동의신경정신과 학회지 제22권 제2호(2011년 6월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2011;22(2):71-83

폐렴 치료 중 痿證을 동반한 섬망 발생 환자 치험1례

김수정, 김진이, 유춘길, 서주희, 김지나*, 성우용†

국립중앙의료원 한방신경정신과, 국립중앙의료원 침구과*, 부산대학교 한의학전문대학원 한방신경정신과교실†

A Case Report of The Delirium Accompained Wi syndrome(痿證) During The Treatment of Pneumonia

Soo-Jung Kim, Jin-Yi Kim, Chun-Gil Ryu, Joo-Hee Seo, Ji-Na Kim*, Woo-Yong Sung†

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, National Medical Center, Seoul, Korea
Dept. of Oriental Acupucture and Moxibustion, National Medical Center, Seoul, Korea*
Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Pusan National University School of Korea Medicine†

Abstract

Delirium is an acute syndrome of disorientaion caused by dysfunction of brain and has many various symptoms. The characteristic symptoms of delirium are conscious disturbance with disorientation, dysarthria and emotional disturbance. We experienced 84-year-old man who had Wi syndrome(痿證) as well as delirium during the treatment of pneumonia, and whose condition was improved through Oriental medical treatment. The patient was diagnosed as Yangmyeong Disease(陽明病) that was caused by heat in the stomach and stool in the colon, and was treated with *Daeseungki-tang* (*Dachengqi-tang*, 大承氣湯). We were able to improve the delirium caused by high fever infection through Oriental medical treatment.

Key Words :
Delirium, Wi syndrome, Pneumonia, *Daeseunggi-tang*(*Dachengqi-tang*)

투고 : 2011. 05. 04. 수정 : 2011. 06. 08. 채택 : 2011. 06. 13.
교신저자 : 김수정, 서울시 중구 을지로6가 18-79번지 국립중앙의료원 한방진료부
Tel) 02-2260-7454, Fax) 02-2260-7464, E-mail) laglace@hanmail.net

Ⅰ. 서 론

섬망은 정신상태의 급성 또는 아급성 변화로서, 노인에서 흔하며 과거에는 급성 착란상태, 급성 뇌증후군, 대사성 뇌병증 등으로 명명되었다. 정신장애의 진단 및 통계편람 제 4판(DSM-Ⅳ)에 의하면, 섬망은 여러 가지 원인으로 인한 뇌의 일시적인 장애로서 주요한 특징은 인지장애, 주의 장애, 단기간에 걸쳐 발생하는 증상과 증후, 정상적인 수면-각성주기의 장애, 비정상적 정신운동행동, 기초 질환 치료 후 정신기능의 호전 등을 들 수 있다[1].

섬망의 원인으로는 저산소증, 전해질 불균형, 패혈증 등이 가장 확실한 원인으로 알려졌다. 그 외의 가능한 원인으로는 불면을 동반한 수면박탈, 뇌부종, 뇌파의 변화, 마약성 진통제, 진정제의 사용, 고령, 남성, 인지기능저하, 음주력, 정신과적 병력, 청력 및 시각저하 등이 병인으로 생각되어 왔다. 종종 치료가능 한 질환을 가진 환자에서 섬망의 발생은 예후를 나쁘게 하기 때문에 초기에 발견되어 치료되어야 한다. 또한 섬망 환자를 치매로 오진함으로써 심각하고 치료가능한 질환의 진단을 지연시킬 수도 있다[2].

한의학적으로는 譫妄의 '譫'은 多言하는 것이고, '妄'은 허망한 것을 뜻하며, 헛되이 보고 듣고 두서없이 말하는 것을 말한다[3]. 이는 譫語와 유사하다고 볼 수 있는데, 譫語는 亂語 하여 次序를 분석하지 못하는 것을 말하는 것으로, 역대 문헌에서 譫語는 譫妄, 譫言, 妄語, 謬語, 睡語등으로 표현되어왔으며, 『傷寒論 變陽明病脈證幷治』에서는 譫語는 주로 陽明實熱이나 溫邪가 營血에 침입하여 神明을 錯亂시켜 發生하는 實의 개념으로 보았다[4].

한편, 痿證은 筋脈이 이완되어 수족이 痿軟無力한 것을 말하며, 하지의 수의 운동 및 보행장애가 많이 나타나므로 '痿躄'이라고도 한다. 원인은 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡 등이며, 五臟의 병리 상태에 따라 筋痿, 脈痿, 肉痿, 皮痿, 骨痿의 五痿로 나눈다[5]. 서양의학적으로 위증은 주로 감각장애 및 근육위축을 동반하거나 동반하지 않는 대마비(paraplegia), 혹은 사지마비(tetraplegia)로 볼 수 있으며, 크게 척수질환, 말초신경병증(다발성신경병증), 근육질환, 신경-근 접합부 질환 등으로 구분할 수 있고, 많은 질환들이 포함될 수 있으나 대표적으로 다발하는 질환으로는 경추척추증, Gillian-Barre syndrome, 중증근무력증 등이 이에 속한다[6].

한방에서 譫妄 또는 譫語에 대한 증례보고로는 환각에 대한 약물치료 중 발생한 례[7], 급성장염 후 煩燥와 譫妄을 동반한 례[8], 약물중독, 치매, 뇌졸중, 패혈증 등의 기저질환을 가진 환자에게서 발생한 례[9], 기타 두부 외상으로 인한 섬망[10][11]등이 보고되었으나, 폐렴과 같은 熱性病으로 인해 발생한 섬망에 대한 보고는 없었으며, 박[12] 등이 보고한 熱秘환자에서 발생한 섬망과 증상이 유사했으나 譫妄과 함께 痿證을 동반한 증례는 없었다.

