CASE REPORT

pISSN 1226-6396, eISSN 2234-4942
J of Oriental Neuropsychiatry 2025;36(3):201-216
https://doi.org/10.7231/jon.2025.36.3.201

JON Journal of Oriental Neuropsychiatry

중증 알코올 사용 장애에 대한 심신일여 한의치료 증례보고

박소현*,†, 임정화*,†, 최명진*,†, 김보경*,†

부산대학교 한의학전문대학원 신경정신과*, 부산대학교 한방병원 한방신경정신과†

A Case Report on Korean Medicine Treatment with Mind-Body Integration Approach for Severe Alcohol Use Disorder

So-hyeon Park*,†, Jung-hwa Lim*,†, Myeong-jin Choi*,†, Bo-kyung Kim*,†

*Department of Neuropsychiatry, School of Korean Medicine, Pusan National University, †Department of Neuropsychiatry, Pusan National University Korean Medicine Hospital

Received: August 25, 2025
Revised: September 13, 2025
Accepted: September 19, 2025

Correspondence to
Bo-Kyung Kim
Department of Neuropsychiatry, Pusan National University Korean Medicine Hospital, 20 Gumo-ro, Mulgeum-eup, Yangsan, Korea.
Tel: +82-55-360-5965
Fax: +82-55-360-5890
E-mail: npjolie@pusan.ac.kr

Acknowledgement
This research was supported by a grant of the Korea Health Technology R&D Project through the Korea Health Industry Development Institute (KHIDI), funded by the Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea (grant number: RS-2024-00442840). This work was supported by clinical research grant from Pusan National University Hospital in 2024.

This study presents a case of severe alcohol use disorder that improved through a mind-body integration approach in Korean medicine. The patient, a male with a 30-year history of chronic alcohol consumption, was treated for alcohol use disorder, throat-to-chest pain, and insomnia using a combination of herbal medicine, acupuncture, auricular acupuncture, pharmacopuncture, and Korean medicine psychotherapy. Assessment tools employed included the Alcohol Use Disorders Identification Test-Korean version (AUDIT-K), the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-revised (CIWA-Ar), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Insomnia Severity Index (ISI), the Pattern Identification Tool for Insomnia (PIT-Insomnia), and liver function tests (LFT). Over the course of seven months of treatment, the patient maintained abstinence, resolved his throat-to-chest pain, and normalized his liver function tests. Significant reductions were observed in the CIWA-Ar, AUDIT-K, ISI, PSQI, and PIT-Insomnia scores. Furthermore, the patient experienced mind-body integration and improved family and social relationships. We conclude that integrative Korean medicine treatment is effective for addressing alcohol use disorder.

Key Words: Alcohol use disorder, Korean medicine treatment.

Copyright © 2025 by The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. All rights reserved.
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

I. 서론

알코올 사용 장애(Alcohol use disorder)는 음주에 대한 통제력 상실로 과도하게 알코올을 사용하여 신체적, 정신적, 사회적 기능의 손상을 유발하는 정신장애이다[1]. 2021년 보건복지부의 정신건강실태조사에 의하면 우리나라 알코올 사용 장애의 평생 유병률은 11.6%로 지난 10년간 전체 정신장애 중 가장 높은 것으로 보고되었으며[2], 이는 전 세계 평균 유병률 5.1%[3]에 비해 두 배 이상 높은 수준이다.

알코올 사용 장애는 개인의 신체적・정신적 건강 문제뿐만 아니라 다양한 사회 문제와 높은 질병 부담과 관련되어 있다. 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에 따르면, 알코올은 간 질환, 암, 심혈관질환을 포함한 200여 가지의 질병과 부상의 원인이 되며, 전 세계 사망의 5.3%와 관련된다고 보고하였다[3]. 또한 알코올 사용 장애 환자는 일반 인구에 비해 우울증 위험은 최소 2배 이상, 자살 위험은 2~3배 이상 높으며, 나아가 가정폭력, 청소년 범죄, 교통사고와 같은 심각한 사회 문제와 강하게 연관되어있는 것으로 알려져 있다[3].

알코올 사용 장애의 치료방법은 크게 약물 중재와 비약물 중재로 구분된다. 국내에서 알코올 사용 장애 치료를 위해 사용 가능한 약물로는 날트렉손(Naltrexone)과 아캄프로세이트(Acamprosate)가 있으나, 제한적인 치료 효과와 부작용, 높은 재발률 등의 한계를 보인다[4].

이러한 한계로 인해 환자의 생활습관, 사고체계, 행동 양식의 변화를 통해 문제의 근본적 해결을 도모하고자 하는 비약물적 중재의 중요성이 강조되고 있다. WHO 임상진료지침에서도 알코올 사용 장애에 구조화된 정신 사회적 중재를 권고하고 있으며, 동기강화치료, 인지행동치료, 12단계 치료, 가족치료, 자조 모임 등이 대표적인 비약물적 치료법으로 활용되고 있다[5].

한의학에서 알코올 사용 장애는 주상(酒傷) 중 음주기벽(飮酒嗜癖), 주벽증(酒癖症)의 범주에 해당하고, 술로 인한 습열(濕熱), 담화(痰火) 등의 병리가 비위(脾胃) 등 다양한 장부에 손상을 일으켜서 발생하는 증후로 해석한다[6].

알코올 사용 장애에 대한 한약, 침 등의 한의 치료 효과가 국내・외 연구에서 보고되고 있다. 박 등(2023)[7]의 연구 동향 분석에서는 한약 치료가 알코올 사용 장애 환자의 음주량과 갈망 감소, 삶의 질과 심리 증상의 개선에 효과적인 것으로 나타났으며, 단일 한약재로는 갈근(葛根), 관엽금사도(貫葉金絲桃), 자오가(刺五加)가, 복합 처방으로는 관엽금사도와 자오가로 구성된 서간해울교낭(舒肝解郁胶囊)이 빈용되었다. Chen 등(2023)[8]의 메타분석에서는 약물 또는 심리치료와 병행된 경혈 자극요법이 알코올 갈망과 금단과 같은 임상 증상뿐만 아니라 우울, 불안과 같은 심리 증상 개선에도 효과적임을 보고하였다.

알코올 사용 장애는 만성적이고 재발이 잦은 질환으로 국외 메타분석 보고에서 수년간의 장기 추적 관찰 시 알코올 사용 장애 환자의 최대 50% 정도만이 관해에 도달한다고 하였는데[9], 알코올 사용 장애는 단일 원인이 아닌 유전적, 심리적, 사회경제적 요인 등이 복합적으로 작용하여 발생하므로 침, 명상 등 전인적 인간관에 기반한 치료 접근에 대한 관심이 높아지고 있다[10]. 그러므로 신형일체(神形一體)의 관점에서 심신을 통합적으로 이해하는 한의 치료가 장기적 관리가 필요한 알코올 사용 장애의 치료에 유효할 것으로 생각된다.

특히 한의정신요법은 오장의 장신화(藏神化), 심신일여(心身一如)의 관점으로 정신의 신체화에 대한 이해를 바탕으로 신체 증상과 정서 문제를 동시에 다루는 치료전략을 활용한다. 한의정신요법 중 대화를 통해 환자에게 지지와 안심을 제공하여 환자의 병에 대한 이해와 치료 의지를 향상시키는 지언고론요법(至言高論療法)과 환자의 한 곳에 과도하게 고정된 정신 활동을 다른 방면으로 분산시키거나, 기공, 호흡조절 등의 방법을 사용하여 정신 활동을 제어하고 조절하는 이정변기요법(移精變氣療法)은 심신을 통합적으로 이해하고 장기적 관리가 필요한 알코올 사용 장애 환자의 치료에 유용하게 활용할 수 있을 것으로 사료된다[6].

본 연구는 30년 이상의 장기 음주력을 지니고 최근 수년간 매일 막걸리 4~5병을 마신 중증 알코올 사용 장애 환자를 대상으로 한약, 침구 및 한의정신요법을 병행한 심신일여적 한의 치료를 시행한 결과, 환자의 임상적 증상 개선과 함께 혈액검사 소견, 가족관계 회복 및 생활습관의 개선을 보여 증례를 보고하고자 한다.

II. 대상 및 방법

1. 연구대상 및 방법

20○○년에 ○○대학교 한방병원 한방신경정신과에 알

코올 사용 장애를 주소로 입원 및 통원 치료를 진행한 환자 1인의 의무기록을 후향적으로 고찰하였다.

2. 연구의 허가

본 증례 보고는 ○○대학교 한방병원 소속 기관생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인을 받고 절차를 준수하여 진행되었다(PNUKHIRB 2025-04-013).

3. 주요 평가지표

본 연구에 사용된 주요 평가지표는 다음과 같다.

1) 한국어판 알코올 사용 장애 선별검사(Alcohol Use Disorders Identification Test-Korean version, AUDIT-K)

알코올 사용 장애를 선별하는 자기 보고식 설문지로, 음주량, 음주 행동, 알코올 관련 문제를 평가하였다[11]. 10문항으로 구성되며, 점수에 따라 정상 음주군(남성 9점 이하, 여성 5점 이하), 위험 음주군(남성 10~19점, 여성 6~9점), 알코올 사용 장애 추정군(남성 20점 이상, 여성 10점 이상)으로 분류한다.

2) 알코올 금단 평가 척도-개정판(Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-revised, CIWA-Ar)

알코올 금단 증상의 심각도를 평가하는 척도로, 의료진이 직접 관찰하여 평가하였다. 구역・구토, 진전, 발한, 불안, 초조, 촉각・청각・시각 이상, 두통, 현훈, 지남력 저하 등 10개 항목으로 구성되며[12], 총 0~67점으로, 총점이 10점 이하의 경우 가벼운 금단, 10~20점은 중등도의 금단이며, 20점 이상은 심한 금단으로 평가한다.

