



최 성 혜

인하대학교 의과대학 신경과학교실

Treatment of Common Non-cognitive Problems in Dementia

Seong Hye Choi, MD

Department of Neurology, Inha University School of Medicine, Incheon, Korea

Cognitive disorders are not the main reasons for institutionalizing patients with dementia. The frequent caregiver complaints at the time of institutionalisation are incontinence and behavioural and psychological symptoms of dementia. When urinary incontinence is assessed urodynamically, the majority of incontinence associated with dementia appears to be related to detrusor overactivity, resulting in urgency incontinence. A prompted voiding program may reduce wet episodes in dementia patients. Bladder antimuscarinics could be used for urinary incontinence in dementia, with caution of CNS side effects. The fecal incontinence is mostly associated with fecal impaction in patients with dementia. Treatment of constipation, enema, and an increase in the intake of dietary fiber may reduce the frequency of fecal incontinence in dementia patients. A prompted voiding program could be effective also in fecal incontinence. If the patient had an inadequate response to the nonpharmacological interventions or has a major depressive disorder, severe dysthymia or severe emotional lability, a trial of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) could be considered. Risperidone, olanzapine and aripiprazole could be used for severe agitation, aggression and psychosis associated with dementia. Antipsychotics and SSRIs could be used for inappropriate sexual behaviors.

Key Words: Dementia, Urinary incontinence, Fecal incontinence, Aggression, Sexual behavior

서 론

치매는 후천적으로 뇌에 질병에 생겨서 기억력이나 기타 인지기능이 저하되어 일상생활에 유의하게 장애가 발생한 상태를 말한다.¹ 인지기능의 저하가 치매의 가장 큰 특징이나 실제로 치매 환자를 돌보는 가족들에게 가장 고통이 되고 힘든 것은 심하게 화를 낸다든지 망상 등의 치매의 행동심리 증상(behavioral and psychological symptoms of dementia) 과 요실금(urinary incontinence) 등이다. 이러한 증상들이 발생하면 가족들이 치매 환자를 더 이상 집에서 돌보는 것이

힘들게 되어, 환자들은 요양병원이나 요양원에 입소하게 된다.^{2,3}

본문에서는 보호자들에게 고통이 되는 이러한 치매의 흔한 비인지적 증상들의 치료에 대해 기술하겠다.

본 론

1. 요실금

60세 이상에서 요실금의 유병률은 남성에서는 10.4%이고 여성에서는 19.3%이다.⁴ 인지장애나 치매가 있는 지역사회 노인에서 요실금의 유병률은 1.1-38%로 보고마다 다양한데, 야간 요실금은 21-34%로 유병률이 더 높다.⁵ 요양시설에 입소한 치매 환자들에서는 요실금의 유병률은 84.2% 이었고 초기 치매 환자들에서도 요실금의 유병률이 높게 관찰되었으며 치매가 없는 노인들에서도 53.2%로 요실금의 유

Seong Hye Choi MD, PhD

Department of Neurology, Inha University Hospital, 27, Inhang-ro, Jung-gu, Incheon, 22332, Korea

Tel: +82-32-890 3860 FAX: +82-32-890 3864

E-mail: seonghye@inha.ac.kr

병률이 높았다는 보고가 있다.⁶ 이는 요실금이 발생하여 요양원에 입소한 경우도 많았겠지만 요양시설의 의존적 돌봄이 요실금의 유병률을 증가시켰을 가능성도 고려해볼 수 있다. 요실금은 환자들의 삶의 질 저하와 관련이 크다.⁷ 치매 환자들에서 요실금의 발병(incidence) 위험도는 치매가 없는 노인들에 비하여 2-3배 정도 높다.^{8,9} 치매 환자들에서 MMSE 점수와 요실금의 유병률은 역상관 관계가 있고, 주의력 저하, 지남력 저하, 유창성(verbal fluency) 저하, 초조(agitation), 탈억제(disinhibition)가 있을 때 요실금이 더 흔하게 나타난다.¹⁰

