대한한방내과학회지 제25권 4-2호(2004년 12월)
Korean J.Orient.Int. Med. 2004:25(4-2):401-409

運動性 失語症환자 치험 1례

정운석, 이영자, 정영재, 엄형섭, 김성아, 서운교
동국대학교 한의과대학 내과학교실

A Case Report on Broca Aphasia

Wun-Suk Jung, Young-Ja Lee, Young-Jae Jeong, Sup-Hyung Eum, Sung-A Kim, Un-Kyo Seo
Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongguk University

Aphasia is a dysfunction in recognition and communication. Most instances of aphasia are caused by cerebral disease, especially when a dominant hemisphere is injured. It brings about serious problem in treatment and in directing a therapeutic course for return to social community.

A stroke patient who was adimitted Dongguk Bundang Oriental hospital was treated. This subject was diagnosed with Broca Aphasia and Flaccid Tongue(舌瘖) induced by Yang-deficiency of Kidney(腎陽虛). She was adiministered Jiwhangeumja(地黃飮子) and Scalp acupuncture, and the degree of her aphsia was measured with the Western Aphasia Battery. After three weeks, The patient improved in speaking and general depressed condition.

Key Words: Aphasia, Jiwhangeumja(地黃飮子)

Ⅰ. 緖 論

失語症이란 모든 언어양식, 언어의 기초를 이루고 있는 인지체계 및 기타 의사소통 기제의 일부 또는 전반에 나타나는 언어구사의 장애를 말하며, 대부분 뇌의 병변으로 인하여 나타난다[1]. 언어장애는 환자는 물론 타인에게까지 피해를 주어 환자로 하여금 향후 치료와 일상생활에 심각한 영향을 초래할 수 있기 때문에 뇌질환으로 발생하는 결과 중 가장 중요한 후유장애라 할 수 있다[2].

失語症이 유발하는 병변은 대부분 우성반구의 실비안구 주위에 있는 전두엽, 측두엽, 두정엽에서 발생하며 우성반구는 오른손잡이의 경우 대부분, 왼손잡이의 경우 75%에서 좌측뇌에 위치한다[3]. 그 원인으로는 뇌경색, 뇌종양, 뇌출혈 등의 순으로 있으며, 失語症의 분류는 현재 임상면에서 Broca실어증, 초피질운동실어증, Wernicke실어증, 초피질감각실어증, 전도성실어증, 명칭실어증, 전실어증, 혼합형초피질실어증 등의 개념이 다양하게 사용되고 있어 이전의 손상부위별로 보는 관점에서 최근에는 기능적면으로 접근하는 추세이다[4].

한의학적으로 失語症은 言語 및 中風門에 속하는 것으로 볼 수 있는데 중풍 언어장애에 대하여 역대 문헌을 살펴보면 卒中風不語, 暴瘖, 夢昧, 不省人事, 言語蹇澁, 痰涎壅盛 등으로 다양하게 표현되며 心脾經之熱, 痰迷心竅, 肺腎虛, 氣血虛를 그 원인으로 보아 치료 하였다[5]. 하지만 이러한 중풍 언어장애는 中臟證이나 風懿에 해당되는 것으로 不可治나 危證으로 다루고 있고, 김[6]의 논문을 살펴보아도 失語症 환자의 예후에서 61.25%가 별무변화라 하여 치료가

· 접수 : 2004. 10. 7 · 채택 : 2004. 10. 27
· 교신저자 : 정운석, 경기도 성남시 분당구 수내동 87-2번지
동국대학교 분당한방병원 6층 의국
(Tel. 031-710-3734 Fax. 031-710-3734
E-mail : jos0829@hanmail.net)

쉽지 않다 하겠다.

이에 저자는 동국대학교 분당한방병원에서 뇌경색으로 인한 失語症 환자 1례에 대하여 地黃飮子를 위주로 한 처방투여 및 頭鍼療法, 舍岩針을 병행하여 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 症 例

