동의신경정신과 학회지 제22권 제3호(2011년 9월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2011;22(3):75-85

급성 스트레스장애 및 외상후 스트레스장애의 한의학적 치료 3례

황정현*, 고재상*, 배재익**, 구병수*, 김근우*

*동국대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실, **동국대학교 의과대학 가정의학교실

A Clinical Report of Three Patients with Acute Stress Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder Treated by Oriental Medical Treatments

Jeong-Hyun Hwang*, Jae-Sang Ko*, Jae-Ik Bae**, Byung-Soo Koo*, Geun-Woo Kim*

*Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dong-Guk University
**Dept. of Family Medicine, College of Medicine, Dong-Guk University

Abstract

Objectives :
In this case report, we will present three patients diagnosed with acute stress disorder or post-traumatic stress disorder improved by application of oriental medical treatments.

Methods :
We treated three patients with acute stress disorder or post-traumatic stress disorder by oriental medical treatments. The effect of oriental medical treatments were evaluated by STAI and clinical symptoms such as anxiety, insomnia, palpitation, startle response.

Results :
As a result of oriental treatments, clinical symptoms such as anxiety, insomnia, palpitation, startle response were improved, and STAI scores also decreased.

Conclusions :
These results suggest that oriental treatments may have an effect on acute stress disorder and post-traumatic stress disorder.

Key Words :
Acute stress disorder, Post-traumatic stress disorder, Oriental medical treatments, State-trait anxiety inventory

투고 : 2011. 8. 5. 수정 : 2011. 9. 9. 채택 : 2011. 9. 16
교신저자 : 김근우, 경기도 성남시 분당구 수내3동 87-2 동국대학교 분당한방병원 한방신경정신과
Tel) 031-710-3737, Fax) 031-710-3780, E-mail) kgwoo86@hanmail.net

Ⅰ. 서 론

외상후 스트레스장애(Post-Traumatic stress disorder)는 전쟁, 강간, 폭행, 테러나 폭동, 홍수나 지진 같은 천재지변, 큰 화재 같은 사건처럼 통상적으로 겪을 수 없는 위협적 사건에서 심리적인 외상을 당했을 때 나타나는 장애이고, 급성 스트레스장애(Acute stress disorder)는 외상후 스트레스장애와 증상은 같으나 외상경험 후 4주 이내에 증상이 나타나고 증상이 2일-4주간 지속되는 상태를 말한다[1]. 외상후 스트레스장애 및 급성 스트레스장애의 원인은 물론 외상적 사건이나, 외상적 사건을 경험한 모든 사람에게서 이 질환이 발병하지는 않는데, 외상적 사건 이전이나 이후의 생물학적, 정신사회적 요소가 발병에 관련되기 때문이다. 각 개인에 대한 외상적 사건의 의미 또한 발병의 중요한 요소이다[2].

외상후 스트레스장애가 정신의학계의 공식적인 진단면으로 등장한 것은 불과 1980년도 이후지만, 외상후 스트레스장애를 일으키는 외부 스트레스와 이에 대하여 반응을 나타내는 생체의 생물학적 상태의 상호 관계를 알아내기 위한 노력이 활발히 진행되었다. 특히 최근 생물정신의학과 두뇌 과학이 급속도로 발전하면서 외상 후에 공포를 겪고 처리하며 외상후 스트레스가 발병하는 과정에서 신경생화학계, 신경내분비계, 신경면역계 등의 다양한 변화가 나타나며 전전두엽, 편도, 해마 등의 공포 및 불안 관련 두뇌 회로 상의 이상이 나타나는 것으로 알려져 있다[3,4].

한의학에서 급성 스트레스장애나 외상후 스트레스장애와 정확히 일치하는 증후는 없다. 다만 짜증, 놀람, 수면장애가 흔히 동반되고 대개 뚜렷한 불안의 자율신경계 증상이 동반되는 경우가 많으므로[5] 驚悸怔忡 등의 범주를 참고로 하여 치료에 응용할 수 있다.

외상후 스트레스장애에 대한 한의학적 증례보고로는 고 등[6]과 김 등[7]의 증례가 있으나, 두 증례 모두 교통사고 후 발생한 외상후 스트레스장애로 국한되어있고, 급성 스트레스장애의 한의학적 치료 사례는 아직까지 보고된 바가 없어, 이러한 질환에 대한 한의학적 치료 사례가 미미한 실정이다.

