

發熱환자에 대한 補中益氣湯 治驗 2례

송광규, 서영호, 전귀옥, 권은희, 문정환, 최해운, 김종대
대구한의대학교 한의학과대학 내과학교실

Two Cases of Fever from Deficiency of Qi

Kwang-Kyu Song, Young-Ho Seo, Kwi-Ok Jeon, Eun-Hee Kwon, Jung-Hwan Moon,
Hae-Yun Choi, Jong-Dae Kim

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Daegu Haany University, Daegu, Korea

Fever is a rise in body temperature from any of a variety of causes. One might even feel a fever when body temperature is normal. An imbalance of Yin and Yang due to exogenous pathogenic factors or internal damage is usually considered the cause of fever in Oriental Medicine.

Fever from deficiency of Qi is one of the major components of the theory of fever due to internal damage. Clinically, such cases are usually encountered along with wasting diseases and fever does not run high. The compliment of Qi is usually considered the appropriate treatment in these cases.

Oriental Medical treatment was performed using herbal medicine after the cause of fever was diagnosed as deficiency of Qi. The herb medicine used in these cases was mainly Bojoongikki-tang(補中益氣湯). Through those treatments good results were seen. More clinical case reports are needed.

Key Words: Deficiency of Qi(氣虛), Fever(發熱), Bojoongikki-tang(補中益氣湯)

I. 緒 論

發熱은 각종 원인에 의하여 체온이 정상범위(35.8~37.2℃)이상으로 증가하는 것을 말하며 임상에서 흔히 볼 수 있는 것으로 질병이라기보다 급만성 질환에서 나타나는 하나의 증후로 인식될 수 있고 통증과 더불어 질병이 발생하였음을 알려주는 중요한 증세의 하나이다¹. 한의학에서 發熱은 <素問·陰陽應象大論>²에서 “陽勝則熱 陰勝則寒” 이라고, <素問·瘧論>²에서 “陽盛則外熱 陰虛則內熱” 이라하여 주로 外感과 內傷등의 병에서 인체의 陰陽이 失調

되어 나타난다고 본다.

氣虛發熱은 內傷發熱 이론의 중요한 조성부분으로 身有微熱이 계속되며 面色晄白, 氣短, 自汗出, 身倦懶言, 舌質淡嫩, 脈虛한 것으로 임상에서 주로 虛勞의 증상과 함께 볼 수 있다^{3,4}.

發熱性 疾患에 溫熱藥物로 치료하는 것은 李東垣의 甘溫除熱法에 이론의 근거를 두고 있으며 이는 扶正祛邪의 방법을 진일보시킨 것으로 正氣虛損으로 일어나는 假熱症의 치료에 새로운 思路를 제시하였다^{5,6}.

이에 저자는 發熱에 있어 熱이 高熱이 아니면서 虛勞의 증후가 보일 경우에는 氣虛發熱로 보고 甘溫除熱法을 고려할 수 있을 것이라고 생각하여 대구한의대 부속 대구한방병원에 입원한 환자중 發熱의 증상을 보인 2례의 환자를 氣虛發熱로 辨證하여 補

· 접수 : 2004. 10. 18 · 채택 : 2004. 10. 29
· 교신저자 : 송광규, 대구광역시 수성구 상동 165
대구한의대 부속 대구한방병원 폐계내과학교실
(Tel. 053-770-2178 Fax. 053-770-2169
E-mail : silent95@hanmail.net)

中益氣湯투여 후 증상의 改善을 나타내어 이에 보고하는 바이다.

