

증례

전환장애 위증(痿證) 환자 1례에 대한 증례보고

전재천* · 황희상* · 차정호** · 정기훈** · 이태호* · 노정두** · 이은용*

*세명대학교 부속충주한방병원 침구과

**세명대학교 부속제천한방병원 침구과

Abstract

A Case Report ; Conversion Disorder, *Wei* Symptom(痿證) Patient

Jeon Jae-cheon*, Hwang Hee-sang*, Cha Jung-ho**, Jung Ki-hoon**, Lee Tae-ho*,
Roh Jeong-du** and Lee Eun-yong*

*Department of Acupuncture & Moxibustion, Chung-ju Oriental Medical Hospital,
College of Oriental medicine, Semyung University

**Department of Acupuncture & Moxibustion, Je-cheon Oriental Medical Hospital,
College of Oriental medicine, Semyung University

Objectives : This is a clinical report about the Conversion Disorder, *Wei* symptom(痿證) patient.

Methods : The patient was treated by acupuncture, herb medication, moxibustion, physical therapy and bio feedback. The improvement of the patient was judged by lower limb elevation test and gait condition test.

Results : During the 1st duration, lower limb elevation angle of the patient had improved. And the patient's gait condition had improved. But he received stress so that same symptom appeared again. Then, after the second treatment, He could walk alone again.

Conclusions : Oriental medicine treatment including Acupuncture, Herb medication was very effective to improve the Conversion disorder patient's symptoms. It is necessary to have more observation and many cases of patients with Conversion disorder.

Key words : *Wei* symptom(痿證), Conversion Disorder, Lower limb elevation test, Gait condition test. Bio feedback

· 접수 : 2009. 1. 15. · 수정 : 2009. 2. 4. · 채택 : 2009. 2. 4.
· 교신저자 : 이은용, 충북 충주시 봉방동 836번지 세명대학교 부속한방병원 침구과
Tel. 043-841-1735 E-mail : acupley@semyung.ac.kr

I. 서론

轉換障礙(Conversion Disorder)는 신경학적 또는 내과적 질환에 기인하지 않는 하나 또는 하나 이상의 신경학적 증상(痲痺, 感覺異常, 視力痲痺)이 나타나는 것을 특징으로 하는 질환으로 무의식적인 정신 내적 갈등의 억압에 의해 일어나며, 불안이 신체적 증상으로 전환된 것이다¹⁾.

轉換障礙의 운동계 증상에는 痲痺 또는 局所無力感, 發聲不能, 嚥下困難, 咽喉의 異物感, 尿停滯 등이 있고, 감각계 증상으로는 觸覺이나 痛症 感覺의 喪失, 複視, 耳聾, 幻覺 등이 있어 하나 또는 여러 증상이 복합적으로 나타날 수 있다²⁾.

질환의 원인은 심리적 가설이 대부분으로서, 성적, 공격적 내지는 본능적 충동과 그 표현을 억압하고자 하는 갈등이 원인이며, 이러한 억압된 욕구가 신체 증상으로 전환되어 상징적으로 표현되게 된다³⁾.

轉換障礙는 한의학적으로 卒然昏倒, 人事不省, 牙關緊急, 手足痲痺, 厥逆 등이 나타나는 中氣證⁴⁾과 유사하나 中氣證에 나타나는 昏倒 등의 정신증상이 나타나지 않고, 四肢痲弱 증세가 위주일 경우에는 痿證⁵⁾의 개념과 유사하다고 볼 수 있는데, 痿證은 “痿, 謂手足痲弱無力以運動也”⁶⁾라고 하여 筋脈이 弛緩되어 수축이 痿軟無力한 것을 말하는 것으로, 下肢의 隨意運動 및 步行障礙가 많이 나타나므로 痿癱이라고도 한다, 또한 五臟과 五體와의 관계에서 皮痿, 脈痿, 筋痿, 肉痿, 骨痿로 분류하며⁷⁾ 원인은 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡 등으로 나타난다⁵⁾.

전환장애를 겪은 위증은 한의학적 치료에 대한 연구나 보고가 미흡한 실정이다. 이에 저자는 전환장애로 진단받은 위증 환자를 대상으로 침구요법, 약물요법 및 한방 이학요법 등의 한의학적 치료방법을 적용하여 양호한 호전반응을 나타냈기에 이에 보고하는 바이다.

