동의신경정신과학회지 제22권 제4호(2011년 12월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2011;22(4):111-124

溫膽湯加味 투여 후 수면의 질이 개선된 환자 치험 3례

박대명, 이상룡, 정인철

대전대학교 한의과대학 신경정신과학교실

A Case Series of Insomnia Patients Treated with *Ondam-tanggami*(*Wendan-tangjiawei*)

Dae-Myung Park, Sang-Ryong Lee, In-Chul Jung

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dae-Jeon University

Abstract

Objectives :
This case series was conducted to report the efficacy of *Ondam-tanggami* for insomnia.

Methods :
Insomnia patients with more than 15 points on Insomnia Severity Index scale were assessed using SCL-90-R, STAI, STAXI, BDI. Being treated with *Ondam-tanggami* after 2 weeks, ISI, STAI, STAXI, BDI were re-measured to determine the progress of insomnia. It is measured that total sleep time, number of awaking times during sleep, satisfaction of sleep daily.

Results :
After treatment, quality of sleep has improved and ISI, STAI, STAXI, BDI score have decreased.

Conclusions :
According to the study, treatment with *Ondam-tanggami* for insomnia has shown positive results. Further use of *Ondam-tanggami* is much anticipated for future treatment of insomnia cases.

Key Words :
Insomnia, *Ondam-tanggami*(*Wendan-tangjiawei*), Insomnia Severity Index

투고 : 2011. 10. 21. 수정 : 2011. 11. 10. 채택 : 2011. 11. 23.
교신저자 : 정인철, 대전시 동구 용운동 96-3번지 대전대학교 한의과대학
Tel) 042-470-9129, Fax) 042-470-9006, E-mail) npjeong@dju.ac.kr

Ⅰ. 서 론

불면증은 뚜렷한 신체적, 정신과적 원인 없이 잠을 자지 못하거나 잠을 유지하지 못하는 것으로 가장 흔한 수면장애이며, 성인의 1년 유병률이 30~45%로 알려져 있을 만큼 매우 흔한 질환이다[1]. 단기불면증(3주까지 지속), 만성불면증(3주 이상 지속)으로 분류한다[2].

한의학에서는 불면증이 心, 脾 ,肝, 膽, 腎과 밀접한 관계가 있다고 보고 병리에 대하여 思結不睡, 榮血不足, 陰虛內熱, 心膽虛怯, 痰涎鬱結, 胃中不和로 설명하였다[3].

지금까지 한의학계의 불면증 치료에 대한 임상연구를 살펴보면 불면을 주소로 입원한 환자의 간이정신진단검사(SCL-90-R)의 진단별 특성에 대한 연구[4], 수면장애와 동반된 임상증상에 따른 심박변이도와 수면 관련 설문간의 상관성 연구[5], 불면환자의 수면의 질 척도, 우울 척도와 한방진단시스템과의 연관성에 대한 연구[6], 수면의 질 척도, 한방진단시스템 病機와의 연관성에 대한 연구[7] 등 불면 환자의 특성과 수면 관련 설문, 한방진단시스템에 관한 연구가 있었고 불면증에 대한 침구치료의 접근 방법론 연구[8], 불면증에 대한 전침치료 동향[9], 불면증 40례를 대상으로 한 신맥혈, 조해혈의 효과[10] 등 침치료 연구가 있었으며 귀비탕, 온담탕에 대한 임상보고[11], 산조인탕의 효능을 평가한 연구[12]와 신경정신과 약물을 복용해 온 우울증 환자의 불면증에 삼황사심탕을 병행 투여하여 호전된 치험례[13] 등 한약 치료에 대한 보고가 있었다.

본 증례에서는 痰熱이 內擾하여 虛煩不眠, 驚悸不寧 등을 치료하는 溫膽湯[14]을 기본방으로 향부자, 인삼, 시호, 맥문동, 길경을 가미하여 心膽虛怯, 觸事易驚, 夢寐不安등을 치료하는 『東醫寶鑑』[15]의 加味溫膽湯에 虛煩不眠, 驚悸多夢 등을 치료하는 산조인[16]을 가미하여 불면을 호소하는 환자에 투여하여 양호한 효과를 거두었기에 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 2011.O월부터 2011.O월까지 OO한방병원에 불면을 호소하여 입원치료 받은 환자 중 중등도 불면의 기준인 Insomnia Severity Index상 15점 이상인 환자 3명을 대상으로 하였다.

2. 연구방법

불면을 호소하는 환자 중 ISI 점수가 15점 이상인 환자를 대상으로 입원 시 ISI 및 SCL-90-R, STAI, STAXI, BDI를 시행하고 2주 후 ISI, STAI, STAXI, BDI를 다시 시행하여 비교하였고 총 수면시간, 수면 중 각성 횟수, 수면의 만족도를 입원 시부터 퇴원 시까지 매일 아침 완전 기상 시 한의사와의 면담으로 자세히 기록한 후 치료시작 후 1주일간의 총 수면시간, 수면 중 각성 횟수와 1~2주 사이의 총 수면시간, 수면 중 각성 횟수의 평균을 비교하였다.

약물치료는 『東醫寶鑑』[15]의 加味溫膽湯에 산조인 8g을 가미한 溫膽湯加味를 사용하였고 일 3회 회당 1첩 탕약 투약, 일 2회 침 치료를 실시하였다. 본 증례에 사용한 溫膽湯加味(*Ondam-tanggami*, *Wendan-tangjiawei*)의 처방구성은 『東醫寶鑑』[15]을 기준으로 하였고, 사용한 약제는 대전대학교 부속 한방병원의 약재를 사용하였다. 처방 1첩의 내용과 용량은 다음과 같다(Table Ⅰ).

