동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 19. No. 3, 2008

극심한 두통과 불면을 호소하는 만성 운동 틱 장애 환자1례 보고

김자영, 강현선, 이진환, 성우용, 정다운*
국립의료원 한방신경정신과, 국립의료원 침구과*

One Case Report of Chronic Motor Tic Disorder Patient with Extreme Headache and Insomnia.

Ja-Young Kim, Hyun-Sun Kang, Jin-Hwan Lee, Woo-Yong Sung, Da-Un Jeong*
Dept. of Oriental Neuropsychiatry, National Medical Center,
Dept. of Korean Acupuncture and Moxibustion, National Medical Center*

Abstract

Tics are sudden, painless, nonrhythmic behaviors that are either motor or vocal. As to DSM-Ⅵ diagnostic criteria, chronic tic disorder is either single or multiple motor or phonic tics, but not both, which are present for more than a year.

In this case, a male patient was diagnosed tics disorder at 8 years old. He has suffered for 15 years and his symptom was simple motor tics of neck, both arms and both legs, not vocal tics. So we diagnosed him as the chronic tic disorder.

The severity score headache was assessed using the Visual Analog Scales.

The severity score tics was assessed at baseline using the Yale Global Tic Severity Scale(YGTSS) and we compared score of before with after treatment.

We treated him with oriental medication(herbal medicine, acupuncture, cry cupping) and progressive muscle relaxation.

After this treatment, chronic insomnia and extreme headache were disappeard and the symptoms of tics were mildly decreased.

Key Words

tics disorder, headache, insomnia, progressive muscle relaxation, oriental medication.

투고일 : 10/8 수정일 : 11/5 채택일 : 11/10
* 교신저자: 김자영 서울시 중구 을지로 6가 국립의료원 한방진료부 의국
Tel. 02-2260-7454, Fax. 02-2260-7464, E-mail address: ddoddo98@paran.com

Ⅰ. 緖 論

틱(Tic)이란 불수의적이고 반복적이며 갑작스럽고 목적이 없고 리듬이 없는 상동적인 근육의 움직임 또는 소리 냄으로 정의 한다[1].

DSM-Ⅳ에서 틱 장애는 틱의 종류 및 틱이 지속된 기간을 기준으로 다음과 같이 세분되어지는데, 다발성 운동 틱과 음성 틱이 1년 이상 나타나는 경우를 뚜렛 장애라고 하며 운동 틱 또는 음성 틱이 1년 이상 존재하는 경우를 만성 운동 또는 음성 틱 장애라고 한다.

또한 한 개 또는 그 이상의 운동 틱 또는 음성 틱이 최소 4주 이상 1년 이내의 경과를 밟는 경우를 일과성 틱 장애라고 하는데 위의 세 가지 진단을 붙이기 위해서는 틱증상이 18세 이전에 시작되었으며 틱으로 인해 사회적 직업적 또는 다른 중요한 기능에 뚜렷한 장해를 일으켜야 한다고 하였다[2].

대부분의 틱 증상은 5~7세 사이에 발생하며 후기 청소년기와 초기 성인기를 거치면서 증상이 완화되는 경과를 보인다[3]. 그러나 성인기에도 틱 장애가 있을 수 있는데 18세 이후에 초발하여 달리 분류되지 않는 틱 장애로 진단되기도 하지만 대부분은 어렸을 적에 생긴 틱이 계속되거나 혹은 치료가 되었다가 스트레스로 인해 성인이 되어 재발하는 경우이다.

어릴 적부터 지속되어온 성인의 틱 장애는 이환기간이 길어 틱 증상의 치료는 초기의 틱 장애보다 어렵다. 그리고 틱 장애로 인해 대인관계 및 직업 활동 참여가 힘들어지는 것이 더욱 큰 문제이다. 그러나 틱 장애가 스트레스에 의해 악화되고, 차분하게 활동하는 동안에는 감소된다는 특징을 가지고 있으므로 성인기의 틱 장애의 치료는 틱 증상 완화 및 틱 증상으로 유발된 제반 수반 증상의 치료와 함께 스트레스를 감당할 수 있는 신체적, 정신적 능력을 향상시키어 사회생활에 적응할 수 있게 함을 목표로 삼아야 할 것이다.

틱 장애의 원인에 대해서는 아직 확실히 밝혀진 것은 없는 실정이다. 20세기 초에는 심리적 원인이 강조되어 틱 증상을 잠재적인 정신적 갈등이 상징적으로 표현되는 것으로 보았다. 그러나 그 이후 약물치료에 따른 임상적 경험으로부터 도파민 과다활성설이나 노르에피네프린계나 세론토닌계와 유관하다는 생화학적 원인이 대두되기도 했으며, 유전적 요인 등의 생물학적 원인과의 연관성도 연구되었다[4].

