

증례

DBS(Deep Brain Stimulation)를 시행한 Essential Tremor 환자의 진전 간정격 치험 1례

양동호* · 이경윤* · 신현승* · 조송현* · 임창선** · 임준혁** · 윤석훈** · 이 한***

*동수원한방병원 한방침구과
**동수원한방병원 한방재활의학과
***자생한방병원 침구과

Abstract

Clinical Observation of Improvement Made by Prescription of Liver Supplementation on a Case of Essential Tremor Patient Who was Operated DBS (Deep Brain Stimulation)

Yang Dong-ho*, Lee Kyung-yun*, Shin Hyun-seung*, Jo Song-hyun*, Lim Chang-sun**, Lim Jun-hyuk**, Yun Suk-hoon** and Lee Han***

*Department of Acupuncture & Moxibustion, Dongsuwon Oriental Medical Hospital

**Department of Oriental Rehabilitation Medicine, Dongsuwon Oriental Medical Hospital

***Department of Acupuncture & Moxibustion, Jaseang Oriental Medical Hospital

Objectives : The purpose of these case is to observe the effect of prescription of liver supplementation on essential tremor patient who was operated DBS.

Methods : The patient was treated by prescription of liver supplementation. The improvement of patient was judged by tremor scale and VAS(visual analog scale).

Results : After treatment patient's tremor scale grade and VAS score were generally decreased.

Conclusions : The prescription of liver supplementation might be an effective method to treat the essential tremor patient who was operated DBS.

Key words : DBS, Essential tremor, prescription of liver supplementation, Acupuncture therapy

· 접수 : 2010. 11. 10. · 수정 : 2010. 12. 2. · 채택 : 2010. 12. 6.
· 교신저자 : 양동호. 경기 수원시 팔달구 우만2동 157-6번지 동수원한방병원 침구과
Tel. 031-2100-114 E-mail : android7@hanmail.net

I. 서론

진전은 이상운동증 중에서 가장 흔한 증상으로 '신체의 일부가 자신의 의지와는 상관없이 규칙적으로 움직여지는 증상'으로 정의된다¹⁾. 진전을 주소로 병원을 찾는 환자의 경우 주로 체위성 진전의 형태로 나타나는 체위성 진전증과 증강된 생리적 진전, 안정 시 진전으로 나타나는 운동성 진전이 대부분이다. 그 중 특별한 원인 없이 운동성·체위성 진전을 나타내는 진전을 본태성 진전(essential tremor)이라고 한다. 본태성 진전은 가족성 진전이라고도 하는데 남녀 비슷한 비율로 발병하며, 인구 10만 명당 415명 정도가 이 질환을 앓고 있는 것으로 알려져 있다²⁾.

《東醫寶鑑》에서는 진전을 비롯한 불수의 운동의 원인을 心虛, 肝風, 血虛, 過飮 등으로 발생하는 筋의 병으로 보았으며 각 원인에 따라 약물 치료를 주로 하였다³⁾.

뇌심부자극(deep brain stimulation : 이하 DBS)은 적절한 약물치료에도 불구하고 운동 변동과 이상 운동증이 잘 조절되지 않는 진행된 파킨슨병 환자들에게 시행되고 있는 수술치료법이다. 이는 기존 제거술(ablative surgery)의 문제점인 연하 곤란, 언어 장애 등 여러 장애를 일으키지 않으며 수술 후에도 파킨슨병의 진행 정도에 따라 치료 강도를 조절할 수 있기 때문에 약물 투여만으로는 한계에 도달한 파킨슨병 환자의 치료에 널리 이용되고 있다. 뇌심부 자극 수술은 시상밑핵이나 담창구에 전극선을 삽입하며, 떨림(tremor)만 심한 환자에서는 시상에 전극선을 삽입하기도 한다^{4,5)}.

舍巖鍼法은 조선시대 舍巖道人이 五行의 相生相剋 관계를 이용하여 自經과 他經에서 補瀉法을 결합하여 창안한 鍼法으로 현재 임상에서 널리 활용되는 鍼法이다. 그 중 肝正格은 祛風작용을 하여 다양하게 나타나는 風證을 肝氣의 조절을 통하여 제어할 수 있다고 한다⁶⁾.

기존 진전에 대한 한의학적 치료에 대한 보고는 임⁷⁾ 등은 두침을 통한 진전의 감소 효과를 보고 하였으며, 김⁸⁾ 등은 청심연자탕을 통한 진전의 감소 효과 등을 보고 하였다. 박⁹⁾, 양¹⁰⁾ 등은 간정격을 통한 진전의 감소효과에 대한 보고가 있었다. 그러나 현재까지는 DBS를 시행한 뒤 치료가 되지 않은 진전에 대한 한의학적 치료에 대한 보고는 없었다.

