

중추성 현훈과 소뇌성 보행실조를 주소로 한 태음인 환자 치험2례

선승호, 이재은, 한동윤**, 이성우, 이선란***, 고성규*

상지대학교부속한방병원 내과, 사상체질의학과**, 상지대학교 대학원***

The Two Case Reports of Taeumin with Central Dizziness and Cerebellar Ataxia

Seung-Ho Sun, Jae-eun Lee, Dong-youn Han**, Seong-woo Lee, Seon-Lan Lee***, Seong-Gyu Ko*,

Department of Internal Medicine, Department of Sasang Constitutional medicine**, Department of Oriental Medicine Graduate School***, College of Oriental Medicine, Sangji University, Wonju-Si, Korea.

The two case reports here presented are based on an inpatient with lateral medullary infarction, known as Wallenberg's syndrome with chief complains of central dizziness and cerebellar ataxia, and an inpatient with infarctions of cerebellar, pontine, and lacunar thalamic region.

QSCCII was performed while the patient was hospitalized and, by consultation with the Dept. of Sasang Constitutional Medicine, the patient was diagnosed with Taeumin. Thus, an oriental medical therapy of Cheongsimyeonjatang, acupuncture, and moxibustion was carried out. As a result the degree of dizziness decreased noticeably while other symptoms improved as well. Before leaving the hospital, the degree of cerebellar ataxia also improved and the patient was able to go on foot by himself.

In conclusion, significant improvements were observed in cerebellar and a pontine infarction patients who suffered central dizziness and cerebellar ataxia through Sasang medical therapy.

Key Words: central dizziness, cerebellar ataxia, Wallenberg's syndrome, cerebellar and pontine infarction, Cheongsimyeonjatang

1. 緒 論

중추성 현훈(Central Dizziness)은 중추신경질환중 주로 뇌간이나 소뇌의 장애를 말하는 것으로^{1,2}, 안진 방향은 양방향 또는 일방향이고, 시야 고정 시에도

안진과 현훈은 억제되지 않으며, 현훈은 대체적으로 경하고, 귀와 관련된 증상은 나타나지 않는다³.

소뇌성 보행실조(Cerebellar Ataxia)는 양상이 양발의 간격이 넓고, 걸음의 불안정과 불규칙 그리고 옆으로 쏠리는 경향 등이 있고, 보폭은 불규칙하여 의도했던 것보다 좁을 때도 있고 넓을 때도 있어서, 환자는 이를 해소하기 위해 보폭을 줄이고 양발을 동시에 땅위에 두고 질질 끄는 보행을 하며, 의자에서 일어날 때나 보행 중 갑자기 방향 전환시 또는 갑자기 멈춰서 있을 때 몸이 불안정하고 불규칙적으로

· 접수 : 2004년 3월 29일 · 채택 : 2004년 4월 20일
· 교신저자 : 고성규, 강원도 원주시 우산동 283번지 상지대학교 부속 한방병원 2내과
(Tel. 033-741-9209, FAX:033-732-2124, E-mail : sgko9209@snu.ac.kr)

흔들리는 것이 훨씬 뚜렷해지는 경향이 있다.

본 임상보고 2례는 중추성 현훈과 소뇌성 보행실조를 보이는 외측연수경색증 즉 Wallenberg's syndrome 환자 1례와 소뇌, 뇌교 및 열공성 시상경색이 병발한 환자 1례이다. 이로 인한 증상의 경우는 초기에 위험할 수 있으며, 증상의 호전이 쉽지 않고, 그리고, 치료기간이 긴 경향이 있다. 또한, 기존의 후세방으로 접근한 예는 많았으나, 사상체질처방을 이용한 현훈 및 보행실조 치험례는 드물었다. 저자는 중추성 현훈 및 소뇌성 보행실조를 주소로 한 태음인 2례를 동일한 처방으로 투여하여 호전되었으므로, 이에 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 치료 방법

1. 연구대상

중추성 현훈과 소뇌성 운동실조를 주소로 상지대학교부속한방병원에 입원 치료한 외측연수경색증 (Wallenberg's syndrome) 여성 환자 1인과 소뇌 경색, 뇌교경색, 그리고, 열공성 시상경색이 병발한 여성 환자 1인을 대상으로 하였다.

