

혈관성 치매와 속발성 치매 치험 및 호전 3례

윤경선, 이지훈, 김재우, 정승현, 신길조, 이원철
동국대학교 한의과대학 내과학교실

Three Case Reports about Improving Vascular Dementia and Secondary Dementia

Kyoung-Sun Yun, Ji-Hun Lee, Jae-Woo Kim, Sung-hyun Jeong, Gil-Cho Shin, Won-Chul Lee
Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongguk University

Dementia is classified into Alzheimer's disease, vascular dementia and secondary dementia by its causes. Alzheimer's disease is hard to expect cognitive improvement, whereas vascular dementia and secondary dementia are reversible by medical treatments.

Dementia can be categorized as Chi-Mae(痴呆), Geon-Mang(健忘), Huh-Ro(虛勞), Guang(狂), in the oriental medicine and treated by 'purgation therapy' when it is classified into excessive syndrome.

We observed some significant improvements in the cognitive function from three patients diagnosed vascular dementia and secondary dementia by herbal medications of 『Dong-Eui-Su-Sheh-Bo-Won(東醫壽世保元)』. We report the process of the treatment.

Key Words: vascular dementia, secondary dementia

1. 緒 論

痴呆란 의식이 청명한 상태에서 전반적인 인지 기능의 장애를 나타내는 질환으로¹ 원인 질환에 따라 노인성치매(알츠하이머 치매), 혈관성치매, 속발성치매로 분류할 수 있다². 알츠하이머 치매와 혈관성치매가 많은 비율을 차지하고 있으며³ 우리나라등 아시아권에서는 혈관성 치매의 발병 빈도가 상대적으로 높다⁴. 알츠하이머 치매는 정확한 원인 치료 없이 단지 對症治療만을 시행하고 있으며 치료 불가능한 치매로 분류되며⁵, 혈관성 치매와 속발성 치매는 치료 가능한 치매로 분류된다.

韓醫學에서 痴呆라는 病名은 張景岳의 『景岳全書』⁶에서 처음 언급된 이후 呆病, 癡狂, 健忘, 虛勞등의 범주에서 다루어졌으며⁴, 病因 病理는 本虛와 標實의 兼症으로 先天稟賦不足과 後天調理失養으로 인한 本虛證의 바탕 위에 火·痰·瘀가 위로 清竅 腦絡의 정신 기능을 손상시키는 標實證의 挾雜에 의하여 발생된다².

『東醫壽世保元』⁷에서는 痴呆라는 용어는 사용되지 않았으며 健忘, 虛勞, 狂에 대해서 少陰人, 少陽人, 太陰人編에서 논의되고 있다.

이에 저자는 동국대 부속 경주 한방 병원에 치매 증상을 주 증상으로 입원하여 『東醫壽世保元』에 입각한 體質 辨證 治療로 증상이 호전된 혈관성 치매 1례와 속발성 치매 2례를 보고하는 바이다.

· 접수 : 2003. 8. 15 · 채택 : 2003. 12. 10
· 교신저자 : 윤경선, 경북 경주시 용강동 357 동국대학교
부속 경주 한방병원 의국
(Tel. 016-563-0689, 054-770-1341.
E-mail : janusun@empas.com)

II. 證例 및 經過 觀察

1. 증례 1 - 혈관성 치매

- 1) Pt. name(sex/age) : 전00(F/76)
- 2) C/C : 全身少力, 大小便失禁, 判斷力低下, 右側 1,2,3,4指 火傷
- 3) Onset : 2002년 11월 20일경
- 4) P/H : spinal stenosis of L4, 5. HTN(±).
- 5) S/H : smoking(-), drinking(-), 급하면서 외향적인 성격, 집안 살림 직접 하심
- 6) P/I : 상가자 onset 당시부터 평소의 지팡이 보행이 힘들어지면서 全身少力보이고 2002년 11월 22일 가스렌즈에 올려놓은 냄비를 뜨거운 줄 모르고 손으로 잡아 右側 1,2,3,4指에 火傷 발생, 大小便 失禁 등의 증상 보여 2002년 11월 23일 본원 OPD 통해 입원함
- 7) 전신증상
 - Mental : alert < confuse
 - 右側 1,2,3,4指 火傷(2도)
 - 大小便失禁 - 기저귀 착용 중. 大小便 인지장애.
 - cane gait 불량
 - 舌紅 白苔 脈數
 - 입원시 활력징후 : B.P 160/90 → 130/70, B.T 37.4, Pulse 70회, respiration 20
- 8) 계통적 問診
 - 頭頸部 : 頭痛(+), 眩暈(+), 項強(-)
 - 口部 : 口乾(+), 口苦(-), 口渴(-)
 - 呼吸器系 : 咳嗽 若干, 咯痰(+), 感冒 오래됐으나 完治 안 됨
 - 消化器系 : 食慾, 消化 상태 양호
大便 1回/日(보통변). 來院 1日 前부터 失禁 보임
 - 泌尿器系 : 來院 2-3日 前부터 小便 少量씩 失禁
 - 筋骨格系 : 兩下肢痺, 右側 上肢 暗紫色, 熱感, 右側 motor grade 약간 저하(G4-)
- 9) 이학적 검진 및 검사 소견

