

정신과에 의뢰된 내과계 환자들에 대한 치료적 접근

- 내과 의사로서의 입장 -

이 상 인*

Therapeutic Approaches to the Patients who were Referred for Psychiatric Consultation from Medical Departments

- Internist's View about Management of Medical Patients with Psychiatric Problems -

Sang In Lee, M.D.*

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine 1(1) : 81-91, 1993* —

The consulting internist will encounter patients with psychiatric symptoms and those who take psychotropic medications in many settings. The internist must learn to feel comfortable interacting with patients who display psychiatric symptoms, while maintaining an open and unprejudiced attitude toward their evaluation. The proper delineation of psychiatric disorders from normal emotional reactions rests on a careful history, a mental status evaluation, and a knowledge of psychiatric syndromes. Many physicians tend erroneously to view behavioral changes only in a psychological framework. Abrupt changes in behavior, personality, mood, or ability to function should be evaluated for possible organic causes. Then, the internists should take their consultation to psychiatrists and freely discuss psychologic problems of the patients.

KEY WORDS : Psychiatric consultation · Psychiatric syndrome · Psychotropic medication · Internist.

서 론

의학이 점차 세분화됨에 따라 내과의 경우 일반 내과보다는 전문과목을 표방하게 되어, 환자를 전인적으로 병적인 상태 뿐 아니고 사회적, 경제적인

측면을 고려해야 한다는 대 명제에 상반되는 경향이 있다. 그러다 보니 자기 분야의 전문지식에만 치중하게 되어 타과는 물론이고 내과 중에서도 다른 분야에 대해 관심을 갖지 못하고 오히려 등한시하게 된다. 그러므로 자기분야가 아니거나 조금만 이상이 있어도 전과를 하고, 깊이 생각하지 않으려는 수가 많다. 정신과적인 문제도 예외는 아닌 듯 싶다. 극단적으로 무조건 정신과에 전과하거나

*연세대학교 의과대학 내과학교실
Department of Internal Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

그 반대로 정신적인 문제를 무시하고 내과의사가 독단적으로 치료하는 두가지 유형이 혼한다. 두가지 유형이 모두 바람직하지 않고, 가능하면 내과의사들도 기본적인 정신과의 상식을 알고 치료에 임하는 것이 필요함은 말할 나위도 없다.

질병에 대한 병태생리와 의학의 발전에 따라서 많은 병이 정신적인 면과 깊이 관계되며 특히 스트레스가 병의 원인이 되거나 질환을 악화 내지는 재발을 일으킨다는 보고가 상당히 많다. 그러므로 어떠한 질병에서 정신적인 문제가 관여되며 증상이 나타날 수 있는지, 약물중에는 무슨 약물이 부작용으로 정신과적인 문제를 일으킬 수 있는지 내과의사로서는 잘 알고 있어야 한다.

환자 전과의 현실과 문제점

내과환자로서 정신과에 전과되는 비율이 매우 낮다(민성길과 조강주 1977, 서영태 1983). 여기에는 환자나 환자의 가족측의 문제와 내과와 정신과의사쪽의 두가지 측면에서 생각해 보아야 할 것이다. 아직도 우리나라에서는 정신과에 대해 그릇된 생각을 갖고 있는 환자나 가족이 많다. 정신과의사와 상의하여 볼 것을 권유하면 미치 자기가 마치지도 않았는데 왜 정신과의사와 면담을 하느냐고 거부감을 느끼는 경우가 적지 않다. 점차 정신과에 대한 인식이 달라지고 있기는 하다. 내과의사 자신도 정신과에 대해 부정적으로 생각하거나 깊이 생각하지 않는 경우가 있고, 전과받은 정신과의사에 대해 신뢰가 없거나 만족스럽지 못함으로 인하여 정신과로의 전과가 예상보다 훨씬 적은 듯 싶다(정환중등 1984). 정신과에 의뢰된 경우라 하더라도 자문의견의 반영도가 아직도 생각보다 낮은 경향이다(민성길 1982). 그러나 상당수의 내과의사들은 정신과의사와 긴밀하게 유대관계를 맺어 환자치료에 좋은 성과를 얻고 있다. 환자나 환자의 가족에게 납득이 가도록 잘 설명하여 이해가 되게 하며, 내과의사와 정신과의사가 서로 협조하여 완전한 치료가 되도록 노력하여야 할 것이다(조두영 1983, 민성길 1988, 박종철 1988, Houpt등 1980).

