두침 요법을 포함한 한의 치료로 호전된 피각 출혈 후 명칭 실어증 치험 1례

김하리¹, 정혜선², 최정우¹, 전규리¹, 박성욱^{1,2,3}, 박정미^{1,2,3}, 고창남^{1,2,3}, 조승연^{1,2,3}

¹경희대학교 대학원 한방순환신경내과학교실, ²강동경희대학교병원 뇌신경센터 한방내과
³경희대학교 한의과대학 순환·신경내과

A Case Report of Anomic Aphasia after Putaminal Hemorrhage Improved by Korean Medical Treatment Including Head Acupuncture

Ha-ri Kim¹, Hye-seon Jeong², Jeong-woo Choi¹, Gyu-ri Jeon¹, Seong-uk Park^{1,2,3},
Jung-mi Park^{1,2,3}, Chang-nam Ko^{1,2,3}, Seung-yeon Cho^{1,2,3}

¹Dept. of Cardiology and Neurology of Clinical Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University

²Stroke and Neurological Disorders Center, Kyung Hee University Hospital at Gangdong

³Dept. of Cardiology and Neurology, College of Korean Medicine, Kyung Hee University

ABSTRACT

Aphasia is a language disorder that results from brain damage and typically occurs after a stroke. The purpose of this case report was to describe the effects of Korean medical treatment on anomic aphasia after a putaminal hemorrhage. We used Korean medical treatment, including head acupuncture and herbal medicine (*Hyunghangsabaek-san*) therapy, on a patient who was admitted to the hospital for 19 days. The clinical symptoms were assessed with the Korean version of the Western Aphasia Battery (K-WAB), and quality of life was evaluated with Korean version of Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (K-SAQOL-39). After 19 days of treatment, the K-WAB scores were increased from 17 to 19 in the spontaneous speech score, from 7.55 to 9.85 in the comprehension score, from 9 to 9.4 in the speaking score, and from 5.8 to 9.7 in the naming score. The AQ score was increased from 78.7 to 95.9, and the K-SAQOL-3 score was increased from 2.64 to 3.26. In conclusion, the study findings suggested that Korean medical treatment could be an effective option for treating symptoms and improving quality of life in patients with aphasia after stroke.

Key words: aphasia, anomic aphasia, stroke, head acupuncture, Korean medical treatment

1. 서 론

실어증(Aphasia)은 특정 뇌 부위의 손상으로 인해 언어 이해, 표현, 읽기 및 쓰기, 기능적 의사소통 등에 장애가 있는 상태로¹, 주요 원인으로는 뇌

졸중이 가장 많으며 뇌졸중 환자의 약 30%는 실어증을 겪는다². 뇌졸중 중 자발성 뇌출혈의 약 70% 이상은 고혈압이 원인이며³, 피각 출혈(Putaminal hemorrhage)은 고혈압성 뇌출혈이 가장 호발하는 부위이다⁴. 피각 출혈로 인한 임상 증상으로는 반신 부전마비, 실어증, 마비성 구음장애, 의식변화 등이 있다.

뇌졸중 후 실어증은 대개 발병 초기 2~3개월 내에 자연 회복이 이루어지며 발병 1년 후에는 안정기에 도달한다⁵. 언어적 특성은 뇌 손상 부위의

· 투고일: 2020.11.06, 심사일: 2020.12.31, 게재확정일: 2020.12.31

· 교신저자: 조승연 서울시 강동구 동남로 892

강동경희대학교병원 뇌신경센터 한방내과

TEL: 02-440-6209 FAX: 02-440-6076

E-mail: sy.cho@khu.ac.kr

위치와 크기, 실어증 유형과 중증도에 따라 다양한 양상을 보이는데, 발병 1년 이내에 가능한 한 빨리 치료가 시행되었을 때 긍정적인 효과를 나타내는 것으로 알려져 있다⁶. 일반적으로 저하된 언어능력을 향상시키기 위하여 언어 재활치료가 시행되는데, 기존의 언어치료에 대한 효과에 대한 한계로 약물 치료, 뇌자극 치료 등 다른 치료법에 대한 관심이 높아지고 있다.

의사소통 능력은 사회적인 측면에서 단순히 언어를 교환하는 기능 외에도 자아와 정체성을 나타내는 수단이자 삶의 질에 영향을 주는 중요한 요소로서⁷, 뇌졸중 후 실어증은 사회적 고립 및 낙인, 사회적 활동의 제한, 자존감 저하, 부정적 감정 등을 초래하여 삶의 질에 영향을 줄 수 있다⁸. 더불어 최근 의료 현장에서는 삶의 질 평가를 통해 치료 효과를 확인하고 치료 목표를 더 넓은 범위로 확대하는 등 질병 중심적 접근에서 삶의 질에 근거한 건강 중심적 접근이 이루어지고 있는 추세이다.