이에 저자는 2007년 교통사고 이후 발생한 전신 진

전을 2010년 DBS를 통하여 진전을 제어하였으나 우측 상지 진전이 제어되지 않아 동수원한방병원 침구과에 입원한 환자 1례를 대상으로 하여 舍巖鍼法 肝正格 시술 후 유의한 결과 및 임상적 경과를 얻었기에 이에 대한 증례를 보고하고자 한다.

II. 증례

1. 환자

조○○(37세/여자)

2. 주소증

- ① Right Hand Tremor(특히 4·5지가 심함)
- ② Syncope

3. 발병일 및 발병동기

2007년 교통사고 이후 전신 진전이 발생하였으며 2010년 1월 DBS를 시행한 뒤 전신 진전은 감소하였으나 오른손 진전이 지속되던 중 2010년 8월 20일 보험회사 직원과 다툰 뒤 전신 경련 양상으로 졸도가 발생하여 동수원병원 응급실로 내원하였다.

4. 과거력

2007년 교통사고 후 진전이 발생한 뒤 분당차병원에서 essential tremor 진단을 받았다.

2007년 교통사고 이후 과호흡, 불안, 수면장애로 인하여 신경정신과 내원 후 입원치료, 외래 통원치료 지속하였다.

진전이 지속되어 2010년 1월 12일 분당차병원 신경외과에서 DBS를 시행하였다.

5. 가족력

None

6. 현병력

만 37세 마른 체형의 예민한 성격의 여성으로 직업은 플루트 강사였으며 평소 음주나 흡연은 하지 않았

다. 2007년 이전까지 별 무이상하다가 2007년 교통사고 이후 진전이 발생하여 2010년 1월 DBS를 시행하였고 진전 진전은 감소하였다. 그러나 우측 손에서는 진전이 지속되어 로컬 신경외과, 신경정신과 외래에 내원 도중 2010년 8월 20일 보험회사 직원과 다툰 뒤 전신 경련 양상으로 졸도하여 동수원병원 응급실을 경유하여 동수원병원 신경과 동서협진 병동에서 과호흡, 졸도 증상은 호전하였으나 우측 손 진전에 대한 한방치료를 받기 위하여 동수원한방병원 침구과로 전원한 뒤 입원하였다.

7. 초진소견

- ① 望診 : 面白, 舌淡
- ② 聞診 : 聲弱
- ③ 問診 : 손가락 떨림, 善驚, 口渴
- ④ 切診 : 脈弦細
- ⑤ 食慾 : 食慾不振
- ⑥ 大便 : 2~3일에 1회
- ⑦ 小便 : 1일 5회
- ⑧ 睡眠 : 不眠

8. 검사소견

1) 임상 병리 소견

- ① 일반혈액 검사
2010년 8월 21일 실시 : 특이 소견 없음
2010년 9월 3일 실시 : 특이 소견 없음
- ② 생화학 검사
2010년 8월 21일 실시 : Total protein 5.46g/dL, 이외 특이소견 없음
2010년 9월 3일 실시 : 특이 소견 없음
- ③ 요검사
2010년 8월 21일 실시 : 특이 소견 없음
2010년 9월 3일 실시 : 특이 소견 없음

2) EKG 검사

Normal sinus rhythm(2010년 8월 20일 시행)

3) EEG 검사

Normal waking EEG(2010년 8월 24일 시행)

4) 방사선 소견

- ① Brain-CT, Brain X-ray(2010년 8월 20일 시행) : S/P catheter insert state both(Fig. 1, 2)
- ② Chest PA(2010년 8월 20일 시행) : 별 무소견
- ③ Both knee A-P/Lat(2010년 8월 24일 시행) : 별 무소견
- ④ Rt foot A-P/Lat(2010년 8월 24일 시행) : 별 무소견

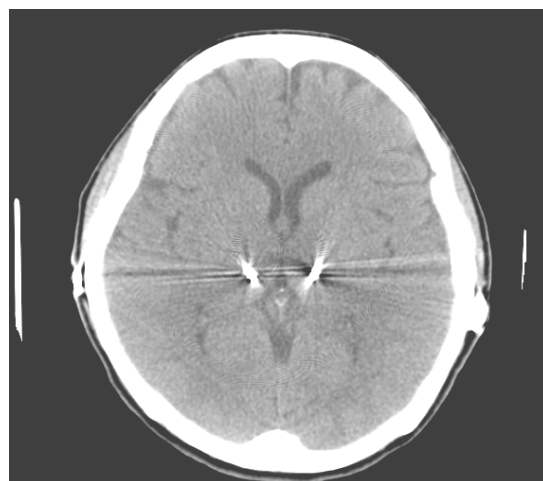


Fig. 1. Brain-CT

Brain-CT shows S/P catheter insert state(deep brain stimulation).



