

C.V.A.患者의 心臟瓣膜疾患에 대한 症例報考

東國大學校 附屬韓方病院 內科學教室

姜 旼 姪 · 鄭 智 天 · 李 源 哲

I. 序 論

C.V.A.는 現代 成人病中 가장 發病頻도가 높고 위험도가 높은 疾病중의 하나로서 韓醫學에서 다루고 있는 疾患중에서도 重症으로 難治에 屬하며 長期間의 治療를 필요로 하는 疾患이다.^{12),15)}

이러한 C.V.A.患者의 病歷을 보면 많은 數의 患者에서 心臟病歷을 갖고 있거나 X-ray 나 심전도 검사 상에서 異常소견을 나타 내고 있다. 따라서 C.V.A.를 治療하는데 心臟에 의한 原因을 알아 내어 이를 제거하거나 心臟病에 의한 併發症을 治療하는 것이 매우 중요한 關鍵이 아닐 수 없다.

本 症例의 患者는 東國大學校 附屬韓方病院에 入院한 C.V.A. 患者로서 대부분의 初期 C.V.A.患者들과는 다른 發病過程과 樣狀을 나타 내어 검사를 의뢰한 결과 승모판막중이라는 器質의 病變에 의한 것이 판명되었다.

C.V.A.에 앞서 意識이 昏迷한 急症으로 나타나고 있는 心臟病에 의한 症狀은 一般적으로 西洋醫學的 藥物療法이나 手術療法이 適用될 수 있을 것으로 思料되나 患者의 發病樣狀이 韓醫學의 外感性 疾患의 典型的인 類型으로 나타나고 있어 藥物과 針療法이 心臟의 機質의 이거나 機能的인 障礙를 好轉시키는데 效 果적인 作用을 할 수 있을 것으로 보아 이에 Brain-CT, Chest X-ray, E.K.G.를 통해 確診된 一例의 患者에 對하여 急性期에서의 治療를 中心으로 文獻考察을 통하여 報考하는 바 이다.

II. 症 例

患 者 : 조 ○○, 男, 53세

主 訴 : 情志不醒, 左半身 不遂, 語澁, 右斜

발병일 : 93. 4. 5. 5:00PM

입원기간 : 70일, 93. 6. 14 現在 入院 中

過去歷 : 90년 부터 副鼻腔炎

家族歷 : 母. C.V.A. 로 死亡함.

現病歷 : 本 患者는 滿 53세의 瘦脊形의 男子 患者로서 平素 농업에 종사하며 간헐적인 飲酒와 大量의 吸煙을 하였으며 性格은 躁急하였 으며 큰 疾病없이 생활해 오다가 92. 11. 30 교통사고로 아들이 死亡하여 傷心해오던 중 93. 4. 3 부터 發熱, 頭痛, 身痛, 鼻流涕 등의 感氣症狀으로 의원에서 治療하여 好轉되고 있던 가운데 93. 4. 5 오전 飲酒 후에 집에서 휴식하다가 오후 5:00PM부터 돌연 精志混濁, 左半身 不遂, 右斜, 語澁, 頭部の 右向固定, 竄視, 戴眼, 循衣摸床, 尿失禁 등의 症狀을 일으켜 自家療法으로 手指末端을 瀉血한 후 구급차로 응급 入院하게 됨.

脈象 : 不定脈, 細數而弱, 促脈

舌苔 : 舌尖紅絳而少苔, 微黃而軟

검사소견

(1) B.S.T

93.4.5. FBST : 230mg/dl BST : 201mg/dl

93.4.6. FBST : 84mg/dl BST : 146mg/dl

(2) U.S.T

93. 4. 15 normal

(3) Brain CT

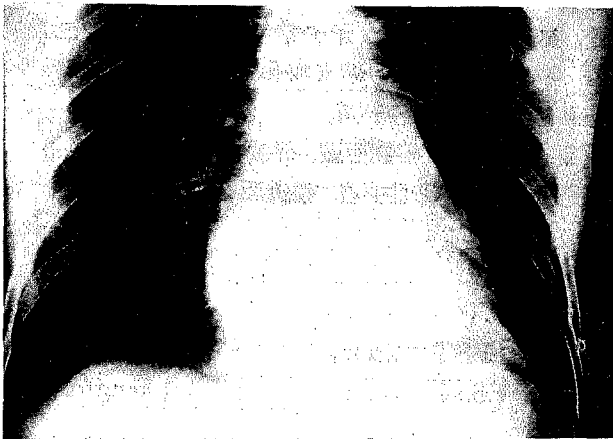
93.4.6. Ill-defined extrinsic low density at Rt frontotemporoparietal area with mass effect.
Conc) Acute infarction, Rt frontotemporoparietal lobe, more likely



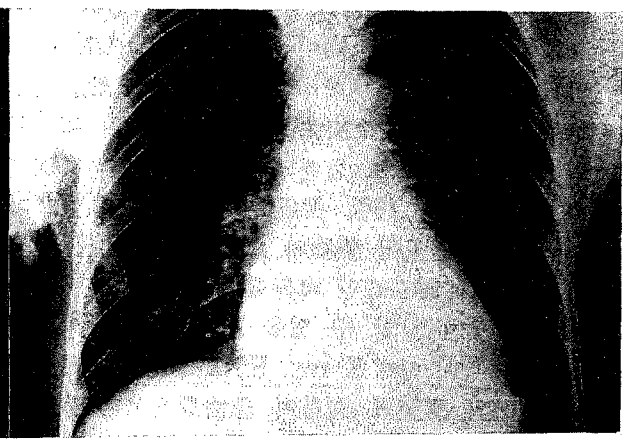
(4) Chest X-ray

93.4.9. Triangular heart shape with cardiomegaly & double contour & even distribution of pulmonary vascularity. No active Lesion in Lung. Conc) R/O M.V.H.D

