

다한증 및 좌측 상지 감각이상을 호소하는 중대뇌동맥 경색 환자에 대한 치험 1례

이경화¹, 허혜민¹, 이혜진¹, 임태빈¹, 박성욱^{1,2,3}, 박정미^{1,2,3}, 고창남^{1,2,3}, 조승연^{1,2,3}
¹경희대학교 대학원 한방순환신경내과학교실, ²강동경희대학교병원 뇌신경센터 한방내과
³경희대학교 한의과대학 순환·신경내과

A Case Report of a Middle Cerebral Artery Infarction Patient Complaining of Hyperhidrosis and Left Upper Extremity Paresthesia

Kyeong-hwa Lee¹, Hye-min Heo¹, Hye-jin Lee¹, Tae-bin Yim¹,
Seong-uk Park^{1,2,3}, Jung-mi Park^{1,2,3}, Chang-nam Ko^{1,2,3}, Seung-yeon Cho^{1,2,3}

¹Dept. of Cardiology and Neurology of Clinical Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University

²Stroke and Neurological Disorders Center, Kyung Hee University Hospital at Gangdong

³Dept. of Cardiology and Neurology, College of Korean Medicine, Kyung Hee University

ABSTRACT

This work reports the case of a middle cerebral artery infarction patient with hyperhidrosis and left upper extremity paresthesia whose condition improved following Korean medicine treatment. The patient was hospitalized for 10 days and treated with herbal medicine, mainly *Hwanggiyeji-tang*, and acupuncture, electroacupuncture, and moxibustion. The hyperhidrosis was clinically classified and the patient's subjective discomfort in this regard was also checked. A subjective percentage of strength and sensation in the left extremity was evaluated to assess the clinical effects of the treatment. After treatment, the hyperhidrosis classification improved from Grade 3 to Grade 0, and the patient's subjective discomfort was greatly improved and continued for the two weeks after discharge. In addition, subjective strength and sensation improved by 20% and 5%, respectively, compared to time of admission. These results suggest that Korean medicine is effective in treating paresthesia after stroke and long-lasting hyperhidrosis.

Key words: hyperhidrosis, paresthesia, middle cerebral artery infarction, *Hwanggiyeji-tang*, Korean medicine

1. 서론

다한증(Hyperhidrosis)은 신체가 체온 조절을 위해 생리적으로 요구하는 것 이상으로 과도하게 땀

이 나는 상태를 지칭하는 증상이다¹. 다한증은 국소성과 전신성으로 구분되며, 일반적으로 국소 다한증은 원발성, 전신 다한증은 기저질환 또는 복용 약물에 의한 이차성 다한증이 많다^{2,3}.

미국에서 150,000가구를 대상으로 진행된 대규모 역학 연구에 따르면 2.8%(약 780만 명)가 국소 다한증을 호소하는 것으로 나타났으며, 18~54세에서 유병률이 가장 높았고¹, 국내 보건 의료 빅데이터 개방시스템(Healthcare Bigdata Hub)에 따르면 2016

· 투고일: 2022.04.09, 심사일: 2022.05.26, 게재확정일: 2022.05.27
· 교신저자: 조승연 서울시 강동구 동남로 892
강동경희대학교병원 뇌신경센터 한방내과
TEL: 02-440-6209 FAX: 02-440-7171
E-mail: sy.cho@khu.ac.kr

년부터 2020년까지 매년 약 1만 5000여 명의 다한증 환자가 발생하였다⁴. 하지만 많은 환자들은 다한증이 치료가 필요한 증상이라는 사실을 쉽게 인지하지 못하고 방치하며, 다한증으로 인해 일상생활을 방해 받으며 많은 심리적, 사회적 부담을 초래하고 삶의 질이 저하된다³. 다한증의 적절한 관리의 증상 개선을 통해 환자의 삶의 질을 크게 향상시킬 수 있다.

