동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 18. No. 3, 2007

두부타박으로 유발된 譫妄환자 치험례

신현권, 김주원, 김효주, 차혜진, 박세진, 이혁재*
동서한방병원 한방신경정신과, 동신대학교 대학원 침구과*

A case with Delirium caused by Cranial Contusiom with Herbal medication

Hyun-Kwon Shin, Joo-Won Kim, Hyo-Ju Kim,
Hye-Jin Cha, Se-Jin Park, Ho-Tsai Lee*

Dept. of Oriental Neuropsychiatry Medicine, Dong-Seo Medical Center
Dept. of Acupunture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Dong-Shin University*

Abstract

Delirium is a acute syndrome of disorientation caused by disfunction of brain tissue and has a variety of symptomes. It is characterized by disturbance of consciousness and attention, cognition, and perception for a brief period of time and tends to fluctuate during the course of the day.

We experienced a 56 year-old woman who had a hypertension as well as Delirium caused by cranial contusion and whose condition was improved by Oriental medical treatment. this case study illustrates what the manifestation of Delirium caused by cranial contusion. This study shows more objective mecical pregress by grading Korean version of Delirium Rating Scale(K-DRS) and Korean version of Mini-Mental State Examination(K-MMSE). After our treatments, Delirium and some other symptoms were improved.

Key words : Delirium, Cranial contusion, Korean version of Delirium Rating Scale(K-DRS), Korean version of Mini-Mental State Examination(K-MMSE), Kami-Seogagjihwangtang.

투고일 : 10/13 수정일 : 11/6 채택일 : 11/8
교신저자 : 신현권 서울특별시 서대문구 연희3동 194-37 동서한방병원
Tel. 02-320-7807, Fax. 02-320-3207, E-mail : ez2dj-s@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

譫妄은 광범위한 인지 기능의 장애와 정신병증, 수면 각성 주기의 붕괴, 지각의 장애, 사고의 장애, 언어 기능의 장애, 기분의 불안정성 등의 다양한 증상을 동반하는 신경정신과적 증후군이다. 증상의 발현이 갑작스럽고 하루에도 몇 차례씩 호전과 악화를 반복하는 경과가 특징이다.

譫妄의 중요한 원인으로는 감염, 물질 금단, 급성 대사성 장애, 외상, 중추 신경계 병변, 저산소증, 비타민 결핍증, 내분비계 장애, 급성 혈관성 뇌증, 독성 물질 및 약물 중독, 중금속 중독 등이 있다[1].

한의학에서 譫妄은 헛되이 보고 듣고 보며 두서없이 말을 하는 것을 말하며[2] 呆病과 健忘의 범주에 속한다. 呆病에 대한 언급은 《景岳全書》등의 서적에서 처음으로 呆病, 痴獃로 나타난다. 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 칭하였고, 《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.

譫妄의 필수 증상은 이미 존재하거나 현재 진행 중인 치매로는 잘 설명되지 않는, 인지 변화를 동반하는 의식의 장해이다. 장해는 대개 몇 시간에서 며칠간의 단기간에 발생하고, 하루 중에도 증상이 변동되는 경향이 있다. 의식의 장해는 환경을 파악하는 명료도가 감소된 형태로 나타난다. 주의를 집중하고 유지하고 이동하는 능력이 장해된다. 또한 인지의 변화(기억력 장해, 지남력 장해, 언어 장해) 또는 지각장해가 동반된다. 기억력 장해는 최근 기억에서 가장 또렷하고, 지남력 장해는 주로 시간 및 장소에 대한 장해로 나타난다. 언어장해는 명의 실어증 또는 쓰기 장해로 나타날 수 있다. 지각 장해에는 오해, 착각, 환각(환시가 가장 많음) 등이 포함된다[5].

譫妄은 젊은 사람에게 오기도 하지만 일반적인 의학적 상태로 입원한 65세 이상의 노인에서, 입원시 약 10%가 譫妄을 보인다고 보고되고 있으며, 다른 10-15%는 입원기간 중에 譫妄이 나타날 수 있다고 한다[5].