치매 환자들에서 요실금이 관찰될 때는 원인을 찾아서 그에 맞게 치료를 시행한다. 요동력학적 검사(urodynamic study)를 시행해보면, 치매 환자들에서 나타나는 요실금의 원인은 대부분 배뇨근 과다활동(detrusor overactivity)에 의한 절박뇨(urgency incontinence)이다.¹¹ 그러나 그 외에도 시공간기능의 저하로 화장실을 못 찾아서 요실금이 발생하는 경우도 있다. 특히 낮에는 요실금이 관찰되지 않으나 밤에 자다가 일어나서 화장실을 가는 경우에만 요실금이 관찰되는 경우는, 화장실을 잘 못 찾는 시공간기능의 저하와 관련될 가능성이 크다. 이러한 경우는 화장실을 잘 찾을 수 있도록 거실의 불을 약하게 켜놓는 다든지, 화장실을 쉽게 찾을 수 있도록 화장실 문을 열어두거나 문에 표시를 해둔다든지, 밤에는 방에 요강을 비치하거나, 환자가 밤에 화장실을 가려고 일어나는 경우는 화장실까지 안내해주는 방법 등을 고려해볼 수 있다. 혈관치매나 파킨슨병치매 환자들처럼 운동기능이 저하되어 있는 경우는 화장실을 빨리 가지 못하여 요실금이 발생하기도 한다. 이러한 경우는 소변이 가득 차기 전에 화장실을 가도록 교육을 하고 요강을 가까운 곳에 비치하여 소변을 보게 하는 방법 등을 고려할 수 있다. 말기치매 상태에서는 화장실 간다는 것 자체를 잊어버려서 그냥 옷에 소변을 보기도 한다. 이러한 경우는 소변이 마렵다고 하지 않아도 2시간에 한번씩 화장실로 안내하여 소변을 보도록 한다. 요실금이 있는 치매 환자들은 입고 벗기 편한 옷을 입도록 하고, 자기 전에 물을 많이 마시지 않게 한다.

치매 환자들의 요실금의 비약물적 치료로 “prompted voiding” 방법이 있다. 간단히 방법을 설명하면, 오전 8시부터 오후 4시까지 2시간 간격으로 환자에서 요실금을 했는지 여부를 묻고 환자의 대답이 맞는지 확인한 후 환자에게 화장실에 가고 싶든지 묻는다. 그렇다고 하면 화장실로 안내하

고, 그렇지 않다고 하면 2시간 후에 다시 올 테니 그때까지 참으라고 한다. 이 방법이 실패하면 환자에게 화장실에 가고 싶든지 묻지 않고 일정한 시간 간격으로 화장실로 안내하는 “fixed voiding” 방법을 실시한다.

요실금의 약물 요법으로는 항무스카린제(antimuscarinic agent)를 사용하는데 항무스카린제가 인지기능 저하를 가져올 수 있어서 주의해야 한다. Oxybutynin은 치매 환자들에서 사용 시 인지기능이 저하되었다는 보고들이 있다. 치매 환자들에서는 Solifenacin, propiverine, darifenacin, trospium, fesoterodine 등의 사용을 고려하는 것이 좋겠다.¹²

2. 대변실금

대변실금은 80세 이상 노인에서 12-22%으로 유병률이 높다.¹³ 치매 환자들에서는 치매가 없는 노인들보다 대변실금의 유병률이 네 배 많다.¹⁴ 즉 치매는 대변실금의 독립적인 위험인자이다. 요양시설 노인에서 대변실금의 유병률은 30-50%로 더 높다.¹⁵

대변실금의 원인은 대변메막힘(fecal impaction), 항문직장 신경근육기능장애, 직장저장능(rectal reservoir capacity)/탄성(compliance) 감소 등이 있다.¹⁶ 치매 환자들에서 대변실금의 원인은 대부분이 대변메막힘이다. 이를 확인하기 위하여 직장검사(rectal examination), 복부 X-ray 촬영을 시행하고 barium enema나 대장내시경 등을 시행할 수 있다.

치료는 손으로 대변메막힘을 파내는 방법, 관장, 운동, 변비유발 약물 중단, 변비의 치료, 섬유질(fiber) 섭취, “prompted voiding” 등을 시행할 수 있다.

3. 초조(agitation), 공격(aggression), 망상(delusion)

배우자가 바람을 피운다고 의심하는 망상은 치매 환자들에게서 매우 흔하게 나타난다. 또 물건을 찾다가 없으면 다른 사람이 가져갔다고 믿는 망상도 흔하다. 이때 유독 가족 중의 한 사람을 지목하여 물건을 못 찾을 때마다 그 사람이 가져갔다고 얘기하는 경우가 많다. 또 어떤 치매 환자는 딸에게 전화해서 며느리가 밥도 안주고 괴롭힌다고 하여 며느리를 난감하게 만들기도 한다. 이런 망상은 치매 환자들을 지성으로 돌보는 가족들을 좌절시키고 억울하게 만든다.

