

동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 13. No. 2, 2002

양약부작용으로 R/O되어 입원한 우울증患者 1例 보고

이승진 · 이승희 · 김보영 · 황선미 · 정대규
경산대학교 한의과대학 신경정신과학 교실

A case about the patient who has deteriorated by symptoms being R/O because of side effects by Western medicine after having diagnosis of melancholia

Seung-Jin Lee · Seung-Hee Lee · Bo-Young Kim · Seon-mi Hwang · Dae-kyoo Chung
Dept. of Oriental Neuropsychiatry College of Oriental Medicine, Kyung San University, Taegu, Korea.

This case is about the patient who has experienced available effect as a result of executing the treatment of physical constitution after deteriorating by symptoms being R/O because of side effects by Western medicine during the treatment by Western medicine after having diagnosis of melancholia.

In the beginning of being clouded consciousness, it has paralleled the treatment by Oriental medicine and Western medicine. After restoration of consciousness the treatment by Oriental medicine was only executed. As a result of that, the initial symptoms and the existing melancholia have gotten better, and then it presented that the normal daily life would be available.

We could examine that the treatment of physical constitution had available effect against melancholia. And it needs to widen it to the disorder of psychoneurosis hereafter. Also it showed that it needs systematic clinical research.

Key Word : side effects by Western medicine, melancholia, the treatment of physical constitution

서 론

우울증은 아주 흔하여 일차 진료 환자의 30% 이상에서 우울 증상을 가진다. 우울증은 유전적 요소 (신경전달물질 기능부전), 발달문제들 (인격

결함, 아동기 사건들), 혹은 정신사회적 스트레스 (이혼, 비고용) 등의 최종적 표현일 수있다¹⁾.

경한 경우는 정서적으로 우울하며 슬픈 느낌을 가진다. 환자는 자신감이 없고 생의 의욕이 없고 피곤해 하고 일하기를 싫어하며 혼자만 있으려 하고 평소 해오던 일을 수행하는 데 어려움을 느낀다. 한편 신체증상이 현저하게 나타나기도 한

· 교신저자 : 김보영, 대구광역시 수성구 상동 165번지
경산대학교 대구한방병원 신경정신과학교
실(Tel. 053-770-2082, st1556@hanmir
.com)

다. 체중감소, 식욕부진, 소화장애, 변비, 가슴답답함, 두통, 수면장애, 쇠약상태 등을 호소한다. 심한 경우는 경한 상태에서와 비슷하지만 정서적인 고통이 훨씬 심각하게 된다. 체중이 빠지고 땀이나 다른 분비물은 감소되고, 근육의 힘이 감소되어 변비가 생기고 성적 욕구도 감소된다. 수면장애는 대단히 특징적으로 나타나는데 잠이 얼른 들지 않고 훨씬 빨리 잠이 깨게 된다. 사고진행에 억제가 나타나 나타나는 말은 느리고 대답은 간단하고 단음절이며 낮은 목소리다. 행동은 점차 지연되고 억제되어 시작할 때나 수행할 때 매우 느리며 심하면 혼수상태까지 이르게 된다. 때로는 무력감, 고립무원감, 분노와 공격의 감정, 죄책감, 자기징벌의 욕구 또는 망상 등의 이유로 자살을 시도하거나 자해하는 수가 있다²⁾.

氣鬱이란 抑壓되고 沈鬱한 정신상태로 인하여 모든 생리 기능이 沈滯되는 현상이니 發散시킬 수 없는 欲求不滿이나 지속되는 憂愁, 지나친 思慮나 悲嘆 등이 원인이 되는 수가 많다.鬱이란 氣가 한 곳에 맺혀 머물러 있으며 흩어지지 못하는 것이며, 흔히 七情어 鬱結되어 오는 것이다. 이런 경우에는 흔히 기분이 우울하다는 정신적 증상을 나타내게 되므로 본인의 호소가 없더라도 곁에서 보기에 의욕상실, 흥미상실, 침묵, 무기력 등이 보여지며 그 밖에도 心下痞滿, 胸悶, 脇痛, 消化障礙, 四肢沈重無力, 大小便障礙 등이 나타난다³⁾.

대구 local hosp에서는 환자의 병명을 Neuroleptic Malignant Syndrome 또는 탄산리튬에 의한 부작용으로 R/O하였는데, Neuroleptic Malignant Syndrome은 chlorpromazine, haloperidol 등의 페노타이아진계 또는 뷰티로페논계 약물들을 투여하기 시작하거나, 증량시키거나 또는 재투여함으로써 유발될 수 있으며 아주 드물지만 생명을 위협하는 질환으로 이와 같은 상태는 급성 도파민수용체 차단에 따른 결과일 것으로 생각되고 있다. 임상적으로 고열, 운동완만, 경직, 자율기능이상 및 혈중 CK치 증가 등을 나타낸다. 이와 같은 증세가 의심될 경우 가능한 빨리 약물을 중단시키며 환자를 차게 유지하는 등 대증요법을 실시한다⁴⁾. 그리고, 탄산리튬은 조울증의 조증 시기에 가장 좋은 약이며 부작용으로 오심, 구토, 설사, 특히 용량을 너무 빨리

올렸을 때 정신이 아득해지는 느낌, 활동 진전(action tremor), 위약감, 실조증, 언어 불명료, 흐릿한 시력, 현훈, 안진, 혼미, 혼수 등을 나타내며⁵⁾, 장기간의 리튬 치료를 받는 환자들은 일부 근육 즉, 굴곡근 및 신전근의 경직과 더불어 진전(tremor)을 동반하는⁴⁾ cogwheel강직증과 때때로 다른 추체의로 징후를 보인다¹⁾.

