

譫妄을 동반한 煩躁 환자의 치험 1례

민성순 · 김영균 · 권정남*

동의대학교 부속한방병원 심계내과학교실

Clinical Report on the Byun-jo Accompanied Delirium

Sung Soon Min, Young Kyun Kim, Jung Nam Kwon*

Department of Circulatory Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dong-Eui University

Delirium is a set of symptoms that includes Disturbance of consciousness, attention, cognition, sleep-wake cycle. It usually appears as a disease progresses. Also it can be considered as one of byun-jo(煩躁)'s symptoms because it shows similar symptom and progress to byun-jo(煩躁). One patient was admitted who was suffering delirium, restlessness, chest discomfort, disorientation. The patient was diagnosed as delirium and byun-jo that was caused by heat in the heart and stomach, and was treated with Chungul-san(淸鬱散). In the course of treatment, symptoms improved gradually. Results suggest that Chungul-san(淸鬱散) is effective on delirium, byun-jo caused by heat in stomach.

Key words : delirium(譫妄), byun-jo(煩躁), Chungul-san(淸鬱散)

서 론

譫妄은 여러 가지 원인으로 인한 뇌의 일시적인 장애로서 정신상태의 급성 또는 아급성 변화를 일으키는데¹⁾ 주의력뿐만 아니라 정동, 사고, 언어 등 인지기능 전반의 감퇴와 정신병적 증상을 유발하는 매우 흔한 인지장애이다²⁾. 주로 의식과 주의력 장애, 인지장애, 정신운동장애, 수면 각성주기 장애등 변화가 큰 임상 과정을 거친다³⁾. 또한 노인환자에게 주로 발생하여 흔히 치매와 혼동되기도 하며 병발하는 경우도 많다. 譫妄의 원인으로서는 저산소증, 전해질 불균형, 패혈증 등이 확실한 원인으로 알려져 있지만 그 외에 다양한 원인이 알려져 있다⁴⁾. 그리고 섬망은 일반적으로 여러 가지 질환의 경과 중에 발생하며 이는 질병의 이환기간을 연장시키거나 치명율을 높이는 데 한 원인이 되고 있다. 즉 譫妄은 독립된 질병이 아니고 다양한 질병상태에서 나타나는 증후군이라 할 수 있는데⁵⁾ 나타내는 증상이나 양상을 볼 때 煩躁와 유사한 면이 많고 증상적인 면을 볼 때 넓게는 呆病이나 煩躁, 癡狂등의 범주로 생각할 수 있다.

煩躁 역시 임상적으로 단독으로 출현하기도 하지만, 다른 질환의 변화 및 발전 과정 중에 병발하는 경우가 많다. 이는 傷寒論의 전반에 걸쳐서 고루 언급되고 있는데 주로 正邪抗爭의 결

과로 조성되는 陽熱의 표현과 病邪太盛의 陰寒에 의한 陽脫을 나타내는 병리적 과정에서 동반되는 증상 및 병리기전으로 잘 나타나 있다⁶⁾.

양의학에서는 譫妄환자에 대한 다양한 연구나 증례^{1-3,5)}가 많이 보고되고 있으나 한방적인 연구, 증례는 찾아볼 수 없었고, 煩躁證에 대한 치료 및 연구는 주로 傷寒論을 중심으로 한 문헌적 고찰이나 中風환자에 있어서 초기 증상의 하나로 병발한 경우, 평소 흥민등의 증상이 증풍 등의 질환을 계기로 악화된 경우에 涼膈散火湯, 地黃白虎湯을 투여하여 호전된 증례가 있었다^{4,6-10)}. 또한 그 연구들에 있어서도 譫妄과는 양상이 다른 번조 및 정도가 심한 흥민증세가 위주였으며 譫妄에 관한 증례는 찾아볼 수가 없었다.

이에 저자는 동의대학교 부속한방병원 심계내과에 증풍을 동반하고 譫妄 煩躁 不眠을 주소로 내원한 환자에게 淸鬱散을 투여하여 유의한 호전을 나타낸 증례가 있어 보고하는 바이다.

증례 및 치료 경과

- 1. 성명 : 박 ○ ○
- 2. 성별 및 나이 : 남, 72세
- 3. 진단명

- 1) 譫妄, 煩躁
- 2) 뇌경색(Rt. thalamus lacunar inf. 과 old multiple lacunar inf.)

