동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 17. No. 3, 2006

신경정신과 약물을 복용해 온 우울증 환자의 불면증에 三黃瀉心湯을 병행 투여하여 호전된 1例

석선희, 김주호, 김근우, 구병수
동국대학교 한의과대학 신경정신과학교실

A case of insomnia incurable by neuropsychiatric medication alone, but made possible with Sam-Hwang-Sa-Sim-Tang

Seon-Hee Seok, Joo-Ho Kim, Geun-Woo Kim, Byung-Soo Koo
Dept. of Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Dongguk University

Abstract

Insomnia is one of the most common clinical symptom those almost patients with neuropsychiatric disorder complain. and the most common cause of insomnia in neuropsychiatric disorder is the major depressive disorder.

We experienced a 59 year-old male who complained of recurrent insomnia in spite of taking medicines(nervines, antidepressants, etc.) during 30 years.

We had given herbal medicine, acupuncture treatment and aroma therapy with continuing medications. The patient had several sypmtoms as anxiety, agitation, feeling thirsty, chronic constipation, and etc. beside the insomnia.

After the patient took the herbal medicine, especially Sam-Hwang-Sa-Sim-Tang, he could have a sound sleep and be relaxed.

In this case, we concluded that oriental medical treatment can be an effective remedy of chronic insomnia that responds to neuropsychiatric medications incompletely and Sam-Hwang-Sa-Sim-Tang is effective to a kind of insomnia with agitation, anxiety, thirsty, constipation, and etc.

Key Words : Insomnia, Sam-Hwang-Sa-Sim-Tang, neuropsychiatric disorder, case study

투고일:10/12, 수정일:11/10, 채택일:11/13
교신저자:석선희, 경기도 고양시 일산동구 식사동 814 동국대학교 일산한방병원 신경정신과
Tel : 031-961-9050, Fax : 031-961-9009, E-mail : 0sunny0@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

불면증은 신경정신과 질환을 가진 환자의 대부분이 흔히 호소하는 증상 중의 하나이며, 일과성인 신체적인 장애 혹은 감정적인 문제 때문에 일시적으로 잠을 잘 자지 못하는 경우라든지 또는 지속적인 신체적 장애나 심리적 문제에 기인하는 만성적인 불면상태를 말한다.[1] DSM-Ⅳ에서는 원발성 수면장애, 사건수면, 정신장애와 연관된 수면장애, 신체질환 및 약물중독 등과 연관된 수면장애 등으로 분류하고 있다. 또, 시점에 따라서 입면 장애, 수면유지 장애, 조기 각성 상태 등으로 구분된다.[2] 국제수면장애분류(ICSD)에 따르면 불면증은 60개 장애에서 보일 수 있는 증상으로 만성 불면증을 호소하는 사례의 약 29%는 그 원인을 분명히 알 수 없는 경우였으며, 원인이 분명한 나머지 만성 불면증 중 가장 큰 비율을 차지한 것은 우울이나 불안과 같은 정신과적 장애로 인한 불면증이다.[3] 정신장애 관련 수면장애 중 가장 흔한 증상이 바로 불면증이며, 가장 흔하게 동반되는 정신과 질환은 주요우울장애인데, 잠들기가 어렵고 자주 깨며, 새벽에 일찍 깨어 불쾌한 감정을 느끼는 것이 특징적 소견이다. 정신분열증에서는 급성상태에서는 불면증이 자주 동반되나 만성에서는 특징적인 불면증은 나타나지 않으며, 그밖에 공황장애를 비롯한 불안장애나 알코올 중독 등에서도 불면증이 많이 나타난다.[4]

한의학적으로는 不眠, 失眠, 不睡, 不寐 등의 병증에 속하는데,[5] 《內經》[6,7]에서 "目不瞑","不得臥", "不得眠", "寤"라 하였고, 《難經》[8]에서는 "不寐",《聖濟總錄》[9]에서는 "少寐"라 하였다. 일반적으로 불면의 병리는 思結不睡, 營血不足, 陰虛內熱, 心膽虛怯, 痰涎鬱結, 胃中不和로 파악되며,[10] 그에 따라 補益心脾, 補血安神, 滋陰淸火, 養心溫膽, 祛痰淸神, 消滯化中하는 치법을 쓰는데, 주로 歸脾湯, 補血安神湯, 天王補心丹, 加味溫膽湯, 加味逍遙散, 祛痰淸神湯, 香沙養胃湯, 分心氣飮 등의 처방이 그동안 불면의 상용처방으로 많이 활용되어 왔다.

현재까지 한의학적 치험례로는 박[11], 조[12], 석[13], 오[14], 장[15] 등의 침구 치료를 위주로 한 임상례가 다수 있으며, 약물치료를 통한 임상례로는 상기처방과 관련된 예가 대다수이며, 이 밖의 처방이 응용된 경우로는 류[16]등의 黃連解毒湯 加味方을 이용한 예와 김[17]등이 양허불면증 환자를 補骨丹으로 치험한 예가 있다.

三黃瀉心湯은 《金櫃要略》[18]에 처음 기재되어 있는데, 黃芩, 黃連, 大黃 三味로 이루어진 처방으로, 古方이 한방추출물 제제로 널리 이용되는 일본에서는 신경정신증상을 호소하는 환자에게 응용이 많은 처방이다.

이에 저자는 30년 이상 우울증을 앓고 있는 환자의 신경안정제 복용으로도 지속되는 불면을 三黃瀉心湯을 투여하여 양호한 치료효과를 거두었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 성명 : 홍 ○ ○ (남 / 59세)

2. 주소증

①불면 ②불안

3. 발병일

①1970년, 2006년 8월 초 심화

②2006년 8월 초

4. 발병동기

월남전 참전 이후 발병함. 모 정신병원에서 억압된 생활을 하면서 심화됨.

5. 과거력

1)당뇨 : 30년 전 진단, 경구혈당강하제 복용 중임.
2)폐결핵 : 1960년도 진단, 5년간 약물치료 후 완치판정 받았음.
3)충수염 : 20년 전 맹장절제술 시행.
4)고관절 및 골반 골절 : 2000년 인공고관절 삽입술 시행.
5)알코올 중독 : 1~2년에 1회씩 일주일씩 신경정신과 입원치료 받으면서 2004년 금주.
6)우울증 : 1970년 진단, 수차례 신경정신과 입원치료, 신경정신과 약물 복용 중임.
06년 8월 3일부터 8월 17일까지 우울증 심화되어 모 정신병원 폐쇄병동에서 치료.

