

# 노인치매의 현황과 전망

김 귀 분  
(경희의대 간호학과 교수)

## 1. 서론

인류는 20세기 후반에 들어서면서 역사상 어느 시기보다 빠른 속도로 변화하고 있어, Alvin Toffler는 이를 “제3물결”, “미래의 충격”, “권력이동”이라는 말로 표현하였고 Peter Drucker는 “새로운 현실”, “자본주의 이후의 사회”라는 말로 표현하였다. 이는 표현은 서로 다르지만, 21세기가 현재와는 구별되는 새로운 시대가 될 것이라는 데는 일치하고 있다. (신영수 1996)

이러한 시대적 추이와 때를 같이하여 우리간호학계도 여러 가지 측면에서 많은 변화를 맞이하게 되리라 예상된다. 특히 간호대상자가 입원환자 중심에서 지역사회로 전환되면서, 가정간호사업이 활발하고 긍정적으로 운영, 평가되고 있고, 이들 대부분의 수혜자들이 고령의 만성질환자 및 치매성 노인들이다.

특히 노인치매는 노년기의 기질적 정신장애의 하나로서, 이미 히포크라테스시대부터 알려져왔으며 대부분 원인적 치료가 불가능하고 또한 다년간의 만성경과를 취하기 때문에 구미 선진국에서는 이미 심각한 사회문제로 대두되고 있다.

의학이 발달하고 산업구조가 선진국형으로 바뀌게 됨에 따라 전체인구중에서 노인인구가 차지하는 비율이 점점 높아지는 고령화 현상이 우리나라에서도 나타나고 있다. 1990년에는 65세이상의 인구가 전체인구의 5%였으나 2020년경에는 거의 12% 수준에 도달할 것으로 추정됨으로써 현재 일본이나 구미에서와 같은 인구구조를 갖게 될 가능성이 많다. 기존의 보고에 의하면 치매환자의 빈

도는 65세 이상의 노인의 인구중 10% 내외를 차지하며 연령이 5세 증가함에 따라 그 빈도가 약 2배가 된다고 알려져 있다. 따라서 한국의 노인성 치매 환자의 수를 잠정적으로 추정해보면 1990년에 이미 20만명에 이르렀고, 2020년에는 무려 50만명에 달할 것으로 예측된다. (박중환,1994)

노인성 치매는 노인에서 기억력과 아울러 다른 지적 능력의 감퇴가 오는 것을 일컫는데, 나이가 들면 누구나 생길 수밖에 없는 상태라는 개념에서 벗어나 현재는 정상적인 노화과정에서 오는 기억력 및 정신기능의 감퇴와는 다른 특별한 질병의 개념으로 받아들여지고 있다. 즉, 치매란 뇌의 질환으로 인해 생기는 하나의 증후군으로 대개 만성적이고 진행성으로 나타나며, 기억력, 사고력, 지남력, 이해력, 계산능력, 학습능력, 언어 및 판단력 등을 포함하는 고도의 뇌피질 기능의 다발성 장애라 할 수 있다. (APA, 1987; WHO,1987)

치매에 노출된 증거는 기억, 주의력 집중, 계산, 추상적 사고와 판단의 점진적인 지적파괴로 직업적 업무나 가정에서의 일상생활 수행능력에 영향을 미쳐, 옷입기, 몸단장, 식사, 배변, 배뇨, 걷기, 의사소통 등 독립적인 개인기능수행이 불가능해진다. (Rerg,1984; Traber & Gispén, 1985) 특히 치매는 일단 발병된 후에는 질병과정이 점진적으로 악화되는 경향이 있으며 치매 진행속도는 2~20년으로 평균 10년이다.

병이 진전됨에 따라 자가간호능력이 저하되어 타인의존도는 높아지고, 질병과정은 만성화된다.

환자 자신은 물론 가족의 삶의 질에 매우 큰 영

향을 미치며, 가족와해를 초래하게 되는 사회 경제적으 매우 심각한 문제를 야기시키는 질환이다.

이렇듯 사회 경제적 문제는 초래시키는 노인성 치매에 대하여 보다 정확한 원인과 증상 및 치료적 접근을 확인하여, 이들을 위한 간호중재를 모색하여 치매자 자신은 물론, 가족들에게 치매예방은 물론 치매 관리 차원에서의 방안을 모색하고자 한다.

## 2. 치매의 원인과 진단

일반적으로 치매에는 알츠하이머병에 의한 치매가 약 50~60%를 차지하고 그 다음으로는 혈관성 치매가 20~30%를 차지하며 나머지 10~30%는 기타 원인에 의한 치매라고 보면 된다. 이를 원인으로 분류해 보면 크게 가역성 치매와 비가역성 치매로 구분할 수 있다.

