동의신경정신과 학회지 제22권 제1호(2011년 3월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2011;22(1):13-23

치매 환자의 임상증상에 대한 조사 연구

서현욱, 조성훈, 정선용, 김종우

경희대학교 한의과대학 신경정신과학교실

A Clinical Survey Study on Clinical Symptoms of Dementia Patients

Hynu-Uk Suh, Seung-Hun Cho, Sun-Yong Chung, Jong-Woo Kim

Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Kyung-Hee University

Abstract

Objectives :
The aim of this survey study is to analysis clinical symptoms and patterns of dementia patients. The results of this study will be used to support development of the oriental herbal medicine for dementia.

Methods :
Clinical data were collected from 41 dementia patients and 20 aged persons who have no cognitive impairment in 3 sites including 2 hospitals and 1 sanatorium. 'The instrument of oriental medical evaluation for dementia' is used to evaluate clinical symptoms and patterns of all subjects.

Results :
1. Subjects of deficiency syndrome patterns were nearly three times more than subjects of excess syndrome patterns.
2. In dementia patient group, the average rate for 4 clinical symptoms, related with treatment principle of clear heat, was 26.9%.
3. The average rate for 4 clinical symptoms, related with condition of urine and feces, was 15.6%.
4. The average rate for 5 clinical symptoms, related with anger, irritation, anxiety and restlessness, was 40.0%.

Conclusions :
1. It is needed to develop new herbal medicine for dementia focuing on clear heat, anger, irritation, anxiety, restlessness, and condition of urine and feces.
2. 'The instrument of oriental medical evaluation for dementia' has strong tendency that excessively reflects general geriatric symptoms, related to deficiency syndrome patterns. so, more clinical symptoms of excess syndrome should be added in this tool.

Key Words :
Dementia, Instrument of oriental medical evaluation, Herbal medicine, Clear heat

투고 : 2011. 3. 2. 수정 : 2011. 3. 5. 채택 : 2011. 3. 8.
교신저자 : 김종우, 서울시 강동구 상일동 149번지 강동경희대학교병원 화병/스트레스클리닉
Tel) 02-440-6226, Fax) 02-440-7143, E-mail) aromaqi@khu.ac.kr
본 연구는 보건복지부 한의약선도기술개발사업의 지원에 의해서 이루어진 것임(과제번호 B090039)

Ⅰ. 서 론

치매란 일단 정상적으로 성숙한 뇌가 후천적인 외상이 아닌 질병 등에 의해서 기질적으로 손상되거나 파괴되어 전반적으로 지능, 학습 언어 등의 인지기능과 고도정신기능이 감퇴하는 복합적인 임상증후군을 일괄하여 지칭하는 것이다. 원인은 매우 다양하지만, 가장 흔한 원인으로 뇌조직의 퇴행, 변성 또는 노화, 중추신경계 감염, 뇌손상, 독성 대사 장애, 혈관성 장애, 신경계 질환 등이 있다[1].

치매의 임상양상은 인지기능을 포함한 고도의 대뇌기능 장애[2]라는 핵심 증상 외에도 신체, 정신증상들이 매우 다양하게 나타나는데, 한의학에서 치매는 임상증후 상 呆病, 健忘, 癲證, 虛勞 등의 범주에 포함된다. 한의학 문헌인 明代 張景岳의 《景岳全書·雜證謨·癲狂痴獃》에서는 "言辭顚倒 擧動不經 惑多汗惑善愁 其證則天奇萬怪 無所不至"라 하여 인격의 변화 및 행동 이상 등 치매와 유사한 증상에 대하여 최초로 언급을 하고 있으나, 기억장애에 대한 구체적인 언급은 하지 않았다. 한편, 淸代 陳士鐸의 『石室秘錄』에서는 呆病의 症狀에 관하여 "呆病如癡 而默默不言也 如饑而悠悠如失也 意慾癲而不能 心欲狂而不敢 有時睡數日不醒 有時坐數日不眠 有時將己身衣服密密縫補 有時將他人物件深深藏藏掩 與人言則煎語而神遊 背人言則低聲而泣訴 與之食則厭薄而不吞 不與食則吞炭而若快"이라 하여 치매 증상과 유사한 표현을 하였고, 錢鏡湖의 『辨證奇文』에서는 치매의 病前과 다른 성격과 인격의 변화에 대한 서술과 함께 "終日閉戶獨居 口中喃喃多不可解 將自己衣服 用鍼線密縫 與之飮食 時而用 時而不用 嘗有數日枵腹 而不呼飢餓者 見炭最善 食之如爽口之物 人皆棄之"라 하여 외부환경과의 소외, 언어곤란, 식사상태의 변화 등을 언급하기도 하였다[3]. 또한, 치매환자들의 임상 양상을 관찰 보고한 몇몇 연구들에서는 환자들에게 頭痛, 眩暈, 手足痺, 便秘, 小便失禁(頻數), 不眠, 惡心嘔吐 등 다양한 신체증상들과 함께 성격이 갑자기 공격적으로 변하거나 무감정 상태에 빠지는 감정변화 등 다양한 정신증상들이 나타남을 보고하고 있다[4,5]. 이렇게 다양한 임상증상들을 가진 치매에 대하여 한의학에서는 변증이라는 독특한 진단 체계를 통해서 접근하고 있는데, 한의학적인 치매의 病因, 病機이론에 따라 임상 증상을 분류하여 精氣不足, 脾腎虧虛, 痰濁阻竅, 氣滯血瘀, 熱毒熾盛, 氣血虛弱 등의 변증유형을 제시하고 治法으로는 크게 補精, 祛痰, 淸熱의 3가지로 분류하고 있다[3].