그러나 가장 효과적이라고 알려져 있는 약물치료도 두통, 저혈압, 체중 증가, 불쾌감 등의 부작용을 가지고 있어 다른 다양한 각도로의 치료법이 요구되고 있으며[5] 또한 틱 증상이 스트레스에 의해 악화되고, 수면 중 또는 한 가지 행동에 몰두할 때 틱 증상이 덜할 수 있고, 틱이 나타나는 해부학적 위치가 쉽게 변할 수도 있다는 점에서 틱 증상의 발현이나 증상의 경감에 영향을 주는 심리, 환경적인 요인의 중요성은 부인할 수 없다[6]. 그런 면에서 한방 신경 정신과적인 치료에 대한 지속적인 연구가 필요한 시점이다.

이에 저자는 극심한 두통과 수면장애를 가진 성인 만성 근육틱 환자에게 자율적 근육이완법을 병행한 한방치료 (한약, 침술, 부항)를 실시하여 호전된 경과를 아래와 같이 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 성별/나이

남자/24세

2. 주소증

1)頭痛 不眠 不隨意的 筋攣

2)發汗過多 眩暈 不安感 心悸

3. 발병일

운동 Tic: 8세경 초발하여 지속적으로 심화.

頭痛 不眠: 두통은 200X년 4월 경(치료 전 약 3개월 전)시작, 불면은 15년 전 발병.

4. 과거력

별무

5. 가족력

별무

6. 현병력

상기 환자는 보통 체격의 예민한 성격의 24세 남환으로 8세경부터 시작된 불수의적 근육 연축(이하 근육 TIC 증상)이 현재는 頸部 및 四肢의 근육으로 범위가 넓어진 상태이다.

1~2초 간격으로 목과 사지부위의 단순 근육 틱이 있다. TIC이 있고나서부터 不眠이 시작되어 15년 가까이 숙면을 취한 적이 없으며, 학교를 들어가면서부터 頭痛 心悸 증상도 간헐적으로 나타났다.

초발 당시 양방병원서 경구적 약물치료를 받았으나 호전이 없어 그만두었고 최근 극심한 頭痛이 생기고 不眠이 심해져 XX의료원 신경과에서 입원 치료를 했으나 원인도 모른 채 별무 호전 없이 퇴원하여 200X년 6월 말경 환자 적극적 한방처치 위하여 한방신경정신과 외래로 통원 진료 시작함.

7. 개인력

상기 환자는 2남 중 막내로 현재 할아버지와 두 부모와 형과 함께 살고 있다. 아빠와 형은 환자에게는 두려운 존재이며 특히 형은 기분에 따라 종종 환자에게 화내고 폭력을 행사하기도 했으며 아버지는 폭력적이지는 않으나 과묵하고 환자에게는 엄한 아버지이다. 집에서는 유일하게 엄마에게 의지 할 수 있으나 적극적으로 환자를 방어해 주지는 못한 상황이다. Tic 으로 인해 교우 관계도 원활하지 못했으며 학업에도 흥미를 못 느껴 공부를 소홀히 하였으나 대학 입학을 위해 열심히 공부하여 현재 OO대학교 수의학과에 다니고 있다. 그러나 Tic 으로 인해 surgery가 불가능할 것으로 판단되어 현재 수의학에 대해서도 흥미가 없으며 전과를 해야 하는 부담에 스트레스가 가중 된 상태이다. 주변의 시선 집중 때문에 불안하고 초조해하며 자꾸 화는 나지만 소심한 성격 탓에 드러내지 못하고 속으로만 갈등하며 여러 상황에 대해 비관적인 판단을 곧 잘 한다. 평상시에는 便秘가 있으나 긴장하면 종종 설사를 하고 복부 근육 및 양 어깨가 경직되어 있다.

8. 四診

望診 :面黃 1~2 초 간격의 운동 tic(주로 목 근육, 팔 다리 근육위주이며 긴장 시 증가함.)

問診 :發汗過多 不安感 不眠 頭痛 眩暈 疲勞感 大便은 긴장 시에는 설사하며 평상시엔 便秘가 있음

切診 :脈弱 腹直筋 緊張(左側이 더욱 긴장), 肩部 근육 긴장, 上腹部 動悸, 臍邊 動悸 心下部 壓痛

舌診 :舌淡紅 白苔

9. 임상진단

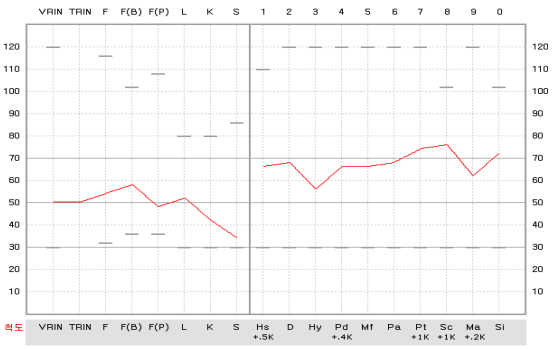
病名 : Chronic mortor tic disorder

辨證 : 心脾虛 兼 肝鬱

10. 설문검사

① MMPI-2

Fig. 1. MMPI-II(입원 당시)



