

## 스트레스에 의한 여성 鬱證 환자의 加味逍遙散 치험 3례

고은상, 강병철, 성경화, 송일현, 김의철, 권도익, 박경훈, 정성민\*, 박준하

동수원한방병원 내과, \* 동수원 한방병원 침구과

### The Clinical Review on Three Cases of UL-syndrome(鬱證) induced by Chronic Stress

Ko Eun-Sang, Kang Byung-Chul, Sung Kyoung-Hwa, Song Il-Hun, Kim Ui-Chul, Kwon Do-IK, Park Kyung-Hoon, Jung Sung-Min\*, Park Jun-Ha

Dept. of Oriental Internal Medicine Dongsuwon Oriental Hospital  
Dept. of Acupuncture & Moxibustion Dongsuwon Oriental Hospital

UL-syndrome(鬱證) is a syndrome of emotional depression and various physical symptoms generally due to chronic psychological stress, without constitutional abnormality.

These are cases of female patients suffering from headache, chest discomfort, heart burning, insomnia, dyspepsia, anorexia, fatigue and some other minor symptoms due to chronic stress. We diagnosed these cases as UL-syndrome and treated them with oriental medicine, specifically *Gamisoyosan*(加味逍遙散).

This paper describes the symptoms that the patients suffered, the treatment used, and identifies stages in the development of UL-syndrome, and suggests a stage in which *Gamisoyosan* is efficacious.

**Key Words:** UL-syndrome(鬱證), Depression disorder, *Gamisoyosan*(加味逍遙散)

### 1. 緒 論

鬱證이란 “結而不舒”<sup>1</sup>한 상태로서, 氣機가 鬱滯되어 通暢하지 못함으로 인해 생리적 소통에 장애나 이상을 초래하는 기능적 병증 상태를 의미한다. 초기 내경 시대에 運氣學說에 입각하여 자연의 기후변화와 그에 따른 생명현상으로 인식되던 鬱證의 개념은 후대로 갈수록 “七情抑鬱”<sup>2</sup>, “志慮不伸張”<sup>3</sup>, “情志不

遂”<sup>4</sup>등 七情不舒로 인한 氣機失調로 보는 협의의 의미가 강조되어 현재는 스트레스로 유발되는 諸 諸 諸 및 우울증과 유사한 개념으로 이해되고 있다. 최근 황<sup>5</sup>은 鬱證을 “발산시킬 수 없는 욕구불만이나 지속되는 우울, 지나친 사려나 비탄이 원인이 되어 억압되고 침울한 정신상태로 모든 생리 기능이 침체되는 현상”이라 하여 우울증과 연관하여 해석하였다.

현대의학에서 우울증은 일상의 삶에 대해 흥미를 느끼지 못하고 절망하는 감정상태를 일컫는 것으로 정신질환 가운데 기분장애로 분류된다. 전형적으로는 우울감, 흥미상실, 체중감소, 수면장애, 죄책감, 정신 운동의 지연, 초조, 자살 충동등의 증상을 나타내지만, 가볍게는 두통이나 요통, 만성적 피로감, 소화

· 접수 : 2004년 7월 6일 · 채택 : 2004년 7월 28일  
· 교신저자 : 고은상, 경기도 수원시 팔달구 우만2동 157-7 동수원한방병원 내과  
(Tel. 031-210-0390, H.P. 016-396-5976 Fax. 031-210-0146, E-mail : eskol26@hanmail.net)

불량의 신체 증상에서부터 극단적으로는 피해망상이나 환청까지 그 임상 양상은 매우 다양하다. 우울증은 이들 증상이 다양한 조합으로 이루어진 증후군으로 나타나는데 그 개념이 한의학에서의 鬱證의 개념과 유사함을 볼 수 있다.

鬱證은 경쟁사회 속에서 정신적 스트레스가 증가하고 있는 현대인에게 그 중요성이 더욱 커지고 있다. 우울증에 입각한 서양의학의 치료적 접근은 몇몇 단편적인 병태생리에 근거한 약물치료가 위주로 되고 있으나 부작용과 정신과 치료에 대한 심리적 거부감으로 인해 현재 鬱證 환자의 상당수가 한의학 치료를 받고 있는 것으로 추정된다. 한의학에서는 鬱證이 주로 肝의 升發과 疏泄 기능의 失調로 인하여 發하는 것으로 보아 肝氣鬱結, 肝鬱化火, 肝脾不和, 肝腎陰虛의 범주에 해당하며 平肝, 解鬱, 清熱, 順氣, 化痰, 補血, 補陰 등의 治法을 활용한다<sup>8</sup>. 한의학 이론과 처방에 근거한 鬱證의 치료는 임상 현장에서 일정한 치료효과를 나타내는 것으로 인정되고 있으나, 이에 대한 임상적 보고는 미흡한 편이다.

이에 저자는 스트레스로 인한 鬱證 환자에 대하여 한의학적 처치 과정에서 치료 경과를 관찰하는 중 일정한 결과를 얻었기에 鬱證의 임상적 고찰과 함께 보고하고자 한다. 이하의 치험 3례는 肝鬱怒火, 肝鬱血虛, 肝腎陰虛로 辨證되는 세 명의 여성 鬱證 환자에 대하여, 肝鬱痰火로 인한 제반증상에 舒肝, 解鬱, 清熱을 목적으로 사용되는 加味逍遙散을 투여하고 반응을 관찰한 한방치험례이다.