현재 한의학계에서는 치매에 대한 문헌적 임상적 고찰연구[6-9], 질병 검사에 대한 연구,[10] 한의학적 임상연구[11-14], 약물 실험 연구[15-17], 증례보고[18] 등이 다양하고 활발하게 이루어지고 있는데[19], 이 중 실험 연구가 가장 큰 비중을 차지하고 있어, 한약재 중 단미제나 복합제를 사용한 다양한 약재들의 실험 연구들은 매년 증가 추세에 있다[20]. 그러나 지금까지의 한의학적 치매 연구 과정을 짚어 보면, 정확한 한의학적 진단, 평가 및 치료를 위해 전제되어야 하는 변증의 중요성은 상대적으로 간과되어 왔었는데, 그 결과 치매환자를 변증하여 평가 및 진단을 하기 위한 치매 평가도구의 개발은 아직 초기단계로 아직 그 타당도와 신뢰도의 검증이 되지 않은 상태이다[21].

補精, 祛痰, 淸熱의 3가지 치법 중 補精[22]으로 분류되는 한약 처방을 기초로 개발된 약물은 IND 승인이 이미 완료된 상태이며, 祛痰[14]에 해당하는 한약 처방의 임상연구가 진행된 바 있다. 그러나 淸熱에 해당하는 약물의 개발을 위한 연

구는 아직까지 시도된 바 없으며, 앞서 기술한 두 약물의 연구 과정에서 아쉽게도 변증의 개념은 빠져 있었다. 본 논문의 저자들은 현재 모든 치매를 포괄하는 치매치료제가 아니라 한의학적 변증 결과를 고려한 淸熱 치법 계통 한방 치매 치료제 개발을 진행 중이며, 본 연구는 그 밑바탕이 되는 한의학적 변증 평가를 위한 기초연구의 일환으로 이루어졌다.

따라서 본 연구의 목적은, 치매 환자들의 다양한 증상을 한의학적 치매 변증도구를 통해 변증 분석하여 현재 진행 중인 연구를 포함한 향후 한의학적 치매 치료 임상시험 프로토콜 및 한의학적 관찰 척도의 개발에 있어서 유용한 근거 자료를 제시하고자 함이다.

연구의 핵심이 되는 한의학적 치매 변증 도구는 류[21] 등이 발표한 <치매 평가도구 가안>의 개발 과정에서 제시된 버젼을 본 연구의 목적에 맞게 변형한 질문지를 사용하였다.

Ⅱ. 본 론

1. 연구 대상

본 연구의 일차적 연구 대상자 집단은 치매로 확진 받은 자로써 의사소통이 가능하고, 자의로 본 연구에 참여를 결정한 환자들이다. 이와 더불어 치매환자들에게서 특징적으로 나타나는 증상들을 감별해내기 위한 이차적인 목적에 의해 정상 인지능력을 유지하고 있으며 치매로 진단받은 적이 없는 非치매진단 노인 집단을 설정하고 이들에 대해서도 치매 환자 집단과 동일하게 당사자의 동의 절차를 거친 후 추가 조사하였다.

전체 대상자들에 대한 자료 수집은 서울 소재 ○○대학교 부속 ○○한방병원 1곳의 외래 내원 환자들과 경기도 남양주시 소재 요양원 1곳, 경기도 안산시 소재 요양병원 1곳에 각각 재원 중인 노인 환자들을 통해 이루어졌다(Table I).

Table I. Number of Subject of 3 Study Sites

	Dementia group		Normal group		Total
	Male	Female	Male	Female	
○○한방병원	5	6	0	0	11
○○요양원	6	4	2	8	20
○○요양병원	4	15	4	7	30

2. 관찰 항목

관찰 항목에는 인구학적 조사 항목과, 한의학적 변증도구를 통한 변증 관련 증상 조사가 포함되었다. 인구학적 조사 항목에는 나이와 성별이 포함되었고, 한의학적 증상 조사도구로는 류 등이 개발한 <치매 평가도구 가안>[21] 에 수록된 증상항목을 사용하였다.

