自閉症에 관한 韓醫學的 臨床硏究

金德坤* · 李進容* · 丁奎萬*

* 경희대학교 한의과대학

Ⅰ. 緖論

자폐증은 초기에는 아동기 정신병으로 생각해 오다가 1943년 Leo Kanner에 의해 논문이 발표된 후 1980년 미국 정신의학회에서 전반적 발달장애(progressive development disorder)로 공식 명명된 소아정신과 영역중 가장 심각한 장애증의 하나로 여러가지 영역에 있어 이상소견을 보이는데 특히 사람들과의 사회적·정감적 접촉발달과 의사소통, 언어발달에 큰 장애가 있고 비정상적이고 괴이한 행동을 반복하는 것을 특징으로 한다.[6]

원인에 대한 규명은 그동안 환경적 원인설과 생물학적 원인설이 대두되었으나 아직 결정적인 원인은 밝혀지지 않고 있으며 최근의 연구는 중추신경계의 이상발달 및 기능이상 등 생물학적 원인규명이 연구의 주류를 이루고 있고 치료 또한 원인적 가설에 따라 부모를 격리시키거나 (parentectomy), 정신치료 등 환경설에 근거한 초기의 방법에서부터 생화학적 소견에 근거한 최근의 약물치료 시도에 이르기까지 다양한 연구가 이루어져 왔으나 그 결과는 부분적이고, 전체적인 증상호전을 보이는 특정치료 방법이 아직 없는 실정으로 특수교육이나 행동수정이 중요한 치료방법으로 등장하고 있는 실정이다.[5]

韓醫學에서는 自閉에 關한 文獻的 記錄은 찾아볼수 없으며 처음으로 接近할수 있는 方法論的 試圖로 첫째 西洋醫學에서 言及하고 있는 原因的 次元에서의 接近과 둘째로 症狀의 類似性에서의 接近方法을 摸索할수 있으며 또 다른 次元에서의 接近은 韓醫學的 假說 下에서 實際 證例를 통한 治療的 接近方法이 있을수 있다.

이에 저자는 의학발달에도 불구하고 자폐증은 原因究明이나 治療的 側面에서 보다 근본적 접근이 어려운 현실임을 감안하면서 자폐증으로 진단받은 6例를 通하여 韓醫學的 原因分析과 治療對策을 시도한바 의미있는 知見을 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 硏究方法

1. 對象 및 期間

對象期間은 1996年 1月부터 12月 현재까지 12個月간 綜合病院及 以上의 病院에서 自閉로 診斷받은 患兒 6명을 對象으로 하였다.

2. 效果判定基準

判定基準으로는 1) 良好, 2) 好轉, 3) 別無反應, 4) 不良으로 4단계로 區分하였으며 效果判定의 細部基準으로는 부르는데에 대한 대답 反應 (應答反應)과 散漫의 정도를 측정기준으로 잡았으며 아주 심함 (+++), 심함 (++), 약간 지나침 (+), 정상 (±)으로 나누고 應答反應으로는 하루 10回 부를때 1~2回 答을 하면 (+++)로 3~4回 答하면 (++), 5~6回 答하면 (+), 7~8回 答하면 (±)로 區分하고 散漫의 정도측정은 통제가 어려울 정도로 산만할 경우를 아주 심함 (+++), 눈에 구분이 되면서 산만하기는하나 그래도 통제가 가능한 경우 심함 (++), 약간 지나친 정도 (+), 보통 또는 정상 (±)으로 두가지를 비교하면서 判定하였다. check는 부모를 통하여 하도록 하였다.

3. 약물치료 방법 및 복용량

藥物投與 方法은 經口投與 反應期間을 2週로 보기 때문에 1回 投與期間은 2週로 하였고 針은 必要에 따라 手少陰心經을 爲主로 刺針하였다.

最終判定은 一般的인 症狀의 好轉與否와 함께 應答反應과 散漫 정도를 綜合하여 최종 效果를 판단하였다. 投與處方은 淸心蓮子湯의 加味方인 强心散 extract를 1包 6g씩 3~4세 1日 1½包 #3, 5~7세 1日 2包 #2 방법으로 熱水에 經口로 投與하였다.