가역성 치매의 원인으로는 우울증이나 약물, 알코올 및 화학물질 중독에 의한 정신과적 질환을 들 수 있으며, 대사성 원인으로 전해질 장애, 갑상선 질환, 비타민 결핍증, 일시적인 뇌기능의 장애를 초래하는 감염성 뇌 질환, 두부 외상 등과 이외에도 정상압수두증과 다발성 경색증 등이 있다. (Hooy man & Kiyak,1996)

비가역성 치매의 원인으로는 퇴행성 뇌질환 (Degeneration brain disease)이 대표적이며, 감염, 대사성질환 또는 중독 등에 의한 원인을 배제함으로써 그 원인적 진단이 가능해진다. 퇴행성 질환은 뚜렷이 밝혀진 병인이 없이 주로 신경병리학적 또는 임상적인 측면에 대하여 현상을 기술하는 기준에 근거하여 각각의 중후군으로 세분되는 경우가 대부분이다. 퇴행성 뇌질환이 일반적으로 그렇듯이 이로 인한 치매는 알게 모르게 시작되어 점진적으로 진행되므로 발병시기를 정확히 알 수 없는 경우가 많다. 중추신경계의 병리학적 변화는 신경세포나 신경섬유가 서서히 쇠퇴하여 나아가서는 뇌조직이 소실되고, 뇌척수액이 차지하고 있는 뇌부위의 부피가 커지는 소견을 볼 수있다. 진행성, 즉 비가역적인 치매를 주증상으로 동반하는 퇴행성 뇌질환에는 알츠하이머병, 픽병들이 있으며, 치매를 주증상으로 동반되어 나타나는 경우는 헌팅톤 병, 다발성 신경계위축 등을 들 수 있다. (APA,1994)

치매의 다른 원인들은 세가지로 분류할 수 있다. (1) 비타민 결핍, 중독, 내분비 질환, 대사질환 등을 포함하는 일반적 내과적 질병, (2) 몇몇 유전적 질병, 뇌 염증, 외상, 원발성 및 전이성종양, 퇴행성 질병, 심한 다발성 경화성, 광범위한 대소의 동맥 질병 등의 신경과적 장애에서 나타나는 치매, (3) 정상압수두증, Pick's 병, 진행성 핵상 마비

<표 1> 치매의 원인 질환

퇴행성 질환	알츠하이머병(Alzheimer's disease) 전측두엽성 치매(Frontotemporal dementia) 파킨슨병(Parkinson's disease) 헌팅톤 병(Huntington's disease) 진행성 핵상 마비(Progressive supranuclear palsy)
대사성 질환	저산소증(Hypoxia) 저혈당(Hypoglycemia) 간성뇌병증(Hepatic encephalopathy) 윌슨병(Wilson's disease) 뇌하수체 기능저하증(Hypopituitarism)
뇌혈관질환 (Cerebrovascular disease)	
결핍성 질환 (Deficiency disorders)	베르니케 뇌증, 코르사코프 정신증(Wernicke-Korsakoff psychosis) Pellagra 뇌증 비타민 B12 결핍증
중독성 질환 (Toxic disorders)	알코올 중독 중금속 중독 일산화 탄소 중독 약물중독
뇌 종양	
뇌 외상	
감염성 질환	신경매독(syphilis) 만성수막염: 결핵성, 진균성 (Chronic meningitis: fungal, TB) 뇌염(Encephalitis) Jacob-Creutzfeldt AIDS(HIV infection)
수두증 (Hydrocephalus)	
정신질환 (Psychiatric syndromes)	
기타	간질, 배제병

(progressive supranuclear palsy) 등 원인 불명의 상태 등이다. 즉, 치매의 원인이 될 수 있는 질환들은 다음과 같이 다양하게 나타날 수 있다. (최인근, 1997; 김성윤, 1997; Ringler, 1981; Wurtman, 1985; Perle Brody, 1980)

### 1) Alzheimer 병

1906년 Alzheimer가 처음 기술한 병으로서 치매의 원인질환으로서 가장 흔하고 현재로서는 원인적인 치료가 불가능한 대표적인 것이다. 대뇌의 일차적인 병변은 신경질 choline 전달의 기시부인 Meynert 기저 신경질의 큰 신경세포들의 퇴행성 병변이며, 그로 인해서 피질의 choline계 활성이 감소된다.

알츠하이머 병 환자들의 뇌조직에서 aluminum의 농도가 높고 또 aluminum의 농도는 신경섬유용치(neurofibrillary tangle)와 연관하다고 보고가 있으며, 대뇌의 aluminum과 manganese의 농도가 상승되어 있어 이들이 신경계에 대해 신경독성(neurotoxic)으로 작용한다는 가설도 있다. 발생원인에 대한 최근의 분자생물학적 연구에 의하면, 노인성 치매의 중요한 병변은 아밀로이드 베타 단백질(Amyloid beta protein(ABP))이 세포내외의 혈관에 침착하며 그 결과 뇌기능의 광범위한 장애가 오게 된다. 한편, 알츠하이머 병은 상당한 유전적 요소가 존재하여 염색체 14q, 19q, 21q가 중요한 역할을 한다고 알려져 있다. 또한, 다운 증후군의 경우 염색체 21이 알츠하이머 병과 연관된 유전부위로 보고되었다.

