

조화운동불능 환자 한방 치험 1례

백종우 · 고후연¹ · 최유경 · 전찬용 · 박종형*

경원대학교 한의과대학 내과학교실, 1: 세명대학교 한의과대학 내과학교실

Case Report of an Ataxia Patient Treated by Oriental Medicine

Jong Woo Baik, Ho Yeon Go¹, You Kyung Choi, Chan Yong Jun, Jong Hyeong Park*

Department of Oriental Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Kyungwon University,

1: Department of Oriental Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Semyung University

We presented an ataxia patient who was difficult to diagnose and treated her by oriental medical treatment. We applied various methods of oriental medicine including herb medicine, acupuncture, moxibustion and so on. After that, we checked the extent of dysarthria, pruritus, finger to nose and rapid alternative movement and measured the progress of general condition with Modified Barthel Index(MBI). After the oriental medical treatment was applied to her, ataxia, dysarthria, pruritus, finger to nose and rapid alternative movement were improved. The score of MBI was improved from 45 to 71, too. Even though there is no exact pattern identification about ataxia in oriental medicine, the oriental medicine can have an effect on the ataxia patient. In addition, more clinical study and observation should be needed.

Key words : ataxia, modified barthel Index(MBI), oriental medicine

서 론

조화운동불능(ataxia)은 고대 그리스어에서 유래된 말로 불규칙성, 무질서, 부조화를 의미하는 것으로 고대 Hippocrates가 언급했다. 20세기 들어서면서 운동의 부조화로 의미가 축소되어 사용되기 시작하여, 20세기 초기 Holmes가 후두와(posterior fossa)에 충상을 입은 환자들이 불규칙적이고, 느린 보행을 보이고, 서 있을 때 발을 넓게 벌리고, 병변쪽으로 잘 쓰러지며, 일자 보행(tandem gait)시 균형을 잡지 못한다고 처음 자세히 보고되었다¹⁾. 조화운동불능은 중요한 신경학적 소견으로 보행장애, 불분명한 발음, 안진에 의한 visual blurring, 손의 부조화와 운동시 振顛症 등을 주요 징후로 한다. 이런 현상들은 소뇌 및 이를 연결하는 구심성 및 원심성 경로(spinocerebellar pathway, frontopontocerebellar pathway 등) 침범 시 나타난다^{2,3)}.

서양의학적으로 조화운동불능에 대하여 뇌단층촬영이나 뇌 자기공명영상의 진단 및 유전자 검사의 발달로 SCA((spinocerebellar ataxia)로 재분류가 되는 임상보고가 이루어지고 있으나, 원인과 기전은 명확하지 못하기 때문에 치료법에 대한 것은 미

약할 수 밖에 없는 실정이다. 한의학에서도 반⁴⁾ 등의 보고가 있었으나 조화운동불능에 대한 연구는 마찬가지로 활발하지 못하다. 기존에 운동실조에 대한 한의학 관련 논문은 몇 편이 있으나 드물고, 비소뇌성 운동실조는 미미할 뿐이다.

양의학적으로 운동실조증으로 의증 후 별다른 처치 없이 단순한 항혈소판제 등을 복용하던 환자를 한방적 치료를 시행한 후 호전되었기에 보고하는 바이다.

증 례

1. 환자 : 박 ○ ○, 56세의 여성
2. 주요증상
 - 1) 보행장애 : 다리를 넓게 벌려 지그재그로 불안정하게 몸의 균형을 잡으려고 하는 wide-based gait 형태였으며, 독자적으로 보행이 불가능하였고, 사지의 근력은 정상범위였음
 - 2) 구음장애 : 불명료하고 완만하면서 피엄피엄 말함
 - 3) 연하장애 : 1회에 물 30 cc 이상 먹으면 사례걸림
 - 4) 어지러움 : 기립 시 어지러움
 - 5) 무기력감 : 기운이 없고 자주 누우려고 함
 - 6) 가려움 : 상지와 하지 부위가 가렵고, 야간에 더 심해짐

