대한한방내과학회지 제23권 2호(2002년 6월)
Korean J.Orient.Int. Med. 2002;23(2):253-259

내측연수경색 환자의 正傳加味二陳湯 投與 1例

윤상필, 최요섭, 한진안, 이경섭

경희대학교 한의과대학 2 내과학 교실

One Case of Medial Medullary Infarction Patient Treated With *Jengjengamiyijin-tang(Zhengchuanjiaweierchen-tang)*

Sang-pil Yun, Yo-sup Choi, Jin-an Han, Kyung-sup Lee

Department of Cardiovascular and Neurologic Diseases(Stroke Center)
College of Oriental Medicine, Kyung-Hee University, Seoul, Korea

Medial medullary infarction is caused by occlusion of vertebral artery or lower basilar artery. In this report, one case had impaired pain and thermal sense over half the body, and complained of dizziness, nausea and vomiting. The other symptoms were slippery pulse(脈滑), pale tongue with whitish coating(舌淡苔白), white face(面白), obesity(體肥) and unchanged skin color(肌色如故). We diagnosed this patient as the Gastrointestinal Phlegm(食痰) and prescribed *Jengjengamiyijin-tang (Zhengchuanjiaweierchen-tang)*. The symptoms of impaired pain and thermal sense, dizziness, nausea, and vomiting were improved. So, we suggest that *Jengjengamiyijin-tang (Zhengchuanjiaweierchen-tang)* could be effective to the patient with the symptom of the Gastrointestinal Phlegm(食痰)

Key Words: Medial medullary infarction, Gastrointestinal Phlegm(食痰), Jengjengamiyijin-tang(Zhengchuanjiaweierchen-tang)

Ⅰ. 緖 論

Medial medullary infarction은 vertebral artery, basilar artery의 폐색으로 발생[1]하며 전형적인 증상으로는 병변 부위의 혀의 위축 및 병변 반대부위의 진동, 위치감각 소실 등이 나타난다.[2] 그러나 전형적인 증상이외의 다양한 증상이 나타날 수도 있지만[3] 본 증례의 경우는 lateral medullary infarction 의 증상인 眩暈, 惡心, 嘔吐 및 병변 반대부위의 통각, 열감장애의 증상이 나타났다.[4,5] 본 증례에서 舌淡苔白, 脈滑有力, 面白體肥, 肌色如故하며 消化不良, 食慾減少등의 소화기 장애가 나타났기 때문에 食痰으로 보고《醫學正傳》[6]에 記載된 補脾, 消食, 行氣하는 正傳加味二陳湯을 투여하여 증상 호전이 있었기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

· 접수 : 2002년 50월 30일 · 채택 : 2002년 7월 31일
· 교신저자 : 윤상필, 서울특별시 동대문구 회기동 1번지 경희의료원 한방병원 2 내과학 교실
(Tel. 02-958-9128, Fax: 02-958-9132, E-mail: yunpaul@yahoo.co.kr)

Ⅱ. 症 例

1. 환자 : 오 ○ ○
2. 성별/나이 : 여자/69세
3. 입원기간 : 2001년 12월 24일-2002년 2월 9일
4. 진단명 : Medial Medullary Infarction, Diabetes

Mellitus, Hypertension

5. 발병일 : 2001년 12월 22일

6. 주소증 : 眩暈, 惡心, 嘔吐, 感覺障碍, 右半身不全麻痺

7. 과거력 : ① 1년전 右半身少力으로 고대병원 입원하여 뇌자기공명 영상상 Cerebral Infarction 진단받음

② 10년 전부터 Diabetes Mellitus로 지속적 약물 복용

③ 1년 전부터 Hypertension으로 지속적 약물복용

8. 가족력 : 別無所知

9. 현병력 : 70세 비만 체격 150cm 65kg 급한 성격의 女患으로 상기 과거력 외에 별무대병중 상기 발병일에 眩暈, 惡心, 嘔吐, 感覺障碍, 右半身不全麻痺발생하여 본인 및 보호자 본격적인 한방치료 원하여 2001년 12월 24일 경희의료원 한방응급실 통하여 입원.

10. 주요검사소견

① 뇌자기공명영상(12월27일) : Small infarction at both deep white matter, basal ganglia, left medullar oblongata. Thickening of right maxillary sinus. Atherosclerotic change of both internal carotid artery, left middle cerebral artery, vertebral artery(Fig.1.)

