

농촌지역 독거노인 15인의 경도인지장애 및 치매의 한의학적 임상치료 효과*

-心を 위주로 한 한의학적 치매 치료의 효용-

惠和堂韓醫院¹ · 世明大學校 韓醫科大學 原典醫史學教室²
宋日坤^{1**} · 趙學俊^{2***}

Korean Medicine Clinical Effects On Light Cognitive Impairments And Dementia Of 15 Aged Men Living Alone In The Farm Village

Song Il-gon^{1**} · Jo Hak-jun^{2***}

¹Korean Medicine Clinic Hye-Hwa-Dang

²Dept. of Korean Medical Classics & Medical History, Semyung University

Objective : This study was designed in order to support the standpoint that dementia will be treated better by remedy for heart rather than for brain, liver and kidney in Korean Medicine.

Methods : We investigated which of five viscera make dementia from original texts about it. Then, 15 aged men living alone in Yeongdong-gun, Chungcheongbuk-do were treated for dementia by herb remedies, acupuncture and moxa. After it, we verified through method, for example, SMMSE-DS, CDT, and etc.

Results : We had results that the main viscera causing dementia is heart, and heart is related with gall bladder, spleen, and kidney according to philological method. Clinical testing in this viewpoint showed satisfactory effects on the diseases.

Conclusion : From the results, we proved it could be a new way of remedy for dementia that main the viscera causing dementia is heart in Korean Medicine.

Key Words : dementia, aged men living alone, Korean Medicine

I. 서론(緒論)

우리사회는 급격한 산업화, 핵가족화와 수명연장

* “이 논문은 영동군 소재 사회복지법인 수가성의 후원에 의해 수행된 연구임”

** 제1저자 : 송일곤, 충북 영동군 영동읍 계산리 686-7번지, 惠和堂韓醫院 院長. 한의학 박사. 원전학 전공.
E-mail : yesan1000@hanmail.net Tel : 043-744-9200

*** 교신저자 : 조학준, 충북 제천시 신월동 세명로 65번지, 세명대학교 한의과대학 원전외사학교실.
E-mail : palm01@hanmail.net Tel : 043-649-1347
접수일(2013년 7월15일), 수정일(2013년 8월13일), 게재확정일(2013년 8월16일).

으로 인하여 노년 소외계층이 증가함과 아울러 치매 및 각종 노인성 질환에 노출되어 있다. 특히 치매로 인한 여러 가지 사회문제가 심각히 대두되고 있는 실정에 있는데다가 여기에 고즈넉한 농촌지역 사회의 독거노인들이 더욱 노출되어 있는 데에 문제의 심각성이 있다.

저자는 이러한 문제의 해결을 위해 영동군 소재 사회복지법인 수가성의 후원으로 인지능력이 급격히 저하되고 있는 영동지역 독거노인들을 대상으로 2013년 3월 중순부터 5월말 까지 치매에 대한 한의학적 치료 및 예방교육을 하게 되었다.

치매는 여러 원인에 의해 기억, 판단 및 사회생활 전반에 걸쳐 장애가 생기는 대표적인 신경정신계 질환으로 지능, 학습, 언어 등의 인지기능과 고등정신기능이 감퇴하는 복합적인 임상증후군을 일괄하여 지칭한다.¹⁾

실제 임상치료의 관점에서 치매를 분류하자면 기질성 치매와 기능성 치매로 대별된다. 기질성 치매인 경우는 각종 뇌질환이나 외상 등에 의한 경우이고, 기능성 치매인 경우는 노년성(老年性) 치매와 조기성(早老性) 치매로 구분되는데, 이 둘은 대체로 발병 나이의 차이로 구분된다고²⁾ 알려져 있다.

현재까지 중의학에서는 치매를 매병(呆病)과 건망(健忘)에 근거하여 노인성치매(알츠하이머형 치매)와 혈관성 치매로 구분하는데, 주로 담음(痰飲)과 어혈(瘀血)을 주원인으로 보고 치료하고 부수적으로 보익심비(補益心脾), 보익신정(補益腎精)하고, 이외에 기공요법과 물리요법, 체육요법, 심리요법 등을 병행하여 치료하고 있으나³⁾ 그 치료율 등의 구체적인 내용은 국내에 잘 알려지지 않고 있다.

또한, 서양의학에서 치매에 대한 치료방법으로

우선 비약물적 처치로서 행동지방법이 있고, 신경이완제, 진정제, 항불안제 등을 사용하여 행동 증상을 막는 방법과 기억력과 인지능력을 유지시키는 약물을 병행하는 요법 등이 있지만 실제 임상적 효과는 기대에 미치지 못한다고⁴⁾ 평가하면서, 치매에 대해 이러한 기존의 치료보다 효과적인 임상치료방법을 찾을 필요성을 제기한 바가 있다.

질병을 치료함에 있어서 병의 근원을 찾는 것은 치료에 근접한 것이므로 매우 중요한 사안이다.

지금까지 치매에 대한 원인을 찾는 데 한의학계나 서양의학에서 모두 대체로 뇌(腦)에서 떠나지 않았다. 그러나 예로부터 한의학에서 정신의 문제는 장부(臟腑)의 관점에서 볼 때 뇌(腦)보다 심(心)을 더 중시하였다. 따라서 치매 역시 심(心)이 관건이 아닐까 하는 의문을 품었다.

이에 저자는 한의학의 관점에서 치매의 원인에 대해 뇌(腦)를 위주로 하고 있는지, 그렇지 않은지를 문헌을 통해 확인하고 나서, 확인한 원인을 토대로 치매 의심 대상자 15명을 치료하고 나서 현대적 측정방법으로 그 치료효과를 평가함으로써, 의미 있는 결론을 얻었기에 이를 보고하고자 한다.

II. 연구방법(研究方法)

1. 연구 동향

한국한의학연구원에서 발표한 논문⁵⁾을 보면 1996~2010년에 치매에 대한 임상연구의 경향이 잘 분류되어 있다.

즉, 연구 설계별로 보면 case report(환자사례보고)가 가장 많았고, 이외에 case series study(환자군연구), case-control study(환자-대조군연구), before and after study(전후연구), controlled before and

1) 김우영, 전원경, 허은정, 박상영, 한창현. 한의학의 치매 관련 임상연구 동향분석과 제언. 한국한의학연구원논문집. 2011. 17(2). p.39.
2) 김영균, 권정남, 최난숙. 치매에 대한 문헌적 고찰. 대한한방내과학회지. 1997. 18(2). pp.183-184. 발췌 요약.
3) 박순권, 이홍재, 김현택, 황의완. 한약물의 치매 치료에 관한 실험적 연구. 대한한방신경정신과학회지. 9(2). 1998. pp19-20. 발췌 요약.

4) 박순권, 이홍재, 김현택, 황의완. 한약물의 치매 치료에 관한 실험적 연구. 대한한방신경정신과학회지. 9(2). 1998. pp19-20. 발췌 요약.
5) 김우영, 전원경, 허은정, 박상영, 한창현. 한의학의 치매 관련 임상연구 동향분석과 제언. 한국한의학연구원논문집. 2011. 17(2). pp.40-43.

after study(비교군전후연구) 등이 있었고, 치매 원인 별로 보면 알츠하이머병과 혈관성 치매의 연구가 많았고, 학회지별로 보면 동의신경정신과학회지와 대한한방내과학회지가 대부분을 차지하고 있다.

이외에 건망이나 치매에 대한 문헌적 고찰을 한 연구가 한두 편 있고, 특히 한방병원 내과학 교실에서 치매환자를 다양한 변증으로 분류하고 그에 맞는 다양한 처방을 운용한 보고도 있다.⁶⁾⁷⁾

물론 이미 문헌을 통해 치매의 원인에 대해 고증한 바가 있다.⁸⁾ 그러나 해당 논문에서 비록 심(心)을 언급하였지만, 뇌(腦)를 염두하여 주로 간(肝)과 신(腎)의 문제로 귀결하고 있다.

또한 뇌(腦)와 심(心)의 연관성에 대한 문헌 연구는 이루어져 있으나⁹⁾¹⁰⁾ 그 연관성을 바탕으로 치매 등 실제 임상에 적용한 연구는 아직 시도되지 않고 있다.

이에 본 연구는 치매의 원인에 대해 간(肝), 신(腎)을 중시하는 기존의 관점과 달리, 심(心)의 관점에서 문헌연구 방법으로 고증하고, 그것을 뒷받침하고자 다시 임상 case를 controlled before and after study(비교군전후연구)의 방법으로 검증하였다.

2. 연구설계 및 대상

본 연구는 65세 이상 15명의 환자를 대상으로 치매평가검진을 실시하여 3개의 군(경도인지장애군, 치매의심군, 치매군)으로 구분한 후, 군 간의 실제 임상치료 전후의 결과 차이를 평가하였다.

