

## 오행침자법(五行鍼刺法)을 포함한 한방치료로 호전된 뇌경색 후 발생한 Broca 실어증 치험 1례

김태련, 임현찬, 전상운  
동신대학교 광주한방병원 한방내과

### A Case Report of Broca's Aphasia after Cerebral Infarction by Korean Medical Treatment including Five-Element Acupuncture

Tae-ryun Kim, Hyun-chan Lim, Sang-yun Jeon

Dept. of Korean Internal Medicine, Dong-Shin University Gwang-ju Korean Medicine Hospital

#### ABSTRACT

**Objective:** To report the case of a patient suffering from Broca's aphasia after cerebral infarction, which was improved by Korean medical treatments, especially five-element acupuncture.

**Methods:** To relieve symptoms, Korean medicine treatments such as acupuncture, moxibustion, and herb medication were performed. To evaluate the effect of the treatments, articulation accuracy, vowel accuracy, and the sequential motion rate of articulator were checked.

**Result:** After treatments for 28 days, the symptoms were improved.

**Conclusion:** This report suggests that five-element acupuncture can be effectively used for patients with Broca's aphasia after cerebral infarction.

**Key words:** Broca's aphasia, cerebral infarction, Korean medical treatments, 5 element acupuncture

## 1. 서론

뇌경색은 경색된 혈관 및 괴사된 뇌조직의 위치에 따라 다양한 신경학적 증후를 나타낸다. 그 중에 하나가 실어증(Aphasia)인데, 좌측 대뇌반구 결절의 전두전엽에 있는 Broca 영역의 관련부에 손상을 입었을 때 나타나는 실어증을 Broca 실어증 혹은 운동성 실어증이라고 한다<sup>1</sup>. 뇌의 손상으로

인한 실어증은 짧게는 2개월에서 길게는 6개월까지를 언어회복기로 보는데, 특히 이 기간내의 적극적인 치료가 이후 예후에 큰 영향을 미친다고 한다<sup>2</sup>.

五行鍼刺法은 五腧穴의 五行속성을 중심으로, 自·他經의 五腧穴을 이용하여 자침하는 것으로, 대표적으로 舍岩五行補瀉法과 舍岩寒熱補瀉法이 상용되고 있다. 하지만 五行鍼刺法은 실제 임상에서는 학자마다 다양하게 응용되고 있다<sup>3</sup>.

뇌경색 후 언어장애에 대한 한방치료 증례는 종합적인 한방치료에 의한 증례<sup>4,5</sup>, 두침치료에 의한 증례<sup>6</sup>, 언어치료와의 병행여부에 따른 효과의 차이<sup>7</sup>, 사암침법과 체침의 효과 비교<sup>8</sup> 등으로 다양하게 보고되고 있다 하지만 실어증에 대한 임상 보고가

· 투고일: 2016.06.03, 심사일: 2016.06.30, 게재확정일: 2016.07.04  
· 교신저자: 전상운 광주광역시 남구 월산동 377-1  
동신대학교 광주한방병원  
TEL: 062-350-7207 FAX: 062-350-7141  
E-mail: damiano70@hanmail.net

아직도 부족한 실정이다. 또한 실어증 치료에 있어 한방치료의 유용성을 검증해 나갈 지속적인 보고가 필요하다.

이에 뇌경색 후 발생한 Broca 실어증 환자를五行鍼刺法을 포함한 한방치료로 호전시킨 사례가 있어 보고하는 바이다.

## II. 증례

1. 환 자 : 송○○(M/82)
2. 주소증
  - 1) Aphasia
  - 2) Apraxia
  - 3) Rt. side weakness(3/3)
3. 진단명 : 좌측 중대뇌동맥의 폐색으로 인한 뇌경색증
4. 발병일 : 2015년 09월 06일
5. 현병력
 

2015년 09월 06일 상기 주소증 발생하여 전남대병원에서 Brain-MRI상 뇌경색 진단(Lt. distal Middle Cerebral Artery(MCA), Fig. 1, 2)하에 2015년 09월 07일~2015년 09월 18일 입원하여 보존적 약물치료 후 재활 위하여 2015년 09월 18일 본원 2내과 경유 입원하심.
6. 과거력
  - 1) 2010년 Gastric Cancer OP
  - 2) 2015년 07월 29일 Bladder Cancer OP
  - 3) 20여 년 전부터 DM 진단받으시고 medication 중

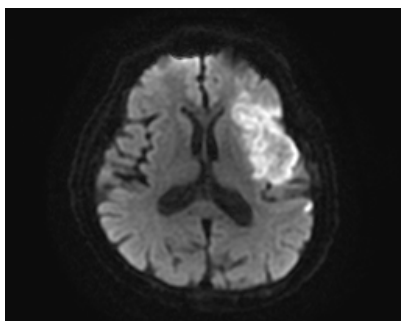


Fig. 1. Brain MRI DWI (9/07).