III. 證例

증례 1 : 윤 ○○군 (4세)

언어표현 능력은 '엄마' 정도의 한두마디 단어만 가능하고 오로지 자동차 장난감이나 TV 시청만을 집착하고 부르는데에 대한 반응은 전혀 없었고 아주 산만하였다. 잠이 없는 편이고 자주 깨며 大小便은 識別하지 못하고 돐전 옹아리나 눈맞춤이 없었고 보행이 17개월에 可能했고 24개월까지 병 授乳를 한 2男에 둘째였으며 가족력에 특이한 점은 없었다. 2돐이 지나도 말이 늦은점을 이상하게 여겨 S대 小兒精神科를 거쳐 본원에 내원하였다. 初診時 脈은 細數無力, 舌苔는 紅赤하였다. 내원기간은 96年 4月 26日~6月 26日까지 8週間 來院하였다.

判定 : 증상은 睡眠狀態가 월등히 좋아졌으며 散漫 정도는 (+++) → (+)으로 應答反應은 (+++) → (+)으로 綜合的 判定은 良好였다.

증례 2 : 박 ○○군 (5세)

言語表現能力은 '빠빠' 정도로 알아들을수 없는 말을 옹아리하는 식으로 하고 정신못차릴 정도로 散漫하다. 사람이 있건없건 주위환경에 전혀 무관심 반응으로 일관하며 계단오르기 등 무엇이든지 위로 오르려하는 것이 특징적이고 가족이 없으면 몹시 불안해하고 땀이 많다. 10回 정도 부르면 대답없이 한번 쳐다보는 정도이며 大小便은 識別하지 못했다. 초진병원은 S아동전문병원이며 Brain MRI상 腦下垂體 주변에 cyst가 診斷되었다. 특별한 기왕력 및 가족력은 별로 없었고 특수교육중이었다. 來院期間은 96년 7月 2日~8月 20日까지 6週間이었으며 綜合判定은 응답반응이 (++++) → (+++)으

로 散漫 정도는 (++++) → (++)으로 현저히 減少하여 全體的으로 好轉되었다. 가르치면 따라할 정도로 차분해져 敎育이 可能해졌다.

증례 3 : 최 ○○군 (5세)

표현력은 전혀 없고 계속 怪聲만 지르며 感情조절이 안된다. 장난감 나열하기를 특이적 행위로 하며 기왕력으로는 옹아리와 눈맞춤이 거의 없었으며 병 授乳를 2돐까지 하였다. 어머니는 직장생활 nurse이며 分娩 15日前, 甚한 精神的 衝擊을 받은 적이 있고 가족력은 1男 1女에 막내로 누나 역시 3세부터 말을 하기 시작했다.

初診病院은 S대 小兒精神科이며 현재 特殊敎育을 받는 중이었다. 來院期間은 96年 3月 23日~5月 15日까지 8週間이었고 경과는 사물에 대한 好奇心이 높아지고 block쌓기, puzzle (모양맞추기) 등을 잘하며 單語 찾기는 10單語 정도 可能해졌다. 判定은 甚하게 지르던 怪聲은 많이 消失되었고 그림, 낱말 등 理解力이 다소 好轉되었으며 散漫의 정도는 (+++) → (+), 응답반응은 (++) → (++)로 別無하였다. 綜合的으로 보면 약간의 好轉이었다.

증례 4 : 김 ○○군 (4세)

言語表現 能力은 전혀 없었으며 大小便을 못가리고 散漫의 정도가 지나치며 無關心, 環境適應力 등이 전혀 없고 오로지 자동차 장난감만 가지고 하루종일 논다. 기왕력은 옹아리, 눈맞춤이 전혀 없었고 兄弟는 외아들이며 食事는 전혀 거부하면서 甚하게 선택적으로만 먹는다 (극히 한정되어 있음). 치료기간은 96年 7月 11日부터 2週間이었다. 判定은 1回 來院으로 判定不可하였다.

