

본태성 震顫을 主 症狀으로 한 患者 1例

민경직·김석환·정인철·이상룡*

The clinical study on 1 case of essential tremor patient

Kyoung-Jik Min, Seok-Hwan Kim, In-chul Jung, Sang-ryong Lee

Dept. of Oriental Neuropsychiatry College of Oriental Medicine, Daejeon University

Tremor is a rhythmic, involuntary muscular contraction characterized by oscillations (to-and-fro movements) of a part of the body. Essential tremor is a 6-8 Hz tremor that is of variable amplitude. It is aggravated by posture and movement and relieved by rest and alcohol. Most affected part are the arms, head and vocal apparatus.

The purpose of this study is to show a case of tremor patient with essential tremor improved by oriental medical treatment.

The patient was 71-year-old woman who featured essential tremor and at the same time complained general body weakness, nausea, and anorexia. She was treated by oriental medicine with acupuncture, herb medication, and Korean psychotherapy; Eejeong-byunki, Jiun-goron.

The features of essential tremor was reduced after taking oriental medical therapy.

This result suggested that the oriental medical therapy can be effective for treating essential tremor.

Key words : Essential tremor, oriental medical treatment, Korean psychotherapy.

I. 서론

振顫이란 震顫, 振掉, 顫振, 顫證이라고도 하는데, 대개 상하지의 말단부위에서 볼 수 있는 불수의 운동으로 일상생활을 할 수 있는 정도의 머리의 흔들거림이나 손발이 약간 떨리는 정도의 가벼운 것에서부터 심한 경우는 머리를 아주 심하게 흔들고 심지어 경련하는 양상의 동작을 보이는 것까지 그 정도는 다양하며, 때로는 강직이나 四肢拘攣을 겸하기도 한다. 振顫의 病機는 風, 火, 痰, 瘀를 주원인으로 하여 氣血虧虛, 肝陰不足으로 인한 筋脈失養과 腎精虧損으로 인한 髓

海失營 혹은 虛風內動, 肝陽上亢, 氣滯血瘀이고, 변증유형은 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 氣滯血瘀, 痰熱風動, 痰濁內盛으로 나눌 수 있다¹⁾.

본태성 진전은 가늘거나 거친 진폭을 가진 느린 진전으로써 대개 양손, 머리, 성대를 침범한다. 약 50%에서 상염색체 우성 유전을 한다. 진전이 일측성일 수도 있다. 휴식기에서는 나타나지 않거나 경미하게 나타나며, 정교한 행위를 수행할 때 잘 나타나며 생리적 진전을 항진시키는 모든 요인에 의해서 증강된다. 나이가 많으면 진전의 빈도가 증가되는 추세이므로 때로는 노인성 진전으로 잘 못 불려 지기도 한다²⁾.

최근 본태성 진전에 대한 연구를 살펴보면 약물 효과에 대한 연구^{3,4)}, 수술 효과에 대한 연구⁵⁾, 임상 양상에 대한 연구⁶⁾가 있었다.

* 대전대학교 한의과대학 신경정신과학교실
· 교신저자 : 이상룡 · E-mail : 7575np@dju.ac.kr
· 채택일 : 2007년 11월 12일

이에 저자는 2006년 10월 5일부터 2006년 10월 23일까지 대전대학교 천안한방병원에서 본태성 진전, 전신무력, 식욕부진, 소화장애 등을 주소로 입원치료 받은 환자에게 한방치료를 시행한 결과 약간의 지견을 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 성명 : 이OO(F/71)

2. 주소증

- ① 四肢 末端 振顫 (作業時 振顫, 安靜時 好轉)
- ② 全身無力感
- ③ 消化不良
- ④ 食慾不振
- ⑤ 觸事易驚

3. 발병일

2006년 10월 1일 경 우심. 1996년 경부터 우측 상지 진전 발생함.

4. 과거력

- ① 1996년 경 세브란스 병원에서 담낭절제술 받음.
- ② 1996년 경 우수부 진전으로 경희대병원과 세브란스병원에서 Brain MRI 촬영상 별무소견 받음.
- ③ 2001년 경부터 우수부 진전으로 단국대학교 병원 신경과에서 약 복용함. 2006년 9월에 자가 중단함.
- ④ 2006년 9월말 인후염으로 local 이비인후과에서 치료받음.

