

譫語와 鄭聲에 대한 東西醫學的 考察

崔秉晚 · 李相龍*

Abstract

The oriental-western literatural study of Delirious speech and Fading murmuring.

Choi Byong Man, O.M.D. and Lee Sang Ryong, O.M.D., Ph. D.
Dept. of Neurosychiatric Medicine,
College of Oriental Medicine, Taejon University, Taejon, Korea.

Literatural study for Delirious speech and Fading murmuring, the results were as follows.

1. Delirious speech and Fading murmuring are given at the speech impediment. Derious speech to be out of language's order and slur the end of his words, and Fading murmuring is to repeat in losing conscious.
2. In constrast with Delirious speech and Fading murmuring, Maniac speech is induced by a general term for manic-depressive psychosis. Luoyan is to say in a feeble voice and mumble in a sleeping condition, and Paraphasia and Solioquy are appeared in a clear mental condition. The speech impediment is caused by damages of the nervous system and speech organ, and Yuyancuoluan is appeared in a feverless condition.
3. The symptoms of Delirious speech are to utter ravings and have a loud and heavy voice, and these resemble the delirium which specially has a speech impediment and muddle in the western medical world. The symptoms of Fading murmuring are to speak ambiguously, repeatedly, and illogically and so are similar to the Wernicke dysphasia which is caused by a incomprehensible conversation.
4. The causes of Delirious speech are to spread a stomach heat and the lungs pathogenic qi into heart, not to sweat in cold damage, the Three Yang Combination of syndrome, stomach repletion, yang collapse due to excessive sweat, diarrhea, after diarrhea, heat to enter the blood chamer, feces to remain in the stomach, stasis blood to enter the viscera, to carry anger to extremity, and to be constipated. the cause of Fading murmuring is to despair vacuity desertion of vital essence and energy after a serious illness.
5. The causes of delirium are general infection, postoperative states, and metabolism disorders and those of Wernicke dysphasia are disorders of the blood vessel, brain tumors and traumas.
6. Delirious speech is cured with the discrimination of vacuity and repletion. Baitong Tang(白通

* 大田大學校 韓醫科大學 神經精神科學教室

湯), Chaihu Guizhi Tang(柴胡桂枝湯), Chaihu Jia Longgu Muli Tang(柴胡加龍骨牡蠣湯) are prescribed in case of vacuity, while Chengqi Tang(承氣湯), Baihu Tang(白虎湯), Liangge San(涼膈散) are in case of repletion. Fading murmuring is treated with Xiao Chaihu Tang(小柴胡湯), Fuzi Tang Jiawei(附子湯加味), Shengmai San(生脈散), and Renshen Sanbai Tang(人參三白湯).

7. To acupuncture Qimen-Xue(期門穴) is required when it is late to prescribe a medical decoction or the hyperactive liver qi attacking the spleen.

I. 緒 論

譫語는 亂語하여 次序를 分析하지 못하는 것이며 鄭聲은 言語가 다음말과 連續되지 않고, 一句의 같은 말만 重復하여 重言復言하는 것으로¹⁾ 譫語는 《傷寒論·辨太陽病脈證并治上》²⁾에서 “……若胃氣不和 譫語者 少與調胃承氣湯 ……”이라 하여 言及하였고, 歷代文獻에서 譫語는 譫妄³⁻⁶⁾, 妄言^{1,3)}, 妄語⁷⁾, 譫言^{6,7)}, 謬語⁷⁾, 滅語⁷⁾, 睡語⁵⁾등으로 表現되어 왔으며, 內經에는 譫語란 표현은 없으나 《素問·陽明脈解篇》³⁾에 “帝曰 其妄言罵詈不避親疎而歌者 ……”, 《素問·厥論》³⁾에서 “……腹滿不得臥 面赤而熱 妄見而妄言”이라 하여 說明하였다.

譫語와 鄭聲에 대하여 《傷寒論·辨陽明病脈證并治》²⁾에 “夫實則譫語 虛則鄭聲 鄭聲者 重語也”라 하여 譫語와 鄭聲을 相對的인 虛實의 概念으로 認識하였으니 譫語는 주로 陽明實熱이나 溫邪가 營血에 侵入하여 神明을 擾亂시켜 發生하는 實의 概念이요, 鄭聲은 疾病의 晚期에 心氣가 內損되어 精神이 散亂되어져 發生하는 虛의 概念으로 보았다.^{2,4,8-10)}

譫語, 鄭聲의 西洋醫學的인 概念에 대하여 何¹¹⁾는 “譫語는 實證性高熱이 中樞神經系統에 影響을 주는 狀況에서 發生하는 것으로 急性感染性精神障礙에서 表現되는 意識譫妄(Delirium)狀態이며, 鄭聲은 意識障礙狀態下에서 發生하는 現代精神病學의 夢囈性譫妄狀態이다.”라고 하였다.

또한 黃¹²⁾은 譫語 鄭聲을 譫妄, 痴呆, 癩疾等을 主要한 範疇로 하는 器質性 精神障礙에 속하는 것으로 理解하였으나, 症狀을 中心으로 分類한 東醫學의 特性上 반드시 上記한 증만이 그 範疇라고 斷定하기는 어렵다고 說明하였다.

최근 神經精神科의 中氣證^{13,14)}, 鬱症과 憂鬱症¹⁵⁾, 癲證¹⁶⁾, 火病과 更年期 憂鬱症¹⁷⁾, 脫營失精¹⁸⁾, 五神¹⁹⁾, 火因²⁰⁾, 痰飲²¹⁾, 昏²²⁾, 睡眠障礙²³⁾, 諸氣證²⁴⁾, 性心理²⁵⁾, 精神療法²⁶⁾, 勞倦傷²⁷⁾등에 대한 文獻的인 考察이 있었으나, 譫語와 鄭聲에 대한 文獻的인 考察을 통한 東西醫學的인 聯關을 糾明하는 研究를 접하지 못하였다.

이에 著者는 譫語, 鄭聲과 西洋醫學的으로 이의 範疇에 속하는 器質性 精神障礙에 包含되는 譫妄(delirium)과 베르니케실어(wernicke dysphasia)에 대한 文獻的 考察을 통하여 若干의 知見을 얻었기에 報告하는 바이다.

II. 本 論

1. 韓方의 文獻

1) 黃帝內經³⁾

《素問》

〈陽明脈解篇〉

帝曰 其妄言罵詈不避親疎而歌者 何也?

岐伯曰 陽盛則使人妄言罵詈不避親疎 而不欲食 不欲食 故妄走也.

〈刺熱篇〉

肝熱病者 小便先黃 腹痛多臥身熱 熱爭則狂言及驚 脇滿痛 手足躁 不得安臥 庚辛甚 甲乙大汗 氣逆則庚辛死 刺足厥陰少陽 其逆則頭痛員員 脉引衝頭也.

〈評熱病論篇〉

黃帝問曰 有病溫者 汗出輒復熱 而脉躁疾不爲汗衰 狂言不能食 病名爲何.

岐伯對曰 病名陰陽交 交者死也.

帝曰 願聞其說.

岐伯曰 人所以汗出者 皆生於穀 穀生於精 今邪氣交爭於骨肉而得汗者 是邪却而精勝也 精勝則當能食而不復熱 復熱者邪氣也 汗者精氣也 今汗出而輒復熱者 是邪勝也 不能食者 精無俾也 病而留者 其壽可立而傾也 且夫熱論曰 汗出而脈尚躁盛者死 今脈不與汗相應 此不勝其病也 其死明矣 狂言者是失志 失志者死 今見三死 不見一生 雖愈必死也。

<厥論篇>

陽明之厥 則癰疾欲走呼 腹滿不得臥 面赤而熱 妄見而妄言。

厥陰厥逆 攣腰痛 虛滿前閉譫言 治主病者。

<氣交變大論篇>

上臨少陰少陽 火燔燔 水泉涸 物焦槁 病反譫妄狂越 欬喘息鳴 下甚血溢泄不已 太淵絕者 死不治 上應炎惑星 歲水太過 寒氣流行 邪害心火 民病身熱 煩心 躁悸 陰厥 上下中寒 譫妄心痛 寒氣早至 上應辰星。

<六元正紀大論篇>

四之氣 寒雨降 病暴仆 振慄譫妄 少氣噎乾引飲 及爲心痛 癰腫瘡瘍 癘寒之疾 骨痠血便。

<六元正紀大論篇>

少陽之勝 熱客於胃 煩心 心痛 目赤 欲嘔 嘔酸 善飢 耳痛 溺赤 善驚 譫妄 暴熱消燦 草萎水涸 介蟲 屈 少腹痛 下沃赤白。

<六元正紀大論篇>

少陰之復 燠熱內作 煩燥飢噎 少腹絞痛 火見燔炳 噎燥 分注時止 氣動於左 上行於右 欬 皮膚痛 暴疔 心痛 鬱冒不知人 振慄 譫妄 寒已而熱 渴而欲飲 少氣骨痠 隔腸不便外爲浮腫 噦噎 赤氣後化 流水不冰 熱氣大行 介蟲不復 病癘瘡瘍 癰疽瘰癧 甚則入肺 欬而鼻淵 天府絕 死不治。……少陰之復 治以鹹寒 佐以苦辛 以甘寫之 以酸收之 辛苦發之 以鹹栗之。

2) 傷寒論譯註²⁾

<辨太陽病脈證并治上>

傷寒 脈浮 自汗出 小便數 心煩 微惡寒 腳攣急 反與桂枝湯欲攻其表 此誤也 得之便厥 咽中乾 煩躁 吐逆者 作甘草乾薑湯與之 以復其陽 若厥愈足溫者 更作芍藥甘草湯與之 其脚即伸 若胃氣不和 譫語者