1. 성 명 : 김 ○ ○ (F/73)
2. 主訴症 :
   1) 우측 편마비(Rt hemiplegia)
   2) 언어장애(Aphsia)
3. 發病日 : 2004년 7월 23일 오후
4. 過去歷 :
   1) 고혈압 : 2년여전 개인병원에서 진단. 혈압약 복용 중.
   2) 기관지 천식 : 만성적으로 호전, 심화 반복되는 양상.
   3) 유산: 40여년전. 3~4회 수술받으신 경력.
5. 가족력 : 別無
6. 社會歷
   1) 보통 체형(156Cm, 50Kg)
   2) 음주력 : 2일에 1회정도. 1회에 소주1병
   3) 흡연력 : 하루 반갑정도
7. 現病歷
   1) 2003-7-24
      상기 발병일에 상기 주소증 발생하여 쓰러진 상태로 보호자분(자녀) 발견하시고, 별무 처치 상태로 家療 중 증상 호전 없어 본원 3내과 외래 경유하여 입원하심.
8. 입원당시 초진 소견(Review of system)
   1) 意識狀態 : 嗜眠상태로 외부자극에 잠시 開眼하나 이후 다시 수면상태 보임.
      명령에 대한 수행반응 보이나 언어반응 없음.
   2) 四肢 : 우측마비 상태로 자극에 대한 회피반응 있으나, 자발적 움직임 불가한 상태.
      마비측 하지는 건측과 비교했을때 뚜렷하게 冷함.
   3) 皮膚 : 다소 어두운 피부색. 汗出別無. 面色 다소 어둡고 푸른빛이 보임.
   4) 呼吸器 : 과거력상 만성적으로 喘證있다 하셨으나 현재 안정시 증상 별무.
      咳嗽(-), 喀痰(-)
   5) 消化器 : 발병일 이후 우유1/2잔 외 식사없는 상태.
      평소 口味別無상태로 식사 상태 불량하셨음.
   6) 睡眠 : 발병일 이후 嗜眠상태이며, 평소 수면 상태 또한 불량.
   7) 大便 : 대변 평소 보통변으로 1일 1회. 발병일 이후 大便不得
   8) 小便 : 평소 양호한 편이나 발병일 이후 13시간째 소변(-)
   9) 舌診 : 舌質淡紅, 苔別無한 상태로 潤滑하고 齒痕이 보이는 상태.
   10) 脈診 : 脈沈遲
   11) 초진시 活力徵候 : 혈압 120/70mmHg, 체온 36.4℃, 심박수 60회, 호흡수 20회
      혈당 122mg/dl
   12) 신경학적 소견 : 의식은 嗜眠狀態
      Pupil reflex normal
      E.O.M normal
      심부건 반사는 마비측 으로 다소 항진된 상태.
      Ankle clonus(+/-)
      Babinski's sign(+/-)
9. 검사
   1) 흉부 X-ray 검사
      (1) 2004-7-24
         Mild cardiomegaly, with senile or hypertensive cardiovascular changes.
   2) CT. Brain
      (1) 2004-7-24
         Imp: Large acute cerebral infarction on Lt cerebral MCA territory & BG putamen areas.
         Small acute infarction on Rt side pons.

(2) 2004-7-26(c enhancement)

Imp: Large acute cerebral infarcion on Lt cerebral MCA territory & BG putamen areas, with further enlarged state, with continuous occlusion of Lt MCA artery.

Tiny infarct on Rt pons.

3) Echocardiagram

(1) 2004-8-4

Undetermined diastolic function(Af)

Aortic sclerosis

4) 임상병리검사 소견

(1) 2004-7-26

【Serum】 LDH 609↑

【Whole blood】 ESR 38↑

【Urine】 Ketone 1+↑

Urobillinogen 1+↑

10. 치료

1) 한약투여

(1) 2004.7.24~2004.7.26 : 小續命湯 (熟地黃 8g, 防風 6g, 甘草 大棗 防己 白芍藥 生薑 人蔘 川芎 杏仁 黃芩 枸杞子 麥門冬 各4g, 麻黃 3g, 附子 2g)

(2) 2004.7.27~2004.8.5 : 地黃飮子 (熟地黃 6g, 大棗 麥門冬 白茯苓 山茱萸 生薑 石斛 五味子 遠志 肉蓯蓉 巴戟 石菖蒲 附子 各4g, 肉桂 2g, 薄荷 1g)

(3) 2004.8.6~2004.8.13 : 天王補心丹 (生地黃 10g, 當歸身 栢子仁 麥門冬 酸棗仁 天門冬 附子 人蔘 各6g, 肉桂 遠志 石菖蒲 丹蔘 各 4g, 桔梗 白茯神 五味子 各3g)

(4) 2004.8.14~2004.8.19 : 八味地黃元 (熟地黃 16g, 山茱萸 山藥 各8g, 牛膝 6g, 牧丹皮 白茯苓 澤瀉 附子 桂枝 各4g, 肉桂 3g)

(5) 2004.8.20~2004.9.6 : 地黃飮子 (上記處方)

2) 침치료

침치료는 기본적으로 心正格과 腎正格을 병행하여 시행 하였으며, 頭鍼療法을 병행하였다. 頭鍼療法은 言語 一區, 言語二區, 言語三區를 선택하여 健側에 取穴 3주간 2일에 1회 30분 留鍼하였다.

11. 평가

환자의 失語症 정도를 평가하고 호전도를 관찰하기 위해 Western Aphasia Battery의 한국어판 요약을 부분적으로 활용하여 각각 구강운동기능 10점, 말하기 10점, 따라 말하기 5점, 언어이해 15점을 정상기준으로 평가하였고, 쓰기 및 수개념은 제외하였다.

