동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 17. No. 3, 2006

알콜성 진전섬망으로 진단된 神志不淸 환자 치험 1례

이은경, 최철홍, 이지인, 정대규
대구한의대학교 한의과대학 신경정신과 교실

A clinical report of Delirium Tremens demonstrated Jusang(酒傷)

Eun-Kyung Lee, Chul-hong Choi,
Ji-In Lee, Dae-Kyoo Chung,
Dept. of Oriental Neuropsychiatry College of Oriental Medicine.
Daegu Haany University. Daegu. Korea.

Abstract

Delirium Tremens is the most terrible and dramatic syndrome in Alcohol Withdrawal Syndrome. Delirium Tremens is one of acute psychiatric symptoms and happens that a chronic drinker is suddenly off drinking for any reasons. In Oriental medicine, Alcohol Withdrawal Syndrome is comprised in a category of Jusang(酒傷).

In this case, we described a 53-year old man who diagnosed as Delirium tremens. He suffered mental derangement and headache, and his condition was improved through oriental medical treatment.

Key words : Delirium Tremens, Jusang(酒傷), Alcohol Withdrawal Syndrome

투고일:10/10, 수정일:11/10, 채택일:11/13
교신저자: 이은경. 대구광역시 수성구 상동 165 대구한의대 부속 대구한방병원
(Tel. 053-770-2178. Fax. 053-770-2169. E-mail: hanyi98@hanmail.net)

Ⅰ. 緖 論

알코올은 모든 문화권에서 시대를 막론하고 쾌락목적, 치료목적 내지 종교적 목적으로 찬양되어지기까지 하면서 사용되어 왔다. 그 해독도 또한 일찍이 알려져서 악마적인 것으로 단죄되기도 하고 빈번히 통제대상이 되기도 했으나 술과 관계된 산업은 아직도 건재하고 있다. 최근에는 알코올리즘을 의학적 진단이 가능하고, 치료 및 관리를 요하는 하나의 질병실체로 보는 경향이 커지고 있다[1].

진전섬망이란 알콜 금단 증후군에서 가장 심하고 극적인 형태로서 만성 음주자가 신체질환 또는 외상 등의 이유로 갑자기 음주를 중지하였을 때 나타나는 급성 정신증을 말한다. 임상증상으로는 섬망이 필수적이며 그 외 빈맥, 발한 및 혈압상승과 같은 자율신경 기능항진, 망상, 생생한 환각, 초조한 행동이 나타나며, 부수적 양상들로 진전이 거의 언제나 일어나며 발열도 볼 수 있다[2].

한의학에서 알코올 금단 증후군은 酒傷의 범주에 속한다. 酒傷은 술로 인해 야기되는 內傷을 의미하는 것으로, 간, 심, 뇌혈관 질환 등의 신체적 장애 이외에도 神志가 혼란되고 그로 인해 사물을 分揀하지 못하는 정신적 장애도 포함한다[3].

현재 한의학에서는 진전섬망에 대해서는 특별한 보고가 없으며, 酒傷에 대한 문헌적 연구로는 홍 등[4-6]의 보고가 있고, 임상연구에서는 문 등[7]의 葛花解醒湯의 알콜금단 증후군 치험 2례 보고, 채 등[8]의 葛花解醒湯이 주상에 미치는 영향 등에 대한 보고 이외에는 성과가 부족한 실정이다.

이에 저자는 05년 10월 13일부터 05년 10월 19일까지 神志不淸을 주소로 본원에 입원하여, 이화학적 물리적 제검사상 정상이고, 심리적 동기 및 음주력에 의한 알콜성 진전섬망으로 진단하고 酒傷으로 변증한 환자 1례에 대한 임상적 소견과 경과를 통해 임상증상의 호전을 경험한 증례가 있어 이를 보고하고자 한다.

Ⅱ. 硏究對象 및 方法

1. 硏究對象

神志不淸의 상태로 05년 10월 13일부터 05년 10월 19일까지 대구한의대학교 부속 대구한방병원에 입원 치료한 환자 1인을 대상으로 하였다.

