

혼재성 불안 및 우울장애 환자 1례 증례 보고

이승희 · 김보영 · 이지인 · 권순주 · 정대규
대구한의대학교 한의과대학 신경정신과학교실

A case of Mixed anxiety and depressive disorder

Seung-Hee Lee, Bo-Young Kim, Ji-In Lee,
Soon-Ju Kwen, Dae-Kyoo Chung

Dept. of Oriental Neuropsychiatry College of Oriental Medicine.
Daegu Haany University, Daegu, Korea.

Abstract

This is a case report of a patient with mixed anxiety and depressive disorder treated by Punsimgieum.

The symptoms of the patient were anxiety(agitation), numbness(paresthesia), nausea, dyspepsia, insomnia and hopelessness.

In this case, we administrated Punsimgieum to a patient suffering from anxiety and depressive disorder symptoms.

After administration of Punsimgieum medication clinical symptoms improved. Punsimgieum showed desirable effect on anxiety and depressive disorder symptoms.

Key Word : anxiety and depressive disorder, Punsimgieum

I. 緒論

흔재성 불안 및 우울장애란 불안과 우울이 함께 있으나 그것을 각각 따로 생각해 볼 때, 어느 한쪽의 증상도 별도로 진단 내려질 수 있을 정도로 심하지 않을 경우에 사용되는 분류이다¹⁾. 우울증이란 어떤 기간 우울한 감정과 흥미 혹은 기쁨의 상실 등과 같은 우울하거나 들뜨는 기분의 장애가 주축이 된 일련의 정신장애로서 정서의 병리 현상을 말하며 우울감, 흥미상실이나 체중감소, 수면장애, 비괴감, 정신운동지연 등의 증상을 보인다²⁾.

불안이란 광범위하게 매우 불쾌한, 그리고 막연히 불안한 느낌으로, 관련된 신체증상과 행동증상을 동반하며³⁾, 불안장애(anxiety disorder)는 이러한 불안이라는 주관적인 감정을 주축으로 근육긴장과 자율신경기능의 항진에 의한 신체증상들이 만성적으로 한 달 이상 지속되며, 원인이 제거된 경우에도 증상이 소실되지 않는 비정상적 양상을 일컫는 것으로 불안이 주된 증상이거나, 또는 두려운 대상이나 상황에 직면해서 불안을 경험하거나 또는 강박사고나 강박행위 등에 저항할 때 불안을 경험하거나 하는 일군의 장애를 말한다⁴⁾.

한의학에서는 우울증은 울증의 개념으로 표현되며⁵⁻⁶⁾, 불안장애에 대해 驚悸·怔忡⁷⁻¹¹⁾, 恐驚¹²⁻⁴⁾, 焦慮¹²⁻³⁾ 등의 범주에서 다루고 있다.

현재까지 한의학에서는 우울증에 관하여 김¹⁵⁾은 증후학적 연구를, 鄭¹⁶⁾은 신체증상을, 高¹⁷⁾는 사회정신학적인 연구가 보고 된 바 있으며 불안장애에 관하여서는 성 등¹⁸⁻²⁰⁾의 보고가 있으나, 임상연구는 부족한 실정이다. 이에 임상연구에 도움이 되고자 2003년 6월 18일부터 2003년 6월 27일까지 흔재성 불안 및 우울장애로 입원한 환자 1례의 임상적 관찰을 보고하는 바이다.

II. 研究對象 및 方法

1. 研究對象

2003년 6월 18일부터 6월 27일까지 대구한의

대학교부속 대구한방병원에 우울증 및 불안장애로 입원한 환자 1인을 대상으로 하였다.

2. 治療內容 및 施術方法

1) 針灸治療

① 鍼 : 通氣鍼灸針을 사용하여 四關(太衝, 合谷), 少府, 少海, 足三里, 三陰交, 內關, 臍中, 百會, 曲池 等の 體鍼을 1일 1회, 1회 15-20분가량 留鍼함을 원칙으로 시술하였다.

② 灸 : 中腕, 關元에 間接灸 3장을 시행하였다.

2) 附缸療法 : 背部에 乾式으로 시술하였다.

