대한한방내과학회지 제45권 2호(2024년 5월)
J. Int. Korean Med. 2024;45(2):208-218
http://dx.doi.org/10.22246/jikm.2024.45.2.208

전신성 근긴장이상을 호소하는 환자에 대한 한의 치료 1례

이경화[1], 허혜민[2], 김동주[1], 곽민제[1], 황예채[1], 조승연[1,2,3], 박정미[1,2,3], 고창남[1,2,3], 박성욱[1,2,3]
[1]경희대학교 대학원 한방순환신경내과학교실, [2]강동경희대학교병원 뇌신경센터 한방내과
[3]경희대학교 한의과대학 순환·신경내과

A Case Study of Korean Medicine Treatment in a Patient Complaining of Generalized Dystonia

Kyeong-hwa Lee[1], Hye-min Heo[2], Dong-joo Kim[1], Min-jae Kwak[1], Ye-chae Hwang[1], Seung-yeon Cho[1,2,3], Jung-mi Park[1,2,3], Chang-nam Ko[1,2,3], Seong-uk Park[1,2,3]
[1]Dept. of Cardiology and Neurology of Clinical Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University
[2]Stroke and Neurological Disorders Center, Kyung Hee University Hospital at Gangdong
[3]Dept. of Cardiology and Neurology, College of Korean Medicine, Kyung Hee University

ABSTRACT

We report a case of generalized dystonia that developed from oromandibular dystonia and improved following Korean medicine treatment. The patient was hospitalized for 18 days and treated with herbal medicine, mainly *Hyeongbangsabaek-san* and *Soyangbowi-tang*, acupuncture, electroacupuncture, pharmacopuncture, cupping, and moxibustion. To evaluate the clinical effects of the treatment, we used the Unified Dystonia Rating Scale (UDRS) and Global Dystonia Severity Rating Scale (GDS) and checked dyskinesia occurrence in a diary recorded by the patient's guardian. After 18 days of hospitalization, the UDRS for the trunk, upper extremities, and lower face improved by more than 50%, and the GDS for the whole region, except the larynx and lower face, also improved. In addition, the maximum duration of dystonia decreased from 6 hours to 3 hours, and the pain and numbness associated with dystonia disappeared. This case suggests that Korean medicine treatment is effective in treating generalized dystonia.

Key words: generalized dystonia, *Hyeongbangsabaek-san*, *Soyangbowi-tang*, SU-Eohyeol pharmacopuncture, Korean medicine

Ⅰ. 서 론

근긴장이상(Dystonia)이란 대항근과 작용근의 지속적인 동시 수축에 의하여 신체의 일부가 꼬이거나, 반복적인 운동, 비정상적인 자세 혹은 떨림을 보이는 증상군을 말한다[1]. 경부 근긴장이상(Cervical dystonia)이 약 69%로 가장 흔하며, 17%는 안검경련(Blepharospasm), 3-7%는 사지 근긴장이상(Limb dystonia), 1-3%는 연축성 발성장애(Spasmodic dysphonia), 약 1%는 구강하악 근긴장이상(Oromandibular dystonia)에 해당하며[2], 근긴장이상 침범 부위에 따라 국소성, 분절성, 다초점성, 전신성으로 분류된다.

1994년부터 2017년까지의 영국의 한 후향적 코호트 연구[3]에 따르면 성인 특발성 근긴장이상의 유병률이 0.02%에서 1.2%로 증가 추세이며, 근긴장이상을 치료하지 않으면 결국 근육과 관절에 정형

· 투고일: 2024.04.23, 심사일: 2024.05.20, 게재확정일: 2024.05.20
· 교신저자: 박성욱 서울시 강동구 동남로 892
강동경희대학교병원 뇌신경센터 한방내과
TEL: 02-440-6217 FAX: 02-440-7171
E-mail: seonguk.kr@gmail.com

외과적 문제를 일으킬 가능성이 있기에 증상의 진행을 늦추거나 억제하는 조기 치료가 중요하다. 현재 근긴장이상 환자에게 흔히 항콜린제, 도파민작용제, GABA(Gamma-aminobutyric acid) 수용체 작용제, 근이완제 등이 경구약물로 투여되고, 경우에 따라 보툴리늄 독소(Botulinum toxin) 주사 치료 또는 뇌 심부 자극술(Deep brain stimulation)을 시행한다[4]. 하지만 경구약물은 오심, 변비, 불안, 불면뿐 아니라 인지 둔화의 부작용이 있으며 보툴리늄 독소 주사의 경우 3-6개월 간격으로 투여하고 고가의 비용이 들며 시술 인접 근육이 일시적으로 과도하게 약화될 수 있다는 단점이 있다. 또한 뇌심부자극술은 보행장애, 언어장애, 인지저하, 우울증 등의 부작용이 발생할 수 있으며[5], 속발성보다는 유전적 원인의 원발성 근긴장이상 환자에 효과적이다[6].