이차성 다한증의 경우 원인 질환을 치료함으로써 증상이 개선되거나 원발성 다한증에 대한 치료는 국소 도포 요법부터 외과적 치료까지 다양하며 국소 염화알루미늄(Aluminum chloride) 도포, 항콜린제(Anticholinergic agent) 복용, 이온영동요법(Iontophoresis), 보툴리눔 독소(Botulinum toxins) 피내주사 등의 치료가 시행된다¹. 그러나 항콜린제의 경우 안구 및 구강 건조, 요폐, 변비 및 빈맥 등을 유발할 수 있으며, 이온영동요법은 장기간의 치료기간이 필요하고 그로 인한 피부 자극, 건조, 박리 등의 문제가 발생할 수 있다. 그리고 보툴리눔 독소 피내주사는 환자에게 큰 고통을 유발하고 국소적인 부종, 홍반, 일시적인 감각 저하의 문제를 일으킬 수 있으며 주사의 강도 및 부위에 따라 해당 부위의 근력이 지나치게 저하될 수 있다는 문제점이 있다⁴. 외과적 치료로 시행되는 교감신경절 절제술(Sympathetic ganglionectomy)은 최대 86%의 환자에서 몸통과 하지부에 두드러지는 보상성 다한증을 발생시키는 부작용이 있다³.

이처럼 다한증에 대해 현재 시행되고 있는 여러 치료 방법의 한계로 인하여 다른 치료적 접근이 필요하며 한의 치료를 고려해볼 수 있다. 현재 다한증에 대한 국내 연구는 산발적인 증례보고가 대부분으로 탕약을 통한 한약 치료가 가장 많았고 각각 사상체질변증(四象體質辨證), 장부변증(臟腑辨證), 육경변증(六經辨證), 기혈변증(氣血辨證), 형상변증(形象辨證)에 따라 다양한 탕약을 사용하였다. 침 치료는 LI4(合谷), ST36(足三里), LR3(太衝), KI7(復溜) 등의 혈위가 가장 많이 사용되었

으며 CV12(中腕) 혈위에 뜸 치료가 다빈도로 시행되었다⁶.

한편, 뇌졸중 이후의 감각이상은 흔히 나타나는 뇌졸중의 후유증으로, 운동 기능 손상이 단독으로 발생한 환자에 비해 감각 이상을 동반하여 운동기능 저하가 나타나는 환자의 예후가 더 좋지 않은 것으로 알려져 있다⁷. 뇌졸중 이후의 감각이상은 흔히 통증과 동반되어 나타나므로 감각 이상 자체의 관리 및 치료가 간과되기 쉬우나⁸, 미세한 동작의 실패 및 식사 불편감 등을 유발할 수 있으므로 환자의 삶의 질 향상을 위해 관리가 필요하다⁹.

본 증례에서는 장기간 지속된 다한증과 뇌졸중으로 인해 발생한 좌측 상지 감각이상이 황기계지탕(黃芪桂枝湯) 복용을 위주로 한 한방 복합치료를 통하여 호전되었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 증례

본 연구는 후향적 증례보고 1례로서, 강동경희대학교 한방병원 기관생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 심의면제를 승인받아 진행하였다(심의번호: KHNMC0H 2022-04-001).

1. 환자정보 : F/49

2. 발병일

1) 다한증 : 2000년도 자녀 출산 이후

2) 좌측 상지 감각이상 : 2021년 7월

3. 치료기간 : 2021년 1월 27일-2월 5일(10일)

4. 주소증

1) 다한증 : 두면부, 경항부, 흉배부로 가만히 있어도 땀이 송글송글 맺히며, 보행 또는 출근 준비 시 주르륵 흐르는 한출 발생하여 옷이 젖는 등의 일상생활 중 불편감 발생함. 동반증상으로 상열감(上熱感), 심계(心悸), 흉민(胸悶)이 관찰됨.

2) 좌측 상지 감각이상 : 좌측 손가락 1-3지 전면부 촉각 저하되어 병뚜껑 딸 때, 물건을 잡고

있을 때 등 특정 행위 시 좌측 1-3지의 감각 느껴지지 않고 순간적으로 근력이 저하된다고 느끼며 물건을 놓치고 떨어뜨리며 일상생활 수행에 장애 발생됨. 입원 당시 자각적인 좌측 손가락 감각 건축 대비 90%, 손가락 근력 건축대비 70-80%.

5. 과거력 : 전신홍반루푸스(2006년), 신우신염(2006년)

6. 가족력 : 없음.

