

오진된 섬망 환자의 임상적 특징

연세대학교 원주의과대학 정신건강의학교실

오유진 · 백수현 · 김민혁 · 민성호 · 박기창 · 안정숙

Clinical Characteristics of Misdiagnosed Delirium

Eugene Oh, M.D., Sue-Hyun Baek, M.D., Min-Hyuk Kim, M.D.,
Seongho Min, M.D., Ph.D., Ki-Chang Park, M.D., Ph.D., Jung-Sook Ahn, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry, Yonsei University Wonju College of Medicine, Wonju, Korea

ABSTRACT

Objectives : Delirium of hospitalized patients is common and it is significantly associated with increased mortality rate. Misdiagnosis rates of delirium are reported in a range of 36.7 to 63% in clinical setting. We aimed to identify the clinical features and symptomatic characteristics associated with misdiagnosis of delirium.

Methods : Subjects were 256 inpatients who were referred for psychiatric consultation and diagnosed with delirium by a psychiatrist at a university hospital between January 1 and June 30, 2012. Clinical data were obtained with retrospective chart review. Patients were divided into misdiagnosed group and correct diagnosed group, after reviewing the reason which were described in the consultation request form.

Results : Sixty nine(27%) subjects of the 256 patients were referred for other reasons(mood, substance, anxiety, dementia etc.) than “delirium/confusion” by clinician(misdiagnosed group). In misdiagnosed group, use of antipsychotics was more common. There were no differences between the two groups in age, gender, and department of referring clinician. Fluctuation score of DRS-R-98 was higher in the correct diagnosed group.

Conclusions : In this study, the risk of misdiagnosis was higher when the patients have taken antipsychotics or less symptom fluctuation. Careful clinical attention is needed for diagnosis for delirium in these patients.

KEY WORDS : Delirium · Misdiagnosis · Symptom.

87

서론

섬망은 입원환자에서 흔한 정신질환 중에 하나이다. 섬망의 빈도는 연구대상자와 방법에따라 상이하여 입원환자에서 10%에서 80%까지 보고된다.¹⁻⁶⁾ 섬망은 입원기간연장, 기능적 회복의지하 등 나쁜 예후와 관련이 있으며, 요양시설 이용, 건강서비스비용의 상승 등 경제적으로도 부정적인 영

향을 끼친다.^{5,7-11)} 특히 섬망은 장단기이환율과 사망률의 증가와 관련이 있다고 알려져 있고, 최근의 전향적 연구들은 공존질환, 인구학적 변수, 치매 등의 다양한 혼란변수들을 통제 한 이후에도 섬망과 사망률이 관련이 있다고 보고하고 있다.^{8,12)} 따라서 섬망을 조기에 발견하고 치료하는 것이 중요 함에도 불구하고 종종 진단이 안되거나 잘못 진단되는 것으로 알려져 있다.¹³⁾

기존의 연구에서 섬망진단의 오진율은 36.7%에서 63%까지 다양하게 보고되며, 오진과 관련된 요인으로는 이전의 정신과 병력의 존재, 통증의 존재, 낮은 연령, 높은 교육수준 등이 있다.^{10,11,14-16)} 그러나 대상자 수가 적어 통계적 검증력이 약하고, 연구마다 결과가 일치되지 않는다.

Received: July 17, 2014 / Revised: August 27, 2014

Accepted: September 30, 2014

Corresponding author: Min-Hyuk Kim, Department of Psychiatry, Yonsei University Wonju College of Medicine, 20 Il-san-ro, Wonju 220-050, Korea

