동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 18. No. 2, 2007

원인불명의 보행장애를 脾胃虛弱型 痿證으로 辨證한 치험 1례

유종호, 구병수, 김근우
동국대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

A Case Report of Wi syndrome(痿證) Treated by the Way of Reinforcing Weakness of the Spleen and Stomach(脾胃虛弱)

Jong-Ho Yoo, Byung-Soo Koo, Geun-Woo Kim
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dongguk University

Abstract

Wi syndrome(痿證) is the syndrome that reveals muscle relaxation without contraction and muscle relaxation occurs in the low or upper limb, in severe case leads to death.

We experienced a 80year-old woman who had a Wi syndrome(痿證), and treated by the way of reinforcing weakness of the spleen and stomach(脾胃虛弱).

After being treated, the patient showed that symptoms (gait disturbance, ptosis, dysphonia) was improved.

This result suggests that oriental medical treatment has good effect on Wi syndrome(痿證).

Key Words : Wi syndrome(痿證), Weakness of the spleen and stomach(脾胃虛弱).

투고일 : 6/8 수정일 : 7/5 채택일 : 7/11
교신저자 : 김근우, 경기도 성남시 분당구 수내3동 87-2 동국대학교 분당한방병원 한방신경정신과
Tel : 031-710-3740, FAX : 031-710-3780, E-Mail : kgwoo86@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

痿證은 筋脈이 이완되어 수족이 痿軟無力한 것을 말하며, 하지의 수의운동 및 보행 장애가 많이 나타나므로 "痿躄"이라고도 한다. 원인은 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡 등이며, 五臟의 병리 상태에 따라 筋痿, 脈痿, 肉痿, 皮(毛)痿, 骨痿의 五痿로 나눈다. 치료에 있어 肺熱傷津에는 淸熱潤燥하고, 肝腎虧虛에는 滋養淸熱·補益肝腎하고, 脾胃虛弱에는 健脾益氣하고, 濕熱浸淫에는 淸熱化濕하고, 瘀阻脈絡에는 益氣養營·活血行氣 시키는 치법을 주로 사용 한다[1].

서양의학적으로 痿證은 주로 감각장애 및 근육위축을 동반하거나 동반하지 않는 대마비(paraplegia) 혹은 사지마비(tetraplegia)로 볼 수 있으며, 크게 척수질환, 말초신경병증(다발성신경병증), 근육질환, 신경-근 접합부 질환 등으로 구분할 수 있고, 많은 질환들이 포함될 수 있으나 대표적으로 다발하는 질환만을 거론하면 경추척추증, Gillian-Barre syndrome, 주기성마비, 중증근무력증 등이 이에 속하며 정도와 부위의 차이는 있지만 지체 및 사지의 근육이완, 마비 및 감감장애, 통증 등의 증상을 보이는 질병으로 痿證의 범주에 포함된다고 볼 수 있다[2].

痿證에 대한 증례보고로 홍 등[3]의 중증 근무력증 환자, 김 등[4]의 경요추 척추관협착증 환자, 이 등[5]의 Gillian-Barre syndrome 환자, 진 등[6]의 근이영양증 환자, 이 등[7]의 Gillian-Barre syndrome 의증 환자, 박 등[8]의 외상성 경추척수증 환자에 대한 보고는 있었으나, 서양의학적으로 원인불명의 하지위약으로 인한 보행장애 환자를 痿證으로 진단한 증례 보고는 없었다.

이에 저자는 파킨슨병으로 오진을 받은 후, 13년간 수차례 여러 검사를 통해서도 정확한 진단명을 알지 못하여 항파킨슨 약물치료를 계속 받아온 痿證 환자를 脾胃虛弱으로 辨證하고 補中益氣湯을 투여한 결과 양호한 효과를 거두었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 환 자

김 O O, (여자/80세)

2. 주소증

1) 하지 위약으로 인한 보행 장애
2) 안검하수
3) 발성장애

3. 발병일

1) 1994년 경
2), 3) 2006년 9월 경

4. 발병 동기

별무

5. 과거력

1) 백내장 수술 : 2006년 왼쪽 눈 백내장 수술 받으심.

2) 고혈압 : 파킨슨병 치료 약물을 복용한 후 언제인가부터 고혈압 치료제가 추가 되었으나, 의사에게 고지 받지 못하여 언제부터 고혈압 치료제를 복용하였는지는 모름.

