

大韓醫療氣功學會

醫療氣功

MEDICAL GIGONG

Vol.22. No.1. 2023.06.30.

DOI: <https://doi.org/10.22942/mg.2023.22.1.083>

# 공황장애 한의 단독 치료 치험 1례

백지유\*\*\*, 장상철\*\*\*, 배재룡\*\*\*

\* : 대한의료기공학회

\*\* : 휘담메디 김포한방병원

## ABSTRACT

### One Case Report of Panic Disorder Patient Improved by Korean Medicine Treatment Alone

Ji You Beag\*\*\*, Sang Chul Jang\*\*\*, Jae Ryong Bae\*\*\*

\* : The Member of the Korean Academy of Medical Gi-Gong

\*\* : Whidammedi Gimpo Korean Medicine Hospital

**Objective** : The purpose of this study is to report that patients with panic disorder were able to discontinue the psychotropic medication through Korean Medicine treatment alone.

· Received : 01 June. 2023 · Revised : 12 June. 2023 · Accepted : 20 June. 2023

Correspondence to : 배재룡(Jae Ryong Bae)

경기도 김포시 통진읍 김포대로 2347-19 휘담메디 김포한방병원

Tel. 031-999-2222 Fax. 031-999-2200 E-mail : zailong@hanmail.net

**Methods** : The patient diagnosed with panic disorder were hospitalized on the 9th and were treated steadily through outpatient treatment afterwards with herbal medicine, acupuncture, cupping therapy, and *Whidam's Sugi* therapy while taking the chemical.

Treatment effects were evaluated through BAI, BDI, STAI-X-1, CSEI-s, GIS, NDI-K, and EQ-5D measurements.

**Results & Conclusions** : The patient's anxiety was relieved and the psychotropic medication was discontinued, but it did not recur. And after inpatient treatment, he has been steadily receiving outpatient treatment on a regular basis, maintaining an improved state and leading a normal daily life.

\* **Keywords** : Panic Disorder, *Whidam's Sugi* therapy, BAI, BDI, STAI-X-1, CSEI-s, GIS, NDI-K, EQ-5D

## I . 緒論

공황장애(Panic Disorder)는 예상하지 못한 공황발작(Panic Attack)을 반복적으로 경험하고 발작에 대한 예기불안이 주요 특징인 불안장애 중 하나이다[1].

공황장애를 일으키는 정확한 원인은 밝혀져 있지 않지만, 불규칙하게 분비되는 노르에피네프린(norepinephrine), serotonin, GABA 등의 신경전달물질 시스템 상의 이상이나[2] 편도체, 회백질, 시상하부, 청반핵 등의 뇌회로에서 부적절한 작동기전 등의 생물학적인 부분이나 정신분석학적 관점, 인지행동학적 관점 등의 해석이 나오고 있고[3], 서양의학은 공황장애의 초기치료전략으로 항우울제, BZD계 항불안제, 인지행동치료의 병용치료를 최우선으로 권고한다. 하지만 항우울제와 항불안제 등의 정신작용약물치료는 근본치료가 아니라 대증치료이고, 뇌 또는 신경에 직접 작용하여 개선하는 것이 아니어서 갑작스런 공황의 빈도나 불안, 공황발생시 나타나는 신체 증상을 감소시켜주는 일시적인 효과는 있으나 공황과 불안에 대한 대처 기술, 예기불안의 감소에는 효과가 없는 한계가 있고[4], 적절한 약물치료에도 불구하고 대략 30%의 환자는 치료 불응성을 보이기도 한다[2]. 또 SSRIs의 활성화반응, BZD계 항불안제의 피로, 운동실조 [1, 5]같이 각 약물마다 고유한 부작용도

있고[4], 권고되는 약물의 대부분은 갑작스럽게 복용을 중단하면 여러 금단 현상을 유발하고, 약물 치료 중단 후에는 약 50%정도는[6] 반복해서 공황발작을 재경험하게 되며 아울러 장기간 병행해야 하는 불편감을 감수해야 한다[7]. 따라서 이러한 약물치료가 가지는 한계점을 극복하기 위한 대체 보완치료가 필요하여 대두된 게 인지행동치료이나 이 또한 주된 치료라기 보다는 약물치료의 보조 치료에 그치고 있고, 시간, 지리, 인력적 제한으로 최근엔 MCBT (mindfulness-based cognitive therapy), 스키마치료(schema therapy) 등 third-wave CBT(인지행동치료)가 연구되고 있다.

한의학에서는 2020년 불안장애 임상진료지침[8] 외에도 DSM-V 분류에 따른 한의변증연구[9], 불안에 대한 한의/중의 정신요법의 비교고찰[10], 공황장애 중의학의 임상연구 동향[2], 한의학적 치료의 임상연구동향[1] 등의 문헌고찰과 생기능자기조절훈련[11], 사상의학적 접근[12], 추나수기 요법[13], 마음의 방 그리기 정신요법[7], 감정자유기법(EFT, Emotional Freedom Technique)[14] 등의 치험례가 있다. 하지만 일상생활 복귀 가능 여부, 정신작용약물 중단 후 금단현상관리와 같은 오랜 기간 관찰한 연구가 부족한 실정이다.