93.5.4. Slightly decreased Heart size



93. 4. 9



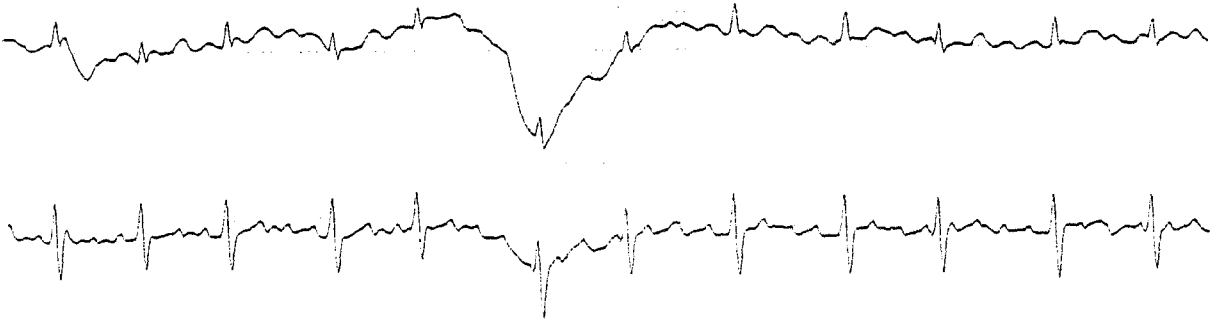
93. 5. 4

(5) E.K.G. (FUKUDA, M-E, KOGYO Co. JAPAN)

方法 : 入院 2일 째에 첫 E.K.G.검사를 하고 急性期를 지난 후 93.4.27 부터 93.5.31까지 35일간 9:00Am에 검사를 하고 30분간 寢床에서 휴식, 安靜을 시키고 健側에 心勝格을 刺針하여 15분간 遺針하고 난 후 다시 검사를 실시하였다.

93.4.7. Pulse : 111/min Bundle Branch Block Atrial fibrillation Preamature beats

Ⅱ , V2



93.4.27. 전) Pulse : 97/min Atrial Fibrillation

Ⅱ , V2



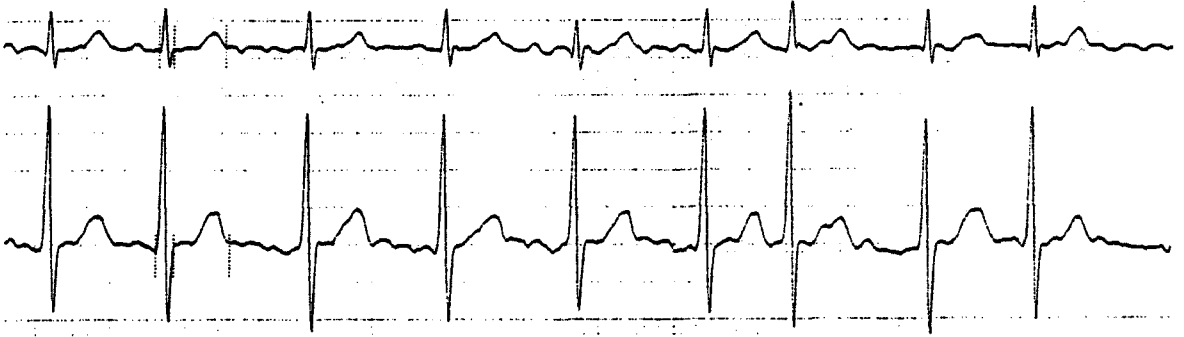
후) pulse : 80/min Atrial Fibrillation

Ⅱ , V2



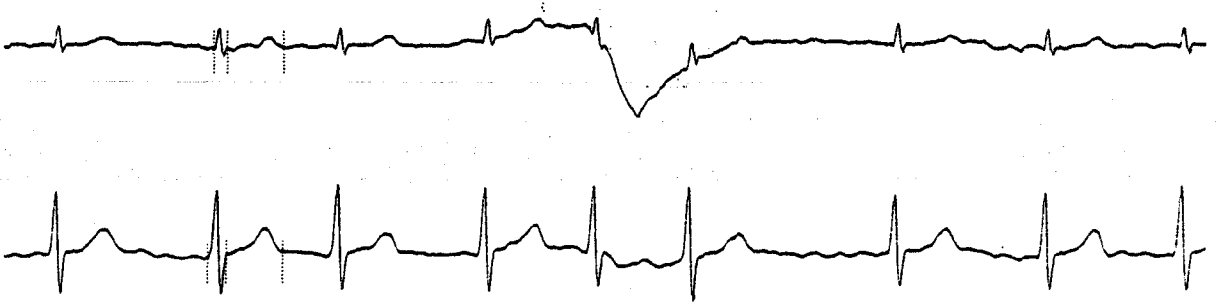
93.5.15. 전) pulse : 86/min Atrial Fibrillation

Ⅱ , V2



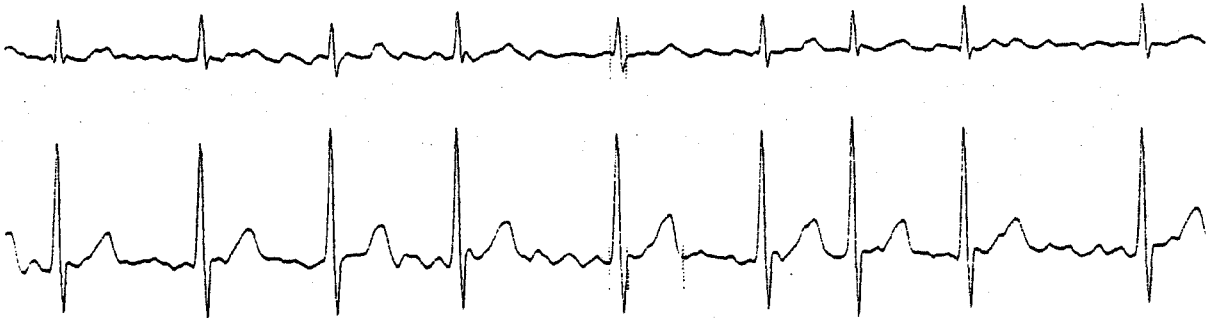
후) pulse : 81/min R wave elevation (Lt ventricle) Atrial Fibrillation

