

Dementia of Alzheimer Type에 관한 韓醫學的 臨床研究

경희대학교 한의과대학 신경정신과학교실

김보균, 현경철, 김종우, 황의완

I. 緒 論

痴呆란 일정수준의 발달을 이룩한 뒤, 여러 원인에 의해 의식의 저하 없이 사회생활이나 직업생활에 심각한 장애를 초래할 정도로 기억력, 지남력, 언어, 판단력, 사고력, 추상적 사고의 손상, 감정의 변화는 물론 인격의 변화를 초래하는 인지기능과 고등정신기능이 감퇴하여 일어난 기질성뇌증후군을 말한다^{13,14,18,20,25,30,36,40,49,50,52,72,75,79,80}. Alzheimer's Disease(이하 AD)는 1907년 Alois Alzheimer에 의해 기억력 장애, 지남력 상실, 그리고 고등 기능의 전반적인 와해를 보이는 치매로 사망한 55세의 여성환자에게서 노인반과 신경섬유덩어리, 아밀로이드혈관이 발견됨에 의해 처음으로 보고되었고^{3,18,27,41,76,83,84}, 초기에는 주로 65세 이전에 발생하는 경우만을 AD라하고 그 이후에 발생하는 경우는 노인성 치매(senile dementia of Alzheimer type)라 하여 이를 구별하였으나 발병 연령 이외에는 임상양상이나 병리 소견의 차이가 없어 최근에는 이를 하나의 질환으로 간주하고^{18,41}, 알츠하이머형 치매(Dementia of Alzheimer type : 이하 DAT)라 부르게 되었다¹⁹.

AD의 병인론에 대하여는 아직 확실히 밝혀진 바는 없으나, 이전의 많은 동물실험 및 임상연구의 결과를 토대로 최근에는 감염, 면역계의 이상, Aluminium 및 기타 금속물질을 포함한 독성물질의 영향과 유전적 영향 등의 가설들이 주로 받아들여지고 있다¹⁸.

AD는 치매의 가장 흔한 원인으로³¹ 사회적 기능이나 직업 활동 및 일상생활유지 등에 현저한 곤란을 초

래할 정도의 기억력 장애, 언어장애, 인식장애, 실행장애를 포함한 주요 신경인지기능 장애 증상과 망상, 환각, 우울증을 포함한 다양한 행동 및 정신증상을 동반하는 질병군을 말한다³⁰.

AD의 확진은 뇌의 생검이나 사후 부검을 통하여 신경원섬유농축체와 노인반을 확인함으로써만 정확하게 진단되어질 수 있고^{3,29,50,83}, 그 임상진단은 일단 치매의 증상이 존재하며 신경학적 검사상 정상이고, 실험실 검사와 뇌영상촬영(CT,MRI)으로 다른 퇴행성 치매, 혈관성치매, 그 밖의 내분비, 중독성 질환으로 인한 치매 등 다른 원인이 모두 배제된 후에 내려진다^{13,20,29,83}.

한의학에서의 치매에 대한 언급은 明代에, 張介賓⁵⁷이 [景岳全書·雜證謨]의 癡狂篇에 痴呆와 유사한 '痴獸'라는 병명을 따로 설명한 이후, 清代의 陳士金⁶³, 錢鏡湖⁵⁹, 王清任⁵⁶ 등에 의해 痴獸와 呆病的 病因 病機와 症候에 관한 인식이 있었다. 비록 그들의 인식에는 나이와의 연관성이 없어 DAT와 명확히 일치하지는 않으나 정신병적 행동장애에 있어서는 많은 유사점이 발견된다. 健忘에서도 치매의 주증상인 기억력 장애가 나타난다는 점에서 痴呆와의 症狀의 유사성을 발견할 수 있고¹⁶, 또한 癡狂에서도 치매와 유사한 행동양상이 나타남을 발견 할 수 있다¹¹.

그러므로 한의학에서는 痴呆를 呆病, 健忘, 癡狂을 근거로 하여 辨證施治를 하고 있으며, 현재 중의학에서 DAT는 虛證과 實證으로 나누어 치료하고 있고^{62,64,66,67,68,69}, 국내에서는 사상의학적 치료가 활용되고 있다^{26,53,54}. 四象醫學은 心身均衡의인 醫學으로 정신과 육체를 동시에 다루어 질병을 치료함에 심신균형적인 治心

治病을 치료의 근본으로 삼고 있으며²⁶⁾, 신체의 병을 파악하는 데 社會倫理的인 면을 강조하고 사회적 적응력을 길러주어 자체 養生의 방법을 제시한 바⁵¹⁾ 만성병에 있어서 성정의 조화와 기의 편익을 막아 자생력을 키워주게 되므로 난치병을 치료하고 예방하는 하나의 방법이 될 수 있다^{12,51)}.

치매에 대한 실험연구에서 우 등³³⁾은 방사형 미로 장치에 사용하여 調胃升清湯이 흰쥐의 학습과 기억을 증진시키는 효과가 있음을, 이³⁷⁾는 調胃升清湯이 뇌손상으로 유발시킨 AD 모델 백서의 학습과 기억을 증진시키는 효과가 있음을, 이³⁹⁾는 Morris 수중미로 실험결과를 분석한 결과 荊防地黃湯이 기억의 증진 작용이 있음을 보고하였다. 또한 사상의학을 이용한 치매에 대한 임상연구에서 배²⁶⁾는 노인성치매에 관한 四象醫學적 연구를 통해 痴呆의 四象醫學的 접근을 하였고 황 등⁵⁴⁾은 치매에 관한 한의학적 임상연구를 통해 증치의학적 치료와 사상의학적 치료가 치매치료에 유효함을 밝혔다.

본 저자는 DAT 환자에 대하여 사상의학적 치료방법에 의한 임상연구를 한 결과 유의미한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 研究對象 및 方法

1. 研究對象

1996년 1월부터 1997년 7월까지 경희대학교 부속 한방병원 신경정신과를 내원한 환자 중에 DAT로 진단 받은 45명의 환자를 대상으로 하였다.

2. 診斷基準

내원한 치매환자 중 DAT의 진단은 1) CT, MRI, SPECT등의 검사소견, 2) 타 병원에서 DAT와 노인성 치매로 진단 받은 경우, 3) 임상적으로 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판(DSM-IV)의 기준⁷⁰⁾에 부합되는 환자를 대상으로 하였다.

또한 DAT로 진단된 환자의 임상정도는 金子滿雄이

저술한 '노인성치매의 바른 지식'에 준하여⁵⁵⁾ 전치매, 경증치매, 중증치매로 분류하였다.

3. 體質의 分析

치매환자에게 일반적 체질 진단 방법인 설문지 검사나 본인의 진술에 근거한 체질분석은 시행하기 어려웠으며, 성격과 일반생활 습관, 병증과 체형 및 맥 등¹⁾에 근거하고 또한 주로 보호자와의 면담을 통한 체질 분석을 하였으며, 내원시 체질 분석에 오류가 있다고 판단되었을 경우 수정을 가하였다.

4. 治療

치료는 사상체질을 분석하여 이에 합당한 사상체질별 약물치료 및 침치료를 하였다. 약물치료는 太陰人에게 주로 調胃升清湯과 牛黃清心丸을, 少陰人에게는 香附子八物湯과 麝香蘇合元을, 少陽人에게는 荊防地黃湯을 응용하였고, 침치료에 있어서는 체질침법인 太極針法을 이용하였다.

5. 治療結果

치료결과에 대한 기준은 기억력, 지남력, 기명력, 주의 및 계산, 언어 및 구성능력에 관하여 보호자가 말하는 객관적인 임상증상을 기준으로 하여, 일상생활에 지장이 없을 정도로 개선된 경우에는 상당호전 ++, 증세가 호전된 경우에는 다소호전 +, 별다르게 호전되지는 않았으나 악화되지도 않은 경우에는 별무변화 0, 악화된 경우에는 악화 -로 하여 치료에 대한 평가를 하였다.

6. 證 例

증례는 table 1-1, 1-2, 1-3에 게재되어 있다.

Table 1-1. Cases of Alzheimer Type Dementia

No	Sex	Age	Constitution	Onset (ago)	Classification	Degree of improvement	Duration of treatment (days)	Brain Imaging Scan (M: MRI, C: CT, S: SPECT)	Symptom							Behavioral change	General function
									Loss of memory	Orientation	Registration	Attention & calculation	Recall	Language	Writing, Reading & Copying		
1	M	60	SU	4.5yrs	severe	+	70		*	*							Incontinence
2	F	71	TU	2yrs	severe	0	170	M: Atrophy	*	*			*				Dyspepsia
3	F	72	SY	3yrs	severe	++	94		*	*			*				
4	F	59	SU	2yrs	severe	0	240		*	*	*	*	*				
5	F	60	TU	1yr	moderate	++	210	M: Mild brain atrophy, S: Decreased perfusion in Rt. cb-hemisphere, parieto-occipital cortex	*	*	*	*	*				
6	F	67	SU	9yrs	severe	+	250		*	*	*	*	*				General weakness
7	M	72	SU	3yrs	moderate	+	200		*	*	*	*	*				
8	M	68	SU	3yrs	moderate	++	180		*	*	*	*	*				
9	M	61	TU	1yr	severe	0	275		*	*	*	*	*				
10	F	61	SU	2yrs	severe	0	155		*	*	*	*	*		Depression		Dyspepsia Constipation
11	F	65	SU	6yrs	severe	0	150		*	*	*	*	*				Constipation
12	F	70	TU	8mths	mild	++	125		*	*	*	*	*				Anorexia Hypersomnia
13	M	58	SU	4yrs	mild	++	80	C: Atrophy	*	*	*	*	*				
14	F	75	SU	2yrs	moderate	0	90		*	*	*	*	*				
15	F	73	TU	1yr	mild	++	120	M: Focal ischemic change at both PVMM. Age-related atrophy	*	*	*	*	*				