Tel : 033) 741-1260 · Fax : 033) 741-0532

E-mail : mhkim09@yonsei.ac.kr

섬망은 인지와 행동을 포함한 다양한 증상으로 발현되기 때문에 정확한 진단을 위해서는 여러 증상들에 대한 세심한 주의가 필요하지만, 타과 임상적은 환각, 망상, 정신운동성 초조 등 현저하게 나타나는 몇 가지 증상만으로 잘못된 진단적 인상을 가질 수도 있다. 이전의 연구들은 섬망의 증상적인 특성이 오진에 미칠 수 있는 영향을 고려하지 않았다. 국내의 한 선행연구에서 교육수준이 높을수록 섬망의 진단을 놓치게 된다는 보고가 있었으나 전체표본수가 적다는 점이 한계이다.¹⁶⁾ 본 연구의 목적은 오진과 관련하여 기존에 알려진 임상적 특징을 확인하고, 임상의를 오진으로 유도할 수 있는 증상적 특징을 알아보는 것이다.

방 법

1. 연구 대상 및 절차

본 연구는 2012년 1월부터 6월까지 ○○○○○○병원에 입원하여 정신건강의학과에 협진의뢰된 환자 중 섬망으로 진단된 355명을 대상으로 하였다. 대상자의 동질성을 위해 알코올 유도성섬망(alcohol-induced delirium)은 대상자에서 제외하였다. 섬망은 협진의뢰 시점에 Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders(DSM-IV)에 따라 정신건강의학과 전문의에 의해서 진단되었다. 대상자들의 의무기록을 후향적으로 조사하였으며, 그 중에서 모든 정보가 이용가능한 총 256명의 자료를 분석 하였다. 본 연구는 연구윤리심의위원회의 승인을 받았다.

2. 측 정

대상자들의 나이, 성별, 협진사유, 협진의뢰과, 현재 사용 중인 약물, 치매의 과거력, 정신질환의 과거력, 정신과 약물(psychotropic medication) 사용력 등 인구학적, 임상적 자료를 조사하였다. 협진요청서에 명시된 사유를 검토하여 기존의 연구에서 사용된 분류에 따라 진단일치군(correct group)과 진단불일치군(misdiagnosis group)으로 구분하였다.^{14,16)} 요청서에 “섬망”, “섬망의증”으로 기재된 경우 진단일치군으로 보았으며, “급성혼동상태(acute confusional state)”, “혼동(confusion)”, “중환자실 증후군”으로 의뢰된 경우도 진단일치군으로 간주하였다. 질병의 부담정도를 알아보기 위해 Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II(APACHE II)와 Charlson comorbidity index(CCI)를, 섬망의 증상 및 정도를 알기 위해 Delirium Rating scale-Revised-98(DRS-R-98)을 사용하였다.

1) Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II)

APACHE II는 환자의 예후를 예측하고 치료적 개입의 정

도를 결정하기 위해 Knaus 등에 의해 개발되었다. 질병의 중증도를 분류하기 위한 척도로 입원초기(24시간 이내)의 신체적 상태(직장체온, 평균동맥압, 동맥혈pH, 산소포화도, 심박수, 호흡수, 혈중 나트륨농도, 혈중 칼륨농도, 혈중 크레아티닌농도, 적혈구용적률과 백혈구수, Glasgow coma scale 등 총 12가지 항목)와 연령, 입원전의 건강상태 등을 고려하여 계산한다. 점수의 범위는 0~71점으로 점수가 높을수록 신체 질환 상태가 더 심각하다고 평가되며 예후가 불량하고 사망률이 증가할 것으로 판단한다.¹⁷⁾

2) Charlson Comorbidity Index(CCI)

CCI는 1987년 Charlson 등에 의해 고안된 척도로, 암, 심질환, 후천성 면역결핍 증후군 등 총 19개 내과적 질환을 가진 환자에 대한 사망자수를 예측하여 적극적인 치료적 개입 여부를 결정하기 위해 개발되었다. 각 질환 별 사망의 상대위험도를 1, 2, 3, 6점으로 변환하여 그 총합으로 계산하고, 여기에 연령증가에 따른 보정을 위해 50세 이상의 환자는 10년마다 CCI 점수에 1점을 추가한다.¹⁸⁾ 포함된 질환의 목록이 19개 밖에 되지 않는다는 제한점이 있지만 사망자수와 생존율에 대해 연관성이 높은 것으로 보고되었으며, 사용하기 쉽고 평가에 시간이 적게 걸린다는 장점이 있다.^{19,20)}

