue and the other complained it of his right arm and leg. And both of their symptoms were disappeared quickly after treated by Hwa-acupuncture.

Key Words : Mamok, Psychosomatic disease, Hwa-acupuncture.

◆ 투고일: 6/23, 수정일: 7/13, 채택일: 7/14
교신저자: 공현우, 서울특별시 서대문구 연희동 194-37 동서한방병원 한방신경정신과.
Tel : 02-320-7808, Fax : 02-320-7819, E-mail : 51068@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

痲木은 不仁, 또는 痲木不仁이라고도 하는데, 痲는 피부나 기육이 가렵거나 아프지는 않은데 벌레가 기어가는 듯한 이상한 느낌이 있는 것이고, 木은 기부의 감각이 둔하여 감각을 알지 못하는 것을 말하는데, 이 두 가지는 동시에 나타나는 경우가 많으므로 합하여 痲木이라 칭한다.[1] 한방신경정신과의 영역에서 痲木은 심신증의 일부로 나타난다고 기술되고 있다.[2] 이러한 痲木은 인체의 어떤 부위에도 발생할 수 있으나, 대개 수족, 사지, 안면, 두부에 많이 나타나게 된다.[1] 痲木을 주소로 내원하는 환자들은 '저리다' '남의 살 같다' '마취가 덜 풀린 듯 뻣뻣하다' '벌레가 기어가는 것 같다' 등으로 다양하게 호소한다. 이에 대해 강[3] 등은 형상의학적 치료에 대해 발표한 바 있으며, 이[4] 등은 특정 질환이 동반된 하지마목 환자에 대한 치험례를 소개한 바 있다. 그러나 외래를 통해 내원하는 痲木 환자에 있어 이학적 검사 상 뚜렷한 이상 징후가 없는 경우는 침 치료가 우선적으로 시행된다고 볼 수 있다.

五行和針法은 《內經》[5,6] 및 《難經》[7] 75難, 69難의 陰陽의 盛衰 및 五行의 相生 相剋관계를 이용하여 만든 五行針法의 일종으로, 비교맥진을 통해 환자의 오장육부 중 어떤 장부가 병들었으며 어떤 장부가 주증인가를 알아내어 木, 火, 土, 金, 水 五人形으로 나누어 치료하는 것으로, 아무리 다양한 병증후군도 주된 장부의 문제로 인해 파생된 것이므로 그 근본이 되는 주 장부를 치료하면 충분히 치유된다는 이론이다.[8]

저자는 동서한방병원 한방신경정신과를 내원하여 중풍전조증 및 심신증으로 진단된 痲木 환자 2명에 대해 五行和針法을 응용하여 유의한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

증례 1

1. 환자

이**. M/50

2. 주소증 舌痲木感

3. 발병일

30세경(간헐적으로 반복하다 2006년 2월초 악화) 발병동기 과로 및 수면부족

4. 동반증상

1) 구음장애
2) 좌측안면감각이상
3) 頭不淸, 眼昏
4) 疲勞

5. 치료기간

2006년 2월 18일 - 2006년 3월 24일

6. 과거력

1) 2001년경 개인병원에서 백내장 진단받았으나 별무치료.

7. 현병력

상기 환자는 개인사업을 하는 50세 남환으로 30세경부터 잦은 밤샘작업으로 인한 수면부족과 과로로 상기 증상 발생하였으나 별무 처치하였고, 간헐적으로 증감이 반복되던 중 2002년 3월 증상 심해져 당시 본원 내원 Brain CT 및 MRI 촬영하였으나 특이소견 없이 중풍전조증으로 진단받고 6개월간 외래치료 받은 경력이 있으며, 2006년 2월초 장기간의 등산 및 수면부족으로 증상 재발하여 2006년 2월 18일 본원 외래 내원하였음.

8. 전신상태

1) 안색: 피부가 검고 눈 밑이 어두우며, 관골이 발달
2) 체형: 전체적으로 마른 체형이며, 하체가 발달한 편
3) 脈弦細, 舌質淡하며 舌尖紅
4) 식욕저하 및 소화불량
5) 대변: 1회/일, 難便
6) 소변: 5회/일
7) 수면: 수면시간 고르지 않으며 淺眠의 경향

9. 이학적검사

1) C-spine X-ray (02.3.19): unremarkable
2) Brain-CT (02.3.20): unremarkable
3) Brain-MRI (02.3.23): unremarkable

10. 진단명

1) 중풍전조증
2) 미분화형 신체화 장애

11. 五人形의 감별

초진 내원하였을 때 10분간 안정 후 환자와 마주보고 앉은 자세로 兩手를 동시에 진맥하여, 촌관척의 맥의 대소를 비교함.