본 증례의 경우, 폭행, 흉기에 의한 위협, 교통사고와 같은 신변의 위협을 겪은 후 발생한 불안, 심계항진, 수면장애 등을 주소증으로 내원한 급성 스트레스장애 2례와 외상후 스트레스장애 1례에 대해 淸心溫膽湯과 加減歸脾湯을 사용하여 한의학적 치료를 적용한 결과 호전된 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 증례 1

1) 환자

맹 O O, (여자/14세)

2) 주소증

(1) 夜驚症
(2) 不安
(3) 夜尿症
(4) 顔面部, 兩下肢 痛症

3) 발병일

201○년 ○월 ○일(내원 3일 전)

4) 과거력

별무소견

5) 가족력

별무소견

6) 사회력

(1) 키 / 몸무게 : 168 cm / 45 kg

(2) 직업 : 중학생

(3) 흡연 : 無

(4) 음주 : 無

7) 현병력

상기자는 만 14세의 내성적인 성격의 여환으로, 또래들 사이에서 따돌림을 당하다 평소 알고 지내던 친구 및 선후배들에게 14시간동안 빈 집에 감금당한 채로 집단 폭행을 당하여 안면부 통증 및 하지 통증 발생함. ○○대학교병원에서 안면 비골 골절, 하지 다발성 타박상 진단 받고, 가료하던 중 夜驚症, 不安, 心悸, 夜尿症 증상 발생하여 환자 및 보호자 한방치료 원하여 본원 입원함.

8) 진단

DSM-IV-TR의 진단기준에 근거하여 급성 스트레스장애로 진단됨. 안면 비골 골절 및 하지 다발성 타박상이 동반됨.

9) 치료기간

201○년 ○월 ○○일 - 201○년 ○월 ○○일 (14일간)

10) 검사소견

(1) 생체 징후 (입원 1일)

혈압 120/80 mmHg, 맥박 88회/min, 체온 37.1 ℃, 호흡수 20 회/min

(2) 심전도 검사(입원 1일)

이상없음

11) 초진소견

(1) 夜驚症

폭행당한 후로 밤에 쉽게 잠들지 못하고, 깊이 잠들지 못하고 자주 깸. 악몽을 꾸지는 않으나 자다가 잠꼬대와 몸부림을 심하게 치며 자주 놀라서 깸.

(2) 不安

눈을 감으면 구타당하는 듯한 느낌이 듬. 가해 학생을 생각하면 보복당할까봐 두려움. 작은 소리에도 깜짝 놀라며 가슴이 두근거림. 폭행 당시의 정황에 대한 대화를 회피함.

(3) 夜尿症

폭행당한 후로 수면 중 침대에 배뇨하기도 함.

(4) 顔面部, 兩下肢 痛症

눈 주변부, 양측 하지 대퇴부 멍든 상태. 욱신거리는 통증 나타남.

12) 望聞問切

(1) 望診

마른 체형. 面白. 面色無華. 顔面部, 兩下肢 打撲傷. 움츠린 자세. 병실 내에서 아무것도 하지 않고 멍하게 지낼 때가 많음. 舌紅苔白.

(2) 聞診

목소리가 작음. 말수가 적음.

(3) 問診

夜驚症, 不安. 心悸. 夜尿症. 食慾不振. 大便 1回/日.

(4) 切診

脈弦.

13) 韓醫學的 辨證

心膽虛怯

心脾兩虛

14) 치료사항

(1) 침치료

동방침구제작소의 0.25 mm×30 mm 호침을 사용하여 百會, 合谷, 內關, 神門, 足三里, 三陰交, 太衝穴 및 舍岩鍼法의 膽正格을 상황에 따라 배합하여 1일 1회 실시함.

(2) 부항치료

背兪穴 중심으로 1일 1회 건식부항을 실시하였다.

