동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 18. No. 3, 2007

단기정신병적 장애로 진단된 痰氣鬱結型 癲證 환자 1例

김지훈, 유종호, 구병수, 김근우
동국대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

A Case Report of brief psychotic disorder Treated by the way of Relieving stagnation of phlegm-Gi(痰氣鬱結) type of Jeon-zeong(癲症)

Jee-Hoon Kim, Jong-Ho Yoo, Byung-Soo Koo, Geun-Woo Kim
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dongguk University

Abstract

Jeon-zeong(癲證) is mostly caused by anxiety and melancholy, impairment of heart and the spleen, or stasis of phlegm-Gi and heart confused by phlegm. Its manifestation are characterized by depression, expressionlessness, inclination for quietness, self muttering and hallucinating, caprice in crying and laughing, paraphasia, loss of appetite, unawareness of filth and cleanness, etc.

We experienced a 50year-old man who had brief psychotic disorder that specified with Marked Stressor and whose condition was improved through oriental medical treatment.

We treated the patient with Herbal medications and Giungoroen (至言高論-wise saying and lofty opinion) and Relaxation therapy.

After being treated, the patient showed that symptoms (insomnia, anxiety, depression) was improved considerably.

This result suggests that oriental medical treatment has good effect on brief psychotic disorder due to Marked Stressor.

Key Words : Depressive psychosis (癲證), Giungoroen (至言高論), Relaxation therapy, Brief psychotic disorder.

투고일 : 10/12 수정일 : 11/4 채택일 : 11/7
교신저자 : 김근우, 경기도 성남시 분당구 수내3동 87-2 동국대학교 분당한방병원 한방신경정신과
Tel : 031-710-3737, FAX : 031-710-3737, E-Mail : kgwoo86@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

단기 정신병적 장애는 1일 이상 1개월 이내의 기간 동안 지속되고, 회복 후에는 병전 기능 수준으로 완전히 돌아오는 정신병을 말한다. 그리고 기분장애, 정신분열병, 물질이나 기타 신체질환에 의한 것이 아니어야 한다. 망상, 환각, 와해된 행동 등 정신분열병과 유사한 증상이나 징후를 보인다. 이 장애와 비슷한 장애를 이전에는 반응성 정신병, 히스테리성 정신병, 심인성 정신병으로 부르기도 하였다. ICD-10에서는 급성 및 일과성 정신병적 장애 (Acute and transient psychotic disorder)로 명명하고 있다[1].

정신적 이상을 나타내는 한의학 용어로 대표적인 것이 癲狂이며, 邪祟, 呆病, 花癲, 心風 등도 癲狂과 유사하게 혹은 특정 상황에서의 정신이상의 의미로 사용되었다. 전광은 痰飮, 火, 血의 이상 등으로 인해 神의 혼란, 분산, 소모를 야기하여 정신기능이 실조되고 신체적으로도 각종 기능장애를 유발하는 질환으로, 癲狂은 서양의학의 정신분열병 및 양극성 장애와 유사하다. 狂證은 정신분열병의 양성 증상 및 양극성 장애의 조증상태와 비슷하고 癲證은 정신분열병의 음성증상 및 우울증, 치매와 유사한 점이 많다. 陽的이고 과다행동적 양상을 보이는 것은 狂證이고 보다 陰的이며 움직임이 적은 것은 癲證이다[2].

癲證의 증상은 주로 의욕저하, 沈默不語, 정서적 하락 등 음적인 증상을 위주로 하며 경련발작과 같은 증상도 포함된다.

정 등[3]의 단기 정신병적 장애 환자에 대한 연구와 김 등[4]의 癲證에 대한 문헌적 고찰이 있었으나 癲證에 대한 증례 보고는 드문 상태이다.

본 증례의 환자는 과도한 스트레스로 인해 망상과 환각, 긴장성 행동이 발생한 환자로 2007년 2월 초부터 이의 치료를 위해 본원 한방신경정신과에서 입원치료를 받게 되었다. 한방치료를 통해 단기정신병적 장애 증상의 호전을 얻게 되어 이에 대해 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 환 자
정 O O, (남자/50세)

2. 주소증
1) 불안초조 / 불면
2) 강경증
3) 망상 / 환각

3. 발병일
2007년 1월 말 경

4. 과거력
1) 건강염려증: 1997년 건강검진상 간기능이 좋지 않다는 진단을 받은 후 발함. 양방 신경정신과 진료를 받으심.

