

癡狂症 罹患中 無動性 呑口症이 발작된 患者 1例

김은정·이동원
동신대학교 한의과대학 신경정신과교실

A case of akinetic mutism is revealed during contraction of catatonic schizophrenia

Eun-Jung Kim · Dong-won Lee

Department of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dongshin University

This is a case report that dysautonomia and catatonia are accompanied by Akinetic Mutism in a 28 year old patient whose symptoms, seemed to catatonic schizophrenia. This study is aimed to assist about comprehension, diagnosis and treatment of dysautonomia and catatonia are accompanied by Akinetic Mutism, because this case is not common. This patient's chief complains that hyperhidrosis, muscular rigidity, akinesia etc are seemed to Neuroleptic Malignant Syndrome. Neuroleptic Malignant Syndrome is a side effect during taking antipsychotic that unknowned high fever, stupor, muscular rigidity, akinesia, tachycardia, hyperhidrosis, salivation. We cannot rule out Neuroleptic Malignant Syndrome, but this case is seemed to catatonic schizophrenia. The symptoms of catatonic schizophrenia is that prodrome(relaxed concern, ataraxy, lacked concentration) is progressed and akinesia, mutism, ankylosis, stupor etc, are appeared. Oriental medicine, environment with more objective study and treatment are needed.

Key word : Akinetic Mutism, Neuroleptic Malignant Syndrome, dysautonomia, catatonic schizophrenia

I. 緒論

無動性 呑口症이란 수의적 운동의 장애와 정서 반응의 감퇴를 주증으로 하는 하나의 임상적 증후군으로, 기질적 이상이 있는 경우는 중뇌, 특히 시상하부의 미부에 기질적 병변이 있을 때 나타

난다고 하며 그 기전에 있어서 망상활성화 조직의 불완전한 차단에 의해서 나타난다고 추측되고 있다. 無動性 呑口症의 첫 기술은 1941년 Cairns²⁾에 의해서였다.

정신과적으로는, 뇌의 기질적 이상이 없는 경우는 되풀이 되는 물음에도 아무런 말대꾸가 없을 때를 呑口症이라 하는 데, 無動性을 동반한 呑口症은 정신분열증일 때에 나타나는 경우가 있다.³⁾

韓醫學에서 정신증상이 陽動的이어서 狂亂, 凶暴한 것을 狂證이라 하고, 陰的이며 沈靜인 것

· 교신저자 : 김은정, 전남 순천시 조례동 1722-9 동신대학교 한방병원 신경정신과학교실 (Tel. 061-729-7280, Fax: 061-725-1717, e-mail: dreaming-ej@hanmail.net)

을 癲症이라 하는 데 오늘날의 精神分裂症에 해당되며⁴⁻⁵⁾, 『醫學入門』의 癲者異常也 平日能言 癲則沈默 平日不言 癲則呻吟 甚則僵仆直視⁶⁾라든가 『石室秘錄』의 呆病如癡而默默不言 如饑而悠悠如失也⁷⁾에서 無動性 呑口症과 유사한 증상을 볼 수가 있다.

本例의 患者는 癲狂症 환자로 無動性 呑口症을 동반한 경우로 임상 상 보기 드문 예이다.

이에 著者은 癲狂症 罹患중 긴장증과 자율신경항진을 동반한 無動性 呑口症이 나타나 東新大學 校 附屬順天韓方病院에 2000년 10월 9일부터 2000년 11월 25일까지 入院治療한 患者 1例를 통하여 無動性 呑口症의 이해와 診斷, 治療에 도움이 되고자 보고하는 바이다.

