

中風症狀과 함께 나타난 Marchiafava-Bignami 병 1예 보고

장우석, 이소연, 윤현덕, 박치상, 박창국

대구한의대학교 한의과대학 심계내과학교실

A case report of Marchiafava-Bignami disease with stroke symptoms

Woo-Seok Jang, So-Yeon Lee, Hyeon-Deok Yoon, Chi-Sang Park, Chang-Gook Park

Department of Internal medicine, College of Oriental Medicine, Daegu Haany University

Marchiafava-Bignami Disease(MBD) is a rare disease caused by chronic alcohol abuse and involves the degeneration of corpus callosum pathological in character. Until recently there was no method to diagnose MBD except postmortem examination, but nowadays rodiology has advanced increasingly, so MBD can be diagnosed correctly and easily.

A case of MBD with stroke symptoms is reported. A 56-year-old man who has been a heavy alcoholic for several years was admitted with stroke symptoms such as stuporous mental, hemi-extremities weakness, dysphasia and dysphagia. After treatment these symptoms were improved.

Key Words: Marchiafava-Bignami disease(MBD), alcoholism, stroke

I. 緒 論

만성주정중독은 자가 중독의 가장 흔한 형태이며 수많은 의학적, 사회경제적인 문제들과 관련되어 있다¹. Marchiafava-Bignami Disease는 1903년에 처음으로 보고된 질환으로 만성 알콜 중독 환자에게서 드물게 나타나는 원인불명의 병으로 과도한 알콜의 섭취로 인한 독작용과 영양실조로 인한 것으로 추정되

고 있으며, 뇌량의 중심층에 퇴행변성과 축삭의 소실이 특징적으로 나타난다^{2,3}. 대개는 부검을 통한 병리학적 소견으로 확진되나 최근 들어 뇌 자기공명 영상을 통해 조기 진단이 가능하게 되었지만 현재까지도 특별한 치료법이 알려져 있지 않다.

저자는 한방치료를 통해 호전된 Marchiafava-Bignami 병 환자 1 예를 경험하여 이에 보고하는 바이다.

II. 證 例

1. 환자 : 이○○ 남자/56세
2. 주소 : 우반신소력, 언어곤란, 연하곤란
3. 발병일 : 2004년 3월 7일

· 접수 : 2004년 7월 2일 채택 : 2004년 7월 30일
· 교신저자 : 장우석, 대구광역시 수성구 상동 165번지 대구한
의대학교 한의과대학 심계내과학교실
(Tel : 053)770-2082 Fax : 053)770-2169, E-Mail :
pftft@hanmail.net)

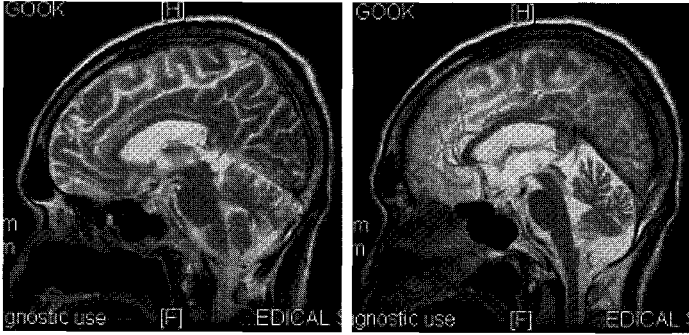


Fig. 1. T2 sagittal brain MRI showing MBD
These images show the degeneration lesion of corpus callosum.

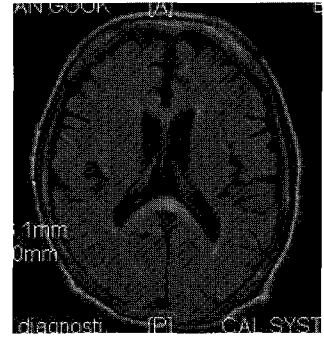


Fig. 2. Flare axial brain MRI showing MBD
This image shows the symmetrical lesion of corpus callosum.

4. 과거력 : 고혈압을 1개월전 진단받고 복약 중 중단한 상태.

5. 가족력 및 사회력 : 모친이 중풍으로 사망함.

6. 현병력 :

56세의 조금 수척한 체격의 남자환자로 2004년 3월 6일에 구토를 발한 후 2004년 3월 7일에 연하곤란, 언어곤란, 우반신소력의 상태를 발하여 자가 침상안정 후 상태 여전하여 2004년 3월 8일 본원에 내원함.