2. 평가도구(Measurement instrument)

- 1) 현훈의 강도 평가는 VAS를 이용하여 환자가 발병 당시 현훈정도를 100으로 하고, 호소하는 주관적 증상을 수치화하여 호전도를 도표에 표시하였다.
- 2) 운동실조의 강도 평가는 김 등¹⁾의 분류를 참고로 좀더 세분하였으며, 보행 정도를 기준으로 9단계로 나누어 점수화하고 도표로 표시하였다.
- 8: 보행 불가능
- 7: 부축받은 상태에서 병실내 보행가능
- 6: 보조기구(walker 등)를 이용한 상태에서 병실내 보행가능
- 5: 보조기구(walker 등)를 이용한 상태에서 복도까지 보행가능
- 4: 부축 받지 않은 상태에서 병실내 보행가능
- 3: 부축 받지 않은 상태에서 복도까지 보행가능

Table 1. The composition of Cheongsimyeonjatang

Herb name	Botanical name	dosage
蓮子肉	Nelumbinis Semen	8g
山藥	Dioscoreae Rhizoma	8g
天門冬	Asparagi Radix	4g
麥門冬	Lirioepis Tuber	4g
遠志	Polygalae Radix	4g
石菖蒲	Acori graminei Rhizoma	4g
酸棗仁	Zizyphi Spinosae Semen	4g
龍眼肉	Longanae Arillus	4g
柏子仁	Biotae Semen	4g
黃芩	Scutellariae Radix	4g
蘿菔子	Raphani Semen	4g
甘菊	Chrysanthemi Flos	2g
加鹿茸	Cervi pantotrichum Cornu	4g
計		58g

- 2: 부축 받은 상태에서 계단 보행 가능
- 1: 부축 받지 않은 상태에서 계단 보행 가능
- 0: 병원 밖으로 외출 가능한 정상 보행

3. 치료 방법

1) 침구 및 부항 치료

① 침치료

두침 : 視區, 平衡區

이환 부위 : 中風七處穴

정상 부위 : 脾正格 加 豐隆, 肝正格은 증상에 따라 시술

매일 아침 1회 치료함

② 뜸치료

다공구 : 中腕穴, 關元穴에 3회/1일 시술함

간접구 : 가슴부위 답답한 증상이 심할 때 任脈, 腎經線을 따라 각 경혈 6혈에 3회씩 시술함

③ 부항치료

슴부항을 肩井穴, 大椎穴, 心俞穴, 肺俞穴에 1회/2-3일 3주간 시술함

2) 약물치료

(1) 太陰人 清心蓮子湯 加 鹿茸 4g(Table 1).

III. 成績

1. 증례1

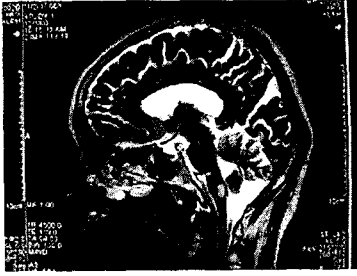


Fig. 1. Sagittal T2 weighted MR image in 03.Dec.2003 shows medullary infarction(TR4500, TE119)

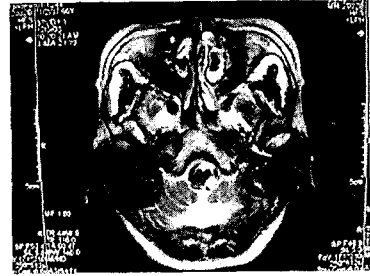


Fig. 2. Axial T2 weighted MR image in 03.Dec.2003 shows Lt. acute lateral medullary infarction(TR4450, TE116).

- 1) 성명 : 최○○ / 66세 여자
- 2) 주소증 : (1) 현훈 (2) 보행장애 (3) 안진(좌향주시시) (4) 가벼운 안검하수 (5) 좌측 부전마비 GⅣ-V/GⅣ (6) 좌측 안면감각장애 및 우측 상하지 감각장애 (7) 가벼운 구음장애 (8) 가벼운 연하장애 (9) 구토 (10) 딸꾹질
- 3) 발병일 : 2003년 12월 1일 아침
- 4) 과거력
 - (1) 당뇨병 : 3년전 ○○의원에서 진단받고, 처방 받았으나 불규칙적으로 복용하였으며, 혈당수치가 조절되지 않는다고 설명을 들었음.
 - 5) 가족력 : 無
 - 6) 음주, 흡연경력
 - (1) 음주 : 가끔 1잔/1일
 - (2) 흡연 : 無
 - 7) 고혈압 및 당뇨 : 有/有
 - 8) 현병력

상기환자는 만66세 되신 여환으로 마른 체격에 고집 세고 조금 급한 성격으로, 상기 과거력으로 상기 치료받은 적이 있었으며, 상기 발병일 전에 평소와 같이 장에 나가서 일하는 것 이외에 과로하거나 신경 많이 쓴 일이 없었고, 상기 발병일 경 아침에 일어나서 자꾸 왼쪽으로 쓰러지고 넘어지려 했고, 우황청심원 1환을 먹었으나 토하였고, 어지러움이 심하여 오후 ○○의료원 ER에 가서 N/S IL IV 하고, 저녁까지 구토 수회하다가 환자 위하여 퇴원하였으나 다음날 아침에도 자꾸 넘어지고 증상 호전 없어 다시 재입원하여 12월 2일 CT scan하였고, 3일 Brain MRI scan

Table 2. The progress of Biochemistry lab finding

	12/5	12/8	12/10	12/19	
Alk.phosphatase	268	290	264	220	
GOT(AST)	58	52	24	23	
GPT(ALT)	54	69	43	36	
r-GTP	68	88	80	33	
Glucose	FBS	201	219	82	111
	PP2hrs	369	306	179	193

하여 Acute lateral medullary infarction 진단 받고 항고 치료(Anticoagulation Tx)받았으며 1-2일 토하며 못먹다가 3일경부터 죽을 먹고 당뇨병 조절위해 NPH 25U SC 맞던중 한방치료 원하여 본원 외래를 경유하여 입원함.