이에 저자는 폐렴 치료를 받던 중 갑작스럽게 譫妄과 痿證이 발생하여 양방 검사 및 약물치료를 받았으나 별다른 호전 없던 환자를 陽明府證으로 변증하고 大承氣湯을 투여한 결과 양호한 효과를 거두었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 환자 기본 정보 및 입원기간

김○○ (M / 84)

2. 주소증

1) 意識障碍 및 言語障碍
2) 指南力低下
3) 四肢無力感

3. 발병일

20○○년 ○월 (내원5일전)

4. 과거력

1) 고혈압

198○년 (내원 30년 전) 진단받음. 혈압강하제 복용중.

2) 천식

200○년 (내원 3년 전) 진단받음. 기관지 확장제 및 스테로이드제제 복용중.

3) 뇌경색

200○년 (내원 3년 전) Multiple lacunar inf. both PVWM & BG(old inf.) 진단받음. 기억력 저하 외에 기타 본인 자각 증상 없었음.

4) 폐렴

200○년 (내원 15일전)

5. 가족력

父 - 뇌경색 死

6. 현병력

상기 환자 비만한 체형 급한 성격의 84세 남 환으로, 3년 전부터 제초작업 하며 천식 발생하여 지속적 p.o.med 하던 중, 200○년 ○월 말(내원 15일 전)부터 발열 및 흉통 발생하여 본원 호흡기내과에 입원 하여 pneumonia 진단받음. 항생제 치료 받고 발열 및 기침 등의 폐렴 증상 호전되던 중 200○년 ○월 초 (내원 5일전) 저녁 갑자기 심하게 기침 발현 하였으며, 다음날 아침 소리를 지르고 두서없이 말하며 발음이 어눌해지고, 무기력 호소하며 기립 및 좌위 불가상태 보임. 본원 신경과로 전과하여 MRI 및 CT 촬영 시행하였으나 특이 소견 발견되지 않았으며, 섬망 진단 후 신경안정제 및 항우울제 Medication 투여하며 F/U 하였으나 별무 호전. 200○년 ○월 ○일 환자 및 보호자 한방치료 원하여 본원 한방신경정신과에 입원함.

7. 진단명

譫妄 (陽明腑症)

8. 치료기간

200○년 ○월 ○일 - 200○년 ○월 ○일 (6일간)

9. 초진소견

1) 주요증상

(1) 意識障碍 및 言語障碍

Mental drowsy 상태였으며, Glascow Coma Scale(이하 GCS)에서 눈뜨기 2점, 언어반응 4점, 운동반응 6점으로 측정되어 중등도의 뇌 장애를 반영하였다. 하루 중 대부분의 시간을 눈을 감고 자는 상태로 있으며 말을 걸면 바로 깨서 대답하지만, 대답의 내용은 일관성이 떨어지고 이치에 맞지 않거나 두서없는 말을 하였다. 또한 대화가 1분 이상 지속될 경우 소리를 지르거나 알아들을 수 없는 말을 중얼거려 긴 대화는 불가능 한 상태였다. 구음장애도 동반되어 단답형의

대답은 명료하게 가능하나, 대화가 약간만 길어져도 발음 어둔하고 웅얼거려 대화가 원활하지 못하였다.

(2) 指南力低下

입원 당시 한국판간이정신상태검사(Korean version of Mini-mental state exam : 이하 K-MMSE)를 시행하여 총점 30점 중 11점으로 측정되었다. 특히 시간지남력이 5점 중 1점, 공간지남력이 5점 중 1점으로 지남력이 거의 상실되어 있었다. 기억력 및 인지력 역시 저하되어 지시나 명령을 수행하는 일에 어려움을 보였다. 그러나 사람에 대한 지남력은 유지되고 있는 상태였다.

(3) 四肢無力感

입원 당시 사지무력감을 호소하는 상태로, 숟가락질 시에 힘을 주지 못해 헛손질을 하는 경향을 보였고, 혼자서 기립 및 보행이 불가능하였다. 특히 오후에는 상태가 더욱 악화되어 좌위유지 조차 힘들어하는 경향을 보이고 있었다. 도수근력검사(Manual Muscl test:이하 MMT) 결과 Gr(4/4/3+/3+) 로 측정되었다. 감각은 정상이었으며, 통증과 근육의 위축은 없었다.

2) 부수증상

(1) 변비

평소에는 1회/1~2일 의 양호한 상태를 유지하고 있었으나, 호흡기내과 입원하여 폐렴 치료 2주 동안 약 5일 간격으로 총 3번밖에 대변을 보지 못하였다. 마지막 대변 날짜는 입원 전일로, 관장을 하여 대변을 본 상태였다. 하지만 환자 본인이 변비에 대한 불편감이나 후중감은 호소하지 않았다.

(2) 두통

간헐적으로 오후가 되면 두부로 열이 오르는 느낌과 함께 두부의 전체적인 두통을 호소하였다. 두통발생 시 혈압이나 체온은 안정 상태를 유지하고 있었다.

10. 정신과적 개인력조사

3년 전 건망증이 심해져 타 병원 검사 결과 Multiple lacunar inf. both PVWM & BG이 발생했었다는 소견 받음. 그러나 그 뒤로 건망증이 진행되거나 관련된 다른 증상 나타지 않아 별다른 치료 하지 않았다.

최근 발생 한 폐렴 치료 도중(호흡기내과 입원치료 10일째) 갑자기 발생한 섬망 증상으로 인해 데파스정 0.5mg 1T bid(수면진정제 및 신경안정제), 트리티코정 35mg 1T bid(기타항우울제) 복용 중이나 복용 5일째(본과 입원 당일)까지도 큰 차도 없는 상태였다.

