

五正療法에 의한 파킨슨병 치료종결 1례에 대한 고찰

박병준¹ · 김동희² *

A study on a case of treatment termination of Parkinson's
disease treated by 5 upright life cure regulations therapy

Park Byung-Jun¹ · Kim Dong-Hee² *

¹Young Jin Oriental Medical Clinic, Suncheon

²Department of Pathology, College of Oriental Medicine, Daejeon University

Parkinson's disease is a degenerative disease of a cranial nerve and has a main symptoms of irregular movement of muscle, stiffening, trembling which occurred by about 1% of population in the age of over 65. Moreover, the and prevalence rate and attack rate are soaring according to increase of elderly population. However, allopathy and surgery were done through dopamine and anticholinergic medicine for treatment but it developed a lot of complications due to medicine and progress since it makes slow progress or can't stop the treatment. Hereupon, I report that there is a case on one of the patients Young Jin Oriental Medical Clinic. The patient who is in state of treatment termination who doesn't need any further remedy and no worsening of symptoms after conduction of therapies of dialectic and 5 upright life cure regulations. 5 upright life cure regulations means five practive way for improvement of nature healing power. Upon undertaking the 5 upright life cure regulations, there were found significant results in such tests as Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS), Hoehn & Yahr Staging Scale, and Activity of Daily Living (ADL), and the ingestion of Benztropine 1mg and Requip 0.25mg was decreased from 3 times to 0 times. The study offers objective clinical data on Oriental Medicine treatment for Parkinson's disease which is one of representative neuro-degenerative diseases and thus broadens the application range of Oriental Medical treatment and presents the fundamental data on the clinical research on Parkinson's disease by adopting evidence-based medicine (EBM).

Key words : Parkinson's disease, Termination of treatment, 5 upright life cure regulations

I. 서 론

파킨슨병은 振顫, 硬直, 徐動을 대표 증상으로 하는 뇌신경의 퇴행성 질환으로, 65세 이상 인구의 약 1%에서 발생한다¹⁾. 이에 대한 임상 진단은 상기한 대표 증상 2가지 이상과 도파민제제에 대한 반응을 보이는 경우에 한하며, 확진은 사후

* 교신저자 : 김동희, 대전시 동구 용운동 96-3, 대전대학교 한의과대학, E-mail : dhkim@dju.kr
접수일 : 2011년1월10일 게재확정일 : 2011년2월8일

뇌조직의 조직병리학적 검사에 의한다²⁾. 발병 원인과 병리는 아직까지 명확하게 밝혀지지 않았으며, 유전적 원인과 환경적 원인이 복합적으로 작용하여 흑질의 도파민성 신경세포의 사멸을 유도하는 것으로 보고되고 있으며³⁾, 환경독소, 산화적 손상, 미토콘드리아의 기능 이상 및 염증 반응 등의 다양한 이론이 추정되고 있다⁴⁾. 이에 대한 치료 방법으로는 도파민 및 항콜린성 약제를 통한 대증요법과 수술요법이 이루어지고 있으나, 진행을 느리게 할 뿐 치료 종결이 되지 않아 약물과 진행에 의한 합병증이 빈발하고 있는 실정이다⁵⁾.

한의학에서는 파킨슨병을 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 痰熱動風으로 인하여 나타나는 ‘振顫麻痺’, ‘振顫’, ‘振掉’, ‘震顫’ 등을 유사 범주로 인식하고 있으며, 이러한 증상에 사용되는 치료법을 중심으로 다양한 기초 및 임상 연구를 진행하고 있다⁶⁻¹⁰⁾.

본 임상 연구에서 치료 목적으로 사용된 '五正療法'은 인체 내 자연치유력을 끌어올리기 위한 실천적 치료방법으로 현미밥 위주의 正食療法, 활보장 중심의 운동요법인 正心療法, 환부를 지압하는 正血療法, 파킨슨병 치유를 위한 한약요법인 正體療法, 체질에 맞는 간식을 섭취하는 正飲療法를 의미한다. 또한 환자의 증상이 더 이상 나타나지 않거나 진행이 멈추어 지면 한약복용을 더 이상 하지 않으면서 환자 스스로 질병을 관리하게 할 수 있도록 함이 주목적이다.