II. 證 例

증례 1

1. 환 자 : 이○○, 여자, 79세
2. 주소증 : ① 發熱 ② 右側半身不遂, 眩暈
3. 발병일 : ① 2003년 5월 17일경
② 2003년 4월 25일
4. 진단 : ① 氣虛發熱 ② 延髓梗塞
5. 과거력 :
 - ① 고혈압, 당뇨: 2003년 4월 local 병원에서 진단 → 양약 복용 중
 - ② 뇌혈관질환(우반신불수) : 2001년 local 한의원에서 진단 → 치료 후 호전
6. 가족력 : 별무
7. 현병력 : 아침에 일어나 眩暈의 상태 발하여 local 병원 방문하여 입원 치료 중 2003년 4월 28일 MRI-scan상 연수경색 진단 받고 입원 치료 후 상태 微好轉되어 5월 17일 퇴원하고 집에서 안정하던 중 퇴원 후 3~4일 동안 夜間에 發熱의 상태 발하고 眩暈의 상태 微惡化되어 적극적인 한방치료 받고자 2003년 5월 20일 본원에 來院.
8. 초진시 검진조건
 - ① Vital sign : BP 130/80mmHg Pulse 84회/min Respiration 20회/min BT 37℃
 - ② EKG (2003. 5. 23) : within normal limits
 - ③ Chest AP(2003. 5. 21) : none-specific
 - ④ Lab-finding(2003. 5. 21)
: WBC 8700 mm^3 Hb 11.4g% Hct 35g% U/M
WBC 5-7
Netro 57 Lympho 30 Eosino 2 Baso 0
Mono 1 ESR 14mm/Hr
9. 한방초진조건
 - ① 體格 : 瘦癯型
 - ② 性格 : 내성적, 소심, 예민
 - ③ 食慾 : 3회/일 1/2 ~ 1/4

- ④ 消化 : 不良
- ⑤ 大便 : 1회/2-3일 正常便
- ⑥ 小便 : 5-6회/일 利得
- ⑦ 睡眠 : 熟眠
- ⑧ 汗出 : 全身 微汗出
- ⑨ 腹診 : 腹軟弱, 臍上動悸
- ⑩ 脈診 : 細弱
- ⑪ 舌診 : 紅 少苔 微乾 不口渴

10. 치료

1) 藥物治療

① 加味地黃湯(5/20-5/23)

六味地黃湯<方藥合編⁷⁾>의 加減方으로 熟地黃(九蒸) 16g 山茱萸 山藥 8g 白茯苓 澤瀉 牡丹皮 6g 沙蔘 白芍藥 麥門冬(去心) 天門冬 4g 五味子 生薑 3g 知母(鹽水炒) 大棗 黃柏(鹽水炒) 2g한 2첩을 하루에 3회 나누어 복용시켰다.

② 補中益氣湯<方藥合編⁷⁾>(5/23-6/5)

黃耆 6g, 人蔘 白朮 甘草 4g, 當歸身 陳皮 2g, 升麻 柴胡(酒洗) 1g에 黃耆, 人蔘, 當歸身을 增量(각 2g씩)한 처방 2첩을 하루에 3회 나누어 복용시켰다.

- 2) 鍼治療 : 通氣鍼灸針 일회용 0.30×40mm stainless steel 호침을 사용 右側 中風七處穴(百會, 肩髃, 曲池, 合谷, 足三里, 懸鐘, 太衝)등의 穴位를 선택하였고 刺針의 深度는 經穴에 따라 10-30mm으로 1회/1일 시행하였으며 留針시간은 20분으로 하였다.
- 3) 灸治療 : 右側에 肩髃, 曲池, 外關, 陽谷, 陽池, 陽谿, 足三里, 懸鐘, 解谿, 商丘, 中封에 間接灸(回春灸)를 이용하여 3회/1일 시술하였고 中腕과 關元에 間接灸(神氣灸)를 2회/1일 시술하였다.
- 4) 附缸治療 : 背部俞穴인 心俞에서 大腸俞까지의 부위에 附缸을 3분간 乾式으로 1회/1일 시술하였다.
- 5) 物理治療 : 右側遍身痲痺에 대한 재활치료를 위해 수기와 신경근치료를 본원내 물리치료실

에서 1회/1일 시행하였다.

