

급성 뇌경색을 동반한 정신분열병 환자의 歸脾湯 치험1례

송일헌, 김의철, 홍은기, 이주일, 박영철, 손덕칭, 권도익, 박준하*, 김주영**
동수원한방병원 한방내과, 동수원한방병원 동서협진과*, 동수원한방병원 부인과**

A Case Report of Schizophrenia with Acute Cerebral Infarction Treated with Guibi-tang

Song Il-Heon, Kim Eui-Chul, Hong Eun-Gi, Lee Ju-Il, Park Young-Chul,
Sun Teh-Cheng, Kwon Do-Ik, Park Jun-Ha, Kim Ju-Young

Department of Oriental Internal Medicine, Dongsuwon Oriental Hospital,
Department of East West Integrated Medicine, Dongsuwon Oriental Hospital*,
Department of Gynecology, Dongsuwon Oriental Hospital**

ABSTRACT

Schizophrenia is a disturbance condition that lasts for at least 6 months and includes at least 1 month of active-phase symptoms (i.e., two [or more] of the following: delusions, hallucinations, disorganized speech, grossly disorganized or catatonic behavior, negative symptoms)

In this study, we report one case of schizophrenia with acute cerebral infarction. The patient has been diagnosed with schizophrenia more than 20 years ago, and after this recent cerebral infarction, all of her schizophrenic symptoms such as auditory hallucination, delirium, depression, insomnia were aggravated. Her schizophrenic symptoms, PANSS and NIHSS total scores were considerably reduced after oriental treatment (Guibi-tang (歸脾湯)), so we report this as a potential treatment.

Key Words: Schizophrenia, Cerebral Infarction, Guibi-tang, PANSS

I. 緒論

낮은 발병률에도 불구하고 정신분열병은 그 오랜 투병기간, 그리고 환자 개인과 가족들, 지역사회에 미치는 심각한 후유증으로 말미암아 중대한

공중보건 문제로 남아 있다. 세계보건기구는 21세기의 10대 장애 원인에 정신분열병이 포함될 것이라고 예상하였다¹⁾.

정신분열병은 언어, 지각, 사고, 사회활동, 감정 그리고 의지의 혼란을 특징으로 하는 이질적인 증후군이다. 이 증후군은 보통 청소년 후반기에 시작하여 점진적인 발병을 하며 일반적으로 사회적 고립과 지각의 왜곡으로부터 만성적인 망상과 환각으로 진행되는 좋지 못한 경과를 가진다. 환자는 양성 증상(예: 지각의 혼란, 망상, 환각)과 음성 증

· 접수일 : 2006년 6월 1일 · 채택일 : 2006년 6월 17일
· 교신저자 : 송일헌 경기도 수원시 팔달구 우만2동 157-7
동수원한방병원
전화 : 031-210-0881, 019-405-2739
Fax : 031-210-0146 E-mail : ginseng21@hanmail.net

상(예: 기능의 소실, 무감동, 감정표현의 감소, 집중력 저하, 사회적 참여의 저하)을 가질 수 있고 일반적인 진단 기준을 만족하기 위해 한 달간 이들 중 적어도 두 가지를 가지고 적어도 6개월간 지속적인 병의 증후가 있어야 한다².

한의학에서는 정신증상을 지칭하는 병명으로 癲, 狂, 癪이 있는데 이는 오늘날의 정신병 중 조울병, 정신분열병 및 간질에 해당된다. 또한 이 중에서 정신분열병은 癲狂證으로 파악할 수 있으며, 그 중 편집형이나 와해형 등 그 증상이 陰的이며 沈靜的인 것이 癲證에 속하고, 긴장형 등 그 증상이 陽動的인 것은 狂證에 속한다^{3,4}.