이에 따라 근긴장이상에 대해 부작용이 적고 효과적인 한의치료의 필요성이 강조되나, 이전까지 근긴장이상에 대해 보고된 한의 증례 중 전신성 근긴장이상에 대한 증례는 없으며 억간산(抑肝散) 투여를 중점으로 치료한 뇌성마비[7] 및 정신적 요인[8]에 의한 국소 근긴장이상과 추나치료 중점의 경부 근긴장이상 치료 증례[9]로 제한되어 있다. 본 증례는 초기 구강하악 근긴장이상에서 증상 침범 부위가 발전하여 전신성 근긴장이상을 호소하는 환자에게 한약 투여, 약침 치료, 부항 치료 등의 한의 복합 치료를 통하여 18일간의 입원 기간 동안 의미 있는 호전을 보였기에 이를 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

본 연구는 후향적 증례보고 1례로서, 강동경희대학교한방병원 기관생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 심의면제를 승인받아 진행하였다(심의번호: KHNMCOH 2024-04-003).

1. 나이/성별 : 22세/남성
2. 발병일 : X년 4월
3. 치료 기간 : X년 7월 12일~X년 7월 29일(총 18일)
4. 주소증 : 전신성 근긴장이상(이하 빈도 순 나열함)
   1) 구개운동 및 안구운동이 수의적으로 불가하며, 아래턱 돌출과 협부 경련 및 인후부 조이는 느낌을 동반하여 목소리가 나오지 않음(Fig. 1a)
   2) 후경부 근육이 굳어지며 불수의적으로 두경부 굴곡과 신전 및 좌·우측 회전운동이 발생함
   3) 양측 고관절이 굴곡 및 외회전된 상태로 자세 유지됨(Fig. 1b)
   4) 기립 시 좌측 어깨 및 다리에 힘이 들어가 우측으로 몸이 쏠리는 현상이 발생함
   5) 배부 및 복부가 수축됨(Fig. 1c)
   6) 몸에 힘이 전혀 들어가지 않으며 손가락 발가락 제외하고 움직이지 못함
   7) 양측 팔이 불수의적으로 거상운동 발생함
   (1) 지속시간 : 수초, 증상 악화 시 수분~최대 6시간
   (2) 빈 도 : 부위 및 양상 변화하며 일중 유지되고, 수면 시 소실됨
   (3) 동반 증상 : 근긴장이상 부위 통증 및 저림(+, 최대 NRS 9), 두중감(+, 멍하고 무거운 느낌), 어지럼증(+, 쓰러질 듯한 느낌, 2회/주, 기립 시 악화)

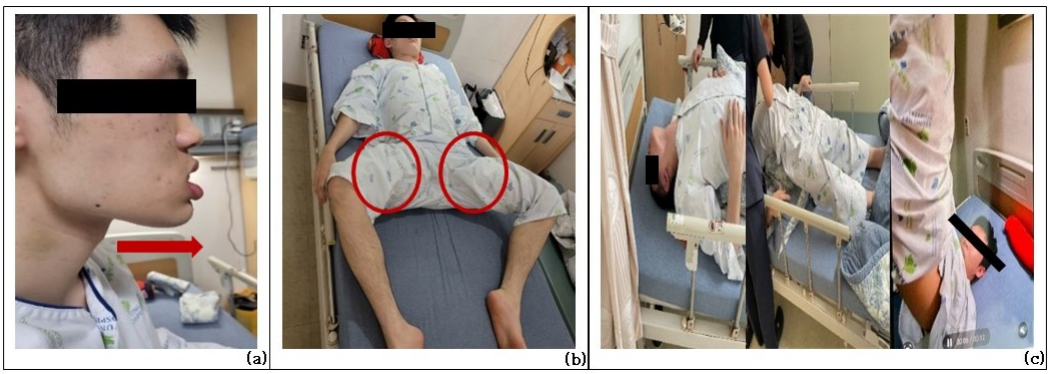

Fig. 1. Oromandibular symptoms (a), lower extremity symptoms (b), trunk symptoms (c) of generalized dystonia.

The mandible protrudes and a feeling of tightness in the throat occurs in figure 1a. The posture is maintained with both hip joints flexed and externally rotated in figure 1b. The abdomen and back appear to be contracted in figure 1c.

5. 신체 검진(Physical Examination) : 구개반사(Gag reflex) 및 안구 운동(Eye of movement) 정상소견
6. 과거력
 1) 편도절제술(X-3년)
7. 가족력 : 부 - 고혈압, 모 - 갑상선 항진증
8. 사회력 : 특이사항 없음
9. 현병력

X년 1월 치아교정 시작한 이후 X년 4월 11일 두통 및 현훈 발생하여 ○○병원 신경과 방문, 뇌파검사 시행하였으나 별무 이상소견 받았다. X년 4월 18일 양안 흐려지는 증상 발생하여 △△병원 안과 방문하여 시행한 망막검사상 정상소견 받았다. X년 4월 22일 상기 증상으로 □□병원 응급실 방문하여 두부 영상 검사, 뇌척수액 검사, 뇌파검사 시행하였으나 정상 소견받아 경과관찰 하였고 X년 4월 말 공부하던 중 입이 돌아가며 고개가 불수의적으로 후방으로 젖혀지는 증상 발생하였다. X년 5월 두경부 불수의적 운동 1일 수회 발생하고 양측 하지부 경련 및 체간 한쪽으로 쏠리는 증상 관찰되어 3개 대학병원 신경과 방문하였으나 정신의학과 진료 권유받았다. X년 6월 23일 본과 외래 진료 후 치아교정장치 제거할 것을 지시하였고, X년 7월 11일 치아교정장치 제거 후 상기증상에 대한 적극적인 한의 치료 하고자 X년 7월 12일 본과 입원하였다.