11. 검사소견

1) 생체징후

혈압 114/90 mmHg, 맥박 76회/min, 체온 36.4℃

2) 혈액검사, 뇨검사(본원 신경과 검사소견)

혈액, 소변, 호르몬 검사(TSH, T3, free T4)등을 시행하였으나 상기 증상과 관련된 소견 보이지 않음.

3) 각성뇌파(본원 신경과 검사소견)

Mild abnormal Dysrhythmia II : theta, general

4) Brain MRI 및 CT(본원 신경과 검사소견)

3년 전 진단받은 Multiple lacunar inf. both PVWM & BG(old inf.) 외에는 특이소견 발견되지 않음.

5) 근전도 검사(본원 신경과 검사소견)

검사 상 별무이상.

12. 望聞問切

1) 望診

비만한 체형, 面赤, 舌絳, 舌根部 黃苔

2) 聞診

대화 시작 할 때에는 목소리가 크고 발음이 뚜렷하나, 말을 할수록 음성이 작아지고 말투가 어눌해져 나중에는 알아들을 수 없을 만큼 웅얼거림.

3) 問診

暴怒, 譫語, 指南力低下, 倦怠嗜臥, 四肢無力, 口渴, 喜冷, 大便秘結

4) 切診

脈滑數, 腹部 膨滿有力

13. 韓醫學的 變證

陽明府證

14. 치료사항

1) 침치료

동방침구제작소의 0.25mm× 30mm 호침을 사용하였다. 百會, 人中, 合谷, 足三里, 曲池, 天樞, 條口, 陽陵泉과 舍巖鍼法의 大腸勝格을 기본으로 1일 1회 실시하였다.

2) 부항치료

背俞穴 중심으로 1일 1회 乾式附缸을 실시하였다.

3) 한약치료(Table Ⅰ.)

(1) 입원1일~입원3일 : 調胃承氣湯 과립제

(2) 입원3일~입원6일 : 大承氣湯

(3) 두통 발생 시 淸上蠲痛湯 과립제를 추가적으로 투여하였다.

Table Ⅰ. Herbal Medication

Period	Herbal Medication	Composition of Herbal Medication
Adm 1st-3rd	한국신약 調胃承氣湯(Ex)	大黃엑스산 3.64g 芒硝 5.33g 甘草엑스산 0.73g
Adm 3rd-6th	大承氣湯	厚朴 16g 芒硝 12g 枳實 10g 大黃 8g

15. 증상변화 평가방법

한국간이정신상태검사(Korean version of Mini-mental state exam : 이하 K-MMSE)

지남력 10점(시간, 공간 각 5점), 기억등록 및 회상 6점, 주의집중 및 계산 5점, 언어 및 시공간구성 9점, 총 30점을 만점으로 하는 간단한 선별 검사로 20점 미만일 경우 명백한 장애를 시사한다. 환자의 시간에 따른 변화양상을 추적할 수 있는 실용적 검사법으로, 섬망의 호전도 평가를 위해 한국판간이정신상태검사를 이용하였다.

16. 임상경과 및 치료

1) 입원1일

(1) 증상

오후 3시경 보호자의 요청으로 호흡기내과에서 본과로 전과하여 입원. 입원 당시 하루의 대

부분을 자고 있는 상태였으며 깨우면 눈을 뜨고 대답하였으나 알아들을 수 없는 말을 하였고, 혼자서 작게 웅얼거리다가 5분 이내에 다시 잠들기를 반복하였다. 시간 및 장소를 물었을 때 한참을 생각한 뒤 모르겠다고 대답하였고 이어서 한 K-MMSE 검사에서는 30점 중 11점(지남력 2점, 기억력3점, 주의력 1점, 언어 및 시공간 구성 5점)으로 측정되었다. 또한 자신이 현재 30대라고 답하였고 현재 병원에 갇혀있다고 생각하면서, 회사 일을 처리하러 가야 한다고 갑자기 일어나려 하는 등 뚜렷한 섬망 증상을 보였다.

사지의 무력이 동반되어 MMT 검사 시 양 상지는 Gr4, 양 하지는 Gr 3+ 상태였다. 숟가락질 등의 동작은 가능하나 어눌한 상태였고, 사지에 힘을 주지 못하였다. 혼자 일어나 앉거나 좌위를 유지하기도 힘들어하며 대부분의 시간을 침상에 누워있는 채로 보냈다. 이러한 증상은 오후에 특히 심하였고, 아침이나 밤에는 호전되어 와위에서 좌위로의 변경 및 좌위 상태 유지는 가능한 日中 변화양상을 보였다. 보호자의 부축 하에 작은 보폭으로 천천히 10m 정도 보행은 가능 하였으나 본인이 심하게 보행에 대한 불안감 및 무력감을 호소하는 상태였다.

폐렴 발생 후부터 약 2주간 변비가 지속되었고 변비약 복용 중임에도 불구하고 대변을 보지 못하여 관장을 5일에 1번 가량 하고 있었다. 입원 전일 관장을 하였으나 여전히 복부 팽만감이 존재하였고, 복압도 높아 복진 시 하복부의 통증을 호소하였다.

(2) 한약치료

섬망 증상이 갑작스럽게 발생했다는 점과, 사지무력 증상이 낮에 더 심해진다는 점, 大便秘結이 심한 상태인 점등을 미루어 보아 폐렴으로 인해 裏熱이 발생하여 진액이 소모되고 陽明府證으로 진행한 것이라 변증하였다. 實熱을 瀉하고 通大便 시킬 목적이었으나, 당시 주말 입원한 상태로 월요일까지 전탕액 투여 불가하여 調胃承氣湯 과립제를 투여하였다.