9) 진단

- (1) 한방 진단명 : ① 中風手足癱瘓 ② 眩暈 ③ 癱木不仁 ④ 太陰人 肝受熱裏熱病 燥熱證
- (2) 양방 진단명 : ① 외측연수경색증(Wallenberg's syndrome) ② 고혈압 ③ 제2형 당뇨 ④ 알콜성 간염

10) 체질 감별

- (1) QSCCⅡ : 太陰人
- (2) consult to 사상체질의학과 : 太陰人 肝受熱裏熱病 燥熱證 清心蓮子湯

11) 이학적 소견

- (1) EKG : normal(12월 5일)
- (2) Lab finding
 - ① CBC, U/A, electrolyte : WNL
 - ② B/C : (Table 2).

(3) Chest PA : WNL

(4) Pevic AP & lat : WNL

(5) Brain MRI : Lt. Acute lateral medullary infarction(Fig. 1, 2)

12) 양방 처방약

Astrix 100mg#1 qd po, Nicetile 2T#2 bid po, Novolet 20U #1 qd SC, Metformin 1000mg#2 bid po, Glucobay 3T#3 tid po

4. 환자의 진행상황(Fig. 6, 7)

- 1) 2003년 12월 5일(입원1일): 현훈은 발병 당시보다 약간 덜하지만, 안정시도 여전히 있고, 머리 움직일 때 더 심함. 좌측 안면과 우측 상하지에 감각이 없으며, 구음장애, 보행장애 호소. 연하장애가 약간 있음. 좌측 주시시 안진심함. 舌紅裂, 無苔, 脈沈細無力, 大便燥秘, 小便赤澀, 無汗, 皮膚乾燥, 心下痞滿, 咽乾
- 2) 12월 6일(입원2일): 갑자기 20분간 지속적인 딸꾹질이 나타남. 밤에 지속적으로 하다 아침에 멈춤. 오심, 구토는 없음
- 3) 12월 8일(입원 4일): 부축해서 병실을 3-4m 움직임이 가능. 좌안충혈이 심함. 안진이 주시하는 방향마다 나타남
- 4) 12월 11일(입원 7일): 현훈은 약간 줄었음. 딸꾹질은 한번 하면 지속적으로 하고, 밤에 계속함. 감각 장애 약간 호전. 연하장애가 거의 소실. 舌紅微裂, 無苔, 脈沈細 大便燥, 小便黃, 咽乾, 無汗
- 5) 12월 13일(입원 9일): 현훈이 더 심해짐. 좌측 위약감과 안진이 심해짐. 감각 장애 약간 심해짐.
- 6) 12월 14일(입원 10일): 밤에 구토를 심하게 하고, 새벽 4시경 딸꾹질을 심하게 함. 그 후로 딸꾹질을 가꿈함.
- 7) 12월 19일(입원 15일): 현훈은 다시 줄었음. 밤마다 딸꾹질은 여전히 있음. 어제 밤에 다시 토했으나, walker로 병실을 4-5m정도 움직일 수 있음. 안검하수 거의 소실. 舌紅微苔, 脈沈細 大便微滑, 小便微黃, 微汗
- 8) 12월 27일(입원 23일): 딸꾹질이 소실. walker로

복도를 10m정도를 여러번 왕복함. 주시시 안진 많이 감소함. 감각은 좌측 안면부와 우측 상지부가 약간 호전. 舌紅微白苔, 脈沈微有力 大便滑, 小便清白, 微汗

9) 2004년 1월 4일(입원 31일): 현훈이 많이 감소. 부축받지 않고 병실과 복도 3-4m정도를 움직일 수 있음.

10) 1월 9일(입원 36일): 감각 장애는 약간 호전. 복도를 7-8m정도 자력 보행함. 현훈은 더이상 호전없음. 집안 사정상 외래에서 치료받기로 하고 퇴원함.

