

# 癲狂 患者의 遲延性 運動障礙 Tardive Dyskinesia 치험 2례

김보경\*

동의대학교 한의과대학 신경정신과학교실

## 2 Clinical Reports of Schizophrenic Patients with TD

Bo Kyung Kim\*

Department of oriental neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Donggeui University

Tardive Dyskinesia(TD) may be defined as a syndrome consisting of abnormal, stereotyped involuntary movements, which occurs relatively late in the course of drug treatment and in the etiology of which the drug treatment is a necessary factor like schizophrenia. The frequently involved parts of the body in the schizophrenic patients who have TD were tongue, upper extremity, lips and perioral area, jaws, lower extremity, muscle of facial expression, trunk respectively. The last few years have seen a number of well-conducted clinical, biochemical, neuropathological, and therapeutic studies in patients with TD, but there is no satisfactory treatment for the majority of patients with TD. I used herb medicines and some acupoints like GV20(百會), Extra-point(鎮靜), Extra-point(間谷), Liv20(行間), of the channel of Gall bladder to treated 2 schizophrenic patients with TD from December 2003 to May 2004. The patients with TD were somewhat improved. Nonetheless for just 2 cases, I might thought that this acupuncture therapy could be helpful to treat schizophrenic patients with TD. However, further studies should be followed.

Key words : schizophrenia, Tardive Dyskinesia(TD), acupuncture,

### 서 론

지연성 운동장애(Tardive Dyskinesia. 이하 TD)는 불수의적 근육 운동의 항진이 나타나는 증후군으로, 구강·안면부 운동곤란증, 턱, 무도병 또는 사지의 불수의 운동형(athetosis)의 복합체로 특징지어지며, 정신분열병 환자에서 장기간의 항정신병 약물의 투여에 의하여 발생하는 의약인성 질환이다<sup>1-3)</sup>.

증상은 주로 顔面 下顎 舌筋 四肢를 중심으로, 무도병양, 불수의적, 상동증적, 율동적 운동으로, 얼굴을 찌푸리고, 혀의 전후방 혹은 측방의 율동 운동이 매 5-8초에 나타나고, 입을 벌렸을 때 관찰되고, fly catching movement, 상동증적 실 사이 없는 구강흡입, 입술 오므리기 및 저작운동, 상지의 무도병양 무정위 운동, 하지의 연속 운동, 족부의 반복적 두드림, 족부 간의 체중 이동, 체위 장애를 동반한 등체 운동으로 나타난다. 이러한 운동은 수분간은 수의적으로 조절될 수 있고, 수면 시 소실되나, 정서적 긴장이 있을 때 악화된다<sup>1-3)</sup>.

TD라는 용어는 Faurbye등에 의해 1964년도에 처음으로 사용되었으며, 초기에는 신경이완제 약물의 사용에 의해서 발생하는 의약인성 질환으로 알려졌다가, 점차 도파민 수용체의 초과민성 가설이 유력하였으며, 또한 신경 독성에 의해 초래된 신경변성의 결과로 보는 가설도 있다. TD는 발견이 된 후부터 정신과 영역에서 많은 관심과 연구의 대상이 되어져 왔으나, 정확한 병태 생리는 잘 알려져 있지 않으며, TD의 발생에 관여되는 여러 가지 예측인자를 찾기 위한 다양한 연구가 시도되고 있다<sup>4-6)</sup>. 일단 TD가 발생하면, 많은 경우가 비가역적으로 진행이 되며, 뚜렷한 치료 방법이 없다는 점에서 예후가 불량하며, 정신분열병을 포함한 정신병적 상태에 대한 서양 의학적인 치료는 항정신병 약물에 많은 의존을 하고 있으므로, TD의 발생율은 계속 증가될 전망이다<sup>7)</sup>.

정신분열병은 주로 청년기나 성인 초기에 호발하고 감정둔마 자폐 사고장애 이상체험 이상행동 등의 독특한 정신 증상을 나타내며, 많은 수는 만성으로 경과하는 정신장애로, 한의학에서 임상에서의 유사성으로 癲狂의 범주에서 다루어지고 있다<sup>3,8,9)</sup>. 현재 中醫學에서는 TD를 항정신병 약물의 장기적 사용으로 인하여 나타나는 일종의 속발성 운동장애로 보고, 임상에서 舌紅

\* 교신저자 : 김보경, 부산시 진구 양정동 동의대 부속한방병원 신경정신과

· E-mail : npjolie@hanmail.net · Tel : 051-850-8809

· 접수 : 2004/05/07 · 수정 : 2004/06/10 · 채택 : 2004/07/15

黃芩 脉弦數 등의 熱象舌脉이 나타나며, 熱邪가 오래되어 陰穴을 상하게 되어 舌紅小苔 혹은 舌質淡紅無苔 脉細數 등 陰血虧虛의 형상을 나타내는 경우가 많다. 변증의 몇 가지 유형은 陽明熱盛 陰液不足, 肝陰不足 筋脈失養, 脾胃陽虛 中氣不足, 肝鬱氣滯 瘀血內阻, 胃陰不足 項肌失調 등이 있으며, 치료 과정 중에는 辛燥之品을 禁하여 陰液이 손상되는 것을 예방하여야 한다<sup>1)</sup>. TD는 정신분열병 환자에서 발생하므로 癡狂의 범주와, 사지 및 顔面 頭部 下顎의 不隨意的 運動이라는 점에서 震顫 掉眩 脚足筋攣 風頭旋 弄舌과 유사한 부분이 있을 것으로 사료된다<sup>3,7,8,12)</sup>. 癡狂 환자는 신경정신과 진료영역에서 매우 중요한 질환임에도 불구하고, 그간 한국, 중국, 일본을 위시한 한의학에서의 임상보고가 많지 않은 실정이다.