(3) 양약치료

알베스코흡입제 80 1회 bid(기관지 천식 스테로이드제), 세레타이드250디스커스 1회 qd(기관지 천식 스테로이드제), 캬듀엣정 5-10mg 1T qd(기타 심혈관계 약물), 한미아스피린장용정 100mg 1T qd(항혈전혈소판응집억제제), 이소트릴지속정 60mg 0.5T qd(혈관확장제), 알레락정 5mg 0.5T bid(항히스타민 알러지약), 하이트린정 1mg 1T qd(혈압강하제), 헤미푸롤정 5mg 0.5T qd(베타차단제), 데파스정 0.5mg 1T bid(수면진정제 및 신경안정제), 트리티코정 35mg 1T bid(기타항우울제), 코푸시럽에스 20ml tid(진해거담제 기침감기약), 푸로스판시럽 7.5ml tid(진해거담제 기침감기약), 산화마그네슘 250mg 1T tid(변비약. 완하제), 실콘정 625mg 2T tid(변비약 완하제)을 복용중이었다.

2) 입원2일

(1) 증상

오전 회진 시 전일보다는 보다 명확한 발음으로 대답하나, 지남력에는 큰 차이가 없었다. 鍼치료 도중 갑자기 흥분하면서 "야!", "나가!" 등의 소리를 지르는 행동 약 2분가량 발생 후 다시 수면상태로 빠졌다. 일어난 후에도 대화를 시도하면 "골프를 치러 가야겠다.", "회사 문제는 잘 해결 되었냐?" 는 등 두서없는 말을 계속하였다. 오후 5시 경 두통 및 머리에 열이 오르는 느낌을 호소하여 手足陽明經 및 頭部 阿是穴에 刺鍼을 시행하였다. 사지무력감은 변화 없는 상태였으며, 야간에 硬便으로 1회 대변을 보았다.

(2) 한약치료

調胃承氣湯 과립제를 계속 투여하였다. 두통 발생 시 淸上蠲痛湯 과립제 1pack을 투약하였다.

(3) 양약치료

전일과 동일하게 복용하도록 하였다.

3) 입원3일

(1) 증상

소리를 지르거나 두서없는 말을 하는 등의 증상은 발현하지 않고 안정된 모습을 보였다. 그러나 여전히 지남력은 저하되어 있었으며, 의사표현 시 발음이 뚜렷하지 못하고 웅얼거리는 상태였다.

그 외의 흥분상태 및 두통은 발생하지 않았으며, 사지무력감은 특별한 차도가 없었다.

(2) 한약치료

전일 1차례 대변을 보았으나 여전히 복부가 팽만하였고 後重感을 호소하는 점을 고려하여, 보다 강한 瀉下力을 지닌 大承氣湯을 전탕액으로 투여하였다.

(3) 양약치료

전일과 동일하게 복용하도록 하였다.

4) 입원 5일

(1) 증상

大承氣湯 투여 이후 이틀간 普通便 1회, 軟便 1회의 대변보았으며, 복부 팽만감 및 후중감 감소되었다. 이후 섬망 증상 빠르게 호전되어 본인의 의사 천천히 완전한 문장으로 표현 가능해졌다. 발음 어둔함과 웅얼거림 50% 정도 감소하였고, 각성 시간 역시 10시간 이상으로 증가하였다. 시간지남력은 여전히 저하된 상태이나 공간지남력 호전 되어 '나라, 시, 무엇하는 곳'은 맞추었고 K-MMSE 재실시 결과 17점으로 측정되었다.

운동기능은 보호자 도움 하에 보행 가능한 정도로 회복 되었으나 여전히 무력감은 50%정도 남아있다고 호소하고 있는 상태였다. MMT 검사 상으로는 Gr 4/4/4/4/로 양 하지 근력이 보다 호전된 것을 관찰할 수 있었다.

(2) 한약치료

大承氣湯을 계속 투여하였다.

(3) 양약치료

데파스정 0.5mg 1T bid(수면진정제 및 신경안정제) 투여 중단, 트리티코정 35mg(기타항우울제) 0.5T bid로 감량하여 투여하였다.

5) 입원7일 (퇴원일)

(1) 증상

입원 6일째 大承氣湯 재 투여 후 설사 1회 다량 발현하였고 복부 팽만감과 후중감 모두 소실되어 한약 투여 중단하였다. 섬망 증상은 소실되었으며, 의식 명료한 상태 유지하였고 발음 및 표현력도 모두 정상상태 보였다. 시간지남력과 공간지남력 모두 양호한 상태 보여 K-MMSE 는 24점으로 측정되었다.

사지 무력감은 자각적으로 30% 정도 남아있음을 호소하였으나, 보호자 도움 없이 병동 5~6회 왕복 보행 가능하였으며, MMT 검사 시 GR 4+/4+/4+/4+로 근력 호전 상태 관찰되었다.

(2) 한약치료

증세 호전 상태 유지하여 한약은 더 이상 투여하지 않았다.

(3) 양약치료

트리티코정 35mg(기타항우울제) 투여 중단하였다.

Ⅲ. 고 찰

섬망은 단기간에 발생하는 의식장애와 인지변화를 나타내는 용어로 독립된 질병이 아니고 다양한 질병상태에서 나타나는 증후군이다. 섬망의 특징적 증상은 뇌조직 기능의 저하에 의한 의식의 장애 및 지남력, 기억력, 사고, 지각, 행동의 장애가 급격히 발생하여 변동하는 과정을 거치는 것이다[3].

