J of Oriental Neuropsychiatry 2012:23(3):129-142
Original article http://dx.doi.org/10.7231/JON.2012.23.3.129

화병에 의해 악화된 본태성 진전증 환자 치험 1례

고인성, 류호선, 박세진, 안효진

동서한방병원 한방신경정신과

A Case Report of a Essential Tremor Patient Aggravated by Hwa-byung

In-Sung Ko, Ho-Sun Ryu, Se-Jin Park, Hyo-Jin Ahn

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Dongseo Oriental Medical Center

Abstract

Objectives :

The essential tremor (ET) is characterized by a tremor of the whole body, including both arms. Recent studies suggest that its psychiatric and cognitive factors are more important for treatment and management than motor symptomsymptoms. This study was performed to report the effects of Korean medicine for essential tremor aggravated by Hwa-byung.

Methods :

We treated a 42 year- old man with Korean medicine (acupuncture, herb-medication and moxibustion) and mental therapy. The effects of the treatment for tremor and skin symptoms were measured by VAS and Severity score (3 level). We used SCL-90-R, BDI, BAI, PSQI and instrument of oriental medical evaluation for Hwa-Byung score (IOMEHB) for a psychological condition.

Results :

After treatments, tremor, Hwa-byung and accompanying symptoms have improved and subsided. VAS, SCL-90-R, BDI, BAI, PSQI, and IOMEHB have decreased.

Conclusions :

This result suggests that Korean medical treatment and mental therapy might be effective for the essential tremor aggravated with Hwa-byung.

Key Words :

Hwa-byung, Essential Tremor, Non-interaction between the heart and kidney(心腎不交).

Received : March 21, 2012; Revised : May 24, 2012; Accepted : May 31, 2012

Correspondence : In-sung Ko, Seoul si Seodaemun gu Yeonhi dong 194-37, Dongseo Oriental medical hospital Neuropsychiatric department.
Tel : +82-02-337-1110, Fax : +82-02-320-7917, E-mail : gnusni@hanmail.net

I. 서론

본태성 진전은 가늘거나 거친 진폭을 가진 느린 진전으로서 대개 양손, 머리, 성대를 침범한다. 약 50%에서 상염색체 우성 유전을 한다. 진전이 일측성일 수도 있다. 휴식기에서는 나타나지 않거나 경미하게 나타나며, 정교한 행위를 수행할 때 잘 나타나며 생리적 진전을 항진시키는 모든 요인에 의해서 증강된다. 나이가 많으면 진전의 빈도가 증가되는 추세이므로 때로는 노인성 진전으로 잘못 불려지기도 한다[1].

화병은 울화병의 준말로, 울화는 울울하고 답답하여 일어나는 심화인데 여기서 심화는 질투나 노여움 따위의 감정이 마음속에서 복받쳐 일어나는 울화로, 화병은 몸과 마음이 답답하고 몸에 열이 높은 병이라고 정의된다[2]. DSM-IV에서는 화병을 문화 특유 증후군으로 분류하고, 분노의 억제로 인해서 발생하며 증상들은 불면, 피로, 공황, 임박한 죽음에 대한 두려움, 우울한 정동, 소화불량, 식욕부진, 호흡곤란, 빈맥, 전신 동통 및 상복부에 덩어리가 있는 듯한 느낌 등이라고 설명하고 있다[3].

한의학적으로 振顫은 肝風을 핵심적인 병기로 보고 구체적으로는 氣血虧虛, 肝陰不足으로 인한 筋脈失養과 腎精虧損으로 인한 髓海失營 혹은 虛風內動, 肝陽上亢, 氣滯血瘀로 인한 風, 火, 痰, 瘀를 주원인으로 하여 주요 임상유형을 肝腎陰虛, 氣血陽虛, 氣滯血瘀, 痰熱動風, 痰濁內盛으로 나누어 접근하고 있다[2].

본태성 진전에 대한 최근의 한의학적 접근으로 침치료에 의한 치험례가 있으며[4], 기타진전증에 대한 연구로 심인성 진전에 대한 보고[5] 및 일반 진전에 대한 증례보고[6] 등이 이루어져왔다. 그러나 본태성진전증이 화병에 의해 악화된 후 상태가 지속된 경우에 대한 보고는 없었다.

이에 저자는 본태성 진전증을 주소로 하였으나, 그 원인이 병력청취 및 검사 상 화병이 동반되어 악화되었다고 판단되는 환자를 본태성 진전증의 병기가 아닌 화병의 병기로 변증하여 한의학적 치료 및 한방정신요법을 시행한 결과 18일간의 치료로 진전증을 비롯한 제반증상의 호전결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 환자 정보

김 OO(남자/42세)

2. 주요 증상

1) 振顫症

양손이 가장 많이 떨리나, 얼굴이나 다리 등 다른 신체부위가 떨림. 육안으로 보일정도의 강도로, 가장 심할 시에는 컵을 떨어뜨릴 정도였다고 표현하였다. 깨어있는 동안 내내 떨리며 하루 중 시간에 따른 증감은 없고, 안정 시 감소하고 운동 시 증가하였다. 특이적으로 음주 시 감소하는 경향을 가졌다.

2) 瘙痒感 및 發赤症

떨림증이 발생한 시기와 비슷하게 전신에 부위적 특이성이 없는 발적증세와 가려움이 발생하였다(가슴, 양팔, 등, 얼굴, 다리).

