

주의력결핍 과잉행동장애 치료에 대한 문헌적 고찰

- 최근 중의 잡지를 중심으로 -

김희은, 김장현

동국대학교 한의과대학 소아과교실

The Literature Study for Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD) in Traditional Chinese Medical Journals

Kim Hee Eun, Kim Jang Hyun

Department of pediatrics, College of Oriental Medicine, Dongguk University

Objective : The aim of this study was to investigate treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD) in current Traditional Chinese Medical Journals.

Methods : From January 2000 to December 2005, we searched Traditional Chinese Medical Journals.

Results : 21 articles were selected and classified into two large groups, case report and comparison study. Totally 1137 cases, complete cures are 276, significant improvements and some improvement 1028, complete cure rate 24.27%, total improvement rate 90.41%.

Conclusion : Oriental medical treatments for ADHD were investigated to be effective in most trials. But there remains a debate about outcome criteria. Further studies are needed. Treatment methods were herbal medicine, acupuncture, auricular acupuncture, family consult.

Key words : Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, Traditional Chinese Medical Journals.

접 수 : 2006년 7월 14일, 채택일자 : 2006년 8월 19일

교신저자 : 김희은, 서울시 강남구 삼성동 98-11 삼부아그레빌APT 1101호
(Tel. 02-512-7646, E-mail: khe95@hanmail.net)

I. 서 론

주의력결핍 과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder): 이하 ADHD라 약칭)는 아동의 발달상 흔히 볼 수 있는 행동장애의 하나로서, 주의력결핍, 과잉행동, 충동성을 주요한 일차적 문제로 가진다¹⁾. 유아기부터 행동장애의 특징이 있을 수 있으나 유치원 또는 초등학교에 입학하면서 그 문제 행동들이 뚜렷해지면서^{2,3)}, 학습장애와 더불어 사회적인 적응의 문제나 낮은 자존감, 우울증, 불안의 정서문제와 같은 이차적 증상을 나타내는 경우가 많다^{4,5)}.

ADHD의 유병률은 연구자에 따라 차이가 나지만, 약 3~20%의 아동들이 이 질환을 앓고 있는 것으로 보고하고 있으며^{2,6)}, 남녀의 비는 4:1정도로 남자에게서 많다고 한다⁴⁾.

한의학에서의 ADHD는 임상증상을 근거로 볼 때 “風”, “健忘”, “躁動”, “失聰”的 범주와 연관 지어 개념적 접근이 이루어지고 있으며^{7,8)}, 中醫學에서는 “兒童多動症”, “小兒多動障礙症”, “兒童多動綜合徵”, “兒童注意缺陷多動障礙”등의 이름으로 많은 이론적, 임상적 연구가 보고 되고 있다^{9~12)}. 국내에서는 주로 문헌적 고찰이 대부분이며 실제 임상치료를 통한 고찰은 김 등¹³⁾의 주의력결핍-과잉행동장애 아동 한방치료 3례만이 있어, 이 질환에 대한 한의학임상연구는 현재까지도 활발하지 않다.

이에 저자는 최근 ADHD의 한의학적 치료가 어떻게 이루어지고 있는지를 알아보기 위해서 2000년 이후의 중의 잡지에서 중의학적 치료에 관한 문헌을 고찰하였고, 이를 통해 ADHD의 한의학적 치료 연구에 실질적 도움이 되고자 본 연구를 진행하였다.

II. 본 론

1. 연구 대상

2000년 1월부터 2005년 12월까지 발행된 26종의 중의잡지에 게재된 논문 중의 ADHD에 대한 중의학적 치료에 관한 논문을 연구 대상으로 하였다. 총 22편으로 이중 단 일례를 대상으로 한 1개의 논문을 제외한 임상논문 21편을 대상으로 조사, 연구하였다.

2. 연구결과

1) 임상 연구 대상의 기준

ADHD의 진단 기준에 있어서는 DSM-IV(미국정신장애진단 및 통계편람), ICD-10(국제 질병분류), CCMD-3(중국정신질병분류 및 진단 표준), 1986년 북경 전국아동다동증 전문학술 토론회의 진단표준, 제5판 주의력결핍다동증 진단표준, 《兒童生長發育性疾病》중의 注意缺陷-多動障礙診斷標準 등을 사용하고 있었다.

2) 치료 효과 기준

치료 효과는 4단계 혹은 3단계의 기준을 따르고 있는데 이들에는 Conners 척도 몇% 감소 혹은 몇 療程내에 치료, 치료시 몇 개월 이내 재발없음이라는 기준은 차이가 있었다. 각각의 기준에는 痊愈, 治愈, 有效, 好轉 등의 용어상의 차이가 있었으나, 4단계는 痊愈, 顯效, 有效, 無效로, 3단계는 痊愈, 有效, 無效 혹은 顯效, 有效, 無效로 용어를 통일하였다. 4단계를 기준으로 한 것은 표1에, 3단계 중 痊愈, 有效, 無效를 기준으로 한 것은 표2에, 3단계 중 顯效, 有效, 無效를 기준으로 한 것은 표3으로 나타내었다(Table 1, 2, 3).

Table 1. Four-grade Criterion on Treatment Effect

痊愈	주요증상 소실, 학습 성적 큰 폭 상승, 사회적응능력 정상적으로 회복, 정상생활과 학습 가능, 복약 중지 후 6개월간 재발없음.
顯效	주요임상증상 현저히 개선, 사회적응능력 기본적 회복, 학습 성적 일정 상승, 일반적인 학습에 영향 없음.
有效	주요임상증상 부분적 소실 혹은 호전, 학습 성적 개선, 단 정서 불안정, 복약 중지 시 재발, 정상학습은 가능하지 않음.
無效	증상 개선 없음, 학습 성적 높아지지 않음.

Table 2. Three-grade Criterion on Treatment Effect(Complete Cure, Significant Improvement, No Improvement)

痊愈	주의력 집중, 자기 억제 가능, 정서 안정, 학습 성적 명확히 진보하여 같은 연령 아동 수준에 기본적으로 도달.
有效	주의력 기본적 집중, 자기 억제 기본적 가능, 활동량 감소, 가만히 앉아있는 시간 연장, 정서 기본적 안정, 학습 성적 진보 있음.
無效	증상 개선 없음.

Table 3. Three-grade Criterion on Treatment Effect(Significant Improvement, Some Improvement, No Improvement)

顯效	주요 증상 명확히 개선, 多動과 주의력 결핍 현저히 개선, 정서 안정, 학습 성적 비교적 크게 높아짐.
有效	多動과 주의력 결핍 예전에 비해 개선, 학습 성적 향상, 때로 충동증상 있음, 단 정서 안정되지 않음.
無效	증상 개선 없음.

3) 논문 유형별 분류

단순 임상보고와 임상례 비교 연구로 나누어 분류하였다.

(1) 臨床報告

총 21편의 논문 중 13개로 中藥單用은 11, 鍼藥并用은 1, 中藥과 家族相談并用이 1개였고, 각각의 분류에 따른 處方 및 治療 穴位와 治療結果는 표 4에 표기하였다.

① 中藥單用

徐 등⁹⁾은 30명의 환자에게 疏肝清熱, 化痰開竅, 安神定志의 효능이 있는 清肝寧神湯(炒酸棗仁, 生龍骨, 生牡蠣 각 15-20g, 白茯苓, 合歡皮 각 10-15g, 紫丹蔘 12-15g, 炒柴

胡 6-10g, 生山梔子 5-10g, 廣鬱金, 石菖蒲 각 6-9g, 膽南星, 炙甘煌 각 3-6g)을 투여하여 총유효율이 96.7%였다.

李¹⁰⁾는 27명의 환아에게 培補精血, 調整陰陽, 開竅益智의 효과가 있는 清腦合劑(熟地 10g, 鹿角粉 5g, 益智仁, 杞子 각 9g, 龍骨 20g, 龜板, 石菖蒲 각 6g, 女貞子 15g, 遠志, 清甘草 각 3g)를 투여하여 총유효율 88.9%의 결과를 나타내었다.