한의학적으로 譫妄을 치료한 김[6]과 김[7]의 연구에서는 譫妄을 Korean version of Dementia Rating Scale(K-DRS)과 Korean version of Mini-Mental State Examination(K-MMSE)로 평가하였으나, 이번 연구에서는 Korean version of Delirium Rating Scale(K-DRS), Korean version of Mini-Mental State Examination(K-MMSE)를 사용하여 譫妄의 치료경과를 평가하였다.

이에 저자는 본원 한방신경정신과에 입원한 두부 타박 후 의식장해 및 인지장해를 호소하는 譫妄 환자에 약물치료를 통해 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 성별 / 나이 : 여자/56세

2. 주소증

1) 譫語

2) 健忘
3) 煩躁
4) 大小便失禁
5) 步行障碍
6) 振顫
7) 不眠

3. 발병일

2005년 11월말 발생/ 2005년 12월 22일 甚해짐

4. 과거력

1) HTN - 1990년경 병원에서 진단받고 양약복용 중.

5. 가족력

별무 소견.

6. 현병력

상기환자는 남편이 사망한 이후로 담배 1일 한갑이하, 1주일에 2-3회 소주2병정도의 음주와 흡연을 하던 도중 2005년 11월말경 음주 후 뒤로 넘어지면서 후두부 타박을 당했고 넘어진 후 상기 증상 보여 순천 병원에서 CT상 별무 진단 받고 양약 복용하였으나 별무 호전하였다. 2005년 12월 22일 상기 증상 심해져 안산 고대병원 방문하였으나 CT상 별무 진단받은 후 가료해오던 중 적극적인 한방치료 받기 위해 2006년 X월 X일 본원 응급실 경유하여 입원하였다.

7. 사회력 및 四診

1) 性格 : 활발하고 급한 편
2) 體格 : 壯實
3) 面 : 色紅
4) 舌 : 淡紅, 邊緣部 靑紫, 苔黃
5) 脈 : 滑數
6) 腹 : 腹部 緊張, 壓痛
7) 食欲 : 正常
8) 消化 : 불확실
9) 大小便 : 失禁
10) 睡眠 : 不良(煩躁)
11) 口渴 : 불확실
12) 汗 : 多汗
13) 산과력 : 8-4-4-0
14) 飮酒 : 금주하다 남편 사망 후 1주일 2-3회, 1회 소주 약 2병
15) 吸煙 : 금연하다 남편 사망 후 1일 1갑 이하

8. 진단명

1) 譫妄
2) 呆病
3) 健忘

9. 진료기간

2XXX년 X월 X일~2XXX년 X월 X일(51일간) 입원치료

10. 검사소견

1) Chest PA, KUB : Normal
2) BMD : t =-3(osteoporosis)
3) Lab

(치료2일째)

[BC] T-CHO 274↑, LDH 461↑
[CBC] P-LCR 35.5↑, ESR 24↑
[ELECT] Cl 110.4↑

(치료48일째)

[UA] Protein +, Round cell ±, Specific gravity 1.03>

그 외 검사상 W.N.L

11. 초진소견

1) 譫語 : 헛소리, 엉뚱한 소리를 함. 대화시 정신이 왔다갔다 하여 대화하기 힘든 상

태.
2) 健忘 : 기억을 잘 못함.
3) 煩躁 : 불안해하고 가만히 있지를 못함. 자려하다가 곧 상체를 벌떡 일으키고 침대에서 안정하지 못하고 움직여 다른 환자까지도 못자게 함.
4) 大小便失禁 : 말없이 대소변 봄(새벽에 대변 1-2회정도, 軟便으로 보고 화장실 가면 힘을 주지 않아 바로 보지는 못함. 소변 3-4회 정도)
5) 步行障碍 : 종종걸음(보폭이 환자 본인 발크기보다 작음)
6) 振顫 : 양손을 가만히 놔두지 못하고 떨면서 뭔가를 잡으려 함
7) 睡眠障碍 : 3시간정도 자나 이후 가만히 있지 못함.

