동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 20. No. 3, 2009

심리적인 충격으로 인해 발병한 下顎振顫 환자 치험 1례

서영민, 이지원, 차혜진, 서덕원, 박세진, 이창희*
동서한방병원 한방신경정신과, 동서한방병원 한방침구과*

A Clinical Report of Patient with Mandibula Tremor Caused by Spiritual Trauma

Young-Min Seo, Ji-Won Lee, Hye-Jin Cha, Deok-Won Seo, Se-Jin Park, Chang-Hee Lee*
Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Dong-Seo Oriental Medical Center
Dept. of Acupunture & Moxibustion, Dong-Seo Oriental Medical Center*

Abstract

Objectives :
Tremor is increasing recently especially among senior citizens. In this case, the patient who had mandibular tremor caused by trauma, was not improved by western medicine. We tried to apply Oriental medical treatment.

Methods :
We treated the patient with acupuncture therapy and herbal medication and measured the frequency of the tremor, Jaw expression of Abnormal Involuntary Movement Scale(AIMS) and Visual analog scale.

Results :
After treatment symptom of mandibular tremor was decreased significantly and other symptoms such as insomnia disappeared.

Conclusions :
During the admission days symptoms are decreased in contentment. This result suggests that Oriental medical treatment has good effect on tremor.

투고일 : 8/8 수정일 : 8/28 채택일 : 9/4
교신저자 : 서영민, 서울시 서대문구 연희3동 194-37 동서한방병원
Tel : 02-320-7808, Fax : 02-320-7990, E-mail : xelloss337@nate.com

Key Words :
Mandibular tremor, Oro-facial dyskinesia, AIMS(Abnormal Involuntary Movement Scale)

Ⅰ. 서 론

심인성이라는 말은 어떠한 기질적인 질병으로 인한 것이 아니라 잠재된 정신과적인 장애로 인해 나타나는 장애를 설명할 때에 사용된다. 최근 振顫은 여러 가지 요인으로 증가하고 있는 추세이나, 서양의학적으로는 아직 정확한 기전이 밝혀지지 않아 원인치료가 아닌 대증요법인 항경련제의 투여만이 이루어지고 있다[1].

구강-안면이상운동증(oro-facial dyskinesia)은 주로 老人에게 발생하는 이상현상으로, 입맛을 다시거나, 입술을 움직이며, 턱이 측방 혹은 전후방으로 돌출되는 움직임을 보인다[2]. 노인성 구강-안면 이상운동증의 빈도는 67세에서 87세 사이에 1.5%정도로 상당히 드물게 나타나며, 남자보다 여자에서 더 높은 빈도로 발현된다[3]. 이러한 노인성 구강-안면 이상운동증의 정확한 원인은 불명이나 주로 심인성으로 인식하고 있다[4].

한의학적으로 振顫은 문헌에서 振掉, 顫振, 顫證으로 표현이 되어 있으며,『素問 至眞要大論』에서 "諸風掉眩 皆屬於肝[5]" 의 掉가 振顫을 가리키는 의미로 최초로 언급되어 있다. 張[6]은『張氏醫通 : 諸風論』에서 顫證을 "顫振" 이라 하여 독립된 질환으로 인식하였다. 원인으로는 肝風, 肝腎不足, 脾虛, 心血虛, 氣虛, 血虛, 風痰, 風寒, 瘀血, 肝鬱氣滯, 痰熱 등으로 요약할 수 있는데 주로 장부기능의 실조로 인한 병리과정을 중시하고 있다[7].

한의학적으로 振顫에 관한 연구를 살펴보면 金등의 전증에 관한 문헌적 고찰[7]과, 淸心溫膽湯 등의 항경련 작용에 관한 실험적 연구[8], 朴 등의 振顫에 관한 임상적 고찰[9], 사상의학적 임상고찰[10] 등이 있으나, 정신적인 충격으로 인하여 하악부위에 국한되어 발생한 이상운동증을 주제로 한 연구는 찾아보기 힘들다.

