

不眠을 同伴한 틱장애 患兒 1例에 대한 證例報告

尹智妮, 金允姬

大田大學校 韓醫科大學 小兒科學教室

A clinical study of Tic-disorder child with insomnia

Yoon Ji Yeon, Kim Yun Hee

Department of Pediatrics, College of Oriental Medicine, Dae Jeon University

Objective : The purpose of this study is to report a Tic-disorder child with insomnia.

Methods : The patient suffered from Tic-disorder and insomnia and presenting symptom of Tic-disorder was eye blinking. We estimated by Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) and treated him with Yangsintangkamibang, acupuncture, auriculo-acupuncture and hand acupuncture.

Result : After this treatment, symptoms of Tic-disorder and insomnia disappeared and The patient was emotionally stable.

Conclusion : We had good effects in oriental medical treatments on Tic-disorder. And so this study requires further studies about Tic-disorders.

Key words : Tic-disorder, Insomnia, Yangsintangkamibang, acupuncture, auriculo-acupuncture and hand acupuncture.

접 수 : 2004년 11월 15일, 채택일자 : 2004년 12월 13일

교신저자 : 윤지연, 충남 천안시 구성동 476-8 대전대학교부속 천안한방병원 소아과
(Tel: 041-560-8700, E-mail: allang95@hanmail.net)

I. 緒 論

사회가 점점 복잡해지고 현대화됨에 따라 아동의 심리적인 스트레스의 요소가 예전보다 많아지고 있으며, 이로 인해 틱장애 등의 소아 정신장애를 경험하는 아동들이 늘어나고 있어 소아 정신문제에 대한 사회적인 관심이 고조되고 있는 추세이다¹⁾.

틱이란 갑작스럽고, 빠른, 반복적이며, 리듬을 갖지 않는, 상동적인 근육의 운동 또는 소리로 나타나는 증상으로 근육의 운동으로 나타나는 경우는 운동틱이라고 하며 불수의적인 소리로 나타나는 경우는 음성틱이라고 한다²⁾. DSM-IV³⁾에서 틱장애는 틱의 종류 및 틱이 지속된 기간을 기준으로 다음과 같이 세분되어지는데, 다발성 운동틱과 음성틱이 1년 이상 나타나는 경우를 뚜렛 장애라고 하며 운동틱 또는 음성틱이 1년 이상 존재하는 경우를 만성 운동 또는 음성틱 장애라고 한다. 또한 한 개 또는 그 이상의 운동틱 또는 음성틱이 최소 4주 이상 1년 이내의 경과를 밟는 경우를 일과성 틱장애라고 하는데 위의 세 가지 진단을 붙이기 위해서는 틱증상이 18세 이전에 시작되었으며 틱으로 인해 사회적 직업적 또는 다른 중요한 기능에 뚜렷한 장애를 일으켜야만 한다고 하였다²⁾.

틱장애는 韓醫學의으로 鬨動, 兒童多動綜合證에 해당하며 小兒의 心身症의 領域에 속한다고 할 수 있는데 治療에 있어서도 心身一如의 사상을 바탕으로 補心, 安心, 淸心, 壯膽, 理氣解鬱과 같은 治療方法을 이용하고 있다⁴⁾.

틱장애의 양방적 치료는 약물치료가 가장 효과적으로 사용되고 있으나 그 부작용으로 인하여 임상 의사들마저도 사용을 꺼리고 있는 실정으로 향후 한방치료에 대한 관심이 늘

어가는 추세이다⁶⁾.

이에 저자는 대전대학교 한방병원 소아과에 래원한 운동틱(눈 깜빡거림, 결눈질을 함, 입을 찢룩거림)증상에 不眠(入眠障, 淺眠)症狀을 兼한 患兒 1例를 예일 틱 증상 평가척도(YGTSS)⁷⁾로 평가하여 養神湯加味方과 針治療를 并行하여 治療한 결과 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 證 例

1. 환 자 : 민 ○ ○, 8세/남
2. 주 소 : 운동틱 (눈 깜빡거림, 결눈질을 함, 입을 찢룩거림)
불면(입면장애로 잠을 잘 못 이루며 2-3시간 정도 잠을 잠, 일주일에 2-3번 정도 불면증상이 나타남)
3. 발병일 : 2002년경 집안사정이 안 좋아져서 이사 간 후
불면증상은 어려서부터 자주 깨고 깊은 잠을 잘 못 자는 편이 있음.
4. 현병력 : 민군은 외동아들로서 예민하고 수동적인 성격이며 남에게 지기 싫어하고 자기 표현력이 부족한 성격임. 학교에서 성적은 상위권이며 수업시간에는 집중을 잘 하며 교우관계는 사교성이 부족하여 좋아하는 친구들 몇 명만 사귀는 편임. 아버지는 건설업에 종사하시며 엄격한

