

四象醫學的으로 접근한 노인성 입얼굴 이상운동증 환자 치험 2례

박정환 · 김윤하 · 고가연 · 안택원

대전대학교 한의과대학 사상체질의학교실

Abstract

2 Case Reports on Oro-facial Dyskinesia Patients Diagnosed and Treated in Sasang Constitutional Medicine

Jung-Hwan Park, Yoon-Ha Kim, Ga-Yeon Go, Taek-Won Ahn

Dept. of Sasang Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Daejeon University

Objectives

This study was designed to report diagnosis and treatment by Sasang Constitutional Medicine to the patients with Oro-facial Dyskinesia.

Methods

These two patients were diagnosed as Soyangin and Taeumin according to the result of Sasang constitutional diagnosis, and treated by Sasang constitutional medications and acupuncture. The progress was evaluated with the Global Assessment Scale (GAS).

Result

Oro-facial Dyskinesia was almost disappeared in each patients. the one patient was cured with Chongshimyeonja-tang and Yuldahanso-tang, and the other was cured with Hyeungbangjihwang-tang.

Conclusion

We can treat Oro-facial Dyskinesia whose cause is mostly idiopathic with the diagnosis and treatment of Sasang Constitutional Medicine.

Key Words: Oro-facial Dyskinesia, Chongshimyeonja-tang, Yuldahanso-tang, Hyeungbangjihwang-tang.

I. 緒論

입얼굴 이상운동증(oro-facial dyskinesia)는 구강 안면-협부 이상운동증(ligual facial-buccal dyskinesias, LFBFD)라고도 불리며, 안면부 근육, 저작근, 아래턱뼈 및 혀 근육의 반복적이며, 불수의적이고, 조절되지 않는 움직임으로 정의되는 질병이다. 주로 노인에게 입맛을 다시고, 입술을 내밀고, 혀나 턱이 전방 혹은 측방으로 돌출되는 움직임으로 나타나며, 그 원인은 특발성·유전성·기저핵 및 추체외로계 등의 손상·약물 장기복용 및 심인성으로 다양하게 추정되고 있다^{2,4}. 이상운동증의 빈도는 여성에서 남성보다 발생률이 높으나 젊은층과 비교하여 67~87세 사이에는 전체 질환자 대비 1.5% 정도로 낮게 나타나는 것으로 조사되고 있다.

이상운동증의 경우 한의학적으로 振顫(tremor)의 범주에 속한다고 볼 수 있다. 振顫은 顫振, 振掉라고도 하며, 머리, 몸체 혹은 팔다리를 요동하여 떠는 것을 말한다. 심한 경우에는 머리 및 손발에 瘳攣이 나타나거나 項強 및 사지의 拘急이 동반되기도 하며, 주로 肝과 연관이 있다고 하였다⁴. 특히 입얼굴 이상운동증의 경우 한의학적으로 吐舌, 弄舌의 범주에 속한다고 인식되었으며, 주로 心脾積熱로 인해 火熱이 혀에 상충되어 발생한다고 보았으며, 癩症 등의 발작이나 小兒疳病 등의 소아발육부진에서 나타난다고 하였다⁵.

진전에 관해서는 한의학적으로 많은 연구 및 치험례가 발표되고 있으며, 사상체질의학적으로도 주⁶, 함⁷ 등의 연구 및 치험례가 있다. 그러나 구강이나 안면부에 국한된 이상운동증의 경우 황⁸, 서⁹, 이¹⁰ 등의 한방 치험례는 있으나, 사상체질적으로 접근한 연구 및 치험례는 없었다. 이에 저자는 노인성 입얼굴이상증을 주소로 하여 ○○대학교부속 ○○한방병원에 입원한 환자 2례를 대상으로 사상체질의학적으로 접근하여 체질을 진단하고, 사상체질 처방을 활용하여 유의한 치료 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 證例

1. 증례 1

- 1) 성명: 전 ○○ (F/74)
- 2) 치료 기간: 2015.02.25. ~ 2015.03.24. (입원)
- 3) 진단명: R/O Oro-facial dyskinesia, IMP) HTN DM
- 4) 주소증: (1) 이상운동증 (2) 어둔한 말 (3) 구갈 (4) 불면
- 5) 발병일: 2014년초 이상운동증 초발. 2014년 12월경 불면 및 구갈 심해짐
- 6) 과거력: 20여년전 HTN 및 DM 인지하고 local 양방병원에서 약물치료중. 10여년전 local 정형외과 의원에서 HNP of C-spine 진단받고 수술함
2008년경 local 양방병원에서 위암 진단받으시고 위부분절제술 수술함
2011년경 local 정형외과의원에서 좌슬부 퇴행성 무릎관절증에 대한 관절치환술 수술함
2012년경 local 정형외과의원에서 HNP of L-spine 진단받고 수술함
- 7) 가족력: none
- 8) 현병력: 약 1년전 상기 C/C 발하여 별무처치하시다가 3개월전부터 local NP에서 상기 증상에 대해 Brain MRI 및 CT 촬영하였으나 별무소견 들으시고, β 차단제, 항파킨슨제 및 신경안정제 po-med 받으셨으나 별무변화이시고 구갈, 불면 등의 부작용 심하여 적극적인 한방치료를 위하여 본원 내원.
- 9) 체질 진단
 - (1) 체형기상: 보통 체격이며 복각 둔각이며 복만 경향. 사지에 비해 체간이 넓은 편에 속한다.
 - (2) 용모사기: 인상이 순하고 점잖으며 얼굴이 둥글고 좌우로 발달되어 있으며, 입술이 두툼하고 눈이 처져있다. 익부가 좌우로 발달하여 넓어보인다.

