

소뇌경색 경과 중 호흡곤란이 발생한 患者 治驗 1例

최유경, 고재철*, 고승희, 이청정혜, 박세기, 김동우, 한양희, 전찬용, 박종형

경원대학교 한의과대학 내과학교실, 경원대학교 인천한방병원 내과*

One Case Treated Dyspnea with Cerebellar Infarction

You-Kyung Choi, Jae-Chul Ko*, Seung-Hi Ko, Chung-Jung-Hye Lee, Se-Ki Park, Dong-Woo Kim
Yang-Hee Han, Chan-Yong Jun, Chong-Hyeong Park

Dept. of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Kyung-Won University
Kyung-Won University Incheon Medical Center*

In this case report regarding one patient with complete left bundle branch block and mild hypokinesia of left ventricle, who had cerebellar infarction and therefore showed the symptoms of cerebellar dyskinesia followed by dyspnea, chest discomfortness, insomnia and dry cough. From the point of oriental diagnostic criteria, the patient's clinical conditions were all classified as 'Ædeprivation of kidney essence' and treated accordingly. He showed no change in EKG monitoring but above symptoms were removed markedly after following treatment. Further elaboration of oriental diagnostic classification could possibly lead to the fundamental treatment.

Key Word : Dyspnea, Cerebellar Infarction, Left bundle branch block, Oriental Diagnostic Classification

I. 緒 論

호흡곤란이란 빠른 호흡도 아니고 과 호흡도 아니면서 환자가 숨을 쉴 때 힘이 들고 무언가 불편하고 고통스러운 감각이라 할 수 있다. 이를 韓醫學에서는 上氣나 喘證의 범주에서 이해할 수 있으며 氣息이 促急한 상태라 이해될 수 있다.

저자는 소뇌경색의 치료과정 중 호흡곤란 및 胸悶, 그로 인한 심한 불면증상이 한방치료로 호전된 예가 있어 그 경과 및 치료과정을 보고하고자 한다.

II. 症 例

1. 환 자

권 ○ ○ / 67세 남자

2. 주소증

- 1)眩暈, 運動失調, 左半身少力, 語鈍, 嚔下障礙
- 2)呼吸困難, 胸悶
- 3)心煩, 不眠

3. 발병일

- 1)2000년 6월 8일
- 2,3)2000년 6월 14일

4. 과거력

- 1) 1998년 고혈압으로 혈압약 복용중

2) 2000년 4월 30일 위장관 출혈로 10일간 모 의료원 입원 치료.

내시경상 distal ileal ulcer 및 atrophic gastritis 진단 받음. 당시 치료 후 別無 不便

3) 2000년 4월 30일 입원 당시 심전도(EKG)상 complete left bundle branch block 있어 digoxin 0.125mg 복용중 -- 관련 자각 증상은 없었음.

5. 흡연 및 음주 경력

- 1) 흡연 (-)
- 2) 음주: 4회/1주, 1회에 소주 3-4병

6. 가족력: 別無

7. 발병당시 및 발병 후 본원 내원까지의 상황

1) 현 병력

2000년 6월 8일 빗자루로 청소하다 갑자기 땅이 움직이는 듯 어찔함을 처음 느낀 후 1층에서 3층까지 엘리베이터를 타고 올라오면서 심한 眩暈으로 몸을 가누지 못해 모 종합병원 입원. 평소 가지고 있던 cardiac problem으로 인한 syncope 의심하여 검사 및 치료 중 6월 9일 저녁 語鈍 나타나 6월 10일 brain-CT, MRI, MRA상 소뇌경색 관찰되어 6월10일부터 4일간 항 혈액응고제(heparin)치료받고 증상변화 없는 상태로 한방치료 원하여 6월 14일 본원 내원함.

