동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 17. No. 2, 2006

환각 및 지남력 저하에 대한 약물치료 중 발생한 섬망 환자 1例 증례보고

김주호, 최은영*, 석선희, 김근우, 구병수
동국대학교 한의과대학 신경정신과학교실
동국대학교 한의과대학 내과학교실*

A Case with Delirium during Medicationfor Hallucination and Disorientation

Joo-Ho Kim, Eun-Young Choi*, Seon-Hee Seok,
Geun-Woo Kim, Byung-Soo Koo
Dept. of Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Dongguk University
Dept. of Internal Medicine, College of Korean Medicine, Dongguk University*

Abstract

Delirium is a acute syndrome of disorientation caused by dysfunction of brain tissue and has a many varied symptom. The characteristic symptoms of delirium are conscious disturbance with disorientation and dys-mnesia and emotional disturbance.

We experienced a 77 year-old male who had a hallucination and disorientation as well as delirium caused by antipsychotic medication, and whose condition was improved through discontinuing medication and traditional Korean medical treatment. We had given herb medication, acupuncture treatment and decreased medication to this patient, and observed. The patient's delirium symptom had improved through oriental medical treatment and decreasing medication. It was able to improve a delirium caused by not specified origin and side effect of drug abuse through oriental medical treatment and decreasing medication.

Key Words : Delirium, Dementia, Side effect, Case study

◆ 투고일: 6/21, 수정일: 7/12, 채택일: 7/13
교신저자 : 김주호, 경기도 고양시 일산동구 식사동 814 동국대학교 일산한방병원 신경정신과
Tel : 031-961-9050, FAX : 031-961-9009, E-Mail : toadss@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

약물 치료에 있어서 투여한 약물은 우리가 원하는 치료 작용 뿐 아니라 여러 가지 다른 약리작용을 나타낸다[1]. 이러한 치료 작용 외에 나타나는 모든 작용을 총칭하여 부작용이라고 한다. 향 정신성 약물 뿐만 아니라, 수면진정제, 항 Parkinson병 치료 약물 등 다양한 약물에서 정신병성 부작용이 나타나는 것으로 알려져 있다[1]. 항 정신병 약물에서의 정신과적 부작용으로는 다행감, 이인증, 경련, 그리고 섬망을 들 수 있으며[2], barbiturate계 약물에서 많이 알려져 있다.

최근 노인 인구의 급격한 증가와 더불어 노인성 질환도 급증하고 있어 약물치료가 시행되고 있는데 그 부작용의 대표적인 증상 중의 하나가 섬망이다. 섬망은 급성 뇌증후군(예 : 고열, 수술 후, 산욕기, 요독증, 중독상태, 알코올금단 후 등)의 일반적 증상으로 급성이며, 감각자극이 감소되는 밤에 악화된다[2].

섬망의 발생률은 10-15%이며 특히 노인환자(75세 이상), 유아환자(6세 미만), 중환자실 환자 및 수술 환자에서 발생률이 높다. 입원 노인 환자의 20-30%, 심장수술을 받은 환자의 32%가 섬망을 나타낸다. 그 외 뇌손상이 있거나 치매가 있는 환자들에게 섬망의 빈도가 높다[3]. 최근에는 노인성 섬망에 대하여 주로 뇌신경전달물질, 특히 도파민과의 관련성에 관한 연구와 알코올에 관한 원인적 연구가 주류를 이루고 있으며 약물 부작용에 관련된 섬망도 다수 보고되고 있다[4].

섬망의 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[2,4].

