

## 분심기음으로 호전된 뇌경색 후 우울증환자 치험 1례

류호선, 안효진, 박세진

동서한방병원 한방신경정신과

### A Case Report of Post-stroke Depression Patient Using *Bunsimgi-eum*(*Fenxingiyin*)

Ho-Sun Ryu, Hyo-Jin Ahn, Se-Jin Park

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Dong-Seo Oriental Medical Center

**Object :** The purpose of this case report is to show an efficacy of *Bunsimgi-eum*(*Fenxingiyin*) for patient with Post-stroke Depression.

**Methods :** This Patient was 64 year-old man who was diagnosed with Stroke by Brain MRI. And after the stroke, the patient showed some Post-stroke depression(PSD) behaviors, like mutism, waxy flexibility and have no willness of rehabilitation. He was treated by Herbal medicines, acupuncture and moxibustion therapy. 40 days after hospitalization, *Bunsimgi-eum* was prescribed to the patient.

**Results :** After *Bunsimgi-eum* Herbal treatment, the symptoms of Post-stroke depression have improved remarkably. The grade of Rt. side hemiparesis and time of rehabilitation treat were also increased.

**Conclusions :** This study suggests that *Bunsimgi-eum* could have a positive efficacy for Post-stroke depression. As a result, it makes the patient to take more rehabilitation treatment.

**Key Words :** *Bunsimgi-eum*, *Fenxingiyin*, Post-stroke depression, PSD

## 서론

뇌경색은 뇌혈관질환의 한 종류로서, 이는 뇌의 급격한 순환장애로 인하여 갑자기 의식장애와 운동장애(주로 반신불수) 및 언어장애 등을 일으키는 질환이다. 이러한 뇌혈관 질환은 경도에서 중등도의 우울증을 야기하기도 하는데, 뇌졸중 후 우울증(PSD, Post-stroke depression)은 재활에 장애적 요소로 작용하고, 회복에 악영향을 미치며, PSD의 유병율은 평균적으로 급성 뇌경색 환자의 약 25% 정도로 알려져 있다<sup>1)</sup>. 하지만 우울증은 진단 및 치료방법에 따른 효과의 판정이 어렵고 각자의 이해관계나 학문적 기반에

따라 서로 모순되는 주장이 양립하기 때문에 임상적으로 우울증을 정의하고 치료방법을 기술하기가 어려운 질환이다.

기질성 긴장성 장애(Organic catatonic disorder)란 일차적(원발성) 대뇌질환이나 뇌에 이차적(속발성)으로 영향을 미치는 전신질환, 내분비장애, 외부에서 들어온 독성물질 등의 기질성 원인에 의하여 발생하는 정신 및 행태질환의 한 종류로서, 긴장성 증상(catatonic symptom)과 연관되어 나타나는 감소(혼미, stupor) 혹은 증가된(흥분, excitement) 정신운동 활동 장애가 발생되었을 때 진단될 수 있다. 기질성 긴장성 장애는 우울증에서 더 나아가 극단적인 증상을 보이는 것으로, 부분적 혹은 완전한 함구증

Corresponding Author : Se-Jin Park

Address : 194-37 DongSeo Oriental Medical Center, Yeonhui-dong,

Seodaemun-gu, Seoul, Korea

TEL : 02-337-1110 FAX : 02-320-7917 E-mail : doctor82@hanmail.net

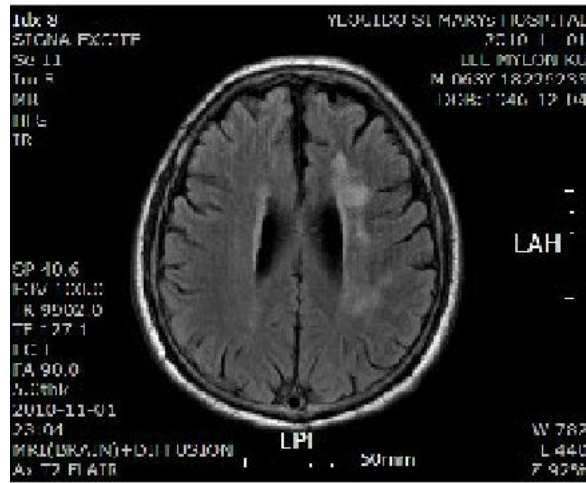


Fig. 1. Brain MRI (2010/11/1)

(mutism), 거절증(negativism), 그리고 경직된 자세 등을 동반한 자발적 동작의 감소 혹은 완전소실 등을 보이는 질환이다<sup>2)</sup>.

