동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 19. No. 3, 2008

일과성 전기억상실증으로 진단된 환자 치험 2례

오경민, 양동호, 조윤송, 김보경
동의대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

Clinical Report of two TGA cases

Kyong-Min Oh, Dong-Ho Yang, Youn-Song Cho, Bo-Kyong Kim
Dept. of Oriental Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dongeui University, Busan, Korea.

Abstract

Transient global amnesia(TGA) is a clinical syndrome characterized by sudden, temporary dysfunction of anterograde and recent retrograde memory without other neurologic deficits.

Different hypotheses have been considered for its etiology, but it still remains obscure. Recently the diffusion-weighted magnetic resonance imaging(DWI), has been considered as the sensitive tool to detect small punctate hyperintense lesions in the hippocampus in transient global amnesia(TGA).

We report two TGA cases, all of them answers to TGA clinical criteria, and one of them showed two dot like high signal intense foci in Rt. hippocampus on DWI.

Key Words : TGA(transient global amnesia), 해마(hippocampus), clinical report

---

투고일 : 10/9 수정일 : 11/7 채택일 : 11/12
* 교신저자 ; 김보경, 부산시 진구 양정동 동의대학교 부속한방병원 신경정신과
Tel. 051-850-8809, Fax. 051-867-5162, E-mail : npjolie@deu.ac.kr

Ⅰ. 서 론

일과성 전기억상실증(Transient Global Amnesia)은 국소 신경학적 증상 없이 갑작스러운 가역적·일시적 전향기억상실과 역행기억상실을 나타내는 질환이다[1]. 환자는 혼란에 빠지게 되고 시간과 장소에 대한 지남력이 저하되어 같은 질문을 반복하게 되지만 의식이나 개인 주체성의 장애는 없다[1-3].

TGA의 진단은 주로 임상적 증상에 의하며, 1990년에 Hodges와 Warlow에 의해 TGA의 임상적 표준이 제시되었고 이후 가장 보편적으로 사용되고 있으며 현재 이 표준에 입각한 임상적 연구가 활발하게 이루어지고 있다[4].

또한 확산강조자기공명영상(MR-DWI), 양전자방사단층촬영(PET), 단일양자방출전산화단층촬영(SPECT) 등의 영상진단을 이용하여 TGA의 병리적 메카니즘을 파악하기 위한 연구가 진행되고 있으며, 그 결과 대뇌의 전반적인 혈류 변화, 학습과 기억작용과 관련되어 있는 해마와 림빅시스템 일부의 일과성 허혈변화와 관련이 깊음이 밝혀지고 있다[5].

현재까지 TGA에 관한 한방 신경정신의학적 증례보고가 거의 없기에 본원에 기억장애증상으로 입원하여 신경과 협진 결과 TGA로 진단받은 두개의 증례를 토대로 일과성전기억상실증의 임상경과와 진단영상학적 결과를 관련논문을 참조하여 함께 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

증례 1.

1. 성별/나이

남자 / 54세

2.주소증

기억력상실

3.발병일

200X년 X월 X일 4am경(기상 직후)

4.과거력 & 가족력

별무

5.현병력

O/S경 기상 직후 발병 전날에 있었던 일과 2~3달 전의 일을 기억 못하는 증상이 나타나 같은 날 A병원에서 CT촬영 후 이상 없다는 진단 받고 곧바로 본원 응급실에 내원함. 내원 당시 발병 전날의 기억 전혀 없었으며 A병원 간 것 기억 못함.

6.개인력

평소 낙천적인 성격이었으나 수개월 전 직장에서 업무 과정 중 동료들에게 억울한 오해를 당한 뒤부터 극심한 스트레스에 시달림.

7.치료기간

발병 일부터 5일간 입원치료

8.임상진단

양방병명 : 일과성 전기억 상실증(TGA)

한방진단명 : 太陰人 肝受熱裏熱病

9.체질감별

① 體刑氣像 : 키 173cm, 체중 75kg으로 골격이 굵으며 허리와 배가 두꺼워 보이고 큰 편이다. 체격은 약간 통통해보이며 눈,코,입이 크다.

② 容貌詞氣 : 동작이 느리며 발걸음이 중후하고 느린 편이다.

③ 性質才幹 : 평소엔 점잖은 편이나 급할

땐 성급한 편이며 가정을 중하게 여기며, 고집과 끈기가 있으며 주변의 요건들을 잘 따지고 성취심이 강하다.

10.치료내용

1) 침치료

1일 1회 20~25분간 유침. 百會, 上星, 印堂, 足三里, 合谷, 太衝

2)한약치료

淸心蓮子湯(동의수세보원:蓮子肉,山藥8g,天門冬,麥門冬,遠志,石菖蒲,酸棗仁,龍眼肉,柏子仁,黃芩,蘿蔔子4g,甘菊2g) 1일 3회 복용.

3)양약치료

Aspirin protect 100mg(1일 1회 복용)

11.검사소견

1) EKG - normal
2) Chest PA - no active lung lesion
3) 혈액검사 - 별무소견
4) MRI Brain(CE) 7.5cc +MRA + Diffusion (발병 60시간 후 촬영)

Fig. 1.

