

地黄白虎湯으로 호전된 嚥下障礙와 言語障礙를 동반한 腦卒中 환자 치험례

최인호 · 김나영 · 홍솔이* · 신미란

세명대학교 한의과대학 사상체질과, *동서한방병원 사상체질과

Abstract

A Clinical Study of the Cerebrovascular Accident Patient who Has Dysphagia and Dysphasia Improved with Gihwangbaekho-tang

Choi In-Ho, Kim Na-Young, Hong Sol-Yi*, Shin Mi-Ran

Dep. of sasang constitutional medicine, College of Oriental medicine, Semyung Univ.,

*Dep. of sasang constitutional medicine, Dong-seo Oriental medicine.

1. Objectives

The purpose of this study is to evaluate the effect of Gihwangbaekho-tang which is based on the Sasang Constitutional Medicine for the cerebrovascular accident patient who has suffered from dysphasia and dysphagia.

2. Methods

The subject is about 69-year-old cerebrovascular accident patient suffering from dysphasia and dysphagia who was diagnosed as Soyangin interior overheated disease based on his nature & emotion, physical characteristics, symptoms, and we have prescribed Gihwangbaekho-tang.

3. Results and Conclusions

Cerebrovascular accident patient is suffering from dysphagia, dysphasia, insomnia, constipation, quadroparesis treated with Gihwangbaekho-tang were improved. This study describes the improvement of dysphagia, dysphasia and other general symptoms using Gihwangbaekho-tang. Gihwangbaekho-tang takes effect Soyangin interior overheated disease.

Key Words : Soyangin, Gihwangbaekho-tang, Dysphasia, Dysphagia

I. 緒 論

嚥下障礙의 원인은 뇌졸중, 뇌종양, 외상성 뇌손상 등의 다양한 중추신경계 질환을 비롯하여 운동신경원 질환이나 근육병 등의 말초신경계

질환 및 구강, 인후두부 종양 등이 있지만¹ 특히 腦卒中에 동반된 嚥下障礙는 뇌의 손상부위에 손상정도에 따라 임상적 증상과 정도가 매우 다양하게 나타날 수 있고, 심한 경우에는 흡인성 폐렴, 영양실조, 탈수, 패혈증 등의 합병증으로 인하여 腦卒中 환자의 예후에 큰 영향을 미친다. 嚥下障礙는 주로 삼킴의 중추인 뇌간에 병소가 있을 때에 嚥下障礙가 아주 빈번하게 발생하는 것은 이미 잘 알려진 사실이며², 그 밖에 대뇌 및

• 접수일 2008년 06월 05일; 승인일 2008년 07월 13일
• 교신저자 : 신미란
충청북도 충주시 봉방동 836번지 세명대학교 한방병원
Tel : +82-43-856-1010 Fax : +82-43-856-1731
E-mail : shinmr19@daum.net

소뇌 반구 병소 환자들에게서 발생하는 嚔下障礙에 대한 연구들³⁾ 시도되어 뇌 병소와 삼킴 기능과의 관련성을 밝히려는 연구들이 끊임없이 이루어지고 있다.

腦卒中으로 인한 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 중요하다⁴⁾. 그러나 현재까지의 腦卒中 치료는 운동기능의 개선이 주목적이 되어왔고 그에 따라 腦卒中의 신경학적 손상정도나 치료의 평가기준 역시 재활의학 측면에서의 일상생활동작 수행능력 평가에 중점을 두었다⁵⁾. 따라서 失語, 不全失語, 構音障礙, 發聲障礙 등의 言語障礙가 그 중요성에 비해 장애의 정도를 구체적으로 평가할 독립적인 기준도 체계화되어 있지 않으므로 한방적인 임상 치료 보고나 연구가 더욱 필요한 실정이다.

이런 상황에서 腦卒中 환자에 동반되는 言語障礙와 嚔下障礙를 기존의 증치의학적인 시각에서 벗어나 인간을 전인적인 관점에서 보아 치료와 관리를 해 줄 수 있는 연구가 필요하다.

동무 이제마는 『東醫壽世保元』에서 사람을 太陽人, 太陰人, 少陽人, 少陰人의 네가지 체질로 구분하여 각각 성정의 편차로 인해 臟局의 대소가 나타나고, 이로 인해 사상인 각각의 생리, 병리에 차이가 있음을 제시하였다.

사상의학에서는 中風의 원인도 평소 체질적 섭생의 불균형에서 나오는 만성적 요인에서 그 원인을 찾고 있으며, 증풍의 전구증에서 발병까지의 진행과정도 사상인의 체질적 차이가 크게 작용하므로 각 체질별 증풍의 특성과 진행양상을 연구 기록하는 노력이 필요한 실정이다.