뇌졸중 후 실어증에 대한 한의 치료 연구는 매년 꾸준히 보고되고 있으나, 높은 유병률과 삶의 질 저하에 비하여 임상 증례 보고는 아직까지 부족한 실정이며 삶의 질과 관련하여 치료 효과를 평가한 사례는 드물다. 이에 본 증례는 좌측 피각 출혈 후 발생한 명칭 실어증 환자에게 언어 재활 치료 없이 두침치료를 포함한 한의 단독 치료를 시행하여 증상 및 삶의 질에 대해 호전된 결과를 관찰하여 보고하는 바이다.

II. 증 례

본 증례보고는 △△대학교 한방병원 기관생명윤리위원회(IRB)에서 심의면제 승인을 받았음(IRB 심의번호: KHNMC0H 2020-11-003).

1. 환자 정보

- 1) 나이, 성별 : 이○○(46세, 남성)
- 2) 주소증
 - (1) 실어증

(2) 우측 편마비

- 3) 발병일 : X년 9월 6일
- 4) 치료 기간 : X년 9월 17일~X년 10월 5일(19일간 입원 치료)
- 5) 과거력 : 없음.
- 6) 가족력 : 고혈압(母), 당뇨(母)
- 7) 사회력
 - (1) 음주력 : 매일 맥주 1병 음주
 - (2) 흡연력 : 없음.
- 8) 현병력 : 평소 특별한 과거력 없는 자로, X년 9월 6일 오전 10시경 갑자기 언어 어둔, 우측 상지 소력감 발생. △△대학병원 응급실 방문하여 당일 시행한 뇌 전산화 단층촬영(Brain CT, Brain Computed Tomography) 상 좌측 피각 출혈(Left putaminal hemorrhage) 소견으로 신경외과 입원하여 보존적 치료 후 X년 9월 17일 본원 한방내과에 입원하였음.

9) 망문문절

- (1) 睡眠 : 일 6시간 이상 숙면 경향
- (2) 食慾, 消化 : 양호
- (3) 大 便 : 양호
- (4) 小 便 : 양호
- (5) 寒 熱 : 惡熱, 喜溫飲
- (6) 汗 出 : 自汗
- (7) 기 타 : 口乾, 口渴 있으나 음수량은 적음.
- (8) 脈 診 : 浮脈, 弦脈
- (9) 舌 診 : 淡紅舌, 苔薄白
- (10) 腹 診 : 좌측 천추혈 및 관원혈 압통

9) 초진 시 소견

- (1) 실어증 : 발화는 유창한 편이나 언어에 대한 이해와 표현, 따라 말하기 모든 영역에 경미한 장애를 보이며 특히 단어 이름 대기에 어려움을 보이는 상태로, 한국판 웨스턴 실어증 검사(K-WAB, Korean version of the Western Aphasia Battery)의 실어증 유형 분류⁹ 상 명칭 실어증(Anomic aphasia, Anomia) 소견을 보임. 한국형 간이 정신상태검사(K-MMSE,

Korean version of Mini-Mental State Examination) 상 시간 및 공간 지남력의 일부 항목에서 머뭇거리며 대답하지 못하였는데, 검사자가 보기를 제시하고 고르도록 하면 대답하였음. 기억 등록, 언어 기능, 이해 및 판단은 정상이었으며, 기억 회상, 주의집중 및 계산 항목에서 저하를 보임. 음소 착어(Phonemic paraphasia) 및 의미 착어(Semantic paraphasia) 증상을 모두 보였는데, 예를 들어 '빋→싸움, 성냥→선물, 주사기→이빨, 손톱깎이→칼연못, 연필→나무를 길게 깎아서 손으로 잡아 쓰도록 만든 것'으로 대답함. 무의미 발화(Empty speech)나 자곤(jargon)은 보이지 않음.

- (2) 우측 편마비 : 입원 당시 의식 상태 양호하였으며, 우측 상지는 운동 기능사정(Motor grade) 상 Grade 4, 우측 하지는 Grade 5에 해당하여 상하지 모두 중력에 저항하여 거상 기능하였고, 수저질, 글씨 쓰기 등 세밀한 동작은 가능하나 불편감 호소하였으며, 자력 보행하였음.

10) 주요 검사 소견

- (1) Brain CT(X년 9월 6일 시행) : About 3.2×2.5 cm sized acute ICH in left putamen. No abnormal enhancing lesion at brain parenchyma (Fig. 1).

Fig. 1 The brain CT image of the patient.

- (2) 혈액학적 검사(X년 9월 17일 시행) : 특이 소견 없음.
 (3) 흉부 방사선 검사(X년 9월 20일 시행) : 특이 소견 없음.
 (4) 심장 초음파 검사(X년 9월 11일 시행) : Normal sized cardiac chambers with normal wall thickness. No regional wall motion abnormality with normal global LV systolic function(EF = 71%).
 (5) 심전도 검사(X년 9월 6일 시행) : Sinus bradycardia. Otherwise normal ECG.