## II. 증례 및 임상경과

본 증례의 환자들은 발병 이전에 신경정신과 질환에 대한 기왕력이 없으며, 가족력상에서도 이상이 없었고, 혈액, 소변, 심전도, 흉부단순방사선촬영, 갑상선 호르몬 검사등을 통하여 기본적으로 감별해야할 기질적 질환은 배재하였다. 서양의학의 우울증과의 연관성을 알아보기 위해 세계 보건기구의 ICD-10의 진단기준을 사용하여 평가한 결과 세 환자 모두 경도 내지 중등도의 우울증 삽화(depressive episode)에 해

당되는 상태였으며, 우울증의 정도를 평가하는 지표인 "Hamilton Depression Ratio Scale-17"을 초진시와 치료 종료 시점에 측정하여 그 결과를 비교하였다. 鬱證의 일반적인 변화 양상은 환자가 주로 호소하는 신체적인 증상인 口苦/口渴, 上熱(心煩), 頭重/身重, 心悸/怔忡, 不眠을 지표를 삼았고, 이에 대한 평가는 환자 자신의 진술을 바탕으로 하였다.

### <증례 1>

1. 환자 : 마OO/50세 여자
2. 주소증 : 頭痛, 身重, 不安, 대상이 불분명한 忿怒, 口苦, 煩熱
3. 발병일 : 2003년 1월 말
4. 발병유인 : 자녀의 뇌종양(양성) 진단후 수술을 앞두고 증상 심해짐
5. 치료기간: 2003년 2월 5일~2월 17일
6. 과거력:
  - (1) 1998년 폐경 이후 현재까지 산부인과에서 간헐적 호르몬 치료중
  - (2) 2000년경부터 두통이 있어 輕重 반복, 심해질 때마다 두통약 복용으로 관리
  - (3) 2002년 고혈압 인지, 항고혈압제제 복용중
  - (4) 2002.11.2 두통으로 본원 입원 (2002.11.2-11.16) Br-CT 및 MRI 검사상 이상 무
7. 가족력 : 특이사항 없음
8. 현병력 : 다소 비만하고 활발한 성격의 여환으로 2002년 11월 頭痛을 주소로 본원 입원치료후 외래 진료하던 자로 2003년 1월 말 자녀의 수술을 전후하여 不安, 대상이 불분명한 忿怒, 頭痛, 身重의 증상을 호소하여 외래 방문함.
9. 검사소견:
  - Br-CT (2002.11.2) 특이소견 없음
  - Abd sono (2002.11.8) severe fatty liver
  - Chest (2002.11.2) 특이소견 없음
  - 일반혈액검사(2003.2.5) 특이소견 없음
  - 일반생화학검사(2003.2.5) Triglyceride 195mg/dl, 이외 특이소견 없음
10. 진단

**Table 1.** The Change of Clinical Symptoms & Herbal Medication in Case 1

	2003.2.5	2003.2.7	2004.2.12	2003.2.17
口苦(口渴)	+++	+++	+	±
心煩	+++	+++	+	±
頭重,身重	+++	+++	+	+
心悸怔忡	+	+	±	±
不眠	++	+++	+	±
HRDS	24			4
치료			加味逍遙散	

Symptom grade: severe +++, Moderate ++, Mild +, Trace ±

- (1)한의학적 진단: 肝鬱氣滯 挾 怒火, 肝鬱怒火
- (2)서양의학적 진단: 우울장애, 고혈압

종결 당시 HRDS상에서도 5로 뚜렷한 호전을 보였다(2003.2.17).

11. 치료

(1) 한의학적 치료

治法 : 舒肝解鬱, 清熱化痰

處方 : 加味逍遙散(當歸, 白芍藥, 白朮, 白茯苓, 柴胡 各 6g, 牡丹皮, 梔子 各 4g, 甘草 3g, 乾薑, 薄荷 各 2g), 하루 2帖을 3회 分服

針: 肝勝絡(經渠, 中封-補, 少府, 行間-瀉), 膽勝絡(足通谷, 俠谿-補, 商陽, 足竅陰-瀉)

(2) 양방치료: Cinalong 1T, Univarsc 1T

12. 임상경과(Table 1.)

45세때 폐경 이후 일반 산부인과에서 간헐적 호르몬 치료중인 여환으로 2000년경부터 반복적으로 발생하는 두통 외에 특이 증상이 없었으나 2003년 1월말 자녀의 뇌종양(양성) 진단을 받고 부터 不安, 忿怒, 頭痛, 身重無力을 주소로하여 2003년 2월 5일 본원 외래 방문하였다. 평소 일하기 좋아하고 의욕적이었으나 來院 당시에는 매사가 귀찮고 일이 손에 잡히지 않으며 대상이 불분명한 분노와 짜증, 원인모를 불안감에 안절부절하였고, 身重, 頭痛, 食後勞困을 호소하였으며 顔面紅潮, 眼充血등의 上熱증상이 관찰되었다. 당시 HRDS상에서도 24로 중등도의 우울증을 시사하였다(2003.2.5). 두 번째 방문일(2월 7일)부터 加味逍遙散을 투여하였고 이후 頭痛, 身重, 口苦, 煩熱 등 제반 증상 호전되었으며 不安, 忿怒의 심리적인 증상도 안정을 되찾았다. 치료

<증례 2>

1. 환자명 : 박OO (F/65)

2. 주소증 : 身重, 頭重, 口苦, 口渴, 心悸, 怔忡, 不眠

3. 발병일 : 2004.4월초

4. 발병요인 : 최근 자녀의 사업 실패와 친지의 죽음으로 스트레스 받고 있음

5. 치료기간: 2004년 4월 20일 ~5월 8일

6. 과거력 : (1) 1981년 자궁 적출술시행, 호르몬 치료 안함

(2) 1989년 고혈압 인지, 항고혈압제제 복용중

(3) 1999년 당뇨 인지, 경구혈당강하제 복용중

(4) 2003.5.20 좌반신 소력감 및 통증으로 본원 입원치료, 뇌경색 진단.