3. 발병일

201O년(최소 10년 전부터 시작되었으나 입원 8개월 전부터 악화되었다)

4. 과거력

1) 교통사고상해

2009년 좌측십자인대파열, 우측 2, 3, 4족지,

좌측수근주상골 골절로 1개월 간 입원치료 받았다.

2) 요추추간판탈출증

201O년 요추 MRI 검사 상 진단, 보존치료하였다.

5. 가족력

父 - 고혈압

6. 사회력

1) 종교 : 없음
2) 직업 : 자영업(소매업)
3) 최종학력 : 고졸
4) 결혼 : 미혼

7. 현병력

상기 환자는 42세의 남자 환자로 약 25년간의 음주력을 가지고 있으며, 199O에 이어 200O년 교통사고로 상해를 입은 이후 장기간 입원 및 경제적 어려움이 더해졌다. 2년 후인 201O년 음주 관련 처벌을 받은 이후 화병관련 증상이 발생하였고, 이후 기존에 가지고 있던 떨림증이 전신적으로 심해져 이를 주소로 본원 한방신경정신과에 내원하였다.

8. 치료기간

201O년 O월 O일 ~ 201O년 O월 O일 (18일간)

9. 검사소견

1)혈액검사 및 소변검사(Table 1.)
2) X-ray 검사 : 별무 소견
3) Abdomen sono : 지방간
4) TCD(뇌혈류 진단검사) : 별무 소견
5) 심전도 검사 : 정상범위

Table 1. Changes of Blood test and Urinalysis after treatment

	Normal levels	Admission	17days after
Hematology			
WBC	4.23~9.07	3.83↓	6.85 N
RBC	4.63~6.08	4.4↓	4.61↓
Platelet	163~337	72.0↓	111.0↓
Chemistry			
SGOT	5~40	82.0↑	57.0↑
SGPT	5~40	58.0↑	77.0↑
r-GTP	16~73	1336.0↑	684.0↑
Billirubine, total	0.2~1.2	1.8↑	0.69 N
Urinalysis			
Urobillinogen	Negative	1+	1+
Billirubin	Negative	1+	-
Ketones	Negative	1+	+/-
RBC	0~1/HPF	1~3 ↑	l0~1 N

10. 한의학적 소견

1) 望診

보통 체격으로 얼굴빛이 어두우며 광대와 안면 중앙 부위가 붉음. 面色黑黃, 舌質淡紅, 苔薄白.

2) 聞診

약간 떨리는 기색의 목소리로 대화가 길지 않으며, 말끝을 흐림

3) 問診

(1) 식욕 보통
(2) 소화 식후포만, 막힌 느낌
(3) 대변 3회/日, 軟便
(4) 소변 6-7회/日, 짙은 노란색
(5) 수면 淺眠, 4-5시간, 음주 후 수면
(6) 기타 眼澁, 口乾
(7) 흡연 : 1/2 - 1갑 /日
(8) 음주 : 평소 주량 2병. 약 17세 음주 시작. 이후 주 3회에서 많게는 6회 이상의 빈도로 최근 15년간 음주.

4) 切診

(1) 腹診 : 心下痞, 腹直筋 緊張(좌측이 더 甚), 胸脇滿
(2) 脈診 : 脈滑

11. 한의학적 변증

心悸, 不安焦燥, 不眠頻覺, 多夢 胸憫, 上熱感, 善太息, 心下痞, 體重減少, 飮酒過度, 口乾口燥, 腰膝酸軟, 皮膚發赤瘙痒, 大便軟 등의 증세를 보여 心腎不交로 변증하였다.

12. 정신과적 개인력

1) 인적 사항

42세의 남자환자로 자영업으로 도소매상에 종사하였다. 미혼의 상태로 부모님과 함께 거주 중이며 직업적으로도 부모님이 운영하던 일을 물려받았다.

2) 병전 성격

본인 스스로 내성적인 성격이었다고 하며, 부모님들과의 관계는 원만한 편이었으나 집안에서 어머니의 의견이 중심이었고 이에 따라 어머니가 자신을 많이 챙기는 편이어서 본인도 어머니에게 의존하고 있는 편으로 이번의 입원치료도 어머니의 의견을 따른 것이라 하였다.

20대까지는 심리적으로 크게 위축되거나 문제가 있지는 않았던 것 같은데 30대가 넘어가며 음주문제로 인한 법적, 사회적 문제가 몇 차례 발생하며 우울감 및 심리적 위축감이 생겼던 것 같다고 하였다. 직업적으로도 예전에 비해 최근 10년간 점차 운영이 잘 되지 않아 스트레스가 심해지고 자신감을 잃었다고 하였다. 평소 술을 마시는 것 외에 특별한 취미는 없다고 하였다.

3) 개인력

중학교 3학년 때부터 음주를 시작하였으나, 어릴 때는 그것 때문에 특별히 문제가 발생하진 않았다고 하였다. 그 후로도 음주가 이어졌으며, 20대가 되며 길에서 자거나 사람들과의 다툰 일이 생겼고, 두통 등의 신체증상이 자주 발생하였다. 30대에 처음으로 음주운전 관련하여 처벌을 받았으며, 40세에 다시 음주운전으로 면허취소를 당하였다. 이에 대해 사회에 대한 강한 분노와 억울감, 그리고 스스로에 대한 후회와 자책감이 동시에 생겼고, 이후 감정적으로 무척 불안정해지며 다른 증상들이 생긴 것 같다고 하였다.

