정신성 근긴장 이상 환자에 대한 한방 치험 증례보고 1례

박호정¹, 이현규¹, 이성욱¹, 조기호^{1,2}, 문상관^{1,2}, 정우상^{1,2}, 진 철^{1,2}, 권승원^{1,2}
¹경희대학교 대학원 임상한의학과, ²경희대학교 한의과대학 순환신경내과학교실

Case Report of Psychogenic Dystonia Treated with Traditional Korean Medicine

Hojung Park¹, Hyun-ku Lee¹, Seong Wook Lee¹,
Ki-Ho Cho^{1,2}, Sang-Kwan Mun^{1,2}, Woo-Sang Jung^{1,2}, Chul Jin^{1,2}, Seungwon Kwon^{1,2}
¹Dept. of Clinical Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University
²Dept. of Cardiology and Neurology, College of Korean Medicine, Kyung Hee University

ABSTRACT

Objective: This case reports on the effect of traditional Korean medicine (TKM) treatment in a patient with psychogenic dystonia.

Methods: A patient with generalized tremor and gait disturbance diagnosed as psychogenic dystonia was treated with *Yokukan-san-gami*, *Jakyakgamcho-tang*, *Yikgeebohyul-tang*, acupuncture, moxibustion, and cupping for 6 weeks. Symptom improvement was evaluated with the unified dystonia rating scale (UDRS) and the Toronto Western spasmodic torticollis rating scale (TWSTRS).

Results: After 6 weeks of TKM treatment, the UDRS and TWSTRS decreased, and the patient's clinical symptoms, including generalized tremor and gait disturbance, improved.

Conclusions: This case shows that TKM treatment may be effective for improving psychogenic dystonia.

Key words: psychogenic dystonia, gait disturbance, tremor, Korean medicine, case report

1. 서 론

근긴장이상(Dystonia)이란 불수의적인 근육 수축에 의해 지속적, 반복적으로 신체의 일부가 비틀어지는 운동 및 떨림 혹은 비정상적인 자세를 보이는 운동 장애이다. 근긴장이상의 원인은 일반적으로 유전성과 특발성으로 나뉘는 일차성 근긴장이상(primary dystonia)과 신경계의 병리, 유전적 요

인, 후천적 요인을 포함한 다른 신경학적 질환이나 약물에 의하여 발생한 이차성 근긴장이상(secondary dystonia)으로 구분한다¹.

이 중 정신성 근긴장이상(Psychogenic dystonia)은 신체적 증상에 기여하는 심리적인 또는 정신질환적인 요인 때문에 나타나는 근긴장 이상으로² 임상에서 운동장애 환자들 중 25% 이상을 차지할 정도로 흔한 심인성 운동 장애들 중 떨림, 파킨슨증 후군과 함께 가장 흔한 원인 중 하나이다³.

근긴장이상의 서양의학적 치료에는 약물치료, 보툴리눔 독소 주사 치료, 뇌심부자극술 등이 활용되고 있다. 약물 치료로는 항콜린제, 도파민작용제,

· 투고일: 2021.03.25, 심사일: 2021.05.27, 게재확정일: 2021.05.28
· 교신저자: 권승원 서울시 동대문구 경희대로23
경희대학교 한방병원 순환신경내과학교실
TEL: 02-958-9128 FAX: 02-958-9132
E-mail: kkokkottung@hanmail.net

근이완제, 항전간제 등을 사용할 수 있으나 오심, 진정, 근위약 등의 부작용이 나타날 수 있으며 내성 및 의존성의 한계가 있다. 보톡스 주사 치료는 근긴장된 근육의 경축을 줄여주어 국소적 근긴장 이상에 가장 많이 사용하나⁴ 부작용으로 연하곤란이 발생할 수 있으며⁵ 대표적 수술적 치료인 뇌심부자극술(Deep Brain stimulation)은 약물이나 보툴리눔 독소 치료에 효과가 없는 일차성 전신적 근긴장이상 혹은 경부 근긴장이상에 사용하나⁶ 이차성 근긴장이상에는 그 효과가 일정하지 않다는 한계가 있다⁷. 근긴장 이상 중에도 특히 정신성 근긴장이상은 진단을 위한 명확한 기준이 마련되어 있지 않아 예후에 대해서도 알려진 바가 없으며, 치료가이드라인도 제시되고 있는 바가 없는 실정이다².

본 증례는 클로나제팜, 염산트라이헥시페니딜, 아플로쿠알론을 비롯한 약물치료 및 보톡스 주사 치료에도 보행장애 및 전신 떨림이 지속되는 근긴장 이상 환자에서 한방치료를 통해 유의미한 임상적 호전이 관찰된 사례로 이에 보고하는 바이다.

II. 증례

본 증례는 X년 6월 27일부터 X년 8월 8일까지 근긴장 이상으로 경희대학교 한방병원 순환신경내과에 입원한 환자 1명을 대상으로 한 후향적 증례보고로서 경희대학교 한방병원 생명윤리위원회(IRB)의 심의를 거쳤다(IRB No. 2021-03-007).

1. 증례

특이 과거력 없으며 아버지 뇌혈관사고 외에 가족력이 없는 48세 여성으로 전신 떨림, 보행 장애를 호소하는 근긴장 이상을 주소로 본원에 내원하였다.