사회복지법인 수가성의 재가노인지원센터에서 관

리하는 독거노인 중 건망증이 심하거나 치매소견을 가지고 있고 또 여러 가지 노인성 질환에 노출된 환자를 대상으로 2013년 3월 중순부터 5월말까지 약 2달 반 정도의 내원 치료기간을 가졌다.

3. 연구도구

1) 치매평가검진

(1) 치매선별검사

① 단축형 치매선별용 한국어판 간이정신상태검사 (Short MMSE for Dementia Screening : SMMSE-DS)

② 시계 그리기(Clock Drawing Test : CDT)

(2) 한의학 진단검사

① 사진(四診): 망진(望診), 문진(聞診), 문진(問診), 절진(切診)

② 변증(辨證)

③ 오행체질(五行體質) 진단(診斷)

2) 임상치료 방법

(1) 약물 치료

① 한약 추출액

사진과 변증 등 한의학적 진단에 의하여 건망과 치매 및 인지장애의 원인을 유추하고 파악하여 그에 맞는 각기 다른 치료 한약을 투여하였다. 투여 방법은 45일간 하루 2봉씩 복용하게 하였다.

② 한약 환

한약 추출액 복용이 끝난 환자에게 한약환(韓藥丸)을 일률적으로 투여하였다. 투여 방법은 밀환 녹두크기의 환을 하루 2차례 40알씩 식간에 복용하게 하였다. 기간은 이후 30일 분량을 투여했다.

(2) 침구 치료

① 침 치료

각 환자의 체질과 병증에 맞게 취혈(取穴)하고 그에 맞게 보사(補瀉)를 했다. 내원 횟수는 고령임을 감안해서 일주일에 2차례로 제한하였다.

② 뜸 치료

침 치료의 효능을 증대시키기 위해 뜸 치료를 병행하였다. 주로 보법(補法)에 응용하였다.

6) 홍석, 전상운, 강화정, 김운완. 치매환자 84례에 대한 유형별 임상고찰. 대한한방내과학회지. 2000. 21(2).

7) 이영욱, 강화정, 조명래, 진천식, 홍석, 김중식. 치매환자 32례에 대한 임상적 고찰. 대한한방내과학회지. 1998. 19(1).

8) 김영균, 권정남, 최난숙. 치매에 대한 문헌적 고찰. 대한한방내과학회지. 1997. 18(2). pp.183-184. 발췌 요약.

9) 은석민, 心, 腦와 神明의 관계에 대한 고찰. 한국의사학회지. 2005. 18(1).

10) 조학준. 腦와 心의 한의학적 상관성에 대한 연구. 동의생리병리학회지. 2005. 19(6).

4. 연구방법

치매는 건망(健忘)과 비슷하지만 구별하여 치료하고 있다. 그러나 특히 기능성 치매의 경우 건망이 흔히 선행한다.

치매에 대한 치료 성과를 한의학적으로 평가하는 방법이 아직 개발되어 있지 않기에 부득이 간이정신상태검사(SMMSE-DS)를 사용하였는데, 그 내용 중 시간지남력과 장소지남력과 기억력과 언어능력 중 언어능력을 제외한 항목은 또한 한의학적인 건망(健忘)의 범주로 이해할 수 있다.

먼저 치매평가검진을 실시한 환자 중 다음과 같이 분류하고 그에 따라 치료하고, 또 분석하였다.

- (1) 군의분포와 성별분포
- (2) 연령별 분포
- (3) SMMSE-DS 점수 분포
- (4) CDT 점수 및 학력 분포
- (5) 병인별 분포
- (6) 맥상별 분포
- (7) 체질별 분포
- (8) 증후별 분포
- (9) SMMSE-DS 재검사 비교
- (10) 효과 판정

보통 간이정신상태검사(SMMSE-DS)에서 점수가 정상은 (17.67±1.77)이고, 경도인지장애는 (14.94±2.39)이고, 치매는 (10.64±3.80)으로 평가한다.¹¹⁾ 이것을 중간점수로 환산하면 16.5점 이상은 정상이고, 16.5~13.5점은 경도인지장애이고, 13.5점 이하를 치매로 볼 수 있다. 그러나 실제 임상에서 13.5점 이하를 전부 치매로 보기에 다소 문제가 따랐다. 그래서 여기서는 연구 편의상 15점 이상을 경도인지장애군으로, 14~11점을 치매의심군으로, 10점 이하를 치매군으로 분류하였다.

CDT의 경우 원을 4등분하여 1~3번째 사분원에 틀린 경우 각각 1점, 4번째 사분원에 틀린 경우 4점을 준다.¹²⁾ 대개 총 7점에 0~3점을 정상, 4~7

점을 비정상(치매)로 판별한다.¹³⁾ 그러나 여기서는 연구 편의상 시·분침을 제대로 표시 못하였을 경우 1점을 추가해서 총 8점에 3점 이하를 경도인지장애군, 4~5점을 치매의심군, 6~8점을 치매군으로 분류하였다.

5. 자료 분석

판정은 SMMSE-DS와 CDT와 병인별 맥상변화에 주안점을 두었고, 특히 SMMSE-DS 점수가 5점 이상 상승은 우수, 1~4점 상승은 양호, 점수의 변화가 없을 때 무변화, 1점 이상 하강은 악화로 판정하였다.

III. 결 과(結果)

1. 군의 분류와 성별 분포

간이정신상태검사(SMMSE-DS)에서 경도인지장애군이 5명, 치매의심군이 5명, 치매군이 5명으로 분류되었다. CDT검사에서는 경도인지장애군이 5명, 치매의심군이 0명, 치매군이 10명으로 분류되었다.

2. 연령분포

대상자 15명을 나이로 분류했을 때 69세~86세까지 분포하여 평균이 77.2세였고, 경도인지장애군에서 치매군으로 갈수록 평균연령이 높아짐을 알 수 있었다.

3. 학력에 따른 CDT의 분포

대상자 15명을 학력으로 분류했을 경우 무학이 8명, 초졸 이하가 6명, 대졸이 1명이었다. 학력이 낮을수록 시계그리기에 힘들어 하여 검사를 거부한 경우가 많았다. 거부한 경우는 8점을 주어 결과를 도표했다. 결국 CDT검사는 유의성은 있지만 이것만으로 인지능력을 판단하기는 힘들었다. 그래서 SMMSE-DS에서

11) 김기웅. 치매진단도구의 표준화. 분당서울대학병원 보건복지부 저출산고령사회정책실 노인정책과의 위탁사업 보고서. 2012. p.47.

12) 이상현, 김문중. 노인의 인지기능 선별검사로서 시계그리기검사와 Mini-Mental State Examination의 비교. 가정의학회지. 25(1). 1999. pp.269-278. 발췌요약.

13) 신희현. 치매환자 인지기능검사의 임상적 유용성 비교. 충남대학교대학원간호학과 석사학위논문. 2008. p.26.

SMMSE-DS/CDT	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total
男	0/1(0/6.7)	1/0(6.7/0)	0/0	1/1(6.7/6.7)
女	5/4(33.3/26.7)	4/0(26.7/0)	5/10(33.3/66.7)	14/14(93.3/93.3)
Amount	5/5(33.3/33.3)	5/0(33.3/0)	5/10(33.3/66.7)	15/15(100/100)

* 백분율에서 소수점 2자리 이하는 반올림하였다.

표 1. 성별에 따른 분류(%)

	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total
평균연령	75.2	77.0	79.4	77.2

표 2. 연령에 따른 분류

학력(年數)	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total
0~3	2(3.5)	4(6.5)	4(8.0)	10(6.5)
4~6	3(3.0)	0	1(8.0)	4(4.25)
7~	0	1(3.0)	0	1(3.0)
Amount	5(3.2)	5(5.8)	5(8.0)	15(5.67)

* 백분율에서 소수점 2자리 이하는 반올림하였다.

표 3. 학력에 따른 CDT 분류(평균점수)

점수(%)	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total
시간지남력5(25.0)/(100)	4.4(22.0)/(88.0)	2.6(13.0)/(52.0)	1.0(5.0)/(20.0)	2.7(13.3)/(53.3)
장소지남력4(20.0)/(100)	3.4(17.0)/(85.0)	2.6(13.0)/(65.0)	2.6(13.0)/(65.0)	2.9(14.3)/(71.7)
기억력6(30.0)/(100)	4.0(20.0)/(66.7)	3.0(15.0)/(50.0)	1.8(9.0)/(30.0)	2.9(14.7)/(48.9)
언어능력5(25.0)/(100)	4.2(21.0)/(84.0)	4.6(23.0)/(92.0)	3.4(17.0)/(68.0)	4.0(20.3)/(81.3)
Amount20(100)	16(80.0)	12.8(64.0)	8.8(44.0)	12.5(62.7)

* 백분율에서 소수점 2자리 이하는 반올림하였다.

표 4. 간이정신상태검사(SMMSE-DS)의 세부 분류

분류한 경도인지장애군, 치매의심군, 치매군을 기준으로 시계그리기의 분류를 다시 하였다.

