

원 저

## 한방병원 보양클리닉에 내원하는 피로환자의 임상적 분석 및 치료경과 관찰

이종훈, 이지현, 박신명, 김영철, 이장훈, 우홍정  
경희대학교 한의과대학 간계내과학교실

### Clinical Investigation and Follow-up Monitoring of Fatigue Patients Visiting the Oriental Medical Hospital

Jong-Hoon Yi, Ji-Hyeon Lee, Shin-Myoung Park, Young-Chul Kim, Jang-Hoon Lee, Hong-Jung Woo  
Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Kyunghee University

**Objectives :** Fatigue is a common symptom experienced by everyone. Nevertheless, clinicians have a tendency of ignoring it since fatigue itself is not considered a distinct disease. Actually, some limited research about chronic fatigue syndrome has been made within the country, but in reality, the probability of getting this syndrome is still considered very low due to the strict diagnosis standard. Therefore, there are tremendous numbers of patients who do not get enough attention from clinicians for their fatigue symptoms only because technically they do not belong to the syndrome. Therefore, a basic statistical database must be compiled and patient management programs must be developed. To accomplish this, we conducted this study by measuring degree of fatigue, clinical characteristics and processes of Oriental medical treatment of fatigue patients.

**Methods :** The objects of this study were selected from the new patients who entered the tonification Clinic in Kyunghee Oriental Medical Center between August 11, 2000 and October 7, 2000. Their main complaint was fatigue and they did not suffer from any physical or mental problem either historically or at the time of the study. The objects were divided into two groups based on duration of fatigue; fatigue under 6 months is considered as acute fatigue and fatigue for longer than 6 months is chronic fatigue. The prepared survey sheet for measuring fatigue degree was distributed to the patients with their consent. The patients were divided again into three subgroups: the first group went through 1st test and constitution test after tonification clinic; the second one went into constitution test skipping 1st measuring test; the third one went into only tonification clinic with neither 1st measuring test nor constitution test.

**Results :** The total number of object patients was 47 and 80% of them were considered as "fatigue patients" by the Chalder scale. Among all patients, 29.5% requested treatment for chronic fatigue, which is over 6 months. The average of scale II for all patients was 14.8, which indicates moderate fatigue. The averages of scale II-1, II-2, II-3 were respectively 7.5, 5.9, and 3.7 so the most common complaint was physical fatigue. When compared scale II based on occupations, student group scored 6.9 and office man group scored 8.5 in scale II-1, physical fatigue, but it was not significant.

**Conclusions :** Numerous number of patients have come to Oriental medical centers or hospitals in Korea. Therefore, deeper statistical research and follow-up-monitoring are required in the Oriental medical academic world. In this study, among all patients who entered the tonification Clinic in Kyunghee Oriental Medical Center, 29.5% requested treatment for chronic fatigue, which is over 6 months. This kind of statistical report is the first time trial in the Oriental medical academy world. Through these steps, more objective treatment can be made and standards of prognosis assessment can be established. (J Korean Oriental Med 2000;21(4):55-63)

**Key Words:** Fatigue, Chalder scale, Chronic fatigue syndrome, Oriental medical treatment

## 서론

피로의 정의는 일상적 활동 후 비정상적으로 지치는 상태, 지속적 노력과 주의를 요구하는 일을 감당할 원기가 부족한 상태, 혹은 전반적인 활동능력 감소라고 할 수 있다<sup>1)</sup>. 하지만 이러한 명확한 정의와는 달리, 피로는 누구나 쉽게 호소하고, 쉽게 느끼는 증상이며, 증상을 객관화시키기 아주 어려운 주관적인 면이 많은 증상이라고 할 수 있다.

‘피로하다’라고 하는 것만으로는 질병이라고 할 수 없고, 하나의 신체적 혹은 정신적인 증상을 의미할 뿐이다. 이것은 피로가 질병에 의한 것이 아니고 정상적인 생리 반응일 수 있기 때문이다. 다시 말하면 누구나 과로나 수면 부족, 과도한 육체적인 활동, 혹은 정신적인 스트레스 등으로 인하여 피로 증상을 느낄 수 있는데, 이것은 정상적인 생리 반응이라 할 수 있다. 또한 급성 감염성(감기나 독감 등)질환으로 인하여 일시적인 피로 증상이 생길 수도 있다. 즉 신체적이거나 정신적으로 피로한 증상은 일시적인 현상일 수 있으며, 이 경우에는 피로를 유발할 만한 요인이나 원인들이 없어지면 피로 증상은 자연적으로 해소될 수 있다.

비정상적인 피로는 대체로 기질적인 원인이나 정신 사회적인 원인에 의하여 발생한다. 기질적인 원인이란 당뇨병, 간 질환, 갑상선 질환, 신장 질환, 악성 종양 등 여러 가지 질병을 말한다. 그리고 정신 사회적인 원인이란 최근에 심각한 스트레스(가까운 사람의 사망, 이혼, 사업 실패 등), 우울증이나 불안 신경증 등을 말한다.