증례 5 : 김 ○○군 (7세)

말하기 시작한 것이 6세때부터였고 지나치게 산만하며 집중력은 전혀 없는 상태로 現在 한글 解讀은 可能하며 特殊敎育 중으로 기왕력으로 옹아리와 눈맞춤이 전혀 없었으며 가족관계는 외동아들이었다. 特徵的인 事項은 社會性, 理解力은 전혀 없고 記憶力과 숫자 槪念은 아주 높다. 치료기간은 96年 2月 25日 ~ 5月 25日까지로 12주 기간이었다. 산만의 정도는 (+++) → (+), 응답반응은 (+++) → (++)로 最終判定은 顯著히 차분해져 교육을 받을 수 있는 狀態로 되었다.

증례 6 : 채 ○○양 (4세)

對話가 不可能한 狀態로 경우에 맞지 않는 말들을 하며 항상 '엄마마…' 하는 식으로 옹아리처럼 하면서 甚하게 散漫하고 주변환경에 極히 無關心하고 눈을 피한다. 性格이 몹시 난폭하며 自害行爲 (손발을 무는 등)를 하고나 怪聲을 지른다. 甚하게 편식하고 (고기류만 좋아함) 大小便을 가리지 못하고 잠들기가 몹시 힘들고 잘깬다. 기왕력은 없으며 兄弟 관계는 2女에 맏이고 부모가 각각 전문직종에 다니고 있었다. 현재 早期 特殊敎育 중이다. 초진병원은 S대 小兒精神科, 국립정신병원 등에서 Dx. 받음. 치료기간은 96年 11月 21日부터 현재까지 4週째 투약중이며 쉽게 잠드는 점이 좋아졌고 散漫의 정도는 (++) → (+), 응답반응은 (+++) → (++)로 10회시 3~4회 정도로 다소 好轉, 눈맞춤은 약간씩 나아지며 엄마

에게 오라면 오는 정도이다.

Ⅳ. 考察

자폐증은 Kanner가 1943년 "정감적 접촉의 자폐적 장애"라는 논문에서 조기유아 자폐증 11증례를 통한 대인관계에 있어서 관계형성의 어려움과 극심한 자폐적 고집, 언어와 의사소통의 문제 그리고 동일성의 유지 및 반복적 특이한 행동을 설명하면서 그 이전까지 아동기 정신분열증으로 간주되던 아동들 중에 "조기유아 자폐증"이라는 특이한 증후군이 있음을 주장하므로써 아동기의 정신병적 상태에 대한 진단적 분류와 개념적 이해에 획기적인 진전을 마련한 이후 Asperger (1944년)는 자폐증과 유사한 사회성의 문제를 가지나 언어발달과 지능면에서 문제성이 훨씬 적은 아동들을 자세히 기술하고 이들을 자폐적 정신병질 (autistic psychopathy)라고 하였다.)

Creak (1961년)은 아동기 정신병 (childhood psychosis)이란 명칭을 사용하면서 9가지 진단기준을 제시한바 있고 Kessler (1966년)는 발달성 정신병 (developmental psychosis)과 퇴행성 정신병 (regressive psychosis)의 개념을 도입하여 아동기 정신병이 정상적 발달과 인격성장이 이루어졌다가 어떤 계기로 퇴행하여 일어나는 정신병적 상태를 퇴행성 정신병, 그리고 태어난 후 초기부터 발달상의 문제성을 가지고 정신병적 상태로 성장하는 그룹을 발달성 정신병이라는 명칭을 사용함으로써 아동기 정신병의 개념으로 주장하였다.)

그후 영국의 Ruffer (1968년)는 유아자폐증은 하나의 독립된 질병군으로 존재하며 이들은 1) 대인관계 사회적 발달의 심한 장애, 2) 언어 및 의사소통의 심한 장애, 3) 상동성 및 특이한 행동의 반복, 4) 30개월 이전의 발병, 5) 망각, 환각 그리고 정신분열병에서 보는 사고장애가 없는 것을 특징으로 하여야 한다고 구체적으로 주장함으로서 지금까지의 분류나 이해, 그리고 임상적 특성의 기술에 결정적 영향을 미쳤다.) 이것을 계기로 1980년 미국 정신의학 진단 분류책 3권 (DSM-Ⅲ)에 처음으로 전반적 발달장애 (pervasive developmental disorder, PDD)가 공식 명칭으로 채택되면서 전반적 발달장애 (PDD)는 1) 유아자폐증, 2) 아동기 발병 PDD, 3) 비전형 PDD, 4) 잔류 PDD로 분류하였다가 1987년 DSM-Ⅲ-R에서는 그 종류를 2가지로 축소하여 자폐장애 (autistic disorder)와 기타 전반적 발달 장애 (PDD NOS)로 분류하여 지금에 이르고 있다.[3)6)]