T점수

VRIN	TRIN	F	F(B)	F(P)	L	K	S	Hs
51	50	54	59	49	53	42	35	66
D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
69	57	67	67	69	75	76	62	72

② YGTSS (Yale global tic severity scale)

Tabel 1. YGTSS-K Score

	6월25일	7월31일
motor tic score	17	14
개수	3	3
빈도	5	5
심한 정도	3	2
복합성	1	1
방해	5	3
impair score	40	30
total score	57	44

③ VAS (Visual Analogue Scale)

Tabel 2. VAS(두통의 정도를 VAS로 측정)

6월 25일	VAS 10	7월 1일	VAS 3
6월 26일	VAS 7	7월 9일	VAS 4
6월 27일	VAS 5	7월 10일 이후	VAS 0

11. 검사소견

① Brain CT- 이상 무

② Brain MRI- tic으로 인해 촬영 실패

③ 혈액 검사, 화학 검사 ,소변검사 -이상 무

④ 뇌파 검사-이상 무

12. 치료 내용

① 韓藥治療

Table 3. Herbal Medication

기간	처방명	처방 구성
6월26일~7월3일	黃芪建中湯加味	白芍藥 12g 黃芪 桂枝 甘草 生薑 大棗 6g 木香 2g 膠飴 40g
7월4일~7월15일	芍藥甘草湯加味	白灼藥16g 炙甘草8g 靑皮 釣鉤藤 木瓜 4g 元肉 8g
7월16일~8월3일	柴胡加龍骨牡蠣湯 加減方	大棗12g 龍骨 牡蠣 柴胡 釣鉤藤 白朮 白茯苓 半夏(薑製) 陳皮 4g 人蔘 甘草 3g 生薑 4g

② 針治療

脾正格 +行間瀉 中衝補

매일 1회씩 자침하였고, 자침 시 복식호흡을 통해 상기된 기운을 丹田 부위로 내릴 수 있도록 교육함.

③ 乾式附缸

견부 근육의 긴장도를 떨어뜨리기 위해 시술

④ 점진적 근육 이완법 시행

6월 26일부터 침 치료 후 매일 1회 의사와 함께 영상으로 된 비디오를 보며 시행하였으며 ,정신적 긴장 시, 두통 발작 시, 불면 시 스스로 할 수 있도록 지도함.

13. 치료경과

1) 주소증

① 頭痛

Table 4. Headache Progress

내원당일	발작적이고 극심한 전두통과 측두통이 하루에 1~2시간 간격으로 주기적으로 통증이 있음. (VAS 10)
치료1일후	발작 시 두통의 강도가 약화됨.(VAS 7)
치료3일후 ~36일후	7월 1일 경 야간 1회 통증-당시 점진적 근육이완법 실시로 두통 소실(VAS 3) 7월 9일 스트레스 자극 후 1회 두통 (VAS 4) 양일을 제외하고는 두통 없음. (VAS 0)

② 不眠

Table 5. Progress of Insomnia

내원당일	항상 얕은 잠을 자며 2~3시간 마다 깨어 보통 수면 중에 평균 2~3회 깨곤 함. (중학교 이후 줄곧 이런 수면장애를 가지고 있음)
치료2일후	7시간 수면 중 1회 깸
치료6일후 ~치료36일후	수면 중 깨어남이 없어짐

③ Tic

내원 당 일

안정 시에는 2~3초마다 1회씩 있었으며 (목과 양팔과 양다리 위주로 tic이 있었음) 각 부위가 동시에 발작하기 보다는 한 부위씩 규칙적인 리듬의 경련이 있음.

손가락, 발가락이나 주,슬관절 이하로 틱이 있음. 긴장 시에는 1초마다 1회씩 있었으며 각 부위가 따로 혹은 동시에 불규칙적인 리듬으로 경련이 있음.

어깨나 대퇴부위의 큰 근육으로도 틱이 나타남. 보행 시에 지속적인 tic 으로 인해 불안정한 보행을 함. (마치 무도병 양상으로 보행)

치료 후 21일 째

안정 시 및 긴장 시 tic이 빈도수의 변화는 없으나 강도가 20%정도 줄어들어 보행상태가 예전보다 나아짐. 본인은 호전 여부를 모르겠다고 하나 주변 사람들이 좋아졌다고 함.

스트레스에 대해 예전보다 덜 민감하게 반응하여 긴장 시의 tic이 나타나는 횟수가 50% 정도 줄었다고 함.

치료 후 36일 째

본인이 가지고 있는 tic에 대한 주변의 시선이나 관심에 신경을 많이 쓰지 않으려는 노력을 하고 있으며 긴장 시의 tic 이 나타나는 횟수가 반감된 상태를 계속 유지함. 안정시의 tic 증상은 16일 이후로 변화는 없음.

