

四象醫學的으로 접근한 파킨슨 증후군 환자 치험 6례 : 균형 및 보행분석을 중심으로

고영미 · 곽진영 · 박정환 · 안택원*

대전대학교 한의과대학 사상체질의학교실

Abstract

6 Case Reports on Parkinson's Disease Patients Treated by Sasang Constitutional Medicine: Focused on Stance and Gait Analysis

Young-Mee Koh · Jin-Young Kwak · Jung-Hwan Park · Taek-Won Ahn*

Dept. of Sasang Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Daejeon University

Objectives

Gait disorders are incapacitating symptoms of Parkinson's disease(PD). Here, we report improvements of patients diagnosed with PD treated by Sasang Constitutional Medicine, focused on gait and balance analysis.

Methods

The patients diagnosed with PD were treated on the basis of Sasang Constitutional Medicine, and their stance and gait status were analyzed by zebris Medical GmbH. To evaluate other general symptoms related with PD, GAS scale, NRS scale, H&Y scale and UPDRS were used.

Results

Stride length, velocity, stance phase, lateral symmetry were improved in all 6 patients. Other symptoms related to Parkinson's disease were reduced, along with the improvements in GAS scale, NRS scale, H&Y scale and UPDRS score.

Conclusion

This case study showed Sasang Constitutional Medicine is effective in various symptoms of Parkinson's disease. Especially in regard to the stance and gait status, the improvements were assessed accurately with Gait analysis.

Key Words: Parkinson disease, Gait disturbance, Gait analysis, Sasang Constitutional Medicine

Received June 08, 2017 Revised June 09, 2017 Accepted June 16, 2017

Corresponding author Taek-Won Ahn

Department of Sasang Constitutional Medicine, Cheonan Oriental Medicine Hospital of Daejeon University, 4, Notaesan-ro, Seobuk-gu, Cheonan-si, Chungcheongnam-do, Republic of Korea. 331-958.

Tel.: +82 41 521 7538 fax: +82 41 521 7007 E-mail : kymee2487@naver.com (Y.M. Koh), jinjinjki@hanmail.net (J.Y. Kwak), pjhwinner@naver.com (J.H. Park), twahn@dju.kr (T.W. Ahn)

© The Society of Sasang Constitutional Medicine. All rights reserved. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution Non-commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>)

I. 緒論

파킨슨병은 뇌의 흑색질이 파괴되면서 도파민이 부족해서 발생하는 신경퇴행성 질환으로 진전(tremor), 운동완서(bradykinesia), 강직(rigidity), 자세불안정(postural instability) 등의 증상을 보인다¹. 보행장애(gait disturbance)는 종종걸음(shuffling gait), 동결(freezing) 등의 양상으로 파킨슨 질환이 진행되면서 거의 모든 환자에게서 확연히 드러나는 증상이고, 삶의 질을 저하시키는 대표적인 원인이다².

파킨슨 환자에게 특징적으로 나타나는 보행 특성은 짧은 활보거리(stride length)이다³. 활보거리가 줄어들기 때문에 보행시에 속력(gait speed)이 감소하고, 발이 땅에 닿아있는 입각기(Stance phase)가 늘어나며 발이 땅에서 떨어져 있는 유각기(Swing phase)가 감소하는 등의 특징을 보인다⁴.

현재 파킨슨병의 대표적인 약물인 Levodopa 등은 근본적인 치료보다는 대증처치에 불과하고, 장기간 복용시 wearing-off 등의 부작용이 나타날 위험이 크다⁵. 따라서 기존의 치료 외에 다른 치료법에 대한 관심이 높아지고 있고, 실제 국내 파킨슨 환자들의 58.5%가 한의학적 치료를 받았다고 보고된 바 있다⁶.

한의학적으로는 파킨슨병에 관련된 증상을 震顫, 痙, 瘓, 癱, 攣, 中風 로 보고 있다. 동의수세보원에 파킨슨증에 대해 구체적으로 언급된 부분은 없다. 하지 위약 증상이나 보행에 관련해서 『東醫壽世保元 辛丑本』 『太陰人 泛論』에서 太陰人 腿脚無力病이 언급되며 拱辰黑元丹, 鹿茸大補湯, 太陰調胃湯, 調胃升清湯을 처방한다고 되어있으며⁸, 『太陽人 外感腰脊病論』에서 하체가 허약하여 다리 힘으로 걸어갈 수 없는 太陽人 解休證이 언급되고 있다. 하지만 이는 각각 체질에 따라 太陰人 胃脘의 呼散之氣 부족으로 인해 나타나는 증상이 退却無力證이고, 解休證은 太陽人의 偏小之臟인 肝黨에 해당하는 腰脊 부위가 약해져서 발생하는 증상으로, 파킨슨에 의한 하지위약 및 강직으로 인한 보행 장애와는 차이가 있다.

동무 이제마 선생의 사상의학은 환자가 호소하는 특정 병증이나 증상에 얽매이지 않고 보다 근본적으로 환자의 체질에 따라 臟局의 편차를 회복하는 방법으로 正氣를 바로잡아주면 질병으로부터 자연스럽게 회복된다고 보는 관점이다⁹. 따라서 파킨슨병과 같이 의학적으로 원인이나 치료법이 명확하지 않고 질병으로 인해 나타나는 증상이 다양한 질환에 사상의학적 접근은 의미가 있다.

파킨슨에 관해서는 한의학적으로 많은 연구가 발표되고 있으며, 사상의학적으로도 고¹⁰, 박¹¹ 등의 연구 및 치험례가 있다. 그러나 파킨슨증의 대표적인 증상인 보행장애에 대해 호전정도를 객관적으로 분석한 한의학적 치험례는 없었다. 이에 저자는 파킨슨증을 주소로 하여 입원 환자 6례를 대상으로 사상체질의학적으로 접근하여 파킨슨증의 호전을 보았고, 특히 보행장애에 대해서 객관적인 데이터를 바탕으로 체질 처방 전후를 비교하여 치료 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 證例

1. 증례 1

1) 성명: 김00 (F/62)

2) 치료 기간: 2017-02-01 ~ 2017-02-16

3) 진단명:

R/O) Parkinson's disease

IMP) Hyperlipidemia

4) 주소증: (1)진전 (2)강직 (3)서동증 (4)보행장애
(5)요통

5) 발병일: 2016년 7월, 별무동기

6) 과거력:

- 2015년 Hyperlipidemia 진단받고 약 복용중

- 2017년 2월 1일 local 정형외과의원에서 MRI상 경미한 HNP of L-spine 진단받음

변증하였다.

7) 가족력: 별무

8) **현병력**: 2016년 7월경 상기 증상 발생하여 2016년 8월경 00대학병원에서 Brain MRI상 별 무이상소견 들으시고 별무처치 후 적극적인 한 방치료를 위하여 본원 내원함.

9) 체질진단

(1) **체형기상**: 보통보다 튼실한 체격이며 복각은 둔각이다. 사지에 비해 체간부가 발달한 편이다.

(2) **용모사기**: 인상이 순하고 안면이 좌우로 발달했으며 이마가 편평한 편이다. 피부 색은 하얀 편이다.

(3) **성질재간**: 말수가 적고 느린 편이다.

(4) **소증**

- ① 수면: 5-6시간/일, 입면 및 수면 시간 양호한 편이지만 야간시 예민한 편으로 작은 자극에도 중도각성 있음.
- ② 식욕, 소화: 평소 식욕 및 식사량은 반공기 정도로 적은 편이고, 소화는 천천히 되는 편이다. 식후 경미한 복만 증상 있다.
- ③ 대변: 평소 변비 경향으로, 1-3일로 배변 습관이 불규칙적이다.
- ④ 소변: 자주 보는 편이고, 간헐적으로 소변이 진하게 나온다. 야간뇨는 0-2회 본다.
- ⑤ 한출: 땀의 양은 보통이다. 땀을 내고 나서 특별히 개운하거나 기운이 떨어지는 느낌 없다.
- ⑥ 한열: 普~熱, 口渴, 手足溫.

(5) SCAT 검사 결과: 太陰人

(6) **체질진단**: 상기 체질 소견과 소증 및 임상 소견을 바탕으로 사상체질의학과 전문의에 의거하여 상기 환자를 太陰人 裏熱病 燥熱證 으로

10) 입원 검사소견

(1) DITI(Digital Infrared Thermal Imaging) [2017-02-02]: 이마 및 두경부 체온 집중된 양상

(2) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale): Stage 1 [2017-02-02]

(3) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS): 총점 27점; Part I 0점, Part II 13점, Part III 14점, Part IV 0점 [2017-02-02]

11) 치료

(1) 침구치료

- 직경 0.20mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침(우진침구)을 사용하였다.
- 太陰人 肝大肺小한 장국대소를 고려하여 心, 肺, 肝經의 金穴에 해당하는 혈자리를 취혈하였다.
- 靈道 經渠 中封에 일 2회(9시, 14시) 자침 후 15분간 유침하였다.

(2) **한약치료**: 한약은 대전대학교 천안한방병원 탕전실에서 조제한 탕약을 사용하였으며, 2첩을 3팩에 나누어 하루 3회 식후 30분 투여하였다.