11) 약물 복용력

- (1) Norvasc Tab. 10 mg(Amlodipine besylate 13.889 mg) 1T 아침 식후(칼슘채널길항제, 혈압강하제)
 (2) CKD Gliatin soft Cap. 400 mg(Choline alfoscerate 400 mg) 1C 아침, 저녁 식후(정신부활약, 기타의 중추신경용약)
 (3) Keppra Tab. 500 mg(Levetiracetam 500 mg) 1T 아침, 저녁 식후(항경련제, 항전간제)
 (4) Mucosta Tab. 100 mg(Rebamipide 100 mg) 1T 아침, 저녁 식후(기타 궤양치료제, 소화성궤양용제)

2. 변 증

체간 상 제 1선 34.3 cm, 제 2선 30.2 cm, 제 3선 30.0 cm, 제 4선 28.5 cm, 제 5선 27.5 cm로 측정되었으며, 용모사기, 성질재간 등 문진을 통하여 少陽人으로 진단하였음. 惡熱이 있으나 심하지 않고, 口乾, 口渴이 있으며 증상에 대해 불안, 초조함을 보이는 점 등을 근거로 少陽人 少陽傷風證으로 변증하였음.

체간 제 1선은 CV22(天突)에서 양 측방으로 연결하여 오뎅돌기를 지나 상완골두의 소결절까지의 길이로, 본 증례에서는 양측 액와 횡문의 기시점 사이의 수평 길이를 측정하였음. 제 2선은 CV17(膻中)과 양 유두를 경유하는 체간부의 적백육제까지의 직선 길이를 측정하였음. 제 3선

은 ST19(不容)과 KI21(幽門)을 양측으로 연결한 협륵부의 적백육제까지의 직선 길이를 측정하였으며, 제 6, 7, 8번 늑골이 융기된 부위를 지나는 가로선에서 측정하는 수평 길이와 같음. 제 4선은 양 ST25(天樞)를 연결하여 양 협륵부의 적백육제까지의 직선 길이를 측정하였으며, 제 5선은 양 전상장골극(ASIS, Anterior superior iliac spine) 외측을 연결한 직선 길이를 측정하였으며, 양측 홍복부의 연장선과 둔근(Gluteal muscles)의 경계가 만나는 지점을 연결한 수평 길이와 같음.

3. 평가 도구

- 1) 한국판 웨스턴 실어증 검사(K-WAB) : 치료 전후의 실어증 증상에 대한 호전 경과를 K-WAB을 통하여 평가하였음. K-WAB은 웨스턴 실어증 검사(WAB, the Western Aphasia Battery)를 한국인에게 맞게 표준화하여 개발된 검사 도구로, 스스로 말하기(Fluency), 이해하기(Comprehension), 이름 대기(Naming), 따라 말하기(Repetition) 영역으로 구성되어 있음. K-WAB의 항목 중 일부 영역의 점수 합산을 통해 실어증 지수(AQ, Aphasia Quotient)를 산출하여 실어증의 중증도를 판단할 수 있으며, 스스로 말하기 영역 점수 20점, 이해하기 점수 10점, 이름 대기 점수 10점, 따라 말하기 점수 10점을 합한 후 2배를 곱하여 총점 100점으로 계산함. 0~25점은 매우 심함(very severe), 26~50점은 심함(severe), 51~75점은 중등도(moderate), 76점 이상은 경도(mild) 실어증으로 판단함¹⁰.
- 2) 한국판 뇌졸중 후 실어증 환자의 삶의 질 척도(K-SAQOL-39, Korean version of Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39) : 치료 전후의 삶의 질 변화를 K-SAQOL-39을 통하여 평가하였음. K-SAQOL-39는 실어증 환자들이 본인의 삶의 질을 스스로 평가할 수 있는 삶의 질 척도인 SAQOL-39를 한국의 문화 및 언어

적 환경에 맞게 한국어로 번안한 것으로, 임상 현장에서 실어증 환자의 종합적인 문제를 파악하고 치료의 효과를 측정하기 위한 도구로도 활용됨. 신체영역 17문항, 심리 및 활력영역 15문항, 의사소통영역 7문항의 총 39문항으로 구성되어 있으며, 각 문항을 5점 척도로 평가하여 평균 점수를 계산함¹¹.

