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

호흡곤란, 구음장애, 보행장애 증상을 보인 신체형 장애 환자 치료 1례 보고

김자영, 서주희, 강현선, 성우용, 정다운*
국립의료원 한방신경정신과*, 국립의료원 침구과*

One Case Report of Somatoform Disorder Patient with Dyspnea, Dysarthria and Gait Disturbance

Ja-Young Kim, Joo-Hee Seo, Hyun-Sun Kang, Woo-Young Sung, Da-Un Jeong*

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, National Medical Center,
Dept. of Korean Acupunture and moxibustion, National Medical Center*

Abstract

People with somatoform disorder have a number of different symptoms that typically last for several years. Their symptoms can't be traced to a specific physical cause. In people with somatoform disorder, medical test results are either normal or don't explain the person's symptoms. The symptoms of somatoform disorder are similar to the symptoms of other illnesses. People with this disorder may have several medical evaluations and tests to be sure that they don't have another illness.

In this case, we described a 56-year old man who was diagnosed as R/O) ALS, because he has many similar symptoms of ALS (amyotrophic lateral sclerosis) such as gait disturbance, dysarthria, dyspnea. But we diagnosed his case as somatoform disorder and treated with herbal medication, acupuncure treatment ,negative cupping and relaxation training. Through these treatment, the patient showed improvement of chief complains and accessory symptoms.

Key Word : Somatoform disorder, ALS, Case Report ,Dyspnea, Dysarthria

투고일 : 10/12 수정일 : 11/4 채택일 : 11/7
교신저자: 김자영, 서울시 중구 을지로 6가 18-79번지 국립의료원 한방진료부 한방신경정신과
Tel : 02-2260-7454, E-mail : ddoddo98@paran.com

Ⅰ. 緖 論

신체형 장애란 일반적인 의학적 상태를 시사하는 증상을 보이지만 일반적인 의학적 상태나 물질의 직접적인 효과, 다른 정신장애 등으로는 충분히 설명되지 않는 신체적 증상이 나타나는 것이다.

이런 신체 증상은 항상 사회적, 직업적, 또는 기타 중요한 기능영역에서 임상적으로 심각한 고통이나 장해를 일으키고 허위성 장애나 꾀병과는 달리 증상이 의도적이지는 않으며 신체 증상을 충분히 설명해 줄 수 있는 일반적인 의학적 상태를 진단할 수 없다는 점에서 의학적 상태에 영향을 주는 심리적 요인과는 다르다[1].

현재까지 이러한 신체형 장애를 설명하는 가장 주류의 입장은 정신적인 갈등을 신체 증상으로 드러낸다는 정신적 기제-방어기제의 작용으로 이해하고 있다.

어떤 통로를 통해서든지 표현되어야 하는 원초적 동기인 감정 표현이 차단되면 그 감정은 다른 통로인 신체를 통해 더욱 과격하게 표현된다. 즉 신체 증상은 자기표현의 한 수단이며, 심리적 갈등을 해결하려는 시도로써 자신을 보호하기 위한 하나의 방어기제라는 것이다. 이런 방어기제로 인해 몸이 아픈 대신 심리적 문제에서 오는 심리적 고통은 일단 피할 수 있다는 것이다[2].

한의학에서는 신체형 장애를 정확히 지칭하는 증상명은 없으나 한의학의 기본 정신이 心身醫學이며 神爲一身之主라 하였으므로 각각의 증상에 따라 七情鬱, 鬱火, 陰虛 등의 원인을 파악하여 각각 변증 치료하는 방식을 택하여 치료한 예들을 많이 볼 수 있다[3].

정서 표현을 억제하는 정도가 사회문화적 배경에 따라 다르다는 연구들이 있다. 많은 동아시아 문화와 한국, 일본, 중국 등은 정서표현을 바람직하게 여기지 않는 반면 몸이 안 좋다고 불평하는 것은 받아들여진다. 따라서 이런 문화 속에서는 심리적인 곤란이 생겼을 때 감정을 표현하기보다는 신체 증상으로 표현하는 것이 습관화될 수 있다.

한국 문화에서 특히 많은 신체형 장애로 화병(火病)을 들 수 있다. 한국문화의 권위적이고 의존적인 특징은 대인관계에서 많은 스트레스와 갈등을 야기 시킨다. 또한 아랫사람은 억울함, 분노, 불만감, 복수심, 좌절감 등의 부정적 감정을 누적시키게 되고 이런 누적된 부정적 감정을 표출하는 주요 통로 중 하나가 신체 증상을 통한 표현일 수 있다.