2. 주소증

- ① 四肢痲弱
- ② 四肢震顫
- ③ 步行障礙

3. 발병일 및 발병동기

2008년 4월 19일경(고3 1학기 중간고사를 치르고 자리에서 일어나지 못하면서 발생)

4. 과거력

2006년 local 병원에서 장염으로 입원치료 받음

5. 가족력

None

6. 현병력

17세 남자 환자로 다소 마른 체격에 소극적인 성격으로 평소 음주(소주 1병 반-2병/1회, 1-2회/1주일), 흡연(1갑/1일), 별무기호식 해음. 평소 별무이상하다가 상기 발병일 10일전쯤에 친구들과 다툼 일이 있었으며 그것으로 인해 많이 상심했다 하고(환자는 말하기를 회피하고 보호자를 통해 알게됨), 상기 O/S경 시험을 치르고 난 뒤에 갑자기 상기 C/C가 나타나 대구에 소재한 대학병원에서 입원치료를 받으면서 MRI, CT, X-ray, 골수검사까지 받았으나 별무이상하고 신경정신과 협진으로 전환장애로 진단받고 2008년 5월 3일 퇴원하여 자택에서 안정 취하던 중 증상이 악화되어 2008년 5월 6일 문경 소재 local 의원에서 입원 치료를 받았으나 별무호전하여 2008년 5월 7일 퇴원하여 2008년 5월 9일 본원에 입원하였다.

7. 초진소견

- ① 神 : 淸
- ② 垂面 : 別無 → 주소증 발병 이후로 不眠
- ③ 呼吸 : 입원 3일전 심한 하지통증과 함께 호흡 곤란 증상. 현재 양호
- ④ 言語, 聲音 : 別無
- ⑤ 食欲, 消化狀態 : 주소증 발병 이후로 食欲不振,

II. 증례

1. 환자

김OO(17세/남자)

消化不良

- ⑥ 大便 : 4-5일에 1회
- ⑦ 小便 : 1일 5회
- ⑧ 面, 口脣 : 別無
- ⑨ 眼耳鼻咽喉 : 別無
- ⑩ 胸脇, 腹部 : 別無
- ⑪ 腰背部 : 別無
- ⑫ 四肢(爪甲) : 四肢痿弱
- ⑬ 舌 : 舌紅苔白
- ⑭ 脈象 : 浮數

8. 이학적 소견 및 검사소견

1) 초진시 이학적 검사

- ① Low back ROM
굴곡, 신전, 측굴, 회선 : 측정불가
- ② Special test
Straight leg raising test : 10°/10°
Milgram test : 0초
Peyton test : 측정불가
Bragurd test : 측정불가
Laseque test : 측정불가
Valsalva test : 측정불가
Patrick test : 측정불가
Ankle plantar flexion : -/-
Ankle dorsi flexion : -/-
Walking on toes : 측정불가
Walking on heels : 측정불가

2) 임상병리소견

- ① 일반혈액 검사(2008년 5월 10일 실시)
특이소견 없음
- ② 생화학검사
- 2008년 5월 10일
CPK 1147 U/I, 이외 특이소견 없음
- 2008년 5월 20일
특이소견 없음
- ③ 요검사(2008년 5월 10일 실시)
특이소견 없음

3) 심전도 소견(2008년 5월 9일 실시)

- ① Normal sinus rhythm
- ② Rightward axis
- ③ Borderline ECG

4) 방사선 소견

- ① Chest A-P(2008년 4월 22일 타병원 실시)
별무소견
- ② Brain CT(2008년 4월 22일 타병원 실시)
별무소견
- ③ Abdomen supine(2008년 4월 22일 타병원 실시)
별무소견
- ④ Pelvic bone A-P(2008년 4월 22일 타병원 실시)
별무소견
- ⑤ C-spine series, L-spine series(2008년 4월 22일 타병원 실시)
별무소견
- ⑥ C-spine CT(2008년 4월 22일 타병원 실시)
별무소견
- ⑦ Brain MRI(2008년 4월 23일 타병원 실시)
별무소견
- ⑧ C-T spine MRI(2008년 4월 23일 타병원 실시)
별무소견

9. 치료기간

- ① 1차 입원기간 : 2008년 5월 9일부터 2008년 6월 4일까지
- ② 2차 입원기간 : 2008년 6월 9일부터 2008년 7월 19일까지

10. 치료 방법

1) 침구치료

- ① 침치료
하루 2회씩 오전과 오후에 시행하였다. 침은 0.2×30 mm 1회용 호침(동방침구제작소, 한국)을 사용하였으

며, 유침시간은 30분으로 하였다. 취혈은 위증의 치료를 위하여 理氣活血을 목적으로 양측 합곡·太衝을, 오심·소화불량을 치료하기 위하여 足三里·豐隆·陽陵泉을, 심리안정을 목적으로 脾經의 原穴인 太白을 사용하였고, 보사는 平補平瀉法을 이용하였다.

② 구치료

구치료는 양측 陽陵泉·陰陵泉·足三里·懸鍾·三陰交·八風穴에 미니뜸(행립서원, 한국)을 이용하여 매일 각 혈자리당 3장씩 간접구를 시술하였다.