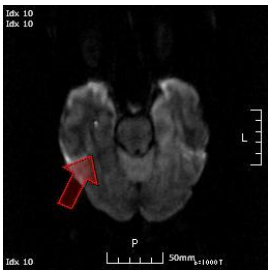
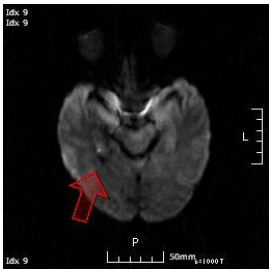


Fig. 2.



1.Two dot like high SI foci in Rt. hippocampus on DWI.
- C/W Transient global amnesia.

2.On MRA,
- Dolichoectasia of basilar artery and ectasia of Lt. distal vertebral artery.
- Minimal subtle atherosclerotic changes in Rt. distal M1.

12.경과기록

입원당일 : 새벽 4시에 기상 후 주위 사람들을 못 알아보고 전날 시골에 어머니를 모시러 간 일을 전부 기억 못하고 최근 2~3개월 사이의 일 중 부분적 기억 상실(집안의 중요한 일) 증상을 보였으나 본원 입원 직후 과거 기억 및 전날 기억의 70~80%를 회복함.

경미한 지남력 저하를 보여 본인의 이름 및 직업, 가족관계, 주소, 전화번호 등에 대해서는 기억하지만 현재의 계절은 인식하되 지금이 몇 월달인지 조금 헷갈려함. 본원 입원 전 타 병원 응급실에서 CT촬영한 사실은 기억 못함. TGA로 추정되었으나, 뇌경색 및 일과성 뇌허혈 발작의 가능성 배재할 수 없어 절대안정을 취하게 함.

입원 2일째 : 기상 후 오전6시경 전날 기억이 안 나던 일들이 조금씩 기억난다고 함. 오전8시경 어제 저녁 반찬이 무엇이며 A병원에서 CT촬영한 일과 본원에 입원하게 된 사정 및 과정을 기억함. 오후2시경 발병전날 시골에 갔던 일들을 조금씩 기억하기 시작했으며

최근에 딸이 시집을 가고 이사를 간 일 등 이전에 기억 못하던 것들을 기억해냄. 舌紅苔黃, 脉數

입원3일째 : 점차 회복하여 발병 전날 시골 갔던 일을 모두 기억하지만 그 과정에서 동생을 만난 일은 기억 못함. 어제 병원에서 있었던 일과 주변사람과의 대화, 식사 시 먹었던 반찬 모두 기억함. 오후 4시경 조영증강 MRI+MRA+Diff촬영함.

입원 4일째 : 발병 전날의 일과 최근 2~3개월 사이에 기억 못하던 일을 거의 다 기억하게 되었으나 세세한 일들은 기억이 안 난다고 함. 발병 당시 사람들을 못 알아보던 일은 기억 못함. 신경과 협진 결과 MRI상 Rt. temporal 영역에 허혈성 변화 보여 TGA로 진단 받았고 아스피린 프로텍트정 투여함.

입원 5일째 : 기억력 장애 거의 다 호전됨

과거 뇌경색의 기왕력이 있으며 평소 간헐적으로 두통, 현훈 있었음. 금일 아침에도 두통, 현훈감 호소 후 기억력 장애 동반됨.

증례 2.

1. 성별/나이

남자 / 66세

2.주소증

기억력상실

두통,현훈

3.발병일

200X년 X월 X일 9am경

4.과거력

chronic lacunar infarctions - 200X년(발병 2년전) 본원 한방 신경정신과 12일간 입원치료 양측발목골절 - 200X년 C병원에서 수술. 6개월간 입원치료

전립선비대-200X년 본원 비뇨기과 진단. 경구약 복용 중.

5.가족력

사촌형 중풍

6.현병력

발병당시 직장에서 일하던 중 기억상실, 두통, 현훈 증세 보여 오전10시경 B병원 신경과 내원하여 특별한 진단은 받지 못하고, 경구 약 처방 받은 후 집으로 귀가하였으나 증세 호전 없어 본원 외래를 통하여 입원.

7.개인력

과거 뇌경색의 기왕력이 있으며 평소 간헐적으로 두통, 현훈 있었음. 금일 아침에도 두통, 현훈감 호소 후 기억력 장애 동반됨.

8.치료기간

발병 일부터 12일간 입원치료.

9.임상진단

양방병명 : 일과성 전기억 상실증(TGA)

한방진단명 : 太陰人 肝受熱裏熱病

10.체질감별

① 體刑氣像 : 키 168cm, 체중 70kg으로 다소 비만하며 체격이 건장하고 피부는 검은편이며 肌肉상태는 땀구멍이 다소 발달했으며 단단한 편이다.

② 容貌詞氣 : 말할 때 목소리가 중후한 편이며 부드러운 눈매와 큼직한 코, 두툼한 입술로 전체적으로 눈코입이 뚜렷하다.

③ 性質才幹 : 성격은 대체로 순한 편으로 동작이 차분하며 걸음걸이는 느긋한 편이나 간혹 급한 성격을 나타내기도 하였다.