TU : Taeum

SU : Soum

SY : Soyang

Degree of improvement

++ : Improved to almost normal state

+ : Improved a little

0 : Had no change

- : Became worse

Table 1-2. Cases of Alzheimer Type Dementia

No	Sex	Age	Constitution	Onset (ago)	Classification	Degree of improvement	Duration of treatment (days)	Brain Imaging Scan (M: MRI, C: CT, S: SPECT)	Symptom						Behavioral change	General function
									Loss of memory	Orientation	Registration	Attention & calculation	Recall	Language		
16	F	72	SU	3y/s	severe	0	90	M: Mild age-related atrophy	*	*	*	*	*		Chafe Anxiety	
17	M	62	TU	2y/s	moderate	++	330	M: Atrophy	*	*	*	*	*			
18	M	73	TU	7mths	moderate	++	130	M: Atrophy	*	*	*	*	*			
19	F	70	SU	4y/s	moderate	0	105	M: Age-related atrophy	*	*	*	*	*			
20	M	55	TU	3y/s	mild	++	100	M: Atrophy	*	*	*	*	*			
21	M	68	SU	2y/s	severe	0	65	M: Atrophy	*	*	*	*	*			Incontinence
22	F	59	TU	1yr	mild	++	210		*	*	*	*	*			
23	F	64	SU	5y/s	moderate	+	225		*	*	*	*	*			
24	F	80	SU	1yr	moderate	++	135		*	*	*	*	*			Dizziness Headache
25	M	65	TU	1yr	mild	+	75	M: Atrophy	*	*	*	*	*			Insomnia
26	F	65	TU	7y/s	severe	0	130	M: Atrophy	*	*	*	*	*			Hypersomnia
27	F	75	SU	2y/s	severe	0	100		*	*	*	*	*		Scruple	Constipation
28	F	75	TU	4y/s	severe	+	250		*	*	*	*	*		Depression	
29	M	69	TU	3y/s	severe	0	90		*	*	*	*	*			
30	F	56	TU	1.5y/s	severe	0	195	M: Atrophy	*	*	*	*	*			Confusion

TU : Taum

SU : Soum

SY : Soyang

Degree of improvement

++ : Improved to almost normal state

+ : Improved a little

0 : Had no change

- : Became worse

Table 1-3. Cases of Alzheimer Type Dementia

No	Sex	Age	Consti- tution	Onset (ago)	Classifica- tion	Degree of improve- ment	Duration of treatment (days)	Brain Imaging Scan (M: MRI, C: CT, S: SPECT)	Symptom						Behavioral change	General function		
									Loss of memory	Orientalion	Registration	Attention, calculation	Recall	Language			Writing Reading & Copying	
31	F	68	SU	2yrs	severe	-	90		*	*							Dizziness, General weakness	
32	F	79	SU	2yrs	moderate	+	90		*	*	*	*	*	*			Incontinence	
33	F	79	TU	6yrs	severe	0	150		*	*							Insomnia	
34	F	71	SU	2yrs	moderate	++	180	M: Atrophy	*	*	*	*	*	*			Insomnia	
35	M	69	TU	3yrs	severe	+	120	M: Diffuse brain atrophy	*	*	*	*	*	*	*			Insomnia
36	F	78	TU	3yrs	moderate	+	75		*	*	*	*	*	*		Scruple		
37	F	71	SY	2yrs	moderate	++	180	M: Multifocal-inf. both BG & PWWM	*	*			*	*			General weakness	
38	M	60	TU	9mths	severe	-	108		*	*	*	*	*	*				
39	F	70	SU	7days	mild	++	80		*	*	*	*	*	*				
40	F	75	SU	2yrs	moderate	+	120	M: Atrophy	*	*	*	*	*	*			Dizziness	
41	F	58	SU	1.5yrs	mild	+	103		*	*	*	*	*	*		Scruple		
42	F	56	TU	3yrs	severe	0	120	M: Atrophy	*	*	*	*	*	*	*			Incontinence
43	F	59	SU	3yrs	severe	0	230		*	*	*	*	*	*	*			Constipation
44	F	80	TU	1yr	mild	+	135		*	*	*	*	*	*		Depression		
45	M	70	SU	2yrs	severe	+	110		*	*	*	*	*	*			Insomnia Incontinence	

TU : Taeum Degree of improvement 0 : Had no change
 SU : Soum ++ : Improved to almost normal state - : Became worse
 SY : Soyang + : Improved a little

Ⅲ. 研究 結果 및 分析

1. 一般의 事項

1) 내원한 환자의 성별 비는 여자 31명(69%) / 남자 14명(31%)으로 여자환자가 남자환자보다 2.2배 많았다.

2) 내원한 환자의 임상정도는 전치매 9명, 경증치매 14명, 중증치매 22명으로 전치매가 20%, 경증치매 31%, 중증치매 49%를 각각 나타내었다.

3) 내원한 환자의 체질 분류는 소양인 2명, 소음인 23명, 태음인 20명으로 소양인이 4%, 소음인이 50%, 태음인이 45%를 각각 차지하였다.

4) 내원한 환자들의 연령분포는 55-59세 8명(18%), 60-64세 7명(16%), 65-69세 9명(20%), 70-74세 12명(27%), 75-80세 9명(20%)을 나타내었다.

5) 내원한 환자의 치료기간은 100일 이하 14명(31%), 101-150일 15명(33%), 151-200일 6명(13%), 201-250일 7명(15%), 251-300일 1명(2%), 300일 이상 1명(2%)으로 평균 145일이었다.

6) 내원한 환자들이 발병시부터 내원시까지 걸린 기간은 1년이하 11명(24%), 1-2년 5명(11%), 2-3년 10명(22%), 3-4년 3명(7%), 4-5년 2명(4%), 5-6년 2명(4%), 6-7년 1명(2%), 8-9년이 1명(2%)이었다.

7) 치매정도와 발병기간과의 관계는 전치매 9환자 중 발병기간이 1년이하 6명(67%), 1-2년 1명(11%), 2-3년이 1명(11%), 3-4년이 1명(11%)이었고, 경증치매 14환자 중 발병기간이 1년이하가 3명(21%), 1-2년 6명(43%), 2-3년 3명(21%), 3-4년 1명(7%), 4-5년 1명(7%)이고, 중증치매 22환자 중 1년이하 2명(9%), 1-2년 8명(36%), 2-3년 6명(27%), 3-4년 1명(5%), 4-5년 1명(5%), 5-6년 2명(9%), 6-7년 1명(5%), 8-9년 1명(5%)이었다.

2. 分 析

1) 치료 효과

총 45명의 환자 중 상당호전 14명, 다소호전 13명, 별무변화 16명, 악화 2명으로 상당호전이 31%, 다소호전이 29%, 별무변화 36%, 악화 4%로 호전된 양상이 60%를 차지하였다(Table 2).

Table 2. Effect of Treatment

	++	+	0	-
45 Cases	14(31%)	13(29%)	16(36%)	2(4%)

++ : Improved to almost normal state,

+ : Improved a little,

0 : Had no change,

- : Became worse

2) 성별 치료 효과

여자환자 31명 중 상당호전 9명(29%), 다소호전 8명(26%), 별무변화 13명(42%), 악화 1명(3%)으로 55%의 호전율을, 남자환자 14명 중 상당호전 5명(36%), 다소호전 5명(36%), 별무변화 3명(21%), 악화 1명(2%)으로 71%의 호전율을 보였다(Table 3).

Table 3. Effect of Treatment on Sex

	++	+	0	-
Male	5(36%)	5(36%)	3(21%)	1(2%)
Female	9(29%)	8(26%)	13(42%)	1(3%)

++ : Improved to almost normal state,

+ : Improved a little,

0 : Had no change,

- : Became worse

3) 치매정도에 따른 치료효과

전치매 환자 9명 중 9명 모두 호전되었고, 경증치매 환자 14명 중 12명 (86%)이 호전되었으며, 중증치매 환자 22명 중 6명(27%)이 호전되었다(Table 4).

Table 4. Effect of Treatment on Degree of Dementia

	++	+	0	-
Mild 9(20%)	6(67%)	3(23%)	0(0%)	0(0%)
Moderate 14(31%)	7(50%)	5(36%)	2(14%)	0(0%)
Severe 22(49%)	1(5%)	5(23%)	14(64%)	2(9%)

++ : Improved to almost normal state,
 + : Improved a little,
 0 : Had no change,
 - : Became worse

4) 체질별 치료 효과

소양인 환자 2명에서는 상당호전 2명으로 상당호전이 100%를 나타내었다.

소음인 환자 23명에서는 상당호전 5명, 다소호전 8명, 별무변화 9명, 악화 1명으로 소음인에 있어서 상당호전은 22%, 다소호전은 35%, 별무변화는 39%, 악화는 4%로 호전양상은 13명으로 호전율은 57%를 나타내었다.

태음인 환자 20명에서는 상당호전 7명, 다소호전 5명, 별무변화 7명, 악화 1명으로 태음인에 있어서 상당호전은 35%, 다소호전은 25%, 별무변화는 35%, 악화는 5%로 호전양상은 12명으로 호전율은 60%를 나타내었다(Table 5).