이에 저자는 2003년 12월부터 2004년 5월까지 동의대 부속 한방병원 한방신경정신과에서 치료한 2례의 정신분열병을 가진 TD 환자의 경과를 보고하고자 한다. 2례 모두 본원 래원 전 정신분열병 진단을 받고, 몇 차례의 입원치료를 받은 경력이 있으며, 현재 TD증상을 나타내고 있으며, 항정신약을 복용하고 있는 환자 1례와, 항정신약을 끊고 래원한 1례이며, 한약치료와 침치료를 환자의 증상이 완화 및 호전이 되는 것을 볼 수 있었다. 현재 병태 및 치료법이 밝혀지지 않은 TD가 침과 한약치료를 통하여 호전될 수 있다는 점은, 환자의 현실적인 고통을 덜어줄 수 있다는 것뿐만 아니라, 향후의 임상연구에 고무적인 가능성으로 생각된다. 더 자세하고 구체적인 임상연구 및 병인 병기 기전에 대한 연구가 필요하리라 생각하며, 부족한 본인의 임상 치험례를 공유하고자 한다.

## 증 례

### 증 례 1

▶환자명 : 홍●○ 49세/여성

▶주요증상 :

①下顎下垂-턱이 내려앉는 형식으로, 저작운동이 어렵고, 말하기가 쉽지 않음. 식사할 때 손으로 턱을 붙잡고 씹음

②四肢震顫

③간헐적 폭력행위-정서불안정-성을 잘 냄.

④환청-"어떤 여자가 유방을 내놔라"

⑤불면-약을 안 먹으면 못 잠, 약을 먹고 불규칙한 수면.

⑥의사에게 쓰는 편지(B5 용지 6장 분량)-다소의 사고비약, 화제이동 다소 빈번, 수미일관성 장애 다소 나타남.

▶부수적 증상 : 식욕 소화 보통. 식물성 음식을 먹으면 설사, 육식을 먹으면 양호한 대변, 47세경 폐경, 유산2회, 수면상태는 양약 먹은 후 수면하나 불규칙 脈徐弦, 舌淡紅多濕潤, 魚際部色靑.

▶발병일 : 정신분열병은 대학 졸업 당시 진단 받음

▶과거력 :

①1974년 H신경정신과 40일간 입원치료-정신분열병

②29세경 B대학병원에 입원치료-정신분열병

③88년경 P신경정신과에 3개월 정도 입원치료-정신분열병

④P대학병원 입원치료

⑤Y정신병원 100일 입원치료

⑥지역 한의원에서 침 치료

⑦기타 민간요법 시도해봄-생강차, 뜸, 수도생활(하안거)

⑧치질 간헐적 치료

⑨현재 부산 B병원-신경과 "지연성 운동장애" 진단 후 처방약 복용 중(Rivotril 0.5mg Tab/Motilium-M 10mg Tab/Madopa HBS 125mg cap/Celance 0.05mg Tab : prn.복용 혹은 qd.복용 권유받았으나, 아침 점심 bid 복용 중)

⑩부산 S병원 신경정신과 처방약 함께 복용 중(Seroquel(o-100mg)/Haloperidol (5-5mg)/Proimer(5-5mg)/Diazepam(0-2mg)

▶외모 : 보통 체격, 흰 피부에 붉은 빛 도는 얼굴, 크게 끈 눈, 턱을 앞으로 내밀고 이야기하며, 발음이 정확하지 못하며, 이야기의 내용에 사고비약이 다소 나타남. 이야기 도중 下顎 下垂되므로 손으로 입을 다물어 놓으면 어느 사이 입이 조금씩 저절로 벌어짐. 위생상태 및 외모 꾸밈 상태는 다소 어색한 감이 있었으나, 보통 수준에 가까움.

▶개인력 및 일상생활 : 전직 초등학교 선생님, 발병하면서 퇴직함. 5남매 중 막내. 현재 88세된 모친과 생활, 미혼이며 결혼한 적은 없음. 일상생활은 아침 7-8시 경 불규칙하게 깨고, 밤 9-11경 양약을 먹고 잠들며, 외출 시에는 신경과에서 처방한 바롬 제제(외출시, 견혈적으로 복용하라고 권함. 약간의 증상완화 가능하지만, 되도록 쓰지 말라고 주의받음)를 복용하고 있으며, 다소의 취미(서예 및 학원) 생활 및 가벼운 가사일을 하고 있음. 모친의 말에 의하면 화를 잘내고 짜증이 많으며, 요즘은 폭력은 없지만, 과거는 할머니를 때리곤 하였다 함.

▶현병력 : 상기 환자는 2003년 12월2일 상기증으로 래원하여 침구과를 경유하여, 본과에 의뢰됨. 모친(88세)과 동반하여 걸어서 왔으며, 본인의 증상에 대하여 부정확한 발음으로 매우 빠른 속도로 이야기하며, 사고비약의 경향이 다소 나타남. 현재 부산 B병원-신경과 "지발성 운동장애" 진단 후 처방약 복용 중이며 부산 S병원 신경정신과 처방약 함께 복용 중

▶치료목표 : 식사 및 대소변 수면 등 기초 생활안정, 사지 진전의 감소, 정서안정.

▶변증 : 癡狂, 震顫, 失眠

▶치료 경과 : 표1 참조

### 증 례 2

▶환자성명 : 박◎● 28세/男

▶주소증 :

①무정위 불수의적 운동-목을 사경과 유사하게 앞으로 뽑아서 회전운동을 하고, 몸을 뒤로 뻗었다가 움츠리고, 입을 벌리고, 혀를 넣었다 뺐다 반복하고, 눈을 찡그리면서 다리를 불규칙하게 오그리고 펴고, 혀를 이리저리 돌리며, 팔을 외전하며, 어깨와 목이 뻣뻣하게 돌아감. 홀로 보행하기 어려우며, 침대에서 스스로 돌아눕지 못하며, 잠시도 가만히 있지 못함. 의도적인 동작을 할 때보다 동작이 멈춘 시기에 불수의적 운동이 심함. 복부에 경련이 나타남.

표 1.