한의학 용어로서 譫妄의 '譫'은 多言하는 것이고, '妄'은 허망한 것을 뜻하며[3], 헛되이 보고 듣고 보며 두서없이 말을 하는 것을 말한다[3]. 현대의학에서 말하는 치매와 섬망의 범주에 보다 근접한 것은 呆病과 健忘이다. 노화와 관련하여 ≪靈樞 · 天年≫[6]에서는 10세 단위로 100세까지의 변화를 기술하였는데 60세에 "心氣始衰 苦憂悲 血氣懈惰 故好臥", 80세에 "肺氣衰 魄離 故言善誤" 등으로 정신증상의 일면을 논하고 있다[6]. 呆病에 대한 최초의 언급은 明代 이후 ≪景岳全書≫[7] 등의 서적에서 처음으로 呆病, 痴獃로 나타나며, 그 외 기억력 장애를 문제로 하는 健忘 등에서도 치매 및 섬망과 유사한 증상을 볼 수 있다[8]. 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≫[5]에서는 일반적으로 "善忘"이라 칭하였지만 ≪素問 · 調經論≫[5]과 ≪靈樞 · 本神篇≫[6]에서는 "喜忘"이라고 하였다. ≪千金要方≫[9]에서는 "多忘"이라고 하였으며, "好忘", "易忘"이라고 한 경우도 있었다[10].

섬망을 치료하기 위해서는 원인을 찾아내고 직접적 내과적 · 외과적 원인에 대한 처치가 우선이며 안전한 환경을 유지하여 사고를 예방하고 망상이나 환각으로 인한 불안을 해소시키고 불규칙적인 수면-각성 주기를 정상화시키기 위하여 약물치료 위주로 치료가 시행되나[3], 이러한 약물치료로 인한 부작용이 이미 광범위하게 알려져 있으며, 또한 한의학적으로 재해석하여 한방치료를 시행하는 경우 또한 고전에 충분히 언급되어 왔다.

이에 특별한 기질적 원인을 발견하지 못한 상태에서 경한 환각 및 지남력 저하 증상으로 양방신경정신과 병동 입원하면서 약물치료 도중 약물 부작용의 원인에 의한 것으로 추정되는 심한 기력저하, 의식저하, 譫語, 기억력 장애, 지남력 장애 증상이 발생한 섬망 환자에 대한 한방치료로 유효한 결과를 얻었기에 이를 동서의학적 고찰과 함께 보고하고자 하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 환자

정 ○ ○ (남자/77세)

2. 주소증

① 氣力低下
② 指南力低下
③ 幻覺

3. 발병일

2005년 8월 12일

4. 과거력

① 환청 증세 : 1995년 경 진단. 약물 복용 후 호전되었으나 이후 복용 중단 후 재발 잦음.
② 고혈압 : 10여 년 전 진단받고 현재 양약 복용중.
③ 관상동맥경화 : 1995년 경 진단 후 현재 양약 복용중.
④ 담석제거수술 : 35년 전 수술.

5. 가족력

① 아들 : 고혈압

6. 사회력

약 160cm, 45kg 의 다소 마르고 비교적 큰 체격이며 활달한 성격, 무직.
술, 담배는 하지 않음.

7. 현병력

본 환자는 키 168cm, 체중 60kg, 마른 체형에 예민한 성격을 소유한 만 77세 남환으로, 환청, 고혈압, 관상동맥경화, 담석제거수술의 과거력을 지니고 생활하던 중, 2005년 3월경부터 환청 증상 재발하여 양약 재복용하면서 상기 주소증 발하여 동국대학교 일산한방병원 한방신경정신과 잠시 외래치료 후 2005년 8월 9일 동국대학교 일산병원 신경정신과 외래 통하여 입원치료시 약물 복용 후 8월 12일 저녁 의식이 저하되면서 흐려져 독립기립 불가, 대소변 실금, 정신 혼란 등 증상 나타나, 몇 가지 약물을 중단한 후 호전되면서 보호자 한방치료 원하여 동국대학교 일산한방병원 한방신경정신과로 전과 입원함.

8. 진단명

① 呆病/상세불명의 섬망
② 健忘/인지기능 및 각성에 관한 기타 증상 및 징후
③ 譫語/상세불명의 섬망

9. 진료기간

2005년 8월 17일 ~ 2005년 9월 16일 (31일간)

10. 검사소견

1) ECG : 정상
2) 병리검사 : 요검사는 정상이며, 혈액검사에서는 기질성 정신장애를 시사하는 어떠한 소견도 나타나지 않음.

초진소견

1. 문제점

1) 주요증상

① 氣力低下 : 발병 후 스스로 기립 전혀 불가한 상태였으나, 입원 직전부터 독립 보행하는 것이 겨우 가능해지는 정도가 됨.