본원 입원 환자 중 급성 뇌경색 이후 기질성 긴장성 장애 양상을 동반하는 PSD 환자에 대하여 분심기음을 처방하여 상기 증상의 호전사례가 있어 이에 보고하는 바이다.

## 증례

### 1. 증례보고

#### 1) 환자

이OO ( M / 64 )

2) 진단 : 뇌경색증 (Lt. MCA territory // Lt. ICA Occlusion)(O/S 당일 여의도 성모병원 B-MRI 상 진단.)

3) 발병일 : 2010년 10월 30일.  
(발병일 후 6일 뒤 본원으로 전원)

4) 동기 : stress(뇌경색 발병과 관련하여 직접적인 관련이 있다고 판단하기는 어려우나, 발병 약 3

주 전 사위의 암 진단 소식 들은 후 스트레스를 많이 받았다고 하였다.)

5) 주증상 : Rt. hemiplegia

#### 6) 부증상

- #1. Global aphasia - mutism 양상.
- #2. Anorexia - 한 끼 식사량 1/3공기 이하이며, 씹으려 하지 않아 죽으로만 식사하는 상태였다.
- #3. Both arms & legs rigidity
- #4. Constipation - 발병 이후 배변장애가 생겼으며, 이전 병원에서는 관장시행하였다.

#### 7) 과거력

- #1. Hypertension : O/S 이후. 여의도 성모 병원에서 진단. 양약 복용 중.
- #2. Hyperlipidemia : O/S 이후. 여의도 성모 병원에서 진단. 양약 복용 중.

#### 8) Brain MRI & MRA영상

(Fig. 1)

(Fig. 2)

#### 9) 초진소견

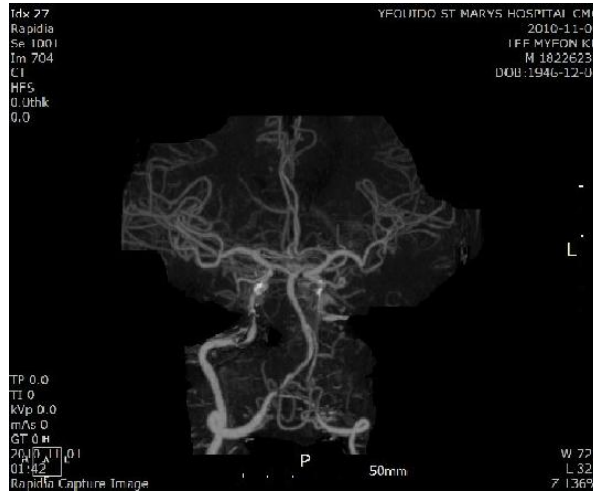


Fig. 2 Brain MRA (2010/11/1)

- ① 체형 : 키 170Cm, 체중 75Kg의 장실한 체형.
- ② 안색 : 面赤
- ③ 피부 : 潤澤. (膩한 경향.)
- ④ 식욕 및 소화 : 식욕저하(식사량 1/3)
- ⑤ 대소변 : 대변 - 1회/4일 소변 - 5~6회/1일(별 무이상)
- ⑥ 설진 : 舌紅, 白厚(膩)苔
- ⑦ 맥진 : 弦滑數
- ⑧ 한열 : 타각적 열감은 없으나, 자각적 열감 표현. (이불을 덮으면 얼굴이 붉어지며 싫어함.)

10) 검사결과

\* Lab

입원시

[CBC]

RBC 4.52 ↓ (10<sup>6</sup>/ul, 4.63~6.08) MCV 95.1 ↑ (fL, 79~92.2) neutro 68.3 ↑ (% , 34.0~67.9) Lympho 14.5 ↓ (% , 21.8~53.1) ESR 58.0 ↑ (mm/hr, 9~10)

[BC]

Protein, total 5.71 ↓ (g/dl, 6.0~8.3) Cholesterol Total 103.0 ↓ (mg/dl, 136~220) HDL-cholesterol 29.8 ↓ (mg/dl, 40~87) Bilirubin, Total 1.39 ↑ (mg/dl, 0.2~1.2) PP2hrs 155.0 ↑ (mg/dL, 60~140)

[Elec]

K 3.4 ↓ (mmol/L, 3.5~5.3)

[UA] -

[EIA]

Homocystein 18.88 ↑ (μ mol/L, 5.9~16) C-peptide 2.46 N (ng/mL, 1.10~4.40) HbA1c-NGSP 5.9 N (% , 4.7~6.4)

\* X-ray

[AP Chest] No active lung lesion.

