동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 15. No. 2, 2004

두부손상 이후 발생한 譫妄 환자 1例에 대한 증례보고

김주호*, 김경옥, 구병수
동국대학교 한의과대학 신경정신과학교실

A case with Delirium caused by cranial trauma

Ju-Ho Kim, Kyeong-Ok Kim, Byung-Soo Koo

Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine Dongguk University, Seoul, Korea

Abstract

Delirium is a acute syndrome of disorientation caused by dysfunction of brain tissue and has a many varied symtome. It is characteristic of consciousness distrubance with disorientation and dys-mnesia and emotional distrubance.

We experienced a 66 year-old man who had a hydrocephalus and hypertension as well as Delirium caused by cranial trauma, and whose condition was improved through Oriental medical treatment. This case study illustrates what the manifestation of Delirium caused by cranial trauma and drug abuse etc. is and how Delirium improved.

Key Word : Delirium caused by cranial trauma, case study.

* 교신저자 : 김주호, 서울특별시 강남구 논현1동 37-21 동국대학교 강남한방병원 신경정신과
Tel. 02-3416-9796 · 9634, E-Mail : toadss@hanmail.net
◆ 접수: 11/15 수정: 11/13 채택:1 11/16

Ⅰ. 緖 論

두부외상은 다양한 원인으로 일어나며 최근에는 교통사고의 증가로 인한 두부외상이 늘어나고 있고 기억손상 등의 신경학적 증상을 수반하는 경우가 많다.[18)]

섬망은 광범위한 뇌조직기능의 저하에 의해 일어나는 인지기능의 손상으로 급성이며 다양한 증상 변동을 나타낸다[1)]. Hippocrates가 섬망상태를 기술하였으며 Celsus가 처음으로 섬망이라는 용어를 사용하였다. 19세기 초 Sutton은 알코올에 의한 섬망을 처음으로 기술하였고 Lipowski는 섬망을 포괄적으로 특이한 행동 증후군으로 정의하였다[2)].

섬망은 종합병원 입원환자의 10-15%가 입원기간 중 상당한 정도의 섬망상태를 경험하며 노인환자(75세이상)의 20~30%, 유아환자(6세이상), 중환자실 환자, 수술 환자 등에서 섬망을 나타낸다고 한다[2)].

譫妄은 한의학적으로 健忘의 범주에 속한다. 健忘이란 기억력의 감퇴로 곧 잊어버리는 것을 말한다. 자기가 한 前事와 前言을 망각하기를 잘 하므로 사물을 처리할 때 有始無終하며 대화를 하여도 首尾를 알지 못한다. ≪內經≫[3)]에서는 일반적으로 "善忘"이라 칭하였지만 ≪素門 調經論≫[3)]과 ≪靈樞 本神篇≫[3)]에서는 "喜忘"이라고 하였다. ≪千金要方≫[4)]에서는 "多忘"이라고 하였지만 "好忘", "易忘"이라고 한 경우도 있었다[5,6)].

譫妄의 증상은 의식장애와 함께 각종 지남력, 기억력, 언어, 지각, 감정 조절, 수면각성주기 장애를 나타낸다. 언어장애로서 사고의 흐름이 지리멸렬하고 체계가 없으며, 말이 토막나며 보속증을 보인다. 가장 현저한 증상은 의식의 장애이며 경한 상태에서는 외부환경을 명료하게 파악하는 능력이 저하되며 심한 상태에서는 주의를 모으고 유지하고 변환하는 능력에 현저한 장애가 있다. 의식장애는 하루에도 의식이 맑은 상태에서 병적 혼란상태까지 변화가 커서 수일전부터 불안, 불면, 안절부절 못함, 일시적 환각, 졸림 등의 증상이 나타난다[1,2)].

현대 의학적으로 기억력 장애는 섬망의 범주에 속하며 한의학적으로는 건망에 속하여 상호 다른 점이 있으나 모두 기억력 장애를 주소로 한다는 점에서 치료에 대한 이해는 상호 밀접하다고 사료되며 상호 유기적인 관계의 치료가 요구된다고 하겠다.

이에 최근 두부 외상 후 기억력 장애, 지남력 장애, 대소변실금 증상이 심해진 섬망 환자에 대한 치험 1례를 동서의학적 고찰과 함께 보고하고자하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 환 자

이 ○ ○, (남자/66세)

2. 주소증

① 語鈍(Dysphasia)
② 指南力低下
③ 步行無力

3. 발병일

2003년 2월 1일

4. 과거력

① CVA : 15년전 남해 local 병원 입원치료 후 호전
② Hypertension : 15년전 CVA 진단시 함께 진단 후 현재까지 cd-med 복용중
③ Gout : 2년전 남해 local 병원에서 1주일 정도 입원치료 후 완화
④ Hydrocephalus : 2003. 3 진주 경상대병원에서 진단. 수술 권유하나 거부

5. 가족력

① 父及子 : Hypertension

6. 사회력

175cm 80kg으로 건장한 체격으로 활발한 성격, 무직

Smoking : 2-3개월 전부터 금연, 그 이전에는 1갑/day

Drinking (-) : 15년전 CVA이후 금주.