1) 구강운동기능

입술을 오므렸다가 펴기, 입을 벌렸다가 닫기,

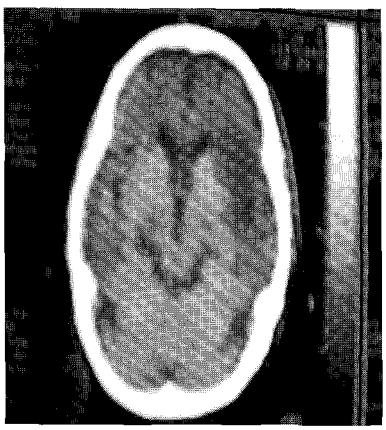

Fig. 1. (2004-7-24)
CT. Brain

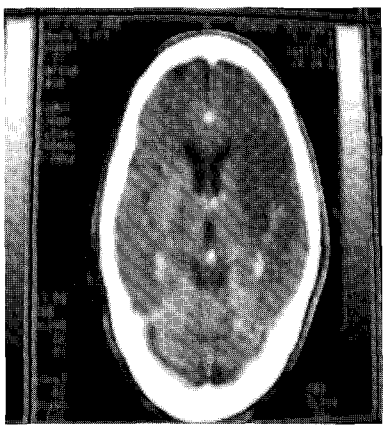

Fig. 2. (2003-7-26)
CT. Brain c Enhancement

혀로 입의 양모서리를 왔다갔다 하기, 혀를 낼름거리기, 혀를 웃니와 아랫니에 교대로 대기의 5가지 항목으로 평가하였다.

2) 말하기
기본모음 10개를 말하게 하여 그 정확도를 평가하였다.

3) 따라 말하기
'물을 주세요', '안녕하세요' 등의 간단한 문장을 말하고 따라하게 하였다.

4) 언어이해
신체부위의 지적, 책, 시계, 연필, 안경 등의 사물이름 대기, 숫자카드를 제시하고 해당 숫자 말하기, 간단한 지시 따라하기, 복합적 관념에 대한 평가의 5가지 항목으로 평가하였다.

III. 經 過

1. 2004.7.24~2004.8.13

환자 내원당시 嗜眠狀態, 右側 偏麻痺 상태로 외부 자극에 대한 회피반응 보이나 자발적 움직임 없는 상태였다. 외부자극에 대한 언어반응은 없는 상태로 대화불가 상태였으나, 간단한 명령에 대한 수행은 가능한 것으로 보아 말의 이해에 대한 기능은 정상으로 사료되었고, 연하장애는 없었다. 신경학적 검사상 우측에서 Ankle clonus, Babinski's sign 양성반응 보였고 DTR은 좌측과 비교 우측이 다소 항진된 상태로 관찰되었으며, EOM 및 Pupil reflex는 정상으로 반응하는 상태였다. Vital sign은 별다른 이상을 보이지 않은 상태로 Brain CT 촬영을 시행하였고, 촬영결과 출혈소견은 보이지 않고, Lt MCA territory를 따라 diffuse하게 음영증가가 확인 되는 걸로 보아 acute inf.으로 진단하였다. 신체 전반적 冷感이 느껴졌고 특히 병변측인 우측으로는 건측과 비교했을때 冷感이 더욱 심한 상태였으며, 脈은 沈遲, 舌苔는 舌質淡紅, 苔別無, 전반적으로 潤滑하고 齒痕이 보이는 상태였다. 대소변은 평소 별다른 이상이 없이 지내셨으나 내원당시 13시간 동안 배뇨를 하지 못한 상태로 少腹部로 긴장상태, 壓痛이 관찰되어 Nelaton을 시행하였으며 시행결과 480cc가 배뇨되었다. 이후 대소변 관계에 있어 다소 변비가 있었으나 그 외 별다른 문제는 없었다. 이에 절대안정을 취하게 하고 처방은 小續命湯, 地黃飮子, 엑기스로 牛黃淸心元을 투여하였으며 일주일간 안정기를 거친 후 운동치료를 시행하였다. 운동치료를 시행하면서 환자 胸悶感 및 喘證 호소 하시어 처방을 天王補心丹으로 투여하고 심초음파 검사 시행하였다. 시행결과 Aortic sclerosis관찰 되는 것 외에 심기능에는 별다른 이상 없는 것으로 확인되어 운동시간 및 강도를 낮추어 다시 운동치료를 시행하였다.

약 3주간의 치료 후 환자 意識明了, 右半身不遂로 self sitting 및 wheel chair ambulation 가능한 상태로 호전 되었으나 언어장애는 별무 호전 상태였다.

