동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 16. No. 2, 2005

恐慌症 환자의 발작강도 및 예기불안에 대한 한의학적 임상 연구

김영준, 김진형, 류희영*, 홍성수**, 김태헌, 류영수, 강형원
원광대학교 한의과대학 신경정신과교실
춘천한방병원 신경정신과* 유민한방병원 신경정신과**

A Clinical Study of Panic attack and Anticipatory anxiety on Panic disorder patients

Young-Jun, Kim, Jin-Hyung Kim, Heui-Yeong Lyu*, Sung-Su Hong**, Tae-Heon Kim, Yeoung-Su Lyu, Hyung-won Kang
Dept. of Oriental Neuropsychiatry Medicine, College of Oriental Medicine, wonkwang University
Dept. of Oriental Neuropsychiatry Medicine, Chuncheon Traditional Medical Hospital *
Dept. of Oriental Neuropsychiatry Medicine, Yumin Traditional Medical Hospital **

Abstract

Objective : This study was to evaluate the clinical improvement of Panic attack and Anticipatory anxiety on Panic Disorder patients after Oriental medical treatment.

Methods : We compared post-treatment with pre-treatment on Panic attack and Anticipatory anxiety with Thirty eight Panic Disorder patientsafter Oriental medical treatment - acupunture, herbal medicine, oriental psychotherapy.

Results and Conclusions:

1. Foremost herbal medicines were Siwuanshentang(四物安神湯)(39.47%), Qingxinwendantang(淸心溫膽湯)(13.16%). Types of demonstration weredeficiency of the heart blood(心血不足)(39.47%), deficiency of qi and blood in the heart and spleen(心脾兩虛)(28.95%), timidity die to insufficiency of qi and deficiency of blood of the heart(心膽虛怯)(15.79%), stagnation of phlegm(痰濁阻滯)(13.16%), deficiency of liver-yin and kidney-yin(肝腎陰虛)(2.63%) in order.

◆ 투고:10/21, 채택:11/7
교신저자: 강형원, 전북 익산시 신룡동 344-2 원광대학교 한의과대학 신경정신과교실
Tel : 063-850-6833, Fax : 063-850-7324, E-mail : dskhw@wonkwang.ac.kr.

2. The physical constitutions in Thirty eight Panic Disorder patients weretwenty nine of Taiyinren(76.3%),six of Shaoyinren(15.8%), three of Shaoyangren(7.9%) in order.
3. This oriental medical treatment was effective in Panic attack from 7.68±0.87 to 2.68±1.613 and in Anticipatory anxiety from 7.47±1.006 to 2.74±1.841 in comparison post-treatment with pre-treatment.
4. A percentage of subjective improvement was 72.6%. There were 18.4% in the same, 15.8% in slight improvement, 18.4% in medium improvement, 47.4% in remarkable improvement.

Key word : Panic disorder, Panic attack, Anticipatory anxiety, Oriental medical treatment

I. 緖 論

공황장애는 갑자기 불안이 극도로 심해지며 숨이 막히거나 심장이 두근대고 죽을 것만 같은 극단적인 공포증세를 보이는 상태로[1], 예측불허의 상황에서 공황발작이 발생하며 발작이 없는 중간시기에는 그런 일이 또 생기지 않을까하는 예기불안(anticipatory anxiety)을 가지고 있다. 이는 죽을 병이 아닌가 하는 등의 건강염려증, 발작이 일어났던 장소, 상황과 유사한 장소, 상황을 피하려는 회피행동을 나타내어 광장공포증(agoraphobia) 을 겸발하기도 한다[1, 2].

현재까지 알려진 공황장애의 가장 효과적인 두가지 치료법은 약물치료와 인지행동치료이다[1, 3]. 하지만, 약물치료는 약물의존성과 내성문제가 있고, 인지행동치료 또한 약물치료의 보조치료에 그치고 있으며, 공황장애의 신체인자행동정동증상의 정신 신체적 증상을 치료하는 데는 한계가 있다[4].

공황장애의 한의학적인 치료방법으로는 心身一如의 한방정신의학의 장점을 이용한 한방정신요법과 한의학 고유의 치료방법인 침구, 부항, 한약, 향기치료 등이 있으며 임상에서도 적극적으로 활용하고 있다[5].

지금까지 공황장애는 다양한 연구가 진행되었는데, 공황장애 환자의 특성에 대한 연구[6-10], 약물치료[11], 지지치료와 인지행동 치료[4, 12]에 대한 연구, 공황장애 척도개발에 대한 연구[13, 14], 유전자형 분석[15]에 대한 보고 등이 있다.

공황장애에 대한 한의학적 임상연구로는 정 등[16]과 김 등[17]의 공황장애환자에 대한 증례보고, 강 등[18]의 五志相勝療法을 이용한 治療例, 정 등[19]의 불안장애환자를 대상으로 한 임상연구가 있으나, 한방병원에 내원한 공황장애 환자에 대하여 한의학적인 치료법을 이용하여 임상적으로 평가한 논문은 아직 없는 실정이다.

이에 저자는 본원 한방신경정신과에 내원한 공황장애 환자에 대하여 침, 한약, 한방정신요법을 실시하여 공황장애 환자들의 공황발작과 예기불안을 점수화하여 치료전후를 비교 평가하여 유의성있는 약간의 지견을 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 硏究對象 및 方法

1. 연구대상

2001년 03월 02일부터 2004년 05월 30일까지 원광대학교 산본한방병원 신경정신과에 내원하여 DSM-Ⅳ(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4thed)[2] 의 진단기준에 의거, 공황장애로 진단된 61명의 환자 중 우울증 등의 원발성 정신장애, 두뇌의 기질

적 장애, 발달장애, 향정신성 약물 남용 등이 의심되는 환자들은 배제한 치료전후 추적평가가 가능한 38명을 대상으로 하였다.