- 신경학적 검사 : 이상 소견 별무
 - Lab(abnormal) : CBC&Diff ... RBC -3740000, HGB 11.7 HCT 35.3 ESR - 65
 - Brain MR-Angiography 상 Lt. ACA territory inf. Dx.
- 10) 體質 辨證
 - 體形氣像 : 작고 마름.
 - 容貌詞氣 : 관골 부위 발달. 목소리가 체격에 비해 힘 있음
 - 性氣 情氣 : 급함, 외향적, 활동적
 - 少陽人 裏熱證으로 辨證. 地黃白虎湯 투여함.
 - 11) 입원시 경과
 - 입원 2일째 : BP 200/100, pulse 76, 자각증상 별무. β-blocker(p.o. med) 추가
 - 입원 4일째 : 右下肢 motor grade 저하 (舉上不能), 大小便 失禁 여전, 大便 糞수등 기억 못함. 말을 거의 하지 않음.
Brain MR-Angiography 상 Lt. ACA territory inf. Dx.
 - 입원 13일째 : Rt. hemiparesis 여전, 질문하는 말을 따라함. 大小便 失禁 상태 여전
UAµscopy - Leucocyte 4+, Nitrite 3+, Protein 2+, Blood 3+, WBC many, bac(4+) ESR 80 -> 항생제 투입
 - 입원 21일째 : BT 38.3 - 38.7°C, Pulse 96, 身痛(+), 惡寒(+), 腰痛(+)
Generalcondition 저하되어 항생제 변경 및 Herb-med 地黃白虎湯에서 豬苓車前子湯으로 변경
 - 입원 24일째 : 頭痛(-), 食慾低下, 食慾 감소, 腰痛(+), 大小便 失禁 증상 好轉
UAµscopy - Leucocyte -, Nitrite -, WBC 0-1, bac(-)
 - 입원 26일째 : Herb-med 豬苓車前子湯에서 地黃白虎湯으로 변경
 - 입원 38일째 : 小便 기저귀에 보는 糞수와 화장실에서 보는 糞수 비슷해짐(3-4회씩) 자신의 大便 糞수, 大便 與否등을 본인이 언

급함

- 입원 43일째 : 小便 화장실에서 보는 횡수가 기저귀에 보는 횡수보다 증가
- 입원 63일째 : 大小便 인식 상태 양호, 식사량 양호, self walking 양호하여 D.C.함

2. 증례 2 - 속발성 치매(CO intoxication)

- 1) Pt. name(sex/age) : 김00 (F/77)
- 2) C/C : 인지력 장애(인물, 장소, 시간), 행동 장애, 보행 장애
- 3) Onset : 2002년 12월 27일. 연탄가스에 중독됨.
- 4) P/H : HTN - 5년전 인지. med p.o.중.
- 5) S/H : smoking (-), drinking(-), 급하면서 쾌활한 성격, 내성적, 깔끔함. 욕을 잘함.
- 6) P/I : onset 당시 mental 저하, 광주 hosp. 입원 치료(5일간), home rest중 시공간 및 인물에 대한 지남력 저하(식구들을 몰라봄), 失言등의 증상 있었으나 Brain-MRI상 WNL Dx, home rest 하였으나 증상 호전 없어 2002년 2월 4일 본원 O.P.D. 통해 A.D.함
- 7) 전신상태
 - self walking 가능하나 보폭이 좁아 종종 걸음이며 비틀거림.
 - onset 이후 말수가 줄어들음.
 - 식구들을 잘 알아보지 못하고 없는 사람을 있다고 함.
 - 자신의 이름은 알고 있으나 나이는 모름.
 - 아무나 보고 잘 웃으며 질문에 웃기만 하는 경우가 많음.
 - 大小便 보고 싶으면 얘기 하지 않고 일어나서 나가려 함.
 - 주의가 산만하며 대화에 집중하지 못하고 만행동을 하거나 주위를 두리번거림.
- 8) 계통적 問診
 - 頭頸部 : 頭痛(±), 眩暈(-), 項強(-)
 - 循環器系 : 心悸(-) 胸悶(-)
 - 呼吸器系 : 간헐적인 咳嗽 있음. 咯痰(-) 喘症(-)

- 消化器系 : 食慾, 消化 상태 양호. 大便 1회/日, 快, 보통변
- 泌尿器系 : 素 6-7회/日, onset 이후 1-2회/日 (飲水量엔 큰 변화 없는 상태임).