12. 치료

1) 침치료: 동방침 0.20*30mm 일회용 호침으로 五行和針法 중 火形에 해당하는 大敦 補, 太白 瀉, 陰谷 補, 少府 瀉(이상 우측), 陽谷 補, 臨泣 瀉, 足三理 補, 通谷 瀉(이상 좌측) 취혈.

13. 치료평가방법

환자의 증상의 호전도는 Visual Analogue Scale(시각적 상사 척도, 이하 vas)로 측정하였음.

14. 치료경과

1) 2월 18일: 내원 당시 심한 舌痲木感과 더불어 입 주위가 다 먹먹하고 뻣뻣하며, 마취가 덜 풀린듯한 느낌이 있고 그로 인해 발음이 명확하지 않다고 호소하였으며, 그 외에 頭不淸, 眼昏, 項强, 疲勞, 眩暈을 호소.
2) 2월 20일-2월 25일(매일 내원): 舌痲木感은 25일 기준으로 vas5로 감소, 입주위의 감각이상은 소실되었으나 혀는 마취된 느낌이 있어 발음이 계속 명확하지 않다고 호소함. 頭不淸(vas6), 項强(vas5), 疲勞(수면부족시 발생, vas8), 眩暈(간헐적으로 발생, vas4).
3) 2월 27일-3월4일(격일로 내원): 舌痲木感은 4일 기준으로 vas3으로 감소, 혀의 마취된 느낌도 거의 소실되어 발음에는 이상이 없다고 함. 頭不淸(vas3), 項强(vas3), 疲勞(수면부족시 발생, vas4), 眩暈은 발생하지 않음.
4) 3월 7일-3월 18일(주2회 내원): 舌痲木感은 vas1로 감소, 발음은 정상적이라고 함. 頭不淸(vas1), 項强 소실, 수면부족 후에도 疲勞感 느끼지 않음, 眩暈 1회(vas3).
5) 3월 21일: 주말 5시간 등산 후 疲勞感이 심해지면서 일시적으로 증상 심해지는 듯 하였으나 곧 회복되었다고 함. 간헐적 眩暈(vas3).
6) 3월 24일: 간헐적 眩暈 외 증상소실. 사업관계로 내원이 어렵다고 하여 滋陰健脾湯 처방함.

증례 2

1. 환자

김**. M/51

주소증 우측 상하지 痲木感(상하지 교대로 나타남)

2. 발병일

2005년 9월

3. 발병동기

음주 및 스트레스

4. 동반증상

1) 不眠
2) 인후이물감
3) 上熱 및 易怒
4) 야뇨
5) 項强(우측)

5. 치료기간

2006년 2월 28일 - 2006년 4월 18일

6. 과거력

1) 알콜중독: 2003년 개인병원에서 진단받고 1개월간 입원치료
2) 우울증: 2003년 개인병원에서 진단받고 복약하다 중지. 간헐적으로 수면제만 복용.
3) 간경화: 2003년 개인병원에서 진단받고 복약하다 중지.

7. 현병력

상기 환자는 상가임대업을 하는 51세 남환으로 청년기부터 잦은 음주력으로 인해 가정생활 및 사회활동에 문제를 일으켜 2003년 알콜중독으로 진단받고 개인병원 1개월 입원 치료 후 금주하게 되었으나, 당시 우울증과 함께 심한 不眠이 나타나 신경과에서 약물치료 하던 중 과음 및 약물로 인한 간경화를 진단받고 약물치료를 중지한 후 간헐적으로 수면제만 드시던 중으로 2005년 9월경 상가임대와 관련되어 임대인과의 마찰 후 상기 증상 발생하여 2005년 9월 21일 본원 외래 내원하여 혈액검사를 실시한 결과 간수치의 상승이 보여 그에 관련하여 2005년 12월까지 한약치료 및 침 치료를 시행한 결과 혈액검사 소견 및 우측 項强은 호전되었으나 우측 상하지 痲木感 등 그 외 증상이 계속 진퇴를 반복하면서 별무 호전하여 2006년 2월 진료실 변경하여 진료를 받게 됨.

