

한의학증에 대한 신경정신과적 증상 기술 연구

장재순, 김가나, 조성훈

경희대학교 한의과대학 신경정신과교실

A Study on Neuropsychiatric Symptoms and Signs of Disease Pattern in Korean Medicine

Jae-Soon Jang, Ka-Na Kim, Seung-Hun Cho

Department of Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Kyung-Hee University

Received: November 25, 2016

Revised: December 15, 2016

Accepted: December 29, 2016

Objectives: This study aimed to develop a standard understanding of neuropsychiatric symptoms and signs of Disease Pattern Identification/syndrome in Korean Medicine.

Methods: We investigated various published articles, and the proposals are based on a comparative analysis between Korean medicine literature and DSM5, ICD-10. To improve our understanding, we engaged in a consultation through discussions with the advisory committee.

Results: We describe the physical and neuropsychiatric symptoms in a modern sense of the major disease Pattern in Korean Medicine. We also proposed a profound understanding of the neuropsychiatric symptoms and signs of Disease Pattern Identification/syndrome in Korean Medicine.

Conclusions: Compared with DSM5, ICD-10, the system of neuropsychiatric diagnosis in Korean medicine, could be profoundly organized into a system in a modern sense. It would be helpful to apply this understanding to clinical practices. There are several points of consideration in this study. The system of neuropsychiatric diagnosis in Korean medicine cannot be a perfect match for DSM5 or ICD-10. In addition, we could not reach a complete consensus on the disease pattern. Although there are some limitations to this study, it is meaningful to have an understanding of the neuropsychiatric symptoms and signs in Korean medicine through discussions with the advisory committee. This trial is expected to be applicable to related research in the future.

Correspondence to

Seung-Hun Cho
Department of Neuropsychiatry,
College of Korean Medicine,
Kyung-Hee University, Hoegi-dong
Dongdaemun-gu, Seoul, Korea.
Tel: +82-2-958-9188
Fax: +82-2-958-9186
E-mail: chosh@khu.ac.kr

Key Words: Neuropsychiatric Symptoms and signs, Korean medicine, Disease Pattern, Neuropsychiatry, KCD, U code.

I. 서론

한의병증(韓醫病證)은 1973년 제정되어 사용되고 있는 한국표준질병사인분류(한의)¹⁾에서 질병 개념을 분류한 하나의 체계로 한의병명, 사상체질병증 등 질병 개념을 분류한 한의분류로 사용되고 있다. 분류는 일정한 원칙에 기반하여 같은 종류끼리 가르고 나누는 것이다. 따라서 질병분류란 해당 진단체계가 요구하는 특성에 따라 질병들을 구분하는 것이라고 할 수 있다.

한국표준질병사인분류(한의)를 U코드(U Code of Korean Classification of Disease; KCD-U)로 구분하면 U20-U33 한의병명(韓醫病名), U50-U79 한의병증명(韓醫病證名), U95-U98 사상체질병증명(四象體質病證名)으로 구성된다. 질병분류를 변증(辨證)을 중심으로 이루어진 증명(證名)과 변병(辨病)으로 이루어지는 병명(病名)으로 하는 것으로 이해할 수 있다.

한의병명(韓醫病名, Disease Name of Oriental Medicine)은 전신질환(U20-21)부터 정신 및 행동장애(U22), 신경계통(U23-24), 눈, 혀, 목구멍(U25), 순환기계(U26), 호흡기계(U27), 소화기계(U28), 피부피하조직(U29), 근골격결합조직(U30), 비뇨생식기계(U31), 여성비뇨생식 및 분만(U32), 발육지연, 발달장애 및 소아청소년기 질환(U33)으로 생리학적 해부학적 기능위주의 질병분류를 이용한 방식이다²⁾. 신경정신과에서 주로 사용할 수 있는 병명(病名)의 범주는 정신 및 행동장애(U22, Mental and behavioral disorders)이다.

한의병증(韓醫病證, Disease Pattern/syndrome of Oriental Medicine)은 육음병증(U50), 육경병증(U51-57), 위기영혈병증(U58), 삼초병증(U59), 기혈음양진액병증(U60-63), 장부병증(U64-79)으로 변증(辨證)을 기초로 하여 질병분류가 이루어진 방식이다. 현재의 질병체계가 질병 중심으로 되어 있고, 변증(辨證)을 포함하는 개념으로 대만과 중국에서 서의병명과 증의학의 병증명(病證名)에 대응, 환원시키기 위한 개념에서 병증(病證)이라는 명칭이 생겨났다³⁾.

현재 정신의학에서 흔히 사용되는 신경정신과적 질병에서의 진단 체계는 크게 정신질환 진단 및 통계 편람⁴⁾ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)과 국제질병분류 10판⁵⁾ (International Classification of Diseases-10, ICD-10)이다. 위의 두 진단 체계는 증상의 유무와 강도, 경과를 반영하여 진단을 내리게 된다⁶⁾.

정신질환 진단 및 통계 편람⁴⁾ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)은 미국 정신의학 협회 (American Psychiatric Association)가 만든 진단 체계로, 정신질환의 진단에 있어 가장 널리 사용되고 있다. 비슷한 목적으로 사용되는 신경정신과적 질병 분류, 진단 체계로는 국제 질병 분류(International Classification of Diseases-10, ICD-10)가 있다⁵⁾. ICD-10은 유럽에서 1800년대에 제정한 이래로 WHO에서 매 10년마다 개정하고 있으며 WHO 회원국들은 국제 질병 분류 체계에 따르도록 의무화하고 있다. 현재 우리나라는 ICD-10의 권고안을 기반으로 만든 한국표준질병사인분류(KCD)를 사용하고 있으며 2016년 7차 개정이 된 상태이다. DSM과 ICD 모두 신경정신 질환을 대상으로 체계적으로 진단하기 위한 기준들을 제시한다. DSM이나 ICD-10, KCD와 같이 현재 사용되고 있는 체계들은 각각에서 정의하고 분류한 체계에 따라 서로 다른 내용과 형식을 가지고 사용되고 있다. 각 진단 체계의 분류가 다양하고 상이한 체계를 갖고 있어, 한 가지 증상에도 개념의 차이가 존재하여 진단 체계에 따라 다른 진단명이 나올 수 있다⁶⁾.