최근 과학문명의 발전에 따른 사회의 현대화에도 불구하고 과거에 비해 많은 양의 stress에 노출되어 있고 神經症 患者의 증가추세 속에서 論者는 우울증이 재발하여 local 신경정신과에서 입원치료 후 호전되어 퇴원하여 3~4일간 자가에서 계속적인 p.o med(haloperidol, carbamazepine, 탄산리튬)하던 중에 上肢部の 強直에서 시작하여 全身 強直, 發熱, Dysphagia, 意識昏迷 등의 증상으로 심해져 대구 local hosp ER visit하여 CT-scan, EEG, R-Lap, Spinal tapping 등의 검사 결과 nonspecific Dx, Neuroleptic Malignant Syndrome 또는 탄산리튬에 의한 부작용으로 R/O받고 fluid-Tx, injection-Tx후 미호전된 상태로 慶山大學校 附屬大邱韓方病院 ER통해 입원한 憂鬱症 患者 1인을 對象으로 四象體質을 바탕으로 治療한 결과 유의한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

연구대상 및 방법

1. 研究對象

경산대학교 부속대구한방병원에 全身強直, 發熱, Dysphagia, 意識昏迷를 주소로 입원한 환자 1인을 對象으로 하였다.

2. 治療效果의 判定

입원치료중에 환자의 주소증상태를 四診을 통해 1일 3회 측정하였다.

초기 환자의 전신의 發熱, 強直, 呼吸困難, 意識障礙와 Dysphagia정도는 四診을 통해 관찰하였으며, 의식회복후 性情변화는 설문 조사를 통해 관찰하였다.

3. 治療內容 및 施術方法

1) 鍼灸治療

體針의 四關, 足三里, 懸鍾, 陽陵泉, 曲池, 外關, 百會, 印堂, 人中, 承漿, 膻中, 上脘 중 適宜한 穴位를 선택하였다⁶⁾.

① 針治療

통기침구침 0.25×30mm를 사용하여 上記穴 중 適意加減하여 1일 1회 15-20분간 留鍼함을 원칙으로 시술하였다.

② 灸治療

양쪽 外關, 曲池, 肩髃, 足三里, 懸宗, 太衝⁶⁾을 중심으로 回春灸를 각 2장씩 1일 1회 시술하였다.

2) 附缸治療

乾式附缸(膀胱經 1,2선을 중심으로 背部乾式)

3) 藥物治療

獼猴藤植腸湯 『東醫壽世保元⁷⁾』 加 羌活, 獨活, 荊芥, 防風, 金銀花, 酸棗仁, 元肉

4. Western Tx

5/22	5/23	5/24	5/25	5/26	5/27	5/28	5/29
N/S 1L + B1C1 bid Bumpryrin 1/2 [ⓐ] N/S 100cc+ 딜란틴 1 [ⓐ] bid Bumpryrin 1 [ⓐ] Deponit 1 [ⓐ]	N/S 1L + B1C1 bid Bumpryrin 1/2 [ⓐ] N/S 100cc+ 딜란틴 1 [ⓐ] bid amictam1 [ⓐ] bid mucopect1 [ⓐ] bid valium 1 [ⓐ] Dalmadon 1 [ⓐ]	N/S 1L + B1C1 bid N/S 100cc+ 딜란틴 1 [ⓐ] bid amictam1 [ⓐ] bid mucopect1 [ⓐ] bid	N/S 1L + B1C1 bid N/S 100cc+ 딜란틴 1 [ⓐ] bid amictam1 [ⓐ] bid mucopect1 [ⓐ] bid	N/S 1L + B1C1 bid N/S 100cc+ 딜란틴 1 [ⓐ] bid amictam1 [ⓐ] bid mucopect1 [ⓐ] bid	N/S 1L + B1C1 bid N/S 100cc+ 딜란틴 1 [ⓐ] bid amictam1 [ⓐ] bid mucopect1 [ⓐ] bid	N/S 1L + B1C1 bid N/S 100cc+ 딜란틴 1 [ⓐ] bid amictam1 [ⓐ] bid mucopect1 [ⓐ] bid	N/S 1L + B1C1 bid

증례

- 성명 : 이OO
- 성별연령 : M, 39세
- 발병일 : 2001년 5월 17일 PM 2시경
- 주소증 : 全身強直
發熱
Dysphagia
意識昏迷

5. R/O: Neuroleptic Malignant Syndrome
탄산리튬에 의한 부작용

6. 과거력

- 憂鬱症: 2년전 local 신경정신과 Dx → 한달간 p.o med하시다 중단 → 2001년 4월 25일 local 신경정신과 Adm-Tx → 5월 14일 D/C후 p.o med
- 腰痛: 1개월전 local 정형외과 Tx → 호전

7. 가족력

母: 憂鬱症 → 호전

8. 사회력

건강한 체격의 남자환자로 성격은 내성적이고, 식성은 육·채식 골고루 드시고, 술, 담배는 안하시며, 직업은 대학원을 다니면서 교회에서 선교 사일을 하신다.

