

중풍언어장애에 대한 동서의학적 고찰

홍순성 · 홍서영 · 오민석*

The Oriental and Western Medical Study of Communication Disorder with Post-Stroke

Hong Soun-sung, Hong Seo-young., Oh Min-Seok, O.M.D.

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, Daejeon University

Objectives The purpose of this study is to search for more effective methods of diagnosis and treatment of Communication Disorder with Post-Stroke.

Methods Literature review on Communication Disorder with Post-Stroke in view of oriental and western medicine

Conclusions Communication Disorder with Post-Stroke is relative with aphasia in western medicine, Sul-um(舌瘖) in oriental medicine. Aphasia, apraxia of speech, and dysarthria come after stroke. Each of them has its own mechanism. Yomchon(CV23), Amun(GV15), Chuldol(CV22), Tongni(HT5), Pungnyung(ST40), Pungbu(GV16), Chigu(TE6), Yongchon(KI1), Hapkok(L14), Peakoe(GV20), Kokchi(LI11), Puryu(KI7), Shinsu(BL23), Kumjun-okaek, and Chohea(KI6) was used on Communication Disorder with Post-Stroke treatment

Key words The Oriental and Western Medical study, Communication Disorder with Post-Stroke

I. 서론

中風으로 인해 발생하는 급성기 증상 및 후유증에는 크게 인지능력, 대화능력, 운동기능과 감각기능, 일상생활동작 수행능력, 복합적 일상생활 동작능력, 감정 및 정서 등의 장애가 있다¹⁾. 이 중 언어와 회화의 장애는 환자 자신의 상태에 대한 표현이나 타인과의 의사소통에 심각한 지장을 주어 향후 치료와 일상생활에 큰 영향을 줄 수 있기 때문에 다른 어떤 증상보다도 중요하다²⁾.

그러나 현재까지의 中風치료는 반신불수의 개선 즉 운동기능의 회복이 주목적이 되어왔고 그에 따라 中風의 신경학적 손상정도나 치료의 평가기준 역시 재활의학 측면에서의 일상생활동작 수행능력 평가에 중점을 두었다¹⁾. 따라서 실어, 부전실어, 구음장애, 발성장애 등의 언어장애가 그 중요성에 비해 장애의 정도를 구체적으로 평가할 독립적인 기준도 체계화되어 있지 않으며 한방적인 임상치료 보고나 연구도 많지 않은 실정이다.

실어증이란 뇌의 언어중추신경의 손상으로 인해 모든 언어양식, 언어의 기초를 이루고 있는 인지체계 및 기타 의사소통 기제의 일부 또는 전반

* 대전대학교 한의과대학 재활의학과학교실
교신저자 오민석 · E-mail · ohmn@dju.ac.kr
· 채택일 2007년 6월 10일

에 나타나는 언어장애를 말하며, 이는 성인에 있어서 대부분 뇌의 병변으로 인하여 나타난다³⁾.

중추성 언어장애인 실어증은 한의학적으로 中風門에 속하는 것으로 볼 수 있는데 중풍 언어장애에 대하여 역대문헌⁴⁻⁷⁾을 살펴보면 言語蹇澁, 不語, 不能語, 不得言, 音癡, 瘖, 暴瘖, 亂言, 舌強不語, 舌強不能言, 失音不語, 舌瘖, 言語不利, 言語不出 등으로 다양하게 표기된다.

이러한 중풍 언어장애는 中臟證이나 風懿에 해당하는 것으로 不可治나 危證으로 다루고 있어 治療가 쉽지 않음을 말하고 있으며 實際 臨床에서도 많은 문제가 되고 있는 실정이다⁸⁾.

이에 저자는 중풍으로 인한 언어장애에 관한 동서양의 서적들을 비교분석하고 한의학적인 연구결과를 고찰하여 약간의 지견을 얻었기에 임상적 연구를 위한 기초자료로 삼고자 보고하는 바이다.

II. 본 론

1. 서양의학적 고찰

1) 정의⁹⁾

언어장애는 크게 중추성과 말초성으로 나뉘는데 중추성인 경우는 뇌의 언어중추신경의 손상으로 인해 모든 언어양식, 언어의 기초를 이루고 있으며 인지체계 및 기타 의사소통기체의 일부 또는 전반에 나타나는 언어장애를 말하는 것으로 성인 실어증의 원인을 살펴보면 뇌경색이 가장 많아 대부분을 차지하며 뇌종양, 대뇌의 국한성 질환, 뇌출혈의 순으로 많은 것으로 나타났다.

2) 원인별 분류⁹⁾

(1) 기질적 언어장애

성대의 염증, 종양, 마비 등과 같은 후두의 각종 질환에 의한다.

