동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 20. No. 2, 2009

우울증상을 동반한 다발성 경화증 재발 환자의 치험 1례

허은정, 김지현*, 윤창준† , 류희영
춘천한방병원 한방신경정신과, 춘천한방병원 한방안이비인후피부과*, 춘천한방병원 한방재활의학과†

A Case of Multiple Sclerosis with Depression

Eun-Jung Heo, Ji-Hyon Kim*, Chang-Jun Yoon† , Heui-Yeong Lyu
Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Chun-Cheon Oriental Medical Hospital
Dept. of Oriental Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology, Chun-Cheon Oriental Medical Hospital*
Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, Chun-Cheon Oriental Medical Hospital†

Abstract

Objectives :
Multiple sclerosis (MS) is a demyelination disease of central nervous system, presenting a various neurological disorders depending on the lesion. In the view of oriental medicine, MS is similar to Flaccidity-syndrome(痿證). Also, since MS is a chronic disease which repeats the recurrences with periods of remission of the symptoms in between, it may usually be accompanied by depression. However, the etiology, treatment, and cause of recurrence of MS remain unknown, and also, as the recurrences of MS have been repeated, disease burden has been accumulated, which aggravates disorder. This case of MS experienced depression after the patient had been diagnosed as bad consequence based on the past 5 times recurrences of multiple sclerosis.

Methods :
We saw the causes as vicera and bowels functional disorder which might have come from a poor diet. Thus, we diagnosed this case as dual deficiency of spleen and kidney(脾腎兩虛), stagnant qi transforming into fire(氣鬱化火) and liver-kidney deficiency(肝腎不足) and treated it with Herb medication, acupuncture therapy, and supportive therapy, making the patient better.

투고일 : 4/30 수정일 : 5/30 채택일 : 6/11
교신저자 : 류희영, 강원도 춘천시 석사동 166번지 춘천한방병원 한방신경정신과
Tel : 033-260-7100, Fax : 033-260-7400, E-mail : lyuhy@hanmail.net

Results :
We have improved the patient's condition to the time before 5th recurrence.

Conclusions :
This result suggests that our oriental medical treatments was effective on multiple sclerosis with depression.

Key Words :
Multiple sclerosis, Depression, Flaccidity-syndrome(痿證)

Ⅰ. 서 론

다발성 경화증(Multiple sclerosis, MS)은 중추신경계의 염증성 탈수초성 질환으로 병변의 위치에 따라 사지위약, 감각장애, 운동실조 등의 다양한 신경학적 증상이 나타나는 점에서 痿證, 四肢無力과 흡사하다.

痿證은 肢體筋脈弛緩, 軟弱無力, 肌肉萎縮, 不能隨意運動, 肢體痲木 등의 증상이 나타나는 것으로 『痿論』[1]에서 기술 된 후 많은 연구자들이 논의해왔으며 대부분 肺熱傷津, 脾胃虧虛, 肝腎虧損 등을 원인으로 보고 調理脾胃, 滋陰淸熱, 補肝腎 등의 治法을 제시해왔다[2].

또한 MS는 증상의 재발을 특징으로 하며 만성적인 경과를 보이는데, 오래된 병은 반드시 鬱火가 생긴다[3]고 하였으므로 MS를 앓고 있는 환자에서 우울증은 흔하게 발생한다.

MS는 1868년 Charcot의 MS에서 중추신경계가 광범위하게 침범된다는 연구보고, 1884년 Carl Weigert가 수초염색으로 MS에 대한 조직병리학적 특성을 규명한 연구 이래로 이에 관한 연구가 지속적으로 이루어지고 있으며[4] 현재 병인으로 면역결함, 바이러스, 유전적소인, 스트레스 등이 제시되고 있으나 아직까지 정확한 기전은 밝혀지지 않았다.

MS는 지리적으로 발생빈도가 다르며 아시아는 아프리카 및 라틴아메리카와 함께 그 빈도가 낮은 지역으로 알려져 왔으며 우리나라에서는 MS의 유병률이 낮아서 MS에 대한 의학적, 사회적인 관심이 낮은 편이다.

또한 Okinaka[5]의 보고에서 아시아형 MS는 임상양상에 있어서 서양인과는 달리 초기증상으로 시력장애가 많고 시신경과 척수를 함께 침범하는 형태가 가장 흔하다고 하였고 허[6]의 보고에서 우리나라에서도 시신경과 척수 또는 시신경, 척수 및 뇌간을 침범하는 형태가 가장 흔하다고 하였다.

MS는 증상이 재발 및 완화의 경과를 보이며, 대부분 초기 증상은 거의 회복되지만 재발이 반복되면서 질병부하(disease burden)가 축적되고 장애가 심해진다.

