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

초기에 전환장애로 잘못 진단되었던 痿證환자 보고 1례

김윤용, 변순임, 김지영, 황의완, 조성훈
경희대학교 한의과대학 한방신경정신과학 교실

A case study of Wei symptom initially misdiagnosed as conversion disorder

Yun-Yong Kim, Soon-Im Byun, Ji-Young Kim, Wei-Wan Whang, Sung-Hoon Cho
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Kyung Hee University

Abstract

Conversion disorder is a diagnosis based on a psychological construct that currently has no known neurobiologic substrate. But It is not easy to differentiate a real conversion disorder from a neurological disease or other medical disease.

A patient in this case report had been diagnosed as conversion disorder but later it was found that the conversion disorder was misdiagnosis. During the 7 days of treatment, this patient was treated by herb medication, acupuncture and TENS and had a little improvement. Both way, this patient was evaluated and evantually was diagnosed as Guillain-Barre Syndrome Miller-Fisher Variant, suggesting that the former diagnosis had been a mistake.

In this case report, we will present this patient's case and review the misdiagnosis of conversion disorder.

Key Word: Guillain-Barre Syndrome, Conversion disorder, Misdiagnosis, Differential Diagnosis

투고일 : 10/13 수정일 : 11/6 채택일 : 1/8
교신저자 조성훈: 서울 동대문구 회기동 경희의료원 한방병원 신경정신과
Tel: 02-958-9188 Fax: 02-958-9187 E-mail: chosh@hku.ac.kr

Ⅰ.緖 論

Guillain-Barre Syndrome은 흔히 감염 후 다발성 신경염 또는 급성 감염성 다발성 신경염으로 불리우며 말초신경계의 탈수초성 병변으로 인하여 이완성 운동마비가 유발되는 질환이다. 대략 60%의 환자에서 경도의 상기도 혹은 위장관 감염 후 1~3주 후 신경병증 증세가 나타나며 원인으로 바이러스 감염이나 면역주사, 항독소, 외상, 수술, 악성 질환 및 면역 결핍 등이 관계되어 있다. 임상적으로 감각이상과 저림 등이 흔한 초기 증상으로 감각이상은 발의 이상감각이 뚜렷하며 차차 손 부위로 진행되고 간혹 통증, 특히 배부통이 초기 증상일 수도 있다. 주된 임상증세는 근력약화로 다소 대칭적이며 수 일에서 1주 내지 2주에 걸쳐 서서히 진행함이 보통이나 드물게 더 오래 진행 될 수 있다[1,2]. 이 질환은 韓醫學에서는 흔히 "痿證"의 범주에서 설명된다. 痿證이란 筋脈이 이완되어 수족이 軟弱無力한 것을 말하며 下肢의 수의운동 및 보행장애가 많이 나타나므로 "痿躄"이라고도 한다[3]. Guillain-Barre Syndrome은 근육 위약과 비전형적인 분포 양상을 보이는 감각 장애를 나타낼 수 있기 때문에 초기 증상을 전환장애로 오진할 수 있다. 그러므로 초기 증상만을 보고 두 질환을 감별하는 것은 때때로 어려운 일이다. 그러나 Guillain-Barre Syndrome은 빠르게 진행하여 호흡부전으로 인하여 생명을 위협할 수도 있기 때문에 이 둘을 감별하는 것은 중요하다[4].

전환장애란 현재 알려진 신경 생물학적 기질이상이 없다는 것을 확인한 상황에서 심리학적인 구조를 기반으로 하는 진단이다[5]. 이런 진단은 알려진 신경해부학적 또는 신경생리학적인 검사 방법으로 확인할 수 없는 결함을 보이는 환자들에게 적용하기 위해 고안되었다[6]. 이런 전환장애는 흔히 이차 이득과 관련되어 있는 것으로 생각되며 또한 전환 증상들은 대부분 감정적으로 연약한 개인들에게 심리적 외상을 초래하는 과도한 불쾌한 상황을 신체적으로 표현하는 것이라고 간주되어 지기 때문에, 전환장애를 진단할 때는 신체적 증상을 촉진하는 상해나 심리적 외상을 찾는 과정이 필수적이다[6]. 韓醫學에서 전환장애는 氣의 병리로 설명될 수 있는데 이런 氣의 병리 중 中氣證이 특히 전환장애와 유사하다. 中氣證이란 七情內傷 등의 정신적인 충격으로 氣의 順行이 卒阻하거나 厥逆하여 卒然昏倒, 言語蹇澁, 牙關緊急, 四肢不隨 등이 발생하는 질환이다[7]. 또한 七氣證, 九氣證, 氣痛證, 氣鬱證 등도 전환장애와 유사한 측면이 있다.

발병의 초기에는 전환장애로 진단 받고 韓方치료로 호전이 있었으나 병의 진행과 함께 결국 痿證 즉, Guillain-Barre Syndrome, Miller-Fisher Variant로 진단 받아 신경과로 전원 간 환자를 보았기에 이 증례를 보고한 후 이 증례에 대해 고찰해 보겠다. 그리고 오진가능성을 내포하고 있는 전환장애의 한양방 접근 방법에 대해 고찰해 보겠다.