가족들에게 주시시켜야 하는 것은, 이런 증상은 치매 환자의 뇌에 병이 생겨서 그런 것이지, 사람이 나빠서 그런 것이 아니라는 것이다. 또 망상이라는 것은 잘못된 믿음이다. 따

라서 치매 환자들의 머리 속에서는 이런 망상들이 사실이므로, 대화를 통해서 그런 생각들이 잘못되었다는 것을 해결하려고 해서는 안 된다. 그러면 오히려 치매 환자들은 화를 내고 심하면 폭력적으로 된다. 그보다는 주변 사람들에게, 환자가 치매가 걸려서 잘못 얘기한 것이니 오해하지 말도록 얘기하는 것이 좋다. 또 치매 환자들이 이런 잘못된 망상들을 얘기할 때는 얼른 대화의 주제를 바꾸거나 산책을 나가자고 하는 등의 상황을 바꾸는 방법으로 넘어가는 것이 좋다.

치매 환자들이 초조해하고 별 것 아닌 것에 화를 불같이 낸다든지, 잘못 기억하고 있는 것이 있어서 그것이 아니라고 했더니 막 화를 낸다든지 하는 얘기들을 보호자들이 하는 경우가 많다. 이때도 역시 가족들이 스트레스를 받지 않는 것이 제일 중요하다. 치매 환자들이 뇌에 병이 생겨서 그런 것이지, 사람이 나빠서 그런 것이 아니므로 그들을 이해하려고 하는 노력이 필요하다. 또 치매 환자들은 뇌에 병이 생겨서 화를 참는 것이 잘 안 되므로 환자의 화를 돋우는 상황은 피해야 한다. 정상인에게 하듯이 대화로서 문제를 해결하려고 하면 안 된다.

이런 공격성, 망상, 초조의 약물 치료에는 risperidone, olanzapine, aripiprazole이 효과가 좋다.¹⁷ Valproate는 치매의 공격성과 초조의 치료에 유의한 효과가 관찰되지 않았으며 오히려 뇌 위축을 가져오거나 인지기능을 더 저하시킬 수 있어서 추천되지 않는다.¹⁸ 치매 환자들의 초조의 치료에 트라조돈이나 선택적세로토닌재흡수억제제(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)를 적극 사용하기에는 유의한 연구 결과가 부족한 상황이다(Grade 2B).¹⁷ 공격성, 초조, 망상의 치료에 quetiapine을 사용하는 것에 대해서도 아직 유의한 연구 결과가 부족한 상황이다(Grade 2B).¹⁷

4. 우울

치매 환자들의 경한 우울증상에는 비약물적 치료를 8-12주 먼저 시행해서 호전되는지 관찰하는 것이 좋다. 그 이후에도 증세가 호전되지 않거나 증세가 심하면 선택적세로토닌재흡수억제제를 사용한다. 임상시험에서는 치매 환자들의 우울증에 sertraline이나 mirtazapine 등이 위약에 비해 유의하게 좋은 결과를 보여주지는 못했다.¹⁹

5. 부적절한 성적 행동

치매 환자가 밤마다 부인을 귀찮게 한다든지, 며느리에게 성적 행동이나 얘기를 한다든지, 주간보호센터에서 할머니

들에게 성적 행동을 한다든지, 등의 성적 행동을 조심스럽게 와서 얘기하는 보호자들이 있다. 이 또한 뇌에 병이 생겨서 그런 것이지, 사람이 나빠서 그런 것이 아니므로 환자를 이해하는 것이 일차적으로 중요하다. 뇌에 병이 생겨서 참는 것이 안 되므로, 정상인에게 하듯이 주의를 주어 못하게 하는 것은 어렵다. 또한 혹시 성기에 병이 있는 것은 아닌지 점검해보는 것이 좋다. 이런 증상들은 대개 일시적이다.

약물치료로는 항정신병약물로 haloperidol, olanzapine, quetiapine 등을 사용할 수 있다. Paroxetine, citalopram 등의 선택적세로토닌재흡수억제제도 효과가 있다. 이러한 약물들에 효과가 없으면 medroxyprogesterone, cyproterone acetate, leuprolide, estrogen, finasteride와 같은 항안드로젠 호르몬 치료를 고려할 수 있다. 여기에도 효과가 없으면 cimetidine, spironolactone, ketoconazole, 베타차단제, 카바마제핀, 가바펜틴 등을 사용한다.