Ⅱ , V2

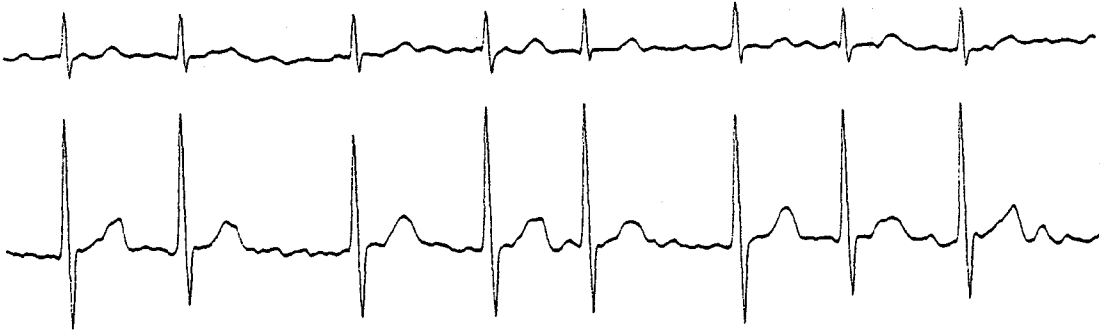


93.5.31. 전) pulse : 89/min R wave elevation (Lt Ventricle) Atrial Fibrillation

Ⅱ , V2



후) pulse : 86/min Arrhythmia (PR)



症狀經過

入院 당시 本患者는 精神이 明瞭하지 못하고 대화가 불가능한 상태에 있었으며 左半身不遂, 斜視, 語滯, 循衣摸床, 戴眼, 竄視, 尿失禁, 不定脈 등의 症狀이 있었으며 BP는 140/90 mmHg이었고 呼吸困亂이나 체온상승 등은 없었다.

이후 93. 4. 6. 10:00Pm부터 37.7도-38.2도에 이르는 發熱이 시작되고 頭痛과 胸悶이 나타났다. 93. 4. 7에는 약간의 發汗과 함께 發熱이 더욱 甚化 (37.2도-38.5도)되고 胸悶 症狀도 甚해지고 呼吸困亂이 나타나기 시작하였다. 다시 저녁 10:00Pm부터는 체온이 下降되어 93.4.8.에는 熱이 消失되었다. 이후 93.4.9. 부터 93.4.11. 까지 發熱과 退熱이 반복되다가 93.4.12.부터는 安靜되기 시작하였다.

血壓은 점차 下降하여 93.4.10. 부터는 120/80-110/70mmHg으로 정상이었다. 發熱中에 약간의 發汗을 나타내기는 하였으나 惡汗이나 盜汗 등은 없었고 시간적인 특징을 구별할 수 있을 정도는 아니었으나 夜間에 조금 甚한 경향은 있었다. 樣狀은 때로 寒熱往來로 나타나기도 하였다.

呼吸困亂, 咳嗽, 譫妄, 夜間 譫語, 煩熱感,

不眠 등은 發熱상태에 따라 甚하게 나타났고 甚한 嘔吐로 安靜된 臥位를 유지하기가 어려웠고 그 당시 精志상태가 惡化되어 mental GII(drowsy)에 까지 이르기도 하였다. 高熱이 없어지고 난 후에도 胸悶, 呼吸困亂, 譫語, 不眠 등은 약 20일 정도 經過하면서 점차 好轉되었다.

小便失禁과 함께 便秘가 지속되었고 93.4.10. 부터 便秘는 해소되었으나 尿失禁은 意識昏迷 상태로 인하여 더 지속되었고 이후 간혹 小便不利가 나타나기도 하였다.

患者는 安靜期에 들어가면서 지속되는 項強症과 간헐적인 頭痛이 있었으며 精神도 점차 明瞭해지고 呼吸困亂과 譫語 등이 없어지면서 戴眼, 竄視, 口角流涎 등이 없어지기 시작하였고 語滯과 斜視도 好轉되었다.

93.5.12. 부터는 上記한 一連의 症狀들이 없어지고 下肢로 부터 움직이기 시작하여 93.6.14. 現在 步행 및 上肢를 移動시킬 수 있고 左側 肩部和 兩膝關節의 運動에 따른 痛症이 나타나고 있다.

治 療

本 症例에 시행한 治療는 藥物療法, 針灸療

法, 物理治療, 其他 補助治療로 구분할 수 있다.

藥物療法은 主藥物 (1일 3회 食后 2시간 후 服用)로써 淸肺瀉肝湯加味(4.6-4.8, 4.10-4.11), 六一順氣散加味(4.9), 參胡溫膽湯加味(4.12-5.17), 補陽還五湯加味(5.18-6.14) 등이 投與되었고 牛黃淸心丸을 매일 1丸씩 服用하였다. 散劑로는 發熱, 虛煩을 없애기 위해 小柴胡湯, 便不通過 發熱, 謔語를 위해 大柴胡湯, 不眠과 煩熱, 眩暈을 위해 酸棗仁湯, 頭痛을 위해 淸上肩痛湯, 煩熱, 高熱, 情志混濁을 위해 三黃瀉心湯, 發熱, 虛煩, 小便不利를 위하여 五苓散, 不定脈을 없애기 위해 甘草湯을 投與하였다.