편이어서 자녀들에게 간섭을 많이 하는 편이며 2002년경 집안사정이 안 좋아진 이후로 본 증상을 발하였으며 별다른 처치 없었음

5. 과거력 : 2001년경 비염으로 이비인후과에서 치료받음

2003년 12월경 이비인후과에서 부비동염 진단 후 치료받음

6. 가족력 : 없음

7. 치료경과

1) 2004년 4월 9일

운동틱 (눈 깜빡거림, 결눈질을 함, 입을 씹룩거림), 不眠(入眠障礙, 淺眠)의 症狀으로 본원 외래에 來院함. 來院 당시 정서적으로 매우 불안정한 모습을 보였고 YGTSS검사에서 9점이었으며 일주일에 3차례 本院에 來院하여 耳鍼, 針治療와 手指鍼治療를 받기로 함.

① 韓藥治療: 養神湯加味方 1첩을 150cc로 달인 후 50cc씩 食後 30분 1일 3회 복용하게 함. (白茯苓 12g, 酸棗仁(炒) 12g, 半夏 4g, 白茯苓 4g, 鈞鈞藤 4g, 白芍藥 4g, 柴胡 4g, 石菖蒲 4g, 遠志 4g, 日黃連 4g, 肉桂 4g, 甘草(炙) 4g, 貢砂仁 4g, 天麻2g, 竹茹2g, 生薑 8g, 大棗 6g)

② 耳鍼治療: 神門, 枕, 心 部位를 1주일에 3차례 시술함

③ 針治療 : 百會, 神門, 內關, 合谷, 太衝穴을 1주일에 3차례 시술함

④ 手指鍼治療 : 心氣脈의 G7,9,11,13,15와 任氣脈의 A8,12,16,18 穴을 1주일에

3차례 시술함

2) 2004년 5월 12일

不眠증상이 消失되어 熟眠을 취하였으며 틱증상은 여전하였음. 韓藥治療와 耳鍼治療, 針治療, 手指鍼治療를 그대로 시행함.

3) 2004년 6월 4일

신경이 예민해지면서 不眠증상이 再發하였으며 피로와 두통을 호소함. 그러나 입을 씹룩거리고 결눈질을 하는 증상이 소실됨. 韓藥治療와 耳鍼治療, 針治療, 手指鍼治療를 그대로 시행함.

4) 2004년 6월 28일

틱증상이 소실되고 不眠증상도 消失되었으나 예민하고 불안정한 증상은 여전함. 韓藥治療와 耳鍼治療, 針治療, 手指鍼治療를 그대로 시행함.

5) 2004년 9월 3일

정서적으로 많이 안정을 되찾아가고 있어 도움을 주기위해 애완용 개를 기르기 시작함. 韓藥治療와 耳鍼治療, 針治療, 手指鍼治療를 그대로 시행함.

6) 2004년 9월 24일

여전히 틱증상이나 불면증상은 없으며 컨디션 잘 유지하고 있음. 韓藥服用을 중지하고 일주일에 2차례 耳鍼治療, 針治療, 手指鍼治療만 시행함.

7) 2004년 10월 27일

틱 증상이 소실된 지 4개월 정도 지나고 YGTSS검사에서 0점을 나타냈으며 정서적으로도 많이 안정되어 治療 終結함.

Ⅲ. 考 察

틱은 아동기에 흔히 볼 수 있는 소아정신과적 증상 중의 하나인데, 호발연령은 주로 5~10세 사이이고 남아에서 3~4배 더 많다⁸⁾. 틱의 증상은 얼굴이나 목과 같이 신체 상부에서 시작하고 더 원위 쪽으로 퍼지기 때문에 얼굴에서 다리로 진행되는 경향이 있으며⁹⁾, 틱장애의 초기에 보이는 단순 근육틱으로는 안면근육을 침범하는 형태가 가장 많아 눈깜박임, 안구 움직임, 얼굴 찡그리기, 머리 흔들기, 입뾰죽 내밀기 등을 흔히 볼 수 있다¹⁰⁾.

틱은 갑작스럽고 반복적인 근육 수축으로 인

해 발생하는 것으로, 불수의적이고 리듬이 없고 목적을 띠지 않는 운동 형태로 나타내¹⁰⁾, 저항할 수 없는 것이기는 하나 일정기간 억제할 수는 있으며 스트레스에 의해 악화되고 수면이나 몰두하는 행위 시 감소하는 특징이 있다⁸⁾.

틱의 분류는 근육틱과 음성틱으로 나눌 수 있는데, 각각 단순형과 복합형으로 세분되며 증상의 양상 및 지속기간에 따라서 일과성 틱장애, 만성 틱장애 및 뚜렛 장애로 크게 분류된다⁸⁾. 공식적인 진단체계인 DSM-IV³⁾에서는 틱장애의 발병시기, 증상의 지속시간, 그리고 음성적인 틱 증상의 유무에 따라 만성 근육 또는 음성 틱장애, 뚜렛 장애, 일과성 틱 장애로 분류된다(Table 1-3).