少與調胃承氣湯 若重發汗 復加燒鍼者 四逆湯主之。

問曰 證象陽旦 按法治之而增劇 厥逆 咽中乾 兩脛拘急而譫語 師曰 言夜半手足當溫 兩脚當伸 後如師言 何以知此 答曰 寸口脈 浮而大 浮爲風 大爲虛 風則生微熱 虛則兩脛攣 病形象桂枝 因加附子參其間 增桂令汗出 附子溫經 亡陽故也 厥逆咽中乾 煩燥 陽明內結 譫語煩亂 更飲甘草乾薑湯 夜半陽氣還 兩足當熱 脛常微拘急 重與芍藥甘草湯 爾乃脛伸 以承氣湯微瀉 則止其譫語 故知病可愈。

<辨太陽病脈證并治中>

傷寒十三日 過經譫語者 以有熱也 當以湯下之 若小便利者 大便當硬 而反下利 脈調和者 知醫以丸藥下之 非其治也 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。

傷寒八九日 下之 胸滿煩驚 小便不利 譫語 一身盡重 不可轉側者 柴胡加龍骨牡蠣湯主之。

傷寒 腹滿譫語 寸口脈浮而緊 此肝乘脾也 名曰縱刺期門。

太陽病二日 反躁 反熨其背 而大汗出 大熱入胃 胃中水竭 躁煩 必發譫語 十餘日振慄自下利者 此爲欲解也 故其汗從腰已下不得汗 欲小便不得 反嘔 欲失洩 足下惡風 大便硬 小便當數 而反不數及不多 大便已 頭卓然而痛 其人足心必熱 穀氣下流故也。

太陽病中風 以火劫發汗 邪風被火熱 血氣流溢 失其常度 兩陽相熏灼 其身發黃 陽盛則欲衄 陰虛小便難 陰陽俱虛竭 身體則枯燥 但頭汗出 劑頸而還 腹滿微喘 口乾咽爛 或不大便 久則譫語 甚者至噦 手足燥擾 捻衣摸床 小便利者 其人可治。

形作傷寒 其脈不弦緊而弱 弱者必渴 被火者必譫語 弱者發熱脈浮 解之 當汗出愈。

太陽與少陽併病 頭項強痛 或眩冒 時如結胸 心下痞硬者 當刺大椎第一間 肺俞肝俞 慎不可發汗 發汗即譫語 脈弦 五日譫語不止 當刺期門。

婦人中風 發熱惡寒 經水適來 得之七八日 熱除而脈遲身涼 胸脇下滿 如結胸狀 譫語者 此爲熱入血室也 當刺期門 隨其實而取之。

婦人傷寒發熱 經水適來 晝日明了 暮則譫語 如見鬼狀者 此爲熱入血室 無犯胃氣 及上二焦 必自愈。

<辨陽明病脈證并治>

夫實則譫語 虛則鄭聲 鄭聲者 重語也。

直視譫語 喘滿者死 下利者亦死。

發汗多 若重發汗者 亡其陽 譫語 脈短者死 脈白和者不死。

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 惕而不安 微喘直視 脈弦者生 澁者死 微者 但發熱 譫語者 大承氣湯主之 若一服利 則止後服。

陽明病 其人多汗 以津液外出 胃中燥 大便必硬 硬則譫語 小承氣湯主之 若一服譫語止者 更莫復服。

陽明病 譫語 發潮熱 脈滑而疾者 小承氣湯主之 因與承氣湯一升 腹中轉失氣者 更服一升 若不轉失氣者 勿更與之 明日又不大便 脈反微澁者 裏虛也 爲難治 不可更與承氣湯也。

陽明病 譫語有潮熱 反不能食者 胃中必有燥屎五六枚也 若能食者 但硬耳 宜大承氣湯下之。

陽明病 下血譫語者 此爲熱入血室 但頭汗出者 刺期門 隨其實而瀉之 澱然汗出則愈。

汗出譫語者 以有燥屎在胃中 此爲風也 須下者 過經乃可下之 下之若早 語言必難 以表虛裏實故也 下之愈 宜大承氣湯。

傷寒四五日 脈沈而喘滿 沈爲在裏 而反發其汗 津液越出 大便爲難 表虛裏實 久則譫語。

三陽合病 腹滿身重 難以轉側 口不仁 面垢 譫語 遺尿 發汗則譫語 下之則額上生汗 手足逆冷 若自汗出者 白虎湯主之。

二陽併病 太陽證罷 但發潮熱 手足繫繫汗出 大便難而譫語者 下之則愈 宜大承氣湯。

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 心憤憤 反譫語 若加溫針 必怵惕煩躁不得眠 若下之 則胃中空虛 客氣動膈 心中懊惱 舌上胎者 梔子豉湯主之。

<辨少陽病脈證并治>

傷寒脈弦細 頭痛發熱者 屬少陽 少陽不可發汗 發汗則譫語 此屬胃 胃和則愈 胃不和 煩而悸。

若已吐 下 發汗 溫鍼 譫語 柴胡證罷 此爲壞病 知犯何逆 以法治之。

<辨少陰病脈證并治>

少陰病 咳而下利譫語者 被火氣劫故也 小便必難 以強責少陰汗也。

<辨厥陰病脈證并治>

下利譫語者 有燥屎也 宜小承氣湯。

3) 金匱要略²⁸⁾

<嘔吐噦下利病脈證治>

下利譫語者 有燥屎也 小承氣湯主之。

<婦人產後病脈證治>

產後七八日 無太陽證 少腹堅痛 此惡露不盡 不大便 煩躁發熱 切脈微實 再倍發熱 日晡時煩躁者 不食 食則譫語 至夜即愈 宜大承氣湯主之 熱在裏 結在膀胱也。

<婦人雜病脈證并治>

婦人傷寒發熱 經水適來 晝日明了 暮則譫語 如見鬼狀者 此爲熱入血室 治之無犯胃氣及上二焦 必自愈。

婦人中風 發熱惡寒 經水適來 得七八日 熱除脈遲 身涼和 胸脇滿 如結胸狀 譫語者 此爲熱入血室也 當刺期門 隨其實而取之。

陽明病 下血譫語者 此爲熱入血室 但頭汗出 當刺期門 隨其實而瀉之 澱然汗出者愈。

4) 諸病源候論⁷⁾

<傷寒謬語候>

傷寒四五日 脈沈而喘滿者 沈爲在裏 而發汗 其津液越出 大便爲難 表虛裏實 久久則減語。

發汗後 重發其汗 亡陽減語 其脈反和者 不死。

陽明病 下血而減語者 此爲熱入血室 但頭汗出 當刺期門穴 隨其實者而瀉之 澱然汗出者則愈。

病若譫言妄語 身當有熱 脈當得洪大 而反手足四厥 脈反沈細而微者 死病也。

譫言妄語身熱 脈洪大者生 沈細微 手足四逆者死。

<瘟病狂言候>

夫病甚即葉衣而走 登高而歌 或至不食數日 逾垣上屋 所上非其素時所能也 病反能者 皆陰陽爭而外關於陽 四肢者 諸陽之本也 邪盛即四肢實 實即能登高而歌 熱盛于身 故葉衣而走 陽盛 故妄言罵詈 不避親疎 大熱遍身 狂言而妄聞視也。

5) 活人書⁸⁾

<九十一問 譫語>

病人 有譫語 有鄭聲 二證。鄭聲爲虛 當用溫藥 白通湯主之。譫語爲實 當須調胃承氣湯主之。服調胃承氣 而譫語止 或更衣者 停後服 不爾再與之。仲景云 實則譫語 虛則鄭聲。鄭 重也 重語也。世多不別 然譫語鄭聲 亦相似 難辨 須更用外證 與脈 別之。若大小便利 手足冷 脈微細者 必鄭聲也。大便秘 小便赤 手足溫 脈洪數者 必譫語也。以此相參 然後用藥萬全矣。

大抵 傷寒不應發汗 卽譫語。仲景云；傷寒四五日 脈沈而喘滿。沈爲在裏 反發其汗 津液越出 大便爲難 表虛裏實 實則譫語。譫語屬胃 和中則愈 不和則煩 而躁 宜調胃承氣。

然亦有三陽合病譫語者。三陽合病 腹滿 身重 難以轉側 口中不仁 面垢 譫語 遺尿 其脈必滑實 不可汗下 宜白虎湯。有胃實 譫語者。病人 身熱 汗出 大便硬 爲胃實 宜調胃承氣湯 大承氣 …… 或發汗多 亡陽 譫語者。仲景云 發汗多 亡陽 譫語者 不可下。此爲津液不和 與柴胡桂枝湯 和其營衛 以通津液 後自愈。恐人作燥屎 攻之 慎 不可攻也。有下利 譫語者。下利譫語 有燥屎也。調胃承氣湯 小承氣湯主之。有下後 譫語者。傷寒八九日 下之 胸滿 煩驚 小便不利 譫語 身重不可轉側者 柴胡加龍骨牡蠣湯。有婦人 熱入血室 譫語者。婦人傷寒 發熱 經水適來 晝日明了 暮則譫語 如見鬼狀者 此爲熱入血室 無犯胃氣 及上二焦。速用小柴胡湯主之。若行湯遲 熱入胃 令津液中焦上焦不榮 成血結胸狀 須當針期門也。婦人中風發熱 惡寒 經水適來 入血室也。當刺期門 隨其實而取之。已上二焦 熱結在期門也。若犯胃氣 晝夜譫語 喜忘 小腹痛 小便利 屬抵當湯證中。

又問 仲景云 ‘無犯胃氣’ 何如？答曰 熱因經水適來 乘虛入室 故血室有熱 遂令譫語。當以小柴胡解之。卽與胃實譫語 不同 胃實有燥糞 故宜調胃承氣湯下之。若血實有熱 譫語 非胃家實。仲景恐 人作胃實 攻之。故曰‘無犯胃氣’也。大抵 譫語 是熱 屬陽 而反見陰證者 逆。