(3) 성질재간: 평소 느긋한 성격이며 말이 없고 움직임이 적다. 속마음을 겉으로 잘 드러내고 애기하지 않는다.

(4) 소증

- ① 수면 : 하루 2~3시간 정도 수면하며 천면 경향. 원래 잠이 많았으나 최근 3개월 전부터 수면 상태 및 질 하락하여 머리가 자주 멍하다고 호소함
- ② 식욕 및 소화상태 : 3회/1日. 식욕 없으나 1공기 다 먹음. 자주 더부룩해지는 편.
- ③ 대변 : 1회/1~2일 - 약간 굳은 변 경향.
- ④ 소변 : 야간뇨 0~1회, 주간뇨 5~6회/일. 배뇨시 불편감 없음
- ⑤ 한출 : 평소 땀이 별로 없음
- ⑥ 한열 : 추위잘탐. 口渴. 手足溫. 피부가 전반적으로 건조함

(5) QSCC-II 검사 결과: 太陰人

(6) 체질 진단

상기 체질 소견과 소증 및 임상 소견을 바탕으로 사상체질의학과 전문의에 의거하여 상기 환자를 太陰人으로 진단하였다.

10) 검사 소견

(1) 입원시 V/S : 120/80-68-20-36.5, BST 166mg/dl.

(2) EKG : WNL (2015.02.25), Flat T, Borderline Normal (2015.03.12)

(3) Chest PA : Cardiomegaly. (2015.02.25), Cardiomegaly. (2015.03.12)

(4) DITI (Digital Infrared Thermal Imaging) : 안면 및 두부로 체온상승 집중된 경향 보임(2015.02.25). 안면부 체온 지난번 대비 하강 경향(2015.03.07) (Figure 1).

11) 치료

(1) 침구 치료

stainless 호침(우진, Korea) 직경 0.25mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침을 사용하여 陰谷 曲泉 陰陵泉 太衝 太白 廉泉 地倉 百會 혈자리에 일 2회(오전 9시, 오후 3시) 자침후 20분간 유침하였다.

(2) 한약 치료

『東醫壽世保元』¹¹⁾에 기준하여 太陰人 燥熱證으로 변증하였으며, 清心蓮子湯(加 石菖蒲, 葛根, 升麻)(2015.02.25. ~ 2015.03.04.), 熱多寒少湯(加 石菖蒲 酸棗仁 柏子仁)(2015.03.04. ~ 2015.03.24.)을 하루 2첩 3회, 식후 30분으로 처방하였다 (Table 1, 2).

(3) 양약 치료

- 내원 당시 상기 증상에 대해 local NP에서 처방받

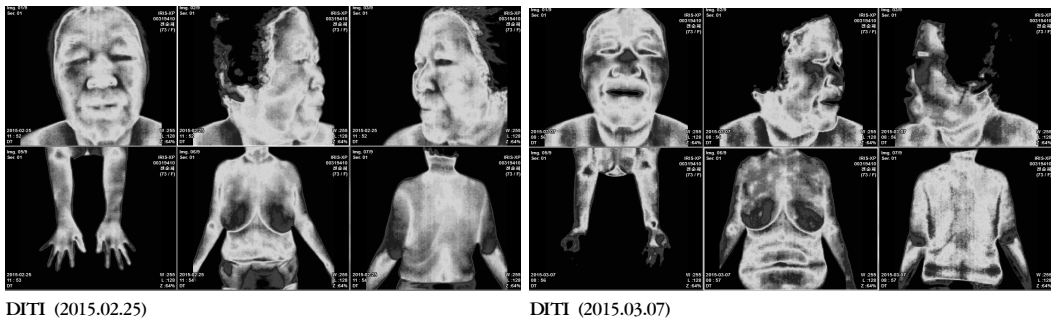


Figure 1. The whole body digital infrared thermal imaging (DITI) (Case 1)

Table 1. The Prescription of Chongshimyeonja-tang

Herb	Pharmaceutical name	Dose(g)
蓮子肉	<i>Nelumbinis Semen</i>	8
山藥	<i>Dioscoreae Rhizoma</i>	8
蘿菘子	<i>Rapbani Semen</i>	4
麥門冬	<i>Liriope Radix</i>	4
黃芩	<i>Scutellariae Radix</i>	4
石菖蒲*	<i>Acori Graminei Rhizoma</i>	8
龍眼肉	<i>Longanae Arillus</i>	4
酸棗仁	<i>Zizyphi Spinosae Semen</i>	4
天門冬	<i>Asparagi Radix</i>	4
栝子仁	<i>Biotae Semen</i>	4
遠志	<i>Polygalae Radix</i>	4
甘菊	<i>Cbrysanthemum morifolium</i>	1.2
葛根†	<i>Puerariae Radix</i>	8
升麻†	<i>Cimicifugae Rhizoma</i>	4

* 청심연자탕 원방에서 증감함

† 청심연자탕 외 가미된 약재

Table 2. The Prescription of Yuldahanso-tang

Herb	Pharmaceutical name	Dose(g)
葛根	<i>Puerariae Radix</i>	16
黃芩	<i>Scutellariae Radix</i>	8
藁本	<i>Ligustici Tenuissimae Radix</i>	8
蘿菘子	<i>Rapbani Semen</i>	4
桔梗	<i>Platycodi Radix</i>	4
升麻	<i>Cimicifugae Rhizoma</i>	4
白芷	<i>Angelicae Daburicae Radix</i>	4
石菖蒲*	<i>Acori Graminei Rhizoma</i>	8
酸棗仁*	<i>Zizyphi Spinosae Semen</i>	4
栝子仁*	<i>Biotae Semen</i>	4

* 열다한소탕 외 가미된 약재

은 인데솔정(Propranolol 40mg) 1T#2, 씨네메트씨알 정(Levodopa 200mg Carbidopa 50mg) 2T#2, 프로이머 정(Procyclidine 5mg) 1T#2, 자낙스정(Alprazolam 0.25mg) 2T#2 복용중이었으나 환자 복용 거부하여 입원후 복용 중지함

- HTN 및 DM에 대해 코디오르탄정 80/12.5밀리그램(Valsartan 80mg Hydrochlorothiazide 12.5mg) 1T#1, 메리클정(Glimepiride 2mg) 2T#2 복용 지속.