Fig. 2. Brain X-ray

Brain X-ray shows S/P catheter insert state(deep brain stimulation).

- ⑤ Lt wrist A-P/Lat(2010년 8월 24일 시행) : 별 무소견
- ⑥ Lt elbow A-P/Lat(2010년 8월 24일 시행) : 별 무소견
- ⑦ Rib series A-P/Lat(2010년 8월 24일 시행) : 별 무소견

9. 치료기간

- ① 동수원병원 신경과 동서협진센터 : 2010년 8월 20일부터 2010년 9월 3일까지 입원치료
- ② 동수원 한방병원 침구과 : 2010년 9월 3일부터 2010년 9월 8일까지 입원치료

10. 치료 방법

1) 침구치료

하루 1회 시행하였으며 침은 0.25×40mm 1회용 호침(동방침구제작소, 한국)을 사용하였으며, 유침 시간은 20분으로 하였다. 舍巖鍼法 肝正格인 陰谷(KI₁₀)·曲泉(LR₈)을 補하고 經渠(LU₈)·中封(LR₄)을 瀉하였다. 補瀉法은 迎隨補瀉, 九六補瀉를 동시에 사용하였다.

2) 한약치료

개인 경제적 여건으로 한약 복용이 어려워 입원기간 동안 투약은 없었다.

3) 양약치료

기준에 내원하던 신경정신과, 신경외과 양약은 그대로 복용하게 하였다. 입원기간동안 양약 추가 및 변동 사항은 없었다.

- ① 신경정신과 : Xanax 0.25mg 1일 3회 복용, Quetapin 100mg 1일 1회, Cymbatta 1일 1회 복용
- ② 신경외과 : Topamax 25mg 1일 2회, Pranol 20mg 1일 2회 복용
- ③ 기타 : Stillen 1일 3회, Magmil 반 알씩 1일 3회, 타박으로 인한 통증으로 Cetamadol 1알씩 1일 3회, Melax 1알씩 1일 2회 일시적 복용

4) 물리치료

졸도 증상 발생 후 생긴 타박 증상을 호소하여 재활의학과에 진료 의뢰한 뒤 1일 1회 양측 어깨, 팔, 다리 등 환부에 TENS, ICT, Hot Pack을 시행하였다.

11. 증상의 평가방법

진전 증상의 평가를 위하여 파킨슨병의 일반적 평가에 사용되는 UPDRS(unified Parkinson's disease rating scale) 중 tremor scale 문항(Table 1)을 사용하여 의료진이 3일마다 관찰하여 평가하였으며 환자의 자각 증상의 정도를 문진을 한 뒤 visual analog scale(이하 VAS)을 이용하여 가장 진전이 심한 정도를 10으로 삼고 전혀 느껴지지 않는 정도를 0으로 삼아, 입원기간 동안 3일마다 환자에게 구술하도록 하였다.

Table 1. UDPRS* Tremor Scale(Symptomatic Complaint of Tremor in Any Part of the Body)

0	Absent(no tremor or writing impairment)
1	Slight and infrequently present(mild tremor, writing, and drawing of spiral minimally impaired)
2	Moderate ; bothersome to most patients(writing and drawing of spiral moderately impaired)
3	Severe tremor(writing and drawing severely impaired ; interferes with many activities such as drinking liquids)
4	Marked tremor(interferes with most activities)

* : unified Parkinson's disease rating scale.

12. 치료 경과

1) 2010년 8월 21일(입원 1일째)

정신이 혼미한 증상과 전신 경련, 과호흡, 불안증상은 감소하였으나 우측 상지 떨림은 tremor scale grade상 3으로 평가하였으며, 환자 스스로 진전 증상이 많이 불편하다고 호소하였다.

2) 2010년 8월 24일(입원 4일째)

불안, 불면이 감소하고 있다고 하였으며 수면 중에 좌측 상지 저림 증상이 나타난다고 호소하였다. 당일 실시한 뇌파검사상 별 무소견을 보였다. 우측 손의 떨림은 tremor scale grade상 2.5로 평가하였으며, 환자의 구술에 의한 VAS score는 8로 평가되었다.

3) 2010년 8월 27일(입원 7일째)

전반적인 컨디션은 양호하다고 하였으나 소화가 잘 되지 않는다고 호소하였다. 우측 손의 떨림은 tremor

scale grade상 2.5로 평가하였으나, 환자는 많이 호전된 것 같으며 VAS score로는 6으로 평가되었다.

4) 2010년 8월 30일(입원 10일째)

별다른 증상이 없고 환자가 진전이 많이 안정된 것 같으며 좋아하였다. 불면증상을 간혹 호소하였다. 우측 손의 떨림은 tremor scale grade상 2로 평가하였으며, 환자의 진전에 대한 VAS score의 평가는 5로 호전중에 있었다.