섬망은 주로 정신운동장애에 따라 두 가지 형태로 구분하는데 과활동형 섬망(hyperactive delirium)은 과다각성, 초조, 이자극성, 산만함 등이 특징이고 지각 및 사고장애를 동반하는 경우가 많은 반면, 저활동형 섬망(hypoactive delirium)은 각성저하, 혼돈, 진정 등이 특징이고 환각, 망상, 착각은 많지 않다[13]. 노인의 경우 섬망에서도 인지기능이 전반적으로 황폐화되나 치매와의 차이점은 의식의 장애를 동반한다는 점이다[3]. 신경학적 증상이 동반되기도 하는데 여러 형태의 진전을 흔히 볼 수 있으며, 자율신경계 증상들도 흔히 나타난다. 신경학적으로 dysphasia, constructional aphasia, 진전, myoclonus 등 증세가 있을 수 있다. 뇌파 이상(대개 서파출현)이 흔히 발견된다[14].

섬망의 발생빈도는 일반적으로 종합병원에 입원한 환자의 15~20%가 섬망을 경험하는데, 노인, 심장 수술환자, 화상환자, 인지 기능의 장애를 동반한 환자 등에서 유병률이 더욱 높으며 섬망을 경험하는 환자들이 그렇지 않은 환자들에 비해 사망률이 높고 재원기간도 연장시키는 것으로 보고되고 있다. 특히 노인에 많고, 치매와 임상양상이 비슷해 노인 섬망 환자의 진단율이 24%에 불과하고, 섬망의 유병율이나 발생율에 대한 보고가 연구자에 따라 많은 차이를 보이고 있는 실정이다[2].

섬망의 진단은 국제질병분류 표준인 DSM-Ⅳ와 ICD-10에 규정되어있다. DSM-Ⅳ에서는 섬망의 진단기준으로 주의 집중 및 유지의 장애, 주의 전환의 장애가 의식 전반의 장애와 더불어 있어야 하고 기억력 장애나 지남력 장애와 언어장애 등 인지기능의 이상과 지각장애가 있어야 한다고 정의 하였다[15]. ICD-10에서는 덧붙여 정신 운동성 장애로 과잉각성이나 과소각성 상태에 있거나 이들의 변환이 예기치 못하게 있고 수면 각성주기의 장애와 감정적 장해를 규정하면서 임상양상(급속한 발병, 주야간 변동 있는 경과, 섬망 지속기간 6개월 이내)를 규정하였다[2].

또한 DSM-Ⅳ에서는 섬망의 주요 원인으로 감염, 물질 금단, 급성 대사성 장애, 외상, 중추 신경계 병변, 저산소증, 비타민 결핍증, 내분비계 장애, 급성 혈관성 뇌증, 독성 물질 및 약물 중독, 중금속 중독 등을 제시하고 있다[1].

치료는 섬망의 원인을 찾아내고 직접적인 내과적·외과적 원인에 대한 처치가 우선이다. 그 외 안전한 환경을 유지하여 사고를 예방하고 외부로부터 적절한 자극을 주어 지나친 자극으로 과민하게 되는 것과 감각박탈을 예방한다. 망상이나 환각으로 인한 불안을 해소시키고 불규칙적인 수면-각성 주기를 정상화시키기 위하여 약물치료가 필요하다. 약물로는 소량의 haloperidol이나 benzodiazepine 등을 사용한다[3].

한의학적으로는 譫語의 神志不淸하고 意識譫妄時에 胡言亂語 聲高有力의 특징이 譫妄과 비교하여 매우 유사하다. 譫語의 서양의학적인 개념에 대하여 何[16]는 "譫語는 實證性 高熱이 중추신경계통에 영향을 주는 상태에서 발생하는

것으로 급성감염성 정신장애에서 표현되는 譫妄(Delirium) 상태이다." 라고 하였다.

譫語는 역대문헌에서 譫語는 譫妄, 妄言, 妄語, 譫言, 妄語, 謬語, 睡語, 滅語등으로 표현되어 왔으며, 『東醫寶鑑 內景 言語』에서는 "譫語者, 口出無倫 邪氣勝也."라 하였고, 內經에는 譫語란 표현은 없으나 『素問. 陽明脈解篇』에 "帝曰 其妄言罵詈不避親疎而歌者..." 『素問. 厥論』에서"...腹滿不得臥 面赤而熱 妄見而妄言"라 하여 설명하였다[4].

譫語의 원인으로는 『傷寒論 變陽明病脈證幷治』[17]에서는 譫語는 주로 陽明實熱이나 溫邪가 營血에 침입하여 神明을 錯亂시켜 發生하는 實의 개념으로 보았다. 『景岳全書』[18]에서는 "有燥糞在胃而然煮. 有瘀血在臟而然煮, 宥火盛熱極而然煮, 有腹脹便秘口瘡咽爛而然煮"라 하였고, "譫語는 狂妄之言이고 實이니 實은 邪實인 것이다."라 하였다. 朱肱은 『活人書』[19]에서 傷寒不應發汗 卽譫語, 三陽合病 譫語煮, 胃實 譫語煮, 發汗多 譫語煮, 亡陽 譫語煮, 宥下利 譫語煮, 有婦人 熱入血室 譫語煮"로 원인별로 분류하였다. 또한『東洋醫學診療要鑑』[20] 에서는 "譫語의 원인은 대개 胃熱이 心에 편승된 소치이다. 肺의 邪氣가 入心하여도 譫語 妄言하는 수가 있는데, 風邪의 邪가 皮膚를 통하여 肺中에 흡입되어 心에 전입하면 譫語하게 되는 것이다."라 하였다.

譫語의 치료는 『景岳全書』[19]에서는 "察其果實卽當以三承氣惑 白虎湯 凉膈散之類治之."라 하였으며, 『活人書』[20]에서는 원인에 따라 證治를 살폈는데, "傷寒 不應發汗엔 調胃承氣湯이, 三陽合病 에는 白虎湯이, 胃實에는 調胃承氣湯이나 大承氣湯이 마땅하며, 發汗過多로 亡陽한 경우에는 柴胡桂枝湯, 下利에는 調胃承氣湯이나 小承氣湯이, 婦人의 熱入血室에는 小柴胡湯, 抵當湯을 복용하는 것이 합당하다."라고 하였다.