10. 望聞問切
 1) 睡 眠 : 1 am-10 am, 간헐적 입면난 있으며 천면
 2) 食慾, 消化 : 식욕 및 소화 양호
 3) 大 便 : 1일 1-2회, 보통변, 快
 4) 小 便 : 주간 8-10회, 급박뇨 및 잔뇨감
 5) 汗 出 : 다량, dystonia 발생 시 수족 自汗, 서혜부 및 배부 盜汗
 6) 寒 熱 : 평소 추위 타는 경향, 喜溫飮
 7) 口乾, 口渴 : 구갈 있음, 1일 음수량 1500 ml
 8) 舌 診 : 舌淡紅, 薄白苔
 9) 脈 診 : 脈弦
 10) 氣 力 : 20/100
 11) 其 他 : 目弦, 項强痛
11. 주요 검사 소견 (X.07. 시행)
 1) 혈액검사 : 이상 소견 없음
 2) 소변검사 : 이상 소견 없음

3) 흉부 방사선 검사 : 이상 소견 없음
4) 심전도 검사 : Normal sinus rhythm, Normal ECG
5) 안저 검사 : 이상 소견 없음
6) 세극등 현미경 검사 : 이상 소견 없음

12. 치 료

1) 한약 치료 : 입원 1일 차부터 입원 8일 차까지 형방사백산(荊防瀉白散)(Table 1) 2첩 용량을 3팩으로 달여 100 cc로 매 식후 2시간에 복용하였으며, 입원 9일 차부터 입원 18일 차까지 소양보위탕(少陽補胃湯)(Table 2) 2첩 용량을 3팩으로 달여 100 cc씩 매 식후 2시간에 복용하였다.

Table 1. Herbal Medicine (*Hyeongbangsabaek-san*)

Herb	Scientific name	Amount (g)
生地黃	Rehmanniae Radix	12
赤茯苓	Poria cocos	8
澤 瀉	Alismatis Rhizoma	8
羌 活	Notopterygii Rhizoma	4
獨 活	Angelicae Pubescentis Radix	4
荊 芥	Schizonepetae Herba	4
防 風	Ledebouriellae Radix	4
知 母	Anemarrhenae Rhizoma	4
石 膏	Gypsum Fibrosum	4

* 위 용량은 1첩을 기준으로 함.

Table 2. Herbal Medicine (*Soyangbowi-tang*)

Herb	Scientific name	Amount (g)
熟地黃	Rehmaniae Radix Preparat	16
赤茯苓	Poria cocos	6
澤 瀉	Alismatis Rhizoma	6
山茱萸	Corni Fructus	6
羌 活	Notopterygii Rhizoma	4
獨 活	Angelicae Pubescentis Radix	4
知 母	Anemarrhenae Rhizoma	4
車前子	Plantaginis Semen	4
荊 芥	Schizonepetae Herba	4
防 風	Ledebouriellae Radix	4

* 위 용량은 1첩을 기준으로 함.

2) 침구 치료

(1) 침 치료 : 일회용 스테인리스 호침(0.25×30 mm, 동방침구제작소, 한국)으로 陰谷(KI10)·曲泉(LR8) 補, 經渠(LU8)·中封(LR4) 瀉하는 肝正格과 俠谿(GB43)·足通谷(BL66) 補, 商陽(LI1)·足竅陰(GB44) 瀉하는 膽正格, 그리고 扶突(LI18)과 흉쇄유돌근(Sternocleidomastoid muscle)을 위주로 입원 기간 동안 1일 1회로 총 18회 시행하였다. 각 혈위에 1-2 cm 자입 후 15분간 유침하였다.

(2) 전침 치료 : 동일한 일회용 스테인리스 호침(0.25×30 mm, 동방침구제작소, 한국)을 사용하여 양측 風池(GB20)와 風池 下 2寸을 연결하고, 양측 扶突(LI18)과 흉쇄유돌근 주행 방향에 따라 扶突(LI18) 下 부위를 취혈하여 전침 자극을 시행하였다(Electroacupuncture Unit ES-160, Japan). 이는 1-2 cm 깊이로 침을 자입한 후, 5 Hz, 125 μs 빈도로 회당 15분의 전기 자극을 입원 기간 동안 주 6회 시행하였다.

(3) 뜸 치료 : 간접구(동방온구기, 한국)를 이용하여 中脘(CV12), 關元(CV4)의 경혈에 회당 30분씩 입원 기간 동안 주 6회 시행하였다.

3) 약침 치료 : SU어혈 약침(남상천한의원 원외탕전실 조제, 한국)[10]을 30 G, 25 mm needle, 1 cc 주사기를 이용하여 후경부, 두면부, 배부, 요둔부, 하지부에 위치한 아시혈에 0.1 cc씩 주입하였다. 이는 입원 기간 동안 1일 1회 시행하였으며, 각 부위에 따른 자세한 아시혈은 다음과 같다(Table 3)[11,12].

4) 부항 치료 : 멸균 일회용 부항컵 2호(동방침구, 한국)를 사용하여 督脈經을 따라 5분간의 건식 부항을 입원 기간 동안 주 6회 시행하였다.