본 증례의 환자는 본래 심약한 성격으로 크게 놀란 이후 하악부위의 심한 振顫이 발생하여 양방의 약물치료를 받았으나 별다른 호전이 없이 증상이 장기간 지속되던 중 한방치료 원하여 본원 한방신경정신과에 방문하여 입원치료 실시하게 되었다. 한의학적 변증을 통한 한약치료 및 침치료를 시행하여 유의한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 환자

조OO, 여자 69세

2. 주소증

1) 주증상

下顎振顫(소가 여물을 씹는 동작처럼 좌우

로 왕복, 눈을 감으면 증상 완화됨.)

2) 부증상

(1) 불면

내원시 입면장애의 양상을 보였으며 하루 3~4시간 정도의 수면을 취하는 상태.

(2) 양견비통

팔을 들고 있기가 힘이 들 정도로 통증이 있음.

(3) 요통

거동에는 불편이 없으나 심하지 않은 통증이 지속됨.

3. 발병일

200O년 O월경 // 8개월 후 200O년 O월 중순 심해짐.

4. 과거력

1) 우울증

200O년 OO 병원진단. 경구약 복용.

2) 우완관절골절

200O년 OO 병원에서 cast 치료 받으심.

5. 가족력

특이사항 없음.

6. 현병력

환자는 200O년경 우울증을 진단받고 치료중인 상태였다. 200O년 O월경 며느리가 자신의 남편과 말다툼을 하다가 실신하는 모습을 보고 크게 놀란 이후 不眠 증상과 함께 아래턱이 좌우로 떨리는 증상이 발생하였다. 그 이후 신경과 치료 받았으나 별다른 호전이 없던 상태에서, 200O년 O월 중순경 남편과 며느리가 또 다시 말다툼을 하는 것을 보고 다시 놀라면서 증상이 더 심해졌다. 내원 당시 턱의 움직임은 10초에 15회 정도로 측정이 되었으며, 그 외 불면, 양견비통, 요통 등의 증상을 호소하였다.

7. 정신과적 개인력

환자는 남편과 함께 시골에서 농사를 짓고 지내고 있었으며, 아들, 며느리 내외와 함께 살고 있었다. 환자는 내성적이고 남편에 순종적인 성격이었으며, 心弱하여 평소에도 잘 놀라는 편이었다. 자신의 감정을 잘 드러내지 않고 속에 담아두는 생활을 하였다. 그에 반해 환자의 며느리는 자신의 주장을 잘 굽히지 않아서 타인과의 의견 충돌이 많았다. 시부모님에게도 자신의 할 말은 다하는 편이어서 시아버지 즉, 환자의 남편과 의견충돌이 많았고, 환자가 그 사이에서 스트레스를 많이 받았다고 하였다. 내심 며느리가 마음에 들지 않아 아들내외와 따로 떨어져서 살고 싶었으나 아들의 경제력이 전무한 상태라서 나갈 수 있는 형편이 아니었기 때문에 말은 못하고 가슴앓이만 하고 있다고 하였다.

8. 초진소견

1) 체형

142.2 cm, 35.9 kg 의 마르고 왜소한 체형

2) 피부

黑燥

3) 식욕 및 소화

식욕이 없으며(1/2 공기) 소화는 잘 되는 편.

4) 대소변
대변 1회/2~3일.
소변 7~8회/1일 정상

5) 口
구고, 구갈

6) 舌診
舌淡紅 苔白搏

7) 脈診
左右 脈弦緩

8) 腹診
別無痛症. 軟弱無力

9) 聞診
말을 할때도 턱이 움직여서 발음에 문제가 있으나 알아듣기에 힘들지는 않음.

10) 寒熱
別無

11) 汗
別無

12) 안면부위 촉진
악관절 부위가 과긴장 상태. 근육이 뭉쳐져 있는 느낌.