Table 1. DSM-IV 의 뚜렛 진단기준

<p>A. 다발성의 근육틱과 한 가지 또는 그 이상의 음성틱이 질병의 경과 중에 나타난다. 그러나 이 두 종류의 틱이 반드시 동시에 존재할 필요는 없다. (틱이란 갑작스럽고, 빠르고, 반복적이며, 리듬이 없고, 상동적으로 나타나는 근육의 움직임 또는 소리냄을 의미한다)</p> <p>B. 틱은 거의 매일 많은 횟수로 나타나는데 1년 이상 지속이 되며 이 기간 동안에 틱이 나타나지 않는 기간이 3개월을 초과하여서는 안 된다.</p> <p>C. 이러한 틱증상으로 인하여 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 기능적인 측면에서 뚜렛한 장애가 있어야 한다.</p> <p>D. 발병연령은 18세 이전이어야 한다.</p> <p>E. 이러한 틱증상이 중추신경흥분제등 약물에 의하거나 일반적인 내과적인 질환(Huntington씨 병 또는 바이러스성 뇌염)에 수반된 것은 아니어야 한다.</p>
--

Table 2. DSM-IV 만성적인 운동성 혹은 음성적 틱장애 진단기준

<p>A. 단발성 또는 다발성의 근육 또는 음성틱이 나타나는데, 이 두 종류의 틱 중 한 가지만 나타난다.</p> <p>B. 틱은 거의 매일 나타나거나 또는 간헐적으로 나타나기도 하는데 지속기간은 1년 이상 이며 이 기간 동안에 틱증상이 나타나지 않는 기간이 3개월을 초과하여서는 안 된다.</p> <p>C. 이러한 틱 증상으로 인하여 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 기능적인 측면에서 뚜렛한 장애가 있어야 한다.</p> <p>D. 발병연령은 18세 이전이어야 한다.</p> <p>E. 이러한 틱증상이 중추신경흥분제등 약물에 의하거나 일반적인 내과적인 질환(Huntington씨 병 또는 바이러스성 뇌염)에 수반된 것은 아니어야 한다.</p> <p>F. 이상의 진단기준이 뚜렛 증후군의 진단기준을 만족시켜서는 안 된다.</p>

Table 3. DSM-IV 일과성 틱장애 진단기준

-
- A. 단발성 또는 다발성의 근육 또는 음성틱이 나타나는데, 이 두 종류의 틱이 모두 나타날 수도 있고 두 종류 중 한 가지만 나타난다.
- B. 틱은 매일 또는 거의 매일 나타나는데 적어도 4주일은 지속되어야 하나 전체기간이 12개월을 넘지는 않는다.
- C. 이러한 틱 증상으로 인하여 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 기능적인 측면에서 뚜렷한 장애가 있어야 한다.
- D. 발병연령은 18세 이전이어야 한다.
- E. 이러한 틱증상이 중추신경흥분제 등 약물에 의하거나 일반적인 내과적인 질환(Huntington씨 병 또는 바이러스성 뇌염)에 수반된 것은 아니어야 한다.
- F. 이상의 진단기준이 뚜렛 장애, 만성근육 또는 음성 틱 장애의 진단기준을 만족시켜서는 안 된다.
-

가장 심한 형태의 틱 장애인 뚜렛 장애는 복합적인 운동성 틱과 하나 이상의 음성적 틱을 보일 때 진단될 수 있는데 평균적으로 7세를 전후로 해서 발병하며 남녀비는 3:1¹¹⁾, 유병률은 인구 1500명당 한 명꼴로 보고되고 있다¹²⁾. 뚜렛 장애는 주의력결핍, 과다활동장애, 강박장애 등의 정신질환이 같이 나타나기도 하는데 주의력결핍과잉운동 장애와 같은 행동 장애는 틱 발생 전에 선행하는 경우가 많고 반대로 강박증상은 틱보다 뒤에 나타나는 경우가 많다⁹⁾.

만성적인 운동성 혹은 음성적 틱 장애는 틱 증상이 1년 이상 지속되는데, 근육틱과 음성틱 중 어느 한 가지만 나타나는 경우로 발병연령은 18세 이전이어야 하며 뚜렛증후군의 진단 기준을 만족시키는 경우에는 이 진단을 내려서는 안 된다¹³⁾. 일과성 틱장애는 한 개 또는 그 이상의 근육틱 또는 음성틱이 최소 4주 이상 1년 이내의 경과를 밟는 경우에 해당한다³⁾. 일과성 틱장애는 일반 인구에서 비교적 흔한 질환으로 학령기 아동의 5-10%에서 발견된다는 연구보고가 있으며¹²⁾, 만성 틱장애는 학령기 남아에서 가장 위험도가 크고 유병률은 1-2%로 추정된다¹⁴⁾.

