

후대뇌동맥 경색으로 발생한 시각 및 인지장애 환자 치험 1례

김성아, 엄형섭, 정운석, 서운교, 강운호

동국대학교 분당한방병원 내과

Case Report on a Posterior Cerebral Artery Infarction Patient with Visual and Cognitive Abnormalities

Sung-A Kim, Hyung-Sup Eum, Wun-Suk Jung, Un-Kyo Seo, Yoon-Ho Kang

Department of Oriental Internal Medicine, Bundang Korean Hospital, Dongguk University

The posterior cerebral arteries supply the temporal and occipital lobes of the left cerebral hemisphere and the right hemisphere. Clinical symptoms associated with occlusion of the posterior cerebral artery are visual abnormalities including opposite visual field defects, hallucination, visual amnesia and a variety of other symptoms, including confusion, cognitive disorders, thalamic syndrome, Weber's syndrome, contralateral hemiplegia.

This case report is about a patient with visual and cognitive abnormalities caused by posterior cerebral artery infarction. He was regarded as Soyangin(少陽人) in constitution and was treated with Yangkyuksanho-tang(涼膈散火湯) and other treatments. Improvement in his general symptoms was observed.

Key Words: Posterior Cerebral Artery Infarction, Visual Agnosia, Cognitive Disorders, Yangkyuksanho-tang

1. 緒 論

후대뇌동맥은 중뇌의 일부, 맥락총 및 후시상, 측두엽의 아래 부위와 후두엽 및 시각피질에 혈류를 공급하는데, 심장 또는 추골동맥 등에서 기원한 색전이 후대뇌동맥 경색의 대표적인 원인이 된다¹. 후대뇌동맥 경색 환자에게서 가장 흔히 나타나는 증상은 안과적 증상으로, 시야결손이나 피질실명이 대표적이며, 이외에도 부정형의 환각, 색깔인지장애, 시각인지장애 등이 나타날 수 있다. 또한 운동감각장애와 의식수준의 저하 등도 나타날 수 있다².

한의학 문헌에서의 뇌경색으로 인한 시각장애는 임상양상으로 미루어 眠昏, 目盲, 目暝, 眼花³ 등으로 간주할 수 있고, 뇌경색으로 발생한 인지장애는 혈관성 치매의 한의학적 범주인 呆病, 健忘⁴ 등으로 볼 수 있겠다.

후대뇌동맥 경색은 전체 허혈성 뇌졸중에서 차지하는 비율이 그리 크지 않고⁵, 시야결손이 주된 증상이기 때문에 먼저 안과를 방문하거나 노인의 경우 노화현상으로 여겨 의료기관을 잘 찾지 않아 실제 후대뇌동맥경색의 유병율보다는 발견율이 적다². 따라서 국내의 경우는 발표된 연구가 후대뇌동맥 경색의 원인과 임상상에 대한 송²과 후두엽 경색증 시야결손환자 증례에 대한 민⁶의 보고 정도로 그 수가 적은 실정이다.

본 증례는 좌측 후대뇌동맥의 폐색이 후두엽과

· 접수 : 2004. 10. 20 · 채택 : 2004. 11. 5
· 교신저자 : 김성아, 경기도 성남시 분당구 수내3동 87-2
동국대학교분당한방병원 6층 의국
(Tel. 031-710-3734 Fax. 031-710-3734
E-mail : fatcat96@freechal.com)

중측두엽 경색을 유발하여 시각과 인지기능에 장애가 나타난 환자로 少陽人 裏熱病으로 판단하여 涼膈散火湯 등의 淸熱瀉火하는 처방을 투여하여 유효한 경과를 보였기에 보고하는 바이다.

II. 證 例

1. 성 명 : 정○○, 남자 56세
2. 진단명
 - 1) 후대뇌동맥경색
 - 2) 고혈압
 - 3) 당뇨
 - 4) 少陽人 裏熱病
3. 주소
 - 1) 시각장애
 - 2) 인지장애
4. 발병일
 - 1) 2004년 7월 9일
 - 2) 2004년 7월 26일
5. 과거력 : 고혈압. 2000년 진단.
6. 가족력 : 아버지 중풍, 어머니 당뇨, 여동생 당뇨
7. 현병력 : 상기지는 2004년 7월 9일 시각장애 잠시 발생하였고, 7월 12일 다시 시각장애와 현훈 나타나 분당차병원에서 Brain CT, MRI로 뇌경색 및 혈압, 당뇨 진단받은 후 7월 19일까지 입원치료 받으면서 다소 호전된 상태로 퇴원하여 가료하던 중, 7월 24일부터 수희의 설사와 식욕저하 발생하면서 7월 26일 시각장애 악화되고 인지

장애 및 頭痛, 煩躁, 譫語 증상 발생하여 분당서울대병원 MRI 상 후대뇌동맥 경색 진단 받고 한방치료 위하여 7월 30일 본원 내원하였다.

