

## Vascular Dementia에 關한 韓醫學的 臨床研究

경희대학교 한의과대학 신경정신과 교실

현경철 · 김종우 · 황의완

### I. 緒 論

문명의 발달과 그에 따른 생활수준의 향상으로 평균수명이 증가하고, 노인인구가 전체 인구에서 차지하는 비율도 상대적으로 높아지게 되었다. 고령화 사회가 되면서 노인병이 증가하고 있는데 그 중에서 가장 심각하게 대두되고 있는 질병 중의 하나가 치매이다<sup>13,17)</sup>.

치매(Dementia)란 지적 수준이 정상이던 사람이 일련의 대뇌 기능 장애로 인하여 의식의 저하 없이 일상생활, 대인관계에 지장을 줄 정도로 기억력의 장애를 포함하는 인지기능의 쇠퇴를 나타내는 증후군<sup>4,5,22,49)</sup>으로, 크게 알츠하이머형 치매와 혈관성치매의 두 가지로 구분되고 있다<sup>44)</sup>.

혈관성치매(Vascular dementia, 이하 VaD)란 하나 또는 그 이상의 뇌졸중의 결과로 인한 인지기능의 이상을 나타내는 치매로<sup>5,13,45)</sup> 전형적으로 병력, 국소 신경학적인 증상과 증후 또는 영상진단으로 확인되어지는 뇌혈관 질환의 과정에서 나타나고, 돌연한 발병, 계단식 경과의 특징적인 임상양상을 갖는다<sup>16,62)</sup>.

東洋醫學에서는 그 증상의 양상을 따라서 健忘에서 주로 다루었고<sup>12,25)</sup>, 치매에 대한 직접적인 언급은 明代에 張介賓<sup>31)</sup>이 痴瘖라는 병명을 사용하면서 처음 나타난다. 이후에 靑代의 陳士澤<sup>34)</sup>, 錢鏡湖<sup>32)</sup> 등에 의해서 痴瘖와 呆病으로 다뤄지면서 病因 病機와 症候에 관한 구체적인 인식이 있었다.

한의학에서의 치매에 대한 그간의 연구를 살펴보면, 기억과 학습에 대한 실험적 연구들<sup>18,20,21,24)</sup>은 다소 있었으나, 임상적인 연구로는 황 등<sup>26)</sup>이 치매 전반에 대한 한의학적 접근을 시도하여 유효한 결과를 보고한 것과 김 등<sup>11)</sup>

이 알츠하이머형 치매에 대한 임상적인 고찰을 한 것 외에는 특별히 없었다.

본 저자는 뇌혈관 질환의 빈도가 많은 우리나라의 특성상<sup>6)</sup> 상대적으로 중요성을 갖는 VaD에 대하여 1996년 4월부터 1997년 3월까지 경희대학교 부속 한방병원 신경정신과에 내원한 환자 중 ADDTC의 진단기준에 의해 Probable, Possible VaD로 진단된 환자들에게 한의학적인 치료를 시행하여 의미있는 결과를 얻었기에 임상고찰을 통하여 보고하는 바이다.

### II. 研究對象 및 方法

#### 1. 研究對象

1996년 4월부터 1997년 3월까지 경희대학교 부속 한방병원 신경정신과를 내원한 환자 중, Brain-MRI 촬영을 통하여 VaD로 진단 받은 24명의 환자를 대상으로 하였다.

#### 2. 診斷基準

ADDTC의 진단기준<sup>49)</sup>에 의하여 뇌출혈이나 저산소증에 의한 치매는 제외하고 허혈성 질환에 의한 치매로 한정하였고 Probable, Possible VaD에 해당하는 환자로 하였다. 임상증상의 정도는 DSM-III-R<sup>3)</sup> 및 미국 정신과 학회(American Psychiatric Association, 이하 APA)<sup>45)</sup>의 기준에 준하여 일상생활에서의 적응정도를 위주로 하고,

MMSE-K<sup>10)</sup>의 점수를 참고하여 0:normal - 1:questionable - 2:mild - 3:moderate - 4:severe - 5:profound의 6 단계로 구분하였다.

### 3. 體質의 分析

치매환자에게 일반적인 체질 진단 방법인 설문지 검사나 본인의 진술에 근거한 체질분석은 시행하기 어려웠으므로, 주로 보호자와의 면담을 통한 발병전의 성격과 일반 생활습관, 병증과 체형 및 맥 등에 근거<sup>2)</sup>하여 시행하였으며, 내원 시 체질분석에 오류가 있다고 판단된 경우 수정을 가하였다.

### 4. 過去歷 및 危險因子

VaD의 위험인자<sup>50)</sup>로 알려진 질환들 가운데 환자 및 보호자가 인지하고 있거나, 현재 약물치료를 받고 있는 질환들 중 뇌졸중, 고혈압, 당뇨, 심장질환 등의 여부에 대하여 조사하였다.

### 5. 腦影像診斷

모두 Brain-MRI를 기준으로 하였다. 본 병원에서 촬영한 경우에는 해당 전문의의 판독결과를 기록하였고, 외부에서 촬영한 필름인 경우에는 뇌경색의 유무만을 판정하여 진단에 응용하였고, 구체적인 부위는 기록하지 않았다.

단, 소견서를 동반한 외부필름은 병변 부위를 기록하였다.

### 6. 治療

일반적인 한의학적 치료로 初期의 中風治療法 中에서 順氣와 治痰의 방법을 통한 치료를 기본으로 삼았고, 발병 후 시간이 경과해서 내원 한 경우나 기본적인 치료방법으로 효과를 보지 못하는 경우에는 사상체질적인 치료를 시행했다. 일반적인 치료는 경희의료원 병원처방집<sup>1)</sup>의 HK106 星香正氣散과 HH075 牛黃清心元을 투여하였고, 사상체질치료에서는 少陰人인 경우에는 HH083 少陰人 香附子八物湯과 HH074 麝香蘇合元을, 少陽人인 경우에는 HH084 少陽人 荊防地黃湯을, 太陰人인 경우에는 HH122 調胃升清湯을 투여하였고, 필요한 경우 鍼治療를 시행하였다.