(3) 한약치료

① 입원 1일 ~ 입원 5일

淸心溫膽湯(香附子 10g, 橘紅, 半夏干拌 6g, 白茯苓, 白朮, 枳實, 靑竹茹 4g, 黃芩酒炒, 甘草 2g, 生薑 3片, 大棗 2枚)[8]

② 입원 5일 ~ 입원 9일

化痞煎(當歸尾, 蘇木 10g, 香附子, 赤芍藥, 烏藥 6g, 靑皮, 桃仁, 川芎 4g, 白芥子, 紅花, 桂心 3g)[8]

③ 입원 9일 ~ 입원 14일

加減歸脾湯(龍眼肉, 山棗仁炒 8g, 當歸, 白茯神, 白朮, 白芍藥炒 6g, 橘紅 4g, 遠志 3g, 甘草 2g, 生薑 3片, 大棗 2枚)[8]

15) 임상 경과

Table Ⅰ. The Change of Symptoms

Admission Day	Symptoms				
	Night Terror	Anxiety	Enuresis	Pain & Contusion of Face	Pain & Contusion of Thigh
Adm 1st	+	++	+	+++	+++
Adm 5th	−	+	−	++	++
Adm 9th	−	+	−	+	+
Adm 14th	−	−	−	+	+

+++ : Severe, ++ : Moderate, + : mild, − : none

Table Ⅱ. The Change of BDI(Beck Depression Inventory), STAI(State-Trait Anxiety Inventory)

Admission Day	BDI	State Anxiety	Trait Anxiety
Adm 2nd	31	66	58
Adm 13th	12	38	34

2. 증례 2

1) 환자

김 O O, (남자/46세)

2) 주소증

(1) 不安, 心悸亢進

(2) 胸悶

(3) 淺眠

3) 발병일

200○년 ○월 ○일(내원 2일 전)

4) 과거력

별무소견

5) 가족력

별무소견

6) 사회력

(1) 키 / 몸무게 : 172 cm / 76 kg
(2) 직업 : 사찰 내에서 사무 담당
(3) 흡연 : 1갑/일
(4) 음주 : 1-2회/주, 소주 1병/회

7) 현병력

상기자는 만 46세의 원만한 성격의 남환으로 사찰 내 이권 다툼과 관련하여 식칼과 같은 흉기로 위협당한 후 不安, 心悸亢進, 胸悶 증상 발생하여 환자 및 보호자 한방치료 원하여 본원 입원함.

8) 진단

DSM-IV-TR의 진단기준에 근거하여 급성 스트레스장애로 진단.

9) 치료기간

200○년 ○월 ○○일 - 200○년 ○월 ○○일 (29일간)

10) 검사소견

(1) 생체 징후 (입원 1일)

혈압 150/90 mmHg, 맥박 78회/min, 체온 36.6 ℃, 호흡수 20 회/min

(2) 심전도 검사(입원 1일)

이상없음

11) 초진소견

(1) 不安, 心悸亢進

흉기로 위협당한 후부터 특별한 이유없이 가슴이 두근거리며, 작은 소리에도 쉽게 놀람. 흉기로 위협한 사람이 병원으로 찾아와 위해를 가할까 불안해 함.

(2) 胸悶

가슴이 답답하고 꽉 막힌 느낌이 수시로 나타남.

(3) 淺眠

밤에 깊이 잠들지 못하고, 악몽을 꾸며, 자주 깸. 잠드는 것이 어렵고 자주 뒤척거림.

(4) 無氣力

불안감이 심해지면 다리에 힘이 풀리며 맥이 빠지는 느낌이 생김.

(5) 해리성 증상

병실에서 멍하게 있을 때가 자주 있으며, 발병 전에 비해 감정반응이 현저히 둔화되어 무표정하게 있을 때가 많음.

12) 望聞問切

(1) 望診

건장한 체형. 面黃黑. 舌紅苔白.

(2) 聞診

목소리에 힘이 있고, 목소리가 큼. 말수가 적음.

(3) 問診

不安. 心悸亢進. 胸悶. 淺眠. 大便 1回/日.

(4) 切診

脈弦.

13) 韓醫學的 辨證

(1) 心膽虛怯
(2) 心脾兩虛

14) 치료사항

(1) 침치료

동방침구제작소의 0.25 mm×30 mm 호침을 사용하여 百會, 合谷, 內關, 神門, 足三里, 陰陵泉, 太谿, 太衝穴 및 舍岩鍼法의 膽正格을 상황에 따라 배합하여 1일 1회 실시함.

(2) 부항치료

背兪穴 중심으로 1일 1회 건식부항을 실시하였다.

