동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 15. No. 1, 2004

알코올성Korsakoff병(Alcoholic Korsakoff's psychosis) 환자 1례에 대한 증례보고

김경옥, 최은영*, 김주호, 공대종, 구병수
등국대학교 한의과대학 신경정신과학교실 , 내과학교실*

A case with Alcoholic Korsakoff's psychosis

Kyeong-Ok Kim, En-Young Choi*,
Ju-Ho Kim, Dae-Jong Gong, Byung-Soo Koo

Dept. of Neuropsychiatry and Internal Medicine*,
College of Oriental Medicine Dong Guk University, Seoul, Korea

Alcoholic Korsakoff's psychosis is a clonic amnestic syndrome caused by alcohol abuse. It is characteristic of hypomnesis, disorientation and confabulation.

We experienced a 53 year-old man who had a alcoholic korsakoff's syndrome, DM and general weakness and whose condition was improved through Oriental medical treatment. This case study illustrates what the manifestation of alcoholic korsakoff's syndrome is and how alcoholic korsakoff's syndrome improved.

Key Word : Alcoholic korsakoff's syndrome, case study.

* 교신저자 : 김경옥, 서울특별시 강남구 논현동 37-21 동국대학교 강남한방병원 신경정신과
Tel. 02-3416-9791 · 9634, E-Mail : avecinok@hanmail.net
◆ 접수: 2004/5/22 수정: 2004/6/14 채택: 2004/6/18

Ⅰ. 緖 論

현대사회에 飮酒는 스트레스 해소 차원을 넘어 暴飮 및 持續的인 飮酒에 의한 알코올의 習慣性 中毒이 가정과 사회에 미치는 영향이 막대하여, 자신의 건강이나 가족에게 지장을 초래하게 되고, 대인관계나 경제적 활동에도 피해를 끼쳐 生業力 減少, 사고, 범죄, 정신적 및 신체적 질환, 가정생활의 파탄 등의 손상을 일으키게 된다[1-3].

알코올中毒(Alcoholism)이란 알코올의 섭취에 의하여 身體的 精神的 혹은 社會的으로 障碍가 야기된 상태를 의미하며[4], WHO의 정의(1965)에 의하면 그 사회가 허용하는 범위 이상의 飮酒로 개인의 건강과 사회적응기능에 손상을 야기할 정도의 지나친 또는 그릇된 음주행위의 결과로 인한 病的狀態라 요약하였다[5].

현대 의학적으로 알코올은 체내에서 90-98%가 대사되며, 이중 90%가 간장에서 이루어진다 하였고, 慢性的 음주는 알코올性 肝炎, 脂放肝, 알코올性 肝硬變 등의 간 손상을 야기하며[1,6], 영국에서는 간경변 환자 中 25%가 알코올중독자였다는 보고가 있다[7]. 우리나라에서도 알코올중독자 발생이 점차 증가하는 추세를 알리는 硏究報告[8-10]가 있으며 음주로 인한 사회적 문제와 신체적 정신적 각종 질환에 관심이 점차 증가되고 있다.

韓醫學에서 酒는 五穀의 津液이며 米麴의 精華로서 氣味가 모두 陽에 속하며 사람에게 유익한 점도 있지만 해롭게도 한다고 인식하고 있다[11]. 이는 酒의 성질은 大熱 大毒하여 大寒之節에도 물은 얼어도 酒는 얼지 않는 것을 보아 알 수 있고, 술을 과음하면 神智가 昏亂되고 사람의 품성도 변이될 정도로 毒이 있는 것이기 때문이다[2]. 또한 飮酒過度로 인한 內傷을 酒傷이라 稱하고 있는데[11-13], 歷代文獻을 통해보면 酒傷은 알코올에 의한 肝損傷 및 胃腸機能障礙에 대한 症狀爲主로 論하고 있으며[14], 治法은 주로 李東垣이 주장한 發汗利小便하여 上下分消其濕하는 것으로 論하고 있다[15].

알코올성 Korsakoff병은 장기간의 알콜 과다섭취와 영양섭취 부족에 의한 Vitamin B1결핍으로 인하여 두뇌의 doroso-medial nucleus of the thalamus와 mammilary bodies의 파괴로 나타나는 병으로[16], 振戰譫妄과 더불어 시작되는 수가 많고, 譫妄狀態가 서서히 소실됨에 따라 증상이 나타나는 것으로 記憶力減退, 指南力障碍, 作話를 포함한 분명한 持續性의 記憶障碍를 나타내는 症狀郡을 말한다[4]. 한의학적으로는 알코올성 Korsakoff병에 대한 병명은 존재하지 않으며, 주상증의 범주로 인식하고 있다[4].

현대의학에서의 알코올 Korsakoff병과 韓醫學의 酒傷症은 상호 다른 점이 있으나, 모두 술이 그 원인이라는 점과 공통된 증상에서 상호 밀접하다고 사료되며, 상호 유기적인 관계의 치료가 요구된다고 볼 수 있다.

이에 30여년간 지속적인 음주 경력과 최근 3년간 집중적인 음주로 인하여 발생한 기억력감퇴, 지남력장애, 작화 및 기력저하 증상의 알코올성 Korsakoff병 환자에 대한 치험 1례를 동서의학적 고찰과 함께 보고하는 바이다.

Ⅱ. 症 例

1. 환 자 : 김 ○ ○, 남자, 53세

2. 주소증 : 1. 氣力低下 及 眩暈
2. 記憶力低下
3. 指南力障碍
4. 作話

3. 발병일 : 3년전부터 발생, 2003년 4월 28일 심화된 상태로 발견됨.

4. 과거력 : 1. 지방간 : 2002년 중앙대학교병원 종합검진시 진단. 별 치료 없었음.
2. DM : 정확하게 진단받은 것에 대한 기억 없으며, 일시적 치료받았으나, 장기간 방치된 상

태임.