4. 정신상태검사의 분포

간이정신상태검사(SMMSE-DS)의 내용 중 시간지남력과 장소지남력과 기억력과 언어능력을 세분하여 분포도를 조사했다. 조사에서 평균 기억력이 48.9%로 가장 낮았고, 시간지남력이 53.3%, 장소지남력 71.7%, 언어능력 81.3%가 다음을 이었다. 기억력장애는 경도인지장애군에서 66.7%로 이미 상당히 진행되고 있음을 알 수 있었다. 기능성 치매의 경우 경도인지장애에서 치매로 병이 진행한다고 했을 때 경도인지장애군과 치매군 간의 편차비교로 유

의성 있는 문제인식을 할 수 있다. 즉, 시간지남력의 경우 경도인지장애군 88.0%와 치매군 20.0%의 결과를 놓고 봤을 때 68.0%의 편차가 생겼고, 장소지남력의 경우 85.0%와 65.0%로 20.0%의 편차가 생겼고, 기억력의 경우 66.7%와 30%로 36.7%의 편차가 생겼고, 언어능력의 경우 84.0%와 68%로 18.0%의 편차가 생겼다. 결국 세분하여 분포도를 조사했을 때 평균적으로는 기억력의 장애가 더 문제가 되지만 경도인지장애군과 치매군의 비교에서는 시간지남력이 더 문제가 되었다.

5. 병인별 분포

치매를 일으키는 원인으로는 심신불교(心腎不交),

病因(수/%)	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total
심비(心脾)	2/40%	4/80%	2/40%	8/53.3%
심담(心膽)	1/20%	1/20%	3/60%	5/33.3%
심신(心腎)	3/60%	3/60%	2/40%	8/53.3%
정수/복수	5/6	5/8	5/7	15/21

* 복수 기재하였고, 백분율은 소수점 2자리에서 반올림했다.

표 5. 병인별 분류

맥상	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total(수/%)
침(沈)	3	4	3	10/66.7
현(弦)	5	3	2	10/66.7
긴(緊),미긴(微緊)	1	2	4	7/46.7
세(細)	2	1	4	7/46.7
세긴(細緊)	1	1	3	5/33.3
삭(數)	4	1	1	6/40.0

* 복수 기재하고, 백분율에서 소수점 2자리 이하는 반올림하였다.

표 6-1. 좌측 관맥(關脈)의 맥상 분류

심비허(心脾虛), 심담허겁(心膽虛怯)으로 대별된다.¹⁴⁾ 물론 병이라는 것이 한 가지만의 요인으로 오는 경우는 드물다. 치매를 일으키는 요인도 여러 가지가 혼재되어 있지만 결국 이 세 가지로 요약할 수 있다. 따라서 가장 요점이 되는 병인인 심신(心腎), 심비(心脾), 심담(心膽)으로 구분하여 복수 분포도를 살펴보았다.

대개 심비허(心脾虛)는 우수사려(憂愁思慮)를 과도하게 하면 비(脾)를 상하게 되고 비장이 상하면 심(心)에 영향을 끼쳐 결국 심비(心脾)가 허(虛)하게 되어 인지장애를 유발하며, 심담허겁(心膽虛怯)은 놀라면 담(膽)을 상하고 담이 상하면 심(心)에 영향을 끼쳐 정충(怔忡)이 생기고 결단(決斷)을 하지 못하여 결국 인지장애를 초래하며, 심신불교(心腎不交)는 나이가 들면서 신기(腎氣)가 허해져 심(心)에 정기(精氣)의 공급이 차질이 생겨 결국 인지장애를 초래한다.

따라서 사진(四診)과 증후(症候) 등을 종합적으로 관찰하여, 우수사려가 있거나 비장이 허한 증상이 있으면 심비허(心脾虛)로 분류하였고, 크게 놀란 일이 있거나 심계(心悸), 정충증(怔忡症)이 있으면 심담허겁(心膽虛怯)으로 분류하였고, 신기(腎氣)가 허

손(虛損)되어 나타나는 무력증이 주될 때는 심신불교(心腎不交)로 분류하였다.

결과를 놓고 보면, 전체적으로 심비(心脾)와 심신(心腎)이 53.3%로 많았고, 심담(心膽)이 33.3%였다. 경도인지장애군에서는 심신(心腎)이 60%로 더 많이 차지하였고, 치매의심군에서는 심비(心脾)가 80%로 더 많이 차지하였고, 치매군에서는 심담(心膽)이 60%로 더 많이 차지하였다.

6. 맥상(脈象)별 분포

병인에 따라 맥상도 그에 준해서 분류했다. 즉 심(心), 담(膽), 비(脾), 신(腎)의 맥상을 중점적으로 관찰했다. 좌측 촌(寸)에서는 심(心)을, 관(關)에서는 담(膽)의 병증과 비(脾)의 허실을, 척(尺)에서는 신(腎)을, 우측 관(關)에서는脾의 병증과 膽의 허실을 보았다. 특히 양측 관맥(關脈)을 더욱 유의 있게 관찰하여 분류하였다.

분류 결과, 좌측 관맥(關脈)에서는 침맥(沈脈)과 현맥(弦脈)이 많았는데 경도인지장애군에선 현맥(弦脈)이 5건, 삭맥(數脈)이 4건으로 더 많이 관찰되었고, 치매군에서는 세맥(細脈)이 4건, 긴맥(緊脈)이 4건, 세긴맥(細緊脈)이 3건으로 더 많이 관찰되었다.

14) 세 가지 병인은 고찰에 자제하다.

맥상	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total(수/%)
침(沈)	1	1	2	6/40.0
부(浮)	0	1	0	1/6.7
현(弦)	4	4	5	13/86.7
긴(緊),미긴(微緊)	2	5	2	9/60.0
세(細)	1	0	1	2/13.3
복(伏)	1	0	0	1/6.7
활(滑)	1	0	0	1/6.7

* 복수 기재하고, 백분율에서 소수점 2자리 이하는 반올림하였다.

표 6-2. 우측 관맥(關脈)의 맥상 분류

	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total
목허토실(木虛土實)	1	2	1	4
화허금실(火虛金實)	1	1	0	2
토허수실(土虛水實)	0	0	0	0
금허목실(金虛木實)	2	0	3	5
수허화실(水虛火實)	1	2	1	4
Amount	5	5	5	15

표 7. 체질별 분류

삼초	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total(수/%)
상초	1	3	4	8/53.3%
중초	2	3	2	7/46.7%
하초	4	2	1	7/46.7%
정수/복수	5/7	5/8	5/7	15/22

* 복수 기재하고, 백분율에서 소수점 2자리 이하는 반올림하였다.

표 8. 증후별 분류

우측 관맥(關脈)에서는 현맥(弦脈)과 긴맥(緊脈)이 많았는데 치매군으로 갈수록 맥상이 단순화됨을 볼 수 있었다.

7. 체질별 분포

체질은 우리침법사랑연구회에서 쓰는 맥진법(脈診法)으로 구분하였다. 즉 좌우 촌관척 맥의 강약으로 오행체질을 구분하였다. 결과적으로 수(水)를 중심으로 금(金), 목(木)이 허(虛)한 체질이 많았고, 수(水)가 실(實)한 사람은 없었다.

8. 증후별 분포

대상자들이 주로 호소하는 질환을 상·중·하초(上·中·下焦)로 구분하여 분류하였다. 즉 심계(心悸), 정충(怔忡), 흉민(胸悶), 두통, 불면 등등은 상초 질환으로 분류하고, 복통, 복만(腹滿), 심하비(心下痞), 사지무력(四肢無力) 등등은 중초 질환으로 분류하고, 요통, 슬통(膝痛), 대·소변이상 등등은 하초 질환으로 분류하였다.

분류 결과, 상·중·하초의 질환이 고르게 나오는 것을 알 수 있었다. 다만 경도인지장애군에서는 일반적인 노인질환처럼 하초의 질환이 4건으로 더 많이 관찰 되었고, 치매군에서는 상초의 질환이 4건으로 더 많이 관찰 되었다.

점수(%)	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total
시간지남력5(25.0)/(100)	5.0(25.0)/(100)	4.0(20.0)/(80.0)	3.0(15.0)/(60.0)	4.0(20.0)/(80.0)
장소지남력4(20.0)/(100)	4.0(20.0)/(100)	3.8(19.0)/(95.0)	3.6(18.0)/(90.0)	3.8(19.0)/(95.0)
기억력6(30.0)/(100)	5.6(28.0)/(93.3)	5.2(26.0)/(86.7)	4.4(22.0)/(73.3)	5.07(25.3)/(84.4)
언어능력5(25.0)/(100)	4.6(23.0)/(92.0)	4.6(23.0)/(92.0)	4.4(22.0)/(73.3)	4.53(22.7)/(90.7)
Amount20(100)	19.2(96.0)	17.6(88.0)	15.4(77.0)	17.4(87.0)

* 백분율에서 소수점 2자리 이하는 반올림하였다.