9. 현병력

上記者는 2001년 5월 17일 PM 2시경 식사중 갑자기 우측상지의 強直이 나타나 집에서 BR하고 상태 호전되는듯 하다가 19일부터 다시 양측 상지부 強直이 나타났으나 별무치치 상태에서 호전 악화 반복되다가 20일 PM 4시경 全身強直, Dysphaia, 精神昏迷, 發熱증상이 나타나 대구 local hosp ER visit하여 CT-scan, EEG, R-Lap, Spinal tapping등의 검사 결과 nonspecific Dx받고 Tx후 미호전된 상태로 본원 ER통해 내원하여 EKG, Chest X-ray, R-Lap후 本院 507호실에서 입원 치료하였다.

10. 검사소견

V/S: B.p 140/90mmHg, Pulse 122회, Resp 24회, Temp 38℃

EKG(2001.5.22)

sinus Tachycardia with short PR interval

Nonspecific ST elevation

Abnormal Rhythm ECG

R-Lap(2001.5.23):U/M WBC 57/HPF

C.B.C WBC 20,000/ μ L

ESR 16 mm/h

Neutrophil 80 %

Triglyceride 199 mg/dL

Chest Ap(2001.5.23): CT-ratio=53.1%

CSF(2001.5.24): WBC. RBC (—)

R-Lap(2001.5.25): C.B.C WBC 16,000/ μ L

ESR 14 mm/h

R-Lap(2001.5.30): C.B.C WBC 8900/ μ L

ESR 14 mm/h

11. 치료경과

● 입원 1일(5월22일)

Mental은 drowsy하나 무표정한 얼굴로 질문에 대해서 '네', '아니오'정도로 기본적인 대답은 하고 있으며 全身強直으로 인해 전신의 ROM은 左, 右 肘屈이 30°, 15°이고 手指屈伸이 양쪽 다 can dull한 상태일 뿐 거동이 불가능해 침상에 누워만 있는 상태임.

Dysphagia는 검사상 소견은 없으나 연하를 거부함.

전신의 發熱(38℃)과 惡寒이 있고 호흡은 거칠면서 불규칙하고 secretion이 있으며, 수면은 발병 후(17일)부터 거의 不眠상태이고 식사는 이틀전에 미음 1숟가락, 今日에 우유와 베지밀을 1~2숟가락 드신 상태이며 대변은 발병후로는 不得하였으며 소변은 발병후 하루에 1~2회 Nelaton으로 보고 있음.

입원후 음식의 섭취와 복약이 전혀 안 되어 밤 8시경에 L-tube를 insert하였고 소변도 distention이 심하나 12시간이 넘도록 不得하여 밤 9시경에 foley catheter를 insert함.

I/O는 950/750임.

전술한 鍼, 灸, 附缸治療와 處方은 獼猴藤植腸湯⁷⁾ 加味方을 투여하고 Western Tx를 병행함.

● 입원 2일(5월23일)

밤새 全身에 熱이 있어 체온이 37~38℃사이였으며 오전, 오후에는 37~38.5℃를 나타내고 호흡은 22~30회/min로 여전히 거칠면서 불규칙하며 맥박은 97~126회/min를 나타냄.

여전히 질문에 대해서 무표정한 얼굴로 '네', '아니오'정도로 기본적인 대답은 하고 있으며 밤새 불안정한 상태로 잠이 들지 않고 설치쳤고 全身強直은 여전히 양측 上肢部에 진전증상이 나타남.

Dysphagia는 여전히함.

밤 9시경에 갑자기 체조한다면서 침대위에서 벌떡 서서 팔, 다리를 움직이며 영어를 중얼거리는 증상이 나타남.

I/O는 3200/2920임.

전술한 鍼, 灸, 附缸治療와 處方은 獼猴藤植腸湯⁷⁾ 加味方을 투여하고 Western Tx를 병행함.

● 입원 3일(5월24일)

밤새 全身에 熱이 있어 체온이 37~38℃사이였으며 오전, 오후에는 36.5~37.4℃로 發熱이 감소하기 시작하고 호흡은 23~32회/min이나 시간이 지나면서 조금씩 규칙적이고 수월해 보이며 맥박은 90~118회/min를 나타냄.

Mental이 alert해 지고 의사소통이 한결 수월해져 질문에 대해서 자신의 의사를 문장으로 표현하기 시작하였으며 다소 또렷한 표정으로 기분이 한결 나아졌다 하고 전신의 강직은 20%정도 호전되었으며 상지부의 진전은 소실되었으나 상·하지의 관절을 굴신시 진전이 나타남.

6일전에 대변 본 후로 아직 不得하여 오후 2시경에 灌腸을 실시하여 300g정도를 득하였으리 기운이 없어 침대에 누워 자고 있는 상태임.