최근 한국 사회는 경제 불안과 입시 스트레스 출세 지향주의 물질 만능주의 등 화병을 생기기에 적당한 조건들이 골고루 갖추어져 있다. 이런 분위기 속에서 과거에 시집살이가 힘들어서 남편과의 불화가 있는 여성에게서 주로 있던 화병이 현재는 남녀노소 가리지 않고 나타나고 있다[4].

스트레스가 많은 현대를 살아가는 우리들에게 신체형 장애는 이제 더 이상 낯선 병명이 아니며 지대한 관심과 연구가 논의되어야 한다. 더 나아가 문화적 특성을 고려한 치료연구에 더욱 주력해야 할 것이다.

본 증례는 좌측 무력감으로 인한 보행장애, 구음장애, 호흡곤란 및 연하장애 등의 증상을 신체형 장애로 진단하여 한약치료, 침치료 및 자율훈련법과 상담을 통해 증상 완화의 경과를 보여 아래와 같이 보고하는 바이다.

Ⅱ 證 例

1. 성별/나이

남자/56세

2. 주소증

① 주증상 胸悶, 上熱感, 梅核氣 呼吸困難
② 부증상 構音障礙, 左側 上下肢 無力感, 手指 振顫 不眠

3. 발병일

본원 입원 3개월 전 (작년 가을경)

4. 과거력

① 200X년 X월 쯔쯔가무시병으로 입원치료 받음.
② 20여년 전 교통사고 후 한 달 간 일측 부전마비증세 있었으나 특별할 치료 없이 호전되었음.

5. 가족력

①모친 중풍으로 사망.
②둘째 누님 중풍으로 병환 중

6. 현병력

56세 남환으로 상기 과거력 외 별무대병 중 200X년 X월 지인에게 받지 못할 수도 있는 돈을 빌려준 후 胸悶 上熱感 不眠 등이 생기어 논산 ○○병원에서 우울증으로 입원치료 받으시던 중 호흡곤란과 구음장애가 동반되어 응급실을 통해 K의료원 정신과로 입원 치료 받으셨으나 증상의 호전이 없어 신경과 consult 결과 R/O ALS 받으시고 진단 결과를 들은 후 증상 더욱 악화되어 환자본인 및 보호자 적극적인 한방치료 원하여 본원 한방신경정신과로 입원하였음.

7. 개인력

학력은 고졸, 과수원을 하고 계시며, 종교는 불교, 부인과 아들 둘을 둔 가장이다. 과묵한 성격으로 말이 없으며 표현을 잘 하지 않는 편이다. 6남4녀 중 누나 셋을 둔 장남으로 환자분이 27세 때 아버지를 불의의 사고로 여의고 그 후로 사실상 집안의 가장으로 가업인 과수원을 일구며 책임감 속에서 본인의 몸과 마음을 돌보기보단 가족에 헌신하며 살아왔다고 한다.

3년 전 큰 아들이 24세의 나이에 교통사고로 현장에서 즉사하고 발병일 당시 의형제처럼 지내던 동네 형님네 방앗간이 화재로 소실된 후 부인의 권유로 되돌려 받지 못할 수도 있는 1억원을 빌려준 후 胸悶 不安 不眠 등이 생겼고, 그런 증상 때문에 환자 본인이 죽을 수도 있다는 공포감도 생겼다고 한다. 더욱이 발병일 60일 후에 두 동생이 연이어 위암수술, 간암 수술을 받게 되어 환자분의 죽음에 대한 공포감이 더욱 커졌다고 한다. 계속되는 힘든 상황 속에서도 환자분 스스로는 스트레스를 전혀 받지 않았다며 부정하는 상태였다.

8. 한의학적 초진 소견

① 望診 흉부이상으로 얼굴까지 전체가 빨갛게 홍조를 띰, 눈빛은 불안해하는 상태. 안구충혈이 심함. 爪甲에 전체적으로 세로줄 무늬가 있고 발톱은 무좀이 있음
② 問診 (상기 주소증 외에) 足部 熱感, 大便秘(발병일 당시에는 15-20일간 大便不通 상태였으며 최근 매일 보긴 하나 딱딱함.) 夜尿(주간엔 정상이나 야간에 1~2회/1일 보심.) 口渴 口乾,發汗過多 (해질 녘 背部로 열

이 오르고 난 후 面背部 위주로 發汗이 있고 수면 중 호흡곤란 시 식은땀 흘림),兩手의 振顫(긴장 시 증가), 不安(가만히 있지 못하고 계속 안절부절 못함), 怔忡

