보건진료원교재

일반내과질환
일반외과질환
응급처치
정신건강관리

한국보건개발연구원

내 과 질 환

김판엽 임경호 엮음

목 차

복 통 : 알레르기성위염 …… 5
급성위염 …… 5
위암 …… 5
소화성궤양 …… 6
급성복막염 …… 7
십이지장궤양 …… 7
췌장염 …… 9
설 사 : 대장염 …… 10
콜레라 …… 11
황 달 : 급성간염 …… 11
간암 …… 12
담낭염 …… 13
담석증 …… 13
변비증 …… 14
기생충증 : 회충증 …… 15
요충증 …… 15
십이지장충 …… 16
채독증 …… 16
민촌충 …… 16
갈구리촌충 …… 17
간디스토마 …… 17
폐디스토마 …… 17
부 종 : 울혈성 심부전증 …… 18
신증후군 …… 20
사구체신염 …… 21
특발성주기성부종 …… 23
심계이상 : 심부정맥 …… 24
호흡곤란 : 관상동맥질환 …… 26
백혈병 …… 27
폐염 …… 28
기관지천식 …… 31

심호흡증후군 …… 32
만성폐쇄성 호흡기질환 …… 32
두 통 : 두통 …… 34
고혈압 …… 39
유행성출혈열 …… 39
기 침 : 감기 …… 41
유행성감기 …… 41
급성기관지염 …… 42
폐결핵 …… 43
안면창백 빈혈 …… 46
백혈병 …… 48
졸도·실신·기절 : 기립성조절장애 . 호흡정지성발작 …… 50
의식장애 : 저혈당 …… 51
뇌졸증 …… 51
갑상선종대 : 갑상선중독증 …… 52
단순갑상선종대 …… 52
다결절성갑상선증 …… 52
갑상선기능항진증 …… 53
갑상선기능저하증 …… 53
갑상선염 …… 54
쿠싱증후군 …… 55
배뇨이상 : 방광염 …… 57
결핵성방광염 …… 58
요도염 …… 58
전립선염 …… 60
뇨붕증 …… 61
급성신우염 …… 62
결석증 …… 62
당뇨병 …… 63

알러지성 위장염 (Allergic gastritis)

특이체질이 있는 사람이 어떤 특정한 음식을 먹었을때 알러지 반응을 일으키는 것.

원인 : 개인에 따라 다르나 일반적으로 우유, 계란, 고등어, 돼지고기등 섭취후에 일어난다.

증상 : 두드러기 같은 것이 몸에 일어나며 소양감도 있을 수 있다.

치료 : ① 항히스타민제 (Chlorpheniramin) 투여
② 제산제 투여

급성위장염 (Acute gastritis)

과식 과음 약물등에 의해서 위장에 염증을 일으키며 급격히 시작된다. 대개 하루나 이틀정도 지나면 증상이 소실되며 심한 경우 금식할 정도에 까지 이른다.

증상 : ① 주증상은 오심 구토증이고 상복부의 동통 또는 압통이 함께 일어난다.
② 식욕부진·설사·오한·두통 등을 호소

치료 : ① 금식 혹은 부드러운 미음은 위를 쉬게 하는데 좋다.
② 자극성 음식은 피한다.
③ 제산제를 투여한다.

위 암 (Gastric carcinoma)

위장에서 생기는 신생물로서 우리나라에 아주 흔하며 대개 40세 이후의 남자에게 많고 체중감소는 거의 모든환자에서 나타난다.

원인 : 확실한 것은 잘 모르지만 위축성위염 악성빈혈 위궤양 만성위염 상태에 호발한다고 본다.

증상 : ①확실치 않은 증상들이 있는데 식후 압박감·복부팽만감 신트림 등이 있고 대개 소화가 잘 안된다고 호소
②설사나 흑색변을 보는 수도 있고 피를 토하기도 한다.

③ 체중감소가 따르며 진찰시 복부에 종양이 만져지면 (20%) 진단시 많은 도움을 준다.

치료 : 조기위암은 수술하면 거의 대부분 완치할 수 있으나 전이가 있거나 종양이 큰 경우 고식적인 수술 혹은 항암제를 투여한다.

소화성궤양 (Peptic ulcer)

염산과 Pepsin의 작용으로 위와 십이지장의 조직이 자가소화(Autodigestation)됨을 말한다. 이 궤양은 점막을 지나 근층까지도 깊이 파질수 있으며 더 심하면 근육을 지나서

원인 : ① 위액 속의 염산의 분비를 자극하는 경우
② 정신적 영향
③ 조직저항의 감소
④ 내분비질환과의 합병
⑤ 약물에 의한 자극

증상 : ① 상복부가 쓰리고 아프다.
② 위궤양-식후 곧 아프다.
십이지장궤양-식후 2시간쯤 후에 쓰리고 아프다.
특히 밤중 또는 새벽에 잠이 깰 정도로 아프다.
③ 신트림이 난다.
④ 식욕에는 변화가 없다.

치료 : ① 식이요법: 소량을 자주 먹이며 자극성있는 음식 즉 카페인이 있는 음식(커피, 콜라등) 술은 피해야 한다.
② 제산제 : 모든 제산제는 설사 변비 고칼슘증 혹은 Milk-alkali 증후군등을 동반할 수 있기 때문에 주의를 요한다.
i) 암포젤
ii) 마그네슘제제

iii) Cimetidine - 식전에 300㎎ (1tab) / 3times 투여하고 취침전 2tab 복용

③ 안정제 : 긴장을 많이 받는 환자의 경우 효과를 볼 수 있다.

급성복막염 (Acute peritonitis)

위장관의 파열로 복강내에 염증을 일으킨 경우이며 급속히 외과적 수술을 요한다.

증상 : ① 복부팽만

② 다리를 펴면 더 아프다.

치료 : 응급 의사의뢰

십이지장 궤양

만성적으로 재발성의 경향을 가진 병으로 위부문에서 3㎝가량 하방에 주로 호발하며 십이지장 점막이 소실되어 위산이나 팹신등에 직접 점막하조직이나 근육층이 노출되는 것을 말한다.

원인 : 확실한 것은 잘 모르지만 다음과 같은 경우 잘 발병되는 것으로 되어 있다.

1) 신경정신적인 문제

① 정신적 긴장

② 개인적 특성

2) 내분비 장애

① 갑상선기능항진증

② Zollinger - Ellison 증후군

3) 약제

① Aspirin

② Reserpin

③ Phenylbutazone

④ Steroid 제제

4) 다른 질환

① 간경화증

② 췌장염

③ 호흡기계 질환

④ 관절염

증상 : ① 상복부 동통 : 식후 1-2시간후 쓰리고 혹은 쥐어짜거나 얼얼한 동통

② 구역질 신트림 구토가 동반될 수도 있다.

감별진단 : ① 급성위장염

② 위암

③ 기능성 위장관 장애

치료 : 소화성궤양을 참조

췌 장 염 (Pancreatitis)

1 . 급성췌장염 (Acute pancreatitis)

담즙이나 또는 췌액이 췌장 내로 역류되는 경우 급성췌염의 발생에 기여하리라고 생각된다. 발생빈도는 어느 연령에서나 발생하며 성별의 차이는 없다.

원인 : 알콜중독·십이지장궤양·외상·담석·췌장암·스테로이드나 피임제제와 같은 약제·기생충 등에 의한다고 본다.

증상 : 갑자기 시작되는 상복부 복통이 특징적이나 동통은 늑골을 따라 등으로 전파된다.

치료 : ① 의사의뢰

② 치료목적은 췌장을 쉬도록 하는데 있다.

i) 금식 또는 위세척

ii) 적당한 수액의 투여

iii) 필요시 항생제 등으로 치료한다.

2 . 만성췌장염 (Chronic pancreatitis)

지속적인 췌장의 손상을 가져오는 경우와 췌장의 기능은 그대로 유지되는 경우가 있다. 전자의 경우는 당뇨병, Malabsorption 등의 증상이 나타난다.

치료 : 의사에게 의뢰

대 장 염

1. 급성대장염

설사와 복통이 주증상이며 열의 유무, 변의 모양, 기타의 증상에 약간의 차이가 있을 수 있으나 임상적으로는 구별하기가 곤란하고 세균학적 검사에 의해서만 감별진단이 가능하다.

1) 시겔라균 감염 (Shigellosis)
복통·물같은 설사, 점액 및 혈액이 나오며 배변후에도 시원치가 않다.

2) 살모넬라 감염 (Salmonellosis)
시겔라 감염과 비슷하나 열이 있다.

3) 포도상균 감염
오염된 식품을 먹고 발병하는데 대개 식후 6시간 이내에 갑자기 발병한다. 구토, 설사, 복통 심하면 Shock에 빠진다.

4) 아메바성 이질
냄새나는 붉은 변을 간헐적으로 보며 간혹 점액이나 혈액이 섞여 나온다. 병력이 오래된 경우는 자주 재발한다.

진단 및 치료 : 대변에서 현미경으로 아메바원충을 찾아서 그에 따른 치료를 해야 한다.

2. 과민성 대장염

정신적 긴장 불안 흥분으로 발생하는 대장의 기능장해로서 흔히 볼 수 있다. 복부 여러장기에 불편감을 느끼며 변비가 있을 수도 있다. 대변이 연필같이 가늘게 나온다.

치료 : ① Stress 제거 또는 환경을 변화시킨다.
② 지사제 복용
③ 진정제 (Valium 1일 6 - 10㎎) 투여
④ 필요시 진통제 투여

3. 궤양성 대장염

원인은 복잡하게 설명되고 있으나 이병은 치료와 합병증의 예방이 더 중요하다.

증상 : 주증상은 피가 섞인 설사·복통·발열(미열)·체중감소이다.

치료 : 보통의 지사제로는 잘 듣지 않으며 우리나라 사람에서는 드물다. 의사에게 의뢰하도록 한다.

콜 레 라 (Cholera)

수인성 전염병으로 쌀뜨물 같은 설사를 계속해서 한다. 설사가 멎지 않으면 식염수 1,000㎖를 정맥주사 하면서 보건소로 후송한다.

급성간염 (Acute hepatitis)

간염 Virus에 의해서 괴사를 일으키는 병으로 A, B 두가지 형이 있다. 우리나라는 20세 이후의 경우 거의 대부분이 B형이고, 20세 이하에서는 A형이 간혹 나타나나 드물다.

그 이외에 non - A, non - B type이 있고 약물에 의한 감염도 있다.

원인 : ① virus 감염
② 약물(중독성 감염) : Isoniazid, Acetaminophen, Tetracycline, Chlorpromazine, Alcohol 등
③ 수혈

전염경로 : ① 분변을 통한 경구적 전파
② 수혈
③ 오염된 주사기 또는 주사침

증상 : ① 전구기 : 식욕부진·권태감·피로감·구역·소화불량·미열 전신관절통(몸살)
② 황달기 : 공막(Sclera)과 피부에 황달이 생기고 피로감은 더욱 심해진다.
③ 회복기 : 황달이 없어지며 차차 편해진다. 회복기간은

2 - 6주 정도

치료 : 의사의 처치에 의하여 안정 충분한 영양 비타민 공급이 중요하다.

예방 : ① 환자에게 사용한 주사기의 철저한 소독

② 환자와 접촉하였을 때는 손을 비누로 깨끗이 씻는다.

만성간염과 간경화증

(Chronic hepatitis, Liver cirrhosis)

만성 간염은 급성간염에서 간경화증으로 이행되는 중간단계라 생각되어 지며 여기에서 정상으로 되돌아 오기도 한다.

간경화증은 간세포가 일부에서 괴사, 다른 일부에선 재생이 되며 섬유화를 일으켜 간조직의 탄력성이 없어져 [illegible]에 따른 제 증상이 나타난다. 경화증에선 다수가 간암으로 이행되기도 한다.

원인 : 우리나라에선 주로 virus성 감염이다.

증상 : ① 황달은 대개 없거나 경미하다.

② 합병증에 의한 증상(복수·간성혼수·식도정맥루에 의한 출혈등).

③ 피부의 Spider Angioma

④ 복부의 Collateral Circulation

⑤ 치핵 등이 나타난다.

치료 : 의사에게 의뢰

간 암

간에 생기는 신생물로서 간경화증에서 혹은 일차적으로 생기며 상당히 높은 치사율을 가지고 있다.

원인 : ① 간경화증

② 간디스토마

③ 아풀라톡신

④ 그외

증상 : ① 고열·체중감소·복수가 급격히 생김

② 우상복부의 심한 동통이 있다.

치료 : 의사에게 의뢰

담 낭 염

1 . 급성담낭염 (Acute cholecystitis)

담석에 의한 cystic duct 폐쇄가 대개 주원인이며 담석은 95 % 정도에서 동반한다. 세균감염은 2 차적인 것이 많다.

증상 : ① 상복부 동통
② 대개 황달이 있다.
③ 구역 구토가 있으며 미열이 있다.
④ 우측 어깨쪽으로 뻗치는 동통이 있다.

치료 : 의사에 의뢰하여 수술요법

2 . 만성담낭염 (Chronic cholecystitis)

증상적인 담낭 담도 담석증을 뜻하는 경우가 많으므로 더좋은 term 은 Biliary colic이 되겠다.

증상 및 소견: 거의 모든 환자에서 담석증을 가지며 지속적인 염증으로 담낭벽이 두꺼우며 주위조직과 유착될 수도 있고 진행된 경우엔 담낭이 위축될 수 있다.
증상은 biliary Colic 의 형태로 나타나는데 수분내에 시작되어 곧 강도가 심해지고 어느 한계에 다다르면 같은 정도의 통증이 1 - 2 시간 계속되다가 소실된다.

치료 : 담낭적출술이 필요하다.

담 석 증 (Cholelithiasis, gallstone)

중년 여자에게 많고 담낭과 담도에 있으며 간내 담도에도 아주 드물게 있을 수 있다.

증상 : 50 % 정도의 환자는 아무런 증상없이 모르고 살지만 나머지는 담낭염을 동반하여 황달, 열, 상복부동통이 나타난다.

치료 : 의사에게 의뢰

변 비 증 (Constipation)

대개 딱딱한 변이 3일 혹은 5일간의 간격을 두고 배변시 동통을 동반하는 일련의 증후군으로 병명은 아니다.

원인 : 정신적압박, 탈수, 약제 (진통제, 제산제), 만성환자에서의 운동부족, 갑상선기능 저하증, 부적절한 식사등이 있다.

증상 : 대개 딱딱한 변을 동통과 함께 보며 복부팽만감을 호소하나 구토, 복통등이 없고 진찰소견은 정상이다. 때로 딱딱한 변을 복부촉진시 관찰할 수 있다.

치료 : ① 충분한 수분섭취 : 이것은 대변의 양을 늘이며 완화제의 효과도 얻는다.

② 식사의 조절 : 충분한 양의 식사와 채소를 많이 먹도록 한다.

③ 운동 : 배변이전에 복벽근육의 운동은 변의를 느끼게 한다.

④ 충분한 수면과 일정한 배변습관을 갖도록 한다.

⑤ 완화제 : 이상의 치료로 효과가 없거나 변비가 혹독하여 도저히 치료가 안될 적에 사용해야 하며 가능한한 사용하지 않는것이 좋다. 사용한다면 Dulcolax 1정 혹은 2정을 취침전에 투여 한다.

⑥ 관장 : 물리적인 힘에 의하여 변의를 느끼고 배변을 시키는 것으로 4H (Hot, High, Huge, Hold)의 원칙이 있다.

i) 생리식염수 관장 - 미지근한 생리식염수 500㎖로 관장

ii) 비누액 관장 (Soapsuds enema) - 물 1ℓ에 비누용액 75㎖를 혼합

iii) Oil관장 - 180㎖의 mineral oil이나 식물성기름을 사용

iv) 글리세린 관장 - 글리세린 30㎖에 물 30cc를 혼합하여 관장기로 관입.

회 충 증

인체감염은 완전히 성숙한 충란이 인분비료로 재배된 야채 또는 과일을 생식할 경우 감염되거나 충란이 있는 흙에 수지가 오염되어 경구적으로 감염된다.

원인 : Ascaris lumbricoides

증상 : ① 대부분 무증상
② larvae가 폐를 통과할 때 기침을 하고 열이 날 수 있다.
③ 구역질, 구토, 식욕감퇴, 체중감소
④ 담도를 막을 경우 간혹 담석증과 같은 심한 동통이 있으면서 폐쇄성황달이 나타난다.

치료 : ① 철저한 위생관리
② Piperazine 3.5gm/day (성인) 2일간 투여

요 충 증

특히 소아에 많으며 집단감염이 특이하다.

원인 : Enterovius vermicularis의 충란이 자가감염에 의해서 된다.

감염원 : ① 침구, 침실, 욕실
② 침실내 먼지, 손톱밑, 지폐
③ 환자의 오염된 수저, 침구, 의복, 기물
④ 오염된 공기 흡입

증상 : ① 항문의 소양감
② 소화기 장애
③ 신경증상, 불면증

치료 : Piperazine 2gm/day 2회 분복하여 8일간 복용

십 이 지 장 충 증

Ancylostoma duodenale의 감염이 경구 혹은 피부로 직접 감염된다.

증상 : ① 식욕의 이상항진, 토식증, 다식증
② 오심과 구토
③ 불규칙한 설사와 변비
④ 철분 결핍성 빈혈동반

치료 : Bephenium(Alcopar Ⓡ) 2.5gm을 1회 투여, 필요하면 1주일 후 반복 투여한다.

채 독 증

원 인 : 십이지장충 유충의 경구감염에 의한 것으로 생각된다.

감염경로: 야채 특히 무우 및 상치등을 가열조리 하지 않고 겉절이로 먹었을때 감염된다.

증 상 : ① 인후의 심한 소양감
② 오심, 구토, 해소

치 료 : Biphenium salts 2.5gm 1회 투여
필요하면 1주 후에 반복 투여한다.

민촌충 (무구촌충 Taenia saginata)

낭미충으로 감염된 생우육을 섭취하여 감염된다.

치료 : Atabrine(Quinacrine hydrochloride)을 1정씩 5분 간격으로 0.5 ~ 1.0gm (성인) 복용 시키며, 복용전 하제를 써서 공복으로 사용하는 것이 보통이다.

갈 구 리 촌 충

(유구촌충 , Taenia solium)

잘 익지않은 돼지고기를 섭취하거나 환자자신이 배출하는 충란에 의해 자가감염이 되거나, 충란으로 오염된 수저를 통하여 경구적으로 타인에게 오염시켜서 전파된다.

치료 : Atabrine 사용후 심한 낭미충증(Cysticercosis)을 유발할 수 있다하여 사용하지 않음.

간 디 스 토 마 (Clonorchis sinensis)

한국에서는 낙동강 유역에 유행하고 있으며 간 담도 및 췌장도에 기생한다. 인체감염은 생어육(회), 불충분하게 조리된 어육 또는 건조 저림등이 불충분한 경우 경구적으로 체내에 도입되어 감염된다.

임상증상으로는 복부팽만, 소화불량, 간비대등이 있고 만성설사 부종 복수 위장출혈 빈혈도 나타날 수 있다.

치료 : 아직 만족할 만한 방법이 없다.

예방 : ① 담수어의 생육을 금하는데 있다.

② 개나 고양이와 같은 애완용 동물에게도 담수어 생식은 금해야 한다.

페 디 스 토 마 (Paragonimus westermani)

전남, 제주지방이 주요 유행지역이나 전국각지에 산재해있다. 인체감염은 중간숙주인 게, 가재와 같은 갑각류를 생식 또는 불충분하게 조리하여 섭취할때 발생하며 우리나라에서는 게장에 의한 감염이 중요한 원인이 된다.

증상으로는 초기에는 경한 복통, 흉통과 같은 자극증상이 나타나며 폐에 침입되면 기침 및 객담의 소견이 있다. 객담은 짙은 점액성의 쇠녹물색으로 나타나며 혈액이 섞여 나온다.

예방 : 게, 가재의 생식이나 불충분한 조리의 섭취를 금한다.

청결한 식기를 사용토록 한다.

울혈성 심부전증 (Congestive heart failure)

몸에서 요구하는 산소의 양을 충분히 공급해 주지 못하는 상태로서 이러한 심장기능의 저하는 수분과 염분을 몸속에 축적시키고 이러한 축적은 심장을 더욱 힘들게 만들어 자주 상태가 나빠진다.

원인 : ① 혈액분출의 저항증가
② 체 요구량 증가
③ 1회 심박출량증가로 인하여 몇개월 내지 몇년에 걸쳐 점차적으로 진행된다.

분류 : (1) 해부학적 구조에 의한 분류
① 좌심실 부전 : 호흡곤란, 운동시 호흡곤란, Orthopnia 등이 나타나고 야노증이 있을 수 있다. 고혈압이 가장 흔한 원인이다.
② 우심실 부전 : 좌심실이 호흡곤란인데 비하여 이것은 주로 각종 부위의 부종이 생긴다. 간의 부종, 사지의 부종 혹은 복수가 있을 수도 있다.

(2) 시간적 분류
① 급성 부전증 : 주로 심근경색증
② 만성 부전증

(3) 위치적 분류
① 선행성 부전증
② 후행성 부전증

(4) 양적 분류
① Low output
② High output

임상증상 및 소견 : 사실상 위와같은 분류는 엄격히 할 정도로 중요한 것은 아니다. 우심실 부전의 원인은 대개 좌심실 부전이며 치료상에도 그다지 큰 차

이를 보이지 않는다.

① pitting edema : 부종을 누르면 압점이 오래 남아 있게 된다.

② 호흡곤란 : 격심한 운동, 계단을 오를때, 바람을 맞으며 걷거나 언덕을 올라갈때 더욱 악화된다.

③ 기좌호흡 : 환자가 누운상태로는 호흡할 수 없는 상태다.

④ 발작성·야간성·호흡곤란 (Paroxysmal nocturnal dyspnea)

⑤ Cheyne - stokes breathing : 과도호흡과 무호흡이 주기적으로 교대되는 호흡이다.

⑥ 폐수종 : 습성호흡음이 들리며 호흡곤란과 기침이 계속된다. 거품이나 피가섞인 마른기침과 거품이 있는 점액성 물질의 객담이 나온다.

⑦ 압박감 : 심장부위에 동통은 없고 누울때 가슴의 불편함을 느낀다.

⑧ 피로 : 일상생활 활동에 피로를 느낀다.

치료 : 목적은 체내의 불필요한 수분과 염분을 제거하여 주며 심장의 기능을 향진시키고 신장의 소금과 수분배설을 증가시키는데 있다.

① 저염식이 : 하루 총량이 85mEq 이하가 되도록 해야하나 한국인의 경우는 무척 힘들다.

② 절대안정 : 심장이 아주 힘든 상태에서 과로하고 있으므로 안정을 시키되 좌위 혹은 반좌위로 하도록 한다.

③ 심근기능의 향진 : i) 혈압이 높은 경우 떨어뜨려 준다.
ii) 빈혈이 있다면 교정한다.
iii) Digoxin 을 투여한다.

④ 신장배설의 증진 : i) Thiazide 투여 (50-100mg/day)
ii) Furosemide 투여 (40-80mg/day)

신증후군 (Nephrotic syndrome)

정의 : 소변으로 단백의 심한 손실 (3.5gm 이상/day) 로 발생하는 심한 전신부종, 저알부민혈증, 과지방혈증 및 지방뇨를 동반하는 질환군이다.

원인 : 사구체신염, 교원질환, 아미로이드질환, 신정맥혈전증, 당뇨병성신장병, 매독, 독성, 약물, 중금속물질, 소아에서는 원인불명으로 온다.

증상 : 심한 전신부종, 부종액의 체내저류에 의한 증상 (식욕부진, 호흡곤란, 복부팽만 등) 이 있다.

진단 : ① 임상소견 및 검사실소견 (전신부종, 심한단백뇨, 저단백혈증 고지혈증, 지방뇨)

② 치료 및 예후판정을 위한 신생검 (renalbiopsy) 이 필수적이다.

치료 : ① 안정: 심한 부종, 감염합병증시

② 식이요법: 저염식 고단백, 고비타민식이가 좋고, 만성질환이므로 지속성있는 가료를 받도록 한다.

③ 부종이 심하고 핍뇨, 무뇨증이 심하면 의사에게 가기전 Chlorthiazide 계 이뇨제 투여는 무방하다.

사구체(신)염 (Glomerulitis, Glomerulonephritis)

근대의학의 발달로 사구체질환의 병인(病因)은 면역학적반응 즉 항원 항체 반응에 의해서 일어난다는 것으로 알려졌다. 그러나 여기서는 관습적인 임상범주에 의해서 급성 및 만성사구체염으로 나누어 기술한다.

사구체신염은 양측신장을 침범하는 질환이고 대부분 급성기로부터 완전히 회복된다. 그러나 계속진행시 신(장)조직이 파괴되고 신부전에 빠진다. 3 - 10세 소아에 가장 많이 발생하고 50세 이상의 성인에서 첫발병은 약5%이다.

1. 급성사구체신염 (Acute glomerulo nephritis)

정의 : 연쇄상구균 감염에 의한 것을 말하며, 갑자기 혈뇨와 동통을 동반하는 질환으로 여기서는 연쇄상구균 이외의 원인은 생략한다.

원인 : 연쇄상구균에 감염이된 후 항원-항체 결합반응이 일어나 면역복합체가 사구체에서 침착이 되며 사구체신염을 일으킨다.

증상 : ① 연쇄상구균 감염후 약 2주에서 신장염이 생기기 시작하는데 감염의 병력이 진단에 중요하다.
② 육안 또는 현미경적으로 혈뇨가 있다.
③ 가벼운 열과 두통, 무기력
④ 전신부종, 고혈압
⑤ 고혈압에 의해 압통이 있다.

치료 : (1) 대증요법
① 절대안정 : 혈압상승, 부종이 있을때 수주일 안정해야 한다.
② 수분섭취 : 부종·핍뇨증 무뇨증에는 수분섭취제한을 해야하나 노폐물 제거를 위해 다량의 수분섭취를 한다.
(3 음식 : 부종 및 울혈성심부전증이 있을때는 염분제한

단백질을 제한할 때는 탄수화물을 다량 섭취, 비타민 또는 철분을 공급하여 저항력 및 빈혈을 치료한다.