(3) 한약치료

① 입원 1일 ~ 입원 9일

淸心溫膽湯(香附子 10g, 橘紅, 半夏干拌 6g, 白茯苓, 白朮, 枳實, 靑竹茹 4g, 黃芩酒炒, 甘草 2g, 生薑 3片, 大棗 2枚)[8]

② 입원 9일 ~ 입원 29일

加減歸脾湯(龍眼肉, 山棗仁炒 8g, 當歸, 白茯神, 白朮, 白芍藥炒 6g, 橘紅 4g, 遠志 3g, 甘草 2g, 生薑 3片, 大棗 2枚)[8]

15) 임상 경과

Table III. The Change of Symptoms

Admission Day	Symptoms			
	Anxiety	Palpitation	Insomnia	General weakness
Adm 1st	+++	+++	++	+
Adm 9th	+	+	+	−
Adm 29th	−	−	−	−

+++ : Severe, ++ : Moderate, + : mild, − : none

Table IV. The Change of STAI

Admission Day	State Anxiety	Trait Anxiety
Adm 2nd	72	57
Adm 28th	40	38

3. 증례 3

1) 환자

이 O, (남자/21세)

2) 주소증

(1) 不安, 心悸亢進

(2) 頭痛

(3) 淺眠

3) 발병일

200○년 ○월 ○일(내원 2개월 전)

4) 과거력

별무소견

5) 가족력

별무소견

6) 사회력

(1) 키 / 몸무게 : 171 cm / 69 kg

(2) 직업 : 학생

(3) 흡연 : 10개피/일

(3) 음주 : 無

7) 현병력

상기자는 만 21세의 원만한 성격의 남환으로 오토바이 운전하던 중 자동차와 정면으로 충돌함. 당시 속도가 빠르지 않아 뚜렷한 외상은 없었으나, 사고 후 두통이 반복해서 나타나고 자동차를 보거나, 자동차 경적 소리를 듣기만 해도 불안감, 심계항진 증상이 심하게 나타나서 local 외과 의원에서 5주간 입원치료 받고, local 정신과 의원에서 2주간 외래치료 받는 중 증상이 특별히 호전되지 않아, 환자 및 보호자 한방치료

원하여 본원 입원함.

8) 진단

DSM-IV-TR의 진단기준에 근거하여 외상후 스트레스장애로 진단.

9) 치료기간

200○년 ○월 ○○일 - 200○년 ○월 ○○일 (9일간)

10) 검사소견

(1) 생체 징후 (입원 1일)

혈압 120/70 mmHg, 맥박 66회/min, 체온 36.8 ℃, 호흡수 20 회/min

(2) 심전도 검사(입원 1일)

이상없음

11) 초진소견

(1) 不安, 心悸亢進

자동차나 오토바이를 보기만 해도 불안감 나타남. 자동차가 멈추지 못하고 충돌할 것이라는 생각, 오토바이를 타고 가다 넘어질 것이라는 생각 등이 반복적으로 생김. 도로에 차들이 지나다니는 것이 무서워서 보지 못하겠다고 함. 야간에 특별한 이유 없이 불안감 생김. 불안감이 심해지면 가슴 두근거림이 심하게 느껴짐. 다시 운전할 수 없을 것 같은 느낌.

(2) 頭痛

새벽에 잠이 깰 때 머리가 많이 아픔. 두정부에 바늘로 찌르는 듯한 통증이 있고, 머리 전체가 욱신욱신한 느낌이 동반됨.

(3) 淺眠

잠드는 것이 어렵고 자주 뒤척거리며, 깊이 잠들지 못하고, 자주 깸. 교통사고와 관련된 악몽을 반복해서 꿈.

(4) 해리성 증상

일상생활 도중 멍해질 때가 많아졌으며, 본인의 신체가 수동적이고 낯설게 느껴질 때가 있음. 수능 준비를 위해 공부를 하는데, 사고 전에 비해서 공부 도중 멍하게 있는 시간이 현저히 잦아짐.

12) 望聞問切

(1) 望診

보통 체형. 面黑. 舌紅苔白.

(2) 聞診

목소리 톤이 낮음. 목이 쉰 듯한 소리.

(3) 問診

不安. 心悸亢進. 頭痛. 淺眠. 大便 1回/2-3日.

(4) 切診

脈弦.