8. 주요검사소견

- 1) 입원시 vital sign : BP 180/100, FBST 211, Pulse 70, Respiration 20, BT 36.6
- 2) Brain MRI, MRA (2004. 7. 26.) (Fig.1)
Large subacute infarct in Rt. PCA territory (medial temporal lobe, occipital lobe and callosal splenium).
Multiple small vessel ischemic lesions in both periventricular WM, both BG.
- 3) Erect & Supine Abdomen (2004. 7. 31.)
Mild ileus in Lt. abdomen, with slightly dilate small bowel loops.
Mild stool impactions in colon.
- 4) Chest PA (2004. 7. 31.)
No gross abnormality.
- 5) EKG result (2004. 7. 30.)
심실성기의수축
- 6) 혈액화학적 검사 (2004. 7. 31.)
T. bilirubin 1.4, LDH 516, Na 125, Cl 85
Glucose(U) 2+, Ketone(U) Trace

9. 초진소견과 변증

시각장애로 눈앞의 물체를 보지 못하며 전혀 초점을 맞추지 못하였고, 인지장애로 가족과 장소를 알지 못하였으며 자리를 계속 벗어나려는 불안정과 譫語가 동반되었다.

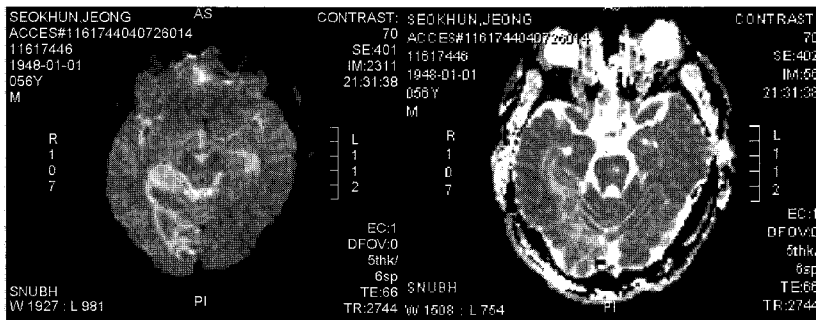


Fig. 1. Brain MRI shows large subacute infarct in Rt. PCA territory. (2004. 7. 26.)

발병 이전까지 식사, 대소변 양호하였으나, 발병 이후 식욕저하로 1일 죽식 1-2회 하였으며 대변은 7월 25일 설사를 수회 한 이후 입원할 때까지 대변 5일 不得의 상태였고, 소변은 1일 1-2회 黃赤色이었다. 睡眠不良, 頭痛, 眩暈, 面紅, 口渴, 煩躁, 舌質淡紅, 苔少乾, 脈滑하였다. 설문을 통해 체질을 파악하는 의사결정나무법⁷의 결과와, 급하고 날렵한 體形氣像을 미루어 환자를 少陽人으로 판정하고, 상기의 증상으로 少陽人 裏熱病으로 보았다.

10. 치료

1) 약물치료

- ① 涼膈散火湯 2貼 3分服, 식후 30분 복용 (1회분량 120cc)
生地黄 8g, 連翹 8g, 忍冬 8g, 薄荷 4g, 防風 4g, 知母 4g, 梔子 4g, 荊芥 4g, 石膏 4-12g
- ② 地黃白虎湯 2貼 3分服, 식후 30분 복용 (1회분량 120cc)
石膏 20g, 生地黄 16g, 知母 8g, 防風 4g, 獨活 4g
- ③ 荊防地黃湯 2貼 3分服, 식후 30분 복용 (1회분량 120cc)
熟地黄 8g, 山茱萸 8g, 白茯苓 8g, 澤瀉 8g, 車前子 4g, 羌活 4g, 獨活 4g, 荊芥 4g, 防風 4g

- ④ 獨活地黃湯 2貼 3分服, 식후 30분 복용 (1회분량 120cc)
熟地黄 16g, 山茱萸 8g, 白茯苓 6g, 澤瀉 6g, 牡丹皮 4g, 獨活 4g, 防風 4g

2) 침치료

동방침구침 일회용 0.30×30mm stainless steel 호침을 사용하여 오전 10시경 百會, 神門, 腎正格에 迎隨補瀉法을 응용하여 20분 留鍼하였다.