6. 가족력 : 특이 소견없음.

7. 현병력

상기자는 보통체격에 내성적이나, 다소 공격적인 성격의 만 59세 남환으로, 월남전 참전 후 우울증으로 신경안정제, 항우울제를 지속적으로 복용하면서, 수차례 신경정신과 입원치료 받아 오다, 2006년 8월 초 우울증세 심화되어 모 정신병원 폐쇄병동에서 입원치료 받던 중 감기몸살 앓으면서 전신 상태 나빠지고, 억압된 병원 분위기에 정신적인 스트레스 가중되면서 불면증이 악화되고, 식욕부진, 불안증세가 동반되어 환자 및 보호자 적극적 한방치료 원하여 2006년 8월 22일 본원 한방신경정신과 입원함.

8. 韓醫學的 四診

1)望診 : 舌紅 舌厚白苔, 舌裂, 舌乾燥, 面赤, 눈빛이 힘이 없음
2)聞診 : 특이 소견 없음
3)問診 : 상기 주소증 이외 口渴, 食慾不振, 便秘, 多夢, 疲勞, 심한 체중감소(8월 이후 8kg 감소), 공복감, 소변빈삭(심할 경우 소변실금), 초조
4)切診 : 脈弦索無力, 腹直筋 無力, 心下痞, 心下部/中脘部 壓通 無, 胸脅苦滿/動悸 別無

9. 진단

1) 주요우울장애, 당뇨
2) 氣鬱症

10. 입원기간

2006년 8월 22일 ~ 9월 9일(총 19일)

11. 검사소견

1)활력징후 : 혈압 140/80, 맥박수 74회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.4℃
2)Lab검사 : Glucose 128 (70~115mg/dL), LDH 237 (240~480IU/L), UA 3.1 (3.4~7.2mg/dL), HbA1c 7.2(4.6~6.4%), Monocyte 10.5(2~9%)
3)소변검사 : 별무 이상
4)Chest PA Lat.:Pulmonary tuberculosis, RUL, activity undetermined.
5)EKG : 별무 이상

12. 개인력 및 사회력

59세 남환으로 평소 내성적이나, 고집 센 성격으로 자신의 마음에 맞지 않을 경우 공격적인 표현을 자주 하는 편이다. 1969년부터 1970년도 사이 월남전에 참전하였으며, 그 후 유증으로 우울증 진단받고, 신경안정제, 항우울제를 지속적으로 복용해 왔다. 수차례의 사업 실패로 경제적으로 어려움에 처하게 되었으며, 현재 부인이 아침부터 밤늦게까지 시장에서 식당을 운영하며 살림을 돌보고 있는 형편이다. 환자 진술에 의하면 젊은 시절에 서울 모 지역에서 조직 폭력배생활을 했는데, 건강이 좋지 않아 그만 두었다고 이야기하며, 자신의 뜻대로 요구가 받아들여지지 않으면, 자신이 힘 꽤

나 썼었다는 표현을 자주 했다. 17세 때 시작한 음주는 하루 소주 1~3병을 매일 마실 만큼 과음을 일삼았고, 알코올 중독으로 수차례 정신병원에서 입원치료를 받은 적이 있으며, 45년간 하루 1갑 이상 담배를 피웠는데, 최근에는 양을 줄여서 하루 5~10개피 정도 담배를 피운다고 했다. 절대로 담배를 피지 않고는 살 수 없다고 말할 정도로 중독되어 있었으며, 손가락에는 진이 검게 배여 있고, 항상 담배냄새를 풍기는 상태였다. 부인은 아침 일찍 나가서 밤늦게 귀가하므로, 낮에는 식사를 챙겨 줄만한 사람이 없어 점심, 저녁식사는 거의 굶거나 빵 등으로 때우기가 일쑤라고 하며, 부인은 남편의 상태에 별 관심이 없는 모습을 보였다. 입원기간동안 아침에 잠깐 두 차례 정도 다녀갔을 뿐 환자의 병세에 별 새로울 것이 없다는 듯한 태도였다. 오랫동안의 투병생활과 고집 센 성격으로 부인도 환자를 간병하는 일에 지쳐 있었고, 몸소 돌봐 줄 형편이 못 되므로, 몸이 안 좋을 때마다 바로 병원에 입원시켰다고 한다.

13. 치료사항

1) 鍼治療 : 동방침구제작소의 0.30mm * 30mm 호침을 사용하여 신경정신증상에 활용이 많은 膽正格, 三焦正格을 1일 1회 기본으로 자침하고, 鎭靜作用, 安眠, 解鬱을 위해 百會, 印堂, 中脘, 天樞, 四關, 足三理, 照海, 申脈 등을 이용하여 1회 추가 자침하였다. 留鍼은 20분간 실시하였다.

2) 灸治療 : 中脘, 關元 3장

3) 香氣治療 : 취침 전 lavender essential oil 비강 흡입시켰다.

4) 韓藥治療 (Table 1. 참조)

① 歸脾湯加味方(當歸 4, 白茯神 4, 白朮 4, 酸棗仁(炒) 8, 龍眼肉 4, 遠志(甘草水劑) 2, 人蔘 4, 梔子(炒) 4, 黃耆 4, 柴胡 4, 大棗 2, 木香 2, 甘草 4, 生薑 4, 牧丹皮 4, 大黃(酒蒸) 4, 麥門冬(去心) 4g)을 기본으로 하여 黃芩, 黃連, 枳殼, 檳榔을 경과에 따라 추가 가미하였다.

② 三黃瀉心湯(黃芩 4, 黃蓮 4, 大黃 4g)

③ 야간에 불면 호소시 엑스제 중 酸棗仁湯, 柴胡加龍骨牡蠣湯, 三黃瀉心湯을 당직의의 소견에 따라 투여하였다. 通便을 위해 추가로 약이 필요할 때는 理氣丸(동국대처방전), 桃仁承氣湯(엑스제)를 필요에 따라 응용하였다.