7. 사회력

- 1) 흡연력 : 없음.
- 2) 음주력 : 없음.
- 3) 직 업 : 사무직

8. 현병력

2000년도 출산 이후 다한증이 발생하였으며, 일상생활 중 불편함 느꼈으나 치료받지 않음. 2006년 전신홍반루푸스 및 신우신염 발병하여 타병원에서 입원치료 받았으며, 이후 한출 후 피로감 악화됨. 2021년 7월 좌측 위약감 및 감각장애 발생하여 타병원 응급실 내원. Brain CT 및 MRI상 우측 중대뇌동맥 영역의 경색(Rt. middle cerebral artery territory infarction) 소견으로 보존적 치료 시행함. 이후 좌측 손가락 부위 자각적인 근력저하 및 감각이상 남아있으며, 활동시 흘러내리는 정도의 자한 지속되어, 이에 대한 적극적인 한의치료 받고자 1월 27일 본과 내원함.

9. 계통문진

- 1) 수 면 : 양호, 야뇨로 인한 1-2회 각성
- 2) 식욕/소화 : 식욕 및 소화 양호
- 3) 구건/구갈 : 별무, 음수량 1일 1500 ml
- 4) 대 변 : 평소 2-3일 1회, 경(硬)
- 5) 소 변 : 주간 5-6회, 야간 1-2회, 쾌(快)
- 6) 한 출 : 다량, 활동 시 두면부, 경부, 흉배부 자한(自汗) 발생, 한출 후 피로 호소
- 7) 한 열 : 오한 없음. 간헐적 상열감 발생, 희미온수(喜微溫水)

8) 기 타 : 경항부 및 견배부 활동 시 쭉시는 양상의 통증, NRS 2

9) 설 진 : 설담홍(舌淡紅), 박백태(薄白苔)

10) 맥 진 : 침약(沈弱)

11) 체 간 : 1선 34.7, 2선 32.4, 3선 28.9, 4선 31.2, 5선 34.9

10. 주요 검사소견

1) Brain MRI & MRA(2021년 7월 19일) : Eccentric mural high SI at Rt. distal M1 and proximal M2 superior and inferior division. Moderate at Lt. M1, more likely vascularity. Known acute infarction in right parietal lobe and right basal ganglion(Fig. 1).



Fig. 1. Brain MRA & MRI (2021.07.19.)

Brain MRA demonstrated Rt. distal M1 and proximal M2 superior and inferior division occlusion. Brain MRI (T1) demonstrated infarction of Rt. basal ganglion.

2) 입원 당시 시행한 혈액 검사, 심전도, 흉부 X-ray 검사 결과 상 이상 소견 확인되지 않음

11. 치료내용

1) 한약 치료 : 입원 1일차에는 저녁 식후 2시간에 소음인(少陰人) 팔물군자탕(八物君子湯) 제제약 1포를 복용하였다. 입원 2일차부터 소음인 황기계지탕(黃芪桂枝湯) 처방 2첩을 3팩으로 달여 오전 9시, 오후 2시, 오후 8시에 각 100 ml 씩 하루 3회 복용하였다. 퇴원 시 황기계지탕 14일분을 퇴원약으로 처방하였다.

(1) 입원 1일 : 팔물군자탕 제제약 - 인삼(人蔘) 4.29 g, 진피(陳皮) 2.14 g, 황기(黃芪) 2.14 g,

자감초(炙甘草) 2.14 g, 당귀(當歸) 2.14 g, 천궁(川芎) 2.14 g, 백작약(白芍藥) 2.14 g, 백출(白朮) 2.14 g, 생강(生薑) 3.21 g, 대조(大棗) 3.21 g

- (2) 입원 2-10일 및 퇴원약 14일분 : 황기계지탕 - 계지(桂枝) 12 g, 백작약(白芍藥) 8 g, 황기(黃芪) 8 g, 대조(大棗) 6 g, 생강(生薑) 6 g, 백하수오(白何首烏) 4 g, 당귀(當歸) 4 g, 자감초(炙甘草) 4 g (Table 1)

Table 1. The Composition of *Hwanggi-gyeji-tang*

Herbal name	Botanical name	Amount (g)
桂枝	<i>Cinnamomi Ramulus</i>	12
白芍藥	<i>Paeoniae Radix Alba</i>	8
黃芪	<i>Astragali Radix</i>	8
大棗	<i>Zizyphi Fructus</i>	6
生薑	<i>Zingiberis Rhizoma Recens</i>	6
白何首烏	<i>Polygoni Multiflora Radix</i>	4
當歸	<i>Angelicae gigantis Radix</i>	4
甘草(炙)	<i>Glycyrrhizae Radix et Rhizoma (baked)</i>	4