피로는 우리 나라에서 대학병원의 가정의학과 외래를 찾아오는 환자들이 호소하는 미분화된 문제 중 6번째에 해당하고<sup>2)</sup>, 가정의학과 외래를 찾아오는 환자의 전체 문제 중 빈도순으로 보면 16번째에 해당한다고 한다<sup>3)</sup>. 또한 미국에서는 일차진료에서 접할 수 있는 7번째의 증상이라고 한다<sup>4)</sup>.

피로증상을 호소하면서 외래를 방문하는 환자 수는 많아도 실제 그 환자들 중 만성피로증후군으로 진단할 수 있는 환자는 아주 소수에 지나지 않는다.

즉 외국의 경우는 일반 인구집단에서의 유병률이 0.2-0.7%이라고 하며, 일차진료에서 0.5-2.5%라고 한다<sup>5,6)</sup>. 윤 등의 보고에 의하면 우리 나라에서는 만성 피로증후군의 유병률이 0.27%였으며, 전체적인 피로 환자의 3.83%를 차지하였다고 한다<sup>7)</sup>. 또 지 등에 의하면 건강검진자를 대상으로 파악한 만성피로증후군의 빈도는 1.9%였으며, 특발성 만성피로의 빈도는 한국인에게서 21.7%로 나타났다고 한다<sup>8)</sup>.

우리 나라에서는 한의원이나 한방병원을 방문하는 환자들의 많은 수가 피로를 주소로 내원하고 있다. 김 등<sup>9)</sup>의 보고에 의하면 피로를 호소하는 환자들 중 45.1%가 의사의 처방유무에 관계없이 임의로 한의원을 방문하여 한약을 복용하였고, 이 중 52.2%가 한약이 피로회복에 효과가 있었다고 응답했다고 한다. 이 통계는 한 대학병원의 가정의학과에 내원한 환자를 대상으로 한 통계인데, 양방의료기관 중 가장 신뢰성이 있다고 생각되는 대학병원에 내원한 환자들은 대상으로 한 통계수치이므로, 우리 나라에서 피로 환자들을 주로 관리하는 1차 기관이 한방의료기관이라는 것을 짐작할 수 있다. 그러나 실제로 우리 나라에서 피로 환자들을 1차적으로 관리하고 치료해 왔던, 한의원이나 한방병원 등의 의료기관에서 피로환자를 대상으로 한 조사와 분석은 거의 전무한 실정이다. 따라서 이러한 환자들에 대한 기초조사와 환자들의 임상적 특성 및 체질분석 그리고 그 치료경과에 대한 관찰보고가 꼭 필요한 상황이다. 이에 저자들은 한방병원에 피로를 주소로 내원하는 환자들의 임상적 특성과 치료경과를 알아보고자 하였다.

## 연구대상 및 방법

선정된 환자들은 2000년 8월 11일부터 10월 7일까지, 보양클리닉에 내원한 모든 초진환자들 중 과거력 및 현병력상 기질적 및 정신적인 질환을 가지고 있지 않은 환자들을 대상으로 하였다. 피로를 일으킬 수 있는 기질적 질환은 간질환, 빈혈, 결핵, 만성폐질환, 심혈관질환(고혈압, 심부전), 내분비질환(당뇨병, 갑상선질환) 등을 들 수 있으며, 정신적인 질환으로

는 우울증, 불안신경증, 스트레스, 적응장애, 알콜중독 등을 들 수 있다<sup>12)</sup>.

보양클리닉에 내원한 모든 환자들에게 피로도 측정 설문지를 작성하게 하고, 환자들을 모두 3군으로 나누었다. 즉 먼저 검사를 원하는 군(진료과정 I, II) 과 그렇지 않은 군(진료과정 III)으로 나누어 조사하였으며, 검사를 원하는 군을 다시 2군으로 나누어 분류하였다.

그 과정을 도시하면 다음과 같다(Fig. 1).

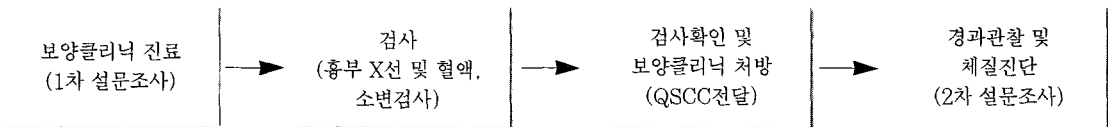
1차검진시에 검사한 항목은 혈압, 간기능검사 (AST, ALT), 공복시 혈당 또는 식후 2시간 혈당, 갑상선자극호르몬, 흉부 X선, 혈액색소, 혈청 Creatinine 및 소변검사였다<sup>13)</sup>.

