동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 16. No. 2, 2005

외상성 경막하 출혈 환자의 섬망에 대한 化瘀煎 치험 1例

유종호, 김헌일, 김근우, 구병수
동국대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

A Case of Delirium with Traumatic Subdural Hemorrhage Patient Healed by Hwaeo-jeon

Jong-Ho Yoo, Hun-Il Kim, Geun-Woo Kim, Byung-Soo Koo
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dongguk University

ABSTRACT

We experienced a 71year-old man who had a traumatic subdural hemorrhage as well as delirium, and whose condition was improved through oriental medical treatment.

Herbal medicine Hwaeo-jeon is administered three times a day. We did Mini-Mental State Examination-Korean(MMSE-K) and Korean-Dementia Rating Scale(K-DRS).

After being treated, the patient showed that symptoms of delirium(diminished or altered state of consciousness, impairment of cognitive abilities or physical function) was improved considerably.

This result suggests that Hwaeo-jeon has good effects on delirium with Traumatic Subdural Hemorrhage.

Key Words : Traumatic Subdural Hemorrhage, Delirium, Hwaeo-jeon.

◆ 투고:10/20, 수정:11/9, 채택:11/10
교신저자 : 유종호, 경기도 성남시 분당구 수내3동 87-2 동국대학교 분당한방병원 한방신경정신과
Tel : 031-710-3737, FAX : 031-393-8190, E-Mail : bloodmess@hanmail.net

Ⅰ 緖 論

두부외상 후의 정신장애는 뇌손상 자체와 외상으로 인한 심리적 영향의 양자가 같이 작용하여 일어난다고 본다. 증상은 뇌손상의 부위와 정도, 범위 및 기간에 따라 결정된다[1]. 전두엽과 측두엽이 손상되기 쉬우므로 의식이나 기질, 행동양상의 변화도 수반되는 경우가 많다. 또한 전두엽 백질의 파괴는 집행기능 및 작업 기억력과 같은 인지 능력의 저하뿐만 아니라 정서적인 인식과 반응에도 영향을 준다[2].

경막하 출혈은 두부외상으로 인한 출혈이 뇌경막과 거미막 사이에 형성되는 것으로 경뇌막하출혈이라고도 하며 급성과 만성으로 나뉜다. 급성 경막하 출혈은 교통사고 등의 외상으로 인하여 발생하며 두부외상 환자의 약 5%를 점유한다. 혈종이 뇌경막과 뇌표면 사이에서 형성되며, 출혈원인은 고도의 뇌좌상으로 인한 뇌표면 혈관의 파열, 뇌표면과 정맥동간의 연결정맥 파열 및 뇌실질내 혈종의 뇌표면 밖으로의 돌출 등에 의한다. 손상 부위의 반대편에 생기는 것도 흔히 볼 수 있다. 호발부위는 측두엽, 전두엽 및 대뇌반구 사이 등이다[3].

섬망은 단기간에 발생하는 의식 장해와 인지 변화가 특징이다. 필수 증상은 이미 존재하거나 현재 진행 중인 치매로는 잘 설명되지 않는 인지 변화를 동반하는 의식의 장해이다. 또한 지각 장해가 나타나는데 이는 오해, 착각, 환각이 포함된다. 지각 장해는 시각적인 장해가 가장 흔하지만 다른 형태의 지각 장해도 나타날 수 있다. 부수적인 증상으로는 수면-각성 주기의 장해, 정신운동 장해, 정서 장해를 동반한다. 장해는 단기간에 발생하고, 하루 중에도 증상이 변동되는 경향이 있다[4].

한의학 용어로서 譫妄의 '譫'은 多言한 것이고, '忘'은 虛妄한 것을 뜻하는 것[5]으로 알아듣지 못할 말을 많이 하고 헛것이 보이거나 들리는 증후를 말한다[6]. 섬망은 단일 질병명이 아닌 증후로서 癲狂, 呆病, 健忘 등에서 그 증상을 볼 수 있으며 癲狂의 경우 "目忘見, 耳忘聞"[7], "衣被不斂, 言語善惡不避親疎"[8], 呆病의 경우 "言辭顚倒, 擧動不經"[9], "有時垂數日不醒 有時坐數日不眠"[10], 健忘의 경우 "亂而喜忘"[8], "不知首尾"[11] 등이 한의학 문헌상 섬망의 증상을 나타낸다.

류 등[12]이 외상으로 인해 간장과 신장의 기능이상을 동반한 重症 跌撲瘀血痛환자를 氣凝血結로 辨證하여 當歸鬚散加味方을 사용한 경우, 김 등[13]이 두부손상(뇌수종) 후 譫妄을 보이는 환자를 陰虛·血瘀로 변증하여 補血安神湯加味·杞菊地黃湯加味·生慧湯加味을 사용한 경우, 이 등[14]이 硬膜下血腫 患者에게 頭鍼을 위주로 치료한 경우의 증례 보고는 있었지만 외상으로 인한 경막하 출혈 환자의 섬망에 瘀血方을 사용하여 치료한 증례는 없었다.