3) 양방치료

- ① 7월 30일부터 8월 4일까지 15% Mannitol 500ml와 N/S 500ml replace iv c 10gotts
- ② Cozaar 1T, DCZ 1T, B-ASA 1T Qd
- ③ NPH 28unit

11. 평가방법

- 1) 시각장애의 호전정도는 Hemispheric Stroke Scale⁸ 중 피질기능과 뇌신경을 평가하는 부분에서 시각 관련 항목 (visual field, gaze, visual construction ; 각 3점, 2점, 3점, 총 8점) 3가지에 대해, 1회/10일 간격으로 평가하였다(Table 1).
- 2) 인지장애의 호전정도는 한국판 최소신경상태검사(Mini Mental Status Examination-Korea ; 이하 MMSE-K)를 통하여 1회/10일 간격으로 평가하였다. 그리기, 읽기, 쓰기 항목의 경우에는 시각장애의 호전도를 평가하는 지표로도

Table 1. Visual Scale ; A Part of Hemispheric Stroke Scale.

Score	Visual fields : Test clinically and score hemi-field loss as
3	Severe loss ; inability to recognize moving hand, no response to threat
2	Moderate loss ; inability to recognize stationary finger, sees moving finger
1	Mild loss ; defect to double simultaneous stimulation
0	Normal
Score	Gaze : Score eye movements
2	Gaze play, or persistent deviation
1	Gaze preference, or difficulty with far lateral gaze
0	Normal
Score	Visual construction : Ask patient to copy three figure given, and score
3	Unable to copy any figure
2	Can copy a square
1	Can copy a 'Greek Cross' ('Cross of St. George')
0	Can copy 3D drawing of cube

사용하였다.

12. 치료경과

7월 30일 (입원 1일) : 입원 시 눈앞을 보지 못하고 소리가 나는 쪽으로 고개는 돌리지만 초점을 맞추지 못하고 섬광을 호소하였으며 왼쪽으로만 돌아누우려 하였다. 불안정하여 계속 침대 밖으로 일어나 나가려고 하였다. 가족을 알아보지 못하고 시간, 장소인지 불량하였다.

7월 31일 (입원 2일) : 少陽人 胸膈熱證에 쓰는 涼膈散火湯 1일 투여하였으나 혈압 160/100 정도로 높게 유지되고 대변부득 6일째로 식사량만 조금 늘었을 뿐 讕語를 동반한 인지장애와 시각장애를 포함한 전신제반증상 여전하였다.

8월 1일 (입원 3일) : 地黃白虎湯 투여 1일로 대변 200g 가량 보았다.

8월 2일 (입원 4일) : 식사량 2/3-1로 늘고 소변색이 맑아졌으며 눈앞의 불편을 잡을 수 있게 되었다. 일부 가족은 알아보았고 왼쪽에서 누군가가 물건을 전해주려고 한다는 환시를 호소하였고 실제로 팔을 내밀기도 하였다. 煩躁, 讕語는 감소하였으며 야간 수면 호전되었다.

8월 4일 (입원 6일) : 시간인지는 저하되어있으나 가족을 알아보고, 왼쪽으로 그림자가 보인다는 幻視는 호소하나 섬광 소실되었으며 눈앞의 물체에 초점을 맞추게 되어 EOM 측정할 수 있게 되었으나 좌측으로의 안구 움직임에는 제한이 있었다. MMSE-K 10점으로 시간, 주소지남력, 기억, 계산의 항목은 0점이었다.

8월 9일 (입원 11일) : 집주소를 기억하며 “눈을 감으세요” 중 “요”를 읽고 쓰게 되었고 왼쪽으로 幻視가 나타나는 것은 아침, 저녁으로는 여전하였으나 낮에는 거의 보이지 않는 상태로 호전되었다. EOM 장애 다소 호전되었으나 좌측에서의 움직임이 다소 둔하였다. 口渴, 面赤 소실되었다. MMSE-K 20점으로 주소지남력과 기억등록 항목에서 호전을 보였다.

8월 20일 (입원 22일) : 頭痛 소실되었고 기억력 증가하였으며 “눈을 감으세요” 중 “감으세요”를

읽고 쓰게 되었으며 사각형은 따라 그릴 수 있게 되었고 왼쪽에서 어른거리는 증상은 간헐적으로 발생하였다. EOM 정상이었다. MMSE-K 24점으로 계산을 제외한 항목들은 대답 양호하였다.

8월 31일 (입원 33일) : 입원 시 가족, 장소, 시간을 인지할 수 없고 눈의 초점을 맞출 수 없는 상태에서 퇴원 시 장단기 기억과 지남력 양호하며, “눈을 감으세요”를 읽고 쓸 수 있게 되었고 십자가를 그릴 수 있으며 왼쪽에서 어른거리는 증상은 오후 가끔 발생하는 것으로 호전되었고 입원 시의 頭痛, 口渴, 讕語, 煩躁 등은 소실되어 퇴원하였다.