3) 수치 평가 척도(Numeric Rating Scale, NRS)

환자가 주관적 불편감을 점수로 표현하는 방식으로, 0점(증상 없음)부터 10점(극심한 불편감)의 범위 내에서 선택하였다.

4) 피츠버그 수면의 질 척도(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

수면의 질을 평가하는 자기 보고식 설문지로, 최근 1개월간의 수면 패턴을 평가하였다. 주관적 수면의 질, 수면 잠복기, 수면 지속시간, 수면 효율성 등 7개 영역 19문항으로 구성되며, 5점 이상 시 수면의 질의 저하되었음을 나타내며, 점수가 높을수록 수면의 질이 나쁨을 시사한다[13].

5) 불면증 심각도 척도(Insomnia Severity Index, ISI)

불면증의 주관적 심각도를 측정하는 자기 보고식 설문지로, 최근 2주간의 불면 증상을 평가하였다. 7문항 5점 리커트 척도로 구성되며, 점수 구간에 따라 0~7점은 임상적으로 유의하지 않은 불면증(No clinically significant insomnia), 8~14점은 역치 이하의 불면(Subthreshold insomnia), 15~21점은 중등도 불면증(Moderate insomnia), 22~28점은 중증 불면증(Severe insomnia)으로 분류한다[14].

6) 불면증 변증 도구(Pattern Identification Tool for Insomnia, PIT-Insomnia)

불면증 환자의 한의학적 변증을 위한 자기 보고식 설문지로[15], 전신 증상과 정서 상태를 기반으로 심신불교(心腎不交)형, 심비양허(心脾兩虛)형, 간기울결(肝氣鬱結)형, 담화요심(痰火擾心)형, 심담허겁(心膽虛怯)형의 5가지 변증 유형을 평가하였다. 각 변증 유형별로 점수가 산출되며, 최고점을 받은 유형으로 변증을 판별한다.

III. 증례

1. 환자 정보

남성, 만 50대 후반.

2. 호소 증상

1) 주 증상: 알코올 의존, 금주 시 심화되는 인후부-전흉부 통증.

2) 동반증상: 식욕부진, 빈각(頻覺), 손 떨림, 초조함. 구건(口乾), 빈뇨(頻尿) 등.

3. 진단

1) DSM-5 기준에 따른 진단

본 환자는 금주 시 나타나는 인후부-전흉부 통증 해소를

위해 본인의 의도와 관계없이 잦은 빈도로 음주를 하였으며, 이로 인해 일상생활에 현저한 지장을 받았고, 경제활동 및 취미생활 중단, 자녀와의 관계 악화 등 사회적 기능의 전반적인 저하가 관찰되었다. 타 병원에서 음주량 조절 및 중단 관련 진료를 권고받고 치료를 시도한 바 있으나 이후에도 음주가 지속되었다. 이는 DSM-5의 알코올 사용 장애(Alcohol use disorder) 진단기준에 부합하며, 11개의 기준 중 9개를 충족하여 중증도는 중증으로 판단되었다.

2) 한의 진단 및 변증

(1) 음주기벽(飮酒嗜癖).

(2) 주하(酒瘕).

(2) 음허후비(陰虛喉痺).

4. 발병 및 심화일

20○○년 가을(내원 2~3개월 전).

5. 현병력

상기 환자 30여 년 전부터 장기음주 하던 분으로, 내원 2~3개월 전부터 "명치부터 목까지, 저리고 우리한 통증"이 발생하기 시작하였다. 당시 음주 후 통증이 소실되고, 금주 시 동일 부위 통증이 재발하는 경험을 하면서 지속적으로 음주하게 되었으며, 내원 당시에는 막걸리 4~5병을 3시간 간격으로 음주하는 상태였다. 통증은 간헐적으로 나타나며, 5~10분도 참기 어려워 음주를 하게 된다고 하였다. 해당 증상으로 위내시경을 해보았지만 별다른 소견 없었다고 하였다.

내원 15일 전, 보호자(배우자)가 환자의 손 떨림 증상을 발견하여 발견 당일, 내원 6일 전, 내원 3일 전 여러 병원에서 절주와 약물치료를 시도하였으나 지속되는 통증과 반복되는 음주로 인해 일상생활의 어려움 지속되어 20○○년 겨울 본원 한방신경정신과에 첫 내원 후 당일 입원하였다.

6. 과거력

1) 고혈압: 내원 1년 전 건강검진 시 진단받았으나 증상에 대한 인지는 없었다. 내원 당시 약물을 복용하고 있었으며, 1달 간격으로 추적 관찰 중이었다.

7. 사회력 및 개인력

1) 결혼 여부: 기혼.

2) 직업(최근 1년간): 자영업.

3) 가족관계: 환자, 배우자, 딸1, 딸2.

4) 개인력:

치료 기간 중 환자의 협조를 얻기 힘들어 보호자(배우자)와 면담을 진행하여 환자의 과거 음주 행동 및 정신과적 개인력에 대한 정보를 수집하였다.

평소 환자의 성격은 외향적이고 강단이 있었으나 입원 치료 기간 동안 배우자는 환자가 여리고 배우자에게 많이 의지하며 간혹 아기 같은 느낌도 든다고 하였다. 평소 환자는 반주를 즐겼으며 주량은 탁주 1병 정도라고 하였다.

음주 문제는 2~3년 전부터 가게에서 숙식하며 집에 오지 않게 되면서 심해졌다고 하였다. 배우자는 내원 보름 전 둘째 딸과 함께 남편에게 먹을 것을 가져다주려고 가게에 갔는데 당시 남편이 수면제를 술과 함께 먹어서 눈빛이 이상하고 손도 떨며, 몸이 많이 흔들리는 것을 처음 목격하면서 환자의 음주 문제에 대한 심각성을 알게 되었다고 하였다. 이에 환자에게 집에 돌아와서 생활하도록 설득하여, 그때부터 집에서 생활하였다고 하였다.

환자는 집에서 생활하면서도 여러 차례 음주 시도를 하였으며, 밤에 통증으로 괴로워하다가도 음주를 하면 밤에 수면을 취하는 모습을 보였다. 배우자는 환자가 술을 마시기 위해 냉장고 문을 열거나 술을 사 오면서 문 열리는 소리가 들리면 두려움을 느끼며, 환자가 알코올 중독이면 치료가 어렵지 않을까, 환자의 건강이 이미 망가졌을까 걱정이 된다고 하면서 눈시울을 붉혔다.

환자는 예전에 금주를 시도한 적이 있으나 금주 후 힘이 빠진다고 하며 재음주하면서 실패하였다고 하였다. 환자는 가게를 운영하고, 배우자는 직장에 다니며 경제적으로 독립적인 상태였으나, 최근에는 환자의 술값은 환자가 치르고, 병원비는 배우자가 부담하는 상태라고 하였다. 자녀들은 알코올 중독인 환자로 인해 어머니(배우자)가 경제적 부담을 지는 것에 대해 걱정하며 이혼을 제안하였으나 배우자는 이혼 의사가 없으며 "죽어도 ○씨 가문 며느리 할 것이다"라고 하며 환자를 끝까지 돌보고자 하였다.

8. 흡연 및 음주력

1) 흡연: 1~2개비/일, 40년.

2) 음주: 평소 반주(飯酒)로 30여 년간 막걸리 음주. 자녀 독립 후 최근 4년간 음주량 증가하여 막걸리 4~5병/일 음주. 내원 2~3개월 전부터 인후부-전흉부 통증 완화 목적으로 2~3시간마다 음주. 마지막 음주는 외래 초진 내원 당일 오전 8시에 막걸리 0.5병.

9. 초진 시 복용 약물

AMLO ONE 5 mg 0.5 Tab 1일 1회 아침 식전 30분.

10. 초기 평가

1) 사진(四診) 소견

(1) 외형: 178.2 cm, 81.3 kg (입원일). 면적(面赤), 복부 팽만. 전치(前齒) 결손 다수, 양측 족부 및 족지갑 전체 백선 등.

(2) 신체 관리 인식: 자기 관리가 미흡한 상태로, "이는 다 빠지고 나면 틀니를 하려고 현재 치료하고 있지 않다"라고 함.

(3) 성음: 성시(聲嘶). 객담성(喀痰聲). 간헐적인 목소리 떨림.

(4) 수면: 평소 6시간 수면, 야간뇨와 인후부-전흉부 통증으로 인한 각성 2회. 오침 2~3시간.

(5) 식욕/소화: 입맛이 없으며, 식이량 불량. 하루 동안 누룽지나 국물류 1그릇, 밥 1/2 공기 섭취.

(6) 대소변: 대변 1회/일 보통변(Bristol stool scale 4), 2~3시간 간격의 빈뇨, 야간뇨 1회.

(7) 맥진: 침(沈), 세(細), 삭(數).

(8) 설진: 설체 홍(紅), 태백박(苔白薄), 윤태(潤苔).

(9) 인후부-전흉부 통증: 간헐적 별무원인 심화되는 저린/우리한 통증 NRS 7 [5~10 min 지속, 전일 4~5회 발생].

(10) 심계(心悸): 간헐적 흉부 전체, 불안・긴장 시 심화 NRS 4.

(11) 자한(自汗): 간헐적 안면부・수장부, 불안・긴장 시 심화되는 촉촉한 정도의 한출 NRS 5.

(12) 탄산(呑酸): 간헐적 식도 상부 공복 상태에서 음주 후 심화되는 쓰린 느낌 NRS 4.

2) 검사

(1) 입원 시 활력 징후

혈압 143/99 mmHg, 맥박 102회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.5°C.

(2) 임상실험실 검사

① CBC & Diff count: RBC 4.14 L (참고치 4.50~6.50 $10E^6/\mu L$), Hct 39.5 L (참고치 40.0~52.0%), MCV 95.4 H (참고치 80.0~95.0 fl), PCT 0.18 L (참고치 0.19~0.39%), 그 외 within normal limits.