5. 가족력
별무

6. 사회력
키 / 몸무게 : 160cm / 58kg
직업 : 교사
흡연 : 無
음주 : 無

7. 현병력

상기자는 만 50세의 치밀하고 꼼꼼하며 소심한 성격의 예민한 환자로 발병 당시 학년주임을 맡고 있었음. 학교에서 진행한 야외수업에 불참한 학생들의 사유서를 제출받아 보고해야 했으나 이를 누락하였고 2007년 2월 초순에 감사가 예정된 상태에서 환자분은 자신뿐만 아니라 동료 교사들까지 파면 당할 것이라고 확신하며 노심초사하였음. 2007년 1월 말에 증상이 발하여 점차 심해지다 2007년 2월 1일 부터 식음전폐하고 강경증(catalepsy)이 나타났으며 3일간 不得眠 상태에서 환자 및 보호자 적극적인 한방 치료 원하여 본원 한방신경정신과 2007년 2월 5일 입원함.

8. 진단명

癲證 / 단기정신병적 장애(brief psychotic disorder)

9. 치료기간

입원 : 2007년 2월 5일 – 2007년 2월 10일 (6일간)

10. 검사소견

1) 다면적 인성검사 (2007년 2월 6일)

타당도 척도 상 '∧' 자 형으로 지나치게 자기 비판적이거나 자신의 문제를 과장하려는 경향이 있음. 신경증 세 척도(Hs, D, Hy)가 전반적으로 높아져 있으며, 특히 우울지수(D)가 84점으로 삿갓형의 프로파일을 나타냄. 편집증지수(Pa)가 81점, 강박증지수(Pt)가 82점, 정신분열병지수(Sc)가 79점이고 경조증지수(Ma)가 43점, 사회적 내향성지수(Si)가 80점으로 극단적인 내향성을 보임(**Fig. 1.**).

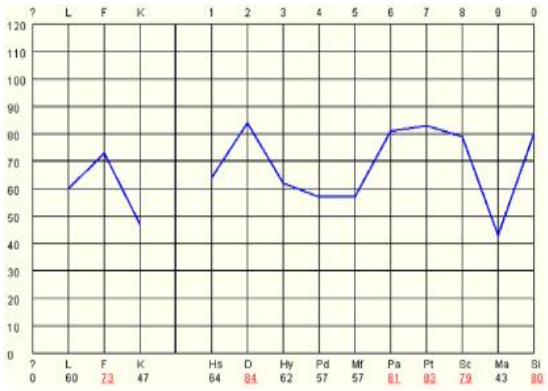


Fig. 1. the Result of MMPI at 2/6

2) 혈액검사, 뇨검사 (2007년 2월 5일)

K : 9.3mmol/L ↓, Eosinophil : 0.9% ↓

그 외 별무이상.

3) 심전도 검사 (2007년 2월 5일)

이상 없음

4) HRV(심박변이도)검사 (2007년 2월 8일)

Mean HRT	S D NN	R M SSD	TP	LF (norm)	HF (norm)	LF/HF
86.8	35.3	25.8	546.3	68.5	31.5	2.2

11. 초진소견

(1) 주요증상

① 불안·초조 / 불면 : 2007년 2월에 외부 감사가 예정된 상태에서 환자분이 학년주임 직책에 있을 당시 본인의 과실로 인해 동료교사들까지 파면 될 것이라고 확고하게 믿고 있었으며 노심초사하며 좌불안석하였음. 간간이 흐느끼며 슬퍼함. 입면장애와 수면지속장애가 점차 심해지시어 2007년 2월 1일부터 입원일까지 수면곤란함.

② 强硬症 : 2007년 2월 1일부터 증상이 점차 심해지시어 출근도 하지 않고 식음전폐하였으며 불편한 자세(웅크린 자세 엎드려 있음)로

장시간(3시간 이상 한 자세를 유지함)있음. 질문에 대한 반응이 없으며 자세를 바꾸어 주면 바뀐 자세를 그대로 유지함.

③ 망상 / 환각 : 평소 편집증 경향(완벽주의적)의 소유자로 직장내에서 인간관계는 원활하였으나 어울리는 것을 즐기는 편은 아니었으며 내성적이고 꼼꼼한 성격이었음. 2007년 2월 1일부터 외출하지 않고 집에서 멍하게 앉아서 울기도 하고 흐느끼며 슬퍼함. 감사에 대한 두려움으로 징계에 대해 지나치게 확대해석함(자신뿐만 아니라 동료교사 모두 파면될 것이라 생각함.) 때때로 누구와 얘기하듯이 중얼거리기도 하였으며, 입원 당일 저녁 창문 밖에서 친구의 부르는 소리가 들린다고 하며 3층 병실 창문을 통해 뛰어내리려고 하였음.

(2) 부수증상

① 식욕부진 : 식사량이 점차 감소하여 발병 이후 식음전폐하고 누워있음. 가족들이 설득하여 음식을 섭취하도록 시도하였으나 환자분 완강히 거부하여 입원당일 까지 물 이외에 드신 것이 없었음. 씻지 않아 각질이 붙어있으며, 피부가 전반적으로 탄력이 없고 푸석푸석한 느낌이 강함.

② 기력저하 : 부축하지 않으면 보행이 힘들 정도로 기력이 저하됨. 걷기도 힘들어 침상에서 내려올 때 부축해야함.

