동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 18. No. 3, 2007

癲證을 동반한 卒中風 환자 치험1례

오경민, 양동호, 김보경

동의대학교 한의과대학 한방신경정신과학 교실

A clinical report of cerebral infarction patient with schizophrenia

Kyong-Min Oh, Dong-Ho Yang, Bo-Kyong Kim

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dongeui University. Busan. Korea.

Abstract

Metabolic syndrome consists of several risk factors of metabolic origin like elevated blood pressure, abdominal obesity, elevated triglyceride concentrations, decreased HDL-cholesterol concentrations, and elevated fasting glucose. It appear to directly increase the development of atherosclerotic cardiovascular diseases which leading to cardiovascular diseases in later life.

This 39 years female patient was diagnosed schizophrenia at the age of 17. but she didn't take reasonable treatments. during 20 years, she stayed in home and lived unsuited life with her family. As a result, she gains heavy weight and centeral obesity, diabetic mellitus and hypertention, and developed cerevral vascular accident twice.

This patient was treated with herb medication, acupuncture, western medication, psychotherapy primarily in focusing of pre-illness state(未病) as well as the stagnation of phelm. During 140 days of treatment from admission, before 2nd attack the patient showed improvement of Lt. hemiparesis but after second attack improved a little. And symptom of schizophrenia improved considerably. Also diet habit changed.

Key Word : schizophrenia, cerebral infarction, metabolic syndrome, pre-illness state(未病)

투고일 : 10/11 수정일 : 11/4 채택일 : 11/7
교신저자 ; 김보경, 부산시 진구 양정동 동의대학교 부속한방병원 신경정신과
Tel. 051-850-8809, Fax. 051-867-5162, E-mail : npjolie@deu.ac.kr

Ⅰ. 緖 論

癲狂이란 痰飮, 火, 血의 이상으로 인해 인지, 지각, 정동, 행동, 사회활동 등 다양한 정신기능 및 신체기능의 이상이 초래되는 질환으로, 양방의 정신분열증, 양극성 장애, 우울증과 유사하다[1]. 癲狂 환자는 생활이 불규칙해질 우려가 많으며, 특히 癲證 환자는 운동부족, 情志의 부적절, 攝食의 부적절 등으로 인해 비만으로 이어져 당뇨, 고지혈증, 고혈압이 속발될 가능성이 높으며, 이러한 질환은 뇌졸중의 위험인자에 해당된다.

뇌졸중을 비롯한 심혈관 질환의 예방에 대한 관심이 증가하면서 등장한 개념인 대사증후군은 인슐린 저항성이라는 공통 병인으로 유발된 복부비만, 이상 지혈증, 고혈압, 공복혈당장애 등 심혈관 질환 및 2형 당뇨병의 여러 위험인자가 군집되어 나타나는 경우를 말한다[2,3].

한의학에서는 일찍이 "不治已病 治未病"[4]이라고 하여 질병이 발생하기 전에 예방하고, 발생한 뒤에는 조기에 치료하여 병이 깊어지거나 전변되는 것을 막는다는 예방의학적인 개념이 중요시 되었으며 이는 서양의학의 대사증후군이 대사증후군 단계에서 치료를 시행하여 심혈관 질환 및 2형 당뇨병을 예방하자는 취지와 매우 흡사하다[5,6].

이와 같이 최근 질병의 예방에 대한 관심이 증가하고 있으나 癲證환자는 일반 환자에 비해 질병발생시 조기에 진단하고 치료하는 것이 癲證의 임상특성상 매우 어렵다고 볼 수 있다.

이에 저자는 만22세에 Schizophrenia로 진단받고 5년간 간헐적으로 정신과 치료를 받은 뒤 임의로 치료 중단 후 집에서 은거 생활하였고, 당뇨, 고지혈증을 조기에 인지하지 못한 상태로 지내오던 중 만39세에 뇌경색이 발생하여 입원치료 중 재차 뇌경색이 발병한 癲證환자의 치험례를 통하여 다소의 지견과 함께, 정신분열환자의 경우 평소의 정기적 건강검진을 통해 질병을 예방하고 질병 발생시 조기에 치료하는 것이 중요함을 인지하여 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 症 例

1.성별&나이
여자/만39세

2.입원기간
200X년 X월 X일~200X년 X월 X일(140일간)

3.증명
졸중풍, (R/O)癲狂(癲證)

4.진단 및 발병일
뇌경색 -입원4일전(1st attack)
입원52일 혹은 57일(2nd attack)
R/O)Schizophrenia - 1990년 여름경(최초증상 발현 1985년으로 추정)

5.주소증
Lt. hemiparesis G1/G1
Lt. facial palsy
神志不淸 및 행동이상(감정 및 반응성 저하, 위생상태 불결, 치료거부)

6.과거력
Schizophrenia - 만22세 P병원에서 진단받

고 5년간 간헐적으로 투약
만27세 M병원에서 2주간 입원치료 이후 자의 투약 중단.

7.가족력

어머니 - HTN, DM
큰오빠 - 십이지장암으로 사망. 편집, 우울증 경향 있었다 함.
작은오빠 - 우울증 200X년 로컬 신경정신과 진단받고 투약 중.
언니 - 정신분열증 200X년 M병원에서 진단받고 입원치료. 이후 투약하다 현재 중단.

8.현병력

1) CVA
본 환자 200X년 본원 입원4일전 8am경 상기 증상 나타나 발병일 다음날 B병원 방문하여 B-CT촬영 후 Rt. frontal lobe inf. 진단받고 3일간 입원치료 하다(HT, DM진단받음) 발병후 4일째 되는 날 본원 응급실 통해 입원.
2) R/O)Schizophrenia(Paranoid subtype)
내원 전 입원치료 한 B병원 소견서에 Schizophrenia라고 기재됨.
내원 당시 대화 및 정서 소통성과 과거력 참조함.

9. 주요검사소견

Table 1. MRI 및 Skull소견

	MRI&Skull
입원2일	MRI+diffusion ①Recent infarctions foci with gyral enhancement in Rt. frontal lobe on DWI.-- Accompanied some hemorrhagic transformation. ②Venous angioma more likely in Lt. frontal bone on Gd-enhanced T1WI. ③Tiny previous microbleed focus in Lt. cingulate gyri. ④Benign hyperostosis interna in both frontal skull bones.
입원54일	Skull series - No remarkable abnormal bony finding.
입원58일	MRI diffusion Recent infarctions foci in Rt. MCA territory on DWI. R/O some accompanied hemorrhagic transformations.