5. 현병력

현 71세의 少陰人型 女子 患者로 평소 성격

소심하고 예민한 편으로 음주, 흡연은 하지 않음. 상기 환자 별다른 동기 없이 1996년경부터 우측 수부 진전이 발생하여 경희대병원과 세브란스병원에서 Brain MRI 촬영상 별무소견 받고 2001년경부터 우수부 진전으로 단국대학교 병원 신경과에서 약 복용 중 2006년 9월에 자가 중단함. 2007년 10월 4일 local 의원에서 상기 증상으로 수액 처치 받았으나 별무 호전하고 증상 우심하여 적극적인 한방치료 위하여 금일 본원 ER 경유하여 입원함.

6. 전신상태

- ① 복진 - 腹壁 柔軟.
- ② 맥진 - 脈大.
- ③ 설진 - 舌紅, 苔白
- ④ 수면 - 淺眠
- ⑤ 식욕 및 소화 - 惡心, 嘔吐 消化不良.
- ⑥ 소변, 대변 - 변비 경향.

7. 진단

- ① 한방진단 : 心虛振顫
- ② 양방진단 : 본태성 진전

8. 검사 소견

1) 생체징후 : 정상 범위

B/P : 120/80
V/S : 80-20-36.4
BST: 129 mgdl

2) 신경학적 검사 : 이상소견 없음

M/S : alert
P/R : @.@ good
N/S : -
B/S : -/-

3) 이학적 검사

Total protein 과 Albumin은 각각 6.5 L, 3.5 L로 정도로 떨어져 있었으며 갑상선 기능 검사를 위한 외부 의뢰 검사 T3, T4, TSH 는 정상 범위 소견이었다. ESR 수치는 35mm/hr 였으며 serum AFB는 음성으로 확인되었다.

- 4) EKG
2006.10.5 - ST-T change
- 5) Chest PA and Lateral (2006.10.7); Old tbc in rt. upper
- 6) Brain CT (2006. 10.7); Normal study

9. 치료

① 한약치료

- 10월 5일~6일 : 加味溫膽湯
- 10월 7일~9일 : 雙和湯加味
- 10월 9일~15일 : 四物安神湯
- 10월 16일~23일 : 溫膽湯加味

② 침치료

1일 2회 오전 9시와 오후 2시에 시행함. 오전에는 體鍼法으로 百會, 四神聰, 足三里, 合谷, 太衝, 中腕을, 오후에는 舍岩鍼法으로 心正格(少衝, 大敦 補, 少海, 陰谷 瀉)을 자침함. 留鍼時間은 1회당 20분, 迎隨補瀉를 함.

③ 기타 처치 : 구관뜸(中極, 關元), 부항술(요배방광경), 미소해독팩(하복부), 향기요법(흡입, 맛사지)

- ④ 온경락요법 : Hot Pack (복부)
- ⑤ 정신요법 : 移靜變氣療法, 至言高論療法
- ⑥ 양약치료

⑦ Self Medication : Mosapride citrate 5mg 2T #2(위장운동조절 및 진경제), Alprazolam 250µg 2T #2(수면진정제 및 신경안정제), Propranolol HCl 80mg 2C#2 (β 차단제), Aluminum hydroxide gel 1.5385g 2T #2 (산화 알루미늄(Al2O3) Chlorhexidine acetate 0.003g Magnesium Hydroxide 400mg (제산제 & 흡착제), 아베날정 Alibendol 100mg (소화제), Amitriptyline HCl 25mg 1T#1 (삼환계 항우울제), Ranitidine HCl 168mg 3T# 3(H2 차단제) 모두 투여 보류하여 보관함.