2. 治療內用 및 施術方法

1) 藥物治療

① 葛花解醒湯《東垣十種醫書[9]》

葛花 砂仁 白荳蔻 20g, 靑皮 12g, 澤瀉 白朮 乾薑 新曲炒 8g, 豬苓 白茯苓 陳皮 人蔘 6g, 木香 2g. 2貼을 용량 100cc씩 1일 3회 나누어 복용하였다.

② 對金飮子《太平惠民和劑局方[10]》

陳皮 12g, 生薑 甘草 厚朴 蒼朮 3g. 2貼을 용량 100cc씩 1일 3회 나누어 복용하였다.

2) 鍼灸治療

① 鍼 : 스테인레스 재질(0.30mm 굵기, 40mm 길이, 통기치구사, 한국)의 침을 사용하여 아래와 같이 시술하여 1일 1회, 15-20분가량 留鍼하였으며. 자침의 깊이는 경혈에 따라 10㎜~30㎜로 하였다. 침치료혈로는 병이 음주로 인한 것이며 脾主濕痰하므로 脾正格인 少府 大都穴을 補하고, 隱白 大敦穴을 瀉하였으며, 補瀉는 迎隨補瀉法을 사용하였다[11].

② 灸 : 中脘, 關元에 간접구(神氣灸) 1일 1회 2장 연속으로 시술하였다.

3) 附缸療法 : 背部腧穴 부위에 부항을 5분간 乾式으로 1일 1회 시술하였다.

4) 기타치료

5% 포도당 1ℓ(대한약품) mixed 삐콤헥사주(유한양행) 2ⓐ, 칸탄주(한독약품) 3ⓐ을 10월 13일 24시간동안 정맥주사하였다.

3. 치료효과의 판정

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)[12-13]를 통해 환자의 섬망정도를 측정하고 증상의 변화를 문진과 관찰을 통하여 평가하였다.(別添1)

Ⅲ. 症 例

1. 환자: 강 ○○, 남자 53세

2. 주소: 神志不淸

3. 객증: 眩暈

4. 발병일: 05년 10월 12일 PM 2:00경

5. 과거력

1) 刺傷(左側大腿部): 1983년 가야기독병원 수술 → 호전

2) 眩暈 : 03년 5월 본원 외래치료 → 상태 간헐적 발생

6. 가족력: 모친 - 고혈압

7. 사회력: 지하수 공급회사. 음주력 하루에 소주 1~2병 및 흡연력 하루에 1~2갑.

8. 현병력

上記者는 만 53세 된 마른 체격의 예민하고 급한 성격의 남자 환자로 부채 관계로 인해 신경 많이 쓰며 계속 음주하던 중 05년 10월 12일 PM 2:00경 갑자기 神志不淸 상태 나타나 별무처치하고 상태 여전하여 적극적 한방처치 받고자 05년 10월 13일 본원 외래 통해 입원함.

9. 한의학적 초진소견

1) 體格: 마른 편
2) 性格: 예민하고 급한 편
3) 食性: 病前 3회/일 病後 不得
4) 睡眠: 病前 熟眠 病後 淺眠
5) 大便: 病前 1회/일, 病後 1회/일
6) 小便: 病前 7~8회/일 利得,
病後 7~8회/일 利得
7) 脈診: 數弱
8) 舌診: 紅舌 黃苔

10. 입원 시 검진 소견

1) 입원 시 활력징후

혈압 110/70㎜Hg, 맥박 108회/분, 호흡수 23회/분, 체온 36.7℃, BST 94㎎/dℓ

2) 흉부 X선 소견: unremarkable

3) EKG: Sinus tachycardia, Suspect lateral infarction, Inferior infarction, Right artrial enlargement

4) Brain MRI: No definite abnormal signal intensity in the brain

5) R/lab

	WBC	R/C		D/C	E.S.R	U/M	SGOT	SGPT	TG
		Hb	HCt	Lympho		WBC			
10/14	7900	13.7	40	44	18	7-10	34	32	162

11. 정신과적 개인력

53세 남환으로 대구 출신이며, 본래 예민하고 급한 성격으로, 현재 지하수를 공급하는 회사를 남동생과 함께 운영하고 있으나, 채무관계에 시달리고 있으며, 3달 이상 직원들 월급