3) 섬망평가척도 개정판-98(Delirium Rating scale-Revised-98 : DRS-R-98)

DRS-R-98은 섬망의 진단 및 중증도 평가에 유용한 임상 평가척도로서 13개의 중증도 항목과 3개의 진단적 항목으로 구성되어 있다. 중증도 항목은 섬망의 각 증상에 대해 0점에서 3점 사이의 점수를 매기도록 되어 있으며, 총합이 클수록 증상의 중증도가 높다. 진단적 항목은 증상의 급성발생여부와 일중변동, 증상을 일으킬 수 있는 신체적 상태 등 다른 정신과적 질환과의 감별진단을 목적으로 하며, 0점에서 2점, 또는 0점에서 3점 사이의 점수의 총합으로 측정한다. DRS-R-98은 치료효과를 보기 위한 추적관찰에도 유용할 뿐 아니라 다른 도구들에 비해 섬망을 치매나 다른 정신과적 질환과 감별하는 데에도 효과적인 것으로 알려져 있다.^{10,21)}

3. 통계방법

두 군 사이의 차이를 알아보기 위해 변수에 따라 카이제곱 검정과 독립표본 t-test를 사용하였다. APACHE II 점수를 통제하고 두 군사이의 DRS-R-98 점수를 비교하기 위해 ANCOVA를 시행하였다. 다른 변수를 통제한 상태에서 오진에 미치는 요인을 알아보기 위해 이분형 로지스틱 회귀분석을 후진제거법으로 시행하였다. 모든 통계분석에 SPSS 18.0 version(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하였고, 통계적 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

전체 256명 중 69명(27%)이 섬망이 아닌 다른 진단으로 협진이 의뢰되어 진단불일치군으로 분류되었다. 진단불일치군에서 협진요청서에 기재된 의뢰사유는 불면 24례, 치매 13례, 자극과민 7례, 정신의학적 평가 6례, 우울증 6례, 행동변화 6례, 정신병적 장애 3례, 환청 2례, 반사회성 2례였다.

1. 진단일치군과 불일치군 간의 인구학적 임상적 특징의 비교 (Table 1)

진단불일치군에서 진단일치군보다 정신과 약물(psychotropic medication)의 사용이 많았다($p=0.004$). 특히 항정신병약물(antipsychotics)의 사용에서 두 군간의 차이를 보였다($p=0.004$). 또한 진단불일치군에서 기질성 정신질환의 과거력이 많았다($p=0.017$). 진단불일치군에서 치매의 과거력이 많고, APACHE II 점수가 낮았으나 통계적인 의의는 없었다(각각 $p=0.061$, $p=0.073$). 나이와 성별, 의뢰과, 섬망의 아형(motor subtype)에서는 두 군간에 차이를 보이지 않았다.

2. 진단일치군과 불일치군 간의 섬망증상의 비교 (Table 2)

DRS-R-98 중 증상의 변동(fluctuation) 항목의 점수가 진단일치군에서 진단불일치군보다 높았다($p=0.004$). 다른 증상

에서는 두군간의 차이가 없었다. APACHE II 점수를 통제하고 두 군사이의 DRS-R-98 항목 점수를 비교해도 증상의 변동(fluctuation) 항목의 점수에서만 차이를 보였다($F=8.981$, $p=0.003$).

3. 오진에 영향을 미치는 요인

오진에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 APACHE II 점수, 치매과거력, 기질성 정신질환의 과거력, 항정신병약물(antipsychotics) 사용여부, DRS-98-R 중 증상의 변동(fluctuation)을 독립변수로 하여 이분형 로지스틱 회귀분석을 후진제거법으로 시행하였다. 항정신병약물(antipsychotics) 사용이 있는 경우 오진의 위험이 의미있게 증가하였다($p=0.006$). 또한 APACHE II 점수가 낮을수록, 증상의 변동(fluctuation) 점수가 낮을수록 오진의 위험이 증가하였다(각각 $p=0.037$, $p=0.006$). 항정신병약물(antipsychotics) 사용력을 통제한 후 기질성 정신질환의 과거력은 섬망의 오진에 영향을 미치지 않았다.

