

원 지

뇌교경색을 동반한 파킨슨병 환자의 小柴胡湯 치험에

구범모¹, 양재철², 김성근², 이경윤¹, 김주영³

¹동수원한방병원 한방침구과, ²동수원한방병원 한방재활의학과, ³동수원한방병원 한방부인과

A Clinical Study about the Effects of *Soshiho-tang* on a Case of Parkinson's Disease with Pontine Infarction.

Beom-mo Koo¹, Jae-chul Yang², Sung-keun Kim²,
Kyung-yun Lee¹, Ju-young Kim³

¹Department of Acupuncture & Moxibustion, Dongsuwon Oriental Medical Hospital

²Department of Oriental Rehabilitation Medicine, Dongsuwon Oriental Medical Hospital

³Department of Oriental Gynecology, Dongsuwon Oriental Medical Hospital

Objective : The purpose of this study is to report improvement after application of herbal medicine (*Soshiho-tang*) treatment to a patient who has Parkinson's disease with pontine infarction.

Methods : We treated the patient with acupuncture and herbal medication (*Soshiho-tang*).

Results : We have experienced one case of patient who has Parkinson's disease with pontine infarction. This case improved significantly through herbal medication (*Soshiho-tang*) treatment.

Conclusions : This study suggests herbal medication (*Soshiho-tang*) is effective for the improvement of the symptoms of a patient's who has Parkinson's disease with pontine infarction.

Key Words : Parkinson's disease, pontine infarction, herbal medicine, *Soshiho-tang*.

서 론

파킨슨병은 흑색질에서 미상핵과 피각으로 전달되는 도파민성 신경로의 기능 상실로 인한 추체외로에서 일어나는 진행성 변성 질환이며¹⁾, 진전, 경직, 운동완만 및 무운동, 체위불안정 등을 특징으로 한다.²⁾ 1817년 James Parkinson에 의해 처음

기술되었으며 발생률은 매년 10만명당 20명 정도이며, 유병률은 10만명당 190명 정도이다. 남녀비는 3:2로 남자에서 약간 더 많으며 발병연령은 50세 이상으로 70대 중반에서 가장 많으며 그 이상에서는 점차 감소한다³⁾.

파킨슨병과 뇌졸중과의 연관 관계의 유무는 잘 알려져있지 않으며 외국의 경우에는 파킨슨병 환자가 뇌졸중에 의한 사망률이 1.5에서 3.6배 높다고 보고된 경우도 있으며, 반면에 별다른 차이가 없다는 보고도 있다. 국내 연구에서는 일반 인구에 비해 뇌졸중 환자에서 파킨슨병이 적게 발병한다는 결과가 있는 정도이나, 적은 수의 환자만 포함된 결과여서 앞으로 더욱 연구가 필요한 부분이다⁴⁾.

· 접수 : 2007년 4월 3일 · 논문심사 : 2007년 4월 7일
· 채택 : 2007년 4월 30일
· 교신저자 : 구범모, 경기도 수원시 팔달구 우만2동 157-6
동수원한방병원 한방침구과교실
(Tel : 031-210-0881, Fax : 031-210-0146,
E-mail : treename@freechal.com)

한의학적으로 파킨슨병은 震顛, 瘓, 瘓, 瘓, 瘓과 中風의 偏枯, 癱瘓, 中腑症 등의 병증과 유사하며 원인은 주로 風火痰瘀 및 肝脾腎心虛이고, 이에 따라 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 痰熱內阻, 氣滯血瘀의 임상유형으로 분류할 수 있다. 침구치료에 있어서는 頭部의 百會, 風池, 大椎, 腹部의 中脘, 天樞, 頭面部의 水溝, 下關, 瞳子膠, 地倉, 迎香, 上部의 合谷, 曲池, 外關, 後谿, 少海, 肩髃, 養老, 下部의 足三里, 陽陵泉, 三陰交, 太衝, 湧泉, 環跳, 委中 등을 많이 활용하였다⁵⁾.

파킨슨병 환자의 한의학적 치료 예에 있어서는 특발성 파킨슨병 환자의 전침치료 효과⁶⁾, 특발성 파킨슨병 환자의 증상에 대한 침치료 효과⁷⁾, 특발성 파킨슨병 환자의 뜸치료 효과⁸⁾ 등의 보고가 있었는데, 기존의 파킨슨병에 대한 한의학적 연구보고는 주로 침뜸의 효능에 대한 보고였으며, 뇌경색이 동반된 파킨슨질환 환자에 대한 보고는 찾을 수 없었다. 본 증례에 있어서는 전형적인 파킨슨병 증상을 가지고 있었으나 파킨슨병의 치료 및 진단을 받은 적이 없는 상태에서 뇌경색이 발생한 환자로 기존 연구 문헌의 변증과는 다르게 傷寒論의 小柴胡湯證으로 판단하고 小柴胡湯 투여와 침치료를 병행하여 뇌경색 및 파킨슨병의 증상에 있어 유의성있는 치료효과를 거두었기에 아래와 같이 증례보고를 하고자 한다.