2) 기타 증상

① 피로감

내원 당 일 하루 종일 피로감을 느낀다고 함. 일부 호전은 있으나 피로감은 치료 36일 째에도 50% 남아 있음

② 현훈

내원 당 일 주위가 빙빙 돌거나 순간 아찔해지는 현훈이 있었으나 두통이 호전됨과 함께 사라짐.

③ 汗出

내원 당 일 自汗이 심하여 상의가 항상 축축한 상태였음. 치료 36일 째에는 20% 정도 감소 할 뿐 큰 호전은 없었음.

④ 消化不良 및 大便異常

내원 당 일 항상 더부룩함을 느끼며 과식하면 더욱 심해지는 상태였으나 치료 6일 째부터 소화상태가 개선이 되었고, 대변은 내원 당시 설사와 변비를 반복하는 상태였으나 치료 6일 째부터는 대변 상태도 호전됨.

3) 복부의 상태

Table 6. Diagnosis of Abdomen.

	내원 당 일	치료8일 째	19일 째	36일 째
心下部壓痛	압진 시 통증	20%감소	50% 감소	80%감소
腹直筋緊張	좌우 복직근 긴장 (좌우 동일함)	50% 감소	70% 감소 (좌측이 긴장이 더함)	90%감소
動悸	臍上(상복부) 臍左右 動悸	20%감소	20%감소	제상:50% 감소
胸脇苦滿	우측이 조금 심한 편	변화 없음	20%감소	70%감소

치료 중단 3개월 후 (지방에 있는 관계로 전화로 상태 문의) f/u

현재 공익 근무를 마치고 복학한 상태이며 그로 인한 스트레스로 인해 치료 당시보다는 상태가 일부 악화되긴 하였으나 치료 전보다는 호전된 상태를 유지함.

두통은 극심한 양상으로는 오지 않으며 스트레스를 받을 시 간헐적으로 있으며, 그럴 때마다 점진적 근육 이완법을 통해 증상을 격감시키고 있으며 현훈이나 소화장애는 현재 없음. 복학 후 늦은 시간 수면으로 수면부족은 있으나 수면 중간에 깨는 일은 거의 없으며 안정 시의 틱증상은 별다른 호전이 없으며, 긴장 시 생기는 심한 틱증상도 치료 당시보다는 일부 악화되긴 하였으나 치료 전 보다는 호전된 상태를 유지함.

Ⅲ. 考　察

DSM-Ⅵ에서 틱 장애는 틱이 지속된 기간 및 틱의 유형에 따라서 일과성 틱 장애, 만성 운동 또는 음성 틱 장애, 병합된 음성과 복합성 운동 틱 장애(뚜렛 장애), 달리 분류되지 않는 틱 장애로 분류하고 있다.

본 환자의 경우 8세 경에 시작된 운동 틱 증상이 지속적으로 심해져서 현재 나이(24세)까지 있는 상태이며, 다른 비슷한 증상을 발하는 기질적 질환이 없으므로 만성 운동 틱 장애(Chronic motor tic disorder)로 진단하였다.

틱은 단순 틱과 복합 틱으로 나눌 수 있고, 또한 근육 틱과 음성 틱으로도 나눌 수 있다. 단순 근육틱은 한 개 혹은 소수의 근육군이 관여하며 이를 다시 간대성(clonic)과 긴장성(tonic)으로 나눌 수 있다. 간대성 틱은 아주 급격하고 짧은 기간에 일어나는 운동이며, 긴장성 틱은 보다 지속적인 근육 수축으로서 팔을 펴거나 근육에 힘을 주는 등의 형태로 나타난다. 긴장성 틱은 뚜렛 장애에서 아주 흔하게 나타나며 안구 운동 이상이나 사경(torticollis) 등으로도 나타난다. 복합 근육 틱은 여러 종류의 정상적 운동과 비슷하게 여러 근육이 동시에 수축하는 것으로서, 펄쩍 뛰어오른다든가 팔과 다리를 동시에 펴는 것, 무릎을 구부리기, 혹은 저속한 행동(copropraxia)을 보이기도 한다. 음성 틱은 큰소리를 내지 않으며 성대를 통해서 내는 것이 아니고 , 주로 흉곽, 복강, 횡격막이 수축해서 나타난다. 음성 틱도 단순 틱과 복합 틱으로 나눌 수 있다. 단순 음성 틱에는 킁킁거리기, 그르렁거리거나 목청을 가다듬는 것, 끌끌 혀를 차는 소리, 컹컹 짖는 소리를 내는 것 등이 포함된다. 복합 음성 틱에는 음절이나 어구를 반복하는 것이 포함되는데 '이봐', '닥쳐', '그만 해'와 같은 말부터 저속한 언어(coprolalia)형태로 나타난다. 단순 음성 틱은 비교적 쉽게 틱으로 이해할 수 있지만 복합 음성 틱은 의도적인 표현이나 의미 있는 표현으로 오해받기가 쉬워 적응적인 문제를 더 많이 일으킬 소지가 있다[7].