2) Medication(Table 1)

8. 입원당시 검사 결과

- 1) 혈압; 140/94 mmHg 맥박수; 74 회/분 호흡수; 20회/분 체온 36.4 °C
- 2) 신경학적 검사;
 - 의식(mental): alert
 - 운동(motor): 운동실조 및 운동조정 곤란-좌우 모두에서 나타남(좌측 심함)
 - 감각(sensory): 우반신 경미한 감각(특히 통각)저하
 - 언어(speech): 구음장애(+). 어눌하

고 술에 취한 듯함. 말을 갑자기 시작하고 갑자기 끊긴다. 폭발성(explosive), 단철성 언어(scanning speech)

- 연하장애: 유동식 삼킬 때 잦은 사례
- 심부 건반사(DTR)

: knee jerk (++)/+++), elbow jerk (++)/+++)

· Babinski's sign: (-/-)

· ankle clonus: (-/-)

· neck stiffness: (-)

3) brain MRI 및 MRA

left cerebellar hemisphere infarction (上소뇌동맥, 前下소뇌동맥 부위)

4) 심전도 (EKG) 및 심초음파(echography)

complete left bundle branch block (QRS=0.16초)

좌심실의 moderate global hypokinesia, unknown etiology

5) X-ray

chest AP : cardiomegaly

KUB: WNL

6) Lab. findings (2000년 6월 15일)

BC) sGOT 50 sGPT 72 γ-GT 64 LDH 344 Iron 45 TIBC 336

Others: WNL

CBC) RBC 4.17*1000000 Hb 11.5g/100ccHct 34.9 %

Others: WNL

9. 진단

1) 한방 변증

肝陽化風 風火上搖

2) 양방 진단

① Cerebellar infarction

② Ventricular dysfunction /complete

Lt. BBB

③ Hypertention

④ ^{RO)} 철분결핍성 빈혈

10. 경과 및 치료

1) 소뇌경색 관련증상의 경과

· 2000년 6월 14일(본원 입원 당시)

두통과 심한 眩暈으로 오래 침상에서 일어나 앉아 있기 힘이 들어 하는 상황.

· 6월 19일(입원 6일)

眩暈 증상 다소 완화되어 조금 오래 앉아 있을 수 있으며 기립을 시도 해 보았으나 현훈 때문에 쉽지 않음.

· 6월 28일(입원 15일)

眩暈은 빠른 호전 보여 부축 받고 보행가능하나 여전히 흔들거리는 광저 보행의 형태를 보임 (wide-based gait)

· 7월14일(입원 31일)

眩暈 및 운동실조 많이 호전되어 혼자서 난간잡고 보행이 용이한 상태임.

· 8월 3일(입원 51일)

단독보행가능.

· 9월 4일 (입원 83일, 퇴원)

眩暈 및 운동실조 호전되어 단독보행의 상태가 양호해졌으며 어둔 및 운동실조 약간의 호전 보이나 아직은 finger to nose 검사 등 소뇌기능검사에서 완벽하지는 않음.

2) 呼吸困難과 기타 호소 症狀 및 치료 경과

· 2000년 6월 14일(본원 입원 당시)

胸悶 및 煩燥 증상을 호소하며 간헐적 호흡 곤란 호소하였으나 생체 징후

Table 1 . Medication

Digoxin	0.125mg	1일 1회
Renitec	5mg	1일 1회
Aldactone	25mg	1일 2회
MGO	250mg	1일 3회
Domperidone	10mg	1일 3회
Tanamin	40mg	1일 3회
Enafon	10mg	1일 3회
Valium	2mg	1일 3회