증례

1. 환자

이OO, 여자 77세

2. 주소

左上下肢無力, 頭痛, 眩暈, 惡心嘔吐

3. 발병일 및 발병상황

2006년 5월 12일 좌측상하지로 힘빠지는 느낌 있으며 두통, 어지럼증으로 내원

4. 과거력

- 1) 40여년전 맹장수술
- 2) 10년전 고혈압인지 po-med 복용중
- 3) 10년전 당뇨병인지 insulin, po-med복용중
- 4) 10여년전 AGE, 2년전 URI로 내과 입원치료
- 5) Spinal stenosis(L4-5)

5. 현병력

상기 환자는 10년전부터 혈압, 당뇨약 복용중 이었고, 요추협착증으로 인한 요통, 하지소력으로

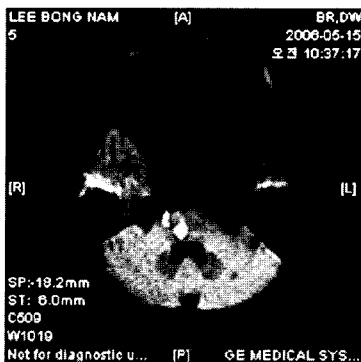


Fig. 1. Diffusion-MRI of patient : Rt. pontine infarction.

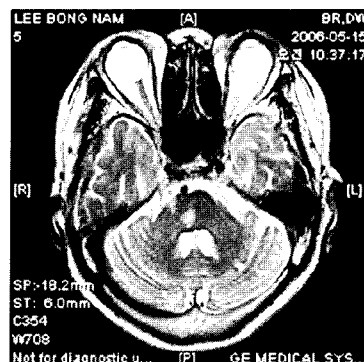


Fig. 2. Brain MRI T2 image of patient : Rt. pontine infarction.

치료받은적 있으며 뇌경색은 없었으나 약간의 뇌혈관 stenosis로 항혈소판제(Aspirin-protect) 복용중이었다. 내원시 가면양 얼굴, 종종걸음, 운동완만 등 전형적인 파킨슨병 증상을 가지고 있었으나 파킨슨병의 진단 및 치료는 받은적이 없는 상태였다. 2006년 5월 12일부터 좌측상하지에 약간의 힘빠지는 느낌 있으며 두통, 어지럼증, 오심구역감 증가된 상태로 5월 13일 내원함.

6. 방사선 소견

1) Chest PA : Cardiomegaly

2) Brain MRI : <Figure 1,2>.

Focal recent ischemic infarctions, Right side pons. Lacunar infarctions, both basal ganglia.

7. 혈액 검사

WBC : 8.6 10³/uL

RBC : 4.13 10⁶/uL

Hb : 13.1 g/dL

plt : 336 10³/uL

AST/ALT : 38/20 IU/L

BUN/ Creatinine : 13.9/0.95 mg/dL

Na/K/Cl : 143/4.18/104 mEq/L

Table 1. Hoehn&Yahr Stage and Motor Weakness

Grade	Heohn&Yahr Stage
Stage I	1. Signs and symptoms on one side only.
	2. Symptoms mild.
	3. Symptoms in convenient but not disabling.
	4. Usually presents with tremor of one limb.
	5. Friends have noticed changes in posture, locomotion and facial expression.
Stage II	1. Symptoms are bilateral.
	2. Minimal disability.
	3. Posture and gait affected.
Stage III	1. Significant slowing of body movements.
	2. Early impairment of equilibrium on walking or standing.
	3. Generalized dysfunction that is moderately severe.
Stage IV	1. Severe symptoms.
	2. Can still walk to a limited extent.
	3. Rigidity and bradykinesia.
	4. No longer able to live alone.
	5. Tremor may be less than earlier stages.
Stage V	1. Cachectic stage.
	2. Invalidism complete.
	3. Cannot stand or walk.
	4. Requires constart nursing care.
Motor Weakness	
Normal(100%)	중력과 충분한 저항하에서 능동적 정상 관절운동.
Good(75%)	중력과 어느 정도의 저항하에서 능동적 정상 관절운동.
Fair(50%)	중력을 이기고 능동적 관절운동.
Poor(25%)	무중력 상태에서 능동적 관절운동.
Trace(10%)	수축은 가능하나 능동적 관절운동이 불가능.
Zero(0%)	근육수축의 증거가 없음.

8. 치료 평가

Parkinson's Disease에 대한 평가는 Hoehn&Yahr stage를 사용하였고 뇌경색에 대한 근력평가를 병용하였다. (Table 1. 참고)

關, 足三里, 三陰交, 太衝을 1조로, 동씨침의 鎮靜, 水金, 水通, 門金, 四花中과 內關을 2조로 하여 하루씩 교차로 자침하였다.

2) 한약치료 : 내원시 급성뇌경색 치료를 위해 星香正氣散을 투여하였고, 오심구토, 소화장애 지속되어 六君子湯, 半夏白朮天麻湯, 半夏瀉心湯, 補中益氣湯 순으로 투여하였으나 큰 차도를 보지 못하던 중 小柴胡湯을 투여하였다.