13) 韓醫學的 辨證

(1) 心膽虛怯

(2) 心脾兩虛

14) 치료사항

(1) 침치료

동방침구제작소의 0.25 mm×30 mm 호침을 사용하여 百會, 風池, 合谷, 列缺, 內關, 神門, 足三里, 太衝穴 및 舍岩鍼法의 膽正格을 상황에 따라 배합하여 1일 1회 실시함.

(2) 부항치료

背俞穴 중심으로 1일 1회 건식부항을 실시하였다.

(3) 한약치료

① 입원 1일 ~ 입원 3일

淸心溫膽湯(香附子 10g, 橘紅, 半夏干拌 6g, 白茯苓, 白朮, 枳實, 靑竹茹 4g, 黃芩酒炒, 甘草 2g, 生薑 3片, 大棗 2枚)[8]

② 입원 3일 ~ 입원 9일

加減歸脾湯(龍眼肉, 山棗仁炒 8g, 當歸, 白茯神, 白朮, 白芍藥炒 6g, 橘紅 4g, 遠志 3g, 甘草 2g, 生薑 3片, 大棗 2枚)[8]

15) 임상 경과

Table Ⅴ. The Change of Symptoms

Admission Day	Symptoms				
	Anxiety	Palpitation	Headache	Insomnia	Nightmare
Adm 1st	+++	+++	++	++	+
Adm 3th	+++	+++	++	++	+
Adm 9th	+	+	−	+	−

+++ : Severe, ++ : Moderate, + : mild, − : none

Table Ⅳ. The Change of STAI

Admission Day	State Anxiety	Trait Anxiety
Adm 2nd	58	55
Adm 9th	32	33

Ⅲ. 고 찰

외상후 스트레스장애는 외상을 입으면서 심한 감정적 스트레스를 경험했을 때 나타나는 장애로, 즉 전쟁, 자동차, 기차, 비행기 등의 교통수단으로 인한 사고와 산업장에서의 사고, 폭행, 강간, 테러 및 폭동, 때로는 홍수, 폭풍, 지진, 화산폭발 등 생명을 위협하는 재난이 발생했을 당시에 받은 충격에 의한 발병이다. 일반인구 중의 유병률은 1~3%이며, 장애로 진단받을 정도는 아니더라도 증상을 경험하는 사람은 5~15%에 이른다. 재난을 당한 사람들 중 5~75%에서 이 장애가 나타난다. 주된 원인은 스트레스와 스트레스를 받았을 때의 사회적 환경, 피해자의 성격경향과 생물학적 취약성 등이다. 스트레스가 심할수록 더 잘 발병하고 증상도 심하다고 여겨졌으나, 최근에는 스트레스 자체의 심한 정도보다 개인이 그 스트레스를 어떻게 받아들이는가, 즉 환자의 주관적 반응 내지 의미부여를 더 중요한 요인으로 보고 있다. 외상후 스트레스장애를 잘 일으키는 소인에는 어릴 때 외상을 경험했을 때, 성격장애의 경향이 있을 때, 사회적 지지가 부적절할 때, 정신질환에 대한 유전-체질적 취약성이 있을 때, 최근 스트레스성 생활변화가 있을 때, 외부로부터 통제하는 존재를 느낄 때, 최근 술을 과하게 마실 때가 있다[5].

외상후 스트레스장애에서 중요한 3가지 임상양상은 첫째, 꿈이나 반복되는 생각에서 외상적 사건을 재경험하는 것, 둘째, 감정적 무감각, 셋째, 자율신경계의 과잉각성 상태이다[2]. 위협적인 사건의 재경험은 사건에 대한 반복적인 회상, 악몽으로 나타나기도 하고 해리상태에서 사건을 되새기거나 사건의 행동을 재현할 수도 있다. 사건과 유사한 상황을 기피하고 그런 상황에 노출되거나 암시를 받아도 증상이 악화된다. 감정적 무감각이나 현실에 대한 무관심이 사건 이후 첫 증상으로 나타날 수 있다. 멍한 상태로 일상에 대해 관심이 없고 흥미를 잃은 듯 보인다. 자율신경계 과민증상으로 잘 놀라고 잠들기 힘들어하는 증상이 주로 나타난다. 기타 수반증상으로 우울, 불안, 안절부절, 착각, 환각, 기억 및 주의

력장애가 있을 수 있다[1].