針灸療法中 針은 初期에는 中風要穴만을 刺針하다가 93.4.27. 부터 오전 9:30에 患者의 健側에 心勝格(補: 大敦 小衝, 瀉: 陰谷, 少海)을 迎隨補瀉와 九六補瀉를 응용하여 실시하고 오후 4:00에 다시 中風要穴을 刺針하였다. 灸法은 中完, 氣海, 患側의 中風要穴에 間接灸를 시행하였다.

物理治療로는 Infra-red, Interference, Tilt-table, E.S.T, Paraffin-bath, Ultra-Sound 등을 실시하였다. 其他 補助治療로는 項頸部와 背輪部の 附缸, 手指 十井穴의 瀉穴, O₂ supply (분당2l/min) 등을 실시하였다.

IV. 考 察

腦硬塞은 C.V.A.의 種類 가운데 하나로써 그 原因은 동맥 경화에 따른 血栓형성에 의하거나 異物質에 의한 塞栓症이 그 대표적 原因이 된다. 또 塞栓症은 心臟에서 기원되거나 其他의 장소에서 유래되는 것으로 分類할 수 있다. 本 症例는 C.V.A. 患者로서 C.T上 腦硬塞의 소견을 나타내었다. 그러나 C.V.A.가 外感性 症候가 나타난 후에 發生되었고, 또 急性的으로 나타났으며 chest X-ray를 통하여 나타난 M.V.H.D.에 의한 Cardiomegaly 등으로

미루어 볼 때 류마트 열에 의한 승모판막증으로부터 誘發된 원거리 폐색성 塞栓症이 腦硬塞의 原因이 된 것으로 思料된다.^{1),12),13)}

류마트열(rheumatic fever)은 후천성 판막성 심질환의 가장 많은 原因이 되어 왔다. 그러나 연쇄상 구균 감염증에 대한 효과적인 항생 물질療法の 出現이래 그 頻度가 현저히 減少하였다. 류마트성 열은 급성 재발성 염증질환이며 대개는 Group A β-용혈성 연쇄상 구균에 의한 인두 감염 후에 發生한다. 류마트성 열과 류마트성 심질환은 연쇄상구균감염후의 면역반응으로 여겨지고 있다. 여러 臟器의 결합조직과 소혈관이 그 주요 病所이지만 대개는 心臟이 가장 심한 손상을 받는다.

급성 류마트성 심질환으로 인한 심장염 및 판막염의 後遺症은 心臟의 어느 瓣이든 침범될 수 있다. 그 중 승모판의 頻度가 가장 높다. 급성 류마트성 판막염은 後遺症 없이 治癒될 수도 있지만 慢性으로 進行하여 永久的인 病變을 초래할 수도 있다.

가장 위협적인 심근염은 不定脈을 일으키고 특히 心房細動과 심전도 상에서 P-R間隔의 延長을 일으킨다. 心房細動으로 血栓이 잘 생기며 이는 塞栓症의 잠재적인 原因이 된다. 瓣膜이 손상되더라도 心臟은 오랫동안 견디어 내고 결국 甚한 심부전으로 된다. 그래서 급성 류마트성열은 成人에서 死亡의 原因으로 계속된다.

瓣膜疾患이 있으면 그 瓣膜의 역할은 心臟의 타 부분에서 비대 또는 확대되어 그 기능을 代償하고 혈액순환에 지장이 없게끔 노력하게 된다. 그러나 대부분에서 代償작용이 이루어 지지 못하게 되어 呼吸困亂, 心悸亢進, 胸部の 壓迫感 등을 호소하게 된다.

經過는 多樣하여 原因에 따라 瓣膜에 따라 併發症에 따라서 다르나 瓣膜疾患의 患者는 心臟의 예비력이 低下되어 있으므로 甚한 운동이나 정신적 過勞에 의해서 心不全이 되기 쉽다. 때로는 血栓이 생겨서 心臟外로 나가

동맥에 血栓證을 야기시켜 위험한 상태가 되기도 한다.

류마티열이 主要原因이 되는 승모판막증은 승모판 협착증과 폐쇄부전증으로 구분할 수 있다.

승모판협착증은 瓣膜이 완전히 열리지 않는다는 것을 의미하며 이로 인하여 혈액의 前方 흐름에 障礙를 받게 된다. 협착증의 자연經過는 승모판막협착이 진행된 이후 승모판막 출구가 2.0-2.5cm²으로 減少할 때까지는 臨床症勢가 없으며 그 후 더 진행되면 呼吸困亂, 폐울혈, 객혈 등의 症狀등을 보이며 점차 진행되어 폐동맥 저항이 增加되면 右心室 不全으로 死亡하게 된다. 협착이 되면 左心房의 혈액이 左心室로 流入이 방해되어 좌심방은 울혈이 되어 확장되는데 벽이 약하므로 代償작용이 지속하지 못하여 드디어 폐혈관에 울혈이 생기게 된다.

症狀은 폐혈관 저항의 增大 정도와 협착의 정도에 따라 좌우된다. 그러므로 협착이甚해도 폐혈관 저항이 적으면 症狀이 적게 나타날 때도 있다. 脈은 少,弱한 것이 특징이며 期外收縮이 있고 心房細動이 나타난다. 운동시의 呼吸困亂, 기좌호흡, 발작성 야간호흡관과甚한 경우 객혈을 나타내기도 한다. 少數에 있어 胸痛이 나타나기도 하고 血栓塞栓症이 발생할 위험이 있다.