11.치료내용

1)침치료

1일 1회 20~25분간 유침. 百會, 上星, 印堂, 肝勝格(經渠,中封(+) 少府,行間(-))

2)한약치료

치료1일~치료12일: 葛根解肌湯(동의수세보원: 葛根12g,黃芩,藁本6g,桔梗,升麻,白芷4g)1일 3회 복용.

3)양약치료

Aspirin protect 100mg(1일 1회 복용)

Tanamin 80mg(1일 2회 복용)

Ibstrin 200mg(1일 2회 복용)

Harnal D 0.2mg Avodart SC 0.5mg(1일 1회 복용)

12.검사소견

1)EKG - abnormal, sinus rhythm

2)Chest PA - no active lung lesion

3)혈액검사 - 별무소견

4)MRI Brain(CE) 7.5cc +MRA + Diffusion (발병 36시간 후 촬영)

Fig. 3.

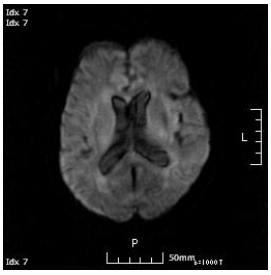
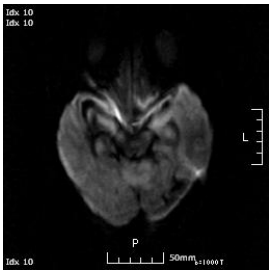


Fig. 4.



1.Encephalomalacic changes and adjacent gloisis secondary to previous chronic hemorrhage rather than chronic infarctions foci with previous marginal hemorrhagic transformation in Rt. lower basal ganglia.

2.Microangiopathies, chronic lacunar infarctions, and ischemic changes in both paraventricular and both periventricular white matter, and both basal ganglia.

3.On MRA,

- Suspicious aneurysm with inferomedial direction in Rt. paraclinoid ICA, below 3 mm.
- Fetal type of Rt. PCA with focal minimal stenosis in Rt. proximal P3.
- Tortous basilar artery.

13.경과기록

입원당일 : 자신의 이름, 주소, 전화번호 등 기억하나 아들이름, 장소, 시간에 대해 부분적으로만 기억, 현 상태나 지금까지의 증세에 대해서는 분명히 기억함. 금일 아침 발병 시 경미한 현훈과 머리 띵한 두통을 일시적으로 호소했다 함. 舌淡紅苔白, 脈浮

입원2일째 : 어제 기억 못하던 아들의 이름, 현재 자신이 있는 장소나 현재의 시간, 날짜, 계절 등 모두 기억 정확하게 하는 편이나 과거나 시간,장소에 대한 인지기능은 부분적으로 떨어짐. 본인이 현재 기억장애가 있음을 인지하고 있음. 기상 시 경미한 현훈 간헐적으로 있었으며 하루 종일 머리가 맑지 않다고 함. 조영증강 MRI+MRA+Diff촬영함.

입원3일째 : 이름, 시간, 장소에 관한 인지 확실하게 가능. 간혹 방금 일어난 일에 대해 자세히 기억 못하고 숫자 헷갈리는 경우 있으나 곧 다시 기억함. 과거에 대한 기억저하 호전 보임. 현훈,두통 증세 없음. 신경과 협진 결과 TGA로 진단받음.

입원4일째 : 기억력 평소와 거의 같으나 간혹 경미한 건망증세 보임.

입원5~7일째 : 평상시와 동일한 상태로 기억력 호전되었으나 건망증세 남아있음. 현훈,두통 증세 없음

입원7~10일째 : 건망증세 없음.

외래치료 경과 : 퇴원 후 1달간 1주 2회씩 침 치료 병행.

기억력저하, 두통, 현훈 없이 컨디션 유지됨.

다음은 증례 2의 환자가 발병 2년 전 유사한 증상으로 입원한 경과기록이다.

1.주소증

기억력상실

두통, 현훈

2.발병일

200X년 X월 X일 9am경

3.현병력

사업상 업무를 마치고 비행기 타고 돌아오던 중 상기 증상 나타나 본원 한방신경정신과 외래를 통하여 입원함.

4.치료기간

발병 일부터 12일간 입원치료

5.임상진단

양방병명 : 일과성 전기억 상실증(TGA)

한방진단명 : 太陰人 卒中風病證

6.치료내용

1)침치료

1일 1회 20~25분간 유침. 百會, 上星, 印堂, 肝勝格(經渠,中封(+) 少府,行間(-))

2)한약치료

치료1일~치료12일: 牛黃淸心元 1일 1회 복용,

淸心蓮子湯(동의수세보원:蓮子肉,山藥8g,天門冬,麥門冬,遠志,石菖蒲,酸棗仁,龍眼肉,柏子仁,黃芩,蘿蔔子4g,甘菊2g) 1일 3회 복용.

3)양약치료

Aspirin protect 100mg(1일 1회 복용)

Tanamin 80mg(1일 2회 복용)

Ibstrin 200mg(1일 2회 복용)

7.검사소견

1)EKG - abnormal, sinus 리듬

2)Chest PA - no active lung lesion

3)혈액검사 - 별무소견

4)MRI Brain(CE) + Diffusion (발병 다음날 촬영)

Fig. 5.