12. 韓醫學的 辨證

精神抑鬱, 情緖不寧, 不思飮食, 面色萎黃, 舌苔薄膩, 脈弦滑 등의 증상을 참고하여 痰氣鬱結型 癲證으로 辨證[2].

13. 치료 목표

1) 상기 증상 중 불면 증상을 우선 치료하여 수면 중 근육을 이완시켜 강경증을 완화하고 생체리듬을 회복시킨다.

2) 정신증상(불안·초조, 우울)에 대하여서는 지지적 정신치료를 중점으로 하며, 단기정신병적장애의 경우 환자가 정신적으로 취약하여 이후 정신분열병이나 기분장애 같은 만성 정신병으로 발전하는 경우가 있으므로 정신 상태의 변화와 증상에 유의하여 다른 장애로의 이행을 막는다.

3) 한의학 위주의 치료를 중점으로 하며, 응급상황 발생시 본원 가정의학과의 협진을 통하여 적절한 양약치료를 병행한다.

4) 상기증상 회복을 통하여 원활한 일상생활과 사회로의 재적응을 도모한다.

14. 정신과적 개인력 조사

1) 인적사항 : 50세 남환. 초등학교선생님. 부인, 딸과 함께 경기도 거주.

2) 병전성격 : 말수가 적으며 꼼꼼하며 소심한 성격. 혼자서 하는 운동, 독서, 사색 등을 즐겼으며 적극적으로 사회생활에 나서지 않음. 인간관계 폭이 좁음. 욕구좌절에 대한 심리적 취약성을 지니고 있었음.

3) 개인력 : 외동아들로 부드러운 집안 분위기 속에서 어렸을 때부터 혼자서 지내는 시간이 많음. 집안 형편이 풍족하지 않아 교대에 진학함. 직업에 대한 만족도가 떨어졌으며 다른 취미 생활에 몰두함. 직무 관련 스트레스를 심하게 받음.

4) 정신상태 : 불안, 초조, 우울감, 환청, 망상.

5) 과거 정신병력 : 없음

15. 치료사항

1) 鍼治療 : 동방침구제작소의 0.25mm×30mm 호침을 사용하여 少府 · 魚際 補, 經渠 · 三里 瀉[5]를 기본으로 癲證에 상용하는 心兪, 神門, 水溝, 豊隆, 建里(瀉), 大鐘(補) 穴[6]을 상황에 따라 배합하여 1일 1회 실시함.

2) 附缸治療 : 우울증, 정신적 피로 해소에 도움이 되는 Aroma(클라리세지, 베르가못, 일랑일랑)[7]를 배부에 도포한 후 背俞穴 중심으로 1일 1회 수면전 건식부항을 실시하였다.

3) 韓藥治療 : 淸心溫膽湯[8], 芎梔化痰煎[8]을 상황에 따라 변증하여 1일 3회 경구로 투여함. 증상이 호전되어 퇴원약으로 補血安神湯[9]을 일주일분 투여함(Table 1., 2.).

4) 정신치료 : 지지적 정신치료의 의미로 지언고론요법을 사용함. 약해진 자아를 지지해 줌으로써 손상된 방어기제와 통합능력을 회복시키고 불안이나 갈등을 경감시켜 적응능력과 용기를 증가시킴. 이완요법을 시행하여 정신과 육체의 긴장을 해소하는데 주력하였다.

5) 양방치료 : 식욕부진으로 경구음식섭취 불량하여 입원초기 수일간 수액요법실시. 10% 포도당 1000ml와 삐콤헥사 2ml, 2M NaCl 30ml, 2M KCl 15ml를 혼합하여 정맥주사 하였다. 진정효과를 위해 아티반정1mg 1T를 HS로 투여하였다.

16. 임상 경과 및 치료

1) 입원 1일

(1) 증상 : 한 가지 자세를 계속 유지하는 강경증을 보였다. 엎드린 채로 웅크린 자세를 4시간 동안 유지하고 있으며 질문에 대한 반응이 없었다. 옆으로 뉘어서 편한 자세로 바꾸어 드려도 웅크린 채로 있었으며 때때로 흐느껴 울기도 하였다. 오후 5시 환자분이 창문으로 뛰어 내리려고 하는 것을 발견하여 억제대로 묶어두었다. 친구가 창문 밖에서 부르는 소리가 들린다하는 등 횡설수설하였다.

(2) 한약치료 : 舌苔薄膩·脈弦滑하며, 스트레스 사건으로 인한 思慮過度로 肝氣가 鬱하고 脾氣不昇하여 氣鬱生痰하여 정신의 이상증후(강경증, 환청 등)가 나타난 것으로 보고 痰氣鬱結型 癲證으로 판단하여 淸心溫膽湯을 투여하였다.