9) 이학적 및 기타 검사 소견

- 신경학적 검사 : 이상 소견 별무
- Lab(abnormal) : ESR - 34. UAµ. - WBC 5~8.
- MMSE : 9점. (시공간지남력 -, 계산력 -, 판단력 저하, 단기기억력 저하, 기명력양호, 이해력 양호)

10) 體質辨證

- 體形氣像 : 작은 키, 약간 비만한 체형, 上實下虛形
- 容貌詞氣 : 비교적 온화한 얼굴 표정이며 관골 부위가 발달되어 있음.
- 性氣情氣 : 쾌활하여 활동적이며 깔끔한 성격.
- 辨證 : 少陽人 裏熱證으로 辨證, 豬苓車前子湯 투여.

11) 입원 중 경과

- 입원 2일째 : Herb-med ,West - med p.o. 거부, 질문에 거의 대답 안함. 식사 양호.
- 입원 8일째 : 소변 5회/일 가끔 失禁 보임. 默默不欲飲食으로 Herb-med(豬苓車前子湯) hold, Herb-ex 小柴胡湯 투여.
- 입원 11일째 : 大便 不得 4일째. 小便 16시간째 不得 - nelaton 350 CC Herb-med 地黃白虎湯 투여.
- 입원 15일째 : 식사량 조금씩 증가함. 시공간 지남력 저하 여전. 大便 不得 8일째로 관장 시행(연변 150g), 소변 self voiding 1회. 저녁 무렵부터 말수가 많아지고 기명력등 호전보임.
- 입원 24일째 : 일반적인 대화 모두 가능. 大小便 양호, 나이 인지력 저하. 창밖을 갯벌이라하면서 나가자함. (4-5회/일)
- 입원 36일째 : 感冒, 全頭痛, 咳嗽(+) Herb-

med 地黃白虎湯에서 荊防敗毒散으로 변경. 黑苔, 脈滑數, 小便 頻數 (2-3시간 간격)

- 입원 40일째 : 感冒 好轉. 舌苔 黃苔로 변화. 지남력등 호전보이나 자신의 나이 잘 모름. self gait 보폭 정상화됨. 小便 頻數 여전. Herb-med 地黃白虎湯으로 변경.
- 입원 54일째 : 感冒 증상(咳嗽, 咯痰, 惡寒)나 타남. 失言 횡수 감소 보임. 舌苔 白苔 KMMSE 15점 (시간 지남력-, 공간 지남력 불량, 계산력 -)
- 입원 56일째 : 荊防敗毒散, 地黃白虎湯 1일 2회씩 투여.
- 입원 65일째 : Herb-med 地黃白虎湯 荊防敗毒散에서 荊防瀉白散으로 변경.
- 입원 76일째 : 咳嗽, 咯痰 상태 호전. 소변 간격 넓어짐.(3시간 간격) Herb-med 荊防瀉白散에서 荊防導赤散(加 前胡, 瓜蒌仁)으로 변경.
- 입원 83일째 : 咳嗽, 咯痰 無. 失言 거의 하지 않음. 퇴원. KMMSE 19점 (계산력-, 단기기억력 불량)

3. 증례 3 - 속발성 치매(외상성 뇌실질내 혈종)

- 1) Pt. name(sex/age) ; 김00(M/53)
- 2) C/C : 사고 및 판단 능력 저하, 계산력 저하, 자제력 저하
- 3) onset : 2002년 8월 6일. TA로 인함
- 4) P/H : HTN - 10년전부터 med p.o.하다 onset 이후 BP 상승 별무하여 중단 상태. hemorrhoid op.
- 5) S/H : drinking 소주 1병/회 5회/주, for 30 years smoking 2갑/day, for 25years
- 6) P/I : 상기가 작은 키의 비만한 체격의 男患으로 onset 당시 TA로 lt. hemiparesis 및 상기 c/c로 입원 치료로 Sx 호전, 家療하다 한방 치료 원하여 2003년 4월 7일 본원 OPD통해 입원함.
- 7) 전신증상
 - Gait 상태 양호

- 판단력 저하(보호자 진술), 시간 지남력 저하, 시계등을 잘 보지 못함.
- 계산력 현저한 저하, 공간 인물 지남력 양호.
- 복수를 해야 한다는 등의 이야기를 끊임없이 함. 말을 반복함. 말수가 매우 많음.

