동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 20. No. 4, 2009

眼瞼下垂를 동반한 火病 환자 치험 1례

황정현, 김지훈, 구병수, 김근우
동국대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

A Case Report on Hwabyung Patient with Blepharoptosis

Jeong-Hyun Hwang, Jee-Hoon Kim, Byung-Soo Koo, Geun-Woo Kim
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dong-Guk University

Abstract

Objectives :
This study was designed to research the effect of oriental treatments for Hwabyung with Blepharoptosis.

Methods :
A 51 year-old female patient has been suffered by Hwabyung for 5 months and by Blepharoptosis for 2 weeks. We treated the patient with Herbal medication, oriental psychotherapy and acupuncture.

Results :
As a result of oriental treatments, Blepharoptosis was disappeared, and the symptoms of Hwabyung was improved gradually.

Conclusions :
These result suggest that oriental treatments have an effect on Hwabyung with Blepharoptosis.

Key Words :
Hwabyung(火病), Blepharoptosis, Conversion disorder, Oriental treatment.

투고일 : 10/16 수정일 : 11/27 채택일 : 12/1
교신저자 : 김근우, 경기도 성남시 분당구 수내3동 87-2 동국대학교 분당한방병원 한방신경정신과
Tel : 031-710-3737, Fax : 031-710-3780, E-mail : kgwoo86@hanmail.net

Ⅰ. 서 론

火病은 오래전부터 민간에서 사용되어오던 질병개념 중의 하나로 鬱火病으로 인식되어 오던 질병이다. 鬱火病이란 그 뜻대로 말한다면 억울한 감정이 쌓인 후에 불(火)같은 양상으로 폭발하는 다양한 임상증상을 가진다는 것을 의미한다[1]. DSM-IV에서는 문화 관련 증후군의 하나로 火病을 명기하고 있는데, 한국의 민속증후군으로 "분노증후군(anger syndrome)"으로 번역하며, 분노의 억제로 인하여 발생한다고 하였다[2].

전환 장애(Conversion disorder)란 심리적 갈등이 원인이 되어 신경계 증상, 즉 감각기관이나 수의운동기관의 증상이 1가지 이상 오는 경우를 말한다. 이 증상은 의학적으로나 병리적, 생리적으로 설명되지 않는다[3].

전환(Conversion)이란 정신적인 에너지가 신체 증상으로 변환되었다는 의미이며, 전환 장애란 신체형 장애 중에서 전환된 신체 증상을 특징적으로 보이는 질병 단위이다. 증상은 갑작스런 감각이나 수의운동 기능의 상실로 나타난다. 팔 다리를 움직이지 못하거나 말을 하지 못하고 앞이 보이지 않게 되어, 처음에는 신경계 장애나 내과 질환을 의심하게 된다. 그러나 정밀 검사를 시행하여도 알려진 신경계의 해부 생리학적 기전으로 증상의 원인을 설명할 수 없으며, 심적 갈등이나 스트레스가 병을 유발하거나 악화시킨 것으로 보아 심적인 요소가 밀접히 관계되어 있음을 알 수 있다[4].

한의학적으로 전환 장애는 卒然昏倒, 人事不省, 牙關緊急, 手足痙攣, 厥冷, 脈沈 등이 나타나는 中氣症[2]의 범주로 주로 이해되는데, 전환 장애의 증상이 마비, 감각 이상, 운동 장애, 시각상실(blindness), 실성증(失聲症), 난청(難聽) 등 다양하게 나타나므로, 中氣症을 포함하는 失志症의 범주로 볼 수 있다.

화병의 치료에 대한 연구는 이 등[5]의 연구, 김 등[6]의 연구에서와 같이 화병의 핵심 신체증상, 핵심정신증상에 대한 증례가 대부분이었고, 전환 장애가 동반된 火病 환자에 대한 증례는 드물다.

본 증례의 환자는 胸悶, 上熱感을 호소하는 火病 환자로서, 전환 장애로 인해 갑작스럽게 발생한 양측성 안검하수를 주소로 내원하여, 본원 입원기간 동안 한방치료로 유의한 증상의 호전을 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 환자

김OO, (여자/51세)

2. 주소증

1) 양측 안검하수, 안면부위 통증 및 마비감
2) 胸悶, 上熱感

3. 발병일

1) 200○년 ○월 초(내원 2주 전)
2) 200○년 ○월(내원 5개월 전)

4. 과거력

1) 우울증

200○년 ○월(내원 5개월 전) 종합검진 시 진단받음. 진단 3개월 후부터 항우울제 복용함.