II. 證 例

1. 姓名: 최 O O (F / 28)
2. 主訴症: 주관적 증상- 無言, 無動, 右半身痛
객관적 증상- 呑口, 多汗
3. 發病日: 2000년 10월 5일 무면허업자에게
침 治療 받은후
4. 家族歷: 別無
5. 現病歷: 현 28세의 키 160cm, 83kg의 조울성 경향을 지닌 太陰人型 女患으로 평소 飲 酒(소주1병/1회, 2-3회/1주) 別無吸煙(97년10월 정신병원 입원 당시부터1갑/일) 別無嗜好食 해 음. 96년 말 부모 이혼후 부모양방에 대한 불만 등으로 잦은 음주, 폭력행사로 97년 10월 정신병원에 入院 治療 2달을 시작으로 98년말 부모의 재결합시까지 3차례의 入院, 재결합 후부터 2000년 9월 중순까지 4차례의 입원 治療 후 집에서 지내시다가

2000년 10월 5일 주변사람의 권유로 무면허업자에게서 鍼術治療 받으신 후 상기 C/C 발하여 집에서 BR 하시다가 2000년 10월 9일 아침, 구토 2차례 하고 중풍증상으로 의심하여 10월 9일 아침 11시경 본원 심계내과에 Admission 하였다가 정신적 문제로 추정되어 신경정신과로 전과함.

6. 檢査所見

- 1) 입원당시 vital sign: 정상범위
- 2) 신경학적 검사 M/S dull
P/R◎/◎(W.N.L)
N/S (-)
DTR (++)
B/S (-/-)
- 3) EKG: 10월 9일 정상소견
- 4) X-Ray소견: Nonspecific finding
BrainCT소견:Nonspecific finding
- 5) 韓方檢診: 不眠(10월 5일 ATx 받으신 후로 거의 잠자지 않은 상태로 지내심)
食慾不振(SD 1/3bowl, 3회/일 정도로 보호자가 떠먹이는 상태)
言語, 聲音(10월 5일 이후로 呑口 상태로 지내오심)
眼:◎/◎(W.N.L)동공반응은 정상이나, 허공일점을 응시하고 있음
四肢:10월 5일 이후로 無動性 상태로 사지를 꼼짝 못하고 BR 상태이심.
脈滑, 舌赤苔黃
大便: 1회/일(2000년 10월 9일 설사 2차례)
小便: 2-3회/일

7. 臨床病理檢査

Blood chemistry에서 CBC, GOT, GPT, ALP, GGT, T-protein, Albumine, Glucose, BUN, Creatinine, T-cholesterol과 Na, K, Cl은 정상소견을 보였다.

1) Urine analysis: 표1 참조

8. 治療方法

1) 鍼灸治療

鍼灸治療에 사용된 침은 0.20×30mm 1회용 毫鍼을 사용하였으며 癲狂症에 사용하는 心俞, 神門, 水溝, 豐隆, 建里, 大鍾⁸⁾ 등을 자침하였으며, 顛中에 습부항을 시행하였다.

2) 藥物治療

입원1일-입원2일: 柴胡疏肝湯(柴胡, 陳皮8g, 川芎, 白芍藥, 枳殼, 香附子6g, 甘草 2g).

입원3일-입원9일: 柴胡抑肝湯(青皮, 柴胡 4g, 赤芍藥, 牡丹皮, 地骨皮, 香附子, 山梔子, 蒼朮 3g, 川芎, 神麩, 生地黃, 連翹, 甘草 2g)

입원10일-입원20일: 瀉肝八正散 (瞿麥, 大黃, 木通, 篇蓄, 滑石, 梔子, 車前子, 燈心, 金銀花, 敗醬, 虎杖根, 草龍膽, 柴胡, 生地黃, 黃芩, 黃栢, 甘草, 각 4g)

입원21일-입원23일: 順氣活血湯(香附子 8g, 烏藥 橘皮 6g, 半夏劑, 赤茯苓, 蒼朮, 當歸, 川芎, 赤芍藥, 桔梗, 枳殼 各 4g, 白芷, 木香 3g, 甘草 2g, 生薑 3片) 加 羌活, 獨活, 木瓜 4g, 石菖蒲 4g, 遠志 2g

입원24일-입원30일: 祛濕清心湯(薏苡仁, 金銀花 12g, 蒼朮, 地膚子, 元肉, 牛膝, 澤蘭 8g, 蘿蔔子 6g, 麥門冬, 桔梗, 酸棗仁炒, 元杜沖, 石菖蒲, 威靈仙, 木果, 防己, 貝母, 黃芩, 竹茹 4g, 遠志, 豬苓, 澤瀉 3g, 五味子 2g)