각 검사항목별로 이상기준은 혈압의 경우 이완기 혈압 90mmHg이상, AST, ALT는 40이상, 공복시 혈

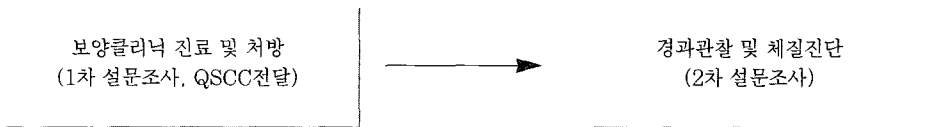
당은 110이상, 식후 2시간 혈당은 200이상, 갑상선자극호르몬은 0.4이하 혹은 3.1이상, 흉부 X선 사진상 비활동성 결핵 이외의 폐결핵병변이 있는 경우, 혈액색소는 남자의 경우는 14g/dl이하, 여자의 경우 12g/dl 이하, 혈청 Creatinine은 1.2mg/dl이상인 경우 및 소변 검사 상 이상소견이 보이는 경우를 피로를 일으킬 수 있는 이상기준으로 삼았다.

피로도를 평가하는 설문지는 2가지 종류를 선택하였다. 첫째는 Trudie chalder 등에 의해 제시된 chalder fatigue scale<sup>14)</sup>과 일본노동과학연구소에서 나온 피로 증상조사표<sup>15)</sup>이다. Chalder fatigue scale(이하 scale I)은 현재 임상에서 만성피로증후군환자들의 피로를 정신적, 육체적 피로로 분류하여 측정하는데 널리 사용되고 있다<sup>16)</sup>. 본 연구에서는 이 scale 중 피로의 정의에 관한 scale만 사용하였는데, 그것은 여기서 제시된 14-Item fatigue scale을 한국인에게 바로 적용하기

●진료과정 I



●진료과정 II : 최근 1년간의 검진상 아무 이상이 없는 경우



●진료과정 III : 1차검진과 체질검사 모두를 원하지 않을 경우

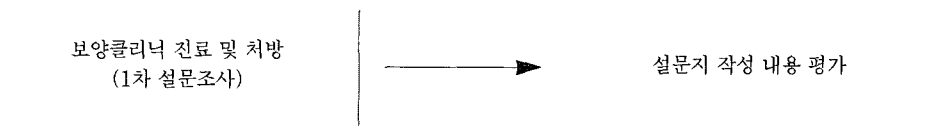


Fig. 1. Three kinds of treatment process.

에는 우리말로 번역하더라도 좀 무리가 따르는 질문 항목들이라고 생각되기 때문이었다. 오히려 피로증상조사표(이하 scale II)의 질문사항이 더 한국인에게 맞는 항목으로 보여서, 피로를 신체적 피로(scale I), 정신적 피로(scale II), 신경감각적 피로(scale III)의 3가지 종류로 나눈 scale II를 선택하였다.

Scale I은 4가지 항목 가운데 2가지 이상이 '예' 일 경우를 피로하다고 인정하는 기준이다. Scale II는 30가지 항목을 각각 1점씩으로 하여 0-10점을 가벼운(mild), 11-20점을 중간 정도(moderate)의, 21-30점을 심한(severe) 피로로 평가할 수 있는 기준이다<sup>17)</sup>.

진료과정 I에 속하는 경우는 검사상 아무런 이상이 없을 경우에, 1차 설문조사를 분석하고 2차 설문조사와 비교하여 치료경과를 평가하고, 체질분류를 시행하였다. 진료과정 II에 속하는 경우는 최근의 검사결과를 확인한 후 이상이 없을 경우, 마찬가지로 1차 설문조사를 분석하고 2차 설문조사와 비교하여 치료경과를 평가하였다. 진료과정 III에 속하는 경우는 1차 설문조사 결과만 분석하였다. 진료과정 I과 II의 경우는 체질진단에 응한 환자들에 한해서 체질 분석을 실시하였다.

### 결 과

본 진료 프로그램에 응한 총 환자는 모두 50명으로, 진료과정 I에 해당하는 환자들 중 검사 결과 3명이 제외되었는데 1명은 TSH:4.36으로 갑상선기능저하증이 의심되어 제외되었고, 1명은 AST: 35,

ALT:61, TG:268로 지방간으로 진단되어 제외되었으며, 1명은 헤모글로빈: 11.9로 제외되었다. 따라서 조사대상자는 총 47명이었다. 이 중 진료과정 I과 II에 속하는 환자들이 18명이며 III에 속하는 환자들이 29명이었다.

총 47명의 대상자 중 chalde scale(이하 scale I)에 응답하지 않은 사람이 2명이며, 나머지 45명 중에서는 36명 즉 80%가 scale I에 의해 피로환자로 인정할 수 있었다. 즉 피로를 주소로 하더라도 chalde scale의 정의에 따르면 피로하다고 인정할 수 없는 환자들도 20%에 달한다는 것을 알 수 있었다.

47명 중 지속기간이 누락된 환자가 3명이었으며, 나머지 44명 중 6개월 이상의 만성 피로를 호소한 경우는 13명으로 29.5%였다(Fig. 2).

성별로는 남자가 24명 여자가 23명이었다. 직업별로는 학생이 17명, 회사원이 15명, 주부 7명, 자영업 2명, 전문직 5명, 상업 1명으로 학생과 회사원이 주를 이루었다(Fig. 3).