2. 증례2

1) 성명: 김○○ / 69세 여자

2) 주소증: (1) 현훈 (2) 보행장애 (3) 좌측 반신 위약 (4) 우측 반신 위약 (5) 우측 기도 진전 (6) 구음장애 (7) 우측 구안와사 (8) 연하장애 (9) 양쪽 슬관절 동통(우측>좌측) (10) 요통

3) 발병일: 2003년 4월 28일

4) 과거력

(1) 고혈압(Hypertension): 약 20년 전부터 경구복용하기 시작하여 그 후 계속 약국에서 복용하였고, 작년부터 여주보건소에서 경구복용하고 있음

(2) 퇴행성관절염(양쪽 무릎, 양손가락): 재작년부터 아프기 시작하여 춘천○정형외과에서 손가락 및 무릎에 관절주사 맞고 우측 무릎이 호전

(3) 요추 압박 골절(L-spine compression fracture): 20여년 전 그네에서 떨어져 발생

5) 가족력: 모친: 고혈압

6) 음주, 흡연경력

(1) 음주: 無

(2) 흡연: 無

7) 고혈압 및 당뇨: 有/無

8) 현병력

상기환자는 만69세 되신 여환으로 마른체격에 활달한 성격이고, 상기 과거력으로 상기 치료받았으며, 2003년 4월 21일에 두통, 현훈 증상이 발생하여 서울

국립의료원에서 입원 치료중 상기 발병일에 종합검사 도중 상기 주증상 발병하여 Rt. pons와 cerebellar 및 thalamus에 경색(infarction)이 발생하였다는 소견을 듣고 계속 입원치료 받고 있었으며 증세 호전이 약간 있었으나 힘이 없고 걸을 수 없는 증상은 계속 있었음. 5월 10일경 본래 불편하였던 좌측 반신 위약 증상은 호전되었는데 우측 반신 위약감이 발생하고 계속 보행이 불가능하게 되어 한방치료 위해 국립의료원에서 퇴원하고, 본원 외래를 경유하여 입원함.

Table 3. The progress of CBC lab finding

	5/21	6/10	6/24	7/7	7/21
RBC($\times 10^4/\mu l$)	3.10	3.30	3.42	3.52	3.87
Hgb(g/dl)	9.9	10.4	10.6	11.5	12.1
HCT(%)	29.2	30.2	32.4	35.5	37.1

9) 진단

(1) 한방 진단명 : ① 中風手足癱瘓 ② 眩暈 ③ 太陰人 肝受熱裏熱病 燥熱證

(2) 양방 진단명 : ① 우측 소뇌경색, 뇌교 경색, 열공성시상경색 ② 고혈압 ③ 빈혈 ④ 퇴행성관절염 ⑤ 요추압박골절

10) 체질 감별

(1) QSCC Ⅱ : 太陰人

(2) consult to 사상체질의학과 : 太陰人 肝受熱裏熱病 燥熱證 清心蓮子湯

11) 이학적 소견

(1) EKG : normal(5월 21일)

(2) Lab finding

① CBC : (Table. 3)

② B/C, U/A, electrolyte : WNL

(3) Chest PA : WNL

(4) L-spine AP & Lat

① Old compression fracture L1,2

② Spinal stenosis L5-S1

(5) Brain MRI : Rt. cerebellar and pontine infarction, Rt. lacunar thalamic infarction(Fig. 3, 4, 5).

12) 양방 처방약

Bonaling-A 50mg 3T#3 tid po, Disgren 300mg 3T#3 tid po, Combizym 120mg 3T#3 tid po, Coniel 4mg#1 qd po

3. 환자의 진행상황(Fig. 6,7)

1) 5월 21일(입원1일) : 현훈이 안정시 지속되고, 상하좌우 안구운동시 vertigo 증상 심해짐. 아침이나 낮에 안전 암흑감과 vertigo 증상 있음. 서있지 못함. 국립 의료원에 있었을 때보다 연하장애 호전. 좌측 반신 위약감 많이 호전. 우측 위약감이 점점 심해지는 것 같고, 계속 떨림. 말이 원하는 대로 안 됨. 부측보행으로 2-3m 간신히 움직임. 舌紅, 脈沈細無力, 大便燥, 小便微黃, 無汗, 心

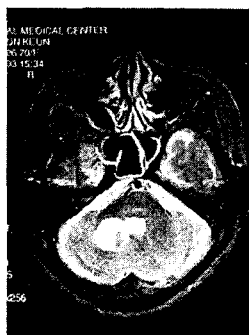


Fig. 3. Axial T2 weighted MR image in 02. May. 2003 shows Rt.cerebellar infarction (TR2447, TE100)

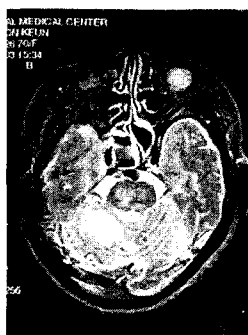


Fig. 4. Axial T2 weighted MR image in 02.May.2003 shows Rt. cerebellar and Rt. pontine and Lt. medial pontine infarction (TR2447, TE100)