I/O는 3450/2100임.

전술한 鍼, 灸, 附缸治療와 處方은 獼猴藤植腸湯⁷⁾ 加味方を 투여하고 Western Tx를 병행함.

● 입원 4일(5월25일)

밤에 불안정한 증상은 나타나지 않고 숙면을 취하셨다 하시고 전날 밤부터 오후까지 체온은 36.8~37.2℃사이였으며 호흡은 20~26회/min로 규칙적이면서 편안해 보이고 맥박은 새벽1시경에 한차례 118회/min를 나타내었을 뿐 92~110회/min를 유지하고 있음.

Mental이 alert해지면서 오전에 약간 depression 된 상태를 보이다가 저녁이 되면서 조금 호전되었다고 하며 오전, 오후 내내 기운이 없어 침대에서 자고 있거나 누워 있음.

I/O는 3250/2050임.

전술한 鍼, 灸, 附缸治療와 處方은 獼猴桃植腸湯⁷⁾ 加味方を 투여하고 Western Tx를 병행함.

● 입원 5일(5월26일)

낮에 수면을 많이 취해서인지 밤새 잠을 못이웠으나 불안정한 증상은 없으셨고, 체온은 전날 밤11시에 37.4℃를 나타내고 전날 밤부터 오후까지는 36.9~37.3℃를 유지하였으며 호흡은 평균 22회/min로 호전되었고 맥박도 평균 100회/min 전후로 감소됨.

소변감각이 있고 Dysphagia도 소실되어 foley와 L-tube를 remove함.

수시로 depression된 상태를 보이시며 기운이 없어 보이며 저녁 7시경 보호자가 잠깐 없는 사이에 복도에 나가 뛰어 내리려 함.

foley remove후 화장실에 다녀올수 있을 정도로 全身強直이 호전되었으며 발병후 처음으로 스스로 小便을 득함.

I/O는 4780/2700임.

전술한 鍼, 灸, 附缸治療와 處方은 獼猴藤植腸湯⁷⁾ 加味方を 투여하고 Western Tx를 병행함.

● 입원 6일(5월27일)

체온이 37℃이하로 유지되고 호흡과 맥박도 정상화 됨.

전날밤에 발병후 처음으로 화장실에서 大便을 득함.

식사는 나오는 죽의 1/2정도씩 3끼를 드심.

질문이나 주위의 상황에 능동적으로 대응함.

全身強直은 남아 있으나 일상동작은 마음대로 가 능함.

I/O는 4200/2900임.

전술한 鍼, 灸, 附缸治療와 處方은 獼猴藤植腸湯⁷⁾ 加味方を 투여하고 Western Tx를 병행함.

● 입원 7일(5월28일)

밤에 약간은 잠을 설쳤다고 함.

식사는 죽 3끼 모두 드심.

회진시에 대화를 나눌려고 말을 많이 건네며 한번씩 농담도 하며 표정도 많이 밝아짐.

I/O는 4310/2850임.

전술한 鍼, 灸, 附缸治療와 處方은 獼猴藤植腸湯⁷⁾ 加味方を 투여하고 Western Tx를 병행함.

● 입원 8일(5월29일)

숙면을 취하셨고 주위의 여러 환자나 보호자들과 담소도 많이 나눔.

전술한 鍼, 灸, 附缸治療와 處方은 獼猴藤植腸湯⁷⁾ 加味方を 투여하고 Western Tx를 병행함.

● 입원 9일(5월30일)~입원 36일(6월26일)

이후로 밤에 숙면을 취하면서 생활이 규칙적으로 돌아오고 사고도 긍정적으로 회복됨. 입원 15일째부터 활동시 진전이 소실됨. 회복기간을 길게 연장하면서 한방치료에 덧붙여 설문 조사를 통한 지도와 상담을 통해 일상생활

에 잘 적응하도록 하였음.

전술한 鍼, 灸, 附缸治療와 處方은 獼猴藤植腸湯⁷⁾ 加味方을 투여하고 5월 31일과 6월 4일 두차례에 걸쳐 <설문 조사⁸⁾¹>, 6월 5일에는 <설문 조사⁸⁾²>와 <설문 조사⁸⁾³>을 실시하였다.

<설문 조사⁸⁾¹>

	5월 31일	6월 4일
나는 매사에 의욕이 없고 침울하거나 슬플 때가 있다.	1	1
나는 하루중 기분이 가장 좋을 때는 아침이다.	1	2
나는 갑자기 얼마 동안 울음을 터뜨리거나 울고 싶을 때가 있다.	1	1
나는 밤잠을 설칠 때가 있다.	2	1
나는 이전과 같이 밥맛이 있다.(식욕이 좋다)	2	3
나는 매력적인 여성을 보거나 앉아서 이야기하는 것이 좋다.	2	2
나는 요즈음 체중이 줄었다.	1	1
나는 변비 때문에 고생한다.	1	1
나는 요즈음 가슴이 두근거린다.	1	1
나는 별 이유 없이 잘 피로하다.	1	1
내 머리는 한결같이 맑다.	2	2
나는 전처럼 어려움 없이 일을 해낸다.	2	3
나는 안절부절못해서 진정할 수가 없다.	1	1
나의 장래는 희망적이라고 생각한다.	1	3
나는 전보다 더 안절부절못한다.	1	1
나는 결단력이 있다고 생각한다.	1	3
나는 사회에서 유용하고 필요한 사람이라고 생각한다.	3	3
내 인생은 즐겁다.	4	3
내가 죽어야 다른 사람들, 특히 가족들이 편할 것 같다.	1	1
나는 전과 다름없이 일하는 것이 좋다.	4	4