입원31일-입원32일: 祛濕清心湯 加大黃⁹⁾ 檳榔⁹⁾

郁李仁⁹⁾ 桃仁⁹⁾ 4g

입원33일-입원34일: 祛濕清心湯 加檳榔⁹⁾ 大黃⁹⁾ 枳殼⁹⁾ 4g, 桃仁⁹⁾ 2g

입원35일-입원48일: 祛濕清心湯 加檳榔⁹⁾ 大黃⁹⁾ 枳實⁹⁾ 桃仁⁹⁾ 4g

입원12일-입원48일: 양방신경정신과 Medication 동시 시행함

9. 治療 經過

입원1-2일: 입원당시 無動性 呑口 狀態로 침대에서 꼼짝하지 않은 상태로 동공반응은 대광반사만 보였으며 自汗, 脈滑 舌淡苔白하였으며 過去歷을 참고로 하여 肝氣鬱結로 인한 氣鬱로 변증하여 柴胡抑肝湯을 사용하였다. 입원 1일과 2일제는 N/S 1L에 B1 1amp를 정맥주사하였다. 병리검사 소견상LEU 25/ul, UBG 8mg/dl로 정상범위보다 높았으며 이는 오랜 정신과 약의 복용으로 인한 약간의 간기능 손상으로 보여진다. 입원 2일제인 10월10일은 의식은 명료해져서 약간의 통증호소(왼쪽이 다 아파요)로 상태의 호전을 보이나 自汗 증상은 옷이 다 젖을 정도로 여전하였다. 10월 9일 입원 당시부터 2일제인 10일 아침 6시까지의 배뇨량이 전무하여 foley catheter를 insert시켰다.(표2) 식이는 SD를 시행하였다.

입원3-9일: 과거력과 胸悶, 自汗 등의 증상을 참조하여 심한 鬱症상태로 보고 柴胡抑肝湯을 계속해서 사용하였는데, 정신상태는 청명해져서 한 두마디씩 묻는 말에 대답하고 미소짓기도 하는 등 점점 호전되어 갔으며, 自汗 증상도 점차 줄어들었고 하지무력증도 호전을 보여 8일제는 휠체어에 부축해서 앉을 정도로 호전하였다.(Grade III/IV). 입원 8일제까지도 식이는 SD로 양에 있어서도 별 변화는 없었다. 7일제부터 소변상 적갈색을 보였으나 달리 자각증상은 없었다.

입원10일-20일: 10일제는 보호자의 다른 병원

으로 患者를 옮기려고 하여 기분상태가 많이 가라앉아 묻는 말에 거의 속口상태를 보였으며 소변은 별변화가 보이지 않았는데 陰部搔痒症을 호소하여 입원 10일째에 U/A를 follow up한 결과 leucocyte 500/ul, protein 75mg/dl, erythrocyte 250/ul, WBC 20-30, RBC many의 소견을 보였으며 약간의 흉통, 하복통, 오른손의 저림을 같이 호소하였다. 이같은 U/A상의 염증소견과 脈滑, 舌苔黃으로 淸熱瀉火, 利水通淋 하는 八正散에 淸熱解毒하는 金銀花, 敗將, 虎杖根, 淸熱瀉火의 柴胡, 草龍膽, 淸熱시키는 黃芩, 黃柏을 가미한 瀉肝八正散을 복용시켰다. 또한 10일째부터는 桂枝茯苓丸을 하루 세번씩 복용하면서 患者는 하복통과 소변의 색도 적갈색에서 진한 황색으로의 호전을 보여 15일째, 19일째 follow up한 urinary analysis상 leucocyte만 25/ul을 나타내었다. 11일째부터는 患者의 식욕호전으로 GD를 들기 시작하였으며 16일째부터는 정상적인 대소변배출로 foley를 제거하였다. 서서히 무력증도 호전되어 17일째부터는 서는 연습을 하기 시작하였으며 기분 및 언어상태는 먼저 말을 걸 정도가 되었으나 하루에 한 두 번씩 보이는 鬱증상으로 입원 13일째부터는 양방 병원의 신경정신과 Medication은 계속 실시하였다.