5. 가족력 : 父親 - 식도암으로 사망

6. 사회력 : 키가 작고 왜소한 소음인형 체격. 예민하고 꼼꼼하며, 음주후 울컥하는 경향과 폭력을 사용하는 경향 있으며, 이로 인해 3년전 이혼한 상태로 혼자 기거하고 있음.

7. 현병력 : 상기자는 예민한 성격에 꼼꼼함을 지녔으며, 결혼초부터 음주후 울컥하는 경향과 폭력을 사용하였으나 지속적으로 가정생활을 유지하던 중 4년전 사업실패와 음주후 자녀 폭행으로 인하여 이혼하고, 혼자 기거하며, 간헐적으로 가족과의 상봉이 있었다. 몇 년전부터 DM이 있어 간헐적으로 치료받았으며, 2002년 지방간 진단 받았으나 별 치료 없었으며, 폭음의 상태는 지속되었다.

최근 발견된 당시 소주 1-2병 거의 매일 드시며 식사는 잘 먹지 않은 상태에서 기억저하와 현훈, 보행장애, 기억력 및 지남력 등의 증상이 심한 상태로 보호자가 적극적인 한방치료를 원하시어 2003년 5월 2일 by assist-walking state로 한방신경정신과에 입원하였다.

10. 진단명 : 1. 臟燥症
2. 酒傷症(알코올성 Korsakoff병)
3. 氣鬱症(憂鬱症)

11. 입원기간 : 2003년 5월 2일 - 2003년 6월 4일(34일간)

초진소견

1. 문제점

1) 주요증상

① 氣力低下 及 眩暈 : 심한 당뇨병과 불규칙한 식사로 인해 체중이 점진적으로 감소된 상태로 힘이 없으며 지속적으로 누워있으려는 경향을 보이고, 누웠다 일어날 때나 걸을 때 발 혹은 땅이 도는 느낌을 가짐.

② 記憶力低下 : 장기 기억은 대다수 기억하고 있었으나, 일부 기억에 대해서는 착란의 경향이 있었으며, 최근 1개월 이전까지의 단기 기억은 전혀 없는 상태임.

③ 指南力障碍 : 시간과 장소에 대하여는 전혀 알지 못하였으며, 가족과 친지에 대한 인식은 정확한 상태로 있음.

④ 作話 : 질문에 대하여 정확한 답을 회피하려는 경향과 잘못된 기억을 합리화하기 위함.

2) 그 밖의 문제점

① 手指末端 痺症 : 당뇨로 인한 것으로 사료됨.

② 手振顫 : 신경쓰면 가끔 발함

③ 보행자세 불안 : 좌측으로 기울어짐. 기력저하로 걷기 힘들어 하심.

④ 음주에 대한 강한 욕구가 있어 심리적으로 불안정한 경우가 자주 발생함.

2. 치료목표

1) 상기환자의 경우 환경적인 문제와 심리적 문제로 인한 증상의 발현 및 악화로 사료되어지나, 뇌병변 등의 기질적인 문제로 인한 것을 배재하기 위해 Brain CT, EKG 검사나, routine Lab 등의 양방 검사를 실시할 필요성이 있어 실시함.

2) 환자의 지속적인 음주로 인한 간손상과 불규칙적인 식사의 개선을 통하여 기력저하와 현훈에 대한 치료가 우선되어야 하며, 이후 간손상과 당뇨에 대한 보존적 치료를 실시한다.

3) 기억력 및 지남력장애와 작화증은 주상으로 인해 발생되었으나, 주 원인은 기혈허로 인식하고 보기혈하며 보신수하여 점진적으로 개선토록 하며, 최종적으로 의존적 알코올경향에 대한 병식을 일깨워주며, 금주침과 교육을 통하여 금주에 이르도록 한다.

4) 3일마다 MMSE-K로 screening을 실시하여 지적인 상태에 대해 지속적으로 관찰한다.

임상병리 검사소견

입원후 Brain CT는 가족의 요구에 의해 실시하지 못하여, 뇌손상의 상태는 확인할 수 없었으며, Chest PA상 별 이상 없는 것으로 판명되었다. 임상병리 검사 중 혈액검사상 빈혈과 염증의 소견이 있었으며, 뇨침사(현미경검사 포함)검사상 당뇨의 소견이 있었다. 또한 LFT 상 간세포의 손상은 심하게 나타났으며, Albumin의 저하와 HbA1c의 상승이 있는 것으로 나

타났다(Table 1.). 이후 LFT의 F/U를 통해 전반적으 로 개선된 결과를 얻었다.

Table 1. 임상병리 결과

검사항목		5월 3일	5월 12일	5월 21일	정상치
검사명	세부검사명				
Routine CBC	RBC	3390000			4,200,000-6,300,000
	HCT	36			38-54 %
	Hb	11.8			13-17 g/dℓ
	Platelet	51000			145,000-375,000
	MCV	107			79-100 fL
	MCH	35			26-34 pG
	ESR	22			0-9 mm/hr
U/A	WBC(U)	+			negetive
	Glucose(U)	+++			negetive
	Bilirubin(U)	+			negetive
U/A(Microscopy)	WBC	4-9			0-3
	RBC	0-3			0-3
LFT	Albumin	3.3			3.5-5.9 g/dℓ
	SGOT	89	93	74	≤ 37 U/L
	SGPT	65	50	68	≤ 40 U/L
	Gamma-GT	650	366	261	11-50 U/L
	HbA1c	6.7			3.5-6.5 %
Electrocity	K	3.2			3.5-5.3 mmol/L

정신과적 병력조사

1. 인적사항

- Pt. Name : 김 ○ ○(M/53)

- 고등학교 졸업후 직장생활하다 중소기업 운영하다 2000년 부도 후 특별한 일 하지 않음.

- 2000년 협의 이혼후 혼자 생활하였으며, 불규칙적인 식사와 음주로 인하여 중앙대학교 병원에서 지방간 진단받고 치료받았음.