을 주지 못해 스트레스가 심각하다 함. 본래 술을 좋아하여 20대 초반부터 술을 마셨으며 술로 인해 부인과의 불화에 시달리고 있으며, 채무 관계로 스트레스 받은 이후로는 식사도 거르고 술을 먹는 경우가 잦아져서 하루에 소주 1~2병 이상을 먹었다 함. 2남 1녀 중 장남이나 술과 직장에서의 일이 잘 풀리지 않아 어머니와 동생들에게 신뢰받지 못한다는 생각과 장남과 가장으로서의 역할을 다하지 못한다는 생각에 시달린다 함. 그런 생각들로 인해 더욱 더 술을 찾게 되고 술을 마시면 그런 상황을 잠시 잊을 수 있다고 함. 지금까지는 술을 먹고 취한 적은 여러 번 있어도 이상한 행동이나 말을 한 적은 없었고, 주사도 부린 적이 없었다고 함.

12. 치료 및 경과

1) 임상경과

① 발병 당시(05. 10. 12)

주변 사람을 알아보지 못하고 계속 했던 말 반복하며, 주어와 술어의 구분 없이 말함. 현장 바닥을 돌면서 무언가를 줍는 동작 반복하며, 어디론가 가야한다고 돌아다니나 가야할 곳을 찾지 못하고 같은 장소를 빙빙 돌았다 함. 같이 일하는 남동생을 알아보지 못함.

② 입원 당시(05. 10. 13)

이름(-), 나이(-), 장소(-), 시간(-), 동생을 보고 아는 사람인 것은 인지하나 정확한 이름, 관계를 설명하지 못하며, 대화 시 상대방과 4초 이상 눈을 마주치지 못하고 불안정한 모습을 보임. EOM 측정 불가. 앞,뒤 연관성 없는 이야기하며 지시에 따르지 못하고 짜증냄. 계속 일하러 가야 한다며 일어났다 앉았다 반복함. MRI scan 위해 외출 다녀온 후 어디 다녀왔냐는 말에 조깅 다녀왔다고 대답함. 脈數弱, 紅舌 黃苔

③ 입원 2일(05. 10. 14)

이름(+), 나이(+), 장소(+), 시간(+), 어머니 알아보며 성함 말하며 현장에서 일하다 병이 난 것 인지하나, 본인이 한 말과 행동은 기억하지 못함. 질문과 지시에 화를 많이 내며, 병원에서 자신을 가둔다고 대답하지 않고 화를 냄. 脈滑, 紅舌 黃苔

⇒ 葛花解醒湯 복용

④ 입원 3일(05. 10. 15)

이름(+), 나이(+), 장소(+), 시간(+), 대화 시에도 웃으며 질문에 화내지 않으며 대답함. 자각증상 별무. 금주에 대한 teaching에 긍정적 대답함. 脈滑, 紅舌 薄黃苔

⑤ 입원 4~6일(05. 10. 16~18)

지남력 양호. 현훈(갑작스런 자세변경 시 發), 頭部不淸感→ 두정부 부위로 나타남. 脈滑, 紅舌 薄黃苔<薄白苔

⑥ 입원 7일(05. 10. 19)

지남력 양호. 현훈, 頭部不淸感 상태 미호전(아침에 甚). 脈滑, 紅舌 薄白苔

⇒ 對金飮子 복용

2) <Table 1> Memorial Delirium Assessment Scale(MDAS)[12-13]

	의식수준의 저하	지남력 장애	단기기억 장애	숫자 따라하기	주의력 장애
10/13	2	3	3	3	3
10/17	1	0	1	0	1

	와해된 사고	지각 장애	망상	감소항진된 정신운동활동	수면각성 주기장애	총점
10/13	3	2	1	1	0	21
10/17	0	1	1	0	0	5

Ⅳ. 考 察

알코올은 모든 문화권에서 시대를 막론하고 쾌락목적, 치료목적 내지 종교적 목적으로 찬양되어지기까지 하면서 사용되어 왔다. 그 해독도 또한 일찍이 알려져서 악마적인 것으로 단죄되기도 하고 빈번히 통제대상이 되기도 했으나 술과 관계된 산업은 아직도 건재하고 있다. 최근에는 알코올리즘을 의학적 진단이 가능하고, 치료 및 관리를 요하는 하나의 질병실체로 보는 경향이 커지고 있다[1].