(2) 기능적 언어장애

일반검사로 기질적 변화를 찾을 수 없는 심인성 음성장애나 나쁜 발성습관에 의한다.

3) 중추성 언어장애^{9~11)}

전체 언어장애의 10%를 차지하며, 중추성 언어장애는 일명 실어증이라고 한다.

(1) 피질성 마비

뇌졸중, 대뇌진탕, 선천성 대뇌마비, 뇌염, 미만성 뇌동맥 경화증

(2) 피질구성 마비(경련성 마비)

기저동맥부전증

(3) 구성 마비(연수에 있는 응핵 파괴로 음)

혈관 부전증, 진행성 구마비, 척수공동증, 매독, 광견병, 뇌염, 두부외상

4) 실어증의 분류^{9~11)}

실어증에는 두 가지 큰 유형이 있다. 브로카 영역에 의한 것과 베르니케 영역에 의한 것으로 나눌 수 있다. 이는 뇌졸중 환자에게서 볼 수 있는데 약 1/3에서 뇌혈관 장애의 시작 때부터 실어증을 볼 수 있으며 첫 4주 동안에 회복되기 시작하면서 3개월 정도 호전되나 많은 보고에 따르면 병세가 고착된 후에는 발병전 상태와 같이 언어를 구사하기는 매우 어렵다. 그러나 어떤 환자는 때로는 몇 년 걸리면서 언어치료와 관계없이 계속 조금씩 좋아지는 것을 볼 수도 있다. 환자가 감각성 실어증과 운동성 실어증이 모두 있는 전체실어증이 있는지 또는 유창성인지 비유창성인지를 판단할 수 있다. 유창성 실어증은 발음과 단어가 다 좋으나 말이나 글귀에 의미가 없고 비유창성 실어증은 발음도 나쁘고 단어도 제한이 있어 전보를 치는 식의 말을 한다.

(1) 브로카 실어증

환자는 다른 사람이 하는 말을 정상적으로 이해할 수 있다. 자기 자신을 표현하는 단어를 만들지 못한다. 말은 비유창하고, 머뭇거리며 문법적으로 맞지 않고 생략된 것이다. 말은 전신에서 사용되는 요약된 단어와 비슷하며 단어를 찾지 못했을 때 환자는 좌절하게 된다. 얼굴과 혀에 영향을 주는 구어장애와 운동장애를 동반하기도 한다.

(2) 베르니케 실어증

환자는 다른 사람의 말을 이해하지 못한다. 다른 사람의 말이 정상적으로 두뇌에 전달되지만 환자의 두뇌에서 이념으로의 전환이 장애를 받게 된다. 자신의 말을 감시하고 적당한 단어로 자신의 생각을 표현할 수 있는 능력이 장애를 받게 된다. 말을 많이 하고 의미 없는 말과 새로운 단어를 사용한다. 환자는 자신에게 말하는 것을 이해하지 못하고 남의 지시에 따르는 것이 어렵다. 언어문제를 깨닫게 되었을 때 좌절감은 두렵하지 않다.

(3) 실어증 환자의 공통적인 신경학적 결함

오른쪽 안면, 손과 팔의 쇠약과 감각 장애와 글을 쓰기가 어렵다. 실독증과 필기불능, 수를 헤아리지 못함, 오른쪽 시야결손, 기억장애와 행동의 변화 등이 있다.

5) 실어증 치료의 임상적 관점

실어증을 어떻게 보느냐에 따라 여러 치료모델이 있다¹²⁾. 환자의 특성에 따라 이들 치료모델을 적용해 볼 수 있다. Schuell의 Stimulation-Facilitation model은 임상적 효과에 있어서 실어증 환자 치료의 기본이 되고 있다. 이 모델은 언어를 sensory와 motor의 연결된 integrative activity로 보았고, 실어증 환자의 치료에 있어서 가장 중요한 예후 요인을 청각적 이해력(Auditory comprehension) 수준으로 보았다¹³⁾. 중증 실어증 환자에게 주로 적용되는 Modality 모델은 내부언어(inner language)가 각 Modality를 중심으로 보존 될 수 있다고 보고 남아있는 Modality인 제스처(gesture) 시스템을 촉진시켜 연결된 언어 부호를 활성화 시키고자 하였다¹²⁾.