X-3년 과로 후 경미한 두부 떨림 및 좌측 편두통 발생하여 인천국제성모병원 신경과에서 뇌파검사 상 정상 소견 듣고 귀가 후 증상 소실되었던 적

있으며 9년 동안 육아와 새벽 신문 및 우유 배달 등의 업무 병행하며 하루에 3시간 미만으로 수면 취하는 생활하던 중 X년 5월 9일 20시경 두부 떨림 재발하여 검단 탐병원 응급실 방문하여 상급병원 진료 권유 받은 후 귀가하였으나 경과관찰하던 중 X년 5월 22일 전신 떨림으로 증상 악화 및 보행 장애 발생하여 인천국제성모병원 신경외과 방문하여 특이 진단 듣지 못한 상태로 귀가 후 2-3일 간격으로 발작 2회 발생 및 떨림 증상 지속되어 X년 6월 1일부터 인천국제성모병원 신경외과 입원하여 시행한 뇌혈관 자기 공명 영상, 뇌 양전자 단층촬영 영상, 수면뇌파검사, 근전도 검사 및 신경전도 검사 등의 검사 상 특이 소견 확인되지 않았고 근긴장이상 진단 하 약물 복용 시작하였으나 증상호전 없이 1주일 간격으로 사지 뒤틀리는 발작 3회 발생하였다. 입원 중인 X년 6월 16일 좌측 입 주변, 후두부, 경항부에 보툴리눔 독소(botulinum toxin) 주사치료 후 두부 떨림 약간 호전되었으나 전신 떨림 및 보행 장애 지속된 상태로 수술 권유 받았으나 거부하고 X년 6월 23일 퇴원하였으며 이후 증상 지속되어 이에 대한 한의치료 위하여 X년 6월 27일 경희대학교 한방병원에 입원하였다.

X년 6월 27일 본원 입원 시 실시한 문진 결과 다음과 같은 신체소견을 보였다

- 1) 睡眠 : 양호
- 2) 食慾/消化 : 보통, 3끼 1공기씩 섭취
- 3) 大便 : 1회/일, 보통
- 4) 小便 : 주간 4~5회, 야간 1회.
- 5) 面 : 面色赤黑
- 6) 言語/聲音 : 語澁, 높고 빠듯한 목소리로 변함
- 7) 頭 : 쓰시는 듯 한 두통 및 어지럼증
- 8) 耳 : 간헐적인 삐-소리의 이명
- 9) 四肢 : 우 상하지 振顫, 우 하지 萎弱感
- 10) 月經 : 월경통, 黑色
- 11) 脈 : 脈弱

X년 5월 22일 타병원에서 시행한 자가 면역 혈청검사(Acetylcholin Receptor Ab), X년 6월 27일

본원 입원 시 시행한 생화학 검사, 혈액학적 검사, 혈액응고 검사, 내분비 검사, X년 6월 30일 시행한 Serum Cu, Manganese, Ceruloplasmin을 포함한 혈액 검사, X년 7월 3일 시행한 유전자 검사(TOR1A gene mutation, SGCE gene mutation) 상 특이 소견 없었다.

X년 6월 1일 촬영한 뇌혈관 자기 공명 영상, X년 6월 3일 촬영한 뇌 양전자 단층촬영 영상, X년 6월 19일 촬영한 요추 3D 저선량 단층촬영 영상, X년 6월 5일 시행한 수면뇌파검사와 X년 7월 3일 시행한 뇌파검사, X년 6월 12일 시행한 근전도 검사 및 신경전도 검사 상 특이 소견 확인되지 않았다.

2. 진 단

운동과다성 이상운동질환에는 떨림(tremor), 근간대증(myoclonus), 근긴장이상(dystonia), 틱(tics), 무도병(chorea)이 있다. 본 환자의 경우 반복적으로 신체의 일부가 비틀어지는 운동을 하고 비정상 자세와 떨림이 안정 시와 운동 시 모두에서 관찰되며 이러한 떨림이 특정 방향성을 보이면서 반복적, 지속적으로 불규칙하게 나타나고 신체의 여러 부분에서 관찰되나 다른 부위로 이동하는 양상이 아닌 동시에 발생하며 정형화된 수축을 보인다는 점에서⁸ 근긴장 이상으로 판단하였다.

근긴장이상의 원인적 분류(Appendix 1.)¹에 따라 본 환자의 경우 관련 가족력이 없으며 TOR1A 유전자, SGCE 유전자의 염기서열분석 결과 변이 확인되지 않았으므로 일차성과 이차성의 유전성 근긴장 이상은 배제하였다. 또한 본 환자는 L-Spine CT와 함께 EMG & NCS 검사 상 특이 소견 확인되지 않았으므로 이차성 근긴장이상 중 신경학적 손상과 구조적 병변을 포함한 신경계 병리는 배제하였다. 이차성 근긴장이상을 야기할 수 있는 후천적인 원인들 중, 본 환자는 45세 때 처음 증상이 발생하였고 출산 전후의 뇌손상 과거력 및 영상 소견 확인되지 않아 출산 시 뇌 손상을 배제하였으며, Br-MR 등의 영상 상 뇌경색, 뇌출혈, 동정

맥기형, 뇌동맥류 등의 소견 확인되지 않아 뇌혈관 요인을 배제하였다. 또한 뇌수술, 감염, 두부 외상 등의 과거력이 없으며 이로 인한 뇌 손상의 소견을 영상, 뇌파검사 등에서 확인할 수 없었기 때문에 뇌손상 요인을 배제하였고 증상 발생 전에 복용하던 약물이 없었으므로 약물적인 요인 또한 배제하였다. 그리고 기타 감염의 과거력이 없으며 관련 혈액 검사 상 특이소견 확인되지 않아 감염의 요인을 배제하였고 영상 상 뇌종양 및 뇌염의 소견 확인되지 않아 종양성 및 부종양성 요인 또한 배제하였으며 유독물질의 복용력이 없고 혈액 검사 상 망간, 구리 등의 유독 물질 수치가 정상으로 확인되어 유독물질에 의한 요인도 배제하였다.