연령대별로는 10대 8명, 20대 15명, 30대 17명, 40대 2명, 50대 2명, 60대 3명으로 나이가 들수록 피로환자 수가 증가할 것이라는 일반적인 생각과는 달리 20, 30대의 젊은 연령층이 보다 많은 환자수를 차지하고 있었다(Fig. 4).

음주자는 전체의 45.8%였으며, 흡연자는 25%였다. 정기적인 운동을 하는 군은 16.7%, 불규칙적인 운동을 하는 군은 35.4%, 전혀 운동을 하지 않는 군이 50%였다.

음주자와 비음주자의 scale I, II를 비교해보면

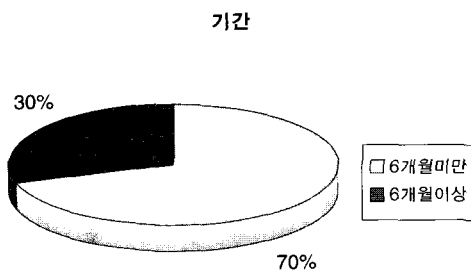


Fig. 2. Duration of fatigue.

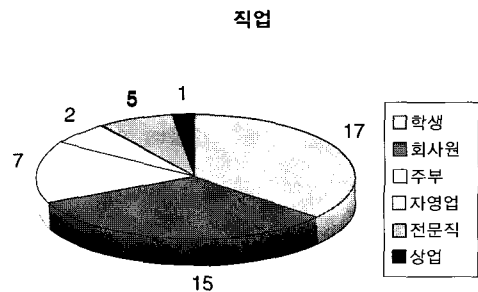


Fig. 3. Occupation.

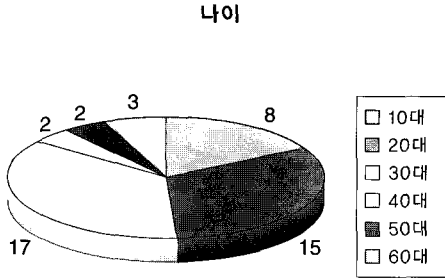


Fig. 4. Age.

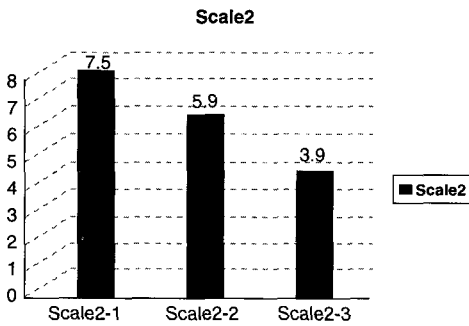


Fig. 5. Comparison of scale II -1, II -2 and II -3.

scale II 는 차이가 없었고, scale I 에서는 음주자가 2.2 점 비음주자가 3.0점으로, 술을 마시지 않는 사람이 더 높은 피로를 호소하고 있었다( $P \leq 0.5$ ). 이는 비음주자의 대부분이 여성으로 여성군의 scale I 의 평균이 3.0으로 남성군의 2.37으로 높은 경향성을 나타내기 때문이라고 추측된다(통계적인 유의성은 없었다).

흡연자와 비흡연자의 scale I, II 의 점수는 별 차이가 없었다. 운동을 하는 사람의 그렇지 않은 사람의 scale I, II 의 점수도 별다른 차이를 보이지 않았다.

전체환자의 scale II 의 평균은 몇 점 14.8점으로 중간정도(moderate)의 피로를 호소한다고 볼 수 있었다. Scale II -1, II -2, II -3 각각의 점수평균은 7.5점, 5.9 점, 3.7점으로, scale I 은 신체적 피로, scale II 은 정신적 피로, scale III 는 신경감각적 피로를 나타내므로, 전체적으로 볼 때는 신체적인 피로를 가장 많이 호소하고 있었다(Fig. 5).

직업별로 scale II 를 비교해보면, 학생군과 회사원 군간에 scale II -1 즉 신체적피로도 항목에 있어서 학

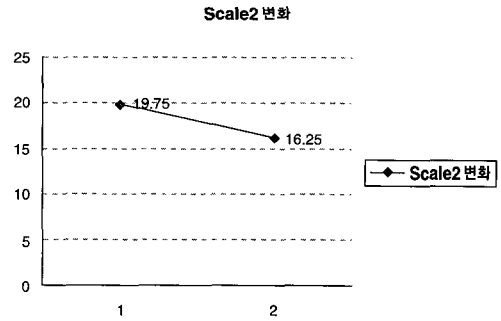


Fig. 6. Change of scale II .

생은 6.9점 회사원은 8.5점으로, 회사원이 학생에 비해서 신체적인 피로도가 높았으나 통계적인 유의성은 없었다. 또한 scale II -2인 정신적피로도 항목에 있어서 학생군은 7.0점, 회사원군은 6.5점으로 학생군이 정신적인 피로가 더 높게 나타났으나 통계적인 유의성은 없었다.

진료과정 I 이나 II 에 해당하는 사람들 중 추적경과관찰이 이루어진 수는 4명으로 이들의 scale II 의 평균점수는 19.75점에서 16.25점으로 3.5점의 개선을 보였다(Fig. 6).