<치매 평가도구 가안>은 한방신경정신과 전문의들의 자문과 회의를 거쳐 도출된 평가 도구로써, 치매 평가 유형의 종류를 한의학 문헌고찰과 전문가들의 자문을 거쳐 1) 肝腎陰虛 2) 氣滯血瘀 3) 氣血兩虛 4) 火熱熾盛 5) 痰濁阻竅 6) 脾腎陽虛의 6가지 변증유형으로 확정하고, 치매 환자에게서 나타나는 빈도가 높을 것으로 예상되는 증상들을 추출하여 임상지표로 삼아 각 변증유형 별로 8개씩의 임상지표를 배속시켰다. 모든 임상지표들을 0점에서 4점까지 5점 리커트 척도로 평가한 후 각 변증유형 별 총점을 구해 최종 변증유형을 결정하는 면접자 평가 방식이다[21].

본 연구에서는 인지능력이 저하된 치매환자가 본인 증상의 정도를 정확히 판단하기 힘들 것이라는 판단 하에 5점 리커트 척도 대신에 증상 유무에 따라 해당 임상지표에 표기하도록 하였다. 각 변증 유형 별로 배속된 8개 임상지표 중 2개씩은 가중치를 두어 2점으로, 나머지 6개 임

상지표는 1점으로 계산하여 각각 총점을 구한 후 가장 높은 점수를 기록한 변증을 최종 진단으로 선택하였다. 또한 2개 이상의 변증이 총점이 같을 경우에는 肝腎陰虛, 氣滯血瘀, 痰濁阻竅, 脾腎陽虛, 氣血兩虛, 火熱熾盛 順으로 최종 진단하도록 하였는데, 앞에 기재된 변증일수록 다빈도로 나타날 것이라는 연구자들의 사전판단에 의해 결정되었다.

3. 자료 분석 방법

1) 치매 환자 집단의 호소 증상 분석

일차적 목적이었던 치매 환자 집단 자료의 분석에는 기술통계 방식을 적용하였다.

2) 치매 환자 집단과 일반 노인 집단의 증상 비교

이차적 목적인 정상 인지능력을 가진 일반 노인 집단과 치매 환자 집단의 비교에는 SPSS 16.0 for Windows 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

(1) 치매 환자 집단 및 일반 노인 집단 구성원들의 '평균 연령'과 '성비'에 차이가 있는지를 평가하기 위해 각각 chi-square test와 independent t-test를 실시하였다.

(2) 치매 환자 집단 및 일반 노인 집단에서 나타난 변증도구 증상 빈도의 차이를 평가하기 위해 chi-square test를 실시하였다.

(3) $p<0.05$ 수준에서 유의성을 결정하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 연구 대상자들의 인구학적 특성

전체 대상자의 성비는 남성이 21명(34.4%), 여성이 40(65.6%)명으로 여성이 남성에 비해 높은 비율을 보였다. 치매 환자 집단은 남성이 15명(37.5%), 여성이 25명(62.5%)이었고, 일반 노인 집단은 남성이 6명(28.6%), 여성이 15명(71.4%)로 chi-square test 결과 두 군의 성비에 유의한 차이가 나지 않았다. 그리고 치매 환자 집단의 평균연령은 76.45세(n=40, SD=9.951), 일반 노인 집단의 평균연령은 81.86세(n=21, SD=5.605)로써, 치매 환자 집단의 평균 연령이 일반 노인 집단에 비해 5세 가량 적었다.

참고로 치매 환자 집단의 연령대는 90代 3명(7.5%), 80代 11명(27.5%), 70代 17명(42.5%), 60代 7명(17.5%), 50代 2명(5%)이었고, 일반 노인 집단은 90代 0명(0%), 80대 15명(71.4%), 70대 5명(23.8%), 60대 1명(4.8%), 50대 0명(0%) 이었다.

2. 치매 환자 집단의 변증 유형 및 임상 지표 분석

1) 44개 임상 지표 문항에 대한 응답 빈도 분석

치매 환자 집단 중 다빈도 순으로 상위 50%에 해당하는 문항들을 표로 기술하였다(Table Ⅱ).

Table Ⅱ. List of the Top 22 High Frequency Clinical Symptoms of Dementia Patients

Clinical Symptoms	N	%
시력이 저하되거나 눈이 뻑뻑해짐	25	62.5
성격이 조급하거나 화를 잘 낸다.	22	55.0
쉽게 짜증을 낸다.	19	47.5
이명이 나타나거나 청력이 떨어진다.	18	45.0
머리가 빠지거나 이가 흔들린다.	18	45.0
피로(무기력, 권태)	18	45.0
어지러움	17	42.5
잠이 잘 안 오거나 꿈을 많이 꾼다.	17	42.5
머리가 싸맨 것처럼 무겁다.	16	40.0
가슴이 답답하거나 두근거린다.	16	40.0
팔다리가 차다.	16	40.0
불면(잠이 잘 안 오거나 밤에 쉽게 깬다)	16	40.0
머리털이 잘 빠집니다.	15	37.5
추위를 잘 탄다.	15	37.5
허리와 무릎이 시리거나 쑤시고 아프다.	15	37.5
변비가 있거나 대변보기가 어렵다.	13	32.5
자다 쉽게 놀라거나, 자주 깬다.	13	32.5
한 부위가 계속해서 아프다.	13	32.5
손바닥, 발바닥, 가슴 등이 답답하면서 덥다(오심번열).	12	30.0
가슴이 답답하여 한 곳에 머무르지 못하고 자꾸 나가려고 한다.	12	30.0
식욕이 없다.	12	30.0
갈증이 난다.	12	30.0

