

우울증을 동반한 少陽人 파킨슨병 환자 치험 1례

박유경 · 이미숙 · 배나영*

부산대학교 한방병원 사상체질과

* 부산대학교 한의학전문대학원 임상의학부 사상체질과

Abstract

Case Study of Soyang Patient with Parkinson Disease Having Depression

Yu-Gyeong Park, Mi-Suk Lee, Na-Young Bae*

Dept. of Sasang Constitutional Medicine, Pusan National University Korean Medicine Hospital

** Dept. of Sasang Constitutional Medicine, Div. of Clinical Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University*

Objectives

The aim of this study was to examine significant improvement of motor and non-motor symptoms after treatment with Sasang constitutional medicine treatment on a Soyangin patient with Parkinson disease having depression.

Methods

The patient was treated with Soyangin's constitutional medications treatment(herb and acupuncture) and scalp acupuncture. The progress was evaluated using the Global Assessment Scale (GAS scale), Hoehn and Yahr scale (H&Y scale) and Unified Parkinson disease rating scale (UPDRS) before and after treatment. These scales were used to assess the overall function of patient.

Result

We observed a significant improvement in patient's motor and non-motor symptoms using GAS scale, H&Y scale and UPDRS. The UPDRS scores decreased in Part I, Part II, Part III and Part IV.

Conclusion

This study shows that Sasang constitutional medicine treatment can be effective for Soyangin patient with Parkinson disease having depression.

Key Words: Parkinson disease, depression, Soyangin, the Unified Parkinson disease rating scale

I. 緒論

파킨슨병은 대표적인 퇴행성 뇌질환으로, 세계적으로 그 환자수가 갈수록 증가하고 있다. 국내의 경우 2002년 32,235명에서 2008년 68,894명으로 약 2.13배 증가되었으며 인구 1,000명 당 1-2명 정도의 비율로 발생하는 것으로 추정된다. 그럼에도 현재까지 정확한 병리 기전이 밝혀지지 않아 치료법으로 도파민 및 항콜린성 약제 등을 통한 대증요법이 주로 사용되고 있다.

파킨슨병은 서동, 떨림, 경직, 보행장애 등의 운동 기능계의 이상을 초래하는 운동질환이지만, 운동기능의 장애뿐만 아니라 비운동성 증상이 함께 나타나 파킨슨병 환자들의 삶의 질의 저하를 초래한다. 주로 나타나는 비운동성 증상은 우울, 불안, 불면, 감각이상, 변비 등이다. 파킨슨병 환자의 71%가 신경심리학적 증상을 겪고 그 중 우울증은 유병률이 40-50%으로 나타난다¹. 최근 우울증과 파킨슨병의 상관관계에 대한 연구 결과, 우울증 환자군에서 파킨슨병 진단율이 대조군에 비해 약 50% 높은 것으로 나타났고, 입원을 요하는 심한 우울증 환자일수록 파킨슨병 발생 가능성이 큰 것으로 밝혀졌다². 우울증은 파킨슨병에서 나타나는 서동 및 마스크형 얼굴 등의 증상과 구별하기 힘들어 제대로 치료를 받지 못하는 경우가 흔한데³, 우울증의 경우 자살과 같은 사회 문제로 이어질 수 있으며, 진행된 파킨슨병일 경우 오랜 유병 기간으로 인한 고통과 통증, 우울, 불안 등이 동반되어 환자의 삶의 질을 저하시킨다. 따라서 만성 퇴행성 뇌질환인 파킨슨병 환자의 우울증을 인식하고 치료하는 것은 치료 경과와 환자의 삶의 질에 중요한 영향을 미친다⁴. 하지만 주요우울장애의 치료에 효과적인 세로토닌 재흡수차단제가 파킨슨병에 동반된 우울증에는 유의미한 효과를 나타내지 못하고 있다. 또한 여러 가지 종류의 약제를 복용해야 하는 파킨슨병 환자는 항우울제에 대한 복용 순응도가 떨어진다. 따라서 파킨슨병에 동반된 우울증에 대한 약물 치료 이외에 새로운 치료 방법의 개발이 필요한 실정이다⁵.