8) 계통적 문진

- 頭頸部 : 頭痛(-) 眩暈(-) 項強(±)
- 口部 : 口乾(±), 口渴(±)
- 循環器系. 呼吸器系 : 양호. 더운 곳에서 胸悶 매우 심함.
- 消化器系 : 食慾 양호, - 식사량이 onset 이후 늘어남. 소화 양호
대변 5-6회/日, 快, 泄瀉(-), 軟便 형태
- 泌尿器系 : 소변 頻數 (10여회/日), 야간뇨 3회, 배뇨통(-), 지뇨(-)
- 피부 : 右側 上肢, 복부 등에 搔痒感 및 發疹, 發赤 있음

9) 이학적 검진 및 검사 소견

- 신경학적 검사 : 이상 소견 별무
- Lab(abnormal) : LFT - total cholesterol 300
- MMSE 22점 : 구체적인 날짜를 알지 못함. 계산력 저하, 기명력 양호, 그림 보고 따라하기 못함

10) 體質 辨證

- 體形氣像 : 작은 키, 비만한 체격, 상하체 발달 정도 비슷함, 종아리 발달.
- 容貌詞氣 : 剽銳好勇의 경향이 있음.
- 性氣情氣 : 매우 급하고 외향적. 달리기 좋아함.
- 辨證 : 少陽人 胸膈熱證으로 辨證, 少陽人 涼膈散火湯 투여.

11) 입원 후 경과

- 입원 3일째 : 제반 裏熱證 호전 별무하여 Herb-med 地黃白虎湯(加 牛蒡子)으로 변경함.
- 입원 5일째 : 계산력 상태 - 한 두자리 덧셈하기 양호.
구구단 9단 거의 외우지 못함 (9×2 = 12, 4×9 = 15등)

날짜는 알고 있으나 무슨 요일인지는 알지 못함.

暴言 횡수 줄어듬. 피부 搔痒症 여전, 大便 4-5 회/일, 小便 頻數 여전.

- 입원 6일째 : 少陽人 荊防瀉白散 투여함.
- 입원 7일째 : 계산력 호전(9×3=27, 8×7=56, 6×3=18)
시간 지남력 호전됐으나 시계를 잘 보지 못함.
- 입원 9일째 : 계산력 - 2-5단 구구단 완벽하게 외움, 8단은 시간이 오래 걸림, 9단은 반밖에 못외움.
아날로그 시계 잘 보지 못함.
보호자 “3세 지능에서 7세 지능이 된 것 같다” 함.
피부 搔痒感 다소 완화.
- 입원 15일째 : 5일간 外出 後 환자 퇴원 원함.
일상 생활 지장 별무하여 퇴원함.
MMSE 26점 (시간 지남력 호전, 계산력 약간 호전)

이상에서 사용된 처방의 약물 구성은 Table 1⁷과 같다.

Table 1. Herb Medicines

Herb Medicines	Component of Herbs
地黃白虎湯	石膏 5錢~1兩, 生地黄 4錢, 知母 2錢, 防風 獨活 各 1錢
猪苓車前子湯	澤瀉 茯苓 各 2錢, 猪苓 車前子 各1錢半, 知母 石膏 羌活 獨活 荊芥 防風 各 1錢
荊防敗毒散	羌活 獨活 柴胡 前胡 荊芥 防風 赤茯苓 生地黄 地骨皮 車前子 各 1錢
荊防瀉白散	生地黄 3錢, 茯苓 澤瀉 各 2錢, 知母 石膏 羌活 獨活 荊芥 防風 各 1錢
荊防導赤散	生地黄 3錢, 木通 2錢, 玄蔘 瓜蘞仁 各 1錢半, 柴胡 羌活 獨活 荊芥 防風 各 1錢

Table 2. The Diagnosis Standards for Lowering of Intellectual Function

Cummings&Benson 1992 Standard - 5개의 인지 영역 중 3개 이상

- 1) 기억장애, 2) 언어장애 3) 시공간능력저하 4) 성격 및 감정의 변화
- 5) 집행기능 장애 및 그 밖의 고등기능 장애: 추상적 사고, 계산력의 저하, 실행증 등

DSM-IV Standard

기억장애와 함께 실어증, 실행증, 실인증, 집행기능 장애 중에서 하나 이상을 함께 나타날 때

III. 考 察

치매란 Dement라는 라틴어에서 유래된 것으로 ‘정상적인 마음과는 거리가 멀어진 것’이라는 의미로⁸, 의식의 장애가 없는 환자가 비교적 지속적인 지적 능력의 저하를 가지고 있고 이런 장애로 인하여 사회생활이나 일상생활에 지장을 초래하는 경우를 말한다⁹. 지적 능력의 저하에 대한 정의는 Table 2⁹와 같다.

