

공황장애 치료에 대한 중의학의 임상연구 동향

이승환, 성우용*, 임정화*

부산대학교 한방병원 한방신경정신과, 부산대학교 한의학전문대학원 한방신경정신과교실*

A Review Study on the Treatment of Panic Disorder in Traditional Chinese Medicine

Seung-Hwan Lee, Woo-Yong Seong*, Jung-Hwa Lim*

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

Received: May 26, 2015

Revised: June 8, 2015

Accepted: June 8, 2015

Correspondence to

Jung-Hwa Lim

Department of Neuropsychiatry,

Pusan National University Korean

Medical Hospital, 20, Kumoh-ro,

Mulkeum-eup, Yangsan, Korea.

Tel: +82-55-360-5979

Fax: +82-55-360-5890

E-mail: suede22@hanmail.net

Acknowledgement

This work was supported by the year

2013 clinical research grant from

Pusan National University Hospital.

Objectives: This study was performed to review the research trends in the treatment of panic disorder in traditional Chinese medicine (TCM).

Methods: We searched articles in the China National Knowledge Infrastructure (CNKI) from 2004 to 2014. Search key words were '惊恐' and 'panic disorder', and we selected eight studies except for non-clinical, unrelated studies, tests on animals.

Results: We finally selected eight articles, and the results were as follows. CCMD-3 was most frequently used as a diagnostic criterion and HAMA was mostly used for outcome measurement. In TCM there are various ways, such as herbal medicine, acupuncture and psychotherapy, to treat panic disorder. Most of the studies showed effective results. Most of the treatment group reported that they had less side effects than the control group. However, the quality of these clinical studies was low.

Conclusions: In TCM, research on panic disorder was being conducted more actively than in Korean medicine. According to this study, it seems that in TCM, the treatment of panic disorder might be more effective and have some advantages. Therefore, with this study, we hope to activate more clinical research on the treatment of panic disorder in Korean medicine.

Key Words: Panic disorder, Traditional Chinese medicine, CNKI.

I. 서론

공황장애(panic disorder)는 삽화적으로 갑자기 발생하는 공황발작(panic attack)이 주요 특징인 질환으로, 숨이 막히거나 심장이 두근거리면서 죽을 것만 같은 극단적인 공포 증상이 반복적으로 나타나는 장애이다. 평생 유병률이 4.8%로 비교적 흔한 질환에 속하며 사회기피증, 광장공포증 및 우울증과 같은 정신질환과도 흔히 공존한다^{1,2)}.

공황장애 환자는 공황장애의 임상증상으로 고통 받을 뿐만 아니라, 전반적인 삶에서도 현격한 장애를 경험한다. 공황장애 환자의 절반 이상은 직업 활동 또는 가정 내 생활 기능을 수행함에 있어 심각한 장애를 겪고 있으며, 이로 인한 삶의 질 저하 및 경제적인 손실은 사회적으로 큰 부담을 초래하고 있다. 공황장애는 조기에 치료적 개입을 할 경우, 상대적으로 적은 시간과 사회적 비용으로 증상의 감소 및 삶의 질 호전을 기대할 수 있어, 조기 진단과 치료적 개입의 중요성이 강조되고 있다^{3,4)}.

서양의학에서는 공황장애의 치료방법으로 약물치료가 가장 많이 활용되는데, World Federation of Societies of Biological Psychiatry의 지침에 따르면, citalopram, escitalopram, fluoxetine, paroxetine 등과 같은 selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) 혹은 venvlafaxine과 같은 serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI)가 공황장애의 1차 선택치료 약물로 권장되고 있다¹⁾. 또한 인지행동치료와 약물치료를 병행하는 것이 약물단독 치료보다, 공황 증상 개선에 더 효과적이며 약물치료의 종료에도 효과적이라는 연구 결과가 보고되고 있다⁵⁾.

공황장애는 관해와 재발을 반복하는 만성적 정신장애이다. 공황장애 환자들의 20~60% 정도만 관해 상태에 이르며 2~3년 후에는 전체 환자 중 60~80%가 재발하거나 공황장애의 증상들을 부분적으로 가지고 있는 것으로 보고되고 있어, 환자는 긴 유병기간 동안 일상기능 장애와 삶의 질 저하 등으로 고통을 받는다³⁾.

한의학에서는 공황장애를 경계(驚悸), 정충(怔忡), 공포(恐驚), 초려(焦慮)의 범주에서 다루고 있으며 침구치료, 한약치료, 심신일여(心身一如) 원리를 기초로 한 한방정신요법, 부항치료, 향기치료 등이 치료방법으로 활용되고 있다^{2,8)}.

현재까지 공황장애에 대해 국내에 발표된 한의학계 연구에는 Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

통해 살펴 본 공황장애 환자의 성격 특성에 대한 연구⁶⁾ 이외에 Emotional Freedom Techniques (EFT)요법⁷⁾, 마음챙김 명상과 이정변기요법⁸⁾, 추나수기이완법⁹⁾, Stress Reduction Program (SRP)¹⁰⁾, 미술치료¹¹⁾, 인지행동치료^{12,13)}, 한약 Extract 제제¹⁴⁾ 등을 활용하여 치료한 증례보고가 주를 이루고 있으나, 다양한 한의학 치료방법의 유효성을 확인하는 전향적 임상 연구는 거의 이루어지고 있지 않다. 이에 반해 중국에서는 국내보다 상대적으로 활발한 연구들이 다양하게 이루어지고 있었다.

따라서 본 연구에서는 공황장애에 대한 중의학 임상연구들을 조사, 분석하여 향후 국내 임상연구를 위한 기초자료를 마련하고자 한다.