7. 가족력 : 특이사항 없음

8. 현병력 : 2003년 5월 뇌경색 진단하에 본원 입원 치료 받은 적이 있는 만 65세 비만한 체격 급한 성격의 여환으로 퇴원 이후 지속적인 외래 관리 중이며 양호한 재활 경과로 현재 뇌경색 후유증으로 인한 일상생활의 장애 인지 못하는 상태. 최근 가까운 친지의 죽음으로 충격을 받은 상황에서 자녀의 사업 실패로 고심하는중에 身重, 頭重, 不安을 주소로 2004년 4월 20일 본원 외래 방문함.

9. 검사소견

Chest PA (2003-5-20) Cardiomegaly

**Table 2.** The Change of Clinical Symptoms & Herbal Medication in Case 2

	2004.4.20	2004.4.22	2004.4.26	2004.5.8
口苦(口渴)	++	+	+	±
心煩	++	++	±	±
頭重,身重	+++	+++	+	+
心悸怔忡	++	++	+	+
不眠	++	++	++	+
HRDS	14			4
加味逍遙散				

Br MRI (2003-5-20) A few lacunar infarctions, both PVWM

심전도(EKG) (2004-4-20) 특이소견 없음  
 생화학검사(2004-4-20) 특이소견 없음  
 일반혈액검사(2004-4-20) 특이소견 없음

10. 진단

- (1) 한의학적 진단 및 변증: 肝鬱氣滯 挾 血虛, 肝鬱血虛
- (2) 서양의학적 진단: 뇌경색 후유증, 당뇨, 고혈압, 우울증

11. 치료

- (1) 한의학적 치료  
 治法 : 舒肝解鬱  
 處方 : 加味逍遙散(上同)  
 針: 肝勝格(經渠, 中封-補, 少府, 行間-瀉)
- (2) 서양의학적 치료  
 Astrix 100mg, Tegretol 1T, Airtal 2T, CMT 2T, Barse 2T, Etravil 10mg, Splendil-ER 1T, Diamicon 2T, Glucophage 2T

12. 치료경과(Table 2.)

상기 환자는 2003년 5월 뇌경색 진단하에 본원 입원 치료후 외래 관리중인 여환으로 자녀의 사업 실패와 2004년 4월 초 가까운 친지의 잇다른 죽음으로 고심하던 중 身重, 頭痛, 不安과 함께 不眠(입면 장애, 淺眠)을 주소로하여 2004년 4월 20일 본원 외래로 래원하심. 외래 방문시 HRDS 상 정도의 우울증(14)으로 진단되었으나 身重, 頭重등 전신 무력감과 가슴뭉(心悸怔忡), 불안

한 감정으로 일상적인 생활에 지장을 받고 있음을 호소하였고 口渴, 口乾과 함께 가슴 답답함(心煩)도 호소하였다. 이후 肝鬱氣滯 挾血虛의 진단하에 加味逍遙散을 투여한지 5일후부터 口渴, 上熱感과 전반적인 무기력감이 현저히 개선되었으며 불안감 및 心悸 증상도 호전을 보였다(2004.4.26). 치료 종료시 일상적인 생활에 지장이 없을 정도로 제반 증상 호전되었으나, 다만 정도의 중기 불면증(잠을 깊이 자지 못하고 자주 깬)과 心悸만을 호소하였다.(2004.5.8) HRDS 상에서도 호전을 관찰할 수 있었다.(4)

<증례3>

- 1. 환자명 : 박OO (F/55)
- 2. 주소증 : 左半身不全麻痺, 憂鬱, 心下痞悶, 潮熱, 面紅, 口渴, 口燥, 怔忡, 不眠
- 3. 발병일 : 2004. 1.21
- 4. 발병요인 : 뇌출혈
- 5. 치료기간 : 2004년 4월 6일 ~5월 14일
- 6. 과거력 : (1) 1995년, 자궁근종 수술  
 (2) 2004.1.26. ICH로 개두술 및 혈종 제거수술  
 (3) 2004.2.11. 기계적 장폐쇄로 소장유착제거술 및 충수돌기 절제술
- 7. 가족력 : 특이사항 없음
- 8. 현병력 : 평소 예민한 성격의 여환으로 2004.1.21. 두통 및 의식 저하 좌반신부전마비를 주소로 고려대 학교 부속병원 입원. 뇌출혈 진단받고 입원 가료중 2004년 1월 26일 개두술 및 혈종제거술 시행. 수술후

**Table 3.** The Change of Clinical Symptoms & Herbal Medication in Case 3

	2004.4.6	2004.4.9	2004.4.16	2004.4.23	2004.4.27
口苦(口渴)	++	++	+	+	±
欲嘔, 惡心	+++	+++	+	±	±
頭重, 身重	++	+	±	±	±
潮熱(盜汗)	+++	++	++	+	±
心悸 怔忡	++	++	+	±	±
不眠	+++	++	++	+	+
HRDS	25				5
	加味逍遙散		六味地黃湯		

입원 가료중 2004년 2월 11일 기계적 장폐쇄로 소장 유착제거술 및 충수돌기 절제술 시행. 재활치료중 2004년 4월 6일 본원으로 전원하심.