11. 임상경과

- ① 5/20~22 : 입원당일(5/20)부터 체온이 PM 9:00~MN에 38~38.5℃까지 상승하여 瀉血(手足十井穴), 濕式附缸(大椎穴)의 한방 처치 후에도 상태여전 혹은 악화되어 해열제 투여 후 發汗하면서 체온이 하강되었고 이런 夜間 發熱의 상태가 3일 동안(23일 새벽까지) 지속됨. 發熱中 體幹부위로의 體表熱感이 있었고 微惡寒을 제외하고는 특별한 자각 증상 없이 약간 축축할 정도의 땀이 난 상태. 舌紅 少苔 微乾 → 微潤
- ② 5/23 : 오후이후 지속적 체온 증가보이며 PM 11:00경 瀉血(手足十井穴)후 양방적 처치 없이 향후 주시함. 微惡寒 상태로 이불 덮고 있으나 2~3시간 후 소실되는 경향 보임.
- ③ 5/24 : 완만한 지속적 체온 하강을 보이며 아침이후로는 정상체온을 유지함. 다시 오후 무렵부터 오르던 열이 PM9:00경 37.4℃정도의 微熱나타나고 수면취하여 별무처치 후 향후 주시함.
- ④ 5/25 : 수면중 전신 微發汗後 체온의 지속적 하강보임. 밤부터 약간 열이 오르는 경향보이다 완만한 곡선의 형태로 열 해소됨.
- ⑤ 5/26~6/5 : 야간 發熱과 간헐적 微惡寒 상태 소실되어 퇴원일(6/5)까지 36.2℃~36.8℃를 유지함. 舌紅 少苔 微潤 → 潤

증례 2

- 1. 환 자 : 박○○, 여자, 81세
- 2. 주소증 : ① 發熱 ② 心下部痞塞感, 全身無力感
- 3. 발병일 : ① 2004년 9월 24일경 ② 2004년 9월 20일
- 4. 진단 : ① 氣虛發熱 ② 脾氣虛
- 5. 과거력:
 - ① 백내장(兩眼): 2002년 local 안과에서 수술
 - ② 습진 : 2002년 local 피부과 치료 → 간헐적 복약중
- 6. 가족력 : 별무
- 7. 현병력 : 발병 2-3일 전부터 새벽에 일로 무리하고 2004년 9월 20일 아침에 惡寒 상태 발하면서 갑자기 心下部痞塞感, 全身無力感의 상태 발하여 별무처치하고 집에서 BR하시다 상태여전하여 적극적인 한방치료 받고자 2004년 9월 24일 본원에 來院.
- 8. 입원시 검진소견
 - ① Vital sign : BP 110/70mmHg Pulse 88회/min Respiration 24회/min BT 36.4℃
 - ② EKG (2004. 9. 24) : within normal limits
 - ③ Chest AP(2004. 9. 24) : none-specific
 - ④ Lab-finding(2004. 9. 24) : WBC 13300/mm³ Hb 11.7g% Hct 36g% U/M RBC 3-5 WBC many Netro 74 Lympho 20 Eosino 1 Baso 0 Mono 0 ESR 19mm/Hr

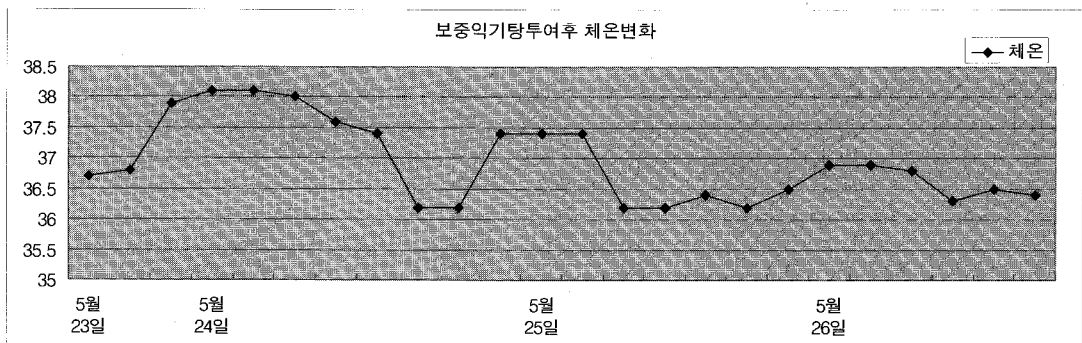


Fig. 1. Change of Body Temperature in Case 1

9. 한방초진조건

- ① 體格 : 보통형
- ② 性格 : 예민
- ③ 食慾 : 3회/일 1/3得
- ④ 消化 : 不良
- ⑤ 大便 : 1회/일 正常便
- ⑥ 小便 : 7-8회/일 利得
- ⑦ 睡眠 : 熟眠
- ⑧ 汗出 : 少汗
- ⑨ 腹診 : 腹軟弱, 心下部壓痛
- ⑩ 脈診 : 弱
- ⑪ 舌診 : 紅 白苔 乾

10. 치료

1) 藥物治療

① 香砂六君子湯<方藥合編⁷⁾>(9/24)

香附子 陳皮 半夏 白芫薺 白茯苓 厚朴 白朮 4g, 生薑 3g, 人蔘 木香 大棗 益智仁 甘草 2g에 香附子 4g, 人蔘 2g씩 增量하고 檳榔 山楂 神曲(炒) 4g, 藿香 麥芽(炒) 2g을 가미한 처방 2점을 하루에 3회 나누어 복용시켰다.