치매는 원인에 따라 뇌의 퇴행성 변화로 일어나는 알츠하이머 치매, 뇌졸중 후에 속발하는 혈관성치매, 그 외 원인질환에 의한 속발성 치매로 분류할 수 있으며² 뇌세포는 일단 파괴되면 재생이 불가능하므로 치매를 초기에 발견하지 않으면 치료 효과를 기대하기 힘들다⁹. 따라서 치료가능한 원인(treatable cause)을 찾아내기 위해 적극적인 검사를 실시해야 하며 실제 전체 치매 환자의 10-15%는 원인적 진단과 적절한 치료를 실시함으로 회복이 가능했던 것으로 보고 되고 있다¹⁰. 치료 가능한 원인을 살펴보면 Table 3¹¹과 같다.

Table 3. Possible treatable and reversible dementias listed according to Maletta's classification

Associated to Neurological Disorders	
Structural Lesions	Hydrocephalus(NPH), Subdural Haematoma, Brain Tumours, Postconcussion Syndrome
Associated to Systemic Disorders	
Nutritional Disorders	Vit. B12 · Folate · Thiamina Deficiency. Pellagra
Endocrine Disorders	Hypothyroidism, Hyperthyroidism, Adrenal and Pituitary Disorders, Insulinoma
Collagen/Vascular Disorders	SLE, Vasculitis, Sarcoidosis
Infectious Diseases	Chronic Meningitis(Tbc, Fungal, Parasitic), Brain Abscess, Neuroleue, Whipple Disease, Lyme Disease, AIDS
Alcoholic Dementia	Primary Alcoholic Dementia
Miscellaneous	COPD, Sleep Apnea Syndrome, Sleep Deprivation, Lymbic Encephalitis, Radiation, Hypoxia, Dialysis
Drug Intoxication and Metabolic disorders	
Drug Intoxication, Electrolitic Alterations, Chemical Poisoning	
Dementia Due to Psychiatric Disorders	
Depression, Late-Onset Schizophrenia, Mania Delusional Disorders	

전체 치매의 50-60% 이상을 차지하고 있는 알츠하이머 치매³의 경우 아직 정확한 원인이 밝혀져 있지 않으며 증상에 따라 진단하고 부검을 통해 확진한다. 인지 기능을 개선할 수 있는 약물치료는 효과를 기대하기 어려우며 對症療法으로 환자에게 나타나는 不安, 妄想, 焦燥, 不眠, 행동장애 등 이차적 정신증상에 대한 약물 치료가 주종을 이루고 있다⁹.

우리나라 전체 치매의 약 12%를 차지하는 혈관성 치매는 뇌혈관 병변으로 대다수 뇌경색 후에 나타나며³ 특히 전대뇌동맥이 폐색되면 근위약 및 피질 감각 소실, 요실금 간혹 반대측 파악 반사등이 초래될 수 있다¹⁰. 치료 방법으로는 뇌경색 위험 요소를 교정하고 혈소판 응집 억제제등을 투여하는 것이며¹² 실제 아스피린의 장기 복용으로 인지기능이 개선되었다는 보고¹³도 있다. 혈관성 치매는 초기에 발견하면 치료할 수 있으므로 치료 가능한 치매와 치료 불가능한 치매의 중간정도라 할 수 있다⁹. 서구에 비해 우리나라에서는 혈관성 치매의 비율이 높은 편이며⁹ 잠재적 치료와 예방 가능성 때문에 알츠하이머 치매와의 감별 진단과 조기 치료가 중요하며⁶ 두 질환의

감별엔 Hachinski 허혈계수³와 두 치매간의 이상행동 패턴차이⁴등에 대한 연구가 활용될 수 있다. 혈관성 치매의 확진은 뇌졸중의 증상과 전산화 단층 촬영(CT), 자기공명영상(MRI)등에서 뇌경색 소견이 보이면 진단한다¹⁰.

속발성 치매에 대해서는 연구 및 보고 논문이 많이 알려지지 않아 정확한 발병률 및 치료율을 알 수 없으나 전체 치매 환자의 낮은 비율을 차지하며 대체로 치료 가능한 원인에 의한 치매로 발병 원인에 준하여 치료 방향을 설정한다.