8. 전신상태

1) 안색: 피부가 누렇고 기미가 많은 편.
2) 체형: 전체적으로 보통 체형이며, 약간 복부비만.
3) 脈弦, 舌質淡紅하며 舌苔薄白
4) 식욕은 보통이나 心下痞
5) 대변: 1회/일
6) 소변: 6회/일 (특히, 야간 3회)
7) 수면: 내원 당시 不眠. 수면제 복용 시 5시간 내외.

9. 이학적 검사

1) Chest PA(05.9.21): no active lung lesion
2) C - spine X - ray (05.9.21): unremarkable
3) L - spine X - ray (05.9.21): R/O compression fx. at T12
4) Lab
   (1) 05.9.22: GPT (57U/L), GGT (1877U/L), TG (153mg/dl), ALP (365U/L)
   (2) 05.10.20: GGT(377U/L)
   (3) 05.12.5: TP (8.7g/dl). GGT (263U/L), TG (294mg/dl)

10. 개인력

51세 남환으로 약간 마른 체격에 성격은 예민한 편이다. 2남 2녀 중 장남으로 태어났으며 부유한 부모님 밑에서 생활하여 평생 경제적인 어려움은 겪어본 적이 없으며, 현재는 개인소

유의 건물을 여러 채 소유하고 있으며 상가를 임대하여 얻은 수입으로 생활하고 있고, 그 외 특별한 경제 활동을 해 본적은 없다고 하였다. 20대 초반부터 음주를 시작하였으나 당시에는 문제가 될 정도는 아니었으며 27세경 부모의 소개로 만나 결혼하여 1남 1녀를 두고 있다. 부인 역시 유복한 가정에서 자라 경제적 어려움은 겪어본 적이 없다고 하였다. 결혼 후 부친으로부터 건물을 물려받아 상가 임대를 하게 되었으나 경험이 없어 임대인과 계속 문제가 생기면서 음주가 늘어 양주 반병/day 정도였다고 하였다. 이로 인해 결혼 수년째부터 부인과 다툼이 있었고 자녀들과의 관계도 매끄럽지 않게 되었고 또 상가 임대에서 임대인과의 마찰이 끊이지 않아 스트레스 해소를 위해 더욱 음주를 하게 되었다고 하였으며, 음주량이 늘수록 가족과의 관계는 악화되고 임대인과의 마찰도 제대로 해결하지 못하게 되는 등 악순환이 지속되었다고 하였다.

11. 진단명

1) 심신증
2) 간경화
3) 미분화형 신체화 장애

12. 五人形의 감별

초진 내원하였을 때 10분간 안정 후 환자와 마주보고 앉은 자세로 兩手를 동시에 진맥하여, 촌관척의 맥의 대소를 비교함.

13. 치료

1) 한약치료: 2005년 9월 28일부터 2005년 12월 29일까지 淸肝湯(茵蔯, 蒼朮 8g, 赤茯苓, 香附子, 川芎 6g, 枳殼, 靑皮, 澤瀉, 車前子 4g, 吳茱萸 2.5g, 柴胡, 陳皮, 半夏, 黃蓮, 甘草 2g, 砂仁, 山査肉 4g, 生薑 6g) 처방하여 1일 2첩 3회 분복하여 복용하도록 함.

2) 침치료

(1) 사암침법 중 肝乘格: 2005년 9월 21일 - 2006년 2월 7일. 동방침 0.25*30mm 일회용 호침을 사용하였고 15분간 유침.

(2) 오행화침법: 2006년 2월 28일 - 2006년 4월 18일. 동방침 0.20*30mm 일회용 호침으로 五行和針法 중 火形에 해당하는 大敦 補, 太白 瀉, 陰谷 補, 少府 瀉(이상 우측), 陽谷 補, 臨泣 瀉, 足三理 補, 通谷 瀉(이상 좌측) 취혈하였고 20분간 유침.

14. 치료평가방법

환자의 증상의 호전도는 vas로 측정하였다.