2) 침구치료

- (1) 침치료 : 일회용 스테인리스 호침(0.25×30 mm, 동방침구제작소)을 사용하여 양측 LI4(合谷), PC6(內關), LI10(手三里), LI11(曲池), ST36(足三里), SP6(三陰交), LR3(太衝), GB20(風池)와 GV20(百會) 경혈을 주로 하여 입원 기간 동안 1일 1회 0.5-1.5 cm 자입한 후 20분간 유침하였다.
- (2) 전침치료 : 동일한 일회용 스테인리스 호침(0.25×30 mm, 동방침구제작소)을 사용하여 양측 GB20(風池)와 GB21(肩井), LI4(合谷)과 TE3(中渚)를 연결하여 전침자극을 시행하였다(Electroacupuncture Unit ES-160, Japan). 침은 1-2 cm 깊이로 자입하였으며, 5 Hz, 125 μs 빈도로 회당 15분의 전기 자극을 입

원 1-10일차에 시행하였다.

- (3) 간접구치료 : 간접구(동방온구기)를 CV4(關元), CV12(中脘)에 30분씩 입원 1-3일차, 5-9일차에 시행하였다.
- (4) 직접구치료 : 직접구(햇님 마니나뭇)를 좌측 중수지절간관절(Metacarpophalangeal joint), 근위지절간관절(Proximal interphalangeal joint) 부위에 한 장당 2분 30초씩, 각 2장씩 입원 2-3일차, 8-9일차에 시행하였다.
- 3) 복용 약약 : 전신홍반루푸스와 중대뇌동맥 경색 관련 약약을 입원 1일차부터 10일차까지 평소와 동일하게 복용하였다.

- (1) Mycophenolate mofetil 250 mg 1C bid(면역억제제)
- (2) Prednisolone 5 mg 0.5T bid(부신피질호르몬제)
- (3) Hydroxychloroquine sulfate 200 mg 1T qd(항말라리아제)
- (4) Atorvastatin calcium trihydrate 21.7 mg 1T qd(고지혈증 치료제)
- (5) Clopidogrel bisulfate 97.875 mg 1T qd(항혈전, 혈소판 응집 억제제)

12. 평가방법

1) 다한증

- (1) 다한증 척도(Clinical classification of hyperhidrosis) 및 한출 양상 변화 : 다한증 척도는 Enhard H 등이 제시한 수족 다한증 임상 분류¹⁰⁾의 변형된 척도를 사용하였다. 다한증 양상을 Grade 0-Grade 4로 평가하여 땀이 나지 않는 상태는 Grade 0, 습기가 있는 정도는 Grade 1, 축축하게 젖는 정도는 Grade 2, 땀방울이 맺히고 뚝뚝 떨어지는 상태는 Grade 3으로 평가하였다. 자한 및 도한의 발생여부와 그 정도를 평가하였으며, 본 증례에서 다한증 척도를 이용한 평가는 입원 1일차부터 10일차까지 매일, 그리고 퇴원 2주 뒤 시행되었다.
- (2) 다한증 관련 불편감 평가 : 다한증과 관련하여

여 일상생활 중 발생하는 주관적인 불편감에 대해 구체적으로 문진하였으며, 발한 부위와 발한 시간대, 다한증과 동반하여 발생 가능한 상열감(上熱感), 심계(心悸), 흉민(胸悶), 불면(不眠), 불안감(不安感)의 발생 여부와 그 정도를 함께 평가하였다. 이는 입원 시, 퇴원 시, 그리고 퇴원 2주 뒤 평가하였다.

2) 좌측 상지 감각 이상

(1) 손가락 감각 및 근력의 주관적인 평가 : 입원 당시 시행한 악력기(Hand Grip Meter) 검사 상 좌, 우측 모두 15 kg로 객관적인 근력 저하가 관찰되지 않았지만 환자는 좌측 1-3지의 촉각 저하로 인해 일상생활 수행 중 자각적으로 일시적 무력감을 호소하였기에 환자의 환측 손가락 1-3지의 자각적 근력 및 감각이 건측과 비교하여 어느 정도인지 백분율로 표현하도록 하였다. 이는 입원 기간 중 매일, 퇴원 2주 뒤에 평가하였다.