12. 治療

1) 針治療(동방침 0.25㎜×40㎜를 사용하여 1일 1회 시술하여 30분간 留鍼)
百會, 四神總穴, 重子, 重仙, 靈骨, 大白, 足三里, 陽陵泉, 四關
2) 灸治療
直接灸 : 百會 9장(1주 6회)
間接灸 : 中脘, 關元(1주 6회)
3) 韓藥治療
加味溫膽湯, 地黃白虎湯, 加味犀角地黃湯 투여(1일 3회 각 120cc씩 투여, 식후 1시간 복용)
(1) 加味溫膽湯(입원일)
(2) 地黃白虎湯(치료2일-치료8일)
(3) 加味犀角地黃湯(치료9일-51일)

13. 치료경과

1) 입원일
譫語증상(“천장에 쥐들이 지나가고 도둑놈이 숨어 있어요”) 심함, 초저녁에 3시간 정도 잠, 이후 계속 煩躁증상(손으로 침대 보호대를 잡고 흔듦), 대소변 인지 못하여 대변 1회와 소변 3-4회 失禁증상 보임, 종종걸음(일직선 보행이 안 되고 비틀거려 뒤에서 간병인이 부축해서 감), 양 손을 떨면서 뭔가를 잡으려고 하는 자세 취함, 병원베게 글씨 같은 큰 글자도 못 읽음, 본인 이름 모름, 식욕 왕성하며 음식을 주면 다른 동작이나 일을 하고 있더라도 바로 음식에만 관심보이며 말을 걸어도 대답하지 않고 음식만 드심.
2) 치료2일째
8pm부터 地黃白虎湯으로 변경. 전날과 비슷한 양상.
3) 치료3일째
9pm-1:30am까지 잠, 이후 가만히 있지 못하고 煩躁증상 보임, 大小便失禁(便 더 묽어지지는 않음)·譫語·健忘·步行障碍·振顫 증상 여전함.
4) 치료5일째
초저녁에 좀 주무시고 깬 후에 자정부터 아침까지 잘 주무심, 종종걸음 조금 나아짐, 타 주증상 여전함.
5) 치료6일-8일째
수면시간 증가(9pm-6am), 보행 호전중, 번조증상 거의 없어짐, 振顫증상 호전, 大小便失禁· 譫語 조금씩 호전 보임
6) 치료9일-19일째
加味犀角地黃湯으로 변경. 수면시간(9pm-6am)유지 잘됨, 煩躁·振顫 없어짐, 간헐적으로 대소변 인지하여 간병인한테 말하고 화장실 가서 봄, 보행 비슷함, 병원 베게 글씨 읽음(의사 가운에 있는 작은 글씨는 안 보이는지 잘 못 읽음), 본인 이름 및 집이 어디인지 아심, 간단한 대화는 가능해짐, 譫語증상도 줄어들고 있음.
7) 치료20일-32일째

譫語(헛소리 안함), 健忘(간헐적으로 보임), 煩躁 증상 없음, 大小便失禁(1일 1회 정도로 줄어든 상태), 步行障碍(혼자서 뒷짐을 지고 걸음, 보폭이 환자 발크기 2배 정도 됨) 호전됨, 振顫 보이지 않음

8) 치료33일-35일째

외출 갔다 오심, 보호자가 옆에서 조금만 도와주면 일상생활에 큰 불편이 없었다고 함. 외출 갔다오신 후 환자 기분 매우 좋아져 제반증상 더 호전양상 보임.

9) 치료36일-51일째

수면 양호해짐, 煩躁 및 振顫 증상 보이지 않음, 본인 이름 글씨로 쓸 수 있고 눈에 보이는 크기정도의 글자는 읽을 수 있음, 종종걸음은 거의 없어지고 약간 부자연스럽지만 양손을 다리리듬에 맞춰 움직임(보폭도 옆에서 크게 하라고 지도해주면 정상인 보폭 유지함), 간헐적으로 딴소리하고(특히 날씨 흐린 날에 더 함) 2일에 한 번꼴로 大小便失禁 증상 보임, 유독 음식에 집중했었던 모습도 좋아짐.

10) 퇴원 후

일상생활에 거의 지장이 없는 정도임.

Table 1.