② 위내시경검사(1월16일) : Moderate to marked erythematous gastritis

③ 일반생화학검사 : (12월26일) 공복시 혈당 93mg/dl 식후 2시간 후 혈당 327mg/dl

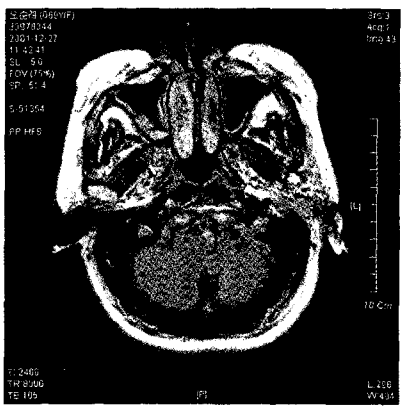

Fig. 1 MRI of Patient

Lactate dehydrogenase 501 U/L Triglyceride 196 mg/dl

(1월23일) 공복시 혈당 62mg/dl 식후 2시간 후 혈당 230mg/dl

④ 일반혈액검사(12월26일) : 정상범위

⑤ 일반요검사 : (12월26일) Occult Blood 2+ Ketone ± Protein ± Nitrite + Glucose 0.1 WBC 10-29

(1월8일) Nitrite + Glucose 1.5 WBC 10-29 Bacteria many

⑥ 요배양검사(1월6일) : Growth of E. coli. colony count over 100,000/ml

⑦ 심전도검사 : (12월24일) Normal sinus rhythm. Normal EKG

⑧ 흉부 방사선선 사진 : (12월24일) No active lung lesion

⑨ 당화 혈색소 검사 : (12월24일) 6.7% (1월25일) 5.9%

11. 치료 내용

◆ 한약치료

• 少陽人凉膈散火湯[7]

生地黃 忍冬藤 連翹 各 2錢 梔子 薄荷 石膏 知母 防風 荊芥 各 1錢

• 正傳加味二陳湯[8]

山査肉一錢半 香附子 半夏各一錢 川芎 白朮 蒼朮 各八分 橘紅 茯苓 神麴炒 各七分 縮砂研 麥芽炒各五分 甘草炙三分

◆ 침치료

• 中風七處穴爲主(百會 肩貞 曲池 風市 足三里 懸鍾 曲鬢 手三里 外關 合谷 上巨虛 太衝 八風 八邪)

◆ 전기침치료

• 上肢: 曲池 手三里 外關 合谷 下肢: 足三里 上巨虛 懸鍾 太衝

◆ 물리치료 : Electric stimulation therapy, Tilting table

◆ 양약

당뇨약 : Acarbose 100mg 1T bid Metformin HCL 500 mg 1T bid Gliclazide 80mg 1T bid

혈압약 : Cilazapril 2.5mg 1T bid

Table 1. Physical Examination of Patient.

	1/8	1/28
頭	眩暈甚. 앉아있어도 어지럽다.	微眩暈. 보행해도 어지럽지 않다.
面	黃白	黃白
胸脇	惡心. 식사하기도 거북하다.	惡心. 식사 가능하다.
腹	腹力低下	腹力低下
四肢	右不全麻痺 (1/2-3) 痛感, 熱感이 미약하다.	右不全麻痺 (1-2/3-4) 痛感, 熱感 인식가능하다.
食慾	低下 평소 많이 먹고 간식도 먹었지만 입맛이 없다.	良好 밥 1공기 및 간식도 가능하다.
消化狀態	不良, 배가 더부룩하다.	良好
大便	1회/day	1회/day
小便	1회/3-4hrs	1회/3-4hrs
汗	微汗多	微汗多
脈	脈滑有力	脈滑有力
舌	舌淡苔白	舌淡苔白

혈소판응집억제제 : Aspirin 100mg 1T qd

항전간제 : Gabapentin 300mg 1T bid

항생제 : Sparfloxacin 100mg 1T tid (1월 9일-1월 13일)

12. 치료경과

上記환자에게 중풍발병초기에는 급한 성격, 便秘경향, 汗多, 胸隔煩躁하여 少陽人으로 보고 少陽人凉膈散火湯을 投與했지만 眩暈, 惡心, 嘔吐증상이 심하였고 舌淡苔白, 脈滑有力, 面白體肥, 肌色如故(Table. 1.)하여 補脾, 消食, 行氣 하는 正傳加味二陳湯으로 처방을 변경하여 眩暈, 惡心, 嘔吐, 感覺障碍증상을 평가하였다.