'五正療法'을 통한 체계적이고 유기적인 치료 효과에 대한 연구는 보고된 바가 없다. 이에 저자는 파킨슨병으로 진단 받은 후 본원에 내원한 환자 중 한의학적인 辨證과 치료를 통해 의미 있는 결과가 나타난 임상 1례에 대하여 보고하고자 한다.

II. 증 례

1. 환자의 병력

1) 주소증

우측하지 진전, 우측어깨 경직, 자율신경 장애로 인한 연하작용, 좌우 불균형과 이로 인한

손저림

2) 현병력

68세의 여자 환자로 2009년 7월경 상기 증상들이 나타나 부산 S병원 신경과에서 파킨슨병으로 진단을 받고 벤즈트로핀 1mg, 리킵 0.25mg 1일 3회 복용을 하여 약간의 호전을 보였으며 영상 검사상 뇌의 기질적 이상은 발견되지 않음. 다만 파킨슨병의 서양의학적 치료는 진행이 멈추거나 느리게 하지 못하기 때문에 이에 대한 회의감, 두려움으로 본원에 내원하게 됨.

3) 기왕력

15년 전 교통사고로 입원치료 함.

4) 가족력

특이사항 없음.

5) 치료기간

2009년 8월 29일`부터 2010년 8월 7일 까지

2. 검사 소견 및 평가 소견

1) 검사 소견

148.3cm/ 47.5kg의 단아한 체격의 소유자로서 강단이 있어 보이고, 고집이 센 성격의 태양인으로 판단. 우측 다리 부위의 비자발적 떨림과 우측 어깨부위의 굳어짐, 자율신경장애로 인한 약한 연하작용, 좌우 불균형과 이로 인한 손저림의 증상들을 호소함. 2009년 7월경 머느리와 의 갈등으로 심적인 부담감이 컸으며, 이로 인해 심한 스트레스를 받고 이와 같은 증상들이 발생했다고 생각함.

2) 임상병리검사 소견(Table 1)

| Group | AST | ALT | γ -GTP |
|-------|------|------|---------------|
| | IU/L | IU/L | IU/L |
| 초진 | 20 | 16 | 10 |
| 6개월 후 | 25 | 15 | 11 |

3) 영상의학검사 소견

별무

4) 한방 변증 소견

체격 조건이 上盛下虛하며, 평소 화를 잘 내는 편이며, 하체는 오히려 점점 약해지는 경향을 보

이고, 표면적으로는 강건하나 내면적으로는 凉性生氣力 약화의 증상을 겸하고 있으며 舌質 紅赤, 脈細數하는 것으로 보아 肝陽上亢, 太陽人 外感 腰脊病 內觸小腸病 겸증으로 판단.

3. 평가 방법

파킨슨병 진단의 객관성을 위하여 종합병원 신경과에서 진단 후 도파민제제를 복용하고 변화가 관찰된 경우에 일차적인 대상으로 함. 또한 본원에서 치료 시작 전 United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank(UKPDS)의 진단 기준(15)에 의해 다시 한번 검증을 함. 1개월에 1회 내원시 환자의 상태 변화를 평가하기 위하여 Unified Parkinson's Disease Rating Scale(UPDRS), Hoehn&Yahr Stage, Activity of Daily Living(ADL), PD 환우들의 치료 과정 점검표를 관찰 및 기록함.

UPDRS는 정신, 행동 및 정서, 일상 생활능력, 운동 기능검사, 약물의 부작용에 대한 세부 항목으로 장애 정도를 평가하는 방법으로 점수가 높을수록 장애 정도가 높음. Hoehn&Yahr Stage는 0, 1, 1.5, 2, 2.5, 3, 4, 5 등의 단계로 구성되며, 0은 초조기, 1은 일측성, 2는 양측성, 3은 보행장애, 4는 보행불능, 5는 생활불능을 나타내어 점수가 낮을수록 초기에 해당됨. ADL은 생활의 질을 측정하는 지표로 0에서 100까지를 점수화하여 100은 완전히 독립적인 생활을 유지하는 상태이며, 0은 침상 생활만 가능하고 대소변 기능의 비정상적인 상태를 나타내고, 점수가 높을수록 장애 정도가 낮음을 의미함. UPDRS, Hoehn&Yahr Stage, ADL은 파킨슨병 환자의 이환상태를 객관적으로 수치화 할 수 있는 장점은 있으나 검사자의 숙련도 정도, 복용중인 약물의 on-off 상태, 피로도의 정도에 의해 오차가 많이 발생하는 단점을 가지고 있음. 이에 지난 1개월 정도 환자 본인이 느끼는 전반적인 상태를 스스로 기록하는 PD 환우들의 치료 과정 점검표를 통하여 위 단점을 보완함.