[KUB] Degenerative change of spine. Otherwise unremarkable.

[L spine lateral]

. Degenerative spondylosis.

. Compression Fx at T11, 12.

. R/O Disc lesion at L3-4, 4-5, L5-S1.

11) 치료

① 침구치료

동방침, 직경 0.25mm × 길이 40mm 1회용 Stainless steel 호침을 사용하였으며, 입원 기간 동안 매일 1일 1회 침시술 하였다. 中風七處穴 및 양측 小府, 行間 취혈 하였으며, 특별한 補瀉法 없이 直刺하였다. 뜸 치료는 1일 1회 中腕에 간접구 시술 하였다.

## ② 약물치료

## [복용 한약]

1. 加味溫膽湯(香附子10g, 生薑6g, 橘紅5g, 大棗5g, 枳實4g, 半夏4g, 竹茹4g, 柴胡3g, 白茯苓3g, 桔梗3g, 麥門冬3g, 人蔘3g, 甘草2g)- 입원 시 ~ 입원 3일 복용.

2. 八正散(木通4g, 車前子4g, 大黃4g, 篇蓄4g, 瞿麥4g, 梔子4g, 滑石4g, 甘草4g, 燈心4g, 王不留行2g, 地膚子2g)- 입원 4일 ~ 입원 10일, 입원 20일 ~ 입원 24일 복용.

3. 祛痰清神湯(石菖蒲8g, 白茯苓6g, 半夏6g, 陳皮6g, 白茯苓6g, 白朮6g, 當歸6g, 蘿菈子6g, 龍眼肉6g, 酸棗仁炒4g, 麥門冬4g, 竹茹4g, 枳實4g, 神麴炒4g, 遠志3g, 川芎3g, 黃蓮2g, 甘草1g)- 입원 12일 ~ 입원 19일 입원 25일 ~ 입원 39일 복용.

4. 分心氣飲(石菖蒲6g, 白茯苓6g, 遠志6g, 生薑6g, 大棗5g, 蘇葉4.8g, 燈心4g, 甘草灸2.8g, 枳殼2.4g, 半夏2.4g, 香附子2g, 陳皮2g, 青皮2g, 木香2g, 藿香2g, 桂皮2g, 桔梗2g, 大腹皮2g, 麥門冬2g, 木通2g, 蓬朮2g, 檳榔2g, 桑白皮2g, 赤茯苓2g)- 입원 40일 ~ 입원 88일 복용.

## [복용 양약]

- 아스피린프로텍트100mg 1T#1, 프리그렐정 75mg 1T#1, 아타칸정16mg 1T#1, 글리아티린연질캡셀 2C#2, 라니빅정75mg 2T#2, 리피토정20mg 1T#1.

## 치료 경과

## 1) 입원일

타 병원에서 Acute management 받으신 후 본원으로 T/F 왔으며, 본원 입원당시 Rt. hemiplegia, anorexia, global aphasia(mutism), dysphagia 의 상태를 보였다. O/S 이후 5일간 대변을 보지 않아 이전 병원에서 관장 1회 시행한 상태였다. 능동적 저작운동을 하려하지 않았으며, 침을 삼키기 않아 입 밖으로 흘리는 등 무욕증 증상을 동반하였으나, 빨대를 사용

하여 한약 및 수분섭취 시 별다른 이상이 보이지 않았고 식사 시 또한 죽을 삼킬 때 연하근란이 보이지는 않았다. 행동 명령 및 대화시도에 대하여는 첫 질문이나 자극에는 시선이나 약간의 고개움직임으로 반응을 보이거나 이후 자극 및 명령에는 전혀 반응을 보이지 않았으며, 시선을 회피하고 고개를 돌리는 등 의사소통의 욕구를 보이지 않았다. 외부자극을 강하게 주어야만 얼굴을 찌푸리는 정도의 반응을 보였다. 행동명령에 대하여는 마비되지 않은 좌측 반신에 대해서도 경직되어 움직이지 않았으며, 팔을 구부려 놓으면 그대로 유지하고 있는 납골증 양상을 보였다. 面赤, 舌紅, 白厚(膩)苔, 脈弦滑數을 보였다.

