

태음인 조열증으로 진단한 파킨슨병 환자의 치험 1례

김소형¹ · 최은주¹ · 배니영^{2*}

¹부산대학교 한방병원 사상체질과, ²부산대학교 한의학전문대학원 임상의학부 사상체질과

Abstract

A Case Study of a Taeumin Patient with Parkinson's Disease Diagnosed as Dry-heat Symptomatic Pattern

So-Hyoung Kim¹ · Eun-Ju Choi¹ · Na-Young Bae^{2*}

¹Dept. of Sasang Constitutional Medicine, Pusan National University Korean Medicine Hospital,

²Dept. of Sasang Constitutional Medicine, Div. of Clinical Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

Objectives

This case study is about a Taeumin patient with Parkinson's disease identified as Dry-heat (Joyeol) pattern. In this study, we report significant improvement of motor and non-motor symptoms of this patient after Sasang constitutional medicine treatment.

Methods

The patient was identified as Taeumin Dry-heat pattern and treated with Cheongsimyeonja-tang and acupuncture. The Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) was used to assess the overall function of the patient. And the Global Assessment Scale (GAS) was used to assess the change of bradykinesia, tremor and dry mouth after the treatment.

Results

The UPDRS total score decreased from 145 points to 77 points after 5 weeks treatment. And symptoms of bradykinesia, tremor and dry mouth showed significant improvement in GAS after the treatment. Furthermore, constipation, sleep disturbance, dysuresia and anorexia were reported to be improved after treatment.

Conclusions

This study shows that Sasang constitutional medicine can be effective treatment for motor and non-motor symptoms caused by Parkinson's disease.

Key Words: Parkinson's disease, Taeumin, Dry-heat (Joyeol) pattern, The Unified Parkinson Disease Rating Scale

I. 緒論

파킨슨병은 1817년 James Parkinson에 의해 보고된 퇴행성 뇌질환으로¹, 치매와 더불어 대표적인 2대 신경퇴행성 노인질환이며 인구 고령화에 따라 전 세계적으로 발병률이 증가하고 있다. 2016년 국민건강보험공단의 자료에 따르면 국내 파킨슨병 환자 수는 2004년 39,265명에서 2016년 96,499명으로 10년 사이 약 2.5배 증가하였고 이런 추세로 볼 때 2017년에는 10만 명이 넘을 것으로 추정 된다².

파킨슨병은 뇌의 흑질 세포의 변성으로 인한 도파민의 결핍으로 진전(tremor), 강직(rigidity), 서동(bradykinesia), 자세 불안정(postural instability) 등의 운동성 증상과 변비, 소변장애 등의 자율신경 장애, 수면장애, 우울, 감각장애 등의 비운동성 질환을 동반 한다³.

현재 파킨슨병은 완치가 불가능하지만 레보도파 제제를 비롯한 약물치료로 증상을 조절하고 있다. 즉 파킨슨병의 치료 목표는 신경 보호 효과로 질병의 진행을 최대한 억제하고, 장기간의 약물치료로 발생하는 운동성 및 비운동성 합병증을 최대한 예방하여 환자가 일상생활을 장애 없이 수행하게 하는 것이다. 따라서 조기치료가 중요하지만 환자 첫 진단 시 이미 질병이 1~2년 경과한 상태이기 때문에 환자의 증상에 기준하여 적절한 약물 치료 선택이 중요하다. 60세 미만이거나, 진전만 두드러진 증상이거나, 가벼운 증세일 경우에는 레보도파 이외에 도파민 효능제나 MAO 억제제, Amantadine 제제 등을 먼저 사용하도록 권장하고 서동 등의 증상이 심하거나 65세 이상에서는 레보도파 제제로 치료를 시작 한다⁴.

이렇게 파킨슨병 운동성 증상은 레보도파 제제를 비롯한 항파킨슨제에 의해 조절되나 비운동성 증상은 대증적 치료로 진행되고 있다. 운동성 증상으로 독립적인 일상생활을 수행하기 어렵고 사회활동이 제한되는 상황에서 비운동성 증상의 동반과 오랜 유병기간은 삶의 질을 현격하게 저하 시킨다⁵. 이에 파킨슨 환자들의 운동성 증상 조절과 함께 비운동성 증상에 대한 적극적인 치료 및 관리도 필요하다.

한의학적으로는 역대 문헌의 震顛, 瘓, 瘓瘕, 攣과 中風의 偏枯, 癱瘓, 中膈症, 중의학에서는 帕金森病, 震顛癱瘓 등의 용어로 서술되며, 병인은 주로 風, 火, 痰, 瘀, 虛이며, 임상유형은 虛實에 따라 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 痰熱內阻, 氣滯血瘀로 분류할 수 있고, 장부로는 肝, 脾, 腎, 心과 밀접한 관계가 있다¹.