- * 1----아니다
- 2----가끔 그렇다
- 3----자주 그렇다
- 4----항상 그렇다

<설문 조사^{h)2}>

가뿐하다	○	따뜻하다	○	맥빠진다	×	어수선하다	×
우울하다	×	막막하다	×	뿌듯하다	○	침울하다	×
든든하다	○	착잡하다	×	두근거린다	×	비참하다	×
시원하다	○	편하다	○	울적하다	×	넋더리난다	×
슬프다	×	홀가분하다	○	구슬프다	×	서글프다	×
외롭다	×	좋다	○	무기력하다	×	개운하다	○
멍하다	×	섬뜩하다	×	의기소침하다	×	허전하다	×
쓸쓸하다	×	부드럽다	○	느긋하다	○	맥없다	×

* 6월 5일에 실시함.

<설문 조사^{h)3}>

무시당한	1	공허한	1	비난받을 만한	1
방임된	1	자기비판적인	1	죄책감을 느끼는	1
누구도 나를 원치 않는	1	가치없는	1	자기에 대한 혐오	1
고갈된	1	사랑받지 못한	1	무기력한	1
버림받은	1	외로운	1	실패한 것 같은	1
자기에 대한 불만	1	무식한	1	열등한	1

* 6월5일에 실시함.

* 1----아니다

2----가끔 그렇다

3----자주 그렇다

4----항상 그렇다

고 찰

우리나라의 많게는 전 인구의 20%가 일생에서 적어도 한 번은 憂鬱症을 경험하게 되며 만성적 질환을 앓고 있거나 알콜의 남용 등은 憂鬱症을 일으키는 소인이 되고 정신 사회적 stress, 가까운 이의 사망, 이별, 이혼, 여성의 출산 등이 유발 원인이 되어 정신적 신체적 증상이 나타나고 이로 인해 사회적 기능장애를 일으키게 된다¹⁾.

우울증은 4가지 주요 유형이 있는데, 우울 기분을 동반한 적응장애, 우울장애, 양극성 장애, 질환과 약물로 인한 2차적 기분장애 등으로 나뉘고 본 증례의 환자에 해당된다고 사료되는 양극성 장애(조증과 우울증상화) 중 조증상화는 과다행동, 일상활동에 과도하게 휩쓸리고, 증가된 과민성, 사고비약, 쉽게 산만해지고, 수면욕구가 거의 없는 것을 특징으로 한다. 기분이 과도하게 열광적인 성질과 과대적인 행동이 처음에는 다른 사람들의 흥미를 끌지만, 과민성, 우울증으로 오락가락하는 기분의 불안정성, 공격적 행동, 그리고 과대망상증은 보통 현저한 대인관계의 장애를 야기시킨다. 나중에 후회하는 행동들이 발생할 수 있는데, 예를 들면 과도한 지출, 사표제출, 성급한 결혼, 성적인 행동화, 그리고 노출증적인 행동인데 가족들과 친구들의 소원함을 동반한다. 비정형적인 조증상화는 심한 망상, 심각한 정도의 편집성 사고 그리고 환청이 보통 얼마간 과대망상적 지각과 관련이 있다. 삽화들은 갑자기 시작하고(때때로 생활 스트레스에 의해 유발됨) 수일에서 수개월 지속할 수 있다. 봄과 여름에 최고조에 이르는 경향이 있다. 일반적으로 조증상화들은 우울삽화보다 짧은 기간을 가진다. 거의 대부분의 경우에서 조증상화는 보다 광범위한 양극성(조증-우울증) 장애의 일부분이다¹⁾.

우울증의 예후는 저절로 좋아지며, 치료를 하지 않을 경우에 첫 우울삽화는 일반적으로 6개월에서 1년 이내에 관해된다. 그러나, 우울증의 경과 는 종종 만성적이고 재발하여 결과적으로 재발성 우울장애에 이르게 된다.

우울증은 자살의 가장 중요한 위험인자 중의 하나이며, 일반 인구에 비해 주요 우울증 환자에서

나이를 보정한 자살률이 20배 이상 높다⁹⁾.

憂鬱症의 치료는 면담을 통한 심리적인 치료법과 전기경련치료, 광선치료, 항우울제의 사용 외에 사회치료, 행동치료 등이 있으며 음악, 작업요법 등을 병행한 환경요법도 중요한데, 개개인에 따라 알맞은 치료계획을 세워 이루어지며 다른 정신과 질환, 알콜남용, 내과질환 등 동반질환을 진단, 치료해야하고 전체 경과를 통해 자살 가능성의 정도에 따라 입원치료 등의 치료방법과 강도를 결정하는데, 전체적인 憂鬱症에 대한 양방적인 치료의 초점은 憂鬱症이라는 정신증상의 원인 가설에 근거하여 憂鬱症을 유발시키는 정신적인 요소나 생화학적인 원인, 중추신경계의 작용을 조절하는 것에 있다. 급성기에 있어서의 경미한 憂鬱症은 정신 치료 단독으로도 효과를 볼 수 있으며, 憂鬱症의 급성기는 물론 이후에도 항우울제와 병용하여 정신치료를 적용함으로 憂鬱症의 유발인자가 되는 갈등을 해소하여 치료효과를 높이고 재발을 최소화하는 것을 치료목표로 한다¹⁰⁾.