張¹⁴⁾은 28례의 환아를 대상으로 調和陰陽, 重鎮安神하는 桂枝加龍骨牡蠣湯(桂枝 9g, 白芍, 龍骨, 牡蠣 각 15g, 大棗, 酸棗仁, 蓮子心, 百合, 佛手 각 10g, 甘草 2g)을 투여하여 痊愈 18례, 有效 6례, 無效 4례로 총유효율은 86%였다. 2년 뒤 검사에서 痊愈 18례

Table 4. Case Report for ADHD in Traditional Chinese Medicine

治疗方法	症例	處方 혹은 治療 穴位	療程			病例	치료 결과				총 유효율 (%)
			치료 횟수 혹은 복용 횟수	1疗程	療程 數		全 癒	顯 效	有 效	無 效	
中藥	徐等 ⁹⁾	淸肝寧神湯	1貼을 2회 分服/일	6貼	2-6	30	16	-	13	1	96.7
	李 ¹⁰⁾	淸腦合劑	1貼을 2회 分服/일	2개월	1-2	27	-	15	9	3	88.9
	張 ¹⁴⁾	桂枝加龍骨牡蠣湯	1貼/2일	8貼	2-6	28	18	-	6	4	86
	蘇等 ¹¹⁾	調神益智湯	-	1개월	1-3	40	30	-	6	4	90
	葉等 ¹⁵⁾	安寧益智湯	1貼을 2회 分服/일	3개월	1	42	5	14	17	6	85.7
	王 ¹⁶⁾	肝腎陰虛-熟地, 山藥, 山茱萸, 五味子 각 7.5g, 龜板, 龍齒, 遠志, 太子參 각 5g, 白芍 10g	1貼/일	1개월	2-3	50	-	37	9	4	90.3
		痰熱擾心-半夏, 菖蒲, 茯苓 각 7.5g, 薏苡仁, 麝金, 竹茹, 膽南星 각 5g, 遠志, 酸棗仁, 甘草 각 10g, 黃連 3g				3	-	1	1	1	
		心脾不足-黃芪, 遠志, 甘草 각 10g, 黍葵, 茯苓 각 5g, 白朮, 當歸, 菖蒲, 五味子, 酸棗仁 각 7.5g				8	-	6	1	1	
		腎精虧虛-鹿角膠, 龜板膠, 益智仁, 五味子 각 5g, 杜仲, 牛膝, 熟地, 菖蒲 각 7.5g, 山藥, 山茱萸, 遠志 각 10g				1	-	1	-	-	
	張 ¹⁷⁾	柴胡加龍骨牡蠣湯加減	1貼/1-2일로 2-3회 分服/일	1개월	1-6	30	20	6	3	1	96.66
	徐等 ¹⁸⁾	黃連溫膽湯加減	1貼/일	10일	-	46	31	8	5	2	95.65
	郝等 ¹⁹⁾	肝陰不足 肝陽上亢-天麻, 鉤藤, 石決明, 炙龍骨, 炙牡蠣, 龜板, 鰐甲, 地龍, 瓜萎, 龍膽草, 川貝, 甘草	1貼을 2회 分服/일	1개월	2-3	12	9	6	3	2	90
		心脾兩虛, 心血不足-生地, 白芍, 當歸, 白朮, 人蔘, 川芎, 黃芪, 麥冬, 陳皮, 夜交藤, 甘草				8					
+體針	薛 ²⁰⁾	陰虛火旺, 心脾不交-知柏地黃湯加減	1貼/일	1개월	3	38	-	75	13	5	95.7
		心腎不足, 脾失健運-四君子湯合左歸飲加減				24					
		心脾不足, 氣血兩虧-歸脾湯加減				18					
	李等 ²¹⁾	肝火上炎, 灼燒心陰-龍膽瀉肝湯合逍遙散加減				13					
	徐等 ²²⁾	主穴位-神門, 內關, 足三里, 三陰交, 太溪, 太衝(兩側), 配穴-風池, 百會, 豐隆, 手法-虛實補瀉法	1-2회/주	10회	1	76	-	37	32	7	90
+가족 상담	于等 ¹²⁾	方藥-甘麥大棗湯加味	1貼/일	-	-						
		가정심리지도치료	1회/2주	2개월	1	67	-	18	39	10	85.1
		方藥-女貞牡蠣湯加減	1貼을 2회 分服/일								

* 본문에서는 藥로 표기되어 있으나, 국내에서 쓰여지는 貼의 의미에 해당되므로, 貼으로 변경하였다.

모두 재발이 없었으며, 有效 6례 중 2명이 재발하였으나, 그 외 4명은 치유되었다. 無效 4례 중 1명은 자연히 병정이 호전되었고, 3명은 증상의 변화가 없었다.

蘇 등¹¹⁾은 40명을 대상으로 養心安神, 健脾補腎하는 調神益智湯(遠志, 益智仁, 龜板, 龍骨 각 15g, 石菖蒲, 枸杞子, 當歸, 黃芪, 龍眼肉 각 12g, 五味子, 棗仁 각 9g)을 투여하여 총유효율 90%를 나타내었다.

葉¹⁵⁾은 42례에 대하여 滋腎養陰, 清火平肝, 寧心安神하는 安寧益智湯(熟地黃, 山茱萸, 牡丹皮, 白芍, 石菖蒲, 遠志 각 10g, 五味子 6g, 生龍骨, 生牡蠣 각 15g)을 투약하였으며 총유효율은 85.7%였다.

王¹⁶⁾은 62례의 환아를 肝腎陰虛形 50례, 痰熱擾心形 3례, 心脾不足形 8례, 腎精虧虛形 1례로 나누었다. 肝腎陰虛形은 熟地, 山藥, 山茱萸, 五味子 각 7.5g, 龜板, 龍齒, 遠志, 太子蔘 각 5g, 白芍 10g을, 痰熱擾心형은 半夏, 菖蒲, 茯苓 각 7.5g, 穀穀, 鬱金, 竹茹, 膽南星 각 5g, 遠志, 酸棗仁, 甘草 각 10g, 黃連 3g을, 心脾不足형은 黃芪, 遠志, 甘草 각 10g, 黨蔘, 茯苓 각 5g, 白朮, 當歸, 菖蒲, 五味子, 酸棗仁 각 7.5g을, 腎精虧虛形은 鹿角膠, 龜板膠, 益智仁, 五味子 각 5g, 杜仲, 牛膝, 熟地, 菖蒲 각 7.5g, 山藥, 山茱萸, 遠志 각 10g을 煎服하도록 하였다. 중약용량은 성인의 2/3 또는 1/2이다. 1개월이 1療程으로 2~3療程 후 치료결과는 총유효율 90.3%였다. 치료효과가 있는 경우 3~6개월 연속 복용시켜 효과를 공고하게 하였다. 1년 후 재발한 경우는 12.9%(8례)였고, 1~2개월 투약을 계속하였다. 다음 1년 후 작년에 재발한 경우에서 다시 재발한례는 1명이었으며, 그 외 환아가 재발한 경우는 8.1%(5례)이었다. 관찰 기간 동안 부작용이 명확히 나타난 경우는 없었다.

張 등¹⁷⁾은 30례의 환아를 대상으로 柴胡加

龍骨牡蠣湯(柴胡, 黃芩, 大棗 각 5~10g, 制半夏, 生薑 각 3~6g, 黨蔘 10~15g, 生龍骨, 生牡蠣 각 10~20g, 炙甘草 3~5g)을 투여하여, 총유효율 96.66%의 결과를 나타내었다. 치료가 종결되고 일부 환아에게 간·신 기능검사를 하였으나, 모두 이상 없었다.

徐 등¹⁸⁾은 46명을 대상으로 清熱化痰, 寧心安神시키는 黃連溫膽湯加減(黃連, 陳皮, 甘草 각 6g, 膽南星, 茯苓, 竹茹, 枳實 각 9g, 龍骨, 牡蠣 각 15g, 石菖蒲 12g, 半夏 5g, 生薑 3片, 大棗 5枚)을 투여하였고 총유효율은 95.65%였다.