파킨슨병에 대해서 국내 한의학 연구 발표 중 사상 의학적으로 운동성 증상과 비운동성 증상의 복합치료에 대한 것이 박⁶, 이⁷ 등의 증례보고가 있다. 박 등⁶에서는 진전과 보행 장애와 우울증을 동반한 파킨슨 환자를 소양인 소갈증으로 변증하여 양격산화탕 가미방과 침 치료를 통해 제반 증상이 호전되었다고 하였고, 이 등⁷에서는 기립성 저혈압이 있는 파킨슨 환자를 태음인 조열증으로 변증하여 청심연자탕 가미방과 침 치료를 통해 기립성 저혈압을 포함한 수면장애와 변비뿐만 아니라 서동과 떨림 증상도 호전되었다고 보고하였다.

저자는 3년 전 특발성 파킨슨병으로 추정적 진단받고 Amantadine 제제를 복용 중이나 증상이 계속 심화되고 있는 진행된 파킨슨병(advanced Parkinson's disease) 환자를 태음인 조열증으로 진단하여 본원 입원 치료 중에 시작한 레보도파 제제 복용과 병행하면서 5주간의 한의학 치료로 서동 및 보행 장애, 진전 등의 운동성 증상뿐만 아니라 수면장애 및 자율신경장애를 비롯한 전반적인 비운동성 증상에 유의한 호전 반응을 얻었기에 보고하는 바이다. 이러한 치험례를 통해 초기 파킨슨병의 운동성 증상과 비운동성 증상의 해법을 사상의학적 치료에서 제시해보고자 한다.

II. 證例

본 연구는 부산대학교한방병원 연구윤리심의위원회 승인(승인번호: PNUKH-IRB-E2017007) 하에 진행되었다.

1. 환 자: 방OO / 여자 78세

2. 발병일: 2014년 3월 특발성 파킨슨병(idiopathic Parkinson's disease)으로 추정적 진단받고 약물치료 지속하고 있었다. 2015년 8월 요양병원 입원 중 낙상 발생하여 X선 촬영 및 컴퓨터 단층촬영 검사 상 별무소견 들었으나 보행 불가능하고 진전 및 서동증상이 점차 심해졌다.

3. 치료기간: 2015년 12월 18일부터 2016년 1월 21일까지 5주간 입원치료 받았다.

4. 진단명: 파킨슨병(Parkinson's disease), 태음인 조열증

5. 주소증

1) 운동성 증상(motor symptoms)

(1) 서동(bradykinesia)과 보행 장애(gait disturbance)

우측 상지 및 양측 하지 서동으로 식사 시 숟가락 사용만 가능하고 단추를 끼우는 등 옷 입기, 샤워하기, 배뇨, 배변 등 일상생활을 스스로 수행하는데 어려움이 있고 자세를 변경하는 등 모든 동작 수행에 있어서 간병인의 보조를 필요로 한다. 독립 보행 불가로 2명의 부축이 필요하며 보행 시 양하지 무력감으로 다리를 끌고, 보행 시작과 방향 전환 시에 멈춰서거나 쉬어가는 동결이 발생하며 종종걸음의 양상을 보인다.

(2) 떨림(tremor)

양측 수지, 우측 족지(우측 수지 우심) 떨림이 발생하는데 동작 시 보다 안정 시에 정도가 심하다. 그러나 그 정도가 물이 담긴 컵을 쏟거나 숟가락으로 식사를 못할 정도는 아니다.

2) 비운동성 증상(non-motor symptoms)

(1) 변비(constipation)

평소 변비 경향으로 발병 후 심화되었다. 4-5일에 1회 굳은 변 경향으로 배변 시 힘이 들거나 배변 후 잔변감을 호소하지는 않았다.

(2) 구갈(dry mouth)

발병 후 입이 자주 마르지만 물을 자주 마시지는 않으며 특히 기상 후에 심하며 혀가 갈라진 양상을 보인다.

6. 과거력

1) 골다공증: 2013년 1월 경 진단받고 경과 관찰하며 약물 치료 중이다.

2) 요추부협착증: 2013년 6월 진단 후 ○○의료원에서 고주파 시술 후 경과 관찰 중이다.

7. 사회력: 주부

8. 가족력: 특이사항 없음

9. 현병력

상기 환자는 2014년 2월 낙상 이 후 보행 장애 발생하여(X선 촬영 검사 상 특이 소견 없었음) 인근 재활병원에서 재활 치료 받았고, 2014년 3월 양측 상지/우측 하지 진전 및 하지 무력감, 보행 장애 심화되어 추정적 특발성 파킨슨병 진단 받고 약물치료를 시작하였다. 이 후 약물치료 및 재활치료 지속하여 보행이 호전되었다. 이 후 2015년 8월 요양병원 입원 중 낙상 재발생하여 X선 촬영 및 컴퓨터 단층촬영 검사 시행하였으나 특이 소견은 없었다. 하지만 낙상 이 후 독립 보행 불가능하고 진전 및 서동 증상 점차 심해져 약 3개월 간 재활병원 전원 하여 치료 받았으나 별다른

호전 없어 적극적인 한방치료를 받기 위해 2015년 12월 18일 OO대학교한방병원에 내원하였다.

내원 당시 복용하고 있는 약물은 다음과 같았다.