2) 역류성 식도염

200○년경(내원 2년 전) 진단받아 약물치료 하였으며, 200○년 ○월(내원 5개월 전)에 재발하여 10주간 약물치료함.

5. 가족력

아버지 : 고혈압

6. 사회력

1) 키 / 몸무게 : 158 cm / 52 kg
2) 직업 : 주부
3) 흡연 : 無
4) 음주 : 6회/1주, 소주 2-3잔/1회

7. 현병력

상기자는 만 51세의 꼼꼼하고 예민한 성격의 환자로 남편과의 결혼 후 급한 성격의 시어머니와 원만하지 못한 관계로 인해 가벼운 흉민 증상을 평소부터 자각하였음. 200○년 ○월 경(내원 1년 전) 시어머니가 돌아가신 후 생전에 잘해드리지 못한 것에 대한 후회감과 죄책감이 늘 들었으며, 200○년 ○월경(내원 5개월 전) 남편의 사업이 어려워지며 흉민, 불안 등의 증상이 심해지고, 같은 달에 종합검진 시 우울증을 진단받고, 200○년 ○월경(내원 2개월 전) 우울 증상 심해져 항우울제 복용 시작함. 이후 200○년 ○월 초(내원 2주 전)에 양측 안검하수, 안면부위 통증 및 마비감 발생하여 환자 및 보호자 적극적인 한방 치료 원하여 본원 한방신경정신과 200○년 ○월 ○○일 입원함.

8. 진단명

1) 火病
2) 中氣不足型 眼瞼下垂
3) 전환 장애(conversion disorder)

9. 치료기간

1) 입원

200○년 ○월 ○○일 - 200○년 ○월 ○○일 (11일간)

2) 외래

200○년 ○월 ○○일 - 200○년 ○월 ○○일 (5개월간)

10. 검사소견

1) 다면적 인성검사 (입원 2일)

타당도 척도 상 '∧'자 형으로 지나치게 자기 비판적이거나 자신의 문제를 과장하려는 경향이 있음. 신경증 세 척도(Hs, D, Hy)의 모양이 'V'자로 심리적 스트레스나 곤란을 신체적인 장애로 전환시키려는 경향이 있음(Fig. 1).

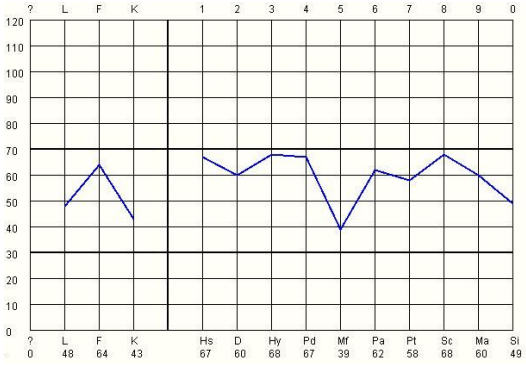


Fig. 1. The result of MMPI.

2) BDI (입원 1일)

14점

3) 혈액검사, 뇨검사 (입원 1일)

CPK : 48 IU/L ↓, HDL-chol. : 37.0 mg/dL ↓, RBC : 3.72 10^6 /㎕ ↓, Hb : 11.1 g/dL ↓, Hct : 34.3% ↓

그 외 별무이상.

4) 심전도 검사 (입원 1일)

이상 없음

11. 초진소견

1) 문제점

(1) 주요증상

① 양측 안검하수

200○년 ○월초(내원 2주 전)에 갑자기 발생함. 양쪽 눈이 안 떠진다고 하며, 외견상 양측 안검이 하수되어 눈동자의 상부를 가리는 상태임.

② 안면부위 통증 및 마비감

입 주위 당기는 느낌이 들고, 만졌을 때 감각이 저하되어 있는 상태이며, 말을 하려고 입을 움직일 때 통증이 발생함.

③ 胸悶, 上熱感

결혼 후 시어머니와 함께 기거하며 성격차이로 인해 원만히 지내지 못하며 지속적으로 stress를 받았다 함. 200○년 ○월(내원 5개월 전) 남편의 사업이 어려워지며 신경을 많이 쓴 후 증상이 심해진 상태로 지속중임.

(2) 부수증상

① 불안

200○년 ○월(내원 5개월 전) 남편의 사업이 어려워지며 불안감이 심해지고, 사소한 자극에도 깜짝깜짝 잘 놀랐으나, 항우울제 복용 후 증상 완화됨.

② 梅核氣

인후부에 뭔가 걸린 듯한 느낌이 지속됨.

③ 안구건조감

양측 안구가 건조하고 뻑뻑한 느낌 때문에 수시로 인공누액을 점안함.