이에 따라 일차성 중 특발성 근긴장이상과 이차성 중 정신성 근긴장이상으로 배제진단 하였다. 정신성과 특발성의 감별은 Appendix 2⁹에 따라 본 환자의 경우 통증은 호소하지 않았으나 안정 시에 발생하는 근긴장 이상으로 발병하였으며 하지 증상도 함께 있고 하루 중 근긴장 이상 운동이 일정하지 않았으며 감각 간계(sensory trick)가 없고 수면 후에도 증상이 호전되지 않으며 잠자기 증상이 발병하였고 가족력 및 유전적인 요인이 없다는 점에서 정신성 근긴장이상으로 진단하였다.

3. 치료방법 선정과 치료내용

1) 한약 치료(Fig. 1)

본 환자는 面色赤黑으로 안색이 不化하며 우하지 위약감과 어지럼증을 호소하며 맥이 약하고 과로 후 발병했다는 점에서 勞倦이 과도하여 氣血이 부족해 사지로 운행되지 않아 筋脈騖動하고 振顫하게 되는 氣血不足의 변증에 속하며 또한 어지럼증, 이명, 두통을 호소하며 심리적 불안 시 증상 악화 되고 발작 발생 전 심리적 불안감을 전조 증상으로 느꼈으며 발병 전 과로로 인한 스트레스 심했다는 점에서 肝陰不足이 악화되어 精血이 손상되고 筋脈을 자양하지 못해 肝陽上亢, 肝風內動하여 振顫의 증상을 나타내는 肝陽化風에 해당된다.

이에 따라 본 환자는 本虛로 氣血不足, 表實로 肝陽化風으로 판단하여 表實에 대한 대증적 치료로 肝陽化風에 사용할 수 있는 대표적인 처방 중 礮散가미(백복령 3g, 황기 3g, 산사 3g, 향부자 3g, 반하 3g, 진피 3g, 백복령 3g, 신곡 3g, 맥아 3g, 감초 3g, 후박 3g, 사인 3g, 당귀 3g, 작약 3g, 지황 3g, 생강 3g, 인삼 3g, 복신 3g, 맥문동 3g, 원지 3g, 천궁 3g, 목향 3g)을 1첩을 1일 3회로 나누어 1회 100 CC 씩 매 식후 2시간에 복용하였으며 X년 7월 13일부터 녹용 단미제(녹용 2g)를 1일 3회 매 식후 2시간에 추가하여 복용하였다.

로 기혈부족에 대하여 X년 7월 6일부터 익기보혈탕(황기 6g, 백출 6g, 산사 6g, 향부자 6g, 반하 6g, 진피 6g, 백복령 6g, 신곡 6g, 맥아 6g, 감초 6g, 후박 6g, 사인 6g, 당귀 6g, 작약 6g, 지황 6g, 생강 6g, 인삼 6g, 복신 6g, 맥문동 6g, 원지 6g, 천궁 6g, 목향 6g)을 1첩을 1일 3회로 나누어 1회 100 CC 씩 매 식후 2시간에 복용하였으며 X년 7월 13일부터 녹용 단미제(녹용 2g)를 1일 3회 매 식후 2시간에 추가하여 복용하였다.

Fig. 1. Korean medicine treatment.

2) 기타 한방치료(Fig. 1) : 침, 뜸, 부항, ICT. 환자의 떨림 증상 개선 및 근육 이완을 위해 침, 뜸, 부항의 복합적 한방치료를 적용하였다.

침치료로 0.25×40 mm stainless steel(동방침구제작소, 일회용 호침)을 사용하여 X년 6월 28일부터 X년 8월 8일까지 약 6주간 1일 2회 20분 유침하였으며 선혈 혈위는 두부-백회, 예풍/좌안면-하관, 관료, 지창, 협거, 승장/양상지-곡지, 수삼리, 외관, 함곡/양하지-족삼리, 양릉천, 음릉천, 삼음교, 현중, 태충/좌상지-주요, 척택이다.

X년 6월 29일부터 X년 8월 8일까지 주 5회 1일 1회 중완, 관원에 간접구(햇님, 온구기/동방, 쑥탄) 20분간 시행하였다.

X년 6월 29일부터 X년 7월 2일까지 주 5회 1일 1회 경향부와 방광 1선에 건부항(한술 부항기 19겹 HS-A 고급형)을 5분간 시술하였고 X년 7월 3일부터 X년 8월 8일까지 ICT(스트라텍, 저주파자극기)로 변경하여 동일 부위에 동일 빈도로 15분간 시행하였다.

3) 양약치료

(1) X년 6월 1일부터 X년 6월 30일 아침까지 아래 약물 지속적으로 복용하였다.

