

치매 환자들의 임상적 평가

대구효성가톨릭의대 정신과학교실

박 종 한

Clinical Assessment of Demented Patients

Jong Han Park, M. D.

Department of Psychiatry Catholic University of Taegu-Hyosung, School of Medicine

외국에서 시행된 역학적 연구들을 살펴 보면 노인들에서 치매의 유병율은 국가마다, 연구자마다 차이가 있으나 대략 10%전후이다. 우리 나라 노인들에서 치매의 유병율은 9.4 -10.8 %로 보고되었다. 치매는 연령과 밀접한 관계가 있는 질병이므로 노인 인구가 증가할 수록 발병율과 유병율은 함께 증가하며 이는 고령화 사회로 나아 갈 것으로 추측되는 우리 나라에서도 국민 보건상의 큰 도전이다. 치매가 의심되는 환자들을 진료할 때는 우선 환자의 증상이 치매에 해당하는가 아니면 치매와 유사한 다른 증후군인가를 평가해야 한다(진단적 평가). 환자의 증상이 치매의 진단 기준에 부합한다면 그 다음에는 치매를 일으키는 원인 질환이 무엇인가를 밝혀야 한다(원인적 평가). 마지막으로 치매의 증상이 얼마나 심한가를 평가해야(정도의 평가) 치료적인 계획을 수립할 수 있다.

1. 진단적 평가

진단적 평가란 환자의 증상이 치매인가 아닌가를 평가하는 것이다. 치매는 단일 질병이 아니고 다양한 인지기능의 이상으로 나타나는 증후군이다. 1994년에 미국정신의학회가 제정한 기준(DSM- IV)에서는 섬망이 없이 다양한 인지기능 결손이 발생하고 이 때문에 사회 생활이나 직장 생활에 현저한

장애가 초래되고, 이전의 기능 수준으로부터 현저히 감퇴된 상태를 치매라고 정의한다. 여기에서 다양한 인지기능 장애란 기억 장애가 필수적이며 거기에다가 언어 장애, 실행 장애, 인지 장애, 수행기능(executive functioning)의 장애 중에서 하나 이상이 있을 것을 요구한다. 인지기능 장애가 심해지면 일상 생활 동작(activities of daily living)의 장애도 따라온다. 이외에도 망상, 우울증 혹은 인격 변화와 같은 정신증상도 흔하다. 따라서 치매와 유사한 증상을 나타내는 다른 정신 의학적 상태와 감별을 요한다. 이러한 것들 중에는 섬망, 건망 증후군, 가성 치매, 정신지체, 연령 동반성 인지기능 감퇴 등이 있다.

섬망과 치매는 인지기능의 전반적인 장애라는 점에서는 동일하다. 양자의 가장 중요한 차이는 전자가 의식이 장애된 상태하에서 인지기능 장애를 나타내는 반면 후자에서는 의식의 장애가 없다는 점이다. 의식 장애는 의식 수준의 잦은 변화로도 나타나기 때문에 의식 수준의 변화에 따라서 인지기능의 장애가 변화한다. 즉, 낮보다는 밤에 증상이 더 심한 경향이 있고, 낮동안에도 시각에 따라서 변화를 보인다(표 1).

전통적으로 뇌에 기질적이상이 없다고 알려진 여러 정신 질환에서도 인지기능 장애가 나타나는 경우가 종종 있다. 이런 경우에서 원래의 정신 질환이

표 1. 섬망과 치매의 임상적 감별

증상	섬망	치매
기억 장애	+++	+++
사고 장애	+++	+++
판단 장애	+++	+++
의식의 혼탁	+++	-
주의 집중 장애	+++	+
증상의 기복	+++	+
지남력 장애	+++	++
환시, 착시	+++	+
말이 조리 없음	++	+
수면-각성 주기 장애	++	+
야간에 증상 악화	++	+
시작	아급성 / 급성	만성

표 2. 가성치매의 원인

Diagnosis	No.	%
Depression	16	57
Schizophrenia	5	18
No diagnosis	4	14
Mania	2	7
Hysteria	1	4