④ 불면

수면제를 복용하지 않으면 수면을 취할 수 없고, 수면제 복용 시 5시간가량 淺眠을 취함.

⑤ 식욕부진

식욕이 감소되어 이전 식사량의 절반 이하만 드심.

2) 화병면담검사

(1) 핵심 신체증상

胸悶, 上熱感, 梅核氣

(2) 핵심 심리증상

시어머니와의 불화로 인해 생긴 마음의 응어리

(3) 관련 신체증상

口渴, 不眠, 驚悸

(4) 관련 심리증상

삶이 허무함, 깜짝깜짝 잘 놀람

12. 望聞問切

1) 望診
보통 체형. 面白. 舌質淡紅. 舌苔薄白.

2) 聞診
대화 중 한 번씩 숨을 몰아서 쉼.

3) 問診
밤에 쉽게 잠들지 못하고 잘 깸. 食慾不振으로 식사량 적음. 깜짝깜짝 잘 놀람. 口渴. 대변 1일 1회. 소변 자주 보는 편.

4) 切診
脈細弦. 복진 시 특별한 압통은 없으며, 연약 무력한 편.

13. 한의학적 변증

1) 心膽虛怯
2) 中氣不足

14. 치료 목표

1) 안검하수와 안면부 감각저하는 전환 장애로 인한 것으로 판단되므로, 환자에게 병의 상태와 심적 요소가 병에 미친 영향에 대해 설명을 해 주고, 치료 가능함을 설명하여 안심하도록 한다.
2) 한의학 위주의 對症治療를 실시한다.
3) 상기 증상의 회복을 통해 원활한 일상생활과 사회로의 재적응을 도모한다.

15. 정신과적 개인력 조사

1) 인적사항
51세 여환. 가정주부. 남편과 함께 경기도 거주.

2) 병전성격
꼼꼼하며 예민한 성격.

3) 개인력
남편과 결혼 후 시어머니를 모심. 성격이 불같은 시어머니와의 관계에서 스트레스를 많이 받음. 장남으로 집안 대소사를 전담하다시피 하는 남편, 협조적이지 않은 시집가족들에 대한 불만이 쌓임. 200○년(내원 1년 전) 시어머니가 돌아가신 후, 시어머니에 대한 후회, 죄책감이 생김. 남편의 사업에 대해 항상 신경이 많이 쓰임. 200○년 ○월경(내원 5개월 전) 사업이 어려워지면서 스트레스를 심하게 받음. 200○년 ○월초(내원 2주 전)에 이사 문제로 남편과 다툰 적이 있음.

4) 정신상태
억울, 죄책감, 불안, 우울감

5) 과거 정신병력
우울증

16. 치료사항

1) 침치료
동방침구제작소의 0.25 mm×30 mm 호침을 사용하여 眼瞼下垂에 상용하는 承泣, 四白, 陽白, 魚腰, 攢竹穴 및 火病에 상용하는 膻中, 中脘, 天樞, 合谷, 足三里, 百會, 涌泉穴을 상황에 따라 배합하여 1일 2회 실시함.

2) 부항치료
우울증, 정신적 피로 해소에 도움이 되는 Aroma(클라리세지, 베르가못, 일랑일랑)[7]를 배부에 도포한 후 背兪穴 중심으로 1일 1회 건식부항을 실시하였다.

3) 한약치료

淸心溫膽湯[8], 加味補益湯[8]을 상황에 따라 변증하여 1일 3회 경구로 투여함. 증상이 호전되어 퇴원약으로 加味補益湯을 일주일분 투여함(Table Ⅰ, Ⅱ).

4) 정신치료

지지적 정신치료의 의미로 至言高論療法을 사용함.

5) 양방치료

렉사프로10 mg 1 T qd, 리보트릴0.5 mg 1 T hs, 졸피뎀10 mg 0.5 T hs

17. 임상 경과 및 치료

1) 입원 1일(오전 11시 입원)

(1) 증상

양측 안검이 하수되어 눈동자의 윗부분을 가리는 상태이며, 완전한 개안이 되지 않았다. 말을 할 때 입 주변부에 당기는 듯한 통증이 있으며, 감각이 저하되어 만져보면 둔한 느낌이 든다고 하였다. 가슴 답답한 느낌은 하루 종일 지속이 되며, 하루에 수차례 화끈거리는 기운이 가슴에서 목으로 타고 올라오는 듯하다고 호소하였다.

(2) 한약치료

心膽虛怯으로 판단하여 淸心溫膽湯을 투여하였다.

