동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 15. No. 1, 2004

턱떨림을 주증상으로 내원한 환자 3명에 대한 증례 보고

양희숙, 김진형, 국윤재, 백동기*, 김태헌, 강형원, 류영수
원광대학교 한의과대학 신경정신과학 교실, 원광대학교 한의과대학 내과학 교실

A Clinical Study on 3 Cases in Submaxillary Tremor

Hee-Sook Yang , Jin-Hyung Kim, Yun-Jae Guk, Tae-Heon Kim, Hyung-Won Kang, Yeoung-Su Lyu.

Dept. of Oriental Neuropsychiatry Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University.
Dept. of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University.*

Abstract

Objective: This clinical study was aimed to search the therapeutic effects of Oriental Medicine in Submaxillary Tremor. In Oriental Medicine, the tremor of the elder is caused by Gansinyinheo and Qihyeolyangheo. Besides, it has relation to liver, kidney, heart, and spleen according to Jangbu theory. On the basis of this theory, we performed various treatment on Submaxillary Tremor.

Method: We carried out three people cases who are elder female-patients with Submaxillary Tremor. We treated them with Herbal medicine(Jihwangyeumjagami, Guibiondamtanggami), acupuncture(Ganjeonggyeok), and moxibustion on Baekhoi(GV20).

Result and Conclusion: As the result of our treatment, Submaxillary Tremor was disappeared and some other symptoms were improved.

Key words: Tremor, Herb medicine, Acupuncture, Moxibustion.

교신저자: 양희숙, 전북 전주시 덕진동 2가 142-1 원광대학교 부속 전주한방병원 신경정신과학 교실
Tel. 063-270-1021, E-mail: heejoog@hanmail.net
◆ 접수: 2004/5/25 수정: 2004/6/14 채택: 2004/6/18

Ⅰ. 서 론

떨림증상은 진전(Tremor)이라고 불리는데 이상운동증(異狀運動症) 중에서 가장 흔한 증상으로 신체의 일부분이 자신의 의지와는 상관없이 규칙적으로 움직여지는 증상으로 정의된다[1]. 대개 머리, 혀, 턱 등 상하지의 말단부에서 일어나고 몸통에서는 드물며 중년 이후 노인에게 다발하고 남성이 여성에 비하여 다발하는 질환이다[2].

한의학에서는 《內經》에서 "諸風掉眩, 皆屬於肝" 이라고 하여 진전에 대한 생리 병리를 최초로 언급하였고[3] 이후 이를 근거로 생리 병리 치료 면에서 많은 언급과 발전이 있게 되었다.

이를 근간으로 현재는 風, 火, 痰, 瘀를 病因으로 보고 心肝腎脾의 虛證의 병리를 바탕으로 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 風火挾痰으로 변증하여 치료하고 있다[4].

지금까지 진전에 대한 연구는 진전증상의 문헌적 고찰, 임상적 고찰, 사상의학적 임상고찰 등이 이루어졌고 약물부작용으로 야기된 설부 진전에 대한 임상 례 보고가 있다.

여기에 저자는 2004년 1월부터 3월 사이에 턱떨림을 주증으로 전주한방병원 신경정신과에 내원한 노인 환자 3례에 대한 치험례를 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

증례 I

1. 성명 : 양OO(F/68)

2. 주소증 :1) 턱떨림
2) 혀의 마목감
3) 어둔

3. 발병일 1) 初發 : 2001년 7월
2) 최근 : 2004년 3월 10일

4. 진단
1) 한방진단: 肝腎陰虛 振顫
2) 양방진단
R/o ① 파킨슨 병
② 퇴행성 골관절염

5. 과거력 1) 갑상선종: 15년 전 제거 수술
2) 평소 요통과 슬통이 있음

6. 가족력 별무

7. 현병력

상기자는 160cm 56kg 얌전한 성격을 지닌 만 68세 여환으로 2001년 7월 경 별 이유없이 턱떨림 증상이 나타났다가 한방치료 후 호전된 경험이 있다.