Table 1. 韓藥 治療

치료기간	처방명	처방구성(단위 g)
8.23	歸脾湯加味	當歸 4, 白茯神 4, 白朮 4, 酸棗仁(炒) 8, 龍眼肉 4, 遠志(甘草水劑) 2, 人蔘 4, 梔子(炒) 4, 黃耆 4, 柴胡 4, 大棗 2, 木香 2, 甘草 4, 生薑 4, 牧丹皮 4, 大黃(酒蒸) 4, 麥門冬(去心) 4g
8.24~8.28	歸脾湯加味	當歸 4, 白茯神 4, 白朮 4, 酸棗仁(炒) 8, 龍眼肉 4, 遠志(甘草水劑) 2, 人蔘 4, 梔子(炒) 4, 黃耆 4, 柴胡 4, 大棗 2, 木香 2, 甘草 4, 生薑 4, 牧丹皮 4, 大黃(酒蒸) 4, 麥門冬(去心) 4, 黃芩, 2, 黃連 2g
8.29	歸脾湯加味	當歸 4, 白茯神 4, 白朮 4, 酸棗仁(炒) 16, 龍眼肉 4, 遠志(甘草水劑) 2, 人蔘 4, 梔子(炒) 4, 黃耆 4, 柴胡 4, 大棗 2, 木香 2, 甘草 4, 生薑 4, 牧丹皮 4, 大黃(酒蒸) 4, 麥門冬(去心) 4, 黃芩, 2, 黃連 4, 枳殼(炒) 4, 檳榔 4g
8.30~9.9	三黃瀉心湯	黃芩 4, 黃連 4, 大黃 4

14. 심리검사 소견

입원 첫날 다음 심리검사를 실시하였고, 경과를 알아보기 위해 퇴원일에 재검사하였다.(Table 2-1,2-2, Figure 1, 2 참고)

Table 2-1. 간이 정신진단검사 T-score

	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
8.12	59	66	45	70	59	44	51	48	57
9.9	41	35	36	43	40	42	48	38	43

SOM : Somatization, O-C : Obssessive-Compulsive, I-S, Interpersonal Sensitivity, DEP : Depression, ANX : Anxiety, HOS : Hostility, PHOB : Phobic Anxiety,
PAR : Paranoid Ideation, PSY : Psychoticism

Table 2-2. 우울 척도

	입원일(8월 22일)	퇴원일(9월 8일)
Beck Depression Inventory	25점(우울증 중기 범주)	14점(가벼운 동요 범주)
Zung's Self Rating Depression Scale	63점(중증의 우울증 범주)	52점(중등도 우울증 범주)

Figure 1. SCL-90-R (2006. 8. 22)

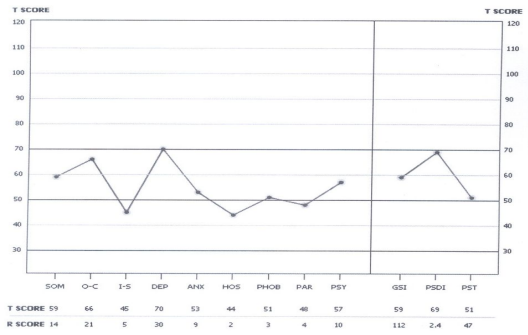
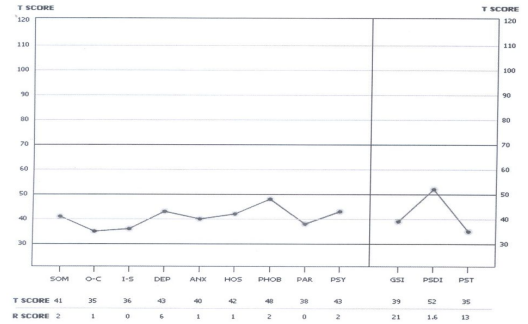


Figure 2. SCL-90-R (2006. 9. 9)



15. 임상경과

2006년 8월 22일(입원 첫째날)

입원 초진시 귀찮은 듯한 표정으로 구체적인 질문에는 공격적인 반응을 보였다. "꼬치꼬치 자꾸 묻지 마세요"라며 화를 심하게 냄. 8월 초 모 정신병원 입원 이후 불면증이 심화되어 신경안정제를 복용하고도 거의 잠을 며칠간 자지 못한 상태였으며, 식욕부진으로 인해 입원기간동안은 3~4숟갈 밖에 먹지 못했다고 함. 식사불량, 불면으로 인해 기력 저하 및 심한 피로감으로 힘들어 보였고, 힘들었던 폐쇄병동에서의 생활을 반복적으로 호소하였다. 정신병원에서의 생활을 회상하면서 심하게 불안한 모습을 보였으며, 특히나 저혈당 증세에 대한 불안과 공포감을 자주 호소하고, 혈당약 복용을 강하게 거부하였다. 당뇨병에 대한 이해와 혈당관리의 중요성에 대해 설명을 하며, 설득하였으나, 막무가내로 거부하였으며, 저혈당에 대한 불안감으로 일과 중 수차례 초코렛, 사탕, 음료수 등을 섭취했다. 반면에, 정신병원에서 벗어나 한방병원에 입원한 것에 대해서 안심하는 모습을 보이기도 했다. 문진 도중 연신 찬물을 들이켰고, 평소 변비가 심해서 변비약을 자의로 계속 복용했는데, 최근 2주 전부터는 보호자가 집에서 관장을 직접 했다고 함. 탕약은 肝脾怒鬱을 치료하는 加味歸脾湯에 通便과 止渴을 위해서 大黃, 麥門冬을 加味했으며, 불면, 불안 등 신경정신질환에 광범위하게 활용가능한 三焦正格, 膽正格을 위주로 침구치료를 병행했다. 4일간 대변을 보지 못해 복부 불편감을 호소하여 理氣丸(동국대 처방전, 通便藥)을 추가 투여했다. 간이 정신진단검사 및 우울척도인 BDI(Beck Depression Inventory), SDS(Zung's Self Rating Depression Scale)를 검사했다. 기존에 복용해 오던 신경정신과 처방약물은 그대로 유지하기로 하였다.(수면안정제, 항우울제, 항정신병약물 복용)

8월 23일(입원 2일째)

야간뇨로 인해 각성 후 入眠難 호소하여 새벽에 酸棗仁湯(엑스제) 투여함. 5시간 숙면 취한 뒤 피로감 크게 경감되었으며, 심리적으로도 다소 안정된 모습 보임. 수면상태가 호전된 것에 대해 매우 만족감을 표시하였으나, 다시 악화되지는 않을까 불안해했다. 여전히 저혈당에 대한 불안으로 수시로 사탕, 음료수를 섭취

했고, 혈당관리에 대해 충분히 설명을 했지만, 자신의 상태를 이해해 주지 못한다고 생각하는 듯 했으며, 자신이 원하는 대로 행동했다. 병실에서 담배를 피다가 간호사에게 들켰으나, 다른 건 몰라도 절대로 담배는 끊을 수 없다며 고집을 부렸다. 경변 양상으로 1회 배변함. 생활습관의 교정이 현재 병세에 매우 중요함을 설명하고, 그동안 힘들었던 생활을 겪은 것에 대해 충분히 공감함을 보이고, 심리적 지지요법을 시행함.