한편, 痿證은 筋脈이 이완되어 수족이 痿軟無力한 것을 말하며, 하지의 수의 운동 및 보행장애가 많이 나타나므로 '痿躄'이라고도 한다. 원인은 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡 등이며, 五臟의 병리 상태에 따라 筋痿, 脈痿, 肉痿, 皮痿, 骨痿의 五痿로 나눈다[5]. 痿證은 『黃帝內經·痿論』에 상세하게 기재되어 있는데, 비록 원인은 외부상황으로부터 올 수 있다고 하더라도 실질적으로 痿證을 일으키는 것은 肺, 心, 脾, 肝, 腎의 五臟이 원인이 되어 발생하는 五臟氣의 熱 때문으로 설명하고 있다. 이는 熱로 인한 津液 손상이 痿證의 주된 病機임을 말해주며 진단 및 치료도 五臟變證 방법을 사용해야 함을 말하였다. 또한 宗筋이 약해지면서 우리몸 전체의 筋과 肌肉이 약해지며 痿證을 일으킨다고 보아 水穀之海인 陽明을 중시하였으며 '獨取陽明'을 강조하였다. 이는 후세에 많이 인용되어 補益先天과 淸火陽明濕熱의 의미로 해석되어 痿證治療의 大原則이 되고 있다[21].

서양 의학적으로 痿證은 주로 감각장애 및 근육위축을 동반하거나 동반하지 않는 대마비(paraplegia), 혹은 사지마비(tetraplegia)로 볼 수 있으며, 크게 척수질환, 말초신경병증(다발성신경병증), 근육질환, 신경-근 접합부 질환 등으로 구분할 수 있고, 많은 질환들이 포함될 수 있으나 대표적으로 다발하는 질환으로는 경추척추증, Gillian-Barre syndrome, 중증근무력증 등이 이에 속한다[5].

상기 환자는 평소 천식을 앓고 있었으며, 갑자기 고열과 흉통 발생하여 박테리아성 폐렴으로 진단 받은 뒤 2주간 본원 호흡기내과 입원하여 제3세대 cephalosporin계 항생제 주사 및 진해거담제 약물 등의 치료를 받았다. 이후 폐렴 증상 호전 되던 상태에서 갑작스럽게 認知障碍 및 言語障碍, 指南力障碍, 四肢無力이 발생하여

4일 간 여러 검사를 시행하였으나 정확한 병명을 진단받지 못하고, 신경안정제 및 항우울제를 투여 받았으나 효과가 없어 한방치료를 위해 본원에 입원하였다. 입원 당시 소리를 지르거나 자리를 박차는 등 흥분된 행동의 과활동성 섬망과 웅얼거리며 쉽게 잠드는 저활동성 섬망이 혼재된 양상을 보였다. 또한 K-MMSE 측정 결과 시간 공간 지남력이 10점 만점 중 2점으로 현저히 저하되어 있었고, 기억력 및 주의력도 모두 저하된 상태였다. 더불어 사지무력 증상이 동반되어 숟가락질을 하거나 침대에서 일어나기, 걷기 등을 어려워하였다.

Brain CT나 MRI 상 이상이 없었으므로 혈관성 치매 및 뇌의 기질적인 손상으로 인한 인지장애를 배제하였고, 상기 증상이 폐렴 치료 후 갑자기 발생하였다는 점에서 패혈증 또는 전해질 불균형으로 인한 섬망을 의심하였으나 혈액검사 상 특이소견은 발견되지 않았다. 또한 痿證이 동반되는 점을 미루어 상기도감염 및 위장관감염 등과 같은 바이러스 감염 후 10일~2주 사이에 갑작스럽게 발병하는 것으로 알려진 Gillian-Barre syndrome을 염두에 두었으나 이 질환이 팔다리의 운동 및 감각마비 증상이 대부분 다리부터 시작하여 위로 올라가는 상행성 진행을 보이는 데 비하여[22], 상기 환자의 경우 팔다리의 무기력이 함께 나타났으며 진행성이 아니라는 점에 차이가 있었고 감각신경은 손상되지 않은 상태였기에 진단에서 배제하였다. 또한 중증근무력증은 근육활동 시 근육 위약과 피로를 호소하다 안정 시 회복된다[23]는 특징을 지니는 점에서 진단 상 배제되었다.

이와 같이 섬망과 痿證에 대한 서양의학적 검사 상 특이소견이 보이지 않았으며, 痿證을 유발한 정확한 병명도 진단되지 않았다. 따라서 상기 환자가 보인 痿證을 저활동성 섬망에서 나타날 수 있는 각성저하에 의해 동반된 상세불명의 행동저하로 보았으며, 한의학적 관점에서 섬망과 痿證이 모두 신체 내부에 침입한 邪熱에 의해 발생할 수 있다는 점을 미루어보아 두 증상이 깊은 연관성이 있다고 판단하였다. 이에 근거하여 痿證을 섬망과 구분해서 치료하기보다, 邪熱의 침입으로 인한 病機과정 중 함께 나타난 것으로 보고 섬망의 韓醫學的 變證에 따라 치료를 시행하였다.