6) 此事難知⁹⁾

<問邪入陽明 爲譫語妄言錯失 此果陽明乎>

答曰足陽明者 胃也。豈有其言哉。傷寒始自皮毛入 是從肺中來 肺主聲 入於心則爲言胃 卽戊也。戊爲

火化 下從腎肝。

<狂言譫語鄭聲辯>

狂言者 大開目 與人語 語所未嘗見之事 卽爲狂言也。譫語者 合目自言 言所日用常見常行之事 卽爲譫語也。鄭聲者 聲戰無力 不相接續 造字出於喉中 卽鄭聲也。

7) 醫壘元戎¹⁰⁾

<王朝奉集註譫語例>

譫語 無次也。凡胃實 有燥屎 則譫語 故經曰 實則譫語 虛則鄭聲 鄭聲者 重言也 非輕重之重 譫語有數種 有胃實譫語 可下證也 有合病者譫語 三陽合病 腹滿身重 口不仁 面垢 譫語 遺尿 白虎湯證 有少陽汗譫語 少陽不可發汗 只宜小柴胡湯 有火劫發汗 熱氣入胃故也 救速湯 有汗多亡陽譫語 不可下也 宜柴胡桂枝湯 和其營衛 以通津液 自愈 有下後譫語 傷寒八九日 下之 胸滿煩驚 小便不利 譫語 身重 不可轉側者 柴胡加龍骨牡蠣湯 有熱入血室譫語 陽明病下血譫語者 熱入血室 但頭汗出 刺期門 又婦人中風 經水適來譫語 爲熱入血室 小柴胡湯 刺期門穴 有肝乘脾譫語 傷寒腹滿 譫語 寸口脈浮而緊 此肝乘脾也 名曰橫 刺期門穴 有書則了 夜來譫語 此熱入血室 無犯胃氣及上二焦 不治自愈。

海藏云 調胃承氣湯 治實而不滿 卽正陽陽明是也 大承氣湯 治大滿大實 卽太陽陽明是也 小承氣湯 治實而微滿 少陽陽明是也 太陽陽明 正陽陽明 爲最高之分 故大黃 但用酒浸 從顛而下之 惟少陽陽明 爲最下之分 處三經之內 故黃不用酒浸也 非若二經而高爾 若最高之分 用最下之藥 則耳目昏冒 頰腫痛 神癡不清之病 有不免矣 若最下之分 用最高之藥 則胸中氣消 日久不復 虛損成勞之病 有不免矣 故仲景 三承氣湯 各有主治 隨經而異 卽不同也 又年老虛人 傷寒可下者 大承氣湯 調胃承氣湯 皆去硝 慢火熬成玄明粉 量輕重而下之

8) 景岳全書⁴⁾

<卷八>

論曰 實則譫語 虛則鄭聲 此虛實之有不同也。夫譫語鄭聲。總由神魂昏亂而語言不正 又何以分其虛實？使譫語者狂妄之語也 鄭聲者不正之聲也。譫語

爲實 實者邪實也。如傷寒陽明實熱上乘于心 心爲熱 冒 則神魂昏亂而譫妄不休者 此實邪也。實邪爲病 其聲必高 其氣必壯 其脈必強 其色必厲 凡登高罵詈 狂呼躁擾之類 皆是也。此之爲病 有燥糞在胃而然者 有瘀血在臟而然者 有火盛熱極而然者 有腹脹便秘口 瘡咽爛而然者 察其果實 卽當以三承氣或白虎湯 涼 膈散之類治之。

鄭聲爲虛 虛者腎虛也。…… 察其果虛 最忌妄行 攻伐 少有差謬 無不卽死。治此者速宜察其精氣 辨 其陰陽 舍其外證 救其根本 稍遲擾恐不及 而況于誤 治乎? 甚至有自利身寒 或尋衣擦空 面壁啐啐者 尤 爲逆候

蓋譫妄一證 最于虛損者 不宜有之 故凡身有微熱 脈見洪滑者 生; 心多煩躁 脈見微弱細急而逆冷者 死。所以證逢虛損而見有譫妄者 卽大危之兆 不可不 加之意也。

9) 普濟方²⁹⁾

<傷寒門·鄭聲>

…… 鄭聲者重語也。正爲聲轉也 若聲重而轉其本 音者亦是矣。昧者不知此 妄以重爲重疊之謂 與譫語 混而莫辨 遂止以身熱脈數 煩渴便難而多言者爲譫語 以身涼脈小 自利不渴而多言者爲鄭聲 如此則失仲景 之本意矣。況仲景之書 三百九十余證 曲盡傷寒形候 未有脫落而言者。若以鄭聲爲多言 則于三陰門中 益 須條見 所以鄭聲別無證治者 是不以譫語爲類也。雖 曰虛矣 亦止爲正氣 虛而不全 故使轉而不正也。明 者鑒此 幸詳究之。

10) 類證治裁³⁰⁾

<傷寒>

傷寒陽明證 …… 熱氣熏蒸 口渴譫語 此散漫之熱 邪未結聚

11) 張氏醫通⁵⁾

<神志門·譫妄>

譫多言也。言爲心聲 由火燔而鳴 故心熱者多言。 猶醉而心熱 故多言也 或寐而多言者 俗云睡語 熱之 徵也。若熱甚雖醒 而神昏不清 則譫語也。妄 虛妄也 火爲陽 故外清明而內濁昧 其主動亂 故神志失常 如

見鬼神也。夫血氣者 身之神也。神而衰乏 痰客中焦 妨礙升降 不得運用 以致十二官各失其職 視聽言動 皆有虛妄。皆虛病痰病 有似鬼祟 宜清神湯 或平補 鎮心丹去肉桂 山藥 五味 加琥珀 膽星 麝香 大便不 通 心腹脹滿刺痛 口噤氣急者 此爲實 涼膈 承氣選 用 若作邪祟 治之以金石 必死。

12) 濟衆新編³¹⁾

<言語>

肺邪或胃熱入心而譫言妄語

13) 東洋醫學大辭典⁶⁾

<譫語卽譫言>

較譫妄略輕 皆陽明胃熱證也。

<鄭聲>

語鄭聲重反復言之也 (一說語言無力不相接續 若 鄭聲之輕怯也)

一 脈弦細而微 身有微熱 或寒熱 或嘔逆 大小便 自利而鄭聲者 宜小柴胡湯。

二 氣息短促 脈沈細欲絕者 宜附子湯倍人蔘。

三 脈雖微弱而和 手足溫者 宜生脈散 或人蔘三白 湯。

14) 東洋醫學 診療要鑑¹⁾

1. 譫語(妄言)

譫語는 즉 妄言이니, 亂語하여 次序를 分析하지 못하는 것을 말한다. 合目自言하여, 日常 見聞하며 行事하던 것을 말하며, 或은 平生事物 말하기도 하며, 或은 開目而自言하여, 사람의 見聞도 없는 일을 말하기도 하며, 或은 獨語하며, 或은 睡眠中 에 呢喃 呻吟하며, 甚하면 暴言 罵詈 等證은 다 譫語에 屬하는 바, 原因은 大개 胃熱이 心에 便乘 된 所致이다. 肺의 邪氣가 入心하여도 譫語 妄言 하는 수가 있는데, 風寒의 邪가 皮膚를 通하여 肺 中에 侵入되어 心에 轉入하면 譫語하게 되는 것이 다.

2. 狂言

狂言은 開目하고 사람과 對話하면서도 平生에 見聞도 없는 일을 말하며, 善惡을 가리지 못하고, 親疏를 가리지 않고 悖倫無知하며, 衣服도 收斂하

지 못하고 暴言 妄設하는 等證은 다 狂言에 屬하는 바, 原因은 대개 火熱邪氣가 勝하여 神明이 混亂된 데 起因한다.

3. 鄭聲

鄭聲은 鄭重한 것을 말하는 것인 바, 言語가 다 음말과 連續되지 않고, 一句의 같은 말만 重復하여 重言復言하는 것을 鄭聲이라 稱한다. 原因은 대개 精氣가 虛脫된 所致이니, 大病後에 많은 것이다.

15) 東醫精神醫學¹²⁾

傷寒의 謔語와 鄭聲

(1) 症狀

實하면 謔語하고 虛하면 鄭聲하는 데, 謔語란 言語에 順序가 없고 자주 말끝을 끊는 것이고, 鄭聲이란 鄭重하고 頻煩한 것인 데 다만 한가지 말을 가지고 重言復言하는 것이다.

(2) 證治

鄭聲을 發하면서 大小便이 利하고 手足이 冷하며 脈이 細微하면 白通湯을 쓰고, 謔語하면서 大便이 秘結하고 小便赤하고 手足溫하며 脈이 洪數하면 調胃承氣湯을 쓴다. 傷寒에 大熱 呻吟하고 錯語를 잘 하며 不眠하는 데는 黃連解毒湯으로 主治한다. 傷寒에 發熱 謔語하는 證에는 柴胡連翹湯을 쓴다.

16) 實用中醫內科學³²⁾

<謔語 鄭聲>

謔語是因陽明實熱或溫邪入于營血 熱邪擾亂神明而出現神志不清 胡言亂語的重證. 鄭聲是指疾病晚期心氣內損 精神散亂而出現神志不清 不能自主 語言重復 語聲低怯 斷續重復而語不成句的垂危症狀.

17) 實用中醫腦病學³³⁾

1. 概述

謔語 是指患者在神志不清 意識模糊的情況下出現的胡言亂語 語無倫次一種症狀 …… 總之 古人對謔語的認識 大多認爲在外感熱病中出現. 其實 在內傷染病和外傷或中毒致病中 如虛損 中風 癡呆 腦外上煤氣中毒等 也可出現. 在臨床中 謔語與神昏往往同

時出現 是腦臟受到嚴重刺激而產生的紊亂現象 有時還會兼有循衣摸床等症. 如紊亂不能及時達到平復 易引起惡化 終至腦臟障礙 造成衰竭而死亡. 因此謔語一症 是臨床中比較嚴重的症狀 必須及時進行搶救.

2. 鑑別診斷

(一) 謔語與鄭聲 : 謔語指胡言亂語 鄭聲指低聲斷斷續續重復一些語句.

(二) 謔語與狂言 : 謔語和狂言都指胡言亂語 失却理智的表現. 但狂言僅見于癲狂病 謔語多見于外感熱病和虛損 癡呆等 多種疾病. 狂言者 還常有發狂登高 高歌葉衣等症 而謔語不會有這些症狀.