체질확인이 이루어진 수는 모두 5명으로 태음인 2명, 소음인, 소양인, 태양인 각 1명이었다.

결과적으로 이 조사는 환자의 내원당시의 상태에 대해서는 여러 가지 자료를 제시할 수 있었으나, 설문지의 추적조사가 잘 이루어지지 않아 임상적인 치료경과관찰에는 미흡한 면이 많이 있었다. 따라서 앞으로 보다 많은 숫자를 대상으로 하는 조사가 필요하리라 생각되며, 체질분석은 환자의 편의를 생각할 때 내원당시에 바로 받을 수 있도록 한다면 보다 많은 수의 환자에 대한 조사를 할 수 있을 것이라 생각된다.

## 고찰

피로는 객관화시키기가 아주 어려운 주관적인 증상이라고 할 수 있다.

실제로 피로를 호소하는 사람들의 증상 표현은 매

우 다양해서, '아침에 일어나기 힘들다', '나른하다', '사지(손, 발)에 힘이 없다', '움직이기 싫다', '몸이 무겁다', '몸이 아프고 빠근하다', '밥맛이 없다', '식은 땀이 난다', '눈이 뻑뻑하다', '머리가 무겁다', '어깨, 목이 결린다', '가슴이 답답하다', '어지럽다', '성욕이 떨어진다', '의욕이 없다', '만사가 귀찮다', '짜증난다', '집중력이 떨어진다', '머리가 멍해진다', '우울해진다', '기억력이 떨어진다' 등으로 개인적으로 사람들이 어떤 증상을 피로라고 표현하는지를 알아내기도 쉽지는 않다.

피로에 대한 분명한 원인을 찾을 수 없는 경우는 정신심리적 요인으로서 우울증, 불안신경증, 스트레스 등을 의심해야 한다. 또한 알콜, 진정제, 항정신성 약물, 항우울제, 항히스타민제, 스테로이드, 경구용 피임약, 항고혈압제, 진통제 등이 피로를 유발할 수 있다<sup>18)</sup>.

피로를 기간에 따라 분류하면, 급성피로와 만성피로로 나눌 수 있다. 급성피로(acute fatigue)는 생리적인 피로는 아니면서, 그 지속기간이 6개월 미만이고 휴식에 의해 호전되지 않는 경우를 말한다. 만성피로(chronic fatigue)는 6개월 이상 지속되는 피로를 말하며, 특발성 만성피로와 만성피로증후군으로 나눌 수 있다.

만성피로를 구분하는 기준은 1994년 미국질병통제예방센터(Centers for Disease and Prevention)에서 제시하였는데, 1개월 이상의 피로를 지속성피로(prolonged fatigue), 그 중에서도 6개월 이상인 경우를 만성피로(chronic fatigue)로 정의하였다. 즉 만성피로증후군은 지속성 피로의 일부분으로 보았다. 또 만성피로증후군의 진단기준을 충족시키지 못하는 만성피로는 특발성 만성피로(idiopathic chronic fatigue syndrome)라고 정의했다<sup>19)</sup>.

역사적으로 볼 때, 서양의학에서는 기질적인 원인이 없는 일반적인 피로 증상은 탈진이라든가 신경과민, 신경쇠약, 감염성질환에서의 회복과정, 신경근무력증 등으로 생각하고 치료에는 큰 관심을 기울이지 않았으나, 1980년대 초반부터 나온 많은 보고서들로 인해 만성피로 상태에 대한 관심이 증가했고 1987년

부터는 만성피로증후군이라는 증례 정도도 생겨나게 되었다<sup>20)</sup>. 하지만 CDC와 AACFS에서 제시하는 만성피로증후군의 치료의 가이드라인에는 "완치법이 없고 원인도 확실하지 않으므로 환자의 신체적, 인지적 기능을 호전시키기 위해 증세완화와 생활양식을 변화시키는데 일차적 목표를 두고, 약물의 부작용이 더 잘 생기기 때문에 약물을 조심해서 써야한다. 행동요법, 상담, 지지적 치료가 모든 치료의 근본이 된다. 세심하게 짜여진 운동요법과 일상 스케줄이 과로와 증세악화를 예방해준다. 누워서 쉬는 것은 근육을 약화시켜 피로를 증가시키므로 피해야한다. 환자의 가족과 배우자에게도 상담과 지지가 필요하다."라고 나와있다<sup>21)</sup>. 즉 만성피로증후군을 치료하는 데는 현재에도 많은 어려움을 겪고 있는 것이 사실이다.

사전적으로 보면 '疲'는 '고달프다', '느른하다(기력이 쇠하다)', '아위다'의 뜻이며, '勞'에는 '수고하다', '노곤하다', '피로워하다', '앓다', '일하다', '수고하다', '피로하다', '일', '공로', '위로'의 뜻이 있다.