(4) 약침 치료

- 자생 원외탕전원 무균실에서 조제한 자하거 약침을 사용하였다.

- 자하거 약침액을 1일 1회 환자의 廉泉에 0.4cc 씩 주입하였다.

12) 평가

주소증인 이상운동증의 강도 평가는 Global Assessment Scale(전반적 자기평가, 이하 GAS)를 이용하여 입원당시의 이상운동증 정도를 100으로 하고 증상이 전혀 없는 상태를 0으로 하여 매일 오전 7시 입원당시와 비교하여 어떠한지 환자의 주관적인 느낌을 0부터 100까지의 수로 평가하도록 하였다.

13) 치료 경과

(1) 이상운동증 (Figure 2)

입원 당시 구각부 주변으로 입술을 썰룩거리고 혀를 씹으며 이를 갈고 입맛을 다시는 양상으로 나타났으며, 50~60회/분 가량의 속도로 이상운동 지속되는 양상을 보였다. 이상운동증으로 인하여 혀를 자주 씹고, 그에 따른 치흔 양상도 관찰되었다. 이상운동에 대해 평소 자각을 잘 못하고 있으며, 불수의적으로 나타나는 양상을 보였다. 환자를 太陰人 肝受熱裏熱病 燥熱證의 범주에서 접근하여 清心蓮子湯 加味方을 투여하였다.

입원 3일째(2015.02.27) 입술을 썰룩거리고 혀를 씹는 증상이 경도 감소하여 GAS 80/100으로 호전을 보였다. 입원 7일째, 8일째에도 각각 GAS 70/100, GAS 60/100 정도로 조금씩 호전되는 경향을 보였으며, 이상운동증 속도도 점점 줄어들었다.

입원 8일째(2015.03.04) 太陰人 肝受熱裏熱病 燥熱證의 범주에서 熱多寒少湯 加味方으로 처방을 교체하였다. 증상은 점점 호전되어 입원 10일째 GAS 50/100 정도로 호전되었으며, 20~30회/분 정도로 횟수 또한 줄어들었다. 입원 13일째(2015.03.09) GAS 30/100, 입원 15일째 GAS 10/100으로 호전되었으며, 이상운동증이 나타나지 않는 시간도 있었다. 입원 18일째 GAS 5/100정도로, 하루에 20-30분 정도만 이상운동증이 나타났으며, 입원 24일(2015.03.20) 이후로는 이상운동증이 나타나지 않아 입원 28일

(2015.03.24) 치료를 종료하였다.

(2) 말어둔

입원 당시 Gr. 4 정도의 말어둔 양상 호소하며, 혀가 잘 안 움직인다고 표현하였다. 지속적으로 Gr. 4 정도의 양상 보이며 입원기간동안 호악반복 하였다.

(3) 구갈

입원 당시 설홍 무태 및 지도설 양상을 보이며 혀가 마르고 자주 물을 마시려고 한다. 혀가 아린것 같은 작열감을 호소하나 외부로 드러나는 腫瘡이나 外傷은 보이지 않았다. 혀가 아린 것 같은 느낌은 입원 8일째 입원전 대비 50% 이하로 호전되었으나 구갈 증상은 지속되어 熱多寒少湯 加減方으로 처방 교체하였다. 교체후 구갈증상 점점 호전되어 구갈 및 구내 작열감 입원 13일째 입원전 대비 10~20%정도로 감소하였다.

(4) 불면

입원 당시 2~3시간/일, 천면 양상으로 숙면 취하지 못하는 모습을 보였다. 입원후 3~5시간으로 수면시간 경도 증가하였으나, 주변 소음에 민감하여 숙면하지 못하는 경향을 보였다.

(5) 그 외

입원당시 지속적으로 더부룩함 호소하였으며, 굳

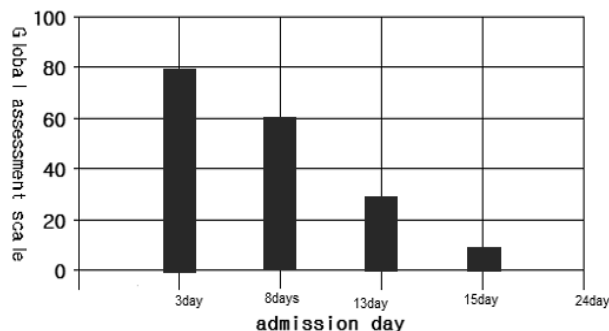


Figure 2. Progress of dyskinesia (Case 1)

은변 양상으로 대변을 보았다. 이상운동증은 호전중이었으나 상기 소증 변화 없어 입원 8일째 熱多寒少湯 加減方으로 처방 교체한 후 더부룩함 호전되고 위장운동 활발해져 방귀가 잦아지는 경향을 보였다. 대변 양상도 굳은변에서 정상변 양상으로 변화하였다.