13. 정신진단 검사

1) 간이정신진단검사(SCL-90-R)(Table 3.)
2) 화병한의평가도구(IOMEHB)(Table 4.)

3) 벡 우울척도(BDI)(Table 5.)
4) 벡 불안척도(BAI)(Table 5.)

14. 기타관련검사

1) 피츠버그수면검사(PSQI)(Table 6.)
2) 심박변이도검사(HRV)(Table 7.)
3) 뇌파검사(EEG) 및 소견

30channel 사용한 뇌파검사 상 4가지 뇌파 모두에서 과항진이 나타나며, 좌반구 후두엽 및 두정엽의 편향적 서파 항진이 관찰되었다. 이 결과는 우뇌보다 좌뇌의 기능이 저하된 상태로 판단될 수 있으며 언어기능 및 인지 판단기능이 저하가 우려된다.

15. 진단명

진전, 본태성 진전(Essential Tremor)
화병(火病, Hwa-byung)
알코올사용장애(Alcohol abuse)

16. 치료목표

1) 주소증인 진전증에 대해 한의학적 변증을 통한 침치료 및 한약치료를 통해 증후의 지속시간 및 강도를 낮춤으로써 일상동작에 불편이 없도록 한다.
2) 관절 및 근육의 통증에 대해 약침치료 및 물리치료를 통해 대증치료를 한다.
3) 악화요인인 우울감과 불안감을 동반한 화병에 대해 정신지지요법을 시행한다.

17. 치료사항

1) 한약 치료

3첩 3봉을 기준으로 하루 3번 복용하도록 하였다.

(1) 黃連阿膠湯(黃連 5g, 黃芩 4g, 白芍藥 6g, 阿膠珠 4g) : 입원 1일~입원 7일(7일간)
(2) 當歸六黃湯 去 黃柏 加 白芍藥(黃連 黃芩 白芍藥 當歸 4g, 黃芪 8g, 熟地黃 生地黃 3g) : 입원 8일~입원 13일(6일간)
(3) 黃芩湯(黃芩 白芍藥 大棗 6g, 甘草 4g) : 입원 14일~입원 18일(5일간)

2) 침치료

(1) 하루 1회 오전에 시행하였다. 침은 0.25×30mm 1회용 호침(동방침구제작소, 한국)을 사용하였으며, 유침시간은 20분으로 하였다. 취혈은 변증에 따라 心經의 原穴인 神門, 心包經의 絡穴인 內關, 三陰經의 交會穴인 三陰交, 腎經의 原穴인 太谿를 이용하였다.
(2) 아시혈치료 : 오후에 1회 시행하였으며, 0.40×40mm 1회용 stainless침(동방침구제작소, 한국)을 사용하여, 유침 시간은 10분으로 경항부와 사지관절의 통처에 시행하였다.
(3) 약침치료 : 오공약침을 1회 투입 당 0.1cc씩 교통사고 후유통처인 우측 족근 부위에 시술하였다.

3) 구치료

진전증이 심한 谷池, 手三里, 合谷, 中渚 부위와 하지의 足三里, 太衝穴에 간접구를 이용하여 1회당 3장씩 시술하였다.

4) 부항치료

乾式附缸法으로 頸項部, 背夫, 膝窩部 등 신체 후면과 胸腹部에 피부상태 및 통증 정도를 고려하여 1일 1회 시행하였다.

5) 정신요법

심리적인 상태에 대해 인지하도록 하고 우울감과 불안감 및 분노 상태에 대해 지언고론요법과 지지정신치료를 바탕으로 진행하였으며, 구체적

으로 음주상태에 대한 충고, 현재 신체 증상 및 미래에 대한 불안감을 줄이고, 우울감, 자책감을 줄이는 것을 목표로 주 1~2회 최소 30분간 정신과적 면담 시간을 가졌다.

18. 치료에 대한 평가

1) 진전 및 피부 증상

떨림정도와 피부 증상에 대해 구술로 주관적인 정도를 Normal, Mild, Moderate, Severe로 나누어 구술하도록 했으며, 피부증상에 대해서는 Visual Analogue Scale(VAS)을 이용하여 평가하였다.

2) 화병, 심리, 기타 증세

화병은 HBDIS를 중심으로 면담하여 기록 및 화병한의평가도구점수 및 BDI, BAI, PSQI, 간이정신진단검사 및 뇌파검사를 재시행하였다.

III. 경과 및 결과

1.전체 치료 경과(Table 2.)

1) 입원 1일

손 떨림이 생활 상 가장 불편하다고 호소하며, 피부발적 및 소양감도 대인관계 상 위축되는 이유라고 하였다. 피부증상은 최근 한두 달 사이 심해지고 있고, 윗배를 만지면 속이 좋지 않다고 하였다. 신체통증은 비교적 덜 힘들다고 표현하였다. 黃連阿膠湯을 투여하며 기타 한방치료 시작하였고, 환자에게 변화를 보여주기 위하여 피부증상변화를 사진촬영하여 기록하기로 하였다.