현재 우리가 말하고 있는 '피로'라는 단어와 한의학에서 정확히 일치하는 표현은 없지만, 비슷한 표현으로 '勞倦', '虛勞', '虛損' 등을 들 수 있다. 또한 중국에서는 '懈怠', '懈惰', '四肢沈重', '四肢勞倦', '四肢癱軟', '四肢不用' 등을 비슷한 표현으로 들고 있지만, 이 표현들은 대부분 육체적인 피로에 초점을 맞춘 것으로 보인다<sup>22)</sup>. 이러한 표현은 肝을 '罷極之本'이라 하여, 肝이 전신의 筋활동을 주관하여 운동으로 인한 피로를 조절한다는 것과 맥락을 같이하고 있다. 이 때의 '罷'는 '疲'와 같은 뜻으로 즉 '疲勞'의 뜻이다.

하지만 피로는 스트레스와도 강한 관련성이 있고<sup>23)</sup>, 정신적인 피로 증상도 많은 것으로 본다면 이러한 용어들도 피로의 모든 것을 표현한 용어들은 아니라고 할 수 있다. 즉 피로라는 것은 하나의 증상에 대한 표현이지만, 역대 의가들에 의해 서술되어진 증상을 일컫는 여러 용어들 중 피로의 정신적, 육체적인 면을 모두 포함하고 있는 용어는 없다. 가장 가까운 표현으로는 '勞倦', '虛勞', '虛損' 등을 들 수 있는데, 이러한 용어들은 하나의 증상을 표현했다기 보다는

어떤 증후군을 묘사한 표현에 가깝다고 할 수 있다. 그러므로 피로라는 증상을 치료함에 있어서 가장 큰 대강을 삼아야 할 것은 이 증상이 어떠한 증후군 또는 병의 표현인가를 살피는 것이라 할 수 있다. 예를 들자면 피로 증상이 勞倦傷의 한 증상인지, 虛勞의 한 증상인지, 아니면 氣鬱·氣滯에 의한 것인지<sup>24)</sup> 등을 살피서 치료에 임하는 것이 옳은 방법이라 할 수 있다.

정확히 일치하는 용어는 없어도, 피로를 가장 큰 주증으로 하고 있는 대표적인 증은 분명히 들 수 있는데, 그 중 가장 대표적인 病證은 勞倦傷과 虛損(虛勞)이다.

좁은 의미의 勞倦傷은 피로로 인하여 熱感 또는 發熱이 생기는 증상<sup>25)</sup>이 잘 나타나는 內傷病의 하나를 말한다. 넓은 의미의 勞倦傷은 內傷 중에서 飲食傷이 아닌 모든 內傷을 통칭한다.

하지만 일반적으로 노권상은 육체적 그리고/또는 정신적으로 힘들어서 나타나는 증상들을 지칭하는 일종의 증후군으로 생각할 수 있다.

勞倦傷의 증상들을 요약하면 全身無力, 懶於言語動作, 四肢軟弱, 表熱自汗, 四肢煩熱, 不眠心煩, 喘乏短氣而上逆, 不思飲食, 脈浮大 등이다. 全身無力, 懶於言語動作, 四肢軟弱 등의 증상들은 현대적인 표현으로 쉽게 피로함, 권태감, 허약(쇠약)감으로 표현된다. 그 뒤의 증상들은 비특이적인 전신증상으로 피로가 심할 때 따라오거나 또는 피로와 함께 나타날 수 있는 증상들이다.

勞倦傷의 치료는 安心靜養하며 中氣를 補하고 淸心하며 思慮를 쉬면서 眞氣를 기다리고 食飲調節과 起居의 適宜와 溫藥으로 元氣를 補하는 것이라 하여, 補氣昇提를 주된 치료로 삼았다.

虛損이란 臟腑의 元氣가 虧損되거나 精血不足으로 인하여 발생하는 만성소모성병증의 총칭으로, 일명 虛勞라고도 한다. 흔히 不足, 諸虛, 虛證, 弱證, 虛弱證, 證으로 표현되기도 하는데, 서양의학에서는 기능쇠약, 영양부족 등으로 분류된다. 그 원인은 선천성 不足, 후천적 영양실조, 체질허약 또는 諸病失治·病久失養이나 勞倦內傷, 氣血化生の 不足 등이다.

正氣의 손상이나 부족은 陰竭陽衰를 초래하여 虛證이 되는데, 「素問·通評虛實論」의 “精氣脫則虛”, 「素問·三部九候論」의 “虛則補之”라고 表現하는 것이 여기에 부합된다. 역대 의서에 正氣虛損으로 발생하는 虛損의 정도와 부위가 서로 달라서 ‘不足’, ‘諸虛’, ‘虛勞’, ‘虛損’, ‘虛癆’, ‘癆瘵’로 표현하였는데, 「濟生方」에는 ‘醫經所謂 諸經百損, 難經所謂 五損不過因虛而致損也’라 하였고, 「醫宗金鑑」에는 ‘虛者是 陰陽氣血精神骨髓津液不足이고, 損者是 外로는 皮脈筋骨, 內로는 肺心肝腎 消損이라. 成勞者是 虛損이 오랫동안 留連不愈해서 五勞, 六極, 七損에 이른 것이다’라고 하였고, 「臨證指南醫案」에는 ‘久虛不復을 損이라 하고, 損이 極不復한 것을 勞’라고 하여, 시대의 변천에 따라 각 학설을 서로 보충하고 보완하여 虛損에 대한 연구를 발전시켰다.