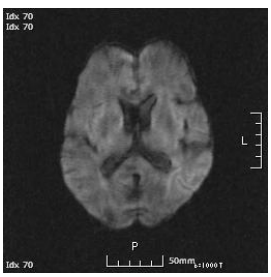
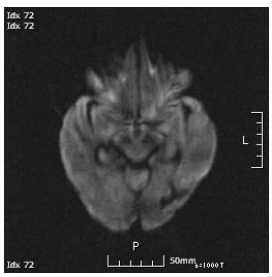


Fig. 6.



1.Microangiopathies, chronic lacunar infarctions, or ischemic changes in both periventricular white matter and both basal ganglia.

2.Mild brain atrophy.

8.경과기록

입원당일 : 발병 당시의 주위 상황 일부를 기억 못하고 집 주소, 전화번호, 가족 이름등을 알지 못하는 지남력 장애 보임. 전두통, 현훈 지속적으로 보임.

입원2일째 : 입원당시 기억하지 못했던 집 주소, 전화번호, 가족 이름 등 거의 다 기억함. 전두통, 현훈 경미하게 남아 있음. MRI촬영 후 신경과 협진 결과 MRI결과와 현재 증상으로 볼 때 TGA, TIA, TEA가능성 있으므로 추가적으로 EEG시행키로 함.

입원3일째 : 기억상실, 두통, 현훈 호전됨.

입원4일째 : EEG시행 후 정상 확인.

K-DRS시행. 주의(31/35), 관리(28/29) 구성(6/6) 개념화(33/37) 기억(22/24) 총점120점

입원5~12일째 : 기억상실, 두통, 현훈 지속적으로 없음. 건망증세도 없으며 컨디션 양호함.

외래치료경과 : 퇴원 후 약 1년간 1주 2회 지속적으로 치료함.

퇴원 후 초기에 頭痛 頭不淸 간헐적으로 있어 1달간 침 치료, 청심연자탕 투여 후 호전됨.

이후 기억력장애, 두통, 현훈 등 증세 없이 호전된 상태 유지됨.

Ⅲ. 고찰 및 결론

TGA는 기억작용과 관련되어있는 해마와 림빅시스템의 일부에 일과성 허혈성 변화에 의해 야기된 갑작스러운 심각한 기억저하가 특징적인 임상적 증후군이다.

TGA의 병인에 대하여 현재 완전히 밝혀진 바는 없으나 유발 요인에 대한 보고가 많이 이루어지고 있으며 매우 다양하여 편두통, 극심한 통증, 경련, 발살바 조작, 스트레스 등이 제시되었다[2].

발생 기전에 관하여서는 아직까지 명확히 밝혀져 있지 않지만 최근 확산강조 자기공명영상(MR DWI)에서 관찰되는 해마의 허혈성 변화로 가장 많이 보고 되고 있으며 해마, 간뇌, 안쪽 기저측두부위 등의 병리적 변화가 발병 원인이 될 수 있다는 데에 일반적으로 동의한다[6,7].

Jenson TS.의 연구에서는 3년간 편두통에 시달려온 13세의 소년이 경험한 일과성 전기억상실이 보고되어 있으며, 편두통이라는 급격한 통증이 해마에 혈액을 공급하는 동맥의 짧은 혈관수축을 일으켜 TGA가 발생한 것으로 추정하고 있다[5].

Caramelli B.등은 급성 심근경색의 전조증상으로 나타난 TGA를 보고했으며[8], Grande LA.등은 근육긴장이상에 대한 척수강내 baclofen 치료를 시작한 지 수개월 후 심한 전향기억상실을 경험한 중년 여자 환자를 소개했다. 이 환자의 기억상실 증후는 TGA의 특징에 부합되었으나 재발의 빈도가 baclofen의 용량에 달려 있으며 스테로이드로써 이러한 에피소드의 빈도를 감소시켰음으로 일반적인 경우는 아니다[9].

Orzałkiewicz Z.등은 관상동맥과 대뇌의 조영술 후 갑작스런 기억상실을 보이는 53세 여자환자를 보고하였는데 TGA의 진단을 받은 다른 환자와 마찬가지로 환자는 혼란에 빠져 있고 시간과 공간에 대해 같은 질문을 반복했다. 이 경우 조영술로 인해 대뇌 혈류에 변화가 생긴 것으로 보인다[10].

Sealove BA.등은 기립시 TGA의 임상증상이 나타나고 앙와위시 증상이 감쪽같이 사라지는 환자의 경우를 보고했다. 이 환자는 섬유소원 혈증과 적혈구의 침강속도의 가속이 수반되는 심장수술 후 1주 뒤에 TGA증상이 시작되었다. 항응고제와 스테로이드 치료에 의해 검사 상 수치가 개선되었으며 측두동맥 생검과 대뇌 혈관 조영술을 비롯한 진단적 연구에서 해부학적 혈관 병리가 드러나진 않았다. 이것은 기립성 자세에 의해 유발된 수술 후 염증과 관련되어 있는 TGA에 관한 최초의 보고로서 TGA의 원인이 혈류역학에서 혈류 부족으로 인한 허혈성 변화임을 함축하는 것이다[11].