• 眩暈, 惡心증상변화는 Visual Analogue Scale을 이용하여 증상이 심해서 도저히 참을 수 없는 상태를 10점으로 표현하였고 증상이 소실된 것을 0점으로 표현하였다.

1월 8일에는 眩暈이 극도로 심해서 앉아있기도 힘들어했으며 Visual Analogue scale은 8점이었으며, 1월 29일에는 보행해도 어지럽지 않았으며 Visual Analogue Scale은 1점으로 호전되었다. 또한 1월 8일에는 식사하기도 거북할 정도로 惡心이 심했고

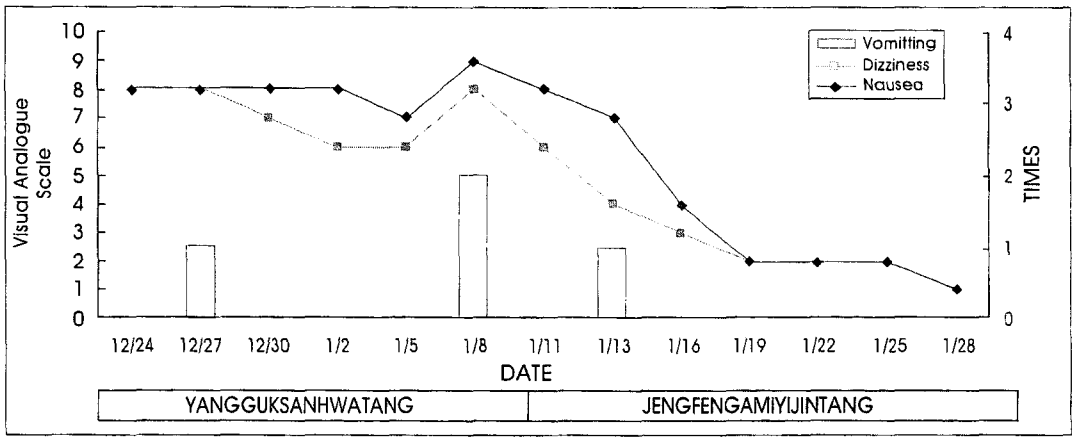

Fig. 2 The Symptom Change of Dizziness, Nausea, and Vomiting.

Visual Analogue Scale은 9점이었으며 食慾도 低下되고 식사량도 적었지만, 1월 29일에는 식사도 가능할 정도로 惡心증상이 호전되었고 Visual Analogue Scale은 1점이었으며 식사량도 늘어나서 간식도 할 수 있었다.(Fig.2.)

• 嘔吐는 횟수로 표현하였다.

12월 27에 1회하였고 1월 8일에 2회 했지만 처방 변경 후에는 1월 13일에 1회만 하였고 嘔吐 증상은 소실되었다.(Fig.2.)

• 感覺障碍 즉 熱感, 痛感障碍는 다음과 같이 평가하였다.

熱感은 施灸시간에 따른 熱感 역치 변화로 평가하였다. 뜸은 정화쑥뜸으로 만든 지름 1.4㎝, 높이 1.6㎝의 원추형의 뜸을 사용하여 환자가 熱感을 自覺하는 시간을 측정하였으며 2주 간격으로 시행하였다. 上肢는 合谷, 外關, 手三里, 曲池의 혈자리를 사용하고 下肢는 太衝, 懸鍾, 上巨虛, 足三里의 혈자리를 사용하였다.