우울증을 동반한 파킨슨병에 대한 한의약적 치료에 대한 기존 연구를 찾아보기 어렵다. 이에 본 연구에서는 심한 우울증으로 대학병원 정신과 입원치료 중 떨림, 보행장애, 연하장애 등의 증상이 심화되어 파킨슨병 진단을 받은 환자를 소증, 현증을 근거로 사상체질변증을 통해 소양인 소갈증으로 진단하고 4개월간 한의약 치료를 한 결과 그 증상이 현저히 개선되어 정상적인 일상생활이 가능해졌기에 보고하는 바이다.

II. 證 例

1. 환 자: 양○○ / 여자 66세
2. 발병일: 2015년 2월 주요우울장애로 양방 정신과병원 입원치료 중 떨림, 보행장애, 연하장애 등의 증상이 심화되어 신경과 협진을 통해 파킨슨병 진단을 받았다.
3. 치료기간: 2015년 3월 13일부터 2015년 4월 9일까지 입원치료 받은 후 2015년 7월 14일까지 주 2회 간격으로 총 18회 외래로 통원치료 받았다.
4. 진단명: 파킨슨병(Parkinson disease), 주요우울장애(Major depression disorder) 少陽人 消渴證
5. 주소증
 - 1) 운동성 증상(motor symptoms)
 - (1) 진전(tremor)

손 동작시 진전이 간헐적으로 발생하는데, 양치나 식사할 때 주로 발생하여 양치 및 식사시 간병인의 도움을 받았다. 우측이 좌측보다 심하다.
 - (2) 보행장애(gait disturbance)

기립시 구부정한 자세로, 보행시 보폭이 좁고 앞으로 기우는 보행양상을 보였다. 팔 스윙이 감소되고 발을 끄는 양상의 보행을 하였다. 병실 내 거리는 독립

보행, 이 외에는 walker를 사용하고 장거리 보행시에는 wheel chair를 사용하였다.

(3) 연하장애(dysphagia)

삼킴 장애로 인해 연하보조식으로 죽을 섭취하였다.

2) 비운동성 증상(non-motor symptoms)

(1) 우울(depression), 불안(anxiety) 및 장시정좌불능증(akathisia)

얼굴 표정이 없이 안검하수가 지속되었고, 불안 및 흥민으로 가만히 있지 못하고 자리에서 일어나 제자리 걸음을 하였다(akathisia). 입원 중 치료 일정이 정해지면 1시간 전부터 기다리며 늦어지면 조급해 하는 모습을 보였다.

(2) 불면(insomnia)

잠들기가 힘들고 자주 깨며, 수면제 복용하여도 짧은 시간 수면 후 각성하여 천면한다.

6. 과거력: 당뇨(2013년), 고혈압(2013년), 고지혈증(2006년)

7. 사회력: 주부

8. 가족력: 자매(당뇨)

9. 현병력

상기 66세 여환 2015년 1월 초 우울, 불안, 불면 증상이 발생하였고, 2월 6일부터 진전, 보행장애, 연하장애 등이 발생하여 2015년 2월16일-3월13일 ○○대학병원 정신과에서 주요우울장애로 진단받고 입원치료 하였다. 정신과 입원 중 신경과 협진으로 파킨슨병으로 진단받고 관련 약물치료를 받았다. 하지만 정신과 입원치료 기간 동안 파킨슨병 관련 약물 복용용량 증가에도 불구하고 우울증 및 파킨슨병 증상들이 호전되지 않았기에, 이에 대한 적극적인 한방치료를 받기 위해 2015년 3월13일 ○○대학교 한방병원에 내원

하였다. 내원 당시 복약내역은 다음과 같다.

1) 정신과약물

LEXAPRO 10 MG TAB (Escitalopram): 1정씩 하루 1회

ARICEPT 5 MG TAB (Donepezil): 1정씩 하루 1회

LORAVAN 0.5 MG TAB (Lorazepam): 0.5정씩 하루 1회

LORAVAN 1 MG TAB (Lorazepam): 1정씩 하루 1회

STILNOX 10 MG TAB (Zolpidem): 0.5정씩 자기 전 복용

INDENOL 10 MG TAB (Propranolol): 1정씩 하루 3회

2) 신경과약물

SINEMET-CR TAB (Carbidopa 54mg, Levodopa 200mg): 1정씩 하루 3회

MIRAPEX 0.25 MG TAB (Pramipexole): 1정씩 하루 2회

3) 그 외약물

AMODIPIN 5 MG TAB (Amlodipine camsylate): 1정씩 하루 1회

DIABEX 250 MG Tab (Metformin hydrochloride): 1정씩 하루 1회

10. 이학적 검사소견

1) Hoehn and Yahr scale (H & Y scale)

stage 2

2) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) (Table 1)

Part I은 20점, Part II는 38점, Part III는 46점, Part IV는 8점으로 총점 112점으로 측정되었다.