Sedlaczek O.는 TGA가 스트레스와 관계가 깊다고 하였으며 감정적 흥분으로 인해 대사율이 높아짐에 따라 해마로 가는 혈류가 상대적으로 부족해서 발생한다고 하였다[12].

TGA와 관련있는 정신병리학적 이상이 기억에 미치는 연구도 있었는데 Noël A등은 17명의 TGA급성단계 환자와 18명의 TGA아급성단계 환자, 26명의 대조군에게 불안과 우울, 삽화적 기억과제와 업무기억과제를 평가하여 비교하였다. 그 결과 TGA급성단계의 환자들은 대조군에 비해 높은 수준의 불안과 더 우울한 기분을 나타냈으며 감정상태의 변화는 전향기억상실과 정적 상관관계를 나타내었다. 연구결과 강한 충격을 받은 사람들의 급격한 감정상태와 TGA의 일시적인 기억장애는 상호작용하며 높은 상관관계를 보임을 알 수 있다[13].

발살바 조작시 TGA가 유발되는 원리는 높은 정맥압으로 인해 일시적으로 대뇌 정맥 울혈을 일으켜 간뇌, 해마, 안쪽 측두엽에 일시적인 정맥허혈을 유도하며 이러한 일시적인 뇌정맥 허혈로 인해 기억상실이 유발되는 것이다[7].

이를 종합하면 통증, 불안 우울감 등 스트레스, 심혈관질환 등 여러 요인에 의한 대뇌의 동정맥 허혈상태가 TGA를 유발한다고 할 수 있겠다.

TGA의 진단은 1990년 발표된 Hodges와 Warlow의 임상증상과 영상적 연구가 함께 사용되고 있다. 이에 의하면 객관적인 목격자에 의한 TGA 발병 증언, TGA 동안 분명한 전향기억상실의 존재, 의식변화나 개인주체성의 장

애의 부재, 기억상실에만 국한되는 인지기능 장애(언어상실증, 행위상실증 부재), 24시간 이내의 증상 소실, 최근 두부손상이나 간질 병력의 부재, 국소 신경학적 증상이나 징후 부재, 정신질환이나 점진적인 정신황폐의 부재, 알코올이나 약물 남용 등의 기왕력의 부재 등이 있어야 한다[7].

David tong은 TGA의 진단에서 MR관류 강조영상이나 PET, SPECT등의 기능적 영상진단. 정맥조영 등을 병용하면 TGA의 발생기전을 좀 더 확실히 알 수 있을 것이라고 하며 MR DWI에서 TGA환자에게 일관된 병소가 발견된다는 것은 TGA환자에 대한 치료법을 바꿀 가능성이 있다는 의미로 예컨대 동맥경화 등 혈관위험인자를 가진 환자에게 항혈소판요법을 사용해볼 것을 제시하였다[14].

이후 MR DWI, PET, SPECT에 관한 많은 연구가 이루어졌으며 Sedlaczek O.등은 TGA 환자의 DWI상 변화를 조사하기 위해 촬영을 시행하였다. 그 결과 31명의 TGA환자 중 26명이 DWI영상에서 해마의 외측으로 해서 편측(좌측 15명, 우측 6명) 혹은 양측(5명)으로 점상의 병변이 관찰되었다. 초급성기에는 병변이 잘 나타나지 않았으나 24시간 후 23례에서 병변이 관찰되었으며 48시간 후에는 다시 3례에서 발견되었다. 이 병변으로 인한 장기적인 영향은 전혀 없었고 두부 외상이나 경련 발작도 없었다. 이 연구를 통하여 TGA는 발병 후 채 24시간이 지나지 않으면 DWI상에서 소견이 나타나지 않는 경향이 있으며 24시간 이후에는 90%에서 비정상 소견을 보임을 알 수 있었다. 또한 TGA의 병리생리학적 측면에서 해마의 연관성을 더욱 확실히 해주는 것이다[12].

원[15]등의 연구에서도 DWI가 TGA의 해마상 병변을 발견하는데 유용함에 착안하여 TGA로 진단된 16명의 환자에게 발병 24시간 이내와 3일후 MR DWI를 촬영하였다. 24시간 이내에 촬영한 영상에서는 병변을 전혀 찾아볼 수 없었으며 3일 뒤 촬영 시 16명의 환자 중 13명(81%)에게 하나 혹은 여러 개의 점상의 고신호강도가 있었으며 총 24개의 병변이었다. 1개를 제외한 모든 병변은 해마에서 관찰되었다. 이 연구로 TGA의 병리적 메카니즘과 해마관련성이 더욱 뚜렷해졌으며 MR DWI가 진단상 유용하며 24시간 이후 촬영해야 함을 재입증하게 되었다.

Yamane Y.등은 TGA로 진단된 64세 환자에게 발병 3시간 후 SPECT검사를 시행하여 대뇌의 미만성 관류저하를 발견했으며 1달 뒤 실시한 두 번째 SPECT검사에서는 대뇌혈류의 호전을 보여 SPECT검사가 TGA의 병리적 메카니즘을 나타내는데 유용함과 TGA의 발병이 전반적인 대뇌 혈류 변화와 관련이 있음을 증명했다.

