동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 16. No. 1, 2005

압박골절 후유증 관리 중 발생한 섬망 환자 1례 증례보고

김주호, 김경옥*, 김헌일, 김근우, 구병수
동국대학교 한의과대학 신경정신과학교실
동신대학교 한의과대학 신경정신과학교실

A Case with Unspecified Delirium during Care for Sequela of Compression Fracture

Ju-Ho Kim, Kyeong-Ok Kim*, Hun-Il Kim, Geun-Woo Kim, Byung-Soo Koo
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dongguk University
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dongshin University*

ABSTRACT

Delirium is a acute syndrome of disorientation caused by dysfunction of brain tissue and has a many varied symtome. It is characteristic of consciousness disturbance with disorientation and dys-mnesia and emotional disturbance.

We experienced a 91 year-old woman who had a sequela of compression fracture as well as unspecified delirium, and whose condition was improved through oriental medical treatment. We had given herb medication, acupuncture treatment and decreased medication to this patient, and observed. The patient's delirium symptom had improved through oriental medical treatment and decreasing medication. It is able to improve a delirium caused by not specified origin and side effect on drug abuse through oriental medical treatment and decreasing medication.

Key Words : Unspecified delirium, Dementia, Case study.

◆ 투고 : 5/24 수정 : 6/11 채택 : 6/13
교신저자 : 김주호, 서울특별시 강남구 논현1동 37-21 동국대학교 강남한방병원 신경정신과
Tel : 02-3416-9634, FAX : 02-3416-9790, E-Mail : toadss@hanmail.net

Ⅰ 緖 論

최근 노인 인구의 급격한 증가와 더불어 노인성 질환도 급증하고 있는데 대표적인 증상 중의 하나가 섬망이다. 섬망은 급성 뇌증후군(예 : 고열, 수술 후, 산욕기, 요독증, 중독상태, 알코올금단 후 등)의 일반적 증상으로 급성이며, 감각자극이 감소되는 밤에 악화된다[1].

Hippocrates가 섬망상태를 기술하였으며 Celsus가 처음으로 섬망이라는 용어를 사용하였다. 19세기 초 Sutton은 알코올에 의한 섬망을 처음으로 기술하였고 Lipowski는 섬망을 포괄적으로 특이한 행동 증후군으로 정의하였다[2].

섬망의 발생률은 10-15%이며 특히 노인환자(75세 이상), 유아환자(6세 미만), 중환자실 환자 및 수술 환자에서 발생률이 높다. 입원 노인 환자의 20-30%, 심장수술을 받은 환자의 32%가 섬망을 나타낸다. 그 외 뇌손상이 있거나 치매가 있는 환자들에게 섬망의 빈도가 높다[3]. 최근에는 노인성 섬망에 대하여 주로 뇌 신경전달물질, 특히 도파민과의 관련성에 관한 연구와 알코올에 관한 원인적 연구가 주류를 이루고 있으며 약물 부작용에 관련된 섬망도 다수 보고되고 있다.

섬망의 증상은 의식장애와 함께 각종 지남력, 기억력, 언어, 지각, 감정 조절, 수면각성주기 장애를 나타낸다. 언어장애로서 사고의 흐름이 지리멸렬하고 체계가 없으며, 말이 토막나며 보속증을 보인다.

가장 현저한 증상은 의식의 장애이며 경한 상태에서는 외부환경을 명료하게 파악하는 능력이 저하되며 심한 상태에서는 주의를 모으고 유지하고 변환하는 능력에 현저한 장애가 있다. 의식장애는 하루에도 의식이 맑은 상태에서 병적 혼란 상태까지 변화가 커서 수일전부터 불안, 불면, 안절부절 못함, 일시적 환각, 졸림 등의 증상이 나타난다[1,2].

譫妄은 한의학 용어에서는 헛되이 보고 듣고 보며 두서없이 말을 하는 것을 말한다[3]. 현대의학에서 말하는 치매와 섬망의 범주에 보다 근접한 것은 呆病과 健忘이다. 노화와 관련하여 ≪靈樞 · 天年≫에서는 10세 단위로 100세까지의 변화를 기술하였는데 60세에 心氣始衰 苦憂悲 血氣懈惰 故好臥, 80세에 肺氣衰 魄離 故言善誤 등으로 정신증상의 일면을 논하고 있다[4]. 呆病에 대한 최초의 언급은 明代 이후 ≪景岳全書≫[5] 등의 서적에서 처음으로 呆病, 痴獃로 나타나며, 그 외 기억력 장애를 문제로 하는 健忘 등에서도 치매 및 섬망과 유사한 증상을 볼 수 있다[6]. 健忘이란 기억력의 감퇴로 곧 잊어버리는 것을 말한다.