### 2) 혈관성 치매 (Vascular dementia)

혈관성 치매의 유형으로는 다발성 경색 치매, Binswanger 병 (피질하 동맥경화성 뇌증, subcortical arteriosclerotic encephalopathy), 대뇌 아밀로이드 혈관증 (cerebral amyloid angiopathy), 다발성 대뇌 색전증, 두개의 동맥 질환, 그리고 심장성(cardiogenic) 치매 등이 있다.

이중 대표적인 다발성 경색 치매(multifocal - infarct dementia)는 시작이 급성이고 경과가 계단식으로 악화되는 것이 특징으로, 국소적, 신경학적 증상인

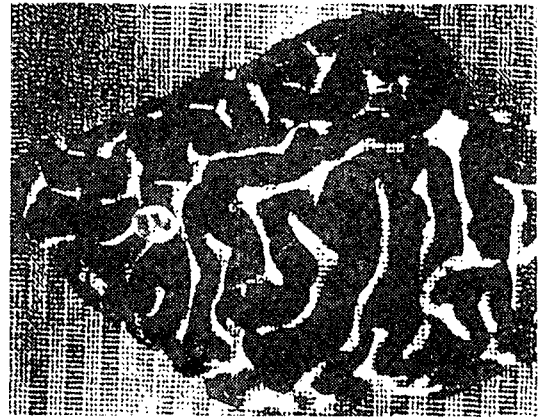


그림 1. 알츠하이머형 치매환자의 두뇌 위축 소견

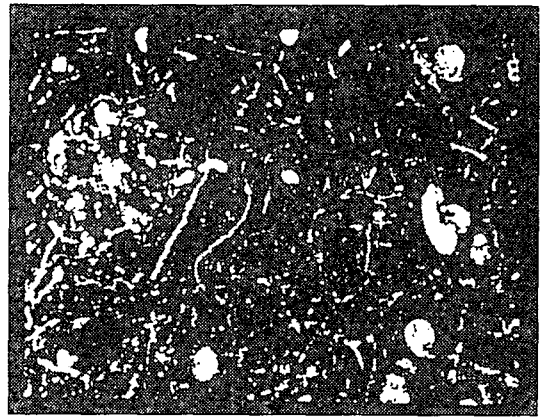


그림 2. 현미경 병리소견: 신경반

건반사 보행 장애 및 사지 무력을 보인다.

다발성 경색 치매를 일으키는 뇌졸중은 큰 동맥의 폐색보다는 세동맥의 폐색으로 인한 뇌졸중이 더 중요하다. 다발성 경색 치매의 흔한 원인은 동맥성 고혈압이다. 병리 소견으로는 뇌의 다발적이며 광범위한 국소 연화를 볼 수 있다. 최근에 핵자기 공명 영상의 등장으로 종래의 전산화 단층촬영에서는 보이지 않던, 작은 경색들이 잘 보임으로써 혈관성 치매의 이해에 도움을 주고 있다.

### 3) Pick 병

가족력이 현저하여 상염색체 우성으로 유전될 수 있다. 신경계 변성의 원인은 아직 밝혀지지 않았으나 뇌와 소변에서 아연(zinc)의 양이 증가되어

있는 것이 특징이며, 뇌 위축은 전두엽과 측두엽에서 현저하다. 병리적 특성으로는 신경 세포가 감소하고 작아지며 argentophilic granules를 보이는데 이를 Pick's 세포라고 부른다. 알쯔하이머 병과는 달리 노인반과 신경섬유의 뭉치는 없거나 드물게 나타난다.

#### 4) Creutzfeldt-Jacob 병(CJD)

Creutzfeldt(1920) 및 Jacob(1921)에 의해서 처음 기술되었는데, 주로 중년기와 초노기에 걸쳐 발병하고, 추체로-추체외로 증상과 더불어 치매 등 정신증상을 보이고, 비교적 급속히 진행하여 일년 전후해서 사망하게 된다. CJD는 slow virus에 의한 감염 질환인 것이 밝혀졌는데, 병리학적으로는 염증 소견은 없으나 비만성 신경세포의 탈락, 교질화와 더불어 해면상(status spongiosus) 변성을 보여 아급성 해면상 뇌증(subacute spongiform encephalopathy, SSE)으로도 불리고 있다.

뇌척수액에서는 뚜렷한 변화가 없으나, 뇌파성 주기성 동기성 고전위 방전(periodic synchronous discharge, PSD)이 전반적인 서파화와 더불어 나타난다.