Table 5. Effect of Treatment on Constitution

	++	+	0	-
Soyang 2cases	2(100%)	0	0	0
Soum 23cases	5 (22%)	8(35%)	9(39%)	1(4%)
Taeum 20cases	7 (35%)	5(25%)	7(35%)	1(5%)
45cases	14	13	16	2

++ : Improved to almost normal state,
 + : Improved a little,
 0 : Had no change,
 - : Became worse

5) 치료기간별 치료 효과

치료기간이 100일 이하 환자 14(31%)명 중 상당호전 4명(29%), 다소호전 4명(29%), 별무변화 5명(35%), 악

화 1명(7%)이었고, 101-150일 환자 15(33%)명 중 상당호전 4명(29%), 다소호전 5명(33%), 별무변화 5명(33%), 악화 1명(7%)이었고, 151-200일 환자 7(16%)명 중 상당호전 3명(43%), 다소호전 1명(14%), 별무변화 3명(45%)이었고, 201-250일 환자 7(16%)명 중 상당호전 2명(29%), 다소호전 3명(43%), 별무변화 2명(29%)이었고, 251-300 환자 1(2%)명은 별무변화, 300일 이상 환자 1(2%)명은 상당호전을 각각 나타내었다(Table 6).

Table 6. Effect of Treatment on Duration of Treatment

	++	+	0	-
<100days	4(29%)	4(29%)	5(35%)	1(7%)
101-150	4(27%)	5(33%)	5(33%)	1(7%)
151-200	3(43%)	1(14%)	3(45%)	0(0%)
201-250	2(29%)	3(43%)	2(29%)	0(0%)
251-300	0(0%)	0(0%)	1(100%)	0(0%)
>300days	1(100%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)

++ : Improved to almost normal state,
 + : Improved a little,
 0 : Had no change,
 - : Became worse

6) 발병일에 따른 치료효과

발병 1년이하 11명(24%), 1-2년이하 15명(33%), 2-3년이하 10명(22%), 3년이상 9명(20%)의 환자 중, 발병 1년이하에서는 9명(82%)의 호전을, 1-2년 이하에서는 7명(47%)의 호전을, 2-3년 이하에서는 6명(60%)의 호전을, 3년 이상에서는 5명(56%)의 호전을 각각 나타내었다(Table 7).

Table 7. Effect of Treatment on Onset

	++	+	0	-
<1yr	7(64%)	2(18%)	1(9%)	1(9%)
1-2yrs	3(20%)	4(27%)	7(47%)	1(7%)
2-3yrs	3(30%)	3(30%)	4(40%)	0(0%)
3-4yrs	1(33%)	1(33%)	1(33%)	0(0%)
4-5yrs	0(0%)	2(100%)	0(0%)	0(0%)
5-6yrs	0(0%)	0(0%)	2(100%)	0(0%)

6-7yrs	0(0%)	0(0%)	1(100%)	0(0%)
7-8yrs	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
8-9yrs	0(0%)	1(100%)	0(0%)	0(0%)

- ++ : Improved to almost normal state,
- + : Improved a little,
- 0 : Had no change,
- : Became worse

IV. 考 察

문명의 발달과 그에 따른 생활수준의 향상 및 의학의 발달로 인하여 인간의 평균수명이 증가하고 출생률의 감소로 노인인구가 전체 인구에서 차지하는 비율도 높아지게 되었다^{10,20,21,32,35,38,43}. 우리나라에서도 1960년에는 전체인구 약 2,500만명 중 65세 이상의 노인 인구가 72만명으로 2.9%에 불과하던 것이 1990년에는 약 214만명(5.1%)으로 증가하였고, 2020년에는 무려 633만명(12.5%)에 달할 것으로 추정되는 데³⁸, 노인인구가 증가하면 치매의 발병률과 유병률은 증가하게 된다^{32,46}.

치매란 Pinel이 황폐화된 정신상태를 기술하면서 최초로 사용하였고 현재는 정신박약이 아닌 사람이 뇌의 기질적인 병변에 의하여 기억력 장애를 비롯한 언어장애, 행동 장애 및 기타 지적능력의 소실이 특징인 인지기능의 장애를 나타내는 후천적 임상증후군을 말하며 의식이나 각성의 장애는 거의 없으나 지적장애로 인한 가정과 사회적 기능에는 심각한 영향을 초래한다⁴⁰.

치매는 연구와 통계에 따라서 차이는 있지만 연간 발생률이 60-65세에서 약 0.1%, 65세 이상에서 약 4-7%, 85세 이상에서는 약 절반 정도의 유병률을 가진 노인성 질환으로^{32,41,44,74,78}, 국내의 한 연구에서 노인의 만성질환에서 1.5%의 유병률을 보이며 일상생활 지장 정도는 95.7%로 가장 높은 비율을 보이고, 특히 일상생활에 많은 지장을 주는 경우는 78.3%로 당뇨병, 고혈압, 뇌졸중 등 여타의 노인성 만성 질환들보다도 노인들의 일상생활에 가장 큰 지장을 초래하는 질환으로 보고된 바 있고⁴¹, 특히 치매는 치료에 많은 시간과 경제적 부담이 요구되고, 가족과 치매환자와의 갈등 혹은 적절한 관리의 부재로 인하여 여러 가지 비극이 일어

나기도 하는 질환이다¹⁵.

치매의 원인은 많은 순서로 보면 일차성변성질환, 뇌혈관질환, 그 밖의 원인 질환들로 분류할 수 있고⁴¹, 치료가능성 여부에 따라 수두증, 뇌경막하혈종, 매독, 갑상선질환 등 치료가능한 치매와 AD, Pick's disease, 파킨슨 양상을 동반한 퇴행성질환과 같이 치료불가능한 퇴행성 치매로 나눌 수 있으며 혈관성 치매는 초기에 발견하면 예방할 수 있으므로 양자의 중간 정도라 할 수 있다²⁰.

AD는 그 단독으로나, 혈관계질환과 병합되어, 치매의 가장 흔한 원인^{18,22,27,31}이 되는 신경정신 질환으로 중추신경계 피질이나 대뇌기저핵 혹은 시상 등을 포함한 피질하 구조물에 일시적, 영구적인 손상이 발생함으로써 사회적 기능이나 직업 활동 및 일상생활유지 등에 현저한 곤란을 초래할 정도의 기억력 장애, 언어장애, 인식장애, 실행장애를 포함한 주요 신경인지기능 장애 증상과 망상, 환각, 우울증을 포함한 다양한 행동 및 정신증상을 동반하는 질병군을 말하며^{17,30,50}, 또한 임상적으로 신경 심리학적, 신경정신의학적, 신경학적 장애를 나타내면서 병리학적으로 조직학적, 신경화학적 변화를 보이는 질환이다³⁴.

AD는 1907년 Alois Alzheimer에 의해 기억장애, 지남력 상실, 그리고 고등 기능의 전반적인 위해를 보이는 치매로 사망한 55세의 여성환자에게서 노인반과 신경섬유덩어리와 아밀로이드혈관이 발견됨에 의해 처음으로 보고되었고^{3,18,27,41,76,83,84}, 초기에는 주로 65세 이전에 발생하는 경우만을 AD라 하고 그 이후에 발생하는 경우는 노인성 치매(senile dementia of Alzheimer type : SDAT)라 하여 이를 구별하였으나 발병 연령 이외에는 임상양상이나 병리소견의 차이가 없어 최근에는 이를 하나의 질환으로 간주하고^{18,41}, 알츠하이머형 치매(Dementia of Alzheimer type : 이하 DAT)라 부르게 되었다¹⁹.

일반적으로 DAT는 모든 치매의 50%-60%정도를 차지하고 있으며^{30,37,40,73,84} 국내의 연구에 따르면 박 등²⁴은 경북의 한 농촌지역에서의 치매의 유병률이 11.3%, 치매의 유형에 따른 비율은 DAT가 전 치매의 61.5%를 차지한다고 보고하였고, 우 등^{32,38}은 경기도 한 농촌

지역에서의 치매의 유병률이 9.5%, 치매의 유형에 따른 비율은 DAT가 전 치매의 약 47.4%를 차지한다고 하였다. 또한 남녀 유병률에 있어서는 여자에게서 더 비율이 높고, 연령이 증가할수록 유병률도 증가한다고 보고되고 있다^{32,38,82)}.

AD의 병인론에 대하여는 아직 확실히 밝혀진 바는 없으나, 이전의 많은 동물실험 및 임상연구의 결과를 토대로 최근에는 감염, 면역계의 이상, Aluminium 및 기타 금속물질을 포함한 독성물질의 영향과 유전적 영향 등의 가설들이 주로 받아들여지고 있다.¹⁸⁾ AD의 위험인자로는 연령과 치매의 가족력을 제외하고는 아직 확립된 것은 없지만 Parkinson병이나 Down후증군의 가족력, 우울증의 병력, 그리고 흡연이 관련요인으로 제기되고 있다.^{20,38,45,73,87)}

AD의 발병은 모르는 사이에 서서히 진행하여²¹⁾ 발병 시기를 정확히 평가하기란 불가능하고 단순-정신상태의 검사⁸¹⁾ 등의 표준화 도구를 사용할 때 매년 3-4 점씩 낮아지며 병력은 항상 친지에 의해 주어지는 바, 처음에는 기억에 사소한 장애가 있다가 점차 생산적인 활동에 지장이 오는 데 이러한 변화는 매우 느리게 진행되며 대개의 경우에 病識이 없다. 기억의 감퇴가 생긴 후 대개 수년 내에 상당 부분의 다른 기능 장애도 동반되며 특히 인지기능의 장애가 두드러지고 인지기능장애 중에는 언어장애가 현저한데, 표현하는 언어의 내용이 빈약하고, 문장을 잘 이해하지 못하며, 적절한 단어를 구사하는 능력이 떨어지고 적절한 표현을 하지 못하여 장황하게 이야기할 뿐만 아니라, 같은 내용의 이야기를 몇 번씩 반복한다. 동시에 계산이나 판단에 장애를 보이고 결단을 내리지 못하여 우물쭈물하는 것처럼 보이고, 복잡한 일이나 새로운 일은 잘 수행하지 못하게 된다. 그러나 수십년 동안 반복해 왔던 일이나 익숙한 일들은 비교적 잘 수행한다. 아주 초기에는 인격의 변화는 없고 2-3년이 경과하면 수동적으로 되거나 흥미의 감소 등이 두드러진다^{50,71,72)}.