임상적으로 틱 장애의 증상과 행동상의 문

제점들을 객관적으로 평가하는 데는 여러 문 제점이 따르므로 틱증상의 심한 정도에 대한 임상적인 평가를 내리는 도구로 사용되는 것이 있는데 이 중 잘 알려진 것으로는 뚜렛증 후군 증상 평가척도(Tourette's Syndrome Severity Scale, TSSS)¹⁵⁾, 뚜렛증후군 평가척도(Tourette's Syndrome Global Scale, TSGS)¹⁶⁾, 예일 틱 증상 평가척도(Yale Global Tic Severity Scale, YGTSS)⁷⁾ 등이 있다.

이 중 예일 틱 증상 평가척도(YGTSS)⁷⁾는 근육틱 및 음성틱에 대한 설명과 각 증상에 대한 평가항목을 나열하고 있으며 틱 증상의 개수, 빈도, 심한 정도, 복합성, 방해 및 장애도를 평가하도록 고안되어 졌다. 틱증상 목록을 토대로 개수, 빈도, 심한 정도, 복합성, 방해의 5가지 차원에서 6점의 순위척도가 마련 되어 근육틱과 음성틱의 정도를 평가하도록 하였으며 장애도에 대해서는 틱의 종류와 무관하게 별도의 채점을 하도록 되어 있다. 장애도의 평가는 틱 장애가 개인에게 준 영향-자기에 대한 인식, 자신감, 가까운 가족구성원들과의 관계, 사회 또는 또래관계, 학업 또는 직업적인 상황에서의 수행정도-에 초점을 두고 있으며 틱장애로 인해 개인이 불가피하게 입게 되는 누적된 장애를 반영하게 되는데 장애

에 대한 채점은 각 점수에 대한 특정한 설명과 함께 주어지는 6점의 순서척도에 기반을 두고 있다. 최종적으로 전체점수는 운동틱에 대한 점수와 음성틱에 대한 점수, 장애도를 합한 값으로 한다¹⁷⁾(Table 4).

Table 4. YELE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE

개수

운동틱 점수() 음성틱 점수()

- 0. 틱증상 없음
- 1. 단순 틱 증상 즉 하나의 증상만 보임
- 2. 2개에서 5개의 분리된 틱 증상
- 3. 5개 이상의 분리된 틱 증상
- 4. 여러 개의 분리된 틱 증상과 함께 여러 개의 틱 증상이 복합되어 적어도 1개의 복합된 틱 증상이 유발되거나 틱 증상을 분리하기 힘들 정도로 잇따라 틱 증상이 나타남.
- 5. 여러 개의 분리된 틱 증상과 함께 여러 개의 틱 증상이 복합되어 적어도 2개 이상의 복합된 틱 증상이 유발되거나 틱 증상을 분리하기 힘들 정도로 잇따라 틱 증상이 나타남.

빈도

운동틱 점수() 음성틱 점수()

- 0. 특이한 틱 행동 없음.
- 1. 거의 틱증상이 없음. 틱증상이 자주 발생하지 않으며, 매일 유발되지도 않으며 발생하더라도 아주 짧게 드물게 발생한다.
- 2. 때때로 틱증상이 발생함. 명백하게 틱 증상이 종종 하루에 발생하나 몇 분 동안 짧게 유지되며 오랜 기간의 휴식기를 가진다.
- 3. 자주 틱증상이 발생함. 명백하게 틱 증상이 매일 발생하며 3시간 정도의 간격을 두고 틱증상이 발생하지 않는 것이 일반적이다.
- 4. 거의 항상 틱증상이 발생함. 명백하게 틱 증상이 매일 규칙적으로 발생한다.
- 5. 항상 틱증상이 발생함. 명백하게 틱 증상이 항상 있으며 틱증상이 없는 시간을 구별하기 힘들며 적어도 5분내지 1분 이상 틱증상이 없는 시간이 유지되기 힘들다.

심한 정도

운동틱 점수() 음성틱 점수()

- 0. 틱증상 없음
- 1. 미세한 정도임. 틱이 단지 환자의 개인적 경험에 의해서이지 틱 증상이 보이거나 들리지 않는다. 수의적인 행동과 비교했을 때 정도가 약하여 일반적으로 눈에 띄지 않는다.
- 2. 가벼운 정도임. 수의적인 행동, 음성보다 더 강력하지는 않음.
- 3. 보통적인 정도임. 틱이 수의적인 행동보다 더 강력하지만 비교적 수의적인 행동 또는 음성 표현의 정상범위를 벗어나지는 않는다.
- 4. 현저한 정도임. 틱이 수의적인 행동보다 강력하며 전형적으로 과장된 특성으로 자주 주의를 끌게 된다.
- 5. 심한 정도임. 틱이 표현함에 있어 매우 강력하고 과장되어 있다. 이러한 틱 증상으로 주의를 끌게 되며 신체적인 상해의 위험도 있다.