4. 치 료

1) 침구 치료

- (1) 침 치료 : 직경 0.25 mm, 길이 30 mm 규격의 일회용 호침(동방침구제작소, 한국)을 사용하여 GV20(百會), Ex-HN1(四神聰), GV24(神庭), 양측 GB20(風池), LI4(合谷), LI11(曲池), LR3(太衝), ST36(足三里) 및 좌측 TE5(外關), LI10(手三理), SP6(三陰交), GB34(陽陵泉) 등의 혈위를 주로 하여 자입하여 일 회 15분간 유치함.
- (2) 전침 치료 : 직경 0.25 mm, 길이 40 mm 규격의 일회용 호침(동방침구제작소, 한국)을 사용하여 두침요법의 양측 언어 1, 2, 3구를 취혈하여 자침한 후, 전침기를 연결하여 5 Hz, 2~3 mA의 강도로 일 회 15분간 유치함. 두침요법의 취혈은 다음 그림과 같음(Fig. 2). EX-HN3(印堂)과 GV17(腦戶)를 이은 정중앙점 후방 0.5 cm 지점을 시작점으로 하고, 눈썹 중점 상연과 GV17(腦戶)을 이은 선이 발제와 만나는 점을 종료점으로 하여 운동구를 정하고, 이를 5등분하여 아래 2/5 부위를 언어 1구라 함. 두정결절의 후하방 2 cm 지점에서 정중선과 평행으로 그은 길이 3 cm, 폭 1 cm의 직선 부위를 언어 2구라 함. 이침 직상 1.5 cm 후방으로 그은 길이 4 cm, 폭 0.5 cm의 직선 부위를 언어 3구라 함.
- (3) 뜸 치료 : 간접구(동방온구기)를 이용하여 CV4(關元), CV12(中脘)에 일 회 30분씩 시행하였음. 또한 직접구를 좌측 LI4(合谷),

TE5(外關), LI10(手三理), LI11(曲池), LR3(太衝), SP6(三陰交), ST36(足三里), GB34(陽陵泉)에 각 5장씩 일 1회 시행함.

Fig. 2. The locations of acupuncture points in head acupuncture.

2) 한약 치료

- (1) 荊防瀉白散 : 입원 1일째부터 퇴원 시까지 총 19일간 열수 추출한 荊防瀉白散 2침을 120 ml씩 일 3회, 매 식후 2시간에 복용함 (Table 1).
- (2) 祛風清血丹 : 입원 2일째부터 퇴원 시까지 총 18일간 祛風清血丹(梔子, 黃柏, 黃芩, 黃連 260 mg, 大黃 70 mg, 丹蔘 60 mg, 三七根 10 mg, 龍腦 4 mg) 캡슐을 2캡슐씩 일 1회, 기상 직후에 복용함.
- (3) 愈風丹 : 입원 1일째부터 5일째까지 총 5일간 愈風丹(大棗 1.01 g, 山藥 0.38 g, 炙甘草 0.27 g, 神麴炒, 蒲黃炒, 人蔘 0.14 g, 大豆黃卷, 阿膠, 肉桂, 烏犀角 0.10 g, 白朮, 白芍藥, 當歸, 黃芩, 麥門冬, 防風 0.8 g, 白茯苓, 川芎, 吉慶, 杏仁, 柴胡 0.07 g, 牛黃, 龍腦, 羚羊角 0.05 g, 白歛, 栝子仁, 乾薑湯泡, 石菖蒲, 麝香, 酸棗仁炒 0.04 g) 환제를 일 1회, 취침 전에 복용함.

Table 1. The Composition of *Hyungbangsabaek-san*

Herbal name	Botanical name	Amount (g)
生地黃	<i>Rehmanniae Radix</i>	12
赤茯苓	<i>Poria</i>	8
澤瀉	<i>Alismatis Rhizoma</i>	8
獨活	<i>Angelicae Pubescentis Radix</i>	4
羌活	<i>Notopterygii Rhizoma</i>	4
荊芥	<i>Schizonepetae Herba</i>	4
知母	<i>Anemarrhenae Rhizoma</i>	4
石膏	<i>Gypsum Fibrosum</i>	4
防風	<i>Ledebouriellae Radix</i>	4

5. 경 과

- 1) K-WAB 항목별 점수 변화 : 치료 전후 K-WAB의 각 항목별 점수를 살펴보면, 스스로 말하기 점수는 치료 1일째 17점에서 치료 19일째 19점으로, 알아듣기 점수는 7.55점에서 9.85점으로, 따라 말하기 점수는 9점에서 9.4점으로, 이름대기 점수는 5.8점에서 9.7점, 읽기 점수는 5.9점에서 9점으로 상승하였음(Fig. 3, Table 2).

Fig. 3. The changes in K-WAB score.

Table 2. The Changes in K-WAB Scores by Category

Category of K-WAB	Day 1	Day 19
Spontaneous speech (20)	17	19
Information content (10)	8	10
Fluency (10)	9	9
Comprehension (10)	7.55	9.85
Yes/No questions (3)	2.7	2.85
Auditory word recognition (3)	2.65	3
Sequential commands (4)	2.2	4
Repetition (10)	9	9.4
Naming (10)	5.8	9.7
Confrontation naming (6)	3.4	6
Generative naming (2)	1.4	1.7
Sentence completion (1)	0.4	1
Responsive speech (1)	0.6	1
Reading (10)	5.9	9

- 2) AQ 점수 변화 : AQ 점수는 치료 1일째 78.7점에서 치료 19일째 95.9점으로 상승하였음(Fig. 4).