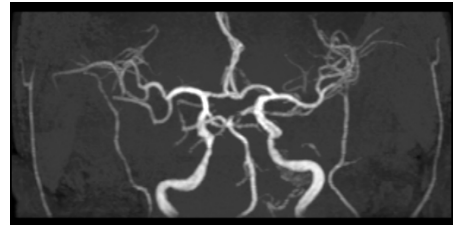


Fig. 2. Brain MRA (9/07).

7. 가족력 : 별무 특이 가족력
8. 입원검사결과(2015년 09월 19일)
  - 1) Chest PA : Normal
  - 2) EKG : Normal
  - 3) 일반혈액검사 : WBC  $3.72 \times 10^3/\mu\text{l}$ (LYM 9.9%, MON 8.3%, GAN 81.8%), RBC  $3.72 \times 10^6$  ml, Hemoglobin 9.7 g/dl, Hematocrit 29.44%, MCV 79 fL, MCH 26.0 pg, RDW 17.8%
  - 4) 기타혈액검사 : Albumin 3.0 g/dl, Glucose 225 mg/dl, Protein 5.6 g/dl,  $\text{Na}^+$  126 mEq/L,  $\text{Cl}^-$  95 Eq/L, CRP(정상)+, ESR 40 mm/hr
  - 5) 소변검사 : Leukocyte++, Protein+, Glucose++, Ketone++, Urobilinogen++, Erythrocyte+++
  - 6) 소변현미경검사 : WBC 30-35, RBC 25-30
9. 기타 소견

165 cm 정도의 마른 체구의 까무잡잡한 피부의 상기 환자는 입원당시 dull & drowsy 한 의식수준을 보였고 기타 신경학적 검사들에서 이상 소견은 보이지 않았다.

평소 일주일에 2~3번 음주를 하였고 흡연은 하지 않았으며 현재 식사는 죽으로 하루에 1공기 정도밖에 드시지 못했고 약간의 dysphagia 소견이 보였다. 口渴도 호소하였다. diaper 착용한 상태로 대변은 정상적으로 1회 1일, 소변은 자가배뇨 불가하여 foley catheter를 유치한 상태였다. 舌紅하며 전반적으로 건조한 無苔 양상이었으나 혀 중앙부에만 약간의 黑苔가 관찰되었다. 脈은 좌우 모두 細弱 하였다.

望聞問切을 통해 미루어 보아 중풍변증표준안-Ⅲ<sup>9</sup>의 음허증에 가깝다고 변증하였다.

10. 한방치료

1) 침치료

우측 편마비 증상을 치료하기 위해 中風七處穴을 기본으로 가감한 百會(GV20), 肩井(GB21), 肩髃(LI15), 曲池(LI11), 外關(TE05), 合谷(LI04), 風市(GB31), 足三里(ST36), 懸鐘(GB39), 崑崙(BL60), 太衝(IR03)을 환측에 선혈하였다<sup>10</sup>. 이에 더하여 五行鍼刺法을 응용, 足少陰腎經과 手少陰心經의 木穴을 이용한 경락소통을 통한 실어증에 대한 치료로 좌측 少衝(HT09), 湧泉(KI01), 大敦(LR01)을 선혈하였다. 선혈한 자리에 동방침구제작소 0.25×30 mm 1회용 멸균된 호침으로 1일 1회 직자하고 염전·제삼없이 15분간 유치하였다.

2) 뜸치료

자침한 曲池(LI11), 外關(TE05), 合谷(LI04), 足三里(ST36), 懸鐘(GB39), 太衝(IR03)에 뜸(강화미니뜸, 금산당제향 제작)을 끼워 태우는 溫鍼을 시행하였다. 이 외에 유치기간 동안 關元(CV04)에 구판뜸(동방침구제작소) 5장을 뜸틀에 끼워 간접해주구 1일 1회 시행하였다. 발침 후 腎俞(BL23) 關元俞(BL26) 膀胱俞(BL28)에 간접해주구(동방구풍년, 동방침구제작소) 1일 5장씩 1회 시행하였다.