폐쇄부전은 瓣膜이 완전히 닫히지 않아서 생기게 되며 이로 인해서 혈액이 逆流을 일으킨다. 승모판의 폐쇄가 不全하게 되면 혈액의 일부가 心室이 수축할 때 대동맥으로 가는 量이 減少된다. 일단 心房으로 逆流한 혈액은 폐정맥에서 온 혈액과 합류하여 재차 心室로 들어가게 되므로 心室은 정상 이상의 血壓을 갖게 된다. 그 까닭으로 좌심실은 확장, 비대되어 多量의 혈액을 수용치 않으면 안되게 되며 강수축을 해서 대동맥으로 보내게 된다. 左心房도 左心室에서 逆流하는 혈액과 폐정맥에서 오는 혈액 때문에 확장이 되고 心房內壓

도 상승된다. 이 때문에 폐정맥울혈, 폐모세관울혈, 폐동맥울혈이 일어나 폐동맥 고혈압, 울혈폐를 야기시킨다. 폐쇄부전증은 류마티열發生시기로부터 症狀이 나타날 때까지의 기간이 협착증에 비해 길다. 呼吸困亂과 기좌호흡을 나타내고 塞栓症, 不定脈, 심내막염 등의 合病症을 나타낸다.

治療는 류마티열의 재발 예방, 감염성 심내막염 예방, 저염 및 이뇨제, 심근의 수축력을 增大시키는 디지탈리스 제제(우심실 비대, 心房細動) 및 혈관확장제를 投與하고 內科的治療에도 불구하고 신체 활동에 지장이 많을 때에는 승모판절개술, 인공판막대치술과 같은 外科的手術을 시행한다. 협착증과 폐쇄부전은 공히 원거리 폐색에 의한 C.V.A나 心不全, 심혈관 색전증과 같은 위험한 상태를 초래할 수 있다. ^{1),2),4),5),6),11),14),16)}

本 症例는 高熱, 呼吸困亂, 不定脈등과 같은 症狀이 나타났으며 E.K.G.上에서도 典型的인 승모판막증의 經過를 보이고 있다.

최초의 심전도는 頻脈과 兩角의 차단 및 期外收縮을 나타내었으며 현저한 心房細動을 나타내다가 93.4.27. 부터 시작한 心勝格의 刺針으로 頻脈이 줄어들고 약간의 虛血性變化를 일으키면서 이소성 증추에 의한 수축들이 減少되고 心房細動에 局限되는變化가 發生하였다.

頻脈은 生理的으로 나타나기도 하나 病的인變動으로는 미주신경의 기능이 低下되고 교감신경의 흥분이 亢進되어 發生하는데 갑상선기능항진증, 빈혈, 發熱, 발작성 상실성빈맥, 심기능부전, 심근경색, 심장염 등에서 增加된다.

心房細動은 특징적인 심첨박동의變化를 定한다. 心臟活動은 강도 및 울동이 완전히 불규칙적이다. 일련의 강한 박동과 多樣한 길이의 휴식기와 약한 박동이 교호로 일어난다. P파는 나타나지 않고 그 사이 心室群이 불규칙한 간격으로 나타나고 매회의 파고가 틀리게

나타난다. 心房細動은 心房의 여러 흥분중추에서의 흥분으로 인하여 誘發하며 한번의 흥분이 全心房을 완전히 탈분극시킬 수는 없으며 단지 몇몇의 흥분이 방실결절을 통과할 수 있다. 心房細動을 가장 잘 誘發시키는 病은 승모판협착증이고 그 다음이 관상동맥경화증, 그 밖에는 판막질환, 선천성 심장질환, 급성심막염, Basedow씨병 등이다.

期外收縮이란 이상 자극이 정상생성부위 이상에서 일어나 이것이 확장되어 정상수축보다 早期에 수축을 일으키게 되는 것이다. 심장판막증에 흔히 나타난다. 승모판막질환에서는 左心房의 확대가甚해져서 자주 心房性 期外收縮이 나타나는데 이것이 많아지면 心房細動을 일으키는 수가 많다. 그 외 관상동맥경화, 심장염, 心不全등에서 잘 發生한다.

블록은 심방흥분과의 방실전도가 障礙되는 것을 말한다. PR간격의 연장과 심실 탈분극이 뒤따르지 않는 P파를 발생시키고 방실전도가 없으며 心房과 心室이 독립적이며 양자간의 아무런 관계없이 탈분극을 일으키기도 한다. 심장염, 관상동맥질환, 선천성 심장병, 心臟의 급성하벽경색시에 發生한다.^{1),4),8),17),25)}

現代 中醫學에서는 위와 같은 病症을 風濕性 心瓣膜病 또는 風濕性 心臟病으로 略稱하여 “心悸”, “怔忡”, “心痺”, “喘息”, “水腫”과 같은 病症과 연결시키고 있다.

그 原因은 첫째 外感侵襲, 둘째 正氣虛損, 셋째 氣血不暢등이며 飲食, 勞倦情志, 房事등이 誘發 原因이 되고 脾, 肺, 腎등의 三臟이 關係하는 것으로 보는데 肺氣가 心脈에 연결되어 氣短, 喘咳등을 發生시키고 脾腎이 兩虛하여 水濕內停, 風濕之邪阻肺經絡而氣血瘀滯하여 發病하며 治法은 補腎養心, 益氣健脾, 祛瘀通絡, 飲化痰等으로 한다. 臨床症狀에 따라 心氣不足症에는 補中益氣湯合補心丹, 氣陰兩虛에는 歸脾湯, 肺絡瘀阻에는 桃紅飲, 腎不納氣에는 腎氣丸, 心腎兩虛에는 眞武湯, 脾腎兩虛에는 半夏厚朴湯, 中風中經絡症에는 補陽還

五湯으로 辨症하여 治療한다.^{17),24)}

本 症例의 急性期 症候는 C.V.A.와 함께 傷寒, 溫病등의 범주에 屬하는 急性熱病에 의한 症狀 즉 高熱과 精神障礙가 爲主가 되고 있다. 臨床的 관찰에 의하면 本 患者의 外感性 症候는 心臟으로 부터 기원된 것으로 보인다.