② 指南力低下 : 시간, 사람, 장소가 모두 혼란하여 정답을 말하지 못하는 상태였음.

③ 幻覺 : 환청이 위주가 되는 환각이 입원 초기까지 있었으며, 이 때문에 저녁 무렵에 다소 안절부절 못하는 상태임.

2) 그 밖의 문제점

① 睡眠不良 : 1일 평균 3~4시간 수면. 주기적으로 새벽에 각성하며, 각성시 섬

② 大便不利 : 2~3일에 1회씩 약 복용하여 배변 가능함. 배변이 되지 않는 변비양상을 보일 경우 섬망 증상이 심해지는 경향 있음.

2. 치료목표

① 치매 검사를 실시하여 치매 여부를 판정하고 장애의 원인과 정도를 관찰한다.

② 이미 양방 신경정신과 입원 당시 양약 복용으로 인한 부작용이 발병 원인에 가까운 것으로 밝혀졌으므로 양약의 복용을 최소한으로 하도록 한다.

③ 고령으로 인한 腎陰 · 腎陽의 虛衰에 血證이 중요 병리인 것으로 변증하고 補腎하면서 活血 · 安神하는 약을 위주로 하여 치료한다.

④ 환자 본인 및 보호자의 신경안정제 및 수면진정제에 대한 거부감이 심하므로 수면불량 및 지남력저하 등의 제문제에 대한 개선은 한방치료만으로 시행하는 것을 목표로 한다.

⑤ 고령으로 인한 합병증을 방지하고 의식변화에 유의한다.

3. 치료사항

1. 鍼治療 : 百會, 中脘, 三里, 內關, 列缺, 陰谷, 曲泉, 中封을 毫鍼 0.30mm×30mm(동방침구제작소, 서울)를 사용하여 1일 1회 혹은 2회 시술하면서 1회 20분간 留鍼함을 원칙으로 함.
2. 灸治療 : 中脘 및 關元에 無煙 間接灸 溫灸를 1일 1회 실시함.
3. 附缸治療 : 腰背部의 背兪穴을 중심으로 1일 1회 실시함.
4. 韓藥治療 : 桃仁承氣湯加減方(酸棗仁 12g, 當歸 8g, 肉蓯蓉 8g, 石菖蒲 4g, 牛膝 4g, 白朮 4g, 蘇子 4g, 釣鉤藤 4g, 白茯苓 4g, 柴胡 4g, 大黃 4g, 厚朴 4g, 枳實 4g, 桃仁 2g, 紅花 2g, 桔梗 2g, 枳殼 2g)을 입원 기간 가감 없이 1일 3회 투여함.
5. 엑스劑治療 : 酸棗仁湯, 麻子仁丸을 1일 1회 투여하였음.
6. 香氣治療 : 한의자연요법학회 공급 lavender 에센셜 오일을 매일 21시에 비강흡입하도록 함.

4. 임상경과

2005년 8월 9일~8월 16일(본원 양방신경정신과 입원 기간)

8월 9일 입원 이후 별다른 변화 없다가 8월 12일 갑자기 의식수준 drowsy로 떨어지며 활력징후는 안정적이나 제대로 눈을 뜨고 스스로 앉아있지 못하며, 大便失禁하는 증상 발생함. 8월 14일까지 의식이 alert 상태로 호전되었으나, 알 수 없는 말을 하면서 계속해서 이유 없이 뭔가를 잡아당기는 동작을 반복함. 이후 보호자 거부하여 심전도 및 기본 혈액 · 요검사 이외의 제검사 실시하지 못함. 8월 13일 이후 보호자가 양약을 거부하므로, 병원측에서 투약되는 모든 진정제, 항정신병약물을 복용하지 않고, 기존에 복용하던 고혈압 치료약만을 복용함. 8월 16일까지 부축받아 보행하는 상태로

호전되었으나 지남력은 여전히 없고 의미없는 말을 계속하고 있었음.

