

동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 12. No. 1. 2001

Wallenberg's syndrome 治驗 1例를 통해 본 東·西協診 類型 研究(1)

장현호, 양현덕¹⁾, 민양기¹⁾, 손일홍¹⁾, 석승한¹⁾, 민상준, 강형원, 류영수, 이건목²⁾
원광대학교 한의과대학 한방신경정신과학 교실
원광대학교 의과대학 신경내과학교실¹⁾
원광대학교 한의학전문대학원 제3의학과 교실²⁾

The Case Study of Wallenberg's Syndrome The Oriental & Occidental Cooperative Therapeutic Model(1)

Hyun-Ho Jang, Hyun-Duk Yang*, Yang-Ki Min*, Il-Hong Son*, Seung-Han Suk*,
Sang-joon Min, Hyung-Won Kang, Yeoung-Su Lyu, Geon-Mok Lee**
Department of Oriental Neuropsychiatry Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University
Department of Neurological Medicine, College of Medicine, Wonkwang University

Department of The Third Medicine, Professional Graduate School of Oriental Medicine, Wonkwang University**

The brainstem include midbrain, pons & medulla. In acute stage of brainstem infarction, neurologic symptoms may be progressive. So we must pay special attention to Wallenberg's syndrome. In other words, Wallenberg's syndrome is dorsolateral medullary syndrome. A-54-years-old woman was admitted because of vertigo, ataxia & somatic sensory loss of left face and right half-body. Brain MRI showed high SI in T2W, low SI in T1W lesion left medullary infarction. We diagnosed the case as Shin-heo type Oriental medically and prescribed Gihwangemjakamibang. Diabetes mellitus was found out. So We have controlled diabetes mellitus by Occidental medical therapy. In the end, The symptoms of the patient became better. We know that cooperative(oriental & occidental) medical therapy is better than one medical therapy.

Here we present one case of Wallenberg's syndrome who was admitted at Kunpo Wonkwang University Hospital Oriental Neuropsychiatry from 14th March to 6th April, 2001.

Key Words : Wallenberg's syndrome, Brainstem, Diabetes mellitus, Ataxia

緒論

교신저자: 강형원, 경기도 군포시 산본동 1126-1 원
광대학교 부속 군포한방병원 신경정신과
(Tel: 031-390-2762, Fax: 031-390-2584,
e-mail: faithkhw@unitel.co.kr)

中風은 전세계적으로 3대 사망원인이며 생활수
준의 향상과 더불어 증가추세에 있는 병이다. 이
러한 中風은 크게 뇌경색, 뇌출혈, 일과성 뇌허혈

발작, 고혈압성 뇌증 등으로 분류하는데 그 중 뇌경색은 막힌 혈관의 부위에 따라 그 증상이 매우 다양하게 나타난다¹⁾. 특히 중뇌, 뇌교, 연수를 포함하는 뇌간부위에 병변이 발생하면 생명중추와 연관이 깊어 특별한 주의를 요하게 된다. 이중 외측 연수부위의 경색으로 얼굴, 코 혹은 눈의 통증이 날카롭게 찌르는 느낌이나 동측 안면의 먹먹함,眩暈, 반대측 팔다리의 실조증, 쓴 목소리, 연하곤란 등이 나타나는 일련의 증후군을 Wallenberg's syndrome이라고 한다. 이에 필자는 Wallenberg's syndrome으로 인해 眩暈, 語鈍感, 左側 顔面部와 右側 上肢의 麻木感, 頭痛, 惡心 등을 호소하여 본원 한방신경정신과에 입원 치료 한 54세의 여자환자 1례에 대해 보고하는 바이며, 또한 본 증례의 환자에 대해서는 한방적 치료만이 아니라 양방적 치료도 같이 이루어져 동·서협진 유형 연구에 도움이 된다고 사료되어 여기에 대해서도 간략히 요약하였다.

症 例

1. 患者 : 곽○○, 여자 54세
2. 主訴症 : 眩暈, 語鈍感, 惡心, 左側 顔面麻痺와 顔面部의 麻木感, 右半身의 麻木感, 口乾 등
3. 發病日 : 2001년 2월 25일.
4. 過去歷 : 高血壓, 糖尿. 둘 다 3년 전 左側 眼球 레이저 수술하면서 발견.
5. 現病歷 : 160cm, 51kg의 여자 54세 환자로 약간 비대한 체격의 소유자로 당뇨와 혈압의 기왕력이 3년 정도 된 분으로, 2001년 2월 25일 오후 6시경 갑자기 眩暈을 호소하며 쓰러졌다. 당시 약간 의식소실이 있었으나 곧 소생되어 당진 소재의 ○○병원 응급실을 방문하였으나 별 이상 없는 것으로 진단 받고 집으로 돌아왔다. 하지만 眩暈, 惡心, 麻木感 등이 계속 더

심해지고 지속되어 가까운 한의원에서 치료받던 도중 3월 14일 원광대학교 군포한방병원 한방신경정신과에 입원하였다. 입원 당시는 처음 발병한 2월 25일에 비해 전반적으로 좋은 상태였다.

6. 診斷名 : Wallenberg's Syndrome(Lt lateral medullary infarction)

7. 入院期間 : 2001년 3월 14일 ~ 2001년 4월 6일.