① clonazepam 0.5 mg 0.5T 아침, 점심, 저녁 식후 30분(항전간제)

② trihexyphenidyl hydrochloride 2 mg 0.5 T 아침, 저녁 식후 30분(파킨슨병 치료제)

③ afloqualone 20 mg 1T 아침, 점심, 저녁 식후 30분(근이완제)

④ rebamipide 100 mg 1T 아침, 점심, 저녁 식후 30분(제산제, 항역류제, 항궤양제)

⑤ esomeprazole strontium tetrahydrate 24.6 mg 1 C qd 아침 식전 1시간(제산제, 항역류제, 항궤양제)

(2) 각 양약에 대한 효과 및 부작용 확인을 위해 본원 신경과 전문의 소견에 따라 약물 조정 받아 X년 6월 30일 저녁부터 X년 7월 27일 점심까지 아래 약물들을 순차적으로 복용하였다.

① 6월 30일-7월 5일 : clonazepam 0.5 mg 1T 아침, 저녁 식후 30분(항전간제)

② 7월 7일-7월 8일 : trihexyphenidyl hydrochloride 2 mg 1T 아침, 저녁 식후 30분(파킨슨병 치료제)

③ 7월 10일-7월 15일 : nortriptyline 10 mg 1T 아침, 저녁 식후 30분(항우울제)

④ 7월 17일-7월 22일 : baclofen 10 mg 1T 아침, 점심, 저녁 식후 30분(근이완제)

⑤ 7월 24일-7월 27일 : levodopa 100 mg, Benserazide 25 mg 1T 아침, 점심, 저녁 식후 30분(파킨슨병 치료제)

(3) X년 7월 27일 점심 이후에는 양약 복용 중단하였다.

4. 평가방법 및 치료경과

증상에 대한 평가는 이하의 평가 척도를 활용하여 입원 첫 날인 X년 6월 27일과 이후 X년 7월 1일부터 약 7일 간격으로 퇴원 일인 X년 8월 8일까지 시행하였다.

1) Unified dystonia rating scale(UDRS)

UDRS는 신체를 14부분(eyes and upper face, lower face, jaw and tongue, larynx, neck, trunk, shoulder/proximal arm(right and left), distal arm/hand (right and left), proximal leg(right and left), and

distal leg/foot(right and left)으로 나누어 근긴장 이상의 정도를 평가하는 척도이다¹⁰. 각 부위에 대한 평가는 심각도(severity)와 기간(duration) 항목으로 나누어져 있으며 심각도 척도는 각 부위의 근긴장이상 정도를 0점(no dystonia)에서부터 4점(extreme dystonia)로 세분화하였고 기간 척도는 0점(none)에서 4점(constant, >75% of the time)으로 나누어 평가하였다. UDRS의 총점은 112점이며 각각의 신체 영역에 대한 세부적인 평가가 가능하다는 장점이 있다.

본 환자의 경우 UDRS 총점은 입원 시 39.5점에서 퇴원 시 1점으로 감소하였으며 7월 1일까지 전체적인 증상 소폭씩 호전되었고 이후 급격하게 호전되어 7월 15일에는 두부 및 손 떨림 소실되었고 7월 22일 이후에는 후두 및 턱 증상만 지속되었으며 8월 8일에는 떨림 모두 소실되고 어삼 및 목소리 변화만 남은 상태로 퇴원하였다(Fig. 2).

UDRS 중 각 부위에 따른 증상의 심각도 변화 및 지속 기간의 변화를 파악하기 위해 부위별 심각도와 지속 기간을 분리하여 확인해본 결과(Fig. 3), 두부 및 체간 떨림은 치료 시작 후 지속적으로 호전되어 두부 떨림은 7월 15일, 보행 시 체간 떨림은 7월 22일 이후 소실되었으며 턱 증상은 이 악무는 증상이 7월 8일까지 지속되었다가 이후로는 호전되어 턱 당기는 증상과 둔한 느낌만 남았다. 그리고 상하지 떨림 증상은 7월 1일까지 지속되다가 7월 8일 50% 정도로 호전되었고 7월 15일 증상 소실된 것 확인되었다.

또한 각 증상의 심각도와 함께 증상의 지속기간 또한 입원 시에는 수면 시간 외에 항상 지속되어 하루 중 75%이상의 지속시간에서 7월 22일 이후 턱 당기는 증상만 하루 1-2회 정도로 지속시간 하루 중 25% 미만으로 호전을 보였다.

Fig. 2. Change of UDRS.

Fig. 3. Change of UDRS.

2) Toronto Western spasmodic torticollis rating scale(TWSTRS)

TWSTRS는 경부 근긴장이상의 평가에 쓰이는 대표적인 지표로 머리, 목, 어깨의 자세, 감각 간제(Sensory trick)의 효과, 바른 자세를 유지할 수 있는 시간, ROM 등 경부의 비틀림 정도에 대한 평가와 함께 일상생활의 기능 상태와 통증에 대한 종합적인 평가를 포함하고 있으며 모든 하위 항목에 대하여 높은 평가자간 신뢰도(inter-rater reliability)를 나타낸다¹¹.

본 환자의 경우 입원 치료 후 사경 심각도 척도(Torticollis severity scale)가 지속적으로 감소하여 7월 22일 이후 소실되었으며 이에 따라 장애 척도(disability scale) 또한 함께 감소하는 경향이 관찰되었다. 두부 떨림 소실 후에도 일상생활에서의 불편감은 남아있었으나 치료에 따라 불편감 또한 지

속 호전되어 퇴원 시 환자의 불편감이 입원 시에 비해 50%이상 호전됨을 확인하였다(Fig. 4).