9. 치료

1) 침치료 : 百會, 水溝, 下關, 合谷, 曲池, 外

Table 2. Progress of Symptom and Treatment

Date	H-Y stage+	Motor weakness	Symptom and treatment
5/13	4	Good/Good	좌측상하지 약간 무력감, 오심구역감, 두통, 현훈호소. 星香正氣散 처방함.
5/14	4	Fair/Fair	좌측상하지 근력저하됨. 혈전용해제 투여함(5일간)
5/15	4	Fair/Fair	근력저하 변화없음, 상하지 저림 호소. 오심구역감심하여 식사못함. Brain MRI상 Rt. pontine infarction확인.
5/17	4	Fair/Fair	도파민 작용제(Requip)처방, 항구토제 병용. 식사 못함.
5/19	4	Fair/Fair	혈전용해제 투여 끝나고 항혈소판제, 항응고제 복용. 六君子湯 처방함.
5/22	4	Fair/Fair	근력저하 변화없음. 상하지 저림 호소 지속. 오심구토로 식사 못하여 포도당, 아미노산제 수액 투여.
5/24	4	Fair/Fair	도파민 작용제(Requip) 복용 중단함. 오심구역감 지속, 표정 어둡고 우울함.
5/25	4	Fair/Fair	어지럼증 더하여 半夏白朮天麻湯 처방함. 오심 덜함.
5/29	4	Fair/Fair	도파민제 투여함(Stalevo). QSCCII검사-소양인.
5/31	4	Fair/Fair	땀은변. 식사못함. 오한과 미열 있음. 半夏瀉心湯 처방함.
6/1	4	Fair/Fair	Tremor(우측상지) 심해짐.
6/9	4	Fair/Good	과호흡발작 보임. 오심구토. 환자 불안해하는 상태. 식사못하며 포도당, 아미노산제 수액 투여. Tremor덜함. 補中益氣湯 처방함.
6/12	4	Fair/Good	도파민제(Stalovo) 투여 지속상태. 구토 2회. 식사 못함. 상하지 근력저하, 저림 호소하며 의욕 없고 불안 상태. 재활치료 시작함.
6/15	4	Fair/Good	오심 약간 덜함. 자가보행불가. 小柴胡湯 처방함.
6/16	4	Fair/Good	도파민제(Stalovo) 중단함.
6/20	4	Good/Good	오심구토 없음. 식사 잘함. 표정 밝아짐. Tremor미약함.
6/24	4	Good/Good	좌측상하지 무력, 저린상태 감소. 자가보행.
6/29	3	Good/Good	좌측상하지 무력, 저림 거의 없다함. 식사 잘함.
7/4	3	Good/Normal	좌측상하지 장애는 거의 없음.
7/12	3	Normal/Normal	호전되어 퇴원함. 이 후 외래 치료.

+H-Y Stage : Hoehn&Yahr Stage

3) 양약치료 : 뇌경색 치료를 위해 혈전용해제 (Urokinase 50만unit 5일간) 투여하였으며, 이어서 항혈소판제(plateal), 항응고제(Wafarin) 사용하였다. 파킨슨병 치료에 있어서는 항파킨슨 약물로 도파민 작용제(Requip), 도파민제(Stalevo)를 투여하였지만, 오심구토 심하여 복용 지속하지 못하고 중단하였다.

10. 치료경과 (Table 2.)

고 찰

파킨슨병은 대표적인 신경계퇴행성 질환으로 신경전달물질인 도파민 부족으로 발생하는 만성질환이다. 도파민을 생성하는 흑색질의 신경세포 파괴로 발생하여 진전, 경직, 운동완만 및 무운동, 체위불안정 등을 특징으로 한다⁹⁾. 흑색질 신경세포의 소실로 흑색질이 창백하게 변하며, 남아있는 세포의 세포질 내에서 루이체가 관찰되는 특징을 보인다. 1817년 James Parkinson에 의해 처음 기술되었으며 발생률은 매년 10만명당 20명 정도이며, 유병률은 10만명당 190명 정도이다. 남녀비는 3:2로 남자에서 약간 더 많으며 발병연령은 50세 이상으로 70대 중반에서 가장 많으며 그 이상에서는 점차 감소한다. 5%에서는 가족력이 발견된다³⁾.

대부분의 파킨슨병은 특발성으로 발병하며 그 원인은 아직까지 확실하지 않다. 파킨슨병의 원인 및 발병기전에 있어서 유전적 요소와 환경적 요소가 모두 작용한다고 생각되고 있는데, Mitochondrial complex I 억제제 이후 최근에 proteasome 억제제가 파킨슨병 발병에 관여하는 새로운 환경독소로 대두되고 있으며, 유전적 요소로 가족성 파킨슨병의 원인 유전자들은 다양하지만, mitochondrial complex I 억제, 산화적 스트레스, misfolded된 단백질의 세포 내 축적과 응집, ubiquitin-proteasome 장애의 4가지를 들 수 있으며 이런 변이들이 여러 가지 기전을 통하여 도파민성 신경세포의 사멸을 유도하는 것이

증명되고 있다¹⁰⁾.