III. 考 察

후대뇌동맥은 뇌저동맥의 종말분지이며, 작은 관통분지들은 중뇌의 일부, 맥락총 및 후시상의 혈액공급을 담당하고, 피질분지인 측두지가 측두엽의 아래 부위를, 후두지와 조거구 가지가 각각 후두엽 및 시각피질에 혈류를 공급한다¹. 후대뇌동맥의 폐색은 국소적인 죽종이나 혈관부전, 척추뇌저동맥으로부터의 전색증이 원인이 되어 발생하며, 보통은 증상이 급격하여 발병 초기에는 완전 실명이 흔하나 일반적으로는 수분 내에 동측성 반맹증으로 나타나게 된다. 시야회복은 주로 중심 시야에서부터 이루어지고 서서히 일어나는 것이 보통이나 완전히 회복되지 않는 경우도 있다⁶.

대측의 시야결손은 후대뇌동맥 경색의 대표적인 증상으로, 반맹이나 다른 시각적 이상이 없는 후대뇌동맥영역 경색은 극히 드물다. 시야이상 환자의 절반은 시야소실이 반측에 한정된 것을 인지하고, 절반 정도는 시각적 문제는 인지하지만 어느 편에서 발생하는지 구체화 할 수 없다. 환자는 한 쪽을 볼 수 없다는 것을 알고 회색, 빈 곳, 얼룩이 있다고 하거나 물체에 초점을 맞추기 어렵다고 호소하게 된다. 대부분의 환자는 급성기 경색에서 시야의 바깥쪽 이상을 인지하고 편측결손을 보인다. 경색의 급성기 동안 환자들은 점, 시각, 물체, 사람이 보인다

는 환각을 호소한다. 후대뇌동맥 경색 시에 지속적으로 나타나는 시각이상의 특징은 첫째, 안구를 고정하고 있음에도 불구하고 많은 시간동안 제한된 편측에 가상의 물체가 보이고, 둘째, 반맹부로 주시 방향을 돌린 후에도 이전 시야에 있던 물체가 보이며, 셋째, 물체나 환자가 이동했음에도 잔상처럼 물체가 보이는 것이 지속된다. 우후두반구의 시야관련 결손은 구성행위상실증을 보이는데 이는 양측의 시각적 인지 능력과 운동기능이 공간적 임무를 충분히 수행할 수 있을 때에도 배열하기, 그리기, 베끼기 등의 형상화하는 능력이 결여된 것을 말한다. 그들의 그림은 주로 좌측의 누락, 비정상적인 각도, 크기로 특징지어지며 그림 베끼기를 수행하는데 실패하게 된다. 시각적으로 발생하는 사건에 대해 슬픔이나 감동을 느끼지 못하는 감정의 결여도 발생할 수 있다⁹.

중측두엽 경색은 후해마와 인접한 피질에 혈류를 공급하는 후대뇌동맥 P1 분지의 폐색에서 기인한다. 중측두엽은 기억과 학습을 돕는 가장 중요한 부위이며, 우측 또는 양측 측두엽 경색의 경우 특징적으로 시각적 기억 능력에 결손이 있을 수 있다. 반측의 경색에 따른 기억장애는 초기에는 중증으로 나타날 수 있으나, 결국 좌측구조물의 장애에서는 언어와 관련된 기억기능에 이상이, 우측구조물의 손상에는 비언어적 건망이 남게 된다⁹.

양방에서 발표된 후대뇌동맥 경색에 따른 시야결손에 대한 특이적인 치료로는 환측으로 초점을 맞추도록 안구를 운동시키는 Kerkhoff와 Vianen의 방법을 이용한 Hirayama K. 등의 연구¹⁰가 있으며, 쉼타 감소 신경피드백훈련(Theta reduction neurofeedback training)으로 시상과 피질에 자극을 주어 기억과 시각기능의 향상을 도모한 Bearden TS. 등의 연구¹¹가 있고, 한방에서는 특별히 보고된 바가 없다.