Table 4. YELE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE <계속>

복합성

운동틱 점수() 음성틱 점수()

0. 틱증상이 없거나 있더라도 틱증상이 명백히 단순하다.
1. 명확하지 않음. 몇몇의 틱증상이 명백히 단순하지는 않다.
 2. 복합성이 가벼움. 몇몇의 틱증상은 명백히 복합적인 것이 있다. 짧은 자동적인 행동을 흉내내거나 의미있는 짧은 음성을 나타내지만 이것은 눈가림가능하다.
 3. 복합성이 보통적임. 몇몇의 틱증상은 복합성이 많으며 눈가림할 수 없을 정도로 복합적으로 일어나지만 정상적인 행동이나 언어로서 합리화하거나 설명할 수 있다.
 4. 복합성이 현저함. 몇몇의 틱증상은 복합성이 많으며 눈가림할 수 없을 정도로 복합적으로 일어나며 정상적인 행동이나 언어로서 합리화하거나 설명할 수 없다.
 5. 복합성이 심함. 몇몇의 틱증상이 눈가림하거나 합리화할 수 없을 정도로 복합적인 행동이나 언어가 길게 수반되어 있다.

방해

운동틱 점수() 음성틱 점수() 0. 방해가 없음

1. 방해가 미세함. 틱증상이 있을 때 행동이나 언어가 혼란되지는 않는다.
2. 방해가 가벼움. 틱증상이 있을 때 때때로 행동이나 언어가 혼란된다.
3. 방해가 보통적임. 틱증상이 있을 때 자주 행동이나 언어가 혼란된다.
4. 방해가 현저함. 틱증상이 있을 때 자주 행동이나 언어가 혼란되며 때때로 동작이나 대화가 두절됨.
5. 방해가 심함. 틱증상이 있을 때 자주 동작이나 대화가 두절됨.

장해도

운동틱 점수() 음성틱 점수() 0. 장해가 없음

10. 장해가 미세함. 자존심, 가족생활, 사회생활, 학교생활, 직장생활함에 있어 미세한 어려움이 있다.
20. 장해가 가벼움. 자존심, 가족생활, 사회생활, 학교생활, 직장생활함에 있어 약간의 어려움이 틱과 관련되어 있다.
30. 장해가 보통적임. 자존심, 가족생활, 사회생활, 학교생활, 직장생활함에 있어 틱과 관련되어 명확히 몇몇 문제들이 유발된다.
40. 장해가 현저함. 자존심, 가족생활, 사회생활, 직장생활에 있어 틱과 관련되어 다수의 어려움이 있다.
50. 장해가 심함. 자존심, 가족생활, 사회생활, 직장생활에 있어 틱과 관련되어 매우 어려움이 많다. (가족생활의 붕괴, 자살적 충동과 같은 우울증 등이 동반됨)

운동틱 점수

개수(), 빈도(), 심한 정도(), 복합성(), 방해()

음성틱 점수

개수(), 빈도(), 심한 정도(), 복합성(), 방해()

Global Severity Score

[운동틱+음성틱+장해도] = ()

틱 장애를 유발하는 원인에 대하여 과거에는 심리적인 갈등의 표현이라고만 생각했지만 이후 뇌 내 도파민계 이상이 추정되고, 유전적 요인 등의 생물학적 원인으로도 이해되고 있어 정신 역동적이거나 정서적인 요인을 강조하는 입장과 유전적이거나 신경학적 요인들을 강조하는 입장으로 크게 구분되고 있다¹⁴⁾. 그러나 스트레스에 의해 악화되고 수면 중 또는 한 가지 행동에 몰두할 때 틱증상이 덜할 수 있고 틱이 나타나는 해부학적 위치가 쉽게 변할 수도 있다는 점에서 틱증상의 발현이나 증상의 경감에 영향을 주는 심리·환경적인 요인의 중요성은 부인할 수 없다⁸⁾.