한의병증(韓醫病證)에 대한 진단 과정은 한의학 특성상 여러 증상이 복합적으로 합쳐져 있는 변증(辨證)체계로 결정된다⁷⁾. 한의학적 변증으로 한의병리와 치료를 연결하게 된다. 변증이란 망, 문, 문, 절을 통하여 얻은 정보들과 신체에서 일어나고 있는 증상들을 종합적으로 분석하여 진단하는 방법이다⁸⁾. 그러나 이전부터 변증을 통해서는 환자의 증상에 대해 표준화, 객관화된 평가를 내리기 어렵다는 지적이 있어왔다. 또한 증후의 범위가 너무 포괄적이거나 애매한 증후는 진단명을 확정하기가 쉽지 않다^{9,10)}. 변증을 통해 환자를 진단함에 있어 임상자의 임상 지식 및 경험에 좌우되는 문제점이나 변증 진단의 객관성 및 재현성 부족을 해결하기 위해 한의학계에서 변증도구가 개발, 사전 연구, 한의학 용어의 표준화, 변증명의 표준화, 진단요건의 표준화 등이 1990년대에 진행되었다¹⁰⁻¹³⁾.

한의진단명의 표준화를 위하여 기본지침을 정하였는데 한의병증(韓醫病證, U50-U79)을 사용한 경우에 해당 병증에 포함되는 병명(病名)은 혼용하지 않기로 하였다¹⁴⁾. 일반적인 U코드로만으로도 특정 분야의 영역에서 다양한 임상 양상을 충분히 표현하기는 어렵다고 한다¹⁵⁾. 현재까지 신경정신과 임상 영역에서 좀 더 체계적이고 적절한 진료 및 근거 중심의 한의학적 치료를 위해 화병이나 우울증 등 질환 중심의 변증

(辨證) 도구 연구¹⁶⁻¹⁹⁾ 및 임상진료지침 개발 연구^{20,21)}가 진행되었지만 여전히 신경정신과 분야에서 한의학적인 진료를 위해서는 현재 KCD에서 사용하고 있는 한의병증코드를 좀더 체계적으로 이해하고 그 체계에 따라 다양하게 사용할 필요성이 있다. 정신과적 진단과 한의학의 변증(辨證)은 복잡증후의 조합이라는 면에서 공통점이 있고 두 진단 체계 모두 그 정도를 연속선상에서 보고 있다는 면에서 개개인의 차이를 반영할 수 있다^{6,8)}. 이에 본 연구는 한의신경정신과 진단의 객관적인 연구를 위해 국제질병분류 10판(ICD-10)과 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)과의 비교, 분석한 결과를 보고한다.

II. 연구대상 및 방법

본 연구는 한의학 교과서 중 한방병리학⁷⁾, 한의신경정신과학²²⁾, 세계보건기구가 제정한 전통의학 국제표준용어²³⁾(WHO-IST), 기타 한의학 관련 자료²⁴⁾이나 전통지식포털²⁵⁾, 중의학 서적과 연구문헌²⁶⁻³³⁾을 바탕으로 각 변증유형에 따른 증상들을 수집하여 정리, 분류하였다. 그리고 2016년 현재 KCD 개정7판에서 사용되고 있는 한의병증코드(U50-U79) 중 내원환자에게 빈용으로 사용되는 한의병증코드(U50-U79)를 선정하고 국제질병분류 10판(ICD-10)과 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)의 정신과적인 병명을 비교, 분석하여 그 특징들을 고찰하였다. 한의병증(韓醫病證, U50-U79) 체계에서의 증상을 ICD-10과 DSM-5에서 기술된 표현을 매칭하여 신경정신과적인 범주에서 정신적 증상과 신체적인 증상으로 나누어 파악하였다. 그리고 여기에서 도출된 결과를 본원 한방신경정신과 전문의, 지도교수, 전공의 2인에게 각 한의병증별 증상의 임상적 유용성과 타당성에 대한 자문을 받아 한국표준질병사인분류(한의)에서 등록된 한의병증별로 현재 신경정신과적 관점에서의 의미를 제한하였다. 한의병증에 대한 순서는 한국표준질병사인분류(한의)의 한의병증코드(U50-U79)순으로 기술하였다.

III. 결과

1. U65.0 간양상항증(肝陽上亢證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U65.0 간양상항증(肝陽上亢證)의 신경정신증상으로 수면에 대한 욕구가 감소하고 꿈을 많이 꾸거나 사고의 비약 또는 사고가 연달아 일어나는 주관적인 경험(少眠多夢), 중요하지 않거나 관계없는 외적 자극에 너무 쉽게 주의가 이끌리는 주의산만증상(時作時止), 평소보다 말이 많아지거나 계속 말을 하게 되며 기분이 고양되어 있으나 사소한 일에 분노를 일으키고 과격한 행동(急躁易怒), 목표 지향적 활동의 증가와 고통스런 결과를 초래할 쾌락적인 활동에 지나치게 몰두(每遇煩勞或惱怒加重)하게 되며 비정상적인 사고의 흐름으로 심한 경우 말하는 내용을 이해하기 어렵고 과잉 행동을 보이는(頭重脚輕) 등의 증상이 나타난다^{4,5)}.

간양상항증(肝陽上亢證)의 신체증상으로 목과 입이 마르고(咽乾口燥), 머리가 어지럽고 이명증상이 나타나며(眩暈, 耳鳴), 머리가 짝찬 것 같은 두통양상(頭痛脹感), 머리나 인체 상부로 열이 계속 오르는 증상(火升面紅, 面赤烘熱), 허리와 무릎이 쭈시고 아픈(腰膝酸軟) 등의 증상을 보인다.

2. U65.1 간기울결증(肝氣鬱結證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U65.1 간기울결증(肝氣鬱結證)의 신경정신증상으로 일상 활동에 대한 흥미나 즐거움이 저하되고 마음을 뜻대로 펴지 못하는 울적한 상태(精神抑鬱), 지속되는 슬프거나 공허하다고 느끼고 울고 싶은 기분을 일으키는 번잡하고 지속적인 상념에 빠진 상태(多疑欲哭)이다. 이외에도 정신 운동성 초조나 지체 증상, 무가치감 또는 과도하거나 부적절한 죄책감, 사고력이나 집중력의 감소, 또는 우유부단한 증상은 편안하지 않은 감정을 지속적으로 느끼는 증상(情緒不寧, 情志不暢)을 말한다^{4,5)}.

간기울결증(肝氣鬱結證)의 신체증상으로는 체중 조절을 하고 있지 않은 상태에서 의미있는 체중 감소나 체중 증가, 식욕 감소나 증가로 음식을 먹을 생각이 나지 않고 대변상태도 정상적이지 않게 되는 증상(不思飲食, 大便不調, 脘悶噯氣)이 있다. 간울은 또한 항상 비위에 영향을 주므로 간비부조(肝脾不調)의 병증도 함께 나타나게 된다. 간기울결증(肝氣鬱結證)의 가슴이 답답하고 상쾌하지 못하며 자꾸 한숨이 나오는 상태(胸悶, 善太息)는 매일의 피로나 활력 상실

을 뜻한다. 이외의 특징적인 신체적 증상으로는 양 옆구리가 그득하며 창만(脹滿)하거나, 가슴이 답답하고 상쾌하지 못하며(胸悶), 항상 정서 변화에 따라서 증감되고 설태박(舌苔薄), 맥현(脈弦)으로 나타난다.