파킨슨병의 초기 증상은 비특이적으로 전신위약감, 피로, 권태를 보일 수 있으며 휴식시의 손떨림이나, 대화시 발음, 억양의 변화, 걸음 시작시의 어려움, 소자증, 우울증 등을 보일 수 있다. 일차적 증상으로 경직, 진전, 운동완만, 균형유지장애, 보행장애를 보이는데 경직은 주로 편측 상지에서 시작하여 양측으로 진행되며, 목, 체간 부위에도 심하여 특징적인 굴곡성 체위를 보인다. 진전은 휴식시 진전으로 pill-rolling tremor양상을 보이며 대개 병의 초기부터 매초 4회 정도의 거친 진전이 발현된다. 운동완만증 및 무운동으로 안면근육의 움직임이 둔화되어 가면양얼굴을 보이며, 저작근, 언어, 연하기능 및 체간 사지의 움직임도 저하되며 종종걸음과 넘어질 듯한 가속보행을 보인다. 그 밖에 특징적인 임상증상으로 우울증, 수면장애, 치매, 안검경련, 언어장애, 체중감소, 변비, 소변장애, 어지럼증, 이상감각 등이 동반될 수 있다.^{3,9,11)}

파킨슨병의 치료는 크게 약물치료, 수술치료로 나눌 수 있는데 약물치료는 대부분의 파킨슨병이 도파민 결핍으로 나타나는 현상이므로 도파민을 보충하고자 하는 것이 주된 치료 방법이다. 뇌에서 부족해진 도파민을 보충하여 신경전달물질의 불균형을 조절하고자 하는것으로, 주된 치료제는 레보도파이며 도파민 전구물질로 도파민을 직접 보충하는 약물이다. 오심, 구토, 식욕감퇴 등 부작용이 심하여 뇌밖에서의 대사를 억제시켜 적은 용량으로도 효과를 발휘할 수 있는 마도파, 씨네메트를 많이 사용하는데 마도파는 Benserazide, 씨네메트는 Carbidopa혼합제제이다. 도파민 작용제는 도파민 작용 수용체에 도파민처럼 작용하는 약물인데 Bromocriptine, Ropinirole, Pramipexole 등이 있으며 이 또한 오심, 구토, 어지럼증 등의 부작용이 있으나 도파민제보다는 적다. 그 밖에도 항콜린성 약물이나, 아만타딘, MAO-B억제제 등이 파킨슨병에 사용된다. 수술적 치료는 약물치료로 적절히 치료되지 않아 생활에 지장을 받는 환자를

대상으로 시행하는데 시상절제술, 담창구절제술, 심부뇌자극술, 신경세포 이식의 방법이 있다.¹²⁾

파킨슨병 진행 정도를 평가하는 방법에 있어서는 Hoehn&Yahn stage를 사용하는데 간략하면 1단계는 증상이 어느 한쪽에 국한된 경우, 2단계는 양측 팔다리에 증상이 있으나 균형유지는 가능한 경우, 3단계는 양측성 침범으로 경미한 자세 불균형이 있으나 독립적인 생활이 가능한 경우, 4단계는 자세 불균형 심하며 일상 생활 수행을 위해 도움을 받아야 하는 경우, 5단계는 완전히 진행된 단계로 휠체어 및 침상 생활만이 가능한 경우이다.

뇌교는 기저부와 피개로 구성되는데, 기저부는 여러종류의 신경원, 뇌교핵, 중소뇌각을 형성하는 교차섬유 다발들로 구성되며 피개는 뇌 신경핵, 내,외측 용대, 외측 척수시상로 및 삼차신경 시상로 등으로 구성된다. 뇌교의 혈액공급은 주로 기저 동맥에 의해 이루어진다. 내인성 뇌교 혈관의 공급 영역에 따라 단독 뇌교 경색은 전측(내측과 외측), 피개, 외측 뇌교경색의 세가지 유형으로 분류할 수 있으며 전측 뇌교경색은 주로 피질 척수로를 손상시켜 상하지의 부전 편마비를 일으키며 반수 이상에서 피개 징후와 증상을 동반한다. 피개경색은 현훈, 의식변화, 안 운동장애, 감각장애 및 뇌신경마비같은 피개 증상과 징후가 나타나며 일부에서 경미한 운동장애가 동반된다¹³⁾. 뇌교경색의 병인은 Branch artery disease에 의한 경우가 가장 많으며 고혈압이 가장 높은 위험인자로 작용하고 심인성색전증으로 인한 경우는 적다¹⁴⁾.

본 증례의 환자는 10여년간의 고혈압, 당뇨 치료약 복용중이었으며 L4-5 Spinal stenosis로 요통과 하지저림이 있었던 환자로 내원당시는 좌측상하지로 약간의 무력감과 감각이상, 오심구역감, 두통, 어지럼증 심한 상태였다. 파킨슨병의 증상으로는 전형적인 가면양얼굴, 종종걸음, 상하지움직임완만, 우측상지의 미세한 진전을 보이고 있었으나 파킨슨병의 진단 및 치료를 받은적은 없는

상태로 항파킨슨 약물을 복용한 적은 없는 환자였다. 자세 불균형으로 보호자의 약간의 도움을 받아 생활해오던 증으로 Hoehn&Yahr Stage 4단계로 넘어가는 시기로 판단되었다. 또한 파킨슨병에서 상당수의 경우에 우울증을 동반한다 하는데¹⁵⁾ 입원기간중 검사한 BDI점수 45점으로 중등도의 우울증을 동반하고 있었으며, 혈액검사 및 Chest X-ray에서는 특이소견은 보이지 않았다.