틱 장애의 자연경과를 살펴본 연구에 의하면 대부분 환자에서 청소년기를 지나면서 증상의 급격한 호전이 있다고 알려져 있다. 일과성 틱 장애의 예후는 비교적 좋은 편으로 대부분은 일시적인 현상이고 나이가 들면서 저절로 호전된다. 다만 극소수에서 만성 운동 또는 음성 틱 장애나 뚜렛 장애로 이행 된다[8]. 하지만 뚜렛 장애의 약 5~10%에서는 성인기까지 지속된다고 알려져 있으며 증상을 지속시키는 예후 인자로는 출생 시 문제, 호르몬의 영향, 약물 노출, 스트레스, 내과적 문제 등이 연관이 있다는 보고가 있다[9].

성인기의 틱 장애는 두 가지로 구분할 수

있는데 하나는 어렸을 적에 생긴 틱이 완치되지 않고 지속된 경우이며 다른 하나는 18세 이후 성인이 되어 갑자기 생긴 경우이다.

DSM-Ⅳ에서는 18세 이후에 갑자기 생긴 틱에 대해 달리 분류되지 않는 틱 장애로 정의하고 있다. 어렸을 적에 생겨 성인기에도 유지된 틱 장애는 대부분 뚜렛 장애로서 증상이 심하거나 이환기간이 길어 치유가 힘들다. 따라서 치료 목표는 틱 증상의 완전 치유보다는 완화를 목표로 삼고 틱 장애로 인해 유발된 다른 여러 증상 및 정신과적 동반질환(불안 장애, 강박 장애, 신체화 장애 등)을 치료하여 사회생활에 참여 할 수 있도록 도와주는 것이라고 생각한다.

과거에는 틱이 심리적인 갈등의 표현이라고 생각했지만, 현재는 그 원인이 뇌 내 도파민계 이상으로 추정되고, 또한 유전적 요인 등 생물학적 원인으로 이해되고 있다. 그러나 스트레스에 의해 악화되고, 수면 중 또는 한 가지 행동에 몰두할 때 틱 증상이 덜할 수 있고, 틱이 나타나는 해부학적 위치가 쉽게 변할 수도 있다는 점에서 틱 증상의 발현이나 증상의 경감에 영향을 주는 심리, 환경적인 요인의 중요성은 부인할 수 없다[6].

이근후와 김임(1973)은 사례보고[10]에서 틱 아동의 어머니는 소유욕이 강하고 과잉보호적이었으며 아동이 이러한 어머니에 대한 분노와 적개심을 죄책감으로 인하여 표현할 수 없기 때문에 내적 갈등이 심화되어 틱을 유발하였다고 보았다. 다시 말하면 틱 아동은 매우 긴장되어 있고 표현력이 부족하고 위축되어 있으며 나아가 어머니에 대한 분노와 적개심의 표현이 힘들고 감정이 억압되어 심한 내적 갈등과 아울러 틱을 포함한 많은 문제행동을 나타내게 된다.

이주리, 연진영(1991)은 논문[11]에서 틱 장애 아의 부모의 양육 태도는 대체로 과잉 보호적이며 과잉 통제적이어서 아동의 거의 모든 행동에 간섭이 심하거나 자녀의 학업성취에 기대를 많이 하는 것으로 나타나며, 매우 엄하고 권위적인 양육 태도를 보이는데 이런 부모의 양육 태도에 대해 내적 갈등이 생기며 이러한 내적 갈등의 심리적 문제가 신체적으로 틱이라는 증상을 유발시킨 것이라 보았다.

출생순위 별로는 맏이가 많은 경향을 보였는데, 이는 부모의 기대나 부부간의 갈등 등 환경적인 스트레스가 맏이에게 보다 더 많이 향하게 되는 것과 연관되어 있다고 생각하였다[12].

틱 장애 소아의 치료에 있어서 미술치료[13]와 놀이치료[14]가 틱의 감소에 도움이 된다는 사실은 틱을 유발하고 증상을 악화시키는데 정신적 요인이 큰 역할을 함을 보여준다.

상기 환자의 가족 중 아버지와 형의 강압적인 분위기로 인해 항상 어릴 적부터 현재까지 억눌려 지내야만 했던 정황을 본다면 심리적 문제가 틱의 직접적 원인이 될 수는 없더라도 틱의 발생이나 악화에 영향을 끼칠 수 있다는 가설을 뒷받침 해 줄 수 있다.

근육 틱에 대한 한의학적인 개념을 찾아보면 눈깜박거림은 ≪동의보감≫에서 '目連箚' ≪小兒藥證直訣≫에서는 '目連扎' 로 되어 있는데 모두 '자주 눈을 깜박거리는 병증'으로 모두 ≪동의학사전≫의 '目箚'라고 요약할 수 있다.

