

大動脈瓣 閉鎖不全症으로 胸痛을 호소하는 太陰人환자의 加味調理肺元湯 치험례

하상규, 김동우, 김수용, 한창호, 이성환, 이동민*

자생한방병원 내과, 동인당한방병원 내과*

A Case of Chest Pain in Taeumin Caused by Aortic Regurgitation Treated with Gamijoripewontang

Sang-Kyu Ha, Dong-Woo Kim, Soo-Yong Kim, Chang-Ho Han, Sung-Hwan Rhee, Dong-Min Lee*

Department of Internal Medicine, Hospital of Jaseng Oriental Medicine,
Department of Internal Medicine, Hospital of Dongindang Oriental Medicine*

Aortic regurgitation occurs when there is a leakage of the valve backward into the left ventricle during diastole.

Chronic aortic regurgitation may be present for decades before any symptoms occur. The left ventricle is able to compensate for the large volume of blood that flows backward by enlarging the cavity and increasing the thickness of the muscle. This mechanism allows the heart to pump out both the amount of blood required by the body and the blood that has gone backward into the left ventricle.

One patient who had chest pain from exercise was treated. He was diagnosed with aortic regurgitation LVH by echocardiography. Signs showed him to be of Taeumin-type within Sasang Constitutional Medicine. He was prescribed Gamijoripewontang for 75 days, and improvement of clinical symptoms were observed.

Results support prescription of Gamijoripewontang as an effective treatment for Taeumin-type patients suffering chest pain caused by aortic regurgitation

Key Words: aortic regurgitation, chest pain, Taeumin, Gamijoripewontang

1. 緒 論

대동맥판 폐쇄부전증은 동맥판막의 변형 단축으로 인하여, 판막의 수축기 동안의 적절한 열림과 이완기 동안의 닫힘을 방해함으로써, 좌심실에서 구출되는 심박출량, 즉 좌심실에서 나가는 혈류량과 다시 역류되는 혈류량을 합친 양이 증가되는 질환이다.

대동맥판 폐쇄부전 환자의 3/4은 남자이다. 대개 환자들의 3분의 2에서 원인이 류마티스성이고¹, 현

재 류마티스성 대동맥판 폐쇄부전증이 항생제가 없었던 시대보다는 흔하지 않게 되었지만, 비류마티스성 원인들은 자주 있으며, 현재는 이들이 대동맥판 폐쇄부전증의 주된 원인들이다. 원인에는 선천적으로 이첨성 판막인 경우, 감염성 심내막염과 고혈압을 포함한다. 많은 환자들에서 낭포성 중막괴사(특히, Marfan증후군), 대동맥박리, 강직성 척추염, Reiter증후군, 매독과 같이 대동맥근 질환에 의한 이차적인 대동맥판 폐쇄부전증을 보인다.

운동시 호흡곤란과 피로는 가장 흔한 증상이지만 발작성 야간 호흡곤란과 폐부종도 일어날 수 있다. 협심증 또는 비전형적 胸痛이 올 수 있다. 대동맥판 협착증보다 관동맥질환의 동반이나 실신의 발생이

· 접수 : 2004. 10. 19 · 채택 : 2004. 11. 8
· 교신저자 : 하상규, 서울특별시 강남구 신사동 635
자생한방병원 내과학교실
(Tel. 02-3218-2000 Fax. 02-3445-6644
E-mail : drha1075@hanmail.net)

적다². 胸痛은 심근허혈 때문이며 과도한 심장부하 후 나타날 수 있다¹.

대동맥관 폐쇄부전증의 서양의학적 치료는 주로 수술이지만, 이는 심부전이 일어나기 이전에 시행되어야 하며, 심부전은 대개 디지털리스, 염분제한, 이뇨제와 혈관 확장제에 반응한다¹.