II. 연구방법

1. 논문의 검색과 선별

인터넷 중국 논문 검색사이트인 중국지식기초시설공정(中國知識基礎設施工程, <http://www.cnki.net>)에서 2015년 1월에 2004년 1월에서 2014년 12월까지의 공황장애 임상치료에 관한 논문을 검색하였다. 검색범위를 중의학, 중약학, 중서의결합(中醫學, 中藥學, 中西醫結合)으로 설정하였고, 검색어는 공황장애를 의미하는 경공(驚恐), panic disorder로 검색하였다.

2. 연구의 질 평가

본 연구에서 선정된 논문 중 대조임상연구의질을 평가하기 위해 Jadad Quality Assessment Scale을 사용하였다. Jadad scale은 무작위배정 순서의 생성과 배정, 이중 맹검, 탈락자 보고 여부에 대한 3가지 항목에 대해 0, 1, 2점으로 평가하여 무작위 대조군 임상시험을 평가하는 도구로, 총 0~5점의 범위에서 평가한다. 3점 이상이면 질 높은 연구로, 2점 이하일 경우는 연구의 질이 낮은 것으로 평가한다¹⁵⁾.

III. 결과

본 연구에서는 경공(驚恐), panic disorder의 키워드로 검색한 결과, 출판된 논문은 총 38편이었고 이 중 임상연구가 아닌 논문 21편, 공황장애를 대상으로 하지 않는 논문 8편, 동물실험연구논문 1편 등 총 30편을 제외시켰다. 최종

적으로 단일군전후비교임상연구 2편과 대조임상연구 6편, 총 8편이 선별되었다(Fig. 1).

선정된 논문 8편을 단일군전후비교임상연구와 대조임상연구로 나누어 연구대상, 진단 기준, 치료방법, 평가도구, 결과, 연구 질 평가 등을 정리, 분석하였다.

1. 단일군전후비교임상연구 분석(Table 1)

2. 대조임상연구 분석(Table 2)

3. 연구의 질 평가

본 연구에 분석한 8편의 연구 중 대조임상연구 논문 6편의 연구 질 평가를 위해 Jadad Quality Assessment Scale을 사용하였다. 5편에서 무작위배정을 명기하였으며, 이 중 1편에서 난수표를 사용하여 무작위 배정순서를 생성하였다고 언급하였다. 탈락과 중도 포기를 기재한 논문은 2편이었고, 참여자 및 연구자의 눈가림에 대해 기술한 논문은 없었다. Jadad 점수는 3편이 2점이었고, 나머지는 모두 1점 이하로 연구의 질은 대체로 낮았다.

4. 진단 기준

본 연구에서 살펴본 임상연구논문 중 공황장애의 진단 기준으로 가장 많이 사용된 도구는 The Chinese Classification of Mental Disorders, Third Edition (CCMD-3)로 총 7편의 연구에서 사용하였다. 그 외, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), 경공장애적이성진단모식(驚恐障礙的理性診斷模式), 중의내과학(中醫內科學), 중의진단학(中醫診斷學), 중약신약임상연구지도원칙(中藥新藥臨床研究指導原則)을 참조한 중의증후진단표준(中醫證候診斷標準)이 각각 1편의 연구에서 진단 기준으로 사용되었다.

또한 CCMD-3, DSM-IV와 더불어 Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)를 진단 기준으로 동시에 사용한 연구는 4편이었는데, 이 중 3편의 연구에서는 HAMA 점수가 14 점 이상인 환자를 연구대상으로 선정하였다.

5. 치료효과 평가도구

치료 효과를 판단하기 위해 가장 많이 활용된 평가 도구

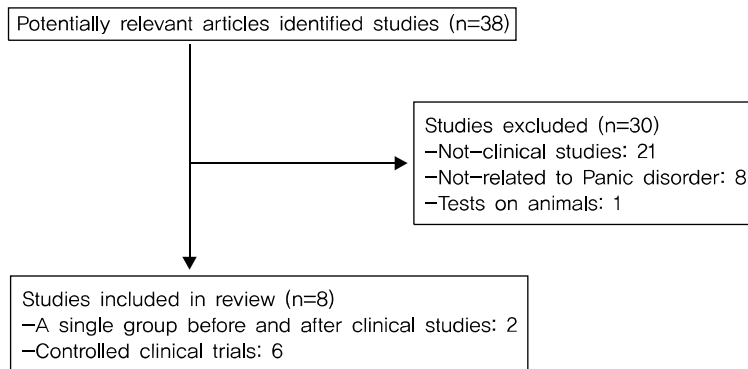


Fig. 1. Flow diagram preferred reporting items for review.

Table 1. Single Group Before and After Studies of Treatment on Patients with Panic Disorder in China

| First author (year) | Sample size (Male/Female) | Diagnostic criteria | Treatments | Outcomes measurements | Results |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------|---|------------------------------|---|
| Cheng ¹⁶⁾ (2007) | 21 (6/15) | CCMD-3 | 1) Acupuncture: 1 time/day, 1 month 2) Psychotherapy: Cognitive psychology + psychological analysis, 2 times/week, 1 month | 1) Effective rate | 1) Total Effective rate : 90.48% |
| Li ¹⁷⁾ (2014) | 45 (20/25) | CCMD-3 | Ondam-tang(Wendan-tang): (Undocumented) 10 day/session, total 8 sessions | 1) Effective rate 2) HAMA | 1) Total Effective rate : 86.67% 2) The HAMA score had significantly decreased after treatment (p<0.05). |

CCMD-3: The Chinese Classification of Mental Disorders, Third Edition, HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale.