7. 현병력

상기자는 175cm 80kg의 활발한 성격을 지닌 만 66세의 건장한 남환으로 CVA의 과거력과 Hypertension의 치료를 받고 있던 중 2003년 2월 1일 보행 중 앞으로 넘어지면서 머리를 바닥에 부딪친 다음 어둔, 지남력저하, 보행불리 등의 증상이 나타나자 동네에서 한방치료 받았으나 별무 변화하여 3월 진주 경상대 hospital에서 MRI상 mild hydrocephalus 이외 별무진단 후 1주일 정도 입원치료 받다가 퇴원한 후 본원 한방신경정신과 외래를 통하여 by self walking with family state로 603호 입원함.

8. 진단명

① 健忘/인지기능 및 각성에 관한 기타 증상 및 징후(Dementia)

② 肝陽上亢/본태성 고혈압(Hypertension)

③ 脾氣虛

④ 수면장애/비기질적 수면장애

9. 진료기간

2003년 6월 25일 ~ 2003년 7월 16일 (22일간)

초진소견

1. 문제점

1) 주요증상

① 語鈍 : Dysphasia G0>G1 상태로 발음은 비교적 정확하나 듣는 사람이 잘 알아듣지 못하는 경향이 있어 잘 말하려 하지 않음.

② 指南力障碍 : 병원이라는 것은 인지하나 위치한 곳이 서울이라는 점은 인정하려들지 않으며, 시간과 사람에 대한 인식은 전혀 없는 상태로 보호자가 반드시 보호해야할 상태임.

③ 步行無力 : 독립보행 가능하나 자세 매우 불안정하여 주로 부축 보행 또는 w/c amb. state로 움직임.

2) 그 밖의 문제점

① 睡眠不良 : 입면시간이 불규칙하며, 수면시간은 평소 4-5시간정도에 비해 1-2시간 정도 부족한 정도의 수면을 취하고 있음.

② 大小便失禁 : 기저귀 차고 있는 상태.

③ 전체적인 표현능력의 저하로 인한 제증상.

2. 치료목표

① 입면시간의 불규칙을 해결하여 규칙적인 생활을 통해 시간 감각을 익히게 하여 지남력 중 시간에 대한 관념이 생성되게 한다.

② 지남력 장애는 두부 외상 후 회복단계에서 나타나는 것으로 인지하고, 제 증상은 陰虛와 瘀血로 인한 것으로 변증하고, 보음지제에 活血化瘀劑를 활용하여 陰虛의 상태를 개선을 목표로 치료한다.

③ K-DRS 치매검사를 통해 기억력 장애의 원인에 대해서 고찰하며, 기억력 등의 제반 증상의 변화를 위해 screening test로 MMSE-K를 이용한다.

④ 환자의 발음이 부정확하여 듣는 사람이 제대로 듣지 못함으로 인해 환자가 말을 하는 것을 꺼리는 경향이 있으므로, 환자의 말을 최대한 이해하려 노력한다.

⑤ 환자는 MRI상 Hydrocephalus를 진단 받았으며, Hypertension 상태이므로 의식의 변화의 가능성에 대비해 적절한 V/S을 유지시킨다.

정신과적 병력조사

1. 인적 사항

-Pt. name 이○○ (M/66)

-초등학교 졸업후 양복점에서 일을 배우시다 양복점을 운영함.

-양복점을 하다가 덤프트럭을 사서 사람을 고용하여 운수업을 함.

-CVA 발병 후 더 이상 일을 하지 않음.

-종교는 특별히 없음.

2. 개인력

-평소 다른 사람에게는 웃고 잘 대해주나 가족들에게는 고집부리며 권위의식을 내세우

며 자기 뜻대로 하려고 함.
-젊었을 때부터 부유한 누나나 형들의 도움을 받아서 크면서 돈을 벌려고 하지 않고 얻어서 쓰는 데 익숙하심. 직장에서 돈을 벌어도 가족들에게 가져다 주지 않으시고 혼자서 씀.
-부인이 미용실을 경영하며 그 수익으로 생활비를 충당하여 쓰나 환자는 번돈을 다른 사람들에게는 잘 쓰는 편임.

3. 정신상태
-기억력과 지남력 장애가 있으며 과거의 기억이 최근의 기억과 혼동되어 나타남.
-사소한 자극에도 감정 장애가 나타내며 불안해 함.
-자신의 의사에 저지하는 행동에 극도로 강한 불만을 보임.

임상 경과 및 치료

2003년 6월 25일(입원일)

보통 4-5시간 정도의 수면과 어둔, 식욕저하, 지남력 장애, 대소변실금 등이 치매에 의한 것으로 사려되어 한국판 치매평가검사(K-DRS)와 최소 정신상태 검사(MMSE-K) 검사를 실시하였다. K-DRS 검사상 총점이 8점으로 지극이 낮게 나와 치매로 진단하였으며(Table 2.), MMSE-K 에서도 총 7/30으로 치매로 진단되었다(Table 3). 또한 보행시 힘이 없어 자세가 불안하여 넘어질 것에 대비하여 부축보행이나 w/c amb.을 요구하였다.