이에 저자는 출혈이 흡수되고 양약을 꾸준히 복용하여도 증상 호전이 없는 외상성 경막하 출혈 후 섬망을 보이는 환자를 氣滯血瘀로 판단하고 晴崗醫鑑[15]의 當歸鬚散 加減方인 化瘀煎을 투여한 결과 양호한 효과를 거두었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ 證 例

1. 환 자

최 O O, (남자/71세)

2. 주소증

1) 의식의 장해
2) 인지의 변화
3) 성격 및 정서 변화

3. 발병일

2005년 6월 16일

4. 과거력

별무

5. 가족력

별무

6. 사회력

172cm, 75kg으로 건장한 체격에 적극적인 성격으로 발병당시 무직.

smoking : 발병일 이후 금연. 그 이전에는 하루 한 갑.

drinking : 발병일 이후 금주. 60세 이전까지는 주 2-3회 취할 때까지 드심. 60세 이후부터는 반주 정도만 드심.

7. 현병력

상기자는 만 71 세의 적극적인 성격, 건장한 체형의 남환으로 2005년 6월 16일 자전거 타고 횡단보도 건너던 중 정차하다 출발하는 차가 환자의 오른쪽과 충돌하여 넘어지면서 좌측 측두부가 바닥에 부딪힘.

의식 상실 되어 곧바로 C병원 ER을 통해 신경외과에 입원하여 Brain CT 상 외상성 경막하 출혈, 두개내 출혈, 대뇌 좌상 진단 받고 상기 주소증상 보여 보존적 치료 받음. 2005년 7월 4일 퇴원하고 가료 하던 중 증상 별무 호전하여 2005년 7월 14일 본원 한방신경정신과에 입원함.

8. 진단명

1) 卒中風 / 경막하 출혈

2) 癲狂 呆病 健忘 / 일반적인 의학상태로 인한 섬망

9. 치료기간

2005년 7월 14일 - 2005년 8월 6일 (24일간)

10. 검사소견

1) Brain CT (C병원)

2005년 6월 16일 사고 후 곧바로 C병원 ER에서 촬영한 Brain CT에서 전두부와 측두부의 경막하 출혈과 두개내 출혈을 볼 수 있고 **(Fig. 1., Fig. 2.)**, 6월 29일 재촬영한 Brain CT에는 출혈이 흡수된 것을 볼 수 있다**(Fig. 3., Fig. 4.)**.

2) 혈액검사, 흉부 방사선 검사(X-ray), 심전도 검사 상 별무이상.

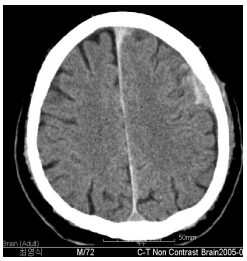


Fig. 1. Brain CT at 6/16(O/S) showing the frontoparietal subdural hemorrhage.



Fig. 2. Brain CT at 6/16(O/S) showing the subdural hemorrhage and ICH.



Fig. 3. Brain CT at 2005-06-29 showing the reduced.

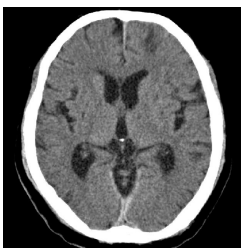


Fig. 4. Brain CT at 2005-06-29 showing the reduced.

11. 초진소견

1) 주요증상

(1) 의식 및 주의 집중 장애: 보행 시 장애물을 그냥 지나쳐서 부딪히거나 불러도 대답이 없고 멍하니 다른 곳을 보는 등 외부환경을 명료하게 파악하는 능력이 저하됨. 문

진이나 신경심리검사 시 다른 곳을 보거나 다른 행동을 하며 명령 수행 시 한 번에 못하는 등 주의력이 산만하고 주의를 향하고 맞추고 유지하고 이동하는 능력의 저하.

(2) 인지의 변화: 방금 들었던 말을 기억 못하거나 현재 있는 곳이 어딘지 모르는 등 기억력과 지남력의 저하가 있음. 물건을 보고 이름도 모르는 등 지각 장애도 있음.

(3) 성격 및 정서 변화: 혼자 있으면 불안하여 가만히 있지 못하며, 하기 싫은 일을 시키거나 유침 시간 15분을 못 참는 등 인내력이 저하됨. 성격도 변하여 예전에는 과묵한 편이었으나 현재는 화를 버럭 낼 때가 많음.

2) 부수증상

(1) 수면장애: 야간수면이 1-3시간 밖에 안 되며 병실 밖으로 나와서 계속 돌아다니려고 함. 사람이름을 부르는 등 소란스러움. 주간에는 계속 자려고 하며 다소 멍한 상태.

(2) 식사문제: 1/2 공기 정도만 드시며 특별한 소화 장애는 없음. 자신이 스스로 먹는 횟수는 드물고 보호자가 거의 떠먹이는 정도.

(3) 신체문제: 우측 하지의 통증으로 진통제 복용 중. 우측상하지의 위약감 으로 보행 시 균형이 다소 맞지 않음. 어둔 증상이 있지만 발음은 비교적 명확함. 주의력 분산으로 언어이해가 어려워 대화가 힘듬.

12. 韓醫學的 辨證

外傷性인 점과 夜間에 증상이 더욱 심해지는 점, 譫語, 右側下肢 固定痛, 刺痛, 口味低下, 舌暗紫 薄白, 脈弦細 등의 증상을 참고하여 氣滯血瘀로 辨證하였다.