9. 주요검사

[Lab] GGT 11 Uric acid 2.0
Platelet 166 MONO 13.1
EO 12.2 Protein +/-
K 2.66(내원시)
K 3.5 (치료후 1주일)
[Chest PA] Cardiomegaly mild
[KUB, L-Spine AP & Lat]
Degenerative spondylosis
[Both shoulder AP & Lat] Unremarkable
[EKG] Flat T
Lt. ventricular hypertrophy
QT-Prolongation
[Brain MRI] Unremarkable

10. 복용중이던 양약

1) 프라놀정 3T#3
propranolol hydrochloride

2) 설피딘정 200 mg 3T#3
sulpride 200 mg

3) 근화소말겐정 3T#3
talniflumate 370 mg

4) 명인트라조돈캡슐 3C#3
talniflumate 370 mg

5) 바리움정 1.5T#3
diazepam 5 mg

11. 증상 변화 평가방법

1) AIMS
Munetz MR 등[11]이 고안한 안면 및 구강, 사지, 체간 등의 이상운동과 이상운동에 대한 자각여부 등 총 12개 항목으로 구성된 Abnormal Involuntary Movement Scale(이하 AIMS) 중 턱의 이상운동과 관련된 항목을 응용하여 증상의 변화를 평가하였다. (0=none,

1=minimal, 2=mild, 3=moderate, 4=severe)

2) 10초당 振顫횟수 측정.

下顎의 왕복 1회를 1번으로 보고 10초당 왕복횟수를 측정하였다.

3) VAS (Visual analog scale)

환자가 느꼈던 가장 심한 상태의 강도를 VAS 10으로 가정했을 때를 기준으로 평가 당시의 정도를 측정하게 한다. 振顫의 강도가 높을 수록 점수가 높아지며, 입원시부터 퇴원시까지 평가하였다.

4) BDI

Beck's Depression Inventory

12. 진단

1) 변증(辨證)

(1) 心膽虛怯 振顫
(2) 肝血虛 振顫

2) 변병(辨病)

(1) 심인성 진전
(2) 구강-안면이상운동증

13. 치료

1) 침치료

동방침구 직경 0.20 mm, 길이 30 mm 1회용 stainless 호침을 사용하였다.

舍岩鍼法의 肝正格을 응용하여 陰谷補, 谷泉補, 經渠瀉, 中封瀉 등에 刺鍼하고 1일 1회 施術하였으며 留鍼時間은 20분으로 施術하였다. 顎關節 부위 근육에 경결점이 촉지되어 地倉, 頰車의 穴들에도 추가적으로 자침하였다.

2) 약물치료

탕제로는 加味溫膽湯을 2첩을 3회로 나누어 각 120 cc씩 식사 후 30분에 복용하였다. 취침전 鎭肝安神 할 수 있는 柴胡加龍骨牡蠣湯 엑기스제를 병행 투여하였다.

(1) 加味溫膽湯(1첩당)

香附子 10 g, 生薑 6 g, 橘紅, 大棗 5 g, 半夏, 竹茹, 枳實 4 g, 桔梗, 麥門冬, 白茯苓, 柴胡, 人蔘 3 g, 甘草 2 g

(2) 柴胡加龍骨牡蠣湯

柴胡 10 g, 半夏 8 g, 桂枝, 茯苓 6 g, 大棗, 牡蠣, 生薑, 龍骨, 人蔘 ,黃芩 5 g, 大黃 2 g

13. 치료경과

1) 입원 1일차

하악振顫은 10초에 13회 정도로 심한상태로 눈을 감고 누우면 振顫은 완화되어 횟수가 급격히 줄어드는 양상이었다. 아래턱이 이를 가는 양상으로 좌우로 약 1 cm 의 간격으로 왕복하였고 겉으로 보기에 '소가 여물을 씹는 것 같은 모양' 이라고 표현하였다. 턱의 움직임 때문에 많이 우울한 상태이며, 상대방과의 대화에 의욕이 없었다. 요부 및 양어깨에 만성적인 통증을 호소하였고, 낮에 낮잠을 자지 않지만 밤에 잠이 잘 안오고 수면 시간도 3~4 시간 정도로 부족하였다. 말을 하거나 식사시 턱의 움직임 때문에 불편을 느끼며 본인의 느낌상 심한 정도는 VAS 10이라고 하였다. AIMS(Jaw) 4점으

로 심한 상태였다. BDI는 30점으로 심한 우울증으로 측정되었다.

