

치매에 대한 한의학적 임상연구

경희대학교 한의과대학 신경정신과학교실

황의완 · 김종우 · 이조희 · 엄효진 · 이승기

서 론

치매란 일정수준에 도달한 또는 한번 습득된 지적능력의 현저한 저하라고 정의하고 있지만 명확히 통일된 것은 아니라고 하였으며³²⁾, 임상적으로는 뇌의 질환으로 인해 생기는 하나의 증후군으로 대개 만성적이고 진행성으로 나타나며, 기억력, 사고력, 지남력, 이해력, 계산능력, 학습능력, 언어 및 판단력 등을 포함하는 고도의 피질기능의 다발성 장애로 일컬어진다³⁴⁾ 라고 되어 있다. 이 질환은 60-65세의 경우 1000명당 1명, 65세 이상에서는 100명당 4명, 85세 이상에서는 약 절반 정도의 유병율을 가진 노인성 질환으로³⁸⁾ 우리나라에서도 약 10%에 달한다.²⁷⁾ 또한 여타의 만성 노인성 질환과 함께 일상생활 지장 정도를 비교해 보면 많은 지장이 78.3%, 약간 지장이 17.4%, 합계 95.7%로, 뇌졸중(94.0%)이나 암(61.7%)보다 많은 지장을 주는 질환이고⁸⁾, 특히 알츠하이머형인 경우 같은 연령에 비해 2배에서 4배 정도의 사망율을 가지며, 75세에서 85세 연령층에서 3-4번째의 사망율을 기록하고 있는 심각한 질환이다⁴²⁾.

치매 증상을 가진 환자를 보면 전체 환자의 50%가 알츠하이머형이며, 혈관성이 22%, 두가지가 동시에 오는 경우가 14%이며, 나머지 14%가 원인적 치료가 가능한 우울성 가성치매와 수두증, 경막하혈종, 신경매독, 대사성 및 내분비질환으로 유발된 것이며⁴³⁾, 우리나라의 경우도 알츠하이머형이 61.5%, 혈관성이 12.8%, 알츠하이머형과 혈관성의 혼합형이 9.0%의 비율로 존재

한다²⁾.

이 질환에 대한 확실한 진단은 뇌생검이나 시검으로 가능하지만 임상적인 방법과 방사선 검사로도 높은 정확도를 가지는데³⁷⁾ 특징적인 증상과 더불어 임상 검사로서의 MMSE(Mini-Mental Status Examination)³³⁾, 방사선 검사로서의 CT나 MRI, 핵의학 검사로서의 SPECT, PET 등이 널리 활용된다⁴¹⁾. 관리로서는 비약물요법으로서의 행동지방법과 신경이완제, 진정제, 항불안제 등의 행동증상을 막는 방법, 그리고 기억과 인지능력을 유지시키는 약물요법 등이 활용된다³⁵⁾.

한의학의 고대 醫書에서는 인간의 수명을 대략 100세에서 120세 정도로 보고 있으며¹⁹⁾, 老化에 대하여 黃帝內經의 [靈樞.天年篇]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 있다¹⁶⁾. 치매에 대한 최초의 언급은 明代 이후의 서적에서 처음으로 呆病, 痴獸로 기술되어 있으나^{24,26,28)} 나이와의 연관성이 없어 노인성 치매라고 단정할 수는 없지만 증상에 있어서는 많은 유사성을 볼 수 있으며, 그 외 기억력 장애를 문제로 하는 健忘 등에서도^{14,18)} 치매와 유사한 증상 등을 볼 수 있으며, 현재 중의학에서는 치매를 呆病과 健忘을 근거로 하여 辨證施治하고 있는데 알츠하이머형 치매는 虛證과 實證으로 나누며^{17,21,23,29)}, 혈관성 치매는 痰, 瘀血로 나누어 치료하고 있다^{20,22,27,30)}.

사상의학은 정신 심리적 안정을 치료의 수단으로 삼는 심신균형적 방법으로 여러 성인병과 난치병에 응용되고 있는 의학으로^{1,5,12)} 치매치료에 의미가 있을 것으

로 사료되어 저자는 1994년 2월부터 1996년 2월까지 본원 신경정신과에 내원한 환자를 질병유형별, 체질별로 관찰하면서 사상의학적인 치료와 일반 한의학적 치료를 시행하여 의미 있는 결과를 얻었기에 임상고찰을 통하여 보고하는 바이다.

종 레

1. 대상

1994년 2월부터 1996년 2월까지 본원 신경정신과에 내원한 치매 환자 21명을 대상으로 하였다.

2. 치매의 진단

내원한 환자 중 알츠하이머형은 金子滿雄이 저술한 [노인성 치매의 바른 지식]에 준하여 전치매, 경증 치매, 중증 치매로 분류하여 진단하였고,³¹⁾ 알츠하이머형과 혈관성 치매의 구별은 CT, MRI, SPECT 등의 검사를 통하여 감별진단 하였다.

3. 체질의 분석

치매환자는 일반적 체질진단방법인 설문지 검사나 환자 본인의 진술에 근거한 체질분석은 거의 불가능하므로 주로 보호자와의 면담과 환자의 체형 및 맥 등에 근거하여 분석을 하였으며⁶⁾, 내원시의 체질분석에 오류가 있다고 판단되었을 경우 수정하였다.

4. 치료

내원한 환자 중 알츠하이머형 치매환자는 체질을 분류하여 이에 적합한 약물요법과 침치료를 시행하였으며, 혈관성 치매의 경우는 일반적인 한의학적 증풍치로법과 체질치료법을 병행하여 치료하였다. 약물요법으로는 태음인은 주로 조위승청탕 등을, 소음인은 향부자팔물탕, 사향소합원 등을, 소양인은 형방지황탕 등을 활용하였으며¹¹⁾, 침치료는 체질침법인 태극침법을 활용하였다³⁾. 일반적인 치료법으로는 성향정기산, 우황청심환

등을 주로 사용하였다¹⁵⁾.

5. 치료결과

치료 효과는 일상생활에 지장이 없는 정도로 개선된 경우는 ++, 증세가 호전된 경우는 +, 변화가 없는 경우는 0, 악화된 경우는 -로 하여 치료를 평가하였다.

6. 대표적인 증례로서는 치매 유형별 및 각 체질별로 나누어서 기술하였으며 이차성 치매로서는 NPH(정상압 수두증)를 선정하였다.

증례1: <Alzheimer형 치매 (전치매, 소음인)>

71세 남환으로 과거력과 가족력은 특별한 것이 없었다. 평소 논리 정연하게 이야기하는 성격인데 내원 1개월 전부터 말을 할 때 앞뒤가 맞지 않게 이야기를 하게 되고, 기억력이 갑자기 떨어지면서 바로 조금 전의 상황을 기억 못하는 증상이 나타나 본과에 내원하게 되었다. MRI 검사상 뇌위축 외에는 특별한 이상소견이 나타나지 않아 알츠하이머형 치매 초기 증세로 보였으며, 소음인 체질로 판단되어서 주 5회 정도 침치료(태극침법)를 하면서 체질에 적합한 처방으로 치료하여 40일 후 거의 정상 상태로 회복이 되었다.