8. 食便眠

- 1) 食事 : 食慾低下, 少食, 糖尿食餌.
- 2) 大小便 : 正常
- 3) 睡眠 : 正常

9. 韓方的 診斷 所見

- 1) 舌診 : 舌紅赤, 紅紫, 苔微.
- 2) 脈診 : 脈細弱
- 3) 腹診 : 腹微滿, 心下痞硬.

10. 神經學的 檢査 所見

- 1) 左側 顔面部와 右半身의 동통 및 온도감각 저하(++)
- 2) 右側 上下肢의 失調症(+)
- 3) 眩暈(+++), 惡心(+), 嘔吐(-)
- 4) 眼振, 復視(±)
- 5) Horner 증후군; 左側의 眼瞼下垂, 縮瞳, 左側의 發汗低下(+)
- 6) 左側 舌의 미각소실(-)
- 7) 嚥下困難, 聲帶麻痺, 口蓋反射抵抗(-)
- 8) 팔뚝질(-)

11. 放射線 檢査 所見(Brain MRI(2001년 3월 14일))

- 1) acute small infarction at left lateral medulla
- 2) small old lacunar infarction at right basal ganglia
- 3) severe pansinusitis

12. 其他 檢査 所見

- 1) Chest PA(3월 14일) : 正常
- 2) 심전도(3월 14일) : 正常
- 3) Lab exam(3월 14일) : 혈중 glucose 423(70-110mg/dl), 요중 glucose 2000mg/dl, 기타 수치는 정상.

13. 치료내용

- 1) 韓藥(2貼을 1일 3回 복용)
 - ① 3월 14일 : 導痰湯과 烏藥順氣散의 合方
 - ② 3월 15일 : 血府逐瘀湯加味方(天花粉, 葛根 등을 加味).
 - ③ 3월 16일 ~ 4월 6일 : 地黃飲子加味方(天花粉, 葛花 등을 加味)
매일 散劑로 半夏白朮天麻湯 1일 3包 투여.

2) 鍼灸療法

- ① 體鍼 : 中風七處穴 위주와 左側 顔面部의 地倉, 頰車 透刺 施行
- ② 灸法 : 中脘, 關元에 王灸 2回 실시.
- ③ 附缸療法 : 心·肺俞 위주로 매일 건부항 1회 실시.

3) 洋藥

- ① 입원기간 동안 본원 신경내과의 의뢰 하에 3월 15일부터 low dose aspirin & ticlopidine hydrochloride를 복용하였고 3월 18일부터는 惡心과 嘔吐의 억제를 위해 domperidone maleate 가 추가되었고 20일에는 지속적인 眩暈으로 dimenhydrinate 3정이 더 추가되었다.
- ② 혈당치가 300mg/dl 이상을 지속적으로 유지하여 본원 신경내과의 의뢰 하에 인슐린 요법 시행하였고 공복 시 혈당수치는 약 200mg/dl 를 유지하였다.

4) 香氣治療

3월 21일부터 麻木感 느껴지는 부위에 Lavendar, Majoram 등의 오일과 Jojoba 오일의 혼합액을 하루에 2회 정도 맛사지 할 것을 권유하였고 환자도 이를 성실히 수행하였다.

14. 治療 및 經過

본 患者는 평소 고혈압과 당뇨의 기왕력이 있던 환자였지만, 입원 당시의 고혈압증은 거의 미미한 수준이어서 특별히 혈압조절을 할 필요는 없었다. 입원 당시 眩暈을 주로 호소하면서 전반적인 氣力低下의 양상을 나타내었다. 14일 촬영한 Brain MRI에서 좌측 medulla에 급성기 뇌경색 양상을 발견할 수 있었다. 환자는 처음엔 語鈍感때문에 원활하게 대화가 이뤄지지는 않았으며 右上下肢의 麻木感和 좌측 顔面部의 麻木感이 있었다. 평소 지병이던 당뇨 때문에 혈당치가 처음엔 300mg/dL를 유지하였으나 인슐린을 사용하고 나서는 혈당치도 내려가고 氣力低下도 처음보다는 약간 호전되었다. 처음 입원할 때는 導痰과 活血祛瘀의 治法으로 導痰湯에 烏藥順氣散을 合方해서 사용하기도 하고, 血府逐瘀湯을 사용하기도 하였으나 별 뚜렷한 호전양상은 나타나지 않았다. 3월 16일에는 본 증례의 환자의 한방적 변증을 腎虛로 판단하고 地黃飲子에 止渴效能이 있는 天花粉과 葛花를 加味하여 처방하고 나서는 口渴과 眩暈 증상이 약간씩 감소하기 시작하였다. 3월 20일이 지나고부터는 麻木感도 조금씩 나아지기 시작하였고 꾸준히 여러 가지 아로마 오일을 혼합한 것을 바르면서 맛사지 해주었다. 하지만 미약한 語鈍感은 그리 호전되지 않았다. 입원당시 가장 많이 호소했던 眩暈은 半夏白朮天麻湯 散劑의 지속적인 투여와 洋藥(dimenhydrinate)의 투여로 처음보다는 다소 감소하게 되었다. 3월 26일 경부터 환자의 전반적인 상태가 좋아지고 眩暈이나 麻木感, 口乾 등이 조금씩 지속적으로 호전되기 시작하여서 4월 6일, 통원치료하기를 결정하고 퇴원하였으며, 그 후에도 1주일에 1회 정도 본원 한방 신경정신과와 양방 신경내과를 번갈아 가며 꾸준히 통원치료를 시행 중이다.