약 85% 정도가 반복적인 재발을 보이는 재발성 MS(relapsing-remitting MS)의 형태로 나타나며, 그 중 약 50%가 RRMS의 어느 시점부터 점차적인 진행을 보이는 이차 진행성 MS(secondary progressive MS)의 형태로 진행한다[7]. 환자 개개인의 예후에 관한 예측은 매우 어려우며 재발을 일으키는 원인도 정확히 밝혀지지 않았다. 서양의학에서는 증상 발생시 steroid 투여 및 재발 방지를 위해 Interferon Beta를 처방하는 등의 치료법을 사용하고 있으

나[8] 확립된 것은 없다. 한의학에서는 노[9]의 사지무력증에 관한 연구에서 진행성마비에 대한 증례 보고가 있었고 이후 강[10]의 언어장애를 동반한 MS의 치험예, 강[11]의 봉침과 약침요법으로 호전시킨 MS의 치험예, 황[12]의 청심연자음 가감방으로 치료한 MS증례 등이 보고되었으나 아직까지 본 질환에 대한 보문이 희소하고 치료체계가 미흡하다고 할 수 있다.

이에 본 저자는 여러번에 걸쳐 재발한 MS의 증상으로 인해 우울증까지 동반된 환자에게 한약치료, 침치료, 至言高論療法 등을 시행하여 호전을 보여 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 환자

여자 / 35세 (미혼)

2. 치료기간

37일간 입원치료

3. 주소

1) 사지의 소력감, 강직감, 저림감 및 어둔감.
2) 우울감과 야간 빈뇨로 인한 불면.

4. 발병일

200X년 X월 X일 (다발성 경화증 5회 재발, 본원 입원 6일전)

5. 과거력

1) 198X년경 편도선제거 수술받음.

2) 200X년경 복통 등의 증상으로 위염 및 급성 빈혈로 진단받고 치료 받음.

3) 200X년경(2년전) 빈뇨증상으로 본원 내원하여 장무력증으로 진단받고 치료함.

4) 200X년경(1년전) 불면증으로 1년 6개월간 치료 중 중단함.

6. 다발성 경화증(Multiple Sclerosis, MS) 관련 과거력

1) 2년 9개월 전 양하지 소력감, 배통 등의 증상 동반되어 A병원에서 T-L spine MRI 상 spondylitis, HNP of L-spine Dx 받고 본원 입원하여 64일간 치료 받았으며 입원당시 양측하지 무력감으로 인하여 보행불가능 하였으나 퇴원시 자력보행 가능 상태로 퇴원.

2) 2년 5개월 전 사지의 소력감 및 저림감 발생하여 B병원에서 transverse myelitis 진단받고 본원 입원하여 79일간 치료 받았으며 입원시 자력보행 불가하였으나 퇴원시 자력보행 가능하고 약간의 소력감 남아있는 상태로 귀가.

3) 1년 9개월 전 사지의 감각이상 등의 증상으로 A병원에서 transverse myelitis 진단받고 1달간 입원치료 받은 후 1년 8개월 전 C병원 내원하여 Brain MRI, C-T-L spine MRI 등의 검사상 MS 진단받고 5개월간 통원 치료받음.

4) 7개월 전 좌측 상지 소력감 나타나 C병원에 8일간 입원치료 후 1개월간 통원치료 받았으며 증상 거의 소실됨.

7. 가족력

별무인지

8. 현병력

상기인은 35세의 마른 체형의 여환으로 2년 9개월 전부터 간헐적으로 사지의 소력감 및 저린감 등의 증상이 발생하여 spondylitis, HNP of L-spine, transverse myelitis 등의 진단 받고 재발할 때마다 치료를 받아왔으며, 1년 8개월 전 C병원에서 Multiple sclerosis Dx 받고 계속적으로 치료받아 오시던 중 본원 입원 6일전 사지의 소력감 및 저림감이 5번째로 재발하여 C병원 입원하여 고용량 스테로이드 치료 받으신 후 혈전교환술 권유 받았으나 거절하고 보호자 및 환자가 본원의 한방치료 원하여 입원함. 5번째 재발 후 C병원에서 4번째보다 척수염이 더 진행되어 회복이 어려울 것이라는 설명 들으신 후 우울감이 특히 심해졌음.

9. 개인력

부모가 극진히 사랑해주는 환경에서 자랐으며 군속인의 가정으로 환자를 애지중지 대함. 어릴 적부터 과자, 인스턴트 음식 등을 편식하여 밥을 잘 먹지 않았는데, 부모님은 딸의 식생활이 잘못된 것을 인식하지 못하고 먹고 싶은 것을 마음껏 먹게 하느라 교정해주지 못함.

환자의 성격은 밝고 명랑하며 늘 긍정적으로 생활해옴. 경찰이 되고 싶은 꿈을 가지고 공무원 시험 준비를 하였으나 다발성 경화증 진단받은 후에 학업을 중단하고 막대한 진료비를 감당하기 위해 임시직에 취업 함.

10. 초진소견

전반적인 피부의 神色이 약하며 건조하고 각질화되어 있음. 전체적으로 미약한 부종보임. 舌診상 舌質乾燥, 厚白苔, 舌尖紅하였으며 舌體 움직임이 둔하고 한쪽으로 치우침.