2) 입원 5일차

하악振顫은 10초에 10회 정도로 약간 호전되었다. 振顫의 양상은 큰변화가 없으며 횟수만 약간 줄어든 상태였다. 不眠은 완화되어 하루 6시간 정도의 수면을 취하시며 증상의 심한 정도는 본인 표현 상 VAS 7이라고 하였다. AIMS(Jaw)는 4점으로 심한 상태였다. 대화에는 별 의욕이 없는 상태이며 속마음을 잘 표현하지 않았다.

3) 입원 10일차

횟수는 10초에 8회로 줄어들었으며 振顫의 양상 또한 완화되었다. 수면은 이제 별 불편감을 못 느낄정도로 호전이 되었다. 증상은 본인 표현 상 50%정도의 불편감이 있으며, AIMS(Jaw) 3점으로 체크되었다. 증상이 좋아진 것에 대해서 겉으로는 크게 내색하지 않으나 기분 좋아하였다. "제가 좋아지고 있나요?" 라고 자주 물어보며 확인하였다.

4) 입원 15일차

하악振顫은 10초에 4회 정도로 호전되었다. 본인 표현 상 VAS 4이라고 하였고 AIMS(Jaw) 2점이었다. 대화를 하는데 있어서 조금 더 말씀이 많아졌고 자신의 기분을 표현하는데 있어서도 좀 더 수월해졌다. 말을 하거나 음식을 먹을 때에도 불편감이 좀 줄어들었다.

5) 입원 20일차

振顫의 횟수는 10초당 2회정도로 호전이 되었고 자각적으로는 VAS 3으로 줄어들었다. 좌우로 0.5 cm 정도의 움직임이 있으며 턱이 움직일 때 자신의 의지로 약간 느리게 할 수 있었다.

6) 퇴원시(입원 25일)

振顫은 겉으로 보기에는 완전히 호전이 되었고 본인 불편감은 VAS 2정도로 남아 있었다. AIMS는 0점이었다. BDI는 14점으로 심리적으로도 호전이 있었다. 患者가 병원생활을 답답해하고 통원치료 원해서 외래치료 받기로 하고 퇴원하였다. 집이 시골이어서 외래치료가 불편하기도 하고 아들내외와도 좀 떨어져서 지내는 것이 좋을 것 같다는 판단에 서울에 있는 딸의 집에서 한동안 생활하기로 하였다.

Table Ⅰ. The Progress of Symptoms

Admissioin day	VAS	AIMS(Jaw)	The frequency per 10 seconds
1	10	4	13
5	7	4	10
10	5	3	8
15	4	2	4
20	3	1	2
25(Discharge)	2	0	0

Table Ⅱ. Beck's Depression Inventory

	Admmision	Discharge
BDI	30	14

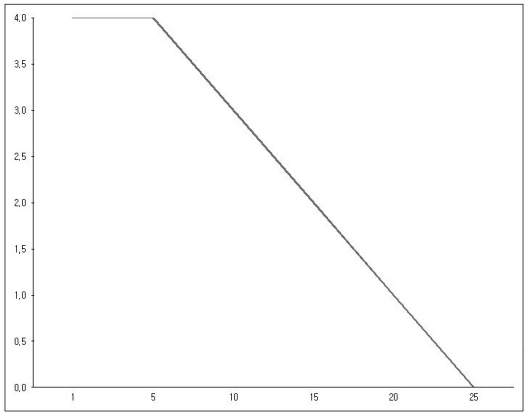


Fig. 1. The progress of abnormal involuntary movement scale(Jaw).

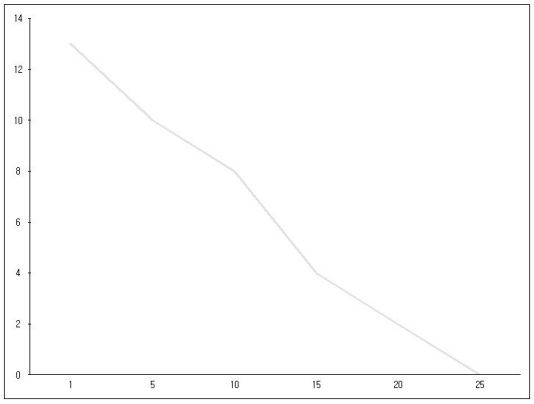


Fig. 2. The frequency per 10 seconds.