⑧ 2006년 10월 5일 ~ 2006년 10월 18일 : 5% 포도당 가 생리식염수 1 L IV 투여

2006년 10월 5일 ~ 2006년 10월 8 일 : 아스코르빈산 주사액, 판비콤프주 IV 투여

2006년 10월 18일 : 스틸녹스정 10mg 1T #1

2006년 10월 7일 : 맥페란주사액 2ml IV mix

10. 치료경과

1) 2006년 10월 5일~7일

① 임상양상

① 전신상태 : 입원 당시 2~3일 전부터 소화장애를 호소하며 울렁거리고 구토 증세가 있어 식사를 거의 못 먹은 상태였다. 대변을 못 본지 5일 쯤이었다. 전신 무력하며 입원 후에도 악몽을 꾸는 등 심신이 피로한 상태였다. 음식과 약을 먹으면 오심이 나타나서 6일 저녁과 7일 아침까지 금식하였으며 7일까지도 대변을 못 본 상태였다.

② 진전 : 1996년 경부터 떨리던 오른손 입술, 얼굴에서 추가적으로 왼쪽 팔다리도 떨리는 상태였다. 평소 일상 생활 가능하였으나 정교한 행위를 수행할 때와 긴장할 때 진전이 두드러졌다. 집중을 하면 잠시 의식적으로 진전을 멈출 수 있었다. 좌측을 떨지 않으면 머리가 떨리고 머리를 안떨면 좌측으로 떨림을 호소하였다.

② 치료방법

① 정신치료 : 평소 예민하고 노심초사의 성격으로, 입원당시 삼환계 항우울제(Amitriptyline HCl)와 신경안정제(alprazolam)을 복용 중이었다. 환자의 성격과 병력을 참고하여 移精變氣療法과 至言高論療法을 실시하였다. 우선 환자에게 본태성 진전의 일반적인 경과에 대하여 설명하고 노력 여하에 따른 증상의 호전 및 악화를 늦추기 위한 치료의 필요성에 대하여 설명하였다. “오랜 기간 동안 나타난 진전과 잘 싸우고 있다.”고 격려하고 환자에게 “이OO님은 진전을 악화시키는 불안과 스트레스 등 전신상태가 개선이 되면 진전이 호전 될거예요.”라고 안심시켰다.

② 약물치료 : 가져온 self medication 보관했으며, 加味溫膽湯을 투여하였다.

③ 기타치료 : 5% 포도당 가 생리식염수, 비타민 B,C 정맥주사. 오전에는 體鍼法으로 百會, 四神聰, 足三里, 合谷, 太衝, 中腕을, 오후에는 舍岩鍼法으로 心正格(少衝, 大敦 補, 少海, 陰谷 瀉)을 자침함. 留鍼時間은 1회당 20분, 迎隨補瀉를 하고, 구관뜸(中極, 關元), 부항술(요배방광

경), 미소해독괵(하복부), 향기요법(흡입, 맛사지)을 실시하였다.

2) 2006년 10월 8일~10월 9일

① 임상양상

㉠ 전신상태 : 환자분 오심 구토 증상 가라앉으며 식사 죽으로 할 수 있게 되었다. 대변도 7일 만에 스스로 보았으며 7일 보다 수면의 질도 훨씬 좋았다고 했다. 그러나 식사는 1/3 먹을 정도였으며 한약 하루 2회만 투여 가능했다. 전반적인 무력감은 남아있었다.

㉡ 진전 : 긴장을 하면 떨리는 것이 더 심해지고 여전히 왼쪽이 오른쪽 보다 심하게 나타났다. 앉으면 머리를 기댈 곳이 없어서 머리가 더 떨리고 어지럽게 느껴진다고 하였다.

② 치료방법

㉠ 정신치료 : 작은 일에도 신경을 많이 쓰며 깜짝깜짝 잘 놀라는 양상 보였다. 소화기 증상 완화로 약물에 대한 반응이 전보다 효과적일 것이라고 설명하며 안심시켰다.

㉡ 약물치료 : 雙和湯加味를 투여하였다.

㉢ 기타치료 : 수액처치, 침치료와 기타 치료 동일하게 시행함.

3) 2006년 10월 9일~10월 15일

① 임상양상

㉠ 전신상태 : 식사는 죽으로 2~3 수저 남기고 다 먹는 수준으로 좋아졌으며 음악을 들으면서 잠을 청할 정도로 제반 증상 호전 보였다. 오심 증상 없어졌으나 간헐적으로 움직일 때 현훈이 나타났다. 대변은 매일 시원하게 보았으며 떨리는 것이 많이 좋아져서 활기를 띄기 시작하였다.