진료순, 월/일	경과	시술	비고
① 12/2	초진 주소증 상태	肺正格 百會 鎮靜 間谷 行間 乾附紅	
② 12/4	원자 표현 前日 하악하수 후 다시 다물어 졌다 함. 기타 별무 변화. 설사지속	脾正格 百會 鎮靜 間谷 行間 乾附紅	
③ 12/5	설담홍. 발우태 맥활 79/분 하악빈개(과거비교시)	脾正格 百會 鎮靜 間谷 行間 乾附紅	
④ 12/9	대화 속도 사고비약 감소. 설사 감소 대변 호전	脾正格 百會 鎮靜 間谷 行間 乾附紅	
⑤ 12/11	간승격 시술 후 하악하수 더욱 심하 점-즉시 발침 담정격 시술 후 하악 하수 절반감소. 영수보사하면서 맥변화(맥부활->맥침세)	肝勝格 시술 후 膽正格 百會 鎮靜 間谷 行間 乾附紅	
⑥ 12/12	양일간 하악하수 양호. 수면 시간 증가. 숙면함	膈正格 迎隨九六補瀉 百會 鎮靜 間谷 行間 乾附紅	
⑦ 12/16	오전 중 하악하수 여전. 오후는 하수 호전됨 사고 비약 감소. 정상속도의 언어 구사. 외모 다소 편안해 보임	膈正格 百會 鎮靜 間谷 行間 乾附紅	변화 정도는 환자의 표현에 의거함
⑧ 12/18	맥박 102/분->시술 후 84/분으로 脈 변화 근래 사탕 씹을 수 있음. 오전에는 하악하수 존재하나, 오후에는 하악 하수 거의 없을 정도로 감소	膈正格 百會 鎮靜 間谷 行間 乾附紅	차후 상태 심한 오전 시술 권유함
⑨ 12/19	담정격 시술 후 하악 하수 여전 大敦 瀉 후 舌瘰木 尤甚하여 발침 소부 사 후 하악하수 우심하여 발침 담정격 유침 후 발침-하악 하수 다소 호전 舌瘰木 진존	膈正格 百會 鎮靜 間谷 行間 乾附紅 大敦瀉, 少府瀉	오전에 래원 평소 외출 시 복용하던 바롬제 복용않고 래원

- ②하악 경련 및 경직-이를 꼭 깨물었다가 고통스럽게 소리를 냈
- ③정신적 상황-대화 가능하지만, 고통스러운 목소리로 이 사이로 밀어내듯이 소리냄
- ④불면(全日不眠)-근래 연이어 잠을 자지 못하고 있으며, 환자는 혼몽함
- ⑤환청
- ⑥전신한출
- ▶부수적 증상 : 식사량 소, 변비 확인 불확실, 설태 확인불능, 맥박 및 기타 확인 불가능
- ▶발병일 : 대학 재학 당시
- ▶과거력 :
  - ① 2001년 3월 환상 망상 지속-부산 B신경정신과 정신분열병 진단 4개월 입원 치료 후 퇴원, 복약 지속
  - ② 2002년 7월 부산 B대학병원 임상실험용 항간질약 복용(하루 2T 복용 후 7일간 혈액검사 시행함)이후 점차 안면경련 형태

로 경련 발생

- ③ B 대학병원 신경정신과 2개월 입원 미호전 이후 전신근육 무력 및 불수의 운동, 정신불청 심하여 종일 잠만 잠
- ④ 2003년 8월부터 양약 복용 중지-부산 E한의원에서 침과 한약 치료-치료 시작 당시 오른 손으로 글을 못쓰고 식사 못했으나 다소 호전되고 정신 맑아 졌으나, 심한 전신 경련이 시작됨
- ▶외모 : 체취가 심하며 불결함. 수척한 체형에 상하치은이 겹고 (중학교 때부터) 때가 긴 피부색이며, 스스로 직립 및 보행이 힘들고, 의자에 누워 사지 무정위 불수의 운동
- ▶가족관계 : 부친(환자 10세 경 교통사고로 사망) 모친(피아노 학원 운영) 할머니(치매) 여동생(학교선생님) 남동생(석사과정 중), 환자본인
- ▶개인력 및 일상 생활 : 환자는 의대 예과 재학 중 F학점 받은 후 군대에 다녀왔고, 2001년 3월 복학하여 학교 앞에서 자취하며 공부하던 중, 어느 날 집에 와서 크게 화를 내다가 대성통곡을 했으며, 보호자 기술에 의거하면 학교에서 시험 문제로 스트레스를 많이 받은 듯했다고 하지만, 환자는 그런 일을 기억은 하지 못하며, 점차 환청 폭력 등의 이상 증상을 나타냈었다 함. 정신분열병 진단 후 입원 치료하였으며, 주소증과 같은 증상은 임상 실험용 항간질약 복용 후 안면경련같은 형상으로 시작되었으며, 점차 심해졌음. 이후 학교 그만 두고 치매 걸린 할머니와 여동생 고친과 함께 생활 중이며, 어머니가 학원은 운영하며 생활 중이며, 낮 시간의 대부분을 치매할머니와 집에서 보내고 있으며, 방안에서 두분불출하지만, 잠은 전혀 안자는 듯하다고 진술하였다.
- ▶치료목표 :
  - ① 불면의 해소
  - ② 전신 경련의 완화
  - ③ 영양상태 및 대소변관계 위생상태 호전-체중의 증가
  - ④ 정서의 안정
- ▶변증 : 癡狂, 不眠, 震顫, 風頭旋, 弄舌, 腳趾筋攣
- ▶치료 경과 : 표2 참조

고찰

정신분열병은 주로 청년기나 성인 조기에 호발하고 감정둔마 자폐 사고장애 이상체험 이상행동 등의 독특한 정신 증상을 나타내며, 많은 수가 만성으로 경과하는 정신장애이다. 자아의 분열, 통합장애 및 현실감각증 능력의 상실을 보이며, 치료는 항정신병 약제에 많은 부분을 의존하고 있는 실정이다. 이에 따른 정신과에서 흔히 나타나는 의약원성 질병 중에는 간손상, 혈구감소증, 성기능 저하, 만성 지연성 운동장애 등이 있다<sup>1-3)</sup>.

