

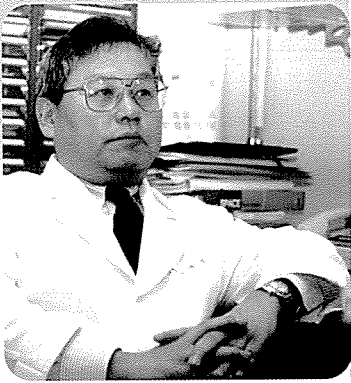
치매의 올바른 이해를 위해

우리 나라 65세 이상 노인인구가 전체인구에서 차지하는 비율은 2000년을 기점으로 전체 인구의 7%를 넘어섰으며 2020년에는 15%로 두 배 이상 증가할 것으로 예상된다. 노인인구의 증가에 따라 각종 노인병 환자도 크게 늘고 있으며 그 중 만성 퇴행성 질환인 치매는 65세 이상 노인의 약 10%를 차지할 만큼 흔하고 장기간 치료가 필요하여 매우 심각한 가정 및 사회문제를 야기하고 있다. 최근 치매에 대한 관심이 증가하고 있지만 아직 치매에 대한 올바른 이해가 부족한 것 같아 저자들의 임상 경험을 바탕으로 몇 가지 언급하고자 한다.

첫째, 치매를 나이가 들면 자연스럽게 생기는 현상으로 생각하는 분들이 있으나 이는 잘못된 생각이다. 치매는 뇌신경세포의 소실에 동반되는 인지능 장애와 정신행동 증상을 보이는 뇌정신 질환이기 때문이다. 물론 나이가 들면 기억력 등 인지능이 변화하지만 이는 치매의 증상과는 다르다. 이 두 가지의 구분은 때로는 일반인에게는 매우 어렵기 때문에 풍부한 임상경험을 가진 치매 전문가의 조언을 얻는 것이 좋다.

둘째, 심한 치매증상을 보여 누구나 치매일 것이라고 생각하는 노인들은 검사가 필요 없다고 생각하는 분들이 많다. 이 역시 옳지 않다. 치매를 일으킬 수 있는 원인은 100여 가지에 이를 정도로 많고 약 10-15% 정도의 환자는 원인에 대한 적절한 치료를 하면 회복된다. 또한 치매의 원인에 따라 치료방법과 예후예측이 달라진다. 일반적으로 치매를 진단하기 위해서는 병력청취, 신체검사, 신경학적 검사, 정신상태 검사, 신경심리평가, 일상생활평가, 혈액검사, CT, MRI와 같은 구조적 신경영상검사, 그리고 SPECT, PET와 같은 기능적 뇌영상검사를 시행한다. 이상의 검사결과를 종합하여 치매를 진단하고 그 원인을 밝히게 된다. 치매의 원인 중에는 알츠하이머병이 가장 많으며 혈관성치매가 그 다음으로 두 가지가 전체의 70-90% 가량을 차지한다. 알츠하이머병은 대뇌에 노인성 신경반(Senile Plaque)과 신경섬유다발(Neurofibrillary Tangle)이 생기면서 신경세포가 소실되어가는 병이며 혈관성 치매는 반복적인 뇌경색 혹은 뇌출혈로 인해 광범위한 영역의 뇌손상을 받아 생긴다.

셋째, 치매를 유전병이라고 생각하는 사람들이 많다. 하지만 일반인들이 생각하는 부모가 치매이면 자식 중 한 두명은 반드시 치매가 걸리는 유전방식을 가진 치매는 상대적으로 적다. 연구가 가장 많이 진행된 알츠하이머병은 전체의 10% 내외 만이 분명한 유전자 돌연변이에 의해 가계에서 유전하며 대부분은 특별한



우종인

한국치매협회장
서울대학교병원 정신과 교수

가족력이 없는 상태에서 발병한다.