* 교신저자 : 박종형, 인천시 중구 용동 경원대학교부속 길한방병원 한방내과 · E-mail : johnbt@paran.com, · Tel : 032-770-1211 · 접수 : 2009/08/14 · 수정 : 2009/09/21 · 채택 : 2009/10/06

3. 발병일 : 2009년 3월 14일경

4. 과거력

1) 20년 전 모 대학병원에서 L-spine herniation of intervertebral disc 진단받고 수술함

2) 10년 전 모 대학병원에서 uterine cervical cancer 진단받고 수술함

5. 가족력 : 여동생 - Parkinsonism

6. 사회력

1) smoking : 1갑/day으로 35년 흡연함

2) drinking : 35년 전부터 3년 동안 소주 2-3병/回으로 주3-4회 음주 후 그 이후부터는 지금까지 금주함

3) job : none

7. 현병력

상기 환자 5살 때부터 語鈍하였으나 의사소통 및 일상생활은 가능하였고 특별한 치료를 받지 않았다. 2009년 3월 14일 구음장애가 악화되고, 상기 증상들이 갑자기 발생하여 2009년 3월 17일 모 대학병원에서 뇌자기공명영상촬영 결과 別無 소견으로, 외래로 약 복용 중이었으나 상태 악화되어 2009년 4월 6일 한방 치료 위하여 본원으로 입원하였다.

8. 초진소견

1) 사진

(1) 望診

① 面色 : 無華

② 舌 : 紫色, 微白苔, 乾

(2) 問診

① 眠 : 淺, 多夢

② 口渴/口乾(-/-), 喜溫飲

③ 食慾 : 低下 少食

④ 大便 : 1回/3日, 大便難

⑤ 小便 : 殘尿感(+)

(3) 切診

① 腹診 : 中脘, 氣海 壓痛

② 脈 : 沈澁

2) Cerebellum function test : Ataxic speech (+)

(1) Abnormal : finger to nose, dysdiadochokinesia, tandem gait

(2) Negative : Romberg sign

9. 검사소견

1) Lab findings : 2009년 4월 7일

Blood chemistry LDH 418 IU/L(normal range 160-360 IU/L)

Urinary analysis LEU 2+(normal range -)

2) X-Ray finding : 2009년 4월 7일

Chest PA - Chronic bronchitis

3) Brain MRI & MRA & Enhancement : 2009년 3월 17일

(1) No definite focal lesion in brain parenchyma.

(2) No evidence of brain atrophy.

4) ECG : 2009년 4월 6일

Within Normal Limits.

10. 진단

1) 병명 : Ataxia(신경과 전문의는 cerebellar ataxia로 의증함)

2) 변증 : 氣血兩虛兼瘀血

11. 치료 및 처치

1) Oriental-medication

(1) Herb-medication

① 補陽還五湯加味 2첩을 3packs(120 cc/pack)으로 煎湯하여 하루에 세 번, 식후 30분에 복용시켰다(2009년 4월 6일~2009년 4월 11일).

黃芪 30 g, 赤芍藥, 蚯蚓, 當歸尾, 桂枝, 紅花 4 g(醫林改錯) 加 丹蔘 16 g, 牛膝 8 g, 川芎, 石菖蒲, 遠志 4 g

② 當歸飲子加味 2첩을 3packs(120 cc/pack)으로 煎湯하여, 하루에 세 번, 식후 30분에 복용시켰다(2009년 4월 11일~2009년 4월 15일).