증례2: <Alzheimer형 치매 (경증치매, 태음인)>

78세, 약간 수척한 체격, 예민한 성격의 여환으로 과거력으로는 약 10년 전 연탄가스 중독으로 인근 병원에서 치료를 받았고, 수 년 전부터 고혈압을 인지한 것이 있었으며, 가족력상 특이사항은 없었다. 보호자가 처음 증상을 인지한 후로부터 약 1개월 뒤 입원하였는데, 입원할 당시 상황은 자신의 이름이나 자녀들의 이름도 기억하지 못하는 장·단기 기억력 장애, 손가락질이나 단추 잠그는 등의 간단한 행동에도 장애가 나타나는 실행능력의 장애나 실어, 실인증 등의 인지 장애, 시·공간 및 자신에 대한 지남력 장애와 야간 배회 그리고 우울증의 양상이 나타났다. CT상 이상이 없었으나, SPECT에서 좌측 전두두정엽 피질부위에 혈류량의 감

소가 나타나 알츠하이머형 치매로 판단하였으며, 기타 검사상 특이 소견은 보이지 않았다. 치료에 있어서 처음에는 소음인으로 보아 10일 정도 치료를 하였으나 증상의 변화가 보이지 않아서 다시 체질을 태음인으로 수정하여 태음인 치료를 15일 이상 시행한 후부터 차츰 효과가 나타나기 시작하였다. 치료가 진행됨에 따라 능동적인 언어 표현이 늘어나고 기억력의 뚜렷한 호전이 나타났으며, 시·공간 지남력의 호전도 보이기 시작하였다. 퇴원 후 5개월여에 걸친 외래치료로 현재는 예전의 생활과 거의 다른없는 생활을 하고 있다.

증례3: <Alzheimer형 치매 (경증치매, 소양인)>

61세, 평소 급한 성격의 남환으로, 과거력으로 1개월 전 위염으로 local병원에서 치료받은 적이 있었으며, 가족력에는 특이사항이 없었다. 처음 증상이 나타나기 시작한지 1개월여 후 본원에 입원하였는데, 입원당시 환자는 현대통령 이름을 박정희라고 하였으며, 조금 전에 식사한 것을 기억 못하였고, 사망한 부친을 살아있다고 하였으며, 결혼한 자녀들을 결혼하지 않았다고 하는 등 장·단기 기억력 장애가 심하였다. 그리고 병실과 집을 구분 못하고 오전, 오후를 구별 못하는 등 시·공간에 대한 지남력, 수리력 및 이해력, 판단력 등이 현격히 떨어져 있었고, 심한 불안 증상이 있었다. MRI상으로는 뇌위축의 소견이, SPECT상으로는 전두엽 부위에 혈류량의 감소가 있는 등의 검사소견과 환자의 임상증상을 종합하여 판단한 결과 알츠하이머형 치매로 진단되었고, 기타 검사상에는 특별한 이상이 없었다.

치료에 있어 체질감별이 모호하여 어려움이 있었다. 처음에는 소음인으로 판단하여 20여일간 치료를 하였으나, 두드러진 상태의 변화가 나타나지 않았다. 다시 소양인으로 체질을 수정하여 15일 정도 치료한 결과 기억력이나 지남력 장애, 이해력 등이 어느 정도 호전되기 시작하였으며, 불안증상도 차츰 줄어들어 환자가 안정된 양상을 보이기 시작하였다. 1개월여의 입원 치료 후 퇴원하였는데 추적조사에 의하면 기억력 장애 등 치매 증상도 어느 정도 호전된 양상을 보였으나, 현재는 환자의 가정 형편으로 인해 치료를 중단한 상태이다.

증례4: <혈관성 치매(태음인)>

61세, 약간 비만한 체격이며 평소에 남편에 대한 의심이 많고 자식들 앞에서도 남편을 때리는 등 폭력적인 성격을 가지고 있어 가족간의 불화가 심한 편이었다. 과거력으로는 평소에 만성 두통과 관절통으로 진통제와 드링크류를 수시로 복용하였고, 고혈압으로 혈압약도 간혹 복용하였으며, 심장의 비대도 있어서 모대학병원에서 입원 치료를 받은 적이 있었다. 가족력으로는 특이사항은 없었으며, 내원 5일 전부터 증상이 나타나기 시작하였다. 입원 당시 가족들의 이름이나 사물의 이름도 전혀 모르고 모든 질문에 모른다고 일관하거나 웃어 버리는 등의 장·단기 기억력 장애 및 인지장애와 어눌한 언어, 두통과 현훈이 나타났으며, 계산 능력이 거의 없었고, 시간과 공간에 대한 지남력도 없었으며, 감정조절장애의 양상이 있어 화를 잘내었다. MRI 검사상 측두엽에 아급성의 경색과 측뇌실 백질부와 뇌교에 다발성 경색의 소견이 있었으며, 질분비물이 심하여 초음파검사를 하였으나 이상이 없었고, 그 밖의 검사에서도 특별한 이상은 없었다.

치료에 있어서는 15일여간 腸胃의 實熱을 瀉下하는 한의학적인 일반 치료를 시도하였으나 증상의 호전이 보이지 않아 다시 체질치료로 전환하여 태음인 치료를 시도하였다. 이후 기명력 장애 등에는 다소의 호전이 보였으며, 이후 외래로 3개월 정도 치료한 결과 대화가 느리기는 하나 의사소통에 커다란 지장이 없을 정도로 호전되었다.

증례5: <혈관성 치매(소음인)>

53세, 보통 체격, 내성적이면서 과묵한 성격의 남환으로 과거력으로는 10년 전부터 고혈압을 인지하였으나 특별한 치료는 받지 않았고, 가족력으로 모친의 당뇨병이 있었다. 과음하고 난 다음날 갑자기 발병하였으며, 특별한 치료를 받지 않고 있다가 증상이 점점 심해지자 6개월이 지난 후 본원에 내원하게 되었다. 입원 당시 상황은 대변을 보고도 그 사실을 모르고, 병실을 찾아 오지 못하며, 질문에 대한 반응이 느리고, 사지의 소력감과 대화시 대답이 느리며, 인지기능의 장애가 있

었다. SPECT 검사상에서는 뚜렷한 혈류감소의 소견은 나타나지 않았으나, MRI 검사상에서 뇌교, 시상, 기저핵과 측뇌실백질부 등에 다발성 경색이 나타나 혈관성 치매로 진단되었으며, 기타 검사상에는 특이소견은 없었다. 15일 정도 입원하여 소음인 치료를 받았는데 5일 정도 지나면서 부터 차츰 공간지남력과 인지력의 호전이 나타나기 시작하더니 퇴원할 당시에는 대변실금도 사라지게 되었으나, 사지소력의 호전은 두드러지지 않았다. 외래로 40여일 동안 치료한 결과 치매증상은 거의 정상상태로 회복되어 본인은 직장을 다니고자 하나 정서적으로 다소 불안정한 상태가 있어 고도의 지적능력이 요구되는 본인의 현직업에는 어려움이 있어 현상태에 맞는 직업을 구하도록 권유하였다.