心臟病의 主要原因은 風, 火, 痰, 虛, 氣, 血, 濕, 食등이 되는데 또한 心臟은 神을 藏하므로 七情過極에 의한 病도 많다. 다시 말하면 心臟의 病理는 대부분 血脈의 運行障礙와 神明의 活動障礙로 인해 發生하게 되는 것이다.^{1),10)} 「金匱要略」에 心傷症은 憂愁思慮에서 오며 “心中痛而自煩發熱한다”²²⁾ 라고 되어 있다.

本 症例는 外感에 의한 心臟의 實熱症을 나타내는 것으로 보인다. 促脈은 陽盛火旺, 痰積喘咳, 心損衰備등의 陽熱이 獨盛하는 脈象이다. 또 舌質紅絳少苔는 熱邪의 在外 즉 外感性 熱邪임을 알려 준다.⁶⁾

心實症의 原因은 火, 熱, 痰, 瘀阻등으로 心煩, 失眠, 發狂, 谵語, 神昏等の 症狀를 나타낸다. 心熱症은 小腸之腑에 氣不瀉하거나 血中有熱이 心經에 入하여 되는데 熱이 나고 心煩, 心痛, 面紅多淚한다.^{1),20)} 또 本 患者의 病因中에는 精神의인 思慮過多로 인한 誘發 原因이 있는데 이는 七情에 傷하면 五臟六腑의 저항능력이 파괴되어 各 臟을 침범한다는 이론에 근

거할 수 있다 하겠다.³⁾ 《素問 舉通論》에 “思則心有所存, 神有所歸, 正氣留而不行, 故氣結矣”¹⁰⁾라 하여 邪가 神明之心에서 나오는 가답에, 憂邪가 機體 臟腑의 氣를 鬱結시키면 주로 心脾의 氣를 鬱滯하고 不暢케 한다. 그 외에 悲憂는 또한 肺臟精氣活動의 반응이므로 지나치게 憂하면 肺를 傷하여 憂邪가 心脾를 傷하게하는 同時에 肺의 病症도 일으킨다. 그리고 心脾의 氣鬱이 오래되면 化熱하여 心脾鬱熱의 症을 형성하는데 臨床的으로 心煩, 不安, 心悸而驚, 口脣乾燥, 納保, 便結, 舌尖紅赤,

舌苔黃燥, 脈細數등의 症이 나타난다^{1),3),21)} 또 本 症例의 病症樣狀은 上記한 臟腑病理와 함께 傷寒의 病理 過程을 거친다.

熱邪에 의한 發熱, 口渴, 脈浮數등의 太陽 溫病症을 나타내기도 하였으며 潮熱, 不惡汗, 衄狂, 循衣摸床, 喘促, 直視, 不眠, 便秘 등으로 보아 이는 陽明病의 熱象이다. 寒熱往來, 胸脇苦滿, 口苦, 因乾, 目眩, 默默不欲飲食, 心煩喜嘔, 脈弦細등의 少陽病症을 나타내기도 하였다.²³⁾

그러나 本 症例는 이렇듯 正傷寒의 症狀를 兼하고는 있으나 十種의 類傷寒中 '虛煩症'의 病理 측면에서 관찰하는 것이 더욱 더 타당하다고 생각된다.²⁰⁾

本 症例에서 出現한 症狀의 原因을 분석하고 隨症治療를 제시하면 첫째는 發熱과 發汗 症狀이다.

發熱은 正邪相爭의 表現으로서 內外와 虛實의 구별이 있고 風寒에 의한 發熱을 나타내는 症에는 傷寒, 溫疫, 時毒, 咳瘡 등이 있다. 心經에 微熱이 있을 때에는 二陰煎, 安神丸, 天旺補心丹, 導赤散 등으로 治療한다. 熱이 甚할 때에는 瀉心湯, 黃連解毒湯, 八正散, 直指黃芩湯, 犀角地黃湯을 使用한다. 太陽病 發熱, 口渴, 尿赤은 五苓散을 使用한다. 陽明病, 譫語, 發潮熱, 滑數而疾者는 小承氣湯으로 治療하고 熱入裏하여 自汗, 狂譫하면 調胃承氣湯을 使用한다. 外邪不解而連 寒熱往來에는 小柴胡湯을 쓴다.

둘째는 虛煩, 煩躁, 胸悶, 心中懊惱인데 虛煩이란 心內로 煩熱이 나서 잠을 잘 수 없는 것을 말한다. 溫膽湯이나 梔豉湯으로 治療한다. 虛煩者는 七情六欲으로 而致腎水虛하고 而心火煩燥하며 類傷寒 初症으로 外亦發熱이나 但頭身이 不通하니 輕者는 小柴胡湯을 쓰고, 熱有甚而 燥渴者는 五苓散을 쓰고 心身이 不安者는 朱砂安神丸을 使用한다.

煩은 心中의 懊惱欲吐之狀이고 躁는 手탁足動하여 臥起不安하는 것이다. 心熱하면 則煩

하고 身熱하면 則燥하니 煩은 輕症이고 躁는 重症이다. 太陽症의 煩躁는 宜汗하고 陽明症의 煩躁는 宜下한다.

胸悶이란 自覺의 胸中阻塞不暢하고 胸悶不舒한 것이다. 外感風寒肺氣壅滯 또는 邪熱壅閉肺氣壅滯 또는 心血瘀阻로 인해 發生한다.