2005년 8월 17일(입원 당일)

모든 정신과 약물(benztropine, rivotril, zyprexa)을 끊은 상태로 입원함. 기력저하로 인해 스스로 기립 전혀 불가한 상태였으나, 입원 직전부터 독립 보행하는 것이 겨우 가능해지는 정도가 됨. 지남력 저하로 인하여 시간, 사람, 장소 인식이 모두 혼란하여 정답을 말하지 못하는 상태였음. 환청이 위주가 되는 환각이 입원 전일까지 있었음. 수면 불량하여 1일 평균 3~4시간 수면. 주기적으로 새벽에 각성하며, 각성시 섬망 증상을 보일 경우가 많음. 대변 불리하여 2~3일에 1회씩 약 복용하여 배변 가능함. 배변이 되지 않는 변비양상을 보일 경우 섬망 증상이 심해지는 경향 있음. MMSE-K 검사는 불가하였음.

2005년 8월 18일~8월 20일(입원 2~4일째)

스스로 독립보행 가능해지고 병동 보행 시작함. 환청 등 환각 증상 전혀 나타나지 않음. 수면 1일 1회 각성, 수면 8시간으로 증가함. 단 저녁마다 다소의 섬망 증상이 나타나다가 수면과 함께 사라지는 증상이 반복되었으며, 지남력 역시 혼란한 상태로, 의사소통에 다소 장애가 있음. MMSE-K 검사상 10점이 측정됨.

2005년 8월 21일~8월 25일(입원 5~9일째)

위의 상태에서 별다른 변화 없이 지남력이 호전되어 사람을 확실히 알아보게 되고, 장소에 대해서도 지남력이 생김. 단, 명령수행에서는 장애가 심한 편임. MMSE-K 검사 결과 15점이 측정됨.

2005년 8월 26일~8월 30일(입원 10~14일째)

지남력이 더욱 호전되어 시간, 장소, 사람에 대하여 명확하게 인지 가능하게 됨. 명령수행 장애는 다소 남아 있음. 수면 양호함. 배변은 입원 이후 2~3일에 1회를 유지하고 있음. 별다른 섬망 증상 없음. MMSE-K 검사 결과 16점이 측정됨.

2005년 8월 31일~9월 6일(입원 15~21일째)

본인 스스로 취침시간과 기상시간을 정확히 말함. 시계 읽기, 글씨 읽기, 사람 알아보기, 본인 몸 상태에 대해 설명하기 등 매우 양호해짐. 지남력 호전 상태 유지하나 사람에 대하여 가끔씩 혼란상태를 보이다가 정상으로 회복되는 경우가 많음. MMSE-K 검사 결과 19점이 측정됨.

2005년 9월 7일~9월 16일(입원 22일째~퇴원일)

질문에 대한 대답 뿐 아니라 치료에 대한 감사 표현, 아침 인사 등의 자발언어가 생기기 시작함. 농담에 대해서는 웃음으로 반응을 보이게 됨. 전일 치료 내용 기억, 본인 증상 표현 등의 지남력에 있어 약간의 지둔함을 제외하면 정상인과 별다른 차이가 없게 됨. 본인 스스로, '전에 비해 인지력이 높아졌음'을 인지함. MMSE-K 검사 결과 21점이 측정됨.

Table 1. MMSE-K score

항목	8/17	8/20	8/ 25	8/ 30	9/6	9/14
지남력(시간)	0	2	2	2	3	3
지남력(장소)	0	2	2	4	3	5
기억등록	0	0	2	2	2	2
주의집중 및 계산	0	0	0	0	0	0
기억회상	0	0	2	1	3	3
언어 및 판단력	0	6	7	7	8	8
총 점	0	10	15	16	19	21