### 7. 治療效果의 判定

임상증상의 정도를 역시 0:normal - 1:questionable - 2:mild - 3:moderate - 4:severe - 5:profound의 6단계로 구분하여서 치료 전과 비교하였다. 한 단계의 호전이면 1(+), 두 단계의 호전이면 2(++), 별무변화이면 (0)으로 표시하였다.

### 8. 症例

증례는 table 1-1, 1-2에 개재되어 있다.

Table 1-1. Cases of Vascular Dementia(continued)

No	Sex / Age	Onset (ago)	Cons-tituti-on	Stage	Symptom				Risk factors	M M S E K	Infarction lesion (MRI)	Treatment		After Treatment		
					Cognitive impairment							Other symptoms	Method	Duration (days)	Stage	Degree of improve ment
					M	D	L	V								
1	M/62	20days	TU	Mi	● ●	Apraxia	...	...	PVWM, BG*	G	80	N	2			
2	F/69	1mo	...	Mi	● ●	Apathy, Quadriveakness	Stroke	22	BG*	G	20	N	2			
3	F/66	50days	...	Mi	● ● ●		HTN,DM	...	PVWM,BG,pons*	G	57	N	2			
4	F/64	3mos	...	Mi	● ●	Apraxia	...	26	BG, PVWM*	G	40	N	2			

Table 1-2. Cases of Vascular Dementia(continued)

No	Sex / Age	Onset (ago)	Constitution	Stage	Symptom				Risk factors	M M S E K	Infarction lesion (MRI)	Treatment		After Treatment		
					Cognitive impairment							Other symptoms	Method	Duration (days)	Stage	Degree of improvement
					M	D	L	V								
5	M/62	3mos	...	Mi	●			Apraxia	HTN	25	BG, PVWM* thalamus, pons**	G	60	N	2	
6	M/52	5mos	SU	Mi	●			Apathy, Personality change, Incontinence, Dysarthria	HTN	...	BG, PVWM, pons thalamus**	G	100	N	1	
7	M/77	6mos	SY	Mo	● ●			Incontinence, hemiparesis, Apraxia	...	14	+	C	300	Q	2	
8	M/60	1yr	TU	Mi	●			Dysarthria	stroke, DM	24	+	G	70	Q	1	
9	F/75	1yr	SU	Mo	● ● ●				HTN	15	+	C	75	Mi	1	
10	M/77	1yr	TU	Mi	● ● ●		●	Emotional change	...	14	PVWM, BG, hydrocephalus*	G+C	83	N	2	
11	F/65	1yr	SU	Mi	● ●			Apraxia, Personality change	HTN	...	PVWM*	G+C	160	Q	1	
12	M/73	1.5yrs	SU	Mi	● ● ●			Emotional change	...	24	PVWM, BG, pons occipital lobe**	G	160	Q	1	
13	F/63	2yrs	SU	Mo	● ●			Incontinence	...		PVWM, BG+	C	105	Mi	1	
14	F/64	2yrs	TU	Mo	● ●		●	Incontinence	stroke, HTN, DM	11	+	G+C	140	Mi	1	
15	M/69	2yrs	TU	Mi	● ●				Heart disease	20	+LL, P-O lobe**	C	170	N	2	
16	M/75	2.5yrs	SU	Mi	● ●			Apraxia	Herat disease, DM	24	+	C	100	Q	1	
17	M/77	3yrs	SU	Mo	●			Apathy, Incontinence, Tremor, Gait disturbance	DM	16	PVWM, F-P lobe**	G	180	Mi	1	
18	F/81	3yrs	TU	Mi	● ● ●				...	21	BG external capsule*	C	250	Q	1	
19	F/72	3yrs	TU	Mo	● ●				HTN	10	+	G	55	Mi	1	
20	F/63	3yrs	TU	Mo	● ●			Apraxia, Personality change	HTN	16	PVWM, BG, thalamus**	C	235	Mi	1	
21	F/64	4yrs	SU	Mi	● ●		●		...	26	PVWM*	G	187	Q	1	
22	M/77	4yrs	SU	Mo	● ●				HTN	11	+	C	50	Mi	1	
23	F/65	4.5yrs	TU	Mo	● ●		●	Incontinence, Dysarthria, Emotional change	HTN	19	+	G+C	230	Mi	1	
24	F/63	4.5yrs	SU	Se	● ●			Incontinence, Dysarthria	...	1	BG, deep parietal lobe**	C	230	Se	1	

Constitution - SU: Soum, SY: Soyang, TU: Taeum Stage - N: normal, Q: Questionable, Mi: Mild, Mo: Moderate, Se: Severe  
 Symptom - M: Memory impairment, D: Disorientation, L: Language impairment, V: Visuospatial function impairment  
 Risk factors - HTN: Hypertension, DM: Diabetes mellitus Lesion - PVWM: Periventricular White matter, BG: Basal ganglia  
 \*: film from other hospital, \*: Small vessel disease, \*\*: Strategic-single infarct G: General treatment, C: Constitutional treatment