진전섬망이란 알콜 금단 증후군에서 가장 심하고 극적인 형태로서 만성음주자가 신체질환 또는 외상 등의 이유로 갑자기 음주를 중지하였을 때 나타나는 급성 정신증을 말한다. 임상증상으로는 섬망이 필수적이며 그 외 빈맥, 발한 및 혈압상승과 같은 자율신경 기능항진, 망상, 생생한 환각, 초조한 행동이 나타나며, 부수적 양상들로 진전이 거의 언제나 일어나며 발열도 볼 수 있다. 진전섬망의 기본양상인 섬망은 과음을 중단하거나 혹은 감량한지 1주일 이내에 발생하고 대체로 2~3일 사이에 증상이 발현된다[1-2].

발생 원인으로는 알콜 섭취의 중단이나 감소가 가장 중요한 요인으로 생각되고 있으나 본질적인 규명은 아직 없다. 혈중 알콜 농도가 어떤 이유로 갑자기 저하되었을 때 오며, 신진대사 장애에 의한 것으로 알려져 있다[14-15].

이 장애는 5년 내지 15년간의 과음 후에 나타나는 것이 보통이며, 따라서 30대 혹은 40대에 처음으로 일어나는 것이 상례이다. 진전섬망의 경과를 보면 보통 금주 2~3일 후에 증상이 발생되나, 이보다 빨리 나타나는 경우도 있다. 합병증이 생기지 않는 한 증상을 2~3일 후면 대체로 소실된다[14-15].

진전섬망의 진단은 알코올관련 장애보다 다른 정신과적 장애가 일차적인 경우를 제외하고 APA에서 1994년에 정한 DSM-Ⅳ의 진단기준을 만족하는 경우를 말한다[2].

한의학에서 알코올 금단 증후군은 酒傷의 범주에 속한다. 酒傷은 술로 인해 야기되는 內傷을 의미하는 것으로 병인 분류상 음식상에 포함된다. 酒傷은 《靈樞 論勇[16]》에 술은 "其氣慓悍, 其入於胃中, 則胃脹氣上逆, 滿於胸中, 肝浮膽橫."이라 하였고 《素問 厥論[17]》에 "酒入於胃則絡脈滿而經脈虛, 脾主爲胃行其津液也, 陰氣虛則陽氣入. 陽氣入則胃不和, 胃不和則精氣竭, 精氣竭則不營於四肢也."라 하여 음주가 영양장애를 초래할 수 있음을 제시하였다. 또 巢[18]는 "飮酒過多, 酒毒積於腸胃"라 하여 과음이 위장관계 질환의 한 원인이 됨을 언급하였다. 또한 許[19]는 "酒有大熱大毒, 大寒凝海, 惟酒不氷, 是其熱也. 陰之昏亂, 易人本性, 是其毒也. 若辟風寒, 宣血脈, 消邪氣, 引藥勢, 無過於酒也. 若醉飮過度, 盆傾頭暈, 毒氣功心, 穿腸腐脇, 神昏錯謬, 目不見物, 此則喪生之本也."라 하여 심혈관질환과 소화성궤양을 일으키며 정신장애를 일으킬 수 있음을 언급하였다. 주상의 치료는 發汗 利小便하여 分消其濕하는 방법을 위주로 하며, 역대로 葛花解醒湯, 對金飮子, 五笭散 등이 많이 쓰였다.

酒傷에 대한 문헌적 연구로는 홍 등[4-6]의 보고가 있고, 임상연구에서는 문 등[7]의 葛花解醒湯의 알콜금단 증후군 치험 2례 보고, 채 등[8]의 葛花解醒湯이 주상에 미치는 영향 등에 대한 보고 이외에는 성과가 부족한 실정이며 진전섬망에 대한 한의학적인 보고는 없는 실정이다.