8월 24일(입원 3일째)

전일 오후 9시부터 오전 6시까지 3~4회 각성하며 淺眠함. 평소 복용하던 양약 및 酸棗仁湯(엑스제) 동일하게 복용하였으나, “오늘 꼭 양약 주세요” 반복적으로 호소함. “여기가 정신병원으로 착각돼요”하며, 자주 불안한 모습 보임. 전일 배변하였음에도 불구하고, 간병인에게 배변 사실을 의료진에게 숨기도록 하고, 약국에서 관장약 구입하여 자의로 투여 후 배변함. 자신의 말에 따르지 않으면 막무가내로 화를 내며 요구하므로, 보호자 및 간병인 모두 어쩔 수 없이 환자의 지시에 따라야 한다고 하소연함. 병원에 입원한 동안은 병원지시에 따를 것을 강조하며, 수면상태가 좋아지고 있으며, 전신증상의 개선이 보임을 설명하고 지지해 줌. 구갈이 심하고, 흥분을 자주 하므로, 降心火, 鎭靜作用을 위해 기존 처방에 黃芩, 黃連을 가했다. 침구치료에는 잘 적응하였으나, 불편감을 호소할 때는 항상 ‘좀 더 센 약’, ‘양약 주세요’라고 표현함.

8월 25일(입원 4일째)

전일 入眠難 호소하여 柴胡加龍骨牡蠣湯(엑스제)추가 투여한 후 아침까지 8시간 숙면 취함. 다른 신체증상 불편감은 없으나, 저혈당 및 혈압에 대한 불안감 호소하며 정규 혈압측정시간 외에도 혈압 재 줄 것을 요구하는 등 불안정한 모습 자주 보임. 소변 지리는 일없이 배뇨감 느낄 경우 바로 화장실에서 스스로 볼 일 본다고 간병인 진술함. 구갈 정도 경감됨. 침상에 누워 있는 시간 짧아짐. 기존 치료법 유지하며, 환자의 불편감에 대해 자주 대화를 나누고, 격려해 줌.

8월 28일(입원 7일째)

수면상태 양호함에도 불구하고, 불면에 대한 불안감으로 약물투여에 대해 강하게 집착하는 모습 보임. 밤사이 혈압 측정 시에도 깨지 않고 수면상태 지속된 것을 간호사가 확인하였음에도 한잠도 못 잤다고 불평하며, 보다 강력한 수면제 처방해 주기를 수차례 요구함. 식욕 호전되어 당뇨식 모두 섭취하고 있으며, 간식으로 빵 1개, 음료수 2개 섭취함. 입원 후 저혈당 증세 없었음에도 불구하고, 지속적으로 불안감 호소하며, 혈당약 복용 강하게 거부함. 식이요법의 중요성과 현재 식사량 호전으로 저혈당 위험이 없음을 알려 주며, 설득하였으나, 듣지 않음. 전일 배변하지 못한 것에 대해 불편감 호소함. “내일은 꼭 관장해 주세요” 익일부터 기존 처방에 黃連, 當歸를 增量하고, 枳殼, 檳榔을 加味하기로 하고, 취침 전 三黃瀉心湯(엑스제) 투여함.

8월 29일(입원 8일째)

전일 오후 8시부터 숙면하였으나, 새벽 5시경 각성하여 심한 불안감 호소하며 추가 약물 처방 요구함. “죽은 친구가 저승으로 오라고 불러요”라며 절친한 친구가 저혈당으로 사망하였는데, 그 친구가 자꾸 꿈에서 부른다며 불안해 함. 아침에 자의로 1회 관장하였음에도 불구하고, 지속적으로 관장약 주기를 요구함. 충분한 설명에도 자신의 요구대로 해 주지 않으면 공격적인 태도를 보임. 식사소화 양호한 상태로 회복되었고, 체격도 건강한 편이라 익일 아침부터 歸脾湯加味方 대신에 三黃瀉心湯만 원방으로 투여하기로 함.

8월 30일(입원 9일째)

전일 야간 기존 신경정신과 처방 약물 그대로 투여되었으나, 入眠難 호소하여 三黃瀉心湯(엑스제) 두 차례 추가 투여됨. 이후 밤 11시경 수면 취하였다고 간병인 진술하였으나, 환자 본인은 새벽 1시 이후에야 잠들었으며, 그 뒤로 푹 잘 잤다고 주장함. 불안하지 않고 기분 좋은 상태라며 자신의 감정을 직접 표현함. 전일 아침 관장하여 충분히 배변하였으나, 변비약에 대한 집착 여전히 보임. 복부 압통 별무한 상태임.

8월 31일(입원 10일째)

전일 오후 9시부터 아침 6시까지 숙면 취하고 기분 좋은 상태 유지함. 이틀간 대변보지 못하였으나, 변비약에 대한 집착 보이지 않음. 하루 더 기다려 보겠다고 말함.

저혈당에 대한 불안감으로 혈당강하제 복용은 여전히 거부하였으나, 간식 섭취량 감소됨. 대화 시 공격적인 모습은 거의 보이지 않고, 아주 편안하다고 진술함. 스스로 잘 이겨내고 있음을 격려해 주고, 앞으로도 잘 해 나갈 수 있을 것이라고 지지해 줌.

9월 1일~9월 3일

전일 저녁 8시부터 아침 5~6시경까지 숙면 취하심. 숙면으로 인해 피로감, 두중감 거의 소실됨. 저혈당에 대한 불안감 호소하지 않음. 간병인에게 몰래 변비약(비코그린) 사 오도록 한 후 3일간 복용해 왔다고 함. 9월 1일 소량 경변, 2일 다량의 경변 1회, 3회 설사양상으로 배변함. 병원에서 주는 변비약은 자신에게 약하다고 생각하고 있음. 지속적으로 강한 변비약을 처방해 줄 것을 요구함.