일산화탄소(Carbon Monoxide;CO) 증독에 의한 치매는 treatable causes중 Chemical Poisoning에 해당하며⁹ CO의 신경계에 대한 급성작용은carboxy-hemoglobin(COHb) 형성으로 인한 뇌의 저산소증이다¹⁴. 뇌의 손상에 의한 증상은 급성 증상 회복 후 어느 기간 동안 정상적인 생활을 유지하던 중 갑자기 발생하는 특징을 가지는데 이 시기를 “Lucid interval”이라 한다¹⁵. 가장 흔한 증상은 정신학적으로 감정둔마, 지남력 상실, 건망증, 無言症 등이며 신경학적으로는 대소변 실금, short-step gait, Glabella

sign 등이다. 회복되는 정도는 변화가 심하며 75%까지가 일년 후 호전되거나 기억 장애와 보행 장애는 계속 남는다¹⁴. 급성 CO 중독 후 이러한 변화는 呆病의 증후들과 매우 유사하다 할 수 있다¹⁵. 신경학적 후유증에 대하여는 對症의 요법 외에 특이적 치료는 보고된 바가 없는 것으로 조사되었다.

頭部 外傷으로 인한 치매는 DSM-IV에서 DDHT (dementia due to head trauma)로 구분된다. 이에 대한 구체적 또는 특이적 치료는 보고된 바가 적으며 두부 외상으로 인한 뇌실질내 혈종은 수술적 혹은 보존적 요법으로 치료할 수 있으나¹⁶ 그 후유증에 대한 치료법은 역시 그 보고된 바를 찾아보기 힘들다.

치매 환자의 정신병리 평가는 인지기능 영역은 기억력, 언어력, 시공간능력, 실행 능력을 포함하며¹⁷ 측정은 Korean Mini-mental Status Examination (K-MMSE)¹⁸가 주로 사용되며 치매의 심한 정도는 Clinical Dementia Rating(CDR)이 사용된다⁶. 이상 행동은 Neuropsychiatric inventory(NPI)가 검사 도구로 사용되고 있으며 우리나라에서도 K-NPI가 개발되어 적용되고 있다⁴(本院에서는 K-MMSE만 사용하여 증상의 정도를 판단하였다). 최근 노인들을 위한 Korean Dementia Screening Questionnaire (KDSQ)가 개발되어 타당도와 신뢰도가 높다는 보고가 있어¹⁹ 이에 대한 더 많은 보고가 나오길 기대한다.

韓醫學에서 痴呆는 『景岳全書·雜病謨·癲狂痴呆』⁶에서 “痴呆症… 言辭顛倒, 舉動不經, 或多汗, 或善愁, 其症則天奇萬怪, 無所不止…”로 처음 언급되고 있지만 『素問·脈要精微論』²⁰ “言而微, 終日乃復言者, 此奪氣也”, 『靈樞·千年編病』²⁰ “六十歲, 心氣始衰, 故憂悲, 血氣懈惰, 故好臥… 八十歲, 肺氣衰, 魄離, 故言善誤”,라 하여 奪氣 및 老化에 따른 臟腑 機能 衰退가 정신 장애를 유발한 것으로 언급되고 있다¹². 또한 『素問·宣明五氣篇』²⁰에서는 “五邪所亂, 邪入於陽, 則狂, 邪入於陰, 則痺, 搏陽則爲癲疾”이라 하였으며 『景岳全書·傳志錄·裏證篇』⁶ “若煩躁不眠, 乾渴譫語, 腹痛自利等證, 皆邪入於裏也. 若腹脹喘滿, 大便結硬, 潮熱斑黃, 脈滑而實者, 此正陽明胃腑裏實之證, 可

下之也.”이라 하였으니 邪氣에 의한 癲狂의 증상은 病邪가 裏部에 까지 침입한 것으로 병이 깊은 것이며 陽明과 관련지어 下法을 주로 제시하고 있다. 歷代 文獻에 나타난 痴呆, 健忘, 癲狂에 대해 요약하면 원인으로 臟腑虛實(肝, 心, 腎, 脾胃), 痰, 瘀이며³ 病機는 淸窺閉塞, 神志失常이며²¹ 治法은 健胃化痰, 補腎益髓, 祛瘀活血이 대표적이다¹².

『東醫壽世保元』⁷에서는 痴呆라는 용어는 사용되지 않았으며 健忘은 四象人 辨證論(“少陽人 恒有懼心… 若 懼心 至於恐心則 大病作而 健忘也. 健忘者 少陽人病之險證也”), 虛勞는 少陰人 十全大補湯(治虛勞), 少陽人 六味地黃湯(治虛勞), 太陰人 凡論(“太陰人證 有夢泄病… 虛勞重證也”)부분에서 간략히 언급되고 있다. 狂에 대해서는 『少陰人·腎受熱·表熱病論』 “其人如狂者 腎陽困熱也 小腹硬滿者 大腸怕寒也… 因以藿香正氣散 八物君子湯 和解而 峻補之. 其人如狂者 其人亂言也”, “此 胃家實病 不更衣 發狂證 當用 巴豆全粒 或用 獨參八物君子湯”라 하여 少陰人의 경우 鬱狂證 胃家實로 辨證, 巴豆 및 八物君子湯類의 사용으로 升陽益氣하여야 한다고 하였다. 『少陽人·脾受寒 表寒病論』에서는 “發狂譫語證 白虎湯…”라 하여 白虎湯類를 제시하고 있다. 『太陰人·肝受熱 裏熱病論』에서는 “李梴曰 目疼 鼻乾 潮汗 閉澀 滿渴 狂譫 宜調胃承氣湯”라 하였다.