실문법증(Agrammatism)은 표현성 실어증환자의 대표적 하위증상으로 문법구조가 결여된 듯한 언어의 산출을 지칭한다¹⁴⁾. 그러나 실문법증의 하위 증상으로 본 비통사적 이해(asyntactic comprehension)가 실문법증 환자 뿐 만 아니라 유창성 실어증 및 명칭성 실어증과 같은 다른 유

형의 실어증에게도 나타난다는 연구들이 보고되고 있다¹⁵⁾. 실문법증 환자의 문장이해 손상에 관하여는 그 원인을 크게 두 가지로 나누어 언어학적인 결함과 처리 용량의 부족으로 볼 수 있다. 조수진 등¹⁶⁾은 실어증 환자의 능/피동문 이해와 작업 기억(working memory)의 상관관계에서 문장이해는 문장유형에 따라 서로 다른 양상을 보이고 각 문형의 이해에는 서로 다른 최소의 작업 기억량이 필요하다고 하였다. 또, 작업 기억량과 문장유형의 이해에 다른 보고에서는 전반적으로 능동문의 이해가 피동문에 비해 쉽게 나타났으나 모든 피동문이 모든 능동문보다 어려운 결과는 아니었다. 결과적으로 문장유형과 문장 길이가 고려된 모든 실험에서 작업 기억량은 가장 유의미한 변수로 나타났다. 이를 임상에 적용하여 보면 실문법증 치료시 첫째, 환자의 작업 기억량을 고려한 문법적 문장을 설정해야 한다는 것과 둘째, 작업 기억량 자체의 증가를 위한 과제를 병행해야 한다는 결론을 가질 수 있다.

청각적 이해력은 서사문(narrative)과 절차문(procedural)과 같이 다른 장르의 과제를 복잡성의 정도에 따라 위계를 구성하여 제시함으로써 거시적 처리(macro processing)와 미시적 처리(micro processing)를 통해 언어적 이해가 높아지는 것을 목표로 한다. 쓰기와 읽기 과제가 독립적인 손상으로 여겨지지 않는 경우는 개별적 치료는 행하지 않고 상기 네 영역의 과제에 반영하여 제시된다. 기초 단계에서는 영역간의 분리된 과제를 제시하고, 단계가 진전될수록 영역들이 결합된 과제로 진행해 나간다¹⁴⁾.

예후 요인으로 가장 큰 것은 나이와 병변이다¹⁷⁾. 실어증 치료의 효과는 과거 논란의 대상이 되어 왔으나 치료를 받은 경우가 받지 않은 경우보다 진전이 있다는 견해에 의견이 모아지고 있다. 2003년 Sanjit는 실어증 치료의 횟수 및 시간에 따른 치료효과에 대한 후향적 연구결과를 보고하였다¹⁸⁾. 그 결과 치료효과가 있었다는 그룹들은 주당 총 치료시간이 8.8시간 이상이었고, 효과를 볼 수 없었던 경우는 주당 2시간의 치료를 받았다고 한다. 실어증 환자에게 집중적(intensive)

치료를 하는 것이 실어증 예후에 중요한 변수가 될 수 있다는 연구결과는 언어 임상적 관점에서 간과해서는 안 될 것이다.

6) 말 실행증과 마비성말장애

언어는 기호를 처리하는 언어(languane) 영역과 말 기체(speech mechanism)를 포함하는 말(speech)로 구분될 수 있다. 중풍 언어장애의 대표격인 실어증은 뇌의 좌반구 손상에 기인하며 언어의 이해, 말하기 이외에도 읽기, 쓰기의 장애를 갖는 것으로 언어영역의 장애를 말한다. 말 장애는 구어기체와 관련된 중추 또는 말초 신경계의 손상으로 근육의 약화와 협응의 어려움을 갖는 마비성말장애와 운동계획 및 조절의 장애인 말 실행증으로 나뉜다¹⁹⁾.

실어증, 말 실행증, 마비성말장애는 동시 또는 개별적으로 나타날 수 있으므로 이들을 감별, 진단하는 것이 필요하다. 그러나 실제 이 세 증상을 독립적으로 진단하는 것이 용이한 일은 아니다²⁰⁾.

(1) 말 실행증(apraxia of speech)

말 실행증이란 말하는 데 필요한 근육의 약화나 마비 협응에는 문제가 없음에도 조음의 위치와 순서를 계획하는 기능에 장애를 가져 말을 자발적으로 산출하지 못하는 증상을 일컫는 것이다¹⁹⁾. 임상에서나 학문적 연구에서나 말 실행증의 진단은 매우 어렵다. 이는 나타나는 양상이 마비성말장애나 전도성 실어증의 그 것과 매우 유사하기 때문이다. 그러나 말 실행증은 대부분의 운동장애가 그렇듯 조기치료가 매우 중요하다. 따라서 조기의 전문적 진단이 반드시 필요하다고 말 할 수 있겠다.