(三) 謔語與錯語 獨語 : 謔語往往在神志不清情況下出現胡言亂語 而錯語 獨語 常在神志清醒情況下出現 言語錯亂或喃喃自語. 錯語 獨語 多由心氣虛精不養神所致 常見于癲症 鬱症等.

(四) 謔語與言語障礙 : 謔語指胡言亂語 但言語關無障礙 屬中樞神經系通的病變. 言語障礙 是因神經系統或發音機關的損害 想說而不能準確言語. 兩者是有明顯區別的.

18) 中國傳統精神病理學¹¹⁾

1. 謔語 : …… 其特點是神志不清 意識謔妄時 胡言亂語而聲高有力者. 多見于實證性高熱影響中樞神經系統 (中醫學稱爲“熱極生風”)的情況中. …… 它似乎多見于現代所說的急性感染性精神障礙表現的意識謔妄(Delirium)狀態 以言語偏多 內容含混 邏輯欠清爲特點. 治療總以祛除邪熱 清心寧神爲主旨. 外感熱病中此類言語失常十分常見 無需贅舉實例證之. 此外 婦人行經期發熱 或產後褥熱所致的熱入血室 亦可發爲謔語. 治療以清熱涼血 逐瘀寧神爲大法.

謔語而又見行爲狂亂 非常人所爲 稱作謔妄 似精神錯亂程度更甚一層 接近又狂言. 可見狂言 謔妄等節的分析.

2. 狂言 : 狂言 又稱妄言亂言 …… 指的都是癲狂等精神分裂症 躁狂症中的一類表現. 患者不一定有身熱等軀體異常 却有着明顯的意識 思維障礙和情感失常. 中醫學稱爲神志失常 表現爲語無倫次 妄言狂叫 罵詈歌笑 喧擾不寧. 言語內容邏輯常極度混亂 無羞恥善惡歌言 亦不辨人倫親疏 甚至思維破裂 語

不成句 意念飄忽 捉摸不定。但大多有聲調高昂 頻率增快 語句增多等特點 …… 狂言是言語障礙中意識 思維和情感等錯亂表現得最典型 鮮明和嚴重的一類。它是狂疾發作時的主症之一 有着明確的診斷意義 處理一般皆從治狂疾着手。

3. 鄭聲：鄭聲常與譫語相對而言 …… 指的是精神散亂 神志不清，意識障礙狀態下 病人語音輕微低弱 模糊不清 反復地重複數語 且內用不相接續 語難成句 邏輯較含混 …… 此症多屬虛症 危證。大多見于伴發精神障礙的軀體疾病處于機能衰竭或接近衰竭的重危期。中醫學認為 此期正氣大衰 精氣內脫 故其聲低微 其氣必短而不相續 其神衰疲 故自言自語喃喃不全 或呼之不應 問之不答 而且還常常伴有撮空理線 循衣摸床等類似于現代精神病學所說的“夢囈性譫妄狀態”所以出現的症狀。中醫臨床上 溫熱病後期的營分 血分症及某些內傷染病(如消渴 腫瘤 臌脹 血症等)極期的陰虛風動證型中常見到“鄭聲”一症。故此症治療十分棘手 常凶多吉少 殊難換狂瀾于既倒。

4. 囈語：即因病昏睡中說話，如睡中說夢話 又稱夢囈 屬另一類情況。本症言語聲低 內容常含混不情 偶言偶止。既不像譫語 胡言亂語而聲高有力 又不像鄭聲 低弱重複 語不成句 囈語只是昏睡中說胡語。三者同為意識障礙所出現的言語失常 但基礎病變似乎有所不同。囈語患者大多處于嗜睡之淺昏迷狀態 意識清晰度只是稍有下降 譫語似已處于熱性病所致的昏迷狀態 意識清晰度下降較甚 鄭聲即見于昏迷而伴有機能衰竭狀態 故鄭聲的情況最為嚴重。

對於囈語 也有虛實可分 虛症其病理意義類同于鄭聲 實證多為心神被擾之證象 急性熱病見之 須謹防熱陷心包 而出現譫妄 譫語等 染病見之 多為痰熱內擾之兆 有可能發展成痰熱蒙蔽心包 而發為癲狂等。

5. 獨語：指患者在清醒狀態下 獨自喃喃而語 無人時言 見人便止 語音輕微 首尾不續 內容不一而足 常涉及自身。中醫學把此症多歸為痰濁蒙蔽心竅 心神失常 心氣虛弱 其實 此症臨床多見于癲癩 抑鬱和某些孤獨症患者。患者的獨語 常是一種無意識 不自常的行為 或帶有某種強迫性質 是精神障礙 或情感障礙的一種表現。但除癲癩外 患者大多有着較清晰的自我意識 也知道自

已在自言自語 却欲止不能。

6. 錯語：又稱語言錯亂 語言顛倒 …… 錯語主要指時而神志恍惚 語言前後顛倒 囉輯錯亂 大多數情況下言錯后能知錯 却又不能自主 讓人有種心不在焉 意念飄忽的感賞。患者常伴有某種情感失常或意識活動範圍縮窄等障礙 中醫學責之為痰濁陰閉 或心虛失養 多見憂鬱症 癲疾或某些情緒失常狀態。

19) 中醫症狀鑑別診斷學³⁴⁾

1. 譫語

<概論>

譫語是以神志不清 胡言亂語為特定的一種症狀。多見于實證 常由高熱引起。

…… 譫語與 錯語 狂言 鄭聲 不同。譫語是神志清醒 而言語錯亂或說后自知講錯 狂語是由邪熱亢盛或痰火內擾 病人狂言叫罵 喜笑不休 葉衣而走 登高而歌。鄭聲是神志昏沈 言語無力 語聲低微 不相接續 多見于心氣內損 精神散亂的危重階段。

2. 鄭聲

<概論>

鄭聲是以神志昏沈 語言重複 語聲低沈 不相接續為特征的一種症狀。屬疾病晚期 精神散亂的重危表現。

…… 此症與譫語不同 譫語為神志不清 言語無論聲高有力 多為實熱證。而鄭聲 為疾病晚期 病情危重 精氣內脫 故其聲必低 其氣必短 其色必萎 其神必疲 喃喃不全 自言自語 或呼之不應 問之 不知 屬神虛蕩曠。

3. 語言錯亂

<概論>

語言錯亂 也稱 語言顛倒 …… 是指神志恍惚 語言前後顛倒錯亂 或言后又自知講錯 不能自主的一種症狀。

譫語和狂症 也表現有語言錯亂。但譫語常發生于高熱之后 患者神志昏糊 而語言錯亂是在無熱情況下 患者神志恍惚或清醒。狂症是罵詈 不避親疎 且有葉衣登高狂越的現象 與單純語言錯亂仍有不同之處。

2. 양방적 고찰

<기질성 정신 장애>

기질성 정신장애는 현행 진단방법으로 확인할 수 있는 뇌조직의 일시적 또는 영구적 손상이나 기능장애에 기인하는 정신장애로 정의내릴 수 있다. DSM-IV는 섬망, 치매, 기억장애 및 기타 인지 장애를 이전의 기능수준으로부터 현저한 변화를 나타내는 인지기능과 기억의 현저한 임상적 결핍으로 정의하고 있다. 그 원인은 의학적 상태 때문 이기는 하나, 그 자세한 상태는 항상 확인할 수 있는 것은 아니다^{35,40)}.

1) 분류^{35,39,40)}

DSM-IV에 의하면 기질성 정신장애는 다음과 같이 3군으로 분류된다⁴⁰⁾.

- ① 섬망, 치매, 기억장애 및 기타 인지적 장애
- ② 일반적, 의학적 상태에 의한 정신장애
- ③ 약물-관련장애

2) 진단평가 : 기질성 정신장애의 원인과 다양한 증상들을 평가하기 위해서는 환자를 올바르게 진찰해야 하며, 환자와 관련된 사회환경도 함께 평가하는 것이 중요하다. 이 중에서도 철저한 문진을 통한 환자의 병력청취는 간과하기 쉬우나 필수적인 것이며, 신경인지기능 평가는 병의 경과에 따른 인지기능장애를 측정하고 단기치료 및 재활치료계획을 수립하는 데 중요하다고 인식되고 있다.

<섬망>

1) 정의^{35~38)}

섬망(譫妄 delirium)은 헛소리, 섬언(譫言)으로서 환각 착각 망상 대뇌의 흥분, 신체적인 불안정 사고 산란을 특징으로 하는 비교적 짧은 기간의 정신적 장애이며, 섬망(譫妄)은 보통 중독상태의 반영이다.

<표1> ICD-10에서 '증상성을 포함하는 기질성 정신장애'분류³⁹⁾

F00	Alzheimer병 치매
F01	혈관성 치매
F02	다른곳에 분류된 기타 질병에서의 치매
F03	특정불능의 치매
F04	알코올 및 정신 활성 물질로 유발되지 않은 기질성 기억상실 증후군
F05	알코올 및 정신활성 물질로 유발되지 않은 섬망
F06	뇌의 손상 및 기능장애 그리고 신체 질병으로 인한 기타 정신장애
F07	뇌의 손상 및 기능장애 그리고 신체질병으로 인한 인격 및 행태장애
F09	특정불능의 기질성 또는 증상성 정신장애

<표2> 기질성 정신장애에 대한 평가

1. 완벽한 병력
2. 세심한 신체검사(신경학적 검사 포함)
3. 정신상태검사
4. 이학적 검사
 - 혈액검사, 혈청 전해질, 혈다, Blood urea nitrogen(BUN), Creatinine, 간기능검사, 혈청 매독 및 HIV검사, 갑상선 기능검사, 혈청 vitamin B12, Folate
 - 소변검사 및 소변내 약물검사
 - 심전도
 - 흉부 X-선
5. 신경인지검사
6. 뇌영상검사 CT, MRI, PET, SPECT
7. 기타
 - 요추천자

섬망은 광범위한 뇌조작기능의 저하에 의해 일어나는 인지기능의 손상으로 급성이며, 다양한 증상 변동을 나타낸다.