② LRFT & Electrolytes: AST 341 H (참고치 0~50 IU/L), ALT 282 H (참고치 0~50 IU/L), ALP 194 H (참고치 43~115 IU/L), T. Bilirubin 1.6 H (참고치 0.3~1.2 IU/L), 그 외 within normal limits.

③ Lipid profile: T. Cholesterol 302 H (참고치 0~200 mg/dL), Triglyceride 396 H (참고치 0~150 mg/dL), LDL.calcuated 165 H (참고치 0~100 mg/dL), LDL-C 180 H (참고치 0~100 mg/dL), 그 외 within normal limits.

④ Urine Analysis 및 microscopy: pH 7 (참고치 5.0~6.5), Urine protein 1+ (참고치 Negative), Urine urobilinogen 3+ (참고치 Negative), Urine color Amber (참고지 Yellow), Urine Epi 8.7 (참고치 ≤5.6 개/μL) 그 외 within normal limits.

⑤ HbA1c: within normal limits.

⑥ Free T4, TSH: within normal limits.

⑦ AFP, CEA, CA19-9: within normal limits.

(3) 심전도 검사

Abnormal ECG. 75회/분.

Sinus rhythm, Prolonged PR interval, Abnormal R-wave progression, lage transition, Probable left ventricular hypertrophy, Inferior infarct, age indeterminate, Anterior ST elevation, probably due to LVH, Baseline wander in lead(s) V2.

(4) X-ray 검사 소견

① 흉부: No active lung lesion.

② 복부: Ileus, Degenerative spines.

3) 입원 시 평가

(1) AUDIT-K: 29.

(2) ISI: 6.

(3) PSQI: 6.

(4) 불면 변증: 심비양허 33.22%>담화요심 19.48%>간울화화 18.56%>심담허겁 18.21%>심신불교 10.86%.

(5) CIWA-Ar: 0.

(6) MMPI-2:

입원 직후 검사를 시행하였으나, 환자의 집중력 저하 및 협조도 부족으로 인해 완료까지 약 일주일이 소요되었다.

타당도 척도 TRIN 72T, 재구성 임상 척도 RC3 65, 내용 척도 TPA 66 외 within normal limits (Fig. 1).

11. 치료 기간

20○○년 겨울에 외래 초진 방문 후 당일 입원하였으며, 이후 20일간 입원 치료를 시행하였다. 퇴원 후 주 2회로 시작하여 점차 방문 간격이 늘어났으며, 총 6개월간 21회의 외래 치료를 시행하였다.

12. 치료방법과 내용

1) 한약

한약 치료는 환자의 주 증상과 동반증상을 고려하여 처방하였으며, 모든 한약은 2첩 3포 120 cc 용량으로 투약하였다(Fig. 2).

(1) 입원 1~2일: 가미불환금정기산(加味不換金正氣散) (Table 1) 1일 3회 식후 1시간 복약.

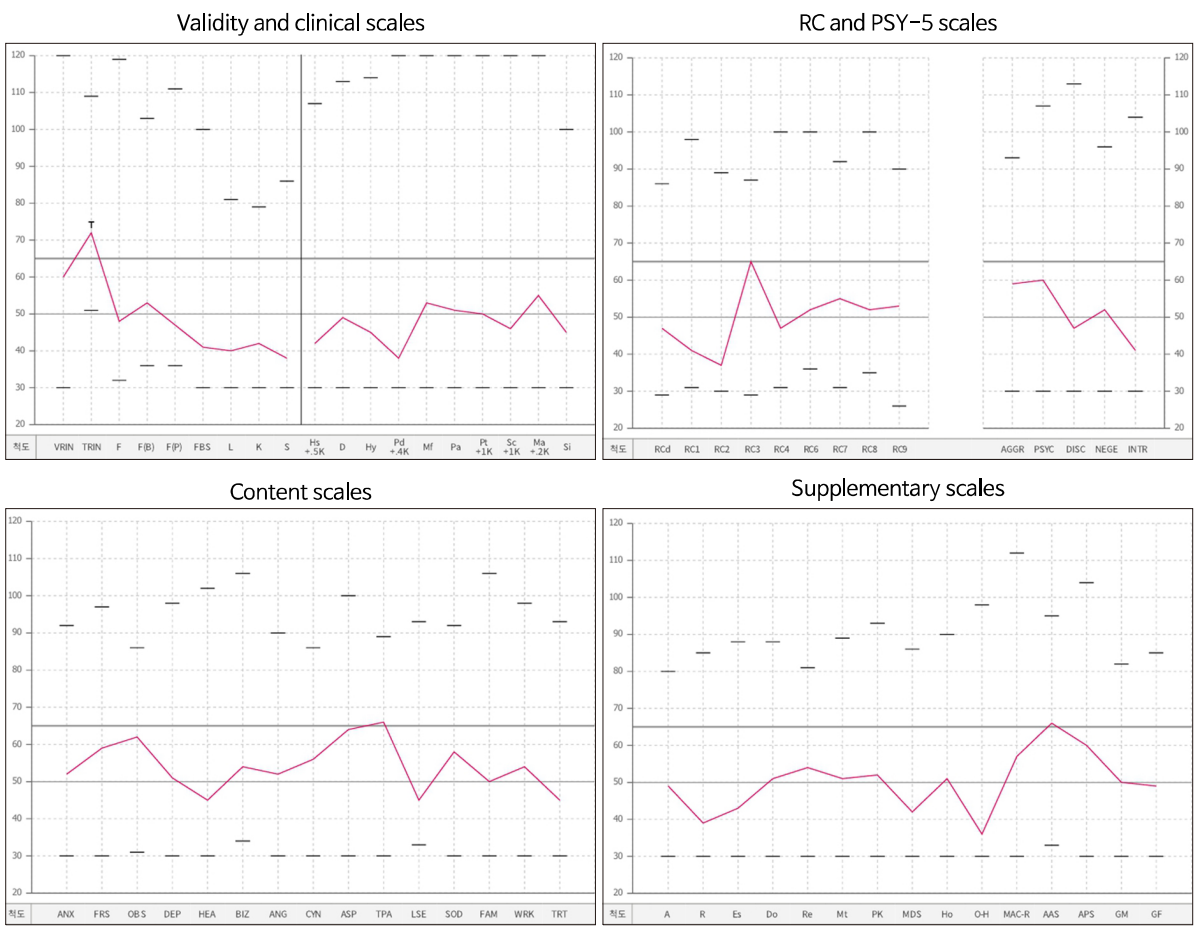


Fig. 1. MMPI-2 profile of the patient.

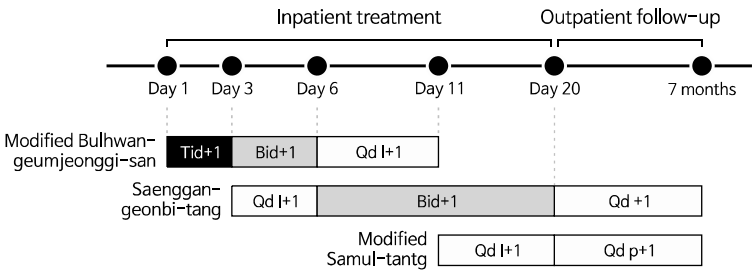


Fig. 2. Timeline of herbal medicine prescriptions during inpatient and outpatient follow-up treatment.
Tid+1: three times daily, 1 hour after meals, Bid+1: twice daily (morning and evening), 1 hour after meals, Qd l+1: once daily at lunch, 1 hour after meal, Qd+1: once daily in the morning, 1 hour after meal, Qd p+1: once daily in the evening, 1 hour after meal.

Table 1. Composition of Modified Bulhwan-Geumjeonggi-San

Herb	Herbal name	Amount (g)
蒼朮	Atractylodis Rhizoma	8
厚朴	Magnoliae Cortex	4
陳皮	Citri Unshius Pericarpium	4
藿香	Agastachis Herba	4
半夏(薑製)	Pinelliae Rhizoma Praeparatum cum Zingibere	4
甘草	Glycyrrhizae Radix et Rhizoma	4
生薑	Zingiberis Rhizoma Recens	3
大棗	Zizyphi Fructus	3
沙蔘	Adenophorae Radix	2
麥門冬	Liriopis seu Ophiopogonis Tuber	2
桔梗	Platycodonis Radix	2

Table 2. Composition of Saenggan-Geonbi-Tang

Herb	Herbal name	Amount (g)
茵蔯蒿	Artemisiae Capillaris Herba	15
澤瀉	Alismatis Rhizoma	8
山楂	Crataegi Fructus	8
白朮	Atractylodis Rhizoma Alba	8
麥芽	Hordei Fructus Germinatus	8
茯苓	Poria Sclerotium	4
厚朴	Magnoliae Cortex	4
藿香	Agastachis Herba	4
猪苓	Polyporus	4
陳皮	Citri Unshius Pericarpium	4
木香	Aucklandiae Radix	4
萊菔子	Raphani Semen	3
甘草	Glycyrrhizae Radix et Rhizoma	3
三稜	Sparganium Rhizome	3
莪朮(蓬朮)	Curcumae Rhizoma	3
枳實	Ponciri Fructus Immaturus	3
靑皮	Citri Unshius Pericarpium Immaturus	3
生薑	Zingiberis Rhizoma Recens	3

Table 3. Composition of Modified Samul-Tang

Herb	Herbal name	Amount (g)
桔梗	Platycodonis Radix	6
甘草	Glycyrrhizae Radix et Rhizoma	6
熟地黃	Rehmanniae Radix Preparata	3
白芍藥	Paeoniae Radix	3
日當歸	Angelicae Gigantis Radix	2
日川芎(去油)	Cnidii Rhizoma	2
栝樓根(天花粉)	Trichosanthis Radix	2
黃柏	Phellodendri Cortex	2
知母	Anemarrhenae Rhizoma	2
竹瀝	Bambusae Sulcus	1

(2) 입원 3~7일: 가미불환금정기산 1일 2회 아침・저녁 식후 1시간 복약, 생간건비탕(生肝建脾湯) (Table 2) 1일 1회 점심 식후 1시간 복약.