다른 한편으로는 최근 국제질병분류 (ICD-10)에서는 전반적 발달장애 (pervasive developmental disorder)가 공식 명칭으로 채택되었고 그 아형으로 1) 아동기 자폐증, 2) 비전형 자폐증, 3) Rett 증후군, 4) 정신지체와 상동운동과 관련된 과잉운동 장애, 5) Asperger 증후군, 6) 기타로 분류하였다.[5)]

이상에서 살펴본 바와 같이 Kanner의 논문 발표 이후 유아 자폐증이 발달시 심각하고 광범위한 문제를 가진 발달장애로 개념이 정립되었고 보편화

되고 분명한 진단적 기준이 확립되었음이 최근 소아정신과 영역에서 가장 두드러진 학문적 성취라고 할수 있다.

발병율의 역학조사는 10,000명당 3~5명이나 이와 유사한 발달장애, 비전형적 전반적 발달장애를 포함시키면 10,000명당 10~20명까지로 추정하고 남아가 여아보다 3~4배 높게 나타나고 있는 실정이다.[8]

원인적면을 고찰해보면 1) 가족 및 환경적 요소, 2) 유전적 요소, 3) 신경해부학 · 신경병리학적 요인, 4) 신경생리학적 요인, 5) 생화학적 요인 등으로 나누어 추적해 볼수 있으며 가정적으로는 자폐아동의 가족이 매우 지적인 가정이라는 점은 Kanner는 주장하고 있는데 자폐 부모들이 강박적인 면이 많고 별로 다정한 편이 아니고 오히려 과학, 문학 내지 예술에 집착되어 있으며 사람들에게 관심이 적은 것으로 보인다고 하였고 유전적인 면은 자폐아동 형제간에 ¼에서 언어발달이 늦는 경우가 관찰되었고 일란성 쌍생아에서는 30%가 자폐아동이었으며 자폐아동의 형제자매에서의 자폐 발병율은 2~6%로 일반보다 50배가량 높았다.

신경해부 및 신경병리학적 요인으로는 20~30%가 간질을 나타내고 선천성 풍진이나 결절성 경화증, 신경섬유모세포 등증, Rett 증후군 등이 나타나고 있으며 자폐아의 30~70%가 보행이상이나 자세이상 또는 무도형 사시, 몸의 과도긴장, 과소 긴장 등 어색함을 나타내는 신경의 비정상 소견을 나타낸 것으로 밝혀졌다.

신경 생리학적 요인으로는 좌측 뇌반구의 역기능, 뇌간의 역기능 등이 EEG 상 이상소견으로 나타나고 대뇌피질 변연계 망상체 형성이상 등은 관찰되는 소견들이다.

생화학적 요인으로는 Dopamine (HVA)이나 Norepinephrine의 변화치에 의미가 있으며 최근에는 serotonine이 ⅓ 정도에서 높아졌다는 보고도 있다.[6]

이와같이 자폐증의 원인적 규명은 다각도로 시도되고 있으나 뚜렷한 사실에는 접근하고 있지 못한 실정이고 증상과 문제성이 매우 다양함으로 가장 근본적인 결손 내지는 결함이 무엇인가에 대한 論亂은 지속되고 있으며 특히 근본적인 인지적, 언어적 결손에 의한 것이냐 아니면 사회성, 정서적 결손에 의한 것이냐는 아직도 논란중에 있다.