2) 현재 개발 연구 중인 한방치매치료제와 관련 있는 증상의 빈도

본 연구를 진행하였던 연구진이 현재 개발 중인 한방 치매 치료제의 기본이 된 한약 처방은 치매에 대한 補精, 祛痰, 淸熱의 3가지 주된 치법 중 淸熱에 분류되는 처방으로 黃連解毒湯과 消風順氣元의 가감방이다. 실험실 연구와 본초학과 임상적 활용 실태의 검토를 통해 大黃, 梔子, 白茯神, 車前子, 免絲子, 蠶沙 등 6가지 약재가 최종적으로 선정되었다. 이 처방의 주된 치료기제는 淸熱이다. 주된 치료 기전인 淸熱은 大黃과 梔子, 車前子, 蠶沙 등이 담당하고, 大黃, 車前子는 大小便의 停滯를 풀어주는 역할을 한다. 免絲子는 補精(補肝腎, 益精)의 기능이 있고, 白茯神은 安神 약재에 속 한다[23].

저자들은 현재 개발 연구 중인 상기 한방치매 치료제의 관련이 있는 증상들을 첫째, 한의학적으로 갈증이나 열감 등 火熱의 개념적 속성을 지닌 증상군, 둘째, 변비나 소변의 적거나 붉음과 같은 대소변의 불편감을 보이는 증상군, 셋째, 정신관련 증상 중 초조, 화냄, 불안, 짜증의 속성을 가진 증상군 등 3가지로 선정하고 이에 해당하는 임상지표들을 각각 별도로 구분해 그 응답 빈도를 분석해 보았는데, 그 결과는 표와 같았다(Table Ⅲ, Ⅳ, Ⅴ).

Table Ⅲ. Clinical Symptoms of Fire(Hwa) or Heat Properties

Clinical symptoms	N	%
갈증이 난다.	12	30.0
손바닥, 발바닥, 가슴 등이 답답하면서 덥다(오심번열).	12	30.0
눈이 충혈 되거나 아프다.	10	25.0
얼굴이 붉다.	9	22.5

Table Ⅳ. Clinical Symptoms Related with Condition of Urine and Feces

Clinical Symptoms	N	%
변비가 있거나 대변보기가 어렵다.	13	32.5
설사를 자주 한다.	5	12.5
소변이 적거나 붉다.	4	10.0
소변을 잘 못 보거나, 부종이 나타난다.	3	7.5

Table Ⅴ. Clinical Symptoms Related with Anger, Irritation, Anxiety and Restlessness

Clinical Symptoms	N	%
성격이 조급하거나 화를 잘 낸다.	22	55.0
쉽게 짜증을 낸다.	19	47.5
가슴이 답답하거나 두근거린다.	16	40.0
가슴이 답답하여 한 곳에 머무르지 못하고 자꾸 나가려고 한다.	12	30.0
가슴이 자주 두근거린다.	11	27.5

3) 변증 유형 빈도 분석

(1) 6개 변증 유형 중 肝腎陰虛가 20명(50%)로 가장 많았고, 氣血兩虛가 5명(12.5%), 脾腎陽虛와 火熱熾盛이 각 4명(10%), 氣滯血瘀와 痰濁阻竅가 각 3명(7.5%), 모든 임상지표가 해당되지 않았던 환자가 1명(2.5%)이었다(Table Ⅵ).

Table Ⅵ. Distribution of 6 Symptom Patterns

Symptom Patterns	N	%
肝腎陰虛	20	50
氣血兩虛	5	12.5
脾腎陽虛	4	10
火熱熾盛	4	10
氣滯血瘀	3	7.5
痰濁阻竅	3	7.5
해당 없음	1	2.5

(2) 변증 유형의 결정 형태

각 변증유형 별로 총점을 계산하였을 때, 동점 없이 단일 변증유형이 최고 점수를 얻어 최종 진단이 되는 경우가 26명(65%), 2개 이상의 변증유형이 동등한 점수를 얻는 경우는 13명(32.5%), 모든 임상 지표에 해당되지 않는다고 응답하여 '변증 유형 없음'으로 평가된 경우가 1명(2.5%) 있었다.