(3) 입원 8~10일: 가미불환금정기산 1일 1회 점심 식후 1시간 복약, 생간건비탕 1일 2회 아침・저녁 식후 1시간 복약.

(4) 입원 11~20일: 가미사물탕(加味四物湯) (Table 3) 1일 1회 점심 식후 1시간 복약, 생간건비탕 1일 2회 아침・저녁 식후 1시간 복약.

(5) 퇴원 후 외래: 가미사물탕 1일 1회 아침 식후 1시간 복약, 생간건비탕 1일 1회 저녁 식후 1시간 복약.

2) 침구 치료

침치료 시 일회용 호침(동방침구제작소, 0.25×30 mm, 대한민국)을 사용하여, 1일 2회 시술 후 20분간 유침(留鍼)하였다. 유침 시 양측 하지에 적외선 혈위 조사요법을 시행하였다.

기본적으로 사용된 체침(體鍼) 혈위(穴位)는 백회(百會, GV20), 신정(神庭, GV24), 인당(印堂, EX-HN3), 안면(安眠, EX-HN22), 축빈(築賓, KI9)과 사암침법의 신정격(腎正格)이었으며, 이침(耳鍼) 혈위로는 미국 중독 및 강박 장애 치료

학회(American Academy for the Treatment of Addiction and Compulsive Disorders, ACACD)와 미국 국립 침 치료 해독 협회(National Acupuncture Detoxification Association; NADA)에서 제시한 프로토콜을 활용하여 영점(靈點, AT1), 신문(神門, TF4), 교감점(交感點, AH6a), 신(腎, CO10), 뇌(腦, AT3), 변연계(邊緣系, AT4), 취점(穗點, AT5), 피질점(皮質點, AT2), 내분비점(內分泌點, CO18), 침점(枕點, AT7), 간점(肝, CO12)에 한쪽 귀씩 격일로 좌우 교대로 시술하였다.

환자 상태 및 맥의 상태에 따라 사암침법의 위정격(胃正格), 어혈방(瘀血方), 대장정격(大腸正格), 상화방(相火方), 단중(膻中, CV17) 주위 임맥(任脈) 통처부를 응용하였다.

구(灸)치료는 구들장돌뜸(동방메디컬, 대한민국), 새뜸(동제메디칼, 대한민국)을 사용하여 관원(關元, CV4), 기해(氣海, CV6), 합곡(合谷, LI4), 태충(太衝, LR3), 중완(中脘, CV12)에 1일 2회 20분간 침치료와 병행하였다.

금주 후 증상 관리를 위해 신문, 취점, 피질점, 내분비점, 침점, 간점에 0.18 mm×1.0 mm 규격의 피내침(皮內鍼)(동방메디컬, 대한민국)을 사용하여 편측 귀에 매일 좌우 번갈아 가면서 부착하였으며, 불안감 해소를 위해 양측 신문(神門, HT7), 내관(內關, PC6)에 피내침을 부착하였다. 피내침은 1일 1회 오후에 부착하였으며, 유침 후 다음 날 아침에 제거하였다.

3) 약침 치료

입원 17일 차부터 음허로 인한 상열감 증상 개선 위해 주 2회 약침 치료를 하였다. 일회용 31 gauge, 8 mm (5/16“) needle 1 mL 인슐린 주사기(신창메디칼, 한국)를 이용하였으며, 자하거(紫河車) 약침액(자생원외탕전, 한국) 1 cc는 견정(肩井, GB21), 신문, 중완, 관원, 기해, 천추(天樞, ST25), 족삼리(足三里, ST36)에 시술하였고, 황련해독탕(黃連解毒湯) 약침액(자생원외탕전, 한국) 0.5 cc는 영향(迎香, LI20), 관료(顴髎, SI18), 풍지(風池, GB20), 완골(完骨, GB12), 단중, 임맥 통처부에 시술하였다.

4) 부항 치료

멀티케어 전동부항(리더스메디텍, 대한민국)을 사용하여 배부 방광경 1선을 따라 1일 2회 10분간 주관법(走罐法)을 시행하였다.

5) 한의정신요법

치료 기간 동안 침 치료와 함께 짧은 대화 형식으로 지언고론요법, 이정변기요법을 시행하였다.

치료는 단계별 목표를 설정하여 진행하였으며, 전체 치료 기간 동안 환자의 개선된 증상과 금주 지속에 대한 지지 및 격려, 음주 단서 회피 교육, 자기 돌봄의 중요성에 대한 교육을 시행하였다. 특히 환자가 스스로 깨달은 몸과 마음의 연결성에 대해서는 한의학의 심신일여적 관점과 상통함을 설명하며 이러한 통찰을 긍정적인 치료적 변화로 인정하고 격려하였다.

첫 번째 단계(3～10일)는 금단 증상을 견디어 내는 거사부정(祛邪扶正)의 과정으로, 병원 규칙에 대한 협조를 유도하고, 환자의 개선된 증상에 대해 격려하였으나, 경계선을 넘는 행위가 있다면 단호하게 제지하였다. 특히 환자가 원하는 행위가 교차중독(Cross-addiction)과 관련된 상황에서는 해당 위험성에 대한 교육과 함께 대체 행동을 제안하여 건전한 방식으로 욕구를 전환할 수 있도록 하였다.

두 번째 단계(1개월)는 수면, 식사, 소변, 대변을 포함한 제반 신체기능을 회복하여 정기 보충과 장부(臟腑) 균형을 잡기 위한 과정으로, 한 달간의 금주 달성과 간기능검사를 포함한 생체 검사 결과의 지속적 회복에 중점을 두었다. 이 단계에서는 환자가 수용할 수 있는 속도에 맞추어 정신요법을 진행하였다.

먼저, 환자의 자기 존중감 회복을 위해 자기 돌봄의 중요성에 대한 교육과 더불어 신체의 세세한 부분까지 스스로 관리할 수 있도록 유도하였으며, 글쓰기 활동을 통해 자기표현을 격려하였다.

글쓰기 활동에서는 마음에 떠오르는 생각뿐만 아니라 소망과 욕구 등 모든 감정을 자유롭게 표현할 수 있도록 하였으며, 어떠한 생각이라도 수용되고 환영받는다는 안전한 환자-의사 관계 기반에서 환자가 부담 없이 자기표현을 할 수 있도록 하였다. 이를 통해 환자 스스로 내재적 동기를 강화하고 욕구 알아차리기를 통한 건강한 목표 설정과 자기 성찰을 도모하였다.

또한, 장기간의 음주가 자기 결정력에 미칠 수 있는 영향을 고려하여 환자의 주체적 선택을 촉진하고자 건강한 생활에 대한 구체적 목표 설정과 이를 위한 행동 계획 및 일정 수립을 환자가 직접 수행하도록 하였다. 이를 통해 환자 스

스로 건강 회복의 방향성을 설정하고 지속적인 치료 동기를 유지할 수 있도록 하였다.

세 번째 단계(3개월)는 단주 지속을 통해 원래의 건강하고 긍정적이던 모습으로 심신을 회복시키는 과정이었으며, 네 번째 단계(6개월)는 단주 유지와 일상 및 직업 활동으로의 자연스러운 복귀를 목표로 하였다.

6) 협진 치료

치료 기간 중 환자의 전반적인 신체 상태 확인, 동반 질환 관리, 수액 처치 및 임상 검사 수치 변화 추적을 위해 ○○대학교병원 가정의학과와 협진을 시행하였다.

입원 4일 차에 Vitamin B/C Complex 수액 주사와 함께 GODEX 150 mg 및 URSA 300 mg을 처방받았으며, 두 약물 모두 1일 3회 식후 30분에 1정씩 복용하는 용법으로 처방되었다. 처방된 약물은 1개월간 복용하였다.

13. 임상 경과와 전후 평가

1) 증상 경과

(1) 외래 1회차(입원 당일)

인후부-전흉부 통증은 간헐적으로 NRS 10의 "최악" 정도로 발생하였으나, 면담 중 NRS 5까지 감소하는 양상을 보였다. 마지막 통증은 내원 당일 아침에 있었으나, 환자는 "언제 또 생길지 모르니 불안하고 걱정된다."고 호소하였다. 지속적인 음주로 인한 일상생활 유지의 어려움을 인식한 환자가 스스로 절박감을 느껴 입원 치료를 결정하였다. 금단 증상으로 인한 응급상황 발생 가능성에 대해 환자와 보호자에게 고지하고 72시간 보호자 상주하에 치료를 시작하였다.

(2) 입원 치료 경과(20일)

① 입원 1~5일 차

입원과 동시에 금주·금연을 시작하였으며, 초기 임상실험실 검사에서 AST 341 IU/L, ALT 282 IU/L, ALP 194로 간 기능 수치 이상이 확인되었다. 초기 심한 인후부-전흉부 통증(NRS 7), 두통(NRS 4), 심계항진(NRS 4), 불안감(NRS 4), 자한(NRS 5) 등의 증상을 보였으나, 입원 환경에 대한 안정감을 표현하며 입원 2~3일 차에 걸쳐 인후부-전흉부 통증은 NRS 2, 심계 NRS 1, 불안감 NRS 2까지 경감되었고 입면시간 개선 및 식사량 증가 등 전반적인 증상 개선을 보였다.

입원 중 수면 상태 확인을 위한 웨어러블(Wearable) 기기 착용을 권유하였으나 환자의 순응도 저하로 이는 진행하지 못하였다.