(3) 양약치료 : 입원전 3일간 식욕부진으로 음식섭취가 불량하다고 판단하여 10% 포도당 1000ml와 삐콤헥사 2ml, 2M NaCl 30ml, 2M KCl 15ml를 혼합하여 정맥주사 하였다. 오후 5시 무렵 환자가 병원 창문을 통해 뛰어내리려고 시도하여 본원 가정의학과의 협조 하에 보호자의 동의를 얻어 Valium 10mg을 정맥주사하였다.

2) 입원 2일

(1) 증상 : 右手와 양하지의 억제대를 풀어드렸다. 식사는 국만 조금 드신 후 엎드려 웅크린 자세를 장시간(5시간) 유지하였다. 오후에 다면적 인성검사를 시행하였다(Fig. 1.). 8시간에 걸쳐 완성하였으나 종결 후에도 설문지를 계속해서 읽고 수정하기를 반복하였으며 설문지를 수거하자 침상을 주먹으로 치며 엎드려서 흐느끼며 울었다. 질문에 대하여서는 여전히 반응을 보이지 않았다.

(2) 한약치료 : 淸心溫膽湯을 계속 투여하였다.

(3) 정신치료 : 환자가 질문에 대한 뚜렷한 반응을 보이지 않아 보호자(부인)를 통해 환자의 정신과적 개인력 조사 실시를 실시하였다.

(4) 양약치료 : 수액을 계속해서 투여하였다. 그리고 아티반정1mg 1T를 취침 전 투여하였다.

3) 입원 3일

(1) 증상 : 左手만 억제대로 고정한 채로 누워서 천장을 바라보고 있었다. 활동량이 극히 적었으며 때때로 한숨을 쉬기도 하였다. 식사를 하기 시작하였으나 점심, 저녁만 1/3공기 가량 섭취하였다.

(2) 한약치료 : 淸心溫膽湯을 계속 투여하였다.

(3) 정신치료 : 전날 보호자로부터 파악한 정보를 바탕으로 환자 본인에게 정신과적 개인력 조사 실시를 실시하였다. 질문에 힘없는 목소리로 간간이 의사를 표현하였다.

(4) 양약치료 : 수액을 계속해서 투여하였다. 그리고 아티반정1mg 1T를 취침 전 투여하였다.

4) 입원 4일

(1) 증상 : 환청이 더 이상 들리지 않았으며, 위험한 행동을 하지 않겠다는 환자의 다짐을 받은 후 억제대를 제거하였다. 식사는 밥을 1/3공기 가량 섭취하였다. 환자가 먼저 본인의 심경을 토로하였는데 여전히 징계에 대한 수위를 지나치게 높게 생각하고 있었다. 병실보행, 계단오르내리기 등의 운동을 하였다. 오후에 직장 동료들의 병문안 이후에 환자의 상태가 다소 호전되었다.

(2) 한약치료 : 舌苔薄白·脈弦滑하며, 精神抑鬱, 情緖不寧하여 생긴 痰氣鬱結증상(불안초조, 不思飮食 등)을 해소하기 위해 理氣解鬱, 化痰開竅 하는 芎梔化痰煎을 투여하였다.

(3) 정신치료 : 지언고론요법을 시행하였다. 대화를 통해 환자는 본인의 과실로 인해 직장 동료들이 모두 파면될 것이라고 지나치게 과장된 생각을 하고 있으므로, 징계수위에 대한 환자의 생각이 잘못되었음을 상기시켜 주었다. 감사가 무사히 지나갈 경우와 감사 후에 가벼운 징계가 있는 경우, 두 가지로 나누어서 시행하였는데, 징계를 가정을 하는 것만으로도 환자는 자책하며 괴로워하였다. 이완요법(자율훈련법)을 시행하였다. 주치의가 환자에게 자율훈련법 원고[10]를 읽어주는 방식으로 진행하였다.

(4) 양약치료 : 식사를 본격적으로 하기 시작하여 수액요법을 중단하였다. 아티반정1mg 1T를 취침 전 투여하였다.

5) 입원 5일

(1) 증상 : 수면 시간 8시간 정도로 증가하였다. 오후에 교감선생님과 동료 직원분들의 방문 이후에 병실보행, 계단오르내리기 등의 운동을 하였다. 불안, 초조한 증상은 크게 감소되었다.

(2) 한약치료 : 芎梔化痰煎을 계속 투여하였다.

(3) 정신치료 : 교감선생님의 병문안을 통해 감사가 무사히 끝났음을 환자가 인식한 상태에서 지언고론요법과 이완요법을 시행하였다.

(4) 양약치료 : 아티반정1mg 1T를 취침 전 투여하였다.

6) 입원 6일(퇴원일)

(1) 증상 : 식사량 1/2공기 정도 섭취하였으며 식욕 또한 양호하였다. 강경증, 환청은 없었으며 불안초조 증상은 감소된 상태를 유지하였다. 일상적인 대화 가능한 상태로 호전된 상태로 퇴원하셨다.