5) 2010년 9월 2일(입원 13일째)

환자가 진전은 별 무증상이나 가끔 깜짝깜짝 놀라는 증상이 있다고 하며 평소 수면시간이 4시간인데 6시간으로 증가하였다고 함. 우측 손의 떨림은 tremor scale grade상 2로 평가하였으며, 환자의 진전에 대한 VAS score의 평가는 5로 3일전 평가와 동일하였다.

6) 2010년 9월 5일(입원 16일째)

한방 침구과로 전과 하였으며 현재 진전 증상은 거의 느껴지지 않는다고 하며 자각적으로 깜짝깜짝 놀라는 증상과 가슴이 두근거리는 증상 또한 많은 호전을 보였다고 함. 우측 손의 떨림은 tremor scale grade상 1로 평가하였으며, 환자의 진전에 대한 VAS score의 평가는 2로 많은 호전이 있었다.

7) 2010년 9월 8일(입원 19일째)

우측 손의 진전이 인지하지 못할 정도로 호전하였고 놀라는 증상도 지속적으로 호전중이다. 우측 손의 떨림은 tremor scale grade상 1로 평가하였으며, 환자의 진전에 대한 VAS score의 평가는 1로 평가되었다.

8) 2010년 9월 10일(입원 21일째)

환자의 병세가 호전하여 퇴원하였으며 침구과 외래로 9월 11일 내원 예정이다. 우측 손의 떨림은 tremor scale grade상 1로 평가하였으며, 환자의 진전에 대한 VAS score의 평가는 1로 평가되어 2일 전 평가와 동일하였다. 입원 시 증상과 비교하여 보았을 때 정신혼미, 과호흡, 불안 증상은 소실하였으며 잘 놀라는 증상과 불면도 호전하였으며, 진전 증상은 tremor scale grade상 3에서 1로 감소하였으며, 환자의 진전에 대한 VAS score는 10에서 1로 감소하였다(Fig. 3, 4).

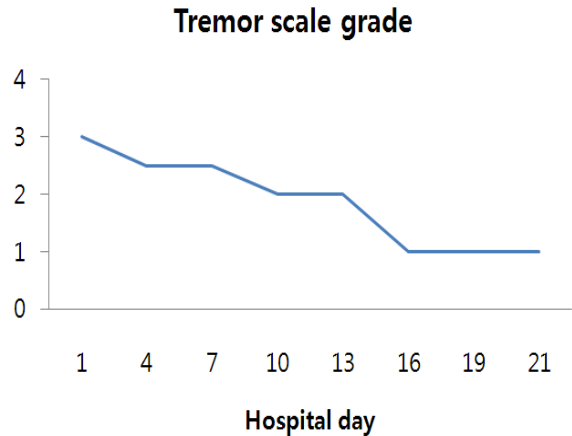


Fig. 3. The change of tremor scale after treatment

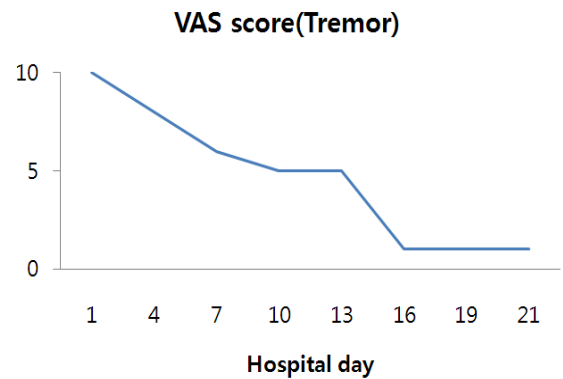


Fig. 4. The change of VAS after treatment

VAS : visual analog scale.

Ⅲ. 고 찰

진전은 그것이 어떤 상황에서 나타나는지와 진동수, 근전도 소견, 약물치료에 대한 반응 등에 따라 분류하는데 가장 중요한 것은 어떤 상황에서 나타나는지를 보는 것이다. 안정 상태에서 나타나는 진전을 안정기 진전이라 하고, 운동 중에 또는 자세를 취할 때 나타나는 진전을 action tremor라고 한다. 진전이 있는 환자를 진단할 때 처음으로 해야 할 일은 진전이 다른 질환의 한 증상으로 나타났는지를 감별해야 한다. Wilson병, 간 병증, 요독증, 갑상선 기능항진증, 말초 신경병증, alcohol 중독, lithium 등 항정신병 약물을 복용한 경우, 머리에 외상을 입은 경우에 그 질환의 한 증상으로 진전이 나타날 수 있다. 특별한 원인 없이 체위성·운동성 진전만을 보이는 경우를 원

발성 진전(essential tremor)이라고 하는데, 정상인에서도 관찰되는 생리적 진전도 체위성 진전과 action tremor를 보이기 때문에 경우에 따라서는 이 두 가지를 감별 진단하기가 어렵다. 혹자는 일상생활에 지장을 일으키지 않는 체위성 및 운동 진전을 생리적 진전이라고 부르고, 일상생활에 장애를 일으키면 병적 진전인 원발성 진전이라고 부른다. 원발성 진전 환자들 중 약 절반에서 진전의 가족력이 있다¹¹⁾.