7. 초진시 실험실, 방사선적 검사소견

① 생체활력징후 : 혈압 160/90mmHg, 맥박수 90회/min, 호흡수 20회/min, 체온 36.5℃

② 혈당검사 : 118mg/dl

③ 심전도 검사 : Normal ECG

④ 일반생화학검사 : γ -GTP 72

⑤ 흉부 X선검사 : 별다른 이상소견 없음.

⑥ 뇌 자기공명 영상 : Cortical gyral lesion of both superior and middle frontal gyrus & corpus callosum lesion in splenium. Alcohol-induced encephalopathy such as Marchiafava-Bignami disease is suspected.

8. 초진시 이학적 검사소견

①의식상태 : Stuporous

②동공반사 : Normal

③상하지 가동역 : Within normal limit(Gr IV/ Gr IV)

④Babinski sign : ±/±

9. 진단 및 치료

환자는 평소 소주 2병 정도를 6개월 간 매일 마시며 불규칙한 식사를 하였으며 평소 성격이 급하고 쉽게 화를 잘 내었다. 발병당시 우반신소력, 언어곤란, 연하곤란 등의 중풍증상을 보였으며 내원시 의식은 Stuporous 상태였고 Babinski 반사는 양쪽 모두 trace 반응이 나타났으며, 동공반사는 정상이었고 우측 상하지의 가동역은 정상범위였으나 power가 Gr IV 정도로 저하되어 있었다. 내원당시 식사량은 평소의 1/5 정도로 줄어든 상태로 소화는 불량한 상태였으며 脈狀은 浮緊하고, 舌狀은 淡紅少苔를 보이고 있었다. 대변은 1회/일 정도로 성상은 정상이고 소변은 6~7회/일이었으며, 연하곤란이 있어 Levin-tube를 삽입하였다.

①鍼灸治療 : 鍼치료는 中風七處穴을 위주로 자침하여 1일 1회 20분간 유치하였고 灸치료는 回春灸를 1일 1회 3장 씩 시술하였다.

②藥物治療 : 치료 1일에서 3일째까지는 星香正氣散(대구한의대학교 부속한방병원 처방집 : 藿香 6.0g, 蘇葉, 南星, 木香, 白芷, 大腹皮, 白茯苓, 厚朴, 白朮, 陳皮, 半夏 각 4.0g, 桔梗, 甘草(灸) 각 2.5g, 大棗 2매, 生薑 3편)을 투여하였고, 치료 4일에서 6일째(퇴원)까지는 加味地黃飲子(대구한의대학교 부속한방병원 처방집 : 熟地黃 12.0g, 山茱萸 8.0g, 肉蓯蓉, 白茯苓,

石斛 各 6.0g, 枸杞子, 香附子, 白芍藥, 當歸, 巴戟(酒浸), 遠志, 石菖蒲, 麥門冬(去心), 白僵蠶(炒), 五味子 各 4.0g, 肉桂, 甘草 各 2.0g, 大棗 2매, 生薑 3편)를 투여하였다*.

10. 임상경과

①치료 1일~3일째(2004년 3월 8일~10일)

입원 후 의식은 Alert > Stuporous에서 치료 2일 째 Alert한 상태로 회복되었고 상하지 가동역 및 power는 여전한 상태로 혼자 앉을 정도로 회복되었으며 언어는 '하나', '둘' 정도의 발음을 따라할 수 있게 됨. 연하곤란은 계속되어 Levin-tube를 통해 섭취함.

②치료 4일째(2004년 3월 11일)

상하지 가동역 및 power는 독자보행이 가능할 정도로 회복되었으며, 언어는 전일에 비해 발음이 정확해지고 의사표현을 할 수 있는 정도가 됨. 연하곤란이 조금 호전되어 유동식을 천천히 삼킬 수 있는 정도까지 회복되었으나 대부분은 Levin-tube를 통해 해결함.

③치료 5일째(2004년 3월 12일)

상하지 가동역 및 power는 일상적인 생활에 큰 불편이 없을 정도로 회복되었으며 언어는 정상상태에 비해 70%정도의 의사표현이 가능해지고 정도발음도 호전을 보임. 연하곤란은 호전되어 Levin-tube를 통하지 않고서 천천히 삼키기 가능하게 됨.