Table Ⅰ. Prescription of Ondam-tanggami,(*Wendan-tangjiawei*)

Herb	Scientific Name	Dose(g)
香附子	*Cyperus rotundus L*	10
陳皮	*Citrus unshiu Markovich*	6
半夏	*Pinelliae ternata Breitenbach*	4
枳實	*Poncirus trifoliata Rafin*	4
竹茹	*Phyllostachys nigra var. henonis*	4
人參	*Panax ginseng C. A. Mey*	4
白茯苓	*Poria cocos Wolf*	4
柴胡	*Bupleurum falcatum Linne*	4
麥門冬	*Liriope platyphylla Wang et Tang*	4
桔梗	*Platycodon grandiflorum*	3
甘草	*Glycyrrhiza uralensis Fisch.*	2
生薑	*Zingiber officinale Rosc*	12
大棗	*Zizyphus jujuba var. inermis Rehder*	8
酸棗仁	*Zizyphus jujuba Mill*	8
	Total amount	77

Ⅲ. 증 례

1. 증례 1

1) 성명

김OO(여).

2) 주소증

不眠, 眩暈, 無氣力.

3) 최종진단

F510 비기질성 불면증.

4) 설진, 맥진

白苔, 弦滑.

5) 검사 소견

(1) 생화학부 : Total protein 6.2↓, r-GTP 65↑, Triglyceride 271↑ 외 정상 범위.

(2) 혈액학 : RBC 3.93↓ 외 정상 범위.

(3) 소변 검사 : 정상 범위.

(4) EKG : 정상.

6) 입원 기간

20일.

7) 과거력

1997년 좌측 난소절제술, 2010년 식도염, 게실염 진단 하 치료. 불면, 불안으로 2009년부터 간헐적으로 신경안정제, 수면제 복용.

8) 가족력

별무.

9) 현병력

현 40세 여자환자로 평소 성격 원만하시고 평소 다소 음주, 별무 흡연, 별무 기호식 해오심 상기환자 상기 주소증 발하여 간헐적으로 양약 처치 받으시다 불면, 무기력, 현훈 심화되어 보다 적극적 한방 치료 위해 본원 외래 경유하여 입원하심.

10) 사회력

(1) 키 / 몸무게 : 160 cm / 62 kg.

(2) 직업 : 요식업.

11) 초기 평가

(1) SCL-90-R(T score) : 신체화 척도 65, 강박증 척도 65, 대인예민성 척도 46, 우울 척도 61, 불안 척도 69, 적대감 척도 45, 공포불안 척도 78, 편집증 척도 45, 정신증 척도 53, 전체심도지수 62, 표출증상심도지수 63, 표출증상합계 58.

(2) STAI : 상태 불안 73, 특성 불안 69.

(3) STAXI : 상태 분노 14, 특성 분노 19, 분노 조절 25, 분노 표출 16, 분노 억제 14.

(4) BDI : 33.
(5) ISI : 24

12) 치료 내용
(1) 침 치료 : 동방침구제작의 0.25mm×30mm의 호침을 사용하여 舍岩針法의 心正格의 침자리인 大敦, 少衝, 陰谷, 少海를 배혈하여 1일 2회 시술하고 20분간 유침하였다.
(2) 약물 치료 : 입원시부터 퇴원시까지 1일 3회 溫膽湯加味를 투약하였다.
(3) 양약 복용 : 별무.

상기치료 외에 여타 심리치료 등은 시행하지 않았다.

2. 증례 2

1) 성명
안OO(여).

2) 주소증
不眠, 不安, 頭痛, 眩暈.

3) 최종진단
F329 우울병, F510 비기질성 불면증.

4) 설진, 맥진
微白, 沈弦.

5) 검사 소견
(1) 생화학부 : Total protein 6.3↓, Triglyceride 222↑ 외 정상 범위.
(2) 혈액학 : RBC 3.65↓, Hemoglobin 11.1↓, Hematocrit 33.5↓ 외 정상 범위.
(3) 소변 검사 : Leukocyte +++, WBC Many (20-30) 외 정상 범위.
(4) EKG : 정상.

6) 입원 기간
16일.

7) 과거력
1996년 충수절제술, 2003년 대장 물혹으로 수술, 2007년 우측 무릎 인공관절 수술. 2006년 우울증진단 하 항우울제, 신경안정제 복용 중.

8) 가족력
별무.

9) 현병력
현 63세 여자환자로 평소 성격 예민하시고 평소 별무 음주, 별무 흡연, 별무 기호식 해오심. 상기환자 상기 주소증 심화되어 보다 적극적 한방 치료 위해 본원 외래 경유하여 입원하심.

10) 사회력
(1) 키 / 몸무게 : 158 cm / 63.5 kg.
(2) 직업 : 전업 주부.

11) 초기 평가
(1) SCL-90-R(T score) : 신체화 척도 87, 강박증 척도 89, 대인예민성 척도 77, 우울 척도 90, 불안 척도 87, 적대감 척도 66, 공포불안 척도 88, 편집증 척도 70, 정신증 척도 74, 전체심도지수 89, 표출증상심도지수 108, 표출증상합계 56.
(2) STAI : 상태 불안 70, 특성 불안 68.
(3) STAXI : 상태 분노 15, 특성 분노 32, 분노 조절 14, 분노 표출 24, 분노 억제 23.
(4) BDI : 43.
(5) ISI : 18

12) 치료 내용

(1) 침 치료 : 동방침구제작의 0.25mm×30mm의 호침을 사용하여 舍岩針法의 心正格의 침자리인 大敦, 少衝, 陰谷, 少海를 배혈하여 1일 2회 시술하고 20분간 유침하였다.

(2) 약물 치료 : 입원시부터 퇴원시까지 1일 3회 溫膽湯加味를 투약하였다.

(3) 양약 복용 : 시메티딘정(아침1T, 저녁1T), 대원디아제팜정5밀리그램(아침1T, 저녁1T), 에나폰정10밀리그람(저녁 0.5T), 달마돔정(저녁 0.5T). 입원기간동안 양약 지속적으로 복용.

상기치료 외에 여타 심리치료 등은 시행하지 않았다.

3. 증례 3

1) 성명

정OO(여).

2) 주소증

不眠, 食慾低下, 惡心.

3) 최종진단

F329 우울병, F510 비기질성 불면증.

4) 설진, 맥진

淡紅, 沈弦.

5) 검사 소견

(1) 생화학부 : Total protein 6.4↓ 외 정상 범위.