虛損에 이르는 素因도 각각 달라서, 체질·성별·연령·지역에 따라 各 素因이 서로 영향을 미쳐, 虛則 從陰從陽하고 相互累及하는 경향이 있는 것이다. 從陰하면 形質의 虛損이 위주가 되는데, 발병부위의 정도가 다르지만 津液虛·營血虛·陰虛·虛損 등 證型으로 분류되고, 從陽하면 기능적 쇠퇴가 주된 證型으로, 臟氣虛·腑氣虛·氣虛·陽虛·虛勞 등 證型으로 분류된다. 從陰·從陽을 막론하고 虛가 오래되어 회복되지 않으면 반드시 서로 영향을 미쳐 津氣兩虛·氣血俱虛·陰陽俱虛를 형성하게 되고, 氣損且勞·久病難復·虛損較甚者는 “虛勞”라고 부르게 된다. 이것이 虛損의 발생과 발전과정의 일반규율이다.

保養이라 함은 인체의 陰陽氣血, 臟腑 및 기타 기관이 虛損되지 않도록 예방조치를 하거나, 이미 虛損된 부분을 치료하는 행위를 말한다. 保養法은 건강할 때나 虛損할 때 모두에서 시행되는데, 건강할 때 시행하는 것을 일명 養生法이라 하고, 虛損할 때 시행하는 것을 통상 補法이라 하나, 실제로 임상에서는 이 용어들을 잘 구별하지 않고 쓰고 있다. 養生法이란 인체를 보호하여 생명현상을 건강하게 攝養保存함으로써 건강, 無病, 延年, 益壽 내지 長生할 수 있게 하는 것이다. 즉, 「靈樞·逆順篇」에서, ‘上工治未病’이라 한 것 같이, 陰陽氣血의 虛損을 未然에 방지하

는 養生法을 옳게 준수함이 保養의 요체가 되는 것이다.

保養劑는 서양의학에서 일컫는 영양제와는 개념상 차이가 있다. 인체는 신진대사를 영위함에 있어서 반드시 필요한 각종 영양소를 음식물로써 섭취하는데, 서양의학에서는 그 주요한 것을 단백질·지방·합수탄소·비타민류·무기염류(Mineral)·수분 등으로 분류하고, 영양제는 부족한 영양소를 보충함을 주안점으로 삼는다. 이에 비하여 한의학에서는 五穀·五菜·五果·六畜 등이 모두 인체를 保養하는 것으로 보아 균형있는 식생활을 중요시하며, 保養劑는 인체의 종합적 기능면에서 주로 陰陽氣血의 虛弱한 부분을 補益함으로써 제반기능의 조화와 평형을 이루도록 하는데 목적이 있다. 그러므로 保養補益의 요법은 한의학의 생리병리관의 특징에서 유래하는 것으로서 保養劑의 적절한 운용은 동서의학의 비교면에서 볼 때, 한의학의 특질을 개발한다는 뜻에서 크게 주목해야 할 부분이라 할 것이다<sup>26)</sup>.

## 결론

조사대상환자는 모두 50명이었으며, 검사에 의해 제외된 환자는 3명으로 47명의 환자를 대상으로 삼았다. 총 47명의 대상자 중 무응답자 2명을 제외한, 나머지 45명 중에서는 36명 즉 80%가 chalde scale(scale I)에 의해 피로환자로 인정할 수 있었다. 이 중 6개월 이상의 만성 피로를 호소한 경우는 13명으로 29.5%였다.

연령대별로는 20대 15명, 30대 17명으로, 젊은 연령층이 많은 수를 차지하고 있었다.

음주자와 비음주자의 scale I, II 를 비교해보면 scale II 는 차이가 없었고, scale I 에서는 음주자가 2.2 점 비음주자가 3.0점으로, 술을 마시지 않는 사람이 더 높은 피로를 호소하고 있었다( $P \leq 0.5$ ). 이는 비음주자의 대부분이 여성으로 여성군의 scale I 의 평균이 3.0으로 남성군의 2.37 보다 높은 경향성을 나타내기 때문이라고 추측된다.

전체환자의 scale II 의 평균은 몇 점 14.8점으로 중

간정도(moderate)의 피로를 호소한다고 볼 수 있었다. Scale II -1, II -2, II -3 각각의 점수평균은 7.5점, 5.9점, 3.7점으로 전체적으로 볼 때는 신체적인 피로를 가장 많이 호소하고 있었다.

진료과정 I 이나 II 에 해당하는 사람들 중 추적경과관찰이 이루어진 수는 4명으로 이들의 scale II 의 평균점수는 19.75점에서 16.25점으로 3.5점의 개선을 보였다.

체질확인이 이루어진 수는 모두 5명으로 태음인 2명, 소음인, 소양인, 태양인 각 1명이었다.

