

## 만성피로 환자의 우울 및 불안 성향과 氣鬱 · 氣滯證과의 상관성

**A study on the relationship between depression & anxiety tendencies and KI-depression/KI-stasis in chronic fatigue patients**

김진성 · 류봉하 · 박동원 · 류기원<sup>\*</sup>

### I. 서 론

모든 사람은 일생을 살아가면서 가끔 피로를 호소한다. 이러한 피로는 아주 흔한 증상으로 외래 내원환자중 미국에서는 7번째로 흔한 주소이며<sup>1)</sup>, 우리나라에서는 가정의학과 외래에서 당면하는 문제들 중 피로 증상은 빈도순으로 볼 때 제6위를 차지하는 것으로 알려져 있다<sup>2)</sup>.

피로의 정도도 다양하여 꾀곤한 대로 거의 정상적인 생활을 하는 가벼운 경우가 있는가 하면 어떤 사람은 일상생활을 포기한 채 몸져 눕는 극한 상황까지 일어나고 있다.

피로 또는 권태감은 비특이적 증상이고 환자의 주관적 호소이며 환자에 따라서도 그 표현양식이 다양하여 정의내리기 어려움이 있으나 몇가지 방식으로 정의 될 수 있다.

평소 활동후에 느끼는 비정상적인 극도의 피로, 지속적인 노력과 주의를 필요로하는 작업후의 에너지 감퇴, 또는 활동력에 있어 일반화된 장애 등으로 나눌 수 있으며<sup>3)</sup>, 또한 발증 양상에 의해서 발병후 6개월이내의 피로를 정의하는 급

성 피로와 증상이 이 이상 지속되는 만성피로로 구분된다<sup>4)</sup>.

피로의 원인은 육체적 파로후 일시적으로 나타났다가 휴식을 취하면 바로 회복되는 정상적인 생리적 반응에서부터 각종 기질적 질환이나 정신적 질환의 병적인 경우까지 다양하다. 이렇듯 피로는 어떠한 질환에 의해서도 야기될 수 있는 증상이지만 임상적으로 기질적 원인과 정신심리적 원인으로 대별 할 수 있다. 주증상으로 만성피로를 호소하는 경우는 정신 심리적인 원인이 기질적인 원인보다 많다는 사실은 이미 여러 보고에서 입증되고 있다<sup>5,6,7)</sup>. 특히 별다른 신체적 증상이 없이 만성적인 피로를 호소할 경우는 과도한 스트레스, 우울 및 불안장애와 같은 정신심리적인 원인이 대부분이다<sup>8,10)</sup>.

근래 만성피로를 호소하는 환자들은 임상적으로 疲乏無力뿐 아니라 精神情志이상, 肝氣의 疏泄 작용의 실조로 胸脇脹悶, 喜引太息 등의 증상이 함께 나타나므로 肝脾氣化失常을 조절하므로써 비교적 유효한 치료를 거두고 있는데<sup>13,14)</sup>, 이러한 간비기화실상으로 인하여 氣鬱 · 氣滯證이 발생하게 된다. 기울 · 기체증은 氣行阻滯 즉 痘邪, 外傷, 정신적인 문제 등에 의해 氣의 운행이 원활하지 못하고 鬱滯 되어서 나타나는 증이며, 특히

\* : 경희대학교 한의과대학 비계내과학교실

진단상에 있어 요점이 되는 사항은 특징적인 통증양상을 보이고 증상의 발현이 정서변화에 영향을 받는다는 점이다<sup>15)</sup>.

이와같이 만성피로를 호소하는 환자의 주요 발병원인이 우울 및 불안장애와 같은 정신심리적 요인으로 이들 환자의辨證상 정서적 원인으로 인한 기울·기체증과의 상관성을 평가해보고자 본 연구를 실시하였다.

## II. 연구 방법

### 1. 조사대상 선정 및 기간

1997년 3월 1일부터 8월 31일까지 6개월간 경희의료원 한방병원 제3내과에 개설되어 있는 만성피로 클리닉에 내원한 피로를 주증상으로하고 이환기간이 6개월 이상된 환자중 최소한 6개월 이전에 실시한 종합검진 결과 특정질병의 진단이 없는 62명을 조사군으로 선정하였고, 대조군은 성과 연령의 가외변인을 통제하기 위하여 만성피로 환자와 성과 연령을 짹짓기(matching)하였으며 주로 한의학과 본과4학년 학생들의 가족을 중심으로 지난 1년간 특정 질환을 앓은 적이 없는 62명을 선정하였다.

### 2. 방법

모든 조사대상자에게 인구사회학적 특성과 한국판 BDI(Beck's Depression Inventory), SAS(Self Anxiety Score)를 통한 우울 및 불안성향에 관한 설문조사를 실시하였고, 조사군에서는 피로이환기간, 내원 당시에 피로이의 증상 및 한의학적辨證이 추가로 이루어졌다. 본 조사는 조사의 취지 및 실시방법을 잘 알고 있는 한방3내과 전문 수련의 4명이 모든 조사대상자에게 설문지와 응답방법을 자세하게 설명한 이후 솔직하게 응답하도록 하였으며, 특히 氣鬱·氣滯證의 변증은 정량화를 시도하기 위하여 일본의 Terasawa<sup>16)</sup>가 제시한 Diagnostic Score for

KI-depression/KI-stasis에 의하여 이루어졌다. 자료처리는 SPSSWIN 7.0을 이용하여 연속변수에 대해서는 t-test를, 항목변수에 대해서는 Chi-square test를 이용하여 통계학적 유의성을 조사하였다.