- PK MERZ TAB. 100mg (Amantadine sulfate) 0.5정 하루 2회
- NEULOS CAP. 100mg(Gabapentin) 1캡슐 하루 3회
- DOMPRIN TAB. 10mg(Domperidone Maleate) 1정 하루 3회
- RANITIDINE HYDROCHLORIDE TAB. 100mg (Ranitidine hydrochloride) 1정 하루 2회
- MAGMIL TAB. 500MG (Magnesium Hydroxide) 1정 하루 3회
- CELEBREX CAP. 200mg (Celecoxib) 1캡슐 하루 1회
- ENTELON TAB. 150mg (Vitis vinifera ext.) 1정 하루 2회
- TRAPHEN TAB. (Acetaminophen 325mg, tramadol hydrochloride 37.5mg) 1정 하루 2회
- FOSAMAX PLUS D TAB(*복합* Alendronate) 1정 주 1회

10. 이학적 검사소견

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

stage 5

2) Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS)

Part I 은 28점, Part II 는 41점, Part III 는 76점, Part IV 는 0점으로 총점 145점으로 측정되었다 (Table 2).

11. 사상체질진단

1) 외형

- (1) 체형기상 : 신장 160.0cm, 체중 44.0kg으로 체격이 전반적으로 마른 편이고 어깨가 빈약하고 움츠려 있으며 등이 구부정하며 체간과 사지에 고무 살이 없는 편이다.
- (2) 용모사기 : 전반적으로 얼굴을 흰데 안면부가 붉은 기운이 있다. 인상이 강하고 얼굴형은 긴 역삼각형으로 이마는 좁고 광대가 약간 발달해 있으며 태양혈 부위와 양측 턱 부위가 움푹 패어

Table 1. Modified Hoehn and Yahr Scale

Stage	Modified Hoehn and Yahr Scale
1	Unilateral involvement only
1.5	Unilateral and axial involvement
2	Bilateral involvement without impairment of balance
2.5	Mild bilateral disease with recovery on pull test
3	Mild to moderate bilateral disease; some postural instability; physically independent
4	Severe disability; still able to walk or stand unassisted
5	Wheelchair bound or bedridden unless aided

Table 2. Changes of UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale) Scores After the Treatment

	12/18 (before treatment)	1/11 (3 week after treatment)	1/21 (5 week after treatment)
Total UPDRS	145	91	77
UPDRS I	28	12	9
UPDRS II	41	29	25
UPDRS III	76	50	43
UPDRS IV	0	0	0

져 있다. 눈꼬리가 쳐져있고 눈썹이 위로 솟은 형태이며 콧대가 높은 편이고 윗입술이 얇고 입꼬리가 올라가 있다. 귀는 긴 편으로 이수부분이 넓고 쳐져있는 편이다 (Figure 1).

2) **성질재간**: 성질이 급하고 말투가 빠른 편이다. 젊었을 때 대표직을 자주 맡을 정도로 의욕적이고 적극적이며 일처리 시 시원스럽고 물러서지 않고 앞으로 밀고 나가는 편이다. 신경이 예민하여 조금이라도 본인 맘에 들지 않으면 참지 못한다.

3) **사상체질진단 설문지(QSCC II +)**: 소음인

4) **素證 과 顯證**

(1) **수면**: 발병 후 야간에 5-6시간 정도 자는 편이나 초기 입면 시 30분에서 1시간 정도 잠들기 어렵다. 배뇨로 인한 3-4회 정도의 각성으로 수면의 질이 낮고 소리에 민감하고 예민하여 자주 깨는 편이다. 발병 후 잠꼬대를 하나 본인은 인지하지 못하며 꿈은 꾸지 않는 편이다.

(2) **식욕·소화**: 평소 식욕이 왕성한 편이었으나 발병 후 식욕이 감소하였고 소식하는 편이다. 먹는 것에 비해 살이 찌는 편은 아니며 하루 3식 1/2공기를 섭취하며 소화 상태는 양호한 편이다.

(3) **대변**: 평소 변비 경향으로 발병 후 심화되었다. 변비와 관련된 약은 입원 초기 5일만 복용하였다. 4-5일에 1회 굳은 변 경향으로 배변 시 힘이 들거나 배변 후 잔변감을 호소하지는 않았다.

(4) **소변**: 2-3시간에 1회 배뇨를 하는데 배뇨 횟수 자체가 잦은 편은 아니나 신경이 예민하고 불안감에 요의가 있지 않아도 주기적으로 배뇨를 자주 하는 편이다. 수면 중 3-4회의 야간뇨가 있고 배뇨 시 지연이나 배뇨 후 잔뇨감은 없다.

(5) **口渴·飲水**: 발병 후 입이 자주 마르지만 물을 자주 마시지는 않으며 특히 기상 후에 심하다.

(6) **汗**: 평소 땀이 거의 없는 편으로 사우나, 찜질방에서 땀을 흘린 후에도 별 느낌이 없는 편이다.

(7) **寒熱**: 평소 더위에 민감하지만 손발은 늘 찬 편이고, 수면 시 이불을 거의 덮지 않으며 간헐적으로 안면부 상열감이 있다.

(8) **面色**: 피부는 흰 편이고 관골 주위 등 얼굴에 붉은 기운이 있다.