2) 한약치료

3첩 3봉을 기준으로 하루 3번 복용하도록 하였으며, 5월 10일부터 5월 14일까지는 六君子湯加味(半夏·陳皮 各 8g, 人蔘·白朮·茯苓·甘草·桂枝·防風·生薑·大棗 各 4g), 5월 14일부터 5월 31일까지는 二陳湯加味(柴胡·半夏·陳皮·白茯苓 各 6g, 天麻 5g, 蒼朮·厚朴·山查·甘草·青皮·生薑·大棗 各 4g, 蔓荊子·荊芥·薄荷·細辛·黃芩 各 3g), 5월 31일부터 6월 12일까지는 行氣健步飲(香附子 8g, 蘇葉·黃栢·羌活·威靈仙·烏藥·牛膝·陳皮·蒼朮·木瓜·川芎 各 4g, 木香·當歸 各 2.5g, 甘草 3g), 6월 16일부터 6월 24일까지는 調脾湯(玄蔘·芡仁 各 20g, 人蔘·麥門冬·甘菊·薏苡仁·山藥·石斛 各 10g, 山查·神麩·麥芽 各 4g), 6월 24일부터 7월 8일까지는 歸脾溫膽湯(半夏·陳皮·茯苓·枳實 各 8g, 當歸·黃芪·生薑·竹茹·人蔘·遠志·龍眼肉·大棗·白朮·白茯苓·酸棗仁(蕉) 各 4g, 木香·甘草 各 2g), 7월 8일부터 7월 12일까지는 養血壯筋健步丸(熟地黃 8g, 蒼朮·牛膝(酒浸)·杜沖(薑汁炒)·當歸(酒洗)·黃栢(鹽水炒) 各 4g, 白芍藥(酒炒) 3g,

黃芪(鹽水炒)·山藥·五味子·破故紙(鹽水炒)·人蔘·枸杞子·兔絲子·白朮·龜板(炙)·防風·防己(酒洗) 各 2g), 7월 12일부터 7월 19일까지는 다시 行氣健步飲을 투여하였으며, 퇴원약으로는 歸脾溫膽湯을 처방하였다(Table 1).

3) 물리치료

진전현상이 안정되어 물리치료를 받을 수 있을 때 부터는 1일 1회 환부에 TENS, ICT, Hot Pack을 시행하였다.

4) 심리치료

일상생활로 회복했을 때 심리적 자극에 대한 민감도를 줄여주고 스트레스감소를 목적⁸⁾으로 7월 8일부터 매일 20분씩 바이오피드백 의료기(KMTEC, 한국)를 이용하여 바이오피드백 훈련을 10일간 시행하였다.

11. 하지위약 평가방법

1) 능동 하지거상검사(Lower limb elevation test)

환자의 근력을 객관적으로 검사하기 위하여 침대에 누운 상태로 환자 편측 하지를 번갈아 거상하고, 각도기를 이용하여 각도를 측정하고, 그 다음 양측 하지를 모두 거상한 상태에서 각도기를 이용하여 각도를 측정하는 검사를 하였고, 입원시부터 일주일간격으로 퇴원시까지 검사하였다.

2) 보행검사(Gait condition test)

환자의 전반적인 회복 양상을 검사하기 위하여 보행상태를 검사하였고, 입원시부터 일주일간격으로 퇴원시까지 실시하는 것으로 하였다.

12. 치료경과

1) 1차 입원기간동안 증상 변화

(1) 입원당시 환자상태(입원 1일째)

양와위를 취한 상태에서 양하지를 모두 거상하는 것이 불가능하며 고관절이 외전된 상태로 유지되었다. 내전위를 요구했을 때, 매우 심한 하지의 진전이 나타나며 양측 고관절 모두 한쪽 다리 거상시 10° 거상 가능하며 슬관절은 120° 굴곡 가능하고 대퇴 전면과 하퇴 후면으로 감각이상 호소하였다. 상지의 경우

Table 1. Change of Herb Medication

Date(Month/Day)	Herb Medication
5. 10-5. 14	六君子湯加味
5. 14-5. 31	二陳湯加味
5. 31-6. 12	行氣健步飲
6. 12-6. 16	二陳湯加味
6. 16-6. 24	調脾湯
6. 24-7. 8	歸脾溫膽湯
7. 8-7. 12	養血壯筋健步丸
7. 12-7. 19	行氣健步飲
Discharge Medicine	歸脾溫膽湯

하지에 비해 무력함은 미미하여 거상시에 이상은 없으나 주관절 굴곡 저항시에만 미미한 무력감과 함께 진전현상을 나타냈다.

(2) 입원 8일째

편측하지 거상은 50°까지 가능하였고, 양하지 거상이 40° 가능하게 되었으며, 기상하여 지지기립한 상태로 휠체어까지 이동이 가능할 정도로 근력이 회복되었으나, 간헐적으로 슬부에 통증이 발하며 좌하지 감각은 민감한 양상 나타났다. 입원 초 호소하던 불면증상은 소실되었고, 오심증상은 간헐적으로 나타나며 거상이 과도할 시 진전은 계속 나타났다. 상지의 경우 정상적으로 거상 가능하고, 진전 소실되었다.