그러나 현재의 사상체질 연구에서는 腦卒中 환자에 동반된 嚔下障礙와 言語障礙에 대한 연구는 많지 않은 편이고 특히 少陽人에게 狂症, 不眠證, 大便不通의 증상과 함께 나타난 심각한 嚔下障礙와 言語障礙에 대한 연구가 부족한 상황이다. 이에 본 저자는 少陽人 中風患者에게 동반된 嚔下障礙와 言語障礙를 地黃白虎湯을 사용하여 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 證例 및 方法

1. 증례

- (1) 성 명 : 조○○
- (2) 성별 및 나이 : 남/69
- (3) 주소증 : 四肢不全麻痺, 右側 手指 振顫, 言語障礙, 嚔下障礙
- (4) 발병일 : 07.3.23 PM 9:00경
- (5) 발병동기 : 제사지내다가 갑자기 발병
- (6) 과거력
 - ① 1994년 ○○병원에서 요추추간관 탈출증 진단 받고 수술받음
 - ② 1998년 腦卒中으로 ○○병원에서 3달간 입원치료
 - ③ 1998년 고혈압 진단받고 경구약물 투여중
- (7) 가족력 : 남동생 뇌졸중
- (8) 사회력
 - ① 농업에 종사
 - ② 별무 흡연
 - ③ 별무 음주
 - ④ 별무 기호식
- (9) 현병력 : 상기 환자는 69세 비교적 마른 체형의 고집센 성격의 남환으로 2007.3.23 제사지내다가 상기 주소증 발생하여 충주소재 한의원에서 침치료 후 본원 응급실 경유하여 2007.3.24 휠체어를 통해 입원하였다.
- (10) 체질소견
 - 1) 體形氣像

상기 환자는 신장 155cm에 체중 50kg(입원시)로 흉부와 어깨쪽이 벌어져 흉금지포세가 성장하고 방광지좌세가 고약한 체형이다.

 - ① 액와횡문간 거리 : 27.6
 - ② 양 유두간의 횡행직선상 거리 : 28.6
 - ③ 제 7, 8 협늑골 접합부 횡행직선상 거리 : 28.3
 - ④ 신궤혈- 천추혈 횡행직선상 거리 : 27.3
 - ⑤ ASIS 연결 횡행직선상 거리 : 29.1
 - 2) 容貌詞氣 : 관골부위가 발달하여 있으며

얼굴의 상관 중관 하관 중에서 상관이 발달되어 있는 용모이고 얼굴형은 역삼각형이다.

- 3) 性質材幹 : 평소애 예민하고, 급하고, 고집이 강하며 한번 화를 낼 때는 불같이 화를 내며 자신의 주장을 꺾지 않는 자이다.

4) 素證

- ① 睡眠 : 하루 4-5시간 정도 깨지 않고 잘 잤으나 평소 잠이 적은 편이었다. 보통 11시쯤 잠들어 새벽 4시에 깬다.
- ② 食慾 및 消化常態 : 한끼 1공기씩 드셨으면 식욕 좋았고 소화도 잘 되었다.
- ③ 渴證 : 상시 입이 마르며 갈증이 남
- ④ 面色 : 얼굴 전체적으로 검붉은 색을 띄고 있으며 윤기가 남
- ⑤ 皮膚 : 건조한편
- ⑥ 汗 : 평소 땀이 별로 없음. 운동시나 더울때는 땀이 남.
- ⑦ 大便 : 평소 2일에 1회 정도 배변. 변비는 없었고 복부불쾌감도 없었다.
- ⑧ 小便 : 평소 하루에 5-6회 정도로 불편감은 없었다.
- ⑨ 腹診 : 이상이 없었다.
- ⑩ 脈診 : 洪數
- ⑪ 舌診 : 舌赤黃苔

5) 사상체질설문검사지 : 少陽人

이상 전체적인 환자의 體形氣像, 容貌詞氣, 性質材幹, 素證을 참고 후 사상체질과 전문의가 少陽人으로 판정함

(11) 초진소견

- ① 四肢不全痲痺 : 양 상지와 하지 전부 미약한 마비가 있었으며 Motor grade는 Good +를 유지하는 상태로 근력은 있었지만 안정차원에서 보행을 시키지 않은 상태. 특히 좌상지부위 Motor grade 우상지에 비해 50%정도의 힘을 낼 수 있는 상태로 다른 곳에 비하여 상태가 좋지 않았으며 양 하지의 근력은 서로 비슷하여 하지거상검사시 60°/60°정도 유지하였으

며 양하지동시거상시 30°정도를 유지하였음.

- ② 右側 手指 振顫 : 안정시는 발하지 않으나 힘을 주거나 움직이려 할 때 미약한 진전 관찰됨
- ③ 言語障礙 : 단어를 거의 이야기 하지 못하며 '아'와 같은 음성만 조그맣게 낼 수 있는 정도로 Dysphasia grade I.
- ④ 嚥下障礙 : Water intake가 거의 되지 않으며 삼키는 동작이 전혀 되지 않고 전부 흘러나오며 억지로 집어넣으면 사례가 들려 지속적으로 기침을 하는 상태. 초진시 검사 후 3.25일 레빈튜브 삽입하여 Oral feeding 포기함.
- ⑤ 不眠 : 잠을 거의 자지 못하며 입면시 장애가 심하고 잠에 든다고 하더라도 조조각성으로 인하여 바로 다시 깨어나는 상태로 수면부족으로 인한 피곤함을 대단히 많이 호소하는 상태.
- ⑥ 狂症 : 밤만되면 더욱 정신이 또렷해지고 계속 움직이려함. 레빈튜브를 제거하려는 시도 많아 강제로 손을 묶어내야 되는 상태.
- ⑦ 便秘 : 입원시부터 대변을 보지 못함.