Fig. 3. The progress of visual analog scale.

Ⅲ. 고 찰

振顫(Tremor)은 운동이상증(abnormal movements) 중에서 가장 흔한 증상으로 '신체의 일부분이 자신의 의지와는 상관없이 규칙적으로 움직여지는 증상'으로 정의된다. 이에 대한 서양의학적인 증상 및 질환으로는 振顫(tremor), 무도병양 운동(Choreiform Movement), 발리즘(Ballism, Ballismus) Athetosis양 운동, 디스토니양 운동 등이 있다. 빈도, 진폭, 형태의 측면에서 보면 振顫은 활동시 振顫과 휴지기 振顫으로 나눈다. 활동시 振顫은 신체의 한 부분이 수의적으로 활동할 때 악화되는 반면, 휴지기 振顫은 정지시 악화되고 활동이 시작되면 약화된다. 활동시 振顫의 경우 안정된 자세에서는 振顫이 뚜렷하지 않으나, 어떤 자세를 유지하고자 하거나 어떤 움직임 중에 위치성 振顫(postural tremor)이 나타난다. 振顫속도는 매초당 6~12회로 바교적 빠르고 섬세하며, 어떤 면에서는 생리적 振顫현상이 좀 더 과장된 것과 비슷하다. 갑상선 중독증, 간질환, 약물중단 또는 알코올 금단시 흔히 나타난다. 이에 반하여 속도가 매초당 8회로 비교적 느리며, 자신도 알지 못하게 서서히 나타나는 위치성 振顫은 앞서의 振顫과 다른 것으로 구분하고 있다. 주로 상지를 침범하며, 머리를 끄덕거리기도 하며(titubation), 가끔 턱, 입술, 혀 등 부위에도 나타나는 특성을 갖는다. 振顫은 점차적으로 진행되어 글씨 쓰기가 힘들어지며, 식사하기도 어려워진다. 많은 경우 알코올 복용으로 振顫이 다소 완화되며, 때에 따라서는 베타차단제(beta-blocker)약물로도 어느 정도 호전된다. 휴지기 振顫은 파킨슨병 또는 약물 유도성 파킨슨 증후군(Parkinsonism)에서 흔한데, 움직임에 의해 다소 감소되며, 보통 운동완만(bradykinesia) 및 경직(rigidity)을 동반한다. 소뇌성 振顫(cerebellar tremor)의 경우 안정된 자세 때에는 振顫이 나타나지 않다가 신체를 움직이거나 또는 손가락 등을 어떤 목표물에 점점 다가가게 할 때 振顫이 점점 더 심해지는 특성을 보인다. 중뇌성 振顫(midbrain tremor)은 다발성 경화증(multiple sclerosis)과 같은 질환에서 소뇌(cerebellum)와 적핵(red nucleus)의 연결부위에 병변이 있을 경우 특징적 振顫이 나타나는데, 이때 환자는 振顫이 너무 심하여 자신의 움직임을 멈추거나 중심을 잃는다.

건강한 사람도 신경생리학적 검사에서 개인에 따라 차이는 있지만 저진폭의 급속 활동振顫이 보여지는데, 이러한 생리적 振顫(physiologic tremor)은 불안, 운동, 수면박탈, 아드레날린성 약물등에 의해 증강된다. 어떤 고정된 자세를 유지하고자 할 때 좀더 심해지며, 振顫의 속도가 비교적 빠르고, 매우 잔잔하다. 대개의 경우 사진의 원위부(distal part)에 분포하며 기능상 뚜렷한 장애를 나타내지 않는 특성을 보인다. 이들 振顫은 피로, 불안, 카페인 및 스테로이드 등의 약물 등에 의해 더 심해진다. 중추신경계에서 기원하는 활동성 振顫의 형태인 본태성 振顫(essential tremor)는 피상적으로는 다소 고진폭의 완만한 振顫이라는 것을 제외하면, 증강되어 나타나는 생리적 振顫과 유사하다. 보통 본태성 振顫은 양측성이고 대칭성이며, 하지보다는 상지에서 더욱 자주 나타난다[12,13].