#### 5) AIDS-치매 복합(AIDS-dementia complex)

후천성 면역 결핍증은 중추 신경계에 HIV의 감염으로 인한 급성 HIV 수막뇌염, 만성 HIV 뇌막염 및 AIDS-치매 복합을 일으킨다. AIDS-치매복합은 일명 만성 AIDS 뇌증이라고도 하며 AIDS의 신경학적 합병증 중에서 가장 흔하다. AIDS 환자들의 반 이상에서 AIDS-치매 복합이 나타난다. 시작은 잠행성이고 증상은 진행성 치매, 보행 실조, 추체외로 증상, 그리고 우울증과 유사한 행동 이상들이다. 인지 기능 장애는 수개월 동안 계속 악화되어서 함구증(mutism), 혼수에 이르고 삼관성 감염으로 사망하게 된다. 뇌척수액 소견은 만성 염증성 변화를 보이며, 전산화 단층 촬영 소견은 피질의 위축과 뇌실확대 등이 있고 초점(focal) 병소나 contrast의 증가는 없다. 신경병리학적 소견은 대뇌에 위축이 있고, 백질에는 수초탈락(demyelination), 초점성 투명화(focal rarefaction)

와 산란성 공포(scattered vasculization), 다핵성(multinucleated) 거대 세포등이 관찰된다.

#### 6) Huntington 무도병

Huntington(1872)이 기술한 질환으로서, 30대 이후 발병하며 처음 어깨나 얼굴, 사지 등을 움츠리거나 쩡그리는 불수의 운동으로부터 시작하여 기억력 감퇴, 인격 황폐와 치매 등의 증상을 보이고 발병 10-15년 후에 사망하는 만성, 진행성 우성 유전 질환이다.

병리 소견으로는 특히 미상핵과 피각의 작은 세포 탈락에 의한 심한 뇌실 확대가 있다.

생화학적으로는 담창구와 흑질에 CABA가 감소되어 있는 것이 특징이다.

#### 7) 알코올성 치매

만성적인 과음이 치매를 일으키는 경우는 네 가지로 나누어 생각해 볼 수 있다. 첫째, 원인은 잘 모르나 만성 알코올 중독자들에서는 뇌실이 확장되고 대뇌구가 넓어지는 대뇌위축이 있으며, 그러한 변화는 특히 전두엽에 더욱 현저하다. 둘째, 병리조직학적으로는 만성적인 Wernicke-Korsakoff 뇌증이지만 만성 경과를 취하는 환자들은 임상적으로 알콜성 치매와 구별되지 않는다. 셋째, 뇌량(corpus callosum)의 변성을 특징으로 하는 Marchiafava-Bignami병을 들 수 있다. 넷째, 후천성 간뇌 병성(acquired hepatocerebral degeneration), 즉 만성 간성 뇌증(chronic-subcortical junction)와 피각(putamen)의 다왜성 공동형성(Polymicrocavitation)이다.

#### 8) 외상후 치매(Posttraumatic dementia)

개방성 두부 외상, 뇌좌상, 뇌출혈 등에 의해서 광범위한 뇌 손상을 입으면 치매 증상을 보인다. 두부 외상 후의 치매는 극심한 상태인 지속적 식물 상태(persistent vegetative state)로부터 경미한 지적 장애에 이르기까지 그 정도가 천차만별이다. 지속적 식물 상태란 의식은 있으나 모든 정신기능을 상실한 상태로서 보통 수년 내에 사망한다.

이처럼 심한 상태가 아니면 수개월 혹은 수년에

걸쳐서 매우 서서히 호전되어 간다. 그러나, 정신기능의 둔화(mental slowing), 반응의 둔화(sluggishness of response), 기억장애, 그리고 감정의 둔마 등의 증상이 특징적인 영구 장애로 남을 수 있다. 병리 소견으로는 신경 세포 소실, 뇌간 손상, 대뇌 피질의 경색과 출혈, 투명 중격(septum pellucidum)의 파열 등의 육안적 소견 외에도 피질과 뇌간에 신경 세포 소실과 신경섬유망치(neurofibrillary tangle)등이 있으나 노인반(senile plaques)은 없거나 있더라도 경미하다.

### 9) 정상압 수두증(normal pressure hydrocephalus, HPH)

Hakim 및 Adam(1965)가 제창한 새로운 질환 단위로써, 성인에서 뇌실이 확대되어 치매, 보행 장애, 뇨실금을 보이는 질환이다. NPH는 일반적으로 원발성이지만 때로는 지주막하 출혈, 후두개와 수술, 두부 외상, 두개내 염증 등에 속발하기도 한다. 뇌 전산화 단층 촬영에서 뇌실주변 저흡수역(periventricular lucency)과 뇌실 확대 등을 확인할 수 있고, 요추 천자에서 뇌척수액 압력은 정상이다.

치매유무의 판단은 주로 병력조사, 이학적 검사 및 신경학적 검사, 신경심리학적 평가, 검사실 검사를 토대로 이루어 진다.

#### A. 병력조사

이는 치매진단에 매우 중요하며, 환자의 과거 직업을 확인하여 사고능력의 저하정도를 판단하며, 다음을 중심으로 확인한다.

##### (1) 치매 유무 확인을 위한 병력조사

※ 다음과 같은 영역을 염두해 두고 문진한다.