표 9. 간이정신상태검사(SMMSE-DS)의 2차 분류

	경도인지장애군	치매의심군	치매군	Total(%)
우수	0	2	5	7(46.7%)
양호	5	3	0	8(53.3%)
무변화	0	0	0	0
악화	0	0	0	0
Amount	5	5	5	15(100%)

표 10. SMMSE-DS 1, 2차 점수 차이 분류(명수)

9. 정신상태검사의 재검사 분포

약 2달 반의 치료 이후 간이정신상태검사(SMMSE-DS)를 다시 실시하였다. 전반적으로 놀랄 만한 향상이 있었는데 그 중 기억력의 향상이 눈에 띈다. 경도인지장애군에서는 거의 모든 부분에서 정상을 웃돌았고, 치매군에서의 기억력의 향상이 특히 주목할 만 하였다.

경도인지장애군에서 검사의 1, 2차를 비교하여 보면 시간지남력의 경우 88.0%에서 100.0%로 12.0%의 호전이 있었고, 장소지남력의 경우 85.0%에서 100.0%로 15.0%의 호전이 있었고, 기억력의 경우 66.7%에서 93.3%로 26.6%의 호전이 있었고, 언어능력의 경우 84.0%에서 92.0%로 8.0%의 호전이 있었으니 기억력의 호전이 두드러졌다.

치매의심군에서 검사의 1, 2차를 비교하여 보면 시간지남력의 경우 52.0%에서 80.0%로 28.0%의 호전이 있었고, 장소지남력의 경우 65.0%에서 95.0%로 30.0%의 호전이 있었고, 기억력의 경우 50.0%에서 86.7%로 36.7%의 호전이 있었고, 언어능력의 경우 92.0%에서 92.0%로 동일하였으니 기억력과 장소지남력, 시간지남력에서의 호전이 두드러졌다.

치매군에서 검사의 1, 2차를 비교하여 보면 시간지남력의 경우 20.0%에서 60.0%로 40.0%의 호전이 있었고, 장소지남력의 경우 65.0%에서 90.0%로 25.0%의 호전이 있었고, 기억력의 경우 30.0%에서 73.3%로 43.3%의 호전이 있었고, 언어능력의 경우 68.0%에서 73.3%로 5.3%의 호전이 있었으니 시간지남력과 기억력의 호전이 두드러졌다.

이상에서 본 바와 같이 치매군에서의 호전이 더욱 두드러졌으며, 전반적으로 기억력과 시간지남력의 향상이 눈에 띈다.

10. 효과 판정

2개월 반의 치료 후 SMMSE-DS의 재측정에서 놀라운 발전을 발견할 수 있었다. 물론 얼굴빛이 좋아지고 식사량이 늘고 우울증이 호전되고 대상포진이 낫는 등등 증후의 호전은 더욱 놀라운 결과지만 여기서는 SMMSE-DS의 결과로만 평가하였다.

점수 5점 이상 상승은 우수, 1~4점 상승은 양호, 점수의 변화가 없을 때 무변화, 1점 이상 하강은 악화로 판정하였다. 단, CDT의 경우 재측정에서도 거부 의사를 밝힌 분들이 많아 검사의 객관성에 문제가 생긴 관계로 생략하였다.

측정 결과, 전체적으로 뚜렷한 효과가 검증되었고, 특히 치매군에서의 효과가 두드러졌다.

IV. 고찰(考察)

1. 치매(癡呆)의 연원(淵源)

치매(癡呆)는 여러 원인에 의해 기억, 판단 및 사회생활 전반에 걸쳐 장애가 생기는 대표적인 신경정신계 질환으로 지능, 학습 언어 등의 인지기능과 고등정신기능이 감퇴하는 복합적인 임상증후군을 일괄하여 지칭하는 것이다.¹⁵⁾ 이것은 일종의 만성 진행성 퇴화성 질병으로 지능의 전체적인 장애를 뜻한다.¹⁶⁾

치매의 한자를 풀어보면 ‘치(癡)’자는 알 지(知)자에 병질 부(疒)가 붙어 있어 지능, 지성이 병들었다는 뜻이며, ‘매(呆)’자는 사람이 기저귀를 차고 있는 모습을 나타낸 상형문자에서 나왔다고 하니, 이로써 지적기능의 전체적인 장애를 뜻하고 광의로는 어떤 종류의 기억력 장애도 다 포괄하고 있다.¹⁷⁾

치매라는 명칭은 최초로 『경악전서(景岳全書)·진광치예(顛狂癡獸)』에서 가장 먼저 나타나있다¹⁸⁾.

그러나 치매라는 명칭이 나타나기 이전에 치매의 증상(症狀)을 묘사한 기록이 있는데, 『춘추좌씨전(春秋左氏傳)』이 최초로 알려져 있다. 그 책에서 “성공(成公) 18년이다. …… 주자(周子)가 형이 있되 지혜가 없어서 능히 콩과 보리도 분별하지 못하므로 응립하지 못하였다.”¹⁹⁾고 하였다.

『영추(靈樞)·천년(天年)』에서 “50세에는 간기(肝

氣)가 비로소 쇠하니 간엽(肝葉)이 비로소 얇아지고 담즙이 비로소 사라지고 눈이 비로소 밝지 못한다. 60세에는 심기(心氣)가 비로소 쇠하므로 근심하고 슬피하며, 혈기가 게을러지므로 눈기를 좋아한다. 70세에는 비기(脾氣)가 허(虛)하니 피부가 마른다. 80세에는 폐기(肺氣)가 쇠하니 늙어 떠나므로 말을 할 때에 그릇됨이 많다. …… 100세에는 오장이 모두 허(虛)하고 신기(神氣)가 모두 떠나서 형체만 홀로 남아서 죽는다.”²⁰⁾고 하였는데, 나이가 들면서 치매와 같은 병증(病證)이 나타남을 유추할 수 있다.

진대(秦代) 왕숙화(王叔和)는 『맥경(脈經)·권이(卷二)』에 “두 손의 맥(脈)은 부(浮)의 부위에 모두 양(陽)이 있고, 침(沈)의 부위에 모두 음(陰)이 있으니, 음과 양이 모두 실성(實盛)한 경우는 이는 충맥(衝脈), 독맥(督脈)의 병에 해당한다. 충맥과 독맥이란 십이경(十二經)의 도로이다. 충맥과 독맥이 작용하면 십이경이 다시 촌구(寸口)에서 조회하지 못하니 그 사람이 다 황홀(恍惚)과 광증(狂證), 치매(癡呆)로 괴롭거니와, 그렇지 않은 경우는 반드시 마땅히 기다려야 하니 두 마음이 있기 때문이다.”²¹⁾라고 하였는데 치매에 나타나는 맥상(脈象)과 주된 경맥(經脈)만 언급했다.

명대(明代) 이전에 치매에 대한 인식이 아직 분명하지 않아서 ‘문치(文痴)’ ‘무치(武痴)’의 구분은 있었으나 개념이 명확하지 않았다. 문치(文痴)는 일반적으로 전증(癲證)을 가리키고 무치(武痴)는 광증(狂證)을 가리키는 말로서 결코 진정한 의미의 치매가 아니므로 그에 대한 전문과를 확립하지 못하였다.²²⁾

15) 김우영, 전원경, 허은정, 박상영, 한창현, 한의학의 치매 관련 임상연구 동향분석과 제안. 한국한의학회연구원은문집. 2011. 17(2). p.39.

16) 김상효. 동의신경정신과학. 서울. 행림출판사. 1991. pp.134-136.

17) 김명호. 치매의 정의와 분류. 대한정신과학회지. 1985. pp.1-4.

18) 臨床中醫內科學編纂會. 臨床中醫內科學. 中國 北京. 北京出版社. 1993. p.636.

19) 左丘明. 春秋左氏傳(地). 大田. 學民文化社. 발행연도 미상. pp.318-319. “成十八年. …… 周子有兄而無慧, 不能辨菽麥, 故不可立.”

20) 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 서울. 東洋醫學研究院. 1985. p.241. “五十歲, 肝氣始衰, 肝葉始薄, 膽汁始減, 目始不明. 六十歲, 心氣始衰, 故憂悲, 血氣懈惰, 故好臥. 七十歲, 脾氣虛, 皮膚枯. 八十歲, 肺氣衰, 魄離, 故言善誤. …… 百歲, 五藏皆虛, 神氣皆去, 形骸獨居而終矣.”

21) 王叔和. 脈經校釋. 서울. 一中社. 1992. p.90. “兩手脈浮之俱有陽, 沈之俱有陰, 陰陽皆實盛者, 此爲衝督之脈也. 衝督之脈者, 十二經之道路也. 衝督用事則十二經不復朝於寸(寸)口, 其人皆苦恍惚狂癡, 不者, 必當猶豫, 有兩心也.”

22) 臨床中醫內科學編纂會. 臨床中醫內科學. 中國 北京. 北京出版社. 1993. p.636.