## III. 결 과

### 1. 인구사회학적 특성

만성피로 환자군의 평균 연령은  $37.10 \pm 10.37$ 세 이었고 대조군은  $36.52 \pm 10.31$ 세이었으며 각각의 최소연령은 18세이었고 최대연령은 63세이었다. 성별은 각각에서 남자가 37명(59.7%)이고 여자가 25명(40.3%)이었다. 전체적으로 피로 환자군의 연령, 결혼유형, 교육수준, 직업, 종교, 수입 등의 인구사회학적 특성은 유사하였다(Table 1).

Table 1. Comparison of demographic characteristics between fatigue patients group and control group  
No. (%)

Characteristics		Case	Control
Age	Mean $\pm$ SD	$37.10 \pm 10.37$	$36.52 \pm 10.31$
Sex	M	37(59.7)	37(59.7)
	F	25(40.3)	25(40.3)
Marriage	Married	48(77.4)	39(62.9)
	Unmarried	14(22.6)	23(37.1)
Education	Primary	4(6.5)	2(3.2)
	Junior	3(4.8)	10(16.1)
	High	20(32.3)	17(27.4)
	University	35(56.5)	33(53.2)
Vocation	None	14(22.6)	16(25.8)
	Have	48(77.4)	46(74.2)
Income	50<	10(16.1)	17(27.4)
	50~100	6(9.7)	11(17.7)
	100~200	28(42.5)	27(43.5)
	200<	18(29.0)	7(11.3)
Religion	Have	26(41.9)	28(45.2)
	None	36(58.1)	34(54.8)

\* Ten thousand won

### 2. 만성피로 환자군에서 피로이환기간

6개월 이상의 만성피로를 호소하는 환자군에서 피로이환기간이 2년에서 5년사이가 20예(32.3%)

로 가장 많았으며 5년이상은 17예(27.4%), 1년에서 2년사이는 16예(25.8%), 6개월에서 1년사이는 9예(14.5%)로 나타나 1년이상의 장기간 피로를 호소하는 환자들이 53예(85.5%)로 대부분을 차지하였다(Table 2).

Table 2. Duration of persistent fatigue in chronic fatigue patient

Duration	Frequency	%
6개월~1년	9	14.5
1~2년	16	25.8
2~5년	20	32.3
5년이상	17	27.4

### 3. 만성피로 환자군에서 피로이외의 증상 빈도

만성피로를 주소로 하는 환자군에서 소화불량, 변비, 설사 등의 위장관 증상과 불면, 심계, 두통 등의 정신신경계증상의 빈도를 조사한 바, 위장관증상과 정신신경계증상을 갖고 있는 예가 각각 18예(29.0%), 동시에 두 가지를 모두 갖고 있는 경우 8예(12.9%) 및 기타 3예(4.8%)로 나타나 만성피로 환자군에서 위장관증상과 정신신경계증상이 모두 44예(70.9%)로 높게 나타났다(Table 3).

Table 3. Frequency of complications in chronic fatigue patient

Complications	Frequency	%
None	15	24.2
Gastrointestinal symptom	18	29.0
Psychoneural symptom	18	29.0
Both	8	12.9
Etc.	3	4.8

### 4. 만성피로 환자군과 대조군에서 불안 및 우울 성향 비교

만성피로 환자군에서 BDI 점수의 평균은  $23.37 \pm 7.50$ , SAS 점수의 평균은  $41.02 \pm 6.99$ 이고 대조군에서 BDI 점수의 평균은  $12.55 \pm 7.98$ , SAS 점수의 평균은  $32.97 \pm 6.93$ 으로서 만성피로 환자군에서 우울 및 불안성향이 유의하게 높았다 ( $p<0.05$ )(Table 4).

Table 4. Comparison of depression and anxiety tendencies between chronic fatigue patients group and control group

Classification	BDI <sup>1)</sup> score*	SAS <sup>2)</sup> score**
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD
Case	$23.37 \pm 7.50$	$41.02 \pm 6.99$
Control	$12.55 \pm 7.98$	$32.97 \pm 6.93$

\*  $p<0.05$ . \*\*  $p<0.01$

1) BDI : Beck's Depression Inventory

2) SAS : Zung's Self Anxiety Scale

### 5. 우울증의 기준점을 21점으로 한 만성피로 환자군과 대조군의 우울성향 비교

한홍무 등<sup>24)</sup>이 제안하여 널리 알려진 절단점인 BDI 점수 21점 이상을 우울증의 절단점(cut-off point)으로 잡았을 때 만성피로 환자군에서 BDI 점수 21점 이상은 47예(75.8%), 대조군에서 BDI 점수 21점 이상은 8예(12.9%)로 만성피로 환자군에서 우울증의 환자가 유의하게 많음을 알 수 있었다( $p<0.05$ )(Table 5).