### Ⅲ. 研究結果 및 分析

#### 1. 一般의 事項

- 1) 내원한 환자의 성별 비는 여자 13명(54%), 남자 11명(46%)이었다.
- 2) 연령분포는 59세 이하 1명(4%), 60-64세 9명(38%), 65-69세 5명(21%), 70-74세 2명(8%), 75-79세 6명(25%), 80 이상이 1명(4%)이었다.
- 3) 발병부터 내원까지 걸린 기간은 3개월 이내 5명(21%), 3-6개월 2명(8%), 6개월-1년 4명(17%), 1-3년 9명(38%), 3년 이상이 4명(17%)이었다.
- 4) 체질분류를 하지 않은 4명의 환자를 제외한 20명의 환자 중 少陰人 10명(50%), 太陰人 9명(48%), 少陽人 1명(2%)이었다.
- 5) 치매의 정도에 따른 구분을 해보면 mild가 14명(58%), moderate가 9명(38%), severe가 1명(4%)이었다.
- 6) 치료기간은 2개월이하 6명(25%), 2-3개월이 4명(17%), 3-6개월이 8명(33%), 6-10개월이 6명(25%)이었다.
- 7) 과거력과 현재 앓고 있는 다른 질환들에 대한 조사(복수선택)에서는 고혈압 11명(46%), 당뇨 5명(21%), 뇌졸중 3명(13%), 심장질환 2명(8%), 아무 질환도 없는 경우가 9명(38%)이었고, 두 가지이상을 가진 경우가 4명(17%)이었다.
- 8) MMSE-K를 시행한 환자 20명 중 10점이하가 2명(10%), 11-19점이 9명(45%), 20-24점이 6명(30%), 25-26점이 3명(15%)이었다.

9) 전문의의 정확한 판독이 없는 외부필름 8명을 제외한 16명의 뇌사진 소견에 의한 경색의 부위를 보면 피질하부위의 small-vessel disease가 9명(56%), strategic single-infarction이 7명(44%)이었고, 역학조사에서 흔히 보고되는 피질부위의 multi-infarction은 없었다.

Table 2. Demographic Data of Patients

Demographic characteristic		Number(%)
Sex	Male	11(46)
	Female	13(54)
Age	<59	1( 4)
	60-64	9(38)
	65-69	5(21)
	70-74	2( 8)
	75-79	6(25)
Onset(mos)	80<	1( 4)
	< 3	5(21)
	3 - 6	2( 8)
	6 -12	4(17)
	12-36	9(38)
Constitution	36<	4(17)
	Soum	10(50)
	Taeum	9(48)
Stage of dementia	Soyang	1( 2)
	Mild	14(58)
	Moderate	9(38)
Duration of treatment (mos)	Severe	1( 4)
	< 2	6(25)
	2 - 3	4(17)
	3 - 6	8(33)
Risk factors	6 -10	6(25)
	Hypertension	11(46)
	Diabetes mellitus	5(21)
	Stroke	3(13)
MMSE-K	Heart disease	2(8)
	<10	2(10)
	11-19	9(45)
	20-24	6(30)
Infarction lesion	25-26	3(15)
	Small-vessels	9(56)
	Strategic single lesion	7(44)

2. 治療效果에 對한 分析

치료효과를 보면 전체 24명의 환자 중 2단계의 호전(++)이 8명(33%), 1단계의 호전(+)이 15명(63%), 별무변화(0)가 1명(4%)이었고, 약화나 3단계 이상의 호전은 없었다.

1) 발병일에 따른 치료효과

3개월 이하인 경우 5명(21%) 중 2단계의 호전(++)이 5명(100%)이었고, 3개월-6개월인 경우 2명(8%) 중 2단계의 호전(++)이 1명(50%), 1단계의 호전(+)이 1명(50%)이었고, 6개월-1년의 경우 4명(17%) 중 2단계의 호전(++)이 1명(25%), 1단계의 호전(+)이 3명(75%)이었고, 1년-3년의 경우 9명(38%) 중 2단계의 호전(++)이 1명(11%), 1단계의 호전(+)이 8명(89%)이었고, 3년 이상인 경우는 4명(17%) 중 1단계의 호전(+)이 3명(75%), 별무변화(0)가 1명(25%)이었다.

2) 치매의 정도에 따른 치료효과

mild의 경우 14명(58%) 중 2단계의 호전(++)이 7명(50%), 1단계의 호전(+)이 7명(50%)이었고, moderate의 경우 9명(38%) 중 2단계의 호전(++)이 1명(11%), 1단계의 호전(+)이 8명(89%)이었고, severe의 경우는 1명(4%) 중 별무변화(0)가 1명(100%)이었다.

Table 3. Degree of Improvement after Treatment

	++	+	0
Onset(mos)			
< 3	5(100%)	...	...
3 - 6	1(50%)	1(50%)	...
6 -12	1(25%)	3(75%)	...
12 -36	1(11%)	8(89%)	...
36 <	...	3(75%)	1(25%)
Stage			
Mild	7(50%)	7(50%)	...
Moderate	1(11%)	8(89%)	...
Severe	...	...	1(100%)

++: 2 Grade improvement, +: 1 Grade improvement, 0: No changed

IV. 考 察

혈관성치매란 하나 또는 그 이상의 인지기능에 영향을 주는 뇌졸중으로 인한 치매를 말한다. 인지결손의 형태는 관련된 뇌 부위에 따라 다양하여, 어떤 기능은 상대적으로 온전한데 비하여 어떤 기능은 초기에 변화가 오기도 한다. 치매의 특징인 인지기능의 변화 이외에도 감정의 변화, 보행장애, 무력, 대소변실금, 성격의 변화 등을 수반하고, 그 돌연한 발병과 완화와 악화를 반복하는 계단식의 경과, 그리고 고혈압 등 관련되는 질환을 갖고 있는 경우가 많다. 발병은 노년기의 어느 때에도 올 수 있으나 75세 이상에서는 덜 나타나게 되고, 고혈압이나 혈관성 질환에 대한 조기치료로 진행을 막을 수 있다<sup>5,13,16,45,62</sup>. 의학 조사에 의하면 일본과 중국 등 동양권에서는 VaD가, 북미 및 유럽에서는 알츠하이머형 치매가 많이 나타난다고<sup>44,56</sup> 하나 그 적용된 진단기준에 의하여 결과가 다르게 나타난다<sup>33</sup>.