입술이 자꾸 마르고, 便秘 (2~3일에 1회). 脈促數, 脈細하며 不整脈으로 疾脈이 인지됨. 고온에 의해 증상이 악화되는 Uthoff's phenomenon이 나타남. 이러한 증상들은 본원 입원 전에 일주일간 다량의 스테로이드 투여로 인하여 잠복된 증상임을 四診을 통해 알 수 있음.

증례자가 호소하는 증상 및 MRI 검사 결과상 Schumacher13)등이 제안한 임상적 확정진단의 기준에 부합하고, McDonald14)의 기준에도 부합되므로 다발성 경화증임을 인지할 수 있음.

11. 검사소견

1) C-T spine MRI (5회째 재발시) : 4회째 재발시 MRI와 비교하였을 때 spinal cord 전반에 걸쳐 T2 high SI를 보이는 intramedullary lesion이 관찰됨. C3-7, T5-7 level에서는 조영증강이 보임. C3-T1 level의 spinal cord의 swelling이 보임.



Fig. 1. C-T spine MRI after 5th recurrence.
progressed state since previous study on 4th recurrence.

2) 심전도검사(초진시)

Sinus bradycardia. cannot exclude lateral MI. long QT interval.

3) 혈액검사

Table Ⅰ. Complete Blood Cell Count

날짜	RBC	WBC	Hgb	Hct
HD 1	3.90	14.4	12.2	36.3
HD 10	3.82	3.1	11.5	34.7
HD 14	3.98	2.5	11.6	34.9
HD 22	3.80	2.9	11.4	33.6
HD 33	4.02	4.4	11.6	34.0
HD 37	4.09	2.8	11.7	34.0

HD : hospital day

12. 진단

1) 한방진단명 : 痿證, 熱鬱, 腸無力.

2) 양방진단명 : 다발성 경화증 (Multiple sclerosis, MS), 우울증.

13. 변증

氣鬱化火 脾腎兩虛 肝腎不足

14. 치료

1) 韓藥治療 : 加減蔘蘇飮 去 人蔘 加 黃蓮, 蓬朮, 川蓮子, 蒲公英, 半枝蓮, 紫草 등으로 淸熱하고 鬱滯된 氣를 소통시킴. 黃連解毒湯 엑기스제를 입원 1, 3일째 사용하여 解熱하고 입원 23일째부터 六味地黃元을 병행 투약하여 腎陰虛를 補함.

2) 鍼治療 : 腹部 기기순환을 원활하게 하기 위해 足少陽膽經, 足太陰脾經, 足陽明胃經의 경혈과 양측 八邪穴 등에 1일 2회 시침함.

3) 至言高論療法 : 1일 3~4회의 맥진 및 대화(1회당 약 10분)를 통하여 치료 정도를 설명하고, 빠른 회복을 위해 치료에 적극 참여할 것을 권유하며 기분 전환을 유도함.
보호자(어머니)와 함께 수시로 운동을 실시하도록 하였으며, 점차 스스로 운동을 하고자 하는 욕구가 생기도록 유도함. 증상이 호전되는 정도를 매일 비교하여 긍정적으로 설명해줌.

Table Ⅱ. The Treatment of Giungoroen(至言高論) and Response

HD	치료내용 및 반응
1	환자의 우울감이 극심하고 치료에 대한 의지가 없는 상태이므로 증상 파악을 위한 최소한의 문진만 실시하고 안정을 취하게 함. 주로 보호자(어머니)에게 현재 상태 및 치료계획에 대하여 설명함.
3	제반 치료에 대해 의욕이 저하되어있기는 하지만 어느 정도 협조가 이루어지는 상태에서 환자에게 직접 현재 상태와 치료계획에 대하여 설명하고 호전될 수 있다고 설득함. 회의적인 반응이었지만 대화동안 미소를 지으려고 노력하는 모습 보임.
6	제반 증상 호전 중이지만 여전히 소력감이 남아있는 것에 패배감을 느낌. 가벼운 농담으로 분위기를 환기시켜 증상에 대해 가급적 잊을 수 있도록 유도함. 보호자(어머니)에게 심각한 주제의 대화는 자제해달라 부탁드림.
8	젊은 나이에 활발한 직장 생활을 하지 못하고 병으로 인해 방해받아 퇴보하는 느낌이 든다며 눈물지음. 환자의 마음에 적극적으로 공감을 표시하며 현재까지의 치료 경과를 칭찬해줌. 긍정적으로 받아드리는 모습 보임.
20	운동하는 시간이 늘어남에 따라 대화의 장소도 병실 밖에서 주로 이루어짐. 매일 호전되는 경과로 굳이 유도하지 않아도 대화의 내용이 전반적으로 밝아짐.
25	일상 생활 수행 능력이 거의 정상화됨에 따라 입원 생활을 답답해하며 앞으로의 계획을 세우기 시작함. 퇴원 후 자립할 수 있도록 조언해줌. 새로운 생활에 대한 혼란스러운 마음이 있다고 함.
37	재발에 대한 불안한 마음을 토로함. 적극적으로 지지해주며 생활 전반에 관한 지침을 설명해줌. 건강한 생활을 할 수 있다고 암시해줌. 다시 시작하는 마음으로 생활하겠다고 함.