Table 5. Comparison of depression grade between chronic patients group and control group according to BDI score No. (%)

Classification	BDI <sup>1)</sup> score	
	<21	$\geq 21$
Case	15(24.2)	47(75.8)
Control	54(87.1)	8(12.9)

### 6. 만성피로 환자군에서의 기울·기체증

Terasawa<sup>16)</sup>의 Diagnostic Score for KI-depression/KI-stasis를 이용하여 판정한 만성피로 환자군에서의 평균 점수는  $34.97 \pm 12.39$ 로 나타났으며, 기울·기체증의 진단률 30점으로 잡았을 때 만성피로 환자군에서 30점이상으로 기울·기체증의 진단을 받은 환자는 47예(74.2%)이었다(Table 6).

Table 6. Diagnostic score for KI-depression/KI-stasis in chronic patients group No. (%)

Classification	KI-depression/KI-stasis score	
	<30	$\geq 30$
Case	15(25.8)	47(74.2)

## 7. 만성피로 환자에서의 기울·기체증 점수에 따른 BDI 및 SAS 점수와의 비교

만성피로 환자군에서 Diagnostic Score for KI-depression/KI-stasis에 의하여 30점 이상을 기울·기체증의 절단점(cut-off point)으로 잡았을 때 만성피로 환자군에서 30점 미만에서의 BDI점수 평균은  $18.80 \pm 9.13$ , 30점 이상에서는  $24.83 \pm 6.35$ 로 나타나 기울·기체증의 진단을 받은 환자군에서 BDI점수가 유의하게 높았고 ( $P < 0.05$ ), SAS점수의 평균은 30점 미만에서  $39.39 \pm 6.83$ , 30점 이상에서는  $41.02 \pm 6.99$ 으로 나타나 기울·기체증의 진단을 받은 환자에서 SAS 점수가 높았으나 유의성은 인정되지 않았다 (Table 7).

Table 7. Comparison between BDI & ASA and KI-depression according to diagnostic score 30 point in chronic fatigue patient

Classification	Diagnostic Score for KI-depression/KI-stasis	
	(30)	$\geq 30$
BDI**	$18.80 \pm 9.13$	$24.83 \pm 6.35$
SAS**	$39.39 \pm 6.83$	$41.02 \pm 6.99$

\*  $p < 0.05$

1) BDI : Beck's Depression Inventory

2) SAS : Zung's Self Anxiety Scale

3) Mean  $\pm$  Standard Deviation

## IV. 고찰

피로, 무기력, 권태 등으로 표현되는 자각증상은 환자의 주관적 호소이며 환자들의 표현양식 역시 다양하여 즉 “기력이 없다” “온몸이 나른하다” “지쳤다” “원기가 떨어졌다” “매사에 의욕이 없다” 등으로 표현되고 있다. 그 정도에 있어서도 피곤한 대로 거의 정상적인 생활을 하는 가벼운 경우가 있는가 하면 어떤 사람은 일상생활을 포기한 채 몸져 눕는 극한 상황까지 다양하다.

임상적으로 피로는 몇가지 방식으로 정의 될 수 있다. 평소 활동후에 느끼는 비정상적인 극도의 피로, 지속적인 노력과 주의를 필요로하는 작업후의 에너지 감퇴, 또는 활동력에 있어 일반화된 장애 등으로 나눌 수 있으며<sup>3)</sup> 또한 발증 양

상에 의해서 발병후 6개월이내의 피로를 정의하는 급성 피로와 증상이 이 이상 지속되는 만성피로로 구분된다. 여기서 만성피로는 특발성 만성피로(idiopathic chronic fatigue)와 만성피로증후군(chronic fatigue syndrome)을 포함하는 모든 만성적 피로를 지칭한다<sup>4)</sup>.

피로의 원인은 육체적 과로후 일시적으로 나타났다가 휴식을 취하면 바로 회복되는 정상적인 생리적 반응에서부터 간염, 결핵, 갑상선질환, 빈혈, 당뇨병, 근무력증, 각종 암 등의 신체적 질환과 우울, 불안, 스트레스 등의 정신적 질환의 병적인 경우까지 다양하다. 이렇듯 피로는 어떠한 질환에 의해서도 야기될 수 있는 증상이지만 임상적으로 기질적 원인과 정신 심리적 원인으로 대별 할 수 있다<sup>17)</sup>.