APA에서는 치매를 임상증상의 정도에 따라 의증(questionable)·경증(mild)·중등도(moderate)·중증(severe)·심증(profound)·말기(terminal)의 치매로 구분한다. 의증의 치매는 뚜렷한 장애는 없으나, 몇 영역에서 경계역의 기능장해를 나타나는 경우로, 일부의 연구에 의하면 치매에 포함시켜야 한다<sup>14</sup>고도 하나 아직은 치매로 간주되지는 않고 시간을 두고 평가되어야 하는 경우다. 경증의 치매는 사회생활이나 직업상의 능력이 비록 상실되더라도 아직 독립적인 생활을 영위할 수 있고, 적절한 개인위생을 유지하며 비교적 온전한 판단력을 보유하고 있는 상태로 장부의 계산, 다소 복잡한 식사의 준비나 복잡한 투약 일정의 관리정도에 어려움을 보인다. 중등도의 치매는 독립적인 생활이 위험하고 타인에 의한 부분적인 감독과 간호가 필요한 상태로 역시 식사의 준비나 집안일, 정원일 등에 어려움을 느끼며, 목욕·지퍼 잠자기·면도 등 자기 관리(self-care)의 몇몇 부분에서 도움을 요구한다. 중증의 치매는 일상생활의 능력이 심하게 감퇴되어 지속적인 감독이 필요한 상태로 최소한의 개인위생도 유지할 수 없게 되어 식사, 의복, 대소변 등 개인관리에서의 상당한 정도

의 도움을 요구하고, 대개는 지리멸렬한 언어구사나 함구적 상태를 보인다. 심증의 치매는 외부세계에 대하여 거의 감지하지 못하고, 거의 대부분을 보조자에 의존하고, 말기의 치매에서는 침상생활로 지속적인 도움을 요구하고, 생명이 지장을 주는 사고나 감염 등에 노출되기 쉬운 상태를 말한다.<sup>3,17,45)</sup>

일반적으로 VaD는 허혈계수(Hachinski ischemic scale, 이하 HIS)가 7점 이상일 경우에 진단되고<sup>15,54)</sup>, 임상적인 증상으로 조기발병, 점진적이지 않은 경과, 국소 신경학적인 증상 또는 증후, 보행장애의 지표를 사용하기도<sup>48,57)</sup>하나 정확한 진단기준이 마련되어 있지는 않아 ICD-10<sup>5)</sup>, DSM-IV<sup>4)</sup>, ADDTC<sup>49)</sup>, NINDS-AIREN<sup>42)</sup> 등 여러 가지 진단기준이 사용되고 있다<sup>64)</sup>. HIS의 진단기준은 VaD를 진단함에 오진의 범위가 너무 넓고<sup>32)</sup> 특히 만성적인 허혈에 의한 영향은 고려하고 있지 않다<sup>43)</sup>. ICD-10의 진단기준에는 인지기능의 장애가 6개월이상 지속되어야 한다는 조건이 설정되어서 치매라는 범위가 좁아졌고, DSM-IV의 진단기준도 인지기능의 장애를 위주로 설정되어 있어서 알츠하이머형 치매를 위주로 되어있다<sup>64)</sup>. 최근에는 영상진단조건을 포함하면서 진단의 확실정도에 따라 Possible, Probable, Definite의 3단계로 구분하는 ADDTC와 NINDS-AIREN의 진단기준이 많이 사용되고 있다<sup>44,56)</sup>.

ADDTC의 진단기준에서는 치매를 한가지의 좁은 영역에서의 지적 수행능력이 아니라, 의식의 저하와는 무관한 환자의 일상생활에서의 전반적인 활동에 지장을 주는 정도의 지적인 수준에서의 퇴보로 정의하였고, 허혈, 출혈 또는 무산소증 모두가 치매를 유발할 수 있지만 허혈성 VaD(ischemic vascular dementia)에 초점을 맞추고 기술했다. Probable VaD는 치매의 증상이 나타나고, 병력과 신경학적 증상이나 CT 또는 MRI T<sub>1</sub>강조의 뇌영상 진단으로 확인되는 둘 또는 그 이상의 경색, 또는 치매의 발병과 분명한 시간적 관련을 가지는 단일 뇌경색이 있고, CT나 MRI T<sub>1</sub>강조영상에서 소뇌의 이외의 부위에 1개이상의 경색의 증거가 있을 경우에 진단되어질 수 있다. Possible VaD는 치매의 증상과 치매의 발병과 분명한 시간적 연관을 가지지 않는 단일 뇌경색 또는 Binswanger's syndrome의 경우에 진단되어지고,

Definite VaD는 Probable VaD의 조건을 충족시키면서 사후부검 상 조직학적으로 다발성 경색이 확인되는 경우에 진단되어진다<sup>49)</sup>.

병리기전 및 임상양상에 의하여 여러 가지의 분류가 가능하지만 주로 심장성의 색전에 기인한 대혈관 경색에 의한 다발성 경색성(multi-infarct) 치매, thalamus, frontal white matter, angular gyrus 등을 침범하는 중요한 부위의 단일 경색(strategic-single infarct)에 의한 치매, 백질 허혈 및 피질하의 소혈관 질환들에 의한 감정둔마, 사상 흐름의 지연, 정신운동의 지체, 운동완서, 지남력저하, 기억 및 주시력 손상, 보속증 등의 증상이 나타나는 다발성 미소경색(subcortical lacunar infarct) 및 의지결여증, 실금, 사지강직을 특징으로 하는 Binswanger's disease에 의한 치매, 저관류에 의한 치매, 뇌출혈에 의한 치매와 기타 기전에 의한 치매로 구분된다<sup>22,44,56,62)</sup>.

치료에 있어서는 위험인자들에 대한 통제가 예방과 치료의 측면에서 중요하여 고령, 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 심방세동, 울혈성 심부전, 관상동맥질환, 경동맥 좁음, 흡연과 알코올의 남용 등의 혈관성 위험인자 및 뇌졸중 병력에 대한 조사와 그에 대한 효과적인 조치가 가장 중요하다<sup>44,50,55,58)</sup>. 뇌졸중 후 치매에 관여하는 인자에 대한 연구에서도 단일 인자에 의해서 보다는 뇌졸중의 양상, 개인의 특성, 선행질환 등의 다인자적인 요인이 관여한다고 하여 전반적인 접근을 요구한다<sup>60)</sup>. 약물치료로 항응고제·항혈전제·항염증제·항산화제·항아미로이드제·신경보호제·뇌혈류개선제·칼슘채널차단제·면역억제제 등이 주로 사용되고 있고, 경동맥박리술·뇌내·뇌외 문합 등이 수술요법 등이 활용되고 있다<sup>47,53,56,58)</sup>. 치료의 효과에 대한 최근의 임상적인 연구를 보면 시냅스 단백질인 posatirelin에 의한 연구가 눈에 띈다<sup>52)</sup>.