입원21-23일째: 호소하는 저림 증상의 개선을 위해 理氣시키는 香附子, 烏藥, 木香, 枳殼, 祛痰시키는 半夏, 陳皮, 茯苓, 活血시키는 川芎, 芍藥, 當歸 등으로 구성된 順氣活血湯을 복용시켰다. 저림증상은 약간의 호전을 보였으며 자가보행이 가능해졌다.

입원24-27일째: 소변 볼 때의 陰部搔痒症과 舌苔白, 脈滑의 소견으로 앞에서 사용했던 瀉肝八正散을 사용하여 陰部搔痒症의 호전을 보였으며 보행을 자유자재로 할 만큼 기력을 회복하였다.

입원28-47일째: 患者는 키 160cm, 83kg으로 肥大한 체격과 舌苔白, 전신의 통증, 가끔씩 느끼는 煩躁感으로 보아 調胃升氣湯에 利水之劑인 澤

蘭, 地膚子, 蒼朮, 豬苓, 澤瀉를 補益腰膝하는 杜沖, 木果, 威靈仙을 潤肺之劑인 貝母, 黃芩, 竹茹를 가미한 祛濕淸心湯을 사용하되 변비의 경향성으로 桃仁, 大黃, 檳榔을 가미하였다. 신경정신과 Med는 제반 증상의 호전에 따라 Tid에서 Qd로 줄여 들어가게 되었다. 47일째까지 별반 이상이 없는 상태로 간혹 있을 수 없는 이야기나 燥상태로 병원 여기저기를 돌아다니고 타인에게 함부로 말을 거는 등의 행동이 잦아, 퇴원 권유하였으나 보호자들이 관리상의 이유로 시간을 끌었다.

입원 48일째: 신체적 증상은 별반 호소하는 바가 없었으며 47일째밤에 주변 患者에게 피해를 끼치게 되고, 어머니에게 난폭한 행동을 보여 좀더 적극적인 수용치료를 할 수 있는 양방 병원으로 Transfer하였다.

【표 1】 임상병리검사소견

	10월9일	10월18	10월23	10월27	11월22	정상
LEU	25/ul	500/ul	100/ul	25/ul	25/ul	
NTT	-	+	+	-	-	
PRO	-	75mg/dl	25mg/dl	-	-	-
UBG	8mg/dl	4mg/dl	norm	-	-	norm
KET	-	+	50mg/dl	-	-	-
ERY	-	250/ul	250/ul	-	-	-
WBC	2-3	20-30	8-10		1-2	
RBC	1-2	many	20-30		1-3	
Epithelial	2-4	4-6	4-6		2-4	

【표 2】 Foleycatheter를 실시하는 동안의 I/O

	Intake	Output		Intake	Output
10월9일	1320	300	10월18일	800	500
10월10일	1600	1300	10월19일	2200	550
10월11일	1000	800	10월20일	900	650
10월12일	850	800	10월21일	1650	1300
10월13일	1100	1000	10월22일	2250	2700
10월14일	1400	500	10월23일	1650	1300
10월15일	1100	700	10월24일	1250	1450
10월16일	1050	900	10월25일	3000	3200
10월17일	800	550			

III. 考 察

癡狂은 韓醫學에서 精神症狀를 지칭하는 병명으로 精神分裂症의 言語, 思考內容, 知覺, 感情, 外界와의 접촉성, 意慾, 行動 등이 일상생활 및 사회생활에 지장을 주는 증상적인 관점에서 서양의학의 精神分裂症을 포괄한다고 볼 수가 있다⁴⁻⁵⁾

여기서 다루고자 하는 無動性 呑口症이 나타나 癡狂症을 고래의 문헌에서 찾아보면 『醫學入門』의 癡者異常也 平日能言 癡則沈默 平日不言 癡則呻吟 甚則僵仆直視⁶⁾라든가 『石室秘錄』의 呆病如癡而默默不言 如饑而悠悠如失也⁷⁾에서 유사한 증상을 볼 수가 있다. 또 『醫學入門』에서는 甚則僵仆直視, 心常不樂, 此陰虛血少, 心火不寧, 大調中湯主之, 不時倒暈者, 滋陰寧神湯, 言語失倫者, 定志丸, 悲哭呻吟者, 燒蠶退 故紙 酒調二錢, 葶麻仁煎湯, 常服可以斷根.⁶⁾이라 하여 無動性 呑口症을 가진 癡症의 예후를 살펴볼 수가 있다.