* 교신저자 : 권정남, 부산시 진구 양정 2동 산45-1 동의대학교 한방병원

· E-mail : jnkwon@demc.or.kr, · Tel : 051-850-8622

· 접수 : 2005/10/24 · 수정 : 2005/11/08 · 채택 : 2005/12/05

4. 발병일 : 2004년 8월 4-5일경

5. 주소증

1) 神不淸(dull and confusion mentality) - 의사 표현 거의 하지 못하고 황설수설하거나 중얼거리며 질문에 대답하지 않으려함. 화장실이 아닌 곳에서 소변을 보려하는 등의 시간(날짜)이나 장소에 대한 지남력 장애 보임.

2) 煩躁, 胸悶 - 누워있거나 한 자세로 있지 못하며 안절부절못함. 눈 감은 채로 침대에서 내려오려 하는 등 agitation 보임

3) 不眠 - o/s 이후 평균 수면시간이 한 시간 미만임

4) 語鈍-매우 경미함

5) 頭痛, 眩暈

6. 과거력

1) HTN, 심부전 - 4년 전 관상동맥 폐색질환으로 ○○병원에서 관상동맥 조영술 시술 후 현재 양약 복용 중인 상태임

2) 전립선 암 - 1년 전 ○○병원에서 진단받고 내복약으로 치료 중임

7. 가족력 : 아들 - DM

8. 현병력

평소 술(가끔 소주 1병/회) 담배(-) 하시는 급한 성격의 남자 환자로 2004년 8월 2일 보신탕을 먹은 후 심한 설사 증세 보여 ○○병원에서 급성 장염으로 진단 후 입원치료 받던 중 o/s 경 갑자기 mentality 변화와 함께 煩躁, 不眠등의 증세 보이며 cooperation 안됨. 8월 10일경 ○○병원에서 Brain MRI 촬영 후 Rt. thalamus lacunar inf. 과 old multiple lacunar inf. 및 dementia 진단을 받음. 이후에 증상 악화되어 보호자 한방 치료 원해 8월 12일 본 원 응급실 통해 입원함.

9. 初診시 한방적 소견

1) 대변 : 최근 2일간 不大便

2) 소변 : 3-4회/일

3) 식사 및 소화상태 : o/s 이후 죽 1/3공기정도 먹으며 식욕저하 호소함. 소화 잘 안되는 편이며 트림 많이 한다함.

4) 望聞問切: 얼굴색이 검붉으며 臍周圍動悸 및 中脘 壓痛, 胸悶感 呼訴함. 가만히 누워 있지 못하고 안절부절못하며 침대에서 내려오려 하는 등 초조 불안한 상태를 보이며 눈감은 상태로 있음. 화장실이 아닌 곳에서 소변을 보려하는 등 인지장애, 지남력 장애 보임.

5) 舌診 및 脈診: 舌紅 胎微黃, 脈微滑

10. 양방적 검사 소견

1) 입원당시 생체 활력 징후

혈압 100/60mmHg, 맥박수 66회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.6도

2) EKG(2004. 8. 12-입원일)

Poor R Progression, Negative T, ' I, aVL'

3) Lab. Finding(Table 1)

4) Abdomen ultrasono(2004. 8. 17-입원5일째)

A echogenic mass with lobulated contour abutting liver surface

and faint posterior enhancement in S3 segment below 3.6cm

-Hemangioma more likely R/O focal fatty infiltration

Both renal cysts below 2.8cm Bosnjak type

5) 심초음파 검사(Table 2)

Table 1. The Change of Lab. Finding

	04.8.9 (○○병원)	04.8.13	04.8.16	04.8.26	기준치
RBC		3.93	3.98	3.51	4.50-6.00×10 ⁹ /μl
Hb		11.7	11.7	10.4	14-17g/dl
Hct		35.2	36.6	32.2	42-52%
PLT		85	196	261	140-440×10 ³ /μl
AST	171	103	34	30	8-35
ALT	46	66	39	31	5-35
Ammonia		92	66		12-66
CK	1694	842		123	55-225
CK-MB	49	8.77		2.58	0-5.8
Troponin-I		0.43		<0.20	0-1.0
Myoglobin		239		35.9	0-70
U.PRO		+++300	-	-	neg
BUN		21	14	15	8-20
Creatinine		1.0	1.1	1.2	0.6-1.3
PO2	68.4				75-100mmHg