15. 치료경과

1) 2005년 9월 28일-2005년 12월 29일: 2005년 9월 22일 실시한 혈액검사 상에서 GPT (57U/L), GGT (1877U/L), TG (153mg/dl), ALP (365U/L)로 높은 수치 상승이 보여 靑肝湯을 투여했고 2005년 10월 20일 재검한 결과 GGT(377U/L)가 감소하였고 그 외 모두 정상범위로 안정되어 靑肝湯을 지속적으로 투여하기로 결정하였으며, 2005년 12월 5일 실시한 혈액검사 상 TP(8.7g/dl). GGT(263U/L), TG(294mg/dl)외 정상범위로 안정되었고 우측 項强은 소실되었으나 그 외 우측 상하지 痲木感, 인후 이물감, 上熱感은 지속되었음.

2) 2005년 12월 31일-2006년 2월 7일: 한약치료는 중단하고 침치료만 시행하였으나 증상의 증감이 반복적으로 지속되어 개인적 판단에 의해 치료를 중단함.

3) 2월 28일: 최근 친한 후배의 사망으로 증상이 모두 악화되어 다시 내원하였으며 수면제 1정/일 복용중이라고 하였으며 우

측 상하지 痲木感, 인후 이물감이 특히 심해지고 있다고 하였고, 그 외 계속 짜증이 나고 上熱感이 느껴진다고 호소.

4) 3월 2일-3월 11일(격일 내원): 28일 침치료 후 화가 가라앉고 마음이 편해졌다고 하며, 우측 상하지 痲木感(vas4), 인후 이물감(vas7) 호소. 수면제는 2瀉3일 간격으로 1정/일씩 복용하였으며 야뇨는 여전히 3-4회/일로 나타남.

5) 3월 16일-3월25일(주2회 내원): 우측 상하지 痲木感은 소실되었고 인후 이물감만이 vas3으로 남아 있다고 함. 최근 수면 양호하여 수면제없이 5시간 이상 수면 취하고 있으나, 야뇨증상은 3-4회/일로 여전하다고 함.

6) 3월 30-4월 18일(주1회 내원): 우측 상하지 痲木感 및 인후 이물감은 소실되었으며, 수면제 없이 5시간 이상 수면을 취하는 상태. 야뇨증상은 여전히 3-4회/일로 나타나며 주변사람들과 마찰이 있을 때 눈이 약간 충혈되면서 上熱感이 간헐적으로 나타난다고 함.

Ⅲ. 考 察

痲木은 기부의 감각이 감퇴하거나 소실되는 것으로 '不仁'이라고도 칭한다. 痲는 기부가 不仁하나 기가 微流行하는 것을 느껴 마치 벌레가 皮中으로 다니는 것 같은 것이며, 木은 搔痒을 알 수 없으며 眞氣가 운행할 수 없을 뿐 아니라 나무와 같이 두꺼워진 느낌을 갖는 것이다. 그러므로 痲木은 보통 同稱하나 병의 정도는 같지가 않다.[9] 환자들의 표현으로는 저리다, 마취가 덜 풀린 느낌이다, 벌레가 기어가는 듯 하다, 남의 살 같다 등으로 다양하게 나타난다.

그 원인으로, 《內經》[5]에서는 不仁을 痺症의 일개증후로 기술하고 不仁의 원인을 榮衛氣虛로 인한 經絡不通으로 보았고, 《諸病源候論》[10]에서는 內經說에 外感風寒을 더했다. 금원대에서부터 비로소 痲木이란 용어가 나오기 시작했는데, 《儒門事親》[11]에서 "痺症의 증상인 痲木不仁은 風寒濕 三氣가 합하여 이루어진다"고 하였고 《東垣十種醫書; 蘭室秘錄》[11]에서는 痲木의 원인을 外感風邪가 아닌 氣不行, 氣虛의 소치로 보았다. 《萬病回春》[12]에서는 濕痰死血, 外感風濕, 七情氣鬱 등을 痲木의 원인으로 말하였고, 《東醫寶鑑》[13]에서는 痲는 氣虛, 木은 濕痰瀉血이라 하고 手十指痲는 胃中有濕痰死血, 渾身痲는 氣虛, 婦人手足痲痺에 대해서는 七情氣鬱이 經絡을 凝滯한 것이라 하였다.