3) 藥物療法

分心氣飲

(「仁齊直指方」-蘇葉 5g, 枳殼 炙甘草 生薑 半夏 3g, 大腹皮 燈心大棗 木通 木香 麥門冬 藿香 桔梗 蓬朮 香附子 桂皮 桑白皮 檳榔 白茯苓 陳皮 青皮 2g.),

蘇合香元

(院內제제 - 白朮 木香 沈香 丁香 安息香 白檀香 訶子肉

香附子 藜蘆 藿香 茴香 桂枝 各 80g 五靈脂 玄胡索 各 40g)

3. 治療效果의 判定

不安 및 焦燥, 全身重感 및 四肢痺症, 消化不良 및 惡心, 不眠, 意慾喪失(감정기복)에 대한 자각증상의 변화를 문진을 통하여 평가하였으며 입원기록지에 기재된 환자의 주관적인 진술을 근거로 상태를 5단계로 분류하였다.

1) +++(severe pain) : 참기 어려울 만큼 심하다고 호소하는 경우

2) ++(morderate pain) : 참을 수 있을 정도의 상태

3) +(mild pain) : 환자가 약간 느낄수 있을 정도의 상태

4) -(painless) : 증상을 호소하지 않는 경우

5) ±(mild pain & painless) : 간헐적으로 통증이 나타나는 상태(1-2회/1일)

III. 症例

1. 성명 : 박○○(F/43)
2. 주소증 : 不安 및 焦燥, 全身重感 및 四肢痺症, 消化不良 및 惡心, 不眠, 意慾喪失 (감정기복)
3. 발병일 : 2003. 1월경
4. 과거력 : 별무
5. 가족력 : 父 : HTN, CVA → expire.
6. 성격 : 보통 체격으로 평소 성격은 예민하고 모든 일에 열성적이고 집착이 강하며 책임감이 강한 편이다.
7. 직업 : 상업(자영업)
8. 현병력 :

본병은 1년전부터 금전관계와 부부간의 불화로 신경을 많이 쓴 이후로 간헐적으로 不安, 焦燥, 全身重感, 四肢痺症을 발하다가 2003년 1월경 감정기복이 심하며 의욕이 없고 전신무력의 증상이 나타나 양방 신경정신과에 내원하여 우울증으로 진단받은 후 항우울증약을 간헐적으로 복용하던 중 2003년 4월경 금전관계의 악화와 남편과의 불화가 심해져 증상이 더욱 악화되어 항우울증약을 지속적으로 복용하였으나 별무호전 중 2003년 5월 남편과의 불화가 심해져 가출한 상태로 증상이 점점 악화되어 내원시 不安, 焦燥, 감정기복이 심하며 意慾低下, 不眠, 消化不良, 全身重感, 四肢痺症 등을 주소증으로 2003년 6월 18일 외래로 내원하게 되었다.

9. 전신상태

- 1) 食事 및 消化 : 平素 全得, (발병후 心下痞悶, 消化不良(惡心)).
- 2) 大便 : 1回/2日, normal form. 後重感
- 3) 小便 : 양호 (발병후 빈삭감)
- 4) 睡眠 : 양호 (발병후에는 淺眠 및 不眠의 상태.)

10. 이화학적 검사소견

- 1) 입원시 V/S : B.P. 110/70mmHg, pulse 72회/min, respiration 20회/min, temperature

36.2℃.

- 2) 흉부 X선 소견 : unremarkable
- 3) EKG : normal
- 4) LAB finding : Hb11.9, Hct 35, Mono 7, U/M WBC 5-7.
- 5) 체열진단검사 : 초진시 상체부(대추,전중)와 하복부 부위 온도는 30.01이고, 하체부(대퇴, 소퇴 등)의 온도는 평균적으로 27이었다. 차를 보면 3.01로 전반적으로 항부와 흉부 및 하복부의 열감이 많고 하지부는 냉감이 많은 것으로 나타났다.