특히 부녀에게는 유방창통(乳房脹痛), 월경부조(月經不調) 등이 자주 발생하기도 한다. 이러한 증상들은 DSM-5 기준으로 우울장애(Depressive Disorders)의 하위 분류에 속하는 월경전 불쾌장애(PMDD, Premenstrual Dysphoric Disorder)와 유사한 증상군이다. 월경전 불쾌장애는 월경이 시작되기 전에 정서적 불안정, 분노(鬱怒所傷), 일상생활에 흥미감소, 무기력, 집중곤란 등 불쾌한 증상과 불안이 주기적으로 나타나는 증상을 말하며 가입기 여성의 70~80%가 월경전기에 압통, 두부룩함, 짜증, 정서적 불안감을 경험하는데 이러한 증상이 심각한 장애를 초래하는 경우를 말한다. 마찬가지로 DSM-5의 우울장애(Depressive Disorders)의 하위분류인 기분조절곤란 장애(Dysruptive Mood Regulation Disorder)의 언어적, 행동적으로 표현되는 반복적 분노폭발 증상도 간기울결증(肝氣鬱結證)의 마음이 답답하고 쉽게 짜증이 나며 화가 나는 증상(心煩易怒)과 유사한 개념으로 볼 수 있다.

3. U65.2 간화상염증(肝火上炎證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U65.2 간화상염증(肝火上炎證)의 신경정신증상으로 꿈을 많이 꾸고 불면증상(失眠多夢)이 나타나며, 우울감과 억압된 분노감(煩躁易怒)을 느끼게 된다. 분노감을 의식적으로 억압하기 때문에 다양한 신체 증상으로 표현되어 나타난다.

간화상염증(肝火上炎證)의 신체증상으로 두통, 어지러움, 이명(頭脹痛, 眩暈耳鳴)이 나타나고 이명이 심할시 돌발성 난청(耳鳴如潮, 甚則突然耳聾失聽)이 발생 할 수 있다. 얼굴이 붉어지며 입이 마르고 쓴 증상(面紅口渴咽乾)이 나타난다. 얼굴, 머리 혹은 옆구리, 전신에 걸쳐 통증(目赤腫痛 脇肋灼痛)이 있을 수 있고 입이 마르며(口渴) 소변이 붉어지고 자주 보거나, 빈뇨, 잔뇨와 같은 소변이상 증상, 대변은 변비 경향(大便秘結)으로 나타난다. 숨 쉬는 것이 답답하고(胸悶) 명치에 뭉개 걸려 있는 듯한 느낌을 느끼기도 한다.

4. U66.0 심기허증(心氣虛證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U66.0 심기허증(心

氣虛證)의 신경정신증상으로 안절부절못함 또는 긴장이 고조되거나 가장자리에 선 느낌이나 쉽게 피로해지며 과민해지는 증상(神疲無力), 걱정과 불안으로 인한 집중하거나 말하기가 어렵고(少氣懶言), 말과 행동이 위축되며(語聲低微), 집중 곤란 또는 마음이 멍해지는 느낌(頭暈乏力), 생각을 하면 할수록 걱정이나 증상이 심화되며 생각을 줄이면 놀람이 안정된다(動則悸發, 靜則驚緩)^{4,5)}.

심기허증(心氣虛證)의 신체증상으로 심장 박동이 빨라지고, 호흡곤란의 숨막히는 느낌(心悸氣短), 어지러움, 현기증(頭暈乏力), 흉부의 통증 또는 불편감(胸悶, 心胸隱痛), 식은땀이 나는 증상(自汗), 팔과 다리의 열감, 오한, 저림 또는 얼얼한 감각, 손발의 발한증상이(畏寒肢冷 畏風自汗) 나타난다.

5. U66.5 심기혈양허증(心氣血兩虛證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U66.5 심기혈양허증(心氣血兩虛證)의 신경정신증상으로 급작스런 환경, 대인관계의 변화나 스트레스사건을 겪은 후, 불안, 우울과 같은 감정적 증상(心悸怔忡, 神疲乏力)이나 불면이나 꿈을 많이 꾸며(失眠多夢) 어지럽거나 집중력저하(頭暈眼花) 등의 증상이 나타난다^{4,5)}.

심기혈양허증(心氣血兩虛證)의 신체증상으로 외상 전에는 존재하지 않았던 증가된 각성 반응의 증상을 볼 수 있다. 악화된 놀람반응으로 심장 박동도 빨라지고 두근거리며(驚悸怔忡), 식욕의 저하(食少納呆), 손과 발의 감각이상 및 힘이 빠지며(手足麻木, 虛勞), 사지말단의 혈액순환의 저하(指甲色淡) 증상을 보인다. 호흡이 짧아지고(呼吸氣短), 가슴이 답답하여 편안하지 않거나 아프면서(胸悶) 저절로 식은땀이 난다(自汗出).

6. U66.6 심기음양허증(心氣陰兩虛證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U66.6 심기음양허증(心氣陰兩虛證)의 신경정신증상으로 불면이나 꿈을 많이 꾸며(失眠多夢) 주의집중불능·기억력장애(神疲無力 健忘) 정신적으로 만성화된 피로 증상(動則尤甚 語聲低微) 등의 증상이 나타난다^{4,5)}.

심기음양허증(心氣陰兩虛證)의 신체증상으로 가슴이 두근거리며 식은땀이 나고 얼굴이 창백해지는 등(心悸 自汗 面白)의 증상과 입이 마르고 쓰며 목에 무엇인가 걸린 것 같은 증상(口乾 咽燥) 얼굴이 붉게 보이며 손발에 열이 난다

든지 하는 신체 온도 감각의 조절 어려움, 지각과민과 피자극성 향진(顫紅 五心煩熱) 등이 나타난다. 또 피로가 지속 또는 신체적 쇠약과 소모에 대한 지속적인 증상(盜汗 低熱 少津)이 나타난다. 현기증, 이명(頭暈 目眩) 등의 신체적 장애의 호소가 많고, 과장적이고 정세(精細)하지만 타각적인 것에 해당하는 소견이 인정되지 않는 신체적 쇠약을 보이는 증상이 나타난다.