Table 2. Controlled Clinical Trials of Treatment on Patients with Panic Disorder in China

| First author (year) | Sample size (Male/Female) | Diagnostic criteria | Randomi-zation | Treatments | Control Group | | Outcomes measurements | Results |
|----------------------------|---------------------------|--|----------------|---|---------------|--------------------|---|---|
| | | | | | Intervention | Group | | |
| Chen ⁽⁸⁾ (2005) | 23 (10/13) | CCMD-3 | Randomized | (A) Cognitive Therapy + Fluoxetine 20 mg/day, Alprazolam 0.8 ~2.8 mg/day; Active care (2 months), Self care (3 months) (B) Double syndrome differentiation treatment: Active care (2 months), Self care (3 months) + Jangchung-chung (Changchong-qing): 400 mg/day for 3 days, after 6 months, 400 mg/day for 3 days | Control Group | Intervention Group | 1) Cure rate 2) BAI | 1) Active care period - (A) group: cure rate 43.48%, (B) group: cure rate 100%. (B) group was significantly more effective than (A) group (p<0.05). Self care period - (A) group: cure rate 26.09%, (B) group: cure rate 100%. (B) group was significantly more effective than (A) group (p<0.05). 2) The BAI score of (B) group had significantly decreased than that of (A) group (p<0.001). |
| | 21 (8/13) | Model of panic disorder rational diagnosis ⁽²⁴⁾ | | | | | | |
| Shen ⁽⁹⁾ (2010) | 31 (11/19) | CCMD-3 | Randomized | (A) Paroxetine hydrochloride: 20~40 mg/day, 1 time/day, 8 weeks +Cognitive behavioral therapy: 1 time/week, 40~50 min/time, 8 weeks (B) (A) + Shihogayonggomoryeo-tang (Chaihujialonggumuli-tang): 2 times/day, 8 weeks | Control Group | Intervention Group | 1) Effective rate 2) HAMA 3) TESS | 1) (A) group: Effective rate 86.7%, (B) group: Effective rate 87.1%, Between group A and B, There was no significant difference (p>0.05). 2) At the end of 2nd and 4th week, The HAMA score of (B) group had significantly decreased than that of (A) group (p<0.05). At the end of 8st week, There is no significant differences between two groups (p>0.05). 3) (B) group showed significantly less side effects than (A) group (p<0.05). |
| | 30 (14/17) | HAMA ≥14 | | | | | | |
| Liu ⁽²⁰⁾ (2012) | 32 (14/18) | CCMD-3 | Randomized | (A) Tansospirone Capsule: 10 mg/time, 3 times/day, 6 weeks (B) (A) + Anxineongji-hwan (Anshendingzhi-wan) and Zusaanxin-hwan (Zhushaanshen-wan): 2 times/day, 6 weeks | Control Group | Intervention Group | 1) Effective rate 2) HAMA 3) CGI 4) TESS | 1) (A) group: Effective rate 84.37%, (B) group: Effective rate 93.75%, (B) group was significantly more effective than (A) group (p<0.05). 2, 3) The HAMA and CGI score of (B) group had significantly decreased than those of (A) group (p<0.05). 4) (B) group showed significantly less side effects than (A) group (p<0.05). |
| | 32 (13/19) | HAMA ≥14 | | | | | | |
| Gao ⁽²¹⁾ (2013) | 45 (22/23) | DSM-4 | Randomized | (A) Escitalopram: citalopram: initial 10 mg/day, after 1 week 20 mg/day, 8 weeks (B) (A) + Shihosogan-san (Chaihuhugan-san) and Sohamhyung-tang (xiaoxianxiong-tang): 2 times/day, 8 weeks | Control Group | Intervention Group | 1) Effective rate 2) HAMA 3) TESS | 1) (A) group: Effective rate 73.33%, (B) group: Effective rate 86.67%, (B) group was significantly more effective than (A) group (p<0.05). 2) The HAMA score of (B) group had significantly decreased than that of (A) group (p<0.05). 3) There was no significant difference in the side effect between two groups (p>0.05). |
| | 45 (23/22) | HAMA | | | | | | |

CCMD-3: The Chinese Classification of Mental Disorders, Third Edition, HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale, BAI: Beck Anxiety Inventory, CGI: Clinical Global Impression scale, DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, SAS: Self-Rating Anxiety Scale, TESS: Treatment Emergent Symptom Scale, RBANS: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status.

Table 2. Continued

| First author (year) | Sample size (Male/Female) | Diagnostic criteria | Randomization | Treatments | Control Group | | Outcomes measurements | Results |
|----------------------------|---------------------------|---|------------------|---|--------------------|---------------|--|--|
| | | | | | Intervention Group | Control Group | | |
| Yang ²²⁾ (2013) | 74 (26/48) 82 (28/54) | CCMD-3 TCM syndrome diagnostic criteria | Randomized | (A) Paroxetine hydrochloride: 20 mg/time, 1 time/day, 4 weeks (B) Chinese medicine: 2 times/day, 4 weeks | | | 1) HAMA 2) SAS 3) TESS | 1, 2) The HAMA and SAS score of (B) group had significantly decreased than those of (A) group, especially, after 3 days treatments, the differences had statistical significance between two groups ($p < 0.05$). 3) (B) group showed significantly less side effects than (A) group ($p < 0.05$). |
| Deng ²³⁾ (2014) | 40 (22/18) 40 (21/19) | CCMD-3 HAMA ≥ 14 | Quasi-randomized | (A) Paroxetine: 20~60 mg/time, 1 time/day, 6 weeks (B) (A) + Chinese medicine: 3 times/day, 6 weeks | | | 1) Effective rate 2) HAMA 3) CGI 4) RBANS | 1) (A) group: Effective rate 85.00%, (B) group: Effective rate 95.00%, (B) group was significantly more effective than (A) group ($p < 0.05$). 2, 3) The HAMA and CGI score of (B) group had significantly decreased than those of (A) group ($p < 0.05$). 4) (B) group showed more significant improvement than (A) group ($p < 0.05$). |