① 清心蓮子湯 加 葛根, 大黃 (2017.02.02 ~ 2017.02.15.): 蓮肉 8g, 山藥 8g, 天門冬 4g, 麥門冬 4g, 遠志 4g, 石菖蒲 4g, 酸棗仁 4g, 龍眼 4g, 柏子仁 4g, 黃芩 4g, 蘿蔔子 4g, 甘菊 1.2g, 葛根 4g, 大黃(酒蒸) 4g

(3) 양약치료

- Hyperlipidemia에 대한 지참약 바이토린정10/10 (Ezetimibe 10mg, Simvastatin 10mg) 저녁 식후 1정 복용 지속.
- 피케이멜즈인퓨전주(Amantadine sulfate 200mg)를 총 5회 IV inj. 하였다. (2017.02.03, 2017.02.06, 2017.02.09, 2017.02.12., 2017.02.15)

(4) 약침치료 : 자하거약침(대한약침제형연구회) 1 일 1회 양 풍지혈 0.5cc씩 주입하였다.

12) 평가방법

(1) 균형

zebris Medical GmbH사의 균형분석(Stance analysis) 시스템을 이용하였다. 센서가 내장된 treadmill 위에 환자가 편한 자세로 서도록 하고, 정면을 응시하는 상태로 30초동안 기립 자세를 유지하면서 균형 상태를 측정하였다. 좌우의 평균 하중(Average force, %)이 평가의 지표로 사용되었다.

(2) 보행

zebris Medical GmbH사의 보행분석(Gait Analysis) 시스템을 이용하였다. 센서가 내장된 treadmill 위에 환자가 서도록 하고, treadmill 속도를 조금씩 올리면서 환자가 편하게 느끼는 속도(평소 보행과 유사한 속도)에 맞춘 후 3분동안 보행 상태를 측정하였다. 보행속도(Velocity, km/h), 활보길이(Stride length, cm)*, 입각기(Stance phase, %)와 유각기(Swing phase, %)**, 좌우균형(Lateral symmetry, mm)**이 평가의 지표로 사용되었다.

(3) Global Assessment Scale(GAS)

주소증에 대한 평가는 Global Assessment Scale(전반적 자기평가, 이하 GAS)를 이용하였다. 입원 당시의 진전 정도를 100, 증상이 전혀 없는 상태를 0으로 보았을 때, 환자가 주관적으로 느끼는 증상의 정도를 0에서 100까지의 숫자로 매일 오전 7시에 평가하도록 하였다.

(4) Numeric pain rating scale(NRS)

통증의 정도에 대한 평가는 Numeric pain rating scale(이하 NRS)를 이용하였다. 1~3은 경도의 통증, 4~6은 중등도의 통증, 7~10은 심한 통증이라고 설명한 후, 환자가 주관적으로 느끼는 증상의 정도를 0(통증 없음)부터 10(가장 심한 통증)까지 숫자로 입원 당시 상태를 평가한 후, 이후 매일 오전 7시에 평가하도록 하였다.

록 하였다.

(5) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale)¹⁰

파킨슨병의 진행 정도를 평가하는 방법으로, 증상의 일측성/양측성 여부와 균형 및 장애의 정도를 1에서 5단계까지 나눠서 평가하였다.

(6) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)¹¹

파킨슨 환자의 증상과 정도, 전반적인 일상생활 수행 능력 등을 평가하는 대표적인 지표이다. 입원 당시, 퇴원시 2회 평가하였다.

* 활보길이(Stride length, cm): 같은 발에 의해 수행되는 두 번의 연속적인 발뒤꿈치 닿기 사이의 거리.

** 입각기(Stance phase, %)와 유각기(Swing phase, %): 입각기는 한쪽 발뒤꿈치 닿기에서부터 발가락 떼기까지의 과정이고, 유각기는 동일한 쪽의 발이 공중에 있는 시기.

*** 좌우균형(Lateral symmetry, mm): 보행시 몸의 무게중심을 측정하는 지표. 좌측으로 치우치면 -, 우측으로 치우치면 +로 표시하였고, 0에 가까울수록 균형이 좌우로 치우치지 않음을 의미한다.

13) 치료경과

(1) 균형

좌/우 평균 하중(Average force, %) 비율이 44/56 [2017.02.02]에서 45/55[2017.02.16]으로, 좌/우 차이가 줄어들어 균형 상태에 호전이 있었다.

(2) 보행

- 속도(Velocity): 0.9±0.1km/h[2017.02.02.]에서 1.1±0.1km/h[2017.02.16]으로 증가했다.

- 활보길이(Stride length): 30±2cm[2017.02.02]에서 31±2cm[2017.02.16]로 보행 간격이 넓어졌다.

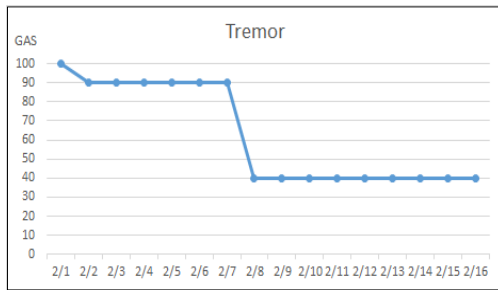
- 입각기(Stance phase), 유각기(Swing phase): 좌/우 입각기는 77.4±3.1 / 77.0±2.0[2017.02.02]에서 74.7±1.6 / 73.6±2.0[2017.02.16]으로 줄었고, 유

각기는 22.6 ± 3.1 / 23.0 ± 2.0 [2017.02.02]에서 25.3 ± 1.6 / 26.4 ± 2.0 [2017.02.16]으로 늘었다.

- 좌우균형(Lateral symmetry): -10.5 ± 21.3 mm[2017.02.02]에서 -7.9 ± 19.7 [2017.02.16]로 줄어들어 보행시 균형에 호전이 있었다.

(3) 진전

입원 당시 좌상하지로 나타나며, 경미한 강직도 동반되었다. 진전 양상은 점차 호전되어 입원 2일째 GAS 90점으로 감소하기 시작해서 입원 8일째 GAS 40점으로 호전되었다(Figure 1).



* GAS: Global assessment scale

Figure 1. Progress of tremor (Case 1)

(4) 요통

입원 당시 안정시에도 지속되는 요부 전반적인 통증이 NRS 6이었다. 입원 2일째 NRS 5, 입원 13일째 NRS 3으로 줄어들었다. 퇴원시 환자 요통이 일상 생활 하는데 신경쓰이지 않을 정도라고 호소하였다.

(5) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale)

입원 당시(2017.02.02)와 퇴원시(2017.02.16) H&Y scale은 stage I로 동일하였다.

(6) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)

입원 당시(2017.02.02) UPDRS 총점 27점(Part I 0점, Part II 13점, Part III 14점, Part IV 0점)에서, 퇴원시(2017.02.16) 총점 20(Part I 0점, Part II 9점, Part III 11점, Part IV 0점)으로 감소하였다.

2. 증례 2

1) 성명: 임OO (M/63)

2) 치료 기간: 2016-12-30 ~ 2017-01-13

3) 진단명:

- R/O
- Cerebellar disease
- Parkinson's syndrome

4) 주소증: (1)진전, (2)균형장애, (3)좌하지인통

5) 발병일: (1) 2016년 11월, 별무동기, (2) 2015년 8월 발생, 2016년 11월 우심, 별무동기 (3) 2016년 7월, 좌슬부 인공관절술 후

6) 과거력:

- 2010년 local 의원에서 좌슬부 MRI 검사상 연골 파열 소견 들으신 뒤 연골 제거 수술, 2015년 4월 연골 90% 가량 제거 수술
- 2014년경 전립선비대로 local 내과에서 진단
- 2015년 7월경 좌슬부 인공관절 수술

7) 가족력: 별무

8) 현병력: 상기 증상 발생하여 별무처치 후 적극적인 한방치료를 위하여 본원 내원함.

9) 체질진단

- (1) 체형기상: 튼실한 체격이며 복각은 둔각이다. 팔과 다리 골격이 굵은 편이다.
- (2) 용모사기: 얼굴이 전반적으로 둥글고 후덕하며, 눈꼬리가 처져있다.
- (3) 성질재간: 느긋한 성격이며, 말수가 적고 느린 편이다.
- (4) 소증
 - ① 수면: 하루 46시간 정도 수면하며, 수면의 질은 양호하다. 수면중 예민한 편 아니다.

- ② 식욕, 소화 : 식욕은 보통으로, 한 끼에 1공기 먹고 소화도 양호한 편이다.
- ③ 대변 : 1회/1일, 평소 양호한 대변 양상이나 최근 약간 굳은 변 경향.
- ④ 소변 : 1시간에 1회, 자주 보는 편이다. 야간뇨 4-5회.
- ⑤ 한출 : 땀의 양은 보통이다. 땀을 내고 나서 특별히 개운하거나 기운이 떨어지는 느낌 없다.
- ⑥ 한열 : 寒, 口渴, 能飲冷

(5) 체질진단 : 상기 체질 소견과 소증 및 임상 소견을 바탕으로 사상체질의학과 전문의에 의거하여 상기 환자를 太陰人 裏熱病 燥熱證으로 진단하였다.