Ⅲ. 考 察

항정신병 약물은 일반적으로 정신분열병을 위시한 정신병적 행동을 치료하는 약물로서 인지작용의 변화를 초래하지 않는 채 정신병적 증상들(환각, 망상, 괴이한 행동, 와해된 사고, 격정 등)을 진정시킨다. 정도의 차이는 있으나 dopamine 수용체를 차단하여 부작용으로 추체외로 증상과 기타 자율신경계 장애를 야기한다. 치료효과보다 부작용이 먼저 나타나기 쉬우므로 평가에 조심해야 하며, 약에 따라 부작용이 양상이 조금씩 다른데, 이는 각 약물이 각종 신경 전달물질계에 조금씩 다르게 작용하기 때문이다[2]. 진정작용은 가장 흔히 그리고 먼저 나타나는 부작용이며, 진정효과와 더불어 대개 정신운동지연이 나타난다[2]. 자율신경계 부작용은 항콜린성 작용으로 소화장애, 변비 심하면 착란상태, 환각, 고열 및 혼수가 오기도 한다. 추체외로계 증상은 Parkinson 증후군, 정위불능 등이 나타나는데, 이는 불수의적인 좌불안 상태로 환자는 불안해 보이며 가만히 앉아 있지 못하고 지속적으로 왔다갔다하고, 의자를 흔들거나, 안절부절 조바심을 보인다. 이 밖에 신경이완제 악성증후군이 있는데, dopamine 차단이 원인으로 보이는 특이체질적 반응의 증후군으로 매우 드무나 응급성이며 4%가 사망하는 예후가 나쁜 부작용이다. 증상으로 고열, 근육강직, 발한 등 자율신경계 과민성, 그리고 무동증, 무언증, 격정, 섬망, 혼수상태에 이르는 것이 특징이다[2].

이러한 부작용으로 인해 다양한 정신증상이 나타나게 되는데, 그 중에서도 섬망은 광범위한 뇌조직기능의 저하에 의해 일어나는 인지기능의 손상으로 급성이며, 다양한 증상 변동을 나타낸다[2]. 노인환자(75세이상)의 20~30%, 유아환자(6세이상), 중환자실 환자, 수술 환자 등에서 섬망을 나타낸다고 한다[4]. 일반적으로 내외과 병실에 입원된 노인 환자들의 경우 섬망의 발생률은 14~30%라고도 한다[2].

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[24]. 노인의 경우 섬망에서도 인지기능이 전반적으로 황폐화되나 치매와의 차이점은 의식의 장애를 동반한다는 점이다. 그리고 착각이나 환각과 같은 지각장애, 피해망상 등의 사고장애, 수면-각성주기의 변화, 시간과 장소에 대한 지남력 장애, 정신운동성 활동의 증가나 감소, 기억장애 등이 동반된다. 증상들은 변동이 심해서 시간마다 다를 수 있고 낮보다는 밤에 더 심하다[2].

섬망의 진단은 국제 질병분류 표준인 DSM-Ⅳ와 ICD-10에 규정되어 있다. DSM-Ⅳ에서는 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[11]. 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[12]. 특히 노인에 많고, 치매와 임상 양상이 비슷해, 진단에 있어 다른 신체 질환에 동반된 섬망에 비해 치매 노인에서 발생한 섬망은 진단이 매우 까다롭다. 노인 섬망 환자의 진단율이 24%에 불과하고, 섬망의 유병율이나 발생율에 대한 보고가 연구자에 따라 많은 차이를 보이는 것이 바로 이 때문이다.[13]

일반적인 치료원칙은 지지적 치료에 준한다. 심한 흥분, 수면장애, 피해망상과 같은 정신병적 증상 때문에 향정신성 약물이 흔히 요구된다. 체내 배설 반감기가 긴 benzodiazepines이나 항콜린성 작용이 강한 항정신병 약물들은 인지기능을 악화시킬 가능성이 높다. Haloperidol이 추체외로 부작용은 빈발하지만 다른 향정신성 약물들보다는 상대적으로 안전하다[2].