본 증례의 환자는 53세 남환으로 대구 출신이며, 본래 예민하고 급한 성격으로, 현재 남동생과 함께 회사를 운영하고 있으나, 빚으로 인해 3달 이상 직원들 월급을 주지 못해 스트레스가 심각하다 하였다. 본래 술을 좋아하여 20대 초반부터 술을 마셔왔으며 술로 인해 부인과의 불화에 시달리고 있으며, 채무 관계로 스

트레스 받은 3달 전부터는 식사도 거르고 술을 먹는 경우가 잦아 하루에 소주 1~2병 이상을 먹었다 하였다. 음주와 직장에서의 일이 잘 풀리지 않아 어머니와 동생들에게 신뢰받지 못한다는 생각과 장남과 가장으로서의 역할을 다하지 못한다는 생각에 시달려 그런 생각들로 인해 더욱 더 술을 찾게 되고 술을 마시면 그런 상황을 잠시 잊을 수 있었으나 술이 깨면 또다시 스트레스를 받는 생활을 하여왔다.

상기 환자는 30년 이상의 음주력이 있으며, 특히 최근 3개월간은 하루도 거르지 않고 소주 1~2병 이상을 계속해서 먹어왔으며, 마지막 음주 후 30시간 정도 지난 후 섬망 증상이 나타났고, 섬망과 함께 내원 시 100회 이상의 빈맥, 상열감, 지남력 장애 등이 나타났으며 다른 신체적, 정신적 질환이 없었던 것으로 보아 알코올로 인한 진전섬망으로 진단할 수 있다. 진전섬망의 주증상인 섬망을 보면 신경정신과적인 문제로 생각할 수 있으나, 병인이 술로 인한 것임을 보고 장기간의 음주로 인해 濕痰이 정체된 상태에 스트레스로 인해 氣가 鬱滯하여 痰涎이 心竅를 막아 神志不淸을 보인 酒傷症으로 변증할 수 있다. 치료를 위해 사용한 葛花解醒湯은 향사육군자탕과 사령탕의 가감방으로, 發汗, 利小便을 통해 상하로 그 습을 分消하여 음주로 인한 嘔吐痰逆, 手足戰擾, 정신혼란, 음식감소 등에 활용되고 있으며, 평위산의 변방인 對金飮子는 和胃調中, 燥濕化痰하는 陳皮를 군약으로 하여 健脾進食, 和胃去痰하여 역시 酒傷을 치료한다[9,20].

본 환자는 입원하여 치료를 받으면서 이름, 나이, 장소, 가족관계 등 주소증인 神志不淸 상태는 호전되었으나, 발병당시 본인이 어떤 행동 및 말을 했는지에 대해서는 기억하지 못하는 모습을 보였다. 단기 기억 장애 및 병원에 입원한 것에 대한 불안감 및 화를 내는 것도 입원 3일째부터는 나타나지 않으며, 음주력에 대한 조사와 상담 시에도 금주에 대한 강한 의지를 나타내는 모습을 보였다. 입원 4일째에 현훈 및 두부불청감을 객증으로 호소하였으나 음주로 인해 발생한 습담으로 인한 증상으로 보고 계속해서 對金飮子를 사용하였으며, 퇴원 후 객증 역시 소실되어 지금까지 일상생활을 함에 큰 불편이 없다고 한다. 이상으로 볼 때 알콜성 진전섬망을 주상으로 변증하여 치료하여 양호한 효과를 거둔 것으로 보여진다.

입원 중 2회의 메모리얼 섬망 평가척도(Memorial Delirium Assessment Scale. MDAS)를 시행하였는데, 이 척도는 섬망의 심각도를 계량화하기 위해 개발된 것으로 척도의 문항들을 통해 의식 수준, 각성 상태와 인지기능의 여러 영역들을 측정할 수 있으며 정신운동속도의 정도를 평가할 수 있다[12-13]. 입원 당시 MADS는 21점으로 중등도의 섬망 상태를 나타내었으나 치료 이후 10월 17일경에는 5점으로 증상의 소실을 나타내었다.

본 증후는 알콜성 진전섬망을 한의학적으로 주상의 범주에 속한다고 보고 葛花解醒湯, 對金飮子로 치료한 결과 양호한 결과를 얻었다. 그러나 본 증후에서는 처방이 효과를 발현하는 기전이 나타나 있지 않은 것이 아쉬움으로 남으며, 향후 좀 더 다양한 임상경험과 객관적 자료축적을 통해 지속적인 임상연구가 있어야 할 것으로 사료된다.