㉡ 진전 : 11일까지는 얼굴, 입주위, 좌측 손발로 떨리는 증상이 두드러졌고 신경을 쓰면 진전이 더욱 심해졌다. 12일부터 진전에 호전 보이면서 14일에는 진전이 소실되었다.

② 치료방법

㉠ 정신치료 : 환자분 증상에 호전 보여 본인 및 보호자들과 웃으며 이야기하며 치료에 만족을

느끼고 있었다. 불면에 대하여 수면양생에 대하여 설명하였으며 음악이 심신 안정에 도움 줄 수 있다고 설명하였다. 환자 및 보호자에게 치료 효과 보인다고 설명하였으며 격려하였다.

㉡ 약물치료 : 四物安神湯

㉢ 기타치료 : 11일까지 5% 포도당 가 생리식염수 1L 유지하였으며, 침치료와 기타 치료 동일하게 시행함.

4) 2006년 10월 16일~10월 23일

① 임상양상

㉠ 전신 상태 : 병원 복도 거닐 수 있을 정도로 상태 호전되었으며 19일부터 죽 대신 밥으로 먹을 수 있게 되었다. 대변 보는 것도 편하며 소화기 증상 사라졌으며 전신무력감 소실되었다.

㉡ 진전 : 소실되었다.

② 치료방법

㉠ 정신치료 : 치료로 진전 호전 보였으나 무엇인가 아직 부족한 것이 남아 있는 것 같다고 호소하였다. 마음 한구석이 편하지 않다고 하여 병력청취 결과 젊은 시절 남편의 의처증 때문에 결혼 생활이 불우했고 시어머니의 시집살이에 마음이 편할 날이 없었다고 하였다. 환자분 작은 일에도 잘 놀라고 예민한 본인 성격이 바뀌었으면 한다고 호소하였다. 환자에게 예민한 성격을 바꿀 수는 없지만 나타나는 증상을 치료를 통해 호전시킬 수 있다고 격려하였다.

㉡ 약물치료 : 溫膽湯加味, 18일 불면으로 스틸녹스(Zolpidem) 1T 투여함.

㉢ 기타치료 : 침치료와 기타 치료 동일하게 시행함.

Table I. Progress of treatment

	10.5~ 10.7	10.8~ 10.9	10.10~ 10.15	10.16~ 10.23
Tremor	Extremity tremor (Lt.>Rt.)	Extremity tremor (Lt.>Rt.)	Improved Extremity tremor (Lt.>Rt.)	-
Digestive symptoms	Vomiting Nausea	Aggravated at action Nausea	Aggravated at action	-
Psychological State	Dyssomnia	Dyssomnia	anxiety	-

Ⅲ. 고찰

振震이란 震顫, 振掉, 顫振, 顫證이라고도 하는데¹⁾, 빈도가 1초당 3-6회로 一定不隨意運動을 말하며 대개 上下肢의 末端部位에서 볼 수 있는 不隨意運動⁷⁾을 말하며, 때로는 體幹·頭部·顔面·턱·舌 등으로 波及되어 나타날 수 있으며, 老人에게 多發하며, 男性이 女性에 比하여 多發하는 疾患이다^{8,9)}.

한의학적으로 살펴보면 내경에는 『素問 至眞要大論』¹⁰⁾에 “諸風掉眩 皆屬於肝……散于四末 則手足動而頭不動也”이라 하여 掉이 震顫을 가리키는 것으로 震顫의 증상을 최초로 언급하였고, 肝과 관계가 있다고 보았다.

振顫의 病機는 風, 火, 痰, 瘀를 주원인으로 하여 氣血虧虛, 肝陰不足으로 인한 筋脈失養과 腎精虧損으로 인한 髓海失營 혹은 虛風內動, 肝陽上亢, 氣滯血瘀이고, 변증유형은 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 氣滯血瘀, 痰熱風動, 痰濁內盛으로 나눌 수 있다. 振顫의 辨證論治는 표본과 허실을 변별하여 치료하는 것이 가장 중요하다. 임상적으로는 本虛標實한 경우가 대부분이다.¹⁾

기타 진전성 질환으로 心虛手振이 있는데, 心血虛로 動風하고, 血虛로 火生土를 하지 못하여

脾虛를 야기하여 脾虛濕聚로 生痰하여 痰動生風함으로써 발생하는 것으로 보고 있다. 手指가 미세하게 振顫하며, 글씨를 쓸 때 더욱 심해져 때로는 글씨를 쓸 수가 없고, 타인의 面前이나 긴장 시 더욱 증상이 심해진다. 治法으로는 補心祛痰安心 시켜야한다¹⁾.