Table 2. The Change of Echocardiography

○○병원	2004. 8. 31
EF 30% Severe global hypokinesia*	Septal & anteroseptal & ant. wall hypokinesia ischemic insult of LAD territory
MR G1-2, TR G1	Mild LV syst. dysfunction(EF 53%) with mod. LV diastolic dysfunction
Severe pul. HTN(TR grad 75mmhg)	LV enlarge with LA enlarge Mod. AR with Mod MR Degenerative change AV

11. 진단

환자는 다량의 설사로 병원에 입원 중 갑작스럽게 지남력 장애, 胸悶, 煩躁, 수면장애 증세가 유발 되었고 그 동안 환자의 증상은 호전이 없었다. 환자의 증상이 단순한 胸悶 증세뿐만이 아니라 초조, 불안 및 침대에서 내려오려 하고 정맥주사 카테터를 빼거나 화장실이 아닌 곳에서 소변을 보려하고, 복도를 계속 돌아다니는 등의 산만하거나 과도한 행동과 함께 수면 각성주기의 장애(과다각성-발병일 이후 수면을 전혀 취하지 못함), 시간, 장소 등에 대한 지남력장애등을 동반하였고, 발병시기가 6개월 이 지나지 않은 점 등을 고려하여 ICD-10¹⁾에 근거해 譫妄으로 진단하였다(Table 3).

Table 3. Essential features of the delirium in ICD-10¹⁾ and DSM-IV¹²⁾

ICD-10	DSM-IV
Impairment of consciousness and attention	Disturbance of consciousness, especially attention
Global disturbance of cognition(perception, thinking, memory, orientation)	Change in cognition or perceptual disturbance
Psychomotor disturbances	
Disturbance of the sleep-wake cycle	
Emotional disturbances	
Rapid onset/Diurnally fluctuating course	Rapid onset/Diurnally fluctuating course
Evidence of cause	Evidence of cause
total duration less than 6 months	

12. 치료방법

- 1) 한약치료 : 2첩을 3회로 나누어 1일 3회 복용
清鬱散(2004. 8. 12~2004. 9. 10)
半夏, 陳皮, 白茯苓, 蒼朮, 便香附, 神麩, 黃連薑汁炒, 梔子薑汁炒 4g, 川芎 2.4g, 乾薑炒黑 2g, 甘草炙 0.8g, 生薑 6g
- 2) 침구치료
百會 風池 曲池 外關 神門 合谷 足三里 太衝 解谿 崑崙 太谿 中腕 등의 穴을 처음엔 留鍼이 불가능하여 單刺하였으나 증상호전에 따라 留鍼 시간을 늘림
- 3) 양방 치료
평소에 복용하던 양약(심부전 및 전립선 약)은 그대로 복용하도록 하였고 입원 당일(2004. 8. 12) 에만 B1C1 mix 된 fluid H/D 1L 투여함.

12. 치료의 평가

환자의 수면시간의 증감과 restless정도, 흥민감, disorientation의 변화에 대한 평가는 문진을 통해 Severe(+++), Moderate(++), Mild(+), Trace(±), Eliminated(-)로 표시하였다.

13. 치료 경과 (Table 4)

- 1) 2004년 8월 12일(입원 1일째)
잠시도 가만있지 못하고 침대에서 내려오려 하며 정맥주사 카테터 뽑으려하는 등 agitation 상태 보임. 발병일(8월 4-5일경)부터 전혀 수면 취하지 못하는 상태로 간병인과 함께 밤새 복도 돌아다님. 묻는 말에 대답하려하지 않고 시간, 장소에 대한 인지 장애 보임. 저녁 식사는 죽으로 1공기 다 먹었으나 이후 트림 나 온다며 배를 만지고 복부 불편감 호소함. vital은 이상 변화 보이지 않으며 11pm경 산조인 당 액기스제 1포 복용하였으나 전혀 수면 취하지 못함.
- 2) 2004년 8월 13일(입원 2일째)
Agitation 상태 지속적이고 갑갑함(胸悶感) 호소하며 불면 상태 보임. 말을 거의 하지 않으려 하고 인지장애 호전 없음. 복부 불편감도 계속 호소하며 트림 계속 함. 식사량은 죽 1공기 정도이나 3일간 대변보지 못함.
- 3) 2004년 8월 14일(입원 3일째)
총 수면시간 2-3시간으로 다소 늘어났으나 중간에 계속 깨는 등 수면의 질은 좋지 않은 편임. 頭痛, 胸悶 호전되었고 agitation 상태 호전되어 침대에 누워있거나 앉아 있는 시간 늘어나서 침치료를 單刺에서 留鍼으로 전환함. 面色이 검붉은 색에서 붉은 색으로 다소 열어지고 dull and confusion mentality 다소 호전 되어 자신의 현재 상태나 느낌에 대한 표현이나 묻는 말에 대답하려 애쓰며 의사소통 다소 원활해짐. 대변 정상적으로 봄.
- 4) 2004년 8월 16일(입원 4일째)
수면시간 4-5시간으로 증가. 그러나 여전히 숙면은 취하지 못하고 깨는 횟수 1-2회 정도임. 頭痛, 胸悶 증세 거의 소실되었고 agitation 상태 또한 거의 나타내지 않음. 神不淸증세 나타내지 않고 시간이나 장소에 대한 orientation 회복되었으며 가족들과 대화도 원활함. 咯痰 호소하여 이진탕 액기스제 투여함