Table 2. Lab소견

	FBS, Lipid-prof, HbA1c, C-pep	CBC, LFT, BUN, UA
입원2일	FBS 330↑ T-cho 266↑ TG 387↑ HDL-C 40 HbA1C 6.1	Hb 13.6 WBC 11.28↑ AST 27 ALT 36↑ BUN 9 Cr 0.6 Uric Acid 7.4↑ U.GLU ++++20000 U.BLD +++250
입원13일	C-pep 4.01↑	
입원55일		U.GLU++++20000 U.LEU+++500 U.WBC 25-50
입원62일		U.GLU negative, U.LEU+++75 U.WBC 5-10
입원68일		Hb 11.4↓ WBC 11.7↑ AST 11 ALT 7 BUN 8 Cr 0.7 U.GLU+-10 U.LEU +-10 U.WBC 5-10
입원104일	HbA1c 7.5↑	Hb 13 WBC 9.35 AST 13 ALT 8 BUN 9 Cr 0.8 U.GLU+-10 U.LEU++75 U.WBC 5-10
입원126일	T-cho 162 TG 277↑ HDL-C 38	

10.정신과적 개인력 조사

Identification

occupation : 무직
education : 야간대학 중퇴
religion : 무교
marriage : 미혼 & 연애경험 없음.
family : 부모님, 언니(정신분열증 진단)와 함께 거주. 큰오빠 사망,
작은오빠(우울증 진단)결혼 후 부인, 1남 1녀와 거주하며 분가 생활 중.
social economic class : 중
information giver : 작은오빠, 부모님

Premorbid personality

초등학교부터 고등학교 재학 시까지 내성적이고 과묵하여 가족들에게는 말을 잘 안하는 편이었다. 성실하고 학과성적이 뛰어나 학교에서는 우등생이었으며 교우관계가 원

만하고 작문에 소질이 있어 여러 번 수상한 경험이 있다.

Past Psychiatric history

1)만17세경 schizophrenia로 의심되는 망상 증상 1회 있었으나(개인력 참조)
이후 별다른 이상 없었음.
2)만22세경 P 신경정신과 schizophrenia 진단받고 5년간 간헐적으로 투약.
3)만27세경 M병원에서 schizophrenia로 2주간 입원치료 이후 신경정신과 투약 임의 중단.

Sensory & Cognition

만22세경 환시 증상 있었으나 곧 소실됨. 이후 환청 환시 등 환각 증상이 가족들에게 목격된 바는 없으며 본원 신경정신과에서 상담할 당시 이상한 소리가 귀에서 들리냐는 질문에 고개를 끄덕였으나 이후 재차 같은 질문을 해보면 환청이나 환시 등 증상 없다고 대답하였다.

Thought Progress

stream/concentration/orientation/memory : 자기의 욕구에 집착/양호한 것으로 보임 TV시청 1~2시간 가능/불량/환자 비협조로 파악불가

Personal habit

Alcohol : none/ Smoking : none/ Drug abuse : none

Biological function

sleep : 양호 보통 10pm~6am 취침, 야뇨로 새벽에 1차례 깸

appitite & digest : 입원전 식욕 양호하여 1일 밥1공기*3회, 콜라 등 음료1.5L, 라면 등 밀가루 음식 선호/입원직전 B병원에서는 식사 거의 하지 않았으나 입원직후 식사 시작 1/2~1공기*3회

bowel function / defecation : 입원당시: 정상변 2~3일마다 봄. 입원초기 : 정상변 1~2일마다 봄

Personal history

2남 2녀 중 막내로 태어났다. 아버지는 온순한 편이었으며 어머니는 소탈한 성격이었다. 어릴 때부터 예쁘고 똑똑하다는 평가를 받았으나 통통한 편이었고 형제들 중에 가장 공부를 잘하였고 초등학교 입학 때부터 고등학교 졸업 때까지 매우 착실하고 성실했으며 성적이 우수하여 우등상을 여러 번 받았다. 독서를 좋아하고 작문실력이 뛰어나 글짓기로 상을 많이 탔으며 교우관계도 원만했다. 고 3때 망상 증상 1회 나타난 적이 있는데 선생님이 환자의 시험답안이 맞고 선생님의 답이 틀렸다고 시인하러 저녁 늦게 집 앞에 오기로 약속했다고 하여 모친과 집 앞에서 선생님을 기다렸으나 오지 않았다고 한다. 고3때 S대학에 지원하였으나 낙방하여 재수를 거듭하다 22세 때 U대학 야간에 입학하였다. 1학년 1학기는 모친과 함께 지내며 학교를 다녔는데 수업시간에 학교에 가기는 하나 동기들과 전혀 어울리지 않는 등 적응하지 못하는 모습을 보였다. 이 때까지는 정신증적인 이상 소견은 관찰되지 않았다. 방학 때 모친과 함께 고향 집에 왔을 때는 집안에만 있기는 하였으나 의사소통이 가능하였다. 2학기 때 학교에 가기 싫어하는 환자를 부친이 쌀을 사서 억지로 혼자 학교에 보냈으며 1달 뒤 자취방 주인에게서 환자가 이상하다는 전화가 걸려왔고 부모님이 자취방에 찾아가보니 쌀이 전혀 줄지 않았으나 살이 빠진 모습은 아니었다고 한다. 그 때부터 부모님과 환자만 있는 방안에 “할매왔다..할배왔다..”고 중얼거렸으며 “커텐 뒤에 키 큰 여자가 있다”고 하여 모친이 커텐을 손으로 치면 “여자가 도망갔다”고 하는 등 환각 증세 보여 본가로 데려와 굿을 하였고 이 후 환각증세를 표현하는

일은 없었다. 그러나 더 이상 호전은 없어 P 병원에서 정신분열증 진단받고 5년간 간헐적으로 복약 였으나 환자가 점차 복약을 거부하였고 특별한 호전 없이 오히려 약만 먹으면 하루 종일 잠을 자곤 해서 정신분열증을 진단 받은 지 5년 뒤쯤 M병원에서 입원치료 받았으나 부모님이 면회를 갔을 당시 환자가 울면서 퇴원시켜달라고 강력히 원하여 2주 만에 퇴원했다. 이후 환자 약을 던지며 복용하는 것을 거부하여 뇌졸중 발병하기 전까지 특별한 치료 없이 집에서만 지내는 생활이 반복되었다. 간헐적으로 보호자가 환자에게 다시 정신과약을 복용시키려 시도하였으나 매번 실패했다고 한다. 보호자가 관찰하기에는 발병초기의 환각증상은 이후 1번도 재발하지는 않았으며 무기력하고 혼자만의 세계에 빠져있는 듯이 보였으며 동공이 풀려 있었고 다른 사람과 간단한 의사소통은 하였으나 눈동자를 마주치지 않았고 집안에서 은거하며 고열량식이를 하며 운동은 하지 않는 생활이 반복되다 200X년 Lt. hemiparesis G1/G1나타나 발병 다음날 B병원에서 B-CT촬영 후 Rt. frontal lobe inf. 진단받고 3일간 입원치료 하다 발병 후 4일째 되는 날 본원 응급실 통해 한방신경정신과에 입원했다.

Typical one day life

Schizophrenia 발생 후(만22세경) 거의 집안에만 있었으며 이전에 즐겨하던 글 쓰거나 책 읽는 일은 없이 주로 TV시청했고 가끔 카세트 tape로 음악을 들었다. 눈동자가 많이 풀려있고 간단한 대화 시에도 상대방과 눈을 마주치는 일이 없는 등 평소 감정표현이나 소통은 거의 없었다. 하루에 2~3번 혼자서 깔깔거리며 웃는 일이 반복되었고 지속시간은 5~10분정도 되었다. 1달에 1~2번 정도는 혼자서 울기도 하였는데 대성통곡하는 것은 아니고 흐느끼는 정도였다.