7. U67.0 심화상염증(心火上炎證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U67.0 심화상염증(心火上炎證)의 신경정신증상으로 어떤 상황에서 본인의 기준, 판단에 따라 엄격하게 적용되어야 하는 원칙에 맞지 수행되어야 한다는 압박감과 불안, 고통을 일으키는 반복적이고 지속적인 사고, 충동, 또는 심상(心胸煩熱 急燥)이 나타난다^{4,5)}. 그에 따른 불면증상(急燥失眠)이 생기고, 그 이후 정신적인 반복 활동, 사고, 충동, 심상을 무시하거나 억압하려고 시도하며 다른 생각이나 행동에 의해 중화하려고 하는 언어나 행동(甚則狂躁譎語) 등이 나타난다. 본증은 정신적 억울, 외감, 신랄한 음식의 과다 등으로 발생한다. 음식의 부절제나 신랄자박(辛辣炙燻)한 음식을 과식하여 위장에 적체된 조열이 내생하여 신음이 부족해져 대변비결(大便秘結), 배출곤란(排出困難), 항문건열동통(肛門乾裂疼痛), 변혈치질(便血痔疾) 등의 증상이 생긴다. 적체된 내부의 열이 내생하여 지속적으로 신음이 부족해지는 과정은 반복적이고 지속적인 사고, 충동, 또는 심상으로 반복적인 행동(예: 손씻기, 정돈하기, 확인하기) 또는 정신적인 활동을 하는 것에 비견 될 수 있다.

8. U67.2 담화요심증(痰火擾心證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U67.2 담화요심증(痰火擾心證)의 신경정신증상으로 세부적인 면에 대해 면밀한 주의를 기울이지 못하거나, 학업, 작업, 또는 다른 활동에서 부주의한 실수를 저지른다(神志不淸). 일을 할 때 주의력이 부족하여 산만하고 과다활동, 충동성(心煩 狂妄躁動)을 보이며 다른 사람이 직접 말을 할 때 경청하지 않는 것으로 보인다(胡言亂語). 또한 과업과 활동을 체계화하지 못하고 외부의 자극에 의해 쉽게 산만해진다(心煩 哭笑無常). 손발을 가만히 두지 못하거나 의자에 앉아서도 몸을 폼지락거리거나 흔히 다른 사람의 활동을 방해하고 간섭한다(打人毀

物). 조용히 여가 활동에 참여하거나 놀지 못하고(呼號怒罵) 지나치게 수다스럽게 말을 한다(胡言亂語). 불면증상과 꿈을 많이 꾸는 증상(失眠 多夢)도 나타난다^{4,5)}.

담화요심증(痰火擾心證)의 신체증상으로 얼굴이 상기되어 붉어지며(面赤) 호흡을 가쁘게 하며(氣粗) 가슴이 두근거리는 증상(心悸)이 나타난다. 소변이 붉어지고(尿赤), 대변은 변비 경향(便秘)으로 나타난다.

9. U67.4 담미심규증(痰迷心竅證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U67.4 담미심규증(痰迷心竅證)의 신경정신증상으로 시간, 공간, 인물의 인식 능력, 판단능력이 저하등의 실어증, 실행증, 실인증, 또는 실행기능의 손상(不省人事, 神志痴呆, 行動舉止異常), 표정의 변화가 없어지고 초조, 억울한 정신심리 증상(精神抑鬱, 表情淡淡)이 나타난다. 인지결손은 직업적, 사회적, 기능이 장애될 정도이며 심할시에는 정신착란, 환각 증상이 있으며 인지, 판단능력의 기능 장애와 감각기관의 저하가 함께 나타나고(神志昏蒙, 似明似昧), 졸도하여 인사불성이 되며 혼자 중얼거리거나 말하는 증상(卒然昏仆, 獨白自語)이 있을 수 있다^{4,5)}.

담미심규증(痰迷心竅證)의 신체증상으로 가슴이 답답하며 목구멍에서 가래 끓는 소리가 나고(胸悶痰多, 喉中痰鳴, 漉漉有聲, 紋洗色淡), 식욕이 떨어지고 소화기 증상과 침을 잘 삼키지 못하는 등의 연하장애가 나타나며(不思飲食, 嘔吐痰涎), 뇌일혈 증상과 함께 병발 할 시, 사지에 힘이 빠지며 늘어지는 등(四肢抽搐, 面色晦滯)의 증상이 나타난다.

10. U60.4 기억증(氣逆證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U60.4 기억증(氣逆證)은 기(氣)가 상역(上逆)하여 복중(腹中)에서 때때로 상충(上衝)하는 것을 말한다. 폐위간 등이 외사, 식체, 화열, 담탁, 정서적 억울상태 등에 영향을 받아 기기의 승강출입이 막혀서 기가 상역하는 증으로 기억증(氣逆證)은 기수련 부작용, 기공수련에서 말하는 주화입마(走火入魔)의 병증 상태와 유사한 증상군으로 볼 수 있다.

11. U72.0 담기허증(膽氣虛證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U72.0 담기허증(膽氣虛證)의 신경정신증상으로 쉽게 잘 놀라고 두려워하며 비

정기적인 강한 두려움이나 불쾌감이 있고 여러 가능성에 대한 근심 걱정, 또는 발작의 결과에 대한 근심 걱정(膽怯, 常易驚恐, 遇事不決), 야간, 위험한 곳 등의 시간, 공간적으로 곤란한 장소나 상황에 처해 있다는데 대한 불안, 불면 증상(夜寐不安, 多夢) 등이 나타난다^{4,5)}.

담기허증(膽氣虛證)의 신체증상으로 심계항진, 심장의 두근거림 또는 심장 박동수의 증가(驚悸, 怔忡), 숨 가쁜 느낌 또는 숨 막히는 느낌, 질식감 혹은 가슴 답답함(氣短乏力), 현기증, 불안정감, 머리 빙함 또는 어지럼증(伴頭目眩暈), 비현실감 또는 시각이 뿌옇게 되는 감각 이상(視物模糊) 등의 증상을 보인다.

12. U72.2 담열증(膽熱證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U72.2 담열증(膽熱證)의 신경정신증상으로 안절부절 못하거나 쉽게 흥분하며(煩躁易怒), 밤에 잠들기 힘들고 불안해지는 증상(夜寐不安, 不寐)이 나타난다. 불안이 심화되면서(心煩) 중요한 개인적 정보를 회상하지 못하거나 필요이상으로 과하게 감정적이 되는 자아 각성, 즉각적 감정 등과 몸의 움직임의 부분적 또는 완전한 통합상실을 나타낼 수 있다(頭暈, 耳鳴, 煩躁易怒). 연속적인 의식이 단절되는 현상을 나타낼 수도 있다(往來寒熱)^{4,5)}.

담열증(膽熱證)의 신체증상으로 가슴이나 옆구리가 답답하고 그득하며 통증이 이리저리 나타나고(胸脇滿痛), 배가 아프며 소화가 되지않고 생소한 음식을 먹지 못하는 기간 이외에 일어나는 오심, 팽만감, 구토가 일어난다(嘔吐苦水). 입이 쓰고 목에 뭐가 걸린 것 같다는(口苦咽乾) 증상, 또 환청, 접촉이나 통증에 대한 무감각, 복시, 시력 장애, 난청과 같은 전환 증상(目眩, 耳聾), 온도감각의 장애(往來寒熱) 등이 나타난다. 머리, 복부, 얼굴, 등, 사지 등 신체 여러 곳에서 동통증상(兩側頭痛, 目眈痛, 胸脇滿痛)을 보인다.