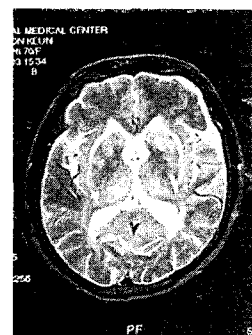


Fig. 5. Axial T2 weighted MR image in 02.May.2003 shows Rt. lacunar thalamic infarction (TR2447, TE100)

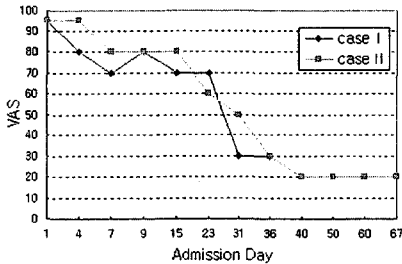


Fig. 6. The progress of dizziness

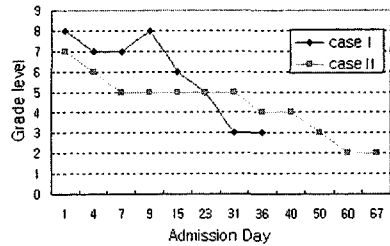


Fig. 7. The progress of cerebellar ataxia

下痞滿, 咽乾

- 2) 5월 24일(입원4일) : 낮에 안전 암흑감 현상은 없어졌지만, 아침에는 여전함. 현훈 여전. 나머지는 큰 호전 없음. walker 보행 3m정도 움직임. 微汗
- 3) 5월 27일(입원7일) : 하방 주시시 vertigo는 없으나, 상방 주시시, 안정시 현훈 여전함. 연하장애는 거의 없음. walker보행으로 복도를 10m 움직임
- 4) 6월 4일(입원15일) : 안전 암흑감은 2번 정도만 있었음. 상하좌우 주시시 vertigo 증상은 많이 호전. walker 보행으로 복도를 30m 움직임. 舌紅, 脈沈細, 大便滑, 小便清白, 汗出, 心下痞滿, 咽乾
- 5) 6월 12일(입원23일) : 아침 기상시 현훈 경감. walker 보행으로 200m이상 움직임
- 6) 6월 25일(입원36일) : 현훈은 여전하고, 운동을 너무 많이 해서 양쪽 무릎과 허리가 통증호소. 자력보행(2-3m)이 처음으로 가능해짐. 아직 부축이 없으면 비틀거림. walker 보행 하루 총 400m 움직임. 舌淡紅, 脈沈有力, 大便滑, 小便清白
- 7) 6월 29일(입원40일) : 아침 기상시 현훈은 약간 계속 있음. finger to nose 검사 호전. 자력보행(3m) 비틀거리며 보행. 지팡이 보행 30m 움직임.
- 8) 7월 9일(입원50일) : 오른손 진전 많이 호전. 여전히 경미한 현훈은 호전 없음. 복도를 자력보행으로 5m정도, 지팡이 보행 80m 가능함. Fig to eight검사가 호전.
- 9) 7월 19일(입원 60일) : 다른 증상은 변화 없음. 자력보행은 40m 가능함. 난간 잡고 계단 보행 연습하기 시작함. 舌淡紅, 脈沈有力, 大便滑, 小便

清白

- 10) 7월 26일(입원67일) : 아침 기상시 현훈은 약하게 있음. 운동을 많이 한 경우 우측 슬통이 있음. 상하좌우 안구 운동시 발생하던 vertigo 증상 소실. 소뇌 검사상 입원 시보다 훨씬 호전. 자력보행은 하루 총 100m이상 가능하고, 2층 계단을 시간은 걸리지만, 난간 잡고 오르고 내려갈 수 있음. 오후에 보호자 원하여 퇴원하심.

III. 考 察

眩은 目眩 즉 眼花 또는 眼前發黑·視物模糊를 의미하고, 暈은 頭暈·頭旋 즉 자신이나 주위 사물이 도는 것 같아 서있을 수 없는 것을 의미한다. 임상에서는 보통 頭暈과 眼花가 함께 나타나므로 眩暈이라고 한다⁵.

원인에 대해 <內經>에서는 “諸風掉眩 皆屬於肝”이라 하여 肝風上攻으로 인하여 발생한다고 하였고 “上虛則眩”이라고도 하여, 上虛로 발생한다고 보았고, 朱丹溪는 <丹溪心法>에서 “無痰則不作眩”이라 하여 주요한 원인을 痰火로 보았다. 발병원인은 風·火·痰·虛로 크게 구분한다⁶.

서양의학적에서 중추성 원인으로 가장 흔한 질환은 추골기저동맥계의 일과성 뇌허혈증이며, 그 다음으로는 소뇌경색, 뇌간경색, 시상 병변, 기저핵 병변, 대뇌 피질 및 백질의 병변, 중추신경계 종양, 경추성 현훈, 추골기저동맥류 등이며^{6,7}, 말초성 원인으로 가장 흔한 것은 전정신경염이고, 그 다음으로 양성발작

성 체위성 현훈, 미로염, 메니에르 증후군 등이다. 기타의 원인으로는 심인성 질환, 심혈관성 질환, 심한 철결핍성 빈혈 등이 있다. 말초성에 비하여 중추성 원인에서는 심한 장애를 남기며 사망까지 이를 수 있어 보다 정확하고 빠른 진단을 요한다⁶⁸.