郝 등¹⁹⁾은 20례의 환아를 肝陰不足, 肝陽上亢형 12례, 心脾兩虛, 心血不足형 8례로 나누어 치료하였다. 肝陰不足, 肝陽上亢형은 增肝潛陽, 憇風止抽를 治法으로 天麻, 鈎藤, 石決明, 炙龍骨, 炙牡蠣, 龜板, 鱗甲, 地龍, 瓜萎, 龍膽草, 川貝, 甘草를 心脾兩虛, 心血不足형은 生地, 白芍, 當歸, 白朮, 人蔘, 川芎, 黃芪, 麥冬, 陳皮, 夜交藤, 甘草를 水煎服시켰다. 1개월을 1療程으로 하고, 療程間に 1주식 휴식하였다. 2~3療程 후 치료 결과 총유효율은 90%였다.

薛²⁰⁾은 93명의 환아를 陰虛火旺, 心脾不交형 38례, 心腎不足, 脾失健運형 24례, 心脾不足, 氣血兩虧형 18례, 肝火上炎, 灼燒心陰형 13례로 나누어 치료하였다. 陰虛火旺, 心腎不交형은 滋陰降火, 交通心腎하는 知柏地黃湯加減(生地黃, 熟地黃 각 12g, 山藥, 山茱萸 각 6g, 茯苓, 牡丹皮, 澤瀉 각 5g, 知母, 黃連, 蓮子, 阿膠, 生龍骨, 生牡蠣 각 10g)을, 心腎不足, 脾失健運형에는 養心補腎, 健脾化痰醒神하는 四君子湯合左歸飲加減(黨蔘, 白朮, 茯神, 陳皮, 遠志, 石菖蒲, 鬱金, 何首烏, 紫河車 각 10g, 炙甘草, 山藥, 山茱萸, 枸杞子 각 6g, 熟地黃 12g)을, 心脾不足, 氣

血兩虧형에는 養心安神, 補益氣血하는 歸脾湯加減(黃芪 15g, 黨蔴, 白朮, 茯苓, 蓮子, 當歸, 酸棗仁, 遠志 각 10g, 木香, 甘草 각 3g, 夜交藤 12g)을, 肝火上炎, 灼燒心陰형에는 清肝瀉火, 平肝潛陽, 養心安神하는 龍膽瀉肝湯合逍遙散加減(龍膽草, 黃芩, 桔子, 柴胡, 車前子, 竹葉, 菊花 각 10g, 當歸, 白芍, 生地黃, 麥冬, 天冬, 龍骨 각 15g, 甘草 3g)을 투여하였다. 치료 결과 총유효율은 95.7%였다.

李 등²¹⁾은 CCMD-3 중 ADHD 진단표준에 부합되는 39명의 환아를 치료하였는데 이들의 주요증상은 多動多語, 注意力不集中, 충동, 학습곤란(단 지능지수는 정상), 간혹 수면장애 · 夢囉 · 口乾 · 脣紅 · 舌略紅 · 苔少 · 脈弦細 등을 동반하였다. 이는 중의학에서 肝腎陰虛, 肝陽偏亢으로 변증되므로, 滋腎柔肝, 養陰潛陽, 益智安神하는 치법을 사용하여 山茱萸, 龜板, 桑椹, 鬪絲子, 女貞子, 旱蓮草 각 15g, 茯苓, 牡蠣 각 10g, 熟地黃, 白芍, 遠志 각 10g을 水煎服시켰다. 이 때 바다생선, 계란 노른자, 콩제품 등을 많이 섭취하도록 당부하였다. 치료 결과는 총유효율 76.9%였다. 치료 기간에 명확한 부작용은 나타나지 않았다.

② 鍼藥并用

徐 등²²⁾은 76명을 대상으로 神門, 內關, 足三里, 三陰交, 太溪, 太衝(兩側)을 위주로 취혈하고, 脾氣急暴, 肝陽上亢하면 風池를, 記憶력에 문제가 있으면 百會를, 痰熱盛하면 豐隆을 가하여, 虛實補寫를 하면서 20-30분간 유침하였다. 동시에 甘麥大棗湯加味(甘草, 淮小麥, 大棗, 石菖蒲, 遠志)를 투여한 결과 총유효율은 90%였다.

③ 中藥과 家族相談并用

于 등¹²⁾은 67례의 환아를 2주에 한 번씩 가

족 상담을 하면서 동시에 滋補肝腎, 平肝潛陽의 효능이 있는 女貞牡蠣湯加減(女貞子 15g, 枸杞子, 生牡蠣, 夜交藤, 珍珠母 각 12g, 白芍藥, 熟地黃, 茯苓, 遠志, 石菖蒲, 炒棗仁, 龜甲 9g)을 투약하였다. 치료 결과 총유효율은 85.1%였다.

(2) 임상 비교 연구

임상 비교 연구는 모두 8개로 6편은 中藥과 西藥의 비교 연구, 1편은 體鍼單用과 鍼藥并用의 비교 연구, 1편은 中藥과 耳鍼并用과 西藥의 비교 연구였으며, 각각의 분류에 따른處方 및 治療 穴位와 治療結果는 표 5에 나타내었다.

① 中藥과 西藥의 비교 연구

靜 등²³⁾은 소학년 1-4년의 환아를 治療組 80례와 對照組 70례로 나누어 비교하였다. 治療組에는 清腦飲(枸杞子, 阿膠, 當歸, 女貞子, 白芍, 鬱金, 蔓荊子, 川芎, 大棗 각 6-9g, 熟地 10-15g, 茯苓 10-12g, 石決明, 磁石 각 5-20g을 1시간동안 浸泡한 뒤 磁石과 石決明을 30분간 먼저 끓인 후 다른 약물을 넣어 30분간 약한 불에서 끓인다. 1시간 후 상층의 맑은 액체에 맥아당 20g을 가한 뒤 은근한 불로 50ml가 될 때까지 농축시킨다)을 對照組에는 리탈린을 투여했다. 2개월간의 치료 결과 총유효율은 治療組 92.5%, 對照組 91.3%였다.

李 등²⁴⁾은 DSM-IV에 의해 ADHD로 진단되는 환아 중 중의학적으로 “腎陰不足, 肝陽偏旺”으로 변증되는 106명의 환아를 治療組 58명, 對照組 48명으로 나누어 비교하였다. 치료 전 두 조의 성별, 연령, 병정 등의 뚜렷한 차이는 없는 것으로 나타났다($P>0.05$). 治療組은 益腎填精, 寧神益智의 治法으로 益智寧神顆粒劑(江陰天江製藥 생산; 紫河車, 熟

Table 5. Comparison Study for ADHD in Traditional Chinese Medicine

治法	症例	處方 혹은 治療 穴位	療程			病例	치료 결과				총 유효율 (%)		
			치료횟수 혹은 복용 횟수	1療程	療程 數		全癒	顯效	有效	無效			
中藥	静등 23)	治療組 靜腦飲	1貼을 3회 分服/일	2개월	1	80	20	-	54	6	92.5		
		對照組 리탈린	1/3-1/2片씩 3회/일			70	16	-	48	6	91.3		
	李등 24)	治療組 益智寧神顆粒劑	1-2貼/회로 2회/일	6주	1	58	6	20	26	6	89.66		
		對照組 리탈린	5-10mg/회로 2회/일			48	2	18	22	6	87.5		
	周등 25)	治療組 腎虛肝旺-滋腎平肝湯	1貼/1-2일로 2회 分服/일	3개월	1	58	-	65	26	5	94.8		
		心脾兩虛-甘麥大棗湯合 歸脾丸加減				24							
		瘀血內阻-補陽還五湯				14							
		對照組 리탈린	0.1-1mg/kg(30mg)하/일 로 2회 分服/일			91	-	60	25	6	93.4		
	宋등 26)	治療組 多動停湯	150-200ml를 2회 分服/일	1개월	3	30	10	-	15	5	83.3		
		對照組 리탈린	0.5mg/kg을 2회 分服/일			28	5	-	15	8	71.4		
	弓等 27)	治療組 多動康膠囊	3粒/회를 3회/일	60일	3	100	84	6	3	7	93		
		對照組 리탈린	-			68	25	6	11	26	62		
	呂等 28)	中藥組 益智仁湯合天麻鈎藤飲 加減	2회/일	15일	3	36	18	-	14	4	88.9		
		對照組 리탈린	0.3-0.5mg/kg(40mg)하/ 일)로 2회 分服/일			34	10	-	13	11	67.6		
+體針	張등 29)	治療組 中藥-靜靈口服液	5-10ml씩 2-3회/일	3개월	1	41	6	18	14	3	92.68		
		鍼-對照組와 동일	1회/일			46	3	12	21	10	78.26		
		對照組 主穴-智三鍼, 注意力3鍼, 四神總 配穴-合谷, 手智鍼, 足3鍼, 申脈, 照海											
+耳壓	王등 30)	治療組 中藥-益智糖漿	25-40ml씩 3회/일	2개월	1	50	-	21	26	3	94		
		耳穴-心, 腎, 肝, 脾, 腦幹, 皮質下	1회 교환/주			47	-	15	17	15	68.09		
		對照組 리탈린	0.3-0.6mg/kg 씩 1회/일										