섬망은 한의학적으로 呆病과 健忘의 범주에 속한다. 呆病은 ≪景岳全書≫[7]에서 최초로 분류 언급된 이후 ≪石室秘錄≫[14], ≪辨證奇聞≫[15]에서 찾아볼 수 있다[8]. ≪景岳全書≫[7]에서는 병인을 정서상의 문제로 보았고, 逆氣가 心에 있거나 肝膽二經의 氣不淸이 呆病을 일으키는 것으로 보았으며, 인격의 변화 및 행동 이상에 관하여 언급을 하였고 신속히 元氣를 회복해야 한다고 하였다. ≪石室秘錄≫[14]에서는 정서의 불균형을 원인으로 보았고 치매 유사 증상을 표현하였으며 治痰의 중요성을 강조하였다. ≪辨證奇聞≫[15]에서는 병전성격과 다른 성격과 인격의 변화에 대한 서술이 있고 肝氣의 鬱滯와 胃氣의 衰退가 원인이 되어 胸中의 痰이 적체되는 병리를 언급하고 開其鬱結, 逐其痰, 健其胃의 방법을 썼으며, 한편으로 鬱症과 痰이 원인이 呆病을 일으킬 수도 있다고 하여 生胃氣而佐之消痰하라 하기도 하였다[3]. 健忘은 ≪黃帝內經≫[7]에서 이미 언급되어 있으며 노화로 인한 생리적 기억장애 및 氣血 문란을 원인으로 보았다. ≪聖濟總錄≫[16]에서는 원인을 心虛와 七情過極으로 보았고 정신이 혼미하여 잘 잊어버리는 증상을 언급하였다. ≪濟生方≫[17]에서도 健忘의 정의와 원인에 관한 언급이 있었고, ≪金匱鉤玄≫[18]에서는 원인을 痰이라고 하였다. ≪醫宗必讀≫[19]에서는 心腎不交를 주된 병리로 보았고, ≪證治準繩≫[20]에서는 濁氣로 인한 心氣의 冥婚에서 원인을 찾았다. ≪壽世保元≫[21]에서는 思慮過度로 인한 傷心과 傷脾가 원인이라 하였고 ≪辨證奇聞≫[15]에서는 老年健忘은 腎水不足이 원인이라 하여 補心兼補腎을 해야 한다 하였다[3].

환자의 발병 원인은 양방 약물 투여가 가장 주요한 것으로, 환자의 환각 및 지남력 저하의 문제를 목표로 본원 양방신경정신과에서 사용된 약물은 benztropine, rivotril, zyprexa의 3종이다. Benztropine은 항파킨슨제(Antiparkinsoniam Agents)로서, 특발성 및 기타 향정신약 투여로 인한 파킨슨증에 효능을 가지고 있으며, 부작용으로는 운동실조 또는 정신착란, 환각, 의식장애, 섬망, 신경과민, 흥분, 불안, 항우울이 나타나는 경우가 있다. 이외에 구갈, 구토, 변비 등이 나타나기도 한다. Rivotril은 항경련제(항전간제, 항간질약 Anticonvulsants)으로서, 간질 및 부분발작, 원발성 및 2차적으로 전신화된 강직간대발작, 유소아간질에 효능이 있으며, 부작용으로는 지침, 졸음, 휘청거림, 어지러움, 두경감, 운동실조 등이 비교적 흔하다. 대개 일시적이며 자연소실되는 경우가 많다. 때로 신경과민, 무기력, 기분불안정, 몽롱함 등이 나타나기도 하며, 정신장애가 있는 환자에서는 자극흥분, 착란 등이 나타날 수 있다. 과량투여시에도 부작용의 증상과 유사한 증상이 나타날 수 있다. Zyprexa는 항정신병약물, Major 트란퀼라이저(Antipsychotics)로 분류되며, 정신분열병(착란, 환각, 적개심, 감정둔마, 사회적위축 등 위주), 양극성 장애에서 중증의 조증, 양극성 장애의 재발 예방의 효능을 가지고 있다. 부작용으로서 일반적으로는 졸음과 체중증가, 치매노인환자에서는 보행장애와 낙상을 보이며, 과량투여시에 흔한 증상은 빈맥, 흥분, 공격성, 말더듬이, 다양한 추체외로 증상, 그리고 진정에서 혼수까지 이르는 의식수준의 감소 등, 헛소리, 경련, 혼수, 호흡기능억제, 심폐정지가 나타날 수 있다고 보고되어 있다[1].

위의 약물에 의한 부작용으로 인하여, 이 증례의 경우는 환자의 증상으로부터 腎陰 · 腎陽의 虛衰에 血燥가 혼재된 것으로 변증되었다.