2. 치료방법

1) 체질감별 – 사상체질감별은 김[20] 등에 의해 표준화된 QSCCⅡ 121문항 설문지를 이용하여 판별하였다.

2) 韓藥處方 – 한약처방은 辨證施治에 준하여 처방하여 1일 3회 130cc씩 복용하도록 하고 복용기간은 발작강도와 예기불안의 경중과 경제적 여건에 따라 각기 달리하였다.

Table 1. 주요처방빈도

處方	頻 度(%)
四物安神湯	15(39.47)
淸心溫膽湯	5(13.16)
滋陰健脾湯	3(7.89)
香砂六君子湯	3(7.89)
歸脾湯加味	3(7.89)
加味桂芎湯	3(7.89)
補中益氣湯	2(5.26)
蔘出健脾湯	1(2.63)
生肝健脾湯	1(2.63)
逍遙散加味	1(2.63)
安心溫膽湯	1(2.63)
계	38(100)

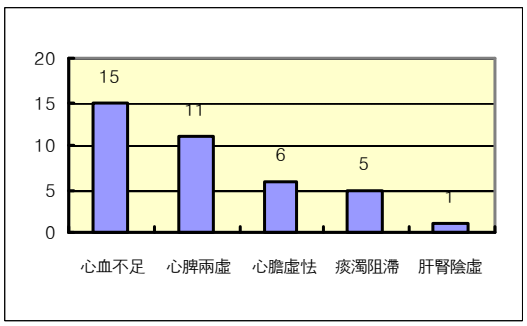


Fig. 1. 주요변증

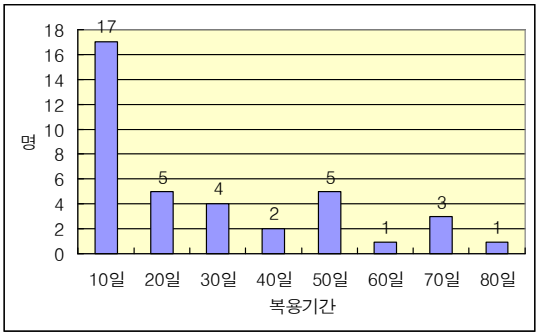


Fig. 2. 복용기간별 빈도수

3) 鍼治療 – 체침은 0.25×30mm 호침(세진, 한국)을 이용, 자침 심도는 경혈에 따라 다소 차이가 있으나 일반적으로 8-15mm, 유침 시간은 20분으로 평균 주 2회씩 시술하였다. 침 치료에 있어서는 임상에서 경계정충에 널리 이용되는 穴位를 위주로 하여[21], 百會, 膻中, 中脘, 內關, 神門, 合谷, 風池, 太衝 平補平瀉하였고, 주요 증상에 따라 隨證加減하였다.

4) 약침치료 – 黃連解毒湯 藥劑(黃連(Rhixoma Coptidis), 黃芩(Radix Scutellariae), 黃栢(Cortex Phellodendri), 梔子(Fructus Gardeniae)로 同一 比率를 수증기 증류 냉각식 조제법에 의해 약침액으로 제조한[22] 黃連解毒湯 약침을 급성적 불안발작이 있을 때 마다 膻中에 0.8cc 주입하였으며, 주입 후 그외 다른 치료법은 시행하지 않고 유침시간과 동일하게 20분 정도 안정시켰다.

5) 한방정신요법 – 한방정신요법은 환자 및 증상에 따라 실시하였으며, 호흡법을 중시한 自律弛緩訓練法, 탈감작요법과 유사한 驚者平之療法, 五志相勝療法 中 思勝恐法을 기본으로 하였고 필요에 따라 移精變氣療法와 至言高論療法을 병행하였다[12, 30].

Table 2. 급성 발작과 예기불안 그리고 개인적응에 따른 한방정신요법

시 기	주시행	보조시행
급성발작기	自律弛緩訓練法, 驚者平之療法	移精變氣療法, 至言高論療法
예기불안기	自律弛緩訓練法, 五志相勝療法 중 思勝恐法	
개인적응기	自律弛緩訓練法	

3. 치료성적의 판별기준

1) 발작강도 및 예기불안 점수 평가 – 공황발작시 강도와 예기불안 상태를 '가장 강했을 때' 강도를 8로 하고 '중간' 을 4 '전혀없음' 을 0으로 하여 각각 초진시, 치료후를 평가하였다(Table 3).

Table 3. Score of panic attack & Anticipatory anxiety

0	1	2	3	4	5	6	7	8
없음		경미		중간		심함		아주심함

2) 주관적 증상 점수 평가

Table 4. Subjective Evaluation

점수	상태	내 용
-1	악화	증상이 오히려 악화된 경우
0	여전	증상의 변화가 없이 여전한 경우
1	경도 호전	증상의 50%이하의 개선으로 일상생활에 약간의 장해가 남은 경우
2	중등도 호전	증상의 50%이상 70%미만의 개선으로 일상생활에 별다른 장해가 없는 경우
3	아주 호전	증상의 70%이상의 개선으로 일상생활에 전혀 장해가 없는 경우

4. 통계처리

SPSS 12.0 program을 이용하여 통계분석을 시행, 전체 환자에 대한 분석으로는 두변수가 모두 문자형 변수(명목 또는 서열 척도)일 경우에는 교차분석이라고 하는 χ^2-test를, 치료 전, 후의 차이 분석으로는 각 그룹별로 치료 전과 후에 차이가 있는지를 알기 위해 대응표본 T 검정(Paired T-test)을, 각 요인별 차이 검증은 반복측정 분산분석(Repeated Measure ANOVA)을 실시하였다. 유의도 수준은 $P<0.05$로 하였다.