2003년 6월 26일부터 7월 2일까지(입원 2 ~ 8일째)

낮에 낯선 사람에게 계속 말 걸고 계심 잘 웃으나 울지 않으며 밤에 계속 돌아다니는 것을 막자 화내고, 이상행동. 자기 방이라고 말하며 다른 방을 기웃거리기도 하여 호기심이 조금씩 생겨나기도 하였으나, 입면시간이 길어지면서 간헐적으로 다른 병실을 열고 들어가거나 남의 침대에 앉거나 남의 얼굴을 쳐다보는 등의 행동으로 병실에서 지탄의 대상이 되면서 의기소침하여 치료에 소극적인 경향을 보이기도 하였다.

수면 상태와 어둔, 대소변 실금 등의 제반 증상과 지남력과 기억력이 조금씩 호전되는 경향이 나타나기 시작하였는데, 장소에 대한 인식이 조금씩 생겨났다. MMSE-K에서는 지남력(장소)의 항목이 증가하였으나 언어 및 판단력은 감소하여 전체적으로는 8/30으로 측정되었다.

2003년 7월 3일부터 7월 7일까지(입원 9 ~ 13일째)

간헐적으로 기웃거리는 이상행동과 다른 사람에게 계속 말 거는 행동이 여전함으로 인해 간병하는 아들과 의견 충돌로 인하여 감정대립이 나타나기 시작하였다가 후반으로 가면서 기웃거리거나 새로운 사람에게 말 걸거나 귀찮게 하는 행동이 점차 사라져 감정대립이 없어졌다.

지남력에서는 시간과 장소 및 사람에 대한 인식이 생겨났으며, MMSE-K에서 기억 등록과 기억 회상이 가능해지면서 총 13/30으로 측정되었는데, 인지기능이 호전된 것으로 볼 수 있다.

어둔은 별 변화 없었고, 수면은 7시간 정도 淺眠하고 있었으며, 그 외 문제는 대부분 소실되었다.

2003년 7월 8일부터 7월 12일까지(입원 14 ~ 18일째)

전반적으로 호전된 상태로 별 변화 없었으며, 18일째 부인 못 오신다는 말을 듣고 울려고 하였으며, 이상 행동은 보이지 않았다. MMSE-K 상에서도 별 변화 없었다.

2003년 7월 13일부터 7월 14일까지(입원 19 ~ 20일째)

부인이 오지 않음으로 인해 감정장애가 조금씩 나타났으며, 전일 병원을 경찰서로 착각하고 사람들이 자신을 욕한다고 생각하며 화내거나, 전일 오전 수면 후 부산에 다녀왔다고 하시며 집에 가야겠다고 하시며 가지 못하게 하자 화내는 등 지남력에서도 문제가 발생하였다. 그 외의 증상은 호전된 상태로 변화 없었다. MMSE-K에서는 지남력 장소는 증가하였으나, 지남력 시간과 기억등록 및 회상에서 감소하여 총 12/30으로 측정되었다.

2003년 7월 16일(입원 22일째, 퇴원일)

6시간 정도로 淺眠과 熟眠의 중간정도로 수면을 취하였으며, 식욕과 식사 및 소화는 양호하였으며, 語鈍의 정도는 발음에서 어느 정도 호전된 것처럼 보였으나 grade는 G0>G1정도로 변화 없었으며, 지남력은 다시 저하되어 장소에 대한 지남력이 감소하였다. 보행은 양호하여 self walking state였고, 대소변실금은 금일 새벽에 1회가 나타났으며, 기분상태는 약간 불안정하여 간혹 화내기도 하였다. MMSE-K에서는 총 12/30로 큰 변화 없었으며, 환자가 부인을 기다리며, 장시간의 입원 생활에 싫증과 짜증을 내 보호자 원하여 퇴원 조치하였으며, 고향에서 지속적인 한방치료를 권유하였다.

Table 1. K-DRS 검사 결과

	총점	주의	관리	구성	개념화	기억
정상점수	132.8±6.7	33.7±2.2	33.7±3.8	5.9±0.3	35.1±2.8	22.5±1.8
치매경계치	119.4	31.2	26.1	5.3	29.5	18.9
진단 점수	8	6	2	0	0	0
백분위 (만점기준)	5.6%	16.2%	5.4%	0.0%	0.0%	0.0%

Table 2. MMSE-K 변화

항목	6/25	6/30	7/ 3	7/ 7	7/10	7/14
지남력(시간)	0	0	0	1	0	0
지남력(장소)	0	2	2	3	3	4
기억등록	0	0	2	1	1	0
주의집중 및 계산	0	0	0	0	0	0
기억회상	0	0	2	1	1	0
언어 및 판단력	7	6	7	7	8	8
총 점	7	8	13	13	13	12