하루에 밥 3끼는 꼬박꼬박 챙겨 먹었으며 1공기 다 먹었다고 한다. 반찬이 마음에 안 들면 반찬 해먹자고 먼저 말하고 자신이 직접 반찬을 하여 가족들과 나눠먹기도 했고 음료수를 매우 좋아하여 음료수 사러 가게에 나가는 것이 외출의 전부였으며 매일 콜라나 주스 같은 음료를 1.5L정도 마셨다. 평소 라면을 자주 먹었고 중국요리도 가끔 먹었으며 운동은 전혀 하지 않았고 하는 일이 없이 하루 종일 집에 있다보니 낮잠을 자주 잤으며 특히 신경정신과약 복용 중에는 하루 종일 자는 일이 흔했다고 한다.

Family History

부친은 일본에서 태어났으나 집안의 대를 잇기 위해 부친의 큰아버지에게 양자로 입양되어 한국으로 건너왔다. 공부를 잘하여 체신고등학교를 졸업했고 체신부에서 과장으로 정년퇴임을 하여 현재는 연금으로 노후생활을 비교적 안정적으로 꾸리고 있다. 성격이 온순하고 인내심이 많으나 결벽증이 있으며 우유부단한 성격으로 결단력이 부족하여 집안의 대소사를 결정할 때 정확히 방향을 제시하지 못했다. 환자와 평소 거의 대화가 없었다고 한다.

모친은 활달하고 주위사람들과 친화력이 좋으며 생활력이 강하여 자녀들을 잘 보살폈으며 결혼 이후 집안형편이 좋지 않자 쌀장사를 하여 가계에 보탬이 많이 되었으나 장사를 하게 되면서 자녀들에 대해 이전보다 신경을 많이 쓰지 못했다고 한다.

첫째오빠는 중등부까지 공부를 잘했으나 고교진학 후 학업을 소홀히 하며 엇나가는 모습을 보였다. 19세부터 우울 기분 경향이

있었으며 자기중심적이고 편집, 강박적 성향이 있었고 과거에 잘했는데 현재는 처지가 나쁘다는 점을 비관하며 과거를 그리워하곤 했으며 불면증이 있었다. 대인관계가 원만하지 못하였으며 대학졸업 후에도 취업하려는 노력을 하지 않아 직장을 가진 적이 없으며 결혼 후 1남1녀를 출생하였고 아내가 학원 운영을 하여 생계를 꾸렸다. 이혼위기가 있었으나 이혼하지는 않았고 십이지장암으로 사망했다.

둘째오빠는 직장생활에 기인한 stress로 인하여 2006년 개인 신경정신과에서 우울증 진단받고 현재 복약중이다. 그러나 정신과약 복용 이후 정신이 멍하고 졸음이 오는 증상이 있어 양방치료 의존도를 낮추기 위해 L/C 한의원에서 한방치료를 병행하고 있다고 한다.

언니는 20세 무렵부터 정신분열 성향이 경미하게 나타났다고 하며 이후 결혼한 뒤 유산하여 자녀는 없으며 남편이 생활비를 거의 주지 않아 다툼이 많다가 결혼4~5년 만에 이혼하였다. 200X년 M병원에서 정신분열병 진단 후 입원치료 하였고 퇴원 후 복약하다 현재는 중단 상태이다.

환자 초등학생 때까지는 가정형편이 어려웠으나 이후 점차 좋아져 현재는 중산층이라고 하며 가족들 모두 서로에게 관심을 가지거나 챙겨주지는 못했다고 한다.

11.치료목표

1) 급성기 졸중풍 치료와 재활치료
2) 정신질환의 진단과 관해(癲證의 관해)
3) HT, DM, 고지혈증, 비만 조절통한 未病상태의 호전

12.치료방법

1)침치료 - 百會, 後谿, 中脘, 天樞, 關元, 三里, 合谷, 太衝
脾勝格(大敦,隱白,經渠,商丘), 心正格(大敦,少衝,陰谷,少海)
耳部 혈자리 취혈 (神門,神,心,皮質下,枕,腦,腦幹點)

2)한양방 투약 및 인슐린 치료(Table 3 .)

3)뜸치료 - 중완 관원 신기구, 좌측 견부 미니뜸

4)상담치료 - 환자&의사 관계 형성을 위해 심리적 유대관계를 갖고자 하였으나 일반적 상담치료로 효과 없어, 환자와 함께 병원내 공원에서 함께 시간을 보내고, 미적인 관심이 아직 남아 있는 환자의 관심을 유도하기 위하여 매니큐어, 팩 등을 사용.

Table 3. 한양방 투약 및 인슐린 치료

날짜	herb-po	기타 한방 제제	DM치료	HT,고지혈증, 혈전치료제,기타	정신증 치료제
입원1일~2일	성향정기산	우황청심원	RI	ASA-P	X
입원2일~5일	반하백출천마탕	X			
입원5일~8일			Am Di RI	P, L	
입원8일~13일				AC, P, L	
입원13일~15일			Lt 10u, RI, NPH 4u		
입원15일~18일	거풍제습탕		Lt 14u, RI, NPH 8u. Di		
입원18일~21일		소풍순기원			
입원21일~25일			Lt 20u, RI NPH 8u, Di		
입원25일~28일	영진탕				

입원28일~입원33일	거풍제습탕				
입원33일~36일	만금탕		Di, B		
입원36일~48일			Am, Di, B		
입원49일		삼령백출산			
입원50일~55일		X			
입원55일~60일	서각지황탕	우황청심원		P, L	
입원60일~62일	청심연자탕 면적방				
입원62일~68일		소풍순기원			
입원68일~85일				P, L, AC, DCZ	K 5mg
입원85일~88일		X		P, L, AC, DCZ. T	
입원88일~92일					
입원92일~100일		소풍순기원			
입원100일~105일		X			
입원105일~110일	삼출건비탕				R 2mg Pr 2.5mg K 5mg
입원110일~112일	청심연자탕				
입원112일~114일	청폐사간탕				R 4mg Pr 5mg K 5mg
입원114일~119일				P, L, AC, DCZ	
입원120일~126일	열다한소탕				
입원126일~140일					R 4mg Pr 5mg

Table 4. 치료경과

	motor 의식상태	BST	BP	lab	섭식	체중, 복부둘레	이상정신행동
입원1일~3일 (O/S후 5일째)	Lt. hemiparesis G1/G1	300~ 400	130/70~150/ 90	FBS 330↑ T-cho266↑ TG 387↑ HDL-C 40 HbA1C 6.1 U.GLU++++20000 AST 27 ALT36↑	밥1/2~1공기* 2회	165cm 72kg (추정)	자신에게 접근하는 것을 싫어함. 눈에초점이 없으며 마주치지 않음. 예,아니오로 의사표현 가능. 양약을 먹기싫어하며 던짐.
입원4일~7일	Lt. hemiparesis G2/G3-	200~ 350	120/70~ 130/90		밥1/2공기*2회 잡채밥		침상위로 올라가라고 하자 소리지르며 거부함 콜라, 음료 찾지 않음
입원8일~14일	Lt. hemiparesis G3-/G3-	180 ~300	100/60~150/ 90	C-pep 4.01↑	밥1/2공기*1~ 3회,시간&양불 규칙. 짜장면		自笑증상점차감소 미소지을때 있음 침치료 거부
입원15일~25일	Lt. hemiparesis G3/G3	130~ 340	130/90~ 110/70		밥1/2공기*2~ 3회, 불규칙 국수 1/2그릇*2		냉장고에서 다른환자음식꺼내먹음. 질문해도 2~3초간 바라보다 고개를 돌림.
입원26일~27일	Lt. hemiparesis G3/G3+	140~ 200	130/70~120/ 70		밥1/2공기*1~ 3회,불규칙		별무변화
입원28일~54일	Lt. hemiparesis G3/G4	115~ 250	130/90~110/ 70		자두,과자,감자 로 끼니대신. or 밥1/2공기*1회		인사해도 다른데가요하며 거부반응보임. 3~4번 같은질문해야