치료되면 인지기능도 저절로 호전된다. 이와 같이 전통적인 관점에서 뇌의 기질적인 원인이 없이 치매가 발생하는 경우를 가성치매라고 한다. 병원에 내원하는 치매 환자들 중에서 6.7%를 차지하며, 가장 흔한 것은 우울증이고 기타의 원인들도 있다(표 2). 우울성 가성치매와 치매와의 감별점을 열거하면, 전자는 아급성으로 발생하고, 기억 장애를 자주 호소하고 강조하며, 최근 기억과 과거 기억이 동일한 정도로 장애되고, 우울증의 기왕력이 있는 경우가 많으며 우울감이나 식욕 감퇴 등과 같은 우울 증상이 있다. 반면에 치매는 매우 서서히 시작하며, 인지기능 장애를 감추려는 경향이 빈번하고, 과거 기억 보다는 최근 기억이 훨씬 더 장애가 심하고, 우울증의 기왕력이 드물고, 우울감과 우울증의 자율신경계 증상이 없는 것이 보통이다.

정신지체는 주로 18세 이하에 증상이 시작되며 기억 장애가 반드시 있는 것은 아니다. 건망 증후군은 기억 장애는 있되 다른 고등 대뇌 피질 기능의

장애, 예를 들면 언어 장애, 실행 장애 인지 장애 혹은 수행 기능의 장애는 없다.

Alzheimer병은 연령 동반성 기억 장애(age-associated memory impairment) 혹은 연령 동반성 인지 기능 감퇴(age-associated cognitive decline)와도 감별되어야 한다. 양자는 서로 유사한 개념이다. 예를 들면, 연령 동반성 인지 기능 감퇴는 인지 기능 감퇴가 주관적으로나 객관적으로 존재하며, 점진적으로 시작되 최소 6개월이 경과했으며, 기억과 학습, 주의력과 집중력, 사고, 언어, 시공간 기능의 영역 중 어느 하나 이상에서 장애가 있되 이를 설명할 수 있는 다른 장애가 없을 때를 말한다. 연령 동반성 기억 장애나 연령 동반성 인지 기능 감퇴의 정체가 무엇인지는 아직 불명하다

2. 원인적 평가

치매의 원인 질환은 60 - 70여 가지에 이른다. 의학이 발전함에 따라서 이때까지 퇴행성 치매로 알려진 치매의 원인들이 더욱 세분화되어서 밝혀지면 원인 질환은 더 늘어날 것이다. 우리 나라에서 행해진 역학적 연구에 의하면 중요한 질환들로는 Alzheimer형 치매가 60%, 혈관성 치매가 12%, 혼합형이 10.7%, 그리고 주정성 치매가 8%를 차지했다(표 3). 이러한 소견은 일본이나 중국에서 행해진 연구 결과들과는 다른 양상이지만 서양에서 이루어진 연구들과는 큰 차이가 없다.

치매의 원인을 밝히는 목적은 대사성 이상, 약물 남용으로 인한 일시적 치매, 양성 뇌종양, 정상압 뇌수종 혹은 기타의 원인적 치료가 가능한 원인 질환을 찾아내는 것이다. 병력을 자세히 청취하고 신경학적-이학적 검사를 세밀히 시행하면 번잡하고 경비가 많이 들지도 모르는 검사를 줄일수 있다. 실험실 검사로는 표 4에 나열된 것들이 시행되어야 한다.

Alzheimer병은 전체 치매 환자들의 50-60%를 차지하며, 기억 장애를 비롯한 여러 가지 인지 기능 장애가 서서히 발생하여 사망할 때까지 계속 점진적으로 진행한다(표 5). 원인으로는 산발형과 가족형

표 3. 치매의 원인 질환들

Alzheimer disease
Vascular dementia
Multi-infarct dementia
Strategic single-infarct dementia
Borderzone infarction dementia
Small-vessel disease dementia
Drug and toxins (including alcohol)
Intracranial masses
Anoxia
Head trauma
Normal pressure hydrocephalus
Neurodegenerative diseases
Parkinson disease
Huntington disease
Pick disease
Infectious diseases
Creutzfeldt-Jakob disease
AIDS
Neurosyphilis
Nutritional disorders
Wernicke-Korsakoff encephalopathy
Vitamin deficiencies (folate, vitamin B12)
Metabolic disorders
Hepatic insufficiency
Renal insufficiency
Cushing syndrome
Hypothyroidism
Adrenal leukodystrophy