이 번엔 일본 여행 후 기력저하를 호소하던 중 2004년 3월 10일부터 안정시 하악부 진전이 나타났으나 떨림이 미세하여 본인은 처음엔 알아채지를 못하였다가 주위 사람들이 말을 해 알게 되었다. 최근 변비가 생겼으며 혀의 마목감, 어둔이 턱진전과 같이 시작되었고 3월 17일 상기 증상이 지속되어 원광대 한방병원 신경정신과의 외래 진료를 받게 되었다

8. 초진 시 소견
1)望診: 面色蒼白 舌淡 微白苔
2)聞診: 혀의 痲木으로 語鈍
3)問診
턱떨림 便秘 혀의 痲木感 氣力低下
4)切診
脈弦緊細 腹診上 膻中壓痛
5)식욕: 보통 소화 잘 됨
6)대변: 변비가 최근 약 20일 전부터 생김
7)소변: 8-9회/1일
8)수면: 잘 잠
9)체질: 소음인

9. 검사소견

1) v/s 110/80mmHg 70pulse 19respiration 36.7^{0}C
2) 신경학적 검사
Pupil (2.0+/2.0+) Babinski(-/-) nose to

hand(−/−) Romberg test(−)

2001년도에 처음 증상 발생 시 두부 MRI 검사 상 이상이 없었다는 환자의 진술과

신경학적 특이 소견이 없어 기타 검사는 병의 추이를 봐 시행하기로 함.

10. 치료

1) 한약치료

地黃飮子加味(加 釣鉤藤20g 龍骨10g 牡蠣10g)

2) 침치료

肝正格 (침구치료에는 0.20×4.0mm, 1회용 호침을 사용하였으며, 사암침법 중 간정격에 해당하는 陰谷 曲泉 補 經渠 中封 瀉를 시술하였다. 迎遂補瀉法으로 시침해 유침시간은 20분으로 하였고 九六補瀉를 10분마다 한번씩 2회 시행하였다.)

3) 구치료

百會 5丈(애엽을 米粒大크기로 빚어 직접구를 시행하였다.)

4)기타치료: 양약복용 하지 않음

11. 치료경과(통원치료)

1회 치료(3월 17일)−밥을 먹거나 말할 때 등 활동 시에는 턱떨림이 없으나 안정 시 턱떨림보임. 침을 맞는 등 긴장 시 가중됨. 혀의 마목감 호소. 聞診상 어둔감.

지황음자가미방과 간정격 시술. 백회구 5장 시행(치료는 이후 상동).

2회 치료(3월 19일)−일상생활에서 마목감 떨림이 완화되었다고 함.

침 맞을 때 떨림 정도는 비슷. 마목감 어둔감 약간 호전 상태.

3회 치료(3월 22일)− 침 맞을 때 떨림 나타타지 않음. 어둔감 호전 중.

4회 치료(3월 24일)−진전 나타나지 않는다고 함. 침 맞을 때도 보이지 않음. 마목감 약간. 어둔 느껴지지 않음.

7회 치료(3월 31일)−마목감 호전. 진전 호전 상태 지속.

8회 치료(4월 2일)−변비 호전. 기력저하 호전 중. 진전 어둔감 호전 상태 지속

Table 1. 《증례1의 증상 호전도 평가 결과》

치료 시행 회수	1 회 1일째	2 회 3일째	3 회 6일째	4 회 8일째	7 회 15일째	8 회 17일째
환자의 주관적 호전	0	+	++	+++	+++	+++
치료자의 객관적 호전	0	+	++	++	+++	+++

증상 호전도의 평가 기준 :악화− 비슷0 약간 호전+ 현저한호전++ 치료+++

증례 II

1. 성명 : 정OO(F/72)

2. 주소증 :1) 전신떨림−手振顫 下顎振顫이 눈에 보임

2) 健忘 頭不淸

3) 驚悸 怔忡

4) 不眠

5) 午後潮熱

6) 腰脚痛

3. 발병일 2004년 2월 5일

4. 진단

1) 한방진단: 肝腎陰虛 振顫

2) 양방진단

R/o ① 파킨슨 병

② 부정맥

③ 척추증

④ 불면

⑤ 만성위염

5. 과거력

1) 10여년 전 고혈압 부정맥 진단 (양약복용 중)

2) 20여년 전 척추증 퇴행성골관절염 진단(양약 복용 중)
3) 최근위염 진단(양약 복용 중)
4) 2년 전부터 바리움 정 2mg 복용 중

6. 가족력 별무

7. 현병력

상기자는 158cm 42kg 마른 체격을 지닌 만 72세 여환으로
평소 심부정맥 심부전으로 10여년 간 양약을 복용해왔고
20년 전부터 요각통으로 골관절염 약을 prn 복용해왔으며
만성위염으로 2달여 간 양약 복용 중
최근 들어 頭不淸 健忘이 생김
2004년 2월 5일 아침에 일어난 후부터 갑자기 손떨림, 턱떨림 발생(환자는 온몸이 떨리는 것 같다고 표현)
청심원 복용 후 당일 오전 원광대 한방병원 신경정신과 방문해 입원치료를 하게 됨