(3) 입원 15일째

편측하지 거상은 50°, 양하지 거상 40° 유지하며, 지지기립 가능한 정도이고, 보행은 아직 불가능하고 휠체어를 이용하였다. 오심증상은 불편함을 느끼지 않을 정도로 간헐적으로 나타났다.

(4) 입원 22일째

편측하지 거상 80°, 양하지 거상은 60° 가능하게 되었으며, 대퇴전면 감각이상은 거의 소실되었으며, 보행 시작시 3-4걸음 후 양쪽 무릎에 소력양상이 보이며 지지대를 잡게 되는 모습을 보였다. 오심증상은 가끔씩 나타났다.

(5) 1차 퇴원시 상태(입원 27일째)

① Low back ROM

- 굴곡 : 80°
- 신전 : 20°
- 측굴 : 35°/35°
- 회전 : 45°/45°

② Special test

- Straight leg raising test : 80°/80°
- Milgram test : 20초
- Peyton test : -/-
- Bragurd test : -/-
- Laseque test : -/-
- Valsalva test : -/-
- Patrick test : -/-
- Ankle plantar flexion : -/-
- Ankle dorsi flexion : -/-

Walking on toes : -/-

Walking on heels : -/-

③ 환자상태

편측하지 거상 90°, 양하지 거상 60° 가능하게 되었고, 환자 본인이 다리에 힘이 돌아오는 느낌이 있다고 하며, 자립보행은 가능하나 아직 질뚝거리는 양상은 나타났다. 오심, 소화불량 증상은 거의 소실되었다 (Fig. 1, Table 2, 3).

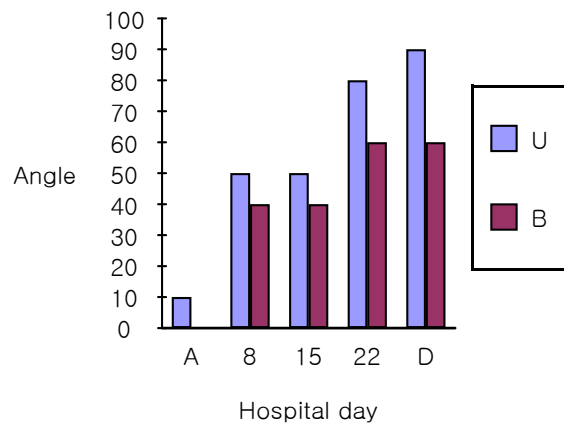


Fig. 1. Change of lower limb elevation angle during 1st admission period

A : Admission D : Discharge
U : Unilateral B : Bilateral

Table 2. Change of Lower Limb Elevation Angle during 1st Admission Period

Hospital day	Lower limb elevation	
	Unilateral	Bilateral
Admission	10°	Disable
8	50°	40°
15	50°	40°
22	80°	60°
Discharge	90°	60°

Table 3. Change of Gait Condition during 1st Admission Period

Hospital day	Gait condition
Admission	Wheel chair
8	Support standing
15	Support standing
22	Support gait
Discharge	Self gait

2) 2차 입원기간동안 증상 변화

(1) 입원당시 환자상태(입원 1일째)

① Low back ROM

굴곡, 신전, 측굴, 회전 : 측정불가

② Special test

Straight leg raising test : 15°/15°

Milgram test : 0초

Peyton test : 측정불가

Bragurd test : 측정불가

Laseque test : 측정불가

Valsalva test : 측정불가

Patrick test : 측정불가

Ankle plantar flexion : -/-

Ankle dorsi flexion : -/-

Walking on toes : 측정불가

Walking on heels : 측정불가

③ 환자 상태

2차 입원 초기 상태는 1차 입원 초기 상황과 크게 다를 바가 없어서 양하지 거상은 불가능하였고, 편측 하지 거상은 15° 가능하였으며 슬관절은 90° 굴곡 가능하였다. 하지에 힘이 들어갈 때마다 진전현상이 나타났으며, 하퇴전면부로 감각둔화 증상이 나타났고, 보행은 불가능한 상태였다. 상지의 경우 전방거상 100° 이상으로 거상하면 진전현상이 나타났고, 1차 입원당시 동반되었던 오심, 소화불량 증상은 보이지 않았다.

(2) 입원 8일째

편측하지 거상시 40°, 양하지 거상은 20°까지 가능하게 되었으며, 아직 기립은 불가능하였고, 거상시 진전현상도 감소하였다. 상지는 150° 이상으로 거상할 경우에 진전현상이 나타났다. 중완부에 압통이 나타나며, 소변보기가 불편하다고 호소하였다.

(3) 입원 15일째

편측하지 거상 80°, 양하지 거상 45°로 가능하게 되었고, 거상시에 진전현상은 미미한 정도로 나타났고, 침대를 붙잡고 기립을 하였을 때 2분까지 버틸 수 있게 되었으며, 상지는 150° 이상 거상하거나 압력을 가해도 진전현상 나타나지 않게 되었다. 하퇴전면에서 나타났던 감각둔화증상도 우측 슬부 내측부위에서만 미약하게 관찰되었다.