(3) 정신치료

지지적 정신요법의 일환으로 至言高論療法을 사용하였다. 우선 환자의 안검하수가 충분히 치료 가능함을 설명함으로써 환자를 안심시키고, 시어머니 및 남편과의 관계에서 힘들었던 점을 토로하게 함으로써 환자의 정서를 환기시키는 동시에 환자를 지지하였다.

(4) 양약치료

입원 전부터 복용하던 렉사프로10 mg 1 T qd, 리보트릴0.5 mg 1 T hs, 졸피뎀 0.5 T hs로 계속 투여하였다.

2) 입원 3일

(1) 증상

입원 후 수면 상태가 개선되어 비교적 숙면을 취할 수 있었다. 양측 안검의 하수상태는 입원 시와 비교차여 별다른 차이가 없었다. 말을 할 때 입 주위의 당기는 통증은 감소되었으나, 코 주위에 통증이 남아있다고 하였다. 감각 저하로 인한 둔한 느낌은 여전하였다.

(2) 한약치료

淸心溫膽湯을 계속 투여하였다.

(3) 양약치료

렉사프로10 mg 1 T qd, 리보트릴0.5 mg 1 T hs로 계속 투여하였다. 수면 상태가 개선되었으므로 졸피뎀 0.5 T는 hold하였다.

3) 입원 5일

(1) 증상

가슴 답답한 느낌은 크게 감소되어 경미한 상태이고, 상열감은 하루 1회 이하로 나타난다고 하였다. 입원 후 불안감 또한 지속적으로 감소되어 현재는 특별한 불안감 없이 평정심 유지할 수 있다고 하였다. 졸피뎀

을 hold한 후에는 수면 도중 수회 깨어서 다소 淺眠 경향이 있으나, 졸피뎀을 복용하지 않으면 수면을 이루지 못하던 이전에 비해 수면상태가 개선되어 만족스러워하였다. 양측 안검의 하수상태는 여전하였다.

(2) 한약치료

胸悶, 不安 등이 감소되어 心膽虛怯으로 인한 증상은 거의 소실된 것으로 보고, 안검하수 증상이 中氣不足으로 인한 것으로 판단하여 加味補益湯을 투여하였다.

(3) 양약치료

렉사프로10 mg 1 T qd, 리보트릴0.5 mg 1 T hs로 계속 투여하였다.

4) 입원 7일

(1) 증상

말을 할 때 입과 코 주위에 당기는 듯한 통증은 소실되었으나, 만져보았을 때 둔한 느낌은 여전하였다. 양측 안검하수는 자각적으로 다소 호전이 있다고 하였으나, 외견상 하수상태 여전하였다. 졸피뎀을 복용하지 않고도 6시간 이상 숙면을 취할 수 있었다. 식욕 호전되어 평소 식사량 회복하였다.

(2) 한약치료

加味補益湯을 계속 투여하였다.

(3) 양약치료

렉사프로10 mg 1 T qd, 리보트릴0.5 mg 1 T hs로 계속 투여하였다.

5) 입원 9일

(1) 증상

양측의 안검을 완전히 개안할 수 있었다. 입과 코 주위에 통증은 남아있지 않았으며, 둔한 느낌 또한 다소 감소되었다.

(2) 한약치료

加味補益湯을 계속 투여하였다.

(3) 양약치료

렉사프로10 mg 1 T qd, 리보트릴0.5 mg 1 T hs로 계속 투여하였다.

6) 입원 11일(퇴원일)

(1) 증상

양측 안검의 완전한 개안 상태 여전하였다. 안면부 통증은 재발하지 않았으나, 둔한 느낌은 미약하게 남아있는 상태였다. 가슴 답답함, 상열감, 불안감은 특별히 불편감을 느끼지 않을 정도로 감소되었다.

(2) 한약치료

補益의 목적으로 加味補益湯을 퇴원약으로 처방하였다.

Table Ⅰ. The Change of Herbal Medication

Admission Day	Herbal Medication	Composition of Herbal Medication
Adm 1st-Adm 5th	淸心溫膽湯	香附子 10 g, 橘紅, 半夏(干拌) 各 6 g, 白茯苓, 白朮, 枳實, 靑竹茹, 石菖蒲 各 4 g, 木香 3 g, 黃芩(酒炒), 黃連(酒炒), 遠志 各 2 g, 生薑 3 片, 大棗 2 枚
Adm 5th-Adm 11th	加味補益湯	黃芪 8 g, 人蔘, 白朮 各 6 g, 橘皮 4 g, 當歸身, 神麴(炒), 枳實 各 3 g, 甘草, 升麻(酒洗), 柴胡(酒洗) 各 2 g