10) 입원 검사소견

- (1) Brain MRI&MRA [2016-12-31, by 제일영상의학 : Brain cell 의 degenerative change. No active lesion 이나 infarction. MRA; Carotid artery aneurysm, left.
- (2) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale) : Stage 1 [2016-12-31]
- (3) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) : 총점 4점; Part I 0점, Part II 1점, Part III 3점, Part IV 0점 [2016-12-31]

11) 치료

- (1) 침구치료
 - 직경 0.20mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침(우진침구)을 사용하였다.
 - 太陰人 肝大肺小한 장국대소를 고려하여 心, 肺, 肝經의 金穴에 해당하는 혈자리를 취혈하였다.
 - 靈道 經渠 中封에 일 2회(9시, 14시) 자침 후 15분간 유침하였다.
- (2) 한약치료: 한약은 대전대학교 천안한방병원 탕전실에서 조제한 탕약을 사용하였으며, 2첩을

3팩에 나누어 하루 3회 식후 30분 투여하였다.

① 清心蓮子湯 (2016.12.30 ~ 2017.01.13) : 蓮肉 8g, 山藥 8g, 天門冬 4g, 麥門冬 4g, 遠志 4g, 石菖蒲 4g, 酸棗仁 4g, 龍眼 4g, 柏子仁 4g, 黃芩 4g, 蘿蔔子 4g, 甘菊 1.2g

(3) 양약치료

- 다음은 내원 당시 파킨슨증에 대해 00대학병원에서 처방받아 복용하던 medication으로, 입원 후에도 복용 지속하였다.
- 피케이멜즈정(Amantadine sulfate 100mg) 아침 식후 1정
- 트리헥신정(Trihexyphenidyl HCl 2mg) 1정씩 하루 3회
- 글리아타민정(Choline Alfoscerate 400mg) 1정씩 하루 3회
- 스티렌정(artemisia asiatica) 1정씩 하루 3회.

(4) 약침치료

자하거약침 1일 1회 양 풍지혈 0.5cc씩 주입

12) 치료경과

(1) 균형

좌/우 평균 하중(Average force, %) 비율이 44/56 [2017.01.12]에서 45/55[2017.01.19]으로, 좌/우 차이가 줄어들어 균형 상태에 호전이 있었다.

(2) 보행

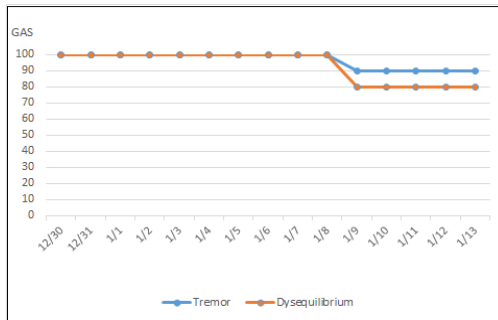
- 속도(Velocity): 0.5±0.1km/h[2017.01.12.]에서 0.9±0.1km/h[2017.01.19]으로 증가했다.
- 활보길이(Stride length): 19±5cm[2017.02.02]에서 30±5cm[2017.01.19]로 보행 간격이 넓어졌다.
- 입각기(Stance phase), 유각기(Swing phase): 좌/우 입각기는 75.3±3.8 / 78.9±3.5[2017.01.12.]에서 69.6±5.3 / 72.4±3.1[2017.01.19]으로 줄었고, 유각기는 24.7±3.8 / 21.1±3.5[2017.01.12.]에서 30.4±5.3 / 27.6±3.1[2017.01.19]으로 늘었다.

(3) 진전

입원 당시 우측 수부 미세진전이 있었다. 진전 양상은 입원 11일째 GAS 90으로 경도 호전되었다. (Figure 2)

(4) 균형장애

보행시 환자가 느끼는 균형장애는 입원 11일째 GAS 80으로 경도 호전되었다. (Figure 2)



* GAS: Global assessment scale

Figure 2. Progress of tremor and dysequilibrium. (Case 2)

(5) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale)

입원 당시(2016.12.30)와 퇴원시(2017.01.19) H&Y scale은 stage 1로 동일하였다.

(6) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)

UPDRS는 총점 4점(Part I 0점, Part II 1점, Part III 3점, Part IV 0점)으로 입원 당시와 퇴원시 동일하였다.

3. 증례 3

1) 성명: 이00 (F/69)

2) 치료 기간: 2017-03-27 ~2017-04-19

3) 진단명:

R/O) Parkinson's disease

IMP) Seq. of Cbr-inf(Rt.BG), DM, Hyperlipidemia

4) 주소증: (1) 진전 (2) 불면

5) 발병일:

on set) (1) 구각부 진전 : 2017년 2월경, 좌상지진전 : 2016년 2월경, 별무동기 (2)2016년 10월경, 별무동기

6) 과거력:

- 1990년경 본원에서 Cbr-inf.(Rt. BG) 진단받고 입원치료
- 1993년경 본원에서 DM, Hyperlipidemia 진단받고 약 복용중
- 2013년 9월 본원에서 TIA 로 입원치료
- 2017년 2월경 local 내과에서 Gastritis 진단받고 치료 받음

7) 가족력:

- 조부 : C.V.A로 고생하심
- 모 : DM으로 고생하심

8) 현병력:

2017년 3월 11일경 00대학병원에서 Brain MRI 상 seq. of Cbr-inf., aneurysm 진단받고 약 복용 하시다가 적극적인 한방치료를 위하여 본원 내원.

9) 체질진단

(1) 체형기상: 팔과 다리는 가는 편이고, 하복부가 발달했다.

(2) 용모사기: 얼굴이 상하로 길고, 눈꼬리와 입꼬리는 아래로 쳐져있는 편이다.

(3) 성질재간: 성격이 예민하고, 마음이 불안한 편이다.

(4) 소증

① 수면 : 원래는 수면 양호했으나 발병 후 3-4시간 /일, 수면 불량, 입면난(1시간), 다몽

② 식욕, 소화 : 평소 식사량은 반공기 정도로 적은 편이고, 소화도 잘 되지 않는 편이다. 식후 비만감이 있다.

- ③ 대변 : 하루 1회씩 보통변을 보는 편이고, 간헐적으로 경변. 배변 습관은 규칙적인 편.
- ④ 소변 : 1회/3-4시간, 잔변감 등 소변관련 증상 없음. 야간뇨는 2-3회/일.
- ⑤ 한출 : 평소 땀은 거의 없는 편이고, 땀이 많이 빠지고 나면 기운이 처진다.
- ⑥ 한열 : 普~熱, 口渴, 手足溫.

(5) SCAT 검사 결과: 少陰人

(6) 체질진단: 상기 체질 소견과 소증 및 임상 소견을 바탕으로 사상체질의학과 전문의에 의거하여 상기 환자를 少陰人 裏寒病 太陰證으로 진단하였다.

10) 입원 검사소견 [2017-03-27]

- (1) DITI(Digital Infrared Thermal Imaging) : 이마 및 두경부 체온 집중된 양성
- (2) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale) : Stage 1
- (3) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) : 총점 11점; Part I 3점, Part II 3점, Part III 3점, Part IV 2점

11) 치료

(1) 침구치료 :

- 직경 0.20mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침(우진침구)을 사용하였다.
- 陷谷 足臨泣 三間 中渚 廉泉 頰車 에 일 2회(9시, 14시) 자침 후 15분간 유침하였다.

(2) 한약치료: 한약은 대전대학교 천안한방병원 탕전실에서 조제한 탕약을 사용하였으며, 2첩을 3팩에 나누어 하루 3회 식후 30분 투여하였다.

- ① 香砂養胃湯 (2017.03.27 ~ 2017.03.31) : 人蔘 4g, 白朮 4g, 白芍藥 4g, 炙甘草 4g, 半夏 4g, 香附子 4g, 陳皮 4g, 乾薑 4g, 山查肉 4g, 砂仁 4g, 白豆蔻 4g, 生薑 8g, 大棗 8g

- ② 加味歸脾湯 加 鈞鈎藤, 生地黃, 竹茹, 枳實 (2017.03.31 ~ 2017.04.19.) : 當歸 6g, 龍眼肉 6g, 酸棗仁 6g, 人蔘 6g, 黃芪 6g, 白朮 6g, 白茯苓 6g, 川芎 6g, 狗脊 6g, 陳皮 4g, 荊芥 4g, 杜沖 4g, 續斷 4g, 牛膝 4g, 木瓜 4g, 山茱萸 4g, 神曲 4g, 遠志 2g, 木香 2g, 甘草 2g, 貢砂仁 2g, 乾薑 2g, 生薑 12g, 大棗 8g, 鈞鈎藤 8g, 生地黃 4g, 竹茹 4g, 枳實 4g
진전 증상에 대한 집중치료 위해 방약합편, 동의보감에 의거하여 가미귀비탕을 처방하였다.