2) 역학³⁵⁾

섬망의 발생률은 10~15%이며, 특히 노인에서는 30%에 이른다고 하며, 종합병원에 입원한 65세 이상 환자의 약 10%가 다소의 섬망을 경험하며 수술환자나 관상동맥 환자에서는 30%가 경험한다고 한다. 어떤 연령층에서나 발병할 수 있으나 소아와 60세 이후에 특히 흔하다.

3) 원인^{35,37,38)}

흔한 원인적 요인은 전신 감염, 수술 후 상태, 대사 장애, 저산소증, 저혈당증, 전해질불균형, 간장 또는 신장질환 thiamine결핍, 약물중독 및 금단, 고혈압성 뇌중후군, 간질발작 후, 두부손상 후의 의식회복단계 등에서 볼 수 있다.

그 중에서도 현재 각종 약물의 남용으로 인한 특히 알코올, benzodiazepine, barbiturate 등의 금단증세로 인한 섬망이 빈번해져 가고 있다.

정신과에서 lithium치료시 혈중농도가 1.5mEq/l을 넘을 때 섬망이 나타날 수 있으며 이러한 섬망이 빈번해져 가고 있다. 이러한 섬망을 일으킬 수 있는 위험요소로는 노인, 심장수술, 화상, 뇌손상, 약물금단 및 후천성 면역결핍증후군 등을 들 수

있다.

4) 임상양상^{33,37,38)}

주증상은 의식의 혼탁(clouding of consciousness)이다. 이로 인해 주의, 집중력 그리고 지각에 장애가 와서 착각, 환각, 해석착오(misinterpretation)가 나타난다. 언어장애로서 사고의 흐름이 지리멸렬하고 체계가 없으며, 말이 토막나며, 보속증을 보인다. 또한 불면 또는 과수면, 악몽, 가위눌림 등을 보인다. 가성상태(arousal)가 심해질 수도 있고 감퇴될 수도 있다. 각성상태가 심할 때 흥조, 창백, 진땀, 심계항진, 동공상태, 오심, 구토, 고열 등 자율신경계 장애가 나타난다. 정신운동성 활동(psychomotor activity)에 있어서는 안절부절하거나 과잉행동을 보이기도 하고 행동저하(우울, 강경증, 멍한 상태)를 보이는 등 극단적인 변화가 많다. 불안, 졸리움, 불면증, 악몽, 다행감, 무감동등 다양한 감정변화가 심하다.

신경학적 증상이 동반되기도 하는데 여러 형태의 진전(tremor)을 흔히 볼 수 있으며, 자율신경계 증상들도 흔히 나타난다. 신경학적으로 dysgraphia, constructional aphasia, 진전, myoclonus 등 증세가 있을 수 있다. 뇌파 이상(대개 서파 출현)이 발견된다.

DSM-IV 진단기준⁴¹⁾

섬망

A. 의식의 장애(예 : 환경에 대한 의식의 명료함이 감소됨) 주의를 집중하거나 유지하거나 이동시키는 능력의 감퇴가 동반됨.

B. 인지의 변화(기억능력 결핍, 지남력장애, 언어장애, 지각장애)가 있으며, 기존의 이미 형성된 또는 발생하고 있는 치매로는 잘 설명되지 않음.

C. 장애가 단기간(대개 수시간에서 수일)에 걸쳐 나타나며, 하루의 경과 중에도 변화하는 경향이 있다.

D. 병력, 신체진찰, 또는 검사소견상, 장애와 원인적으로 관련된다고 판단됨.

일반적 의학적 상태에 의한 섬망의 경우 : 일반적 의학적 상태의 증거가 있음.

물질중독섬망의 경우 : 기준 A 및 B의 증상이 물질 중독 중에 나타나거나, 약물사용시 장애와 원인적으로 관련되거나 둘 중 하나라는 증거가 있음.

물질금단섬망의 경우 : 기준 A 및 B의 증상이 금단 증후군 동안이나 직후에 나타났다는 증거가 있음.

다양한 원인에 의한 섬망의 경우 : 섬망이 1개 이상의 원인을 가지고 있다는 증거가 있음(예 : 1개 이상의 원인적 일반적 의학적 상태, 하나의 일반적 의학적 상태 더하기 물질 중독 또는 약물부작용)

5) 진단^{35,39,40)}

DSM-IV에 의하면 섬망은 원인에 기초해서 다음과 같이 분류된다.^{35,40)}

① 일반적 의학적 상태에 의한 섬망(delirium due to a general medical condition)

② 물질-유도성 섬망(substance-induced delirium)

i) 물질중독섬망(substance intoxication delirium)

ii) 물질금단섬망(substance withdrawal delirium)

③ 다중 원인에 기인된 섬망(delirium due to multiple etiologies)

④ 기타 불특정 섬망(delirium not otherwise specified)

ICD-10에서는 물질유도성 섬망을 대체로 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애 내에 분류하고 있다.^{35,39)}

F05 알콜 및 기타 정신활성 물질로 유발되지 않은 섬망(Delirium, Not Induced by Alcohol and Other Psychoactive Substances)

의식, 주의력, 지각, 사고, 기억, 정신운동성 행동, 정서, 그리고 수면-각성주기의 장애를 보이는 원인론적으로 비특이적인 증후군이다. 어느 연령에서나 오지만 60세 이후에 가장 흔하다. 섬망상태는 일시적이고 그 강도에는 기복이 있으며 대부분의 경우에 4주 혹은 그이내에 회복된다. 그러나 기복이 있으면서 7개월 이상 지속되는 섬망도 드물지 않으며 특히 만성 간질환, 암 혹은 아급성 세균성 심내막염 등의 경과중에 일어나는 섬망에서 그렇다. 급성과 아급성 섬망 사이의 차이점을 때로 지적하는 경우도 있으나 이것은 임상적인 관련이 거의 없고 이 상태는 다양한 기간과 경중에서 중중에 이르기까지 다양한 심각도를 지닌 단일 증후군으로 보아야 한다. 섬망상태는 치매와 중첩될 수 있고 혹은 치매로 진행할 수 있다.

.....

F05.0 섬망, 치매에 중첩되지 않은 것(Delirium, not superimposed on dementia, so described)

이 코드는 기존의 치매에 중첩되지 않은 섬망을 진단하는 데 사용할 것.

F05.1 섬망, 치매와 중첩된 것(Delirium,

superimposed on dementia)

이 코드는 상기기준에 일치하면서 치매의 경과중에 발생한 상태의 진단을 위해서 사용할 것.

F05.8 기타 섬망(Other delirium)

포함 : 복합적 원인의 섬망(delirium of mixed origin), 아급성 혼란 혹은 섬망.

F05.9 특정불능의 섬망(Delirium, Unspecified)

6) 경과 및 예후³⁵⁾

섬망의 경과를 보면 급성으로 발병하여 증상이 수시간 내지 수일간 지속되는 데 어떤 경우는 수주간 지속되기도 한다. 전체적으로 병의 과정은 특징적으로 유동적이고 비교적 짧다.

7) 치료^{35,37,38)}

치료는 원인을 확인하고 직접적인 내과적 내지 외과적 처치를 실시한다.

대개 입원시키는 것이 좋다. 병실은 조용하고 편안해야 한다. 그러나 섬망은 감각과 밀접히 연관되어 있으므로 특히 밤에 약한 실내등을 켜두는 것이 좋다. 가족과의 유대를 지속시키는 환경의 조성이 중요하다. 돌보는 사람이 일정하고 친숙한 사람이라면 환자가 자극받는 경우가 훨씬 덜하다. 또한 밤낮, 날씨, 장소, 상황 등을 환자가 알 수 있도록 환경내에 제시하는 것이 좋다.

약물치료는 정신병 상태와 불면증에 초점을 둔다. 심한 흥분시는 haloperidol을 2~10mg 근육주사 하며 수면장애시는 작용기간이 짧은 benzodiazepine계 수면제(예 : tiazolam) 또는 hydroxyzin을 경구 투여한다. 여러 약을 복합적으로 쓰기 보다 단일 약물을 쓰는 것이 유리하다.

약물치료에 있어서 Benzodiazepines은 작용시간이 빠르고, 단기간 치료시 부작용이 비교적 적은 장점이 있으며, Antipsychotics는 특히 환각, 망상, 편집증이 있는 경우에 효과적이다.

<실어증(Dysphasia)>

1) 실어증의 구분(classification of dysphasia)⁴¹⁾

실어증(dysphasia)은 자신이 말을 표현하지 못하거나, 듣거나, 기록된 언어를 이해하지 못하는

목표증상	약물	최대일일용량
급성 agitaion에 있거나 없거나	psychosis Lorazepam(Ativan)**	10mg
급성 agitation에 있거나 없거나	psychosis 현저한 Haloperidol(Haldol)***	100mg
알코올 금단	Chlordiazepoxide(Librium)**	진정될 때 까지

** Benzodiazepines은 주의력 손상을 더 일으킬 수 있다.

*** 추체외로 증상에 대한 감시가 필요하다.

(loss of comprehension) 상태를 의미한다. 언어중추는 우성 대뇌반구(dominant hemisphere) 쪽에 위치하고 있고 우성 대뇌반구(dominant hemisphere)는 오른손잡이의 경우 거의 모두가 왼쪽 대뇌반구에, 왼손잡이의 경우 대다수(75%)가 왼쪽 그리고 일부(25%)가 오른쪽 대뇌반구에 위치하는 것으로 알려져 있다. 실어증 증세를 일으키는 가장 흔한 원인으로서는 혈관장애(vascular)가 있으며, 그의 종양성(neoplastic), 외상감염성(trauamatic infective), 퇴행성(degenerative) 질환 등에 의해 초래될 수 있다. 우성 대뇌반구(dominant hemisphere) 내의 언어 중추(language center)를 구분하면 다음과 같다.

(1) Broca씨 영역(Broca's area) : 실비우스열(Sylvian fissure) 입구의 전두엽 아래 부분에 위치하고 있다. 언어의 표현(production of language)과 직접 관계되는 부분이다.