4. 주 증상의 경과(Table 2)

5. 치료 과정 및 임상 경과

내원 당시부터 치료 종결까지 매일 1회 내원하여 한의학적인 변증에 의하여 처방하였으며, 1첩 1회분으로 하여 1일 3회 복용하도록 함. 약물 상충 현상의 사전 예방을 위하여 한약과 양약의 복용 시간을 1시간 이상 간격을 두도록 함. 증상의 개선 상태에 따라 환자의 동의하에 복용 중이던 양약을 3회에서 점차 줄이도록 함(Table 3,4,5, Fig.1).

| | 내원 당시 (2009년8월29일) | 치료종결당시 (2010년7월7일) |
|-----------------|------------------------------------|-----------------------|
| 도파민제제 복용 내용 | 벤즈트로핀 1mg 리킵 0.25mg 1일 3회 복용 | 1일 0회 복용 |
| 우측 다리부 위의 진전 | 비자발적으로 나타남 | 거의 나타나지 않음 |
| 우측 어깨부 위 경직 | 자주 나타남 | 약간 나타남 |
| 연하작용 | 삼키기가 약간 곤란 함 | 거의 없어짐 |
| 손 저림 | 저림이 나타남 | 별무 변동 |

Table 3. Herbal medication

| Date | Prescription |
|------------|---|
| 2009.08.29 | 加味釣藤散 |
| - | 釣鈎藤, 天麻, 黃芩, 黃栢(鹽水炒), 蒼朮, 枳殼, 白芍藥, 半夏, 柴胡, 山藥, 山茱萸, |
| 2009.09.28 | 丹蔘 各 4 g, 甘草 2 g |
| 2009.09.29 | 彌猴藤植腸湯 |
| - | 彌猴藤16g, 木瓜, 葡萄根 各8g, 蘆根, |
| 2009.10.28 | 櫻桃肉, 五加皮, 松花 各 4g, 梧頭糖 半指 |
| 2009.10.29 | 加味釣藤散 |
| - | 釣鈎藤, 天麻, 黃芩, 黃栢(鹽水炒), 蒼朮, 枳殼, 白芍藥, 半夏, 柴胡, 山藥, 山茱萸, |
| 2010.01.29 | 丹蔘 各 4 g, 甘草 2 g |
| 2010.01.30 | 五加皮腸脊湯 |
| - | 五加皮16, 木瓜, 青松節 各 8, 葡萄根, |
| 2010.03.05 | 蘆根, 櫻桃肉 各 4, 蕎麥米 半指 |
| 2010.03.06 | 加味釣藤散 |
| - | 釣鈎藤, 天麻, 黃芩, 黃栢(鹽水炒), 蒼朮, 枳殼, 白芍藥, 半夏, 柴胡, 山藥, 山茱萸, |
| 2010.05.16 | 丹蔘 各 4 g, 甘草 2 g |