환자는 내원전부터 식욕저하, 소화장애와 우울 경향을 보이던 상태로 식사 1/2 정도 또는 죽으로 드실때도 있었다 하였으며 우울 경향 보이며 치료에 대한 의욕이 떨어지는 상태였다. 5/13일 내원 당시에는 좌측상하지 근력이 거의 정상에서 자각적인 무력감을 가지고 있는 정도였으나 입원 이튿날부터 증상 악화되어 좌상하지 근력 Fair로 떨어지기에 혈전용해제 치료를 시작하여 Urokinase 50만unit을 5일간 정맥투여하였다. 파킨슨병은 내원시부터 진단하였으나 급성기 뇌경색 치료를 우선하기위해 항파킨슨약물은 투여하지 않았다. 5/15 Brain MRI 촬영결과 Rt. pontine infarction을 확인하였으며 혈전용해제 투여기간중 더 이상의 근력저하는 없었고, 혈전용해제 5일간 투여가 끝난 이후에는 이어서 항혈소판제(plateal)와 항응고제(wafarin)을 경구투여 하였다. 내원시부터 있었던 오심구역감은 지속되었으며 식사를 거의 못하는 상태로 항구토제를 병용하였으나 증상의 개선은 크게 보이지 않았다.

파킨슨병의 치료는 입원 5일째부터 도파민 작용제 Requip(Ropinirol)를 복용하였다. Ropinirol은 비교적 최근에 개발된 비맥각계(nonergoline) 도파민 작용제로 일회 투여시 레보도파와 비슷한 정도의 파킨슨병 조절효과가 있다하며¹⁶⁾ 오심, 구토 등의 부작용을 발현할 수 있다. 환자는 도파민 작용제를 복용하면서 오심, 구토 심해지고 식사를 못하는 상태로 포도당, 아미노산 수액제 투여로 보조하였으며 7일간 투여하였으나 더 복용할 수 없어 중단하였다. 도파민 작용제 중단 후

5/29일부터 도파민제(Stalevo) 투여를 시작하였다. Stalevo는 레도도파로서 뇌박에서의 대사를 억제하기 위한 carbidopa 혼합제제이며, 뇌 밖의 대사가 억제되므로 소량 사용으로 효과를 증대시킬 수 있다. Stalevo 역시 오심, 구토 등의 부작용을 가지고 있는데, 이 약의 복용기간중 오심구역감 심해지고, 심한 구토를 보일때 있었으며 식사 못하는 상태가 되어 다시 포도당, 아미노산 수액제 공급이 필요했다. tremor는 우측 상지에만 보였으며 잠깐씩 진전이 커지며 심해질 때도 있었다. 우울 상태는 지속적으로 보였으며 2회의 과호흡 발작을 보이기도 했다. 지속적인 오심구역감과 기력저하로 환자는 전반적인 컨디션 저하로 뇌경색 및 파킨슨 증상의 회복을 기대하기 어려웠으며 항우울제 복용이 필요했다. 6/16일 환자가 항파킨슨 약물에 대한 부담을 견디지 못하여 Stalevo 투여는 중단하였고 퇴원시까지 항파킨슨약물은 더 이상 투여하지 않았다.

한의학적 치료는 침치료와 약물치료를 병행하였는데 먼저 침치료는 파킨슨 및 뇌경색의 전반적인 개선을 위해 百會, 水溝, 下關, 合谷, 曲池, 外關, 足三里, 三陰交, 太衝을 1조로, 환자의 오심, 구토 등 비위기능의 회복을 위해 동씨침의 鎮靜, 水金, 水通, 門金, 四花中과 內關을 2조로 하여 하루씩 교차로 자침하였다.

한의학적으로 파킨슨병은 震顫, 痙, 瘓, 瘓, 瘓, 瘓, 瘓과 中風의 偏枯, 癱瘓, 中腑症 등의 병증과 유사하며 원인은 주로 風火痰瘀 및 肝脾腎心虛이고, 이에 따라 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 痰熱內阻, 氣滯血瘀의 임상유형으로 분류할 수 있으며, 침구치료에 있어서는 頭部の 百會, 風池, 大椎, 腹部的 中脘, 天樞, 頭面部的 水溝, 下關, 瞳子髎, 地倉, 迎香, 上肢部的 合谷, 曲池, 外關, 後谿, 少海, 肩髃, 養老, 下肢部的 足三里, 陽陵泉, 三陰交, 太衝, 湧泉, 環跳, 委中 등을 많이 활용하였다⁵⁾고 하였는데 이에 따라 상기 1조의 침치료 혈위를 조합하였다. 동씨침에서 鎮靜혈은 경외기혈의 印堂에 해당되어 神

經錯亂, 四肢神經麻痺에 사용한다 하였으며, 水金, 水通은 順氣작용이 강하여 咳嗽, 嘔吐의 要穴이다. 門金혈은 胃經의 陷谷에 해당하는데 급만성위장염 치료의 要穴이며, 四花中은 急性胃痛, 腸炎에 사용하여 역시 소화기장애 치료효과가 있다. 內關은 楊維傑 선생이 다용하던 혈위로 일절내상병을 치료하며 역시 소화기장애를 치료할 수 있다^{17,18)}. 이상과 같은 이유로 鎮靜, 水金, 水通, 門金, 四花中과 內關을 2조로 하여 1조와 2조를 하루씩 교차로 자침하였다.