5) 2004년 8월 17일(입원 5일째)

입원당시 체크한 AST, ALT, Ammonia 수치 높아 Abdomen ultrasono check함. 3.6cm의 hemangioma 발견, focal fatty infiltration으로 이후 Abdomen ultrasono F/u 하기로 하고 양방적 처치 들어가지 않음. 호소하는 증상이 대부분 소실 됨. agitation 증세 전혀 보이지 않고 흥민감은 간헐적으로 호소하는 정도임. 수면은 4-5시간 정도 유지되나 숙면을 취하지는 못함. disorientation도 호전되어 주변 환자와 일상대화 가능함.

6) 2004년 8월 21일(입원 6일째)

야간에 수면 4시간가량 취하며 흥민감, 섬망증세 없이 낮잠 1-2시간 잘 정도로 증상 호전되고 보호자와 함께 외출 가능한 정도임. 간혹 기억력 장애 보이나 disorientation 정도는 아님. 주변 환자나 보호자와 농담 주고받을 정도의 Mentality 회복보임. 일 굴색에 붉은 기 없고 煩躁 증세 전혀 나타내지 않음. 소변횟수 7-8회/일 정도로 늘어남. 咯痰, 梅核氣 증세 호소함. 이후 지속적인 증상 호전이 있었고 수면시간은 평균적으로 4-5시간 정도 되었으며 흥민감은 거의 호소하지 않음. 간혹 頭重感 및 咯痰, 咳嗽 등의 次症 호소함. 병원 주위 산책 및 일상생활 가능할 정도로 회복되었음

Table 4. The Progress of Clinical Symptoms

	04.8.12 (입원1일째)	04.8.13 (입원2일째)	04.8.14 (입원3일째)	04.8.16 (입원5일째)	04.8.17 (입원6일째)
수면시간	0hr	0hr	2-3hr	4-5hr	4-5hr
restless	+++	+++	+	±	-
Chest discomfort	+++	+++	++	±	±
disorientation	+++	++	++	-	-

고찰 및 결론

譫妄은 정신상태의 급성 또는 아급성 변화로서 주로 노인에서 흔하고 과거에는 급성 착란상태, 급성 뇌증후군, 대시성 뇌병증 등으로 명명되었다. 섬망의 주요한 특징은 인지장애, 주의 장애, 단기간에 걸쳐 발생하는 증상과 증후, 특히 야간에 증상과 증후의 변동, 정상적인 수면-각성주기의 장애, 비정상적 정신 운동행동, 기초질환 치료 후 정신기능의 호전 등으로 들수 있으며 자각에 대한 주의력 유지에 어려움, 지각장애, 사유장애등으로 나타난다¹⁾. 현재 섬망의 진단 기준으로는 ICD-10와 DSM-IV 의 두 가지가 사용되고 있는데 모두 단기간에 급작스럽게 발현된 의식, 인지, 지각의 장애가 하루 중에도 뚜렷한 기록을 보이는 상태를 섬망으로 정의한다는 점에서 섬망에 대한 근본 개념은 동일하다. 그러나 ICD-10 은 정신운동 장애, 수면-각성주기 장애 및 정서 장애를 진단 지침에 포함시키고 유병기간을 6개월 이내로 제한하였다(Table 3).