Fig. 4. The change in aphasia quotient.

- 3) K-SAQOL-39 평균 점수 변화 : K-SAQOL-39 평균 점수는 치료 1일째 2.64점에서 치료 19일째 3.26점으로 상승하였음. 각 항목별로 살펴보면 신체영역 평균 점수는 3.24점에서 3.94점으로,

의사소통영역 평균 점수는 2점에서 2.71점으로, 심리 영역 평균 점수는 2.27점에서 2.55점으로, 활력 영역 평균 점수는 2.25점에서 3.25점으로 상승하였음(Fig. 5).

Fig. 5. The changes in K-SAQOL-39 score.

III. 고 찰

뇌졸중 후 실어증은 비교적 경미하더라도 개인의 의사 소통 능력에 미치는 영향은 심각할 수 있고 언어뿐만 아니라 보행, 운동 능력 등 육체적인 회복 기능에도 부정적인 영향을 미칠 수 있다¹³. 많은 실어증 환자들은 지속적으로 일상생활에 광범위한 영향을 받아 결과적으로 사회적 고립, 자율성 상실, 재정적 문제, 활동 제한 등을 겪는다¹⁴. 따라서 뇌졸중 후 실어증은 최대한 빠른 기간 내에 환자의 실어증 정도를 파악하여 적절한 치료를 시작하는 것이 매우 중요하다. 또한 실어증 치료 효과의 평가는 언어 장애 정도에 대한 평가와 더불어, 삶의 질 및 관련 구성 요소에 대해서도 자세히 이루어져야 한다.

실어증은 일반적으로 유창성에 따라 비유창성 실어증 또는 유창성 실어증으로 분류하고 따라 말하기, 이름 대기, 이해, 읽기, 쓰기 등 영역의 결합에 따라 세분화된다. 비유창성 실어증에는 브로카 실어증(Broca aphasia), 초피질 운동 실어증(Transcortical motor aphasia), 혼합 연결피질성 실어증(Mixed transcortical aphasia), 전실어증(Global aphasia) 등이

있으며, 유창성 실어증에는 베르니케 실어증(Wernicke aphasia), 초피질 감각 실어증(Transcortical sensory aphasia), 전도 실어증(Conduction aphasia), 명칭 실어증(Anomic aphasia)이 있다¹⁵.

이 중 명칭 실어증은 실어증의 분류 중에서는 경미한 정도의 실어증으로서, 유창하게 말할 수 있으며 이해하기와 따라 말하기는 정상적이지만, 단어를 찾거나 이름 대기를 어려워하는 것이 특징이다. 일반적으로 명칭 실어증은 기저 측두엽(Basal temporal lobe), 전하측두엽(Anterior inferior temporal lobe), 측두-두정-후두 접합부(Temporo-parieto-occipital junction), 하두정엽(Inferior parietal lobe) 등의 부위의 병변과 관련이 있는 것으로 알려져 있다¹⁶.

명칭 실어증은 언어를 표현할 때에 해당 단어를 잊어버리고 대신에 ‘이것’ 또는 ‘그것’과 같은 비특정 단어를 자주 사용하거나, 또는 물체의 기능을 묘사할 수는 있지만 단어 자체를 기억해내지 못하기도 한다. 유형에 따라 분류하면, 단어 선택 명칭 실어증(Word selection anomia)은 사물을 인식할 수는 있지만 이름을 낼 수 없으며, 단어 생산 명칭 실어증(Word production anomia)은 물체의 이름 자체를 만들어낼 수 없어 단어가 혀 끝에 머무는 것처럼 느끼고 주변 단서로 단어를 인식할 수 있다. 의미적 명칭 실어증(Semantic anomia)은 정확한 이름이 주어지더라도 대상을 식별할 수 없으며, 단절 명칭 실어증(Disconnection anomia)는 특정 영역 또는 특정 감각의 물체를 식별할 수 없는 특징이 있다¹⁷.

본 증례의 환자는 특별한 과거력 없이 갑자기 발생한 피각 부위 뇌출혈로 실어증, 우측 편마비 증상 발생하여 신경외과에서 보존적 치료 후 한의 치료 원하여 한방병원에 입원하였다. 피각 부위 뇌출혈의 주요 임상 증상은 반대측 반신 부전마비, 감각이상, 동측 반신야 결손 등이 있으며 병변이 좌측인 경우 주로 실어증이 나타난다. 입원 당시 환자의 운동 기능은 수저질, 글씨 쓰기 등 세밀한 동작에서만 어려움을 호소하였고 자력 보행 가능

하였으며, 언어 문제를 가장 크게 호소하였다.