CCMD-3: The Chinese Classification of Mental Disorders, Third Edition, HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale, BAI: Beck Anxiety Inventory, CGI: Clinical Global Impression scale, DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, SAS: Self-Rating Anxiety Scale, TESS: Treatment Emergent Symptom Scale, RBANS: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status.

는 HAMA로 총 6편의 연구에서 사용되었다. 이 중 5편의 연구에서는 HAMA 총점수의 감소율에 따라 전유(痊愈), 현효(顯效), 유효(有效), 무효(無效)의 등급을 나눈 후 총 유효율을 평가하여 제시하였다. HAMA와 같은 평가도구에 관한 언급 없이 임상 증상의 개선만으로 치료효과를 판별한 연구는 1편이었다. HAMA 이외, Beck Anxiety Inventory (BAI), Clinical Global Impression scale (CGI), Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) 등이 평가도구로 사용되었다. 이상반응은 총 4편의 연구에서 Treatment Emergent Symptom Scale (TESS)를 사용하여 보고하였다.

6. 연구대상 수, 평균 병정기간, 치료기간

본 연구에 선정된 8편의 논문을 살펴본 결과, 연구 대상 수는 21명에서 156명 사이였으며, 피험자의 평균 병정기간은 약 50.6일에서 31.35개월까지 다양하였다. 총 치료기간은 28일에서 80일 사이였다.

7. 연구설계 및 치료방법

사용된 치료방법으로는 한약투여, 양약 병용투여, 침치료, 정신요법 등이 있었으며, 한약투여만을 치료방법으로 사용한 연구가 2편이었고, 여러 치료방법을 복합하여 시행한 연구는 6편이었다. 단일군전후비교임상연구에서는 침 치료와 정신요법을 병행한 연구, 한약투여만을 치료방법으로 사용한 연구가 각각 1편이었다. 대조임상연구 6편 중 양약투여 대조군과 양약과 한약을 병행 투여한 시험군의 치료효과를 비교한 연구는 3편이었다. 그 외 양약투여 대조군과 한약투여 시험군의 치료효과를 비교한 연구, 양약투여와 인지행동요법을 병행한 대조군과 양약투여와 인지행동요법 그리고 한약투여를 함께 시행한 시험군의 치료효과를 비교한 연구, 인지요법과 양약투여를 병행한 대조군과 이중변증논치(二重辨證論治)를 시행한 시험군의 치료효과를 비교한 연구가 각각 1편씩이었다.

IV. 고찰

공황장애의 병태생리에 대해서는 아직까지 불확실한 부분이 많으나, 서양의학에서는 norepinephrine, serotonin,

GABA 등 신경전달물질의 불균형, 말초자율신경계의 과민성 및 과활동성²⁾, 편도, 전전두엽, 해마와 같은 불안과 관련 있는 뇌 구조물의 기능적 이상이 과도한 불안과 공포를 생성한다는 주장이 있다²⁵⁾. 정신분석학에서는 불안을 야기하는 충동에 대한 방어기제의 작동 실패를 공황장애의 원인으로 인지하고 있으며²⁶⁾, 인지이론에서는 공황장애에 대한 대부분의 인지모델들을 ‘불안에 대한 공포’ 개념에 바탕을 두며, 특정 신체 감각이나 증상을 과대해석하거나 파국적으로 오해함으로써 공황증상이 발생하는 것으로 파악한다⁵⁾.

한의학에서는 공황장애를 경계(驚悸), 정충(怔忡), 공경(恐驚), 초려(焦慮) 등의 범주에서 이해하고 치료하고 있는데, 주요 병인병기(病因病機)를 심담허겁(心膽虛怯), 심비양허(心脾兩虛), 심기부족(心氣不足), 간신음허(肝腎陰虛), 담음내정(痰飲內停), 혈맥어조(血脈瘀阻) 등으로 파악한다. 증후가 대개 허실(虛實)을 서로 겸하지만 허(虛)가 주(主)가 되므로 보허(補虛)를 치료의 기본원칙으로 삼고 있으며, 익기양혈(益氣養血), 자음온양(滋陰溫陽), 화담척음(化痰滌飲), 활혈화어(活血化瘀), 양심안신(養心安神) 등이 주요 치법(治法)으로 활용되고 있다²⁾.

현재까지의 공황장애 치료에 대한 한의학계의 연구에는 한약, 침치료 등과 같은 한방치료와 더불어 EFT요법⁷⁾, 마음챙김명상⁸⁾, 추나수기이완법⁹⁾, SRP¹⁰⁾, 미술치료¹¹⁾, 인지행동치료^{12,13)} 등의 심리치료방법이 활용된 증례보고가 주를 이루고 있으며, 공황장애의 한의학적 치료방법에 대한 전향적 임상연구는 거의 찾아볼 수 없었다. 이러한 이유 중 하나로 공황발작은 빠른 조치가 요구되는 응급상황이며, 서양의학의 약물치료에 비해 한의학적 치료체계가 확립되어있지 않고, 그 치료 효과에 대한 연구가 검증되지 못했기 때문인 것으로 사료된다. 그러나 우리와 유사한 한의학 전통을 가진 중국에서는 공황장애의 중의학적 치료방법에 대한 연구가 국내 한의학계보다 활발히 이루어져왔다. 따라서 본 연구에서는 향후 국내 공황장애의 한의학적 치료방법의 안전성과 유효성을 검증하는 임상연구를 위한 기초자료를 마련하고자, 공황장애에 대한 중국의 임상연구를 고찰하였다. 본 연구에서는 중국지식기초시설공정(中國知識基礎設施工程, <http://www.cnki.net>)에서 검색된 논문 중 총 8편의 연구를 선별하여 분석 및 정리하였다.