(4) 입원 22일째

편측하지, 양하지 거상 모두 90° 가능해졌으며, 진전 현상도 거의 소실되어 발가락을 폼지락거리며 움직일 때에만 발가락으로 미세하게 경련 나타나며, 침대를 잡고 기립을 했을 때, 10분까지 가능하게 되었으며, 보행기를 이용하여 보행 가능한 상태였다. 상지의 경우 ROM 160° 이상 가능하고 진전현상은 관찰되지 않았다.

(5) 입원 29일째

편측하지, 양하지 거상 모두 90° 가능한 상태를 유지하고 있으며, 계단보행은 7칸 정도 가능하나, 계단 보행 후에 하지에 떨리는 현상과 함께 무력감 나타난다고 하였다. 상지의 경우엔 일상 생활 가능하고 이상 소견 관찰되지 않고, 하지의 감각둔화현상도 관찰되지 않았다.

(6) 입원 36일째

편측하지, 양하지 거상 모두 90° 가능한 상태 유지하고 있고, 계단 보행 8층까지 가능하며 계단보행 후에는 다리에 힘이 없다고 하였다. 상지는 이상소견 관찰되지 않으며 상하지 진전증상은 소실되었다.

(7) 2차 퇴원시 상태(입원 41일째)

① Low back ROM

굴곡 : 80°

신전 : 20°

측굴 : 35°/35°

회전 : 45°/45°

② Special test

Straight leg raising test : 90°/90°

Milgram test : 30초

Peyton test : -/-

Bragurd test : -/-

Laseque test : -/-

Valsalva test : -/-

Patrick test : -/-

Ankle plantar flexion : -/-

Ankle dorsi flexion : -/-

Walking on toes : -/-

Walking on heels : -/-

③ 환자 상태

하지 거상검사시에 이상현상이 관찰되지 않으며, 진전증상도 보이지 않고, 계단 보행은 8층까지 3회 가능한 상태였다. 감각둔화현상도 관찰되지 않았다(Fig. 2, Table 4, 5).

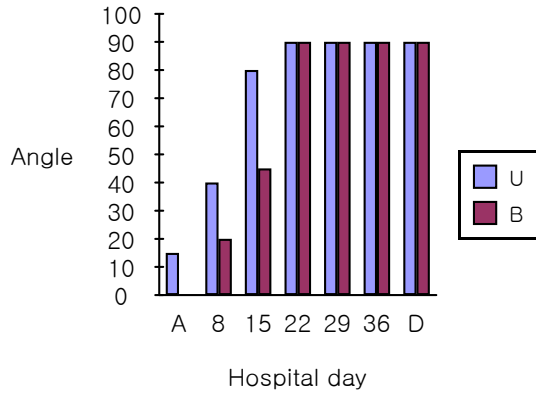


Fig. 2. Change of lower limb elevation angle during 2nd admission period

A : Admission D : Discharge
U : Unilateral B : Bilateral

Table 4. Change of Lower Limb Elevation Angle during 2nd Admission Period

Hospital day	Lower limb elevation	
	Unilateral	Bilateral
Admission	15°	Disable
8	40°	20°
15	80°	45°
22	90°	90°
29	90°	90°
36	90°	90°
Discharge	90°	90°

Table 5. Change of Gait Condition during 2nd Admission Period

Hospital day	Gait condition
Admission	Wheel chair
8	Wheel chair
15	Support standing for 2min
22	Walker gait
29	7 Stairs gait
36	8 Stairs gait
Discharge	8 Stairs gait (3 times)

Ⅲ. 고찰

轉換障碍란 신경학적으로 또는 다른 일반 의학적 상태에 기인한 수의적 운동과 감각기능에 영향을 미치는 증상이나 결함을 말하며²⁾, 이 장애가 가지고 있는 공통된 주제는 과거의 기억들, 동일성과 즉각적인 감각의 인지, 그리고 신체운동 조절 사이의 정상적인 통합이 부분적으로 또는 완전히 상실되는 것이다⁹⁾.

이 때, 轉換이란 억압된 충동, 기억, 공상 및 기타 욕구에 의해서 생긴 무의식적 갈등이 지각 또는 수의 운동계통의 신체적 증상으로 바뀌는 무의식적 심리과정 또는 방어기전을 말하며¹⁰⁾, 그 개체가 해결할 수 없는 문제나 갈등에 의해 발생되어 온 불유쾌한 정동이 어떤 방법으로도 증상으로 변형된다는 뜻이다⁹⁾.