(9) **舌診**: 舌淡紅 薄白苔 舌裂紋



Figure 1. Anterior view and lateral view of face taken by digital camera (DEC-18-2015)

5) 진단: 외형, 설문지 결과, 소증 및 현증 등에 근거하여 소양인 위수열리열병 음허오열증으로 진단하였으나, 경과 관찰 후 태음인 간수열리열병 조열증으로 재진단하였다.

III. 治療 및 經過

1. 治療방법

1) 한약치료

한약은 OO대학교한방병원 약제실에서 조제한 탕약을 사용하였으며, 탕약의 약재 구성은 『東醫壽世保元』을 따랐다. 탕약은 2침을 3회에 나누어 매 식후 1시간에 환자가 복용하도록 하였고, 약 복용 기간 중 이상반응은 발생하지 않았다.

(1) 소양인 위수열리열병

① 십이미지황탕 加 생지황 16g 석고 16g 독활 4g 우슬 4g 과루인 4g (2015년 12월 18일-2016년 1월 10일, 23일): 숙지황 산수유 각 8g 복령 택사 각 6g 목단피 지골피 현삼 구기자 복분자 차전자형개 방풍 독활 우슬 과루인 각 4g 생지황 석고 각 16g

환자를 소양인 陰虛惡熱證의 범주에서 접근하여 십이미지황탕 가미방을 투약하였다. 십이미지황탕에 위열을 직접적으로 해소하는 생지황, 석고를 추가하여 처방을 구성하였다. 상기 기간 동안 침 치료와 병행되면서 서동증 및 진전 등 운동성 주소증은 다소 호전되는 경향을 보였으나, 수면양상, 식욕, 기상 후 구갈, 굳은변의 배변양상의 호전이 없었다.

(2) 태음인 간수열리열병

① 청심연자탕 增 원지 8g 加 천마 8g 죽여 8g 대황 8g 고본 8g 대황(酒蒸) 4g 갈근 4g (2016년 1월 10일-1월 21일, 11일): 원지 12g 연자육 산

약 천마 죽여 대황 고본 각 8g 천문동 맥문동 석창포 산조인(炒) 용안육 백자인 황금 나복자 대황(酒蒸) 갈근 각 4g 감국 2g

십이미지황탕 가미방을 23일간 투약하였으나, 비운동성 증상에 호전이 없어 태음인 조열증으로 다시 변증하여 청심연자탕 가미방으로 탕약을 변경하여 투약하였다. 청심연자탕에 간열을 해소하는 갈근, 대황을 가하여 처방한 결과 수면 및 배뇨양상, 구갈과 배변양상이 호전되었다.

2) 양약치료

입원 전(2014년 3월)부터 입원 5일(12/22)까지 기존 약을 복용하였고 본원 뇌신경센터 협진을 통해 양약 복용을 다음과 같이 조정하여 퇴원일(1/21)까지 유지하였다.

- 2014년 3월~2015년 12월 22일
- PK MERZ TAB. 100mg (Amantadine sulfate) 0.5정 하루 2회
- 2015년 1월 5일~1월 18일(levodopa 제제 복용 시작)
- MADOPAR HBSTM CAP. 125 MG (levodopa) 1캡슐 하루 3회
- 2015년 1월 19일~1월 21일 (용량 증가 1회 125mg 1.25정←1정)
- MADOPARTM TAB. 100 /25 MG (levodopa) 1.25정 하루 3회

3) 침치료

입원치료 기간 동안 직경 0.25mm, 길이 30mm인 일회용 stainless 毫鍼을 사용하여 1일 1회 시술하였다. 20분간 유침하였으며 자침의 심도는 3~20mm로 하였다. 두침(좌측 무도진전제어구, 운동구), 우측 팔사혈, 팔풍혈, 체질 진단 후 체질별 臟局大小에 근거하여 취혈하였다.

- 소양인 : 腎正格(LU8 KI7 補, SP3 KI3 瀉), HT3 (補), GB34(瀉)
- 태음인 : 肺正格(SP3 LU9 補, HT8, LU10 瀉), 肝勝格(LU8 LR4 補, HT8 LR2 瀉), ST36(瀉)

2. 평가방법

1) Global Assessment Scale (GAS)

치료 기간 동안 약효가 없는 경우, 운동성 증상인 보행 장애 및 서동, 진전과 비운동성 증상인 구갈 증상에 대한 전반적 자기 평가(Global assessment scale, GAS)를 실시하였다. 입원 당시 증상의 정도를 100점으로 설정하고, 매일 오전 7시에 입원 당시와 비교하여 증상의 정도가 어떠한지를 0에서 100사이의 숫자로 점수를 매겨 환자가 주관적으로 평가하도록 하였다.

2) Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS)

UPDRS는 대표적인 파킨슨병 임상척도로 파킨슨병 환자의 치료결과 관찰에 활용된다. 파킨슨병의 임상연구 및 약물의 임상실험에 필수적인 평가지표로 파킨슨병 환자의 운동증상과 일상생활 수행능력을 점수로 나타낸다. MDS-UPDRS는 The Movement Disorder Society에서 2008년 기존 UPDRS의 한계점을 보완하여 개정한 임상척도로, 파킨슨병의 비운동성 증상에 대한 다수의 평가항목과 일부 운동증상에 대한 평가항목이 추가되었다⁸.