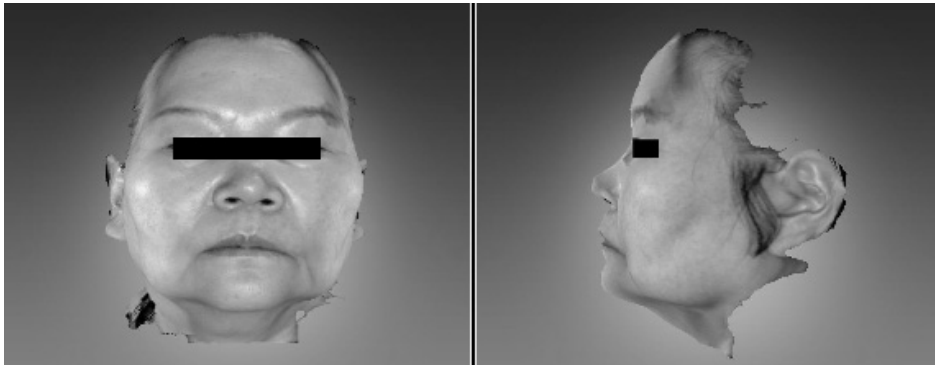


Figure 1. Anterior view and lateral view of face scanned by 3D facial scanner (RFS-S100) (SEP.-11-2014)

11. 사상체질진단

1) 외형

(1) 체형기상: 신장 144.9cm, 체중 50.2kg (BMI 23.9) 이고, 체격에 비해 어깨가 발달하고 들러있다. 상체가 하체에 비해 발달하였다.

(2) 용모사기: 눈빛은 날카로운 편이고, 눈꼬리가 올라가 있다. 코끝이 들려있어 콧구멍이 정면에서 보인다. 관골이 발달하고 하관은 각이 져있으며 입술이 얇다 (Figure 1).

2) 성질재간: 평소 감정 기복이 심하고 일을 급하게 서두르며 행동을 쉽게 취하는 편이다.

3) 사상체질진단 설문지(QSCC II +): 태음인

4) 素證과 顯證

(1) 수면: 잠들기가 힘들고 자주 깨며, 수면제를 복용하여도 짧은 시간 수면한 후 각성하여 천면한다.

(2) 식욕소화: 평소 식욕이 좋은 편으로, 체중관리를 위해 소식한다. 식사를 급하게 하는 편이고 항상 소화가 잘되는 편이다. 발병 후 우울, 불안감 심화로 식욕이 저하되었으며, 파킨슨병으로 인한 연하장애로

인해 3끼 죽 반공기를 겨우 섭취하였다.

(3) 대변: 평소 변비 경향으로, 주 2회 정도 단단한 변을 보고 잔변감과 복만을 자주 느낀다. 간헐적으로 변비약을 복용하였으나 호전이 없었다.

(4) 소변: 소변을 자주 보는 편이고, 소변이 자주 노랗고 붉은 편이고 잔뇨감이 있다. 야간뇨를 1-2회 본다.

(5) 口渴飲水: 자주 입이 마르고 물을 많이 마시는 편이다. 따뜻하거나 뜨거운 물을 좋아한다.

(6) 汗: 평소 땀을 많이 흘리는 편이고, 땀을 흘리고 난 후 몸이 가볍고 상쾌함을 느낀다.

(7) 寒熱: 더위에 민감하고 컨디션이 나쁠 때 상열감이 있다.

(8) 面色: 면색은 희고 관골부 붉은 기운이 있다.

(9) 舌診: 舌淡紅白苔

5) 진단: 외형, QSCC II+, 소증 및 현증 등에 근거하여 少陽人 胃受熱裏熱病 消渴證으로 진단하였다.