Ⅲ. 結 果

1. 전체 환자 분석

1) 인구학적 특성

Table 5. Distribution of total patients.

항목		빈도	%
Gender	남자	21	55.3
	여자	17	44.7
Age	30대	18	47.4
	40대	14	36.8
	50대	5	13.2
	60대	1	2.6
Education	중졸	3	7.9
	고졸	11	28.9
	대학졸	13	34.2
	대학원졸	3	7.9
	무응답	8	21.1
JOB	전문,관리직	4	10.5
	주부	8	21.1
	생산직	13	34.2
	사무,서비스	1	2.6
	기타	12	31.5
MARITAL	미혼	6	15.8
	기혼	32	84.2
총계		38	100

2) 발병 후 내원기간과 치료기간에 따른 분포

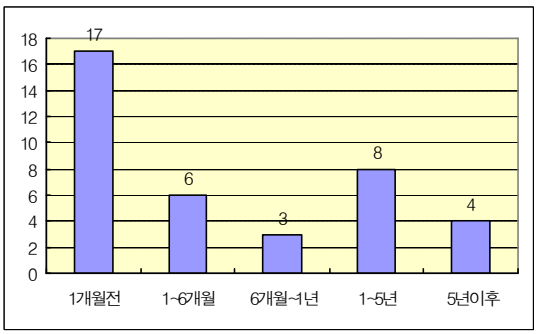


Fig. 3. Duration of onset

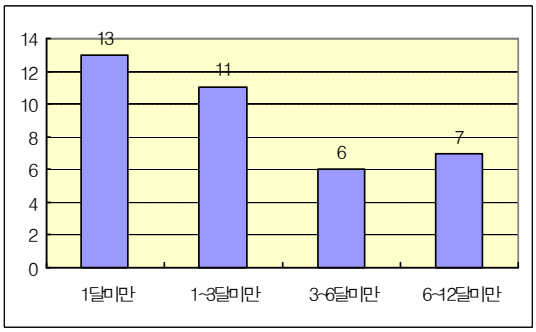


Fig. 4. Duration of treatment

3) 공황장애 환자의 체질별분포

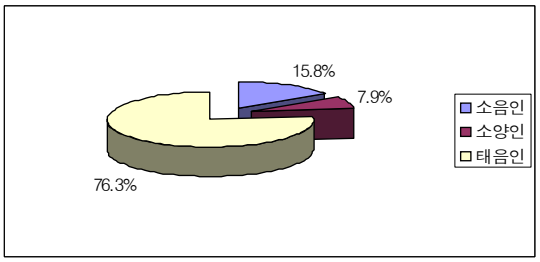


Fig. 5. Constitutional distribution

2. 치료성적

1) 발작시 강도 및 예기불안 치료전후점수 평가

Table 6. The analysis of score of total patients.

symptom	pre-treatment	post-treatment	p
Panic attack	7.68±0.873	2.68±1.613	0.000
Anticipatory anxiety	7.47±1.006	2.74±1.841	0.000

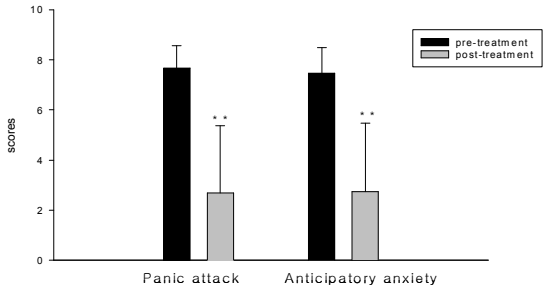


Fig. 6. The analysis of score of total patients. Two asterisks indicate the values significantly different from the pre-treatment value($p<0.01$) by the Before and After paired t-test.

2) 치료전후 각 요인별 차이분석

(1)성별에 따른 치료효과 차이분석

Table 7. 성별에 따른 치료효과 차이분석

symptom	Gender(N)	pre-treatment	post-treatment	F	P
Panic attack	M(21)	7.71±0.717	2.71±1.648	0.042	0.838
	F(17)	7.65±1.057	2.65±1.618		
Anticipatory anxiety	M(21)	7.52±0.873	2.62±1.830	0.041	0.840
	M(17)	7.41±1.176	2.88±1.900		

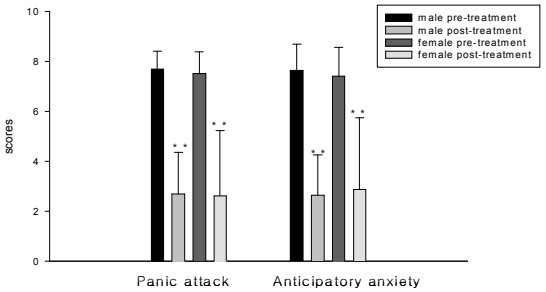


Fig. 7. The analysis of score by gender. Two asterisks indicate the values significantly different from the pre-treatment value($p<0.01$) by the Before and After paired t-test.