(12) 양방적 검사소견과 활력증후

[Lab findings]

- ① CBC WBC-RBC-HGB-HCT 8.9-4.33-14.3-40.4 ESR 20
- ② BC Total protein/ Albumin 6.9/3.9 Total bilirubin/ Direct bilirubin 0.6/0.3 AST/ALT/r-GTP/ALP/LDH 28/21/12/87/398 Cholesterol/ TG 212/133 BUN/Creatinine 12/0.8 Uric acid 4.0 Amylase 89 HDL/LDL Cholesterol 54/119 FBS 65 Ca/Na/K/Cl 8.5/142/4.0/101 CRP/CPK 0.5/47

[Brain MRI]

- <07.3.24>
- ① Chronic infarctions on Lt. WM of frontal lobe and BG

- ② Rt. Cerebellar focal infarction
- ③ Highly suggested Rt. sylvian fissure area infarction, probably acute stage

[Chest PA]

<07.5.2> R/O bronchitis
 <07.5.14> no active lesion
 <Abdomen Erect/Supine/KUB>
 <07.3.30> paralytic ileus, focal matening on Large bowl.

[Vital Sign]

Blood pressure 150/90 Pulse 76 Respiration 20
 Body temperature 36.6 BST 138

(13) 최종진단

- ① 少陽人 少陽人胃受熱裏熱 胸膈熱證
- ② 뇌경색
- ③ 고혈압

2. 평가방법

1) 嚥下障礙

연하기능의 회복정도를 평가하기 위해 물 50cc를 주고 물컵에 입을 댄 순간부터 마지막 모금을 마시고 숨을 쉬기까지 걸린시간(min)을 측정하고 50cc의 물을 마시는 동안의 기침횟수와 연하운동이 최초로 시작되는 시간(sec)을 측정하여⁶그 정도를 아래와 같이 평가하였다(Table 1).

2) 言語障礙

言語障礙의 회복정도를 평가하기 위해 다음과 같은 평가방법을 사용했다.

- ① 기본 모음 10개 정확도 검사⁷
 기본 모음 10개 (/아/, /야/, /어/, /여/, /오/,

/요/, /우/, /유/, /으/, /이/)를 조음 검사한 결과 정조음한 개수를 기록하는데 3회를 실시하여 그 평균을 기록하였다.

② 교호운동속도 검사⁷

연속적인 조음기 운동속도의 정도를 평가하기 위해 각 대상자에게 ‘파파파’, ‘타타타’, ‘카카카’, ‘파타카’를 각각 10회 반복하여 소요된 시간을 기록하였다. 이 검사는 각 대상자별로 검사 때마다 3회에 걸쳐 실시하고 평균값을 구하였다.

③ 문장 말하기 검사

“우리는 높은 산에 올라가 맑은 공기를 마시고 왔습니다.”라는 문장을 발음하게 하여 유창도를 측정하였다. 기준은 문장 안에 포함된 단어 중 정확하게 발음하는 문장의 숫자를 비율로 계산하였다.

3. 치료방법

1) 약물치료

① 약제

본 실험에 사용한 星香正氣散의 처방은 方藥合編에 의거하였으며, 약제는 S대학교 한방병원에서 구입한 후 정선하여 사용하였고, 涼膈散火湯, 地黃白虎湯, 獨活地黃湯은 『東醫壽世保元』에 의거하였다. 사용된 약물은 탕전하여 복용하도록 하였으며 하루 3번 (오전 8시, 오후 1시, 오후 6시) 투약하였으며 탕전된 약의 용량은 한포당 120cc였다. 탕약의 성분과 날짜별로 투여한 탕약은 Table 2와 같다.

Table 1. Examination of Dyphagia

Grade 1(Normal)	컵에 든 50cc정도의 물을 마셔보게 하여, 어려움 없이 마실 수 있을 때. 기침0회
Grade 2(Moderate)	컵에 든 50cc정도의 물을 마셔보게 하여, 기침이 3회 이하, 2초 이상의 연하지연이 1회 이상인 경우로 nasogastric tube의 사용은 필요하지 않은 경우
Grade 3(Severe)	컵에 든 50cc정도의 물을 마셔보게 하여, 기침이 4회 이상, 2초 이상의 연하지연이 2회 이상인 경우로 nasogastric tube를 사용해야하는 경우

Table 2. Medication Treatments

	Herb - medicine	Component of Medicine(g)
2007.3.24~3.28	星香正氣散	藿香6 紫蘇4 白芷2 檳榔2 茯苓2 厚朴2 白朮2 大腹皮2 陳皮2 半夏2 桔梗2 甘草2 生薑4 大棗4 天南星4 木香4
2007.3.29~4.9	涼膈散火湯	生地黃8 忍冬藤8 黃連8 山梔子4 薄荷4 知母4 石膏4 防風4 荊芥4
2007.4.10~4.27	地黃白虎湯	石膏20 生地黃16 知母8 防風4 獨活4
2007.4.28~5.14	獨活地黃湯	熟地黃16 山茱萸8 茯苓6 澤瀉6 獨活4 牡丹皮4 防風4

2) 침치료

通經活絡, 舒筋活絡, 去風燥痰을 치료원칙으로 하여 체침으로는 風府, 廉泉, 風池, 曲池, 合曲, 足三里, 陽陵泉을 사용하였고, 사암침으로 肝正格(陰谷, 曲泉, 經渠, 中封)을 좌우측 번갈아가며 지속적으로 사용하였다. 침치료는 1일 2회를 기준으로 하였으며 유침시간은 20~30분으로 하였다. 치료에 사용한 침은 직경 0.3mm 길이 40mm인 동방침구제작소가 제작한 stainless steel 호침을 사용하였으며 심도는 혈자리에 따라 井穴은 3mm 나머지 혈은 10~20mm정도로 하였다.