지연성 운동장애(Tardive Dyskinesia. 이하 TD)는 불수의적 근육 운동의 향진이 나타나는 증후군으로, 구강·안면부 운동곤란증, 턱, 무도병 또는 사지의 불수의 운동형(athetosis)의 복합체로 특징지어진다. 증상은 주로 안면 하악 설근 사지를 중심으로, 무도병양, 불수의적, 상동중적, 율동적 운동으로, 얼굴을 찌푸리

표 2.

진료기간	경 과	치 료 법	기 타
1월 8일 입원	상기 주소증과 함께 근래 불면 지속 횡격막 경련·양손으로 부드럽게 압박하면 어깨 움직임 완화	계지가용골모려탕가미, 담정격, 진정 간곡 행간 백회	
~1월10일 퇴원	임면 지면, 수면 시는 경련 감소. 대변은 확인안됨 한출감소 10일 오전 중 침상에서 혼자 앉아 있을 수 있음	상동	보호자 부재로 퇴원 결정
1월 12일 ~1월 16일	1/12 하지경련 감소, 상지 경련 감소 전근상태, 경향부 하악부 쉬지않고 움직임, 체취감소, 불면지속 1/14 13일부터 지속 수면, 상하지하지 경련 감소, 전근상태 1/16 전신무력감 인지, 수면 식사량 증가, 경련 현저히 감소,	사물안신탕가미10첩 tid. 주사0.2g 아침저녁 중복, 침치료는 상동.	1/14 경혈 위치 감염 주의 대화원할
1월19일 ~1월28일	1/19 16-18일 수면 3-4시간 상태양호, 약수터 물 퍼움, 18일 저녁 맥주 마신 후 19일 전신 경련 악화, 안면홍조 안구충혈 1/28 19일 이후 상태 양호, 26일 흡연과다 후 경련 시작, 양수 하악 경향부 경련, 안구충혈 안면홍조 감소, 혼자말	1/19사물안신탕가미10첩-주사 0.2g 저녁중복 담정격 진정 간곡 행간 백회 소부	朱砂감량 탕약복용 및 신조지물(술, 담배 자극성 조미료)주의
1월30일 ~2월13일	사지, 횡격막 경련 현저 감소-하악경련 잔존. 식사 대소변 양호 중일 수면(깨우면 일어나서 식사함) 안색 호전 맥세삭 배부 경향부 동통 호소, 경향부 근경결은 없음 2/13 맥 70/분	침치료 상동, 소부사 2/6 사물안신탕가미 10첩 (거주사)	체중 60.6kg 2/4 치매할머니 퇴원-스트레스
2월16일 ~2월27일	2/16 경련 발무, 무기력 호전, 환자 환청 호소(과대망상이 있어오 소리도 들렸다 인들렸다 하고.) 정서적 흥분 2/18 17일 불면-약국에서 수면제 복용(무효과) 정서흥분 발작 전신경련, 보행은 가능, 경련으로 진맥 불가 2/23 래원도중 실종 이후 래원-차 잘못타서 다른 곳에 갔다 왔다 함, 환청호소(머리위에서 이야기 하는 소리) 경련 하악 부분 영전과 진전, 간헐 상지 전근 2/27 25일 호떡 땅콩 과식 후 식체복통-내과에서 약복용 27일 경련 재발 목 덜고 상지전근 복통 호소	담정격 행간 진정 간곡 소부사 중완 2/16 사물안신탕가미 10첩 (거주사) 2/27 위정격 건비환 2일분 투여, 기존 침치료 병행	체중60.2 치매할머니와 마찰-약수터 다녀오기 권유 환자는 의사의 지시에 순종-육육면도 개인 위생 호전 중
3월3일 ~3월15일	3/3 면도 위생호전, 두부진전(+) 현훈(+)간헐적 수지굴신 맥세현 무력 항부피로간 하악 진전 감소, 간헐적 우측경향동	침치료 상동 습부항 아로마마사지	패퍼민트1,라벤더1,조조 바오일
3/17일 ~3월19일	3/17 전신경련 乾嘔 전신발한심-온몸 젖은 상태로 래원 100/80 36.6 -환의후 위정격 시술 후 트림, 허가 다량함 담정격 재차 시술-경련 감소, 5분 후 스스로 발침하고 심하게 화내고 소리지르면서 나갈-10분 뒤 운운히 귀과 3/19 맥세삭 하악경련 사지무정위운동(-) 항부염전(±) 수면 3-4시간, 변비, 쟁그린 얼굴표정	차말미추정-위정격시술 기타시술 상동	비맛고 장시간 비스타고 래원 근래 무경련시(성격 과격)-유경련시(성격은 순)-모진기술
4월 26일	병무정 제출용 진단서-예비군 훈련 면제용	환자 래원 거부	보호자만 래원
5월10일	양상지 무정위운동(±) 하악진전(±) 머리긋기 양말 벗고신기 가능 설담홍 맥서미현	침치료 상동	
5월24일	근래 다면 경향 경향부 경결은 발무 맥서미현		홀로 래원

고, 혀의 전후방 혹은 측방의 울동 운동이 매 5-8초에 나타나고, 입을 벌렸을 때 관찰되고, fly catching movement, 상동중적 설 사이 없는 구강흡입, 입술 오므리기 및 저작운동, 상지의 무도병 양 부정위 운동, 하지의 연속 운동, 족부의 반복적 두드림, 족부 간의 체중 이동, 체위 장애를 동반한 동체 운동으로 나타난다. 이러한 운동은 수분간은 수의적으로 조절될 수 있고, 수면 시 소실되나, 정서적 긴장이 있을 때 악화된다<sup>1-3)</sup>.