## 2) 입원 4일 경과

입원 이후 우측 편마비 증상은 지속되었으며, 직접 애주구 시행 시 소리를 지르는 것 외에는 입을 열어 소리를 내거나 의소소통을 하려는 시도가 보이지 않았다. 시선 역시 지속적으로 회피하였으며 왼쪽 상하지의 움직임 역시 납골증 및 강직증 양상을 보였다. 입원 이후 배변은 원활한 양상을 보였다. 소변 불리 증상이 발현 하였으며, 복부 tension은 촉지 되었으나 환자는 뇨의 및 복부동통감 등의 의사 표현을 일체 하지 않았으며 통증을 참을 때 안색이 붉어지듯 면색만 변화가 보였다. 요관 삽입하여 Nelaton 시행 시 700ml 정도 배출이 되었다. V/S은 안정적이었으며, 자각적 열감의 표현인 듯 이불을 덮으면 역시 소리를 내는 등 거부 의사를 보였으며, 소리를 지르거나 사지가 경직되고 긴장하여 안색이 더 붉어지는 모습을 보였다.

## 3) 입원 8일 경과

우측 편마비는 별다른 변화 보이지 않았으며, 매우 강력한 자극(흉부 꼬집기 등) 이외에 반응 및 의사표현을 하지 않았다. 벽을 향해 고개를 돌리고 누워있었으며, 식사량은 1/3정도 유지되었다. 한약 복용 이후 소변불리 증상은 다소 호전되었으나, 조금씩 자주 배뇨하는 양상을 보였다. 환자가 배변 및 배뇨의 의사표현을 전혀 하지 않으므로, 거저귀를 통하여 I/O check 하였으며, 이후 정상수준으로 회복되었다. 배변은 이

상 없이 배설되었다.

#### 4) 입원 11일 경과

의사표현을 여전히 하지 않았으며, 재활 및 작업치료실에서도 치료시행 시 환자가 치료에 대한 의지 및 반응을 전혀 보이지 않는다고 연락이 왔다. 언어치료실에서도 별다른 반응 보이지 않는 상태가 지속되고 있었으며, 대소변을 보기는 하나 뇨의 등의 의사표현을 전혀 하지 않아 기저귀 착용 유지하였다. 발열은 없으나, 안색이 여전히 붉으며, 이불을 덮으면 단순한 소리를 내며 거부하였다. 낮에 낮잠을 자기는 하나, 낮이나 밤이나 쪽 잠이 들지 못하고 잦은 수면-각성상태를 반복하는 등의 수면장애 증상이 관찰되었다.

#### 5) 입원 20일 경과

배뇨장애 증상이 재 발현되었다. 발열은 없었으며, 배뇨 후 소변 및 요도 끝에서 혈흔이 비쳤다. 복부 X-ray 촬영 상 R/O A tiny stone at L proximal ureter. 소견이 보였으며, 이후 5일 뒤 F/U 촬영에서 normal 소견 보였다. 자각적 열감표현 여전히 표현하였다. 1/3 ~ 1/2 정도 식사량 유지되었으며, 식사시간 이외에 별다른 수분섭취는 하지 않았다. 재활치료 시에는 남굴증 상태를 보이기도 하다가, 소리를 지르는 등 환자분이 치료에 대한 의욕이 전무하여 본원 재활의학과에 Consult 후 환자의 재활치료에 대한 의사가 생길 때까지 치료를 일시적으로 중단하기로 하였다. 언어치료실에서는 고개를 끄덕이는 정도의 가벼운 의사표현만 한다고 하였다.

#### 6) 입원 25일 경과

우측 편마비 별무 양상을 보였으며, 재활치료 의뢰하여 다시 시작하였으나 환자분 여전히 치료에 응하지 않는다고 하였다. 수면장애는 격일에 한번으로 발현 하였으며, 식사량 1/3~1/2 수준 유지 되었고, 안색 여전히 붉었으며, 舌紅, 白薄苔 양상도 큰 변화는 없었다. 이후 상기증상 유지되었다.

#### 7) 입원 40일 경과

우측 편마비 약간 호전하여 Gr. 1/2 수준으로 하지

의 미약한 움직임을 보였으며, 아침 에 사지의 약간의 부종 양상이 보였다. 진중부위 압진 시 얼굴을 찡그림으로써 흥부의 답답함을 표현하였다. 면색 黃紅 舌紅 白薄苔 脈沈緩 하였다. 재활치료 및 작업치료, 언어치료를 Consult 하여 다시 시행하여 보았으며, 환자가 치료를 거부하지는 않으나, 한 가지 치료도 5분을 넘기지 못하고 그만두고 병실로 내려오기를 반복하였다. 식사량은 1/2 수준을 유지하였다. 대소변은 양호하게 유지되었다. 야간 수면장애 증상이 다소 감소하여 자주 깨지 않게 되었다.