표 4. 치매 환자들에서 시행되어야 할 검사

Physical exam/Neurological exam
Vital signs
Mental status exam
Mint-mental state exam
Review of medicatons and drug levels
Blood and urine screens for alcohol and heavy metals*
Physiological workup
SE/glucose/Ca/Mg
Liver function
Renal function
SMA-12
Urinalysis
CBC with DC and ESR
Thyroid funciton
VDRL
Serum folate and vitamin B12
Urine corticosteroids*
Antinuclear antibody, C3C4, Anti-DS DNA*
ABGA*
HIV screen*
Chest X-ray
EKG
Neurological workup
Brain MRI
SPECT/PET*
Lumbar puncture*
EEG*
Neuropsychological testing*

*indicated by history and physical exam

으로 구분되는데, 가족형은 상염색체 우성으로 유전한다. 21번, 19번, 14번, 그리고 1번 염색체에 Alzheimer병 유관한 유전자가 있는 것으로 밝혀졌다.

혈관성 치매는 전체 치매 환자들의 10-20%를 차지하고, 뇌혈관 질환 때문에 발생한다. 뇌혈관 질환의 침범 부위에 따라서 신경학적 증상이나 증후, 신경심리 검사상의 소견들이 매우 다양한 것이 특징이다. 원인에 따라서 시작도 다양하고 호전, 정체, 악화에 이르기까지 경과도 다양하다. 최근까지는 개념이나 원인에 관한 주장들이 분분했으나 1993년 NINCDS-AIREN International Work Group에 의해서 일신되었다(표 6).

3. 치매 정도의 평가

치매의 정도를 평가하는 것은 환자의 현재 상태가 어느 정도인가를 평가하고, 향후에 어떻게 진행하는가를 측정하는데 기초 자료로서 이용되며, 또 치매 환자를 돌보는데 필요한 인력을 계산하는데도 도움이 될 것이다. DSM-III-R에서는 경도, 중등도, 그리고 중증으로 구분했었다. 경도의 환자들은 직장 생활이나 사회 생활에서 현저한 장애가 있지만, 개인 위생도 적절하고 판단력도 비교적 보존되어 있기 때문에 혼자서 생활할 수 있다. 중등도 치매

표 5. Alzheimer병의 임상적 진단을 위한 NINCDS-ADRDA의 기준

-
- I. The criteria for the clinical diagnosis of probable Alzheimer's disease include:
 1. Dementia established by clinical examination and documented by the mini-mental state examination, Blessed dementia scale, or some similar examination, and confirmed by neuropsychological tests.
 2. Deficits in two or more areas of cognition.
 3. Progressive worsening of memory and other cognitive functions.
 4. No disturbance of consciousness.
 5. Onset between ages 40 and 90, most often after age 65.
 6. Absence of systemic disorders or other brain diseases that in and of themselves could account for the progressive deficit in memory and cognition
 - II. The diagnosis of probable Alzheimer's disease is supported by:
 1. Progressive deterioration of specific cognitive functions such as language (aphasia), motor skill (apraxia), and perception(agnosia).
 2. Impaired activities of daily living and altered patterns of behavior.
 3. Family history of similar disorders, particularly if confirmed neuropathologically.
 4. Laboratory results of :
 - a. Normal lumbar puncture as evaluated by standard techniques.
 - b. Normal pattern or nonspecific changes in EEG, such as increased slow-wave activity.
 - c. Evidence of cerebral atrophy on CT with progression documented by serial observation.
 - III. Other clinical features consistent with the diagnosis of probable Alzheimer's disease, after exclusion of causes of dementia other than Alzheimer's disease, include:
 1. Plateaus in the course of progression of the illness.
 2. Associated symptoms of depression, insomnia, incontinence, delusions, illusions, hallucinations ; catastrophic verbal, emotional, or physical outbursts ; sexual disorders ; and weight loss.
 3. Other neurological abnormalities in some patients, especially those with more advanced disease and including motor signs such as increased muscle tone, myoclonus, or gait disorder
 4. Seizures in advanced disease.
 5. CT normal for age.
 - IV. Features that make the diagnosis of probable Alzheimer's disease uncertain or unlikely include :
 1. Sudden, apoplectic onset.
 2. Focal neurologic findings such as hemiparesis, sensory loss, visual field deficits, and incoordination early in the course of the illness.
 3. Seizures or gait disturbances at the onset or very early in the course of the illness.
 - V. Clinical diagnosis of possible Alzheimer's disease :
 1. May be made on the basis of the dementia syndrome ; in the absence of the neurologic, psychiatric, or systemic disorders sufficient to cause dementia ; and in the presence of variations in the onset, presentation, or clinical course.
 2. May be made in the presence of a second systemic or brain disorder sufficient to produce dementia, which is not considered to be the cause of the dementia.
 3. Should be used in research studies when a single, gradually progressive, severe cognitive deficit is identified in the absence of other identifiable cause.
 - VI. Criteria for diagnosis of definite Alzheimer's disease are :
 1. The clinical criteria for probable Alzheimer's disease.
 2. Histopathologic evidence obtained from a biopsy or autopsy.
 - VII. Classification of Alzheimer's disease for research purposes should specify features that may differentiate subtypes of the disorder, such as :
 1. Familial occurrence.
 2. Onset before age 65.
 3. Presence of trisomy 21.
 4. Coexistence of other relevant conditions such as Parkinson's disease.
-