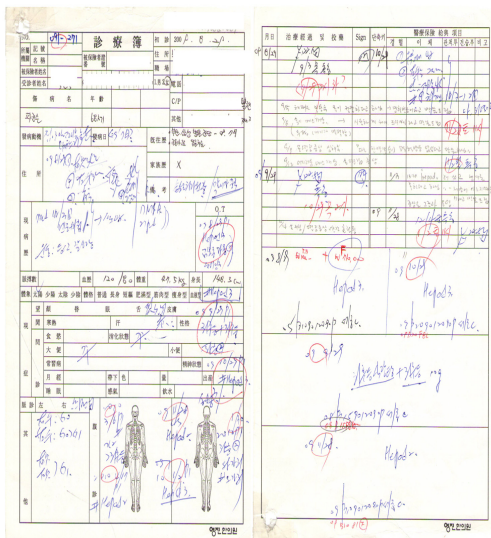
Table 4. Western medication

| Date | Prescription | Dose number |
|------------|-----------------------------------|-------------|
| 2009.08.29 | benztropine 1mg, requip 0.25mg | 3 |
| 2009.10.29 | | |
| 2009.10.30 | benztropine 1mg, requip 0.25mg | 2 |
| 2010.01.02 | | |
| 2010.01.03 | benztropine 1mg, requip 0.25mg | 1 |
| 2010.04.17 | | |
| 2010.04.18 | benztropine 1mg, requip 0.25mg | 0 |
| 이후 | | |

Table 5. UPDRS, Hoehn&Yahr Stage, Activity of Daily Living(ADL)

| Date | UPDRS | Hoehn&Yahr Stage | Activity of Daily Living(ADL) |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|
| 2009.08.29 | 9 | 2 | 95 |
| 2009.09.29 | 4 | 1 | 95 |
| 2009.10.29 | 1.5 | 1 | 100 |
| 2009.11.28 | 5.5 | 1 | 100 |
| 2010.01.02 | 7.5 | 1 | 100 |
| 2010.01.30 | 6.5 | 1 | 100 |
| 2010.03.06 | 5.5 | 1 | 100 |
| 2010.04.17 | 6 | 0.5-1 | 100 |
| 2010.06.01 | 6.5 | 0.5 | 100 |
| 2010.07.07 | 5 | 0.5 | 100 |

Fig. 1. 진료기록부



III. 고찰

파킨슨병은 1817년 영국의 외과의사 제임스 파킨슨이 “진전 마비에 대한 보고(Essay on the Shaking Palsy)”를 기술하였던 것에 기초하여 명명되었다. 그 후 1914년 트레티아코프 (Tretiakoff)가 주된 병소가 흑질임을 밝히게 되며, 20세기 중반에는 파킨슨병의 외과적 수술요법이 도입되었다. 1960년에 신경 전달물질인 도파민의 결핍이 증상 유발의 원인임이 입증되었으며, 임상 진행 정도를 나타내는 5단계 임상 기준이 1967년 Hoehn-Yahr에 의해 세분화되었다.

1980년대에 MPTP 독성기전, 셀레질린의 사용, 태아 이식에 대한 연구 등이 시작되었으나, 파킨슨병이 기술된 지 200여년이 지난 현재에도 완전한 치료법은 아직 없는 실정이다.

대표 증상으로는 진전, 경직, 서동증이며, 진행과 더불어 자율신경장애, 보행 장애를 수반하게 된다. 국내의 경우 평균 발병 연령은 64.1세이며, 65세 이상 인구의 약 1% 정도에서 발병하는 것으로 추정되어 전국적으로 30-40만 명의 환자가 있는 것으로 추정된다^{1,2)}.

이에 대한 진단은 파킨슨병의 진단은 대표 증상 중 두 가지 이상이 있으면서 도파민제에 대한 반응을 보이는 경우에 한하여 임상 진단하며, 확진은 사후 뇌조직의 조직병리학적 검사에 의한다. 파킨슨병으로 진단 받은 환자 100명을 병리학적으로 분석한 결과 이 중 75%만이 파킨슨병의 병리적 특징인 루이소체가 발견되었다. 나머지 25%는 파킨슨증후군 또는 유사 병증일 가능성이 높은 것으로 인식되고 있다. 파킨슨증후군은 파킨슨병에 비해 비교적 진행이 빠르기 때문에 환자의 예후와 치료 방향을 설정함에 있어 신중한 진단이 요구된다²⁾.

이에 대한 발병 원인은 아직까지 명확하게 밝혀지지 않았으며, 유전적 요인과 환경적 요인이 복합적으로 작용하는 것으로 추정되고 있으며, 최근에는 유전적 요인뿐 아니라 환경적 요인의 중요성이 강조되고 있다. 환경적 요인으로는 식이적 요인, 약물, 농약, 반복적인 뇌손상 및 일산

화탄소 중독 등이 위험 요인으로 제시되고 있다³⁾.