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≫[7]에서는 일반적으로 "善忘"이라 칭하였지만 ≪素問 · 調經論≫[7]과 ≪靈樞 · 本神篇≫[7]에서는 "喜忘"이라고 하였다. ≪千金要方≫[8]에서는 "多忘"이라고 하였지만 "好忘", "易忘"이라고 한 경우도 있었다[9].

섬망을 치료하기 위해서는 원인을 찾아내고 직접적 내과적 · 외과적 원인에 대한 처치가 우선이며 안전한 환경을 유지하여 사고를 예방하고 망상이나 환각으로 인한 불안을 해소시키고 불규칙적인 수면-각성 주기를 정상화시키기 위하여 약물치료 위주로 치료가 시행되나[3], 이러한 약물치료 외에 한의학적으로 재해석하여 한방치료를 시행하는 경우 또한 고전에 충분히 언급되어 왔다.

이에 특별한 기질적 원인을 발견하지 못한 상태에서 압박골절 후유증 관리 중 고령의 나이, 신체적 부자유에 따른 정신적 압박 및 약물 부작용 등의 원인에 의한 것으로 추정되는 不眠, 譫語, 기억력 장애, 지남력 장애 증상이 발생한 섬망 환자에 대한 치험 1례를 동서의학적 고찰과 함께 보고하고자 하는 바이다.

Ⅱ 證 例

1. 환 자

박 ○ ○ (여자/91세)

2. 주소증

① 譫語

② 不眠

3. 발병일
2003년 11월 2일

4. 과거력
① 고혈압 : 약 25년 전 local 병원에서 진단 후 현재까지 양약 복용중임.
② 요추골 압박골절 : 2003년 7월 15일 ~ 9월 5일까지 본원 침구과 입원치료 이후 고대구로병원에서 2003. 10. 28.까지 입원치료 받은 후 당일로 다시 본원 신경정신과로 전과하기 전까지 본원 침구과에 재입원치료 받음.

5. 가족력
① 아들 : 고혈압

6. 사회력
약 160cm, 45kg 의 다소 마르고 비교적 큰 체격이며 활달한 성격, 무직.
술, 담배는 하지 않음.

7. 현병력
상기자는 약 160cm, 45kg 다소 마른 체격에 활달한 성격을 소유한 만 91세 여환으로 평소 고혈압과 요추골 압박골절의 과거력을 가지고 생활하던 중 압박골절 후유증의 계속적 관리 위해 2003년 10월 28일 본원 침구과에서 입원치료 받다가 2003년 11월 2일에 특별한 이유 없이 섬어, 불면증상 발하여 이 증상의 정신과적 치료 위해 2003년 11월 14일 본원 신경정신과로 전과 입원함.

8. 진단명
① 呆病/상세불명의 섬망
② 健忘/인지기능 및 각성에 관한 기타 증상 및 징후
③ 譫語/상세불명의 섬망

9. 진료기간
2003년 11월 14일 ~ 2003년 12월 15일 (32일간)

초진소견
1. 문제점
1) 주요증상
① 睡眠不良 : 새벽녘에 1시간에서 4시간 사이로 주무심. 낮잠 역시 다소 많이 주무시는 편임. 주무시지 않는 야간에 譫語 多發.
② 譫語 : 시간과 사람에 대한 지남력이 주기적으로 저하되며 장소에 관한 지남력은 양호. 금일 날짜를 모르며 아들을 오빠, 침구과장을 남편이라 부르는 등 사람 指南力 혼란. 장소에 대해서는 병원임은 알고 있으나 서울인지는 모르고 있음. 주간 취침 후 밤에 각성하면서 증상이 심화하는 경향. 의사를 보면 의사인 줄 아나 "뭐하러 왔냐, 갈겨버리기 전에 꺼져라"고 말하는 등 妄言을 계속함. 무의미한 言語로 야간에 계속 소란함.

2) 그 밖의 문제점
① 氣力低下 : 침상안정 상태로 혼자 힘으로 돌아눕기, 앉기 등 불가함.
② 肩痛 · 下肢痛 등의 疼痛 증상을 부정기적으로 자주 호소.
③ 小便失禁 : sensory 다소 저하된 상태로 기저귀에 보는 상태임. 臭氣가 다소 심한 편.
④ 褥瘡 : 장기간 기저귀 착용 및 요실금으로 인한 미골 주위 발적. Size 10cm×10cm, 경계 불명확하고 입원 당시에 비해 신정정신과 전과 당시는 매우 호전된 상태로 건조하나 약간의 분비물 있음.
⑤ 舌紅 無苔 乾燥 裂, 脈弦.