2) 입원 2일

제반 증상에 큰 변화는 없다고 하며, 불면을 호소하였는데, 자택에서도 음주없이는 잘 못 잔다고 하였다. 치료에 잘 따르며, 순응적 태도를 보였다. 첫 번째 면담에서 증상의 호전에 대해 확신을 주어 안심시키고, 생활습관에 대해 충고하였다. 평소 스트레스요인이 많아 힘들 수 밖에 없는 환경임을 인정해주고 환기하도록 하였다. 혈액검사 및 진단의학검사, 설문검사, 뇌파검사와 면담요법을 시행하였다.

3) 입원 5일

진전증 감소 표현했으며, 피부증상은 아직 비슷하다고 하였다. 기타변화로 항상 소화가 안되었는데 약간 편해져서인지 몇 달 만에 처음으로 식욕이 증가하는 것 같다고 표현하였다.

Table 2. Changes of Tremor and, Skin symptoms (Severe : +++, Moderate : ++, Mild: +, Nearly Normal:±)

Day	Symptoms			Counseling Therapy	Herbal Medication
	Tremor	Skin rash · Itch	Chest & Digestion discomfort		
1	+++	+++(VAS10)	-	1st	Hwangyeonagyo -tang
3	+++	+++(VAS8)	appetite improved	-	
5	+++	++(VAS5)	-	-	
8	++	+(VAS3)	Defication improved	2nd	Danggwiyukhwang -tang
11	++	+(VAS3)	-	-	
14	+	+(VAS1-2)	Epigastric discomfort decrease	3rd	Hwanggum -tang
17	±	+(VAS1-2)	-	-	
27	±	+(VAS1)	-	-	

불안한 마음도 약간 나아졌다고 하였다. 기타 증상으로 손목과 발목관절부위의 통증 호소하여 오공약침술 시행하였다.

4) 입원 8일

진전증이 확실히 좋아지는 것 같다고 표현하였다. 의식하지 않으면 잘 떨리지 않으며 힘을 주어도 그 정도가 줄었다고 하였다. 큰 물건을 집을 때는 지장없으며 글씨를 쓸 때 비뚤어진다고 하였다. 피부는 붉은 면적은 비슷하지만 정도는 감소하였고, 배변상태가 개선되어 하루 1회씩 가며 특히 모양이 굵게 좋아졌다고 표현하였다. 수면은 시간은 변화 없으나 더 깊이 잠든다고 하였다. 다만 자고 일어나면 식은땀이 목주위와 머리 쪽에 많이 나있고 지친 느낌이 있다고 하였다. 이에 當歸六黃湯 加減으로 처방을 변경하여 투여했고, 오후에 2차로 면담요법 시행하였다. 면담치료 상 현재 치료를 받으며 증상이 나아져서 몸에 대한 자신감이 생겼다고 하였다. 불안감은 줄어든 모습 보였으나, 생업으로 복귀했을 때 사업이 잘 풀리지 않을 것 같다는 등 부정적인 표현을 하였다. 이에 지지하며 부정적인 생각이 명확한 근거가 없는 자동적 사고에 의한 것임을 인지하도록 지언고론요법을 시행하였다. 기타로 추적혈액검사 상 r-GTP 항목이 1336.0→ 952.0으로 호전결과가 나왔다.

5) 입원 11일

이틀 사이 진전증이 더 호전되었고, 신경을 쓰더라도 의식해서 힘을 주면 떨리지 않는 정도라고 표현하였다. 본인은 아직 느껴지나 남이 볼 때 눈으로는 잘 모르는 정도라고 하였다. 피부가 붉어진 면적이 줄었다고 하였으며 확인 및 촬영하여 비교하였다.

6) 입원 14일

진전증은 자각적으로 양측 손부위에만 남은 것 같고, 피부증세는 30%가량 남은 것 같다고 표현하였다. 청취 중 물음에 잘 때 식은땀이 나는 증상이 없는 것을 알았다고 표현하였다. 복진 시 心下痞 및 심흉부의 자타각적 煩熱感 감소되었고, 복직근 긴장이 보이나 이전 관찰 시보다 유연하게 촉지되었다. 상대적으로 우측 脇下部位의 경결감 및 압통이 새로이 촉지되었고, 배변증세 및 복진 참고하여 黃芩湯으로 처방을 변경하였다. 상기치료 시행, 뒷꿈치 통증은 줄어들고 있으나 약침요법으로 인한 통증이 부담스러워 이에 중단하였다. 면담치료를 하였으며 환자는 신체증상의 호전과 더불어 우울감과 불안감이 많이 줄었다고 표현하였다. 자주 웃으며 밖에서도 운동 및 외래진료를 꾸준히 받을 것이라는 자발적 표현을 처음 하기 시작하였으며 이에 지속적인 관리가 필요하다고 충고하였다.

7) 입원 17일(퇴원 1일 전)

떨림은 일상생활을 해도 문제가 없을 것 같다고 표현하였다. 혈액검사 상 r-GTP 가 알코올성 간문제를 나타내는 지표이며, 952.0→684.0로 더 감소한 것과 호전이 관찰되지만 정상범위까지는 더 오랜 기간 관리해야하는 점 설명하였다. 퇴원 면담하였으며 혈액검사, 정신심리검사 및 기타 검사 재시행하였다.