말 실행증의 진단 방법은 크게 지각적 측정(perceptual measures), 음향적 측정(acoustic measures), 그리고 생리학적 측정(physiological measures)으로 나눌 수 있는데 각각의 방법이 장단점을 가지고 있어 환자의 정도와 증상에 따라 선택하여 진단하게 된다²⁰⁾.

(2) 마비성말장애(dysarthria)

마비성말장애는 구강근육의 마비, 약화 또는 협응이 어려운 장애로 중풍 언어장애군 중에서 가장 자연스럽게 운동장애와 결부해서 생각해 볼 수 있는 말장애다. 순수한 마비성말장애는 언어의 이해나 문법의 사용 등에는 어려움이 없다. 따라서 말로하지 못하는 문장도 쓸 수는 있다. 마비성말장애란 '중추 및 말초신경계의 손상에 의해 근육의 약화 등으로 인한 근 조절 장애로 나타나는 말장애'를 뜻한다. 중추 및 말초신경계의 손상은 호흡, 발성, 공명, 조음, 운율 등과 같은 말 하부체계(speech subsystem)에 부정적인 영향을 미치게 되며, 그 결과 말 기능의 요소, 즉 속도, 강도, 범위, 타이밍, 그리고 정확성이 비정상적으로 된다. 마비성 말장애는 이완성, 경직성, 실조성, 저하운동성, 과잉운동성, 일측 상부운동신경성, 혼합성 등의 최소 일곱 유형으로 분류되며, 마비성말장애의 정도는 간신히 알아차릴 정도의 경한(mild)경우로부터 전혀 말을 할 수 없는 심한(severe)경우까지 있다²¹⁾.

2. 한의학적 고찰

韓方에서는 中風失語症을 舌瘖, 舌癱, 中風不語, 言語不利, 言語蹇澁, 語澁이라고하여 治療하여 왔다. 症狀으로는 舌強語蹇하고 舌欠靈活하고 言語不清하거나 舌瘖하여 不語하고 舌刑이 대부분 歪偏되어있고 舌苔는 或薄或膩하고 脈象은 대부분 滑하다고하였다^{22,23)}. 明代『醫學綱目』²⁴⁾에는 勞嗽失音같은 喉瘖과 구별하여 舌瘖이라하여 中風으로 舌運動이 자유롭지 못한 것을 구분하였다. 風痰이나 血瘀가 舌本脈絡에 저체된 것은 言語가 不清하고 舌瘖不語하고 의식장애까지 동반한다면 風痰이 蒙心한 症狀이라고 하였다. 濕痰과 風邪가 傷脾한 것은 의식은 清楚하나 脣緩流涎하고 舌強笨拙, 言語蹇澁, 舌體胖, 脈滑緩하다고 했다. 治法은 모두 祛風除痰開竅시키는 것이고 治方으로는 加減解語丹을 사용한다. 즉 解語丹『醫學心悟』에 天麻, 茯苓, 鬱金, 牛膽南星, 天竺黃, 遠志, 全蝎, 白附子, 菖蒲등을 넣어 天麻 全蝎 白附子로 熄風除痰平肝하고, 南星 天竺黃으로 割痰寧心하고, 菖蒲 鬱金으로 芳香

開竅하고 遠志는 交通心腎하며, 茯苓은 健脾化濕하는 것이다²²⁻²⁵⁾.

1) 중풍언어장애 문헌적 고찰

(1) 內經²⁶⁾

失音不語에 대한 가장 오래된 기록으로서 失音不語를 일으키는 원인을 心火가 太過하여 舌卷했을 때, 足少陰이 繫舌本하고 絡於橫骨하고 終於會厭하는데 邪가 足少陰을 侵犯했을 때, 妊娠九月에 胞絡脈이 絶했을 때, 腎虛, 水寒乘心, 心氣少로 인한 心脈이 濇할 때, 手少陰之別인 通里가 虛할 때, 足陽明之別인 豐隆의 氣가 逆했을 때, 寒氣客於厭했을 때 瘖이 된다고 하였다.

또한 言語의 蹇澁流暢이 臟腑와 일정한 관계가 있음을 설명하고 있는데 足少陰, 足厥陰, 足陽明, 手少陰 및 肺脈등이 聲音을 이루는 기관과 연관되어 있는 것으로 보았다.