9월 5일(입원 15일째)

전일 저녁 8시 30분부터 아침 5시 30분까지 숙면 취함. 전일 대변보지 못한 것에 대한 불안감으로 기상 직후 자의로 관장했다고 함. 의사에게는 대변보지 못했다고 말하도록 간병인에게 강요했다고 함, 추가로 변비약 줄 것을 계속 요구함. 통변을 위해 아침부터 桃仁承氣湯(엑스제) 투여하였으나, 환자는 양약을 먹어야 한다며 무조건 양약을 더 줄 것을 요구함. 본원 내분비내과 협진의뢰하고, 경구혈당강하제 복용하기로 동의함. 내분비내과 외래진료에서 변비가 심하다고 하면서 추가 처방해 줄 것을 요구하여 아락실 추가 처방됨. 오후에 설사 2회함. 변비에 대한 치료를 위해 탕약을 조절했으며. 현재 어떤 작용의 양약을 복용하고 있는지 충분히 설명하고, 적절한 치료가 되고 있음을 상세히 알리고, 안심시킴. 담배를 줄이고 싶다며, 금연침을 맞고 싶다고 함. 이침 시술함.

9월 7일(입원 17일째)

전일 오후 10시부터 아침 6시까지 숙면 취함. “병원 들어와서 가장 잘 잤어요”라며 수면에 대한 만족감 표현함. 전일 설사 3회하였으나, 대변 며칠간 보지 못했다며 변비약 줄 것을 요구함. 변비약 현재 투여 중임을 설명하고, 지지하였으나, 동의하지 않으며, 추가 처방을 강력히 요구함. placebo(복합 비타민제제)를 변비약으로 설명한 후 하루 세 번 투여함.

9월 9일(입원 19일째)

전일 오후 8시 30분부터 새벽 4시까지 숙면 취함. 퇴원 준비로 일찍 깼다고 함. 퇴원 후 생활에 대한 불안감 호소하며, “불안할 때, 잠 안 올 때 먹는 약 꼭 챙겨주세요” 당부함. 현재 몸 상태에 대해 만족감 표현하며, 집에 돌아가서도 외출도 가끔 하면서 기분전환 하겠다고 말함. 퇴원 전 우울경향의 정도와 경과를 확인하기 위해 심리검사를 재실시함.

Table 3. 수면일기(아침 문진내용을 기준으로 작성)

	취침시간	기상시간	입면시까지 시간	각성 횟수	숙면시간
8월 23일	10PM	6:30AM	20여분	1회	5시간
8월 24일	9PM	6AM	20여분	3~4회	3~4시간
8월 25일	11:30PM	7:30AM	1시간30여분	별무	8시간
8월 26일	00:30AM	6AM	2시간 30분	별무	5시간
8월 27일	11PM	2AM	2시간	별무	3시간
8월 28일	MN	5AM	2시간	별무	5시간
8월 29일	8PM	5AM	10여분	별무	9시간
8월 30일	11PM	6AM	1시간 30분	별무	6시간
8월 31일	9PM	6AM	10여분	별무	9시간
9월 1일	9:30PM	6:30AM	10여분	별무	8~9시간
9월 2일	8PM	5:30AM	10여분	별무	9시간
9월 3일	9PM	4:30AM	10여분	별무	7시간
9월 4일	9PM	6:30AM	10여분	4~5회	5시간
9월 5일	8:30PM	5:30AM	10여분	별무	8~9시간
9월 6일	10PM	5AM	20여분	2AM이 후 천면	4시간
9월 7일	10PM	6AM	10여분	1회	8시간
9월 8일	9:30PM	6:30AM	10~20여분	1회	8시간
9월 9일	8:30PM	4AM	10여분	별무	7시간

Ⅲ. 考 察

불면증은 흔한 수면장애 중 하나로 수면의 시작이나 유지가 어려워 충분한 수면을 취하지 못하거나 충분한 양의 수면을 취한 후에도 원기 회복이 안 되는 상태이며, 대개는 피로감 증가, 무력감, 주의 집중력 감소 등을 동반한다. 이 질환은 표면적으로는 심각한 문제가 아닐 수 있지만, 삶의 질을 심각하게 낮추고 치명적인 건강 문제나 사고발생의 위험을 높여 환자 개인은 물론 사회경제적으로 중대한 영향을 미칠 수 있어서 신중한 진단과 원인에 대한 적절한 치료를 제공해 주어야 할 건강문제이다.[19] 통계에 따르면 성인의 30~40% 정도가 한 해에 한 번 이상은 어느 정도의 불면증을 경험하며, 그 중에서 10~15%정도는 한달 이상 지속되는 만성불면증에 시달린다.[20] DSM-Ⅳ(정신장애 진단 및 통계 편람, 제 4판)에서는 원발성 불면증과 정신과적 장애나 의학적인 문제에 기인한 이차적인 불면증을 구분하고 있으며, ICD-10(국제질병 분류체계, 제10판)에서는 불면증이 정서적 원인에 기인하는 것과 의학적 혹은 신경학적 장애에 기인하는 것으로 나누고 있다. ICSD(국제수면장애분류)에서도 원발성 불면증과 이차성 불면증을 구분하고 있으며, 이와 함께 내적인 요인에 기인하는 것과 외적인 요인에 기인하는 것으로도 구분하고 있다[20].

불면증은 우울증, 조울증, 정신분열병, 공황장애, 성격장애 등의 정신과적 장애의 한 증상으로 언급될 정도로 정신과 환자들이 흔히 호소하는 증상이며, 한 연구조사에 따르면 정신과 환자의 75% 이상이 불면증을 비롯한 수면문제를 호소하고 있었다. 거의 모든 불안장애 환자들이 수면의 어려움을 보이고 있는데, 특히 범불안장애 환자들이 불면증을 많이 앓고 있는 것으로 보고되고 있다. 한편 불면증 환자들 중에서 대략 35~40%정도가 정신과적 장애

를 같이 가지고 있는 것으로 확인된다. 정신과적 장애가 심하지 않은 경우에 불면증이 먼저인지 정신과적 장애가 먼저인지 구분하는 것은 사실 매우 어렵다. 이와는 별도로 불면증 자체에 대한 치료도 함께 병행하는 것이 좋은데, 불면증이 완화되면 더불어 기분이나 기능수준이 어느 정도 향상될 수 있고, 환자가 스스로 정신과 장애를 극복하는 데도 훨씬 용이할 것이다.[20)]

