

# 진정수면제를 음독한 노인 입원 환자에서 발생한 섬망에 대한 한의복합중재 증례보고

조한별, 구병수, 김근우

동국대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

## Korean Medicine Treatments for Delirium in an Elderly Patient Caused by Sedative-Hypnotics Overdose

Han-byul Cho, Byung-Soo Koo, Geun-Woo Kim

Department of Oriental Neuropsychiatry, Graduate School of Oriental Medicine, Dongguk University

**Received:** December 10, 2023

**Revised:** December 20, 2023

**Accepted:** December 25, 2023

### Correspondence to

Geun-Woo Kim

Department of Neuropsychiatry,  
Dongguk University Bundang Korean  
Medicine Hospital, 268 Buljeong-ro,  
Bundang-gu, Seongnam, Korea.  
Tel: +82-31-710-3748

Fax: +82-31-710-3780

E-mail: kgwoo86@hanmail.net

**Objectives:** The purpose of this study was to report the effectiveness of the combination of Korean medicine therapy on elderly patients with delirium due to overdose of sedative-hypnotics.

**Methods:** The patient was diagnosed with delirium, which occurred after an overdose of sedative-hypnotics. The patient received Korean Medicine treatment, including herbal medicine, acupuncture, moxibustion and psychotherapy, and other treatments. The evaluation variables to check the effectiveness of the interventions were the Korean Version of the Delirium Rating Scale-Revised-98 (K-DRS-R-98) Mini-Mental State Examination-Korean (MMSE-K) Clinical Dementia Rating (CDR) and Manual Muscle Test (MMT).

**Results:** During the hospitalization period, the K-DRS-R-98 score decreased from 31 to 4, MMSE-K score increased from 18 to 26. CDR score decreased from 2 to 0. MMT in the Right lower extremity was improved. Normal daily activities were possible.

**Conclusions:** Combining Korean Medicine treatments, including herbal medicine, acupuncture, moxibustion, psychotherapy, and other treatments, may help alleviate delirium.

**Key Words:** Delirium, Elderly patient, Overdose, Sedative-hypnotics, Korean medicine treatment.

## I. 서론

섬망이란 다른 기저 질환이나 신경인지장애로 설명되지 않는 갑작스러운 인지능력 및 주의집중력의 저하를 의미하며<sup>1)</sup>, 최근 노인인구의 증가와 만성질환의 증가에 따라 섬망의 임상적 중요성이 부각되고 있으며, 노인 입원 환자에서의 발생률은 약 20% 내외로 알려졌다<sup>2)</sup>. 특히 섬망이 만성적인 경과를 보이거나 영구적인 후유증을 남길 수 있다고 보고되며, 노인 환자들에서 섬망은 입원 기간의 연장, 시설 입소 가능성 증가, 기능장애, 신체적 합병증 발생과 사망률의 증가와 같은 심각한 문제들을 내포하고 있으며, 독립적인 일상생활의 어려움과 경제적인 부담은 환자와 가족들의 삶의 질을 저하시키고 고통을 가중시킬 수 있다<sup>3)</sup>. 이처럼 섬망은 환자의 사망률뿐만 아니라 장기적인 예후에 영향을 미치며, 환자의 삶 전체에 영향을 미치기 때문에 환자의 병원 입원 시점부터 섬망을 주기적으로 사정하고 조기에 예방하는 것이 필요하다<sup>4)</sup>.

섬망의 위험 요소는 하나의 요소가 아닌 다중 요소인 경우가 많고, 특히 기저 질환이나 주변 환경에 의한 경우가 흔하다. 노인 환자가 급성기 질환으로 중환자실에 입원하거나 심장 수술이나 고관절 골절과 같이 심한 신체적 스트레스가 동반되는 경우에는 새로운 약제 투약이나 위중하지 않은 감염과 같이 상대적으로 작은 요인에 의해서도 섬망이 발생할 수 있다<sup>5)</sup>. 따라서, 위험 요소가 있는 환자는 수 시간에서 수 일 동안의 행동 및 인지의 변화를 주의 깊게 관찰하여야 한다.

섬망이 독립된 질병이 아니고 다양한 질환의 경과 중에 나타나는 증후군이라는 점과 갑작스런 발병, 수면 각성 주기의 장애 등의 증상을 고려해 볼 때 한의학적으로 번조(煩躁)와 유사한 면이 많고<sup>6)</sup> 인지와 주의의 장애라는 점에서는 전광(癡狂), 사수(邪祟), 상한발광(傷寒發狂)의 범주에서 유사한 점을 찾아볼 수 있다. 전광(癡狂) 중 전(癡)은 혼자 울다가 웃고 웃다가 울며, 말이 없거나 중얼거리는 등 음증(陰證)을 말하며, 광(狂)은 가만히 있지 못하고 욕설을 자주 하거나 헛소리를 반복하는 등의 양증(陽證)을 말한다<sup>7)</sup>. 사수(邪祟)는 기혈(氣血)의 허(虛)나 담화(痰火)에 의해 발생하는 망상과 환각이 주 증상인 정신이상을 말하며, 상한발광(傷寒發狂)은 열(熱)이 하초(下焦)에 있어 축혈(蓄血)되어 광증과 유사한 증상을 나타내는 것을 일컫는다<sup>8)</sup>.

섬망 치료의 주요 원칙은 섬망 원인의 제거, 일반적 보존요법 및 대증요법 실시, 야간수면 유도, 섬망에 대한 비약물요법, 섬망에 대한 약물요법 순으로 요약된다<sup>9)</sup>. 특히 약물의 경우 대표적인 섬망 유발 약물에는 항콜린성 약물, 마약성 진통제, 벤조디아제핀계 약물, 코르티코스테로이드 등이 알려져 있으며, 이와 같은 약물의 종류뿐만 아니라 각 약물의 용량과 총 사용 개수 또한 섬망 발생에 영향을 미친다<sup>4)</sup>. 따라서 섬망 증상에 대한 약물요법은 가능한 최소종류의 약제를 최소한의 용량으로 최소한의 기간만 사용해야 한다. 또한 2013년 Pain, Agitation, Delirium (PAD) 가이드라인에서 섬망 예방을 위해 비약물 중재를 약물 중재보다 더 높은 수준으로 권고하기 시작한<sup>4)</sup> 이후 비약물 중재에 대해 꾸준히 연구되고 있다.

본 증례에서는 진정수면제로 음독한 뒤 발생한 인지 저하 및 전반적인 신체기능의 위약으로 입원한 노인 환자에게 섬망 및 신체 가동성 등을 정기적으로 평가하고 위험 요소를 파악하여 한의복합중재를 적용하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

## II. 증례

본 연구는 동국대학교 분당한방병원 기관생명윤리위원회(IRB) 심의 후 심의 면제를 받았다(심의번호: DUBOH 2023-0017).

### 1. 환자정보

장○○, 여성, 68세.

### 2. 주소증

#### 1) 의식수준 및 인지기능의 저하

각성 수준의 저하, alert와 drowsy 상태가 일중 혼잡. 질문을 이해하고 잘 대답하다가도 사고두절이 나타나거나 어눌한 발음이나 느린 억양을 보임. 시간, 장소에 대한 지남력 저하, 본인 자살 시도 과정에 대해 일부 기억이 소실.