13. 치료 목표

1) 상기 증상의 근본 원인인 氣滯血瘀를 치료하기 위해 化瘀煎을 투여 하며 동시에 식욕 촉진을 위해 中脘에 神氣灸를 시행하고, 우측하지의 통증 완화를 위해 體針 위주의 刺針과 電針을 사용. 수면개선을 위해 자기 전 불면에 도움이 되는 Aroma oil(jojoba base oil 10ml 당 lavender, chamomile roman, ylangylang essential oil 각 3 drops)을 背俞穴에 도포 후 건식부항을 시행한다.

2) 신경심리검사인 MMSE-K, K-DRS를 각 증상 변화 시기에 맞추어 검사하면서 치매 여부를 관찰하고 인지기능 변화에 대한 지속적 평가를 시행한다.

3) 본원 가정의학과와 긴밀한 협조 하에 꼭 필요한 양약 외에는 한약으로 대체하면서 한의학 위주의 치료를 중점으로 한다.

4) 상기증상 회복을 통하여 원활한 가정생활과 사회로의 재적응을 도모한다.

14. 정신과적 개인력 조사

1) 인적사항 : xx세 남환. 전남 출신이며 과거 공문원, 자영업을 하다가 최근 무직. 대학교 중퇴. 부인과 함께 2남과 S 도시에 거주.

2) 병전성격 : 정직하고 모든 일에 솔선수범하는 성격. 주위사람들로부터 착하고 성실하다는 평가를 받았지만, 과묵하고 융통성이 없어 비사교적이었음.

3) 개인력 : 3남 2녀 중 장남으로 엄격한 집안 분위기 속에서 자라나서 어렸을 때부터 정직하고 맡은 일은 적극적으로 해결 함. 싸우는 일도 거의 없었지만 만약 동생과 싸우더라도 먼저 잘못 했다고 하는 착한 성격의 소유자.

가정 사정(아버님 병환)으로 대학교 2학년 때 자퇴를 한 후 공무원 시험에 합격하여 공무원 생활을 하였으나 이 후 상사와의 갈등으로 38세에 사직함. 그 후 현재의 부인과 결혼하여 다른 공장에서 10년 근무하면

서 2남을 낳고, 다시 가게를 10년 운영함. 50세 후반에 가게를 그만 두고 현재까지 무직.

4) 정신상태 : 인지기능의 변화 – 건망증, 기억력 저하, 집중의 어려움, 주의력 저하, 복잡한 사고활동의 곤란함.
성격 및 정서 변화 – 안절부절, 낮아진 욕구좌절 인내력, 불안.

5) 과거 정신병력 : 없음

15. 치료사항

1) 鍼治療 : 동방침구제작소의 0.25mm ×30mm 호침을 사용하여 瘀血方(太白 · 太淵 補, 曲池 瀉)을 기본으로 四神總, 董氏奇穴의 天皇 · 人皇 · 地皇 · 鎭靜을 1일 1회 자침하고 우측하지 통증완화를 목적으로 陽陵泉, 足三里, 風市, 血海, 梁丘 등을 電鍼을 사용하여 1일 1회 자침.

2) 灸治療: 中脘에 腎氣灸를 1일 1회 실시함.

3) 附缸治療: 수면에 도움이 되는 Aroma를 背部에 도포한 후 背俞穴 중심으로 1일 1회 수면 전 건식부항을 실시함.

4) 韓藥治療: 晴崗醫鑑15)의 外傷 및 瘀血 질환에 사용하는 當歸鬚散 加減方인 化瘀煎(當歸尾, 蘇木 各 10g, 香附子, 赤芍藥, 烏藥 各 6g, 靑皮, 桃仁, 川芎 各 4g, 白芥子, 紅花, 桂心 各 3g 酒水相半煎)을 기본으로 하여 大黃, 蜈蚣, 全蟲, 龍骨, 牡蠣를 상황에 맞게 加減하여 투여(Table 1.). 1일 3회.

16. 임상 경과 및 치료

1) 2005년 7월 14일(입원일)

(1) 증상: 수면이 불규칙하여 주간에는 식사도 거르고 자는가 하면 야간에는 1–2시간 밖에 잠을 자지 않으며 증상이 심해져 바지를 벗고 병실과 복도를 돌아다님. 식사량이 감소하여 1/2공기정도 드심. 소화 장애는 없으나 먹기 싫다고 하며 입을 열지 않음. 억지로 입에 넣으면 도로 뱉음.
의식이 명료하지 못하고 "물건 집어보세요" 등 간단한 명령 수행을 여러 번 말해야 겨우 행함. 지남력 저하되어 지금 있는 곳이 병원인줄 모르며 병실 밖에서 자신의 병실로 못 찾아옴. 보호자(부인)보고 어머니라고 함. 물건 이름은 정확히 말하기 어려우나 사용법은 어느 정도 알고 있음. 천정에 벌레가 기어 다닌다는 지각의 장애도 보임.
발병 이전에는 과묵하고 화를 안내는 성격이었으나 현재는 낮아진 욕구 좌절 인내력으로 원하는 것이 바로 시행되지 않으면 화를 버럭 내며 큰 소리 침. 침 치료 시행 시 유침 10분을 못 버티고 스스로 침을 빼려고 뒤척임.
우측상하지 위약감 있어 악력 다소 저하되시며 보행 시 균형 맞추기 다소 어려움. 우측하지의 통증으로 진통제 복용 중. 어둔 증상 있어 발음이 정확하지 못함.

(2) 신경심리검사: MMSE-K 상 14점 측정. 지남력과 주의집중 및 계산 부분이 특히 취약. K-DRS 검사는 시행하기가 어려워 보류함.