증례6: <혈관성 치매(소양인)>

73세, 마른 체격, 급한 성격의 남환으로 과거력으로는 3년 전부터 고혈압을 인지하였고 간헐적으로 두통이 나타나는 정도 외에는 건강한 생활을 영위한 편이었으며, 가족력으로는 동생이 C.V.A가 있었다. 내원 20일 전부터 증상이 나타나기 시작했으며, 입원 당시 집주소나 자녀들의 이름, 바로 전에 식사한 것을 모르는 등 장·단기 기억력 장애와 시간, 장소를 인지하지 못하는 지남력 장애, 그 외 가끔 대소변실금 등의 증상이 나타났다. MRI상 다발성 뇌경색이 있었고 갑작스런 발병과 여타의 증상으로 보아 혈관성 치매인 것으로 판단되었으며, 기타 검사상 중성지방이 높게 나타났고, 국소적인 기관지확장과 좌심실비대가 보였다. 27일 정도 입원하여 한의학적인 일반 치료와 체질 치료를 병행하였는데 체질 감별에 모호함이 있어 커다란 변화가 없었으나, 퇴원 10여일 전부터 소양인 체질로 보고 체질치료를 하였고 외래로도 계속 치료를 한 결과 2개월이 지난 상태에서 기억력 및 지남력, 판단력 등이 거의 정상적인 상태로 호전되었다.

증례7: <NPH로 인한 2차성 치매(소양인)>

71세, 마른 체격, 활발한 성격의 여환으로, 과거력으로는 4년 전 기관지염으로 치료를 받은 것 외에는 이

상소견은 없었고, 가족력으로는 모친과 언니의 치매 이환이 있었다. 발병이후 여러 병원을 다니다가 1년여 후 본원에 입원하게 되었는데 입원 당시의 상황은 단기 기억력 장애와, 하의가 내려갔는데도 모르거나, 신을 신은 채 침대위에 올라가는 등의 인지기능의 장애를 동반한 치매증상과 발열감, 소변빈삭 및 약간의 보행장애 등 전형적인 정상압수두증의 양상을 나타내고 있었다. MRI상 뇌위축과 NPH의 소견이 있었고, SPECT상 우측 중대뇌동맥 영역에 허혈성 변화가 있었다. 기타 검사상 기관지확장증의 소견이 있는 것 외에는 특이한 이상소견은 보이지 않았다.

치료에 있어서는 소변빈삭이 너무 심하므로 이를 위주로 한 소양인 체질치료를 시도하였는데, 입원당시 하루 십수 회에 이르던 소변횟수가 20여일의 입원 후 퇴원할 당시에는 3-4회로 안정되었다. 하지만 치매증상은 커다란 변화가 없었다. 6개월 후 요통과 치매증상의 악화로 본원에 재입원하게 되었는데, 처음에는 딸을 조카라고 하는 등 주위의 가족들을 알아보지 못하고 장소나 시간을 정확히 인식하지 못하는 등 장·단기 기억력 장애와 시·공간에 대한 지남력 장애 및 인지장애, 보행장애, 요실금의 증상이 있었다. 2개월여에 걸쳐 일반적인 한의학적 치료를 시도한 결과 딸을 제대로 알아보는 등 주위 사람들에 대한 인지도도 향상되고 시·공간의 지남력도 거의 정상으로 회복되었으며, 그 전에는 볼 수 없었던 감정적인 표현도 늘어나는 등 치매증상은 많은 호전을 보였으나, 보행장애 및 요실금은 커다란 진전을 보지 못했다. 아울러 입원 당시에 비해 몸놀림도 훨씬 가벼워진 상태에서 퇴원하게 되었다.

7. 전체 증례

알츠하이머형과 혈관성, 그리고 알츠하이머형과 혈관성의 혼합형, 기타 치매(NPH)로 나누어 다음에 정리하였다.(Table I. II. III.)

Table 1. Cases of Alzheimer type dementia

No	Sex/Year	Onset (ago)	Symptom								Classification	Brain Imaging Scan (MRI-M, CT-C, SPECT-S)	Constitution	Treatment Method	Treatment Period (Mths.)	Degree of improvement	
			Decreased volition & Masked face, Apathy	Short-term memory impairment	Long-term memory impairment	Disorientation	Acacia	Agnesia	Incontinence	Draperia							
1	M/62	2yrs.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	moderate	M: atrophy	TU	C	3	+
2	F/78	20days	•	•	•	•	•	•	•	•	•	moderate	S: decreased perfusion in Lt. fronto-parietal cortex M: atrophy	TU	C	5	++
3	M/68	1mth.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	moderate	M: atrophy	TU	C	3	++
4	M/67	3yrs.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	severe	M: atrophy	TU	C	24	+
5	F/78	6mths.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	severe	C: atrophy	SU	C	5	0
6	M/71	1mth.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	mild	M: atrophy	SU	C	13	++
7	F/84	2mths.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	mild	M: atrophy	SU	C	13	++
8	M/61	1mth.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	moderate	M: atrophy	SY	C	3	+

TU : Tacum
 SU : Soum
 SY : Soyang
 C : Constitutional Therapy
 G : General Therapy
 Degree of improvement
 ++ : improved to almost normal state
 + : a little improved
 0 : no change
 - : progressed

Table 2. Cases of Vascular dementia

No	Sex/Year	Onset (ago)	symptom								Brain Imaging Scan (MRI-M, CT-C, SPECT-S)	Constitution	Treatment Method	Treatment Period (Mths.)	Degree of improvement	
			Decreased volition & Masked face, Apathy	Short-term memory impairment	Long-term memory impairment	Disorientation	Acacia	Agnesia	Incontinence	other symptoms						
1	F/59	2yrs.	•	•	•	•	•	•	•	•	dysarthria	M: multi-focal infarct	TU	C	12	++
2	M/65	1yr.	•	•	•	•	•	•	•	•	Quadri-weakness Dysarthria	M: multi-focal infarct	TU	C+G		++
3	M/64	2mths.	•	•	•	•	•	•	•	•		M: multi-focal infarct & Rt. basalganglia infarct	TU	C	3	++
4	F/61	5days	•	•	•	•	•	•	•	•	Dysarthria	M: multi-focal infarct	TU	C+G	3	++
5	F/73	10days	•	•	•	•	•	•	•	•	Dysarthria	M: multi-focal infarct	TU	C	2	++
6	M/73	10days	•	•	•	•	•	•	•	•	Lower limb weakness Dysarthria	M: multi-focal infarct	SU	C	2	++
7	M/53	6mths.	•	•	•	•	•	•	•	•	Quadri-weakness Dysarthria	M: multi-focal infarct	SU	C+G	2	++
8	M/71	20days	•	•	•	•	•	•	•	•	Lt. hemiparesis	M: both thalamic infarct	SY	C+G	12	++
9	M/73	20days	•	•	•	•	•	•	•	•		M: multi-focal infarct	SY	C+G	3	++
10	F/76	15days	•	•	•	•	•	•	•	•		M: multi-focal infarct	unknown	G	7days	unknown
11	F/56	3yrs.	•	•	•	•	•	•	•	•		M: multi-focal infarct	TU	C+G	2	++

TU : Tacum
 SU : Soum
 SY : Soyang
 C : Constitutional Therapy
 G : General Therapy
 Degree of improvement
 ++ : improved to almost normal state
 + : a little improved
 0 : no change
 - : progressed