섬망 환자는 혼미나 혼수와 같이 각성 수준이 떨어지지는 않더라도 환경에 대한 지각이 감퇴되고, 주의를 집중, 유지, 또는 전환할 수 있는 능력이 떨어지며, 쉽게 산만해 질 수 있다. 그리고 이러한 주의력 결핍으로 인해 사고가 왜곡되어 비논리적인 사고나 피해망상, 환각 등의 지각장애를 보이는 경우도 많으며 특히 최근 기억의 장애가 많고 시간이나 장소에 대한 지남력 장애

에가 흔하다²⁾. 정신운동 장애에 따라 주로 두 가지 형태의 섬망으로 구분하는 데 과활동형 섬망(hyperactive delirium)은 과다각성(hypervigilance), 초조, 이차극성, 산만함 등이 특징이고 지각 및 사고장애를 동반하는 경우가 많은 반면, 저활동형 섬망(hypoactive delirium)은 각성저하, 혼돈, 진정 등이 특징이고 환각, 망상, 착각은 많지 않다²⁾. 섬망의 원인으로는 주로 저산소증, 전해질 불균형 패혈증 등이 가장 확실한 원인으로 알려져 있으나 그 외의 가능한 원인으로는 불면을 동반한 수면박탈, 뇌부종, 뇌파의 변화, 마약성 진통제, 진정제의 사용, 고령 등이 병인으로 생각되어 왔다¹⁾. 이 외에 황¹⁾ 등은 나이, 저산소증, 낮은 헤모글로빈, 수면장애, 높은 일상생활 수행(ADL: Actuveutues of Daily Living-목욕하기, 옷 입기, 용변보기, 거동하기, 대소변 가리기, 식사하기) 전체 의존도, 감염, 높은 식전 혈당과 고혈압 등의 8가지를 섬망 위험인자로 언급하였다.

煩躁는 懊惱煩心 反復顛倒 不得眠 肢體躁擾한 증상¹³⁾을 이르는 것으로 傷寒明理論 卷二에서 『煩爲擾擾而煩 躁爲憤躁之躁合而言之 煩躁爲熱』¹⁴⁾이라 하였다. 일반적으로 ‘煩’은 『胸中熱鬱不安』, ‘躁’은 『手足擾動不寧』을 뜻하며¹⁵⁾ 煩은 心胸煩熱鬱悶한 것으로 심해지면 懊惱不眠하게 되나 神識은 맑으며 病人이 자각하는 증상임에 반해 躁는 揚手擲足 · 躁擾不寧하며 神識이 대부분 昏沈해지는 타각증상⁴⁾으로 보기도 한다. 그러나 煩과 躁는 함께 동반되어 나타나는 경우가 많아서 총칭하여 心煩, 懊惱, 煩熱, 虛煩, 煩渴등으로 다양하게 표현되며 임상에서 煩과 躁를 뚜렷이 구분하지는 않는다. 煩躁의 原因은 內經에서는 火, 熱, 氣亂於心, <內經 · 至真要大論>에서 『諸躁狂越, 皆屬於火』, 『少陰司天, 火淫所勝, 民病煩心, 胸中熱』¹⁶⁾이라 하였고 巢氏病源論에서 『陽勝於陰 熱氣獨盛...身熱而煩也』¹⁷⁾ 河間六書에서 『躁擾躁動 煩熱擾亂而不寧 火之體也』¹³⁾ 嚴氏濟生方에서는 『心火內蒸 心煩, 陰虛生內熱 虛煩』¹⁸⁾이라 하는 등 火熱과 관계가 깊으며 熱盛과 陰虛를 근본원인으로 보기도 한다⁹⁾. 宋¹⁰⁾에 따르면 煩과 躁는 內外, 熱의 輕重, 증상의 輕重에 따라 구분되고 傷寒論에 나타난 煩, 躁에 관한 표현 중에서 煩躁가 가장 많았다고 한다. 또한 번조는 內傷과 外感등의 여러 질환의 과정 중에 주로 나타나며¹⁵⁾ 임상양상에 있어서도 다양한 경과를 거친다.

따라서 譫妄은 독립된 질병이 아니고 다양한 질환의 경과 중에 나타나는 중후군이라는 점과 갑작스런 발병, 수면 각성주기의 장애, 과활동형 섬망에서 나타나는 정신운동 장애 등의 증상 등은 煩躁의 胸中熱鬱不, 安手足擾動不寧한 증상과 유사한 점이 많고 그 범주에서 생각해 볼 수 있다. 그리고 의식장애나, 인지 및 지각 장애 등의 측면에서는 呆病이나 癡狂등의 범주에 포함시킬 수도 있다.