#### 2) 신경학적 기능 저하

우측 하지 위약의 심화, 하지 운동 실조와 균형 감각 저하로 체위 전환 및 유지에 어려움. 요실금 심화로 큰 자극이

없어도 지속적으로 새는 양상. Diaper state.

### 3) 기분 및 정동 변화

의식 명료 시 과도하게 본인 건강과 관련하여 비판, 가족들에 폐를 끼치고 있다는 괴로움과, 불안, 우울감 등이 수시로 나타남.

### 4) 수면장애

수면 각성 주기의 붕괴, 이각성, 재입면난.

### 5) 식사 및 소화

식욕 저하, 죽 세 숟가락 하루 1~2회 섭취.

### 3. 발병일

202\*년 08월 26일.

### 4. 현병력

상기자는 만 67세의 148 cm, 40 kg의 여환으로 202\*년 08월 26일 자택에서 상세불명의 진정수면제 과량 복용(60여알)으로 suicidal attempt하신 후 약 3시간 후 가족들에게 발견되어 ○○소재 대학병원 ER 방문하시어 음독에 대한 응급 처치 받으시고, 자택 가료하시다 상기 증상 지속되시어 202\*년 08월 29일 ○○대 ○○한방병원 한방신경정신과에 입원하였다.

### 5. 과거력

1) Old lacunar infarction in right basal ganglia, Mild to moderate WM ischemic change, Diffuse mild brain atrophy with mild ventriculomegaly: 2021년 10월경 ○○ 병원 Brain MRI 검사상 진단. 아스피린 처방받았으나 과거 복용 후 위 천공 발생하시어 거부. 우측 하지 위약으로 낙상 빈번.

2) Secondary Parkinsonism 의증: 과거 도파민 제제 복용력.

3) Sleeping disorder: 2010년경 로컬 내과 진단. 명인 브로마제팜 3 mg qd hs.

4) Urinary incontinence: 2013년경 최초 신경인성 방광 소견 들으신 후 약물 복용하시다 증상 심화되어 3년 전부터 수술 권유받으심. 202\*-09-29 추적관찰 예정.

5) Cholelithiasis: 2017년경 ○○병원 수술.

6) Quinsy OP.: 여러 병원에서 8차례 수술 이력. 현재 복약 중인 약물이나 추적관찰 예정 없음.

### 6. 가족력

별무.

### 7. 개인력

1) 가족관계: 미혼, 조카 손자에 대한 양육부담이 지속적임.

2) 202\*년 장기요양 4급 판정.

### 8. 정기 복용 중인 약물

1) 명인브로마제팜(bromazepam) 3 mg 0.5~1 Tab. qd hs.

### 9. 계통적 문진

1) 활력징후: 혈압 101/81 mmHg, 맥박 89회/분, 호흡수 18회/분, 체온 36.7°C (입원일).

2) 수면: 밤낮 수면 역전. 평소 명인브로마제팜 0.5~1 Tab. 복용 후 취침(1 Tab. 복용 시 수면시간 7시간, 0.5 Tab. 복용 시 4~5시간).

3) 식욕 및 소화: 식욕 저하로 1~2회/일, 죽 세 수저/1회, 평소 1/3공기 일반식 2~3회/일.

4) 대변: 1회/6~7일, 대변난, 잔변감.

5) 소변: 평소 주간뇨 7~8회/일, 야간뇨 2회, 잔뇨감, 배뇨통, 실금.

6) 설진: 담홍(淡紅), 백태(白苔).

7) 맥진: 침세삭(沈細數).

8) 구건(口乾).

### 10. 영상 검사소견

Chest PA: No active lung lesion(입원일).

### 11. 혈액 및 소변 검사

입원 익일 공복 채혈로 혈액검사 및 소변검사를 실시하였다. 요로감염 경과 확인을 위해 추가적인 요검사를 시행하였다(Table 1).

**Table 1.** Change of Laboratory Test Results

	Date reported		Reference value
	202*-08-30	202*-09-07	
Complete blood count (CBC)			
WBC	13.12▲		4.0~10.0 (10 <sup>3</sup> /μL)
Monocyte	18.4▲		4.0~12.0%
ESR	26▲		0~20 mm/hr
Chemistry panel (CMP)			
CRP	0.7▲		0~0.5 mg/dL
HDL cholesterol	28▼		40.0~60.0 mg/dL
Triglyceride	223▲		0~150 mg/dL
Urinalysis			
Protein	1+▲	Negative	Negative-trace
Occult blood	+▲	Negative	Negative
Urine WBC	+▲	Negative	Negative
RBC (U-micro*)	5~9▲	0-4/HPF	0~4/HPF
WBC (U-micro*)	50 이상▲	0-4/HPF	0~4/HPF
Bacteria (U-micro*)	a few▲	Not found	Not found

\*U-micro: A microscopic urinalysis.

**Table 2.** Diagnostic Criteria for Delirium due to General Medical Condition from DSM-V

A	Disturbance in attention and awareness
B	The disturbance develops over a short period of time, represents an acute change from baseline attention and awareness, and tends to fluctuate in severity during the course of a day
C	An additional disturbance in cognition
D	The disturbances in Criteria A and C are not better explained by a pre-existing, established or evolving neurocognitive disorder and do not occur in the context of a severely reduced level of arousal such as coma
E	There is evidence from the history, physical examination or laboratory findings that the disturbance is a direct physiological consequence of another medical condition, substance intoxication or withdrawal, or exposure to a toxin, or is due to multiple etiologies

## 12. 평가 방법

섬망의 진단을 위해 사용되는 진단 기준은 미국 정신장애 진단편람(Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, DSM) 5판<sup>1)</sup>으로 한방신경정신과 전문의와 주치의가 임상적 판단에 따라 진단하였다(Table 2). 정신의학적인 진단과 호전도 평가를 위해 한국판 섬망 평가척도-98 (Korean Version of the Delirium Rating Scale-Revised-98, K-DRS-R-98), 한국판 간이 정신 상태 검사 MMSE-K (Mini Mental State Examination-Korean version), 치매 임상평가척도(Clinical Dementia Rating, CDR)를 입원 당일, 상태변화가 있었던 입원 익일, 2주차 1회, 3주차 1회, 퇴원 전일 평가하였고, 신체 활동 능력을 평가하기 위해 도수근력검사(Manual Muscle Test, MMT)는 매일 시행하였으나 변화된 날짜만 기록하였다(Table 3, Fig. 1).

### 1) 한국판 섬망 평가 척도-98 (Korean Version of the Delirium Rating Scale-Revised-98, K-DRS-R-98)

K-DRS-98<sup>10)</sup>은 임상주의 관찰에 의해 평가되는 척도로서, 13개의 심각도 항목과 3개의 진단 항목으로 구성되어 있다. 각각의 항목들은 평가 지침에 의한 증상의 심한 정도에 따라 심각도 항목의 경우 0점부터 3점까지, 진단 항목의 경우 0점부터 2점 혹은 3점으로 평가될 수 있으며, 16개 항목의 최고 점수는 46점, 심각도 항목의 최고 점수는 39점이다. K-DRS-98의 심각도 점수와 총점의 절단 점수는 각각 16점, 21.5점이다. 심각도 항목에는 수면 각성 주기 및 지각 장애, 망상, 정동적 가변성 외에도 언어, 사고 과정 장애, 운동성 초조 및 운동성지체, 그리고 지남력, 집중력, 단기 기억, 장기 기억, 시공간 능력 등 5가지 인지요소들을 포함하고 있다.