8. 초진 시 소견

1)望診: 面色暗 舌紅無苔
2)聞診: 떨리고 급한 목소리
3)問診
下顎振顫 手指振顫 怔忡 頭不淸 健忘 便秘 小便頻數
4)切診
脈沈澁 下腹部 兩天樞 壓痛 膻中壓痛
5)식욕: 식욕 보통 소화 잘 됨
6)대변: 평소 변비
7)소변: 數 시원치 않음 10여회/1일
8)수면: 不眠
9)체질: 소양인

9. 검사소견

1) v/s 120/180mmHg 68pulse 20respiration 36.4^{0}C
2) 신경학적 검사
Pupil (2.0+/2.0+) Babinski(−/−) nose to hand(−/−) Romberg test(−)
3) ECG
Twave abnormality, possible anterolateral ischemia or digitalis effect
4) 방사선검사
흉부−R/O Pulmonary consolidative disease in RUL
복부−Non specific finding
5)Lab−test
WBC 12.5 RBC 3.01 Hb 10.3 Hct 30.7 PLT 185 Seg. neutrophil 78.6 ESR 56 ALP136 AST 33 ALT 4 4 U/A 정상 AFB stain (2월 7 8 9일) negative

10. 치료

1) 한약치료
地黃飮子加味(加 釣鉤藤20g 龍骨10g 牡蠣10g)
2) 침치료
肝正格 (증례1과 동일한 방법으로 시행)
3) 구치료
百會 5丈 (증례1과 동일한 방법으로 시행)
4) 기타 치료(양약은 진전 발생 전과 같이 복용케 함)
만성위염(3회/1일)−잔탁정 레보르라이드정 호리부틴정 이알정 삼천당산화마그네슘 실콘정
골관절염(3회/1일))−에어탈정
고혈압 심부전(2회/1일)−디곡신정 알탁자이드정 코다론정 아스피린프로텍트정 동아페르디핀서방캅셀

11. 치료경과(입원치료)

1회 치료(2월 5일)−전신 진전증, 정충을 호소함. 계속적으로 턱떨림, 손떨림 보임.
천왕보심단(아침 저녁 식후 2시간) 2회 복용.
한약 地黃飮子加味 (식후30분 3회복용) 간정격 백회구 시행.
양약은 그대로 복용.
2회 치료(2월 6일)−전신떨림 사라짐. 턱떨림, 손떨림 관찰되지 않음. 怔忡 줄어듬.
3회 치료(2월 7일)−턱떨림 손떨림 보이지 않음. 怔忡 비슷.
4회 치료(2월 8일)−턱떨림 손떨림 보이지 않

음. 怔忡 비슷.

5회 치료(2월 9일)-대변 100g정도 봄. 떨림 증상 보이지 않음. 頭不淸 다소 호전.

7회 치료(2월 11일)-떨림증상 보이지 않음. 頭不淸 怔忡 다소 호전.

10회 치료(2월 14일)-떨림증상 보이지 않음. 頭不淸 怔忡 호전도 비슷. 퇴원조치.

14회 치료(2월 24일)-진전 재발되지 않음. 최근 怔忡 頭不淸 健忘 다소 호전 중.

5월 초까지 진전 재발 없었음

Table 2. 《증례2의 증상 호전도 평가 결과》

치료 시행 회수	1 회 1일째	2 회 2일째	3 회 3일째	4 회 4일째	5 회 5일째	7 회 7일째	10 회 10일째
환자의 주관적 호전	0	++	++	++	++	++	++
치료자의 객관적 호전	0	++	++	++	++	+++	+++

증상 호전도의 평가 기준 :악화- 비슷0 약간 호전+ 현저한호전++ 치료+++

증례 Ⅲ

1. 성명 : 김OO(F/71)

2. 주소증 :1)턱떨림
2)思慮過多
3)食無味
4)健忘

3. 발병일 2004년 1월 초

4. 진단

1) 한방진단

① 心脾兩虛 振顫

② 氣血兩虛 振顫

2) 양방진단

R/o ① 파킨슨 병

5. 과거력 別無

6. 가족력 친정어머니가 중풍 앓으심

7. 현병력

상기자는 155cm 56kg 체격을 지닌 만 71세 여환으로 2004년 1월 초 별 이유 없이 턱떨림이 나타났음.