지금까지의 自閉에 關한 개념적 변천과 원인적 규명에 접근하고자 노력한 상황들을 살펴보았으나 아직껏 많은 論亂이 진행중인 현실에서 韓醫學的 原因과 治療的 側面에서 接近을 다음과 같은 측면에서 접근하고자 한다.

1) 癲病

첫째로 遺傳的 側面에서 接近方法으로 癲疾로 봐야 할것으로 사료된다. <內經素問 · 奇病論>[7]에 "人生而有病巓疾者, 病名曰何, 安所得之? 岐伯曰: 病名爲胎病, 此得之在母腹中時, 其母有所大驚, 氣上而不下, 精氣幷居, 故令子發爲巓疾也."이라하여 胎病으로 遺傳的 要素와 함께 癲症은 一種의 精神과 意識活動의 紊亂한 疾病으로 보는 것이 타당하다고 생각된다. 癲症은 言無倫

次, 沈默痴呆, 靜而多喜, 或談謨少言, 哭笑無常, 奇幻多疑 等症을 나타내며 이는 稟賦不足으로 다시 情志所傷하게 되어 일어나는 腦機能 失調에 의한 一連의 病症이다.[15] 沈은 "癲由心氣虛有熱", 林은 "癲多喜笑, 證屬心脾不足, 此外 心血虧損, 思慮過多, 氣鬱不遂, 亦能誘發.", 李는 "心血不足, 求望高遠, 抑鬱不遂而成"하는 病因病理와 "痰濕內蒙, 蒙閉淸竅, 氣鬱濕鬱, 聚而爲痰, 痰氣交結, 上逆迷蒙淸竅, 損傷腦神而發爲本證"이 되는 病因病理와 "卒多驚恐, 情志劇變, 大驚卒恐, 或所願不遂, 情志劇變, 損傷腦神, 也可形成本病."에서 보면 遺傳的 素因으로 胎病으로 보는 癲疾에 포함되며[10] 病因病理的인 面은 腹中에 大驚하면 情志가 劇變하여 腦神을 損傷하여 일어나는 것으로 볼수 있으며 病理機轉은 痰濕內蒙하여 蒙閉淸竅한다.[1] 心脾不足, 心血虧損으로 氣鬱不遂되어 發病하거나 氣滯濕鬱하면 모여 痰이 되어 痰과 氣가 交結하여 上逆迷蒙淸竅하여 損傷腦神하게 되어 發病한다. 또한 크게 놀래거나 갑자기 무서움을 당해도 腦神을 損傷하여 發病한다.[15] 따라서 癲疾은 癲狂이나 癲癎과는 다르게 各種 精神活動의 失調로 一般的인 思惟나 感情行爲 등이 不調和하는 것을 特徵)으로 하므로 治療의 根本原則은 淸心鎭驚을 目的으로 하여야 할 것이다.

2) 神病

둘째로 神經生理 및 生化學的 側面에서 關聯시켜 보면 心과 腎의 韓醫學的 概念에서 心主神하고 腎藏於精하므로 心은 神經系를 관장하고 腎은 內分泌的 概念으로 보면 서로 相助해야 하는데 心腎이 不交하게 되면 心不下交於腎, 獨火亂其神明, 腎不上交於心하여 精氣伏而不靈한다. 또한 五志過極, 慾火妄動, 損傷心腎하여 心火不下交於腎하고 腎水不承濟於心, 心腎不交하여 心腎功能損傷, 心傷則腦亦傷, 腎虛則髓海不足하면 神病이 된다. 問齊醫案에서 보면 心腎素虧, 七情不適, 卒加驚恐, 驚則神傷, 恐則精却, 神因精却以無依, 精爲神傷而不化, 以故神搖於上, 精消於下, 陰陽不交하는 心腎不交로 인한 神病의 病理를 說明하고 있다.[10][15] 또한 病理機轉은 心血不足하면 神明失養하고 心腎不交하여 獨火上於神明, 或情緖不寧, 暴躁易怒, 焦慮煩悶, 頭痛多夢, 陽萎遺精, 心悸怔忡 等症을 神病이라 하는데 神病의 現代的 概念)은 神經衰弱과 比較될수 있으며[15] 이에 대한 治法의 原則은 養血寧神하는 治法이 바람직하다고 하겠다.