위에 언급된 내용들을 살펴보면 少陰人·少陽人·太陰人 모두 條文에서 狂症과 함께 大便 不得 여부를 論하고 있으며 治法에 있어서도 공통적으로 大便과 관계된 處方들을 사용하고 있음을 알 수 있다. 이는 證治醫學에서 標實證이 심할 경우 下法을 제시함과 같은 의미라 사료된다.

상기 증례에 사용된 처방을 살펴보면 地黃白虎湯은 少陽人 裏熱病의 聖藥으로 譫語 등의 증상 초기, 少陽人 大便不通시 우선적으로 고려되어야 하는 處方이다. 豬苓車前子湯은 少陽人 身熱頭痛泄瀉와 陽明證(但熱無寒)의 小便不利에 사용하며 荊防瀉白散은 少陽人 少陽傷風證의 頭痛 膀胱榮躁者, 裏熱病 熱多寒少 身痒에 사용한다. 荊防導赤散은 少陽人 少陽傷風證 頭痛, 胸膈煩熱 및 結胸에 사용한다.

증례1(전00)의 경우 Cummings&Benson의 지적 능력 저하 기준 및 DSM-IV 기준(Table 2)에서 치매 진단 기준을 만족하며 Brain MR-angiography상 cb-inf(Lt. ACA inf.)을 진단 받아 혈관성 치매로 확진하였다. 體質辨證에서 容貌詞氣는 “有短小靜雅 外形恰似少陰人者” 해당되며 性氣情氣는 “恒欲舉而不欲措 恒欲爲外勝而不欲爲內守”에 해당 少陽人으로 판단, 제반증상을 少陽人 裏熱病으로 辨證, 地黃白虎湯을 투여하였다. 發熱, 小便 頻數의 요로감염에 대해선 猪苓車前子湯으로 변경하였다가 증상이 호전되면 다시 으로 투여하였다.

증례 2(김00)의 경우 Cummings&Benson의 지적 능력 저하 기준 및 DSM-IV 기준에서 치매 진단 기준을 만족하며 CO 중독 이후 인지력 및 보행 장애 등이 서서히 발생된 점을 고려, 속발성 치매로 진단하였다. 體形氣象은 “胸襟之包勢盛壯 膀胱之坐勢孤弱”, 容貌詞氣는 “上盛下虛 胸實足輕 剽銳好勇”, 性氣情氣는 “恒欲舉而不欲措 恒欲爲外勝而不欲爲內守”에 해당되어 少陽人으로 辨證하였다. 상기자는 음수량에 큰 변화가 없음에도 小便 횟수가 평소 6-7 회에서 입원 당시 2회 정도로 이를 無惡寒 小便不利의 降陰이 안되는 實證으로 판단하여 猪苓車前子湯을 투여하였다. 소변 양상은 곧 회복되어 제반 증상을 少陽人 裏熱病으로 辨證 Herb-med를 地黃白虎湯으로 변경하였다. 이후 咳嗽 咯痰(黃色)의 기관지염 증상이 나타나 이를 少陽人 少陽傷風證의 上焦證에 사용하는 辨證, 荊防導赤散을 투여하였다. 이후 환자의 咳嗽, 咯痰을 포함한 증상은 빠른 속도로 호전되었다. KMMSE score는 입원초기 9점에서 퇴원당시 19점으로 호전되었다.

증례 3(김00)은 교통사고로 인한 뇌실질 혈중으로 발병 8개월 후 입원한 환자로 Cummings&Benson의 지적능력 저하 기준 및 DSM-IV 기준에 의하여 속발성 치매로 진단하였다. 兩上肢 및 腹部등에 搔痒感 및 發赤, 胸膈熱證을 호소하여 Herb-med를 涼膈散 火湯, 地黃白虎湯을 투여하였으나 搔痒感 및 胸膈熱證이 호전되지 않아 荊防瀉白散으로 변경하였다. (『東醫壽世保元·少陽人 胃受熱 裏熱病論』“張仲景

曰 不能得小汗出 身必痒 宜桂麻各半湯. 論曰 此證大便 不過一晝夜而通者 當用 荊防瀉白散”) 이후 搔痒感, 계산력 및 판단력은 호전되었으며 KMMSE score는 입원초기 22점에서 퇴원 당시 29점으로 호전되었다.