4) 양방치료 병행하지 않음.

15. 임상경과

Table Ⅲ. The Change of Symptoms (Quadriplegia)

HD	양측 상지소력감과 강직감, 저림감	양측 하지소력감과 강직감, 저림감
1	Gr 4<5 / 4>5 손가락 구부리고 펴는 동작 가능하나 단추를 채우는 등의 세밀한 동작 불가능. 왼쪽 힘이 오른쪽보다 약함. 수동으로 관절운동 시켰을 때 뻣뻣한 느낌있음.	Gr 3 / 2 우측 하지 1~2cm 간신히 거상가능. 좌측 하지 내전만 간신히 가능. 자력으로 앉는 동작 가능. 붙잡고 서는 동작 불가능. 하지의 관절마다 강직감이 심하게 느껴진다고 하며, 수동으로 관절운동 시켰을 때 뻣뻣한 느낌 느껴짐. T7 피부분절이하 감각저하. 사지의 저림감 특히 야간에 극심해짐.
3	Gr 4<5 / 4<5 양손에 힘이 더 들어온다고 함. 강직감 여전하다고 함.	Gr 3<4 / 2>3 우측 발목과 발가락 움직임이 더 원활해졌으며 우측 하지 거상 7cm 가능. 좌측 무릎 세우고 자력으로 버티는 동작 가능해졌으나 손으로 밀면 금방 쓰러짐.
4	Gr 4<5 / 4<5 힘은 점점 더 들어온다고 하나, 세밀한 동작 불가능함. 강직감 약간 완화.	Gr 4 / 2>3 우측 발목, 발가락 움직임범위 거의 정상과 가까움. 우측 하지 20cm 거상 가능. 좌측 발목, 발가락 움직임 미세하게 가능함. 야간에 저림증상 여전히 심함.
6	상지의 강직감이 점점 덜어져 가벼운 느낌 든다고 함.	Gr 4<5 / 2>3 우측에 힘이 더 들어가는 것 같다함. 좌측 발목, 발가락 움직임범위 정상의 50% 가능.
8	양측 다 약간의 소력감 빼고는 거의 정상에 가까움. 좌측 손가락 움직임 약간 부자연스러움.	Gr 4<5 / 3 좌측 다리 약 10cm 거상하고 1~2초 유지가능. 좌측 발목, 발가락 움직임 범위 80%가능. 부축하면 서는 동작 가능.
15	별무변화	Gr 4<5 / 4 좌측 15cm 거상하여 5초 버팀. 벽 붙잡고 50m 보행 가능.
26	별무변화	Gr 4<5 / 4>5 붙잡지 않고 자력보행 가능. 균형 불완전. 야간 저림감 완화.
37	Gr 5 / 5 아주 미세한 강직감은 남아있음. 상지 저림감 VAS 8	Gr 5 / 4<5 혼자서 계단오르내리는 동작 가능. 좌측 하지 거상시 처음에 힘이 들어갈 때 힘겨운 느낌이 약간 남아있다고 함. 하지 저림감 VAS 7

Gr: grade, VAS: visual analogue scale

Table Ⅳ. The Change of Symptoms(Depression & Insomnia due to Frequent Urination)

HD	우울감	야간빈뇨로 인한 불면
1	BDI 26점. 5번째 재발 및 회복가능성이 불투명한 사실로 인해 우울감, 패배감 극심함. 흉민 지속적으로 호소. 치료에 대한 의욕 매우 저하되어 있음. 질문에 대답하기 귀찮아하며 혼자있고 싶어함. 평범한 일상생활이 병의 증상으로 인해 방해받는 사실을 억울해함.	3~4시간 뒤척이며 잠. 새벽에 소변보러 3회 깸. 수면 시간 불만족.
4	상하지 근력등급 검사시 귀찮아하는 모습 보임. 회복가능성에 대해 의구심을 가짐. 낮시간 대부분 눈을 감고 누워있거나 멍하게 창밖을 쳐다봄.	4시간 정도 잠. 새벽에 소변보러 3회 깸.
8	근력이 향상되면서 스스로 움직여 보려는 노력함. 침이 아프다고 짜증을 내지만 치료에 협조적임. 회복 가능성에 대해 기대하면서도 또다시 재발할 생각에 불안해함.	4~5시간 정도 잠. 새벽에 소변보러 3회 깨는 것이 불편하다고 호소.
14	낮시간에 스스로 운동하려고 노력함. 질문에 적극적으로 대답하며 표정이 한결 밝아짐. 식사량 늘어남.	4~5시간 정도 잠. 낮잠 1~2시간 잠. 새벽에 소변보러 2회 깸.
26	사회복귀에 대한 의욕 보임. 얼른 퇴원하고 싶다는 의사 적극 표현. 먼저 농담을 하고 대화중 웃기도 함.	5~6시간 잠. 새벽에 화장실 가기 위해 2회 깸.
37	재발에 대한 불안감 아직 남아있다고 함. 자택에서 노력하겠다는 의사 적극 표현. 자택에서 휴식 후 직장복귀에 대한 생각할 것이라고 함.	5~6시간 잠. 새벽에 가끔 깨지만 수면 시간에 불만 없다고 함.