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

치료일 (월/일)	처방명	처방내용
6/25 ~ 7/01	補血安神湯加澤瀉	澤瀉 25g, 白朮 酸棗仁(炒) 각 10g, 山藥 8g, 當歸 龍眼肉 川芎 각 6g, 乾地黃 麥芽 貢砂仁 白何首烏 麥門冬(去心) 白芍藥(炒) 白茯苓 天竺黃 각 4g, 五味子 蘿蔔子 黃芩 肉桂 桃仁 각 3g, 遠志 甘菊 甘草(炙) 각 2g
7/02 ~ 7/13	杞菊地黃湯加味	澤瀉 25g, 熟地黃(九蒸) 酸棗仁(炒) 각 12g, 白朮 10g, 天竺黃 8g, 枸杞子 山藥 山茱萸 香附子 각 6g, 白茯苓 丹蔘 甘菊 生薑 각 5g, 遠志 貢砂仁 각 4g, 石菖蒲 麥門冬(去心) 각 3g
7/1 ~ 퇴원약	生慧湯加味	熟地黃(九蒸) 10g, 枸杞子 山茱萸 白何首烏 각 6g, 黃芪 白茯苓 遠志 貢砂仁 當歸 胡桃 天竺黃 柴胡(植) 각 4g, 紅花 陳皮 桃仁 丹蔘 黃芩 地龍 각 3g, 人蔘 2g, 升麻(酒洗) 1g

Ⅲ. 考 察

두부손상은 후에 주의집중력, 수행기능 및 인지기능의 장애, 인격변화, 정동장애와 같은 후유증을 야기하나 진단에 어려움이 크며, 환자들의 외상 원인으로는 교통사고가 90.9%로 가장 높은데 이러한 피해자들 상당수가 정신과의 도움을 받게 되고 신경심리학적 평가가 중요한 진단 및 손상 판단법으로 그 필요성이 증가하고 있다.[18)]

두부외상의 가장 흔하고 두드러진 후유증 중 하나는 기억손상이다. 두부외상 이후에 나타날 수 있는 신경심리학적 손상에 관한 많은 연구 결과, 경도의 두부외상일지라도 정보처리 상의 어려움과 주의집중장애, 기억문제를 야기할 수 있음이 보고되고 있다.[18)]

섬망이란 독립된 질병이 아니고 다양한 질병형태에서 나타나는 증후군이며 급성 혼란상태, 급성

뇌증후군, 대사성 뇌증후군, 중독성 정신병 등과 동일한 뜻으로 사용되었다[2].

섬망의 특징적 증상은 의식장애이며 이와 함께 지각, 기분, 행동의 변화를 나타내며 진전, 운동실조, 안진 등의 신경학적인 증상들을 동반하는 경우가 많다[2].

주로 종합병원 입원환자에서 상당히 빈도가 높다고 알려져 있으며 종합병원 입원환자의 10-15%가 입원기간 중 상당한 정도의 섬망상태를 경험한다고 하였다. 섬망의 유병율은 노인환자(75세이상), 유아환자(6세이상), 중환자실 환자, 수술환자에게서 높아 입원 노인환자의 20~30%, 심장수술 받은 환자의 32%가 섬망을 나타낸다고 한다. 기존의 뇌손상이 있거나 치매가 있는 환자들에서 섬망의 빈도는 높다[1,2].

가장 흔한 원인은 전신감염, 수술후 상태, 대사장애, 저산소증, 저혈당증, 전해질 불균형, 간장 또는 신장질환, thiamine 결핍, 약물중독 및 금단, 고혈압성 뇌증후군, 간질발작후, 두부 손상 후의 의식회복단계 등에서 볼 수 있다[1].

의식과 주의집중은 뇌간, 간뇌, 대뇌피질에 의하여 영향을 받으며 섬망은 뇌의 국소부위병변보다는 중추신경계가 광범위하게 손상을 입은 상태에서 나타난다. Engel과 Romano는 의식장애의 정도와 뇌파상 서파 사이에 상관관계가 있음을 관찰하고 섬망은 뇌대사기능의 저하에 기인한다고 하였다. 뇌대사기능 장애는 adrenergic, cholinergic, serotoneric, dopamineric 등 다양한 신경 전달체계에 영향을 미쳐서 섬망의 증상을 유발한다고 추정되며 특히 뇌 acetylcholine기능을 저하시키는 요인들이 섬망을 유발한다고 알려져 있다. 뇌기능을 저하시키는 중추신경계 질병뿐 아니라 여러 가지 신체 질병과 약물이 섬망을 유발할 수 있다[1,2].

연령군에 따라 섬망을 잘 일으키는 질병군은 차이가 있어 소아에서는 감염, 발열, 약물중독, 외상, 청소년에서는 정신활성물질의 중독 및 금단, 외상, 감염, 청장년에서는 알코올 중독 및 금단, 대사성 질병, 심혈관 질병, 노인에서는 뇌혈관 질병, 심혈관 질병 등의 중요한 원인이 된다. 특히 항콜린성 작용이 강한 약물은 노인환자에서 섬망을 유발할 빈도가 높아 노인환자에게 사용할 때는 주의를 요한다[1,2].