건망증이 요즘 심해지는 것 같음.

안정 시 턱떨림이 나타났으나 떨림이 미세하여 본인은 처음엔 알지 못함.

어둔 증상 없으며 긴장 시나 스트레스 시 변화 없음.

1월 9일 상기 증상이 지속되어 원광대 한방병원 신경정신과의 외래진료를 받게 되었다

8. 초진 시 소견

1)望診: 面色暗黑 舌肥滿

2)聞診: 느릿느릿 말을 함. 어둔은 없음

3)問診

下顎振顫 健忘 思慮過多

4)切診

脈柔弱 복진 상 膻中壓痛

5)체질 소양인

9. 검사소견

1) v/s 140/100mmHg 70pulse 19respiration 36.7^{0}C

2) 신경학적 검사

Pupil (1.5+/1.5+) Babinski(-/-) nose to hand(-/-) Romberg test(-)

MMSE 27점

3) Brain CT: atrophy with ventromegaly

4) TCD상 좌측중대뇌동맥의 약간의 혈류장애

5) ECG 정상

6) 방사선검사

흉부-WNL 복부-constipation

7)Lab-test

CBC U/A정상

ALP 339↑(103-335) AST 25 ALT 16

total cholesterol 242 TG206 Homocysteine 10.1

10. 치료

1) 한약치료

溫脾湯加味(人蔘代沙蔘 加 釣鉤藤20g 白殭蠶 6g)

2) 침치료

肝正格 (증례1과 동일한 방법으로 시행)

3) 구치료

百會 5丈 (증례1과 동일한 방법으로 시행)

11. 치료경과(통원치료)

1회 치료(1월 12일)-턱떨림·건망 여전. 귀비온담탕탕가미 복용 3일째. 간정격 2번째 시술.

2회 치료(1월 14일)-턱떨림 여전. 귀비온담탕가미 복용 5일째. 간정격 3번째 시술.

3회 치료(1월 16일)-턱떨림이 거의 나타나지 않음. 귀비온담탕가미 7일째 복용. 간정격 4번째 시술.

4회 치료(1월 19일)-턱떨림 수면 전에만 나타난다고 함.

귀비온담탕가미방 10일째 복용. 간정격 5회째 시술. 百會炙요법 시작(이후 치료 상동).

5회 치료(1월 26일)-턱떨림 나타나지 않음. 수면 전 떨림 소실.

6회 치료(1월 28일)-호전상태 지속.

치료시작 후 4개월 후(5월 17일)-재발 없었음.

Table 3. 《증례3의 증상 호전도 평가 결과》

치료 시행 회수	1 회 2일째	2 회 4일째	3 회 6일째	4 회 9일째	5 회 16일째
환자의 주관적 호전	0	0	++	++	+++
치료자의 객관적 호전	0	0	++	++	+++

증상 호전도의 평가 기준 :악화- 비슷0 약간 호전+ 현저한호전++ 치료+++

Table 4.《각 증례의 치료와 최종 호전도 평가 결과》

		증례 1	증례 2	증례 3
한방 진단		肝腎陰虛 振顫	肝腎陰虛 振顫	心脾兩虛 氣血兩虛 振顫
치료	침치료	肝正格	肝正格	肝正格
	구치료	百會灸	百會灸	百會灸
	약물치료	地黃飮子加味	地黃飮子加味	歸脾溫膽湯加味
최종 호전도		+++	+++	+++

Ⅲ. 고 찰

서양의학에서 떨림증(진전)은 하나의 증상으로 간주하여서 원인질환에 따라 치료방법과 예후가 다르며 나타나는 상황, 속도, 특성, 원인질환 등에 따라 분류한다[5].

증상에 따라서는 안정시 진전, 행동시 진전, 체위성 진전, 운동성 진전으로 나뉘는데, 안정시 진전은 근육의 자발적 움직임 없이 힘을 빼고 쉬고 있을 때는 떨리다가 움직이면 떨림의 정도가 줄어드는데 대표적으로 파킨슨병에서 볼 수 있다.

행동시 진전은 근육이 자발적 수축을 할 때 나타나는 진전으로 중력에 저항하는 자세, 손을 앞으로 뻗을 경우 나타나는 체위성 진전과 어떤 목적을 가지고 움직이는 동안 나타나는 운동성 진전으로 구분된다. 특히 동작의 마지막 단계에서 진전이 심해지는 양상을 말기운동성진전 또는 의도진전이라고 하는데 목표에 가까이 가면서 심해지고 운동방향에 대해 수직방향으로 생기다 목표에 도달하면 진전이 없어져서, 목표에 손끝이 도달한 후에도 계속 나타나는 체위성 진전과 구별이 된다. 본태성 진전과 증강된 생리적 진전은 체위성 진전에서 보이고 의도진전은 소뇌 질환 시 관찰되어진다[6].