**Table 3.** Change of K-DRS-R-98, MMSE-K, CDR and MMT Score

K-DRS-R-98	Day 1	Day 2	Day 8	Day 15	Day 22
Sum of diagnostic items	6	6	4	2	2
Sum of severity items	25	33	11	4	2
Sum of non-cognitive items	13	19	3	2	1
Sum of cognitive items	12	14	8	2	1
Total	31	39	15	6	4
MMSE-K	18	16	22	26	26
CDR	2	2	1	0	0

MMT <sup>†</sup>	Day 1	Day 7	Day 10	Day 12	Day 16	Day 19	Day 22
Hip/knee/ankle	2/2/2	2/2/3+	2/3/3+	2+/3/3+	3+/3+/4	3+/3+/5	4/4/5

<sup>†</sup>Rt. lower extremity.

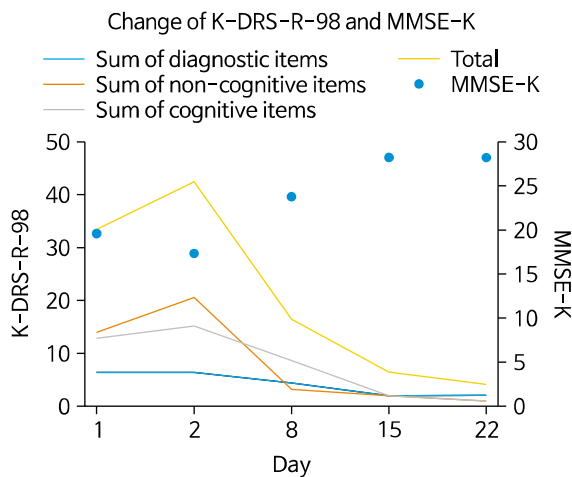


Fig. 1. Change of K-DRS-R-98 and MMSE-K during treatment period.

## 2) 한국판 간이 정신상태 검사(Mini-Mental State Examination-Korean, MMSE-K)

간이 정신상태 검사(Mini-Mental State Examination, MMSE)는 인지기능을 평가하기 위해 가장 널리 사용되고 있는 간단하고 정형화된 검사도구이다<sup>11)</sup>. MMSE-K<sup>12)</sup>는 MMSE의 실행증과 실서증 문항이 이해와 판단 문항으로 바뀌어서 검사할 수 있는 인지기능의 폭을 넓혔고, 문맹자들도 검사하고 정에 어려움이 없도록 보완되어 우리나라 실정에 맞게 개발한 것이다. 본 연구에서는 K-DRS-98의 항목 중 언어 및 지남력, 주의력, 단기 기억, 시공간 능력을 평가하기 위해 상응하는 MMSE-K의 항목들이 적용되었다. 개발자들은 24점 이상을 '확정적 정상', 20~23점을 '치매 의심', 19점 이하를 '확정적 치매'의 기준으로 정하였으며<sup>13)</sup>, 이에 따라 MMSE-K 24점 이상을 '정상', MMSE-K 24점 미만을 '인지

기능저하'로 나누어 평가하였다.

## 3) 치매임상평가척도(Clinical Dementia Rating, CDR)

CDR<sup>14)</sup>은 감퇴하는 인지 및 사회 기능 영역들을 고루 평가하기 위하여 기억력, 지남력, 판단력과 문제해결능력, 사회활동, 집안생활과 취미, 위생과 몸치장의 6가지 영역에 대한 평가에 기초하여 5단계로 평정하도록 구성되었다. 이를 통해 환자의 인지장애의 정도를 평가하고 치료계획을 설정하며, 치료에 따른 변화를 평가할 수 있다.

## 4) 도수근력검사(Manual Muscle Test, MMT)

근력을 평가하기 위한 도수근력 테스트<sup>15)</sup>는 0점부터 5점까지로 각각 점수에 따라 Zero, Trace, Poor, Fair, Good, Normal 6개 등급으로 구분하는데 미세한 차이를 나타내기 위하여 Poor+, Poor, Poor-와 Fair+, Fair, Fair-로 각각 세가지 단계의 등급으로 나누어 측정하였다.

## 13. 진단

- 1) F3290 우울증.
- 2) R268 보행 및 이동의 기타 및 상세불명 이상.
- 3) N3190 신경성 방광의 기능장애 NOS.
- 4) 변증: 심비양허(心脾兩虛).

## 14. 치료 기간

202\*년 08월 29일 ~ 202\*년 09월 20일(23일간).

15. 치료내용

1) 한약 치료

(1) 탕약

환자의 섬망, 인지저하, 수면장애, 우울, 허탈 등 동반 증상을 고려하여 영신귀비탕(寧神歸脾湯)을 복용토록 하였고 불면 완화를 위해 향부자(香附子)와 정신쇠약으로 석창포(石菖蒲)를 가하였다. 요실금으로 인한 음수량에 대한 우려로 초회 복용량은 1회 80 cc 시도한 뒤 입원 3일 차부터 100 cc로 증량하여 하루 3회 식후 복용하였다. 입원 2주차에는 하지의 가동성과 회복을 돕기 위해 우슬(牛膝), 두충(杜仲), 목과(木瓜), 녹각교(鹿角膠)를 가하였다. 입원 2주차부터 식사량 증대에도 대변난 호소하여 3주차에 도인(桃仁)과 지각(枳殼)을 가했다(Table 4).

(2) 엑스제

부소중에 따라 엑스제제(한국크라시에약품)를 사용하였다. 입원 4~23일 차까지 배뇨장애로 오령산(五苓散) 4 g qd hs, 입원 8일 차 불면으로 가미귀비탕(加味歸脾湯) 4 g qd hs 복용하였다.

2) 침구 치료

침치료는 0.30×30 mm 1회용 stainless호침(동방메디

컬, 한국)을 이용하여 1일 1회 사암침과 체침으로 15분간 유침했다. 사암침에서는 영수보사(迎隨補瀉)를 이용하였다. 유침 시 혈위적외선조사요법을 함께 시행하여 혈류 순환 및 주변 근육 이완을 도왔다.

뜸치료는 간접구(동방온구기, 한국)를 이용하여 中脘(CV12), 關元(CV4)에 1일 2회(오전, 오후 각 1회) 20분 시행하였다.

(1) 입원 1~12일 차: 정신 증상 관리를 중심으로 心正格(少衝 (HT9) 大敦 (LR1) 보 (補), 少海 (HT3), 陰谷 (KI10) 사(瀉)), 百會 (GV20), 膻中 (CV17), 中極 (CV3), 양측 天樞 (ST25), 風池 (GB20), 內關 (PC6), 우측 風市 (GB31), 血海 (SP10), 梁丘 (ST34).