TD라는 용어는 Faurbye등에 의해 1964년도에 처음으로 사용되었으며, 초기에는 신경이완제 약물의 사용에 의해서 발생하는 약물인성 질환으로 알려졌다가, 점차 도파민 수용체의 초과민성 가설이 대두되었다. 이것은 항정신병 약제 중 많은 부분을 차지하는 도파민 길항제(dopamine antagonist)를 장기 투여하면, 초기에는 파킨슨 증후군에서 나타나는 증상들이 부작용으로 올 수 있으나, 장기의 경우 역설적으로 불수의적 운동이 주증상인 TD가 나타날 수 있으며, 이는 도파민수용체(dopamine receptor)에 대한 과민현상(hypersensitivity)이 생겼기 때문이라고 설명하

는 가설이다. 또한, 근래에 TD는 신경 독성에 의해 초래된 신경 변성의 결과로 보는 가설도 주목받고 있으나, 현재 정확한 병태 생리는 잘 알려져 있지 않다<sup>4-6)</sup>.

TD는 1년 이상 항정신병 약물치료자의 15-20%에서 보고되며, 항정신병 약제 치료 6개월 이전에는 드물고, 2년경에 많이 나타나며, 투약 중단 후 처음 나타나는 경우도 있다. TD가 항정신병 약물을 복용하는 모든 정신분열병 환자에게서 발생하지는 않는다는 점에서 TD발생에는 개인적 소인이 관여될 가능성도 높다. 일단 TD가 발생하면, 많은 경우가 비가역적으로 진행이 되며, 소극적 예방법(항정신병 약제의 최소 유효용량의 사용, clozapine으로 변경)외에 뚜렷한 치료 방법이 없고, 예후가 불량하므로 TD의 발생에 관여되는 여러 가지 예측인자를 찾기 위한 다양한 연구가 시도되고 있다. 그러나, 정신분열병을 포함한 정신병적 상태에 대한 서양 의학적인 치료는 아직 항정신병 약물의 투여가 주요한 역할을 하고 있어 앞으로도 지연성 운동장애 환자가 계속 발생될 전망이다<sup>1,3,7)</sup>.

정신분열병은 병태의 유사성으로 인하여 한의학에서 전광의 범주에서 다루어지고 있으나, 정신분열병 환자에서 나타나는 불수의적인 운동으로의 TD에 대한 정확한 언급은 찾기가 쉽지 않다. 사지 혹은 두부 안면의 불수의적인 운동이라는 증상에 착안하면, 震顛 振掉 脚足筋癱 轉筋 風頭旋 弄舌과 유사한 점이 있을 것으로 보인다<sup>38,9)</sup>. TD에 대해 현재 中醫學에서는 抗精神病 藥物의 장기적 사용으로 인하여 나타나는 일종의 속발성 운동장애로 보고있다. TD는 입상에서 舌紅 黃苔 脉弦數 등의 熱象 舌脉을 보이며, 熱邪가 오래되어 陰血을 상하게 되어 舌紅小苔 혹은 舌質淡紅無苔 脈細數 등 陰血虧虛의 형상을 나타내는 경우가 많다. 辨證의 몇 가지 유형은 陽明熱盛 陰液不足, 肝陰不足 筋脈失養, 脾胃陽虛 中氣不足, 肝鬱氣滯 瘀血內阻, 胃陰不足 項肌失調 등이 있으며, 치료 과정 중에는 辛燥之品을 금하여 陰液이 손상되는 것을 예방하여야 한다<sup>1)</sup>.

저자가 2003년 12월부터 2004년 5월까지 동의대학교 부속한방병원 신경정신과 외래 치료한 2례의 지연성 운동장애 환자는 본원에 오기 전 정신분열병 진단을 받고, 몇 차례의 입원치료를 받은 경험이 있고, 현재 TD증상을 나타내고 있으며, 항정신약을 복용하고 있는 환자 1례와, 항정신약을 끊고 래원한 1례이다.

증례1의 49세 여자 환자는 장기간의 정신분열병 치료를 통해 현재 환청의 존재를 인지하고 있는 상태이며, 약간의 가사 일을 할 수 있을 정도로 가정 관해되어 있으며, 말하는 속도가 상당히 빠르지만, 단어는 정확하지 못했으며, 말하는 동시에 턱이 계속 아래로 늘어져 주먹거리는 모습과 함께 손으로 턱을 쓸어 올리는 동작을 하였다. 또한, 의사에게 보내는 6장의 편지를 가져왔는데, 내용은 과거에 본인이 살아왔던 생활과 발병당시의 감정과 에피소드가 적혀 있었으며, 약간의 수미일관성 장애와 화제 이동의 정도가 빈번하였다. 손발을 떨고 눈을 크게 부릅뜨고 있으며, 흰 피부에 붉은 빛이 도는 얼굴이었으며, 본인도 인정할 정도로 짜증과 화를 잘 낸다고 하였다. 동물성 음식을 먹으면 대변 상태가 양호하고 식물성 음식을 먹으면 설사한다고 하였으며, 수면은 신경과 약을 먹고 저녁 9시경 잠들어 아침 7시경 일어난다고 하였지만 약이 없으면 잠들 수 없고, 규칙적인 생활은 아니라고 하였다.

치료 목표를 사지진전의 감소와 정서의 안정, 식사 및 대소변상태 호전, 규칙적인 수면 및 일상생활로 결정하고, 手足動搖와 煩燥感 및 설사를 가라앉히고자, 肺正格(太淵 太白補, 魚際 少府瀉)과 百會 鎮靜 間谷 行間을 시술하였다. 다음 날 설사 지속되어 脾正格(大敦 隱白사, 大都補 少府 刺針)을 시술하였다. 치료 진행되면서 설사빈도, 대화속도 및 사고비약의 정도가 다소 감소하는 듯하였으며, 환자의 표정이 부드러워졌으나, 하악하수는 큰 변화는 없었다. 안면이 붉고 少府穴을 사하면 안정 효과가 있어 火熱을 다스리고자 肝勝格(經渠 太衝 補, 少府 行間瀉)을 시술하였으나 下顎下垂 더욱 심하여져서 즉시 발침하고, 환자의 설사 진전 불면 등의 증상이 實火가 아닌 膽虛血熱之候로 보고 膽正格(通谷 俠谿補, 商陽 竅陰瀉)을 시술하자, 바로 하악하수가 절반 정도로 감소하였으며, 迎隨補瀉를 하면서 脉浮滑에서 脉沈細로 변하였다. 이후 담정격을 지속 시술하면서 하악하수 감소되어 손