6) 생체자율기능검사 : 초검시(6월 19일) Regulation에서는 1-3상한에는 RR이 나타나며 4-7상한에서는 RH가 나타남으로 인하여 두부는 저항력이나 면역력이 약해져 있으며 조직의 활동력이 떨어져 정체된 상태이며 몸체는 과도반응으로 조직의 기능이 약해져 가고 있는 상태인 것을 알 수 있다.

GraphA(현재의 에너지 상태)와 GraphR(각부분 허/실)에서 전반적으로 저하된 상태를 나타내는 것으로 보아 에너지 저하뿐만 아니라 실질적으로 몸에 힘이 없고 허한 상태를 알 수 있다.

재검시(6월 26일)는 1-3상한에서의 RR의 이상표시는 없어져 순환관계와 정체된 상태는 개선된 것으로 보여지나 전반적인 에너지는 저하된 상태를 유지한 결과가 나타났다.

7) 심박변동 검사 : 맥분포도와 스트레스 정도 및 주파수 분석 파라미터와 자율신경안정도의 결과로 과도한 만성 스트레스를 받고 있는 상태로 나타났다.

11. 치료 및 경과

- 1) <표1> 不安 및 焦燥, 全身重感 및 四肢痺症, 消化不良 및 惡心, 不眠, 意慾喪失(감정기복)

이상과 함께 간이정신진단검사와 불안민감도 및 우울척도를 6월 18일과 6월 26일에 걸쳐 두 차례 시행하였다.

Date	不安 및 焦燥 (감정기복)	全身重感(무력)	四肢痺症	消化不良 및 惡心	不眠	意慾喪失 (감정기복)
입원 1일 (6월 18일)	+++	+++	+++	+++	+++	+++
입원 2일 (6월 19일)	+++	+++	+++	+++	+++	+++
입원 3일 (6월 20일)	++	+++	+++	+	++	+++
입원 4일 (6월 21일)	++	+++	+++	+, 惡心(-)	++	+++
입원 5일 (6월 22일)	++	+++	+++	+, 惡心(-)	++	++
입원 6일 (6월 23일)	+++	+++	+++	+, 惡心(-)	+++	++
입원 7일 (6월 24일)	++	++	++	+, 惡心(-)	+++	+
입원 8일 (6월 25일)	++	++	++	+, 惡心(-)	- → ++	+
입원 9일 (6월 26일)	+	+	+	+	+	±
입원 10일 (6월 27일)	-	-	-	-	-	±

IV. 考 察

우울증이란 어떤 기간 우울한 감정과 흥미 혹은 기쁨의 상실 등과 같은 우울하거나 들뜨는 기분의 장애가 주축이 된 일련의 정신장애로서 정서의 병리현상을 말하며²⁾ 임상적으로 활동증상(예. 수면, 식욕, 체중, 성욕의 변화), 인지증상(예. 주의-집중력 장애, 기억력 장애, 부정적인 사고), 충동조절 장애(예. 자살이나 타살의 위험성 증가), 행동 증상(예. 동기(motivation)와 즐거움의 상실, 피로감 증가)과 신체 증상(예. 두통, 소화불량, 근육통 등)등 다양한 증상들의 조합으로 이루어진 증후군을 말한다³⁾.

그러나 우울증은 문화적 배경에 따라 위 증상이 외에도 다양하게 나타날 수 있어 우울증을 조기에 발견하고 치료하는 것이 의학적으로 중요

한 이슈가 되고 있다. 우울증은 정신과 질환 중 비교적 흔히 발견되며 한 사람이 평생 동안 우울증을 앓을 확률은 15% 정도로 여자가 남자보다 더 높으며, 주로 20대에서 50대 사이에 비교적 전 연령에 걸쳐 고루 발병한다. 또한 우울증은 다른 정신과 질환에 비해 가족력 빈도가 매우 높다²¹⁾.

우리나라의 전국적인 역학조사에서는 3.31~3.47%로 나타났는데, 최근의 연구에서는 젊은 연령층에서 알코올이나 약물 남용의 증가로 발병 연령이 빨라지고 발병률도 증가하는 경향이 있다고 한다. 더불어 긴장이 계속되는 경쟁 사회구조에서 일어나는 정신적 갈등이나 고민 등으로 인해 그 발병률은 점차 늘어가는 추세에 있다²²⁾.