Ⅱ.症 例

1. 환자 기본 정보 및 입원 기간: 임OO, F/45, 7일간 입원

2. 主訴

(1)腰痛 (2)兩 手掌 및 足掌 異常感覺과 痛症

⑶顔面 浮腫과 異常感覺과 痛症 ⑷微語澁 ⑸兩 下肢 및 上肢 少力 ⑹全身少力感 및 憂鬱氣分

3. 過去歷 및 家族歷

Uterine Myoma로 3 年 前 Hysterectomy / 父-CVA

4. 現病歷

153cm 72kg 45歲의 肥滿한 體格의 女患으로 3年 前에 Uterine Myoma로 Hysterectomy 시행한 것 외 別無大病 腰痛, 兩 手掌 및 足掌 異常感覺과 痛症 발하여 A병원 응급실 방문하여 촬영한 L-spine CT 상 異常이 없다는 診斷 받고 귀가함. 그 다음날 L-Spine MRI 촬영하기 위해 동네 병원에 입원한 상태에서 그날 저녁 가슴이 찢어 질 듯한 胸悶, 頭痛, 發熱등의 症狀 있어 퇴원하고 B병원 방문하여 신경외과에서 입원치료 받음. 그러던 중 顔面 浮腫과 異常感覺과 痛症, 微語澁, 兩 下肢 및 上肢 少力 發하고 발병 4일 後 촬영한 L-spine MRI 상 이상 없다는 진단 받고 신경학적 검진 상 특이소견 발견되지 않았다 함. B병원 신경외과에서 정신과에 의뢰하여 전환장애와 기분부전장애로 진단받고 "우울증으로 인해 아플 수 있다"는 소견 듣고 나서 정신과 診療 권유 받았으나 본인 및 보호자 韓方 治療 원하여 발병 7일 後 B병원 假退院한 상태에서 韓方應急室 경유하여 韓方神經精神科에 입원함

5. Initial L-spine examination

Neurologic test: Motor: Intact DTR: K/J ++/++ , A/J ++/++ Sensory: intact

6. 問題目錄

⑴腰痛

오른쪽 엉치뼈 위쪽 손바닥 만한 크기의 부위가 가장 아프며 쑤시고 애리고 "후룩후룩" 열감이 난다고 함. "허리가 아파서 걷지 못하겠다"고 호소함.(본인 진술) 또한 견갑골 하연 부근에도 가끔 통증이 있다고 함. SLR등 L-spine examination 상 별무이상

⑵兩 手掌 및 足掌 異常感覺, 痛症

양쪽 손바닥 발바닥에 '화끈화끈' 열감이 지속되고 아프며 감각이 저하된다 함. 가끔 손발이 꼬이는 듯 한 느낌도 있다고 함. Sensory: 좌우 차이 없음

⑶顔面 痲痺, 浮腫, 異常感覺, 痛症 및 微語澁

얼굴이 전체적으로 부어있으며 특히 좌측 턱 부위가 부어있음 얼굴 뿐 아니라 사지도 부어있는 모습이 보임. 입을 벌릴 때 얼굴이 약간 오른쪽으로 돌아감. 얼굴이 아픈데 누르면 더 아프고 입을 벌리지 못한다 함. 입을 벌리면 악관절 부위에 통증이 있음. 눈도 누르면 아프다 함 (눈을 감을 때 약간 부자연스러워 눈알이 뒤집어 진다는 느낌이 듬) 또한 얼굴에서도 화끈거리는 느낌 있음 '얼굴이 떠 있는 느낌'이라 표현

⑷兩 下肢 및 上肢 少力

입원 당시에는 그렇게 심하지는 않았는데 점차 사지에 힘이 없어 손으로 뭔가를 집기가 힘들고 다리에도 힘이 없어 걷지도 못하겠다함. (특히 오른쪽 발목 부위에 힘이 없다 함) 화장실 갈 때는 보호자용 침대 위에 앉아 끌어서 가는 모습 관찰됨.

⑸高血壓

입원 당시 BP가 160/100~140/90mmHg로 높은 경향 보임. 보호자 진술 상 발병일 당시부터 혈압이 높은 것이 발견 됐고 그 전에는 어떤지 잘 몰랐다고 함.

⑹全身少力感 및 憂鬱氣分

7. 韓醫學的 診斷

⑴肥瘦/面色/腹診/舌診/脈診

肥瘦: 肥白

面色: 원래 白色 이였다고 하나 입원당시에는 赤色. 특히 觀骨부위가 赤色임

腹診 : 肥한 경향으로 軟한 살집이 많아 출렁출렁 거림. 彈力은 있음

舌診 : 舌紅 / 脈診 : 弦數

⑵要診

大便: 1回/日, 正常 / 小便: 正常, 夜尿 1회 / 睡眠: 늦게 자고 늦게 일어남 잠이 잘 안 오고 중간에 깸 / 食慾: 正常 / 消化: 正常 / 汗: 少 / 燥濕: 肥, 浮腫(面, 四肢) / 寒熱: 평소 惡寒이나 熱感 없었음. 물은 적게 마시며 따뜻한 물 마심 / 3年 前 Hysterectomy 하여 閉經함