(3) 양약치료 :

- ① 내원 당시 구각부 및 좌상지 진전에 대해 00대학병원에서 처방받아 복용중이던 약은 다음과 같다.
 - 엑세그란정 100mg(Zonisamide 100mg) 1정씩 하루 2회
 - 리리카캡슐(Pregabalin 75mg) 저녁 식후 1정
 - 리보트릴정(Gonazepam 0.5mg) 저녁 식후 0.5정
 - 삼진디아제팜정 2mg(Diazepam 2mg) 1정씩 하루 2회
 항경련제 중 리리카캡슐과 리보트릴정은 2017.03.29부터 복용 중단하였고, 엑세그란정은 2017.04.10부터 복용 중단하였다.
- ② 다음은 내원 당시 Cbr-inf., DM, Hyperlipidemia 과거력으로 00대학병원에서 처방받아 복용하던 medication으로, 입원 후에도 복용 지속하였다. 입원중 지속적인 고혈당으로, 2017.03.29부터 다이아벡스정500mg은 3T#2에서 4T#2로 증량하였다.
 - 아스피린프로텍트정100mg(Aspirin enteric coated 100mg) 아침 식후 1정
 - 리피토정10mg(atorvastatin calcium trihydrate 10.85mg) 저녁 식후 1정
 - 그리크라정(Gliclazide 80mg) 1.5정씩 하루 2회
 - 다이아벡스정500mg(Metformin hydrochloride 500mg) 1.5정씩 하루 2회 (2017.03.29부터 2정씩 하루 2회)

(4) 약침치료

자하거약침(대한약침제형연구회) 1일 1회 廉泉에 0.5cc씩 주입하였다.

12) 치료경과

(1) 균형

좌/우 평균 하중(Average force, %) 비율이 61/39 [2017.03.27]에서 68/32[2017.03.30]으로, 좌/우 균형 차이가 경도 상승했다.

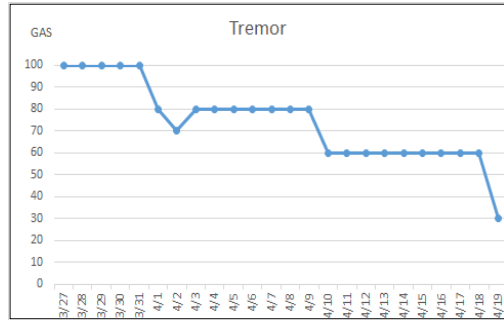
(2) 보행

- 속도(Velocity): 0.3±0.0km/h[2017.03.27.]에서 0.3±0.0km/h[2017.03.30]으로 동일했다.
- 활보길이(Stride length): 11±1cm[2017.03.27]에서 13±2cm[2017.03.30]로 보행 간격이 넓어졌다.
- 입각기(Stance phase), 유각기(Swing phase): 좌/우 입각기는 69.3±4.7 / 70.1±2.1[2017.03.27.]에서 73.5±1.5 / 76.6±1.2[2017.03.30]으로 줄었고, 유각기는 30.7±4.7 / 29.9±2.1[2017.03.27]에서 26.5±1.5 / 23.4±1.2[2017.03.30]으로 늘어났다.
- 좌우균형(Lateral symmetry): -26.8±23.9mm[2017.03.27]에서 -2.2±22.7[2017.03.30]로 줄어들어 보행시 균형에 호전이 있었다.

(3) 진전

입원 당시 하악부 진전이 심해서 안정시 이가 부딪히는 소리가 들릴 정도였으며, 식사를 원활하게 하기도 어려웠다. 입원 6일째 진전은 GAS 80으로 감소하였고, 이 부딪히는 소리 날 정도는 아니지만 대부분의 시간 진전이 관찰되었다. 입원 7일째 GAS 70으로 감소하였고, 구각부 및 좌측 수지부 동반 호전되었다. 입원 8일째 GAS 80으로 전일보다 경도악화되었고, 이후 호약을 반복하였다. 15일째 GAS 60으로 호전되었다. 구각부 진전이 지속적이지 않고 증상이 나타나지 않는 시간이 늘었고, 좌측 수부 물건 들 때 떨림 심해지는 증상 없어졌다. 퇴원시(2017.04.19) 구각부는 GAS 30으로 대부분의 시간 떨림이 없고, 간헐적인

미세한 진전만 남았고, 좌상지 진전 또한 GAS 40으로 줄어들었다. (Figure 3)



* GAS: Global assessment scale

Figure 3. Progress of tremor. (Case 3)

(4) 불면

입원 당시 입면하는데 1시간 소요되고, 총 수면 시간도 3-4시간이며, 중도각성도 다수 있었으며, 다몽 경향 있었다. 본원 입원 2일째 입면난 소실되었고, 중도각성과 다몽 양상은 유지되었으나 수면 시간(5-6시간/일) 및 만족감은 높아졌다. 입원 3일째 입면난 소실, 중도각성 수차례에서 2회로 줄어들었다. 다몽 증상도 호전되었다. 이후 수면 호약 반복하다가 11일째부터는 수면시간 5-6시간, 중도각성 또한 1회 미만으로 호전된 후 지속되었다.

(5) DITI(Digital Infrared Thermal Imaging)

입원 당시 안면 및 두경부, 흉부로 체온 상승이 집중된 경향 보임[2017.03.27]

안면부 및 흉부 체온이 하강하여 몸 전체적으로 편차가 적어졌다[2017.04.06]

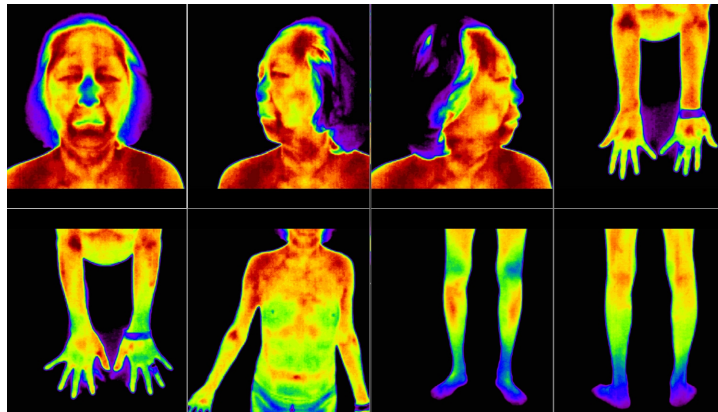
입 주변, 이마, 눈 주변 붉은기도 감소하여 안면부 전반적인 체온 분포가 고르게 됐다[2017.04.17] (Figure 4)

(6) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale)

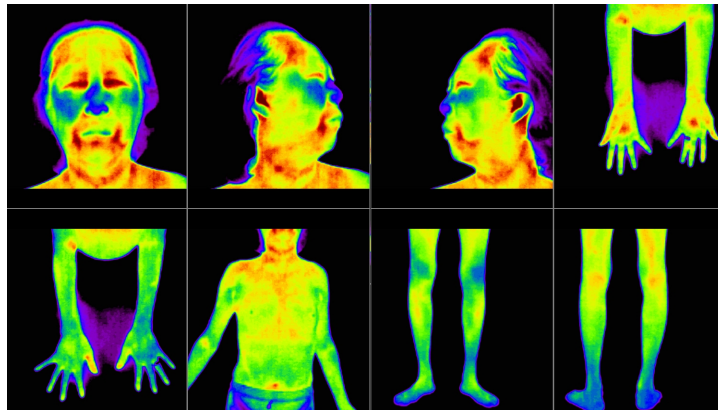
입원 당시(2017.03.27)와 퇴원시(2017.04.19) H&Y scale은 stage 1로 동일하였다.

(7) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)
 입원 당시(2017.03.27) UPDRS 총점 11점(Part I 3점,
 Part II 3점, Part III 3점, PartIV 2점)에서, 퇴원시

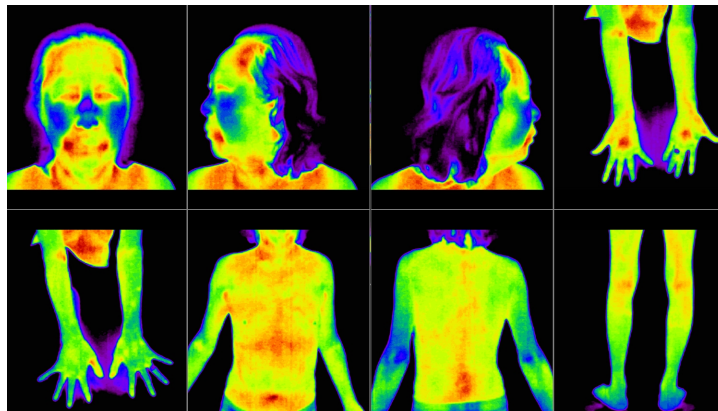
(2017.04.19) 총점 4점(Part I 1점, Part II 2점, Part III
 1점, Part IV 0점)으로 감소하였다



DITI [2017.03.27]



DITI [2017.04.06]



DITI [2017.04.17]

Figure 4. Whole body digital infrared thermal imaging (DITI) (Case 3)

4. 증례 4

1) 성명: 신00 (M/59)

2) 치료 기간: 2017-03-02 ~ 2017-03-08

3) 진단명:

R/O) Parkinson's disease

IMP) HNP of C-spine

4) 주소증: (1) 진전 (2) 보행장애 (3) 구고, 구갈

5) 발병일: 2015년 7월경, 별무동기

6) 과거력:

2016년 4월경 local 의원에서 HNP of C-spine 의심 소견 받고 주사치료

7) 가족력: 별무

8) 현병력: 2015년 7월경 증상 발생하여 00대학병원에서 Brain MRI상 별무소견 들으시고, 2015년 9월 local 신경과에서 약 처방받아 복용하시던 중 적극적인 한방치료를 위하여 본원 내원함.