본 증례에서 환자는 다량의 설사로 병원에 입원 중 갑작스럽게 지남력 장애, 胸悶, 煩躁, 수면장애 증세가 유발 되었고(8월 4-5일경) 이후 증상의 호전이 없이 지속되어 촬영한 Brain MRI(8월 10일)에서 뇌경색 진단을 받고 본원에 내원하였다(8월12일). 그 동안 환자의 증상은 호전이 없었다. 증상의 발현 시기와 뇌경색 발생 시기가 유사하긴 했으나 뇌경색 부위가 Thalamus이며 열공성 경색으로 병변의 크기가 작아 胸悶感등의 원인이 될 수

는 있으나 지남력 장애등의 인지장애나 정신운동 장애, 수면 각성 주기 장애등의 원인으로 보기는 무리가 된다고 생각되어 뇌경색을 섬망의 직접적 원인으로 배제하였다. 그러나 환자의 혈액검사 상에서 동맥혈 산소 분압이 68.4mmHg로 다소간의 저산소증 소견을 보였고 헤모글로빈 수치도 낮아서 섬망 발생의 다른 위험요인을 가지고 있었던 것으로 보인다.

저자는 입원당시 환자의 발병 경과상 음식물(개고기)에 상하여 과다한 설사 후 譫妄 煩躁 증세와 함께 面赤, 中脘 및 臍部의 壓痛, 복부의 動悸, 소화 장애 증상을 나타낸 것에 근거하여 心胃鬱火로 인해 섬망 번조가 발생한 것으로 변증하였고 淸鬱散을 탕약으로 처방하였다. 淸鬱散은 <古今醫鑑>¹⁹⁾에 수록되어 <東醫寶鑑>²⁰⁾에 인용된 처방으로 『治胃中有伏火, 膈上有稠痰, 胃口作痛, 及嘔吐酸水, 惡心煩悶』에 사용하였다. 처방의 구성내용은 半夏, 陳皮, 白茯苓, 蒼朮, 便香附子, 神麩, 黃連薑汁炒, 梔子薑汁炒 各1錢, 川芎 六分, 乾薑炒黑 五分, 甘草炙 二分, 薑三片으로 二陳湯을 기본방으로 하여²¹⁾燥濕化痰 理氣和中하며²²⁾ 黃連의 淸熱燥濕, 淸心除煩, 梔子の 瀉火除煩 淸熱利濕, 香附子の 理氣解鬱하는 효능²³⁾으로 胃中の 伏火와 膈上の 稠痰을 흠어주는 처방이다.

처방의 투여 후 1, 2일째에는 증상의 호전이 거의 없었으나 점차 수면시간이 길어지고 행동의 과다 산만함 등이 줄어들면서 흥민감, 인지장애도 매우 빠른 호전을 보였다. 또한 증상의 호전과 함께 面赤증세도 호전이 되어 胃中과 胸膈의 火熱이 풀리고 있음을 확인 할 수 있었다. 한약 투여 후 5일째부터는 지남력 장애는 전혀 보이지 않았고 과다 행동이나 흥민감 등의 번조 증세는 간혹 호소하였고 이후 지속적으로 호전되었다. 현재 추적 조사시까지 섬망증상의 재발은 없었다.

이러한 증상의 호전 외에도 본 증례에서는 혈액검사상 심장 효소 및 간 기능 효소의 수치도 함께 호전되고 이후 심장 초음파 추적 검사 시에도 심 박출량 및 기능상에 있어서 호전을 보였다 (Table 1, 2). 입원 당시에 환자가 가져온 타 병원의 검사 소견 및 본원의 검사소견인 간 수치와 암모니아 수치의 상승은 간성혼수를 의심할 수 있었으나 이후 F/U 한 혈액검사에서 수치의 감소가 있었고 초음파 검사에서도 지방간 외에 다른 소견이 보이지 않아 환자의 섬망 증상과 간성혼수등의 간 질환과의 관련성을 배제해야 했다. 또한 심장효소수치에 있어서도 Troponin-I의 상승이 없고 CK-MB의 상승폭이 적어 심근경색이나 기타 심장질환과의 관련성이 적으며 譫妄과 煩躁證이 이에 기인한 것으로는 보기가 어려웠다. 이러한 이상 소견을 보일만 한 다른 원인은 찾을 수가 없었으나 간 기능 및 심장효소 수치의 변화는 心胃鬱火의 개념과 관련성이 있다고 사료된다.