							긍정,부정으로 대답.
입원55일~58일 (reattack발생)	Lt. hemiparesis G3/G4 mental dull	150~ 220	120/80~110/ 70	U.GLU++++20000	두유1개, 요구르트1개		말수, 반응성 더욱 저하됨
입원59일~61일	Lt. hemiparesis G2+/G3- mental reattack이전과 동일하게 회복됨.	220~ 250	140/70~110/ 80		죽1/2공기*2회 or 국수1그릇		reattack이전과 동일하게 호전됨.
입원62일~67일		200~ 220	140/90~110/ 80	U.GLU negative	국수1/2공기*2 회 or 잡채밥1/2공기 *2회		침치료&복약 거부하는 일 거의 없어짐
입원68일~73일		100~ 200	130/80~110/ 70	U.GLU +-10 Hb 11.4↓ AST 11 ALT 7	빵, 국수,잡채밥 짜장면		침을 빼달라는 등 본인에게 필요한 말만 함. 미소짓기 횟수증가
입원74일~81일	Lt. hemiparesis G2+/G3-	130~ 150	120/80~110/ 70	stool negative	냉면1그릇 or 두유2개		대화 시도해도 반응 없음, 2~3번 물어야 긍정부정대답
입원82일~114 일		150~ 200	130/80~110/ 70		두유2개		복부 자침시 스스로 옷을 걷음. 관에 넣어달라고 함.
입원115일~ 126일		140 ~180	120/80~100/ 60	U.GLU +-10 HbA1c 7.5↑ Hb 13 AST 13 ALT 8	두유2개, 요구르트1개+ @	59.5kg 37인치 (124일)	집에 데려다 달라고 조르는 일이 증가
입원127일~ 140일		130 ~180	120/80~100/ 60	T-cho 162 TG 277↑ HDL-C 38	두유2개,요구르 트1개, 3일에 1번씩 밥 소량 먹기 시작	59kg 36인치 (130일)	치료에 협조해달라는 말에 알겠어요 라고 대답함. 연달아 질문해도 즉각 긍정부정형으로 대답 짧은문장으로 대답가능

ASA-P : Aspirin Protect 100mg, P : Pletaal 100mg, L : Livalo 2mg, AC : Atacand 16mg DCZ : Dichlozid 25mg
T : Trestan 50mg, K : Kinupril 2.5mg, R : Risperdal, Pr : Proimer, Am : Amaryl, Di : Diabex, B : BASEN
Lt :lantus

13.치료경과(Table 4.)

입원1일

Lt. hemiparesis G1/G1으로 환자 협조 불가능하여 수동적으로 motor check가능함. 9pm BST(429) 5/29일 이후 식사를 거부하여 아무것도 안 먹다가 입원1일째 점심 밥 1공기 먹음. 입원과정에서 주위 환자들이 불만을 표시하는 등 소란이 발생한 뒤 거부반응 심해져 주위에 사람이 오는 것조차 싫어하며 건측 팔로 밀쳐내며 나가라는 말을 반복. 보호자가 보기에 의식상태는 inf. 발생 이전과 동일하다고 함. 설맥 관찰하려 하나 환자 불 협조. 165cm, 72kg(보호자 기술로 불확실)으로 비대한체구 비백하며 얼굴에 기미가 많음. 팔다리는 매우 가늘고 몸통 특히 복부 중심으로 살이 많이 쪄 있음. 눈빛이 흐리며 눈을 마주치지 않고 손으로 휘저으며 사람이 다가오는 것을 싫어함. 1인실로 옮긴 후 환자 감정상태 안정되어 묻는 말에 “알겠어요, 아니오”등 대답 가능.

입원2일

BST(313-291-319-290) 입원1일 저녁 밥 2숟가락 먹었고 입원2일 아침 밥 2숟가락에

국 1그릇 먹었다고 함. 환자 ABR중이나 침대에서 내려와 온돌 바닥에 누워 있음. 낙상 및 UTI위험성 설명함. Ativan 0.5A 2회 inj 하였음에도 불구하고 MRI촬영 중 agitation 보여 MRI+Diffusion만 촬영 가능했고 flair와 MRA는 촬영하지 못함. 항혈전제 복용 거부함. 환자 부르면 쳐다는 보지만 2~3번 같은 질문을 반복해야 대답하며 긍정은 고개를 끄덕이고 부정은 "아니요"라고 대답함. 질문에 대한 이해능력은 있는 것으로 보임.

입원4일

Lt. hemiparesis G1/G1→G2/G3-

BST(301-280-274-350)식사 불규칙하여 당뇨식 먹지 않고 보호자 밥을 먹으며 시간도 불규칙함. 저녁에 밥 1/2공기와 잡채밥을 시켜서 당면만 먹었다고 함. 주로 온돌 바닥에 내려와 있는 모습 관찰되어 침상안정 권유하였으나 환자 소리 지르며 거부함. 10pm경 환자가 양방 약을 복용하지 않고 있음을 발견하고 설득하여 먹기로 하였으나 손에 쥐자마자 던져버림. 다시 찾아 먹자고 설득하니 응함. 舌은 淡紅色, 갈색태가 얇게 끼어 있음, 脈滑.

입원6일

Lt. hemiparesis G1/G3-

BST(303-176-254-357)

foley remove하고 I/O check시작. 환자가 "소변 봤어요"라고 말을 하였고 340cc정도 배뇨하였음. 간병하는 환자의 고모가 환자를 나무라는 모습이 자주 관찰되고 고모가 곁에 있을 경우 더욱 대답을 하지 않음. 의료진이 질문할 경우 간혹 대답을 함. 관원혈에 자침하는 과정에서 음모가 조금 드러났으나 환자 수치심 느끼지 않으며 자신이 diaper voiding하는 것도 신경 쓰지 않는 등 반응성 매우 저하되어 있음.

입원7일

Lt. hemiparesis G1/G3-

BST(333-197-208-246) foley remove이후 소변 규칙적으로 보고 있으나 self voiding 할 때도 있는 반면에 diaper에 그냥 보는 경우도 있음. 표정이 점차 밝아지고 빙긋이 미소 짓는 모습 가끔 관찰되며 "OO씨 기분 좋아요?"라고 물어보면 눈을 마주치고 계속 미소 지을 때도 있으나 표정을 금새 굳히고 다른 곳을 쳐다 볼 때도 있음. ABR D/C하고 RM에 의뢰하여 재활치료 하기로 함.