Table 3. Case of Alzheimer and vascular mixed type dementia & other dementia(NPH)

No.	Sex / Year	Onset (ago)	Symptom									Brain Imaging Scan (MREM, CT-C, SPECT-S)	Consti-tution	Treat-ment Method	Treat-ment Period (Mths.)	Degree of improvement		
			Decreased volition & Masked face, Apathy	Short-term memory impair-ment	Long-term memory impair-ment	Dis-orientation	Acac-ulia	Ag-no-s-ia	Incon-tin-ence	Drapet-o-man-ia	Other symptoms							
1	M/74	1day	•	•		•							Quadri-weakness Dysarthria	TU	C+G	6	+	
2	F/71	1yr	•	•		•							Walking disturb-ance,	M: atrophy, normal pressure hydro-cephalus	SY	C+G	2	+

TU : Tacum
SU : Soum
SY : Soyang

C : Constitutional Therapy
G : General Therapy
Degree of improvement

++ : improved to almost normal state
+ : a little improved
0 : no change
- : progressed

고찰

치매는 사회적 또는 직업적 기능에 지장을 줄 정도의 이미 획득한 지적 능력의 붕괴를 말하는 것으로 기억력 장애와 인지장애를 특징으로 하는 질환이다. 그리고, 유병율과 사망율에서의 심각성과 함께 일상생활에 심각한 지장을 초래하는 질환으로 본인 뿐만 아니라 가족이나 주위사람에게까지 영향을 미치는 질환이다.^{8,38,42)}

치매에는 원인적 치료가 가능한 수두증, 경막하혈종, 신경매독, 대사성 및 내분비질환으로 유발된 치매와 우울성 가성치매 등도 있으나 치료가 불가능하다고 알려진 알츠하이머형과 혈관성 치매가 70% 이상을 차지하며, 증상이 지속적으로 진행되는 경향을 가지므로 조기의 치료가 요망된다.⁴³⁾

치매에 대한 확실한 진단은 임상증상과 방사선 검사를 통해 90%이상 가능한데³⁷⁾ 알츠하이머형 치매는 40-90세 사이에서 발생하며, 주요 진단기준은 점진적인 기억력 손실과 최소한 2가지의 인지기능(언어 사용, 지각장애, 운동기능, 학습능력, 문제 해결, 추상적 사고, 판단)의 악화가 있으며, 기타 관계된 특징으로는 치매의 가족력, 증상의 점진적인 악화, 정신적인 증상들(예를 들면, 기분의 변화, 망상, 환각 등), 그리고 선행질환에 의한 운동의 비정상 및 경련 등이 있다.³⁹⁾ 혈관성 치매에서는 고혈압이나 다른 혈관성 질환의 병력이 있

었던 환자가 어느 정도의 증상 호전 후에 갑작스러운 기능의 저하와 보행장애, 무력, 실어, 감정변화 등을 나타낸다.⁴⁰⁾ 한편 임상검사로서는 MMSE 등이 활용되며³³⁾, 뇌영상촬영술인 CT나 MRI, PET, SPECT 등이 활용된다.³⁷⁾

치매는 치료의 어려움으로 인하여 치료보다는 관리적인 측면으로 다루어 지는데 우선 비약물적인 처치로서 행동지방법이 있고, 신경이완제, 진정제, 항불안제 등으로써 행동 증상을 막는 방법과 기억력과 인지능력을 유지시키는 약물요법 등이 활용된다.³⁵⁾ 그러나 약물치료에서 근본적인 치료라 할 수 있는 인지기능을 개선시킬 목적으로 무수한 약들이 개발되었으나 실제 임상적 효과는 기대에 미치지 못하고 있으며, 치매환자에서 나타나는 이차적인 정신증상인 불안, 망상, 초조, 불면, 행동장애를 개선하는 약물치료가 주종을 이루고 있다.³¹⁾

한의학에서의 치매에 관한 내용은 황제내경을 비롯한 초창기의 문헌에서는 찾아보기가 어렵다. 비록 인류의 나이를 100-120세 정도로 설정을 하고 있지만¹⁹⁾, 노인의 정신적인 변화에 대하여는 60세에 우울하고 슬프고, 80세에 틀린 말을 잘한다는 정도의 기술을 한 것이 전부라 할 수 있으며¹⁰⁾, [東醫寶鑑]에서도 노인은 특별한 병리적 상황을 가진다고 하면서 腎間動氣의 쇠퇴로 말미암아 “七癢反常 啼哭無淚 笑反有淚 鼻多濁涕 耳作蟬鳴 喫食口乾 寐則涎溢 溲尿自遺 便燥或泄 晝則多睡 夜臥惺惺不眠¹⁴⁾”한다고 하였는데 정신증상에 대한 언급

은 많지 않다.

한의학에서 치매에 대한 용어의 기술은 明代의 張景岳의 [景岳全書]²⁴⁾에서 처음 언급된 이래로 [石室秘錄]²⁵⁾, [辨證奇聞全書]²⁶⁾에서 찾아볼 수 있다. 상기한 책에서의 치매에 대한 내용 중 첫째, 용어 사용을 살펴보면 [石室秘錄]과 [辨證奇聞全書]에서는 呆病이라고 하였으며, [景岳全書]에서는 痴獸라고 표현하고 있다. 둘째, 원인론적 측면에서 고찰하면 [石室秘錄]에서는 痰을, [景岳全書]에서는 크게 놀라거나 갑작스런 두려움으로 인한 心膽의 손상을, [辨證奇聞全書]에서는 肝氣鬱滯로 인해 痰이 생겨 心에 영향을 미쳐 발한다고 하였다. 셋째, 증상을 열거한 것을 보면 [石室秘錄]에서는 ①묵묵히 말이 없고 배가 고파서 우울한 모양과 같고, ②어떤 때에는 한번 잠이 들면 몇일이 지나도록 깨어나지 않으며, ③어떤 때에는 며칠간을 잤아만 있고, ④잠을 자지 않으며, ⑤어떤 때에는 한번 잠이 들면 며칠간 깨어나지 않고, ⑥때로는 자기 자신의 옷을 꼭꼭 기워서 입으며, ⑦때로는 남의 물건을 깊이 감추어 두기도 하고, ⑧다른 사람에게 말을 할 때에는 급박하게 말하는 등 정신 상태가 들떠 있으며, ⑨꾸중을 들을 때에는 낮은 소리로 울먹이고, ⑩음식물을 주면 삼키지 않으며, ⑪炭을 먹는다 라고 하였으며, [景岳全書]에서는 ①말이 전도되고, ②거동이 비정상이며, ③혹은 땀을 흘리거나 ④혹은 자주 우울해 한다 하였으며, [辨證奇聞全書]에서는 ①하루종일 흥연히 말하지 않고, ②먹지도 마시지도 않으며, ③혹은 웃고 혹은 노래하고, ④혹은 우수에 잠기고 혹은 울며, ⑤음식을 차려 와도 먹지 않고, ⑥대변과 더불어 크게 기뻐하며, ⑦의복을 주어도 입지 않고, ⑧초목의 잎을 주면 크게 좋아하며, ⑨하루종일 집에만 홀로 있고, ⑩혼잣말을 중얼거리는데 거의 이해할 수 없으며, ⑪혹은 자신의 옷을 실과 바늘로 밀봉하고, ⑫수일 동안 배를 주리며 배고픔을 호소하지도 않으며, ⑬炭을 보면 아주 좋아하고 혹은 먹기도 하며, ⑭대변을 먹는다 라고 하였다. 여기서 “우울해 한다”는 표현은 세 문헌에서 모두 나타나고 있으며, [石室秘錄]과 [辨證奇聞全書]에서는 공통적으로 “음식을 먹으려 하지 않는다”와 “석탄을 먹는다”, “홀로 한참 동안을 말없이 앉아 있다”라고 하였다. 넷째, 치료방법을 보면 원인을 보는 관점이 다르므로 치법