환자와 의사는 물론이고 병원자체의 운영이나 의료행정상 원활한 협조가 병행하여야 한다. 절차의 간소화와 운영의 묘를 살려서 불편하지 않도록 해야

할 것이다. 대기 시간이 길거나 내과의사와 정신과의사가 서로 공조체계가 이루어 지지 않아 환자가 양쪽 의사를 믿지 못하는 수가 있다.

정신과적 증상을 동반하는 내과질환

대부분의 내과질환이 질병자체 뿐 아니라 이차적으로 정신과적인 증상을 나타낼 수 있다고 해도 과언은 아닐 것이다(한진희와 조두영 1984). 특히 만성질환은 병의 특성이나 이환기간의 장기화에 의해 다른 병의 합병가능성과 아울러 정신적인 증상을 나타내게 된다(이근후 1991). 사망원인 중 제일 많은 각종 암도 여기에 포함된다. 긴장증(catatonia), 환각, 망상, 조증(mania), 우울증, 불안증 등의 특징적인 정신 증후군(psychiatric syndrome)을 나타내는 내과적 질환은 표 1과 같다(Kammerer와 Gross 1990). 이를 내과적인 면에서 정신 증상을 나타낼 수 있는 대표적인 내과 질환을 분야별로 분류하여 보면 표 2와 같다(Kammerer와 Gross 1990). 갑상선 질환, 당뇨병등의 내분비계통, 뇌혈관 및 뇌실질질환 등의 신경계통, 전해질이상, 뇨독증 등의 대사이상, 천식, 만성폐쇄성질환 등의 호흡기계통, 중금속 중독, 비타민 및 무기질의 결핍, 류마치스성질환, 심장질환, 감염성질환 등이 대표적이며 우리나라에서는 위궤양, 과민성 대장증후군 등의 소화기계통 질환이 정신신체질환 가운데 가장 흔하다.

정신질환에 대한 내과적 문제

정신과에서 치료를 받고 있는 환자에서 여러가지의 내과적인 증상이나 질환을 갖게 될 수 있으며, 이럴 경우 정신과에서 사용하는 약물과 내과에서 투여하는 약물이 서로 상호작용할 수 있으므로 주의를 요한다. 또한 여러가지의 약물중에서 특징적으로 정신증후군 내지는 정신증상을 나타낼 수 있는 약물이 많으므로 그러한 종류의 약물을 사용하는지 확인할 필요가 있으며 또한 그러한 약물을 투여할 때는 신중하게 경과를 관찰해야 한다(표 3)(Kammerer와 Gross 1990). 약물의 과다복용에 의한 독성, 금단현상, 약물중독 등에 의해서, 또한 저혈당, 저칼륨증을 유발하여 생리적으로도 정신증상을

나타낼 수 있다. 여러 종류의 항콜린성 약물을 사용할 때도 각별한 주의가 요한다.

이러한 점을 감안하여 약물선택에 신중을 기해야 하며, 이러한 문제에 대하여 정신과의사나 내과의사 공히 잘 알고 있어야 한다. 실제 임상에서 가장 흔히 경험하게 되는 질환중의 하나인 고혈압환자에서 정신과 약물과의 상호관계에 대해 요약하여 보면 표 4와 같다(Kammerer와 Gross 1990). 즉 Captopril과 같은 ACE 길항제는 항우울제, 항정신치료약물과의 상호작용이 별로 없고 정신증상을 일으키지도 않는 혈압치료약으로 최근 많이 사용되고 있다. 그러나 칼슘길항제, 이뇨제 등은 여러가지 부작용을 일으킬 수 있으므로 주의가 요한다. 정신과 약물의 대부분은 간에서 대사되지만 신부전증 환자에서는 활성화된 대사물질이 혈액내에 축적되어 부작용을 일으킬 수 있으므로 신부전증이 있는 환자에서도 정신과 약물의 사용을 신중하게 고려해야하며, 흔히 사용할 수 있는 정신과 약물은 표 5와 같다(Kammerer와 Gross 1990)