원발성 진전은 가장 흔한 떨림 중 하나로 가족 구성원 내에 동일한 증상을 가지는 경우가 많아 가족성 진전 혹은 유전 진전으로 불리기도 하며, 다른 신경학적 증상이 동반되진 않아 본태떨림이라고 하기도 한다. 원발성 진전은 대개 35세 이상에서 흔하지만, 10대에서 발생하기도 하여 두 개의 발생절정을 가진다. 질환의 진행과정은 양성이지만 떨림은 시간이 지날수록 심해지는 양상을 보인다. 원발성 진전의 떨림의 정도는 생리적 진전보다는 좀더 느리며(4~8Hz) 자세를 유지하거나 일상 활동을 할 때 심하다. 대개 양측에서 발생하지만, 15%의 환자에서는 주로 사용하는 손에서 먼저 생기기도 한다.

이 질환은 중추 신경계에 원인이 있다고 추정되지만, 명확한 신경병리적 이상은 보이지 않는다. 다른 기능적 영상에 의해 소뇌나, 아래올리브핵(inferior olivary nucleus), 청색핵(locus cereleus), 적색핵(red nucleus), 시상 등에서 기능적 이상이 관찰된다.

치료는 propranolol 같은 베타아드레날린 대항제나 항경련제인 primidone이 권유되며 최근 gabapentin, topiramate 등이 효과적이라는 보고도 있다. 약물로 실패한 경우 수술적 치료를 고려하며 기능적 시상절제술, 뇌심부자극술(DBS) 등에 의해 증상이 호전된다¹²⁾.

1990년대에 도입된 뇌심부자극술은 제거술(ablative surgery)의 문제점인 연하곤란, 언어장애 등 영구 장애를 일으키지 않으며 수술 후에도 파킨슨병의 진행 정도에 따라 치료 강도를 조절할 수 있기 때문에 약물 투여만으로는 한계에 도달한 파킨슨병 환자의 치료에 널리 이용되고 있다. 뇌심부자극술(DBS)은 뇌의 특정 표적 부위에 고주파 전기 자극을 함으로써 병터를 만드는 것과 같은 효과를 얻는 방법이다. 현재 사용되고 있는 DBS 시스템은 전극선과 연장선을 통해 자극발생기와 시상하핵을 연결하도록 되어 있다. 시상하핵, 양쪽창백핵, 시상 등이 적용 가능한 표적이며 병터를 만들지 않으므로 가역적이라는 장점이 있다. 최근 소실된 도파민 신경세포를 보충하기 위해 도파민성 세포들을 렌즈핵에 이식하는 방법이 시도되었으

나 아직 그 결과는 미흡하다¹³⁻¹⁵⁾.

뇌심부자극술의 작용 기전은 파킨슨병 환자나 동물 모델에서 시상하핵(subthalamic nucleus : 이하STN)에 병변을 만들면 파킨슨 증상이 호전되는 것으로 보아 진전과 같은 파킨슨 증상은 STN 활성 증가와 관계가 있는 것으로 생각되었다. STN DBS는 파킨슨 증상을 호전시키는 것으로 보아 STN DBS가 STN신경세포의 활성을 억제한다는 가설이 제시되었고 실제로 파킨슨병 환자에 STN에 고주파 전기 자극을 가하며 자극이 끝난 뒤 일정 기간 동안 STN 신경세포의 전기 활동이 억제된다¹⁶⁾.

한의학에서는 진전에 대하여 《黃帝內經·素問·至真要大論》¹⁷⁾에 “諸風掉眩 皆屬於肝…諸暴強直 皆屬於風”이라 해서 掉가 진전의 의미하며, 風象으로 肝과 관계가 있다고 하였다. 王¹⁸⁾은 《六科證治準繩》에서, “顫 搖也 振 動也 筋脈約束不住而莫能任持 風之象也”라고 하여 진전에 대하여 설명하였다.