9) 체질진단

(1) 체형기상: 팔과 다리보다 체간부가 발달했고, 복각은 둔각이다. 전반적으로 골격이 굵은 편이다.

(2) 용모사기: 얼굴 피부가 두껍고, 이마가 좌우로 넓은 편이다. 눈꼬리는 약간 처져있으며 눈썹이 진하다.

(3) 성질재간: 말수가 적고 느린 편이다.

(4) 소증

① 수면: 10시간/일, 수면 양호, 입면난 및 천면 증상 없음. 꿈 거의 꾸지 않는 편.

② 식욕, 소화: 원래 식욕이 왕성한 편이고, 하루 3끼 1공기 잘 먹으며 소화력 양호. 최근 입이

마르고 쓴 느낌이 든다.

③ 대변: 1회/3~4일. 대변볼 때 힘이 많이 들고, 수분감없고 굵으며 토끼똥 양상.

④ 소변:晝間尿(1회/3~4시간) 夜間尿(1회), 6개월 전부터 야간뇨 발생, 2개월 전부터 요실금 발생

⑤ 한출: 머리로 땀이 많은 편이다. 피곤할 때 우심. 전신에 땀을 빼고 나면 개운한 느낌.

⑥ 한열: 熱, 수면 중 이불 걷어잠, 사우나 가면 쉽게 답답함, 찬 물 좋아함. 따뜻한 물 싫어함.

(5) SCAT 검사결과: 太陰人

(6) 체질진단: 상기 체질 소견과 소증 및 임상 소견을 바탕으로 사상체질학과 전문의에 의거하여 상기 환자를 太陰人 裏熱病으로 진단하였다.

10) 입원 검사소견 [2017-03-02]

(1) DITI(Digital Infrared Thermal Imaging) : 이마, 안와부위, 두경부 체온 집중된 양상 (Figure 1).

(2) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale) : Stage 1

(3) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) : 총점 11점; Part I 1점, Part II 4점, Part III 6점, Part IV 0점.

11) 치료

(1) 침구치료:

- 직경 0.20mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침(우진침구)을 사용하였다.

- 太陰人 肝大肺小한 장극대소를 고려하여 心, 肺, 肝經의 金穴에 해당하는 혈자리를 취혈하였다.

- 靈道 經渠 中封 및 좌측 함곡 외관 에 일 2회(9시, 14시) 자침 후 15분간 유침하였다.

(2) **한약치료** : 한약은 대전대학교 천안한방병원 당 전실에서 조제한 탕약을 사용하였으며, 2첩을 3팩에 나누어 하루 3회 식후 30분 투여하였다. 처방 구성은 『東醫四象新編』을 기준으로 했다.

① 淸肺瀉肝湯 (2017.03.02 ~ 2017.03.04.): 葛根 16g, 黃芩 8g, 蘘本 8g, 桔梗 4g, 蘿蔔子 4g, 大黃 4g, 白芷 4g, 升麻 4g

② 皂角大黃湯(2017.03.04 ~ 2017.03.08.): 葛根 12g, 升麻 12g, 大黃 4g, 皂角 4g

(3) **양약치료**:

내원 당시 상기 증상에 대해 처방받아 복용중이던 약은 다음과 같다.

- 인데놀정10mg(Propranolol HCl 10mg) 2정씩 하루 2회
- 한림알프라졸람정0.25mg(Alprazolam 0.25mg) 1정씩 하루 2회
- 부스론정10mg(Buspirone HCl 10mg) 1정씩 하루 2회
- 리보트릴정(Clonazepam 0.5mg) 아침 식후 1정
- 베네시엑스알서방캡슐75mg(Venlafaxine HCl 84.85mg) 1정씩 하루 2회

한림알프라졸람정만 저녁 식후 1회 복용하도록 하였고 나머지는 기존 용법대로 복용 지속하였다.

(4) **약침치료** : 자하거약침(대한약침제형연구회) 1일 1회 양 풍지, 엄천에 0.5cc씩 주입하였다.

12) **치료경과**

(1) **균형**

좌/우 평균 하중(Average force, %) 비율이 38/62 [2017.03.02]에서 41/59[2017.03.07]으로, 좌/우 차이가 줄어들어 균형 상태에 호전이 있었다.

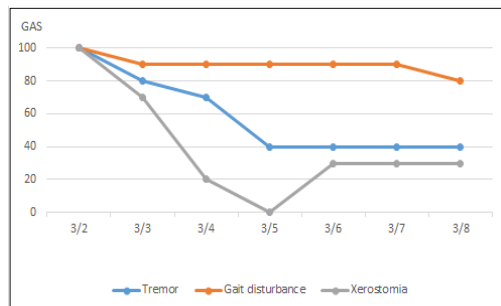
(2) **보행**

- 속도(Velocity): 1.7±0.1km/h[2017.03.02.]에서 1.8±0.1km/h[2017.03.07]으로 증가했다.
- 활보길이(Stride length): 61±9cm[2017.03.02]에서 69±2cm[2017.02.16]로 보행 간격이 넓어졌다.

- 입각기(Stance phase), 유각기(Swing phase): 좌/우 입각기는 69.1±2.4 / 73.3±2.5[2017.03.02]에서 68.8±2.2 / 72.8±1.8[2017.03.07]으로 줄었고, 유각기는 30.9±2.4 / 26.7±2.5[2017.03.02]에서 31.2±2.2 / 27.2±1.8[2017.03.07]으로 줄어들었다.
- 좌우균형(Lateral symmetry): -13.6±18.3mm[2017.03.02]에서 -7.3±10.4[2017.03.07]로 줄어들어 보행시 균형에 호전이 있었다.

(3) **진전**

입원 당시 좌측 상지 하완부위 진전이 나타났으며, 안정시에도 진전이 지속되고 동작시에는 경감되는 양상이었다. 진전 양상은 점차 호전되어 입원 2일째 GAS 80점으로 감소하기 시작해서 입원 3일째 GAS 70점, 5일째 GAS 40점으로 감소한 후 퇴원시까지 유지되었다. (Figure 5)



* GAS: Global assessment scale

Figure 5. Progress of tremor, gait disturbance, xerostomia. (Case 4)

(4) **보행장애**

내원 당시 보행할 때 몸의 무게중심이 앞으로 쏠려서 shuffling gait 양상의 보행장애가 있었다. 양하지 무력감도 동반되었다. 양하지 무력감은 입원 2일째 GAS 90점으로 경도 호전되었고, 호약을 반복하다가 퇴원시 환자의 주관적인 양하지무력감 및 보행장애에 대한 호전도는 GAS 80점이었다. (Figure 5)

(5) **구고, 구갈**

내원 당시 구고, 구갈로 인한 식욕저하를 호소하였다. 입원 2일째 증상은 GAS 70점으로 감소하였다. 3일

째 아침에는 증상이 처음과 비슷한 수준으로 악화되었다고 호소했으나, 저녁에는 GAS 20점으로 대폭 감소하였다. 4일째 아침에는 구고증상 호소하지 않았고, 이후 호악 반복하다가 5일째 GAS 30점으로 퇴원까지 유지되었다. (Figure 5)

(6) 그 외

입원 당시 불안한 마음을 호소하였고, 간헐적 정충 증상이 있었다. 좌상지 진전증상이 감소하면서 환자 불안감도 호전되었고, 퇴원시 환자의 자각적인 불안감 소실되었다.

(7) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale)

입원 당시(2017.02.02)와 퇴원시(2017.02.16) H&Y scale은 stage I로 동일하였다.

(8) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)

입원 당시(2017.03.02) UPDRS 총점 11점(Part I 1점, Part II 4점, Part III 6점, PartIV 0점)에서, 퇴원시(2017.03.0) 총점 8(Part I 0점, Part II 5점, Part III 3점, Part IV 0점)으로 감소하였다.

5. 증례 5

1) 성명: 정00 (F/80)

2) 치료 기간: 2017-02-28 ~ 2017-04-05

3) 진단명

IMP) Parkinson's disease

4) 주소증: (1) 진전 (2) 보행장애 (3) 요통
(4) 양하지인통

5) 발병일: 2010년 경, 별무동기

6) 과거력:

2012년 경 local 의원에서 요통으로 주사치료 10회 받음
2015년 00병원에서 장 천공 진단받고 30cm 절제 수술

7) 가족력:

- 자 : DM으로 고생하심
- 녀 : 대장암으로 고생하심

8) 현병력:

2010년경 00병원에서 Parkinson's disease 진단 받으시고 약 복용하시다가 적극적인 한방치료를 위하여 본원 내원함.

9) 체질진단

- (1) 체형기상 : 마른 편이고, 복각은 예각이며 팔과 다리가 가는 편이다.
- (2) 용모사기 : 얼굴에 살이 없고, 위아래로 긴 편이다. 눈, 코, 입이 아래로 쳐져있다.

(3) 성질재간 : 목소리는 작은 편이고 힘이 없다. 성격은 예민한 편이다.