서양의학에서는 振顫의 대부분이 대뇌피질의 추체외로계 질환으로 기인하는데, 특히 기저핵의 운동조절 작용의 장애로 振顫이 발생되며, 뇌내 신경전달 물질의 장애 및 심리적 요인에 의해서도 야기된다고 설명하고 있다.

본 증례의 경우는 그 중에서도 특히 서양의학에서의 구강-안면이상운동증(oro-facial dyskinesia)의 임상적 특징과 유사한데, 이는 정확한 원인이 밝혀져 있지 않으며, 주로 정신적인 문제로 인하여 발생하는 심인성 振顫의 범주로 보고 있다[4].

구강-안면이상운동증(oro-facial dyskinesia)은 주로 노인에게 발생하는 이상현상으로, 입맛을 다시거나, 입술을 움직이며, 턱이 측방 혹은 전후방으로 돌출되는 움직임을 보인다. 또한 임상적으로 볼때 입을 벌렸을 때나, 눈을 감았을 때 이상운동증이 사라지는 경향이 있다[2]. 노인성 구강-안면 이상운동증의 빈도는 67세에서 87세 사이에 1.5%정도로 상당히 드물게 나타나며, 남자보다 여자에서 더 높은 빈도로 발현된다[3].

이 증상은 향정신약 혹은 파킨슨병 치료제인 항코린제의 부작용으로 주의가 요구되고 있으며, 특발성으로 증상이 나타나는 경우 sulpiride나 haloperidol 등이 유효하다고 알려져 있다[4].

한의학에서는 『素問 至眞要大論』에 "諸風掉眩 皆屬于肝木...木氣大過而極脾土...散于四末 則手足動而頭部動也...[5]"라 하여 振顫을 최초로 언급하였다. 振顫의 병인에 대해서는 王 등[14]은 肝風의 개념으로 보았고, 催 등[15]은 肝腎陰虧, 氣血兩虛, 痰熱動風으로 보았으며, 劑[16]는 肝風, 陰虛風動, 風痰, 風寒, 脾虛風動, 血虛風動의 개념으로 언급하였고, 劑[17]는 肝鬱氣滯, 風痰內阻, 肝腎陰虛, 氣血虧損, 瘀血疽絡으로 보았다.

본병의 治法에 대하여 劑[16]는 平肝熄風法, 滋陰熄風法, 祛風散寒法, 健脾定風法을, 黃 등[18]은 滋補肝腎 育陰熄風法, 益氣養血 熄風活絡法, 疏肝解鬱 降氣營筋法, 祛痰通絡 養筋緩球法 및 淸熱化痰法을 주창하였고, 許 등[19] 은 補血安神 益氣養血法을 提示하였다[7].

振顫의 발생부위에 따른 병인으로는 肝風盛, 肝風內動, 心絶, 心氣虛, 肝陽上亢, 痰飮, 氣血虛弱, 風寒濕, 血虛, 心脾血虛, 胃經之火, 脾虛血燥 등이었으며, 頭搖는 肝風內動이, 手顫은 心氣虛弱, 足顫은 風寒濕邪가, 身振搖는 氣血虛弱이, 舌顫은 心脾血虛가, 脣顫은 胃經之火와 脾虛血燥가 특징적인 病因으로 나타났으며, 이에따른 治方으로는 豆搖는 羚角鉤藤湯을, 手顫은 補心丸을, 足顫은 五積散을, 身振搖는 人蔘養榮湯을, 舌顫은 歸

脾湯을 脣顫은 雙解通聖散이나 四物疏風飮을 특징적인 병인에 따라 사용하였다[20].