본태성 진전은 가장 흔한 운동성 질환이다. 미국에서는 성인 5백만에서 천만 명 그리고 일부 어린이 환자가 있다. 6~12Hz의 자세성과 운동성 진전으로 대부분 팔에서 보인다. 그 밖에도 머리, 다리, 후두(목소리 진전) 그리고 체간에서도 나타날 수 있다. 진단은 임상적으로 한다. 상염색체 우성 유전 가능성이 많아 가족력이 매우 도움이 되고 알코올에 일부 반응하는 점도 진단에 도움을 준다. 진전을 악화 시키는 약제로는 발프로익산, 리튬, 베타아드레날린성 작용제, 메틸산탄, 티록신, 글루코코르티코이드, 삼환계 항울제제 그리고 세로토닌 재흡수 차단제 등이 있다. 내성이 강한 약제의 중지 혹은 갑상선 기능항진증과 같은 질환 그리고 아드레날린 증가상태증에서 생리적 진전을 악화시켜 병적인 진전증과 흡사하게 나타나기도 하고 본태성 진전을 악화시키기도 한다¹¹⁾.

파킨슨 진전과 비교하여 본태성 진전의 증상은 발병 시 양측성이고 경과가 매우 느리다. 일부에서는 파킨슨병과 함께 발병하기도 한다. 본태성 진전은 부위에 따라 중요한 일상생활의 장애를 초래한다. 불안증이 많은 수에서 동반되며 감정 혹은 생리적 스트레스에 의해 악화된다. 본태성 진전의 병리학 조건에는 아직 이견이 많으며 뇌영상은 정상이다¹¹⁾.

본태성 진전의 완전한 치료는 없다. 그러나 증상은 약 50%에서 약물로 적절하게 조절되고 수술로는 80%에서 조절된다. 프리미돈과 프로프라놀롤은 본태성 진전의 일차치료제이다. 두가지 약제 모두 이중맹검, 위약대조 연구에서 유의한 결과를 보였다. 프리미돈은(40~750mg/일) 종종 매우 효과적이다. 처음에는 25mg으로 취침 전에 시작하여 진전효과를 최소화하기 위해 서서히 증량시킨다. 프로프라놀롤(40~320mg/일)은 가장

적응하기 쉬운 약제지만 더 좋은 효과는 없다. 천식, 서맥, 심장 전도장애에는 금기이다. 다른 유용한 약제로는 벤조다이아제핀, 가바펜틴, 토피라메이트 그리고 보툴리눔 독소 주사제가 있다. 약물에 반응이 없는 환자의 80%에서는 시상하부의 배쪽 중간핵(ventral intermedial nucleus)의 절제술이나 심부 전기 자극술에 반응이 좋다¹¹⁾.

본 증례는 예민한 성격의 71세 여자로 1996년 경부터 우측 수부 진전이 발생하여 경희대병원과 세브란스병원에서 Brain MRI 촬영상 별무소견 받고 2001년 경부터 우수부 진전으로 단국대학교 병원 신경과에서 약 복용 중 2006년 9월에 자가 중단하였으며 2007년 10월 4일 local 의원에서 상기 증상으로 수액 처치 받았으나 별무 호전하고 증상 우심하여 적극적인 한방치료 위하여 금일 본원 ER 경유하여 입원한 환자였다.

본 환자는 내원 당시 四肢 末端 振顫 (作業時 振顫, 安靜時 好轉), 全身無力感, 消化不良, 食慾不振, 觸事易驚 등의 증상을 호소하였다.