(4) 소증

- ① 수면 : 입면난이 심하고, 수면제 복용, 3-5시간/일. 수면중 소리나 주변 환경에 예민한 편이고 중도각성 다수.
- ② 식욕, 소화 : 원래 식욕이 적은 편이고, 한 끼에 1/2공기 먹지 않는다. 식후 비만감이나 속쓰림이 있고, 간헐적으로 오심증상도 동반되는 등 소화력이 나쁘다.
- ③ 대변 : 발병 전에는 1회/일, 정상변 양상이었으나 파킨슨병 발병 후 1회/5-7일, 배변시 힘이 많이 들어가는 편이다.
- ④ 소변 : 1회/1시간으로 빈뇨, 잔변감 있음. 야간뇨는 2-4회/일.
- ⑤ 한출 : 안면부 땀이 많은 편이고, 식사할 때 혹은 몸을 움직일 때 우심하다. 땀을 내고 나면 기운이 가라앉는 느낌이 난다.
- ⑥ 한열 : 普~熱, 口渴, 手足溫.

(5) SCAT 검사 결과: 少陰人

(6) 체질진단: 상기 체질 소견과 소증 및 임상 소견을 바탕으로 사상체질의학과 전문의에 의거하여 상기 환자를 내원 당시 少陽人으로 진단하였다가, 소증 및 현증의 개선을 위해서 2017.03.25일부터 少陰人으로 진단을 바꿔서 치료하였다.

10) 입원 검사소견 [2017-02-28]

- (1) DITI(Digital Infrared Thermal Imaging) : 이마, 하악부, 흉부에서 상복부까지 전반적으로 열이 집중되어있는 양상.
- (2) BDI[2017-02-28]: 13/63 (10-15점 가벼운 우울 상태)
- (3) K-MMSE[2017-03-03]: 19점(인지장애: 19점 이하)
- (4) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale) : Stage 4
- (5) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) : 총점 51점; Part I 5점, Part II 17점, Part III 21점, Part IV 8점.

11) 치료

- (1) 침구치료:
 - 직경 0.20mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침(우진침구)을 사용하였다.
 - 2017.02.28부터 2017.03.25 오전까지 陰少海, 陰谷, 陰陵泉에 일 2회(9시, 14시) 자침 후 15분간 유침하였다.
 - 2017.03.25 오후부터 2017.04.05까지는 太白, 太谿, 神門에 일 2회(9시, 14시) 자침 후 15분간 유침하였다.
- (2) 한약치료:

한약은 대전대학교 천안한방병원 탕전실에서 조제한 탕약을 사용하였으며, 2첩을 3팩에 나누어 하루 3회 식후 30분 투여하였다.

처음에는 少陽人 裏熱病에 해당하는 獨活地黃湯(2017.03.02 ~ 2017.03.07), 涼膈散火湯(2017.03.08 ~ 2017.03.24)을 처방하였으나, 이후 少陰人 表熱病 亡陽證에 해당하는 升陽益氣湯(2017.03.25 ~ 2017.

04.05)을 처방하였다. 처방 구성은 『東醫四象新編』을 기준으로 했다.

- ① 獨活地黃湯 가 石膏 8g, 紫草 4g, 白花蛇舌草 2g, 生地黃 4g(2017.03.02 ~ 2017.03.07.) : 熟地黃 16g, 山茱萸 8g, 茯苓 6g, 澤瀉 6g, 牡丹皮 3.75 g, 防風 3.75 g, 獨活 4g, 石膏 8g, 紫草 4g, 白花蛇舌草 2g, 生地黃 4g
- ② 涼膈散火湯 增 生地黃 石膏 加 鈞鈞藤 黃柏(2017.03.08 ~ 2017.03.24.) : 石膏 20, 生地黃 12g, 忍冬藤 8g, 連翹 8g, 梔子 4g, 薄荷 4g, 知母 4g, 防風 4g, 荊芥 4g, 鈞鈞藤 12g, 黃柏 4g
- ③ 升陽益氣湯(2017.03.25 ~ 2017.04.05.) : 人蔘 8g, 桂枝 8g, 黃芪 8g, 白芍藥 8g, 白何首烏 4g, 官桂 4g, 當歸 4g, 炙甘草 4g, 生薑 8g, 大棗 6g

(3) 양약치료:

- 내원 당시 00병원에서 처방받아 복용하던 medication으로, 입원 후에도 복용 지속하였다.
- 피킨정25-100mg (carbidopa monohydrate 27mg, - Levodopa 100mg) 2정씩 하루 3회
- 바스티난엠펜알서방정(Trimetazidine HCl 35mg) 1정씩 하루 2회
- 이졸락정0.25mg(Alprazolam 0.25mg) 0.5정씩 하루 2회
- 뉴부틴서방정(Trimebutine maleate s.r. 300mg) 1정씩 하루 2회
- 넥시나정(potassium bismute citrate 100mg potassium bismuth citrate 100mg,Ranitidine hydrochloride 84mg, sucralfate hydrate 300mg) 2정씩 하루 2회
- 스틸녹스CR정6.25mg (Zolpidem Tartrate 6.25mg) 1정, 필요시

(4) 약침치료: 자하거약침(대한약침제형연구회) 1일 1회 오전에는 양 풍지 0.5cc씩, 오후에는 廉泉에 0.5cc씩 주입하였다.

12) 치료경과

(1) 균형

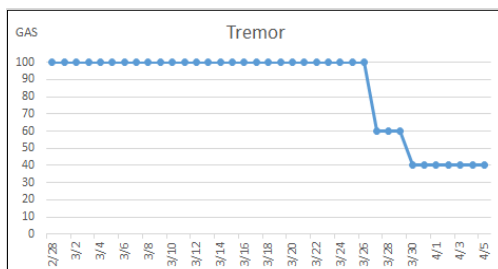
좌/우 평균 하중(Average force, %) 비율이 44/56 [2017.03.02]에서 47/53[2017.03.16]으로, 좌/우 균형 차이가 경도 상승했다.

(2) 보행

- 속도(Velocity) : 0.9±0.1km/h[2017.03.02.]에서 0.5±0.1km/h[2017.03.16]으로 줄어들었다.
- 활보길이(Stride length): 41±3cm[2017.03.02]에서 42±3cm[2017.03.16]로 보행 간격이 넓어졌다.
- 입각기(Stance phase), 유각기(Swing phase) : 좌/우 입각기는 73.2±2.0 / 76.1±1.6[2017.03.02.]에서 76.3±5.1 / 80.3±2.8[2017.03.16]으로 줄었고, 유각기는 26.8±2.0 / 23.9±1.6[2017.03.02]에서 23.7±5.1 / 19.7±2.8[2017.03.16]으로 늘어났다.
- 좌우균형(Lateral symmetry): -8.9±15.4mm[2017.03.02]에서 6.8±11.9[2017.03.16]로 줄어들어 보행시 균형에 호전이 있었다.

(3) 진전

입원 당시 구각부 진전이 가장 심하고, 양상지 진전도 동반되었다. 안정시보다는 용력시 우심해지는 양상이었다. 2017.02.28 입원 이후 진전 양상은 호약을 반복하며 별무호전 보이다가 입원 28일째인 2017.03.27 야간시 진전이 줄어들면서 GAS 60으로 감소했으며, 2017.03.30 GAS 40으로 호전되어 퇴원시까지 유지되었다. (Figure 6)



* GAS: Global assessment scale

Figure 6. Progress of tremor. (Case 5)

(4) 요통

입원 당시 허부요추 중심으로 NRS 5 정도의 통증이 있었으며, 보행시 우심해지는 양상이었다. 입원 13일째 NRS 3으로 통증이 줄어들어 퇴원시까지 유지되었다.

(5) 양하지통

양하지의 타는듯한 통증과 열감이 있었고, 보행장애에도 영향을 주는 요소였다. 입원 당시 통증의 정도는 NRS 5였고, 입원 4일째인 2017.03.03 NRS 4로 줄어들었으며 퇴원시까지 호약을 반복하였으나 비슷한 정도로 유지되었다.

(6) 그 외

입원 당시 상기 환자는 극심한 수면장애를 호소하였고, 스틸녹스CR정6.25mg을 매일밤 복용하고 있었다. 입원 후 수면불량 유지되다가 입원 31일째인 2017.03.30일부터 수면상태 호전되어서 스틸녹스CR정 6.25mg을 복용하지 않아도 하루 5시간 이상 수면하며 만족감 높아졌다.

입원 당시 대변을 5-7일에 한 번 보며, 복부 불편감 호소하였으나, 입원 26일째부터 평균 1-2일에 한 차례 대변을 보았으며, 복부 불편감 소실되었다.

입원 당시에는 구갈이 심하지 않았으나, 점점 입마름을 호소하였다. 2017.03.25일 소음인 표열병으로 변증을 바꾸고 약을 승양익기탕으로 바꾼 뒤 구갈은 점차 소실되었다.

(6) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale)

입원 당시(2017.02.28)와 퇴원시(2017.04.05) H&Y scale은 stage 4로 동일하였다.

(7) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)

입원 당시(2017.02.28) UPDRS 총점 51점(Part I:5점, Part II:17점, Part III:21점, PartIV:8점)에서, 퇴원시(2017.04.05) 총점 47점(Part I:2점, Part II:16점, Part III:21점, Part:IV 8점)으로 감소하였다.

(8) K-MMSE

입원 당시(2017.02.28) 총점19/30점(인지장애 19점 이하)에서, 퇴원시(2017.04.05) 총점 24/30점(정상 24점 이상)으로 호전되었다.