(2) 혈액학 : WBC 3.98↓, RBC 3.59↓, Hemoglobin 11.5↓, Hematocrit 34.8↓ 외 정상 범위.

(3) 소변 검사 : 정상 범위.

(4) EKG : 정상.

6) 입원 기간

15일.

7) 과거력

1980년 자궁적출술, 2000년 고혈압, 고지혈증인지 하 약물 복용 중. 2006년경 갑상선기능 저하 인지 하 약물 복용 중. 2008년 우울증 진단하 항우울제, 신경안정제 복용.

8) 가족력

별무.

9) 현병력

현 75세 여자환자로 평소 성격 예민하시고 평소 별무 음주, 별무 흡연, 별무 기호식 해오심. 상기환자 상기 주소증으로 양약 3년간 복용하여 오다가 증상 심화되어 양약 중단 하시고 보다 적극적 한방 치료 위해 본원 외래 경유하여 입원하심.

10) 사회력

(1) 키 / 몸무게 : 158 cm / 60 kg.

(2) 직업 : 전업 주부.

11) 초기 평가

(1) SCL-90-R(T score) : 신체화 척도 51, 강박증 척도 35, 대인예민성 척도 41, 우울 척도 47, 불안 척도 37, 적대감 척도 38, 공포불안 척도 40, 편집증 척도 38, 정신증 척도 43, 전체심도지수 42, 표출증상심도지수 81, 표출증상합계 32.

(2) STAI : 상태 불안 42, 특성 불안 38.

(3) STAXI : 상태 분노 10 특성 분노 15, 분노 조절 30, 분노 표출 8, 분노 억제 12.

(4) BDI : 12.

(5) ISI : 23

12) 치료 내용

(1) 침 치료 : 동방침구제작의 0.25mm×30mm의 호침을 사용하여 舍岩針法의 心正格의 침자리인 大敦, 少衝, 陰谷, 少海를 배혈하여 1일 2회 시술하고 20분간 유침하였다.

(2) 약물 치료 : 입원시부터 퇴원시까지 1일 3회 溫膽湯加味를 투약하였다.

(3) 양약 복용 : 심바스타틴정(저녁 1T), 라니빅정75밀리그람(저녁 1T), 디로핀지속정(아침 1T), 씬지로이드정0.1밀리그램(아침 1T), 페리날정(아침 1T), 아스트릭스캡슐100밀리그람(아침 1T), 다이크로짇정(아침 0.5T). 이상 약물은 입원기간동안 복용. 이전에 복용하던 신경안정제, 항우울제는 중단하고 입원치료 시작.

상기치료 외에 여타 심리치료 등은 시행하지 않았다.

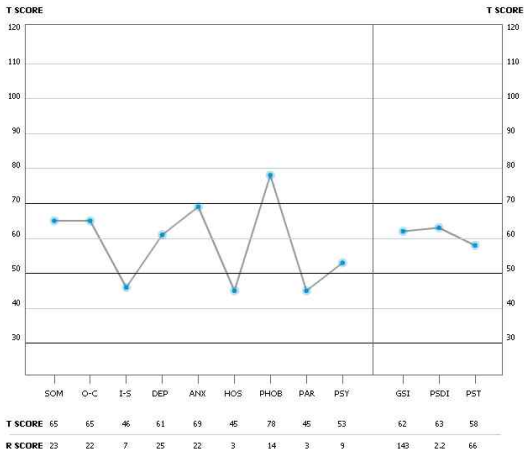


Fig. 1. SCL-90-R T-Score of Case 1.

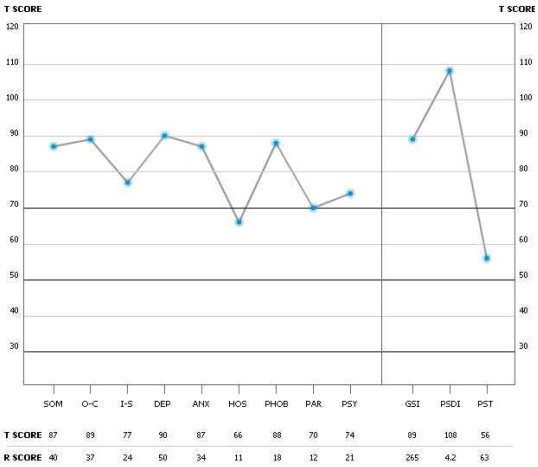


Fig. 2. SCL-90-R T-Score of Case 2.

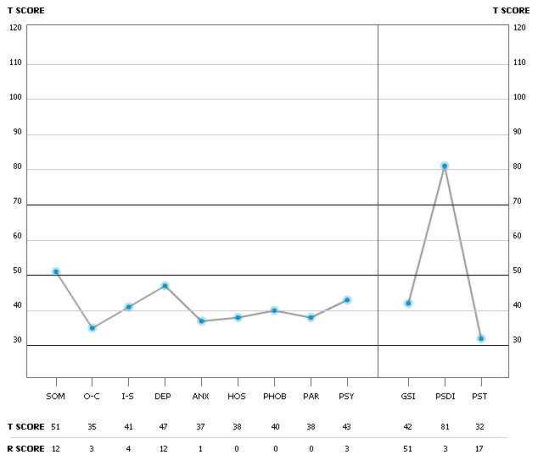


Fig. 3. SCL-90-R T-Score of Case 3.

Ⅳ. 결 과

1. 치료 효과 평가

1) 증례 1

상태 불안은 73점에서 53점으로, 특성 불안은 69점에서 65점으로 호전을 보였다. 우울은 33점에서 28점으로, 상태 분노는 14점에서 14점으로, 특성 분노는 19점에서 18점으로, 분노조절은 25점에서 22점으로, 분노표출은 16점에서 14점으

로, 분노억제는 14점에서 12점으로 큰 변화는 없었다. 불면은 24점에서 15점으로 호전을 보였다. 총 수면시간은 4시간 20분에서 5시간으로 늘었고, 수면 중 각성 횟수는 2.7회에서 1.6회로 줄었다.