③ 切診 腹直筋 緊張, 中脘部 壓痛 胸脇苦滿(左側은 肝 실질 이상이 의심될 정도로 딱딱함) 頸項部 硬直

④ 脈診 脈弦滑數

⑤ 舌診 전체적으로 舌色은 淡紅하나 舌 말단은 빨갛게 充血된 상태, 舌苔黃厚

9. 임상진단

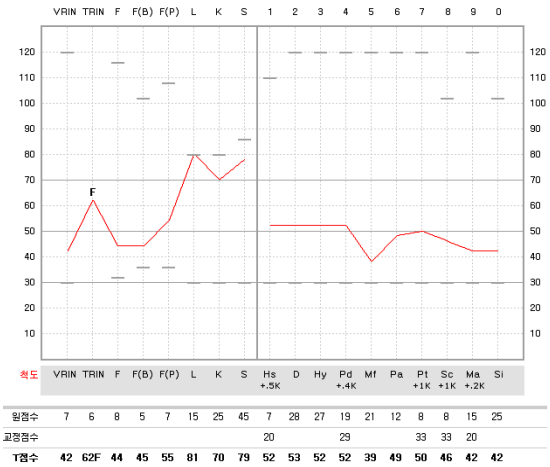
病名 : 신체형장애

辨證 : 肝實로 인한 肝鬱化火

10. 설문검사

①MMPI Ⅱ

Figure 1. MMPI profile of patient



② BDI(Beck's Depression Index) : 8점

③ MMSE-K

(Mini-Mental State Examination - K)

: 25점 ,기억회상 부분에서만 모두 0점

11. 검사소견

① 신경전도검사 (좌상지,양하지) -이상 무

반복신경자극검사(Jolly Test) -이상 무

② C-T (Neck:조영제 사용) -이상 무(병변이나 신생물 없음)

SONO (Neck) -이상 없음.

Gastroscopy-이상 없음.

③ MRI Brain Routine (조영제)-이상 무

④ 뇌파검사 -정상 범위

⑤ Acetylcholin receptor binding Ab 검사 :0.13mmol/L 로 정상범위

⑥ 혈액 화학검사 상: AST ALT 의 상승 외에 특이할 만한 이상 없음

Table 1. AST & ALT

	입원 21일전	입원 17일전	입원 9일전	입원일	입원 15일후
AST	58	42	50	洗肝湯 투여 시점	29
ALT	73	50	62		29

12. 치료 내용

①韓藥治療

입원 당일부터 퇴원일까지 肝實을 치료하는 洗肝散에 草龍膽을 加하여 치료하였고, 胸悶 ,上熱感 증상 완화를 위해 三黃瀉心湯을 엑기스로 투여하였다.

Table 2. Herb Medication

입원일~퇴원일(입원 22일 후)
-洗肝散+草龍膽 (羌活 當歸 薄荷 防風 大黃 川芎 山梔子 甘草 草龍膽 4g) -三黃瀉心湯(H-Ex.)

② 針 治療

오전엔 肝勝格에 內關 間使를 추가하여 자침하였고 오후엔 上熱感이 심해되는 양상

을 보여 肝寒補에 內關 間使 를 놓고 다시 心包經의 火穴인 勞宮穴을 瀉했다.

야간 시 불면 증상 호소 시에는 前四關(合谷과 三間 사이를 間谷이라하는데 行間과 함께 前四關이라 함)이나 膽正格을 자침함

Table 3. Acupucture Medication

오전	肝勝格 (少府 行間 瀉 經渠 中封 補) +內關 使間
오후	肝寒補 (少府 行間 瀉 陰谷 曲泉 補) +內關 間使 正 勞宮 瀉
不眠시	前四關 혹은 膽正格

③ 附缸治療

項背部 긴장감을 완화시키기 위해 방광경 선상으로 건식부항을 하고 肝心火를 사하기 위해 肝兪와 心兪 압통 위주로 습식부항을 하였다.

④ 灸治療

上熱感을 下部로 내리기 위해 關元 및 足三里에 1일 間接灸 3장 실시

13. 치료경과

입원 당일 : 양방 정신과에서 한 달간 입원 중이셨던 분으로 증상의 호전 없어 환자 보호자 및 환자 한방 진료 원하여 본원 한방신경정신과로 전원 하였다. 양방 정신과에서는 R/O Somatization Disorder 로 진단하여 약물치료를 하였으나 호전 없이 오히려 악화되는 경향을 띠어 신경과로 Consult를 의뢰했고 그 결과 신경과에서는 R/O ALS 로 진단을 했으며 진단명을 들은 후 환자분 증세가 더욱 악화된 상태였다.