5) 복용 양약 : 없음

Table 3. Detailed Pharmacopuncture Points in Each Region

Region	Acupuncture points
Cranial/ Cervical region	風池 (GB20), 風池 (GB20) 下2, 風池 (GB20) 下4, 風池 (GB20) 下6, 天柱 (BL10) 外1, 天柱 (BL10) 下2, 完骨 (GB12), 完骨 (GB12) 下2, 下關 (ST7), 扶突 (LI18)
Dorsi region	膈俞 (BL17), 脾俞 (BL20), 膏肓 (BL43), 志室 (BL52)
Gluteal region	胞肓 (BL53), 胞肓 (BL53) 外2, 胞肓 (BL53) 下2, 環跳 (GB30), 腰陽關 (GV3), 大腸俞 (BL25)
Lower limb region	五樞 (GB27), 巨髎 (ST3), 髀關 (ST31), 伏兎 (ST32), 漏谷 (SP7)

13. 평가 방법

1) 통합 근긴장이상 평가 척도(Unified Dystonia Rating Scale, UDRS) : UDRS는 Dystonia Study Group(DSG)에서 개발한 개별 신체 부위의 근긴장이상에 대한 평가도구로서, 근긴장이상의 지속시간과 증상의 중증도를 평가한다. 지속시간 요인은 0점(none)부터 4점(constant, >75% of the time)으로 0.5점 단위로 평가하며, 운동 중증도 요인은 14개 신체 부위의 운동범위를 기준으로 0점(none)부터 4점(75% of possible normal range)까지 1점 단위로 평가한다. 14개의 신체 부위는 눈과 안면 상부(eyes and upper face), 안면 하부(lower face), 턱 및 혀(jaw and tongue), 후두(larynx), 목(neck), 체간(trunk), 좌우 어깨 및 근위 상지(shoulder/proximal arm, right and left), 좌우 원위 상지 및 손(distal arm/hand, right and left), 골반 및 좌우 근위 하지(Pelvis and proximal leg, right and left), 좌우 원위 하지 및 발(distal leg/foot, right and left)로 구성되어 있다[13]. 이는 입원 시와 퇴원 시에 측정하여 근긴장이상의 지속시간과 운동범위와 관련된 근긴장이상의 양상에 대한 한의치료의 효과를 평가하였다.

2) 글로벌 근긴장이상 중증도 평가 척도(Global Dystonia Severity Rating Scale, GDS) : GDS 또한 전신 근긴장이상 평가를 위해 DSG에서 개발한 평가도구로서 UDRS와 동일한 14개 신체 부위에 대하여 Likert 유형 척도를 이용하여 증상의 심각도를 평가한다[13]. 근긴장이상이 나타나지 않는 상태인 최소 0점부터 가장 심각한 근긴장이상이 나타나는 상태인 최대 10점으로 평가하며, 환자가 호소하는 전신성 근긴장이상의 중증도 평가를 위하여 입원 시와 퇴원 시, 총 2회 시행하였다.

3) 이상운동증 발생일지 : 입원 기간 중 보호자를 통해 이상운동증 발생일지를 작성하게끔 하여 근긴장이상의 변화 양상을 구체적이고 보다 객관적으로 확인하였다. 이는 일시, 부위, 양상, 지속시간의 항목으로 구성되어 있으며, 근긴장이상 발생 시 증상의 발생 시간, 부위, 증상의 발현 양상, 지속시간을 즉시 기록하게 한 후 확인하여 환자의 증상 완화 정도를 평가하였다. 이는 입원 기간 중 매일 시행하였다(Fig. 2).

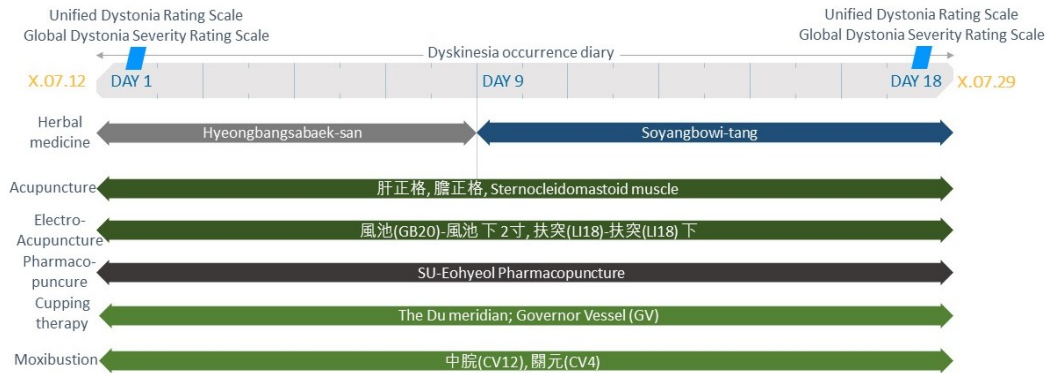

Fig. 2. The timeline of case report.