Ⅲ. 고 찰

다발성 경화증(Multiple sclerosis, MS)의 다양한 신경학적인 증상들은 한의학에서 痿證, 四

肢無力 등의 증상과 유사하다. 痿證은 肢體筋脈弛緩, 軟弱無力, 久則筋脈萎縮, 不能隨意運動, 肌肉痲木不仁 등의 증상을 나타내며 심하면 癱瘓에 이른다[2]. 痿證에 관하여 『痿論』[1]에서 "五臟因肺熱葉焦, 發爲痿躄"이라 하여 肺는 氣를 주재하여 榮衛를 運行하고 陰陽을 조절하므로 五臟의 痿證은 모두 肺氣가 熱하여 五臟의 陰이 부족해져서 발생하는 것이라 하였고, 또 "夫五臟皆有爲與肺熱爲皮毛痿 心熱爲脈痿 肝熱爲筋痿 脾熱爲肉痿 腎熱爲骨痿"라 하여 五臟에 따른 五痿로 분류하였다. 후로 역대의가들이 痿證에 대하여 원인과 치법에 대하여 다양하게 설명하였는데 대부분 情志失調, 鹹味過食, 勞倦太過 등으로 인해 傷濕熱, 熱病傳變하고 肺熱傷津, 津傷不布, 脾胃虧虛, 肝腎虧損하여 發한다고 하였다[2]. 최근 痿證에 대해 문헌적으로 고찰한 김[2], 김[15]의 연구에서 다발성 신경염, 중증근무력증, 근이양증 등을 정리하였으나, MS에 대한 부분은 대상에서 제외되어 痿證으로서의 MS에 대한 연구가 부족한 실정이다.

MS는 중추신경계의 염증성 탈수초성 질환으로 병변이 발생하는 위치에 따라 다양한 신경계 증상을 야기하는데 사지위약감, 감각장애, 운동실조, 방광증상, 피로, 경련, 복시, 시력장애, 장운동장애, 말더듬, 어지러움, 기억력장애, 두통 등이 나타난다. 중추신경계에서 병변이 발견되는 부위는 다양하며 95%의 환자에서 뇌실 주위에서 병변이 발견된다. 뇌피질에 아주 인접한 부위에도 70%이상의 환자에서 병변이 발견되며, 뇌간 병변은 뇌척수액과 인접한 부위와 4뇌실 및 중간뇌수도관(cerebral aqueduct) 부위에서 주로 관찰된다[8]. 또한 가성 구로(pseudobulbar pathway)의 침범으로 인해 정서의 불안정, 우울증, 황홀감, 피로, 인지장애 등이 나타날 수 있으며[16] 증상의 만성화로 인하여 우울증, 불안장애, 불면증 등이 발생한다. 병의 발생 원인에 대해 중추신경의 수초에 대한 자가면역 질환으로 알려져 왔으나 정확한 병리 기전은 밝혀지지 않았다. 빈발하는 연령은 20~40세이고, 발병률은 여자가 더 높다[16].

서양의학에서는 증상의 진행을 줄이기 위해 급성기에 약 1개월 전후로 ACTH, corticosteroid 등을 사용하고 있으나 스테로이드제를 지속적으로 적은 용량을 사용하는 것은 재발 방지에 도움이 되지 않는다는 보고가 있다[8]. 또한 cytokine 조절제인 Interferon Beta를 5~16년간 사용하여 MS의 재발횟수를 줄이고 질병부하의 정도를 줄여 병의 진행을 억제하는 효과가 있다고 하여[8] 최근 우리나라에서도 재발 방지 목적으로 IFN-β를 사용하고 있으나 아직까지 확립된 치료법이 없는 실정이다.

질병이 진행됨에 따라 수초의 손상이 동반되고 질병 부하가 축적되기 때문에 초기에 정확한 진단을 내리고 조기 치료를 하는 것이 중요하다. MS는 신경학적인 증상이 수년에 걸쳐 재발하여 감별하기 어려워 여러 진단방법이 제시되어 왔다. 1966년 Schumacher[13]등이 제안한 임상적 확정진단(clinically definite diagnosis)기준은 신경학적 검사상 중추신경계 기능의 이상이 있고, 검사 혹은 병력상 중추신경계의 두 군데 이상에서 병변을 보이며, 중추신경계의 백질 침범이 뚜렷이 확인되고, 두 번 이상의 중추신경계 침범이 적어도 24시간 지속되거나 적어도 6개월 이상 증상 및 증후가 서서히 진행하고, 증상 및 징후가 다른 질환의 과정으로 설명되지 않을 때이다. Rose 등[17]은 이를 좀 더 세분화하여 확정진단(definite), 추정진단(probable diagnosis), 가능성진단(possible diagnosis)으로 제시하였고, 1982년 US National MS Society에서는 Poser등[18]이 제안한 MS진단기준을 확정하고 CSF 소견을 임상기준에 추가하고 MRI 소견을 진단 기준에 추가하였다. McDonald 기준[14]에 따르면 MS를 시사하는 전형적 증상을 가지는 환자에서 MRI, CSF 소견이 MS에 부합한다