육안으로 봐도 가슴부터 얼굴전체가 심한 홍색이었으며 안구도 많이 충혈 되어 있었다. 지속적인 梅核氣 증상으로 습관적으로 킁킁거리며 답답해했으며 손을 가만히 두지 못하고 안절부절 못하였다. 상기 증상이 심해지면 가슴이 답답해지면서 호흡곤란 증세를 보였다. 이런 증세는 食後에 악화되었고 특히 저녁 식사 후에 가장 심했다. 말은 너무 빠르고 얼버무리듯 하여 환자분의 말은 절반 정도만 이해가 되었다.

飮水時에 연하곤란 증세를 보여 물을 항상 조심스럽게 마셨으며 신맛이 나는 음식을 먹지 못했으며 음식을 먹으면서도 유난히 신맛에 대해 더 잘 느껴진다고 하였다. 좌하지의 무력감으로 앉았다 일어날 때 중심을 제대로 잡지 못했으며 보행 시에도 쉽게 피로감을 느낀다고 하였고 보행양상도 작은 보폭의 걸음으로 단시간 걷는 정도였다. 좌측 상지의 무력감으로 숟가락질도 부정확하게 하는 상태였다. 복부에서는 中完部 압통이 있었고 복부 전체는 긴장감이 심했으며 우측 협하는 단단한 경결이 느껴져 간실질의 이상을 의심할 정도였다.(양방 정신과 입원당시 肝實質에는 이상이 없음을 확인) 어깨와 뒷목은 전반적으로 긴장상태였고 입이 말라 갈증을 자주 호소하였다. 환자분 본인은 梅核氣 증세와 흉부이상으로 오르는 상열감이 제일 불편하다고 호소하였다. 주변 사람들의 시선을 부담스러워 했으며 침상에서는 가만히 누워있지 못하고 '누웠다 앉았다' 를 계속 반복하여 옆의 환자들의 불만을 샀다.

대변은 발병일 당시에 10일에서 15일 간 不通이었다가 점차 호전되어 입원 당일에는 하루에 1회는 보는 상태셨으나 대변 상태는 단단하여 대변보기가 수월하지는 않다고 하였다.

입원 다음날: 병실이 바뀌고 주변 환자분들이 대부분 중풍 환자여서 새벽 내내 가래

를 제거하는 처치 등 때문에 不眠하였다. 口乾 口渴이 전일 보다 훨씬 나아졌다고 호소하였다. 식후마다 있었던 上熱感은 오후 4-8시 사이에만 있었으나 梅核氣 증상은 심해지고 기도가 좁아지는 듯한 느낌을 받았다고 하였다. 大便도 단단한 상태가 많이 풀렸다. 나머지 증상은 비슷한 수준에서 유지되었다. 환자분과 상담을 하였으나 모든 스트레스 상황에 대해 본인은 힘든 것이 없고 스트레스를 받지 않았다는 말로 일관하였다. 상담 중 환자분 아버지의 돌연사와 3년 전 아들의 교통사고 후 즉사한 일에 대해서는 굉장히 슬펐다고 호소는 하셨지만 당시 눈물은 전혀 흘리지 않았고 그 이후로 더욱 일에만 매진했다고 하였다. 자율 훈련법과 복식호흡을 교육하여 上熱感 胸悶 呼吸困難 시 스스로 하도록 지도하였다.

입원 3일째~6일 째 :梅核氣가 10~20% 정도로 줄었고 上熱感은 육안으로도 환자가 느끼기에도 많이 호전된 상태로 面部는 80% 소실되고 흉부위주로 남아 있으며 조금씩 꾸준히 호전되는 양상 보였다. 좌측 무력감이 덜하여 보폭이 커지고 보행이 빨라지고 걸음걸이가 전보다 자연스러워졌으며 힘들어했던 계단 보행이 가능해졌다. 그러나 아직도 20분 이상 보행 시 힘들어하는 경향은 남아 있었다. 상지 쪽은 큰 변화가 없어 힘들었던 숟가락질은 가능해졌으나 물병뚜껑을 따다가 물을 엎질렀다. 대변은 단단하지 않은 정상변으로 수월하게 보았다. 수면상태는 계속 편하지 못하였다.

환자의 심리 상태를 파악하기 위해 MMPI-Ⅱ 실시한 결과 L K S 방어 척도의 T 점수가 각각 81 70 79를 보여 지나친 자기 방어 상태로 파악되었으며 따라서 임상 프로파일은 진단에 도움이 되지 못했다.

