



정 산, 민양기, 권석범, 황성희  
한림대학교 강남성심병원 신경과

## Delirium and Confusion in Critical Care Patients

San Jung, MD, Yang-Ki Min, MD, Seok-Beom Kwon, MD, Sung-Hee Hwang, MD

Department of Neurology, Hallym University Medical Center, KangNam Sacred Heart Hospital, Seoul, Korea

Delirium is a common neuropsychiatric syndrome characterized by acute onset of fluctuating cognition and inattention linked to triggering factors. Delirium is very commonly encountered in hospital medicine and complicating at least 10% of all medical admissions. Delirium occurs in 70-87% in critical care patients. The cause of delirium is multi-factorial and there are numerous potential precipitants. A careful assessment must be made to exclude all common causes. Delirium may be the only manifestation of severe disease in elderlies. Delirium is a medical emergency and rapid identification and treatment of underlying causes should be the first aim of management.

**Key Words:** Delirium, Confusion, Critical care

### 서 론

섬망(delirium)은 혼한 신경정신병리 현상 중 하나로써 기질성 뇌증후군(organic brain syndrome), 중환자실 정신병증(ICU psychosis), 급성 혼동상태(acute confusional state) 등의 다양한 이름으로도 불린다. 전체 입원 환자의 10-20%에서 섬망이 발생한다고 알려져 있고, 수술환자의 15-50%, 중환자실에 입원중인 집중치료 환자의 70-87%가 섬망을 경험한다고 한다. 환자에게 섬망이 나타나면 입원 기간이 길어질 뿐만 아니라, 향후 사망률 및 요양시설에 입소하게 되는 비율이 높아지게 된다. 입원 중 섬망 환자의 사망률은 일반 환자의 약 2배에 달하며 욕창이나 낙상 등의 입원 중 합병증의 위험이 높아진다. 또한 섬망을 경험했던 환자의 60% 이상에서 지속적인 인지장애를 호소하며, 치매로 진행될 위험성이 약

3배에 달하게 된다.

### 본 론

#### 1. 치매의 위험인자와 유발인자

##### 1) 치매의 위험대상

65세 이상의 고령, 최근의 골반 골절, 인지장애나 치매, 뇌졸중, 파킨슨병 등의 뇌 질환이 있을경우에 섬망의 위험성이 특히 높아지게 된다. 또한, 3가지 이상의 약제를 복용하는 경우나 다수의 항정신병 약물, 알코올 혹은 기타 의존성 약물을 복용하는 경우, 그리고 거동이 불편하거나 시력·청력이 좋지 않은 경우도 섬망의 위험성이 높다.

##### 2) 섬망의 유발 요인

치매의 원인은 거의 대부분 복합적이며 수많은 유발 요인들이 있다. 체내 전해질이나 여러 혈청 화학물질에 영향을 주는 다양한 질환이나, 체내 혈액순환 혹은 산소공급에 영향을 주는 병환들도 섬망을 유발할 수 있다. 중추신경계의 질환은 물론 감염에 의해서도 섬망이나 급성 혼동상태는 발생할 수 있다. 고령의 환자에서는 심근경색 같은 심각한 질환인 경우라도 처음에 섬망이나 혼동 상태만 보일 수도 있어

**San Jung, MD, PhD**

Department of Neurology, Hallym University Medical Center,  
KangNam Sacred Heart Hospital, 948-1 Daerimdong,  
Youngdeungpggu, Seoul 150-950, Korea  
Tel: +82-2-829-56125, FAX: +82-2-547-1617  
E-mail: neurojs@hallym.ac.kr

**Table 1.** Common precipitating factors

Environmental factors	Change of environment Loss of spectacles or hearing aid Inappropriate noise and lighting Immobility Sleep deprivation Catheters and lines Change of staff and ward Falls Physical restraint	Drugs	Alcohol or sedative withdrawal Sedative hypnotics Opioids Anticholinergics Antiparkinsonian drugs Antidepressants Anticonvulsants Corticosteroids Acute recreational drug toxicity or withdrawal
Fluid and electrolyte abnormality	Hypo/hyponatremia Hypercalcaemia Renal failure Dehydration	Infections	Chest Urine (do urinalysis) Skin / ulcers Abdominal CNS
Neurological illness	Stroke Seizures Subdural haematoma	Surgery	Orthopaedic Vascular/cardiac Gastro-intestinal
Pain	Acute pain Acute on chronic pain	Urinary and faecal retention	Specifically examine to exclude, history is unreliable
Respiratory/ Cardiovascular	Hypoxia e.g. Pulmonary embolus, pneumonia Hypercapnia Cardiac failure Myocardial infarction Organ/tissue ischemia	Endocrine/ metabolic	Thiamine deficiency Hypo/hyperthyroidism Hypo/hyperglycaemia Liver failure

주의가 필요하다. 섬망을 유발하는 다양한 유발 요인들은 표 1에 정리되어 있다.