(2) 한약치료 : 불면과 강경증이 소실되는 등, 신체 및 정신 증상이 거의 호전되어 痰氣鬱結로 인한 증상은 거의 소실되었다고 판단하였다. 補心血, 養心安神 補血安神湯을 투여하였다.

7) 퇴원 1주일 후(외래 치료)

(1) 증상 : 식욕 및 소화 양호하였다. 직장 및 가정에서 생활하는데 무리가 없었으며 강경증, 환청 등의 증상 재발이 없었다. 불안초조 증상은 크게 감소되어 불편함을 느끼지 못하는 상태를 유지하였다.

Table 1. the Change of Herbal Medication

치료일	처방명	처방내용
입원 1일~3일	淸心溫膽湯	香附子(童便炒) 10g, 橘紅, 半夏 各 6g, 白茯苓, 白朮, 枳實, 靑竹茹 各 4g, 黃芩(酒炒), 甘草 各 2g , 生薑 3片, 大棗 2枚
입원 4일~5일	芎梔化痰煎	香附子(童便炒) 10g, 陳皮 6g, 蒼朮, 半夏(薑制), 赤茯苓, 川芎(去油), 連翹, 神麴(炒), 枳殼 各 4g, 梔子(炒), 木香 各 2g, 生薑 3片
입원 6일(퇴원일)	補血安神湯	山藥, 當歸 各 8g, 龍眼肉, 蘿蔔子 各 6g, 白芍藥, 乾地黃, 麥門冬, 白茯神, 酸棗仁, 神麴, 麥芽 各 4g, 遠志, 川芎, 黃芩, 五味子, 甘草, 甘菊 各 2g

Table 2. the Change of Treatments and Symptoms

치료일	증상 변화					처방	정신요법
	불안초조 / 우울	불면	강경증	망상 / 환각	식사		
입원 1일	+++	不得眠	+++	+++	별무	淸心溫膽湯	-
입원 2일	+++	14시간 취침	+++	++	국물만 드심	淸心溫膽湯	정신과적 개인력조사
입원 3일	++	4시간 취침	+	+	밥 1/3공기	淸心溫膽湯	정신과적 개인력조사
입원 4일	++	4시간 취침	-	-	밥 1/3공기	淸心溫膽湯 芎梔化痰煎	지언고론요법, 이완요법
입원 5일	+	8시간 취침	-	-	밥 1/2공기	芎梔化痰煎	지언고론요법, 이완요법
입원 6일(퇴원일)	+	8시간 취침	-	-	밥 1/2공기	補血安神湯	지언고론요법, 이완요법

Ⅲ. 考 察

한의학에서는 전증(癲證)을 정신이상이 생긴 병증의 하나로 痰氣가 몰리거나 心血不足으로 인해 야기된다고 하였다. 우울하고 외적 자극에 대한 반응이 둔하며 웃거나 울기도 하고 때때로 노래를 부르거나 혼자 중얼거리기도 하며 망상이나 환각이 나타나 앞뒤가 맞지 않는 말을 하거나 큰소리로 외치며 물불을 가리지 못하기도 하며, 심지어는 더러운 것과 깨끗한 것을 분간하지 못하고 불안해하며 밥 먹을 생각을 하지 않는다고 하였다[11].

癲證은 『黃帝內經』[12]에서도 찾을 수 있는데, 癲證에 대한 설명에서 癎證의 증상이 혼재되어 있는 것으로 보아 癲證과 癎證을 동일한 질병으로 간주한 것으로 보인다. 이후 癲證과 癎證은 宋代 『濟生方』[13]에 이르러 뚜렷이 나타나고 있으나, 張[14]과 巢[15]는 癲證과 癎證은 본질적으로 같다는 고전적인 견해를 나타내기도 하였다. 『難經』二十難[11]에서 "重陽者狂 重陰者癲"라고 한 것을 비롯하여 많은 의서들은 공통적으로 보다 陽的이고 통제불능의 행동증상을 보이는 것은 狂證으로 분류하고 있으며, 보다 陰的이고 정서적으로 침체되어 있거나 행동증상이 두드러지지 않은 것은 癲證으로 분류하고 있다. 癲과 狂은 후대로 내려오면서 개념이 확실해지면서 분리되었음을 볼 수 있다.