無動性呑口症은 1941년 Cairns²⁾에 의해 처음으로 기술되었는데, 일반적으로 無動性 呑口症은 수의적 운동의 장애와 정서반응의 감퇴를 주증으로 하는 하나의 임상적 증후군으로 보통 중뇌, 특히 시상하부의 미부에 기질적 병변이 있을 때 보통 나타난다고 한다¹⁾. 그 외에도 중양, 혈관이상, 약물의 사용, 방사선 요법 등으로 생겨나게 된다¹⁰⁾.

본례처럼 나타나는 無動性 呑口症은 정신과적 질환, 기타 약물과의 반응이나 중독의 경우에 관한 보고가 몇 례 있다. 국내의 한의학계에서는 이에 대한 구체적인 연구논문이나 사례가 아직까지 발표된 바가 없으며, 국외에는 상당수 발표가 되고 있는데 Tutuncuoglu S 등¹⁰⁾의 diphenylhydantoin toxicity(DPH)에 의한 것으로 MRI상 약간의 뇌 위축 소견이 보이는 간질병 患者로 2년 뒤에 모두 회복된 예라든가 Rubin DI¹¹⁾의 근육이완제인 baclofen을 투여하여 無動性 呑口症이 나타난 후 3일 후에 다시 정상화되었다는 보고가 있다.

정신분열병의 망상형, 과과형, 긴장형이 癡狂症의 증상과 유사한 데 그 중 여기서 다루는 無動

性 呑口症은 긴장형에 포함되어진다.

긴장형은 극도의 정신운동 쇠약이 그 특징으로 약 60%는 비교적 급성으로 발병하고 나머지는 관심이 느슨해지고 무감동해지며 집중력이 결여되고, 몽상에 빠지는 등의 오랜 전구증상 후에 呑口症, 無活動, 飲食 拒否, 強直症과 함께 멍한 혼미상태로 진행된다. 얼굴표정은 멍하고, 입술은 오므라지며, 患者는 움직이지 않고 누워 있거나, 무릎에 손을 올리거나 머리를 숙이고 몇 시간 동안이나 앉아 있다. 또, 검사자가 患者의 팔이나 다리를 들어 올리면 몇 시간 동안 그 상태를 유지하기도 한다. 소변이나 대변이 저류되거나 실금이 있기도 하고, 患者는 튜브로 식사를 해야 하며 옷도 입혀 주거나 벗겨야 하고 바늘로 찌르거나 꼬집어도 아무런 반응을 나타내지 않기도 한다. 일부에서는 모든 명령에 반항하는 극한 거부증이 특징적이며 때때로 반항언어나 반항행동이 관찰되기도 한다¹³⁾.

본 증례의 患者는 96년말 부모 이혼 이후로 부모 양방에 대한 불만 등으로 가출, 음주, 흡연, 폭력 등의 탈선 행동을 시작하여 97년 10월 정신병원에 입원을 시작으로 98년말 부모의 재결합시까지 3차례의 입원, 재결합 후부터 2000년 10월 10일 본원입원 전까지 4차례의 입원치료한 과거력이 있는 患者로 보호자의 설명에 의하면 부모에 대한 불만으로 자주 집에서 어머니에 대한 욕설과 탈선행동으로 인하여 감당이 되지 않아 정신병원에 보호자 자신이 입원시켰노라고 했다. 좀더 자세한 병력 청취가 요구되었으나 보호자의 과거력을 감추려는 경향성이 다분히 있어서 더 자세한 병력 청취가 아쉽기만 했다. 患者는 2000년 10월 5일 무면허업자로부터 침치료를 받은 후 나타난 無動症, 呑口상태, 심한 自汗, 강직증, 대광반사만 할 뿐 허공을 응시한 상태로 입원하였다. 정신과적 과거력을 지닌 患者에게서 보통 나타나는 無動性 呑口症은 관심이 느슨해지고 무감동해지며 집중력이 결여되고, 몽상에 빠지는 등의 오랜 전구증상 후에 나타나는 것이 일반적인데 이 患者의 경우는 보호자의 설명에 의하면 언

어와 동작에 있어서는 정상적인 생활을 하다가 사사로이 ATx 받은 후 나타난 경우였다.