3) 한약치료

아래와 같은 처방을 2첩의 약재로 3팩을 뽑아 1회 1팩, 1일 3회(아침, 점심, 저녁 식후) 투여하였다.

- (1) 09월 18일 저녁~09월 22일 점심 : 十全大補湯加味(Table 1)
- (2) 09월 22일 저녁~09월 24일 점심 : 淸神導痰湯(Table 2)
- (3) 09월 24일 점심~09월 25일 아침 : 藿香正氣散
- (4) 09월 25일 점심~10월 01일 점심 : 安神淸腦湯(Table 3)
- (5) 10월 01일 저녁~10월 07일 점심 : 瀉肝八正散(Table 4)

(6) 10월 08일 저녁~10월 15일 점심 : 安神淸腦湯

Table 1. 十全大補湯加味 (1貼)

藥材名	用量 (g)
熟地黃	12
黃芪	8
當歸	8
白茯苓	8
白朮	8
人蔘	8
杜沖	6
續斷	6
大棗	4
白芍藥	4
生薑	4
石菖蒲	4
牛膝	4
黃連	4
竹茹	4
川芎	4
甘草	2
肉桂	2

Table 2. 淸神導痰湯 (1貼)

藥材名	用量 (g)
半夏(薑製)	6
乾地黃	4
陳皮	4
當歸	4
大棗	4
麥門冬	4
白茯苓	4
白芍藥	4
生薑	4
石菖蒲	4
牛膽南星	4
枳實	4
川芎	4
甘草	2
遠志(法製)	2
竹茹	2
黃連	2

Table 3. 安神清腦湯 (1貼)

藥材名	用量 (g)
熟地黃	10
香附子	10
龜板 (法製)	7
白芍藥	7
白何首烏	7
酸棗仁 (炒)	7
白茯苓	5
山查肉	5
陳皮	5
丹麥	3
當歸	3
麥門冬	3
半夏 (薑製)	3
白僵蠶 (法製)	3
白蒺藜	3
石菖蒲	3
元肉	3
甘草	2
貢砂仁	2
木香	2
蘇葉	2
黃連	2
梔子	2

Table 4. 瀉肝八正散 (1貼)

藥材名	用量 (g)
甘草	4
瞿麥	4
金銀花	4
大黃 (酒蒸)	4
燈心	4
木通	4
生地黃	4
柴胡	4
車前子	4
草龍膽	4
梔子	4
敗醬	4
篇蓄	4
虎杖根	4
滑石	4
黃芩	4
黃栢 (鹽水炒)	4

11. 양약치료

- 1) 트라젠타듀오정 2.5/1000 mg(당뇨병치료제/1-0-1)
- 2) 리피로우정 20 mg(고지혈증치료/0-0-1)
- 3) 디아미크롱서방정 (당뇨병치료제/1-0-0)
- 4) 프레탈정 50 mg(항혈소판제/1-0-1)
- 5) 신일폴산정(엽산보충제/0-0-1)
- 6) 지소렌정(소화기점막보호제/1-0-1)
- 7) 니세틸산(Ach 합성 촉진제/1-0-1)

12. 재활치료

- 1) 운동치료(Complex exercise : 물리치료사 보조 하에 능동적, 수동적 관절운동 시행)
- 2) 물리치료(EST, Vital Stim)

13. 평가방법

- 1) 운동능력 평가  
Medical Research Council(MRC)에서 제안한 근력도수평가<sup>11</sup>(Muscle Manual Test, MMT, Table 5)에 의거하여 근력평가 시행하였다.

Table 5. MRC방식의 MMT<sup>11</sup>

Scale	의미
0	근수축이 없는 상태
1	약한 근수축만 보이는 상태
2	중력이 작용하지 않는 상태에서 능동 운동 가능
2-3	중력에 대하여 50% 미만의 ROM
3	중력에 대하여 50% 이상의 ROM
3-4	약한 저항에 대하여 50% 미만의 ROM
4	약한 저항에 대하여 50% 이상의 ROM
4-5	강한 저항에 대하여도 능동 운동이 가능한 지만, 반대쪽과 비교해볼 때 분명히 더 약한 상태
5	정상상태

\*ROM : range of motion

2) 언어능력 평가

이<sup>12</sup>의 논문에서 소개한 「조음기관 기능 수행력 평가」지와 「조음정확도 평가」지를 이용하여 각각 조음기관 기능향상과 조음 개선 정도를 평가(Table 6)하였다. 또한 연속적인 조음

기 운동속도(SMR)의 향상 정도를 평가하기 위하여 '파타카(pataka)'를 10회 반복 발음하  
게 하여 소요된 시간(초)을 체크하였다.