Table II. The Change of Treatments and Symptoms

Admission Day	Symptoms					Herbal Medication
	Bilateral Ptosis	Facial Pain	Facial Numbness	Chest Discomfort	Anxiety	
Adm 1st	+++	+++	+++	+++	+++	淸心溫膽湯
Adm 2rd	+++	+++	+++	++	++	淸心溫膽湯
Adm 3rd	+++	++	+++	+	+	淸心溫膽湯
Adm 4th	+++	++	+++	+	+	淸心溫膽湯
Adm 5th	+++	+	+++	±	±	淸心溫膽湯 加味補益湯
Adm 6th	+++	±	+++	±	±	加味補益湯
Adm 7th	++	−	+++	±	±	加味補益湯
Adm 8th	+	−	+++	±	±	加味補益湯
Adm 9th	−	−	++	±	±	加味補益湯
Adm 10th	−	−	+	±	±	加味補益湯
Adm 11th	−	−	+	±	±	加味補益湯

+++ : Severe, ++ : Moderate, + : mild, ± : slight, − : none

Ⅲ. 고 찰

火病은 중년 이후에 많으며, 여자에게 많고, 사회적, 경제적, 교육 수준이 낮은 계층에 많으며, 발병기간이 수년 내지 수십 년에 걸친 만성적인 경과를 보이는 병으로 대부분의 환자들은 자신의 질병에 대해 병식을 가지고 있다[9].

火病은 한의학적 이론의 기본에서 비롯되었다고 할 수는 있지만, 역대 의가에서는 火病을 독립된 병명으로 보기보다는 火나 鬱火로 말미암아 발생하는 증으로 보는 견해가 대부분이다[2]. 『素問. 至眞要大論』[10]에는 "諸熱瞀瘈 皆屬於火", "諸禁鼓栗 如喪神守 皆屬於火", "諸逆衝上 皆屬於火", "諸躁狂越 皆屬於火", "諸病胕腫 疼酸驚駭 皆屬於火"라 하여 火로 인한 증상을 소개하고 있으나, 아직 발병인자를 정서적인 원인으로 명확하게 설정하지 않았다. 金元시대에 이르러 火에 대한 인체에서의 생리, 병리기전에 대한 언급과 함께 정서와 火의 관계를 명확히 하였다. 劉[11]는 "多因喜怒思悲恐之五志 有所過極而卒中者 由五志過極皆爲熱甚故也"라고 하여 熱과 정서를 연관시켜서 이해하였다. 張[12]은 "五志所發 皆從心造...皆以平心火爲主"라고 하여 五志之火는 心에서 생기니 心火를 안정시켜야 한다고 하였고, 生剋制勝의 원리로 病人의 心理 病理 상태를 치료하는 정신요법 또한 제시하였다. 李[13]는 "凡忿怒悲思恐懼 皆損元氣 夫陰火之熾盛...故曰陰火太盛"이라 하여 정신적 자극에 의해 元氣가 손상되면 內傷 陰火가 발생한다고 언급하였다. 이후의 시대에 火病이라는 용어가 직접적으로 등장하는데, 張[14]은 "惟虛火之病, 則本於元氣, 元氣旣虛, 而再攻其火, 非挺卽刃矣。是以諸病之殺人, 而尤惟火病爲最者"이라고 하여 火로 인한 병이 심각한 질환임을 설명하였다. 최근에 김[15]은 이러한 火病의 병리를 종합하여, 肝氣鬱結, 婦人氣鬱, 陰虛火旺, 五志過極化火, 鬱久而化火, 心腎不交로 파악하였으며, 치료에 있어 질병의 양상을 결정하는 증상을 고려하여 이에 해당되는 辨證 치료를 해야한다고 하였다.

본 증례의 환자는 남편과 결혼 후부터 시부모님을 모시며 함께 살았는데, 평소 예민하고 꼼꼼하며 내성적인 성격의 환자와 달리, 급하며 다혈질, 신경질적인 시어머니와