입원 3일 차에는 금연으로 인한 스트레스를 호소하며 재흡연을 희망하였으나, 흡연이 음주로 이어질 수 있는 관문 역할을 하며, 교차중독을 유발할 수 있음을 설명하고 금연의 필요성을 교육하였다. 흡연 욕구 발생 시 대처방법(껌 씹기, 사탕 섭취, 막대사탕·볼펜으로 흡연 자세 흉내 내기)에 대해 구체적으로 안내하였다.

그러나 보호자 상주가 해제된 입원 4일 차부터는 보호자 미상주에 대한 불안감을 호소하기 시작하였고, 5일 차에는 두통이 새로 발생하였다(NRS 2). 환자는 두통을 금연과 연관 지으며 재흡연을 희망하였으나 교차중독에 관한 내용을 재교육하여 금연의 필요성을 강조하였다. 두통으로 인해 CIWA-Ar 점수가 1점으로 상승하였고, 증상 악화에 대한 우려로 기존 인후부-전흉부 통증이 NRS 2로 심화되고, 불안감이 NRS 3으로 증가하였다. 또한, 혈압 불안정성(150/100~180/100 mmHg)이 관찰되는 등 복합적 요인과 관련된 금단 스트레스와 관련한 증상 심화 소견을 보였다.

② 입원 6~12일 차

신체 증상의 지속적인 호전과 함께 환자의 심리적 회복 의욕이 크게 증가하는 양상을 보였다. 두통과 인후부-전흉부 통증이 각각 NRS 1로 감소하고 수면시간이 6시간으로 안정화되었다. 식욕이 개선되어 음식 섭취량이 밥 1/2공기 3식으로 증가하였으며, 8일 차에는 "몸이 좋아지니까 운동도 하고 싶어진다."고 표현하며 회복에 대한 적극적 의욕을 나타냈다. 9일 차에 인후부-전흉부 통증이 완전히 소실되었고, 이 때부터 자기 성찰과 내적 동기 강화를 위한 글쓰기 활동을 진행하였다. 환자에게는 "그 순간 마음에 스치는 모든 생각을 환영한다"고 안내하였고, 마음속에서 우러나는 모든 생각을 표현할 수 있도록 격려하였다. 처음에 환자는 글쓰기를 주저하는 모습을 보였지만, 점차 여러 날에 걸쳐 자발적으로 꾸준히 글을 써나가기 시작하였다(Fig. 3). 10일 차에는 임상실험실 검사에서 현저한 개선 소견을 보이자 환자는 농담과 웃음 반응을 보이며 검사 결과에 대한 기쁨과 안도감을 표현하였으며, 당일 밤 기뻐하며 잠을 설쳤다. 환자는 "나는 처음 아파 병원에 왔다. 그동안 건강했다. 그러나 이번에 아파보니 건강이 얼마나 중요한지 절실히 느낀다."라며 건강에 대한 새로운 인식을 드러냈다. 이는 질병 경험을 통한 가치관의 전환을 보여주는 변화였으며, 가족에 대한

감사와 관계 개선 의지도 보였다.

12일 차는 환자의 회복 과정에서 중요한 전환점이었다. 식욕을 완전히 회복하여 밥 1공기 3식을 섭취할 수 있게 되었고, 운동 후 경미한 인후부-전흉부 통증(NRS 2)이 발생했음에도 불구하고 환자는 "참으로 사람의 마음은 간사하다. 처음 입원할 때 몸 상태가 좋지 않아 모든 것이 싫고 몸과 마음 상태가 엉망이었는데, 지금은 정말 다행이고 너무 기분이 좋다. 몸과 마음이 서로 연결되어 있다는 것을 깨달았다"라고 표현하며 긍정적인 변화와 함께 심신 연결에 대한 깊은 통찰을 보였다. 또한, 과거 음주로 인한 사회적 고립에 대해 성찰하는 모습을 보였다. 퇴원 후 취미활동과 사회 복귀에 대한 계획을 세우는 등 적극적인 회복 의지를 나타냈다.

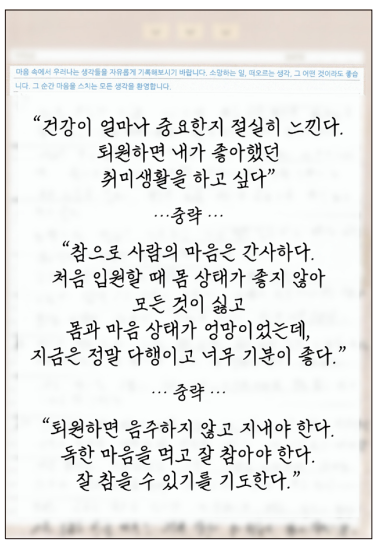

"건강이 얼마나 중요한지 절실히 느낀다.
퇴원하면 내가 좋아했던
취미생활을 하고 싶다"
…중략 …
"참으로 사람의 마음은 간사하다.
처음 입원할 때 몸 상태가 좋지 않아
모든 것이 싫고
몸과 마음 상태가 엉망이었는데,
지금은 정말 다행이고 너무 기분이 좋다."
… 중략 …
"퇴원하면 음주하지 않고 지내야 한다.
독한 마음을 먹고 잘 참아야 한다.
잘 참을 수 있기를 기도한다."

Fig. 3. Patient's self-reflective writing during hospitalization showing insights about mind-body connection and recovery motivation.

③ 입원 13일 차~퇴원

신체 증상의 지속적인 개선과 함께 퇴원에 대한 불안과 재발 걱정이 나타났다. 입원 13일 차에는 인후부-전흉부 통증이 NRS 0~1 수준을 유지하며 불안감도 NRS 1까지 감소하였다. 환자 스스로 양손의 진전이 개선된 것을 인지하며 수부 진전 또한 NRS 2에서 1로 개선되었다.

입원 14일 차에는 퇴원 후 건강한 생활 유지 방법에 대해 환자가 스스로 계획을 세울 수 있도록 하였다. 환자는 "6시경 기상하여 얼굴 손발 씻고 운동 조금 하고… (중략) …10시경 취침하여 다음 날 6시에 기상합니다."와 같이 규칙적인 생활패턴을 설계하였고, "내가 좋아하는 바다낚시를 가고 싶습니다."라고 이야기하며 과거 즐겼던 취미활동에 대한 재개 의지를 표현하였다. 또한 "건강이 최고"라는 문구를 반복적으로 작성하며 건강 중심의 생활 가치관으로의 전환 의지를 보였다.

15일 차부터는 퇴원을 앞두고 일상 복귀에 대한 불안감과 재발에 대한 우려를 표현하기 시작했다. 17일 차에는 새벽부터 아침까지 열감을 동반한 인후부-전흉부 통증이 재발하여(NRS 2) 자하거와 황련해독탕을 이용한 약침 치료를 시작하였고, 18일 차에는 통증은 소실되었으나 동일한 부위에 상열감(NRS 1)으로 증상이 변화하는 양상을 보였다.

퇴원 전일에는 입원 시 시행했던 평가도구들을 재평가하였다. AUDIT-K가 29점에서 20점으로, PSQI가 6점에서 5점으로 개선되었으나 ISI는 6점에서 7점으로 약간 증가하였다. 불면증 변증 도구에서는 간울화화에서만 7.11%로 나타나 입원 초기 대비 현저한 경감 양상을 보였다(Fig. 4~6).

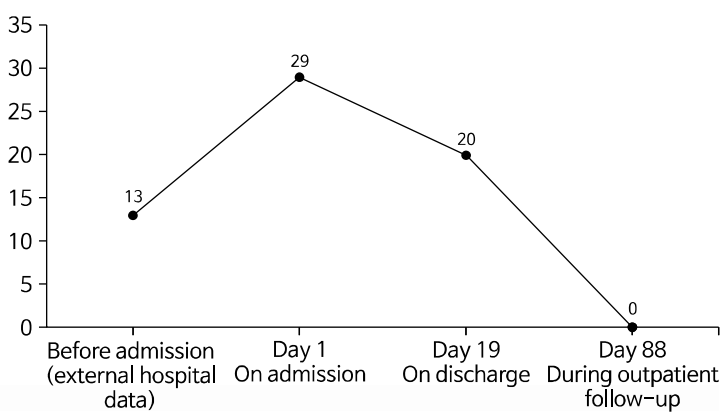


Fig. 4. Changes in AUDIT-K.

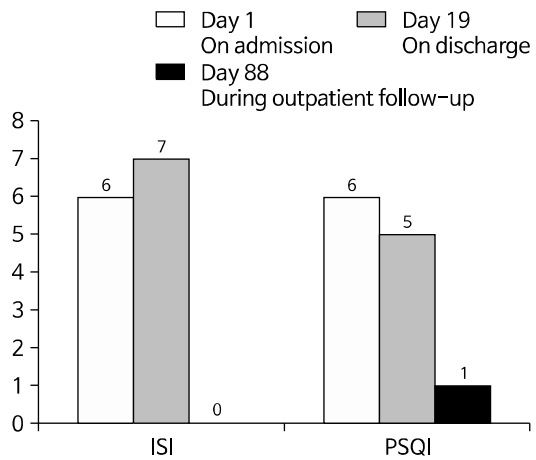


Fig. 5. Changes in ISI and PSQI scores.

또한, CIWA-Ar의 점수 또한 0점으로 경감되었다(Fig. 7).

퇴원일에는 인후부-전흉부 통증의 완전 소실과 제반 상태가 안정화가 확인되었으며(Fig. 8), 향후 지속적인 외래 추적 관찰을 통한 단주 유지 및 증상 관리를 계획하였다.

(3) 퇴원 후 외래 경과(21회)

외래 내원 시마다 매번 음주 여부를 확인하였고, 지속적인 금주 상태가 확인되었다. 퇴원 후 외래 치료에서는 지속적인 금주 유지와 건강한 생활습관 정착에 중점을 두었으며, 음주 단서 회피 및 지속적 금연을 통한 교차중독 예방에 대한 교육을 지속하였다.