입원 6일째 : 오후에 안구 충혈감 및 이물감 호소하여 양방 안과 외래 진료를 받으신 후 上熱感 시작되어 수면 전까지 지속되고 안구 충혈도 더욱 심해졌으며 연하곤란도 3회 정도 있었다. 자율 훈련법과 복식호흡을 통해 증상의 감소를 보였다. 안과 진료에 긴장을 많이 한 것으로 추정하였다. (환경이 바뀔 때마다 증상이 악화되는 경향을 보였으며 신경과에서 R/O ALS 진단 받은 후 양방병원 진료에 대한 두려움을 보였다.)

당일 불안감을 보이는 환자와 상담을 통해 현재 받은 진단은 확진이 아니며 현재 호전되는 증상을 함께 되짚어가며 치료 가능성을 보임으로써 환자의 불안함을 덜게 하였다.

보호자분이 환자분의 기억력이 계속 떨어진다고 하여 MMSE 실시-25점 정상으로 측정되었으나 기억을 회상하는 3개의 문항 점수만 모두 0점이었다.

환자분과 상담을 통해 감정변화 시 신체에 드러나는 증상들에 관한 대화를 나누었으며, 마음이 만드는 병과 마음이 치료하는 병의 실례들을 들면서 확진되지 않은 ALS에 불안감을 덜었다.

입원 7일 째~11일 째 : 梅核氣 10% 정도만 남을 정도로 호전되었고 上熱感은 환자 본인이 자각증상은 없으나 육안으로 홍조만 일부 남아 있었다. 胸悶 증상은 나타나지 않았으며 보행 시 자세가 많이 안정되어 있고 하지의 무력감은 본인 스스로는 느끼지 못하였다. 보행시간은 30분 이상 가능해졌다. 그러나 앉았다 일어날 때의 휘청거림은 아직 있었다.

입원10일 째: 과수원에 심을 묘목 걱정으로(묘목을 미리 사두었으나 환자분 입원 관계로 심지 못하고 있는 상태였음) 잠시 上熱

感 胸悶 步行障碍 등 주소증 일부 악화되었고 지속 적인 근심이 증상 악화를 가져오리라 판단되어 외출을 보내기로 결정하였다. 귀원 후에는 호전된 상태로 유지되었다.

입원 12일 째~18일 째 : 흉부 일부와 觀骨부위만 홍조를 띠었으며 신맛을 느끼는 정도가 다소 감소하였다. 上熱感은 저녁식사 후 1회 정도만 잠시 있었고 그때마다 자율훈련법을 실시하였다. 하지무력감은 호전 상태를 유지하였다. 상지무력감도 호전되어 안되던 젓가락질이 가능해졌다. 안구충혈은 거의 소실되었고 梅核氣도 거의 없었으며 胸悶 증세도 없었다. 음수 시 주의를 요하여 연하곤란도 없었으며 하지무력감도 환자 본인은 자각하지 못했다. 보행은 1시간 이상 가능해졌다. 수면상태는 새벽에 한 번 정도 깨는 거 외에 나머지 시간엔 잘 주무시어 평균 4시간 30분 정도는 안면 상태 유지하였고 11일 경부터는 신맛을 느낌이 더욱 감소하여 김치를 먹을 수 있었다. 입원 당시 50%정도에서 의사소통이 되었으나 80%정도에서 의사소통이 가능해졌다. 중완압통이 입원 대비 시 10%만 남아 있고 胸脇苦滿도 많이 감소하였다. 舌苔 색상이 黃色에서 白色으로 변해갔으며 脈의 弦數한 느낌도 감소하였다.

입원 19일 째~22일 째(퇴원 당일) : 梅核氣는 입원 대비 시 10% 정도로 남아있는 상태이며 안구충혈도 많이 호전되어 입원 대비 시 10%정도로 남아있었고 胸悶 上熱感은 없었다. 上肢 無力感도 많이 호전되어 입원 시 부자연스러웠던 숟가락질이 자연스러워졌고 음료수 뚜껑을 스스로 따는 것이 가능해졌다. 하지 무력감도 많이 호전되어 보행 시 걸음걸이가 발병 전과 비슷하게 자연스러워졌으며 보행 시간도 2시간가량 가능해졌다. 중완 압통은 소실되었고 胸脇苦滿도 감소하였으나 아직 일부 남아있는 상태였고 腹直筋 긴장도도 많이 떨어졌다. 수면상태는 6시간 동안 누적수면이 가능했으며 대변은 2회의 정상변으로 매일 보셨다. 黃苔가 점점 옅어지고 白苔로 바뀌었으며 두터웠던 苔가 반절 정도로 줄었다. 脈狀의 弦數한 느낌도 많이 줄었으며 80%정도에서 의사소통이 가능해졌다.