4. 임상경과

① 2007.3.24~3.28

상기 환자는 07년 3월 23일 제사지내다가 사지의 경미한 부전마비, 우측 수지진전, 급작스런 言語障導로 인하여 3월 24일 본원에 래원한 환자로, 첫 래원시 체질감별이 정확하게 이루어지지 않은 상태로 MRI를 촬영한 결과 뇌경색이 발견되었으며 야간에 정신이 혼미해지며 狂症이 발생하여 去痰의 목적으로 방약합편의 星香正氣散을 투여하였다. 입원 당시 사지부전마비 상태는 미약했으나 좌상지의 경우 근력이 우상지의 50% 정도 유지하고 있었고, 부축하면 보행이 가능한 상태였다. 우측 수지진전은 미약한 상태였다. 대화는 예, 아니오 정도의 짧은 대답이 이루어질 정도였으며 연하상태는 물을 경구투여했을 시 지속적인 기침반사로 인해 경구투여가 불가능한 상태였다. 星香正

氣散을 지속적으로 투여했는데도 불구하고 言語障導와 嚥下障導가 점점 심해져 3월 25일에는 의사소통이 전혀 불가능할 정도의 상태가 되었으며 嚥下障導도 심해져 입안에서 아예 물을 넘기지조차 못하는 상태가 되어 폐렴, 기관지염의 합병증을 우려 레빈 튜브를 삽입하였다. 객담은 星香正氣散 투여 후 3월28일이 돼서 많이 줄었다. 하지만 평소 4~5시간 정도의 수면을 취하던 환자가 발병이후 계속 불면증을 호소하며 밤에 가만히 있지 못하고 狂症이 발하여 지속적으로 움직임 보이는 상태를 보였다. 또한 발병시부터 대변을 전혀 보지 못하는 상태라 3월 27일 글리세린 관장을 통하여 1회 대변을 보았다. 이후에도 증상 전혀 호전됨이 없어 체질처방을 사용할 것을 결정. 少陽人으로 체질을 판단하고 夜間狂症, 大便不通 호전되지 않아, 涼膈散火湯을 사용하기로 결정했다.

② 2007.3.29~4.9

涼膈散火湯을 사용한 이후 사지부전마비에 대한 부분은 지속적으로 좋아져 4월 4일에는 좌상지의 경우 근력이 우상지에 비해 80%가까이 회복하였으며 독립보행이 가능해졌고, 우측 수지진전은 사라졌다. 4월 9일에는 발병전의 90% 정도의 근력을 사용할 수 있을 정도로 회복되었다. 言語障導는 4월 4일 조금 호전되어 아주 짧은 단어를 간헐적으로 말하는 상태가 되었으며 4월 9일에는 짧은 단어이긴 하지만 약간은 알아들을

수 있는 정도로 발음이 회복되었다. 嚔下障礙의 경우는 4월 4일까지는 물조차 전혀 삼키지 못하다가 4월 5일부터는 약간의 물을 삼킬 수 있었다. 하지만 그럴 경우 바로 기침반사가 일어나는 상태가 되고 당분간 그 상태가 계속 지속되어 회복이 대단히 느렸다. 夜間狂症도 미약한 호전만을 보일 뿐이었다. 또한 복부불쾌감 호소하여 3.30일 복부 린트켄 촬영하였으며 4월4일 글리세린 관장을 실시하였다.

③ 2007.4.10~4.17

大便不通過 그로 인한 복부불쾌감, 不眠, 夜間狂症이 涼膈散火湯으로는 해결이 되지 않아 처방을 地黃白虎湯으로 변경하였다. 4월17일 사지부전마비는 완전히 회복되었다. 言語의 경우 발음은 어느 정도 회복되어 짧은 대답을 요하는 질문에 조금씩 대답을 할 수 있는 수준이 되었고 嚔下障礙의 경우는 4월 15일부터는 기침반사가 조금 줄어들었다. 夜間狂症은 많이 호전되어 수면을 제대로 취하지는 못해도 야간에 안절

부절하지 못하는 증상은 거의 없어졌다.