2. 치료목표
① K-DRS를 실시하여 치매 여부를 판정하고 기억력 장애의 원인과 정도를 관찰한다.
② 많은 양을 복용하는 양약(11-13종)이 원인이 되는지를 밝히기 위해 가정의학과와 협의하여 양약을 최대한 줄이도록 시도한다.
③ 양약의 복용 및 고령으로 인한 陰虛 및 躁症과 虛熱이 있다고 변증하고 補陰하면서 醒神하는 약을 위주로 하여 치료한다.
④ 섬망이 발생했을 경우 현대의학에서 우선 수면진정제인 diazepam 등을 투여하여 수면을 우선 유도하는 것과 마찬가지로 야간 수면상태에 대한 개선을 유도한다.
⑤ 위의 시도를 통하여 야간의 불면과 심한 섬

망 증상을 개선시킨다.

⑥ 고령으로 인한 합병증을 방지하고 의식변화에 유의한다.

정신과적 개인력 조사(이미 상기한 내용은 제외)

1. 인적사항 : 91세 여환. 서울 출신이며 가정주부. 초등학교 졸업. 기혼. 남편은 사별하고 자식은 5명. 사회-경제적으로 높은 지위에 있었음. 정보제공자는 아들.

2. 병전성격 : 평소 그다지 눈에 띄지 않으나 자존심이 다소 강한 성격이며 비교적 활달한 성격이었음.

3. 개인력 : 평생 가정주부로 생활하며 부유한 환경에서 시장에 가서 물건 한 번 사 본 적이 없었을 정도의 상류층 생활을 하였음. 발병 1년 전까지도 고혈압 외에 특별한 질병이 없었을 정도로 건강한 생활을 하다가 갑자기 외상으로 생긴 압박골절로 거동을 하지 못하게 된 데다 배뇨장애까지 생겨 다소 심리적 우울감이 있었다고 함.

4. 과거 정신병력 : 없음

치료사항

1. 鍼治療 : 百會, 中脘, 三里, 內關, 太淵, 太白, 太谿, 復溜를 동방침 0.30mm×30mm를 사용하여 1일 1회 혹은 2회 시술하면서 1회 20분간 留鍼함을 원칙으로 함.

2. 灸治療 : 中脘에 多孔 間接灸 溫灸를 1일 1회 실시함.

3. 附缸治療 : 腰痛을 호소하는 腰背部의 背兪穴을 중심으로 1일 1회 실시함.

4. 韓藥治療 : 加味歸脾湯, 加味六味地黃湯, 加味滋陰降火湯의 순서대로 투여하면서 潤燥交心湯을 필요에 따라 총 세 차례 투여함.(Table 1 참조)

5. 엑스劑治療

五淋散, 酸棗仁湯, 柴胡加龍骨牡蠣湯, 麻子仁丸 竹瀝, 補中益氣湯을 필요에 따라 투여하였음.

임상경과

2003년 11월 14일(입원 당일)

수면 불량하여 새벽녘에 1시간에서 4시간 사이로 주무심. 낮잠 역시 다소 많이 주무시는 편임. 주무시지 않는 야간에 譫語 증상 발생하여 시간, 사람에 대한 지남력 떨어지고 장소에 대한 지남력은 남아 있음. 금일 날짜 모르며 아들을 오빠, 침구과장님을 남편이라 부르는 등 사람 지남력 혼란. 장소에 대해서는 병원임은 알고 있으나 서울인지는 모르고 있음. 주간 취침 후 밤에 각성하면서 증상이 심화하는 경향. 의사를 보면 의사인 줄 아나 "뭐하러 왔냐, 갈겨버리기 전에 꺼져라"고 말하는 등 妄言을 계속함. 무의미한 言語로 야간에 계속 소란함. 거동 불가능하여 BR 상태로 스스로 돌아눕기 앉기 등 불가능함. 肩痛 · 下肢痛 등의 疼痛 증상을 부정기적으로 자주 호소. 대편 2-3일에 1회 보시나 변비 경향 있어 양약 복용중임. Urine sensory 다소 저하된 상태로 기저귀에 보는 상태임. 한국판치매검사(K-DRS) 실시 결과 기억력 외에는 모두 치매경계치 이상의 높은 점수를 보여 치매로 진단되지 않고 노인성 섬망으로 진단됨.(Table 2)

2003년 11월 15일 ~ 11월 16일(입원 2~3일째)

수면 계속 불량하여 야간에 전혀 주무시지 못하고 새벽부터 1-2시간 주무심. 譫語 증상 야간에 여전히 심함. 아무에게나 반말하며 요구사항이 대단히 번잡하여 침상에서 내려달라, 들어달라 등 요구가 많고, 내가 누군지 아느냐, 날 죽이려고 누워있게 한다, 그 놈 때려잡아라 등의 망상이 심함. 누구인지는 알아보나 가라면서 손으로 의사를 가격하는 등 妄言 · 妄動 여전. 대화 거의 불가능.