3) 呆病

셋째로 症狀의 類似性에서 呆病과의 關係로 石室秘錄에서는 ① 묵묵히 말이 없고 배가 고파서 우울한 모양과 같고, ② 어떤 때에는 한번 잠이 들면 며칠이 지나도록 깨어나지 않으며, ③ 어떤 때에는 며칠간을 앉아만 있고, ④ 잠을 자지 않으며, ⑤ 어떤 때에는 한번 잠이 들면 며칠간 깨어나지 않고, ⑥ 때로는 자기 자신의 옷을 꼭꼭 기워서 입으며, ⑦ 때로는 남의 물건을 깊이 감추어 두기도 하고, ⑧ 다른 사람에게 말을 할 때에는 급박하게 말하는 등 정신 상태가 들떠 있으며, ⑨ 꾸중을 들을 때에는 낮은 소리로 울먹

이고, ⑩ 음식물을 주면 삼키지 않으며, ⑪ 炭을 먹는다라고 하였으며 景岳全書에서는 ① 말이 전도되고, ② 거동이 비정상적이며, ③ 혹은 땀을 흘리거나 ④ 혹은 자주 우울해 한다 하였으며 辨證奇聞全書에서는 ① 하루종일 홀연히 말하지 않고, ② 먹지도 마시지도 않으며, ③ 혹은 웃고 혹은 노래하고, ④ 혹은 우수에 잠기고 혹은 울며, ⑤ 음식을 차려와도 먹지 않고, ⑥ 대변과 더불으면 크게 기뻐하며, ⑦ 의복을 주어도 입지 않고, ⑧ 초목의 잎을 주면 크게 좋아하며, ⑨ 하루종일 집에만 홀로 있고, ⑩ 혼잣말을 중얼거리는데 거의 이해할수 없으며, ⑪ 혹은 자신의 옷을 실과 바늘로 밀봉하고, ⑫ 수일동안 배를 주리며 배고픔을 호소하지도 않으며, ⑬ 炭을 보면 아주 좋아하고 혹은 먹기도 하며, ⑭ 대변을 먹는다라고 하였다. 여기서 "우울해한다"는 표현은 세 문헌에서 모두 나타나고 있으며, 石室秘錄과 辨證奇聞全書에서는 공통적으로 "음식을 먹으려하지 않는다"와 "석탄을 먹는다", "홀로 한참동안을 말없이 앉아 있다"라고 하였다. 또한 景岳全書에서는 癲, 狂, 痴 모두가 痰氣의 鬱滯로 因한다고 하고 氣逆하면 痰滯하고 모든 經絡을 壅閉하고 心竅를 阻塞하여 發病된다고 하여 祛痰順氣의 治法을 活用토록 하고 있다.[9)19)20)21)]

4) 語遲

넷째로 發育이 느린 점을 考慮하면 身體的 發育은 다소 늦거나 보통이지만 精神的 發育은 顯著히 늦으며 이와 관련하여 말이 늦는 것과 大小便을 제대로 가리지 못하는 등으로 보아 五遲證의 범주에 포함되며 遲證은 諸病源候論에서 "五歲不能語候"라고 記載된 後 太平聖惠方)에서는 語遲라고 證名을 明確히 밝히고 小兒衛生總微論方)에서는 病理的 機轉을 心氣怯者, 則性痴而語遲, 髮久不生, 生則不黑, 心主血, 髮爲血之餘, 怯則久不生也. 心系舌本, 怯則語遲也. 心之聲爲言, 小兒心氣不足, 則智力發育障碍, 雖長至合語之時, 亦不能如其說話, 而爲語遲證. 保嬰撮要)說: "錢氏云, 心之聲爲言, 小兒四五歲, 不能言者, 由妊母卒有驚動, 邪乘兒心, 致心氣不足, 故不能言也. 小兒稟賦氣血虛, 筋骨軟弱, 步難移, 牙齒不生, 髮疏薄, 身坐不穩, 語言遲", 幼科準繩)에서는 "若兒稍長, 應語而語遲, 由在胎時, 母卒驚怖內動, 兒臟邪乘於心, 心氣不和, 舌本無力, 故語遲也.", 東醫寶鑑)에서는 "語遲者, 五軟中口軟是也. 兒在胎時, 母有驚怖, 驚氣入於心包絡, 使心神不足, 舌本不通, ……."이라하여 이는 보통 父母의 氣血虛弱으로 先天이 虧損하거나 出生後 腎氣不足, 血氣衰少로 筋骨毛髮이 營澤하지 못하고 特히 놀래서 그 邪氣가 心氣로 乘入하여 淸竅를 閉塞시켜 4~5세가 되도록 말을 못하는 것으로 補心養血 治法을 使用하여야 한다.[3)4)11)12)13)14)16)18)]