환자는 검사자의 질문을 이해하고 답변을 하는데에는 무리가 없었으나, 전반적인 의사 소통 기능에서 경미한 장애를 보였으며 특히 단어의 올바른 이름을 떠올리는 것을 가장 어려워하였다. 제시된 단어 그림을 보고 전혀 다른 단어를 대답하거나(예: ‘성냥’ 그림을 보고 ‘선물’로 대답), 새로운 단어를 조합하여 대답하거나(예: ‘손톱깎이’ 그림을 보고 ‘칼연뿔’이라고 대답), 단어의 기능은 묘사할 수 있으나 정확한 이름을 찾기는 어려워하는 모습(예: ‘연필’ 그림을 보고 ‘나무를 길게 깎아서 손으로 잡아 쓰도록 만든 것’이라고 대답)이 관찰되어 명칭 실어증에 해당하는 임상 증상을 보였다. 또한 K-WAB 검사 상 유창성 점수가 9점, 이해하기 점수가 7.55점, 따라 말하기 점수가 9점, 이름 대기 점수가 5.8점으로 실어증 유형 분류 상 명칭 실어증에 해당하였다.

K-WAB은 실어증 환자의 언어 기능을 평가하기 위해 사용되는 대표적인 검사로서, 내부 일관성, 신뢰성, 유효성이 높다. 검사를 통해 실어증의 유무, 유형, 중증도 등을 판단할 수 있으며¹⁸, 일부 항목의 점수를 합산한 AQ 점수를 계산하여 실어증의 심각도를 설명할 수 있다. 본 증례의 환자는 치료 전 AQ 점수는 78.7점으로 경미한 정도의 실어증 점수에 해당하였고, 치료 19일째 AQ 점수는 95.9점으로 정상인에 근접한 호전을 보였다. K-WAB 검사의 세부 항목 중 이름 대기 검사에서는 치료 전 5.8점에서 치료 19일째 9.0점으로 상승하였고, 특히 물건 이름 대기, 문장 완성, 문장 응답 항목에서는 만점의 점수를 보였다.

K-SAQOL-39는 뇌졸중 후 실어증 환자의 삶의 질을 측정하기 위하여 사용되는 설문지로서, 일반적으로 실어증 환자들이 의사소통의 어려움으로 인해 대리인을 통해 본인의 삶의 질을 평가하게 되는 문제를 보완하기 위하여 개발되었다. 이전 증례 보고에서는 삶의 질 평가를 통해 치료 효과를 확인한 사례가 드물어, 본 증례에서는 치료가 환자

의 삶의 질에 미치는 영향을 함께 평가하여 보다 다양한 관점에서 치료 효과를 확인하고자 하였다. 또한 본 증례의 환자는 실어증 정도는 경미한 편에 해당하였으나 40대의 젊은 나이에 발생한 뇌졸중 및 그 후유증으로 인하여 불안감, 초조함 등을 정서적으로 호소하는 상태였기에 이러한 심리적 측면을 함께 고려할 필요가 있다고 사료되었다. 치료 전 K-SAQOL-39 평균 점수는 2.64점에서 치료 19일째 3.26점으로 상승하였으며, 활력 영역, 의사소통 영역, 신체 영역, 심리 영역 순으로 전 영역에서 호전을 보였고 특히 활력 영역에서 높은 호전도를 보였다. 이는 본 치료가 단순한 신체적 불편함의 개선뿐만 아니라, 이로 인한 심리적, 사회적 영향에도 적응할 수 있도록 도움을 주며, 환자 본인이 평가한 결과에서도 긍정적인 치료 반응을 나타냈음을 알 수 있다.

동의보감에서는 의사소통 문제에 대한 내용을 주로 〈內景篇〉 聲音, 言語, 〈外形篇〉 耳 등에서 다루고 있다. 〈內景篇〉 言語에서 구분한 언어장애 중 중풍 후 실어증은 대부분 〈雜病篇〉 風에서 설명하고 있으며 不語, 言微, 言變, 不能言, 言瘖, 不得語, 言語雜 등으로 표현한다¹⁹. 실어증의 한의 치료에 대한 기존 증례 보고 중 두침요법을 사용한 논문 2편에서는 두침혈위에 전침을 자극하여 침치료의 효과를 극대화하고자 하였다^{20,21}. 강 등²⁰의 연구에서는 언어 1, 3구에 120 Hz의 전침 자극을 14일, 36일간 적용하였으며, 이 등²¹의 연구에서는 언어 1, 3구에 2 Hz의 전침 자극을 18일, 52일, 77일간 적용하여 AQ 점수를 통한 증상의 호전을 보고한 바 있다.