지금도 중의학(中醫學)에서는 문치(文痴)와 무치(武痴)로 구분하고 있는데, 치매 중 정신이 억제되고, 표정 변화가 거의 없고, 나무인형과 같이 앉아 있고 침묵하거나 말이 적고 슬퍼하기를 잘하고 울고자 하는 증상을 수반하는 것을 문치(文痴)라고 하고, 치매 중 미친 듯하고 정신이 혼란하여 알지 못하며, 욕하고 꾸짖고 소리를 지르며, 옷을 벗어 벌거벗은 채로 다니며, 친한 사람과 먼 사람을 구별하지 않으며, 담을 뱉어 넘고 옥상에 올라가는 증상을 수반하는 것을 무치(武痴)라고 한다.²³⁾

명대(明代) 장개빈(張介賓)에 이르러 처음 『경약전서·전광치애』에서 치매에 대해 전문적으로 논하였는데, 치매의 원인, 병기(病機)와 병증(病證), 치료, 예후 등의 모든 면에서 비교적 상세하게 기술하였다.

장개빈은 “치매증(痴默證)은 평소엔 담(痰)이 없다가 울결이 생겼거나 풍을 맞았거나 생각을 많이 하였거나 의심이 생겼거나 놀랐거나 해서 점차 치매증이 된다. 이것은 언어가 전도되고 거동이 바르지 않거나 혹은 땀을 많이 흘리고 근심을 잘한다. 그 증상이 기괴하여 나타나지 않는 증상이 없다. 맥은 반드시 현(弦)하거나 삭(數)하거나 대(大)하거나 소(小)하여 변화무상하다. 이러한 원인은 거슬러 오르는 기운이 심(心)이나 간담(肝膽)의 경락에 있어서 막히 않아 그렇게 된 것이다. 만약에 형체가 강장하고 먹는 것도 잘 먹고 허탈한 증후도 없다면 복만전(服蠻煎)으로 다 치료할 수 있다. 이것이 가장 편안한 방법이다. 그러나 이 증상에는 치료할 수 있는 자와 치료 못하는 자가 있다. 그것은 위기(胃氣)와 원기(元氣)의 강약에 달려있다. 시간을 두고 회복하게 할 것이요 절대 급하게 서두를 일이 아니다. 만일에 크게 놀라거나 갑자기 두려워해서 일시에 심담(心膽)을 상하게 되어 정신을 잃고 혼란스럽게 된 것은 속

히 정기(正氣)를 돕는 치료를 해야 하니 칠복음(七福飲)이나 대보원전(大補元煎)을 써야 한다.”²⁴⁾라고 하였다.

이로부터 장개빈은 치매의 원인으로 주로 심(心)을 중심으로 간담(肝膽)과 비위(脾胃)까지 고려하였음을 알 수 있다.

청대(清代) 진사탁(陳士鐸)이 지은 『변증록(辨證錄)·매병문(呆病門)』에 치매의 원인, 병기(病機)에 대해 매우 자세히 분석하였다. 진사탁은 “그러나 치매가 이루어지는 데에 반드시 그 원인이 있으니 대략은 그 처음에는 간기(肝氣)의 울결(鬱結)에서 일어났다가 그 마칠 때에는 위기(胃氣)의 쇠함으로 말미암는다. 간(肝)이 울결하면 목(木)이 토(土)를 극(剋)하여 담(痰)이 능히 사라지지 못하고, 위(胃)가 쇠하면 토(土)가 수(水)를 제재(制裁)하여 담(痰)을 능히 삭이지 못한다. 이 때문에 담(痰)이 흉중(胸中)에 쌓여 심(心)의 바깥까지 자리 잡아 신명(神明)이 맑지 못하게 하여 치매를 이룬다. 그 치법은 울결(鬱結)을 열고 담(痰)을 내쫓고 위(胃)를 건강하게 하고 기(氣)를 통하게 하면 심지(心地)가 광명(光明)해져서 치매가 다 사라진다.”²⁵⁾고 하면서 세심탕(洗心湯), 환신지성탕(還神至聖湯), 전매단(轉呆丹), 소심탕(蘇心湯), 계심구위탕(啓心救胃湯), 지미탕(指迷湯) 등을 사용하였다.²⁶⁾

23) <http://www.100md.com> 2013년 7월 5일 검색. “中醫癡呆一症，有文癡，武癡之分，即：癡呆伴有精神抑制，表情淡漠，坐如木偶，沉默寡言，善悲欲哭者，稱為文癡(不會到處發脾氣，罵人，打人)；癡呆伴有狂亂無知，罵詈呼叫，棄衣裸體，不避親疏，逾垣上屋者稱為武癡(脾氣暴躁)。發生於60歲以前的習慣上稱早老性癡呆，60歲以後發病者稱老年性癡呆。”

24) 張介賓. (懸吐註釋)景岳全書, 서울. 法仁文化社. 2007. pp.580-581. “痴默證은 凡平素無痰이라가 而或以鬱結거나 或以不遂거나 或以思慮거나 或以疑忒거나 或以驚恐하야 而漸致痴默니 言辭顛倒하고 舉動不經하고 或多汗하고 或善愁라 其證則千奇萬怪하야 無所不至 하니 脈必或弦或數하고 或大或小하야 變易不常이라 此其逆氣在心或肝膽二經하야 氣有不清而然이라 但察其形體強壯과 飲食不減하야 別無虛脫等證이면 則悉宜服蠻煎治之니 最穩最妙라 然이나 此證에 有可愈者와 有不可愈者니 亦在乎胃氣元氣之強弱하야 待時而復이요 非可急也라 凡此諸證에 若以大驚猝恐하야 一時偶傷心膽(心膽)而致失神昏亂者면 此當以速扶正氣爲主니 宜七福飲거나 或大補元煎主之라”

25) 陳士鐸. 陳士鐸醫學全書辨證錄. 中國 北京. 中國中醫藥出版社. 1998. p.790. “然而呆病之成，必有其因，大約其始也，起於肝氣之鬱；其終也，由於胃氣之衰。肝鬱則木克土，而痰不能化，胃衰則土制水，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，則心地光明，呆景盡散也。”

2. 한의학적 원인과 서양의학적 원인의 비교

서양의학에서 치매는 여러 가지로 분류하고 있지만, 실제 임상치료의 관점에서 치매를 분류하자면 기질성 치매와 기능성 치매로 대별할 수 있다.

이것을 한의학적인 관점에서 본다면, 기질성치매인 경우는 각종 뇌질환이나 외상 등에 의한 경우이므로 대체로 실증이 많고, 지능성치매인 경우는 노년성(老年性)과 조로성(早老性)으로 구분되므로 대체로 허증이 많다고 볼 수 있다. 조로성 치매의 경우 알츠하이머치매라고도 하는데²⁷⁾ 이 둘은 대체로 발병 나이의 차이로 구분되어 진다.²⁸⁾

서양의학에서 치매의 원인 중 하나로 뇌위축(腦萎縮)에 의한 뇌병변(腦病變)을 들고 있지만, 실제로 비록 CT상 뇌위축이 있다 해도 반드시 치매라고는 말할 수 없으며,²⁹⁾³⁰⁾ 한의학에서는 예로부터 정신활동이 뇌(腦)보다 심(心)에 좌우된다고 보았기에, 심(心)을 위주로 치료해야 한의학적인 이론에 더욱 부합할 수 있다.

한편 뇌(腦)와 심(心)의 관점에서 서양의학과 한의학에서 바라보는 치매의 원인에 대한 접점을 찾아볼 수 있다.

과거 동양에서 뇌(腦)와 심(心)의 관계를 명확하게 설명한 서적은 그리 많지 않다. 일찍이 『說文解字』에서 생각 사(思)자를 설명하면서 “종심(從心)”³¹⁾이라 하였는데, 여기서 심(心)은 뇌(腦)를 의미하니, 뇌(腦)를 설명할 때 심(心)을 고려하였음을 알 수 있다.

이것에 대해 청대(清代) 학의행(郝懿行)은 사람의

생각은 마음에서 생겨나 뇌에 소속된다고³²⁾ 하였고, 근래 한학자 성재(誠齋) 봉기중(奉奇鍾) 선생은 “동양에서는 원인을 중하게 여기므로 심성(心性)을 많이 다루었고 서양에서는 발효(發效)를 중하게 여기므로 정신을 많이 다룬 것이다. 그러나 거시안으로 보면 정신이 심(心)의神明(神明)에 지나지 않는다.”³³⁾고 하여 ‘심체뇌용(心體腦用)’ 설, 즉 마음은 근본이요 뇌는 그 쓰임이고 주장하였다.

이와 같이 생각은 심(心)에서 싹터서 뇌(腦)에 맺히는 것이라 할 수 있다. 따라서 이를 치매에 적용한다면, 특히 치매의 원인을 한의학에서 심(心)을 위주로 바라보는 관점은 서양의학에서 뇌(腦)를 위주로 바라보는 관점과 매우 밀접함을 알 수 있다.