心中懊惱는 自覺의 心中煩熱, 悶亂不安의 症狀으로 熱鬱胸膈한 것이다. 外感으로 發生하는 것은 半表半裏證으로 治法은 傷寒과 같다. 客熱이 在膈하면 短氣, 煩躁하니 則爲懊惱으로 梔豉湯으로 治療한다.

셋째는 神昏, 昏迷로써 外感熱陷心包에 의하거나 痰, 瘀血등의 擾亂神命等에 의해 發生한다. 高熱煩躁, 神昏嗜語, 目赤脣焦, 四肢厥冷, 瘦赤便結, 舌質紅絳, 脈紅而數등의 症狀를 수반하는데 清熱解毒의 治法을 쓴다.

넷째는 心悸怔忡이다. 痰飲停蓄으로 인할 때에는 加味溫膽湯을 쓰고 心虛血少일 때는 朱砂安神丸을 쓰고 悸而煩熱者는 熱이니 小柴胡湯을 쓴다. 血脈瘀阻로 인한 경우는 血府逐瘀湯을 쓴다.

다섯째는 譫語이다. 神志不清하고 言亂한 것을 말한다. 熱赤陽明嗜語는 神志不清, 譫言妄語, 高熱面赤, 口渴汗出, 氣粗如喘, 小便短赤, 舌絳苔黃, 脈洪大하며 白虎湯이나 大承氣湯을 쓴다. 身重하여 不可轉側하고 嗜語者는 柴胡龍骨牡蠣湯을 쓴다.

여섯째는 不眠인데 外感不解而寒熱不昧者는 補中益氣湯을 쓰고 思慮過度, 心虛不昧, 而微兼煩熱者는 養心湯이나 酸棗仁湯을 쓰고 風寒之邪로 인한 경우에는 小柴胡湯을 쓴다. 不眠은 熱盛陰虛하여 胃不和이니 小便難者는 五苓散을 쓰고 懊惱不眠者는 梔豉湯을 쓰고, 晝夜不眠者는 酸棗仁湯을 쓰고 傷寒 差後에 不眠者는 陰氣未復이니 溫膽湯으로 治療한다.

일곱째는 喘急이다. 心咳는 肺脈이 心에 連하여 發生하는 것이다. 心病에 의한 咳嗽는 外邪로 氣血受損, 血敗衝心, 上搏于肺而成溫

熱, 併傳心包, 燥擾肺則發한다. 咳嗽症은 그 病所가 肺臟에만 있는 것이 아니라 五臟六腑가 모두 咳嗽症의 病所가 될 수 있고 風, 寒, 濕, 燥, 火가 모두 咳嗽를 發生시킬 수 있는데 濕이 心經에 머무른 則 火嗽가 된다. 火嗽로 便閉, 喘遏, 痰燥者는 涼膈散, 敗毒散, 古芩朮丸을 쓴다. 太陽病 咳嗽 風寒으로 太陽症에 身熱嘔喘者는 麻黃杏仁飲을 쓰고, 咳喘者는 三拗湯을 쓰고, 少陽症에 寒熱胸滿하고 或挾邪者는 小柴胡湯을 쓴다.^{9),18),19),20),21),24)}

本 症例는 類傷寒을 表症으로 갖고 있는 C.V.A.患者로 急則治其標, 緩則治其本²²⁾의 原則에 따라 本症인 C.V.A.에 앞서 外感에 의해 誘發된 心臟病에 대한 急性 症勢를 해결하고자 하였다.¹⁰⁾

이에 따라 著者는 初期에 淸肺瀉肝湯, 六一順氣散等の 下法을 通해 實熱과 便不通을 治療한 후 類傷寒에서 心膽虛怯 觸事易驚 夢寐不安과 氣鬱生痰하여 變生諸證과 或短氣悸乏하고 或復自汗하며 四肢浮腫 飲食無味 煩躁不安을 목표로 治療하는 藜胡溫膽湯²⁰⁾을 主劑로 하고 上記의 藥物들을 副劑로하여 適用한 결과 發熱, 煩躁, 譫妄, 呼吸困難, 不眠, 喘急, 神昏, 便秘等이 없어지고 安靜狀態에 들어 갔다. 이러한 外感象의 治療에는 若 2週의 기간이 소요되었다. 그 후에는 中風麻痺의 治療을 위해 補氣血과 活血通絡시키는 補陽還五湯²⁰⁾을 쓰고 物理治療 및 再活療法을 시도하였다.

또 心實熱의 病理를 解決하기 위해 著者는 舍岩針法의 心勝格⁸⁾을 適用하였다. 결과 患者는 심전도상 頻脈의 점차적인 減少와 心房細動의 緩和 단계에 이르고 脈象이 安靜되는 變化를 가져 왔다.

즉 初期에는 규칙성이 없는 頻脈과 PR간격이 연장되고 心室의 탈분극이 뒤따르지 않는 P파와 폭이 넓은 QRS파가 나타내는 각 블록이 있었으며 불완전한 자극발생을 보충하기 위한 心房性 期外收縮을 나타내었으며 左心室의 확장, 비대를 나타내는 R파의 항진, QRS

폭의 확대, 불완전한 心室의 탈분극을 가져오는 心房細動을 나타내다가 針자극에 따라 심박수가 減少되었고 점차 PR간격도 줄어들었고 각 블록이 없어지고 心室의 탈분극을 나타내는 QRS군이 出現하였으며 P파도 점차 선명해져 불완전하나 P, QRS, T파를 형성해가는 심전도를 나타내게 되었다. 즉 위의 검사 결과에 기록된 바와 같이 針자극이 心臟의 전기전도 체계의 흐름에 영향을 주어 심전도상의 變化를 일으키게 된 것으로 보이고 X-ray上에서도 Cardiomegaly가 줄어들었다.