약물치료(1일 3회 각 120cc씩, 식후 1시간 후 복용)

치료일	처방명	처방내용
입원일	加味溫膽湯	半夏14g, 陳皮8.8g, 竹茹, 枳實6g, 遠志, 五味子, 人蔘, 熟地黃, 白茯苓, 甘草4g, 薑五棗二
치료2일~치료8일	地黃白虎湯	石膏20g, 生地黃16g, 知母8g, 獨活4g, 防風4g
치료9일~치료51일	加味犀角地黃湯	生地黃12g, 赤芍藥8g, 犀角(牛角 代用), 牧丹皮, 當歸, 黃芩, 黃連4g

Table 2. 치료일에 따른 주증상 변화

치료일	譫語	健忘	煩躁	大小便失禁	步行障碍	振顫	睡眠
입원일	헛소리 심함	거의 기억 못하심	침상에서 가만히 있지를 못함	대변 1-2회 소변 3-4회	종종걸음, 독립보행불가	양수지 진전	3시간
2일	별무 호전	별무 호전	별무 호전	별무 호전	별무 호전	별무 호전	3시간
3일	별무 호전	별무 호전	별무 호전	별무 호전	별무 호전	별무 호전	4시간30분
5일	별무 호전	별무 호전	호전 보임	별무 호전	호전 보임	별무 호전	6시간이상
6-8일	호전 보임	별무 호전	거의 없어짐	호전 보임	호전중	호전 보임	9시간(중간 중간 깸)
9-19일	호전중	별무 호전	없어짐	호전 중	비슷	없어짐	9시간
20-32일	없어짐	간헐적	없음	소변 1일1회	독립보행 가능하나 보폭 짧음	없음	수면양호
33-35일	없음	호전	없음	소변 1일1회	비슷	없음	수면양호
36-51일	간헐적(날씨와 밀접)	호전	없음	소변 2일1회	보행시 자세 호전	없음	수면양호

Table 3.

K-MMSE(한국판 간이정신상태검사 척도) 변화

항목	입원일	치료2일째	치료9일째	치료51일째
지남력(시간)	0	0	1	4
지남력(장소)	0	1	4	5
기억등록	0	0	2	3
주의집중 및 계산	0	0	1	3
기억회상	0	0	1	2
언어 및 시공간 구성	1	5	7	8
총점	1	6	16	25

Table 4. K-DRS(한국판 譫妄 평가 척도) 변화

항목	입원일	치료2일째	치료9일째	치료51일째
1.증상 발생의 시간 경과	3	3	3	3
2.지각 장애	3	3	2	1
3.환각의 유형	2	2	2	0
4.망상	2	2	2	0
5.정신운동성 행동	3	3	1	0
6.정식 검사 동안의 인지상태	4	4	3	2
7. 신체 질병	1	1	1	1
8.수면-각성 주기의 장애	3	3	1	1
9. 기분의 변동성	2	2	1	0
10. 증상의 가변성	4	4	2	0
총점	27	27	18	8

Ⅲ. 考 察

두부 외상 후에 오는 정신장애는 급성뇌장애와 만성뇌장애로 구분되며 급성뇌장애는 두부외상으로 말미암아 뇌기능의 일시적인 갑작스런 마비상태인 뇌진탕, 깊은 의식상실과 함께 외부환경에 대한 반응과 수의운동 활동이 상실되는 외상성 혼수, 譫妄이 수분 수주일 계속되는 외상성 譫妄 그리고 作話症, 기억장애, 지남력장애, 감정장애 등을 특징으로 하는 건망성작화증이 있다[8].

심[9]의 두부외상 후 정신장애 연구에서는 정신과적 진단분류 결과 외상후 신경증(39.6%)이 제일 많았으며, 다음으로는 기질성 인격 증후군(22.6%), 치매 및 건망증후군(15.1%), 기질성 망상(7.5%), 외상후 간질(5.7%), 기질성 정동증후군(3.8)%의 순이었다. 그리고 외상후 정신과적 치료 기회가 지연될수록 치료기간이 길어진다고 하였다.

譫妄은 인지 기능의 장애와 정신병증, 수면 각성 주기의 붕괴, 지각의 장애, 사고의 장애, 언어기능의 장애, 기분의 불안정성 등의 다양한 증상을 동반하는 신경정신과적 증후군이다. 증상이 치매와 유사하여 치매로 오인되는 경우가 많지만, 譫妄은 급성으로 발생하며, 짧은 경과를 보이고, 하루 중 증상의 변동이 두드러진다는 점에서 치매와 차이점을 보인다. 譫妄은 치매와 같이 올 수도 있고, 단독으로 올 수도 있으므로 譫妄이 있다고 치매가 온 것처럼 걱정할 필요는 없다. 하지만 치매환자의 약 40%이상이 譫妄 증세를 동반하며, 譫妄 환자의 약 25%정도가 치매를 동반한다는 통계가 있을 정도로 두 질환은 밀접한 관계가 있다.