(2) 약물요법: Penicillin 투여도 할 수 있다.
합병증의 예방과 치료에 힘써야 한다.

2. 만성사구체신염 (Chronic glomerulo nephritis)

사구체에 다시는 완치될 수 없는 손상이 가해졌을 때 일어난다. 손상된 조직은 신장을 축소시키고 기능은 마비되며 신장의 피질은 위축된다.

증상 : ① 전신부종·두통·고혈압 또는 시력장애 야뇨증·호흡질환 단백뇨등
② 아무증상도 나타나지 않는 정지상태는 사실은 병이 가장 심한 기간에 일어난다.

치료 : ① 절대안정: 혈뇨와 부종이 나타나면 절대안정을 한다.
② 저염식사와 단백질섭취의 조절
③ 약물요법: 의사의 처방에 따른다.

예방 : 감염은 접촉된 사람의 손, 방문객의 인후로 전염되므로 예방해야 한다.

특 발 성 주 기 성 부 종

(Idiopathic cyclic edema)

대부분 여성에게 아주 드물게 남성에게도 있다. 대개 부종이 경하고 주기성이다. 특별히 문제될 질환은 아니다. 일단 의사의 진단에 의해 딴 부종이 아닌것이 확실하면 특별히 치료할 필요없다.

처 치 :

① 충분히 이해시키고 정신신경적 문제를 해결토록 도와준다.

② 부종이 심한 경우 Chlorthiazide계 이뇨제를 소량 필요시 투여한다.

1) 영양결핍에 의한 부종

장기간에 걸친 영양부족에서 오는 저단백 혈증으로 부종이 생긴다. 특히 지아민(비타민B1) 부종증인 각기병일때 흔히 본다.

치료 : 의사에게 의뢰하여 원인규명 및 치료가 요구된다.

충분한 단백식이를 공급한다.

2) 염증이나 알레르기에 의한 국소부종은 쉽게 알수 있다. 혈전성정맥염 만성임파관염 사상충증등 정맥이나 임파관이 폐쇄되어 국소에 부종이 온다.

치료 : 의사에게 의뢰하여 원인치료를 받도록 한다.

심부정맥(Cardiac arrhythmia)

맥이 빠르든가(Tachycardia) 느리든가(Bradycardia) 혹은 불규칙(Arrhythmia)하다면 생리적으로 심박출량의 감소, 혈압의 감소, 중요장기에의 혈액보급의 불충분, 심부전의 유인, 폐부종, 협심증, 심근경색, 뇌혈전등을 유인하는 중요원인이 된다. 우선 부정맥이 있으면 다음과 같은 것을 유의하여 관찰해야 한다.

① 심계항진 혹은 심박급속증이 갑자기 시작되고 끝나는가
② 맥박이 불규칙한지
③ 맥박이 일분에 40이하 또는 140이상인지
④ 맥박이 호흡중지나 운동으로 변하는지
⑤ 빈맥이 경동맥 맛싸지로 곧 소멸되는지
⑥ 제1심음의 강도가 변화하는지
⑦ 갑자기 협심증, 쇽, 심부전, 기질증상이 생기는지

이상과 같은 질문은 부정맥의 종류, 기질성 심(장)질환의 유무 및 종류를 추측하는데 도움이 된다.

부정맥은 발생 원인에 따라 충격형성장해·기외성수축·전도장해로 인한 것 등으로 분류된다.

충격형성장해(disturbance in impulse formation)로 오는 부정맥에는 다음과 같은 것이 있다.

1) 동성동맥(Sinus tachycardia)
맥박이 규칙적으로 1분에 100이상인 경우이다. 열·운동·흥분·빈혈·쇽·갑상선중독증·약제등에 반응해서 발생한다. 심하면 1분에 180까지도 되나 보통 160이상은 안된다.
위치변경, 진정, 약제등에 의해 소실된다.

2) 동성서맥(Sinus bradycardia)
맥박이 규칙적으로 1분 60이하로 떨어지는 상태다. 생리적인 경우는 운동이나 atropine제 투여로 호전된다. 근년에 Sick-sinus syndrome 혹은 Bradycardia tachycardia syndrome이라해서 심한 서맥이 온다. 갑자기 빈맥이되고 심방성 혹은

심실성기외추축이 합병되고 심정지등이 와서 사망케되는 부정맥이 주목된다.

3) 동성부정맥(Sinus arrhythmia)

호흡에 따라 흡기시 맥박이 빠르고 호기시 느려진다. 노년의 경화증에서 심장병과 관련있는 것 이외는 별 문제가 없다.

4) 발작성심방속맥(Paroxysmal atrial tachycardia)

가장많은 발작성 빈맥이다. 1분에 140 - 240이고, 갑자기 시작되고 중지된다. 보통 수십분 내지 수시간 계속되다 없어지나 수일 계속되고 흉통 호흡곤란 기침 심부전증의 유인이되어 응급치료를 요하게 된다.

예방 : 피로, 흥분, 알콜, 담배등을 피한다.

5) 발작성심실속맥(Paroxysmal Uentricular tachycardia)

드문 것이나 아주 중대한 부정맥이다. 맥박은 1분에 160 - 240이고 수시간 때로는 수일 계속될 수 있다. 맥박은 대개 고르나 박동의 강도는 변화가 있다. 주로 심근경색, Digitalis 중독에 의해 나타난다. 흉통, 혈압강하 쇽이 일어나고 급사하는 수가있다.

6) 심방기외성수축(Atrial Premature contraction)

정상인, 심장병환자 공히 생길 수 있다. 임상상 큰 문제가 안된다.

7) 심방세동(Atrial fibrillation)

가장많은 만성부정맥이다. 류마치스성심장병 특히 승모판협착증과 동맥경화증성심장병에 많고, 갑상선중독증 감염 외상 중독증시 생기고 정상인에서도 과음시 잘 생긴다. 촉지가능한 맥박과 실제 심박수 간에는 차가 생긴다.

8) 심방조동(Atrial flutter)

심박수가 1분에 250 - 350회, 류마치스성심질환 동맥경화증성심질환 Quinidin 사용시 생길 수 있다. 임상적 의의 및 치료는 심방세동에 준한다.

9) 심실기외성수축(ventricular Premature Contraction)

Atrial Premature contraction과 함께 가장많은 부정맥의 하

나 기외자극의 발생이 심실에 생기는 것으로 다발성이거나 심실박동이 빨라지지 않으면 큰 의의는 없다. 관상동맥질환이 원인인 경우 급사의 결과를 초래하는 수가 있고 어떤 때는 기질적 심질환을 발견할 수 없는 경우도 있다.

10) 심실세동 (Ventricular fibrillation)

Ventricular tachycardia가 진행되어 중하게 된 상태로 심실수축이 감소되어 치료치 않으면 곧 사망하게 된다.

관상동맥질환 (Coronary artery disease)

흉통을 주로 호소하며 심근의 산소요구량과 일에 대한 요구량의 불균형으로 생긴다.

원인 : 동맥경화가 제일 많다.

증상 : ① 흉통, 복통, 견통등이 팔운동을 할때에 잘 나타난다.

② 협심증의 경우 동통이 너무 심하여 주저앉아 꼼짝 못하며 움직이면 더욱 심해진다.

치료 : 1) 병원에서 심전도 및 혈청내 효소 측정이 반드시 우선되야 한다.

2) 대증요법

① 절대안정

② 혈압이 높으면 혈압강하제 투여

③ 빈혈이 있으면 교정

④ 불안을 해소-진정제 투여

3) Nitroglycerin 0.5㎎을 혀 밑에 넣는데 통증이 없어질 때까지 30분 간격으로 투여하나 3번이상 시도하지 않는다. 이런경우 10㎎ acting nitrite를 사용.

4) 심근경색증인 경우는 심전도에서 부정맥이 나타나지 않

고 심부전증의 증상이 없으면 대개 예후가 양호하나 첫 24 시간 이내에 치사율이 제일 높다. 그러므로 절대안정시키고 입원전까지의 수송에도 세심한 배려가 필요하다.

백 혈 병 (Leukemia)

골수에서 비정상적인 백혈구를 과다 생산하여 정상적인 백혈구를 만들어내지 못하므로 백혈구기능의 저하에 따른 제증상 및 암전이에 의한 증상등이 나타나는 암질환이다.

원인 : 여러가지가 있고 확인되지 않는 것도 많이 있다.

증상 : ① 감염이 쉽게되며 잘 낫지도 않는다.

② 뼈의 동통이 있다.

③ 출혈 (비강, 항문, 위장등) 이 심하기도 하여 피부에 출혈이 있을 때는 반점이 여러곳에서 많이 나타난다.

④ 간, 비장이 크게 만져지기도 한다.

⑤ Unknown fever라 일컬어지는 고열이 흔히 나타난다.

⑥ 전신적으로 쇠약하여 무력증이 동반된다.

치료 : 의사에게 즉시 의뢰한다.

폐　　염 (Pheumonia)

폐염이란 폐포, 폐실질조직에 세균 바이러스 진균등에 의해 염증을 일으킨 병으로 병원체의 종류에 따라 증세가 다르다. 호흡기능에 장애를 이르켜 사망하는 경우도 많다. 최근에는 화학요법제 항상제의 보급으로 치료성적이 좋아졌으나 사망율은 아직도 높고 임상에서 문제가 된다.

폐염은 원인에 따라 Pneumococal, Staphylococcal, Klebsiell Streptococcal, Hemophilus, Gram(−), Primary atypical 등으로 분류한다.

증상 : ① 체온상승과 맥박 및 호흡수 증가

② 흉통, 마른기침이 주증상

치료 : 정확한 진단과 감염균 원인의 규명이 중요함으로 병원에 의뢰해야 한다.

우선할수있는 처치 :

① 안정을 권하고 식이는 먹을 수 있는한 영양높은 식이가 좋다.

② 충분한 수분, 전해질의 공급

③ 호흡곤란이 심하고 안면창백이 오면 가능한 급히 산소공급을하고 병원으로 이송한다.

④ 오한, 발열이 심하면 Aspirin등 해열재를 주거나 알콜 혹은 냉수 맛싸지

1. Pneumococcal Pneumonia

폐염중 가장 많아서 세균성폐염의 60 - 80 %를 차지한다. 경한비, 인두염이 수일간 계속된 다음에 갑자기 오한 전율이 생기면서 발병한다.

1. Pneumococcal pneumonia

원인균 : Pneumococcus

잠복기 : 1 - 3일

증 상 : ① 39 - 40℃의 고열

② 가래의 약 75%는 녹슨 쇠빛

③ 호흡곤란 및 흉통이 있어 더욱 호흡장애가 와서 cyanosis 초래

④ Shock에 빠질 수도 있다.

⑤ 식욕이 없고, 약3에선 토하고 5 - 4%에선 구순에 herpes가 생긴다.

⑥ 환측을 아래로 누우려하고 의식을 잃는 수도 있다.

2. Staphylococcal pneumonia

Virus에 의한 상기도감염, 홍역, 항생제 치료를 받고있는 수술환자 소아환자에서 많다. 근년에 병원감염이 문제가 되어 빈도가 높아지고 있다.

증상 : ① 경한 두통, 기침증상이 선행된다.

② 갑작스런 오한 전율 고율

③ 화농성 혈성 가래

④ 기침이 심하고 호흡곤란 cyanosis에 빠진다.

3. Streptococcal pneumonia

일차적으로도 생기나 다른 호흡기감염이나 폐기종 또는 천식과 같은 만성 폐질환이 있을때 2차적으로 생기는 일이 많고 편도선염 단독과 같은 질환에 속발하기도 한다.

증상 : ① 발열, 오한, 불안, 호흡곤란, 기침증세

② 혈담이 나온다.

4. Gram(-) pneumonia

E.Coli, Pseudomonas, Bacteriodes 및 Proteus 등 Gram(-)균에 의해 생기는 폐염은 증가일로에 있어 새로운 문제들 제기하고

있다. 이에 이환되는 사람들은 저항력이 낮아진 사람들이며, Alcoholism, 당뇨병, 심장질환, 만성폐질환 따위를 가진 사람들이다. 또한 항생제, 항암제, 면역억제제 사용자들에게서 문제가 된다. 아직 전모가 알려져 있지 못할 뿐 아니라 변화하고 있는 질환이며 증세는 다른 폐염과 비슷하다.

5. Hemophilus influenza pneumonia

어린아이에 빈발하며 어른에선 대개 만성폐질환, 바이러스감염, 울혈성심부전, 암 등에서 2차적 감염으로 온다. 아직도 사망율이 15 - 20%에 이르는 질환이다.

6. Primary atypical pneumonia(Mycoplasmal Pneumonia)

세균성 폐염과는 달리 예후가 좋은 경한 virus 폐염을 원발성이형폐염(Primary atypical Pneumonia)이라고 불렀으나 미생물학의 발전에 따라서 그 원인은 한가지가 아니고 여러가지임이 밝혀졌다.

7. Klebsiella pneumonia(Fried lander's bacillus)

정상 상기도 및 장내세균으로 5 - 20%에서 발견된다. 대개 40-60세의 노년, 알콜중독, 영양실조, 쇠약자에 잘 생긴다. 이 질환은 급성경과를 밟고 24 - 36시간 후에는 사망하는데 원인은 shock, 폐수종, 호흡장애이다.

증상 : ① 오한 및 고열이나고
② 흉통, 혈담이 있다.
③ 몸이 쇠약하며 cyanosis가 일찍부터 나타나고 호흡곤란이 있다.
④ 붉은 벽돌색의 가래가 하루 10㎖에서 400 - 500㎖ 가량 나오고, 끈끈해서 뱉기 어렵다.
⑤ 각혈, 구토 및 설사환자가 많다.
⑥ 중증일 경우 황달, 점상출혈, 발진, 포진이 나타나기도 한다.

기관지천식 (Bronchial asthma)

정상적인 호흡과 상태가 있지만 호흡곤란과 객담의 특징적인 임상증세가 간헐적으로 나타난다. 한가지 혹은 여러가지 원인에 의해 병발되지만 확실치 않은 경우도 많다. 다음과 같은 것이 유발인자가 될 수 있다.

① 알러지 - 음식물, inhalant
② 감염 - 각종 종류가 다 포함된다.
즉 바이러스, 박테리아, 결핵, 진균 등
환경의 물리적인 인자들 - 습도, 기온
④ 피 로
⑤ 정신적인 긴장

증상 : ① 습진이나 아토피성 피부염등의 과거력이 있다.
② 기침, 호흡곤란
③ 호기보다 흡기시간이 길어진다.
④ 발한 청색증이 있을 수 있다.

치료 : ① 충분한 수분 섭취
② Aminophyline 200㎎을 4회 투여
③ 항생제 : i) Tetracycline 250㎎/4회 혹은
ii) Ampicillin 500㎎/4회 투여
④ 진정제 투여는 하지 말것
⑤ 호흡곤란이 심하면 Epinephrine 1 : 1000을 0.2-0.3㎖ 피하주사

병원의뢰 : ① 새로 시작된 환자
② 60세이상 환자
③ 심장질환이 있는 경우
④ 치료 실패
⑤ 심한 호흡곤란

심 호 흡 증 후 군

(Hyperventilation syndrome)

의식장애를 일으키는 빈번한 원인중의 하나이며 정서갈등에 의한 신경성 불안증의 여성에 많다.

증상 : ① 실제 기절이 아니고 현기증과 두통이 있고 불안증세가 나타난다.

② 발작초기엔 흉통, 질식감을 느끼고 환자자신은 심호흡을 과도하게 하고 있는줄 모르고 있다.

③ 나중에는 의식장애가 오고 지남력, 인식, 파악력이 없어진다.

④ 심한 중압감, 목이 꽉차는 괴로움을 느낀다.

⑤ 30분이상 지속되거나 하루 몇번 반복하면 발전체, 입주위의 마비, 창백을 가져오고 경련이 생긴다.

치료 : ① 갈등을 해소토록 노력하고 숨을 중지 시켜보고 Paper bag으로 폐쇄호흡을 시킨다.

② Phenobarbital 또는 Diazepam등의 안정제를 투여한다.

만성 폐쇄성 호흡기질환

호흡기 질환이 오래동안 진행이 되면서 기관지의 신축성, 폐포나 폐전체의 신축성이 감퇴되면서 호흡기 증상이 나타나는 총칙적이며 복합적인 상태를 말한다.

원인 : 잘 알려져 있지 않으나 담배가 중요한 원인이 되는 것은 확실하다.

증상 및 증세 : ① 호흡곤란 (특히 운동후)

② 만성적인 기침과 객담 (특히 아침)

③ 흉곽의 A - P 직경의 증가

④ Wheezing이나 rhonchus

치료 : ① 호흡기의 자극제 (담배)를 피할것

② 기관지 확장제 투여

③ 거담제 투여

④ 진정제 투여 금지

⑤ Postural drainage (3 번/하루)

⑥ 충분한 수분섭취

의사의뢰 : ① 새로이 발견된 환자

② 합병증이 있는경우 : i) 폐 염

ii) 호흡부전

iii) Cor pulmonale

③ 2 일의 치료에도 호전이 안될 때

④ 심장질환이나 다른질환과 동반된 경우

두 통 (Headache)

두개골 내외의 어떤 원인에 의해서 생기든지간에 동통을 의미하며 여러가지 원인이 있을 수 있지만 대개는 신경성 및 긴장의 요인에 의한다.

원인 : 동통에 예민한 구조의 자극에 의한다.

① 피부, 피하조직, 근육, 혈관, 두개골

② 눈, 귀, 코

③ 두개내 정맥동

④ 뇌 막

⑤ 뇌신경 같은 동통에 예민한 구조에 염증 또는 압박이 가해진다면 두통을 유발할 수 있다.

증상 : ① 대개 뚜렷하게 표현할 수 없는 특징의 동통이다.

② 동통은 수분내 최고에 도달하다가 곧 소실되나, 구토 구역질등이 간혹 있을 수도 있다.

③ 뇌막염의 경우 심한 열과 구토가 있고 심한 두통으로 강력한 진통제 투여에도 효과가 없다.

④ 뇌종양의 경우 상당히 오랜동안의 과거력이 있고 움직이든가 두부의 위치에 따라 출현되기도 한다.

치료 : 응급치료를 해야하는 경우는 그리 흔하지 않으며 Aspirin 또는 A.P.C등에 잘 치료가 된다.

의사의뢰 : ① 두통이 너무 심하거나 갑작스럽게 발병했을 때

② 오랜 과거력이 있을 때

③ 고열 오한 구토등이 동반될 때

④ 나이가 많거나 혈압이 높은 환자인 경우

두통의 분류 :

1. 편두통(Migraine)

서로 복잡한 관계가 있는 두건으로 나눈다.

1) 고전적 혹은 정형적인 편두통
(Classical or typical migeaine)

80 %에서 가족력이 있고 소아기 청년기에 생긴다. 동측성

반맹, 지각이상, 실어증, 반신부전, 편마비증과 같은 조기의 신경증상이 있고 편측의 박동성통증, 빛과 소리에 대한 과민성, 구역 구토, Ergotamine 투여에 의한 완화등을 특징적으로 한다. 이런 증상이 모두 있으면 진단이 용이하나 한두가지 증상만 있으면 진단은 어렵다.

2) 일반적 혹은 비정형적 편두통 :

가족력이 적고 조기신경증상이 없으며 발생년령이 늦고 빈도가 높고 Ergotamine에 대한 반응도 불확실하다. 또한 두통이 심리적인 긴장상태로 일어남이 확실하다면 정신질환의 가능성을 먼저 고려해야 한다. 흔히 볼수 없는 신경증상을 동반시 더욱 진단에 어려움이 있다.

2. Cluster headache

이 두통은 발작성야간성두통, 편두통양신경통(Migrainous neuralgia) Histamine 두통(Horton 증후군)이라고도 한다. 이는 남자에 많고 동통이 일정불변하고 일측의 완와부에 국한하고 잠든지 2 - 3시간 이내에 생김이 특징이다(깨어 있을때 생기는 일은 드물다.) 대개 통증이 심해서 눈물 콧물이 나고 안면홍조 축동(縮瞳) 안검하수 협부부종을 동반하며 약 1시간 지속된다. 이 두통은 수주일 또는 수개월에 걸쳐서 밤마다 나타나는 경향이 있다. 그 후에는 수년 완전히 없어진다. 한 발작의 동통은 시작할 때처럼 급속히 사라진다. Stress , 과로, 감정의 동요등이 있을때 수년에 걸쳐 재발한다. 드물게는 6 - 8년 지속하는 수도 있다. 병상이 아주 특징적이어서 다른 질환과 혼동되는 일은 없으나 이 질환에 익숙치 못하면 경동맥류, 혈관종, 뇌종양, 부비강염을 의심케 된다.

3. 긴장성두통 및 정신과질환에 동반되는 여러가지 두통증

이 두통은 보통 양측성이고 두정부(頭頂部)를 중심부로 해서 광범위하게 파급되는 경우가 흔하다. 또한 후두부 경부에 국한

되는 경우도 흔하다. 두통이라고 하지만 상세히 물어보면 다른 감각 이를테면 충만감 긴박감 압박감이 있는 것을 알 수 있고 이에 겸해 동통이 있다. 이 발작은 편두통보다 서서히 시작되고 수주일~수개월 이완되지 않고 계속됨이 흔하다. 사실 장기간에 걸쳐 주야로 끊임없이 지속하는 특이성을 가진것은 이 두통뿐이다. 수면은 가능하나 깨어 있으면 언제나 두통이 있고 일반적인 진통제는 동통이 강한 경우 이외에는 큰 효과가 없다. 긴장성두통은 중년기에 많고 시련의 시기에 생기는 불안과 우수에 수반되어 나타난다. 월경전 두통은 대부분은이러한 두통이고 폐경기에도 긴장성 두통의 빈도가 증가되고 있다. 긴장성두통이 있는 환자를 조사해 보면 불안신경증이나 염려신경증이 있고 가벼운 우울증이 있는 경우도 있다. 긴장성 두통이 있는 환자를 보면 불안신경증이나 염려신경증이 있고 가벼운 우울증이 있는 경우도 있다. 정신병증상을 추구해 보면 불안신경증, 히스테리, 강박신경증, 불안을 주증상으로 하는 정신분열증이 있고 환자의 대부분은 이런 동통을 호소한다.
내인성 및 반응성 우울상태에선 비교적 빈도가 적으나 인생말기의 퇴행성 내지 염려신경증 상태에선 증가한다. 편두통과 외상성두통에 긴장성두통이 합병될 수도 있다.

4. 혈관종 및 동맥류에 의한 두통

많은 전문가에 의하면 혈관기형에 의한 두통은 주기성이며 편측성이고, 항상 일정한 부위(반드시 동측)에 일어난다는 점을 제외한다면 편두통과의 감별이 불가능하다. 발작의 양상을 보면 갑자기 나타나고 동통은 수분내에 정점에 달한다. 일측성인 저린 감각, 무력감 또는 실어증등과 같은 신경장애가 두통이 출현한 후에 일어나고 두통이 없어진 다음에도 지속하는 경향이 있다. 출혈이 있으면 두통은 극심하게 되고 후두와 경부쪽으로 국한되어 경부강직을 동반하여 수일간 지속된다. 두개나 경부의 혈관잡음이나 혈성뇌척수액으로 진단이 확정되지만 혈관조영에 의한 확인이 필요한 경우도 있다. 그러나 편두통양증상(偏頭痛様症狀)과 혈관종내지 동맥류의 관계를 부정하는 사람도 있으나 이 연관성의 유무를 증명할 수 있는 적절한 통계자료는 없다.

4. 혈관종 및 동맥류에 의한 두통

많은 전문가에 의하면 혈관기형에 의한 두통은 주기성이며 편측성이고, 항상 일정한 부위(반드시 동측)에 일어난다는 점을 제외한다면 편두통과의 감별이 불가능하다. 발작의 양상을 보면 갑자기 나타나고 동통은 수분내에 정점에 달한다. 일측성인 저린 감각, 무력감 또는 실어증등과 같은 신경장애가 두통이 출현한 후에 일어나고 두통이 없어진 다음에도 지속하는 경향이 있다. 출혈이 있으면 두통은 극심하게되고 후두와 경부쪽으로 국한되어 경부강직을 동반하여 수일간 지속된다. 두개나 경부의 혈관잡음이나 혈성내척수액으로 진단이 확정되지만 혈관조영에 의한 확인이 필요한 경우도 있다. 그러나 편두통양증상(偏頭痛樣症狀)과 혈관종내지 동맥류의 관계를 부정하는 사람도 있으나 이 연관성의 유무를 증명할 수 있는 적절한 통계자료는 없다.

5. 외상성두통

심하고 만성적이며 지속적이거나 간헐적인 두통이 2종의 외상성 증후군의 중요증상으로 나타날 때도 있다. 이 2종의 질환에 의한 두통은 모두 두부외상(혈성뇌척수액과 두개내압의 항진을 동반한 두개열창과 뇌좌상)후 즉시 발생하는 두통과 구별할 수 있다. 후자의 경우 두통은 수일에서 1-2주일의 경과를 취한다.

1) 만성결막하혈종에 의한 두통

강도에 변화가 있다. 두통과 현기증에 이어서 나타나는 기면상태, 혼미, 반신부전, 마비가 만성결막하혈종에서 흔히 보는 증상이다. 두부외상이 가벼워 환자나 가족이 잊어버리는 경우도 있다. 두통은 심재성이며 지속적이고 일측성이거나 두부전체에 걸친 경우도 있으며 흔히 사용하는 진통제에 반응한다. 전형적인 예에서는 두통과 다른 증상의 빈도와 강도는 수주일 또는 수개월 걸쳐서 서서히 증가한다. 진단은 혈관촬영에 의하여 확정된다.