경과 및 예후에 있어서 뚜렛 장애의 경우 치료되지 않으면 만성적인 경과를 가지고 거의 일생동안 지속될 수 있으며 대개 단순 근육틱으로 시작하여 복합 근육틱의 형태를 띠며 근육틱이 나타나고 수년이 경과되어야 음성틱이 나타난다. 주의력결핍, 과다활동장애, 강박장애가 동반된 경우 또는 조기발병인 경우는 예후가 불량하다. 만성 근육 또는 음성 틱 장애인 경우는 대개 6-8세 사이에서 발병되는데 이 시기에 발병되는 경우에 가장 예후가 양호하며 전체적인 경과는 4-6년 정도로 대개 조기 청소년기가 되면 증상이 없어지는 경우가 많다¹⁷⁾. 일과성 틱장애의 예후는 비교적 좋은 편으로 대부분은 일시적인 현상이고 나이가 들면서 저절로 호전된다고 알려져 있으며⁸⁾, 국내에서 신¹⁸⁾ 등의 보고에 의하면 30명을 대상으로 3.1-18.1년 기간 동안 추적조사를 한 결과 나이의 증가에 따라 증상이 호전되는 경향을 보였다고 하였다.

서양의학에서 틱 장애를 치료하는 방법에는 약물치료, 부모상담, 행동수정치료, 가족치료 등이 있는데 그 중 약물치료가 가장 효과적으로 사용되고 있다¹⁰⁾. 그러나 틱 장애의 치료는

아동의 발달력과 장점-약점, 가족 상황, 학교 적응 상태 등을 고려한 포괄적인 것이 필요하므로 증상과 기능저하를 총괄적으로 이해한 약물치료, 행동수정치료, 정신치료, 가족치료, 교육 등을 통한 다각적 접근이 필요하다고 할 수 있다⁶⁾.

틱장애를 韓醫學的으로 考察하면 鬪動, 兒童多動綜合證에 해당된다고 볼 수 있으며 小兒의 心身症의 領域에 속한다고 할 수 있는데^{4, 5)}, 그 치료의 기본은 人體를 精神과 肉體의 분리된 개념으로 보지 않고 有機的인 全體性의 조화된 상태로 이해하여 肝, 心, 脾, 肺, 腎의 五臟의 단순한 기질적인 장기에 의한 기능적 수행이 아닌 정신적인 면을 강조하고 있음을 알 수 있다¹⁹⁾.

五臟과 精神과의 관계에 있어서 素問의 <宣明五氣篇>²⁰⁾에서는 “肝藏魂, 心藏神, 脾藏意, 肺藏魄, 腎藏志”라 하여 五臟에 각각 精神作用을 결부시켰으며, <陰陽應象大論>²⁰⁾에서는 喜怒哀思悲恐驚의 七情을 五臟에 관련시키고 인체 각 기관 즉 脈, 皮, 筋, 肉, 骨을 五臟에 관련시켜 계통을 확립시키고 있으며, 이들이 정상적인 생리 상태를 벗어나면 人體의 氣機를 紊亂케 하여 五臟六腑 氣血을 失調케 하여 기질적인 疾病뿐만 아니라 기능적인 수행도 어렵게 된다고 하였다. 心은 心主血, 藏神하여 意志의 根源이 되어 精神醫學, 思惟活動을 정상적으로 작용하게 하는데, 小兒는 心常有餘하여 心火가 쉽게 動하여 心神不靜하여 쉽게 動하게 된다고 하였으며, 肝은 剛臟으로 性動하고 肝主筋藏魂, 其志怒, 其氣急, 體陰用陽하는데 小兒는 肝常有餘하나 肝體之陰不足하고 肝陽이 偏旺하면 주의력이 부족하게 되고, 전신 근의 운동과 有關하여 肝血이 充滿하지 못하면 肢體의 筋이 충분한 濡養을 얻지 못하여 정상적 운동을

유지할 수 없다고 하였다⁵⁾.

脾는 至陰之臟으로 在志爲思, 藏意하는데 小兒는 脾常不足하여 脾胃機能이 失調되면 運化機能 消失로 脾가 濡養을 받지 못하여 쉽게 흥분하고 靜謐을 잃게 되며 腎은 作強之官으로 技巧出焉하고 腎藏志, 主骨生髓, 髓通於腦하는데 腎陰不足하게 되면 健忘 등의 症狀이 나타나고 腎虛하면 水不涵木하여 肝陽이 쉽게 亢盛하여 火를 抑制하지 못하여 動하게 된다고 하였다²⁰⁾.

또한 言語機能이 단순히 언어중추의 역할에 의한다고 생각하지 않았는데 “心開竅於舌”하고 舌은 心의 聲이므로 心과 관련하여 心의 陰陽氣血不足으로 기능이 저하되거나 心의 作用이 되지 않을 경우 精神作用이나 言語障礙가 생기기 쉽다고 하였다¹⁷⁾.

따라서 五臟六腑의 機能을 調節함으로써 틱 장애의 治療를 기대할 수 있는데 그 중에서 五臟六腑의 大主가 되어 사람의 神明을 主管하는 心의 陰陽, 氣血의 虛實을 調整하는 것이 틱장애 治療의 要領이 될 것이다.