(3) Medication: C병원 퇴원 시(2005년 7월 4일) 받았던 양약을 계속 복용중이나 별무호전. Orfil SR Tab. 300mg(항경련제) 2T bid., Rispedal Tab. 1mg(항정신병약물) 1T qd., Airtal Tab.(소염진통제) 1T bid., Trestan Cap.(식욕촉진제) 1C tid., magnsium oxide Tab. 250mg(변비약) 2T bid., Eucarbon Tab.(변비약) 1T tid.로 조사되어 다음날 본원 가정의학과에 협진 의뢰하여 조정하기로 예정.

(4) Herb-Med.: 氣滯血瘀로 판단되어 晴崗醫監 처방인 化瘀煎 투약.

2) 2005년 7월 15일(입원 2일)

(1) Medication: 본원 가정의학과에 협진 의뢰하여 이전 병원에서 복용중인 양약을 Orfil Syr.(항경련제) 7ml bid., Airtal

Tab.(소염진통제) 1T bid.로 바꿈. Orfil Syr.은 뇌출혈 후 경련방지의 목적으로 Airtal Tab.은 우측하지의 통증제어의 목적으로 사용.

(2) Herb-Med.: 변비약을 제거한 대신 化瘀煎에 大黃 4g을 加味. 熄風止痙의 목적으로 蜈蚣, 全蟲 4g 加味.

3) 2005년 7월 18일(입원 5일)

(1) 증상: 수면은 여전히 불량하지만(야간수면 2-3시간) 바지를 벗거나 소리를 지르며 돌아다니는 증상은 많은 호전보임. 식사는 2/3 정도 드시며 식사 거부 행동은 다소 호전. 식사시 나온 반찬은 기억 하나 1-2개만 맞추고(총 5가지) 나머지는 기억 못함. 병원 여기 저기 돌아다니는 것은 여전하나 공격적인 행동은 다소 감소하여 화내는 빈도가 줄어듬. 휴게실에 멍하니 있거나 5분 정도 눈을 감고 있음. 보호자가 자꾸 말시키면 간단한 대꾸정도 함. 집주소를 물어보면 대답 할 때가 있고 못 할 때가 있음.

(2) 신경심리검사: MMSE-K 검사 상 20점 측정. 입원 당일 측정 시 보다 지남력과 기억회상에서 비교적 높은 점수가 측정되어 상당히 높은 점수를 받았으나 K-DRS 검사는 여전히 시행하기 어려움. 질문에 대답을 안 하거나 자꾸 일어나서 돌아다니려고 함. 겨우 시행한 결과 총점 89점으로 65-84세 고학력 집단의 1.5% 이하의 백분위를 나타냄. 도형 구성에서는 만점을 받았으나, 동질성과 이질성, 유사성 등을 묻는 개념화 부분과 지남력과 언어적 회상 등을 평가하는 기억 부분에서 1.5% 이하의 백분위를 나타냄. 관리기능과 주의 부분에서는 각 14.3%, 37.1%의 백분위를 나타냄.

4) 2005년 7월 20일(입원 7일)

(1) Medication: 야간에 병실밖에 나가는 횟수 줄어들었으나(입원시 5-6회, 현재 3-4회) 수면시간은 2-3시간으로 불량하고 우측하지의 통증을 지속적으로 호소함. 본원 가정의학과에 협진 의뢰하여 현재 드시는 본원 양약 외에 Amitriptyline Tab.(삼환계 항우울제) 1T qd. hs., Ativan Tab. 0.5mg(수면진정제 및 신경안정제) 1T qd. hs., Slaxin Tab. 10mg(근이완제) 1T bid. 추가함.

5) 2005년 7월 21일(입원 8일)

(1) Herb-Med.: 平肝潛陽의 목적으로 龍骨, 牡蠣 4g 加味.

6) 2005년 7월 25일(입원 12일)

(1) 증상: 낮에는 지남력 양호하여 동서남북 구분 가능하나 밤에는 다소 저하됨. 묻는 말에 대답 잘 하나 엉뚱한 소리를 하거나 퇴원하겠다고 고집 피움.

(2) Medication: 수면시간 증가되고 야간 돌출행동 줄어들어 본원 가정의학과에 협진 의뢰하여 Amitriptyline Tab.(삼환계 항우울제) 1T qd. hs., Ativan Tab. 0.5mg(수면진정제 및 신경안정제) 1T qd. hs. 복용 중지함.

7) 2005년 7월 24일(입원 14일)

(1) Herb-Med.: 수면제 복용 중지 후 수면시간 30분~1시간 정도 감소하고 병실 밖으로 나가는 횟수가 1-2회 늘어 龍骨, 牡蠣의 양 8g으로 증량함.

8) 2005년 7월 29일(입원 16일)

(1) 증상: 수면제 복용중지하고 龍骨, 牡蠣 증량한 이후 수면 양호하나(야간수면 4-5시간) 병실 밖에 나가는 횟수는 2-3회 정도 계속 유지 됨. 하지만 주간수면도 줄어들어 1시간 이내 양상을 보임. 식사 시 별다른 어려움 없으며 꾸준히 2/3 공기 이상 드심. 전 식사시간에 먹었던 반찬 기억개수가 3-4개로 늘어남.