譫妄의 원인으로는 감염, 물질 금단, 급성 대사성 장애, 외상, 중추 신경계 병변, 저산소증, 비타민 결핍증, 내분비계 장애, 급성 혈관성 뇌증, 독성 물질 및 약물 중독, 중금속 중독 등이 있다[1].

이러한 譫妄의 발생은 매우 흔한 편이다. 특히 노인 입원 환자에 있어서의 譫妄의 발생률은 매우 높다고 할 수 있다. 따라서 譫妄에 대한 주의 깊은 평가와 즉각적인 치료가 매우 중요하다고 할 것이다. 譫妄의 발생률은 매우 높지만 그에 비해서 진단은 용이하지 않다. 왜냐하면 감별해야 할 질환들이 많고 주의깊은 평가가 없다면 간과하기 쉽기 때문이다. 譫妄을 조기 발견하고 조기 치료해야 되는 이유는 譫妄이 사망률의 증가로 이어지기 때문이다. 譫妄은 독립적으로

신체 질환의 임상적 예후를 악화시킨다. 입원 기간이 더 늘어나며 독립적인 삶을 어렵게 만든다. 위와 같은 이유로 譫妄은 반드시 치료가 개입되어야 한다. 치료는 원인의 제거가 가장 기본적인 처치이나, 보통 정확한 원인을 찾아내는 것이 쉽지가 않다. 따라서 원인의 탐색과 동시에 항정신병 약물의 투여가 이루어지는 것이 일반적이다[10].

DSM-Ⅳ에 의하면 譫妄은 원인에 기초해서 크게 4가지로 분류된다. 일반적 의학 상태에 의한 譫妄, 물질 유도성 譫妄, 여러 가지 원인에 의한 譫妄, 기타 불특정 譫妄이 그것이다[10].

본 연구에서의 환자는 여러 가지 원인에 의한 譫妄으로 분류하였고, 진단 기준은 첫째, 의식장해와 주의를 집중하고, 유지하고, 이동하는 능력의 감퇴. 둘째, 인지의 변화 또는 지각 장해가 이미 존재하거나 확진되거나 진행 중인 치매로 잘 설명되지 않는다. 셋째, 장해가 단기간 동안 발전되고, 하루 중에도 변동하는 경향이 있다. 넷째, 과거력, 신체검사, 또는 검사 소견에서 譫妄이 하나 이상의 원인으로 유발된 것이라는 증거가 있어야 한다[5].

K-DRS는 譫妄을 평가하는 척도로 譫妄에 사용하는 약물의 효능을 비교하는 연구[10]에 사용되기도 하였지만 한의학에서 K-DRS를 사용하여 譫妄의 치료경과를 살펴보는 연구는 없었다. 또한 한약으로 譫妄을 치료하였던 기존연구[6,7]에서는 Korean version of Delirium Rating Scale(K-DRS)를 사용하지 않고 Korean version of Dementia Rating Scale(K-DRS)를 사용하여 譫妄의 치료경과를 살펴보았기 때문에 정확한 평가가 힘들었을 것이라고 사료된다. 이에 이번 연구에서는 譫妄의 치료 효과는 譫妄 자체를 평가하는 도구인 Korean version of Delirium Rating Scale(K-DRS)과 譫妄의 인지기능장애의 변화를 측정하는 Korean version of Mini-Mental State Examination(K-MMSE)을 사용하여 측정하였다. 譫妄을 평가하는 도구로는 DRS와 Memorial Delirium Assessment Scale(MDAS), Confusion Assessment Method, Delirium, Symptom Interview, D-scale, Global Accessibility Rating Scale 등이 있으며 이 중 譫妄의 중증도를 평가할 수 있는 도구로는 DRS와 MDAS가 있다[10]. K-MMSE는 인지기능을 평가하기 위해 가장 널리 사용되는 간단하고 정형화된 검사도구이다. O'Keeffe등은 MMSE가 노인 환자 인지 기능의 단기 변화에 민감하여 반복 측정으로 譫妄의 악화와 호전을 평가하는데 도움이 된다고 하였다[11]. 하지만 이 등은 K-MMSE는 譫妄군과 치매군에서 전혀 차이가 없었고 치매군에서 보다 폭넓게 퍼져있으며, 정신분열병군과 일반군 사이에 유의한 차이가 없었다며 K-MMSE는 譫妄 환자와 치매 환자를 감별할 수 없어서 譫妄의 진단적 측면에는 도움이 안 될 것으로 판단된다고 하였다[1]. 그럼에도 불구하고 이번연구에서는 인지기능의 평가에 도움을 주기 때문에 K-MMSE를 사용하였다.