9. 검사소견

- 일반혈액검사(2004.4.6) 특이소견 없음
- 일반생화학검사(2004.4.6) 특이소견 없음
- Chest PA (2004.4.6) No active lung lesion
- 심전도 (2004.4.6) 특이소견 없음
- 위내시경(2004.4.10) Erythematous gastritis, mild

10. 진단

- (1) 한의학적 진단 및 변증: 肝腎陰虛
- (2) 서양의학적 진단: 뇌출혈 후유증, 우울장애

11. 치료

- (1) 한의학적 치료

治法: 滋補肝腎

處方: 加味逍遙散(上同)

六味地黃湯(熟地黃 16g, 山藥, 山茱萸 各 8g 白茯苓, 牡丹皮, 澤瀉 各 6g)

針: 肝政格(陰谷, 曲泉-補, 經渠, 中封-瀉), 腎政格(經渠, 復溜-補, 太白, 太谿-瀉)

- (2) 서양의학적 치료

Sylcon 2T, Sulpride 3T, Bearse 3T, Rize 2T, Tiropa 3T, Seroxat 1T (고대부속병원 입원당시부터 지속 복용)

12. 치료경과(Table 3)

상기 환자는 2004년 1월 21일 발발한 뇌출혈로 고려대학교 부속병원에서 개두술 및 혈중제거술을 받

고, 입원 가료중 기계적 장폐색으로 인한 소장유착제거술 및 충수돌기 절제술을 시행한 후 재활치료중에 있는 환자로 재활과정에서 潮熱感, 盜汗, 不眠, 小便頻數, 食慾低下, 식후 心下痞悶을 호소하며 이러한 증상으로인해 잦은 짜증과 우울을 호소하였다. 심리적 정황에 근거하여 초기 加味逍遙散을 4일간 투여하였으나 치료에 반응하지 않고 오히려 더 악화되는 것을 호소하였다. 이후 肝腎陰虛의 진단하에 六味地黃湯으로 처방변경한 후 潮熱, 盜汗 및 心悸증상이 차차 호전되었으며 食後痞悶感도 크게 減하였다(2004.4.16). 관찰 종료시 염증소견을 동반하지 않은 小便不利(잦은 尿意)와 이로인한 야간의 수면장애를 제외하고는 제반 증상 호전되어 양호한 재활 경과를 보이었다.

III. 考 察

鬱證에 대하여 <素問 至真要大論>에 “鬱者, 結而不舒也”<sup>1)</sup>라 하였고, 동양의학대사건의 정의에 따르면 “鬱者 鬱結也 舟滯而不通者 皆爲之鬱”<sup>9)</sup>이라하였다. 鬱證의 개념은 後代로 내려오면서 다양하게 표현되는데, 역대 의가들은 鬱證을 “氣留而不行”<sup>10)</sup>, “結聚而不得發越”<sup>11)</sup>, “滯而不通”<sup>12)</sup>이라 정의하여 氣가 한곳에 머물러 있으면서 흩어지지 못함으로 모든 생리기능이 침체되는 현상을 지칭하였다. 즉, 鬱證은 氣機가 鬱滯되어 通暢하지 못함으로 발생하는 제반 병증을 지칭하는 것이며, 각 장부부위, 정신작용을 포함한 생

리적 계통상에 장애, 기능저하, 항진등의 이상상태가 나타나 痰飲, 積聚등의 병리적 형질을 갖추기 전에 발생하는 기능적 병증을 총칭한 것이라 볼 수 있다.

鬱證의 원인으로 <內經>에서는 자연의 기후변화와 그에 따른 생명현상으로 보아 五氣之鬱로 인체 외적 요인을 강조하였다. 金元代에 이르러 鬱病의 원인을 “七情之邪鬱, 寒熱之交侵, 九氣之怫鬱, 雨濕之侵凌, 酒漿之積聚”라하여 情志, 外邪, 飲食등으로 鬱證의 병인적 요인에 대한 인식의 폭을 넓혀갔다<sup>1</sup>. 明, 清代로 들어와서 “七情抑鬱”<sup>2</sup>, “志慮不伸張, ..., 情志不舒, 思想無窮, 所願不得”<sup>3</sup>, “情志不遂”<sup>4</sup> 등으로 鬱證의 원인을 들어 外感六淫之鬱보다 七情之鬱을 더욱 중시하였으며, 현대에 이르러서는 황<sup>6</sup> “思慮過度나 실의, 비탄과 같은 정신적 억압과 욕구불만등의 요인으로 인한다”고 하였다. 이상에서 보듯이 鬱證은 六淫, 七情, 飲食酒漿등에 의해 일어날 수 있으나 後代로 가면서 점차 情志所傷이 강조되어 정신적 개념의 비중이 커졌음을 볼 수 있다.

鬱證은 그 원인에 따라 여러 가지 형태로 분류되는데 초기 <素問, 六元正氣大論>에서는 鬱證을 五運之氣와 결부시켜 木鬱, 火鬱, 土鬱, 金鬱, 水鬱의 五鬱로 기술하였다. 金元 時代의 朱<sup>1</sup>는 氣鬱, 血鬱, 食鬱, 痰鬱, 火鬱, 濕鬱의 六鬱로 분류하여 鬱證의 개념을 임상적으로 정립함으로써 후대에 많은 영향을 미쳤고, 徐<sup>3</sup>는 五臟과 연관시켜 肝鬱, 心鬱, 脾鬱, 肺鬱, 腎鬱, 膽鬱로 분류하였다. 張<sup>4</sup>은 鬱證을 新舊虛實로 변증하여 실제 임상에서 활용하기 용이하도록 세분화 하였는데, 情志之鬱을 怒鬱, 思鬱, 憂鬱의 세가지로 구별하여 변증시치 하였으며 치료시 虛證과 實證으로 나누어 치료할 것을 주장하였다.