15. 症狀의 호전도 판정기준

아래의 Table 1은 환자의 主症狀을 점수화 시켜서 표시한 것으로 입원기간 중의 호전도를 표시한 것이다. 3월 14일 입원당시의 점수를 만점으로 하였는데, 환자의 증상 중 가장 호소하는

정도가 높은 것들을 골라 그 중에서 다시 輕重을 따져서 眩暈과 語鈍感은 10점, 右上肢와 左側 顔面部的 麻木感은 각각 8점, 頭痛과 口渴은 각각 5점, 惡心과 心下痞滿은 각각 4점으로 만점을 정하였다. 그리고 시일이 경과함에 따라 나타나는 증상의 정도를 처음 증상과 비교하여 수치를 정했다. 그래서 만약 처음 증상에 비해 환자가 주관적으로 50% 정도 경감되었다고 느끼면 점수도 처음 증상 점수의 50%를 표기하였다. Table 1을 보면 알 수 있듯이 환자의 症狀이 語鈍을 제외한 다른 증상들은 입원당시보다 퇴원할 때 많이 호전되었음을 알 수 있다. 입원 당시(3월 14일)의 총점이 46점이었고 퇴원하기 전날 4월 5일의 점수는 18점이므로 전반적으로 60%이상의 호전도를 보인 것으로 나타났다.

Table 1. Score of Symptoms

| | Adm 3/14 | 3/18 | 3/22 | 3/26 | 3/30 | 4/5 |
|---|-------------|------|------|------|------|-----|
| Vertigo | 10 | 9 | 7 | 6 | 4 | 3 |
| Dysarthria | 10 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 |
| Sensory loss (Right half-body & Left facial) | 8 | 8 | 7 | 6 | 4 | 4 |
| Headache | 5 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Thirst | 5 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 |
| Nausea | 4 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Abdominal discomfort | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Total Score | 46 | 39 | 31 | 28 | 21 | 18 |

Fig I. Total Score Change

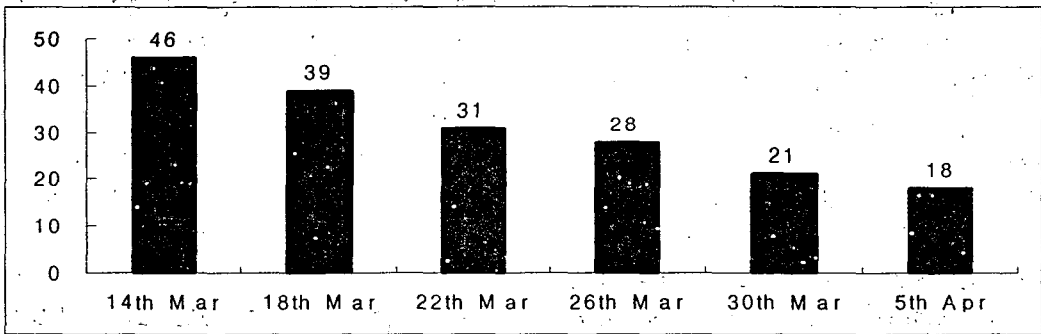
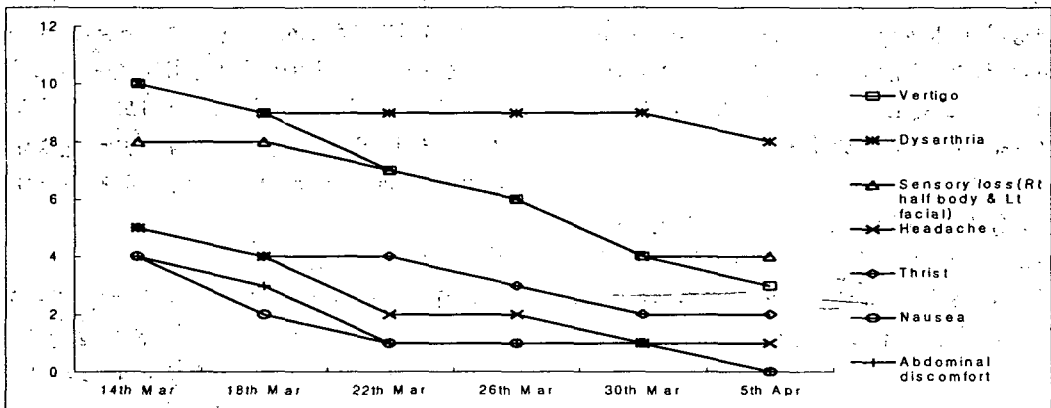