입원10일

Lt. hemiparesis G3-/G3-

BST(309-135-123-168)입원9일 이후로 병원식사 거의 안하고, 보호자의 밥을 불규칙적으로 먹음. 보호자에게 당뇨식사를 제때 먹일 것을 다시 교육하였으나 환자 고모 당뇨식을 절대 안 먹으니 어쩔 수 없다고 함.

묻는 말에도 선택적으로 긍정부정으로만 대답함. 친근하게 다가가려고 하나 환자가 관심 없는 질문을 하면 다른 곳을 쳐다보며 가라고 대답함. 침 치료 거부하며 나중에 맞겠다고 하여 오후에 다시 갔으나 또 나중에 오라, 내일 오라는 등 거부하였으나 보호자와 함께 계속 설득하여 침 치료 시행. 인당, 인중 등 얼굴부위 자침은 싫어하며 백회나 체강, 사지부위 자침은 거부 반응 없음.

입원13일~35일

Lt. hemiparesis G3-/G3-→G3/G4

BST(189-171-284-246) 사물식사로 1공기씩 3차례 먹으나 식사 시간 불규칙함. 내분비내과 의뢰하여 적극적 DM control하기로 함. insulin inj예정. 변의는 표현하나 뇨의는 표현하지 않음.

환자 1인실에도 TV설치 되어 있으나 2~3일전부터 다인실에 가서 TV 시청하고 싶어함. 다른 사람들과 대화하지는 않음. 다른 환자들에게 피해 끼치지 않을 것으로 사료

되어 입원14일부터 5인실로 옮기기로 함. 입술에 빨간 립스틱 바르고 있음. 환자가 스스로 발랐다고 하며 입술주위까지 넓게 발려져 있음. 환자 질문에 잘 대답하지 않고 2~3초간 쳐다보다 다시 TV시청 함. 보호자에 의하면 환자가 하루에 혼자서 5~10분간 깔깔거리며 웃는 일이 하루에 2~3번 있었다고 하나 입원 후 점차 줄어들어 최근에는 혼자 웃는 일이 없으며 1달에 1~2번 정도는 혼자서 흐느끼는 일이 있었으나 입원 후 1번도 없었다고 함. 콜라나 쥬스를 1.5L씩 매일 마셨는데 이제는 음료수를 찾지 않는다고 함. 대변 매일 봄.

입원36일

BST(257-110-255-126)

식사량 불규칙하여 insulin은 중지하고 경구약으로만 DM 조절하기로 함. 식사 안하려고 하여 아침에 자두 1개 먹은 뒤 점심때 잡채밥 1그릇 다 먹음. 오후에는 병실 안 공동 냉장고에서 다른 환자의 장어 달인 물을 먹는 모습 관찰 됨. self voiding가능.

서기 싫어하며 하루 종일 누워 있으려고 함. 물리 치료할 때와 화장실갈 때를 제외하고는 거의 누워 있음. 인사해도 여전히 반응이 없으며 질문을 하면 "다른데 가요"라고 말하며 운동해야한다고 격려해도 대답안한 채 고개를 돌림. 회진 시 환자 빙긋이 미소 짓고 있음. 과장님께서 "예뻐요"라고 하시며 머리를 쓰다듬자 2~3분 동안 계속 미소 지음. 이전에 미소 짓고 있을 때 "○ t 씨 지금 기분 좋아요?"라고 물으면 금새 표정을 굳히던 것과 다른 양상을 보임. 미적인 관심이 아직 남아 있는 것으로 생각 됨. 대변 매일 봄. 복부둘레 육안으로 보아도 점차 감소 중.

입원53일

Lt. hemiparesis G3/G4

BST(114-113)하루 종일 감자1개 먹음. 입원52일 밤 침대에서 내려와 온돌바닥에서 자다가 높이 10am 아래인 시멘트 바닥으로 떨어져 머리를 부딪쳤다 함. 입원53일 기상 후부터 환자가 말을 전혀 하지 않는다고 하여 환자 체크하니 motor저하는 없어 부축보행 여전히 가능하나 정신이 멍한 듯이 보이며 여러 번 질문해야 작은 목소리로 겨우 대답함.

입원54일

BST(174-186)

Lt. hemiparesis G3/G4로 motor 저하 없음. NR진료 후 Skull series촬영. No remarkable abnormal bony finding. 소견.

입원57일

Lt. hemiparesis G2/G3- 최근 motor체크에 협조적이었던 모습과 대조적으로 하기 싫어하며 고개를 돌려버림. 수동적 체크시 motor 저하 뚜렷하며 특히 발목부위 무력 증가.

BST(156-183) diaper voiding하기 시작. 약과 밥을 삼키기 싫어하며 입에 머금고 있으나 swallowing test시 별무 이상. NR 진료 후 diffusion만 찍으려 하였으나 MRI실에서 환자 완강히 거부하여 다음 날 오전 중에 다시 찍기로 함. 찍기 싫으냐고 물으니 고개를 끄덕임.

입원58일

motor체크하려 하나 비협조적인 모습보임. 발바닥 자극하자 움츠리며 "하지 마이소, 아파요"라고 말함.

BST(223-130)식사하지 않으려 하며 두유1개, 요플레 1개 먹음

Ativan 0.5ⓐ iv한 뒤 Diffusion촬영 함. Diffusion상 Rt. MCA inf.으로 이전보다 inf. 부위 넓게 확대 됨. 입원53일경에 비하여 정신상태호전 되어 의사표현 분명히 함. "변소 갑시다"라고 말함. 어둔 악화되지 않았고 사

래 걸리지 않음.

입원69일

BST(160-200) 아침 국수 1/2그릇, 점심 빵1개 저녁 밥 3~4숟가락, 최근 국수, 잡채밥, 빵 등 밀가루 음식 많이 먹으나 밥은 소량만 먹으며 식사를 거르는 일이 잦음. 환자 O/S이전에도 밀가루 음식 좋아했다고 함. 정상 변 3회에 걸쳐 500g다량 봄. 침을 빼달라, 화장실가자는 등 본인에게 꼭 필요한 말은 비교적 정확한 발음으로 하며 질문을 2~3차례 반복하면 긍정부정으로 대답을 하는 등 입원 초기와 비슷한 모습 보임. 침 치료, 복약 거부하는 일 없음. 침 치료 시 빙긋이 미소 짓는 모습이 자주 관찰 됨. 야외공원에 20분간 같이 있으며 몇차례 질문하며 말을 건네자 간혹 긍정부정으로 대답하나 질문이 반복되니 귀찮은 듯 대답을 회피. 변기가득 다량의 대변 봄. 정상 변 양상이었으며 최근 식사량에 비해 매우 많은 편임. reattack이후 좌측 발목이 꺾여서 넘어질 뻔 하는 일이 자주 있음. 면적방 처방함.

입원74일~78일

Lt. hemiparesis G2+/G3+

BST(140-159/134-125/148-154/132-149/142-137) 하루 종일 냉면1그릇 혹은 두유2개 먹음. 운동하려는 의지 없으며 발목이하 힘이 없고 뒤집어져 제대로 내딛지 못하여 보행하기 힘듦. 물리치료 받거나 뜸 치료실에 가는 일을 제외하고는 병실에 있으며 낮잠을 자거나 TV를 보는 모습만 관찰됨. 침상에서의 관절 구축을 위한 자세를 티칭 하여도 환자가 불편해하며 협조 안 됨. 환측 어깨가 아프냐고 물으니 고개를 끄덕임, 오래전부터 아팠냐고 하니 그렇다고 함, 환측 견부 미니뜸 시행하기로 함.