當歸, 白芍藥, 荊芥, 防風, 川芎, 生地黃, 白茯苓, 何首烏, 黃芪, 甘草 4 g(濟生方) 加 生薑 6 g

(2) Acupunture treatment

GV20(Baihui: 百會), LI11(Quchi: 曲池), GB34(Yanglingquan: 陽陵泉), CV12(Zhilingwan: 中脘), ST25(Tianshu: 天樞), HT7(Shen-men: 神門), GB20(Fengchi: 風池), SP6(Sanyinjiao: 三陰交)에 stain-less의 0.30 mm×40 mm 동방침과 동시에 ST36(Zusanli: 足三里)에 일본의 鈴木醫療器株式會社 제품 PG-306을 電鍼 2 Hz로 1日 1회로 하여 오전 8시에 患側에 15 mm 깊이로 直刺하여 20분 留鍼

(3) Moxa-Tx : 中脘, 氣海에 연속 2회로 총 10분 동안 間接灸함

2) 양약 처방(2009년 3월 17일 ~ 2009년 4월 6일)

(1) Astrix@(혈소판응집억제제), Curan@(소화성궤양용제) 3캡슐을 3번 나누어 경구복용함

(2) Ucerax@(신경안정제) 1정을 1회 경구복용함

12. 평가 도구

1) general weakness, dysarthria, pruritus의 강도 평가는 5단계로 나누어 평가하였다(- : eliminate, ± : trace, + : mild, ++ : moderate, +++ : severe). 특히 dysarthria의 척도는 환자의 진술에 의존하였다.

2) 손가락-코검사(finger to nose)는 5초 동안의 비정상적으로 움직인 횟수를 측정하였고, 급속교대운동(rapid alternative movement)은 5초 동안의 반대편 손바닥에 손등과 손바닥을 닿는 동작 횟수를 측정하였다.

3) 한국형 간이정신상태검사(K-MMSE) : 인지 장애 여부를 확인하였다.

4) MBI(Modified Barthel Index)⁵⁾ Scoring : 일상생활 호전도를 평가하기 위해서 식사, 착·탈의, 세면 목욕, 용변처리, 걷기 등 일상생활에 필요한 10개 항목으로 나누어 기록하였다.

Table 1. The Progress of Symptoms and Medication

	2009.3.17 (발병)	2009.4.6 (입원)	2009.4.11	2009.4.15
Gait	standing impossible	standing impossible	standing possible/ walking possible with much support	standing possible/ walking possible with a little support
MBI*		45	61	71
Finger to nose		4회/5초	4회/5초	3회/5초
Dysdiadochokinesia		4회/5초	4.5회/5초	5회/5초
General weakness		++	++	+
Dysarthria	+++	+++	+++	++
Tongue diagnosis		purple, dry tongue with thin and white fur	pale, dry tongue with thin, and white fur	pale red, moist tongue with thin and white fur
Pulse condition		sunken and rough	sunken	moderate
Appetite		decrease	normal	normal
Urine		residual urine	residual urine	normal
Pruritus	++	++	+++	+
Medication	Astrix/Curan/ Ucerax	補陽還五湯加味 Astrix/Curan/ Ucerax		當歸飲子加味

* Modified Barthel Index5 Scoring. -: eliminate, ±: trace, +: mild, ++: moderate, +++: severe * Finger to nogerand dygdiadochkinesia are to and for frequency per 5ge to s in Right and Left hands.

Table 2. The Change of Modified Barthel Index⁵⁾

	2009.4.6	2009.4.11	2009.4.15
personal hygiene	1	3	4
bathing self	1	1	3
feeding	8	8	10
toilet	8	8	8
stair climb	0	0	2
dressing	5	8	8
bowl control	8	8	8
bladder control	8	8	8
ambulation	3	8	8
wheelchair	-	-	-
chair/bed transfer	3	8	12
Total	45	60	71