- 2003년 4월 28일 전처에 의해 기력저하 및 기억력, 지남력 장애 등의 상태 인지되어 2003년 5월 2일 자신의 의지와 상관없이 치료받기 시작함.

- 종교는 불교이나 신실하지는 않음.

2. 개인력

- 평소 예민하고 꼼꼼하며, 욱하는 성질이 있고, 음주 후 폭행하는 경우가 간혹 있었

음.

- 형제들과 내왕이 있었으나, 부도후 스스로 외면하는 경향 있었으며, 입원기간 동안 형제들의 방문이 없어 성격 형성과정에 대한 정보가 없음.
- 이혼후 혼자 생활하고 있음.

3. 정신상태
- 기억력과 지남력의 장애가 있고, 작화의 경향이 있었으며, 자신의 현 상황을 이해하지 못하고 있으며, 부도전의 상태에 대한 이야기가 많음.
- 당뇨와 지속적인 음주로 인한 제반 문제에 대해서는 예전에도 있었다며 대수롭지 않게 생각하려함.
- 자신은 직업이 없는 상태임을 부정하고, 지속적으로 사업을 하고 있다는 생각을 주변 사람들에게 강요하고 있음.

임상경과 및 치료

환자는 睡眠不良, 食事不良, 消化不良, 현훈 심(甚)함, 기력저하, 기억력저하(사람만 인식), 신경쇠약, 수지말단 痺症, 수지진전, 보행자세 불안 등의 증상으로 보호자에 의하여 외래를 방문하였으며, 입원치료의 권유로 입원하였는데, 병실에서 作話의 경향을 보이며, 기력이 저하되어 움직이는 것을 싫어하였고, 얼굴은 볼에 홍조가 있었으며, 舌은 淡紅, 苔厚白, 齒痕이 있었고, 脈은 滑하였으며, 4-5회당 1회 微脈이 촉지되었다.

최초 BST는 395(2pm)로 높았으며, MMSE-K는 총 17/30으로 인지기능이 저하된 상태였다. 보호자에게 발견된 이후 음주를 하지 못한 점과 지속적인 식사 불량을 해결하기 위해 기울증으로 진단하고 加味逍遙散을 주로 하였고, 기억력의 증강을 위해 八味地黃湯을 합방하여 加味逍遙散合八味地黃湯으로 치료를 시도하였으며, 당뇨의 치료를 위해 무여환 3g을 t.i.d로 식후 30분에 복용하게 하였으며, 수면을 유도하기 위해 취침전에는 시호가용골모려탕 Ex제 4g을 투여하였다.

침치료는 기울에 대하여 사암침을 위주로 하였으며, 삼초정격과 심포정격을 사용하였고, 당뇨와 식사 등의 문제를 위해 중완과 관원에 자침 및 뜸 치료를 병용하였는데, 환자의 증상에 따라 약간씩 변화를 주어, 이혼과 사업실패로 인한 기울과 당뇨에 대한 치료를 하고자 하였기 때문으로 침과 뜸 부항은 큰 변동 없이 지속되었다.

입원 첫날 저녁 식사부터 환자의 식사량은 증가하였으며, 소화불량은 나타나지 않았고 BST도 급격하게 상승하지는 않았다.

입원 둘째 날부터는 숙면을 취하였으며, 현훈과 기력저하가 호전되는 경향을 보였는데, 현훈은 누었다 일어날 때 5-10분 정도 지속된 후 사라지며, 기울어지기는 하지만 전일보다 호전된 형태의 보행자세가 나타났다. FBST(7am)/BST(9pm)는 174/336로 전일보다 안정되었으나 여전히 높은 상태였고, 그 외는 큰 변화가 없었다.

입원후 4일째 FBST(7am)/BST(9pm)는 134/232로 정상범위로 돌아왔으나, 기력저하에 대한 반감으로 저녁에는 음주 욕구의 증가로 인해 약간 불안한 경향이 있었으며, 현훈과 기력이 입원 당시와 비슷한 상태로 되었다.

입원 5일째 FBST(7am)/BST(9pm)는 138/220가 되었고, 수면 양호하였으며, 현훈과 기력저하의 호전상태가 나타났으며, 진전이 감소되었다. 인지기능은 문진상으로 확인할 수는 없었으나, MMSE-K 검사에서 주의 집중력 및 계산력의 증가로 19/30이 되었으나, 단어의 혼동과 작화증은 변화없었다.

입원 8일째 FBST(7am) 105로 당뇨는 일정하게 유지되고 있으나, 전일 낮잠을 많이 잔 이유로 수면 불량이 있으며, 식사량의 증가와 현훈 및 기력의 호전을 확인할 수 있었다. 인지기능은 문진상으로 확인할 정도는 아니었으나 MMSE-K 검사에서 기억회상의 호전 증상이 나타나고 20/30으로 증가하고 있으나 지남력의 큰 변화는 나타나지 않았다.

입원 11일째 FBST(7am)/BST(10am) 140/178로 안정되었으며, 제 증상은 큰 변화를 보이지 않았다. 인지기능 역시 문진상으로 확인할 정도는 아니었으나 신체적인 증상은 일상 생활을 영위할 수 있을 것으로 판단되어 기억력감소와 지남력장애에 대하여 加味七福飮으로 치료를 시도하였으며, BST의 소견상 당뇨가 진정되

어 無如丸을 아침, 저녁으로 줄였으며, 수면 양호

입원 12일째 낮에 여기저기 다니려고 하며 낮잠의 시간이 감소하였으며, 단기 기억의 호전과 장소에 대한 지남력이 조금씩 생기기 시작하였는데, MMSE-K 검사상 주의집중 및 기억회상이 두드러지게 증가하여 21/30으로 증가되었다.

입원 13일째 FBST가 180으로 증가하였으며, 현훈이 발생하고 단기 기억력 및 장소에 대한 지남력이 없어졌다.