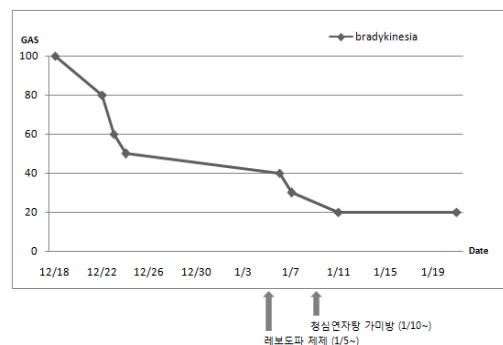
환자에게 한의학치료를 시행한 1명의 동일한 한의사가 치료 전인 입원 시(12/18)와 3주간 십이미지황탕 가미방 투약 후인 1/11, 이 후 청심연자탕 가미방으로 투약 변경 후 5주 치료 후인 퇴원일(1/21)에 MDS-UPDRS를 평가하여 점수변화를 비교하였다.

3. 치료경과

1) 운동성 증상(motor symptoms)

(1) 서동(bradykinesia)과 보행 장애(gait disturbance)

입원 초기 서동 증상이 지속되었고 특히 양측 하지 우측 상지 서동으로 식사 등 일상생활 및 보행을 스스로 수행할 수 없었으며 동결은 1분정도 지속되었다. 입원 후 십이미지황탕 가미방과 침 치료가 병행되면서 입원 5일째(12/22)부터 상하지 서동이 다소 호전되는 양상을 보이며 보호자가 2명이 있어야만 가능했던 보행이 1명의 두손으로도 충분하였으며 동결 시간도 10초로 경감하는 등 G/A 80/100으로 증상 호전되었다. 6일째(12/23)부터 항파킨슨제를 복용하지 않았음에도 불구하고 보호자 1명의 한손의 지지로도 보행이 가능하게 되었으며 G/A 40/100으로 증상이 뚜렷이 호전되었다. 이 후 경미한 호전을 보이다가 19일째(1/5) 레보도파 제제 복용을 시작하면서 서동 증상이 G/A 20/100으로 급격히 호전되었고, 24일째(1/10) 청심연자탕 가미방으로 투약 변경 후 자가 보행이 가능하게 되었으며 변경 후 3일째(1/12)에는 동결 시간이 5초로 경감하였고 젓가락질을 혼자 수행하게 되어 간병인 없이 식사를 할 수 있었다. 퇴원 시에는 식사 및 옷 갈아입기, 샤워 등에 간병인 보조가 필요하긴 하였으나 젓가락질로 식사, 단추 잠그기 정도는 혼자 수행하였고, 빨리 걷거나 급하게 방향전환을 하지 않는 한 독립 보행이 가능하게 되는 등 G/A 20/100으로 증상 호전되었다 (Figure 2, Table 3).



GAS, Global Assessment scale

Figure 2. Changes of bradykinesia after the treatment

Table 3. The Clinical Progress of Gait Disturbance Symptoms

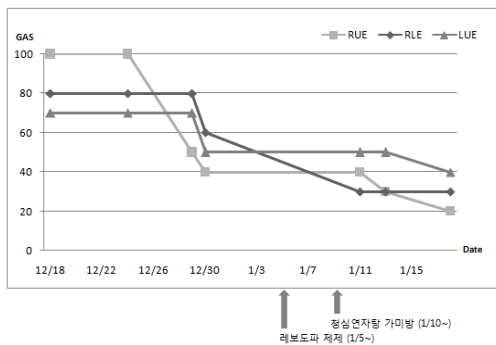
1days after treatment	자가보행 불가, 동걸 1분
4days after treatment	보행 시 보호자지지 1명←2명, 동걸 10초←1분
5days after treatment	보행 시 보호자지지 1명 한손←두손, 동걸 10초
23days after treatment	자가보행가능, 동걸 10초
25days after treatment	자가보행가능, 동걸 5초←10초, 젓가락질 가능

Table 4. Changes of Constipation After the Treatment

	23days after treatment	34days after treatment
Constipation	q4-6days, Bristol II	q2-4days, Bristol IV

(2) 떨림(tremor)

입원 초기 양측 수지 우측 족지의 지속적인 떨림 증상이 발생하였는데 우측 수지가 가장 심하게 나타났으며 동작 시보다 안정 시에 심화되는 편이었다. 항파킨슨제를 복용하지 않았음에도 불구하고 십이미지황탕 가미방 및 침 치료의 병행으로 6일째(12/23)부터 우측 상지의 떨림이 경감되기 시작하였으며 이 후 좌측 상지, 우측 하지도 증상이 호전되기 시작하여 13일째(12/30)에는 우측 상지는 G/A 40/100, 좌측 상지와 우측 하지는 G/A 50/100, 60/100으로 증상 경감하였다. 이 후 19일째(1/5) 레보도파 제제 복용을 시작하였으나 증상 호전 없이 지속되다가 24일째(1/10) 청심연자탕 가미방으로 투약 변경 후 우측 상지부터 경감되기 시작하여 퇴원 시에는 우측 상지 G/A 20/100, 좌측 상지 40/100, 우측 하지 10/100으로 증상 호전되었다 (Figure 3).