이에 저자는, 20여년 전 정신분열병 편집형(paranoid subtype)으로 진단받고 2005년 8월 뇌경색까지 발생하여 기존의 幻聽, 不眠, 譫妄, 憂鬱症이 악화됐고 右半身不全麻痺, 眩暈, 構音障礙, 食慾不振 등의 증상을 호소하는 환자를 癲證의 관점에서 心脾兩虛로 변증해 歸脾湯을⁵ 투여한 결과 임상증상의 호전과 PANSS(Positive and Negative Syndrome Scale: 양성 및 음성 증후군 척도)^{6,7} 향상이 있었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 症 例

1. 성명: 김○○(F/67)
2. 주소증: 幻聽, 不眠, 譫妄, 憂鬱症, 食慾不振, 右側不全麻痺 Gr 4/4, 眩暈, 構音障礙
3. 발병일: ① Schizophrenia: 1980년대 후반경 ② Cb-Inf: 2005년 7월 18일경
4. 진단명: Schizophrenia, Cerebral infarction
5. 과거력: ① 1980년대 후반경 幻聽, 譫妄 증세로 오산 신경정신병원에서 Schizophrenia 진단. 이후 지속적 po-med 복용.
6. 가족력: 별무소견.
7. 현병력: 만67세, 소양인 체형, 불안정하고 침울

하고 예민한 성격의 여환으로 20여년전 오산 신경정신병원에서 Schizophrenia 진단받고 지속적 medication 하던중 2005.07.18경 Rt side weakness, dizziness, dysarthria 발생, 가내가료중 증상 악화돼 2005.08.02 Rt side weakness Gr 4/4, dizziness, depression, auditory hallucination, anorexia, insomnia, delirium 상태로 본원 1내과 통해 by W/C admission함.

8. 주요검사소견:

- 일반혈액검사(05/08/03): RBC 3.85×10^6
- 일반생화학검사(05/08/03): Total protein 6.30, Albumin 3.47, ALP 306, ALT 48
- 요검사(05/08/03): Micro-WBC 30 ↑, Leukocyte(WBC) 3+, Bacteria some
- Chest PA(05/08/03): Cardiomegaly
- Carotid doppler(05/08/10):
 - ① Right CCA: Minimal soft plaque, less than 1.2mm
 - ② Right proximal ICA: 46% stenosis with calcified plaques
 - ③ Left CCA: Minimal soft plaque, less than 1.2mm
 - ④ Left proximal ICA: 53% stenosis with calcified plaques
- EKG(05/08/03): Nonspecific intraventricular conduction delay
Nonspecific ST & T-wave abnormality
- Brain MR-Angiography with Diffusion image (05/08/03):
 - ① Focal recent ischemic infarctions, left basal ganglia. Lacunar infarctions, pons & both basal ganglia, PVWM, senile brain atrophy
 - ② Atherosclerotic narrowings, left MCA(Fig. 1 around here)

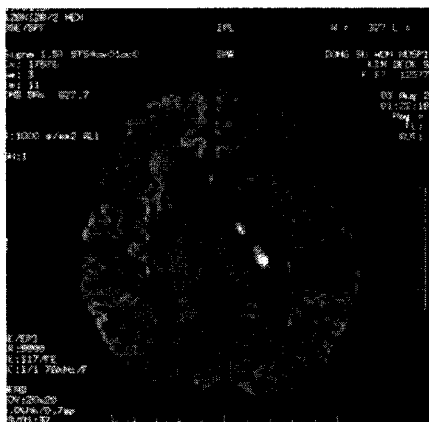


Fig. 1. Brain diffusion image

9. 초진조건

- ① V/S: BP 140/90mmHg, Pulse 78회/min, Respiration 20회/min, BT 36.5℃
- ② 精神 및 睡眠狀態: alert/不眠, 淺眠/간헐적 야간 譫妄
- ③ 頭/言語: 眩暈/語微滯
- ④ 面: 色黃黑無華
- ⑤ 耳目鼻口: 幻聽, 目不清, 口乾, 咯痰少量粘稠
- ⑥ 胸脇腹: 腹診上 輕度の 胸脇苦滿

- ⑦ 食事 및 消化狀態: 量少, 拒食경향, 消化不良
- ⑧ 大小便: 대변 1회/4-5일 粘稠, 불규칙/小便失禁
- ⑨ 汗: 별무소견
- ⑩ 舌診: 舌質淡 苔薄
- ⑪ 脈診: 脈沈細
- ⑫ 四肢: 右半身不全麻痺 Gr 4/4
- ⑬ QSCCII: 少陽人 60.0% 少陰人 24.0%