이患者는 처음 나타났던 無動性 呑口와 自汗의 증상은 점차 호전되어 정상화 되었으나 기타의 患者의 주소는 표현상 날마다 조금씩 틀렸으며, 본인이 그 전날 증상에 대해서 물었을 때 약간의 囁설수설하고 망상적 이야기를 자주 했다. 또한 과거력에 부모와 가족에 대한 불신으로 정상적인 가정생활을 영위하기가 몹시 어려운 상황임을 알 수 있었고 입원 초반 2주는 어머니가 간병 할 시 더욱 默言하고 외부반응에 대해 무관심 하였으며 오히려 患者나 의료진에게 호의를 가진 말과 태도를 보였다. 시일이 지남에 따라 呑口症은 입원 이틀째부터 호전을 보여서, 어디가 불편하느냐는 질문에 작은 목소리로 손이 저려요라든지 아파요라고 말문을 열었고, 동공의 좌우 운동도 하게 되었다. 그러나 이러한 몇마디 되지 않는 말도 입원당시부터 3일 정도는 어머니와는 하지 않는 선택적 呑口症을 다시 보이곤 했다. 제반 신체적 증상은 호전을 조금씩 보여 갔으며 입원 10일째의 보호자의 다른 병원으로 옮기려 하자, 잠시 呑口症에 가까운 침묵과 가벼운 無動症을 보였고, 입원 2주까지도 어머니의 간호에는 주먹질을 하든지 무반응을 보였다. 이는 어머니와의 관계에 있어서 문제점이 있음을 시사하는 것이다.

이 患者의 경우 단지 신체적 증상의 치료 이외에 患者의 가정 문제가 근본적인 원인으로 자리 잡고 있는 바로 우선 병원에 자주 드나드는 어머니에게 患者와의 관계의 호전을 위해 많은 노력을 할 것을 자주 당부하였고 처음에는 될 수 있는 대로 어머니를 患者와 접촉시키지 않고 患者에게 자극적인 말이나 퇴원 얘기를 꺼내지 않도록 설득시켰다. 병원 의료진은 患者에게 부드러운 말과 관심으로 患者의 呑口증상은 5일째부터는 완전 정상화되었으며, 어머니 자신도 이혼 당시에 患者가 법정에서 이혼에 찬성하는 증인으로 설 때부터 큰 충격이 있었을 거라는 걸 인정하고 患者가 간혹 심한 말을 자신에게 하더라도 이해하려고 노력한다고 하였다. 입원 5일째

呑口症상의 호전으로 이혼 당시 법정에서 서게된 동기를 患者에게 물어보니 자신은 어머니가 불행한 결혼 생활을 하고 있는 거라고 판단되어 스스로 증인으로 서기를 자청했다고 말하였고 그 후의 일에 대해서는 함묵하였다. 그러나 입원 10일째경부터 가끔씩 나오는 어머니와의 말다툼에 患者는 어머니는 항상 고생해서 놓고 길렀다라고 하는데 낭기만 했지, 자신을 위해서 무엇을 하고, 위해 주었는지 말해보라고 다그치며 어머니의 말을 들으려고 하지를 않는 걸로 보아 어머니에 대한 불만과 믿음이 깨어졌음을 알 수 있었다. 그러나 어머니는 어머니대로 다툼을 피하고 患者를 이해하려고 좋은 말로 타이르기도 하고 더 열심히 患者를 돌보는 모습을 보여주었고 의료진 역시 어머니를 이해해 볼 것을 권유하기도 하는 등의 노력으로 입원 중반기에 들어서면서부터는 어머니에게 폭력적인 언어나, 행동은 보이지 않을 정도로 안정되어갔다.

그런데, 이러한 신체적 증상과 呑口症의 호전에도 불구하고 입원 18일째부터 하루에 한 두차례 직접 의료진이나 주변 患者들에게 자신은 이 세상에 오기 전에 다른 별의 공주였는데 왕자와 맺어지지 못했다는, 전생애 자기 옆집에 사는 사람이었다는 하는 망상을 진지하게 얘기하곤 했다. 이는 정신분열병의 망상형에 해당하는 것으로 보여진다.