표 6. 혈관성 치매에 대한 NINCDS-AIREN의 진단 기준

-
- I. The criteria for the clinical diagnosis for probable vascular dementia include all of the following :
1. *Dementia*, defined by cognitive decline from a previously higher level of functioning and manifested by impairment of memory and of two or more cognitive domains(orientation, attention, language, visuospatial functions, executive functions, motor control, and praxis), preferably established by clinical examination and documented by neuropsychological testing ; deficits should be severe enough to interfere with activities of daily living not due to physical effects or stroke alone.
Exclusion criteria : Cases with disturbance of consciousness, delirium, psychosis, severe aphasia, or major sensorimotor impairment precluding neuropsychological testing. Also excluded are systemic disorders or other brain diseases (e.g., Alzheimer's disease) that in and of themselves could account for deficits in memory and cognition.
 2. Cerebrovascular disease (CVD), defined by the presence of focal signs on neurological examination (e.g., hemiparesis, lower facial weakness, Babinski's sign, sensory deficit, hemianopsia, and dysarthria) consistent with stroke (with or without history of stroke) and evidence of relevant CVD by brain imaging (computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI)) including multiple large vessel strokes or a single, strategically placed infarct (angular gyrus, thalamus, basal forebrain, posterior cerebral artery, or anterior cerebral artery territories), as well as multiple basal ganglia and white matter lacunes or extensive periventricular white matter lesions, or combination thereof.
 3. A relationship between the above two disorders, manifested or inferred by the presence of one or both of the following :
 - a. Onset of dementia within 3 months after a recognized stroke.
 - b. Abrupt deterioration in cognitive functions, or fluctuating, stepwise progression of cognitive deficits.
- II. Clinical features consistent with the diagnosis of *probable* vascular dementia include the following :
1. Early presence of a gait disturbance (small-step gait or marche a petits-pas, magnetic, apraxic-ataxic, or parkinsonian gait).
 2. History of unsteadiness and frequent, unprovoked falls.
 3. Early urinary frequency, urgency, and other urinary symptoms not explained by urological disease.
 4. Personality and mood changes, abulia, depression, emotional incontinence, other subcortical deficits including psychomotor retardation, and abnormal executive function.
- III. Features that make the diagnosis of vascular dementia uncertain or unlikely include.
1. Early onset of memory deficit and progressive worsening of memory and other cognitive functions such as language (transcortical sensory aphasia), motor skills (apraxia), and perception (agnosia), in the absence of corresponding focal lesions on brain imaging.
 2. Absence of focal neurological signs, other than cognitive disturbance.
 3. Absence of cerebrovascular lesions on brain CT or MRI.
- IV. Clinical diagnosis of *possible* vascular dementia : May be made in the presence of dementia(Section I) with focal neurological signs, but in the absence of brain imaging confirmation of definite CVD ; or in the absence of clear temporal relationship between dementia and stroke ; or in patients with subtle onset and variable course (plateau or improvement of cognitive deficits and evidence of relevant CVD).
- V. Criteria for diagnosis of *definite* vascular dementia are :
1. Clinical criteria for probable vascular dementia.
 2. Histopathological evidence of CVD obtained from biopsy or autopsy.
 3. Absence of neurofibrillary tangles and neuritic plaques exceeding those expected for age.
 4. Absence of other clinical or pathological disorder capable of producing dementia.
- VI. Classification of vascular dementia for research purposes may be made on the basis of clinical, radiological, and neuropathological features, for subcategories or defined conditions such as :
- Cortical vascular dementia
 - Subcortical vascular dementia
 - Binswanger's disease
 - Thalamic dementia
-