중기를 넘어서는 AD환자들은 기능수준이 현저하게 저하되어 타인에 대한 의존성이 더욱 증가한다. 사소한 것도 잊어버리는 경우가 많으며 언어장애도 심화되고 읽거나 듣고 이해하는 능력과 적절한 단어를 구사하는

능력의 장애는 심해지지만, 남의 말을 따라서 할 수는 있고 구음장애는 말기에 이르기 전까지 잘 발생하지 않는다. 밤에는 착란이 심해지면서 간병인들을 힘들게 하고 동시에 방황, 적대감, 폭언, 공격적 행동 혹은 자제되지 않는 부적절한 성적 행동 등의 문제가 발생하며 이때 망상과 같은 정신병적 증상들이 두드러지고 흔히 기준 장애, 망상이나 환각 등의 증상들은 증기나 후기까지 지속된다⁵⁰⁾.

후기 혹은 말기에 접어들면 아주 단편적인 기억들만 남게 되며, 의사 소통에도 막대한 장애가 초래된다. 즉, 의미를 알 수 없는 단어, 문장 혹은 어구만 반복하고 말의 속도도 아주 느려지거나 아예 입을 다물어 버리는 경우도 흔하다. 한편 정신 증상들과는 달리 신경학적 장애들은 증기까지는 잘 생기지 않으나 후기에 들어서면 파킨슨양 자세, 경직이나 불안정한 자세와 같은 신경학적 증상이나 징후들이 보인다. 그러나 수지진전은 드물고 최종적으로 함구증, 근육양직, 수지굴곡증 등의 자세로 몸져눕게 되는 데 이 상태에서 연하곤란으로 인한 기도 폐쇄나 체중 감소, 폐렴, 비노생식기계 감염, 욕창 등으로 사망하며 증상 발현후 사망까지의 평균기간은 8-10년이며, 2년에서 15년의 범위를 지닌다^{50,87)}.

관련 검사 소견을 보면 대개의 경우 CT나 MRI에서 뇌위축이 나타나며, 정상적인 노화에서 보다 심한 피질구 확장과 확대된 뇌실이 보이게 되고^{18,48,74,85,86)}, SPECT 및 PET에서 뇌혈류량의 감소와 당 대사의 감소가 현저하게 관찰된다^{18,19,25,29,85)}. 또한 현미경 검사에서는 대개 노인반, 신경매듭섬유, 과립공포성 퇴행, 신경원 손실, 성장교세포성 신경교종, 그리고 아밀로이드 혈관 등을 포함하는 조직병리학적 변화가 나타난다^{29,31,40,71,75,76,79)}. AD의 신경화학적 장애는 신경전달물질이 결핍되어 야기되며 특히 cholinergic계의 일관성 있는 결핍이 지속적으로 보고되고 그 외 noradrenergic계, dopamine, serotonin과 GABA등의 신경전달물질의 관련성과 neuropeptide의 일종인 somatostatin의 결핍도 보고되고 있다^{17,40)}.

현재 AD의 치료는 신경전달물질의 변화를 교정함으로써 AD의 증상을 호전시키거나 병의 진행을 막아보

러는 연구가 있어 왔으며, 현재도 진행 중에 있으나 아직 그 결과는 불확실하고 만족스럽지 못한 실정이며, 대부분의 예에서 보존적인 치료만이 가능한 실정이다 (18,22,29,30,35,40).

한의학에서는 痴呆를 呆病, 健忘, 癡狂을 근거로 하여 변증시치를 하고 있으며, 먼저 呆病에 관하여 살펴 보면 明代 張景岳은 [景岳全書·雜證謨]⁵⁷⁾의 癡狂痴呆에서 치매의 증상으로 “呆病證 凡平素無痰而或以鬱結或而不遂 或而思慮 或而疑貳 惑而驚恐漸癡 言辭顛倒 舉動不經 惑多汗惡善愁 其證則天奇萬怪 無所不至”라 하여 “痴呆症은 대저 평소에 痰은 없는데 혹은 鬱結, 혹은 不遂, 혹은 思慮, 혹은 의심, 혹은 驚恐하여서 점차적으로 痴呆에 이르게 된다. 말이 전도되고 거동이 비정상이고 혹은 땀을 흘리거나 혹은 자주 우울해 하는데 그 증상은 千變萬化하여 오지 않는 것이 없다.”고 하였고, 그 병리로 “脈必惑弦惑數 惑大惑小 變易不常 此其逆氣在心 惑肝膽二經氣有不清而然”이라 하여 “맥은 반드시 혹은 弦, 혹은 數, 혹은 大, 혹은 小하여 변화무쌍하니 이것은 逆氣가 心에 있거나 또는 肝膽二經의 氣가 깨끗지 않아서 그러한 것이다.”라 하였다. 치법으로는 “但察其形體強壯 飲食不減 別無虛晚等證 則審宜服 蠶煎治之 最穩最妙 然此證有可愈者 然不可愈者 亦在乎 胃氣元氣之強弱 待時而復 非可急也 凡此諸證 若以大驚 悸恐一時偶傷心膽 而致失神昏亂者 此當以速扶正氣爲主 宜七福飲 惑大補元煎主之.”라 하여 “단지 살펴서 형체가 건강하고 음식을 먹는 것이 감소하지 않으며 별다른 허탈한 증상이 없으면 모두 다 服蠶煎을 복용하여 치료하는 것이 가장 좋다. 그러나 이러한 증은 나올 수 있는 경우도 있고 나올 수 없는 경우도 있는 것은 역시 胃氣, 元氣의 強弱에 있으니 시간이 지나면 회복되니 급하지 않다. 대저 이러한 諸證이 만약 크게 놀라고 갑자기 두려움을 느껴 일시에 心膽을 상하여 失神昏亂하면 마땅히 급히 正氣를 扶養하는 것을 위주로 하는 것이 마땅하니 七福飲, 大補元煎으로 主한다.”라고 서술되어 있다.

清代 陳士金의 [石室秘錄]⁶³⁾에서는 呆의 症狀에 관하여 “呆病如癡 而默默不言也 如飢而悠悠如失也 意慾癡而不能 心欲狂而不敢 有時睡數日不醒 有時坐數日不眠 有時將己身衣服密密縫完 有時將他人物件深深將掩 如人

言即無語而神游 背人言即低聲而泣訴 與之食即厭薄而不吞 不與食即吞炭而若快……”이라 하였으니, “묵묵히 말이 없고 배가 고파서 우울한 모양과 같고, 며칠씩 계속 해서 잠만 자는가 하면 때로 며칠씩 잠을 안 자기도 하고 입은 옷을 벗기를 완강히 거부하기 때문에 옷이 더럽던가, 날이 더워도 갈아 입힐 수 없고, 별로 필요하지도 않은 물건을 수집하여 감추어두기도 하며 묻는 말에 일체 대답이 없으며, 무관심한 반응을 보이다가 사람이 없는 곳에서는 혼자 작은 소리로 넋두리를 하며 울기도 하고, 음식을 주어도 먹으려하지 않다가 土炭은 먹는다.”고 하였다. 病理와 治法에 관한 내용을 보면, “此等症雖有崇凭之 實亦胸腹之中 無非痰氣 故治呆無奇法 治痰即治呆也 呆其最深 若以尋常二陳湯治之 安得效 方用逐呆仙丹”이라고 하여 治痰의 중요성을 강조하고 있다.

또한 錢鏡湖의 [辨證奇聞全書]⁵⁹⁾에서는 “人有終日不言不語 不飲不食 忽笑忽歌 忽愁忽哭 與之美饌即不受 與之糞穢即無辭 與之衣不服 與之草木枝葉即反喜 因而爲此呆病 不必治也”라고 하여, 하루종일 홀연히 말하지 않고, 먹지도 마시지도 않으며, 혹은 웃고 혹은 노래하고, 혹은 우수에 잠기고 혹은 울며, 음식을 차려도 먹지 않고, 대변 앞에서 크게 기뻐하고, 의복을 주어도 입지 않고, 초목의 잎가지를 주면 오히려 기뻐하는 등 역시 정상 사람들의 행동과는 다른 이해되지 않는 행동들을 행함을 표현하고 있고, 그 病理 機轉과 治法에 있어서는 “呆病之成 必有其因 大略其始也 起於肝氣之鬱 其終也 由於胃氣之衰 肝鬱即木剋土 而痰不能化 胃衰即土制水 而痰不能消 於是痰積於胸中 盤據於心外 使神明不清而成呆病矣 治法開鬱逐痰 健胃通氣 即心志光明 呆病盡散也 方用洗心湯”이라고 설명하고 있으며, 또 “一時成呆者 乃痰迷于心脘之下 尙未直入于心包之中也……治法宜生其胃氣 而佐之消痰之品 即痰迷可以再開 不必竟治其呆也”라고 하여 일시적으로 呆病이 나타난 경우에 胃氣를 生하게 함을 주로 하여 啓心救胃湯을 사용할 것을 제시하고 있다.

清·王清任의 [醫林改錯]⁵⁶⁾에서는 ‘靈機記性不在心在腦’라하여 精神思惟活動이 腦에 의해 이루어짐을 인식하였고 ‘小兒無記性者, 腦髓未滿; 高年無記性者, 腦髓漸空.’이라 하여 小兒先天不足이나 老年虛衰로 인해 腦髓

가 空虛하게 되면 痴呆에 걸릴 수 있음을 보다 자세하게 설명하였다.