氣鬱이란 抑壓되고 沈鬱한 정신상태로 인하여 모든 生理機能이 沈滯되는 현상이니, 發散시킬 수 없는 欲求不滿이나 지속되는 憂愁, 지나친 思慮나 悲嘆 등이 원인이 되는 수가 많다. 喜情이나 怒情은 發揚性이며 暴發의인데 비해 이런 감정들은 抑制的이며 沈滯의인 것이다. 즉, 鬱이란 氣가 한 곳에서 멎혀 머물러 있으며 흘러지지 못하는 것이며, 흔히 七情이 鬱結되어 오는 것이다. 이런 경우에는 흔히 기분이 憂鬱하다는 精神的 症狀을 나타내게 되므로 본인의 호소가 없더라도 곁에서 보기에 의욕상실, 흥미상실, 침묵, 無氣力 등 生氣가 없음을 알 수 있게 된다. 이와 같은 증상들은 모든 神經症 患者에게 다소나마 공통되는 증상이기는 하나 특히 이런 증상이 두드러지게 나타나는 神經症을 憂鬱神經症이라 한다³⁾.

전술한 바와 같이 우울증이 韓方的 鬱症과 연관성이 있음을 살펴보았는데 鬱症에 대한 언급은 『內經¹¹⁻²⁾』에서는 자연기후변화에 대한 인체내 생명반응현상이라는 관점에서 五氣之鬱로 분류하여 “木鬱達之, 火鬱發之, 土鬱奪之, 金鬱泄之, 水鬱折之. 然調其氣, 過者折之, 以其畏也, 所謂寫之.”라 하여 각각의 治法 大綱을 제시하였고 『素

問·舉痛論¹¹⁾』에서는 “怒則氣上, 喜則氣緩, 悲則氣消, 恐則氣下, 寒則氣收, 炆則氣泄, 驚則氣亂, 勞則氣耗, 思則氣結.”이라 하여 각 감정의 상태가 인체에 미치는 영향을 언급하였다.

金元時代로 오면서 점차 六淫과 七情등에 의한 氣機升降轉化的 機能失調로 氣血이 結聚하여 발생하며, 특히 ‘情志之鬱’이 鬱證의 원인으로 강조되었는데 朱丹溪는 『丹溪心法附餘¹³⁾』에서 “氣血衝化 萬病不生 一有怫鬱 諸病生焉 故人身諸病多生於鬱”라하고 “凡鬱皆在中焦”라하여 鬱證이 인체에 질병을 일으키는 원인이 될 수 있고 鬱과 中焦와의 관계를 말하였으며 ‘氣血食痰熱濕’의 ‘六鬱’로 분류하여 氣鬱에 胸脇脹滿 脈沈澁, 血鬱에 四肢無力 能食 小便淋 大便紅 脈沈空澁, 食鬱에 噯氣作酸 胸腹飽悶作痛 惡食不思 脈緊盛, 痰鬱에 動則喘滿氣急 痰水不出 胸脇痛 嗜臥怠惰 脈沈滑, 熱鬱에 目朦朧 口乾 舌燥 小便赤澁 五心煩熱 脈沈數, 濕鬱에 周身關節走痛 遇于淫雨則發首如物夢 脈沈濡 등의 증상이 나타난다고 하였고 각각의 加減藥物을 제시하였다.

現代에서는 情志不舒로 인한 氣機의 鬱滯를 주요 원인으로 보아 初期는 氣滯, 濕停, 食積, 瘀血에 의한 胸悶, 小腹 或 脇脹痛, 躁急易怒, 頭痛, 耳鳴, 脘悶噯氣, 口乾而苦등의 實證을, 오래되면 氣血의 손상과 陰虛로 인한 虛火증상으로 心神不寧, 心悸, 不眠, 健忘, 眩暈 등의 虛證을 나타내며 더욱 심해지면 癲狂, 噎膈, 積聚 등의 질병으로 발전한다고 하였다¹⁴⁻⁵⁾.