(2) 입원 13일 차~퇴원일: 근위(筋痿)를 중심으로 肝正格(陰谷 (LR8) 曲泉 (KI10) 보 (補), 中封 (LR4), 經渠 (LU8) 사 (瀉)), 百會 (GV20), 양측 足三里 (LI10), 三陰交 (SP6), 太衝 (HT7), 우측 風市 (GB31), 血海 (SP10), 梁丘 (ST34), 委中 (BL40), 承山 (BL57).

3) 약침 치료

황련해독탕약침(자생원의탕전실, 한국)은 광조번심(狂躁煩心), 착오불면(錯語不眠) 등 정신 증상을 완화하기 위해, 자하거(紫荷藥)약침(자생원의탕전실, 한국)은 하지의 근위와 실조증상 개선을 위해 매일 1회 1 cc를 일회용 인슐린 주사

Table 4. Prescription of YeongShinGuibi-Tang

Duration	Herb	Pharmacognostic name	Dose (g)	Remark
Day 2 ~7	龍眼肉	Dimocarpus longan	8	Day 2: 3 dose #3, 80 cc, per 1 Day 3~Day 7: 3 dose #3, 100 cc, per 1
	酸棗仁	Zizyphus jujuba	6	
	白朮	Atractylodes japonica	6	
	白茯苓	Poria cocos	6	
	黃耆	Astragali Radix	4	
	人參	Gingseng Radix	4	
	日當歸	Angelica acutiloba kitagawa	4	
	生薑	Zingiber officinale	4	
	大棗	Zizyphus jujuba	4	
	遠志	Polygala tenuifolia	2	
	甘草	Glycyrrhiza uralensis	2	
	木香	Aucklandia lappa	1.2	
	加 香附子	Cyperus rotundus	8	
	加 石菖蒲	Acorus gramineus Sol.	4	
Day 8 ~17	加 牛膝	Achyranthis Radix	4	3 dose #3, 100 cc, per 1 day
	加 杜冲	Eucommiae Cortex	4	
	加 木瓜	Chaenomelis Fructus	3	
	加 鹿角膠	Cervi Cornus Colla	3	
Day 18 ~23	加 桃仁	Persicae Semen	4	3 dose #3, 100 cc, per 1 day
	加 枳殼	Aurantii Fructus	4	

기(성심메디칼, 30 G, 8 mm syringe)를 사용하여 혈위 당 0.2 cc씩 주입하였다.

(1) 입원 1~7일 차: 황련해독탕약침. 膻中 (CV17), 양측 心俞 (BL15), 양측 風池 (GB20).

(2) 입원 8~23일 차: 자하거약침(자생원의탕전실, 한국). 양측 陰陵泉 (SP9), 양측 崑崙 (BL60), 우측 承山 (BL57).

#### 4) 부항 치료

아로마오일(한의자연요법학회, 한국)을 라벤더 3, 유칼리 톱스 3, 페퍼민트 2 비율로 혼합하여 배수혈 선상에 도포한 뒤 가벼운 경근 마사지 후 멸균 소독된 도자기 부항컵(중, 현대한방의료기기, 한국)을 볼로 음압을 걸어 배수혈을 중심으로 1일 1회 5분간 시행하였다.

#### 5) 경피적전기신경자극(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS)

우측 하지 근육 기능 유지, 근피로도 완화를 위해 우측 하지 장딴지근 내외측과 넓다리넓은근의 내외측에 TENS(청우메디칼, 한국)를 1일 1회 욱안적 근수축을 일으킬 수 있는 강도로 15분간 시행하였다.

#### 6) 한의정신요법

매주 경과 및 평가에 따라 적합한 한의정신요법을 시행하였다. 입원 초기 지언고론요법(至言高論療法)을 중심으로 지남력을 유지하기 위해 반복적 교육을 시행하고 섬망과 관련한 다인실 이용에 대한 환경 관리, 수면 위생, 치료과정에 대한 충분한 설명 등을 시행하였다. 제반 증상의 전반적 완화와 의식의 명료함이 유지된 이후부터는 거동 제한 및 고립감 등 정동 변화 및 자살방지에 중점을 두어 외래 진료실 단독 공간에서 이정변기요법(移精變氣療法)과 오지상승위치료법(五志相勝爲治療法)을 시행하였다.

#### 7) 재활 운동 교육

입원 3일 차부터 가벼운 침상운동 및 관절 가동범위 운동으로 재활 운동 교육을 시행했으며, 증상의 호전에 따라 체중 부하를 점차 증가시키며 평행봉, 보조기 보행운동, 실내 자전거 타기 등 다양하게 구성하였다. 프로그램의 횟수와 시간은 점진적으로 늘려갔다.

#### 8) 양방 약물 협진

경과에 따라 필요시 본원 양방재활의학과에 협진 의뢰하여 양방약물을 투약하였다(Table 5).

#### 16. 치료경과

##### 1) 입원 당일

입원 사정 중에도 이따금 눈이 저절로 감기며 대화가 중단되는 등 명료(alert)와 졸음(drowsy) 사이를 오가는 각성도의 저하가 나타났다. 발음이 다소 명확하지 않을 때도 있었고, 가끔 연상이완이 발생하거나 두서없이 횡설수설하는 모습이 보이기도 하였다. 자살 시도에 대한 진술은 가족들과 불일치했고 기억의 일부는 소실이 되어있는 해리 증상이 나타났다. 의식이 명료해질 때면 “해가 지날수록 몸만 아프고 멀쩡한 곳이 하나도 없어요. 곧 죽을 것 같아요.”라고 말하는 등 건강에 대한 염려, 가족에 대한 불안을 지속적으로 언급하였다.

K-DRS-R-98에서 심각도 점수는 비인지적인 항목에서 24점 중 13점, 인지적 항목에서 15점 중 12점으로 39점 중 25점이었으며, 진단 점수는 6점으로 총 31점이었다. MMSE-K는 총 18점으로 지남력 부분의 저하가 두드러지게 나타났으며, 주의집중과 기억회상 영역 또한 실행하는데 어려움을 보였다.

발병 전 우측 하지 위약으로 지팡이 혹은 워커바를 이용하여 자립 보행 가능하였으나, 발병 후 전반적인 운동실조

Table 5. History of Medication

	Medicine	Dosage	Remark
Day 1	Beecomhexa Inj.	Normal saline 1,000 mL. mix IV	Discharge after 100 cc injection due to distension and lower abdominal pain Day 2 hs Day 3 mpc
Day 2~3	Acetaminophen	500 mg 1 Tab hs, mpc	
Day 3~10	Cravit Tab.	250 mg bid pc	

심화로 체위 전환 시 타인의 도움 없이는 불가능했다. 또한 자세 유지에 어려움이 있어 좌위 상태를 시도하면 침상 테이블 위로 쓰러지곤 하였다. 우측 하지의 MMT점수는 우측 고관절, 슬관절, 족관절 순으로 2점, 2점, 2점이었다. 또한 요실금 증상 심화로 요의와 별개로 실금이 지속되어 기저귀를 일증 착용 중이었다. 평소 수면장애로 브로마제팜 3 mg을 0.5 Tab. 혹은 1 Tab.을 취침 전 복용하였다고 하였으나 약물 중독에 노출된지 얼마 지나지 않은 시점으로 약물의 개입을 최소화하기 위해 복용을 중단하였다.