10. 치료내용

- ① Herb-Med(Table 1)

Table 1. Herb-Medication(2005.08.02~2005.09.05)

Period	Herb-med
2005.08.02	溫膽湯
~	半夏 6g, 竹茹 6g, 枳實 6g, 陳皮 9g, 茯苓 5g, 甘草炙 3g 이상 한첩 분량, 3첩 #3투여
2005.08.15	歸脾湯
2005.08.16	當歸 4g 龍眼肉 4g 酸棗仁炒 4g 人參 4g 黃芪 4g 白朮 4g 白茯苓 4g 木香 2g 甘草 1.2g 生薑 10g 大棗 6g 이상 한첩분량, 3첩 #3 투여
~	
2005.09.05	

Table 2. Changes of Clinical Symptoms, PANSS According to Treatment

Hospital day	1st week	2nd week	3rd week	4th week	5th week
Herb-med	溫膽湯 調胃承氣湯 Ex	溫膽湯	歸脾湯	歸脾湯	歸脾湯
Acup-Tx	健側 心正格(大敦 少衝 補, 陰谷 少海 瀉)// 患側 中風七處穴				
West-med	ris 2mg	ris 1mg	ris 1mg	ris 1mg	ris 1mg
Insomnia	+++†	++	++	+	+
Anorexia	+++	+++	++	+	+
PANSS					
Total	65	71	67	62	61
Positive	13	13	13	12	13
Negative	18	20	18	17	16
General	34	38	36	33	32

*ris: risperidone

† symptom grade: +++severe, ++moderate, +slight, -none symptom

② Acupuncture-Tx

일회용 0.25×40mm stainless steel 호침사용, 건측 心正格(大敦 少衝 補, 陰谷 少海 瀉) 환측 中風七處穴을 1일 1회 오전 8시경 시술.

③ West-Med(self med는 입원후 중단)

Pletaal 1T#2 Aspirin Protect 1T#1 Carnitil 2T#2 Nimotop 2T#2 Stillen 2T#2 Amodipine 0.5T#1 Dichlozid 0.5T#1 Risperidone 1mg#1

11. 치료경과

(Table 2),(Fig. 2)

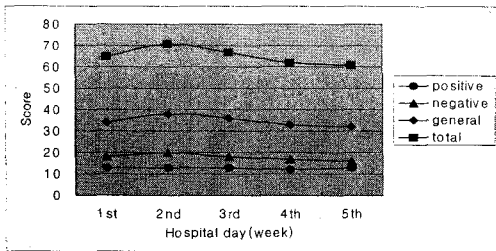


Fig. 2. Changes in weekly scores of PANSS

III. 考 察

정신분열병의 평생 유병률은 대략 1% 정도로 추산되며, 연간 발생률은 인구 10,000명당 0.5~5명 정도로 지역에 따라 많은 차이를 보이고 있다. 우리나라에서는 평생유병률이 0.4~0.7%로 보고되고 있다. 발병 위험성이 가장 높은 연령층은 남자는 15~25세이고 여자는 25~35세이다. 정신분열병은 어떤 연령층에서도 발병될 수 있지만, 10세 이전과 60세 이후에 발병하는 경우는 아주 드물다. 정신분열병 환자는 자살 위험성이 높는데, 약 1/3이 자살을 시도하고 10명중 1명이 자살로 목숨을 잃는다⁸.