3. 치매 환자 집단과 일반 노인 집단의 차이 분석

44개 임상지표 별로 양 군간 차이를 chi-square test로 비교 평가하였을 때 유의한 차이를 보인 항목은 표와 같았다(Table Ⅶ).

Table Ⅶ. Comparison between Dementia Group and Normal Group

Clinical Symptoms	Dementia Group(n=40)		Normal Group(n=21)		p-value
	N	%	N	%	
눈이 충혈 되거나 아프다.	10	25.0	18	85.7	0.000*
머리가 빠지거나 이가 흔들린다.	18	45.0	0	0	0.000*
머리털이 잘 빠집니다.	15	37.5	15	71.4	0.012*
머리가 싸맨 것처럼 무겁다.	16	40.0	14	66.7	0.048*
안색이 검거나, 입술이 검은 푸른색을 띈다.	2	5.0	8	38.1	0.001*
손바닥, 발바닥, 가슴 등이 답답하면서 덥다(오심번열).	12	30.0	1	4.8	0.022*
아랫배가 차면서 아프다.	4	10.0	12	57.1	0.000*
한 부위가 계속해서 아프다	13	32.5	13	61.9	0.027*
배에서 꼬르륵 소리가 나거나, 트림이나 구역질이 잘 난다.	5	12.5	16	76.2	0.000*
소화가 잘 안 된다.	2	5.0	6	28.6	0.010*
설사를 자주 한다.	5	12.5	12	57.1	0.000*
숨이 차다	9	22.5	12	57.1	0.007*

* : P<0.05

Ⅳ. 고 찰

한의학적 치매 연구 과정에서 정확한 한의학적 진단, 평가 및 치료를 위해 전제되어야 하는 변증의 중요성이 강조되지 못했고, 그 결과 치매 환자를 변증하여 평가 및 진단을 하기 위한 치매 평가도구의 개발이 늦어졌다는 점은 한의학계에 중대한 시사점을 던진다. 한의학계에서 실험 연구를 통해 탁월한 효능을 지닌 한의학적 치매 신약을 개발하였다 하더라도, 이것을 한의학적으로 어떻게 변증하여 어떤 유형의 환자에게 투여하였을 때 가장 효과적일 것인지에 대한 고민이 없었다면, 그 약을 과연 '한의학적' 치매 치료제라 칭할 수 있을지는 논란의 여지가 많다. 따라서 본 연구는 치매 환자들이 호소하는 증상들에 대한 초보적인 조사 연구로써, 그동안 한의학적 치매 연구에서 미진하였던 변증 부분을 보강하고, 향후 한의학적 치매 치료 임상시험 프로토콜 및 한의학적 관찰 척도의 개발에 있어서 유용한 근거 자료를 제시하고자 하는 목적으로 진행되었다.

인구학적 조사 항목에서 대상자들의 남녀 성비를 살펴보면, 치매 환자 집단과 정상 일반 노인 집단을 합친 전체 대상자들의 성비는 여성이 남성에 비해 약 2배 많았다. 이러한 비율은 치매 환자 집단과 일반 노인집단으로 나누어 각각 비교해 보았을 때도 유지가 되어, 통계적으로 두 집단 간 차이가 없었다. 그리고 평균연령에서는 차이를 보인다는 결과가 나왔는데, 치매 환자 집단은 평균 76.45세(n=40, SD=9.951) 일반 노인 집단은 평균 81.86세(n=21, SD=5.605)로 치매 환자 집단의 평균 연령이 일반 노인집단에 비하여 약 5세가 적었다. 그러나 본 연구에서 사용한 <치매 평가도구 가안>에 수록된 임상지표들 중 연령과 관련이 있을 수 있다고 판단되는 증상들은 연령이 높을수록 나타나는 빈도가 높은 증상들로 구성되어 있다는 점에서 볼 때, 일반 노인집단에 비해 치매 환자들에게서 두드러지는 증상들을 판별해 내는 데 있어서 무리가 없을 것으로 판단된다.

치매 환자 집단(n=40)에서 나타난 변증 유형 빈도를 분석해 보면, 肝腎陰虛(20명, 50%)가 가장 큰 비중을 보였고, <치매 평가도구 가안>에 수록된 44개 임상지표 중 단 1개도 해당되지 않는다고 응답하여 6가지 변증 유형에 포함되지 않는 사람도 1명 있었다. <치매 평가도구 가안>에서 분류한 6가지 변증 유형을 편의상 肝腎陰虛, 氣血兩虛, 脾腎陽虛는 虛證 유형으로, 火熱熾盛, 痰濁阻竅, 氣滯血瘀는 實證 유형으로 분류할 때, 虛證 경향에 속하는 肝腎陰虛, 氣血兩虛(각 5명, 12.5%), 脾腎陽虛(4명, 10%) 이상 3가지 변증 유형을 합하면 72.5%로, 火熱熾盛(4명, 10%), 痰濁阻竅, 氣滯血瘀(각 3명, 7.5%) 등 實證 경향에 속하는 나머지 3가지 변증유형을 합친 25%의 3배 가까운 최종 진단으로의 결정 빈도를 보였다. 이 비율은 일반 노인 집단에서도 虛證 변증유형 81%, 實證 변증유형 19%로 크게 다르지 않았다. 이러한 결과가 나타난 가장 큰 원인은 치매 환자 집단과 일반 노인 집단 공히 대상자 집단의 대부분이 노인이라는 사실에서 찾을 수 있으며, 노인 치매 환자를 진찰 시에는 虛證 경향이 있지 않은지를 우선적으로 고려해 볼 필요성이 있으며, 혹 환자의 증상이 實證 경향을 보이더라도 그 이면에 존재하는 病機를 면밀히 검토해야 하며, 치료 과정에서 虛證으로 전변되지 않는지 주의 깊게 관찰해야 할 필요가 있음을 시사한다.

