

증례 학습; 이상운동을 보이는 환자



이 호 원

경북대학교 의과대학 신경과학교실

Patients with Involuntary movements

Ho-Won Lee, MD, PhD

Department of Neurology, Kyungpook National University School of Medicine

이상운동질환은 기저핵의 이상에 의한 다양한 운동양상의 질환들이 있다. 이 강좌에서는 임상에서 흔히 접할 수 있는 몇몇 증례들을 제시하고 이에 대한 임상적 접근 및 치료에 관하여 논의하고자한다.

Key Words: 이상운동질환, 진단, 치료

서 론

이상운동질환이란 강직(spasticity)이나 위약(weakness)과 연관되지 않은 운동과소증(hypokinesia)과 정상보다도 과다한 움직임이 나타나는 운동과다증(hyperkinesia)으로 대별할 수 있다. 운동과다증에는 진전(tremor), 무도증(chorea), 근긴장이상증(dystonia) 등 많은 종류가 있으며, 이들은 각각의 특징적인 양상에 따라 구별된다. 운동과소증은 서동증(bradykinesia), 동결(freezing) 등이 있으며, 이들은 파킨슨증에서 나타나므로 운동과소증은 파킨슨증과 거의 동일시된다. 이상운동질환은 이러한 이상운동을 갖는 질병상태를 말하는 것으로, 가령 무도증(chorea)은 이상운동의 한 형태이고, 헌팅턴 무도병(Huntington chorea)은 무도증을 보이는 대표적 이상운동질환이다. 이상운동질환의 감별진단 및 검사, 치료는 우선 환자가 갖고 있는 이상운동이 어떤 것인지를 결정하고 각 이상운동의 종류에 따라 그러한 이상운동을 보일 수 있는 질환에는 어떠한 것들이 있는지 의심하는 데서 출발한다. 이 강좌에서는 몇몇 이상운동질환의 증례들을 통해서 이상운동질환의 체계적 접근법과 치료에 관하여 논의하고자 한다.

Ho-Won Lee, MD, PhD

Department of Neurology, Kyungpook National University School of Medicine, 50 Samdeok-dong 2-ga, Jung-gu, Daegu 700-721, Korea
Tel : +82-53-420-5769 Fax : +82-53-422-4265
E-mail : neuromd@knu.ac.kr

증례 1

43세 남자가 점차 진행되는 보행장애를 주소로 병원에 왔다. 증상은 5개월 전부터 서서히 시작되었으며 초기에는 계단을 오르내리거나 땀 때만 중심이 휘청거리는 느낌이 들었지만 최근에는 평지에서도 중심을 잡고 똑바로 걷지 못하고 넘어지는 일이 잦아졌다. 진전은 없었다. 주관적인 기억장애도 동반되었으나 성격 변화, 이상 행동이나 상황 판단력의 장애는 없었다. 배뇨장애나 구음장애는 없었다. 음주력은 없었고, 과거력상 두부 외상, 뇌내출혈, 수막염과 같은 질환이나, 가족력, 약물 복용의 기왕력도 없었다. 입원 당시 신경학적 진찰에서 구음장애와 뇌신경기능장애, 안구운동 장애는 없었다. 운동 및 감각검사, 심부진반사도 정상 이었다. 소뇌기능검사에서 손가락맞대기검사, 발꿈치정강이검사는 정상으로 양측 상하지의 실조증은 없었다. 환자는 혼자서 앉아 있을 수는 있었으나, 평지 보행에서 두 발을 넓게 벌리며 보폭의 변동이 심하고, 양측으로 흔들리는 보행실조증을 보였다. 걸을 때 양팔 움직임의 감소나 동결보행은 없었으나 방향을 바꿀 때 비틀거림이 심했다. 일자보행과 Romberg검사에서는 전후 좌우로 넘어지는 모습을 보였다. 하지만, 구부정한 자세나 얼굴 표정이 굳어지는 현상은 없었고, 사지의 진전이나, 경직, 서동증 등의 추체외로증상은 뚜렷하지 않았다. 기립저혈압, 야뇨, 빈뇨와 같은 자율신경계증상도 보이지 않았다.

증례 2

57세 남자가 3년 전부터 서서히 진행되는 기립어지럼, 요실금, 발기부전을 호소하였고 1년 전부터 진행하는 보행장애와 서동증이 동반되어 병원에 왔다. 신경계진찰에서 실조보행을 포함한 소뇌기능장애를 주로 보이며 경미한 파킨슨증을 동반하였다. 기립 2분 후, 누운 상태에 비하여 수축기혈압이 30 mmHg 이상 감소하였다. 과거력에서 다른 기저질환은 없었으며 가족력상 특별한 병력도 없었다. 뇌자기공명영상에서는 소뇌위축이 보였다. 보호자는 환자가 수개월 전부터 수면 중 코골이와는 다른 고음의 그르렁거리는 이상 호흡음이 있다고 하였으나 환자 본인은 증상을 인지하지 못하였다. 보호자에 말에 의하면 이상 호흡음은 수면 중에 호흡을 할 때마다 항상 발생한다고 하였다. 환자는 오후 11시경 취침을 하고 오전 6시에 기상을 하였다. 주간졸림을 호소하였으며 수면 중 2-3회 잠에서 깬다고 한다. 탈력발작, 입면환각, 수면마비는 동반되지 않았다. 보호자 말에 의하면 수면 중 주기적으로 하지 움직임이 나타나기도 하나 과격한 행동 같은 이상행동은 없다고 하였다.