8. 初期 檢査所見

⑴Biochemistry: AST/ALT: 41U/L↑ / 54U/L↑ GGT: 121U/L↑

⑵CBC: WBC: 18680/㎕↑

⑶U/A: Leukocyte: ++

⑷내분비: T4: 126㎍/dℓ↑ LH 10㎍/dℓ↓

⑸EKG: Normal Sinus Rhythm

⑹Chest X-ray: Within Normal Limit

9. 精神醫學的 平價

남편과 함께 세탁소를 운영하고 있으며 발병직전 남편과 다투기는 했으나 평소에 다투던 정도 였다고 함. 특별한 스트레스 상황 발견되지 않음. 정신과적 과거력은 발견되지 않음. 입원당시 환자 본인이 증상으로 상당히 힘들어하여 자세한 정신과적 평가는 이루어지지 않음. 기타 BDI, MMPI등의 진단 도구는 본인이 시행 거부함.

10. 치료방법(Table 1)

Table 1. Method

수단	방법
韓藥	五苓散(1일)→加減淸心湯(1일)->柴苓湯(2일)->柴苓湯加 茵陳蒿(3일)/ 淸血丹
鍼	承泣, 四白, 足三里, 曲池, 少海, 太白, 合谷, 太衝등을 위주로 통증 호소시 마다 阿是穴을 위주로 치료
TENS	腰部 통증 부위에 하루 1회씩 10분 적용

11. 經過(Table 2)

Table 2. Progress of Patient

입원일	경과
1일	이전 병원에서 진단받은 전환장애, 기분부전장애 등에 초점을 맞추어 환자를 치료하였다. 물론 환자에게 나타나는 증상들이 전형적인 전환장애나 기분부전장애로 설명하기에는 불충분하고 보호자에게 확인하기로 특별한 스트레스 사건도 없었지만 여러 검사와 신경학적 검진 상 아무 이상이 없었다는 소견을 들었기에 그것에 의존하였다. 治療는 일단 상기 환자가 증상들 때문에 상당히 고통스러워했기 때문에 標를 急治할 필요가 있다고 사료되어 우선 浮腫에 치료의 초점을 두었다. 肥하고 軟한 살이 많은 體格, 浮腫, 手足掌과 顔面의 痛證, 異常感覺, 高血壓, 面赤, 舌紅, 脈數등을 보고 먼저 水濕과 熱을 다스릴 필요성이 있다고 사료되어 五苓散과 淸血丹을 투여 하였다. 五苓散은 일단 급하게 浮腫을 利水시킬 목적으로 사용하였고 淸血丹8)은 熱을 急하게 瀉할 목적으로 사용되었다. 또한 腰痛에 대하여는 Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation(이하 TENS)를 적용하고 鍼治療를 시행 하였다.
2일	평소에 안 흘리던 땀을 흘리면서 오랜만에 잠도 잘 자고 面白해지고 手足掌의 痛證, 異常感覺도 덜해지는 등 증상의 호전을 보였다. 이 날부터 환자를 완만하게 치료하기 위해 太陰人으로 사료되어 太陰人 浮腫에 사용하는 加減淸心湯을 사용하였다. 이때는 신경학적 질환을 강력하게 의심하기 이전 이였다. 하지만 이날 밤부터 다시 手足掌의 痛證, 異常感覺을 호소하였다.
3일	새벽에 腰痛, 手足掌의 痛證, 異常感覺등의 증상이 극심해져서 새벽에 TENS, 鍼治療를 해주고 烏藥順氣散을 투여한 후 약간 안정되어 수면을 취하게 되었다. 그러나 이날 아침에 손으로 물건을 집을 수 없을 정도로 힘이 빠지고 다리에 힘이 안 들어간다고 호소하며 걷지 못하여서 보호자가 보호자용 침대에 앉혀서 끌어서 화장실 문 앞까지 가고 또 거기서 일어나지 못해 기어서 화장실 가는 모습 등을 보였다. 하지의 MRC(Medical Research Council)등급은 4~3정도로 측정되었다. 이런 증상을 보이기 전에는 허리가 심하게