## 2) 입원 2~3일 차

입원 2일 차 새벽 침상에서 자꾸 내려오려 하거나, 낙상 방지 레일을 두드리는 등 소란 행위를 보였고 엄마를 계속 찾는 모습이 관찰되며 야간수면이 상실되고 주간에는 기면 증상을 보였고, 신체 전반적인 위약으로 몸을 가누지 못하여 침상 좌위 상태를 유지했다. 또한 식욕 저하로 입원일부터 죽 두 숟갈 정도 드시고는 섭취를 거부했다. 이에 체력 및 체중 저하에 대한 보조 처치를 위해 양방재활과에 의뢰하여 배꼽핵사를 정맥주사 하였으나 약 100 cc 주입된 시점부터 우하복부에서 전기가 오는 듯한 극심한 통증 호소했으며, 맥박은 102회/분으로 빈맥이 나타났고 작게 알 수 없는 소리로 중얼거리며 정신의 착란 상태가 관찰되어 투여를 중단하였다.

동일한 날 두 차례 각 200 mL 배뇨 후 저녁부터 요의 자각하나 배뇨 불가했으며 하복통이 재발생했고 횡설수설 하는 모습을 보였다. 복부팽만이 육안으로 관찰되어 nelaton을 시행하였고 500 cc 배출 후 통증은 완화되었으나 오히려, 한출이 동반되며 체온이 38.6°C로 측정되었다. 이에 양방재활의학과에 의뢰하여 아세트아미노펜 500 mg 1 Tab.을 복용하였고, 인지저하, 심계, 식욕감퇴, 실면, 권태와 의지 상실 등 심비양허(心脾陽虛)로 변증이 되어 정신증상과 허로 완화를 목표로 영신귀비탕을 처방했다.

섬망 평가를 재시행한 결과 MMSE-K에서는 주의집중 기능에서 점수가 하락하여 총 18점에서 16점으로 낮아졌고 CDR은 2를 유지했으나, K-DRS-R-98은 비인지적 항목이 13점에서 19점으로, 인지적 항목이 12점에서 14점으로 총 33점으로 증가했으며, 진단 점수 6점으로 총 39점으로 입원 당일 총 31점에서 크게 상승한 것이 확인되었다.

3일 차 새벽부터 체온은 정상범위로 내려왔으나 혈액

및 소변검사 결과(Table 1)와 임상증상을 고려했을 때 요로감염으로 진단되어 양방재활의학과 협진 하 크라비트정(levofloxacin)을 250 mg 1 Tab. bid pc로 투약하고 수면시간 확보를 위해 기존에 복용했던 명인브로마제팜(bromazepam) 3 mg 1 Tab.을 hs로 정규 복용하기로 하였다.

## 3) 입원 4일~7일 차

브로마제팜 투약 후 입면난은 소실 되었으나 중간 각성은 지속되어 야간 수면시간이 2~3시간, 주간에는 주간 기면이 유지되었으나, 입원 6일 차부터는 주간 수면시간이 1시간으로 대폭 감소하였고, 7일 차부터는 주간 수면 없이 일과를 보냈다. 또한 등반이 없이 좌위 상태를 2~3시간 유지하는 모습이 관찰되었고, 발목의 자력 움직임이 소폭 가능하였다. 또한 주변인들과 대화에도 적극적 참여하였는데 적절한 문장 구성과 감정의 표출이 관찰되었다.

배뇨통은 지속되었고 배뇨지연은 5분가량 소요되었다. 또한 요저류로 배뇨 시 하복부를 압박하며 보조해야 했다. 이에 입원 7일 차부터 배뇨장애 개선을 위해 오령산 4 g을 qd hs로 투여하였다.

또한 지언고론요법을 통해 치료의 의지를 높이고 의사와 환자의 신뢰 관계를 형성하고자 하였다. 환자의 이야기를 경청하여 환자가 처한 상황을 이해하려고 했으며 그 과정에서 안전의 장을 만들었다. 환자가 낯선 상황에서 혼돈을 겪지 않고 환경에 적응할 수 있도록 충분한 설명을 하였으며 환자의 신체, 정신의학적 상태에 대한 충분한 설명과 함께 필요한 치료에 대한 이해를 도왔다. 더불어 낙상 위험 예방과 재활 운동 교육을 실시하며 치료에 있어 환자-의사 간 협동이 라는 점을 강조하여 치료에 적극적으로 임할 수 있도록 격려하였다.

## 4) 입원 8~9일 차

8일 차 K-DRS-R-98 심각도 점수는 11점으로 비인지적 항목이 13점에서 3점으로, 인지적 항목에서 12점에서 8점으로 낮아졌다. 진단 점수 역시 6점에서 4점으로 낮아져 총 15점이었다. MMSE-K는 22점이었다.

양측 손으로 구조물 지지하 좌위에서 입위로 체위 변경 가능했으며, 외발 서기 운동 시행 시 좌측 하지 지지하 우측 발목 굴곡하여 지면에서 1 cm가량 들어 올릴 수 있었다.



배뇨통은 지속되어 야간뇨로 각성하여 추가적인 수면제 투약 원하였으나 익일 주간 활동량 감소 및 주간 수면시간 증가로 익일 수면교란 발생 가능성에 대해 설명하고 가미귀비탕 4 g을 투약하였다.

9일 차부터는 자력으로 일상생활이 소폭 가능해져 양치질을 스스로 할 힘이 생겼으며 주간에 요의 발생 시 휠체어로 화장실 이동 후 간병인을 최소한 지지하여 변기로 옮겨 앉을 수 있었다. 배뇨통은 입원일 대비 5/10 수준, 배뇨지연 시간도 3분 내외로 완화되었다고 하였다.

### 5) 입원 10일~14일 차

10일 차부터 야간 이상행동이나 수면 각성 주기의 반전은 나타나지 않았고, 대화 시 사고의 형태와 구조가 온전하였다. 배뇨지연은 3분가량 발생했지만 요저류로 인한 하복부 팽만감 별무하였고 하복부 압박 보조 없이 배뇨 가능했다. 활력징후의 이상 역시 발생하지 않았고 이에 요로감염 경과를 확인하기 위해 소변검사를 재시행했으며 이전 이상 항목에서 모두 정상범위로 확인되어 크라비트정 투약을 중단하였다. 그러나 잔존한 배뇨장애에 대한 치료 및 요로감염 재발을 막기 위해 요령산은 투약을 지속하였다. MMT 검사 시 우측 슬관절이 중력에 대항하여 굴곡이 가능하였다.

11일 차 식욕이 소폭 회복되어 “냉면이나 치킨 같은 걸 시켜 먹고 싶어요”와 같이 섭취 욕구를 표현하였다. 또한 식사 시 김밥을 스스로 말아서 드시는 모습이 관찰되었다. 보행 운동 시 우측 하지의 끌림은 유지되었으나 간병인 지지하네, 다섯 걸음 자력 보행이 가능하였다.

12일 차에는 고관절 굴곡이 20% 수준으로 가능했으며, 13일 차에는 지지 없이 양발로 10초간 자력으로 입위 유지 가능했다. 배뇨지연은 1분 정도로 줄어들었고 배뇨통 역시 입원일 대비 1/10수준으로 감소하였다.