총 44개 임상지표 중 3개는 2가지 이상의 변증유형에 동시에 배속되어 있었는데, 단, 같은 임상지표라도 변증유형별로 배점을 다르게 하여

변증유형 별로 가중치를 다르게 주었다. 특히 '피로(무기력, 권태)' 같은 임상지표는 虛證 경향의 변증유형과 實證 경향의 변증유형 모두에 배속되어 있는 것을 발견할 수 있었으며, '어지러움'과 '피로(무기력, 권태)' 등 2개 임상지표는 치매 환자 집단에서 응답빈도가 각각 18명씩(45%)으로 다른 지표들에 비해 비교적 높은 편이었다(Table Ⅷ).

Table Ⅷ. Clinical Symptoms Assigned to More than 2 Symptom Patterns

Clinical Symptoms	Symptom Patterns(Weights)
어지러움	肝腎陰虛(1), 氣血兩虛(2)
피로(무기력, 권태)	痰濁阻竅(1), 脾腎陽虛(1), 氣血兩虛(2)
소화가 잘 안 된다.	脾腎陽虛(2), 氣血兩虛(1)

또한, 총 44개 임상지표 중 치매 환자 집단(n=40)에서 응답 빈도順으로 상위 50%에 해당되는 22개를 추려서 분석한 결과, 虛證 경향 변증유형들에 배속된 임상지표들의 수(14개)가 實證 경향 변증유형들에 배속된 임상지표들의 수(11개)보다 많았고, 肝腎陰虛의 경우, 가장 많은 응답빈도를 보인 '시력이 저하되거나 눈이 뻑뻑해짐' 외에도 '손바닥, 발바닥, 가슴 등이 답답하면서 덥다(오심번열).' 등 8개 임상지표 중 7개가 상위 50% 이상의 응답빈도를 보이는 것으로 나타났다. 다만, 전체 임상지표들 중 2번째로 많은 응답빈도를 보인 '성격이 조급하거나 화를 잘 낸다.'를 비롯해 '불면(잠이 잘 안 오거나 밤에 쉽게 깬다)', '변비가 있거나 대변보기가 어렵다.' 등 火熱熾盛에 배속된 임상지표들이나 '쉽게 짜증을 낸다.'와 같이 氣滯血瘀에 배속된 임상지표들도 응답빈도가 높았다.

현재 저자들이 연구 개발 중인 한방치매치료제와 변증적으로 연관성을 지닌 임상지표들을 火熱적 속성을 지닌 계통, 大小便 불편감과 관련 있는 계통, 초조/불안/조급함 등의 정신증상계통 등 3개 증상군으로 나누어 분석하였을 때, 해당 임상지표들의 개수와 응답빈도가 가장 높았던 증상군은 정신증상계통이었으며, 그 다음은 火熱계통, 大小便계통 순이었다. 火熱의 개념적 속성을 가진 임상지표 4개의 평균 응답비율은 26.8%였고, 대소변의 불편감을 나타내는 임상지표 4개의 평균 응답비율은 15.6%, 정신관련 증상 중 불안, 초조, 짜증, 화냄의 속성을 가진 임상지표 5개의 평균 응답비율은 40%였다. 13개 증상 전체의 평균 응답 비율은 28.5%였다. 따라서 상기 3개 증상군에 속한 임상지표들(13개)은 이에 속하지 않은 나머지 임상지표들(31개)에 비해 상대적으로 높은 응답 비율을 보였는데, 단, 大小便계통의 임상지표들 중 '변비가 있거나 대변보기가 어렵다.'는 32.5%의 높은 비율을 보이고 있다. 본 연구의 이러한 결과들은 치매환자 중 淸熱, 通利大小便, 淸心 치법이 적합한 환자군이 상당부분 존재함을 시사한다.