2) 외상후의 신경실조에 의한 두통 :

이러한 경우에 보는 두통은 현기증 피로감 불면 신경질 진전 (trembling) 자극항진 주의력집중불능 비애감 등으로 구성된 복잡한 증후군의 주증상으로 나타난다. 동통의 정도는 날로 달라지고 그 발생부위도 사람에 따라 전혀 다르다. 이 두통은 외상부위를 중심으로 해서 일어나는 일이 많고 이 부위에 압통이 있는 경우도 있다. 박동성동통을 호소하는 경우도 있고 압박감을 느끼는 경우도 있다. 특히 중요한 것은 지속적인 두통이 정신적 및 육체적노력, 전굴위 (前屈位), 소음, 밝은빛, 당황 등으로 증가된다는 점이다. 환자는 흥분한 우울증환자 처럼 보이고 행동하며 실제로 이러한 상태를 외상후 신경증이나 우울증으로 생각하는 신경외과의도 있다. 두통의 강도와 지속시간은 외상의 정도와 관계가 없고 중증환자에서도 의식상실 없이 경한 외상만 있는 경우도 있고 반대로 심한 외상을 받은 후에도 두통을 호소하지 않는 예도 있다.

3) 뇌종양에 의한 두통 :

두통은 뇌종양의 주요증상이지만 불행하게도 동통은 특성이 없다. 이것은 심재성이고 비박동성 (또는 박동성) 이며 쑤시거나 터지는 것 같은 동통을 느끼는 경향이 있다. 두통발작은 수분에서 1시간 또는 그이상 지속하는 일도 있고 하루에 한번 또는 몇번씩 나타난다. 움직이든가 두부의 위치를 자주 바꾸면 동통이 출현하고, 안정을 취하면 동통의 빈도가 감소한다. 야간동통 때문에 잠을 깨는 것이 특징이지만 진단의 단서가 되지는 않는다. 말기에 보는 갑작스런 강한 구토는 이 질환의 특징이다. 종양이 커짐에 따라 동통은 더욱 자주 나타나고 심해지며 때로는 최후까지 지속한다. 그러나 예외적으로 경하고 견디어 낼 수 있는 동통이 있는가 하면 세균성수막염이나 지주막하출혈 때의 두통처럼 아주 심한 고통을 느낄 정도의 것도 있다. 편측성두통인 경우에는 약 90 %는 종양의 동측에 생긴다. 편측성동통 후에 전두양측 또는 후두양측의 두통은 두개내압의 증가를 뜻한다.

고 혈 압 (Hypertension)

동맥혈압이 150/100 mm Hg 이상으로 3주이상의 관찰에서 매주 위와 같은 높은 혈압이 나타나야 한다.

원인: 불명이다.

증상: ① 대개는 무증상이다.

② 아침에 뒷골이 아프나 몇 시간후 소실되며 긴장에 의해서 두통이 자주 생기기도 한다.

③ 어지러움증을 느낄 수도 있다.

④ 혈압이 높은 이외에 특별한 소견은 발견되지 않는다.

치료: 치료의 목적은 정상혈압 근처로 떨어 뜨리는데 있다.

1) 초기치료: ① 염분제한 (2gm/day 이하)

② Thiazide (50 ~ 100mg/day)

2) 중간치료: Thiazide 50mg + Reserpine 0.25mg/day

3) 관찰 및 교육: 정상혈압으로 될때까지는 1 ~ 2주마다 1회씩, 그후 3개월간은 매달 1회씩, 그후는 3개월 마다 1회 혈압을 측정한다.

※ ① Thiazide 계통 약물의 부작용

Hypokalamia로 인한 무기력증 근육통등이 나타날 수 있고, 선통 당뇨 기립성저혈압등이 나타난다.

② Reserpine은 코가 막히거나 우울증 복통 불임증이 있을 수 있다.

유행성출혈열

바이러스에 의한 감염으로 전신의 혈관을 침범하는데 특히 신장의 침범이 임상적으로 중요하며 현재 이 질환에 의한 치사율은 점차 낮아지고 있다.

증상: 임상경과를 다음과 같이 나눈다.

① 유열기 (3 - 5일): 대다수의 경우 갑자기 발병하며 오한 발열, 무력감, 현증등을 호소하고 두통 안구통이 있다.

외관상 심히 쇠약해 보이고 피부발적이 액와부 경부, 흉부 견부 등에 나타나는데 이것은 좀 특이한 소견의 하나이다.

② 저혈압기 (1 - 3 일간) : 가벼운 환자는 수시간 내지 수분만에 지나는 수도 있으며 중한 경우는 쇽에 빠져 사망하는 수가 있다.

③ 빈뇨기 (3 - 5 일간) : 이 시기에는 혈압이 다시 정상으로 돌아오며 단시간내에 고혈압의 수준까지 상승한다. 이 시기에서 경증환자는 쇠약, 갈증, 복통, 두통이 있으며 중증에서는 구역과 구토가 심하다. 급성신부전증과 비슷하다.

④ 이뇨기 (수일~수주간) : 빈뇨기에서 이뇨기로 되면 뇨량이 엄청나게 증가하여 6 - 10ℓ/day까지 배출하는 수가 있다. 이때 전해질, 수분의 공급이 최우선이고 치료가 안되면 탈수가 심하여 평형이 깨지며 다시 Shock을 일으킬 수도 있다.

⑤ 회복기 : 별다른 증상이 없다.

치료 : ① 절대안정을 요하며 후송시에도 요동이 심한 자동차 보다는 헬리곱터를 이용하는 것이 좋다.

② 유열기엔 환자안정과 대증요법을 시행하는데 심하면 Demerol을 사용하는 것이 유리하다.

③ 저혈압기 : 혈압의 적정수준 유지로 순환기능을 유지시켜야 하며 수분중독을 일으키지 않도록 한다.

④ 빈뇨기 : 정도가 심하고 회복이 늦으면 복막투석이나 인공신장을 사용한다.

⑤ 다뇨기 : 탈수되지 않도록 한다.

감　　기 (Common cold)

급성 호흡기질환으로서 원인균은 바이러스이며 비말감염에 의해 직접 사람에게 전파된다.

증상 : ① 인후통과 목의 건조함
② 다량의 콧물과 코가 막힌다.
③ 재채기와 기침시 객담의 분비
④ 기운이 없고, 허리나 팔다리가 쑤시며 괴로운 감을 느낀다.

치료 : ① 안정, 휴식을 취하고 충분한 수분공급 및 잘조리된 식이 섭취
② 두통 인두통 근육통에 Aspirin투여 (0.6gm/성인, 10mg/kg/어린이)
③ 코가 막히면 neo-synephrine 0.25% 점적 2 - 3시간마다 필요하면
④ 초기엔 점막염증 완화를 위해 항히스타민제 투여
⑤ 기침엔 Cough mixture 투여
⑥ 확실한 가치는 모르나 Vitamine 투여

유행성감기 (Influenza)

열 전신쇠약 근육통 기관지 이상증상을 나타내며 전염성으로 많은 사람이 동시에 감염되는 질환이다.

원인 : Influenza virus

증상 : ① 두통 근육통, 전신무기력등의 일반적인 증상이 나타나며
② 객담이 없는 기침
③ 37 - 38 ℃의 열이 있다.

치료 : ① Aspirin 500mg/3times/day 투여
② 충분한 수분 섭취
③ 진해제 투여

급성기관지염 (Acute bronchitis)

기관지의 염증으로 기관지점막이 충혈되고 점액이 증가하여 점액의 백혈구수도 증가한다.

원인 : 대부분이 virus이다.

증상 : ① 기침이 거의 대부분에서 나타난다.

② 객담의 양과 성격이 중요한데 virus에 의한 기관지염은 하루 양이 1table spoon 이상이 되지 않으며 화농성이 아니고 박테리아성인 경우는 1table spoon이상이고 화농성이다.

③ 흉통이 앞가슴쪽에서 있으며 기침에 의해서 심해진다.

④ 오한은 대부분없고, 고열도 없다.

⑤ 청진상 Wheezing이나 rhonchi가 들리기도 한다.

⑥ 호흡곤란은 대부분 동반되지 않는다.

치료 : ① 휴식 및 안정

② 아스피린을 투여할 수 있다.

③ 가습기를 사용하여 실내습도를 높인다.

④ 진해제, 거담제를 투여한다.

⑤ 박테리아성이 의심되면 Ampiciline 500mg/6hs , 또는 Tetracycline 250mg/6hrs 투여

⑥ 기관지 확장제 (Aminophyline 200mg/6hrs)를 투여할 수도 있다.

의사의뢰 :

① 호흡장애가 있을때

② 72시간내 호전되지 않을때

③ 노인으로 심장질환이 있거나 호흡기질환으로 심장질환이 악화되는 경우

폐 결 핵 (Pulmonary tuberculosis)

폐결핵은 Acid fast bacilli인 Mycobacterium tuberculosis에 의한 폐의 감염으로 폐에 tubercle을 형성하는 것이 특징이나 인형 결핵균은 많은 Acid fast bacilli중 분류학상 한개의 종이며 사람에게 일으키는 가장 중요한 원인균이다. 우형결핵균(M.bovis)도 외국에 있어서는 흔한 원인균이고 조형결핵균(Avian bacilli)도 때때로 사람에게 병원균이 된다.

결핵균의 침입과 전파경로 :

결핵균이 우리 몸속에 침입해서 감염을 일으킬 수 있는 길은 태아에서 태반감염을 일으키는 것을 제외하면 가장 빈번한 것은 호흡기성 감염 또는 결핵균이 섞인 공기의 흡입에 의한다.

감염형성을 가능케 하는 동기는 이물을 배출해 내버리지 못하는 청소기능의 장애가 가장 중요하고, 기아상태, 당뇨병, 홍역, 부신피질제의 장기복용, 규폐증등이 있는 상태에서 발병의 요인이 될 수 있다. 초감염 병소가 형성되면 동시에 그 소속 임파선에도 결핵병변이 동반되고 이를 Primary complex라고 한다. 이는 혈행성, 임파성, 기관지성 직접, 인접전파 등으로 전파해 나간다.

임상증상 :

가장 흔한 증상으로는 기침 객담 쇠약감, 피로감, 체중감소, 오후의 미열 및 식은 땀, 흉부통, 심한경우 혈담이 올 수 있다.

폐결핵의 임상적 분류 :

결핵의 임상적 분류는 첫째 병변의 크기에 의한 분류, 둘째 병세상황에 의한 분류로 나눈다.

(1) 병변의 크기에 의한 분류

① 경도(minimal) : 한쪽 폐에 국한 또는 양쪽 폐에 퍼지거나 상관없이 그 병변의 크기가 합해서 제2늑골 흉골연결부와 제4흉추 극상돌기 또는 제5흉추 체부가 위치한 선 이상의 한쪽 폐의 면적의 크기 이하이며 공동(cavity)이 없는 경우 경도결핵이라 한다. 또한 X-선상에는 확실한 병변을 인정치 못할 경우라도 객담이나 검사에 의해 결핵균이 인정된 경우

역시 경도결핵이다.

② 중등도 (moderately advanced) : 병변의 농도가 경하든가 중등도이고 그 병변이 흩어져 있는 것을 모두 합한 면적이 한쪽폐 전체보다 크지 않아야 하며 병변의 농도가 진하고 한 덩어리로 되어있는 것은 한쪽폐의 $\frac{1}{3}$이하의 면적정도여야 한다. 만약 공동이 있을 때는 그 공동이 몇개이든 그 직경도합이 4 *cm*이하 이어야 한다.

③ 고도 (far advanced) : 중등도 이상으로 병변이 크든지 공동의 직경이 4 *cm*이상 일때를 말한다.

(2) 병세상황에 의한 분류

① 활동성 (active) : 다음 각 항목에 한가지 이상 해당되면 활동성이다.

i) 결핵균이 인정될 때 (조직검사 포함)

ii) X - ray 소견이 계속 변동되고 있는 경우

iii) 합병증으로 결핵성농흉, 기관지늑막루, 늑막피부루 또는 기관에 결핵이 있을때

② 정지성 무공동 : 한달에 1회씩 검사해서 계속 3개월 동안 결핵균이 음성이고, 2 - 3개월 간격으로 찍은 3장의 X - ray 소견이 약간의 경쾌 또는 병변의 위축은 몰라도 대체로 큰 변화가 없으며 또는 공동이 없는 경우를 말한다.

③ 정지성 유공동 : ②와 같은 조건이나 공동이 있으며 이 공동의 변화가 역시 큰 변동이 없다는 것을 덧붙인 것이다.

③ 비활동성 (무공동)

i) 균검사를 매월해서 6개월이상 음성이어야 한다.

ii) X - ray 소견이 적어도 6개월이상 안정되고 있고 공동이 없어야 한다.

⑤ 비활동성 (공동성) : 공동은 있으되 X - ray 상의 안전성은 ④와 마찬가지로 6개월 이상의 기간이 요구되지만 세균검사 항목은 1 - 3개월 간격으로 검사해서 계속적으로 18개월간 음성이어야 한다.

결 핵 의　진 단

결핵진단은 다음 여러가지 방법으로 진단한다.

① 임상증상

② Tuberculin test : Mantoux 시약을 피내 주사하고 48시간 후 induration이 직경 10㎜이상이면 양성반응, 5㎜이하면 음성반응, 5 - 10㎜ 사이는 위증이다.

③ 객담검사 : 객담을 받아 도말법 및 배양검사를 하여 증명한다. 배양은 4 - 6주 걸린다.

④ 위내용물검사 : 소아나 노인에서 특히 유효하다.

⑤ 조직검사

⑥ X - ray 검사

치료 : 결핵의 치료는 화학요법(약물요법)이 원칙으로 생각되며 그 외 대증요법, 외과적요법등이 있다.

1) 약물요법 : 여러가지 약을 지속적으로 공복시 한꺼번에 복용한다(9개월이상). 재감염 때는 썼던 약을 될수 있는한 피해야하나 이것은 어디까지나 균배양 및 감수성에 의해서 감수성이 강한 약을 써야 한다. 투약을 변경할 경우는 동시에 바꾸며 역시 지속적이고 장기간, 공복시에 투여하는 것을 원칙으로 한다.

① INH : 5mg／kg

② Rifampin : 10mg／kg

③ Ethambutol : 15mg／kg

④ Streptomycin : 1.0gm／kg

2) 대증요법 : 대증요법으로 중요한 것은 각혈처리이며 우선 절대안정을 시키고 환부쪽으로 눕도록 해서 각혈에 의한 흡입성폐염을 방지함이 중요하다.

그외 지혈제, 냉찜질등 보조치료가 도움이 된다.

빈　　혈 (Anemia)

순환적혈구량의 감소를 뜻하며 여러가지 원인이 있고 다음과 같이 분류한다.

1. 철 결핍성 빈혈 (Iron deficiency anemia)

혈청내 철분결핍으로 인한 빈혈로 우리나라에 흔하다.

원인 : ① 철분 소실의 증가 : 월경과다, 소화기계통의 출혈 (암, 위궤양, 십이지장충, 치핵)
② 임신부 및 어린이의 경우 요구량의 증가
③ 음식내 철분부족
④ 흡수장애

증상 : ① 대개 무증상
② 전신 피로감, 두통, 어지러움증
③ 얼굴이 창백하다.

치료 : Ferrous sulfate 300mg/3times/day
3개월간 투여.

2. 거대적아세포성 빈혈 (Megaloblastic anemia)

1) 악성빈혈 (Pernicious anemia)

위에서 분비되는 내적인자의 결핍으로 B^{12} 흡수가 안되어 오는 빈혈로 유전적인것, 위절제후, 회장절제후 발생한다.

증상 : ① 피로감
② 심계항진, 심박급속
③ 호흡곤란, 창백
④ 위장장애, 설염등의 일반증상
⑤ 하지마비, 운동실조
⑥ 사고장애등을 볼 수 있다.

2) 엽산결핍성빈혈 (Folic acid deficiency anemia)

원인 : ① 알콜중독자

② 용혈성빈혈 (Sickle cell anemia 등)

③ 엽산흡수를 방해하는 약물 (Phenobarbital , Dilantin , Mysolin등)

④ folic acid 를 folinic acid로 하는 대사를 막는 약물 (Methotrexate , Pyrimethamine , Triamterene 등)

⑤ 임신

3. 재생불량성 빈혈 (Aplastic anemia)

어떤 연령층에도 오며 전 혈구감소 혹은 적혈구 백혈구 혈소판중 한 두 종류만 감소되는 수도 있다.

원인 : ① 약물의 독성작용 (Chloramphenicol , Benzene , Phenylbutazone , Mesantoin , 머리염색약, 살충제 , 솔벤트, 항암제)

② X - ray 조사등

증상 : ① 일반 빈혈증상

② 백혈구 감소로 감염이 잘되고

③ 혈소판감소로 출혈증상이 흔하다.

4. 용혈성빈혈 (Hemolytic anemia)

1) 획득성용혈성빈혈 :

혈장단백질이 적혈구 표면에 붙어서 적혈구의 용혈을 일으켜 빈혈을 초래한다. Direct coomb's Pest (+)

원인 : ① 임파종, 백혈병등 악성종양

② Virus 감염

③ Penicillin 또는 Methyldopa 등 약물

증상 : ① 일반 빈혈증상

② 용혈에 의해 오한, 열, 황달, 비장종대, 간장종대등이 있다.

2) 급성용혈성빈혈

원인 : ① 설파제나 피린제등 약물에 과민한 경우

② 대장균, 용혈성연쇄구균, Clostrium welchi 균에 감염되었

을때

③ 악성종양

증상 : 발병은 급속하며 오한, 발열, 복통, 창백, 황달, 허약, 심박급속 등을 보인다.

※ 2) 3) 4) 빈혈은 의사의 지시에 따라 적절한 치료를 받도록 한다.

백 혈 병 (Leukemia)

1. 급성 백혈병 (Acute Leukemia)

혈액을 생성하는 조직의 이상으로 병적이고 이상적인 백혈구의 증가가 있는 암성 질환이다. 인종 년령에 구분없이 5세이하의 어린이에 많다.

종류 : ① 급성임파구성 백혈병 (Acute lymphoblastic leukemia)

② 급성골수구성 백혈병 (Acute myeloblastic leukemia)

증상 및 임상소견 :

① 허약 식욕부진, 열 자반 관절통 임파성부종 출혈 간 비장 비대 흉골의 압통등이 있다.

② 적혈구는 1만~10만의 심한 증가와 미숙세포, 이상세포가 혈액도말 표본에서 발견된다.

치료 : 의사의뢰

예후 : 심한 감염, 위, 뇌등의 출혈, 빈혈증등으로 위험 내지 사망한다.

2. 만성 백혈병 (Chronic leukemia)

비정상적으로 증식된 백혈구가 혈관을 따라 신체 각기관이나 조직에 침범하여 국소적 증상을 일으킨다.

1) 만성 임파구성 백혈병

임파구가 분열능력을 상실하여 자꾸 축적되며 전 체내 축적이 생기고 수년간 정지상태일 수 있고 혹은 진행되어 여러증상을 보인다. 30세 이하에선 드물고 동양엔 적다.

증상 및 검사소견:

① 허약, 임파결절종대, 간 비장종대

② 빈혈은 초기에 없고 진행되면 생기고 혈소판이 약간 감소 한다.

③ 백혈구는 특히 임파구의 증식을 보인다.

④ 골수소견은 30%이상이 임파구이다.

2) 만성골수구성 백혈병

혈액이나 골수에서 미숙한 골수성 세포를 보는데 이 세포들은 비정상의 작은 autosome인 소위 Philadelphia chromosome을 보인다. 이 만성골수성백혈병은 젊은층의 질환이지만 어느 연령군에서도 볼 수 있다.

증상 및 검사소견:

① 창백 허약 흉골통, 열 자반, 비장종대, 출혈등을 보인다.

② 검사상 어느정도의 빈혈, 혈소판증가 백혈구의 50만/ou/㎜ 이상으로 증가하고 blast형은 5% 미만이다. 골수는 주로 Granulocyte로 채워진다.

치료: 의사의뢰

기 립 성 조 절 장 애

어린이나 중고교생 혹은 어른들도 오래 서서 있거나 누웠다가 일어서거나 앉았다가 일어설때 어지러우면서 정신을 잃고 쓸어진다. 안색이 나쁘고 차멀미도 잘하고 두통 복통을 갖기도하여 이런상태 후에 대개 어지럼증이 잔존한다. 간질병과 감별을 해야한다.

치료: 가만히 뉘여서 안정을 시킨다. 급한 경우 암모니아를 흡입시키거나 대부분의 경우 안정후 좋아진다. 평시에 운동요법, 단련요법(건포마찰등)을 하도록 하며 에포칠 1정씩 하루 3회정도 내복시킨다.

생 리 적 실 신

몹시 아픈 주사를 맞았을때, 고통스럽던 일을 마치면서 얼굴이 창백해지고, 불쾌한 일이거나 놀라는 일이 있어도 실신한다.

치료: 가만히 뉘여서 안정시킨다.
훼노바비탈 1정을 복용 시킨다.

호 흡 정 지 성 발 작

1-2세 되는 소아에게 많고 자기 마음대로 안될때, 매를 맞았을때 화날때, 질투할때 숨을 멈추고 얼굴이 창백해진다. 대개 4-5세 이후에는 없어진다. 의식이 없어지고 경련도 있으나 곧 회복한다.

치료: 잠시 후 정상으로 회복하기 때문에 응급조치도 필요없다.
발작하는 수도 있으므로 부모에게 이런 발작은 신체에 무해함을 설명해줄 필요가 있다.

저 혈 당 증 (Hypoglycemia)

저혈당은 여러가지 인자들에 의해 일어날 수 있다. 임상적 견지에서 볼 때 저혈당환자는 공복상태에서 일어나는 경우와 식후에 일어나는 저혈당이 있다.

치료: ① 진한 설탕물 또는 사과나 설탕을 준다.
② 50% 포도당 정맥주사
③ ①②조치후 상태가 호전되지 않으면 의사에 의뢰한다.
④ 훼노바비탈 1 - 3tab 또는
⑤ 푸레드니손 2tab / day 내복시킴

뇌 졸 증 (CVA, Cerebral vascular accidents)

뇌혈관이 혈전이나 색전에 막혀서 생기는 경우와 혈관이 터져서 생기는 경우로 크게 나눌 수가 있다. 대개 의식불명 운동장애 감각장애 혹은 반신불수등이 동반되고 의식이 있는 경우 두통을 호소하기도 한다.

원인: 고혈압, 심장질환, 고지방혈증, 선천성에 기인된다.

증상: 대개 돌발성이며 영향받은 부위에 따라 운동장애, 지각장애, 기억장애등이 나타나므로 일련의 증상으로 말하기는 곤란하다.

치료: 입원치료를 요하므로 후송하는 것이 급선무다.

갑상선중독증 (Thyrotoxicosis)

내분비계 질환중 가장 흔한 것중의 하나이다. 20 - 40세 여자에게 더 많다. Graves disease 혹은 Basedow's disease라 칭한다.

원인: 면역학적 질환이고 Stress가 발병에 관계가 있다.

증상: ① 주 증상은 갑상선비대, 안구돌출, 심계항진이다.
② 신경과민증상
③ 안검, 손 발이 떨린다.
④ 식욕은 증진되고 식이섭취는 많으나 체중감소가 온다.

치료: 즉시 의사에게 의뢰한다.

단순성 갑상선종대

우리몸의 Iodine 부족으로 오는 질환으로 해변가에서 먼 지방의 지역적 유행지에 많다. 이 Iodine의 부족으로 갑상선의 기능과 활동과다가 되고 선의 증식이 불가피하게 된다. 사춘기에 많고 임신부에 잘 생기며 예방으로 방지함이 좋다.

치료: 초기에는 Lugols solution을 5방울을 한컵의 물에 타서 내복시키고, Thyroid 60 - 120mg을 분복시킨다. 그러나 압박증상이 심할때는 절개수술이 불가피하다.

다결절성 갑상선종

한개이상의 덩어리가 만져지면서 갑상선비대가 있고 남자보다 여자가 10 - 20 % 가량 많다.

원인: 원인불명이다.

증상: ① 일반적으로 무증상이나 갑상선기능항진증을 나타낼 수 있다.
② 기도를 압박할 수 있다.

치료: 무증상이면 치료할 필요가 없으나 다음과 같은 경우 수술한다.
① 최근에 자라기 시작했을 때

2 주위기관에 압박이 심할 때

3 악성이 의심될 때

갑상선 기능항진증 (Hyperthyroidism)

갑상선 호르몬의 이상 과잉분비에 의해 수반되는 여러가지 증상이 나타나는 것을 말한다.

원인: 자가면역반응에 의한다고 생각하고 있다.

증상: ① 신경질적이고 tremor가 있을 수 있다.

② 몸무게가 줄지만 식욕은 왕성하다.

③ 땀을 많이 흘리며 더위를 못 참는다.

④ 심장이 두근거린다고 하며 맥박수가 증가한다.

⑤ 갑상선이 커져있고 눈이 튀어나오고 Pretibial myxedema가 있기도 한다.

⑥ 설사 및 월경불순이 있을 수 있다.

치료: 의사의뢰

① 방사성 동위원소 조사

② 수술요법

③ 약물요법

갑상선 기능저하증 (Hypothyroidism)

갑상선 호르몬 저하로 인한 것으로 항진증보다 드물다.

원인: ① 갑상선기능항진증 치료의 후유증

② 갑상선염 후의 합병증

③ 원인불명

증상: ① 전신의 무기력감

② 변비

③ 추위를 참지 못한다.

④ 월경과다

치료: 의사의뢰

① 갑상선 추출물 100 - 200mg/day

② Synthroid 0.1mg/2 - 3 times/day

③ Cytomel 25 - 75㎍/day 투여

갑상선염 (Thyroiditis)

특이한 것(화농성 혹은 비화농성)과 비특이한 것(급성 혹은 아급성) 및 만성(Hashimoto병, Riedel 갑상선염)이 있다.

1. 특이 갑상선염

이 질환은 어떠한 미생물로 인하여도 올 수 있으며 화농성 혹은 비화농성일 수 있고, 비특이성인 것에 비해 더 드물다. 구강, 인두, 상기도 혹은 경부 임파절의 감염후에 올 수 있다.