진전을 원인에 따라 나누면 증강된 생리적 진전, 본태성 진전, 파킨슨진전, 소뇌성 진전 등으로 분류된다.

증강된 생리적 진전은 근육이 수축할 때 생기

는 생리적인 떨림이 어떤 원인에 의해 속도는 변화없이 움직임이 커져 눈으로 관찰되고 환자가 불편함을 느끼는 진전으로 체위성 진전에 해당한다. 아드레날린 활성의 증가로 생기는데 심리적, 대사성, 약물, 중독, 금단증상, 음식 등이 원인이 되므로 약물의 중단이나 다른 약물로 대체, 원인이 되는 내분비 질환의 치료가 필요하고 심리적인 문제가 원인이라면 이에 대한 치료가 우선시 되어야 한다. propranolol(20-80mg/day), metoprolol 등과 같은 베타차단제가 사용된다[6,7].

본태성진전은 진전 중 가장 흔한 유형으로 양측성이며 손끝에서 가장 잘 나타난다. 두부, 하지, 목소리 떨림이 있지만 파킨슨병 진전과는 구별되게 턱이나 혀에서는 잘 나타나지 않는다. 생리적 진전을 증가 시킬 수 있는 요소들이 모두 배제되고 다른 이학적, 신경학적 이상소견이 없는 경우에 해당한다. 진전이 수 년 이상 되었을 때, 가족력이 있거나, 베타차단제나 소량의 음주로 증상이 현저히 줄어들 때 더욱 확실해진다. 심할 때는 안정 시에도 나타나지만, 움직일 때 심해져서 파킨슨병의 안전성 진전과 구별된다. 상염색체 우성형태의 유전양상을 갖는 것으로 추정되고 환자의 약 60%정도에서는 가족력이 있다. 10대에서도 증상이 나타나지만 보통 20-30대에서 시작되며 연령이 증가함에 따라 유병률이 증가하고 서서히 진행된다. 진동수는 8-12Hz이며 주로 중추신경계에서 기인한다고 믿어지며 주된 신경화학물질은 노르에핀에프린으로 추정된다. 치료는 베타차단제인 propranolol과 항경련제인 primidone이다. 심한 경우 시상파괴술(thalamotomy)이나 시상심부뇌자극, 보톨리늄 독소 국소 주사 등이 제한적으로 사용되고 있다[7].

파킨슨병이나 약제에 의한 파킨슨 증후군의 환자에서 나타나는 진전은 환자가 가만히 있을 때 심하게 떨리고 움직이면 증상이 감소하거나 사라지는 특징이 있다. 손에서 가장 흔하게 나타나지만 머리, 혀, 턱 등에서도 관찰 된다. 손은 알약을 빚는 듯한 모양으로 보이는 경우가 많고, 4-6Hz 의 속도로 비교적 느리게 나타난다. 병이 진행되면서 양측 모두에서 나타나지만 대개 어느 한쪽이 더 심하게 나타나는 비대칭성을 보인다. 안정 시 진전을 주소로 병원에 오는 환자는 대부분 진전 이외의 다른 파킨슨병의 증상인 무표정, 느린동작, 사지강직, 경축, 언어장애, 보행장애, 균형장애 등을 가지고 있다. 그러나 활동성 진전이나 체위성 진전도 파킨슨병 환자에게서 나타날 수 있다. 약물치료가 환자의 신경퇴행변화 같은 질환의 진행을 늦추지는 못하지만 증상을 호전시키고 환자의 활동기능을 향상시킨다. benztropine, trihexyphenidyl 같은 항콜린성 약물과 amantadine이 사용되며 대표적 파킨슨 치료제인 levodopa-carbidopa와 도파민작용제도 효과적이다[7].

소뇌성진전은 운동성 진전과 체위성 진전의 형태로 나타나며 대개 어떤 동작의 마지막 부분에서 심해지는 말기운동성 또는 의도진전의 경향을 보인다. 대개 속도는 3-4Hz 정도로 늦고 운동실조나 운동조정곤란증, 안구진탕과 같은 소뇌의 기능장애과 같이 나타나게 된다. 소뇌 또는 소뇌와 연결된 부위의 병변으로 나타나는 소뇌의 기능 장애로 나타나 병의 경과도 소뇌장애의 원인에 따르므로 원인 치료가 우선이며 치료도 매우 어렵다[6]. 치료약물로는 세로토닌성 약물, isoniazid, carbamazepine, clonazepm이 있고 보톨리늄 독소 주사와 시상자극이 시도되기도 한다[7].