地黃, 石菖蒲, 遠志, 澤瀉, 黃連)를, 對照組에는 리탈린을 6주간 투여하였다. Conners 척도 점수 개선율이 30%이하인 경우를 무효로 판정한 결과 총유효율은 治療組 89.66%, 對照組 87.5%로 양조간의 유효율은 현저한 차이는 없었다($P>0.05$). 그러나 “五心煩熱”,

“沖動任性”, “口乾咽燥”, “喜食冷飲”, “盜汗”, “舌苔少”등의 “腎陰不足, 肝陽偏旺”증의 증상 개선율이 治療組은 79.31%인 반면 對照組은 29.17%로 현저한 차이가 있었다($P<0.01$). 관찰 중 對照組에서는 4명이 부작용 증상으로 복용을 중지하여 연구대상에서 제외

되었으나, 治療組에서는 부작용이 나타난 환아가 없었다.

周 등²⁵⁾은 187례의 환아를 治療組 96례, 對照組 91례로 나누어 치료 비교하였다. 2조의 성별, 연령, 병정, 증상, 체중과 지능지수 등은 현저한 차이는 없었다($P>0.25$). 96례의 治療組은 腎虛肝旺형 58례, 心脾兩虛형 24례, 痰血內阻형 14례로 변증하여, 腎虛肝旺형은 滋陰潛陽, 寧神益智의 治法으로 滋腎平肝湯(熟地, 龜板, 白芍 각 10g, 黃柏, 青皮, 甘草 각 3g, 之貌 5g, 生龍骨 12g, 生牡蠣 15g)을, 心脾兩虛형은 健脾益氣, 養心安神을 治法으로 甘麥大棗湯合歸脾丸加減(黨蔘, 黃芪, 益智仁 각 10g, 當歸, 茯神, 遠志, 五味子, 甘草 6g, 小麥 30g, 大棗 5枚)을, 痰血內阻형에는 活血化瘀, 寧神益聰하는 补陽還五湯(黃芪 20g, 桃仁, 紅花, 川芎, 當歸尾, 地龍 3g, 赤芍 5g, 石菖蒲, 益智仁, 熟地 10g)을 투약하였다. 對照組에는 리탈린을 복용케 하였다. 치료결과 治療組의 총유효율은 94.8%, 對照組의 총유효율은 93.4%로 현저한 차이는 없었으나($P>0.05$), 治療組은 부작용이 발견되지 않은 반면, 對照組에는 91례 중 70례에서 入睡困難, 夜間易醒, 식욕감퇴의 증상이, 21례에서 복약 후 두통이, 10례에서 상복통이 발생하였다. 그리고 1년 후 2조의 135례를 재검사한 결과, 治療組 73례 중 재발이 13례로 재발율이 17.8%인 반면, 對照組 62례 중 재발은 23례로 재발율이 37.1%였다. 治療組은 對照組에 비해 재발율이 현저히 낮았다($P<0.025$).

宋 등²⁶⁾은 治療組 30명, 對照組 28명을 나누어 治療組에는 疏散外風, 清息內風, 聚神止動하는 多動停湯(辛夷花 10g, 玄蔘, 板藍根 각 15g, 山豆根 6g, 炒白芍 30g, 天麻 8g)을 4-7세의 환아에게는 150ml씩, 8-12세의 환아에게는 200ml씩 하루 2차례 복용하도록

하며 1개월을 1療程으로 하고, 療程간에 3일 휴식하고, 3療程 치료하였다. 對照組에는 메틸페니데이트(리탈린)를 3療程 복용시켰다. 치료 전 양조의 연령, 성별, 병정의 경증에는 뚜렷한 차이는 없었다. 총유효율은 治療組은 83.3%, 對照組은 71.4%였다($P>0.05$).

弓²⁷⁾은 肝腎陰虛(主證: 形瘦面紅, 煩躁易怒, 五心潮熱, 神志不守, 多動多語, 髮澤不榮, 脣紅而乾, 舌質紅或嫩紅·舌體瘦小·苔薄白而少, 脈洪數或弦數)로 인해 多動症에 이른 168례의 아동을 治療組 100례, 對照組 68례로 나누었다. 治療組에는 多動康膠囊(熟地黃, 制龜板 각 200g, 黃柏, 知母, 麥冬 각 120g, 煅珍珠, 石決明, 人蔘 각 60g, 石菖蒲, 炙甘草 각 15g, 炒酸棗仁 30g을 細末로 갈아서 0호 캡슐에 넣는다)을 매일 3회, 매회 3粒을 복용하였다. 60일이 1療程으로, 연속하여 3療程을 치료하였다. 辛辣한 식품을 금지하였고, 감기를 예방하도록 하였다. 對照組에는 리탈린을 투여하였는데, 療程과 주의사항은 治療組과 동일하였다. 결과, 총유효율이 治療組은 93%, 對照組은 62%로, 통계적으로 현저한 차이를 나타내었다($P<0.01$).

呂²⁸⁾는 70명의 환아를 中藥組 36명, 對照組 34명으로 나누어 비교하였다. 양조의 환아는 연령, 성별, 병정을 χ^2 통계 처리하였을 때 현저한 차이는 없었다($P>0.05$). 中藥組에는 滋補肝腎, 育陰潛陽, 養心健脾, 安神定志의 효능이 있는 益智仁湯合天麻鈎藤飲加減(益智仁 15g, 淮山藥, 煅龍牡 각 20g, 天麻, 鈎藤, 茯神, 當歸, 白芍 각 10g, 遠志 12g, 夜交藤 30g, 甘草 6g)을 對照組에는 리탈린을 복용시킨 결과, 中藥組의 총유효율은 88.9%, 對照組은 67.6%로, 통계적으로 현저한 차이가 있었다($\chi^2=6.24$, $=5.99$, ($df=2$), $P<0.05$). 2년 뒤 양조의 全癒 환아를 재검사한 결과 中藥組

의 재발율은 33.3%(18명 중 6명)이었고, 對照組의 재발율은 50%(10명 중 5명)으로, 中藥組의 재발율이 對照組의 재발율보다 낮았다.

② 體鍼單用과 鍼藥并用의 비교 연구

張 등²⁹⁾은 對照組 46명에게는 침치료만 하고, 治療組 41명에게는 침치료와 더불어 중약 치료를 병행하였다. 鍼은 智三鍼(前額正中髮際를 제1혈로 하고 左右旁 3寸을 각 1鍼으로 한다), 注意力3鍼(印堂, 양측 太陽), 四神總을 主穴로, 合谷, 手智鍼(內關, 神門, 勞宮), 足3鍼(足三里, 三陰交, 太衝), 申脈, 照海를 配穴로, 平補平瀉하여, 매일 1회, 10분 간격으로 捻轉을 하면서 30분간 留鍼하였다. 중약은 激陰潛陽, 寧神益智의 효능이 있는 靜靈口服液(本溪普濟制藥 생산; 熟地, 淮山, 山茱萸, 菖蒲, 女貞子, 五味子, 茯苓, 茯神, 遠志, 龍骨, 丹皮, 澤瀉로 조성)을 3-5세는 5ml씩 2

회/일, 6-14세는 10ml씩 2회/일, 14세 이상은 10ml씩 3회/일을 투여하였다. 3개월 후 총유효율은 治療組은 92.68%, 對照組은 78.26%로 治療組가 높았다($P<0.01$).