上記 患兒는 來院 당시 운동틱(눈 깜빡거림, 결눈질을 함, 입을 씹룩거림), 不眠(入眠障礙, 淺眠)의 症狀이 있었으며 YGTSS검사에서는 9점으로 높았으나 주의력결핍과잉행동장애 기본검사에서는 11점을 보여 정상이었다. 초진 시에는 틱장애보다는 오히려 불면증상을 주증상으로 호소할 정도였으며 잠을 자지 못하여 눈이 충혈된 상태로 래원하였으며 불안 증상이 상당히 심하였다.

불면이란 수면이 부적절하다고 호소하는 것으로²¹⁾ 그 형태로는 입면장애와 숙면장애가 많은데²²⁾, 서양의학적으로는 신경증 환자에서 대부분 호소하는 증상 중의 하나로 선진공업국에서는 인구의 10%에서 상당히 심각한 수면장애를 겪고 있으며 가끔 불면으로 고통스

러워하는 사람을 더하면 일반인구의 20-30%가 수면장애로 고생하고 있다고 한다²³⁾. 韓方에서는 不得臥, 不得眠, 日不明, 失眠, 不寐^{23,24)} 등의 名稱으로 표현하였으며 思結不睡, 營血不足, 陰虛內熱, 心膽虛怯, 痰涎鬱結, 胃不和 등으로 原因을 分類하여 治療하고 있다²⁵⁾.

상기 환아의 증상을 小兒의 心身症領域으로 보고 心氣鬱滯로 辨證하여 針治療와 韓藥治療를 사용하였는데 韓藥치료는 寧心安神, 鎮驚解鬱의 效能이 있는 養神湯加味方을 1첩을 150cc로 달인 후 50cc씩 식후 30분 1일 3회 복용하게 하였다. 養神湯加味方은 本院 處方集²⁶⁾에 收錄되어 있는 處方으로 構成藥物의 效能을 살펴보면, 白茯苓, 酸棗仁, 石菖蒲, 遠志는 淸腦開竅, 寧心安神하고, 鈞鉤藤, 天麻는 平肝熄風, 日黃連, 竹茹는 淸心除煩, 柴胡는 疏肝解鬱, 白芍藥은 養血柔肝, 白茯苓, 半夏, 肉桂, 生薑은 健脾寧心, 甘草, 大棗는 補益安神하여²⁷⁾ 수면장애, 정서장애, 불안감, tic장애, 야몽증, 多動症 등의 小兒 精神神經系疾患에 活用하고 있다.

針治療는 일주일에 3차례 本院에 來院하여 耳鍼과 針治療, 手指鍼治療를 받았는데 耳鍼治療는 鎮靜, 安神의 作用으로 不眠과 精神神經系 疾患에 應用되는 神門, 枕, 心部位에 받았으며 針治療는 安心寧神, 鎮靜理氣의 效能을 가진 手少陰心經의 神門, 手厥陰心包經의 內關, 舒肝理氣, 淸熄肝陽의 效能을 가진 足厥陰肝經의 太衝, 熄肝風, 淸神志의 效能을 가진 督脈의 百會, 通經絡, 鎮痛安神의 效能을 가진 手陽明大腸經의 合谷穴을 사용하였다²⁸⁾. 手指鍼은 손부위에서 相應療法과 5指의 診斷과 刺戟 그리고 14氣脈과 345개의 자극점에 여러 가지 弱刺戟을 주어 疾患을 豫防, 管理하고 人體의 機能을

調節시키는 방법을 말하는 것으로 上記 患兒의 경우 手少陰心經에 해당하는 心氣脈 中疲勞, 不眠, 不安 등의 精神疾患에 사용하는 G7,9,11,13,15와 任脈에 해당하는 任氣脈 中心臟과 心包에 해당하여 精神疾患에 사용하는 A8,12,16,18 穴을 사용하였다²⁹⁾.

이에 저자는 눈을 깜빡거리는 운동틱 증상에 不眠증상을 兼한 患兒에게 양방의 약물치료를 배제하고 養神湯加味方과 針治療를 이용하여 틱장애 患兒 治療에 有意한 結果를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

틱장애의 양방적 치료 중에서 기본이 되는 것은 약물치료인데 항정신병 약물을 사용한 환자의 84%정도에서 장, 단기의 부작용을 경험하기 때문에 환자, 보호자나 의사들마저도 약물치료를 쉽게 결정하지 못하고 있는 실정이다³⁰⁾. 따라서 이번 證例가 意義를 가진다고 생각되며 추후 틱 장애의 韓方治療에 대한 지속적인 연구와 노력이 있어야 할 것으로 생각된다.