해당 기간 동안 증상들이 전반적으로 완화되면서 오히려 자신의 질환과 처지에 집중되며 감정적 갈등을 보였는데, 이에 이정변기요법 중 정신전이법(精神轉移法)을 시행하였다. 병동의 해가 잘 드는 창가에서 외부 풍경을 바라보는 시간을 충분히 갖고 그 중 마음이 머무는 곳에 대해 이야기했다. 환자는 노랗게 물든 은행나무와 열매들을 보며 계절이 바뀌는 것처럼 나 역시도 나이가 들어가고 있음을 느꼈고, 그 과정에서 여러 변화가 있을 수 있다는 사실에 대해 알게 되었음을 공유하였다. 이런 속마음을 꺼내놓는 과정에서 환자가

자신의 리소스(resource)를 발견할 수 있도록 도와주었고, 본인의 삶 속에서 해낸 일들을 맺은 열매들에 비유하기도 하였다. 침 치료 전후로는 정서도인법(情緒導引法)을 시행하여 스스로 신체 조절이 가능함을 관찰토록 하여 자기효능감을 높이고 긴장, 불안, 우울 등의 정서 해소를 도모하였다.

### 6) 입원 15일~21일 차

입원 15일 차부터는 회복 속도가 빨라졌고, 15일 차 평가한 K-DRS-R-98 심각도 점수는 4점으로 비인지적인 항목이 3점에서 2점으로, 인지적 항목에서 8점에서 2점으로 단기기억을 제외한 모든 항목에서 낮아졌다. 진단 점수 역시 4점에서 2점으로 낮아져 총 6점이었다. MMSE-K는 26점이었다. 간헐적으로 단기기억에 어려움 겪는 모습 보였으나 전반적으로 인지기능에서 개선이 유지되었다.

입원 16일 차에는 양측 구조물 지지하 우측 하지로만 입위 유지가 10초 정도 가능했고, 우측 하지로 입위 후 슬관절의 굴곡과 신전이 소폭 가능하였다. 17일 차에는 워커바 보행을 하면서 병원 및 주변 환경에 대한 관심이 증대되었고, 운동에도 적극적으로 임하였으며, 구조물 지지하 1.5 m 보행에는 15초가량 소요되었다. 입원 18일 차에는 하지 소력감이나 우측 족부 끌림 없이 15분간 보행 운동이 가능했고 등반이 없이 좌위 유지는 5~6시간 가능하였다.

19일 차부터는 우측 발목은 완전한 가동범위가 가능했고 저항을 이겨냈다. 워커바 보행 중 방향 전환 시에 비틀거리는 등의 균형 부조화의 모습도 별무 하였다. 요실금은 지속되어 기저귀 착용을 유지해야 했으나 요저류나 배뇨통은 소실된 상태는 지속되었다.

반면 퇴원일이 다가오자 퇴원 후 자신의 건강 상태로 인해 가족들에게 피해를 끼칠 것이라는 걱정과 조카 부양을 충분히 하지 못할 것이라는 생각으로 초조해지거나 눈물을 글썽이거나 한숨이 많아지는 등 비관적인 모습과 우울감을 보였다. 이에 오지상승위치료법 중 희승비우(喜勝悲憂)의 방법을 시행하였다. 사전에 이정변기요법 시행 과정 중 찾은 자신의 희(喜)에 관한 리소스를 꺼낼 수 있도록 하였으며, 매일 하는 재활 운동 과제에 대한 성취와 MMT 개선 등을 확인하며 작은 성공의 즐거움과 만족감을 통해 우울감을 완화하고 낙관을 통해 사기를 진작시킬 수 있도록 하였다.

## 7) 입원 22일 차~퇴원일

22일 차 시행한 평가에서는 K-DRS-R-98 심각도 점수는 2점으로 비인지적인 항목이 2점에서 0점으로, 인지적 항목은 2점 그대로 유지했다. 진단 점수는 2점에서 0점으로 총합 4점이었다. MMSE-K는 26점이었다. MMT 평가에서 고관절과 슬관절에서 저항에 중간 정도 대항할 수 있는 모습을 보였고, 워커바를 이용하여 보행을 20분 이상 지속할 수 있었다.

치료 중 관찰된 이상 반응은 없었으며 본인이 자살을 시도했던 사실에 대해서는 기억하지만 과정이 드문드문 기억이 나서 정확치가 않지만 후회한다고 하였다. 이에 지언고론 요법을 시행하여 자살방지 교육과 요실금에 대한 관리, 보행 운동을 교육하고 지속적인 치료를 격려한 뒤 퇴원 조치하였다.

## 8) 퇴원 후 외래

퇴원 후 매주 2~3회 정기적으로 외래 내원하여 잔존 증상에 대한 치료를 받았다. 퇴원 후 섬망은 재발하지 않았으며 우측 하지 거상도 양호하여 퇴원 후 4주차 내원 시에는 본인도 모르게 지팡이를 두고 마트를 다녔다고 진술하는 등 일상생활에 복귀함을 확인했다. 또한 요실금 관련하여 비뇨기과에서 수술 권고받은 바 있으나 재검진 시 현 상태로는 약물치료도 가능하다는 평가를 받았다고 진술하였다. 6주차 내원 시에도 식사, 배설, 목욕, 옷 갈아입기 등 일상생활의 기본적인 동작을 스스로 해낼 수 있어 내원 횟수를 줄이기로 하였다.

## III. 고찰

노인인구가 지속적으로 증가함에 따라 지역사회 거주 노인과 병원에 입원한 노인에서 섬망과 관련된 문제들이 증가할 가능성이 높아지고 있다. 특히, 나이는 반복적으로 검증되고 있는 섬망의 선행요인 중 하나로, 노인은 생물학적 변화로 인해 신체기능과 회복 능력이 감소하여 섬망 발생에 취약하다고 알려졌다<sup>4)</sup>. 입원 노인 환자들에서 섬망은 사망률을 증가시키는 독립적 위험인자이며 섬망 환자의 사망률은 11~65%에 이르며, 재원 기간이 늘수록 사망률도 높아진다<sup>10)</sup>. 그럼에도 불구하고 많은 의사들이 섬망을 간과하는

경우가 많아서 33~66%에서 놓치고 있다는 보고가 있다<sup>17)</sup>. 또한 섬망은 환자의 사망률뿐만 아니라 장기적인 예후에 영향을 미치며, 환자의 삶 전체에 영향을 미치기 때문에 환자의 병원 입원 시점부터 섬망을 주기적으로 사정하고 조기에 예방하는 것이 필요하다<sup>18)</sup>.

국내 섬망 환자 치료를 위해 약물 중재를 사용한 경우는 85.6%로 상당히 높은 비율로 임상에서 사용되고 있는데 항정신성약물의 사용은, 졸음, 입 마름, 변비, 체중증가 등과 같은 부작용을 초래하며, 약물 중재는 다약제를 복용하고 있는 노인 환자의 경우 약물 간 상호 작용까지 고려해야 한다는 제한점이 있다<sup>4)</sup>. 이러한 약물 중재가 섬망 예방에는 별다른 효과가 없음이 밝혀지며, 체계적 문헌고찰과 메타분석들은 항정신병약물이 입원기간, 이환기간, 사망률 등 섬망의 임상 결과를 개선 시킨다는 근거가 부족함을 지적하고 있다<sup>2)</sup>.