REFERENCES

민성길(1982) : 정신과 자문에 있어 자문의견의 반영

도. 신경정신의학 21(4) : 650-655

민성길(1988) : 자문조정 정신의학의 임상적 연구. 신경정신의학 29(1) : 34-39

민성길·조강주(1977) : 정신과 의뢰에 대한 임상적 연구. 신경정신의학 16(2) : 223-228

박종철(1988) : 정신의학적 자문조정 의 임상례. 신경정신의학 27(1) : 31-33

서영대(1983) : 입원 환자의 정신과 자문에 대한 고찰. 33(4) : 649-654

이조희(1991) : 정신과의에게 진료의뢰를 요하는 내과 계 질환. 대한의학협회지 34(4) : 360-364

정환중·송태형·변원환·김명정(1984) : 정신과 자문에 대한 비정신과 의사의 견해 및 태도조사. 신경정신의학 23(1) : 96-104

조두영(1983) : 종합병원 정신과 자문 경험. 신경정신의학 22(1) : 133-145

한진희·조두영(1984) : 종합병원 정신과 자문의 현황과 전귀. 신경정신의학 23(1) : 8-21

Houpt JL, Orleans CS, George LK, Brodie KH(1980) : The role of psychiatric and behavioral factors in the practice of medicine. Am J Psychiatry 137 : 37-47

Kammerer WS, Gross RJ(1990) : Medical Consultation : The Internist on Surgical, Obstetric, and Psychiatric Services 2nd ed. Baltimore Williams and Wilkins, pp489-542

Table 1. Medical illnesses that may present as specific psychiatric syndromes

	Catatonia	MAO inhibitors	
Ketoacidosis	Storke	Isoniazid	
Porphyria	Brain tumor	Procarbazine	
Hypercalcemia	Encephalitis		Depression
Exogenous steroids	Subdural hematoma	Cushing's syndrome	Parkinsonism
Pellagra	Subarachnoid hemorrhage	Hypercalcemia	Sleep apnea
Neurosyphilis	Lupus cerebritis	Apathetic hyperthyroidism	Cardiac/reanal/hepatic insufficiency
	Organic Hallucinosi	Hypothyroidism	Drugs :
Drug abuse :	Sensory deprivation	Hepatitis ; mononucleosis	Exogenous steroids
Alcohol	Subclinical delerium	Anemia ; iron deficiency	Benzodiazepines
Hallucinogens	Psychomotor epilepsy	Carbon monoxide poisoning	Antihypertensives
Amphetamines			L-Dopa
	Organic Delusional Syndrome		
Encephalopathies :	Drugs :	Polymyalgia rheumatica :	
B ₁₂ deficiency, pellagra	Isoniazid	temporal arteritis	
Acute intermittent porphyria	sympathomimetics	Paraneoplastic syndromes : pancreatic carcinoma	
Endocrinopathies	Amphetamines		
Cerebral emboli	Bromides		Episodic Anxeity Attacks
Lupus cerebritis	Neurosyphilis	Stimulant drug use	Arrhythmia
Alchooism	Huntington's chorea	Drug withdrawal state	Mitral valve prolapse
Wilson's disease	HIV disease	Hyperparathyroidism	Asthma, emphysema
	Mania	Insulinoma, hypoglycemia	Autonomic or psychomotor epilepsy
Drugs :	Hypethyroidism	Pheochromocytoma	Multiple sclerosis
Sympathomimetics, cocaine, amphetamines	Neurosyphilis	Acute intermittent porphyria	Vertebrobasilar insufficiency
Tricyclic antidepressants		Electrolyte disorder	Meniere's disease