13. 임상경과

입원당시 보행상태는 기립 시에 어지러움이 동반되었고 다리를 넓게 벌려 지그재그로 불안정하게 몸의 균형을 잡으려고 하였으며 독자적으로는 보행이 불가능하였다. 어렸을 때부터 語鈍하였으나 그 이전과는 다르게 주위 사람들이 모두 이상하다고 할 정도로 단속성 구음장애가 있었다. 소뇌기능 검사상 뇌졸이운동장애(dysdiadochokinesia)는 양손에서 둔했고, 손가락-코검사(finger to nose)에서는 조화운동불능을 보였다. 그리고 롬버그(Romberg)검사는 눈을 뜬 상태나 감은 상태나 휘청거리는 것은 차이가 없었으며 일자보행(tandem gait)을 시켰을 때는 좌우로 심하게 흔들려 서 있기도 힘들어 전혀 수행하지 못하였다. 파킨슨 증상과 같은 추체외로 장애와 감각장애는 없었다. 또한 사지

의 심부 건반사 및 바빈스키 검사에서 정상이었고, K-MMSE검사상 25점으로 정상이었다.

4월 6일부터 補陽還五湯加味를 처방한 후 4월 11일에는 난간잡고 기립가능한 정도로 보행이 약간의 호전이 있었고 치솔질이나 옷갈아 입는 것은 입원 당시보다 덜 힘들게 되었으나 또 대학병원에서 처방된 Ucerax® 복용을 중지한 후 搔痒感이 악화되어 當歸飲子加味로 처방을 변경하였다. 4월 15일에는 난간잡고 보행가능 하였고 계단도 많은 도움과 시간이 지체되나 올라갈 수 있었고 語鈍도 감소하면서 발음도 명확해졌고 부드럽게 들렸으며 본인도 말하는 데에 힘이 덜 든다고 하였다. 그리고 뇌졸이운동장애(dysdiadochokinesia)와 손가락-코검사(finger to nose)가 입원당시보다 약간 호전되었다. 搔痒感과 전반적인 무기력감, 食慾도 호전되었으며 脈象도 緩하고 舌도 淡紅色, 潤으로 변했고 殘尿感도 소실되었다. 또한 MBI 점수도 내원당시 45점에서 71점으로 호전되었다(Table 1, 2).

고찰 및 결론

조화운동불능(ataxia)은 “통제가 안 되는 현상”이라는 라틴어 어원에서 알 수 있듯이 신체의 일부를 움직일 때 상호작용의 장애로 인해 행동이 서툴러지는(clumsiness)상태의 신경학적 증상을 의미한다⁶⁾. 또한 임상적으로 진행되는 모든 소뇌와 척수의 유전적이고 비유전적인 질병의 개념을 모두 포함한다⁷⁾.

조화운동불능은 여러 개의 다른 신경구조물들이 손상을 입으면서 발생할 수 있다. 일반적인 원인은 소뇌의 손상과 감각 기관들의 손상이고, 눈을 감고 증상이 악화될 때 감각적 손상으로 구별된다. 조화운동불능은 연구에서 다양한 근육들의 상대적인 움직임을 조화시키지 못하거나 일정한 관절들과 다른 움직임은 관절들의 움직임을 조절하지 못하는 것에 부분적으로 기인하는 것이라고 발표되었을지라도 기본적인 기전은 아직 이해되지 못하고 있다^{6,8)}.

조화운동불능을 분자학적인 원인에 의하여 유전적 조화운동불능(hereditary ataxias), 산발적 퇴행성 조화운동불능(sporadic degenerative ataxias), 후천적 조화운동불능(acquired ataxias)로 분류한다⁷⁾. 유발 시킬 수 있는 원인에 대한 분류는 크게 퇴행질환, 뇌혈관 질환, 뇌종양, 독성 및 대사 질환, 신생물 발달 질환, 자가면역질환, 감염 및 후감염질환, 수초탈락 질환 등이다⁶⁾.