(2) 언어의 감지 영역(receptive area) : 남의 말을 이해하며 이에 대해 적절한 반응(reply and action)이 시발되는 부위이다. 측두엽의 감지영역은 실비우스열(Sylvian fissure)의 뒤쪽 끝 측두엽(temporal lobe) 부위로서 청각중추(auditory cortex)와 인접하며 두정엽 감지영역은 각회(angular gyrus) 부위에 위치한다.

(3) 궁상속(arcuate fasciculus) : 궁상속(arcuate fasciculus)은 피질하부(subcortex)에 위치하는 신경로(fiber tract)로서 Broca씨 영역(Broca's area)과 감지영역(receptive area)을 통합시키는(integrated) 역할을 수행한다.

2) 실어증의 진단적 접근방법(Diagnostic approach of dysphasia)⁴¹⁾

먼저 환자가 무슨말을 하는지(content), 또는 열

마나 유창하게 얘기하는지(fluency)등을 자세히 듣고 난 후 "환자가 말을 얼마나 이해하는지(comprehension)"를 평가한다. 처음에는 간단한 내용이나 문장으로 질문하고 점차 더 복잡한 내용을 질문(complex command)하면서, 언어의 표현(expression), 이해(comprehension), 반복(repetition) 중 어느 부분에 이상이 있는지를 파악한다. 몇 가지 특징적인 언어 장애의 유형 및 병변위치 등을 간략하게 기술하면 다음과 같다.

① Broca씨 실어증(운동성 또는 표현성)

임상양상은 말이 유창하지 못하고 머뭇거리는 경우로 단지 몇 마디 정도만 중얼거리거나 덜 심한 경우에는 말의 어구 등을 생략한다. 타인의 얘기는 잘 이해하나 글씨쓰는 것이 불량하며 우측 상지 또는 안면 위약감이 동반된다. 원인질환으로는 혈관성 질환, 뇌종양, 외상, 전염성 질환, 퇴행성 질환등이 있다

② Wernicke 실어증(감각성 또는 인지성)

임상양상은 타인의 얘기를 이해하지 못하는 경우로 환자 자신은 자신의 얘기를 아주 감각적이지는 못하지만 그런대로 유창하게 표현하며 때로는 말을 지어내거나 일부만 맞는 어구를 사용한다. 이때 환자는 자신의 언어에 문제점이 있다는 것을 알지 못하며 글쓰는 능력도 매우 불량하다. 원인 질환은 혈관성 질환, 뇌종양, 외상, 전염성 질환, 퇴행성 질환이 있다.

③ 전 실어증(global dysphasia)

임상양상은 말이 유창하지 못하며 동시에 언어 이해력에 장애가 있는 경우로 특히 반신 마비, 반신 감각장애 또는 시야장애 등이 동반되어 있을 경우이다. 원인질환은 혈관성 질환, 뇌종양, 외상, 전염성 질환, 퇴행성 질환이 있다.

④ 전도성 실어증(conductive dysphasia)

임상양상은 말이 감각적이지는 못하지만 비교적 유창하며 말의 이해도 좋으나 단지 말을 따라하는 반복능력이 불량한 경우이다. 말을 지어내거나 일부 맞지 않는 어구를 사용할 수 있다. 원인질환은 혈관성 질환, 뇌종양, 외상, 전염성 질환, 퇴행성 질환이 있다.

III. 考 察

謔語는 神志不清 意識謔妄時에 胡言亂語 聲高有力을 特點으로 하고, 鄭聲은 意識障礙 狀態下에서 語音이 輕微低弱하고 模糊不清하며 反復重複하고 不相接續되어 論理도 混合되는 것으로¹¹⁾ 歷代文獻에서 謔語는 謔妄³⁻⁶⁾, 妄言^{1,3)}, 妄語⁷⁾, 謔言^{6,7)}, 謬語⁷⁾, 滅語⁷⁾, 睡語⁵⁾등으로 表現되어 왔으며, 鄭聲은 謔語의 相對的인 概念으로 使用되어져 왔다. 蔡 등^{2,4,8-10)}은 虛實의 概念으로 謔語와 鄭聲을 理解하였으니 “謔語는 주로 陽明實熱이나 溫邪가 營血에 侵入하여 神明을 擾亂시켜 發生되어지며 鄭聲은 疾病의 晩期에 心氣가 內損되어 精神이 散亂되어져 發生하게 된다.”고 하였다.

謔語와 鄭聲의 西洋醫學의 概念에 대하여 金¹¹⁾은 “謔語는 亂語하여 次序를 分析하지 못하는 것이며 鄭聲은 言語가 다음말과 連續되지 않고 一句의 같은 말만 反復하여 重言復言하는 것이다.”라 하여 타인의 얘기를 理解하지 못하여 發生하는 베르니케실어(wernicke dysphasia)⁴¹⁾와 그 症狀이 매우 類似하다 說明하였으며, 何¹¹⁾는 “謔語는 實證性高熱이 中樞神經系統에 影響을 주는 狀況에서 發生하는 것으로 急性感染性精神障礙에서 表現되는 意識謔妄(Delirium)狀態이며, 鄭聲은 意識障礙 狀態下에서 發生하는 現代精神病學의 夢囈性謔妄 狀態이다.”라고 하였다.

또한 黃¹²⁾은 謔語 鄭聲을 謔妄, 痴呆, 癱疾 등을 主要한 範疇로 하는 器質性 精神障礙에 속하는 것으로 理解하였으나, 症狀를 中心으로 分類한 東醫學의 特性上 반드시 上記한 中만이 그 範疇라고 斷定하기는 어렵다고 說明하였다.

鑑別해야 할 狂言^{7,11,33,34)}, 囉言¹¹⁾, 錯語^{11,33,34)}, 獨

語^{11,33,34)}, 言語障礙³³⁾, 言語錯亂³⁴⁾등에 대하여 살펴 보면 다음과 같다.

狂言^{7,11,33,34)}과의 鑑別에 있어서 李⁹⁾는 “狂言者 大開目 與人語 語所未嘗見之事 卽爲狂言也. 謔語者 合目自言 言所日用常見常行之事 卽爲謔語也. 鄭聲者 聲戰無力 不相接續 造字出於喉中 卽鄭聲也.”라 하여 發顯되는 症狀의 差異를 논하였고, 閻³³⁾은 “謔語와 狂言은 모두 胡言亂語 失却理智의 表現이나 狂言은 癲狂病에 謔語는 外感熱病과 虛損 痴呆等の 多種疾病에서 자주 보이는 차이가 있다.”고 하여 誘發原因이 되는 疾患의 差異를 檢하여 논하였다.

囉言¹¹⁾은 病으로 인하여 昏睡상태에서 하는 말로 睡眠狀態에서 말하므로 夢囉라고 칭하여진다. 本症은 言語聲低하고 內容이 항상 不情하여 偶言偶止하니 謔語가 胡言亂語하고 聲高有力한 것과 鄭聲이 低弱重複하고 語不成句한 것과는 구별되어진다. 三者는 모두 意識障礙시에 出現하는 言語失常이나 囉語는 患者의 대부분이 가벼운 昏迷狀態에 빠져있어 意識상태가 下降되어 있으며 謔語는 熱性病으로 인한 昏迷狀態에 빠져있어 意識상태가 비교적 심하게 下降되어 있고 鄭聲은 昏迷에 수반하여 機能衰竭이 있는 狀態로 鄭聲의 狀況이 가장 危重하다. 囉語로 虛實을 나누면 虛症은 鄭聲과 유사하며 實證은 謔語등이 보이게 되며 發展하면 癲狂等證이 발하게 된다.

錯語, 獨語^{11,33,34)}와의 比較에 있어서 謔語는 神志不清의 狀態에서 胡言亂語가 出現하는 것이요 錯語는 神志清醒한 상태에서 言語錯亂이나 喃喃自語가 出現하는 것으로 獨語와 錯語는 由心氣虛로 인하여 精不養神하여 發生되어지니 癲症 鬱症 등에서 보인다.

言語障礙³³⁾와의 比較에 있어서 謔語는 胡言亂語 하나 言語機關에는 障礙가 없는 中樞神經系通의 病變이요 言語障礙는 神經系統이나 發音機關의 損傷으로 인하여 正確하게 말하지 못하는 것이다.

言語錯亂³⁴⁾과의 比較에 있어서 謔語는 高熱之后에 發生하고 患者는 神志昏糊하지만 言語錯亂은 無熱한 狀況에서 發生하고 患者는 神志恍惚하거나 清醒하다.

謔語의 原因에 대하여 謝⁶⁾는 “謔語는 胃熱이 心에 便乘되거나 風寒의 邪가 皮膚를 通하여 肺中

에 侵入되어 心에 轉入하여 發生하며, 鄭聲은 精氣가 虛脫된 所致로 大病後에 많은 것이다.”라고 하였으며 朱⁸⁾는 “傷寒不應發汗 卽譫語, 三陽合病 譫語者, 胃實 譫語者, 發汗多 亡陽 譫語者, 有下利 譫語者, 有下後 譫語者, 有婦人 熱入血室 譫語者”로 分類하였고 康³¹⁾은 “肺邪나 胃熱이 入心하는 것”이라 하였으니 이는 謝⁶⁾의 의견과 일치하는 것이며, 《景岳全書》⁴⁾에서는 “有燥糞在胃而然者, 有瘀血在臟而然者, 有火盛熱極而然者, 有腹脹便秘口瘡爛而然者”를 提示하였다.

《實用中醫腦病學》³³⁾에서 “古人對譫語的認識 人多認爲在外感熱病中出現. 其實 在內傷染病和外傷或中毒致病中 如虛損 中風 痴呆 腦外上 煤氣中毒等 也可出現”이라 하여 外感熱病以外的 原因을 提示하였다.