	아파서 걷지 못한다고 하였으나 이 날 부터는 실제 하지에 소력이 나타나는 것을 환자가 호소하고 또 객관적으로 측정되었다. 이에 신경학적 검진을 실시하였는데 심부건반사가 양쪽이 모두 저하되어 있는 것 외에 별다른 소견은 발견되지 않았다. 또 이날부터 항문 괄약근에 힘이 들어가지 않는다고 호소하기 시작하였으며 이날 오후부터 변비를 호소하였는데 배가 꽉 차고 불편하지만 대변이 안 나와 계속 불안하다고 하였다. 이런 정황으로 볼 때 신경학적 질병이 강하게 의심되었다. 특히 전신소력감 및 우울기분, 사지 통증과 이상감각, 양하지 소력 등의 사지 소력, 보행 실조 및 괄약근의 장애등의 증상으로 말미암아 다발성 경화증을 의심하고 MRI 재판독 의뢰를 하고 주말이 지난 이후에 신경과에 의뢰하기로 하였다. 韓藥은 顔面 浮腫과 痛症, 手足掌의 痛證과 熱感등의 異常感覺, 高血壓, 舌紅, 脈數등의 증상이 여전하였고 간수치도 정상보다 높았고 신경학적 질병이 의심되었기에 解熱, 消炎, 鎭痛등의 작용이 있는9) 柴苓湯으로 변경하여 사용하기 시작하였다. 또한 TENS, 침치료 등도 계속하였다. 그러나 이날 밤에도 手足掌과 顔面의 痛證, 異常感覺을 강하게 호소하고 혈압도 160/100 정도로 계속 높게 유지 되었다.
5일	신경과에 의뢰하기 전에 각 증상들에 대해 평가를 해 보았는데 대부분의 증상 특히 통증과 이상감각은 호전되었다고 하였다.(Table 3) 또한 환자 본인이 호소하는 고통도 상당히 감소하였다. 그러나 변비와 소변마려운 느낌이 없는 것, 안면마비등은 여전하였고 하지의 소력은 MRC 등급 3~2 정도로 악화되었다. 이날 다발성경화증으로 의심하고 신경과에 의뢰하였다. 그러나 신경과에서는 痿證 즉, Guillain-Barre Syndrome, Miller-Fisher Variant로 진단하고 전원 할 것과 함께 Nerve Conduct Study, CSF Examination등의 검사를 한 뒤에 Immunoglobulion 치료를 할 것이라고 답변 하였다. Guillain-Barre Syndrome을 진단 받은 후 환자에게서 과거력으로 발병 2~3주 전 "熱나고 담에 걸린 듯 삭신이 쑤시는" 症狀이 있어 일주일 동안 동네 병원 내과에서 治療받았던 경력 있는 것 확인하였다. 이날부터 변비에 대해 Dulcolax를 투여하였고 韓藥은 감염성 질환의 병력도 확인되었기에 柴苓湯을 계속 사용하였고 茵蔯蒿를 15g 加하였으며 TENS, 침치료 등도 계속하였다.
6일	밤에 手足掌과 顔面의 痛證, 異常感覺 때문에 잠을 자지는 못하였으나 아침에 대변을 1회 소량 보았다고 하였다. 手足掌과 顔面의 痛證, 異常感覺등은 호전되었지만 아플 때는 예전과 비슷하다고 하였다. 얼굴색이 윤택해지고 面赤이 줄어들고 오후에는 대변을 1회 시원하게 보았다. 하지만 여전히 걷지는 못하였다. MRC 등급은 측정하지 못했으나 나중에 신경과 차트에서 2~1 정도 되었다고 확인 할 수 있었다. 이 날 Nerve Conduct Study 검사 결과가 나왔는데 "Polyneuropathy(Sensorimotor demyelinating)" 로 소견이 나와 Guillain-Barre Syndrome을 확인하였다. 그리고 이 날부터 Immnoglobulin 치료를 시작하였다.
7일	신경과로 전원하였다.
이후	신경과 전원 후 환자는 13일간 입원 치료 하였으며 그 동안 Immunoglobulin과 양방 진통제 및 혈압약 등의 약물 치료를 받은 후 호전되어 퇴원하였다고 하였다. 현재는 호전된 상태로 피로감과 전신에 쇠약감은 여전히 있으나 충분히 걸을 수 있을 정도가 되었고 얼굴 또한 붓기가 모두 빠지고 깨끗해 졌다고 한다.

Table 3. Description of Patient State (Admission 5thday)

증상	상태
腰痛	입원 당시에 비해 2/3정도 남음.
兩 手掌 및 足掌 異常感覺과 痛症	입원 당시에 비해 1/3 정도 남음. 저리고 열나는 것 많이 줄었는데 가끔씩 오그라들고 쪼이는 느낌이 있다고 함. 팔의 부종은 여전함.
顔面 痲痺, 浮腫과 異常感覺과 痛症 및 微語澁	붉은 것 줄고 색도 좋아지고 부종도 약간 줄어듬.아픈 것은 1/3정도 남았는데 얼굴 근육이 마비된 듯이 "우" 나 "이" 같은 동작이 안된다고 함. 입 벌리는 것 많이 좋아져 입원 시에 비해 많이 벌어지나 입 벌릴 때 오른쪽으로 약간 돌아가는 것 여전함.
大便	아직 보지 못함. 소변 마려운 느낌이나 대변 마려운 느낌 없으며 소변은 마려워서 보는 것이 아니라 시간 돼서 본다 함 복부는 불편하고 더부룩하다고 함
兩 下肢 및 上肢 少力	여전히 걷지 못함. MRC는 上肢 3~2, 下肢 3~2 정도로 악화됨.