8) 퇴원 후 10일 F/U

떨림증 및 가려움증은 퇴원당시의 수준이 그대로 유지되고 있으며, 생활 시 예전보다 자신감도 생기고, 남 눈치를 보거나 화가 나는 일이 줄었다고 하며, 음주는 이후로 한 번도 하지 않았다고 하였다.

3. 화병 증상 경과

1) 주요 신체 증상

(1) 입원 시

가슴이 항상 답답한 편이며 크게 숨쉬기 거북하고, 얼굴과 손에 땀이 나며 열이 훅 올라올 때가 자주 있다고 한다. 화가 잘나는 편이며 그때마다 가슴에서 뭔가 치미는 느낌이 든다고 하였다. 목에 덩어리가 있는 느낌은 2007년경에 시작된 기억이 확실히 있다고 하였다.

(2) 퇴원 시

가슴답답함은 입원 4-5일경부터 편해지기 시작하여 지금은 크게 못느끼며, 얼굴로 열 오르는 증세도 감소하였고, 특히 평소 또는 밤에 자면서 땀나는 증상은 하루에 한번 있거나 없다고 하였다. 목에 걸리는 느낌은 약해지긴 했으나 아직 남아있다고 하였다.

2) 관련 신체 증상

(1) 입원 시

하루 생수와 음료수를 합하여 2리터 이상 섭취하며, 자꾸 목이 마르고 입술이 육안상으로 많이 터있었다. 어지러움은 기립 시에 자주 발생하나 심한 것은 아니고, 그보다 좌측 편두통과 후두통이 자주 발생한다고 하였다. 불면이 심한 상태로 거의 매일 음주를 해야만 잠자리에 든다고 하였다. 평소에는 모르나 몸이 아프거나 심리적으로 문제가 생길 때 답답함과 함께 가슴이 두근거림이 심해지는 것을 느꼈다고 하였다.

(2) 퇴원 시

습관적으로 물은 마시지만 갈증 자체는 감소하였다고 하였다. 두통은 퇴원하기 5일전부터 거의 소실되어 느낀 적이 없으며 불면은 시간은 증가하지 않았으나 깊게 잤다고 느꼈고, 두근거림도 화난 일이 없어서인지 입원 기간 동안 못 느꼈다고 하였다.

3) 주요 심리 증상

(1) 입원 시

잘못이 크지 않은 데도 자신은 선처를 받지 못하여 상대적으로 더 고통을 받았고 그 때문에 사회와 나라에 대한 울분과 원망감이 지속적으로 든다고 표현하였다. 차를 이용하는 본인 사업도 못하게 되어 경제 및 사회적으로 위축되어 고통이 심했고 자꾸 처벌 받던 일이 생각이 난다고 하였다.

(2) 퇴원 시

억울한 생각이 많이 줄어들었다고 표현하였고, 일찍 치료받고 노력했어야했다는 생각이 자꾸 들어 자꾸 아쉽다는 표현을 하였다. 사회 및 어머니에 대한 원망감은 면담을 통해 많이 줄어들었으나, 다시 밖에 나가면 생활상 어떤 노력부터 해야할 지 막막하여 모르겠다고 하였다.

4) 관련 심리 증상

(1) 입원 시

일할 때 손님들이나 물건을 받아올 때도 사소한 것인데 자꾸 화가 나서 자주 다투는 일이 발생하였고, 점차 사업이 어려워지고 대인관계 나빠지며 실패한 인생이란 생각이 자꾸 들었다고 하였다. 20대에는 축구도 좋아하고 운동도 즐겨했는데 이제는 사람들이 다가오면 자주 놀라는 일이 많으며, 자다가도 잠꼬대로 '뭐야' 하며 놀라서 깨는 때도 주 3회 이상 발생하는 것 같다고 하였다.

(2) 퇴원 시

처음에는 간호사나 병실 내 다른 환자분들과 대화하는 것도 어려웠으나 이제 웃으며 대화를

한다고 하였다. 지나간 세월이 후회스러우나 운동을 열심히하고 치료지속하겠다고 다짐하였으며, 구체적 계획이 필요한 것 같다고 표현하였다. 두려운 마음은 남아있으나 아픈 게 줄어든 것에 자신감이 약간 생겼다고 하였다.

9. 정신진단검사결과

1) 간이정신진단검사(Table 3.)

Table 3. Changes oft SCL-90-R Scores after treatment(A : Admission, D : At Discharge

	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	PSDI	PST
A	61	62	57	59	62	60	66	64	68	36	61	71
D	49	47	48	49	50	47	45	51	52	35	39	59

2) 화병한의평가도구(IOMEHB) (Table 4.)

Table 4. Comparison of Instrument of Oriental Medical Evaluation for Hwa-Byung Score.(IOMEHB : Instrument of Oriental Medical Evaluation for Hwa-Byung)

	Admission	After 17days
IOMEHB	32	19

3) 벡 우울척도(BDI) & 벡 불안척도(BAI) (Table 5.)

Table 5. Changes of BDI, BAI Scores after treatment

	Admission	After 17days
BDI	27	8
BAI	22	3

10. 기타관련검사결과

1) 피츠버그수면검사(PSQI)(Table 6.)

Table 6. Changes of PSQI, HR Scores after treatment

	Admission	After 17days
PSQI	16	7

2) 뇌파검사(EEG) 및 소견

정상소견

3) 심박변이도검사(HRV) (Table 7.)