야외공원에서 20분간 같이 있었으나 대화 불가능. 매일 정상변 보며 1일 300~500g으로 다량. 2~3일에 1번씩 뇨의 표현 하지 않고 diaper voiding할 때가 있음

입원96일

BST(208-144)베지밀2개

아침 회진 시 과장님께서 복부 사이즈가 많이 줄었다고 칭찬하자 배를 걷어 올리며 치료에 적극적인 모습을 보임. 병실에서 20분간 같이 있었으나 환자 TV만 보고 있음. 뜸 치료가 좋으냐는 질문에 고개를 끄덕거리며 보호자에 의하면 신기구로 20분간 뜸을 뜬 뒤 1번 더 해달라고 부탁하기도 한다고 함. 관절 구축 예방위한 침상운동 티칭하였으나 티칭 하고 있는 와중에도 환자 불편해하며 뒤돌아 누움. 보호자에게 여러 차례 시행하라 주지시킴.

입원102일

Lt. hemiparesis G2+/G3+

BST(89-94)두유2개

보호자가 환자에게 밥을 먹지 않으면 절대 나을 수 없고 더 나빠지며 집에도 못 간다고 며칠 전부터 반복해서 말한 뒤 금일부터 보이는 사람마다 붙잡고 “관에 넣어 주이소”라고 말함. 무표정하게 말할 때도 있으나 약간 상기되어 있는 경우도 있음. 환자에게 나을 수 있으니 당분간 억지로 먹지 않아도 된다고 설득하였으나 관에 넣어달라는 말만 반복함.

입원95일 이후 불변이다가 설사300g.

입원103일

BST(90-155)베지밀 1개

여전히 아침에 보자마자 관에 넣어달라고 함. 어제보다는 흥분이 가라앉은 모습임.

점심,저녁약을 환자가 거부하여 보호자 억지로 한꺼번에 먹인 후 환자 탕약 모두 토함. 설사 2차례에 걸쳐 450g.

식욕증진제인 Trestan과 우울증치료제인 Kinupril 투여중이나 식욕 및 의욕저하 뚜렷

한 변화 없음. 환자 자해 가능성 있으므로 보호자 주의 및 의료진의 신중한 관찰 요구됨.

입원104일

BST(117-125)요구르트2개

환자 입원 후 癲證을 고려하여 한방치료 하였으나 뚜렷한 호전 관찰되지 않아 NP Consult의뢰하여 향정신제 병행하기로 함.

의료진과 보호자가 거듭 식사를 하기 싫으면 안해도 된다고 안심시킨 뒤 환자 금일부터 관에 넣어달라는 말을 안 함. 환자 안정되었으나 이전처럼 주위에 관심 없는 듯한 모습 보임. 환자에게 "손톱 매니큐어 칠해줄까요" 라고 물어보자 처음에는 고개를 가로젓다가 다시 물어보자 고개를 끄덕임. 좌측 수지관절 구축되어 손가락이 오그라져 손가락을 펴야 예쁘게 발라진다고 말하자 환자 손가락을 약간 펴는 모습을 보임. 바르는 동안 자신의 손톱을 관찰. 설사 200g. 최근 비위기능 저하된 것으로 보여 삼출건비탕으로 바꿔 처방함.

입원109일

BST(117-140) 최근 매일 두유 2개씩만 먹음. 혈당치도 비슷하게 유지됨

삼출건비탕으로 바꾼 뒤 입원105일 설사1회, 입원106일 보통변1회, 입원107일 보통변1회, 입원108~109일 불변 상태로 대변은 정상화되었으나 식욕은 변화 없음.

환자에게 마스크 팩을 직접 해주겠다고 하였으나 고개를 내저음. 3~4차례 권유해보았으나 계속 거부하여 보호자에게 환자 세수한 뒤 얼굴에 해주라고 부탁함.

입원111일

BST(123-98) 2pm부터 청폐사간탕으로 투여. 점심이후로 요구르트2개, 두유1개, 오렌지주스1개 먹음. 마스크 팩을 주며 환자와 친해지려 시도하였으나 특별한 변화 관찰되지 않음.

NP에서 Risperdal 2mg, Proimer 5mg으로 증량되어 투약. 현재까지는 mental 상태 특별한 변화 관찰되지 않음.

입원112일

Lt. hemiparesis G2+/G3+

BST(236-113) 아침부터 빵 먹고 싶다고 하며 청폐사간탕 처방 후 식욕호전 보임. 아침-요구르트 2개, 두유 1개. 저녁 요구르트1개 두유1개, Trestan 중지하기로 함.

입원121일~140일

Lt. hemiparesis G2+/G3+

2일에 1번씩 밥1/3공기 먹음. BST안정적.

체중 59kg으로 입원 시 72kg에 비하여 많이 감소함. 이전 낙상 위험 많아 체중 측정하기 어려웠으나 환자 운동 상태 조금씩 호전 중이며 보호자가 안고 체중을 잰 뒤 보호자의 체중을 빼는 방식으로 측정. 대돈,은백,소충에 자침해도 여전히 반응성 저하되어 아파하지 않으며 이전에는 거부하던 얼굴부위 자침 가능해짐. 의사소통 이전보다 원활해져 묻는 말에 연속적으로 대답 가능.

Ⅲ. 考 察

癲證의 병인 및 증상을 역대의서에서 살펴보면 『丹溪心法』에서는 "癲屬陰, 狂屬陽, 癲多喜而狂多怒, 脈虛者可治, 實則死. 大率多因痰結於心胸間, 治當鎭心神, 開痰結." "五志之火, 因七情而起, 鬱而成痰."[7]이라 하였고 『醫學入問』에서는 "癲者異常也. 平日能言, 癲則沈默 ; 平日不言, 癲則僵仆直視, 心常不樂, 此陰虛血少, 心火不寧"[8] 이와 같이 표현하고 있다. 역대의서 중 癲證에 해당되는 증

상은 “先自悲也, 欲獨閉戶牖而處, 心常不樂, 悲哭呻吟”등이 있으며 이를 쉽게 표현하면 병전과 달리 말을 잘하지 않거나 심하면 뻣뻣하게 쓰러지기도 하고 기분이 하락되기도 하며, 보지도 않은 것을 본 것처럼 말하기도 하며, 노래를 부르거나 울기도 하고 바보 같기도 하며 말에 두서가 없고 더럽고 깨끗한 것을 알지 못한다. 라고 정리할 수 있다[1].

癲證의 원인은 크게 胎病, 痰과 七情, 心血不足, 脾胃의 虛寒으로 구분할 수 있으며 주로 痰이 핵심적 병인으로 痰은 각종 질병을 유발하는 대표적 병리 물질이며 癲證 및 狂證과 큰 관련이 있다.[1]

『景岳全書』에서는 "癲病多由痰起. 凡氣有所逆, 痰有所滯, 皆能壅閉經絡, 格塞心竅"[9] 라고 하여 칠정의 자극이 있으면 痰을 생성하고 또 痰은 경락을 옹폐시키거나 심규를 혼란 시켜 정신기능의 실조를 유발한다고 설명하고 있으며 痰은 칠정의 자극뿐만 아니라 고량후미의 섭취로도 생성 가능하여 정신질환 및 장부, 경락의 각종 질환을 유발한다고 보았다.