III. 治療 및 經過

1. 치료방법

1) 한약치료

한약은 ○○대학교 한방병원 약제실에서 조제한 탕약을 사용하였으며 탕약의 약제구성은 『東醫壽世保元』을 따랐고 2첩을 3회에 나누어 매 식후 1시간에 복용하였다. 구체적 내용은 다음과 같다.

(1) 十二味地黃湯減 熟地黃 8g 加 石膏 生地黃 12g (2015년 3월 13일-2015년 3월 17일 4일)

: 熟地黃 山茱萸 8g, 茯苓 澤瀉 6g, 牡丹皮 地骨皮 玄麥 枸杞子 覆盆子 車前子 荊芥 防風 4g 石膏 生地黃 12g

입원 후 5일 동안 식욕저하와 연하곤란으로 인한 섭취량 감소 및 口渴, 汗出과 背部 통증을 치료하기 위해 少陽人 陰虛午熱證으로 진단하여 투약하였다.

(2) 涼膈散火湯增 石膏 生地黃 12g (2015년 3월 17일-2015년 4월 9일 24일)

: 生地黃 20g 忍冬 連翹 8g 梔子 薄荷 知母 防風 荊芥 4g 石膏 16g

치료 경과로 섭취량이 증가하고 전반적인 컨디션이 다소 회복되어 上部 熱증상과 煩燥, 便秘를 치료하기 위해 少陽人 消渴證으로 진단함에 따라 상기 처방으로 변경하여 투약하였다.

(3) 涼膈散火湯 (2015년 4월 10일-2015년 6월 3일 55일)

: 生地黃 12g 忍冬 連翹 石膏 8g 梔子 薄荷 知母 防風 荊芥 4g

퇴원 후 오열, 구갈 및 한출 증상의 치료위해 아침, 저녁 식후 1시간에 과립제 1포를 투약하였다.

(4) 地黃白虎湯 (2015년 3월 13일-2015년 4월 9일 28일)

: 石膏 20g 生地黃 16g 知母 8g 防風 獨活 4g 수면 불량으로 자기 전 地黃白虎湯 과립제 1포를 복용하였다.

2) 침치료

입원치료 및 외래치료 기간 동안 직경 0.30mm, 길이 30mm인 일회용 stainless 毫鍼을 사용하여 1일 1회 시술하였다. 20분간 유침 하였으며 자침의 심도는 3-20mm로 하였다.

두침(舞蹈振顛制御區, 運動區)과 少陽人의 脾大腎小한 장국대소에 따른 혈자리를 취혈하여 사용하였다.

少陽人: 腎正格(經渠 復溜 補, 太白 太鷄 瀉), 脾勝格(大敦 隱白 補, 經渠 商丘 瀉), 足三里

3) 양약치료

한방병원 입원기간동안 양방 정신과 및 신경과 협진을 통해 약물을 복용하였다.

(1) 정신과 약물

입원 15일부터 자기 전 STILNOX 0.5정 복용을 중단하였고, 한방병원 퇴원 후 증상의 호전에 따라 관련 약물 일체 복용을 중지하였다.

(2) 신경과 약물

SINEMET-CR TAB (Carbidopa 54mg, Levodopa 200mg): 1정씩 하루 3회

MIRAPEX 0.25 MG TAB (Pramipexole): 1정씩 하루 2회

2. 평가방법

1) Global Assessment Scale (GAS)

치료 기간 동안 서동 및 불안에 대한 전반적 자기 평가(Global assessment scale, GAS)를 실시하였다. 입원 당시 증상의 정도를 100점으로 설정하고, 매일 오전 7시에 입원 당시와 비교하여 증상의 정도가 어떠한

지를 0에서 100사이의 숫자로 점수를 매겨 환자가 주관적으로 평가하도록 하였다.

2) Hoehn and Yahr scale (H and Y scale)⁹⁾

파킨슨병의 증상이 일측성 혹은 양측성인지 자세 반사의 저하정도에 따라 단계를 나누어 파킨슨병 환자의 병의 진행정도를 표현하는 평가 방법으로, 입원시, 퇴원시, 이후 외래 내원시 3회 평가하였다.