② 補中益氣湯<方藥合編⁷⁾>(9/25-9/27)

黃耆 6g, 人蔘 白朮 甘草 4g, 當歸身 陳皮 2g, 升麻 柴胡(酒洗) 1g한 처방 2점에 하루에 3회 나누어 복용시켰다.

2) 鍼治療 : 通氣鍼灸針 일회용 0.30×40mm stainless steel 호침을 사용 中脘, 上脘, 合谷, 太衝등의 穴位를 선택하였고 刺針의 深度는

經穴에 따라 10-30mm으로 1회/1일 시행하였으며 留針시간은 20분으로 하였다.

3) 灸治療 : 中脘과 關元에 間接灸(神氣灸)를 2회/1일 시술하였다.

10. 임상경과

① 9/24 : PM3:00 惡寒과 더불어 체온이 37.9℃까지 상승하여 瀉血(手足十井穴)후 상태호전되었다가 PM9:00경 全身痛, 惡寒과 함께 체온이 38.4℃가 되어 瀉血(手足十井穴), 濕式附缸(大椎穴)의 한방처치 후에도 상태여전하여 해열제 투여 후 發汗하면서 체온이 하강되었으며 發熱시 호흡수가 28~32회 유지하였으나 호흡곤란은 보이지 않음. 식사 2회/일 1/3得. 舌淡紅 白苔

② 9/25 : MD경 잠시 微惡寒 있다가 PM8:00경 38℃까지 체온 상승하면서 全身痛 있어 濕式附缸(大椎穴)후 상태 조금씩 호전보이나 약간의 미열이 있는 상태 유지됨. 호흡수 정상유지되며 호흡곤란은 없음. 心下部痞塞感 소실됨.

③ 9/26 : 입원당시보다 全身無力感 호전보이며 惡寒, 全身痛은 하루동안 발하지 않음. 體表微熱感 있으나 PM7:00경 37.1℃외에는 37.0℃이하로 유지됨. 식사 3회/일 1/3得. 舌淡紅 微白苔

④ 9/27 : 全身無力感 약간 남은 상태로 惡寒 소실됨. 식사 3회/일 1/3得. 보호자 원하여 퇴원함.

⑤ 10/5 : 퇴원후 發熱, 惡寒 발하지 않았으며 全身無力感도 호전되고 病前의 식사량 유지함.

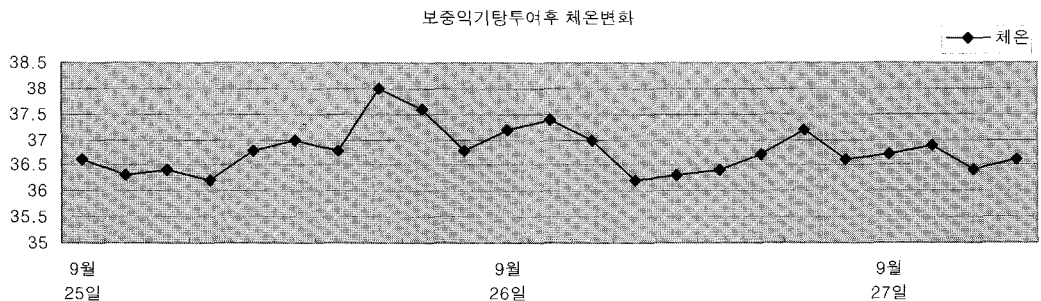


Fig. 2. Change of Body Temperature in Case 2

Ⅲ. 考察 및 結論

發熱은 임상에서 흔히 볼 수 있는 증상의 하나로서 많은 원인에 의해 체온이 상승하는 것으로 혹은 체온은 정상이지만 發熱感만을 자각하는 경우도 모두 發熱이라고 한다⁸. 인체는 열의 생산과 방산사이에서 그 평형상태가 파괴되어 열의 생산이 많아지면 자연히 發熱하게 되는데 이는 임상에서 흔히 볼 수 있는 것으로 질병이라기보다 급만성 질환에서 나타나는 하나의 증후로 인식될 수 있고 통증과 더불어 질병이 발생하였음을 알려주는 중요한 증세의 하나이다¹.