피로의 원인에 대한 연구는 1944년 Allen<sup>5)</sup>이 300명의 피로환자를 조사한 것이 효시가 되며 그 결과 80%가 감정적 문제였고, 20%가 신체적 질환을 갖고 있었으며 이는 만성감염성질환, 심장질환, 빈혈, 신장염 등의 순서로 나타났다고 보고하였다. 또한 Morrison<sup>6)</sup>의 연구에서는 41%가 정신적 원인(우울, 불안, 스트레스, 적응장애, 주정증독 등), 39%가 신체적 질환(오랜기간의 바이러스성 감염등), 12%가 정신적 신체적 복합요인 이었고 8%는 원인을 찾지 못하였다고 하였고, Sugarman 등<sup>7)</sup>의 연구에서는 50%의 환자가 정신적 원인, 22%가 신체적 원인이었고 28%에서는 원인을 찾지 못하였으며, Kirk 등<sup>8)</sup>은 만성피로 환자를 치료하는 의사들은 그들의 환자예에서 63%가 주로 육체적인 원인이고 37%는 정신적인 원인이라고 한데 비하여 환자들은 그들 자신의 만성피로의 원인중 52%가 육체적 원인이고 48%는 정신적인 것이라고 여겼다는 다소 흥미로운 사실을 보고하였다.

그 뒤 만성피로의 정신심리적 원인에 대한 구체적인 연구가 이루어 졌다. Manu 등<sup>9)</sup>은 만성피로를 호소하는 환자들의 정신건강상태에 대한 조사에서 정동장애, 신체화장애, 불안장애 등을 원인으로 꼽았고, Valdini 등<sup>10)</sup>은 다른 1년간의

추적조사연구에선 피로를 호소하는 환자가 그렇지 않은 환자보다 4배의 정신과적 진단을 받은 것으로 되어 있으며 피로의 원인으로 우울증, 신체화장애, 공황장애 등을 보고하였고, Buchwald 등<sup>11)</sup>은 만성피로 환자들의 35%는 일시적인, 82%는 평생동안 정신과적 질환을 앓았으며 이들 질환이 오래될수록 피로의 정도도 심했다고 하였다.

만성피로의 예후에 대하여 Joyce 등<sup>12)</sup>은 여러 연구들을 종합하여 6개월이하 동안 지속되는 피로는 최소한 40%의 환자들이 회복되었으나 만성피로증후군의 환자들은 10%이하만이 발병이전의 기능상태로 회복되었다고 하였으며, 이들 예후에 영향을 미치는 위험인자로는 만성적인 질환, 정신장애를 동반하였을 경우, 피로가 신체적인 원인에 기인한다는 믿음을 가졌을 경우 등이라고 보고하였다.

우리나라에서도 90년대 이후 만성피로에 대한 임상적 연구가 이루어지고 있다. 오미경<sup>13)</sup>은 우울 및 불안 척도가 만성피로군에서 유의하게 높았다고 하였고, 김성현 등<sup>14)</sup>은 평균 스트레스양이 환자군에서 대조군보다 유의하게 높았으며, 성별, 연령별 스트레스양은 여자와 40대에서 환자군과 대조군 사이에 유의한 차이를 보였다고 하여 피로와 스트레스와의 강한 관련성이 있다고 하였고, 김완신 등<sup>20)</sup>은 지속적인 피로감의 원인구명에는 신체적 접근과 더불어 정신사회적 접근이 필요하고 피로의 원인으로 기질적 이상보다 기능적 이상이 더 많다고 하였다. 반면에 신호철 등<sup>21)</sup>은 만성적인 피로를 호소하는 환자들의 46%에서 만기질적인 질환이 진단되었고 또 이들에게서 우울성향이 유의하게 높게 나타나지는 않았다고 보고하였다.

이와같이 주증상으로 만성적 피로를 호소하는 경우는 정신심리적 원인이 기질적인 원인보다 많으며, 특히 별다른 신체적 증상이 없이 만성피로를 호소하며 모호하고 잘 설명되지 않는 증상들을 가진 환자일수록 그 가능성성이 높다.

이러한 정신심리적 원인에는 우울증, 불안증,

스트레스, 적응장애 등이 있으며 이러한 환자들은 기질적 원인으로 피로한 환자보다 오히려 더 생생하게 피로를 호소하는 경우가 많다.

우울증은 최소 2주 이상 기분의 저하가 지속되는 것이 주증상인 경우로서 일상생활에서 흥미나 폐락의 상실, 우울, 슬픔, 희망 없고 침체된 기분, 자극에 대한 민감한 반응 등 기분의 장해가 뚜렷하고, 불안장애는 현실적인 이유가 없는데도 불구하고 불안하다든지, 그 정도가 이상하게 심하고 오래 지속되는 경우를 말한다. 이러한 우울증 및 불안증은 신체증상과 서로 밀접한 관계가 있음을 널리 알려진 바로서 일부 우울 및 불안증은 우울 및 불안증상 자체보다 부속되는 신체증상으로 표현되는 경우가 혼하여, 특히 한국 사람들의 경우 자신의 심리적 갈등을 신체적 표현을 통해 나타내는 신체화(somatization)경향이 혼하다고 한다. 이 경우 환자 자신은 정서적 요인을 무시하려는 경향이 있으므로<sup>22)</sup> 치료를 위해서는 우선 우울 및 불안의 계기가 된 심리적 사건들에 관해 경청함으로써 우울의 원인을 깨닫는 계기로 삼아야 하며, 무었보다도 환자율 이해하는 마음가짐이 중요하다.