그 병인과 병리에 대해 살펴보면 王¹⁸⁾은 “…肝主風 風爲陽氣 陽主動 此肝氣太過而克脾土 脾主四肢 四肢者 諸陽之末 木氣鼓之 故動”, “…皆木氣太過而攝火之化也”라고 하여 肝은 風을 주관하고 風은 陽氣로서 陽은 動하므로 肝氣가 太過하여 四肢를 주관하는 脾를 克하여 動하게 된다 하였고, 또한 木氣가 太過하면서 온다고도 하였으며, “…此病壯年鮮有 中年以後 乃有之 老年尤多 夫老年陰血不足 少水不能制盛火”라고 하여 진전이 노인에 많은 이유는 노인은 陰血이 不足하여 水가 盛火를 제어하지 못해 일어난다고 하였다. 張¹⁹⁾은 《張氏醫通》에서, “…蓋木盛即生風生火 上衝於頭 故頭爲震顫 若散於四末即手足動而頭不動也”라 하여 木이 盛하면 風火가 생겨 頭로 上衝하면 頭가 震顫하고, 四肢로 퍼지면 手足이 動한다 하였고, 또한 그는 “脾胃虛弱…心血虛少而振…心氣虛熱而振…心虛挾痰而振…心虛挾血而振…腎虛而行步振掉…實熱積滯”라고 하여 脾胃虛弱, 心血虛少, 心氣虛熱, 心虛挾痰, 心虛挾血, 腎虛, 實熱일 때 진전이 생긴다고 하여 脾胃·心·腎의 虛와 熱, 痰에 의해서 진전이 야기된다고 하였다.

진전에 대한 한의학적 역대 문헌에서의 치법, 처방을 살펴보면 張¹⁹⁾은 肝木實熱일 때는 瀉青丸, 肝木虛熱일 때는 六味地黃丸, 肝木虛弱일 때는 逍遙散, 挾痰일 때는 導痰湯, 脾胃虛弱일 때는 六君子湯을 사용하였고, 王¹⁸⁾은 氣虛하면서 진전이 올 때는 參朮湯으로 보하고, 心虛해서 진전이 올 때는 補心丸으로 養心하고, 挾痰일 때는 導痰湯을 사용하고, 노인의 진전에는

定振丸을 사용한다고 하였다.

舍巖鍼法은 五行鍼인 井榮俞經合에 속한 木火土金水의 五行穴에 소속된 경혈을 선택하여 補瀉鍼을 시행하는 自經補瀉 원칙에 더 한층 첨가하여 他經 補瀉法을 응용한 것으로, 自經五行補瀉鍼法에서 他經五行補瀉鍼法으로 발전시킨 것이다.

肝正格은 陰谷(KI₁₀)·曲泉(LR₈)을 補하고, 經渠(LU₈)·中封(LR₄)을 瀉하는 처방으로 구성되어 있다. 이는 精血의 근원인 肝腎의 水穴을 보하여, 肝腎에서의 精血으로 손상에 의한 병증에 대처하는 방안이 되기도 하며 陰血의 부족으로 인한 火熱, 肝風을 제어하는 역할을 하는 것이다. 經渠·中封혈을 瀉하면서 金克木의 기전을 제어하여 肝木의 소동을 돕는다. 또한 肝主筋하는 장부론적인 관점을 바탕으로 筋肉無力, 筋攣, 筋痺 등을 근육계 관련 병증과 운동 이상증의 질환에 다용된다. 박⁹⁾, 양¹⁰⁾의 기존 연구에도 진전과, 근육 경련 등의 무정위 운동에 대하여 肝正格을 사용한 예를 볼 수 있다⁶⁾.

肝正格의 진전 치료 효과를 여타의 증례 보고나 임상 연구를 통하여 타 침구법과 비교해보면 파킨슨병에 의한 진전의 침치료에 대한 임상 연구는 다소 존재하나 본태성 진전에 대한 타 침법의 임상적 연구는 부족한 실정이며, 또한 침치료 보고가 존재하여도 단일 침치료만으로 실시한 연구는 부족한 실정이다. 그 중 임⁷⁾ 등이 두침과 체침을 병행하여 호전을 보인 연구가 있었으나 환자 평가의 도구가 동일한 기준이 없어 기존 간정격의 진전 감소 연구와 비교하기는 무리가 있으며 신²⁰⁾ 등은 간승격 변방을 통하여 진전의 감소 효과 연구를 보고하였으나 탕약이 같이 사용되어 치료법에 대한 비교 연구는 어려운 실정이어서 평가 도구의 단일화와 함께 단일 침치료의 효과 연구가 지속되어야 한다고 생각한다.