Hemispheric stroke scale은 급성기 뇌경색에서 신경학적 결손 정도와 치료시의 상태변화를 평가하기 위한 16개의 항목으로 구성된 척도이다⁸. 뇌경색 관련 척도는 다양하게 연구되어 있으나 주로 운동 및 감각 장애를 기준으로 한 것이 많은데, 본 증례에서는 시각장애의 정도와 상태변화를 평가하기 위해

여러 중풍 척도 중 시각과 관련되어 가장 자세한 항목이 제시된 Hemispheric stroke scale 중 3가지 관련 항목을 이용하여 평가의 기준을 삼았다. 항목은 시야, 주시, 시각적 구성능력이며 각 3점, 2점, 3점, 총 8점이고, 10일 간격으로 평가하였다. 본 증례는 우측 후대뇌동맥부(중측두엽, 후두엽, 뇌돌보팽대부)의 광범위한 경색으로 인해 심광과 좌측에 그림자가 나타나는 환시가 있었고, 좌측의 물체는 보지 못하는 시야제한, 발병 초기에 가족을 보고 시각적으로는 인지하지 못하다가 청각이나 촉각으로 인지하며 예전에 갔던 장소는 시각적으로 기억하지 못하고 거리를 짐작하거나 글자를 외우는 방식으로 입력하는 시각기억장애 등의 후대뇌동맥 경색의 특징적인 시각이상 소견을 보였다. 치료를 통해 주시장애는 빠른 회복을 보여 10일 후 증상 소실되었으며 시각적 구성은 시간에 따라 서서히 회복되었고 시야장애는 중심시야의 회복은 빨랐으나 반맹부는 큰 회복을 보이지 못하고 중등도의 장애가 남은 상태로 퇴원하였다. MMSE-K검사에서 읽기, 쓰기 항목의 경우 우측에서부터 좌측방향으로 읽을 수 있는 글자가 확장되어 가는 양상을 보였고, 도형그리기의 경우 초기 오각형의 좌측하단을 따라 그리는 것에 어려움이 있었으나 시간이 지남에 따라 정확도가 호전되는 양상을 보였는데 이는 시각적 구성 능력과 시야가 회복되는 것에 따른 것으로 사료된다(Table 2,3, Fig. 2).

시각장애의 평가는 치매검사에 이용되는 MMSE-K를 사용하였다. 측두엽 경색과 시상주위 백질부의 허혈로 인해 인지장애가 나타났으며, 시각적인 기억을 입력하고 출력하는 능력이 저하되었고, 大便不通에 따른 閉證, 熱證¹²으로 그 상태가 더욱 악화되었던 것으로 생각된다. 입원 시에는 시간, 주소 지남력과 기억회상, 계산항목에서 0점을 획득하였고 언어기능 평가항목 정도만 양호한 편이었으나, 점차 주소지남력, 기억회상, 시간지남력, 계산의 순서로 회복되어 퇴원 시에는 계산항목에서 2점, 오각형그리기에서 1점을 실점하여 총 30점의 항목 중 27점을 얻었다(Table 3, Fig. 3).

Table 2. The Itemized Progress of Visual Abnormalities.

	Visual fields	Gaze	Visual construction	Total
7/30	3	2	3	8
8/9	2	1	3	6
8/20	2	0	2	4
8/31	2	0	1	3

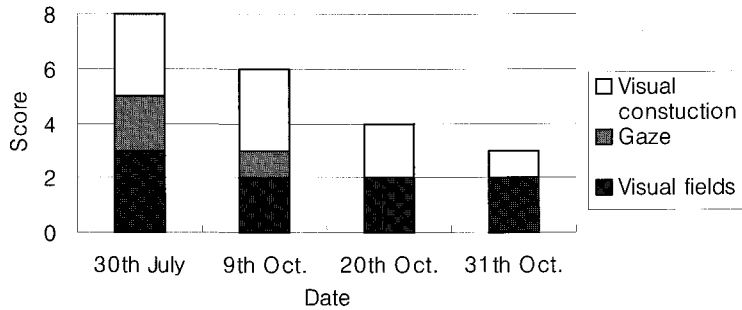




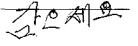

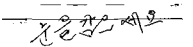


Fig. 2. Progress of visual abnormalities.

Table 3. Progress of Cognitive and Visual Abnormalities.

	MMSE-K	Copy 	Reading “눈을 감으세요”	Writing “눈을 감으세요”
7/30	Check unable	Check unable	Check unable	Check unable
8/4	10	Check unable	Check unable	Check unable
8/9	20		에요	
8/20	24		감으세요	
8/31	27		눈을 감으세요	

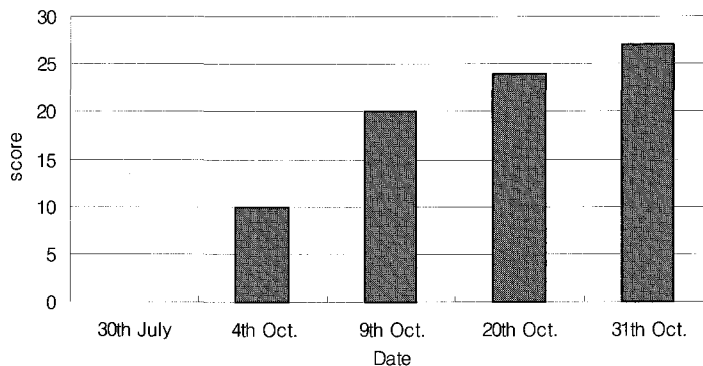


Fig. 3. Progress of cognitive abnormalities.