(2) 傷寒論²⁶⁾

傷寒論에서의 언어의 이상과 관련된 내용은 太陽病, 陽明病, 少陽病, 少陰病에서 기록되어 있다. 實證인 譫語는 가장 자주 나타나는 증상인데 胃氣의 不和, 胃熱, 肝氣가 脾를 乘하였을 때 火治의 남용, 熱入血室, 發汗法의 誤用, 亡陽證 등으로 발생하며 虛證인 鄭聲도 언급되었으며 치료 처방으로는 調胃承氣湯, 甘草乾薑湯, 柴胡加龍骨牡蠣湯, 大承氣湯, 小承氣湯, 白虎湯, 苦酒湯 등이 쓰였고 期門穴의 刺針도 언급 되었다.

(3) 難經²⁶⁾

病人이 陰陽俱絶하여 失音不能言한 것은 三日半만에 死한다.

(4) 古今醫鑑²⁶⁾

中風으로 飲食坐臥가 如常한데 단지 失音不語한 것은 瘖風이라 부르고, 小續命湯에서 附子를 去하고 石菖蒲를 1錢 入하여 쓴다. 혹은 訶子清音湯을 쓴다.

(5) 萬病回春²⁶⁾

① 眞中風

眞中風은 體氣虛弱, 營衛失調, 喜怒憂思悲恐驚, 酒色勞力所傷 등으로 眞氣耗散시켜 腠理不密하여 風邪乘虛하면 발생한다. 中腑, 中臟, 中血脈, 中經絡 등으로 구분하고 氣虛나 血虛에 따라 風의 증상이 다르고 원인에 따라 치법이 달라지며 中腑는 治療가 쉬우나 中臟은 회복하기 어렵다고 하였다.

風中腑하면 手足拘急不仁하고 惡風寒하는 表證이 나타난다. 風中臟하면 九竅에 邪氣가 침범하여 脣緩失音, 耳聾, 鼻塞, 二便閉塞 등의 裏症이 나타난다. 風中血脈하면 外로는 六經之形症이 없고 內로는 便溺之阻隔이 없으나 肢不能去하고 口不能言한 증상이 있다. 風中經絡은 口眼喎斜가 나타난다. 失音不語, 言語蹇澁은 風中臟이나 風中血脈에서 나타나는 증상으로 보았다.

中風으로 痰涎壅盛, 不能言語, 牙關緊急 및 有熱하면 加減導痰湯을 쓰고, 일절 風邪가 四肢를 침범하여 骨節疼痛, 肢體頑麻, 手足癱瘓하고 言語蹇澁, 筋脈拘攣하면 우선 烏藥順氣散을 써서 疏通氣道하고, 風中血脈하여 四肢不舉, 口不能言, 痰迷心竅, 不省人事, 舌強不能言語, 痰涎壅盛, 口眼喎斜, 半身不隨하면 養榮湯을 쓴다. 中風으로 手足癱瘓하고 口喎語澁한 것이 血虛하면서 火盛한 것은 清補하는 것이 마땅하며 奪命還眞丹을 쓰고, 虛熱에 의한 것은 滋補하는 것이 필요한데 健步虎潛丸을 응용한다.

(6) 醫學綱目²⁶⁾

足少陰에 邪가 侵犯하면 瘖이 된다. 이때는 二證이 있는데 하나는 舌瘖으로 舌本은 不能轉運言語하나 咽喉音聲은 如故한 것이고, 또 하나는 喉瘖으로 喉中은 聲嘶하나 舌本은 能轉運言語하는 勞嗽失音之類를 말한다.

(7) 張氏醫通²⁶⁾

失音은 肺와 밀접한 관계가 있으며 갑작스런 失音은 邪氣가 鬱滯되어 氣逆한 것이고 오래도록 병을 앓다가 失音이 된 것은 津液과 血이 枯渴되어 발생된다.

대개 暴瘡은 寒包熱邪하였거나 본래 內熱이 있는데 寒氣를 받았거나 먼저 外感에 걸린 뒤 찬 음식을 먹었을 때 발생한다. 이때의 治療는 辛涼和解하거나 辛溫散之하는데 消風散 달인 약물을 생강즙으로 調服한다

舌瘡으로 언어장애가 생겼을 때에도 新舊의 구별이 있다. 神病으로 舌瘡이 된 것은 風痰에 의한 것이 많으며 肥人의 聲瘡은 導痰湯을 쓴다. 久病이나 大病失血後에 舌이 위축되어 언어장애가 되었을 때는 大虛挾寒의 경우와 같이 치료하고 증상과 병의 원인을 자세히 살펴 실수가 없어야 한다.

中風으로 갑자기 失音不語가 된 것은 少陰眞氣가 虛하기 때문이며 遺尿와 五絶의 증상이 있으면 不治에 속한다.