현재 한방진단의 분류에서는 風邪入絡, 氣虛痲木, 血虛痲木, 氣滯痲木, 瘀血阻絡, 濕痰阻絡 등으로 나누어 감별될 수 있으며, 치료법도 이에 따라 나누어 설명하고 있다.[9] 痺症과 비교한다면, 痺症은 통증을 주된 증상으로 호소하는 반면, 痲木은 통증을 잘 모른다는 차이가 있다.[1]

痲木은 서양의학적으로는 류마티스성관절염, 퇴행성관절염, 좌골신경통, 경피증, 각기병, 당뇨병, 갑상선기능저하증, 말단비대증, 혈전폐색성동맥염, 뇌졸중 등에서 유사한 임상증상을 가지는 것으로 설명되며[1], 한방신경정신과의 영역에서는 중풍전조증 및 심신증[2]의 한 부류로 설명되어 질 수 있다.

두 증례에서 나타난 저림을 포함한 다양한 증상은, ICD-10에 의하면 미분화성 신체형 장애로 설명될 수 있다. 신체화 장애의 보편적인 증상은 심호흡기계증상인 심계항진, 현기증, 흉통과 위장관계증상인 복부팽만감, 복통, 오심 등으로 나타나는데[14] 본 두 증례의 경우 그러한 보편적인 증상의 호소는 비교적 나타나지 않은 편이나, 신체적 호소가 다발적이고 변화가 많고 지속적이지만 신체화 장애의 완벽하고

전형적인 임상상이 충족되지 않는 경우에 해당한다고 하여[15] 미분화형 신체화 장애로 설명할 수 있을 것으로 본다. 다만 증례 1의 환자의 경우 중년 이상의 환자에게서 食指나 中指 또는 舌根에 마비가 오면 중풍을 예방하는 노력이 필요하다는 내용[1]에 근거하여 중풍전조증의 가능성과 그 예방의 필요성에 대해서도 환자에게 설명하였다.

환자의 치료 혈위는 五行和針法에 따라 선혈하였다. 五行和針法은 《內經》[5, 6] 및 《難經》[7] 75難, 69難의 陰陽의 盛衰 및 五行의 相生 相剋관계를 이용하여 만든 침법이다. 《難經》[7] 75難에서 "經言 東方實 西方虛 瀉南方 補北方 何謂也" 라고 하였는데, 東方實 西方虛는 나타나는 증상을 이르는 것이고 瀉南方 補北方은 치료원칙을 이른 것이다. 즉 "東方肝也, 則知肝實, 西方肺也, 則知肺虛. 瀉南方火, 補北方水. 欲令金不得平木也"라 하여 東方實(肝實瀉木實) 西方虛(肺虛瀉金虛) 한 환자가 있다면 이 환자에게는 瀉南方(瀉心瀉瀉火) 補北方(補腎瀉補水) 한다는 의미이다. 이 경우 心을 瀉하고 腎을 補하여 치료한다는 점에서, 그러면 본래 腎이 虛하고 心이 實할 것이라는 유추가 가능하다. 즉 腎이 허하여 心을 극하지 못하면 心이 성하여 肺를 극하고 다시 肺는 虛해져 肝을 극할 수 없게 되므로 肝이 實하게 되는 것이다.

五行和針法에서는 이러한 장부대소를 비교맥진으로 파악하는데, 이는 선천적 오장육부의 허실을 말하는 것으로 모태중에서 受하여 출생한 性形을 찾아내며 이를 木, 火, 土, 金, 水 五人形으로 나눈다. 五行和針法의 맥진에는 難經의 촌구맥법을 사용하는데, 左手脈은 心 肝 腎, 右手脈은 肺 脾 命門으로 나누고 75難의 상극이론에 따라 그 허실을 비교하는데, 맥을 볼 때는 환자의 좌측 촌관척 부위에 의사의 우측 2,3,4지를 올려놓고, 우측 촌관척 부위에 의사의 좌측 2,3,4지를 차례로 올려놓아 좌우 촌관척맥의 허실을 비교하여, 木實金虛, 火實水虛, 土實木虛, 金實火虛, 水實土虛의 다섯가지 유형으로 나눈다. 우선 촌 부위에서 좌우를 비교하고 다음 관 부위에서 좌우를 비교한다. 촌 부위에서 좌측, 관 부위에서 좌측이 큰 경우는 土와 金이 실한 것이고 木과 火가 허한 것이다. 이때 우측의 촌과 척을 비교하여 촌 부위가 큰 경우는 火가 水에 비해 큰 것으로, 이를 臟에서의 상극이론을 따라 배열해보면 木이 허하여 土를 극하지 못하면 土가 성하여 水를 극하고 水가 허해져 火를 극하지 못하는 상태이므로 火實水虛人으로 판명된다. 다른 五人形의 경우도 이와 같은 방법으로 확인할 수 있다. 취혈의 경우 臟方 즉 陰經에서는 肝經의 木穴인 大敦, 心經의 火穴인 少府, 脾經의 土穴인 太白, 肺經의 金穴인 經巨, 腎經의 水穴인 陰谷, 腑方 즉 陽經에서는 膽經의 木穴인 臨泣, 小腸經의 火穴인 陽谷, 胃經의 土穴인 足三理, 大腸經의 金穴인 商陽, 膀胱經의 水穴인 通谷을 기본으로 선혈한다. 陰經과 陽經의 혈위 배합에 있어서는 夫婦相合에 따라 선혈한다.[8]