전환장애의 원인은 억압과 전환인데 원인적 갈등은 대개 성적, 공격적 내지 본태적 충동과 그 표현을 억압하고자 하는 것으로⁶⁾, 이때 철저한 의학적 조사를 통해 원인이 될 만한 신경학적 상태나 일반적인 의학적 상태를 배제한 다음에 진단 내릴 수 있다. 결론으로 보기에 전환장애로 보였던 여러 사례에서 일반적인 의학적 원인이 수년 후에 밝혀지는 경우가 있으므로, 진단은 임시적으로 그리고 잠정적으로 내려져야 한다¹¹⁾.

전환장애를 진단하기 위해서는 다음 조건들을 만족해야 하는데 그 조건은 다음과 같다. 즉 필수 증상이 신경학적 상태나 다른 일반적인 의학적 상태를 시사하는, 수의적 운동 기능 또는 감각기능에 영향을 미치는 증상이나 결함이 나타나야 하고(진단기준 A), 심리적 요인이 증상이나 결함과 연관이 있을 것으로 판단되는데, 이러한 판단은 증상이나 결함의 발생이나 악화에 선행하여 갈등이나 다른 스트레스가 존재한다는 관찰에 근거를 둔다(진단기준 B). 증상은 허위성 장애나 피병에서처럼 의도적으로 만들어지거나 가장된 것이 아니어야 한다(진단기준 C). 전환장애는 증상이나 결함이 신경학적 상태나 다른 일반적인 의학적 상태 또는 물질의 직접적인 효과로 충분히 설명되거나, 문화적으로 수용되는 행동이나 상태로 설명된다면 진단 내려지지 않는다(진단기준 D). 이러한 문제는 심각한 고통과 사회적, 직업적, 기타 중요한 기능 영역에서의 장애를 초래하고, 의학적 평가를 받아야 한다는 사실에서 입증되듯이 임상적으로 심각한 상태여야 한다(진단기준 E). 전환장애는 증상이 통증 및 성기능 부전에 국한되어 있거나, 신체화 장애의 경

과 중에만 나타난다거나, 또는 다른 정신장애로 잘 설명될 수 있을 경우에는 진단 내려지지 않는다(진단 기준 F)¹¹⁾.

질환의 증상에는 마비, 시력상실, 합구증, 감각상실, 이상감각, 일정부위의 운동장애, 실어증, 진전, 횡격막 수축, 각궁반장이 특징인 히스테리 특유의 간질양 발작, 경련, 가성의식상실, 히스테리성 졸도, 기립보행 불능증 등이 나타난다. 감각장애에서도 목 또는 식도의 이물감, 실명, 귀머거리 및 시야 위축 등의 장애를 보인다. 마비는 해부학적, 신경학적으로 일치하지 않으며, 건반사 및 근진도 검사도 정상이다. 경련이 나타날 때도 간질발작과 달리 혀 깨물기나 요실금, 외상은 거의 없으며, 전환장애 특유의 기분 좋은 무관심을 볼 수 있다^{2,12)}.

전환장애의 치료는 먼저 철저한 신체검사를 한 후에는 재검사를 하지 않도록 환자와 약속하는 것이 좋고, 만성화되면 병자 역할이 고정되고, 퇴행될 수도 있으므로 조기 치료가 중요하다. 급성 전환 증상은 대개 특별한 치료 없이도 자연 소실되고 아무런 후유증도 남기지 않는다. 정신치료나 행동치료는 회복을 촉진시키며, 무엇보다도 환자가 치료자를 신뢰하여 환자-의사 관계를 공고히 하는 것이 치료의 관건이다. 또한 전환 장애의 특별한 치료법은 없으나, 설득하고 암시를 주며 스트레스를 줄여주는 것이 도움이 된다. 환자에게 병의 상태와 심적요소가 병에 미친 영향에 대해서 설명해 주는 것이 좋으나 환자에게 정신적인 문제를 직면시키는 것은 좋지 않다. 행동치료로는 환자의 활동 정도에 맞추어 보상을 해줌으로써 행동을 격려하고, 환자의 체면을 세워주면서 이차 이득을 최소한으로 유지해주는 것이 좋다³⁾.

한의학적인 전환장애에 대하여 金 등¹³⁾은 卒然昏倒, 人事不省, 牙關緊急, 手足痙攣, 厥逆 등이 나타나는 中氣證⁴⁾과 유사한 것으로 인식하였고, 姜 등¹⁴⁾은 失志證¹⁵⁾과 유사하다고 생각하였다. 여기에서 失志證이란, 기질적인 병을 제외하고, 인격의 변화를 가져오는 정신병도 제외하며, 또한 자율신경증상만으로 정신증상이 없는 심신증을 제외한 정신증상이라 할 수 있는데, 증상이 기능적이어야 하며, 심인이 인정되고, 인격의 변화가 없으며, 불안, 건강염려, 강박, 전환 등 증상의 특수성을 가진 것이라 할 수 있다¹⁵⁾.