정신분열병의 진단은 미국정신의학회가 만든 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판(Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth

Edition: DSM-IV)의 기준이 현재 전 세계적으로 가장 널리 사용되고 있다⁸. DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV)에 따른 진단기준은 다음의 3가지를 만족시켜야 한다. 첫째, 특징 증상 5가지 중 2개 이상을 적어도 1개월 이상, 그 기간의 상당부분 동안 보여야 한다. 5가지의 특징 증상은 망상(delusion), 환각(hallucination), 혼란스런 언어(disorganized speech), 심하게 혼란스런 행동이나 긴장증(grossly disorganized or catatonic behavior), 음성증상(negative symptoms, 예: 감정둔마, 동기저하)이 포함된다. 둘째, 사회적·직업적 기능장애로서 일이나 학업, 대인관계, 자기관리의 측면에서 이전에 비해 뚜렷한 기능저하가 존재해야 한다. 셋째, 지속적인 이상증후가 6개월 이상 존재해야 하며 이 기간 중 1개월 이상은 특징 증상을 보여야 한다^{9,10}.

정신분열병 환자의 가족은 환자와의 관계가 가까울수록 정신분열병 및 그와 연관된 질환의 유병률이 높다. 가계 연구 결과를 보면, 환자의 일차가족(부모, 형제, 자녀)은 평생 발병위험률이 1.4~6.5%인데 비해 정상 대조군의 일차가족에서의 위험률은 0~1.1%의 수준이다⁸.

1963년에 정형 항정신병약물 typical antipsychotics의 주요 작용기전이 도파민(DA) D₂ 수용체 차단과 관련되어 있다는 사실이 알려지면서 정신분열병, 특히 양성증상이 DA의 활성 과잉 때문일 것이라는 가설이 제시되었다. 이후 암페타민(amphetamine) 등 DA 활성을 증가시키는 물질이 정신병적 증상을 유발 또는 악화시킨다는 사실이 관찰되면서, 이 가설은 현재까지도 정신분열병의 병태생리를 설명하는데 중요한 위치를 차지하고 있다⁸.

CT나 MRI와 같은 신경영상학적 연구와 부검 연구를 통한 뇌의 구조적 연구에서 측뇌실과 제3뇌실의 확장, 대뇌피질의 위축, 대뇌 반구 비대칭성의 이상, 소뇌의 위축, 측두엽 용적 감소 등이 보고되는데, 이중 측뇌실의 측두극 확장, 변연계 구

조물과 측두엽 특히 상측두엽의 용적 감소가 비교적 일관성 있게 보고된다. 이외에 프로이트 Freud의 갈등설, 리즈 Lidz의 가족관계 이론 등은 정신분열병의 심리사회적 원인의 이론적 근거가 된다⁸.

정신분열병의 증상은 보통 양성증상과 음성증상으로 분류하는데, 최근에는 양성증상을 다시 정신병적 증상과 와해 증상으로 세분한다. 정신병적 증상으로 환각(hallucination), 망상(delusion)이 있는데 환각은 환청(auditory), 환시(visual), 환촉(tactile), 환미(gustatory), 환후(olfactory hallucination)로 세분되고 망상은 그 내용에 따라 관계망상(reference), 피해망상(persecutory), 과대망상(grandiose), 신체망상(somatic), 종교망상(religious), 허무망상(nihilistic), 성적망상(sexual) 등 다양하다. 와해증상에는 와해된 언어(disorganized speech), 와해된 행동(disorganized behavior)과 괴이한 행동(bizarre behavior), 그리고 정동 불일치(incongruous affect) 등이 포함된다. 음성증상(negative symptom)은 정상적으로 나타나는 정신기능이 결핍된 것으로 정동둔마(affective flattening), 운동실어증(alogia), 무의욕증(avolition) 등이 포함된다⁸.

DSM-IV에서는 정신분열병의 아형을 편집형, 와해형, 긴장형, 미분화형, 잔류형의 5가지로 나누고 있다. 실제 임상에서는 많은 환자들이 질병의 경과 기간 동안에 여러 아형에 속하는 것처럼 보이기도 한다. 편집형(paranoid)에서는 특징적으로 한 개 이상의 체계화된 망상과 환청을 보인다. 반면 와해된 말이나 행동, 긴장증적 행동, 그리고 정동 불일치나 정동둔마 등은 두드러지지 않는다. 망상의 형태는 피해망상과 과대망상이 가장 흔하다. 와해형(disorganized)은 와해된 언어와 행동, 정동 불일치와 정동둔마 등이 특징이지만, 긴장형에서 나타나는 이상행동은 보이지 않는다. 긴장형(catatonic)은 수십 년 전에는 흔했지만 현재는 아주 드물다. 전형적인 양상은 운동기능에서 현저한 장애가 나타나는 것으로 긴장성 혼미와 흥분, 심한