병리적인 관계에 대해서는 『素問·奇病論』[12]에서는 "帝曰 人生而有病癲疾者, 病名曰何? 安所得之? 岐伯曰: 病名爲胎病. 此得之在母腹中時, 其母有所大驚, 氣上而不下, 精氣幷居, 故令子發爲癲疾也"라 하여 胎病이 癲證을 유발할 수 있음을 기술하였고, 『醫學入門』[16]의 "癲狂痰火閉心堂, 諸緣喜怒太無

常”에서는 七情의 자극이 있으면 담을 생성하고 또 痰은 경락을 壅閉시키거나 心竅를 혼란시켜 정신기능의 실조를 유발한다고 설명하고 있다. 또한 『醫學正傳』[17]에서는 “大抵狂爲痰火實盛, 癲爲心血不足, 多爲求望高遠不得志者有之”라 하여 癲과 狂을 구별하고 있으며, 心血不足으로 정신활동의 물질적 토대인 혈이 부족할 경우 역시 정신기능의 장애를 유발할 수 있다고 하였다. 『石室秘錄』[18]에서는 “癲病之生也, 多生於脾胃之虛寒; 脾胃虛寒, 所食水穀不變精而變痰, 痰凝胸膈之間, 不得化流於心而癲證生矣, 苟徒治痰而不補氣”라 하여 癲病의 발생을 脾胃의 虛寒으로 설명하고 있다. 脾胃가 虛寒하면 먹은 음식이 영양분으로 체내에 흡수되지 못하고 痰으로 변하게 되는데, 痰은 흉격을 막게 되고 심장으로 정상적인 기운이 원활하게 흐르지 못하게 하여 癲證이 발생한다고 보았다. 따라서 癲證의 원인을 胎病, 痰과 七情, 心血不足, 脾胃의 虛寒으로 대별할 수 있다[2].

본 증례의 경우, 환자가 과실에 대한 징계 수위를 과대평가하여 불안·초조, 불면, 不思飮食, 强硬症 등의 증상이 발하였는데, 이는 思慮過度로 肝氣가 鬱하고 脾氣가 昇치 못하여 氣鬱生痰하고 神識을 저해하여 정신의 이상증후가 나타난 것으로 보고 痰氣의 鬱結[19]로 인한 증상으로 파악하였다. 또한 환자의 舌苔가 薄膩하고 脈이 弦滑하였으므로 七情傷으로 인한 痰氣鬱結型 癲證으로 변증하였다(Table 3.)[2].

Table 3. 癲證의 辨證論治

분류	痰氣鬱結	心脾虛損	氣虛痰鬱
증상	무표정, 흐린 눈빛, 동작의 이상, 말에 순서가 없거나 중얼거림, 환시·환청 혹은 가슴이 답답하여 화를 내거나 잠을 잘 자지 못함. 식사량 감소. 舌苔薄膩, 脈多弦滑	반응이 느리고 둔함, 정신이 흐림, 心悸易驚, 쉽게 피곤해 하고 사지가 무거움. 얼굴에 광채가 부족하고 식사량 감소, 舌質淡, 脈細弱	정신기능의 저하, 말수가 줄어들며 심하면 바보같이 보이기도 함, 환청·환시, 대변은 무르고 소변은 맑음, 面色萎黃, 舌質淡, 苔白膩, 脈滑或脈弱
치법	理氣解鬱, 化痰開竅	健脾養心, 益氣安神	益氣健脾, 化痰開竅
처방	分心氣飮, 順氣導痰湯, 四七湯	歸脾湯, 養心湯	香砂六君子湯

본 증례에서는 입원 초기 3일간의 수액요법을 제외하고 양방치료를 하지 않고, 한약, 침, 구, 부항, 한방정신치료 등의 한방치료를 중심으로 하였다. 하지만 예상치 못한 환자의 자살시도로 인해 valium 10mg을 정맥주사하였고, 아티반정1mg을 취침 전 경구투여하였다.

입원 초기(입원 1~3일)에는 우선 제반 증상이 心膽虛怯으로 七情痰火가 胸中에 壅結하여 발생한 것으로 보고 淸心溫膽湯을 투여하였고 불안초조, 강경증, 망상, 환각 등 제반증상의 감소를 보였다.

상기 한약치료 외에 鍼治療와 불안, 긴장 해소에 도움이 되는 Aroma(클라리세지, 베르가못, 일랑일랑)를 배부에 도포한 후 背兪穴 중심으로 1일 1회 수면전 건식부항을 실시하였다. 정신치료로는 입원 2일째까지 환자가 질문에 대한 반응을 보지지 않고 강경증 상태를 유지하고 있어 보호자(부인)를 통해 환자의 정신과적 개인력 조사를 하였고 입원 3일째 보호자로부터 얻은 정보를 바탕으로 환자 본인에게 정신과적 개인력 조사를 실시하였다. 본 증례

의 경우 환자가 자신의 과실이 있는 상태에서 외부 감사 일정이 예정되어 있어 극도로 스트레스를 받고 있었다.