Ⅲ. 考 察

상기환자에 대해 정리하면 상기 환자는 처음에는 타병원에서 전환장애와 기분부전장애를 진단받고 정신과에 의뢰되었으나 정신과 치료를 거부하고 한방치료를 받기 위해 한방 응급실로 내원하였고 다른 병원의 진료 소견인 전환장애와 기분부전장애로 인해 한방신경정신과로 입원하게 되었다. 하지만 입원 후 시간이 지날 수록 하지 소력 등의 증상이 진행되고 환자의 증상이 더욱 세밀히 파악됨에 따라 전환장애와 기분부전장애보다는 신경과적 질병이 있을 것으로 생각되었고 그에 따라 환자의 증

상을 보고 다발성 경화증을 의심하였다. 물론 MRI 소견 정상이라고 들었으나 판독에서 놓친 부분이 있을 수도 있는 것이고 심부건반사가 저하되었으나 양측에 큰 차이가 있지 않았기에 일단 다발성 경화증을 초기 진단으로 잡았다. 또 상기 증례의 환자가 전신소력감 및 우울기분등의 우울증 증상의 소견을 보이긴 했지만 이는 질병에 따른 2차적인 결과라고 생각되었다. 심리적 요인은 일반적인 의학적 상태와도 연관성이 있을 수 있기 때문에 심리적 요인이 증상이나 결함과 원인적인 관계가 있는지의 여부를 규명하는 것은 힘들기[10] 때문이다. 상기 환자를 신경과에 의뢰한 결과 다발성 경화증보다는 痿證 즉, Guillain-Barre Syndrome, Miller-Fisher Variant를 진단 받았고 신경과로 전원 간 후 성공적인 치료를 받고 호전되었다. 상기 환자는 발병 2~3주 전에 감염질환이 시사되는 증상이 있었고 또한 요통, 이상감각, 통증, 안면마비, 미어삽, 상지 및 하지 소력, 혈압불안정, 안면홍조, 건반사 저하 등의 증상은 전형적인 Guillain-Barre Syndrome의 증상이었다. 특히 "눈을 감을 때 약간 부자연스러워 눈알이 뒤집어 진다는 느낌" 이나 보행장애, 건반사 저하등의 증상은 Miller-Fisher Variant를 의심할 수 있는 증상 이였던 것이다. Miller-Fisher syndrome은 1956년에 Miller Fisher에 의해 처음 기술되었으며 안구마비, 무반사, 실조증의 삼대 증상을 나타내는 질환으로 Guillain-Barre Syndrome의 한 변형 또는 급성 다발성 신경염의 드문 유형으로 생각된다고 한다[11]. 전환장애를 감별할 수 있는 양성 증후로 '건강염려증이 의심되는 과거력', '잠정적인 이차이득', '기분 좋은 무관심', '신경학적인 분포와 일치되지 않는 감각이상', '다양한 신경학적 검진에서의 감각 이상의 형태 변화', '암시에 의한 감각 또는 운동 장애의 변화', '정중앙을 가르는 반신의 감각이상' 등이 있는데[12] 상기환자의 경우에는 과거 정신과적 병력이나 잠정적인 이차 이득이 확인되지 않았으며 증상에 대해 매우 고통스럽게 호소하였다. 신경학적인 분포와 일치되지 않는 감각이상을 보이기는 하였으나 감각이상의 양상에 변화가 있지는 않았고 하지소력의 양상도 변화하지 않고 진행하였다. 증상이 나타날 때 鍼治療를 받으면 증상이 완화되는 경향이 있는 등 암시에 의한 감각 이상의 변화가 시사되는 증후가 있기는 하였으나 이는 鍼治療로 인한 진통효과로 사료된다. 상기환자의 경우 전환장애를 시사할 만한 뚜렷한 양성증후가 있지는 않았으나 검사와 신경학적 검진 상 이상이 없었기에 초기에 전환장애를 진단받은 것이며 증상들 특히 하지 소력이 질병이 진행됨에 따라 명확해 졌기에 후에 질병이 존재한다는 것을 알 수 있었던 것이다. 위에도 서술 하였듯이 Guillain-Barre Syndrome의 초기 증상은 전환장애로 오진 될 수 있다[4]. 상기 증례에서 한가지 흥미로운 점은 상기 환자가 남편과 함께 세탁소를 운영하였는데 세탁소에서 사용하는 Benzen, Acetic acid ethyl, Acetone[13], Ethyl ether등의 Neurotoxic organic solvents등이 Guillain-Barre Syndrome의 원인이 될 수 있다는 것이다.

韓藥치료, TENS, 鍼治療 등의 韓方治療에 의해 상기 환자의 증상에 호전이 있었다는 것은 고무적인 사실이다. 이는 痿證등의 신경학적 질병 또는 기타 여러 질병에 있어 증상 호전에 한의학적 辨證과 治療가 도움을 준다는 것을 시사한다고 볼 수 있다. 痿證의 원인으로는 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸襲, 瘀疽脈絡등이 있는데 이 중 濕熱浸濕의 증상은 "肢體漸出軟弱無力, 下肢常見 혹 兼見微腫 手足痲木頑痒 微熱 喜冷惡熱 身腫面黃 胸脘痞悶 小便赤澁熱痛 舌苔黃膩 脈濡數" 등이다[3]. 상기 환자의 증상들을 볼 때 상기환자의 증상의 원인