- ① 기억 장애에 대한 문진: 어떤 것을 잊는지, 기억 장애가 얼마나 심한지에 대한 질문
- ② 언어 장애에 대한 문진: 물건이름이나 사람이름이 금방 떠오르지 않는지에 대한 질문, 읽기, 쓰기에 대한 질문
- ③ 시공간능력 저하에 대한 문진: 방향감각 상실에 대한 질문
- ④ 성격변화, 감정변화에 대한 질문

- ⑤ 계산능력 저하에 대한 질문: 잔돈 주고받기, 돈 관리에 대한 질문
- ※ 위에 열거한 사고력 저하가 사회생활과 일상생활에 어떤 영향을 미치는지를 문진한다. ( 같이 지내는 가족이나 직장 동료의 의견을 물어야 함)

##### (2) 치매의 원인질환을 찾기 위한 병력조사

뇌외상, 연탄가스 중독, 혈관성 치매의 위험요소 ( 고혈압, 당뇨병, 고지질등, 담배, 심장병, 비만 등), 직업상의 중독성 물질 노출 여부, 약물 복용, 음주 정도, 가성치매에 대한 문진(기분, 식욕, 수면, 그 밖의 우울증과 관계된 신체증상)

#### B. 신경학적 검사(Neurological examination)

##### 치매환자에서의 기본적인 신경학적 검사

##### (1) 뇌신경(Cranial nerves)

###### ① 눈에 관한 항목

- 시력 (I)
- 시야 (II)
- 안구운동 (III,IV,V)
- 대광반사, 동공크기 (II & III)
- 안저검사(fundoscopic exam)

###### ② 얼굴에 관한 항목: 얼굴 감각(IV), 얼굴 운동(VII)

###### ③ 구강에 관한 항목: 발음(articulation), 연하능력 (swallowing), 구역반사(gag reflex) (IX,X, )

##### (2) 운동 (Motor)

- ① 근긴장도 (muscle tone)
- ② 근력(motor power)
- ③ 협조기능(coordination)
- ④ 불수의 운동 : 진전(tremor), 근간대성 경련 (myoclonus), 무도증(chorea), athetosis
- (3) 감각: 통각(pinprick), 위치감각(position)
- (4) 반사: 간반사(DTR), Babinski 반사, Chaddock 반사, 움켜쥐기 반사(grasp)
- (5) 보행
- (6) 경동맥 잡음(carotid bruit)

### C. 신경 심리학적 평가

- ① 지남력: 사람, 장소, 시간에 대한 지남력을 물어 보는데 장소의 경우 정확히 명명하지 못 할 때에는 무엇을 하는 장소인지를 이야기 하도록 요청해야 한다.
- ② 의식: 섬망(급성 혼동 상태) 때에는 저하되어 있으므로 감별진단에 중요한 근거가 된다.
- ③ 주의력: 환자의 일반문진시 관찰가능한 항목으로서 숫자 외기(digit span) 등의 특정검사를 해야한다.
- ④ 지각 이상: 착각이나 환각에 대해 알아보아야 한다.
- ⑤ 기억: 기억력의 장애는 새로운 정보를 학습하는 능력을 상실하는 선행성(anterograde)건망증과 이전에 기억했던 지식을 재생해 내지 못하는 역행성(retrograde)건망증으로 특징지워진다. 기억은 주로 즉각(immediate), 최근(recent), 오래된(remote) 기억으로 나누어 평가한다. 오래된 기억은 생일이나 고향 등을 물어 보아 검사한다. 인지기능에 이상이 있을 때에는 최근의 기억이 제일 먼저 손상된다. 최근의 기억은 환자에게 근래의 주요 시사 뉴스에 대해 물어보거나 면담중에 이름 3개를 불러 주었다가 나중에 되풀이 하도록하여 검사할 수 있다.
- ⑥ 언어: 언어를 제대로 답변하지 못하는 실어증, 생각을 글로 표현하지 못하는 실어증, 독서 장애 등을 알아보아야 한다.
- ⑦ 시공간 기능: 단순한 5각형에서 3차원적인 대상까지 따라 그려보게하여 알아볼 수 있다. 구성능력을 상실하는 구성 실행증, 공간을 시각적으로 이해하지 못하는 시공간 시인증, 어느 시점에서 더 진행 하지 못하고 같은 내용을 되하는 보속증 또는 시각태만이 있을 수 있다.
- ⑧ 기분 및 성격: 외모, 대화 내용, 동작의 속도 등으로 환자의 기분을 평가하며, 도취감(euphoria), 탈억제(disinhibition), 의지결여(abulia)등을 관찰한다.
- ⑨ 사고 및 판단력: 언어와 계산능력의 검사나 속담풀이 등을 통하여 평가한다.

### D. 각종 검사실 검사: 혈액검사와 뇌촬영

※ 치매진단에 필요한 검사는 다음과 같다.