조화운동불능 질환을 감별하기 위해서는 알코올 중독여부, 약물복용력이나 가족력에 대해 자세히 확인해야한다. 신경학적 검사 시에도 각막, 안저검사를 꼭 시행하여 모세혈관 확장증(telangiectasia) 및 망막병증(retinopathy)의 유무를 확인하도록 한다. 원인이 될 수 있는 대사성 질환을 감별하기 위해서는 갑상선기능검사, 부갑상선검사, 혈중 암모니아 농도, 혈당, 비타민 농도 검사, 혈중 지질농도 검사 등을 시행해야 한다. 뇌종양 및 뇌혈관 질환 등을 감별하기 위해 뇌자기공명검사, 필요에 따라 자기공명분광검사(MR spectroscopy) 등을 시행한다. 다계통위축증을 감별하기 위해 조임근근전도(sphincter EMG), 자율신경계 검사 등을 시행할 수 있으며 신생물 발달 소뇌변성을 감별하기

위해 흉부 X-ray, 유방검사, 종양표지검사 및 여러 가지 항체검사도 필요하다. 유전적 조화운동불능을 진단하기 위해 여러 가지 유전학적 검사를 시행한다⁶⁾.

제한적으로 이차적인 원인이 있는 질환의 경우, 이에 대한 치료가 필요하다. 그러나 원인이 밝혀지지 않거나 이에 대한 치료로도 조화운동불능이 호전되지 않는 경우 조화운동불능에 대한 보존치료가 필요한데 아직 효과적인 치료방법은 개발되어 있지 않다. 단지 여러 가지 연구를 토대로 환자에게 시도해 볼 수 있는 보존치료에 대해 살펴보면, 적절한 물리 치료가 도움이 되는 것으로 알려져 있다⁶⁾.

서양의학적으로 조화운동불능에 대한 보고는 주로 유전적 척수소뇌성 조화운동불능에 이루어져왔다. 1891년에는 Menzel 등이 상염색체 우성으로 유전되는 가족성 소뇌 조화운동불능을 감람교 소뇌 위축(Olivopontocerebellar atrophy)을 보고하였고, 1993년 Harding등에 의해 상염색체 우성 소뇌 조화운동불능(Autosomal dominant cerebellar ataxia)으로 분류되었고, 최근에는 분자 유전적 검사의 발달에 힘입어 척수소뇌성 조화운동불능(Spinocerebellar ataxia)으로 재분류되고 있다⁹⁾. 유전학적 검사의 발달로 새로운 SCA 유형이 발견되오현재 22형까지 보고되어 진단에 많은 도움을 주고 있지만, 아직 20%이상의 환자들은 정확한 유전학적인 원인이 밝혀지지 않은 것으로 간주되고 있다¹⁰⁾.

한의학에서는 조화운동불능에 대한 정확한 辨證은 없고, 이³⁾와 반⁴⁾ 등이 소뇌성 조화운동불능을 六味地黃湯 위주로 처방하여 효과가 있었다는 보고가 있었고, 중국에서 조화운동불능을 振顫, 痲木, 痿證의 범주로 구분하고, 陰虛風動, 血虛動風, 陽虛血瘀로 변증하며, 경험방으로 조화운동불능에 腎精虧虛證으로 변증하여 加味地黃飲子の 응용을 소개하고 있다¹¹⁾.

補陽還五湯은 王清任¹²⁾의 《醫林改錯》에 처음 수록된 처방으로써 大補元氣하는 黃芪를 君藥으로 하여 血行을 이끌고 當歸尾, 赤芍藥, 川芎, 桃仁, 紅花, 蚯蚓 등 祛瘀活血의 약제로 보조함으로써 本虛表實한 氣虛血瘀證을 치료하는 방제이다. 當歸飲子¹³⁾의 《濟生方》에 當歸引子로 처음 기록된 처방으로 危는 當歸飲으로 別名하였다. 心血이 凝滯되고 안으로 風熱이 쌓이면 피부에 癩疥가 발생하며 혹은 붓거나 소양감이 있고 膿水가 浸淫하거나 또는 피부가 發赤하여 두드러기가 생기는 것을 치료할 목적으로 立方되었다. 四物湯에 癩疥를 다스리는 藥材로 구성되어 있어서 血虛, 血熱, 血燥로 因하여 오래도록 낫지 않는 皮膚癩瘡症에 사용하였다.