2003년 11월 17일(입원 4일째)

수면 양호하여 전일 밤 10:30 경부터 안 깨고 숙면함. 譫語 야간에 전혀 없었음. 前日은 여전히 "날 죽이려 한다", "너도 그 다음 차례다" 등등

가족에게 죽음에 관한 말을 많이 함. 기력이 양호해져 발음이 또렷해지고 특별한 이상 행동이나 발언을 하지 않음. 식사 상태도 양호해짐.

2003년 11월 18일(입원 5일째)

전날과는 달리 야간에 전혀 수면 없이 새벽에만 30분 정도 수면함. 譫語 양상은 여전히 죽음에 관한 말이 많고 공격적이며, "내 다리 어디 갔냐" 는 등 신체 절단에 관한 말을 많이 함. 야간과는 대조적으로 주간 譫語는 거의 없어짐. 기력 양호함.

2003년 11월 19일 ~ 11월 20일(입원 6~7일째)

2일간 연속으로 밤 10시부터 익일 오전 6시까지 숙면함. 전일 주간과 야간 모두 공격적이거나 거친 언사는 전혀 없었음. 이날은 주로 가족들이 자신을 버리지 않았나 하는 의심과 "나만 믿으면 다 된다." 는 자신감에 관련된 말을 많이 함. 화내지 않고 웃으며 얘기하는 모습 보임. 기력은 약간 저하되어 말소리가 다소 낮아지고 웅얼거리는 경우가 많아짐.

2003년 11월 21일(입원 8일째)

다시 야간에 섬망 증상이 발생. 전에 비하여 정도가 덜해지고 덜 공격적이 됨. 욕설 등 공격적인 언사보다는 이것저것 요구사항이 많아짐. 새벽부터 숙면 상태임. 주간에는 목소리가 잦아들고 웅얼거리는 소리를 냄.

2003년 11월 22일 ~ 11월 26일(입원 9~13일째)

전과 같은 심한 섬망 상태는 거의 없어짐. 수면 상태는 양호와 불량을 반복하나 수면이 불량한 날도 약간 고집을 부리거나 웅얼거리는 정도의 언어만 있을 뿐 욕설 등의 공격적인 언사는 소실됨. 웃음이 많아짐. 집에 가고 싶다는 말을 많이 하기 시작함. 주간에도 비교적 정신이 맑고 어느 정도 정상적인 대화가 가능해짐. 단 기력이 저하되는 날이 많아짐.

2003년 11월 27일 ~ 12월 1일(입원 14~18일째)

호전된 상태가 지속됨. 감정 상태가 계속 안정적이고 웃는 얼굴을 많이 볼 수 있게 됨. 단 더 이상의 호전은 없이 정상 대화가 불가능한 언어의 비중이 계속 높은 상태임.

2003년 12월 2일(입원 19일째)

11월 21일 이후로 가장 적게 수면하며 섬망 증상이 갑자기 심해짐. 맞은편 bed에 다른 환자가 새로 입원했는데 그 환자를 경계하는 말을 많이 하면서 함께 분노의 감정을 보이며 침치료도 경계함. 그러나 당일 주간부터는 증상 현저히 감소하고 감정 양호해짐.

2003년 12월 3일 ~ 12월 11일(입원 20~28일째)

다시 섬망 호전된 상태로 특별한 변화 없이 안정 상태 유지함. 간간이 야간에 누군가를 부른다거나 무언가를 요구한다거나 하는 발언은 있으나 심하지 않고 곧 수면에 들어감.

2003년 12월 12일(입원 29일째)

새벽부터 거의 수면하지 못하며 화를 내면서 밤새 크게 소리지름. 계속 "내려달라", "가버려라", "어디어디에 가자"는 등 요구사항이 많음. 맞은편 환자의 간병인과 갈등 있는 듯함. 정상적인 대화 전혀 불가능. 분노의 감정과 함께 본래 가지고 있던 肩背痛이 다시 심해져 그 통증에 대한 불만을 표출함.

2003년 12월 13일(입원 30일째)

수면 다시 양호해지고 야간에 섬망증세 없어짐. 별다른 징후 없음

2003년 12월 14일 ~ 12월 15일(입원 31일째 ~ 퇴원일)

수면 거의 하지 못하고 야간에 2일 연속으로 섬망 증세가 다소 심해짐. 최근 주로 "집에 가자" 라는 요구사항이 대부분이 됨. 보는 모든 사람에게 화를 내며 이상 행동을 반복함. 환자가 실제로 어딘가 가려는 욕구가 강한 것으로 보고 보호자 퇴원 요구하여 요양병원으로 옮겨 계속적인 관리를 받기로 하고 퇴원시킴.