섬망의 진단은 환자의 의식상태와 인지기능을 정확하게 평가함으로써 가능하다. 섬망을 유발한 신체질병을 감별하기 위해 신체검사와 병리검사가 필요하다[1].

Table 4. 섬망의 원인들[1,7]

두부내 원인
간질 및 간질 발작 후 상태
뇌외상(특히 뇌좌상)
감염; 뇌막염, 뇌염, 매독
뇌종양
혈관장애, 지주막하 출혈
두부외 원인
약물(복용 및 금단) 및 독극물
항정신성 약물, 진정제(알코올 포함) 및 수면제, 항우울제 및 리튬
기타약물
진통제; 아편류
항부정맥제
항생제
항경련제
항고혈압제
소염제; 스테로이드
항암제
항파킨슨병약물 ; 레보도파
위장관계약물
교감신경자극제
기타 ; 약물금단
독극물
일산화탄소(연탄가스 등)
중금속(납, 망간, 수은) 및 기타 산업독극물
살충제, 용매
내분비계 장애
뇌하수체, 췌장, 부신기능이상, 갑상선기능이상,
부갑상선 기능 항진증, 고혈당이나 저혈당 등의 내분비계 이상
내분비계 이외 기관
간
신장 및 요도
폐; 저산소증, 이산화탄소 중독
심혈관계 ; 심장장애, 부정맥, 저혈압, 급성 혈관성 장애
결핍성 장애 ; 티아민 결핍, 빈혈
고열과 패혈증을 동반한 전신성 감염
전해질 불균형
수술후 상태
외상(두부, 기타 신체), 열사병, 화상

Table 5. 기질성 정신장애에 대한 평가[1)]

1. 완벽한 병력
2. 세심한 신체검사(신경학적 검사 포함)
3. 정신 상태 검사
4. 이학적 검사
◦ 혈액검사, 혈청 전해질, 혈당, Blood urea nitrogen(BUN), Creatinine, 간기능 검사, 혈청 매독 및 HIV 검사, 갑상선 기능 검사, 혈청 vitamine B12, Folate
◦ 소변 검사 및 소변내 약물 검사
◦ 심전도
◦ 흉부 X-ray
5. 신경인지검사
6. 뇌영상 검사, CT, MRI
7. 기타

섬망의 진단기준은 DSM-Ⅳ와 ICD-10에 규정되어 있다. DSM-Ⅳ에서는 이전까지 사용하던 의식의 혼탁이라는 용어를 정의의모호성 때문에 제외하고 섬망의 진단기준으로 주의 집중 및 유지의 장애, 주의 전환의 장애가 의식 전반의 장애와 더불어 있어야 하고 기억력 장애나 지남력 장애와 언어 장애 등 인지기능의 이상과 지각장애가 있어야 한다고 정의하였다. ICD-10에서는 덧붙여 정신 운동성 장애로 과잉 각성이나 과소 각성상태에 있거나 이들의 변환이 예기치 못하게 있고 수면 각성 주기의 장애와 감정적 장해를 규정하면서 임상양상(급속한 발병, 주야간 변동이 있는 경과, 섬망 지속 기간 6개월 이내)을 규정하였다[7)].

섬망의 가장 현저한 증상은 의식의 장애이며 경한 상태에서는 외부환경을 명료하게 파악하는 능력이 저하되며 심한 상태에서는 주의를 모으고 유지하고 변환하는 능력에 현저한 장애가 있다. 섬망이 나타나기 수일 전부터 불안, 불면, 안절부절 못함, 일시적 환각, 졸림 등의 흔하게 나타나므로 이러한 전구증상이 나타날 때는 환자를 주의깊게 관찰하여야 한다[2)]. 섬망환자는 의식장애와 함께 각성 지남력, 기억력, 언어, 지각, 감정 조절, 수면 각성주기 장애를 나타낸다. 언어장애로서 사고의 흐름이 지리멸렬하고 체계가 없으며, 말이 토막나며 보속증을 보인다. 병적 각성상태는 과민하게 지나치게 경계하는 경우와 각성이 저하된 경우가 있다. 각성상태가 심할 때 홍조, 창백, 진땀, 심계항진, 동공상태, 오심, 구토, 고열 등 자율 신경계 장애가 나타난다. 섬망환자는 지각한 자극을 분별하여 과거 경험과 통합하는 데 장애가 있어 착각이나 환각을 나타내며 특히 시간에 대한 지남력 장애가 가장 심하다. 섬망환자는 부적절하게 횡설수설하는 언어장애를 잘 나타난다[1,2)].