파킨슨병 연구에 대한 궁극적 목적은 발병 원인 규명과 더불어 흑질의 도파민성 신경세포가 사멸되는 기전을 밝히는 것이다^{21,22)}. 세포 안에서 발생하는 활성 산소는 미토콘드리아의 기능 장애를 일으켜 세포를 손상시킨다. 파킨슨병 환자의 흑색질에는 유리기의 과잉 생산과 이로 인한 세포의 손상을 보여주는 생화학적 변화들이 관찰된다. 또한 사망한 파킨슨병 환자 흑질의 미토콘드리아에서는 에너지 합성에 관여하는 효소인 complex I의 부족이 관찰된다. MPTP에 의한 실험적 파킨슨병태 모델을 관찰해 보면 활성 산소가 증가되면서 complex I의 활동이 억제되고 미토콘드리아의 이상이 나타남을 관찰할 수 있다. 환경 독소로서의 제초제인 로테는 또한 강력한 complex I 억제작용을 나타내고 있다. 그 외에 염증성세포에 의한 사멸, 글루탄산염에 의한 흥분독성설 등이 발병 기전으로 제시되고 있다^{4,12)}.

이에 대한 치료법으로는 도파민 및 항콜린성 약제를 통한 대증요법 및 수술요법이 이루어지고 있으나 진행을 느리게 할뿐 치료가 종결 되지 않아 약물과 진행에 의한 합병증이 빈발하고 있는 실정이다. 또한 흑질의 사멸로 인해 부족해지는 신경전달 물질을 단지 도파민계열로 인식하여 도파민의 보충, 아세틸콜린의 억제제를 통해 뇌신경계를 조화시키려 하고 있으나, 그 밖의 밝혀지지 않은 물질에 대해서는 또 다른 불균형을 초래하게 된다. 이러한 문제로 인하여 이상운동증, 약효 소실 현상, 환청, 환각, 환시 등의 부작용 등이 나타나 진행을 느리게 하거나 멈추지 못하고 있는 실정이다^{5,13)}.

한의학에서는 파킨슨병을 ‘動搖’의 개념으로 ‘振顫麻痺’, ‘振顫’, ‘振掉’, ‘震顫’ 등이 유사병증으로 인식되고 있다^{5-9,13,15,16)}. 심신의 과로로 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 痰熱動風, 筋脈失養 등의 조건이 되면 ‘風’, ‘火’, ‘痰’, ‘瘀’가 발생하여 筋絡을 저체, 筋脈이 失養되어 나타나는 것으로 해석하고 있다.

<素問至眞要大論>¹⁷⁾에서는 “諸風掉眩 階屬於肝..., 諸暴強直 階屬於風...”이라 하여 振顫, 強直의 생리, 병리에 대해 기술을 하고 있으며, <素問至眞要大論>¹⁷⁾ <準治準繩>¹⁸⁾에서는 振顫과 관련되어 掉, 癱瘓, 振顫이라는 용어가 기술되어 있다. 이 밖에 경직에 대하여 <素問至眞要大論>¹⁷⁾에서는 風과 관련된 強直이 기술되어 있으며, <東醫寶鑑>¹⁹⁾에서는 風門의 偏枯, 中脘에서 強直症이, <張氏醫通>²⁰⁾에서는 振顫과 癱瘓이 비슷한 類이면서도 상이점이 있는 부분에 대해 비교적 상세히 기술을 하고 있다.

최근 중의학에서는 파킨슨병 환자의 임상 증상을 부위별로 나누어 각각 ‘顫震’, ‘振戰慄’, ‘手顫’, ‘足顫’ 등으로 구분하고 있으며, 원인에 있어서도 實證에는 風, 痰, 火, 血瘀, 虛證에는 肝虛, 脾虛, 腎虛로 각각 구분하였다.