(2) 체질에 따른 치료효과 차이분석

Table 8. 체질에 따른 치료효과 차이분석

symptom	체질	pre-treatment	post-treatment	F	P
Panic attack	소음인(6)	8.00±0.000	3.67±2.066	1.590	0.218
	소양인(3)	7.33±1.155	2.67±1.155		
	태음인(29)	7.66±0.936	2.48±1.526		
Anticipatory anxiety	소음인(6)	7.67±0.816	2.67±2.733	0.216	0.807
	소양인(3)	7.33±1.155	3.67±2.082		
	태음인(29)	7.45±1.055	2.66±1.653		

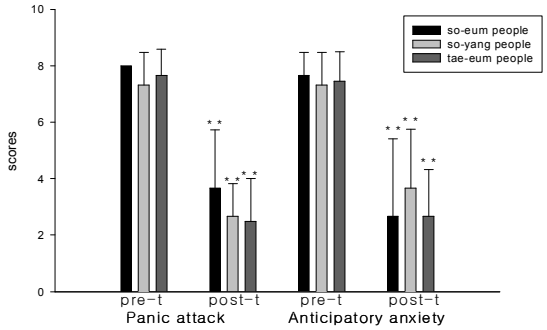


Fig. 8. The analysis of score by Constitutional. Two asterisks indicate the values significantly different from the pre-treatment value($p<0.01$) by the Before and After paired t-test.

(3) 연령에 따른 치료효과 차이분석

Table 9. 연령에 따른 치료효과 차이분석

Symptom	Age(N)	pre-treatment	post-treatment	F	P
Panic attack	30대(18)	7.78±0.647	2.39±1.378	0.349	0.558
	40대이후(20)	7.60±1.046	2.95±1.791		
Anticipatory anxiety	30대(18)	7.44±0.922	2.33±1.645	1.267	0.268
	40대이후(20)	7.50±1.100	3.10±1.971		

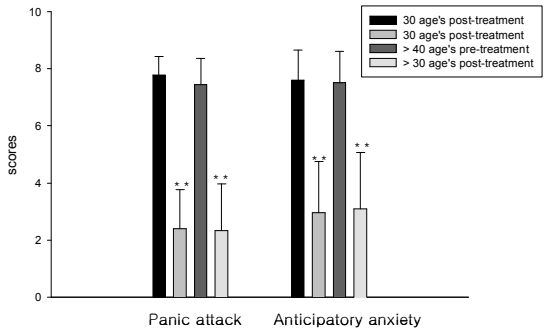


Fig. 9. The analysis of score by Age's. Two asterisks indicate the values significantly different from the pre-treatment value($p<0.01$) by the Before and After paired t-test.

(4) 발병 후 내원기간에 따른 치료효과 차이분석

Table 10. 발병 후 내원기간에 따른 치료효과 차이분석

	발병후 내원기간(N)	pre-treatment	post-treatment	F	P
Panic attack	1개월전(17)	7.88±0.485	2.65±1.320	0.144	0.964
	1-6개월(6)	8.00±0.000	2.50±2.168		
	6개월-1년(3)	8.00±0.000	2.00±0.000		
	1-5년(8)	7.25±1.488	3.13±2.232		
	5년이후(4)	7.00±1.155	2.75±1.500		
Anticipatory anxiety	1개월전(17)	7.53±0.874	2.65±1.272	0.138	0.967
	1-6개월(6)	7.67±0.816	2.67±2.160		
	6개월-1년(3)	8.00±0.000	1.33±1.155		
	1-5년(8)	7.25±1.488	3.25±2.659		
	5년이후(4)	7.00±1.155	3.25±2.217		

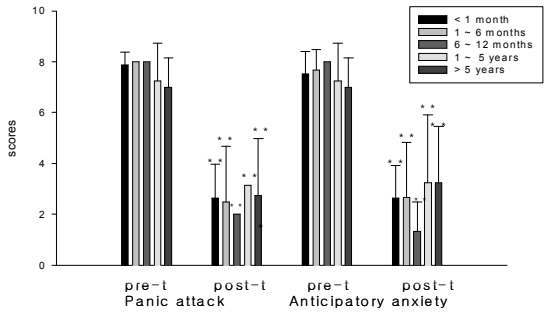


Fig. 14. The analysis of score by duration of onset. Two asterisks indicate the values significantly different from the pre-treatment value($p<0.01$) by the Before and After paired t-test.