서양의학에서의 열(fever)은 시상하부에 있는 체온조절중추의 변화로 정상수준이상으로 체온이 상승하는 것을 말하는데 주위환경이 변화됨에도 불구하고 체온 조절중추에서 조직, 특히 근육, 간으로부터의 열의 생산과 소모를 조절할 수 있기 때문에 정상체온을 유지한다. 發熱의 원인은 크게 감염성과 비감염성(신생물, 백혈병, 알러지, 약물성, 교원병 등)으로 구분된다. 發熱은 질병의 존재를 알려주는 예민한 지표가 되며 현재 신체의 상태를 나타내는 맥박수, 호흡수, 혈압 같은 진단 평가보다는 외부나 정신적 자극에 대한 영향이 적으므로 임상에서는 체온을 측정하여 질병의 정도, 경과시간, 치료효과의 판단과 기질적 질환의 존재유무를 찾는 데 도움을 준다⁹.

韓醫學에서 發熱은 시간, 부위, 熱勢의 輕重 및 자각증상에 따라 임상적으로 惡寒發熱, 壯熱, 潮熱, 寒熱往來, 煩熱, 微熱, 骨蒸熱 등으로 구분한다⁸. 發熱의 원인에 따른 분류를 살펴보면 크게 外感과 內傷으로 나뉘어지는데 外感發熱은 外感六淫(風寒暑濕燥火)의 침범으로 야기되며 風寒, 風熱, 濕熱으로 구분되고 內傷發熱은 七情失常, 飲食失調, 過勞, 久病傷精, 慢性失血에 의해 발생하며 肝鬱發熱, 瘀血發熱, 氣虛發熱, 血虛發熱, 陰虛發熱로 구분된다. 外感發熱은 高熱, 발병이 급하고 병정이 짧으며, 內傷發熱은 병의 발생이 緩慢하고 병정도 비교적 길고 高熱이 아니고 發熱의 정도가 시간에 따라 변화한

다. 內傷發熱중 氣虛發熱과 비교하여 血虛發熱은 發熱(低熱), 頭眩眼花, 心悸不寧, 面色少華, 口唇色淡의 증상을 보이며 益氣養血하는 歸脾湯을 주로 사용하고 陰虛發熱은 午後 或 夜間發熱, 手足心熱, 骨蒸潮熱, 心煩, 失眠多夢, 盜汗의 증상으로 滋陰清熱하는 滋陰降火湯을 사용할 수 있다⁹.

氣虛發熱은 內傷發熱 이론의 중요한 조성부분으로 身有微熱이 계속되며 面色晄白, 氣短, 自汗出, 身倦懶言, 舌質淡嫩, 脈虛한 것으로 임상에서 주로 虛勞의 증상과 함께 볼 수 있다^{3,4}. 원인은 두 가지로 요약되는데 하나는 氣虛日久하여 陰液虧損되어 熱나는 것이고 하나는 氣虛하여 邪氣가 入하여 內鬱되어 發熱하는 즉 氣虛外感의 형태이다¹⁰. 氣虛發熱은 發熱의 증상 외에도 不同한 症候를 겸하고 있어 運化失職으로 食納減少, 脘腹作脹, 大便不調 등이 있으며 營血의 缺乏으로 面色無華, 體無膏澤, 頭昏目眩, 少氣懶言, 身疲乏力, 形體消瘦 등이 있고 陰虛內熱으로 發熱, 口乾唇燥하나 多飲하러하지 않고 手足心灼熱, 肌膚乾燥 舌偏紅 少津 少苔하고甚하면 光剝無苔하며 脈은 대부분 細而無力하거나 或 小數하다⁴. 이처럼 氣虛發熱은 다른 內傷發熱과의 연결선상에 있어 血虛와 陰虛의 증후로 발전하거나 併發할 수도 있고 병의 진행과 氣血陰陽의 偏差에 의해 症狀의 變化가 이루어지는 것으로 생각된다.