Table 1. Herb-medication(1일 3회 120cc 투여, 식후 1시간 복용)

치료일(월/일)	처방명	처방내용
11/14~11/21	加味歸脾湯	熟地黃 10g, 酸棗仁(炒) 10g, 龍眼肉 8g, 山茱萸 6g, 白朮 6g, 生薑 5g, 遠志 4g, 陳皮 4g, 當歸尾 4g, 白茯苓 4g, 白茯神 4g, 石菖蒲 4g, 澤瀉 4g, 半夏 4g, 牡丹皮 4g, 砂仁 4g, 香附子 4g, 黃芪 4g, 人參 2g, 甘草 2g, 木香 2g, 大棗 2g, 烏梅 1g
11/21~12/12	加味六味地黃湯	酸棗仁(炒) 12g, 熟地黃 8g, 白何首烏 6g, 山藥 6g, 白芍藥 6g, 當歸 5g, 白朮 4g, 麥門冬 4g, 山茱萸 4g, 砂仁 4g, 黃芪 4g, 澤瀉 3g, 生薑 3g, 生地黃 3g, 陳皮 3g, 牡丹皮 3g, 人參 3g, 白茯苓 3g, 甘草 2g, 知母 2g, 黃柏 2g, 大棗 2g
12/12~12/15	加味滋陰降火湯	白芍藥 6g, 當歸 5g, 砂仁 4g, 香附子 4g, 柴胡 4g, 熟地黃 4g, 白朮 4g, 麥門冬 4g, 木香 3, 黃芩 3g, 牡丹皮 3g, 澤瀉 3g, 白茯苓 3g, 山茱萸 3g, 梔子 3g, 陳皮 3g, 生地黃 3g, 生薑 3g, 甘草 2g, 大棗 2g, 知母 2g, 黃柏 2g
11/15~11/17 12/2~12/3 12/11~12/15	加味潤燥交心湯	熟地黃 12g, 龍骨 6g, 白朮 6g, 牡蠣 4g, 山茱萸 4g, 山藥 4g, 砂仁 4g, 白何首烏 4g, 柴胡 4g, 人參 4g, 石菖蒲 3g, 澤瀉 3g, 白茯苓 3g, 玄參 3g, 黃芩 3g, 肉桂 2g, 黃連 2g, 梔子 1g

Table 2. K-DRS results

	총점	주의	관리	구성	개념화	기억
정상점수	118.6±8.7	33.6±2.3	29.0±4.3	5.4±1.0	31.2±4.1	20.0±3.4
치매경계치	101.2	29.0	20.4	3.4	23.0	13.2
진단 점수	108	33	26	5	33	11
백분위(만점기준)	75.0%	89.9%	70.3%	83.3%	84.6%	44.0%

Ⅲ 考 察

섬망은 광범위한 뇌조직기능의 저하에 의해 일어나는 인지기능의 손상으로 급성이며, 다양한 증상 변동을 나타낸다.[1)]

섬망은 종합병원 입원환자의 10~15%가 입원기간 중 상당한 정도의 섬망상태를 경험하며 노인환자(75세이상)의 20~30%, 유아환자(6세이상), 중환자실 환자, 수술 환자 등에서 섬망을 나타낸다고 한다[2)]. 일반적으로 내외과 병실에 입원된 노인 환자들의 경우 섬망의 발생률은 14~30%라고도 한다[1)] .

노인의 경우 섬망에서도 인지기능이 전반적으로 황폐화되나 치매와의 차이점은 의식의 장애를 동반한다는 점이다. 그리고 착각이나 환각과 같은 지각장애, 피해망상 등의 사고장애, 수면-각성 주기의 변화, 시간과 장소에 대한 지남력장애, 정신운동성 활동의 증가나 감소, 기억장애 등이 동반된다. 증상들은 변동이 심해서 시간마다 다를 수 있고 낮보다는 밤에 더 심하다[1)].

원인은 수없이 많다. 중요한 소인들로는 알코올이나 약물의 남용이나 중독, 고령, 대뇌손상, 청력이나 시력 상실, 심리적 스트레스 등이 있다. 직접적인 원인들로는 중추신경계 질환, 심혈관계 질환, 대사성 장애, 약물 등이다[1)].