더구나 현대에는 본 증례와 같이 젊은 층에서도 정신작용약물을 복용하고, 중단하지 못하고 지속하는 경우가 많아 개인적인 삶의 질적 저하는 물론 사회, 경제적 문제가 되고 있다. 이에 10년 이상 복용하던 정신작용약물 복용을 중단하고 한의 단독 치료를 통해 증상이 개선되고 금단현상을 극복하여 정상적인 일상생활이 가능해진 사례가 있어 보고하고자 한다.

## Ⅱ. 研究對象 및 方法

### 1. 연구대상

2010년 10월에 S 대학교 병원에서 공황장애를 진단받고 2021년 김포 소재 W 한방병원에 내원한 35세 남성 1례를 대상으로 하였다.

### 2. 연구방법 및 평가

#### 1) 연구방법

본 연구는 환자분에게 연구의 목적, 연구 방법, 비밀보장 등에 관하여 충분한 설명을 하고 대상자 동의 후 후향적 차트 리뷰를 통해 환자에 대한 인구학적 조사, 과거력, 가족력 및 병력조사를 평가하였다.

#### 2) 평가

연구 참여 대상자는 초진시 개인력 조사와 불안에 대한 설문인 BAI, STAI-I, 우울에 대한 설문인 BDI, 감정척도 설문인 CSEI-s, 기능성 소화불량에 대한 GIS, NDI-K, 삶의 질 측정도구인 EQ-5D를 실시하였으며, 치료 시행한 후 상기 설문지를 재실시하여 치료경과와 유지여부를 확인하였다.

## Ⅲ. 症例

### 1. 성별/나이/직업

남성 / 35세 / 회사원(경영 수업 병행)

### 2. 재원기간

2021.7.19-27

### 3. 주소증

- 1) Panic attack related symptoms (공황발작): 좌측 흉통, 가슴답답함, 호흡곤란
- 2) Anxiety (예기불안)
- 3) 불안, 자신감 저하, (생활이나 일에 대한) 걱정이 많음, 초조감
- 4) 소화불량, 요통, 경추통

### 4. 발병일

2010년 10월 14일

### 5. 과거력

별무

### 6. 가족력

모 (B형간염, 당뇨, 정신작용약물 간헐 병행)

### 7. 사회력

- 1) Alcohol: 절주 중
- 2) Smoking: 금연
- 3) Occupation: 회사원

### 8. 현병력

- 1) 만 35세의 섬세한/심약한 성격으로 어릴 적 기업의 사장인 아버지 밑에서 강인하게 크도록 기대 받으며 자라서 타인의 평가를 많이 신경 쓰고 심리적으로 위축된 경향. 신경 쓰거나 스트레스 받을 시 간기울결(肝氣鬱結)로 소화불량 자주 발현.
- 2) 군장교로 복무 중 신경을 많이 쓴 이후 무리하게 아침 조깅하면서 심장 조이는 증상 처음 발현됨. 이후 즉각적인 처치나 진단을 받지 못하고 불안한 상태로 1-2일 대기함. S대 학교병원에서 정밀검사 후 공황장애 진단받고 SSRI계통 공황장애약 처방 받아 2010-15년까지 복용, 2년간 중단했다가 2017년 재복용하여 공황발작이 발생할 때마다 단기복용하고 증상완화 후 중단하는 것을 반복해옴.
- 3) 복약 중단 및 증상 개선을 위해 주변인의 권유로 본원 내원하여 입원함.

## 9. 방사선학적 소견

- 1) 흉부 X선 검사(Chest PA / 2021년 7월 21일, 2022년 3월 8일)

No active lung lesion

## 10. 심전도 소견(EKG, 2021년 7월 21일)

Right Atrial Enlargement, Normal Sinus Rhythm, Non-specific intraventricular induction delay, Normal axis, Prolonged QT

## 11. Lab 검사 소견

- 1) 소변검사 상: 별무
- 2) 혈액검사 상

: (21.7.21 검사) AST 70(↑), CPK 2305(↑: 급성심근경색 위험으로 전기영동검사상 LDH, CK 활성화에 대한 추적검사; 검사 상 CK-MM 100%), MCHC 31.8(↓)

(22.3.8 검사) AST 15(정상), CPK 62(정상)

## 12. 계통적 문진

- 1) 식욕: 부진 혹은 유
- 2) 소화: 불량. 잘 더부룩하고, 상복 팽만감, 긴장하거나 스트레스 받으면 속쓰림, 역류
- 3) 대변: 1회/1-2일, 규칙(저녁), 봐도 시원치 않다. 단단하며 가스가 잘 찬다.
- 4) 소변: 보통
- 5) 수면: 다몽(악몽 위주로 심함), 천면

- 6) 맥진: 좌우)조맥 인영1-2성
- 7) 설진: 치흔 백태
- 8) 복진 및 배진
  - ① 복부; 천추압통, 황수압통, 거필압통, 상완압통, 중완압통, 하완압통
  - ② 하복부 경결
  - ③ 경추, 견갑대 긴장