이상의 문헌을 종합해 보면 呆病은 감정적 원인으로 인해 痰이 생겨서 나타난 心 肝膽의 臟腑生理의 이상과 小兒先天不足이나 老年虛衰로 인한 腦髓의 空虛가 呆病 유발요인으로 보았으며, 여기에 胃氣 元氣의 強弱이 病의 進退을 결정하는 것으로 보았고, 症狀는 善忘善恐, 言語顛到, 舉動不經, 默默不言, 終日閉戶獨居, 如飢而悠悠如失, 不飲不食, 有時睡數日不醒 有時坐數日不眠, 忽笑忽歌 忽愁忽哭 등으로 인격장애를 주증으로 하는 서양의학적 관점과 유사하다고 할 수 있다. 또한 처방으로 去痰, 補心脾, 開鬱逐水, 健胃通氣등을 소개하고 있다.

健忘에 관하여는 黃帝內經 [素問·五常政大論]⁷⁾에 “太陽司天 寒氣在下 心氣相從……善忘”이라고 하여 처음으로 언급되고 있고, 이후 많은 의가들에 의해 언급되어져 왔는데, 思慮過度, 心腎不交, 心虛, 痰이 원인이며, 常常喜忘 所過之事轉盼遺忘, 事有始無終, 言談不知首尾 등의 증상을 유발한다고 하였다. 이는 기억력저하가 주증이며 자기가 행한 전사와 전언을 망각하여 사물을 처리할 때 유시무중하며 대화를 하여도 首尾를 알지 못하며 갑자기 생각이 나지 않는 것을 말하고, 치료에 있어서는 養血理脾, 氣血大補, 心腎交通의 治法을 제시하였다¹⁶⁾. 健忘이 비록 인지기능의 저하 없이 증상이 나타나므로 치매와 같다고 말할 수는 없으나 치매의 임상증상이 기억력 장애를 주증으로 한다는 점에서 건망과 치매와의 상관성을 유추해 낼 수 있다.

癲狂에 대하여 [素問·脈要精微論]⁷⁾에 “衣服不斂, 言語善誤不被親疎者, 此神明之亂也.”라 하였고 [靈樞·癲狂篇]⁸⁾을 보면, “癲疾始生 先不樂 頭重痛 視學目赤 心作極 已而煩心”, “狂始發 少臥不起 自高賢也 自辯智也 自尊貴也 善罵詈 日夜不休”로 “狂言, 善笑, 妄行不休, 目妄見, 耳妄聞”등을 癲狂病의 특징으로 들고 있으며, 精神症狀으로 “衣服不斂, 言語善誤不被雜類”등을 들고 있는 것 등이 呆의 증상과 다소 유사한 것으로 생각된다. 또한 “治癲疾者 常與之居 察其所當取之處”라고 하여 治療方向을 제시하고 있다.

[難經]⁶⁵⁾에서는 癲, 狂에 대하여 “狂疾之始發 少臥而不飢 自高賢也 自辯智也 自倨貴也 妄笑好歌樂 忘行不

休是也”, “癲疾始發 意不樂 僵仆直視 其脈三部陰陽俱盛是也”라고 표현하고 있는데, 陰證에 속하는 癲의 증상이 呆의 증상에 가깝다고 볼 수 있는 근거가 처음 제시된 곳이라 하겠다.

張仲景은 [金匱要略]⁶⁸⁾에서 “邪哭使魂魄不安者 血氣少也 血少者屬於心 心氣虛者 其人則畏 合目欲眠 夢遺行而 精神離散 魂魄妄行 陰氣衰者爲癲 陽氣衰者爲狂”이라 하여 精神, 神志異常症狀를 心의 病에 속한다 하였고, 陰氣가 쇠해진 경우를 癲이라 하였으니 이 개념은 呆의 원인을 논하는데 있어서는 비교적 근접해 있다고 볼 수 있다.

朱震亨의 [丹溪心法]⁶¹⁾에 “癲屬陰狂屬陽 癲多喜而狂多怒 大率多因痰結於心胸間 治當鎮心開痰 …… 蓋爲世所謂重陰者癲 重陽者狂是也 大概是熱”이라 하여, “痰結於心胸”, “痰迷心竅”함을 원인으로 보아, “鎮心神하고 開痰結” 위주로 치료해야한다는 설은 清代에 나타난 痴呆 치료원칙에 비교적 근접해 있다고 볼 수 있겠다.

程國彭의 [醫學心悟]⁶⁰⁾를 보면 “癲者痴呆之狀”이라 하여 陰的인 癲症이 發作狂暴한 狂의 증상과 구분됨을 서술하고 있고, “惑笑感泣 如醉如夢 言語無序 穢潔不知”한 癲의 症狀를 痴呆와 연결시키고 있으니 이 때에 이르러 癲, 狂의 概念이 비교적 명확히 구분되고 있으며 또한 痴呆의 증상과 癲의 증상이 명확히 연결되어지고 있다고 볼 수 있다. 이의 病理와 治法에 관하여서는 “此志願太高而不遂所欲者多得之 安神定志丸主之”로 설명하고 있다.

黃은 [東醫精神醫學]⁹⁾에서 ‘癲狂癰은 오늘날의 정신병, 조울병, 정신분열병 및 간질에 해당되는 것이나, 질병의 개념이나 기준이 오늘날과 달리 외형적인 증상 위주로 분류한 것이기 때문에 이 세 가지 질환만을 지칭하는 것이라고는 단정하기 어렵고, 기타 증상정신병이나 기질적 정신병 등도 포함되리라 생각된다.’ 하였고, 또한 현대 중의학에서는 癲證의 辨證施治를 熄風化痰 鎮心開竅, 清肝瀉火 化痰開竅, 滋補肝腎, 健脾化痰 益氣 養心한다 하였으니, 癲狂癰에서 오늘날의 치매와 증상 및 치료에 있어 유사성을 찾아 볼 수 있을 것으로 사려된다.

이상과 같이 한의학에서는 치매는 呆病과 健忘, 癲狂에 근거하여 치료하고 있으며 현재 중의학에서는 치매

의 病機를 濕痰阻礙, 氣鬱血虛, 肝腎陰虛, 髓海不足 등으로 보고 있다⁵¹. 濕痰阻礙로 인한 치매는, 水濕이 體內에 鬱滯하여 痰이 되고 濕痰이 清竅를 蒙蔽하기 때문에 發生하니, 조용하고 少言, 또는 寡默한 편이며 頭重如裹 倦怠無力感 腹滿 痰涎이 많고, 舌苔는 白膩 脈沈滑 등 濕痰의 症候를 동반하니, 治法은 豁痰開竅한다. 氣鬱血虛로 인한 치매는 苦悶 등으로 肝鬱이 일어나서 肝鬱脾虛가 되거나, 또는 크게 놀라거나 恐怖에 의해 氣血이 逆亂하여 心神이 營養되지 않기 때문에 발생하니, 痴呆와 함께 胸悶 不安焦燥 歎息 顔面蒼白 恍惚狀態 悲傷欲哭 등의 症候를 보이므로 治法은 理氣和血한다. 肝腎陰虛로 인한 치매는 邪氣가 오랫동안 滯滯하거나 熱毒이 下焦에 들어가 肝腎의 陰液을 消耗하거나 또는 高齡의 衰弱으로 肝腎이 부족해져서 心神이 營養되지 않기 때문에 발생하니, 關節의 運動障礙 四肢麻痺 言語遲鈍 顔面憔悴 兩目無眵 體刑消瘦 肌膚甲錯 등의 血虛, 陰虛의 症候를 보이고, 陰虛陽亢이 일어나면 舌絳 語蹇, 痙攣 등 內風의 증상을 동반하며, 知能低下가 점점 심해지니, 治法은 滋補肝腎에 熄風을 補助로 한다. 髓海不足으로 인한 치매는 先天不足의 虛弱, 또는 近親結婚, 遺傳의 缺陷 등으로 髓海의 發育不良을 招來하여 발생하니, 痴呆와 함께 齒, 毛髮의 發生이 늦고 骨, 筋肉이 弱하며 懶怠하여 눕기를 좋아하며, 舌質淡 脈細 등 精氣不足의 症候를 보이고, 小兒에 多發하며 初期에는 知能低下가 뚜렷하지 않으나 연령이 많아지면서 知能低下가 분명해지니, 治法은 填精補海한다고 하였다⁵¹. 또한 치매의 치료에 있어서 현대 중의학에서는 AD형 치매의 경우에는 허증과 실증으로 나누어 치료하고 있다^{61,64,66,67,68,69}.

한편 국내에서는 치매치료에 사상의학적 치료가 활용되고 있는 데, 치매에 대한 실험연구에서 우 등³³은 방사형 미로 장치를 사용하여 調胃升清湯이 환쥐의 학습과 기억을 증진시키는 효과가 있음을, 이³⁷는 調胃升清湯이 뇌손상으로 유발시킨 AD 모델 백서의 학습과 기억을 증진시키는 효과가 있음을, 이³⁹는 Morris 수중미로 실험결과를 분석한 결과, 荊防地黃湯이 기억의 증진 작용이 있음을 보고하였다. 또한 사상의학을 이용한 치매에 대한 임상연구에서 배²⁶는 노인성치매에 관한 四象醫學적 연구를 통해 痴呆의 四象醫學의 접근을 하

였다. 황 등⁵⁴은 치매에 관한 한의학적 임상연구를 통해 증치의학적 치료와 사상의학적 치료가 치매치료에 유효함을 밝혔다.