Wallenberg 증후군은 후하소뇌동맥, 추골동맥 등이 분포해 있는 외측 연수 부위가 주로 폐색됨으로 인해 발생하는 뇌혈관 질환의 일종으로, 외측연수증후군이라고도 불린다. 임상 증상은 침범되는 핵에 따라 다르게 나타나는데, 동측성 안면통각저하(삼차신경핵), 현훈, 구역, 구토 및 안구진탕(삼정핵), 보행 실조(하소뇌각), 반대측 체간·지간의 통각 및 온도감각 장애(외측척수시상로), 동측성 Honor 증후군(하행성 교감신경섬유), 연하곤란, 쇄목소리, 구개마비(의핵, 고속핵, 미주신경핵) 등 다양하게 나타난다⁹.

소뇌 경색은 상소뇌동맥, 후하소뇌동맥이 경색되어 발생하는 것으로, 일반적으로 전자가 가장 많고, 후자는 낮지만 높은 빈도를 나타내는 것으로 알려져 있다. 증상은 주로 현훈, 두통, 오심 및 구토, 보행장애, 구음장애로 나타나며, 임상양상은 운동 실조, 체간실조, 이명, 기도진진, 구음장애, 의식장애, 감각이상, 복시 및 시야장애 등을 나타낸다. 이러한 증상 및 소견은 혈관영역에 따라 차이를 나타낸다^{10,11}.

한의학적 범주는 증례1의 Wallenberg 증후군은 中風, 手足癱瘓, 眩暈, 痺症, 麻木, 不仁 등^{12,15}의 범주에 속하며, 증례2의 소뇌 및 뇌교 경색은 中風, 手足癱瘓, 眩暈 등¹⁶의 범주로 속한다고 사료된다.

본 환자 2례는 문진이 가능하여 입원당시부터 QSCC II 및 본원 사상체질의학과에 의뢰하였으며, 太陰人 肝受熱裏熱病의 燥熱證으로 진단받고, 太陰人 清心蓮子湯에 鹿茸 4g을 가해서 입원 초기부터 투여하였다(Table 1). 鹿茸은 부족한 精血을 보충하고 끌어올려주는 힘이 강력하므로 가감하였다¹⁷.

太陰人 清心蓮子湯은 太陰人 肝受熱裏熱病의 燥熱證에 사용하는 處方으로 腹痛泄瀉가 主症일때 清肝燥熱의 治法으로 사용한다¹⁸. 素證은 表寒證의 長期化로, 表虛 肺肝腎燥 無汗, 大便滑, 小便清白頻數, 痞滿, 口燥, 沈細無力등이며, 現證은 素證이 表寒證이 多한

者가 裏證 時에 肝肺燥證이 多하여 나타나는 病證으로, 虛熱感, 無汗皮膚乾燥, 大便燥或滑하나 後重이 있을 수 있고, 小便赤澀, 痞滿, 咽乾, 不欲冷飲이 있는 경우에 사용된다. 즉, 清心蓮子湯의 素證은 表寒證이 多한 者가 裏證 時에 肝肺燥證이 多하여 나타나는 病證(주로 血分氣化에 障礙가 되는 疾患)으로, 調胃하고 補肝腎하며 潤肝肺시켜 肝肺燥를 치료한다. 適應症으로는 虛勞, 夢泄, 腹痛泄瀉, 舌卷, 中風不語, 思慮, 怔忡, 虛弱, 不眠이다¹⁷.

wallenberg 증후군 및 소뇌경색으로 인한 중추성 현훈 및 보행 장애에 관하여 기존의 임상보고를 조사해보면, 痰濁中阻로 인한 清暈化痰湯¹⁹, 半夏白朮天麻湯²⁰, 肝陽上亢으로 인한 調肝益腦湯²¹이 있었고, 각 환자의 증상에 따른 변증시치를 하여 여러 처방으로 치료한 경우^{13,21}도 있었다. 소뇌경색으로 인한 중추성 현훈과 보행 장애의 경우는 氣血兩虛로 인한 滋陰健脾湯²²이 있었다. 소뇌경색과 wallenberg 증후군을 동반한 경우는 半朮補心湯²³과 증상에 따라 변화가 있었지만 주로 清心蓮子湯²⁴이 있었다. 처방은 주로 痰, 虛, 風을 치료하는 처방이었고, 증상에 따른 다양한 처방도 이 범주에서 벗어나지 못했다. 주로 후세방이 위주였고, 사상처방인 清心蓮子湯을 사용한 1례는 본 치혈례와 유사한 점이 많았다. 또한, 상기 증례가 소뇌경색과 wallenberg 증후군이 병발한 것에 비해서, 본 증례는 소뇌경색과 wallenberg 증후군이 별개의 증례였다.