본 증례에서 사용한 桃仁承氣湯은 ≪傷寒論≫[22]의 처방으로서 "太陽病不解, 熱結膀胱, 其人如狂, 血自下, 下自愈. 其外不解者, 尙未可攻. 當先解其外, 外解已, 但少腹急結者, 乃可攻之, 宜桃核承氣湯." 이라 설명되어 있다. 實熱의 瘀血證으로서 少腹에 急結이 있고 上衝이 심한 것을 목표로 하며, 不眠, 動悸, 上逆, 精神不安이 나타나고 심할 때에는 譫語, 狂狀이 되어 全身灼熱感, 腰脚寒冷感, 짜릿한 感 등의 혈관운동신경증상을 발하고, 타각적으로는 下腹部, 특히 左下腹部에 상당하는 부위에 索狀物이 증명되며, 便秘하는 일이 많고 小便이 頻數한[23] 증상을 목표로 하여 사용된다. 히스테리, 노이로제, 신경쇠약, 發狂, 간질, 狂躁病, 뇌출혈, 동맥경화 등이 있는 경우에 응용 가능하다[23]. 환자의 증상은 기본적으로 便秘가 있으면서 야간의 증상 발생 경향 등을 볼 때 血證으로 판단되므로 桃仁承氣湯을 사용하였으며, 여기에 노쇠로 인한 腎陰虛의 병리가 혼재되어 있는 것으로 판단, 當歸, 肉蓯蓉을 加하였고, 安神 및 인지력의 상승을 위하여 酸棗仁, 石菖蒲를 역시 加하여 치료하였으며, 고혈압을 肝風의 병리로 보아 釣鉤藤을 배합하였다. 또한 비교적 오랜 정신증상이 胸中의 氣鬱과 관련 있을 것으로 판단, 桔梗과 枳殼을 가하였다(酸棗仁 12g, 當歸 8g, 肉蓯蓉 8g, 石菖蒲 4g, 牛膝 4g, 白朮 4g, 蘇子 4g, 釣鉤藤 4g, 白茯苓 4g, 柴胡 4g, 大黃 4g, 厚朴 4g, 枳實 4g, 桃仁 2g, 紅花 2g, 桔梗 2g, 枳殼 2g). 변비, 소식 등 전반적인 소화기 장애의 관리를 위하여 中脘 · 關元에 溫灸를 시행하였고, 주로 저녁에 심해지는 경향이 있는 섬망 증상의 완화를 위하여 酸棗仁湯 엑스제의 1일 1회 투여 및 lavender 향기요법을 실시하였다. 또한 便秘 경향이 있고, 대변이 장기간 불리할 수록 정신증상이 심해지는 경향이 있으므로 麻子仁丸 엑스제를 1일 3회 투여하였다. 증상이 양호하여 입원 기간 치료 약물은 변화 없이 일관되게 투여되었다.

환자의 호전은 이미 양방신경정신과 입원 당시에 증상 악화가 약물 과량투여 내지는 부작용에 의한 것임을 인지하고 모든 항정신병약물을 중단함과 동시에 나타나기 시작하였고, 한방신경정신과로 전과하여 고혈압을 제외한 제증상을 상기한 한방 치료만으로 시행하면서 최초 발병시보다 검사상(Table 1.) 훨씬 양호한 상태로 회복되어 지속적인 외래 치료 및 보호자 전화 상담에 대해 지도한 후 입원 31일만에 퇴원지시하였다. 환자의 호전은 양약 투여의 중지와 한방치료가 동시에 작용한 것으로 보인다. 언급한 3종의 정신신경계 약물의 알려진 부작용은 환자의 증상과 거의 일치하며, 호전 시작 시점이 약물 중단으로부터 1일 후에 나타나고, 양방병동 입원시의 호전보다 한방병동 입원시의 호전도가 더욱 양호하며 치료 방향과 일치하는 반응이 나타난 사실이 그것을 입증하고 있다고 생각된다. 단, 환자 및 보호자가 모든 의학적 검사를 거부한 상태로 간이정신진단검사를 제외한 호전도를 측정할 수 있는 객관적 지표가 전무하다는 점과, 양방신경정신과와의 협력적 병인 조사 및 치료가 없었다는 점은 본 증례의 한계점 및 향후 보완점으로 사료된다.