단기정신병적장애는 부적절한 대응기제와 이차적 이득이 발병의 요인이 되는데 환자의 병전성격(소심하고 편집증적인 성향)이 유발인자가 되었다. 또한 환자는 환각(친구가 밖에서 부른다고 함), 망상(매우 경미한 잘못으로 징계가 없음을 인지시켰으나 환자는 파면이라는 극단적인 처벌을 염두해두고 있음), 현저하게 긴장된 행동(웅크린 자세로 엎드려서 6시간 이상 있으며 자세를 변경시키면 그 자세를 유지하는 강경증)이 있으며 감사라는 불안감의 구체적인 대상이 있었으므로 '현저한 스트레스가 있는 형' 으로 진단하였다. 또한 환자의 증상이 발병 후 일주일 이내에 회복을 보였으므로(DSM-IV에서는 1개월 이내, ICD-10의 급성 및 일과성 정신병적 장애는 1개월 또는 3개월 이내에 회복) 단기정신병적장애로 진단하였다[20].

'감사'라는 스트레스요인이 실제적인 죽음이나 죽음의 위협을 느끼게 한다고 보기는 어려워 외상후 스트레스장애 및 급성 스트레스장애를 배제하였다. 또한 불안과 관련된 신체증상(심계항진, 혈압상승, 빈맥, 동공확대 등의 자율신경항진증상)과 행동증상(과민하며 안절부절못함)이 없으므로 불안장애, 전적인 기분증상이 없다는 점에서 기분장애를 배제하였다. 환자가 급성 정신병적 양상을 보여 정확한 평가와 보호를 위하여 입원치료를 하였고 진정효과를 위해 benzodiazepine계 약물인 아티반정(Lorazepam)1mg을 HS로 1T 경구투여하였다.

입원 후기(입원 4~6일)에는 식사를 하기 시작하였으나 飮食不節로 인해 소화가 불량하였다. 이에 脫營, 氣鬱로 인한 不安, 不消食, 痞悶或 胸膈停痰 等證에 쓰이는 芎梔化痰煎을 투여하였다. 淸心溫膽湯과 비교하며 두 처방 모두 開鬱化痰하는 처방이나 환자의 식욕 및 소화력의 회복이 더디게 진행되어 消穀善飢하는 神麴과 燥濕健脾하는 蒼朮이 포함된 芎梔化痰煎으로 脾胃機能 회복을 도모하였다.

정신치료로는 지언고론 요법과 이완 요법을 시행하였는데, 지언고론요법은 한의학 정신치료로서 대화요법이라고도 한다. 환자에게 자신의 질병에 대해 이해하게 하여 이를 바탕으로 환자의 근심을 제거하고, 질병을 이기려는 마음을 증가시키며, 현실과 동떨어진 망상을 극복하게 하여 사회적응력을 향상시키고 병태 심리의 압력을 감소시키는 것이다[2]. 이완요법은 자율훈련법이라고도 하며 정신적 육체적으로 긴장상태에 있는 사람들에게 적용할 수 있는 일종의 자아조절 방법으로 주의집중과 자기암시의 방법을 거듭함으로써 전신을 이완시키고 이것을 통해 심신의 상태를 조정한다.[10] 이는 높은 각성의 교감신경적 반응을 낮은 각성의 부교감적 반응으로 바꾸는 치료적 기술이다. 이 환자의 경우 스트레스 상황(감사 후에 징계가 없을 것)에 대해 직장동료들이 여러 차례 설명해주었으나 환자 자신이 지나치게 부풀려 생각하고 있었으며, 병전성격 역시 스트레스에 대한 취약성을 보여주었다. 따라서 스트레스 사건의 소실(감사가 무사히 지나감)이 예후에 가장 중요한 영향을 주는 요인이 될 것으로 생각되었고 직장동료들의 병문안 후에 실제 감사가 무사히 지나갔음을 환자가 확인한 다음 증상은 빠르게 호전되었다. 이완요법을 통해 자율신경계의 균형 회복을 도모하였으며 지지적 정신치료를 통해 낮아진 자존감과 약화된 방어기제를 강화시키는데 초점을 두었다. 약물치료는 식욕부진, 불안, 초조에 대한 대증치료의 의미로 사용하여, 양호한 효과를 얻었다.

퇴원일에는 환자의 식욕과 소화력이 양호하게 회복되었으며, 환청이 들린다거나 한가지

자세를 오래 유지하고 있는 강경증이 소실되는 등, 신체 및 정신 증상이 거의 호전되었다. 따라서 痰氣鬱結로 인한 증상은 거의 소실되었다고 판단하여 補心血, 養心安神 하는 補血安神湯을 투여하였다. 퇴원 후 일주일 뒤에 OPD로 환자 본인이 방문하여 증상 점차 회복되어 직장생활 및 일상생활에 큰 지장없이 적응하고 있는 상태를 확인하여 치료를 종결하였다.