입원 15일째 수면량이 감소하였으나 제 증상은 별 변화 없었으며 인지기능에서도 별 변화를 확인할 수 없었으나, MMSE-K 검사에서는 언어 및 판단력 부분이 증가되었고, 22/30으로 전체적으로 기억력 장애는 거의 소실된 것으로 판단되었다. 이에 당뇨를 치료하는데 초점을 맞추어 六

.

하여 柴胡加龍骨牡蠣湯 Ex제는 일시 중지하였다.

味地黃湯加味方을 투여하였다. 또한 수면불량이 있어 시호가용골모려탕 Ex제 4g를 h.s로 다시 투여하였다.

입원 25일째 환자가 일상 생활을 영위할 수 있게 되자 며칠 전부터 저녁마다 병원 밖에서 음주하고 있음을 알게 되어 환자의 알코올의존에 대한 치료를 시도하고자 하여 加味四六湯을 투여하였으며, MMSE-K는 24/30으로 호전되었다.

입원 34일째 FBST 159, 수면상태, 식사 및 소화 상태 양호, 기력 양호, 기억력 및 지남력 호전을 보인 상태였고, 인지기능은 호전되어 MMSE-K 검사상 29/30으로 증가되었으나, 환자의 음주 욕구를 스스로 조절할 수 없으며, 보호자들의 요청에 의하여 폐쇄병동에서 전문적인 알코올중독 치료를 위해 전원조치 하였음

서 허용되는 영양적 또는 사회적 용도 이상의 주

Table 2. 약물치료(1일 3회 120CC, 식후 1시간 후 복용)

치료일(월/일)	처방명	처방내용
5/ 2 ~ 5/11	加味逍遙散合八味地黃湯加味	山査 10g, 熟地黃(九蒸) 白芍藥(炒) 白朮 각 6g, 貢砂仁 白茯苓 知母 地骨皮 當歸 白殭蠶 각 4g, 麥門冬(去心) 生地黃 山藥 山茱萸 각 3g, 甘草 桔梗 梔子 黃柏(鹽水炒) 澤瀉 牧丹皮 각 2g
5/12 ~ 5/14	加味七福飮加味	熟地黃(九蒸) 10g, 白何首烏 當歸 山茱萸 川芎 각 6g, 丹蔘 白茯苓 炙甘草 澤瀉 蒼朮 龜板(炒) 石菖蒲 貢砂仁 牧丹皮 山藥 山査 白殭蠶 각 4g, 遠志 人蔘 沙蔘 白朮(炒) 麥門冬(去心) 각 3g
5/15 ~ 5/25	六味地黃湯加味	熟地黃(九蒸) 川芎 각 8g, 白何首烏 山茱萸 山査 白殭蠶 각 6g, 山藥 白茯苓 牧丹皮 當歸 澤瀉 貢砂仁 각 4g, 遠志 白朮(炒) 麥門冬(去心) 각 3g
5/26 ~ 6/ 4	加味四六湯加減	熟地黃(九蒸) 8g, 山藥 山茱萸 白殭蠶 각 6g, 白茯苓 白芍藥 柴胡(植) 貢砂仁 澤瀉 牧丹皮 木瓜 川芎(土) 각 4g, 梔子 麥門冬(去心) 각 3g, 生地黃 陳皮 각 2g

Ⅲ. 考 察

일반적으로 알코올중독 또는 알코올리즘(alcoholism)으로 불리는 알코올의존이란 사회에

Table 3. MMSE-K 변화

항목	5/2	5/6	5/9	5/13	5
지남력(시간)	3	2	3	3	
지남력(장소)	4	4	2	4	
기억등록	3	3	3	3	
주의집중 및 계산	2	5	5	5	
기억회상	-	-	2	1	
언어 및 판단력	8	8	8	8	
총 점	17	19	20	21	

류를 과량으로 계속해서 마심으로써 신체적, 심리적 및 사회적 기능을 해치게 되는 만성적 행동장애이다. 세계보건기구(WHO)는 알코올중독을 "전통적 음주습관의 영역을 넘거나 혹은 지역사회 전체의 사회적 음주습관의 범위를 넘어 음주하는 경우를 말하며, 그에 부수된 병적 인자가 얼마만큼 유전, 체질 또는 신체 병리적, 대사적 영향을 받고 있는가에 관계없이 그것을 알코올중독이라고 한다" 라고 정의하고 있다[5]. 미국 정신의학회에서 제시한 DSM-IV 진단기준에서는, 알코올 관련 질환들을 '알코올 유도성 장애(alcohol induced disorder)' 로 구분하여 진단한다[17].

알코올로 유발된 정신장애로는 급성중독, 금단상태, 금단섬망, 기억장애증후군, 알코올성 치매, 정신병적 장애가 있다[5,18,19].

급성 중독은 알코올 음주로 인해 의식 수준이나, 인지 능력, 지각, 정동 및 행태 또는 기타 정신 생리적 기능 및 반응의 장애를 초래하는 일시적 상태를 말한다(일반적으로 이야기하는 알코올중독은 alcoholism을 이야기한다.)[5,18,19].

급성 중독은 보통 용량 수준과 매우 밀접한 관계가 있다. 그러나 예외로 신부전증이나 간부전증과 같은 기질적 질환을 가진 경우에는 적은 용량으로도 심한 독성 효과를 나타낼 수 있다. 연회나 축제 등에서의 행동처럼 사회적인 측면에서 억제력이 풀린 해이현상도 볼 수 있다. 급성 중독은 일시적인 현상이다. 중독의 강도는 시간에 따라 감소하고, 더 이상 알코올을 사용하지 않으면 알코올의 효과는 사라진다. 중독 증상은 알코올의 일차적 작용을 항상 반영하는 것은 아니며, 용량에 따라 다른 효과를 보여줄 수 있다. 급성 중독에서는 교통 사고, 타살, 자살, 추락, 가정내 재해, 산업 재해 등, 신체 장애(추락 및 사고로 인한 골절, 경막하 혈종, 기타 뇌 외상) 등을 일으키며, 동상, 화상 등 기후 변화로 인한 후유증이나 추울 때 저체온으로 사망하고, 면역 반응에 변화가 생겨 감염이 잘 되는 취약점을 보인다[5,18,19].