Table 7. Changes of HRV scores

	Admission	After 17days
Mean HRV	82	77
SDNN	31	45
RMSSD	17	25
TP	572.49	387.61
VLF	383.75	235.10
LF	132.95	75.94
HF	57.97	79.04
LF/HF	2.293	0.960

IV. 고찰

8-12Hz의 빈도를 보이는 본태성 진전증은 인간에게서 가장 흔한 병리적 진전이며 유병율이 높은 신경학적 질환이다. 미국에서는 약 1300만 정도가 가지고 있는 것으로 보이며, 전체적으로 40대 이상에서 4~6%, 60대 이상에서 최소 9% 이상이 이환되어 있는 것으로 조사되었다. 이 질환의 원인으로 매우 다양하고 많은 요인들이 제시되었으나 실상 유전적, 환경적 요인이 둘 다 작용

하는 것으로 보인다[7]. 본태성 진전증의 유전적 원인에 대해서는 유전성임을 강하게 시사하는 결과들에도 불구하고 명확한 유전적인 증거들은 발견되지 않았으며, 소뇌와 그 연결로의 퇴행 병리를 중심으로 다양한 유전생물학적 기법으로 접근 및 연구되고 있다[8].

본태성 진전증의 치료에는 완전한 치료법은 없으며, 일반적으로 약물적인 접근이 이루어지는데 보통 일차적으로 프로파놀롤(20~80그램, 하루 4회 경구 투여)을 투여하고, 효과가 없거나 약물에 견디지 못할 때는 프리미돈을 50-250그램씩 하루 3회 경구 투여하는 것이 효과적으로 알려져 있으며[1], 최근의 체계적 고찰 연구에 따르면 본태성 진전증의 치료에 Amantadine, 항경련제, 벤조디아제핀류, 베타차단제, 보툴리늄제제, 신경이완제 등 경구용 약의 투여와 시상과 시상하부에 대한 DBS(Deep Brain Stimulus)와 같은 수술적 접근이 이루어지고 있는 것으로 알려졌다[9].

최근 5-10년 사이에 본태성 진전증을 단일운동증후적 질환으로 접근하는 기존의 관점이 바뀌고 있는데, 본태성 진전증의 다양한 비운동성의 문제들에 대한 평가와 발견들이 보고되었다. 특히 정신과적인 면에서 본태성 진전증 환자들이 성격적 특질로서 걱정이 많고 피로감을 쉽게 느끼며, 무력한 특성이 있으며, 불안과 우울증 및 사회공포증이 훨씬 많이 발생한다는 것을 보여주었다[8]. 그리고 우울증이 진전증에 의해 속발한 문제인지 여부와 상관없이 진전증 자체보다 진전증 환자의 예후와 치료에 더 영향을 미친다는 점이 밝혀졌다[10].

93명을 대상으로 한 화병에 대한 최신 역학 연구에 따르면 화병은 다른 정신과적 질환과 동반되어 나타날 수도 있으나, 단독질환으로 발병하는 경우도 22%로 다른 질환과 다른 고유한 특징이 있으며, 흉부증상으로 인해 순환기 질환이 많을 것이라는 이전 예상과 달리 소화기질환이 가장 많이 동반되고, 주증상 부위가 흉부인 것으로 조사되었다. 변증유형면에서 肝氣鬱結이 45.2%, 心腎不交가 38.7%로 기타 변증유형에 비해 높은 것으로 조사되었다. 심리적 특성 면에서 대조군에 비해 불안, 우울, 분노 특질이 유의미하게 높으며, 주요 정서조절 기제로서 억압을 많이 사용하는 것으로 나타났고 일반인과 비교할 시에는 그 특질이 더욱 두드러질 것으로 예측되었다[11].

본태성 진전과 화병과의 직접적인 연관성은 연구된 바가 없으나 상술한 바와 같이 본태성 진전과 우울, 걱정, 피로와 같은 환자 특질과의 관계에 대한 연구를 고찰해 볼 때 본태성진전증 환자가 화병 및 기타 정신과적 질환에 이환될 시 진전의 상태 및 환자의 예후에 영향을 받을 가능성이 높은 것을 유추해볼 수 있다. 이런 면에서 본태성 진전증에 화병이 병발하는 경우가 얼마나 되는지 아직 확실치 않더라도 본태성진전증의 진행과정에 화병이나 우울, 불안 등의 심리적 요인이 작용하는 경우에는 우선적으로 화병에 대해 적극적인 관리가 선행되는 것이 중요하리라 생각된다.

본 증례의 환자는 기존에 가지고 있던 본태성 진전증이 2009년 교통사고가 발생한 후 악화되는 심리적 상태에 따라 심해졌고, 사고로 인한 기타 후유증들이 회복됨에도 진전증이 감소하지 않고 전신적으로 더 진행되었다고 한다. 입원하여 시행한 병력 청취 상에서 본태성진전증 외에 발적, 소양감 등의 피부증상과 알코올 사용문제, 불안, 분노, 우울감을 포함한 심리적 증세가 관찰되었다. 또, 진전증이 초진 청취 시와는 달리 발생시점이 교통사고 직후가 아니라 교통사고로 인해 사회생활이 제한되고 심리적으로 불안해지며 점차 심해졌다는 점을 파악하게 되었다.