일반적으로 정상 수면량보다 실제로 어느 정도 벗어났는가 하는 것을 불면증 진단의 일차적 기준으로 삼아서는 안 되는데, 왜냐하면 어떤 사람들은 최소한도의 잠만 자는데도 그들 자신을 불면증 환자로 생각하지 않기 때문이다. 반대로 주관적으로나 또는 객관적으로 보아 수면양은 정상 한계에 속한다고 판단되지만, 수면의 질이 나빠 심하게 고통받는 사람들이 있다. 불면증이 반복되면 불면에 대한 공포가 커지고, 잠 못 잔 뒤의 결과에 대한 걱정에 사로잡힐 수 있다. 이것은 악순환을 만들어내고 이런 악순환은 그 사람의 문제를 영속시키는 경향이 있다. 불면증이 환자가 호소하는 주된 불편이거나 불면증이 만성적이고 정도가 심해서 환자가 이를 주된 장애로 받아들일 때는, 불안, 우울, 또는 강박증 등의 다른 정신과 증상이 있더라도 불면증의 진단을 내릴 수 있다.[21)]

한의학적으로는 不眠, 失眠, 不睡, 不寐 등의 병증에 속하는데[5),]《內經》[6,7)]에서 '目不 瞑', '不得臥', '不得眠', '寤'라 하였고, 《難經》[8)]에서는 '不寐',《聖濟總錄》[9)]에서는 '少寐'라 하였다.

원인은 《靈樞 · 口問篇》[6)]에서 "陽氣盡, 陰氣盛, 則目瞑, 陰氣盡而陽氣盛, 則寤矣"라 하여 病機가 陽不入陰이라 하였으며, 《靈樞 · 大惑論》[6)]에서는 "病而不得臥者, 何氣使然, 曰 : 衛氣不得入于陰, 常留于陽, 留于陽則陽氣滿, 陽氣滿則陽蹻盛, 不得入于陰則陰氣虛, 故目不瞑矣"라 하였고, 《素問 · 逆調論》[7)]에서는 '胃不和則臥不安'이라 하여 病機를 설명하였다.

일반적으로 불면의 병리는 思結不睡, 營血不足, 陰虛內熱, 心膽虛怯, 痰涎鬱結, 胃中不和로 파악되며[10)], 그에 따라 補益心脾, 補血安神, 滋陰淸火, 養心溫膽, 去痰淸神, 消滯化中하는 치법을 쓰는데, 주로 歸脾湯, 補血安神湯, 天王補心丹, 加味溫膽湯, 加味逍遙散, 祛痰淸神湯, 香沙養胃湯, 分心氣飮 등의 처방이 그동안 불면의 상용처방으로 많이 활용되어 왔다.

본 증례의 환자는 월남전 참전 이후 우울증을 진단받고, 30년 이상 신경정신과 약물을 복용해 왔으며, 몇 번의 사업실패로 인한 경제적 어려움과 좌절을 겪었고, 알코올 중독, 우울증 치료를 위해 수차례 정신과 입원치료를 받았다고 한다. 금년 8월 초 우울증상이 심화되어 모 정신병원 폐쇄병동에 입원을 했는데, 입원 첫날부터 감기기운으로 전신상태가 좋지 않았지만, 환자가 느끼기에 병원에서 자신의 증상개선을 위해 그다지 신경을 쓰지 않았다고 생각되었다. 점차 식욕부진으로 식사량이 급격히 줄면서 심한 저혈당 증세를 몇 번 경험하고 난 후 저혈당 자체에 대한 두려움이 커졌으며, 몇 년 전 친구가 저혈당으로 사망했다는 것이 자꾸 상기되어 더더욱 당뇨약을 복용하는 것이 무서웠다고 한다. 병원에서의 억압된 분위기에서 환자는 더욱 주눅이 들면서 불면이 심해져 한숨도 잘 수가 없었다. 입원기간동안 체중이 8kg이나 빠지고, 불안, 불면이 심해지자 보호자가 퇴원을 시킨 후 가료하다 별 호전이 보이지 않아 한방치료를 위해 내원하였다. 입원당시 장기간의 불면과 식사불량으로 인해 기력저하와 심한 피로감을 호소하였으며, 저혈당에 대한 공포로 수시로 간식을 섭취하고, 심한 구갈로 찬물을 자주 들이켰다. 평상시 신경정신과 약물을 복용하면서 우울증을 관리해 왔으나, 폐쇄병동에서 받았던 스트레스로 인해 불면증, 불안 증상이 나타난 것으로 보고, 肝脾怒鬱을 치료하는 加味歸脾湯을 기본처방으로 하여 通便과 止渴을 위해서 大黃, 麥門冬을 加味하여 투여하기로 결정했다. 불안, 초조, 불안, 흥분 등 신경정신증상을 초점으로 膽正格과 三

焦正格을 병행하여 1회 자침하고, 그 밖에 鎭靜, 行氣, 安眠 효과가 있는 中脘, 天樞, 四關, 申脈, 照海 등의 穴位를 선택하여 하루 2차례씩 鍼灸治療를 병행했다. 특별한 상담치료보다는 자주 환자의 증상 변화를 질문하고, 경과를 잘 파악하고 있으며, 앞으로 어떤 방향으로 치료를 해 나갈 것인지에 대해 상세히 설명해 줌으로써 의료진에 대한 신뢰감을 회복할 수 있도록 이끌었다. 오랫동안의 투병생활과 환자의 공격적인 성격으로 인해 가족들로부터도 관심을 받지 못하고 다소 소외되어 있는 상태였으며, 자신이 언제 증상이 나빠져 다시 정신병원으로 입원해야 될지 모른다는 불안감이 잠재되어 있었다. 현재 생활습관의 올바른 방향으로의 변화와 지속적인 치료를 병행한다면 폐쇄병동으로 입원할 필요가 전혀 없을 것이라고 안심시켜 주고, 생활습관을 스스로 개선해 나갈 수 있도록 격려하였다. 입원당시 환자의 심리파악을 위해 간이정신진단검사(SCL-90-R)와 2가지 우울척도(Beck Depression Inventory, Zung's Self Rating Depression Scale)를 사용하였다.