Table 2. Medical illnesses that can present with psychiatric symptoms

	Comments
Endocrine Disorder	
Hyperthyroidism	Anxiety, agitation, hyperactivity, paranoia, rarely psychosis
Hypothyroidism	Affective changes, esp. depression, anxiety slowed mentation, hallucinations
Hyperparathyroidism, hypercalcaemia	Personality changes, anxiety, hyperactivity delusions, paranoia
Hypoparathyroidism, primary or surgical	Anxiety, paresthesias, dissociative changes
Hypercortisolism	Depression most common, Also agitation, paranoia, mania
Adrenal insufficiency	Depression, occasionally, paranoia or organic brain syndrome
Insulinoma	Episodic personality changes, dementia
Pheochromocytoma	Episodic anxiety Psychosis reported
Hypopituitarism	Anxiety, depression, thought disorder
Acromegaly	Personality changes
Diabetes mellitus	Depression, fatigue, impotence
Abrupt decrease in gonadal function	Vasomotor changes, sweating flushing, anxiety
Nervous System	
Cerebral hypoxia	Irritability, poor memory, concentration defects, personality changes
Low cardiac output	
CO poisoning	
Hypoxemia	
Huntington's chorea	Personality changes and subtle dementia seen early
Multiple sclerosis	Protean manifestation
Psychomotor epilepsy	Episodic behavioral abnormalities, episodic dizziness, may have hallucinations during attack
Parkinson's disease	Resembles depression
Dementia	
Alzheimer's disease	Personality changes, anxiety, depression
Space-occupying lesions	Personality change : cases presenting as psychoses have been reported
Chronic subdural hematomas, tumors, esp. frontal lobe or midline	
Meningeal infiltration	
CNS sarcoid	Neuropsychiatric complaints, headache, fatigue
Carcinomatous meningitis	
Infections : TB	
Cryptococcal	
Other fungi	
Neurosyphilis	Personality changes : dementia
Encephalitis	

Herpes	Because of frontal/temporal lobe predominance, may present with hallucinations, psychosis, personality changes
Others	Severe postencephalitic fatigue syndromes may occur in elderly
Nervous System	
Postconcussive syndrome	Irritability, trouble concentrating, fatigue ; may be mistaken for endogenous depression or hypochondriasis
Normal pressure hydrocephalus	Dementia, ataxia, and incontinence are classic triad : personality changes may be prominent
Neuromuscular disease	Patient may appear to be "hysterical", have anxiety, or hypochondriasis, Patients with weakness may appear depressed
Myasthenia gravis	
ALS	
Muscular dystrophies	
Myopathies	
Cerebrovascular disorders	Fatigue, episodic disorientation or visual loss without objective signs. Frank delirium and hallucinations may occur.
Embolic : Subacute bacterial endocarditis	
Atrial myxoma	
Transient ischemic attack	
Fat emboli	
Hemorrhagic : Subarachnoid	Can present as acute confusional state with combative or agitated patient
Intracerebral	
Migraine	Hemiplegic migraine may be confused with conversion reaction in young person ; other unusual manifestations resemble anxiety attacks ; careful history usually diagnostic
Stroke	Aphasias may resemble psychotic episode
Sleep apnea	Accompanying hypersomnolence, history of snoring
Metabolic	
Acute intermittent porphyria (variegated porphyria)	Anxiety most common ; "neurotic" complaints ; psychosis can occur in acute episodes
Wilson's Disease	May present as any psychiatric illness : adolescent turmoil, anxiety, psychosis
Uremia	Fatigue, lassitude, irritability
Electrolyte, calcium, phosphorus imbalance	Delirium, hallucinations, paranoia
Hepatic failure	Apathy, fatigue may resemble depression
Pulmonary	
Asthma	Attacks of dyspnea may resemble episodic anxiety
Chronic obstructive pulmonary disease	Irritability, severe fatigue, dyspnea
Other causes of air hunger :	