本 症例의 患者는 심판막증으로 부터 誘發된 腦硬塞 患者로서 臨床症狀上 重症의 경과를 보였으나 즉각적인 辨症治療로써 여타의 合併症과 心臟機能의 마비단계인 심부전을 방지하고 諸 症狀을 好轉시킬 수 있었다.

V. 結 論

心臟의 器質的인 病變에 의하여 腦塞栓을 일으킨 C.V.A.患者에 대하여 그 原因을 外感에 의한 實熱로 보고 이를 治療하기 위하여 韓醫學의 辨症에 의한 藥物과 針療法을 실시하여 관찰한 결과 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 急則治其標, 緩則治其本의 原則을 利用하여 急性症勢를 없앴으로써 危症을 해소시킬 수 있었다.
2. 辨證에 의한 藥物療法이 心臟의 器質的인 病變에 의한 症狀들을 없애고 病所部位를 縮小시킬 수 있었다.
3. 辨症을 통한 針자극이 心臟의 전기전도 체계에 영향을 주었다.

이와 같은 症例를 通하여 東西醫學의 診斷과 治療를 客觀化시킴으로써 疾病治療에 보다 積極적인 기여를 할 수 있을 것으로 추정된다.

參 考 文 獻

1. 具本泓外 : 東醫心悸內科學, 서울, 書苑堂, pp 31-48, 72-85, 190-196, 1989.
2. 대한병리학회 : 병리학, 서울, 고문사, pp 456-461, 1991
3. 文濬典外 : 東醫病理學, 서울, 高文社, pp 26-27, 58-62, 1990
4. 서울대학교 의과대학 : 심장학, 서울, 서울대학교출판부, pp 21-36, 87-114, 183-200, 243-248, 1991
5. 서정돈 : 심장학, 서울, 고려의학, pp 145-162, 1987
6. 申永基 : 臨床診斷學, 서울, 癸丑文化社, pp 273-281, 1988
7. 李鳳教 : 韓方診斷學, 서울, 成輔社, pp 228-230, 1988
8. 全國韓醫科大學 針灸經穴學教室 : 針灸學, 서울, 集文堂, pp 1129-1136, 1991
9. 한국심장질환연구소 : 심전도 속성판독법, 서울, 고려의학, pp 72-203, 1985
10. 許 浚 : 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, pp 141, 359-370, 467-485, 1975
11. 洪元植校合 : 精教黃帝內徑, 서울, 新光文化社, pp 31, 64-68, 77-78, 213-217, 224, 324-326, 1981
12. 黃義完·金知赫 : 東醫神經精神科, 서울, 現代醫學書籍社, pp 99-101, 337-339, 361-365, 602-605, 621-622, 673-689, 1989
13. 裴哲煥外 : 閉鎖性 腦卒中에 對한 臨床的 研究, 서울, 慶熙韓醫大論文集, 10:665-687, 1987
14. 申 眞榮·具 本泓 : 中風에 關한 臨床的 研究, 서울, 慶熙韓醫大 論文集, 4:209, 1981
15. 이유용 : 심맥혈관계 질환의 약물요법에 대한 약리학적 고찰, 한양대학교, pp 1, 7, 20, 22, 1985
16. 鄭在赫外 : 高血壓性 腦卒中(中風)에 對한 東西醫學的 疫學研究, 서울中央醫學 Vol. 45, No. 3, 1983
17. 洪宗완 : 승모판 질환의 외과적 수술요법, 충남대학교, pp 5, 11, 1987
18. 樂群編輯部 : 心臟病臨床治驗精選, 臺北, 樂群出版公司, pp 94-169, 1982
19. 方葯中外 : 實用中醫內科學, 서울, 一中社, pp 59-62, 68-70, 326-332, 345-349, 355-364, 1988
20. 上海中醫學院 : 中醫內科學, 上海, 商務印書館, pp 1-35, 289-296, 334-347
21. 王清任 : 醫林改錯, 臺北, 大聯國風出版社, pp 49-50, 1974
22. 李 梈 : 編註醫學入門, 서울, 崇文社, pp 110-165, 365-381, 1973
23. 張景岳 : 景岳全書, 서울, 大成文化社, 卷 1, pp 1, 15, 18, 43, 126, 208, 300, 377, 378, 406, 1988
24. 張仲景 : 金 要略, 서울, 大成文化社, pp 389-390, 1988
25. 張仲景 : 傷寒論, 서울, 大成文化社, pp 118-254, 1988
26. 中醫研究院 : 症狀鑑別診斷學, 北京, 人民衛生出版社, pp 16-18, 61-68, 225-299, 1987
27. 陳 貴延·楊 思今 : 實用中西醫結合診斷治療學, 서울, 一中社, pp 360-365, 408-416, 1992
28. 前田如矢 : 심전도 판독법, 서울, 瑞光醫學書林, pp 55-168, 1992

A B S T R A C T

The case report of C.V.A. patient with M.V.H.D

Kang, Min Joo. Jung, ji chun. Lee, Won chul

Dept of Internal Medicine. College of Oriental Medicine, Dong Guk University.

Observing after enforcing the medication and the acupuncture therapy on the CVA patient sick with the cerebral embolus by organic pathology of the heart and whose disease was from heat symptoms caused by excessive pathogenic factors of which caused from affection due to exogeneous factors,

we obtained the results as follows;

1. Serious condition could be relieved by removing acute symptoms according to the principle of the "In emergency causes treat the acute symptoms first, when these being relieved treat it's fundament cause".

2. The lesion could be disable for which the traditional medication therapy through the differentiation of symptoms-complexes had removed the symptoms caused by organic pathology of heart.

3. The acupuncture stimulation through the differentiation of symptoms seemed to influence electric conduction system.

Through this case, If we objectify the diagnosis and the medical treatment, the part of the curing diseases can progress more effectively.