선정된 논문 8편 중 단일군전후비교임상연구가 2편, 대조임상연구가 6편이었고, 활용된 치료방법으로는 한약 치

료, 한약과 양약병행치료, 한약과 정신요법 병행 치료, 한약·양약과 정신요법 병행 치료, 침과 정신요법 병행 치료 등이 있었다.

양약치료를 대조군으로 설정한 논문은 총 6편이었고, 투여된 서양약물을 살펴보면, paroxetine이 3편의 논문에서 사용되었고, escitalopram, fluoxetine, alprazolam, tandospirone이 각각 1편의 논문에서 사용되었다.

한약을 투여한 논문은 총 7편으로 사용된 한약처방 중 중복되는 처방은 없었다. 활용한 한약처방으로는 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯), 안신정지환합주사안신환(安神定志丸合朱砂安神丸), 시호소간산합소합흉탕(柴胡疏肝散合小陷胸湯), 온담탕(溫膽湯) 등이 있었다. 이 중 Li¹⁷⁾의 연구에서는 2가지 변증에 따라 각기 처방을 사용하였는데 담화호결(痰火互結)에는 황련온담탕(黃連溫膽湯)을, 심담기허(心膽氣虛)에는 십미온담탕(十味溫膽湯)을 활용하였다. 그러나 각각의 처방을 복용한 피험자의 수나 변증특징에 대해 구분하여 표기하지 않았고, 모두 시험군에 포함하여 치료효과를 분석하였다. 한약을 투여한 연구 중 처방명을 기술하지 않고 약물구성만 기술한 연구는 Yang²²⁾의 연구와 Deng²³⁾의 연구 총 2편이었다. 또한 Chen¹⁸⁾의 연구에서는 한약을 활용했다는 언급만 있을 뿐, 처방명, 약물구성, 처치방법 등에 대한 기술은 없었다. Chen¹⁸⁾의 연구와 Liu²⁰⁾의 연구를 제외한 모든 연구에서 약물 구성성분과 용량을 제시하였다. 6편의 연구에서 사용된 약물의 빈도를 살펴보면 복령(茯苓)이 5회, 반하(半夏), 황련(黃連), 감초(甘草), 용골(龍骨)이 각각 4회, 당삼(黨參), 원지(遠志)가 각각 3회, 시호(柴胡), 모려(牡蠣), 산조인(酸棗仁), 생강(生薑), 진피(陳皮), 지각(枳殼) 각각 2회씩 언급되었다. 가장 많이 활용된 복령(茯苓)은 성미는 평감담(平甘淡)하고 건비녕심(健脾寧心)하는 효능이 있어 심신불안(心神不安), 경계실면(驚悸失眠) 등을 치료하는데 주로 활용된다²⁷⁾. Chen²⁸⁾의 연구에서는 복령이 interleukin-1 β , TNF- α 등과 같은 사이토카인(cytokine)의 분비를 촉진하며, 비렘수면(non-rapid eyemovement sleep)을 증진시킨다고 보고하고 있다. 활용된 약물 중 원지(遠志)는 녕심안신(寧心安神) 하는 효능이 있어 심신불안(心神不安), 건망경계(健忘驚悸) 등을 치료하는데 사용되며, D2 수용체와 5-HT₂ 수용체를 모두 억제하여 항정신병효과가 있으며, serotonergic 신경 계통에 작용하여 항불안효과를 나타낼 수 있다고 보고되고 있다^{27,29)}. 또한 산조인(酸

棗仁)은 보간담(補肝膽), 양심안신(養心安神)하는 효능이 있어 허번불면(虛煩不眠), 심계다몽(心悸多夢) 등을 치료하는데 빈용되는 약물로서 항불안, 항경련, 진정작용 등이 있다는 실험연구결과가 보고되고 있다^{27,30}.

본 연구에서 정신요법은 총 3편의 논문에서 활용되었는데, 인지요법, 행동요법, 심리분석 등이 사용되었다. 인지행동치료는 공황장애에 활용되는 대표적인 정신요법이며, 그 효과를 입증하는 연구결과가 다수 보고되었다³¹. 인지행동치료의 주요 목표 중 하나는 공황장애 환자들이 신체적 감각에 대해 파괴적으로 오해시키는 인지도식을 보다 합리적으로 재구조화하는 것이며, 공황장애 환자의 예기불안과 회피 반응을 감소시키는데 효과적이라는 보고가 있다³².

Cheng¹⁶의 연구에서는 인지요법, 심리분석을 주 2회씩, 총 4회 실행하였으나 시행시간에 대해 언급하지 않았다. Chen¹⁸의 연구에서는 인지요법을 시행하였으나, 치료시간 및 횟수에 대해 언급하지 않았다. Shen¹⁹의 연구에서는 인지행동요법을 40~50분씩, 주 1회, 총 8회 실행하였다. 3편의 연구 모두 정신요법의 시행방법에 대한 상세한 기술은 없었다.