본 증례의 환자는 발병 20여일전 2년전 local 신경정신과에서 진단받은 우울증이 재발하여 local 신경정신과에서 10일간 입원치료후 호전되어 퇴원하여 3~4일간 자가에서 계속적인 p.o med(haloperidol, carbamazepine, 탄산리튬)하던 중에 上肢부의 強直에서 시작하여 全身強直, 發熱, Dysphagia, 意識昏迷 등의 증상으로 심해져 대구 local hosp ER visit하여 CT-scan, EEG, R-Lap, Spinal tapping 등의 검사 결과 nonspecific Dx받고 Tx후 미호전된 상태로 본원 ER통해 내원하였으며 본원에서의 R-lap결과 C.B.C상의 WBC, ESR과 Neutrophil이 각각 20,000/ μ L, 16 mm/h, 80 %로 상승한 것으로 나

타나 감염증을 시사하였고 CSF 검사상에는 RBC, WBC 모두 음성으로 나타나 중추신경계의 감염이나 두개내 출혈, 단순 herpes 뇌염, 뇌정맥동 혈전증 등의 질환을 배제하였다¹⁶⁾. 입원 초기 환자는 지속적인 發熱과 意識昏迷로 인하여 음식의 섭취, 소변의 배설 등이 불가능해 Western-Tx를 병행하였다.

대구 local hosp에서는 환자의 병명을 Neuroleptic Malignant Syndrome 또는 탄산리튬에 의한 부작용으로 R/O하였다. Neuroleptic Malignant Syndrome은 chlorpromazine, haloperidol 등의 페노타이아진계 또는 뷰티로페논계 약물들을 투여하기 시작하거나, 증량시키거나 또는 재투여함으로써 유발될 수 있으며 아주 드물지만 생명을 위협하는 질환으로 이와 같은 상태는 급성 도파민수용체 차단에 따른 결과일 것으로 생각되고 있다. 임상적으로 고열, 운동완만, 경직, 자율기능 이상 및 혈중 CK치 증가 등을 나타낸다. 이와 같은 증세가 의심될 경우 가능한한 빨리 약물을 중단시키며 환자를 차게 유지하는 등 대증요법을 실시한다⁴⁾. 그리고, 탄산리튬은 조울증의 조증 시기에 가장 좋은 약이며 부작용으로 오심, 구토, 설사, 특히 용량을 너무 빨리 올렸을 때 정신이 아득해지는 느낌, 활동 진전(action tremor), 위약감, 실조증, 언어 불명료, 흐트러진 시력, 현훈, 안진, 혼미, 혼수 등을 나타내며⁵⁾, 장기간의 리튬 치료를 받는 환자들은 일부 근육 즉, 굴곡근 및 신전근의 경직과 더불어 진전(tremor)을 동반하는⁴⁾ cogwheel강직증과 때때로 다른 추체외로 징후를 보인다¹⁾.

또한, 우울상태 중 가장 심한 혼수성 우울증이 되면 자발적인 운동행위는 없어지고 외부자극에 대해 최소한의 반응밖에 없으며 환자는 말이 없고 함묵상태이며 의식이 혼미해지고 죽음에 대한 생각에 강하게 집착하고 꿈 같은 환각에 사로잡혀 있는데 이때는 강제 급식해야 하며 대소변을 가리지 못하게 되는 때도 있다²⁾.

그러나, 본 증례의 환자는 발병 정황이나 증상을 고려해 볼 때 혼수성 우울증이라 R/O하기에는 어려울 것으로 사료된다.

이상에서 살펴 보았듯이 본 증례의 환자에서 나

타난 全身強直, 發熱, 意識昏迷, Dysphagia, 활동진전(action tremor) 등은 Neuroleptic Malignant Syndrome과 탄산리튬에 의한 부작용이 서로 혼합되어 나타난 증상으로 사료된다.

입원 2일째 밤 9시경에 갑자기 체조한다고 하면서 침대위에서 벌떡 서서 팔, 다리를 움직이며 영어를 중얼거리는 증상이 나타났는데 이러한 증상은 상술한 조증삽화에 해당한다고 사료되며, 이러한 조증은 흔히 우울증과 결합되는데 단독으로 발생하거나 우울증과 순환하는 방식으로 발생할 수 있다¹⁾.

입원 5일째는 수시로 depression된 상태를 보이며 기운이 없어 보이다가 저녁 7시경 보호자가 잠깐 없는 사이에 복도에 나가 뛰어들려고 하였는데 여기에서 보듯이 우울증의 가장 중요한 합병증은 자살이고¹⁾ 조울증이나 내인성 우울증, 쇠약성 질병(특히, 헌팅턴 무도병, 암, AIDS)으로 인한 우울증 또는 병적 비애, 알콜 중독성이나 정신 분열병 환자의 우울증은 모두 자살의 위험성을 수반한다⁵⁾.

의식이 명료해진 입원 4일째부터 퇴원시까지 여러 차례의 상담을 통해 본 증례의 환자는 청년 시절부터 홀어머니와의 불화와 이런 가운데 자신 내면에서 신앙심과의 갈등으로 인해 2년전 local 신경정신과에서 憂鬱症으로 진단받기 전부터 憂鬱증상이 수 차례 반복되어 왔음을 인지할 수 있었으며, 설문 조사를 살펴보면 <설문조사⁸⁾¹>은 두차례, <설문조사⁸⁾²>와 <설문조사⁸⁾³>은 한차례씩 실시하여 환자가 회복되어 가면서 사고가 서서히 긍정적으로 전환되고 생활이 규칙적으로 돌아와 정상적인 일상생활이 가능하게 되었으며 외래 치료를 통해 퇴원후에도 일상 생활에 잘 적응하고 있음을 확인할 수 있었는데 <설문조사⁸⁾²>와 <설문조사⁸⁾³>는 1회 실시로 충분히 유효성이 있다고 사료되어 추가 실시는 하지 않았다. 藥物治療를 살펴보면, 입원초기 意識昏迷, vital sign의 불안정, 자발적인 섭식과 배변행동이 불가능하여 Western-Tx를 병행하면서, 八體質脈診을 기준으로 金陽으로 진단되고¹⁷⁾, 일주일정도동안 음식섭취가 거의 없었고, 계속되는 高熱, 痙攣과 意識昏迷로 인해 체력이 많이 쇠약해져 있어서