금단 상태는 알코올을 반복적으로 장기간 고용량으로 복용한 후에 완전히 또는 어느 정도 중단했을 때 생기는 증상군을 말한다. 금단 상태의 발병과 경과는 한시적이며 중단 직전에 복용한 알코올의 종류나 용량과 관련이 있고, 경련과 합병될 수도 있다. 특징적으로 환자들은 알코올을 계속 복용해야 금단 증상이 해소된다. 금단 증상은 대개 음주를 중단되거나 줄인 이후에 알코올의 혈중 농도가 급속히 감퇴되는 4-12시간 이내에 시작된다. 알코올은 반감기가 짧기 때문에 금주 후 이틀째에 절정에 달하고, 4-5일째 개선이 된다. 그러나 급성 금단 시기가 지난 후에도 불안 증상들이나 불면증, 자율 신경계 기능 저하는 3-6개월간 지속될 수 있다. 진전은 금주 후 6-8시간 이내에 나타난다. 정신적 및 감각적 증상은 8-12시간, 간질 발작은 12-24시간, 진전섬망은 72시간 이내에 나타난다. 따라서 금단 후 첫 일주일 동안은 진전 섬망이 나타나는지 주의 깊게 관찰해야 한다[5,18,19].

금단섬망이란 섬망을 동반한 금단 상태나 금단 상태의 합병증으로 섬망이 있는 상태를 말한다. 진전 섬망(delirium tremens)이 여기에 해당된다[5,18,19].

진전 섬망은 짧게 지속 되지만 때로는 생명을 위협하는 의학적 응급 상황이며, 신체적 장애를 동반하는 독성 혼동 상태이다. 전통적으로 다음 3가지 특징적 증상을 보인다. 의식 혼탁 및 혼동, 여러 형태의 지각 장애로 나타나는 생생한 환각이나 착각, 그리고 조잡하고 불규칙적인 진전을 볼수 있다. 그 밖에도 망상, 초조증, 불면 또는 수면 주기 반전과 자율 신경계 항진 증상 등이 있다. 섬망을 동반한 금단 상태는 금단 증후군 중 가장 심한 형태로서, 과음을 하다 금주를 하거나 줄일 때 대개 1 주내에 섬망 상태를 보인다. 섬망에 첨가해서 빈맥, 발한 등 현저한 자율신경계 항진 증상을 보여주고, 환시나 환촉을 동반한 인지 장애를 보여주며, 과다 흥분 상태에서 기면(嗜眠)상태(drowsy state)에 이르기까지 다양한 정신 운동 기능의 이상 증세를 보인다[5,18,19].

섬망을 동반한 금단 상태의 환각은 환시가 가장 흔하고 환청, 환촉의 순이다. 곤충, 작은 동물, 물체 그림자가 보이고 밤에 환각이 나타난다. 특히, 눈을 감으면 환각이 강화된다. 환각은 기복이 심하고 체계화되지 않았고 형태가 불분명하다. 모든 알코올 환자의 약 5%는 진전 섬망을 경험

하며, 첫 발병은 5-15년의 과음 경력이 있는 알코올 의존 환자에서 음주를 중단하거나 감량한지 2-3일 경과후 발병하는 것이 보통이다. 전구증상으로서 불면, 진전 및 공포를 볼 수 있다. 발병 시 금단 경련이 선행될 수 있다. 건강한 사람이 금단 기간 중 진전 섬망을 갖는 경우는 드물고, 대개 간염이나 췌장염 등 신체 질환이 있을 때 생기기 쉽다. 섬망 환자는 그들의 행동을 예견할 수 없기 때문에 자신이나 타인에게 해를 끼친다. 환자는 폭력적이거나 자살을 기도할 수도 있고, 마치 그들이 실제 위험 상황에 있는 것처럼 환각이나 망상적 사고에 의해 행동할 수 있다. 그래서 침대에서 내려오다 다치거나 무서운 환각 때문에 도피하려다 다친다. 그러나, 초조 상태가 심해서 내과적 치료가 곤란하며, 치매나 건망 증후군, 기질성 인격장애 등으로 이행한다[5,18,19].

기억장애 증후군(amnestic syndrome)은 만성적으로 최근 기억에 현저한 장애가 있는 증후군이며 'Korsakoff 증후군'이라고도 한다[16,18,19]. 원격 기억도 때로 장애를 받지만 즉각적인 회상 능력은 정상적이다. 시간 감각과 사건의 순서를 기억하는 능력의 장애가 있다. 이는 새로운 것을 학습하는 능력에 장애가 있기 때문이다. 작화증(기억 손실을 메꾸기 위해 사실을 꾸며내는 증상)이 현저하게 나타나지만 반드시 있는 것은 아니다. 다른 인지 기능은 비교적 잘 보존되어 있으며 기억 상실로 인한 결손이 다른 장애들과 비례해서 나타나는 것은 아니다[18,19].

알코올로 인한 기억장애 증후군은 새로운 것을 학습하는 최근 기억의 장애를 보이는 기억 장애(시간 감각의 장애; 즉 시간 순서에 따른 재배열이나, 반복되는 사건을 하나로 단축하는 것이 어렵다)이고, 즉각적 회상 능력의 결손은 없으며, 의식의 장애 및 일반적 인지 장애도 없다. 흔히 명확한 무감동(상황에 따른 감정의 변화가 없다.)과 자발성의 상실을 수반하는 인격의 변화와 자신을 소홀히 하는 경향이 있을 수 있고, 작화증이 심하게 있을 수도 있다. 술을 끊는 것이 Korsakoff 증후군의 일차적 치료법이다. Korsakoff 증후군의 치료는 thiamine을 투여하며, 이를 3-12개월간 계속한다. 일부 환자에서 thiamine과 영양 공급으로 인지 기능이 호전되기도 하지만 완전히 회복되는 사람은 거의 없다. Wernicke증후군이나 일시적 건망증 그리고 알코올 pellagra 뇌증과의 감별이 필요하다[18,19].