외상후 스트레스장애는 분명한 외상 또는 스트레스가 발생한 후 재경험, 회피행동, 과민같은 정신증세가 수반되고, 1개월 이상 지속되어야 진단할 수 있다. 증상이 나타난지 1개월 미만이면 DSM-IV에서는 급성 스트레스장애로 진단한다[5].

급성 스트레스장애 및 외상후 스트레스장애의 증상이 가벼운 경우는 적절한 약물과 정신치료를 통해 일상에 조기 복귀하는 것이 권장되고 심한 경우 입원하여 지지적 정신치료 및 사회복귀를 위한 재활치료를 실시한다[1]. 현재 외상후 스트레스장애의 생물학적 치료의 중심은 약물치료이며 선택적 세로토닌 재흡수 억제제인 sertraline과 paroxetine은 미국 식품의약청에서 외상후 스트레스장애의 치료로 인증을 받아 사용되고 있다. 이 외에도 노르에피네프린, 세로토닌, 도파민, opioid 수용체 작용제 등 다양한 신경전달물질 체계에 영향을 주는 약물, 리튬 등의 기분안정제, 비정형 항정신병약물, 교감신경 길항제 등이 치료제로서 각광받고 있다[9]. 이 외에 mirtazapine이 외상후 스트레스장애에 더 효과적이고 내약성이 우수하고 안전한 항우울제라는 연구[10]가 있으며, 경두개자기자극치료를 통한 외상후 스트레스장애의 치료도 소개된 바 있다[11].

한의학에서 급성 스트레스장애나 외상후 스트레스장애와 직접적으로 일치하는 증후는 없으나, 불안, 심계항진, 반복적인 사고의 회상, 그로 인한 우울, 불면, 주의력 장애 등 일반적인 임상양상에 근거하여 한의학적 증후와 연관성을 살펴볼 수 있다. 한의학에서 七情은 외계 사물에 대한 정신의식의 반응으로서 그것이 지속적이거나, 너무 강렬한 경우에는 臟腑氣血의 失調를 초래하여 질병을 유발할 수 있는 것으로 본다[7]. 『素問. 擧痛論』[12]에서 "驚則心無所倚, 神無所歸, 慮無所定, 故氣亂矣.", "恐則精却, 却則上焦閉, 閉則氣還, 還則下焦脹, 故氣不行矣."라 하였고, 『臨証指南醫案』[13]에서는 "大凡可畏之事, 猝然而至者, 謂之驚, 若從容而至, 可以婉轉思惟者, 謂之恐, 是驚急而恐緩也."라고 하여, 七情 중 驚은 갑작스럽게 놀란 것으로 외상이 가해질 때의 감정에 해당하고, 恐은 이미 지각하고 있는 것에 대한 두려움으로 외상 후에 사고 당시의 기억을 떠올리면서 갖게 되는 감정으로 볼 수 있다. 또한 "驚悸不已, 變生諸證, 或短氣悸乏, 體倦自汗, 四肢浮腫, 飮食無味, 心虛煩悶, 坐臥不安, 皆心虛膽怯之候也."[14]라 하여 驚悸가 지속되면서 동반되는 증후들을 스트레스로 인해 유발되는 증상들과 같은 맥락에서 생각해 볼 수 있다[7]. 『東醫寶鑑』[15]에서는 "三因曰, 驚悸, 因事有所大驚而成者.", "怔忡, 因驚悸久而成也."라 하여, 급성 스트레스장애와 외상후 스트레스 장애 증상의 기간이 3개월 미만인 급성 외상후 스트레스장애와 같이 증상의 기간이 짧은 경우는 驚悸의 범주에서 이해할 수 있고, 증상의 기간이 3개월 이상인 만성 외상후 스트레스장애와 같이 증상의 기간이 긴 경우는 怔忡의 범주에서 이해할 수 있다.