입원 당시 체온열 검사상 안면부 전체적으로 체온열이 상승된 소견을 보였으나, 입원 11일째(2015.03.07) f/u 한 결과 안면부 체온열 분포가 호전된 양상을 보였다.

2. 증례 2

1) 성명: 김 ○○ (F/72)

2) 치료 기간: 2015.08.12 ~ 2015.08.25 (입원)

3) 진단명: R/O Oro-facial dyskinesia, Bell's palsy (IMP) Alzheimer's disease, Parkinson's disease

4) 주소증: (1) 이상운동증 (2) 진전 (3) 어둔한 말 (4) 좌안면이상감각

5) 발병일: 이상운동증 및 진전 2005년경 초발, 2015년 08.05 우심. 좌안면이상감각 2015.08.05 경 초발. 말어둔 2015.08.10 경 초발.

6) 과거력:

- 1985년경 local 안과에서 좌측 안구 백내장 진단 후 수술 1회.
- 1985년경 ○○대병원에서 양극성장애 진단 받고 현재 약물 복용중.
- 2000년경 ○○대병원에서 자궁근종 진단 후 자궁절제술 수술 받으심.
- 2005년경 △△병원에서 우견부 석회화견염 진단 받으신 후 수술 받으심.
- 2005년경 ○○대병원에서 Brain MRI상 Alzheimer Disease 진단 받고 현재 약물 복용중.
- 2013년경 ○○대병원에서 Brain MRI상 Parkinson's disease 진단 받고 현재 약물 복용중.

- 2014년경 ○○대병원에서 양극성장애 및 Alzheimer Disease로 한달간 입원치료 받으심.

- 2014년경 홍성의료원에서 소변빈삭으로 치료 받고 현재 약물 복용중.

7) 가족력: 모 - C.V.A로 고생하심

8) 현병력: 2005년경 상기 C/C 발하였으나 별무처치하시다가 2015년 8월 5일경 상기 증상 우심하여 2015년 8월 10일 local 한의원에서 치료받았으나 호전 없어 적극적인 한방치료를 위하여 본원 내원.

9) 체질 진단

(1) 체형기상: 자그마한 체격이며 복각 예각. 하체에 비해 상체가 발달되어 있다.

(2) 용모사기: 이마가 동그랗고 돌출된 편으로, 양미간이 좁고 코끝이 들려있다. 구강구조가 돌출된 편으로 윗입술이 약간 들려있다.

(3) 성질재간: 평소 조용하고 말이 없으나 가만히 있지를 못하는 성격이다.

(4) 소증

① 수면: 하루 7~8시간 정도 수면하며 수면상태에는 문제 없다. 신경안정제 복용중.

② 식욕 및 소화상태: 3회/1日. 식욕 좋으며 1공기 다 먹음. 식후비만 호소하며 중원부 압통(+)

③ 대변: 1회/2-3일 - 굳은 변 경향으로 대변 붉.

④ 소변: 야간뇨 1-2회, 주간뇨 6-7회/일. 소변빈삭 경향으로 현재 약 복용중. 평소에도 소변빈삭 경향 심했다고 함.

⑤ 한출: 땀이 많지는 않으나 땀 흘린 후 피로감 우심 호소함.

⑥ 한열: 추위잘담. 구건. 안면 및 두부로 상열감 간헐적으로 호소함.

(5) QSCC-II 검사 결과: 少陽人

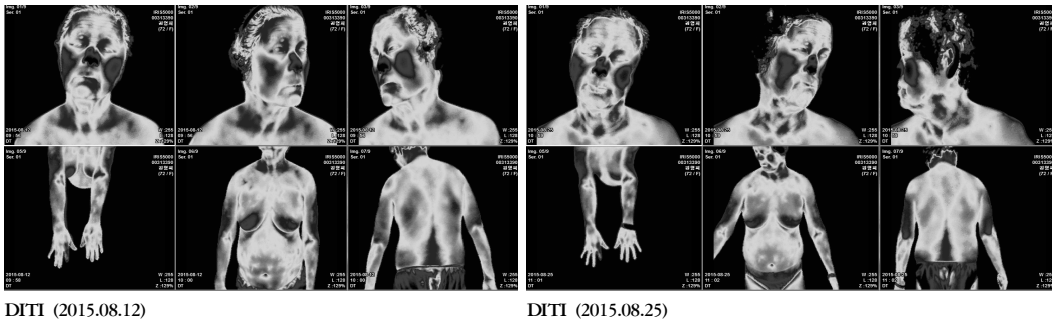


Figure 3. The whole body digital infrared thermal imaging (DITI) (Case 1)

(6) 체질 진단

상기 체질 소견과 소증 및 임상 소견을 바탕으로 사상체질의학과 전문의에 의거하여 상기 환자를 少陽人으로 진단함.

10) 검사 소견

- (1) 입원시 V/S : 150/90-72-20-36.5, BST 147mg/dl.
- (2) EKG : WNL (2015.08.12)
- (3) Chest PA : WNL(2015.08.12)
- (4) Brain CT: Brain atrophy ; senile change of brain (2015.08.12)
- (5) DITI: 전두부 및 하악부, 경항부 체온열 상승 경향(2015.08.12.)
전두부 및 하악부, 경항부 체온열 입원 DITI 대비 하강함(2015.08.25)(Figure 3)
- (6) UPDRS 상 13점, H and Y Scale 상 Stage 2.

11) 치료

(1) 침구 치료

우진 침구 직경 0.25mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침을 사용하여 陰谷 曲泉 太衝 太白 廉泉 地倉 太谿 復溜 足三里 혈자리에 일 2회(오전 9시, 오후 3시) 자침후 20분간 유침하였다.