3) 환자의 주관적 점수

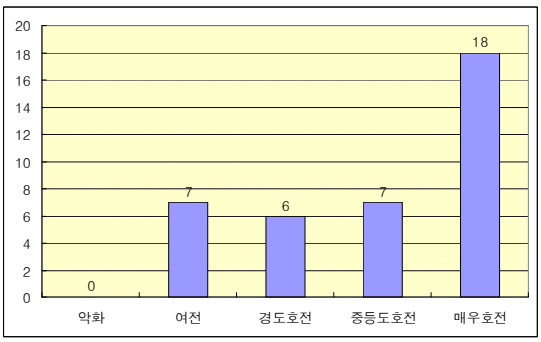


Fig. 11. 주관적 호전도 평가

4) 주관적 호전도에 따른 각 요인별 차이분석

Table 11. 주관적 호전도에 따른 각 요인별 차이분석

		total	0	1	2	3	X2	p
gender (성별의%)	Male	21(100%)	4(19.0%)	3(14.3%)	5(23.8%)	9(42.9%)	1.019	0.797
	Female	17(100%)	3(14.3%)	3(17.6%)	2(11.8%)	9(52.9%)		
체질 (체질의 %)	소음인	6(100%)	2(33.3.%)	0(0.0%)	1(16.7%)	3(50.0%)	3.402	0.757
	소양인	3(100%)	0(0.0%)	1(33.3%)	1(33.3%)	1(33.3.%)		
	태음인	29(100%)	5(17.2%)	5(17.2%)	5(17.2%)	14(48.3%)		
연령 (연령의 %)	30대	18(100%)	1(5.6%)	3(16.7%)	3(16.7%)	11(61.1%)	4.510	0.211
	40대 이후	20(100%)	6(30.0%)	3(15.0%)	4(20.0%)	7(35.0%)		
교육정도 (교육정도의 %)	중졸	3(100%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(33.3%)	2(66.7%)	6.341	0.898
	고졸	11(100%)	2(18.2%)	1(9.1%)	3(27.3%)	5(45.5%)		
	대학졸	13(100%)	3(23.1%)	3(23.1%)	1(7.7%)	6(46.2%)		
	대학원졸	3(100%)	0(0.0%)	1(33.3%)	0(0.0%)	2(66.7%)		
	무응답	8(100%)	2(25.0%)	1(12.5%)	2(25.0%)	3(37.5%)		
직업 (직업의 %)	전문,관리직	4(100%)	2(50.0%)	0(0.0%)	2(50.0%)	0(0.0%)	13.402	0.571
	사무,서비스	8(100%)	0(0.0%)	2(25.0%)	2(25.0%)	4(50.0%)		
	기능,노무직	13(100%)	2(15.4%)	3(23.1%)	1(7.7%)	7(53.8%)		
	주부	1(100%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(100%)		
	무직	1(100%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(100%)		
	기타	11(100%)	3(27.3%)	1(9.1%)	2(18.2%)	5(45.5%)		
결혼 (결혼의 %)	미혼	6(100%)	2(33.3%)	0(0.0%)	1(16.7%)	3(50.0%)	2.007	0.571
	기혼	32(100%)	515.6%)	6(18.8%)	6(18.8%)	15(46.9%)		
onset (onset의 %)	1개월전	17(100%)	1(5.9%)	3(17.6%)	4(23.5%)	9(52.9%)	11.263	0.507
	1-6개월	6(100%)	1(16.7%)	1(16.7%)	0(0.0%)	4(66.7%)		
	6개월-1년	3(100%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(33.3%)	2(66.7%)		
	1-5년	8(100%)	4(50.0%)	1(12.5%)	1(12.5%)	2(25.0%)		
	5년이후	4(100%)	1(25.0%)	1(25.0%)	1(25.0%)	1(25.0%)		
총계		38(100%)	7(18.4)	6(15.8%)	7(18.4%)	18(47.4%)		

-1: 더 악화, 0: 여전, 1: 경도 호전, 2: 중등도 호전, 3: 매우 호전,

Ⅳ. 考 察

공황장애는 극심한 두려움・공포・절박감과 함께 자율신경증상이 갑자기 나타나는 공황발작(Panic attack)이 특징인 정신과질환이다. 예측불허상황에서 공황발작이 발생하며 강한 공포, 곧 죽지 않을까 하는 불안의 주증상과 동반하여 호흡곤란, 심계항진, 흉부통증, 흉부불쾌감, 질식감 혹은 숨이 답답함, 자기나 주위가 달라진 것 같은 비현실감, 손발이 저리는 감각양상, 몸의 떨림과 진전, 때로는 돌발적인 열감이나 냉감, 땀흘림 등이 나타나고 동시에 실신이나 죽거나 또는 미치거나 어떤 사고를 저지르지 않을까 하는 공포 등이 엄습하기도하고, 과호흡으로 인해 호흡성 alkalosis가 오고 그로 인한 신체증상도 나타나기도 하는데[2] 전체적으로 신체・인지・행동・정동 등 네 영역에 걸쳐 나타나는 증상이 나타난다[23].

공황장애에서 발작이 없는 중간시기에는 그런 일이 또 생기지 않을까하는 예기불안(anticipatory anxiety)이 있다. 이는 죽을병이 아닌가 하는 등의 건강염려증, 발작이 일어났던 장소, 상황과 유사한 장소나 상황을 피하려는 회피행동을 나

타내어 광장공포증(agoraphobia)을 겸발하기도 한다[1].

현재까지 알려진 공황장애의 가장 효과적인 두 가지 치료법은 약물치료와 인지행동치료이다. 가족치료와 집단치료가 이 질환과 이 질환으로 유발된 심리사회적 곤란에 적응해 나가는데 큰 도움이 되기도 하지만[3], 침, 한약, 한방정신요법이 공황장애 치료에 유효하고 실제 임상에서 많이 사용하고 있다[5, 24].

일반적으로 서양의학에서 공황장애의 대표적인 치료로는급성 발작시는 benzodiazepine 계통의 항불안제들을 정맥 또는 근육주사하지만, 주된 치료약물은 삼환계 항우울제(imipramine, clomipramine 등), MAO 억제제(phenelzine), 선택적 세포토닌 재흡수 억제제(fluoxetine, sertraline, paroxetine 등), benzodiazepine계 약물(alprazolam, clonazwpam 및 lorazepam) 등을 사용한다.

예기불안에는 imipramine과 phenelzine 등은 효과가 적기 때문에, 흔히 benzodiazepine이 단기간 사용된다[23]. 하지만, 환자들의 약물에 대한 부담감과 내성, 재발 등 장기적으로 관리하고 조절해야하는 환자의 정신 신체적 증상과 예기불안을 해소하기에는 한계가 있다[4].