증례 1, 2, 3 모두 신변의 위협을 당하여 크게 놀란 후 꿈이나 반복되는 생각에서 외상적 사건을 재경험하고, 감정적 무감각이나 해리성 증상이 있으며, 자율신경계의 과잉각성 상태가 나타나므로 DSM-IV-TR의 진단기준에 의거하여 증례 1, 2는 급성 스트레스장애, 증례 3은 외상후 스트레스장애로 진단할 수 있다. 세 증례에서 모두 不安, 易驚, 心悸亢進, 不眠 등의 증상이 나타나므로, 입원 초기에는 心膽虛怯으로 辨證하고 淸心溫膽湯을 투여하였고, 이후 不安, 易驚, 心悸亢進이 호전된 후에는 加減歸脾湯을 투여하여 補益心脾함으로써 心脾兩虛로 인한 驚悸가 오래되어 怔忡으로 되는 것을 막고자 하였다. 『晴崗醫鑑』에 따르면 淸心溫膽湯은 心膽虛怯으로 七情

痰火가 胸中에 壅結하여 怔忡, 心悸, 惡嘔, 不寧한데 쓰이며, 加減歸脾湯은 心神過勞, 脫營失志로 心虛하여 不眠, 怔忡, 氣困, 不食하는데 쓰이는 처방이다[8].

증례 1의 환자는 또래 집단에 의해 집단 폭행을 당한 후 급성 스트레스장애가 발생한 경우로, 不安, 心悸亢進, 不眠 외에 夜驚症, 夜尿症의 증상을 함께 호소하였다. 夜尿症이나 夜驚症의 경우 급성 스트레스장애 또는 외상후 스트레스장애에서 흔히 동반되는 증상이라고 보기 어려운데, 이 환자의 경우 만 14세의 어린 나이가 성인 환자에 비해 夜驚症, 夜尿症과 같은 증상 발생에 영향을 미친 것으로 보인다. 입원1일부터 입원5일까지 淸心溫膽湯을 투여하여 不眠, 夜驚症, 夜尿症이 호전되고, 不安, 易驚, 心悸 또한 감소되었다. 이후 골절 및 타박에 의한 안면, 하지의 타박상을 줄이기 위하여 外傷瘀血에 사용하는 化瘀煎을 입원5일부터 입원9일까지 사용하여, 안면, 하지의 통증이 많이 감소되었다. 입원9일부터 퇴원시점까지는 加減歸脾湯을 사용하여 不安, 易驚, 心悸가 호전되었다. 이러한 치료를 통하여 입원시점과 퇴원시점에 시행한 BDI, STAI 결과도 호전된 것으로 나타났다.

증례 2의 환자는 흉기로 생명의 위협을 당한 후 급성 스트레스장애가 발생한 경우로, 不安, 易驚, 心悸亢進, 胸悶, 淺眠의 증상을 호소하였다. 입원1일부터 입원9일까지 淸心溫膽湯을 투여하며 不安, 易驚, 心悸亢進, 胸悶, 淺眠이 크게 감소되었고, 입원9일부터 퇴원일인 입원29일까지 加減歸脾湯을 사용하여 경미하게 남아있던 不安, 易驚, 心悸亢進, 胸悶, 淺眠이 호전되었다. 입원시점과 퇴원시점에 시행한 STAI 점수도 감소가 되어, 불안 증상이 호전된 것으로 나타났다.

증례 3의 환자는 교통사고로 인하여 발생한 외상후 스트레스장애로 不安, 心悸亢進, 頭痛, 淺眠, 惡夢의 증상을 호소하였다. 입원1일부터 입원3일까지 淸心溫膽湯을 투여하였으나 증상의 호전이 뚜렷하게 나타나지 않아, 입원4일부터 加減歸脾湯을 투여하였다. 이후 不安, 心悸亢進, 頭痛, 淺眠, 惡夢의 증상이 감소되어, 퇴원일인 입원9일에는 頭痛, 惡夢은 소실되었고, 不安, 心悸亢進, 淺眠 증상이 경미하게 남은 채로 퇴원하였다.

淸心溫膽湯과 加減歸脾湯을 급성 스트레스 장애 2 증례와 외상후 스트레스장애 1 증례의 환자에게 투여한 결과 不安, 易驚, 心悸亢進, 不眠 등의 증상이 호전되었으므로, 淸心溫膽湯과 加減歸脾湯을 활용한 한의학적 치료가 급성 스트레스장애와 외상후 스트레스장애에서 유의한 치료효과가 있다고 사료된다. 이 중 淸心溫膽湯은 신변에 위협을 느낄 정도로 大驚하여 발생한 心膽虛怯으로 인한 증상을 완화시켜주고, 加減歸脾湯은 不安이 지속되어 勞心過度로 인하여 心虛로 轉變되어 증상이 오래 지속되는 것을 막아주는 역할을 한 것으로 사료된다.