퇴원일 3개월 후 외래 내원 : 보행자세는 안정된 상태 유지하였으나 기립 시 잠깐 휘청거리는 증상은 여전히 있었다. 과수원 일에 매진하였으나 큰 피로감은 없었고 梅核氣 증상은 소실되었으며 胸悶과 上熱感 증세는 가끔씩 한두 번 있다고 하였다. 언어는 퇴원일과 비슷하게 유지하고 있어 어둔하였으나 목소리는 훨씬 커졌으며 평소에 없던 웃음을 많이 지으셨다. 대변도 1일 1회 항상 보고 있었으며 신경안정제와 항 우울제는 보호자 임의로 끊은 상태였고 수면상태도 양약의 도움 없이 양호하였다. 상지의 진전을 보였으나 보호자 말로는 집에서는 단 한 번도 없었다고 하며 병원진료 때문에 긴장한 탓인 것으로 보였다.

Ⅲ.考 察

일명 루게릭병이라고 불려지는 근위축성 외측 백색질기둥 경화증은 상부운동신경과 하부운동신경의 변성을 일으키는 운동신경원 질환이다. 운동신경세포의 변성질환들 중에서 SPMA (spinal protressive muscular

atrophy)나 PBP(progressive bulbar paralysis, PBP)와 비교하면 하위운동신경세포의 장애를 포함하여 상위운동신경세포의 장애가 동반된다. 40~50대에 다발하고 2~4배 정도에서 남성에게 호발하며 10만 명 당 4~6인 정도로 발병하며 10% 미만의 유전성을 가지고 있다[5].

병리학적으로는 추체로가 통과하는 척수의 외측백색질기둥이 변성 탈락될 뿐 아니라 근육을 직접 지배하는 척수전각세포나 연수운동신경세포도 변성 탈락된다.

그 병인으로는 과잉된 글루타민산에 의해 운동뉴런이 파괴된다는 글루타민과잉설, 환경설, 신경을 성장시키고 회복시키는 신경영양인자 결핍설, 부모에게서 이어받는 유전성설, 바이러스 감염설, 환경오염설, SOD 돌연변이설 등 여러 가지가 언급되고 있으나 사실상 현재로서는 원인 불명의 병이다.

증상을 보면 하부운동신경의 변성으로 인한 현저한 속상수축과 진행성 마비 및 근위축이 발생하고 동반된 상부 운동신경 변성에 의해서 추가적인 마비와 강직이 발생한다. 예를 들면 , 속상수축이 나타나는 위축된 하지에 간대성 경련(clonus)이나 신전성 족저 반사(babinski sign positive)가 관찰되거나 ,속상수축이 나타나는 이두근의 건반사가 항진이 동반되는 경우 등이다. 그러나 감각증상과 대소변장애, 성기능장애는 발생하지 않는다.

초기증상을 보면 구음장애나 연하장애, 손의 마비와 위축, 족하수, 하지마비 등으로 몸의 한부위에서 시작되며, 다른 부위로 증상이 퍼지기 전까지는 진단이 어려울 수 있다.

현재로서는 생존기간을 연장시키는 치료제와 보존요법만이 있을 뿐 몇 달에서 몇 년에 걸쳐서 증상이 진행하여 심한 장애를 일으키며 결국 호흡근 마비로 사망에 이른다[6].

상기 환자는 구음 장애, 연하장애, 편측 무력감, 호흡곤란 증세가 있던 환자로 정신과 치료에서는 신경안정제와 항 우울제에 호전이 없었다. 신경과에서는 일단 감각장애를 보이지 않아 말초신경병증을 배제하였고 운동신경원 질환 중 구마비 증세를 보이므로 SPMA를 배제하고 근력저하라는 하위운동신경세포 징후가 있는 것으로 보아 PBP도 배제하였다. 운동과 감각신경 전도 검사가 정상이므로 다발신경 병증을 배제하였으며 근전도 검사 결과는 초기단계이므로 이상소견 없이 나온 것으로 보고 지속적인 추적 검사를 할 것을 당부하며 R/O ALS 로 진단하였다.