13. 치료 경과

1) 다한증 척도 변화 : 입원 당시 한출 정도는 다한증 척도 상 Grade 2인 축축하게 젖는 정도로 관찰되었으나, 퇴원 시 땀이 나지 않는 상태인 Grade 0으로 관찰되었다. 퇴원 2주 뒤에는 간헐적으로 습기가 있는 정도인 Grade 1의 한출이 발생되었다(Fig. 2). 구체적으로 자한은 입원 3일차까지 지속된 후 4일차부터는 소실되었다. 이후 입원 7일차, 9일차에 간헐적인 자한 증상이 발현되었지만 입원 당시 호소하던 자한이 아닌, 쭉뺌뺌의 온열 자극에 의한 한출 증상인 것이 확인되었다. 퇴원 후에도 자한이 호전된 상태가 지속되어 치료 효과가 유지되고 있음을 확인할 수 있었다(Fig. 3).

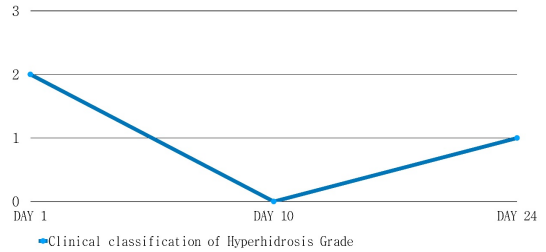


Fig. 2. Changes of Clinical classification of Hyperhidrosis Grade.

Grade 0 : No excessive perspiration
 Grade 1 : Skin moist with perspiration
 Grade 2 : Perspiration oozing from the skin
 Grade 3 : Perspiration dripping from the skin

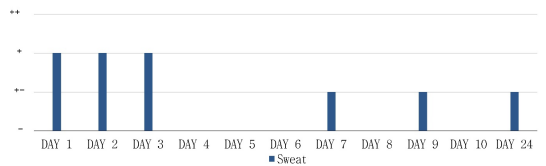


Fig. 3. Changes of degree of sweating.

++ Sweating that flows continuously
 + Sweating within a few hours a day
 +/- Intermittent sweating within minutes of a day
 - No sweating

2) 다한증 관련 불편감 평가 : 입원 당시 환자는 “가만히 있어도 얼굴, 후경부, 몸통 중심으로 땀이 송글송글 맺히고, 움직이거나 걸으면 땀이 주르륵 흐른다”며 일상생활 중 상당한 불편감을 호소하였으며, 지속적으로 한출이 발생한다고 표현하였다. 또한 입원 당시 지속적인 자한 외에도 상당한 상열감과 간헐적인 심계 증상이 동반되었다. 10일간의 입원 치료가 종료된 후, 퇴원 당시 환자는 “가만히 있거나 보행 시 땀이 나지 않는다”며 일상생활 중 한출로 인한 불편감이 소실되었음을 표현하였다. 퇴원 2주 뒤 환자는 “걸을 때에는 땀이 나지 않고, 간헐적으로 출근 준비 시 얼굴 부위에만 땀이 송글송글 맺힌다”라고 표현하였다. 상열감과 심계증상은 입원 2일차부터 소실되어 퇴원 후

에도 발생하지 않았다. 퇴원 후에도 다한증에 대한 치료 효과가 유지되고 있음을 확인하였다.

- 3) 손가락 감각 및 근력의 주관적인 평가(Fig. 4) : 입원 1일차 환자의 자각적인 근력과 감각 정도에 대한 백분율 정도는 건축과 대비하여 근력은 75%, 감각은 90%로 표현하였다. 입원 3일차 자각적인 근력의 정도가 80%로 상승하였

고 이는 입원 7일차까지 유지되었다. 입원 8일차에 건축 대비 환측의 자각적인 근력 정도가 90%로 평가되었으며, 입원 9일차에는 95%까지 호전되었다. 이는 퇴원 후에도 유지되어 퇴원 2주 뒤 건축 대비 환측의 자각적인 근력 및 감각 정도가 모두 95%로 향상되었음을 관찰하였다.