섬망은 정신운동 장해의 정도에 따라 과활동형과 저활동형으로 구분된다. 실제 임상에서는 번갈아가며 혼재하는 혼재형 섬망이 가장 많다.[8)] 섬망의 특징은 증세가 밤에 더 심해지는 점과 증세의 기복이 아주 심하다는 점이다. 낮에는 비교적 잘 지내다가도 밤만 되면 헛소리를 하고 공포에 휩싸여서 무서워하며 사람을 못 알아보는 등의 상태가 되어 버린다.[2)]

섬망은 치매, 정신병, 우울증과 감별이 필요하다[2)]. 섬망는 급성으로 발병하며 의식장애가 심하고 하루 중에도 의식상태의 변화가 심하며 경과가 가역적인데 비하여 치매는 점진적으로 발병하여 만성의 경과를 가며 의식은 청명하나 전반적인 인지기능이 감소되어 있다[2)]. 치매가 있는 환자들의 섬망 발생율이 신체질환만 있는환자들의 섬망 발생율에 비해 두 배 이상 높았으며 알쯔하이머병 노인들의 섬망발생율도 동일 연령의 정상 노인들에 비해 5배이상 높았다. 또한 치매의 종류에 상관없이 치매가 심할수록 섬망 발생율도 높았으며 역으로 섬망도 치매의 주요 위험인자로 두 질환은 서로의 경과와 예후에 영향을 준다[8)].

Table 6. 치매와 섬망의 감별[1)]

	치매	섬망
발병 속도	만성적, 점진적으로 발병	급성 빠른 발병
의식수준	초기에는 의식수준장애	의식수준이 흐림
각성수준	각성수준 정상	격정, 혼미
경과	진행성, 황폐화	가역적
발견장소	요양소, 정신병원	내과, 외과, 신경과 병실

일부 심한 정신분열병이나 조증상태에서 섬망과 분별리 어려운 심한 혼란상태를 나타내지만 의

식은 비교적 청명하며 망상이나 환각은 지속적이다. 그리고 정신운동이 저하된 섬망은 우울증과 감별이 필요하다. 섬망은 뇌파검사상 특이한 전반적 서파를 나타내어 정신분열병, 조증, 우울증과의 감별에 도움이 된다[2].

섬망은 급성으로 발병하여 유발요인이 제거되지 않는 한 존속한다. 원인을 제거하면 섬망은 3-7일 정도에 완화되지만 일부 증상은 완전히 해소되는 데 2주 정도가 걸린다. 환자는 회복된 후에 당시 상황을 부분적으로 회상하여 일종의 악몽으로 경험한다. 임상적으로 섬망에서 치매로 진전하는 사례를 경험하지만 이에 관한 대조 연구가 없어 그 빈도를 알 수 없다[2].

치료의 일차적 목표는 섬망 유발요인을 제거하고 안전한 환경을 유지하여 사고를 예방하고 외부로부터 적절한 자극을 주어 지나친 자극으로 과민하게 되는 것과 감각박탈을 예방한다. 친지나 가족이 함께 있으며 낯익은 사진이나 물건을 제공하여 지남력을 보전한다[2].

섬망 환자에게는 망상이나 환각으로 인한 불안을 해소시키고 불규칙적인 수면, 각성주기를 정상화시키기 위하여 약물치료가 필요하다. 약물 치료는 정신병 상태와 불면증에 초점을 둔다. 일반적으로 지나친 최면을 일으키지 않고 진정시키는 약물이 바람직하며 benzodiazepine을 Haloperidal과 함께 사용하면 효과적이다.. 대개는 입원시키는 것이 좋다. 병실은 조용하고 편안해야 한다. 그러나 섬망은 감각과 밀접히 연관되어 있으므로 특히 밤에 약한 실내등을 켜두는 것이 좋다. 가족과의 유대를 지속시키는 환경의 조성이 중요하며 돌보는 사람이 일정하고 친숙한 사람이라면 환자가 자극을 받는 경우가 훨씬 덜하다. 또한 밤낮, 날짜, 장소, 상황 등을 환자가 알 수 있도록 환경내에 제시하는 것이 좋다[1]. 일반적인 대증요법으로는 영양, 전해질, 수분의 균형을 이루도록 하며 환경적으로 평온을 유지하도록 한다[1,2,8]