Fig II. Score Change of Each Symptom



考 察

中風은 전세계적으로 3대 사망원인 중의 하나이며 복잡다단한 사회생활과 과다한 스트레스, 경제 수준 향상에 따른 식생활의 변화, 노령 인구의 증가 등으로 인하여 증가 추세에 있는 질환이다. 이러한 중풍은 뇌의 급격한 순환장애로 인하여 갑자기 의식장애와 운동장애 및 언어장애 등을 일으키는 질환이다²⁾. 이러한 中風은 크게 뇌경색, 뇌출혈, 일과성 뇌허혈 발작, 고혈압성 뇌증 등으로 분류하는데, 그 중 뇌경색은 뇌의 어느 부위 혈관이 막혔느냐에 따라 그 증상이 매우 다양하게 나타나고 있다. 특히 추골동맥과 기저동맥의 혈액공급을 받는 뇌간의 경우 중뇌, 뇌교, 연수를 포함하여 뇌의 가장 아래쪽에 위치하며³⁾ 열두 쌍의 뇌신경 중 후각신경과 시각신경을 제외한 동안, 활차, 외전, 삼차, 안면, 전정와우(청신경), 설인, 미주, 설하, 부신경이 나오는 중요한 곳으로 이 부위에 혈관의 폐쇄가 있게 되면 현훈, 동측 얼굴과 반대측 상하지의 무감각, 안면 및 입 주위의 이상감각, 복시, 시야장애, 쉼 목소리, 구음장애, 연하곤란 등이 나타나며, 심할 경우 의식장애, 양측성의 감각 및 운동장애가 있고 생명의 위험까지 초래하기도 한다⁴⁾. 뇌간은 뇌의 깊숙한 곳에 위치하여 컴퓨터단층촬영술(CT)로는 병변을 찾아내기 어려우나 최근 의료기계의 발달로 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술(MRA) 등을 이용하여 병변 부위를 찾아내기가 용이해져⁴⁾ 뇌간의 병변이 예전에 비하여 증가되고 있는 추세이다. 본 증례의 환자도 MRI를 이용한 검사에서 좌측 연수 외측에 뇌경색 소견을 볼 수가 있다. 하지만 CT로는 병변을 찾아내기가 어려웠을 것이다. 그리고 특히 뇌간에는 기능이 다른 여러 구조가 밀집되어 있기 때문에 손상부위가 일부분에 국한되어 있을 경우에도 여러 구조의 손상이 동시에 일어나게 되며⁵⁾ 뇌간 경색의 경우 급성기에는 그 신경학적 증상의 진행이 빠르고, 운동장애에 비해 오심, 구토, 현훈 및 연하곤란, 호흡장애 등을 호소하므로 주로 침 치료와 한약의 경구투여에 의존하는 한방만의 치료에는 많은

어려움이 있는 바 양방적 치료법도 때에 따라서는 필요한 경우가 있다.

또 연수의 기능에 이상이 생기면 생체반응조절(심장박동 및 수축력 조절, 호흡의 기본적 조절중추, 혈관의 직경 조절)에 이상이 생기며, 연하장애, 구토, 기침, 재채기, 딸꾹질 등의 증상이 나타난다⁴⁾. 이렇게 연수부위에 뇌경색이 발병하여 나타나는 증상들을 일련의 증후군으로 묶어 통칭하는 것이 있는데 그것이 바로 Wallenberg's syndrome이다. 이 Wallenberg's syndrome은 외측 연수 경색증(lateral medullary infarction)이라고도 하며, 두개내 추골동맥이나 후하소뇌동맥의 협착에 의해 발생하며, 특징적으로 얼굴 코 혹은 눈의 통증이 날카롭게 찌르는 느낌이나 동측얼굴의 먹먹함, 현훈, 동측 팔다리의 어둔함, 병변쪽으로 쓰러지려는 경향, 신목소리, 연하곤란 등의 증상을 나타낸다. 본 증례의 환자는 입원당시에 眩暈을 가장 심하게 호소하였고, 그 다음으로는 左側顔面部와 右半身의 感覺低下, 그리고 右側上下肢의 失調症을 호소하였으며, 左側 眼瞼의 下垂나 縮腫, 左側의 發汗低下 등의 Horner 증후군이 약하게 나타났으며 眼振과 復視는 미약하게 나타났다. 하지만 딸꾹질이나 연하장애, 재채기 등은 나타나지 않았다. 곧이어 실시한 Brain MRI에서 좌측 연수에 뇌경색 소견이 보였다. 환자가 호소하는 증상과 Brain MRI의 결과로 볼 때 이는 Wallenberg's syndrome에 해당한다고 볼 수 있다.

양⁶⁾은 뇌졸중의 중요한 위험인자의 빈도는 고혈압, 뇌졸중 기왕력, 당뇨병, 고콜레스테롤혈증, 당뇨병이며 뇌졸중 위험인자를 비교해 본 결과 뇌출혈군에서는 고콜레스테롤의 빈도가 상대적으로 높았다. 본 증례의 환자는 고콜레스테롤이 심하여서 본 증례의 환자는 고콜레스테롤⁷⁾, Ku관 질환군에서

량하다고 하였다.

당뇨병은 한의학적으로 消渴과 유사하다고 할 수 있고 消渴과 유사한 증상을 보이는 서양의학적 질환으로 또한 糖尿를 들 수 있는데, 진단에 대한 동서의학 간의 접근방식이 다름을 고려할 때 당뇨병이 消渴의 범주에 속할 수는 있으나 반드시 동일한 疾患은 아니다¹⁰⁾. 박 등¹¹⁾의 연구를 살펴보면 박 등이 조사한 110명의 환자의 기왕력을 검토해본 결과 이 중 고혈압이 60%로 제일 많은 부분을 차지하며, 그 다음으로 당뇨가 30.91%나 되어 당뇨가 뇌간경색 환자의 기왕력에서 상당한 부분을 차지하는 것을 알 수 있다. 본 증례의 환자도 여기에 속한다고 볼 수 있다.