증상: ① 발적, 부종

② 갑상선의 압통과 함께 발열

③ 전신적인 감염증상이 나타난다.

치료: 일반적으로 항생제 투여

① 펜부락스 2tab/4times/day 내복 또는

② Panclox 1tab/4times/day 내복

③ Ganamycin 1.0gm 근육주사를 겸해서 시행한다.

2. 비특이성 갑상선염

이 질환의 원인은 아직 모르며, 자가면역질환은 아닐 것으로 생각되며, 아마도 virus가 원인이 되지 않나 생각된다. 대부분 중년 여인에서 생기고 갑상선기능저하증이 되는 일은 드물다.

증상: ① 갑상선종대 및 압통

② 발열, 신경증, 근육통등의 전신적 증상

치료: ① 안정, 수액요법

② 필요시 Aspirin 투여

③ 증상이 심할경우 짧은 기간 Steroid 치료, Prednisolone 10mg／3 - 4 times／day 투여

3. 만성 갑상선염

원인불명인 만성갑상선염은 조직학적으로 두가지 진단이 가능하다. 첫째 Hashimoto 갑상선염, 둘째 Riedel 갑상선염이다.

1) Hashimoto씨 병

점차 커지는 갑상선 염증으로 여자에게 20배가량 많고 비교적 예후가 양호하다.

원인: 자가면역반응

증상: 대개 무증상이며 갑상선이 전체적으로 비대하며 압박증상이 있을 수 있다.

치료: Synthroid 0.2 - 0.3mg／day 투여

2) Rhiedel씨 병

아주 희귀한 염증이며 중년부인에 많다.

증상: 갑상선의 종대가 양측에 대칭적이 아니며, 돌처럼 딱딱하고, 음식넘기기가 어렵고, 목까지 쉬는 수가 있다.

치료: 수술요법

쿠싱 증후군 (Syndrome)

부신피질에서 코티손 같은 홀몬의 과잉분비에 의한다.

원인: ① adrenal hyperplasia 증례의 70 %
② 결절성부신의 증식
③ 부신선종(adrenal adenoma) 증례의 15 %
④ 부신암(adrenal carcinoma) 증례의 10 %
⑤ 외인성 즉 당질 Steroid의 장기사용, ACTH의 장기사용 등이다.

증상: ① 체중증가, moon face
② 두통, low back pain

③ 고혈압 초래

④ 복부에 자주빛 무늬 출현

치료 : ① 매약하던 Steroid 홀몬 투여를 중단한다.

② 라식스 1tab ~ 2tab 상태에 따라 투여

③ 혈압 상승시 라식스를 1 - 3tab씩 분복시킨다.

④ 고단백 식이

⑤ 안정 및 휴식

방 광 염 (Cystitis)

성 성숙초기의 여성에게 흔하며 배뇨곤란과 빈뇨를 동반하는 방광의 염증을 말한다.

원인: ① 소화기의 대장균이 성행위에 의해 요도로 침입되는데 여성의 요도가 짧기 때문에 성적으로 활발한 여성에게 많다.
② 가끔 병원균이 발견되지 않는다.

증상: ① 배뇨곤란, 빈뇨, 급뇨
② 육안적 혈뇨가 가끔 있다.
③ 아랫등 또는 하복부에 동통이 있으나 옆구리의 동통은 없다.
④ 오한은 없다.
⑤ CVA(Costo Vertebral Angle) 압통은 없다.

감별진단:
① 신우염: 배뇨곤란과 빈뇨가 있을수 있으나 이러한 증상들은 고열이나 옆구리동통에 의해 감추어진다. 오한도 있다.
② 질 염: 질분비가 있고 뇨검물을 오염시킬 수 있다.
③ 요도염: 배뇨곤란이 주증상이고, 일반적으로 화농성인 분비물이 있다.
④ 전립선염: 배뇨곤란과 빈뇨는 전립선염에서 나타나고 동통은 일반적으로 뻗치기도 한다.

치료: ① Sulfonamide : Sulfisoxasole (Gantricin Ⓡ)을 먼저 2gm 먹인후 1gm을 매 6시간마다 10일간 경구투여한다. 이 약에 allergy가 있을때 Ampicillin을쓴다.
② Ampicillin : 250mg을 매 6시간마다 10일간 경구투여한다.
③ Phenazopyridine Hcl (Pyridium Ⓡ) : 방광의 진통효과를 위해 100mg을 매 6시간마다 2 - 3일동안 투여한다. 뇨가 오렌지색이 된다는 것을 알려준다.

병원의뢰 : ① 3～4일 지나도 진전이 없는 경우

② 재발성 방광염인 경우 :

i) 6개월 이내에 재발한 경우

ii) 3번이상 재발한 경우

③ 뇨배양을 해서 본래의 병원균이 계속 자랄때

④ 남자인 경우

결핵성 방광염

폐결핵 또는 신결핵으로 지속적인 균의 배설이 일으키는 것으로서 증상은 일반적으로 급만성방광염과 흡사하나 병의 발생이 서서히 오고 소변에 피가 나오는 경우가 있다.

치료 : ① Nidrazid 400mg을 3내지 4회 분복

② PAS 10mg을 3내지 4회 분복

③ Streptomycin 1.0gm／2 - 3 times week 근육주사

요 도 염

1. 임균성요도염

비뇨기계통의 임질감염으로 성교접에 의해 감염된다.

원인 : Neisseria gonorrheae

증상 : ① 가끔 무증상이다.

② 요도염의 증상 즉 배뇨곤란과 빈뇨, 화농성 분비물이 있다.

③ 여자의 경우 난관염을 동반한 경우는 양측성 하복부통, 자궁경부촉진시 압통, 열이 있을수 있다.

치료 : 최근 임질이 노출되었거나 배양에서 양성으로 판명된 환자는 모두 치료받아야 한다.

1) 선택된 치료법

① Probenecid를 1gm 경구투여하고

② 30분후 수성 Procaine penicillin 4,800,000단위를 근육주사

2) 변형적 치료법 (약간 덜 효과적이다)

3.5gm의 Ampicillin과 1gm의 Probenecid를 투여

3) 페니실린의 알러지환자

① Tetracycline Hcl 1.5gm을 처음에 경구 투여후 0.5gm / 4times / day 4일간 투여

② 또는 Spectinomycin Hcl 2gm을 근육주사로 1번 준다.

4) 환자에 대한 지시

① 2일동안 성행위를 금지

② 진단과 치료를 위해서 성접촉한 사람에게 의사방문 하도록 지시

합병증 : ① 요도, 직장협착
② 불임
③ 난관염
④ 인두염, 전립선염
⑤ 패혈성 관절염

접촉과 보고 : 모든 성적 관련자에 대한 치료를 하고 환자가 거주하는 군보건소에 첫 환자를 보고한다.

2. 비임균성 요도염

Neisseria gonorrhea 균종 이외의 균에 의해 일어나는 뇨도감염

원인 : Chlamydia가 약 반정도에서 원인균으로 생각되나 나머지는 원인이 밝혀지지 않는다.

증상 : ① 배뇨곤란이 있는데 보통 임질과 같이 아프지 않다.
② 소변횟수가 증가한다. (빈뇨)
③ 뇨도 분비물이 보통 임질에서처럼 많지않고 초기에 아침 배뇨시에만 있다.
④ 분비물은 우유같고 진짜 화농성은 아니다. 어떤경우는 극도의 배뇨곤란과 화농성분비물을 보이기도 한다.

감별진단 : 임질성요도염과 감별
임상적으로 약간 차이가 있지만 진단은 검사결과에 의하여

치료 : Tetracycline 500mg / 4times / day 1주일 투여

전 립 선 염

1. 급성 박테리아성 전립선염

전립선의 급성박테리아 감염이다.

원인 : 일반적으로 E.Coli이고 현재 임질균에 의한 것은 희귀해지고 있다.

증상 : ① 요통과 회음부 동통이 있는데 서혜부와 고환으로전달된다.
② 뇨폐쇄나 방광염의 증상이 있다.
③ 배뇨후에도 시원하지 않다.
④ 때로 희뿌연 화농성의 음경분비물이 있다.
⑤ 열, 전신쇠약
⑥ 성교시 통증이 있거나 성욕감퇴
⑦ 전립선이 극도로 아프고 커져있다. 맛싸지를 금한다.

치료 : ① 진단이 내려지면 치료를 시작하고 균배양검사를 기다리지 말것.
② Tetracycline 250 - 500 mg / 6hrs / day 10일간 경구 투여
③ 또는 Ampicillin 500mg / 6hs / day 10일간 경구 투여
④ 진통제를 투여할 수도 있다.
⑤ 하루 30분씩 세번 좌욕

병원의뢰 : ① 3일내 호전이 없을때
② 재발시
③ 체온이 38℃ 이상일때
④ 당뇨병환자의 경우
⑤ 부고환의 압통이나 부종이 있을 경우

2. 만성전립선염(Chronic prostatitis)

전립선의 만성염증과 충혈이 있는 상태이고 박테리아 감염은 아니다.

원인 : ① 박테리아와 관련이 없다.
② 다른 감염인자는 발견되지 않는다.

③ 회음부 외상이 초기의 유발인자가 될 수 있다.

증상과 소견 :

① 이른아침에 음경분비물이 있다.

② 배뇨가 끝날때 자주 거북한 느낌이 있다.

③ 회음부에 둔통이 있는데 가끔 고환이나 사타구니로 뻗친다

④ 성욕의 감퇴

⑤ 요통

⑥ 전립선이 커져있고 단단하며 양측이 같이 커지지 않을 수도 있다.

치료 : ① 좌욕

② 성욕을 증가시킬때 간혹 울혈이 줄어들기도 한다.

③ 통증이 있을 경우 진통제 투여

④ 전립선 맛싸지가 효과를 보이기도 한다.

⑤ 균배양이 양성이면 균주에 따른 항생제 투여를 한다.

뇨 붕 증

많이 먹고 소변을 많이 보며, 젊은층 특히 남자에게 있고, 드문 병이나 Vasopressin으로 현저하게 뇨량이 감소된다.

원인 : 두부손상 또는 뇌하수체 부근의 수술후 발생하기도 하며 뇌하수체 후엽의 기능저하에 의한다.

증상 : 다뇨증 또는 빈뇨증

소변배설은 4 - 40ℓ/day이며, 소변비중은 1.006보다 적다

치료 : ① Pitrissin tannate 0.5 - 1mg 근육주사로 약 72시간 지속.

② 이 약제가 효능이 없으면 다이아비네스를 아침마다 1정씩 내복시킴.

③ 치료후 결과가 불량시 의사의뢰

합병증 : ① 요도, 직장협착

② 불임

③ 난관

급성신우염 (Acute Pyelonephritis)

신장의 Collecting system과 신장실질의 감염성질환이다.

원인: 보통 Cram (−)인 박테리아 감염인데 E.coli가 제일 흔하다.

증상 및 소견:

(1) 증상: ① 배변곤란, 빈뇨, 급뇨
② 옆구리의 동통이 있다.
③ 간혹 오한과 열이 있다.
④ 병변부위를 누르면 통증이 있다.

(2) 임상소견: ① 소변검사시 단백, 적혈구, 백혈구가 다량 검출
② 혈액검사시 백혈구 증가

치료: ① Ampicillin 500mg / 6hrs 10일동안 경구투여 하거나
② Tetracyclin 250mg / 6hrs 10일동안 경구투여
③ 환자를 가까이에서 주의깊게 관찰해야하며 구토등이 있는 경우 근육내 주사가 필요하다.

의사의뢰:

① 심하게 앓거나 근육주사가 필요한 환자의 경우
② 당뇨병 환자
③ 노인이나 체질이 허약한 사람
④ 재발한 경우등은 의사에 의뢰해야함.

결 석 증

콩팥에서 요도까지의 길에 결석이 들어있는 것을 말한다.

원인: 부갑상선기능항진증, 비타민 D 과다복용, Milk - alkali 증후군 악성종양등이 있을때 결석생성을 촉진시킨다.

증상: ① 콩팥내에 결석이 있으면 무증상
② Ureter내에 있을때 심한 산통과 혈뇨를 동반한다.

치료: 단순복부촬영에서 결석이 있는 것을 확인하고 그 크기에 따라 수술을 하거나 또는 물을 많이 먹여서 흘러나오게 한다.

당 뇨 병 (Diabetes melitus)

유전적인 경향을 가지고 있는 병으로 혈당치가 상승하고 혈관에 장애를 주어(특히 눈, 콩팥, 신경) 여러가지 합병증을 일으키는 특징이 있다.

원인: 인슐린 부족으로 생기는 경우와 인슐린이 작용을 제대로 하지 못하여 생기는 두가지로 나눌 수 있다.

증상: ① 다식, 다음, 다뇨
② 체중감소도 있을 수 있다.
③ 사지가 저리거나 감각이상
④ 점차적인 시력의 감퇴
⑤ 자율신경계의 장애에 의한 증상들 즉 기립성저혈압, 설사 배뇨곤란, 성욕감퇴
⑥ 질의 소양증
⑦ 피부감염

치료:

(1) 일반적인 치료: 감염, 임신, 약제(thiazide나 steroid)등에 의해서 갑자기 악화되거나 나타나지 않던 당뇨병이 나타나는 수가 있다. 따라서 이러한 유발인자를 염두에 두어야 한다.

(2) 인슐린 요법: 가장 이상적인 방법이나 혈당과 반드시 비례하는 것도 아니고 굶거나 설사 구토등의 소화기 계통의 장애와 감염증이 있는 경우 투여해야 할 양이 달라지고 매일 주사를 하는등의 번거로운 일 때문에 입원해서 치료받아야 하고 철저한 교육이 필요하다.

(3) 약물요법: 성인성 당뇨병에만 투여하나 역시 철저한 검사와 교육이 필요하다.

(4) 식이요법:

① 인슐린요법 못지않게 중요하며 비만증환자는 특히 체중조절이 필요하다.

② 탄수화물 섭취를 줄이고, 필요한 칼로리를 계산하여 섭취한다.

외 과 질 환

정 우 구 엮음

목 차

창 상

좌 상 ····· 69

찰과상 ····· 69

열 상 ····· 69

자 상 ····· 70

관통상 ····· 70

적출상 ····· 71

열에 의한 손상

동 상 ····· 71

외상성 골절 및 염좌

염 좌 ····· 72

탈구 또는 아탈구 ····· 73

골 절 ····· 73

개방성 골절 및 좌멸창 ····· 74

척추골절 및 탈구 ····· 75

척수손상 ····· 75

두부손상

두부손상 ····· 76

두개골개방성 골절 ····· 76

뇌진탕두개골 골절 ····· 76

뇌좌상, 두개강내혈증 ····· 76

관절통을 유발하는 질환

화농성 관절염 ····· 77

화농성 골수염 ····· 77

결핵성 관절염 ····· 78

류마치스성 관절염 ····· 79

류마치스열 ····· 79

통풍성 관절염 ····· 80

퇴행성 관절염 ····· 80

관절종양 ····· 81

골연골종 ····· 81

척추질환 ····· 82
요추부염좌 ····· 82
요추부추간판 탈출증 ····· 83
척추골 자체의 이상 ····· 83
척추질환 ····· 84
견갑부질환
외상성 활액낭염 ····· 84
염 좌 ····· 84
근긴장증 ····· 84
견통증 ····· 85
경추부 수핵탈출증 ····· 85
골종양
양성종양 ····· 85
악성종양 ····· 86
신경근육질환
소아마비 ····· 86
뇌성마비 ····· 87
뇌졸종 ····· 88
진행성 근위축증 ····· 88
말초신경손상 ····· 88
선천성 기형 ····· 88

좌　　상 (Contusion)

피부나 연부조직이 둔한부분에 맞아서 조직에 여러정도의 손상을 입는 것이다. 피부나 피하조직내에 출혈, 종창이 있으나 초기의 피부는 완전하다. 뼈나 심부연부조직의 손상이 있을 수 있다. 종창·부종·출혈이 심해서 혈액순환장애를 일으켜 조직괴사를 일으킬 수도 있다.

치 료 :

① 동통과 종창을 막기 위해 압박드레싱 또는 부목고정을 한다.

② 감염에 약해진 피부를 보호하기 위해 항생제 및 소염제 투여

찰 과 상 (Abrasion)

피부표면과 평행하게 문질러서 생긴 상처이며 표피가 벗겨져 있다. 혈청·혈액이 표면으로 스며나오며 결과적으로 딱지가 지게된다.

치 료 :

① 환부의 세척 및 드레싱

② 소염제 및 항생제 투여

열　　상 (Laceration)

끝이 예민한 기구(칼, 유리)에 의해 깨끗하게 찢어진 상처이며 주위조직은 손상되지 않는다. 그러나 심부열창에 있어서는 근육·신경혈·건의 손상이 있을 수 있으니 조심하여야 한다.

치 료 :

① 일반 창상처치와 동일하다.

② 심부손상의 경우 지혈 및 압박드레싱후 부목고정을 하고 의사에 의뢰한다.

③ 예방목적으로 항생제·파상풍항독소를 투여한다.

자 상 (Penetrating wound)

흉기나 총탄에 의해 생긴 상처이며 상처입구는 좁으나 깊고 상처의 방향에 따라 복부·흉부 또는 사지의 신경·근육·혈관·내장 파열이 있다. 임상증상이 중하지 않아도 내장손실이 있는 경우가 흔하며 복막염이 되는 수가 많다. 흉부손상에서는 기흉·혈흉 심하면 cardiac tamponade를 일으킨다. penetrating wound의 주문제점은 내장파열·오염 및 상처내의 이물등이다.

치료 : 흉부 복부손상을 제외한 사지손상에서는 소독된 장갑을 낀 손으로 상처의 범위와 신경·혈관손상 여부를 관찰하고 drain을 삽입한후 24시간후에 제거한다.

① 혈관손상으로 출혈이 심한 경우
국소 compression dressing 시행
지혈대를 사용해선 안된다.

② 복강·흉부손상, 사지손상
출혈에 의한 쇽을 예방하기 위한 즉각적인 처치 시행이 필요
j) 생리식염수, Hartman's solution, Dextran, Plasma 등의 volume expender 투여
ii) volume expender 투여후 의사의뢰

③ 개방성 흉부손상
폐의 기능을 유지하기 위해 큰 gauze bandage로 즉시 손상부위를 덮는다.

관 통 상 (Perforating wound)

상처의 입구는 적으나 출구는 더 크며 불규칙하다. 이런 상처는 총탄에 의해 생기며 상처의 중심부는 총탄의 확산력에 의해 더 심하게 손상되어 열상·타박상·괴사등을 내부에 일으킨다.

치 료 :

① 중요한 내장기관이나 신경·혈관손상이 없는 경우-창상의 외부적인 debridement를 시행하고 개방창으로 남긴다.

② 초기 24-48시간은 얼음찜질하고 그후에는 더운찜질을 한다.
③ 동통과 종창이 심할 경우 소염제·진통제 투여
④ 약 3주간의 치료가 요망된다.

탈 구 (Dislocation)

관절이 완전히 빠져서 관절의 접촉면이 상실된 상태이다. 손상당시 순간적으로 발생했다가 자연적으로 정복(Reduction)되는 수도 있다. 탈구시에 관절주위에 골절을 동반하는 수가 있으며 피부·혈관·신경등의 손상을 동반하는 수가 있다.

증상 :

① 관절의 불안정성과 변형을 초래
② 동통 및 종창을 동반한다.
③ 관절운동의 장애가 있다.
④ 탈구시 동반되는 손상으로서 피부·혈관·신경·척수손상이 있다.

치료 :

① 관절면의 재접촉을 위한 정복
정복은 즉시 해야 한다.
② 정복후 관절주위의 인대·관절낭을 보호하기 위해 부목고정
③ 응급 부목고정후 즉시 의사 의뢰한다.

골 절 (Fracture)

뼈·골단골(epiphysis)·연골의 연결이 끊어진 상태를 말한다. 뼈는 연골조직에 의해 둘러 싸여 있으므로 골절시에는 어느정도의 연부조직 손상을 동반한다. 그러므로 연부조직손상에 대한 처치가 더 응급을 요한다.

증상 :

① 변형, angulation, rotation
② 비정상적인 운동
③ 심한 국소압통과 마찰음을 느낄 수 있다.

치료 : 골절의 부위 모양 연령 신체조건에 따라 여러방법으로 시행할 수 있다.

1) 의료시설 후송 전처치

① 기도의 확보 : 입이나 기관지속에 피나 점액이 고여있는 것을 제거하기 위해 환자를 엎드려 놓고 턱과 혀를 잡아당겨 기도가 막히지 않게 한다. (의식이 있는 경우는 예외)

② 외부의 출혈은 국소압박붕대고정이 가장 효과적이다. (지혈대의 사용은 신경·혈관손상을 초래함으로 사용을 금한다).

③ 쇽 처치 : 동통이나 출혈로 쇽에 빠진다. 이것은 압박붕대고정 및 부목고정으로 예방 가능하다.

④ 부목고정 : 토마스씨부목·철제부목·삼각건등을 이용하여 골절을 고정한다. 이때에 골절부분 상하에 있는 관절을 포함해서 고정한다.

2) 환자 수송

① 척추손상환자 : Bed board를 대거나 2 - 4명이 척추의 평형유지를 하며 운반하지 않으면 척추손상을 가져온다.

② 혼수·쇽환자 - 산소공급 및 suction

개방성 골절 (Open fracture)

골절부위가 외부와 통해있는 골절이다. 즉 골절편이 피부 밖으로 관통했거나 피부밖으로 부터 예리한 물질이 골절부분으로 뚫고 들어간 골절을 말한다. 개방성골절은 오염에 의해 골수염을 합병시킬 수 있으며 근육·신경·혈관손상을 동반하는 수가 있다.

치료 :

① 창상에 대한 철저한 소독

② 압박붕대 및 부목고정

③ 항생제·파상풍항독소 투여

척추골절 및 탈구

불안정한 척추골절 또는 탈구에서는 이미 전위된 뼈가 물러나게 되면서 척수에 손상을 주어 영구적인 불구가 되므로 환자운반시 조기처치를 신중히 해야한다.

척 수 손 상

주원인은 척추골절이나 탈구때와 추핵간판탈출증때 간접적으로 생기며 직접적으로는 종창·자상등이 있다. 외상성척수마비는 손상후 즉시 나타나지만 종양·결핵·척수자체의 질환에 의해서는 서서히 일어난다.

외상성 척수손상의 특징 :

① 손상부위이하근육의 flaccid paralysis와 감각소실이다.

② 제 1 흉추이하의 손상— paraplegia

③ 제 7 경추상부손상— quadriplegia

④ 방광·항문의 마비로 인하여 배변·배뇨가 안된다.

두부손상 (Head injury)

두부손상이라 함은 두피·두개골·뇌의 손상을 합해서 말한다. 두부손상환자의 조기처치에 있어 신경작용에 대한 판단이 절대 중요하며 가능한 한 자주 신경진찰을 해야한다.

응급처치 : 골절환자의 응급처치법과 동일하다.

① 기도확보

순간을 잃지말고 시행해야 한다. 그 이유는 무의식상태의 환자가 운반도중·응급실 또는 X—선 촬영중 갑자기 움직이기 때문이다.

모든 무의식상태의 환자는 인후분비물 또는 토물을 흡입하거나 혀를 삼켜 기도폐쇄의 위험을 안고 있다. 그래서 경증뇌 손상환자가 질식으로 인해 사망하는 수가 있다. 호흡장애가 있으면 뇌부종·저산소증·뇌출혈이 악화된다.

② 진정제는 가능한 한 투여말것

진정제는 흉부합병증을 야기시키며 혈종·출혈등의 두개강내 합병증의 발견을 어렵게 한다.

※ Narcotics는 사용 금기

1. 두피손상(Scalp injury)

두피의 해부학적 특성 때문에 손상후 많은 출혈을 하는 수가 있다. 지혈은 창상주위를 압박함으로서 쉽게 된다. 타박으로 인한 피하혈종은 압박드레싱으로 조절할 수 있으며 수주일내에 흡수된다. 만일 혈종이 아주 크거나 감염의 의심이 있으면 제거하고 압박드레싱을 한다.

치료는 뇌손상을 배제하기 위한 X-선 검사가 끝날때까지 기다려야 하며 함몰골절이 있으면 이것은 개방성골절이기 때문에 잘 시설된 병원에서 시행해야 한다. 열상밑에 있는 단순성골절도 두개강내 감염이 쉽게 되므로 수술실에서 시행해야 한다. 두피봉합시는 적어도 2inch 이상 면도를 하고 소독을 시행해야 한다.

2. 두개골 개방성골절

두개골의 일부가 골절되면서 두피가 파열되어 골절부분이 외부와 통해 있는 골절이다. 두개골 골절은 뇌손상이 없는 한 별치료가 요하지 않으나 개방성골절은 외과적인 치료가 필요하다.

3. 뇌진탕 (Brain concussion), 두개골골절

두부손상후 5분 이내의 의식상실이 있었고 기억상실증이 있으며 동공반사는 정상이고 의식상태는 완전히 회복 되었으며 말도 정상적으로 잘하는 상태이다.

전두골에 골절이 있을때는 유양돌기나 눈주위에 ecchymosis가 나타나는 수가 있다.

4. 뇌좌상(Brain contusion), 두개강내혈종

두부손상후 5분이상 의식을 잃었거나 무의식 상태이며 동공산대

또는 축소되고 광반사는 소실되거나 약하다. 혈압은 수축기압이 상승되고 맥박이 상승되며 bradycardia (slow pulse)가 나타난다.

호흡은 불규칙하고 느려진다.

화농성 관절염 (Septic arthritis)

관절강내에 농을 형성하는 세균침입으로 생기는 관절염이다. 급속히 영구적으로 관절연골을 파괴하는 질병이므로 빠른 진단과 철저한 치료가 요망되는 질병이다.

증상:

① 한개의 관절에 흔히 발생하나 이따금 패혈증과 함께 여러 관절을 침범한다.