GAS, Global Assessment scale

Figure 3. Changes of tremor after the treatment

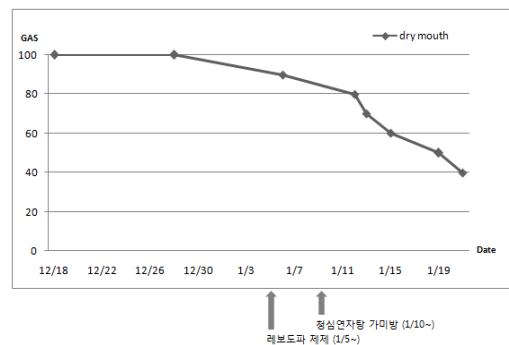
2) 비운동성 증상(non-motor symptoms)

(1) 변비(constipation)

입원 초기에는 4-6일에 1회 붉은 굳은변 양상으로 특별히 배변 시 용력과 잔변감은 없었다. 십이미지황탕 가미방 지속 투여 후에도 변의 양상이 크게 변함이 없었고 생지황, 석고를 각각 16g까지 증량하였지만 유지되었다. 24일째(1/10) 청심연자탕 가미방으로 투약 변경 후 배변 주기가 2-4일로 경감되었고 변의 양상도 바나나변의 보통변으로 호전되었다 (Table 4).

(2) 구갈(dry mouth)

입원 초기에 기상 후 입마름이 심화되는 경향을 보였고 십이미지황탕에 생지황, 석고, 과루인을 가미하여 처방하였지만 G/A 90/100으로 큰 호전이 없었다. 24일째(1/10) 청심연자탕 가미방으로 투약 변경 후 입마름이 좋아졌다는 표현을 처음으로 하였으며 점차 경감되어 퇴원 시에는 G/A 40/100으로 증상 호전하였다 (Figure 4).



GAS, Global Assessment scale

Figure 4. Changes of dry mouth after the treatment

3) 그 외 제반증상

(1) 수면장애(sleep disturbance)

입원 치료 초기에는 수면시간 자체는 양호하나 예민한 신경 및 야간뇨로 수면의 질이 낮았고 잠꼬대도 자주 하였다. 그러나 청심연자탕 가미방으로 변경 후 환자가 잠을 잘 잤다는 표현을 시작하였고 야간뇨 횟수가 줄면서 수면 중 각성을 하지 않는 날도 있는 등의 수면 양상이 호전되었다.

(2) 배뇨장애(dysuria)

입원 시에는 신경이 예민하여 2-3시간에 1회로 빈뇨 및 야간뇨 3-4회를 주기적으로 하였지만 청심연자탕 가미방으로 투약 변경 후 수면 양상이 호전되면서 야간뇨 횟수도 0-2회로 경감하게 되었다. 정신적으로도 안정되면서 간병인이 옆에 조금이라도 없으면 불안하여 요의를 참지 못하였으나 투약 변경 후 1-2시간은 요의를 참을 수 있게 되었다.

(3) 식욕부진(anorexia)

입원 치료 초기에는 컨디션에 따라 3식 1/2공기에서 1공기까지 불규칙하게 식사를 하였고 식욕 자체도 보통이었다. 청심연자탕 가미방 투약 변경 후 식욕 호전되어 3식 1공기로 유지하게 되었다.

4) Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS)

치료 전인 입원 당시(12/18)와 십이미지황탕 가미방 치료 3주 후인 1/11, 이후 청심연자탕 가미방 치료 후인 퇴원 일(1/21)에 UPDRS를 각각 평가한 결과는 다음과 같았다. Part I은 28점에서 12점, 9점, Part II는 41점에서 29점, 25점 Part III는 76점에서 50점, 43점 각각 감소하여 총점은 145점에서 91점, 77점으로 감소하였다(Table 2).

Part 별 세부 평가 내용을 살펴보면, 비운동성 증상 평가에서 Part I은 우울, 불안, 의욕저하, 감정 절제

장애 등 심리적인 부분의 호전을 보였고 수면 장애, 배뇨장애, 배변장애, 피로 등 항목에서 두 단계, 기립 시 현훈에서 한 단계씩 점수가 상승하였다. Part II의 독립적인 일상생활 수행 능력의 향상으로 식사하기, 옷 입기, 씻기 등의 항목에서 한 단계씩 점수가 상승하였다. 서동증과 진전 증상의 호전으로 보행 및 동작 수행 능력이 향상되어 Part II 후반부 항목에서 한 단계 이상씩 점수 상승 하였고 Part III 운동성 증상 평가에서도 얼굴 표정, 강직, 손발 운동, 보행, 동결, 자세의 안정 등의 항목에서 한 단계 이상씩 점수의 상승을 보였다.