③ 中藥과 耳鍼并用과 西藥의 비교 연구

王 등³⁰⁾은 治療組 50례를 대상으로 中藥과 耳鍼을, 對照組 47례를 대상으로 리탈린을 투여하여 치료효과를 비교하였다. 2조의 환자들은 대지시험(1지로 2-5지를 차례로 빠르게 반복적으로 누른다. 동작 속도가 느리면 양성)과 른감동작(한아의 손바닥을 껴고 회전회후 운동을 반복적으로 빠르게 하게 한다. 속도가 빠르다가 느리고, 움직임이 둔하며, 조화롭지 않으면 양성)이 양성이며, 모두 기억력이 나쁘고, 주의력이 떨어지며, 억제력이 없어 충동성향이 있고, 손발의 움직임이 많으며, 앉아있거나 서 있는데 불안감을 보였다. 수면시 꿈을 많이 꾸고,

Table 6. Frequency of Medicinal Herbs

약물명	사용빈도
遠志, 甘草	17
石菖蒲	16
熟地黃	15
龍骨	14
牡蠣	12
白茯苓, 白芍藥	11
當歸	9
龜板, 山茱萸, 酸棗仁	8
大棗, 五味子, 益智仁, 山藥	7
黃芪	6
枸杞子, 黛蔘, 女貞子	5
白朮, 茯神, 夜交藤, 郁金, 黃連	4
膽南星, 麥門冬, 牡丹皮, 半夏, 生地黃, 石決明, 柴胡, 蓮子, 釣鉤藤, 川芎 등	3
鹿角, 鱷甲, 生薑, 阿膠, 龍膽草, 人蔘, 紫河車, 竹茹, 地龍, 珍珠母, 桔子 등	2
龍眼肉, 桂枝, 瓜萎, 菊花, 桃仁, 杜仲, 蔓荊子, 木香, 白蒺藜, 佛手 등	1

쉽게 화를 내며, 감기에 자주 걸리는 등의 임상표현을 나타내었다. 治療組에는 滋陰補腎, 平肝潛陽, 化痰開竅하는 益智糖漿(茯苓, 山藥 각 40g, 熟地黃, 山茱萸, 遠志, 白蒺藜, 僵蠶, 鈎藤, 益智仁, 大棗 각 30g, 石菖蒲 45g, 龍骨, 牡蠣 각 60g, 甘草 25g, 糖漿 250ml)을 투여하고, 心, 腎, 肝, 脾, 腦幹, 皮質下의 耳穴에 王不留行粒子를 붙여 매일 3 차례 1-2분간 자극하게 하였다. 耳鍼은 매주 1회 교환하고, 교환할 때 하루 간 휴식하였다. 對照組에는 리탈린을 투여하였다. 치료 결과 治療組의 총유효율은 94%, 對照組는 68.09%로 中藥治療組가 西藥對照組에 비해 현저하게 높은 치료 효과를 나타내었다($P<0.01$). 그리고 관찰과정 중에 對照組의 환아들에게 食欲不振, 의기소침,嗜睡 등의 부작용이 비교적 많이 나타났으나, 治療組에는 부작용이 없었다.

4) 약물의 인용빈도

21개 임상논문의 중약치료에서 사용된 약물의 빈도를 표기하여 Table 6에 나타내었다.

III. 고 칠

ADHD는 학령 전기 또는 학령기 아동들에게서 가장 흔히 관찰되는 질환들 중의 하나이다⁶⁾. 20세기 초 뇌염을 앓고 난 아동들에게서 산만한 행동문제가 관찰되면서 집중력장애에 대해 관심을 갖게 되었고, 이러한 흐름은 1950-60년대에 미세두뇌기능장애(minimal brain dysfunction, MBD), 미세두뇌손상(minimal brain damage)이라고 불리던 개념으로 발전하였다.

현재 사용되는 ADHD라는 용어는 1987년 DSM-III-R에서 처음 사용하였으므로 ADHD로 출발한 질병 개념은 20년이 채 되지 않았고 질병 개념, 역학 연구, 원인 연구, 치료법 개발도 아직은 충분치 못하다³¹⁾.

ADHD의 원인에 대한 연구결과는 일치되지 않는 면이 많고 논란이 계속되고 있다. 이러한 것은 ADHD의 원인이 매우 복잡하다는 것을 의미한다⁵⁾. 오늘날 ADHD의 원인에 대해서는 가장 근본적인 것으로 사람의 뇌에서 학습, 자기통제, 동기부여 등을 관장하는 RAS(reticular activating system) 내에 주의력을 관장하는 도파민 및 노르에피네프린 등의 신경전달물질의 부족 또는 이상과 같은 신경·화학적 요인을, 그리고 더불어 해부학적, 유전적, 환경적 요인들이 상호작용을 한다는 해석이 지배적이다³²⁾.

ADHD의 유병률은 연구자와 연구도구에 따라 차이를 보이는데 미국심리학회는 학령기 아동의 3-5%를 제시하고 있으며, 일반인구의 경우에는 남아가 여아에 비해 3-4배 정도, 병원 등의 임상집단에서는 6-9배 정도의 높은 비율로 나타난다고 보고하고 있다¹⁾. 우리나라에서 연구한 유병률을 살펴보면, 오 등³³⁾은 서울 시내 소재 초등학교 아동의 부모와 교사가 평가한 연구에서 전체 남아의 8.1%, 여아의 1.3%를 ADHD로 분류하였고, 조 등³⁴⁾은 서울과 대전지역의 초등학교 4-6학년 780명을 대상으로 한 연구에서 7.6%를, 김³⁵⁾은 부산 지역을 중심으로 교사평정에 의한 연구에서 ADHD아동은 학급당 3-25%이며, 남녀비율은 5:1로 남자아동들이 더 발생하는 것으로 보고하였다.

ADHD의 특징적인 증상은 과잉운동, 지각운동장애, 불안정한 정서상태, 일반적 운동조정장애, 주의력장애, 충동성, 기억과 사고장애, 특수학습장애, 언어 및 청각장애 등이다³⁶⁾. 이러

한 증상은 유아와 학령전기에도 나타나므로 발달적인 문제를 수반한다. Dykens 등³⁷⁾은 ADHD 환아가 신경발달의 지연으로 또래에 비해 사회성 발달이 약 2년 지체되어 있으며, 인지기능 역시 2~3년의 발달지연을 보인다고 보고하였다.

ADHD의 진단은 부모 및 아동 인터뷰, 부모와 아동에 대한 관찰, 행동 평정 척도, 신체적·신경학적 검사, 인지적 검사 등과 같은 다양한 진단적 도구들을 사용하며⁵⁾, 치료는 지속적인 약물요법을 위주로 비약물요법을 병행한다³²⁾. 약물요법으로는 중추신경흥분제들을 가장 흔히 사용하고, 그 효과가 불량하다고 판단되는 경우에는 2차적으로 항우울제를 투여한다³⁸⁾. 약물요법에는 지속성과 부작용의 면에서 문제점이 있을 수 있는데, 치료효과가 있는 경우에는 그 효과가 빠르게 나타나지만 몇 시간이면 사라지며 장기치료에는 효과가 없다는 점과 생물학적인 부작용으로 불면증과 식욕의 저하, 체중감소, 위장 증세, 두통, 짜증, 턱장애 등이 나타날 수 있다. 비약물요법으로는 행동치료, 인지-행동치료, 놀이치료, 가족치료, 부모교육 등의 방법이 있다⁵⁾.

한의학의 고대 문헌 중에 ADHD와 정확히 일치하는 병증과 개념에 대한 논술은 없으나, 임상증상을 근거로 볼 때, “風”, “躁動”, “失聰”, “健忘”등의 범주에 속한다고 할 수 있으며⁷⁸⁾, 현대 중국에서는 “兒童多動症”, “小兒多動障礙症”, “兒童多動綜合徵”, “兒童注意缺陷多動障礙”등의 이름으로 많은 이론적, 임상적 연구가 보고되고 있다^{10~12)}. 국내에서도 ADHD에 대해 특수교육학, 심리학, 서양의학 분야에서 많은 치료와 연구가 진행되어왔다. 한의학계에서도 1999년 장⁷⁾이 중국에서 발행한 도서를 중심으로 한 한의학적 접근을 보고하였고, 2004년 박 등³⁹⁾은 동의보감을 중심으로 한의학적 고찰을 하였으며, 2004년 김 등¹³⁾

이 ADHD환아 3례에 대한 한방치료를 보고하였으나, 아직 연구가 많이 부족한 실정이다.