증례1은 외측연수경색증후군 환자로 현훈, 보행장애, 가벼운 좌측부전마비, 좌측 안면감각장애 및 우측 상하지 감각장애, 가벼운 구음장애, 가벼운 연하장애, 그리고 가벼운 Honor씨 증후 등 전형적인 wallenberg 증후군 증상을 보였다. 발병 전 일주일동안 음주를 하여 B/C Lab상 알콜성 간염의 소견도 같이 보였다(Table 2). 발병 2일째 딸꾹질이 발생하였고, 주로 밤낮과 상관없이 발생하였지만, 밤에 지속적인 딸꾹질을 심하게 하는 양상을 보였다. 현훈은 가만히 있어도 경미한 현훈이 있었고, 고개를 숙이거나 회전시에 더 심해지는 체위성, 회전성 현훈의 양상을 보였다. 안진은 주시방향에 따라 발생하는 중추성 안

Table 2. The progress of Biochemistry lab finding

	12/5	12/8	12/10	12/19
Alk.phosphatase	268	290	264	220
GOT(AST)	58	52	24	23
GPT(ALT)	54	69	43	36
r-GTP	68	88	80	33
FBS	201	219	82	111
Glucose	369	306	179	193
PP2hrs				

진양상을 보이거나, 주로 좌측 병변 부위 주시시 더 심하였다. 호전 중 입원 9일째 다시 심해져서 현훈 증상이 심해지고, 전체적 안전 증상이 악화되었다. 감각 장애는 입원 13일째부터 호전되었고, 알콜성 간염 B/C 소견도 정상범위였다(Table 2). 입원 23일째부터 현훈, 안진, 감각장애, 보행장애 등이 크게 호전되었고, Honor씨 증후군은 거의 소실되었고, 딸꾹질은 중지되었다. 전체적으로 증상은 계단적인 호전양상을 보였지만, 좌측부전마비, 구음장애, 연하장애는 거의 없었고, 현훈, 감각장애는 30%정도의 증상이 남아있었다(Fig. 6, 7). 집안 사정상 외래에서 치료받기로 하고 퇴원하였으며, 그 후 추적조사 결과, 보행 장애는 더 호전을 보였고, 현훈, 감각장애는 약간 경감되었지만, 아직 남아 있었다.

증례2는 두통 현훈 정밀 검진 중 발병하여 발병 시부터 약 한 달간 국립의료원에서 입원치료를 하였고, 그 당시 좌측부전마비, 안전 암흑감 및 회전성, 위치성 현훈 및 그로 인한 보행실조, 기도진전, 구음장애 등이 있었으나, 본원에 입원당시는 좌측반신위약으로 호전되어 있었고, 우측반신위약증상이 오히려 진행되었다. 나머지 증상은 큰 호전이 없었으며, 현훈은 주로 아침 기상시 회전성 양상과 안전 암흑감이 심했으며, 빈혈소견도 보였다(Table 3). 증상은 입원15일-20일에서 큰 호전을 보이기 시작하였으며, 보행실조는 계단식 호전을 보이지만, 걷는 거리는 점차 증가되어, 퇴원시 병원 밖을 산책할 정도로 호전되었다. 빈혈도 조금씩 호전되어 입원62일 검사에서 정상범위로 나타났다(Table 3). 현훈도 초기 계단식 호전을 보였지만 입원 40일경부터는 20%정도 현훈 및

구음장애는 큰 호전을 보이지 않았다(Fig. 6, 7). 6개월 후 추적조사에서 퇴원 시 증상과 더 큰 호전은 없었으며 후유증이 20%정도 남아 있었다.

두 증례의 입원 기간은 큰 차이가 있으나, 입원 후 약 20일경부터 큰 호전이 보였고, 계단식 호전양상을 보였고, 소뇌 및 뇌교 경색 환자에서 더 더딘 호전을 보였다. 아마 후하소뇌동맥 지배부위의 경색으로 병변부위가 넓기 때문이라 사료된다. 또한, 현훈은 모두 퇴원 후에서 증세가 약간 경감되었지만, 더 큰 호전을 보이지 않았다. 주로 현훈에 관여하는 전정신경핵 및 아래소뇌다리 장애와 뇌간 망상체 등의 장애로 완벽한 호전이 어려웠던 것으로 생각된다. 그러나 두 증례 모두 보행실조는 병원 주위를 산책할 정도로 호전되었고, 기본적인 일상생활에는 불편이 없었다. 또한 각 증례의 빈혈과 알콜성 간염이 같이 호전되었다.