四象醫學은 東武 李濟馬가 1894년에 東醫壽世保元을 저술하여 제창된 의학²⁸으로 다음과 같이 특징지어질 수 있다. 첫째, 질병인식에 있어서 인간의 사회생활 속에서 나오는 갈등현상과 개체의 내면적 불성실에서 나오는 갈등현상을 함께 설명하여 인간 중심적인 사고에서 발생하는 회노에라현상에서 병리관을 찾는 인간중심의 병리의학이다. 둘째, 치료에 있어서 약물과 침구 이외에 정신적 안정을 치료의 수단으로 심신적 균형상태에서 치료정신을 구하는 심신균형적인 의학이다. 셋째, 체질에 따라 그 체질에서만 나타나는 육체적 병리현상과 정신적 병리현상을 함께 모아 이를 형증의학으로 요약하여 체질병증의 변증체계로 설명하는 형상이 학적인 변증체계를 가지는 체질유형적 형상의학이다. 넷째 인격완성 및 양생의학에 비중을 두고 이를 생활 속에서 구하는 체질관리를 이용한 양생의학이며 예방의학이다^{2,28}. 이제마는 인간의 정신적, 감정적인 문제들, 그리고 사회적, 환경적 문제들이 질병을 초래 또는 심화시킨다고 인식하였고, 체질에 따른 감정의 편향과 건강의 문제에 대해 심도 있게 논의하였다. 따라서 사상의학은 어떤 환경 인자들이 어떤 체질의 사람들에게 더욱 해로우며 어떤 체질의 사람들에게 덜 해로운지, 또 체질에 따라 내적 혹은 외적 인자들에 대해 어떻게 반응할 것인지를 예측하고 그에 따른 적절한 생활 양식을 확립하는 것이 치료와 예방의 방법이 될 수 있다¹². 또한 신체의 병을 파악하는 데 사회윤리적인 면을 중요시했으며 사회적 적응력을 길러주어 자체 양생의 방법을 제시했다. 이제마는 난치병을 체질-성정-병증-치료-양생으로의 연결선상에서 성정역동의 편익이 난치병의 주요요인으로 작용하고 있다고 보고 있으며⁵¹, 사상의학은 만성병에 있어서 성정의 조화와 기의 편익을 막아 자생력을 키워주게 되므로 난치병을 치료하고 예방하는 하나의 방법이 될 수 있다¹². 따라서 치매의 치료에 있어서도 사상의학적 치료가 효과가 있으리라고 사료되는 바이다. 또한 [東醫壽世保元·太陽人]편에 보면 ‘太陽人哀心 沈着則傷表氣 怒心暴發則傷裏氣故 解 休表證 以戒哀遠怒 兼言之也 曰 然則 少陽人 怒性 傷

口勝胱氣 哀情 傷腎大腸氣 少陰人樂性 傷目膈氣 喜情 傷脾胃氣 太陰人 喜性 傷耳腦佳頁氣 樂情 傷肺胃腕氣 乎 曰然'이라 하여 性은 傷表氣하고 情은 傷裏氣한다 하였다⁶⁾. 耳目鼻口는 감각인지특성에 따라 뇌의 기능을 4대별 한 것으로 볼 수 있으며, 사상의학적으로 表에 속한다. 耳目鼻口의 性은 인간이 인간을 둘러싼 환경, 즉 天으로부터 정보를 받아들이게 해 줌으로써 天人相應하는 天機의 존재를 마련해 주며, 肺脾肝腎의 性은 天의 일부분인 인간이 그 자신이 자율적으로 생활을 영위함으로써 존재의 독립성을 확보하는 역할을 하게 된다. 따라서 性으로부터 오는 질환, 즉 表病은 자신의 의지와 상관없이 걸리게 되는 질환인 퇴행성 질환과 관련이 높고, 情으로부터 오는 질환은 인간 자신의 인체 항상성이 올바르게 작동하지 않는 섭생이나 감정의 변화로 깨어져서 나타나는 질환군과 관련이 깊은 것으로 사료된다⁷⁾. 이러한 관점에서 본다면 뇌의 만성 퇴행성 병변인 AD의 사상의학적 치료는 耳目鼻口의 表가 傷해서 오는 병증의 틀 안에서 表病藥으로 치료하는 것이 마땅할 것이다.

본 논문은 1996년 1월부터 1997년 7월까지 경희대학교 부속 한방병원 신경정신과를 내원한 환자 중 DAT로 진단받은 45명의 환자를 대상으로 하였다. 내원한 치매환자 중 DAT의 진단은 1) CT, MRI, SPECT등의 검사조건, 2) 타 병원에서 DAT와 노인성 치매로 진단 받은 경우, 3) 임상적으로 DSM-IV의 기준⁷⁰⁾에 부합되는 환자를 대상으로 하였다.

DSM-IV의 DAT의 진단기준⁷⁰⁾을 보면 복합적인 인지 결손이 기억장애와 인지장애의 두 가지 양상으로 나타나며 기억장애는 새로운 정보에 대한 학습 장애 또는 병전에 학습한 정보의 회상 능력의 장애로, 인지장애는 실어증(언어장애), 실행증(운동 기능은 정상이지만, 운동활동의 수행에 장애), 실인증(감각기능은 정상이지만, 물체를 인지하거나 감별하지 못함), 실행기능의 장애(즉, 계획, 조정, 유지, 추상적 사고 능력)가 1개 혹은 그 이상 나타나는 경우를 말한다. 이러한 인지 장애가 사회적 또는 직업적 기능에 있어서 심각한 장애를 일으켜야 하고, 병전의 기능 수준보다 상당히 감퇴되어 있음을 나타내어야 하며, 또한 경과는 서서히 발병하고 지속적인 인지 감퇴를 보이는 특징이 있고, 이러한 양

상이 의학적 상태나 다른 정신질환으로 설명되어질 수 없는 경우라고 정의하고 있다.

DAT환자의 임상정도는 金子滿雄이 저술한 '노인성 치매의 바른 지식'에 준하여 전치매, 경증치매, 중증치매로 분류하였다⁵⁵⁾. 전치매는 ①자발성이 결여되고 타인에게 의존하는 경향이 많고, ②새로운 것의 적응력이 떨어지며, ③몇 가지의 일을 평행선상에서 처리하지 못하고, ④완고하게 되고 자기중심적이 되며, 상대방의 의견을 들으려고 하지 않으며, ⑤동작이 둔해지고 두뇌 회전이 나빠지고, ⑥발상이 결핍되고 획일적으로 되며, ⑦유머나 재치가 없어지고, ⑧인내력이 적어지고 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 못 찾아오는 경우가 종종 생기고, ⑥몸처럼 세에 무관심해지며, ⑦요리의 맛내는 솜씨가 변하고, ⑧감정조절을 못하여 갑자기 화를 내거나 울기도 하며, ⑨피해망상이 있어 돈이나 물건을 다른 사람에게 도둑 맞았다고 착각하고, ⑩자기주변의 일은 우선 스스로 할 수 있다. 중증치매는 ①시간, 장소, 사람에 대한 지남력이 거의 없으며, ②목욕, 옷갈아 입는 것, 식사, 배변 등에 시중을 들어야 하고, ③아무 계획 없이 그때그때 되어 가는 대로 행동하는 수가 많으며, ④무엇이든지 비틀거나, 잡아당기기도 하고, ⑤식욕이 지나치게 왕성하고, 몇 번이고 식사를 하려고 하며, ⑥무엇이든 입에 넣으려 하고, ⑦의미 없이 배회하며, ⑧한밤중에 일어나서 떠들고 괴성을 지르고, ⑨말을 하여도 그 말의 의미를 알 수 없으며, ⑩대소변을 자주 지리고, ⑪대변을 벽에 바르거나 먹기도 하며, ⑫식물상태처럼 계속 누워 있는 상태가 된다.

치매환자인 경우 일반적 체질진단 방법인 설문지 검사나 본인의 진술에 근거한 체질분석은 시행하기 어려웠으며 주로 보호자와의 면담을 통한 성격과 일반생활 습관, 병증과 체형 및 맥 등에 근거하여 분석¹¹⁾을 하였으며, 내원시 체질 분석에 오류가 있다고 판단되었을 경우 수정을 가하였다. 치료에 있어서는 분류된 체질에 적합한 약물치료와 침치료를 하였는데, 약물치료는 太

陰人에게는 주로 調胃升清湯과 牛黃清心丸을 少陰人에게는 香附子八物湯을 少陽人에게는 荊防地黃湯을 응용하였고 침치료는 체질침법인 太極針法을 이용하였다.

본 연구에서 사용된 체질별 처방은 太陰人에게 調胃升清湯, 少陰人에게 香附子八物湯, 少陽人에게 荊防地黃湯으로 그 각각의 특성은 다음과 같다.

調胃升清湯은 太陰人 食後痞滿, 腿脚無力, 中消善飢를 치료할 목적으로 사용된 처방으로, 肺寒虛證, 癱瘓, 中風虛證, 手足不遂, 口眼喎斜, 痰盛咳嗽, 短氣, 不思飲食, 內傷倒飽, 中消, 自汗, 盜汗, 小便不禁, 食脹, 氣脹, 虛勞, 諸神經證, 健忘 등에 응용하고 있다²⁶⁾.

調胃升清湯의 실험연구에서 우 등³¹⁾은 방사형 미로 장치를 사용하여 흰쥐의 학습과 기억을 증진시키는 효과가 있음을 보고하였고, 이³⁷⁾는 뇌손상으로 유발시킨 AD 모델 백서의 학습과 기억을 증진시키는 효과가 있는 것으로 보고하였다.

荊防地黃湯은 少陽人의 身寒腹痛亡陰과 浮腫, 喘促, 結胸, 痢疾, 寒熱往來, 胸脇滿 등을 치료할 목적으로 사용된 처방으로 卒中風, 口眼喎斜, 癱瘓, 中風虛證, 亡陰, 傷寒痞氣, 內傷倒飽, 不思飲食, 虛勞, 咳嗽, 水積, 濕鬱, 氣脹, 黃疸, 短氣, 健忘, 不眠, 癲癇, 吐血, 眩暈, 色傷失音, 產後失音, 五淋, 交腸, 頭痛, 眼病, 腰痛, 脚氣, 鶴膝風, 疝證, 囊腫, 陰痒, 胎動 등 매우 다양하게 응용된다²⁶⁾.