본원 한방신경정신과 입원 2주 전에 폐렴이 발생하여 그 후 발열과 변비가 지속되었고 변비약 복용 중임에도 불구하고 대변을 보지 못하여 관장을 5일에 1번 가량 하고 있었던 점, 관장 후에도 여전히 복부 팽만감이 존재하였고, 腹壓도 높아 腹診 시 下腹部의 통증을 호소한 점, 섬망의 증상이 소리를 지르거나 자리를 박차는 등의 흥분상태를 동반한다는 점, 四肢無力 증상이 낮에 보다 심하게 나타난다는 점 등의 환자의 제반 상태 및 폐렴의 급성고열질환을 겪고 난 후라는 점을 고려하여, 한의학적으로 入裏한 熱邪가 傷津하여 발생한 陽明病 중의 陽明府證으로 변증하였다.

<傷寒論 188조>에서는 "陽明之爲病 胃家實也."라 하여 陽明이라 함은 手陽明大腸과 足陽明胃를 포괄하고 胃家란 消化器인 胃腸系를 총칭하며, 病邪가 陽明에 들어가면 대부분 傷津하고 燥化하여 胃腸의 생리기능에 영향을 미쳐 병변이 발생한다고 하였다[23]. 또한 <傷寒論 219조> "夫實則譫語, 虛則鄭聲.", <傷寒論 221조>"陽明病 脈浮而緊 咽燥口苦 腹滿而喘 發熱汗出 不惡寒 反惡熱, 身重. 若發汗則躁 心憒憒反譫語." 등의 조문에서 熱이 내부로 들어가 譫語와 함께 발생하는 여러 가지 증상을 설명하고 있다[17].

陽明病은 經證과 腑證으로 구분되는데 經證은 無形의 邪熱이 內外에 가득 차 發熱 自汗 不惡

寒反惡熱 口渴心煩 脈洪大 하며, 腑證은 燥熱한 邪氣가 腸에 있던 粗粕과 서로 뭉쳐 燥屎가 되어 腸道를 막은 것으로 腹滿便秘 潮熱譫語 手足汗出 등의 증이 나타나는데[23], 상기 환자의 상태는 發熱 및 自汗 등의 陽明經證이 있은 후 陽明府證으로 전변된 상태에 부합하였다.

陽明病의 치법은 『活人書』[20] "裏證 內熱是也 內熱屬陽明 宜下." 『東醫寶鑑』[23] "大小調胃三承氣 必須脈浮 頭痛 惡風 惡寒 表證盡罷而 反發熱惡熱 譫語 不大便 方可用之[海藏]."와 같이 承氣湯類의 처방으로 마땅히 泄瀉시켜야 하기에, 전탕액을 쓸 수 없던 주말 입원기간 동안에는 調胃承氣湯 과립제를 투여하였다. 調胃承氣湯은 <傷寒論 29조> "...胃氣不和 譫語者 少與 調胃承氣湯..."과 <傷寒論 105조> "太陽病十三日過經 不解譫語 以有熱也 當以湯下之 若小便利者 大便當硬 ...若自下利者 脈當微厥 今反和者 此爲內實也 調胃承氣湯主之."에서 볼 수 있듯이 熱邪로 인해 亡津液되어 燥熱이 結實되고 胃氣가 不和하여 나타나는 증상을 치료하는 처방이다.[17] 본 방중에 大黃은 腸胃를 조화하고 芒硝는 泄熱潤燥하며 甘草는 緩急和中하여 大便燥堅하나 痞滿이 심하지 않고, 혹은 下後에 未盡한 者에 통용하는 처방이다[24].

調胃承氣湯 과립제 복용 2일째 硬便을 한차례 보았다. 복용 3일째는 의식상태 호전되어 소리를 지르거나 두서없는 말을 하는 등의 증상이 소실되어 안정된 모습을 보였다. 그러나 여전히 지남력은 저하되어 있었으며, 언어장애가 남아있었으며, 사지무력감은 특별한 차도가 없었다. 전일 대변을 보았으나 여전히 복부가 팽만하였고 後重感을 호소하는 점을 고려하여 좀 더 瀉下시킬 필요가 있다고 판단, <傷寒論 222조> "傷寒 若吐若下後 不解 不大便 五六日 上至十餘日 日晡所發潮熱 不惡寒 獨語 如見鬼狀 若劇者 發則不識人 循衣摸床 尺而不安 微喘直視 譫語者 大承氣湯主之." <傷寒論 264조> "腹滿不減 減不足言 當下之 宜大承氣湯."에 의거하여 大承氣湯을 투여하였다[17]. 大承氣湯의 適應病證에 대하여 대부분의 注家들은 實熱과 積滯가 腸胃에서 內結된 陽明病의 實證을 치료하는 처방으로 그 견해가 일치하였는데, 이 처방의 主證을 크게 "痞, 滿, 燥, 實"의 네 가지로 귀납하였다. 痞는 胸脘部에 閉塞重壓感이 있는 것을 自覺하는 것이고, 滿은 脘腹이 脹滿하고 手按하였을 때 저항감이 있는 것을 말하며, 燥는 腸中에 糞塊가 燥堅한 것을 말하며, 實은 腸胃에 燥屎가 있어 熱邪와 互結하여 便秘, 腹痛, 拒按한 것으로 정의하였다[24].

大承氣湯 복용 후 이틀간 多量의 普通便 1회, 軟便 1회의 대변보았으며, 복부 팽만감 및 후중감도 크게 감소되었다. 이후 섬망 증상이 빠르게 호전되어 의식 명료해졌으며 언어장애, 지남력 및 사지무력감 모두 뚜렷한 호전 보이기 시작(Table Ⅱ, Ⅲ)하여, 입원 7일 만에 퇴원하였다. 퇴원 후 추적검사에서도 환자의 의식 및 인지력은 발병이전의 수준을 유지하고 있었다.