④ 2007.4.18~4.27

지속적으로 地黃白虎湯을 투여하여 4월 18일부터는 발음은 부정확하지만 문장을 이야기할 수 있는 상태가 되었고 이름과 주소 전화번호를 이야기할 수 있었다. 4월 20일부터는 원하는 이야기를 할 수 있는 수준이 되었다. 하지만 아직 발음이 부정확하여 정상적인 대화는 할 수 없는 수준이었다. 4월 25일부터는 발음, 성량 모두 많이 호전되어 어느 정도 대화가 가능한 상태가 되었으나 아직 발음이 새어 빠르게 말을 하지 못했다. 嚔下障礙의 경우도 많이 호전되어 4월 19일 레빈튜브 제거하였고 식이는 죽으로 바뀌었다. 4월 20일부터는 물의 섭취시 기침반사가 0회 또는 1회 정도로 호전되었고 요플레나 죽은 잘 섭취할 수 있었다. 하지만 고형물을 섭취했을 경우는 여전히 기침반사가 남아있었으며 죽은 1/5공기 정도 섭취를 하였다. 夜間狂症은 거의 없어졌으며 대변주기는 발병전과 거의 비슷한 상태로

Table 3. Treatment of Dysphasia & Dysphagia

	3.24	3.29	4.10	4.18	4.28	5.14	
Dysphasia	Time(min)*	can't check	can't check	10	3	0.5	0.3
	Grade	3	3	3	2	1	1
	Cough(times)***	can't check	can't check	3-4	1-2	1이하	1이하
	Latency(sec)**	can't check	can't check	5	3	2	2
Dysphasia	Diet	L-tube	L-tube	L-tube	L-tube	죽	죽
	기본 모음 10개 정확도 검사	0	0	0	3	4	7
	교호운동속도 검사	can't check	can't check	can't check	60이상	41	36
Motor Grade [†]	문장 말하기 검사	0%	0%	0%	20%	50%	70%
	Lt. upper limb	IV/IV+	IV/IV+	IV+/IV+	IV+/IV+	V/IV+	V/V
	Rt. upper limb	IV+/IV+	IV+/IV+	IV+/IV+	IV+/IV+	V/V	V/V
	Lt. lower limb	IV+/IV+	IV+/IV+	IV+/IV+	V/V	V/V	V/V
	Rt. lower limb	IV+/IV+	IV+/IV+	IV+/IV+	V/V	V/V	V/V

*Time : 물컵에 입을 댄 순간부터 마지막 모금을 마시고 숨을 쉬기까지 걸린 시간(min)

**Latency(Latency time of response) : 연하운동이 최초로 시작된 시간

***Cough : 물을 먹는동안 일어난 기침반사의 횟수(times)

[†] Motor grade : upper limb (Shoulder, Elbow/Wrist, Finger joint)

: Lower limb (hip, knee/ankle, toe joint)

Table 4. Treatment Insomnia, Constipation

	3/24	25	26	27	28	29	30	31	4/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Insomnia(time*)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
stool	0	0	0	관장	0	0	0	관장	0	0	0	관장	0	1	1	0	0	0
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Insomnia(time)	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5
stool	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	외출
0	29	30	5/1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	11	12	13	14		
Insomnia(time)	5	2	2	5	5	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3		
stool	외출	0	1	외출	외출	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1		

*time : 수면 시간 (hour)

회복되었고 변비에 따른 복부불쾌감도 감소하였다.

⑤ 2007.4.28~5.14

환자 大便不通 호전되고 夜間狂症 소실하였으나 운동시 힘이 많이 들고 복부불쾌감 지속적이어 대변불통에 따른 복부불쾌감이 아니라는 판단 하에 처방을 獨活地黃湯으로 변경하였다. 또한 병원에 있으면 不眠이 심화되어 가끔씩 외출을 하여 집에서 수면을 취하는 방식으로 환자를 관리하기로 결정하였다. 4월 28일~4월 29일 외출을 하였고 4월 30일에 귀원했다. 이후 발음과 유창도가 회복되어 천천히 말하면 대화가 가능할 정도의 수준으로 호전되었으며 죽은 1그릇 전부 섭취 하였고 고형물인 밥의 경우는 1/3정도 섭취가 가능했다. 물은 빨리 섭취하지 못하는 상태로 빨리 섭취하면 가끔 기침반사가 일어났다. 그리고 약간의咳嗽증상이 생겨 5월1일 촬영한 Chest PA상에서 기관지염 발견되어 주의를 요망하여 다시 레틴투브를 할 것을 권유 하였으나 환자 거부하였다. 5월 10일 이후로는 물의 섭취도 많이 호전되어 식사에 거의 지장이 없는 정도가 되었으며 발음, 유창도가 많이 호전되어 발병 전에 비해 70%정도의 대화가 가능할 정도로 회복되었다. 수면과 대변상태 호전 있고 5월14일 Chest PA Follow up하여 정상

진단받아 통원치료 가능할 것으로 판단 자택으로 퇴원하였다.

치료경과는 Table 3과 Table 4와 같다.

Ⅲ. 結論 및 考察

腦卒中의 후유장애는 運動障礙, 의식장애, 言語障礙, 嚥下障礙등 뇌의 손상부위에 따라 광범위하게 나타날 수 있는데 이들 중 가장 많은 후유장애는 運動障礙와 言語障礙이다⁸.

言語障礙는 失語症, 構音障礙, 失聲, 신경성 중합이상 등을 포괄하는 개념이다. 失語症이란 언어를 이해하거나 기억하는데 문제가 있거나 표현하는데 있어서 문제가 있는 대뇌장애이고, 構音障礙란 이해나 기억력은 정상이나 언어를 구성하는 근육활동의 장애를 의미하며, 失聲은 음성의 소실을 말하며, 신경성 중합이상은 癡呆 혹은 譫語의 경우로서 대뇌피질의 근본적 변화에 기인하는 言語障礙이다. 본 증례의 환자의 경우는 失語症과 構音障礙가 동시에 있었던 경우로 失語症이 호전되었어도 構音障礙로 인해 정확한 대화는 힘들었던 일례이다.