본 증례는 한 가지 사상처방을 처음부터 지속적으로 투여하였고, 좋은 효과를 보았으며, 사상 처방의 가능성을 볼 수 있었다. 그러나 단지 두 개의 증례이므로, 객관성이 많이 떨어진다. 기존의 문헌을 고찰해보면, 주로 효과적인 처방에 대한 지속적인 치험례가 많지 않은 것으로 보인다. 아마 본 증례는 위험하고, 한방병원에서 많이 볼 수 없기 때문에 다양한 한방병원에서 별개로 발표된 것으로 사료된다. 그러나 효과적인 한 처방에 대하여 자료를 축적하고, 지속적으로 장기간 추적하여 증례군 등의 객관적으로 연구 계속한다면 많은 발전이 있을 것으로 사료된다.

IV. 結 論

중추성 현훈과 소뇌성 보행실조를 주소로 본원에 입원했던 외측연수경색증 즉 Wallenberg's syndrome 여성 환자 1례와 소뇌경색, 뇌교 그리고, 열공성 시상경색이 병발한 여성 환자 1례를 대상으로, 초기부터 사상처방인 태음인 청심연자탕을 투여하였고, 침, 뜸 등의 치료를 병행하여, 중추성 현훈 및 소뇌성 보행실조 등 제반증상이 큰 호전을 보였기에 이에 보고하는 바이다.

參考文獻

1. 김방울, 김용진, 김행진, 유형천, 전상윤, 홍석. 회전성 현훈과 운동실조를 주소로 한 소뇌경색 환자 치험 1예. 대한한방내과학회지. 2003;24(3):662-6.
2. 전국 한의과대학 간계내과학 교수 공저. 간계내과학. 서울:동양의학연구원;2001,p.129-39.
3. 해리슨 번역 편찬 위원회. Harrison's 내과학. 서울:도서출판 정담;1997, p.98-101,130-4.
4. 아담스 신경과학 편찬위원회, Raymond D. Adams, Maurice Victor, Allan H. Ropper, 아담스 신경과학 (1). 서울:도서출판 정담;1998, p.110-11.
5. 전국 한의과대학 심계내과학 교실. 심계내과학. 서울:서원당;1999, p.400-19.
6. 용형순, 부송아, 고성규. 뇌졸중의 위험원인규명과 뇌졸중의 전조증으로서의 현훈의 양상. 대한중풍학회지. 2001;2(1):9-17.
7. 이향운, 박기덕, 최경주. 어지러움증 환자의 임상 및 검사소견에 관한 연구. 대한신경과학회지. 1997;15:165-75.
8. 이용주, 이준희, 한승태. 중추성 어지러움증과 말초성 어지러움증의 비교분석. 대한응급의학회지. 1998;9(3):420-29.
9. 이대회. 임상신경학 각론. 서울 :고려의학;1998, p.62-3.
10. 김성은, 장혜영, 어은경, 김용재, 전영진, 정구영. 응급실을 경유하여 진단된 소뇌경색의 임상적 고찰. 대한응급의학회지. 2002;13(3):269-74.
11. Amarenco P. The spectrum of cerebellar infarction. Neurology 1991;41:973-9.
12. 신학수, 조권일, 서관수, 한명아, 최진영, 김관식 외3명. 변형된 왈렌버그 증후군 환자의 제한된 안구운동을 調肝益腦湯과 睛明穴, 至陰穴 자침으로 호전된 치험 1례. 대한중풍학회지. 2001;2(1):55-61.
13. 광정진, 유형천, 이강녕, 최창원, 이영수, 김희철. Wallenberg's syndrome 환자 1례에 대한 임상적 고찰. 대한한방내과학회지. 2003;24(3):720-6.
14. 장우석, 박창국, 박치상. 소뇌경색 후 나타난 wallenberg 증후군 환자에 대한 치험 1례. 동서의학. 2002;27(3):27-33.
15. 한성호, 백진원, 정승현, 신길조, 이원철. 소뇌경색을 동반한 외측연수증후군 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2003;24(3):667-74.
16. 한기선, 이원철. 소뇌경색으로 인한 중추성 현훈환자의 치험 1례. 동양의학연구소논문집. 2000;9:25-33.
17. 조황성. 사상의학의 원리와 방제. 서울:집문당;2003,p.435-9,447.
18. 전국 한의과대학 사상의학교실. 사상의학. 서울:고문사;2000,p.153.
19. 김용찬, 정명걸, 김진규, 이형호, 김은영, 김주연. Wallenberg's syndrome 환자 1례의 증례보고. 대한한방성인병학회지. 2002;8(1):69-74.
20. 심문기, 전찬용, 박종형. Wallenberg's syndrome 환자 1례의 증례 보고. 대한한방내과학회지. 2002;21(3):521-4.
21. 서상호, 김성환, 홍상훈, 윤현민. 뇌교경색에 따른 Wallenberg 증후군 치험 1례에 관한 고찰. 대한침구학회지. 2003;20(5):244-51.