단, 호흡기 내과 입원 당시 폐렴증상의 진행 및 치료과정을 상세히 알 수 없다는 점과, 주말 동안 전탕액을 투여하지 못하여서 치료가 보다 빠르게 진행되지 못하였다는 점이 본 증례가 지닌 한계점이라 사료된다. 또한 입원 초기 환자의 의식상태가 drowsy하고 주의집중력 저하가 심하여 K-MMSE를 제외한 호전도를 측정할 수 있는 객관적 지표가 없었다는 점이 개선의 필요점으로 남는다.

Table Ⅱ. The change of Treatment and Symptoms

Admission Day	Symptoms			MMT	Herbal Medication
	Mental	Dysarthria	Disorientation		
Adm 1st	Drowsy	+++	+++	4/4/3+/3+	調胃承氣湯
Adm 2nd	Drowsy	+++	+++	4/4/3+/3+	調胃承氣湯
Adm 3rd	Drowsy	++	+++	4/4/3+/3+	大承氣湯
Adm 5th	Alert	+	+	4/4/4/4	大承氣湯
Adm 7th	Alert	-	+	4+/4+/4+/4+	none

+++ : Severe, ++ : Moderate, + : Mild, - : none

Table Ⅲ. K-MMSE

항목	Adm 1st	Adm 5th	Adm 7th
지남력(시간)	1	2	4
지남력(장소)	1	3	5
기억등록	3	3	3
주의집중 및 계산	1	1	1
기억회상	0	1	2
언어 및 판단력	5	7	9
총점	11	17	24

Ⅴ. 결 과

본 증례는 폐렴 치료 중 발생한 譫妄 및 痿證 등을 한의학의 특징인 辨證施治에 의거하여 치료 하여 호전된바 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 폐렴 치료 중 발생한 譫妄을 陽明府證으로 변증하여 調胃承氣湯 과립제와 大承氣湯을 투여한 결과 의식과 인지기능, 사지무력감의 뚜렷한 호전을 보였기에 이에 보고하는 바이다.
2. 섬망은 한의학적으로는 譫語의 神志不淸하고 意識譫妄時에 胡言亂語 聲高有力의 특징과 비교하여 매우 유사하며, 각 증상에 따라 變證하여 치료한다.
3. 섬망을 유발하는 원인은 다양하므로 신체적 증상을 우선적으로 살펴, 섬망의 원인을 찾아내고 직접적인 내과적·외과적 원인에 대한 처치가 이루어 져야 한다.

참고문헌

1. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th ed., Washinton DC:APA. 1994.
2. 황성욱, 강성욱, 강영곤, 최승곤, 이진, 김문종, 이영진, 배철영. 노인환자에서 섬망을 일으키는 위험인자. 가정의학회지. 2002;23(1):112-21.
3. 대한한방신경정신과학회편. 한방신경정신의학. 서울:집문당. 2005:426, 455-6, 700-1.
4. 최병만, 이상용. 譫語와 鄭聲에 대한 동서의학적 고찰. 대전대학교 한의학연구소논문집. 2000;9(1):746, 757-8.
5. 전국한의과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 서울:군자출판사. 2006:353, 355-8.
6. 中國中醫研究阮廣安門醫院. 實用中醫腦病學. 北京:學苑出版社. 1993:204-7.
7. 최은영, 석선희, 김근우, 구병수, 김주호. 환각 및 지남력 저하에 대한 약물치료 중 발생한 譫妄 환자 1례 증례보고. 동의신경정신과학회지. 2006;17(2):227-35.
8. 민성순, 김영균, 권정남. 譫妄을 동반한 煩燥 환자의 치험1례. 동의생리병리학회지. 2005;19(6):1715-9.
9. 정지은, 정원희, 서상경, 강준혁, 한다님. 譫妄 환자의 한방치료 증례보고 4례. 한방재활의학

과학회지. 2009;19(2):303-13.
10. 짐주호, 김경옥, 구병수. 두부손상 이후 발생한 譫妄 환자 1례에 대한 증례보고. 동의신경정신과학회지. 2004;15(2):229-38.
11. 유종호, 김현일, 김근우, 구병수. 외상성 경막하 출혈 환자의 譫妄에 대한 化瘀煎 치험1례. 동의신경정신과학회지. 2005;16(2):189-99.
12. 박경훈, 이경민, 김유성, 고성규. 石膏保留灌腸으로 譫語를 동반한 熱秘환자에 대한 증례보고 1례. 한방성인병학회지. 2000;6(1):74-8.
13. 김기웅, 이동영. 치매-섬망복합체의 평가와 치료, 정신병리학. 2000;9(2):131-41.
14. E. Braunwald. 해리슨내과학. 서울:도서출판 MIP. 2003:133-4.
15. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계편람. 제 4판. 서울:하나의학사. 1995:183.
16. 何稅民. 中醫傳統精神病理學. 上海:上海科學普及出版社. 1995:128-31.
17. 蔡仁植. 傷寒論集注. 서울:高文社. 1984:33-6, 88-94, 113-5, 159-69, 193-4.
18. 張景岳. 景岳全書. 서울:一中社. 1992:306-7.
19. 朱肱. 活人書. 서울:아티전. 1998:226-9.
20. 최동수. 『傷寒明理續論』 중 譫語 외 8證에 대한 연구. 대한한의학원전학회지. 2006;19(4):244-5.
21. 백유상. 『黃帝內經·痿論』의 痿證에 대한 考察. 대한한의학원전학회지. 2010;23(1):1-10.
22. 이광우. 임상신경학. 서울:이퍼블릭. 2006:613, 674.
23. 이주혜, 이선난, 이용범. 『東醫寶鑑』의 陽明病 개념에 대한 小考. 대한한의학원전학회지. 2005;18(1):67-72.
24. 이병주, 금동희, 금성훈. 『傷寒論』 중 承氣湯類에 관한 연구. 대전대학교 한의학연구소논문집. 1999;8(1):217-20.