消渴에 대해 좀더 한의학적으로 고찰해보면, 먼저 《金匱要略》에서는 신체에 소모성 증후를 보이는 질환을 消渴이라 정의하고 消穀, 瘦數, 飲一斗小便逆二斗, 渴欲飲水不止를 그 특징적인 증상이라 하였으며¹²⁾, 巢元方은 《諸病源候論》에서 심한 갈증 및 소변량의 이상증가를 消渴의 특징적인 증상으로 보았다¹³⁾. 王燾는 《外臺秘要》에서 消渴을 消渴, 消中, 腎消의 셋으로 나누어 각각의 증상을 “渴而飲水多小便數”, “喫食多不甚渴小便少”, “渴飲水不能多但腿腫脚先瘦少陰痿弱數小便”이라 하였는데¹⁴⁾, 이는 上, 中, 下消와 유사한 개념으로 사용된 것이라 여겨진다. 陳士澤은 이러한 上, 中, 下消의 구분이 필요하기는 하나 결국은 燥熱로 인한 津液의 손상이라는 점에서 消渴의 病因病理는 燥, 熱, 火로 인해 津液이 부족해지는 것으로 귀납된다 하였고¹⁵⁾, 王肯堂은 《六科准繩》에서 “濕寒之陰氣極衰燥熱之陽氣太盛”이라 하였으니¹⁶⁾, 결과적으로 消渴의 病理變化는 三焦 가운데 어느 한 부위에 집중적으로 발생하거나 혹은 全身성으로 나타날 수 있고, 臟器로는 肺, 胃, 腎이 중심이 되며 그 중에서도 腎水의 枯竭이 근간이라 볼 수 있다. 또 陳士澤은 《石室秘錄》에서 上, 中, 下消 공히 腎水不足이 원인이므로 治腎을 위주로 해야 한다고 하였다¹⁵⁾. 본 증례의 환자도 당뇨병으로 인한 多飲, 多渴증세와 腎水不足의 상태를 腎水不足으로 진단하고 地黃, 天花粉과 葛花를 加味해서

치료하였다. 地黃飮子는 《證脈方藥合編》에 보면 “治中風 舌瘡 足廢 腎虛 氣厥 不至舌下”¹⁷⁾라고 하여 中風 중 腎虛와 말이 잘 나오지 않는 語鈍에 쓰인다고 하였다. 본 증례의 환자는 3월 16일부터 地黃飮子加味方을 사용하면서 口乾, 口苦 등의 증상이 호전되기 시작하였고 다른 제반증상들도 같이 호전되기 시작한 것을 알 수 있었다. 하지만 語鈍은 그리 큰 호전이 없었다.

Wallenberg's syndrome에서 흔히 볼 수 있는 증상 중에 眩暈이 있다. 眩暈에는 크게 두 가지를 나눌 수 있는데, 중추성 眩暈과 말초성 眩暈으로 나눌 수 있다. 이 중 중추성 眩暈은 그 원인이 뇌간 혈관 질환, 동정맥 기형, 뇌간 및 소뇌의 종양, 다발성 경화증, 그리고 척추 기저성 편두통 등이다. 종종 뇌간 이상의 다른 중추들(뇌신경 마비: 운동, 감각 또는 사지의 소뇌성 손상) 또는 뇌압 상승의 증후를 보이는 것이 특징이며 청각 기능은 일반적으로 이상이 없다. 이러한 중추성 眩暈은 기저 원인 치료가 필요하다¹⁸⁾. 중추성 眩暈의 검사는 전신화 단층촬영이나 자기공명영상을 필요로 한다. 본 증례의 환자도 3월 14일 촬영한 Brain MRI상에서 좌측 medulla에 acute small infarction이 나타나 이것이 眩暈증상의 원인을 제공했으리라 사료되며, 본 환자의 眩暈도 腦梗塞에 대한 치료에 의해서 호전된다는 것을 알 수 있었다. 처음 입원 할 때부터 있던 眩暈은 대체로 3월 26일 경까지는 완만하게 증상이 호전되었으나 이 후 점점 그 호전도가 좋아져 4월 5일의 眩暈은 그 자각정도가 입원당시의 30% 정도 밖에 되지 않아 퇴원하는 커다란 계기가 되었다. 입원하면서 계속 半夏白朮天麻湯 散劑를 1일 3회씩 꾸준히 투여하였는데, 이는 본 환자의 氣力低下, 간간히 있던 嘔吐, 食慾低下, 身重 등의 증상이 半夏白朮天麻湯의 “治脾胃虛弱 痰厥 頭痛如裂 身重如山 四肢厥冷 嘔吐眩暈”¹⁷⁾과 맞다고 생각하여 처방하였는데 별 다른 부작용은 전혀 없었고 頭痛, 嘔逆, 眩暈 등의 호전에 기여하였다고 사료된다.

Wallenberg's syndrome의 예후는 상소뇌동맥 또는 전하소뇌동맥 경색과 동반되었을 때 의식장

애가 심해지며, 회복이 1, 2주안으로 시작되지 않고 운동장애가 5, 6개월 지나서도 남아 있는 경우에는 영구적으로 남기 쉽다. 양방적 치료는 주로 급성기에 항응고요법이 있으며, 아급성기와 만성기에는 다른 뇌혈관 질환처럼 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 위험인자관리로 재발을 방지하는 치료가 위주가 된다. 하지만 본 증례의 환자는 이미 급성기가 지난 상태에서 입원하여 항응고요법을 실시할 필요가 없었고, 더 이상 증상이 심해지지 않아서 주로 양방적 치료는 당뇨병의 관리와眩暈에 처치 위주로 실시하였으며 퇴원 후에도 당뇨병 관리는 본원 신경내과를 통해서 이루어 졌다.