14. 치료 경과

1) 통합 근긴장이상 평가 척도(Unified Dystonia Rating Scale, UDRS) : 입원 시의 근긴장이상 지속시간 요인 점수는 4점으로 전체의 75%를 초과하는 시간 동안 근긴장이상이 발현되는 상태였고, 퇴원 시에 평가한 근긴장이상 지속시간 요인 점수도 4점으로 동일하였다(Fig. 3). 운동 중증도 요인 점수는 입원 시 목, 체간 4점, 눈과 안면 상부, 양어깨 및 근위 상지 3점, 안면 하부와 턱 및 혀, 후두 2점, 양 원위 상지 및 손과 양 원위 하지 및 발 1점, 골반 및 양 근위 하지 0점으로 평가되었다. 퇴원 시에는 체간이 4점에서 1점으로, 양어깨 및 근위 상지가 3점에서 1점으로, 안면 하부가 2점에서 1점으로 호전되었고, 후두의 경우 2점에서 4점, 골반 및 양 원위 하지는 0점에서 1점으로 변동되었다(Fig. 4).

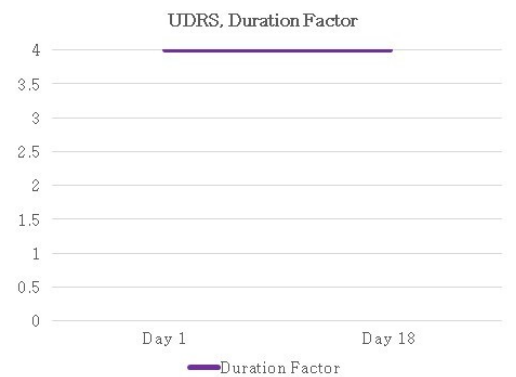

Fig. 3. Changes of duration factor of UDRS.

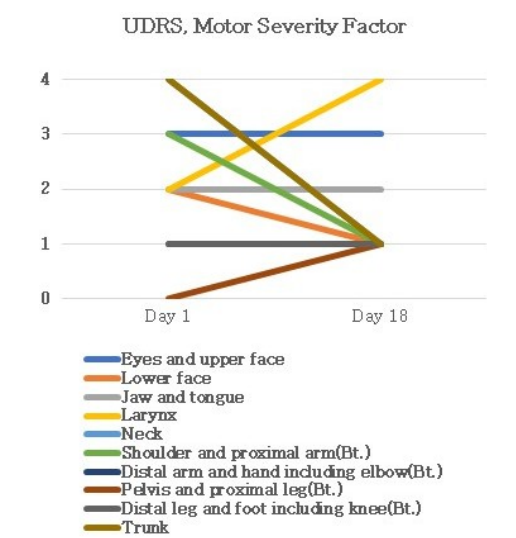

Fig. 4. Changes of motor severity factor of UDRS.

2) 글로벌 근긴장이상 중증도 평가 척도(Global Dystonia Severity Rating Scale, GDS) : 입원 시 환자의 근긴장이상 중증도는 양어깨 및 근위 상지, 골반 및 양 근위 하지, 양 원위 하지, 체간 10점과 목 9점, 턱 및 혀, 양 원위 상지 8점, 눈과 안면 상부 6점, 안면 하부, 후두 5점으로 각 신체 부위 당 10점 만점 중 평균 8.1점의 불편감을 호소하였다. 퇴원 시 본 환자의 양어깨 및 근위 상지, 양 원위 상지, 골반 및 양 근위 하지, 양 원위 하지증상이 대폭 호전되었고, 목 증상은 9점에서 8점으로, 체간 증상은 10점에서 6점으로 호전되었다. 안면 하부와 후두의 경우 입원 시 5점에서 각각 6점, 7점으로 증상의 중등도가 소폭 악화된 바 있다(Fig. 5).

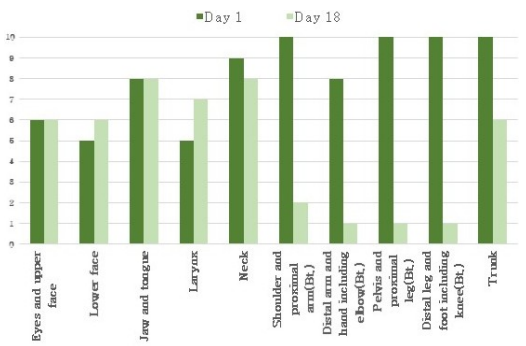

Fig. 5. Changes of global dystonia severity rating scale.

*Bt. : between

3) 이상운동증 발생일지: 입원 기간 중 매일 작성된 발생일지를 확인한 결과, 입원 시 환자의 이상운동 동작은 매우 큰 편으로 특히 양측 하지가 외반 및 내반되어 유지되는 상태가 지속되어 NRS(Numeral rating scale) 9의 통증이 발생되었다. 또한 입원 시 근긴장이상 증상의 최대 지속시간은 6시간이었다. 입원 4일 차까지 근긴장이상 최대 지속시간이 동일하였으나 입원 5일 차부터 4시간으로 감소하기 시작하여 퇴원 시에는 근긴장이상 최대 지속시간이 3시간으로 50% 감소되었다(Fig. 6). 또한 퇴원 시 오전 중 두면부 근긴장이상이 간헐적으로 수초 동안 발생한 후 주간 일과 중에는 증상 거의 발생하지 않아 불편감 별무하였으며, 저녁 식후 근긴장이상이 최대 3시간 동안 지속되고, 근긴장이상과 동반하여 발생되는 통증 또는 저림은 소실되었다.