Ⅴ. 結 論

대구한의대 부속 대구한방병원에 내원하여 05년 10월 13일부터 05년 10월 19일까지 입원한 환자 1인을 대상으로 알콜성 진전섬망을 주상으로 변증 치료하여 양호한 효과를 거두었다.

參考文獻

1. 민성길. 최신정신의학. 서울:일조각. 2004:399-404.
2. 이근후 외 14명 역. 정신장애의 진단 및 통계 편람 제 4판. 서울:하나의학사. 1995:263-71.
3. 황의완, 김지혁. 동의정신의학. 서울: 현대의학서적사. 1987:440-1.
4. 홍성원, 김지혁, 황의완. 酒傷의 관찰법에 대한 문헌적 고찰. 대한한의학회지. 1990;11(1):9-23.
5. 박태식, 조종관. 酒傷치료에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학논문집. 1993;2(1):79-89.
6. 박승만, 조종관. 술이 인체에 미치는 영향에 관한 동서의학적 고찰. 대전대학교 한의학논문집. 1993;2(1):67-78.
7. 문영호, 원진희, 이종범, 윤준철, 배남규, 김태균. 葛花解醒湯의 알콜금단 증후군 치험 2례 보고. 대한한방내과학회지. 2002;22(3):495-501.
8. 채종구, 신흥묵, 김길훤. 葛花解醒湯이 주상에 미치는 영향, ethanol-유도 위점막의 산화적 손상을 중심으로. 대한한의학회지. 1990;20(1):113-21.
9. 李東垣. 東垣十種醫書. 서울:대성문화사. 1996:58.
10. 陳師文. 太平惠民和劑局方. 북경:중국중의약출판사. 1996:48-9.
11. 李泰浩. 砂巖道人鍼灸要訣. 서울:杏林書院. 1960:.167.
12. Breitbart W, et al. The Memorial Delirium Assessment Dcale. Journal of Pain and Symptom Management. 1997;13:128-37.
13. 김창윤. 정신장애 평가도구. 서울:하나의학사. 2001:162-7.
14. Saches DS. Emergency. Delirium tremens. Am J Nur 2002;100:41-2.
15. Maany I, Ilivicky HJ, Griedberger M. Persistent delirium tremens, Am J Psy. 1999;156:496.
16. 王氷 註. 黃帝內經靈樞. 서울:고문사. 1972:193-4.
17. 王氷 註. 黃帝內經素問. 서울:대성문화사. 1994:243-8,275-80.
18. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 서울:대성문화사. 1992:192.
19. 許浚. 東醫寶鑑(雜病篇). 서울:대성문화사. 1992:185,191-4.
20. 본초학. 전국한의과대학 본초학교실 공편. 서울:영림사. 1991:347-9.

(別添1) Memorial Delirium Assessment Scale. MDAS-K)

평가지침: 검사 당시 환자의 반응 상태와, 검사 이전 수 시간 이내의 환자의 행동평가에 따라 다음의 성망 증상 각각에 대하여 평가한다.

항목 1: 의식(각성) 수준의 저하

환자가 주위 환경을 알아보고 반응하는 정도(의사, 다른 보호자, 방안의 물건 등을 평가한다. 예를 들어 환자에게 방안에 보이는 것들을 설명해 보라고 한다.

[ ] 0 : 없음: 환자는 주변환경에 대해 잘 알아보고 자발적으로 반응한다.

[ ] 1 : 약함: 환자는 주위환경의 일부분을 인식하지 못하고, 면담자에게 자발적이고 적절한 반응을 하지 못한다. 그러나 강한 자극을 가하면 의식수준이 정상화되고 적절한 반응을 하게 된다. 면담은 길어지지만 와해되지는 않는다.

[ ] 2 : 중간: 환자는 주위환경의 일부분 혹은 전부를 인식하지 못하거나 면담자와 적절한 대화를 하지 못한다. 강한 자극을 받아도 완전한 의식수준으로 돌아오진 않고 면담자에 대한 반응도 자발적이지 않다. 면담은 길어지지만 아주 심하게 와해되지는 않는다.

[ ] 3 : 심함: 환자는 주위환경을 전혀 인식하지 못하고 면담자의 존재를 인식하지 못한다. 따라서 최대한의 자극을 주어도 면담은 어렵거나 불가능하다.