Table 1. 주요 症狀 및 치료경과

	6월 8일 (양방병원)	6월 14일 (본원 내원)	6월 28일 (입원 15일)	7월 6일 (입원 23일)	7월 14일 (입원 31일)	7월 16일 (입원 33일)	7월 28일 (입원 45일)	9월 4일 (퇴원)
중풍 관련	· 발병 · 현훈 심함	· 眩暈 운동 실조	· 부축보행	· 부축보행	· 지지 단독 보행	· 지지 단독 보행 용이	· 단독보행 연습	· 현훈 호전 · 단독보행
경과 기타 증상	· 답답증 경미감	· 胸悶 煩躁 가끔 숨참	· 호흡곤란 호소(호흡수 정상) · 不眠, 口渴	· 야간 호흡 곤란 더욱 심 해지고 기좌 호흡의 형태	· 잠시 호전 보였던 호흡 곤란 다시 심해져 不眠 · 煩躁 口渴 있으나 따듯 한 것 찾음	· 호흡곤란 현저한 호전 보임	· 呼吸困難 호전 상태 유지 · 口渴 乾 咳 盜汗	· 호흡곤란 호전 상태 유지. 熟眠 · 口渴 乾 咳 조금 호 전
주요 검사	MRI, MRA 소뇌경색	· EKG: · Lt. BBB	· ABGA : 정상	· 폐 심장기능 검사 양호	특이사항 無	특이사항 無	특이사항 無	· EKG : 변화별무
양방	· Heparine · Digoxin · BP 조절 · 안정제	· Digoxin · Edamone A · Naril	· 동일 · O ₂ 공급→ 환자 거부 하여 제거	동일	동일	동일	동일	동일 8월 3일부터 Ferum Pola 추가
치료 한방	無	疏風清心湯	五苓散	少陽人 涼膈散火湯	理陰煎	理陰煎	理陰煎 去 乾薑 清上補下湯 左歸飲 加味	清上補下湯

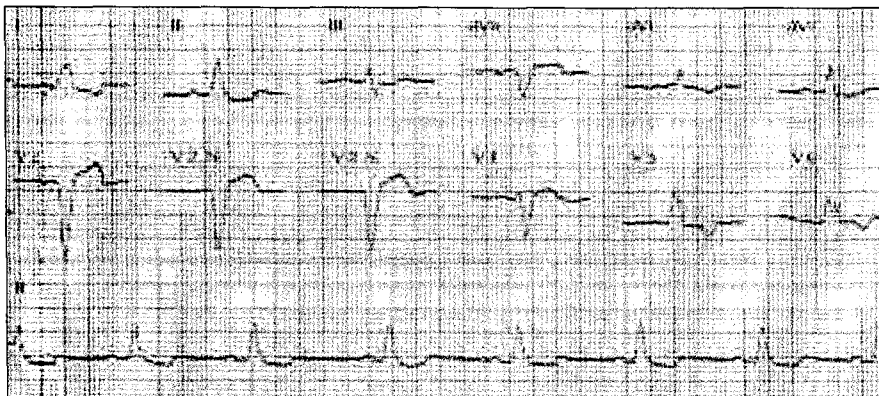


Fig. 1. EKG (2000-6-14)

는 안정적임. 口渴 있으나 물 마실 때
사래 증상 있어 飲水量이 많지 않으며
소변은 2-3시간에 1회씩 자주 소량씩
봄. 한방치료는 消風清心湯복용 및 中風
七處穴을 위주로 針치료 시행하였다.
양방치료는 내원 당시 이미 발병 후 6
일이 경과된 상황이었고 증상도 이미
고착화되었으므로 항 혈액응고제의 지
속적인 투여는 불필요할 것으로 판단되

어 heparin은 끊고 안정을 목적으로 투
여했던 양약 및 위장관운동개선제 역시
모두 끊고 digoxin 0.125mg복용 유지
뇌순환개선제 Edamone A 2T 1일 3회
복용과 혈압약 Naril 10mg 1일 2회복
용 처방함.

· 6월 19일(입원 6일)
口渴 여전히며 排尿가 잦고 시원하지
않다고 호소. 대변 및 수면상태는 양호

하고 간헐적으로 경미한 胸悶 心煩 호
소함. 荊防瀉白散 加味方으로 처방 변
경함.

· 6월 28일(입원 15일)
口渴 胸部 답답함 및 호흡 시 숨찬 증
상(호흡수 정상) 심하여 不眠호소. 야간
汗出보이고 소변은 여전히 잦고 소량씩
(1회50cc-150cc) 봄. 복부 온 째질 팍
으로 째질하는 것을 즐겨함.