* Total : 30 (Normal : ≥ 24)

한의학적 문헌상 뇌경색으로 인한 시각장애는 임상양상으로 미루어 眼昏, 目盲, 目暝, 眼花의 범주로 생각해 볼 수 있다. 《東醫寶鑑》³에서 眼昏은 “目昏者 熱甚也. 傷寒熱極 則目盲不識人”, “目昏而見黑花者 由熱氣甚而發之於目也.”라 하여 熱이甚하여 玄府가 막혀 營衛와 正氣가 오르내리지 못한 때문이라 하였고, 眼花는 “黑花爲腎虛也 五色花爲腎虛客熱也 靑花膽虛也 紅花火盛也”라 하여 肝腎의 陰虛나 火를 원인으로 보았다. 뇌경색으로 발생한 인지장애는 혈관성 치매의 한의학적 범주인 呆病, 健忘의 범주로 볼 수 있으며 本虛表實로 血脈, 痰濁, 內風, 邪熱 등이 원인으로 제시되고 있어⁴ 시각장애나 인지장애를 유발하는 원인의 하나로 火熱을 꼽을 수 있겠다.

사상의학적으로 少陽人 중풍에 대하여 裏熱病證으로 규정하고 있으며¹³, 중풍의 초기에는 裏熱病의 관리를 주로 하여 涼膈散火湯, 地黃白虎湯 등의 清熱瀉火의 방법을 먼저 쓰고 다음에 獨活地黃湯, 六味地黃湯, 十二味地黃湯 등의 滋陰降火法을 이용하고, 裏熱病證이 심하지 않은 경우나 중풍후유증의 관리에서는 荊防地黃湯, 荊防瀉白散, 導赤降氣湯, 豬苓車前子湯 등을 활용한다고 하였다¹⁴.

《東醫壽世保元》¹⁵에 “少陽人 裏熱病 胸膈熱證 受病之初 雖有胸煩悶燥之機驗...少陽人 裏病 大便過一晝夜有餘而 不通則 自是裏病明白 易見之初證”이라 하여, 少陽人은 大便이 一晝夜 이상 不通하는 즉 裏病證이고 少陽人 裏熱病 胸膈熱證은 受病의 初에 胸煩悶燥가 있으면 이미 위험하다고 하였다. 少陽人 裏熱病에는 胸膈熱證과 裏熱便閉證이 있는데 胸膈熱證은 脾胃의 清陽이 上升하지 못하여 頭部나 面部 등 上焦부위에 風熱이 생기는 것을 말하고, 이 증세가 심하여 大腸의 清陽이 上升되지 못하고 쇠약해지면 裏熱便閉證이 생기게 된다¹⁶. “少陽人 裏病 有大便過一晝夜不通證則 用白虎湯”이라 하여 裏熱病 大便不通에는 白虎湯을 쓸 것을 제시하고 있는데, 地黃白虎湯은 裏熱病 通大便之藥인 石膏를 君藥으로 生地黃, 知母, 獨活, 防風으로 구성되어 있으며 陽明病煩躁, 譫語, 大便不通 등에 적응증이

있다¹⁶. “少陽人 裏熱病 胸膈熱證... 胸中煩躁 舌赤唇紅 此湯 引飲常多 小便數而少 病屬上焦 宜用 涼膈散火湯”이라 하여 少陽人 裏熱病의 胸膈熱證은 涼膈散火湯으로 다스린다¹⁵ 하였는데, 少陽人 頭痛煩熱 및 血症에 쓰는 生地黃, 消渴藥인 忍冬藤, 補陰藥인 防風, 荊芥와 連翹, 山梔子, 薄荷, 知母, 石膏로 구성되어 瀉火와 補陰의 효과가 있어 中風熱證, 中風痰盛, 頭痛 등에 쓰인다¹⁶. 임상적으로 少陽人 중풍환자에게 가장 다용되며¹³ 실험적으로 허혈성 뇌경색을 유의하게 억제하는 작용이 있으며 뇌허혈에 의한 뇌손상으로부터 신경세포를 일정정도 보호하는 효과가 있는 것으로 보고된 바 있다¹⁷.