섬망의 진단기준은 DSM-Ⅳ와 ICD-10에 규정되어 있다. DSM-Ⅳ에서는 이전까지 사용하던 의식의 혼탁이라는 용어를 정의의 모호성 때문에 제외하고 섬망의 진단기준으로 주의 집중 및 유지의 장애, 주의 전환의 장애가 의식 전반의 장애와 더불어 있어야 하고 기억력 장애나 지남력 장애와 언어 장애 등 인지기능의 이상과 지각장애가 있어야 한다고 정의하였다. ICD-10에서는 덧붙여 정신 운동성 장애로 과잉 각성이나 과소각성상태에 있거나 이들의 변환이 예기치 못하게 있고 수면 각성 주기의 장애와 감정적 장해를 규정하면서 임상양상(급속한 발병, 주야간 변동이 있는 경과, 섬망 지속 기간 6개월 이내)을 규정하였다[10)]. 특히 노인에 많고, 치매와 임상 양상이 비슷해, 진단에 있어 다른 신체 질환에 동반된 섬망에 비해 치매 노인에서 발생한 섬망은 진단

이 매우 까다롭다. 노인 섬망 환자의 진단율이 24%에 불과하고, 섬망의 유병율이나 발생율에 대한 보고가 연구자에 따라 많은 차이를 보이는 것이 바로 이 때문이다.[11]

일반적인 치료원칙은 지지적 치료에 준한다. 심한 흥분, 수면장애, 피해망상과 같은 정신병적 증상 때문에 향정신성 약물이 흔히 요구된다. 체내 배설 반감기가 긴 benzodiazepines이나 항콜린성 작용이 강한 항정신병 약물들은 인지기능을 악화시킬 가능성이 높다. Haloperidol이 추체외로 부작용은 빈발하지만 다른 향정신성 약물들보다는 상대적으로 안전하다[1].

섬망은 한의학적으로 呆病과 健忘의 범주에 속한다. 呆病은 ≪景岳全書≫[5]에서 최초로 분류 언급된 이후 ≪石室秘錄≫[13], ≪辨證奇聞≫[14]에서 찾아볼 수 있다[6]. ≪景岳全書≫에서는 병인을 정서상의 문제로 보았고, 逆氣가 心에 있거나 肝膽二經의 氣不淸이 呆病을 일으키는 것으로 보았으며, 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. ≪辨證奇聞≫에서는 병전 성격과 다른 성격과 인격의 변화에 대한 서술이 있고 肝氣의 鬱滯와 胃氣의 衰退가 원인이 되어 胸中의 痰이 적체되는 병리를 언급하고 開其鬱結, 逐其痰, 健其胃의 방법을 썼으며, 한편으로 鬱症과 痰이 원인이 呆病을 일으킬 수도 있다고 하여 生胃氣而佐之消痰하라 하기도 하였다[3]. 健忘은 ≪黃帝內經≫[7]에서 이미 언급되어 있으며 노화로 인한 생리적 기억장애 및 氣血 문란을 원인으로 보았다. ≪聖濟總錄≫[15]에서는 원인을 心虛와 七情過極으로 보았고 정신이 혼미하여 잘 잊어버리는 증상을 언급하였다. ≪濟生方≫[16]에서도 健忘의 정의와 원인에 관한 언급이 있었고, ≪金匱鉤玄≫[17]에서는 원인을 痰이라고 하였다. ≪醫宗必讀≫18)에서는 心腎不交를 주된 병리로 보았고, ≪證治準繩≫[19]에서는 濁氣로 인한 心氣의 冥晦에서 원인을 찾았다. ≪壽世保元≫[20]에서는 思慮過度로 인한 傷心과 傷脾가 원인이라 하였고 ≪辨證奇聞≫[14]에서는 老年健忘은 腎水不足이 원인이라 하여 補心兼補腎을 해야 한다 하였다[3].

이 증례의 경우는 환자의 증상으로부터 肝腎陰虛 내지 血燥로 변증되었다. 본 증례에서 사용한 潤燥交心湯은 ≪辨證奇聞 · 不寐門≫의 처방으로서 肝氣鬱結 및 肝腎陰虛로 인해 발생한 스트레스성 不眠症을 목표로 사용되는 처방으로[14], 환자의 야간 불면 증상이 肝血이 燥하여 생긴 것으로 판단하여 급성기 입면장애시 입면을 유도하기 위하여 사용하였다. 歸脾湯은 허약한 체질로서 빈혈성이며 心身을 過勞한 결과 소화기 및 순환기의 기능이 衰하여져서 貧血, 心悸亢進, 健忘, 不眠, 諸出血 등의 증상에 사용하는 처방으로[22], 환자의 정신적 압박이 심하여 그로 인한 心脾血虛가 이런 증상의 기저에 있을 것으로 판단하여 수면을 유도하고 정신적 안정을 꾀하기 위하여 사용하였다. 六味地黃湯은 腎虛로 인하여 疲勞, 倦怠感이 있고 性機能이 약하여 陰痿, 遺精, 腰痛 등을 호소하며 多尿 또는 小便不利, 耳鳴, 弱視, 口渴 등을 수반하는 자를 목표로 하는 처방으로[22], 환자는 배뇨장애가 있는 등 肝腎陰이 모두 虛한데다 血燥를 겸한 증세로 인하여 인지기능의 장애가 생긴 것으로 판단하고 補陰 · 補血하여 근본적 문제를 해결하기 위하여 사용하였다. 滋陰降火湯은 陰虛火動하여 泌尿器 혹은 呼吸器의 高熱로 津液이 枯燥된 경우이며 腎水의 缺乏을 滋潤하고 胸部의 熱을 淸解하는 처방으로[22], 陰虛 · 血燥가 정신적 압박이 해결되지 않음으로 인하여 계속되는 바람에 다시 야간 섬망 증상이 심해지고 火熱狀을 띠게 되므로 이러한 火熱을 가라앉히면서 補陰을 계속하기 위하여 사용하였다. 임상병리검사상 요로계의 경한 감염소견이 있으므로 五淋散 엑스劑를 투여하였고, 수면유도를 돕기 위하여 酸棗仁湯과 柴胡加龍骨牡蠣湯, 竹瀝 엑스劑를 투여하였으며, 오랜 침상안정 상태로 인한 변비와 소화장애를 해결하기 위해 麻子仁丸, 補中益氣湯 엑스劑를 투여하였다.