症狀의 면에서 살펴보면 黃¹²⁾은 “譫語란 言語에 順序가 없고 자주 말끝을 끊는 것이고 鄭聲이란 다만 한가지 말을 가지고 重言復言하는 것이다.”라고 하였으며 蔡 등^{2,4,8-10)} 대부분의 醫家들은 “譫語는 實證이고 鄭聲은 虛症이다.”라고 논하였으며 그 중 朱⁸⁾는 “若大小便利 手足冷 脈微細者 必鄭聲也. 大便秘 小便赤 手足溫 脈洪數者 必譫語也”라 하여 大小便의 狀態, 手足의 冷溫, 맥에 의해 鑑別해야 함을 強調하였고 周²⁹⁾는 “身熱脈數하고 煩渴 便難 多言하는 者는 譫語요 身涼脈小하고 自利不渴 多言하는 者는 鄭聲이다.”라 하여 朱⁸⁾의 鑑別點 외에 渴症에 대해 논하였다.

그 외에 《景岳全書》⁴⁾에서 “譫語는 狂妄之語이고 鄭聲은 不正之聲이다. 譫語는 實이니 實은 邪實인 것이다. 實邪가 병이 되므로 其聲必高 其氣必壯 其脈必強 其色必厲하게 되는 것이다. 登高罵詈 狂呼躁擾하는 것은 모두 譫語에 속한다. 鄭聲은 虛이니 虛는 腎虛인 것이다. 腎虛로 인해 나타나는 諸般의 症狀이 있으면 鄭聲에 속한다.”라고 하였다.

특히 《景岳全書》⁴⁾에서는 “身有微熱하고 脈見洪滑한 者는 生하고 心多煩躁하고 脈見微弱細急하고 四肢가 逆冷한 者는 死하게 되며, 虛損한 狀態에서 譫妄이 보이는 것은 大危之兆이다.”라 하였고 張⁵⁾은 “譫語를 邪祟로 생각하여 金石으로 治療

하게 되면 必死하게 된다.”고 하여 症狀의 輕重에 따른 生死를 논하였다.

그 治療에 있어서 朱⁸⁾는 “鄭聲爲虛 常用溫藥 白通湯主之. 譫語爲實 當須調胃承氣湯主之. 服調胃承氣 而譫語止. 或更衣者 停後服 不爾再與之.”라 하였고, 黃¹²⁾은 以外에 “傷寒에 大熱 呻吟하고 錯語를 잘 하며 不眠하는 데는 黃連解毒湯으로 主治한다. 傷寒에 發熱 譫語하는 證에는 柴胡連翹湯을 쓴다.”고 하였으며, 《景岳全書》⁴⁾에서는 “察其果實 卽當以三承氣或白虎湯 涼膈散之類治之.”라 하였다.

또한 朱⁸⁾는 譫語의 原因에 따라 證治하였으니 이를 살펴보면 傷寒에 不應發汗하여 發生하는 譫語가 있으니 胃와 關聯한 症狀으로서, 中焦를 調和하면 낫지만 調和하지 못하면 갑갑하고 躁急하게 되니 調胃承氣湯이 적당하며 三陽合病하여 發生하는 譫語가 있으니 三陽이 合病하면 腹滿 身重 難以轉側 口中不仁 面垢 譫語 遺尿의 症狀이 보이고 脈은 반드시 滑實하게 되니 不可汗下하여 白虎湯이 마땅하며 胃가 實하여 發生하는 譫語가 있으니 病人이 身熱 汗出 大便硬하게 되면 胃가 實한 症狀이니 調胃承氣湯이나 大承氣湯이 마땅하다.

또한 發汗이 過多하여 亡陽하여 發生하는 譫語가 있으니 이는 津液不和한 것이니 瀉下할 수 없고 柴胡桂枝湯으로 營衛를 調和하고 津液을 疏通하면 저절로 나오며 下利하면서 譫語가 있을 수 있으니 이는 燥屎가 있는 것으로 調胃承氣湯이나 小承氣湯으로 治療하며 만일 瀉下한 후에 譫語가 발생하면 柴胡加龍骨牡蠣湯으로 治療한다.

婦人이 傷寒病에 걸려서 發熱 經水適來 晝日明了 暮則譫語 如見鬼狀하게 되면 이는 熱入血室이니 胃氣나 上焦나 中焦를 건드리지 말고 급히 小柴胡湯으로 治療한다. 만약에 탕이 늦는다면 期門穴에 침을 놓는다. 만약 胃氣를 損傷하면 晝夜譫語 喜忘 小腹滿 小便利하게 되니 抵當湯證에 속한다.

王¹⁰⁾은 朱⁸⁾가 말한 證治 以外에 “火劫發汗으로 熱氣入胃하여 發生하는 譫語가 있으니 救速湯으로 治療하고, 傷寒으로 腹滿 譫語 寸口脈浮而緊한 것은 肝乘脾한 것으로 橫이라고 名하며 期門穴을 刺

針한다.”고 하였으며, 張⁵⁾은 “虛病痰病은 鬼祟와 類似하니 淸神湯이나 平補鎮心丹에 去肉桂 山藥 五味 加 琥珀 膽星 麝香 하는 것이 마땅하며 便不通 心腹脹滿刺痛 口噤氣急하는 것은 實이니 涼膈이나 承氣湯중에서 選用한다.”고 하였다.

鄭聲의 治療에 대하여 謝⁶⁾는 “脈弦細而微 身有微熱 或寒熱 或嘔逆 大小便自利而鄭聲者 宜小柴胡湯, 氣息短促 脈沈細欲絕者 宜附子湯倍人蔘. 脈雖微弱而和 手足溫者 宜生脈散 或人蔘三白湯.”이라 說明하였다.

西洋醫學에서 譫妄의 흔한 원인적 요인을 전신 감염, 수술 후 상태, 대사 장애, 저산소증, 저혈당증, 전해질 불균형, 간장 또는 신장질환 thiamine 결핍, 약물중독 및 금단, 고혈압성 뇌중후군, 간질 발작 후, 두부손상 후의 의식회복단계 등으로 보고 있으며^{35,37,38)}, 베르니케 실어(wernicke dysphasia)의 원인질환은 혈관성 질환, 뇌종양, 외상, 전염성 질환, 퇴행성 질환이 있다⁴¹⁾.

譫妄의 주증상은 의식의 혼탁(clouding of consciousness)이다. 이로 인해 주의, 집중력 그리고 지각에 장애가 와서 착각, 환각, 해석착오(misinterpretation)가 나타난다. 언어장애로서 사고의 흐름이 지리멸렬하고 체계가 없으며, 말이 토막나며, 보속증을 보인다. 또한 불면 또는 과수면, 악몽, 가위눌림 등을 보인다^{35,37,38)}. 베르니케 실어(wernicke dysphasia)의 주요한 임상양상은 타인의 얘기를 이해하지 못하는 경우로 환자 자신은 자신의 얘기를 아주 감각적이지는 못하지만 그런대로 유창하게 표현하며 때로는 말을 지어내거나 일부만 맞는 어귀를 사용한다. 이때 환자는 자신의 언어에 문제점이 있다는 것을 알지 못하며 글쓰는 능력도 매우 불량하다⁴¹⁾.

譫妄(Delirium)의 치료는 원인을 확인하고 직접적인 내과적내지 외과적 처치를 실시한다. 대개 입원시키는 것이 좋고 병실은 조용하고 편안해야 한다. 그러나 譫妄(Delirium)은 감각과 밀접히 연관되어 있으므로 특히 밤에 약한 실내등을 켜두는 것이 좋다. 가족과의 유대를 지속시키는 환경의 조성이 중요하다. 돌보는 사람이 일정하고 친숙한 사람이라면 환자가 자극받는 경우가 훨씬 덜하다.

또한 밤낮, 날짜, 장소, 상황 등을 환자가 알 수 있도록 환경내에 제시하는 것이 좋다. 약물치료는 정신병 상태와 불면증에 초점을 둔다. 심한 흥분시는 haloperidol을 2~10mg 근육주사하며 수면장애시는 작용기간이 짧은 benzodiazepine계 수면제(예 : tiazolam)또는 hydroxyzin을 경구 투여한다^{35,37,38)}. 失語(Dysphasia)의 경우 그 원인이 되는 질환을 확인하고 처치를 실시하여야 한다⁴¹⁾.

以上으로 譫語의 原因에 대해 살펴보면 胃熱이 心에 便乘되거나 肺邪가 入心하는 것으로, 傷寒 不應發汗, 三陽合病, 胃實, 發汗多亡陽, 下利, 下後, 婦人熱入血室의 7가지 原因으로 分類하여 볼 수 있으며 燥糞在胃, 瘀血在臟, 火盛熱極, 腹脹便秘口瘡咽爛으로 나누기도 하였으며 鄭聲은 精氣가 虛脫된 所致로 大病後에 많은 것이다. 西洋醫學적으로 譫妄(delirium)의 原因은 전신감염, 수술 후 상태, 대사장애등이며, 베르니케실어(wernicke dysphasia)는 혈관성 질환, 뇌종양, 외상등이다.

譫語의 症狀에 대해 살펴보면 譫語는 神志不清 意識譫妄時에 胡言亂語 聲高有力하고 鄭聲은 意識障礙 狀態下에서 語音이 輕微低弱하고 模糊不清하며 反復重複하고 不相接續되어 論理도 混合되는 것이니, 西洋醫學적으로 意識의 혼탁과 언어장애를 특징으로 하는 譫妄(delirium)과 타인의 얘기를 이해하지 못하여 발생하는 베르니케실어(wernicke dysphasia)와 매우 類似하다.