6. 가족력

별무

7. 사회력

160cm, 63kg으로 보통 체격에 조용한 성격으로 발병당시 무직.

흡연과 음주는 하지 않음.

8. 현병력

1) 1994년도에 걸을 때 왼쪽 다리가 조금씩 끌리는 것을 보호자가 발견하여 A 대학 병원에서 진찰 받은 결과, 파킨슨병이라 진단 받고 3년간 항파킨슨 약물치료를 받았으나 별무 효과.

2) 1997년도에 B 대학 병원에서 파킨슨병인지 확실하지 않으니까 입원해서 경과를 보자고 하였지만 환자 분이 거절함. A 대학 병원에서 계속 항파킨슨 약물치료를 받음.

3) 1997년도에 C 대학 병원에서 파킨슨병인지 확실하지는 않다는 소견 들으심. A 대학 병원에서 계속 항파킨슨 약물치료를 받음.

4) 2003년도에 D 대학 병원에서 파킨슨병의 한 아형이며, 전두엽과 관련이 있는 병이라고 진단 받음. D 대학 병원에서 항파킨슨 약물치료 받음.

5) 2003년도에 D 대학 병원의 다른 의사에게 파킨슨병은 아니며, 정확한 진단이 나오지 않는다는 소견 들으시고, 항파킨슨 약물치료 중지.

6) 2006년 9월에 안검하수와 발성장애가 병발하여 D 대학 병원 안과에서 진찰받은 결과, 보행 장애와 관련이 있는 병이며 수술 후 눈이 감기지 않을 수도 있다는 소견을 들으시고 별다른 치료를 받지 않으심.

7) 1994년부터 점차 보행 장애가 진행되어 cane walking을 하시다가, 2006년 9월 안검하수가 발생하여 앞을 보기가 힘든 관계로 보행이 더욱 힘들어져 walker waking을 하심. 2007년 3월 28일 본원 내원 시에는 wheel chair를 타고 오심.

9. 진단명

1) 痿證(脾胃虛弱型 / 五痿 중 肉痿에 해당)

10. 치료기간

2007년 3월 28일 - 2007년 5월 15일 (49일간)

11. 검사소견

1) 타병원 검사소견

(1) Brain MR

A, B, D 대학 병원에서 총 3차례 검사 상 이상이 없다는 소견 들으심.

(2) 신경전도와 근전도 검사

A, B, D 대학 병원에서 총 3차례 검사 상 이상이 없다는 소견 들으심.

(3) C, T, L -Spine 검사

정확한 날짜와 검사법은 모르지만 경추나 흉추, 요추에는 이상이 없다는 소견 들으심.

(4) 기타 검사

상기 검사 외에도 13년 동안 수많은 방사선 검사와 혈액검사 등을 하였지만, 정확한 병명을 알아내지 못함.

2) 본원 검사소견(입원 당시)

(1) 생체 징후

혈압 150/90mmHg, 맥박 70회/min, 체온 36,4℃, 호흡수 20회/min

(2) 심전도 검사

평저 T파

(3) 흉부방사선 검사

Mild cardiomegaly state

(4) 임상병리 검사

Protein Total 6.3g/dL, cholesterol Total 247mg/dL, HDL cholesterol 34mg/dL, U/A Microcopy WBC 20-29 외 별무 이상

(5) 신경심리검사

MMSE-K : 23점 (오각형 그리기를 제외한 나머지 항목 시행)

12. 초진소견

1) 주요증상

(1) 보행장애 : 양하지의 위약감으로 부축보행이 겨우 가능한 상태였고, 상지의 위약감은 없었다. 입원 당시 도수근력검사(Manual Muscle Test : 이하 MMT) 결과, 양상지의 경우 G/G/G/G로 양호하였으나, 우측 하지의 경우 $P^+/P^+/P^+/F$로 측정되었고, 좌측 하지의 경우 $P^+/P^+/P/F^-$로 측정되었다. 감각은 정상이었으며, 통증과 근육의 위축은 없었다.

(2) 안검하수 : 보행 장애가 발생한지 12년 후인 2006년 9월부터 발생하여 점차 심해졌으며, 상안검이 안구를 완전히 덮어 하안검과 맞닿아 있었다. 바깥쪽 눈꼬리를 양손으로 올려야만 눈뜨기가 가능하였고, 성공확률은 20-30% 정도였다. 성공 시 눈뜬 상태가 지속되는 시간은 5초 미만이었다.