#### 8) 입원 50일 경과

환자의 행동 양태에 약간의 변화가 보이기 시작하였다. 재활 및 작업치료 받는 시간이 조금씩 늘어났으며, 치료 시 주의력이 다소 증가함이 관찰되었다. 식사량도 1/2이상으로 다소 늘어나기 시작하였다. 언어치료실에서 처음으로 본인의 이름을 따라서 발음하기 시작하였으며, 舌淡紅, 白薄苔, 脈緩 하였다. 대소변 배설은 별다른 문제는 없었으며, 의사소통 및 표정변화는 큰 변화는 보이지 않았다.

#### 9) 입원 60일 경과

우측 편마비 증상이 Gr. 2/3 으로 점차로 호전되었으며, 재활 및 작업치료, 언어치료 모두 치료에 할애된 시간만큼 받기 시작하였다. 본인 이름은 물어보면 간신히 대답할 정도로 반응을 보였으며, K-MMSE check 하려 하였으나, 10점 미만으로 의미를 두긴 어려움이 있었다. 수면은 양호하였으며, 面黃, 舌淡紅, 白薄苔 하였고, 대소변은 별다른 이상 없이 잘 유지되었다. 식사량 증가하여 매 끼니를 한 공기 가량 식사하였다. 의사소통에 있어서 시선을 회피하던 것이 사라지고 시선을 맞추고 고개를 끄덕이는 정도로 호전양상을 보였다.

#### 10) 입원 65일 경과

우측 편마비가 Gr 3/4- 정도로 호전되었으며, 재활치료실에서 기립기 운동을 시작하였다. 재활, 작업, 언어치료 모두 제 시간동안 받았으며 식사량은 잘 유지되었고, 대소변에 별다른 이상은 없었다. 회진 시 알아

Table 1. Changes of the symptoms.

Day	Rt. hemiparesis Grade		Meal	Rehabilitation Treat Time	Herbal medicine
	Arm	Leg			
1	I	I	-	-	<i>Gamiondam-tang</i>
4	I	I	-	-	<i>Paljung-san</i>
8	I	I	±	-	
11	I	I	±	-	<i>Geodancheongsin-tang</i>
20	I	I	+	-	<i>Paljung-san</i>
25	I	I	+	-	<i>Geodancheongsin-tang</i>
40	I	II	++	5 min	<i>Bunsimgi-eum</i>
50	II	II	+++	30 min	
60	II	III	++++	1 hr	
65	III	IV-	++++	1 hr	
88	III	IV	++++	1 hr	

보고 먼저 미소 짓는 등의 표정변화가 생기기 시작하였으며, 의사소통에서도 본인의 이름을 발음하시며, 그 외의 다른 단어들은 따라서 발음하기 시작하였다.

#### 11) 입원 88일 경과

우측 편마비는 Gr. 3/4 정도로 호전되었으며, 불평 및 짜증 호소는 더 이상 보이지 않았으며 잘 웃고 재할 및 작업, 언어치료 등 모든 치료에 적극적으로 임하였다. 치료시간 외에도 개별적인 운동도 병실에서 열심히 하였으며, 서기훈련 운동도 지속하였다. 식사량 잘 유지하였고 대소변 이상 없이 유지되었다. 面黃, 舌淡紅, 白薄苔, 脈緩. 보였으며, 3개월 가량의 치료를 마치고 상기 상태로 타 재활병원으로 전원 하였다.

## 고찰

뇌졸중 후 우울증은 병전 특별한 정신병력 없는 상태에서 뇌졸중 발생 이후 우울증이 발생하는 것으로, 다른 만성질환에 비해 발생 빈도가 높아 뇌졸중 발생 후 20~65%에서 발생한다. 또한 수개월 내에 발생률이 높고 1년 이내에 1/4 이상에서 발생한다고 하였다<sup>3)</sup>. 이러한 뇌졸중 후 우울증은 운동 기능 및 인지 기능 회복을 저해하는 요소로 작용하며, 재활에 부정적 영향을 초래하고, 나아가 환자의 생존율을 감소시킨다.

상기 환자는 뇌경색이 발생한 이후 우반신의 완전

마비와 함께 함구증, 무욕증, 거절증, 납골증 등의 기질성 긴장성 장애에 해당하는 증상을 동반하는 중등도 우울증을 겸하였다. 이로 인하여 재활치료 및 기타 치료를 시행함에 있어 불가능한 상황이었다.