거부증, 그리고 괴이한 자세를 보인다. 미분화형(undifferentiated)은 정신분열병의 진단기준은 만족시키지만 망상형, 혼란형, 긴장형 중 어느 아형의 진단기준도 만족시키지 않는 경우를 말한다. 잔류형(residual)은 한때 정신분열병의 진단기준을 충족시켰지만 현재는 현저한 정신병적 증상을 보이지 않고 대신 정동둔마, 사회위축, 약간 이상한 행동, 비논리적 사고, 가벼운 연상 이완 등을 보이는 경우다⁸.

정신분열병의 치료 목표는 환자를 보호하고 급성 증상을 경감하며 병전 수준으로 역할 기능을 회복시키고 환자 및 보호자와 치료동맹을 맺어 장단기적인 치료 계획을 수립하는데 있다. 급성기에는 약물치료가 가장 중요하고, 가장 효과적인 치료법이다. 급성기에 주로 나타나는 양성증상에 대한 효과는 모든 항정신병약물이 비슷하다⁸. 항정신병약물은 기면, 체중 증가, 기립성 저혈압, 변비, 구강건조를 포함한 다양한 부작용을 유발할 수 있다. 추체의외로게 부작용인 근긴장이상증, 정좌불능증, 무동작증 역시 전통적인 약물에 의해서 자주 유발되며 약물 순응도를 떨어뜨리는 원인이 되고 있다². 전반적으로 비정형 항정신병약물(risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, clozapine 등)이 정형 항정신병약물보다 추체의외로게 부작용 등이 훨씬 적어 내약성이 우수하고 따라서 환자의 순응도를 높여준다. 심리사회적 치료를 병용하는 통합적인 치료가 재발을 방지하고 기능을 증진시키는 데 훨씬 효과적이라고 보고되고 있다^{8,11}.

예후는 약 50%의 환자가 입원을 되풀이하고 증상이나 사회적 기능이 불량하다. 전체적으로 30% 정도는 양호한 수준의 생활을 영위하고, 40~50% 정도는 어느 정도 기능을 유지하며 나머지 20~30%는 상당한 정도의 장애가 지속된다⁸.

PANSS는 정신분열병의 양성 증상, 음성 증상을 평가하기 위한 척도로, 총 30개의 항목(7개의 양성 증상 척도, 7개의 음성 증상 척도, 16개의 일반 정신병리 척도)으로 구성되어 있으며 증상의 심도에

따라 1점(증상없음)에서 7점(최고도)으로 평가하는 7점 척도이다⁶.

한의학적으로 정신분열병은 癲狂에 속하며, 癲은 屬陰이고, 狂은 屬陽이다. 한의학에서는 같은 정신병이라도 그 증상이 陽動的이어서 소위 狂亂, 凶暴한 것은 이를 狂證이라 하고 陰的이며 沈靜의 인 것은 이를 癲證이라고 한다³.

본 증례의 환자는 沈鬱한 성격, 譫妄, 言語低微, 舌質淡, 脈沈細弱 등의 陰의인 증상이 李梴의 『醫學入門』에 기재된 “癲者異常也 平日能言 癲則沈默 平日不言 癲則呻吟 甚則僵仆直視 心常不樂”에 부합해 癲證으로 진단하였다¹².