先天的 乃至는 遺傳的 原因에서의 關聯性은 癲疾의 범주에 屬하며 細部的으로는 癲癎, 癲狂과 區分되어야 하겠고 胎病으로 볼수 있다. 둘째로는 神經生理 및 生化學的 側面에서 본다면 心主神에서의 神病에 屬한다고 볼수 있으며 同時에 腎의 精槪念에서 함께

解析되어야 할 것이다. 셋째로 증상의 類似性으로 默默無言이나 終日悠悠不言不語 등으로 보아 呆病이 症狀과 상당부분 一致된다고 보여지며 幼兒 呆病으로 分類할수 있겠다. 넷째로 精神的 發育이 느린 점으로 보아 遲證의 범주에서 해석되며 五遲 중에 유일하게 정신적 발육이 늦은 遲證인 語遲에 해당된다고 思料된다.

證例를 通한 結果를 分析하면 총 6명 중 男 5명, 女 1명으로 男:女의 비율은 4.9:1로 이것은 남아가 여아에 비해 훨씬 많은 논문의 통계인 3~5:1의 비율에 속함을 볼수 있다. 남아가 여아에 비해 현저히 높은 원인은 아직 알려져 있지 않으나 일반적으로 모든 신경과적 또는 정신과적 문제가 남아가 2배 이상 많은 것으로 보고 되고 있다. 연령별로는 4세에서 7세까지로 幼兒期부터 學童前期에 해당되는 연령으로 가장 문제되는 점이 학교 취학시기에 一般學校에 就學할수 있느냐는 점이 가장 문제로 대두되며 취학해도 교육을 받을수 있느냐가 가장 문제시 되는 점이다. 6例중 4例에서 현재 특수교육을 받고 있었으며 전부 공공의료시설은 아니고 공증을 받지 않은 개인 사설기관에서 받고 있는 점도 크게 문제시 되고 있다. 기왕력으로 4例에서 옹아리와 눈맞춤이 거의 없었다는 것이 특징적으로 나타나고 있다. 옹아리와 눈맞춤은 개인 사회적 적응력으로 정서적 교감과 언어발달의 가장 기본적인 지표가 되는 것으로 반드시 4주 정도까지 거쳐야 하는 행동발달 치료를 운동발달과 함께 참고해야할 사항이다.

특이적 행동으로는 3例에서 오직 장난감만 갖고 논다거나 나열하기 또는 무엇이든지 오르기만 하거나 하였고 1例에서는 怪聲을 지르거나 자해행위를 하면서 아주 亂暴한 性格을 소지하였고 다른 1例에서는 암기력, 특히 숫자에 대한 암기력이 대단히 뛰어났다. 이것은 철저히 자기주위적이며 外部에 제약이나 간섭받기 싫고 오로지 자기만의 세계에서 철저히 바깥과 차단하는 현상으로 보여지며 선택적으로 우수한 능력을 갖는다고 전반적인 理解나 지능이 우수한 것은 아니며 자폐아의 ⅔에서는 정상지능보다 낮다. 공통 증상의 문제는 수면상태가 나쁘고 식욕은 거의가 관심이 없거나 잘 안먹으며 大小便을 식별하지 못하고 모든 예에서 甚하게 散漫하였다. 따라서 치료의 첫째 目標는 차분해지는 것과 수면을 취하게 하는 것이다.