공황장애에서 흔한 나타나는 심계항진, 발한, 구갈, 흉통, 上熱感 등은 한의학적으로 驚悸, 怔忡, 心傷證, 火病의 증상들과 유사하며 心澹澹大動, 短氣, 少氣, 九氣, 恐, 氣暈, 奔豚, 疝氣, 脫營失精證과도 관련지어 생각해 볼 수 있다[25].

不安으로 인한 恐情의 발생에 관해서 《靈樞・本神篇》[26]에서는 "是故怵惕思慮者 則傷神傷神則恐懼 流淫而不止"라 하여 不安이 곧 恐情을 유발한다 하였다. 즉 不安에 대한 한의학적 정의로는 위에서 밝힌 바와 같이 초조, 두려움, 恐怖 등과 유사한 의미로 한의학의 七情 가운데 恐(懼)情과 驚情이 가장 가까운 의미로 해석될 수 있으며, 不安의 구체적인 증상으로는 무엇인가 확실하지 않지만 어떤 큰 위험이 닥칠 것 같은 생각에 압도당해서 마음이 혼비백산하고 어찌할 바를 모르는 상태로 보아 "怵惕不安" 또는 "心惕惕如人將捕之"와도 비교되어 설명될 수 있을 것으로 사료된다. 특히 한의학에서 七情 중 驚,恐,情은 心動의 표현으로 인식하였으며, 心動으로 인한 心中澹澹, 恐人將捕之의 표현이 곧 驚悸와 怔忡을 의미하는 것으로 오늘날 범불안 장애와 공황장애, 공포증과 유사한 면이 있다.

明代의 虞搏은 《醫學正傳》[27]에서, "怔忡者, 心中惕惕然動搖而不得安靜, 無時而作者是也, 驚悸者, 驀然而跳躍悸動, 而有欲厥之狀, 有時而作者是也.……內經曰, 心者君主之官, 神明出焉, 夫怔忡驚悸之候, 或因怒氣傷肝, 或因驚氣入膽母能令子虛, 因而心血之不足. 又或遇事繁穴, 思想無窮, 則心君亦爲之不寧, 故神明不安, 而怔忡驚悸之謂作矣……若夫二證之因, 淸痰積飮, 留結于心胸胃口而爲之者."라 하여 驚悸와 怔忡을 증상 및 병인부분에서 상세히 구분하여 오늘날까지 내려오고 있다.

주요 病因 病機로는 心膽虛怯, 心血不足, 心氣不足, 肝腎陰虛, 痰飮內停, 血脈瘀阻 등으로 치료에 있어서도 각 변증에 따라 처방한다[28]. 특히 《東醫寶鑑》[25]에서는 정신기능의 구체적인 현상으로서 나타나는 감정을 喜, 怒, 憂, 思, 悲, 恐, 驚 등 七情으로 나누며, 이러한 감정도 역시 五臟과 관련지어 생각하고 있다. 따라서 五臟의 안정은 감정의 안정으로 나타나며 五臟의 이상은 감정의 이상으로 발현되어 마음의 병을 五臟 및 肉身을 치료함으로써 회복시킨다는 한의학 정신치료의 특징을 이루고 있다[5, 29].

공황장애에 대한 한의학적 임상연구로는 驚悸, 怔忡의 病因 病機에 대한 문헌적 보고[30, 31]와 공황장애환자에 대한 증례보고[16, 17]와 五志相勝療法 중 오늘날의 인지행동치료와 유사한 思勝恐法을 이용한 證例[18], 그리고 불안장애환자 19례를 대상으로 한 임상연구[19]가 있으나, 한방병원에 내원한 공황장애 환자에 대하여 한의학적인 치료법을 이용하여 임상적으로 평가

한 논문은 아직 없는 실정이다.

이에 저자는 2001년 03월 02일부터 2004년 05월 30일까지 원광대학교 산본한방병원 신경정신과에 내원하여 공황장애로 진단받고 침, 한약, 한방정신요법 등의 한방치료를 받은 38명의 환자를 대상으로 치료 전,후 공황발작, 예기불안을 점수화하여 비교하였고 주관적 점수도 평가하여 치료효과를 알아본 결과는 다음과 같다.

치료받은 38명의 공황장애 환자에 사용된 주요 처방으로는 四物安神湯加味, 淸心溫膽湯, 香砂六君子湯, 滋陰健脾湯加味, 歸脾湯加味순으로 많이 사용되었으며(Table1), 주요 변증유형은 心血不足 15(39.47%)이 가장 많았고 다음으로는 心脾兩虛 11례(28.95%), 心膽虛怯 6례(15.79%), 痰濁阻滯 5례(13.16%), 肝腎陰虛 1례(2.63%) 순이었다(Fig.1). 본 연구대상자 중 한약물을 10일 동안 복용한 자는 17명(44.74%)으로 가장 많았고, 다음으로는 20일, 50일 복용한 자가 각각 5명(13.16%)씩, 30일(10.53%), 70일(7.89%), 40일(5.26%), 60일(2.63%)과 80일(2.63%) 순이었다(Fig.2).

전체 환자의 인구학적 특성을 알아보면, 성별에 있어서는 남자 21명(55.3%)으로 여자 17명(44.7%)보다 많았고, 연령별로는 31세에서 62세까지 있었으며 그중 30대가 47.4%로 가장 많고 그 다음이 40대(36.8%), 50대(13.2%), 60대(2.6%) 순이었다. 교육정도는 대졸 13명(34.2)으로 가장 많았고, 고졸 11명(28.9), 중졸과 대학원졸은 각각 3명(7.9)이었으며, 직업은 생산직이 13명(34.2%)으로 가장 많았고, 주부 8명(21.1%), 전문, 관리직 4명(10.5%), 사무, 서비스 1명(2.6%), 기타는 12명(31.5%)이었다. 결혼은 미혼이 6명(15.8), 기혼이 32명(84.2%)으로 차이가 많이 났다(Table5).