환자는 1980년대 후반경 幻聽, 譫妄 등의 증상으로 로컬 신경정신병원에서 정신분열병으로 진단받고 이후 지속적으로 항정신병약물 Diazepam, Amitriptyline 등을 복용해오다 2005년 7월 18일경 뇌경색 발생, 기존의 정신과적 증상(幻聽, 譫妄, 不眠症, 憂鬱症)이 더 심해졌고 右半身不全麻痺, 眩暈, 構音障礙 등을 신경학적 증상을 동반해 2005년 8월 2일 본원 입원하였다. 입원시 Brain MRI상에서 좌측 기저핵부위에 급성 소경색이 발견되었고 발병일이 이미 2주정도 경과해서 몇일간 보존적 치료한 후 바로 재활치료 들어가는 것으로 치료방침을 정했다. 입원당시 활력징후는 안정적이었고 性情은 沈鬱하고 날카로웠으며 의사소통은 가능하나 전반적으로 무기력한 모습이었다. 입원시 이미 4일동안 通便이 안된 상태였으며 不眠이 계속되고 있었고 간헐적인 야간 譫妄을 동반하였다. 식사량이 감소하여 1/3공기 가량 섭취하였고 脈沈細弱, 舌質淡, 口微乾 등의 증상을 보였다.

입원당일 조속한 通便 목적으로 調胃承氣湯 엑기스 3포 3회 분복 1일 처방했으나 便意가 없어 Finger-Glycerin 50cc enema를 시행하여 다량의 대변을 보았고 不眠, 咯痰粘稠, 神志不寧, 口微乾, 便秘, 食慾不振 등의 증상을 痰熱內擾 清竅蒙蔽한所致로 변증해 理氣化痰, 清膽和胃하여 虛煩不眠, 驚悸不寧, 癲癇 등의 증상을 치료하는 溫膽湯을 7일

사용하였다¹³. 입원 3일째 동수원병원 신경정신과에 의뢰한 결과 Schizophrenia paranoid type으로 재진단 받았다.

입원3일째 재활치료를 시작하였고 환측의 상하지근력이 Gr IV/IV로 체크되었으며 PANSS의 양성증후군소척도점수가 총 13점, 음성증후군소척도점수가 총 18점, 일반정신병리소척도점수가 총 34점 측정되었다. 환자는 양약에 대한 의존성이 강하였고 보호자또한 정신과치료도 병행하길 원해 동수원병원 신경정신과 치료를 병행하여 기존의 self-med는 끊고 비정형 항정신병약물인 risperidone 2mg를 취침전에 복용하였다. 일주일간 과다진정상태(oversedation)경향을 보여 risperidone 1mg 감량투여, 환자 전반적인 체력이 더 저하되었고 식사량이 더 감소되었으며 변비로 좌약 1회 투여하였고 幻聽과 야간 譫妄은 별무변화하였다.

입원2주째 양약복용으로 인해 과다진정상태로 빠져 溫膽湯의 약효확인이 어려워 7일간 재투여하였다. 야간수면상태는 다소 호전됐는데 이는 양약의 결과로 사료되고 환자의 우울증은 더 심해져 재활치료거부하고 약물복용도 불규칙해졌다. 식사를 거부하여 요플레만 하루 2개정도 섭취하는 날이 많았다. 幻聽과 야간 譫妄은 별무호전하였다. PANSS상 양성증상의 변화없었고 음성증후군소척도점수 2점 증가, 일반정신병리소척도점수 4점 증가하였다.

입원3주째 수면상태의 경도 호전의 주소증의 별무변화로 처방변경을 시도하였다. 오랜 이환기간으로 체력이 소진돼 있고 소화력이 더욱 저하됐으며 우울증의 악화, 面黃無華, 舌質淡, 脈沈細하므로 心脾兩虛로 재변증, 思慮過度로 勞傷心脾하여 心悸怔忡, 健忘不眠, 盜汗虛熱, 食少體倦, 面色萎黃, 舌質淡, 苔薄白 등에 사용하는 歸脾湯을 1주일 투여하였다¹³. 이 기간동안 식사량은 1/3공기로 비슷하나 빵, 요플레 등의 간식 섭취량이 늘었고 적극적인 재활대신 W/C ambulation으로 활동량을 늘려나갔다. 우울증이 다소 완화되었고 PANSS상 음성증후

군소척도점수는 2점 감소, 일반정신병리소척도점수가 2점 감소하였다.