한의학적으로 譫妄은 健忘의 범주에 속한다. 健忘은 기억력의 감퇴로 곧 잊어버리는 것을 말한다. 자기가 한 前事와 前言을 망각하기를 잘 하므로 사물을 처리할 때 有始無終하며 대화를 하여도 首尾를 알지 못한다. ≪內經≫에서는 일반적으로 "善忘"이라 칭하였지만 ≪素門 調經論≫3)과 ≪靈樞 本神篇≫[3]에서는 "喜忘"이라고 하였다. ≪千金要方≫[4]에서는 "多忘"이라고 하였고 이라고 하였지만 "好忘", "易忘"이라고 한 경우도 있었다[5,6]. ≪醫宗必讀≫[9]에서는 건망의 치료로 思慮過度인 경우 歸脾湯, 精神,衰困인 경우 人參養榮湯, 痰迷心竅인 경우 導痰湯, 心腎不交의 경우 朱雀丸을 사용하였다. ≪醫學入門≫[10]에서는 心脾血少로 痰火濁氣上攻으로 보아 引神歸舍丸을, 所稟陰魄不足에는 補氣血하는 定志丸을 언급하였다. ≪證治彙補≫[11]에서는 健忘門에서 思慮過度로 인한 경우 병이 心脾에 있으므로 歸脾湯, 情神短小한 자는 人參養榮湯, 痰迷心竅한 자는 導痰湯送壽星丸, 心腎不交한 자는 朱雀丸을 쓴다. ≪辨證奇聞≫[12] 健忘門에서는 사람이 나이들어 최근 기억력이 저하된 것은 心血이 부족하여 그러한 것으로 補心과 補腎을 해야 한다고 하여 生慧湯을 활용였으며 또한 生氣湯 으로 胃氣를 補하면 능히 心腎에 精液을 분포시킬 수 있다고 하였다[13]. 健忘은 정신지체에 의한 忘失과는 다르다. 정신지체는 선천적인 지능저하로 "白痴"를 보일 때도 있다. 한편 노인으로서 체력쇠퇴로 말미암아 健忘을 동반할 때도 있으나 거의가 생리적인 현상이며 질병에 의한 健忘은 아니므로 여기에서 논하지 않는다[6].

황 등[14]은 健忘의 원인을 思慮過度, 心腎不足, 上氣不足, 下氣有餘, 怔忡久則健忘으로 보았으며, 증상은 "常常喜忘 所過之事轉勝遺忘", "事有始無終", "語談不知首尾" 등으로 보았으며, 치료는 건망이 여러 병증에서 나타나지만 "心藏神 主神明", "腎藏精 通於腦", "脾主意與思"하므로 心脾腎의 세 장부와 밀접한 관계가 있으며 心脾氣血不足, 腎精虧虛 , 心腎不交 등으로 변증하고 養心安神, 補益脾腎을 위주로 하였다.

健忘의 치료의 대강은 다음과 같다[6,14]. 思慮過度者 當理心脾 使神意寧靜. 心腎不交者 補腎而使之時上 養心而使之善下則 神氣淸明 志意常治. 所稟陰魄不足 善忘者 常大補氣血이다. 각기 사용되는 처방은 思慮過度한 자는 歸脾湯을, 心腎不交者는 朱雀丸, 强心丹, 所稟陰魄不足者는 靜志丸, 開心散을, 情神衰困한 자는 人蔘養榮湯, 靜志膏, 痰迷心竅자는 導痰湯送壽星丸, 加味茯笭丸을, 老年神衰한 자는 加減固本丸, 加減補心湯을 쓴다. 이외

에 通治方으로 引神歸舍丹, 仁熟散, 天王補心丹을 사용한다[14].

이상의 치법에 대하여 대부분은 腎精不足型, 心腎不交型, 心脾兩虛型, 痰濁擾心型, 瘀血衝心型 등으로 분류하여 치료하고 있으며 각각의 증상에 대하여 大造丸, 六味地黃丸, 導痰湯, 血府逐瘀湯, 歸脾湯 등을 사용하여 치료하고 있다.

상기자는 평소 CVA, Hypertension, Gout 등을 지니고 생활하던 중 두부외상을 당한 후 다소 기억력이 감퇴되다 경상대병원에서 Hydrocephalus 진단받은 후 cd-med 복용 후 증상 심해져 기억력저하, 수면장애, 대소변실금, 지남력장애 등을 주증으로 하여 입원 치료받은 환자이다. 당시 Hydrocephalus 진단 후 제증상을 치매로 의심하여 cd-med 동아니세틸(뇌혈관질환에 의한 이차적 퇴행성 질환에 사용되는 정신부활약), 타나민정(혈액순환개선제), 라미나겔(제산제) 복용한 후 제증상이 더 심해졌다. K-DRS의 검사결과 치매로 진단될 수 있었으나, 이미 치매로 진단된 후의 처치에서 별 효과가 없었고, 주의집중 및 유지의 장애, 주의 전환의 장애가 의식 전반의 장애와 더불어 있고 기억력 장애나 지남력 장애와 언어 장애 등 인지기능의 이상과 지각장애가 지속되고 있었으므로 치매의 감별진단 질병 중 상술한 진단기준에 의거해 섬망으로 진단하였으며, 두부 외상과 이후의 적절한 약물로 처치되지 않고, 다른 약물의 사용을 원인으로 인식하여 치료하였다. 환자의 증상을 한의학적인 관점에서 보았을 때 血虛나 陰虛로 인한 기억력 저하를 나타내는 譫妄, 健忘 환자로 볼 수 있어 이의 관점에서 치료하여 증상 호전에서 어느 정도의 효과를 얻었다.