한의학적으로는 우울증과 유사한 개념으로鬱症으로 표현할 수 있으며鬱에 대해서는 원인

으로는 朱²³⁾는 “七情之邪鬱 或寒熱之交侵 九氣之怫鬱 或雨濕之侵凌 或酒漿之積聚” 등을 설명하였고 趙²⁴⁾는 “情志不疏 氣機結聚로 인하여鬱이 된다”고 하였으며 金²⁵⁾은 “七情內傷 및 六氣外感 혹은 飲食所傷으로 氣가鬱結한다”고 하였다. 이렇듯 鬱은 情志不舒와 七情所傷 그리고 外感과 飲食內傷으로 인하여 발생하며 그 중 특히 情志所傷이 중요한 원인으로 요약된다. 증상으로는 정서적인 면에서 기분이 항상 우울하고 사람을 싫어한다던지 정신의 억울감이 나타나며 신체증상으로는 사지무력이나 식욕부진, 食不化 혹은 吞酸, 嘈雜, 心下痞滿, 胸悶 혹은 胸痛이나 脇痛, 腹脹滿 혹은 浮腫, 目瞶, 口乾, 舌燥, 周身關節走痛, 心神不寧, 精神恍惚, 悲傷欲哭, 心煩不得臥, 心悸, 坐臥不安, 小便赤澀, 大便秘, 脈滑澀 등이 나타나며 부녀의 경우 월경부조와 經前乳脹 및 梅核氣의 증상도 나타난다^{6,26)}. 치법으로는 李²⁷⁾는 順氣를 爲先으로 하며 降火, 化痰, 消積의 치료를 겸하여야 하며 鬱을 치료하는 데는 마땅히 調中하여야 한다고 하였고 林²⁸⁾은 火鬱은 散하고 寒鬱은 瀉하고 濕鬱은 除하고 痰鬱은 滌하고 食鬱은 消하라 하였으며 開鬱은 利氣를 위주로 한다고 하였다. 趙²⁴⁾는 實證의 경우 疏肝利氣를 위주로 하며 化痰, 消積, 利濕, 行血, 清熱 등을 겸하고 虛證의 경우는 益氣養血 등의 법을 써야 한다고 하였다.

불안이란 광범위하게 매우 불쾌한, 그리고 막연히 불안한 느낌으로, 관련된 신체증상과 행동증상을 동반하며³⁾, 불안장애(anxiety disorder)는 이러한 불안이라는 주관적인 감정을 주스로 근육긴장과 자율신경기능의 항진에 의한 신체증상들이 만성적으로 한 달 이상 지속되며, 원인이 제거된 경우에도 증상이 소실되지 않는 비정상적 양상을 일컫는 것으로 불안이 주된 증상이거나, 또는 두려운 대상이나 상황에 직면해서 불안을 경험하거나 또는 강박사고나 강박행위 등에 저항할 때 불안을 경험하거나 하는 일군의 장애를 말한다⁴⁾.

증상으로는 呼吸困難, 心臟搏動亢進, 胸部壓迫感, 窒塞感, 眩氣症, 離人症 혹은 感覺異常, 發汗, 卒倒, 筋肉痙攣, 죽음의 공포가 있으며 특징은 浮游不安, 豫期不安 및 자율신경과민증상(운동성긴장, 자율신경긴장증상)이다. 치료로는 benzodiazepine계의 항

不安藥물을 사용한다^{2,3,29)}.

한의학에서는 불안장애에 대해 驚悸·怔忡⁷⁻¹¹⁾, 恐驚¹²⁻⁴⁾, 焦慮¹²⁻³⁾ 등의 범주에서 다루고 있는데, 驚悸·怔忡이란 心搏動이 불쾌하게 自覺되는 것을 말하는 것으로 驚悸는 매사에 잘 놀라고 그럴 때마다 心悸亢進이 오는 것이며, 怔忡은 驚悸가 심해지거나 놀라지 않고도 수시로 心悸亢進이 오는 것을 말한다^{6,8-9,11,30)}.