상기환자의 경우 좌측 ICA의 *occlusion*으로 인하여 Lt. MCA territory *Infarction*이 야기된 환자로서, 일반적으로 MCA의 폐색으로 인한 뇌병변의 경우 편마비, 반신지각소실, 고도의 실어증 등의 증상이 유발되며, 실어증의 경우 특히 좌측 반구의 MCA 폐색시 두드러지게 된다<sup>4)</sup>.

상기 환자는 기질성 긴장성 장애에 속하는 함구증과 좌측 MCA 폐색으로 인한 전실어증과의 구분이 필요하였는데, 일반적인 뇌졸중 후 실어증의 경우 크게 대뇌의 Broca 영역 또는 Wernicke 영역의 뇌손상으로 인해 실어증이 유발되며, Broca영역 손상의 실어증 경우 인식의 문제는 양호하나 표현에 있어서 제대로 발음이 되지 않는 등의 실어증이 보이며, Wernicke 영역 손상의 실어증 경우 두서없는 말, 횡설수설 등의 논리성이 결여된 실어증 양상으로 나타난다<sup>4,5)</sup>. Global aphasia에서는 표현의지의 저하에 대한 문제는 없으며, 표현을 못하여 답답하거나, 횡설수설 말하는 등의 증상으로 발현이 되지만, 상기환자의 경우 좌측 MCA territory의 뇌손상으로 인한 전실어증에 구음장애 및 우울증으로 인한 의사표현의지 저하가 동반된 함구증, 무욕증에 보다 가까운 상태로 볼 수 있다. 실어증의 치료기간에는 뇌손상 부위의 정도,

나이, 학력, 치료에 대한 의지 등 다양한 변수가 작용하며, 일반적으로 뇌병변 발생 후 1년이 지나면 치료의 효율이 격감한다는 보고가 있다<sup>6)</sup>.

기존의 연구에 따르면 우울증과 뇌병변 위치와의 관계에는 어느 정도 연관성이 있을 것으로 보이며, 뇌실확장, 백질부위의 고음영, 피질과 피질하 위축과 연관성이 깊다고 알려져 있으며, 해마, 편도, 기저핵의 용적 감소 등과도 연관성이 깊은 것으로는 알려져 있으나<sup>7-8)</sup>, 최근의 논문에 의하면 기존과는 또 다른 부위와 연관성이 더 높게 나오는 등 현재 우울증과 뇌병변 부위의 정확한 연결고리는 사실상 밝혀지지 못한 상태라고 할 수 있으며, 대뇌 안에서 분비 및 작용하는 도파민, 세로토닌, 에피네프린 등의 신경전달물질은 인간의 우울감정에 영향을 주며, 상기물질이 작용하는 대뇌의 일부 영역에 손상이 온다면 그로 인하여 우울증이 야기될 수 있음은 유추해볼 수 있다<sup>9)</sup>.

상기 환자는 뇌경색이 발병 이후 우측 반신마비 및 《ICD-10》<sup>2)</sup>의 기질성 긴장성 장애에 해당하는 함구증, 무욕증, 납골증 등의 중등도 우울증상을 동반하는 환자로서, 그 증상 및 우울정도가 심하여 뇌경색으로 인한 운동장애의 재활치료가 불가능한 상태였다.

본원 입원 당시 面赤, 舌紅, 白厚(膩)苔, 脈弦滑數 하였으며, 한방 변증 상 肝氣鬱滯 및 痰鬱化火에 해당하는 것으로 보아 加味溫膽湯을 처방하였으나 별다른 증상의 변화는 없었다. 입원 4일째부터 소변불리 증상이 시작되었다. 面赤, 舌紅, 白厚(膩)苔, 脈弦滑數 하였으며, 氣機閉塞되어 형성된 痰濕熱이 膀胱에 정체되어 발생한 증상으로 보아 八正散을 처방하였다. 입원 11일부터 수면장애 양상을 호소하기 시작하였고, 의욕이 없으며, 병실에 누워만 있으려고 하는 등의 증상을 보여서 痰迷心竅 및 痰火搖心の 증상으로 보아 祛痰清神湯을 처방하였다. 입원 20일경 소변불리 증상 보여 八正散으로 처방을 변경하였으며, 이후 5일 뒤 소변 불리 증상은 소실되어 祛痰清神湯으로 처방을 다시 변경하였다. 입원 40일경 까지 별다른 변화양상 보이지 않았으며, 아침 에 사지에서 부기가 관찰되었고, 소변량은 별다른 차이를 보이지 않았다. 면색은 홍색에서 황색으로 다소 얼어졌고, 설태는 白厚(膩)苔에서 白苔로 변화하였다. 脈沈緩 하였으며, 氣滯 및 그

로 인한 水濕停滯의 해소를 위하여 分心氣飲을 처방하였다.