(8) 證治彙補²⁶⁾

脾脈은 舌本에 連해 있고 心脈은 係해 있으면 腎脈은 喉嚨을 순환하고 舌本을 夾한다. 그러므로 心脾가 風에 손상되면 舌強難語하며 腎虛脈萎하면 口音不語하게 된다. 이 두 가지는 虛實의 차이가 있다. 風中會厭, 痰塞喉中, 痰迷心竅, 口噤不開 者가 風氣가 臟으로 入하여 絶證이나 難語가 있으면 위급한 것이다. 中風不語의 치료 처방은 小續命湯, 烏藥順氣散, 正舌散, 轉舌膏를 사용하였다.

(9) 醫門寶鑑²⁶⁾

聲音은 根於腎하고 出於肺한 것이다. 心主舌하는데 心病이 있으면 舌不轉運하게 되며 肺主氣하는데 肺病이 있으면 氣脫하여 發聲하기 어렵다. 腎藏精하는데 陰虛하면 氣가 陽에 이르지 못하여 聲瘡이 된다. 聲音은 모름지기 五臟과 연계되어 있고 腎氣精의 損傷이나 內外感의 邪에 의해 失音不語하게 된다. 外邪로 인한 것은 發散을 위주로 하고 內因에 의한 것은 滋補를 위주로 治療한다.

(10) 類證治裁²⁶⁾

① 舌強不語

舌은 心脾肝腎, 四經과 系하고 있는데 痰涎이 그 脈道를 閉塞하면 舌機가 원만하게 움직일 수 없게 된다. 痰迷心竅한 것은 心火를 淸하게 하는 것이 우선이며 滌痰湯을 쓴다. 濕痰으로 인한 것은 六君子湯에 枳實, 竹茹를 加하여 脾熱을 淸하게 한다. 風熱者는 涼膈散으로 淸肝火하고, 腎虛로 內脫하여 瘡痂가 된 것은 地黃飮子를 쓰고, 舌強하여 口角流涎이 甚하고 脾虛不能攝者는 六君子湯에 竹瀝, 薑汁을 加하여 쓰고 驚痰提塞으로 舌本強硬하면 正舌散에 薄荷를 加하여 쓰고 舌麻語蹇하면 省風湯에 沈香을 加하여 쓰고, 脣은 緩하나 舌은 強硬하면 解語湯을 쓰고, 肥人이 舌本이 強하면 濕痰을 治하고 瘦人이 舌本이 強하면 心火를 淸하고 瘦人이 舌本이 強하면 心火를 淸하고 瘦人이 舌本이 強하면 心火를 치료하되 순전히 보하는 것은 불가하다. 痰火가 經絡을 阻塞할까 우려되기 때문이다. 이때 加味轉舌膏를 통용한다. 음식은 淸상시와 같으나 失音不語한 것은 癩風이라 하며 小續命湯에서 附子를 빼고 石膏, 石菖蒲를 加하여 쓴다.

(11) 諸病源候論²⁶⁾

脾脈은 胃에 絡하고 俠咽하며 舌本에 連해 있고 舌下에 散在해 있다. 心의 別脈은 舌本에 係되어 있다. 그러므로 心脾에 風邪가 침범하면 舌強不能語하게 된다.

(12) 千金方²⁶⁾

風寒之氣客於中하며 滯而不發하면 瘡不能言한다. 이때는 發表시키는 藥을 쓰고 瘡을 별도로 치료할 필요는 없다.

(13) 指迷論²⁶⁾

吐瀉나 大病後에 비록 聲은 있으나 不能言하는 것은 失音이 아니고 腎怯하여 陽에 上接하지 못한 것으로 地黃丸으로 補腎시켜 치료한다.

2) 침구치료⁸⁾

言語障碍의 針灸治療 주요 穴은 廉泉, 瘡門, 天突, 通里, 豐隆, 風府, 支溝, 湧泉, 合谷, 百會, 曲池, 復溜, 腎俞, 金津玉液, 照海, 陽交, 天鼎, 期門, 魚際, 靈道, 然谷, 間使, 地倉, 陰郄, 天窗,

人中, 關衝, 復音, 陰亮, 上廉泉, 傍廉泉, 內瘻門, 大椎, 承漿, 足三里, 二間, 陽陵泉, 太谿, 志室, 太衝, 行間, 風池, 絕骨, 肩井, 風市, 神門, 語門, 內大迎, 太白, 舌強 등이다.

(1) 任脈

任脈은 起於胸中 出會陰而循腹裏 上合於督脈 하여 諸陰之海 로서 結喉, 口脣, 舌疾患까지 주치함으로 言語障礙에 가장 많이 사용하고 있는 經絡이다. 廉泉, 人中, 承漿穴 등이 중풍언어장애에 많이 쓰였다.