그러나 본 환자의 경우엔 주요 증상이 下肢痿弱으로 昏倒, 人事不省 등의 의식관련증상은 나타나지 않아 中氣證이라고 하기엔 무리가 있고, 下肢痿弱 症狀에 주목해 痿證으로 변증하되 원인을 思慮過度 및 심

리적인 충격으로 인한 脾胃虛弱으로 설정하였다.

痿證이란 手足痿弱, 無力으로 인해 四肢의 움직임에 장애를 받는 질환을 말한다. 즉 사지가 무력해지면서 점차 정상적인 활동이 어려워지고 근육이 위축되는 질환을 지칭한다. 위증의 원인으로 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡 등이 있으며⁵⁾, 가장 흔한 원인은 《黃帝內經·素問·痿論》에서 “有所失志 所求不得 則發肺鳴 鳴則肺熱葉焦 故曰五臟 因肺熱葉焦 發爲痿癱”¹⁶⁾이라 하였다.痿證은 많은 경우에서 臟腑와 經絡의 失調로 인하여 발생하기 때문에 장부의 실조된 기능을 조화롭게 하고, 氣血의 疏通을 원활하게 하는 것을 치료의 목표로 하는데¹⁷⁾, 원인에 따라 肺熱傷津에는 清熱潤燥, 肝腎虧虛에는 滋養清熱·補益肝腎하고, 脾胃虛弱에는 健脾益氣하고, 濕熱浸淫에는 清熱化濕하고, 瘀阻脈絡에는 益氣養血·活血行氣시키는 치법을 주로 사용한다⁵⁾.

본 증례 환자의 경우 17세 남자 환자로 발병일 이전에 친구들과 심하게 다툰 일로 스트레스를 많이 받은 후, 발병일경 시험을 치르고 난 뒤에 갑작스럽게 하지에 힘이 빠지면서 보행장애가 발생하였다. 타양병원에서 실시한 여러 가지 검사상 특별한 검사 결과가 없었고, 타병원 신경과에서 轉換障礙로 진단 받고 온 환자로서 본원에 총 2차례 입원을 하였다. 처음 입원했을 때에는 하지위약증상으로 인해 능동 하지거상 및 보행이 불가능한 상태였고, 더불어 太陽穴部位 頭痛, 消化不良, 食慾不振 등의 증상이 같이 나타나 痿證으로 진단하고 思慮過度로 인한 脾胃虛弱으로 변증하였다. 따라서 위증의 치료를 위하여 理氣活血을 목적으로 한 鍼灸治療로 양측 合谷·太衝과, 惡心 消化不良을 치료하기 위하여 足三里·豐隆·陽陵泉을, 또한 심리안정 및 비위허약을 치료하기 위하여 脾經의 原穴인 太白을 사용하였다. 약물치료로 1·2차 입원초기에는 惡心 消化不良 등의 소화기계증상이 동반되어서 理氣 健脾를 위하여 六君子湯 加味方·二陳湯加味方을 사용하였고, 그 이후 氣不調 脾鬱에 응용하는 行氣健步飲¹⁸⁾·調脾湯¹⁹⁾을, 심리안정에 사용되는 歸脾溫膽湯을, 근력회복을 위하여 補肝腎하는 養血壯筋健步丸¹⁸⁾을 사용하였다. 그 외 이학적요법, 심리치료 등을 병행하였다. 치료에 대한 하지위약증상 호전도를 평가하기 위하여 1주일간격으로 능동 하지거상검사, 보행검사를 실시하였다. 입원 후 1주일 이 지나고부터는 하지거상은 편측 50°, 양측 40° 가능하였고, 지지기립을 할 수 있게 되었으며, 입원 당시에 동반 호소하던 불면도 소실되었다. 입원 후 2

주일부터는 오심증상이 현저하게 줄어들었다. 입원 후 3주가 지나서는 하지거상 편측 80°, 양측 60° 가능하면서 지지보행이 가능해졌다. 4주 뒤, 1차 입원치료 종료시에는 능동하지거상 편측 90°, 양측 60° 가능한 상태까지 되었고, 불안전하지만 스스로 보행이 가능한 상태로까지 회복이 되었으나, 환자의 개인적인 사정에 의해서 퇴원하게 되었다.