본 두 증례의 환자의 경우 촌 부위에서 좌측(金)의 맥이 크고 관 부위에서 좌측(土)의 맥이 컸으며 우측에서 촌과 척의 맥을 비교했을 때 촌(火)의 맥이 크게 나타나 五行和針法상 火實水虛로 확인되어 大敦 補, 太白 瀉, 陰谷 補, 少府 瀉(이상 우측), 陽谷 補, 臨泣 瀉, 足三理 補, 通谷 瀉(이상 좌측)로 취혈하였으며, 補와 瀉法은 迎隨補瀉法을 이용하였다.

증례 1의 환자의 경우 2002년 3월경 내원 당시 중풍에 대한 두려움으로 C-spine X-ray, Brain-CT, Brain-MRI 등을 검사하였으나 특이소견이 발견되지 않아 중풍전조증으로 면담하고 6개월간 치료하였으며, 2006년 2월 내원 당시 이 점을 감안하여 우선적인 추가 검사는 시행하지 않았고, 침 치료 후 호전 반응이 없거나 다른 신경학적 소견을 보일 경우 검사를 시행하기로 하였다. 2월 18일 내원 당시 심한 舌痲木感과 더불어 입 주위가 다 먹먹하고 뻣뻣하며, 마취가 덜 풀린 듯 한 느낌이 있고 그

로 인해 자각적으로 발음이 명확하지 않다고 호소하였으며, 그 외에 頭不淸, 眼昏, 項强, 疲勞, 眩暈을 호소하였고 2월 20일-2월 25일(매일 내원)까지 7회 치료 후 舌痲木感은 vas5로 감소, 입 주위의 감각 이상은 소실되었으나 혀는 마취된 느낌이 있어 발음이 계속 명확하지 않다고 호소하였다. 頭不淸(vas6), 項强(vas5), 疲勞(수면부족시 발생, vas8), 眩暈(간헐적으로 발생, vas 4)으로 나타났다. 2월 27일-3월4일(격일로 내원)까지 10회 치료 후 舌痲木感은 vas3으로 감소, 혀의 마취된 느낌도 거의 소실되어 발음에는 이상이 없다고 하였다. 頭不淸(vas3), 項强(vas3), 疲勞(수면부족시 발생, vas4), 眩暈은 발생하지 않았다고 하였다. 3월 7일-3월 18일(주2회 내원)까지 14회 치료 후 舌痲木感은 vas1로 감소, 발음은 정상적이라고 하였고 頭不淸(vas1), 項强은 소실되었으며, 수면부족 후에도 疲勞感 느끼지 않았으나 眩暈이 1회(vas3) 발생하였다고 하였다. 3월 21일 내원 시에는 주말 5시간 등산 후 疲勞感이 심해지면서 일시적으로 증상 심해지는 듯 하였으나 곧 회복되었다고 하였으며 간헐적 眩暈(vas3)이 계속 나타난다고 하였다. 3월 24일 내원 시에는 간헐적 眩暈 외 제증상은 소실되었다고 하며 사업관계로 내원이 어렵다고 하여 滋陰健痺湯을 처방하였다. 내원 당시 舌淡紅 및 脈弦細, 疲勞를 감안할 때 일반적인 변증으로는 氣血虛 및 氣滯를 겸하고 있는 것으로 생각할 수 있었다. 초기에는 증상이 갑자기 심하게 발현되는 점에 두려움을 갖고 있었으므로 매일 내원하여 침 치료를 받았으나, 이후 호전되면서 격일, 주 2회 등으로 치료간격을 두었다. 제반 증상 호전 후 간헐적인 眩暈이 남아 있고, 재발 및 악화의 우려가 있어 3월 21일 이후 주 1회의 지속적인 치료를 권유하였으나 사업상의 이유로 치료 종결을 원하였기 때문에 滋陰健脾湯을 처방해주었다. 《東醫寶鑑》[13]의 滋陰健脾湯은 虛暈의 처방으로 氣血虛損 有痰飮作眩暈之善劑이다. 3월 24일 滋陰健痺湯을 10일분 처방해 주었고, 2006년 6월 14일 확인한 결과 현재 증상의 증감없이 일상생활 중이라고 하였다.