Table 6. 조음기관 기능 수행능력 평가 척도<sup>12)</sup>

평가 점수	수행력 평가	평가 시 고려되는 사항들
[0.0]	매우 심각함.	① 단계별 주요 활동을 스스로 전혀 수행하지 못함. ② 치료사의 모델링을 모방하지 못함(보조적인 도움이 있어도 전혀 수행할 수 없음). ③ 안면표정의 비대칭이 매우 심함. ④ 무의미음절을 지나치게 느린 속도로 반복하며 무슨 음인지 전혀 알아들을 수 없다. ⑤ 모음 구형이 비정상적이며, /아/ 연장 발성 길이도 3초 미만으로 매우 짧다. 또한 발성의 음도 변화가 없다.
[1.0]	약간 수행 가능함.	① 단계별 주요 활동에 대한 수행능력이 나타나기는 하나 아주 미미한 정도임. ② 치료사의 모델링을 약간 모방할 수 있음(보조적인 도움으로 약간 수행할 수 있음). ③ 안면표정의 비대칭이 휴식시보다 운동 시에 더욱 많이 나타남. ④ 무의미 음절을 천천히 반복 발화하며, 무슨 음인지 약간 알아들을 수 있음. ⑤ 모음 구형은 비교적 잘 만드나, 연장 발성 길이가 5초정도에 한정됨. 또한 발성 시 음도 변화가 미미하게 나타남. ⑥ 해당 조음기의 긴장유지가 1초 정도에 한정됨.
[1.5]	어느 정도 수행 가능함.	① 단계별 주요 활동을 스스로 어느 정도 수행함(보조적인 도움 또한 필요). ② 안면표정의 비대칭이 휴식 시와 운동 시에 약간 나타남. ③ 무의미 음절 반복 발화 속도가 약간 느린 감이 있다. 무슨 음인지 어느 정도 잘 알아들을 수 있으나, 약간은 비정상적이다. ④ 모음 구형은 잘 만드나, 연장 발성 길이가 10초 정도에 한정됨. 또한 발성 시 음도 변화가 어느 정도 나타남. ⑤ 해당 조음기의 긴장유지가 1초~3초 미만 정도에 한정됨.
[2.0]	비교적 잘 수행함.	① 단계별 주요 활동을 비교적 잘 수행함. ② 안면표정의 비대칭이 휴식 시에는 거의 나타나지 않고, 운동 시에 약간 나타남. ③ 무의미 음절을 비교적 빠른 속도로 발화함. 또한 발화의 명료도 좋음. ④ 모음 구형은 비교적 잘 만드나, 연장 발성 길이가 15초정도에 한정됨. 또한 발성 시 음도 변화가 비교적 잘 나타남. ⑤ 해당 조음기의 긴장유지가 3초~5초 정도 유지됨.
[2.5]	매우 잘 수행함.	① 단계별 주요 활동을 스스로 매우 잘 수행함. ② 안면표정의 비대칭이 휴식 시와 운동 시에 거의 나타나지 않음. ③ 무의미 음절을 매우 빠르며 반복하며(정상적), 발음의 명료도 또한 높음. ④ 모음 구형은 비교적 잘 만드나, 연장 발성 길이가 20초 이상임. 또한 발성 시 음도 변화가 쉽게 인지됨. ⑤ 해당 조음기의 긴장유지가 5초 이상임.

14. 치료경과

1) day 1

mental drowsy. Foley catheter 유치중. Rt. side

weakness Gr.3(상지)/3(하지). 언어기능은 '아' 단음절만 내는 수준임. 전반적으로 기력이 쇠한 상태로 이로 인해 운동기능이 약화된 상태