鬱證의 일반적인 증상은 기분이 항상 우울하고 사람을 싫어하며, 心下痞滿, 胸悶, 혹 胸痛, 脇痛, 食慾不振, 食不化 혹 吞酸, 嘈雜, 四肢沈重無力, 腹脹滿 혹 浮腫, 小便赤澀, 大便秘 혹 難澀, 脈沈澀등의 증상을 나타낼 수 있다<sup>5</sup>. 대개 증상 초기에는 氣滯, 濕停, 痰滯, 食積, 瘀血등이 서로 挾雜하여 胸悶, 小腹或胸脇脹痛, 躁急易怒, 頭痛, 耳鳴, 腕悶噯氣, 口乾而苦등의 實證을 나타내다가 오래되면 傷血耗氣하고 陰虛火旺

하여 心身不寧, 心悸, 不眠, 健忘, 眩暈등의 虛證을 나타내고 더욱 심해지면 癡狂, 積聚등의 諸病으로 발전될 수 있다고 하였다<sup>5</sup>.

治法에 관해서 朱<sup>1</sup>는 諸鬱의 통치방으로서 越鞠丸을 創方하고, 鬱證의 진행에 따라 六鬱로 나누어 그 治法과 治方을 발전시켰는데 그 모든 치법은 平肝解鬱을 벗어나지 않는다고 하였다. 李<sup>3</sup>는 鬱病에 順氣를 爲先으로 하고 다음에 開提시키되 그 외 降火化痰, 消積등을 병증을 勤案하여 적절히 응용할 것을 원칙으로 삼았고, “鬱宜調中”이라하여 鬱證은 脾胃의 中氣가 먼저 邪를 받게 되므로 치료에 있어서 中州를 開發, 運動, 鼓舞시키도록 하였다. 清代의 張<sup>3</sup>은 鬱證이 氣先受病하므로 越鞠丸, 四七湯을 사용하되 鬱이 오래되면 火邪耗血하니 逍遙散, 歸脾湯을 選用한다고 하여 新舊虛實을 辨證施治 하였고, 氣屬相火라 하여 情志不舒로 인하여 발생되는 氣鬱은 肝膽의 병리적 相火에 속하여, 鬱이 오래되면 相火로 인하여 耗血된다는 병리적 기전을 제시하였다. 이상을 종합하면 鬱證은 氣滯로부터 유래되어 相火로서 顯證하니 心, 脾와도 관련성이 있으나 주로 肝, 膽에 영향을 미치므로 治法에 있어서 開鬱理氣를 위주로하여 越鞠丸, 逍遙散 등으로 肝膽의 相火之氣를 舒轉시켜야하며, 相火之氣의 妄動으로 傷陰耗血하면 補血補陰之劑를 選用함으로 虛實挾雜을 고려하여 辨證施治하는 것이 타당하다고 하겠다<sup>6</sup>.

이상의 내용을 종합해 보면 鬱證의 주요 병리 기전은 肝의 升發과 疏泄 기능의 失調로 인한 肝氣鬱結, 肝鬱化火(肝鬱怒火, 肝火上炎), 肝脾不和, 肝腎陰虛의 범주에서 설명될 수 있다<sup>6</sup>(Table 4 참조).

서양의학적 관점에서는 鬱證을 전체적으로 포괄하는 개념은 없으나, 협의의 鬱證에 대응하는 개념으로 우울증을 들 수 있다. 현대의학에서의 우울증은 정신 질환의 분류중에서 기분장애(Mood disorder)에 속하는 것으로, 일상의 삶에 대하여 흥미를 느끼지 못하고 절망하는 즉, 사는 맛을 알지 못하게 되는 감정 상태를 일컫는다<sup>7</sup>. 임상적으로는 활동증상(예, 수면, 식욕, 체중, 성욕의 변화), 인지증상(예, 주의-집중력 장애, 기억력 장애, 부정적인 사고), 충동조절장애(예, 자

Table 4. Symptoms and Signs of Each Differentiation of syndrome<sup>15</sup>

辨證名	症狀
肝鬱氣滯	脇肋脹痛, 心煩易怒, 精神抑鬱, 胸悶, 善太息, 多疑欲哭, 小腹脹痛, 夜臥不安, 舌紅, 脈弦
肝火上炎 (肝鬱怒火)	頭脹痛, 眩暈耳鳴, 目赤腫痛, 煩燥易怒, 面紅, 口苦, 口渴, 失眠多夢, 小便短赤, 大便秘結, 舌紅苔黃, 脈弦數
心血虛	心悸怔忡, 面色淡白無華, 萎黃, 失眠多夢, 健忘, 驚惕不安, 眩暈, 口唇指甲淡白, 舌質淡, 脈細
肝脾不和	兩脇脹滿疼痛, 脘腹脹滿, 食慾不振, 煩燥易怒, 善太息, 腹痛欲瀉, 腸鳴失氣, 月經不調, 舌苔白膩, 脈弦緩
肝腎陰虛	要膝酸軟, 兩目赤澀, 胸脇疼痛, 五心煩熱, 健忘失眠, 觀紅脣赤, 頭暈目眩, 咽乾口燥, 盜汗, 遺精

살이나 타살의 위협성 증가), 행동증상(예, 동기(motivation)와 즐거움의 상실, 피로감 증가)과 신체증상(예, 두통, 소화불량, 근육통)등 제반 증상들의 다양한 조합으로 이루어진 증후군(syndrome)으로 나타나는 의학의 鬱證의 개념과 유사함을 알 수 있다<sup>7</sup>.