## 13. 진단

- 1) 변증: 심담허겁(心膽虛怯)
- 2) 진단명: 공황장애

## 14. 처치

- 1) 한약치료

① 우황청심환(牛黃淸心丸): 발작시 혹은 발작증후 있을 때마다 1/4구 복용

: 牛黃 羚羊角 麝香 龍腦 大豆黃卷 肉桂 阿膠 3.75g, 犀角 7.5g, 黃芩 朱砂 白朮 白芍藥 防風 麥門冬 當歸 5.625g, 蒲黃 人蔘 神麴 9.375g, 杏仁 川芎 柴胡 白茯苓 桔梗 4.688g, 雄黃 白朮 乾薑 2.813g, 山藥 26.25g, 甘草 18.75g, 金箔120장, 大棗 20枚

② 공진단(供辰丹): 21시(야간 수면 전) 1구 od

: 鹿茸 當歸 150g, 麝香 18.75g, 山茱萸 150g

③ 평위산가감(平胃散加減)[15]: 식간(10,3,8시) tid

: 蒼朮 8g, 陳皮 5.6g, 厚朴 生薑 大棗 4g, 甘草 2.4g

④ 가미소요산(加味逍遙散): 식후 tid

: 牡丹皮 白朮 5.625g, 當歸 赤芍藥 桃仁 貝母 3.75g, 山梔子 黃芩 3g, 桔梗 2.625g, 青皮 1.875g, 甘草 1.125g

- 2) 침구치료

침은 수지침(행림, 0.18×8mm, Stainless)과 호침(동방침구제작소, 0.2×30mm, Stainless)을 이용해 자침하였고, 자침의 심도는 경혈의 부위에 따라 조절하였으며, 유침은 15분 시술을 원칙으로 시행했다. 호침의 혈위는 사관(四關)에 해당하는 태충(LR3), 합곡(LI4)과 족삼리(ST36), 삼음교(SP6)를 기본으로 취혈하였고 수지침의 혈위는 수지상 기본 복모혈(腹募穴)과 내관(內關), 공손(公孫), 후계(後谿), 신맥(申脈), 심정격(心正格), 비정격(脾正格), 소장승격(小腸勝格), 대장승격(大腸勝格) 위주로 수지 취혈하며 환자의 상태에 따라서 가감하여 처방하였다.

- 3) 부항치료(건식)

부항은 건식, 화관법(火罐法)을 사용해서 복모혈과 배수혈(背俞穴) 중심으로 부착하였다.

4) 온열요법

핫팩(40~45℃)을 양와위상태에서 수기요법 시행 전후와 침 치료를 진행하는 동안 복부에 적용하도록 하였다.

5) 수기치료

: 수기치료는 휘담식 수기요법 중 경추부[16], 배부[17], 복부수기요법[18]을 회당 15-20분간 시행하였다. 경추부 수기는 上下(심장과 뇌)를 잇는 통로를 뚫으로써 전신의 기운을 조절하고 소주천(小周天)을 활성화시키는 치료법이고, 복부 수기는 제중(臍中, CV8)을 중심으로 한 적(積)을 풀어 수승화강(水昇火降)을 유도해주고 상하좌우의 편차를 해소하고[19] 골반을 교정하며 복모혈을 자극하여 장부와 경근의 기능을 바로잡아주는 치료법이고[20], 배부 수기는 장부의 기운이 출하는 곳인 배수혈을 자극함으로써 더불어 해당 오장육부의 기능 조절을 돕는 안교법(按蹻法)이다.

## 15. 치료 경과

1) 2021.7.19-27

: 입원 후 복용하던 신경정신과 약물을 중단하고 치료받으면서 첫 날과 둘째 날엔 흉통, 숨이 턱 막힘과 답답함을 오후에서 야간사이에 많이 호소하였지만, 삼일째 되는 날 심장쪽의 직접적인 두근거림, 불안, 명치가 막힌 느낌이 먼저 호전되었고, 항우울/불안제를 그간 복용하면서 약물로 인해서도 속이 더부룩했던 부분과 의욕저하와 기운이 처져서 일상생활이 힘들었던 감정적인 부분이 호전되었다. 이후로는 간혹 드문드문 답답하거나 불안감이 있었지만 발작은 일어나지 않고 지나갔다. 상복부 불편감 등의 소화불량증상은 아직 지속 잔존하였다.

## 16. 치료 결과

1) BAI, BDI, STAI-I

- ① BAI 임상척도에서 치료 전후가 36점(심한 불안)에서 17점(중등도 불안)으로 하강을 나타냈지만 아직 총점 16점 이상인 유의하여 관리하여야 하는 상태이다.
- ② BDI 임상척도에서 치료 전후가 20점(중등도 우울)에서 3점(정상)으로 하강을 나타냈다.
- ③ STAI-I 임상척도에서 치료 전후가 60점(상태불안 수준이 상당히 높음)에서 42점으로 하강을 나타냈다.

2) CSEI-s

치료 전후 핵심감정척도 단축형에서는喜(8→11) 怒(5→4) 思(20→17) 憂(15→9) 悲(11→5) 恐(13→12) 驚(14→11)으로 憂, 悲가 각 6점, 思, 驚이 각 3점 하강을 나타내 칠정상(七情傷)으로 인

한 감정이 안정된 것으로 나타났다(Figure 1).