정신과적 면담 상 호소하는 증세가 화병에 해당하는 신체증세와 심리증세를 보였으므로 화병 면담도구를 이용하여 구조화된 면담을 진행하였으며, 화병면담도구의 핵심 신체증상 4가지, 핵심 심리 증상 2가지, 관련 신체증상 4가지, 관련 심리증상 3가지, 심리사회적 기능 저하, 관련 스트

레스 등에서 증세의 강도가 약하기는 하지만 모든 항목에 해당하는 것을 확인하고, 평소 소극적이어 자기표현을 하지 않고 억압하는 점, 화병의 원인이 청년시절부터 지속된 음주로 인해 발생한 형사적 처벌에 대한 스트레스, 분노와 이어진 사회적, 심리적 위축 때문인 것을 확인할 수 있었기에 화병으로 진단하였다.

이에 환자상태를 좀 더 파악하고 치료에 참고하고자 화병한의평가도구[12]를 이용하여 心腎不交 변증 하에 평가를, 간이정신진단검사(SCL-90- R)와 우울척도(BDI), 불안척도(BAI)를 시행했으며, 환자의 불면상태 심하였으므로 5점 이상 측정 시 수면장애가 있으며 21점까지 점수가 높아질수록 정도가 심해지는 것을 나타내는 피츠버그수면검사지를 이용 환자의 수면상태를 평가하였다.

입원당시 검사 상 화병한의평가도구 점수는 32점이었으며. SCL-90-R의 불안, 공포, 편집, 정신증의 T-score가 62, 66, 64, 68로 기타 항목에 비해 비교적 높았으며, 전체심도지수는 36점으로 전반적인 증상의 심도는 심하지 않은 것으로 나타났다. 그러나 BDI는 심각한 우울에 해당하는 27점, BAI는 22점으로 경도 이상의 불안증을 보였고, 피츠버그수면검사는 16점으로 수면장애가 있는 것으로 나와 이환기간이 2년 여로 길지 않지만 화병 외에도 불면 및 기타 정신상태 등에서 점차 악화되며 더 진행될 가능성이 높은 것을 알 수 있었다.

18일동안 입원기간 동안 주치료로서 한약치료와 정신요법을, 보조치료로서 침치료, 뜸치료, 부항치료를 시행했는데, 정신요법은 평소 치료 시간에 증상 변화를 중심으로 지지적인 대화를 이어갔으며, 주 1회씩 총 3회의 별도 면담 시간을 통해 환자의 자아상, 실질적으로 힘든 점, 사회 및 가족 내에서의 문제 등을 중심으로, 환자의 사회와 자신에 대한 왜곡된 인지, 우울감을 개선시키고 자신감을 가지도록 하는 것을 목적으로 진행했다.

화병과 기타 신체증상의 치료를 위해서는 환자가 나타내는 心悸, 不安焦燥, 不眠頻覺, 多夢 胸憫, 上熱感, 善太息, 心下痞, 體重減少, 飮酒過度, 口乾口燥, 腰膝酸軟, 皮膚發赤瘙痒, 大便軟 등의 증상을 心腎不交로 변증하고 복진 상 腹直筋緊張, 皮膚發赤, 脇下滿 증세가 뚜렷한 것을 참고하여 처음에 黃連阿膠湯을 투약하였다. 黃連阿膠湯은 《傷寒論》에 처음 기재된 처방으로 '少陰病得之 二三日以上 心中煩 不得臥者 黃連阿膠湯 主之'라 하여 不安, 胸悶, 心痛, 不眠 등의 心火旺의 증후에 口渴, 咽乾, 頭暈, 腰脚無力 등 陰虛의 증후를 겸한 증상을 치료하는데 사용된다[13] 약물구성 및 효능을 살펴보면 黃連은 淸熱燥濕 靑心除煩하는 효능으로 心火를 瀉하고, 阿膠는 補血滋陰 潤燥止血하는 효능으로 腎陰을 補益하여 君藥을 이루고, 黃芩은 黃連을 보좌하여 瀉火力을 돕고, 芍藥은 阿膠를 보좌하여 滋陰補血力을 도와 臣藥이 된다. 또한 鷄子黃은 腎陰을 滋養하고 心血을 길러 心腎이 안정되도록 하는 佐使약이 된다[14]. 이후 기본처방의 방제구성을 중심으로 변방하여 입원 5일 째에는 환자의 불면 및 盜汗症에 대해 陰虛血熱, 不眠, 盜汗에 다용하는 當歸六黃湯 去 黃柏 加 芍藥湯을[15], 14일째에는 裏急後重 증세만 뚜렷이 호소하여 복진을 참고하여 黃芩湯[13]을 투여하였으며 호전되었다.