2. 2004.8.14~2004.8.21

환자 언어장애 여전한 상태로 뇌경색에 의한 運動性 失語症으로 진단하고 이에 대한 집중적 치료 필요할 것으로 사료되어 처방을 다시 地黃飮子로 투여 하였으며, 頭鍼療法을 병행하여 실시하였다. 이에 대한 평가는 Western Aphasia Battery의 한국어 요약판을 인용하여 평가하였다. 頭鍼은 2일에 1회 시술 30분 留鍼하였으며, 평가는 1주일에 1회 시행하기로 하였다. 평가는 구강운동기능, 말하기, 따라 말하기, 언어이해 4가지 항목을 체택하여 실시하였고, 환자의 운동장애 및 기타상황을 감안하여 읽기, 쓰기, 수개념에 관한 평가는 배제하였다.

처음 내원당시 보다 의식이 호전됨에 따라 이해력 수준은 양호하였으나 언어장애는 여전한 상태로 '어', '아' 등의 제한된 단음절만 말할 수 있는 수준이었다. 그 외 전반적, 환측의 냉감은 많이 회복되었고 운동상태 또한 걷기까지는 불가하였으나 단독으로 앉아 있을 수 있는 상태까지 회복되었다.

치료전 평가를 시행한 결과 언어이해 기능과 관련해서는 신체부위 및 사물지적, 지시의 수행은 비교적 양호하였으나, 그 외 구강운동기능 및 말하기는 불량하였고, 따라 말하기는 불가능한 상태로 측정되어 40점 중 7점을 기록하였다.

3. 2004.8.22~2004.9.6

치료가 진행됨에 따라 언어장애가 개선됨을 관찰할 수 있었는데 언어이해 기능은 치료전에도 이미 양호한 수준이었으나 구강운동 및 말하기와 관련된 평가는 치료가 진행되면서 유의성 있는 호전도을 보였다. 8월 21일 평가결과는 치료 전과 비교, 이해정도가 개선된 것 외에 별다른 진전은 없는 걸로 확인 되었으나 8월 28일 평가 상 구강운동에 많은 호전도를 보여 입술을 오므렸다가 펴기, 혀로 입의 양 모서리를 왔다갔다 하기, 혀를 낼름거리기가 가능하게 되었다. 이에 따라 말하기도 개선되어 기본10개 모음 중 6개 발음이 양호한 것으로 나타나서 40점 중 27점을 기록하였다.

이 후 점진적인 호전을 보여 4~5음절의 단어정도는 어둔하나 알아들을 정도의 반응을 보였다. 최종 평가상 구강운동기능은 혀를 웃니와 아랫니에 교대로 대는 행위에 다소 둔한 상태였으나 전반적으로 양호하여 10점 중 9점을 기록하였고, 기본모음의 발음 또한 거의 대부분 가능한 상태로 호전되어 10점 중 8점을 기록하였다. 따라 말하기는 몇 가지 제한된 단어절의 단어만 가능한 상태로 5점 중 3점을 기록하였고, 언어이해기능은 복합적 관념에 대한 물음에 대한 답변이 다소 문제가 있는 상태로 총15점 중 12점을 기록하여 전체 40점 중 32점을 기록하였다.

Table 1. Progress of treatment

	7.24	8.14	8.21	8.28	9.4
Oral motor function (10)	2	4	4	9	9
Speech (10)	2	4	4	6	8
Repetition (5)	0	0	0	0	3
Language comprehension (15)	3	9	12	12	12
Total point (40)	7	17	20	27	32

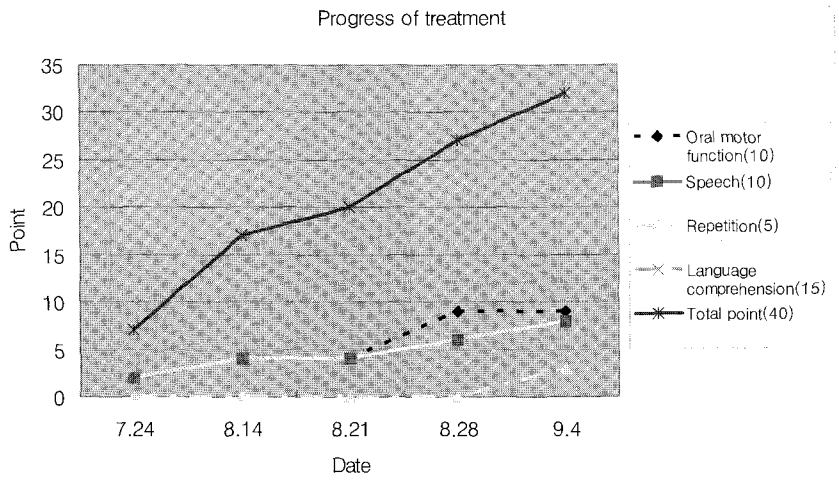

Fig. 3. Progress of treatment

Ⅳ. 考 察

언어장애는 失語症, 構音障碍, 失聲, 신경성 종합이상 등을 포괄하는 개념으로 이 중 失語症은 세 가지로 정의할 수 있다[1]. 첫째, 모든 자극양식과 반응양식에 존재하는 기초적인 자료를 처리해내는 능력에 장애가 있는 것이고 둘째, 뇌의 언어중추신경의 손상으로 인해 모든 언어양식과 언어에 기초를 이루고 있는 인지체계 및 기타 의사소통 기재에 일부 또는 전반에 장애가 나타나는 것이며 셋째, 언어의 이해와 표현양식을 결정하는 언어처리과정이 후천적으로 손상된 것이다[1].