입원도중에도 입원당시의 呑口症은 초반에 호전되었으나, 어머니에게 있어서나 퇴원 이야기가 적극적으로 논의 될 때마다 중반기에도 선택적으로 呑口症을 보였으며, 無動症은 점차 좋아짐에 따라 다시 나타나지는 않았다.

또한 본래의 患者는 無動性 呑口症의 主症 외에도 多汗 증상이 심하였는데 이는 惡性神經麻痺症候群(neuroleptic malignant syndrome)과 많은 유사점을 보인다. 악성신경마비증후군은 항정신병 약물투여중에 일어나는 부작용으로 원인불명의 체온상승과 혼미상태가 전구 증상으로 나타나고 근경직 및 무동증 등의 신경학적 증상과 빈맥, 발한, 타액분비 등의 자율신경증상이 나타나

는데 이 증상이 더욱 심하게 되면 사망에까지 이르게 된다^{3,14)}. 원인이 되는 항정신병약은 클로르프로마진(chlorpromazine), 레보프로마진(levopromazine), 플루페나진(fluphenazine), 그리고 할로페리돌(haloperidol) 등으로 다양하나 특정한 항정신병 약에 의해서만 일어나는 것은 아니다. Itoh 등¹⁵⁾은 탈수를 동반한 탈진, 신경이완계 계통 약물의 비경구적 투여 등이 惡性症候群을 일으킬 수 있다고 했다. 검사상으로는 creatinine phosphokinase와 간효소가 증가된다³⁾.

본 患者는 본원에 입원하기전 20일 전까지 타 양방 정신병원에서 입원치료를 하면서 항정신병 치료제를 무동성 함유증을 보이기 전까지 복용해 왔다는 보호자의 설명으로 보아, 惡性神經麻痺症候群을 일으킬만한 원인을 충분히 가지고 있었고, 증상에 있어서도 상당한 일치점을 갖는다. 자율신경계 증상은 동공과 분비 기능이상, 땀분비 이상 및 혈관성 반사 이상, 약한증, 위장관 및 방광 이완증, 기립성 저혈압 등이 있는데, 처음 입원 당시의 患者의 多汗, 동공의 고정, 대소변불통, 근경직 등이 이에 해당된다고 보여지며, 입원 후 13일째까지는 양방 약을 복용하지는 않는 상태로 지내왔기 때문에 증상이 더 이상 진행하지는 않고 가역적으로 호전된 것으로 보여진다.

환자의 신경정신과 Medication은 Diazepam, Risperdal, Almagel, Bzntropine, Sinilem 등을 복용하였다. 그 중 Risperdal은 Risperidone이 성분으로 이¹⁶⁾ 등의 장기간 Risperidone 투여후 지연성으로 발생한 Neuroleptic Malignant Syndrome 1례에서 보이는 바와 같이 그 부작용에 있어서 고체온증, 근강직, 자율신경 불안증, 의식장애, CPK 상승과 같은 악성신경마비 증후군이 보고되고 있고 증상 발현시 항정신병약의 투약을 중단해야 한다. 이 환자의 경우도 장기간의 항정신병 약의 복용으로 인한 부작용으로 惡性神經麻痺症候群증상이 일부 나타나 심한 자한, 근강직 등이 나타난 결과 보여진다. 그러나, 아직까지 Risperidone이 다른 약물과의 병용투여에 대한 위험성이 체계적으로 평가되어 있지는 않아

서 앞으로 더 많은 연구가 필요하다고 사료된다. 이 患者의 경우는 정신분열병의 긴장형과 망상형이 혼재된 광증患者로 처음 나타난 無動性 呑口症의 발현동기가 무면허업자에게 침치료를 받은 것으로 자침시 좀더 신중을 기해야 할 것은 물론이거니와, 단순히 자침으로 인한 증상발현이라기 보다는 오랜 정신병약물복용으로 인한 부작용으로 보여진다.