가위보고 이름 대기 가능하며 동그라미 형태로 자르기 어느 정도 가능. 명령 수행능력 향상되어 보호자의 말을 잘 따르고 전에 보던 공격성은 다소 호전 되었으나 가끔 멍하니 아무 말도 안 들리는 듯이 행동하고 집

에 가서 쓰레기를 치워야 한다고 함.

(2) 신경심리검사: MMSE-K 검사 상 26점 측정. 100에서 7을 계속 빼는 문제를 만점 받고, 기억 등록과 기억 회상도 만점 받음. K-DRS 검사 상에도 큰 상승이 있어 우선 질문에 대답이 비교적 빨라졌음. 조용히 가만히 있지 못하는 증상은 남아있었지만 자리에서 일어나 나가지는 않음. 시행한 결과 총점 126점으로 65-84세 고학력 집단의 40%에 해당하는 백분위를 나타냄. 65-84세의 고학력 집단의 정상노인들의 평균점수는 127.8±5.7 이고 치매 경계치가 116.4 인 것을 감안 할 때 비교적 양호한 점수를 얻음. 모든 부분이 고루 상승했지만 특히 개념화와 기억 부분이 크게 상승해서 7월 18일 시행 시 두 부분 모두 1.5% 이하의 백분위를 보였지만 현재 각 57.1%, 40.0%의 백분위를 나타냄. 동질성과 이질성을 묻는 카드 문제에서 만점을 받았으며 사과와 바나나의 공통점을 이전에는 "달고...시고..." 하던 것이 "과일" 이라고 정확한 답을 말함. 관리기능과 주의 부분에서도 각 14.3%, 37.1%의 백분위를 나타내던 것이 28.6%, 77.1%를 나타냄.

9) 2005년 8월 2일(입원 20일)

(1) 증상: 우측하지 통증과 우측상하지 위약감의 호전으로 보행 시 균형 맞추기가 호전됨. 어둔 증상 호전되어 의사소통 다소 원활해짐.

(2) Medication: 우측하지 통증이 호전되어 본원 가정의학과에 협진 의뢰하여 Slaxin Tab. 10mg(근이완제) 1T bid., Airtal Tab.(소염진통제) 1T bid. 복용 중지함. 현재 양약은 Orfil Syr.(항경련제) 7ml bid. 만 복용중.

10) 2005년 8월 5일(입원 23일)

(1) 증상: 야간수면시간은 4-5시간으로 여전하나 수면 중 병실 밖으로 나가는 행동은 입원 시 4-5회에서 현재 1-2회로 감소됨. 밖으로 나가서도 소리 지르거나 병동을 배회하는 행동보다는 가만히 복도 의자에 5분 정도 앉아있다 병실로 다시 들어가는 행동을 보임. 식사 시 양전해졌으나 스스로 먹는 횟수보다 아직 보호자가 떠먹이는 횟수가 많음. 먹기 싫은 반찬은 안 먹으려고 하나 화내는 정도는 아님. 꾸준히 2/3정도 드심.

의식 다소 명료해지어 명령에 대한 반응이 빨라져 K-DRS 검사 처음에는 40-50분 걸리던 것이 20분 이내로 단축됨. 밤에는 지남력이 다소 떨어지나 낮에는 항상 일정 정도 수준 유지. 병실 밖으로 나갔다가 못 돌아오는 일은 없음.

유침 10-15분 정도는 가능하나 중간에 빼달라고 조용히 조르며 뒤척임. 보호자 명령에 고분고분 따르는 편이나 가끔 "이걸 내가 왜 해야 하냐" 며 따지기도 함.

(2) 신경심리검사: MMSE-K 검사 상 28점 측정. 시간에 대한 지남력을 묻는 문항 중 날짜를 묻는 문제와 주소를 묻는 문항 중 동·호(리)를 묻는 문제를 제외하고는 모든 문항을 맞힘.

K-DRS 검사결과도 호전되어 총점 129점으로 65-84세 고학력 집단의 60% 백분위를 나타냄. 관리 기능은 총점 27, 백분위 20.0%로 7월 29일 시행 시 측정된 총점 28, 백분위 28.6%에 비하여 떨어졌지만 개념화와 기억 부분이 상승해서 7월 29일 시행 시 각 57.1%, 40.0%의 백분위를 나타내었으나 현재 94.3%, 80.0%의 백분위를 나타냄. 개념화 문제에서는 이전 검사에서 자동차와 비행기의 공통점을 “빨리 간다” 라고 대답하였으나 이번 검사에서는 “교통수단” 이라고 정확히 대답함. 구성 부분은 여전히 만점이었으며 주의 부분은 동점.

(3) Mdication: Orfil Syr.(항경련제) 7ml bid. 만 복용중.

(4) Herb-Med.: 야간 수면과 병실 밖으로 나

가는 횟수가 수면제 복용할 때만큼 호전되어 龍骨, 牡蠣의 양 4g 으로 감량.

11) 2005년 8월 6일(입원 24일) 퇴원.

Ⅲ 考 察

외상성 뇌손상(traumatic brain injury)은 퇴행성이 아닌 외부 힘에 의해 뇌손상을 입는 것을 말하며, 흔히 의식의 변화와 함께 인지장애, 신체장애, 성격의 변화와 퇴행, 정서장애와 사회적 기능 장애 등이 후유장애로 나타날 수 있다. 그 중에서도 특히 인지적 결함은 외상성 뇌손상에서 가장 흔하게 나타나는 장해로서 그 영향은 훨씬 지속적이며, 다른 기능성 장애에서 보이는 인지결함에 비해 사회적 적응이나 직업적 적응에 더 많은 영향을 미친다[16].