발병하고 1개월 이전에 내원한 경우가 17명(44.7%)으로 가장 많았고, 다음으로는 1~5년 사이에 내원한 경우로 8명(21.1%)이었다. 그리고 1~6개월 사이에 6명(15.8%), 5년 이후에 4명(10.5%), 6개월~1년 3명(7.9%) 순이었다(Fig.3). 치료기간별로 보면, 1달까지 치료받은 경우가 전체의 34.2%(13명)로 가장 많았고, 1~3달까지11명(28.9%), 6~12달 까지는 7명(18.4%), 3~6달까지는 6명(15.8%)순이었고, 12달 이상 치료받은 경우는 1명(2.6%)이었다(Fig.4). 체질별로는 소음인 6명(15.8%), 소양인 3명(7.9%)에 비해 태음인이 전체의 76.3%(29명)로 월등히 높았다(Fig.5).

전체 공황장애 환자에 대한 치료효과를 알아보기 위하여, 발작강도, 예기불안의 치료 전과 후를 대응표본 T검정(Paired T-Test)을 실시한 결과, 발작강도는 7.68±0.87에서 2.68±1.613으로, 예기불안은 7.47±1.006에서 2.74±1.841로 모두 유의성 있는 치료효과가 나타났다(Table6, Fig.6).

각 요인별 즉 남녀, 체질, 연령, 발작 후 내원기간에 따라 치료효과 차이를 알아보기 위해 반복측정 분산분석(Repeated Measure ANOVA)을 실시한 결과, 각각 요인에 따른 발작강도, 예기불안의 효과차이는 모두 없는 것으로 나타났다. 남녀, 체질, 연령, 발작 후 내원기간에 따른 각각 치료 전, 후의 발작강도 및 예기불안은 모두 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나, 각 요인별에 따른 발작강도 및 예기불안은 모두 차이가 없는 것으로 나타났다(Table7-10, Fig.7-10). 일반적으로 공황장애는 여자가 남자보다 2-3배 많은 것으로 알려졌지만[1], 본 연구대상자 선정의 한계로 남자가 약간 더 많은 것으로 나왔다. 성별에 따른 치료효과 차이는 없었다(Table7). 체질에 따라서도 큰 치료효과 차이는 없었으나(Table8) 특히, 태음인이 전체의 76.3%를 차지하는 것은 태음인의 怯心이 연관있는 것으로 생각되며, 향후 태음인 체질과 공황장애 대한 연구가 뒤따라야 할 것으로 생각된다. 연령에 따른 치료효과차이분석에서도 유의한 차이는 없었으나(Table9), 보통 전 연령층에서 나타날 수 있으나 25세 전후의 청년기에 주로 발병한 것으로 알려져 있으나 본 연구대상자들이 20대 이하는 없는 게 아쉬움으

로 남는다. 또한 발병 후 내원기간에 따른 치료효과 또한 큰 차이를 나타내지 않았다(Table10). 일반적으로 내원기간이 빠를수록 치료효과가 더 나은 것으로 인식되는 것과 다르게 결과가 나온 것은 연구대상이 치료 후 평가가 추적가능한 사람으로 한정한 것이 치료효과가 긍정적인 사람만 선정하는 대상선정의 한계에서 그러지 않았나 생각할 수 있겠으나, 추후 이 부분에 있어서는 추적연구가 더 필요하리라 생각된다.

주관적인 치료효과 판정에서는 더 악화된 경우는 없었고, 여전인 경우는 7명(18.4%), 조금이라도 좋아진 경우는 6명(15.8%), 많이 좋아진 경우(중등도 호전) 7명(18.4%), 아주 많이 좋아진 경우(매우 호전) 18명(47.4%)으로 전체 72.6%의 호전율이 나타났다(Fig.11). 성별, 체질, 연령, 교육정도, 직업, 결혼유무, 발병 후 내원기간에 따른 각 요인별 주관적 호전도 차이 분석에서는 유의성있는 차이는 없는 것으로 나타났다(Table11).

이와 같이 본원 한방신경정신과에 내원하여 경계정충 범주의 공황장애로 진단받고 침, 한약, 한방정신요법 등 한방치료를 받은 38명의 환자를 대상으로 첫 공황발작 강도와 은은하게 남아있는 예기불안 척도를 평가하여 임상적 치료효과를 분석한 결과 한의학적인 치료가 매우 유효한 것으로 나타나 임상에서 적극적으로 활용 가능할 것으로 사료되며 추후 공황장애 환자의 만성진행과정상 나타나는 신체적인 증상을 위주로 한 임상적 연구도 뒤따라야 할 것으로 사료된다.

Ⅴ. 結 論

2001년 03월 02일부터 2004년 05월 30일까지 원광대학교 산본한방병원 신경정신과에 내원하여 공황장애로 진단받고 침, 한약, 한방정신요법을 실시한 38명의 환자를 대상으로 공황발작, 예기불안을 평가하여 치료 전,후를 비교한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1.공황장애 환자에 사용된 주요 처방으로는 四物安神湯(39.47%), 淸心溫膽湯(13.16%)이 가장 많았고, 주요 변증유형은 心血不足 15(39.47%), 心脾兩虛 11(28.95%), 心膽虛怯 6(15.79%), 痰濁阻滯 5(13.16%), 肝腎陰虛 1(2.63%) 순이었다.