6. 증례6

1) 성명: 박00 (F/68)

2) 치료 기간: 2016-11-23~2016-12-12

3) 진단명:

(IMP) Parkinson's disease, HTN, Hyperlipidema

4) 주소증: (1) 균형장애 (2) 강직 (3) 보행장애

5) 발병일: 2015년 가을 초발, 2016년 8월 우심, 별무동기

6) 과거력:

- 2009년경 local 의원에서 양슬관절 치환술
- 2011년경 local 의원에서 요추 압박골절로 수술
- 2013년경 HTN, Hyperlipidemia 진단받고 약 복용중
- 2015년 요실금으로 수술
- 2016년 갑상선기능이상 진단 (갑상선 기능 저하증과 항진증 왕래)
- 2016년 11월 마디손정형외과에서 MRI상 척추 협착증 진단

7) 가족력: 별무

8) 현병력:

2016년 8월 00대학병원에서 Parkinson's disease 진단 받고 약 처방받아 복용 하던 중 2016년 11월 15일 00대학병원에서 MRI, PET CT상 우측 중뇌의 신경활성 저하 소견 듣고 본원 내원함.

9) 체질진단

(1) 체형기상: 체간이 발달했으며, 복각은 둔각이

다. 뼈대가 굵은 편이다.

(2) 용모사기: 얼굴이 전반적으로 둥글다. 눈은 크고 둥근 편이고, 입은 작은 편이다.

(3) 성질재간: 성격이 예민하고, 자존심이 센 편이다. 말수가 많지 않고, 목소리는 굵은 편이다.

(4) 소증

- ① 수면: 5-7시간/일, 입면난, 다몽, 간헐적 환청.
- ② 식욕, 소화: 발병 전에는 식욕 왕성한 편이었으나 최근 식욕 및 소화력 저하되어 1/3공기밖에 먹지 못한다. 식후 더부룩한 느낌은 별로 없고 소화력은 보통이다.
- ③ 대변: 원래는 규칙적으로 대변을 봤으나 발병 이후 2-3일에 한번씩 경변 양상.
- ④ 소변: 1회/2시간, 빈뇨, 간헐적 실금. 야간뇨는 2-3회/일.
- ⑤ 한출: 땀은 적은 편이다. 전신에 땀을 흘리고 나면 몸이 개운한 편이다.
- ⑥ 한열: 寒, 手足冷.

(5) 체질진단: 상기 체질 소견과 소증 및 임상 소견을 바탕으로 사상체질의학과 전문의에 의거하여 상기 환자를 太陰人 裏熱病 燥熱證으로 진단하였다.

10) 입원 검사소견[2016-11-23]

(1) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale) : Stage 2

(2) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) : 총점 26점; Part I 1점, Part II 11점, Part III 14점, Part IV 0점.

11) 치료

(1) 침구치료

- 직경 0.20mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침(우진침구)을 사용하였다.

- 太陰人 肝大肺小한 장국대소를 고려하여 心, 肺, 肝經의 金穴에 해당하는 혈자리를 취혈하였다.
- 靈道 經渠 中封에 일 2회(9시, 14시) 자침 후 15분간 유치하였다.

(2) 한약치료: 한약은 대전대학교 천안한방병원 탕전실에서 조제한 탕약을 사용하였으며, 2침을 3팩에 나누어 하루 3회 식후 30분 투여하였다. 처방 구성은 『東醫四象新編』을 기준으로 했다.

① 淸心蓮子湯 (2016.11.23 ~ 2017.12.06) : 蓮肉 8g, 山藥 8g, 天門冬 4g, 麥門冬 4g, 遠志 4g, 石菖蒲 4g, 酸棗仁 4g, 龍眼 4g, 柏子仁 4g, 黃芩 4g, 蘿蔔子 4g, 甘菊 1.2g

(3) 양약치료

- 내원 당시 복용중이던 약은 다음과 같고, 입원 이후 복용 지속하였다.
- 퍼킨정25-100mg(carbidopa monohydrate 27mg, Levodopa 100mg) 1.5정씩 하루 3회
- 보령바이오아스트릭스캡슐100mg(Aspirin enteric coated 120.98mg) 아침 식후 1정
- 로이자정50mg(Losartan Potassium 50mg) 아침 식후 0.5정
- 에이피토정10mg(atorvastatin calcium trihydrate 10.85mg) 아침 식전 1정
- 쉐진로이드정0.05mg(Levothyroxine Sodium 50μg) 아침 식전 1정

(4) 약침치료: 자하거약침(대한약침제형연구회) 1일 1회 양 풍지혈에 0.5cc씩 주입하였다.

12) 치료경과

(1) 균형

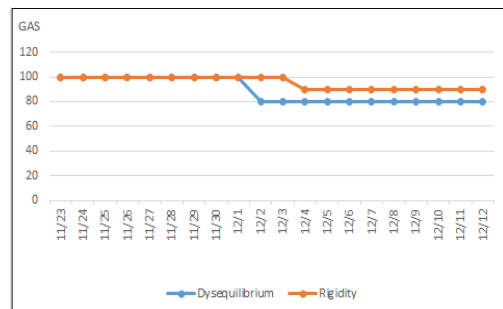
좌/우 평균 하중(Average force, %) 비율이 26/74 [2016.11.24.]에서 34/66[2016.12.08], 40/60[2016.12.15]로 좌/우 균형 차이가 호전됐다.

(2) 보행

- 속도(Velocity): 0.3±0.1km/h[2016.11.24.]에서 0.5±0.1km/h[2016.12.08], 0.6±0.1[2016.12.15]으로 증가했다.
- 활보길이(Stride length): 15±3cm[2016.11.24.]에서 23±6cm[2016.12.08], 27±3[2016.12.15]로 보행 간격이 넓어졌다.
- 입각기(Stance phase), 유각기(Swing phase): 좌/우 입각기는 71.2±3.0 / 75.4±2.2[2016.11.24.]에서 73.2±2.3 / 81.9±2.2[2016.12.08], 73.6±2.0 / 77.7±1.5[2016.12.15] 으로 경도 늘어났고, 유각기는 28.8±3.0 / 24.6±2.2[2016.11.24.]에서 26.8±2.3 / 18.1±2.2[2016.12.08], 26.4±2.0 / 22.3±1.5[2016.12.15.]로 줄어들었다.

(3) 균형장애

입원 당시 현훈으로 인한 균형장애를 호소하였고, 어지럼증은 안정시에도 지속되는 양상이었다. 입원 10일째 GAS 80으로 감소하였으며 안정시 현훈은 소실되었고, 퇴원시까지 비슷한 정도로 유지되었다. (Figure 7)



* GAS: Global assessment scale

Figure 7. Progress of dysequilibrium and rigidity. (Case 6)

(4) 강직

입원 당시 좌상하지 강직 증상을 호소했다. 실제 툽니바퀴 양상의 강직이 있었고, 환자 자각적으로도 뻣뻣함을 호소했다. 강직은 계속 비슷한 상태로 유지되다가 입원 12일째 GAS 90으로 감소한 뒤 퇴원시까지 유지되었다. (Figure 7)

(5) 그 외

입원 당시 입면난, 다몽, 잠꼬대를 호소하였는데 입원 5일째 소실되었고, 수면의 질이 상승했다.

(6) Hoehn and Yahr scale (H&Y scale)

입원 당시(2017.03.27)와 퇴원시(2016.12.12) H&Y scale은 stage 2로 동일하였다.

(7) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)

입원 당시(2016.11.23) UPDRS 총점 26점(Part I 1점, Part II 11점, Part III 14점, Part IV 0점)에서, 퇴원시(2016.12.12) 총점 25점(Part I 0점, Part II 11점, Part III 14점, Part IV 0점)으로 감소하였다.

III. 考 察

파킨슨병은 신경퇴행성 질환으로, 뇌에서 도파민 분비가 점점 줄어들면서 몇 년에 걸쳐 진행하고, 환자는 점점 몸의 움직임과 감정 등에 대한 조절력을 상실한다. 파킨슨병 자체가 치명적이라기보다, 동반되는 합병증들이 심각한 문제가 되는 경우가 많다. 현재 세계적으로 파킨슨병에 대한 치료법은 없고, 증상に対する 대증치로 삶의 질 저하를 최소화하는데 치료의 초점이 맞춰져 있다¹⁴.

때문에 파킨슨병을 빨리 진단하여서 조기에 진행을 방어하는 것이 중요한데, 최근 Braak's hypothesis 등과 같이 신경퇴행화에 의한 육안적인 증상이 나타나기 이전에 선행되는 non-motor symptoms을 유의있게 살펴 조기진단을 시도하는게 의학적 동향이다¹⁵. 병이 진행되면서 파킨슨 환자의 삶의 질을 저하시키는데 주요한 역할을 하는 motor symptoms에 대해서는, 자세불균형 및 보행장애를 육안으로 인지하기 전에 양쪽 다리의 움직임을 분석해 신속한 진단에 대한 연구가 활발히 이루어지고 있다¹⁶.