2006년 10월 7일에 촬영한 Brain CT 상 normal 소견을 보였으며, 입원시 행한 Chest PA. 삼환계 항우울제와 수면진정제를 복용 중이었고, 심전도 상 ST-T change 를 보였다.

입원 당시 평소 일상 생활 가능하였으나 정교한 행위를 수행할 때와 긴장할 때 진전이 두드러졌다. 집중을 하면 잠시 의식적으로 진전을 멈출 수 있었다. 좌측을 떨지 않으면 머리가 떨리고 머리를 안 떨면 좌측으로 떨림을 호소하였다.

四診상으로는 복진상 腹壁 柔軟하였고, 맥은 大하고, 舌은 舌紅, 苔白을 보였다. 淺眠 경향이 있고, 惡心, 嘔吐, 消化不良으로 소화불량 입원 2~3일 경부터 호소하고 있었으며 변비 경향이 있었다.

이에 본 환자를 氣虛 振顫로 변증하고 10월 5일부터 6일까지 加味溫膽湯을 처방하였고, 10월 7일부터 9일까지는 雙和湯加味를 처방하였으며, 다시 약간의 호전을 보인 후 10월 10일에서 15일까지 四物安神湯을 처방하였다. 10월 16일부터 23일 까지는 溫膽湯加味를 투여하였다.

침치료는 1일 2회 오전 9시와 오후 2시에 시행

하였다. 오전에는 體鍼法으로 百會, 四神聰, 足三里, 合谷, 太衝, 中脘을, 오후에는 舍岩鍼法으로 心正格(少衝, 大敦 補, 少海, 陰谷 瀉)을 자침하였고 留鍼時間은 1회당 20분, 迎隨補瀉를 겸하였다.

그 외의 처치로 扶元氣하고 惡心, 嘔吐, 消化不良의 개선을 목표로 복부에 침장요법(미소왜된 장괵)과 구관뜸(中極, 關元)을 시행하였고, 불안과 불면의 개선을 위하여 향기요법(아로마 마사지)을 하였고, 연하곤란의 교정을 위하여 경부에 미소해독팩을 하였다.

아울러, 移精變氣療法, 至言高論療法¹⁾을 사용하여 약해진 환자를 지지해 줌으로써 안정을 갖게 해주어 본태성 진전의 치료를 지속할 수 있도록 도왔다.

본 환자는 1996년경부터 떨리던 오른손 입술, 얼굴에서 추가적으로 왼쪽 팔다리도 떨리는 상태였다. 평소 일상 생활 가능하였으나 정교한 행위를 수행할 때와 긴장할 때 진전이 두드러졌다. 집중을 하면 잠시 의식적으로 진전을 멈출 수 있었다. 좌측을 떨지 않으면 머리가 떨리고 머리를 안 떨면 좌측으로 떨림을 호소하였다. 입원 당시 2~3일 전부터 소화 장애를 호소하며 울렁거리고 구토 증세가 있어 식사를 거의 못 먹은 상태였다. 대변을 못 본지 5일째였다. 전신 무력하며 입원 후에도 악몽을 꾸는 등 심신이 피로한 상태였다. 음식과 약을 먹으면 오심이 나타나서 6일 저녁과 7일 아침까지 금식하였으며 7일까지도 대변을 못 본 상태였다.

10월 8일에서 9일까지 긴장을 하면 떨리는 것이 더 심해지고 여전히 왼쪽이 오른쪽 보다 심하게 나타났다. 앉으면 머리를 기댈 곳이 없어서 머리가 더 떨리고 어지럽게 느껴진다고 하였다. 환자분 오심 구토 증상 가라앉으며 식사 죽으로 할 수 있게 되었다. 대변도 7일 만에 스스로 보았으며 7일 보다 수면의 질도 훨씬 좋았다고 했다. 그러나 식사는 1/3 먹을 정도였으며 한약 하루 2회만 투여 가능했다. 전반적인 무력감은 남아있었다. 작은 일에도 신경을 많이 쓰며 깜짝깜짝 잘 놀라는 양상 보였다. 소화기 증상 완화로 약물에

대한 반응이 전보다 효과적일 것이라고 설명하며 안심시켰다.