세계보건기구의 ICD-10(1992)의 분류에 따르면 상당수의 환자가 단지 한번만 발병을 하기 때문에 삽화가 단독으로 발병하였느냐 아니면 반복적으로 발병하였느냐에 따라서 우울증 삽화(depressive episode)와 반복성 우울장애(recurrent depressive disorder)로 구분하였다<sup>7</sup>. 상기 3례는 기존에 뚜렷한 우울 장애의 기왕력 없이 최근의 스트레스에 반응하여 일회적으로 발생한 증상이므로 우울증삽화(depressive episode)에 해당한다고 볼 수 있겠다. 우울증 삽화에서는 우울반응의 단발성 삽화(single episode of depressive reaction), 정신병적 증상이 없는 주요우울증(major depression without psychotic feature), 심인성 혹은 반응성 우울증(psychogenic or reactive depression)등이 포함된다<sup>8</sup>.

ICD-10의 우울증 삽화 진단기준에 의하면 ①우울한 기분, ②흥미나 즐거움의 상실, ③피로감의 증대와 활동성 저하를 초래하는 기력 저하의 3가지 전형적인 증상과 ④집중력과 주의력 감소, ⑤자존심과 자신감의 감소, ⑥죄의식과 쓸모 없다는 느낌, ⑦미래를 황량하고 비관적으로 바라봄, ⑧자해나 자살 행위 혹은 생각, ⑨수면 장애, ⑩식욕 감퇴 등의 7가지 기타 증상이 있다<sup>7</sup>. 그 가운데 전형적인 증상 2가지와 기타 증상 중 최소 2가지일 때를 경도(mild), 전형적 증상 2가지와 기타 증상이 최소 3가지일때를 중등도(moderate), 전형적 증상 3개에 기타 증상 4가지 이상

일 경우를 중증(severe)의 우울증으로 규정한다<sup>7</sup>.

이상의 진단기준에 의해 우울증 환자를 선별하고 그 정도를 측정하는데 어느 정도 객관화된 측정도구를 사용하는 것도 유용하다. 흔히 사용되는 진단 척도로는 Beck Depression Inventory(BDI), Zung Self-Rating Depression Scale, Center for Epidemiologic Studies-Depression, General Health Questionnaire(GHQ), Inventory to Diagnose Depression(IDD), Hamilton Rating Depression Scale(HRDS) 등이 있는데 이들은 다양한 증상들과 태도, 감정들을 모아놓고 있어 환자의 진단을 여기에 의존하면 유병률과 위양성률이 높아질 수 있으므로 주의가 필요하다. 따라서, 우울증 측정 척도들은 우울증의 진단을 위해 사용하는 것이 아니라 우울 정도의 평가와 그룹의 분류 등에 사용됨을 유의해야 한다<sup>8</sup>. 본 논문에서 사용한 HRDS-17은 총 17개의 항목으로 구성된 설문지를 통해 우울증의 정도를 평가하는 지표로서 표본점수 7~17점을 경도 우울증, 18~24점을 중등도 우울증, 24점 이상을 중증 우울증으로 규정하였다.

치료에 있어서 초기에는 우울증을 심리사회적, 정신역동학적 원인에 의해 발병하는 것으로 이해하여 정신치료를 위주로 하였는데 이에 는 지지적 정신치료, 역동적 정신치료, 대인관계 치료, 인지-행동치료, 행동치료 등이 포함된다. 그러나, 60년대 이후 개발된 삼환계 항우울제나 MAOIs(monoamine oxidase inhibitor)같은 약제들이 우울증 치료에서 기존의 정신치료보다 더 효과적이라는 사실이 알려지면서 우울증의 신경화학적 기전과 약물요법에 대한 연구와 적용이 중요한 비중을 차지하게 되었다. 최근에는 삼

한계 항우울제와 MAOIs 이외에 SSRI(selective serotonin reuptake inhibitor)를 비롯하여 여러 종류의 비정형 항우울제 등이 사용되고 있지만 여전히 치료 효과를 일반화하기엔 많은 문제점을 가지고 있고, 약물에 따라 구갈, 변비, 부정맥, 불면, 무력증, 성기능장애, 체중변화 등의 부작용을 유발하는 경우도 관찰되고 있다<sup>217</sup>.