- 로 보임.
- 2) day 3  
 mental dull. 계속 눈을 감으려는 상태는 나아짐. 외부의 말에 맞게 반응하심. Rt. side weakness Gr. 3-4/3-4. 언어기능 변화 없음. 기력 다소 회복하심.  
 pm 4:30 : 소변검사상 혈뇨 및 염증소견 관찰되며, 자가 노의를 느끼며, 환자분 스스로 자가배뇨 의지가 있으셔서 foley catheter 제거함.  
 pm 11:00 : 자가배뇨 안되어 nelaton catheter 사용 배뇨함(400 ml).
- 3) day 4  
 am 11:00 : 자가배뇨 불가 지속되어 foley catheter 재 삽입함. bladder irrigation 1일 1회 시행(am 11) 및 catheter를 4시간 간격으로 잠갔다가 풀며 방광 괄약근 training 지속적으로 시행. 제반 외견 증상 변화 없음.  
 'pataka' 10회 소요시간(이하 pataka) : 10회까지 발음하지 못함. 조음기관 기능 '약간 수행 가능함'(1.0점).
- 4) day 5  
 제반 외견 증상 변화 없음. 점심식사 죽으로 1공기 다 드심. 저녁부터 처방 淸神導痰湯으로 바꾸어 투여. pm 9:00경 설사 1회
- 5) day 6  
 am 7:00, pm 1:00 설사 1회씩
- 6) day 7  
 am 7:00 설사 1회. pm 5:00 설사 양상 더 물러짐. 처방 藿香正氣散으로 바꾸어 투여. 關元(CV04)에 간접애주구 5장 시행. 본원 양방 협진하에 Normal saline 500 ml 정맥주사함.
- 7) day 8  
 am 6:00, am 10:00 약간 무른 변으로 호전양상 보임. 점심부터 처방 安神淸腦湯으로 바꾸어 투여. pm 4:00 환자분 자가 직립 및 간병인 보조하에 보행 하심. Rt. side weakness Gr. 4/4 호전양상보임.

- pataka : 10회까지 발음하지 못함. 조음기관 기능 변화 없음.
- 8) day 10  
 少衝(HT09), 湧泉(KI01), 大敦(LR01) 자침 후, 혀를 움직여보라고 했을 때 이전과 달리 혀의 움직임이 미약하게 관찰됨. 이후 기존 침치료에 배합하여 사용함.  
 pataka : 41.22초. 조음기관 기능 변화 없음.
- 9) day 12  
 보행기 이용하에 단독으로 보행하며 재활치료 중  
 pataka : 31.02초. 조음기관 기능 변화 없음.
- 10) day 14  
 Foley catheter 유치중. 육안적, 소변검사상으로 혈뇨소견 관찰됨. 혈뇨 치료 위하여 저녁부터 처방 瀉肝八正散으로 바꾸어 투여함.
- 11) day 15  
 am 8:00 foley catheter 제거함. am 11:00 자가배뇨 성공함.  
 pataka : 27.64초. 조음기관 기능 '어느 정도 수행 가능함'(1.5점)
- 12) day 17  
 보행기 없이도 자가 보행 가능함. 혼자서 화장실 가서서 배변하심.
- 13) day 21  
 저녁부터 처방 安神淸腦湯으로 다시 바꾸어 투여  
 pataka : 24.12초  
 조음기관 기능 : '비교적 잘 수행함'(2.0점)
- 14) day 28  
 Discharge. pataka : 23.54초  
 조음기관 기능 : '비교적 잘 수행함'(2.0점)

### III . 고찰 및 결론

언어장애는 실어증, 구음장애, 실성(失聲), 신경성 종합이상 등을 포괄하는 개념이다. 실어증이란 대뇌의 이상으로 인해 언어를 이해하거나 표현하는데 있어서 문제가 있는 것이고, 구음장애란 이해

나 기억력은 정상이나 언어를 구성하는 근육활동의 장애를 의미하며, 실성은 음성의 소실을 말하며, 신경성 종합이상은 치매 혹은 섬어(謔語)의 경우로서 대뇌피질의 근본적 변화에 기인하는 언어장애이다<sup>8</sup>. 이 중 실어증은 뇌경색 등의 뇌혈관질환에서 흔하게 나타나는 증후로, 외국에서 발표된 문헌에 따르면 급성기 뇌졸중에 동반되는 실어증의 비율은 34%이며, 1년 이후에도 동반 비율은 약 20%에 달한다<sup>13</sup>. 의사소통이 갖는 사회적 중요성을 고려해 볼 때, 뇌졸중 후 언어장애의 재활은 환자의 삶의 질에 지대한 영향을 주는 요소라 할 수 있다.