東洋醫學에서 치매에 대한 용어의 기술은 明代의 張景岳의 [景岳全書]<sup>31)</sup>에서 처음 등장하여 癡默라고 표현되었으며, 이후 清代의 陳士澤의 [石室秘錄]<sup>34)</sup>, 그리고 錢鏡湖의 [辨證奇聞全書]<sup>32)</sup>에서 呆病이라고 언급되었고 증상에 대한 자세한 설명이 있었다. 원인론적 측면에서 고찰하면, [景岳全書]<sup>31)</sup>에서는 크게 놀라거나 갑작스런 두려움으로 인한 心膽의 손상을, [石室秘錄]<sup>34)</sup>에서는 胸腹中の 痰을

언급하면서 분노나 슬픔이 유발 인자가 될 수 있음을 논하였고, [辨證奇聞全書]<sup>32)</sup>에서는 肝氣鬱滯와 胃氣의 쇠퇴로 인해 痰이 생겨 心에 영향을 미쳐 發한다고 하였고, 그에 따른 치료의 방법도 구체적으로 제시하였다. [景岳全書]<sup>31)</sup>에서는 補心脾를, [石室秘錄]<sup>34)</sup>에서는 去痰을 강조하고 있고, [辨證奇聞全書]<sup>32)</sup>에서는 開鬱逐痰이나 健胃通氣하여서 去痰을 시켜야 한다고 하였다. 위의 문헌에서 보면 주로 감정적인 원인에 의해 痰이 생겨서 發하는 병으로 인식했고, 나이와의 연관성에 대한 설명이 없어서 노인성 치매라고 단정할 수는 없지만 증상에 있어서는 많은 유사성을 찾아볼 수 있다.<sup>25)</sup>

한편 東洋醫學의 병증 중에서 치매와 연관시킬 수 있는 내용으로는, 치매의 대표적인 증상인 기억력 장애를 특징으로 하는 '健忘'에서 찾아볼 수 있는데<sup>12,25)</sup>, 이에 대한 언급은 內經에서 처음 기술되고 있다. [內經.本神篇]<sup>9)</sup>에서 "喜忘其前言"이라는 표현이 등장하며, [內經.調經論]<sup>8)</sup>에서는 "血并於上 氣并於下 心煩惋善怒 血并於下 氣并於上 亂而善忘"이라 하여 氣血의 紊亂으로 인한 記憶障礙를 말하였고, [內經.千年篇]<sup>9)</sup>에서는 "八十歲 肺氣虛 魄離 故言善誤 .....百歲 五臟皆虛 神氣皆去"라 하여 老化로 인한 生理的인 記憶障礙에 대해 言及하였다. 이후로 唐代의 孫思邈은 [備急千金要方]<sup>28)</sup>에서 五臟의 虛를, 宋代 嚴用和는 [濟生方]<sup>29)</sup>에서 思慮過度를 제시하였으며, 그 病機에 대해 [聖濟總錄]<sup>33)</sup>에서는 원래 心虛하고 血少하거나 思慮憂愁로 失志하여 健忘에 이른다고 하였고, 明代 王肯堂은 [證治準繩]<sup>30)</sup>에서 健忘은 先天之氣의 不同과 그로 인한 心氣의 明昏의 差別로 인한다 하여 선천적인 문제점을 거론하였으며, 明代 龔廷賢은 [壽世保元]<sup>27)</sup>에서 思慮過度로 인해 傷心하고 傷脾하는데 心과 脾가 人事를 주관하므로 갑자기 健忘에 이른다고 설명하였다. 이상에서 살펴본 바와 같이 健忘은 思慮過多나 선천적인 장애로 인한 心脾의 손상으로 인해 발생하는 기억력 장애를 특징으로 하는 증상으로서, 諸醫家들이 치매에 대한 구체적인 언급을 하지 않았음을 감안한다면 健忘에 대한 기술은 일반적인 健忘症을 포함하여 치매의 증상으로서의 기억력 장애를 포괄한다고 할 수 있다.<sup>25)</sup>

VaD에 대한 내용은 이 분류 자체가 최근의 분류이기

때문에 현재 中醫學에 와서야 비로소 언급되기 시작하였으나 그 증상의 양상이나 병리를 고려한다면, 痰이나 瘀血과 관련지어 서술하였던 呆病이나 健忘과 유사성을 찾아볼 수 있다. 최근 中醫學에서 VaD는 中風痴呆라 하여 중풍의 치료에 준하는 방법을 쓰기도 하지만, 痰飲과 瘀血을 그 主要原因으로 보는데 痰과 瘀血이 같이 原因이 되는 것으로 痰瘀相關 久病入絡, 痰瘀化熱, 痰瘀兼心脾氣虛, 痰瘀兼腎精虧虛 등으로 辨證하여 化痰熄風 活血通絡, 化痰活血 開竅醒神, 化痰活血 補益心脾, 化痰活血 補益腎精 등의 治法을 응용하고 있고, 痰飲이 원인이 되는 것으로는 肝陽痰熱, 痰爲濁邪 因風而上, 痰有虛致 固本杜源 등으로 辨證하여 平肝熄風 清熱化痰 瀉火安神, 化痰熄風 開鬱通竅, 化痰熄風 填髓通竅 등의 治法을 응용하고 있으며, 瘀血이 원인이 되는 것은 氣虛血瘀, 陰虛氣滯 등으로 辨證하여 益氣化痰 健腦去風, 養陰生津 疏肝理氣 등의 治法을 응용하고 있다.<sup>35,38,39,41,42)</sup> 그 외에 체력 활동이나 운동을 통한 체육요법, 이온도입법, 직류전기 치료법 등의 물리요법, 鍼灸療法과 健身功 등의 氣功療法, 심리요법 등을 병행하여 치료하고 있다.<sup>36,37,40)</sup>