(3) 발성장애 : 안검하수와 마찬가지로 보행장애가 발생한지 12년 후인 2006년 9월부터 발생하였다. 목소리가 작고, 2-3단어 정도 나열은 가능하였지만 완전한 문장은 말하지 못하였다. 환자의 표현으로는 말할 때 힘이 너무 많이 든다고 하였다. 먼저 말을 걸거나 질문에 즉각 대답하지 못하였다. 단, 누워있으면 앉아있거나 서있을 때보다 말하기가 수월하였고, 먼저 말을 걸기도 하였다. 발음과 언어의 이해, 표현은 정상이었다.

2) 부수증상

(1) 불면 : 수면제를 복용하면 6시간 정도, 복용하지 않으면 2-3시간 정도 수면을 취하였다.

(2) 현훈 : 체위 변경할 때나 걸을 때 어지러움을 호소하였다.

(3) 연하곤란 : 음수 시 미약하게 목에 걸리는 증상이 있었다.

(4) 변비 : 2-3일에 1회씩 힘들게 배변을 하였다.

13. 한의학적 四診

倦怠嗜臥, 神疲肢倦, 面色萎黃無華, 頭暈, 失眠, 口乾, 舌淡紅 苔薄白, 脈沈無力

14. 치료사항

1) 鍼治療:동방침구제작소의 0.25mm × 30mm 호침을 사용하였다. 『素問』 「痿論」[9]의 "治痿者, 獨取陽明"에 근거하여 手足陽明經의 合谷, 曲池, 足三里, 解谿와 舍岩鍼法[10]에서 肉痿에 상용하는 脾正格(大都・少府 補, 大敦・隱白 瀉)을 기본으로 시술하였다. 오전에는 보행 장애의 치료를 위해 하지의 近位穴(陽陵泉, 陰陵泉, 三陰交, 懸鍾)을 추가로 시술하였고, 오후에는 안검하수의 치료를 위해 눈 주위의 穴(承泣, 攢竹, 絲竹空, 瞳子髎)을 추가로 시술하였다.

2) 灸治療 : 足陽明胃經의 足三里, 解谿와 足太陰脾經의 陰陵泉, 三陰交에 直灸를 시행하였고, 中氣의 회복을 위하여 中脘에 神氣灸를 1일 1회 실시하였다.

3) 附缸治療 : 수면에 도움이 되는 Aroma (lavender, chamomile, ylangylang)를 背部에 도포한 후 背兪穴 중심으로 1일 1회 수면 전 건식부항을 실시하였다.

4) 韓藥治療

(1) 2007년 3월 28일부터 2007년 4월 16일까지는 肝腎虧虛에 의한 脚痿無力을 치료하는 晴崗醫鑑[11]의 杜牛養營煎(熟地黃 12g, 川牛膝, 杜冲, 當歸 各 8g, 枸杞子 6g, 木瓜, 肉桂, 甘草 各 4g)을 투약하였다.

(2) 2007년 4월 16일부터 2007년 5월 15일까지는 脾胃虛弱에 의한 中氣下陷을 치료하는 方藥合編[12]의 補中益氣湯(黃芪 6g, 人蔘, 白朮, 甘草 各 4g, 當歸身, 陳皮 各 2g, 升麻, 柴胡 各

1.2g)을 1.5배 증량하여 투약하였다.

(3) 불면의 개선을 위해 치료기간 동안 수면전 酸棗仁湯 과립제를 투약하였다.

5) 物理治療

(1) 전기치료 : 기능적전기자극치료(Functional Electric Stimulation : FES)와 간섭파치료(Interferential Current Therapy : ICT)를 시행하였다.

(2) 재활운동치료 : 평행봉과 고정계단을 이용한 운동치료사와의 보행연습을 시행하였다.