고 찰

본 연구에서는 섬망의 오진과 관련된 임상적, 증상적 특징을 알아보려고 하였으며, 정신과 약물(psychotropic med-

Table 1. Demographic and clinical characteristics of patients

	Misdiagnosis group(n=69)	Correct group(n=187)	χ^2/t	p
Age	70.04 ± 13.62	72.41 ± 12.64	-1.302	0.194
Male	47(68.1%)	127(67.9%)	2.754	0.252
Referral source			0.707	0.400
Medicine	43(62.3%)	127(67.9%)		
Surgery	26(37.7%)	60(32.1%)		
APACHE II score	11.55 ± 4.14	12.66 ± 4.45	-1.798	0.073
CCI	3.16 ± 2.15	2.97 ± 2.27	0.591	0.555
No. of medication	10.00 ± 4.39	10.97 ± 4.51	-1.534	0.126
Use of opioid	11(15.9%)	41(21.9%)	1.115	0.291
Use of benzodiazepine	15(21.7%)	35(18.7%)	0.293	0.588
Psychotropic medication	18(26.1%)	21(11.2%)	8.615	0.003
Previous use of antipsychotics	8(11.6)	5(2.7%)	8.321	0.004
Previous use of antidepressant	9(13%)	16(8.6%)	1.152	0.283
Psychiatric history	20(29.0%)	39(20.9%)	1.878	0.171
Mood disorder	7(10.1%)	15(8%)	0.289	0.591
Substance use disorder	2(2.9%)	14(7.5%)		0.249
Anxiety disorder	1(1.4%)	4(2.1%)		1.0
Organic mental disorder	5(7.2%)	2(1.1%)		0.017
Dementia	10(14.5%)	13(7.0%)	3.505	0.061
Motor subtype			0.676	0.713
Hyperactive	33(47.8%)	97(51.9%)		
Hypoactive	3(4.3%)	5(2.7%)		
Mixed	33(47.8%)	85(45.5%)		

Fisher's exact test. APACHE II : Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II, DRS-R-98 : Delirium Rating Scale-Revised-98, CI : confidence interval

Table 2. Comparison of DRS-R-98 score between misdiagnosis and correct diagnosis group

	Misdiagnosis group(n=69)	Correct group(n=187)	t	p
DRS severity	15.09 ± 6.36	15.18 ± 6.22	-0.102	0.919
Sleep-wake cycle	1.88 ± 0.68	1.83 ± 0.75	0.536	0.592
Perceptual disturbance	1.29 ± 0.99	1.51 ± 1.06	-1.525	0.128
Delusions	0.7 ± 0.86	0.71 ± 0.79	-0.090	0.928
Lability of affect	1.12 ± 0.81	1.07 ± 0.75	0.379	0.705
Language	1.09 ± 0.85	0.97 ± 0.68	0.998	0.321
Thought process	0.93 ± 0.73	0.81 ± 0.67	1.179	0.239
Agitation	1.55 ± 1.04	1.52 ± 1.00	0.226	0.822
Retardation	0.19 ± 0.43	0.26 ± 0.52	-1.066	0.288
Orientation	1.43 ± 0.88	1.52 ± 0.89	-0.711	0.477
Attention	1.26 ± 0.72	1.21 ± 0.81	0.424	0.672
Short-term memory	1.16 ± 1.02	1.18 ± 0.94	-0.126	0.900
Long-term memory	1.30 ± 0.98	1.26 ± 0.98	0.346	0.729
Visuospatial ability	1.26 ± 0.95	1.29 ± 0.86	-0.266	0.791
DRS diagnostic	3.48 ± 0.70	3.70 ± 0.92	-1.777	0.077
Onset	1.48 ± 0.56	1.53 ± 0.65	-0.579	0.563
Fluctuation	0.94 ± 0.24	1.05 ± 0.29	-2.875	0.004
Somatic symptoms	1.07 ± 0.26	1.11 ± 0.32	-0.934	0.351