(2) 한약 치료

『園醫壽世保元』¹¹에 기준하여 少陽人 身寒腹

痛 亡陰證으로 변증하여 荊防地黃湯(加 生地黃)을 2첩을 3회에 나누어 식후 30분으로 처방하였다 (Table 3).

(3) 양약 치료

아티반정 0.5밀리그램(Lorazepam 500µg) 2T#2, 큐로켈정 100밀리그램(Quetiapine fumarate 115.13mg) 1T#1, 뉴프람정 10mg(Escitalopram oxalate 12.77mg) 1T#1, 마도과정125mg(Benserazide hydrochloride 28.5mg, Levodopa 100mg) 4T#2, 데파코트정 250밀리그램(Divalproex sodium 269.06mg) 1T#1, 포베린정 20mg(Propiverine HCl 20mg) 1T#1 로 입원 동안 복용 지속하였다.

(4) 약침 치료

- 자생 원외탕전원 무균실에서 조제한 자하거 약침을 사용하였다.
- 자하거 약침액을 1일 1회 환자의 廉泉에 0.4cc 씩 주입하였다.

12) 치료 경과

(1) 이상운동증(Figure 4)

입원 당시 구각부 주변으로 입을 썰룩거리는 듯한 양상으로 이상운동증 호소하였으며, 구갈 양상을 동반하였다. 증례 1과 같이 운동 양상이 불수의적으로 나타나, 자각적으로 이상운동을 멈출 수 없었다. 이상

Table 3. The Prescription of Hyeungbangjihwang-tang

Herb	Pharmaceutical name	Dose(g)
熟地黄	<i>Rebmanniae Radix Preparat</i>	8
山茱萸	<i>Corni Fructus</i>	8
澤瀉	<i>Alismatis Rhizoma</i>	8
茯苓	<i>Poria</i>	8
羌活	<i>Osterici Radix</i>	4
獨活	<i>Angelicae Pubescentis Radix</i>	4
荊芥	<i>Schizonepetae Spica</i>	4
防風	<i>Saposhnikovia Radix</i>	4
車前子	<i>Plantaginis Semen</i>	4
生地黃*	<i>Rebmanniae Radix</i>	8

* 형방지황탕 외에 가미된 약재

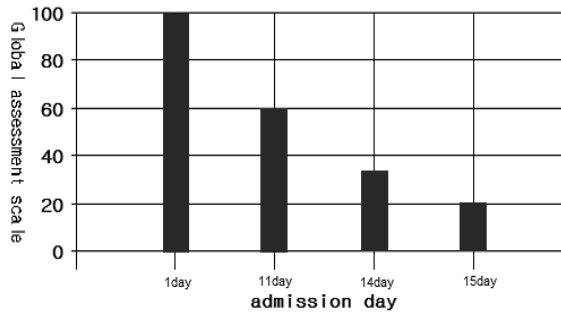


Figure 4. Progress of dyskinesia (Case 2)

운동은 50~60회/분 정도의 속도로 지속되었다. 상기 증상 및 소증을 고려하여 荊防地黃湯 加味方을 처방하였다. 입원 11일째(2015.08.21)부터 GAS 60/100으로 입이 쉴룩거리면서 움직이는 경향은 약간 줄어들고 횡수도 30~40회/분 정도로 호전되기 시작하였다. 입원 14일째 GAS 30~40/100으로 호전되었으며 구갈 증상도 같이 호전되었다. 이상운동 양상은 10~20회/분 정도로 많이 줄어들었다. 입원 15일째 GAS 20/100으로 많이 호전되어 퇴원 위하여 치료 종료하였다.

(2) 진전

입원당시 양상지 및 좌하지로 나타나며, 강직은 동반하지 않았다. 우상지가 다른 부위에 비해 우심하였으며, pill-rolling 양상으로 안정시에 지속되었다. 진전 양상은 이상운동증에 비해 빠르게 호전되어, 입원 4-5

일째 좌상지 진전은 소실되었고, 우상지와 좌하지로만 안정시 진전 경향이 나타났다. 입원 7일째 좌하지 진전 소실되었고, 안정시 우상지만 진전 경향 나타났으며, 동작시 양 상지로만 경미하게 진전 심해지는 양상을 보였다. 입원 11일째 안정시 양 손가락만 진전 경향 보였으며, 하지쪽으로는 진전 경향 나타나지 않았고, 동작시 우측수지가 좌측에 비해 경도로 더 심하게 나타나는 양상을 보였다.

(3) 말어둔

입원 당시 Gr. 4 정도로 지속되어 말할 때 어눌함을 호소하였다. 증상이 비슷하게 호약반복되었다.

(4) 좌안면이상감각

입원 당시 실제 안면 움직임은 정상이나 좌측 구각 부 주변으로 자각적으로 굳은 느낌이 든다고 하였으

며, 좌안면 협부 및 이후부, 좌측 구각부 주변으로 소양감을 호소하였다. 흥조나 발직은 동반되지 않았다. 입원 기간동안 소양감의 경우 점점 줄어들어 좌측 협부 상악골 주변으로 축소되었으며, 소양감의 정도도 중등도 호전되었다. 구각부 주변 이상감각의 경우 퇴원 당시 입원 전 대비 30~40%정도로 감소하였다고 하였다.