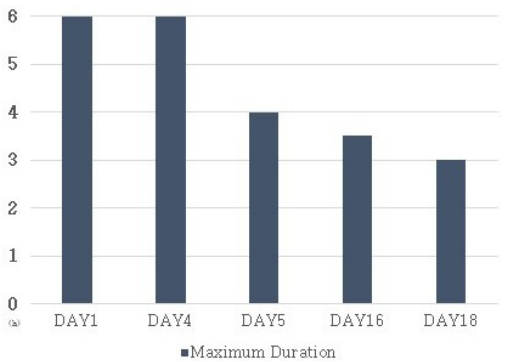

Fig. 6. Changes of maximum duration of dystonia.

*h : hour

Ⅲ. 고 찰

근긴장이상은 과운동성 질환(hyperkinesia) 중 하나로 비정상적이고 반복적인 움직임이 일반적으로 패턴화되어 나타나고[14], 특정 자세로 고정되거나 신체 부위가 뒤틀리게 된다. 다리를 포함한 다발 부위에 침범되는 전신성 근긴장이상은 일반적으로 유년기에 나타나지만 26세 이전의 젊은 성인에게도 나타날 수 있으며, 초기에는 활동성 근긴장이상이 흔하지만 일반적으로 지속적인 근긴장이상에 이어 결국 고정된 근긴장이상 자세로 진행된다[15]. 고정된 근긴장이상 자세는 환자에게 통증을 유발할 수 있는데, 근긴장이상의 운동 증상 심각도보다 통증이 환자의 삶의 질에 더 큰 악영향을 미친다는 것이 보고된 바 있다[16]. 따라서 전신성 근긴장이상에 대한 신속하고 효과적인 치료가 필요하다.

자발적이고 자동적인 운동이 과다해진 상태를 말하는 과운동성 질환은 반수의 및 불수의 운동이 정상적으로 나타나지 않으며 떨림, 무도병, 근간대 경련, 발작성 운동장애, 근긴장이상 등으로 구성된다[17]. 본 환자의 이상운동은 운동의 흐름(flowing)이 있고 근육의 긴장도가 증가되어 있으며 특정 형태의 움직임이 나타나지 않아 무도증은 배제 가능하며, 근육 수축이 최대 6시간 지속된다는 점을 고려하였을 때 근간대경련을 배제 가능하다. 방향성이 우세한 떨림과 함께 꼬이는 동반 증상이 나타나며 일정한 주기의 율동적인 움직임이 나타나지 않아 떨림이 아니며, 운동 발현 전 충동 선행 없으며 운동 발현 후 안도감 발생하지 않아 근육틱 장애을 배제, 감각전조증상과 가족력 별무하고 뇌 영상검사와 뇌파검사상 정상소견으로 발작성 운동질환을 배제하였다.

본 환자는 길항근과 작용근이 동시 수축되며 증상이 발생되고, 초기에는 두부에서 증상이 시작하여 경부, 상지, 체간으로 증상이 나타나는 부위가 진행되는 과다유출(overflow) 현상이 관찰된다. 특정한 방향성을 보이는 반복적이고 지속적, 정형화된 근수축 양상이 나타나며 특정 신체 부위가 꼬이는 현상과 함께 일관된 방향성을 가지는 동일한 근육 그룹의 수축을 반복적으로 포함되는 양상을 가지고 있어 근긴장이상으로 감별진단하였다. 그 중 전신 부위에 나타나는 전신성 근긴장이상으로 발병시기 26세 미만인 조기 발병에 속하는데, 가족력이 없어 유전적 원인 배제하며 원발성 근긴장이상이 아닌 외부적 환경 요인 또는 정신적 요인에 의한 이차성 근긴장이상으로 추정 진단 가능하다. 또한 본 환자에게 나타나는 고정된 근긴장이상 자세는 이차성 근긴장이상을 의심할 수 있는 징후[1]이다.

본 환자가 본과 입원 전 시행한 두부 영상 검사, 뇌파 검사 및 뇌척수액 검사에서 이상소견이 없었고, 약물 복용력이나 정신과적 과거력도 별무하다. 특히 기능적 운동질환을 시사하는 고정된 근긴장이상 양상이 관찰되지 않았고[18], 안저 검사와 세극등 현미경 검사에서 이상소견 없어 약물 노출이나 윌슨병 등 기타 질환으로 인한 근긴장이상은 배제 가능하다. 한편, 본 환자는 X년 1월 치아교정을 시작하고 약 3개월 뒤 하부 얼굴과 후경부 국소 근긴장이상 발생 이후 전신성 근긴장이상이 발현되었다. 초기 발생한 구강하악 근긴장이상증(Oromandibular dystonia)은 입과 턱 및 혀를 포함하는 국소 근긴장이상으로 주로 특발성 또는 약물에 의한 경우가 많으나[19], 2차성 요인 중 환경적 요인으로서 치과시술 후 27건의 근긴장이상이 발병한 사례가 보고된 바 있으며, 이 중 치아교정은 5건이 보고되었다[20]. 또한 11명의 구강하악 근긴장이상 환자를 대상으로 한 후향적 차트 리뷰에서 치과 치료가 근긴장이상의 원인 또는 악화요인으로 36.4%가 보고되었다[21]. 치과치료와 근긴장이상 사이의 인과 관계는 불분명하지만 시간적, 해부학적 연관성은 인과 관계를 지지한다. 이에 따라 본 환자의 주소증을 치아 교정으로 인한 구강하악 근긴장이상이 전신성 근긴장이상으로 진행된 이차성 근긴장이상으로 추정하였다. 구강하악 근긴장이상은 하부 얼굴, 턱, 혀 및 인두근육을 포함하는 하부 두개 근긴장이상을 의미하는데, 씹기, 삼키기, 말하기 능력이 손상되어 삶의 질과 사회적 관계에 악영향을 미치며 우울과 불안이 동반되기도 한다[22]. 본 증례와 같이 구강하악 근긴장이상이 전신성으로 침범되는 경우는 약 11.3%이며, 약 34.2%만이 국소적으로 남아 있게 된다[23].