입원 시에는 앉아서 책 혹은 TV 보는 것을 힘들어하였으며 차량을 앉아서 타지 못하여 누워서 이동하였고 집안일을 전혀 하지 못하는 상태로 도움 없이는 옷 갈아입기, 식사, 샤워 등의 일상생활이 불가능하였으나 퇴원 시에는 앉아서 책을 읽거나 TV 보는 것 및 차량을 타는 것이 가능해졌으며 설거지 정도의 집안일과 젖가락질 및 옷 갈아입는 등의 일상생활이 스스로 가능해졌다.

3) 임상 경과(Table 1)

본 환자의 증상들의 변화에 대한 주관적인 호전도를 %로 표현하였으며 상기의 평가척도로 파악할 수 없는 입원 기간 동안 환자의 증상 변화를 기술하였다.

Fig. 4. Change of TWSTRS.

Table 1. Clinical Progress

Date	Gait disturbance	Tremor	Dysarthria
6/27	Independent ambulation 10 steps W/C ambulation	-	-
6/29	Independent ambulation 20 steps	-	Pronunciation improvement rate 30%
6/30	-	Tremor improvement rate 20%	Pronunciation improvement rate 40%
7/1	improvement rate 50%	Tremor improvement rate 50%	Pronunciation improvement rate 50%
7/3	7:30 generalized seizure accompanying mental loss, eyeball deviation, SpO2 degradation occurs. Lasts 30 minutes. After Ativan (Lorazepam 4 mg) 0.5 amp IVS injection 2times, seizure ends, mental recovers, only original symptoms remain. → During clinical events, no EEG changes were observed. No epileptiform discharges were seen on the EEG. Trough consultation with a neurologist, It is recommended to consult with a psychiatrist as a patient who is more likely to have psychogenic nonepileptic seizure than epileptic seizure.		
7/6	-	-	After the seizure, the pronunciation worsens the same as when hospitalized. It is observed that it is difficult to utter because the mouth is difficult to open.
7/7	improvement rate 50%	-	Rapid improvement in pronunciation, dysarthria loss.
7/13	improvement rate 70%	Tremor improvement rate 80-90%	Pronunciation&hoarseness improvement rate 50%
7/14	improvement rate 80%		
7/14	After taking 'antler', the body warms up and feels better.	Head, hand tremor loss	-
7/15	improvement rate 90%	Shortened Foot tremor duration.	-
7/16	-	Foot tremor loss	-
7/22	improvement rate 95%	-	Pronunciation improvement rate 70%
	Patient's subjective improvement rate 100%		
8/8	In the view of the guardian, Ambulation is improved 80-90% before the onset.	Keep the tremor loss state	Pronunciation&hoarseness improvement rate 90%

III. 고 찰

근긴장이상(Dystonia)이란 불수의적인 지속적 근육 수축에 의해 반복적으로 신체의 일부가 비틀어지는 운동 및 떨림 혹은 비정상적인 자세를 보이는 운동 장애로 속도, 진폭, 율동성, 비틀림 정도 및 발생부위가 다양하고 안정 시와 운동 시 모두에서 나타날 수 있으며 유병 기간에 따라 증상이 변화하거나 침범 부위가 파급되기도 한다³.

근긴장이상의 원인은 일반적으로 일차성과 이차성으로 구분한다. 일차성 근긴장이상은 다른 원인 없이 오직 근긴장 운동 및 자세만 있는 경우로 유전성과 특발성으로 나눌 수 있다. 이차성 근긴장이상은 다른 신경학적 질환이나 약물에 의하여 근긴장이상이 생긴 경우로 신경계 병리, 유전적 요인, 후천적 요인을 포함한다¹.

본 환자의 경우 검사결과 상 특이소견이 확인되지 않아 특발성과 정신성 근긴장이상 외 다른 원인들은 배제하였으며 환자의 증상 발생 상황 및 증상의 특성에 따라 정신성 근긴장 이상으로 진단하였다.

정신성 근긴장이상은 신체적 증상에 기여하는 심리적인 또는 정신질환적인 요인 때문에 나타나는 근긴장이상으로 신경계의 구조적 손상이 아니라 뇌의 기능 이상에 의해 발생하며 기능성 근긴장이상으로 불리기도 한다². 운동장애 환자들 중 25% 이상을 차지할 정도로 임상에서 흔한 많은 심인성 운동 장애들 중에 근긴장이상은 떨림, 파킨슨 증후군과 함께 가장 흔한 원인 중 하나이다³.

정신성 근긴장이상의 진단은 명확히 규정되어 있는 바가 없어 정확한 진단에 한계가 있으며 이에 fahn과 williams는 기능적 근긴장 이상증 진단의 정확성을 판단하기 위한 4단계의 진단기준을 제안하였다¹²(Appendix 3).

본 환자의 경우 전형적인 근긴장이상과 다른 증상들이 일정하지 않게 나타나며 심리적인 요인이 증상에 영향을 끼친다는 점에서 probable 단계의

정신성 근긴장이상으로 진단하였다.