SCL-90-R(Symptom Checklist-90-Revision)은 심리치료 및 향정신약물사용의 효과를 측정하는 도구로서뿐만 아니라 심리진단검사로 쓰일 수 있도록 개발된 자기보고식다차원증상목록 검사로서, 9개 증상 차원, 90문항으로 구성되어 있으며 신체화(Somatization, SOM), 강박증(Obssessive-Compulsive, O-C), 대인예민성(Interpersonal Sensitivity, I-S), 우울(Depression, DEP), 불안(Anxiety, ANX), 적대감(Hostility, HOS), 공포불안(Phobic Anxiety, PHOB), 편집증(Paranoid Ideation, PAR), 정신증(Psychoticism, PSY)에 대한 정도를 평가한다[21]. 입원당시 심리검사상 강박증, 우울의 T-score가 66, 70으로 다른 증상에 비해 높게 확인되었으며, 우울척도에서는 우울증 중기 이상의 범주에 해당하는 점수를 보였다.

입원 첫날부터 환자는 한방병동에 입원했다는 자체에 심리적으로 많이 안정되어 수면상태가 크게 호전되었으나, 저녁에는 다시 불면에 대한 불안감을 호소하고, 특히 저혈당에 대한 심한 두려움으로 통제에도 불구하고, 사탕, 쥬스, 빵 등을 마구 섭취하는 등 불안정한 모습을 보였다. 경과에 따라 기본처방은 그대로 유지한 채로 黃芩, 黃連, 枳殼, 檳榔 등을 가미하였으나, 다소 호전된 상태는 지속되었으나, 수면상태가 충분히 만족스럽지 못하였고, 환자의 초조한 태도의 변화는 크게 개선되지 않았다. 불면과 불안, 초조, 흥분에 변비를 동반하고 있으며, 식사상태의 개선으로 체력은 어느 정도 회복되었다고 판단되어 입원 9일째부터 降心火, 鎭靜, 通便을 목적으로 작용목표를 뚜렷이 해 보고자 처방구성을 간단하게 三黃瀉心湯으로 투여했다.

三黃瀉心湯은 張中景의 《金櫃要略》[18]에 처음으로 수록된 처방으로, 大黃, 黃連, 黃芩으로 구성되어 있으며, 心氣不足으로 인한 吐血, 衄血과 心下痞를 치료한다 하였다. 孫[22]은 瀉心湯은 心實熱에 사용하며 心包溫熱을 풀어주는 효능이 있다고 하였고, 陣[23]은 三焦積熱을 治한다 하였으며, 李[24]는 心氣가 부족한데 邪熱이 침입하여 營血을 衝動하여 衄血吐血이 되니 寒冷之氣로 熱邪를 消滅하고 苦味로써 心을 補하는 것이라 설명하였다. 三黃瀉心湯에 대한 정[25], 심[26], 이[27] 등의 실험적 연구를 통해 고혈압, 고지혈증, 동맥경화증, 지방간 형성의 예방과 치료에 현저한 효과가 있음이 밝혀져 있다. 한방추출물제제를 널리 이용하는 일본에서는 三黃瀉心湯 추출물제제가 신경정신질환에 대표적인 처방으로 손꼽힐 만큼 이용 빈도가 높은데, 寺澤捷年은 三黃瀉心湯을 비교적 체력이 있는 사람이 상기되어 顔面紅潮하고 기분이 초조하여 안절부절하지 못하는 등의 신경정신증상을 호소할 때 사용할 수 있는데, 이 때 불안, 불면, 두통, 이명, 변비 경향이 있고, 비출혈, 토혈, 하혈 등의 諸出血이 동반될 때도 있다고 하며, 黃連解毒湯은 이와 매우 유사한 병

태이지만 心下痞硬을 나타내는 경우가 적고 변비는 없으며, 열성 피부발진 등 피부증상을 나타낼 때가 많다는 것이 감별점이라고 하였다[28].

상기 환자의 경우 不眠과 함께, 얼굴이 붉고, 초조, 불안한 심리상태에 흥분을 잘 하면서 변비를 동반하고 있어 三黃瀉心湯의 적응증으로 판단하였으며, 이를 신경정신과 약물과 병행 투여한 결과 수면시간이 길어졌을 뿐 아니라, 환자 스스로 수면의 질에 만족감을 보였고, 불안, 초조 증상이 동시에 개선되었다. 평균 8시간 이상의 숙면을 취할 수 있게 되었고, 저혈당에 대한 불안감, 대화 시 공격적인 태도 등도 정도가 줄어들면서 일상생활에서 특별한 불편감이 없을 정도로 회복되었다. 다만, 환자 본인이 양약의 장기간 복용으로 그에 대한 의존도가 높아 약물 용량을 줄이면서 치료효과를 기대해 보겠다는 의지가 전혀 없었고, 입원 중임에도 불구하고, 약물 복용 후 경과를 확인하기도 전에 변비약을 마음대로 복용하는 등의 통제되지 못한 부분이 있어 향후 환자 관리에 개선점으로 생각된다. 장기간의 투병생활로 환자와 보호자 모두 새로운 접근방식에 대한 기대정도가 낮아 당장의 불편감을 없애주는 데만 관심을 갖고 있어 좀 더 적극적인 한방치료를 하지 못했다.

환자의 치료경과를 확인해 보기 위해 퇴원하기 전 심리검사를 다시 실시한 결과 간이 정신진단검사(SCL-90-R)에서는 모든 항목의 점수가 낮아졌고, 특히 입원당시 높게 나타났던 강박적인 성향과 우울감이 크게 해소되었음을 확인할 수 있었다. BDI 점수는 가벼운 동요의 범주에 해당하는 14점이었고, SDS(Zung's Self Rating Depression Scale) 점수는 중등도 우울증 상태인 52점으로 확인되어 전체적인 우울 성향이 상당히 호전된 것을 알 수 있었다. SCL-90-R의 3개 전체 지표를 살펴보았을 때, 全體深度指數(Global Severity Index, GSI)는 1점 이상에 해당하는 점수의 합계를 총 문항수(90)로 나눈 점수로, 현재의 장애의 수준 혹은 심도를 나타내는 수치[21]인데, 입원당시 59점이었던 것이 39점으로 크게 낮아졌으며, 증상의 수 즉 1점 이상에 해당되는 문항 수인 表出症狀合計(Positive Symptom Total, PST)도 51문항에서 35문항으로 감소되었다. 특히, 表出症狀深度指數(Positive Symptom Distress Index, PSDI)는 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계를 1점 이상에 평정된 문항수(PST)로 나눈 점수로, 순수한 장애의 강도(pure intensity)를 나타내는 것으로, 환자가 증상을 증가시키거나 감소시키는지의 반응양식을 밝혀주는 점수[21]라고 할 수 있는데, 입원당시 69점이었던 것이 퇴원 시 52점으로 낮아져 환자의 심리적 장애 정도가 호전된 것을 심리검사상으로도 확인할 수 있었다.