3) The Unified Parkinson disease Rating Scale (UPDRS)¹⁰⁾

파킨슨 환자의 운동증상과 일상생활 수행능력을 점수로 표현하여 파킨슨병 환자의 치료경과 관찰에 많이 활용되며 파킨슨병의 임상연구 및 약물의 임상 실험에 필수 불가결한 지표로 널리 사용되고 있다. H&Y scale과 마찬가지로 입원시, 퇴원시, 이후 외래 내원시 3회 평가하였다.

3. 치료경과

1) 운동성 증상(motor symptoms)

(1) 진전(tremor) 및 서동(bradykinesia)

입원 7일부터 손 동작시 진전이 경감되어 입원 12일부터 스스로 식사 및 양치하는 것이 가능해졌다. 입원 14일에는 서동이 자각적으로 경감(GAS 6/10)되기 시작하여 퇴원시(입원 28일)에는 큰 불편감이 없었다.(GAS 0-1/10) 치료 4개월 후 외래 재진시에는 미세한 동작시 발생하는 우수지 진전 외에 불편감은 없었고, 일상생활을 단독으로 수행하였다 (Figure 2).

(2) 보행장애(gait disturbance)

입원 익일부터 walker 지지하에 30분-1시간씩 보행 운동을 하였고 기립시 구부정한 자세가 호전되었다. 입원 17일에는 walker 없이 병동보행을 시작하여, 독립보행 30분과 보호자 부축하여 보행을 30분하였고 보폭이 넓어졌다. 입원 19일부터 원외 산책시 wheel

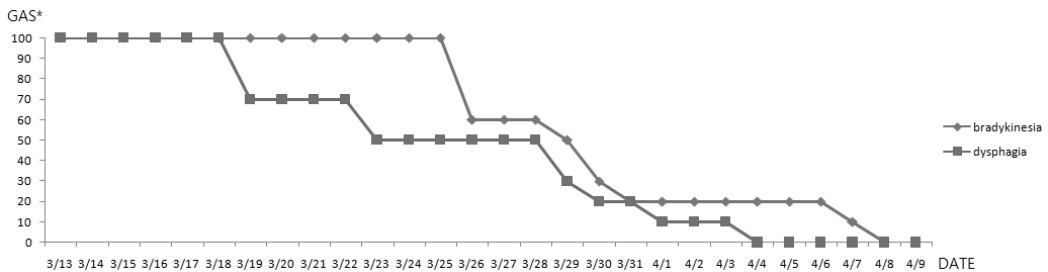


Figure 2. Progress of motor symptoms (bradykinesia, dysphagia)

* GAS : Global Assessment Scale

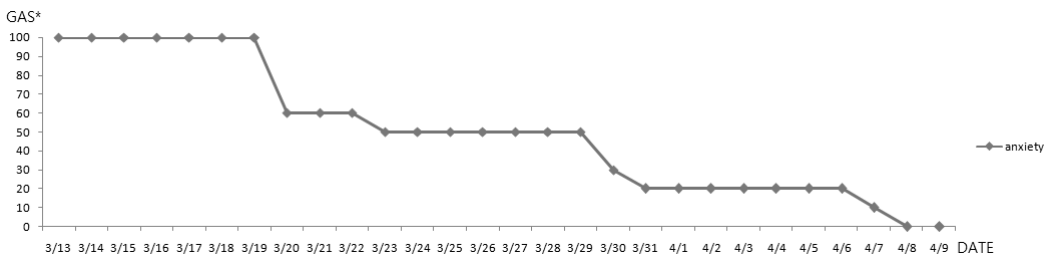


Figure 3. Progress of non-motor symptoms (anxiety)

* GAS : Global Assessment Scale

Table 1. Changes of H and Y scale and UPDRS scores after the treatment.

	3/15 (before treatment)	4/6 (after treatment)	7/14 (after treatment)
H & Y scale*	2	1	1
Total UPDRS**	113	32	11
UPDRS I ***	21	7	4
UPDRS II ****	38	10	0
UPDRS III *****	46	13	5
UPDRS IV *****	8	2	2

* H and Y scale : Hoehn and Yahr scale

*** Non-motor aspects of experiences of daily living

***** Motor examination

** UPDRS : The Unified Parkinson disease Rating Scale

**** Motor aspects of experiences of daily living

***** Motor complications

chair 없이 간병인 부축하여 보행하였다. 퇴원시(입원 28일)에는 부축 없이 독립보행을 하였으며 첫 걸음을 뒀 때 힘든 것 외에 보행에 큰 불편감이 없었고, 외래 내원시 보행장애는 경도의 우하지 끝림이 남아있었다.