Chen¹⁸의 연구에서 독창적으로 사용된 이중변증논치(二重辨證論治)는 정신변증논치경공장애(精神辨證論治驚恐障礙)와 구체변증논치(軀體辨證論治)를 합한 것이며, 증의변증에 따른 심리치료, 기공·무술훈련, 생활지도 및 훈련, 음식요법, 한약요법 등을 시행하는 것이라는 기술이 있었으나 변증방법과 치료법 각 항목에 대한 상세한 내용은 기술되어 있지 않았다. 또한 치료시기를 병원에서 의사와 함께 치료를 진행하는 ‘적극치료기’와 적극치료기에서 학습하였던 치료방법대로 병원 및 의사에게 의존하지 않고 환자 스스로 시행하는 ‘자유치료기’로 구분 지었다. 치료시기별로 치료 효과를 구분지어 분석하였는데, 두 치료시기 모두 시험군이 대조군보다 우수한 치료효과를 보였다.

침을 활용한 연구는 단일군전후비교임상연구 1편이었는데, 공황발작기와 간헐기에 따라 치료 혈위와 침치료 방법을 다르게 시행하였다. 발작기에는 수구(水溝)에 작탁보사(雀啄瀉法), 용천(湧泉)에 염전제삽보법(捻轉提插補法)을 시행하였고, 간헐기에는 백회(百會)와 사신총(四神聰)에 평보평사(平補平瀉), 인당(印堂)·태양(太陽), 합곡(合谷), 태충(太衝)에 염전사법(捻轉瀉法), 족삼리에 염전보법(捻轉補法), 내관(內關)에 염전제삽사법(捻轉提插瀉法), 삼음교(三陰交)

에 염전제삽보법(捻轉提插補法)을 시행하였으며 동시에 백회(百會)와 인당(印堂)에 전침치료를 시행하였다. 침치료는 매일 1회씩, 총 1개월간 시행하였다. 혈위, 보사법, 득기법, 치료기간 등은 표기되었으나, 유침시간, 사용한 침과 전침기에 대한 정보, 자침 깊이 및 시술자에 대한 정보 등이 명시되어 있지 않았다. 향후 침치료 연구 설계 시 보다 체계적인 연구설계를 위해 Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA)³³와 같은 점검표를 활용할 필요가 있으리라 생각된다.

본 연구에 선별된 8편의 논문 중 공황장애의 진단 기준으로는 CCMD-3, 평가기준으로는 HAMA를 가장 많이 활용하고 있었다. CCMD-3는 중국의 독자적인 진단 기준이므로 향후 국내 연구에서 그대로 사용하기에는 적합하지 않다고 생각되며, 국제적으로 통용되는 진단기준인 정신질환의 진단 및 통계 편람(DSM)을 진단도구로 활용하는 것이 적합하다고 사료된다. 더불어 한의학 임상현장에서 활용 가능한 공황장애의 변증도구의 개발도 필요하리라 생각된다.

본 연구에 선별된 8편의 논문 중 대부분에서 공황장애 환자의 불안 증상에 초점을 맞춘 HAMA를 평가도구로 사용하고 있는데, 공황장애 환자에게 특화된 평가도구 또한 향후 임상연구 수행 시 활용할 필요가 있다고 사료된다. 현재까지 개발된 도구 중 공황장애 환자의 증상 심각도를 평가하기 위한 Panic Disorder Severity Scale (PDSS)³⁴나, 광장 공포증 환자들이 보이는 공황 발작에 대한 공포와 회피 행동을 평가하기 위한 Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ)³⁵와 Body Sensation Questionnaire (BSQ)³⁵ 등을 평가도구로 활용 할 수 있을 것이라 생각된다.

본 연구에서 살핀 8편의 연구 모두 공황장애 증상이 치료 전후를 비교하였을 때 통계적으로 유의미하게 감소하였다. 단일군전후비교임상연구 중 한약치료를 활용한 연구에서 HAMA 점수가 치료 후 유의미하게 감소되었고, 침치료와 정신요법을 병행하여 치료한 연구에서도 치료 후 통계학적으로 유의미한 증상 개선을 보였다. 대조임상연구 6편 중 양약투여 대조군과 양약과 한약 복합 투여한 시험군의 치료 효과를 비교한 연구 3편에서 모두 시험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의미한 치료효과를 나타내었다. 또한 양약투여 대조군과 한약투여 시험군을 비교한 연구, 인지요법과 양약투여를 병행한 대조군과 이중변증논치(二重辨證論治)를 시행한 시험군을 비교한 연구 역시 시험군이 대조군에

비해 유의미한 치료효과를 보였다. 그러나 양약투여와 인지행동요법을 병행한 대조군과 양약투여와 인지행동요법 그리고 한약투여를 병행한 복합 시험군을 비교한 Shen¹⁹⁾의 연구에서는 치료시작 후 2주와 4주에서 시험군이 대조군에 비해 유의미하게 우수한 치료효과를 보였으나, 8주간의 치료가 종료된 후에는 두 군간 치료효과가 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다.

치료 후 이상반응에 대해서는 총 4편의 대조임상연구에서 TESS를 활용하여 평가하였는데, 3편의 연구에서 이상반응은 시험군이 대조군에 비해 유의미하게 적게 나타났다. 다만 Gao²¹⁾의 연구에서는 시험군과 대조군에서 모두 경미한 이상반응이 발생하여, 두 군간 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다.