본 증례에서 사용한 加味逍遙散은 鬱證에 사용하는 대표방으로 宋代 陳의 <太平惠民和劑局方>에 “血虛勞倦, 五心煩熱, 肢體疼痛, 頭目昏重, 心懸頰赤, 口燥咽乾, 發熱盜汗, 減食嗜臥, 及血熱相搏, 月水不調, 臍腹脹痛, 寒熱如瘧, 又室女血弱陰虛, 榮衛不和, 痰嗽潮熱, 肌體羸瘦, 漸成骨蒸”<sup>19</sup>이라하여 처음 기재된 이래로 舒肝, 解鬱, 清熱의 작용이 있어 七情鬱結로 인하여 발생되는 寒熱, 上氣, 頭暈, 脇痛, 倦怠, 女子經水不調, 心悸, 口苦 등의 症에 활용되고 있는 처방이다. 처방 중의 柴胡는 疏肝解鬱한다. 肝은 血을 저장하는데 肝氣가 鬱結되면 血虛하므로 當歸와 白芍藥을 사용하여 養血柔肝한다. 肝病은 脾를 쉽게 손상시키므로 白朮, 甘草, 茯苓을 사용하여 健脾養心하며 薄荷는 柴胡를 도와 肝氣의 鬱結을 발산시키며 生薑은 溫胃和中한다. 梔子是 三焦의 鬱熱을 解하고 牡丹皮는 清熱涼血의 功能이 있어 煩熱, 心中懊惱, 不眠 등 肝經鬱熱로 인한 제반 熱證을 除하는 효능이 있다<sup>20</sup>. 이상의 약재들이 배합되어 肝脾를 동시에 치료하므로 氣血兼顧의 효과가 있는 것으로 일체 肝鬱血虛, 脾胃不和 症에 사용하는 처방이다<sup>20</sup>. 張은 鬱이 오래되어 火邪耗血할 경우에 사용한다고 하였고 血虛, 肝鬱, 脾虛를 治한다 하였으니 虛證에도 사용할 수 있겠으나 治肝而疎鬱하는 작용으로보아 일반적으로 初期 實證에 더 적합하다고 볼 수 있겠다. 상기 환자들은 대부분 스트레스로 인한 肝鬱상태가 지속되어 氣滯, 痰鬱, 怒火를 挾雜한 경우로 보아 加味逍遙散을 투여하고 그 경과를 관찰하였다.

증례1의 환자는 2000년도경부터 간헐적으로 반복하는 두통으로, 증상이 있을때마다 본원 외래 치료중이었던 만 50세 비만한 체격의 여환으로 2003년 1월 자녀의 뇌종양(양성) 진단과 수술 일정이 잡힌 후부

터 두통, 분노와 짜증, 불안, 身重無力(조갑증이 나지만 꼼작하기 싫음)을 주소로하여 외래 방문하였다. 평소 일하기 좋아하고 매사에 의욕적인 성격이었으나, 來院 당시 안절부절하여 일이 손에 잡히질 않고 대상이 불분명한 분노와 짜증, 불안의 감정을 호소하여 일상생활에 지장을 받고 있었고 ICD-10 진단기준과 HRDS상(23)에서 중등도의 우울증으로 평가되었다. 신체증상으로는 口渴, 口苦, 上熱, 心煩, 眼充血, 顔面紅赤과같은 전반적인 熱證과 함께 평소 양호했던 수면상태도 최근 답답함으로 인한 입면장애를 호소하는 것으로 보아 전반적인 急性, 實證의 양상을 나타내었다. 정서적 정황을 고려할 때 환자의 身重, 頭脹痛, 面紅目赤, 煩燥易怒, 口苦의 증상은 肝鬱氣滯에서 비롯된 熱證으로 보아(Table 4 참조) 肝鬱痰火의 辨證하에 加味逍遙散을 투여하였고, 5일후 來院시에는 頭痛, 口渴, 勞倦, 身重, 食慾不振, 睡眠障碍 등 제반 증상에 현저한 개선이 있었다. 이로써 加味逍遙散이 肝鬱化火의 초기 實證을 개선하는데 효과가 있음을 관찰하였다.

증례2의 환자는 2003년 5월 뇌경색 진단하에 본원 입원 치료를 받으신 적이 있는 만 65세 비만한 체격의 여환으로 퇴원후 지속적인 외래관리중 2004년 4월 초 자녀의 사업 실패와 가까운 친지의 죽음으로 충격을 받은 후 身重, 頭重, 不安, 不眠을 주소로 외래 방문을 하였다. 초진시 HRDS상 경도의 우울증(14)으로 진단되었으나 심한 전신 무력감으로 일상 생활에 지장을 받고 있었으며, 口渴, 口乾, 心煩, 上熱感 등의 上焦熱證이 관찰되었고, 불안과 걱정으로 평소 있던 식욕부진과 수면장애가 더욱 심해짐을 호소하였다. 본 환자의 경우 心煩易怒, 身重, 頭重, 食慾不振의 증상은 최근 지속적인 스트레스로 인한 肝鬱氣滯에 유래하고, 口渴, 心煩, 上熱感의 熱證은 氣滯化火한 것이며, 心悸怔忡, 驚惕不安, 不眠, 心身不寧 등은 相火耗血로 인한 虛證으로서 虛實이 挾雜한 경우로 사료되었다(Table 4 참조). 이에 舒肝解鬱하는 加味逍遙散 전탕액을 투여한지 5일후부터 口渴, 上熱感이 현저히 줄고 전신적인 무력감이 개선되어 식사와 일상적인 생활이 가능하게 되었다. 여전히 불안감과 수면장애

의 증상이 남아있었으나 來院 초기의 자발적인 호소에 비해 問診시 동의하는 정도로 증상의 개선이 관찰되었다. 다만, 전반적인 鬱證과 熱證의 현저한 개선에 비해 만성적인 心悸, 不眠 등 虛證의 개선이 상대적으로 덜한 것으로 보아 비록 加味逍遙散 중에 養血柔肝의 方意가 있기는 하나 오히려 舒肝理氣하고 肝鬱氣滯로 인한 초기의 熱證을 다스리는데 효과가 더 현저한 것으로 사료되었다.