두침요법은 刺鍼療法과 중추신경계의 대뇌피질機能定位 이론을 결합시킨 것으로, 발병한 부위에 해당하는 두피 상응구에서 자침하여 신체 각 부위의 기능을 개선, 회복시키는 치료법이다²². 두침치료 관련 연구에 따르면 functional MRI(Magnetic resonance imaging) 상 두침치료 및 상하지 경혈의 자극이 대뇌 피질을 활성화시키며²³, 중추성 구음장

에 환자의 모음 공간을 호전시키는 등²⁴ 효과가 보고된 바 있다. 본래 두침 시술 시에는 침을 자입한 후 1분당 200여회捻轉하여 수기법을 통해 자극을 강하게 하는데, 본 증례에서는 치료의 정량화 및 극대화를 위해 전침 자극으로 대신하여 진행하였다. 전침 자극 주파수는 5 Hz의 저주파 자극을 사용하였는데, 일반적으로 2~8 Hz의 저주파 자극은 통증 질환뿐만 아니라 내과질환, 신경마비 질환 등에 대해서 사용된다²⁵. 기존 연구에 따르면 뇌졸중의 재활치료에서 저주파 전침 자극을 사용한 두침 치료가 단순한 두침치료보다 대뇌 운동피질의 회복을 더욱 촉진하고 재활 치료 효과를 높였으며²⁶, 또한 신경운동기능을 향상시키는 효과가 보고된 바 있다²⁷. 강도는 2~3 mA를 사용하였는데, 이는 전침 자극을 느낄 수 있는 감각 역치와 최대 인내강도인 통각 역치의 중간 강도로 설정하였다. 치료에 사용된 두침혈위인 언어 1구는 운동성 실어증, 언어 2구는 명명성 실어증, 언어 3구는 감각성 실어증을 치료하며, 운동성 실어증에 언어 1-2구, 감각성 실어증에 언어 1-3구를 병행하는 것을 근거²⁸로 하여 적용하였다.

초진 시 환자의 체간, 용모사기, 성질재간 등 소증을 통해 少陽人으로 진단하였다. 뇌졸중으로 인한 후유증 이외 食慾, 消化, 大小便, 睡眠 등에 특이 사항은 없었으며, 脈은 浮, 弦하고 舌은 淡紅舌, 苔薄白하였다. 입원하여 약간 口乾, 口渴이 있고, 面色이 검은 편이며, 평소보다 大便 보기가 조금 힘들다는 점, 증상에 대해 불안, 초조함을 보이는 점 등을 근거로 少陽人 少陽傷風證으로 변증하여 荊防瀉白散을 선방하였다. 荊防瀉白散은 表陰이 율체된 少陽傷風證에 사용되는 처방으로 내려가지 못하는 表陰을 하강시켜 병증을 치료하는 것을 목표로 한다. 荊防瀉白散의 구성 약물 중 荊芥, 羌活, 防風, 獨活은 表陰을 내리는 작용을 하며, 生地黃은 열을 내리고, 石膏와 知母는 裏熱을 다스리며, 茯苓, 澤瀉는 利水효과가 있어, 즉 表病에서 裏熱이 심해져 表寒病과 裏熱病이 相雜되었을 때에 사

용할 수 있는 처방이다²⁹. 환자는 본과 입원 전 변비약을 복용하다가 본과 입원 이후 변비약을 중단하고도 거의 매일 大便을 원활하게 보았으며, 口乾, 口渴이 호전되었고, 퇴원 시에는 증상에 대한 불안감을 호소하지 않은 상태로 정서적으로도 호전되어 퇴원하였다.

본 증례는 뇌졸중 후 실어증 환자에게 두침치료를 포함한 침구치료, 한약치료 등을 시행한 결과 19일이라는 비교적 짧은 시간 내에 언어기능의 호전과 삶의 질 개선을 확인하였다. 또한 이전 증례 보고에서 확인이 어려웠던 삶의 질에 대해서도 긍정적인 영향을 미침을 평가하였으며, 다른 언어 재활 치료 없이 한의 단독 치료만으로도 호전을 보였기에 실어증에 대한 한의 치료의 역할을 확인할 수 있었다. 다만 환자의 초진 시 실어증 정도가 경미하여 빠른 회복에 영향을 미쳤을 가능성, 명칭 실어증의 경우 예후가 양호하다는 점 등에서 한계가 남아있다. 향후 뇌졸중 후 실어증의 치료에 대하여 한의 치료가 유효하다는 근거가 더욱 축적되어 보다 심도 있는 임상 연구 보고가 이루어질 것으로 기대한다.