2000년 이후 발간된 26종의 중의 잡지 중 ADHD에 관한 임상 연구를 선별한 결과 총 22편이었으며, 이 중 단일례를 대상으로 한 1개의 논문을 제외한 논문 21편을 연구하였다. 21개 논문의 병례는 서약조를 제외하고 모두 1137례로 이 중 전유는 276례, 유효는 1028례로 총완치율 24.27%, 총 유효율은 90.41%였다.

ADHD의 가장 많이 활용되는 진단인 DSM-IV¹¹⁾의 진단기준은 다음과 같다.

a. 주의력 결핍 과잉운동장애

① 가 또는 나의 기준을 만족시켜야 한다.
가. 다음의 주의력 결핍의 증상들 중 적어도 6개 이상이 나타나야 하며, 증상의 지속기간은 6개월 이상 되어야 하고, 발달수준에 비추어 적응능력에 장애가 초래되어야 한다.

- 일의 자세한 내용에 대한 주의가 부족하거나 공부, 일 또는 다른 활동에 있어서 부주의하여 실수를 많이 한다.
- 공부를 포함한 어떤 일이나 놀이를 할 때에 주의 집중을 하지 못한다.
- 다른 사람이 직접 이야기하는 데에도 듣지 않는 것처럼 보인다.
- 정당한 지시에 대하여도 따르지 못하는 경향이 있으며 학교숙제, 일상 가정의 일 또는 작업실에서의 의무 등을 적절히 마치지 못한다.
- 일이나 활동을 조직하고 체계화하는 데에 어려움이 있다.
- 학교공부 또는 숙제 등 지속적으로 정신적인 노력이 필요한 일이나 활동을 피하거나 싫어하거나 또는 하기를 꺼려한다.
- 일이나 활동에 필요한 물건들을 흔히 잊어버린다.

- 외부의 자극에 대하여 쉽게 산만해진다.
- 일상생활의 활동을 흔히 잊어버린다.

나. 다음의 과잉운동-충동적인 행동의 증상들 중 적어도 6개 이상이 최소한 6개월 이상 지속되어야 하며, 아동의 발달수준에 비추어 적용능력에 장애가 초래되어야 한다.

〈과잉운동증상(hyperactivity)〉

- 침착하지 못하게 손이나 발을 움직이거나, 자리에 가만히 앉아 있지를 못하고 움직인다.
- 학교 등에서 한자리에 가만히 앉아 있어야 할 상황에서 이곳저곳 돌아다닌다.
- 상황에 부적절하게 이곳저곳 뛰어다니거나 지나치게 높은 곳을 오르는 행동이 있다.
- 놀이에 어려움이 있거나 여가활동을 조용히 하지 못한다.
- 항상 부산하고 바쁘며, 마치 차에 의하여 운전되는 듯이 급한 행동을 한다.
- 흔히 말을 너무 많이 한다.

〈충동적 행동(impulsivity)〉

- 질문이 끝나기도 전에 대답을 불쑥해 버린다.
- 자신의 순서를 흔히 잘 지키지 못한다.
- 흔히 다른 사람들을 방해하거나 다른 사람들 일에 끼어든다.

② 아동에게 장애를 일으키는 이러한 과잉운동-충동적인 행동 또는 주의력 결핍 증상들이 7세 이전부터 있어야 한다.

③ 이러한 증상으로 인한 장애가 적어도 2개 이상의 상황에서 나타나야 한다.

④ 이러한 증상들로 인하여 사회적, 학습적 또는 직업적인 기능에 있어서 임상적으로 뚜렷

한 장애가 있어야 한다.

⑤ 이러한 증상들이 전반적 발달장애, 정신분열병 또는 다른 정신병적 장애 등의 경과 중에 나타나는 증상이어서는 안 되며 기분장애, 불안장애, 해리장애 또는 인격 장애 등의 증상으로 나타나는 것이어서도 안 된다.

다음과 같은 아형들이 있다.

- ㄱ. 혼합형: ①가, ①나의 진단기준을 모두 만족시키며, 6개월 이상 지속된다.
- ㄴ. 주의력 결핍이 주된 장애인 형: ①가의 진단기준만 만족시키는 경우이다.
- ㄷ. 과잉운동-충동적 행동이 주된 장애인 형: ①나의 진단기준만 만족시키는 경우이다.

b. 특정 불능의 주의력 결핍 과잉운동장애
이 진단은 주의력 결핍 과잉운동증상이 뚜렷하게 나타나기는 하지만, 상기의 진단기준을 만족시키지 못하는 경우에 붙일 수 있다.

위와 같이 DSM-IV에서는 주의력 결핍증상, 과잉운동증상-충동적 행동으로 두개의 독립된 영역의 진단 기준상 목록과 역치를 나타내어 특정한 역치를 충족시키면 ADHD가 성립한다. ADHD의 하위유형으로 주의력 결핍이 주된 장애인 형, 과잉운동 충동적인 행동이 주된 장애인 형, 두 개 영역 모두에서 문제를 가진 혼합형으로 세분화되었다. ICD-10을 제외한 CCMD-3, 1986년 전국아동다동증 전문학술토론회의 진단 표준, 제5판 《兒科學》교재의 주의력결핍다동증 진단표준, 《兒童生長發育性疾病》중의 注意缺陷-多動障礙診斷標準 등이 영역과 목록, 역치의 차이는 있으나 이러한 방법을 따른다. 따라서 같은 진단을 받은 환자끼리 공통된 증상이 없을 수도 있다³²⁾. 반면 ICD-10⁴⁰⁾의 ADHD 진단지침은 다음과 같다.

a. 과잉운동장애

■ ICD-10에는 이 범주 내에 4개의 질환을 포함하고 있다.

① 활동과 주의력 장애

가장 핵심적인 증상은 주의력의 장애와 과잉운동이다. 진단을 내리는 데 있어서 이 두 가지의 증상들이 모두 존재하여야 하며, 적어도 두 가지 이상의 상황에서 이러한 행동상의 장애가 나타나야 한다.

주의력의 장애는 한 가지 일을 끝맺지 못한다거나, 한 가지 행동에서 수시로 다른 행동으로 바꾸기 때문에 한 가지 일에 쉽게 흥미를 잃는 것처럼 보인다. 이러한 특징들이 환아의 지능이나 연령을 고려하여 지나치다고 판단될 때에 주의력의 장애가 있다고 판단한다.

과잉운동은 조용히 앉아 있어야 할 상황에서 안절부절못하는 행동으로 나타난다. 자리에서 일어나서 돌아다닌다거나, 뛰어나닌다거나, 뛰어오르거나 하는 행동을 보인다. 시끄럽게 떠들기도 하고, 몸을 비틀기도 한다. 구조화되고 체계화된 상황에서 아동의 자제력이 많이 요구되는 상황에서 더 전형적으로 관찰된다. 이러한 특징들이 환아의 지능이나 연령을 고려하여 지나치다고 판단될 때에 과잉운동증상이 있다고 판단한다.

이러한 특징들 외에서 또래와의 관계에서 어려움이 있다거나 사회적 규칙을 지키지 못한다거나, 충동적인 행동을 한다거나 부주의하고 위험한 놀이를 많이 하는 특성도 있다. 학습장애, 운동발달장애가 흔히 동반되는데, 이 경우에는 별도로 진단을 내려야 한다. 행동장애도 흔히 동반되는데, 이 경우에는 별도의 진단명이 마련되어 있다.

발병연령은 6세 이전이며, 충분한 기간 지속되어야 한다. 학교에 입학하기 전에는 행동상

의 특징에 대한 변화가 크기 때문에 진단을 내리기 어려우며, 과잉운동의 정도가 극단적인 경우에만 진단을 내린다.