본 연구에서는 中風의 初期治療法 중에서 順氣와 治痰을 위주한 일반적인 한의학적 치료를 주로 시행하였고, 발병 후 시일이 경과하여 내원 한 환자나 오랜 시일에 걸쳐 치료가 진행될 경우에는 性情과 氣의 조화를 도모하는 체질의학적 접근방법을 병용하였다. 그 결과, ADDTC의 진단기준에 의한 전체 24명의 Probable, Possible VaD 환자 중 8명(33%)에서 2단계의 호전(++), 15명(63%)에서 1단계의 호전(+)을 보여주었고, 1명(4%)에서 별무변화(0)의 결과를 나타내어 유의한 치료성적을 보여주었다. 단, 본 연구의 대상이 된 환자들은 비교적 초기에 치매의 증상을 인지하고 내원한 환자들로, 임상증상의 정도도 mild와 moderate VaD의 경우가 많아서, 다른 보고들과 비교할 때에는 이러한 점과 적용된 진단기준을 염두에 두어야 한다.

일반적인 한의학적 치료에서 사용된 星香正氣散은 卒中風으로 人事不省일 때 초기에 理氣를 위해서 사용하고, 牛黃清心元은 역시 卒中風으로 人事不省하고 痰涎이 壅塞하고 精神이 昏慣하고, 言語가 蹇澁하고, 口眼이 喎斜하

고, 手足이 不遂하는 증상에 사용하는 처방이다<sup>7)</sup>. VaD의 치료에서 주로 사용되는 항혈전제, 항응고제, 항염증제, 항산화제, 항아밀로이드제, 신경보호제, 혈류개선제 등<sup>47,56,58)</sup>의 작용기전, 특히 심장 기인성이 아닌 고혈압, 당뇨 등을 합병하고 있는 소혈관 질환으로 인한 치매의 경우에 사용되는 치료의 방법<sup>59)</sup>인 항혈전제, 항응고제, 항염증제 등의 기전은 治痰, 順氣함으로써 증상의 호전을 도모하는 한의학적 치료의 기전과의 유사함이 있는데, 한의학적 치료가 소혈관의 질환에 작용하여 증상의 호전을 도모한다고 유추해 볼 수 있다.

또 관련된 사항들과의 관계를 살펴보면, 발병일, 임상 증상의 정도와의 관련성이 가장 커서 발병 후 빠른 시일 내에 내원하여 치료를 시작할수록, 증상의 정도가 가벼울수록 뛰어난 치료효과를 보여주는데, 이는 황 등<sup>26)</sup>의 보고와도 일치하는 결과로 조기발견, 조기치료의 중요성을 시사해 준다.

김 등<sup>11)</sup>의 알츠하이머형 치매에 관한 임상고찰과 비교하면, 환자들의 발병이 빠르고 증상의 정도도 가볍고, 치료의 효과도 더 뛰어난 것을 알 수 있는데, VaD의 일반적인 특징인 갑작스러운 발병과 평소 수반질환의 인지로 인하여 비교적 초기에 발견이 가능하고, 조기치료가 가능하여 그 치료효과도 높은 것으로 사료된다.

일반적인 사항에서, 과거력과 수반질환을 통한 위험인자에 대한 조사에서는 고혈압이 가장 빈도가 많았고, 당뇨, 뇌졸중 등의 순으로 과거의 연구들<sup>50,59)</sup>과도 유사한 결과를 보여주고 있는데, VaD 환자에 있어서 이러한 위험인자에 대한 지속적인 관리와 예방의 중요성을 보여준다.

체질별 분류에서는 少陰人의 수가 상대적으로 많았고, MMSE-K의 점수 분포를 보면 치매를 판정하는 기준이라고 알려져 있는 24점<sup>23)</sup>을 넘는 경우도 3명에서 보였다. 이는 VaD의 경우에는 기억력을 포함하는 인지기능의 장애가 부위에 따라서는 심하지 않아서<sup>5,45,46,53)</sup> 인지기능을 위주로 한 신경심리검사만을 가지고 판단하기보다는 일상생활의 활동에 영향을 주는 전반적인 지적수준이나 수반증상의 양상에 따라 판단하는 방법이 유용함<sup>49)</sup>을 보여준다. 반면 기능적인 감퇴가 우선하고 기질적인 변화는 나중에 나타나므로 신경심리검사와 기능적인 검사의 중요성을 강

조하는 보고도 있으므로<sup>60)</sup>, 단순히 인지기능에 한정되기보다는 보다 포괄적이고 세분화된 신경심리검사를 적용하거나, 뇌의 당이용율과 뇌혈류의 측정을 통하여 기능적인 면을 관찰하는 PET나 SPECT를 이용한다면 조기발견, 진단 및 치료효과 등의 판단에 도움을 줄 수 있을 것이다<sup>52)</sup>.

### V. 結 論

VaD 환자에 대한 한의학적 치료효과를 검증하기 위하여 1996년 4월부터 1997년 3월까지 경희대학교 부속 한방병원 신경정신과를 내원한 환자 중 ADDTC의 진단기준에 의하여 Probable, Possible VaD로 진단 받은 24명의 환자를 대상으로 일반적인 한의학적 증풍의 초기치료법 중에서 順氣와 治痰을 위주하는 치료를 중심으로 시행하고, 일상생활에서의 적응정도를 위주로 판단하는 APA의 임상정도 판단기준을 적용하여 치료효과를 판단하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 24명의 환자 중 2단계의 호전(++) 8명, 1단계의 호전(+) 15명, 별무변화(0)가 1명으로 유의할만한 치료성적을 보여주었다.
2. 치매의 정도에 따른 치료효과를 보면 증상의 정도가 가벼울수록 높은 치료효과가 있었다.
3. 치매의 발병일에 따른 치료효과를 보면 발병 후 경과한 시간이 짧을수록 높은 치료효과가 있었다.