2) 증례 2

우울은 43점에서 19점으로 큰 호전을 보였고, 상태 불안은 70점에서 46점으로, 특성 불안은 68점에서 53점으로 호전을 보였으며 상태 분노는 15점에서 13점으로, 특성 분노는 32점에서 21점으로, 분노조절은 14점에서 18점으로, 분노표출은 24점에서 15점으로, 분노억제는 23점에서 21점으로 특성 분노에서 호전을 보였다. 불면은 18점에서 4점으로 호전을 보였다. 총 수면시간은 6시간 10분에서 6시간 40분으로 늘었고 수면 중 각성 횟수는 3.6회에서 1.7회로 줄었다.

3) 증례 3

우울은 12점에서 11점으로 비슷하였고 상태 불안은 42점에서 28점으로, 특성 불안은 38점에서 27점으로 호전을 보였고, 상태 분노는 10점에서 10점으로, 특성 분노는 15점에서 10점으로, 분노조절은 30점에서 20점으로, 분노표출은 8점에서 8점으로, 분노억제는 12점에서 9점으로 호전을 보였다. 불면은 23점에서 12점으로 호전을 보였다. 총 수면시간은 5시간 40분에서 6시간으로 늘었고 수면 중 각성 횟수는 3.1회에서 2.1회로 줄었다.

Table II. Pre- and Post Treatment Scores of Cases

		Before Treatment	After 2 wks
Case 1	STAI - S	73	53
	STAI - T	69	65
	STAXI - S	14	14
	STAXI - T	19	18
	STAXI - Expression Control	25	22
	STAXI - Expression Out	16	14
	STAXI - Expression In	14	12
	BDI	33	28
	ISI	24	15
Case 2	STAI - S	70	46
	STAI - T	68	53
	STAXI - S	15	13
	STAXI - T	32	21
	STAXI - Expression Control	14	18
	STAXI - Expression Out	24	15
	STAXI - Expression In	23	21
	BDI	43	19
	ISI	18	4
Case 3	STAI - S	42	28
	STAI - T	38	27
	STAXI - S	10	10
	STAXI - T	15	10
	STAXI - Expression Control	30	20
	STAXI - Expression Out	8	8
	STAXI - Expression In	12	9
	BDI	12	11
	ISI	23	12

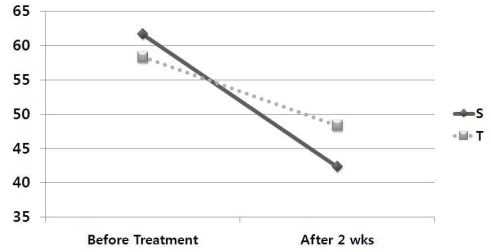


Fig. 4. Comparison of Average STAI Score.
S : State anxiety
T : Trait anxiety

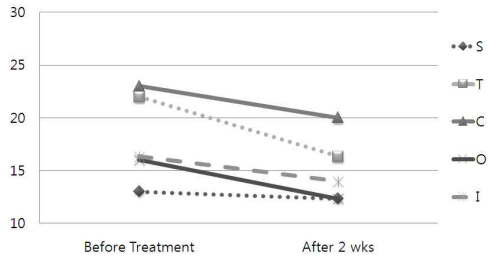


Fig. 5. Comparison of Average STAXI Score.
S : State anger
T : Trait anger
C : Anger expression control
O : Anger expression out
I : Anger expression in

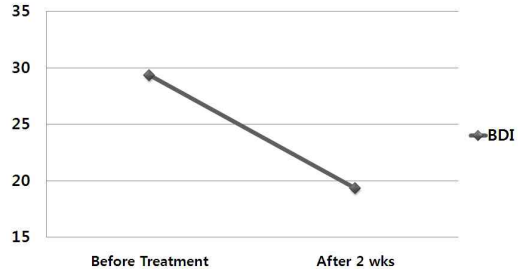


Fig. 6. Comparison of Average BDI Score.

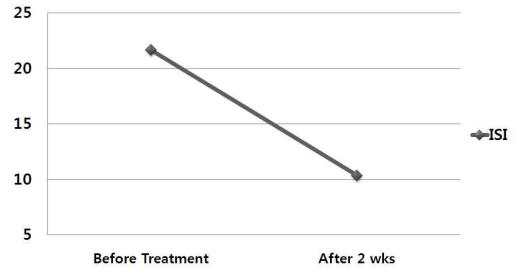


Fig. 7. Comparison of Average ISI Score.
ISI : Insomnia severity index

Table III. Total Sleep Time, Number of Awaking Times during Sleep, Satisfaction of Sleep of Cases

	Period of Treatment	Total Sleep Time	Number of Awaking Times during Sleep	Satisfaction of Sleep
Case 1	1day	4hours	3	dissatisfaction
	2day	3hours	3	dissatisfaction
	3day	3hours	3	dissatisfaction
	4day	4hours	1	moderate
	5day	5hours 30minutes	5	dissatisfaction
	6day	7hours	1	satisfaction
	7day	4hours	3	dissatisfaction
	8day	6hours	2	moderate
	9day	4hours	1	moderate
	10day	5hours 30minutes	1	satisfaction
	11day	3hours	2	dissatisfaction
	12day	6hours 30minutes	1	satisfaction
	13day	6hours	1	satisfaction
	14day	4hours	3	dissatisfaction
	15day	5hours 30minutes	1	satisfaction
	16day	7hours	1	satisfaction
	17day	7hours 30minutes	3	moderate
	18day	6hours	1	satisfaction
	19day	7hours	0	satisfaction