을 濕熱浸襲으로 볼 수 있다. 또 《東醫寶鑑》[14] 脚氣門 脚氣病證에 "脚氣外證 全類傷寒 但初起 脚膝軟弱 頑痺 轉筋 赤腫爲異耳", "脚氣爲病 雖起於足 實周乎身 或壯熱頭痛 或百節拘攣 或十指走注 或轉筋急痛 ... 大便小便多是秘澁 自腿至膝 自脛及踝 屈弱頑痺 攣急痠疼 或煩不煩 或腫不腫 皆其候也. 其傳足六經 外證與傷寒頗類 但卒然脚痛爲異耳"이라고 나와 있는데 여기에는 상기 환자의 증상과 일치하는 면이 많이 보인다. 脚氣의 病因에 대해서는 "脚氣之疾 實水濕之所爲也"라며 水濕의 병리를 제시하고 있다. 이렇듯 상기 환자의 병리에 대해 水와 濕, 熱의 문제로 볼 수 있기 때문에 이에 따라 顔面 浮腫과 痛症, 手足掌의 痛證과 熱感등의 異常感覺, 高血壓, 舌紅, 脈數 증상을 보고 水濕과 熱感을 다스리기 위해 사용한 柴苓湯, 淸血丹과 TENS, 鍼治療등의 韓方治療에 의해 증상이 호전된 것으로 보인다.

상기 환자의 경우에 주의해야할 것이 中氣등의 氣의 病證과 水濕熱등의 六氣 또는 기타 다른 病證으로 인한 경우를 충분히 감별하여 진단해야 한다는 것이다. 물론 실제로 행한 治療는 나타나는 증상들을 보고 水濕熱을 다스리는 것을 위주로 하였지만 치료에 있어 氣證의 진단에 치중하여 氣를 調理하는 쪽으로 방향을 잡는 실수를 할 수도 있었을 것으로 보인다. 《東醫寶鑑》[14] 氣門 氣痛에서 "氣滯於外 則周身刺痛 或浮腫"이라고 하였고 氣鬱에서 "正傳曰 氣鬱而濕滯 濕滯而成熱 故氣鬱之病 多兼浮腫脹滿."라고 하였듯이 氣의 病證로 인해서도 충분히 浮腫과 痛症이 발생할 수 있기 때문이다. 또한 腰痛門의 氣腰痛에서도 "凡人失志則心血不旺 不養筋脉 氣滯腰痛 不能久立遠行"라도 제시 되어있듯이 이 환자의 초기 주요 증상이였던 腰痛과 이로 인해 걷지 못한다는 것이 氣의 병리로 해석될 수 있기 때문이기도 하다.

실제로 어떤 질병에 의해 설명되지 않는 운동계와 감각계의 증상을 갖고 있는 환자들은 신경학적 임상에서는 흔하게 보이며 외래환자와 입원환자의 1~9% 정도가 이에 해당한다고 한다[15]. 정신의학의 분류와 진단체계는 위와 같이 신경학적 진단을 시사하는 증상을 보이고 있으나 그 증상이 질병이나 꾀병으로 설명되지 않는 경우에 대한 진단명으로 전환장애(DSM-Ⅳ) 또는 해리성 장애 (ICD-10)같은 용어를 사용한다[16]. 이러한 전환장애를 진단하는 것은 진단 기준에도 시사되어 있듯이 철저한 의학적 조사를 통해 원인이 될 만한 신경학적 상태나 일반적인 의학적 상태를 배제한 다음에만 가능하다. 또 겉으로 보기에는 전환장애로 보였던 여러 사례에서 일반적인 의학적 원인이 수년 후에 밝혀지는 경우도 있으므로 진단은 임시적으로 그리고 잠정적으로 내려져야 한다[10]. 다양한 신경학적 질병이 전환장애로 오진될 수 있는데 그 중 가장 현저한 것은 Multiple Sclerosis, Guillain-Barre Syndrome, Systemic Lupus Erythematous, Brain Tumor, Epilepsy, AIDS, Myasthenia Gravis, Essential or Drug-induced Dystonia, Optic neuritis등이다[10,17].

처음에는 전환장애로 진단받은 환자라도 결국에는 그들의 증상들을 설명할 수 있는 질병을 갖고 있는 것으로 밝혀지기도 한다. 외국에서도 여러 증례가 발표되고 있는데 처음에 상기 증례와 비슷하게 요통, 하지소력과 보행장애, 진전 등의 증상을 호소하여 전환장애로 진단되었다가 결국에는 심장호흡부전으로 사망하고 사후에 Sporadic Creutzfeldt Jakob disease로 진단된 증례가 발표된 적이 있다[6]. 또 Transverse myelitis를 전환장애로 잘못 진단한 사례가 발표된 적이 있다. 이 사례에서의 환자는 상기 증례와 비슷하게 갑작스럽고 자발적으로 허리 아래로 양 하지의 마비와 저

림, 타는 듯 한 통증 등을 호소였으나 처음에는 전환장애를 진단받았었다[12]. 또 소아들에게 있어서 Guillain-Barre Syndrome을 전환장애로 오진한 3건의 사례[4]가 발표 된 적이 있다.