驚悸·怔忡의 原因으로는 痰飲內停^{6,8-9,11,31-2)}, 血脈瘀阻^{8-9,11,22-3)}, 心膽虛怯^{6,8-9,11)}, 心血虛^{6,8,11,31)}, 心氣虛^{6, 8-9,34)}, 思慮過度^{16,32,35)}, 肝腎陰虛^{8,11)}, 心陽不足^{9,11)}, 陰虛火動^{6,9)}, 水氣凌心⁹⁾, 心脾兩虛⁹⁾, 氣血俱虛³³⁾ 등으로 구분할 수 있다. 治法은 補血安神^{6, 8-9,11,36)}, 鎮驚安神^{6,8-9,11)}, 化氣行水^{8-9,11)}, 理氣化痰^{6,8,11)}, 活血化痰^{8,11,32)}, 補心養腎⁸⁻⁹⁾, 益氣安神⁸⁻⁹⁾, 滋養肝腎^{8,11)}, 滋陰降火^{6,9)}, 溫補脾腎¹¹⁾, 健脾安神⁶⁾ 등으로 나눌 수 있다.

본 증례의 환자는 평소 성격이 예민하고 모든 일에 열성적이나 집착이 강하며 책임감이 강한 편으로 남편과의 사이가 별로 좋지 못한 상태로 금전적으로 남편에게 의지하지 않고 혼자 힘으로 살아오던 중 사업의 실패로 금전적으로 큰 손실을 본 후 남편과의 사이가 더욱 나빠진 상태에서 과도한 사려와 갈등으로 본 증상이 나타나면서 우울증과 불안상태로 본원에 내원한 환자로 오랜 사려과다로 心胸間에 기가 울체되어 있으며 기울체로 인해 水가鬱結되어 있으며 비위의 濕鬱로 인하여 飲食不思 消化不良 四肢倦怠 등의 증상까지 나타나는 상태로 心胸間의鬱滯된 氣를 順氣와 化痰시키며 大小便을 通利시킬 목표로 分心氣飲을 투여 하였다.

分心氣飲은 仁齊直指方에 수록된 방으로 氣不和에 의한 心胸間의鬱氣를 分開한다는 의미로 명명된 것으로 胸膈에 氣가 結鬱하면 水또한 이를 따라 정체되므로, 이를 분해하여 大小便을 通利케 하여 疏決하는 처방이다. 氣滯胸滿, 心胸痞悶, 脇肋虛脹, 噎塞不通, 噓氣吞酸, 嘔逆惡心, 頭目昏眩, 四肢倦怠, 面色萎黃, 口苦舌乾, 飲食減少, 日漸消瘦, 大便虛秘 등 증과 病後에 胸膈虛痞, 不思飲食증을 치한다³⁷⁾.