그러나 본과에서는 환자가 지나치게 긴장하고 있음을 보았고, 발병 당시의 극심한 스트레스 상황에 대한 정신적 부담을 전부 부인하는 방어적인 태도를 계속 보였으며 또한, 긴장 시 환자의 증상이 갑자기 악화되는 양상 (예를 들면 R/O ALS 진단을 받은 내린 신경과 의사선생님을 보거나 환경의 변화나 부인과 작은 다툼이 있거나 주변 환경이 변화 시 상기 주소증들이 악화되는 경향을 보임)과 함께 근전도 및 방사선 검사상의 병적 소견이 없음을 토대로 신체형장애로 진단하고 증상에 맞는 변증을 통해 한의학적 치료를 시행하였다.

MMPI Ⅱ 검사도 방어적인 태도를 뒷받침해 주었다.

MMPI Ⅱ에서는 방어성 척도로 부인척도(Lie, L), 교정척도 (Correction, K), 과장된 자기제시척도(Superlative Self-Presentation, S)가 있다.

TRIN척도(고정반응 비일관성 척도, True Response Inconsistency)는 피검자가 문항

응답을 하면서 모든 문항에 “그렇다”로 반응하거나 혹은 모든 문항에 “아니다”로 반응하는 경향을 탐지하는 것으로 80T 이거나 80F 이상이 나왔을 때는 프로파일 타당성이 무효다.

상기 환자는 TRIN이 유효범위(62F)하에서 L K S 의 T 점수가 각각 81 70 79 가 나옴으로써 지나친 자기 방어성을 보여주었다. 또 L F K 의 T 점수가 각각 81 44 70 으로 V자 형태를 보임으로써 바람직하지 못한 감정이나 충동 혹은 문제들을 부인하거나 회피하려고 하며 자신을 가능한 좋게 보이려고 애쓰는 상태를 반영해주었다[7].

한방변증으로는 肝實로 인한 肝鬱化火로 진단하였다. 東醫寶鑑 肝臟門에서 보면 肝屬物類에 대해 언급되어 있다. 在天爲風, 在地爲木, 在體爲筋, 在藏爲肝.....在竅爲目 在味爲酸, 在志爲怒, 其液爲淚, 其榮爲爪,.....라 하여 환자분의 증상이 근무력감 눈의 충혈 및 건조감이 있고 유난히 신맛을 싫어하고 쉽게 화내며 손발톱의 세로줄 무늬나 발톱무좀이 있어 간과 유관된 병증이 많았다.

肝臟門에 나온 肝傷證을 보면 有所墜墮惡血留內 有所大怒 氣上不下 積於脇下則傷肝. 又曰, 大怒氣逆則傷肝. 恚怒, 氣逆上而不下則傷肝. 이라 하여 성내어 기가 거슬러 올라 肝이 상함을 알 수 있다.

肝病證을 보면 肝病者, 兩脇下痛, 引小腹, 令人善怒.....肝熱者, 色蒼而爪苦. 外症, 善潔面靑, 善怒, 內證, 臍左有動氣 按之牢若痛. 其病四肢滿閉 淋瀉便難 轉筋, 有是者肝也 無是者非也. 大骨枯槁, 大肉陷下, 胸中氣滿 腹內痛, 心中不便 肩項身熱, ...라고 나와 있는데 환자가 갖고 있는 胸脇苦滿과 쉽게 화내는 것과 손, 발톱에 이상이 있고 지나치게 깍듯하게 대하는 모습, 심지어 가족에게도 자신을 간병하게 하는 것을 너무 미안하게 생각하여 입원 내내 신경을 쓰는 행동이나 상하지 무력감과 대변곤란(환자분 발병일 당시에는 10여일 이상 대변불통상태였고 그 후로도 변 상태는 단단한 상태였음) 胸悶 項部强直 등의 증상을 통해 肝病症에 해당함을 알 수 있었다.

간병의 虛實을 보면 肝實則兩脇下痛 引少腹 善怒 虛則目慌無所見, 耳無所聞, 善恐如人將捕之. 라고 제시되어 있다. 이것을 근거로 환자분을 肝實로 변증하였다[8].

洗肝散은 東醫寶鑑에서 肝實을 치료한다고 되어 있다. 羌活, 當歸, 薄荷, 大黃, 川芎 梔子炒, 甘草炙 各 1돈으로 구성되어 있다.