氣虛發熱의 치료는 甘溫除熱法으로 요약되는데 이 理論은 金元時代醫家 李東垣의 저서인 <脾胃論> 중에 나오는 補中益氣湯의 응용에 根源하고 있다. 李東垣은 <素問·調經論編>의 “有所勞倦 形氣衰少 穀氣不盛 上焦不行 下脘不通 胃氣熱 熱氣薰胸中 故內熱”, <素問·至真要大論>의 “勞者溫之 損者溫之”과 <金櫃要略>의 “虛勞裏急 悸腹脹中痛 夢失精 四肢痠疼 手足煩熱 咽乾口燥 小建中湯主之”을 근거로 甘溫除熱法을 창안하였다. 李東垣은 飲食勞倦으로 內傷脾胃하여 氣가 衰損한 所致로 陰火가 발생한다 하여 氣虛發熱을 설명하고 아울러 “惟當以辛甘溫之劑 補其中而升其陽 甘寒 以瀉其火”의 치료원칙을 제시하여 補中益氣湯을 치료의 주요방제로 정하여 甘溫除熱法을 구체화시켰다¹⁰. 甘溫除熱法은 실제

扶正驅邪法으로扶正을 통해서驅邪에 이룬다는韓醫學의 整體觀의 중요성을 반영한 것으로 이것은韓醫學의 특색 중의 하나라 할 수 있다.

두 증례에서 사용한 補中益氣湯은 張仲景의 建中方으로부터 발전된 東垣의 대표적 作方으로 甘溫除熱法의 뜻이 잘 나타나 있다. 처방의 구성을 살펴보면 黃芪를 重量하여 脾를 補하여 肺氣를 益하며 人蔘, 甘草를 用하여 益氣시킨다. 甘草는 능히 脾胃中의 元氣를 補하고 火熱을 瀉하는 동시에 病이 燥熱에 속해 急迫하니 “急者 緩之”에 근거하여 甘溫性으로 燥熱을 緩하게 한다. 東垣이 “三味는 濕熱 煩熱을 제거하는 聖藥이 된다”고 한 부분은 바로 이런 구성을 두고 한 말이 아닌가 사료된다. 이밖에 白朮의 苦甘溫한 性味는 除胃中熱하며 升麻, 柴胡는 능히 胃中의 滯氣를 上行하여 中氣의 下陷을 막음과 동시에 黃芪, 人蔘, 甘草의 甘溫의 氣味를 上行하여 胃氣를 補하여 皮毛를 實하게 하며 陳皮는 理氣和胃, 散滯氣하며 甘溫한 藥物의 運化를 이롭게 한다. 脾胃氣가 虛하면 營氣도 不足해지며 燥熱煎熬하여 血氣 또한 날로 減하여지니 當歸로써 補血한다. 또한 甘溫한 약은 능히 陰血을 生하니 이른바 “陽生陰長”의 이치이다. 결국 이런 甘溫한 性味로 除熱하는 방법은 木을 治하여 陰火의 生源을 막는 것으로 補中, 升陽, 除濕, 瀉火의 治法을 포함하고 있다¹¹.

증례 1에서는 5월 20일 내원 당시 3-4일 전경부터 집에서 發熱의 상태 지속되어 왔으므로 감염증을 의심하여 혈액, 소변검사, Chest Check하였으나 특별한 감염의 요인은 찾기 어려웠으며, 중추성 發熱은 발병일 이후 타 병원 입원 기간 중에도 한 달이라는 기간 동안 없었으므로 가능성이 적다고 생각하였고 항생제나 다른 기타 약물에 의한 원인도 없어 양방적인 發熱원인은 진단되지 않은 상태였다. 韓方辨證상 환자는 주로 夜間에 發熱이 있었고 舌診上: 舌紅 少苔 微乾하여 처음에는 陰虛로 진단하여 加味地黃湯을 투여하였는데 투여 후 舌이 약간 淡潤하게 되었으나 發熱은 소실되지 않았다. 그래서 환자가 평소 몸이 弱하고 신체 전반적으로 無力하여 感氣에 쉽게 이환되고 食慾不振, 自汗, 少