상기 환자는 지역 내에 있는 모 대학병원의 신경과에서 뇌경색으로 의심되어, 뇌자기공명영상을 촬영하였으나 질병의 원인에 대해 별다른 소견을 얻지 못하였다. 그렇지만, 환자의 경제적 상황 등의 문제로 인하여 대학병원에서는 추가적인 검사를 실시하지 못했으며, 혈소판응집억제제, 소화성궤양용제, 항히스타민제를 투여한 상태였다. 양방적인 치료 후 증상 호전이 없어 환자는 증상 발생 후 20여일이 지난 후 한의학적 치료 원하여 본원에 내원하였다. 뇌자기공명영상에서 특이한 소견이 없음에도 불구하고 입원당시 구음장애와 소뇌기능 검사상 뇌졸중운동장애(dysdiadochokinesia)는 양손에서 둔했고, 손가락-코검사

(finger to nose)에서는 조화운동불능을 보였으며 롬버그(Romberg)검사는 눈을 뜬 상태나 감은 상태나 휘청거리는 것은 차이가 없었고, 일자보행(tandem gait)을 시켰을 때는 좌우로 심하게 흔들려 서 있기도 힘들어 전혀 수행하지 못하였다. 파킨슨 증상과 같은 추체외로 장애와 감각장애는 없었다. 또한 사지의 심부 건반사 및 바빈스키 검사에서 정상이었고, K-MMSE검사상 25점으로 정상이었다. K-MMSE검사상 25점으로 정상이었다. 알코올은 32년 전부터 금주하였고 항경련제와 같은 체내에 독성을 일으킬만한 약물을 복용한 적이 없으며, 일반 혈액검사 및 생화학검사, 방사선적 검사에서 특이 소견 없었으며 항 핵항체검사는 음성이었다. 갑상선 기능검사상 정상이었고, 종양표지자 검사에도 이상이 없었다. 안구에도 각막이나 안저 망막에도 이상이 없었다. 그러므로 이차적인 원인이 있는 질환은 배제할 수가 있었다. 여동생이 Parkinsonism을 진단받은 것으로 보아 유전성의 퇴행성 질환을 원인으로도 고려할 수 있었다.

근육이 뻣뻣해지는 강직과 기도 진전(intention tremor)이 없었고, 마비감이나 통증이 심하지 않았으며, 근력 또한 정상이었으므로 이 환자의 경우 한의학적으로 痲木, 振顫, 痺證, 痿證 범주에 속하지 않았다. 그래서 단지 조화운동불능에 대해서 환자의 전반적인 상태를 보고 환자가 조화운동불능증과 함께 滯脈을 바탕으로 瘀血證과 食慾低下, 無氣力, 少食, 大便難, 面色無華로 氣血兩虛證을 가지고 있었다. 이를 치료하기 위하여 일차적으로 補氣와 活血의 효능을 가진 補陽還五湯에 丹蔘, 牛膝, 川芎으로 活血을 강화하고 石菖蒲, 遠志로 安神작용을 추가하여 몇 일간 투여하였다. 그 결과 紫色舌은 淡白舌로 바뀌었고, 沈滯脈은 沈脈으로 바뀌는 등 전체적으로 瘀血 증상은 사라졌다. 그렇지만, 여전히 기운없고, 설진과 맥진상에서 血虛의 증상이 남아있었으며, 癩瘡 증상을 동반하여 補血, 疏風熱 개념의 當歸飲子를 투여하였다.

침치료는 임상증상에 맞추어서 시행하였다. 足三里(ST36)에 電鍼을 사용하면 기능회복에 관여하는 혈청 효소의 활성도에 영향을 주는 것과 기능성 소화불량증에 치료 효과 있다는 보고가 있어 足三里(ST36)에 電鍼을 하였고^{14,15)}, 大腸의 募穴인 天樞(ST25)와 曲池(LI11), 筋會인 陽陵泉(GB34), 비뇨생식계통에 응용되는 三陰交(SP6), 胃의 募穴 中脘(CV12), 그 이x12百會(GV응용), 神門(HT吳), 風池(GB응용)를 자침하였다¹⁶⁾. 足三里(ST36), 曲池(LI11), 中脘(CV12), 風池(GB응용), 百會(GV응용), 三陰交(SP6)로 調氣하여 通大便시키고 血行을 원활하게 하고자 하였다. 정신적 安靜과 不眠을 위하여 神門(HT7)과, 筋을 강화시키기 위해 陽陵泉(GB34)을 자침하였다.