(2) 督脈

督脈은 諸陽之海로서 起於胸中 循脊裏 上巔頂 下至鬲交하여 任脈과 口脣에서 合하여 주고, 口部 및 齒科疾患을 다스림으로 言語障礙에 유효한 효과가 있다. 瘻門, 風府, 百會, 大椎穴 등이 중풍언어장애에 주로 사용됐다.

(3) 手少陰心經

手少陰心經은 手少陰絡脈系舌本하고 上挾咽하여 故可治舌強不語肝潛陽한다. 通里, 靈道, 陰郄, 神門穴 등이 사용된다.

(4) 足陽明胃經

足陽明胃經은 入下齒中 環循挾口環脣 下交承漿 出大迎하고 循頰車함으로 口齒病을 主治한다. 豐隆, 地倉, 足三里穴 등이 빈용된다.

(5) 足少陰腎經

足少陰腎經은 從足走胸 屬腎絡膀胱 并與脊柱, 肝, 肺, 心, 喉, 舌根有聯系함으로 舌強不語, 言語障礙 증상을 다스린다. 湧泉, 復溜, 照海, 然谷, 太谿, 志室穴 등이 사용된다.

(6) 手陽明大腸經

手陽明大腸經은 其支別者 從缺盆上頸하여 貫挾入下齒中 還出挾口하여 주로 齒病 및 口, 咽喉疾患의 大腸經이 경과하는 부위의 病症을 主治한다. 合谷, 曲池, 天鼎, 二間穴 등이 사용된다.

(7) 足少陽膽經

足少陽膽經은 下加頰車하여 下頸合缺盆하여 주로 咽喉疾患을 다스린다. 陽交, 陽陵泉, 風池, 絕骨, 肩井, 風市穴 등이 빈용된다.

(8) 手少陽三焦經

支溝, 關衝穴 등이 사용된다.

(9) 足太陽膀胱經

腎俞穴 등이 사용된다.

(10) 足厥陰肝經

期門, 太衝, 行間穴 등이 사용된다.

(11) 手太陰肺經

魚際穴 등이 사용된다.

(12) 手厥陰心包經

間使穴 등이 사용된다.

(13) 手太陽小腸經

天窗穴 등이 사용된다.

(14) 足太陰脾經

太白穴 등이 사용된다.

(15) 經外奇穴

金津玉液, 復音, 上廉泉, 傍廉泉, 內瘻門, 語門, 內大迎.

3. 한의학적 연구

최근 중풍언어장애에 대한 새로운 관심이 증폭되며 관련 연구가 활발히 진행되고 있다. 송 등²⁷⁾은 중풍후 언어장애 환자들에서 체침과 사암침 치료의 비교 연구를 하여 사암 침법이 우수한 효과를 보인다고 보고하였다. 또한 표 등²⁰⁾은 중풍후 언어장애에 대한 임상적 고찰을 통해 실어증, 말 실행증, 마비성말장애의 차이점과 치료방향을 살펴보았다. 전 등²⁸⁾은 자발성 뇌내출혈에 동반된 실어증 환자의 치험례를 보고 하였으며, 강 등

29)은 중풍언어장애의 원인과 치법에 대한 문헌적 고찰을 시행하였고, 김 등⁸⁾은 침구치료의 문헌적 고찰을 시도하였다. 이처럼 중풍언어장애에 대한 연구가 활발히 진행되고 있으나 더욱 다양한 방면에서 다양한 시도를 통한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

Ⅲ. 결 론

중풍으로 인한 언어장애에 관한 동서양의 서적들을 비교분석하고 한의학적인 연구결과를 고찰하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 언어장애는 실어증, 구금장애, 실성, 신경성 중합이상 등을 포괄하는 개념이고, 이들 중 중추성 언어장애를 실어증이라고 한다.
2. 중풍언어장애는 중추성 언어장애의 범주에 속하며, 중추성 언어장애는 발병부위의 해부학적 위치에 따라 브로카 실어증, 베르니케 실어증, 전도성 실어증 등으로 나뉘어진다.
3. 중풍언어장애는 한의학적으로 舌瘖의 범주에 해당하며, 그 원인은 腎虛, 內脫, 氣血虛損, 風熱, 痰塞, 胃虛 등으로 나뉘어진다.
4. 중풍언어장애의 침구치료는 廉泉, 瘖門, 天突, 通里, 復溜, 腎俞, 金津玉液, 照海穴 등을 위주로 치료하고, 주로 관련이 있는 經絡은 任脈, 督脈, 手少陰心經, 足陽明胃經, 足少陰腎經, 手陽明大腸經, 足少陽膽經 등이 있었다.