역시 틀린데 [石室秘錄]에서는 去痰을 해야 한다고 하였으며 [景岳全書]에서는 補心脾를 강조하고 있으며, [辨證奇聞全書]에서는 開鬱逐痰하고 健胃通氣하여 去痰을 시켜야 한다고 하였다.

이상 세 문헌에서 고찰한 바를 간추리면 呆病 또는 痴獸는 주로 감정적인 원인에 의해 痰이 생기게 되어 발하는 병으로서 그 증상은 한참 동안을 혼자 말없이 앉아 있거나 밤과 낮이 뒤바뀌기도 하며, 혹은 不眠하고 음식 섭취에 있어서 비정상적이게 되며, 감정의 기복이 심하게 되고, 그 치료는 주로 解肝鬱, 健胃 등을 통한 去痰을 위주로 해야 한다고 설명되어 있다. 위의 문헌 내용에서 나이와의 연관성에 대한 설명이 없으므로 노인성 치매라고 단정할 수는 없지만 증상에 있어서는 많은 유사성을 찾아볼 수 있다.

또한 한의학의 병증 중 치매와 연관시킬 수 있는 내용으로는 기억력 장애를 특징으로 하는 健忘에서 찾아볼 수 있는데 [內經.本神篇]에서 “喜忘其前言¹⁶⁾”이라 하여 健忘에 대해 최초로 언급하고 있다. 宋代 嚴用和는 [濟生方]에서 “夫健忘者 常常喜忘是也 蓋脾主意與思, 心亦主思, 思慮過度 意舍不清 神宮不職 使人健忘”이라 하여 그 원인으로 思慮過度를 들었으며¹⁸⁾, [東醫寶鑑]에서는 자기가 행한 前事와 前言을 망각하기를 잘하고 사물을 처리할 때 有始無終하며 대화에서도 首尾가 불분명한 상태를 말한다고 좀더 구체적으로 症狀를 서술하였다¹⁴⁾. 이상에서 살펴본 바와 같이 치매에 대한 언급이 없었다는 점을 감안한다면 健忘에 대한 기술이 일반적인 健忘症을 포함하여 치매의 증상으로서의 기억력 장애를 포괄한다고 할 수 있다.

한의학의 과거 문헌들이 노인성 치매에 대하여 직접적으로 기술하지 않은 것은 노인을 공경해왔던 동양문화의 한 특징으로 이해할 수도 있겠지만, 呆病이나 健忘 등에서 이와 유사한 증상을 이미 언급했기 때문에 별도로 기술하지 않은 것으로도 여겨진다.

그런 이유로 현재 중의학에서는 呆病과 健忘에 근거하여 치매를 치료하고 있는데, 치매에 관한 일관된 治療法을 시행하는 것은 아니지만 전반적으로 볼 때 노인성 치매(알쯔하이머형 치매)와 혈관성 치매로 구분하여 치료하고 있다. 노인성 치매는 크게 虛證과 實證으로 구분하여 辨證施治하고 있는데 虛證에는 주로 肝腎陰

虛, 心脾兩傷, 腎精虧虛, 脾腎陽虛 등으로 辨證하여 補益肝腎 滋陰養血, 健脾養心 益氣補血, 補益腎精 填精生髓, 濫補脾腎 등의 治法을 응용하고 있으며, 實證으로는 痰과 瘀血로 인한 痰迷心竅, 瘀血內阻 등으로 辨證하여 割痰開竅, 化濁醒神, 活血化瘀通竅 등의 治法을 응용하고 있다^{17,21,23,29}. 혈관성 치매는 中風痲呆라 하여 중풍의 치료에 준하는 방법을 쓰기도 하지만, 痰飲과 瘀血을 그 主要原因으로 보는데 瘀血은 氣虛血瘀, 陰虛氣滯 등으로 辨證하여 益氣化瘀 健腦去風, 養陰生津 疏肝理氣 등의 治法을 응용하고 있으며, 痰飲은 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 있다. 또한 痰과 瘀血이 같이 原因이 되는 것으로 痰瘀相關 久病人絡, 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 있다. 그 외 모든 치매에 鍼灸療法과 健身功 등의 氣功療法, 이온도입법, 직류전기 치료법 등의 물리요법, 체력활동이나 운동을 통한 체육요법, 심리요법 등을 병행하여 치료하고 있다^{20,22,27,30}.

치매의 치료에 대한 본 연구에서 이용한 사상의학은 인간의 신체적 문제를 결국 정신적인 문제로 귀납하고 신체적 병인을 정신적인 감정의 실조에서 파악함으로써 인간의 정신적, 감정적인 문제들, 그리고 사회적, 환경적 문제들이 인간에게 질병을 초래 또는 심화시킨다고 인식하였고, 체질에 따른 감정 편향과 건강의 문제에 대해 심도있게 논의하였다⁸⁾. 또한 인간의 감정과性情에 일정한 체질적 특성이 있으며, 이런 체질에 따른 감정 조절 작용의 好惡가 건강과 질병의 척도가 되며 특이적인 체질 병리의 근간이 됨을 밝히고 있으며¹⁾, 심신적 균형상태에서 치료정신을 구하고 있다⁵⁾. 이를 근거로 하여 난치병에 대한 시각은 체질병증론을 기초로 이해되어 질 수 있으며, 이는 體質-性情-病證-治療-養生으로의 연결선상에서 性情力動의 偏益이 난치병의 주요 요인으로 작용하고 있다는 것을 알 수 있다¹²⁾. 한편 廣濟說에서 예방의학과 養生을 설명하기 위하여 인간의 생활속에서 살아가는 생활의 지혜를 제시하고 있어 생활적 正氣와 의학적 正氣를 나누어 말하고 있는

데 즉 生活속에서 酒色材權의 남용을 경계하고 中庸을 지킴으로써 생활의 조화와 마음의 갈등을 예방할 수 있다고 보아 의학적 正氣보다 평소의 正氣를 증가케 여겼다⁴⁾. 특히 노년에 대하여 언급하면서 可人을 保함이 未及하면 喜怒哀樂이 膠着되어 病을 이룬다 하니 哀怒之氣가 逆動하면 上에 並하여 肝腎을 傷하고 喜樂之氣가 逆動하면 下에 並하여 脾肺가 傷하여 病이 됨을 설명하여 심신의학적 차원의 중요성을 제시했고, 노인은 孝子孝孫이 돌보아야 된다 라고 하여 사회속의 애정을 중시하였는데¹³⁾, 이상의 내용을 종합해 보았을 때 치매의 사상의학적 치료가 나름대로의 의미가 있을 것으로 추정되었다.