넷째, 치매를 진단하고 투약을 권하면 치매는 고칠 수 없으니 치료도 필요 없다고 거절하는 경우가 종종 있는데 이는 몹시 잘못된 것이다. 이러한 보호자의 부정적인 태도는 노인이 되면 치매가 되는 것이 당연하기 때문에 운명으로 받아들여야 한다든지, 노인에게 치료비를 투여할 만큼 경제적인 여유가 없다든지, 치매로 병원에 다니는 것이 다른 사람들에게 알려지는 것이 싫다든지 하는 여러 가지 원인이 복합적으로 작용한 탓이다. 치매를 완치시키는 약은 아직 개발되지 않았다. 하지만 최근 개발된 알쯔하이머병의 인지기능장애 증상에 대한 치료제인 아세틸콜린 분해효소 억제제 (Acetylcholine esterase inhibitor)계통의 약물들을 초기에 투여하면 병의 진행을 약 6개월에서 2년 이상 늦출 수 있다고 한다. 게다가 의심, 짜증, 불면 등 행동증상에 대해서는 약물치료의 효과가 크다. 행동증상은 치매 케어제공자들에게 제대로 인식되지 않았고 전문가들 사이에서도 인지증상에 비해 소홀히 취급되는 경향이 있으나 치매 케어제공자에게 큰 부담을 주고 환자의 시설입소에 결정적인 영향을 주기 때문에 매우 중요하다. 일반적으로 행동증상의 치료는 먼저 주변환경이나 신체질환과 같은 이상행동의 원인을 찾고 증상에 따라 항정신병 약물, 항우울제, 항불안제, 수면제 등을 소량으로 단기간 사용한다.

다섯째, 치매로 진단된 후에는 약만 타다 먹으면 되지 병원을 정기적으로 다녀야 하는가라는 질문을 종종 받는다. 외래 진료를 위해 치매환자를 병원에 모시기 위해서는 2명 이상의 보호자가 동반해야 하는 부담이 있다. 하지만 치매는 점차적으로 병이 진행되고 이에 따라 특징적인 증상들이 다르며 그에 대한 치료와 대처법도 다르기 때문에 전문가의 진료가 필요하다. 치매 초기에는 기억력 저하와 이에 따른 생활의 곤란, 성격변화 등이 주요 증상이지만 질병이 진행되면서 점차 언어, 지남력, 시공간능력 등

의 인지기능이 악화되고 식사, 의복착용, 배설조절 등 기본적인 일상생활을 타인에게 의존하게 된다. 이 시기에는 다양한 정신 및 행동증상이 현저하게 증가한다. 중증단계에 이르면 환자는 기본적인 일상생활도 전혀 할 수 없는 상태가 되어 전적으로 타인에게 의존하게 된다. 경도 치매 환자는 남은 잔존기능을 가능한 한 유지하도록 하고 중등도 이상의 환자는 외상이나 사고 등 각종 합병증을 줄여야 한다. 환자는 의사소통능력이 떨어져 신체적 불편을 적절히 표현할 수 없기 때문에 정기적으로 병원을 찾아 진찰을 받는 것이 필요하다.

여섯째, 병원이나 요양원을 많이 짓으면 치매문제가 해결될 것으로 예상하는 사람들이 있는데 이는 옳지 않다. 물론 간의 절대적인 부족을 감안한다면 최근 정부주도로 치매 환자들을 위한 병원, 요양원 등 전문시설이 신설 및 증축되고 있는 것은 반가운 현상이다. 하지만 치매환자는 자신이 오랫동안 거주하던 집을 중심으로 케어 하는 것이 치매관리의 대원칙이다. 이를 위해서는 치매환자 및 가족의 다양한 요구를 충족시킬 수 있는 전문시설의 다양화, 치매전문 케어 전문인력 확보, 각종 가정케어 지원 프로그램 마련이 매우 중요한 과제이다. 또한 각 지역에서는 치매관련 자원들을 관리해야 하는 보건소의 치매 상담센터가 활성화되는 것이 바람직하며 각 지역을 통괄할 중앙정부차원의 전달기구의 설치가 필요하다.

치매는 진단, 치료, 케어가 모두 필요하여 각 분야의 전문가가 합심하여 다차원적인 접근을 해야 하는 대표적 질환이다. 성인 4명 중 한명은 주변에 알츠하이머병에 걸린 환자를 알고 있다는 통계처럼 노령 인구의 증가와 함께 치매는 노인만의 문제가 아닌 우리 모두의 문제가 되고 있다. 치매문제의 해결에 바탕이 되는 치매에 대한 올바른 이해에 이 글이 보탬이 되기를 바란다. 77