그 외 이상운동증상이나 이상운동질환과 같이 나타나고 간대성근경련과 같이 나타나서 본태성진전과 구별되는 근긴장이상성 진전, 어떤 특정한 일을 하거나 자세를 취할 때 나타나는 특정자세성 진전, 뇌졸중 · 탈수초성질환 등의 질환이 뇌간에 있을 때 나타나는 구개근 경련, 중뇌 또는 뇌간의 병변으로 인한 중뇌성 진전, 뇌외상후 진전, 윌슨씨병에서의 진전, 약물에 의한 진전, 심인성 진전 등이 있다[6,7].

심인성 진전은 다른 진전의 원인이 모두 배제되고, 진전 속도가 변하거나, 증상의 소실과 재발을 반복할 때, 이차적인 이득의 가능성이 있을 때, 소송이나 보상 문제와 연관되어 있는 경우에는 가능성을 높여주므로 일정 기간동안의 반복적인 관찰을 한 후에 진단할 수 있다[6].

韓醫學에서 振顫에 대한 역대 의가설을 살펴보

면 《內經》에서는 振顫이라는 병명이 직접 언급되지는 않았지만 掉를 肝과 風의 병리로 제시하였다[3].

王肯堂은 《六科準繩》의 《諸風論》에서 振顫의 다양하고 발전된 病理를 설명하였다. 振顫은 대개 나이가 들면서 陰血이 부족해져서 盛火를 제어하지 못하여 생기는 기전과 肝氣가 太過하여 脾를 克하는 病理 및 木氣가 太過하여 兼火되는 病理로 설명하였다[8].

樓英은 《醫學綱目》에서 震顫의 원인을 주로 風熱로 보았고 이외에도 風寒, 濕痰, 虛證의 유형으로도 파악하였으며 攣은 血不能養筋하는 病理와 장부적으로 肝과 밀접한 관련이 있음을 설명하였다[9].

張路玉은 《張氏醫通》에서 木氣가 盛하여 風火가 上衝, 散함에 따라 動하는 病理 및 脾胃虛弱과 心血虛, 心氣虛熱, 心虛挾痰, 心虛挾血, 腎虛라는 臟腑의 病機를 제시하여 振顫의 肝, 脾, 腎 및 心과의 장부적 연관성을 강조하였고 脈診을 예후판단에 대한 임상자료로써 참고할 수 있도록 하여 振顫의 病理 治法 方藥을 더욱 충실하게 하였다[10].

高鼓峰은 氣血이 모두 虛하여 筋骨을 營養하지 못하여 振顫이 일어난다고 하고 大補氣血이 중요한 治法임을 인식하였다[4].

정리해보면 振顫의 病因은 주로 風, 火, 痰, 瘀이고 臟腑는 肝脾腎心과 밀접한 관계가 있어

肝腎不足, 氣血兩虛로 筋脈失養, 虛風內動하여 발생하거나 風火挾痰하여 經脈을 막아 발생한다.

肝腎不足은 振顫의 흔한 원인으로 노인에게 많은데 肝腎의 精血이 부족하여 筋脈이 失養해져서 振動不定하고 肢體痲木하게 된다. 肝陽이 偏亢되어 風으로 변하면 眩暈, 耳鳴하고 癡呆, 健忘 등이 같이 나타날 수 있어 滋補肝腎, 育陰息風하는 방법으로 치료한다.

氣血兩虛는 勞倦이 과도하거나 음식을 제대로 섭취하지 못하여 발생하는 경우가 많으며 걱정이 많아 心脾를 손상하여 발생하는 경우도 있다. 氣血不足하여 사지로 운행되지 못하여 振顫이 발생하는데 舌이 肥大하고 脈이 細弱하다. 益氣養血, 息風活絡을 치법으로 삼는다.

痰熱動風은 風火, 痰熱이 盛하여 발병하는 實證으로 老化가 심하여 脾土를 克하면 脾는 四肢之本이고 四肢는 脾의 末이므로 四肢振動, 頭搖動하게 된다. 風火가 成하면서 脾虛하면 津液을 운행하지 못해 濕痰이 정체되어 痰, 風, 熱이 경락을 막아 振顫이 되는데 苔膩脈滑하다. 치법은 淸火痰熱 兼以息風한다.