IV. 考察 및 結論

상기 환자는 추정적으로 파킨슨병을 진단받고 1년간 Amantadine 제제를 복용해왔고, 서동증과 진전, 입원 전 2년 간 2차례 낙상으로 독립적으로 가동, 기립 및 보행이 어려운 상태로 한방병원에 내원하였다. 뿐만 아니라 변비, 구갈, 불안에 의한 배뇨장애, 수면장애 등의 비운동성 증상으로 인해 일상생활을 독립적으로 못할 만큼 어려움을 겪는 상태로 초기 파킨슨병의 운동성 및 비운동성 증상의 개선 및 현 상태에 알맞은 항파킨슨제의 복용이 필요한 상태로 판단할 수 있었다. 이에 한의학 치료를 통해 변비를 비롯한 비운동성 증상을 개선하여 삶의 질을 향상시키고, 환자 증상에 맞는 항파킨슨제 복용을 병행하여 파킨슨 병 초기에 심화된 운동성 증상을 개선하여 환자 스스로 일상생활을 가능하도록 하는 것을 치료 목표로 설정하였다.

입원 당시에는 상기 환자를 容貌詞氣, 體形氣像, 사상체질진단설문지(QSCC II +), 素證 및 顯證 등을 종합하여 소양인 위수열리열병 음허오열증으로 진단하였다. 즉 강한 인상, 좁은 이마과 발달된 관골, 높은 콧대, 얇은 윗입술, 솟은 눈썹, 올라간 입꼬리, 전반적으로 마르고 하지보다 상지가 발달한 체형과 발병 전 왕성한 식욕과 양호한 소화상태, 배변 시 변비 경향이 며 안면부 열감 및 수면 시 이불을 거의 덮지 않을

정도로 더위에 민감 하는 등 胃의 열기가 과도한 상태를 가지고 있어서 소양인의 위수열리열병으로 판단하였다. 위수열리열병은 胃局熱氣의 강도 및 大腸局의 淸陽에 정도에 따라서 順證인 흥격열증과 逆證인 음허오열증으로 분류되는데 음허오열증은 裏熱에 表寒의 증상을 겸하게 되는 表裏俱病이다⁹. 위 환자는 흥격열증 보다는 약화된 裏熱의 증상인 구갈, 不多飲水에 손발이 찬 表寒의 증상이 동반되고 식욕 저하가 나타나며, 性情偏急에 해당하는 불면, 건망(불안) 증상이 있으므로 逆證인 음허오열증으로 진단하였다. 이에 음허오열증에서 식체비만, 복통 구토 등의 위장관 증상보다 陰虛惡熱 증상에 사용하는 십이미지황탕에 胃熱을 직접적으로 해소하는 생지황, 석고와 구갈을 해소하는 과루인을 추가하여 용약을 시작하였다.

입원 후 23일간 십이미지황탕 가미방을 투약하였으나 서동증 및 진전 등 운동성 주소증은 다소 호전되는 경향을 보였으나, 수면양상, 식욕, 기상 후 구갈, 굳은변의 배변양상의 호전이 없었다. 이에 환자를 재변증 하였는데, 파킨슨병 증상 및 체중감소로 인한 체형과 용모 변화를 감안하여 소증을 중심으로 판단하였다. 환자의 양호한 식욕과 소화상태, 구갈, 상열감, 변비 등은 肝熱의 증상으로 판단되고, 파킨슨병으로 인한 서동, 위압감, 빈뇨, 性情偏急으로 인한 불안 등은 肺燥의 증상으로 볼 수 있으므로¹⁰ 태음인 간수열리열병 조열병으로 재진단하였다. 조열증은 肝熱이 심화되어 肺局의 呼散之氣의 손상되면서 肺燥의 증상이 겸한 逆證이다¹¹. 이에 청심연자탕에 肝熱을 해소하는 갈근과 대황과 肺燥를 해소하는 고분, 죽여, 천마를 추가하고, 肺神의 손상을 회복하기 위해 원지를 증량하여 용약하였다.

십이미지황탕 가미방에서 청심연자탕 가미방으로 입원 24일째부터 퇴원일까지 11일간 투약 변경 후 재반증상, 특히 비운동성 증상에 뚜렷한 호전 반응이 나타났다. 탕약 변경 후 배변 주기가 46일에서 24일로 경감되었고 굳은변에서 보통변 양상으로 배변상태도 호전되었으며, 입마름 또한 호전되어 GAS 100점에

서 40점까지 경감되었다. 그리고 야간뇨 횟수가 감소하고 예민한 신경이 안정되면서 배뇨장애가 호전됨에 따라 수면의 질이 개선되었고, 식욕도 호전되어 규칙적으로 3식 1공기로 유지할 수 있게 되었다.

변비, 구갈, 수면장애 등 비운동성 증상뿐만 아니라 서동, 떨림 등의 운동성 증상은 입원 6일째부터 항파킨슨제 복용이 없었음에도 불구하고 서동과 보행 장애 및 진전 증상의 호전도가 있었고 레보도파 제제를 병행하고 나서 호전도가 상승하는 것으로 보아 환자 상태에 적합한 레보도파 제제 복용과 한의학치료와 병행치료가 운동성 증상에 효과적임을 보여준다. 특히 상기 환자의 경우 진전 증상에 있어서 항파킨슨제의 복용 여부에 상관없이 탕약과 침 치료가 증상의 호전도에 더 큰 영향을 끼치는 것을 알 수 있다. MDS-UPDRS 총점은 십이미지황탕 가미방을 투여한 3주간의 기간 동안 145점에서 91점으로 감소하였고 이후 2주간 청심연자탕 가미방으로 투약 변경 후 77점으로 감소하였다. Part I은 28점에서 12점, 9점, Part II는 41점에서 29점, 25점, Part III는 76점에서 50점, 43점으로 각각 감소하였다. 이를 통해 비운동성 증상과 운동성 증상을 포함한 전 영역에서 호전이 있었음을 정량적으로 확인할 수 있었다.