TGA와 감별해야할 질환은 뇌경색(cerebral infarction), 일과성 뇌허혈발작(Transient Ischemic Attack) 일과성 간질기억상실(Transient Epileptic Amnesia), 치매, 해리성 기억상실 등이 있다. 뇌경색은 뇌실질의 혈관이 막히는 영구적 손상으로 신경학적 이상 징후가 나타난다는 점에서 일과성 뇌혈류 저하로 인하며 신경학적 이상소견이 없는 TGA와 구별된다. TIA는 TGA와 마찬가지로 보통 24시간 이내에 회복되지만 TGA는 국소신경학적 증상이 없고 심혈관계 위험인자가 적어 예후가 좋은 반면 TIA는 국소신경학적 증상이 있고 이후 뇌혈관 질환이 발생할 위험이 높다. 또한 DWI상 TGA는 24시간 후에 흔히 변화를 보이는 것으로 밝혀졌지만 TIA는 허혈발생 직후에 변화를 보이며 TGA보다 상대적으로 큰 병변을 보인다[2,16].

TEA는 간질의 드문 형태로 내측 측두엽에서 기원한 간질의 경우가 많으며 기억상실이 TGA보다 빨리 회복되고 발작 동안만 의식 소

실이나 의식장애가 있다. 또한 고령에서 흔히 더 발생하고 뇌전도상 이상이 더 많다. 치매는 기억력장애, 지남력장애 등의 인지기능저하가 서서히 변화가 오는 반면, TGA는 발작처럼 갑자기 생겼다가 얼마 뒤 회복된다[1-3].

해리성 기억상실은 심한 심리적 충격을 받은 후 이것을 정상적인 방법으로 극복하기 힘들 때 발생하는 것으로 기억상실의 양상은 국소적 기억상실이 흔하며 갑작스럽게 발생하여 갑작스럽게 자발적으로 회복되며 재발이 드문 양상을 띄어 TGA와 유사하나 뇌손상이나 약물, 질병과는 무관한 순수한 기능적 손상이라는 점에서 구분된다[17].

한의학적으로 TGA는 기억력 상실이라는 점에서 健忘, 급작스러운 발병이라는 점에서 中氣와 유사하다. 健忘은 神의 질환으로 『內經』[18]에서는 "魂˙神˙意˙魄˙志以爲神主, 故亦皆名神也"라고 하였으며 『靈樞』[18]에서는 "心怵惕思慮則傷神. 神傷則恐懼自失. 脾憂愁而不解則傷意. 肝悲哀動中則傷魂, 魂傷則狂妄不精, 不精則不正當人. 肺喜樂無極則傷魄, 魄傷則狂, 狂者意不存人. 腎盛怒而不止則傷志, 志傷則喜忘其前言"이라고 하여 魂˙神˙意˙魄˙志 모두 의식 및 기억력과 관련이 있음을 설명하였다. 이 중 志와 意는 더욱 중요하여 『靈樞』[18]에서는 "志意者, 所以御精神, 收魂魄, 適寒溫, 和喜怒者也. 志意和則精神專直, 魂魄不散, 悔怒不起, 五藏不收邪矣"라고 하였으며 특히 意는 '마음에 생각하는 바'로 '기억하고 잊혀지지 않는 것'으로 여러 요인으로 인해 意가 제 기능을 하지 못하면 기억력의 장애가 올 수 있다[18].

意가 상하는 원인은 脾藏意하므로 脾를 상하는 경우로 첫째, 지나치게 생각을 하거나 근심걱정을 하는 경우로 『靈樞』[18]에서는 "憂愁不解則傷意, 意爲脾神也."라고 하였고 『皇甫謐』[18]에서는 "思發於脾, 而成於心, 過節則二藏俱傷"이라 하였다. 둘째, 화를 내는 것으로 『綱目』[18]에서는 "七情傷人, 愉怒爲甚, 盖怒則肝木便克脾土, 脾傷則四藏俱傷矣"라고 하였다.

『醫鑑』[18]에서는 健忘과 가장 연관이 깊은 것은 心脾二經이라 하였으며 "盖心之官則思, 脾之官亦主思, 此由思慮過多, 心傷則血耗散, 神不守舍, 脾傷則胃氣衰憊, 而慮愈深. 二者皆令人事卒然而忘也. 治法, 必先養其心血, 理其脾土, 以凝神定智之劑調理之."

라 하여 그 원인과 치법에 대해 언급한 바 있다.

또한 腎藏精主志하므로 두려움이나 노함과 같은 스트레스나 年老體虛로 인한 기능저하로 인해 腎精이 부족해지고 腎陰이 虧損되면 心에 上交하지 못하게 되고 神明之府인 腦를 영양하지 못하게 되어 기억력저하가 나타날 수도 있다[17].

健忘을 유발하는 병리적 대사산물은 痰飮과 瘀血이 있으며 丹溪[18]는 "健忘之證, 精神短少者多, 亦有痰者."라고 하였으며 『傷寒論˙辨陽明病脈證病治』[17]에서는 "陽明病, 其人善忘者, 必有蓄血. 所以然者, 本有久瘀血, 故令喜忘, 屎雖硬, 大便反易, 其色必黑."이라 하였다.