11일까지는 얼굴, 입주위, 좌측 손발로 떨리는 증상이 두드러졌고 신경을 쓰면 진전이 더욱 심해졌다. 12일부터 진전에 호전 보이면서 14일에는 진전이 소실되었다. 식사는 죽으로 2~3 수저 남기고 다 먹는 수준으로 좋아졌으며 음악을 들으면서 잠을 청할 정도로 제반 증상 호전 보였다. 오심 증상 없어졌으나 간헐적으로 움직일 때 현훈이 나타났다. 대변은 매일 시원하게 보았으며 떨리는 것이 많이 좋아져서 활기를 띠기 시작하였다.

본 환자의 예민한 성격과 心虛의 증세로 보아 이정변기요법과 지언고론요법을 사용하여, 안심, 지지, 암시, 직·간접적인 환경조정 등의 기법을 통하여 환자가 의욕적으로 치료에 임하도록 도모하였다. 꾸준한 한방치료를 시행한 결과 입원 치료 5~7일 경 호전이 보였다. 주관적인 컨디션이 회복되고 오심 구토 소화불량 등의 위장관 증상과 불면과 진전에도 호전을 보였다.

환자의 증상 호전 중, 10월 14일 경에는 진전이 소실되었다. 병원 복도 거닐 수 있을 정도로 상태 호전되었으며 19일부터 죽 대신 밥으로 먹을 수 있게 되었다. 대변 보는 것도 편하며 소화기 증상 사라졌으며 전신무력감 소실되었다.

본 증례에서는 환자의 임상양상 및 병력을 살펴 변증하여 한약치료, 침치료 및 정신치료를 시행한 결과, 불안과 전신 상태에 따라서 본태성 진전이 악화될 수 있음을 확인하였고 또한 이를 교정함으로써 진전을 완화시킬 수 있다는 것을 확인했다. 또한, 移精變氣療法, 至言高論療法の 정신 치료를 병행해 시너지 효과를 얻을 수 있었다. 본 연구의 한계점은 대상이 1례에 한정되었고 입원치료 기간이 19일 가량으로 짧았다는 점이다. 향후 본태성 진전과 관련된 다양한 임상연구가 필요하리라 사료된다.

IV. 결 론

본 증례에서는 본태성 진전, 전신무력, 식욕부진, 소화장애 등을 주소로 대전대학교 청주한방병원에 입원하여 心虛振顫 진단 하에 2006년 10월 5일부터 10월 23일까지 입원치료한 환자에게 임상양상과 병력에 근거하여 한약치료와 침치료, 한방정신치료 및 향기치료를 실시한 결과 증상의 호전을 보였다. 향후 본태성 진전과 관련된 다양한 임상연구가 필요하리라 사료된다.

참고문헌

1. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 경기도:집문당. 2007:298-302, 670-5.
2. Mark H.Beers 외. 머크매뉴얼 17판. 도서출판 한우리. 서울. 2002:1565.
3. 김준태 외. 본태성 진전에서 Arotinolol (ALMARLR)의 임상적 효과. 전남의대학술지 제38권 2호 통권107호 (2002. 6) pp. 127-134.
4. Zesiewicz TA. Low-dose topiramate (topamax) in the treatment of essential tremor. Clin Neuropharmacol. 2007 Jul-Aug;30(4):247-8.
5. 이운호, 박용숙, 장중희, 장진우, 박용구, 정상섭. 본태성 진전에 대한 시상 파괴술과 뇌심부 자극술의 비교. Journal of Korean neurosurgical society. 제37권 제2호 (2005. 2), pp. 112-115
6. 김상수, 김대현, 김재우. 본태성 진전증의 임상 양상. 대한신경과학회지 17,4(1999.7) pp. 528-533.
7. 張璠玉. 張氏醫通. 上海:上海科學技術出版社. 1980:291-297.
8. 許沛虎. 中醫腦病學. 北京:中國醫藥科技出版社. 1998:104-5, 832-4.
9. 박영춘. 신경계 노인성질환. 대한내과학회잡지. 1982;28(6):752.
10. 王琦 외. 黃帝內經素問今釋. 서울:成輔社.

1983:439.

11. Kasper 외. 해리슨내과학 16판 제 2권. 도서출판 MIP. 서울. 2006:2638-2639.