구성약물과 효능을 보면 蘇葉은 君劑로 下氣, 下食작용이 있어 開胃하며 胸膈의 불쾌함을 누

그러지게 하며 大小腸을 通利하며, 炙甘草는 감초에 溫한 작용을 가한 것으로써 능히 脾胃를 건강하게 하며 和中작용을 하고, 半夏는 수분을 말려 脾經의 濕痰을 잘 제거하며, 脾胃의 強健케하며, 枳殼은 脾胃經으로 들어가고 停水를 몰아내며, 痰飲을 삭히고 胸膈을 寬緩하게 하며 上焦의 氣를 主하고, 靑皮는 주로 滯氣를 파괴하며, 脾胃를 通利하여 음식을 소화하며, 陳皮는 주로 胸中の 痰熱을 치료하며, 潤肺·和胃·健脾하고, 木通은 利尿하여 關格을 開通시키는 효과가 있고 모든 脾胃寒熱로 인하여 불통하는 기를 통리시키는 효과가 있으며, 大腹皮는 주로 消腫하고 大小腸을 通利하며, 모든 기를 내리게 하여 調中·健脾·開胃하는 작용이 있으며, 桑白皮는 肺의 客熱이 유여한 것을 瀉하는 작용이 있고, 木香은 肺經의 氣滯와 痰飲이 멎쳐서 胸腹에 壅塞하는 것과 冷氣로 운행이 잘 안 되는 것을 통하게 하며, 赤茯苓은 주로 結血·結氣를 파괴하며, 利尿하여 水穀의 大便을 分利하며, 檳榔은 降下하는 성질이 있으며 調中·健脾하며, 滯氣를 散하고 胸中邪氣를 瀉하고, 蓬朮은 開胃 化食을 치료하며 瘀血을 삭히는 작용이 있으며, 麥門冬은 肺火를 瀉하고 肺金을 생하게 하며 咳嗽·煩渴·血熱로 인하여 妄行하는 血을 치료하며 心神을 편안케 하고, 桔梗은 肺熱로 인한 증상을 치료하며 食不消化·霍亂·轉筋을 다스리는 효과가 있으며, 桂皮는 肝氣와 肺氣를 다스리며 心神을 양육하는 작용이 있고, 香附子는 鬱血·鬱滯를 散하며 新血을 自生하게 하여 온 몸이 조화를 이루는 작용이 있어 宿食을 소화하고, 藿香은 肺와 脾로 들어가 발한시켜 寒濕을 解散하며, 溫中하는 작용이 있고, 生薑은 肺經으로 들어가 開胃·益脾하여 痰涎을 삭히고 行氣하는 작용이 있으며, 大棗는 養脾·安中·補中益氣를 主하며 四肢가 무거운 것과 모든 心腹邪氣를 치료하는 작용을 하고, 燈心은 利尿하여 濕腫 등을 다스리는 효과가 있다. 본방의 작용을 살펴보면 蘇葉, 桂皮, 生薑은 발한해표지제인 동시에 胸膈의 화를 내리는 작용을 하며, 甘草, 麥門冬, 大棗는 보익약으로서 비위를 보하여 식욕불화 등을 도우며, 半夏, 桑白皮, 桔梗 등의 화담지제로서 胸膈 등에 壅滯

된 濕痰을 제거하여 열의 조장을 억제하며 枳殼, 靑皮, 陳皮, 大腹皮, 木香, 香附子 등의 이기 지제로 鬱滯되어 있는 氣血을 통리시켜 止痛 및 積聚 등을 제거해 주며, 木通, 茯苓, 燈心 등의 이수지제로서 이뇨작용으로 신체의 노폐물을 배설하여 부종이나 전신증감을 해소시키는 효능이 있다³⁷⁾.

입원 1일째는 불안과 초조함이 혼자 있을 때 심해지며 감정 기복이 심하며 의욕이 없고 전신이 붓는 것 같고 한 자세로 오래 있게 되면 손발이 저리며 식사시에 오심 증상이 있으며 잠들기가 곤란한 상태이다.

입원 2일째는 불안과 초조한 증상은 여전하나 전일 자기 전에 음식을 먹었으나 기상시 全身重感은 약간 호전되었으나 다른 증상들은 여전한 상태이다.

입원 3일째는 불안과 초조한 증상이 입원2일째보다 약간 더 호전되었으며 소화상태와 오심증상이 호전되어 식사량도 늘고 식사후 오심증상도 호전되었으나 다른 증상들은 여전한 상태이다.

입원 4일째 불안과 초조한 증상이 본인이 느낄 수 있을 정도로 줄어들어 마음이 편안해 졌으나 여전히 의욕이 없으며 밖으로 나가는 것을 싫어하고 오심증상은 소실되었으며 식욕도 약간씩 생기며 잠도 잘 자기는 하나 꿈을 많이 꾸는 상태이다.

입원 5일째 전반적인 증상들이 여전한 상태이며 소화와 오심증상은 줄어들어 식사량이 조금씩 늘어난 상태이다.

입원 6일째 전일 밤에 잠을 자지 못한 원인으로 불안과 초조한 증상이 입원당시와 동일한 상태이나 전신증감과 사지비증은 약간 줄어든 상태이다.

입원 7일째는 전일에는 잠을 잘 자지 못했으나 불안과 초조한 증상이 다시 호전되어 스스로 안정을 찾을 수 있을 정도이며 전신증감도 줄어들어 자고 일어나서도 몸이 많이 가벼워진 느낌이며 사지비증도 호전중이며 전반적인 몸상태가 호전되어 우울한 기분도 호전되어 가는 상태이다.