이러한 증례들로 볼 때 전환장애의 진단은 매우 주의 깊고 사려 깊게 내려야 한다. 전환장애를 진단할 양성증후가 발표되기도 하였는데 알려진 생리학적 기전과 일치되지 않는 증후가 있는 것, 관찰되거나 검사받을 때와 그렇지 않을 때의 증후에 확실한 차이가 있는 것 등을 비롯하여 여러 가지 증후들이 있다. 하지만 이런 양성 증후들의 타당성이 의심되며 따라서 이런 증후가 있더라도 전환장애로 진단하는 것을 매우 사려 깊게 해야 한다.[12] 특히 대뇌 손상을 갖고 있는 30명의 환자를 관찰한 연구에서 모든 환자들이 전환장애 양성 증후를 평균적으로 3~4가지를 가지고 있었다. 따라서 양성 소견을 전환장애의 특징적인 증후로 보고 진단을 내리면 오진하게 된다고 결론 내리고 있다[18]. 현대에 와서 CT나 MRI 같은 진단 첨단 장비를 이용하게 됨에 따라 다발성 경화증같이 역사적으로 빈번하게 전환장애로 오진되었던 신경학적 질환들에 대한 진단이 보다 정확해졌지만 오진은 여전히 발생하고 있다[12]. 그러므로 전환장애를 진단할 때는 매우 사려 깊어야 하고 신중을 기해야 할 것이다.

韓醫學적으로도 中氣등 氣의 病證과 濕熱등 六氣 또는 기타 다른 원인으로 생기는 병증들을 감별하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 왜냐하면 氣의 病證와 기타 六氣등의 病證에 따른 적절한 치법을 구사하지 못할 경우 환자에게 치명적인 결과를 초래할 수 있기 때문이다. 《東醫寶鑑》[14]에서도 "中風則脉浮 身溫 口多痰涎 中氣則脉沈 身凉 口無痰涎 中風而以中氣藥治之 亦無所傷 中氣而以中風藥投之 禍不旋踵"라고 하여 氣의 病證과 六氣의 병증의 병리를 구분할 것을 강조하고 있다. 또한 《東醫寶鑑》[14]에 나오는 많은 증상들에서 그 증상들의 원인 중의 하나로 氣의 病證를 제시하고 있으므로 위의 감별은 중요하다고 할 수 있다.

사실 의사들은 전환장애로 진단하는 것을 꺼려하는데 이는 전환 장애로 잘못 진단 내려진 경우가 수용할 수 없을 정도로 흔하다는 초기 연구결과의 영향 때문인 것으로 보인다. 초기 연구에 의하면 처음에는 전환 증상으로 진단되었던 사람의 1/2내지는 1/4이 나중에 일반적 의학적 원인이 발견된 경우가 있다고 하였고[10] 이런 연구 중에 특히 1965년에 Slater ET.에 의해 시행된 연구 결과가 유명하다[19]. 이 연구에서는 Hysteria로 진단 내려진 환자 가운데 33%가 오진이라고 주장하고 전환 장애라는 진단을 "망상" 이나 덫"이라고 결론 내렸다.

하지만 최근에는 전환장애의 오진이 생각보다 적다는 연구들이 나오고 있다. 전환장애의 오진 비율에 대한 메타 연구가 Jon Stone 등에 의해 시행되었다[16]. 이 연구에서는 예전의 연구들은 수용할 수 없을 정도로 높은 오진 비율을 보고 했는데 반해 1970년대 이후로는 4% 정도로 낮은 오진 비율을 보고 한다고 하였다. 또 이런 오진 비율의 감소는 진단 정확성의 향상 때문이기 보다는 초기에는 연구 방법의 질이 낮았기 때문인 것으로 생각된다고 주장했다. 즉, 이 연구에서는 초기부터 실제의 오진 비율은 그다지 높지 않았다고 주장하고 있는 것이다.

또한 신경학적 질병이 있다고 전환장애의 진단이 배제되는 것도 아니다. 신경학적 상태나 일반적 의학적 상태가 있는 경우일지라도 신경학적, 일반적 의학적 상태의 본질이나 정도에 따라 설명되지 않는 경우에는 전환장애를 진단내릴 수 있다[10].

신경학적인 질병이나 기타 일반적 의학적 상태를 전환장애로 오진할 수도 있으므로 임상적으로 조심하고 신중을 기하는 것은 반드시 필

요하다. 전환장애로 진단한 경우에도 적절한 기간 동안에 세밀한 관찰을 통해 신경학적 질병이나 기타 일반적 의학적 상태의 질병을 놓치는 잘못을 범하지 말아야 할 것이다. 하지만 신중을 기하는 것이 지나쳐 전환장애를 진단하지 못하고 이에 따라 전환장애에 적절한 치료를 하지 못하는 것 또한 주의해야 할 일이다. 전환장애의 치료와 관리는 나타난 증상이 가역적이고 기질적 질병 때문이 아니라고 설득하는 것에 치료에 중점을 두고 있어[20] 신경학적인 질병이나 기타 일반적 의학적 상태에 대한 치료와 매우 상이한 접근을 하고 있기 때문이다.