본 증례는 의사결정나무법⁷의 결과와, 급하고 날렵한 體形氣像을 미루어 少陽人으로 판단된 환자로, 입원 시 시각 및 인지에 장애를 보였으며 동반된 전신증상이 頭痛, 譫語, 煩渴, 煩躁, 小便黃赤, 大便不通 등 熱症의 양태이고, 이러한 증상이 便閉가 5일 가량 지속되면서 점차 가중되는 양상을 보였는데, 이는 少陽人에서 裏熱로 인해 清陽이 頭面部로 不기하여 風熱이 발생하면서 시각장애, 인지장애, 頭痛, 譫語가 나타나고 裏熱이 가중되어 便閉에 이른 것으로 보고 少陽人 裏熱病으로 판단하였다. 처음 涼膈散火湯의 1일 투여에는 증상의 변화를 거의 보이지 않았는데 이는 입원 당시 이미 대변부득 5일째로 煩躁와 譫語가 나타나 裏熱病이 진행한 상태로, 裏熱이甚하여 藥力이 미치지 못한 것으로 생각된다. 이후 대변 不得 6일째에 X-ray상 경한 장폐색소견 동반되어, 胸膈熱證의 증세가甚하여 裏熱便閉證이 생길 때 사용하는 처방인¹⁶ 地黃白虎湯(石膏 20g)을 1일 투여하였고 200g 가량의 굳은 大便을 보고 난 이후부터 小便의 횟수가 일 2회에서 4회로 증가하고 小便黃赤이 黃色으로 바뀌었으며 煩躁, 譫語가 다소 감소하는 등 증상이 호전되기 시작하여 裏熱이 解하는 징후로 보았다.

입원 2일째 地黃白虎湯의 투여로 大便은 通하였으나 頭痛, 口渴과 煩躁 등이 남아있는 상태이므로 胸膈熱을 다스리고 뇌신경세포 보호효과도 기대할 수 있는 涼膈散火湯을 투여하였다. 裏熱病 通大便之

藥인 石膏를 대변의 굳기에 따라 4-12g으로 조절하였고 이후 거의 매일 排便하였다. 涼膈散火湯의 투여 이후 눈의 초점을 맞출 수 있게 되어 시각과 인지장애는 글자를 통한 평가가 가능한 정도로 호전되었고 頭痛, 口渴, 煩躁 등의 증상도 거의 소실되어 瀉火와 補陰 작용으로 風熱이 解하고 清陽이 頭面部로 충족되어 가는 것으로 생각되었다.

頭痛, 口渴과 煩躁 등 제반 증상 호전되고, 舌質 淡紅, 苔白, 潤하여 되어 초기 清熱瀉火 하는 熱證은 소실되었다고 판단하고 이후는 滋陰降火法으로 관리하였다. 少陽人 脾受寒表寒病論의 처방으로 虛勞는 물론 中風을 위주로 한 심뇌혈관병, 頭腹痛 등에 두루 효과가 있는 荊防地黃湯¹⁸으로 傳方하였다가 荊防地黃湯 투약 후 전신계증상의 특별한 불편 없었으나 새벽에 다소 무른 大便을 2회씩 보며 壓診시 中脘部の 불편감이 보여 中風, 嘔吐 및 食滯痞滿에 응용되는 獨活地黃湯¹⁹으로 조리하였다. 이후 대변 아침 식전 1회로 性狀 양호하게 되었으며 中脘部 불편감은 감소하였다(Table 4).

본 증례는, 한 달 가량의 입원치료를 통하여, 후대뇌동맥 경색의 특이적인 시각장애 중 환시는 감소하여 퇴원 시에 거의 나타나지 않았고, 따라 그리기, 읽기에서 꾸준한 호전을 볼 수 있었다. 입원치료 기간 동안 중심시야는 호전되었으나, 좌측의 시야제한은 호전도가 미약하였는데 이후 외래진료를 통해

치료 중이며, 생활에서의 불편은 개선되고 있지만 좌측반맹부의 시야각도 자체는 큰 변화를 보이지 않고 있어, 지속적인 치료를 통해 호전을 기대하지만, 후대뇌동맥 경색으로 인한 손상으로 남을 수도 있을 것으로 사료된다. 중추두부 경색이 원인이 되어 발생한 인지장애는 지남력과 관련한 부분에서는 처음 10일간 빠르게 회복되었고 퇴원 시에는 거의 회복되었다. 시각장애와 인지장애를 포함한 초기 頭痛, 煩躁, 謔語 등의 증상을 裏熱로 인해 風熱이 上部에 발생한 것으로 보고 少陽人 裏熱病으로 판단하여 地黃白虎湯, 涼膈散火湯으로 清熱瀉火하는 치료를 한 것이 초기 치료에서 보다 빠른 효과를 나타내는데 유의했던 것으로 생각된다.