15. 임상 경과 및 치료

1) 2007년 3월 28일(입원일)

(1) 증상 : 양하지의 위약감이 있었으며 상지는 양호하였다. MMT는 양상지의 경우 G/G/G/G, 우측 하지의 경우 $P^+/P^+/P^+/F$, 좌측 하지의 경우 $P^+/P^+/P/F^-$로 측정되었다. walker waking 5m/day 정도 가능하나 전신 무력감을 호소하면서 wheel chair만 타려고 하였다. 안검하수로 인하여 보행이 더욱 어려우며, 바깥쪽 눈꼬리를 양손으로 올리면 5초미만으로 눈뜨기가 가능하였다. 눈뜨기 성공확률은 20-30% 정도였다. 말하는 것이 힘이 들어서 말을 못한다고 하며, 억지로 말을 하더라도 목소리가 아주 가까이 있어야 겨우 알아들을 수 있는 정도였다. 또한 불면, 현훈, 음수 시 미약한 연하곤란, 변비를 호소하였다.

(2) 한약치료 : 상지 위약감은 없이 하지에만 위약감이 있다는 점에 의거하여 上焦나 中焦의 병변보다는 下焦의 병변이라 판단하였고, 게다가 명확한 虛證 소견이 있었기 때문에 肝腎虧虛에 의한 痿證으로 변증하였다. 따라서 肝血과 腎精의 補益을 목적으로 杜牛養營煎을 투약하였다.

(3) 양약치료 : 입원 시 D 대학병원에서 처방한 아스피린 프로텍트정 100mg 1T qd, 시나롱정 5mg 1T qd, 스틸녹스정 10mg 1/2T qd hs, 리보트릴정 1T qd hs, 스티렌정 1T bid, 뉴로메드정 1T bid, 마그오캅셀 100mg 1C p.r.n 을 복용 중이었다. 본원 가정의학과의 협조 하에 환자와 보호자의 동의를 얻고 한약으로 충분히 증상 조절이 가능하여 불필요하다고 생각되어지는 약인 리보트릴정, 스티렌정, 뉴로메드정, 마그오캅셀 100mg을 중지하고, 아스피린 프로텍트정 100mg, 시나롱정 5mg, 스틸녹스정 10mg만을 복용하도록 하였다.

2) 2007년 4월 6일(입원 10일)

(1) 증상 : walker waking 50-60m/day 정도로 입원 시에 비해 늘었으나, 양하지 MMT의 경우는 호전이 없었다. 안검하수와 발성장애, 현훈도 여전하였다. 음수 시 미약하게 있던 연하곤란은 소실되었으며, 변비가 다소 호전되었다.

(2) 한약치료 : 杜牛養營煎을 계속 투약하였다.

(3) 양약치료 : 아스피린 프로텍트정 100mg 1T qd, 시나롱정 5mg 1T qd, 스틸녹스정 10mg 1/2T qd hs을 계속 복용하도록 하였다.

3) 2007년 4월 16일(입원 20일)

(1) 증상 : walker waking 100-150m/day 정도 가능하며, 우측 하지 MMT의 경우 $F^-/P^+/P^+/F^+$로, 좌측 하지의 경우 $F^-/P^+/P^+/F^-$로 미약하게 호전 되었다. 안검하수와 발성장애는 여전하였으며, 걸을 때 현훈은 다소 호전되었다. 변비는 소실되었다.

(2) 한약치료 : 증상의 호전 정도가 만족스럽지 못하여 변증을 다시 하여 한약을 변경하기로 하였다. 소화기 증상은 없었으나 倦怠嗜臥, 神疲肢倦, 面色萎黃, 口舌淡紅, 苔薄白, 脈沈無力 등의 증상과 안검하수, 발성 시 목소리가 작

고 힘이 든다는 점을 참고하여 脾胃虛弱으로 인한 中氣下陷으로 변증을 하였고, 健脾養胃·升陽益氣의 목적으로 補中益氣湯을 투여하였다.

(3) 양약치료 : 스틸녹스정 10mg을 1/2에서 1/4T로 감량하여 복용하도록 하였다.

4) 2007년 5월 1일(입원 35일)

(1) 증상 : 증상의 큰 호전이 있었다. 보행은 walker waking 500-600m/day 정도 가능하며, 우측 하지 MMT의 경우 F/F/F+/F+로, 좌측 하지 MMT의 경우 F/F-/F+/F로 호전되었다. 안검하수도 호전되어 바깥쪽 눈 꼬리를 양손으로 올려서 눈뜨는 성공률이 70-80%로 증가하였고, 지속 시간도 10여초 정도 가능하였다. 눈감고 walker waking을 하다가 멈춰서 눈을 뜨면 독립 보행도 잠시 가능하였다. 목소리의 크기는 여전하였으나, 한 번에 말할 수 있는 단어의 수가 4-5개로 증가하였고, "밥 먹었어요?" "누구세요?" 등의 먼저 말을 하는 경우가 생겼다.