피로에 대하여 역대 한의학 문헌을 살펴보면 ‘懶怠’ ‘懶惰’ ‘四肢沈重’ ‘四肢勞倦’ ‘四肢癱軟’ ‘四肢不用’ 등으로 기술되어 있다. <素問·示從容論>에서는 “四肢懶惰，此脾精之不行也”라하였고, <聖濟總錄·虛勞門>에서는 “勞傷之甚，身體疲極”라 하였으며, <東垣十書·四肢不收> “脾胃虛則怠惰嗜臥，四肢不收”라 하였다. 또한 치법은 ‘增力’ ‘倍力’ ‘益氣力’ ‘解勞乏’ ‘長肌肉’ ‘長筋骨’ 등으로 기재되어 있다<sup>14)</sup>. 또한 오태환<sup>23)</sup>은 虛勞, 勞倦傷, 氣虛證, 少氣證, 精虛證 등의 병증에서 무기력 및 피로와 유사한 내용을 찾아 볼 수 있다고 하였다.

한의학에서는 만성피로의 발병원인을 情志不暢, 勞役過度, 外感時邪로 나누어 인식하고 있다. 이에 대하여 <素問·宣明五氣篇>에서 “久時傷血，久臥傷氣，久座傷肉，久立傷骨，久行傷筋”이라하여 五勞하여 五臟의 氣血筋骨이 손상됨을 설명하였

으며, <景岳全書·論虛損病源>에서는 “勞倦不願者, 多成勞損……或勞于名利……或勞于色慾……或勞于疾病”이라하였고, <不居集>에서는 “虛損一症, 不獨內傷, 而外感亦有之矣……推而廣之, 不獨風能成勞, 六淫之氣亦皆能成勞”라하여 情志와 外感邪氣가 労倦傷의 발생 원인임을 설명하였다.

만성피로는 여러 장기와 관련된 기능실조로 유발된 질병으로 보았으며, 그 한의학적 병태생리상 주로 肝·脾·腎과 관련되어 있다고 볼 수 있다. 즉 脾는 後天之本으로 主運化, 主肌肉四肢함으로 비의 운화기능이 실조되어 水穀의 精微가 不布하게 되면 기육이 마르게 되고 사지권태무력하게 되며 심하면 瘦軟이 발생하게 된다. 腎은 先天之本으로 主骨生髓하므로 腎精이 부족하게 되면 骨軟無力하고 정신이 맑지 못하고 智力이 떨어지게 된다. 肝은 소설기능을 주관하고 主筋藏血하는데 그중 간의 소설기능은 중추신경계통과 밀접한 관계가 있어 정지실조로 인하여 간의 소설기능이 저체되면 만성피로를 유발하게 된다.

다시말하여 만성피로는 本虛表實證이라 할 수 있다. 본허라는 것은 機體의 氣血, 陰陽 등 正氣의 減弱을 말하는 것이고, 표실이라는 것은 肝의 疏泄機能 失調로 氣鬱, 痰癥 등의 병리적 산물이 저체되어 있음을 말하는 것이다. 그러므로 치료의 관건은 扶正祛邪하여 臟腑의 기능 특히 肝臟의 氣化功能을 조절하여주고 동시에 적극적으로 补益氣血의 방법을 응용하여야 한다. 변증논치의 내용은 아래와 같다.

① 中氣不足 : 피로의 주증상외에 低熱, 食慾不振, 四肢乏力, 氣短, 頭暈, 情緒不穩, 失眠多夢, 思惟遲鈍, 胸悶喜引太息 등이 나타나고 舌淡胖有齒痕, 脈弦細하다.

치료를 위해서는 주로 調肝健脾를 주로하여 특히 肝鬱者는 逍遙散(太平惠民和劑局方), 偏脾虛者는 補中益氣湯(脾胃論), 偏肝虛者는 補肝湯(醫宗金鑒)을 활용한다.

② 肝腎不足 : 피로의 주증상외에 腰膝酸軟或酸痛, 頭暈目眩, 虛煩不寐, 口咽乾痛, 記憶力減退, 虛熱盜汗 등이 나타나고 舌淡紅苔少, 脈弦細數하

다.

치료는 肝氣를 疏泄시켜주는 것외에 补益肝腎의 대표방인 知柏地黃湯(醫宗金鑒), 偏腎陽虛者는 右歸丸(景岳全書), 偏腎陰虛者는 左歸丸(景岳全書)을 활용한다<sup>14)</sup>.

사회인구학적 특성으로 연령, 성별, 종교, 교육정도, 결혼상태, 직업 등이 피로감의 유무와는 관계없다고 Sugarman 등<sup>7)</sup>과 Kirk 등<sup>8)</sup>이 보고하였으나 Morrison<sup>6)</sup>은 여자일수록, 혼자살수록 피로감을 느낀다고 하였고 Valdini 등<sup>10)</sup>은 피로감의 호소가 여성에서 더 많다고 하였으나, 본 연구에서는 위와 같은 사회인구학적 특성상 만성피로군과 대조군사이에 별 차이가 없었다.