종합하면 健忘의 한의학적 원인은 허증으로는 心, 脾, 腎의 不足이며 실증으로는 痰飮과 瘀血로 이러한 원인으로 인한 五神의 기능저하라고 정의할 수 있다.

하지만 健忘은 기억력 저하라는 측면에서는 TGA와 유사하나 증상이 점차적으로 나타나고 지속되는 측면에서는 기억력장애가 갑작스럽게 나타났다 후유증을 남기지 않고 사라지는 TGA와 일치하지는 않는다.

반면 中氣證의 경우 일과성으로 나타나며 증상이 갑자기 나타났다 특별한 후유장애 없이 사라진다는 면에서 TGA와 발병 및 진행양상이 유사하다. 中氣證이란 氣中이라고도 하며 類中風의 한 종류로 감정이 격앙되고 氣가 上逆함으로써 발생하는 일과성 의식상실과 경련

이며 흔히 暴喜, 暴怒등의 정신적인 충격으로 인해 발생한다[17]. 그 발병기전은 정신적 스트레스로 氣結이 생기고 生痰하여 그로 인해 氣結이 더욱 심화된 것으로 健忘의 발병요인 중 痰飮과 유사하다[18]. TGA는 의식상실과 경련 등은 일반적으로 동반되지 않으므로 中氣와 완전히 같다고 할 수는 없지만 스트레스 역시 TGA의 직접적인 유발요인이 될 수 있으며 발병양상이 비슷하므로 유사점을 찾을 수 있다.

본 증례1의 환자는 평소 직장 내 문제로 극심한 스트레스에 시달리고 있는 상황이었으며 발병전날과 발병일 오전의 일을 완전히 기억못하는 전향기억상실과 발병 2~3달 사이의 일을 부분적으로 기억 못하는 역행기억상실을 보였으며 발병 10~12시간 후부터 소실된 기억의 70~80%가 회복된 이후 점차 호전되어 발병 5일째 모든 기억상실이 회복되었다.

입원당시 지남력장애나 실행능력, 인지능력의 저하는 보이지 않는 등 기억장애 외에 특별한 증상은 없었으며 신경학적 이상소견도 발견되지 않았다.

MR DWI는 발병 60시간 이후에 촬영되었으며 전형적으로 우측 해마 영역에 두 개의 작은 병변이 발견되어 임상증상과 MR영상이 일치되어 TGA로 진단하게 되었다. 이 환자의 경우 심혈관 질환을 일으킬만한 요인이 없었으며 MRA도 비교적 양호했고 혈액 검사 상 이상소견도 발견되지 않았으며 두통, 발살바 조작등의 요인도 없어 스트레스로 유발된 것으로 추정된다.

증례2의 환자는 2차례에 걸쳐 TGA증상이 나타난 환자로 첫 번째 발병 시 역행기억상실은 없었으며 발병당시의 주위 상황 일부를 기억 못하고 집주소, 전화번호, 가족 이름 등을 기억하지 못해 전향기억상실과 경미한 지남력 장애를 보였으며, 전두통, 현훈 등의 증상이 있었다. 발병 1일 후 기억력장애와 두통이 거의 호전되었고 경미한 현훈은 잔존했으며 MRI 결과상 양측뇌실주위로 Microangiopathies, chronic lacunar infarctions, ischemic changes가 있었다. 그러나 최근 뇌경색의 병변은 발견되지 않아 TIA, TGA, TEA가 의심되었고 TEA를 배재하기 위해 뇌파검사를 시행하였으나 정상소견이었으며 MRI상 뇌위축 소견이 있어 치매에 관한 진단을 위해 K-DRS를 시행하였으나 결과상 120점이었으며 기억력, 지남력 저하가 1일 만에 회복되었으므로 치매 역시 진단에서 배재되었다. 혈액 검사 상 이상소견이 없었으며 심혈관질환을 일으킬만한 기저질환이 없었고 국소 신경학적 이상소견도 보이지 않았으나 MRI상 열공경색이 있었으므로 진단시 TIA와 TGA 두 가지 모두를 고려했다. 그 후 1년간 1주 2차례씩 꾸준히 외래치료를 하여 기억력장애, 두통, 현훈 등 증상이 재발하는 일이 없었다.

그러던 중 발병 2년 후 갑작스럽게 기억력장애, 두통, 현훈이 재발하여 입원치료를 받게 되었으며 양측 babinski's sign과 chaddock's sign이 양성으로 나타난 것 외에 편마비, 편측안면마비, 구음장애, 의식저하 등의 뇌혈관질환의 증상은 나타나지 않았다. 아들의 이름, 장소, 시간에 대한 기억력과 지남력이 약간 저하되어 있었으며 1차 attack과 마찬가지로 발병 전부터 지속되는 두통, 현훈이 있었고 발병 1일후부터 기억력장애가 점차 호전되어 입원3일후부터 제반증상이 거의 호전되었으며 경미한 건망증세만 보였고 입원7일째부터 건망 증세까지 소실되었다. 발병 36시간 후에 촬영한 MRI상 만성적 뇌출혈로 인한 2차적 뇌연화증과 동맥류, 혈관협착 등의 소견이 있었으나 최근 뇌경색이나 해마 영역의 뇌경색 소견은 보이지 않았다. 그러나 기억력장애 외에 여타 증세는 없었으며 babinski's sign과 chaddock's

sign이 양성 외에는 국소 신경학적 증상도 없어 TIA와 TGA를 모두 고려하여 진단하였다. 퇴원 후 1달간 외래 통원치료를 하였고 두통, 현훈, 기억력장애가 재발하지 않았다.