分心氣飲은 心胸間の 鬱氣를 풀어준다는 의미이며, 胸膈에 기가 울결하면 水 또한 이를 따라서 정체하게 되므로 이것을 분해하여 水道로 順下 하는 효능이 있다고 하였다<sup>10)</sup>. 이 처방은 宋代 陳師文이 편한 《太平惠民和劑局方》<sup>11)</sup>에 최초로 기재된 처방으로써 남자와 부인의 一切 氣不和로 인해 抑鬱된 기가 정체되어 胸中에 머물러 소통되지 못하고 心胸痞悶, 胸脇虛脹, 頭目昏眩, 四肢倦怠, 勞倦, 面色萎黃, 口苦舌乾, 攝食減少, 大腸虛閉 등의 증상을 보일 때 時候에 구애받지 않고 사용할 수 있으며, 정체된 기를 소통시키고 음양을 승강시켜 三焦를 조화시키고 비위를 和하여 음식을 먹을 수 있게 한다고 하였다. 宋代 楊士瀛은 《仁齋直旨》<sup>12)</sup>에서 《太平惠民和劑局方》에서 丁香皮, 大腹子, 草果, 白朮, 人蔘, 厚朴을 去하고 半夏, 枳殼, 青皮, 木通, 赤茯苓, 檳榔, 蓬朮, 桂皮를 加하여 分心氣飲 眞方이라 하면서 治憂思鬱怒 諸氣痞滿停滯 通利大小便 한다 하였다<sup>13)</sup>.

《東醫寶鑑》<sup>14)</sup> 氣門의 分心氣飲은 紫蘇葉, 甘草, 半夏, 枳殼, 青皮, 陳皮, 木通, 大腹皮, 桑白皮, 木香, 赤茯苓, 檳榔, 蓬朮, 麥門冬, 桔梗, 桂皮, 香附子, 藿香, 燈心, 大棗, 生薑으로 구성되어 있는데, 二陳湯科로써 治痰하고 桔梗, 枳殼은 快氣利膈하며, 木通, 燈心은 利小便하고 桑白皮, 大腹皮는 行水行氣하여 除脹滿하며, 桂皮는 溫陽逐寒하고, 麥門冬은 泄心腹結氣, 清虛熱하며, 木香, 檳榔, 蘇葉, 香附子 藿香은 理氣, 通利大小便하므로 清而疏快하니 氣鬱, 咳嗽太甚, 腫滿, 兩脇痛, 七情痞滯를 치료하는 바 胸膈間에 氣가 鬱滯하면 水毒이 따라서 정체하므로 이를 분리시켜 水道를 통하게 하여 배설시키는 효능이 있다.

상기 환자는 分心氣飲을 복용한 입원 40일을 기준으로 환자의 우울 증상이 점차로 호전됨을 보였다. 우선 식사량의 증가가 관찰되었으며, 기존에는 재활 치료 및 작업 치료, 언어치료에 대한 자발적인 재활의지가 보이지 않고 치료에 대한 거부 의사를 표현을 비추었으나, 치료시간이 점차로 늘고 능동적인 참여를 하는 것이 관찰되었다. 이에 따라 우측 편마비 증상도 점차로 개선됨을 보였다. 이를 통해 分心氣飲이 환자

의 뇌경색 후 우울증상이 호전됨에 영향을 미친 것으로 유추해 볼 수 있다. 상기 환자의 경우 보호자의 의견에 따르면 발병 약 3주 전 사위의 암 발병 소식을 들은 후 말수가 적어지고 외출을 삼가는 등 침울해 보이는 증상이 관찰되었는데, 뇌경색까지 겹치면 서 한 방적으로 더욱 氣鬱, 氣滯의 상태가 야기되고 이로 인해 함구증, 거절증, 납굴증 등과 같은 극단적인 증등도 우울증상이 동반된 것으로 생각되며, 分心氣飲의 心胸間의 鬱氣를 풀어주는 효능으로 인하여 증상이 호전될 수 있었던 것으로 사료된다.