으로 턱을 올리지 않아도 되고, 사탕을 씹을 수 있을 정도로 호전되었고, 수면 시간도 증가하였으며, 표정과 외부로 드러나는 정서상태가 현저하게 편안한 상태가 되었다. 12월 18일 경, 환자 기술에 의거하면, 오후에는 하악하수 거의 없으며, 오전에는 지속적으로 나타남을 호소하여, 차후 오전 중 시술하기로 환자와 상의 결정하였다. 19일 환자는 평상시 복용하던 신경과 약을 입의 복용하지 않고 오전 중 래원하였다. 기존의 방식 그대로 담정격 시술 후 하악하수 여전하여, 경련성 질환 救急穴 大敦 瀉하니 舌麻木 발생하여 즉시 발침하였고, 顏面紅潮 心悸있어 少府 瀉하니 하악하수 심하여 발침하였다. 膽正格 留針한 후 발침하니 하악하수 다소 호전하였으나 舌麻木 잔존한 상태로 귀가하였다. 이는 침 치료로 비교적 짧은 시간에 호전 반응이 와서 조기에 양약을 끊은 부작용으로 사려되며, 만성적인 설사 및 肝勝格 少府 大敦을 瀉하였을 때 악화반응이 나타난 것으로 판단하건데, 脾胃陽虛 中氣不足의 TD였을 것으로 사려되나, 환자의 경제 사정으로 인하여 탕약 치료를 병행하지 못했던 아쉬움이 있었다. 그 후 환자는 예정되었던 서울 친척집에 다녀러 감. 이후 서울에 머물게 되었다고 연락이 오면서 치료는 종결되었다.

증례2의 28세 남자환자는 의대 재학 중 정신분열병 진단 받고, 수 회의 입원 치료 및 투약 지속하던 환자로, 임상실현용 항간질약을 지원하여 먹은 뒤 점차 안면경련이 시작된 후 TD 증상 발생한 경우이다. 정신분열병 진단 받고 항정신병 제재를 복용한 후, 정신혼미 및 과다수면(혹은 精神不滿)으로 일상생활이 불가능하고, 점차 안면 두항부 상지경련이 심하여 2003년 8월부터 항정신병 약물복용을 중단하고 로컬한의원에서 탕약 및 침치료를 받았다. 그 이후 정신불청 호전되고 오른 손으로 식사 가능하고 이름을 쓸 수 있을 정도로 호전되었으나, 갑자기 전신경련(본원 初診時 증상)이 심하게 나타나, 2004년 1월8일 환자의 모친과 동반하여 본원에 래원하였다. 당시 환자는 서 있지 못하여 대기실 의자에 누워서 양손 머리 양다리를 각각 다른 형태로 흔들며, 허를 넣었다 뺐다하고 위생상태는 좋지 못했으며, 묻는 말을 이해는 하는 듯하였으나, 설 사이 없는 허 및 下顎 두부의 움직임으로 제대로 대답하기가 어려웠다. 보호자 24시간 병상간호 하기로 하고 입원치료를 시작하였다. 입원 당시 심한 불면증으로 여러 날을 하나도 자지 못했으며, 수면제 기타 안정제 복용해도 효과 없었다고 하였으며, 식사 및 대소변관계도 제대로 확인할 수가 없었다. 우선적으로 수면을 취하게 하기 위해, 불면증에 유효한 百會 鎮靜 間谷 行間에 자침하고 膽正格(俠谿 通谷補, 竅陰 商陽瀉)을 시술하였다. 탕약은 兩上肢 경련 및 下肢筋肉 失養 및 柔弱에 착안하여 桂枝可龍骨牡蠣湯加味(桂枝 16g, 龍骨 牡蠣粉 白灼藥 麥門冬 炒酸棗仁 各8g, 炙甘草3g, 鈞鈞藤 牛膝 杜沖 木果 白茯神 6g)을 처방하였다. 3일 입원 동안 환자는 다소 수면을 취하였으며, 전신경련은 외래 래원 당시보다는 약간 안정되었으나 지속되었고, 침상에 앉아 있을 수 있게 되었다. 혈액검사 소변검사 심전도 방사선검사 등을 시행하여 특별한 이상소견이 없음을 확인하였다. 입원 전 지속되던 불면증이 침과 탕약 복용 후 어느 정도 수면 가능하였고, 현저한 호전은 없었더라도 약간의 경련 감소는 고무적이었으나, 환자의 가정 환경 상 병상 간호할 보호