① 퇴원 2일~2개월

인후부-전흉부에 NRS 1 정도의 야간 열감이 지속되었

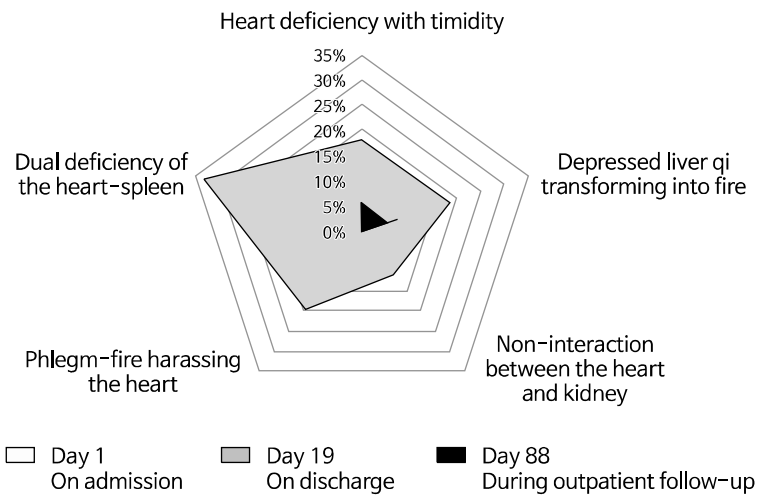


Fig. 6. Changes in percentage of Pattern Identification Tool-insomnia.

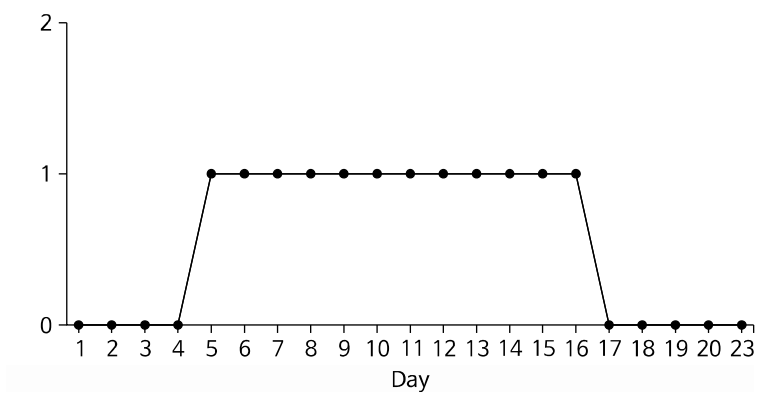


Fig. 7. Changes in Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) scores after hospitalization. Days 1~20 represent hospitalization period, Day 23 represents outpatient follow-up.

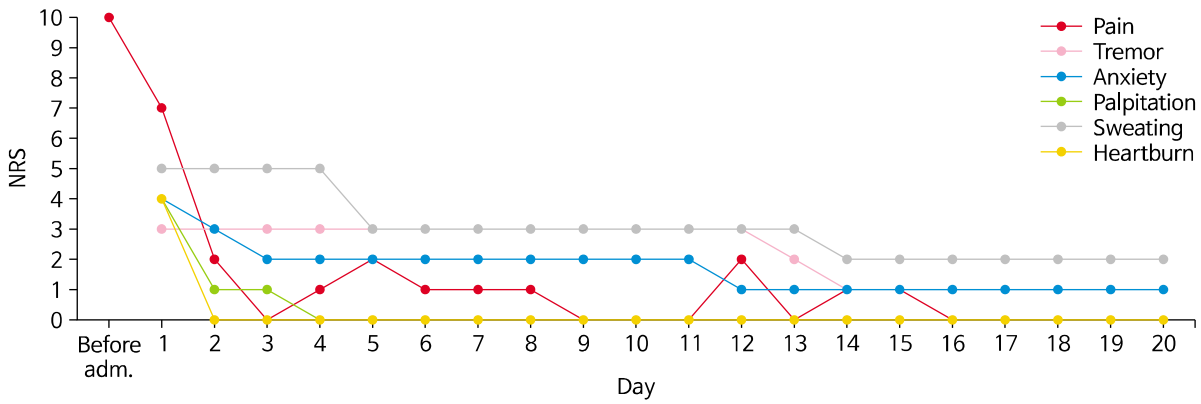


Fig. 8. Changes in pain, anxiety, and associated symptoms during hospitalization.
adm.: admission.

다. 환자는 회복된 건강에 대한 주변 사람들의 긍정적인 반응을 언급하면서도, 재발에 대한 불안감으로 조심스러운 생활을 유지하며 음주 회피 행동을 실천하고 있었다.

환자는 퇴원 초기에 음주 욕구에 있음을 솔직하게 인정하면서도 이에 대한 자각과 조절 능력을 보였다. 환자는 TV 화면, 식당 포스터 등 일상생활 속 음주 단서가 될 수 있는 모든 자극을 차단하려 노력하고 있었다. 평소 좋아하던 바다 낚시에 대한 욕구를 표현했을 때에도 낚시 환경이 음주와 연관될 수 있는 상황임을 설명하자 이를 수용하는 모습을 보였다. 임상 검사 결과에서 간 기능의 현저한 개선이 확인되었으며, 무좀약을 스스로 구입하여 사용하는 등 자발적으로 본인의 신체를 관리하는 모습을 보였다.

② 퇴원 3~4개월

인후부-전흉부의 야간 열감이 간헐적으로 발생하였다. 환자는 '건강이 최고'라는 가치관과 함께 신체 반응을 스스로 관찰하여 적절한 행동을 취했고, 과로 시 열감이 발생하는 패턴을 자각하였다.

환자는 장기적 관점에서의 금주 의지를 확고히 하였고, 직업 복귀를 시도하면서도 신체 상태를 살피며 조심스럽게 접근을 취하고 있었다.

주요 평가지표를 재평가한 결과, 불면과 알코올 사용 장애와 관련된 모든 지표에서 퇴원 시보다 개선된 결과를 보였다(Fig. 4~6).

③ 퇴원 5~7개월

인후부-전흉부의 열감은 소실된 상태를 유지하였다.

퇴원 5개월 차에는 환자가 자발적으로 감사의 편지를 작성하여 가져왔다. 편지에서 환자는 죽을 것 같았던 상황에서 건강을 되찾게 된 것에 대한 깊은 감사와 함께 건강한 삶에서 오는 일상적 행복을 표현하였다. 또한, 자신과 같은 상황의 사람들에게 금주의 중요성을 전하고 싶다는 사회적 기여 의지도 보였다.

환자는 과거 음주 문제로 인해 가족의 걱정과 실망을 느끼고 있었으며, 자녀들이 자신을 부정적으로 바라본다는 점을 인식하고 있었다. 그러나 질병 경험과 단주 과정에서의 배우자와 자녀의 지지를 통해 가족의 소중함을 재인식하였으며, 현재는 자녀와 매일 문자 메시지를 주고받고, 주 1회 만남을 가지는 등 적극적인 관계 개선을 실천하고 있다고 하였다.

치료 7개월 차에는 "예전에는 다 알고 있다고 생각했고, 책도 안 보고 싶었는데 최근에는 책도 보고 싶고 공부하고 싶은 마음이 든다."라며 지적 호기심의 회복을 보였다. 또한, 음주로 인해 중단되었던 직업 활동에 대해서도 점차 자신감을 회복하면서 취업 의욕을 보였고, 실제로 취업에 성공하였다. 다만 과로 시 신체 반응이 나타날 수 있음을 인지하고 있었으며, 적절한 신체 조절을 통해 건강관리를 실천하였다.

환자는 지속적인 단주를 다짐하면서도 치료자가 제시한 방향을 수동적으로 따르는 것이 아니라, 스스로 결정하고 선택하여 행동의 변화를 이루는 모습을 보였다.

2) 간 기능 검사의 변화

입원 당일 첫 검사에서 AST 341 IU/L, ALT 282 IU/L, ALP 194 282 IU/L로 측정되었으며, 모두 정상 수치보다 6~7배 이상 높은 상태였다. 내원 83일 전 검사한 타 병원 검사 기록과 비교해도 현저하게 상승된 수치였다.

치료 4일 차부터 GODEX, URSA 복약이 시작되었고, 치료 9일 차에 측정한 간 기능 검사에서는 입원 대비 AST, ALT, ALP가 모두 감소하였다. 입원 첫날에 시행하지 못한 GGT는 1,142 IU/L로 정상 상한치의 17배 이상 높게 나타났다.

입원 16일 후에는 ALP는 정상범위로 회복되었으며, 퇴원 후 치료 26일 차에는 GGT를 제외한 모든 간기능 수치가 정상범위로 들어왔다. 치료 114일 차에는 GGT를 포함한 전체 간 기능 수치가 정상범위로 완전히 회복되었다(Fig. 9, Table 4).

IV. 고찰 및 결론

술은 성열질습(性熱質濕)하여, ≪동의보감(東醫寶鑑)・탕액편(湯液篇)≫에서는 "性大熱, 味苦甘辛, 有毒 …(중략)… 其濕中發熱近於相火"라고 하여 그 대열한 성질과 독성이 상화(相火)와 같아 오랫동안 마시면 정신을 손상시키고 수명을 단축시킨다고 하였고, ≪본초강목(本草綱目)≫에서는 "飮則傷神耗血 損胃亡精 生痰動火"라 하여 술이 정신・혈(血)・정(精)을 손상시키고 위(胃)를 상하게 하며, 담(痰)을 생성하고 화(火)를 촉발함을 설명하였다[6].