失語症에 관한 연구는 한 때 뇌기능의 개념으로 표현되어, 감각기능은 뇌의 뒷부분에 위치하고 운동기능은 앞부분에 위치한다고 생각하였으며 감각성 실어증, 운동성 실어증 등과 같은 넓은 의미의 용어를 사용하였다. 그 후 뇌의 섬유경로에 대한 연구가 활발해지면서 실어증의 보다 복잡한 도식이 개발이 되어 失語症을 피질성, 피질하성, 초피질성 失語症으로 구분하게 되었으나 최근 PET 등을 이용한 연구가 진행되면서 이러한 개념에 문제가 제기되었다. 뇌가 생각하고, 보고, 들은 것을 이해하고, 대답을 구성할 때 뇌는 신경생리학적으로 또한 신경화학적으로 보다 복잡 다양한 활동을 하게 되며 아직 정확한 기전은 밝혀지지 않은 상태이다[2].

언어장애의 원인으로는 말초성 언어장애의 경우 급성 전염병의 합병증, 갑상선종, 경부 질환, 대동맥류, 흉선종, 수술에 의한 손상, 중독증 등이 있을 수 있고, 중추성 언어장애의 경우 뇌졸중, 뇌진탕, 선천성 대뇌마비, 뇌염, 미만성 뇌동맥 경화증, 기저동맥 부전증, 구성마비 등이 원인이다. 이중 중추성 언어장애, 즉 失語症의 가장 큰 원인은 뇌혈관 질환이고 그중 76% 정도를 뇌경색이 차지한다[7].

失語症은 일반적으로 병변 부위와 임상양상에 근거하여 全失語症(Global aphasia), 運動性 失語症(Broca aphasia, motor aphasia), 感覺性 失語症(Wernicke's aphasia, sensory aphasia)으로 분류한다[3]. 運動性 失語症의 경우 우성반구와 실비안 영역의 앞부분 피질, 피질하 구조물이 침범된 경우 나타나는 것으로 초기에는 의사소통이 어려우나 수주내 이해력의 호전이 말하기나 쓰기의 호전을 능가한다. 感覺性 失語症의 경우는 우성반구 실비안 구조물의 뒷부분, 후측두엽, 두정엽, 후두엽에 장애가 있는 경우로 측두엽에 국한된 경우 청각적 언어장애가 현저하고, 두정엽이나 후두엽에 치우친 경우 시각적 언어장애가 현저하다. 全失語症은 중대뇌동맥의 대부분이 폐색되어 우성반구 실비안 영역의 상당부분이 파괴되어 나타나는 것으로 運動性, 感覺性 失語가 모두 나타나며 예후가 가장 나쁘다 하겠다. 그 외 명사나 형용사 등을 잘 기억해내지 못하는 名稱失語, 運動性 失語症과 유사하나 따라 말하기는 잘하는 連結皮質 失語症, Broca 영역과 Wernicke's 영역을 연결하는 통로인 궁상속의 손상으로 錯語症을 보이는 傳導性 失語症이 있다[2].

失語症 환자를 진단할 때는 먼저 환자가 무슨 말을 하는지, 또는 얼마나 유창하게 얘기하는지 등을 자세히 듣고 난 후 환자가 말을 얼마나 이해하는지를 평가한다[3]. 순수한 언어의 운동측면만의 장애는 運動性 失語症을 추정하게 하는데, 이것은 받아쓰기를 시켜본다든지 구인두와 호흡기관들을 검사하여 확인할 수 있다. 문자착어증(literal paraphasia)과 같은 언어형성의 장애와 이해의 장애(impaired comprehension)가 있으면 感覺性 失語症을 의심하고, 이름을 말하는데 장애가 있고, 일반적인 錯語症은 없으면서 읽고, 쓰고, 철자말하기 등의 다른 언어기능이 정상이면 健忘性 名稱失語症을 의심한다[2].

언어장애에 대한 재활치료는 크게 나누어 언어중심치료와 감각운동중심치료의 두 가지로 나눌 수 있는데, 그 중 언어중심치료는 언어처리과정의 효율성을 향상시키고 조직을 정비하고, 손상된 뇌부위에 상응하는 뇌부위로 하여금 손상된 부위가 수행하던 기능을 대신 수행하도록 돕는 것을 목적으로 한다. 감각운동중심치료는 자극접근법이나 시각적동작치료를 통하여 감각체계 또는 감각운동처리과정간의 복잡한 상호작용체계를 자극, 강화시켜 언어처리과정이 조직화되고 습득되도록 하는 것이다[8]. 이 과정

에 있어 중요한 점은 현재 파괴된 기능의 부분적인 호전이 아니라, 뇌손상이 있기 전에는 언어와 회화에 대하여 단지 아주 작은 역할밖에 하지 않던 조직을 사용하여 뇌로 하여금 새로운 기술을 개발하는데 도움을 주어야 한다는 것이다[2].