치매 환자 집단과 일반 노인 집단을 비교하였을 때, 32개의 임상지표는 두 군 간에 빈도수에서 유의한 차이를 보이지 않았고, 나머지 임상지표 12개에서 유의한 차이를 확인할 수 있었는데, 치매 환자 집단에서 유의하게 빈도수가 높았던 임상지표는 '머리가 빠지거나 이가 흔들린다.'(p=0.000)와 '손바닥, 발바닥, 가슴 등이 답답하면서 덥다(오심번열)'(p=0.022) 등 2개였고, 나머지 10개 대부분의 지표는 모두 일반 노인 집단에서 빈도수가 유의하게 높은 것으로 나타났다. '머리가 빠지거나 이가 흔들린다.' 같은 경우, 일반적 노화 과정에서 흔하게 나타나는 것으로 치매 환자들에게서 특별한 의미를 부여하기 어려운데다가, 비슷한 내용의 임상지표인 '머리가 잘 빠집니다'와 상반된 결과를 보여, 인지능력이 떨어지는 치매 환자들이 본인의 증상을 제대로 인

식하지 못하고 있기 때문일 가능성을 배제할 수 없다. 그러나 '손바닥, 발바닥, 가슴 등이 답답하면서 덥다(오심번열)' 같은 경우는 노화과정에서 특징적으로 나타난다고 하기 어려운 증상일뿐더러 인지기능이 떨어지는 치매환자들에게 더 빈도가 높다는 것은 치매 치료에 있어서 이 증상이 나타내고 있는 火熱의 속성에 주목할 필요성이 있다는 점을 시사한다 볼 수 있다.

본 연구에 사용된 <치매 평가도구 가안>은 아직 임상연구를 통해 신뢰도와 타당도에 대한 검증이 이루어지지 않은 기초 연구 단계로써 본 연구에서도 변증 유형 조사를 일차적 목적으로 삼지 않고, 증상 차원에서 주로 활용하였는데, 연구 조사 과정에서 몇 가지 아쉬웠던 점을 기술해 보고자 한다.

1. 세밀하게 변증유형을 구별하기에는 임상지표의 절대적인 수도 부족하고 그 내용도 미흡한 점이 있다. 동일 증상이라도 그 기저 病機에 따라 양상이 다르게 나타나므로, 배속시키는 변증유형 별로 보다 세밀하게 임상지표를 분류하여 명확히 기술해야 한다. 또한 너무 광범위한 증상을 기술한 임상지표도 있는데, 예를 들어, '소화가 잘 안 된다' 같은 임상지표 그 증상의 범주가 지나치게 넓으며, '피로(무기력, 권태)' 같은 임상지표는 심지어 實證과 虛證 변증유형 을 3가지나 동시에 배속시키고도 이에 대한 명확한 분류나 설명이 부재하여 혼란이 올 수 있다.

2. 유사한 내용의 임상지표가 2개 이상 존재하나, 그 차이에 대한 명확한 설명 없이 서로 다른 변증유형으로 배속시킨 경우가 있다. 예로써, '머리가 빠지거나 이가 흔들린다.'(肝腎陰虛로 배속)와 '머리털이 잘 빠집니다.'(氣血兩虛로 배속) 같이 유사한 2문항을 들 수 있는데, 이런 경우 '머리가 빠지거나'는 '또는(OR)'의 의미이므로, 이것을 '머리가 빠지고', 즉, '그리고(AND)' 의미를 가지도록 수정하거나, 둘 중 한 임상지표를 삭제하여 통합하는 것이 옳다고 사료된다. 또한 불면 관련 3개 임상지표도 각기 다른 변증유형으로 배속되어 있는데, 이 또한 더욱 세분화하거나 통합하는 것이 옳다고 판단된다.

본 연구는 아직 신뢰도와 타당도에 대한 검증이 이루어지지 않은 <치매평가 도구 가안>을 사용했으며, 절대적 대상자 수가 적다는 분명한 한계점을 가지고 있고, 또 그 문제점이 연구 과정에서 일부 드러나기도 했다. 변증 유형의 배속과정에 문제가 있기 때문에 위 연구 결과를 있는 그대로 해석하는 것은 위험하겠지만, 각 임상지표(증상)의 빈도 분석을 분석하면, 같은 치매 환자들이라도 그 나타나는 한의학적 증상의 발현에는 분명한 차이가 존재함을 발견할 수 있었고, 이러한 연구 결과가 향후 한의학적인 치매 치료 연구에 기초자료로써 사용될 수 있을 것이다.

Ⅴ. 결 론

<치매 평가도구 가안>의 임상지표들을 활용하여 41명의 치매 환자들과 20명의 일반 노인들을 대상으로 임상증상을 조사한 결과는 다음과 같다.