란 독립적인 생활은 위태롭고 어느 정도의 개호가 필요한 상태를 말한다. 중증 환자들은 일상 생활 동작의 장애가 너무 심해서 지속적인 개호가 필요하다. 예를 들면, 개인 위생도 유지하지 못하거나 말이 매우 조리가 없거나 반대로 거의 말을 하지 않는다. 그러나 이 방법은 너무 막연하고 각 단계에 뚜렷한 기준이 없다.

치매의 정도는 대뇌의 병리학적 정도에 따라서 평가하는 것이 가장 정확할 것이다. 그러나 대뇌의 병리학적 변화를 생체에서 평가하기란 매우 어렵다. 간접적인 방법으로는 뇌파 검사, 양전자방출단

층촬영을 이용한 대사 장애의 평가, 단광자방출전산화단층촬영을 이용한 대뇌 혈류량 측정, 뇌 전산화단층촬영이나 핵자기공명영상을 이용한 형태학적 계측 등을 생각할 수 있다. 이러한 방법들은 치매의 병태 생리를 밝히는데 유용한 방법임에 틀림 없지만 임상 증상과 이러한 변화와의 관련성은 그렇게 높지 않다.

치매가 진행할수록, 혹은 대뇌 병변의 크기가 증가할수록 인지기능은 더욱더 감퇴한다. 따라서 인지기능은 치매의 정도를 평가 하는데 필수적이다. 치매 유무를 진단하고 정도를 평가하기 위해서 개

표 7. 한국판 mini-mental state examination (MMSEK)

이름 검사일자	나이 생년월일 (음력)	성별 (남, 여)	교육 (유학, 무학) 생년월일 (양력)	점수
<지남력>				
1. 오늘은	년 월 일	요일	계절.	/5
2. 당신의 주소는	도(특별시 혹은 직할시)	군 (구)	면 (동) 리 (여기는 어떤 곳입니까? 예 ; 학교, 시장, 병원, 가정집 등)	/5
3. 여기는 무엇을 하는 곳입니까?	(마당, 안방, 화장실, 진찰실 등)			
<기억 등록>				
4. 물건 이름 세가지. (예 : 나무, 모자, 자동차)				/3
<기억 회상>				
5. 3분 내지 5분 후에 위의 물건 이름들을 회상.				/3
<주의 집중 및 계산>				
6. $100 - 7 =$ $- 7 =$ $- 7 =$ $- 7 =$ $- 7 =$				/5
<언어 기능>				
7. 물건 이름 맞히기 (연필, 시계)				/2
8. 오른손으로 종이를 집어서 반으로 접어서 무릎위에 놓기(3단계 명령)				/3
9. 5각형 두개를 겹쳐 그리기.				/1
10. "간장공장공장장"을 따라하기.				/1
<이해 및 판단>				
11. "옷은 왜 빨아서 (세탁) 입습니까?" 라고 질문.				/1
12. "길에서 남의 주민등록증을 주웠을 때 어떻게 하면 쉽게 임자에게 되돌려 줄 수 있겠습니까?" 라고 질문.				/1
전체 점수				/30
교정 점수				/30
의식 수준 : alert, drowsy, stupor, coma.				