경막하출혈은 주로 전두엽 또는 측두엽 기저의 열상(laceration)에 의해 초래 된다[17]. 심한 두부 손상 시 경막 아래에 생긴 출혈이나 경막 상부와 두개골 사이에 생긴 출혈이 뇌좌상이나 다른 손상과 동반될 수 있고 이것들이 환자의 임상상태에 얼마나 영향을 미치는 지는 결정하기 어렵다[18].섬망은 의식, 주의력, 지각, 사고, 기억, 정신운동성 행동, 정서, 그리고 수면-각성 주기의 장애를 보이는 원인론 적으로 비 특이적인 증후군이다. 어느 연령에서나 오지만 60세 이후에 가장 흔하다. 발병은 보통 급속히 일어나고 과정은 하루 중 기복이 있으며 총기간은 6개월 이내이다[19].

외상성 섬망은 정서적 불안정과 경한 감각장애, 현실감의 부분적 장애, 난폭하거나 충동적인 행동을 보인다. 1주일 이상 지속되면 상당한 뇌손상이 있는 것으로 보아야 한다. 후유증에 대한 최종결정은 최소한 6개월 이전에 내려져서는 안 된다. 1개월 이상 경과한 섬망이나 혼수는 심한 조직손상을 뜻하며 그 결과에 대한 평가는 손상 후 12~18개월까지는 내려져서는 안 된다[1].

섬망의 유병율은 일반적인 의학적 상태로 입원한 65세 이상의 노인에서, 입원 시 약 10%가 섬망을 보인다고 보고되고 있으며, 다른 10-15%는 입원 기간 중에 섬망이 나타날 수 있다고 한다[4].

섬망의 진단은 환자의 의식 상태와 인지기능을 정확하게 평가함으로써 가능하다. 섬망을 유발한 신체질병을 감별하기 위하여 신체검사와 병리검사가 필요하다. ICD-10에서는 섬망을 치매에 부가되지 않은 섬망, 치매에 부가된 섬망, 기타 섬망 및 명시되지 않은 섬망으로 분류하였으며, 정신활성물질 중독 및 금단에 나타나는 섬망은 정신활성물질 군에 분류하였다. DSM-Ⅳ에서는 섬망을 일반적 의학적 상태에 기인하는 섬망, 정신 활성물질 중독에 의한 섬망, 정신활성물질 금단에 의한 섬망, 다발성 요인에 의한 섬망, 그리고 달리 분류할 수 없는 군으로 분류하였으며, 치매에서 섬망이 동반한 경우에는 치매의 아형으로 분류하였다[20].

감별 진단에 있어서 가장 흔히 당면하는 문제는 섬망이 아닌 치매 상태가 아닌지, 또는 순수한 섬망 인지, 또는 기종의 치매에 섬망이 중첩되어 있는지를 구별하는 것이다. 기억력 장해는 섬망과 치매 모두에서 흔한 증상이지만, 치매만이 있는 경우 개인은 의식이 명료하고 섬망의 특징인 의식 장해가 나타나지 않는다. 섬망 증상이 나타나며, 가족이나 간병인 또는 의무 기록을 통해 정보를 입수하는 것이 이전에 치매 증상이 존재하고 있었는지를 결정하는 데 도움을 준다[4].

이 증례의 경우 우선 발병 전 환자는 치매 증상이 없었고, 보행 시 장애물을 피하지 못하고 불러도 대답이 없고 멍하니 다른 곳을 보는 등 외부환경을 명료하게 파악하는 능력이 저하되었으며 문진이나 신경심리검사 시 다른 곳을 보거나 다른 행동을 하며 명령 수행 시 한 번에 못하는 등 의식의 장해와 주의력 저하의 문

제가 있었다. 이러한 점과 섬망과 치매의 진단 기준인 6개월을 넘기지 않고 입원 16일(발병 40여일) 부터는 MMSE-K와 K-DRS 검사상 치매경계 이상의 점수를 얻었다는 점이 섬망으로 진단내리고 치료한 이유이다. 섬망으로 진단을 내린 후에도 위 검사를 꾸준히 시행한 이유는 인지기능의 호전도를 살펴보기 위함이였다.

한의학 용어로서 譫妄의 '譫'은 多言한 것이고, '忘'은 虛妄한 것을 뜻하는 것[5]으로 알아듣지 못할 말을 많이 하고 헛것이 보이거나 들리는 증후를 말한다[6]. 섬망은 단일 질병명이 아닌 증후로서 癲狂, 呆病, 健忘 등에서 그 증상을 볼 수 있으며 癲狂의 경우 <靈樞·癲狂篇>[7]의 "目忘見, 耳忘聞", <素問·脈要精微論>[8]의 "衣被不斂, 言語善惡不避親疎", <素問·厥論>[8]의 "忘見而忘言", <素問·脈解篇>[8]의 "乘高而歌 棄衣而走", <丹溪心法>[21]의 "癲多喜, 狂多怒", <醫學入門>[22]의 "僵仆直視, 心常不樂", "棄衣而走...不避水火", <景岳全書>[9]의 "狂妄以漸而經久難已...癲病常昏, 多倦而靜", <石室秘錄>[10]의 "狂言如見鬼狀 時發時止" 등에서, 呆病의 경우 <景岳全書>[9]의 "言辭顚倒, 擧動不經, 或多汗或善愁, 其證則天奇萬怪, 無所不至", <石室秘錄>[10]의 "默默不言也 如饑而悠悠如失也 意慾癲而不能心慾狂而不敢 有時垂數日不醒 有時坐數日不眠" 등에서, 또한 健忘의 경우 <素問·調經論>[8]의 "血幷於下 氣幷於上 亂而喜忘", <靈樞·千年篇>[7]의 "八十歲 肺氣衰 魄離 故言善誤", <血證論>[11]의 "適然而忘其事, 盡心力思量不來. 凡所言行, 往往不知首尾" 등에서 섬망의 경우 나타나는 의식, 인지, 지각, 수면, 정신운동, 정서의 장해를 볼 수 있다.