심해진 호흡곤란 증상 때문에 EKG
및 chest X-ray follow up하였으나 입
원당시와 큰 변화 없음.

ABGA(Arterial Blood Gas Analy-
sis) 의뢰하였으나 큰 이상 없다는 소견
받음. 처방을 五苓散 加味로 변경함.

야간 호흡곤란 시 O₂ 2-3 l nasal
prong으로 공급 시도하였으나 환자가
더욱 불편하고 답답하다고 거부하여 제
거함.

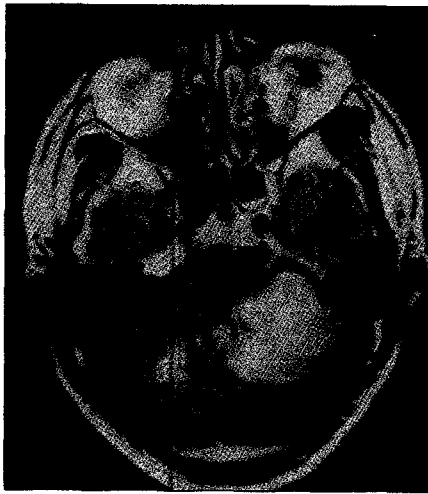


Fig. 2. Brain-MRI (2000-6-12)

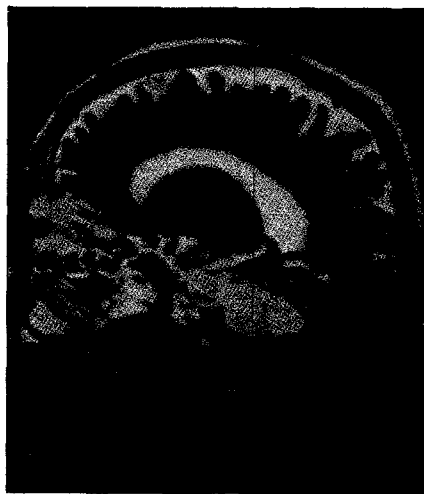


Fig. 3. Brain-MRI (2000-6-12)



Fig. 4. Intracranial MRA(2000-6-12)

· 7월 6일(입원 23일)
야간에 호흡곤란 더욱 심해지고 기좌 호흡의 형태를 띠며 운동과의 연관성은 없어 보임. 乾咳 口渴 心煩 및 盜汗 不眠 심함.

EKG는 여전히 변화 보이지 않음.

인근 의료원에 폐 기능검사 및 심장 기능검사 의뢰하였으나 호흡곤란을 유발할 만한 이상 소견 보이지 않음. 처방 少陽人 凉膈散火湯으로 변경함.

· 7월 14일(입원 31일)

잠시 호전되었던 胸悶 및 호흡곤란이 다시 심해져 야간 수면상태 불량함. 頻尿 여전히 야간에 3-4회 배뇨함. 理陰煎으로 처방 변경함.

· 7월 16일(입원 33일)

처음으로 夜間에 편안한 수면 취했다고 함.

· 7월 28일(입원 45일)

간헐적 답답함 호소하지만 호흡곤란 및 煩躁 증상은 현저한 호전 보여 야간에 숙면 취하고 있으나 口渴, 乾咳증상 여전히 있음. 처방 중 乾薑 去하고 肉桂의 용량 늘임(4→6g).

· 8월 3일(입원 51일)

BC) sGOT 33 sGPT 29 γ -GT 55
LDH 236 Iron 47 TIBC 336

Others: WNL

CBC) RBC 4.95*1000000 Hb 13.3g/100cc Hct. 41.3 %

Others: WNL

7월 16일부터 현저하게 수면 상태 호전되었으며 호흡곤란 경감. 乾咳 및 口渴은 여전히 호소하나 그 정도가 경감됨.

이후 淸上補下湯, 左歸飲 등으로 補陰之劑를 사용하여 치료함.

빈혈소견은 조금 호전 보이나 iron 수치 매우 낮게 지속되어 철분 제제 (Ferrum Pola) 추가함.