한의학적으로 근긴장이상이란 振顫, 顫病, 振掉, 震顫의 범주에 속한다. 불수의적으로 머리, 체간, 팔다리를 움직이는 이상운동질환을 말하며 가벼운 경우 일상생활은 가능하지만, 외형적으로 드러나 사회관계가 무너지고 삶의 질이 저하된다. 흔히 肝腎不足, 氣血兩虛, 肝陽化風, 痰熱動風하여 발생되는 경우가 많고, 임상적으로 本虛標實한 경우가 많기 때문에 標本, 虛實을 분별하는 것이 중요한 질환이다[24]. 본 환자는 식욕 및 소화는 양호하나 천면경향이고, 口渴 및 多汗出, 불안 초조함을 호소하

였다. 또한 頭痛, 眩暈, 項强痛, 目眩, 弦脈이 관찰되며 체간 측정 상 1선부터 5선까지 32.9, 30.3, 28.8, 27.9, 27.9으로 少陽人 脾受寒表寒病 少陽傷風證으로 진단하여 입원 1일 차부터 입원 8일 차까지 형방사백산을 투여하였으며, 이후 惡寒경향, 氣力低下 관찰되어 입원 9일 차부터 18일 차까지는 소양보위탕을 투여하였다. 형방사백산 처방은 少陽人의 身熱頭痛亡陰에 사용되는 처방으로 ≪東醫四象新編 內篇≫에는 "少陽人, 口苦咽乾, 目眩耳聾, 胸脇滿, 用荊防瀉白散" 및 "治頭痛, 膀胱煢躁者, 宜用"이라고 기재되어 있다. 少陽人의 表陰이 하강하지 못하고 背膂間에 鬱滯되어 생기는 증상을 치료한다. 또한 ≪東醫四象新編 外篇≫에는 "治逆氣, 腹痛, 頭痛. 逆氣頭痛 少陽補胃湯"라고 기재되어 있으며, 소양보위탕이 逆氣로 인한 증상을 치료한다.

본 증례에서 환자의 두경부 및 구강하악 근긴장이상을 집중적으로 치료하기 위해 風池(GB20), 扶突(LI18) 위주의 침치료 및 전침 치료를 시행하였으며, 스트레스 또는 불안으로 증상이 악화되는 근긴장이상의 특성을 고려하여 木鬱을 해소시키고 근육의 拘攣을 완화[25]시키는 肝正格과 膽正格 위주의 침치료를 시행하였다. 그리고 會陰部에서 기시하여 척추를 순행하고 뇌에 들어가 전신의 陽經을 統攝하는 督脈經에 부항치료를 하여 배부 수축이 두드러지게 나타나는 체간부위의 근긴장이상을 치료하였다. 체간의 구부정한 자세와 근육의 경직은 督脈의 병과 유사하며 督脈의 經氣가 阻滯되면 脊强反折, 즉 체간의 구부정한 자세와 근육의 경직이 나타난다[26].

또한 전신성 근긴장이상을 효과적으로 치료하기 위해 시행한 SU어혈 약침은 梔子, 玄胡索, 乳香, 沒藥, 桃仁, 赤芍藥, 丹蔘, 蘇木으로 구성된 중성어혈 약침에 滋陰潤燥, 强筋健骨하는 鹿茸이 추가로 구성되어 活血祛瘀, 消炎止痛, 滋潤하는 효능이 있으며 근긴장이상, 급·만성 통증, 관절변형 등에 사용된다[10]. SU 어혈 약침을 사용하여 후경부, 두면부, 배부, 요둔부, 하지부 등 근긴장이상이 발현되는 전신 부위에 약침치료를 시행하여 고정된 근긴장이상 자세를 즉각적으로 해소시켰으며, 근긴장이상 발현의 최대 지속시간을 절반가량 감소시키는데 도움이 되었다.

본 증례의 환자는 체간, 상하지의 근긴장이상 정도가 대폭 호전되었으며, 입원 초기 근긴장이상과 동반하여 발생된 통증과 저림이 소실되었다. 또한 퇴원 시 주간에는 두부 근긴장이상 증상이 간헐적으로 수초 발현되는 것 이외에 생활 중 불편감이 발생되지 않아 젊은 연령의 환자의 삶의 질 개선에 긍정적인 영향을 끼쳤다. 다만 입원 시와 퇴원 시에 시행한 UDRS 상 지속시간 요인 점수가 동일하고 운동 범위와 관련된 운동 중증도 요인 점수와 GDS척도에서 후두 부위가 소폭 악화되었다는 한계가 남아있다. 본 증례를 통하여 이전까지 보고된 바 없는 전신성 근긴장이상에 대해 18일이라는 입원 기간 동안 한의 복합치료를 시행하여 증상의 개선을 확인하였으며, 추후 전신성 근긴장이상에 대한 적극적인 한방치료 및 추가적인 연구가 필요할 것이라 사료된다.