1월 7일에는 병변 반대부위인 右上肢에서는 열감 역치시간이 合谷穴이 31초 外關穴이 32초, 手三里穴

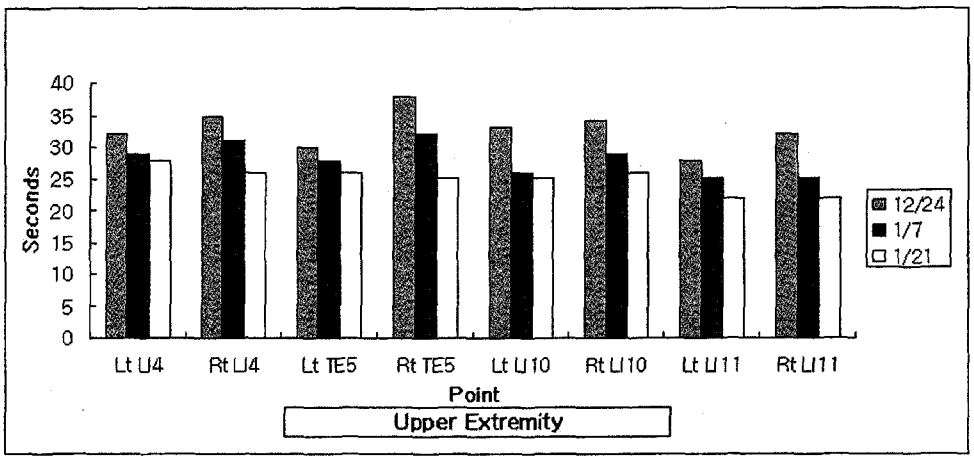

Fig. 3 The Change of Heat Sense Threshold According to Moxibustion Time.

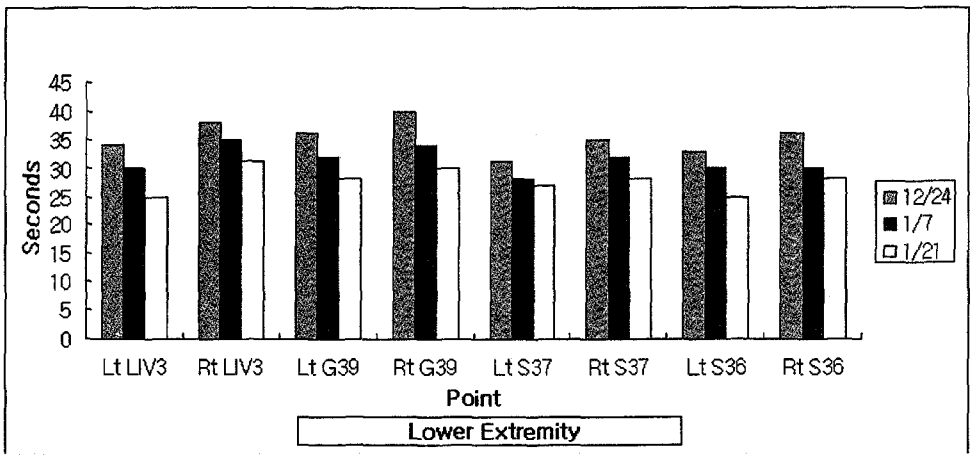

Fig. 4 The Change of Heat Sense Threshold According to Moxibustion Time.

이 29초, 曲池穴이 25초이며 1월 21일에는 合谷穴이 26초 外關穴이 25초, 手三里穴이 26초, 曲池穴이 22초 이었다. 1월 7일에는 병변반대부위인 右下肢에서는 열감역치시간이 太衝穴이 35초, 懸鍾穴이 34초, 上巨虛穴이 32초, 足三里穴이 30초 이며 1월 21에는 太衝穴이 31초, 懸鍾穴이 30초, 上巨虛穴이 28초, 足三里穴이 28초로 호전되었다.(Fig.3, Fig.4.)

痛感은 전침을 이용하여 평가하였다. 침은 1회용 stainless steel 멸균 호침(동방침구제작소, 0.25×40㎜)을 사용하였고 전침기는 저주파 전기치료기 GFP-91(ジー・エムイー, JAPAN)을 사용하였다. 침을 2㎝ 깊이로 직자한 후 frequency 는 15hertz에 맞추고, space는 2에 맞추어 上肢는 合谷, 外關, 手三里, 曲池의 혈자리를 사용하고 下肢는 太衝, 懸鍾, 上巨虛, 足三里의 혈자리를 사용하여 각각 2개의 혈자리에 전기자극을 주어 환자가 痛感을 自覺하는 intensity를 측정하였으며 2주 간격으로 시행하였다.병변반대부위인 右上肢 合谷穴, 外關穴의 Intensity가 1월 7일에는 4이었으며, 1월 21일에는 3이었고 手三里穴, 曲池穴의 Intensity가 1월 7일에는 4이었으며, 1월 21일에는 3이었고 병변반대부위인 右下肢 太衝穴, 懸鍾穴의 Intensity가 1월 7일에는 3이었으며, 1월 21에는 2이었고 上巨虛穴, 足三里穴의 Intensity가 1월 7일에는 4이었고, 1월 21일에는 2로 호전되었다.(Fig.5.)