3) GIS, NDI-K

① GIS 임상척도에서 치료 전후가 35점에서 2점으로 하강을 나타냈다(Figure 2).

② NDI-K 임상척도에서 치료 전후가 138점에서 27점으로 하강을 나타냈다(Figure 2).

4) EQ-5D

5개의 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증, 불안의 문항에서 불안/우울 항목은 5(극도로 불안)에서 1(전혀 문제없음)으로 감소하였고, 일상활동, 통증/불편 항목이 4(심함)에서 1(전혀 문제없음)으로 감소하였다. 운동능력, 자기관리는 '전혀 문제없음'이 변함없었다.

EQ-VAS는 상상할 수 있는 최고의 건강상태(100)/최저의 건강상태(0)을 기준으로 치료 전 10에서 치료 후 90으로 상승을 보였다(Figure 3).

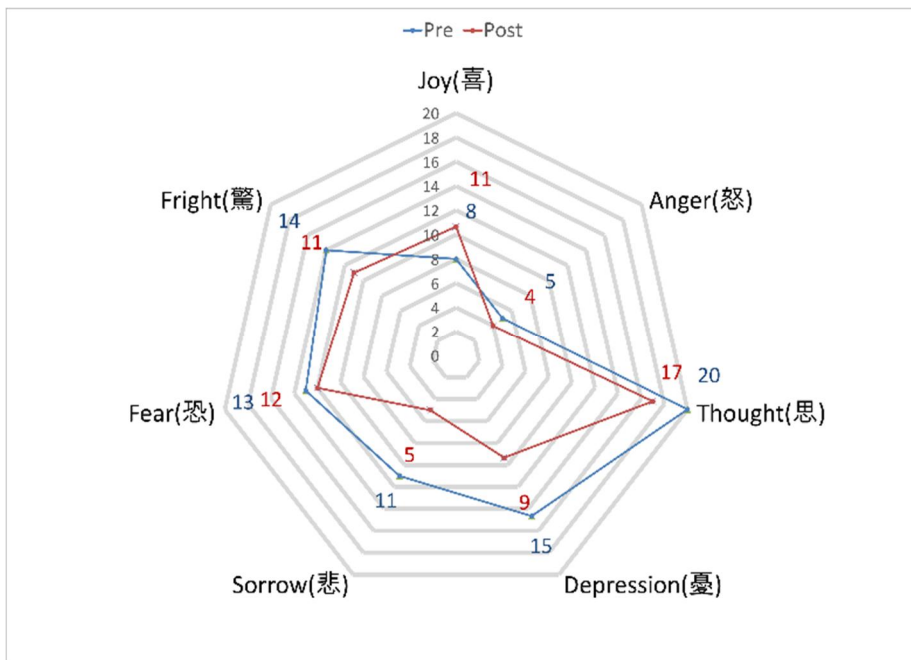


Figure 1 The Core seven-emotions Inventory-short form change of pre and post treatment.



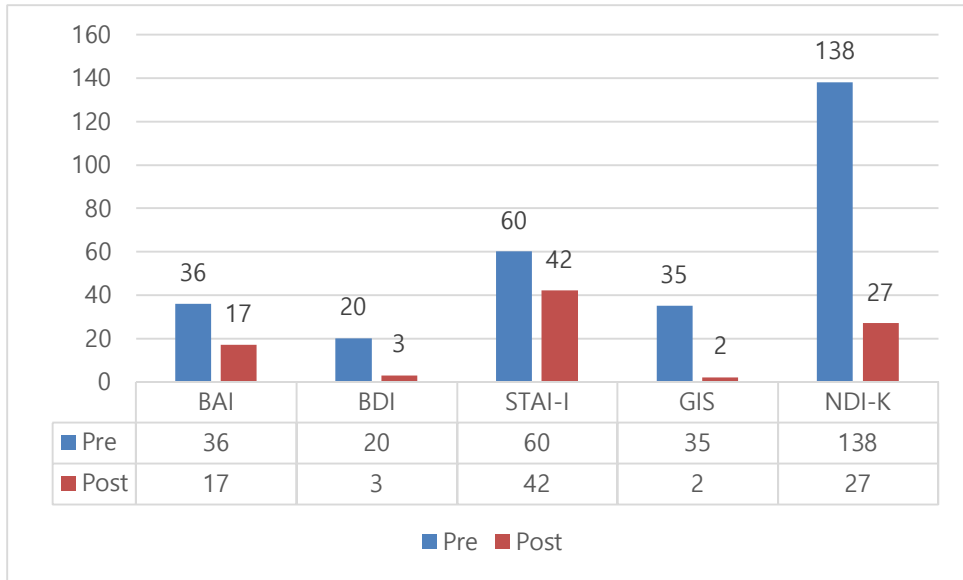


Figure 2 Changes in levels pre and post treatment of BAI, BDI, STAI-I, GIS, and NDI-K