이 중 실어증에 대해 알아보면, '뇌의 특정한 영역이 특정한 언어형태의 중심이 되거나 그 언어 중심들이 서로 연계되어 언어활동을 행한다'고 한 Connectionism 학파에 의한 분류에 의하면, 실어증은 병변 부위와 임상양상에 근거하여 운동성 실어증(Motor aphasia, Broca's aphasia), 감각성 실어증(Sensory aphasia, Wernicke's aphasia), 전실어증(Global aphasia)으로 분류한다<sup>14</sup>. 이 중 운동성 실어증의 경우 우위반구(오른손잡이의 95%, 왼손잡이의 70~80% 우위반구가 좌반구이다)의 운동언어구역(Broca영역)의 장애로 발생한다. 언어·문자에 대한 이해는 비교적 양호하지만 자발언어의 장애가 뚜렷하고 복창·음독·필기에 장애가 있다. 즉, 모든 표현에 장애가 있는 것이 Broca실어증의 특징이다<sup>15</sup>.

손상된 뇌의 부위에 따라 다르게 진단하는 양방적 진단에 비해, 한의학에서는 환자의 제반 症狀에 따라 辨證하여 처치에 임하게 된다. 失音を '瘖'이라고 하는데, 고대에서부터 '喉瘖'과 '舌瘖'으로 구분했다. 喉瘖은 서양의학적으로 급·만성인후염, 후두결핵, 성대결절 등과 대응되고, 舌瘖은 뇌혈관질환에 속발되어 나타나는 증상으로 이해된다. 《東醫寶鑑·風門》에 따르면 “中風於人, …, 曰暴瘖, 曰蒙昧, …”라 하여 중풍의 제반 증상 중 하나로 瘖을 제시하고 있다<sup>16</sup>. 瘖의 원인은 外感性, 內傷性으로 나누게 되는데, 본저에서 다루는 실어증은 內傷

性으로 구분할 수 있다. 이 경우 대개 장부기능의 실조로 인해 발생한다. 구체적인 내용은 《內經》에서부터 찾아볼 수 있는데, 가령 《素問·脈解篇》에서는 “入中爲瘖者, 陽盛已衰, 故爲陰也. 內奪而脈, 而爲瘖俳, 此腎虛也.”라 하여 腎의 문제로 인한 瘖의 발병을 언급하였고, 《靈樞·邪氣臟腑病形》의 “心脈…澁甚爲瘖.”, 《靈樞·脈解》의 “手少陰之別, 名曰通里…循經於心, 系舌本, 屬日系, 其實則支隔, 虛則不能言.”에서는 心脈의 문제로 인한 瘖의 기전을 언급하였다. 또한 《素問·憂患無言》에서는 “肝脈驚暴, 有所驚駭, 脈不至若瘖.”이라 하여 肝氣鬱結로 인한 瘖의 가능성을 언급하였다<sup>17</sup>. 위와 같이 腎, 心, 肝이 瘖과 유관함은 각 經絡의 流注를 살펴봄으로써 그 신빙성을 더하게 되는데, 心脈외에도 《靈樞·經脈》에 각각 “腎足少陰之脈, …, 循喉嚨, 挾舌本.”, “肝足厥陰之脈, …, 循喉嚨之後, 上入頰頰, …”이라 기록되어 있음에 그 문헌적 근거를 찾을 수 있다<sup>18</sup>. 이는 실어증의 침구치료에 임할 때 참조할 수 있으며, 본 증례에서는 이 근거를 참조로 침구치료를 하였다.

현재 서양의학에서는 언어치료 외의 약물요법으로서 Bromocriptine, Amphetamine, Piracetam 제제 등을 제시하여 신경전달물질 혹은 신경보호효과를 통해 언어능력 향상에 도움을 주려 노력하고 있으나 그 효과에 대해서는 의견이 분분한 상태이다<sup>19</sup>.

그동안 한의학계에는 뇌졸중 이후 실어증의 치료에 관한 여러 방면의 증례와 연구가 발표되었는데, 종합적인 한방치료에 의한 증례<sup>4,5</sup>, 두침치료에 의한 증례<sup>6</sup>, 언어치료와의 병행여부에 따른 효과의 차이<sup>7</sup>, 사암침법과 체침의 효과 비교<sup>8</sup> 등이다. 하지만 실어증에 대한 임상 보고가 아직도 부족한 실정이다. 또한 실어증 치료에 있어 한방치료의 유용성을 검증해 나갈 지속적인 보고가 필요하다.