본 연구에서는 만성피로 환자군의 피로이환기간이 6개월에서 1년사이가 14.5%, 1년에서 2년사이가 25.8%, 2년에서 5년사이가 32.3%, 5년이상이 27.4%로 나타나 Kroenke 등<sup>22)</sup>의 1년이하 28%, 1년에서 5년사이 31%, 5년이상 41%로 보고한 내용에 비해 피로이환기간이 1년에서 5년사이에서 그 빈도가 가장 많았다.

만성피로환자군에서 소화불량, 변비, 설사 등의 위장관증상과 불면, 심계, 두통 등의 정신신경계 증상의 빈도는 모두 29.0%로 나타났으며, 동시에 두가지를 갖고 있는 경우도 12.9%로 나타나 만성피로를 호소하는 환자군에서 피로이외의 병발증으로 위장관 증상과 신경정신계증상의 발생빈도가 70.9%로 높게 나타남을 알수 있었다.

본 연구에 사용된 BDI는 Beck가 그 유용성을 논의하면서 불안증상과 우울증상을 잘 구분해 준다고 보고한 바 있고, 또는 한국에서의 표준화 작업이 진행되어 신뢰도 및 타당도 면에서 한국문화권에서 유용하게 쓰일 수 있음이 입증된 바 있다. 이에 저자는 한홍무<sup>25)</sup> 등의 한국판 BDI를 사용하여 우울성향을 알아보았고, 또한 왕성근<sup>26)</sup>이 표준화한 Zung's SAS를 사용하여 불안성향을 알아보았다. 만성피로 환자군에서 BDI와 SAS 점수의 평균은 각각  $23.37 \pm 7.50$ ,  $32.97 \pm 6.93$ 으로 대조군에 비하여 우울 및 불안 성향이 유의하게 높게 나타났고, 특히 한홍무 등이 제안

하여 널리 알려진 우울증의 절단점을 BDI 점수 21점이상인자가 75.8%로 높게 나타났다.

氣鬱·氣滯증은 氣行阻滯 즉 痘邪, 外傷, 정신적인 문제 등에 의해 氣의 운행이 원활하지 못하고 鬱滯 되어서 나타나는 증<sup>15)</sup>으로 <素問·六元正紀大論>에서는 “民病氣鬱中滿”이라 하여 氣機阻滯하거나 氣分鬱結로 인하여 胸滿腸脹의 증후를 나타내었고, <素問·脈要精微論>에서는 “下盛則氣脹”이라 하여 복부에 질병의 사기가 壓滯한 것을 지칭하였고, <素問·舉痛論>에서는 “思則氣結”이라 하여 정서상의 氣分鬱結의 병리변화를 표현하였으며, <素問·玉機真藏論>의 “胸中氣滿喘息不變”, <素問·繆刺論>의 “邪客于手陽明之絡令人氣滿胸中喘息而支脰”, <靈樞·海論>의 “氣海有餘者氣滿胸中 慢息面赤”이라 하여 氣機阻滯로 인하여 脹滿하는 병증을 표현하였다<sup>27)</sup>.

辨證指標에는 먼저 腹脇胸脇乳房腰背가 痛痛悶하는데 통증의 양상이 時輕時重, 痛無定處, 痫痛或攻痛, 隨情緒而增減하는 것을 主症으로 하고 次症에는 嘘氣太息, 結塊(聚散無常), 失氣後症狀輕減, 肩背腿膝流走疼痛, 月經時少腹竊痛이 있다. 또한 舌苔薄하고 脈弦하다. 이중 진단상에 있어 요점이 되는 사항은 특징적인 통증양상을 보이고 증상의 발현이 정서변화에 영향을 받는다는 점이다<sup>15,28)</sup>.

이러한 기울·기체증의 진단에서 정량화하여야 할 필요성에 의하여 본 연구자는 Terasawa<sup>16)</sup>의 <KAMPO>중의 Diagnostic Score for KI-depression/KI-stasis를 이용하였다. 총점수 중 30점이상이면 기울·기체증으로 진단할 수 있으며, 증상이 가벼우면 관련 항목의 점수중 절반을 부여하였다(Table 8).

Table 8. Diagnostic Score for KI-depression/KI-stasis

	Points		Points
depression	18	multifocus, changing pain	8
heavy feeling of the head as wearing a helmet	8	difficulty in getting up in the morning	8
lump in the throat	12	marked passing of flatus	6
chest distress	8	singultus	4
feeling of oppression in the costal region	8	feeling of incomplete micturition	4
abdominal distention meteorism	8	peristaltic sound	8

\* A total score of more than 30 points indicates the condition of KI-depression/KI-stasis. Mild symptoms are assigned half of their corresponding points.

만성피로 환자군의 氣鬱·氣滯증의 평균 점수는  $34.97 \pm 12.39$ 이고 진단 기준점인 30점이상인자는 74.2%로 나타나 기울·기체가 만성피로의 주요 병리기전임을 알 수 있었다. 또한 만성피로의 한의학적 유발 원인중의 하나인 기울·기체와 우울 및 불안성향과의 관련성을 알아본 바 기울·기체증의 진단을 받은 환자군에서 BDI점수가 유의하게 높게 나타나 우울경향과의 관련성도 알 수 있었다( $p<0.05$ ).