전반적으로 한의학 문헌을 종합하여 보면 파킨슨병은 ‘振顫’의 병증에 가장 유사하며, 風, 痰, 火, 血, 虛가 병인으로 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 痰熱動風, 筋脈失養, 氣滯血瘀의 병리 기전을 통해 임상 유형을 나타내고, 肝, 脾, 腎臟이 생병리에 관여하는 주요 장부임을 알 수 있다.

최근 유관한 실험적 연구로 동의보감에 기재된 뇌질환 관련 한약제에 대한 항산화, 항염증 효과에 대한 검색 결과⁸⁾와 더불어 석위 물 추출물이 MOA에 대한 효과⁵⁾, PD-1의 신경보호효과¹⁰⁾ 등의 다양한 실험 연구가 보고된 바가 있다. 이 밖에 양릉천 자침의 영상의학적인 효과⁸⁾, 체질침에 대한 효과⁹⁾ 등 임상연구 분야에서도 다양한 처방과 구성 약물에 대한 지속적인 연구가 끊임없이 이루어지고 있다. 다만, 한의학적인 치료를 통해 양약의 금단 증상을 제거하면서 진행의 멈춤이 일어나고 일정기간 이 상태를 유지하는 치료 종결에 대한 객관적인 임상 보고와 연구는 미비한 실정이다. 따라서 임상에서 기존의 처방과 더불어 단일약제를 응용하여 부작용이 없으면서 치료 종결이 가능한 공통 분모를 도출해 내는 것은 전세계 파킨슨병 환우들에게 중요한 의의를 줄 수 있을 것이다.

본 한의원에서는 특성화된 '五正療法'을 통하여

인체에 내재된 자연치유력을 향상시킴으로써 인위적인 공급형태가 아닌 스스로의 도파민 분비를 향상시켜 기존 증상의 호전과 더불어 새로운 증상이 더 이상 나타나지 않게 하는데 주안점을 두었다.

본 환자는 2009년 7월 이전 가벼운 교통사고 이외에 특별한 선행질환 없이 우측 다리의 진전, 우측 어깨의 경직과 통증이 발생하여 부산의 S종합병원 신경과에서 파킨슨병 진단을 받고 항파킨스제를 1일 3회 약 1개월 복용하던 중 본원에 내원하게 되었다.

내원 당시 벤즈트로핀 1mg, 리튬 0.25mg 을 1일/3회로 약 1개월간 복용하고 있었으며, 우측 다리의 비자발적인 진전, 우측 어깨의 경직 및 저림, 약간의 연하장애등이 나타나고 있었다. 舌質赤, 脈 弦數 하며 얼굴이 약간 붉고, 목소리에는 힘이 있으면서, 작고 단단한 체격의 형태로 '肝陽化風'에 해당하는 실증이었으며, 고령과 파킨슨병의 투병하는 과정이 비교적 장기간으로 허증과 실증의 반복 또는 虛實挾錯인 경우도 나타났다. 증상과 병의 유발 인자 등을 고려하여 불 때 愛怒의 過極에 의한 '肝實證'과 '太陽人病症'으로 판단하고 加味釣藤散과 五加皮腸脊湯, 彌猴藤植腸湯을 매일 辨證에 의거하여 투여하였다.

투여된 처방 중 加味釣藤散은 釣鈎藤, 天麻, 黃芩, 黃柏(鹽水炒), 蒼朮, 枳殼, 白芍藥, 半夏, 柴胡, 山藥, 山茱萸, 丹蔘, 甘草 등으로 구성되어 平肝熄風, 清熱安神하는 효능이 있어 肝陽化風, 肝風內動으로 인한 振顫, 頭痛, 眩暈, 耳鳴 및 失眠 등에 적합한 처방이다. 四象方인 五加皮腸脊湯은 五加皮, 木瓜, 青松節, 葡萄根, 蘆根, 櫻桃肉, 蕎麥米 등으로 이루어져 있으며, 彌猴藤植腸湯은 彌猴藤, 木瓜, 葡萄根, 蘆根, 櫻桃肉, 五加皮, 松花, 梧頭糖으로 각각 구성되어 愛怒의 過極에 의하여 肝臟系의 생리 작용력의 약화로 인한 腰脊病과 小腸系의 약화 등을 치유한다. 辨證에 따라 위 처방의 2첩을 전탕하여 하루 3회씩 복용하게 하였다.