지내며 여러 가지 문제로 충돌을 일으키며 원만하게 지내지 못하였다. 환자의 성격적 특성으로 인해 시어머니와의 관계에서 생기는 분노 등의 감정을 밖으로 표출하지 못하였으며, 남편이 시어머니와 환자간의 관계를 잘 중재하지 못하여, 환자의 부정적 감정은 장기간 해소되지 않고 鬱滯되어 火로 화하여, 마침내는 胸悶, 上熱感, 梅核氣, 不安 등의 증상이 생긴 것으로 보인다. 이 후 시어머니가 돌아가신 후에 시어머니에 대한 분노는 어느 정도 감소되었으나, 며느리로서 시어머니를 잘 모시지 못한 것은 아닌가 등 시어머니에 대한 죄책감이 생기며, 환자의 우울증이 야기되었다. 환자는 시어머니와 늘 함께 살던 집에서는 시어머니에 대한 죄책감이 반복적으로 상기되어, 이사를 하여 이를 벗어나고 싶어 하였으나, 이사를 반대하는 남편과 갈등이 지속되다, 내원 수일 전에 이사 문제로 남편과 크게 다툰 후 돌연 眼瞼下垂가 발생한 것으로 보아 전환 장애로 인한 眼瞼下垂로 추정하였다.

전환 장애(conversion disorder)는 이전에 히스테리신경증 전환형(hysterical neurosis, conversion type)으로 불렸는데, 신경증적 장애 중 매우 고전적인 것이다. 심리적 갈등이 원인이 되어 신경계 증상, 즉 감각기관이나 수의운동기관의 증상이 1가지 이상 오는 경우를 말한다. 이 증상은 의학적으로나 병리적, 생리적으로 설명되지 않는다[4].

전환 장애의 평생유병률은 잘 연구되어 있지 않으나, 일반인구 10만 명당 22명이라는 보고가 있다. 발병 시기는 사춘기나 성인 초기이다. 여성에게서 약 2~5배 많으나 남자에서도 발견된다. 사춘기나 성인 초기, 낮은 사회경제적 계층, 농촌지역, 저학력자, 지능이 낮은 사람, 전쟁의 위협에 놓인 군인들에게서 많이 발견된다. 주요우울장애, 불안장애, 정신분열병 등을 잘 동반한다. 서구 사회에서는 전형적 증상이 점차 감소한다고 보고 있으며, 우리나라에서도 그 빈도가 감소되고 있다. 전환 장애의 증상은 무의식과정을 통하여 일어나는데, 이때 관여하는 방어기전은 억압과 전환이다. 원인적 갈등은 대개 성적, 공격적 본능적 충동과 그 표현을 억압하고자 하는 데서 일어난다. 증상은 억압된 욕구 중 일부가 상징적으로 전환되어 표현된 것으로 환자는 그 의미를 모르고 있다. 그러나 환자는 증상을 통해 주위 환경과 대화하고 갈등을 통제하려고 한다[3].

전환 장애의 증상은 수의(隨意)운동 장애 및 감각 장애로 나타난다. 흔한 증상은 마비, 감각 이상, 운동 장애, 시각상실(blindness), 실성증(失聲症), 난청(難聽) 등이다. 운동 증상으로는 보행 장애, 무력증, 마비, 떨림, 운동 이상증(dyskinesia), 틱(tic), 실성증(失聲症, aphonia), 불수의적 횡격막 수축, 실신(syncope) 등이 있다. 감각 증상으로는 팔, 다리의 무감각이나 감각 이상(parasthesia)이 흔하며, 그 외에 실명(失明), 난청(難聽)이나 시야 협착(視野狹窄, tunnel vision)도 있다. 경련 발작의 형태로도 나타나는데, 이때는 간질(epilepsy) 발작과는 달리, 혀 깨물기나 요실금(尿失禁), 신체의 손상이나 외상은 거의 없다. 그리고 경련 직후 동공 반사나 구역질 반사(gag reflex)는 정상이며 혈중 prolactin 치의 증가도 없다[4].

본 증례의 경우, 양측성 안검하수의 증상이 발생하였고, 증상 발생 수 일 전 자택 이사 문제로 남편과 다투며 스트레스를 받았으며, 증상을 인위적으로 만든 것이 아니며, 증상이 일반적 의학적 상태로 완전히 설명되지 않고, 눈을 완전히 뜨지 못해 생활에

불편함을 겪으며, 증상이 통증이나 성기능 장애에 국한된 것이 아니고 신체화장애 때만 생기는 것이 아니며, 다른 정신장애로 더 잘 설명되지 않으므로, 전환 장애의 DSM-IV-TR 진단 기준[3]을 충족한다.