참고문헌

1. 강석윤, 강지훈, 고성범, 고성호, 고임석, 구본대, et al. 신경학. 서울: 범문에듀케이션; 2012, p. 604-7.
2. Albanese A, Di Giovanni M, Lalli S. Dystonia: diagnosis and management. *European Journal of Neurology* 2019;26(1):5-17.
3. Bailey GA, Rawlings A, Torabi F, Pickrell O, Peall KJ. Adult-onset idiopathic dystonia: A national data-linkage study to determine epidemiological, social deprivation, and mortality characteristics. *European Journal of Neurology* 2022;29(1):91-104.
4. Jinnah HA, Factor SA. Diagnosis and treatment of dystonia. *Neurol Clin* 2015;33(1):77-100.
5. Buhmann C, Huckhagel T, Engel K, Gulberti

A, Hidding U, Poetter-Nerger M, et al. Adverse events in deep brain stimulation: A retrospective long-term analysis of neurological, psychiatric and other occurrences. *PLoS One* 2017;12(7):e0178984.

6. Lubarr N, Bressman S. Treatment of Generalized Dystonia. *Current Treatment Options in Neurology* 2011;13(3):274-89.
7. 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. *The Journal of Internal Korean Medicine* 2016;37(2):257-64.
8. Park H, Lee HK, Lee SW, Cho KH, Mun SK, Jung WS, et al. Case Report of Psychogenic Dystonia Treated with Traditional Korean Medicine. *The Journal of Internal Korean Medicine* 2021;42(2):152-64.
9. Jin HW, Bak JR, Bak JR, Yun JM, Moon BS. A Case Report of Korean Medicine Treatment for a Patient with Cervical Dystonia. *The Journal of Internal Korean Medicine* 2023;44(5):948-56.
10. Ku J, Jung C, Hwang JH. Toxicological study of SU-Eohyeol Pharmacopuncture in an in vivo micronucleus test in Sprague-Dawley rats. *Korean Journal of Acupuncture* 2022;39(2):54-62.
11. 박성욱. 약침의 정석. 서울: 우리의학서적; 2020, p. 41-78, 107-81.
12. 정철, 안영성, 정진호, 구자승. 면역약침 임상가이드. 파주: 군자출판사; 2023, p. 168-83
13. Comella CL, Leurgans S, Wuu J, Stebbins GT, Chmura T. Rating scales for dystonia: A multicenter assessment. *Movement Disorders* 2003;18(3):303-12.
14. Grütz K, Klein C. Dystonia updates: definition, nomenclature, clinical classification, and etiology. *J Neural Transm (Vienna)*. 2021;128(4):395-404.
15. Tarsy D. Chapter 3 - Movement Disorders. In: Samuels MA, Feske SK, editors. Office Practice of Neurology (Second Edition). Philadelphia: Churchill Livingstone; 2003, p. 13-25.
16. Listik C, Listik E, de Paiva Santos Rolim F, Meneses Cury Portela DM, Perez Lloret S, de Alves Araújo NR, et al. Development and Validation of the Dystonia-Pain Classification System: A Multicenter Study. *Mov Disord* 2023;38(7):1163-74.
17. Méneret A, Garcin B, Frismand S, Lannuzel A, Mariani LL, Roze E. Treatable Hyperkinetic Movement Disorders Not to Be Missed. *Frontiers in Neurology* 2021;12:659805.
18. Gilmour GS, Lidstone SC, Lang AE. The diagnosis of functional movement disorder. *Pract Neurol* 2022:40-53.
19. Gn S, Nag A. Management of Oromandibular Dystonia: A Case Report and Literature Update. *Case Reports in Dentistry* 2017;2017:1-7.
20. Sankhla C, Lai EC, Jankovic J. Peripherally induced oromandibular dystonia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1998;65(5):722-8.
21. Handa S, Shaefer JR, Keith DA. Oromandibular dystonia and temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc* 2022;153(9):899-906.
22. Britton D, Alty J, Mannion C. Oromandibular dystonia: a diagnosis not to miss. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2020;58(5):520-4.
23. Slaim L, Cohen M, Klap P, Vidailhet M, Perrin A, Brasnu D, et al. Oromandibular dystonia: demographics and clinical data from 240 patients. *Journal of movement disorders* 2018;11(2):78-81.
24. 전국한의과대학. 한방순환 · 신경내과학. 서울:

우리의학서적; 2016, p. 309-11
25. Yoon MJ, Kim SY, Park JY. Recent study trends of the liver-tonification and liver-sedation of Saam acupuncture. *Korean Journal of Acupuncture* 2018;35(1):1-17.
26. Hong JA, Kim SJ, Lee YJ, Chang JW, Kim MC. A case of Parkinson's disease patient with kinematic symptoms which was improved by acupture and moxibustion on Dokmak. *J Oriental Rehab Med* 2004;14(1):195-201.