알코올성 치매는 ICD-10에서는 '치매를 동반한 잔류성 및 만발성 정신병적 장애'로 불리우며, DSM-IV에서는 '알코올로 유발된 지속성 치매'로 지칭된다[18,19]. 이는 오랜기간 과음하다 치매가 생긴 경우로 적어도 금주후에도 3주일이상 지속되며, 병력 신체 검사 검사실 검사 결과 알코올 외에 다른 치매의 원인을 찾을수 없는 경우이다. 알코올성 치매는 수년간 과음후 치매가 생기므로 35세 이전엔 드물고, 유발 요인은 알코올 의존증이다. 합병증으로 소뇌성 증상, 말초성 신경병증, 간경변증 등을 보인다. 심리검사 결과 경미한 인지 기능 결함이 있고, 사회적 직업적 기능의 손상이 있으며, 손상이 심할 때는 주위 환경을 기억하지 못함으로 지속적인 개호가 필요하다. 알코올로 인한 기억장애 증후군이나 다른 원인의 치매와 감별이 필요하다. 알코올성 치매에 대한 치료법은 없고 일생 동안 보호해 주어야 한다[5,18,19].

정신병적 장애(psychotic disorder)는 음주 중이거나 그 직후에 대개 나타나며, 특히 환청이 흔하지만, 대개 여러 종류의 지각 장애로 나타나는 생생한 환각, 잘못된 지각, 편집성 또는 피해적 성질의 망상이나 관계 망상, 흥분이나 혼미와 같은 정신 운동성 장애, 그리고 심한 공포에서 황홀까지 이르는 비정상적인 정동 등으로 특징 지워지는 일련의 정신병적 현상을 보여준다. 의식은 대개 명료하고, 심한 혼동 상태까지 이르지 않지만 어느 정도 의식의 혼탁이 있을 수 있으며, 적어도 한달 이내에 회복되고, 6개월 이내에는 완전히 회복된다[5,18,19].

알코올로 인한 정신병적 장애는 알코올 음주 중 혹은 단주 후 48시간 이내에 생긴다. 정신병적 장애가 여기에 해당된다. 알코올로 인한 정신병적 장애 환자의 환각의 특징은 다음과 같다. 환청이나 환시를 주로 보여주고, 목소리나 형태가 없는 소리, 불쾌하고 짜증나는 내용, 양성적이며 조용한 내용, 사람들에게 직접 말을 거는 내용이거나 제 3자가 그에 대해 예기하는 내용이다. 술을 끊고 회복된 후에도 어느 정도 지속된다. 또

한, 동성애적 행위를 비난하는 내용이나 이성간의 난잡한 행위를 비난하는 환청이 많으며 이로 인해 불안, 공포가 심해지면 도피하기 위해 자살을 시도한다[5,18,19].

알코올성 장애의 치료에는 여러 가지 어려움이 따른다. 알코올 환자들은 자신의 음주량을 솔직히 말하지 않고, 금주의 필요성을 느끼지 않으며, 부정의 심리 방어 기제를 쓰고 의존적이며, 적대감이 많고, 자기 중심적이며, 우울 등 성격적 문제점을 보여준다. 따라서 우선 술을 끊고, 일반상태를 호전시키면서 염증과 감염을 막고, 해독 치료와 더불어 정신 치료, 가족 치료, 약물 요법, 단주친목 참여 및 갱생원 치료 등 다각적인 치료적 접근을 해야 한다[5,18,19].

정신 치료로는 환자에게 우애적이고 비판을 하지 않고 중립적인 자세를 견지하면서지지 정신요법을 시행하는 것이 가장 바람직하다. 알코올 장애 환자들은 흔히 거절당할 것을 두려워하기 때문에 수동적인 자세보다는 적극적으로 지지적인 도움을 주어야 한다. 특히, 우울증은 치료자의 활동적이고 지지적인 역할에 의해 좋아질 수 있다. 집단치료나 가족치료를 받기 어려운 환자들에게는 개인지지치료와 역동지향적 치료가 필요하다[5,18,19].

알코올중독과 유사한 개념을 한의학에서는 酒傷症에서 확인할 수 있다. 酒의 성질은 ≪黃帝內經≫[20,21]에 熟穀之液으로 그 氣가 悍慄하며 淸하다 하였으며, 巢 등[22]은 大熱有毒하여 사람으로 하여금 煩毒悶亂 한다 하였다. ≪聖濟總錄≫[23]에서는 그 性이 慄悍하여 後食而入하여 先食而出한다 하였고, 李[24]는 大熱하되 그 質은 濕하여 하였으며, 朱[25]는 酒性喜升한다 하였다. 이상을 종합하면 酒의 性은 大熱大毒하여 그 氣가 悍慄하고 質은 濕한 것임을 알 수 있다.

酒의 生理的 側面을 논한 부분을 살펴보면, ≪黃帝內經≫[20,21]에서 酒入胃中하면 胃腸上逆하여 滿于胸中 肝浮膽橫한다 하였으며, ≪聖濟總錄≫[23]에서는 先食而出하고 능히 通關節 主膚腠한다 하였고, 許[11]는 酒는 사람을 昏亂케하고 癖風寒宣血脈 消邪氣 引藥熱한다 하였으며, 李[24]는 酒를 陰寒之時에 조금 마시면 능히 禦邪 助神 壯氣活血한다 하였다. 이상을 종합하면 飮酒하면 先溺出하고 昏亂케하여 勇士를 不避한다 함을 알 수 있으며, 少飮하면 益人하여 능히 癖風寒 宣血脈 消邪氣 助神한다 할 수 있다. 이는 西洋醫學에서 알코올의 효과가 정신 및 신경계통에 나타나는 증상들과 어느 정도 부합된다 할 수 있을 것으로 사료된다.