입원 8일째 저녁에는 잠을 잘 잤으나 새벽에 깨고 나서 기분이 안 좋아져 불안과 초조한 증상이 약간 심해졌으나 다른 증상들은 전일보다 줄어든 상태이다.

입원 9일째 전반적인 증상들이 줄어들어 미약하

게 남아 있는 상태이며 잠도 잘 자고 꿈도 꾸지 않아 한결 기분이 좋아진 상태이며 감정기복은 없으며 편안해져 현재의 상태에 적응하기 시작하는 상태이다.

입원 10일째 전반적인 증상들이 대부분 소실되었으며 몸이 많이 가벼워진 상태로 호전되어 퇴원하였다.

이상에서 살펴본 바와 같이 不安 및 焦燥, 全身重感 및 四肢痺症, 消化不良 및 惡心, 不眠, 의욕상실(감정기복) 증상은 모두 호전 혹은 소실된 상태였다.

검사상 간이정신진단검사와 불안민감도 및 우울척도를 사용하였는데 간이정신진단검사는 9개 증상차원의 90개 문항으로 구성되어 있으며 각 문항은 각각 1개의 심리적인 증상을 대표하며 9가지의 증상차원은 신체화, 강박증, 대인예민성, 우울, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증으로 각각 구성되며 이외 3개의 전체척도(전체심도지수, 표출증상합계, 표출증상심도지수)로 구성되어 있다. 불안민감도는 불안과 관련된 증상을 경험할 때 그 증상으로 인해 얼마나 두렵고 염려되는가를 평가하는 검사로서 불안 증상에 대해 개인이 가지고 있는 두려움을 반영하는 것으로 16문항으로 구성되어 평가하는 검사이다. 우울척도는 구조화된 자기 보고식 도구로서 20개의 문항으로 구성되어 있으며, 문항들이 매우 간결하고 증상의 존재 기간을 기준으로 정도를 측정하는 것으로 우울한 기분, 죄의식, 자신이 무가치하게 느껴지는 것, 무기력감, 절망감, 정신 운동성의 지체, 식욕 감퇴, 수면장애 등을 측정하는 검사이다.

간이정신검사상 전체척도는 6월 18일 결과는 전체심도지수 2.17, 표출증상합계 195, 표출증상심도지수 2.468이며 6월 26일 전체심도지수 0.89, 표출증상합계 80, 표출증상심도지수 1.25로 나타나 많이 호전되었으며(정상의 범위 각각 0.95 ± 0.51 , 50.5 ± 19.2 , 1.62 ± 0.46) 불안민감도상 0~64점의 점수에서 각각 15점과 8점(정상의 범위 7.58 ± 8.3)이 나타나 많이 안정되어 가고 있는 것을 알 수 있으며 우울척도상 0~60점의 점수에서 각각 33점 과 28점(점수가 낮을수록 호전도를 보임)이 나와 전반적인 호전을 보였다.

본 증례에서는 불안과 우울증의 증상이 혼재되어 있는 환자로서 치료 후 증상의 호전효과가 나타났으며 현재까지 지속적으로 안정된 상태였다.

불안이나 우울증은 고대에서부터 있어 왔으나 다양한 정보와 많은 스트레스를 가진 현대사회에서 더욱 빈번히 나타나고 있는 실정임으로 더욱 세심한 주의와 관리가 필요한 시기이므로 한의학적인 진단 및 치료와 이후 관리에 대한 임상적인 연구가 더욱 절실히 필요한 실정이다. 이에 저자는 본 증례의 임상관찰을 통해 임상연구에 도움이 되고자 이에 보고하는 바이다.

V. 結 論

대구한의대부속 대구한방병원에 내원하여 2003년 6월 18일부터 2002년 6월 27일까지 입원한 혼재성 불안 및 우울장애 환자를 대상으로 鍼灸治療, 藥物治療(分心氣飲) 등을 시행한 결과 不安 및 焦燥, 全身重感 및 四肢痺症, 消化不良 및 惡心, 不眠, 意慾喪失(감정기복) 등의 증상이 모두 개선되었다.