Wallenberg's syndrome이 한방적 진단명으로 딱 정해진 것은 없으나 한방적 체계에 맞게 본 증례의 환자를 한의학적으로 다음과 같이 분류하였다. 먼저 病位로 분류하면 中絡에 해당하는데, 中絡은 邪在於絡하여 肌膚不仁하고, 半身 혹은 한쪽 手足麻木하며, 혹은 한쪽 肢體가 少力하거나 혹은 口眼喎斜 등 증을 겸한다²⁾. 病因分類를 살펴보면, 王履는 當, 송대까지와 금, 원대 삼가의 中風病因說을 論하면서 外感風邪로 인한 경우는 眞中風이고, 火, 氣, 濕으로 인한 경우는 類中風이지 中風이 아니라고 하여 病因에 따라 中風을 眞中風과 類中風으로 분류하였다. 이에 대해 金²⁾은 眞中風이나 類中風 모두 현재의 뇌졸중으로 대표되는 똑같은 증풍이라고 본다. 단지 증풍을 일으키는 원인설이 다를 뿐, 中風의 실체는 다름이 없는 것이라고 하였다. 또 證候를 중심으로 분류해보면 본 증례의 환자는 偏枯, 風痲, 風懿, 風痺 중 風痺에 해당하는데 風痺는 대체로 諸痺類風狀(知覺障礙類) 등을 나타낸다. 風痺의 不仁은 不柔和를 뜻하는데 痛癢, 寒熱, 灸刺 등의 감각을 느끼지 못하거나 鈍麻된 상태, 즉 지각장애 상태를 말하는 것이다. 風懿, 偏枯, 風痲가 風火로 인한 陽에 속한 병이라면, 風痺證을 風寒濕 三氣의 合病으로 인한 陰病으로 난치에 속한다고 하였다. 또 病態에 따라 분류를 하여보면, 본 증례의 환자는 혼미, 인사불성 등 의식장애가 없으므로 中臟腑證이 아닌 中經絡證에 해당한다고 보여진

다. 中經絡證은 큰 의식장애 없이 半身不遂, 口舌歪斜, 言語蹇澀, 遍身麻木, 眩暈, 頭痛 등이 나타나는 것이다. 그러므로 본 증례의 환자는 病位로는 中絡에, 證候로는 風痺에, 病態로는 中經絡證에 해당한다고 볼 수 있다.

본 증례의 환자를 치료하는데 있어서 한방치료 뿐만 아니라 양방치료도 같이 병행하였기에 Wallenberg's syndrome의 동서협진치료의 한 유형을 설정해 보았는데 그것은 Fig. III과 같다. Fig. III의 동서협진모델은 일단 크게 환자의 의식상태와 생명징후(Vital sign)를 파악하여 의식장애가 심하고 생명징후가 불안정한 中臟腑證과 그렇지 아닌한 中經絡證으로 크게 분류하여, 각 분류별로 양방치료와 한방치료의 개괄을 나타내 보았다. 또한 각 Wallenberg's syndrome의 증상에 대한 한양방적 치료는 Table 3에서 제시하였다. Fig. III을 살펴보면, 생명징후가 불안정하고 의식장애가 있다면 한약의 경구투여가 어려워 한방치료가 제한적으로 시행되어 질 수 밖에 없기 때문에, 이 때에는 양방위주에 한방의 침구치료가 이루어지는 것이 적합하다고 보여진다. 그러나 증상의 호전으로 생명징후도 안정되고 의식장애도 어느 정도 개선되었으면 한방적 변증진단에 맞는 한약치료나 침구치료 등이 환자의 증상 호전에 많은 도움이 된다고 판단되고, 이 때의 양방치료는 주로 위험인자 관리에 초점을 맞추는 방향으로 이뤄지게 된다. 특히 한방치료가 더 효과적일 수 있는 中經絡證에서는 Wallenberg's syndrome을 포함한 中風질환을 病因別로 5대 辨證類型으로 나누어 風證, 虛證, 火熱證, 濕痰證, 瘀血證으로 살펴보았다. 먼저 風證은 肢體拘急, 頸項強急, 肢體推動, 舌體顫, 眼球瞤動, 兩手握固, 口噤不開, 頭痛, 眩暈, 脈弦 등이 특징이며, 天麻鉤藤飲, 鎮肝息風湯, 羚羊鉤藤湯, 羚羊角湯 등이 사용되고, 火熱證은 面紅, 目赤, 口乾, 口渴, 冷飲, 舌紅, 苔黃厚膩, 心煩易怒, 胸悶, 煩躁, 大便秘結(3-5일), 小便短赤, 脈數有力 등이 특징이며 黃連解毒湯, 防風通聖散, 三黃瀉心湯, 白虎湯, 大柴胡湯, 大承氣湯, 涼膈散 등이 사용된다. 虛證은 氣虛, 血虛, 氣血兩虛, 陰虛, 陽虛, 腎虛 등으로 구분