불안장애, 기분장애, 전반적 발달장애, 정신분열병에 동반된 경우에는 이러한 진단들이 우선한다. 즉 이러한 진단들과 활동과 주의력의 장애는 함께 진단을 내리지 않는다.

② 과잉운동 행동장애: ‘활동과 주의력의 장애’ 또는 ‘행동장애’의 일반적인 진단기준이 모두 만족되는 경우에 내릴 수 있는 진단이다. 이 두 질환의 특징들이 모두 나타나나, ‘활동과 주의력의 장애’의 증상이 더 뚜렷한 경우에는 이 진단이 ‘행동장애’의 진단을 우선한다. ‘행동장애’가 있으면서 과잉운동증상이 뚜렷한 경우에 ‘과잉운동 행동장애’의 진단이 내려진다.

③ 다른 과잉운동장애

④ 과잉운동장애, 비특이군: 가능하면 사용하지 않는 것이 좋다. ‘활동과 주의력의 장애’의 일반적인 특징을 모두 만족시키는데, ‘활동과 주의력의 장애’와 ‘과잉운동 행동장애’의 두 질환 간에 감별진단이 어려운 경우에 사용할 수 있는 진단이다.

ICD-10은 ADHD가 있는지를 결정하는데 표준화된 차원적 도구를 사용하도록 권고하며, ‘과잉운동장애’의 범주에는 ‘활동과 주의력의 장애’, ‘과잉운동 행동장애’, ‘다른 군’, ‘비특이 군’으로 분류하고 있다. 기본적으로 진단명에 있어서의 차이는 있지만 내용적인 면에서는 DSM-IV와 ICD-10의 큰 차이는 없다고 생각된다. 가장 중요한 차이점은 DSM-IV는 행동장애가 동반되는 경우에 공존질환의 개념으로 보고, 각각의 진단을 독립적으로 내리는데 반

해 ICD-10에서는 '과잉운동 행동장애'로서 그 자체가 하나의 독립된 진단명으로 내려지는 것이다.

치료 효과의 기준은 4단계 혹은 3단계의 기준을 따르고 있는데 痊愈, 治愈는 痊愈로, 有效, 好轉은 有效로 용어를 통일하였다. 임상 증상에 따른 개선정도로 효과를 판정한 경우가 10편이었으며, 더불어 Conners 척도, DSM-IV ADHD 진단표준, 성적 상승 정도, 주의력 집중 시간 등이 객관적 기준으로 함께 사용된 경우가 11편이었다. 이와 같이 각각의 기준은 차이를 보였으나 공통되는 부분을 기준으로 표1, 2, 3에 정리하였다. 그러나 대부분은 호전의 정도에 대해 현저히, 명확히, 기본적으로, 일정 수준 등의 애매한 용어를 기준으로 사용하였다. 특히 치료 효과 기준이 3단계인 경우 痊愈와 顯效의 개념이 혼동되어 사용된 경우가 많아서 3단계의 두 가지 분류는 크게 의미가 없는 것으로 판단된다. 또한 재발의 기준에 있어서도 3-6개월, 반년으로 제시한 경우에도 차이가 있었고, 기준이 없는 경우도 많았다. 이런 애매한 용어와 기준, 분류는 정확한 유효율을 산정하는데 어려움을 주고, 향후 임상연구에 있어서의 객관성과 신뢰도를 확보하기 힘들다. 그러므로 현재까지 출판된 여러 외국 연구와 중국문헌을 참고하여 가장 적절한 기준을 정립해야 할 것으로 생각된다.

논문을 유형별로 분류하여 살펴본 결과 임상보고 13개, 비교 연구가 8개였다. 이 중 임상보고 13개를 치료법에 따라 분류한 결과 中藥單用은 11, 鍼藥并用은 1, 中藥과 家族相談并用이 1개였다. 비교 연구 8편은 치료법에 따른 분류 결과 中藥과 西藥의 비교 연구가 6, 體鍼單用과 鍼藥并用의 비교 연구가 1, 中藥과 耳鍼并用과 西藥의 비교 연구가 1개였다. 21편의 논문 중 단순히 중약치료법만 사용

한 것은 17편이고, 그 외 4편도 중약치료가 기본적으로 사용되었다. 이는 실제 임상에서 中藥만으로 치료하는 경우가 더 많다는 것을 말한다.

張 등²⁹⁾의 연구에서는 體鍼만 시행한 경우와 이에 中藥治療를 가한 경우를 나누어 연구하였는데, 결과는 髐鍼만 시술한 경우보다는 中藥을 가한 경우가 명백히 높은 유효율을 나타내었다. 이 논문에서 가장 아쉬운 점은 中藥單用組를 함께 연구하였다면, ADHD의 치료에 있어 中藥單用과 鍼藥并用, 髐鍼單用 간의 치료율 비교에 더욱 유의한 결과를 낼 수 있었으리라 생각되며, 임상에 적용할 때 필요한 경우 치료의 우선순위를 정할 때 도움을 줄 수 있었으리라 판단된다.

王 등³⁰⁾의 연구에서는 中藥과 耳鍼并用組와 西藥組을 사용한 경우에서 총유효율은 현저한 차이를 보이며 中藥과 耳鍼을 并用한 경우가 높았다. 이 때 耳穴은 心, 腎, 肝, 脾, 腦幹, 皮質下를 선택하여 통과하는 경락인 心肝脾腎의 기능을 조절함으로써 장부기능협조가 이루어질 수 있도록 하였다. 耳鍼은 髐鍼에 비하여 아프지 않고, 두려움이 덜하며, 1주에 1회 정도 교환하므로 자주 병원에 가지 않아도 되며, 가정에서도 수시로 자극해서 치료의 지속에 도움이 될 것으로 생각되어, 연령이 낮은 소아에게 적용하기 용이할 것으로 판단된다.

體鍼治療는 徐 등²²⁾의 임상보고와 張 등²⁹⁾의 비교연구 2편이 있었는데, 두 연구에서 공통된 穴位는 神門, 內關, 足三里, 三陰交, 太衝이다. 神門은 手少陰心經의 原穴이고, 內關은 手厥陰心包經의 路穴로 두 穴을 함께 사용하면 調心寧神하는 효과가 뛰어나다. 三陰交는 足太陰脾經에 속하며, 三陰經이 만나는 곳이며, 太衝은 足厥陰肝經의 原穴로 鴻하는 경우 清肝潛陽하는 기능이 있고, 足三里

는 足陽明經의 합穴이다. 위의 穴들은 모두 調心寧神, 滋陰養血, 平肝潛陽의 작용을 하게 한다.

변증치료를 적용한 논문은 21개 중 7개로 변증유형은 대개 肝腎陰虛型, 心脾不足型, 痰熱擾心型으로 나뉘었다. 다만 1례에서 痰血內阻型을 나누어 치료하였다. 이 중 肝心陰虛型이 가장 흔하였고, 心脾不足型, 痰熱擾心型의 순으로 나타났다.

21개의 논문의 중약치료에 사용된 약물과 그 빈도를 살펴본 결과, 10회 이상 인용된 약물은 遠志, 甘草, 石菖蒲, 熟地黃, 地龍, 牡蠣, 白茯苓, 白芍藥이었다. 주요효능을 살펴보면 주로 陰陽의 평형을 조화시키고 安神, 開竅하는 약물이 사용되었다.

李 등²¹⁾은 치료 중 바다생선, 계란 노른자, 콩 제품 등을 많이 섭취하도록 하고, 弓²⁷⁾은 辛辣한 식품을 금지한 이외에 치료 중 금기사항은 없었다.

비교 연구 중 中藥과 西藥의 비교 연구를 살펴보면, 西藥은 7편 모두 메틸페니데이트인 리탈린을 대조약으로 사용하였다. 中藥은 리탈린에 비해 총유효율이 높았고, 리탈린의 부작용인 수면장애나 식욕감퇴, 두통 등의 증상이 나타나지 않았으며, 周 등²⁵⁾과 呂²⁸⁾의 보고에 따르면, 재발률 역시 中藥組가 낮게 나왔다. 따라서, 양방 치료로 증상이 호전되지 않는 20-30%³²⁾의 환아들을 비롯하여, 부작용이 나타나는 경우 혹은 장기치료로 西藥의 효과가 떨어지는 경우에 중약치료는 큰 의의가 있을 것으로 사료된다.