氣懶言의 증상 등의 氣虛증후를 보인데다 脈舌상 氣虛로 인해 血虛 陰液虧損에 까지 영향을 준 것이라 판단하고 氣虛發熱로 再辨證하여 補中益氣湯을 투여하였다. 본 증례에 사용한 補中益氣湯은 <方藥合編>⁷에 기재된 黃耆 6g, 人蔘 白朮 甘草 4g, 當歸身 陳皮 2g, 升麻 柴胡(酒洗) 1g을 기본방으로 黃耆, 人蔘, 當歸身을 增量(각 2g씩)하여 補氣血과 止汗의 효능을 증강시키고자 하였다. 補中益氣湯 투여 후 첫날(5/23)에는 전처럼 38~38.1℃의 發熱 상태를 보였으나 둘째 날부터 37.4℃정도의 微熱로 체온 하강 보였으며 셋째 날부터는 發熱 소실하며 정상체온을 유지하게 되었고 發熱의 好轉과 함께 全身無力感, 食慾不振, 惡寒, 全身汗出 등 제반 증상에도 好轉을 보였다. 補中益氣湯 투여 전 일주일동안 지속되던 發熱이 투여 후 3일만에 환자가 정상체온을 유지하였으며 입원 중의 지속적인 복용으로 퇴원일(6/5)까지 發熱이 재발되지 않았다.

증례 2에서는 입원당시 WBC 13300, 요검사상 WBC many 나타나어 요로감염을 의심하였으나 CVA tenderness, 側腹部痛, 下腹部痛 및 방광자극증상은 보이지 않아 감염의 소인은 보이나 양방적인 發熱 원인은 확진되지 않은 상태로 韓方辨證을 통해 치료하였다. 환자는 발병일 이후 食慾不振과 消化不良, 心下部痞塞感, 全身無力感등의 脾氣虛증상을 동반하여 香砂六君子湯을 투여한 후 消化不良 증세는 호전 보였으나 입원당일(9월 24일) 오후부터 發熱의 상태 발하여 해열제 투여 후 체온안정 되었다. 발병 전 며칠동안 과로하시고 惡寒, 食慾不振, 全身倦怠, 脈弱, 舌淡紅 등의 증상으로 미루어 前日 發熱증상을 氣虛發熱로 辨證하여 9월 25일부터 補中益氣湯을 투여하여 향후 주시하였다. 본 증례에서는 加減없이 <方藥合編>⁷에 기재된 補中益氣湯을 사용하였으며 補中益氣湯 투여 후 첫날에는 38℃정도까지 체온 상승 보였으나 다음 날에는 최고 37.5℃나타났으며 셋째 날에는 發熱소실되고 정상체온을 유지하였다. 補中益氣湯 투여중에 全身無力感이 약간 남은 상태로 평소만큼 거동이 가능하고 惡寒이 소실이 되었으며 식사량이 발병일보다 2배정도

증가하였다. 퇴원후 추적조사에서 發熱증상의 재발이 없었음을 확인하였다.

본 두 증례에서 볼 수 있는 임상증상의 특징은 먼저 外感과 內傷發熱을 구분함에 있어 체온이 상승되어 있는 경우에 간헐적인 惡寒이 있었으나 완고히 지속되지는 않았으며 몸을 덮게 하면 증상이輕해지는 경향이 보였고 熱型도 高熱을 보이지 않고 최고체온이 38.5℃이하로 그 이상의 체온 상승은 보이지 않고 微熱 혹은 中等度の 熱이 유지되는 상태였다. 脈에 있어서도 지속적인 細弱한 脈象을 보여왔으며 脈搏이 70-90회 사이를 유지하고 熱의 高低에 따라 脈의 遲數에 약간의 변동을 보였다. 두 증례 모두 고령의 여자환자로 補中益氣湯 투여 중에는 해열제를 투여하지 않은 상태에서 3-4일 후에 체온이 정상범위로 유지되었으며 증례 1에서는 체온이 정상으로 회복된 후에도 10여일 동안 補中益氣湯을 투여하여 재발증상의 호전과 함께 發熱이 재발하지 않았으며 증례 2에서는 3일 동안의 투여기간 후에도 재발을 보이지 않았다.