본 증례의 환자는 37세의 여성으로 2007년 교통사고 이전에는 별 무대병이었으나 2007년 2월 14일 교통사고 이후 과호흡, 불안, 심한 감정기복, 우울감, 불면, 보행이 불가능할 정도의 전신적 진전이 나타나 분당차병원 신경외과에서 입원 치료하였으며 통원 치료상 진전의 기질적 원인 및 뚜렷한 원인을 찾지 못하여 본태성 진전으로 진단받고 약물치료로 항진간제, 항우울제, 항정신분열지제를 복용 중이었다. 그 후 진전이 호전 없이 계속 유지되어 2010년 1월 DBS를 시행하였고, 전신적 경련은 감소하여 보행은 가능하게 되었으나 우측 떨림이 제어가 되지 않아서 식사나 필기를 하는 등의 우측 손을 이용한 활동이 불가능하게

되었다. 특히 4·5지는 불특정한 방향으로 진전을 보이며 제어가 되지 않았다. 이로 인하여 DBS의 자극 전류량을 한계까지 증가시켰으나 별다른 호전은 보이지 않아서 추가적 치료 없이 6개월 이상 지속된 상태였다. 환자가 본원 입원 직전 상황인 2010년 8월에는 불안장애, 양극성 정동 장애 등으로 진단받고 신경정신과에 입원하였으나 환자 충동 억제가 되지 못하여 치료를 성공하지 못하고 2일 만에 퇴원한 상황이었으며, 진전으로 인한 신경이 극도로 예민해져 있는 상황이었다. 그 후 2010년 8월 20일 보험금 문제로 인하여 보험회사 직원과 다툰 뒤 졸도하여 동수원병원 응급실에서 내원하여 brain-CT 촬영을 하였으나 별다른 소견이 보이지 않아 R/O seizure를 진단받고 동수원병원 동서협진센터 신경과로 입원하였으나 EEG, 이하학적 검사상 별 무이상으로 진단받고 seizure 진단은 배제하고 진전에 대한 한방치료를 시행하기로 하였다. 경제적 문제로 한약치료는 시행하지 못하고 침치료만 시행하기로 하였다. 환자가 面白 舌淡 聲弱 便秘 口渴한 상황을 陰虛로 변증하였으며, 善恐 脈弦細 震顫을 肝虛로 辨證하여, 肝陰虛證으로 최종 辨證하였다. 이러한 상황에 대처하기 위하여 肝正格을 選方하였으며 매일 1일 1회 환측에 자침 후 迎隨補瀉, 九六補瀉를 동시에 시행하였다. 그 후 3일마다 한 번씩 tremor scale, VAS score를 조사하여 진전의 호전도를 기록하였다.

입원 기간중 입원 초 일주일간은 불안 장애를 많이 호소하였으며 다발적 통증을 호소하여 동수원병원 정형외과에 진료 의뢰한 뒤 X-ray검사를 시행하였으나 별 무소견을 보여 물리치료실에서 TENS, ICT, hot pack 치료 이외 별다른 치료는 시행하지 않았다. 진전은 입원 초기인 입원 14일까지는 완만한 호전을 보이다가 그 후부터 호전 속도가 향상을 보여 입원 초기 tremor scale grade가 3에서 15일 후부터는 1로 감소하였으며 VAS score는 입원 당시에는 10에서 시작하여 퇴원 당일에는 1까지 감소하여 거의 자각하기 힘들 정도로 감소하였다. 오른손을 이용한 활동에서도 입원 당시는 식사, 필기도 하지 못하였으나 퇴원 당시에는 오른손을 이용한 일상생활이 대부분 가능할 정도로 호전하였다. 또한 입원 당시 상당히 불안한 상태에 있었으며 이름만 호명을 해도 心悸, 胸滿이 심하게 나타나고 불안하다고 환자가 호소하였으나 입원 기간이 지날수록 善驚, 善恐, 心悸에 대한 자각 증상은 지속적으로 감소하고 평균 수면 시간도 4시간에서 6시간으로 증가했다.

본 증례는 기존의 사암침법에서 일반적 진전의 치료로 제시한 心正格과는 다르게 八綱辨證을 거친 뒤 肝陰虛로 辨證하여 肝正格으로 진전을 치료하였다는 점에서 원전에서 기록된 처방보다는 실제적 변증을 통한 한의학적 사고를 통하여 정한 처방에서도 효과를 보여줄 수 있다는 점에서 의의가 있다. 또한 진전에 대한 대중적인 치료법인 DBS를 시행한 뒤 치료가 되지 않은 진전에 침치료를 통하여 호전하였다는 점에서 기질적 이상이 없는 본태성 진전에서는 DBS 등의 대중 치료와 함께 사용할 때 효과적일 수 있다는 가능성을 보여준다는 점에서 의의가 있다.

그러나 본 증례 1례로는 결과를 단정짓기는 어려움이 있으며 환자가 신경정신과 입원, 외래 치료경험이 있었던 심리적 불안정 상태에 있던 환자로 입원 치료로 인한 심리적 안정으로 인한 효과를 배제하기 어렵다는 점에서 침치료 효과를 단정짓기 어려운 측면이 있다. 또한 추후 외래 내원을 통한 환자의 예후 상태에 대하여 추가 관찰을 하지 못하여 전화 문진으로 대체한 아쉬움이 있다.