1. 치매환자 중 火熱의 속성을 가진 증상, 대소변의 불편과 관련된 증상, 화, 짜증, 분노, 불안, 초조 등의 증상을 보이는 환자군이 상당부분 존재함을 시사하며, 따라서, 이 환자군에 대한 새로운 한방치매치료제의 개발 필요성이 제기된다.
2. 치매 환자들의 변증 유형으로 虛證에 해당되는 유형들이 선택되는 비율이 압도적으로 많았는데, 이러한 결과는, 본 연구에서 사용한

<치매 평가도구 가안>의 임상지표들이 노화 과정에서 일어나는 증상들을 중점적으로 반영하여 상대적으로 實證에 해당하는 임상지표가 덜 반영되었음을 의미한다. 따라서 향후 개발될 치매 변증 도구에서는 實證을 나타내는 임상지표들을 보다 강화해야 할 필요가 있다.

참고문헌

1. 민성길 외. 최신정신의학 제5판. 서울:(주)일조각. 2010:203.
2. 곽융. 도해정신경외과학. 서울:제일의학사. 1992:27-31.
3. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회 편. 한의신경정신과학. 서울:집문당. 2007:327-8.
4. 홍석, 전상윤, 강화정, 김윤완. 치매 환자 84예에 대한 유형별 임상고찰. 대한한방내과학회지. 2000;21(2):193-201.
5. 이영욱, 강화정, 조명래, 진천식, 홍석, 김종석. 치매환자 32예에 대한 임상적 고찰. 대한한방내과학회지. 1998;19(1):301-17.
6. 김영균, 권정남, 최난숙. 치매에 대한 문헌적 고찰. 대한한방내과학회지. 1997;18:177-94.
7. 정인철, 이상룡. 치매에 대한 문헌적 고찰. 동의신경정신과학회지. 1996;7:77-94.
8. 김은선, 박치상, 박창국. 치매에 대한 문헌적 고찰. 경산대학교 제한동의학술원 논문집. 1998;3:357-82.
9. 서정렬, 손인길, 김강식. 치매에 대한 동서의학의 문헌적 고찰. 대한침구과학회지. 1997;14:226-38.
10. 조성훈, 김광호, 임재환, 김종우, 황의완. 치매 선별 검사로서의 시계 그리기 검사(CDT)에 관한 기초 연구. 동의신경정신과학회지. 2001;12:185-92.
11. 황의완, 김종우, 이조희, 엄효진, 이승기. 치매에 대한 한의학적 임상연구. 동의신경정신과학회지. 1996;7:1-13.
12. 김보균. Dementia of Alzheimer Type에 관한 한의학적 임상연구. 경희대학교 대학원 학위논문. 1998.
13. 현경철, 김종우, 황의완. Vascular Dementia에 관한 한의학적 임상연구. 동의신경정신과학회지. 1990;10:147-57.
14. 엄효진, 김종우, 박은혜, 김현택, 황의완. 초기 알츠하이머형 치매환자에 대한 건뇌탕의 효능. 동의신경정신과학회지. 2005;16(1):43-56.
15. 안상훈, 김종우, 강철훈, 황의완. 황연해독탕이 Hypoxia-reoxygenation에 의해 손상받은 Mouse Neuroblastoma 2a cells에 미치는 영향. 동의신경정신과학회지. 2006;17(2):37-59.
16. 오영진, 김보경. 총명탕과 향부자총명탕의 추출물, 나노분말 제형을 이용한 치매에 관한 연구. 동의신경정신과학회지. 2006;17(1):79-105.
17. 문하경, 김종우, 강철훈, 황의완. 청폐사간탕과 단미들이 Hypoxia-Reoxygenation에 의해 손상받은 Mouse Neuroblastoma 2a cells에 미치는 영향. 동의신경정신과학회지. 2006;16(2):89-112.
18. 박경, 김희준, 손지영, 곽민아, 김승모, 김대준, 변준석. 보중익기탕가미방(補中益氣湯加味方) 투여로 호전된 혈관성 치매 환자 1례 보고. 동의생리병리학회지. 2008;22(4):943-7.
19. 류기준, 김지형, 안건상, 이제균, 권승로. 최근 10년간 치매에 대한 한의학적 연구 동향 고찰. 동의신경정신과학회지. 2007;18(3):135-45.
20. 최성열, 김대현, 김상태, 김태헌, 강형원, 류영수. 치매에 대한 최신 실험적 연구 동향

(2000년 이후 한의학 학술지를 중심으로). 동의신경정신과학회지. 2008;19(1):125-46.
21. 류창희, 정인철, 조성훈, 황의완, 강위창, 이상룡. 치매 한의평가 도구 개발을 위한 기초연구. 동의신경정신과학회지. 2010;21(4):123-35.
22. Seo JS, Yun JH, Baek IS, Leem YH, Kang HW, Cho HK, Lyu YS, Son HJ, Han PL : Oriental medicine Jangwonhwan reduces Abeta(1-42) level and beta-amyloid deposition in the brain of Tg-APPswe/PS1dE9 mouse model of Alzheimer disease. J Ethnopharmacol. 2010;128(1):206-12.
23. 신민교. 임상본초학. 서울:도서출판 영림사. 2002 :226, 372, 620, 650, 669, 785.