酒의 病理機轉에 대하여 살펴보면, ≪黃帝內經≫[20,21]에서는 "醉若飽而入房 하면 氣聚於胸中不得散하여 酒氣와 穀氣가 相搏하고 熱盛於中 熱偏於身하여 內熱而溺赤한다" 하였고, 張[26]은 酒性熱의 說로 "酒疸之後에 心中熱 足下熱"이라 하였다. 巢[22]는 "酒疸候"에서 胃內熱에 大醉當風入水로 酒疸을 發한다 하였고, "酒癖候"에서 酒氣와 陰의 停滯不散으로 酒癖을 형성한다 하였으며, 酒毒과 酒熱所作으로 煩毒昏亂嘔吐 등의 증상을 발한다 하였다. ≪聖濟總錄≫[23]에서는 停積不散하여 酒疸 등 諸熱之病을 生한다 하였고, 張[27]도 酒不散으로 生病한다 하였다. 李[15]는 酒病의 治療에 上下分消其濕하여 濕에 의해 酒病이 生한다 하였고 陰血虛로 인해 虛損之病을 生한다 하였다. 張[28]은 飮酒致傷者는 除濕利水한다 하여 水濕에 의해 酒傷諸症이 發한다 하였고, 傷氣하여도 酒傷症을 發할 수 있다 하였으며, 酒濕傷脾致生疾逆, 酒熱傷陰 或致發熱動血, 酒疾傷臟 致生泄瀉의 三類型으로 분류하여 그 치법을 논하였다. 李[24]는 "恣飮卽 生痰益火耗氣損精 令暴病暴死"라 하여 痰 虛火와 耗氣 損精으로 酒傷症을 發한다 하였으며 또한 酒毒留於肺 傳於膽으로 痰火 濕熱을 生하여 각기 질병을 발한다 하였다.

이상을 총괄해 보면 酒는 그 性이 大熱大毒하고 氣悍慄 質濕하여 久飮 혹은 暴飮하면 停滯不散하여 濕 熱 酒毒 寒 水 등이 作하는 바가 되거나 相搏하여 病을 형성한다. 즉 內熱所作, 濕熱內盛, 寒濕, 酒毒所爲, 痰火, 眞陰虛 陽氣盛 등으로 인하여 酒傷諸症이 發生하는 것을 알 수 있다.

酒傷의 症狀으로 ≪黃帝內經≫[20,21]에서는 "酒風"이라 하여 身熱 懈墮 汗出 惡風 少氣 등의 증상을 발한다 하였으며, 또한 手足熱 溺赤한다 하였다. 張[26]은 酒疸만을 논하였는데 小便不利 心中熱 足下熱 心中懊濃 不能食 時欲吐의 症狀이 나타난다 하였다. 巢[22]는 酒疸 酒癖 酒痩 등을 중심으로 論하였는데, 酒疸에 대해서는 張[22]의

설을 따랐으며 酒癖은 脇下 氣及而痛의 症이라 하였다. ≪聖濟總錄≫[23]에서는 酒疸에 대해서만 論하였고, 張[27]은 飮食不消散하면 傷寒과 같이 身熱 惡寒 戰慄 頭項痛 腰背强 或時嘔酸水 心腹滿悶 등의 증상을 발한다고 하였다. 李[15]는 虛損之病을 발한다 하였고, 張[28]은 酒濕傷脾하면 生痰逆嘔吐 胸膈痺塞 飮食減少하고, 酒熱傷陰하면 發熱動血하며, 酒質傷臟하면 泄瀉한다 하여 三證으로 나누고 증상을 구별하였다. 許[11]는 酒後傷風하면 身熱頭痛하고 酒痰에는 飮食不美 嘔吐酸水하고 酒積에는 面黃黑 腹脹 時嘔痰水 酒疸症 등을 열거하였다.

酒傷에 대한 歷代醫家의 治法에 있어서 李[15]는 無形之氣說을 주장하여 瀉下시키게 되면 絶命하게 되므로 "止當發汗 而散出則愈 其次莫如 利小便 上下分消其濕"이라 한 후 많은 의가들이 이를 따랐고, 張[28]은 諸濕利水한다 하였다. 酒傷의 治方을 보면 張[26]은 酒黃疸의 治療에 梔子大黃湯을 사용하여 淸熱法을 사용하였고, 張[27]은 酒食所傷에 木香導飮丸 進食丸을 사용하여 消導行氣를 위주로 하였다. 李[15]는 酒傷에 上下分消其濕之法으로 葛花解醒湯을 사용한다 하였다. 許[11]는 發汗 利小便이 主라 하였고, 酒後傷風에 防風通聖散加味, 酒痰에 瑞竹堂化痰丸 對金飮子 등, 酒飮發熱에 黃連解毒湯, 酒積에 對金飮子加味 葛花解醒湯, 酒疸에 半溫半熱湯 梔子大黃湯 葛朮湯 酒蒸黃連丸 등을 사용한다 하였다. 張[28]은 酒濕傷脾한 데에 葛花解醒湯 胃苓湯 五苓散, 酒熱傷陰에 黃芩芍藥湯 淸化飮, 酒質傷臟한데에 五苓散 胃苓散之類를 사용한다 하였다.

이상의 치법에 대한 各家의 용약을 종합하면 酒傷諸證을 通治하는데는 역대 많은 의가들이 發汗[11,24] 利小便[11,24] 上下分消其濕[11,15,24,27,28]하여야 하는데 葛花解醒湯이나 對金飮子를 통용하였다. 또한 酒疸 治法에는 分解濕熱[25]하는데, 梔子大黃湯[11,26] 半溫半熱湯 酒蒸黃連丸[11]을 사용하고 酒積에는 酒蒸黃連丸[11] 酒痰에는 瑞竹堂化痰丸 또는 對金飮子[11]를 사용한다 하였다.