② 국소·열감·관절의 굴곡변형

③ 40 − 41℃의 고열

④ 관절자체의 심한 압통과 관절운동시 심한 통증

치료:

① 즉각적인 항생제 투여

Cloxacillin 2.0 − 4.0 gm, 소아 50 − 70 mg/kg

② 수일내에 증상의 호전이 없으면 응급수술이 필요하다.

③ 고관절관절염은 즉각적인 수술이 필요하다.

④ 부목고정

⑤ 응급처치후 병원의뢰

급성화농성골수염 (Osteomylitis purulenta acuta)

뼈에 생기는 급성화농염증을 말한다. 어린이에 빈발하며 대퇴골·경골·상박골의 골간단에 잘생긴다.

증상:

① 전신쇠약·동통·고열로 시작된다.

② 소아의 경우 하지에 병이 있을때는 걸으려고 하지 않는다.

③ 종창·국소염·발적이 있다.

감별진단 :

① 급성 류마치스 열

② 급성 봉와직염

③ 급성 화농성 관절염

④ 결핵성 관절염

치료 : 조기치료에 실패하면 처참한 결과를 초래하므로 국소동통·압통·급성염증 등이 있으면 즉각적인 항생제투여가 요망된다.

① Methicillin·Cloxacillin·Lincocin 근육 주사 혹은 정맥주사

② 국소안정·부목고정

③ 의사의뢰

결핵성 관절염 (Tubercle arthritis)

결핵균의 이차적인 전파로 인한 골관절의 진행성파괴적질환이다.

발생빈도는 척추·고관절·슬관절의 순서이다.

증상 :

① 한개의 관절에 온다.

② 동통과 운동시 관절통 및 관절의 운동제한이 있다.

③ 척추후만증, cold abscess

④ 무통성 파행 (절룩거림)

⑤ 관절의 심한 종창

⑥ 국소열감이 없고 압통도 별로 없다.

⑦ 말기에는 관절의 굴성변형 (flexion deformity)

치료 :

① 병원 후송

② 장기적인 결핵치료

적어도 2년간 의사의 지시에 따라

i) Streptomycin, Kanamycin 주사

ii) PAS, INH, Ethambutol, Ripampicin의 장기적 투여

③ 관절부목고정의 유지

또는 축소되고 광반사는 소실되거나 약하다. 혈압은 수축기압이 상승되고 맥박이 상승되며 bradycardia (slow pulse)가 나타난다.

호흡은 불규칙하고 느려진다.

화농성 관절염 (Septic arthritis)

관절강내에 농을 형성하는 세균침입으로 생기는 관절염이다. 급속히 영구적으로 관절연골을 파괴하는 질병이므로 빠른 진단과 철저한 치료가 요망되는 질병이다.

증상:

① 한개의 관절에 흔히 발생하나 이따금 패혈증과 함께 여러 관절을 침범한다.

② 국소·열감·관절의 굴곡변형

③ 40 − 41℃의 고열

④ 관절자체의 심한 압통과 관절운동시 심한 통증

치료:

① 즉각적인 항생제 투여

Cloxacillin 2.0 − 4.0 gm, 소아 50 − 70 mg/kg

② 수일내에 증상의 호전이 없으면 응급수술이 필요하다.

③ 고관절관절염은 즉각적인 수술이 필요하다.

④ 부목고정

⑤ 응급처치후 병원의뢰

급성화농성골수염 (Osteomylitis purulenta acuta)

뼈에 생기는 급성화농염증을 말한다. 어린이에 빈발하며 대퇴골·경골·상박골의 골간단에 잘생긴다.

증상:

① 전신쇠약·동통·고열로 시작된다.

② 소아의 경우 하지에 병이 있을때는 걸으려고 하지 않는다.

③ 종창·국소염·발적이 있다.

감별진단 :

① 급성 류마치스 열

② 급성 봉와직염

③ 급성 화농성 관절염

④ 결핵성 관절염

치료 : 조기치료에 실패하면 처참한 결과를 초래하므로 국소동통·압통·급성염증 등이 있으면 즉각적인 항생제투여가 요망된다.

① Methicillin·Cloxacillin·Lincocin 근육 주사 혹은 정맥주사

② 국소안정·부목고정

③ 의사의뢰

결핵성 관절염 (Tubercle arthritis)

결핵균의 이차적인 전파로 인한 골관절의 진행성파괴적질환이다.

발생빈도는 척추·고관절·슬관절의 순서이다.

증상 :

① 한개의 관절에 온다.

② 동통과 운동시 관절통 및 관절의 운동제한이 있다.

③ 척추후만증 , cold abscess

④ 무통성 파행 (절룩거림)

⑤ 관절의 심한 종창

⑥ 국소열감이 없고 압통도 별로 없다.

⑦ 말기에는 관절의 굴성변형 (flexion deformity)

치료 :

① 병원 후송

② 장기적인 결핵치료

적어도 2 년간 의사의 지시에 따라

i) Streptomycin, Kanamycin 주사

ii) PAS, INH, Ethambutol, Ripampicin 의 장기적 투여

③ 관절부목고정의 유지

류마치스성 관절염 (Rheumatoid arthritis)

결체조직 질환이며 관절의 활액낭, 주위조직의 만성염증과 이동성 관절통, 관절부의 경직을 특징으로 하는 질환이며 말기에는 관절강직, 전신폐질환를 초래하는 질환이다.

증상 :

① 관절이 아침에 뻣뻣함

② 하나 또는 여러관절의 이동성 동통

⑶ 동통·강직·종창

④ 손의 작은 관절을 초기에 침범하며 차차 큰 관절을 침범 한다.

치료 :

(1) 일반요법 :

① 급성기에는 절대안정, hot moist pack

② 급성증상이 호전되면 hot moist pack
및 관절변형을 방지하기 위한 운동요법 병행

(2) 약물요법 :

① Aspirin 2.0 gm — 4.0 gm분복

② 비스테로이드성 소염 진통제 투여

※ 장기치료가 요망되므로 정기적인 의사 지시에 따른다.

류마치스 열 (Rheumatic fever)

급성 염증성 질환으로 소아에서 심장·현관·관절의 결체조직을 침범하는 질환이다. group A포도상구균 감염 (편도선염·인후염)후에 나타났다.

증상 :

① 고열

② 다발성 이동성 관절염 (후휴증 없이 치유)

⑶ 심근염·심잡음이 있을 수 있다.

치료 :

(1) 절대안정 및 일반요법

(2) 약물요법 :

① Aspirin 60 mg/kg

② Penicillin 혹은 반합성페니실린, Lincocin

③ 급성기 후에는 long acting penicillin (Benzathine penicillin) 또는 Lincocin을 주기적으로 장기 사용.

※ 급성기에는 의사에게 의뢰하며 회복기 치료는 의사지시에 따른다.

통풍성 관절염

이는 일종의 유전적 질환으로서 핵산의 일종인 purine의 대사장애에 의한 질환이다. 즉 purine의 대사물인 뇨산의 혈중농도가 증가하고 혈중뇨산은 관절의 결체조직에 침착하며 뇨산의 화학적 작용과 결정체인 뇨산의 침착으로 급성 염증성 변화를 일으킨다. 주로 남성에게 많으며 (남녀비율 20:1) 40세 이후의 연령에서 유발한다. 손·발의 관절에 잘 나타나며 특히 족모지의 중족지관절에 호발한다.

증상 :

① 심한 통증과 관절의 종창·발적·국소열이 있다.

② 만성화하면 지속적인 뇨산결정체 침착으로 관절의 파괴를 보여 관절변형을 보인다.

③ 관절주위 활액낭에 통풍결절을 보인다.

치료 : 의사의뢰

퇴행성 관절염 (Osteoarthritis, 골성관절염)

중년이후 고관절·슬관절·족관절에 호발하며 노화에 의한 관절마모·물리적 요인등의 원인설이 있다.

증상 :

① 관절의 뻣뻣함이 있고 관절운동으로 소실된다.

② 심한 관절사용으로 관절통이 심해지며 안정과 온습포로 소실된다.

③ 관절운동범위의 제한

④ 종창과 동통

치료 :

① 안 정

② 약물요법 : Aspirin, Voltaren, Indomethacin

③ 온습포 및 급성기 후에는 관절운동

④ 장기치료가 필요하므로 주기적인 의사지시를 받는다.

관 절 종 양

관절 및 그주위 조직의 종양은 매우 드물다. 관절낭 내에는 지방종, 혈관종·골연골종·Pigmented villonodular synovitis등이 있으며 악성종양으로 활맥성종양(synovioma)이 있다. 그 외에 건에 생기는 거대세포종이 있으며 악성종양으로 ganglion은 제일 흔한 빈도를 나타낸다.

치료 : 의사의뢰

골 연 골 종 (Osteochondrosis)

소아에서 골화점(epiphysis)에 이상을 보이는 질환으로서 3 – 10세 소아 특히 남아에서 호발하며 상지보다 하지에서 더 많다. 원인에 대하여는 학설이 구구하나 원발생으로 골화점의 순환장애가 원인으로 생각된다. 그외에 가벼운 외상 사춘기소년의 급격한 성장시 잘 발생한다. 보통 일과성으로 self-limiting한 질환이나 이환기동안 적절한 치료를 소홀히 하면 관절내 epiphysis의 변형을 초래하며 후에 파행을 보이는 수도 있다.

증상 :

① Legg perthes씨 병 (股관절내의 대치골두에 발생)

i) 고관절 혹은 슬관절의 통증

ii) 고관절부서의 압통 및 통증에 대한 관절운동범위 제한

② Osgood씨 병

(무릎의 슬개골하의 부착부인 경골의 tuberosity에 생김)

i) 무릎을 굽히거나 굴곡운동시 통증

ii) 압통 및 부종

(3) Kohler 씨병 (족부의 주상골에 생김)

치료 : 의사의뢰

척 추 질 환

척추는 우리몸의 가장 중심이라는 골격기관으로서 경추 7개·흉추 12개·요추5개로 구성된다. 척추에 발생하는 질환은 척추개개가 모든 관절로 이루므로 사지관절에 발생할 수 있는 염증성 질환·종양·외상성 질환·선천성 기형등이 모두 발생할 수 있다. 그 외에도 골격이상으로 인한 척추만곡변형 (척추측만곡증, 척추후만곡증, 척추이분증등) 이 있을 수 있다. 특히 임상에서 많이 경험하는 요통환자는 척추질환의 대부분을 차지하게 되며 척추자체의 이상에 의한 요통 이외에도 복부내장질환·정신과적 질환·비뇨생식기관질환 등의 한 증상으로서 호소하는 수가 많으므로 유의하여야 한다.

척추자체 이상에 의한 요통의 경우에 의하여 골관절·근육·인대·신경등의 질환에 의하여 요통이 발생하므로 이들의 감별진단이 필요하다.

요추부 염좌 (긴장증)

요추부의 인대·근육의 긴장·과로·부분파열에 의해 발생하는 요통이다.

증상 :

① 동통이 요배부를 움직일때 심해짐.

② 사지, 서혜부로의 방사통이 없다.

③ 산부인과·비뇨기과적인 증상이 없다.

④ 척추주위 근육에 동통 및 강직이 있다.

⑤ 하지의 감각 및 근육기능은 정상이다.

치료 :

① 안정 및 무리한 일은 제한

② Aspirin 및 근육이완제(Trancopal, Konlax) 투여

③ 온습포 찜질

④ 약 2주간의 치료후 증상이 호전되면 가벼운 허리운동을 시킨다.

요추부추간판탈출증 (Disk herniation)

척추사이에 있는 추간판(disk)의 퇴행성 변화·외상등에 의해 추간판내에 있는 수핵이 터져나오게 된다. 이때 척추강내에 있는 척수신경근을 자극하거나 눌러서 좌골신경통과 같은 증상을 나타내는 질환이다.

증상:

① 요통 및 방사통(하지의 외측부를 따라 족부까지 뻗친다)

② 하지거상검사(Straight leg raising test)
이환측 하지를 상방으로 올릴때 심한 방사통이 있다.

③ 요추부 및 둔부 압통

④ 족배부·하퇴부·전외측의 감각둔화

⑤ 족부굴신근육의 근력약화

치료: 대부분 비수술적으로 치료된다.

① 약 3 – 4 주간의 절대안정

② 소염진통제 및 근육이완제 투여
Aspirin, Trancopal, Konlax, Robaxisal

③ 온습포

④ 급성증상이 소실되면 복부·요배부의 근육운동

⑤ 요배부 보조기 착용(lumbar corset)

⑥ 비수술적 요법은 의사의 지시에 따라 시행하며 증상의 호전이 없을 경우는 의사 의뢰하여 수술여부를 결정한다.

척추골 자체의 이상

척추자체의 이상 즉 척추이분증·척추극상돌기의 기형·Transitional vertebra 제 5 요추의 천추화 혹은 제 1 천추의 요추화·척추골전전위 등의 이상으로 요통과 관련통증을 호소한다. 이중 spina bifida ocutla와 spondylolisthesis는 자주 발견되는 것으로 만성요통을 호소하는

경우가 자주있다.

치료 :

① 신경증상이 없는 경우－요추염좌와 동일

② 신경증상이 있는 경우－의사의뢰

척 추 질 환

골관절을 침범하는 결핵중 척추를 침범하는 경우가 제일 많다. 척추의 어느 부위로 침범되든 흉요추간부에 제일 호발하며 특히 소아에서 빈발한다. 결핵균은 처음 척추체에 침범하며 침범한 결핵균은 척추체의 망상골조직을 파괴하며 농집을 형성한다. 병소는 척추간판으로 파급되며 척추체와 추간판의 파괴로 척추는 collapse되며 척추후굴을 이룬다. 병소는 척추체의 피질골을 파괴하고 골막하로 농루를 형성하여 척추양쪽벽을 따라 농이 흘러 서혜부나 측복벽에 농집을 형성한다. 척추체후벽을 침범한 병소는 척추후강내의 spinal cord를 눌러서 하반신마비를 나타낸다.

치료 : 의사의뢰 후 지시에 따라 항결핵제 투여

외상성 활액낭염 : 염좌, 근긴장증

견갑관절은 견갑골과 상박골에 의하여 관절을 이루는데 신체의 다른 관절에 비하여 안정성이 제일 적은 반면 운동범위는 제일 넓다. 따라서 많은 무리가 갈수 있는 관절이다. 또한 이 관절은 많은 근육 및 인대등이 이 관절의 stability를 유지하기 위하여 부착되며 이들 근육 및 인대·뼈사이에는 많은 활액낭이 있어서 운동시 마찰을 덜어주게 된다. 갑작스러운 급격한 운동·무리한 운동등으로 근육·인대등의 파열이 있게되며 이로써 견통을 유발하게 된다.

치료 : 의사의뢰

견통증 (Frozen shoulder)

견갑관절의 Musculo-tendinous cuff 활액낭관절연골건조, 관절주위조직의 퇴행성변화에 의하여 관절주위연부조직의 유착으로 나타나며 따라서 운동범위가 줄어들며 견통과 아울러 염증변화를 일으킨다. 특히 노인에게 많으며 퇴행성변화와 함께 활동범위가 줄어들므로서 유발된다.

치료 :

① 국소의 온습포후 가벼운 어깨운동을 시키며 운동범위를 차차 늘려나간다.

② salicylate계통 및 비스테로이드성 소염 진통제 투여

③ 증상의 호전이 없으면 의사의뢰

경추부 수핵탈출증

요추부 추간판탈출증과 같은 병변이 경추부에 나타나며 이로 인하여 견통 및 상지로 뻗는 통증 및 전마비·지각신경마비 증상이 나타난다.

치료 : 의사의뢰

양 성 종 양

1. Chondroma
2. Osteochondroma
3. Osteoid osteoma
4. Nonosteogenic fibroma
5. Giant cell tumor
6. Bone cyst

악 성 종 양

1. Osteogenic sarcoma
2. Parosteal osteogenic sarcoma
3. Chondrosarcoma
4. Ewing's sarcoma
5. Multiple myeloma
6. Reticulum cell sarcoma
7. Tumors metastatizing to bone

소아마비 (Poliomyelitis, Infantile paralysis)

Entero virus group에 속하는 Polio virus에 의한 감염병으로서 경구성 감염증에 의하여 감염된다. polio virus는 척수의 회백질 특히 척수의 lumbar enlargement부에 주로 침범하여 하지의 신경마비증을 유발한다.

척수회백질의 신경세포에 대한 virus의 독, 국소혈관의 Con striction으로 인한 Ischemia, 염증성 삼출물·출혈에 의한 국소 부종으로 인하여 신경세포가 손상을 입게 된다. 이로 인하여 신경세포가 파괴되면 이들 신경이 지배하는 근육은 마비되며 신경의 일부가 파괴되면 이들 근육은 약화된다. 만성기에는 손상된 운동신경세포들이 반흔조직으로 대치되며 말초신경의 퇴행성변화와 함께 그 신경이 지배하는 근육·인대·뼈등에 위축변화를 나타내어 기형 (불구)을 초래한다.

abortive nonparalytic type은 마비증상 없이 경과하여 후유증 없이 회복될 수도 있다.

증상 :

① 잠복기 : 7 - 14 일

② 급성기 : 1 - 4 주

고열·뇌성염증후·마비증후를 나타내며 이때는 마비가 심하지 않으면 보통 상기도염과 기타 열을 동반하는 소아질환과 감별이 어렵다.

③ 회복기 : 1년 6개월 - 2년

마비를 일으키는 근육이외의 근육은 서서히 회복하여 정상기능을 되찾게 된다.

④ 후휴기 : 마비를 이룬 근육으로 여러가지의 변형을 나타낸다.

치료 : 의사의뢰

뇌성마비 (Cerebral palsy)

유아나 소아에서 수의근기능장애를 특징으로 하는 질환으로서 상부운동신경조직의 파괴 내지는 선천성결여에 의하여 나타나며 기능저하를 동반한다.

원인 :

① 산전원인 : 조산아에서 많으며 난산으로 겸자분만 기타 기구를 사용한 분만등에서 잘 초래될 수 있는 뇌출혈, 신생아의 심한 황달증에서 초래될 수 있는 Kernicterus 등이 원인이 된다.

② 산후원인 : 뇌염 · 뇌막염증 · 염증성질환의 후휴증으로 나타나기도 한다.

증상 :

① 경련성마비 (Spasticity)

대뇌피질 및 pyramidal trac를 침범한 경우

근육의 미세한 자극에 의하여 심한 강축을 일으키며 건반사가 항진되며 불수의적인 근육강축으로 미세한 동작이 불가능하며 수동적운동시 저항이 심하게 되며 근육간의 부조화에 의하여 굴곡변형을 나타낸다. 임상적으로 50 - 60 %를 나타낸다.

② 무정위운동증 (Athetosis)

전체 뇌성마비의 25 - 40 %로서 대뇌피하질 · 기저핵을 침범하는 경우.

심한 기능부조를 보여 무의미한 움직임을 끊임없이 계속하나 건반사는 정상이며 기능도 비교적 정상에 가깝다.

③ 운동실조 (Ataxia)

소뇌를 침범하는 경우

운동부조 · 평형부조 · 안구진탕을 보이며 건반사는 정상이다.

치료 : 의사의뢰
뇌졸증 (내과 참조)
진행성 근위축증
말초신경손상

선 천 성 기 형

출생시부터 신체의 어떤 부위 조직에서나 나타날 수 있는 것으로서 작게는 족지간의 합지병으로부터 크게는 사지의 중요부분의 기형에 이르는 다양한 형태로 나타난다. 원인으로는 유전적 요소가 전체의 약 10 %로 나타나며 대부분의 원인으로 임신중 태아에 해로운 영향을 주는 각종의 환경요소가 지적되고 있다.

그러나 대부분에서 아직 그 원인을 확실히 규명치 못하는 실정이므로 대부분의 선천기형은 예방이 불가능하며 모자보건환경의 개선으로 약간의 빈도를 줄이는 노력은 바람직하다.

응 급 처 치

서 명 희 엮음

목 차

구급처치 : 일반원칙 ····· 93
심장마비, 심정지 ····· 93
호흡장애 ····· 95
출 혈 ····· 96
쇽 ····· 96
혼 수 ····· 100
개방창 ····· 101
화 상 ····· 101
동물교창 ····· 102
중 독 ····· 103
물에 빠졌을때 ····· 107
두부손상 ····· 107
열사병 ····· 108
뇌진탕 ····· 108
참고 : 신체의 생리 및 기능
응급처치의 기초 기술
골절의 처치
염전의 처치
다발성 상처의 처치
급성 전염병
가정처치
응급전화번호
응급시 지역참고사항

구급처치 (First Aid)

일반원칙 :

① 손상의 정도를 신속 정확하게 결정한다.

② 심장마비·호흡곤란·심한 출혈·쇽과 같이 생명에 위협을 주는 증상을 먼저 치료한다.

③ 창상(創傷)처치·부목고정을 즉시 시행하고 환자 후송준비를 한다.

환자에 대한 평가 :

① 환자의 병력을 상세히 물어본다.
예) 심장병, 당뇨병등

② 외상환자는 특히 다음과 같은 점에 주의하여 진찰을 한다.

i) 심장마비 : 의식·호흡이 없는 환자에게는 **심맥(cardiac pulse)**을 측정하고 심맥이 없는 경우에는 즉시 **인공호흡과** 심장맛사지를 시행한다.

ii) 호흡곤란·호흡정지 : 흉부손상·쇽·상기도폐쇄 때 호흡곤란·청색증·호흡정지가 올 수 있다.

iii) 쇽 : 실신·창백·피부가 축축하고 차며 목이 마르고 맥박은 약하고 빠르다.

iv) 골절 및 탈구 : 동통·종창·변형 및 사지동작의 제한등이 있다.

v) 내부손상 : 외부출혈 또는 심한 연부조직손상 없이 환자가 쇽상태에 있으면 내출혈을 의심할 수 있다.
호흡곤란·흉통 및 복통이 심하면 내장손상이다.

심장마비, 심정지 (Cardiac Arrest)

심장마비 또는 심정지라는 것은 급성심근산소결핍증·독성 혹은 심근의 전기자극전도의 장애로 심박이 정지된 상태를 말한다.

원인 : 쇽, 호흡장애, 상기도폐쇄, 약물, 심근 또는 **심장혈관과** 관계되는 질환, 중독, 전기감전 등이다.

원인 : 쇽, 호흡장애, 상기도폐쇄, 약물, 심근 또는 심장혈관과 관계되는 질환, 중독, 전기감전 등이다.

증상 :

① 전구증상 : 불규칙적인 맥박·서맥·혈압의 급강하를 보인다.

② 중요증상 : 맥박정지·심음정지 이다. 심음정지는 귀를 심장부에 대보는 방법이 빠른 방법이다.

응급처치 : "즉시 활동하라"

다음 두가지 조치를 즉시·동시에 시행 해야만 한다. 뇌의 혈액순환이 4분 이내에 개선되지 않으면 식물인간 또는 사망을 면치못한다.

① 인공호흡 : Ambu bag 과 산소를 투여할 수 있을 때까지 시행

② 심장맛사지 : 두 손바닥을 흉골위에 겹치게 얹고 매초에 1회 정도 등쪽을 향해 힘차게 누른다.

15회 정도 맛사지 후에 3 - 6회의 심호흡과 교대로 시행한다. (혹은 5회 맛사지에 1회 호흡).

그림 1. 심장맛사지방법

응급처치 :

① 구강 및 인후에서의 분비물과 이물질을 제거한다.

② 환자의 혀가 뒤로 넘어가지 않도록 혀를 잡아 빼거나 턱을 앞으로 민다 (그림 2 참조)

Airway를 사용한다.

③ Endotracheal tube 삽입

④ 기관지 절개수술 (병원의뢰)

⑤ 산소공급

⑥ 호흡정지 상태이면 인공호흡 시도.

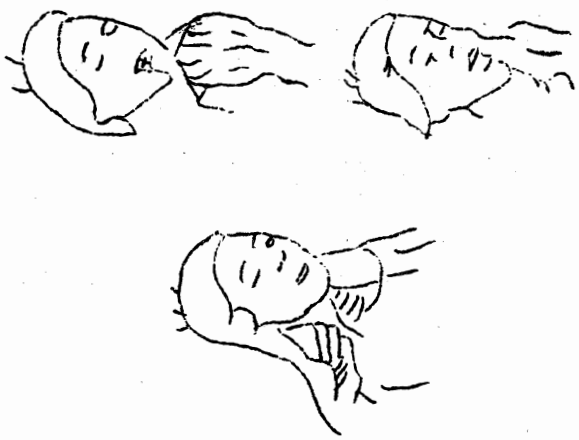

그림 2. 기도 확보

출 혈 (External bleeding)

출혈이 대량 급성으로 일어나면 생명에 위협을 준다. 증상과 예후는 출혈의 량과 속도에 따라 다르다. 출혈이 심하면 급성출혈성 쇽이 일어난다. 출혈이 24시간 또는 그 이상에 걸쳐 서서히 일어나면 전 혈액량의 50%가 소실되어도 실혈사(·)를 일으키는 일은 없다. 그러나 급속히 출혈하면 전 혈액량의 30% (1200 ~ 2000 cc)가 소실되어도 사망할 수 있다.

1) 정맥 및 소동맥출혈

상처부위에 압박드레싱 및 손상부위를 높게 한다.

2) 동맥출혈

① 창상에 직접 압박드레싱

② 창상 상부에 있는 동맥을 압박한후 출혈점을 지혈한다.

3) 지혈대 적용

직접압박법으로 지혈이 되면 지혈대는 사용치 않는다.

※ 지혈대를 잘못 사용하면 회복불능의 혈관신경손상을 초래하므로 적어도 30분마다 지혈대를 풀어야 한다.

쇽 (Shock)

불충분한 순환혈액량이나 심장기능의 결여로 심장박동이 떨어져서 각 기능에 부적절한 혈류공급으로 인해 Vital process가 심히 저하되어 생명이 위험한 상태이다.