근긴장 이상의 서양의학적 치료에는 Trihexyphenidyl, Carbidopa, levodopa, Baclofen, Clonazepam 등의 약물 치료, 보툴리눔 독소 주사 치료, 뇌심부자극술 등의 수술적 치료가 활용되고 있으나 각 치료에 따른 부작용 및 한계점이 보고되어 있으며 특히 정신성 근긴장이상은 진단을 위한 명확한 기준이 마련되어 있지 않아, 치료 가이드라인도 제시되고 있는 바가 없는 실정이다².

본 환자는 本虛 氣血不足, 表實 肝陽化風으로 판단하여 억간산가미, 작약감초탕, 익기보혈탕을 포함한 한방적 치료를 진행하였다.

억간산은 薛己의 《保嬰撮要》에서 출전한 처방으로 조구등, 창출, 백복령, 당귀, 천궁, 시호, 감초 7가지 한약재로 구성되어 평간식풍의 효능이 있어 신경증, 불면증, 불안 등의 치료에 이용되어 왔다. 억간산의 구성약물에 대한 효능과 약리작용을 살펴보면 조구등은 淸熱平肝, 熄風鎮瘳의 효능과 진정, 진통 및 경련의 역치를 높이는 항경련의 약리작용을 가지고 시호는 解熱鎮靜, 疎肝解鬱시키며, 당귀, 천궁은 肝經으로 귀경하며 補血, 活血祛瘀시키는 효능이 있고 창출, 백복령, 감초는 健脾補中, 燥濕의 효능과 인체 내분비 억제의 약리작용을 가진다¹³. 이러한 억간산에 消痰, 建脾의 효능이 있는 후박, 지실을 가한 억간산 가미를 처방함으로써 과로 및 스트레스로 인한 간의 疏泄기능과 藏血 기능의 실조, 氣血不足과 함께 肝陰不足, 肝氣鬱結이 악화되어 肝陽上亢, 肝風內動하여 발생한 振顫의 증상을 완화시키고자 하였다. 뇌성마비로 인한 근육긴장이상에 억간산을 적용하여 10일 만에 UDRS, TWSTRS 점수에서 호전을 보인 증례¹⁴가 있으며 하지 진전에 대해 억간산 가미를 사용하여 진동수가 감소한 증례¹⁵ 또한 확인되며 Planaria 모델에게 억간산 투여 시 약 30~90% 정도의 억제 효과를 보였고 이는 topiramate와 같은 정도로 glutamate-유도 발작을 억제한 것으로 확인되었다¹⁶.

환자의 근 강직 및 긴장에 대한 대증치료로 작

약감초탕을 함께 활용하였다. 작약감초탕은 상한론에 수록되어 있는 처방으로 柔肝止痛, 涼血斂陰, 平肝 등의 효능을 가지고 있어 갑작스러운 복통이나 사지 근육의 경련에 대한 진통, 진경제로 사용해 왔다.¹⁷ 작약감초탕은 작약과 감초 1:1의 비율로 구성되어있는 처방으로 작약은 肝, 脾經에 들어가 柔肝止痛, 涼血斂陰, 平肝하며 중추신경에는 진정 작용이 있어 진경, 진통의 효과를 가지고 근육 수축에 관여하여 이완된 근육은 수축을 증가시키고, 긴장된 기육은 풀어주는 효과를 보인다. 감초는 心, 脾, 胃, 肺經에 들어가 補裨益氣, 和中緩急, 運肺止咳, 清熱解毒, 調和諸藥의 효능을 가지며 근육의 긴장과 급격한 수축을 억제하여 진통에 도움이 된다.¹⁸ 이에 작약감초탕 적용을 통해 근 경련 및 근 긴장의 완화를 기대할 수 있으며 피로동물모델에게 작약감초탕을 투여하였을 때 대조군보다 50~131% 유영시간 증가율을 보였고 피로 누적 시 증가하는 LDH, Lactate 농도의 유의한 감소 및 피로 개선관련 지표인 glucose 농도의 유의한 증가를 통해 근 피로 개선 효과가 있었음을 확인한 연구 결과도 확인되었다.¹⁹

익기보혈탕은 《東洋醫學診療要鑑》에 수록되어 있는 처방으로 氣血不足으로 인한 困倦, 無力, 頭重, 眩暈, 精神不清 등에 다용 되어왔다.²⁰ 그 구성은 황기, 백출, 산사, 향부자, 반하, 진피, 백복령, 신곡, 맥아, 감초, 후박, 사인, 당귀, 백작약, 지황, 인삼, 복신, 맥문동, 원지, 천궁, 목향, 생강, 대조로 보중익기탕, 자음건비탕, 사물탕의 의미를 가진다.

보중익기탕은 飲食失節이나 寒溫不適으로脾胃가 상한 경우나 勞役過度로 耗損元氣한 증에 사용되었고 氣虛로 인한 모든 질환에 통용되는 대표적인 처방으로 보중익기탕에 관한 실험적 연구로는 항스트레스, 근육의 피로회복에 대한 영향 및 항산화 효과 등이 보고되어 있다.²¹ 자음건비탕은 心脾虛怯, 氣血不足 및 痰飲으로 인한 眩暈을 치료하며 실험적 연구로는 뇌혈류 및 뇌세포에 관한 영향, 항스트레스, 진정, 보혈 효과 등이 보고되어 있다.²²

사물탕은 血病의 대표적 治方으로 血과 관련된 일체의 질병을 치료하여 특히 血虛, 血熱, 血燥 등의 血病證의 기본방으로 광범위하게 응용되고 있다.