안검하수는 상안검거근의 근육자체 또는 신경지배의 이상으로 상안검이 늘어지고 검열이 작아진 상태를 말하는데, 크게는 선천성과 후천성, 원인에 따라서 신경원성(neurogenic ptosis), 근육원성(myogenic ptosis), 기계적(mechanical ptosis), 건막성(aponeurotic ptosis) 등으로 분류한다. 선천성 안검하수의 원인은 출생 시부터 안신경 상지의 장애 혹은 상안검거근의 발육이상으로 발생한다. 외안근 중에서 상직근의 작용도 동시에 약한 경우에 발생된다. 후천성 안검하수는 신경 및 근육의 이상으로 발생되는데, 원인은 동안신경이 장애가 되는 질환에서 빈발된다. 두개강 내의 동맥류 파열, 두부의 외상, 당뇨병성 신경병증, 두 개강 내의 독성 및 염증성 질환으로 발생된다[16]. 안검하수의 양방적인 치료는 중증근무력증을 제외하고는 수술요법에 의존한다.

한의학에서는 안검하수를 單眼 또는 兩眼 上眼瞼 肌肉의 垂緩으로 升擧되지 않아 瞳孔의 일부 혹은 전부를 가리고 있어 시력에 영향을 미치는 것으로, 眼廢, 睢目, 侵風, 上胞下垂, 胞垂, 瞼皮垂覆이라고 한다. 胞瞼은 五輪 중의 肉輪으로 脾臟에 속하며 脾는 升을 주관하므로 脾가 虛하면 升擧하는데 힘이 없고 또 氣血을 化生할 수 없어서 脈絡과 肌肉을 營養하지 못하는 脾氣虛弱으로 나타나므로 健脾益氣 및 升陽法으로 치료해야 한다고 보았다[16]. 정[17] 등은 眼瞼下垂의 원인을 대체적으로 先天的인 것은 先天稟賦가 不足하고 命門火衰 등에 의하여 脾陽不足이 되므로 말미암아 發育不全이 되어 발생하고, 後天的인 것은 대체적으로 脾의 陽氣가 虛弱하고 脈絡이 失調한 중에 風邪가 胞瞼에 침범하였기 때문이며 外傷으로 氣血不和로 因하기도 한다고 정리하였다.

상기 환자의 경우, 혈액검사 상 특별한 이상이 없었으며, 신경학적 증상이 없고, 대광반사 정상, 시야 정상, 안구운동 정상이라는 점에서 신경원성 및 근육원성 안검하수를 배제하였고, 육안적으로 상안검에 특별한 병적 변화가 없었으므로 기계적 안검하수 또한 배제하였으며, 연령이 젊고 수술력이 없다는 점에서 건막성 안검하수를 배제하였다[16]. 남편과의 다툼 이후 갑작스럽게 眼瞼下垂 발생하였다는 점에서 전환 장애에 의한 안검하수로 추정하였다. 전환 장애로 인한 안검하수는 전환 장애 증상으로 흔한 것은 아니지만, Hop[18], Peer Mohamed[19]의 보고에서 그 예를 찾아볼 수 있다. Hop[18]의 보고에서는 병변 쪽 눈썹이 처져 있다는 점이 전환 장애로 인한 안검하수의 특징으로 제시하였고, Peer Mohamed[19]의 보고에서는 병변 부위 눈꺼풀에 주름이 있다는 것과 지속적으로 상방을 주시했을 때 상안검이 경미하게 올라가는 동시에 하안검 또한 위로 움직이는 것을 전환 장애로 인한 안검하수의 특징으로 제시하였다.

치료에 있어서는 易驚, 胸悶, 難以入眠 등의 증상을 고려하여 心膽虛怯한 것으로 보고 입원 초기(입원 1~5일)에는 淸心溫膽湯을 투여하였다. 服藥을 시작한 후 양측 眼瞼下垂 상태에는 크게 변화가 없었으나, 胸悶, 上熱感, 不安 및 안면부 통증은 환자가 불편감을 크게 호소하지 않을 정도로 증상이 경감되었다. 이에 後天的 眼瞼下垂는 脾氣가 虛弱하기 때문이라는 정[17]의 연구에 근거하

고, 고[20]가 眼瞼下垂 환자 3례 중 中氣下陷으로 辨證되는 眼瞼下垂 2례에 대해 補中益氣湯加減方을 사용한 것과 정 등[17]이 脾虛로 인한 中氣下陷으로 변증되는 특발성 안검하수 2례에 補中益氣湯加味方을 사용하여 호전을 보인 것을 참고로 하여, 益氣升陽하고 脾胃를 調補하는 處方인 加味補益湯을 투여하였다. 加味補益湯 투여 3일째부터 眼瞼下垂의 자각적인 개선이 이루어져 환자는 조금씩 눈이 더 잘 떠지는 듯한 느낌이 있다고 하였으며, 투여 4일째에는 보호자도 인식할 수 있을 정도로 眼瞼下垂 상태가 호전되었다. 투여 5일째부터는 더 이상 眼瞼이 下垂되지 않았으며, 안면부의 감각저하 상태 역시 다소 간의 호전이 있었다.