13. U78.0 간담습열증(肝膽濕熱證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U78.0 간담습열증(肝膽濕熱證)의 신경정신증상으로 알코올 의존이나 금단으로 잠을 잘 수 없는 불면증(夜寐不安), 일시적인 환시, 환청, 환촉 또는 착각(目眩, 耳聾), 정신운동성 초조증상, 불안, 대발작(煩躁易怒) 등이 나타난다^{4,5)}.

간담습열증(肝膽濕熱證)의 신체증상으로 양 측두, 안외주

위의 두통증상(兩側頭痛, 目眈痛), 알코올 금단증상과 유사한 입이 쓰고(口苦咽乾) 목이 수시로 더웠다 추웠다 하는 등의 자율신경기능의 항진이 나타나며(往來寒熱), 옆구리와 배가 아프며(胸脇滿痛), 무기력하며 헛배가 부르고 음식 먹기를 싫어하여 식사하지 못하고(困倦, 厭食), 메스꺼움 및 구토하며(嘔吐苦水), 소변이 누렇게나 붉으며, 피부나 눈이 누렇게 된다.

14. U78.1 간비불화증(肝脾不和證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U78.1 간비불화증(肝脾不和證)의 신경정신증상으로 체중이 느는 것에 대한 극도의 공포를 보이고, 체중을 최소한의 정상 수준이나 그 이상으로 유지하기를 거부하며 체중과 체형을 보는 방식이 왜곡되고, 체중과 체형이 자기 평가에 지나친 영향을 미치며(食慾不振, 精神抑鬱, 心煩易怒), 현재의 낮은 체중의 심각함을 부정하고 체중 증가와 비만에 대한 극심한 두려움(食慾不振, 煩躁易怒, 善太息)이 있다^{4,5)}.

간비불화증(肝脾不和證)의 신체증상으로 양옆구리가 그득하며 은근한 통증이 있고(兩脇脹滿疼痛), 식욕이 감소하고 먹지도 않았지만 헛배가 부르듯이 배가 그득하다고 느끼며(納食減少, 脘腹脹滿), 답답하여 한숨이 자주 나오며(善太息), 음식을 먹으면 복통과 설사를 하게 되거나(腹痛欲瀉, 腹脹便溏), 장음이 항진되고 방귀가 잘 나온다(腸鳴失氣). 월경이 시작된 여성이 무월경, 즉 적어도 3회 연속적으로 월경 주기가 없다(月經不調).

15. U78.4 간신음허증(肝腎陰虛證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U78.4 간신음허증(肝腎陰虛證)의 신경정신증상으로 새로운 정보를 학습할 능력의 저하와 과거 학습한 정보를 회상하는 능력의 장애, 시간, 공간, 인물의 인식 능력, 인지 판단력 저하(健忘, 頭暈)를 보인다. 눈 앞이 캄캄하고 꽃 같은 헛것이 어른거리는 증상의 환각 증상, 환시와 같은 증상이 발생하기도 한다(目眩). 이외에도 잠들기 전까지 잠시도 가만히 있지 못하고 아무런 목적 없이 계속 왔다 갔다 하는 수면 문제(不易入睡, 睡時多夢), 충동적인 행동, 공격성, 배회증상, 짜증과 신경질이 증가하여 화낼 일이 아닌데도 지나치게 화를 내거나 슬픈 일이 아닌데도 심하게 울기도 하며 웃을 만한 일이 아닌데도 겉잡을 수 없이 큰소리로 웃는 등 감정조절이 안 되는 감정

실조 증상(失眠, 急躁而怒) 등의 다양한 정신심리 행동증상(虛火上擾, 特徵有情緒低落, 心慌不安)을 나타낸다^{4,5)}.

간신음허증(肝腎陰虛證)의 신체증상으로 눈과 입이 마르며 뻑뻑하고(口咽乾燥) 아찔하며 어지럽다거나 귀가 울리는 소변을 자주 보거나, 빈뇨, 잔뇨와 같은 소변이상 등의 전반적인 신체, 감각기관의 감퇴(目眩, 頭暈, 耳鳴, 遺精)를 보인다. 발바닥, 가슴 등쪽이 화끈거리는 감각기능상의 이상이 발생하기도 하고(五心煩熱, 手足心熱, 易盜汗), 척추 관절 등의 요통 및 관절통(腰痛) 등의 병증도 함께 나타나기도 하고 신체능력 전반적인 저하와 감각기능의 이상 및 저하를 보이기도 한다.

16. U78.6 심담허겁증(心膽虛怯證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U78.6 심담허겁증(心膽虛怯證)의 신경정신증상으로 극심한 공포, 무력감을 느끼거나 약화된 놀람반응(易恐懼, 如人將捕之), 자극에 과민한 상태 또는 분노의 폭발(善驚易怒, 易驚易恐), 앓으나 서나 불안하고 지리멸렬하거나 초조한 행동이 나타나며 집중의 어려움, 지나친 경계(坐臥不寧不安), 잠들기 어려움 또는 잠을 계속 자기 어렵거나 자더라도 사건에 대한 반복적이고 괴로운 꿈(夢寐不寧, 多夢, 善驚), 재경험을 하며 마치 외상성 사건이 재발하고 있는 것 같은 행동이나 느낌, 사건을 다시 경험하는 듯한 지각, 착각, 환각, 해리적인 환각 재현의 삽화들(多夢易醒, 惡聞聲響)을 경험하고 외상과 관련되는 생각, 느낌, 대화, 행동, 사람, 장소를 피한다(惡聞聲響)^{4,5)}.

심담허겁증(心膽虛怯證)의 신체증상으로 외상 전에는 존재하지 않았던 증가된 각성 반응의 증상을 볼 수 있다. 약화된 놀람반응으로 심장 박동도 빨라지고 두근거리며(驚悸怔忡), 식욕의 저하, 몸이 피곤하고 힘이 빠지며(食少納呆), 호흡이 짧아지는데 활동을 하면 더욱 짧아지며(氣短), 가슴이 답답하여 편안하지 않거나 아프면서(胸悶) 저절로 식은땀이 난다(自汗出).

17. U78.8 심폐기허증(心肺氣虛證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U78.8 심폐기허증(心肺氣虛證)의 신경정신증상으로 다양한 사회적 상황에서 친밀하지 않은 사람들에게 노출되거나 타인으로부터 심사받을 수 있는 사회적 상황 또는 일을 수행해야 하는 상황에 대해서 정신이 흥미해지는 정신적 무력감과 현저하고 지

속적인 공포가 있다(神疲無力). 그런 상황에서 창피를 당하거나 난처해지는 것에 대한 과도한 두려움(面色淡白無華) 때문에 더욱 자신감이 없어지거나 음성이 작아지는 등의 증상이 나타난다(語聲低微)^{4,5)}.