④치료 6일째(2004년 3월 13일)

상하지 가동역 및 power는 일상생활에 불편을 느끼지 못할 정도까지 회복되었고 언어는 정상상태에 비해 90%정도까지 의사표현이 향상되었으며, 발음은 정상상태에 비해 90%정도까지 호전을 보임. 연하곤란은 소실되어 Levin-tube를 제거함.

III. 考察 및 結論

Marchiafava-Bignami Disease(이하 MBD)는 뇌량에 일차적 변성을 보이는 질환을 지칭하는 것으로 과거 이탈리아에서 값싼 포도주에 장기간 습관성 중독된 중년 혹은 노년의 남성에서 보고되었으며 그 후로 다른 인종에서도 여러 차례 보고되었다.

MBD는 심한 만성 알콜 중독 환자에게서 드물게

나타나는 원인불명의 질병으로서 매우 다양한 임상 양상을 보인다. 주로 50~60대에서 발생하고 여성보다 남성에서 발병률이 높으며 인종 혹은 지역별 발생률의 차이는 인정되지 않고 있다. MBD의 주된 증상은 인격변화 또는 행동변화가 가장 흔하고 구음장애, 착란, 국소 또는 전신성 경련 등의 증상 및 심지어 사망하는 경우도 있다. MBD의 임상양상은 시간경과에 따라 급성형과 아급성형 및 만성형의 세가지 형태로 분류할 수 있다⁹⁾. MBD의 주된 병리학적 소견은 다른 탈수초 질환에서는 드문 뇌량의 중심부에서 좌우 대칭양상으로 분포하는 것이 특징이므로 MBD 환자의 진단에는 CT 또는 MRI를 이용하여 이러한 병변을 찾는 것이 중요하며 급성기의 MRI 상에서는 뇌량의 수초탈락 및 미만성 부종이 주된 소견이고 만성기에는 뇌량의 미만성 위축과 국소 낭성 괴사 병변이 주된 소견이다^{14,10)}.

병인론 면에서도 아직까지 정설은 없지만 알콜의 독성이 직접 뇌량에 작용하여 수초를 부분적으로 파괴시킨다는 이론과 지방대사장애가 원인으로 제기되기도 하고 알콜중독으로 인한 독성작용, 영양결핍, 비타민 B의 이용기전의 장애로 인해 질병의 급성기에 뇌량의 부종성변화를 야기하고 이러한 병변이 불가역적인 변화를 겪게 되면 마침내 뇌량의 퇴행성 변화와 괴사를 나타낸다고 추측하고 있으며, 최근 연구는 이 질환의 병인론으로 혈관요인에 관심이 집중되고 있다.

지금까지 보고된 임상 예에서는 대개의 경우 이 질환의 예후는 매우 불량한 것으로 되어 있다¹¹⁾. Castaigne 등은 MBD를 두 가지 임상 양상으로 분류한 바 있는데, 점점 악화되는 만성적인 형태의 질환과 비교적 빨리 진행하여 사망에 이르는 급성질환으로 나누었고 Delangre 등은 뇌량 외에 뇌의 다른 부위에 병변이 동반된 경우 및 병변이 뇌량의 바깥층을 침범하는 경우에 예후가 불량하다고 주장하였다¹²⁾.

이러한 MBD는 한의학적으로 酒傷의 범주로 볼 수 있는데, 《東醫寶鑑·內傷》에서는 “술은 五穀의 津液이고 米麴의 精華인데, 비록 사람을 이롭게 하지만 상하게도 한다. 왜냐하면 술은 몹시 熱하고 毒하기

때문이다. 몹시 추운 때 바닷물은 얼어도 오직 술만은 얼지 않는 것은 熱 때문이다. 술을 마시면 精神이 쉽게 흐트러지는 것은 그것이 毒하기 때문이다. 찬바람과 추위를 물리치고 血脈을 잘 돌게 하며 邪氣를 없애고 藥의 기운을 이끄는 데는 술보다 나은 것이 없다. 만약 술을 지나치게 마시면 그 毒氣가 心을 침범하고 腸이 穿孔되며 脇部를 상하게 하고 精神이 착란 되어 눈이 잘 보이지 않게 된다. 이렇게 되면 生命을 잃게 된다.”라고 하였고, 또한 “오랫동안 술을 마신 사람의 臟腑에 毒이 쌓이면 筋脈이 약해지고 精神을 상해서 壽命이 짧아진다.”라고 하였으며, 《證治匯補·酒濕成痺》에서는 “술을 좋아하는 사람은 濕熱이 內積하여 生痰動火하고 往往 口眼喎斜, 舌強肢廢, 中風血脈과 같은 증상이 일어난다.”라고 하여 과다한 음주가 인체에 미치는 영향 및 만성적인 음주로 인한 폐해 및 발생할 수 있는 증상에 대해 설명하였다^{13,4}.