分心氣飲에 대한 기존의 연구논문을 살펴보면 김<sup>15)</sup> 등의 分心氣飲加減方이 stress model 백서에 미치는 영향, 임<sup>16)</sup> 등의 分心氣飲의 화병핵심증상에 대한 효능, 장<sup>17)</sup> 등의 스트레스로 인한 울증환자에 대한 치험례 등이 있으며 기존의 연구에서 볼 수 있듯이 分心氣飲은 스트레스 및 이로 인한 우울증상에 효과가 있는 것으로 인정되고 있다. 상기 증례 환자의 경우 급성 뇌경색이 발병한 후 극심한 우울증상이 겹하여 발현한 환자로서, BDI(Beck Depression Index) 등과 같은 우울증 scale을 검사할 수 있는 의사소통이 되지 않아 보다 객관적인 검사를 시행하지 못한 점이 아쉬운 점으로 남는다. 하지만, 환자의 행동변화 및 표정변화, 재활치료 및 작업치료에 임하는 자세 등을 통한 변화로 미루어 보았을 때, 도표에서 볼 수 있는 바와 같이 입원 약 40일 경부터 分心氣飲을 복용하였고 이후로 우울증상이 점차 해소되면서 재활치료 및 언어치료에 적극 임하게 됨으로써, 뇌경색 후 반드시 필요한 재활치료에 있어서 큰 도움을 얻을 수 있었던 환자로서, 향후에도 뇌경색 후 우울증 환자 및 分心氣飲을 통한 치료에 대한 연구가 더욱 많이 이루어져 뇌경색 환자의 재활치료에 적극적인 도움이 필요할 것으로 사료된다.

## 결론

1. 본원 입원 환자 중 《ICD-10》<sup>2)</sup>의 진단 기준에 따라 기질성 긴장성 장애에 해당하는 함구증, 납굴증, 거절등 등을 동반한 뇌경색 후 우울증 환자에 대하여

氣鬱滯를 풀어주고 通利大小便의 효능을 가진 分心氣飲을 처방하여 증세의 호전양상을 보였다.

2. 향후 뇌경색 후 우울증이 동반되는 환자의 치료에 대한 연구 및 分心氣飲의 활용에 대한 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

## Reference

1. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies. *Journal of Stroke*. 2005;36(6):pp.1330-1340.
2. 이부영 번역. ICD-10 정신 및 행태장애 (WHO). 서울:일조각. 1994:pp.83-84.3) 이동진, 고태성. 뇌졸중 후 우울 증상과 인지, 신체 기능 및 일상생활 동작과의 관련성. 특수교육 재활과학연구. 2010;49(4):pp.159-178.
4. 김영석 외3인. 임상중풍학. 서울:도서출판 정담. 2007:p.78.
5. 최일생 역. Step to Internal Medicine. 서울:도서출판 정담. 2008;10:pp.114-117.
6. 김다와. 뇌졸중 후 발생한 실어증 환자에서 경두개 직류전류 자극 치료 후 언어기능의 호전. 전북대학교 대학원 임상언어병리학과. 2008;8:pp.16-19.
7. Rabins PV, Perlson GD, Aylward E, Kumar AJ, Dowell K. Cortical magnetic resonance imaging changes in elderly inpatients with major depression. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148:pp.617-620.
8. Mervaala E, et al. Quantitative MRI of the hippocampus and amygdala in severe depression. *Psychol Med*. 2000;30(1):pp.117-125.
9. 김준연. 뇌졸중 후 발생한 우울증과 뇌병변 위치와의 연관성. 경북대학교 대학원. 2008;8:pp10-11.



10. 실수도명. 漢方後世要方解說. 대구:동양종합통신교육출판부. 1983:pp.169-176.
11. 진사문 편. 太平惠民和劑局方. 선풍출판사. 1980:pp.112-113.
12. 양사영. 仁齋直旨. 중국의학대계 12권. 서울:려강출판사. 1987:pp.131-132.
13. 지선영, 정대규. 分心氣飲 투여에 따른 stress 관련 hormone의 함량 변화에 관한 실험적 고찰. 동의신경정신과학회지. 1992;3(2):pp.49-63.
14. 허준. 東醫寶鑑. 서울:법인문화사. 1999:p.163.
15. 김기봉, 김장현, 장규태. 分心氣飲加減方이 모 성분리 stress 백서에 미치는 영향. 대한동의생리학회지. 2005;19(5):pp.1303-1310.
16. 임현주, 김석환, 이상룡, 강위창, 정인철. 화병 핵심증상 중 흥민에 대한 分心氣飲의 효능 : 무작위배정, 이중맹검, 위약대조군연구의 중간보고-피험자 특성을 중심으로. 동의신경정신과학회지. 2009;20(3):pp.169-188.
17. 장영철, 정호준, 최동기, 김재훈, 강상길, 박준하. 만성적인 스트레스로 인한 울증 환자 1례에 대한 임상고찰. 대한한방성인병학회지. 2002;8(1):pp.108-114.