증례 2의 환자의 경우 알콜중독 후의 우울증과 심한 不眠으로 양방신경정신과에서 복약을 계속하던 중 과음과 약물로 인하여 유발된 간경화의 과거력을 가지고 있으며, 환자 자신이 간경화의 예후를 비교적 분명히 인지하고 있었고 이로 인해 양방적 약물치료에 한계를 느끼고 한방치료를 원하여 본원에 내원하게 되었다. 2005년 9월 21일 첫 내원 후 혈액검사상에서 높은 간수치를 보였으나 2005년 12월말까지 한약치료(淸肝湯) 및 침치료(사암침법 중 肝乘格)를 통해 간수치의 안정을 보였고 우측 項强 역시 호전되었다. 이에 한약치료를 중단하고 이후 2006년 2월 7일까지 2개월간 침치료(사암침법 중 肝乘格)를 시행하였으나 우측 상하지 痲木感, 인후 이물감 및 上熱感, 不眠이 지속되면서 계속 진퇴를 반복하던 상태로 개인적 판단하에 치료를 중단하였다가 2006년 2월 28일 다시 내원하면서 진료실을 변경하여 치료받게 되었다. 2005년 9월 21일 C -spine X -ray 상 특별한 이상소견이 나타나지 않았고, L-spine X-ray상에서는 R/O compression fx. at T12이 나타났으나 척추골의 골절의 경우에는 통증이나 운동제한 또는 걷거나 서지 못하는 등의 증상이 가장 흔한 증상이므로[16] 경추 및 요추의 이상에 의한 질환의 가능성을 배제하였다. 환자의 右半身 痲木感은 상하지를 번갈아 나타나는 양상이었는데, 특정한 신경학적 분포는 따르지 않고 팔이 저리다, 다리가 저리다, 팔이 시리다 등으로 하루에도 수차례 증상이 변화한다고 호소하였다. 2006년 2월 28일 첫 진찰 시 최근 친한 후배의 사망으로 증상이 모두 악화되었으며 수면제 1정/일 복용중이라고 하였고 그 외 계속 짜증이 나고 上熱感이 느껴진다고 호소하였으나 첫 침 치료 후 즉각적으로 上熱感이 내리고 마음이 진정되었다고 표현하였으며, 3월 2일-3월 11일(격일 내원)까

지 6회 치료 후 우측 상하지 痲木感(vas4), 인후 이물감(vas7)으로 감소하였으며, 수면제는 2-3일 간격으로 1정/일씩 복용하였으며 야뇨는 여전히 3-4회/일로 나타난다고 하였다. 3월 16일-3월25일(주2회 내원)까지 10회 치료 후 우측 상하지 痲木感은 소실되었고 인후 이물감만이 vas3으로 남아 있다고 하며 최근 수면 양호하여 수면제없이 5시간 이상 수면 취하고 있으나, 야뇨 증상은 3-4회/일로 여전하다고 하였다. 3월 30-4월 18일(주1회 내원)까지 14회 치료 후 우측 상하지 痲木感 및 인후 이물감은 소실되었으며, 수면제 없이 5시간 이상 수면을 취하는 상태였으나 야뇨 증상은 여전히 3-4회/일로 나타나며 주변 사람들과 마찰이 있을 때 눈이 약간 충혈되면서 上熱感이 간헐적으로 나타난다고 하였다. 사업상의 이유로 치료 종결을 원하여 스트레스 상황에서 眼充血과 上熱感이 남아 있는 상태로 특별한 증상의 증감이 없는 한 월 1회 내원하기로 하였고 5월 19일 내원당시 眼充血과 上熱感이 여전히 남아 있는 외 특별한 증상은 없다고 하였다.