본 증례를 포함하여 현재 肝正格에 대한 진전 치료 효과는 박¹⁷⁾, 양¹⁸⁾을 통한 증례는 있으나 대조군 연구를 통한 임상적인 연구는 부족한 실정이므로 추후 추가적인 임상 연구를 통하여 肝正格의 진전 감소 효과에 대한 임상적 증명과정이 필요하다고 생각된다. 또한 DBS와 같은 구조적인 외과적 기술을 통한 대중 치료와 한방 치료를 겸하는 다른 각도의 동서협진 체계도 생각해 보는 계기가 되었다.

IV. 결 론

교통사고 이후 전신 진전이 나타나 본태성 진전으로 진단받고 DBS를 시행하였으나 우측 손 진전이 안정 되지 않아 일상생활이 힘든 환자가 심한 정신적 스트레스를 받은 후 졸도하여 동수원한방병원에서 21일간 입원하며 본태성 진전에 관한 舍巖鍼法 肝正格 치료를 시행하여 환자의 치료 결과를 평가하면

1. UDPRS 중 tremor scale grade는 3에서 1로 감소하였다.
2. 진전에 대한 VAS score는 10에서 1로 감소하였다.

V. 참고문헌

1. Hallet M. Classification and treatment of Tremor. JAMA 1991 ; 1115-7.
2. Marsden CD, Fahn S. Movement Disorder III. 1st ed. Butterworth Heinemann Medical. 1994 : 434-58.
3. 허준. 동의보감. 서울 : 여강출판사. 1994 : 139, 982, 998, 1284, 1406.
4. Lang AE, Lozano AM. Parkinson's disease. Second of two parts. N Engl J Med. 1998 ; 339 : 1130-43.
5. Meyers R. Surgical experiment in therapy of certain 'extra pyramidal' disease: a current evaluation. Acta Neuol Scand Suppl. 1951 ; 67 : 1-42.
6. 김관우. 舍巖鍼法 隨想錄. 서울 : 초락당. 2006 : 400-3, 419-20.
7. 임정화, 정인철, 이상룡. 두침을 병행한 한방치료를 통한 진전환자 4례에 대한 증례 보고. 대한한방신경정신과학회지. 2004 ; 15(2) : 181-90.
8. 김수연, 정종진, 이슬희, 선승호. 청심연자탕가미방으로 호전된 진전환자 치험 7례. 대한내과학회지. 2008 ; 29(4) : 913-21.
9. 박상민, 강중원, 김동훈, 김종덕, 인창식, 우현수, 서동민, 이상훈, 강성길, 이재동. 당뇨를 동반한 편측 무정위 운동 환자에 대한 사암침법 간정격 치험 1례. 대한침구학회지. 2003 ; 20(4) : 230-5.
10. 양희숙, 김진형, 국윤재, 백동기, 김태현, 강형원, 류영수. 턱떨림을 주증상으로 내원한 환자 3명에 대한 증례 보고. 동의신경정신과학회지. 2004 ; 15(1) : 187-96.
11. 김진수, 최경규, 이명식. 최신 신경학. 서울 : (주) 과학서적센터. 2000 : 354-6.
12. 대한신경과학회. 신경학. 서울 : 군자출판사. 2007: 440-1, 471.
13. 류철형, 장진우, 이명식. 파킨슨병 환자에서 전극 선의 부분 손상으로 인한 심부뇌자극 효과 소실. 대한신경과학회지. 2005 ; 23(6) : 820-3.
14. 류철형, 장진우, 이명식. 파킨슨병에 대한 시상하핵 심부뇌자극술. 대한신경과학회지. 2006 ; 24(3) : 191-5.
15. Filali M, Hutchison WD, Palter VN, Lozano AM, Dostrovsky JO. Stimulation-induced inhi-

- bition of neuronal firing in human subthalamic nucleus. *Exp Brain Res.* 2004 ; 156 : 274-81.
16. Lozano AM, Dostrovsky J, Chen R, Ashby P. Deep brain stimulation for Parkinson's disease : disrupting the disruption. *Lancet Neurol* 2002 ; 1 : 225-31.
 17. 王琦 外. 黄帝内经素问. 서울 : 정보사. 1993 : 439.
 18. 王肯堂. 六科證治準繩. 서울 : 대성문화사. 281, 276.
 19. 張璠. 張氏醫通. 상해과학기술출판사. 1990 : 294, 296, 297.
 20. 신현권, 공현우, 박세진, 서주희, 김주원. 침과 한약 치료를 통한 진전 환자 4례에 대한 증례보고. *동의신경정신과학회지.* 2005 ; 16(2) : 267-76.