이에 본 환자는 勞倦 과도로 氣血不足하여 사지로 운행되지 않아 振顫이 발생한 것으로 보아 보중익기탕, 자음건비탕, 사물탕의 합방인 익기보혈탕을 적용하였으며 益氣, 養血 生精, 壯元陽, 強筋骨 등의 효능이 있는 녹용 단미제를 함께 복용하도록 하여 증상 완화 뿐만 아니라 환자의 전반적인 컨디션 및 기력 회복을 도모하였다. 다발신경병증 환자에 익기보혈탕 투여 후 호전을 보인 증례보고에서 익기보혈탕을 통하여 補氣血 및 근육의 피로회복을 통하여 기력저하 및 근력저하가 호전된 것으로 사료된 연구 결과가 있다.²⁰

따라서 본 환자는 本虛表實로 보아 肝陽化風에 대한 대증 치료로 억간산가미, 근육 이완의 효과가 있는 작약감초탕을 사용했으며 氣血不足에 대한 치료로 익기보혈탕을 사용하였으며 이와 함께 환자의 근육 이완 및 떨림 증상 개선을 위해 침, 뜸, 부항의 복합적인 한방치료 적용하였다.

그 결과 기존에 근 이완제를 포함한 양약을 한 달간(6월 1일-6월 30일) 복용한 후에도 큰 호전이 없었으나 한방 치료 적용 후 일주일 내에 증상의 정도는 50% 호전을 보였고 3주 후에 두부 및 손 떨림 소실되었으며 한 달 내에 떨림 모두 소실되었다.

본 환자는 Baclofen 복용 기간(7월 17일-7월 22일) 중인 증상 호전이 있어 양약의 효과를 완전히 배제하기는 힘들으나 기존에 afloqualone을 복용 중이었으나 증상 지속되었으며 후에 한약과 Baclofen 병행 시 더 큰 호전을 보인 것으로 보아 근긴장 이상 치료에 양방치료와 함께 한방치료 병행 시 더 큰 효과를 기대할 수 있을 것으로 사료된다.

또한 Baclofen 복용이 종료된 7월 22일 이후에도 떨림 증상 소실 유지되었으며 이후에도 TWSTRS의 장애 척도가 지속적으로 감소한 것으로 보아 한방치료가 환자의 증상 뿐 아니라 전반적인 컨디

선 호전을 통해 생활에서의 불편감을 호전시켜 주었고 환자의 빠른 일상생활에 기여하였을 것으로 사료된다.

이에 본 증례 보고는 약물, 보톡스 주사 등 기존 양방치료에서 호전이 미미했던 환자에게서 한방 치료 적용 후 큰 호전을 확인하였으며 수술을 권유 받은 환자에게 비교적 비침습적인 치료로 유의미한 호전을 보였고 양약 치료 종료 후에도 호전된 상태가 유지되어 불필요한 양약을 중단하여 이에 따라 환자의 주관적 호소의 호전 및 만족도가 매우 높았다는 점에서 의의가 있다. 그러나 다양한 한약, 침, 부항, 뜸 등의 복합적 치료가 적용되어 특정 치료의 효과를 판단하기 힘들고 한방 치료와 함께 바클로펜 병행 시 더 큰 효과를 보여 양약의 효과를 완전히 배제할 수 없다는 한계점을 가져 추가적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결 론

보행장애 및 전신 떨림을 호소하는 근긴장이상 환자에게 X년 6월 27일-X년 8월 8일 약 6주간 복합한방치료를 시행한 결과 UDRS와 TWSTRS의 평가척도와 환자가 호소하는 증상 상 유의미한 호전이 있었다.

참고문헌

1. Albanese A, Bhatia K, Bressman SB, DeLong MR, Fahn S, Fung VS. et al. Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update. *Mov Disord* 2013;28(7):863-73.
2. Peckham EL, Hallett M. Psychogenic movement disorders. *Neurol Clin* 2009;27(3):801-vii.
3. Kim HT. Clinical view points on primary dystonia and dystonia-plus syndrome. *J Korean Neurol Assoc* 2004;22(6):569-76.
4. Comella CL, Pullman SL. Botulinum toxins in neurological disease. *Muscle Nerve* 2004;29(5):628-44.
5. Yim SY, Lee IY, Park MC, Kim JH. Differential Diagnosis and Management of Abnormal Posture of the Head and Neck. *J Korean Med Assoc* 2009;52(7):705-18.
6. Rodrigues FB, Duarte GS, Prescott D, Ferreira J, Costa J. Deep brain stimulation for dystonia. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;1:CD012405.
7. Jung HH, Kang JH, Kang DW, Chang JW. Deep Brain Stimulation for Dystonia. 2007. *KSSFN Journal* 2007;3(1):23-8.
8. Elia AE, Lalli S, Albanese A. Differential diagnosis of dystonia. *Eur J Neurol* 2010;17(S1):1-8.
9. Lang AE. Psychogenic dystonia: a review of 18 cases. *Can J Neurol Sci* 1995;22(2):136-43.
10. Comella CL, Leurgans S, Wu J, Stebbins GT, Chmura T. Rating Scales for Dystonia: A Multicenter Assessment. *Mov Disord* 2003;18(3):303-12.
11. Kaji R, Osawa M, Yanagisawa N. Inter-rater reliability while using the Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale(TWSTRS) in patients with cervical dystonia. *Brain and nerve* 2009;61(1):65-71.
12. Fahn S, Williams DT. Psychogenic dystonia. *Adv Neurol* 1988;50:431-55.
13. Lee JA, Bae KH, Kong KH, Go HY. A Case Report of Effect of Ukgansan on Hemiballism Dyskinesia with Cerebral infarction. *J Int Korean Med* 2008;spr:147-53.
14. Lee MR, Kim SB, Woo JM, Kang AR, Cho KH, Moon SK, et al. Case study of a patient with dystonia due to dystonic cerebral palsy treated with traditional Korean medicine. *J Int Korean Med* 2016;37(2):257-64.