처음에 사용한 補血安神湯은 주로 補血, 安神, 淸熱, 鎭痛, 消導의 효능이 있으며 血虛로 인한 여러 심인성 질환 및 stress에 광범위하게 응용되고 있는 처방[15]으로, 여기에 이뇨의 효능이 있어 수종에 사용되는 澤瀉를 加味하여 hydrocephalus와 血虛로 인한 것으로 인식되는 健忘으로 인한 기억력 저하, 지남력 장애 등을 치료하고자 하였으며, 小便不利와 睡眠障碍는 柴胡加龍骨牡蠣湯 Ex제를 취침 전에 복용시켜 치료하고자 하였다. 보행상태 self walking state로 호전되었으며, 지남력과 기억력의 호전이 미미하여 陰虛로 인한 것으로 보고 六味地黃湯에 枸杞子, 甘菊을 加味하여 滋補肝腎, 滋陰半肝, 補陰明目의 효능을 증강시켜 肝腎陰虛로 인한 제증상에 사용[16]되는 杞菊地黃湯加味方을 투여하였으며, 入眠時間의 단축과 숙면을 위해 淸熱豁痰, 鎭痙通竅의 효능[17]이 있는 竹瀝 10cc를 점심, 저녁 herb-med에 혼합하여 투여하였다. 이후 지남력 장애가 호전되었고 기억력 저하가 완화되었으며 감정장애, 이상행동이 완화되었으며 大小便失禁은 거의 없는 정도로 호전되었다. 부인의 문병에 대한 기대가 무너지면서 심리적으로 변화를 겪으면서 다시 기억력저하, 대소변실금, 지남력저하가 약간 나타나면서 開竅, 醒神, 安神시키는 효능이 있는 生慧湯으로 바꾸었으며 기억력저하, 대소변실금, 지남력상태는 더 이상 변화 없이 가료 원하여 퇴원하였다.

Ⅳ. 結 論

두부손상 이후 기억력저하, 대소변실금, 지남력저하를 주소로 하는 환자 치험 1례를 고찰하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 譫妄은 한의학으로는 健忘의 범주로 파악할 수 있으나 다양한 원인에 의해 발생하므로 증상에 따른 변증에 의해 치료되어야 한다.
2. 외상성 두부 손상 이후 적절한 약물치료가 되지 않아 기억력저하, 감정장애, 대소변실금의 증상의 환자를 陰虛, 瘀血로 변증하여 증상에 경중에 따라 치료하여 지남력과 기억등록, 언어 및 판단능력에서 상당한 결과를 얻었다.
3. 기억력저하, 지남력저하 다시 발하여 痰迷心竅하여 開竅, 星神하는 처방으로 양호한 효과를 얻었다.
4. 치료에도 불구하고 일상생활 면에서 다소의 장애가 남아있는 상태이므로 상황에 따라 여건에 맞는 후속 치료와 재발 방지를 위한 보호자의 관리 등이 장기간 계속되어야 할 것으로 사료된다.

參 考 文 獻

1. 민성길 : 최신 정신의학 제4개정판, 서울, 일조각, pp.187-189,198-p200, 2000.
2. 대한신경정신의학회 편 : 신경정신과학, 서울, 하나의학사, p184, pp.220-222, 2000.
3. 洪元植 편 : 精校黃帝內經, 서울, 東洋醫學硏究所, p.37,60,91,92,105,231,252,263,301, 1981.
4. 孫思邈 : 千金要方, 서울, 大星文化社, pp.265-266, 1984.
5. 徽宗 勅 : 聖濟總錄, 서울, 麗江出版社, pp.339-340, 1993.
6. 조용건 : 실용한방정신의학, 유진문화사, pp.181-183, 2001.
7. 황성욱외 7인 : 노인 환자에서 섬망을 일으키는 위험인자, 가정의학회지 23(1):117-118, 2002.
8. 김기웅, 이동영 : 치매-섬망 복합체의 평가와 치료, 정신병리학 9(2):131, 2000.
9. 李仲梓 : 醫宗必讀, 中國, 文光 圖書有限公司, pp.227-242,370-376, 1977.
10. 李 梴 : 編註醫學入門, 外集 卷二, 서울, 大星文化社, pp.180-183, 1986.
11. 李用粹 : 證治彙補, 香港, 萬葉出版社, p.321,322,335, 1959.
12. 錢鏡湖 : 辨證奇聞, 中國, 甘地出版社, pp.233-235, 1990.
13. 李東垣, 辛吉祚, 李源哲 : 痴呆의 治療에 關한 東西醫學的 考察, 동국대학교 한의학연구소 논문집 4권, pp.72-75, 1995.
14. 黃義完, 金知赫 : 東醫精神醫學, 서울, 現代醫學書籍社, pp.314-315,605-606, 1997.
15. 李東垣, 黃義完, 金知赫 : 補血安神湯, 加味補血安神湯의 抗 stress 效果에 關한 實驗的 硏究, 동의신경정신과학회지 15(1):77, 1993.
16. 康舜洙 外 : 方劑學, 서울, 癸丑文化社, p.43, 1984.
17. 全國韓醫科大學 本草學敎授 共編著 : 本草學, 서울, 永林社, pp.467-468, 1995.
18. 김도연, 유희정, 김창윤, 홍택유, 한오수 : 두부외상환자의 인지손상에 관한 연구-지능과 기억을 중심으로, 精神病理學 5(1):115,116,122, 1996.