V. 結 論

大田大學校 韓方病院 小兒科에 來院한 운동틱(눈 깜빡거림, 결눈질을 함, 입을 씹룩거림)증상에 不眠(入眠障礙, 淺眠)症狀을 兼한 患兒 1例를 예일 틱 증상 평가척도(YGTSS)⁷⁾로 평가하여 養神湯加味方과 針治療를 并行하여 治療한 結果 有意한 結果를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

參考文獻

1. 신정애, 김락형, 장인수, 김정연. 소아 틱 장애에 대한 중의학적 치료 동향. 대한한방소아과 학회. 2003;17(1):142.
2. 정선주, 이정섭, 유태익, 구영진, 전성일, 김봉석, 홍강익. 한국어판 예일 틱 증상 평가척도 : 신뢰도 및 타당도 연구. 신경정신의학. 1998;37(5):942-4.
3. APA. *Diagnotic and Statistal Manual of Mental disorder*. 4th ed, Washington DC: American Psychiation. 1994: 100-5.
4. 이종우, 김덕곤, 정규만. 소아 심신증에 관한 문헌적 고찰. 대한한방소아과학회지. 1992;6(1):61.
5. 江育仁, 張奇文. *實用中醫兒科學*. 上海: 上海科學技術出版社. 1995:618.
6. 오은영, 이명수, 이정은. 만성 틱 장애와 뚜렛 증후군 아동과 청소년에 있어서의 리스페리돈 치료 효과 및 안정성에 관한 연구. 생물치료 정신의학. 2000;6(2):173.
7. Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT. The Yale Global Tic Severity Scale ; initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. J Am Acad child Psychiatry 1984;23:556-73.
8. 정희연, 정선주, 황정민. 눈깜박임을 주소로 내원한 아동에서의 틱 장애. 대한안과 학회지. 2002;43(2):327-30.
9. 김봉년. 틱 장애의 진단과 치료. 대한 가정의학회지. 2004;25(5):359, 361.
10. 조수철. 소아정신약물학. 서울:서울대학교출판부. 1995:329-61.

11. 김자성, 홍강의. 틱장애아들의 동반 정신 병리와 부모 양육태도에 관한 연구. 소아·청소년정신의학. 1994;5(1):150-61.
12. Staley D, Wand R, Shady G. Tourette disorder: a crosscultural review. *Comp Psychiatry*. 1997;38:6-19.
13. 조수철. 소아정신질환의 개념. 서울:서울 대학교출판부. 1999:183, 193-6, 198.
14. 신민섭, 홍강의, 김자성. 만성운동성 틱장애와 뚜렛장애의 인지-행동적 차이. 소아·청소년정신의학. 1993;4(1):134.
15. Shapiro AK, Shapiro E. Controlled study of pimozide versus placebo in Tourette's Syndrome. *J Am Acad child Psychiatry*. 1984;23:161-73.
16. Harcherick DF, Leckman JF, Detlor DJ. A new instrument for clinical studies of Tourette's Syndrome. *J Am Acad child Psychiatry*. 1984; 23:153-60.
17. 이승희, 장규태, 김장현. 틱장애를 주소로 하는 환자의 증례보고. 대한한방소아과학회지. 2002;15(2):115-6.
18. 신종현, 정철호, 김희철. 틱 장애 환자의 추적조사. 소아·청소년 정신의학. 1996; 7:68-76.
19. 이진용, 김덕곤. 자폐장애의 한의학적 치료. 대한한방소아과학회지. 1994;8(1): 159, 161.
20. 배병철 譯. 黃帝內經素問今釋. 서울:成 輔社. 1983:26-8, 127.
21. 해리슨내과학 편찬위원회. 해리슨내과학. 서울:정담출판사. 2001:180.
22. 황의완, 김지혁. 동의정신과학. 서울:현 대의학서적사. 1987:671-9.
23. 李梴. 醫學入門. 서울:南山堂. 1985: 239-58.
24. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:南山堂. 1974: 116-7.
25. 윤형선, 문장혁, 정경숙, 이정훈, 백종엽, 안호진. 不眠患者에 대한 紫河車 藥針 效能에 관한 연구. 대한침구학회지. 2004; 21(3):100.
26. 大田大學校附屬 韓方病院. 大田大學 校附屬 韓方病院處方集. 大田:韓國出 版社. 2001:393, 540.
27. 全國韓醫科大學 本草學教授 共編著. 本草學. 서울:永林社. 1991:137, 150, 180-1, 303, 336, 467, 448-9, 494, 496, 503-4, 524, 540-1, 542, 582.
28. 全國韓醫科大學 鍼灸經穴學教室 編 著. 鍼灸學. 서울:集文堂. 2000:325, 430, 574, 667, 707, 1379-87, 1397.
29. 柳泰佑. 高麗手指療法講座. 서울:陰陽 脈診出版社. 2002:27, 213-23, 309-26.
30. 오은영, 신윤미, 이명수, 정영기, 박진희. 틱장애에서 리스페리돈의 치료효과에 관한 할로페리돌과의 비교. 대한정신약 물학회지. 2000;11(3):274-5.