입원 당시 환자는 사업실패와 이혼으로 인한 극심한 스트레스로 인하여 음주 과다하여 DM과 신경쇠약, 식사 및 소화불량, 현훈, 기력저하, 수면불량, 수지진전, 보행불안, 작화경향 등의 alcoholism의 증상을 보였다. 이중 알코올 중독성 단기 기억력 저하가 현저하며, 그 외에 약간의 진전 증세와 함께 심한 기력 저하를 입원 당시 가지고 있었던 것으로 보아 알코올성 Korsakoff 병으로 진단하고 酒傷症의 관점에서 치료를 실시하였다.

인지기능은 MMSE-K 검사에서 보듯이 점진적으로 호전되고 있음을 알 수 있는데, 이는 加味七福飮을 투여하면서 나타나기 시작하였으며, 이후 호전된 상태가 지속되었음을 알 수 있다. 또한 作話證도 酒傷이 치료되는 과정에서 소실되었으며, 기력저하 및 현훈은 처음 八味地黃湯合加味逍遙散 처방으로 어느 정도 완화되었다. 六味地黃湯 加味方을 투여하는 동안, 현훈은 더욱 감소하였고 기력이 호전되었으며 기억력은 증가된 상태에서 더 이상의 호전이 없었다. 加味四六湯 처방으로 알코올욕구의 해소를 시도하였으나 환자는 음주 욕망을 절제하지 못하고 지속적으로 음주함으써 폐쇄병동에서의 알코올중독의 치료의 필요성이 대두하였다.

Ⅳ. 結 論

알코올성 Korsakoff병 환자 치험 1례를 고찰하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 알코올중독증은 한의학으로는 酒傷症의 범주로 파악할 수 있으나, 증상에 따라 적절한 치료법을 선택하여야 할 것으로 사료된다.
2. 알코올성 Korsakoff병을 臟燥症, 酒傷證, 氣鬱證의 범주로 파악하고, 식사와 소화불량 및 기력저하 등의 증상이 먼저 소실되고, 이후 기억력 저하와 작화 등의 증상이 소실되는 등 제 증상은 치료되었으나 음주에 대한 욕구는 억제하지 못한 치료결과를 얻었다.
3. 상습 음주로 인해 발생한 당뇨병을 消渴의 범주로 인식하여 八味地黃湯이나 六味地黃湯을 합방하였으며, 無如丸을 추가하여 치료하여 양호한 결과를 보았다.
4. 禁酒에 대한 환자의 의지가 부족한 경우이므

로 폐쇄병실에서의 치료가 필요할 것으로 사료되는 바이다.

參 考 文 獻

1. 全國韓醫科大學 肝系內科學敎授共著 : 肝系內科學, 서울:東洋醫院硏究院出版社, pp.230-231, 598-611, 1987.
2. 金秉雲 외 : 東醫肝系內科學, 서울:集文堂, p.259, 1986.
3. 李文鎬 외 : 內科學(下), 서울:學林社, p.2390, 1986.
4. 黃義完 金知赫 : 東醫精神醫學, 釜山:現代醫學書籍社, p.427, pp.436-441, 1992.
5. 醫學敎育硏修院 : 家庭醫學, 서울:서울대학교 출판부, p.726. 1990.
6. Sheila Sherock : 간담도질환, 서울:고려의학, pp.356-372, 1989.
7. Morgan M.Y : The epidermiology of alcoholic liver disease in the United Kingdim. In Alcoholic Liver disease ed.p.hal., 1930, edward Arnold, London.
8. 오태원 외 : 종합병원 정신과에 입원한 알코올성 장애자들, 신경정신의학, 19권 3호, 1980.
9. 李榮浩 : 알코올 장애자에 관한 임상적 연구, 신경정신의학 19권 2호, 1980.
10. 林永珍 : 입원한 알코올성 정신장애자에 대한 임상적 연구, 신경정신의학 21권 3호, 1982.
11. 許 浚 : 동의보감, 서울;남산당, p.131, 473, 492, 512, pp.239-240, 431-432, 1989.
12. 周命新 : 醫門寶鑑, 서울:東洋綜合通信敎育院出版社, p.148,pp.112-113, 1971.
13. 周命吉 : 濟衆新編, 서울:杏林書院, p.41,85,175, 1975.
14. 洪性媛 외 : 酒傷의 觀察法에 대한 문헌적 고찰, 대한한의학회지 Vol. 11. No.2, pp.9-23, 1990.
15. 李東垣외 5명 : 東垣十種醫書, 서울:大星出版社, pp.55-57, p.119, 1983.
16. 김정기 : Alcoholic Korsakoff's syndrome 기억상실 환자들의 정서반응 습득, 한국심리학회 86년 연차대회 학술발표초록, pp.35-42, 1986.
17. 이근후 외 14인 : 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판, 서울, 하나출판사, pp.259-271, 1995.
18. 대한신경정신의학회 편 : 신경정신과학, 서울, 하나의학사, pp.269-282, 1998.
19. 민성길 : 최신정신의학 제4개정판, 서울, 일조각, pp.399-409, 2000
20. 王氷註 : 黃帝內經素問, 서울:高文社, p.141,349, 1972.
21. 王氷註 : 黃帝內經靈樞, 서울:高文社, pp.106-107,193-194, 1972.
22. 巢元方 : 諸病源候論校釋, 北京:人民衛生出版社, p.397,619,620,769, pp.750-753, 1983
23. 曹孝忠 : 聖濟總錄纂要卷十一 , 臺北, pp.739-239,739-242,739-243.
24. 李用粹 : 證治彙補, 臺北:旋風出版社, pp.102-105, 1965.
25. 朱震亨 : 格致餘論(東垣十種醫書中), 서울:大星出版社, p.491, 1983.
26. 張仲景 : 金匱要略, 서울:成輔社, pp.74-76, 1985.
27. 張子和 : 儒門事親, 臺北:旋風出版社, pp.13-14, 1980.
28. 張介賓 ; 張氏景岳全書, 서울:翰成社,p.322, 1978.