면 MS로 진단할 수 있다고 시사하고 있다. 하지만 약 5~10%에서 진단상의 오류가 있다고 하며, 특히 아시아 지역에서는 MS의 유병률이 낮고 비전형적인 임상 양상을 보이는 환자가 많아 서양의 MS와 감별진단이 다를 수 있다[19]. 아시아형의 MS는 서구인의 MS와는 발병 증상 및 병변 부위에서 차이를 보이는데, 아시아형 MS는 서구형에 비해 유병률이 낮고 발병초기 부터 심한 시신경염과 횡단성척수염이 흔하며 CSF의 심한 염증소견을 보이는 경우가 많다[19].

MS는 다양한 증상이 시간경과에 따라 다양하게 나타날 수 있기 때문에 감별진단의 범위가 매우 넓다. 서구형은 대뇌 및 소뇌를 포함한 중추 신경계 백질의 광범위한 탈수초성 병변을 보이는데 비해 아시아형은 주로 척수와 시신경에 국한되어 나타나는 심한 염증반응을 특징으로 한다[20].

우리나라에서는 Behcet병, 전신성 홍반성 낭창, 원인 미상의 척수병증 등과 같이 MS와 유사한 병리경과를 보이는 질환이 비교적 흔하므로[6] 감별진단이 더 중요하다.

또한 우울증상은 MS와 같이 만성적으로 이환되는 질병에서 흔하게 동반된다. 한의학에서 우울증은 飮食, 起居, 陰陽, 喜怒의 활동이 과하거나 부족하여 정상적인 변화를 일으키지 못할 때 五臟六腑의 운행실조를 일으켜 발생한다. 朱[3]는 "모든 病은 얻은지 오래되면 鬱이 되고, 鬱이 오래되면 蒸熱하여 반드시 火가 생긴다"고 하였다.

본 증례에서 저자는 반복 재발하는 MS와 우울증의 주된 원인을 飮食不節로 인한 장부기능 실조로 변증하였다.

환자는 30대 미혼 여성으로 사회활동이 활발한 30대 초반에 처음으로 MS 진단을 받았으며, 약 3년간 간헐적으로 재발 및 완화를 겪으면서 심신이 많이 지쳐있는 상태로 5번째 재발시에는 심한 우울증를 보여 치료에 대한 기대 및 삶의 의욕이 매우 저하되어 있는 상태였다. 특히 수차 재발시 검사상 척수염이 더 진행되어 회복 가능성이 매우 낮다는 사실을 접하고 정서감정이 저하되었다. 내원 직전 일주일동안 양방병원에서 steroid 치료를 받았으나 증상이 계속 악화되어 치료법을 바꾸려 본원 입원하였다.

환자는 유아기부터 성인기까지 식사습관이 불규칙하여 인스턴트 등으로 주식을 대치하였고, 5번째 재발하기 보름 전부터 과도한 업무에 시달리며 중식을 거르고 아침, 저녁은 인스턴트로 해결하는 불규칙한 식생활을 해왔다고 한다. 이러한 飮食不節로 인해 小腸機能失調를 야기해 濕痰이 停滯하고 장기간동안 鬱痰을 형성하여 濕熱이 肺熱傷津, 肝腎虧損하여 痿證이 發하고, MS 진단받은 후 2년간 계속된 스테로이드 치료로 인하여 濕痰이 지속적으로 생성된 것으로 진단했다.

또한 스트레스 및 MS의 재발로 인한 충격으로 肝氣鬱結된 것이 오래되어 氣鬱化火되고 결국 鬱熱을 초래한 것이라 보았다. 腦髓는 脾臟에 의해 화생된 水穀津液의 補益을 받으니 정신기능은 脾臟과 밀접하므로 憂鬱感은 化物出焉이 어려움에서 나타난 병리적인 현상임을 지적할 수 있었다.

따라서 飮食不節로 傷脾하고 재발로 인한 스트레스가 怒傷肝하여 肝脾兩虛를 초래해 筋脈失養하였고, 脾胃기능 저하로 水穀의 氣가 흡수되지 못하고 腎水不足을 일으켜 사지근력저하, 강직감, 저림감 등을 발생시킨 것으로 직시하였다. 또한 장기간 동안 氣의 循環이 沮滯되어 氣鬱化火가 陰虛, 鬱熱상태를 초래하여 顔色無和, 전신 피부 각질이 심한 것, 舌質乾燥, 口乾, 便秘 등 전반적인 虛熱증상을 발생시킨 것으로 진단하였고, 내장운동이 저하되어 복벽이 긴장되어 있고 腹腔內에서 장기의 위치가 전반적으로 하수됨이 촉진되므로 방광이 압박을 받아 야간에 蓄尿感으로 인해 頻覺하는 증상이 심화된 것

으로 진단하였다.