太陽人 裏證의 대표적 처방인 獼猴藤植腸湯⁷⁾加味方을 투여한 후 發熱, 全身強直, 呼吸困難이나 意識昏迷의 정도에 유의한 호전을 보여 퇴원시까지 지속적으로 투여한 결과 제반증상이 소실되고 기존의 우울증도 호전됨을 볼 수 있었다.

獼猴桃植腸湯은 太陽人 裏證의 噎膈反胃를 治療하기 위하여 立方한 것이다. 處方중 獼猴桃는 解渴除煩하면서 上逆하는 熱을 制御하여 反胃之源이 停止될 것이고, 木瓜로써 斂肺伐木하고 蘆根, 葡萄根으로써 嘔逆之氣를 除去하고, 櫻桃, 五加皮로써 補陰和中하고, 松花로써 潤心肺하고, 杵頭糠으로써 咽喉閉塞之氣를 열어 주어 먼저 太陽人의 근본적인 臟腑不均衡을 調節하면서¹⁸⁾, 荊芥, 防風, 羌活, 獨活을 가하여 發散風寒, 祛風濕시키고 金銀花, 連翹를 가하여 清熱解毒시켰다¹⁹⁾. 鍼灸治療를 살펴보면 體針의 四關, 足三里, 懸鍾, 陽陵泉, 曲池, 外關, 百會, 印堂, 人中, 承漿, 顛中, 上腕 中 適宜한 穴位⁶⁾를 선택하였다.

이상에서 살펴보았듯이 慶山大學校 附屬大邱韓方病院에 입원한 憂鬱症 患者 1인을 對象으로 四象體質을 바탕으로 治療한 결과 환자의 사고가 서서히 긍정적으로 전환되고 생활이 규칙적으로 돌아와 정상적인 일상생활이 가능하게 되는 등의 유의한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

요 약

憂鬱症 患者 1인을 對象으로 四象體質을 바탕으로 治療한 결과 환자의 사고가 서서히 긍정적으로 전환되고 생활이 규칙적으로 돌아와 정상적인 일상생활이 가능하게 되는 등의 유의한 효과를 얻었는데 憂鬱症 뿐만아니라 제반 神經精神科疾患에 대해 體質醫學的인 觀點에서 체계적인 臨床研究를 기울인다면 좀더 유효한 치료법을 기대할 수 있으리라 사료된다.

참 고 문 헌

19. 李尙仁. 방제학. 서울:영림사. 1994:349, 353.

1. Lawrence M. Tierney, Jr. 외. 오늘의 진단 및 치료. 서울:한우리. 2000:1135-46.
2. 민성길. 최신정신의학. 서울:일조각. 2000:263-5.
3. 黃義完, 金知赫. 동의정신의학. 서울:현대의학서적사. 1987:608-9.
4. 이광우, 정희원 편저. 임상신경학. 서울:도서출판 고려의학. 1996:572, 856.
5. 아담스신경과학 편찬위원회 편. 신경과학. 서울:도서출판 정담. 1998:1427-8.
6. 李芳遠. 鍼灸精要. 1. 서울. 동국대학교 한의과대학 원전연구회. 1997:19, 24, 48, 176, 198, 203, 212, 234-5, 239, 249, 255-6.
7. 이제마. 동의수세보원. 서울:행림출판. 1986:132.
8. 고려대학교 부설 행동과학연구소 편. 심리척도 핸드북 I. 서울:학지사. 2000:431-4, 453-5.
9. Darran Bloye & Simon Davies. MOSBY'S CRASH COURSE. 서울:도서출판 한우리. 2000:154.
10. 이시형. 우울증의 치료. 가정의학회지. 1996; 17(11):1022, 1028.
11. 王冰. 黃帝內經素問. 서울:大星文化社. 1990: 306-7, 654-9, 720.
12. 王冰. 黃帝內經靈樞. 서울:大星文化社. 1990: 51.
13. 朱震亨. 丹溪心法附與. 서울:大星文化社. 1982 :515-27.
14. 張伯臾. 中醫內科學. 北京:人民衛生出版社. 1988:238-46.
15. 趙尚華. 長子琳醫療經驗選集. 山西:山西人民出版社. 1986:88-91.
16. 이귀녕, 이종순. 임상병리파일. 서울:의학문화사. 1993:695, 732, 740, 755.
17. 경희대학교 한의과대학 제42기 졸업준비위원회. 정선 한국의 체질이론. 서울:대성문화사. 1997:88.
18. 韓東錫. 동의수세보원주석. 서울:성리회출판사. 1967:333.