### 參 考 文 獻

1. 경희의료원 : 慶熙韓方處方集, 서울, 경희대학교 한의과대학 부속한방병원, p.102, pp.368-369, 377-378, p.411, 1997
2. 송일병 : 알기쉬운 사상의학, 서울, 하나미디어, pp.34-54, 1993
3. 이근후 역 : DSM-III-R 정신장애의 분류와 진단편람,



- 서울, 하나의학사, pp.73-74, 1989
4. 이근후 외14명 역 : 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판(DSM-IV), 서울, 하나의학사, pp.184-211, 1995
  5. 이부영 역 : ICD-10 (정신 및 행태장애), 서울, 일조각, pp.63-71, 1994
  6. 통계청 : 사망원인통계연보, 서울, 통계청, pp.21-22, 1997
  7. 黃度淵 著 : 對譯 證脈 方藥合編, 서울, 南山堂, pp. 124-125, 127-130, 1994
  8. 洪元植 編 : 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院, pp.217-218, 1985
  9. 洪元植 編 : 精校黃帝內經靈樞, 서울, 東洋醫學研究院, p.63, 241, 342, 1985
  10. 권영철, 박영한 : 노인용 한국판 Mini-mental state examination(MMSE-K)의 표준화 연구, 신경정신의학, 28:125-135, 1989
  11. 김보근, 현경철, 김중우, 황의완 : Dementia of Alzheimer Type에 관한 韓醫學的 臨床研究, 동의신경정신과학회지, 9(1):25-43, 1998
  12. 김세길, 문병순, 김연두 : 健忘의 原因, 治法, 治方에 대한 文獻의 考察, 大韓韓醫學會誌, 13(1):216-221, 1992
  13. 나덕렬 : 치매의 접근 방법, 가정의학학회지, 18(3): 236-248, 1997
  14. 박종환, 조성완, 이황희, 최상용 : 역학적 연구에서 치매 의심의 문제: 경도 치매와의 비교, 신경정신의학, 32(4):572-577, 1993
  15. 양병환 : 노인성 치매-진단기법, 대한의학협회지, 37(7):791-797, 1994
  16. 오병훈 : 노인성 치매-원인 및 감별진단, 대한의학협회지, 37(7):785-790, 1994
  17. 우종인 : 노인성 치매-정의, 분류 및 임상양상, 대한의학협회지, 37(7):772-777, 1994
  18. 우주영, 김중우, 황의완, 김현택, 박순권 : 調胃升清湯이 흰쥐의 방사형 미로 학습과 기억에 미치는 影響, 동의신경정신과학회지, 8(1):69-79, 1997
  19. 이경한, 이명철, 이명수, 권준수, 김중호, 정준기, 우종인, 고창순 : 99mTc-HMPAO SPECT를 이용한 알츠하이머병의 진단에서 허혈성 뇌병변이 미치는 영향, 대한핵의학회지, 28(3):282-292, 1994
  20. 李雄錫 : 調胃升清湯이 Alzheimer's disease 모델 白鼠의 학습과 기억에 미치는 影響, 慶熙大學校 大學院, 1998
  21. 이재혁, 황의완, 김현택, 박순권 : 荊防地黃湯이 흰쥐의 Morris 水中 迷路 學習과 記憶에 미치는 影響, 慶熙韓醫大論文集, 20(2):195-205, 1997
  22. 장대일 : 치매, 경희의학, 13(1):20-23, 1997
  23. 조성완, 박종환 : 치매의 임상적 정도와 인지능력 장애 및 행동 장애간의 상관, 신경정신의학, 33(3):533-538, 1994
  24. 조운숙, 황의완, 김현택, 박순권 : 형방지황탕이 Alzheimer's disease 모델 백서의 학습과 기억에 미치는 영향, 동의신경정신과학회지, 9(1):1-24, 1998
  25. 황의완 : 치매 치료에 대한 한의학적 접근 방법, 경희의학, 13(1):32-37, 1997
  26. 황의완, 김중우, 이조희, 엄효진, 이승기 : 치매에 대한 한의학적 임상연구, 경희의학, 12(2):186-199, 1996
  27. 龔廷賢 : 壽世保元, 江蘇城, 江蘇科學技術出版社, p.43, 1980
  28. 孫思邈 : 備急千金要方, 서울, 杏林出版社, pp.129-135, p.534, 545, 550, 1982
  29. 嚴用和 : 濟生方(中國醫學大系 11), 서울, 麗江出版社, p.487, 1995
  30. 王肯堂 : 證治準繩, 서울, 鼎談出版社, pp.306-307, 1992
  31. 張介賓 : 張氏景岳全書, 서울, 翰成社, pp.610-611, 1978
  32. 錢鏡湖 : 辨證奇文全書, 臺北, 甘地出版社, pp.233-235, 1980
  33. 趙信 : 聖濟總錄 43卷, 北京, 人民衛生出版社, pp.822-825, 1987
  34. 陳士澤 : 石室秘錄(下), 서울, 書苑堂, pp.316-317, 1984
  35. 黃大東 外 : 實用中醫內科學, 上海, 上海科學技術出版社, pp.378-381, 1989