상기 환자는 교통사고로 외상성 급성 경막하 출혈이 발생 한 후 출혈에 대한 보존치료와 섬망에 대한 양약 치료를 받다가 출혈은 흡수되었지만 섬망 증상의 호전이 없어서 본원에 입원한 경우이다. 발병이 외상성이라는 점과 환자의 증상이 밤에 심해진다는 것, 우측하지의 固定痛과 刺痛, 舌質紫暗, 苔薄白, 脈細弦 등의 증상을 참고하여 氣滯血瘀로 辨證하였다. 본 증례에서 사용한 化瘀煎은 晴崗醫鑑[15]의 外傷 및 瘀血 질환에 사용하는 當歸鬚散 加減方으로 當歸尾, 蘇木 各 10g, 香附子, 赤芍藥, 烏藥 各 6g, 靑皮, 桃仁, 川芎 各 4g, 白芥子, 紅花, 桂心 各 3g 을 酒水相半하는 처방으로 외상성 섬망의 근본적인 원인인 氣滯血瘀를 제거하기 위해 사용하였다. 치료 시작부터 마지막까지(24일간) 化瘀煎만을 투약한 것은 비록 Brain CT 상의 출혈은 흡수되었지만 환자의 섬망이 韓醫學 辨證上 氣滯血瘀로 판단되었고 증상이 퇴원 시 까지 완전히 호전되지 않았으며 환자가 건장한 체격(172Cm, 75kg)을 지녔으며 虛證의 소견이 보이지 않았기 때문이다. 또한 여러 가지 양약의 복용에도 불구하고 증상이 좋아지지 않아 양약을 줄이면서(Table 2.) 한약을 가감하여 치료하였는데, 변비로 인해 大黃을 가하였고, 밤에 섬망 증상이 심해지어 平肝 潛陽의 의미로 龍骨과 牡蠣를 상황에 따라 증감하였으며, 우측하지통증의 호소와 化瘀煎에 熄風止痙의 의미를 더하기 위해 全蟲과 蜈蚣을 加하였다(Table 1.). 그리고 식욕촉진을 위해 中脘에 腎氣灸 시행과 우측하지의 통증 완화를 위해 體針 위주의 刺針과 電針을 사용, 수면개선을 위해 자기 전 Aroma를 背俞穴에 도포 후 건식부항을 시행하였다.

Table 1. Herbal medication

치료일 (월/일)	처방명	처방내용
7/14-(입원일) 7/15	化瘀煎	當歸尾, 蘇木 各 10g, 香附子, 赤芍藥, 烏藥 各 6g, 靑皮, 桃仁, 川芎 各 4g, 白芥子, 紅花, 桂心 各 3g 酒水相半煎
7/15-7/16	化瘀煎 加味	上方 加 大黃, 蜈蚣, 全蟲 4g
7/16-8/6(퇴원일)	化瘀煎 加味	上方 加 龍骨, 牡蠣 4-8g

Table 2. Medication

치료일(월/일)	처방내용
7/14(입원일)-7/15	Orfil SR Tab. 300mg 2T bid. Rispedal Tab. 1mg 1T qd. Airtal Tab. 1T bid. Trestan Cap. 1C tid. magnsium Tab. 250mg 2T bid. Eucarbon Tab. 1T tid.
7/15-7/20	Orfil Syr. 7ml bid. Airtal Tab. 1T bid.
7/20-7/25	Orfil Syr. 7ml bid. Airtal Tab. 1T bid. Amitriptyline Tab. 1T qd. hs. Ativan Tab. 0.5mg 1T qd. hs. Slaxin Tab. 10mg 1T bid.
7/25-8/2	Orfil Syr. 7ml bid. Airtal Tab. 1T bid. Slaxin Tab. 10mg 1T bid.
8/2-8/6(퇴원일)	Orfil Syr. 7ml bid.

상기 방법으로 치료한 결과 환자의 증상이 호전되며 각 신경심리검사상 인지능력이 꾸준히 상승하는 결과를 얻었으며(Table 3.4.) 입원 24일 만에 퇴원하였다.