얼굴과 머리의 틱은 이마를 찌푸리거나, 눈을 깜박거리거나, 코에 주름살을 짓거나, 입술을 빨거나, 얼굴 근육을 씰룩거리거나, 머리를 끄떡이거나 흔들고, 목을 비트는 행동으로 관찰되며 몸체에 나타나는 증상은 어깨를 들썩이거나 무릎이나 발을 흔드는 행동인데 한의학에서 '筋肉이 푸들푸들 떠는 병증'으로 ≪동의학 사전>≫의 '筋惕肉瞤'과 유사하게 해당하며 그 외에 '脣口瞤動','眼目瞤動','肌肉瞤動','瞤

動'이라 하였는데 '안면근육이나 또는 기육이 씰룩거리는 병증'으로 모두 '瞤動'으로 요약할 수 있다. 따라서 근육 틱을 한의학적으로는 '目瞤','筋惕肉瞤','瞤動' 에 유사하게 해당 한다[8].

틱증상과 五臟과의 관계를 고찰하여 보면, 肝의 肝主筋, 肝主木, 肝主風, 肝主疏泄, 肝藏血機能과 특히 연관이 깊은 것을 볼 수 있다. 이 외에도 心의 心主血脈機能, 脾의 運化와 升淸機能, 肺의 宣發과 肅降機能, 腎의 納氣機能과 밀접한 관련이 있어 한의학에서 틱증상은 五臟失調로 나타난다고 보았다[14].

소아의 경우 肝氣有餘하므로 肝氣가 넘쳐흘러서 병이 발생하는 경우가 많으며 또 군주지관인 심이 불안해도 자율신경실조와 함께 tic이 발생하는 경우도 있으므로 임상에서는 五臟辨證 중 肝과 心臟 그리고 속발성 병인인 痰飮을 항상 관찰해야한다[16]고 하였다.

만성 근육 틱 장애는 병이 어느 정도 깊게 진행된 상태이므로 五臟 辨證을 통한 치료가 필요하며 따라서 본 환자는 心脾虛를 기본으로 가지고 있으면서 肝鬱이 兼한 상태로 辨證하였다.

小建中湯의 적응증은 신체가 虛弱하고 腹部는 虛脹하며 腹皮가 攣急하여 마치 鼓皮를 만지는 것 같거나 弓弦을 팽팽히 한 것 같은 감이 있고 또, 腹中이 痛하고 胸中煩悸하며 수족이 拘急하고 수족이 煩熱할 때 등이다. 그 밖에 心悸亢進, 衄血, 盜汗, 四肢倦怠, 夢精, 口內乾燥, 小便頻數 등이 있을 수 있다. 구성 약물 중 桂枝, 芍藥은 腹中을 조화하고 脾胃를 養하며 急迫을 緩和한다. 膠飴는 虛冷을 補하고 腹中에 入하여 腹力을 生하게 한다[17]. 黃芪建中湯은 小建中湯에 黃芪를 加한 것으로 小建中湯보다 더욱 虛하거나 盜汗이나 自汗이 甚할 때 응용할 수 있다.

본 환자는 내원 시 여름이긴 했으나 상의가 다 젖어 있을 정도로 自汗이 甚하였으며 心下部壓痛도 상당한 정도였고 腹直筋과 어깨 근육도 상당히 긴장되어 있는 상태였으며 항상 피곤함을 느끼고 식욕도 떨어진 상태라 補가 우선이라고 판단되어 小建中湯에 黃芪를 加한 黃芪建中湯을 처방하였다.

그 후 頭痛의 제어 및 긴장도를 떨어뜨리기 위해 芍藥甘草湯加味方을 처방하였다.

芍藥甘草湯은 桂枝湯의 변방으로서 急迫性이 甚한 筋肉의 攣急과 疼痛이 주 목표이다. 본방은 表裏에 함께 작용하여 四肢, 腹部, 腰背 등의 筋攣急 뿐만 아니고 위경련이나 膽石症, 腎石疝痛 등 裏의 急迫性 疼痛에도 효과가 좋다. 또한 국소의 근육이 堅固하고 강하게 수축하여 경련을 일으키고 있는 자에게도 좋은데 대개의 경우 腹直筋의 攣急을 수반하고 있다[17].

舒肝 舒筋하는 白灼藥을 君藥으로 하는 芍藥甘草湯 기본에 釣鉤藤 木瓜 靑皮를 加하였으며 小建中湯의 膠飴의 의미와 동시에 補血安神補心하는 元肉을 加味하여 처방하였다.

심한 虛症 상태가 개선이 되고 頭痛인 급박한 통증이 없어지고 나서는 柴胡加龍骨牡蠣湯加減方으로 자율신경실조를 다스리는 치료를 하였다.