본 연구에서는 譫妄 煩躁 증세를 보이는 환자에 대해 한의학적 변증을 통해 淸鬱散을 투여하여 뚜렷한 증상 호전을 얻었으나 현재까지 섬망에 대한 독립적인 연구나 증례발표가 없었기에 보고 하는 바이다. 섬망의 진단 기준이 현재까지 명확하지 않고 증상위주이기 때문에 환자의 주관적인 증상에 의존할 수 밖에 없는 점이 본 연구를 진행함에 있어 다소 아쉬운 점이었다. 또한 혈액검사 소견의 변화에 대해 뚜렷한 원인이나 관련성은 나타나지 않았다. 그러므로 앞으로 섬망에 관한 연구나 사례보

고가 더 필요하리라 사료된다.

참고문헌

1. 황성욱, 강성욱, 강영근, 최승곤, 이진, 김문중, 이영진, 배철영. 노인 환자에서 섬망을 일으키는 위험인자. 가정의학회지 23(1):112-121, 2002.
2. 김기웅, 이동영. 치매-섬망 복합체의 평가와 치료. 정신병리학 9(2):131-141, 2000.
3. 김윤진, 김종학, 김치효, 이춘희. 노인에서 경막외-전신마취 병용후 섬망. 대한마취과학회지 36, 165-168, 1999.
4. 崔善美, 崔昇勳, 安圭錫. 《傷寒論》·《金匱要略》에서 煩躁의 病理에 관한 文獻研究. 대한동의병리학회지 10(1):54-71, 1996.
5. 박인숙, 김난숙, 임혜자, 장성호. 노인 환자에서 전신마취와 부위마취시 수술후 섬망빈도의 비교. 대한마취과학회지 34, 623-629, 1998.
6. 민재영, 국윤형, 오상덕, 임승만, 백은탄, 라수연. 中風에 同伴된 煩躁證 患者의 少陽人 地黃白虎湯으로 치료한 治驗 1例. 대한한방내과학회지 21(5):863-867, 2000.
7. 김대준, 박미연, 김승모, 곽민아, 김종대, 최해윤. 煩躁證患者의 中風以後 惡화된 煩躁證에 少陽人 涼膈散火湯을 통한 證例. 대한한방내과학회지 22(4):749-754, 2001.
8. 김정열, 김은주, 정기현, 김영석, 배형섭, 이경섭. 中風患者의 胸中煩熱證에 대한 涼膈散火湯투여 2例. 대한한방내과학회지 23(2):292-297, 2002.
9. 최규진, 류영수. 煩證類型과 原因에 관한 文獻的 考察-煩熱, 煩躁, 心煩, 虛煩, 煩渴, 惡心煩熱을 中心으로-. 동의신경정신과학회지 6(1):95-105, 1995.
10. 宋美德, 高成奎, 曹基湖, 金永錫, 裴亨燮, 李京燮. 煩躁에 對한 小考. 대한한방내과학회지 15(2):111-129, 1994.
11. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder; clinical descriptions and diagnostic guidelines: Geneva, WHO, 1992.
12. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th ed., Washington DC, APA, 1994.
13. 劉河間. 河間傷寒三六書. 서울, 성보사, 1976.
14. 李漢求 編. 中國醫學大系 2권. 서울, 여강출판사, p 323, 1998.
15. 楊思樹, 張樹生, 傅景華主編, 李長勳 譯. 東醫臨床內科學 I. 서울, 법민문화사, pp 512-523, 1999.
16. 洪元植 編. 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院出版, 1985.
17. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 서울, 大星文化社, p 86, 1992
18. 嚴用和 原著. 重訂嚴氏濟生方. 北京, 人民衛生出版社, p 117, 118, 1980
19. 龔信. 古今醫鑑. 北京, 中國中醫藥出版社, p 295, 1997.
20. 許浚. 對譯 東醫寶鑑. 서울, 법민문화사, p 666, 1999.
21. 尹用甲. 增補改訂 東醫方劑와 處方解說. 서울, 圖書出版 醫聖堂, pp 381-441, 2002.
22. 韓醫科大學 方劑學教授 共編著. 方劑學. 서울, 圖書出版 永林社, pp 528-529, 1999.
23. 辛民教. 臨床本草學. 서울, 圖書出版 永林社, 1997.