증례 1은 四診時 특별한 자각증상 특히 外感發熱의 특징인 表證 즉 頭痛, 鼻塞或流涕, 全身痛 등의 증상이 두드러지는 보이지 않았으며 내원당시 舌診上 舌紅 少苔 微乾하며 夜間에 發熱이 있어 처음 陰虛로 辨證하였으나 顴紅, 手足心熱의 熱象과 咽乾, 口渴, 脣乾燥, 皮膚乾燥 등의 乾燥의 상황이 나타나지는 않았으며 체온의 상승 외에 乾燥나 躁動의 특징이 두드러져 보이지 않아 氣虛에서 아직 완전히 血虛나 陰虛의 津液虧損의 단계에까지 미치지 않는다고 판단되어 氣虛日久하여 陰液虧損되는 과정에서 熱나는 病機로 사료되었으나¹² 증례 2는 陰虛나 血虛로 의심될 수 있는 증상이 적었으며 發熱시 表證인 全身痛을 동반하는 것으로 보아 氣虛하여 邪氣가 入하여 內鬱되어 發熱하는 즉 氣虛 外感의 형태를 보여 두 증례는 病機상에 있어 약간의 차이를 보였다.

또한 최근 중의논문들에서 氣虛發熱로 변증하고 補中益氣湯類의 甘溫之劑를 응용한 경우를 살펴보면 병이 오래되어 중간에 양방 항생제, 해열제의 치

료경험이 있거나 한방의 淸熱劑 치료를 받은 경우 또는 수술 후나 만성적 소모성 질환을 앓고 있는 환자 중 氣虛의 증후를 보이는 경우에 응용하고 있는 것을 볼 수 있었다¹³⁻¹⁵.

發熱에 대한 많은 처방들이 소개되어 있지만 특히 內傷發熱에 대한 치험례 보고는 드물고 실제 한방병원에서 發熱질환이 발생할 시에 한의학적 辨證論治를 통해 한약을 단독투여하는 경우보다는 해열제를 병용하는 경우가 많은 실정이다. 이에 發熱성 질환 중 熱이 高熱이 아니면서 虛勞의 증후가 보일 경우에는 甘溫除熱法을 고려하여 치료방향을 잡는다면 증세의 호전을 기대할 수 있을 것으로 생각되며 향후 發熱질환의 韓方治療의 방향설정을 위해서는 더욱 많은 임상보고의 축적과 다양한 치료방법의 모색이 필요하다고 사료된다.

IV. 結 論

본 증례에서 發熱을 주소로 하는 환자 2명을 대상으로 內傷發熱중 氣虛發熱로 辨證하여 補中益氣湯을 투여한 후 유의한 효과를 나타내었다.

參考文獻

1. 해리슨번역 편찬위원회. HARRISON'S 내과학. 서울:정담; 1997, p.31.
2. 홍원식. 校勘直譯黃帝內經素問. 서울:전통문화연구회; 1992, p.41, 209.
3. 李輝, 劉健民, 余立平. 氣虛發熱學說源流探討. 山西中醫. 2001;17(5):5-6.
4. 高桂新. 氣虛發熱之我見. 江西中醫藥. 2000; 31(5):54.
5. 米金輝, 楊惠, 呂龍. 甘溫除熱法的歷史沿革. 陝西中醫學報. 2003;26(2):14-5.
6. 憑文才. 李東垣“陰火”學說發微. 廣州中醫藥大學學報. 2003;20(2):172.
7. 申載鏞. 方藥合編解說. 서울:傳統醫學研究所; 1993, pp.32-33, 44.

8. 李鳳敎. 韓方診斷學. 서울:成輔社; 1997, p.159.
9. 全國韓醫科大學 肺系內科學教室編著. 肺系內科學. 서울:한문화사; 2002, p.96, 99, 100.
10. 黃傳震. 甘溫除大熱機理及臨床應用體會. 江西中醫藥. 2003;2(34):29.
11. 宋旭, 金東熙, 金聖勳, 宋孝貞. 李東垣의 陰火論과 朱丹溪의 相火論의 比較研究. 大韓東醫病理學會誌. 1998;12(2):17-8.
12. 全國韓醫科大學韓方病理學教室. 東醫病理學. 서울:一中社; 1998, p.433.
13. 秦曼, 白玉彤. 補中益氣湯治療低熱1例. 黑龍江中醫藥. 1998;12(3):34.
14. 張鴻彬. 補中益氣湯外科臨床應用. 浙江中醫學院報. 1998;10(3):53.
15. 司書記. 甘溫除熱法治療慢性粒細胞白血病發熱16例. 山東中醫藥. 2000;22(10):761.