본 연구를 진행하면서 중의학에서는 ADHD에 대해 다양한 진료와 연구가 이루어지고 있으며, 이미 양방치료를 대체하는 방법으로 사용되고 있다는 것을 알 수 있었다. 비록 療效基準에 있어서 문제점이 있었으나, 완치율

24.27%, 총 유효율은 90.41%로 매우 높았다. 이에 향후 ADHD의 療效에 관한 객관적인 기준이 필요하며 이와 함께 많은 임상연구가 축적해 나가야 할 것으로 생각된다.

IV. 결 론

ADHD의 중의학적 치료를 최근 중의 임상논문을 중심으로 고찰하여 본 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

- 총 21개 논문의 병례는 서약조를 제외하고 모두 1137례로 이 중 痊愈는 276례, 有效는 1028례로 총 완치율 24.27%, 총 유효율은 90.41%였다.
- 치료 효과는 痊愈, 顯效, 有效, 無效의 4단계와 痊愈, 有效, 無效 또는 顯效, 有效, 無效의 3단계의 기준을 따르고 있다.
- 논문을 유형별로 분류한 결과 임상보고 13개, 비교 연구가 8개였다. 임상보고는 中藥單用은 11, 鍼藥并用은 1, 中藥과 家族相談并用이 1개였다. 비교 연구는 中藥과 西藥의 비교 연구가 6, 體鍼單用과 鍼藥并用의 비교 연구가 1, 中藥과 耳鍼并用과 西藥의 비교 연구가 1개였다.
- 변증치료를 한 논문은 7개로 변증유형은 주로 肝腎陰虛型, 心脾不足型, 痰熱擾心型으로 나뉘었고, 1개에서 痰血內阻型을 나누었다.
- 활용처방 중에 遠志와 甘草가 가장 높은 빈도로 사용되었으며, 石菖蒲, 熟地黃, 龍骨, 牡蠣 등이 자주 사용되었다.
- 침치료에서는 神門, 內關, 足三里, 三陰交,

太衝 등의 經穴이 사용되었다.

참고문헌

1. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계 편람(DSM-IV). 서울:하나의학사. 1995:59-169.
2. 조수철. 소아정신질환의 개념. 서울:서울대학교 출판부. 2000:145-61,150-3.
3. 조수철. 소아정신약물학. 서울:서울대학교 출판부. 2000:297-323.
4. 이현진, 박영신, 김혜리, 정명숙, 정현희. 아동 정신병리 개정판. 시그마프레스. 2002: 56-69, 77.
5. 이경숙. 주의력결핍 과잉행동 장애에 대한 고찰. 신라대학교 사회정책대학원. 2004: 5, 30, 38-46.
6. 조수철. 주의력 결핍·과잉운동장애. 서울: 서울대학교 출판부. 2001:1, 192-6.
7. 張奎台. 주의력결핍 과잉운동장애에 대한 한의학적 접근. 대한한방소아과학회지. 2001; 15(2):141-6.
8. 이태호, 김락형, 장인수, 김정연. 주의력 결핍·과잉운동장애의 한의학적 치료. 동의신경정식과학회지. 2003;14(1):161-74.
9. 徐明智, 秦興國. 清肝寧神湯治療兒童多動症30例. 廣西中醫藥. 2003;26(1):28-9.
10. 李孝君. 自擬清腦合劑治療小兒多動障礙症27例. 陝西中醫. 2003;24(6):504-5.
11. 蘇春芝, 王淑華. 調神益智湯治療兒童多動綜合徵40例. 陝西中醫. 2003;24(11): 995.
12. 于清, 顧梯成. 女貞牡蠣湯加減治療兒童注意缺陷多動障礙67例. 上海中醫藥雜誌. 2005;39(12):37~8.
13. 김락형, 송범용, 유경. 주의력결핍-과잉 행동장애 아동 한방치료 3례. 동의신경정신과학회지. 2004;15(1):239-46.
14. 張曉華. 桂枝加龍骨牡蠣湯治療兒童多動症28例. 四川中醫. 2003;21(10):75-6.
15. 葉進. 安寧益智方治療兒童多動症42例. 河南中醫. 2005;25(2):50.
16. 王朝暉. 辨證治療兒童注意缺陷多動綜合徵62例. 遼寧中醫雜誌. 2005;32(3):208-9.
17. 張新平, 廖伯年, 鄧正萬. 柴胡加龍骨牡蠣湯加減治療兒童多動症30例. 四川中醫. 2005;23(7):86-7.
18. 徐海霞, 祝敬燕, 黃嚴. 黃連溫膽湯加減治療小兒多動症46例. 山東中醫雜誌. 2005; 24(7):413-4.
19. 郝陽春, 咸麗. 中藥治療小兒多動症20例. 遼寧中醫雜誌. 2005;32(7):700.
20. 薛鳳榮. 辨證治療兒童多動障礙症93例. 河南中醫. 2005;25(7):57.
21. 李蘭錚, 沈凌. 滋腎柔肝法治療注意缺陷多動障礙39例. 新中醫. 2005;37(9):72-3.
22. 徐秋瓊, 倪菊秀. 鍼藥合治兒童多動綜合徵76例. 上海中醫藥雜誌. 2002;36(7):34-5.
23. 武歷風, 侯芳. 清腦飲治療兒童多動症80例臨床觀察. 吉林中醫藥. 2001;21(3):27.
24. 李亞平, 馬融, 魏小維. 益智寧神顆粒治療兒童多動症“腎陰不足肝陽偏旺”證的臨床分析. 天津中醫藥. 2004;21(5):374-6.
25. 周群, 唐宇軒. 中醫辨證分型治療注意缺陷多動障礙96例臨床觀察. 江蘇中醫藥. 2004;25(11):32-3.
26. 宋啓勞, 麻瑞琴. 多動停湯治療小兒多動症30例. 陝西中醫. 2005;26(5):419-20.
27. 弓慧珍. 多動康膠囊治療肝腎陰虛型兒

- 童多動症100例. 陝西中醫. 2005;26(5):420-1.
28. 呂紅粉. 益智仁湯合天麻鈎藤飲加減治療兒童多動症36例. 四川中醫. 2005;23(8):90-1.
29. 張毅敏, 張曉玲. 鍼刺結合靜靈口服液治療兒童多動症41例. 湖南中醫雜誌. 2000;16(5):22-3.
30. 王文莉, 范華. 中藥滋陰化痰法配合耳穴埋壓治療兒童多動症50例. 中醫雜誌. 2003;44(8):609.
31. 반건호. 주의력 결핍-과잉행동장애. 대한 의사협회지. 2005;48(11):1110-8.
32. 이원철, 김지형. 神經系疾患의 漢方治療. 도서출판 정담. 2005:276-8.
33. 오경자, 이해련. 주의력 결핍 과잉 활동증 평가도구로서의 단축형 Conners 평가척도의 활용. 한국심리학회. 1989;8(1):135-42.
34. 조수철, 신윤오. 패턴적 행동장애의 유병률에 관한 연구. 소아·청소년 정신의학. 1994;5:141-9.
35. 김옥정. 주의력결함 과잉행동장애 아동의 증후에 따른 치료 효과 비교 연구. 동아 대학교 대학원. 1998:69-80.
36. 閔聖吉. 最新精神醫學. 서울 : 一潮閣. 1996:484-7.
37. Dykens, E., Leckman, J., Riddle, M., Hardin, M., Schwartz, S. & Cohen, D. Intellectual academic, and adaptive functioning of Tourette syndrome children with and without attention deficit disorder. Journal of Abnormal Child Psychology. 1990;18(6):607-15.
38. 조수철. 주의력결핍. 과잉운동장애. 녹십자의보. 2004;32(2):107-17.
39. 박재현, 박재형, 김진형, 김태현, 류영수, 강형원. ADHD의 과잉활동성, 주의력 결핍 증후에 대한 한의학적 고찰. 동의신경정신과학회지. 2004;15(1):9-25.
40. 세계보건기구. ICD-10, 정신 및 행태장애. 서울:일조각. 1998:283-350.