환자는 고령임에도 높은 교육 수준과 생활수준을 영위한 사람으로 자존심이 강한 성격으로 추정되는데, K-DRS 검사상 기억력 외의 모든 인지기능이 경계치 이상이며, 치매와는 달리 급성으로 돌연 증상이 발생하였으며 주기적으로 발작하면서 특히 밤에 심해지며, 심해지는 경우에는 시간과 장소에 대한 지남력이 저하되어 있고 사고

가 대단히 혼란되어 있으며 주의집중의 심한 장애가 발생하였고 수면-각성주기가 비정상적인 것으로 보아 노인성의 섬망인 것으로 진단하였다. 섬망 증상이 돌연 발생한 것으로 보아, 2003년 7월에 갑자기 발생한 요추골의 압박골절 및 배뇨장애로 인하여 부자유스러운 상태로 전락함과 더불어, 자식들인 보호자들에게 이끌려 다니는 처지가 된 것이 가장 주요한 원인들로 추정할 수 있다. 그러나 또한 고혈압과 배뇨장애 증상으로 인한 많은 양약의 투여로 인하여 다소의 정신증상이 발했을 가능성을 배제할 수 없다. 입원 당시 복용하고 있던 양약은 총 15종으로 고혈압 치료제 2종, 배뇨장애 치료제 1종, 요통 등의 통증으로 인한 비스테로이드성 소염진통제(NSAIDs) 1종, 요로감염 염려로 인한 항생제 2종, 골다공증 치료제 2종, 제산제 및 소화제 2종, 완하제 1종 및 고령으로 인한 섬망 증상으로 인한 치매 치료제 1종, 항불안제 1종, 항우울제 1종, 정신분열증 치료제 1종이었다. 최근 洋藥치료, 특히 抗癌療法의 부작용에 대한 한방 치법으로 주로 益氣健脾하는 扶正培本의 治療原則下에 병증에 따라 滋補肝腎, 健脾養胃, 生津潤燥, 淸熱解毒의 治法을 多用한다는 보고[21]가 있는 것으로 보아 이 경우에도 많은 양약의 투여가 燥症, 특히 血燥와 陰虛를 발생시킨 것이 섬망을 일으킨 원인 중의 하나일 가능성이 다소나마 존재한다고 사료되었다. 입원과 동시에 歸脾湯加味方을 투여하면서 11월 17일(입원 4일째)부터 가정의학과와 협의하여 양약을 6종(고혈압 치료제 1종, 항생제 1종, 제산제 및 소화제 2종, 정신분열증 치료제 1종, 배뇨장애 치료제 1종)으로 대폭 줄이고 潤燥交心湯加味方을 투여하면서 야간의 譫語 및 不眠 증상이 급격히 감소하여 야간 수면 6~10시간 정도로 증가하고, 주간 및 야간에 계속 대화가 되지 않을 정도로 심각하였던 광적인 譫語 증상 역시 급격히 개선되었다. 11월 21일(입원 8일째) 경부터는 1일 주기로 숙면과 불면이 지속되었으나 불면시에도 이전과 같은 심한 譫語 증상은 보이지 않았다. 11월 21일(입원 8일째) 이후로는 고령임과 더불어, 양약 과다 복용에 기인했을 가능성이 있는 燥症을 염두에 두고 肝腎陰을 조리하고 滋血하기 위해 六味地黃湯加味方을 투여하여 안정 상태가 지속되다가 12월 12일(입원 29일째)을 넘기면서 전과 유사한 증상들이 다시 발하기 시작하고 燥熱이 나타나며 보호자가 자의적으로 양약을 중단시키기도 하는 등 보호자 관리가 잘 이루어지지 않는 상태에서 처방을 滋陰降火湯加味方으로 전환하였고, 이후에도 다소의 不眠과 譫語 증상은 지속되는 상태로 12월 15일(입원 32일째) 퇴원하였다.