대부분의 실어증은 병변발생 후 수일 내지 수개월에 걸쳐 어느 정도 호전이 되나, 때로는 1년 또는 2년 간 끈기 있게 치료를 해도 몇 개 단어 정도밖에는 회복이 안 되기도 한다. 이는 언어장애의 양상이 해부학적 병변의 위치와 항상 일치하지 않으며 아직까지도 인간의 언어기능에 정확한 신경기질은 밝혀지지 않은 상태이기 때문으로 특히, 언어 기능에 필수적이라고 생각되어지고 있는 부위가 파괴된 후 회복이 되는 기전은 거의 알려져 있지 않고 있어 치료에 많은 어려움이 있다[2].

한의학적으로 언어장애는 '瘖', '暴瘖', '無音', '失音', '聲不出', '聲啞', '舌瘖', '言語蹇澁', '舌强不語', '言語不利' 등으로 다양하게 표현된다. 중추성 언어장애의 경우는 中風으로 인한 것이 대부분으로 中風의 風懿에 속한다고 볼 수 있고 輕重에 따라 中腑證, 中臟證으로 분류하고 있으나 不可治나 危證으로 다루고 있어 치료가 쉽지 않다고 보고 있다[9].

中風으로 인한 언어장애의 원인과 치법을 역대 문헌을 통해 살펴보면 <內經>에서는 '博陰', '陽氣入陰'이라 하여 陰病으로 분류하고 주원인을 腎虛와 厥逆이라 하였으나 치법에 대한 구체적 언급은 없었다[10]. 漢代에서는 邪氣於臟을 원인으로 보았으며, 風邪의 위치에 따른 치법을 제시하였다. 隋唐代에서는 心脾感受風邪함을 원인으로 보았으며, 先補于陰後瀉陽을 치법의 大綱으로 하고[11] 獨活湯, 天麻散, 防風散, 羌活飮子 등의 治方을 제시하였으나 원인이나 치법이 漢代의 범주를 크게 벗어나지는 못하였다. 宋代에서는 風入心脾經을 원인으로 본다는 점은 이전 醫家와 유사하다고 볼 수 있으나 치료에 있어서는 調氣를 우선시 해야 한다고 주장한 점이 특이한 점이라 하겠다. 金元代에 이르러는 중풍의 원인을 이전 外風을 위주로 본 것에서 벗어나 氣虛라는 內因을 원인으로 제시하였다. 明代에는 風熱, 風痰, 濕痰, 痰迷心竅 등을 원인으로 보았으며 이에 따라 淸心火, 淸脾熱, 淸肝火, 導痰涎 등의 치법을 사용하였다. 이에 李[12]는 入門에서 不語를 風中心脾者, 風中心經者, 閉塞心竅者, 舌本强硬者, 血虛氣虛者, 腎虛及老人者로 분류하고 小續命湯, 導痰湯加味, 十全大補湯 등을 治方으로 제시하였고, 張은[13] '舌爲心之苗 心病則 舌不能轉 此心爲聲音之主也 聲由氣而發 肺病則氣奪 此氣爲聲音之戶也 腎藏精 精化氣 陰虛則無氣 此腎爲聲音之根也.'라 하여 昏倦不知하고 語音不出한 것은 神敗于心 精敗于腎한 것이라 하여 危證으로 보아 치료에 있어 어려움을 언급하였다. 淸代에 이르러는 明代 末부터 外風과 內風이라는 개념이 혼재되었던 것을 정리한 시기로 淸心火, 益火之源, 補氣血의 치법을 사용하였다. 王[14]은 '補陽還五湯, 此方治半身不遂 口眼喎斜 言語蹇澁 口角流涎 大便乾燥 小便頻數 遺尿不禁'이라 하여 補陽還五湯을 治方으로 제시 하였는데 그는 言語蹇澁 非痰火라 하여 痰, 火로 인한 것이 아니라 氣不足時나 老人氣虛時에 나타난다 하였다. 許[15]는 痰迷心竅, 腎虛, 氣血虛를 원인으로 보고 치료를 한다고 보았는데, 足少陰, 足太陰, 手少陰 三經이 모두 舌本에 連繫되어 있는 經脈이므로 一脈이 虛하여 痰涎이 乘虛하거나 三脈亡血時에 瘖이 될 수 있다 하여 導痰湯, 四物湯, 淸神解語湯, 資壽解語湯, 地黃飮子 등의 治方을 제시하였고, 言語門에서는 '舌瘖 乃中風舌不轉運之類, 喉瘖 乃勞嗽失音之類'라 하여 중추성 언어장애를 舌瘖, 말초성 언어장애를 喉瘖으로 구분하였다.