퇴원 후 며칠은 집에서 자가보행하는 정도까지 가능하였지만, 심리적으로 스트레스를 받는 일이 한 번 더 있는 이후로 증상이 다시 심해져 내원하여 입원치료하게 되었다. 2차 입원치료 초기 상태는 1차 입원당시와 비슷하였고, 병의 재발정황상 심인적 요인이 크게 작용하는 것이 분명했기에 기존의 변증 및 치료를 동일하게 적용하였고, 자가보행이 가능하게 된 뒤에는 일상생활 회복을 위하여 심리치료(바이오 피드백)치료를 실시하였다. 치료 1주일부터는 하지거상 편측 40°, 양측 20° 가능하였으며, 거상시에 나타나는 진전현상도 감소하였다. 치료 2주 후부터는 하지거상 편측 80°, 양측 45°, 가능하였으며, 2분간 지지보행을 할 수 있게 되었다. 3주 후부터는 하지거상은 편측, 양측 모두 90°로 문제가 없었으며, 보행기를 이용하여 보행이 가능하게 되었고, 상지의 경우 일상생활이 가능할 정도로 회복되었다. 4주 후에는 계단보행을 7층까지 할 수 있었으며, 5주 후에는 계단 보행을 8층까지 가능하게 되었다. 퇴원무렵에는 자력보행으로 계단 8층까지 왕복 3차례 보행이 가능하게 되었다. 동시에 환자의 심리 상태 및 소화력도 좋아져서 초반의 경계하던 태도에서 긍정적인 태도로 바뀌어 의료진에게도 활발해지고 입원 당시에 나타났던 不眠, 消化不良, 惡心 등의 증상도 소실되었다.

상기의 정황을 짐작해 보건데 두 차례의 입원치료로 심리적으로 안정됨을 얻고 비위기능이 회복되면서 증세가 호전된 것으로 사료되어, 위증에 대한 한의학적 치료의 효능을 가늠해 볼 수 있었다.

그러나 전환장애의 경우엔 재발이 흔하여, 1년 이내 1/5 내지 1/4에서 재발되고, 특히 진전이나 경련이 동반되는 전환장애의 경우 예후가 좋지 못하여³⁾, 본 증례의 환자의 경우엔 초기에 사지무력과 동시에 진전이 있었기에 재발될 우려가 남아 있으나, 지역적인 관계로 추적 관찰이 불가능하다는 점이 아쉬운 점으로 남는다. 또한 여러 가지 치료가 복합적으로 적용되어 특정치료에 대하여 효과를 검증할 방법이 충분치 않았다는 점과 증례가 1례로 적었다는 점이 논문의 제한점으로 남아 향후 연구에서는 전환장애로 인한

위증 치료에 대한 더 많은 증례를 통해서 다양한 임상경험 축적과 한의학적 치료법들의 개별적인 유의성과 치료효과에 대한 지속적인 임상연구가 필요하다고 사료된다.

IV. 결 론

심리적인 스트레스 이후에 사지위약, 진전 및 보행장애 증세가 나타나 타 대학병원에서 전환장애로 진단받은 17세 남자 환자에 대하여, 세명대학교 충주한방병원에 2차례 입원하여 약물치료, 침구치료, 한방이학요법 등의 한의학적 치료를 시행한 후 능동 하지거상검사와 보행검사상 양호한 치료효과를 보였다고 사료되어 이를 보고하는 바이다.

V. 참고문헌

1. 대한신경정신의학회. 정신신경과학. 서울 : 하나의학사. 1998 : 197-204, 438-57.
2. Allen Frances et al. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4 edition. Washington DC. : American Psychiatric Association. 1994 : 452, 457.
3. 대한신경정신의학회. 신경정신의학 2판. 서울 : 중앙문화사. 2005 : 247-52.
4. 대한한방신경정신의학회. 한방정신신경과학. 집문당. 2006 : 82.
5. 전국한의과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 서울 : 군자출판사. 2006 : 353, 355-8.
6. 허준. 동의보감. 서울 : 한미의학. 2001 : 452.
7. 方藥中 외. 實川中醫內科學. 上海 : 上海科學技術出版社. 1986 : 256.
8. 강형원, 김태현, 류영수. 바이오피드백의 이해와 한의학적 이용. 동의신경정신과학회지. 2005 ; 16(1) : 143-57
9. 李符永. ICD-10 精神 및 行態障礙. 서울 : 一潮閣. 1999 : 331-42.
10. 李丙允. 精神醫學辭典. 서울 : 一潮閣. 1990 : 378.
11. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계편람 제 4판. 서울 : 하나의학사. 1995 : 588-95.

12. 李定均 외. 정신의학. 서울 : 일조각. 1996 : 317, 338, 320-27.
13. 김명진 외. 轉換障碍로 入院한 患者 41例에 대한 臨床的 考察. 동의신경과학회지. 2000 ; 11(2) : 131-40.
14. 강세영 외. 전환장애 환자에 開結舒經湯을 투여한 치험례. 대한한방내과학회지. 2004 ; 25(3) : 590.
15. 黃義完 외. 東醫精神科學. 부산 : 現代醫學書籍社. 1989 : 471-87, 552-64, 576-82, 602-11, 617-58.
16. 田溶敏 編著. 再編黃帝內經素問. 서울 : 大星文化社. 1998 : 128.
17. 대한침구학회 교재편찬위원회. 침구학(下). 집문당. 2008 : 198-9.
18. 金定濟. 東洋醫學 診療要鑑(上). 서울 : 成輔社. 1997 ; 428.
19. 黃度淵. 辨證論治 方藥合編. 서울 : 南山堂. 2000 ; 596.