Shock에 대한 일반처치 :

① 출혈과 동통조절

② 절대안정 및 보온

Head down position

③ 부목고정 또는 견인(동통소실)그림 3 참조

④ Shock이 심하면 혈액·대용혈액·링거액을 주입

⑤ 안전하게 조속히 병원으로 후송

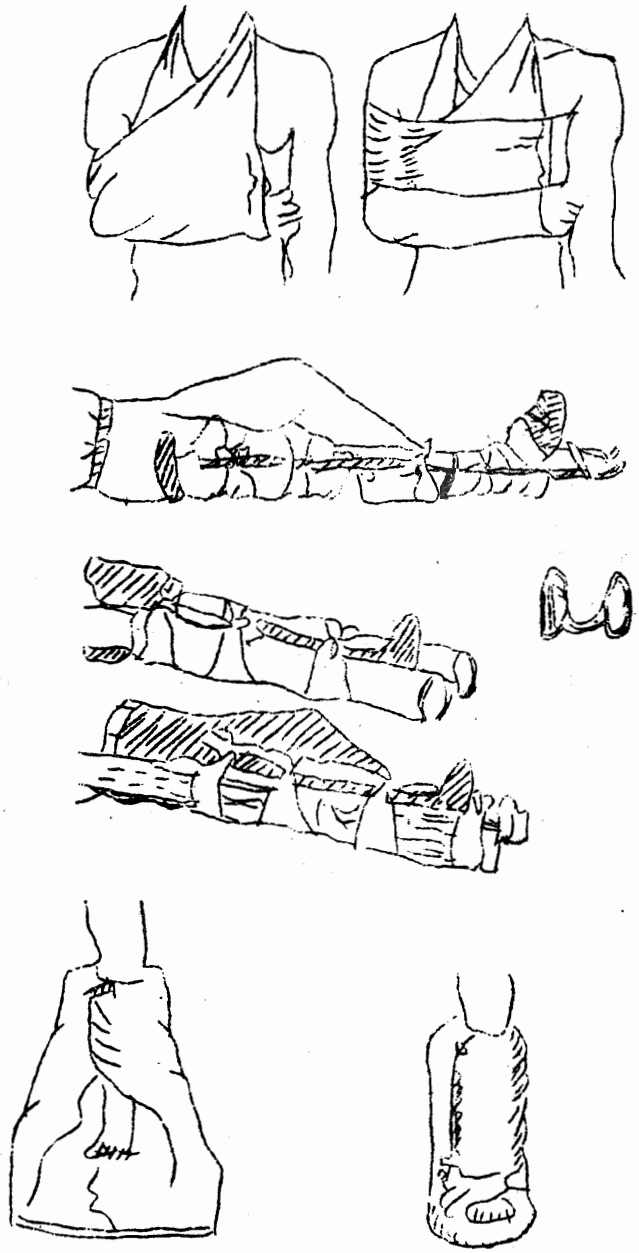

그림 3. 부목고정 및 견인

Shock의 분류 :

Shock
- Psychologic shock
- Hypovolemic shock
- Septic shock
- Cardiogenic shock
- Anaphylactic shock

1) Psychologic shock

신경정신자극 또는 갑작스런 동통과 공포때 발생한다.

임상증상 : 창백·발한·오심·현기증의 전구증상 이후에 갑작스런 졸도·일과성저혈압·서맥이 나타난다.

응급처치 : ① 수분간 절대안정과 Head down position 유지로 충분하다.

② 저혈압이 심하면 두다리를 높인다.

2) Hypovolemic shock

출혈·설사·구토·화상·탈수등으로 체액이나 혈액의 과손실로 생긴다.

임상증상 : 전형적인 증상은 저혈압·심계항진·창백·발한 등이다.

응급처치 : 출혈은 호흡장애를 제외하고는 모든 처치에 선행 되어야할 응급상태이다. 혈액량을 증가시켜 shock을 교정시키는 것이 치료의 첫째 목적이다.

① 절대안정 — Head down position

② 혈액·맥박·호흡·체온을 매 5분 간격으로 측정

③ 산소공급 및 기도확보

1분에 5 — 10 L를 공급하며 호흡곤란·청색증(cyanosis)이 교정되지 않으면 Ambu bag, 산소마스크를 사용한다.

④ 동통에 대한 처치

부목고정·압박드레싱·조심스런 환자운반을 한다. 동통이 심하면 진통·진정제를 주사한다.

⑤ 불안해소

진정제가 진통제 보다 효과적이다.

Rx. Phenobarbital 100 mg 근육주사

Valium　　5 – 10 mg　근육주사

⑥ 정맥주사

i) 전혈주사(Whole blood)가 가장 효과적

ii) Dextran Ringer's solution, 생리식염수, 5% 포도당용액 주입

⑦ 이상의 처치후 의사에게 의뢰

예방대책 : ① 혈액손실량 보충

② 골절의 부목고정

③ 동통의 해소

④ 절대안정

⑤ 불필요한 조작·이동금지

⑥ 탈수·전해질불균형·감염치료

3) Septic shock

세균감염으로 인한 패혈증때 온다.

흔히 Gram(−) 감염에 의해 발병하며 요도·담도·부인과질환때 호발하며 노인·신생아에서 빈도가 높다.

증상 : 출혈과 기타 shock의 징후는 없고 발열환자에게서 저혈압 심계항진·허탈등의 증상이 있다.

응급처치 : ① 일반요법

② 정맥요법(Hypovolemic shock 처치와 동일)

③ 항생제투여(Kanamycin®, Cephalothin®)

④ 부신피질홀몬제 Solu-Cortef

0.5 – 1.0 gm 정맥주사

4) Catdiogenic shock

심장박출량의 급격한 감소로 인한 말초혈액순환장애이다. 심근경색·심계항진·서맥·심울혈·폐혈전증에 의해 발생한다.

증상 : 심한 저혈압·저맥압·핍뇨·차고 끈끈한 피부·피부감각의 둔화등이 특징적인 증상이다.

응급처치 : ① 대량의 수액요법은 금기

② 일반적인 shock처치

③ 의사에게 의뢰

5) Anaphylactic shock (Anaphylactic reaction)

면역감소성 shock, 흔히 사망까지도 이르는 알레르기반응은 동물단백·약물등의 투여후 수분내에 일어난다.

증상 : 두드러기·부종·해소·천식이 나타나며 심한 경우에는 저혈압·의식상실·동공산대·경련등이 발생하며 갑자기 사망한다.

응급처치 : ① 일반적인 shock 처치 (산소공급·안정)

② 호흡이 정지되면 인공호흡

③ 약물요법

i) Epinephrin(1:100) 1.0 cc 근육주사(성인)

0.01cc/kg 〃 (소아)

ii) Benadril, Avil 근육주사

iii) Hydrocortison (Solu-cortef ®) 100-250 mg

④ 이상의 응급처치후 의사의뢰

혼 수 (Coma)

무의식상태에서 깨어나지 않는 상태이며 반혼수(semi coma)는 강한 자극지시에 깨어나지만 자극이 소실되면 다시 무의식상태로 빠지는 상태다.

원인 : ① 알콜·수면제·마약·일산화탄소등에 의한 중독

② 두부외상·종양·뇌일혈·뇌막염·전간등의 뇌질환

③ 당뇨병·저혈당증·뇨독증·간성혼수·자간등의 대사장애

응급처치 :

① 기도확보

② 산소공급

③ 인공호흡

④ 기타 Shock 처치

⑤ 빠른 시간내 병원이송

일반적 처치 :

① 확진까지 마약·진정제 사용금지

② Restlessness가 심하면 신경안정제 투여

개방창 (Small open wound, Laceration)

끝이 예민한 기구에 의해 찢어진 상처이며 심부열창의 경우 근육신경건의 손상을 동반할 수 있다.

응급처치 :

① 상처의 세척·이물제거·괴사조직제거

② 파상풍항독소 (Tetanus toxoid 0.5cc)

③ 심한 적출창·심부열창은 세척 및 이물제거와 압박드레싱후 의사의뢰

④ 봉합수술은 수상후 6시간 이내의 상처에 한하여 시행.

⑤ 봉합수술후 발사는 사지의 경우 10 - 14 일, 기타부위는 5 - 7 일에 시행

⑥ 안면부창상은 미용상의 문제가 있으므로 가능한한 의사에게 의뢰한다.

화 상 (Burn)

화상의 범위는 〃Rule of Line〃에 의하여 %로 표현하며 이 면적에 따라 치료방침을 정한다 (그림 4 참조).

화상의 정도 :

1도 화상 - 홍반

2도 〃 - 홍반 및 물집

3도 〃 - 피부전층 및 피하조직근육화상

처치 :

① 진통·진정제 투여

2도화상에서 진통이 심하면 강력한 진통제 사용

② 비경구적요법 : 20% 이상의 화상환자에 필요하며 의사에게 의뢰

③ 파상풍 예방 : 항독소 TAT 2000-3000 unit 투여

※ TAT는 피내반응검사후 주사

④ 항생제 투여 : 창상주위조직의 감염방지를 위해 사용

Rx Amphicillin 주사 또는 경구투여

소아 80 mg / kg

성인 2.0-4.0 gm

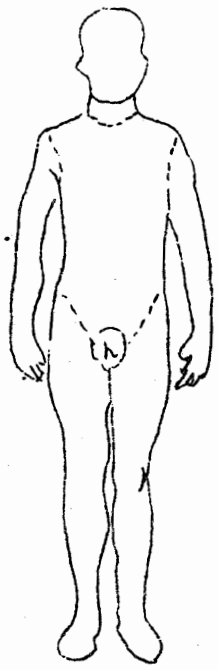

Fig.4 Estimation of body surface area in burns

⑤ 창상처치

i) 소독수와 비누로 세척하며 이때 물집은 터뜨리지 않는다.

ii) 항생제제연고 또는 Vaseline gauze로 드레싱

iii) Eschar나 crust가 생길 경우 이를 제거하며 드레싱은 2-3일에 바꾼다.

iv) 15% 이상의 화상 또는 3도 화상은 의사에게 의뢰

동 물 교 창 (Animal bite)

1. 교상 (咬傷 , Animal bite)

어느 포유동물도 공수병을 야기시킬 수 있다. 공수병이 있으면 창상처치이후 병원에 의뢰한다.

응급처치 :

① 다량의 생리식염수·비누로 세척후 1 - 2% Benzakonium chloride 또는 Betadine 용액으로 소독

② Debridement 를 시행후 개방창으로 남겨놓고 치료.

③ 파상풍항독소 투여

2. 뱀 (Snake bite)

독이 있는 뱀에 물렸을때 그 증상은 다음과 같다.

증상 :

① 동통 및 상처부위의 이상감각

② 전신쇠약 및 현기

③ 독성이 강한 경우 구토·설사·저혈압 및 발한

④ 종창·홍반·반상출혈등이 나타난다.

응급처치 :

① 창상을 생리식염수·Betadine 용액으로 세척

② 파상풍항독소 투여

③ 3시간 이내의 상처

i) 지혈대 약 30분간 하고

ii) 창상절개를 5 × 5 ㎜

iii) 흡인 (suction) 약 15분간 시행

④ 종창·압통·반상출혈이 수분내에 나타나면 즉시 의사의뢰

1. 약물중독

어떠한 약물이던간에 적량 이상을 구강섭취·흡입·살포 되었을때 증상이 나타난다. 이때는 대개 의식이 없이 찾아오기 때문에 우선 혈압 맥박 호흡 및 동공의 크기를 관찰하여야 한다. 그리고 보호자의 진술을 잘 듣고 약물종류에 따른 응급처치후 의사의뢰 해야 한다.

흔히 다발하는 약물종류에 따른 증상과 처치를 기술하면 다음과 같다.

1) 수면제 진정제 신경안정제 :

경할때는 두통 어지러움 졸리움이 오나 심하면 혼수가 되고 호흡은 얕고 느리며 피부는 차겁고 청색증이 온다.

폐수종과 동공산대 및 불빛에 반응이 없어지며 반사반응도 저하된다.

응급처치 :

① 강심제 (CNB) 1Ample 근육주사

② 5%과당 1000cc 정맥주사

③ 구강의 분비물 제거

④ 도뇨를 위해 Foleys bag 카테타를 삽입시키고 의사의뢰 함이 바람직하다.

2) 강산성 중독

구강후두점막에 부식이 되고 차차 식도를 지나 위점막도 많이 부식되어 화상을 입은것 같은 결과가 되며 위산의 혼합으로 더 많은변화가 오게 된다. 목·입에 심한 통증, 명치끝이 따겁게 아프며 조갈이 오고 토혈을 하기도 한다. 목으로 넘기지 못한다.

응급처치 : 암포젤을 처음 50cc 정도 먹인다.

그리고 20cc씩 추가로 먹인다.

3) 강알카리성물질

대개 양잿물이 주 원인이 되며 구강 및 인후의 점막에 심한 부식 및 통증이 있다. 구역 구토 또는 연하곤란 그외 호흡곤란이 온다.

응급처치 :

① 희석된 식초 500cc 먹이고

② 푸레드니손 2정씩 3회 내복후 의사의뢰 한다.

4) 농약중독

콜린에스터레이스의 저하로서 부교감신경의 과대한 자극에 의한다. 대개 중독후 1시간 정도 있으면 증상이 나타난다. 두통발한, 침을 많이 흘리고 가래, 눈물이 쏟아지고 구토 설사 근육경련 전신경련 호흡곤란 시야가 뿌옇게 된다. 맥박 및 혈압은 변화가 많고 동공은 축소되고 반응이 없다.

응급처치 :

① 5% 포도당 1000cc 와 PAM 2-3 앰플을 혼합하여 정맥주사

② 특징적으로 구강내 분비가 많으면 Atropin 1 앰플씩 30 분 간격으로 근육주사

③ 도뇨를 하고 Suction 을 잘해서 질식을 피한다.

④ 의사의뢰 한다.

5) 취약중독

간 콩팥 근육 골 순환기계통에 독성반응을 보인다. 상복부동통 두통 전신쇠약증 드물게 황달증 피하출혈 발진심장순환기장애로서 나타난다.

시중에 있는 제제는 2 - 3 일후 부터 약화돼서 대개 사망율이 높으므로 빨리 병원이송을 해야한다.

응급처치 :

① 도뇨 suction 을 한다.

② 다행히 O_2 가 있으면 흡입시킨다.

③ 적절한 수액을 정맥주사

④ 의사의뢰를 신속히 한다.

2 . 일산화탄소중독

연탄(불)의 연소로 생기는 일산화탄소가 적혈구내의 헤모글로빈과 결합해서 비교적 안정된 물질인 Carboxyhemoglobin 이 되어 조직의 anoxia 가 온다. 일산화탄소는 헤모글로빈내의 산소와 치환결합하는 힘이 약 400 배나 강하고 이를 다시 축출하려면 고압탱크에서만 가능하다.

응급처치 :

① 고압탱크가 설치된 곳으로 의사의뢰

② 경한경우 찬물 시원한 공기를 마시게 하고 수액을 정맥주사하면 회복 되는 수가 있다.

※ 식초요법등 학술적으로 인정되지 않은 치료는 피해야 한다.

3. 알 콜 중 독

주로 중추신경계통에 기능저하를 가져오며 위장의 자극을 주어서 구역 구토 혼수 때로는 저혈당 경련도 일으키고 드물게 뇌부종으로 두통등 심한 증세를 보이기도 한다.

응급처치 :

① 위세척 또는 중조 4 g 섭취
중조는 위세척이 어려울때 투여한다.

② 체온을 따뜻하게 보호

③ 기도의 분비물 suction

④ 의식이 있는 경우 암페타민 5 - 15 mg
또는 진한커피를 먹인다.

⑤ 흥분시 바리움 5 - 10mg , 세파민 10mg 투여

⑥ 의식이 없는 경우 5% 포도당 1000cc 씩 계속 주입시키면서 바리움 10mg 씩 정맥주사 한다.

o 진달래술중독 : 흔히들 진달래술을 마시고 혼수상태가 되는 수가 간혹있다. 대개 갑자기 혈압이 떨어지기 때문에 에포칠 1 앰플씩 정맥주사하여 혈압을 정상화 시키고 5% 포도당 정맥주사 한다.
상태가 불량시는 의사의뢰를 해야 한다.

4. 소아에 있어서의 중독

소아가 음식물 이외의 것을 먹거나 약물의 과용 또는 오용으로 생기는 중독이다. 주로 5세 이하의 소아에 많이 발생하며 사건직후에는 증상이 없다. 그러므로 첫째 급격한 증상의 출현, 둘째 옷 또는 호흡시 이상한 냄새, 셋째 원인불명의 의식상실등을 나타내면 중독을 의심하고 즉시 조치해야 한다.

예방 : 보호자 교육

① 모든 용기나 병에는 label 을 부착할 것

② 약품은 반드시 단단한 뚜껑이 있는 병에 보관하며, 사용후 꼭 잠글 것

⑶ 어린이 손이 닿지 않는곳에 둘 것

④ 음식물 또는 음료수병에 독성물질을 넣지 말 것

응급처치 :

① 기도확보 : Suction, Shock position, Air way 삽입

② 인공호흡 및 심장맛사지

⑶ 경련처치 : Phenobarbital 5 mg/kg 근육주사

④ Ringer's solution 또는 생리식염수 주사

⑤ 환자는 응급처치후 병원에 의뢰한다.

물에 빠졌을 때 (Drowning)

호흡기관의 폐쇄로 인한 호흡곤란·후두경련이 일어나며 산소결핍으로 인한 호흡정지를 초래한다.

응급처치 :

① 기도확보 및 이물질·분비물 제거

② 산소공급 · Ambu bag 사용

③ 인공호흡 및 심장맛사지

④ 보온 및 보호

⑤ 바닷물에 빠졌을 때는 전해질용액 , Plasma 를 공급한다.

두 부 손 상 (Head injury)

두피 , 두개골 , 뇌의 손상을 일괄하여 말하며 뇌기능의 장애여부를 판단하는 것이 가장 중요하다.

증상 : 다음과 같은 증상의 환자만을 취급하여야 한다.

① 손상시 의식손실과 지각장애가 없다.

② 구토·구기가 없다.

③ 사지의 기능장애가 없다.

④ 때때로 가벼운 또는 약간 심한 두통이 있다.

⑤ 의식이 분명하고 지남력이 명확하다.

⑥ 코·귀에서 분비물이 나오지 않는다.

⑦ 촉진시 두개골경합 또는 함몰이 만져지지 않고 약간의 압통만이 있다.

응급처치 :

① 세밀한 관찰 : 절대안정을 취하고 의식·정신상태의 흥분여부, 동공의 크기, 사지근력의 변화, 경련등을 세밀히 관찰한다.
(최소한 3일간 관찰)

② 이상이 발견되면 즉시 의사의뢰

③ 마약은 사용금기 (심한 경우 진정제 사용)

④ 응급처치는 일반 외상환자와 동일

열 사 병 (Heat hyperexia, sun stroke)

장시간 햇볕에 서 있거나 장시간 행군을 한다든지 할 경우, 마라톤 경주시 흔히 발생한다. 이 병은 더운 날씨에 노출되고 땀을 너무 흘린다던지 함으로써 열조절기전이 깨어져 생기는 병이며 갑자기 혼수상태가 되는 응급을 요하는 병이다.

미리 두통이 있거나 구토 구역 어지러웁거나 경련 또는 눈이 안보인다던가 한다. 피부는 덥고 벌겋고 건조하다.

맥은 빠르고 불규칙하며 혈압은 떨어진다.

응급처치 :

① 환자를 시원한 곳, 그늘진 곳에 발은 높게 머리는 낮게하여 눕힌다.

② 사지를 맛사지 한다.

③ 생리식염수 1000cc ~ 2000cc 정맥주입 또는 소금물 0.1% 용액을 경구투여

④ 뜨거운 환경에 곧 재노출시켜선 안된다.

뇌 진 탕 , 뇌 좌 상

두개골이 얇기 때문에 외상일지라도 일견 아무증상이 없어도 후에 나타나는 일이 허다하므로 두부 X- ray 촬영, 신경외과의에 의뢰해야

한다.

안구충혈·, 동공의 크기 및 부동 대광반사 안저검사가 중요한 판가름하게 되고 의식상태의 변화도 중요한 관찰소견이 된다.

응급처치 :

① 안정시키고 3일 정도 관찰 시킨다.

② 계속적인 두통 구토 구역이 있으면 의사의뢰 한다.

③ 구토 구역에는 바리움 5 mg - 10 mg / 3 times/day 두통에는 사리돈 2정 / 3번 / 하루 내복시킴

정 신 건 강 관 리

김 상 태 엮음

목 차

정신분열증 115

정동정신병 117

불 안 120

우울증 122

강박신경증 124

히스테리아 126

건강염려증 128

신경쇠약 129

주정성정신병 131

약물중독과 만성 약물중독의 금단증후군 133

간 질 135

혈관미주신경성 졸도(단순 졸도) 140

현기증 142

편두통 143

긴장성 두통 145

정신분열병 (Schizophrenia)

사고, 감정, 행동면에서의 장애와 이러한 정신기능상의 부조화와 현실지각과 검증의 실패로 인한 부적응을 특징으로하는 인격의 붕괴가 있고 퇴행적인 정신병임.

원인:

가. 기질적 요인

1. 유전적 소인
2. 생화학적 요인
3. 내분비 요인
4. 독소
5. 신경학적 요인

나.정신·사회적 요인

1. 인격내 갈등
   (1) 자아기능의 약화
   (2) 은퇴, 퇴행, 보상
   (3) 부정과 투사
2. 어머니-유아 관계상의 결함
3. 병적 교통(의사소통)
4. 병적 가족상호작용

임상양상:

가. 정서장애

빈곤, 무감동, 양가감정, 이인증, 비현실화, 부적절, 불안, 공포, 긴장감 공황, 우울증, 동요등.

나. 사고장애

사고의 형태에 있어서 현실과 관련없이 이루지 못한 소원을 성취하는 식의 자폐적 사고와 논리에 맞지 않는 지리멸렬한 사고, 사고진행에 있어서 차단, 고착, 함축, 빗나감, 앞뒤가 맞지 않음, 맞지 않는 대답, 우원증, 신생어조작증 등이 있고. 사고의 내용상에서 각종의 망상 (관계, 피해, 추적, 감시, 통제, 조종, 부정 (不貞), 과대, 에로등), 건강염려증, 강박관념등,

다. 지각의 장애

착각과 환각 (환청이 많음, 만성경과시 환후, 환미, 환촉, 운동환각 등이 있음)

라. 의식장애

진정한 의식의 장애는 아니나 불안이 심한 악화기에는 착란이 있고, 긴장형에서는 혼미성 장애가 있으며, 주의집중의 장애로 산만하고, 피암시성이 높고, 시간관념장애, 지남력장애가 있다.

마. 기억장애

불안이 심한 악화기에는 산발적인 기억상실이 있으나 회상의 장애로 인한 기억상실이며, 민감한 편이므로 긴장형에서와 같이 기억과잉, 망상형에서 처럼 기억왜곡이 있고, "데자부"와 "자매부" 현상이 있음.

바. 행동장애

충동성, 부조화, 양가감정적이고, 무욕, 거절증, 피암시성, 반향상언어 모방증, 반향상행동모방증, 자동증, 상동증 (매너리즘, 납상 굴절성 언어상동증), 공격성 및 파괴성, 의식행위등임.

사. 지적 통합능력

심하지 않으나 다소 지적 및 통합능력의 장애가 있음.

임상병리검사소견 : 이상없음.

감별진단 :

가. 히스테리아와 해리반응

나. 강박신경증

다. 조울정신병

라. 급성뇌증후군 (섬망성 반응)

마. 정신운동성 간질

바. 만성 주정성 환각증

사. 암페타민정신병

치료 :

가. 두려워하지 말고 자극을 주지 않으면서 성의있고 진지하고 일관성 있는 태도로 환자의 자존심을 손상하지 않고 망상이나 병적가치를 부정하지 않고 환자에게 의심을 불러 일으키지 않는 행동을 보여주면서 이해하고 도와주려 접근할 것.

나. 식사에 독약을 넣었느니 하는 피해망상과 무욕, 자폐증으로 영양실조인 경우가 많으므로 영양공급을 위한 최선의 노력을 할 것.
다. 개인위생의 불량과 불량한 생활환경을 환자에게 자극을 줌이 없이 개선하도록 노력할 것.
라. 흥분과 공격적 파괴 행위가 심하면 이러한 행동으로 인하여 환자가 부상하지 않도록 도와줄 것.
마. 자해나 자살을 하지 않게 주의 깊게 가족이 관찰하도록 할 것.
바. 흥분, 공격적 파괴적 행위, 자해의 우려가 심하면 응급처치로 Chlorpromazine (Ⓡ Sepamin, Thorazine) 50 ~ 100mg을 둔부 근육내 주사하거나 Chlorpromazine 50 ~ 100mg, Thioridazine (Ⓡ Melleril) 50 ~ 100mg을 경구복용시킴. 그런데 이러한 주사나 투약을 독약으로 착각하여 죽이려는 것으로 오해하거나 의심을 가질 우려가 매우 흔함을 염두에 두고 처치하여야 함.

합병증 :

가. 인격의 퇴화
나. 영양실조
다. 파괴적 행위로 인한 부상

자문 : 응급처치후에는 설득과 권유로 곧장 의뢰함.

추후관찰 : 병원치료후 귀가해서 투약여부와 적응여부 또 가족의 환자에 대한 이해와 협조여하와 스트레스여부를 점검하고 개선하기 위하여 장기간에 걸쳐 주기적으로 방문할 것.

정동정신병 (Affective psychoses)

정의 : 의기양양과 우울증의 정서장애에 따른 사고와 행동과 현실지각 및 검증의 장애와 부수적인 신체증세를 초래하는 정신병으로 조울정신병 (Manicdepressive psychosis), 퇴행기우울정신병 (Involutional melancholia), 정신병성 우울증 (Psychotic depression)이 있음.

원인 :

가. 기질적 요인

1. 유전적 요인

2. 생화학적 요인

3. 내분비 요인

나. 정신사회적 요인

1. 인격내 갈등

(1) 자아기능의 약화

(2) 부정과 투사

2. 친자관계상의 결함.