본방에 사용된 地黃飮子는 東醫寶鑑처방으로 여기서 '地黃'은 熟地黃을 비롯한 몇 가지 약물로 구성됨을 의미하며, '飮子'는 수시로 조금씩 冷服한다는 의미이다. 그래서 陰中火虛로 인한 중풍을 다스리는데, 특히 중풍으로 인한 '舌瘖', '足癈', '風痱'의 증상을 다스린다. 이는 眞陰,眞陽의 虛를 중풍의 근본원인으로 보아 상기증상을 치료하는 처방이라 볼 수 있다[16].

頭鍼療法은 頭皮鍼療法이라고도 하며 頭部에 刺鍼하여 전신질병을 치료하는 鍼法으로 한방의 刺鍼

療法과 서양의학의 중추신경계의 대뇌피질 기능정위의 이론을 결합시켜, 발병한 부위에 해당하는 頭皮相應區에 刺鍼함으로써 운동지각 및 기능을 개선시키고 회복시키는 鍼法이다. 이는 생물체의 국부가 전체의 축소된 모습으로 각각의 국부의 상태변화가 전체의 변화를 반영한다는 生物全息學說과 관계있는 것으로 한의학의 대부분의 이론과도 결부된다 하겠다[17].

이에 논자는 동국대학교 분당한방병원에 입원치료 중인 뇌경색으로 인한 언어장애를 호소하는 환자 1례를 地黃飮子 및 頭鍼療法을 위주로 치료하고 객관적인 평가를 위해 Western Aphasia Battery의 한국어판 요약을 응용하여 평가하였다.

내원당시 환자는 右側偏癱痺 및 失語症를 주소로 내원하였으며 의식은 嗜眠상태였으며, 嚥下障碍는 없는 상태였다. Vital sign은 별다른 이상을 보이지 않은 상태였고, 외부자극에 대한 회피반응은 있었으나 患側으로의 자발적 움직임은 없는 상태였으며, 간단한 지시에 대해 어느정도의 수행능력을 보이는 것으로 보아 언어이해 수준은 양호한 것으로 판단되었다. 신경학적 검사상 患側에서 Babinski's sign 및 Ankle clonus 양성반응을 보였고, 안구운동 및 시야장애는 없는 걸로 확인되었으며, Brain CT 결과 Lt cerebral MCA territory로 음영감소가 diffuse하게 나타나는 걸로 확인되어 acute cb-inf.으로 진단되었다. 이에 小續命湯과 牛黃淸心元을 투여하였고 1주간의 절대안정기를 거친 후 운동치료를 실시하였다.

3주간의 치료 후 환자는 의식상태 및 운동상태의 호전은 보였으나 언어장애 여전한 상태로 뇌경색에 의한 運動性 失語症으로 보고 이에 관한 집중적 치료 및 평가가 필요할 것으로 사료되어 頭鍼療法을 2일에 1회, 健側의 言語一區, 言語二區, 言語三區를 取穴하여 30분간 留鍼하였고, 脈沈遲, 舌質淡紅 苔別無 상태에 潤滑하고 齒痕이 보이는 상태로 心腎陽虛로 판단 心正格과 腎正格을 병행하기로 하였으며, 처방으로 地黃飮子를 투여하였다. 평가는 Western Aphasia battery의 요약판을 이용하였고, 환자분 상태를 고려 읽기, 쓰기, 수개념을 제외한 구강운동기능, 말하기, 따라 말하기, 언어이해 4가지 항목을 활용하여 각각 10점, 10점, 5점, 15점으로 총 40점 만점으로 1주일에 1회 평가를 실시하였다.

치료 전 평가에서 환자는 언어이해 항목에서는 양호한 반응을 보였으나 그 외 구강운동기능 및 말하기, 따라 말하기 항목에서는 불량한 상태로 평가되어 총점 40점 중 7점을 기록하였다. 1주일 치료 후 2차 평가에서는 이전과 비교하였을 때 언어이해 항목에서 미미한 변화를 보인 정도 외에 별다른 호전을 보이지 않았으나 2주 치료 후 3차 평가 이후 다소 변화를 보였다. 3차 평가에서 환자는 구강운동기능에서 호전을 보여 입술을 오므렸다가 펴기, 입을 벌렸다가 닫기, 혀로 입의 양모서리를 왔다갔다 하기, 혀를 낼름거리기가 가능한 상태가 되었으며, 혀로 웃니와 아랫니에 교대로 대기도 부분적으로 가능한 상태로 호전되었다. 이에 기본모음의 발음상태가 개선되었고 2~3음절의 간단한 단어는 알아들을 수 있을 정도의 상태가 되었으나 따라 말하기 항목은 아직 어려움이 있는 상태로 구강운동기능 9점, 말하기 6점, 따라 말하기 0점, 언어이해 12점으로 총40점 중 27점을 기록하였다. 퇴원전 마지막 평가에서는 문장수준의 언어구사는 불가한 상태였으나 '안녕하세요', '됐어요', '싫어요' 정도의 간단한 언어는 알아들을 수 있을 정도로 구사가 가능하였다. 평가결과 이전과 비교시 말하기 항목 및 따라 말하기 항목에 개선을 보여 총 40점 중 32점을 나타내었다.