상기 환자는 퇴원 후 4개월가량 외래 치료를 받았는데, 眼瞼下垂는 다시 재발하지 않았으며, 胸悶, 上熱感, 梅核氣, 안구건조감 등의 증상도 생활에 불편함이 없을 정도로 호전이 되어 치료를 종결하였다.

이 증례의 문제점은 眼瞼下垂에 대한 원인 규명을 위한 검사가 충분이 이루어지지 않았다는 점이다. 임상증상으로만 전환 장애를 추정하였을 뿐, Brain MRI, 근전도 검사 등을 통해 신경원성 안검하수나 근육원성 안검하수의 가능성을 완전히 배제하지는 못하였다. 또한 전환 장애의 경우 90% 이상에서 증상이 수일 이내 혹은 1개월 정도 지속되다가 저절로 소실된다[4]는 점에서 환자의 眼瞼下垂가 치료와 별개로 저절로 소실되었다는 점을 배제할 수 없으며, 실제로 입원 4일째에 발병의 계기가 된 스트레스 사건이었던 이사 문제가 해결되었다는 점에서 2차적 이득 충족으로 인한 증상의 소실 가능성도 있다. 다만 이후에 전환 장애 증상이 다시 재발되지 않았다는 것은 긍정적인 것으로 평가할 수 있다.

Ⅳ. 결 론

본 증례는 안검하수가 동반된 화병 환자를 전환 장애로 진단하고, 한의학적으로 心膽虛怯, 中氣不足으로 辨證하여, 淸心溫膽湯, 加味補益湯 및 정신요법을 시행한 결과 안검하수 증상과 火病의 특징적 증상이 호전되어 이를 보고하는 바이다.

참고문헌

1. 권정혜, 김종우, 박동건, 이민수, 민성길, 권호인. 화병척도의 개발과 타당도 연구. 한국심리학회지 임상. 2008;27(1):237-52.
2. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 1판. 경기:집문당. 2007:192, 215-25, 504-5.
3. 민성길. 최신정신의학. 5판. 서울:일조각. 2008:364-7.
4. 대한신경정신의학회. 신경정신의학. 1판. 서울:중앙문화사. 2005:247-52.
5. 이승기, 김종우, 황의완. 홧병환자 1例의 임상 보고. 동의신경정신과학회지. 1996;7(1):173-80.
6. 김현수, 정인철, 이상룡. 面赤을 主訴로 하는 火病 患者 一例에 對한 臨床考察. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2006;15(1):105-10.
7. 이세희. 아로마테라피. 서울:홍익재. 1995:262-3.
8. 金永勳. 晴崗醫鑑. 5판. 서울:成輔社. 2001:237, 248.

9. 임재환, 김종우, 황의완. 韓醫學的 홧병 치료에 따라 나타나는 홧병 환자의 스트레스 지각 정도와 臨床樣相의 변화에 대한 比較研究. 동의신경정신과학회지. 2000;11(1):47-57.
10. 楊椎傑. 黃帝內經素問譯解. 서울:성보사. 1980:662.
11. 劉河間. 素問玄機原病式 注釋本. 北京:人民衛生出版社. 1983:187.
12. 李聰甫, 劉炳凡. 金元四大醫家學術思想研究. 서울:성보사. 1985:189.
13. 대전대학교 한의과대학 제5기 졸업준비위원회. 東垣脾胃論譯釋. 서울:대성문화사. 1992:134-5.
14. 전용민. 再編 景岳全書 雜證模 證治篇 上. 서울:대성문화사. 1999:238.
15. 김종우, 황의완. 한의학에서 본 홧병의 해석. 동의신경정신과학회지. 1994;5(1):9-15.
16. 노석선. 원색 안이비인후과학. 3판. 서울:아이비씨기획. 2007:185-8.
17. 정영돈, 김정호, 송민식, 박영수, 허윤경, 김영일, 홍권의, 임윤경, 이현. 特發性 眼瞼下垂 治療 2例에 대한 증례보고. 대한침구학회지. 2004;21(6):281-9.
18. Hop JW, Frijns CJ, van Gijn J. Psyochogenic pseudoptosis. Journal of Neurology. 1997;244(10):623-4.
19. Peer Mohamed BA, Patil SG. Psyochogenic Unilateral Pseudoptosis. Pediatric neurology. 2009;41(5):364-6.
20. 고경석. 안검하수 치험 3례. 대한침구학회지. 1987;4(1):99-103.