발된 인지기능 검사들은 많이 있다. 현재 널리 쓰이는 것들로는 mini-mental state examination, Cambridge cognitive examination, Blessed orientation-memory-concentration test, Mattis Dementia Rating Scale 등이 있다. 우리 나라에서는 한국판 mini-mental state exam과 인지기능 장애 진단 도구, Wechsler 기억 검사가 있다. 인지기능 장애 진단 도구는 77 개의 문항으로, 단기 기억, 장기 기억, 집중/계산, 추상적 사고, 판단력, 기억 등록, 고등대뇌피질 기능, 시간에 대한 지남력, 장소에 대한 지남력, 물건 이름 맞추기 등 10개 분야의 하위 검사로 구성되어 있다. 한국판 mini-mental state exam은 표 7에 있다. Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive items은 단어 회상, 손가락과 물건 이름 맞추기, 지남력, 구성 실행(constructional praxis), 명령 수행, 관념 실행(ideational praxis), 단어 인식, 구어(spoken language), 언어 이해, 단어 구사(word finding), 검사 지시 회상 등 11개 분야를 평가한다. 신경심리검사는 인지기능의 다양한 측면을 깊이 있게 측정할 수 있으나 시간이 많이 소요되므로 특수한 목적을 위해서 여러 인지기능 중에서 특정 부문만을 선택적으로 평가하는데 이용되는 것이 보통이다.

치매가 진행하면 일상 생활의 여러 부문에서 장애가 나타나게 된다. 그러므로 일상생활동작을 측정하는 것도 치매의 임상적 정도를 평가하는 방법으로 이용될 수 있다. 일상생활동작은 물리적(physical)인 것과 도구적(instrumental)인 것들로 나누는 것이 보통이다. 물리적 일상생활 동작이란 가정이나 양노원과 같은 제한된 장소에서 자신의 육체를 돌보는데 필요한 기술로서 식사, 옷차림, 세면, 화장실 사용, 목욕, 이부자리 정리, 운동성 등이다. 도구적 일상생활동작은 사회 생활에 필요한 기술과 행위를 말한다. 내용은 금전 관리, 가사 수행, 교통 수단 이용, 시장보기, 건강 유지 활동, 의사 소통, 안전에 대한 준비 등이다. 물리적 일상 생활 동작에 관한 평가 도구로는 Katz 독립성 지수와 Barthel 일상 생활 동작이 있는데 국내에서는 Barthel 일상 생활 동작이 표준화되어 있다(표 8). 도구적 일상 생활

동작을 평가하는데는 Lawton의 Instrumental Activities of Daily Living Scale이 가장 널리 이용되는데, 전화 사용, 시장보기, 요리, 가정 살림, 세탁, 교통 수단 이용 방법, 약물 복용, 금전 관리 등을 평

표 8. Barthel 일상 생활 동작

1. 식사	
혼자서 한다.	2
약간 도움이 필요하다.	1
먹여드려야 한다.	0
2. 목욕	
혼자서 한다.	1
도움이 필요하다.	0
3. 세면	
혼자서 한다.	1
도움이 필요하다.	0
4. 대변	
혼자서 가리며 실변하지 않는다.	2
가끔 싣다.	1
못 가린다.	0
5. 소변	
혼자서 가리며 실금하지 않는다.	2
가끔 싣다.	1
못 가린다.	0
6. 옷차림	
혼자서 입는다.	2
중간이다.	1
입혀 드려야 한다.	0
7. 화장실 사용	
혼자서 사용할 수 있다.	2
약간 도움이 필요하다.	1
많은 도움이 필요하다.	0
8. 이부자리	
혼자서 펴고 갠다.	2
도움이 필요하다.	1
남이 해주어야 한다.	0
9. 걷기	
혼자서 걷는다.	3
약간 도움이 필요하다.	2
많은 도움이 필요하다.	1
전혀 움직일 수 없다.	0
10. 계단 오르기	
혼자서 오를 수 있다.	2
도움이 필요하다.	1
업어드려야 한다.	0
합 계	19