Case 2	1day	5hours 30minutes	3	dissatisfaction
	2day	3hours	3	dissatisfaction
	3day	7hours	5	dissatisfaction
	4day	6hours	6	dissatisfaction
	5day	6hours 30minutes	4	dissatisfaction
	6day	8hours	2	satisfaction
	7day	7hours 30minutes	2	satisfaction
	8day	8hours	4	dissatisfaction
	9day	6hours	1	moderate
	10day	7hours	2	satisfaction
	11day	7hours	1	satisfaction
	12day	6hours	2	moderate
	13day	6hours	0	satisfaction
	14day	7hours	2	satisfaction
	15day	7hours 30minutes	1	satisfaction
Case 3	1day	6hours	4	dissatisfaction
	2day	6hours	5	dissatisfaction
	3day	5hours	4	dissatisfaction
	4day	7hours 30minutes	5	dissatisfaction
	5day	2hours 30minutes	1	dissatisfaction
	6day	6hours	2	moderate
	7day	7hours	1	satisfaction
	8day	8hours	3	moderate
	9day	5hours	2	moderate
	10day	6hours 30minutes	1	satisfaction
	11day	6hours	4	dissatisfaction
	12day	6hours	3	moderate
	13day	7hours	1	satisfaction
	14day	3hours 30minutes	1	dissatisfaction

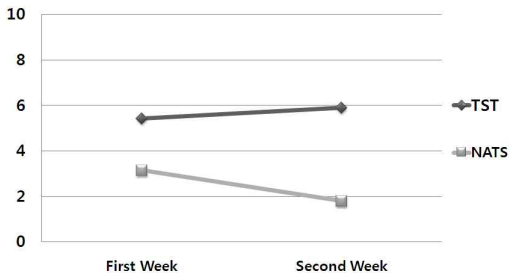


Fig. 8. Comparison of Average TST and NATS.
TST : Total sleep time(hr)
NATS : Number of awaking times during sleep

Table Ⅳ. Mean, Standard Deviation

	Before Treatment (Mean)	After 2 wks (Mean)	Mean Differences	Standard Deviation
STAI - S	61.67	42.33	19.33	5.03
STAI - T	58.33	48.33	10.00	5.57
STAXI - S	13.00	12.33	0.67	1.15
STAXI - T	22.00	16.33	5.67	5.03
STAXI - Expression Control	23.00	20.00	3.00	7.00
STAXI - Expression Out	16.00	12.33	3.67	4.73
STAXI - Expression In	16.33	14.00	2.33	0.58
BDI	29.33	19.33	10.00	12.29
ISI	21.67	10.33	11.33	2.52
Total Sleep Time	5.39	5.89	-0.50	0.17
Number of Awaking Times during Sleep	3.13	1.80	1.33	0.49

V. 고찰 및 결론

불면은 잠들기 힘들거나 깊이 잠들지 못하고 자주 깨어나는 증상으로 성인의 1년 유병률이 30~45%로 알려져 있는[1] 신경정신과 다빈도 질환으로 2009년 발표한 국민건강보험공단의 조사 결과에 따르면 수면장애 질환으로 진료 받은 환자 수는 2001년 5만1000명에서 2008년 22만8000명으로 8년 동안 약 4.5배 증가하였다[17].

한의학 고전에는 失眠, 不寐, 少寐, 無眠, 少睡, 不得臥, 不得眠으로 기록되어 있으며, 입면곤란, 수면 중의 반복되는 각성상태, 새벽에 일찍 깨는 것, 잠에서 깨어 다시 잠들기 힘든 것 역시 모두 불면의 범주에 포함 된다[3]. 不眠에 대하여 『靈樞 大惑論』[18]에서는 '衛氣不得入于陰 常留于陽 …… 故目不瞑矣'라 하여 기본적인 병인을 陽盛陰虛라고 보았고, 『素問 逆調論』[19]에서는 '逆氣不得臥而息有音者 …… 故不得臥也'라하여 胃不和를 병기로 보았다. 『靈樞 邪客篇』[18]에서는 '補其不足瀉其有餘 …… 陰陽已通 其臥立至'라고 불면의 치료에 대해 언급하였다. 漢代 張仲景은 『金匱要略』[20]에서 '虛勞 虛煩不得眠 酸棗仁湯主之", 『傷寒論』[21]에서 "心中煩 不得臥 黃連阿膠湯主之'라 하여 치방을 제시하였다.

현재 불면증에 서양의학에서 처방되는 벤조디아제핀 등의 약물은 부작용으로 약물의 잔재 효과에 의한 주간의 졸음, 약효의 조기 감소에 의한 조조각성, 반동불면증, 반동불안증, 기억력장애와 같은 인지장애, 정신운동성 부조화로 인한 낙상이나 골절, 호흡억제, 내성과 의존의 위험성 등이 문제점으로 지적되고 있고 수면효율은 증진시키더라도 깊은 수면을 유도하지 못하여 개운한 회복감을 느끼지 못하는 경우가 많다. 비벤조디아제핀 계열약물은 약물 후유증이 벤조디아제핀 계열약물보다 적어 다음날 졸린 것이 조금 덜하나 약 효과가 오래 가지 않고 벤조디아제핀 계열 약물과 마찬가지로 기억력에 영향을 줄 수 있는 점이 문제점으로 지적된다[22].

본 증례의 치료약물의 기본방인 加味溫膽湯은 임상현장에서 불면, 불안, 우울 등에 다용하고 있는 처방이고 溫膽湯加味는 본원에서 특히 불면증에 처방하여 양호한 효과를 경험한 처방이다. 본 처방의 기본방인 온담탕은 唐代 『千金要方』[23]에 처음으로 수록되었으며 반하, 진피, 복령, 감초로 구성된 二陳湯에 行氣消積하는 지실, 淸熱化痰하는 죽여를 가미한 처방으로 心膽虛怯으로 인해 痰熱이 上擾하여 발생하는 觸事易驚, 夢寐不祥, 虛煩不得睡 등의 증상에 사용된다[15]. 加味溫膽湯은 온담탕에 향부자, 인삼, 시호, 맥문동, 길경을 가미한 처방으로 '治心膽虛怯, 觸事易驚, 涎與氣搏, 變生諸症'[15]하여 心膽虛怯으로 인한 여러 가지 증상에 활용되어 온 처방이다. 설진상 正, 微白 또는 白膩하고 맥진상 弦細滑數한 경우에 응용하며 驚恐不安, 失眠多夢 등 精神情志의 증후가 나타나고 痰에 의한 증후가 나타나며 惡心, 嘔吐 등 胃失和降이 나타나는 것을 기준으로 응용한다[3]. 이전의 연구에서[24-25] 항 stress 효과가 입증되어 불면증의 치료에도 일정한 효과가 있을 것으로 사료되었다. 이 처방에 虛煩不眠, 驚悸多夢, 體虛多汗, 津傷口渴을 치료하고 補肝, 寧心, 斂汗, 生津의 효능[16]이 있는 산조인 8g을 가미하여 불면을 호소하는 본 증례의 환자들에게 투여하였다.