본 사례의 환자는 음독 시도 한 달여전부터 지속적인 우울감과 생애 대한 무가치감을 호소했으며 불면의 심화, 뚜렷한 흥미 및 식욕 저하, 거의 매일 나타나는 피로와 활력의 상실과 사고력이나 집중력의 감소가 관찰된 환자로 진정수면제 음독 후 1차적 의식저하가 발생했고, 뒤이어 기저 질환인 요실금의 심화로 2차적으로 섬망이 악화되었다. 이에 우울증과 방광기능의 장애, 보행 및 이동의 이상으로 진단하였으며, 입원 사정시에 섬망의 위험인자가 파악되어 입원 초기부터 섬망에 대한 평가를 진행하였다.

섬망 진단과 심각도의 정도 및 변화를 평가할 수 있는 K-DRS-R98을 사용했고, 연령 및 뇌경색의 과거력, 우울증과 같은 치매의 위험인자를 가지고 있어 치매와의 감별을 위해서 MMSE-K와 CDR을 실시하였다. 또한 상황은 섬망 발생 전 자립보행이 가능하였으나, 음독 후 보행장애가 발생하였다. 보행 장애 등은 지금까지의 연구에서 섬망의 위험 및 악화인자로 알려져 있기 때문에<sup>3)</sup> 적극적인 보행장애 개선에 대한 평가에 따른 중재 반응과 기타 신경학적 장애의 배제를 위해 MMT를 매일 평가 하였다.

입원 당일 K-DRS-R-98에서 심각도 점수 39점 중 25점으로 비인지적인 항목에서 24점 중 13점, 인지적 항목에서 15점 중 12점으로 평가되었고, 진단 점수는 6점으로 총 31점이었다. MMSE-K는 총 18점으로 지남력 부분에서 저하가 두드러지게 나타났으며, 주의집중과 기억회상 영역 또한 실행하는데 어려움을 보였고, CDR은 2였다.

입원 2일 차에 발열 및 급격한 상태변화를 보여 다시 시

행한 검사에서는 K-DRS-R-98에서 비인지적 항목이 13점에서 19점으로, 인지적 항목이 12점에서 14점으로 총 33점으로 증가했으며, 진단 점수 6점으로 총 39점으로 크게 상승하였다. MMSE-K에서는 주의집중 기능에서 점수가 하락하여 총 16점이었고, CDR은 2를 유지했다. 혈액검사와 요 검사 결과에서 나온 이상 수치와 배도장애와 관련된 임상증상을 종합했을 때 요로감염으로 인한 섬망이 악화되었음을 짐작할 수 있었고, 이에 양방재활의학과에 협진 하 크라비트정(levofloxacin) 500 mg을 투약하기 시작했다.

그러나 섬망을 일으키는 요인 중 항생제는 cephalosporin, macrolide, quinolone 등 다양한 종류에서 섬망 및 졸음을 유발하는 것으로 나타났다<sup>19)</sup>. 특히 본 증례 환자에게 투약된 quinolone계 항생제인 levofloxacin과 ciprofloxacin 등은 GABA(gamma-aminobutyric acid) receptor에 결합, GABA antagonist로 작용하여, 중추신경계에 자극을 줌으로써 섬망 등을 유발할 수 있다고 알려져 있다<sup>19)</sup>. 따라서 급성 증상이 완화되고 활력징후 등이 안정된 이후부터는 항생제 처방을 중지하고 오렐산을 투약했다. 오렐산은 저령(猪苓), 택사(澤瀉), 백출(白朮), 복령(茯苓), 육계(肉桂)로 구성되어 있다. 체내 수분대사 이상으로 수습(水濕)이나 담음(痰飲)의 정체로 나타나는 질환 병증이 함께 나타날 때 이수삼습(利水滲濕)하고 온양화기(溫陽化氣)<sup>20)</sup>하여 수분 균형에 도움을 주는 처방이다. 더불어 정서적 안정을 도모하기 위해 심신노상(心身勞傷)으로 정신단소(精神短少), 건망(健忘), 경계(驚悸), 불면(不眠), 천면(淺眠), 불욕식(不慾食) 발열(發熱), 심사불안(心思不安)한데 쓰이는 [晴崗醫鑑 虛損]의 영신귀비탕을 통해 정신적 안정과 영양의 균형을 도모하였다. 또한 섬망 환자는 이탈된 수면각성 주기를 바로잡아주는 것이 필요한데 낮에는 필요 이상의 수면을 취하지 않도록 환자와 간병인을 교육하고, 휠체어를 타고 햇빛이 있는 곳에서 지내도록 하여 야간에 멜라토닌 분비를 촉진시킬 수 있도록 도왔다. 밤에는 야간수면을 위해 평소 복용하던 브로마제팜 3 mg을 취침 전 투약하였다. 그럼에도 불구하고 입원 초기에는 완고한 야간 수면 박탈이 있었으나, 환자가 진정수면제의 중독에 노출되었던 점과 노인 증독 환자의 경우 청장년 증독 환자의 사망률보다 5배 이상 높다는 연구 결과<sup>21)</sup>를 고려하여 합병증과 위험성을 낮추기 위해 진정수면제의 추가 복용은 지양하고 엑스제 가미귀비탕 4 g으로 대체 투약했다.

또한 보행장애는 지금까지의 연구에서 섬망의 위험 및 악

화 인자로 알려진 것 중 하나인데, 이를 방지하기 위해서 주간에 적극적으로 재활운동요법을 꾸준히 시행하고 침구, 약침, 부항치료 등과 정기적인 MMT 평가를 통해 제반 증상 관리와 조기 보행을 촉진 시켰다. 한의정신요법으로는 지언고론요법, 이정변기요법, 오지상승위치료법을 통해 정서적 지지와 호전에 대한 확신, 자살 사고 예방 등을 통해 정신적 안정감을 유지시키도록 했다.

섬망 증상 완화 이후에도 K-DRS-R-98, MMSE-K, CDR을 평가하였는데 15일 차와 퇴원 전일 K-DRS-R-98의 진단 점수는 2에서 0점이었고, MMSE-K는 26점으로 동일하게 추가적인 개선은 없었다. 비록 MMSE-K 점수가 26점 이상은 확정적 정상범위라고 해도 단기기억에 대한 같은 영역에서 일관되게 점수가 낮은 것과 연령과 과거력의 치매 위험 인자를 보았을 때 향후 경도인지장애에 대한 추적관찰이 필요함을 시사해준다.