뇌경색으로 발생한 시각장애의 경우에는 공통적으로 쓰이면서 세분화된 평가척도가 없다는 것과, 국내 보고된 증례가 극히 적은 이유로, 본 증례의 치료효과를 양방 등의 다른 치료와 비교하여 고찰할 수가 없었다는 것이 부족함으로 남는다. 향후 이에 대한 보다 많은 연구와 한방적 치료임상사례가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 結 論

본 증례는 후대뇌동맥 경색으로 발생된 특징적인 시각장애 및 인지장애를 熱證으로 보고 체질병증에

Table 4. Progress of Clinical Symptoms.

	頭痛	口渴	謔語	煩躁	小便	大便	處方
7/30	+	+	+	+	1-2회/일 黃赤色	5일 不得	涼膈散火湯
7/31	+	+	+	+	4회/일 黃赤色, 遲尿	6일 不得	地黃白虎湯
8/1	+	+-	+	+	6회/일 黃色, 遲尿	2회/일 (硬便, 200g)	涼膈散火湯
8/6	+-	-	-	-	양호	1-2회/일	荊防地黃湯
8/20	-	-	-	-	양호	2회/일	獨活地黃湯
8/31	-	-	-	-	양호	1회/일	

* + : 증상 지속, +- : 간헐적 발생, - : 소실

따른 少陽人 裏熱病 처방과 침으로 치료하여 주시, 시각적 구성 부분과 인지력에서 뚜렷한 호전 및 시야의 일정정도 회복을 보인 증례가 있어 이에 보고하는 바이다.

參考文獻

1. Kenneth W Lindsay, Ian Bone. 임상신경학. 3. 서울:법문사; 2002, pp.435-6.
2. 송희정. 후뇌동맥 경색의 원인과 임상상. 충남대학교대학원. 1993, pp.11-4.
3. 허준. 동의보감. 법인문화사. 서울:법인문화사; 1999, pp.553-6.
4. 김원찬, 김영석, 문상관, 고창남, 조기호, 배영섭 등. 중풍환자의 혈관성치매에 대한 임상적 관찰. 대한한방내과학회지. 1998;19(2):50-8.
5. Brandt T, Steinke W, Thie A, Pessin MS, Caplan LR. Posterior cerebral artery territory infarcts: clinical features, infarct topography, causes and outcome. Cerebrovasc Dis. 2000; 10(3):170-82.
6. 민인숙, 정하상, 김무웅. 전형적 시야결손으로 발견된 후두엽 경색증 1예. 대한안과학회잡지. 1982;23(3):355-8.
7. 박은경, 이영섭, 박성식. 의사결정나무법을 이용한 체질진단에 관한 연구. 사상체질의학회지. 2001;13(2):144-55.
8. Adams RJ, Meador KJ, Sethi KD, Grotta JC, Thomson DS. Graded neurologic scale for use in acute hemispheric stroke treatment protocols. Stroke. 1987;18:665-9.
9. Julien Bogousslavsky, Louis Caplan. Stroke syndromes. New York:Cambridge University Press; 1995, pp.62-3, 148-9, 156-7, 293-4.
10. Hirayama K, Sakai S, Yamawaki R, Kondo Y, Suzuki T, Fujimoto C, et al. Visual search training for a case of homonymous field defect with multiple visual dysfunctions. No To Shinkei. 2004;56(5):403-13.
11. Bearden TS, Cassisi JE, Pineda M. Neurofeedback training for a patient with thalamic and cortical infarctions. Appl Psychophysiol Biofeedback. 2003;28(3):241-53.
12. 오중한, 김봉석, 임희용, 최빈혜, 김대준, 전연이 등. 대승기탕 투여 후 변폐, 번조, 불면이 호전된 중풍 환자 치험 1례. 2004;25(2):307-13.
13. 송일병. 사상의학적 중풍관리법. 한방성인병학회지. 1995;1(1):43-9.
14. 송일병. 사상의학적 중풍관리의 임상적 연구. 사상체질의학회지. 1996;8(2):117-30.
15. 김형태 편. 동의수세보원(원문). 서울:정담; 1999, pp.55-8, 66-7.
16. 전국한의과대학사상의학교실. 사상의학. 서울:집문당; 2000, p.532, 538, 550.
17. 손상근, 신민규, 송일병. 양격산화탕이 뇌혈류 및 뇌허혈 손상에 미치는 영향. 사상체질의학회지. 2001;13(2):165-76.
18. 김병렬, 김광택, 임장청. 형방지황탕 연구. 사상체질의학회지. 1995;7(1):295-7.
19. 진현길. 독활지황탕의 위장관 및 중추신경에 미치는 효능에 관한 실험적 연구. 사상체질의학회지. 1997;9(2):187-201.