Insomnia Severity Index는 Morin이 개발한 주관적 불면증 척도[26]로 2002년 대한수면연구회에서 번안한 것을 이용하였으며, 8점 이상은 불면증으로 간주된다. 총점의 해석은 0~7점 까지는 No clinically significant insomnia, 8~14점 까지는 Subthreshold insomnia, 15~21점 까지는

Clinical insomnia(Moderate severity), 22~28점까지는 Clinical insomnia(severe)로 해석한다.

상태-특성 불안척도(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)는 불안을 측정하는 도구로 특성 불안은 비교적 안정된 불안 성향이고 상태 불안은 흥분 유발에 의한 긴장, 우려, 초조 및 걱정의 주관적 상태이다[27].

Beck 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI)는 우울증상의 유무 및 증상의 심각성 정도를 평가하기 위한 목적으로 제작된 척도로 점수가 높을수록 우울정도가 심함을 나타낸다[28].

상태-특성 분노표현척도(State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI)는 상태 분노, 특성 분노를 각각 측정하고 분노조절, 분노표출, 분노억제를 측정하여 분노의 정도 및 표현 방법을 측정하는 도구이다[29].

간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision, SCL-90-R)는 정신과적 질환의 평가 척도의 방법으로 널리 쓰이는 자기보고식다차원증상목록 검사로서 전문적인 도움을 필요로 하는 사람을 가려주는 도구이다[30]. 김 등은 이전의 연구[4]에서 불면증 환자는 불안척도의 유의미한 차이가 있고 신체화척도, 강박척도, 우울척도, 적대감척도 등의 전반적인 상승이 관찰되었다고 보고하였다.

본 증례는 공통적으로 불면을 호소하고 ISI 점수가 15점 이상인 3인의 불면 환자를 치료함에 SCL-90-R을 통하여 개별적인 환자의 증상적 특성을 파악하고, 불면을 호소하는 환자의 불안, 우울, 분노를 STAI, BDI, STAXI를 통하여 파악하였으며 溫膽湯加味를 투여하여 불면 및 우울, 불안, 분노의 호전을 평가하여 유의한 결과를 얻었다.

증례 1의 환자는 40세의 여자환자로 이전에 불안 및 불면을 호소하여 양방 신경정신과에서 신경안정제, 수면제를 처방받아 2~4주씩 복용했던 적이 있었고, 내원 시 총 수면시간이 적고 빨리 깨며 한번 깨면 다시 잠들기 어려움 호소하였다. 불안을 심하게 호소하지는 않았지만 이전에도 불안증으로 양방 치료를 받은 과거력이 있었으며 STAI 검사상 상태 불안 73점, 특성 불안 69점, SCL-90-R 검사상 불안 척도 69, 공포불안 척도 78로 불안 경향이 있음이 발견되었다. 이전에 양방 수면제 복용 후 중단하였을 때 증상의 심해짐을 경험하고 양방치료에 거부감을 느끼고 있었다. 불면증으로 최종 진단을 하였고 설진상 白苔가 있는 것과 맥진상 弦滑한 점, 불면을 호소하고 평소 소화불량을 자주 느끼는 점 등이 加味溫膽湯의 응용기준에 합당하다 사료되어 입원 시부터 加味溫膽湯에 산조인을 加한 溫膽湯加味를 투여하였다. 또한 舍岩鍼法의 心正格을 자침하였으며 입원기간인 20일간 치료는 일정하게 시행되었다.

증례 2의 환자는 63세의 여자환자로 2006년경부터 우울증을 진단 받고 신경안정제, 항우울제를 지속적으로 복용하던 중이었으며 본원에서 주로 호소하였던 증상은 수면을 유지하지 못하고 자주 깨며 깰 때 두통이 심함이었다. 우울증으로 진단을 받았으나 현재의 불면이 우울증의 경과 중에 있는 것이 아닌 것으로 사료되어 불면증 또한 진단 할 수 있을 것으로 판단되었다. 양약의 감량 및 중단에 공포감을 갖고 있는 환자였기에 입원치료 시에도 복용하던 양약은 중단하지 않았다. 설진상 微白한 것과 맥진상 沈弦한 점, 불면, 불안 등 精神情志 증상을 호소하는 점 등이 加味溫膽湯의 응용기준에 합당하다 사료되어 입원 시부터 加味溫膽湯에 산조인을 加한 溫膽湯加味를 투여하였다. 또한 舍岩鍼法의 心正格을 자침하였으며 입원기간인 16일간 치료는 일정하게 시행되었다.

증례 3의 환자는 75세의 여자환자로 2008년경부터 항우울제를 복용하였고 본원 내원 전 불면,

식욕저하 심해지자 양방병원을 바꾸었으나 별무호전 보여 단독으로 한방치료 원하여 양약을 중단하고 본원 내원하였다. 주로 수면을 유지하지 못하고 자주 깨는 것과 심한 식욕저하, 오심을 호소하였다. 증례 3의 환자 또한 증례 2의 환자와 마찬가지로 우울증을 진단받았으나 현재의 불면이 우울증의 경과중에 있는 것이 아니라 사료되어 불면증 또한 진단할 수 있을 것으로 판단되었다. 신경안정제, 항우울제는 입원치료 시에도 복용하지 않았다. 증례 3 환자의 경우 설진상 淡紅으로 正의 소견을 보인 것과 맥진상 沈弦한 점, 惡心 등 胃失和降의 증후가 있는 점 등이 加味溫膽湯의 응용기준에 합당하다 사료되어 입원 시부터 加味溫膽湯에 산조인을 加한 溫膽湯加味를 투여하였다. 또한 舍岩鍼法의 心正格을 자침하였으며 입원기간인 16일간 치료는 일정하게 시행되었다.