Ⅳ 結 論

특별한 기질적 원인을 발견하지 못한 상태에서 압박골절 후유증 관리 중 고령의 나이, 신체적 부자유에 따른 정신적 압박 및 약물 부작용 등의 원인에 의한 것으로 추정되는 상세불명의 섬망 환자 1례를 고찰하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 여러 원인으로 인하여 발생한 것으로 추정되는 섬망 환자를 陰虛 · 血燥로 변증하여 치료하여 야간 수면상태 개선과 섬망증상 완화에서 상당한 결과를 얻었다.
2. 섬망은 한의학적으로 呆病 및 健忘의 범주로 파악할 수 있으나 보다 변증을 위해서는 정신과적 과거력 조사 및 약물복용 등에 대한 고려가 필요하다.
3. 현대의학적 의미의 섬망은 치매와의 감별이 중요하며 이를 위해 치매 검사 등의 검사가 필요하고 그 결과에 따라 다르게 치료하여야 한다.
4. 섬망 환자의 경우 야간의 증상이 두드러지는 경향이 뚜렷하므로 수면장애를 개선하였을 때 섬망상태의 완화가 나타난다.
5. 장기간의 약물 복용 환자의 경우는 燥症이 현저하게 나타나는 경우가 많으므로 滋陰과 補血을 통해 약물로 인한 증상을 완화시켜야 한다.
6. 치료 말기에 주로 정신적 자극에 의해 다소간의 섬망 증상이 재발하였으므로 이후 치료에서는 투여 양약의 감량 및 滋陰 · 補血劑의

투여 이외에 보다 적극적인 지지요법이나 진료 환경의 개선 등 다른 방법으로의 치료법이 요구된다고 사료된다.

參 考 文 獻

1. 민성길 : 최신 정신의학 제4개정판, 서울, 일조각, pp.142,187-189,198-200,612-613, 2000.
2. 대한신경정신의학회 편 : 신경정신과학, 서울, 하나의학사, p184, pp.220-222, 2000.
3. 대한한방신경정신과학회 편 : 한방신경정신의학, 파주, 집문당, pp.312-313,426,455-456, 2005.
4. 洪元植 編 : 精校黃帝內經靈樞, 서울, 東洋醫學硏究院, p.68,241, 1985.
5. 張介賓 : 景岳全書, 北京, 人民衛生出版社, p.732, 1996.
6. 黃義完 外 : 치매에 대한 한의학적 임상연구, 동의신경정신과학회지, 7(1):1,7, 1996.
7. 洪元植 編 : 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學硏究所, p.60,91,92,105,231,263,301, 1981.
8. 孫思邈 : 千金要方, 서울, 大星文化社, pp.265-266, 1984.
9. 趙佶 : 聖濟總錄, 서울, 麗江出版社, pp.339-340, 1993.
10. 황성욱외 7인 : 노인 환자에서 섬망을 일으키는 위험인자, 가정의학회지 23(1):117-118, 2002.
11. 김기웅, 이동영 : 치매-섬망 복합체의 평가와 치료, 精神病理學, 9(2):131, 2000.
12. 미국정신의학회 : 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판, 서울, 하나의학사, pp.178-183, 1995.
13. 陳士鐸 : 石室秘錄(下), 서울, 書苑堂, pp.316-317, 1984.
14. 陳士鐸 : 임상진단 변증기문, 서울, 닥터허준닷컴, pp.143-145, 2001.
15. 趙佶 : 聖濟總錄, 北京, 人民衛生出版社, pp.822-825, 1987.
16. 嚴用和 : 中國醫學大系11卷濟生方, 서울, 麗江出版社, p.487, 1980.
17. 朱震亨 : 丹溪醫集, 北京, 人民衛生出版社, pp.859-363, 1993.
18. 李中梓 : 醫宗必讀, 上海, 上海科學技術出版社, pp.323-324, 1987.
19. 王肯堂 : 證治準繩, 北京, 人民衛生出版社, pp.446-461, 1992.
20. 龔廷賢 : 壽世保元, 上海, 上海科學技術出版社, pp.290-293, 1995.
21. 金東熙, 金聖勳 : 抗癌劑 副作用에 대한 韓方療法, 대전대학교한의학연구소논문집, 2(1), p.17, 1993.
22. 李載熙 : 圖說韓方診療要方, 서울, 醫學硏究社, pp.184-186, 2000.