난치성질환의 경우 심신의 과로와 잘못된 양생이 문제이므로 한약 복용인 正體療法을 포함하

는 5가지로 구성된 '五正療法'을 시행하게 하였다. 이 중 正血療法은 파킨슨병에 법은적인 경혈 자리로 正體療法구성된혈을 지시해 주고 환자 스스로 1일 15분씩 지압하게 하였다. 正食療法은 현미밥 위주의 식사를 50회 이상씩 저작하게 함으로써 곡식에 내재된 기를 바르게 섭취하게 하게 하였다. 正飲療法은 食療法 특유의 이론에 입각하여 편식을 지양하고 식품의 약이적 효능을 지향하게 하였다. 正心療法은 팔다리를 크게 흔들면서 걷는 활보장에 집중함으로써 울체된 기를 순환시키고, 심신을 평정하게 하였다. 특히 正體療法은 매일 정확한 辨證에 의거하여 처방을 하였다.

'五正療法'을 시행 후 2009년 10월 29일 약 2개월이 지나자 우측 다리의 진전 증상이 호전되고 UPDRS가 9에서 1.5로 낮아졌으며, Hoehn&Yahr Stage가 2에서 1로 낮아지고 Activity of Daily Living(ADL)은 95에서 100으로 상승되었다. 이에 조심스럽게 환자와 보호자의 동의하에 벤즈트로핀 1mg, 리튬 0.25mg을 3회에서 2회로 감량하였다. 5개월 후인 2010년 1월 2일에는 발의 진전과 손저림 증상도 호전이 되었으며, UPDRS 7.5, Hoehn&Yahr Stage 1, Activity of Daily Living(ADL)은 100을 유지하여 벤즈트로핀 1mg, 리튬 0.25mg을 2회에서 1회로 감량하였다. 이때 UPDRS가 약간 상승함이 보였으나 이는 복용중인 양약의 감량에 의한 것으로 보였다. 그 후 2010년 4월17일 치료시작 후 약 7개월이 지나자 진전과 손저림의 호전 증상과 더불어 호전 증의 증상이 호전되었다. 이 때 UPDRS는 6점, Hoehn&Yahr Stage는 1, Activity of Daily Living(ADL)은 100을 유지하 호전에서 벤즈트로핀 1mg, 리튬 0.25mg을 1회에서 0회로 복용하게 하였다. 그 후 치료 시작 약 11개월 후이며 도파민제 중단 약 3개월 후의 시점인 2010년 7월7일 UPDRS는 5점, Hoehn&Yahr Stage는 1, Activity of Daily Living(ADL)은 100을 유지하였다. 진행성 질환인 파킨슨병의 특성상 복용중인 양약의 용량 및 횟수와 종류는 늘어나게 되는 것이 일반적이다.

그러나 한약을 포함한 5정요법을 병행함으로 인하여 증상의 호전과 더불어 Hoehn&Yahr Stage, UPDRS, Activity of Daily Living(ADL)의 객관적이 지표가 향상됨은 매우 긍정적인 치료 효과를 의미한다. 아울러 환자 스스로 흑질이 더 이상 빨리 사멸되지 않게 하는 자연적 치유 상태 유지하고 있음을 의미한다. 다만, 흑질은 자연적으로 10년에 5%씩 사멸되므로 완치보다는 1차적으로 치료를 종결하고 정기적인 내원을 통해 관리함이 합당할 것으로 사료되었다.

본 환자는 양한방 겸치로 시작하여 한방 단독 치료로 이어지기 까지 비교적 빠른 시기에 치료가 종결된 1례이나 환자의 상태가 비교적 초기이며, 다른 질병이 없는 상태이고 강건한 상태이었기에 나타난 결과로 보여 진다. 추후에도 이러한 임상 결과를 바탕으로 파킨슨병 중기, 말기 상태와 다양한 증상들에 대한 지속적인 증례 관찰 등을 통해 공통 분모에 대한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결 론

본 증례에서 고령군에 속하나 초기상태인 파킨슨병 환자를 한의학적인 변증과 5정요법에 의해 치료함으로써, 진전을 포함한 임상 증상과 Hoehn&Yahr Stage, UPDRS, ADL 등의 객관적 지표의 호전과 도파민제제의 감량이라는 긍정적 결과를 얻을 수 있었다. 인구 고령화가 심해지는 시점에서 본 연구 결과는 신경계의 대표적 퇴행 질환인 파킨슨병에 대하여 한의학적 치료의 객관적 임상 자료를 제시함으로써 한의학의 진료 영역 확대와 더불어 EBM 구축을 통한 파킨슨병 임상 연구에 기초적 자료가 될 것으로 사료된다.