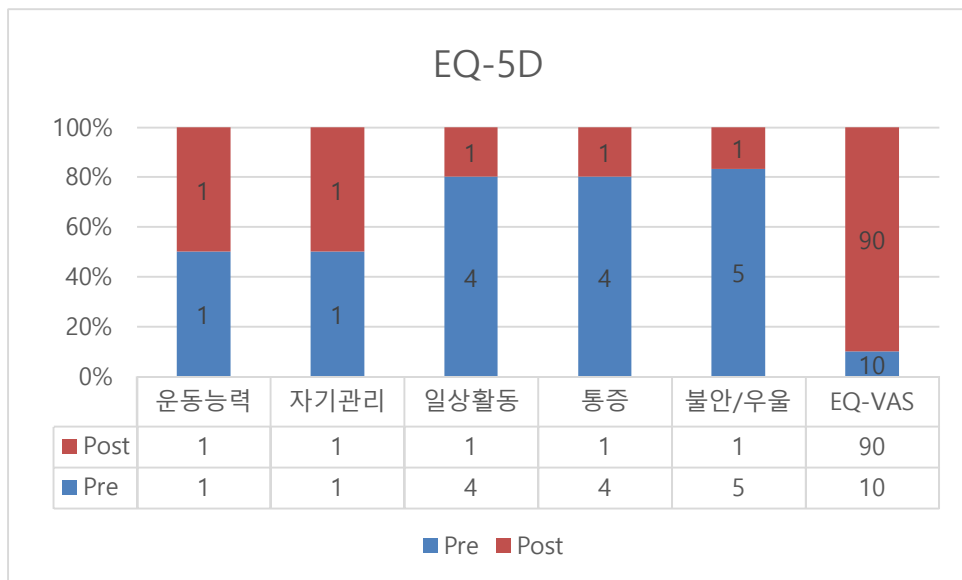


Figure 3 Changes in levels pre and post treatment of EQ-5D

## IV. 考察

공황장애(Panic Disorder)는 예상하지 못한 공황발작(Panic Attack)을 반복적으로 경험하고 발작에

대한 예기불안이 주요 특징인 불안장애 중 하나이다[1].

불안이나 공포는 위기상황에서 행동반응인 투쟁이나 도망(회피)외에 위협에 대한 가능성을 사전에 예상할 수 있게 하고 각성시켜 직면한 문제를 효율적으로 해결할 수 있게 하는 생존에 반드시 필요한 감정이고, 공황발작 시에 나타나는 증상의 기전을 자세히 살펴보면 인간이 공포를 경험하게 될 때, 몸의 자동 조절 기능을 담당하는 자율 신경계, 특히 교감신경계에서 흥분으로 인하여 나타나는 신체 반응이라고 이해할 수 있다[12]. 그러나 같은 자극 수준에도 불안장애 환자는 기질, 성향 등의 이유로 생리적인 반응을 넘어서는 병리적인 강렬한 공황발작을 반복적으로 경험하여 과도한 심리적 및 생리적 긴장을 하고 두려워하거나 피하고자 하는 상황에서 잠재된 위험을 과대평가하여 불안과 신체증상을 왜곡, 재양적으로 해석하여 합리적이지 않은 파국적인 사고를 하게 된다[12, 13]. 따라서 스트레스 유발요인(stresser)이 현재 없거나 일상적인 유사증상[2]만 있는 상황에서도 부적절하게 교감신경계의 활성화반응이 극단적으로 일어난다[21].

서양의학에서는 현재까지 Selective Serotonin Reuptake Inhibitor(SSRI), Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors(SNRI), Tricyclic Antidepressant(TCA), Benzodiazepine(BZD) 등의 항우울제 및 항불안제가 공황장애에 대한 주 치료약물로 알려져 있다. 최근 연구에서 SSRI 항우울제 + BZD계 항불안제(급성기) + 인지행동치료의 조합이 공황장애 치료 전략으로 전문가 간 합의된 바가 있다[22]. 항불안제나 항우울제는 약물남용이나 의존성, 부작용 등의 단점이 있다. 발작 감소에 즉각적인 효과가 큰 BZD 항불안제 계열은 진정작용이 강해서 오는 졸음과 피로, 알콜과의 교차내성/농도 증가작용, 운동 협응 장애, 불분명 발음, 단기 기억장애, 무력감 등의 부작용이 있고 [23], 갑작스러운 복용 중단 시 불안, 발작과 우울, 반동 및 경련, 무력, 불면, 심하면 정신착란에까지 이르는 금단증상이 발생한다[1]. 또한 본 증례의 환자가 복용 중인 SSRI계열약물 부작용으로 TCA계열약물 보다는 덜하나 피부 작열감, 안절부절, 발한, 심계항진 등의 "활성화 반응(activation response)"과 항콜린 부작용이 발생할 수 있고, 갑작스러운 중단 시 어지러움, 조화운동불능 등을 동반한 불연속 증후군이 발생한다.

한의학에서는 공황장애에 대한 정확한 명칭은 없고 증후에 기초하여 경계(驚悸), 정충(怔忡), 공경(恐驚), 초려(焦慮) 등의 범주에서 다루고 있고[2, 12] 여러 불안장애 중 특히 공황장애는 분돈(奔豚), 광증(狂症), 경계(驚悸)와 유사하게 표현되었다[9]. 또한 울증(鬱症)도 해당한다고 보는 연구가 있어, 이는 공황장애가 범불안장애, 사회공포증, 우울증, 인격장애 등 다른 질환이 동반되기도 하는 점과 연결된다[8].