한약 처방에 있어서는 초기 급성 뇌경색 치료에서는 星香正氣散을 사용하였다. 星香正氣散은 급성기 뇌경색에 있어 중풍진행을 억제시키며, 유의한 수준의 운동기능호전을 볼 수 있다는 연구가 있으며¹⁹⁾, 급성기 치료가 끝난 후에는 환자가 오심구역감을 지속적으로 호소하며 식사를 하기 힘든 상태였기에 脾胃기능을 조절하기 위해 六君子湯, 半夏白朮天麻湯, 半夏瀉心湯, 補中益氣湯을 차례대로 처방하였으나 증상의 눈에 띄는 개선은 볼 수 없었다. 따라서 환자가 호소하는 비위기계 문제와 뇌경색, 파킨슨병의 증상들을 고려하여 자세하게 재진찰 하였는데, 환자는 입원중 시행한 QSCC II 사상체질검사서 소양인으로 검사되었으며 복진상 복부가 전반적으로 實하며 양 늑골하부 긴장감이 있어 胸脇苦滿이 있는것으로 판단하였고 구역감이 지속되며 식사를 못하고 우울증으로 인한 가슴답답함이 있는 상태였기에 胸脇苦滿, 默默不欲飲食, 心煩喜嘔의 증상을 가지고 있어 傷寒論의 小柴胡湯證으로 판단되어 6/15부터 小柴胡湯을 투여하였다.

小柴胡湯은 傷寒論 宋本 96조에서 “傷寒五六日, 中風, 往來寒熱, 胸脇苦滿, 默默不欲飲食, 心煩喜嘔, 或胸中煩而不嘔, 或渴, 或腹中痛, 或脇下痞硬, 或心下悸, 小便不利, 或不渴, 身有微熱, 或咳者, 小柴胡湯主之.”라 하였으며, 97조에서는 “血弱氣盡, 腠理開, 邪氣因入, 與正氣相搏, 結於脇下, 正邪分爭, 往來寒熱, 休作有時, 默默不欲飲食, 臑

腑相連, 其痛必下, 邪高痛下, 故邪嘔之. 小柴胡湯主之.”라 하였고, 266조에서는 “本太陽病, 不解, 轉入少陽者, 脇下硬滿, 乾嘔不能食, 往來寒熱, 尙未吐, 下, 脈沈緊者, 與小柴胡湯.”이라 하였다. 이는 모두 한열이 왕래하고 가슴과 옆구리가 괴롭고 그득하며 묵묵히 음식을 먹으려하지 않고 가슴이 답답하고 자주 구역질을 하는 증상 등을 小柴胡湯證으로 말한 것이며, 이것은 이번 증례의 환자의 상태와 매우 유사함을 볼 수 있다. 또한 101조에서는 “傷寒中風, 有柴胡證, 但見一證便是, 不必悉具. 凡柴胡湯病證而下之, 若柴胡證不罷者, 復與柴胡湯, 必蒸蒸而振, 却復發熱, 汗出而解.”라 하여 小柴胡湯證의 모든 증상이 있어야 하는 것은 아니며 한 가지 주증만 있더라도 小柴胡湯을 사용할 수 있음을 말하였는데²⁰⁾, 이번 증례의 환자의 경우도, 간간히 오한을 호소하는 경우는 있었으나 寒熱往來가 있다고 생각할 수는 없어 小柴胡湯證을 모두 가지고 있는 경우는 아니었지만, 胸脇苦滿, 默默不欲飲食, 心煩喜嘔의 증상을 가지고 있었기에 小柴胡湯證을 처방할 수 있는 요건이 된다고 생각할 수 있다.

小柴胡湯의 처방구성을 보면 柴胡 半斤, 黃芩 3兩, 人參 3兩, 半夏 半升, 炙甘草 3兩, 生薑 3兩, 大棗 12개로 구성되어 있으며 처방중의 柴胡는 肝膽經의 陽氣를 북돋아 울결된 熱邪를 疏散解表하고, 黃芩은 苦寒한 성미로써 少陽膽經의 火熱을 清泄하므로 두 약을 配伍하여 半表半里的 熱邪를 清泄할 수 있으며, 半夏, 生薑은 和胃降逆하고, 人參, 甘草, 大棗는 補中益氣和胃하여 陽氣를 북돋움으로써 邪氣를 밖으로 몰아내는 것을 돕는 작용이 있어, 外感熱病, 內傷雜病 뿐만 아니라 임상각과 병증에서 少陽經의 증후가 나타나면 모두 사용할 수 있다 하여 小柴胡湯의 응용범위로 유행성감기발열, 위장신경증, 간염, 담낭염, 이질, 구토, 변비, 고혈압, 반신동통, 반신마비, 산욕열 등 각종 병증을 제시하고 있는데²¹⁾ 이 또한 이런 각종 병증에서 환자가 往來寒熱, 胸脇苦滿, 默默不欲飲食,

心煩喜嘔 등의 小柴胡湯證을 가지고 있다면 小柴胡湯을 투여할 수 있음을 생각할 수 있다.