심폐기허증(心肺氣虛證)의 신체증상으로 심장 박동도 빨라지고, 숨 가쁜 느낌(心悸氣短), 흥식 위주의 불안정한 짧은 호흡이 사회적으로 노출될 때 더욱 심해지고(咳嗽, 動則氣喘, 咳痰清稀), 가슴이 답답해지며 식은땀을 흘리기도 한다(心胸憋悶, 自汗). 심하면 얼굴이 하얗게 질리는(面色淡白無華) 증상도 나타난다.

18. U79.1 비위양허증(脾胃陽虛證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U79.1 비위양허증(脾胃陽虛證)의 신경정신증상으로는 말할 힘도 아닐 정도의 무기력하며 쉽게 피로감을 느낀다(氣短 懶言 倦怠). 체중 증가나 살찌는 것에 대한 두려움으로 배가 고프어도 식욕을 느끼지 못하고 음식을 먹기를 거부하거나 필요량보다 적게 먹는 행동양상(飲食不振 納少 倦怠) 혹은 먹더라도 배가 더 부룩하며(食少 腹脹) 체중증가가 두려워 토하는 등의 제거 행동(嘔吐清水或痰涎)을 보인다^{4,5)}.

비위양허증(脾胃陽虛證)의 신체증상으로 음식물의 충분히 못하거나 부적절한 섭취로 얼굴색이 창백하며 피부가 건조하고(面色蒼白 形寒), 먹고나서는 더부룩함을 느끼고(食後腹脹), 대변은 무르고 충분히 소화되지 않은 상태이며(大便溏薄 下利清穀), 잦은 구토로 인한 전해질 불균형(小便不利)으로 인한 부종이나 체중이 증가할 때와 하제나 이뇨제의 남용하다가 중단하였을 때 흔히 오는 사지 말단의 부종이(肢體浮腫) 나타나며, 저체온이나 추위에 대한 내성저하(四肢不溫 四肢清冷 喜溫喜按 腹中冷痛 口淡不渴), 신체적 무기력감(四肢倦怠), 무월경증(月經量少 甚則閉經), 복통(腸鳴腹痛), 저혈압에 의한 어지러움(頭暈) 등 여러 가지 체중 감소로 인해 신체적 합병증을 나타 낼 수 있다.

19. U79.2 비위습열증(脾胃濕熱證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U79.2 비위습열증(脾胃濕熱證)의 신경정신증상으로 폭식 후에 체중 증가를 두려워하여 목구멍에 손가락을 넣어 아직 소화되지 않은 음식을 구토하는(嘔惡(吐出飲食物味酸苦), 嘔惡厭食) 등의 부적절한 보상행동을 하여 속이 더부룩하다거나(脘腹痞悶

懊懣) 복통을 호소하며, 구토를 하고 나면 이러한 증상은 없어지지만, 입이 쓰거나 마르고 식욕이 감소하며(口苦, 口粘, 食少) 자신에 대한 평가가 체형과 체중에 과도하거나 부적절한 평가를 하는 등의 우울감을 호소한다(肢體困重). 먹는 것을 멈출 수 없을 것 같은 느낌이나 먹는 음식의 종류나 양을 조절할 수 없을 것 같다는 느낌 등의 조절 상실감을 느낀다(身熱起伏)^{4,5)}.

비위습열증(脾胃濕熱證)의 신체증상으로 변이 무르고 냄새가 심한 대변 양상(大便溏泄而惡臭 便溏臭穢), 상복부 답답함과 더부룩함을 느끼며(脘腹痞悶, 懊懣), 입이 쓰거나 마르고 식욕이 적어진다(口苦, 口粘, 食少). 식사에 맞춰 긴장도가 올라가 소변 주기가 짧아지고 짙어지며(小便短赤), 안면 혈색이 짙어지거나 감각 예민화로 피부소양증이 나타나기도 한다(皮膚瘙癢, 面目肌膚發黃). 몸에 열감이 올랐다 내리며 땀을 흘려도 열기가 가시지 않는 등의 자율신경 온도 조절 장애(身熱起伏, 汗出熱不解) 등의 증상을 보인다.

20. U79.6 폐신음허증(肺腎陰虛證)

한국표준질병사인분류(한의, KCD) U79.6 폐신음허증(肺腎陰虛證)의 신경정신증상으로는 상동적이고 반복적인 운동현기증과(頭暈目眩), 사회적 의사소통에서 사용되는 언어 발달이 지연되거나 또는 전적으로 발달되지 않고 발달수준에 적합한 다양한 자연스러운 위장놀이 또는 사회적 상상 놀이가 부족하고(智能低下), 언어 또는 특이한 언어를 상동적, 반복적으로 사용하거나 행동, 관심 및 활동이 한정되고 반복적이고(健忘少寐) 발달수준에 적합한 또래관계를 형성하지 못하거나 사회적 또는 정서적 상호교류가 부족한 증상(形體消瘦 小兒發育遲延)이 나타난다. 어떤 부분에 지속적으로 집착하고 독특하고 비기능적 일상의 일 또는 관습에 변함없이 집착(五心煩熱)한다^{4,5)}.

폐신음허증(肺腎陰虛證)의 신체증상으로 허리, 무릎, 치아나 머리카락 등이 충분히 발달 못해 강하지 못하고 발육이 부진하거나(小兒發育遲延 腰膝酸軟 齒搖髮脫) 몸에서 주기적으로 열이 나면서(骨蒸潮熱 五心煩熱) 밤중에 자신도 모르게 땀이 나는(潮熱盜汗) 증상이 나타난다. 심할시 잠을 자지 못하고 땀을 흘리고 입이 마르고 쓰며(口乾咽燥) 발뒤꿈치나 발바닥 통증(足跟痛)이 생긴다.

IV. 고찰

한국표준질병사인분류(한의)는 1973년 한의분류를 처음 제정·고시한 이래 1979년 한의분류 1차 개정, 1994년 2차 개정을 거쳐 2010년 1월 1일부터 제3차 개정, 이후 2016년 7차 개정판을 사용하고 있다¹⁾. 이는 의료가 이원화된 대한민국의 특수한 조건을 고려하여 고유하게 쓰이는 한의병명과 한의병증 및 사상체질병증으로 구성되어 U-코드 진단명을 구성하였다. 변증은 한의학에서 질병을 진단하는 주된 진단 도구이며 U-CODE를 사용하여 건강보험공단에 등록이 되는 공식적인 진단명이다. 한국표준질병사인분류(한의) 안에서 정신 및 행동장애(Mental and behavioral disorders, U-CODE:22)는 그 범위와 종류에서 실제 진료 환경에서 신경정신과 질환을 분류하고 병리와 치료를 적용하는데 어려움이 있다. 임상현장에서 환자들은 이미 알고 있거나 진단 받았던 우울증이라는 ICD-10나 DSM5를 통한 진단명을 받는 것보다 한의학적 치료의 연장선에서 한의학적 병증명을 부여받는 것에 더 지대한 관심을 가진다³⁴⁾. 명확한 병증코드의 부여가 국민건강공단 보험체계에서나 한의사들은 물론 환자들에게도 중요한 관심사가 되고 있음을 알 수 있다.