임상양상:

가. 조증

정서의 의기양양, 낙관적 자신만만한 태도, 연상의 비약, 심하면 음향연상으로 Word salad의 사고, 과대망상, 말과 행동의 촉박감, 행동과다, 유모어와 아이디어의 속출, 기억과잉, 원기왕성, 그러면서도 정서적 불안정과 편집증적 경향으로 대인관계에서 잘 싸움, 불면증, 식사거부, 체중감소, 성욕과잉, 쉽사리 기분으로 판단하여 사업실패, 재산탕진, 신분에 맞지 않는 결혼을 함. 자신의 의사에 거역되면 흥분, 공격적 파괴적이 됨.

나. 우울증

정서의 저조와 절망감, 허무감, 의욕상실, 무욕, 허무망상 (빈곤, 자책, 후회, 실병, 죄악등), 건강염려증, 자살관념, 행동저하, 두통, 불면 (조기성) 구갈, 식욕부진, 소화불량, 거절증, 변비, 체중감소, 성욕상실, 무월경, 회복기에 자살과 타살을 실천함. 퇴행기우울증에서는 불안, 초조, 동요 등의 증세가 첨가됨.

임상병리검사소견: 이상없음.

감별진단:

가. 정신분열병

나. 망상정신병

다. 불안, 우울, 강박, 신경쇠약신경증.

라. 진행마비

마. 동맥경화성 정신병

치료:

가. 조증

1. 무시하거나 자극을 주거나 병적 행동을 무조건 못하게 하면 흥분하고 증세가 더욱 악화되므로 이러한 행동을 피하고 가족에게도 교육 시킬 것.

2. 신체적 쇠약이 있으므로 영양공급과 충분한 수면을 취하도록 노력할것.

3. 성병의 감염여부를 점검할 것. 또한 성적 행동화를 방지하도록 노력할 것.

4. 가족으로 하여금 재산낭비와 탕진을 방지하게 교육시킬 것.

5. 흥분, 폭행 및 파괴행위시에 환자가 부상을 입지 않도록 도와줄 것.

6. 흥분, 폭행 및 파괴행위시에나 병적 행동에 대한 응급처치로 Chlorpromazine 50 ~ 100mg을 둔부근육내 주사하거나 Chlorpromazine 50 ~ 100mg 혹은 Thioridazine 50 ~ 100mg 경구복용 시킴.

나. 우울증

1. 자살의 예방이 우선적으로 중요하고 쉽게 자살에 이용할 수 있는 기구를 제거하고 24시간 철저히 감시관찰을 가족이 하도록 교육시킬 것.

2. 신체적 건강의 회복을 위하여 영양공급에 특히 유의하도록 할 것.

3. 환자에게 따뜻하고 부드럽고 이해성 있는 진정한 태도로 그 고통을 이해하고 도와주려 노력할 것.

4. 항우울제를 경구 복용시킬 것.

즉 Imipramine (®Tofranil) 25mg, Amitriptyline (®Etravil, Enaffon, Elavil) 25mg, Nortriptyline (®Aventyl) 250mg, Protriptyline (®Vivactil) 5mg, Doxepin(®Sineguan) 25mg을 1일 3~4회 경구 투여함.

합병증:

가. 재산탕진이나 사업실패

나. 영양실조

다. 자살기도

자문： 응급처치후 곧 의뢰함.

추후관찰： 병원치료후 귀가해서 투약여부와 특히 조울정신병은 재발이 빈번하므로 재발의 기미여부를 점검하기 위하여 장기간에 걸쳐 주기적으로 방문할 것.

불 안 (Anxiety)

정의： 자신의 존재에 본질적인 것으로 부여하고 있는 가치에 대한 위협으로 부터 생기는 위험에 관한 두려움, 초조, 신경질, 공포의 상태임.

이 불안은 장기간 계속할 수도 있고 비교적 급성적일 수도 있음.

원인：

가. 보통 가족이나 개인적으로 관련있는 생활상황상의 위기들

나. 어떤 신체질환들(갑상선 중독증, 만성 내지 중병들)

다. 정신질환들(정신분열병, 조울정신병, 망상정신병, 특히 불안신경증과 공포신경증, 강박신경증, 기타 신경증등)

임상양상：

가. 증상

1. 불안감, 초조, 공포감, 긴장, 두통, 경부통, 불면, 악몽, 발한, 피로감 허약, 흉부압박감, 심계항진, 식욕부진, 소화불량, 심와부(명치끝) 압박감, 구갈, 변비, 주의산만과 집중의 장애, 기억력장애등.

2. 체중감소, 오심과 구토, 설사, 사지의 무감각과 이상감각, 숨이 가쁨, 빈뇨, 무월경은 단순불안에다 다른 요소가 합병되었거나 다른 합병증을 의미함.

나. 징후

1. 수지의 진전, 발한, 일그러진 안면모습, 근육의 긴장, 빈맥, 호흡의 빠름.

2. 체중감소, 느린 말씨, 정서의 둔화는 단순불안에다가 다른 요소가 합병되었거나 다른 합병증을 의미함.

임상병리검사소견： 이상없음.

감별진단 :

가. 갑상선 중독증

나. 암

다. 기질성뇌증후군

라. 다른 원인으로 인한 설명되지 않는 체중감소

마. 고혈압

바. 우울증

사. 알콜중독증

아. 약물중독증

치료 : 불안의 정도를 경감시키고 불안을 일으키는 원인과 문제를 해결하는데 환자와 가족이 초점을 두도록 돕는 치료가 바람직 함.

가. 안심시키도록 하여야 할것. 설득방법도 좋음. 그러기 위하여 가능한한 지지적 요원을 활용하고 자주 진료실에 오도록 하여야 함.

나. 불안발작이나 공포발작시에는 응급처치로 Chlorpromazine (Ⓡ Sepamine 혹은 Thorazine) 25 ~ 50mg을 둔부에 근육주사 하거나, Chlorpromazine 혹은 Thioridazine (ⓇMelleril)을 25 ~ 50mg 경구복용 시킬 것.

다. 불안발작시 이외의 불안에는 Thioridazine 10 ~ 20mg , Perphenazine (ⓇTrimin 혹은 Trilafon) 4mg , Diazepam (ⓇValium) 5mg , Lorazepam (ⓇAtivan) 1mg , Chlordiazepoxide (ⓇLibrium) 10mg 씩을 1일 3~4회 경구복용시킬 것.

라. 노인이나 기질성 뇌증후군에서의 불안에는 Chlorpromazine 이나 Thioridazine 10mg 씩을 1일 3~4회 경구복용이 좋음.

마. 불안으로 인하여 생긴 에너지를 운동, 정원가꾸기, 취미생활, 타인을 위한 활동등으로 전향하도록 충고하여 줄 것.

합병증 :

가. 불안과 공포 그 자체만으로는 합병증이 없음. 그러나 불안이 장기간 계속되면 무능력상태로 만든다.

나. 불안발작같이 불안의 정도가 매우 심하면 현기증, 긴장성 두통, 과호흡증후군으로 인한 졸도가 있고, 드물게는 불안과 공포에서의 도피수

단으로서 자살을 기도할 수 있음.
다. 불안의 치료약물로 인한 합병증으로 부작용과 약물남용을 초래할 수 있음.

자문: 다음의 경우에 의뢰함.
가. 불안이 기질적 질환이나 다른 질병상태의 증상이나 징후로서 단순 불안이 아닌 경우
나. 노인환자에서 Chlorpromazine이나 Thioridazine을 사용하기 이전.
다. 불안발작이나 심한 불안의 경우.
라. 진정제나 항불안약물의 남용의 증거가 있을 경우, 약물남용환자는 흔히 약물을 요구하나 신뢰하기 어려운 불분명하고 막연한 병력과 증상을 호소함.
마. 불안의 현증이 장기간 계속되고 실제 생활위기에 의하여 유발되지 않는 경우.
바. 2주간의 치료에도 증상이 계속되고 환자는 계속 약물치료를 원하는 경우

추후관찰:
가. 투약한다면 2주내 재방문할 것.
나. 문제와 증세의 심각성과 정도, 지지적 치료의 필요성에 따라 필요한 만큼 자주 방문할 것.

우 울 증 (Depression)

정의: 사랑하는 대상의 상실로 인한 절망감, 허무감, 자책감, 정신운동의 지연, 대인관계 및 현실관계의 회피, 생리적 기능의 장애를 특징으로 하는 병적 상태임.

원인:
가. 매우 가치를 부여하고 사랑하던 대상과 기능을 상실한 경험과 상실의 예견과 가능성.
나. 신체질환들 (취장암, 임파선종, 바이러스감염증 등)
다. 정신질환들 (정신분열증, 조울증의 우울기, 강박신경증, 건강염려신경증 신경쇠약신경증, 불안공포신경증 등)

임상양상 :

가. 증 상

기분의 저조, 허무감, 절망감, 후회감, 불길한 느낌과 생각, 비현실감, 무력감, 피로, 허약, 권태, 멍하고 멍한 두통, 불면 (자주 깸), 의욕상실, 흥미와 관심의 상실, 대인관계 및 현실관계의 회피, 식욕부진, 구갈, 소화불량, 트림, 변비, 성욕감퇴, 식은 땀, 자고나도 개운치 않고 불길한 꿈, 죽고 싶은 생각만 들고, 일반적으로 증상이 아침에 더 심하고 차차 저녁이 되면 다소 호전되는 경향이 있음.

나. 징 후

체중감소, 근심에 잠기고 의기소침한 안면표정과 자세, 창백, 행동의 지연과 과소, 빈번한 한숨, 불안과 초조, 혈압강하, 빈맥과 세맥.

임상병리검사소견 : 이상 없음.

감별진단 :

가. 갑상선 기능부전증

나. 복막후방종양 (취장암, 임파선종)

다. 바이러스감염 (간염, 전염성 단핵세포증가증, 인푸렌자) - 아급성

라. 항고혈압제의 투여 (특히 Reserpine)

마. Corticosteroid 제나 ACTH제제의 사용중

바. Phenothiazine 제의 대량 사용중

사. 진정제의 과용

아. 기질성 뇌증후군

자. 다른 원인으로 인한 설명할 수 없는 체중감소

차. 노인에서의 신경계변성질환의 초기

치료 :

가. 우울증은 도움을 청하는 절규임으로 정서적으로 따뜻하게 지지하고 격려하고, 안심시켜 주어야 함.

나. 휴식은 오히려 우울한 기분에 빠트림으로 무리나 과로가 안되는 범위내에서 가벼운 활동, 취미생활등을 권장할 것.

다. 가벼운 우울증에는 항불안제 즉 Diazepam 2 ~ 5mg , Chlordiazepoxide 5 ~ 10mg , Iorazepam 0.5 ~ 1mg을 1일 1 ~ 2회 복용시킴.

라. 심한 우울증에는 항우울제 즉 Imipramine (®Tofranil) 10mg, Amimitriptyline (®Etravil , Enaffon , Elavil) 10mg , Nontriptyline (®Aventil) 10mg , Doxepine (®Sineguan) 10mg을 1일 2～3회 경구복용시킴.

마. 영양섭취의 관리에 유의할 것.

바. 자살의 위험성이 있을 수 있으므로 가족에게 주지시키고 가족이 유의하여 예방책을 강구하도록 할 것.

합병증: 자살기도나 영양부족으로 인한 것 이외에 합병증은 없음.

자 문: 다음의 경우에 의뢰함.

가. 우울증이 신체질환이나 다른 질병상태의 증상이나 징후로서 단순한 우울증이 아닌 경우.

나. 노인환자에서 항우울제를 사용하기 전

다. 심한 우울증일 때

라. 자살의 위험성이 예상될 때.

마. 우울증으로 인한 영양실조(이차적)가 심할 경우

바. 항정신성 약물 남용의 증거가 있는 경우

사. 우울증이 장기간 계속되고 실제적이든 상상적이든 "상실"에 의하여 유발되지 않는 경우.

아. 2주간의 치료에도 우울증이 계속되고 환자는 약물치료를 계속하기를 원하는 경우.

추후관찰:

가. 투약한다면 1주내 재방문할 것.

나. 문제와 증세의 심각성(자살위험성)과 정도, 지지적 치료의 필요성에 따라 필요한 만큼 자주 방문할 것.

강박신경증 (Obsessive-compulsive neurosis)

정의: 원치 않는 불합리한 강박관념과 저지할 수 없는 강박행위를 특징으로 하는 노이로제임.

원인: 성장기중에서 대소변훈련시기에 소아가 부모로부터 가혹한 취급을 당할 때 적개감정이 생겼으나 억압하여 내재화한 적개감정에서부

터 환경적 유발인자에 의하여 촉발된 불안임.

임상양상 :

가. 증 상

1. 강박관념이 특징적임. 원하지 않고 의미도 없고 불합리한 생각이 완강하게 머리에 떠오르고, 환자는 이러한 생각을 떨쳐버리려 애를 쓰면 쓸수록 더욱 집요하게 떠올라 환자로 하여금 강박행위를 하게하고 강박관념은 한 낱말이나 관념일 수도 있고 일련의 생각들일 수도 있으며, 의심과 공포의 관념이 많음.
2. 강박성 반추가 흔함. 어떤 화제나 문제(주로 종교적 내지 철학적인 내용)에 대한 반복적인 되씹는 생각임.
3. 강박성 충동이 특징임. 어떤행동으로 옮기려는 불합리한 충동으로, "고층빌딩에서 창문을 통해 밖으로 뛰여 내리거나 차들이 달리는 차도에 뛰여들거나 예리한 도구로 자신이나 타인을 해칠것" 같은 충동이 흔하고, 실제 행동으로 옮기지는 않고, 그럼에도 환자는 어떤 행동을 저지를까봐 불안해하고 그런 상황을 피하게 됨.

나. 징 후

1. 강박행위가 특징적임. 단순한 운동에서부터 아주 복잡한 의식행위에 이르기까지의 저지할수 없는 반복적 행위로서, "반복적인 세수"가 제일 흔하고, 환자가 강박행위를 수행할수 없거나 저지할수 없을 경우에 불안이 유발됨.
2. 강박성 성격적 바탕이 있음. 깔끔하고 질서정연하고 매사에 철두철미하고 인색하고 완고하고 원리원칙적이고 융통성이 없고 지나치게 양심적이고 조심성이 너무 많고 논리적이고 복종적이고, 반면에 반항적이고 적대적이고 지저분할수 있음.

임상병리검사소견 : 이상 없음.

감별진단 :

가. 정신분열병

나. 공포신경증

다. 우울증

치료:

가. 강박성 충동의 결과 무슨 일을 결코 저지르지 않음을 안심시켜 줄 것.

나. 강박관념이나 강박행위를 거부 혹은 통제하도록 설득하여도 소용이 없으므로 이러한 권유대신에 이러한 증상과 징후를 오히려 수용하거나 방치하도록 교육시킬 것.

다. 가능하다면 강박증세를 야기시키는 상황에 직면시키고 강박행위의 수행을 방지하도록 격려할 것.

라. 불안이 심하면 항불안약물이나 항정신병약물을 소량 투여할 것.

합병증: 무능력을 초래하기도 함.

자 문: 다음의 경우에 의뢰함.

가. 강박증세는 매우 집요하고 완강한 것이 특징인 것 처럼 전술한 지지적 치료에 쉽게 반응이 없는 경우

나. 정신분열병에서의 강박증세인 경우

다. 강박성 의식행위나 불안이 견딜수 없을 정도로 심한 경우

추후관찰:

가. 투약한 경우 1주내에 재방문할 것.

나. 자주 방문하면 증세에 너무 강박되므로 주기적으로 방문하되 너무 자주 방문하지 말 것.

히스테리아 (Hysteria)

정의: 심리적 불안을 신체 (감각계통과 수의골격근육계)의 기능장애로 전환시키거나 정신기능의 장애로 해리시키고 있는 노이로제임.

원인:

가. 무의식적 정신적 갈등

나. 성격적 소인 (히스테리성, 수동공격성, 강박성, 분열성 성격).

다. 불안을 야기시키는 현실적 유발요인.

임상양상:

가. 전환과정으로 인한 신체적 기능장애 - 신경해부생리학적 사실과 불일치

1. 감각지각계

동통(두통을 위시하여 전신의 어느 장기부에나), 감각이상, 감각마비, 실명, 시야협소, 관상암점, 청력상실 및 감퇴, 현기증등.

2. 골격근육(운동)계

연마비 및 마비, 뇨저류, 틱, 진전, 무도병양 및 근간대성운동, 발성장애, 경련등.

나. 해리과정으로 인한 정신기능장애

1. 의식장애 - 기절발작, 몽환상태, 둔주등

2. 기억장애 - 기억상실

3. 통합기능장애 - 발작, 이중인격같은 해리현상등

다. 동반증상

정서적 무관심(Labelle indefference), 이차이득(Secondary gain), 정신신체적 동반증세로 히스테리구(목구멍에 멍어리), 불안우울등

임상병리검사소견: 이상 없음

감별진단:

가. 기질성 신체질환들

나. 사 병

다. 정신분열증

라. 정신운동성 간질

마. 정신신체질환

치 료: 이해와 진지한 태도로 받아주고 지지하여 줄 것.

합병증: 없 음

자 문: 환경적 유발요인의 개선에도 반응이 없으면 의뢰함.

추후관찰: 일시적으로 다소 호전되었다고 하더라도 환경적 여건에 따라 다시 악화할 수 있으므로 주기적으로 방문할 것.

건강염려증 (Hypochondria)

정의 : 신체장기에 병변이 전혀 없음에도 불구하고 불치의 병이 있다는 가정하에 공포감에 사로잡히거나 신체장기에 집착된 상태임.

원인 :

가. 불안정감, 애정의 갈구, 인생의 책임회피같은 심리적 불안.

나. 생리적 기능의 퇴화나 신체질환과 관계될 수 있는 증세의 경험

다. 다양한 각종의 심리적인 스트레스

임상양상 :

가. 증 상

건강상태나 각종의 신체장기의 상태에 대한 강박적인 염려와 집착이 특징적이고, 다양하게 확산적이고 세부적으로 특수한 것과 막연한 것의 혼합인 성격이 있고, 정상적인 신체감각이나 대수롭지 않은 사소한 신체감각을 의식할 뿐아니라 확대해서 크게 느낌. 염려대상의 장기로 복강내 장기, 폐, 심장, 두부, 경부, 생식기등이 제일 흔하고, 통증을 제일 흔히 호소함.

염려와 근심, 불안, 우울증을 흔히 동반함.

나. 징 후

신체적 호소와 이러한 증세의 경과와 치료의 실패에 전적으로 집중된 사고내용을 의학적 용어를 흔히 사용하여 길고도 자세하게 촉박하는 어투로 표현하며, 치료자를 궁지로 몰아넣거나 치료자를 화나게 만들기 일쑤이고, 병원을 찾는 습관이나 병원을 전전하며 검사라는 검사는 끝없이 반복하거나 만나는 사람마다 증세를 털어놓음.

임상병리검사소견 : 이상 없음.

감별진단 :

가. 정신분열병

나. 우울증, 특히 퇴행기 우울정신병

다. 히스테리신경증

치료 :

가. 건강염려증은 매우 완강해서 관심갖지 않도록 하거나 단순히 안심

시키는 방법으로 불통임으로 지지적 관계형성과 충분한 이해로서 성의껏 호소를 경청할 것.

나. 환자의 친척을 활용할 것.

즉 환자의 친척으로 하여금 환자의 호소를 이해하도록 하면서 환자와의 적절한 지지적 관계를 환자에게 제공하도록 할것.

합병증: 경제적 손실과 무능력

자 문: 다음의 경우에 의뢰함.

가. 단순한 건강염려증이 아닌 경우(정신분열병이나 우울증에서의 건강염려증)

나. 치료에 완강한 건강염려증의 경우

추후관찰: 환자의 현실과의 접촉과 생활의욕을 촉진하기 위하여 가능한 한 자주 방문할 것.

신 경 쇠 약 (Neurasthenia)

정의: 만성적 허약, 전신적 피로감, 가끔 쇠약상태를 특징으로 하는 노이로제임.

원인:

가. 정서적 갈등과 이로 인한 만성적 불안

나. 정신적 및 육체적 과로

다. 생활상황에서의 상실, 실망, 좌절, 불만

라. 감염성 발열(브르셀라증, 감염성 단핵구증다증같은 아급성 및 만성 감염성 질환)

마. 흥분제 및 마약제의 과용

바. 성생활의 불만 내지 과잉

사. 권태, 단조로움, 목적과 목표의 상실

임상양상:

가. 증 상

심한 허약, 피로, 쇠약이 주된 증상임. 흔히 불안과 우울증과 이들의 동반증상들이 있으며, 불면과 악몽, 두통과 경부통, 소화장애, 관절통, 대장염, 현기증, 자극에 대한 신경질 등임.

나. 징 후

무관심, 무감동, 무기력, 움직이려할 때마다 힘이 많이 들고, 피부에 조홍과 냉감 및 발한, 불안과 우울증의 순환기성 증상(심계항진, 빈맥, 기외수축등), 성기능의 감퇴 및 장애, 월경불순, 감각이상, 무욕상태, 정신기능의 전반적인 저하, 우유부단, 쇠약상태등임.

임상병리검사소견: 이상 없음.

감별진단:

가. 조울정신병의 우울기

나. 정신분열병의 초기

다. 신경매독

라. 만성 및 아급성 감염성 질환(브르셀라증, 감염성 단핵구증다증)

마. 갑상선기능저하증과 갑상선기능항진증

바. 아디손씨병과 심몬드씨병

사. 주기성 가족성 마비등

아. 비타민결핍증(치아민결핍증 등)

자. 이뇨제의 투여중(Chlorothiazide 등)

차. 흥분제 혹은 마약의 과용

치료:

가. 제한적인 효과밖에 없으나 격려등의 지지적 치료를 할 것.

나. 현실과의 접촉을 위해 가벼운 활동을 시킬 것.

다. 필요에 따라 대증적 약물치료를 할 것.

합병증: 만성화의 경향으로 무능력하게 만듬.

자 문: 치료에 완강함으로 가급적 조기에 의뢰할 것.

추후관찰:

가. 환자의 현실과의 접촉과 생활의 의욕을 촉진하고 증진시키기 위하여 가능한 한 자주 방문할 것.

나. 약물을 투여한 경우에 1주내 재방문 할 것.

주정성 정신병 (Alcoholic Psychoses)

정의 : 수년간 계속하여 술을 과음한 경우에 술로 인하여 야기된 정신병으로 성격장애의 증상적인 것임.

원인 : 성격적 결함이 있는 자에서 의존심, 불안, 우울, 열등감등을 해소하고자 취한 술에 의한 중추신경계의 직접적인 영향과 음주시 섭취하지 않을 영양소 (특히 수용성 비타민들)의 결핍으로 인한 중추신경계의 영향으로 유발됨.

임상양상 :

가. 성격장애

수동공격성 성격, 의존성 성격, 망상적 성격, 반사회성 성격, 분열성 성격, 우울성격, 잠재성, 동성애경향등임.

나. 병적 중독증 (Pathological Intoxication)

평소의 주량보다 훨씬 소량의 음주에도 심한 의식의 혼탁, 착란, 지남력장애, 착각, 환시, 일과성 망상, 충동적 폭행과 파괴, 불안과 분노가 극적으로 갑자기 나타나서 수분에서 1 ~ 2일 지속하며, 이러한 사건에 대해 기억상실이 있음.

다. 진전섬망 (Delirium tremens)

수년간 과음 도중 또는 이들에서 금주시에나 음주와 관련된 각종의 대사장애로 일어나는 급성 주정성 정신병임. 처음 음식을 싫어하고, 초조, 불면 악몽이 있다가 착각과 환각이 따르면서 섬망상태에 빠짐. 무섭고 위협적인 소동물의 환시, 환청, 말초성 신경염과 관련있는 환촉, 환후, 심한 공포감정, 의식의 혼탁, 지남력장애, 횡설수설, 동요, 완전 불면이 있고, 안면과 각막의 충혈, 산동과 광반사의 지연, 수지의 진전, 혀와 입술의 진전, 전신성 경련, 빠르고 약하고 불규칙한 맥박, 체온상승, 심한 발한, 건반사의 항진등이 있음.

라. 급성 주정성 환각증 (Acute hallucinosis)

장기간 과음후의 금주시에 나타나며 의식과 지각은 청명하나 위협적인 환청, 의명, 환후와 환시, 관계망상, 심한 공포감정등이 있음.

임상병리검사소견 : 진전섬망의 경우 알부민뇨, 전해질과 간기능에 이상 소견이 있을 수 있음.

감별진단 :

가. 정신운동성 간질 (병적 명정과의)

나. 간성 혼수 (진점섬망과의)

치료 :

가. 폭행이나 자해같은 사고를 방지하여 줄 것.

나. 금주시킬 것.

다. 수분과 전해질을 공급하여 줄것.

라. 충분한 음식 (처음 필요하다면 유동식으로 고단백·고함수탄소의 식이에서 부터) 과 수용성 비타민 (B집단과 C) 을 공급하여 줄것.

마. 응급처치로 Chlorpromazine 을 50 ~ 100mg 둔부근육내 주사하거나 Chlorpromazine 50 ~ 100mg 혹은 Thioridazine 50 ~ 100 mg 을 경구복용시킴.

바. 경련발작이 있으면 간질 대발작의 치료에서와 같이 할 것.

합병증 :

가. 진전섬망을 치료하지 않으면 콜싸코푸씨정신병으로 이행함.

나. 급성 주정성 환각증을 치료하지 않으면 주정성 망상정신병이나 망상형 정신분열병으로 이행함.

다. 주정성 정신병을 치료하지 않으면 주정성 치매에 이른다.

라. 베르니케씨증후군

마. 다발성 신경염

바. 영양실조증

사. 경제적 사회적으로 폐인

자문 : 응급처치후 곧 의뢰함.

추후관찰 : 병원에서 치료로 회복하여 귀가한 후에도 음주욕구로 인하여 재발할 위험이 아주 크므로 지속적인 지지를 위하여, 또 가족들의 치료협조를 점검하기 위하여 장기간에 걸쳐서 주기적으로 방문할것.