참고문헌

1. Damasio AR. Aphasia. *N Engl J Med* 1992; 326(8):531-9.
2. Berthier ML. Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs Aging* 2005; 22(2):163-82.
3. Juttler E, Steiner T. Treatment and prevention of spontaneous intracerebral hemorrhage: comparison of EUSI and AHA/ASA recommendations. *Expert Rev Neurother* 2007;7(10):1401-16.
4. Bogousslavsky J, Van Melle G, Regli F. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke. *Stroke* 1988;19(9):1083-92.
5. Kertesz A. Recovery of aphasia. In: Feinberg TE, Farah MJ. editors. Behavioral neurology and neuropsychology. New York: McGraw-Hill: 1997, p. 167-82.
6. Nouwens F, Visch-Brink EG, Van de Sandt-Koenderman MM, Dippel DW, Koudstaal PJ, de Lau LM. Optimal timing of speech and language therapy for aphasia after stroke: more evidence needed. *Expert Rev Neurother* 2015; 15(8):885-93.
7. Chapey R. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001, p. 235-45.
8. Brady MC, Clark AM, Dickson S, Paton G, Barbour R. The impact of stroke-related dysarthria on social participation and implications for rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2011;33(3):178-86.
9. Kertesz A. Aphasia and Associated Disorders: Taxonomy, Localization, and Recovery. New York: Grune and Stratton; 1979.
10. Kertesz A. The Western Aphasia Battery-Revised. New York: Grune & Stratton; 2015.
11. Kim SJ, Shin JC, Kim DY, Kim H. Korean version of Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (KSAQOL-39): its validity and reliability. *J Rehabil Res Dev* 2012;16(4):245-65.
12. Mayo NE, Korner-Bitensky NA, Becker R. Recovery time of independent function post-stroke. *Am J Phys Med Rehabil* 1991;70(1):5-12.
13. Paolucci S, Antonucci G, Gialloreti LE, Traballasi M, Lubich S, Pratesi L, et al. Predicting stroke inpatient rehabilitation outcome: the prominent role of neuropsychological disorders. *Eur Neurol* 1996;36(6):385-90.
14. Dalemans RJ, De Witte LP, Beurskens AJ, Van DH, Heuvel WJ, Wade DT. An investigation

- into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disabil Rehabil* 2010;32(20):1678-85.
15. Alexander MP, Hillis AE. Aphasia. *Handb Clin Neurol* 2008;88:287-309.
16. Okuda B, Kawabata K, Tachibana H, Sugita M, Tanaka H. Postencephalitic pure anomic aphasia: 2-year follow-up. *J Neurol Sci* 2001;187(1-2):99-102.
17. Blumstein SE. Psycholinguistic Approaches to the Study of Syndromes and Symptoms of Aphasia. In: *Neurobiology of Language*. 1st ed. San Diego: Academic Press; 2015, p. 923-33.
18. Shewan CM, Kertesz A. Reliability and validity characteristics of the Western Aphasia Battery (WAB). *J Speech Hear Disord* 1980;45(3):308-24.
19. Kim LH, Park HC, You G, Jeong EH. A Critical Review on the Communication Disorders in Donguibogam. *Commun Sci Dis* 2006;11(3):113-28.
20. Kang AR, Woo JM, Lee MR, Kim SB, Cho KH, Moon SK, et al. Two Case Studies of Scalp Acupuncture on Post-stroke Global Aphasia Patients. *Korean J Intern Med* 2016;37(2):265-72.
21. Lee HG, Son JH, Kang AR, Cho KH, Moon SK, Jung WA. Cases of a Patient with Aphasia Treated with Traditional Korean Medicine and Speech Therapy. *J Korean Orient Med* 2015; spr:184-91.
22. The Korean Acupuncture and Moxibustion Society Textbook Publishing community. The Textbook of Acupuncture and Moxibustion. Kyeonggi: Jipmundang; 2008, p. 41-51, 68, 308.
23. Cho ZH, Kim KY, Kim HK, Lee BR, Kang CK, Na CS, et al. Correlation between Acupuncture Stimulation and Cortical Activation. *J Acupunct Res* 2001;18(3):105-13.
24. Shin YJ, Park JH, Baek KM, Chang WS, Choi YK. An Evaluation of Effectiveness of Scalp Acupuncture on Post-stroke Dysarthria Group through Graphed Vowel Space. *Korean J Intern Med* 2008;29(2):413-20.
25. Lee HG, Jung DJ, Choi YM, Yook TH, Song BY, Jeong SG, et al. A Systematic Literature Review on Clinical Research in Human Utilized Electroacupuncture in Korea. *J Acupunct Res* 2013;30(5):139-53.
26. Zhao N, Zhang J, Qiu M, Wang C, Xiang Y, Wang H, et al. Scalp acupuncture plus low-frequency rTMS promotes repair of brain white matter tracts in stroke patients: A DTI study. *J Integr Neurosci* 2018;17(1):125-39.
27. Selenge G. The Effect of Scalp Acupuncture and rTMS on Neuromotor Function in Photothrombotic Stroke Rat Model. Master's Thesis. *Chonnam National University* 2015:31.
28. Jang IH, Moon ID, Jang J, Lee SH. A comparative study on Scalp Acupuncture Treatment for Aphasia induced Acute Stroke. *Zhongguo Zhen Jiu* 1993;3:6-8.
29. Lee SK, Song IB. The Discourse on the Constitutional Symptoms and Diseases of Sansangin on the Dongyi Suse Bowon. *J Sasang Constitut Med* 1999;11(2):16-22.