본 증례의 환자는 당뇨, 위암, 방광암의 과거력을 가진 환자로서 급성 뇌경색으로 대학병원에서 혈전용해술 없이 급성기를 지낸 후 재활치료를 위하여 본원에 내원하였다. 입원 시 의식 상태는 dull

한 상태였으나 시간이 지나며 의식이 명료해지고 언어이해는 가능하나 언어표현이 불가능한 점, Brain-MRI(Fig. 1, 2)상 Broca영역이 위치하는 Lt. temporal lobe에 피사가 생긴 점으로 운동성 실어증으로 볼 수 있다.

내원당시 의식이 명료치 못하고 실어증, 실행증 외에 허탈·기면 증상 심하여 먼저 기력 회복에 주안점을 두고十全大補湯加味를 처방하였다. 이후 허탈·기면 증상은 호전되었으나 여전히 외부 반응에 무딘한 반응을 보여滌痰開竅하여神志를 맑게 하는淸神導痰湯을 처방하였다. 이후 실행증은 호전되었고 의식상태도 명료해졌으나 실어증은 여전히 개선되지 않고 있었다.

환자는 체구가 마르고, 전체적으로 거무튀튀한 피부색이었으나口渴이 있으며 약간의顴紅소견이 보이는 점,舌狀이舌紅少苔하고脈은細數한 점으로 미루어 보아 음허증으로 진단할 수 있었고, 중풍이란 본래本虛標實한 질환이므로陰虛血虛하며 약간의熱像을 띄는 환자에게 적합한安神淸腦湯을 처방하였다.

이 외에五行鍼刺法을 응용하여 자침하였다.五行鍼刺法은五腧穴의五行속성을 중심으로,自·他經의五腧穴을 이용하여 자침하는 것으로, 대표적으로舍岩五行補瀉法과舍岩寒熱補瀉法이 상용되고 있다. 하지만五行鍼刺法은 실제 임상에서는 학자마다 다양하게 응용되고 있다<sup>3</sup>. 저자는 이<sup>20</sup>의 관점을 차용하여五行鍼刺法을 응용하였는데, 이는五腧穴을 이용하여 장부간의 불균형을 맞춰주는 개념으로 접근하는 관점이다. 즉, 소속 경락의五行과 같은五行을 띄는穴(이<sup>20</sup>은 대표 오행혈이라 칭한다)은 각 장부의 기능을 대표하는 자리인데, 타 장부의 대표 오행혈과 배합되어 자기 장부의 생리적 기능을 통해 타 장부의 병리적 상태를 개선시키는 작용을 한다고 본다.

본 증례의 환자에게中風七處穴을 기본으로 하여百會(GV20),肩井(GB21),肩髃(LI15),曲池(LI11),外關(TE05),合谷(LI04),風市(GB31),足三里(ST36),

懸鐘(GB39),崑崙(BL60),太衝(IR03)을 선혈하였고<sup>10</sup>,腎,心の經絡流注를 근거로足少陰腎經脈과手少陰心經脈의 소통을 통한 언어장애 개선을 위하여, 위의五行鍼刺法을 이용,少衝(HT09),湧泉(KI01),大敦(LR01)을 추가로 선혈하였다.

즉大敦은足厥陰肝經의木穴로서간의疏泄作用을 이용하여各장부의鬱滯를 풀어주거나 생리 기능을 추동하는 역할을 하게 되며, 이 작용은 나머지臟의木穴, 즉少衝(心),隱白(脾),少商(肺),湧泉(腎)과 배합되어 그 작용의 방향을 집중한다. 따라서大敦과少衝,湧泉을 배합하여手少陰心經과足少陰腎經의氣機疏通을 유도한다<sup>20</sup>.

치료 과정에서 실어증이 호전되지 않고 있던 중,少衝,湧泉,大敦 세 혈자리의 자침 직후, 움직이지 않던 혀가 미약하게 움직임을 관찰할 수 있었고, 이후 기존 자침 혈자리에 더하여 처치하였고 이후 혀의 움직임을 개선됨은 물론 조음기관 기능 수행 능력과 조음기 운동속도가 현저하게 호전되는 것이 확인되었다.

다만 입원하기 전 방광암 수술로 인한 혈뇨 양상이 계속되어 한약을瀉肝八正散으로 바꾸어 투여해보기도 하였으나 호전되지 못해, 실어증이 다소 호전된 후 방광암 이후 처치를 위해 타병원으로 전원하여 치료를 마무리하지 못한 점이 아쉽다.