본 논문은 1994년 2월부터 1996년 2월까지 본원 신경정신과에 내원한 치매 환자 21명을 대상으로 하였다.

치매의 진단은 임상증상과 CT, MRI, SPECT 등의 검사를 통하여 알츠하이머형과 혈관성으로 감별 진단하였다. 알츠하이머형 치매의 경우 전치매, 경증 치매, 중증 치매로 분류하였는데, 이러한 분류 방식은 다음과 같은 임상적인 증상을 기준으로 하였다³¹⁾. 전치매는 ① 자발성이 결여되고 타인에게 의존하는 경향이 많고, ② 새로운 것의 적응력이 떨어지며, ③몇가지의 일을 평행선상에서 처리하지 못하고, ④완고하게 되고 자기 중심적이 되며, 상대방의 의견을 들으려고 하지 않으며 ⑤동작이 둔해지고 두뇌회전이 나빠지며, ⑥발상이 결핍되고 획일적으로 되며, ⑦유머나 재치가 없어지고, ⑧인내력이 없어지고 집중력이 저하되며, ⑨이성에 대한 관심이 없어진다. 경증치매는 ①어제 일어난 일 등을 모두 잊어버리고, ②시간, 장소 등에 대한 지남력이 불확실해지며, ③쉬운 계산도 틀리게 되고, ④가족의 이름을 틀리게 말하거나 잊어버리며, ⑤자기 집의 방향을 착각하여 외출한 후 자기 집을 못찾아오는 경우가 종종 생기고, ⑥몸차림새에 무관심해지며, ⑦요리의 맛내는 솜씨가 변하고, ⑧감정조절을 못하여 갑자기 화를 내거나 울기도 하며, ⑨폐해망상이 있어 돈이나 물건을 다른 사람에게 도둑맞았다고 착각하고, ⑩자기 주변의 일은 우선 스스로 할 수 있다. 중증 치매는 ①시간, 장소, 사람에 대한 지남력이 거의 없으며, ②목욕, 옷갈아입는 것, 식사, 배변 등에 시중을 들어야 하고, ③아무 계획없이 그때그때 되어가는 대로 행동하는 수가 많으

며, ④무엇이든지 비틀거나 잡아당기기도 하고, ⑤식욕이 지나치게 왕성하고, 몇번이고 식사를 하려고 하며, ⑥무엇이든지 입에 넣으려고 하고, ⑦의미없이 배회하며, ⑧한밤중에 일어나서 떠돌고 괴성을 지르고, ⑨말을 하여도 그 말의 의미를 알 수 없으며, ⑩대소변을 자주 지리고, ⑪대변을 벽에 바르거나 먹기도 하며, ⑫식물상태처럼 계속 누워있는 상태가 된다.

또한 혈관성 치매의 경우는 임상적으로 치매의 증상 및 신경학적 증상이 나타나고 CT, MRI, SPECT 등의 검사상 뇌에 다발성 경색 등의 병변이 나타난 경우로 하였으며, 그 외 상태의 경중에 대한 분류는 하지 않았다.

치매환자의 경우 일반적 체질진단법인 설문지 검사나 환자본인의 진술에 근거한 체질분석은 거의 불가능하였으므로 주로 보호자와의 면담과 환자의 체형 및 맥 등에 근거하여 분석을 하였으며, 내원시의 체질분석에 오류가 있었다고 판단될 경우 수정하였고, 치료에 있어서 내원한 환자 중 알츠하이머형 치매환자는 체질을 분류하여 이에 적합한 약물과 침치료를 시행하였으며, 혈관성 치매의 경우는 일반적인 한의학적 중풍치료와 체질치료를 병행하여 치료하였다.

증례를 분석해 보면 21예 중 임상 분류상 알츠하이머형 치매는 8예였으며, 혈관성 치매는 11예, 알츠하이머형과 혈관성 혼합형 치매가 1예, 정상압수두증으로 인한 2차성 치매가 1예였다.

알츠하이머형 치매의 경우 성별로는 남자 5예, 여자 3예였으며, 치매의 정도에 따라서는 전치매(초기) 2예, 경증치매(중기) 4예, 중증치매(말기) 2예로 분류되었고, 체질로는 태음인 4예, 소음인 3예, 소양인 1예였다.

먼저 태음인을 살펴보면 경증치매 3예에서는 발병 후 1개월 이전에 내원한 2예가 발병한지 2년만에 내원한 환자 1예에 비해 효과가 좋았으며, 중증치매 1예의 경우 발병한지 3년이 지난 후에야 내원하였는데 24개월에 걸친 장기적인 치료에도 불구하고 약간의 호전만을 보였다.

소음인의 경우에서는 중증치매 1예는 발병 6개월만에 내원하였는데 5개월에 걸친 치료에도 증상의 호전이 없었고, 전치매 2예에서는 발병일이 비교적 짧았으므로 1, 2개월의 짧은 치료에도 정상적인 생활을 할 수

있을 정도로 회복이 되었다.

소양인 경증치매 1예의 경우 발병 1개월 후 내원하여 3개월에 걸친 치료를 받았으나 미약한 호전만을 보였다.

위의 고찰에서 알 수 있듯이 치매의 정도와 치료시기의 차이에 따라 그 효과에 차이가 생기는 것을 알 수 있는데 전치매 2예와 경증치매 2예가 일상생활에 지장이 없을 정도로 뚜렷한 호전이 있었고, 경증치매 2예, 중증치매 1예는 가벼운 증상의 개선이 있었으며, 중증치매 1예는 증상의 변화가 없었다. 한편 2개월 이전에 내원한 4예는 뚜렷한 호전이 있었고, 그 기간을 초과해서 내원한 4예 중 3예는 가벼운 호전이 있었고, 1예는 증상의 변화가 없었다. 이상을 종합하여 보면 발병 후 빠른 시일 내에 내원하여 치료를 받을 경우와 치매의 정도가 비교적 가벼운 전치매인 경우에 현저한 치료 효과를 볼 수 있었다는 것을 알 수 있다.

혈관성 치매의 경우는 MRI, CT, SPECT 등의 방사선적 검사와 임상 증상으로 비교적 정확히 진단을 할 수 있다. 혈관성 치매의 치료에 있어서 약물 치료는 일반적인 중풍 치료법인 順氣의 방법을 통한 치료를 시행하여 좋은 효과를 보았고, 기대되는 효과를 얻지 못하였을 경우에는 체질 치료로 전환하여 두드러진 증상의 개선을 보였다. 침치료는 모든 예에서 태극침법을 기본으로 하되 치매 이외의 기타 증상이 있을 경우에만 대증치료를 첨가하였다. 혈관성 치매 11예 중 태음인이 6예로서 가장 많았고, 소음인과 소양인이 각각 2예였으며, 1예는 환자가 임의로 7일후 치료를 중단하여 체질 감별이 불가능하였다. 체질에 따른 큰 편차 없이 7예는 2-3개월, 1예는 5개월 사이에 거의 정상 상태로 회복되었으며, 2예는 1년여의 치료후 일상생활에 지장이 없을 정도로 호전되었다.