中風은 七情, 飮食不節 및 旁勞所傷, 過勞 등으로 陰虛하고 肝陽暴亢 內風이 煽動하여 氣血이 혼란하고 挾痰挾火하여 蒙蔽心竅하면 卒然혼도하면서 半身不遂의 증상을 급격히 보이는 것을 말한다.

그 병리는 丹心에서 “濕生痰, 痰生熱, 熱生風”으로 정리한 바 있으며 河間은“ 風病多因熱甚”이라고 하여 여기서 熱은 섭생을 잘하지 못하여 心火가 몹시 성한데 腎水까지 허약하여 心火를 억제하지 못하여 생긴 것으로 陰虛陽實해져 열기가 몰리게 되어 정신이 흐려지고 힘줄과 뼈마디를 놀리지 못하여 졸도하여 아무것도 모르게 되는 것이라 하였다.

또한 五志過極하여도 심한 열이 생겨 중풍이 발생 가능하다고 보았고 “肥人多中風”이라 하여 체질유형과 발병의 상관성도 논하였다. 즉 人肥하면 腠理가 緻密하여 多鬱滯되고 氣血이 通利되기 어려우므로 卒中하게 된다 라고 하였다. 이와 같이 中風에서도 痰이 매우 중요한 병인으로 인식되었으며 그 발병의 저변에는 陰虛가 있으며 이로 인해 痰熱이 더욱 성해지고 風이 발생한다고 보았다[10].

中風이란 서양 의학적 관점에서는 뇌혈관계 질환을 의미하는 중추신경계 질환으로 뇌졸중의 위험인자에는 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 심장질환, 비만, 흡연, 음주 등이 있으며 이들 인자의 치료 및 예방이 뇌졸중의 발생 및 재발을 막는 방법이 된다.

심혈관 질환 및 2형 당뇨병의 예방이 치료목표인 대사증후군은 인슐린 저항성이라는 공통 병인으로 유발된 복부비만, 이상 지혈증, 고혈압, 공복혈당장애 등 여러 심혈관계 위험인자가 군집되어 나타나는 경우를 말하며 대사증후군 진단항목들의 상호 연관성 분석을 통하여 인슐린 저항성과 비만, 내당능 및 고지혈증이 밀접한 연관을 보이는 것을 알게 되었고 고혈압과 비만 역시 밀접한 연관이 있는 것으로 인정되고 있다.[2]

또한 비만이 가장 선행하는 인자라고 보고 된 바가 있으며 질병초기 적극적 체중감량을 통해 인슐린저항성을 개선하는 것이 치료의 기본이 될 수 있다는 보고도 있다[11,12].

따라서 대사증후군의 치료의 핵심은 인슐린 저항성을 개선하는 것이고 고혈압, 혈전경향, 이상 지혈증 치료도 병행되어야 한다.

Table 5. 대사증후군 진단기준(NCEP-ATP III Criteria 2001)

Risc factor	Definition Level
Waist circumference Men(cm) Women(cm)	 >102(90) >88(80)
Triglyceride(mg/dL)	≥150
HDL-c Men (mg/dL) Women(mg/dL)	 <40 <50
Blood pressure(mmHg)	≥130/≥85
Fasting glucose(mg/dL)	≥110

한의학에서는 不治已病 治未病이라고 하여 병이 들기 전에 예방하고, 병이 든 후에는 초기에 치료하여 병의 전변 및 악화를 막아 건강을 유지한다는 개념을 중시해왔는데 이는 대사증후군의 치료에서 각각의 위험인자를 조기에 진단하고 치료하여 대혈관 질환을 예방한다는 것과 유사한 점이 있다. 또한, 한의학적 대사이상 물질인 痰飮, 瘀血, 食積 등이 생성되면 기혈의 운행통로를 막게 되며 이 과정이 반복되면 消渴, 積聚, 虛勞, 肥滿등이 발생되며 정신과적으로는 癲狂의 발병기전도 될 수 있다고 본다[5].

증례에서 서술한 환자는 Schizophrenia발병 후 주위 사람들과 대화가 거의 없었으며 자극에 대한 반응성이 저하되고 집안에서 혼자 있으려고 하고 혼자서 깔깔 웃거나 가끔씩 흐느끼는 등의 증상으로 보아 한의학적으로 癲證으로 진단할 수 있다.

양방적으로 환자의 증상은 DSM-Ⅳ의 Schizophrenia 진단기준에 부합하며 편집형에 해당된다. 현재는 오랫동안 치료받지 않아 만성화되고 무논리증, 감정적둔마, 무쾌감증, 무의욕증, 사회적위축, 운동지체, 사고차단 등의 음성증상이 지배적이다. 대개 음성증상은 양성증상에 비해 약물치료에 잘 반응하지 않으며 예후가 나쁘다. 환자의 경우 점진적 발병, 긴 질병기간, 정동의 둔마, 독신, 발병 후 2~3년 후에도 호전이 없음 등 나쁜 예후인자를 가지고 있으며 치료가 어려운 case에 해당된다[1].

입원시 시행된 lab결과상 FBS 330↑, T-cho 266↑, TG 387↑, HDL-C 40이며 BP150/90으로 대사증후군의 진단기준 5가지 중 4가지에 부합된다. 따라서 환자 뇌경색 발병 이전 대사증후군이었으며 조기에 진단되지 않아 대혈관 질환으로 진행한 것으로 추정된다.

또한 병전의 성정과 용모사기, 체형기상 및 병증을 살펴봤을 때 태음인으로 사료되며 Schizophrenia발병 이후 활동량이 감소했으며 밀가루음식이나 기름진 음식을 많이 섭취했고 탄산음료같은 인스턴트 식품을 매일 먹음으로 인해 인체 내의 濕熱이 더욱 조장되어 "濕生痰, 痰生熱, 熱生風"의 병리기전에 따라 中風이 발생된 것으로 보이며 이때 발생된 痰飮이 心竅를 막아 癲證이 더욱 만성화 된 것으로 사료된다. 따라서 祛風, 祛痰, 除濕, 淸熱하는 치법을 위주로 하여 질병의 진행시기와 증상의 변화에 따라 성향정기산, 반하백출천마탕, 만금탕, 청심연자탕, 청폐사간탕, 열다한소탕, 면적방, 소풍순기원을 운용하여 치료하였다.