中樞性 言語障礙인 失語症은 한의학적으로 中風門에 속하는 것으로 볼 수 있는데 中風 言語障礙에 대하여 王執中の 鍼灸資生經, 許浚의 東醫寶鑑, 羅天益의 衛生寶鑑을 통하여 살펴보면 言語蹇澁, 不語, 不能語, 不得言, 暴瘖, 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 中風 言語障礙는 中藏證이나 風懿에 해당하는 것으로 不可治나 危證으로 다루고 있어 치료가 쉽지 않음을 말하고 있으며 실제 임상에서도 많은 문제가 되고 있는 실정이다⁹.

言語障礙에 대해 최근 보고된 연구로 김¹⁰등은 言語障礙에 관한 임상적 고찰을 이¹¹등은 言語障礙 침구치료에 관한 문헌적 고찰을 강¹², 정¹³등은 언어 및 言語障礙에 관한 문헌적 연구를 한 것이 있었고 홍¹⁴등은 中風言語障礙에 대한 동서의학적 고찰로 한의학적인 지견을 얻은 보고를 했다.

한의학에서 嚔下障礙는 噎膈의 범위에 속한다. 즉 呑咽之時, 梗噎不順 하는 噎症 胸膈阻塞 飲食不下하는 膈症 해당하며, 中風發病時 간혹 수반되는 증상의 하나이다. 원인은 크게 七情內傷, 飲食所傷, 寒溫失宜 屬 血虛氣虛有痰 有熱, 痰與氣搏, 不能流通故 등이며 調順陰陽, 化痰下氣, 補血, 補氣, 化痰解熱, 治胃溫養, 治腎滋潤 등으로 치료하나, 中風으로 인한 경우에는 中風 치료를 우선하고 이들治法을 참고로 한다¹⁵.

嚔下障礙에 대해 최근 보고된 연구로 김등¹⁶의 중풍환자의 嚔下障礙에 檀中穴 灸치료가 미치는 효과, 손등¹⁷의 廉泉穴 자침 후 嚔下障礙가 호전된 허혈성 腦卒中 환자 1례, 김등¹⁸의 嚔下障礙를 호소하는 올리브고소뇌 위축증 환자에灸법을 적용한 치험례, Iwasake 등¹⁹의 흡인성 폐렴환자에 반하후박탕 투여시 기침반사가 항진되었다는 보고나 Seki 등²⁰의 족삼리, 대계혈의 침 자극으로 중풍환자의 嚔下障礙가 호전되었다는 연구보고 그리고 백등²¹의 嚔下障礙를 동반한 중풍환자에게 두침 및 전침을 시행하였다는 연구보고 등이 있는데, 이러한 연구들은 한의학적 방법의 효용을 보여주고 있다.

본 증례의 환자는 69세에 비교적 마른 체형의 환자로서, 1998년 腦卒中, 高血壓 진단을 받았던 환자로서 2007년 3월 23일 제사지내다가 갑자기 발생한 사지의 부전마비와 言語障礙, 嚔下障礙를 주소로 3월24일 본원 래원하여 촬영한 MRI 상 腦卒中을 진단받았다.

본 증례의 환자는 발병 초기에 하루에 1시간도 제대로 자지 못할 정도의 불면을 호소하였고 지속적인 갈증을 호소하였다. 四肢不全麻痺와 함께 言語障礙와 嚔下障礙, 그리고 便秘로 인하여 고통을 겪는 상태였다. 본 증례에서는 그 증상을 다음과 같이 판단하고 약을 처방하였다.

少陽人은 脾大腎小리는 장부특징을 가지고 있고, 이로 인하여 少陽人만의 특유한 병증을 형성하게 되는데, 이를 크게 脾受寒表寒病과 胃受熱裏熱病으로 나눌 수 있다.

少陽人의 胃受熱裏熱病은 脾大하여 脾火가 왕성하고 脾腎之陰이 부족하여 陰虛裏熱證이 생기게 되므로 胃受熱病이 된다. 여기에는 胸膈熱證, 陰虛午熱證이 나타나는데 그 치료법은 裏熱을 식혀주고 補眞陰하여 腎局의 靑陽을 상승시켜주는 방법을 사용하여야 한다.

이제마는 少陽人 裏熱病 치료의 관건인 靑陽에 대해 『東醫壽世保元』 「少陽人胃受熱裏熱病論」에서 “平心靜思則 陽氣上升 輕清而充足於頭面四肢也 此 元氣也 靑陽也 勞心焦思則 陽氣下陷 重濁而 鬱熱於頭面四肢也 此 火氣也 耗陽也” 라 하여 靑陽상승의 중요성을 강조하였다.

또한 朱震亨이 말하길 “上消者 舌上赤裂 大渴引飲 白虎湯主之”라 하여 上消의 특징을 설명하였고, 이제마는 “消渴者 病人胸次 不能寬遠 闊達而 陋固膠小 所見者 淺 所欲者 速 計策鶻突 意思艱乏則 大腸靑陽 上升之氣 自不快足 日月耗困 生此病也. 胃局靑陽 上升而 不快足於頭面四肢則 成上消病. …上消 宜用 涼膈散火湯”라 하였다.