본 증례는 뇌경색 후 발생한 운동성 실어증에 대한 한방치료, 특별히五行鍼刺法을 이용한 치료의 유효성을 보여주는 것으로, 단일 증례라는 한계가 있지만 추후 실어증의 한방치료에 대한 참고 사례로 이용될 수 있을 것이라 생각된다.

## 감사의 글

본 증례는 2016년도 동신대학교 교내학술연구비 지원으로 수행된 연구이며, 이에 감사드립니다.



## 참고문헌

1. John Hall. Guyton and Hall textbook of Medical Physiology. 12th edition. St. Louis: SAUNDERS; 2012, p. 752.
2. Korea language pathology association. Understanding and therapy of language disorder 2-Language of aphasia patients. Seoul: Gunja Press; 2001, p. 3-6.
3. Ahn CB, Min YG, Kim JE, Moon HC, Song CH, Lee JC, et al. A study on principle and clinical application of 5 Element acupuncture II-study on clinical application. *Korean Journal of Pharmacopuncture* 2008;11(3):33-12.
4. Kim DM, Kim HG, Ha SE, Kim YS, Nam SS. A Case Report of Communication disorder associated with Post-stroke. *Korean Journal of Acupuncture* 2007;24(3):47-7.
5. Lee YJ, Jung YJ, Um HS, Kim SA, Seo UK, Jung US. A Case Report on Broca Aphasia. *Korean J Oriental Int Med* 2004;25(4):401-8.
6. Park SU, Lee MK, Lee SU, Kim YJ, Yoo HH, Lee YJ, et al. Clinical Study of Scalp Acupuncture Effects on Patients with Broca Aphasia. *Korean J Oriental Int Med* 2004;25(4):167-9.
7. Kwon SW, Park JY, Byun HS, Yoon SK, Seo YR, Jung WS, et al. Adjacent Effect of Oriental Medical Therapy on Aphasia after Stroke. *Korean J Oriental Med* 2010;31(4):129-11.
8. Song MS, Kim YH, Jang SK, Kim JH, Lim YK, Kang JH, et al. Clinical comparison studies on 20 cases of stroke patients with dysarthria by Sa-Am & General acupuncture. *Korean J Acupuncture & Moxibustion Med* 2003;20(6):160-7.
9. Lee JA, Lee JS, Kang BK, Ko MM, Mun TU, Cho KH, et al. Report on the Korean Standard Pattern Identifications for Stroke-III. *Korean J Oriental Int Med* 2011;32(2):232-10.
10. Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine Society textbook compilation committee. The Acupuncture and Moxibustion-III. clinical application. Paju: Jipmoondang; 2008, p. 158.
11. Paternostro-Sluga T, Grim-Stieger M, Posch M, Schuhfried O, Vacariu G, Mittermaier C, et al. Reliability and validity of the Medical Research Council(MRC) scale and a modified scale for testing muscle strength in patients with radial palsy. *J Rehabil Med* 2008;40(8):666.
12. Lee OB. The Effects of the Articulatory Training Program on the Dysarthric Speech in Subjects with Dysarthria. *Graduate School of Rehabilitation science of Taegu University* 1998:35.
13. Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Määttä R, Mononen H, Brusin E, et al. Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Dis* 2000;10(6):455-6.
14. Miller N. The neurological bases of apraxia of speech. *Seminars in Speech and Language* 2002;23(4):223-7.
15. Editorial department of Jeongdam publication. Integrated internal medicine by understanding of anatomical pathomechanism. Seoul: Jeongdam publication; 2013, p. 140-2.
16. Heo j. New edition translation Donguibogam. Seoul: Bubinmoonhwasa; 2005, p. 1730.
17. Urology & nephrology & endocrinology class of Korean medical colleges. Singyenaegwahak. Seoul: Kunja press; 2011, p. 113-5.
18. The Meridian and Acupoint textbook compilation committee of Korean medical colleges & Korean medical graduate school. Daehakgyeongrak-gyeonghyeolhakchongron. Wonju: Uibang press;

- 2009, p. 140, 181.
19. Barnes MP, Dobkin BH, Bogousslavsky J. Recovery after stroke. New York: Cambridge University Press; 2005, p. 475-24.
20. Lee CW. Chongtongchimbub intermediate level. Wonju: Chongtong press Sun; 2013, p. 23-9.