譫語의 治療에 대해 살펴보면 虛實의 區別로 治療하는 것이 가장 一般的이니 鄭聲은 虛로서 白通湯을 譫語는 實로서 調胃承氣湯, 白虎湯, 涼膈散등을 使用한다. 또한 譫語의 原因에 따른 證治를 살펴보면 傷寒의 不應發汗엔 調胃承氣湯이 三陽合病에 白虎湯이 胃가 實에 調胃承氣湯이나 大承氣湯이 마땅하며 發汗過多로 亡陽되는 경우에 柴胡桂枝湯이 下利엔 調胃承氣湯이나 小承氣湯이 瀉下한 후엔 柴胡加龍骨牡蠣湯이 婦人이 傷寒病에 小柴胡湯을 使用하는 것이 合當하다. 만약에 탕이 늦는다면 期門穴에 침을 놓으며 胃氣를 損傷하면 抵當湯을 使用한다. 또한 火劫發汗으로 熱氣入胃하면 救速湯을 使用하고 傷寒으로 肝乘脾한 것은 期門穴을 刺針하며 鄭聲은 小柴胡湯, 附子湯加味, 生脈

散이나 人蔘三白湯을 症狀에 따라 選用한다. 西洋醫學의으로는 譫妄(Delirium)은 原因을 확인하고 그 原因에 대한 직접적인 내과적내지 외과적치치를 실시하여야 하며 입원을 원칙으로 병실은 조용하고 평안하며 가족과의 유대를 지속시키는 환경을 조성시킨다. 약물치료는 정신병 상태와 불면증에 초점을 둔다. 失語(Dysphasia)의 경우 그 원인이 되는 질환을 확인하고 처치를 실시하여야 한다.

IV. 結 論

1. 譫語 鄭聲은 言語表現의 障 碍을 일 킨는 것으 로 譫語는 言語에 順序가 없 고 자 주 말 끝 을 끊 는 것 이 고 鄭聲은 한 가 지 말 을 가 지 고 重 言 復 言 하 는 것 으 로 意 識 의 障 碍 속 에 서 일 어 나 는 特 徵 이 있 다.

2. 譫語鄭聲과 鑑別診斷이 要求되는 것으로 狂言은 癲狂病에서 유 발 되 며 囁言은 睡 眠 狀 態 에 서 말 하 여 言 語 聲 低 하 고 偶 言 偶 止 하 며 錯 語 , 獨 語 는 神 志 清 醒 한 狀 態 에 서 發 生 되 어 지 고 言 語 障 碍 는 神 經 系 統 이 나 發 音 機 關 의 損 傷 이 있 으 며 語 言 錯 亂 은 無 熱 한 狀 況 에 서 發 生 하 는 差 異 가 있 다.

3. 譫語는 神志不清 意識譫妄時에 胡言亂語 聲高有力하는 症狀이 나타나는데 西洋醫學의으로 의식의 혼탁과 언어장애를 특징으로 하는 譫妄(delirium)과 유사하고, 鄭聲은 意識障 碍 狀 態 下 에 서 語 音 이 輕 微 低 弱 하 고 模 糊 不 清 하 며 反 復 重 復 하 고 不 相 接 續 되 어 論 理 도 混 合 되 는 것 인 데 타 인 의 애 기 를 이 해 하 지 못 하 여 發 生 하 는 베르니케실어(wernicke dysphasia)와 類 似 한 면 이 있 다.

4. 譫語의 原因은 胃熱이 心에 便 乘 되 거 나 肺의 邪氣가 入 心 하 는 것 이 며 傷寒不 應 發 汗 , 三 陽 合 病 , 胃 實 , 發 汗 多 亡 陽 , 下 利 , 下 後 , 婦 人 熱 入 血 室 이 나 燥 糞 在 胃 , 癆 血 在 臟 , 火 盛 熱 極 , 腹 脹 便 秘 口 瘡 咽 爛 등 으 로 요 약 되 며 鄭聲은 大 病 後 에 精 氣 가 虛 脫 되 어 發 生 된 다 할 수 있 다.

5. 譫妄(delirium)의 原因은 全 身 感 染 , 手 術 後 狀 態 , 大 事 障 碍 등 이 며 , 베르니케실어(wernicke dysphasia)는 血 管 性 疾 患 , 뇌 卒 中 , 외 상 등 에 서 나

타난다.

6. 譫語는 虛와 實로 鑑別하여 治療하니 虛에는 白通湯이나 柴胡桂枝湯 柴胡加龍骨牡蠣湯을 實에는 承氣湯, 白虎湯, 涼膈散의 處方을 使用하며, 鄭聲은 小柴胡湯, 附子湯加味, 生脈散이나 人蔘三白湯을 症狀에 따라 選用한다.

7. 湯藥의 處置가 늦 거 나 肝 乘 脾 하 는 경 우 에 는 針 灸 治 療 로 期 門 穴 에 刺 針 한 다.

參 考 文 獻

1. 金定濟：東洋醫學診療要鑑, 서울, 東洋醫學研究院, pp.252-253, 1983.
2. 蔡仁植：傷寒論譯註, 서울, 高文社, pp.33-36, 88-94, 113-115, 159-169, 193-194, p.204, 1984.
3. 王冰：新編黃帝內經素問, 서울, 大星文化社, pp.96-97, 101-106, 139-142, 217-219, 247-278, 1994.
4. 張景岳：景岳全書, 서울, 大星文化社, pp.162-163, 1997.
5. 張璐：張氏醫通, 서울, 一中社, pp.306-307, 1992.
6. 謝觀：東洋醫學大辭典, 서울, 高文社, p.1013, 1134, 1980.
7. 巢元方：諸病源候論, 北京, 人民衛生出版社, pp.247-248, p.349, 1983.
8. 朱肱：活人書, 서울, 아티전, pp.226-229, 1998.
9. 李東垣：東垣十種醫書, 台北, 五洲出版社, p.284, 中華民國七十三年.
10. 王好古：醫壘元戎, 서울, 醫聖堂, pp.165-168, 1999.
11. 何祝民：中國傳統精神病理學, 上海, 上海科學普及出版社, pp.128-131, 1995.
12. 黃義完 외：東醫精神醫學, 서울, 現代醫學書籍社, pp.333-347, p.349, 364, 1987.
13. 玄禹天·李相龍：中氣症에 관한 文 獻 의 考 察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 2卷 2號, pp.285-295, 1994.

14. 崔秉晚·李相龍：中氣證의 東西醫學的 考察, 大田, 惠和醫學 9卷 1號, pp. 237-257, 2000.
15. 徐元熙·李相龍：鬱症과 憂鬱症의 比較考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 6卷 1號, pp.505-514, 1997.
16. 金月寅宰·李相龍：顛證에 關한 文獻的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 6卷 2號, pp.705-714, 1998.
17. 徐璟錫·李相龍：火病과 更年期 憂鬱症에 對한 文獻的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 6卷 2號, pp.695-704, 1998.
18. 姜碩塔·李相龍：脫營失精에 對한 東西醫學的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 5卷 1號, pp.395-404, 1996.
19. 尹祥熙·李相龍：五神의 認識 및 內容에 關한 文獻的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 3卷 2號, pp.245-270, 1995.
20. 鄭仁哲·李相龍：神經精神科疾患과 關聯된 火因에 關한 文獻的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 6卷 1號, pp.539-554, 1997.
21. 나경원·李相龍：精神症狀과 聯關된 痰飲에 關한 文獻的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 4卷 2號, pp.229-236, 1996.
22. 金成浩·李相龍：꿈의 認識과 病證에 對한 東西醫學的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 3卷 2號, pp.271-286, 1995.
23. 李應來·李相龍：睡眠障礙에 對한 東西醫學的 考察, 大田, 惠和醫學 9卷 1號, pp.192-219, 2000.
24. 高太濬·李相龍：STRESS 現象과 關聯된 諸氣證에 關한 文獻的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 8卷 2號, pp.317-327, 2000.
25. 文誠秀·李相龍：性心理와 聯關된 疾患에 對한 文獻的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編 8卷 2號, pp.329-339, 2000.
26. 河秀永·李相龍：精神療法에 對한 東西醫學的 考察, 大田, 大田大學校 韓醫學研究所, 韓醫學編, 8卷 2號, pp.341-359, 2000.
27. 金明進·李相龍：勞倦傷의 東西醫學的 考察, 大田, 惠和醫學 8卷 1號, pp.257-279, 1999.
28. 李克光 외：金匱要略譯釋, 上海, 上海科學技術出版社, pp.572-573, 643-646, 658-662, 1993.
29. 周定王·朱櫺：普濟方, 서울, 翰成社, pp.843-844, 1981.
30. 林佩琴：類證治裁, 台北, 旋風出版社, pp.17-19, 中華民國六十七年.
31. 康命吉：濟衆新編, 서울, 杏林書院, p.79, 1982.
32. 方藥中 외：實用中醫內科學, 上海, 上海科學技術出版社, p.366, 1986.
33. 閻孝誠 외：實用中醫腦病學, 北京, 學苑出版社, pp.317-319, 1993.
34. 趙金鐸 외：中醫症狀鑑別診斷學, 北京, 人民衛生出版社, pp.65-69, 1987.
35. 민성길：제4개정판 최신정신의학, 서울, 일조각, pp.186-189, 207-209, 1999.
36. 이우주：영한·한영 의학사전, 서울, 도서출판 아카데미서적, pp.299-300, 1992.
37. Kurt J. Isselbacher：해리슨내과학, 해리슨번역 편찬 위원회(한글역자), 서울, 도서출판 정담, pp.143-148, 1997.
38. Robert E. Pakel, M.D.：최신실전임상가이드, 이영진·배철영(역자), 서울, 도서출판 한국의학, pp.1014-1016, 1998.
39. WHO：ICD-10, 서울, 一潮閣, pp.58-61, 78-80, 1992.
40. David J. Kupfer 외：DSM-IV(4th Edition), Washington DC, American Psychiatric Association, pp.123-133, 1994.
41. 이광우·정희원：임상신경학, 서울, 도서출판 고려의학, p.147, pp.196-198, 1998.
42. 大韓韓醫師協會：韓國標準疾病死因分類, p.207, 1995.
43. 安圭錫 외：傷寒論病證鑑別治療, 서울, 傳統醫學研究所, pp.554-565, p.658, 1995.
44. 姜孝信：東洋醫學概論, 서울, 高文社, p.170, 1989.
45. 金完熙：韓醫學原論, 서울, 成輔社, p.230, 1990.
46. 강화정 외：心系內科學, 서울, 書苑堂, pp.356-360, 1999.