본 증례의 경우 환자는 만성적인 음주력과 함께 우반신소력, 언어곤란, 연하곤란 등의 중풍증상을 보였고 이와 함께 맥상, 설상 등을 종합한 결과 酒傷이 유인이 되어 발생한 中風으로 변증하여 중풍증상의 치료에 중점을 두고 치료를 시작하였다. 치료 1일에서 3일째까지는 중풍의 초기치료에 준하는 屋香正氣散을 처방하고 中風七處穴을 중심으로 자침하였으며, 치료 4일에서 6일째까지는 증상의 변화에 따라 加味地黃飮子를 처방하고 中風七處穴을 중심으로 자침과 시구를 병행하였다. 이상과 같이 치료를 한 결과 의식수준의 호전을 시작으로 상하지의 운동능력, 언어곤란, 연하곤란 등의 호전을 보여 제반증상들이 발병전의 신체 상태에 근접하게 회복된 것을 볼 수 있었다.

본 증례는 한방치료를 통해 증상의 호전이 있었지만, 전형적인 MBD의 증상과는 차이를 보였으며, 또한 MBD는 아직까지 원인이 정확히 밝혀진 것이 없고 아주 드물게 일어나는 질환으로 향후 더욱 적극적인 원인에 대한 연구 및 한방, 양방의 더 많은 증례를 통해 지속적인 임상적 연구가 필요할 것으로 생각된다.

參考文獻

1. 이종일, 조연규, 양병환, 김주환. 주정중독에서 Marchiafava-Bignami Disease로 판명된 환자 2례. 신경정신의학회지. 1993;32(6):1049,1052.
2. Delangre T, Hannequin D, Clavier E, Dennis P, Mihoot B, Samson M. Maladie de Marchiafava-Bignami d' evolution favorable. Rev Neurol. 1986;12:933-6.
3. Duk Lyul Na, Tae Gyoo Lee, Han Bo Lee, Seong Ho Park, Kee Hyun Chang. Marchiafava-Bignami Disease: Clinical and MRI Findings in Two Patients. The Seoul Journal of Medicine. 1994;12(3):203-6.
4. K. H. Chang, S. H. Cha, M. H. Han, S. H. Park, D. L. Nah, J. H. Hong. Marchiafava-Binami disease:serial changes in corpus callosum on MRI. Neuroradiology. 1992;34:480-2.
5. 정재훈, 성기범, 안무영, 신현걸, 박형국. 뇌 자기공명 영상상 뇌량 병변의 호전을 보인 Marchiafava-Bignami 변 치험 1예. 대한신경과학회지. 1999;17(5):761.
6. 경산대 부속 한방병원 의국. 원내처방집. 대구:경산대부속 대구한방병원. 1990,p.93.
7. Koppen AH, Barron KD. Marchiafava-Bignami disease. Neurology. 1978;28:290-4.
8. Berek K, Wagner M, Chemelli AP, Aichner F, Benke T. Hemispheric disconnection in Marchiafava-Bignami disease:clinical, neuropsychological and MRI findings. J Neurosurg Sci. 1994;123:2-5.
9. Lhermitte F, Marteu R, Serdaru M, Chedru F. Signs of interhemispheric disconnection in Marchiafava-Bignami disease. Arch Neurol. 1977;34:254.
10. Ferrato A. Experimental toxic encephalomyelopathy. Psychiate Q. 1933;7:267-83.
11. Muneshige Tobita, Hiroshi Mochizuki, Shoki Takashi, Hirosh Onodera, Yasuto Itoyama and Yuzo Iwasaki. A case of Marchiafava-Bignami Disease with Complete Recovery:Sequential Imaging Documenting Improvement of Callosal Lesions. Tohoku J. Exp. Med. 1997;182:175-9.
12. Castaigne P, Buge A, Cambier J, Escourolle R, Rancurel G. Lamaladie de Marchiafava-Bignami:etude anatomique de 10 observations. Rev Neurol(paris). 1971;125:179-96.
13. 東醫寶鑑 國譯委員會 譯. 對譯東醫寶鑑. 서울:법인문화사; 1999,p.1136-7.
14. 李愷菴. 證治匯補. 台北:萬葉出版社; 1983,p.102-5.