항목 2 : 지남력 장애

다음의 10개 지남력 확인 문항을 사용하여 현재의 상태를 평가한다(년, 월, 일, 요일, 계절, 도시, 구, 동, 병원이름, 몇층)

[ ] 0 : 없음: 9~10개의 문항을 맞춘다.
[ ] 1 : 약함: 7~8개의 문항을 맞춘다.
[ ] 2 : 중간: 5~6개의 문항을 맞춘다.
[ ] 3 : 심함: 4개 이하의 문항을 맞춘다.

항목 3 : 단기기억 장애

세 단어를 이용한 즉시반복검사와 지연회상검사를 이용하여 화자의 현재 상태를 평가한다. 검사자가 예시단어를 불러주고 즉시 따라하게 하고 다른 작업을 한 5분 후에 회상검사를 한다. 이어진 검사 때는 다른 세트의 단어를 사용한다.(사과, 책상, 내일 / 하늘, 담배, 경제)

[ ] 0 : 없음: 세 단어 모두 반복하고 자연회상한다.
[ ] 1 : 약함: 세 단어를 반복 가능하고 두 단어를 회상한다.
[ ] 2 : 중간: 세 단어를 반복할 수 있지만 한 단어만 회상 가능하다.
[ ] 3 : 심함: 반복을 못하는 것이 하나라도 있다.

항목 4 : 숫자 따라하기(숫자 주의력) 장애

순방향 따라하기는 세 자리 혹은 네 자리에서 시작해서 다섯 자리 이후로 단계를 밟고, 역방향은 세 자리에서 네 자리 이상으로 단계를 밟는다. 전 단계에서 성공했을 때에만 다음 단계로 넘어간다.

[ ] 0 : 없음: 순방향으로 다섯 자리 이상, 역방향으로 네 자리 이상 수행한다.
[ ] 1 : 약함: 순방향으로 다섯 자리 이상 수행하나, 역방향으로 세 자리 수행만 가능하다.
[ ] 2 : 중간: 순방향으로는 네 자리 혹은 다섯 자리 숫자를 따라 하지만, 역방향으로는 세 자리를 따라하지 못한다.
[ ] 3 : 심함: 순방향으로 네 자리 이상 따라 하지 못한다.

항목 5 : 주의력 장애(주의를 유지하거나

변경하는 능력의 장애)

면담시에 다음과 같은 예로 나타난다. 환자는 한 곳에 오래 집중을 하지 못하고 여기저기 주의가 옮아가며, 논점을 쉽게 잃고, 외부 자극에 쉽게 주의를 빼앗기거나, 한 가지 일에 과도하게 집중한다. 이로 인해 검사자는 여러 번 질문을 고쳐 말하거나 반복하게 된다.

[ ] 0 : 없음: 위의 예가 전혀 없다. 환자는 정상적으로 주의를 유지하거나 변경한다.

[ ] 1 : 약함: 위의 예들이 한두 번 있지만 그로 인해 면담이 길어지지는 않는다.

[ ] 2 : 중간: 위의 예가 자주 일어나서 면담이 길어지지만 심하게 와해되지는 않는다.

[ ] 3 : 심함: 위의 예가 계속되어 면담이 어렵거나 불가능하다.

항목 6 : 와해된 사고

면담시에 다음과 같은 예로 나타난다. 지리멸렬한 말, 부적절한 대답, 잘못된 추론, 혹은 한 가지 주제를 계속 맴돌거나(우원등), 관련 없는 주제로 계속 옮아가는 경향. '요즘 병의 상태가 어떤가요' 같은 복잡한 질문을 통해 이런 경향을 평가할 수 있다.

[ ] 0 : 없음: 환자의 말은 조리 있고 논리정연하다.

[ ] 1 : 약함: 환자의 말을 따라가기가 약간 어렵다. 대답이 약간 벗어나 있지만 면담이 길어질 정도는 아니다.

[ ] 2 : 중간: 사고나 언어의 와해가 명백하다. 이 때문에 면담이 길어지지만 와해되진 않는다.

[ ] 3 : 심함: 와해된 사고나 언어 때문에 검사가 어렵거나 불가능하다.