- ① 혈액검사: 기본적인 검사 외에 지질검사(콜레스테롤 등), 매독반응검사(VDRL, FTA-ABS or TPHA), 갑상선 기능검사, 비타민 B12, folate, AIDS 검사
- ② 뇌척수액 검사, 뇌파(EEG)
- ③ 뇌촬영: CT, MRI, SPECT, PET

### F. 조기진단의 문제점

퇴행성 뇌질환에 의한 치매, 특히 알츠하이머병 치매는 초기의 변화가 매우 두드러지지 않아 정확한 발병시기를 알기 어려우며, 신체적 상해 또는 환자의 삶에 있어서의 중대한 사건과 관련하여 급작스런 장애의 출현이 있는 것처럼 병력에 나타나기도 한다. 그러나, 주의깊게 되물어보면 치매의 증상이 이미 있어 왔으나 주위에서 인식하지 못한 채 지내오다가 어떤 계기를 통하여 갑자기 환자 자신이나 가족들이 알게 되는 경우가 흔히 있다. 이러한 문제점과 아울러 가족이나 일반인의 치매에 대한 기초적인 지식의 부족으로 인하여 치매의 초기증상 자체를 정상노화 현상으로 간주하여 이를 간과하는 경우도 많다. 또한 전문의가 진단을 내리는 과정에서도 치매의 조기증상인 기억력의 감퇴 및 인격의 변화 현상이 우울증 등으로 오인되어 치매의 진단이 지연될 수 있으며, 이로 인해 치매에 대한 적절한 치료가 치연되어 치매의 만성화를 초래할 가능성도 적지 않다.

### 3. 치매의 증상과 치료적 접근

(한인우(1997), Katzman & Jackson(1991), Pearl(1995), Gold & Sloane etc (1991)) 앞에서 언급한 바와 같이 치매의 일차적 증상은 뇌신경 손상으로 인하여 발생하는 기억력 장애를 포함한 신경인지 기능 장애지만 이차적으로 행동장애, 수면장애, 인격의 변화, 망상, 환각 등의 정신과적 이차증상도 흔히 동반된다. 그밖에 신경인지기능 장애와 정신증상으로 인하여 자발적인 일상생활 관리상에도 장애가 초래된다.

## 1) 신경인지기능 장애

### ① 기억장애

대부분의 치매 특히 대뇌피질의 이상으로 인하여 발생하는 치매의 경우 초기에 기억력 장애가 발생하는 경우가 많다. 새로운 정보를 학습할 수 있는 능력이 감소되기 때문에 기억력 장애는 대개 최근에 있었던 일들에 대한 기억부터 소멸되는 것이 상례이다.

### ② 지남력 장애

초기에는 시간에 대한 개념부터 상실되었다가 점차 장소·사람에 대한 지남력이 떨어지며 시간에 대한 지남력은 주의력과 기억력 장애의 영향을 많이 받는 것으로 알려져 있다.

### ③ 주의력 장애

겉으로 산만해 보이며 대화의 흐름이 일정하게 흘러가지 않고 지리멸렬하게 나타난다. 간단하게 평가할 수 있는 방법으로는 100에서 7을 빼어 보게 하거나 요일 이름을 연속적으로 말하게 한다.

### ④ 언어장애

### ⑤ 실행증

### ⑥ 실인증

### ⑦ 시공간 기능장애

### ⑧ 전두엽 수행능력 장애

어떤 행동양상을 인지하고, 복잡한 과제를 수행하기 위한 전략을 짤 뿐만 아니라, 이러한 전략을 필요에 따라 이용하면서 제대로 수행했는지 평가하고, 만약 잘못 수행한 경우 새로운 전략을 만들기 도 하면서 추상적인 사고를 할 수 있는 능력으로, 이는 전두엽과 연계되어 있는 피질하의 통로상에 있는 구조물에 병소가 발생하는 경우 초기에 나타나며 알츠하이머병과 같이 측두엽과 두정엽에 병소가 발생하는 경우 잘 나타나지 않는다.

## 2) 전신증상

### ① 정동장애

치매는 불안, 조증, 주우울증, 심한 감정굴곡 혹은, 감정실조, 무감동, 이차극성 등의 정동장애 증상들이 흔히 동반된다.

### ② 망상

알츠하이머병 환자의 30% 내제 40% 그리고 다

발성 경색치매 환자의 40%에서 경과도중 망상이 발생한다.

주로 발생하는 망상의 종류는 피해망상이며, 그 중에서도 가장 흔히 발생하는 것은 도둑망상이다.

### ③ 환각

환각은 알츠하이머병 보다는 혈관성 치매나 대사성 질환 혹은 독성 상태에서 흔히 발생하는 것으로 알려져 있으나 발생빈도는 적은 편이다.

### ④ 행동이상

가장 흔히 발생하는 행동이상으로는 공격적 행동이나 반복적인 과다행동 등이 있다. 공격적 행동은 약 20% 내지 60%의 치매환자에서 발생하는 것으로 보고된 바 있으며 이러한 행동이상들은 조기 수용화의 가장 큰 원인으로 알려져 있다.