그래서 4월 11일에는 난간잡고 기립가능한 정도로 보행이 약간 호전되었고, modified barthel index의 수치와 환자의 진술상 칫솔질이나 옷 갈아입는 것도 입원 당시보다 개선되었다. 치료 도중 환자의 평소 복용중인 항히스타민의 복용을 중단한 후 搔痒感이 악화되고 皮膚乾燥, 面色無華, 多夢 등의 증상 때문에 이차적으로 疎風시키는 약물을 가미하고 補血시킨 當歸飲子加味로 처방을 변경하였다. 4월 15일에는 난간잡고 보행가능 하였고 계단도 많은 도움과 시간이 지체되나 올라갈 수 있었고 語鈍도 감소하면서 발음도 명확해졌고 부드럽게 들렸으며 본인도 말하

는 데에 힘이 덜 든다고 하였다. 그리고 손가락-코검사(finger to nose), 뒤풀이운동장애(dysdiadochokinesia)도 입원당시보다 약간 호전되었다. 擗痒感과 전반적인 무기력감, 食慾도 호전되었으며 퇴원당시에는 淡白舌이 淡紅舌과 潤으로 변했고, 沈脈이 緩脈으로 변하였으며, 殘尿感도 소실되었다. 또한 MBI 점수도 내원당시 45점에서 71점으로 호전되었다. 그러나 경제적인 사정으로 환자가 퇴원을 원하였고 추후에 다시 내원하지 않았다.

조화운동불능은 이차적인 질환의 원인이 밝혀지지 않거나 이에 대한 치료로도 조화운동불능이 호전되지 않는 경우 조화운동불능에 대한 보존치료가 필요한데 아직 효과적인 치료방법은 개발되어 있지 않다⁶⁾. 그래서 유전학적인 방법을 통해 원인에 접근하고자 하는 것으로 사료된다. 이 증례에서도 본원 신경과 전문의가 임상적으로 cerebellar ataxia의 증으로 진단하였고, (환자에게 병명이 정확하지 않으면서 사용된 약의 처방목적과 이유)도 대학병원 신경과에도 다시 진료의뢰 드렸으나 cerebellar atrophy 의 증으로 진단하였고 발병초기에 뇌경색으로 의증하여 처방된 Astrix®, Curan® Ucerax®은 처방하지 않았으며 이비인후과와 재활과의 치료도 권유했다. 그러나 뇌자기공명영상에서는 소뇌의 위축 소견을 보이지 않았기 때문에 적합한 진단이 아니라고 사료되며, 임상상 척수병변보다는 소뇌와의 연결경로에 신경학적 변성이 된 것으로 추측할 뿐이다. 비소뇌성 조화운동불능에 대한 보고가 없는 상황에서 서양의학적으로 진단하기 어려운 환자를 氣血兩虛兼瘀血로 진단하여 補陽還五湯이 일차적으로 補氣, 活血을 하였고, 이차적으로 當歸飲子가 주로 補血, 疏風熱을 함으로써 전체적인 증상의 개선이 되었다. 뿐만 아니라 환자의 조화운동불능증의 증상, modified barthel index의 결과 및 조화운동검사에서도 개선되는 결과가 나왔다. 변증에 맞춰 사용하였더니, 증상과 징후뿐만이 아니라, 조화운동불능까지도 모두 좋아졌다. 양방에서 20일간 치료해도 별무 호전하였으나, 한방에서 몇 일간 변증에 맞춰 치료하였더니 호전되었다. 현재 조화운동불능증에 대해 뚜렷한 치료법이 없는 상황에서 한의학의 유용성을 보여주는 증례라고 생각하여 보고한다.