韓方神經精神科 또는 여러 韓方病院에 治療를 받으러 오는 환자들 중에는 고통스러운 증상을 분명히 가지고 있는데도 여러 가지 검사를 하고 나서 아무 이상이 없다는 소견을 듣고 韓方치료에 희망을 걸고 내원하는 환자들이 많이 있다. 그러 환자들은 나타나는 증상에 대해 “심인성”, “비기질적”, “히스테릭”, “의학적으로 설명되지 않는”, “기능적”등의 소견을 듣거나 신체형 장애 또는 여러 다른 정신 장애에서 부수적으로 나타나는 신체질환으로 추정되어 정신과를 권유받는 경우가 많다. 이런 환자들을 보았을 때 이 전에 여러 검사를 받고 이상이 없다는 소견만을 믿고 氣의 病證만으로 보아 치료에 접근하기 보다는 증상들에 대해 다시 한번 고려해서 혹시나 다른 원인이 되는 질병이 있는지 확인해 보고 또한 辨證에 있어서도 六氣등의 다른 원인이 있는지 주의하는 것이 중요하다. 그리고 Guillain-Barre Syndrome같은 여러 질병들이 초기에 그 증상도 애매하고 검사실 소견에서 원인이 밝혀지지 않기도 하므로 이를 위한 지식을 갖는 것이 필수적이다. 항상 경각하고 주의를 기울이고 있어야 한다.

Ⅳ. 結論 및 要約

상기 증례는 7일 동안의 입원기간 동안 치료와 동시에 평가가 이루어 진 환자의 경우이다. 상기 증례의 환자는 처음에는 전환장애와 기분부전장애로 진단 받았고 韓方치료에 의해 증상의 호전이 있었으나 결국에는 痿證 즉, Guillain-Barre Syndrome, Miller-Fisher Variant로 진단 받았다. 병의 경과 상 생명을 잃을 가능성을 배제할 수 없기에 신경과로 전원하였다. 이 증례를 통해 다음과 같은 결론을 얻게 되었다.

1. 전환 장애는 임상 上 오진될 수도 있으므로 세밀한 관찰과 주의를 소홀히 해서는 안 된다.
2. 특히 Guillain-Barre Syndrome의 초기 증상은 전환장애로 오진되기 쉬우므로 주의해야 한다.
3. 韓醫學적으로 氣證과 기타 六氣나 水濕熱에 의한 질환을 감별하는 것이 중요하다.

參考文獻

1. 아담스신경과학 편찬위원회. Principle of Neurology 신경과학. 한글 제1판. 서울:정담. 1998:1212-1214
2. 이광우 편저. 임상신경학. 3판. 서울: 범문사. 2003: 757-760
3. 전국한의과대학심계내과학교실. 심계내과학. 1판. 서울:군자출판사. 2006: 353-358
4. Jeffrey NW, Susan LM, Terry H. Differential Diagnosis and Treatment of Conversion Disorder and Guillain-Barre

Syndrome. Clinicla Pediatrics. 1991; 30(10):578-585
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock''s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Baltimore:Lippincott Williams&Wilkins. 2000
6. Solvason HB, Harris B, Zeifert P, Flores BH, Hayward C. Psychological versus biological clinical interpretation: a patient with prion disease. Am J Psychiatry. 2002;159:528 - 537
7. 홍석, 이동원, 전홍열. 中氣의 病因病機 및 治療에 관한 文獻考察. 동의신경정신과학회지. 2000;11(1):115-130
8. 경희대학교 부속 한방병원. 경희한방처방집. 서울:경희의료원. 2007:538
9. 계수명. 시령탕의 효능에 관한 실험적 연구. 경희대학교대학원 한의학과 학위논문(박사). 1993:42
10. 이근후 외 13인 역. 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판. 1판. 서울:하나의학사. 1995:588-595
11. 손희진, 이종혁, 백혜정, 지미정. 비전형적 밀러-피셔증후군 1예. 대한안과학회지. 2007;48(6):878-881
12. Robert WT, Allan PS. Misdiagnosis of Conversion Disorders. Am J Phys Med Rehabil. 2002;81(3):236-240
13. Chen JK, Wu MS, Yang CW, Huang JY, Hsu PY, Lin CL, Huang CC. Guillain - Barre syndrome associated with minimal change glomerulopathy and tubular dysfunction-related to acetone-based organic solvent?. Am J Nephrol. 2002;22(5-6):560-565
14. 許浚 著. 東醫寶鑑. 6판. 서울:남산당. 2001
15. Akagi H, House A. The epidemiology of hysterical conversion. In: Halligan PW, Bass C, Marshall JC, eds. Contemporary approaches to the study of hysteria. Oxford:Oxford University Press. 2001:73-87
16. Jon S, Roger S, Alan C, Steff L, Robin P, Charles W, Michael S. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and “hysteria”, BMJ, 2005;Oct 29 331(7523):989-994
17. 대한한방신경정신과학회 편. 한방신경정신의학. 1판. 서울:집문당. 2005:542-543
18. Gould R, Miller BL, Goldberg MA. The validity of hysterical signs and symptoms. J Nerv Ment Dis. 1986;174:593 - 597
19. Slater ET. Diagnosis of “hysteria”. BMJ. 1965;I:1395-1399
20. Jon SM, Michal S. Misdiagnosis of Conversion. Am J psychiatry. 2003;160(2): 391