荊防地黃湯의 실험연구로 이³⁹⁾는 Morris 수중미로 실험결과를 분석한 결과, 荊防地黃湯이 기억의 증진 작용이 있음을 보고하였다.

香附子八物湯은 少陰人 부인의 정신적인 과로로 인해 脾氣가 상하여 오는 목과 입안이 마르며 두통이 있는 상태를 치료할 목적으로 사용된 처방으로 六鬱, 衄血, 下乳, 五硬 등 증세에도 이용된다²⁶⁾.

치료결과에 대한 기준은 기억력, 지남력, 기명력, 주의 및 계산, 언어 및 구성능력에 관하여 보호자가 말하는 객관적인 임상증상을 기준으로 하여, 일상생활에 지장이 없을 정도로 개선된 경우에는 상당호전 ++, 증세가 호전된 경우에는 다소호전 +, 별다르게 호전되지는 않았으나 악화되지도 않은 경우에는 별무변화 0, 악화된 경우에는 악화 -로 하여 치료에 대한 평가를 하였다.

증례를 분석하여 보면 치료경과는 총 45명의 환자

중 상당호전 14명, 다소호전 13명, 별무변화 16명, 악화 2명으로 상당호전 31%, 다소호전 29%, 별무변화 36%, 악화 4%로 호전된 양상이 60%를 차지하였다.

성별 치료 효과를 살펴보면 여자환자 31명 중 상당호전 9명(29%), 다소호전 8명(26%), 별무변화 13명(42%), 악화 1명(3%)으로 55%의 호전율을, 남자환자 14명 중 상당호전 5명(36%), 다소호전 5명(36%), 별무변화 3명(21%), 악화 1명(2%)으로 71%의 호전율을 보였다.

치매정도에 따른 치료효과를 보면 전치매에서는 9명 모두 호전된 양상을 보이고 경증치매에서는 14명 중 12명 86%정도의 호전양상을 보이며 중증치매에서는 22명 중 6명 27%에서만 호전양상을 보이고 있다. 또한 악화된 경우 모두 중증치매에서만 보이듯 치매 정도에 따라 치료효과가 의미 있게 변화하였다.

체질별 치료효과를 보면 소양인 2환자는 상당호전 2명으로 상당호전이 100%를 나타내었다. 소음인 23환자는 상당호전 5명, 다소호전 8명, 별무변화 9명, 악화 1명으로 소음인에 있어서 상당호전은 22%, 다소호전은 35%, 별무변화는 39%, 악화는 4%로 호전양상은 13으로 57%를 나타내었다. 태음인 20환자는 상당호전 7명, 다소호전 5명, 별무변화 7명, 악화 1명으로 태음인에 있어서 상당호전은 35%, 다소호전은 25%, 별무변화는 35%, 악화는 5%로 호전양상은 12로 60%를 나타내었다. 소양인의 치료율은 환자수가 적어 통계적으로 의미가 없다고 생각되어지고 소음인과 태음인의 치료율은 비슷하게 나타났다고 생각된다.

치료기간별 치료효과를 살펴보면 치료기간이 100일 이하 14(31%)환자 중 상당호전 4명(29%), 다소호전 4명(29%), 별무변화 5명(35%), 악화 1명(7%)으로, 101-150일 15(33%)환자 중 상당호전 4명(29%), 다소호전 5명(33%), 별무변화 5명(33%), 악화 1명(7%)으로, 151-200일 7(16%)환자 중 상당호전 3명(43%), 다소호전 1명(14%), 별무변화 3명(45%)으로, 201-250일 7(16%)환자 중 상당호전 2명(29%), 다소호전 3명(43%), 별무변화 2명(29%)으로, 251-300일 1(2%)환자는 별무변화, 300일 이상 1(2%)환자는 상당호전을 각각 나타내었다.

발병일에 따른 치료효과는 발병 1년이하 11(24%), 1-2년이하 15(33%), 2-3년이하 10(22%), 3년이상 9명

의 환자 중, 발병 1년이하에서는 9명(82%)의 호전을, 1-2년 이하에서는 7명(47%)의 호전을, 2-3년 이하에서는 6명(60%)의 호전을, 3년 이상에서는 5명(56%)의 호전을 각각 나타내었다.

다만 본 임상연구에서 몇 가지 문제점이라고 생각되는 점은 첫째로 환자에 대한 정확한 사상의학적 접근을 하지 못하고 보호자에게 정보를 의존하였고 따라서 사상체질감별의 오류라 생각되어지는 경우가 5건 있었다. 둘째로 한의학의 증치의학적 접근이 없고 다만 사상의학적 접근만을 시도하여 한의학의 증치의학적 접근방법과 사상의학적 접근방식의 차이를 알 수 없었다. 셋째로 치매환자에 대한 지속적이고 객관적인 검사가 이루어지지 못하고 임상증상에 대하여 치료경과를 기준으로 삼아 정확한 치료경과를 살피기에는 어려움이 있었다.

V. 結 論

DAT 환자에 대한 한의학적 치료효과를 검증하기 위하여 1996년 1월부터 1997년 7월까지 경희대학교 부속 한방병원 신경정신과를 내원한 환자중 DAT로 진단 받은 45명의 환자를 대상으로 하여, 체질을 분석하여 합당한 체질별 약물치료와 침치료를 하였으며, 기억력, 지남력, 기명력, 주의 및 계산, 언어 및 구성능력을 기준으로 치료효과를 판단하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 치료효과에서 45환자 중 상당호전 14명, 다소호전 13명, 별무변화 16명, 악화2명으로 호전된 양상이 60%를 차지하였다.
2. 여자환자 31명 중 호전이 17명으로 55%의 호전율을, 남자환자 14명 중 호전이 10명으로 71%의 호전율을 보였다.
3. 체질별 분류에서 소양인 2명, 소음인 23명, 태음인 20명으로 나타났고 체질별 치료효과는 소음인과 태음인에서 비슷하게 나타났다.

4. 치매환자의 임상정도는 전치매 9명, 경증치매 14명, 중증치매 22명이었고, 치매정도에 따른 치료경과에서 전치매에서 9명, 경증치매 12명, 중증치매 6명이 호전되었다.

參 考 文 獻

1. 송일병 : 알기쉬운 사상의학, 서울, 하나미디어, pp.34-54, 1993.
2. 송일병의 15인 : 四象醫學, 서울, 集文堂, p.487, 558, 561, 1997.
3. 서유현 : 신경전달물질, 서울, 민음사, pp.515-537, 1992.
- 4.李佳玉 : 老人生活實態 分析 및 政策課題, 서울, 韓國保健社會研究院, pp.114-119, 1994.
5. 李鳳教編譯 : 症狀鑑別治療, 서울, 성보사, p.122, 123, 1991.
6. 李濟馬 著, 洪淳用, 李乙浩 譯: 四象醫學原論, 서울, 행림출판, p. 230, 300, 344, 368, 1989.
7. 洪元植編 : 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院, pp.57-64, 252-261, 1985
8. 洪元植編 : 精校黃帝內經靈樞, 서울, 東洋醫學研究院, pp.134-137, 1985.
9. 黃義完, 金知赫 : 東醫精神醫學, 서울, 現代醫學書籍社, pp.134-135, 255-271, p.505, 605, 606, 1989.
10. 곽호순, 박종한, 하재창 : Mattis Dementia Rating Scale(MDRS)의 비치매 노인군에 대한 연구, 신경정신의학, 29(6):1398-1405, 1990.
11. 權保亨, 李相龍 : 癡狂의 症狀에 關한 東西醫學的 考察, 동의신경정신과학회지 4(1):27-46, 1993.
12. 金敬堯 : 難治病과 免疫 그 四象醫學의 接近, 사상의학회지, 7(2):113-128, 1995.
13. 김도관, 노주선 : Alzheimer병의 진단적 평가, 啓明醫大論文集, 16(3):348-364, 1997.
14. 김명호 : 치매(Dementia)의 정의와 분류, 대한신경과학회지, 3(1):1-4, 1985.
15. 金保岡, 鄭仁哲, 李相龍, 金演鎮 : Alzheimer型 癡呆患者 2例에 對한 臨床的 考察, 동의신경정신과학회지, 8(2):97-106, 1997.