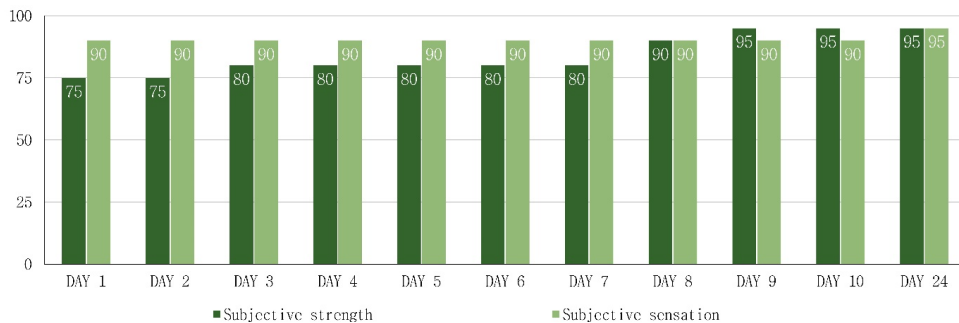


Fig. 4. Changes of percentage of subjective strength and sensation of the affected side compared to the unaffected side.

III. 고찰

원발성 국소 다한증은 명백한 원인 없이 6개월 이상 지속되는 국소적인 과도한 발한과 함께 양측성, 대칭적인 땀의 분비, 일상생활에 영향을 끼치는 정도의 한출, 최소 주 1회의 과도한 분비, 25세 이전 발병, 수면 중 땀 분비가 없으며 가족력이 있는 항목 중 2가지 이상이 해당할 경우에 진단된다¹¹.

2007년 1월부터 2017년 12월까지의 국내 건강보험 심사평가원(Health Insurance Review & Assessment service)의 데이터를 후향적으로 코호트 조사한 연구 결과, 다한증 환자군과 다한증이 없는 대조군을 비교하였을 때 뇌졸중 및 허혈성 심장질환을 포함한 심혈관계 사건의 누적 발생률이 다한증이 있는 환자군에서 유의미하게 더 높은 것으로 확인되었다($p=0.002$)¹². 다한증은 임상적으로 치료가 필요한 다한증의 기준이 명확하지 않고, 환자가 느끼는

주관적인 불편감의 정도가 치료 방향을 결정하게 된다¹³. 대부분의 다한증 환자들은 치료가 필요한 의학적 장애가 있다는 사실을 인지하지 못하고 방치하고 있다. 그러나 다한증의 적절한 관리는 증상 개선을 통하여 환자의 삶의 질을 크게 향상시킬 수 있다³. 따라서 환자의 증상을 면밀하게 파악하여 증상의 조기 발견, 조기 치료하는 것이 중요하다.

중대뇌동맥 영역의 피질 경색이나 외측 연수, 또는 시상 피질로를 침범한 병변이 나타날 경우 순수감각뇌졸중이 발생되며 이는 신경병통증(Neuropathic pain)의 하나인 중추통증후군(Central pain syndrome)으로 이해된다¹⁴. 뇌졸중 발병 후 약 3년이 지난 총 151명의 환자를 대상으로 한 추적관찰 연구에서 뇌졸중 환자의 최대 25%가 후유증으로 감각이상을 겪는 것으로 확인되었다. 뇌졸중 후 감각이상을 호소하는 환자들은 증상의 지속과 저림 등의 이상 감각으로 인해 일상생활에 지장을 주고 감정적인 변

화까지 일으키며 환자의 삶의 질을 떨어뜨리는 요인이 된다¹⁵.

본 증례의 환자는 복용 약물이나 기타 전신질환 없이 발생한 과도한 땀 분비 양상이 약 20년간 지속되었으며, 액와, 흉배부, 경항부, 두면부에 양측성으로 최소 주 1회 이상 한출이 발생하여 원발성 국소 다한증으로 진단하였다. 그리고 우측 중대뇌동맥 영역의 경색으로 인해 발생한 좌측 상지 감각이상으로 판단되어 치료가 시행되었다.