불면치료에 있어 한약에는 수면유도제에 해당하는 약물은 없지만 증상에 맞추어 쓰면 일정한 효과를 거둘 수 있으며, 즉효는 기대하기 어려운 경우라 하더라도 수 주간 연속 복용한다면 유효한 예가 많다. 양약의 부작용 우려 내지 효과가 미진할 경우에도 한방치료를 통해 효과를 볼 수 있고, 신경질적인 불면에서 수면유도제를 장기 복용한 자나 수면 유도제를 중지하고자 하는 사람에게는 충분히 시도할 만한 가치가 있다고 한다.[29]

이상과 같이 본 증례를 통해 신경정신과 약물 치료 중인 우울증 환자의 심화된 불면증을 三黃瀉心湯을 병행 투여하여 비교적 단기간에 양호한 치료효과를 거두었음을 환자의 임상경과와 심리검사를 통해 확인하였다.

Ⅳ. 結 論

본 증례는 월남전 참전, 사업의 실패 등 심하고 장기적인 스트레스로 인해 여러 차례 우

울증과 알코올 중독 등으로 신경정신과 치료를 받아 오던 자로서 폐쇄병동에서의 입원생활로 심리적 스트레스가 가중되면서 불면증이 심화되고, 불안증세가 동반되어 한방치료를 위해 2006년 8월 22일부터 9월 9일까지 본원 한방신경정신과에서 입원치료를 받고, 양약복용과 함께 병행한 한방치료를 통해 양호한 치료효과를 얻은 예로서, 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 19일간의 침구치료, 탕약 투여, 향기요법, 기타 보조적 치료를 통해 불면, 불안, 초조, 구갈 등의 증상이 호전되었다.

2. 신경정신과 약물 복용에도 불구하고, 악화된 불면증에 三黃瀉心湯을 병행 투여하여 수면상태를 개선하였다.

3. 비교적 체력이 있고, 불면, 불안, 초조, 흥분 등 신경정신질환을 가진 환자가 변비가 동반되었을 때 三黃瀉心湯을 투여하여 양호한 결과를 얻었다.

4. 상기 환자는 장기적인 양약 복용으로 약물 치료에 대한 심리적 의존 정도가 너무 높아 기존 신경정신과 약물의 복용량을 줄여 나가면서 적극적인 한방치료를 해 보지 못한 점이 본 증례의 한계점 및 향후 보완점으로 사료된다.

參考文獻

1. 이병윤. 정신의학사전. 서울 : 일조각. 1990 : 174
2. 오강섭, 이소희, 이시형. 불면증 환자의 정신생리상태. 수면,정신생리학회지. 1995 ; 2 : 82-90.
3. 서수균. 불면증. 서울. 학지사. 2000 : 14-15, 46-47, 56-58.
4. 민성길. 최신정신의학. 서울. 삼신문화사. 517~520. 1999.
5. 編輯委員會. 東醫治療經驗集成. 卷11. 서울: 海東出版社 : 53.
6. 楊維傑. 黃帝內經靈樞釋解. 서울 : 一中社. 1991: 290, 488-489.
7. 楊維傑. 黃帝內經素問釋解. 서울 : 一中社. 1991: 127, 252, 266, 271.
8. 滑壽. 難經本義. 台北: 集文書局: 117.
9. 吳錫璜. 聖濟總錄. 卷32. 上海: 文瑞樓. 1920: 6-7.
10. 김이화 외. 치매치료의 최근 연구동향에 관한 고찰. 대한침구학회지. 1997; 14(2): 115-126.
11. 박세진, 이정아, 이상무, 안호진, 박상동. 불면을 호소하는 중풍환자에 대한 체침과 이침 자침시 효과의 임상적 고찰. 동의신경정신과학회지. 2001; 12: 135-145.
12. 조명수. 두피침의 효과가 불면증에 미치는 영향. 원광대학교 한의학과 석사학위논문. 1991; 1-28.
13. 석소현, 김귀분. 노인의 불면증에 대한 이압 요법의 효과. 성인간호학회지. 2000; 12(2): 222-233.
14. 오수진, 김숙경, 문익렬, 서원희. 불면증에 대한 신맥사,조해보 시술 40례 임상고찰. 대한침구학회임상논문집. 2003; 80-93.
15. 장현호, 두인선, 이대용, 이승훈, 민상준, 김태헌, 유영수, 강형원. 불면증에 자하거 약침을 응용한 1례. 동의신경정신과학회지. 2003; 14: 155-160.
16. 류순현, 양대진, 조기호. 황련해독탕가미방으로 호전시킨 중풍환자 불면증 3례. 의림; 47: 80-85.
17. 김경화, 김수연, 김은정, 이동원. 양허 불면증 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2004; 15(1): 121-126.
18. 張仲景. 金櫃要略(仲景全書 中). 서울: 행

림출판사. 1984: 397-398.
19. 송윤미. 불면증의 치료. 가정의학회지. 2001; 22(8): 1163-1172.
20. 李符永 역. 국제질병분류. 제 10판. 서울: 일조각. 2005: 225-226.
21. 김광일, 김재환. 간이정신진단검사 실시요강. 서울: 중앙적성연구소: 7-11.
22. 孫思邈. 備急千金要方. 臺北: 自由出版社. 1976: 236-237.
23. 陳師文. 和劑局方. 서울: 慶熙大學校韓醫科大學. 1974: 179.
24. 李 杲. 東垣十種醫書. 서울: 大星文化史. 1983: 124-125, 397-399.
25. 정명현, 한성준. 생약복합제제가 흰쥐의 실험적 고지혈증에 미치는 영향. 생약학회지. 1996; 27(4): 397-407.
26. 沈良洙, 文炳淳, 金世吉. 三黃瀉心湯이 ACOTINE 投與 흰쥐의 血壓 및 血淸 酵素活性度에 미치는 影響. 원광한의학. 1994; 4(1): 251-267.
27. 李星斗, 具本泓. 三黃瀉心湯이 自發性高血壓 흰쥐의 血壓 및 血淸에 미치는 影響. 慶熙大學校論文集第十二輯, 自然科學篇, 1983; 165~174.
28. 寺澤捷年 著, 曺基湖,辛吉祚 譯. 서양의학자의 한방진료학. 서울: 집문당. 1998: 326.
29. 조기호. 동서의학 진료 가이드 북. 서울: 고려의학. 2001: 344