15. Lim SM, An JJ, Choi BR, Song GC, Kim MH, Kim YS, et al. A case study of tremor patient with Yeokgansan-gamibang. *J Int Korean Med* 2003;24(4):1062-6.
16. Park W, Yoo DM, So JN. Effects of Ukgansan (Yokukansan in Japanese, Yigansan in Chinese) on the locomotor velocity and glutamate-induce paroxysm in planarian. *KSBB Journal* 2014; 29(1):67-71.
17. Son SK, Im CK, Kim KJ. Anxiolytic-like effects of Jackyagkamcho-tang using the elevated plus-maze in mice. *J East-West Med* 2010;35(3):107-23.
18. Yang SH, Eom KJ, Baek SH, Kang KR, Lee MS. The Effects of Jakyakgamcho Pharmacopuncture on Acute Cervical Pain after Whiplash Injury, 5 Cases. *J Int Korean Med* 2014;fal:195-203.
19. Sung YY, Yuk HJ, Kim DS. Comparison of Ingredient Quantities and Anti-Fatigue Effects of Jakyakgamcho-Tang according to Extraction Solvent. *Kor J Herbology* 2020;35(2):31-8.
20. Lee HK, Kim SW, Seo YN, Bae IH, Park HJ, Cho KH, et al. A Case Report of Lower Extremity Paresthesia with Polyneuropathy Treated with Traditional Korean Complex Treatment. *J Int Korean Med* 2020;41(2):256-66.
21. Baek TH, Jee HC. Study on effect of Bojungikgitang affecting lactate tolerance and recovery rate. *J Korean Med Rehabi* 1998;8(1):171-86.
22. Kim JH, Lee KS. Experimental Study on the Effects of Jaeumgeonbi-tang on Sedative Action and Hematosis. *J Korean Oriental Med* 1988; 9(1):35-41.

【Appendix】

Appendix 1. Etiologic Classification of Dystonia

Primary	Idiopathic	
	Familial	
Nervous system pathology	Evidence of degeneration (progressive structural abnormality, such as neuronal loss)	Evidence of structural lesions
	Inherited (dystonia forms of proven genetic origin)	Autosomal dominant
		Autosomal recessive
		X-linked recessive
		Mitochondrial
	Perinatal brain injury	Delayed-onset dystonia
		Dystonic cerebral palsy
	Cerebrovascular	Ateriovenous malformation and aneurysm
		Hemorrhage
		Ischemia
Secondary	Brain injury	Brain surgery (including stereotactic ablations)
		Electrical injury
	Medication	Head trauma
		Antiepileptic drugs
		Calcium channel blockers
		Dopamine agonists
		Dopamine receptor blocking agents, including antipsychotic drugs and metoclopramide
	Infection	Levodopa
		Encephalitis lethargica
		HIV infection
		Subacute sclerosing panencephalitis
		Syphilis
		Tuberculosis
	Neoplastic and paraneoplastic	Viral encephalitis
		Brain tumor
		Paraneoplastic or autoimmune encephalitis
	Toxic	3-nitropropionic acid
		Carbon disulfide
		Cobalt
		Cyanide
		Disulfiram
		Manganese
		Methanol
	Psychogenic (functional)	

Appendix 2. Differential Diagnostic Criteria for Psychogenic and Idiopathic Dystonia

Psychogenic dystonia	Idiopathic dystonia
Onset with rest dystonia	Onset with action dystonia
Adult onset with leg dystonia	Rare involvement of the leg in adult onset dystonia
Often fixed spasm	Mobile spasm
Inconsistent dystonic movements over time	Stable over time
No corrective gestures	Corrective gestures
Frequent pains intensified by touching and passive motion	Usually occur without pain (exception-cervical dystonia)
No improvement after sleep	Often, improvement after sleep
Other psychogenic movement disorders may be present	Other movement disorders may be present
Other psychogenic neurological symptoms may be present	Dystonia may overlap with other organic movement disorders
Usually sudden onset	Sudden onset is atypical
Spontaneous or placebo-induced remissions	Spontaneous remissions in cervical dystonia
No family history	Often, family history

Appendix 3. Proposed Diagnostic Criteria by Fahn and Williams for the Diagnosis of Functional Dystonia

Documented
Persistent relief by psychotherapy, psychological suggestion, including physiotherapy, or by administration of placebos or the patient was witnessed free of symptoms when believing being unobserved
Clinically established
Dystonia is inconsistent over time or is incongruent with classical dystonia and at least one of the following :
1. Presence of other psychogenic signs
2. Multiple somatizations
3. Obvious psychiatric disturbance is present
Probable
Symptoms are inconsistent or incongruent with classical dystonia or psychogenic signs or somatizations are present
Possible
Dystonic movements are consistent and congruent for organic dystonia, but there is and obvious emotional disturbance.