침치료는 3례의 환자에게 모두 사암침의 肝正格을 시행하였다.

사암침법은 조선시대 사암도인이 五行의 相生相剋관계를 이용하여 自經과 他經에서의 補瀉法을 결합하여 창안한 것으로 임상에서 다용하는 침법 중의 하나이다[16].

肝正格은 陰谷(KI10), 曲泉(LR8)을 補하고 經渠(LU8), 中封(LR4)을 瀉하는 처방으로 구성되어있는데 血虛頭痛, 口眼㖞斜, 眼病, 皮膚病, 및 筋肉無力, 筋攣, 筋痺에 사용되어진다[17].노인성 허증 진전의 원인인 虛風內動을 治하고 補肝하기 위해 취혈하였다.

3례의 환자에게 모두 百會灸를 시행하였다.

灸요법은 氣血失調로 인한 질환이나 동통을 氣血을 疏通시켜 陰陽의 氣를 조절하여 병리상태를 정상적으로 회복시키며 인체의 精氣神血의 활동기능을 정상화하는 치료법이다[18].

百會는 手足三陽經과 督脈經이 만나는 곳으로 熄肝風, 潛肝陽, 淸神表, 淸腦醒神, 淸頭散風,開竅寧神, 擧陽氣下陷, 回陽, 淸熱開竅 등의 穴性을 가지며 癲癎, 頭風, 中風, 言語乾澁, 失音不語, 偏風, 虛脫, 昏厥, 頭痛 등의 증상에 응용한다[19].

李挺의 《醫學入門》에서 “虛者灸之, 使火氣以助元陽..” 이라하였는데[20] 虛證으로 振顫이 나타난 환자들의 元陽을 돕고 熄肝風, 淸腦醒神, 淸頭散風하기 위해 시행하였다.

증례1은 68세의 여자노인환자로 평소 腰膝酸軟이 있었고 외국여행으로 후 심신이 피로한 상태에서 便秘, 語鈍과 같이 下顎振顫이 나타난 정황과, 下顎部가 臟腑論적으로 腎에 귀속되는 점을 귀납하여 肝腎의 精血이 虛해져 생긴 肝腎陰虛로 변증하여 地黃飮子에 釣鉤藤, 龍骨, 牡蠣를 加味하여 썼다.

地黃飮子는 劉完素의 《善明論方》에 처음 나온 처방으로 八味丸에서 山藥, 澤瀉, 牧丹皮를 빼고 巴戟, 肉蓯蓉, 石斛, 遠志, 五味子, 麥門冬, 石菖蒲를 가미한 처방이다[11]. 下元의 腎水가 虛衰하여 虛陽이 上浮해서 痰濁이 위로 핍박하여 竅道를 막아 下厥上冒한 中風, 舌瘖, 足廢, 腎虛弱其氣厥不至舌下를 치료하는 手足少陰太陰厥陰藥[12]으로 여기에 平肝潛陽 熄風鎭痙하는 釣鉤藤, 平肝潛陽, 苦澁鎭驚, 鎭心安神하는 龍骨, 潛陽苦澁, 軟堅散結하는 牡蠣를 가하여 虛風內動의 결과인 진전을 치료하는 처방을 구성하였다. 3회 치료 후부터 현저한 호전을 보여 턱떨림이 소실되었고 설마목감, 어둔, 변비도 2주 후에는 사라져서 5월 중순 현재까지 재발하지 않았다.

증례2의 환자는 71세 여자 환자로 평소 怔忡驚悸 不眠 潮熱, 腰痛으로 있었고, 오랜 신경정신과 약 복용으로 肝腎陰이 허해져 健忘, 頭不淸, 下顎振顫, 手指振顫이 나타나는 것으로 보아 肝腎陰虛로 변증하여 위의 地黃飮子 加味方을 쓰게 되었고 1회 치료 후부터(입원 2일째) 振顫이 사라졌고, 7회 치료 후부터는 제반 증상이 호전되었으며, 2월 말부터는 頭不淸, 健忘 및 제반 陰虛證이 호전을 보였고, 3개월 후인 5월 초까지 재발이 없었다.

증례3은 71세 여자노인환자로 최근 用神 후 증상이 발생하였고 평소 食少 思慮過多하고 舌이 肥滿하고 脈이 柔弱하여 心脾虛 해서 생긴 氣血兩虛으로 변증하여 歸脾溫膽湯에 釣鉤藤, 白殭蠶을 加하고 人蔘대신 沙蔘을 가미하여 처방하였다.