DRS를 번역하고 수정하여 완성된 것이 K-DRS이다. DRS는 1988년에 Trzepacz 등이 개발하여 譫妄의 진단과 중증도 평가를 위한 도구로서 가장 널리 사용되고 있다. 이 도구는 譫妄에서 나타날 수 있는 증상을 광범위하게 반영하고 있어 MMSE와는 달리 치매와 같은 다른 인지 기능의 장애를 가진 질환을 감별할 수 있고, 譫妄 상태의 중증도를 측정할 수 있다는 것이 특징이다. 譫妄의 중증도가 변함에 따라 K-DRS가 이러한 중

증도의 변화를 적절히 반영하므로 譫妄의 중증도를 정량화할 수 있고, 譫妄의 치료에 따른 상태 변화를 보다 객관적으로 관찰할 수 있다. K-DRS는 정신과 훈련을 받은 임상가가 평가하는 척도로서 10개의 항목으로 구성되어 있고, 최고 점수는 32점이다. K-DRS에서는 각각의 항목을 평가할 때 가장 근사치의 값을 선택한다. 각각의 항목은 譫妄 증상을 0점에서 최대 2, 3, 4점까지 평가한다. 항목은 증상 발생의 시간 경과, 지각 장애, 환각의 유형, 망상, 정신운동성 행동, 정식 검사 동안의 인지 상태, 신체 질병, 수면-각성 주기의 장애, 기분의 변동성, 증상의 가변성을 포함한다[1].

譫妄은 한의학적으로 呆病과 健忘의 범주에 속한다. 呆病을 《景岳全書》에서는 病因을 정서상의 문제로 보았고, 인격의 변화 및 행동 이상에 관하여 언급을 하였고 신속히 元氣를 회복해야 한다고 하였다. 《石室秘錄》에서는 정서의 불균형을 원인으로 보았고 치매 유사 증상을 표현하였으며 治痰의 중요성을 강조하였다[2]. 健忘은 《黃帝內經》에서 이미 언급되어 있으며 노화로 인한 생리적 기억장애 및 氣血 문란을 원인으로 보았다[3].

상기 환자는 1990년경 양방병원에서 고혈압 진단받고 양약복용하시다가 발병 후 복용을 중단한 환자로 남편이 사망한 이후로 담배 1일 한갑이하, 1주일에 2-3회 소주2병정도의 음주와 흡연을 하던 도중 2005년 11월말 경 음주 후 뒤로 넘어지면서 후두부 타박을 당했고 넘어진 후 譫語, 健忘, 煩燥, 大小便失禁, 步行障碍, 振顫, 不眠 등의 증상 보여 순천 병원에서 CT촬영하였으나 별무 진단 받고 양약 복용하였으나 별무 호전하였다. 2005년 12월 22일 상기 증상이 더욱 심해져 안산 고대병원 방문하였으나 CT상 별무 진단받고 가료해오던 중 한방치료 받기 위해 2006년 X월 X일 본원 응급실 경유하여 입원 치료 받은 환자이다. 입원당시 후두부에 지름 3cm 정도 원형의 흉터가 있었다. 기억력, 지남력, 언어장해 등의 인지기능의 이상과 지각장해, 언어장해가 나타나고 있어 두부손상 후 譫妄, 呆病, 健忘으로 진단하였다. 환자가 보이고 있는 증상이 치매와 혼동되었으나 대부분의 증상이 밤에 매우 심해지고, 譫妄의 특징인 의식 장해가 있었기 때문에 譫妄으로 변증하였다.