환자에게 입원 기간 및 퇴원약으로 처방한 황기계지탕(黃芪桂枝湯)은 소음인(少陰人) 신수열표열병(腎受熱表熱病) 망양병(亡陽病)에 사용하는 처방으로, 이는 신열(身熱), 번뇌(煩惱), 신체통(身體痛), 한자출(汗自出)을 특징으로 하는 병증이다. 비국(脾局)의 양기(陽氣)가 손상된 상태에서, 비국(脾局)으로 상승 연결하는 신국(腎局)의 양기(陽氣)가 신국(腎局)의 한사(寒邪)에 의해 방해받고 방광에 울축(鬱縮)하여 발생된다¹⁶. 본 환자의 경우 체간이 1선부터 5선까지 34.7/32.4/28.9/31.2/34.9로 양와위로 높게 한 후 Martin식 계측기를 이용하여 측정하였다. 제1선은 좌우 액와횡문(腋窩橫紋) 기시점에 계측기의 양 끝을 대고 측정하였고, 제2선은 양 유두를 직선으로 연결하여 흉배부 측면까지의 거리, 제3선은 제7, 8 늑연골 접합부 용기부분을 좌우로 연결하여 흉배부 측면까지의 수평 직선 거리, 제4선은 CV8(神闕)에서 양 ST25(天樞)를 가로로 연결하여 요복부의 측면 경계까지의 수평 직선 거리, 마지막으로 제5선은 양 전상장골극의 외측 측면부위까지의 수평 직선 거리를 측정하였다. 환자는 제1선 > 제2선 > 제3선의 비율이 유지되고, 제5선이 34.9로 가장 길게 발달되어 있으며, 제3선 < 제4선 < 제5선으로 측정된 바 신대비소(腎大脾小)한 소음인의 특징이 잘 드러났다¹⁷. 또한 눈꼬리가 내려가고 눈 사이의 거리가 넓은 소음인의 용모와 작고 부드러운 목소리의 소음인의 사기를 지니고 있어 소음인으로 진단하였다. 그리고 입원 당시 환자는 간헐적으로 상당한 상열감이 나타나 오

열(惡熱) 경향이 있고, 위장 기능의 저하가 없으며 식욕과 소화의 상태가 양호하여 리병(裏病)의 범주로 볼 수 없었다. 그리고 경항부와 견배부에 쑤시는 듯한 통증을 호소하였는데 이는 배표(背表) 부위에 생기는 표병(表病)의 대표적인 증상¹⁸으로, 본 환자는 신수열표열병(腎受熱表熱病)으로 진단하였다. 신수열표열병은 울광증(鬱狂證)과 망양증(亡陽證)으로 나뉘는데 본 환자의 소증(素證)은 한출이며, 다량의 한출이 오랫동안 지속되어 왔고 한출 후 피로감이 발생하여 양난지기(陽暖之氣)가 손상된 망양증(亡陽證)으로 판단하고 황기계지탕(黃芪桂枝湯)을 처방하였다. 소음인이 허한(虛汗)하면 대병(大病)인 상태이며, 양강견밀(陽剛堅密)하면 완실(完實)한 상태이다¹⁹. 허한은 비약(脾弱)을 의미하며, 땀이 안 나는 것은 비양(脾陽)이 잘 유지되는 것을 의미한다. 땀이 흐르고 그치지 않는 것은 진양(眞陽)이 빠져나가기 때문이며, 이를 망양증(亡陽證)이라고 한다¹⁸. 20여 년 동안 다량의 한출이 지속된 본 환자는 양기(陽氣)의 손상이 장기간 지속되어 소음인으로서 대병인 상태를 유지해왔다. 따라서 승양익기(升陽益氣)하고 고표지한(固表止汗)하는 황기계지탕을 중심으로 한 10일간의 단기간 입원치료가 장기간 손실되어온 양기(陽氣)를 회복시켜 다한증을 호전시킨 것으로 볼 수 있다. 또한 환자의 양기(陽氣)를 집중적으로 회복시키며 환자를 완실한 상태인 양강견밀(陽剛堅密)한 방면의 치료를 진행한 결과 뇌경색 발병 후 6개월 여간 지속된 좌측 상지 감각이상도 함께 호전되어 궁극적으로 환자의 삶의 질을 향상시키는 긍정적인 치료 결과를 나타낸 것으로 생각된다.

또한 《黃帝內經素問大要, 通評虛實論》의 “是故로 風者는 百病之長也라. 今風寒이 客於人하면 使人毫毛로 畢直하고 皮膚로 閉而爲熱하나니 當是之時하야 可汗而發也라 或痺不仁腫痛이나 當是之時하야 可湯熨及火灸刺而去之니라.”를 토대로 감각 이상이 발생한 좌측 손 부위에 직접구 치료를 시행하여 직접적으로 양기(陽氣)를 회복시켰으며, 다

한증 치료에 사용된 최다빈도 경혈인 LI4(합곡)을 중심으로 침치료와 전침치료가 시행되었다.