歸脾溫膽湯은 歸脾湯과 溫膽湯이 합해진 처방으로 歸脾湯이 《婦人良方》에서 나왔고[13], 溫膽湯은 《備急千金要方》에서 나온 처방으로[14] 人蔘 白朮 黃耆 甘草는 補脾益氣和中하고 遠志 酸棗仁 龍眼肉은 養血補腎安神시키고 當歸는 滋陰養血하고 木香은 理氣醒脾하고 陳皮 枳實은 理氣破滯하고 半夏 陳皮 生薑은 導痰止嘔溫膽시키고 茯神은 寧神하고 竹茹는 痰鬱을 열어주는 효능이 있어 心膽虛怯 觸事易驚으로 야기된 健忘 怔忡不得眠의 심인성 질환 및 신경정신질환에 응용될 수 있는 것으로 관찰된다[15].

여기에 釣鉤藤과 熄風解痙 疏散風熱 化痰散結하는 白殭蠶을 加하여 鎭肝熄風의 효능을 더하였고 人蔘대신 沙蔘을 써 補陰의 효과를 높여 주었다.

이 환자도 3회 치료 후부터 현저한 호전을 보였고, 4회 시술 후(15일 후)에는 턱떨림이 사라졌으며 현재 4개월 후인 5월 초까지 재발하지 않았다.

Table 3의 결과와 같이 下顎振顫을 보인 3명의 노인 환자를 발병초기에 한약투여와 肝正格 시술, 百會灸 요법을 시행하여 현저한 호전을 보였으며, 향후 진전의 한방치료에 대한 보다 적극적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

Ⅳ. 요 약

下顎振顫이 나타난 여자 노인 환자 3례를 발병 초기에 肝腎不足, 氣血兩虛로 변증하여 地黃飮子加味, 歸脾溫膽湯加味를 투여하고, 肝正格시술, 百會灸 요법을 병행하여 치료해서 좋은 결과를 얻었고 이를 보고하는 바이다. 하지만 연구기간이 짧아 지속적인 관찰이 요구되며,이 번 연구에서는 한약요법, 침요법, 백회구요법을 동시에 시행하였지만 각각의 치료 효과에 대한 비교 분석을 포함하여 향후 객관적이고 지속적인 연구가 필요하리라 생각한다.

Ⅴ. 참 고 문 헌

1. Hallet M. Classification and treatment of Tremor, JAMA, 1991;266:1115-7.
2. 강두희. 생리학, 서울, 신광출판사, 1988:36-40.
3. 王琦 외. 黃帝內經素問今釋, 성보사, 1983:439.

4. 전국한의과대학 심계내과학교실 편저. 심계내과학, 서울, 서원당, 1999:468-72.
5. 김상윤. 진전에 대한 고찰, 대한의학협회지,1996;39(4):446-51.
6. 김상윤. 진전에 대한 일차적 진단과 치료, 가정의학회지, 1998;19(12):1333-42.
7. 이상현. 떨림(진전), 가정의학회지, 2001;22(11);375-80.
8. 王肯堂. 六科準繩, 성보사, 서울, 1982;255-256,259-262.
9. 樓英. 醫學綱目, 북경, 인민위생출판사, 1987;345,351,354,357,392-393.
10. 張路玉. 張氏醫通, 상해과학기술출판사, 1990:291-297.
11. 윤용갑. 동의방제와 처방해설, 서울, 도서출판의성당, 1998;373-374.
12. 강순수외. 방제학, 서울, 계축문화사,1992;133.
13. 陳自明. 婦人良方, 북경, 인민위생출판사, 1985;652.
14. 孫思邈, 備急千金要方, 서울, 대성문화사, 1984;217.
15. 신민교외. 한약임상응용, 서울, 성보사, 1982;56,171,174,253,258,261,353,358,360,399,407,464,466,505,519.
16. 조세형. 사암침법의 계통적 연구, 서울, 성보사, 1987;27-30.
17. 박희수. 療法准通, 서울, 도서출판새천년,2000;79-80.
18. 임종국. 침구치료학, 서울, 집문당, 233-235,304-05,480-81.
19. 안영기. 경혈학총서, 서울, 성보사, 1986, 196-97, 660-61.
20. 李挺. 國譯編註醫學入門, 서울, 숭문사, 1974;886