이상의 연구결과를 살펴보았을 때, 중국에서는 공황장애의 다양한 치료방법에 대한 임상연구가 비교적 활발히 이루어지고 있음을 알 수 있었다. 본 연구에서 고찰한 논문의 편수가 8편 밖에 되지 않았고 모든 논문의 질이 낮았으며 치료 후 추적 조사를 시행한 연구가 전무하였으나, 공황장애 환자를 대상으로 한 전향적 임상연구가 미흡한 국내 한의학계 현실을 고려한다면, 본 연구결과는 다양한 치료적 접근 및 임상 연구 설계와 시행에 있어 기초 자료로 활용될 수 있을 것이라 사료된다.

본 연구에서 고찰한 치료방법인 침, 한약, 정신요법은 국내 한의학 임상현장에서도 널리 활용되는 치료방법이다. 그러나 그 효과와 임상적 유의성에 대한 체계적인 임상연구를 통해 마련된 근거가 부족한 실정이다. 향후 공황장애에 대한 한의학적 치료접근의 저변확대와 치료효과의 확증적인 근거창출을 위해서는 체계적이고, 과학적으로 설계된 질 높은 임상연구가 지속적으로 이루어져야한다고 사료된다.

중서의 결합으로 대부분의 연구가 진행되는 중국과는 다르게, 국내에서는 한양방 협진으로 공황장애 치료 및 연구를 하는 경우는 찾아보기 힘들다. 서양의학에서 공황장애치료에 사용되는 SSRI와 SNRI와 같은 약물들은 환자의 증상 감소에 일정한 효과를 나타내지만, 성기능장애, 오심, 구토, 두통 등과 같은 부작용이 있고 약물의존도와 같은 한계를 지니고 있다. 한약 및 침치료와 정신요법은 비교적 안전한 치료방법으로, 본 연구에서 살펴본 치료방법이 공황장애의 치료효과 증대, 양약 투여량 및 기간 단축, 양약 부작용 감소에 기여할 수 있을 것이라 기대되며, 향후 국내에서도 한양

방 협진 연구와 이를 위한 프로토콜 개발이 필요하리라 사료된다.

이상에서 살펴본 바와 같이 국내에 비해 중국에서는 공황장애에 대한 임상연구가 비교적 다양하게 이루어지고 있음을 확인할 수 있었다. 본 연구에서 고찰한 중의학 임상연구들은 향후 국내 한의학계에서 공황장애 임상연구의 활성화와 체계화를 위한 기초자료가 될 수 있으리라 생각한다.

V. 결론

본 연구는 2004년 1월부터 2014년 12월까지 중국에서 발표된 공황장애 치료 관련 임상연구 논문 8편을 분석하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 공황장애의 진단 기준으로 CCMD-3가 가장 많이 사용되었고, 치료효과를 평가하기 위한 도구로 HAMA가 가장 많이 사용되었다.
2. 연구에 활용된 치료 수단으로 한약 치료가 가장 많이 사용되었다. 그 외 정신요법, 침치료 등이 활용되었다. 치료 수단은 대부분 복합적으로 활용되었다.
3. 한약 치료 시에는 복령(茯苓), 반하(半夏), 황련(黃連), 감초(甘草), 용골(龍骨) 등의 약재를 주로 사용하였고, 양약 투여 대조군에 활용된 약물로는 paroxetine이 가장 많았다. 정신요법은 인지요법, 행동요법, 심리분석 등이 사용되고 있었다. 침치료는 증상 발작기와 간헐기로 구분하여 처치하고 있었다.
4. Jadad scale을 통한 연구의 질 평가에서 대조임상연구 6편 중 3편이 2점이었고, 나머지는 모두 1점 이하로 연구의 질이 낮은 편이었다.
5. 양약 투여한 대조군과 치료결과를 비교하였을 때, 한약을 단독으로 투여한 시험군 및 한약투여와 더불어 정신요법 혹은 양약투여를 병행하여 복합치료를 한 시험군이 대조군과 비슷하거나 더 우수한 치료 효과를 보였다. 또한 대부분의 연구에서 치료 후 이상반응은 시험군이 대조군에 비해 적었다.