이에 환자의 體形氣像, 容貌詞氣, 性質材幹과 사상체질설문검사지를 통하여 사상의학 분류상 怒性宏抱而 哀情促急한 少陽人으로 분류되었고, 그 병증에 따라 胃受熱裏熱病으로 보았다. 그래서 처음 大便이 不通하고 상시 口渴이 있으며 舌赤이 있어 少陽人 胃受熱裏熱病的 胸膈熱證 涼膈散火湯을 투여하였다. 환자의 근력이 좋아지고 갈증이 풀렸으며 舌赤에도 효과가 있었지만 여전히 대변이 통하지 않아 관장을 통하여 대변을 보았고 불면도 지속되었으며 言語障礙나 嚔

下障礙의 호전이 미약하여 대변불통에 좀 더 중점을 두어 처방을 변경하기로 하였다.

이²²는 경증 파킨슨 환자에 地黃白虎湯을 2달간 투여하여 턱 진전을 치료하였으며, 민²³는 중풍이후에 동반된 번조증을 주소로 하는 환자에게 地黃白虎湯을 7일간 투여하여 답답해하고 불안감을 느끼는 번조증을 치료하였고, 반²⁴은 고관절 통증 환자에 地黃白虎湯을 투여하여 만족할 만한 결과를 얻었다.

세 증례 모두 『東醫壽世保元』 少陽人胃受熱裏熱病論의 “少陽人 裡熱病 地黃白虎湯 爲聖藥而 用之者 必觀於 大便之 通不通也. 大便 一晝夜有餘而 不通則 可用也 二晝夜不通則 必用也. 凡 少陽人 大便 一晝夜不通則 胃熱已結也. 二晝夜不通則 熱重也 三晝夜不通則 危險也. 一晝夜 八九辰刻 二晝夜 恰好用之 無至三晝夜之 危險. 若 譫語證 便秘則 不可過一晝夜”에 근거하여 地黃白虎湯을 투여하였으며 모두 대변상태가 크게 호전되었음을 볼 수 있었다.

이 증례 또한 『東醫壽世保元』 少陽人胃受熱裏熱病論에서 “少陽人 胃受熱則 大便燥也. 胃熱證 大便 三晝夜不通而 汗出則 清陽將渴而 危境也”라 하여 少陽人 裏熱病의 진단기준 및 경증 판단에 있어서 대변상태의 중요성을 강조하였고, “少陽人 裡熱病 地黃白虎湯 爲聖藥而 用之者 必觀於 大便之 通不通也. 大便 一晝夜有餘而 不通則 可用也 二晝夜不通則 必用也. 凡 少陽人 大便 一晝夜不通則 胃熱已結也. 二晝夜不通則 熱重也 三晝夜不通則 危險也. 一晝夜 八九辰刻 二晝夜 恰好用之 無至三晝夜之 危險. 若 譫語證 便秘則 不可過一晝夜”라 하여 地黃白虎湯의 의미를 부여하였다.

이에 4월10일부터 대변과 수면 그리고 夜間狂症을 치료할 목적으로 地黃白虎湯으로 처방을 변경하여 夜間狂症을 치료하고 불면에 대한 약간의 개선을 이루었으며 18일간의 투약으로 대변상태를 병전의 상태로 호전시키고 言語障礙와 嘔下障礙를 크게 호전시키는 결과를 얻을 수 있었다. 다만 수면상태 만큼은 원내에서는 크게 호전이 되지 않았는데 환자 본인의 말에 따르면 집으로 돌

아가 수면을 청하였을 때는 증상이 크게 호전되어 잠을 편하게 잤다는 말을 보았을 때 환자 본인이 병원을 너무 답답해하여 그런 면도 고려해야 할 사항이다.

그리고 마지막으로 환자의 대변상태가 거의 정상으로 돌아왔다고 판단, 『東醫壽世保元』 少陽人脾受寒表寒病論에서 “少陽人小兒 恒有滯證痞滿 間有腹痛 腰痛 又有口眼歪斜初證者. 用獨活地黃湯 一百日內 二百貼服. 使之平心靜慮 恒戒哀心怒心 一百日而 身健病愈” 라 하여 少陽人 복통을 치료하는 것에 대한 방법을 제시한 것을 토대로 복부불쾌감을 해소하고 나머지 증상들을 개선하기 위하여 獨活地黃湯을 투여하여 복부불쾌감을 해소하였고 운동 시 쉽게 피로해지는 증상을 개선하였으며 남은 嘔下障礙와 言語障礙에서도 약간의 호전을 보였다.