Ⅲ. 考 察

Medial medullary infarction은 vertebral artery, basilar artery의 폐색으로 발생[1]하며 전형적인 증상으로는 병변 부위의 혀의 위축 및 병변 반대부위의 진동, 위치감각 소실 등이 나타난다.[2] 그러나 전형적인 증상이외의 다양한 증상이 나타날 수도 있지만[3] 본 증례의 경우는 lateral medullary infarction의 증상인 眩暈, 惡心, 嘔吐 및 병변 반대부위의 痛感, 熱感障碍의 증상이 나타났다.[4,5]

眩暈은 《丹溪心法》[8]에서 "眩暈者 痰因火動也 皆無痰不能作眩 雖因風者 亦必有痰" 《醫學入門》[9]에서 "眩暈或云眩冒 眩言其黑 暈言其轉 冒言其昏 其義一也"[9] 라고 설명하였으며 痰飮中阻, 肝陽上亢, 水不涵木, 血虛不榮, 中氣不足, 腎精虧損으로 辨證할수 있다.[10,11]

惡心은 《萬病回春》[12]에서 "惡心者 無聲 無物 但心中兀兀然無奈 欲吐不得吐 欲嘔不嘔也" 라고 설명하였고 痰濁中阻, 胃陰虛, 肝胃不和, 飮食所傷 으로 辨證할수 있다.[10,11]

嘔吐는 《丹溪心法》[8]에서 "劉河澗謂嘔者 火氣炎上

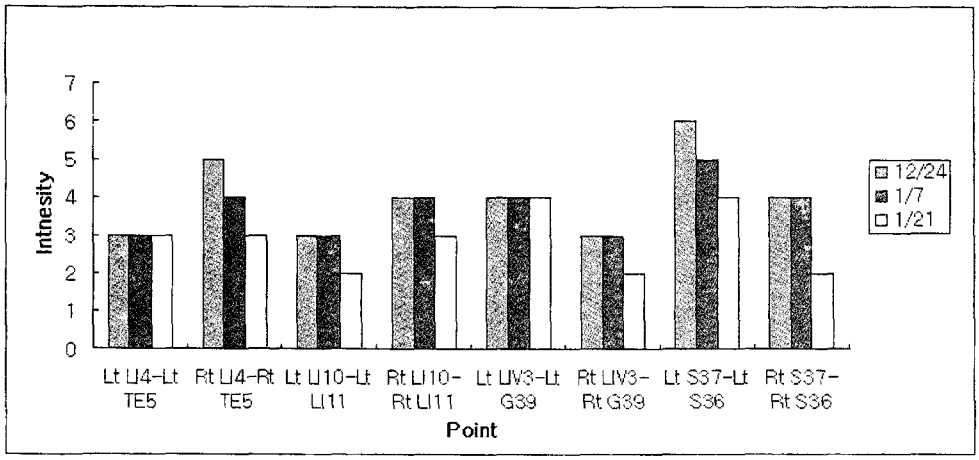

Fig. 5 The Change of Pain Sense Threshold According to Electroacupuncture Intensity.

此特一端耳 有痰隔中焦 食不得下者 有氣逆者 有寒氣鬱於胃 口者 有食滯心肺之分 新食不得下而反出者 有胃中有火與痰 而嘔者" 라고 설명하였고 痰濁中阻, 外邪犯胃, 飮食內傷, 情志所傷, 脾胃虛寒으로 辨證할수 있다.[10,11] 上記의 환자가 舌淡苔白, 脈滑有力, 面白体肥, 肌色如故인 점으로 미루어 痰으로 辨證하여 치료하게 되었다. 痰은 《東醫寶鑑》[13]크게 8종류로 구분하였는데 寒痰은 骨痺, 無煩熱 하고 溫中化痰丸을 사용하고 濕痰은 身重而軟, 倦怠困弱하여 二陳湯을 사용하고 熱痰은 煩熱燥結, 頭面烘熱하여 大調中湯을 사용하고 鬱痰은 粘稠難咯, 咽乾口燥하여 抑痰丸을 사용하며 氣痰은 形如敗絮, 咯不出, 嚥不下하여 加味四七湯을 사용하고 酒痰은 飮食不味, 嘔吐酸水하여 對金飮子를 사용하고 食痰은 遂成窠囊 多爲癖塊 痞滿하여 正傳加味二陳湯을 사용하고 驚痰은 發則躁動, 痛不可忍하여 妙應丹을 사용한다. 上記환자에게 消化不良, 食慾減少, 惡心, 嘔吐등의 증상이 있어 食痰으로 보고 正傳加味二陳湯을 투여하였다. 食痰에 常用하는 正傳加味二陳湯은 《醫學正傳》[6]에 나오는 처방으로 山査肉一錢半 香附子 半夏各一錢 川芎 白朮 蒼朮 各八分 橘紅 茯苓 神麴炒 各七分 縮砂研 麥芽炒各五分 甘草炙三分 구성되어 導痰補脾 消食行氣하는 효능이 있어 食積痰을 치료한다.[14]