3. 치매(痴呆)의 원인으로 본 심(心)과 다른 장부(臟腑)와의 관계

치매의 원인은 그 핵심이 심(心)에 있지만 다른 질병과 마찬가지로 장부(臟腑)사이상호관계를 고려하지 않을 수 없다. 특히 치매에 있어서는 비(脾), 담(膽), 신(腎)과의 관계가 매우 밀접하다. 따라서 비(脾), 담(膽), 신(腎)이 심(心)에 미치는 영향을 파악하는 것이 치매 치료의 관건이다.

『의학입문(醫學入門)』에 심(心)은 군주의 장기라고³⁴⁾ 하였고, 또 심(心)의 병은 모두 근심하고 슬퍼하고 생각을 지나치게 하고 난 다음에 사기(邪氣)가 침투해서 생긴다고³⁵⁾ 하였다.

이것으로 심(心)의 병은 걱정과 근심과 스트레스와 쓸데없는 과도한 생각에서 오는 것으로 이에 상관이 장부(臟器)가 바로 비(脾)와 담(膽)임을 알 수 있다. 특히 기능성 치매의 경우 이 ‘심비(心脾)’와

26) 陳士鐸. 陳士鐸醫學全書辨證錄. 中國 北京. 中國中醫藥出版社. 1998. pp.790-792.

27) 何紹奇. 현대중의내과학. 중국의약기출판사. 1991. pp.488-490.

28) 김영균, 권정남, 최난숙. 치매에 대한 문헌적 고찰. 대한한방내과학회지. 18(2). 1997. pp.183-184.

29) 곽윤찬. 도해뇌신경외과학. 서울. 제일의학사. 1992. p.738.

30) 김영균, 권정남, 최난숙. 치매에 대한 문헌적 고찰. 대한한방내과학회지. 18(2). 1997. pp.183-184.

31) 許慎. 說文解字注. 서울. 大星文化社. 1990. p.501.

32) 張俊龍. 中醫腦理論演進軌迹. 山西中醫學院學報. 2001. 2(3). p.43. 재인용. “人思從心自心하니 如絲相貫이라 心腦二體는 皆慧知所藏이니 人之思慮는 生于心而屬于腦라.”

33) 奉奇鍾. 性師心弟의 小考. 良齋思想研究論叢. 1998. 제2집. p.220.

34) 李梴. 編註醫學入門(1). 서울. 大星文化社. 1990. p.326. “心은 君體也라”

35) 李梴. 編註醫學入門(1). 서울. 大星文化社. 1990. p.327. “心之病은 皆因憂愁思慮而後에 邪得以入之라.”

‘심담(心膽)’의 비중이 지대하다고 본다.

심비(心脾)와 심담(心膽)의 관계는 『의학입문』의 「運氣篇」에 “갑(甲)은 담(膽)에, 을(乙)은 간(肝)에, 병(丙)은 소장(小腸)에 해당하고, 정(丁)은 심(心)에, 무(戊)는 위(胃)에, 기(己)는 비(脾)에 해당한다.”³⁶⁾고 하였는데, 이를 오행이론으로 풀이하면 담(膽)과 심(心)은 정생(正生)의 관계이고, 심(心)과 비(脾)도 정생(正生)의 관계이고, 담(膽)과 비(脾)는 갑기(甲己)로서 서로 합(合)한다. 따라서 담(膽)과 비(脾)는心を 중심으로 밀접하다.

『경악전서』에서 심비(心脾)와 심담(心膽)의 관계를 병증의 관점에서 언급하였는데, “심비(心脾)가 상하게 되면 정충증과 건망증이 온다.”³⁷⁾고 하였고, “크게 놀라거나 갑자기 두려워져서 일시에 심담(心膽)을 상하게 되면 실신하고 혼란스러워진다.”³⁸⁾고 하였다.

더 나아가서, 치매 중 심비(心脾)의 원인으로 발병한 것과 심담(心膽)의 원인으로 발병한 것을 어떻게 구분할 수 있을까?

첫째, 보통 치매의 전조증상으로 건망(健忘)이 오기 십상인데, 이 건망은 주로 심비(心脾)와 관련이 있다.

대개 건망(健忘)은 기억력의 감퇴로 잊어버리는 것을 말하는데, 서양 정신의학에서는 건망을 의식혼탁이나 다른 지적기능 또는 사회적 장애 없이 정상적인 의식 상태에서 장기 및 단기 기억력의 장애를 특징으로 하는 정신장애라고 정의하고³⁹⁾ 있다.

『동의보감·신편(神篇)』에 “건망은 심비(心脾)가 주관한다. …… 생각을 많이 하면 주관하는 장기인

심(心)과 비(脾)를 상하게 된다. 심(心)을 상하면 혈(血)이 소모되고 흩어져 정신이 깰 수 없고, 비(脾)를 상하면 위기(胃氣)가 쇠약하여 생각이 더욱 골똘해져 결국 건망증이 갑자기 찾아오게 된다.”⁴⁰⁾고 하였다.

이것으로 볼 때 걱정과 근심 등의 생각을 과다하게 하면 위기를 쇠약하게 하여 음식을 잘 먹지 못하고 그래서 기운이 떨어져 건망이 온다고 한 것이니, ‘심비허(心脾虛)’로 오는 치매의 특징이 바로 이것이다.

둘째, 놀라서 담(膽)을 상하면 정충증(怔忡症)이 생기는데, 이 정충증은 주로 심담(心膽)과 관련이 있다.

『동의보감·오장육부편(五臟六腑篇)』에 “심(心)은 담(膽)과 서로 통하니 심병(心病)의 정충증(怔忡症)에 온담(溫膽)하여 치료하고, 담병(膽病)의 전율(戰慄) 전광증(顛狂症)에 보심(補心)하여 치료한다.”⁴¹⁾고 하고, 「담부편(膽腑篇)」에 “놀라면 담을 상한다.”⁴²⁾고 하였다.

또 『의학입문』 「잡병제강(雜病提綱)·내상(內傷)」에서도 “놀라면 담(膽)이 상해서 정신이 어지러워 안정되지 않고 심하면 정충증이 생긴다.”⁴³⁾고 하고, 「비위허실전변론(脾胃虛實傳變論)」에 “다른 11장기 모두는 다 담에게서 결정을 취한다.”⁴⁴⁾고

36) 李梴, 編註醫學入門(1), 서울, 大星文化社, 1990, p.253. “甲膽乙肝丙小腸이요 丁心戊胃己脾脾이라.”

37) 張介賓, 張景岳醫學全書·質疑錄, 中國 北京, 中國中醫藥出版社, 2006, p.1843. “心脾受傷이면 以致怔忡健忘이라”

38) 張介賓, 張景岳醫學全書·質疑錄, 中國 北京, 中國中醫藥出版社, 2006, p.1843. “若以大驚猝恐하야 一時偶傷心膽而致失神昏亂이라.”

39) 김성욱, 주승균, 구병수, 건망의 병인 및 치료에 관한 문헌고찰. 동의신경정신과학회지. 12(2). 2001. p.69. 요약발췌.

40) 許浚, 東醫寶鑑, 서울, 大星文化社, 1990, p.174. “健忘者는… 主心脾二經이니 蓋心之官則思요 脾之官亦思라 此由思慮過多하야 心傷則血耗散하고 神不守舍요 脾傷則胃氣衰憊하고 而慮愈深이라 二者는 皆令人事卒然而忘也라”

41) 許浚, 東醫寶鑑, 서울, 大星文化社, 1990, p.330. “心與膽相通하니 心病怔忡에 宜溫膽爲主요 膽病戰慄顛狂에 宜補心爲主라 … 膽者는 敢也니 驚怕則膽傷矣요 … 膽病者는 善太息 口苦 嘔有苦汁 心中澹澹恐 如人將捕之라… 膽虛則恐畏 不能獨臥요 膽實則怒라”

42) 許浚, 東醫寶鑑, 서울, 大星文化社, 1990, p.374. “驚怕면 則膽傷矣라”

43) 李梴, 編註醫學入門(2), 서울, 大星文化社, 1990, p.325. “喜動心하야 氣散不斂하야 過則健忘하니 歸脾湯이요… 驚傷膽하야 神亂不定하야 過則怔忡失志하니 妙香散 十味溫膽湯이라”

44) 李梴, 編註醫學入門(2), 서울, 大星文化社, 1990, pp.277-278. “惟脾胃和則穀氣上升하야 爲春夏令行人而人壽요 脾胃不和則穀氣下流하야 爲收藏令行人而人夭라 凡十一臟은 皆取決於膽하니니 膽氣升則餘臟이 從之요 膽氣不升則

하였다.

이것으로, 놀라면 담(膽)을 상하게 되고 담(膽)이 상하면 정신질환이 생김을 알 수 있으므로 ‘심담허겁(心膽虛怯)’으로 오는 치매의 특징이 바로 이것이다.

위에서 언급한 바와 같이, 기능성 치매의 경우 심비허(心脾虛)와 심담허겁(心膽虛怯)이 주된 원인이지만, 또한 나이가 들면서 신기(腎氣)가 약해지면서 심(心)에 정기(精氣)를 공급하는 기능이 떨어져 인지 능력에 문제가 생기게 되는 경우도 적지 않으므로, 이른바 ‘심신불교(心腎不交)’를 그 원인으로 더 들 수 있다.