이 환자는 MRI상 뇌의 변성과 위축이 진행되고 있었으나 2차례의 발병 시 모두 기억력장애, 두통, 현훈 외에는 여타 증상이 없었으며 두통과 현훈이 선행되었고 1~3일후 기억상실증상이 모두 소실되어 이후 한동안 재발하는 일이 없었다. 임상 증상 상으로는 TGA에 부합되나 발병24시간 후 촬영한 MRI에서 간뇌, 해마, 안쪽 기저측두부위 등에 뚜렷한 병변이 발견되지 않으므로 뇌의 변성과 위축으로 인한 전반적 뇌혈류의 저하로 인해 TGA가 발병한 것으로 보인다. 또한 뇌의 기질적 변화가 이미 진행되었으므로 TGA의 재발이 이루어진 것으로 추정되며 향후 TGA, TIA, 뇌경색, 혈관성 치매 등의 발병에 유의해야 할 것으로 보인다.

본 증례는 일과성전기억상실증을 사상체질 처방과 침 치료로 치료한 보고로 두통이나 현훈 등 부가적인 증상들까지 호전되었으나 비교적 단기의 치료로 경과관찰을 하였고, 일반적으로 TGA는 24시간 이내에 기억상실이 회복되는 자연경과를 보임을 감안하면 치료의 유효성에 대한 부분이 확실하지 않으므로 향후의 추가 보고가 뒤따라야 한다고 생각된다.

참 고 문 헌

1. Pantoni L, Lamassa M, Inzitari D. Transient glabal amnesia : a review emphasizing pathogenic aspects. Acta Neural scand. 2000; 102: 275-283.
2. Sander K, Sander D. New insights into transient global amnesia : recent imaging and clinical findings. Lancet Neurol. 2005; 4: 437-444.
3. Solheim O, Skeidsvoll T. Transient global amnesia may be caused by cerebral vein thrombosis. Med Hypothesis. 2005; 65: 1142-1149.
4. Agosti C, Borroni B, Akkawi NM, De Maria G, Padovani A. Transient global amnesia and brain lesions: new hints into clinical criteria. Eur J Neurol. 2008;15.
5. Jensen TS. Transient global amnesia in childhood. Dev Med Child Neurol. 1980; 22(5):654-8.
6. Sung Hyuk Heo, Key Chung Park, Sung Sang Yoon, Tae Beom Ahn, Dae il Chang, Kyung Cheon Chung. Transient global amnesia with transient ischemic attack in habenular nucleus. 경희의학. 2006; 22: 78-80.
7. 이철, 김태요, 송윤강, 손용, 정용관. 전신마취 후 회복실에서 발생한 일과성 전기억상실증. 대한마취과학회지. 2006;51:130-132.
8. Caramelli B, Dutra AP, Calderaro D, Yu PC, Gualandro DM, Marques AC. Transient global amnesia as a manifestation of acute myocardial infarction: A case of missed sudden cardiac death? Int J Cardiol. 2008;17.
9. Grande LA, Loeser JD, Samii A. Recurrent transient global amnesia with intrathecal baclofen. Anesth Analg. 2008; 106: 1284-1287.
10. Orzałkiewicz Z, Kulińska K, Stencel A, Orzałkiewicz B, Hoffmann A. Acute

amnesic syndrome.Pol Merkur Lekarski. 2008;24:38-41.

11. Sealove BA, Aledort LM, Stacy CB, Halperin JL. Recurrent orthostatic global amnesia in a patient with postoperative hyperfibrinogenemia. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2008;17(4):241-3.
12. Sedlaczek O, Hirsch JG, Grips E, Peters CN, Gass A, Wöhrle J, Hennerici M.

Detection of delayed focal MR changes in the lateral hippocampus in transient global amnesia. Neurology.2004;62(12):2165-70.

13. Noël A, Quinette P, Guillery-Girard B, Dayan J, Piolino P, Marquis S, de la Sayette V, Viader F, Desgranges B, Eustache F. Psychopathological factors, memory disorders and transient global amnesia. Br J Psychiatry. 2008; 193(2):145-151.
14. Tong DC, Grossman M. What causes transient global amnesia? New insights from DWI. Neurology. 2004;62(12):2154-2155.
15. Weon YC, Kim JH, Lee JS, Kim SY.Optimal diffusion-weighted imaging protocol for lesion detection in transient global amnesia. AJNR Am J Neuroradiol. 2008; 29(7):1324-1328.
16. Hodges JR, Warlow CP. The etiology of transient global amnesia. Brain. 1990; 113:639-657.
17. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 집문당. 2007:192,235-239,508-509.
18. 허준. 동의보감. 법인문화사. 1999:179-191.