## 2. 섬망의 임상 양상과 진단

### 1) 섬망의 임상 양상

섬망의 대표적인 임상 양상으로는 의식의 변화로서, 지남력을 상실하고 기억 및 언어장애도 나타날 수 있다. 집중력이 감소되고 사고력의 장애로 인해 앞뒤가 맞지 않는 말을 하는 등 '지리멸렬'의 상태를 보이게 된다. 착각이나 환각이 약 30%의 환자에서 나타나며, 초조 불안을 동반한 과다행동증이 나타나기도 하고 반대로 움직임감소, 식욕저하 등을 동반한 과소행동증의 증상이 나타나기도 한다. 감정의 변화가 심하고 불안, 초조, 우울, 예민함, 무감동, 공포 등의 증상이 나타나게 된다. 의식의 혼탁과 함께 주위 환경에 대한 인식이 떨어지고 적절하지 못한 느린 반응을 보인다. 수면 주기에 변화가 나타나게 되어 낮에는 졸립고 밤에는 잠을 못 자기도 하고, 밤낮이 바뀌는 현상도 자주 나타난다. 치매와는 달리 이러한 증상이 수시간에서 수일 동안에 걸쳐 나타나며, 원래 있던 증상이 아니라 새로운 증상으로 나타나는 것을 확

인하는 것이 중요하다. 증상은 고정되지 않고 시시각각 변하며, 일시적으로 호전되는 듯한 명료기(lucid interval)가 존재하기도 한다. 증상은 특징적으로 수일에서 수개월까지 지속된다.

### 2) 섬망의 진단

섬망의 진단은 임상 증상을 기반으로 이루어지며, 급성 발생 및 경과의 변동, 주의 집중력 저하, 정리되지 않은 사고, 의식의 변화가 있을 때 섬망을 의심할 수 있다. 치매나 우울증, 정신분열병, 실어증, 히스테리 등의 신경증이나 조증, 비경련성 뇌전증 등과의 감별이 필요하다. 진단에서 가장 중요한 것은 환자를 돌보는 보호자나 간병인, 간호사나 주치의 등의 관찰을 통한 임상증상의 확인이며, 기타 다른 약제나 대소변 문제, 안경이나 보청기 등의 착용 등의 확인이 필요하다.

신체검사를 통해 의식의 확인 및 체온 변화 등 감염질환의 확인, 신경학적 및 직장의 확인하는 것 등도 중요하다. 또한 욕창이나 통증의 여부의 확인도 필요하며, 산소분압계나 심전도, 흉부방사선 소견, 기타 검사실 검사도 중요하다.

### 3) 섬망의 예방 및 치료

섬망의 치료 보다는 예방이 가장 효과적이며 발생 빈도나 합병증을 예방할 수 있다. 전체 섬망 환자의 3분의 1 이상이 예방 가능하다고 알려져 있다. 입원 24시간 이내에 섬망의 위험 요인들을 확인하여 가능한 한 제거 하는 것이 중요하며, 보호자나 의료진이 해야 할 것과 피해야 할 것을 구분하는 것이 중요하다. 섬망은 내과적인 응급상황이며 때로는 심각한 질병과 관련되어 있을 수 있으므로, 섬망의 발생 여부를 빠른 시간 내에 확인하고 원인질환을 치료하는 것이 치료에 있어서 가장 중요하다. 동시에 증상에 대한 치료도 같이 시행하며 환자를 안심시키고 정서적으로 안정시키는 것이 필요하다. 조용하고 안정적인 치료 환경도 매우 중요하다. 섬망을 예방하기 위해 할로페리돌 등의 약물을 사용하는 것은 의미가 없으나, 발생이 된 경우 섬망의 지속 시간이나 강도를 호전시키는 데는 도움이 된다. 하지만 항정신병약제를 너무 과도하게 사용하거나 벤조디아제핀 등의 안정제를 너무 늦거나 많이 주는 것은 좋지 않다.

## 결 론

섬망은 그 자체가 질병이라기 보다는 기저 질환을 가진 환자나 노인 등의 환자에서 나타나는 일시적인 증상이다. 입원 환자 특히 집중치료 중인 중환자에서는 발생률이 매우 높으며 기존 병의 치료에 많은 영향을 주기 때문에 섬망을 확인하고 치료 하는 것이 환자의 예후에 있어 매우 중요하다. 치료보다는 예방이 더 효과적이므로 의료진뿐 아니라 보호자의 협조가 필요하며, 가능한 유발요인을 찾아내고 제거하여 섬망의 발생률을 낮추는 것이 합병증을 예방하고 입원 기간을 단축시켜 궁극적으로 환자의 기저질환의 치료에 도움이 될 수 있다.

## REFERENCES

1. Burns A, Gallagley A and Byrne J. Delirium, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 2004;75:362-367.
2. Delirium: diagnosis, Prevention and Management, National Institute of Health and Clinical Excellence, NICE Guideline 103. July 2010.
3. Fleet J and Ernst T. The Prevention, Recognition and Management of Delirium in Adult In-Patients, GTi Clinical Guidance database, DTC reference 11055i. May 2013, UK
4. Inouye SK. Delirium in Older Persons, The New England Journal of Medicine 2006;354:1157-1165.
5. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients, N Engl J Med 1999;340:669-76.
6. Kalisvaart KJ et al. Haloperidol Prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomised placebo controlled study. Journal of the American Geriatrics Society 2005;53:1658-1666.
7. McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, et al. Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients, J Am Geriatr Soc 2003;51:591.
8. Nayeem K, O'Keefe S. Delirium, Clinical Medicine 2003;3: 412-415.
9. O'Keefe, S. & Lavan, J. Prognostic significance of delirium in older patients, Journal of the American Geriatrics Society, 45, 174-178.
10. Pol RA1, van Leeuwen BL, Reijnen MM, Zeebregts CJ. The relation between atherosclerosis and the occurrence of post-operative delirium in vascular surgery patients Vasc Med 2012;17:116-122.
11. Potter J, George J. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines, Clinical Medicine 2006;6:303-308.
12. Siddiqi N, House AO, Holmes J. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review, Age Ageing 2006;35(4):350-64.