이상 세 환자의 경우 공통적으로 證治醫學의 標實 및 少陽人 裏熱證으로 辨證되었기에 少陽人 胃熱證 및 諛語, 大便不通시 우선적으로 고려할 수 있는 地黃白虎湯을 입원 초기에 사용하였다. 이후에는 각각 證에 맞추어 處方 운용하였는데 이 중 猪苓車前子湯, 荊防瀉白散, 荊防導赤散이 유효한 결과가 있었다고 판단된다. 증례3의 경우 발병 후 8개월이 지난 상황이었으므로 地黃白虎湯에 의한 급성기 치료보다 證에 맞추어 사용한 荊防瀉白散이 더 유효했던 것으로 사료된다.

IV. 結 論

Cummings&Benson 기준 및 DSM-IV 진단기준에 준하여 치매로 진단한 혈관성 치매 및 속발성 치매(CO 중독·뇌외상성 뇌출혈) 환자를 『東醫壽世保元』에 입각한 體質 辨證 및 치료로 일상생활 및 사고에 지장이 없는 상태로 회복된 3예가 있어 보고하는 바이다.

參考文獻

1. 이근후. 최신임상정신의학. 서울:하나의학사; 1988, p.138, 216-28.
2. 전국한외과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 서울:서원당;1999, p.481-5.
3. 최용덕, 이광환, 강형원, 류영수. 痴呆의 病理에 대한 東·西醫學의 考察. 대한동의병리학회지. 1999;13(1):36-46.
4. 고석범, 양동원, 정성우, 최영빈, 김범생. 한국환 Neuropsychiatric inventory로 분석한 피질하 혈관성치매와 알츠하이머병의 행동장애 패턴의 차이. 대한신경과학회지. 2002;20(4):353-8.

5. 서무규. 성인병 노인병학. 서울:고려의학; 1992, p.225-32.
6. 張介賓. 張景岳醫學全書. 北京:中國中醫藥出版社;1999, p.881,1293.
7. 전국한의학대학교 사상의학교실. 사상의학. 서울: 집문당; 2000, p.434-96.
8. 건강생활연구회. 치매동의보감. 1판. 광명:도서출판 인화;1997, p.17, 69, 75.
9. 나덕렬, 강연옥. 치매의 신경학과 신경심리학적 특성. 한국임상심리학회지. 1997년 5월 학술발표회. p.1-19.
10. 이광우. 임상신경학. 3판. 서울:범문사; 2002, p.203-15, 430.
11. Carolina Piccini, Laura Bracco, Luigi Amaducci. Treatable and reversible dementias: an update. J of Neurological Sciences. 1998;153:172-81.
12. 이동원, 신길조, 이원철. 痴呆의 治療에 關한 東西醫學的 考察. 한의학 연구소 논문집. 1995;3: 67-80.
13. Meyer JS, Rogers RL, McClintic K, Mortel KF, Lotfi J. Randomized clinical trial of daily aspirin therapy in multi-infarct dementia:A pilot study. J Am Geriatr Soc. 1989;Jun;37(6):549-55.
14. 염용태. 일산화탄소. 산업보건. 1992, p.26-34.
15. 김동은, 김경훈, 김정석, 신길조, 이원철. 일산화탄소 중독 후 발생된 지연성 뇌병증 환자의 치험 및 호전 1예. 대한한의학회지. 2001;22(3):169-78.
16. 대한신경외과학회. 신경외과학. 2판. 서울:대한신경외과학회; 2002, p.365-66.
17. 이정희. 치매의 정신병리 평가. 정신병리학. 1997; 6(1):52-65.
18. Kang YW ND, Hahn SH. A validity study on the korean mini-mental state examination (K-MMSE) in dementia patients. J Korean Neurol Assoc. 1997;15(2):300-07.
19. 양동원, 조비룡, 최진영, 김상윤, 김범생. Korean Dementia Screening Questionnaire(KDSQ)의 개발과 타당도 및 신뢰도의 평가. 대한신경과학회지. 2002;20(2):1-7.
20. 洪元植 編. 精校黃帝內經. 서울:東洋醫學研究阮; 1981, p.105, 263, 301.
21. 傅人傑, 羅社文. 中醫藥治療老年呆病的臨床研究述評. Journal of Beijing University of Traditional Chinese Medicine. 1994;17(3):2-8.