본 증례보고는 섬망에 대한 다양한 평가와 한의복합중재로 섬망 증상의 호전을 확인할 수 있었으나, 인지기능 평가를 위해 시행한 MMSE-K의 경우 흔히 검사를 반복하면 연습효과로 인해서 점수가 상승할 것이라고 기대할 수 있으며 실제로 3개월 간격으로 MMSE를 실시하였을 때 연습효과로 인해서 재검사 점수가 상승하였다는 연구 결과가 보고된 바가 있는 만큼<sup>22)</sup> 짧은 주기로 평가되어 학습으로 인한 점수 변화에 유의성이 고려되지 않았다는 점에서 한계가 있다. 또한 단일 증례보고라는 점에서 근거 수준이 높지 않으며, 한의복합중재 중 특정한 중재가 호전도에 얼마나 영향을 주었는지 개별 효과에 대해서는 검토하기 어렵다. 더불어 본 증례는 정신과적 응급상황으로 분류되는 환자였으나 입원 당시 섬망 증상으로 인한 의식력 저하 및 전반적 신체 위약으로 자력으로 일상생활이 어려웠던 환자로 자살 행동에 대한 평가가 어려웠다. 섬망 증세 회복 후 자살 사고 및 방지와 관련한 정신요법을 시행하였고, 퇴원 후 지속적인 관리가 이루어졌으나, 정신의료기관에서 퇴원한 환자는 자살위험도가 30배 이상 높고, 특히 퇴원 후 1년 동안 위험도가 매우 증가하는 것으로 알려져 있기 때문에 정신건강의학과 입원 환자에서 자살 행동 관련 요인을 탐색하는 것이 중요하데<sup>23)</sup> 해당 증례는 입원 기간 중 위기 중재 개입 및 자살 행동, 위험요인 등에 대한 정기적인 정신의학적 평가가 부족하였다.

그럼에도 불구하고 섬망 발생률 감소에 대한 연구들은 지

남력 제공, 조기 보행 촉진, 영양 지지의 3가지를 공통점으로 제공하고 있는데<sup>4)</sup>, 한약처방과 한의정신요법 등 한의복합증재가 이에 상응하는 방법으로 유의미하며 궁극적으로 신체적, 정서적, 사회적, 기능적 독립성을 유지하거나 향상시킬 수 있음을 확인할 수 있었다. 또한 노인 환자의 초기 섬망 평가를 통해 빠르게 섬망을 진단하고 위험 원인을 초기에 발견하여 교정했다는 점과 치매의 병력이 뚜렷하지 않은 노인에서 발생한 섬망도 치매의 경도 징후일 가능성이 있어 섬망 증상이 호전된 후에도 주기적 인지기능검사를 실시하여 동반된 경도인지장애의 유무를 파악한 점에서 노인 입원 환자에 대한 섬망의 종합적 평가의 필요성을 확인했다는 데 의의가 있다.

#### IV. 결론

진정수면제로 음독 후 의식 저하 및 신체 위약으로 입원한 노인 섬망 환자에 대한 경과를 살펴본 결과 다음과 같은 결론을 얻었기에 보고하는 바이다.

섬망의 치료와 재발 방지를 위해 섬망 증상 악화 가능성이 큰 정신과 약물은 최소화하고, 한약 처방, 한의정신치료를 통해 정서 문제 및 자살 시도 예방에 대한 관리에 도움을 줄 수 있으며, 침구 치료 및 재활 운동 요법 등 한의복합증재가 신체-정신 전반적인 회복에 도움을 줄 수 있을 것으로 사료 된다. 향후 섬망에 대한 한의치료에 대한 전향적인 연구설계 등 다양한 연구들이 모여 효과와 안전성을 검증받아 섬망에 대한 적극적인 증재에 활용될 수 있길 바란다.

#### REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth Edition (DSM-5®). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Park JS, Kim JJ, Park SJ, Kim SM, Park JY. Clinical Course according to Antipsychotics Prescription Pattern in Delirium. Korean J Psychosom Med. 2017;25:120-8.
3. CS Im, SM Cha, JH Kim, JM Lee, JL Kim. Retrospective Study on the Development and Outcome of Delirium in Elderly Inpatient. J Korean Soc Biol Ther Psychiatry. 2012;18:186-92.
4. You SB, Lee JH. A Systematic Review of Non-pharmacological Interventions for Delirium Prevention in Elderly Inpatients. J Korean Acad Fundam Nurs. 2021;28:249-62.
5. Shin JY, Moon YS, Lee JM, Uhm KE, Jeong MY, Choi JK, Kim YS, Kim KJ. Clinical Practice Guideline for Screening of Delirium in Hospitalized Older Adults. Korean J Fam Pract. 2018;8:645-53.
6. Min SS, Kim YK, Kwon JN. Clinical Report on the Byun-jo Accompanied Delirium. The Journal of Korean Oriental Physiology and Pathology. 2005;19:1715-9.
7. Seo MJ, Yuk SW. A Study on the Jeon Kwang Pyun of the Young Chu. Journal of Korean Medical classics. 1998;11:360-94.
8. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. Neuropsychiatry of Korean Medicine. Seoul: Maver Publishing. 2018:674-9,719-20.
9. Ku BD, Hong JH. Clinical Approach to the Patients with Delirium in the Neurocritical Care. J Neurocrit Care. 2010;3:27-37.
10. Lee J, Lee HJ, Kim SY, Kim JL. A Study for the Diagnosis, Severity and Subtypes of Delirium Using the Korean Version of Delirium Rating Scale-Revised-98 (K-DRS-98). J Korean Soc Biol Ther Psychiatry. 2008;14:2008.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-98.
12. Kwon Y, Park J. Standardization of Korean Version of the Mini-Mental State Examination(MMSE-K) in the Elderly. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 1989;28:125-35.
13. Park JH, Kwon YC. Standardization of Korean Version of Mini-Mental State Examination (MMSE-K) for use in the elderly. Part II. Diagnostic validity. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 1989;28:508-13.
14. Oh BH, Cha KR, Hong CH, Kim JH. Characteristics of behavioral and psychological symptoms by dementia stage: evaluated by the Korean version of neuropsychiatric inventory. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 2004;43:596-602.
15. Choi IS. Steps to internal medicine. 3rd ed. Seoul: Jeongdam Publishing. 2008;59-62.
16. Trzepacz PT. The neuropathogenesis of delirium. A need to focus our research. Psychosomatics. 1994;35:374-91.
17. Jones RN, Kiely DK, Marcantonio ER. Prevalence of delirium on admission to postacute care is associated with a higher number of nursing home deficiencies. J Am Med Dir Assoc. 2010;11:253-6.
18. Abraha I, Rimland JM, Trotta F, Pierini V, Cruz-Jentoft A, Soiza R, et al. Non-pharmacological interventions to prevent or treat delirium in older patients: clinical practice recommendations the SENATOR-ONTOP series. Journal of Nutrition, Health & Aging. 2016;20:927-36.
19. Cho HN, Lee OS, Lim SC. Evaluation of Drug Use Causing Delirium and Drowsiness in Elderly Patients of Korea. Kor. J. Clin. Pharm. 2012;22:30-40.
20. Kim SK, Lee SH. Drug-likeness and Oral bioavailability for

Chemical Compounds of Medicinal Materials Constituting Oryeong-san. *Kor. J Herbol.* 2018;33:19-37.

21. Kim BK, Jung SY, Jung KY. Characteristics of elderly patients with acute poisoning. *J Korean Soc Clin Toxicol.* 2010;8:61-8.
22. Tombaugh TN. Test-retest reliable coefficients and 5-year change scores for the MMSE and 3MS. *Arch Clin Neuropsychol.* 2005;20:485-503.
23. Kim H, Kim JW, Kang HJ, Kim SY, Lee JY, Kim JM, Shin IS, Yoon JS, Kim SW. Factors Associated with Suicidal Behavior of Psychiatric Inpatients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc.* 2019;58:202-8.