REFERENCES

1. Suh HS. Evidence-based pharmacotherapy for panic disorder. J Korean Med Assoc. 2010;53(10):913-21.

2. The textbook compilation committee of neuropsychiatry of oriental medical schools in nation. The Neuropsychiatry of Oriental Medicine. Seoul:Jipmoondang. 2011:235-42, 501-3.
3. Oh JY, Lee JH, Han SW, Chee IS, Koo BH, Woo JM, Yang JC, Gim MS, Lee SH, Heo JY, Yu BH. Clinical characteristics of panic disorder patients in Korean university hospital : A Multi-center, Retrospective study. *Anxiety and Mood*. 2014;10(1):11-6.
4. Son MH, Byun KR, Choi BH, Woo JH. Assessment of health-related quality of life among patients with panic disorder using EuroQol in Korea. *Anxiety and Mood*. 2012;8(1):9-15.
5. Cho WY, Choi WH, Park KH, Kwak UH. Comparison of the effectiveness between combined therapy and pharmacotherapy for panic disorder. cognitive behavior therapy in Korea. 2004;4(2):73-83.
6. Kim JH, Gug YJ, Choi SY, Kim TH, Lyu YS, Kang HW. The study on characteristics of panic disorder through clinical and personality scales in MMPI of patients with panic disorder. *J of Oriental Neuropsychiatry*. 2005;16(1):129-42.
7. Lee SW, Lee YJ, Yoo SW, Lee RD, Park SJ. Case series of panic disorder patients treated by oriental medical treatments and EFT. *J of Oriental Neuropsychiatry* 2014; 25(1):13-28.
8. Lee SY, Lyu SJ, Choi SY, Lyu YS, Kang HW. A Study on the clinical effects of group therapy for panic disorder patients based on Mindfulness&Li-Gyeong-Byun-Qi therapy. *J of Oriental Neuropsychiatry* 2014;25(4):319-32.
9. Han C, Kim JH, Ryu KJ, Ahn KS, Kwon SR. A clinicla report on symptom of panic disorder improved by chuna manual relaxation therapy. *J of Korea CHUNA manual medicine for spine&nerves*. 2008;3(2):1-8.
10. Suh JW, Kim JW, Chung SY, Park SJ. A Clinical report about panic disorder patient improved by stress reduction program. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2007; 13(3):157-64.
11. Kang YB, Moon SY, Lee SG. The Case study on a panic disorder patient treated by art-therapy and oriental medical therapy. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2008;19(2):313-20.
12. Jang HJ, Jung HC, Sung WY, Kim JW, Jeong BJ. A Case of combination therapy of cognitive-behavioral therapy and oriental medical treatment on painc disorder. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2004;15(2):211-9.
13. Seok SH, Yoo JH, Kim GW, Koo BS. A Case of panic disorder complained enervation and unstable blood pressure improved by herbal medicine and cognitive behavioral therapy. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2007; 18(3):193-207.
14. Suh HU, Hwang EY, Jung SY, Kim JW. A Case of a panic disorder (with Agoraphobia) patient improved by herbal extracts - Gyejigayonggolmoryo-tang (Guizhijialonggumuli-tang) and Jakyakgamcho-tang (Shaoyaogancaotang)-. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2010;21(4): 207-18.
15. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary. *Controlled Clinical Trials*. 1996;17(1):1-12.
16. Cheng K, Shen L, Yan H. Acupuncture combined with psychotherapy 21 cases based treatment of panic disorder. *Journal of Emergency in Traditional Chinese Medicine*. 2007;16(5):609-10.
17. Li X. Clinical observation on treating panic disorder with the wendan decoction. *Clinical Journal of Chinese Medicine*. 2014;6(19):82-3.
18. Chen GM, Huang JJ, Chen MJ, Lu L, Yang ZJ, Ye XQ. Double syndrome differentiation treatment in the open wards treatment of panic disorder 21 cases. *Traditional Chinese Medicinal Research*. 2005;18(3):30-3.
19. Shen L, Yan H. Clinical studies 30 cases on Panic Disorder Treated by the Integration of chinese medicine and western medicine. *Beijing Journal of Traditional Chinese Medicine*, 2010;29(8):617-8.
20. Liu J. Clinical study on panic disorder treated by the integration of chinese medicine and western medicine. *China Journal of Chinese Medicine*. 2012;27(11):1517-8.
21. Gao XL, Ma L, Yan YJ, Ma CS, Qiao JG. Clinical study of combined treatment of traditional chinese medicine and western medicine in treating panic disorder. *China Journal of Chinese Medicine*. 2013;28(7):1065-6.
22. Yang GH, Li N, Wu XQ, Gu XL, Dong T, Dong YL, Yi LY, Wang ZP, Zhao TT, Zhao LL. The short-term effect of nourishing heart and gallbladder to calm down the spirit in the treatment of 163 panic disorder cases. *Chinese Journal of Basic Medicine in Traditional Chinese Medicine*. 2013;19(5):594-6.
23. Deng XY, Kang HY. Clinical observation on panic disorder treated by the integration of chinese medicine and western medicine. *Journal of Emergency in Traditional Chinese Medicine*. 2014;23(6):1193-4.
24. Chen GM, Hwang KF, Hu JM, Liu LH, Wang XC, Chen XJ. Model of panic disorder rational diagnosis. *ICNP*. 2003(4);1:21-2.
25. Kang EH. Panic disorder. *J Neurocritical care*. 2011;4: 47-50.
26. Min SG. *Modern psychiatry*. 5th. Seoul: Ilchokak. 2014: 313-7.
27. The Compilation Committee of Herbology. *Herbology*. 2nd. Seoul:Younglimsa. 2008:348-50, 529-32, 532-3.
28. Chen FP, Jong MS, Chen YC, Kung YY, Chen TJ, Chen FJ, Hwang SJ. Prescriptions of Chinese Herbal Medicines for Insomnia in Taiwan during 2002. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2011:1-9.
29. Min SK, Hong CH. Korean Traditional Medicines as Novel Drugs for Neuropsychiatric Disorders. *Korean J Psychopharmacol*. 2007;18(1):5-17.

30. Zhang X, Ding CH, Li HP. Research progress on the chemical compositions and pharmacological effects of Semen ziziphi spinosae. *Science and Technology of Food Industry*. 2009;348-50.
31. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Panic disorder. *Lancet*. 2006;368:1023-32.
32. Choi YH. New trend in cognitive behavior therapy of panic disorder. *cognitive behavior therapy in Korea*. 2006;6(2): 101-15.
33. Lee HS, Cha SJ, Park HJ, Seo JC, Park JB, Lee HJ. Revised standards for reporting interventions in clinical trials of acupuncture (STRICTA) : extending the CONSORT statement. *Korean J of Acupuncture*. 2010;27(3):1-23.
34. Kim JB. Development of the Korean version of the panic disorder severity scale. *Korean J Psychopathol*. 2001; 10:141-50.
35. Won HT, Park HS, Kwon SM. A Study on the development of the Korean versions of Panic Scales. *Korean J Psychology*. 1995;14(1):95-110.