參 考 文 獻

1. 이부영. ICD-10 精神 및 行態障碍. 서울:一潮閣. 1998:177-8.
2. 李定均. 精神醫學. 서울:一潮閣. 1994:212-55, 1995:253-5, 262-7, 436-51.
3. 閔聖吉. 最新精神醫學. 서울:一潮閣. 1993:200-17, 257-78.
4. 李丙允. 精神醫學辭典. 서울:一潮閣. 1992:175.
5. 金相孝. 韓方神經精神科學. 서울:경희대학교. 1978:72-5.
6. 黃義完·金知赫. 東醫精神醫學. 서울:현대의학서적사. 1992:471-487, 576-82, 602-5, 608-11.
7. 統計廳 編. 韓國標準疾病死因分類. 서울:大韓韓醫師協會. 1995:206.
8. 方約中 外. 實用中醫內科學. 上海:上海科學技術出版社. 1986:326-32.
9. 張伯臾. 中醫內科學. 北京:人民衛生出版社. 1988:196-207.
10. 陳貴廷, 楊思澍. 實用中西醫結合診斷治療學. 北京:中國醫藥科技出版社. 1991:850.
11. 楊思澎 外. 中醫臨床大全, 北京:北京科學技術出版社. 1991:156-62.
12. 何裕民. 中醫傳統精神病理學. 上海:上海科學普及出版社. 1995:152-4.
13. 陳家揚. 實用中醫精神病學. 北京:北京出版社. 1985:42-3.
14. 陣輝 外. 實用中醫腦病學. 北京:學苑出版社. 1993:273-85.
15. 金光日. 憂鬱症의 症候學的 研究. 神經精神科學. 1979;16(1):46.
16. 정학송. 憂鬱症患者의 身體症狀. 神經精神科學. 1977;17(4):358.
17. 高珍富. 憂鬱症의 社會精神醫學的 研究. 神經精神科學. 1078;17(3):295.
18. 成疆慶, 金世吉. 驚悸, 怔忡의 治療處方에 대한 文獻的 考察. 大韓韓醫學會誌. 1989;10(1):236-9.
19. 金炯澈, 鄭大奎. 驚悸, 怔忡에 대한 考察. 東西醫學. 1992;17(3):1-17.
20. 南相水 外. 驚悸, 怔忡의 病因 病理 및 鍼灸治療에 대한 文獻的 考察. 大韓鍼灸學會誌. 1995;15(2):151-69.
21. 민성길. 최신 정신의학(기분장애). 서울:一潮閣. 1999:257-8.
22. 대한신경정신의학회편. 신경정신과학. 서울:하나의학사. 1997:378-88.
23. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울:대성문화사. 1982:515-27.
24. 趙尙華. 張子琳醫療經驗選輯. 山西:山西人民出版社. 1986:88-91.
25. 金定濟. 診療要鑑. 서울:東洋醫學研究院. 1974:224-5.
26. 金相孝. 동의신경정신과학. 서울:행림출판. 1998:152-4, 166, 207-17.
27. 李用粹. 證治彙補. 台北:旋風出版社. 1965:107-13.
28. 林佩琴. 類證治裁. 台北:旋風出版社. 1967:192-8.
29. 이근후 外. 최신임상정신의학. 서울:하나의학사. 1988:1, 199-200.
30. 具本泓 外. 東醫心系內科學. 서울:書苑堂. 1991:70-1.
31. 李仲梓. 醫宗必讀. 서울:書苑堂. 1978:370-3.
32. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울:大星文化社. 1982:365.
33. 李梴. 國譯編註醫學入門. 서울:南山堂. 1982:487-8.
34. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 台中:昭人出版社. 1977:10.
35. 陳無擇. 三因方. 上海:上海文書書局. 1977:370-3.
36. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:南山堂. 1976:96-7.
37. 申載鏞. 方藥合編解說. 서울:신광문화사. 1993:143-4, 531-2, 543, 545-7, 553-5, 562, 568-9, 574-5, 581-2, 585, 588, 591-3.