알츠하이머형과 혈관성 혼합형 치매인 경우 비교적 경증치매인 경우에도 6개월간의 치료에도 현저한 효과를 보이지는 않았다.

정상압수두증에서는 2개월의 치료 후 치매증상에 대한 호전은 보였으나, 기타 보행장애 및 요실금은 두드러진 변화를 보이지 않았다.

이상의 치료에서 여러 가지 문제가 나타났는데 치매상의 문제점과 더불어 앞으로의 연구 과제에 대해 다음과 같이 기술해 보았다.

1. 체질 감별에 대한 어려움

본 논문에서 체질은 환자의 평소 성격 및 체형, 맥을 기준으로 감별하였는데 치매 환자의 경우에는 기억력 장애 및 인격의 변화가 나타난 경우가 많았으므로 환자 자신을 통한 문진은 체질 분류에 커다란 도움이 되지 못하였다. 그래서 환자를 가장 가까이에서 살펴볼 수 있는 배우자 및 자녀 등 주위 사람들의 진술을 참고로 하였다. 이러한 간접적인 접근은 환자의 부모인 경우 환자의 자라 온 과정을 지켜보아 왔기 때문에 가장 신빙성이 있다 할 수 있으나 대부분의 환자가 연로하기 때문에 부모가 생존해 있는 경우가 거의 없었다. 또한 배우자나 자녀의 경우 환자가 어느 정도의 사회생활 등의 환경적 영향으로 인해 성격이나 체형에 변화가 생긴 이후부터 환자를 지켜보아 왔기 때문에 체질 분류에 오류가 발생할 가능성을 내포하고 있다고 볼 수 있다. 실제로 본 연구에서도 내원시 체질을 오판한 경우가 다소 있어 문제점을 노출시켰다. 또한 체질의 감별의 어려움으로 인하여 치료가 정확히 이루어졌는지가 치료의 결과로만 검증된다는 것은 체질 치료의 한계로 간주된다.

2. 환경적 영향 평가 기준의 부재

치매 환자들은 환경의 친숙도와 심리적인 변화에 상당히 영향을 받을 수 있다. 따라서 간호를 가장 친숙한 사람으로 하여금 하게 해야 하며, 환경적인 변화를 가장 최소한으로 줄여 주어 관리를 해야 한다. 실제로 입원시보다 퇴원하여 외래 치료를 받았을 경우 더 많은 호전을 보인 경우가 있었다는 것이 이를 뒷받침하는 좋은 증거라고 할 수 있다. 하지만 가정 환경 또는 병실 환경 관리가 치험자의 의도에 부합되지 않은 경우가 많았는데도 불구하고 이의 영향 평가를 할 수 있는 방법이 없었으므로 환경적인 평가는 부득이 실시하지 못하였다. 그렇지만 입원 환자의 경우 호전을 보이다 갑자기 악화되었을 때에는 -이럴 경우는 주로 환자의 가족들이 방문한 직후인 때가 많았다- 퇴원시켜 계속적인 외래 치료를 받게 하였는데 짧은 시일 내에 다시 호전된 적이 많았으므로 입원 기간을 환자의 체질 판정에 필요한 최소한의 기간으로 정하고 이후에는 외래 치료를 받도록 하는 것이 좋을 것으로 판단되었다.

3. 치매 치료에 대한 후세방적 접근의 필요성

치매 치료에 대한 후세방적 접근이 거의 없는 상태에서 사상의학적 접근이 치매 치료에 가장 적합한가 하는 점은 아직 미지수이며, 이후 계속적으로 논의되어야 할 부분이다. 왜냐하면 현대 중국 논문 및 문헌들에서 치매에 대한 후세방적 접근으로 좋은 치료 성과를 나타낸다는 보고를 찾아볼 수가 있기 때문에 후세방적 인 치료의 가능성을 결코 배제할 수 없기 때문이다.

4. 야간 배회 환자의 처치에 대한 문제점

알쯔하이머형 중증 치매에서 야간 배회가 나타났을 경우 그 관리를 대부분 양방 협진을 통한 처치에 의존하였기 때문에 앞으로 이에 대한 연구가 요망된다.

5. 호전 정도에 대한 평가 기준의 부재

아직까지는 치매에 대한 호전 정도의 평가에 관한 객관적인 자료가 확립되어 있지 않기 때문에 본 논문에서는 증상으로써만 호전도를 평가하였다. 좀 더 객관적인 평가 자료의 확립을 위해서는 치매의 진단에 이용되고 있는 SPECT나 PET 등의 추적 검사와 다양한 임상 경험의 뒷받침이 요망된다.

결 론

- ① 21예 중 임상분류상 알쯔하이머형 치매가 8예 (38%), 혈관성 치매가 11예(52%), 알쯔하이머형 + 혈관성 치매 1예, 기타 2차성 치매가 1예였다.
- ② 성별로는 알쯔하이머형 치매에 있어서는 남자 5예, 여자 3예였고, 혈관성 치매에서는 남자 6예, 여자 5예였으며, 알쯔하이머 + 혈관성 치매는 남자 1예, 기타 2차성 치매로는 여자 1예였다.
- ③ 치매의 정도에 있어서는 알쯔하이머형에서 전치매(초기) 2예, 경중치매(중기) 4예, 중중치매(말기) 2예였다.
- ④ 알쯔하이머형 중 전치매(초기) 2예는 2개월 전후 해서 거의 정상상태로 회복되었으며, 경중치매(중기) 4예 중 2예는 2개월 전후해서 상당한 호전을 보였으며, 3-5개월 사이에 거의 정상상태로 회복되었다. 나머지 2예는 약 3개월동안 치료 중에 있는데 점점 호전되고 있기는 하지만 증상 호전도가 경미한 상태이다. 중중 치매(말기) 2예 중 1예

는 2년이상 치료받고 있으나 약간의 호전양상만을 보이고 있으며, 나머지 1예는 5개월이상 치료 받고 있는데 호전은 보이지 않으나 치매 증상이 진행되지는 않고 있는 상태이다.

- ⑤ 혈관성 치매 11예 중 7예는 2-3개월, 1예는 5개월 사이에 거의 정상 상태로 회복되었으며, 이 중 2예는 1년이상 치료 후 정상상태에 가까워졌고, 또 1예는 7일 후 임의로 치료를 중단하였다.
- ⑥ 알츠하이머형 + 혈관성 치매인 경우 비교적 경중 치매인 경우에도 6개월간의 치료에도 현저한 효과를 보이지는 않았다.
- ⑦ 정상압수두증에서는 2개월의 치료 후 치매증상에 대한 호전은 나타났으나, 기타 보행장애 및 요실금은 두드러진 변화를 보이지 않았다.

결론적으로 알츠하이머형이나 혈관성 치매에서 대부분의 환자가 정상적인 생활을 할 수 있을 정도로 회복이 되었으나 치료기간은 치매종류 및 정도에 따라 차이가 있었으며, 특히 알츠하이머형 말기 환자에 있어서는 치매의 진행을 어느 정도 억제하는데 그쳤다.