한의학에서는 망(望), 문(聞), 문(問), 절(切)의 사진(四診)을 주로 이용하여 진단한다⁸⁾. 진단은 임상적으로 필수적인 단계이지만, 한의사 개개인의 지식과 경험에 따라 진단이 다른 결과로 나오는 경우가 많다. 이런 이유로 한의학적 진단의 객관화에 대한 문제가 지속적으로 제기되어 왔고 이에 대한 연구도 1990년대에 이뤄진 상태이다¹⁰⁻¹²⁾. 국제질병분류 10판(ICD-10)과 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)처럼 한의학 변증 연구에서도 각 변증별로 주증(주 증상)과 차증(보조 증상)으로 구분을 해놓았다⁷⁾. 한의과대학에서 이루어진 교육을 바탕으로 일반적인 한의병증명에 대한 한의사들의 일치된 견해나 합의가 충분하지만 신경정신과 질환의 측면에서는 공통된 합의나 이해가 부족한 실정이었다¹⁶⁻¹⁹⁾. 본론에서와 같이 현재 사용하고 있는 변증별 증상에 대하여 현대적인 DSM5, ICD-10을 비교, 분석하여 한의변증명에 대해 통상적으로 동의하는 신경정신과적인 해석을 함으로써 신경정신과 전문가들간의 의사소통 증진과 임상 진료 현장에서 좀 더 실질적인 질병분류 체계를 활용하고 표준화된

한의학 연구, 교육 및 의료의 질 평가 할 수 있다는데 이 연구의 의의가 있다고 하겠다.

한국표준질병사인분류(한의) 진단 체계에만 존재하고 사용하지 않는 병증명(病證名)이 되지 않게끔 기존 병증명(病證名) 체계에 대해 적극적으로 활용할 필요가 있다. 경계(驚悸)와 정충(怔忡)은 한의학적에서 불안증상을 나타내는 대표적인 병증으로 서양의학적 분류로는 공황장애, 공포증, 범불안장애 등과 유사한 병증이다¹⁹⁾. 경계(驚悸)와 정충(怔忡)은 가슴이 두근거리고 잘 놀래며 마음이 불안한 것을 자각하고 의식적으로 자신이 조절 할 수 없는 증후(證候)로, 대개 맥박이 불규칙하게 느끼는 경우가 많다. 경계는 정신적 자극이나 육체적 과로에 의해 유발되며 증상이 간헐적이고 증상이 생기지 않을 때는 비교적 가볍고 정상인과 같은데 비해, 정충은 하루 종일 증상이 계속되고 과로하면 증상이 더욱 심해진다²²⁾. 한의학적으로 공황장애, 공포증, 범불안장애를 이해할 수 있는 생리, 병리와 치료 기전을 포함하는 병증명이다. 경계(驚悸)는 U262, 정충(怔忡)은 U263로 KCD 제 6차 개정 상병분류기호에 포함되어 있었지만 제 7차 개정에서 R00.2 두근거림으로 중복상병이라고 판단되어 기존 U-CODE는 삭제되었다. 경계(驚悸)와 정충(怔忡)은 한방신경정신과 교과서의 한 챕터를 차지하고 있는 중요한 증상이며, 2000년대 초반부터 경계정충 변증도구 개발을 위한 기초 연구(2010), 경계정충 변증도구 신뢰도 평가 및 개선방안 연구(2014) 등 지속적인 연구가 되고 있었던 병증이였다. 경계(驚悸), 정충(怔忡)은 한의 신경정신과적 병증으로 유지되어야 했음에도 불구하고 R-CODE 중 두근거림(R00.2)과 증상 일면에서 비슷하고 중복된다는 단순한 논리로 삭제되어 그 아쉬움이 크다. 더 나아가 DSM5나 ICD-10가 지속적인 수정, 보완 작업을 해나가는 것처럼 KCD도 병증 진단명의 유무에 따라서 더 첨가되거나 추가 될 수 있어야 할 것이다. 어느 하나의 특정 진단체계로만 질병, 병증 상태를 기술 하는 것은 증상의 실체를 보지 못하게 좁은 시야를 유도하는 원인이 될 수 있다. 인체의 상태를 좀 더 객관적이고 명확히 기술하기 위해서 한방진단명을 활용하면서 ICD-10에 따른 진단명도 병기하는 체계를 활용하는 방법도 검토하는 등의 다양하게 진단 체계를 이용할 수 있고 그에 대한 전문가 집단의 논의가 요구된다.

본 연구는 다음과 같은 한계점과 보완해야 할 점이 있다. 첫째로, 본 연구에서 문헌조사를 통해 제안한 변증별 증상

연구는 연구자 회의를 거쳐, 의견 수렴과 자문을 통해 제작하게 되었다. 문헌조사에 기반 하여 합의가 필요한 연구 형식이었기 때문에 보다 많은 연구자, 전문가들의 의견 수렴과 자문이 필요하다고 생각된다. 향후 신경정신과학회 회원들과의 공동연구를 통해 지속적으로 수정하고 개정안을 제시하는 보완적 연구를 계획 중에 있다.

둘째로 국제질병분류 10판(ICD-10)과 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)에서의 진단 기준이나 증상의 나열을 차용하여 한의학적 변증으로 표현되는 부분에서 제한점이 있었다. 기혈음양, 한열허실 등과 같은 변증의 요소들이 독립적으로 존재하는 것이 아니고, 그 정도 또한 연속성상에 있는 점에서 정확히 구분 짓기 어려운 점이 있다. 따라서 한의학적 변증명과 각각의 요소를 국제질병분류와 정신질환 진단 및 통계 편람의 진단 체계에 대하여 명확하게 정의, 분류하는 것에 제한점이 있었다. 추후 세밀한 부분에서의 후속 연구와 보완 작업이 필요하다고 생각된다.

셋째로, 신경정신과 질환에서의 변증별 해석이 내과나 근골격계 질환들을 다루는 타의학 분야나 다른 세부전공의 질환까지 직접적으로 연계되기에는 변증별 증상 표현의 범위가 부분적이고 지엽적일 수 있다. 신경정신과적 의미와 함께 한 증상을 여러 가지 시각으로 바라볼 수 있는 유연한 사고 체계가 필요하고 앞으로도 보다 심도 깊은 연구가 필요하다고 생각된다.