특히 만성 음주는 술의 대열한 성질이 지속적으로 진액을

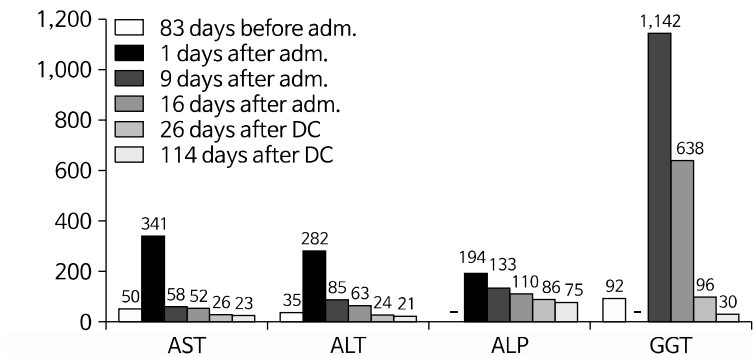


Fig. 9. Changes of Liver function test results. Normal range: AST 0～50 IU/L, ALT 0～50 IU/L, ALP 43～115 IU/L, GGT 9～64 IU/L.
adm.: admission, DC: discharge.

Table 4. Changes in Liver and Renal Function Test during Treatment

	State of treatment						Normal range
	Before adm.	After adm.			After discharge		
	83 days	1 day	9 days	16 days	26 days	114 days	
AST	50 ▲	341 ▲	58 ▲	52 ▲	26	23	0～50 IU/L
ALT	35 ▲	282 ▲	85 ▲	63 ▲	24	21	0～50 IU/L
ALP	-	194 ▲	133 ▲	110	86	75	43～115 IU/L
GGT	92	-	1142 ▲	638 ▲	96 ▲	30	9～64 IU/L
T. bilirubin	-	1.6 ▲	1	0.6	0.6	0.5	0.3～1.2 mg/dL
T. protein	-	6.9	7.6	7.6	7.4	8.1	6.6～8.3 gm/dL
Albumin	-	4.1	4.4	4.5	4.4	4.4	3.5～5.2 g/dL
A/G ratio	-	1.5	1.4	1.5	1.5	1.2	1.1～2.0
BUN	-	10	7.7	8.7	8	11.7	6.6～23.6 mg/dL
Creatinine	0.9	0.89	0.93	0.94	0.94	0.95	0.67～1.17 mg/dL
eGFRcrea (MDRD)	-	>60	>60	>60	>60	>60	>60 mL/min/1.73 m^2
eGFRcrea (CKD-EPI)	-	93	89 ▼	88 ▼	88 ▼	87 ▼	≥90 mL/min/1.73 m^2
Uric acid	-	6	5.7	6.4	6.5	6.5	3.5～7.2 mg/dL
Ca	-	9.8	9.9	9.9	9.6	9.7	8.8～10.6 mg/dL
P	-	2.7	3.4	3.6	3.1	3.1	2.5～4.5 mg/dL

adm.: admission.

손상시켜 음허(陰虛) 상태를 야기할 수 있는데, 이는 청장년 남성에게 다발하는 음허후비(陰虛喉痺)의 주요 발병 원인이 된다[6]. 더불어 ≪증치휘보(證治彙補)≫에서는 장기간 음주가 오장육부를 손상시키는 것에 대하여 자세히 기술하였는데, 폐(肺)가 손상된 경우 기침・갈증이, 심(心)이 손상된 경우 두근거림・불면이, 비(脾)가 손상된 경우 담만(痰滿)・복부팽만 등이 나타날 수 있음을 기술하였다[6].

알코올 사용 장애는 음주에 대한 통제력 상실로 인해 개인의 신체적, 정신적, 사회적 기능에 광범위한 손상을 초래하는 만성 질환이다. 알코올 사용 장애의 주요 특징인 음주 갈망은 알코올에 대한 강렬하고 지속적인 욕구를 나타내는데, 생리적・심리적・환경적 요인과 결합하여 단주 유지에 큰 어려움을 초래한다. 또한, 장기간의 음주는 가족관계 악화, 사회적 고립, 직업 기능 저하를 동반하여 사회적 기능 손상을 심화시키며, 이러한 요인은 재음주의 위험인자가 되므로 회복 과정에서는 단주 달성뿐 아니라 사회적 회복까지 포함하는 포괄적인 회복이 필요하다고 알려져 있다.

본 증례의 환자는 30여 년간의 장기 음주력과 최근 2~3개월간 스스로 통제할 수 없는 과도하고 빈번한 음주와 그로 인한 일상생활 기능의 손상으로 한의 치료를 시작하였다. 환자는 인후부-전흉부 통증과 함께 식욕과 식사량 부진을 보였다. 동반되는 구건, 상열감, 자한을 포함한 신체 증상으로 환자의 병리가 주독열(酒毒熱)에 의한 음허화동(陰虛火動)이며, 인후부에서 전흉부로 이어지는 증상은 음허후비로 진단하였다. 입원 당일 시행한 간기능검사에서는 임상실험실 검사에서 간기능 이상이 확인되었다.

이에 따라 한약 치료를 단계적으로 진행하였다. 초기에는 제반 증상의 회복을 위해 비위 기능을 우선으로 다스리는 것이 필요하다고 판단하여 가미불환금정기산을 적용하였다. 불환금정기산은 내인과 외인을 겸한 위장의 불화를 조절하고 소화 기능을 개선하는 효과가 있는 처방이며, 환자가 호소하는 인후부-전흉부 증상에 맞추어 사삼(沙蔘), 길경(桔梗), 맥문동(麥門冬)을 가미하였다.

이후 생간건비탕을 투여하여 주상으로 인해 손상된 비위 기능의 회복뿐만 아니라 간담의 생리 기능을 보강하였다. 생간건비탕은 건비(健脾), 안위(安胃), 보간(補肝), 이담(利膽), 이뇨(利尿) 효과로 간담의 생리 기능을 개선하는 처방으로, 간 기능 회복에 대한 임상적 효과가 보고된 바 있다[16]. 본 증례에서는 비위기능의 개선을 '식욕 증가'로 확인한 입원 8일차부터 복약 빈도를 증량하였다.

치료 중 간 기능은 개선되었으나, 인후부-전흉부 통증이 운동이나 과로 시 심화되는 경향이 있어 입원 11일차부터는 혈허음허와 허화상염을 치료하기 위해 ≪동의보감(東醫寶鑑)・외형(外形篇)≫ 인후문(咽喉門)의 가미사물탕을 처방하였다. 가미사물탕은 "治虛火喉痺, 喉痛, 喉瘡, 最能降火"라고 하여 음허후비에 사용하는 처방으로, 사물탕을 기반으로 지모(知母)・황백(黃柏)을 가하여 화(火)를 내리고, 길경・감초(甘草)를 더하여 인후부 증상을 완화하였으며, 죽력(竹瀝)과 과루근(栝樓根)을 추가하여 거담화음(祛痰化飮) 효과를 도모하였다.

침치료는 신정격을 기반으로 하여 음허로 손상된 신기(腎氣)를 보강하였고, 족소음신경(足少陰腎經)의 축빈을 응용하였다. 이침은 NADA와 ACACD의 프로토콜을 참고하여 적용하였다.

기존 연구에 따르면 축빈은 음주 갈망 완화에 효과적이라고 보고된 바 있으며[17], NADA 프로토콜은 알코올 및 약물 중독 환자에서 금단 증상 완화, 불안 및 수면 개선, 재발률 감소에 긍정적인 효과가 있다고 알려져 있다[18]. ACACD 프로토콜에 대해서는 많은 연구가 되어 있지 않으나 임상에서 NADA 프로토콜과 함께 음주를 포함한 다른 중독(Addiction) 질환의 치료에 광범위하게 사용되고 있다[19].

약침 치료는 음허로 인한 상열감 개선을 목표로 자하거 약침과 황련해독탕 약침을 사용하였다. 자하거는 익기양혈(益氣養血), 보정(補精)의 효능이 있어 보음(補陰)과 신기(腎氣)의 보충을 도모하였으며, 황련해독탕은 청열사화(淸熱瀉火) 작용을 바탕으로 상열 및 안면부 증상을 완화하기 위해 적용되었다.

또한 한의정신요법으로 지언고론요법과 이정변기요법을 병행하였다. 다만, 치료 초기에 환자는 웨어러블 기기 착용 거부, 심리검사에 대한 과도한 소요시간 등 치료적 개입에 대한 방어적 태도와 저항을 보여, 개인력 조사 시에는 보호자 면담을 통해 진행하였다. 이러한 특성은 MMPI-2 결과에서도 고정반응 비일관성(TRIN) 척도의 상승으로 관찰되었다. 그러나 비전형척도(F)를 포함한 기타 타당도 척도는 정상 범위를 나타내어, 이러한 반응이 심리적 병리나 방어기제보다는 초기의 협조도 부족에 기인된 것으로 해석되었다.

이러한 초기 저항을 고려하여 치료적 관계 형성을 위해 매일 짧은 대화 형식의 한의정신요법을 우선 진행하였으며,

환자의 심리적 개방성이 증가하면서 점차 글쓰기 세션 등 보다 심화된 정신요법을 시행할 수 있었다.

한의정신요법의 단계적인 접근은 환자가 스스로 건강에 대한 본인의 가치관을 세울 수 있게 하였으며, 흡연이 음주로 이어질 수 있는 교차중독 가능성에 대해 교육하고, 음주 장면 노출이나 바다낚시와 같은 취미활동처럼 음주 연상 가능성이 높은 상황을 일정 기간 피하도록 안내한 것은 치료 초기에 재발 위험을 줄이기 위한 중요한 전략으로 활용되었다.