공황장애는 정신적인 자극에 의하여 간실소설(肝失疏泄), 기기실조(氣機失調), 혹은 사려과다(思慮過多)하여 심신(心神)을 상하여 주로 발생하는데, 초기에는 심(心), 간(肝), 비(脾), 3개의 장과 관련이 깊으며, 병이 오래되면 심신(心腎)이 모두 허해져 심신불교(心腎不交)하게 된다. 이는 초기에는 간울기체(肝鬱氣滯) 등의 실증(實證), 정지(情志)의 문제로 나타나다가, 이후에 점점 심과 비의 허증(虛證)을 겸하여 병의 후반으로 넘어가 신(腎)까지도 영향을 미치며 신음부족(腎陰不足)으로 심화(心

火)를 위에서 제어하지 못해 심실구허(心腎俱虛), 심신불교 등의 허증으로 나타나는 것으로 추측된다[9, 24].

본 증례에서 환자는 사진(四診) 상 신실심허증(腎實心虛證)과 간울로 인한 간비불화증(肝脾不和證)의 양상이 두드러졌다. 이에 심정격, 비정격, 소장승격, 대장승격을 함방하여 침치료의 기본으로 삼았다. 소장승격을 함방함으로써 심정격의 효능을 높였고 비정격을 함방하여 과도한 화생토(火生土)를 막아 심장의 기운이 비장으로 설기(泄氣) 되는 것을 줄여 심정격의 효능을 높일 뿐만 아니라 간비불화로 인한 목-토의 불균형을 해소하고 甲己合土의 원리에 따라 중정지관(中正之官)인 담허증(膽虛症)에 대한 치료도 고려하였다. 을경합금(乙庚合金)의 원리에 따라 대장승격을 함방함으로써 간울증에 대한 치료를 강화하였다. 한약치료는 간담비위가 관여하는 소화기능을 개선하기 위해서 대표 처방인 평위산을 기본으로 시호, 원지, 석창포를 가감하여 간울과 심허에 대한 치료효과를 증대하였다. 가미소요산을 함께 복용함으로써 간비불화증과 간울 및 대증치료 효과를 강화하였다. 한의학의 구급약인 공진단과 우황청심환을 소량씩 적절하게 사용함으로써 효과적으로 증상을 관리하면서 심리적으로 안정은 물론 공황장애 증상이 발현되고자 할 때 밀려오는 막연한 두려움을 조금씩 근본적으로 극복해 갈 수 있도록 하였다.

또한 본 증례에서는 단기간에 좀 더 치료속도를 높이고 집중적인 치료를 위하여 휘담식 수기요법을 사용하였다. 휘담식 수기요법은 특히 병이 만성화되어 취(聚) 혹은 적의 형태로 체액이 멎치고 기운순환이 불리(不利)해져 기능저하와 이상이 초래되었을 때 더욱 효과적인 치료법이다. 경추는 머리와 몸통을 연결하는 가장 기본적이면서도 중요한 기운소통 통로로서 경추부의 기운을 소통시킴으로써 몸 전체의 기운순환을 원활히 할 수 있고, 공황장애처럼 정신적인 부분이 신체화 증상으로 발현된 심신증(心身症)에는 매우 효과적인 치료법이다. 복부수기를 통해서 각 장부의 복모혈을 적극적으로 풀어줌으로써 치료효과를 증대시키고 치료시간도 단축시킬 수 있었다. 배부수기 역시 췌음수(BL14), 심수(BL15), 독수(BL16), 격수(BL17), 간담비위수(BL18-21)를 직접 치료함으로써 기운순환에 장애가 온 장부를 경락의 원리를 통해 직접 치료함으로써 치료효과 증대와 치료기간 단축을 하고자 하였다. 이는 한의학의 신형일체(神形一體)적 관점에서[5] 심신(心身)은 음양관계로 상호 영향을 주고받기에 정신적인 부분뿐만 아니라 몸을 함께 치료함으로써 그 치료효과를 높일 수 있다는 점을 공황장애 치료에도 적용하고자 하였다.

본 증례에서는 그 효과를 객관적 지표로 평가하기 위하여 입원 시(2021.07.19)에 BAI, BDI, STAI-I, GIS, NDI-K, EQ-5D-5L 척도를 활용하여 평가하였고 퇴원 후 외래 통원치료 도중 2021.10.19에 재검사를 하였다. 1차 설문지 검사에서 불안을 측정하는 BAI 점수는 36점으로 '심한 불안'을 나타내며 가장 심한 범주에 있었고, 만성이 되면서 우울을 측정하는 BDI 점수도 20점으로 가장 심한 단계보다는 낮았지만 '중등도 우울'에 해당했다. STAI 중 일시적인 정서 상태를 측정하는 상태불안인 STAI-I도 60점으로, 가장 높은 단계보다 한 단계 낮은 '상당히 높음'에 해당하였다. 상기 간울과 비허로 인해 만성 소화불량 증상이 특히 속쓰림, 역류, 구역, 상복부압박/팽만감 등 명치 아래에서 막