전반적으로 보면 환자의 증세는 입원 5일째부터 진전증 및 소화기 증세가 호전되기 시작하였으며, 8일째에는 흉부 및 상부 소화기증세가 거의 소실되었고 진전증은 반 정도로 줄어들었으며, 14일째에는 주소증인 진전증은 거의 발병 이전과 비슷하거나 더 적은 수준으로 회복되었다. 면담 시 기타 신체증세 및 심리상태에 대해서도 안정된 모습과 바깥생활에 대해 자신감을 보여 이에 퇴원을 결정했다. 환자의 치료 경과를 확인하기 위해 퇴원 전 화병한의평가도구, 심리검사 및 SCL-90-R, BDI, BAI, 뇌파검사, 혈액검사를 다시 실시하였고 각각의 결과가 모두 호전 양상

을 보인 것을 확인하였다. 특히 생화학혈액검사 상 간 관련 항목에서 특이점이 관찰되었는데, GOT와 GPT는 약간 증가하거나 감소하는 등 두드러진 변화를 보이지 않았지만, 알코올 섭취와 밀접히 관련된 r-GTP항목이 입원 시 1336에서 684로 거의 반절 가까이 줄어들은 것으로 나왔다. 일반적으로 r-GTP의 정상범위보다 40배 이상 높을 때 간의 기계적문제도 의심할 수 있는 것으로 알려져 있는 것을 참고하면[16], 이번 입원치료가 환자의 알코올 사용문제로 인한 간손상 회복에도 좋은 영향을 미친 것으로 생각된다.

퇴원 후 10일 뒤 추적관찰 상 사회적인 여건은 변화하지 않았으나 주소증 및 피부증세, 화병증세는 다시 나타나지는 않았으며, 기존의 발꿈치 통증에 대해서만 따로 타병원 외래진료 중임을 확인할 수 있었다.

이번 증례를 통하여 본태성진전증의 악화 및 예후인자로서의 정신심리적 상태에 대한 중요성을 확인하였으며, 본태성진전증의 치료에 있어 운동신경계적인 접근뿐 아니라 화병 및 기타정신과적 질환에 대한 검사 및 적극적인 치료가 필요하다는 점을 알 수 있었다.

V. 요약

본 증례에서는 상기한 바와 같이 화병을 주로 한 심리상태 변화에 의해 악화된 진전증을 주소로 본원 한방신경정신과에 입원한 환자에게 한약치료와 침치료, 한방정신치료를 병행한 결과 제반증상 및 심리 상태 상 양호한 효과를 보여 이에 보고하는 바이다.

1. 18일간의 한약치료, 침치료, 정신요법 및 부항, 뜸의 기타치료를 통해 전신의 본태성진전증과 화병의 증세의 동반 호전을 경험하였다.
2. 화병 및 신체 상태를 心腎不交로 변증하고 黃連阿膠湯 처방을 기본 방제로서 증세변화에 따라 가감투여했으며, 정서적 안정과 기타 신체증상과 함께 진전증이 호전됨을 확인하였다.

References

1. Mark HB. Merck Maanual 17th ed. Seoul: Hanuri. 2003;1564-5.
2. The Textbook Compilation Committee of Neuropsychiatry of oriental medical schools in nation. Revised edition. The Neuropsychiatry of Oriental medicine. Seoul: Jipmoon-dang. 2010;223, 307.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Seoul:Hana medical publishing. 1995;1083.
4. Yang DH, Lee KY, Shin HS, Jo SH, Lim CS, Lim JH, Yun SH, et al. Clinical Observation of Improvement Made by Prescription of Liver Supplementation on a Case of Essential Tremor Patient who was Operated DBS (Deep Brain Stimulation). The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2010;21(6):123-31.
5. Kim SH, Park SJ, Byun SI, Kim JY, Kim JW, Chung SY, et al. Relaxation Training for psychogenic tremor patient with anger : A Case Report. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2006;21(3):87-96.
6. Kim JW, Shin HK, Kong HW, Park SJ, Seo JH. A Clinical Study on 4 Cases of Tremor Patients with Acupuncture Treatment. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2005;16(2): 267-76.
7. Elan D. Louis. Essential tremor as a neuropsychiatric disorder. Journal of Neurological Sciences. 2010;289:144-8.

8. Nancy DM, Simon LG, Helene C, Cynthia VB, Veronique VB, Jean-Baptiste R et al. Exome Sequencing Identifies FUS Mutations as a Cause of Essential Tremor. American Journal of Human Genetics. 2012;91(2): 313-9.
9. Zappia M, Albanese A, Bruno E, Colosimo C, Filippini G, Martinelli P, et al. Treatment of essential tremor: a systematic review of evidence and recommendations from the Italian Movement Disorders Association. Journal of Neurology. Springer. 2012.
10. E.D. Louis, E.D. Huey, M. Gerbin, A.S. Viner. Depressive traits in essential tremor: Impact on disability, quality of life, and medication adherence. European Journal of Neurology. 2012.
11. Kim JW, Chung SY, Suh HU, Jung IC, Lee SG, Kim BK, et al. The Characteristics of Hwa-byung Patients Based on Hwa-byung Epodemiologic Data. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2010;21(2):157-69.
12. Jheong MH, Lee SR, Kang WC, Jung IC. Preliminary study to Develop the Instrument of Orental Medical Evaluation for Hwa-Byung. Journal of Orental Neuropsychiatry. 2010;21(2): 141-55.
13. Kim SH. GukSiSangHanRon. Second edition. Seoul:Jumin Publishing. 2010;368.
14. The Textbook Compilation Committee of Herbalogy of oriental medical schools n nation. Revised edition. Seoul:Younglimsa. 2004;218, 222, 640.
15. The Departments of Oriental Pharmacology. Oriental Medical Prescription. Seoul: Younglimsa. 2003;212.
16. The committee of National College of Oriental Medicine, Professor of Internal Medicine for liver. Internal Medicine on Functional System of Liver. Seoul:Dongyang medical Research center. 2007;239.