본 증례의 경우 환자는 평소 心弱하며 내성적이고 자신의 감정을 잘 드러내지 않는 성격으로 우울증 치료를 받고 있는 상황에서, 자신의 남편과 며느리의 다툼을 보고 불안해 하고 있던 와중 며느리가 실신을 하자 크게 놀란 이후 不眠 증상과 함께 아래턱이 좌우로 불수의적인 운동양상을 보이기 시작하였다. 이후 신경과에서 sulpiride제재 치료를 받았으나 별다른 호전이 없어 본원 외래로 내원하여 입원치료 실시하게 되었다. 발병당시 타병원에서 Brain-MRI 검사를 하였으나 별다른 이상이 없다는 결과를 받았기 때문에 기질적 원인으로 인한 진전에 대한 가능성을 배제하였으며, 정신과 치료를 받을 당시 증상의 호전이 없자 복용중이던 항우울제 투여를 중단해 보았으나 진전 증상의 호전은 없고 오히려 불면 등 다른 증상들이 좀 더 심해지는 양상을 보였다는 보호자의 진술에 따라 약인성 진전에 대한 가능성도 배제하였다. 입원 당시 하악부의 振顫으로 인하여 말을 하거나 식사시 불편감을 호소하였으며, 횟수는 10초당 13회 정도였으며 좌우로 각 1 cm 정도의 운동 양상을 보였다. 요통과 견비통을 호소하였고 온 몸의 근육이 뻣뻣한 양상이 있었다. 구고, 구갈증상이 있었고 맥은 弦緩하였다. 기본적인 병기를 肝血虛로 보았고, 평소 심약한 성격에 잘 놀라는 편이었고 질환이 크게 놀란 이후 발생하였으며, 불면의 증상을 동반하여서 心膽虛怯으로 변증을 하였다. 침치료에 있어서는 補肝의 의미로 舍岩鍼法의 肝正格을 응용하였고, 악관절 부위 근육에 경결점이 촉지되어 地倉, 頰車 등 악관절 부위 혈에 시침 하였다.

한약치료로는 溫膽湯을 기본으로 하여 利氣解鬱의 의미로 香附子, 橘紅을 추가하고 疏肝解鬱 시킬 수 있는 柴胡, 補氣補陰 하는 목적으로 人蔘, 麥門冬, 桔梗을 가하여 사용하였다. 문헌에서 살펴보면, 王[14]은 "무릇 떨리는 것은 대개 氣血이 모두 虛弱하여 筋骨을 營養할 수 없어서이다. 氣血을 大補함이 마땅하다. 어떤 사람이 몸이 떨리고 잠을 이루지 못하여서 十味溫膽湯에 人蔘을 가하여 주었더니 나았다." 고 했고, 淸代의 醫書인 『醫宗己任編』에서는 "만약 몸을 흔들고 잠을 이루지 못하는 자는 加味溫膽湯을 쓴다[21]" 고 하여, 振顫의 증상에 응용할 수 있는 要藥으로 나타나 있다.

입원 5일째 振顫 횟수는 10회/10초 정도로 약간 호전이 되었고, 불면증상은 수면시간 6시간 정도로 호전이 되었다. 환자의 불편감은 VAS 7정도로 줄어들었고 구갈, 구고증상도 호전되었다. 입원이후 보조적 치료의 의미로 오후 9시경 鎭肝安神하여 불면치료에 사용할 수 있는 柴胡加龍骨牡蠣湯 엑기스제를 함께 처방하였고, 입원 5일째 되는 날 이후부터는 수면에 문제가 없어서 복용하지 않았다.

입원 10일째 되는 날에는 환자의 불편감은 VAS 5로 줄어들었고 횟수 또한 8회/10초 정도로 줄어들었다. 수면에 관한 불편감은 호소하지 않았다. 입원 15일째 되는 날에는 횟수가 4회/10초로 입원당시보다 눈에 띄게 호전이 되었으며, 20일째 되는 날에는 2회/10초로 호전되었다. 이후 입원 25일째 되는 날 횟수는 0회/10초, 불편감은 VAS 3, 불면, 구고, 구갈 등의 부수적인 증상은 호전된 상태로 퇴원하였다.