3개의 증례를 살펴본 결과, 한의학적 치료가 급성 스트레스장애와 외상후 스트레스장애에서 유의한 치료 효과가 있다는 것을 보였지만, 소수의 제한된 증례이므로 한의학적 치료법이 급성 스트레스장애 및 외상후 스트레스 장애에 대한 일반적인 치료법으로 결론을 내리기에는 충분한 근거를 확보하지 못하였고, 또한 증상의 객관적인 평가를 위하여 사용된 도구가 상태-특성 불안척도(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)로 한정되어 있다는 한계가 있다. 하지만 향후 급성 스트레스장애, 외상후 스트레스장애에 대한 치료에 있어서 한의학적 치료의 가능성을 제시한 것에 의의가 있다고 볼 수 있다. 본 증례에서는 淸心溫膽湯과 加減歸脾湯이 心膽虛怯과 心脾兩虛라는 서로 다른 변증에 적용되는 처방임에도 불

구하고 3 증례의 환자에게 모두 활용하였지만, 향후에는 급성 스트레스장애 및 외상후 스트레스장애에 대한 신뢰할만한 변증도구가 개발되고, 이 변증도구를 활용하여 각 변증에 따라 활용되는 처방들의 치료 효과에 대한 연구가 진행되어, 급성 스트레스장애 및 외상후 스트레스장애의 한의학적 치료 효과에 대한 객관적인 근거의 축적이 필요할 것으로 생각된다.

Ⅳ. 결 론

본 증례에서 신변의 위협을 당하여 크게 놀란 후 不安, 易驚, 心悸亢進, 不眠 등의 증상이 발생한 급성 스트레스장애 및 외상후 스트레스장애 환자에게 淸心溫膽湯, 加減歸脾湯을 비롯한 한의학적 치료를 시행하여 유의한 호전을 거두었기에 이에 보고하는 바이다.

참고문헌

1. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 1판. 경기:집문당. 2007:501-2.
2. 대한신경정신의학회. 신경정신의학. 2판. 서울:중앙문화사. 2005:222-6.
3. McEwen BS. The neurobiology and neuroendocrinology of stress implications for post-traumatic stress disorder from a basis science perspective. Psychiatr Clin North Am. 2002;25:469-94.
4. Saigh PA, Bremner JD, editors. Posttraumatic stress disorder. NY:Allyn&Bacon. 1999:103-43.
5. 민성길. 최신정신의학. 5판. 서울:일조각. 2008:346-51.
6. 고경모, 최성훈, 김재수, 박서영, 이윤규, 이윤경, 이경민, 이봉효, 임성철, 최홍식, 이은경, 정태영, 서정철. 교통사고 후 외상성 스트레스장애 후유증 환자에 대한 고찰 - SCL-90-R 중심으로 -. 대한침구학회지. 2007;24(6):63-8.
7. 김선홍, 심윤섭. 교통사고로 인한 외상 후 스트레스장애 환자 1례. 동의신경정신과학회지. 2003;14(1):175-81.
8. 金永勳. 晴崗醫鑑. 5판. 서울:성보사. 2001:237, 242, 379.
9. 채정호, 이경욱, 박원명. Post-traumatic stress disorder의 약물치료. 진단과 치료. 2003;23:260-4.
10. 정문용, 민경호, 전용주, 김성수, 김완철, 전은미. 외상후 스트레스 장애 환자에서 Mirtazapine과 Sertraline의 치료효과 및 안정성. 신경정신의학. 2005;44(2):165-75.
11. 송정민, 채정호. 외상후 스트레스 장애의 경두개자기자극치료. 신경정신의학. 2005;44(2):158-64.
12. 王琦, 李炳文, 邱德文, 王慶其, 彭荣琛. 黃帝內經素問今釋. 서울:성보사. 1983:189.
13. 葉天士. 臨証指南醫案. 서울:정담. 1998:632.
14. 郭靄春. 中醫名言大辭典. 서울:일중사. 1992:433, 1029.
15. 許浚. 東醫寶鑑. 경남:동의보감출판사. 2005:92, 96.