본 증례에서는 파킨슨증의 발병일과 진행 정도가 다양한 환자 6명에 대해 소증 및 현증을 고려해 체질을 진단하고 사상체질 처방을 활용하였다. 각 환자가

갖고 있는 파킨슨 관련 주소증 및 기타 자율신경계증상의 호전도를 평가했는데, 특히 보행장애의 호전에 초점을 맞췄다. 보행 및 균형 상태를 나타내는 여러 가지 데이터 중 활보길이(Stride length, cm), 입각기(Stance phase, %)와 유각기(Swing phase, %), 좌우균형(Lateral symmetry, mm), 속도(Velocity, km/h)의 변화를 평가하였다.

활보길이(Stride length)는 같은 발에 의해 수행되는 두 번의 연속적인 발뒤꿈치 닿기 사이의 거리이다. 보행장애가 있는 파킨슨 환자들은 활보길이 짧은 경향이 있으므로 보행분석에서 가장 의미있는 지표이다. 우리나라 성인의 평균 활보길이는 $132 \pm 1\text{cm}$ 이다¹⁷. 파킨슨병 환자의 보행 특성은 종종걸음으로, 보행시 발 사이의 간격 감소가 가장 특징적으로 나타난다¹⁸. 본 증례의 환자 6명 모두 활보길이가 늘어났고, 평균 길이는 처음 측정했을 때 $29.5 \pm 3\text{cm}$ 였고, 추적관찰하여 재측정했을 때 평균 $35.3 \pm 3\text{cm}$ 으로 길어지는 것을 확인할 수 있었다.

입각기(Stance phase, %)는 한쪽 발뒤꿈치 닿기에서부터 발가락 떼기까지의 과정이고, 유각기(Swing phase, %)는 동일한 쪽의 발이 공중에 있는 시기이다. 정상적인 보행에서 입각기는 보행주기의 약 60%를 차지하고, 유각기는 나머지 40%를 차지한다. 본 증례의 환자 6명의 좌측 발의 입각기와 유각기의 비율은 약 72.58% 대 27.42%였다. 보행장애가 있는 파킨슨 환자들은 걸음이 느리고 움직임이 원활하지 않기 때문에 다리를 땅에 지지하고 있는 기간인 입각기가 상대적으로 길고 유각기가 짧은 경향이 있다. 본 증례에서는 활보길이가 길어졌던 환자 6명 중 4명에서 입각기 비율이 감소하고 유각기 비율이 증가하는 결과를 볼 수 있었다.

좌우균형(Lateral symmetry, mm)은 보행시 몸의 무게중심을 측정하는 지표이다. 좌측으로 치우치면 -, 우측으로 치우치면 +로 표시하였고, 0에 가까울수록 균형이 좌우로 치우치지 않음을 의미한다. 본 보행분석기에서는 mm 단위로 보행시 몸의 균형을 정밀하게 측정하였다. 환자 6명 중 4명에서 보행시 무게중심이 중심

에 가까워졌다.

보행속도(Velocity, km/h)는 앞서 언급했던 활보길이, 입각기와 유각기, 균형 등 전반적인 보행 상태와 관계가 깊다. 환자 6명 중 4명에서 속도가 증가하였고, 한 명은 전후 속도가 동일하게 유지되었고, 한 명은 속도가 경도 감소하였다. 치료 전 평균 속도는 0.76 ± 0.1 km/h이고, 치료 후에는 1.04 ± 0.1 km/h이었다.

보행장애 외에 파킨슨 환자의 운동증상과 일상생활 수행능력을 전반적으로 평가하는 UPDRS에서 환자 6명 중 5명이 점수에 호전이 있었고, 1명은 4점으로 입원 당시와 동일하였다. 그 외 환자들이 각각 호소하던 소화력, 대변 양상, 수면 양상 등의 소증도 대부분 개선되었다.

보행장애는 그 자체가 병증이라기보다는 '파킨슨 증'으로 개괄하는 인체의 병리적 변화에 의해서 유발된 여러 증상 중 하나이다. 따라서 보행이라는 증상 자체에 초점을 맞추지 않고 보다 근본적으로 환자의 保命之主 및 素症의 파악을 통해 체질별 기운의 편차를 맞춰주는 치료적 관점으로 접근해서 본 증례에서 중점을 맞추고 있는 보행장애는 물론 기타 파킨슨 관련 증상 및 자율신경계 증상들이 함께 나아지는 효과를 보았다는데서 사상의학적인 의미를 찾을 수 있다.

또한 보행장애에 보다 주목하고 객관적인 방법으로 평가해서 환자가 자각적으로 느끼는 주관적인 평가에서는 호전됨을 인지하지 못했던 경우에도 정밀한 보행분석을 통해 변화를 확인할 수 있었던 것에 의의가 있다.

그러나 보행분석을 환자들의 입원기간에 한정해서 진행하였기 때문에 유의미한 시간이 경과한 이후 추적관찰을 하지 못한 점, 또한 증례의 수가 적고 분석 전후의 차이가 환자의 당일 컨디션에 따른 오차범위를 넘어서 통계학적으로 유의미한 데이터 구축에는 부족함이 따르는 점 등이 한계점이다. 그리고 치료 과정에 있어서도 한약 이외에 침, 약침, 양약 투여 등 병행된 다른 치료의 영향을 배제하기 힘들다. 본 증례에서는 사상의학적인 접근으로 파킨슨병으로 인한 환

자들의 주소증의 호전을 보았다는점, 더 나아가서 보행분석기를 응용하여 보행장애의 호전도 평가를 시도했다는 것에 의미를 두고, 향후 객관적인 보행분석 데이터의 축적과 더불어 체계적인 추가적 연구가 필요할 것으로 보인다.

IV. Acknowledgement

본 연구는 웰니스 스퀘 임상지원센터 구축사업(과제번호: N030300001)지원비로 수행되었음.

V. References

1. Jankovic J. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2008; 79(4):368-376.
2. Ebersbach G., et al., Clinical syndromes: Parkinsonian gait, *Mov. Disord.* 2013;28(11):1552-1559.
3. Morris ME, Iansak R, Matyas TA, and J.J. Summers. Stride length regulation in Parkinson's disease: Normalization strategies and underlying mechanisms. *Brain.* 1996;119:551-568
4. Hausdorff JM, Lowenthal J, Herman T, Gruendlinger L, Peretz C, Giladi N. Rhythmic auditory stimulation modulates gait variability in Parkinson's disease. *European Journal of Neuroscience*2007;26:2369-2375.
5. Wen X, Ren D, Wang C, Kong D, Wang K. Effects of Chinese herbal medicine Pabing II Formula on quality of life of patients with Parkinson's disease at early-stage. *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy.* 2013;28(10):2917-2921.
6. Kim SR, Lee TY, Kim MS, Lee MC, Chung SJ. Use of complementary and alternative medicine by Korean patients with Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery.* 2009;111:156-160.

7. Park YC, Chang DI, Lee YH, Park DS. The Study on the Effect of Acupuncture Treatment in Patients with Idiopathic Parkinson's Disease. *J Korean acupuncture & Moxibustion Society*. 2007;24(4):43-54.
8. The National College of Oriental Medicine Sasang-euihakclassroom. *Sasang-euihak*. Seoul;Jipmundang. 2005; 712. (Korean)
9. The National College of Oriental Medicine Sasang-euihakclassroom. *Sasang-euihak*. Seoul;Jipmundang. 2005; 720. (Korean)
10. Go GY, Kim YH, TAhn TW. Neuroprotective Effects of Modified Yulhanso-tang (MYH) in a Parkinson's Disease Mouse Model. *J Sasang Constitut Med*. 2015; 27:270-287. (Korean)
11. Park YG, Lee MS, Kim SH, Bae NY. Long-term Clinical Efficacy on Three Soyang Patients with Parkinson's Disease Improved by Combined Treatment of Korean-Western Medicine. *J Sasang Constitut Med*. 2016;28:361-371.
12. Goetz CG, Poewe W, Rascol O, Sampaio C, Stebbins GT, Counsell C, et al. Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. *Mov Disord*. 2004;19(9): 1020-1028.
13. Christopher GG, Barbara CT, Stephanie RS, Glenn TS, Stanley F, Pablo MM, et al. Movement Disorder Society-Sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Scale Presentation and Clinimetric Testing Results. *Mov Disord*. 2008; 23(15);2129-2170.
14. National Parkinson Foundation. Available from:URL: <http://www.parkinson.org/understanding-parkinsons/what-is-parkinsons>
15. Chaudhuri KR, Healy DG, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson' disease: diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2006;5:235-5.
16. van der Kooij H, van Asseldonk EHF, Geelen J, van Vugt JPP, Bloem BR. Detecting asymmetries in balance control with system identification: first experimental results from Parkinson patients. *J Neural Transm*. 2007;114:1333-1337.
17. Yoon NM, Yoon HJ, Park JS, Jeong HS, Kim G. The Comparative Study on Age-associated Gait Analysis in Normal Korean. *J Korean Phys Ther*. 2010;22(2): 15-23. (Korean)
18. Hausdorff JM. Gait dynamics in Parkinson's disease: Common and distinct behavior among stride length, gait variability, and fractal-like scaling. *Chaos*. 2009; 19:026113.
19. The National College of Oriental Medicine Sasang-euihakclassroom. *Sasang-euihak*. Seoul;Jipmundang. 2005; 84-85. (Korean)