36. 刘會安, 侯冬芬, 王芸 : 化濁益智針法治療的血管性痴呆臨床療效及機理研究, 中醫針灸, 9:521-525, 1997
37. 李貫徹, 孟祥福, 李光 : 中醫治療老年腦血栓形成後痴呆, 上海中醫藥雜誌, 4:9-10, 1994
38. 李中南, 王正雨, 王健平 : 滌痰化痰湯治療腦血管性痴呆 15例, 安徽中醫學院學報, 15(1):35-36, 1996
39. 張云岭, 梅建勳 : 近10年來中醫大血管性痴呆的臨床研究進展, 北京中醫藥大學學報, 20(3):52-55, 1997
40. 田金洲, 王永炎, Haworth J, Wilcock G : 血管性痴呆研究述評, 北京中醫藥大學學報, 20(4):2-7, 1997
41. 鄭功澤, 周鶯歌 : 中風痴呆 從痰瘀論治, 上海中醫藥雜誌, 1:14, 1996
42. 許曉蓉 : 淺談老年痴呆症的證治, 浙江中醫學院學報, 19(3):2, 1995
43. 宇高不可思, 龜山正那 : 腦血管性痴呆の病態・診斷基準と臨床的特徴, Mebio, 13(9):102-108, 1996
44. Amar K, Wilcock G : Vascular dementia, British Medical Journal, 312(1):227-231, 1996
45. American Psychiatric Association : Practice Guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias of Late Life, Am J Psychiatry, 154(5) supplement, 1997
46. Bowler JV, Eliasziw M, Steenhuis R, Munoz DG, Fry R, Merskey G, Hachinski VC : Comparative evolution of Alzheimer disease, vascular dementia, and mixed dementia, Arch Neurol, 54:697-703, 1997
47. Butler RN, Ahronheim J, Fillit H, Rapoport SI, Tatemichi TK : Vascular dementia: An updated approach to patient management, Geriatrics, 49:39-46, 1994
48. Chui H, Zhang Q : Evaluation of dementia: A systematic study of the usefulness of the American Academy of Neurology's Practice Parameters, Neurology, 49:925-935, 1997
49. Chui HC, Victoroff JL, Margolin D, Jagust W, Shankle R, Katzman R : Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers, Neurology, 42:473-480, 1992
50. Desmond DW, Tatemichi T, Paik MH, Stern Y : Risk factors for cerebrovascular disease as correlates of cognitive function in a stroke-free cohort, Arch Neurol, 50:162-166, 1993
51. Gasbarrini G, et al : Positirelin for the treatment of degenerative and vascular dementia: results of explanatory and pragmatic efficacy analyses, Arch Gerontol Geriatr, 26:33-47, 1997
52. Gold G, Giannakopoulos P, Montes-Paixao Jr. C, Herrmann FR, Muligan R, Michel JP, Bouras C : Sensitivity and specificity of newly proposed clinical criteria for possible vascular dementia, Neurology, 49:690-694, 1997
53. Hachinski V : Vascular dementia: the need for a new approach, Journal of Internal Medicine, 242: 277-279, 1997
54. Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E, et al : Cerebral blood flow in dementia, Arch Neurol, 32:632-637, 1975
55. Hofman A, Ott A, Breteler MMB, Bots ML, Slioter AJC, Harskamp FV, Duijn CNV, Broeckhoven CV, Grobbee DE : Atherosclerosis, apolipoprotein E, and prevalence of dementia and Alzheimer's disease in the Rotterdam study, Lancet, 349:151-154, 1997
56. Konno S, Meyer JS, Terayama Y, Margishvili GM, Mortel KF : Classification, diagnosis and treatment of vascular dementia, Drugs & aging, 11(5):361-373, 1997
57. Loeb C, Gandolfo C : Diagnostic evaluation of degenerative and vascular dementia, Stroke, 14:399-401, 1983
58. Maeshima S, Terada T, Yoshida N, Nakai K, Itakura T, Komai N : Cerebral angioplasty in a patient with vascular dementia, Arch Phys Med Rehabil, 78:666-669, 1997

59. Meyer JS, Judd BW, Tawakna T, Rogers RL, Mortel KF : Improved cognition after control of risk factors for multi-infarct dementia, JAMA, 256(16): 2203-2209, 1986
60. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Ylikoski R, Hietanen M, Vataja R, Kaste M : Clinical Determinants of Poststroke Dementia, Stroke, 29:75-81, 1998
61. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Vataja R, Kaste M : Demetia three months after stroke: Baseline frequency and effect of different definitions of dementia in the Helsinki Stroke Aging Mimory Study(SAM) Cohort, Stroke, 28:785-792, 1997
62. Roman GC et al : Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies, Report of the NINDSAIREN Interational Workshop, Neurology, (43):250-260, 1993
63. Sabri O, Hellwig D, Schreckenberger M, Cremerius R, Kaiser HJ, Doherty M, et al : Correlation of Neuropsychological, Morphological and Functional (Regional Cerebral Blood Flow and Glucose Utilization) Findings in Cerebral Microangiopathy, The Journal of Nuclear Medicine, 39(1):147-154, 1998
64. Wetterling T, Kanitz RD, Borgis KJ : Comparison of different diagnostic criteria for vascular dementia (ADDTC, DSM-IV, ICD-10, NINDS-AIREN), Stroke, 27:30-36, 1996

=Abstract=

## A clinical study of the effects of Oriental medical treatment on Vascular Dementia

Kyung-Chul Hyun  
Jong-Woo Kim  
Wei-Wan Whang

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Kyung Hee University, Seoul, Korea

In order to confirm the efficiency of Oriental medical treatment on Vascular dementia, 24 probable and possible vascular dementia patients diagnosed by ADDTC criteria, were chosen and followed among the patients who had visited KOMC from April, 1996 to March, 1997.

They were given herbal and acupuncture therapy, mainly focused on circulating qi(順氣)and removing phlegm(治痰) which is generally applied in early stage of cerebro-vascular disease, and then assessed by the improvement of stage according to the level of impairment, as proposed by APA. The results were as followed.

1. Out of 25 cases, 8 patients showed 2 grade improvement(++), 15 patients showed 1 grade improvement(+), and 1 patient showed no change.
2. The efficiency of treatment is higher when they're given treatment earlier.
3. The efficiency of treatment is higher when their symptoms are lighter.

In conclusion, this study shows meaningful effect of Oriental medical treatment on vascular dementia and also shows that It's more effective in the case of short onset and mild symptom.