하여 처방을 결정하는데 대체로 四君子湯, 四物湯, 六君子湯, 補中益氣湯, 鹿茸大補湯, 八珍湯, 六味地黃元, 右歸飲, 左歸飲 등이 사용되며, 濕痰證은 肥濕한 체질적 소인자가 우선 그 대상이 되고 痰多而粘, 咯痰多, 頭昏沈, 嗜眠, 全身沈重, 四肢困倦, 惡心嘔吐 등이 특징이며, 二陳湯, 導痰湯, 滌痰湯, 大秦芩湯, 加減導痰湯 등이 사용된다. 마지막으로 瘀血證의 특징은 口脣舌紫瘀, 眼下青黑, 頭痛과 四肢痛의 痛處不移, 針刺하는 통증양상 등이며 當歸飲, 血府逐瘀湯, 補陽還五湯, 桃紅四物湯, 通竅活血湯 등이 사용되어진다¹⁹⁾. 본 증례의 환자는 입원당시의 증상으로 보아서 中經絡證에 해당하고, 각 증상별로 한양방적 치치가 이루어졌는데, 眩暈과 惡心에 대해서는 韓洋方의 약물 치료(半夏白朮天麻湯, Dimenhydrinate, Domperidone Maleate)가 이루어졌고, 麻木感과 語鈍에 대해서는 한방의 針灸치료가 주로 시행되었고, 麻木感에 대해서는 보조적으로 아로마 맛사지 요법이 첨가되었다. 전반적인 기력저하나 口渴 등의 腎虛證에 대하여서는 地黃飲子加味方이 큰 역할을 하였다고 보여지며, 당뇨는 전적으로 洋方의 인슐린에 의해서 조절되었다. 이렇듯 각 환자 증상과 경과에 따라 한양방적 치료가 적절히 이뤄진다면 한방이나 양방의 단독 치료보다 치료 효과 면에서 더 좋은 성과를 낼 수 있으리라 사료된다.

Fig. III. The Oriental & Occidental Medical Therapeutic Model of Wallenberg's Syndrome

Wallenberg's Syndrome

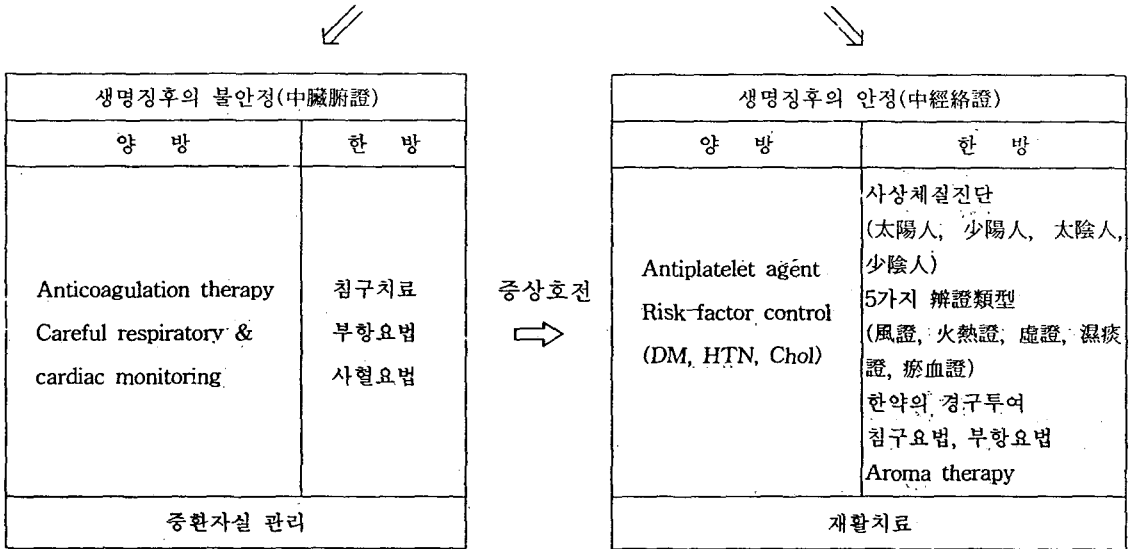


Table 3. The Oriental & Occidental medical therapy of Wallenberg's syndrome

| | Oriental therapy | Occidental therapy |
|--------------------------------|--|---|
| Dysphagia 연하장애 | 針灸刺戟 | oromotor facilitation |
| Hiccup 딸꾹질 | 鍼灸治療와 附缸療法 각 변증유형에 따라 韓藥治療 (止逆湯, 丁香柿蒂湯 등) | Valproic acid chlorpromazine |
| Sensory loss 마목감 | 針灸療法, 電針刺戟 | tricyclic antidepressants Sodium channel blocker |
| Vertigo 현훈 | 각 변증유형에 따라 鍼灸治療와 附缸療法 각 변증유형에 따라 韓藥治療 (半夏白朮天麻湯, 烏藥順氣散 등) | Anti histamine benzodiazepine Calcium channel blocker |
| Nausea, Vomitting 오심, 구토 | 각 변증유형에 따라 鍼灸治療와 附缸療法 각 변증유형에 따라 韓藥治療 (不換金正氣散, 平陳健脾湯 등) | Dopamine antagonist |
| Dysarthria 어둔감 | 각 변증유형에 따라 鍼灸治療와 附缸療法 각 변증유형에 따라 韓藥治療 (地黃飲子, 導痰湯, 牛黃清心元 등) | |
| Headache 두통 | 각 변증유형에 따라 鍼灸治療와 附缸療法 각 변증유형에 따라 韓藥治療 (清上瀉痛湯, 芎辛導痰湯 등) | Analgesics |