결론적으로 심비허(心脾虛), 심담허겁(心膽虛怯), 심신불교(心腎不交) 이 세 가지가 치매치료의 요점이다.

곧, 치매를 한의학적인 관점에서 치료할 때 뇌(腦)보다는 심(心)을 고려해야 더욱 타당하고, 아울러 비(脾)와 담(膽)과 신(腎)이 어떻게 심(心)에 영향을 끼쳤나 하는 상관관계를 더 깊이 살펴야 한다.

4. 치료 방법

사진과 변증 등 한의학적 진단에 의하여 건망과 치매 및 인지장애의 원인을 유추하고 파악하여 그에 맞는 각기 다른 치료 한약을 투여하였다. 투여 방법은 45일간 하루 2봉씩 복용하게 하였다.

치매를 치료하기 위해 선택한 한약의 처방은, 심담허겁(心膽虛怯)에는 온담탕(溫膽湯)을 쓰고, 심비허(心脾虛)엔 귀비탕(歸脾湯)을 쓰고, 심신불교(心腎不交)엔 육미지황탕(六味地黃湯)을 쓰고, 심비(心脾) 심담(心膽)이 겸하면 귀비온담탕(歸脾溫膽湯)을 주로 사용하되, 여기에 칠정(七情)에 상해서 병이 온 경우는 청신양영탕(淸神養榮湯)에 석창포(石菖蒲) 원지(遠志) 등을 가하여 썼고, 심비(心脾)쪽이 더 문제가 되어 마음을 편히 해줘야할 때는 청심탕(淸心湯)에 석창포(石菖蒲) 원지(遠志) 등을 가하여 응용하였다.

그 중 다용(多用)한 약물은 복령(茯苓), 석창포(石菖蒲), 원지(遠志), 인삼(人蔘) 등이다. 실제 석창포와 원지는 머리를 맑게 하는 효능이 좋아서 환자마다 처방은 다를지언정 거의 가해서 응용하였다.

한약 복용 후 대상자 15인에게 모두 동일하게 한약환(韓藥丸)을 30일 동안 투여하였는데, 그 환은 육미지황환(六味地黃丸)에 석창포(石菖蒲), 원지(遠志) 등을 더해서 했다.

침 치료는 각 환자의 체질과 병증에 맞게 취혈(取穴)하고 그에 맞게 보사(補瀉)를 했다. 예를 들어 수허화실인(水虛火實인)의 경우 대둔(大敦)과 양곡(陽谷)을 보하고 태백(太白)과 임읍(臨泣)을 사했다. 여기에 모든 환자에게 머리를 맑게 하는 태양(太陽)을 가하였고, 심신을 편안히 할 목적으로 삼리(三里)를 추가하였다. 그래서 다용(多用)한 혈위(穴位)는 대둔(大敦), 태백(太白), 족삼리(足三里), 수삼리(手三里), 태양(太陽) 등 이다. 침구 치료는 체력을 안배해서 일주일에 2차례 시술하였다.

침 치료의 효능을 증대시키기 위해 뜸 치료를 병행하였는데, 주로 보법(補法)에 응용하였다.

5. 결과 분석

처음 사회복지법인 수가성에서 15명의 독거노인을 선별하였는데 노인성질환은 있지만 특별한 인지 장애가 없는 3명은 교체하였다.

따라서 ‘표 1. 성별에 따른 분류’와 같이, 할아버지 1명과 할머니 14명 중 SMMSE-DS 검사를 통하여 경도인지장애군 5명과 치매의심군 5명과 치매군 5명을 임의로 분류할 수 있었다. SMMSE-DS는 KMMSE-DS의 축약 검사로서 구성능력을 보완하기 위해 CDT 검사를 추가로 하였다. KMMSE-DS 검사 하나로 하기보다는 SMMSE-DS와 CDT를 병행하는 것이 더 정확도를 높인다고 판단하였다.

‘표 2. 연령에 따른 분류’에서 나타난 것처럼 평균연령이 높아질수록 치매의 확률이 더 높았다.

‘표 3. 학력에 따른 CDT 분류’에서는 시계그리기

가 학력과 밀접한 관계가 있음⁴⁵⁾ 확인하였고, 실제 학력이 전문한 분들이 많아 CDT 검사의 신뢰에 문제가 생겼다. 따라서 SMMSE-DS 검사를 가지고 군을 분류하여 통계한 것이다.

‘표 4. 간이정신상태검사(SMMSE-DS)의 세부 분류’에서 보듯이 조사치 평균에서 기억력이 48.9%로 가장 낮았고 시간지남력이 53.3%로 뒤이었다.

치매군으로 갈수록 이 기억력과 시간지남력이 현격하게 떨어져 치매의 가장 문제점은 기억력과 시간지남력이라는 것을 알 수 있었다. 기억력은 단기와 장기로 나뉜다. 보통 단기보다는 장기 기억력에서 보다 심각한 문제점이 있었다.

이런 점으로 볼 때 치매는 건망에서 시작하여 전체적인 지능장애로 발전한다는 것을 유추할 수 있다.

‘표 5. 병인별 분류’를 살펴보면 기능성 치매의 3가지 중요 병인에서 전체적으로는 골고루 나타남을 발견할 수 있었다. 그러나 경도인지장애군에서는 심신불교(心腎不交)가 비교적 많았고, 치매의심군에서는 3가지 병인이 골고루 나타났고, 치매군에서는 심담허겁(心膽虛怯)이 비교적 많이 나타났다.

이것이 의미하는 내용은 경도인지장애군에서는 일반적인 노인성 질환에 건망증이 쉽게 나타나고, 근심 걱정을 많이 하여 심비허(心脾虛)가 진행되어 건망이 더욱 심해진 치매의심군으로 진행하게 되고, 분하고 놀라는 일을 겪어 심담허겁(心膽虛怯)한 치매군으로 더 발전한다는 것이다. 경도인지장애군에서 볼 수 있듯이 노인성 질환이 심하고 기운이 허약해도 건망증으로 진행된다는 것을 알아야 한다. 그러나 여기서 우리가 더욱 유념해야 할 것은 심담허겁(心膽虛怯)이다.

치매군에서 심담(心膽)이 많이 나온 걸 유념해야 한다. 물론 샘플이 많지 않은 것이 문제될 수 있지만 심담허겁(心膽虛怯)으로 인한 것이 치매로 발견할 수 있는 확률이 높다는 것을 유추할 수 있다.

‘표 6-1,2. 좌우측 관맥(關脈)의 맥상 분류’를 살펴보면 일반적으로 弦맥이 많이 나타나는데 좌측에서는 침맥(沈脈)이, 우측에서는 긴맥(緊脈)이 많이 나타남을 볼 수 있다.

좌측의 침맥(沈脈)으로 비허(脾虛) 증상이 많음을 알고, 우측의 긴맥(緊脈)으로 위장질환도 많음을 알 수 있었다.

치매군으로 갈수록 좌측 관맥(關脈)에서 긴맥(緊脈)과 세맥(細脈)이 많이 나타나는데 이것은 스트레스나 걱정 근심 등의 과다로 肝膽이 손상 받고 있음을 나타내 주고 있다.

이것으로 심담허겁(心膽虛怯)의 문제가 치매에 있어서 중요하게 다뤄야 한다는 것이 보다 명확해진다.

‘표 7. 체질별 분류’를 살펴보면 水를 중심으로 金, 木이 虛한 체질이 많고, 水가 實한 사람은 없는 것이 나타났다. 이것으로 水氣가 약한 사람이 보다 건망이나 치매가 올 수 있는 확률이 많음을 알 수 있다. 여기에서 치매가 잘 오는 유형을 집고 넘어가지 않을 수 없다. 곧 기운이 너무 없는 사람, 음적인 사람, 소심한 사람, 취미도 특기도 없는 사람, 활동이 적고 집에만 있는 사람, 스트레스가 많은 사람, 크게 놀란 일이 있는 사람 등에서 보다 잘 온다. 따라서 ‘표 1. 성별에 따른 분류’에서도 나타났듯이 남자보다는 여자에게서 더 많이 올 수 있다. 그리고 독거노인들은 다른 부류보다 훨씬 치매에 노출되어 있다고 볼 수 있다.

‘표 8. 증후별 분류’를 살펴보면 전체적으로는 상·중·하초(上·中·下焦)가 고르게 나오지만 경도인지장애군에서는 하초가 비교적 많았고 치매군에서는 상초가 비교적 많았다. 앞에서 살펴본 것과 마찬가지로 일관성 있게 나오는 것이 경도인지장애군은 노인성질환에 건망증이 겸한 경우가 많았고, 치매의심군에서는 노인성 질환에서부터 일반적 치매증상유형까지 골고루 나타나는 경우가 많았고, 치매군에서는 상초와 심담(心膽)의 증상이 유독 더 많이 발견할 수 있었다. 그래서 치료도 그에 준해서 했다.