두 증례에서 모두 五行和針法 만을 응용하여 빠른 효과를 나타내었는데, 체침과 비교하였을때 선혈의 어려움이 없이 맥상으로 쉽게 혈을 찾아 적용할 수 있는 장점이 있으며, 동씨침의 경우에서는 手指痲木 및 足指痲木에 대한 언급은 있으나 舌痲木 및 半身痲木에 대해서는 구체적인 내용을 찾아보기 어려웠으며[17], 사암침의 경우에는 肝正格, 心正格 등과의 연관성을 생각해 볼 수 있었으나 본 증례의 환자의 경우 다양한 증상 호소로 인해 특정 장부의 병으로 결정하기 어려운 점이 있었다. 첫 번째 증례의 경우에는 16회의 침 치료 후, 두 번째 증례의 경우 14회의 침 치료 후 주 증상이었던 舌痲木感과 우측 상하지 痲木感은 모두 소실되었으며, 더불어 동반되었던 不眠, 項强, 上熱感 등도 같이 호전되는 양상을 보였다. 다만, 첫 번째 환자의 경우에 있어 眩暈이 남아있었던 점과 두 번째 환자의 경우 야뇨의 경향에 변화가 없었던 점이 아쉬움으로 남는다. 두 환자의 경우 五行和針法의 火形으로 분류되었으나, 이를 두고 섣불리 五人形과 증상, 혹은 체질을 연관시키는 것은 무리일 것으로 생각된다. 또한 두 증례의 경우 주 증상에 대해 이미 치료받은 경력이 있어 자율신경계 기능검사를 시행하지 못했던 점은 향후 보완되어야 할 것이다.

Ⅳ. 結 論

본 두 증례의 환자는 각각 舌痲木感, 우측 상하지 痲木感을 주소로 본원 한방신경정신과 외래를 통해 내원하여 한의학적으로 중풍전조증, 심신증, 서양의학적으로 미분화형 신체화 장애를 진단받고 五行和針法을 응용하여 제반 증상의 개선에 효과를 나타내었는데, 五行和針法의 경우 다른 침법에 비해 증상의 특성이나 부위에 구애받지 않고 응용할 수 있다는 점과 선혈이 쉽다는 점이 한방신경정신과의 영역에서의 응용에 있어 장점이 된다고 하겠다. 그러나 아직 五行和針法의 임상적 응용에 대한 연구가 미흡한 실정이며, 본 두 증례의 경우 자율신경계 기능평가 등 객관적 검사가 이루어지지 않은 점이 앞으로 개선되어야 할 점이라 사료된다.

參 考 文 獻

1. 전국한의과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 서울:서원당. 1999:436-450
2. 황의완 김지혁. 동의정신의학. 서울:현대의학서적사. 1987:657-658
3. 강경화, 손재익, 김경철, 이용태. 痲木의 형상의학적 治療. 동의생리병리학회지. 2003;17:879-892
4. 이수정, 강형원, 류영수, 김태헌. 하지마목으로 진단된 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지;16:213-221
5. 배병철 譯. 今釋 黃帝內經 素問. 서울:성보사 부설 전통의학연구소. 1994:109-116, 381-382
6. 배병철 譯. 今釋 黃帝內經 靈樞. 서울:성보사 부설 전통의학연구소. 1995:113-120
7. 최승훈. 難經入門. 서울:법인문화사. 1998:310-312,330-334
8. 감철우, 박동일. 五行和針法에 대한 연구(臟方중심으로). 동의생리병리학회지. 2005;19:363-369
9. 이봉규, 박영배, 김태희. 한방진단학. 5판. 서울:성보사 부설 전통의학연구소. 2000:248-250
10. 南京中醫學院. 諸病源候論 校釋 上. 北京:人民衛生出版社. 1983:37
11. 김정찬. 中國醫學大系 13권. 서울:도서출판 정담. 1992: 181-182, 558
12. 주갑진 譯. 國譯 萬病回春 上. 3판. 서울:계축문화사. 1997:442-446
13. 許浚. 對譯 東醫寶鑑. 서울:법인문화사. 1999:490-493, 734-735
14. 김호찬, 오동원, 도정수. 신체화장애의 임상양상. 신경정신의학. 1992;31:240-251
15. 이부영. ICD-10 정신 및 행태장애. 서울:일조각. 1998:200-210
16. 미국정형외과학회. 근골격계 진단 및 치료의 핵심. 서울:한우리. 2003:543-546
17. 楊維傑. 楊維傑 全集 2. 서울:대성의학사. 2003:209-273