증례3은 2004년 1월 뇌출혈 진단하에 고대부속병원에서 입원치료중 전원하신 55세의 마르고 예민한 성격의 여환으로 평소 건강한 편이었으나, 개두술 후 입원 치료중 기계적 장폐색으로 인한 2차례의 개복술과 재활에 대한 비관적 견해 및 潮熱, 盜汗, 不眠, 小便頻數의 증상으로 인해 잦은 짜증과 우울의 감정을 호소하였으며 ICD-10과 HRDS상 (25) 중등도의 우울증을 시사하였다. 초기 심리적 정황에 근거하여 加味逍遙散을 5일간 투여하였으나 치료에 반응하지 않고, 오히려 증상이 더 악화되는 것을 호소하였다. 이후 潮熱, 盜汗, 口燥의 증상이 평소 肝腎陰虛의 소인이 있었거나 또는, 七情不舒로 인한 肝鬱怒火가 오래도록 傷血耗氣함으로 陰虛火旺의 기전으로 전입한 것으로 판단하여(Table 4 참조) 六味地黃湯으로 처방을 변경하였다. 이후 潮熱, 盜汗, 心悸증상이 차차 호전되고 食後 痞悶感도 크게 減하였으며, 단지 염증을 동반하지 않은 小便不利(갖은 尿意)와 이로 인한 야간 수면장애를 호소할 뿐이었다. 六味地黃湯은 宋代 錢의 <小兒藥證直訣><sup>21</sup>에 처음 기재된 방제로써 腎水不足, 陰虛陽亢, 先天元氣不足, 腎精不足 등에 補腎의 목적으로 광범위하게 응용되는 처방이다<sup>22</sup>. 이로써, 加味逍遙散이 鬱證이 오래되어 相火의 傷血耗氣가 진행되므로 陰虛火旺에 의한 熱證에는 마땅치 않으며, 오히려 補血補陰之劑로써 肝腎陰虛의 증상을 개선시킴으로써 鬱證의 증상이 개선될 수 있음을 관찰하였다.

이상의 증례를 종합하건데, 加味逍遙散은 肝膽의 鬱滯된 氣機를 舒展, 解鬱시키는 효능이 있어 相火之氣를 淸解하고 壯火耗血로 虛證을 挾한 鬱證 초기에 효과가 있으나, 相火之氣의 妄動으로인하여 이미 虛

證으로 轉變된 경우에는 오히려 補血補陰之劑를 選用하여 虛火를 腎命門에 귀납시키는 것이 바람직함을 알 수 있다. 이와같이 적절한 변증을 통해 鬱證의 전변에따른 적절한 한의학적 치료가 이루어진다면 항우울제의 남용을 줄이고 증상을 개선하는데 유의한 효과가 있을 것으로 사료된다.

#### IV. 結 論

저자는 최근 생활상의 지속적인 스트레스로 인한 여성 鬱證 환자 3명을 대상으로 加味逍遙散을 투여하고, 반응을 관찰한 결과 加味逍遙散의 치료범위에 대한 일정한 결과를 경험하였기에 鬱證의 임상적 고찰과 함께 이를 보고하는 바이다.

#### 參考文獻

1. 王冰. 新編 黃帝內經素問. 서울: 大成出版社; 1990, p.306-7, 654-9.
2. 徐大椿. 徐大椿醫書全集. 北京: 人民衛生出版社; 1988, p.1105-12.
3. 張璠. 張氏醫通. 上海: 上海科學技術出版社; 1990, p.105-7.
4. 葉天士. 臨證指南醫案. 台北: 旋風出版社; 1978, p.15-9.
5. 정대규, 서부일, 권순주. 鬱證에 대한 문헌적 고찰. 경산대학교 한의과대학부설 제한동의학술원 논문집. 1999; 4(1): 500-8.
6. 황의완, 김지혁. 동의정신의학. 서울: 현대의학서적사; 1992, p.608-11, 617-9.
7. 대한신경정신학회. 신경정신과학. 서울: 하나의학사; 1998, p.378-88.
8. 李吉才, 姜允皓. 鬱證에 대한 문헌적 고찰(治法을 중심으로). 동서의학. 1995; 20(1): 46-55.
9. 謝觀. 동양의학대사전. 서울: 고문사; 1985, p.1170-1.
10. 巢元方. 諸病源候論. 서울: 대성출판사; 1982, 687.
11. 朱震亨. 新編 丹溪心法附錄. 서울: 대성문화사; 1993, p.515-28
12. 朱命新. 醫門寶鑑. 서울: 행림서원; 1975, p.97-100.
13. 徐春甫. 古今醫通大典. 北京: 人民衛生出版社; 1994, p.937-9.
14. 張介賓. 景岳全書. 서울: 일증사; 1984, p.357-8.

15. 李用粹. 證治彙補, 台北: 旋風出版社; 1976, p.107-13.
16. 최승훈. 한방병리학. 서울: 일증사; 1997, p.369-71, 468, 472.
17. Kaplan HI, Sadock BJ. Mood disorders, in synopsis of psychiatry. 8th ed. Williams & Wilkins; 1998, p.524-80.
18. 송상욱. 일차진료에서 우울증 평가의 실제: 우울증에 대한 개념과 선별방법의 소개. 가정의학회지. 1999; 제 20권 제 11호: 1392-9.
19. 陳師文. 太平惠民和劑局方. 北京: 人民衛生出版社; 1985, p.308.
20. 김갑성, 김명동, 김윤범, 김장현, 김중호, 이원철 外. 實用東西醫學臨床總書(3). 서울: 정담; 2001, p.548.
21. 全乙. 小兒藥證直訣 北京: 人民衛生出版社; 1991, p.56.
22. 許浚. 東醫寶鑑, 서울: 南山堂; 1987, p.113, 449.