DRS-R-98 : Delirium Rating Scale-Revised-98

Table 3. Predicting factors for misdiagnosis of delirium

	B	S.E.	OR(95% CI)	p
APACHE II score	-0.075	0.036	0.93(0.86-0.995)	0.037
Presence of organic mental disorder	1.579	1.093	4.85(0.57-41.31)	0.149
Presence of dementia	0.224	0.523	1.25(0.45-3.49)	0.669
Use of antipsychotics	1.707	0.621	5.51(1.63-18.62)	0.006
Fluctuation score of DRS-R-98	-1.844	0.677	0.16(0.04-0.60)	0.006

APACHE II : Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II, DRS-R-98 : Delirium Rating Scale-Revised-98, CI : confidence interval

ication) 복용력과 기질성 정신질환의 과거력이 있을수록, 기저 신체질환의 중증도가 덜 심각할수록, 증상의 변동이 적을수록 오진될 가능성이 높았다.

협진의뢰시 섬망이 아닌 다른 진단으로 의뢰된 환자는 27%로 이전의 보고보다 낮다. 이전의 연구들이 적은 수의 환자를 대상으로 했으며, 병원마다 섬망에 대한 교육과 수련의 정도, 정신건강의학과에 의뢰하는 섬망환자의 특징이 다를 수 있으므로 직접적인 비교는 어렵다.

정신과 약물(psychotropic medication) 복용력, 특히 항정신병약물(antipsychotics)의 사용이 오진과 관련이 있는 것으로 나타났다. 기존에 항정신병약물을 사용 중일 경우 의뢰임상의들이 현재상태를 섬망이 아닌 기존의 정신질환의 증상으로 이해하려는 경향이 있음을 시사한다. 한편 정신과 병력의 여부는 오진과 관련이 없었다. 이는 정신과적 과거력 특히 정신증이나 양극성 장애의 과거력은 오진과 관련이 있고 항정신병약물이나, 항우울제의 사용은 오진과 관련이 없다는 이전 외국의 연구결과와는 다르다.^{10,11)} 본 연구에서 정신과 병력 여부는 협진의뢰 당시 의뢰임상의에 의해 파악되지 않았으며, 따라서 임상주의 진단에 영향을 주지 않았을 가능성이 있다. 우리나라 의뢰임상의들은 세심한 정신과 병력의

청취보다는 현재 복용중인 약물에 대한 파악에 익숙하고 이러한 점이 섬망을 진단하는데 영향을 미쳤을 것으로 추정된다. 특히 정신과 약물의 사용력은 다른 변수들의 영향을 통제 한 이후에도 오진의 위험을 2.7배나 증가시키는 것으로 나타나 기존에 정신과 약물을 복용 중인 환자의 섬망을 평가 할 때 주의가 필요함을 시사한다.

기저질환이 덜 심각할수록 섬망이 오진될 가능성이 더 높았다. 이는 환자에서 인지, 행동 증증상 나타났을 때 기저질환이 심각할 때는 임상주의가 섬망의 진단을 더 고려하지만, 기저질환이 심각하지 않을 경우 다른 정신질환으로 오인할 가능성이 높음을 의미한다. 이 결과는 신체적 질병상태가 심각하지 않더라도 섬망이 나타날 수 있다는 것을 임상주의가 인식 할 필요가 있다는 점에서 중요한 임상적 의의를 가진다. 기저질환이 더 심각할수록 섬망의 증상이 더 심각하고 따라서 섬망을 더 잘 인식했을 수도 있으나, 본 연구의 이차분석에서 APACHE II 점수와 DRS-R-98 총점 및 항목점수는 의미있는 상관성을 보이지 않아 이 가능성은 적다.