이번 연구에서는 譫妄 환자의 경우 야간에 증상이 두드러지는 경향이 뚜렷하므로 수면장애를 개선하였을 때 譫妄상태의 완화가 나타난다는 연구결과[7]에 착안하여 수면장애를 우선적으로 치료하기로 하였다. 중병을 앓은 뒤는 아니었지만 극심한 스트레스로 몸이 虛해져 수면장애를 일으킨 것으로 보고 虛煩不睡에 사용하는 加味溫膽湯[12]을 사용하였지만 호전 반응을 전혀 보이지 않았다. 煩躁, 譫語로 인한 수면장애로 보고 結胸譫語 亡陰譫語 太陽似瘧症 陽明症煩躁 大便不通 裡熱大便將澁 勿論表裏大便不通常用 揚手躑足 引飮發狂 舌捲 動風亦用하는 地黃白虎湯을 사용하였다. 본 처방에서 石膏, 生地黃은 解胃熱하면서 그것을 大便으로 熱結을 풀어줌으로써 淸陽氣運을 살려주며, 防風, 獨活은 陰氣의 유통을 개진하는 역할을 한다[13]. 地黃白虎湯 사용 이후에 수면시간의 증가, 보행 호전, 煩躁 호전 등 제반증상에서 어느 정도의 호전반응은 보이었으나 아직은 타인의 도움 없이는 일상생활이 불가능한 상태였다. 제반 증상 호전의 미미함, 다양한 증상의 호소, 수면장애를 목적으로 치료하기에는 장시간 치료가 필요할 것으로 사료되어 處方을 바꾸기로 했다. 건강하였던

환자에게 譫妄이 나타나게 된 것은 두부타박이 시작이었던 점, 밤에 저녁이 심해지는 점, 舌診을 고려해서 瘀血로 인한 譫忘으로 辨證하였다. 東醫寶鑑에 蓄血을 上中下로 구별하여 피가 上焦에 몰려 있으면 잊어먹기를 잘 하는데 이런 데는 犀角地黃湯, 피가 中焦에 몰려 있으면 가슴이 그득하며 몸이 노랗고 물로 양치질은 하나 넘기려고 하지 않고 이런 데는 桃仁承氣湯, 피가 下焦에 몰려있으면 미친 것처럼 날뛰고 대변색이 검으며 아랫배가 단단하면서 아픈데 이런 데는 抵當湯이나 抵當丸을 쓴다고 하였다[12]. 또한 박[14]의 연구에서 犀角地黃湯이 혈소판수와 Fibrinogen의 증가, Prothrombin time과 partial thromboplastin time의 감소를 보여 瘀血을 치료하는데 효과가 있음을 보고하고 있다. 따라서 上焦瘀血로 변증하여 犀角地黃湯을 투여하기로 하였다. 犀角地黃湯은 生地黃12g, 赤芍藥8g, 犀角(牛角으로 代用), 牧丹皮으로 구성되어있다. 萬病回春에서는 當歸, 黃芩, 黃連을 加하면 좋다고 쓰여있어 加味犀角地黃湯을 투약하였다. 生地黃은 性寒 味甘 無毒하여 모든 열을 내리며 뭉친 피를 헤치고 瘀血을 삭게 한다. 赤芍藥은 凉血活血하여 散瘀시키는 특징이 있어 跌撲損傷, 吐血衄血 등의 효과가 있다. 犀角은 性寒 味苦酸鹹 無毒하여 鎭心神, 散風毒, 辟邪精鬼魅, 中惡毒氣, 止驚退熱, 毒入心狂言妄語, 鎭肝明目, 解山嵐瘴氣, 及百毒한다고 하였다. 牛角은 성분이 犀角과 대동소이하기 때문에 대용품으로 쓰이고 있으며 토끼에 대해 명백한 진정 작용이 있다고 한다. 牛角은 性寒하고 味苦鹹하다. 本草綱目에 治淋, 破血하는 효능이 있다고 하였다[15]. 牧丹皮는 性微寒 味苦辛 無毒하여 단단한 癥痂나 瘀血을 없앤다. 當歸는 性溫 味甘辛 無毒하여 一切風, 一切血, 一切勞, 破惡血, 養新血하는 효과가 있다. 黃芩은 性寒, 味苦, 無毒하여 熱毒, 骨蒸, 寒熱往來, 解熱渴한다. 黃連은 性寒, 味苦, 無毒하여 明目, 止淚出, 鎭肝, 去解熱, 治煩躁한다. 上焦瘀血을 治하는 加味犀角地黃湯을 투여한 이후 譫語, 健忘, 煩燥, 大小便失禁, 步行障碍, 振顫, 不眠 등의 주증상이 빠른 속도로 호전되었다. 일상생활이 가능한지와 적응을 위해 치료 한 달이 지난 시점부터 주말에 외출을 하게 하였고, 보호자와의 면담후에 타인의 도움이 필요없이 일상생활이 가능한 상태로 판단하여 입원치료 받은지 51일만에 퇴원하였다.