惡性症候群에 대해서는 국내에서는 이¹⁵⁾ 등의 장기간 Risperidone 투여후 지연성으로 발생한 Neuroleptic Malignant Syndrome 1례나, 반¹⁶⁾ 등의 신경이완제 악성증후군 회복후 지속되는 조증에 Clozapine을 사용한 청소년 환자 1례, 오¹⁷⁾의 항정신성약물성 악성증후군에 대한 논문 등이 발표되었으며 국외에는 Itoh 등¹⁸⁾의 사례 보고가 있다.

本例는 惡性症候群의 기타 증상이 다수 나타나, 체온의 변화가 없고, 간기능 검사도 정상 범위로 보아 처음 상태는 혼미형의 긴장형 정신분열병으로 보는 것이 좀 더 타당하다고 보여진다. 본 證例에서도 증상이 해결되지 않은 가족 구성원과의 관계로 인해 다시 악화됨을 볼 수 있었는데 癲狂症은 증상에 의해 비교적 쉽게 진단되질 수 있지만 患者의 증상 뿐 아니라 원인을 제공하게된 심리·사회적·환경적 요인의 관리가 또한 중요하다. 이를 위해서 심리·사회적 치료가 회복을 더 앞당길 수 있고 재발을 방지하는 만큼 患者와 그들의 보호자, 의료진 등이 모두 평온한 지지적 환경을 만들도록 노력함이 患者에 대한 약물 치료 못지 않게 중요하다. 본 증례는 癲狂症 이환중 無動性 呑口症과 심한 자율신경증상을 보인 보기 드문 患者로 약물 치료와 환경조성으로 어느 정도의 호전을 보일 수 있음을 보여줬으나 향후 더 적극적인 考察과 연구를 통해 구체적인 치료의 체계를 확립하는 것이 절실하다고 사료된다.

參考文獻

1. 방승규, 강종선, 한상열: 운동불능성 吮口症 1례. 신경정신의학회지. 1972;11(1):43-45.
2. Cairns, H. Oldfield. R. C. Pennybacker, J. B. and Whitteridge, D.:Akinetic Mutism with Epidermoid Cyst of the Third Ventricle Brain. 1941;64:273.
3. 대한신경정신의학회. 신경정신과학. 서울: 하나의학사. 1998:191,305,310,679.
4. 황의완 김지혁. 동의정신의학. 서울:현대의학출판사. 1987;505-506,517.
5. 김장효. 동의신경정신과학. 서울:행림출판사. 1989:192-193,207-208,215-217,518.
6. 李槲. 醫學入門. 서울:翰成社. 1984:398.
7. 陳士鐸. 國譯石室秘錄 下. 서울:대성문화사. 1993:272,283.
8. 崔容泰 外 48인. 針灸學 下. 서울:集文堂. 2000: 1186.
9. 李尙仁, 安德均, 辛民教, 盧承鉉, 李暎鍾, 金先熙. 韓藥臨床應用. 서울:傳統醫學研究所. 1990;68,76,229,285,497.
10. Tutuncuoglu S, Kantar M, Tekgul H, CandanC. Akinetic mutism due to diphenylhydantoin toxicity,Turk J Pediatr, 1997;39(3):403-7.
11. Rubin DI, So EL. Reversible akinetic mutism possibly induced by baclofen. pharmacotherapy 1999 Apr;19(4):468-70.
12. 李鎬榮. 精神分裂症의 診斷과 分類. 서울: 神經精神醫學. 1990;29(1):5.
13. 아담스 신경과학 편찬위원회. 아담스신경과학II 권. 서울:도서출판경담. 1998:1108,1435.
14. 李丙允. 精神醫學辭典. 서울:一潮閣. 1997:262.
15. 이현정 外. 장기간 Risperidone 투여후 지연성으로 발생한 Neuroleptic Malignant Syndrome 1례. 신경정신의학회지. 1999: 904-908.
16. 반건호 外. 신경이완제 악성증후군 회복후 지속되는 조증에 Clozapine을 사용한 청소년 환자 1례. 소아청소년정신의학회지. 1998:247-252.
17. 오동열. 항정신성약물성악성증후군. 신경정신의학회지. 1993:472-483.
18. Itoh H, Ohtsuka N, Ogita K, Yagi G, Miura S, Koga Y: malignant neuroleptic syndrome-its present status in Japan and clinical problems, Folia Psychiatr Neurol Jpn 1977:31.