Salicylate overdose	Absence of objective signs may lead to diagnosis of hyperventilation syndrome
Pulmonary embolism	
Chronic pulmonary hypertension	
CO ₂ narcosis	Delirium, somnolence
Toxic	
Manganese	"Manganese madness" : psychosis, parkinsonism, organic brain syndrome. Psychosis may be presenting syndrome(ore workers, miners).
Lead : Chronic	Irritability, fatigue, organic brain syndrome combined with abdominal complaints, peripheral neuropathy, extrapyramidal signs.
Subacute	Headache, dizziness, irritability, mood change, weakness Wide variety of occupational/avocational exposure
Mercury	
Elemental(chronic)	"Erethism" : easy blushing, anxiety, depression, irritability, emotional instability Intention tremor Occupational exposure(inhalant)
Organomercurials	Erethism, dementia, tunnel vision, paresthesias, cerebellar signs "Minimata disease"
Tnallium	Environmental pollution, occupational exposure Psychosis, hallucinations, irritability ; also gastrointestinal irritation and neurologic signs. All variable. Alopecia 1~3 weeks after exposure.
Insecticides	Vague inability to concentrate, dizziness, headache, weakness, occupational or environmental pollution
Polyhalogenated polyaromatics ; chronic poisoning	
Deficiency Diseases	
Zinc	Apathy confusional state, depression. May have dermatitis. Clinical setting for nutritional deficiency.
Vitamin B ₁	Hallucinations, depression, or dementia can accompany hematologic or neurologic manifestations.
Pyridoxine	Hallucinations, confusional, peripheral neuropathy
Magnesium	Delirium, hallucinations, illusions, or psychosis in clinical setting of alcoholism of nutritional deficiency
Thiamine(Wernicke's encephalopathy)	May present as acute confusional state
Tryptophan(Pellagra)	"Diarrhea, dermatitis, dementia" but earliest

	signs may be neuropsychiatric
Rheumatologic	
Polymyalgic rheumatica, temporal arteritis	May present as depression in elderly
Lupus cerebritis	Neuropsychiatric symptoms may be prominent in lupus
Cardiovascular	
Valvular heart disease	Case history and physical exam can usually
Heart block, arrhythmias	differentiate from anxiety attack or
Congestive heart failure	depression
Systemic Infections	
Pneumonia	In elderly, may present with hallucinations, confusional state
Mononucleosis	Extreme fatigue and malaise may resemble depression
Brucellosis	Prolonged debility associated with infection : can present with anxiety attacks
Malaria	Schizophreniform psychosis, delirium
HIV	"AIDS dementia complex" : depression, dementia, organic psychosis

Table 3. Drugs causing psychiatric symptoms

	Symptoms	Comments
Antibiotics		
Amphotericin B	Delirium	
Penicillin	Depersonalization	High doses
Procaine penicillin	Delirium, agitation	Possibly 2° to procaine
Nalidixic acid	Delirium, agitation	
Anticholinergics		
Atropine	Delirium with disorientation,	Responds to physostigmine
OTC cold, asthma, migraine headache, insomnia remedies	agitation, visual and tactile hallucinations, paranoia	
Transdermal	Also see dry skin and mu-	
Scopolamine	cosa, cutaneous flush, fever and tachycardia with poorly reactive dilated pupils.	
Anticonvulsants		
Carbamazepine	Acute confusional states, hallucinations, depression, paranoia.	Usually represents intoxication
Phenytoin		
Primidone		
Antihypertensives		
Aldomet	Depression, confusional state	
Clonidine	Hallucinations	
Propranolol	Psychotic behavior, delirium	Can occur at low dosages
Reserpine	Depression	Can be severe
Antiinflammatory agents		
Ibuprofen	Delirium	Patients with connective tissue disorders
Indomethacin	Paranoia, psychotic behavior,	CNS reaction common in this group of drugs
Sulindac	depersonalization, nightmares	
Antiparasitic drugs		
Chloroquine	Delirium, agitation, personality change	May be an acute reaction
Quinacrine		
Thiabendazole	Delirium, anxiety Hallucinations	
Antitubercular drugs		
INH	Psychosis, hallucinations, delirium, euphoria	
Rifampin	Confusional state	
Cardiac drugs		
Digoxin	Delirium, visual hallucinations, confusion	
Lidocaine	Disorientation, illusions	
Disopyramide	Hallucinations, agitation	
Drugs interacting with dopami-		