본 연구에서는 섬망의 증상적인 특징이 오진과 관련이 있는지 여부를 알아보려 했으며 증상의 변동이 유일하게 오진과 관련이 있었다. 증상의 변동은 진단기준에 포함된 핵심병

리이므로 섬망의 진단에 필수적이다.²²⁾ 그러나 증상의 변동은 시간에 따른 증상의 변화를 지속적으로 주의깊게 관찰해야 파악이 가능하므로 증상변화의 폭이 미미하거나 상대적으로 긴 시간동안의 증상변화일 경우 알아차리기 어렵다. 그러므로 짧은 시간동안 많은 환자를 진료해야 하는 의뢰임상의가 이를 인식하지 못하고 오진으로 이어질 가능성이 있다. 또한 가변성이 치매와 섬망의 구분기준으로 인식되므로 증상의 변동이 적을 경우 치매로 오진되는 경우가 많을 수 있다.

한 연구에서 지남력이 유지되는 경우 오진될 위험이 3배나 높다고 보고하였으나 본 연구에서 지남력과 오진과의 관련성은 관찰되지 않았다.¹¹⁾ 전반적인 섬망의 중증도는 오진과 관련이 없었으며 이 결과는 이전의 보고와 일치한다.^{10,16)} 섬망의 아형(motor subtype)은 섬망의 오진에 영향을 주지 않는 것으로 나타났으며, 이전의 Wada 등의 연구에서도 섬망의 아형(motor subtype)과 오진은 관련이 없었다고 보고하였다.¹⁵⁾ 그러나 저활동형의 섬망(hypoactive type)은 임상 의뢰에 의해 인식되지 않은 경우가 많으며, 인식된 경우에도 정신건강의학과에 의뢰되지 않는 경우가 많아 실제로 오진과 관련이 없는 지 여부는 확실하지 않다.²³⁾

본 연구는 다음과 같은 제한점을 가진다. 첫째, 일 대학병원에서 정신건강의학과에 협진된 환자들을 대상으로 하였으므로 본 연구의 결과를 일반화하기 어렵다. 둘째, 후향적으로 의무기록을 조사한 연구이므로 정보의 누락이나 편이가 작용했을 가능성이 있다. 다만 연구에 사용한 변수들이 섬망환자의 진료시 통상적으로 평가하는 항목들이고 DRS-98-R도 협진 당시에 시행되었으므로 이러한 가능성이 적을 것으로 판단된다. 셋째 오진의 여부를 협진요청서에 기재된 진단을 기준으로 하였으므로 실제로는 의뢰임상의가 섬망을 인지하였으나 기술의 편의상 다른 진단명 또는 증상을 기재하여 진단불일치 군으로 잘못 분류되었을 가능성이 있다.

요약하면, 본 연구에서 임상 의뢰들이 섬망을 오진하는데 영향을 미치는 임상적, 증상적 특징을 알아보려고 하였다. 임상 의뢰의사의 오진율은 27%였다. 정신과 약물복용, 특히 항정신병약물복용시, 섬망증상의 변동이 적을 때, 그리고 기저 신체질환의 심각도가 낮을 때 오진의 위험이 높았다. 기존에 정신과 약물을 복용 중인 환자에서 섬망의 증상이 나타나면 임상 의사가 오진할 가능성이 높아지고 섬망의 진단과 치료가 지연되어 환자의 예후에 부정적 영향을 미칠 위험이 있으므로 주의를 요한다.

REFERENCES

(1) Francis J, Kapoor WN. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40(6):601-606.

(2) Inouye SK, Viscoli CM, Horwitz RI, Hurst LD, Tinetti ME. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med* 1993;119:474-481.

(3) Martin NJ, Stones MJ, Young JE, Bedard M. Development of delirium: a prospective cohort study in a community hospital. *Int Psychogeriatr* 2000;12:117-127.