자의 부재로 인하여, 환자 모친과 상의하여 외래 통원치료하기로 결정하였다. 1월 12일 외래 래원 시 환자의 경련은 초진 당시보다는 약하지만, 퇴원 당시보다 약간 더 심하였으며 舌紅小苔(無苔에 가까움), 脉細微數, 不眠症이 지속되었다. 下枝筋肉 柔弱은 血虛有火 血不養筋, 肝陰不足 筋脈失養이라 사려되어, 四物安神湯加味(當歸 元肉 白芍藥 生地黃酒洗 各8g, 熟地黃 人蔘 炒白朮 牡蠣粉 白茯苓 炒酸棗仁 柴胡 半夏 各6g, 烏梅2개, 黃蓮 梔子炒 麥門冬 竹茹 龍骨 各4g, 芫3棗2) 10첩을 탕전하여 6일간 하루 3번, 아침 저녁 朱砂 0.2g 충복하게 하였다. 背部 督脈 및 膀胱經에 乾附紅 灸술하고, 불면 및 정신 안정을 위해 膽正格 迎隨補瀉, 百會 鎮靜 行間 間谷 捻轉을 하였다. 외래 치료 초기, 환자의 수면시간은 점차 지속적으로 늘어났고, 더불어 경련의 시간도 점차 줄었으며, 환자는 의사의 샤워 및 면도 권고를 받아들여 위생상태가 점차 양호해졌으며, 섭취량 및 배변 상태 호전되면서 약간의 체중증가도 나타났다. 치료가 진행되면서 하지의 경련 상태 호전되어 보행이 원활해졌으며, 상지의 경련은 감소되고 간헐적으로 외측 전근되며, 혀의 설 사이 없는 움직임 및 복근 및 횡격막의 불규칙적인 수축도 점차 감소되었다. 1월 18일 오전 약수터에 혼자 가서 물을 떠 올 정도로 안정된 이후, 18일 저녁 맥주 1병 음주 후 전신경련이 심해지고, 안면홍조 안구충혈이 나타났다. 19일 재차 같은 四物安神湯加味方을 10첩 처방하고 朱砂 0.2g은 수면이 다소 호전되었으므로, 저녁에만 충복하기로 하였다. 증세 지속적인 호전 중 26일 환자의 2일간의 과다 흡연과 증세의 호전으로 인한 보호자의 자의적인 탕약복용 감량(점심약을 복용하지 않음)이후 양수 및 하약부 경련 경향부 염전경련이 심하여 졌다. 이는 치료 기간 중 급하여야 할 辛烈, 辛燥之物의 섭취와 이로 한 血損血熱의 영향으로 추정되어, 보호자에게 담배술 화확조미료 매운 향신료 등을 금할 것을 인지시켰으나, 환자의 담배에 대한 애착은 끊기가 쉽지 않았다. 2월 16일경 수면시간 과다 증가되었다가 점차 정상화되고, 下顎만 다소 움직이는 상태에서 환자 환경(와글거리는 소리, 내용은 불확실) 및 과대망상(스스로 과대망상임을 인지)을 호소하기 시작하였으며, 안구충혈 나타나, 기존 치료에 清心 清熱하기 위해 少府瀉를 추가하고 산책 및 약수터 다녀오는 일을 권유하였다. 환청은 과거 상존하고 있었으리라 추정되며, 단지 TD증상이 격렬하여 환자의 호소가 적었던 것이라 사료된다. 2월 18일 치매 할머니와의 다툼인한 정서 흥분 후에 경련 심해지고, 2월 23일 래원하면서 1회 실종되는 일화가 있었고, 환청 인지하는 가운데도 일상생활이 어느 정도 가능하였으며, 짜증이나 성냄도 줄어들었다. 2월 27일 땅콩 과식 후 복통 경련 증가하였으나, 食滯로 辨證하여 胃正格(三理陽谷補, 陷谷 臨泣瀉)과 기존의 치료를 진행하였다. 3월에 들면서 환자는 경련은 감소되었으나 현훈과 우측 경향부 동통을 호소하였는데, 이것은 그간의 과다한 경향부 염전과 근육피로로 인한 증상이라 추정하고, 동통을 완화시키고 원활한 회복을 위하여 동통 부위의 濕附紅 1회 및 아로마 마사지(라벤더 페퍼민트 각1방울, 조조바오일)를 수회 시행하였으며, 시술 후 환자는 동통 감소를 표현하였다. 3월 17일 비 맞은 후, 장시간 버스를 타고 오면서 걸뚫 속뚫이 다 젖을 정도로 過多汗出한 후 乾嘔와 전신경련

심한 상태로 래원하였는데, 환자복으로 갈아입은 후의 혈압 및 체온은 100/80(불확실) 36.6도이고 맥박수는 경련으로 측정할 수 없었다. 근래의 증가된 식사량과 함께 車暈으로 변증하여 胃正格 시술 후 트림과 하기 배출을 수회 하였다. 차후 기존의 침치료를 재차 시술하였는데, 자침 5분 뒤에 스스로 발침하고 일어나서 “담배 피우면 안돼는 이유가 뭔데! 내가 미쳤다는 말이! 언제 까지 치료해야 하는데!” 하면서 소리지르고 환자복 입은 채로 병원을 뛰어 나갔다가 10분 정도 뒤에 다시 돌아 왔으며, 환자 진정시킨 후 귀가시켰다. 3월 1일 맥색삭 다소의 下顎痙攣과 頭頂部捻轉은 있으나, 사지무정위 운동은 없는 상태로 래원하였다. 보호자 기술에 의하면, 근래 환자가 경련이 있을 때는 정신이 비교적 온전하고, 경련이 사라지면 난폭하고 사나와지며 힘이 세어지는 경향이 나타난다고 하여, 차후 TD의 모태가 된 정신분열증에 대한 양방적 치료를 양방정신과 전문의 및 보호자와 상의하여 결정하기로 하였다. 환자의 외출거부로 인하여 치료소감상태 지속되던 중, 4월 28일 보호자 단독 래원하여 병무정 제출용 진단서 1부 발급하였으며, 백병원에서 정신분열병으로 정신장애 등급 판정을 받기로 상의하였다. 이후 백병원 정신과에서 투약 중지한 양방의 항정신병 약제는 재투여할 필요가 없으며, 현재로는 투여 가능한 약이 없다는 사실을 확인하고 돌아왔다. 5월 10일, 24일 환자 래원시 양상지의 무정위 운동 및 하악 진전 다소 있으나, 머리끄짐 양말 신고벗기 머리감기 일직선보행 등 가능하며 치매할머니의 입원 뒤 흥분하는 일 감소된 상태임을 스스로 설명하였으며, 현재 집에서 수면 식사 산책 등의 일상생활이 어느 정도 가능하고, 간헐적으로 약수터에 다녀오는 일을 하고 있으며, 차후 경과 관찰 후 재치료를 시작하기로 결정하였다.