결국 본 증례에서는 腦卒中에 동반되어 나타날 수 있는 言語障礙와 嘔下障礙를 치료하기 위하여 기존의 증치의학적 시각보다 구갈, 불면, 대변 불통, 夜間狂症 등의 전신증상을 근거로 하여 체질적 진단과 병증에 따라 처방을 운용하여 유의한 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

IV. 參考文獻

1. Noll SF, Bender CE, Nelson MC, Carlson SK, Andersen RJ. Rehabilitation of patients with swallowing disorders. In, Braddom RL. Physical medicine and rehabilitation, 2nd ed. Philadelphia Saunders. 2000:535-60.
2. Rosemary Martino, Norine Foley, Sanjit Bhogal, Nicholas Diamant, Mark Speechley, Robert Teasell. Dysphagia After Stroke. American Heart Association, Inc. 2005;36:2756-2763.
3. Mikio Suzuki, Yuko Asada, Jin Ito, Kouji Hayashi, Hiroshi Inoue and Hiroya Kitano. Activation of Cerebellum and Basal Ganglia on Volitional Swallowing Detected by Functional Magnetic Resonance Imaging. Springer New York. 2003;18(2): 71-77.

4. 한국언어병리학회편. 실어증 환자의 말-언어치료. 한학사, 서울, 1989:41,48,76
5. 楊斷洲. 鍼灸大成. 文光圖書有限公司, 1990:403.
6. K. Iwasaki, Q. Wang, T. Nakagawa, T. Suzuki, H. Sasaki. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. *Phytomedicine*. 1999;Vol.6(2):103-6.
7. 송민식, 김영화, 장석근, 김정호, 임윤경, 강제희, 박영수, 이병렬, 이현, 홍권의, 김영일, 송인선. 중풍후 언어장애 환자 20례에 대한 침과 사암침 치료의 임상적 비교 고찰. *대한침구학회지*. 2003;20(6):160-7.
8. 이청정혜, 홍의실, 백은기, 최유경, 고승희, 박세기, 김동우, 한양희. 전찬용, 박종형. 뇌졸중 환자에 대한 연례보고(IV). *대한한의학회지*. 2001;22:81-91.
9. 김홍경. 중풍환자의 언어장애에 관한 임상적 연구. *경희대학교 내과학회지*. 1990;9:78-85.
10. 金弘淳, 辛吉祚, 曹基湖, 金永錫, 裴亨燮, 李京燮. 中風患者의 言語障礙에 관한 임상적 고찰. *대한한의학회지*. 12(2):78-85.
11. 李相龍, 金庚植. 言語障礙의 침구치료에 관한 문헌적고찰. *대한한의학회지*. 1994;15(1):334-341.
12. 姜桓鎬, 黃致元. 中風言語障礙의 원인과 치료법에 대한 문헌적 소고. *대전대학교 한의학연구소 논문집*. 1998;7(1):719-728.
13. 鄭熙才, 吳泰煥, 鄭昇杞, 李珩九. 聲音 및 言語에 관한 문헌적 고찰. *대한한방내과학회지*. 1991;12(1):105-112.
14. 홍순성, 홍서영, 오민석. 중풍언어장애에 대한 동서의학적 고찰. *대전대학교 한의학연구소 논문집*. 2007;16(1):181-9.
15. 김영석. *임상중풍학*. 원당, 서울, 1997:492-498.
16. 김태훈, 나병조, 이준우, 이차로, 박영민, 최창민, 선중주, 정우상, 문상관, 박성욱, 조기호. 中風患者의 嚥下障礙에 檀中穴 灸治療가 미치는 效果. *대한한방내과학회지*. 2005;26(2):353-359.
17. 손지형, 이승현, 정효창, 한승혜, 남영. 염천혈(CV23) 자침 후 연하장애가 호전된 허혈성 뇌졸중 환자 1례. *대한침구학회임상논문집*. 2003;1(2):71-77.
18. 김태훈, 나병조, 이준우, 이차로, 윤상필, 정우상, 문상관, 조기호, 김영석, 배형섭. 연하장애를 호소하는 올리브교소뇌 위축증 환자에 구법을 적용한 치험례. *대한한방내과학회추계학술대회지*. 2004:131-136.
19. Iwasaki K, Kitada S, Kitamura H, Ozeki J, Satoh Y, Suzuki T. A Traditional Chinese Herbal Medicine, Banxia houpo tang, Improves Cough Reflex of Patients with Aspiration Pneumonia. *Journal of American Geriatric Society*. 2002;50(10):1751-1752.
20. Seki T, Kurusu M, Tanji H, Arai H, Sasaki. H. Acupuncture and Swallowing Reflex in Poststroke Patients. *Journal of American Geriatric Society*. 2003;51(5):726-7.
21. 백경민, 김민지, 이현의, 임승민, 안정조, 유호룡, 조현경, 김윤식, 설인찬. 연하장애를 동반한 중풍환자 3례에서의 두침 및 전침의 효과. *대한한방내과학회지*. 2007;28(3):632-644.
22. 이지훈, 고경덕, 정승현, 신길조, 이원철. 少陽人 地黃白虎湯으로 호전된 경증 파킨슨 환자에 대한 임상보고. *사상체질의학회지*. 2003;14(3):153-159.
23. 민재영, 국윤희, 오상덕, 임승만, 백은탄, 리수연. 中風에 동반된 煩燥증 환자의 少陽人 地黃白虎湯으로 치료한 치험 1례. *대한한방내과학회지*. 2003;21(5):863-867.
24. 반덕진, 이희승, 강태곤, 한경석, 배효상, 박성식. 地黃白虎湯으로 호전된 고관절 통증 환자 치험례. *사상체질의학회지*. 2007;19(2):195-203.