참고문헌

1. 고성규, 김창남, 조기호, 김영석, 배형섭 . 뇌졸중 환자의 기능평가방법에 대한 연구,

- 대한한의학회지, 1996, pp. 48~83.
2. 해리슨내과학 편찬위원회 : 해리슨 내과학, 서울, 정담사, 1997, pp. 168~175.
3. 한국언어병리학회편 : 실어증 환자의 말-언어치료, 서울, 한학사, 1989, p. 41, 48, 76.
4. 楊繼洲 . 鍼灸大成, 大北, 文光圖書有限公司, 1990, p. 403.
5. 王執中 : 針灸資生經, 서울, 일중사, 1991, p. 59.
6. 許俊 : 東醫寶鑑, 서울, 남산당, 1992, p.59.
7. 羅天益 : 衛生寶鑑, 서울, 금강출판사, 1982, p. 84.
8. 김재수, 이재동, 최도영, 박영배, 고희균, 안병철, 박동은, 김창환, 강성길, 이운호, 최용태 : 中風후 언어장애에 대한 침구치료의 문헌적 고찰, 대한침구학회지, 15(2), 1998, pp. 537~550.
9. 金弘淳 : 中風患者의 言語障礙에 關한 임상적 연구, 서울, 경희대학교 내과학회지, 9, 1990, pp. 78~85.
10. 金景煜 : 中風(腦卒中)의 失音不語에 關한 臨床治驗 1例, 서울, 경희대학교대학원 석사과정 내과학 전공 중간발표, 1990.
11. 金鎮敦 . 中風으로 因한 言語障礙에 關한 文獻的 考察, 서울, 경희대학교대학원 석사과정 내과학 전공 중간발표, 1992.
12. Honer j, Feloce L, Loverso, Leslie GR . Models of Aphasia Treatment In R. Cheapy(Ed), Language Intervention strategies in adult aphasia 3rd ed, 1994, pp. 135~145.
13. Duffy JR : Schuell's Stimulation Approach to Rehabilitation. In R. Cheapy(Ed), Language Intervention strategies in adult aphasia 3rd ed, 1994, pp. 146~174.
14. 김수정 : 실행증을 동반한 표현성 실어증의 사례연구, 한국언어청각임상학회 학술대회 사례연구 모음집, 1999.

15. 조수진, 김수정 실어증 환자의 능동문과 피동문의 이해, 제27차 한국어학회 전국학술대회 발표논문, 2003.
16. 조수진, 김수정 . 실어증 환자의 능/피동문 이해와 작업기억의 상관관계, 한국언어청각임상학회년 학술대회 발표논문 모음집, 2002.
17. Brookshire, RH : Introduction to neurogenic communication disorders, 5th ed, Mosby, 1997.
18. Sanjit K. Bhogal, BA(Hon), Robert Teasell, MD, Mark Speechley, PhD . Intensity of aphasia therapy, impact on recovery, Stroke 34, 1999, pp. 987~993.
19. Darley FL : The efficacy of language rehabilitation in aphasia, Journal of Speech and Hearing Disorder 37, 1972, pp. 3~21.
20. 표성민, 김성수 : 중풍 후 나타나는 언어장애에 대한 임상적 고찰, 경희의학, 19, 2003, pp. 23~30.
21. Yorkson, KM, Beukelman DR, Bell, KR : Clinical Management of Dysarthric Speakers, A College-Hill Publication, 1998.
22. 李京燮 外 18人 . 동의심계내과학(하), 서울, 서원당, 1995, p. 105, 254.
23. 과학백과사전종합출판사 : 재판집동의학사전, 서울, 도서출판까치, 1990, p. 690.
24. 樓英 . 醫學綱目(上冊), pp. 299~301.
25. 王齊南 : 醫林, 1993, pp. 41~42.
26. 이진용 . 성음·언어장애의 한방치료, 서울, 도서출판 정담, 1998, pp. 76~124.
27. 송민식, 김영화, 장석근, 김정호, 임운경, 강재희, 박영수, 이병렬, 이현, 홍권의, 김영일, 송인선 중풍후 언어장애 환자 20례에 대한 체침과 사암침 치료의 임상적 비교 고찰, 대한침구학회지, 20(6), 2003, pp. 160~167.
28. 전연이, 박창국, 박치상 : 자발성 뇌내출혈에 동반된 실어증 환자 치험 2례, 동서의학, 27(3), 2002, pp. 34~43.
29. 강환호, 황치원 : 중풍언어장애의 원인과 치법에 대한 문헌적 고찰, 대전대학교 한의학연구소 논문집, 7(1), 1998, pp. 719~728.