한방치료를 실시하면서 발병 이후 8개월 이상 복용 중이던 양약도 병행하여 치료를

하였으나 복용량을 줄이거나 늘리지 않았기 때문에 입원기간 동안 양약치료로 인한 영향은 없었을 것으로 사료된다.

이상과 같이 심리적 충격으로 인해 발생하여 오랜 기간 치유되지 않고 만성적인 경과를 보인 振顫환자에게 肝血虛, 心膽虛怯으로 진단하여 加味溫膽湯 투여 및 肝正格을 시술한 결과 호전 양상을 보였기에 보고하는 바이다.

Ⅳ. 결 론

심리적 충격으로 하악부위 振顫이 발생하여 장기간 양방의 약물치료를 하였으나 호전이 보이지 않은 환자에게 한방치료를 실시하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 25일간의 한약치료 및 침치료 2가지의 치료를 통해 하악振顫이 13회/10초에서 0회/10초 로 호전이 되었다. 본인이 느끼는 불편감 또한 VAS 10에서 VAS 0으로 호전이 되었고 AIMS 점수 또한 4점에서 0점으로 호전되었다.

2. 치료 이후 불면, 구고, 구갈 등의 부수적 증상 또한 호전이 되었으며, BDI 점수는 30점에서 14점으로 감소되었다.

3. 정확하게 변증하여 시행하는 한방치료가 振顫에 충분한 치료효과가 있다고 생각되며, 앞으로 여러 가지 양상의 振顫증상에 대한 체계적인 한의학적 연구및 임상경험이 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 李聰甫. 傳統老年醫學. 長沙:湖南科學技術出版社. 1986:517-9.
2. Koller WC. Edentulous orodyskinesia. Ann Neurol. 1983;13:97-9.
3. Kalwans HL, Barr A. Prevalence of lingual-facial-buccal dyskinesias in the elderly. Neurology. 1982;32:558-9.
4. 김두원. 임상신경진찰법. 서울:서광의학서림. 1993:153.
5. 王琦. 黃帝內經素問今釋. 서울:성보사. 1983:439.
6. 張璐. 張氏醫通. 서울:일중사. 1992:295-6, 590.
7. 김인재, 이상룡. 癲證에 대한 文獻的 考察. 大田大學校 韓醫學硏究所論文集. 1988;6(2):705-14.
8. 김재정, 이상룡. 淸心溫膽湯이 白鼠의 抗痙攣, 解熱, 鎭痛, 鎭靜 및 GABAergic system에 미치는 영향. 東醫神經精神科學會誌. 1997;8(1):95-109.
9. 박지운, 이상룡. 振顫을 주증상으로 입원한 환자 30례에 대한 임상적 고찰. 대전대학교한의학연구소. 2001;10(1):437-52.
10. 최병만, 최보윤, 정인철, 이상룡. 振顫을 주소로 내원한 환자 31례에 대한 임상고찰-체질의학적 치료를 중심으로. 동의신경정신과학회지. 2002;13(2):1-17.
11. Munetz MR, Benjamin S. How to examine patients using the abnormal involuntary movement scale. Hospital and community psyciatry. 1988;39(11):1172-7.
12. 배철영, 이영진. 노인의학. 서울:고려의학. 1996:444.

13. Kenneth W.Lindsay,Ian Bone. 임상신경학 4th edition. 서울:E-PUBLIC. 2006:254-6.
14. 王肯堂. 六科准繩. 台北:新文豊出版有限股份公司. 1968:295-6.
15. 최종백. 臟腑內科學. 慶山:慶山大出版部. 1995:625-7.
16. 劑當芳. 中醫臨證手冊. 四川:四川書籍. 1988:197.
17. 劑東亮. 內科難治病的中醫治療. 上海:人民軍醫出版社. 1994:306-9.
18. 黃文東. 實用中醫內科學. 上海:上海科技. 1985:424-5.
19. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:南山堂. 1981:299.
20. 金珍熙, 文炳淳, 成彊慶. 顚振에 대한 文獻的 考察. 韓國傳通醫學志. 1997;7(2):51-9.
21. 高鼓峰. 醫宗己任篇. 實用中醫內科學. 서울:일중사. 1988:424.