퇴원 후 추적검사에서 환자는 의식과 인지기능의 장해는 발병이전의 수준까지는 아니지만 생활에 불편하지 않을 정도로 좋아졌다고 한다. 하지만 이 증례의 개선해야 할 점은 입원 치료 시 주목표가 의식과 인지 장해, 신체적인 문제의 평가와 치료방면으로만 치우쳤다는 것인데, 환자는 퇴원 후에도 성격 및 정서변화의 호전정도는 만족할 만한 수준은 아니여서, 참을성이 없고 혼자 있으면 불안해하며, 병원에 치료 받으러 오길 싫어하는 모습이 남아있다고 한다. 따라서 바람직한 치료 방향은 환자의 일상적인 부적응이나 삶의 질을 포괄적으로 다루기 위해 정서나 성격 변화의 측면을 평가하고 치료하는 방법에 힘을 쏟아 환자의 복지나 장기적인 재활에 도움을 주는 것이라고 하겠다.

Table 3. The change of MMSE-K result

검사일(월/일)	MMSE-K
7/14(입원일)	14
7/18(입원5일)	20
7/29(입원16일)	26
8/5(입원23일)	28

Table 4. The change of K-DRS result

검사일	총점	주의	관리	구성	개념화	기억
7/18	89 1.5%↓	35 37.1%	25 14.3%	6 100.0%	13 1.5%↓	10 1.5%↓
7/29	126 40.0%	36 77.1%	28 28.6%	6 100.0%	35 57.1%	21 40.0%
8/2	129 60.0%	36 77.1%	27 20.0%	6 100.0%	37 94.3%	23 80.0%
치매 경계치	116.4	33.5	22.7	4.0	28.9	16.9

* 숫자는 점수
* %는 65-84세 고학력 집단의 백분위

Ⅳ 結 論

본 증례는 2005년 6월 교통사고로 좌측 전두엽과 측두엽에 급성 경막하 출혈이 발생하여 양방병원에서 1달간 보존치료를 받았으나 섬망이 별무호전을 보였던 환자에게 2005년 7월 14일부터 2005년 8월 6일 까지 동국대학교 분당 한방병원에 입원치료 하여 섬망이 호전된바 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 외상성 경막하 출혈로 인한 섬망을 氣滯血瘀로 변증하여 化瘀煎을 투여한 결과 의식과 인지기능, 신체상태 호전의 상당한 결과를 얻었다.

2. 韓醫學에서 섬망은 癲狂, 呆病, 健忘의 範疇로 파악 할 수 있으며, 각 증상에 따라 변증하여 치료한다.
3. 섬망과 치매는 여러 증상이 비슷하지만 의식상태의 변화와 경과 기간에 따라 구별 될 수 있다.
4. 의식 · 인지 · 신체 증상 같은 가시적인 문제점만을 평가 · 치료하기 보다는 성격 및 정서상의 문제점도 같이 평가 · 치료하는 것이 치료 후 환자의 삶의 질 부분에 더욱 긍정적인 효과를 가져다 줄 수 있다.

參 考 文 獻

1. 민성길. 최신정신의학. 4판. 서울:일조각. 2004:206.
2. 정예자, 김용희, 유제민. 외상성 뇌손상의 심도에 따른 성격및 정서의 변화. 한국심리학회지. 2004;9(2):380.
3. 郭隆璨. 圖解 腦神經外科學. 서울:제일의학사. 1992:454-65.
4. 미국정신의학회. 정신장애의 진단및 통계편람 제4판. 초판. 서울:하나의학사. 1995:172-3,174,175.
5. 대한한방신경정신과학회 편. 초판. 한방신경정신의학. 파주:집문당. 2005:426.
6. 傳統醫學硏究所 編. 東洋醫學大辭典. 서울:成輔社. 2000:1107.
7. 楊維傑 編. 黃帝內經靈樞譯解. 서울:成輔社. 1980:222,397.
8. 楊維傑 編. 黃帝內經素問譯解. 서울:成輔社. 1980:133,461,346,373.
9. 張介賓. 景岳全書. 北京:人民衛生出版社. 1997:735-6,734.
10. 陣士鐸. 校正 石室秘錄. 서울:書苑堂. 2000:198,4.
11. 唐宗海. 國譯 血證論. 서울:반룡. 2000:385.
12. 류한천, 김준홍, 박준범, 신현수. 當歸鬚散加味方을 이용한 간장과 신장의 기능이상을 나타낸 重症 跌撲瘀血痛 患者에 대한 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2004;25(2):361-7.
13. 김주호, 김경옥, 구병수. 두부손상 이후 발생한 譫妄 환자 1例에 대한 증례보고. 동의신경정신과학회지. 2004;15(2):229-238.
14. 이시섭, 김동원, 육태환. 頭鍼을 시술한 硬膜下血腫 患者 1례에 관한 보고. 대한침구학회지. 2001;18(5):195-203.
15. 金永勳. 晴崗醫鑑. 5판. 서울:成輔社. 2001:379.
16. 이소영, 오상우, 김지영, 권혁철. 외상성 두뇌 손상 환자의 지능장애와 기억장애. 한국심리학회지. 2000;19(2):311-7.
17. Kenneth W. Lindsay, Ian Bone. 임상신경학. 3판. 서울:범문사. 2003:396.
18. Kurt J. Isselbacher. HARRISON'S 내과학. 13판. 서울:정담. 1997:2507.
19. 李符永 譯. ICD-10. 精神 및 行態障碍. 초판. 서울:일조각. 1998:78-9.
20. 대한신경정신의학회. 신경정신의학. 초판. 서울:하나의학사. 1997:217.
21. 朱震亨. 丹溪醫集. 서울:서울대학교출판부. 2004:352.
22. 李梴. 國譯 醫學入門. 서울:南山堂. 1996:484.