SCL-90-R T-score의 초기 평가를 살펴보면 증례 1 환자의 경우 공포불안척도가 70점 이상이었고 증례 2 환자의 경우 적대감 척도와 표출증상합계를 제외한 모든 척도가 70점 이상이었으며 증례 3 환자의 경우 표출증상심도지수만이 70점 이상으로 공통점을 발견하지는 못하였다.

3인의 치료 전 후 STAI, BDI, STAXI, ISI의 평균점수를 비교해보면 STAI 중 상태 불안은 61.67점에서 42.33점으로 호전을 보였고 특성 불안은 58.33점에서 48.33점으로 호전을 보였다. BDI는 29.33점에서 19.33점으로 호전을 보였다. STAXI 중 상태 분노는 13점에서 12.33점으로, 특성 분노는 22점에서 16.33점으로, 분노 조절은 23점에서 20점으로, 분노 표출은 16점에서 12.33점으로, 분노 억제는 16.33점에서 14점으로 큰 호전을 보이지는 않았다. ISI는 21.67점에서 10.33점으로 호전을 보였다. 총 수면시간, 수면 중 각성 횟수, 수면의 만족도를 살펴보면 3인의 평균 총 수면시간은 5시간 25분에서 5시간 55분으로 증가되었고 수면 중 각성 횟수는 3.13회에서 1.8회로 감소하였다.

증례 1 환자의 경우 내원 시 총 수면시간의 부족과 함께 수면 유지의 어려움, 현훈 무기력을 호소하였고 치료를 받으며 현훈은 소실되었고 총 수면시간이 늘었고, 수면 중 각성 횟수가 줄었으며 만족도 또한 치료 첫 1주일간 만족 1회, 중간 1회, 불만족 5회에서 치료 1~2주일간 만족 3회, 중간 2회, 불만족 2회로 변화하였다. 수면은 치료 6 일째 처음 충분히 잤다라고 표현하였으며 치료 1~2주 사이에 총 수면시간이 적은 날도 수면 중 깬 횟수가 적어 이전보다 편하다는 표현을 하였다. 무기력, 현훈은 치료 5 일째부터 점차 호전되어 12일경 眩暈은 소실되었다.

증례 2 환자의 경우 내원 시 수면유지의 어려움과 수면 중 깼을 때 두통을 호소하였고 치료를 받으며 두통은 소실되었고 총 수면시간이 늘었고 수면 중 각성 횟수가 줄었으며 만족도 또한 치료 첫 1주일간 만족 2회, 중간 0회, 불만족 5회에서 치료 1~2주일간 만족 4회, 중간 2회, 불만족 1회로 변화하였다. 수면은 치료 6, 7 일째에 치료의 효과가 있는 것 같다라고 표현하였으며 13 일째부터 앞으로도 잘 잘 수 있을 것 같다라고 표현하였다. 두통은 치료 5 일째까지 지속적으로 수면 중 깰 때의 두통을 호소하였고 6, 7 일째 두통이 심하지 않다 하였으며 9 일째부터 미약한 두통만 있었고 13일부터 두통이 거의 없다 표현하였다.

증례 3 환자의 경우 내원 시 수면 유지의 어려움과 오심, 식욕저하를 호소하였고 치료를 받으며 오심은 소실되었고 총 수면시간이 늘었고 수면 중 각성 횟수가 줄었으며 수면의 만족도 또한 치료 첫 1주일간 만족 1회, 중간 1회, 불만족 5회에서 치료 1~2주일간 만족 2회, 중간 3회,

불만족 2회로 변화하였다. 수면은 치료 7 일째에 잘 잤다라고 표현하였고 10 일째까진 어느 정도 잔 것 같다라고 표현하다가 11 일째, 14 일째 수면이 다시 만족스럽지 않지만 입원 전처럼 심한 정도는 아니라고 표현하였다. 오심의 경우 치료 2 일째부터 줄어들어 5 일째에는 거의 없어졌다고 표현하였다. 식욕저하는 치료기간 중 식사량은 치료 1주일까지 점차 늘어 퇴원시까지 유지되었으나 퇴원시까지도 식욕이 생긴다고는 표현하지 않았다.

불면의 경우 세 경우 모두 중등도 불면을 나타내는 ISI 점수 15점 이상이었고 치료 전 평균 21.67점에서 치료 후 평균 10.33으로 호전을 보였고 수면시간이 모두 늘어났으며 수면중 깬 횟수가 모두 줄어들어 불면증에 효과가 있다고 할 수 있겠다. 불안의 경우 불안을 주 호소로 한 경우는 증례 2의 환자 한명이었으나 증례 1 환자의 경우 이전에 불안증으로 치료를 받은 적이 있고 입원 시 실시한 SCL-90-R의 점수가 불안 척도 69, 공포불안 척도 78, STAI 점수가 상태 불안 73점, 특성 불안 69점으로 불안 경향이 있다고 볼 수 있으며 치료 전 평균 점수가 상태 불안 61.67점, 특성 불안 58.33점에서 치료 후 상태불안 42.33점, 특성 불안 48.33점으로 호전을 보여 불안에도 일정한 효과가 있다고 할 수 있겠다. 우울의 경우 증례 2, 3의 환자는 우울증을 진단 받고 치료를 받았으나 증례 2 환자의 경우 BDI 43점에서 19점으로 호전을 보였고 증례 3 환자의 경우 초기 값이 12점으로 낮았을 뿐만 아니라 치료 후에도 11점으로 변화가 없었다. 증례 1 환자의 경우 우울을 호소하지 않았으나 BDI가 치료 전 33점으로 높았다. 치료 후에도 28점으로 큰 변화가 없는 것으로 보아 세명의 평균 점수가 치료 전 29.33점에서 치료 후 19.33점으로 호전되었다 하더라도 본 증례보고에서 우울 치료에 있어서의 溫膽湯加味는 근거가 부족하다 사료된다.