치료경과를 보면 환자는 본래부터 脾胃기능이 약하며 食慾不振, 惡心, 消化不良의 소인이 있던 환자로 뇌교경색이 발생하여 내원하게 되었는데, 입원 후 급성기 중풍, 파킨슨병 치료 과정에서 약물치료로 인해 소화기장애가 더욱 악화되어 식사를 제대로 할 수 없는 상태였으며 포도당, 아미노산제의 수액류를 보조로 영양공급을 해주어야 했다. 특히 항파킨슨 약물은 소화기장애를 동반하기 쉬워 이번 환자의 경우 항파킨슨약을 받아들이기 어려워 치료가 더욱 곤란한 상태였으며 그에 따라 환자의 우울증도 심해지고 뇌경색으로 인한 좌측 상하지 근력저하 및 파킨슨병의 진전, 보행장애, 가면양 얼굴, 운동완만 등 전반적인 증상들의 개선을 기대하기 어려웠다.

침치료는 입원시부터 상기한 것처럼 뇌경색 및 파킨슨병 증상의 개선을 위한 百會, 水溝, 下關, 合谷, 曲池, 外關, 足三里, 三陰交, 太衝을 1조로, 환자의 오심, 구토 등 비위기능의 회복을 위해 동씨침의 鎮靜, 水金, 水通, 門金, 四花中과 內關을 2조로 하여 하루씩 교차로 자침하였으며, 한약 처방은 급성기뇌경색의 치료를 위해 5/13일 입원시부터 星香正氣散을 투여하였으나, 환자가 오심구역감이 지속되며 때로 구토하는 등 전반적인 컨디션 저하상태로 치료의욕까지 떨어지는 상태였기에 이에 대한 개선을 위해 5/19일부터 六君子湯, 半夏白朮天麻湯, 半夏瀉心湯, 補中益氣湯을 차례로 처방하여 환자의 脾胃기능을 조절하려 하였으나 눈에 띄는 치료효과를 보이지 못하였다. 환자는 불안 상태가 지속되었으며 예민한 성격으로 입원중 2차례의 과호흡 발작을 보이기도 했다. 항파킨슨약물을 모두 중단하고 6/15일부터 환자의 자세한 재진찰 결과 이번 증례의 환자의 경우 脾胃기능 부족으로 인한 증상이 아니라 疎肝解鬱, 和胃止嘔시켜야하는 傷寒論의 小柴胡湯證으로 판단되어 小柴胡湯을 투여하였는데 이후부터 환자는

오심구토가 완화되었으며 투여 5일째부터는 정상적으로 식사를 할 수 있었다. 오심구토는 개선된 후에도 小柴胡湯투여는 지속하였고 점차적으로 근력저하 및 진전, 운동완만 증상과 보행상태 등 뇌경색과 파킨슨병의 증상까지 모두 개선되는 결과를 볼 수 있었다. 정상적으로 재활 치료를 수행할 수 있었으며 7/12일 퇴원시는 뇌경색후의 근력저하는 거의 없는 상태였으며 파킨슨병도 일정부분 보호자의 도움을 받아 생활하던 상태에서 자력 보행 가능한 범위가 크게 늘었고 진전은 거의 보이지 않았고, 우울상태도 호전되어 안색이 크게 밝아짐을 볼 수 있었다.

기존의 문헌연구에서는 파킨슨병의 원인을 風火痰瘀 및 肝脾腎心虛라 하고, 이에 따라 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 痰熱內阻, 氣滯血瘀의 임상유형으로 분류하였으며⁹⁾ 뇌경색 또한 이런 변증과 크게 다르지 않다. 이번 증례의 환자에 있어서는 往來寒熱은 없었으나 胸脇苦滿, 默默不欲飲食, 心煩喜嘔의 증상을 가지고 있었기에 傷寒論의 小柴胡湯證으로 판단하고 小柴胡湯을 투여한 결과 胸脇苦滿, 默默不欲飲食, 心煩喜嘔 등 증상이 개선되었으며 小柴胡湯證 자체뿐만 아니라 기타 환자가 가진 뇌경색 및 파킨슨병으로 인한 문제들까지도 개선되는 것을 볼 수 있었다. 이것은 小柴胡湯證을 가진 환자의 경우 그 질병이 다르더라도 小柴胡湯을 투여하여 각종 질병이 호전될 수 있음을 확인할 수 있었으며 또한 기본 증상들이 개선되면서 침치료에 대한 반응도 좋아질 수 있었다고 생각할 수 있다. 환자의 증상 개선은 환자가 기본적으로 가지고 있던 소인들과 뇌교경색으로 인한 증상이 더해지면서 내원당시의 파킨슨병의 증상들이 실제 병의 진행 단계보다 더 진행된 상태로 보였던 것일수도 있으나, 이상의 치료결과는 항파킨슨제의 부작용이 심하여 항파킨슨약을 투여하지 못한 상태에서 침과 한약의 한의학적 치료 위주로 뇌경색으로 인한 증상과 파킨슨병의 증상이 모두 개선되는 결과를 얻어낸 것이기에 더 큰 의의를 부여할 수 있겠다.