## 3) 신경증상

알츠하이머병을 포함한 대부분의 피질성 치매는 초기에는 신경증상이 잘 발생하지 않는다. 그러나 혈관성 치매 같은 피질하 치매의 경우 근육의 강도와 힘, 자세와 보행 및 반사기능에 이상이 초래되며 진전, 무도병, 아세토시스, 티크와 같은 운동과다증 및 구음 장애가 발생할 수도 있다.

치매의 치료는 크게 나누어 원인적 접근, 신경인지기능 활성화제 혹은 치매경과도중 발생하는 다양한 정신과적 증상에 대한 정신과 약물 투여를 포함한 약물학적 접근, 환자가 보유하고 있는 신경인지기능을 근거로 한 인지재활치료, 작업요법과 물리치료를 포함한 재활요법, 환경조절, 기타 지역사회 정신의학적 접근방법이 있다.

임상적인 관점에서 볼 때, 치매환자는 가능하면 입원하지 않고 집에서 치료하는 것이 좋는데 그 이유는 인지기능이 떨어져 있는 치매노인이 환경에 익숙하지 못한 낯선 병원이나 기타 시설에 입원하게 되면 당황하고 혼돈되어 정신상태가 더욱 악화될 수 있기 때문이다. 또한 가정에 있는 치매노인의 재활치료를 돕기 위하여 주간치매센터를 활용하도록 하는 것이 필요하다. 이와 같이 치매환자를 가족과 지역사회에서 격리시키지 않으며 치료받는 환경을 만들어 주는 것이 바람직하다고 볼 수 있다.

일반적으로, 치매의 임상경과에 따라 환자가 나타내는 정신적 또는 신체적인 증상의 유무와 정도에는 차이가 있으므로 이에 따라 입원치료 또는 요양의 필요성이 결정된다. 그러므로 환자의 상태에 따라 가정에 머물면서 전적으로 가족의 보호를 받거나 또는 주간치매센터를 이용하는 경우 이외에도 치매전문요양원, 치매전문병원 등의 시설을 이용해야 될 경우도 있다.

이와같이 치매환자를 위한 치료전달체계는 매우 다원적인 형태로 이루어져야 하며, 치매의 임상적 특성때문에 많은 경우에 시설보다는 가정에서 치료보호받는 것이 바람직하다는 관점에 근거하여 치매환자를 위한 치료보호체계의 기본방향이 제시되어야 한다고 본다. 다시 말하면, 치매환자를 위해서는 가정중심의 다원적 치료관리체계가 구축되어야 한다는 뜻이다.

#### 4. 노인성 치매의 현황 및 전망

이상으로 노인성 치매에 대한 원인 및 치료방법을 살펴본 바 현재까지 치매에 대한 확실한 원인이 밝혀지지 않았으므로 치매는 완전히 예방할 수는 없다. 그러나 치매의 예방에 도움이 되는 것으로는 지속적인 교육, 심혈관계 운동, estrogen 대체요법, 항산화제(Antioxidants), 소염제와 궤양억제제(H2 blockers) 등을 들고 있다. (최인근, 1997)

따라서 치매는 그 원인적 치료가 현재로서는 불가능하나, 초기에 이를 발견하여 인지기능 감퇴의 진행속도를 늦추고 기억력의 완화를 가져올 수 있는 약물 등을 사용하는 등 다각적인 연구가 진행되고 있다.

특히 최근에는 치매환자의 약물치료에 대한 효과를 평가하는데 인지기능의 완화뿐만 아니라, 환자와 가족의 삶의 질 (quality of life)을 동시에 평가하는 기준을 포함시켜 치매환자의 치료에 유용한 약물개발 방향을 새롭게 전환시키고 있다. (이정희, 1997)

치매환자를 치료관리하는데 있어서 윤리적 또는 법적으로 등장하는 문제점은 환자의 현재 능력에 적합한 권한 설정의 문제이다. 이를 위해서는 환자의 현재보유기능에 대한 적절한 평가가 선행되어

야 하는데 이를 통하여 환자 개인의 의사결정의 자율성을 최대한 보장하고, 치매로 인한 환자의 능력사일로 빚어지는 재산 및 인권의 손상을 가능한 방지하는 것이 그 주요 목적이다. (Wilson, 1989)

상기하였듯이 치매의 진단 및 치료상의 제반문제를 해결하고, 치매환자를 위한 가장 바람직한 치료관리를 실현하기 위해서는 종합적인 치매대책으로서 첫째, 치매에 대한 종합적인 연구, 둘째, 치매전문인력의 교육양성, 셋째, 가정중심의 치료보호체계의 구축이 그 기본방향으로 제시되어야 하며, 이러한 구체적인 치매사업이 민간주도로 정부의 지원하에 추진되어 나가야 한다고 한다. 치매사업은 치매에 관련된 어느 특정한 분야의 전문가 몇 사람이 노력하여 이룩될 수 있는 것이 아니며, 치매환자와 그 가족이 안고 있는 복합적인 문제를 해결하기 위해서는 각 전문분야의 긴밀한 협조가 이루어져야 한다. 또한 치매환자나 가족을 위한 제반 서비스가 새로이 개발되는 것도 필요하지만 이러한 것들을 어떻게 유기적으로 통합하여 효율적으로 운영하느냐 하는데 관건이 있다고 본다.