무엇보다도 중요한 것은 임상적인 측면에서 볼 때 비록 어떤 종류의 치매 형태이든간에 정상상태에 가깝게 치료가 되었다 하더라도 장기적으로 계속 치료를 지속해야 한다는 문제가 있다. 또한 사상체질에 입각한 방법이 바람직한 치료방법으로 인정된다.

참 고 문 헌

1. 김경요: 난치병과 면역 그 사상의학적 접근, 사상의학회지, 7(2):113-128 1995
2. 박종한, 고효진: 경북 영일군 어느 면지역 노인들에서의 치매의 원인적 분류 및 주요 치매의상대적 유병률, 신경정신의학, 30(5):885-891, 1991
3. 박종한: 치매의 원인과 치료, 대한정신약물학회지, 3(1):33-42, 1992
4. 송일병: 동의보감을 사상의학 영역에서 살펴본 특징과 끼친 영향, 사상의학회지, 4(1):149-158, 1996
5. 송일병: 성인병과 사상체질의학, 사상의학회지, 5(1):1-6, 1993
6. 송일병: 알기쉬운 사상의학, pp.34-54, 서울, 하나미디어; 1993
7. 우종인, 유형근, 홍진표, 이정희: 한국 노인인구의 치매의 역학적 특성에 관한 연구, 서울대학교병원 대형 공동 과제 연구 보고서, pp.1-9, 1994
8. 이가옥: 노인생활실태 분석 및 정책과제, 한국보건사회연구원, pp.114-132, 1994
9. 이병행: 침구원류중마, p.348, 351, 서울, 행림서원, 1974
10. 이정희: 노인성 치매 역학-유병률 및 위험요인-, 대한의학협회지, 37(7):778-784, 1994
11. 이제마저, 홍순용, 이을호편: 사상의학원론, p.230, 300, 344, 서울, 행림출판, 1989
12. 장현진: 이제마의 난치병에 대한 시각에 관한 연구, 사상의학회지, 7(2):129-134, 1995
13. 한주석, 고병희, 송일병: 동의수세보원과 제중신편의 양생장수론에 대한 고찰, 사상의학회지, 3(1):141-149, 1991
14. 許俊: 原本東醫寶鑑, p.81, 98, 서울, 南山堂, 1981
15. 황도연: 방약합편, p.124, 127, 128, 서울, 남산당, 1990
16. 洪元植編: 精校黃帝內經靈樞, p.68, 241, 서울, 東洋醫學研究院, 1985
17. 徐仕珍: 24例老年性痴呆臨床觀察, 上海中醫藥雜誌, 5:5, 1995
18. 嚴用和: 重訂 嚴氏 濟生方, p.117, 北京, 人民衛生出版社, 1980
19. 劉占文: 中醫養生學, pp.60-66, 北京, 上海中醫學院出版社, 1989
20. 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
21. 李曉玲: 百家論醫, 老年性痴呆從肝論治, 陝西中醫, 16(9):431, 1995
22. 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
23. 張覺人: 呆從痰治, 上海中醫藥雜誌, 3:20-21, 1995
24. 張介賓: 景岳全書, p.846, 서울, 一社, 1992
25. 張明淮: 心-胸-神志病辨證論治, pp.108-112, 黑龍江科學技術出版社, 1988

26. 錢鏡湖: 辨證奇文全書, pp.233-235, 臺北, 甘地出版社, 1980,
27. 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
28. 陳士澤: 石室秘錄(下), pp.316-317, 서울, 書苑堂, 1984
29. 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
30. 黃志雄: 多發性梗塞性痴呆的中醫分型與治療, 上海中醫藥雜誌, 3:18-9, 1994
31. 金子滿雄: 老人性痴呆の正しい知識, pp.46, 50, 52, 日本, 南江堂, 1995
32. 大友英一: 老年期痴呆の對應, p.1, 日本, 永井書店, 1993
33. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Minimal state", a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J Psychiatr Res, 12:189-98, 1975
34. Hamdy RC, Turnbull JM, Clark W, Lancaster MM: Alzheimer's disease: A handbook for caregivers 2nd ed. Mosby, pp.102-116 1994
35. Jarvik LF, Winograd CH: Treatments for the Alzheimer patient, pp.3-38, New York, Springer Publishing Company, 1988
36. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS: The prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature, Acta Psychiatr Scand, 76:465-479, 1987
37. Katzman R: Alzheimer's disease, N Engl J Med, 314:964-73, 1986
38. Katzman R, Saitoh T: Advances in Alzheimer's disease. FASEB J, 5:278-86, 1991
39. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease : report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology, 34: 939-43, 1984
40. Mulley GP. Differential diagnosis of dementia. BMJ, 292:1416-8, 1986
41. Patricia CD, Suzanne SM, Naomi A: The brain in older persons with and without dementia, finding on MR, PET, and SPECT image, AJR, 162:1267-1278, 1994
42. Weiler PG: The public health impact of Alzheimer's disease, Am J Public Health, 77:1157-8. 1987
43. Weiner MF: The dementias, diagnosis and management, pp.77-166, 227-248, Washington, American Psychiatric Press, 1991

=ABSTRACT=

Keywords : Dementia, Clinical study, Sasang constitution, Oriental medicine

Wei-Wan Whang, Jong-Woo Kim, Jo-Hee Lee, Hyo-Jin Eom, Seung-Gi Lee,

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

1. Out of 21 examples on a clinical base Alzheimer type dementia were 8 examples(38%), 11 vascular types(52%), 1 Alzheimer and vascular mixed type and rest 1 was secondary dementia type(NPH).

2. Between the genders, there were 5 males and 3 females for Alzheimer types, 6 males and 5 females for the vascular types, 1 male for Alzheimer and vascular mixed type, and 1 female for secondary dementia type(NPH).

3. For the degrees of Alzheimer type dementia, there were 2 mild dementia, 4 moderate dementia, and 2 severe dementia.

4. Among the Alzheimer types, 2 mild dementia were almost recovered back to normal in approximately 2 months, 2 of 4 moderate dementia became significantly better in approximately 2 months and recovered to almost normal state in 3 to 5 months. The rest 2 have been under treatment for 3 months, but showed a little improvement. Out of 2 severe dementia examples, one showed a little improvement even if it has been under treatment over 2 years. The other example did not show any improvement, but dementia did not proceed any more.

5. Among the 11 vascular examples, 7 recovered in 2 to 3 months, 1 in 5 months, 2 recovered in a year, and the treatment was stopped arbitrary for the last one.

6. In the case of Alzheimer and vascular mixed type dementia, even the moderate dementia did not

show any apparent result in 6 months.

7. For NPH(Normal Pressure Hydrocephalus), there was an improvement on dementia in 2 months after the treatment, but gait disturbance and urinary incontinence did not show any noticeable difference.

As a conclusion, almost all the Alzheimer and vascular type patients recovered, but the treatment periods varied depending on the types of the dementia and the degree of seriousness, especially in the case of the severe Alzheimer patients, the treatment only suppressed the progression of the dementia. The most important aspect from clinical point of view was even if almost all the patients were almost completely cured, they need to keep being cured for a long period of time. The method with respect to Four Constitutions is thought of the most desirable.