본 증례는 뇌자기공명영상상 Medial medullary infarction으로 진단되었지만 병변반대부위의 위치감각 소실, 진동감각소실, 병변부위의 혀마비 등의 전형적인 증상이 나타나지 않고 lateral medullary infarction의 증상인 眩暈, 惡心, 嘔吐, 痛感, 熱感障碍를 보였으며 舌淡苔白, 脈滑有力, 面白体肥, 肌色如故하여 이에 저자들은 痰으로 辨證하였고 8種類의 痰중 消化不良, 食慾減少, 惡心, 嘔吐등의 증상이 있어 食痰으로 判斷하여 補脾, 消食, 行氣하는 正傳加味二陳湯을 투여하였다. 증상 호전 도를 평가하기 위하여 眩暈, 惡心은 Visual Analogue Scale을 사용하였고, 嘔吐는 횟수를 측정 하였으며, 특히 熱感, 痛感등의 감각장애는 객관적 평가가 곤란하므로 熱感을 평가하는 방법으로 특정 經穴에 施灸하여 환자가 熱感을 自覺하기까지의 시간을 check 하였고, 痛感은 電針을 이용하여 痛感을 자각하는 intensity를 check 하여 임상적 효과를 보아 이에 보고하는 바이다. 그러나 향후 감각장애 평가의 객관화를 위한 다각적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

參考文獻

1. Fauci, Braunwald, Isselbacher, Wilson, Martin, Kasper, Hauser, Longo. Harrison's Principles of Internal Medicine 14th edition. Columbus: Mcgraw Hill; 1998. 2329-2334.
2. K. Toyoda, Y. Saku, J. Oita, S. Ibayashi, K. Minematus, T. Yamaguchi, M. et al Medial Medullary Infarction. Analyses of eleven patients. Neurology 1996;47:1141-1147.
3. Jong S. Kim, Hyeon Gak Kim, Chin Sang Chung. Medial Medullary Syndrome. Report of 18 New Patients and a Review of the Literature. Stroke. 1995;26:1548-1552.
4. Jong S. Kim, Smi Choi-Kwon. Sensory Sequelae of Medullary Infarction. Differences Between Lateral and Medial Medullary Syndrome. Stroke 1999;30:2697-2703.
5. D. J. L. MacGowan, M. N. Janal, W. C. Clark, R. N. Wharton, R. M. Lazar, R. L. Sacco, J. P. Mohr. Central Poststroke pain and Wallenberg's Lateral Medullary Infarction.Frequency, Character, and determinants in 63 patients. Neurology 1997;49:120-125.
6. 虞搏. 醫學正傳. 서울: 成輔社; 1986. 69.
7. 全國韓醫科大學 四象醫學敎室. 四象醫學. 서울: 集文堂;1998. 478.
8. 朱丹溪. 金元四大家醫學全書下丹溪心法. 天津: 天津科學技術出版社; 1994 1162쪽, 1196.
9. 李梴. 編註醫學入門外集卷二. 서울: 大星文化社; 1990. 21-23.
10. 楊思澍, 張樹生, 傳景華. 中醫臨床大全. 北京: 北京科學技術出版社; 1988. 187-193, 367-372.
11. 李鳳敎. 症狀鑑別治療. 서울: 成輔社; 1992. 141-143

381-382 385-387.

12. 龔廷賢. 增補萬病回春. 서울: 杏林書院; 1972.149-151.
13. 許浚. 東醫寶鑑. 서울: 法人文化社; 1999. 274-283, 481-494, 1209-1226.
14. 申載用. 方藥合編解說. 서울: 傳統醫學硏究所; 1998. 153-154. 240.