(2) 한약치료 : 補中益氣湯으로 변경 투여 후 증상 호전이 커서 계속 補中益氣湯을 투여하였다.

(3) 양약치료 : 아스피린 프로텍트정 100mg 1T qd, 시나롱정 5mg 1T qd은 계속 복용하며, 스틸녹스정 10mg 1/4T qd hs은 간헐적으로 복용하였다.

5) 2007년 5월 15일(입원 49일)

우측과 좌측 하지 모두 MMT가 G/G/G/G로 호전 되었으나, 안검하수로 앞이 안 보여 독립보행은 불가능한 상태로 퇴원하셨다.

Ⅲ. 考 察

상기 환자는 1994년 당시 왼쪽 다리가 끌리는 임상 증상만으로 파킨슨병의 진단을 받은 후 항파킨슨 약물치료를 시작하였지만 효과가 없었다. 그 후 여러 병원에서 여러 검사를 통해 정확한 병명을 진단받지 못하여 항파킨슨 약물치료가 효과가 없었음에도 불구하고 꾸준히 항파킨슨 약물치료를 받다가, 정확한 병명은 모르지만 파킨슨병이 아니라는 진단과 함께13년 만에 항파킨슨 약물치료를 중단하였다.

파킨슨병은 주로 진전, 근육의 강직, 몸동작이 느려지는 서동, 자세불안정 등의 운동 장애가 나타나는 질환으로, 뇌의 신경전달물질 중의 하나인 도파민의 결핍으로 인해 유발되며, 병리소견으로는 흑색질의 도파민 신경세포의 소멸 및 루이소체의 침착이 관찰 된다[13].

하지만 상기 환자는 항파킨슨 약물치료에 반응이 없었고, 진전이나 강직, 자세불안정도 없다는 점 등으로 파킨슨병을 배제할 수 있었으며, 머리와 경추, 흉추, 요추에 수차례의 방사선 검사 결과 이상이 없다는 소견으로 뇌혈관질환이나 척수질환도 배제할 수 있었다. 또한 상기 환자의 증상에 의거하여 의심해 볼 수 있는 질병 중, 중증근무력증은 근육활동 시 근육위약과 피로를 호소하다 안정 시 회복되는 근육위약의 기복이 없다는 점[13]으로 배제할 수 있었고, 주기성 마비는 발작적, 주기적 근력약화 현상이 없다는 점[14]으로 배제할 수 있었으며, Gillian-Barre syndrome(급성 염증성 다발성 신경병증)은 발의 이상감각이 손 부위로 진행되는 것과 위약감이 초기부터 전신화 되어 주로 근위부에 분포하거나, 원위부에서 시작되어 점차 상승하는 것이 없다는 점[14]으로 배제할 수 있었고, 근이영양증은 근섬유 괴사에 의한 근

위축이 없다는 점[14]으로 배제할 수 있었다.

이와 같이 정확한 서양의학적 병명이 진단되지 않는 상황에서, 痿證으로 진단하고 한의학적 치료를 시행하였다.

痿證은 筋脈이 이완되어 수족이 痿軟無力한 것을 말하며, 하지의 수의운동 및 보행 장애가 많이 나타나므로 "痿躄"이라고도 한다. 원인은 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡 등이며, 五臟의 병리 상태에 따라 筋痿, 脈痿, 肉痿, 皮(毛)痿, 骨痿의 五痿로 나눈다. 치료에 있어 肺熱傷津에는 淸熱潤燥하고, 肝腎虧虛에는 滋養淸熱・補益肝腎하고, 脾胃虛弱에는 健脾益氣하고, 濕熱浸淫에는 淸熱化濕하고, 瘀阻脈絡에는 益氣養營・活血行氣 시키는 치법을 주로 사용한다. 대표적인 처방으로는 淸燥湯, 虎潛丸, 補中益氣湯, 加味二妙散, 聖愈湯 등이 있다. 또한 서양의학적 증상으로는 근력약화, 근긴장저하, 근영양저하 등에서 볼 수 있으며, 서양의학적 질환으로는 소력이나 이완이 주증상인 중풍후유증, 다발성 신경염, 급성척수염이나 추간판탈출증, 중증근무력증, 주기성 마비, 히스테리성 마비, Gillian-Barre syndrome 등과 위축이 주증상인 근이영양증, 소아마비 등으로 나누어 볼 수 있다[1].