결과적으로는 많은 수의 추적조사가 이루어지지 않아 임상적인 치료경과관찰에는 미흡한 면이 있었다. 따라서 보다 많은 숫자를 대상으로 하는 조사가 필요하리라 생각되며, 체질분석은 환자의 편의를 생각할 때 내원당시에 바로 받을 수 있도록 한다면 보다 많은 수의 환자에 대한 조사를 할 수 있을 것이라 생각된다.

우리 나라에서는 한의원이나 한방병원을 방문하는 환자들의 많은 수가 피로를 주소로 내원하고 있다. 따라서 한의학계에서 이러한 기초 조사를 바탕으로 보다 심도 있는 통계조사 및 치료경과 관찰이 꼭 필요하리라 사료된다. 또한 이를 통해서 보다 객관적인 치료 및 예후판정이 가능하리라 생각된다.

## 참고문헌

1. Mattews DA, Manu P, Lane TJ. Evaluation and management of patients with chronic fatigue. *Am J Med Sci.* 1991;302:269-277.
2. 이석룡, 송상욱, 박환석, 김경수, 신호철, 박은숙. 의료전달체계 시행이후 가정의학과 외래환자 진료내용 분석. *가정의학회지.* 1992;13:264-283.
3. 윤방부, 이혜리. 한국 개원의(일차진료)의 진료 내용에 관한 연구. *가정의학회지.* 1989;10(8):1-15.
4. The National Ambulatory Medical Care Survey: 1975 Summary. US Dept of Health and Human Services publication(PHS). 1978;78-1784.
5. Lloyd A, Kickie I, Boughton C, Spencer O, Wakefield D. Prevalence of chronic fatigue syndrome in a Australian population. *The Med J Australia.*



- 1990;153(5):522-528.
6. Bates DW, Schmitt W, Buchwald D, Ware NG, Lee J, Thoyer E, et al. Prevalence of fatigue and chronic syndrome in a primary care practice. *Arch Intern Med.* 1993;153:2759-2765.
  7. Kroenke K, Wood D, Mangelsdorff A, Meier N, Powell J. Chronic fatigue in primary care; prevalence, patient characteristics, and outcome. *JAMA.* 1988;260:929-934.
  8. Hickie I, Hooker A, Hadzi-Pavlovic D, Bennett B, Wilson A, Lloyd A. Fatigue in selected primary care settings: sociodemographic and psychiatric correlates. *Med J Australia.* 1996;164:585-588.
  9. 윤방부, 이균상, 강희철, 신경균. 외래환자의 피로에 대한 분석. *가정의학회지.* 1999;20(8):978-990.
  10. 지종대, 최성재, 이영호, 송관규. 한국인에서 만성 피로의 빈도와 임상양상. *대한내과학회지.* 1999;56(6):738-744.
  11. 김태관, 하정훈, 김도환, 박훈기, 이정권. 대학병원 가정의학과 외래를 방문한 피로 환자의 임상적 특성 및 추적관찰 결과. *가정의학회지.* 1999;20(9):1129-1143.
  12. 박기홍. 만성피로. *가정의학회지.* 1996;17(4):19-23.
  13. 김완신, 나미나, 조정진. 피로감에 따른 임상검사 및 설문상의 차이에 대한 조사. *가정의학회지.* 1992;13(3):233-239.
  14. Trudie chalder, G. berelowits, Tereas pawlikowska, Louise watts, S. wessely, D. wright and E.P. wallace. Development of a fatigue scale. *Journal of psychosomatic research.* 1993;37(2):147-153.
  15. 日本勞動科學研究所: 疲勞調査法(疲勞の自覺症狀調査規準), 日本産業衛生協會 産業疲勞研究會, 1954;6-83.
  16. Morriss RK, Wearden AJ, Mullis R. *Journal of psychosomatic Research.* 1998;45(5):411-417.
  17. 정성택, 최중명, 구도서, 박양원. 피로도 측정과 판정을 위한 실험적 연구. *경희대의대논문집* 1989;14(1):117-132.
  18. Shires DB. A guidebook for practitioners of the art. 3rd Ed. McGrawHill Book Company, 1987:172.
  19. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med.* 1994;121:953-959.
  20. 신호철. 만성피로, 만성피로증후군의 정의 및 역사적 고찰. *가정의학회지.* 1999;20(5):647-658.
  21. 박주성. 만성피로증후군의 치료. *가정의학회지.* 1999;20(5):659-666.
  22. 楊維益, 陳家旭. 中醫藥診治慢性疲勞綜合症的思路與方法. *中國醫藥學報.* 1995;10(2):44-47.
  23. 김성현, 윤진희, 박혜순. 피로와 스트레스의 관련성. *가정의학회지.* 1992;13(3):226-232.
  24. 김진성, 류봉하, 박동원, 류기원. 만성피로환자의 우울 및 불안성향과 氣鬱, 氣滯證과의 상관성. *제3의학회지.* 1998; Feb:83-92.
  25. 黃帝內經素問今釋. 調經論篇. 서울: 成輔社. 1993: 273-281.
  26. 전국한의과대학 간계내과학교실 교수일동. 간계내과학. 1995;28,106-109,493-517.