#### 5. 맺음말

지금까지 노인성 치매의 제문제를 살펴본 바, 정확한 원인이 밝혀지지 않았으므로, 이에 따른 치료역시 확실한 것은 하나도 없다. 그러나 인구의 노령화에 따른 노인성 치매는 기하급수적으로 급증하여 1990년에는 이미 20만명에 이르렀고, 2020년에는 무려 50만명에 달할 것으로 예측되고 있다.

치매는 당하게 되는 자신에게는 현실감각을 상실한 새로운 세계의 삶을 경험하게 될지는 모르지만, 가족에게 주는 부담과 고통이 그들 스스로 감당하기에는 극한치를 벗어나 현재 사회적으로 많은 문제점을 야기시키고 있는 실정이다. 특히 전문적으로 훈련을 받고 기본적인 윤리의식을 갖춘 간호인의 부재로 치매자와 그 가족들의 재정적인 부담은 물론이고 적절한 양질의 간호나 보호등 삶의 질이 최하의 상태에 처해있는 실정이다.

따라서 현재 여러 관심있는 자치단체나 부처등에서 치매에 대한 연구가 활발히 움직이고 있듯이 보다 체계적이고 조직적인 연구와 교육 등으로 치



매의 예방 및 조기발견하도록 하여, 인생의 모든 지혜와 노력을 아끼지 않고 살아온 노인들은 마지막 휴식단계가 비참하지 않고 안락하게 살다가 마감할 수 있는 장이 마련되도록 우리 모두 노력해야 할 것이다. 그리하여 앞으로의 세상은 전혀 피해 갈 수 없이 맞아야 하는 노년기가 “노년천국”으로 변화 될 수 있어야 할 것이다. ■

### 참 고 문 헌

- 김성윤(1997), 치매의 임상증상 및 진단, 치매전문간호의 실제.
- 박종환(1994), 치매의 위험요인, 한국치매 협회 창립대회 및 기념, 심포지움 초록집 1-3.
- 신영수(1996), 21세기의 보건의료, 서울대 개교 50주년 기념 국제학술대회.
- 우종인, 이정희, 유근영, 홍진표, 김창엽, 김용익, 이강욱(1997), 한국의 한 농촌 지역에 거주하는 노인에서의 치매의 유병율, 신경정신의학 36(1), 1-10.
- 이부영(1994), 국제질병분류, 10판(ICD-10), 정신 및 행태장애-임상기술과 진단 지침, 서울, 일조각, pp58-91.
- 이정희(1997), 치매환자간호, 보수교육교재, pp1-18, 대한간호협회.
- 최인근(1997), 치매의 원인 및 예방, 치매전문간호의 실제, 사단법인 한국치매협회.
- 한일우(1997), 치매의 치료, 치매전문간호의 실제.
- American psychiatric Association(1987), Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, Washington, DC:Author.
- Berg,L.(1984), Clinical Dementia rating Scale, British J. of psychiatry p145-339.
- Gold, D.T., Sloane, P.D., Mathew, L.J., Bledsoe, M.M., and Konane, D.A.(1991), special careunit: A Typology of care settings for memory-impaired older adults. The Gerontologist, 31, 467-475.
- Holly Sk Odel Wilson(1989), Family Care giving for a Relative with Alzheimer's Dementia: Coping with Negative Choices, 38(2), 94-98.
- Katzman R. and Jackson J. E.(1991), Alzheimer's Disease : Basic and Clinical advances, Journal of the American Geriatrics Society, 39, 516-525.
- Nancy R. Hooyman & H. Asuman Kiyak(1996), Social Gerontology, A Multidisciplinary Perspective, 4th ed, Allyn and Bacon.
- Perl D. P, and Brody, A. R.(1980), Alzheimer's Disease : X-ray Spectrometric evidence of aluminum accumulation in neurofibrillary tangle-bearing neurons, Science, 208, 297-299.
- Perl T. T.(1995), The oldest-old, Scientific American, 272, 70-75.
- Ringler R. L.(1981), Aging perspectives, In N. E. Miller and G. D. Cohen(Eds), Clinical aspects of Alzheimer's Disease and Senile dementia, New York :Raven Press.
- Traber, J., Gispen, W.H.(1985), Senile dementia of the Alzheimer type, New York: Springer Verlag.
- World Health Organization(1987), International Classification of disease (10th ed), Geneva: Author.
- Wurtman R. J.(1985), Alzheimer's Disease, Scientific American, 252, 62-74.