히거나 치받는 증상으로 도드라지게 나타나는 바 GIS와 NDI-K도 각각 35점, 138점으로 높은 점수를 나타냈다. 핵심감정척도 단축형을 통한 감정변화 평가에서는 초기 설문 시 20점의 思(생각), 15점의 憂(근심), 14점의 驚(놀람), 13점의 恐(두려움)척도가 높았다. 전체적인 건강 관련 삶의 질 측정 도구인 EQ-5D에서는 불안/우울 항목이 5(극도로 불안), 일상활동, 통증/불편 항목이 4(심한 정도)를 나타냈다. 해당 환자는 21.7.19-27(9일) 입원 집중치료 후 현재까지의 외래 통원치료를 병행하고 있는데, 입원기간 9일간 처음에 복용하던 정신작용약물을 완전히 중단하고 치료받으면서 불안감에 더불어 발현된 흉통, 숨막힘, 답답감이 차츰 호전되었고, 정신작용약물로 인해서 속이 불편했던 부분과 의욕저하, 기력저하 등의 부분이 변화를 보였다. 퇴원 후 간혹 답답하거나 불안감을 보였으나 양호하게 유지했고, 정신작용약물은 계속 복용하지 않았음에도 정상적인 일상생활이 가능해졌다. 통원 중인 21.10.19 진행한 2차 설문지 결과상 BAI 17점(중증도 불안), BDI 3점(정상), STAI-I 42점, CSEI-s는 憂와 悲(6점↓), 思와 驚(3점↓)에서 점수가 감소하였다. EQ-5D는 각각 불안/우울 1(전혀 문제없음), 일상활동, 통증/불편 1(전혀 문제없음)으로 최소 1단계에서 최대 4단계씩의 감소를 보였고 소화불량 지표인 GIS와 NDI-K도 각각 2점, 27점으로 하강을 보이며 최근에는 컨디션이 일정량 저하되어도 명치 아래 답답한 느낌만 약간 느끼는 정도로 외래 통원치료를 통해 유지관리 하고 있다.

공황장애는 관해와 재발을 반복하는 만성적 정신장애로, 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 있다[2]. 그러나 본 증례는 상기에서 기술한 것처럼 정신작용약물을 중단하고도 현재(2023.05.31)까지 꾸준하고 주기적인 한의 치료를 통해 큰 재발없이 정상적인 일상생활을 유지하고 있기에 공황장애 치료에 있어 일정정도 치료해서 일상생활을 영위할 수 있게 된 다음에도 꾸준한 한의학적 관리와 치료를 지속하는 것이 필요하다고 사료된다.

## V. 結論

공황장애 진단을 받고 정신작용약물을 10년간 복용 중이던 35세 남환 1례를 대상으로 정신작용약물 복용중단 후 한의 단독 치료를 시행한 결과를 보고하는 바이다.

1. 공황장애의 발작은 스트레스 상황에 대응해 반응하는 생리적인 교감신경의 항진이 병리적으로 과항진된 것이고 취약한 상태에서 이러한 발작이 수차례 발생되어 트라우마적으로 경계하게 되는 예기불안에 대한 관리가 핵심이 된다.
2. 공황장애 진단을 받고 정신작용약물 10년간 복용 중이던 환자는 정신작용약물을 중단하고 초기 9일간 집중 입원치료와 이후 꾸준한 통원치료로 약 3개월간 한의 단독 치

료를 받았다.

3. 한의 치료로 한약은 공진단, 평위산가감, 가미소요산, 우황청심환을 복용하였고, 침치료로는 심정격, 비정격 소장승격, 대장승격을 운용하였으며, 수기요법은 휘담식 수기요법(복부수기, 배부수기, 경추부수기)을 시행하였다. 그 외 부항, 온열요법도 병행하였다.
4. 한의 단독치료 후 불안의 평가지표인 BAI, STAI-I는 각각 1단계, 2단계씩의 감소를 보였고, 우울의 평가지표인 BDI는 2단계, 소화불량 지표인 GIS, NDI-K는 각각 35→2, 138→27의 정도감소를 보였다. CSEI-s는 憂, 悲, 思, 驚 척도가 감소했다. EQ-5D는 불안/우울항목이 4단계, 일상활동, 통증/불편 항목이 3단계씩의 감소를 보였고, EQ-VAS는 10에서 90으로 환자 스스로의 건강상태 체감의 호전도 보였다.
5. 증상호전 이후로도 주기적인 한의 치료를 통해 정신작용약물을 재복용하지 않고도 현재 (2023.05.31.)까지 재발없이 정상적인 일상생활이 가능하였다.