다만 본 논문은 환자가 호소하는 감각이상에 대한 평가를 객관적으로 수치화 또는 표준화하지 못하고 환자의 주관적인 표현에만 의존하였다. 또한 다한증과 감각이상 모두 환자의 삶의 질과 연관성이 높은 질환이지만, 환자의 삶의 질 개선 측면에서 입·퇴원 기간 동안 정량화된 삶의 질 평가를 시행하지 못했다는 한계를 지닌다.

장기간 지속된 다한증과 뇌졸중으로 인해 발생한 좌측 상지 감각이상으로 인해 환자는 삶의 질이 저하되어 있는 상태가 지속되었으며, 이를 지속된 양기(陽氣)의 손실로 인한 것이라 판단하여 황기계지탕 중심의 한방 복합치료를 통해 환자의 상태를 호전시켰다. 본 증례의 환자는 10일간의 단기 입원 치료를 통해 20여 년간 지속된 다한증과 뇌졸중 발병 이후 약 6개월간 지속된 좌측 상지 감각이상의 두 증상 모두 호전되었고, 퇴원 이후에도 호전 상태가 유지되어 지속적인 한방치료 효과를 확인하였기에 이를 보고하는 바이다.

참고문헌

1. Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, Stang PE. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: results from a national survey. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2004;51(2):241-8.
2. Walling HW, Swick BL. Treatment options for hyperhidrosis. *American journal of clinical dermatology* 2011;12(5):285-95.
3. Haider A, Solish N. Focal hyperhidrosis: diagnosis and management. *Cmaj* 2005;172(1):69-75.
4. Nigam PK, Nigam A. Botulinum toxin. *Indian journal of dermatology* 2010;55(1):8-14.
5. Choi KH, Kim KI, Bang JH, Lee BJ, Jung SK, Jung HJ. Two case reports of patients with idiopathic palmar/plantar hyperhidrosis treated with hospitalization program of hyperhidrosis Clinic. *Korean J Orient int Med* 2011;fal:208-16.
6. Lee SH, Baek JH. A review of Korean medicine treatment for hyperhidrosis. *The Journal of Pediatrics of Korean Medicine* 2019;33(3):42-55.
7. Kessner SS, Bingel U, Thomalla G. Somatosensory deficits after stroke: a scoping review. *Topics in stroke rehabilitation*. 2016;23(2):136-46.
8. Bolognini N, Russo C, Edwards DJ. The sensory side of post-stroke motor rehabilitation. *Restorative neurology and neuroscience* 2016;34(4):571-86.
9. Kim KJ, Heo M, Chun IA, Jun HJ, Lee JS, Jegal H, et al. The relationship between stroke and quality of life in Korean adults: based on the 2010 Korean community health survey. *Journal of Physical Therapy Science* 2015;27(1):309-12.
10. Hölzle E, Hund M, Lommel K, Melnik B: Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Recommendations for tap water iontophoresis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2010;8(5):379-83.
11. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, Glaser DA, Lowe NJ, Naver H, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2004;51(2):274-86.
12. Park JM, Moon DH, Lee HS, Park JY, Lee JW, Lee S. Hyperhidrosis, endoscopic thoracic sympathectomy, and cardiovascular outcomes: A cohort study based on the Korean health insurance review and assessment service database. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019;16(20):3925.
13. Lee DY, Hwang JJ. Hyperhidrosis and its treatment. *Journal of the Korean medical Association* 2005;48(8):757-63.

14. Yoon BW, Kim EK, Lee KB, Kang DH, Ko SB, Kim DY, et al. Textbook of Stroke. Seoul: PANMUNeducation; 2015, p. 172.
15. Choi KS, Choi JM, Kwon SU, Kang DW, Kim JS. Factors that affect the quality of life at 3 years post-stroke. *Journal of Clinical Neurology* 2006;2(1):34-41.
16. Joo JC, Shin MR, Lee EJ. Clinical Practice Guideline for Soeumin Disease of Sasang Constitutional Medicine: Yang Depletion Symptomatology. *Journal of Sasang Constitutional Medicine* 2014;26(1):37-44.
17. Koh BH, Song IB, Huh MH. The body measuring method to classify Sasang constitutions. *Journal of Sasang Constitutional Medicine* 2002;14(1): 51-66.
18. Hwang MW. 四象醫學 講說. Seoul: Koonja; 2012, p. 93, 440.
19. Ko BH, Ku DM, Kim KY, Kim DL, Kim IH, Kim JY, et al. 四象醫學. Seoul: 集文堂; 2001, p. 729.