위의 결과로 보아 알려진대로 만성피로 환자의 우울 및 불안성향이 높으며 한의학적 병리기전상 기울·기체와의 관련성이 높음을 알 수 있었다. 따라서 만성피로를 호소하는 환자들의 심리적 특성을 파악하여 임상적용상 기울·기체증의 변증시치에 적용하는 것이 도움이 될것으로 생각되며 앞으로 변증기준의 정량화에 대한 후속연구 및 피로에 대한 임상적 접근방법의 효용성에 대한 연구가 진행되어야 할것으로 사료된다.

## V. 결 론

만성피로감에 대한 우울 및 불안성향과 한의학적 병리기전에 있어 氣鬱·氣滯증과의 상관성을 알아보기자 1997년 3월 1일부터 8월 31일까지 6개월간 경희의료원 한방병원 제3내과에 개설되어 있는 만성피로 클리닉에 내원한 만성피로 환자 62명을 조사군으로 하고, 무피로군을 대조군으로 선정하여 연령, 결혼유형, 교육수준, 직업, 종교, 수입 등의 인구사회학적 특성, 피로이환기간, 피

로환자의 병발증과 BDI, SAS 및 Diagnostic Score for KI-depression/KI-stasis 등을 조사하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 만성피로 환자군의 평균 연령은  $37.10 \pm 10.37$ 세이었으며, 인구사회학적 특성은 대조군에 비하여 별다른 차이가 없었다.

2. 만성피로 환자군의 피로이환기간은 6개월에서 1년사이가 14.5%, 1년 5년사이가 58.1%, 5년 이상이 27.4%로 1년에서 5년사이가 가장 높게 나타났다.

3. 만성피로 환자군에서 피로이외의 병발증은 위장관증상과 정신신경계증상이 70.9%로 높게 나타났다.

4. 만성피로 환자군에서 BDI 점수의 평균은  $23.37 \pm 7.50$ , SAS 점수의 평균은  $41.02 \pm 6.99$ 이고 대조군에서 BDI 점수의 평균은  $12.55 \pm 7.98$ , SAS 점수의 평균은  $32.97 \pm 6.93$ 으로 만성피로 환자군에서 우울 및 불안성향이 유의하게 높았다 ( $p<0.05$ ).

5. 만성피로 환자군에서 BDI 점수 21점 이상인자는 47명(75.8%), 대조군에서 BDI 점수 21점 이상인자는 8명(12.9%)으로 만성피로 환자군에서 우울증의 환자가 유의하게 많았다( $p<0.05$ ).

6. 만성피로 환자군의 기울·기체증 점수는 평균  $34.97 \pm 12.39$ 로 나타났으며 만성피로 환자군에서 30점이상으로 기울·기체증의 진단을 받은 환자는 47명(74.2%)이었다.

7. 만성피로 환자군에서 기울·기체증의 진단 기준 30점 미만에서의 BDI점수 평균은  $18.80 \pm 9.13$ 이었고 30점 이상에서는  $24.83 \pm 6.35$ 로 나타나 기울·기체증의 진단을 받은 환자군에서 BDI 점수가 유의하게 높았고( $P<0.05$ ), SAS점수의 평균은 30점 미만에서  $39.39 \pm 6.83$ , 30점이상에서는  $41.02 \pm 6.99$ 으로 나타나 기울·기체증의 진단을 받은 환자군에서 SAS점수가 높았으나 유의성은 인정되지 않았다.

위의 결과로 보아 만성피로 환자의 우울 및 불안성향이 높으며 한의학적 병리기전상 기울·기체증의 관련성이 높음을 알 수 있었다.

## = Abstract =

### A study on the relationship between depression & anxiety tendencies and KI-depression/KI-stasis in chronic fatigue patients

Jin-Seong Kim, O.M.D., Bong-He Ryu, O.M.D., Dong-Won Park, O.M.D. and Ki-Won Ryu, O.M.D.\*

\* : Department of Internal Medicine,  
College of Oriental Medicine,  
Kyung Hee University, Seoul, Korea

Chronic fatigue, one of the most common complaints, may occur with a variety of physical and psychological conditions or, in some cases, be unexplained. However previous studies were mainly focused on finding that chronic fatigue originated from psychologic causes rather than physical causes.

In order to investigate on the relationship between depression & anxiety tendencies and KI-depression/KI-stasis, on its association factors by BDI, Zung's SAS and Diagnostic Score for KI-depression/KI-stasis questionnaires in chronic fatigue patients, this study was performed in our Chronic Fatigue Clinics of KyungHee Oriental Medical Center from March 1st to August 31th, 1997.

The results obtained were as follows ;

1. The average age was  $37.10 \pm 10.37$  in chronic fatigue patients, and it was not different from control group by age, sex, marriage, education, vocation, income, religion.