45) 신홍현. 치매환자 인지능력검사의 임상적 유용성 비교. 충남대학교대학원간호학과 석사학위논문. 2008. p.34.

약 2달 반간의 치료 후에 간이정신상태검사를 실시한 결과 '표 9. 간이정신상태검사(SMMSE-DS)의 2차 분류'와 같이 의미 있는 성과를 도출해냈다. 경도인지장애군에서는 거의 모든 부분에서 정상을 웃돌았고, 치매군에서의 기억력의 향상이 특히 주목할 만 하였다. 이렇듯 거의 모든 부분에서 향상되었지만 그 중 단기, 장기 기억력과 시간지남력의 향상이 주목할 만하였다.

'표 10. SMMSE-DS 1, 2차 점수 차이 분류'에서 보듯이 우수, 양호의 판정이 도출되었고, 특히 치매군에서의 효과는 더욱 두드러진 것이었다.

여기서 저자는 병인에 의한 치매의 분류와 그에 맞는 치료 방법이 얼마나 중요한 지를 새삼 깨달았다.

이러한 관점에서 본다면 치매를 불치병이라고 단정하기는 아직 이르다. 한방적인 정확한 병인의 진단과 치료에 의해서 충분히 극복할 수 있는 질병이라고 말할 수 있다. 다만 아쉬운 것은 치료기간이 짧아서 정상적인 치료가 계속 유지되지 못한 점이다.

V. 결 론(結論)

2013년 3월 중순부터 5월말까지 약 2달 반 동안 총 15명의 영동지역 독거노인에 대해 경도인지장애 및 치매를 한의학으로 치료한 결과, 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 한의학적인 관점에서 정신활동은 심(心)에서 싹터서 뇌(腦)에 반영되는 것이므로, 치매는 뇌 이전에 심(心)을 위주로 접근해야 한의학적 이론과 임상실체에 부합할 수 있다.

2. 장부(臟腑)의 관점에서 비(脾)와 담(膽)과 신(腎)이心に 깊은 영향을 미치므로, 기능성 치매의 원인은 심비(心脾), 심담(心膽), 심신(心腎)으로 요약할 수 있다.

3. 대상자들을 한의학적 원인으로 분류하였더니,

경도인지장애군에서는 심신불교(心腎不交)가 비교적 많았고, 치매의심군에서는 심신불교(心腎不交), 심비허(心脾虛), 심담허겁(心膽虛怯)의 세 가지 병인(病因)이 골고루 나타났고, 치매군에서는 심담허겁(心膽虛怯)이 비교적 많이 나타났다.

4. 대상자들을 맥상(脈象)으로 분류하였더니, 치매군으로 갈수록 좌측 관맥(關脈)(즉 肝膽脈)에서 긴맥(緊脈)과 세맥(細脈)이 많이 나타났으며, 그 결과로부터 심담허겁(心膽虛怯)이 치매의 원인으로 더욱 비중이 크다고 판단할 수 있다.

5. 심신불교(心腎不交), 심비허(心脾虛), 심담허겁(心膽虛怯)으로 구분하여 약물치료와 침구치료를 한 결과, 간이정신상태검사에서 거의 모든 부분에서 향상되었을 뿐만 아니라, 특히 그 중 단기, 장기 기억력과 시간지남력의 향상이 두드러졌다.

감사의 글

지난 2개월 반간 치매의 예방 및 치료를 담당하면서 느낀 점이 많았다. 어느 것인들 그렇지 않겠는가만 나이가 들면서 찾아오는 많은 질병 중에 유독 치매만큼 주위의 관심과 사랑이 지극히 필요한 것은 없다.

치매가 잘 오는 유형은 대체로 기운이 너무 없는 사람, 음적인 사람, 소심한 사람, 취미도 특기도 없는 사람, 활동이 적고 집에만 있는 사람, 스트레스가 많은 사람, 크게 놀란 일이 있는 사람 등에서 보다 잘 온다. 그래서 남자보다는 여자에게 많고, 특히 독거노인들에게 쉽게 올 수 있는 질병이다. 이것을 예방하기 위해선 첫째 음식을 골고루 잘 먹어야 하고, 적당한 운동과 적당한 취미활동을 있어야 하며, 걱정과 근심에서 벗어나야 한다. 그렇기 때문에 주위의 관심과 사랑이 늘 필요한 것이다.

치매는 불치병이 아니다. 한방적인 정확한 병인 진단과 치료에 의해서 충분히 극복될 수 있는 질병이라고 감히 말하고 싶다. 다만 치료기간이 너무 짧아서 더 많은 효과와 검증이 이루어지지 못한 점이 아쉽다. 그래도 위안이 되는 것은 영동지역의 사회 복지법인 수가성이 이렇게나마 독거노인들에게 행하

는 관심과 정성을 보니 복지국가를 표방하는 우리나라의 미래가 밝게 보인다는 점이다.

마지막으로 처음부터 끝까지 물심양면으로 도움을 주신 봉기중(奉奇鍾) 은사님과 조학준(趙學俊) 교수님, 장안식(張安植) 사장님, 특히 이 연구를 할 수 있도록 후원해주신 수가성의 이재일 센터장님께 감사의 말씀을 전한다.

예산서실(睿山書室)에서 송일곤(宋日坤) 근지(謹識)

참고문헌(參考文獻)

<논문>

1. 김기웅. 치매진단도구의 표준화. 분당서울대학병원 보건복지부 저출산고령사회정책실 노인정책과의 위탁사업 보고서. 2012. p.47.
2. 김영균, 권정남, 최난숙. 치매에 대한 문헌적 고찰. 대한한방내과학회지. 1997. 18(2). pp.183-184.
3. 김우영, 전원경, 허은정, 박상영, 한창현. 한의학의 치매 관련 임상연구 동향분석과 제안. 한국한의학회연구원논문집. 2011. 17(2). p.39.
4. 박순권, 이홍재, 김현택, 황의완. 한약물의 치매 치료에 관한 실험적 연구. 대한한방신경정신과학회지. 9(2). 1998. pp19-20. 발췌 요약.
5. 奉奇鍾. 性師心弟의 小考. 良齋思想研究論叢. 1998. 제2집. p.220.
6. 신흥현. 치매환자 인지기능검사의 임상적 유용성 비교. 충남대학교대학원간호학과 석사학위논문. 2008. p.26, 34.
7. 은석민, 心, 腦와 神明의 관계에 대한 고찰. 한국의사학회지, 2005. 18(1).
8. 이상현, 김문중. 노인의 인지기능 선별검사로서 시계그리기검사와 Mini-Mental State Examination의 비교. 가정의학회지. 25(1). 1999. pp.269-278.
9. 이영옥, 강화정, 조명래, 진천식, 홍석, 김종석. 매환자 32례에 대한 임상적 고찰. 대한한방내과학회지. 1998. 19(1).
10. 張俊龍. 中醫腦理論演進軌迹. 山西中醫學院學報, 2001. 2(3). p.43.
11. 홍석, 전상윤, 강화정, 김운완. 치매환자 84례에 대한 유형별 임상고찰. 대한한방내과학회지. 2000. 21(2).

<단행본>

1. 광용찬. 도해뇌신경외과학. 서울. 제일의학사. 1992. p.738.
2. 김명호. 치매의 정의와 분류. 대한정신과학회지. 1985. pp.1-4.
3. 김상효. 동의신경정신과학. 서울. 행림출판사. 1991. pp.134-136.
4. 王叔和. 脈經校釋. 서울. 一中社. 1992. p.90.
5. 李梴. 編註醫學入門(1). 서울. 大星文化社. 1990. p.253, 326, 327.
6. 李梴. 編註醫學入門(2). 서울. 大星文化社. 1990. p.325. pp.277-278.
7. 臨床中醫內科學編纂會. 臨床中醫內科學. 中國北京. 北京出版社. 1993. p.636.
8. 張介賓. (懸吐註釋)景岳全書. 서울. 法仁文化社. 2007. pp.580-581.
9. 張介賓. 張景岳醫學全書·質疑錄. 中國北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.1843.
10. 張介賓. 張景岳醫學全書·質疑錄. 中國北京. 中國中醫藥出版社. 2006. p.1843.
11. 左丘明. 春秋左氏傳(地). 大田. 學民文化社. 발행연도 미상. pp.318-319.
12. 陳士鐸. 陳士鐸醫學全書·辨證錄. 中國北京. 中國中醫藥出版社. 1998. pp.790-792.
13. 何紹奇. 現代중의내과학. 중국의약과학기술출판사. 1991. pp.488-490.
14. 許慎. 說文解字注. 서울. 大星文化社. 1990. p.501.
15. 許浚. 東醫寶鑑. 서울. 大星文化社. 1990. p.174, 330, 374.
16. 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 서울. 東洋醫學研究院. 1985. p.241.

<기타>

1. <http://www.100md.com> 2013년 7월 5일 검색.