痿證에 대해 최초로 기재되어 있는 문헌은 『黃帝內經』이다. 『素問』에서는 「生氣通天論」, 「痿論」, 「氣交變大論」, 「六元正氣大論」, 「至眞要大論」에 그 내용이 기재되어 있고[9], 『靈樞』에서는 「邪氣藏府病形」, 「根結」, 「本神」, 「九宮八風」에 그 내용이 기재되어 있다[15].

그 중 『素問』 「痿論」[9]에 가장 상세하게 기재되어 있으며, "故肺熱葉焦, 則皮毛虛弱, 急薄, 著則生痿躄也. 心氣熱, 則下脈厥而上, 上則下脈虛, 虛則生脈痿, 樞折挈, 脛縱而不任地也. 肝氣熱, 則膽泄口苦, 筋膜乾, 筋膜乾則筋急而攣, 發爲筋痿. 脾氣熱, 則胃乾而渴, 肌肉不仁, 發爲肉痿. 腎氣熱, 則腰脊不擧, 骨枯而髓減, 發爲骨痿."라 하여, 痿證을 痿躄(皮毛痿 혹은 五臟痿病의 총괄[16]), 脈痿, 筋痿, 肉痿, 骨痿의 五痿로 나누었고, 각각의 원인에 대해서 肺熱葉焦, 心氣熱, 肝氣熱, 脾氣熱, 腎氣熱이라 하였다.

또한 "陽明者五藏六府之海, 主潤宗筋, 宗筋主束骨而利機關也……故陽明虛, 則宗筋縱, 帶脈不引, 故足痿不用也."라 하여 痿證은 陽明의 虛로 인하여 宗筋이 縱하고, 帶脈이 不引하여 생기기 때문에, "獨取陽明"을 강조하였는데, 이는 후세에 많이 인용되어 痿證治療의 大原則[17]이 되었다.

후대의 여러 諸家들이 이와 같은 『黃帝內經』의 내용을 追從하며 원인과 치료에 대해서 제시하였는데, 원인에 있어서는 朱丹溪 이후 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 陰虛, 死血, 食積 등으로 구분이 되었다가 張景岳에 이르러 元氣虛弱에 의한 원인도 지적되었다. 또한 치료로는 "獨取陽明"을 補益後天과 淸化陽明濕熱의 의미로 해석하여 痿證의 여러 치료 방법을 제시하였다[18].

상기 환자의 주요 증상은 하지 위약에 따른 보행 장애와 안검하수, 발성장애였으며, 鍼治療, 灸治療, 附缸治療, 物理治療는 상기한 대로 입원 일부터 퇴원 일까지 꾸준히 시행하였으나, 한약치료는 재원기간 중간에 변경하였다.

한약치료의 내용을 살펴보면 입원일 부터 입원 20일 동안 杜牛養營煎을 투약하였다. 杜牛養營煎은 熟地黃 12g, 川牛膝, 杜沖, 當歸 各 8g, 枸杞子 6g, 木瓜, 肉桂, 甘草 各 4g으로 구성되어있는 방제로써 肝血과 腎精을 補益하는데, 상지 위약감은 없이 하지에만 위약감이 있다는 점에 의거하여 上焦나 中焦의 병변보다는 下焦의 병변이라고 판단하였고, 게다가 명확한 虛證 소견이 있었기 때문에 肝腎虧虛에 의한 痿證으로 변증하여 투약하였다.