· 9월 4일 (입원 83일, 퇴원)

Iron 66mg/dl TIBC 327mg/dl

EKG 큰 변화 없이 관찰됨.

수면상태 양호하게 유지되고 호흡곤란 호소하지 않으며 경미하게 가슴 답답한 증상 간헐적 호소하는 상태임. 頻尿 증상 호전 보여 야간에 1회 정도 배뇨하는 정도로 양호해지고 사래도 호전되어 유동음식(liquid) 훨씬 수월하게 넘김. 盜汗과 口渴 및 乾咳도 호전은 보이나 조금은 남아 있는 상태로 퇴원함.

III. 考 察

호흡곤란은 여러 질환에서 나타나는 흔한 증상임에도 불구하고 그 병태 생리가 불분명하고 병인을 구별하는 것이 모호할 수 있으며 호흡곤란의 감각이 주관적인 증상이므로 그 정도를 정량화하기 쉽지 않기 때문에 증세를 평가하고 처리하기가 쉽지 않다⁴⁾.

한의학에서는 호흡곤란을 喘症, 上氣, 短氣의 범주에서 설명할 수 있는데 “氣息이 促急한 증상”으로 총괄할 수 있으며 그 病機는 肺와 腎에 있다고 본다. “諸氣者, 皆屬于肺”라 하여 肺는 呼吸을 주관하고 氣機의 出入升降의 樞가 되어 宣肅機能을 발휘하여 氣道를 通暢시키므로 呼吸이 調勻한다. 그런데 肺는 嬌臟으로 邪氣의 侵襲을 잘 견디지 못하므로 만약 外邪가 侵襲하거나 혹은 다른 臟의 病氣가 上犯하면 肺로 하여금 宣降作用을 失調되게 하여 肺氣脹滿하고 氣道를 막아 呼吸이 不利하여 喘促이 發한다. 또는 肺가 虛하면 氣를 주관할 수 없어서 少氣不足하여 喘이 된다. 또한 腎은 氣의 根으로써 肺를 도와 氣의 攝納을 관리하는데 腎元이 虧虛하면 攝納을 失常하게 되어 氣가 根本으

로 돌아오지 못하므로 陰陽이 서로 接續되지 못하고 氣가 逆하여 肺에서 들어오는 것은 적고 나가는 것은 많아 喘促이 된다. 虛實 감별에 있어서는 “實喘在肺”라 하여 外邪, 痰濁, 肝鬱氣逆, 邪壅肺氣로 인하여 宣降不利하여 喘이 유발된 경우 實證으로 분리하고 “虛喘在肺腎兩臟”이라 하여 精氣不足, 氣鬱虧耗로 인해 肺腎이 出納을 失常하여 喘이 초래된 경우 虛證으로 본다. 病程錯雜者는 보통 下虛上實을 함께 볼 수 있는데 慢性 喘咳와 肺腎虛弱이나 外邪에 중복 感觸된 경우에 많다. 外邪, 痰濁 등으로 인하여 肺氣를 막아 上盛의 증상이 나타나고 腎不納氣로 인한 下虛의 증상이 동시에 나타난다. 喘症이 重症의 단계에 이르면 肺腎俱虛 뿐 아니라 心에까지 영향을 미치는데 宗氣의 작용이라든지 心腎交濟 水化既濟 역시 불리하게 되면 亡陽 亡陰의 위험 증후도 나타날 수 있다²⁵.

본 환자의 경우 고혈압 및 기저 심장 질환(moderate left ventricular dysfunction, complete left bundle branch block)을 가지고 있어 양방치료를 받고 있었으나 평소에는 이로 인한 자각증상이 전혀 없는 상태였다. 그러나 소뇌경색이 발생한 후 심장의 상태에는 큰 변화가 없음에도 불구하고 심하게 호흡곤란증상(“숨이 차서 잠을 못 자겠다. 자다가 일어나 앓아있다.”)을 호소하였다. 운동과 밀접한 관계를 가진 것도 아니고 단지 야간 발작성 호흡곤란 및 기좌 호흡의 양태를 띠었을 뿐 chest AP상으로도 심부전으로 판단할 만한 뚜렷한 증거가 없으므로 심질환의 특이적인 증

상이라고 단정할 수는 없었지만 기저 심장기능 저하에 기인하고 소뇌경색으로 전신의 불편감이 초래되면서 정신적 요인이 유인이 되어 胸悶과 호흡곤란 및 그로 인한 심한 불면이 나타난 것으로 사료된다.