## VI. 參 考 文 獻

1. Seo JI, Lee YJ, Jeong HI, Kim KH. *A Literature Review of Clinical Studies on Korean Medicine Treatment on Panic Disorder: Focused on Domestic Case Reports*. Journal of Society of Preventive Korean Medicine. 2021;25(2):61-83.
2. Lee S, Seong W, Lim J. *A Review Study on the Treatment of Panic Disorder in Traditional Chinese Medicine*. J of Oriental Neuropsychiatry. 2015;26(2):161-70.
3. 한림대학교의료원. 마음의 병, 공황장애... 6년간 110% 급증: 한림대학교의료원; 2023 [updated 2023.03.17.; cited 2023 May 30]. Available from: [https://blog.naver.com/humc\\_health/223047158175](https://blog.naver.com/humc_health/223047158175).
4. Gao HY, Son EY, Kim HJ. *Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder : Domestic Research Trends*. Journal of Rehabilitation Psychology. 2017;24(4):637-54.
5. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder, Second Edition*. Am J Psychiatry. 2009:1-90.
6. Seo HJ, Lee KS, Lee SH, Suh HS. *Recent Advances in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder*. Anxiety and Mood. 2016;12(1):47-55.
7. Kim J, Cheong M, Lee G, Lyu Y, Kang H. *A Case Report on Panic Disorder Patient Using the 'MRM (Mentalizing the Rooms of Mind)' and Korean Medicine Therapy*. J of Oriental Neuropsychiatry. 2020;31(3):197-211.
8. G-KoM. *Korean Medicine Clinical Practice Guideline for Anxiety Disorders*. Seoul, Korea: NCKM G-KoM; 2020. 359 p.
9. Rho YW. *The study on Korean medicinal pattern differentiation of Anxiety Disorders by DSM-V classification*. Iksan: Graduate School of Wonkwang University; 2022.
10. Lee JW, Hwang IJ, Park MR, Kwon CY. *Comparison of Korean Medicine Psychotherapy and Traditional Chinese Medicine Psychotherapy for Anxiety: Focusing on Clinical Studies*. J of Oriental Neuropsychiatry. 2022;33(3):301-16.
11. Go Eun Lee, We YM, Seong JW, Kim DY, Kang HW. *A Clinical Report about a Patient*

- Suffering from Social Phobia and Treated by Herbal Medicine with Neurofeedback.* J of Oriental Neuropsychiatry. 2014;25(2):153-64.
12. Lee Y, Lee S, Park J, Kim S, Lee J, Chae H. *A Case of Panic Disorder of Soeumin Concurrently Treated with Psychotherapy Based on Sasang Constitutional Medicine.* J Sasang Constitut Med. 2020;32(2):61-70.
  13. Han C, Kim J, Ryu K, Ahn K, Kwon S. *A Clinical Report on Symptom of Panic Disorder Improved by Chuna Manual Relaxation Therapy.* The Journal of Chuna Manual Medicine for Spine & Nerves. 2008;3(2):1-8.
  14. Lee S, Lee Y, Yoo S, Lee R, Park S. *Case Series of Panic Disorder Patients Treated by Oriental Medical Treatments and EFT.* J of Oriental Neuropsychiatry. 2014;25(1):13-28.
  15. Bae JR, Jang SC, Pil GM, Lee JH, Ahn HM. *A Case Report on a Hypothyroidism Patient through Korean Medicine along with Whidam's Gokgol(CV2) Sugi Therapy.* Medical Gigong. 2020;20(1):85-103.
  16. Beag JY, Cho MG, Bae JR, Kang HJ, Kim JC, Lee JH, et al. *Introduction of Whidam's Su-Gi therapy - Focused on Cervical spine.* Medical Gigong. 2017;17(1):24-51.
  17. Kim MS, Ahn HM, Kim JC. *The Clinical study of Su-Gi therapy's Effects on Insomnia by observing of ISI and PSQI.* J of Korean Academy of Medical Gi-Gong. 2015;15(1):61-70.
  18. Jeong EJ, Pi CM, Ahn HM, Jang SC, Bae JR. *One Case Report of Infertile Woman Taking Whidam's Su-Gi therapy with Korean Medical Treatment.* Medical Gigong. 2017;17(1):64-82.
  19. Ahn HM, Chang SJ, Kang. HJ. *Clinical application of Whidam's Su-Gi therapy to Low back pain.* Medical Gigong. 2022;21(1):13-21.
  20. Pi CM, Jung JH, Lee EM, Lee JH, Bae JR. *One Case Report of Prurigo Nodularis Patients Improved by Korean Medicine Treatment alone with Whidam's Su-Gi Therapy.* J of Korean Academy of Medical Gi-Gong. 2018;18(1):113-45.
  21. Roh Y, Yun S, Joh E. *Case Reports and Studies on the Functional Process of Panic Disorder, treated with Ling-Gui-Gan-Zao-Tang(苓桂甘棗湯).* 大韓傷寒金匱醫學會誌. 2012;4(1):1-12.
  22. Kim MK, Lee JH, Gim MS, Kim W, Moon ES, al. She. *Korean Guidelines for the Treatment of Panic Disorder 2018 : Initial and Maintenance Treatment Strategies for the Pharmacological Treatment of Panic Disorder.* Anxiety and Mood. 2018;14(2):53-62.
  23. Kim CH. *Current Trend in the Pharmacotherapy of Panic Disorder.* J Korean Neuropsychiatr Assoc. 1998;37(4):620-31.
  24. 邱小英. 补肾益髓埋线法治疗围绝经期惊恐障碍的临床疗效观察. 广州: 医药大学; 2015.