증례 3

37세의 남자 환자가 글씨 쓰기가 불편함을 호소하며 외래로 내원하였다. 환자의 직업은 은행원이었고 오른손잡이였다. 환자는 1년 전부터 글씨를 쓰려고 펜을 잡았을 때 비정상적으로 손가락에 힘이 들어가 펜을 꼭 잡아야 하며 글씨 쓰기가 힘들다고 느끼기 시작했다. 물 따르기, 젓가락질, 가위질 등 다른 활동에는 문제가 없으나 글씨만 쓰려하면 오른손 엄지, 검지, 중지가 쥐 난 듯이 뻣뻣해지며 경직된다고 호소하였다. 이 같은 증상은 외래에서 청취한 병력상 두부손상, 뇌염, 신경 이완제 복용 등의 특이한 과거력은 없었으며 신경학적 검사상 펜을 잡았을 때 이외에는 다른 이긴장증의 증거나 신경학적 이상은 보이지 않았다. 가족력에서 특이 소견은 없었다. 타병원에서 이러한 증상에 대해서 다양한 약물치료를 하였으나 효과는 없었고 약물에 부작용으로 모두 복용을 중지하였다.

증례 4

16세 남자가 오른쪽 팔다리의 이상운동으로 신경과 외래를 방문하였다. 환자의 불수의적 운동은 내원 9일 전부터 시

작되었고, 점차 심해져 글을 쓰는 것뿐만 아니라 보행에도 어려움을 호소하였다. 또한, 약간의 가슴 두근거림과 불안감도 호소하였다. 기침, 두통 및 약물 남용력은 없었고 1년 전 승모판탈출증(mitral valve prolapse)으로 판막치환술을 시행한 것을 제외하고 다른 병력은 없었다. 내원 당시, 심박수가 분당 132회로 증가된 것 외 다른 활력징후는 특이사항이 없었다. 간이정신상태검사(Mini Mental Status Examination, MMSE)는 정상이었고 의식상태는 명료하였고 과민하거나 인지기능저하는 호소하지 않았다. 심부전반사가 증가되었고 오른쪽 팔다리의 이상운동증상을 제외한 다른 신경학적 이상소견은 관찰되지 않았다. 팔다리의 비대칭적 불수의적 운동은 간헐적이고 불규칙적인 뉘뉘뉘 모양이었다. 이 운동은 수면 시에는 나타나지 않았다.

결론

이상에서 몇 가지 증례를 통해서 이상운동질환의 임상적으로 접근하여 치료하는 과정을 살펴보았습니다. 이상운동질환의 임상적 접근에서 질환에 대해 병력을 청취하고 각종 임상검사를 시행해 최종적으로 진단을 내리고 치료를 하게 된다. 이러한 과정의 가장 기본적인 단계는 환자가 보이는 이상운동을 정확히 진단하는 것인데, 대부분 환자를 관찰함으로써 알 수 있고, 병력으로도 어느 정도 도움을 받을 수 있으며, 임상검사는 특수한 경우를 제외하고는 운동이상의 종류를 아는 데 별 도움을 줄 수 없어, 각 운동이상의 양상을 임상적 관찰로서 감별할 수 있는 것이 중요하다.

REFERENCES

1. Seo JG, Kim JM, Kang K, Heo SJ, Kim JS, Lee HW. Expiratory stridor improved with positive airway pressure therapy in multiple system atrophy-cerebellar Type. J Korean Neurol Assoc 2014;32(1):53-55.
2. Kuźniar TJ, Morgenthaler TI, Prakash UB, Pallanch JF, Silber MH, Tippmann-Peikert M. Effects of continuous positive airway pressure on stridor in multiple system atrophy-sleep laryngoscopy. J Clin Sleep Med 2009;5(1):65-67.
3. Silber MH, Levine S. Stridor and death in multiple system atrophy. Mov Disord 2000;15(4):699-704.
4. Kang K, Seo SD, Hwang SK, Seo JG, Park JS, Park SP, et al. Idiopathic normal-pressure hydrocephalus patient with an ataxic gait as the predominant presenting manifestation. J Korean Neurol Assoc 2014;32(3):198-201.
5. Relkin N, Marmarou A, Klinge P, Bergsneider M, Black PM.

- Diagnosing idiopathic normal-pressure hydrocephalus. *Neurosurgery* 2005;57 Suppl 3:S4-16.
6. Thompson PD. Frontal lobe ataxia. *Handb Clin Neurol* 2012;103:619-622.
7. Park J, Kim JG, Park SP, Lee HW. Asymmetric chorea as presenting symptom in Graves' disease. *Neurol Sci* 2012; 33(2):343-345.
8. Ristic AJ, Svetel M, Dragasevic N, Zarkovic M, Koprivsek K, Kostic VS. Bilateral chorea-ballism associated with hyperthyroidism. *Mov Disord* 19(8):982-983.
9. Ward AB, Molenaers G, Colosimo C, Berardelli A. Clinical value of botulinum toxin in neurological indications. *Eur J Neurol* 2006;13 Suppl 4:20-6.
10. Lim EC, Seet RC. Use of botulinum toxin in the neurology clinic. *Nat Rev Neurol* 2010;6(11):624-636.