상기 환자는 서동증과 진전 및 낙상으로 인해 기립 및 보행이 힘든 초기 파킨슨 병 환자로 운동성 증상뿐만 아니라 변비, 구갈, 불안에 의한 배뇨장애, 수면장애 등 비운동성 증상으로 인해 독립적으로 일상생활 수행이 불가능한 상태로 내원하였다. 태음인 조열증으로 최종 진단하여 5주간 한약치료 및 침 치료, 기타 물리치료를 시행하였고 서동증 및 보행 장애, 진전 등 운동성 증상뿐만 아니라 변비, 구갈 등 비운동성 증상에서 뚜렷한 호전을 보였다. 이에 간병인의 약간의 보조만을 필요로 하는 보행 및 일상생활 수행이 가능해지고 삶의 질이 현저하게 향상되었다.

하지만 상기 환자는 1회의 입원치료를 단기간의 호전을 보였으므로 퇴원 이후의 치료효과의 유지 여부를 확인해보아야 할 것이다. 또한 현재에도 삶의 질과 밀접한 비운동성 증상 치료에 대한 중요성의 인

식이 커지면서 연구가 활발히 되고 있지만 증례수가 10여개로 여전히 부족한 실정이다. 소증개선을 통한 체질적 치료가 가능한 비운동성 증상 치료에 대한 추가적인 증례보고 및 연구가 필요할 것이다.

그리고 상기 환자는 소양인 위수열리열병 음허오열증에서 태음인 간수열리열병 조열병으로 재진단하였는데, 이 등7의 논문에서도 상기 환자와 같이 소양인 위수열리열병 음허오열증에서 태음인 간수열리열병 조열병으로 재진단하여 치료효과의 호전도를 향상시켰다. 2개의 사례 모두 환자가 파킨슨병으로 체형 및 용모사기와 소증을 가리는 현증으로 체질 판별 자체가 어렵고, 음허오열증과 조열증 둘 다 裏熱에 관한 증상들을 공통적인 소증으로 가지고 있기 때문에 처음 진단 시 감별이 쉽지 않다. 같은 裏熱의 증상이라도 체질에 따라 치료효과가 다르기 나타나기 때문에 지속적인 연구를 통해 체질 변증의 정확성 및 재현성을 높이는 가이드라인정립이 이루어져야 할 것이다.

V. References

1. Park SM, Lee SH, Yin CS, Kang MK, Lee YH. Literature Review on Parkinson's disease in Oriental medicine. J. Korean acupuncture & Moxibustion Society. 2004;21(1):202-210. (Korean)
2. Health insurance Review & Assessment Service, National Health Insurance Service. 2014 National Health Insurance statistical yearbook. Seoul. 2016. (Korean)
3. Kim SR, Kim JY. Non-motor Symptoms and Quality of Life in Mild Parkinson's Disease. Journal of the Korean Gerontological Society. 2015;35(4):913-928. (Korean)
4. Cheon YJ, Park YS, Kim JT, Lim SC. Evaluation for Effectiveness and Tolerance Duration of Initial Medication on Untreated Early Parkinson's Disease. Yakhak Hoeji. 2015;59(3):127-134. (Korean)
5. Kim SR, Chung SJ, Sung YH, Im JH, Lee MC. Factors Related to Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease. J Korean Neurol Assoc. 2005;23(6):770-775. (Korean)
6. Park YG, Lee MS, Bae NY. Case Study of Soyang Patient with Parkinson Disease Having Depression. J Sasang Constitut Med. 2015;27(3):356-365 (Korean)
7. Lee MS, Park YG, Bae NY. A Case Study of a Taeumin Patient with Advanced Parkinson's Disease Having Orthostatic Hypotension. J Sasang Constitut Med. 2016;28(2):193-204. (Korean)
8. Jo JH. Clinical rating scales of Parkinson's disease. Neuronet Focus. 2009;4(3):14-17. (Korean)
9. Yu JS, Lee EJ. Clinical Practice Guideline for Soyangin Disease of Sasang Constitutional Medicine: Yin-Deficit Diurnal-Heat (Eumheo-oyeol) symptomatology. J Sasang Constitut Med. 2014;26(3):272-280. (Korean)
10. Lee JH, Lee EJ. Clinical Practice Guideline for Taeumin and Taeyangin Disease of Sasang Constitutional Medicine: Diagnosis and Algorithm. J Sasang Constitut Med. 2015;27(1):13-41. (Korean)
11. Jeon SH, Yu JS, Lee EJ. Clinical Practice Guideline for Taeumin Disease of Sasang Constitutional Medicine: Liver Heat-based Interior Heat (Gansuyeol-liyeol) disease. J Sasang Constitut Med. 2015;27(1):57-70. (Korean)