(5) 그 외

- 입원 당시 식욕은 좋았으나 식후 더부룩함 및 비만 증상 호소하였으며 1회/2~3일 硬便 양상으로 대변을 보았다. 치료 시작 후 입원 2일째부터 입원기간동안 이들 정도를 제외하고 매일 대변을 보게 되었으며, 대변 양상도 硬便에서 정상변 양상으로 변화하였다. 식후 더부룩한 증상도 치료 시작시부터 점점 좋아져 입원기간 중 소실되었다.

- 입원 당시 체온열 검사상 안면 전두부, 하악부 및 흉부 체온열 상승 소견 보였으나, 입원 15일째 시행한 체온열 fu 상 상기 부위 체온열 분포가 호전되었다.

III. 考 察

입술굴 이상운동증(oro-facial dyskinesia)은 입맛을 다시고, 혀를 벌름거리고, 입가를 씹거리는 등 안면 근육, 저작근, 하악부, 구각부 및 혀 근육의 반복적이고 불수의적인 움직임을 보이는 것이 특징이다. 서양 의학에서는 oro-facial dyskinesia를 증상별로 ① 계속하여 혀를捻轉하는(舌捻轉) 증상, ② 혀를 전후좌우로 움직이는(口提出型) 증상, ③ 우물우물 입을 씹어대는(咀嚼型) 증상, ④ 口脣을 계속해서 움직이고 혹은 입을 짜금짜금하는(口脣型) 증상 4가지로 분류하고, 부위에 따라 oro-lingual, orobucco-lingual, bucco-lingual-masticatory dyskinesia 등으로 분류한다².

입술굴 이상운동증의 원인은 특발성·유전성·기저핵 및 추체외로계 등의 손상·약물 장기복용 및 심인성 등으로 다양하게 추정되고 있으며, 대부분 특발

성인 경우가 많다²⁴. 특히 약물의 남용으로 인해 바닥 핵이 침범되어 나타나는 안면부의 dyskinesia를 지연성 이상운동증(tardive dyskinesia)라고 하며, chlorpromazine 등의 항정신계 약제, L-dopa 등의 도파민 제제의 과민반응에 의해 나타난다고 본다². 그러나 노인에게서는 보통 특발성인 경우가 많으며, 이런 경우 haloperidol 등의 약을 써서 효과를 본다고 하나, 결론적으로 병태생리와 원인 자체가 불분명하여 확실히 알려져 있지 않다^{12,13}.

한의학에서는 이와 같은 증상을 振顫과 弄舌의 범주로 볼 수 있다. 振顫은 『黃帝內經』¹⁴의 《素問·至眞要大論》에서 “諸風掉眩 皆屬於肝”의 “掉”에서 그 원류를 찾을 수 있으며, 肝과 風과 연관이 있다고 하였다. 許浚은 『東醫寶鑑』에서 手振을 心虛가 원인이 됨을 시사하였고, ‘저도 모르게 머리를 흔드는’ 頭風旋의 경우 肝風이 성하여 발생하며, 筋惕肉瞤의 경우 發汗過多로 血虛해지면서 나타난다고 하였다⁵. 현재는 振顫의 병인병리를 肝腎不足, 氣血兩虛로 인한 筋脈失養, 痰熱動風으로 경락을 막아 발생한다고 보고 標本 및 虛實을 감별하여 접근하고 있다⁴.

弄舌의 경우 吐舌이라고도 하며, 주로 心脾積熱로 인해 火熱이 혀에 상충되어 발생한다고 보았다. 『東醫寶鑑』¹⁵에서도 또한 弄舌이 脾臟의 微熱로 나타난다고 설명하였으며, 현재에도 心火亢盛, 心脾有熱, 疫毒攻心 등의 병인병리로 인해 발생한다고 보고 癇症등의 발작이나 小兒疳病등의 소아발육부진에서 나타난다고 하였다⁵.

사상의학적으로 진전은 『東醫壽世保元』에서 문현상으로 구체적으로 언급된 적은 없다. 風과 관련해서는 《甲午本》 및 《申丑本》에서 少陽人의 喘促短氣를 동반한 謔語證에 대한 白虎湯 치험례와 身寒腹痛亡陰證으로 인한 謔語動風의 石膏를 加味한 荊防地黃湯 치험례가 소개되고 있으며, 太陰人의 경우 『四象人辨證論』에서 肝熱證에 해당하는 目眦上引證, 『太陰人泛論』에서 卒中風에 대해 牛黃清心元 혹은 石菖蒲遠志散을 사용하여

치료하는 치험례가 나오는데, 상기 증례에서 나타나는 振顫과는 양상이 많이 다르며, 서양의학에서의 C.V.A에 가까운 것으로 보인다¹¹. 진전 자체가 구체적인 병증의 측면을 띠기보다는 인체의 내적상태의 병리적 변화로 인해 유발된 증상의 측면으로 볼 수 있으므로, 진전 자체의 증상에 초점을 맞추기 보다는 사상인의 보명지주와 소증의 파악을 통한 내적 병리상태에 맞추어 치료를 접근해야 할 것으로 사료된다.

증례 1의 환자는 내원 1년전 발생한 입얼굴이상운동증으로 자택에서 별무처치하시다가 내원 3개월전 local NP 내원하여 상기 C/C에 대해 Brain MRI 등 여러 검사 진행하였으나 별무소견 나오신 후, β-blocker 도파민제제, 항우울제 등을 투여받았으나 별무호전되어 본원 사상체질의학과 내원하신 환자분으로, 진전 서동 등의 추체의외로게 증상이 없고 도파민제제에 치료반응이 없으며, 본태성 진전 양상과도 이상운동 양상이 달라 특발성 입얼굴이상운동증으로 추정되었다. 체형상 복각 둔각으로 사지에 비해 체간이 넓은 편이었으며, 느긋한 성격에 용모사기상 인상이 순하고 점잖으며 얼굴이 둥글고 좌우로 발달되어 있고 입술이 두툼하며 눈이 쳐져있고 익부가 좌우로 발달하여 넓어보였다. 이를 바탕으로 개인의 평소 소증과 체형 기상, 용모 사기, 성질 재간 등을 고려하여 太陰人으로 판단하였다.