약물중독과 만성약물중독의 금단증후군

(Drug intoxication and withdrawal syndrome)

정의 : 급성이든 만성이든 약물을 과량 남용한 결과 의식의 혼미 혹은 혼수상태를 약물중독이라 하고, 만성적으로 약물을 남용한 결과로 내성과 신체적 의존이 생긴 상태에서 갑작스런 약물금단으로 야기된 증후군을 금단증후군이라 하며, 모두 성격장애의 증상적인 것임.

원인 :

가. 약물중독은 약물 (알콜, 바비츄레이트, 메프로바메이트 등)의 중추신경계에 대한 직접적인 마비효과 때문임.

나. 금단증후군은 약물에 대한 중추신경계의 신체적 의존성 때문임.

임상양상 :

가. 약물중독이나 금단증후군에서 모두 주정성 정신병에서와 같은 성격장애가 있음.

나. 약물중독

약물의 종류와 섭취한 용량의 정도에 따라 차이가 있으나 과용한 경우 지적기능의 장애, 정서적 자제력의 상실 (웃고 울고 싸우는 감정폭발), 판단의 장애, 점진적인기면, 구음장애, 안구진탕, 운동실조 혼미 내지 혼수에 빠지면 심부건반사의 소실, 축동, 호흡은 느리다 얕아지고 끝내는 순환성 쇼크에 빠짐. 알콜인 경우 술냄새가 호기시에 난다.

다. 금단증후군

혼미나 혼수상태에서 의식이 차차 맑아지다가 8시간이 되면 불안, 떨림, 심한 허약이 있고, 오심, 구토, 24시간내에 근육의 경축과 사지의 심한 진탕, 체온과 맥박의 상승, 체위성 저혈압, 심한 발한, 근육긴장력의 증가, 48시간내에 75%에서 대발작 경련, 심한 불안과 완전 불면, 3 ~ 7일 사이에 망상과 환각을 겸한 섬망상태가 되고, 그후 지속적인 수면과 동시에 3 ~ 5일에 회복됨.

임상병리검사소견 : 소변에서 약물을 검출할 수 있고, 알콜인 경우 호기나 혈중에서 농도를 측정할 수 있고 알칼리성 혈액과 저마그네시움증의 소견이 있음.

감별진단 : 다발성 경화증(만성 약물중독)

치료 :

가. 혼수시에는 순환성 쇼크에 빠지지 않도록 순환기능을 보존하도록 노력할 것

나. 혼수시 기도를 청결하게 유지하도록 할 것. 분비물이 있으면 흡입하여 제거하여 줄 것.

다. 혼수시 폐염의 병발을 방지하고자 주기적으로 체위변동과 항생제를 투여할 것.

라. 소변을 보지 못하면 카테타로 도뇨시켜 줄 것.

마. 즉각적으로 약물을 금단할 것.

바. 금단증후군의 응급처치로는 약물 Chlorpromazine 25 ~ 50mg 둔부 근육내 주사하거나 Chlorpromazine 50mg 혹은 Thioridazine 50mg 을 경구복용 식킴.

사. 바비츄레이트의 금단시에는 갑자기 금단시키면 생명에 위험이 있으므로 사용량의 10%씩 매일 감량시켜야 한다.

아. 대발작 경련에는 간질 대발작 치료에서와 같이 할 것.

자. 영양상태의 호전, 체액과 전해질의 평형유지에 유의할 것.

합병증 :

가. 사회적 경제적으로 폐인

나. 치매에 이를 수 있음.

다. 영양실조

자문 : 응급처치후 바로 의뢰함.

추후관찰 : 병원치료로 회복되어 귀가한 후에도 약물에 대한 갈망으로 인하여 재발할 위험이 매우 크므로 지속적인 지지를 하고 또 가족들의 환자치료에 대한 협조를 점검하기 위하여 장기간에 걸쳐서 주기적으로 방문할 것.

간 질 (Epilepsy)

정의 : 돌발적이고 발작적으로 시작하여 경과가 일과성 삽화이면서 주기적으로 반복되는 의식의 상실과 변화를 특징으로 하고 경련이나 감정, 사고, 행동상의 장애등을 동반할 수 있는 복합적인 증후군임.

원인 :

가. 근본적으로는 뇌신경세포의 내부나 외부에서 오는 각종의 자극에 의하여 뇌신경세포내에 생긴 돌발적인 고압의 전기방출임. 그러므로 뇌신경세포에 이러한 변화를 초래할 수 있는 모든 조건이나 병변은 모두 일시적으로라도 간질증세를 유발할 수 있음.

나. 유발조건 : 일시적 간질증세를 유발시킬 수 있는 여건과 질병은 너무나 많으나 주기적으로 반복해서 발작이 일어나는 소위 간질에서는 다음과 같은 유발조건이 흔함.

1. 불안, 긴장, 공포같은 감정의 유발
2. 과로 및 과격한 운동
3. 공복과 허기 (저혈당)
4. 과음으로 인한 과수 (hydration)
5. 음주 (알콜)
6. 알카리성 식이
7. 섬광자극 (광인성 간질, 텔레비존유인성 간질)
8. 음악 (음악성 간질)
9. 장시간 독서 (독서간질)
10. 월경
11. 약물들
12. 과호흡
13. 수면
14. 불면

임상양상 :

가. 대발작 (Grand mal seizure)

1. 전조 (aura)

발작의 직전 수초 혹은 수분전에 특수감각을 포함한 감각, 운동

(경축 혹은 긴장), 정신기능, 내장기능의 증세들을 통하여 발작이 임박함을 주관적으로 환자가 느낌. 발작의 첫 부분이고 거의 50%에서 나타남. 환자에게 경고하여 발작에 대비하게 하는 이점과 병소의 부위를 알아 내는데 큰 도움이 됨.

2. 돌발적인 의식의 상실과 쓰러짐.

3. 강직성 경련기

전신의 수의근육의 강직성 경련이 있으며, 10 ~ 20초 계속되며, 간질성 괴성, 호흡정지, 안면창백과 곧이어 청색증, 개안과 충혈, 동공확대 광선반사와 각막반사의 소실, 대소변실금, 바빈스키반사의 출현, 건반사의 소실 혹은 약화가 있음.

4. 간대성 경련기

처음에는 급속한 간대성 경련이지만 점차적으로 느리게 오며, 허에 자상의 위험이 있고, 호흡이 돌아오면서 거품성타액이 생김.

5. 경련후 혼수기

동공은 고정되고, 건반사가 없으며 사지에 연마비가 있고, 호흡은 거칠고, 안면충혈과 발한, 구순의 창백이 있음. 1~2시간 수면을 취하고 피로, 두통, 전신근육통, 설통, 오심등을 호소하거나 혼수에서 바로 착란상태 즉 발작후 황홀(몽환)상태 혹은 발작후 자동증이 수분에서 수십분간 계속되며 의식회복후 이 시기에 대한 기억상실이 있음.

나. 소발작

1. 전형적 소발작(Absence)

전조도없이 2~30초간의 돌발적 순간적 의식의 상실로 후유증 없이 갑자기 끝나고, 이 때 안면은 창백하고, 자세와 동작이 중단되고 눈은 허공을 쳐다 보거나 머리를 수그리고 손근육의 긴장력의 상실로 손에 쥐고 있던 물건을 떨어뜨림. 이 병에 대한 부모의 이해부족이거나 병인줄 알면서도 소아를 거절하여 친자관계의 장애로 인한 소아의 안정감의 결여로 말미암아 사회적 및 정서적 부적응을 초래하기도 함.

2. 근간대성 경련발작(Myoclonic seizure)

"인사발작(Saalam seizure)"이라고도 하며, 의식의 상실이 있

을 수도 없을 수도 있으며, 신체 여러 부위의 갑작스런 짧은 불수의적 근육의 간대성 경련임. 한번 발작은 보통 1～2초로 짧고 3～6초의 간격으로 4～5회 되풀이하고, 특히 잠이 들 때나 깰 때에 잘 일어남.

3. 운동불능발작(Akinetic 혹은 Atonic seizure)

순간적인 전신의 근육의 긴장력을 상실하여 쓰러지고, 보통 의식의 상실을 동반하고, 수초후 빨리 회복함.

다. 정신운동발작(Psychomotor seizure)

측두엽간질(Temporal lobe seizure)이며, 의식의 변화가 가장 빈번한 것이 특징이고, 사고와 정서의 장애, 복잡한 환각, 복잡한 자동증의 기괴한 행위가 있음.

1. 전 조

발작 수시간 혹은 수일전 부터 심히 불안정하거나 위장증세가 제일 흔함.

2. 초기증세

무엇을 찾는 듯한 두부와 안구의 운동, 저작, 연하, 발성에 관여하는 근육의 운동으로 입술을 깨물거나 씹는운동과 조리없는 말을 중얼거리거나 사지와 동체의 비꼬는 운동이 있음.

3. 의식장애

의식의 상실이 아닌 삽화적인 몽환상태로 보통 30초에서 2분이지만 수초에서 부터 드물게는 수일씩 계속되는 경우도 있으며, 발작후 의식의 혼탁이 순간적으로 있음.

4. 정신증세와 운동증세

사고·감정·지각의 복잡한 장애가 있으며 복잡한 자동증(automatism)과 기괴한 행동-광폭한 폭행-이 있으며 뛰는 발작("Running fit")이나 웃음발작("Gelastic epilepsy")도 있음.

라. 초점성 발작(Focal seizure)

잭손씨발작이 제일 대표적인바 중심구(Central sulcus) 주위에 병소가 있어 반대측 신체의 국소운동 혹은 감각현상으로

시작하며, 특징적으로 입주위나 사지의 말단부에 경련이 시작되여 일정한 진행(march)을 하며 의식의 상실은 없으나 뇌의 반대편으로 전기자극이 파급되면 의식의 상실을 초래하고 대발작으로 이행함.

마. 시상부 및 시상하부 발작(Thalamic and hypothalamic seizure)

바. 유아성 경련(Infantile spasm 혹은 Hypsarrhythmia)

사. 열성 경련(Febrile convulsion)

아. 반사성 발작(Reflexive seizure)

자. 근간대성 간질(Myoclonus epilepsy)

차. 소발작 변형(Petit mal variant)

타. 혼합형 간질(Mixed type)

이상의 각 발작형에 대발작이 겸하는 경우로 그 빈도가 높음.

파. 복부간질(Abdominal epilepsy)

하. 간질중첩증은 비교적 드물뿐 아니라 순수한 소발작의 연속일때에는 혼미상태이외에는 생명에 지장이 없음. 그러나 대발작중첩증에서는 의식을 회복함이 없이 계속해서 다음의 발작이 계속 일어나는 상태로, 항경련제 특히 Phenobarbital의 급작스런 투여중단 후에 잘 일어나며, 주정중독과 과로후에 잘 일어나며, 예방적 치료를 하지 않으면 위험할 정도로 체온이 상승하고 혼수상태가 계속되고 심장확장이나 폐부종으로 사망하게 되는 정신과적 응급경우의 하나임.

임상병리검사소견: 뇌파의 이상소견이 있음. 소발작환자의 소변에서 아미노산의 배설량이 현저하게 증가함.

감별진단:

가. 신체질환(신경계질환, 체액과 전해질의 장애, 대사장애, 중추신경계감염, 순환장애, 중독, 외상등)에 의한 간질발작 - 저혈당, 피리독신결핍증, 임신중독증, 뇨독증, 산소결핍증, 나토리움결핍증, 수분중독증, 발열, 뇌출혈 및 혈전증, 뇌종양, 농양, 급만성 중추신경계감염, 중추신경계변성질환, 두부외상, 약물중독(알콜, 바비츄레이트, 메프로바메이트등), 중금속중독 .....

다. 히스테리성 몽환상태

라. 과호흡증후군

마. 졸 도

치료 :

가. 일반적 처치

1. 최적의 신체조건을 유지시킬 것.
2. 정신적 및 신체적 활동을 격려하여 생활에 능동적으로 참여시킬 것.
3. 전술한 유발조건을 제거하도록 할 것.
4. 가족들에게 이상의 내용과 후술할 투약의 준수, 발작의 출현여부, 발작시의 유의사항등을 교육시키고 점검할 것.
5. 위험한 것(물, 불, 절벽등)에 혼자 가지 않도록 교육시킬 것.

나. 발작시의 처치

1. 발작중(간대성 경련기)혀를 깨물지 않도록 개구기를 삽입할 것.
2. 발작중(긴장성 및 간대성 경련기)탈골이 생기지 않도록 잡아줄 것.
3. 침이 기도로 흘러 들어가지 않도록 고개를 옆으로 돌려주거나 흡입처치를 하여 줄 것.
4. 경련기나 몽환(혼미)기에 다치지 않도록 보호하여 주고 사고위험을 예방하도록 노력할 것.

다. 약물요법(성인용량임)

1. 대발작, 정신운동발작(측두엽간질), 잭손씨발작에는 Diphenyl hidantoin sodium (®Dilantin 혹은 Hydantin) 100㎎을 1일 3회 경구 투여함.
2. 전형적 소발작에는 Trimethadione (® Tridione) 600㎎, Caramethadione (® Paradione) 600㎎, Ethosuximide (®Zarontin) 500㎎을 1일 3회 경구 투여함.
3. 혼수상태에서 경구투여가 불가능하면 투여용량의 1.5 ~ 2배를 염수에 타서 직장 깊숙히 관장시킬 것.

합병증 :

가. 사회적응의 문제

나. 간질성 인격

다. 정신기능 퇴하 (치매문제)

라. 정신병의 병발

마. 부상 혹은 사고사 혹은 사고

바. 항간질약물에 의한 합병증 (치은비대증 - Dilantin, 조혈기능저하로 인한 빈혈 - Tridione 혹은 Paradione).

자문 : 응급처치후 원인규명과 합리적 치료를 위해 즉각 의뢰할 것.

추후관찰 : 장기치료가 절대적임으로 약물복용의 준수여하, 약물의 부작용의 출현여부, 발작출현여부, 일반적인 유의사항의 준수여부를 점검하기 위하여 주기적으로 방문할 것.

혈관미주신경성 졸도 (Vasovagal syncope)

(단순 졸도 Simple faint)

원인 : 혈관미주신경성 졸도는 미주신경의 자극으로 인한 서맥과 사지와 내장의 정맥울혈과 관련되는 복잡한 현상의 결과임. 자주 정서적인 요소들 (불안, 공포, 통증등) 로 유발되고, 심장혈관성 반응은 그 성격이 일과성으로 단지 수분간 지속함.

임상양상 :

가. 증 상

1. 정서적 충격에 실신감이 자주 경한 오심과 발한과 관련되어 선행하고 갑작스럽게 근육의 무력상태와 의식의 상실이 있음.
2. 두통이 없고 국소적 신경학적 증상들이 없음.
3. 간질의 발작후 상태와 달리 의식이 즉각 회복됨.
4. 협심증이나 부정맥같은 기질성 심장병의 병력이 없음.

나. 징 후

1. 맥박은 약하고 실날같고, 흔히 서맥이 있음.
2. 실제 졸도발작동안에는 수축기혈압이 70㎜ Hg 이하인 경우가 흔함.

3. 창　　백

4. 발　　한

5. 가끔　사지의　경축이　있으나　분명한　간질발작성　경련은　없음.

6. 대소변의　실금은　없음.

7. 간질발작후　혼란(착란)은　없음.

8. 졸도후　검사에서　나타나는　신경학적　결함은　없음.

9. 대동맥판협착증에서의　심잡음이　없음.

임상병리검사소견:　이상없음.

감별진단:

가. 간질　대발작　혹은　다른　형태의　발작.

나. 뇌졸증에서와　같은　일과성　국소적　뇌빈혈

다. 대동맥판협착증에서　오는　졸도

라. 기질성　심장병과　관련된　빈맥과　서맥에서　생기는　졸도.

치료:

가. 환자의　체위를　두부가　족부보다　낮게하거나　단순히　바닥에　앙와위로　눕힐　것.

나. 혈압과　맥박을　매　5분마다　측정할　것.

다. 맥박이　불규칙하면　심전도검사를　시행할　것.

합병증:　없음.

자문:　다음의　경우에　의뢰함.

가. 경련이　있을　때

나. 비정상적인　신경학적　소견이　있는　경우

다. 60세이상의　환자

라. 기립성　혈압강하의　경우

마. 헤마토크리트치가　정상이하인　경우

바. 흑색분(melena)

사. 대동맥판협착증성　심잡음이　있는　경우

아. 맥박의　이상이　있을　때

자. 혈압과　맥박이　15분내에　정상으로　돌아오지　않은　경우

추후관찰:　필요한　만큼.

현 기 증 (Dizziness)

정의 : 50세이하의 성인에서 삽화적으로 생기는 머리가 휭하거나 어리벙벙하게 이상한 느낌.

원인 : 불안 긴장상태와 연관해서 가장 빈번히 나타남.

임상양상 :

가. 증 상

1. 한 방향이나 다른 방향으로 쓰러질수 있을지라도 머리가 어리벙벙하게 이상한 막연한 느낌.
2. 현훈이 없음.
3. 한 방향으로 항시 쓸어지는 경향은 없음.
4. 심한 두통이 관련되지 않음.
5. 신경학적 증상들이 동반하지 않음.
6. 오심 혹은 구토가 동반하지 않음.
7. 까물어칠 것 같은 느낌이나 실신할 것 같은 느낌이 있으나 실제 의식상실은 없음.
8. 이 발작이 탄수화물의 과식으로 유발하지도 않고 식사함으로써 해소되지 않음.

나. 징 후

1. 혈압은 100/70과 150/100 ㎜Hg 사이이고, 기립성 혈압강하가 이완기에서 10㎜Hg를 초과하지 않음.
2. 신경학적 검사소견은 정상임.
3. 대동맥판(막)협착증(Sortic stenosis)으로 인한 잡음(murmur)이 없음.

임상병리검사소견 : 헤마토크리트(혈구혈장비량계)는 정상치임.

감별진단 :

가. 혈관미주신경성 졸도(Vasovagal syncope)

나. 미로성 현훈(Iabyrinthine vertigo)과 Meniere 씨증후군 같은 현훈성 현기증

다. 체위성 저혈압(특히 항고혈압약물의 투여중인 환자에서의)

라. 급성 대량 실혈(위장출혈같은 내출혈로)

마. 심한 빈혈 (헤마토크리트치가 35 %이하인) 과 관련된 머리의 이상한 느낌.

바. 대동맥 협착증과 관련된 현기증

사. 뇌졸중증후군 (Stroke syndrome) 에서와 같이 다른 신경학적 증상이나 징후와 관련된 현기증.

아. 저혈당성 발작.

치료 :

가. 중한 병이 없음을 이해시키고 안심하도록 노력할 것.

나. 정신사회적 요소(Psycho-social factors)와 흔히 관련있으므로, 이들 요소들을 발견하여 시정하여 주도록 시도할 것.

합병증 : 장기간에 걸친 생활상의 무능력상태를 초래함.

자 문 : 다음과 같은 경우 의뢰함. 즉 너무 심한 발작일 경우, 지속성의 발작일 경우 (1 회의 발작이라도 24 시간이상 계속할때), 주당 6 회이상의 반복성 발작일 경우

추후관찰 : 필요한 만큼.

편 두 통 (Migraine headache)

정의 : 맥박성 일측성 두통발작이 특징으로, 반복성이고, 가족성 경향이 있고, 정서적 자극에 의해 유발되고, 많은 경우에 전구증세나 다른 신경학적 증세가 선행함.

원인과 기전 : 원인은 미상이나 정서적 자극에 의하여 유발됨. 기전은 두통과 동측의 측두부동맥의 경련성 혈관수축에 이어 혈관확장과 동시에 충혈이되며 이 혈관확장기에 두통발작이 생김.

임상양상 :

가. 두통은 보통 일측성임. 그러나 두통이 항시 같은 쪽에만 생기는 것은 아님.

나. 일반적으로 두통은 정서적 충격에 의하여 유발되며, 전구증세로 감정장애 (우울, 짜증, 신경질, 허탈감등) 가 선행함.

다. 일반적으로 두통발작의 전조 (aura) 로 시각적으로 동측시야에 암점 (scotoma) 과 동측 안면부의 창백에 이어 신경학적 증후 (감각이

상으로 얼얼하고 따끔따끔함과 운동이상으로 사지의 허약)가있음. 실제로 일과성 마비가 있을 수 있음.

라. 동측 측두부동맥의 혈관확장과 측두부충혈로 특징적인 맥박성 두통이 시작되고 그 강도가 점진적으로 강해져서 1시간내에 최고도에 달하고 수시간 내지 수일간 계속되고, 오심, 구토, 식욕부진이 보통 동반된다.

마. 광선혐기(光線嫌忌 혹은 수명 photophobia)가 있음.

바. 환자의 80%에서 편두통의 가족력이 있음.

사. 두통발작의 시작은 일반적으로 사춘기이나 연령의 증가로 발작빈도는 감소하는 경향이 있음. 그러나 편두통은 만년에 시작할 수 있으며 실제 폐경기에 발작빈도가 촉진됨.

임상병리검사소견: 특이 소견 없음.

감별진단: 긴장성 두통의 감별진단을 참조할 것.

치료:

가. 두통발작의 초기나 정착기에는 Ⓡ Cafergot (Ergotamine tartarate 1mg과 Caffeine sodium 100mg)를 처음 2정을 경구투여하고, 30분의 간격으로 두통이 해소될 때까지 두번 투여함. 만일 구토로 인하여 경구투여가 무용하거나 불가능하면 직장좌약(Ergotamine 2mg과 Caffeine 100mg)을 사용하거나 Ergotamine tartarate 0.25mg을 피하주사함. 동시에 환자를 어두운 방으로 옮기는 조치를 할 것.

나. 예방적 치료로 Methysergide maleate를 의사의 지시에 따라 투여함. 보통 2mg의 정제를 1일 3회 투여함. 두통발작 자체에는 효력이 없음. 임신부와 혈관질환 환자에게는 금기이고, 장기투여시에 복막후방섬유조직증식증의 부작용이 있을 수 있음.

합병증: 일반적으로 없음.

자문: 다음의 경우에 의뢰함. 즉 치료에 실패한 경우, 처음으로 발병한 모든 신환의 경우, 신경학적 요소가 지속하는 경우.

추후관찰: 호전이 없으면 재방문함.

긴장성 두통 (Tension headache)

정의 : 전두부와 후두부를 가로질러 띠를 두른듯한 압박두통으로 스트레스기관과 일반적으로 연관됨.

원인 : 미상이나 일반적으로 긴장과 관련있고 근육경련과 연관있음.

임상양상 :

가. 증 상

1. 양측성으로 두피를 가로질러서 띵하고 아픈 통증임.
2. 보통 중년에 호발함.
3. 두통이 장시간 지속함.
4. 맥박성 통증이 아님.
5. 관련된 오심과 구토가 일반적으로 없음.
6. 두통이 긴장기간과 연관있음.
7. 전조나 신경학적 결함이 없음.

나. 징 후

1. 일반적으로 징후가 없음.
   ㉮ 혈압 정상
   ㉯ 안저검사소견 정상, 동공반사 정상
   ㉰ 신경학적 검사소견 정상
   ㉱ 열성 질환 없음.
   ㉲ 측두부동맥에 압통이 없음.
2. 두피에 접촉통이 있음.
3. 경부의 배근들에 긴장과 압통이 있음.

임상병리검사소견 : 이상 없음.

감별진단 : 두통의 다른 주원인을 제외하여야 함.

가. 부비강성 두통 : 동통이 부비강의 부위, 전두부, 안구주위에 있고 부비강의 충혈과 가장 흔히 관련있으나 가끔 세균성 부비강염과 관련됨. 부비강부위의 피부는 감각과민이고 부비강은 압통이 있음. 두통은 야간에 시작하고 체위의 변화에 따라 주위로 위치가 변화함.

나. 편두통 : 편두통을 참조할 것.

다. 고혈압 : 고혈압성 두통은 주로 띵한 후두부두통이나 이른 아침에

생김. 중등도의 고혈압은 보통 매우 심한 두통을 일으키지 않음.

라. 전신성 열성 질환

마. 녹내장: 동통이 일반적으로 매우 심하며 안와부주위에 위치함. 녹내장성 두통은 오심과 구토를 동반할 수 있음. 동공은 고정되고 반쯤 확대됨.

바. 뇌종양: 뇌종양으로 인한 두통은 특수한 성격이 없으나 점차 악화되어가는 심한 심부통임. 이 두통은 야간에 생겨서 환자를 잠에서 깨울 수 있고, 또한 이른 아침에 일어날 수 있음.

사. 밀집두통(Cluster or Horton's headache): 일반적으로 일측 안와부에 국한하고, 일반적으로 야간에 발생하고 거의 1시간가량 계속함. 심한 맥관성 두통이 비루, 유루, 조홍이 동반됨. 이 동통은 수일 밤 혹은 수주간에 걸쳐 밀집해서 나타났다가 소실하는 경향이 있음.

치료:

가. 환자를 안심시켜 줄 것.

나. 진통제의 투여 - Aspirin 1 ~ 2정을 매 6시간마다 경구투여 함.

다. 스트레스가 있으면 의사의 지시하에 항불안약물이나 진정제를 투여함. 즉 Diazepam(® Valium) 5mg, Chlordiazepoxide (® Librium) 10mg, Lorazepam(® Ativan) 1mg을 1일 1 ~ 2회 경구투여함.

라. 대증적으로 가벼운 목운동을 시키거나 경부의 배근들에 더운 찜질을 시키면 일시적으로 증세가 완화하기도 함.

합병증: 거의 없음.

자 문: 다음의 경우에 정신심리적 불안과 긴장에 대한 원인적 치료를 받도록 의뢰할 것.

가. 최초의 치료를 시작한 후에도 호전이 없는 경우

나. 전술한 감별하여야할 질환으로 진단되지 않은 모든 두통으로서 2주간의 치료에도 해소되지 않은 경우

추후관찰:

가. 2주내에 재방문할 것. 필요하다면 더욱 빨리 재방문할 것.

나. 필요하다면, 환자가 진료실을 찾도록 할 것.