이 증례의 개선해야 할 점은 다면적 인성검사를 제외하고는 정신 증상을 평가하는 다른 척도를 시행하지 못한 점에 있다. 입원 당일 환자가 창문 밖으로 뛰어내리려고 하는 다급한 상황에서 환자를 안정시키기 위해 Valium 10mg을 주사하여 입원 첫날 한약을 1회만 투약한 것 외에 다른 치료를 하지 못했다. 또한 다면적인성검사의 우울증 지표가 높게 나왔음에도 BDI 등의 추가검사를 시행하지 않아 입원 전후의 환자의 감정변화에 대한 측정하지 못하였다. HRV 검사를 1회만 시행하여 치료 전후의 변화상을 비교하지 못하였다. 입원초기 환자와의 원활하지 못한 의사소통 관계로 정신치료가 정신과적 개인력 조사에 머물렀으며 지지요법과 이완요법 이외에 인지행동치료 등을 통해 스트레스에 대한 방어기제를 적극적으로 회복시키는데 미흡하였다. 따라서 바람직한 치료 방향은 환자의 정신 상태에 대해 여러 측정 방법을 주기적으로 시행하여 자세한 평가를 내리고, 그에 따라 다양한 정신치료가 필요한 것이라고 생각된다.

Ⅳ. 結 論

본 증례는 단기정신병적장애 환자를 痰氣鬱結型 癲證으로 진단, 한방치료를 시행하여 현저하게 증상이 호전된바 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 현저한 스트레스가 있는 형의 단기정신병적 장애 중 스트레스로 인한 식욕부진을 동반한 증상을 肝鬱脾虛로 인해 聚濕生痰하여 생기는 痰氣鬱結型 癲證으로 파악할 수 있다.
2. 痰氣鬱結型 癲證의 초기 극심한 심리적인 불안감이 있을 때 心膽虛怯으로 七情痰火가 胸中에 壅結하여 怔忡, 心悸, 惡嘔, 不寧한데 쓰는 淸心溫膽湯을 투여하여 증상이 호전되었다.
3. 痰氣鬱結型 癲證이 회복되는 과정에 脾胃機能의 회복을 도모하기 위해 脫營, 氣鬱로 인한 不安, 不消食, 痞悶하며, 或 胸膈停痰, 咽下梅核, 腹中動悸 等證에 쓰인 芎梔化痰煎 투여하여 증상 호전의 상당한 결과를 얻었다.
4. 단기정신병적장애의 경우 정신병적 증상으로 인해 환자나 가족이 당황해 하고 자존심에 심한 손상을 입을 수 있기 때문에 지지적인 정신치료가 도움이 되는데, 본 증례를 단기정신병적장애로 진단하여 한방정신요법인 지언고론요법을 시행한 결과 양호한 효과를 얻었다.
5. 환자의 정신 상태에 대해 여러 측정 방법을 시행하여 자세한 평가를 내리고, 그에 따라 다양한 정신치료를 시행하는 것이 바람직한 정신 치료법이며, 한의학 이론에 기반을 둔 정신평가도구의 개발이 필요하다.

參考文獻

1) 대한신경정신의학회 편. 신경정신의학. 2

판. 서울:중안문화사. 2005:444.
2) 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회 편. 초판. 한의신경정신의학. 파주:집문당. 2007:287,295,291,674,296.
3) 정석훈, 주연호, 고진경, 김창윤. 단기 정신병적 장애로 진단된 환자들의 임상적 특성. 精神病理學. 2003;12(1-2):41-49.
4) 김인재, 이상룡. 癲證에 關한 文獻的 考察. 대전대학교한의학연구소논문집. 1998;6(2): 705-714.
5) 김달호. 圖解校勘 舍巖道人鍼法. 초판. 부산:小康. 2003:65-66.
6) 전국한의과대학 침구·경혈학교실. 침구학(下) 1판. 서울:집문당. 2000:1186.
7) 이세희. 아로마테라피. 서울:홍익재. 1995:262-263.
8) 金永勳. 晴崗醫鑑. 5판. 서울:成輔社. 2001:237,248.
9) 동국대학교의료원. 한방병원처방집. 서울:홍익사. 2000:103.
10) 김종우. 한의학 정신요법. 서울:학지사 2006:147-148.
11) 傳統醫學硏究所 編. 東洋醫學大辭典. 서울:成輔社. 2000:1974, 1976.
12) 楊維傑 編. 黃帝內經譯解(靈樞). 서울:成輔社. 1980:240,243,346,361.
13) 嚴用和. 濟生方. 서울:麗江出版社. 1987:743-503.
14) 張介賓. 景岳全書. 서울:翰成社. 1978:609-610.
15) 巢元方. 諸病源候論. 台北:文光圖書有限公司. 1977:181-182.
16) 李梴. 國譯編註醫學入門. 서울:南山堂. 1996:481.
17) 虞摶. 醫學正傳. 서울:成輔社. 1986:267.
18) 陣士鐸. 國譯石室秘錄. 서울:書苑堂. 2000:197.
19) 柳熙英. 東醫精神科學. 서울:南山堂. 1992:43.
20) 이근후 譯. 정신장애의진단 및 통계편람 제4판. 서울:하나의학사 1995:404-405.