치료 도중 환자는 치료 과정에서 스스로 심신일여(心身一如)에 대한 인식을 표현하였으며, "건강이 최고"라는 가치관의 회복과 함께 규칙적인 삶의 계획을 세우는 자주성을 보였다. 가족관계에 대한 소중함을 재인식하며 지속적인 단주를 다짐하면서도 치료자가 제시한 방향을 수동적으로 따르는 것이 아니라, 스스로 결정하고 선택하여 행동의 변화를 이루는 모습을 보였다.

이러한 변화는 단순한 증상의 호전뿐만 아니라, 환자의 인지적・정서적 영역에서의 긍정적 전환을 동반한 것으로 해석될 수 있으며, 심신일여 치료가 알코올 사용 장애 환자의 통합적 회복과 재발 방지에 있어 효과적인 역할을 수행할 가능성을 시사한다.

본 환자의 양호한 예후에는 가족의 지지, 환자 스스로 절박함을 느껴 입원을 결정한 내재적 동기, 신체 합병증이 비가역적 단계에 이르기 전의 조기 개입, 신체와 정신을 동시에 다루는 전인적 치료 접근, 그리고 장기간의 외래 관리를 통한 재발 방지 등이 복합적으로 기여한 것으로 사료된다.

또한, 전체 치료 기간인 7개월 동안 본 증례의 단주 과정에서는 두통과 같은 경미한 금단 증상만 관찰되었고, 입원 중 시행한 CIWA-Ar 점수는 최대 1점에 그쳤다. 일반적으로 장기간 과량 음주자의 급성 금주 시 72시간 내의 심각한 알코올 금단 증상의 발생 가능성이 있어, 본 환자도 72시간 보호자 상주하에 입원 치료를 시작하였으나, 비교적 순조로운 경과를 보였다. 이러한 결과는 입원 전 알코올 금단에 대한 사전 교육과 예고를 통해 환자와 보호자가 심리적으로 준비된 상태였으며, 입원 환경에서의 24시간 의료진 관찰과 즉각 대응 체계가 환자에게 안정감을 제공한 것과 더불어 입원 초기부터 알코올 갈망, 금단과 함께 동반 신체 증상에 대한 적극적인 침구 치료와 한약 치료가 복합적으로 작용한 결과로 사료된다.

다만 본 증례의 환자는 소량씩 장기간의 흡연 이력이 있었으나 입원과 동시에 금연을 시작한 상태로, 관찰된 경미한 증상들이 순수한 알코올 금단 증후군에 의한 것인지, 금연으로 인한 니코틴 금단과 복합적으로 작용한 것인지에 대해서는 신중한 해석이 필요하다. 이는 알코올 사용 장애 환자 진료 시 다중 물질 의존 상태의 복잡성을 시사한다.

또한, 한의 치료 결과 3~4개월 만에 간기능검사가 현저히 호전되었다. URSA, GODEX와 같은 간 보호제가 치료 4일 차부터 투약되기 시작하였으나 5일간의 병용 치료 후 AST와 ALT가 각각 약 83%, 70% 감소하였다. GGT는 입원 첫날 검사 항목에서 제외되어 있어 초기 수치를 확인할 수 없었으나 치료 9일 차에 1,142 IU/L로 정상 상한치의 약 18배에 달하는 수치가 확인되었다. 이후 치료 16일 차에는 638 IU/L로 약 44% 감소하였고, 치료 114일 차에는 30 IU/L로 정상범위 내로 감소하였다. 일반적으로 GGT는 알코올성 간 손상에 민감한 지표로, 금주 이후에도 수개월에서 1년 이상 높은 수치가 지속되는 경우가 많다. 그러나 본 증례에서는 약 4개월 만에 크게 감소하는 경과를 보였다. 이는 4주간의 URSA와 GODEX 복합투여에서 ALT는 55%, AST는 약 17%의 감소를 보인 기존의 임상연구[20]보다 빠른 변화로, 이는 한약이 간의 해독 및 재생 기능을 활성화한 상태에서 양약이 추가되면서 시너지 효과를 낸 것으로 추정된다.

본 증례의 한계는 다음과 같다. 첫째, 치료가 완전히 종료된 환자가 아닌 경과에 대한 보고로, 알코올 사용 장애와 같은 물질 사용 장애 질환은 장기간의 관찰이 필요하고, 언제든 재발의 여지가 있기 때문에 지속적인 경과 관찰을 요한다. 둘째, GGT를 입원 첫날 검사하지 않아서 정확한 초기 검사치를 알 수 없었으며, 전반적인 간기능검사 수치가 감소하는 추이를 보았을 때 입원 첫날의 GGT는 치료 9일 차보다 더 높았을 것으로 추정되나 초기 검사가 이루어지지 않은 점은 기저치 평가의 한계로 작용하였다. 셋째, 본 환자에서 관찰된 경미한 증상들(두통, 진전 등)이 순수한 알코올 금단 증후군에 의한 것인지에 대해서는 신중한 해석이 필요하다. 환자는 입원과 동시에 금연을 시작했으며, 소량씩 장기간의 흡연 이력이 있던 상태라서 금연 금단 증상의 가능성을 배제할 수 없었다. 넷째, 본 증례는 단일 사례 보고로서 일반화에 한계가 있으며, 향후 다른 알코올 사용 장애 환자를 대상으로 한 치료는 그 증상에 맞게 개별화된 접근이 필요하다.

본 연구는 생물학적, 심리적, 사회적 요인이 복합적으로 작

용하는 중증 알코올 사용 장애 환자에게 한의학의 심신일여적 통합 치료 접근이 신체적・심리적 증상 개선에 효과적이었음을 보여주는 증례로, 특히 한의정신요법을 통한 환자의 주체적 변화와 심신이 연결된 것에 대한 통찰은 단순한 증상 완화를 넘어 치료 동기의 강화, 음주에 대한 자기 통제력 향상, 자기 돌봄에 대한 인식개선을 통해 장기적인 중독 치료의 기반을 마련하여 회복을 가능하게 한 것으로 사료된다.

향후 이와 유사한 심신일여적 관점에서 신체와 정신에 동시에 개입하는 한의 치료 증례가 더 많이 보고되기를 희망하며, 이를 기반으로 알코올 사용 장애에 대한 한의 치료의 적용 가능성을 탐구하는 후속 연구가 활발히 수행되기를 기대한다.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013:537-51.
2. Ministry of Health and Welfare. Epidemiologic survey of mental illness 2021. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2021.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603
4. Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? Addiction. 2013;108(2):275-93. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04054.x
5. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/374250
6. Textbook Compilation Committee of the Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. Oriental Neuropsychiatry. Seoul: Maber; 2018.
7. Park SH, Cho JH, Kim BK, Lim JH. Research trends in herbal medicine treatment for alcohol use disorder. J Orient Neuropsychiatry. 2023;34(4):385-401. https://doi.org/10.7231/jon.2023.34.4.385
8. Chen H, Feng J, Chen L, Huang J, Zhang P, Chen C, Lu L, Tang C. Acupoint stimulation for alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2023;102:e32614. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000032614
9. Fleury MJ, Djouini A, Huỳnh C, Tremblay J, Ferland F, Ménard JM, Belleville G. Remission from substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2016;168:293-306. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625
10. Junyue J, Siyu C, Xindong W, Qinge X, Jingchun Z, Liming L, Guohua L. Complementary and alternative medicine for substance use disorders: a scientometric analysis and visualization of its use between 2001 and 2020. Front Psychiatry. 2021;12:722240. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.722240
11. Lee BO, Lee CH, Lee PG, Choi MJ, Namkoong K. Development of Korean version of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-K): its reliability and validity. J Korean Acad Addict Psychiatry. 2000;4(2):83-92.
12. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989;84(11):1353-7. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x
13. Sohn SI, Kim DH, Lee MY, Cho YW. The reliability and validity of the Korean version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep Breath. 2012;16(3):803-12. https://doi.org/10.1007/s11325-011-0579-9
14. Cho YW, Song ML, Morin CM. Validation of a Korean version of the Insomnia Severity Index. J Clin Neurol. 2014;10(3):210-15. https://doi.org/10.3988/jcn.2014.10.3.210
15. Jeong JH, Lee JY, Kim JY, Kim SY, Kang WC, Lim JH, Kim BK, Jung IC. A pilot study of evaluating the reliability and validity of pattern identification tool for insomnia and analyzing correlation with psychological tests. J Orient Neuropsychiatry. 2020;31(1):1-12. https://doi.org/10.7231/jon.2020.31.1.001
16. Shin YS, Cho SH, Kim NU, Han YH. Clinical report of acute cholecystitis with Gagamsaenggan-tang. Korean J Orient Physiol Pathol. 2009;23(6):1465-9.
17. Lee JS, Kim SG, Jung TG, Jung WY, Kim SY. Effect of Zhubin (KI9) acupuncture in reducing alcohol craving in patients with alcohol dependence: a randomized placebo-controlled trial. Chin J Integr Med. 2015;21(4):307-11. https://doi.org/10.1007/s11655-014-1851-1
18. Stuyt EB, Voyles CA. The National Acupuncture Detoxification Association protocol, auricular acupuncture to support patients with substance abuse and behavioral health disorders: current perspectives. Subst Abuse Rehabil. 2016;7:169-80. https://doi.org/10.2147/SAR.S99161
19. Reuben C, Chen TJH, Blum SH, Braverman E, Waite R, Miller J, Sewall S, Blum K, Meshkin B, Mengucci J. Acupuncture and auriculotherapy: valuable natural treatment modalities for addiction. Townsend Lett Dr Patients. 2005;269:81-5.
20. Heo NY, Park SH, Choi JH, Kim E, Kim TO, Park J, Lee J, Park YE, Oh EH, Hwang JS, Jeong SJ. Efficacy and safety of biphenyl dimethyl dicarboxylate and ursodeoxycholic acid combination in chronic hepatitis related to metabolic syndrome components. Korean J Gastroenterol. 2021;77(4):179-89. https://doi.org/10.4166/kjg.2020.158