肝升格은 經渠 中封을 補하여 金氣를 補하여 木氣의 충역을 제어하여 木鬱化火의 기전에 대처한다. 肝氣의 亢進은 火熱의 亢進을 초래하여 上焦에서 肺陰을 손상시킬 수 있다. 또한, 少府 行間 瀉를 통해 火穴을 瀉하여 木鬱에서 기인하는 火鬱에 의한 병증을 제어한다. 그로 인해 肝陽化風, 熱極生風의 기전을 차단시킨다. 이 중 行間은 肝經의 火穴이며 膽經의 非天符要穴로서 瀉할 경우 肝의 鬱熱을 해소시키며 痰火의 상승을 제어해주는 역할도 겸한다[9].

肝寒格은 陰谷 曲泉 補 少府 行間 瀉로 肝正格과 肝勝格의 병용으로 구성되어 있다. 그래서 肝正格의 水를 補함과 肝勝格의 火를 瀉하는 효과를 내어 肝陰 부족에서 기인하는 火의 항성에 대처한다.

환자분의 불안감이 가중되어 胸悶증세가 나타났을 때는 스스로 점진적 근육이완법(Progressive muscle Relaxation, PMR)과 복식호흡을 교육하여 스스로 시행하게 하였다.

점진적 근육이완법은 주요 근육들을 단계적으로 이완시켜 신체의 모든 근육에 이완반응을 조건화시킴으로써 , 높은 각성의 교

감 신경적 반응을 낮은 각성의 부교감 신경의 반응으로 바꾸는 치료적 기술이다[10]. 이 점진적 근육이완법은 심박수, 호흡수, 근전도상 상완근 긴장도를 감소시키는 효과가 있다[11]. 또한 Rawson[12] 등의 연구에서는 점진적 근육이완법이 불안 감소에 효과적이며 Stoudenmire[13]의 연구에서는 점진적 근육이완법이 내향적인 사람들에게서 더욱 불안감이 해소되었다는 보고 사례도 있어 환자분에게 시행하였고 치료에 많은 도움이 되었다.

약 3주 간의 입원 치료 결과 환자분이 제일 불편하게 여겼던 梅核氣 上熱感 胸悶증세는 모두 호전되어 枚核氣는 입원 당시와 비교했을 시 10%정도만 남아있었고 上熱感은 본인이 자각하지 못했으며 胸悶증세도 없어졌다.

현재로서는 構音障礙 및 嚥下障碍가 남아있어 ALS 진단 가능성을 배제할 수 없는 상태로 꾸준한 관찰이 필요한 상태이지만, 이 치험 례를 통해 원인미상의 질병에 대한 한의학적 치료의 가능성을 기대할 수 있었고, 앞으로도 원인불명의 질환에 대한 더욱 지속적인 연구와 다양한 임상적 접근이 필요하다고 사료된다.

Ⅳ.結　論

본 증례에서는 신경과에서 R/O) ALS 진단을 받은 환자를 심리적 요인에서 나타난 신체형 장애로 진단하여 肝實로 인한 肝鬱化火라는 한의학 변증을 통해 한약 침 등의 한의학적 치료를 한 결과 上熱感 梅核氣 胸悶 呼吸困難 左側 上下肢 無力感 등의 증상을 개선시킬 수 있었다.

參考文獻

1. 미국정신의학회 저.이근후 외 14명 역.정신장애의 진단 및 통계편람 제4판. 하나의학사.1995: 579.
2. 신현균. 신체형 장애. 학지사. 2000:65-66.
3. 조흥건. 스트레스병과 화병의 한방치료. 열린책들. 1991: 95-100.
4. 신현균. 신체화의 문화간 차이. 심리과학. 1998;7(1):75-91.
5. 신용태 저 최일생 역. 내과학. 신경질환 10. 한미의학. 2002:233-234.
6. 전범석. 신경과학. 한미의학. 2002:101~103
7. 김중술 외5명. 다면적 인성검사 Ⅱ 매뉴얼.(주)마음사랑. 2005:31-42.
8. 허준.동의보감출판사.동의보감. 2005:235- 237.
9. 김관우. 사암침법 수상록. 도서출판 초락당. 2006:403-404.
10. 신용철. 이완요법에 대한 연구, 동의신경정신과학회지. 1999;10(2):127-34.
11. 김기석, 송윤헌.동통치료에 사용되는 이완요법. 대한두개하악장애학회지. 1993;5(1):2-5.
12. Rawson, J.R, Bhatnagar, NS,Schneider, HG. Initial relaxation response:Personality and treatment factors. Psychological Reports. 1985;57:827-30.
13. Stoudemire J.Effects of muscle relaxation training on state and trait anxiety in

introverts and extraverts. Journal of per sonality and social Pstchology 1972; 24(2):273-75.