저자는 소뇌경색 치료와 더불어 digoxin 0.125mg 1일 1회복용 유지하면서 한방치료를 통해 환자의 자각증상을 개선하는데 치료의 초점을 두었다. 초기에는 少陽人 亡陰證으로 판단하여 荊防瀉白散을 처방하고 더불어 豬苓 車前子 木通 燈心 등을 가하여 心, 小腸熱을 처리하고자 하였으나 호흡곤란증상 개선 없고 심한 口渴과 小便不利(잡지만 시원하지 않은 배뇨)가 동반되어 眞熱 증상이라기보다 수분대사 기능의 저하로 체내 수분 편재(心下水氣)로 인한 증상일 수 있으므로 치료방향을 급선회하여 五苓散을 처방하였다.(太陽病 發汗後 大汗出 胃中乾 煩燥不得眠 欲得飲水者 少少與飲之 令胃氣和則愈 若脈浮 小便不利 微熱消渴者 五苓散主之)⁶ 그러나 호흡곤란 및 胸悶 口渴 乾咳 증상 더욱 심화되어 標治를 목적으로 少陽人 胸膈熱證에 사용하는 涼膈散火湯을 투여하여 일시적 증상 호전 보였으나 다시 심한 不眠 호흡곤란을 호소하였다. 또한 환자는 口渴을 느끼고 心煩 증상이 있음에도 불구하고 兩下肢 시린 증상호소와 항상 하복부에는 온찜질팩을 대고 있는 것이 관찰되어졌다. 그 동안 腎陰虛 患者에게 五苓散을 사용하여 과도한 수분대사를 유발시키고 標治를 위해 涼膈散火湯으로 胸膈의 實熱을 제거하고자 하여 더욱 元氣를 손상시킨

것으로 추정된다. 이에 腎陰不足 虛火妄動으로 최종 진단을 내리고 理陰煎을 처방하여 熟地黃 當歸로 補陰하고 乾薑 肉桂로써 引火歸元을 유도하자 현저한 증상호전을 보였다. 환자 자각증상의 악화와 호전과정에서 심전도상의 변화가 관찰되어지지는 않았다. 이후 理陰煎 이외에 左歸飲과 清上補下湯 등을 응용하여 투약한 결과 불면과 호흡곤란이 거의 소실되고 조금 답답하다는 호소만 간헐적으로 하였으며 乾咳 증상도 경감된 상태로 퇴원하였다.

IV. 結 論

본 증례는 Complete Lt. BBB 및 좌심실의 輕度 기능저하를 가진 환자가 소뇌경색이 발생하면서 소뇌기능이상 증후와 함께 호소하게된 호흡곤란 및 胸悶 不眠 乾咳를 한방변증을 통해 腎陰不足 虛火妄動으로 평가하고 치료한 결과 증상호전을 관찰하였다.

V. 參考文獻

1. 서울의대 내과학교실 편: 내과학, 고려의학, 1998, p.427
2. 전국한외과대학심계내과학교실: 심계내과학, 서원당, 1999, pp.119-127
3. 서울의대 내과학교실편: 내과학, 고려의학, 1998, p.321
4. 전국 의과대학 교수 역: 오늘의 진단 및 치료, 도서출판 한우리, 1998, p.370
5. 홍원식 편: 정교 黃帝 內經 素問, 동양의학연구원 출판부, 1981, 五臟生成論篇 p.39
6. 이정래: 東醫要諦진전, 광림공사학술도서, 1995, 傷寒論 辨太陽病脈證治篇 72 조 p.748