언어기능 장애에 대한 접근은 환자마다의 각각 손상된 기능정도와 신경해부학적인 위치가 다르고 많은 환자를 구하기가 쉽지 않아 이전의 신경해부학적 요인으로 접근하던 방식에서 탈피하여 현재는 기능적인 측면에 대한 단일 사례를 중심으로 연구하는 추세이다. 최근의 언어장애에 관한 자료를 살펴보면 송[18]은 언어장애 환자 20례에 대하여 체침과 사암침 치료의 효과를 비교하였고, 위[19]는 전실어증 환자에게 그림그리기를 통해 치료를 하였으며, 윤[20]은 멜로디 억양 치료법(MIT)를 통해 실어증 환자의 호전도를 평가하였다.

언어장애에 관한 이론 및 치료에 관해서는 여러 가지 다양한 시도가 이루어지고 있으나 아직 명확하게 제시될 만한 사항이 없고 그 호전도 또한 낮다고 알려져 있다. 양방적으로도 현재 언어재활치료가 유의하다고 인정 되고 있으나 이 또한 명확하게 확인되지 않고 그 외 별다른 치료법이 없어 치료에 관한 어려움이 많은 것이 현실이다. 이에 한방적인 다양한 치료법의 응용 및 평가가 이루어져야 할 것으로 사료되며 평가에 사용될 객관적인 검사 도구의 개발과 함께 치료효과에 있어 호전상태, 지속정도, 치료방법 및 기간에 따른 호전률의 비교 등도 함께 이루어져야 할 것으로 사료된다.

Ⅴ. 結 論

Lt MCA terrirory의 뇌경색 환자 1례에서 운동성 실어증으로 진단하고, 地黃飮子 및 頭鍼療法을 병행하여 시행한 결과, 실어증 검사도구의 평가 및 증상에 있어 호전이 있었으며, 향후 언어장애에 관련된 보다 다양한 치료방법의 시도 및 객관화된 평가도구의 개발이 필요할 것으로 사료된다.

參考文獻

1. 이진용. 성음장애의 한방치료. 서울:정담; 1998, pp.36-40.
2. 해리슨. 내과학. 해리슨내과학 편찬위원회. 서울:정담; 1997, pp.168-75.
3. Kenneth W. Lindsay, Ian Bone. 임상신경학. 서울:범문사; 2002, pp.195-7, 199-201.
4. 남기춘 외. 브로카실어증의 실문법증-격조사 산출과 이해의 해리. 고려대학교한국심리학회지. 1999;18(1):50.
5. 김재수 외. 중풍 후 언어장애에 대한 침구치료의 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1998;15(2):538-49.
6. 김홍순 외. 중풍환자의 언어장애에 관한 임상적 고찰. 대한한의학회지. 1991;12(2):78-85.
7. 김역석. 임상중풍학. 서울:서원당; 1997, pp.455-64, 548-9.
8. 한국언어병리학회 編. 실어증환자의 말-언어치료. 서울:한학사; 1989, pp.41-8, 76.
9. 최규동. 성음 및 실음에 관한 문헌적 고찰. 대한한방외관과학회지. 1991;4(1):75-87.
10. 홍원식. 精校黃帝內經素問. 서울:동양의학연구원출판사; 1985, p.73, 80, 130, 151, 333.
11. 孫思邈. 備急千金要方. 북경:인민위생출판사; 1988, pp.153-5, 169.
12. 李梴. 醫學入門. 서울:한성사; 1980, p.345.
13. 張景岳. 景岳全書. 태북:태연국풍출판사; 1977, pp.188-9, 196.
14. 王淸任. 醫林改錯. 태북:태연국풍출판사; 1976, p.46, 49.
15. 許俊. 東醫寶鑑. 서울:남산당; 1990, p.360, pp.363-4.
16. 신재용편저. 방약합편해설. 서울:전통의학연구소; 1993, pp.21-2.
17. 이태영, 이상용. 두침의 이론적 근거에 대한 동서의학적 고찰. 대한침구학회지. 1999;16(4):91-108.
18. 송민식. 중풍후 언어장애 환자 20례에 대한 체침과 사암침 치료의 임상적 비교 고찰. 대한침구학회지. 2003;20(6):165-6.
19. 위동결. 완전성실어증 회화훈련 치료1례. 한국재활과학회지. 1998;21(1):37-41.
20. 윤용웅. 실어증 환자를 위한 멜로디 억양.