太陰人의 경우 肝大肺小하여 肺黨의 呼散之氣가 약해지기 쉬우며, 그에 따라 肝黨의 氣液 흡취가 과도해짐으로 인하여 肝熱이 化하여 腹裏부위에 熱症이 두드러지게 되는 것을 肝受熱裏熱病이라고 하며, 그중에서도 呼散之氣의 약화로 熱症이 두드러지게 나타나는 것을 肝熱證, 肺黨의 기능저하로 인한 寒症과 燥症이 동반하는 것을 燥熱證이라고 한다^{11,16}. 燥熱證의 대표적인 처방으로 熱多寒少湯와 淸心蓮子湯이 있으며, 熱多寒少湯을 사용하는 燥熱證의 경우, 淸心蓮子湯과 비교하여 대변이 굳고 소변색이 진해지며 코와 입이 마르는 등, 肝熱證의 증상이 현저하게 나타나면서 肺燥를 겸한 병태이다. 淸心蓮子湯 燥熱證의 경우 『東醫壽世保元』

에서는 처방구성 내용만 제시되어 있을 뿐 주치증이나 치험례가 나타나 있지 않으나, 김¹⁷에 따르면 수면장애, 심계, 현훈 등 偏小之臟인 肺의 呼散之氣가 손상되어 肝熱보다는 肺燥의 양상이 현저하게 나타난다고 하였다.

소증상 최근 수면장애가 발생하였고, 대변이 굳은 변 양상이고 구갈 및 피부건조가 심하며, 평소 手足溫 등의 양상과 함께 畏寒 경향을 보여 肺燥證을 동반한 太陰人 肝受熱裏熱病으로 판단하고 淸心蓮子湯에 肝熱을 해소할 목적으로 葛根, 升麻, 뒤섞인 肺黨의 기운을 가지런하게 맞추고 조절시키는 목적으로 石菖蒲를 가미하여 투여하였다. 투약 후 주증상이 입원 당시 대비 50% 호전 양상을 보였으나 식후비만, 硬便, 口渴 양상 등 소증의 변화가 없어 太陰人 肝受熱裏熱病의 熱多寒少湯으로 처방을 변경하고 肺黨의 기운을 조절하는 石菖蒲, 安神定意시켜주는 酸棗仁, 柏子仁을 가미하였다. 그후 이상운동증 뿐만 아니라 소증에도 호전 양상을 보였다. 체온 열검사 상에서도 입원 첫날과 비교하여 체온열의 분포가 고르게 나타났다. 처방 변경 후 지속적으로 열다한소탕을 투여하였으며 이상운동증 소실되어 치료를 종료하였다.

증례 2의 환자는 약 10여년전 Alzheimer's disease 진단 받은 후 발생한 입얼굴이상운동증이 내원 약 5일 전 발생한 좌안면이상감각과 함께 심어져 본원 사상체질과로 내원하신 환자분으로, SSRI 및 파킨슨병으로 인한 levodopa 등의 도파민제제를 장기간 복용한 상태였다. 체형상 자그마한 체격이며 복각 예각, 하체에 비해 상체가 발달되어 있었으며, 용모사기상 이마가 동그랗고 돌출된 편으로, 양미간이 좁고 코끝이 들려있다. 구강구조가 돌출된 편으로 윗입술이 약간 들려있었다. 이정보를 바탕으로 개인의 평소 소증과 체형 기상, 용모 사기, 성질 재간 등을 고려하여 少陽人으로 판단하였다.

少陽人의 경우 脾大腎小하여 腎陰이 항상 부족하고 陰淸之氣를 간직하여 축적하는 기능이 약한 반면, 胃의 陽氣는 왕성하게 된다. 따라서 왕성한 脾

局의 熱氣를 식혀주는 陰淸之氣가 제대로 작용하지 못하고 背脊를 둘러싸 外冷包裏熱하게 되는데 이것이 少陽人의 脾受寒表寒病이다¹⁶. 脾受寒表寒病 중 少陽人의 盛한 陽으로 인해 表陰이 降陰하지 못하여 膀胱으로 내려가지 못하고 胸膈속으로 들어가 腸胃가 찬 것을 싫어하여 나타나는 것을 亡陰證이라고 하며, 亡陰證은 身熱頭痛泄瀉와 身寒腹痛泄瀉의 주증 두 가지로 분류된다. 身寒腹痛亡陰證의 경우 身熱頭痛亡陰證에 비해 危證이며, 荊防地黃湯을 多用하며, 寒多熱少한 상태의 소증에 食滯, 腹痛 등의 소화장애가 있는 경우가 대부분이다. 『東醫壽世保元』에서는 평소 食滯腹痛이 있던 少陽人 譚語證에 荊防地黃湯 加 石膏를 사용하여 효과를 본 치험례를 소개하고 있다^{11,16}.