Ⅳ. 要 約

본 증례는 남편을 잃고 난 후 정신적 스트레스로 음주를 하던 중 2005년 11월말 음주 후 넘어져 두부 타박 손상을 입은 후, 譫妄 증상을 주소로 하는 환자가 2XXX년 X월 X일부터 2XXX년 X월 X일까지(51일간) 본원에 입원하여 치료받으신 후 증상이 호전된바 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 譫妄의 유발요인(두부 외상, 정신적 스트레스 등)이 혼재된 환자를 瘀血로 변증한 후 加味犀角地黃湯을 투여하여 수면상태 개선 및 譫妄증상의 완화에서 큰 효과를 얻었다.
2. 譫妄의 상태를 Korean version of Delirium Rating Scale(K-DRS)와 Korean version of Mini-Mental State Examination(K-MMSE)를 통해 보다 객관적인 치료 경과를 살펴볼 수 있었다.
3. 譫妄은 한의학적으로 健忘 및 呆病의 범

주로 파악할 수 있으나 다양한 원인에 의해 발생할 수 있으므로 증상뿐만이 아니라 원인과 관련된 변증에 의한 치료가 필요하다.

參考文獻

1. 이양현, 류지안, 김휘중, 이상희. 한국판 譫妄 평가 척도의 표준화. 2003;9(2):182-183, 187-189.
2. 대한한방신경정신과학회 편. 한방신경정신의학. 파주:집문당. 2005;312-313, 426, 455-456.
3. 洪元植 編. 精校黃帝內經. 서울:동양의학연구소. 1981:37, 60, 91.
4. 孫思邈. 千金要方. 서울:대성문화사. 1984;265-266.
5. 미국 정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판. 서울:하나의학사. 1995;172-184.
6. 김주호, 김경옥, 구병수. 두부손상 이후 발생한 譫妄 환자 1例에 대한 증례보고. 동의신경정신과 학회지. 2004;15(2):230-237.
7. 김주호, 김경옥, 김헌일, 금근우, 구병수. 압박골절 후유증 관리 중 발생한 譫妄 환자 1례 증례보고. 동의신경정신과 학회지. 2005;16(1):228-235.
8. 박영우. 두부외상 후에 오는 정신장애. 경북의대잡지. 1981;22(2):393-394.
9. 심주철, 박태수, 진성태. 두부 외상후의 정신장애에 대한 한 임상적 연구. 신경정신의학회지. 1992;31(1):126-128.
10. 김한석. 入院 患者에서 발생한 譫妄에 대한 퀴티아핀과 리스페리돈의 치료 효과 비교. 인제대학교 대학원 의학과. 2006;9-10, 17-21.
11. 임경옥. 한국판 譫妄 평가 척도-98의 표준화 연구. 충남대학교 대학원 의학과 정신과학 학위논문. 2006;1-4, 6.
12. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:法人文化社. 1999;212, 215, 238.
13. 이정찬 著. 新 사상의학론. 서울:도서출판 木과 土. 2003;270-7.
14. 朴相宋, 金聖勳. 犀角地黃湯과 加味犀角地黃湯이 Endotoxin으로 誘發된 白鼠의 血栓症에 미치는 影響. 동의병리학회지. 1991;6(1):105.
15. 김창민, 신민교, 안덕균, 이경순 외. 중약대사전. 서울:도서출판정담. 1998;3302-3303.