상기 환자는黃芪建中湯과 芍藥甘草湯을 쓴 후 복직근의 긴장도가 많이 떨어지고 나서부터는 胸脇苦滿과 心下部의 저항도가 두드러지게 나타났으며 上腹部로도 臍上 動悸가 두드러지게 나타나서 병이 오래되어 心血이 부족해서 나타난 신경쇠약으로 보아 柴胡加龍骨牡蠣湯에 半夏 陳皮를 加하여 처방하였다. 이 처방은 大棗로 心血을 補하면서 衛氣營血을 조절해주고, 龍骨/牡蠣로 정신을 안정케 하고, 柴胡/釣鉤藤 으로 肝氣를 조절하며 白朮/茯苓으로 중초를 바로잡고, 半夏/陳皮로 痰에 의한 현상을 바로 잡으며 人蔘으로 補氣 한다[16].

脾는 脾主四末하여 脾의 陽氣가 四肢로 운행되고 이로 인해 津液과 血도 四肢로 공급된다. 脾氣의 不通으로 인해 淸陽이 상승하지 못하면 頭痛이나 頭重感 項强이 나타날 수 있으며 心下部에서 中脘에 걸쳐 압통이 나타나는 경우가 많다. 또한 脾氣의 不通은 四肢部의 잦은 경련, 수전증, 파킨슨 증후군과 같은 질병을 유발할 수 있다. 脾正格 구성 혈 중 隱白과 大敦은 木穴로서 항진된 운동기능을 제어할 수 있기 때문에 脾氣 不通으로 인한 경련 질환에도 이용할 수 있다[18].

상기 환자는 消化不良이 있고 心下部 압통이 심하였으며 주로 四肢 위주의 운동 틱을 가지고 있어 脾正格으로 1일 1회 刺針하였다. 行間은 肝經의 火穴로 瀉할 경우 肝의 鬱熱을 해소시키며 痰火의 상승을 제어해주는 역할도 겸 한다[18]. 그러므로 心脾虛에 肝鬱을 兼한 본 환자에게 脾正格과 함께 자침하였다.

점진적 근육 이완법은 전신의 근육을 하나하나 순차적으로 이완시켜 주는 방법으로 체계적인 훈련을 통하여 전신적인 근육 이완을 목적으로 한다. 근육의 긴장을 완화시키는 것은 뇌로 보내지는 자극을 감소시켜 불안을 감소시킨다. 근육이완법은 하루에 2~3번 정도 반복하면 일상생활에서 긴장된 몸을 충분히 이완시킬 수 있다. 따라서 이를 규칙적이고 지속적으로 훈련한다면 평상시에도 근육의 긴장을 이완시킬 수 있으며, 막상 긴장되는 일들이 벌어져도 당황하지 않고 쉽게 전신을 이완시킬 수 있다[15].

상기 환자의 MMPI-Ⅱ(다면적 인성검사 Ⅱ) 시행 결과 Mf 점수가 67이고 Si 점수가 72로 상당히 내성적이고 자기표현이 부족한 성격임을 보여주었고 그렇지만 Pd 점수가 67점이며 Pt가 75점, Sc가 76점 Ma가 62 점으로 나와 밖으로 보여지는 소심함과 반면에 내면에는 사회적 소외를 많이 느끼며 사회적, 가족적인 불만이 많은 상태로 보여졌다. 그런 내부와 외부의 갈등 속에서 환자는 외부로 표현하지 못하고 항상 불안하고 초조한 상태로 지내고 있음을 알 수 있었다.

또한 환자는 정신적 스트레스에 쉽게 반응하며 복직근과 항부의 근육이 항상 긴장되어 있는 상태였으므로 보조적으로 근육이완법을 통하여 자기 스스로 스트레스 상황을 조절할 수 있게 하는 것이 많은 도움이 될 거라 생각하였다.

환자의 틱 증상의 호전 정도는 예일 틱 증상 평가척도를 이용하여 치료 전과 후를 비교하였다. 예일 틱 증상 평가척도(YGTSS)는 틱 증상의 심한 정도에 대한 임상적인 평가를 내리는 도구로 사용되는 척도로서 근육 틱 및 음성 틱에 대한 설명과 각 증상에 대한 평가 항목을 나열하고 있으며 틱증상 목록을 토대로 개수, 빈도, 심한 정도, 복합성, 방해의 5가지 차원에서 6점의 순위척도가 마련되어 근육 틱과 음성 틱의 정도를 평가하도록 하였다. 장해도에 대해서는 틱의 종류와 무관하게 별도의 채점을 하도록 되어 있으며 최종적으로 전체점수는 근육 틱에 대한 점수와 음성 틱에 대한 점수, 장해도를 합한 값으로 한다[19].