요 약

파킨슨병은 진전, 경직, 운동완만을 특징으로 하는 대표적인 신경계퇴행성 질환이다. 본 증례보고에서는 치료받은 적 없는 파킨슨병 환자가 뇌교경색이 발병하여 내원한 경우였으며 침과 한약의 한의학적 치료로 유의성 있는 치료결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다. 치료과정 중 특히 환자의 복진상 胸脇苦滿이 보이는 점과 구역감이 지속되면서 식사를 못하는 점, 우울증으로 인한 가슴 답답함이 있는 상태를 傷寒論의 小柴胡湯症으로 판단하고 小柴胡湯을 투여하면서 환자의 오심, 구토 등 소화기장애뿐 아니라 뇌교경색과 파킨슨병의 증상까지도 눈에 띄는 개선을 볼 수 있었는데 이는 항파킨슨제의 부작용으로 인한 증상뿐 아니라 파킨슨병의 증상 및 뇌교경색으로 인한 증상이 모두 호전된 것이라 생각할 수 있다. 아쉬운 점은 증례가 1 Case 뿐이므로 다른 경우와 비교할 수 없었고, 침치료에 있어서는 뚜렷한 효과를 보지 못하였으며, 또한 항파킨슨 약물을 중지하면서 小柴胡湯을 사용하였기 때문에 항파킨슨 약물의 오심, 구토의 부작용을 小柴胡湯을 사용하여 완화시키면서 항파킨슨 약물을 병용하였다면 좀 더 나은 치료효과를 볼 수 있지 않았을까 하는 기대감이 있으나 시행하지 못한 아쉬움이 있다. 좀 더 연구가 필요하다 하겠다.

참고문헌

1. Charles D Forbes, William F Jackson. 임상의학. 2st ed. 한우리. 1998:503-504
2. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progress, and mortality. Neurology. 1967;17: 427-442
3. Kenneth W.Lindsay, Ian Bone. 이광우 편저. 임상신경학. 3rd ed. 범문사. 2002:622-629.
4. 고성범, 김병조, 박민규, 박건우, 이대희. 뇌졸

- 중 환자에서 파킨슨병의 위험이 적은가. 대한 뇌졸중학회지. 2003;5(1):47-50.
5. 박상민, 이상훈, 안창식, 강미경, 장대일, 강성길, 이운호. 파킨슨병의 한의학적 고찰. 대한침구학회지. 2004;21(1):202-210.
 6. 강미경, 이상훈, 홍장무, 박상민, 강중원, 박히준, 임사비나, 장대일, 이운호. 특발성 파킨슨병 환자의 전침치료 효과. 대한침구학회지. 2004; 21(5):59-68.
 7. 하지영, 이상훈, 안창식, 박상민, 강중원, 장대일, 이운호. 특발성 파킨슨병 환자의 증상에 대한 침치료 효과. 대한한의학회지. 2003;24(3) :172-183.
 8. 박상민, 이상훈, 강미경, 정지철, 박히준, 임사비나, 장대일, 이운호. 특발성 파킨슨병 환자의 뜸 치료 효과. 대한침구학회지. 2005;22(1):91-97.
 9. Rao SS, Hofmann LA, Shakil A. Parkinson's disease: diagnosis and treatment. American Family Physician. 2006;74(12):2046-54.
 10. 김윤중. 파킨슨병의 원인. 대한신경과학회지. 2004;22(5):421-432.
 11. Guttman M, kish SJ, Furukawa Y. Current concepts in the diagnosis and management of Parkinson's disease. CMAJ. 2003;168(3):293-301.
 12. 임주혁, 강지훈, 이명중. 파킨슨병의 치료. 대한 신경과학회지. 2001;19(4):315-336.
 13. 장상섭, 김근호, 김태완, 김진석, 이형, 김지언, 임정근, 이상돈, 박영춘. 급성 뇌교경색의 임상 연구. 계명의대논문집. 1999;18(1):117-125.
 14. 박정혁, 조성은, 장대일, 정경천. 순수뇌교경색. 대한신경과학회지. 1998;16(3):256-263.
 15. 이준홍, 이명식, 손영호, 김경환, 김진수. 특발성 파킨슨증에서 우울증의 빈도와 그에 영향을 미치는 임상요소들. 대한신경과학회지. 1995; 13(3):574-583.
 16. 임주혁, 하정호, 조인숙, 이명중. 파킨슨병에서 레보도파의 보조요법으로서 로피니롤의 치료 효과. 대한신경과학회지. 2001;19(2):102-109.
 17. 최무환 편. 동서침구학. 일증사. 1997.
 18. 양유걸. 주현욱 편. 양유걸전집. 대성의학사. 2003.
 19. 최동준. 급성기 중풍 환자에 대한 청폐사간탕 과 성향정기산의 효능 및 안정성에 대한 임상적 평가. 학위논문(석사). 경희대학교 대학원 한의학과;내과학. 2002.
 20. 江蘇省中醫大學 傷寒研究室 編. 民族醫學研究所 古典研究室 譯. 傷寒論釋義. 여강출판사. 2001:332-335.
 21. 전통의학연구소 裴秉哲 편저. 傷寒論總綱. 1996: 152-155.