Ⅳ. 結 論

경도의 환각 및 지남력 저하를 치료하기 위해 양방병동에 입원 중 고령의 원인 및 약물 부작용에 의한 것이 확실한 것으로 판단되는 섬망 환자 1례를 고찰하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 여러 원인으로 인하여 발생한 것으로 추정되는 섬망 환자를 腎陰 · 腎陽虛衰에 血證이 혼재된 것으로 변증하여 치료하여 환각 및 지남력 저하 증상, 야간 수면불량 증상

과 섬망증상 완화에서 상당한 결과를 얻었다.

2. 섬망은 한의학적으로 呆病 및 健忘의 범주로 파악할 수 있으며, 이러한 증상을 지닌 고령 환자의 경우 복용하는 약물의 부작용에 대한 고려가 필요한 경우가 있다.
3. 급성 항정신병 약물 중독 환자가 섬망 등의 정신증상이 현저하게 나타나는 경우, 陰虛 및 血證의 증상으로 변증되었다면, 집중적 관찰 하에 복용 양약을 고려하면서 補腎 · 活血 · 安神을 통해 증상이 완화될 수 있다.
4. 섬망 외에 장기적으로 치매로 발전할 가능성이 높은 환자의 경우는 상기 치료법 이외에 보다 적극적인 집중 관리 및 진료 환경의 개선, 지속적으로 진료받을 수 있는 환경, 보호자의 관심 등 방법으로의 치료법 역시 요구된다고 사료된다.

參 考 文 獻

1. 김경환 : 이우주의 약리학 강의, 서울: 의학문화사. 1998:55,197.
2. 민성길 : 최신 정신의학 제4개정판, 서울: 일조각2000:142,187-189,198-200,412-413,612-613, 646-680.
3. 대한한방신경정신과학회 편 : 한방신경정신의학, 파주: 집문당, 2005:312-313,426,455-456.
4. 김주호 外 : 압박골절 후유증 관리 중 발생한 섬망 환자 1례, 동의신경정신과학회지, 2005;16(1):228.
5. 洪元植 編 : 精校黃帝內經素問, 서울: 東洋醫學硏究所, 1981:60,91,92,105,231 ,263,301.
6. 洪元植 編 : 精校黃帝內經靈樞, 서울: 東洋醫學硏究院, 1985:68,241.
7. 張介賓 : 景岳全書, 北京: 人民衛生出版社, 1996:732.
8. 黃義完 外 : 치매에 대한 한의학적임상연구, 동의신경정신과학회지, 1996;7(1):1,7.
9. 孫思邈 : 千金要方, 서울: 大星文化社. 1984:265-266.
10. 趙佶 : 聖濟總錄, 서울: 麗江出版社. 1993:339-340.
11. 미국정신의학회 : 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판, 서울: 하나의학사, 1995 :183.
12. 황성욱외 7인 : 노인 환자에서 섬망을 일으키는 위험인자, 가정의학회지 2002;23(1):117-118.
13. 김기웅, 이동영 : 치매-섬망 복합체의 평가와 치료, 精神病理學, 2000;9(2):131.
14. 陳士鐸 : 石室秘錄(下), 서울: 書苑堂, 1984:316-317.
15. 陳士鐸 : 임상진단 변증기문, 서울, 닥터 허준닷컴, pp.143-145, 2001.
16. 趙佶 : 聖濟總錄, 北京: 人民衛生出版社. 1987:822-825.
17. 嚴用和 : 中國醫學大系11卷濟生方. 서울: 麗江出版社. 1980:487.
18. 朱震亨 : 丹溪醫集, 北京: 人民衛生出版社. 1993:859-363.
19. 李中梓 : 醫宗必讀, 上海: 上海科學技術出版社. 1987:323-324.
20. 王肯堂 : 證治準繩, 北京: 人民衛生出版社. 1992:446-461.
21. 龔廷賢 : 壽世保元, 上海: 上海科學技術出版社. 1995:290-293.
22. 蔡仁植 : 傷寒論譯詮, 서울: 高文社. 2000:85.
23. 李載熙 : 圖說韓方診療要方, 서울: 醫學硏究社. 2000:184-186.
24. 대한신경정신의학회 편 : 신경정신과학, 서울: 하나의학사. 2000:184,220-222.