초진시 腹診上 肝이 부어있는 것이 觸診되었고 의욕이 매우 저하되어 문진에 대답하는 것조차 거절하는 현상을 보였는데 이는 장기간의 飮食不節 및 七情過渡로 인한 肝脾兩虛로 인해 中焦가 운화기능을 제대로 하지 못해 津聚困脾하고 積聚鬱結하여 痰邪가 내생하여 意不守臟하게 되는 것으로 보았다.

따라서 氣鬱化火 脾腎兩虛, 肝腎不足으로 변증하고, 內熱을 가라앉히고 脾胃기능 정상화를 위해 잘못된 식사 습관을 교정하는 것을 우선으로 하였다. 痿證이 肺燥로 인해 발생하므로 土生金의 의미로 脾胃를 중심으로 治獨取陽明[6]해야 한다고 치측을 세우고 脾胃의 調理를 우선으로 하며 滋飮淸熱로 除肺熱 補肝腎하였다. 주된 치법은 약치료와 침치료로 하고 추가로 대화를 통해 환자의 정서를 지지하는 요법을 실시하였다.

투약방은 加減蔘蘇飮(蔘蘇飮 去人蔘 加黃蓮, 蓬朮, 川練子, 蒲公英, 半枝蓮, 紫草)으로 熱을 내리고 腹部에 鬱滯된 氣를 疏通시키고 염증을 가라앉히고자 하였다. 초기에 熱證이 심하여 黃連解毒湯 엑기스제를 입원 1, 3일째 투약하여 解熱효과를 보았다. 施鍼은 脾胃기능 정상화, 肝氣鬱結解消를 위해 足少陽膽經, 足太陰脾經, 足陽明胃經의 경혈을 선용하였다. 재원 23일째부터 腎陰을 補하기 위하여 六味地黃元를 병용하여 四肢倦怠, 疲勞 등의 증상이 소멸되도록 하였다. 또한 1일 3~4회로 환자를 방문하여 10분 내외의 상담을 통하여 氣鬱感을 전환하도록 하였고, 보호자(慈堂)의 적극적인 설득으로 수시로 운동요법을 실시하였다. 5회의 재발이라도 다시 호전될 수 있다는 독려를 끊임없이 하며 증상의 호전을 세세히 칭찬해주고 재활의지가 확립되도록 지지요법을 시행하였다. 기타 양방치료는 병행하지 않았다.

전반적인 熱證이 해소된 초기 2주일동안은 호소하는 제반 자각증상이 호전되고, 입원 2주째부터는 스스로 보행연습을 하였으며 口乾, 舌質乾燥, 便秘, 不眠 등의 증상이 소실되고 顔面氣色이 회복 양상을 보였다. 특히 熱證이 제거되고 脾胃기능이 회복됨에 따라 심리적 변화가 일어나 치료에 적극적으로 동참하게 되고 다른 이와 대화를 하려는 의욕을 보였다.

증례자는 퇴원시 움직임의 제한은 없이 일상생활이 독립적으로 가능한 상태로 약간의 강직감이 남아있었고 사지의 저린감각은 VAS 7~8 정도로 호전된 상태였다. 최근 3년간 5회의 증상발생으로 인해 재발에 대한 두려움이 많이 남아있는 상태였으나 식생활을 개선하고 긍정적으로 생활하겠다는 의지를 주지시켜 정상적인 생활을 하도록 하였다.

상기 환자는 수차의 재발로 인해 질병 부하가 축적된 상태였으며, 본원 내원 전 증상 호전에 대한 부정적인 견해를 듣고 호전에 대한 희망이 없는 상태로 입원했으나 본원 치료 후 증상의 대부분이 개선되어 귀가하였다. 또한 증례자가 호소하는 우울감을 단순히 만성병에 대한 스트레스만으로 인지하지 않고 그 원인을 음식의 부적절한 선택과 잘못된 식습관으로 규정하고 치료원칙을 잡았다.

본 증례에서는 현대의학측면에서 치료법이 확립되지 않은 MS에 대해 한방적인 변증과 진단을 통하여 질병을 치료하는 원칙을 세우고자 하였다.

또한 MS로 인한 제반 신경학적인 증상 및 우울증의 원인을 오장육부의 기능실조로 진단하고 치료지침을 세워 제반 증상을 호전시켰다는 것에 의의가 있다.