본 증례보고는 불면을 호소하는 환자들에게 이미 임상적으로 불면, 불안, 우울에 다용하고 있고, 『東醫寶鑑』[15]에서 불안관련 증상인 驚悸를 치료하는 치방으로 제시된 加味溫膽湯에 不眠, 多夢 등을 치료하는 산조인을 가미한 溫膽湯加味를 투여하였을 때 전반적인 수면의 질을 개선시키는 효과가 크고 불안을 개선시키는데도 효과가 있음을 확인하였다는데 의의가 있다고 하겠다.

본 증례보고는 이미 신뢰도 및 타당도가 입증된 여러 도구를 통하여 환자들을 평가하였기에 일정한 객관성을 갖추었다고 볼 수 있겠다.

다만 환자들의 치료 기간이 2~3주 정도로 짧아 장기적인 효과를 관찰 할 수 없었다는 점, 총 수면시간, 수면 중 각성 횟수, 수면의 만족도를 측정함에 수면다원검사와같은 정확한 측정방법을 사용하지 못하고 한의사와의 면담을 통한 환자의 주관적인 표현에 근거하여 작성된 기록이라 점을 한계점으로 가지고 있다.

향후 불면에 溫膽湯加味와 일반적인 한약 치료, 양약치료와의 비교연구가 이루어질 필요성이 있으며 수면 시간 및 질을 평가하는 보다 객관적인 방법을 사용하여 연구가 이루어질 필요성이 있다고 사료된다.

참고문헌

1. 민성길. 최신정신의학. 서울:일조각. 2009:574.
2. Martin Teite, M.D., John Ruddy, M.D., Kim Nagel, M.D. 양창국 釋. 수면장애의 진단과 치료. 서울:하나의학사. 1997:73, 134-7, 140-1.
3. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학.경기도:집문당. 2007:242-6, 525,

639-40.
4. 김경옥, 심상민, 구병수. 긴장성 두통 및 불면을 주소로 입원한 환자의 간이정신진단검사(SCL-90R)의 진단별 특성. 동의신경정신과학회지. 2003;14(2):117-31.
5. 양동호, 오경민, 김보경. 수면장애와 동반된 임상증상에 따른 심박변이도와 수면 관련 설문간의 상관성 연구. 동의신경정신과학회지. 2008;19(3):143-69.
6. 오경민, 김보경. 불면환자의 수면의 질 척도, 우울 척도, 한방진단시스템과의 연관성 연구. 동의신경정신과학회지. 2009;20(3):89-119.
7. 이동화, 김보경. 불면환자의 수면의 질 척도와 한방진단시스템 병기(病機)와의 연관성 연구. 동의신경정신과학회지. 2010;21(1):89-108.
8. 김근우. 불면에 대한 침구치료의 접근 방법론 연구. 대한경락경혈학회지. 2004;21(3):147-58.
9. 성원영, 김락형. 불면에 대한 전침치료 동향(1994-2009년 중국 임상 논문 중심으로). 동의신경정신과학회지. 2009;20(4):91-101.
10. 오수진, 김숙경, 문익렬, 서원희. 불면증에 대한 신맥사(申脈瀉), 조해보(照海補) 시술 40례 임상고찰. 대한침구학회 임상논문집. 2003:80-9.
11. 김명진, 최병만, 이상룡. 불면증을 주소로 입원한 환자 33례에 대한 임상적 고찰. 동의신경정신과학회지. 2001;12(1):169-82.
12. 홍현우. 산조인탕의 불면치료에 대한 임상연구. 동의대학교대학원 한의학석사학위논문. 2004.
13. 석선희, 김주호, 김근우, 구병수. 신경정신과 약물을 복용해 온 우울증 환자의 불면증에 삼황사심탕을 병행 투여하여 호전된 1례. 동의신경정신과학회지. 2006;17(3):117-25.
14. 한의과대학 방제학교실. 방제학. 서울:영림사. 2003:531-3.
15. 허준 지음, 윤석희, 김형준 옮김. 대역 동의보감. 경남:동의보감출판사. 2005:93,155.
16. 전국한의과대학 본초학교실. 본초학. 서울:영림사. 1998:149-50, 354-5, 460-1, 531-3, 588-9.
17. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. 국민건강보험공단 보도자료. 2009.9.25.
18. 홍원식. 黃帝內經靈樞. 서울:전통문화연구회. 2010:449-57, 525-30.
19. 홍원식. 黃帝內經素問. 서울:전통문화연구회. 2007:204-8.
20. 이상철. 金匱要略疏. 서울:의성당. 2009:125.
21. 이상철. 傷寒論疏. 서울:의성당. 2008:314.
22. 대한정신약물학회 대표저자 이홍식. 임상신경정신약물학. 서울:엠엘커뮤니케이션. 2009:213.
23. 孫思邈. 千金要方. 서울:대성문화사. 1984:217.
24. 박정희. 加味溫膽湯이 stress로 유발된 白鼠의 위장관손상에 대한 예방 및 치료효능에 관한 연구. 대한한방내과학회지. 1999;20(2):361-91.
25. 김형철, 정대규. 귀비탕, 가미온담탕 및 귀비온담탕의 항stress 효능 비교연구. 동의신경정신과학회지. 1993;4(1):99-119.
26. Jacobs, G.D., Pace-Schott, E.F., Stickgold, R., Otto, M. W. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia. Arch Intern Med. 2004;164:1888-96.
27. 한덕웅, 이장호, 전겸구. Spielberger의 상태-특성 불안검사 Y형의 개발. 한국심리학회지: 건강. 1996;1(1):1-13.
28. 이민규. 한국판 Beck 우울척도의 표준화 연구 I:신뢰도 및 요인분석. 정신병리학. 1995;4(1):77-95.
29. 전겸구, 한덕웅, 이장호, Spielberger. 한국판 STAXI 척도 개발:분노와 혈압. 한국심리학회지:건강. 1997;2(1):60-78.
30. 김광일, 김재환. 간이정신진단검사 실시요강. 서울:중앙적성연구소. 1984:7-11.