V. 결론

지금까지 한의학에서 신경정신과 관련 질환 증상에 대한 한의학적 변증은 현대적 의미에서 볼 때 모호하거나 막연한 의미로만 이해되어 왔다. 본 연구는 국내외 문헌 연구와 전문가 회의를 통해 한의 진료의 신경정신과 영역에서 현대정신의학의 주요한 진단 체계인 국제질병분류 10판(ICD-10)과 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)를 반영하여 한국표준질병사인분류(한의)에서 한의변증별로 현대적인 의미를 찾아보고자 하였다.

본 연구 결과에서 제안하는 한의학적인 해석은 신경정신과 영역에서 한의병증진단의 현대적인 관점에서의 이해에 도움이 될 것이며, 임상현장에서 활용할 수 있을 것으로 기

대된다. 다양한 관점에서 기술현상학적인 방법을 사용하고 있는 이들 진단체계의 비교, 분석은 좀 더 객관적이며 표준화된 연구방법으로 사용되어 지고 이러한 연구 결과를 바탕으로 한의학적인 신경정신과 질병 치료 방법의 선택과 사용의 신뢰도 또한 확보 될 것이다. 의료인 개개인이 각기 다르게 사용하고 있거나 진단 체계에만 존재하는 병증명이 되지 않기 위해서는 기존 진단명 체계를 적극적으로 활용할 필요가 있다. 임상에서 각기 다르게 사용하고 있는 진단명에 대한 전문가적인 합의와, 향후 표준화 작업이 완료된 진단명에 대해서 본 연구에서 제안한 내용을 적용하면 신경정신과 임상 진료에서 좀 더 표준화된 진단과 질병분류가 이루어질 수 있을 것이라 기대된다.

REFERENCES

1. Korean Standard Classification of Diseases, KCD (Korean Medicine), <http://kostat.go.kr>
2. Jeong WY. Study of Basic Theory on the Name of Disease and the Standardization of Disease Classification. Journal of Hyun-Gok academic society. 1998;3(2):9-64.
3. Lee SK, Song IB. A Study on the Cold and Heat Syndromes in Dongyi-Soose-Bowon. Journal of Sasang Constitutional Medicine. 1999;11(1):79-102.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Seoul: Hakji Publisher. 2013.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: The Organization. 1993.
6. Unggu Kang, A Historical Consideration of Psychiatric Diagnostic Systems : Focusing on the Concept of Depression, J Korean Neuropsychiatr Assoc. 2014; 53(5):259-92.
7. The Textbook Compilation Committee of Oriental Pathology. Oriental Pathology. Seoul: Hanimunhwasa. 2008;286-88.
8. Park K. Jindanhaggwon-yeo. Daesung Publishing Company. 2000;491-2.
9. Terasawa K, Shinoda H, Imadaya A, Tosa H, Bandoh M, Satoh N. The presentation of diagnostic criteria for Oketsu syndrome. Japanese Journal of Oriental Medicine. 1983;34:1-17.
10. Choi SM, Yang KS. Standardization and unification of the terms and conditions used for diagnosis in oriental medicine, Korean Journal of Oriental Medicine. 1995;1(1): 101-25.
11. Choi SM, Yang KS. Standardization and unification of the terms and conditions used for diagnosis in oriental medicine, Korean Journal of Oriental Medicine(II). Korean Journal of Oriental Medicine. 1996;2(1):381-401.
12. Sin SS, Choi SM, Yang KS. Standardization and unification of the terms and conditions used for diagnosis in oriental medicine, Korean Journal of Oriental Medicine (III). Korean Journal of Oriental Medicine. 1997;3(1): 41-65.
13. Kim H, Bae H, Park S, Moon S, Park J, Jung W: Clinical approach to the standardization of oriental medical diagnostic pattern identification in stroke patients. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2011. Article ID 768492, doi:10.1155/2011/768492:7
14. KCD Guideline for Korean Medical Doctor. Jumin. Chungchungnamdo. 2015.
15. Kang YJ. The Use Criteria and Appropriateness of Korean Classification of Diseases (KCD) Focused on Emmenopathy. The Journal of Oriental Obstetrics & Gynecology. 2011;24(4):126-49.
16. Lee EH, Choi WC, Jung IC. Preliminary Study to Develop the Instrument on Pattern Identifications for Depression. J of Oriental Neuropsychiatry. 2013;24(4):435-50.
17. Lee HS, Kang WC, Jung IC, Guidelines for the Reliability and Validity of the Instrument on Pattern Identifications for Hwa-byung. J of Oriental Neuropsychiatry. 2013;24(4): 331-42.
18. Cheong MH, Lee SR, Kang WC, Jung IC. Preliminary Study to Develop the Instrument of Oriental Medical Evaluation for Hwa-Byung. J of Oriental Neuropsychiatry. 2010;21(2):141-55.
19. Park DM, Lee SR, Kang WC, Jung IC. Preliminary Study to Develop the Instrument of Pattern Identification for Jing Ji and Zheng Chong. J of Oriental Neuropsychiatry. 2010; 21(2):1-10.
20. Kim JW, Kim SY. Clinical Guidelines for Hwabyung I (Overview). J of Oriental Neuropsychiatry. 2013;24(Special 1):3-14.
21. Kim JW, Jung SY, Jung IC. Depression Korean Medicine Clinical Practice Guideline. Seoul: ELSEVIER. 2016.
22. The Textbook Compilation Committee of Neuropsychiatry of Oriental Medical Schools in Nation. The Neuropsychiatry of Oriental Medicine. Seoul: Jipmoon-Dang. 2016.
23. WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region. 2007.
24. Institute of Korean Medicine. Korean Medicine Dictionary. Seongsobosa. 2004.
25. <http://www.koreantk.com/>
26. <http://yibian.hopto.org/diag/syd.php>
27. Peng B. Traditional Chinese Internal Medicine. Beijing: People's Medical Publishing House. 2007.
28. Practical Bian Zheng Lun Zhi of TCM. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine. 2006.
29. Yao NL. Differential Diagnosis TCM Symptoms. Beijing: People's Medical Publishing House. 1984.

30. Deng TT. *Diagnostics of Chinese Medicine*. Beijing: People's Medical Publishing House. 1987.
31. Zhu WF, He QH. *Clinical Diagnosis of Modern Chinese Medicine*. Beijing: People's Medical Publishing House. 2003.
32. Zhu WF. *TCM Diagnosis and Differential Diagnosis*. Beijing: People's Medical Publishing House. 1999.
33. Wang YY. *Clinical Chinese Internal Medicine*. Beijing: People's Medical Publishing House. 1994.
34. He Y, Lu A, Lu C, Zha Y, Yan X, Song Y, Zeng S, Liu W, Zhu W, Su L, Feng X, Qian X, Tsang I. Symptom combinations assessed in traditional Chinese medicine and its predictive role in ACR20 efficacy response in rheumatoid arthritis. *American Journal of Chinese Medicine*. 2008; 36(4):675-83.