면적방은 소엽20g, 행인2.5g으로 구성되어 있으며 환자 본래 밀가루 음식을 좋아했으며 병원에서도 당뇨식 거부하고 밀가루 음식을 불규칙하게 먹음으로써 당뇨조절이 어렵고 이차적으로 inf.재발가능성을 높일 우려가 있어 병인론적으로 접근하여 면적을 제거하자는 의미로 사용하였다. 입원기간 내내 DM식사를 거부하는 등 diet control이 어려웠던 환자는 입원초기에는 식욕이 항진되어 잡채밥, 짜장면 등을 자주 먹었으나 면

적방을 처방한 뒤로는 밀가루음식을 무분별하게 먹는 습관이 교정되었고 식욕이 줄어들어 평균적으로 1일 두유2개만 먹는 상태가 되어 1일 섭취 칼로리가 400kcal정도밖에 되지 않았다. 환자의 활동량이 거의 없어 열량이 많이 필요하지 않기는 하였지만 환자의 체중을 고려하여 극히 적은 열량이었음에도 불구하고 혈당은 140~180정도로 유지되었다.

이후 청폐사간탕을 투여한 뒤 식욕이 약간 증가하여 평균적으로 1일 두유2~3개, 유산균요구르트1개 정도 먹었으며 2일에 1번씩 밥 1/2공기정도 먹게 되었으며 혈당은 두유만 먹을 때와 비교하여 비교적 비슷하게 유지되었다.

식사량에 관계없이 대변은 거의 매일 보았으며 대변을 보지 못할 때는 소풍순기원, 청폐사간탕으로 대장의 적체 및 실열을 풀어주었고 식사량이 극히 적었을 때도 500g정도의 다량의 대변을 보기도 하는 등 입원첫날부터 현재까지 평균적으로 매일 200정도 대변을 보았다. 이 과정에서 밀가루음식 먹는 습관의 교정 외에도 복부size도 감소했고 체중도 13kg정도 감소되었다.

정신과적인 측면에서도 효과가 있었는데 환자의 경우 中風 및 癲證의 병인이 동일한 것으로 보고 두 병증을 모두 치료하고자 하는 의미로 상기 탕약들을 사용하였고 투약과정에서 치료 거부하는 모습이 크게 줄어들었고 질문에 대답하는 횟수가 증가하였으며 이전보다 눈빛이 또렷해지고 상대방이 말을 건냈을 때 상대방의 눈을 쳐다보며, 최근에는 5~6개의 질문을 연속해도 그때마다 즉각적으로 대답하며 간단한 문장으로 표현하는 등 神志가 이전보다는 맑아졌으나 음성증상의 뚜렷한 호전은 보이지 않고 있다.

양방적 치료로는 혈당강하제, 인슐린, 고지혈증치료제, 항혈전제, 고혈압약을 투여하여 뇌졸중의 재발인자를 치료하고 있으며 정신분열증 치료제도 입원104일째부터 투여중이다.

schizophrenia환자의 경우 치료협조가 원활히 되지 않는 점이 치료의 가장 큰 장해물이 될 수 있는데 본 환자의 경우 입원하기 위해 환자 History하는 과정부터 환자 손으로 내저으며 질문에 대답하지 않고 의료진 거부하는 양상 보였으며 이후에도 간헐적으로 침구치료, 경구 당뇨약, 당뇨식사 복용 거부하였고 물리치료 시간외에 운동치료 거부하였고 보호자 연로하여 운동시키기 어려워 재활훈련 원활하지 않아 중풍후유증 치료과정이 순조롭지 않았으며 활동력 저하로 인해 당뇨조절이 더욱 어려웠다.

또한, 환자의 정신증 치료를 위해 보호자에게 매일 환자와 같이 외래에서 과장님과 면담하기로 하였으나 보호자 1번도 내려가는 일이 없어 직접 물리치료실로 찾아가는 방법을 택하였으며 일반적인 심리적 지지요법 및 의사-환자 관계 형성으로는 환자와 정신적 유대를 형성하기가 어려웠다.

Ⅳ. 結論 및 要約

본 증례는 17세경 망상 증상이 1회 나타난 뒤 특별한 이상 없이 생활하다 22세에 schizophrenia진단받고 5년간 간헐적으로 향정신병약물을 복용하였으나 호전 없어 특별한 치료 및 투약 없이 집에서 은거하다 39세에 뇌경색이 발병하여 본원에 입원 치료한 39세 여환에 대한 보고이다. 입원당시 혈액 검사 및 혈압 수치로 보아 발병 전 집

에서 은거했을 당시 대사증후군에 해당되었으나 치료 시기를 놓쳐 뇌혈관 질환으로 이행된 것으로 보이며 한의학적인 변증으로는 痰熱動風에 해당된다. 따라서 痰熱을 치료하는 한약투여 및 침치료를 하였고 양약 투여도 병행하였다.

환자는 schizophrenia 특성상 치료 협조가 잘 되지 않았으나 짧은 시간안에 Lt. hemiparesis G1/G1에서 Lt. hemiparesis G3/G4로 회복되어 가는 도중 뇌경색이 재발하여 Lt. hemiparesis G2-/G3+로 motor저하 있었으며 이후 Lt. hemiparesis G2+/G3+로 경미한 호전 보이고 있으며, 무분별하게 음식을 섭취하던 습관이 교정되었고 혈당치가 안정화 되었고 만성화된 schizophrenia 역시 조금씩 호전을 보이고 있다.

schizophrenia환자는 사회적으로 고립되어 있고 가족들에게도 외면되는 경우가 많아 정신과적 치료뿐만 아니라 내과적 치료 역시 소홀히 되는 경우가 많으며 뇌졸중과 같은 중대한 질환 발생시 치료 협조가 원활히 이루어지지 못해 예후가 좋지 않은 경향이 있다.

본 치험례를 통하여 schizophrenia 환자의 치료 시 정신질환이 만성화 되지 않도록 발병 초기부터 꾸준히 치료를 받는 것이 중요하며 더불어 정기적 건강검진을 시행하여 각종 질병을 예방해야 함을 알 수 있다. 특히 대혈관 질환의 예방을 위하여 대사증후군 및 뇌졸중 위험인자에 관한 적극적인 치료가 필요함을 강조하는 바이다.

참고문헌

1. 대한한방신경정신학회, 한방신경정신의학. 초판. 경기도: 집문당. 2005:274,278-280,471,474-475.
2. 윤건호. 대사증후군의 정의, 진단, 임상적 중요성. 한국통합의학학회지. 2007;2(1):20-22.
3. Grundy SM. The metabolic syndrome still lives, Clinical Chemistry. 2005;51(8):1352-7.
4. 홍원식, 정교황제내경. 서울: 동양의학연구원 출판부:1991.
5. 김종우. 미병과 대사증후군. 한국통합의학학회지. 2007;2(1):20-21,26-27.
6. 祝恒琛. 未病學. 中國醫藥科學出版社. 1999:1-33.
7. 朱震亨. 新編丹溪心法附餘(上). 대성문화사. 1993:353.
8. 李挺. 編注醫學入問. 의성당. 1994:852.
9. 張介賓. 校勘景岳全書(上). 정담. 1999:639.
10. 許俊. 對譯東醫寶鑑. 법인문화사. 2002:946-947.
11. Maison P, Byrne CD, Hales CN, Day NE, Wereham NJ. Do different dimensions of the metabolic syndrome change together over time? Evidence supporting obesity as the central feature. Diabetes Care. 2001;24:1758-63.
12. Everson SA, Goldberg DE, Helmrich SP, Lakka TA, Lynch JW, Kaplan GA, et al. Weight gain and the risk of developing insulin resistance syndrome. Diabetes care. 1998;21(10):1637-43.