MS는 재발과 완화를 그 특징으로 하며 발병원인, 재발요인, 치료법 등이 밝혀져 있지 않으므로 환자마다 예후를 예측하기는 매우 어렵다. 따라서 증상 개선 후에도 오랜 기간 동안의 추적조사를 통하여 증상 변화 및 재발 여부를 확인하여 더 많은 연구가 지속되어야 할 것이다.

Ⅳ. 결 론

본 증례에서는 3년 동안 5회의 다발성 경화증(Multiple Sclerosis; MS) 증상 재발 후 증상호전의 가능성이 매우 낮다는 소견을 듣고 우울증 증상까지 동반하게 된 환자에 대해 제반 증상들을 飮食不節로 인한 脾胃機能의 실조로 인한 痿證, 熱鬱로 진단하고 한약치료, 침치료, 지지요법 등으로 증상 호전에 유의한 효과를 보았기에 이에 보고하는 바이다.

1. 발병의 원인을 병리적인 측면에서 귀납적으로 추찰하여 鬱滯된 痰飮이 鬱熱한 것으로 보았고,

2. 臟腑적인 병리증상들을 脾, 肺, 肝臟에 주안점을 두고 원칙을 세웠으며,

3. 滋飮淸熱로 除肺熱 補肝腎하는 한약처방 및 脾胃기능 정상화를 위한 足少陽膽, 足太陰脾, 足陽明胃經의 경혈을 선용하여 치료하였다.

4. 면담치료 또한 脾胃의 중요성을 주지시켜 질병을 극복하는 측면에서의 접근하여 식습관 교정을 주안점으로 삼았다.

이상의 결과로 보아 한의학의 병리관점에 따른 접근법과 장부중심의 치료법이 현대의학에서 일컬어지는 난치병을 치료하는데 근간을 이룰 수 있을 것으로 사료된다. 본 증례의 MS를 위시하여 여타 질병도 이같이 접근하고 계속적인 추적조사를 실시하여 이 증례에 추가보고 할 수 있도록 노력을 경주할 것이다.

참 고 문 헌

1. 王冰. 新編 黃帝內經 素問. 서울:대성문화사. 1994:271-4.
2. 김성수, 금동호. 위증에 관한 문헌적 고찰. 동국한의학연구소논문집. 1999;7(2):81-95.
3. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울: 대성문화사. 1982:515-27.
4. 정순창, 강재영, 김관식, 주문배. 실어증을 동반한 다발성 경화증. 대한신경외과학회지. 1977;6(2):407-10.
5. Okinaka S, Tsubaki T, Kuroiwa Y. Multiple sclerosis and allied disease in Japan. Neurol. 1958;8:756-63.
6. 허지회, 선우일남, 박기덕, 조필자. 다발성경화증 환자에서의 임상 양상과 유발전위 검사 소견의 비교 관찰. 대한신경과학회지. 1992;10(1):49-58.
7. Jcobs LD, Wende KE, Brownscheidle CM, Apatoff B, Coyle PK, Goodman A. A profile of multiple sclerosis: the New York State Multiple Sclerosis Consortium. Mult Scler. 1999;5:369-76.
8. Compston A, ed. McAlpine's Multiple Sclerosis: Disease modifying treatments in multiple sclerosis, 4th ed. Churchill Livingston. 2006:351-810.
9. 노을선. 사지무력증-양방으로 본 진행성마비. 대한한의학회지. 1978:47-57.
10. 강석일, 박원태, 구창모, 김연섭. 다발성경화증 환자 치험1례에 대한보고. 대한한의정보학회지. 2002;8(1):34-45.
11. 강계성, 권기록. 다발성 경화증 환자5례에 대한 임상보고. 대한침구학회지. 2003;20(1):209-17.

12. 황상일, 백동기, 임은경, 이윤재, 정현애, 조영기, 문미현, 이성균, 김동웅, 신선호. 다발성 경화증 환자 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2004;25(3):609-14.
13. Schmacher GA. Multiple sclerosis. Arch Neurol. 1966;14:571-3.
14. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, McFarland HF, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the international panel on the diagnosis of multiple sclerosis. Ann Neurol. 2001;50:121-7.
15. 김용성, 김철중. 위증에 대한 동서의학적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2000;8(2):211-43.
16. Kenneth WL, Ian B. 임상신경학. 서울:이퍼블릭. 2006:736-48.
17. Rose AS, Ellison GW, Myers LW, Tourtellotte WW. Criteria for the clinical diagnosis of multiple sclerosis. Neurology. 1976;26:20-2.
18. Poser CM, Paty DW, Scheinberg L, McDonald WI, Davis FA, Ebers GC, et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for reserch protocols. Ann Neurol. 1983;13:227-31.
19. Kuroiwa Y, Hung TP, Landsborough D, Park CS, Singhal BS. Multiple sclerosis in Asia. Neurology. 1977;27:188-92.
20. Kuroiwa Y, Igata A, Itahara K, Koshijima S, Tsubaki T, Toyokura Y, Shibasaki H. Nationwide survey of multiple sclerosis in Japan-Clinical analysis of 1084 cases. Neurol. 1975;25:845-51.