표. 9. Blessed Dementia Rating Scale

	그렇다	간혹/의심/부분적	아니다
일상 생활 수행의 변화			
가사를 돌보지 못한다.	1	0.5	0
소액의 돈 계산도 할 줄 모른다.	1	0.5	0
몇가지 마음먹은 일들이나 기억해야 할 일들을 잊어버린다.	1	0.5	0
집안에서 방향(화장실, 자기 방, 부엌 등)을 잊어버리는 일이 있다.	1	0.5	0
평소에 알던 길도 잘 잊어버린다.	1	0.5	0
주위 환경을 잘 파악하지 못 한다.	1	0.5	0
최근의 일들을 잘 기억하지 못한다.	1	0.5	0
옛날 일이나 젊었을 때의 일들을 많이 이야기 한다.	1	0.5	0
습관의 변화			
<식 사>			
수저를 사용해서 깨끗이 드신다.	0		
숟가락만으로 지저분하게 드시다.	1		
수저 사용을 못한다.	2		
옆에서 먹여드려야 한다.	3		
<옷차림>			
도움받지 않고 혼자 잘 입으신다.	0		
종종 단추를 잘못 끼우신다.	1		
옷입는 순서가 틀린다.	2		
혼자서는 옷 입을 줄 모른다.	3		
<대소변>			
대소변을 잘 가린다.	0		
소변을 종종 싣는다.	1		
소변을 자주 싣는다.	2		
똥 오줌을 못 가린다.	3		
합 계	17		

가한다. 치매에 필수적으로 존재하는 것은 아니지만 망상, 환각, 우울 등과 같은 정신 증상들이 흔히 동반된다. 치매에 동반할 수 있는 이러한 정신 증상들을 객관적으로 측정하기 위한 평가 도구들도 있는데 많지는 않다. 대표적인 것으로는 Alzheimer's Disease Assessment Scale-Noncognitive items으로서 우울증, 울음(tearfulness), 망상, 환각, 서성거림, 운동성 증가, 떨림, 주의 집중 장애, 검사시 비협조,

식욕 증가/감퇴 등을 평가 한다. Reisberg와 Ferris의 Clinical Rating Scale for Symptoms of Psychosis in Alzheimer's Disease은 절도 망상, 자기 집이 아니라는 생각, 배우자가 가짜라는 생각, 유기 망상, 목적 없는 행동, 주야간 장애, 환시, 그리고 환청을 없음(0), 경도(1), 중등도(2), 중증(3)으로 평가한다. 여러 가지 증상을 종합하여 판단하는 방법들도 있다. 널리 이용되는 것으로는 Blessed Dementia Rating Scale인데 처음에는 일상 생활 수행의 변화, 습관의

변화, 그리고 성격, 흥미 및 욕구의 변화 등, 세 분야를 평가하도록 개발되었으나 평가에 주관적인 편견이 많이 개입될 소지가 있는 성격, 흥미 및 욕구의 변화는 제외시키는 것이 보통이다. 이는 국내에서도 표준화되어 있으므로 용이하게 사용할 수 있다(표 9).

이외에도 Clinical Dementia Rating Scale은 기억력, 지남력, 판단과 문제 해결, 사회 활동, 가정 생활과 취미 활동, 개인 위생 등 6개 분야를 종합적으로 판단하여 건강, 치매 의심, 경도 치매, 중등도 치매, 그리고 중증 치매로 구분한다. Global Deterioration Scale에서는 치매를 제 1단계 (no cognitive decline), 제 2단계 (very mild cognitive decline), 제 3단계(mild cognitive decline), 제 4단계 (moderate cognitive decline), 제 5단계 (moderately severe cognitive decline), 제 6단계 (severe cognitive decline), 제 7단계 (very severe cognitive decline)으로 구분한다.

맺 는 말

치매는 고령화 사회가 해결해야 할 큰 문제이다. 현재 기초과학자들은 치매 특히, Alzheimer병을 비롯한 퇴행성 질병으로 인한 치매의 원인과 병태생리의 연구에 엄청난 자금, 시간, 그리고 정력을 쏟고 있다. 치매의 각종 원인 질환에 대한 근본적인 치료 방법이나 예방법이 개발되기 전에는 여전히 임상적 진단과 치료가 가장 중요한 부분이다. 개개 환자에서 치매의 원인 질환을 규명하여 근치가 가능한 환자들을 가능한 한 놓치지 말아야 한다. 비록 근치가 불가능한 환자라도 현재 보유하고 있는 능력이나 상실한 능력을 잘 평가하여 적절한 치료 대책을 수립함으로써 환자가 일생 쌓아 온 존엄성을 덜 훼손받고 가족들이 겪어야 할 신체적-정신적 고통도 덜어 주어야 한다.