증례 2의 환자의 경우 비록 硬便양상 및 2-3회/일로 熱症 소견에 가까운 대변 양상으로 보이나, 식욕에 비해 복각이 예각이며 식후 痞滿한 경향 등의 만성적인 소화장애를 보이고, 口乾이 있으나 심하지 않은 점, 평소 畏寒한 경향 등의 소증으로 판단하여 少陽人 脾受寒裏寒病의 身寒腹痛亡陰證으로 보고 荊防地黃湯을 처방하였다. 身寒腹痛亡陰證의 경우 일반적으로 대변이 무르게 나오나, 脾局의 陽氣가 더욱 과하여 硬便 양상으로 나타나는 것으로 보고 荊防地黃湯 原方に 生地黃을 8g 가하였다. 입원 2일째부터 硬便이 정상변으로 바뀌면서 대변횟수가 증가하기 시작했으며, 식후비만 양상도 호전되기 시작하였다. 입원 11일째부터 이상운동증 자체도 서서히 줄어들기 시작했으며, 입원 15일째 GAS 20/100으로 중등도 호전되어 치료 종료하였다. 체온열 검사상 환자의 전체적인 체온열 분포도 입원 첫날 대비 호전되었다.

증례 1은 원인불명의 특발성 입얼굴이상운동증 환자이며, 증례 2는 파킨슨병 및 항정신성 약물의 장기 복용으로 나타난 입얼굴이상운동증 환자로, 두 치험례를 통해 병태생리와 원인이 다른 입얼굴 이상운동증의 경우에도 對症과는 관계없이 환자의 소증, 체형 기상, 용모사기, 성질제간 등을 고려하여 각자의 체질과 병리 상황에 맞게 處方하면 증상이 치료됨을 확인

할 수 있었다.

그러나 사상체질 처방뿐만 아니라 침 치료와 자화거 약침치료가 병행되어, 병행된 두 치료의 영향을 배제하지 못하였다. 또한 증례 1의 경우복용중이던 양약을 모두 복용중단하고 한방치료를 진행하였으나, 증례 2의 경우 양약과 함께 동시에 복용한 증례로서 양약의 장기적인 치료효과 또한 배제하기 힘들다. 치험례 또한 2례로 데이터 구축에는 부족함이 따르기에 향후 입얼굴 이상운동증에 대한 체질의학적 접근 및 병證의 분류에 대해서도 추가적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 結 論

노인성 입얼굴이상운동증을 호소하던 환자를 각각 太陰人 肝受熱裏熱證, 少陽人 脾受寒表寒證으로 변증하여 유의미한 호전 반응을 이끌어 낸 치험례로, 병태생리와 치료법이 잘 알려져 있지 않은 입얼굴 이상운동증에 대한 사상의학적 접근에 도움이 되고자 보고하는 바이다.

V. References

1. Koller WC. Edentulous orodyskinesia. *Ann Neurol.* 1983;13(1):97-99.
2. Blanchet PJ, Abdillahi O, Beauvais C, Rompre PH, Lavigne GJ. Prevalence of spontaneous oral dyskinesia in the elderly:A reappraisal. *Mov Disord.* 2004;19:892-896.
3. Klawans HL, Barr A. Prevalence of lingual-facial-buccal dyskinesias in the elderly. *Neurology.* 1982;32:558-559.
4. Department of cardiovascular and neurologic diseases, college of Korean medicine. Textbook of oriental medicine(cardiovascular and neurologic disease). 4th edition. Koonja publishing. 2010:435-438. (Korean)

5. Roh SS. Primary Ophthalmology & Otolaryngology. 3rd edition. Mokwato. 2007;738-739. (Korean)
6. Joo JC, Park HS, Bae YC. Clinical study of twenty four patients complained of the tremor. Journal of Sasang Constitutional Medicine. 2002;14(2):153-159. (Korean)
7. Ham SH, Jeong HY, Lee SJ, Lim EC. A Case-Report on Taeumin Patient with Essential Tremor using Melonis Pediculus. Journal of Sasang Constitutional Medicine. 2013;25(3):254-263. (Korean)
8. Hwang KJ, Yang GY, Jang SG, Kim YH, Hong KE, Lee H et al. Clinical Study of Oriental Medical Treatment 1 Case of Patient with Oral Dyskinesia. The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2002;19(1):262-269. (Korean)
9. Seo YM, Lee JW, Cha HJ, Seo DW, Park SJ, Lee CH. A Clinical Report of Patient with Mandibula Tremor Caused by spiritual trauma. J. of Oriental Neuropsychiatry. 2009;20(3):237-247. (Korean)
10. Lee DH, Na GH, Shin JC, Wei TS, Lyu CY, Cho MR et al. The Clinical Observations of 2 case of senile oro-facial Dyskinesia. The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2005;22(5):183-193. (Korean)
11. The National College of Oriental Medicine Sasangeuihakclassroom. Sasangeuihak. Seoul: Jipmundang. 2005;633-732, 38. (Korean)
12. Kim DW. Clinical Neurology Dignosis. Seogwanguihakseorim. 1993:153. (Korean)
13. Paul AY, Paul HY, Daniel LT. Basic clinical Neuroscience. 2nd edition. Lippincott Wiliams & Wilkins. 2008;100.
14. Hong WS. Jungkyo Hwangjenaegyong. Seoul: Jipmundang. 1993;187. (Korean)
15. Heo J. Dong-ui-bo-gam. 3rd edition. Seoul: Dong-ui-bo-gam Publishing. 2006;114, 463, 588, 1102. (Korean)
16. Hwang MW. Sasang-uihakgangseol. Seoul :Koonja publishing. 2012;215-257,349-401. (Korean)
17. Kim YH, Kim SH, Jang HS, Hwang MW, Lee JH, Lee UJ et al. The Study of Clinical Characteristics of Taeumin Dry-heat Symptomatic Pattern. Journal of Sasang Constitutional Medicine. 2009;21(1):85-98. (Korean)