위의 6例 모두가 散漫하였던바 淸心火를 目標로 投與한 强心散의 效果는 5例에서 好轉 내지는 良好하였다. 보조적으로 溫膽湯類를 投與하여 補心의 效果도 함께 기대하면 더욱 좋으리라 생각된다. 적응훈련으로 응답효과는 3例에서 다소 好轉이었으며 적응력에 대한 效果가 보다 힘든 문제로 대두된다.

이상에서 보면 자폐증의 치료는 우선 淸心, 鎭心, 補心 등의 治法으로 神의 기능을 調節해 주는 것이 중요하며 둘째로 식욕증진이나 숙면을 취하도록 補脾消導를 보조적으로 治法을 使用하는 것이 바람직하겠다. 그러나 言語훈련이나 적응력에 대한 治療對策은 아

직 미비한 상태로 社會적응 훈련방법을 韓醫學的 理論을 통한 方法論의 필요성을 절실히 느낀다.

V. 結論

1. 自閉症의 韓醫學的 證名은 癲疾, 神病, 呆病, 語遲의 범주에 屬한다.
2. 治法의 原則은 淸心鎭驚, 養血寧神, 祛痰順氣, 補心養血의 4大治法을 活用 (준용)해야 한다.
3. 治療의 綜合的 判定은 良好 (1例), 好轉 (4例)로 全般的으로 좋아진 경우가 5例 (83.3%)였다. 別無反應 내지는 不良이 1例 (16.7%), 1回로 判定不可가 1例 (16.8%) 였다.
4. 治法은 淸心鎭靜의 治法을 使用하였다.

參考文獻

1. 李東建 : 東醫臨床神經精神科, 서울, 書苑堂, p. 8, 180~182, 1994.
2. 李定均, 金昇泰 共譯 : 小兒精神科學槪論, 서울, 一潮閣, p. 134, 1978.
3. 丁奎萬 : 東醫小兒科學, 서울, 행림출판사, pp. 276~277, 1985.
4. 許浚 : 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, p. 652, 1971.
5. 홍강의, 최진숙, 신민섭, 황용승, 안윤옥 : 자폐증 아동에 있어서 carbamazepine의 치료효과, 소아·청소년정신의학회지, 2 (1) : 87~96, 1991.
6. 홍강의 : 자폐장애, 소아·청소년정신의학, 4 (1) : 3~26, 1993.
7. 洪元植 : 精校黃帝內經, 서울, 東洋醫學硏究院, p. 95, 1981.
8. 홍창의 : 소아과학, 서울, 대한교과서 (주), pp. 48~49, 1993.
9. 황의완, 김종우, 이조희, 엄효진, 이승기 : 치매에 관한 한의학적 임상연구, 경희의학, 12 (2) : 186~199, 1996.
10. 황의완 : 동의정신과학, 서울, 현대의학서적, pp. 519~521, 1992.
11. 江育仁, 王伯岳 編 : 中醫兒科學, 北京, 人民衛生出版社, p. 582, 1984.
12. 江育仁編 : 中醫兒科學, 台北, 知音出版社, pp. 257~258, 中華 78年.
13. 薛己 : 保嬰撮要, 北京, 人民衛生

出版社, pp. 122~123, 1983.
14. 巢元方 : 諸病源候論, 台北, 文光圖書, p. 290, 中華 70年.
15. 呂光榮, 劉楚玉 編 : 中醫腦病證治, 台北, 南天書局, pp. 103~105, 中華 78年.
16. 吳康健 點校 : 小兒衛生總微論方, 北京, 人民衛生出版社, p. 435, 1986.
17. 王肯堂 : 幼科準繩, 서울, 翰成社, pp. 241~242, 1982.
18. 劉昉 : 幼幼新書, 北京, 人民衛生出版社, pp. 156~158, 1987.
19. 張介賓 : 景岳全書, 서울, 一中社, p. 846, 1992.
20. 錢鏡湖 : 辨證奇聞全書, 台北, 甘地出版社, pp. 233~235, 1980.
21. 陳士澤 : 新編石室秘錄, 서울, 大星文化社, pp. 35~36, 1993.