16. 김세길, 문병순, 김연두 : 健忘의 原因, 治法, 治方에 대한 文獻的 考察, 大韓韓醫學會誌, 13(1): 216-221, 1992.
17. 김진수 : Alzheimer's disease의 신경화학적 변화에 대한 고찰, 大韓神經科學會誌, 3(1):10-16, 1985.
18. 김진수 : Alzheimer씨 치매-개론 및 최신행향-, 대한정신약물학회지, 2(1):30-42, 1991.
19. 김창윤, 우종인, 이명철 : 조기발견 알츠하이머형 치매1례-99mHMPAO SPECT소견을 중심으로, 神經精神醫學, 29(2):507-512, 1990.
20. 나덕렬 : 치매의 접근방법, 가정의학회지, 18(3): 236-248, 1997.
21. 朴永春 : 神經科 영역에 있어서의 癡呆, 大韓神經科學會誌, 3(1):17-24, 1985.
22. 박종한 : 치매의 원인과 치료, 대한정신약물학회지, 3(1):33-42, 1992.
23. 박종한 : Alzheimer형 치매 의심과 경도 Alzheimer형 치매의 인지기능 비교, 神經精神醫學, 33(2):365-370, 1994.
24. 박종한, 고효진 : 경북 영일군 어느 면지역 노인들에게서 치매의 원인적 분류 및 주요 치매의 상대적 유병율, 神經精神醫學, 30(5):885-891, 1991.
25. 박종한, 김희철 : 노화와 관련된 인지기능 감퇴, 啓明醫大論文集, 16(3):382-389, 1997.
26. 裴旻星 : 노인성 치매에 관한 體質醫學的 연구, 大韓韓醫學會誌 13(2):101-106, 1992.
27. 손윤경 : Alzheimer병 신경병리학적 소견과 분자생물학적 연구동향, 啓明醫大論文集, 16(3):323-338, 1997.
28. 宋一炳 : 成人病과 四象體質醫學, 사상의학회지, 5(1):1-6, 1993.
29. 연병길, 박종한 : Alzheimer병, 계명의대논문집, 16(3):301-305, 1997.
30. 오병훈 : Alzheimer병의 정신사회적 치료, 啓明醫大論文集, 16(3):375-381, 1997.
31. 우종인, 이정희, 주진형 : 알츠하이머 말초 생물학적 지표로서 혈청 Alpha-1- antichymotrypsin, 神經精神醫學, 35(6):1467-1474, 1996.
32. 우종인 외6인 : 한국의 한 농촌 지역에 거주하는 노인에서의 유병율, 神經精神醫學, 36(1):92-101, 1997.
33. 우주영, 김종우, 황의완, 김현택, 박순권 : 調胃升清湯이 흰쥐의 방사형 미로 학습과 기억에 미치는 影響, 동의신경정신과학회지, 8(1):69-79, 1997.
34. 우행원 : Alzheimer병의 약물치료, 啓明醫大論文集, 16(3):365-374, 1997.
35. 윤도준 : 노인 정신병의 약물치료, 대한정신약물학회지, 7(2):111-124, 1996.
36. 이근후 : 정신과 영역에서의 치매, 大韓神經科學會誌, 3(1):25-27, 1985.
37. 이응석 : 調胃升清湯이 Alzheimer's disease 모델 白鼠의 학습과 기억에 미치는 影響, 서울, 慶熙大學校 大學院, 1998.
38. 이정희 : 노인성 치매 역학-유병률 및 위험요인-, 대한의학회지, 37(7):778-784, 1994
39. 이재혁 : 荊防地黃湯이 흰쥐의 Morris 水中 迷路學習과 記憶에 미치는 影響, 서울, 慶熙大學校 大學院, 1997.
40. 이홍식, 김진학 : 치매의 진단과 치료, 대한의학회지, 35(9):1126-1133, 1992.
41. 장대일 : 치매, 경희의학, 13(1):20-23, 1997.
42. 張賢鎭 : 李濟馬의 難治病에 對한 視角에 關한 研究, 사상의학회지, 7(3):133-134, 1995.
43. 전덕인, 남궁기, 유계준 : 노인의 치매진단에 대한 한국어판 신경행동학적 인지상태 검사의 타당성, 神經精神醫學, 32(4):484-491, 1993.
44. 전현수, 한선호 : 신경정신과 노인환자의 임상적 고찰, 신경정신의학 25(4):591-605, 1986.
45. 조맹제, 함봉진 : Alzheimer병의 역학, 啓明醫大論文集, 16(3):306-322, 1997.
46. 조성완, 박종한 : 치매의 임상적 정도와 인지기능 장애 및 행동 장애간의 상관, 神經精神醫學, 33(3):533-538, 1994.
47. 조황성 : 성정과 표리병와의 관계, 사상의학회지, 5(1):55-57, 1993.
48. 최우석 : 치매의 자기공명영상 진단, 경희의학, 13(1):24-31, 1997.

49. 채정호 외5인 : 치매 환자에서의 한국어판 노인용 간호사 관찰척도의 타당도와 신뢰도 검증을 위한 예비적 연구, 神經精神醫學, 34(3):799-805, 1995.
50. 한일우, 광동일 : Alzheimer병의 증상, 啓明醫大論文集, 16(3):339-347, 1997.
51. 韓周錫, 高炳熙, 宋一炳 : 東醫壽世保元과 濟衆新編의 養生長壽論에 對한 考察, 思想的학회지, 3(1):141-149, 1991.
52. 허균 : 치매의 증상과 진단, 대한정신약물학회지, 3(1):27-32, 1992.
53. 황의완 : 치매 치료에 대한 한의학적 접근 방법, 경희의학, 13(1):32-37, 1997.
54. 황의완, 김종우, 이조희, 엄효진, 이승기 : 치매에 대한 한의학적 임상연구, 동의신경정신과학회지, 7(1):1-13, 1996.
55. 金子滿雄 : 老人性痴呆の 正しい知識, 東京, 南江堂, pp.43-54, 1995.
56. 王清任 著, 王勳臣 編著: 醫林改錯, 서울, 臺灣東方書店, pp.22-25, 中華民國49年.
57. 張介賓 : 景岳全書, 서울, 一中社, p.846, 1992.
58. 張仲景 : 金匱要略, 北京, 人民衛生出版社, pp.128-129, 1994.
59. 錢鏡湖 : 辨證奇文全書, 臺北, 甘地出版社, pp.233-235, 1980.
60. 程國彭 : 醫學心悟, 北京, 中國醫藥出版社, pp.168-169, 1996.
61. 朱震亨 : 丹溪醫集 중 丹溪心法, 北京, 人民衛生出版社, p.359-363, 1993.
62. 陳貴廷, 楊思澍 : 實用中西醫結合診斷治療學, 北京, 中國醫藥科技出版社, pp.824-826, 1990.
63. 陳士金暉 : 石室秘錄(下), 서울, 書苑堂, p.316, 317, 1984.
64. 蔡蕊 외 3인 : 神經內科中醫治療全書, 北京, 華夏出版社, pp.455-463, 1994.
65. 淸湘唐 編著 : 難經今釋, 臺北, 正中書局印行, p.222, 中華民國72年.
66. 徐仕珍 : 24例老年性痴呆臨床觀察, 上海中醫藥雜誌, 5:5, 1995.
67. 李曉玲 : 百家論醫, 老年性痴呆從肝論治, 陝西中醫, 16(9):431, 1995.
68. 張覺人 : 呆從痰治, 上海中醫藥雜誌, 3:20-21, 1995.
69. 許曉蓉 : 淺談老年痴呆症的治療, 浙江中醫學院學報, 19(3):2, 1995.
70. American Psychiatric Association : Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders-Forth Eedition: International Version, 1994.
71. Braunwald E 외 : Harrison's Principles of Internal Medicine 13th edition, New York, McGraw-Hill Book Company, pp.2269-2272, 1994.
72. Bullock BL : Pathophysiology ; adaptation and alterations in function 4th edition, Philadelphia, Lippincott, pp.1095-1096, 1996.
73. Cuello AC : Progress in brain research(vol.98) ; cholinergic function and dysfunction, Amsterdam, Elsevier, pp.416-417, 1993.
74. Osborne AG : Diagnostic Neuroradiology, St. Louis, Mosby, pp.772-773, 1994.
75. Perkin GD, Hochberg FH : Atlas of clinical neurology 2nd edition, London, Wolfe, p.62, 1993.
76. Smythies JR, Bradely RJ : International review of Neurology(vol.33), pp.92-99, San Diego, Academic press, 1992.
77. Steriade M, Bielsold D: Brain cholinergic systems, New York, Oxford University press, pp.388-389, 1990.
78. Swash M, Oxbury J: Clinical Neurology(vol.1), pp.120-129, New York, Churchill Livingstone, 1991.
79. Underwood JCE : General and systemic pathology 2nd edition, London, Churchill living stone, pp.863-865, 1996.
80. Chui HC, Victoroff JI, 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(3 Pt 1):473-480, 1992

81. Folstein MF, Folstein SE, MuHugh PR : "Mini-mental state", a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J Psychiatry Res, 12:189-198, 1975.
82. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS : The prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature, Acta Psychiat Scand, 76:465-479, 1987.
83. Katzman R : Alzheimer's disease, N Eng J Med, 314:964-973, 1986.
84. Katzman R, Saitoh T : advances in Alzheimer's disease, FASEB J, 5:278-286, 1991.
85. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM : Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDSADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Service Task Force on Alzheimer's disease, Neurology, 34:939-943, 1984.
86. Patric 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
87. Roth ME: Advances in Alzheimer's disease, The Journal of Family Practice, 37(6):593-607, 1993.

= Abstract =

A clinical study on the effects of oriental medical treatment on Dementia of Alzheimer type.

Bo Gyun Kim,
Kyung Chul Hyun,
Jong Woo Kim,
Wei Wan Whang

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

45 Dementia of Alzheimer type patients who were treated by the KOMC NP from Jan. 1996 to July. 1997 were recruited for this study in order to prove the effects of the oriental medical treatment on Dementia of Alzheimer type. Patients were strictly classified into Sasang constitutions, and then were given herbal and acupunctural treatment for various length of time. The efficiency of the treatment was assessed by criteria for memory, orientation, registration, attention and calculation, language. The following results were obtained.

1. Out of 45 cases, 14 improved to almost normal state, 13 improved a little, 16 had no change, and 2 became worse. On the whole, 60% of the patients showed improvement.
2. Out of 31 female patients, 17 patients improved, thus the rate of improvement was at 55%. Out of 14 male patients, 10 patients improved, thus the rate of improvement was at 71%.
3. The analysis of the patients constitution resulted in two Soyang-constitution, 23 Soum and 20 Taeum. Soum, Teaum responded to the

treatment to an approximately equal extent.

4. Of the dementia patients involved in the study, 9 cases were mild, 14 moderate, and 22

severe. 9 mild cases, 12 moderate cases and 6 severe cases showed meaningful response to the treatment.