항목 7 : 지각 장애

환자가 스스로 인정하거나 면담 시에 관찰된 행동으로 추정되는 착각, 환각, 지각착오를 말한다. 검사 이전 몇 시간이나 마지막 검사 이후에 대한 의무기록이나 가족, 간호사의 보고에의한 것도 포함된다.

[ ] 0 : 없음: 지각착오, 착각, 환각이 없다.

[ ] 1 : 약함: 수면과 관련된 지각착오나 착각, 혹은 부적절한 행동을 동반하지 않는 한두 번의 순간적인 환각이 있다.

[ ] 2 : 중간: 약간의 부적절한 행동을 동반한 여러 번의 환각이나 잦은 착각이 있으나 면담의 진행에 영향을 주지 않는다.

[ ] 3 : 심함: 지속적인 부적절한 행동을 동반한 빈도가 높고 정도가 심한 착각이나 환각으로 면담을 와해시키고 치료를 어렵게 한다.

항목 8 : 망상

환자가 스스로 인정하거나 면담시에 관찰된 부적절한 행동으로 추정된 망상의 정도를 평가한다. 최근 몇 시간에 대한 의무기록이나 간호사나 가족의 보고도 포함한다.

[ ] 0 : 없음: 잘못된 해석이나 망상의 증거가 없다.

[ ] 1 : 약함: 명백한 망상적 내용이 없고 부적절한 행동을 동반하지 않는 왜곡된 해석 혹은 의심의 경향이 있다.

[ ] 2 : 중간: 망상이 있지만 면담의 진행이나 치료행위를 거의 방해하지 않는다.

[ ] 3 : 심함: 부적절한 행동을 야기시키는 지속적이고 정도가 심한 망상으로 이 때문에 면담이 와해되고 치료는 심각하게 방해받는다.

항목 9 : 감소되거나 항진된 정신운동활동

검사 이전 몇 시간과 면담시의 활동 정도를 평가하여 (a)저활동성 (b)항진된 활동성 (c)양자의 혼합 중에

하나를 선택한다.

[ ] 0 : 없음: 정상적인 정신운동활동을 보인다.

[ ] a b c 1: 약함 : 움직임이 약간 느린 정도로 구별하기 힘든 정도의 저하된 활동성. 단순히 안절부절하는 정도의 구별하기 힘든 정도의 항진된 활동성.

[ ] a b c 2: 중간 : 움직임의 현저한 둔화나 운동의 분명한 감소를 나타내는 분명한 활동성의 저하로 환자는 자발적인 말이나 움직임을 거의 보이지 않는다. 항진된 활동성의 경우 환자는 계속 움직인다. 두 경우 모두 면담은 길어진다.

[ ] a b c 3: 심함 : 심한 활동성의 저하로 강한 자극을 주지 안고도 말하거나 움직이지 않는다. 과활동성의 경우 환자는 쉬지 않고 움직이고 자극에 과민반응하며 감시나 강박이 필요하다. 두 경우 모두 검사를 완결하기가 어렵거나 불가능하다.

항목 10 : 수면각성주기 장애

적절한 시간에 자고 깨는 것을 평가한다. 면담시의 관찰 뿐 아니라 검사 전 몇 시간이나 최근의 의무기록이나 환자/가족/간호사의 보고도 포함된다.

[ ] 0 : 없음: 밤에는 잘 자고 낮에는 깨어 있다.

[ ] 1 : 약함: 수면각성주기의 약간의 장애로 밤에는 잠들기 힘들거나 간혹 깨기도 한다. 약이 필요하다. 낮에 졸릴 때가 있거나 면담시에 졸 수 있다. 그러나 스스로 조절 가능하다.

[ ] 2 : 중간: 수면각성주기의 중간 정도의 장애로 밤에는 뜬 눈으로 새는 경우가 많다. 낮의 경우 자주 장시간 낮잠을 자는 경우가 있고 면담시에도 강한 자극을 가해야 완전한 각성상태로 돌아온다.

[ ] 3 : 심함: 수면각성주기의 심한 장애로 밤에는 전혀 자지 못한다. 낮에는 대부분의 시간을 자고 면담시에 어떤 자극을 주어도 완전한 각성 상태로 돌아오지 않는다.