감사의 글

본 연구는 지식경제부 지정 대전대학교 난치성 면역질환의 동서생명의학연구 지역혁신센터의 지원에 의한 것임.

참고문헌

1. 이에영. 파킨슨병과 파킨슨증후군. 서울, 군자출판사, p.1, 2000.
2. 박병준. 특발성 파킨슨병.파킨슨증후군환자 7례의 치료경과사례 고찰. 동의신경정신과학회지 20(3):284,289, 2009.
3. 이주연. 초기 파킨슨병 환자의 식이형태 및 영양상태에 관한 연구. 경희대학교석사학위논문, 2007.
4. 김종민. MPTP-파킨슨병 모델에서 신경세포 사멸에 관련된 유전자군에 대한 cDNA microarray 연구. 서울대학교박사학위논문, 2004.
5. 박연철. 특발성 파킨슨 환자에서 경혈에 따른 침 치료 효과의 비교 연구. 경희대학교 석사학위논문, 2007.
6. 오민규, 김태용, 김동진, 신현수. 신정효손으로 병증한 파킨슨병 환자의 이상운동증 치험 1례. 대한한방내과학회지 28(4):920-926, 2007.
7. 정병주, 김진원, 김병철, 우성호, 나유진, 심효주, 이원희, 이지영, 서호석, 김용호. 파킨슨병으로 유발된 진전이 한약 치료를 통하여 호전된 치험 1례. 대한한방내과학회지, 27(4):955,959, 2006.
8. 이정욱. 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydrophridine으로 유도된 파킨슨병 쥐에서의 도파민 신경세포 손상에 대한 PD-1 처방의 보호 효과. 동국대학교석사학위논문, 2009.
9. 김인락. 파킨슨병 관련한 석위 물 추출물의 Monoamine Oxidase 활성 억제효과. 동의대학교박사학위논문, 2003.
10. 김경미. 파킨슨병 환자의 양릉천 자침에 따른 뇌기능 자기공명영상 변화 관찰. 경희대학교석사학위논문, 2007.
11. 金洲. 性理臨床論. 서울, 大星文化社, pp.328-344, 1997.
12. Schapira,T. 파킨슨병. 서울, 도서출판 아

- 카데미아, pp.37-47, 2005.
13. 권전록. 익신소전탕이 파킨슨병 유발 흰쥐에 미치는 효과. 동국대학교석사학위논문, 2001.
 14. 이상인, 김동걸, 이영중, 노승현, 주영승. 方劑學. 서울, 永林社, p.325, 1990.
 15. 박병준. 파킨슨병의 한방치료. 서울, 에세이퍼블리싱, pp.81-96, 2009.
 16. 실용중의뇌과학. 중국의학연구원광안문의원 . 북경. p3, 1993.
 17. 홍원식 교편. 정교황제내경소문. 서울, 동양의학연구원출판부, pp.23-25, pp.39-40, 1995.
 18. 王肯堂. 證治準繩. 서울, 翰成社, pp.255-256, 1982.
 19. 許準. 東醫寶鑑. 서울, 大成文化社, pp.58-59, 1992.
 20. 張璐. 張氏醫通. 上海科學技術出版社, pp.295-296, 1990.
 21. 심재원 : 배아 및 성체 줄기세포로부터 유전자 조작을 통한 파킨슨병 세포치료용 도파민 신경세포 분화 유도, 서울대학교 대학원, 2007.
 22. 김경희 외 : 파킨슨병 유전자와 도파민 신경계 보호 연구, 약학연구논문집, No.18, pp. 103-112, 2008.