(3) 연하장애(dysphagia)

입원 익일부터 죽식 2/3공기로 섭취량 증가하여 유지되었고, 식욕이 호전되어 입원 10일에는 밥식을 시도하였으나 씹기가 힘들어 죽식 1그릇으로 유지하였고, 입원 13일부터는 죽과 함께 밥을 몇 숟가락씩 먹기 시작하여 밥 양을 차츰 늘렸고, 간식을 섭취(꿀, 바나나)하기 시작하였다. 입원 22일에는 밥 1공기로 식사하였고 퇴원 후 호전 지속되어 정상적으로 식사를 하였다 (Figure 2).

2) 비운동성 증상(non-motor symptoms)

(1) 불안, 우울 및 장시정좌불능증: 입원 8일부터 경감 (GAS 6/10)되기 시작하여 입원 19일에는 불안, 흥민 GAS 2/10, 장시정좌불능증이 GAS 3/10로 경감되었고, 퇴원시(입원 28일) 2-3일에 1회 정도 발생하였다. 치료 4개월 후 외래 재진 시에 소실 유지되었다 (Figure 3).

(2) 불면(Insomnia): 입원 초기 수면이 불량하여 地黃白虎湯 과립제 및 STILNOX 0.5정을 복용하였으나 차차 수면 양상이 호전되어 입원 15일부터는 地黃白虎湯 과립제만 복용하고 7시간 정도 숙면하고, 야간뇨로 1-3회 각성하는 상태를 유지하였다. 퇴원 후에도 양약을 복용하지 않고 양호한 수면상태를 유지하

였다.

3) 그 외 제반 증상

(1) 대변: 입원 4일동안 부대변으로 변비약 복용 후 굳은변 1회 보셨으나, 입원 6일부터 굳은변으로 하루 1회 보셨고, 배변시 용력 및 잔변감이 차차 호전되어 입원 26일부터는 하루 1회 보통변으로 용력과 잔변감이 보았다.

(2) 소변: 소변색이 맑아졌고, 하루에 1회 정도 배뇨 지연 및 잔뇨감이 약간 있다.

3) Hoehn and Yahr Staging Scale

입원 당시(3/15)와 퇴원시(4/6) H and Y stage 평가한 결과 2단계에서 1단계로, 외래 재진(7/14)시 1단계로 호전 유지되었다 (Table 1).

4) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)

입원 당시(3/15)와 입원치료 후 퇴원시(4/6) UPDRS 평가한 결과는 다음과 같다. Part I은 20점에서 7점으로 줄었고, Part II는 38점에서 10점으로, Part III는 46점에서 13점으로 각각 감소하였고, Part IV는 8점에서 2점으로 감소하여 총점이 112에서 32점으로 감소하였다. 이후 외래 재진(7/14)시 UPDRS 점수는 Part I 4점, Part II 0점, Part III 5점, Part IV 2점으로 총점이 11점으로 감소하였다 (Table 1).

IV. 考察 및 結論

상기 환자는 2015년 2월 우울, 불안, 불면 증상으로 주요우울장애로 진단받고 대학병원 정신과에 입원치료 받던 중 진전, 보행장애, 연하장애 등의 증상으로 파킨슨병 진단을 받았고, 파킨슨병 관련 약물 복용량을 증가시키며 치료 하였으나 증상이 호전되지 않았다. 이에 환자는 한방병원에 입원하여 양방병원 협진을 통해 양방 약물치료와 한의약 치료를 병행하였다.

상기 환자는 體形氣像, 容貌詞氣, 사상체질진단 설문지(QSCC II+), 素證 및 顯證 등을 종합하여 소양인으로 판단하였다. 외형적인 특징으로는 상체가 하체에 비해 발달하고, 눈꼬리가 올라가고 코끝이 들려 있어 콧구멍이 보이며, 입술이 얇다. 환자 본인의 성격은 참고 속으로 쌓아두는 편이라고 진술하였고 QSCC II+ 결과는 태음인으로 나왔으나, 평소 종교 활동 등 외부 활동을 활발히 하고, 일의 결정이 빠르고 급하게 서두르는 경향이 있으며, 행동을 쉽게 취하는 등 소양인적인 성격이 두드러졌다. 발병 전 건강 상태의 평소 素證을 살펴보면 식욕 소화가 양호하고 매일 1회 보통변을 잔변감, 후중감 없이 보고, 땀이 많고, 물을 많이 마시는 편이다.