입원4주째 식사량 1/2공기로 늘어났고 환자의 순응도도 다소 향상되어 재활 다시 시작하였고 식사량이 늘어나면서 대변보는 횟수가 주 3회로 늘었다. 부축하에 10m 보행이 가능해졌고 상하지 근력이 Gr IV+/IV+로 향상되었으며 PANSS상 음성증후군소척도점수 1점 감소, 일반정신병리소척도점수 3점 감소(anxiety, tension, active social avoidance 항목에서의 호전)하였다. 입원5주째 수면과 식사에서 안정을 찾았으나 幻聽은 별무호전하여 ENT 진료를 받았으나 특이사항은 없었고 부축하보행으로 보행거리 15m 가능해졌다. 2005년 9월 5일 보호자, 비용문제로 퇴원을 원하였고 규칙적인 외래 F/U를 권하고 퇴원조치하였다.

본 증례에서는 뇌경색으로 인한 심신 양면의 스트레스로 기존의 만성 정신분열병 증세가 악화되어 환청, 섬망, 식욕부진, 우울증, 불면, 우반신부전 마비, 현훈, 구음장애 등이 주소인 환자에게 한방 치료를 병행해 이들 증상의 임상적인 호전과 PANSS의 향상을 확인할 수 있었다. 또한 항정신병약물이 기면, 체중 증가, 기립성 저혈압, 변비, 구강 건조와 심지어 추체외로계 부작용² 야기할 수 있는 반면 상대적으로 한약의 투여는 그 부작용의 반도가 낮아 보다 많은 응용을 기대하는 바이다. 향후 추가적인 많은 의미있는 통계가 뒷받침되어야 할 것으로 사료되고 급성은 만성정신분열병의 사례였다면 차후엔 급성기 정신분열병에 대해서도 많은 보고가 있길 바란다.

IV. 結 論

기존에 뇌경색을 동반한 정신분열병 환자의 임상보고가 희소했던 바, 최근 본원에 급성 뇌경색을 동반한 만성 정신분열병 환자가 내원했기에 이를 心脾兩虛형의 癡證으로 변증하여 歸脾湯을 투여한

결과 불면, 식욕부진, 우반신부전마비 등의 임상증상의 호전과 PANSS상의 향상을 확인했기에 이에 보고하는 바이다.

參考文獻

1. Jeffrey A Lieberman, Robin M Murray. 정신분열병:A to Z. 서울: 군자출판사; 2003, 서문.
2. 대한내과학회. HARRISON's내과학 vol.2. 서울: 도서출판MIP; 2003, p.2633.
3. 황의완, 김지력. 東醫精神醫學. 서울: 現代醫學書籍社; 1992, p.505-21.
4. 송운용, 박승원, 심국진, 주종천, 이상관, 송봉근. 정신분열병 편집형 환자의 治驗 1例. 대한한방내과학회지. 2002;23(3):528-33.
5. 김갑성, 김명동, 김윤범, 김장현, 김중호, 이원철 등. 實用 東西醫學臨床總書 3권. 서울: 정담; 2001, p.527.
6. 최상철, 김경진, 백영석, 오상우, 김재현. 정신분열병 환자의 신경인지기능, 증상 및 사회적 인지 및 사회적 기능과의 관계. 신경정신의학회. 2002;41(3):430-40.
7. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale(PANSS) for schizophrenia. Biol Psychiatry 20. 1987, p.219-22.
8. 대한신경정신의학회. 신경정신의학 2nd Edition 서울: 중앙문화사; 2005, p.411-447.
9. Allen Frances, M.D.. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994, p.273-89.
10. 의학교육연수원. 가정의학 개정판. 서울: 서울대학교 출판부; 2001, p.988-9.
11. 안용민, 강대엽, 권준수, 김창윤, 김철웅, 반건호 등. 정신분열병 및 정신분열형 장애에 대한 을

- 란자핀의 효과와 안정성. 신경정신의학지. 1996, p.484.
2001;40(4):693-705.
12. 李梴. 國譯編註醫學入門 IV. 서울: 南山堂. 1998, p.531-2, 290-1.
13. 尹用甲. 東醫方劑와 處方解說. 서울: 醫聖堂: 1998, p.531-2, 290-1.