2.공황장애 환자의 인구학적 특성은 성별로는 남자 21명(55.3%), 17명(44.7%)이었고, 연령은 30대 18명(47.4%), 학력은 대학졸 13명(46.4%), 직업은 생산직 13명(34.2%)이 가장 많았으며, 기혼 32명(84.2%)이 미혼 6명(15.8%)보다 많았다.

3.공황장애 환자의 체질별 분류는 태음인이 29명(76.3%)으로 가장 많았고, 소음인 6명(15.8%), 소양인 3명(7.9%)순이었다.

4.전체공황장애 환자의 치료전,후 효과판정결과, 발작강도는 7.68±0.87에서 2.68±1.613로, 예기불안은 7.47±1.006에서 2.74±1.841로 유의성있는 치료효과가 나타났다.

5.전체공황장애 환자의 주관적 치료효과에서는 더 악화된 경우는 없었고, 여전인 경우는 7명(18.4%), 경도 호전인 경우가 6명(15.8%), 중등도 호전인 경우가 7명(18.4%), 매우 호전인 경우가 18명(47.4%)으로 전체적으로는 72.6%의 호전율이 나타났다.

감사의 글

이 논문은 2004년도 원광대학교의 교비지원에 의해서 수행됨.

參 考 文 獻

1.민성길 외:최신정신의학, 서울, 일조각, 2004:301-308, 352-373.

2.정신장애의 진단 및 통계 편람 제 4판 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition), 하나의학사, 서울. 1997:513-516.

3.대한신경정신의학회, 신경정신과학, 서울, 하나의학사, 1998:415, 417-419.

4.채정호 외:공황장애에서 인지행동치료와 약물치료 병합요법의 단기효과, 정신병리학, 1999:8(2);168-174.

5.황의완 외:동의정신의학, 현대의학서적사, 1987:121, 157, 602-605, 783-791.

6.박현순 외:공황장애 환자의 인지특성에 관한 실험연구Ⅰ, 한국심리학회지, 1996:15(1): 1-16.

7.박현순 외:공황장애 환자의 임상양상에 관한 조사 연구, 한국심리학회지, 1997:16(2):1-13.

8.정효경 외:공황장애 환자에서 경도의 스트레스 요인, 인제의학, 1998:19(2):533-549.

9.김영철 외:공황장애 환자의 방어기제, 신경정신의학, 1998:37(3):415-421.

10.박기환 외:공황장애의 인지-행동 집단치료 효과와 관련 있는 환자의 성격특성, 한국심리학회지, 1994:13(1):159-168.

11.김찬형 외:공황장애 약물치료의 최근 경향, 신경정신의학, 1998:37(4):620-631.

12.최영희 외:집단인지행동치료가 공황장애 환자의 삶의 질에 미치는 영향, 신경정신의학, 2002:41(6):1120-1129.

13.원호택 외:한국판 공황장애 척도 개발 연구, 한국심리학회지, 1995:14(1):95-110.

14.김정범:한국판 공황장애 심각도 척도의 개발, 정신병리학, 10(2):140-151, 2001.

15.장용이 외:공황장애에서의 COMT 유전자 다형성 예비연구, 신경정신의학, 2001:40(6):1214-1222.

16.정원교 외:소음인 공황장애환자에 대한 증례보고, 동의·경산 한의학 학술대회, 2001:5:121-125.

17.김보경 외:공황장애 환자 1례에 대한 임상보고, 대전대 부속 한방병원, 1997.

18.강형원 외:五志相勝療法에 관한 臨床事例 硏究와 現代的 理解, 서울, 동의신경정신과학회지, 2001:12(1):11-28.

19.鄭仁哲 외:不安障碍患者 19例에 대한 臨床的 考察, 東醫神經精神科學會誌, 1998:9(2):77-94.

20.김선호, 고병희, 송일병:사상체질분류검사지(QSCCⅡ)의 표준화 연구, 서울, 사상의학회지, 1996:8(1):187-216.

21.전국 한의과대학 침구·경혈학교실 編著, 침구학(下), 집문당, 1998:1183-1184.

22.대한약침학회편, 약침요법 시술 지침서, 서울, 한성인쇄, 1999:13-14, 128-133, 163-165.

23.이승기:인지치료와 한방정신요법, 서울, 동의신경정신과학회지 2000:11(2):169-175.

24.김영철:공황장애-임상적측면과 생물학적 원인론, 서울, 하나의학사, 1998:15-16, 123-141.

25.허준 저:동의보감, 법인문화사, 서울, 1999:159-208, 803-823, 492-493.

26.楊維傑 編:黃帝內經 靈樞, 臺北, 台聯國風出版社, 1976:104.

27.虞搏:醫學正傳, 서울, 醫藥社, 1973:503.

28.黃泰康 主編:中医神經精神病學, 北京, 中國醫藥科技出版社, 2000:138-148.

29.가노우 요시미츠:중국의학과 철학, 서울, 여강출판사, 1991:254.

30.남상수 외:驚悸 怔忡의 병인 병리 및 침구치료에 대한 문헌적 고찰, 대한침구학회, 대한침구학회지, 1995:15(2):151-169.

31.김형철 외:驚悸 怔忡에 대한 고찰, 경산대학교, 제한동의학술원, 동서의학, 1992:17(3):1-17.