소양인의 병증은 胃受熱裏熱病과 脾受寒表寒病으로 구분하는데, 임상적으로 땀, 寒熱, 배변양상, 면색 등을 주요 지표로 변증한다¹². 환자는 소증으로 더위에 민감하고 땀이 많으며, 땀을 흘리고 난 후 상쾌함을 느끼며 배변이 굳은 편이었고 식욕, 소화가 비교적 양호하므로 裏熱病으로 판단하였다. 환자는 입원 당시 극심한 불안, 우울감으로 인한 식욕저하와 연하장애로 죽을 만큼 정도 섭취하였고 기력이 저하된 상태였다. 또한 口渴, 안정시 汗出과 견배부가 시리고 아픈 통증이 있었기에 少陽人 保命之主인 陰清之氣가 급격히 손상된 상태로 보고 陰虛午熱證 범주의 十二味地黃湯 加減을 투약하였다. 치료 후 식사량이 증가하면서 전반적인 컨디션이 호전되었고, 환자의 口渴, 上熱感, 汗出 등의 上部 熱증상과 煩燥, 便秘의 少陽人 胃熱(胸膈熱)을 치료하기 위

해 消渴의 범주로 판단하고 凉膈散火湯을 투약하였다. 투약 후 우울, 불안, 불면 증상과 함께 진전, 보행장애, 연하장애, 변비 등 파킨슨병의 운동성, 비운동성 증상이 모두 호전되어 퇴원하였고, 퇴원 후 외래로 내원하여 파킨슨병 주증상의 치료 및 惡熱, 口渴, 汗出 등의 素病의 개선을 위하여 양격산화탕 과립제 복용 및 침 치료를 받으며 경과 관찰하였고, 치료 종료 시 일상생활 및 사회생활을 큰 불편감 없이 수행할 수 있었다. 이는 파킨슨병 및 이에 동반되는 우울증 치료에 있어 한의약의 효용성을 보여준다.

입원시(3/13)와 치료 후 퇴원시(4/9) H&Y scale은 2단계에서 1단계로 호전되었고, UPDRS 평가에서는 Part I은 21점에서 7점, Part II는 38점에서 13점으로, Part III는 46점에서 10점으로, Part IV는 8점에서 2점으로 각각 감소하여 총점이 112점에서 32점으로 감소하였다. 구체적으로 살펴보면 Part I에서는 우울, 불안, 의욕 감퇴, 수면장애, 피로가 호전되었고, Part II에서는 일상생활에서의 운동성 증상 전 항목(말하기, 씹고 삼키기, 옷 입기, 씻기, 보행 등)이 호전되었다. Part III 역시 강직, 손발 운동, 보행, 진전 등 전체 항목에서 호전을 보여 점수가 감소하였다. 퇴원 후 일상, 사회생활을 하며 외래로 치료받으면서 경과 관찰시(7/14) 잔존했던 증상들이 다소 호전되어 파킨슨병 및 우울증 증상으로 불편함이 거의 없는 상태였다. 이는 한의약 치료가 우울증이 동반된 파킨슨병 환자의 일상생활과 사회생활의 수행능력을 현저하게 높여주었음을 나타낸다.

상기 환자는 우울증을 동반한 파킨슨병으로 대학병원 정신과에서 한달간 입원치료한 후에도 우울, 불안 및 진전, 연하장애, 보행장애, 불면 등의 증상으로 일상생활이 불가하여, 한방병원에 입원하였다. 양방 약물치료와 함께 총 4개월간 한의약치료를 병행하여 주소증 및 제반적인 증상이 크게 호전되어 정상적인 일상 사회생활이 가능하게 되었다. 한편, 상기 환자의 경우 한의약 치료를 받는 동안 양방 신경과와의 협진을 통해 약물 치료를 지속하였다. 상기 환자와 같이 단독보행이 어려울 정도로 보행불리가 급격하게 진행