結 論

2001년 2월 25일 본원 한방신경정신과에 입원한 Wallenberg's syndrome 환자 1명의 治驗例를 통하여 동서협진치료의 한 유형을 설정하는데 있어 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 본 증례의 Wallenberg's syndrome 환자는 전반적인 韓方의 辨證을 腎虛로 보았고, 또한 病位로는 中絡, 證候로는 風痺, 病態로는 中經絡證에 해당하는 것으로 판단되며, 地黃飮子 加味方과 半夏白朮天麻湯 散劑를 지속적으로 투여한 바, 증상별 총점은 입원당시는 46점이었고 퇴원 시에는 18점으로 약 60%이상의 호전도를 보였다(Fig. I).
2. 각 증상별로는 惡心과 心下痞滿이 100%, 頭痛 80%, 眩暈이 70%, 左側 顔面部와 右側 半身의 麻木感이 50%, 口渴이 60%, 語鈍感이 20%의 호전도를 보였다. 語鈍感이나 麻木感은 호전도가 더디었고 상대적으로 頭痛, 眩暈, 惡心, 心下痞滿 등이 빠른 호전도를 나타내었다(Fig. II).
3. 본 환자는 中臟腑證과 中經絡證 중에서 中經絡證에 해당하며, 한방적으로 鍼灸療法, 附針療法, 香氣療法과 함께 辨證 진단상 腎虛에 따른 地黃飮子加味方과 眩暈에 따른 半夏白朮天麻湯 등의 藥物療法이 지속적으로 시행되어 환자의 증상을 호전시켰다고 사료된다.
4. 본 환자는 적극적인 양방치료가 필요한 급성기의 中臟腑證은 아니지만 각 증상에 적합한 藥物療法과 지속적인 당뇨의 조절이 시행되어 환자의 증상을 보다 더 호전시킬 수 있었다. 본 증례의 환자처럼 Wallenberg's syndrome에 대한 한양방의 적절한 치료가 상호보완적으로 이뤄진다면 한방이나 양방의 단독치료보다는 더 효과적인 것이라고 사료된다.
5. 이와 같이 Wallenberg's syndrome 治驗 1例를 통하여 동서협진 치료의 상호보완적 유형을 임상에 활용할 수 있는 모델을 설정하여 보다 나은 호전도를 나타내었고, 실제 동서협

진 모델을 위한 보다 더 구체적인 연구가 계속 되어져야 한다고 사료된다(Fig III, Table 3).

參考文獻

1. 전국한의과대학 심계내과학교실 編. 동의심계내과학 下. 서울:書苑堂. 1995:245-246.
2. 김영석. 臨床中風學. 서울:書苑堂. 1997:303-308, 311-313.
3. 김진수, 이명식, 최경규. 譯. 신경국소진단학. 서울:과학서적센터. 1995:71-75.
4. 아담스신경과 편찬위원회. 신경과학. 서울:정담출판사. 1998:717, 733-738.
5. 이원택, 박경아. 의학신경해부학. 서울:고려의학. 1996:23.
6. 양정인 외 4명. 뇌졸중 환자에서 위험인자에 대한 연구. 대한재활의학과학회지. 1997;21(4): 643-651.
7. 고경덕 외 3명. 급성혈전성 뇌경색환자에서 당뇨군과 비당뇨군의 기능회복도에 관한 연구. 대한한의학학회지. 1999;19(2):296-312.
8. Kueber TW, Bendick PJ, Finberg SE, Markand ON, Norton JA, Vinicor FN, Clark CM. Diabetes mellitus and cerebrovascular disease. Prevalence of carotid artery occlusive disease and associated risk factors in 482 adult diabetic patients. Diabetes Care. 1983;274.
9. Weinberger J, Biscarra V, Weisberg MK, Jacobson JH. Factors contributing to strokes in patients with atherosclerotic disease of the great vessels. The Role of Diabetes. Stroke. 1983; 14:709-712.
10. 최중백, 김상찬. 消渴의 원인에 대한 문헌적 고찰. 東西醫學. 1995;20(2):57.
11. 박숙자 외. 뇌간경색환자에 대한 임상적 고찰. 대한한방내과학회지. 2000;21(5):731-733.
12. 張仲景. 仲景全書. 서울:大星文化社. 1984:399

-401.

13. 巢元方. 諸病源候論. 臺灣:大城出版社(陳彬源中醫師編著). 1976:145.
14. 王燾. 外臺秘要. 서울:大星文化社. 1992:364-366.
15. 陳士澤. 石室秘錄. 서울:杏林出版社. 1987:814.
16. 王肯堂. 六科准繩. 臺北上海鴻寶齋書局. 1982:302.
17. 黃度淵 原著. 證脈方藥合編, 서울:南山堂. 1988 :120, 121, 132, 228.
18. Lawrence M 외. 오늘의 진단과 치료. 서울:도서출판 한우리. 1999:253.
19. 김영석. 중풍환자의 임상진료지침. 제1회 대한중풍학회 연수강좌 및 학술논문집. 2000 :13, 14.