두 경우의 환자 모두 정신분열병을 진단 받은 상태에서, 불수의적 운동 불면 정서적 흥분이 나타나고 있어서, 우선적으로 정서안정 및 실면을 치료하면서 차후에 경련의 감소를 목표로 삼았다. 失眠을 치유하기 위하여 百會 鎮靜 間谷 行間 膽正格을 선택하였으며, 諸風掉眩 皆屬於風, 諸筋骨痛 諸節痛 皆屬於膽에 착안하여 肝正格 肝勝格 膽正格을 시술한 결과 膽正格이 이 두 경우의 환자에서는 효과를 나타낸 것으로 사료된다. 선택한 穴의 血性은 다음과 같다(표3). 자세한 병인과 병기에 대한 연구는 차후 반드시 추가되어야 할 것으로 보이며, 치료가 진행되면서 보호자의 협력 부족으로 AIMS(Abnormal Involuntary Movement Scale)을 시행하지 못했던 점이 아쉬우며, 차후 진료 시에는 보완하여야 할 것으로 보인다.

## 결 론

2003년 12월부터 2004년 5월까지 동의대 부속한방병원 신경정신과에서 정신분열병을 가진 2례의 지연성 운동장애 환자를 치료한 결과, 間谷 鎮靜 行間 百會 膽正格을 시술하여 불수의적인 운동에 호전적 치료반응이 나타났으며, 1례에서 四物安神湯加味方을 처방하여 호전된 결과를 보았다. 현재 양의학적인 치료의 방법이 없고, 예측되는 발병률의 증가, 비가역성의 어두운 예후를 볼 때, 침과 한약치료를 통하여 TD에 호전적 변화를 일으

표 3.

혈명	소속	혈성	주치	출전
鎮靜	동씨기혈	清心鎮痙	神經錯亂 失眠特效 頭項部震顫 四肢發抖	*실용동씨침법 <sup>12)</sup> **동씨침법총서 <sup>13)</sup>
間谷	동씨기혈	영골과 대백혈의 중간지점	失眠特效	
行間	간경(Liv2)	泄肝火 涼血熱 清下焦 消氣滯 肝經의 火穴	轉筋 癱瘓 小兒癱疾 不眠	****경혈학총서 <sup>15)</sup> *****침구치료학 <sup>16)</sup>
百會	독맥(GV20)	開竅寧神 平肝熄風 昇陽固脫	癲狂癱 健忘 心煩 驚悸	****경혈학총서 <sup>15)</sup> *****침구치료학 <sup>16)</sup>
少府	심경(H8)	寧神志 調心氣	心悸 不整脈 히스테리 肘腋攣急	****경혈학총서 <sup>15)</sup> *****침구치료학 <sup>16)</sup>
大敦	간경(Liv1)	구급소생	히스테리발작, 경련성 질환에 구급	****경혈학총서 <sup>15)</sup> *****침구치료학 <sup>16)</sup>
內關	심포경(P6)	寧心安神 理氣鎮痛	횡격막경련, 癱瘓 癲狂, 히스테리	****경혈학총서 <sup>15)</sup> *****침구치료학 <sup>16)</sup>
膽正格		근육 뻣어 관절질환 關節不利, 놀라서 오는 제반증상에 특효	不眠, 脚足筋攣	***활투사암침법 <sup>14)</sup> *****김씨일침요법(하) <sup>17)</sup>
肝正格		腳筋이 拘攣하여 屈伸이 불가능한 증	어혈에 사용, 筋攣 風頭旋	***활투사암침법 <sup>14)</sup> *****김씨일침요법(하) <sup>17)</sup>

킬 수 있다는 가능성은, 현재 환자의 현실적인 고통을 덜어 줄 수 있을 뿐만 아니라, 향후의 전광 혹은 정신분열병 질환의 연구를 위하여 고무적이라 생각되며, 더 구체적인 병인 병기에 대한 연구가 반드시 필요하리라 사료된다.

### 참고문헌

1. 王彥恒: 實用中醫精神醫學, 北京, 人民衛生出版社, pp.184-187, 2000.
2. Dilip V.Jeste · Richard Jed Wyatt, Tardive Dyskinesia, The Guilford Press, NewYork, pp.4,39-44, 1982.
3. 정신의학, 이정균, 서울, 일조각, pp.632-633, 1995.
4. 한상우 외6인, 지연성 운동장애와 5-HT2A 수용체 유전자 T103C 다형성과의 관계. 생물정신의학회지 10(2):133-140, 2003.
5. 주경채, 정신분열병환자에서의 지연성 운동장애와 Neurologic Soft Signs의 상관관계, 한양대학교 석사학위논문, 서울, 1987.
6. 이상경, 박재훈 외 7인, 지연성 운동장애와 CAG반복확장 신경정신과학 41(3):399-408, 2002
7. 이정구 외3인, 입원중인 정신분열병 환자에서 지연성 운동장애의 유병율, 생물정신의학회지 10(1):54-61, 2003.
8. 閻孝誠, 실용중의뇌병학, 북경, 학원출판사, pp.885-891, 1993.
9. 黃義完 · 金知赫 東醫精神醫學, 현대의학서적사, 서울, pp.453-470, 1992
10. 張鑄英 外, 瀉南補北法在治療神經精神疾病中的應用, 沈陽遼寧中醫雜誌 29(8):497-503, 2002.
11. 황의완 외, 만발성운동장애로 나타난 협설안면운동이상외의 정신과적 중재, 한방신경정신과임상사례모음집, 부름기획, 서울, pp.234-239, 2004.
12. 崔文汎 · 郭東旭 · 李政勳 :實用董氏鍼法, 서울, 대성문화사, p.608, 2000.
12. 黃泰康 外, 중의신경정신병학, 중국의약기술출판사, 북경, pp.454-460, 2002.
13. 李國政 동씨침법총서 · 침구처방학, 서울 대성문화사 pp.30-32, 176, 2002.
14. 김흥경 활투사암침법 서울 신농백초, p245-246, 315, 2001
15. 安榮基 :經穴學叢書, 서울, 성보사, pp.276-277, 431, 488-489, 584-585, 599-601, 606-609, 660,661, 1986.
16. 林鐘國: 침구치료학, 서울, 집문당, pp.333, 460-461, 1983.
17. 김광호 김씨일침요법(하), 고양, 대성문화사, pp.312-314, 680, 2001.