되는 파킨슨병 환자의 경우, 1개월 혹은 3개월 단위로 레보도파 제제의 용량을 점차 증량하는 것이 통상적인 치료로 알려져 있다. 그러나 상기 환자는 2015년 2월 파킨슨병 진단 후 레보도파 제제인 SINEMET-CR TAB 복용을 시작하였고, 2015년 3월부터 7월까지 한의약 치료를 병행하면서 증상의 호전을 보여 이후 SINEMET의 복용량을 증량하지 않고 저용량으로 유지하면서 보행은 비롯한 일상생활 또한 양호하게 지속하고 있다. 또한 정신과 협진의 경우 한방병원 퇴원 시 환자의 증상 호전에 따라 약물 복용을 일체 중단하고 치료를 종료하였고 이후에도 환자 상태는 양호하게 유지되었다. 이는 한의약 치료가 우울증을 동반한 파킨슨병 치료 및 레보도파 복용을 시작하는 파킨슨병 환자의 관리에 시사하는 바가 크다고 사료되어 보고하는 바이다.

본 증례 보고는 증례수가 부족한 점, H and Y scale 과 UPDRS 외 객관적인 평가지표를 활용하지 못한 점, 파킨슨병 약물을 지속적으로 복용하면서 한의약 치료를 병행한 점에 한계가 있다. 환자의 경우 파킨슨병 증상의 호전에 따라 레보도파 약물의 복용 용량을 감량하는 것이 바람직할 것으로 사료되나 신경과 협진을 통해 약물 복용하고 있던 중이었기에 임의로 양약 복용에 대해 조절하기 어려웠고 이는 본 연구의 한계점이라고 사료된다. 상기 한계점들을 극복하기 위해 우울증을 동반한 파킨슨병 환자들의 한의학적 치료에 대한 지속적인 연구와 추가 증례 보고가 필요할 것이다.

V. Acknowledgement

본 연구는 2015년도 부산대학교병원 임상연구비 지원으로 이루어 졌음. (This work was supported by clinical research grant from Pusan National University Hospital 2015.)

VI. References

1. Health Insurance Review and Assessment Service. Ministry for health, welfare and family affairs. 2010. Available from:URL:<http://www.mw.go.kr>
2. Victor Ropper. Principles of Neurology. McGraw-Hill. 2001;1128-210.
3. Shin HW. Effect of repetitive transcranial magnetic stimulation on depression in patients with Parkinson's disease. Chung-ang University. 2014. (Korean)
4. Brandt-Christensen M, Lopez AG, Nilsson FM, Andersen PK, Kessing LV. "Parkinson's disease and antidepressant drug treatment-A case-register Study," Parkinsonism and Related disorders, 13(2007), 406-410.
5. Helena G, Anna NN. Depression and subsequent risk of Parkinson disease. Neurology. 2015.
6. Go SB. Diagnosis and prescription of Parkinson's disease. Korean Journal of Family Medicine. 2003;24(12):1059-1068. (Korean)
7. Kim SR, Jung SJ, Sung YH, Yim JH, Lee MJ. Factors Related to Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease. Journal of Clinical Neurology. 2005; 23(6):770-775. (Korean)
8. Hong SG, Park GW, Cha JG. Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease. Journal of Clinical Neurology. 2002;20(3):227-233. (Korean)
9. Goetz CG, Poewe W, Rascol O, Sampaio C, Stebbins GT, Counsell C, et al. Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. 2004;19(9): 1020-8.
10. Christopher GG, Barbara CT, Stephanie RS, Glenn TS, Stanley F, Pablo MM, et al. Movement Disorder Society-Sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Scale Presentation and Clinimetric Testing Results. Movement Disorders. 2008;23(15):2129-2170.
11. Kim YH, Kim SH, Jang HS, Hwang MW, Lee

- JH, Lee EJ, et al. The Study on Clinical Characteristics of Taeumin Dry-Heat Symptomatic Patten. J Sasang Constitut Med. 2009;21(1):85-98. (Korean)
12. Kim SH, Kim YH, Hwang MW, Lee JH, Song IB, Koh BH. The Study on the Formative Process of Taeumin's Dry-febrile Symptom. J Sasang Constitut Med. 2008;20(1):1-14. (Korean)