결론

치매 환자들에서 요실금이 관찰될 때는 원인을 찾아서 그에 맞게 치료를 시행한다. 치매 환자들에서 나타나는 요실금의 원인은 대부분 배뇨근 과다활동에 의한 절박뇨이나 그 외에도 시공간기능 저하에 의하여 화장실을 찾지 못한다든지 육체적 운동기능 저하에 의한 기능성 요실금 등의 가능성이 있다. 치매 환자들의 요실금의 비약물적 치료로는 “prompted voiding”요법을 시행하고, 약물 치료로는 항무스카린제를 사용하는데 인지기능의 저하가 발생할 수 있어 주의가 요한다. 치매환자들에서 관찰되는 대변실금은 대부분 대변매막힘에 의한 경우가 많다. 따라서 변비를 치료하고 필요시 관장을 시행한다.

치매 환자들에서 관찰되는 초조, 공격성, 망상의 증상은 risperidone, olanzapine, aripiprazole에 효과가 좋고, valproate, 선택적세로토닌재흡수억제제, quetiapine은 아직 유의한 연구결과가 부족하다. 부적절한 성적행동은 항정신병약물이나 선택적세로토닌재흡수억제제에 치료 효과가 좋다.

References

1. Sachdev PS, Mohan A, Taylor L, Jeste DV. DSM-5 and Mental Disorders in Older Individuals: An Overview. *Harv Rev Psychiatry* 2015;23:320-328.

2. Cepoiu-Martin M, Tam-Tham H, Patten S, Maxwell CJ, Hogan DB. Predictors of long-term care placement in persons with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016 [Epub ahead of print].
3. Thomas P, Ingrand P, Lalloue F, Hazif-Thomas C, Billon R, Viéban F, et al. Reasons of informal caregivers for institutionalizing dementia patients previously living at home: the Pixel study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:127-135.
4. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006;50:1306-1314.
5. Drennan VM, Rait G, Cole L, Grant R, Iliffe S. The prevalence of incontinence in people with cognitive impairment or dementia living at home: a systematic review. *NeuroUrol Urodyn* 2013;32:314-324.
6. Schüssler S, Dassen T, Lohrmann C. Care dependency and nursing care problems in nursing home residents with and without dementia: a cross-sectional study. *Aging Clin Exp Res* 2016;28:973-982.
7. Brazell HD, O'Sullivan DM, Lasala CA. Does the impact of urinary incontinence on quality of life differ based on age? *Int Urogynecol J* 2013;24:2077-2080.
8. Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. *Age Ageing* 2009;38:333-338.
9. Thom DH, Haan MN, Van Den Eeden SK. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age Ageing* 1997;26:367-374.
10. Alcorn G, Law E, Connelly PJ, Starr JM. Urinary incontinence in people with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:107-109.
11. Lee SH, Cho ST, Na HR, Ko SB, Park MH. Urinary incontinence in patients with Alzheimer's disease: relationship between symptom status and urodynamic diagnoses. *Int J Urol* 2014;21:683-687.
12. Kay G, Crook T, Rekeca L, Lima R, Ebinger U, Arguinzoniz M, et al. Differential effects of the antimuscarinic agents darifenacin and oxybutynin ER on memory in older subjects. *Eur Urol* 2006;50:317-326.
13. Harari D, Husk J, Lowe D, Wagg A. National audit of continence care: adherence to National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidance in older versus younger adults with faecal incontinence. *Age Ageing* 2014;43:785-793.
14. Grant RL, Drennan VM, Rait G, Petersen I, Iliffe S. First diagnosis and management of incontinence in older people with and without dementia in primary care: a cohort study using The Health Improvement Network primary care database. *PLoS Med* 2013;10:e1001505.
15. Borrie MJ, Davidson HA. Incontinence in institutions: costs and contributing factors. *CMAJ* 1992;14:322-328.
16. Leung FW, Rao SSC. Fecal incontinence in the elderly. *Gastroenterol Clin N Am* 2009;38:503-511.
17. Herrmann N, Lanctôt KL, Hogan DB. Pharmacological recommendations for the symptomatic treatment of dementia: the Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2012. *Alzheimers Res Ther* 2013;5(Suppl 1):S5.
18. Fleisher AS, Truran D, Mai JT, Langbaum JB, Aisen PS, Cummings JL, et al. Chronic divalproex sodium use and brain atrophy in Alzheimer disease. *Neurology* 2011;77:1263-1271.
19. Banerjee S, Hellier J, Dewey M, Romeo R, Ballard C, Baldwin R, et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011;378:403-411.