nergic systems		
Levodopa	Confusion, hallucinations, euphoria, paranoia	
Amantadine	Psychosis Lilliputian hallucinations	Also has anticholinergic effects
Bromocriptine	Hallucinations, delusion, mania	
Narcotics		
Butorphanol tartrate(Stadol)	Confusion	
Nalbuphine Hcl(Nubain)	Hallucinations	
Pentazocine Hcl (Talwin)	Delusions	
Propoxyphen(Darvon)	Confusional state	
Meperidine(Demerol)	Hallucinations, excitation	Normperidine, a stimulating metabolite, may be responsible
Sympathomimetics		
Anorectics	Mania, psychosis, auditory hallucinations, anxiety	May cause amphetamine-like toxicity at high doses
Decongestants :		
phenylephrine		
pseudoephedrine		
ephedrine		
phenylpropylamine		
Miscellaneous		
Amicar	Delirium	
Aminophylline	Anxiety	
Birth control pills	Depression	
Cimetidine	Paranoia, hallucinations, psychosis, delirium	Elderly, renal failure, may also see signs of neurotoxicity
Caffeine	Anxiety state	
Dapsone	Anxiety, psychotic reaction	
Corticosteroids	Euphoria to frank mania, catatonia, paranoia, delirium, hallucinosis	
Disulfiram	Delirium, depression	Independent of ethanol reaction
Metrizamide (Amipaque)	Hallucinations, confusional state	Especially with contrast material above foramen magnum
Lioresol(Baclofen)	Mania, hallucinations	

Table 4. Drug therapy in psychiatric patients with hypertension

Antihypertensive Drug	Interactions with Psychiatric Agents				Psychiatric Effects
	Tricyclic Antidepressants	Lithium	Antipsychotic Agents		
ACE inhibitors	None	None	None		Improved quality of life
Alpha-methyl dopa	Diminished tricyclic efficacy possible ; not usually clinically significant	Enhanced lithium CNS toxicity (rare)	Delirium reported with combined therapy (rare)		Depression Delirium
Beta-blockers	May decrease efficacy of tricyclics ; Clinical relevance not clear	None	Metabolic interaction with phenothiazines results in increased blood levels of both		1. Energy loss, fatigue may enhance depression 2. Hallucinations, delirium(rare)
Calcium channel blocker	Possible orthostatic hypertension	Neurotoxicity	Possible orthostatic hypotension		Low incidence depressive effects
Clonidine	Antihypertensive effects partially antagonized May interfere with tricyclic therapy Enhanced rebound hypertension	None	Hypotension(occasional) Delirium reported with combined therapy (rare)		Delirium Depression
Diuretics	Increased orthostatic hypotension	Alter renal excretion	Increased orthostatic hypotension		Hypokalemia may cause depressive syndrome
Guanethidine	Antihypertensive effects blocked	None	Antihypertensive effect blocked		Depression
Vasodilators, Prazosin	Increased orthostatic hypotension	None	Increased orthostatic hypotension		None

Table 5. Use of common psychotropic drugs in renal failure

Drug	Usual Route of Metabolism	Dosage Adjustment for Renal Failure
Sedative-Hypnotics		
Barbiturates	Pentobarbital	Nonrenal
	Secobarbital	
	Phenobarbital	1/2 renal
Benzodiazepine	Flurazepam	
	Diazepam	
	Chlordiazepoxide	Hepatic
	Lorazepam	
	Oxazepam	
Antipsychotic agents		
Phenothiazines	Hepatic	Caution indicated ^b
Haloperidol	Hepatic	No
Antidepressants		
Tricyclics	Hepatic	Caution indicated ^a
Tetracyclics	Hepatic	No
Lithium	Renal	Yes ^b

^aActive metabolites may accumulate, e.g., glucuronides.

^bUsed only with extreme caution in renal failure