(4) McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the intensive care unit: Occurrence and clinical course in older patients. *J Am Geriatr Soc* 2003;51: 591-598.

(5) Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:809-815.

(6) Kim BS. Psychosomatic intervention of delirium. *Korean J Psychosomatic Medicine* 2008;16:75-80.

(7) Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1990;263:1097-1101.

(8) Leslie DL, Zhang Y, Holford TR, Bogardus ST, Leo-Summers LS, Inouye SK. Premature death associated with delirium at 1-year follow-up. *Arch Intern Med* 2005;165:1657-1662.

(9) McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med* 2002; 162:457-463.

(10) Kishi Y, Kato M, Okuyama T, Hosaka T, Mikami K, Meller W, Thurber S, Kathol R. Delirium: patient characteristics that predict a missed diagnosis at psychiatric consultation. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:442-445.

(11) Swigart SE, Kishi Y, Thurber S, Kathol RG, Meller WH. Misdiagnosed delirium in patient referrals to a university-based hospital psychiatry department. *Psychosomatics* 2008;49:104-108.

(12) Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr, Inouye SK, Bernard GR, Dittus RS. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 2004;291:1753-1762.

(13) Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007;334: 842-846.

(14) Armstrong SC, Cozza KL, Watanabe KS. The misdiagnosis of delirium. *Psychosomatics* 1997;38:433-439.

(15) Wada T, Wada M, Wada M, Onishi H. Characteristics, interventions, and outcomes of misdiagnosed delirium in cancer patients. *Palliat Support Care* 2010;8:125-131.

(16) Choi JW, Park HS, Ryoo JH, Yon KW, Kim YC, Lim WJ, Kim EJ, Kim SI. Patient characteristics in cases of misdiagnosed delirium upon psychiatric consultation in a university hospital: A pilot study. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2010;49:383-387.

(17) Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985;13:818-829.

(18) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-383.

- (19) Extermann M. Measuring comorbidity in older cancer patients. Eur J Cancer 2000;36:453-471.
- (20) Extermann M. Measurement and impact of comorbidity in older cancer patients. Crit Rev Oncol Hematol 2000;35:181-200.
- (21) Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Canary K, Norton J, Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: Comparison with the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 2001;13:229-242.
- (22) American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed, Washington, DC: American Psychiatric Association;2000.
- (23) Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM Jr. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. Arch Intern Med 2001;161:2467-2473.

국문 초록

연구목적

본 연구에서는 섬망의 오진과 관련된 임상적 특징 및 임상의를 오진으로 유도할 수 있는 증상적 특징들을 알아보고자 한다.

방법

일 대학병원에 입원하여 정신과에 협의진료 의뢰된 환자 중, 정신건강의학과 전문의에 의해 섬망으로 진단된 256명을 대상으로 후향적으로 의무기록을 조사하였다. 협진요청서에 명시된 사유를 검토하여, 의뢰의사의 진단이 섬망인 경우 진단일치군으로 섬망이 아닌 경우 진단불일치군으로 구분하였다.

결과

69명(27%)이 진단불일치군으로, 섬망이 아닌 다른 진단으로 협진이 의뢰되었다. 진단불일치군에서 항정신병약물의 사용, 기질성 정신질환의 과거력이 많았다. Delirium rating scale-Revised-98(DRS-R-98) 중 증상의 변동 항목의 점수가 진단일치군에서 더 높았다. 로지스틱 회귀분석결과 질환의 낮은 심각도, 항정신병약물 사용력, 적은 증상의 변동이 임상의를 섬망 외에 다른 진단을 고려하는 예측인자였다.

결론

본 연구에서 항정신병약물을 복용중인 경우, 섬망증상의 변동이 적은 경우 오진의 위험이 높았다. 지연된 섬망의 진단과 치료는 환자의 예후에 부정적인 영향을 미칠 수 있으므로 주의 깊은 임상적 관심이 필요하다.

중심 단어 : 섬망 · 오진 · 증상.