하지만 치료 효과가 만족스럽지 못하여 한약 치료의 방향을 변경하기로 하였다. 식욕의 저하나 소화불량과 같은 소화기 증상은 없었으나 倦怠嗜臥, 神疲肢倦, 面色萎黃, 口舌淡紅 苔薄白, 脈沈無力 등의 증상에 의거하여 脾胃虛弱으로 인한 中氣下陷으로 변증을 하였다. 또한 홍 등[3]이 脾虛로 변증되는 痿證(중증근무력증)에 補中益氣湯加味方을 사용하여 호전을 보인 점과 고[19]가 안검하수 환자 3례 중 中氣下陷으로 변증되는 안검하수 2례에 대해 補中益氣湯加減方을 사용하여 호전을 보인 점, 정 등[20]이 脾虛로 인한 中氣下陷으로 변증되는 특발성 안검하수 2례에 補中益氣湯加味方을 사용하여 호전을 보인 점을 참고하여, 健脾養胃・升陽益氣의 목적으로 方藥合編의 補中益氣湯을 1.5배 증량(黃芪 9g, 人蔘, 白朮, 甘草 各 6g, 當歸身, 陳皮 各 3g, 升麻, 柴胡 各 1.8g)하여 투여하였다. 그 후 환자의 증상은 빠르게 호전 되었다.

이와 같은 한의학적 치료를 통해서 퇴원 무렵에는 하지 위약감이 호전되어 양하지 MMT 모두 양상지 MMT와 같은 G/G/G/G로 호전되었다. 그리고 눈을 뜨는 빈도와 시간이 증가하였으며, 한 번에 말을 할 수 있는 단어의 수도 증가하였고, 상대보다 먼저 말을 하는 경우가 생겼다. 또한 불면, 현훈, 연하곤란, 변비 등의 부수 증상도 호전 되었다.

이 증례의 개선해야 할 점은 의료진의 입장에서 질병의 예후나 輕重을 결정하여, 치료 방향이 하지의 위약에 따른 보행 장애에만 초점이 맞추어져 안검하수나 발성장애에 대해서는 비교적 소홀한 치료를 하였다는 것이다. 실제로 환자는 하지 위약이 호전된 후에도 안검하수로 인하여 독립 보행이 불가능 하였으며, 발성장애의 호전도 미약하여 일상적인 대화가 불가능 하였다. 또한 장기적인 난치병을 앓고 살아온 환자에게 안검하수로 앞을 잘 보지 못한다는 점을 이유로 MMSE-K를 제외하고는 다른 신경심리검사를 시행하지 않았고, 발성장애로 의사소통이 잘 안 되고 신체적인 증상이 주를 이룬다는 이유로 환자와의 상담이 적어서 환자의 정신 증상을 평가하는데 소홀히 하였다.

따라서 바람직한 치료 방향은 환자의 일상적인 부적응이나 삶의 질을 포괄적으로 다루기 위해 환자의 입장에서 질병을 생각하고, 정서나 성격 변화의 측면을 평가하여 치료하는 방법에 힘을 쏟아 환자의 복지나 장기적인 재활에 도움을 주는 것이라고 하겠다.

Ⅳ. 結 論

본 증례는 1994년부터 파킨슨병으로 오진 받고, 13년간 수차례 여러 검사를 통해서도 정확한 진단명을 알지 못한 체, 항파킨슨 약물치료를 계속 받아온 痿證 환자에게 2007년 3월 28일부터 2007년 5월 15일 까지 동국대학교 분당한방병원에 입원치료 하여 증상이 호전된바 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 痿證은 筋脈이 이완되어 수족이 痿軟無力한 것으로, 하지의 수의운동 및 보행 장애가 많이 나타나므로 “痿躄”이라고도 한다.
2. 痿證의 원인은 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡으로 나누며, 각각 淸熱潤燥, 滋養淸熱・補益肝腎, 健脾益氣, 淸熱化濕, 益氣養營・活血行氣의 치법을 사용한다.
3. 서양의학적으로 원인불명의 하지위약으로 인한 보행 장애 환자를 脾胃虛弱形 痿證으로 辨證하여 補中益氣湯을 사용하였고, 하지위약 증상의 호전에 상당한 결과를 얻었다.