상기 환자의 운동 틱은 15년 이상 지속된 것으로 심한 복합틱 양상으로 나타나지는 않았으나 1~2초마다 1회씩 있는 잦은 빈도의 틱 증상으로 일상생활에 많은 불편을 느끼며 살고 있었으며, 대인관계의 어려움뿐만 아니라 꿈 꿔오던 수의사라는 미래의 직업을 포기해야 하는 상황이었다. 사실 상 15년 동안 지속되어 온 틱 증상을 없애는 것은 힘든 일이었다. 따라서 틱 증상 자체를 없애는 위주의 치료보다는 증상을 완화시키고 악화를 방지하며 틱으로 인해 수반된 여러 신체적, 정신적 증상을 해소하는 치료에 집중하였다. 頭痛과 不眠은 이런 정신적 긴장 및 좌절에서 오는 부차

적인 증상으로 파악하였고 긴장을 풀어주고 소진된 체력을 길러주는 한방치료로 신체 증상의 소실 및 심리적 안정을 얻을 수 있었으며 나아가 종종 발작적으로 있었던 평소보다 심한 틱 증상의 발생을 제어할 수 있었다. 환자의 개인 사정 상 한달 정도 밖에 치료를 하지 못했지만 점진적 근육 이완법을 통해 환자 스스로 발작적 틱 증상을 제어할 수 있는 능력을 터득하였기에 향 후 더 신체적으로 정신적으로 더욱 나아진 상태를 기대해 볼 수 있으리라 생각된다. 또한 틱의 조기 발견 및 진단 , 그리고 여러 정신요법을 통해 심리적 스트레스를 줄여 틱의 만성화 및 증상의 악화를 막는 치료에 힘써야 할 것이며, 나아가 한방 신경정신과적 치료 가능성에 연구가 많이 진행되어야 할 것이다.

Ⅳ. 結 論

서양 의학적으로 원인을 알 수 없는 극심한 頭痛과 만성 不眠症을 앓고 있는 만성 근육 틱 환자를 心脾虛 兼 肝鬱로 辨證한 후 韓藥과 針치료를 위주로 실시하면서 부수적으로 근육을 이완시키고 긴장도를 낮추는 점진적 근육 이완법과 附缸療法을 실시한 결과 頭痛과 不眠이 사라졌으며 운동 틱도 증상의 발현 정도를 일부 줄일 수 있었다.

참 고 문 헌

1. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계 편람. 하나의학사. 1995;140-141.
2. 정선주, 이정섭, 유태익, 구영진, 전성일, 김봉석, 홍강의. 한국어판 예일 틱 증상 평가척도:신뢰도 및 타당도 연구. 신경정신의학. 1998;37(5):942-4.
3. Leckman JF,Zhang H, Vitale A, Lahnin F, Lynch K, Bondi C, et al. Course of tic severity in tourette syndrome:the first two decades. Pediatrics. 1998;102:14-19.
4. 정효창, 성우용, 이승현, 손지형, 한승혜. 뚜렛장애 환자 1례에 대한 증례보고. 동의신경정신과학회지.2003;14(2);1-6.
5. 윤지연, 김윤희. 불면을 동반한 틱장애 환아 1례에 대한 증례보고. 대한 한방 소아과학회지. 2004;18(2):251-61.
6. 정희연, 정선주, 황정민. 눈깜박임을 주소로 내원한 아동에서의 틱장애. 대한안과학회지. 2002;43(2):327-331.
7. 김붕년. 틱 장애의 진단과 치료. 가정의학회지. 2004;25:359-370 .
8. 심민,이종화,김태헌,류영수,강형원. 틱장애의 한의학적 이해에 관한 문헌적 고찰(동의보감중심으로).동의신경정신과 학회지.2007;18(2):1-12.
9. 김유진,노재성,신윤미. 성인기에 재발한 복합성 운동 틱 장애에서 Aripiprazole로 치료한 1예. 대한 신경정신학회지. 2007;46(4):398-400.
10. 이근후,김임. Gilles de la Tourette씨 증후군의 정신역동적 고찰. 신경정신의학. 1973;12(3):214-219.
11. 이주리,연진영.틱 장애 아동과 정상 아동의 어머니 양육 태도의 비교 연구.상명대학교 논문집. 1991;27;527-541.
12. 김자성,홍강의.뚜렛 및 만성 틱 아동의 출생순위에 따른 특성 비교. 소아 청소년정신의학. 1993;4(1):124-132.
13. 이근매.모-자 가족 미술치료가 Tic 장애아동의 문제행동 및 정서에 미치는 효과. 미

술 치료 연구학회. 2002;9(2):111-138.
14. 송현지, 한재경, 김윤희. 놀이치료를 병행한 틱장애 환아 치험 1례. 대한한방소아과학회지. 2006;20(2):115-128.
15. 김종우. 마음을 치유하는 한의학 정신요법. 학지사 .2006:144-145.
16. 이성준. 초단 강의록. 도서출판 초락당. 2007:232.
17. 李載熙. 도설한방진료요방. 의방출판사. 2004:433-436,611.
18. 김관우. 사암침 수상록. 도서출판 초락당. 2006:94,404.
19. 이승희, 장규태, 김장현. 틱장애를 주소로 하는 환아의 증례보고. 대한한방소아과학회지. 2002;15(2):115-6.