또한 이 증례에서 좀 더 장기적인 관찰을 통해 치료 효과를 평가할 수는 없었지만 치료 경과중 침치료와 뜸치료가 증상 개선에 기여하였을 것으로 사료된다. 이 증례에서 아쉬운 부분은 이차적인 원인이 있는 질환은 배제할 수는 있었지만, 환자 소견상 소뇌병변이 의심되었고 뇌자기공명영상에는 특별한 이상 소견이 없던 상황에서 추가적으로 PET(Positron Emission Tomography), SPECT(Single Photon Emission Computed Tomography) 및 유전적 검사와 같은 운동실조의 원인질환을 찾아보는 검사를 모두 시행하지 못했던 것과 환자가 퇴원 이후 외래로 통원하지 않았던 점이다. 또한 단지 1례의 증례보고이기 때문에 앞으로 좀 더 많은 증례와 지속적인 연구가 있어야 할 것이다.

감사의 글

이 논문은 2009년도 경원대학교의 지원을 받아 수행된 결과입니다.

참고문헌

1. 김덕용. 운동실조 보행. 대한뇌졸중학회지 8(1):49-55, 2006.
2. E. Braunwald 外. Harrison's principles of internal medicine. 서울, MIP, pp 127-129, 2483-2487, 2003.
3. 이정림, 하광수, 김선미, 하수연, 송인선. Cerebellar Atrophy로 인해 유발된 Spinocerebellar Ataxia 患兒 1例 報告. 대한한방소아과학회지 19(2):41-50, 2005.
4. 반사평, 김순중. 퇴행성 소뇌운동실조 증례보고. 한방재활의학회지 13(3):129-135, 2003.
5. 고성규, 고창남, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. 뇌졸중환자의 기능 평가방법에 대한 연구. 대한한의학회지 17(1):48-83, 1996.
6. 대한신경과학회. 신경학. 서울, 군자, pp 478-484, 2007.
7. Klockgether, T. Ataxias. Diagnostic procedure and treatment. 76(10):1275-1283, 2005.
8. Bastian, A.J. Mechanisms of ataxia. phys Ther. 77(6):672-675, 1997.
9. 고성호, 노확재, 김승현, 김희태, 신동진, 김명권 등. 한국의 두 가계에서 밝혀진 척수소뇌성 실조증 6형. 대한신경과학회지 18(3):298-303, 2000.
10. 이상현, 기창석, 조형인, 이평원, 김종원, 이원용. 제8형 가족성척수소뇌성실조증 11예. 대한신경과학회지 22(6):659-662, 2004.
11. 김갑성, 김병동, 김윤범, 김장현, 김중호, 이원철 등. 實用東西醫學臨床總書 3권. 서울, 정담, pp 283-288, 2001.
12. 王淸任. 國譯 醫林改錯. 益山:圓光大學校 出版局. pp 112-113, 126, 135, 1998.
13. 嚴用和. 中國醫學大系卷十一. 서울, 여강출판사, p 522, 1987.
14. 박수경, 노민희, 김은영, 박래준, 하미숙. 3-Acetylpyridine에 의한 운동실조 흰 쥐에서 운동과 전침이 효소활성도에 미치는 영향. 한국스포츠리서치학회지 18(6):1093-1102, 2008.
15. 김유승, 윤상협. 기능성 소화불량증 환자의 위 미주신경 활성화 및 유문부 기능에 대한 足三里 전침과 일반 체침 자극의 복합 효능. 대한한방내과학회지 29(3):621-628, 2008.
16. World Health Organization. Who Standard Acupuncture Point Locations in the Western Pacific Region. Geneva, World Health Organization. p 39, 58, 64, 72, 85, 181, 188, 213, 225, 2008.