參 考 文 獻

1. 전국한의과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 초판. 서울:군자출판사. 2006:353,355-8.
2. 中國中醫研究阮廣安門醫院. 實用中醫腦病學. 北京:學苑出版社. 1993:204-7.
3. 홍종희, 박재우, 김진석, 전우현, 조남희, 오수완, 김진성, 류봉하, 류기원. 한방 치료로 호전을 보인 흉선종을 동반한 중증 근무력증 환자 1례. 한방성인병학회지. 2000;6(1):27-32.
4. 김융기, 김경남, 송영남, 임형호, 윤호준, 송윤경. 痿證치험 1례. 한방재활의학과학회지. 2001;11(3):165-73.
5. 이경민, 김태희, 정성엽, 김철수, 윤종화. 痿證환자의 치험 1례. 대한침구학회지. 2002;19(6):214-20.
6. 진신영, 이수경, 박성철, 문성원, 송용선. 肉痿환자 1례에 대한 증례보고. 한방재활의학과학회지. 2002;12(1):167-72.
7. 이은숙, 안효명, 황규종, 김영달, 김이랑, 박철수, 신정인. 痿證 臨床報告 1例. 대한한방내과임상논문집. Dec. 2002;23:33-8.
8. 박은주, 김재홍, 위통순, 신정철, 한상균, 유충열, 윤여충, 채우석, 조명래. 外傷性 頸椎脊髓證으로 진단받은 痿證 患者 1例에 대한 臨床的 考察. 대한침구학회지 임상논문집. Sep. 2003:78-93.
9. 楊維傑 編. 黃帝內經譯解(素問). 서울:成輔社. 1980:39,58,84,341,562.
10. 김달호. 圖解校勘 舍巖道人鍼法. 초판. 부산:小康. 2003:200.
11. 金永勳. 晴崗醫鑑. 5판. 서울:成輔社. 2001:311.
12. 黃度淵. 方藥合編. 2판. 서울:南山堂. 2000:142-4.
13. 서울대학교 의과대학. 신경학. 서울:서울대학교출판부. 2005:496-7,549.
14. 이광우. 임상신경학. 서울:이퍼블릭. 2006:613,654,667.
15. 楊維傑 編. 黃帝內經譯解(靈樞). 서울:成輔社. 1980:20,337-8,341-2,529,573,624.
16. 李慶雨 譯. 編注譯解 黃帝內經素問 3卷. 서울:여강출판사. 1999:101.
17. 김성수, 금동호. 痿證에 대한 文獻的 考察. 東國韓醫學研究所論文集. 1999;7(2):92.
18. 김용성, 김철중. 痿證에 대한 東西醫學的 考察. 大田大學校 韓醫學研究所 論文集. 2000;8(2):241-2.
19. 고경석. 안검하수 치험 3례. 대한침구학회지. 1987;4(0):99-103.
20. 정영돈, 김정호, 송민식, 박영수, 허윤경, 김영일, 홍권의, 임윤경, 이현. 特發性 眼瞼下垂 治療 2例에 대한 증례보고. 대한침구학회지. 2004;21(6):281-9.

Table 1. Herbal Medication

치료일(월/일)	처방명	처방구성
3/28(입원일)-4/16	杜牛養營煎	熟地黃 12g, 川牛膝, 杜冲, 當歸 各 8g, 枸杞子 6g, 木瓜, 肉桂, 甘草 各 4g
4/16-5/15(퇴원일)	補中益氣湯	黃芪 9g, 人蔘, 白朮, 甘草 各 6g, 當歸身, 陳皮 各 3g, 升麻, 柴胡 各 1.8g

Table 2. Medication

치료일(월/일)	처방내용
3/28(입원일)	아스피린 프로텍트정 100mg 1T qd, 시나롱정 5mg 1T qd, 스틸녹스정 10mg 1/2T qd hs, 리보트릴정 1T qd hs, 스티렌정 1T bid, 뉴로메드정 1T bid, 마그오캅셀 100mg 1C p.r.n
3/29-4/19	아스피린 프로텍트정 100mg 1T qd, 시나롱정 5mg 1T qd, 스틸녹스정 10mg 1/2T qd hs,
4/20-5/15(퇴원일)	아스피린 프로텍트정 100mg 1T qd, 시나롱정 5mg 1T qd, 스틸녹스정 10mg 1/4T qd hs prn,

Table 3. The MMT of Both Lower limbs

	3/28(입원일) Rt / Lt	4/6 Rt / Lt	4/16 Rt / Lt	5/1 Rt / Lt	5/15(퇴원일) Rt / Lt
hip joint	P+ / P+	P+ / P+	F- / F-	F / F	G / G
knee joint	P+ / P+	P+ / P+	P+ / P+	F / F-	G / G
ankle joint	P+ / P	P+ / P	P+ / P+	F+ / F+	G / G
MP joint	F / F-	F / F-	F+ / F-	F+ / F	G / G

* MP joint : metatarsophalangeal joint