2. The durations of persistent fatigue were 6 months to 1 year in 14.5%, 1 to 5 years in 58.1%, over 5 years in 27.4%.

3. The complications were mainly gastrointestinal and neuropsychiatric symptoms in chronic fatigue patients(70.9%).

4. The average score on BDI for chronic fatigue patients was  $23.37 \pm 7.50$  and control group was  $12.55 \pm 7.98$ , the average SAS score for chronic fatigue patients was  $41.02 \pm 6.99$  and control group was  $32.97 \pm 6.93$ . Therefore chronic fatigue patients were significantly higher depression & anxiety tendencies than the control group( $p<0.05$ ).

5. As cut off point of depression set 21 point, chronic fatigue patients were significantly depressed. Chronic fatigue patients were 47(75.8%), control group were 8(12.9%).

6. The average score for KI-depression/KI-stasis was  $34.97 \pm 12.39$ . As cut off point of KI-depression/KI-stasis set 30 point, chronic fatigue patients diagnosed as KI-depression/KI-stasis were 47(74.2%).

7. The BDI average score was significantly high at the patients diagnosed as KI-depression/KI-stasis ( $p<0.05$ ).

From above, we could concluded that had high depression & anxiety tendencies and they were closely related with KI-depression/KI-stasis.

*Key words : depression, anxiety, BDI, SAS, KI-depression, KI-stasis*

## 参考文献

1. McWhinney IR: A textbook of family medicine. London, p.260, Oxford University Press, 1989
2. 이석룡, 송상욱, 최환석, 김경수, 신호철, 박은숙: 의료전달체계 시행이후 가정의학과 외래환자진료내용분석. 가정의학회지 13:264-283, 1992
3. Matthews DA, Manu P, Lane TJ: Evaluation and management of patients with chronic fatigue. Am J Med Sci 302:269-277, 1991
4. Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D: Psychological symptoms, somatic symptoms, and psychiatric disorder in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective study in the primary care setting. Am J Psychiatry 153(8):1050-1059, 1996
5. Allen FA: The differential diagnosis of weakness and fatigue. N Engl J Med 231:414-418, 1944
6. Morrison JD: Fatigue as a presenting complaint in family practice. J Fam Pract 10:795-801, 1980
7. Sugarman JR, BErg AO: Evalution of fatigue in a family practice. J Fam Pract 19:643-647, 1984
8. Kirk J, Douglass R, Nelson E, Jaffe J, Lopez A: Chief complaint of fatigue: A prospective study. J Fam Pract 30:33-41, 1990
9. Manu P, Matthews DA, Land TL: The mental health of patients with a chief complaint of chronic fatigue. Arch Intern Med 148:2213-2217, 1988
10. Valdini AF, Steinhardt S, BAicenti J et al: A one year follow up of fatigue patients. J Fam Pract. 26:33-38, 1988
11. Buchwald D, Pearlman T, Kith P, Katon W, Schmaling K: Screening for psychiatric disorders in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome. J Psychosomatic Res 42(1):87-94, 1997
12. Joyce J, Hotopf M, Wessely S: The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. O J Med 90:223-233, 1997
13. 劉曉藏: 慢性疲勞綜合症的中醫治療. 湖南中醫雜誌 3:21-22, 1990
14. 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 10(2):44-47, 1995
15. 최승훈: 한방병리학. p.314, 서울, 일중사, 1997
16. Terasawa K: Kampo. p.22, Japan, K.K. Standard McIntyre, 1993

17. 박기홍: 만성피로. 가정의학회지 17(4):19-23, 1996
18. 오미경: 건강검진자에서의 만성피로감에 대한 고찰. 가정의학회지 11(4): 12-19, 1990
19. 김성현, 윤진희, 박혜숙: 피로와 스트레스의 관련성. 가정의학회지 13(3): 226-232, 1992
20. 김완신, 나미나, 조정진: 피로감에 따른 임상검사 및 설문상의 차이에 대한 조사. 가정의학회지 13(3):233-239, 1992
21. 신호철, 최창진, 송상옥, 최환석: 가정의학과 외래에 피로를 주소로 내원한 환자분석. 가정의학회지 14(12):833-841, 1993
22. 민성길, 김경희: 우울증에서 보는 신체증상에 관한 연구. 신경정신의학 17:149-154, 1978
23. 오태환: 무기력 및 피로에 관한 문헌적 고찰. 경희대학교 대학원, 1990
24. Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff D, Meier NJ, Powell JB: Chronic fatigue in primary care: Prevalence, patient characteristics, and outcome. JAMA 260:929-934, 1988
25. 한홍무, 염태호, 신영우: BDI의 한국판 표준화연구(정신집단을 중심으로). 신경정신의학 25:487-502, 1986
26. 왕성근: 정신과 외래환자의 Self-Rating Anxiety Scale에 의한 불안에 관한 연구. 신경정신의학 17:179-191, 1978
27. 韓冰 外: 黃帝內經詞典. pp. 161-167, 天津, 天津科學技術出版社, 1995
28. 한국한의학연구소편: 한의진단명과 진단요건의 표준화 연구(II). p.22, 서울, 한국한의학연구소, 1996