한의학에서 胸痛은 胸部에 발생하는 동통의 자각을 말한다. 역대로 胸痛의 범주로 心痛, 胸痺, 胸痞, 結胸, 胸脅痛, 胃脘痛 등을 포괄적으로 논하여 왔으며, 이를 다시 현대적으로 구분하여 廣義의 胸痛과 狹義의 胸痛으로 구분하여 논의하고 있다. 즉 依義의 胸痛은 심장자체의 병변으로 인한 心痛만을 지칭하는 것으로 七情內傷, 飲食失節, 勞役內傷, 久病之後 등으로 심장의 陰陽氣血이 偏虛하거나, 寒凝, 熱結, 痰阻, 氣滯, 血瘀 등의 원인으로 疼痛을 나타내는 경우이다. 廣義의 胸痛은 심장이외의 병변으로 발생된 것으로서 九種心痛, 六種心痛, 胃脘痛, 厥心痛, 心支痛, 心腹痛, 胃脘當心而痛, 胸脅痛 등을 포괄하게 된다³.

저자는 대동맥관 폐쇄부전증으로 진단받고, 胸痛을 호소하는 太陰人 환자를 대상으로 加味調理肺元湯을 투여하여 임상적인 양상이 호전된 1례를 경험하였기에 이에 보고하는 바이다.

II. 症 例

1. 환자성명: 장○○ (남자/64세)
2. 진단명: aortic regurgitation, LVH
3. 발병일: 1995년
4. 주소증: 胸痛(운동시 증상이 발생함)
5. 과거력: 감기에 잘 걸림.
6. 현병력: 64세, 172cm, 65kg의 太陰人型 男患으로 別無大病하다 1995년부터 등산시 胸痛 발하여 local한의원에서 한약복용하였으나 별무호전하던 중 2004년 4월 24일 본인 및 보호자 원하여 본원 래원함.
7. 가족력: 특이사항 없음
8. 전신소견

- 1) 식욕: 양호
- 2) 소화: 양호
- 3) 대변: 1일 1회, 대변의 양상은 양호한 편임.
- 4) 소변: 양호, 피로시엔 微黃色 소변을 봄.
- 5) 수면: 감기에 걸리면 기침이 심하여 숙면을 못함.

6) 舌診: 舌體 暗紅, 舌苔 白-舌根部

7) 脈診: 脈沈

9. 주요검사소견

① Chest-PA(2004년 4월 24일) : Normal

② EKG(2004년 4월 24일) : LVH

③ 심초음파(2004년 4월 24일): LVH , mild AR

④ 생화학검사(2004년 4월 24일): within normal limit

⑤ 소변검사(2004년 4월 24일): within normal limit

⑥ 혈압 150/100

⑦ QSCC II(2004년 4월 24일): 太陰人

10. 치료내용

1) 한약치료

加味調理肺元湯(2004년 4월 26일 - 2004년 7월 9일, 75일간)

- 麥門冬 7.5g 桔梗 7.5g 薏苡仁 7.5g , 黃芩 3.75g 麻黃 3.75g 蘿菈子 3.75g 杏仁 3.75g 桑白皮 3.75g 五味子 3.75g 山藥 3.75g

상기 처방을 1첩으로 하여, 1일 2회, 아침저녁으로 식후 1시간에 복용하였다.

11. 환자의 증상 변화 및 치료 경과

64세 남환으로 1995년경부터 등산을 하거나 운동할 때 힘들어지면 가슴이 답답해지면서 胸痛(쥐어뜯는 듯한 통증)이 발생하고 등까지 파급되어 쭈시듯 아파왔다(환자는 매일 아침마다 등산을 한다고 함). 해마다 감기에 잘 걸리며, 일단 감기에 걸리면 기침, 가래가 심하여 수면에 방해가 될 정도였다. 평소 추위를 많이 타며, 피부색은 흰 편이었다. 간혹 좌측 어깨(肩井穴부위)에 통증을 호소하였다. local한의원에서 한약을 수차례 복용하여 왔으나 별다른 호전을 보이지 않던

중 환자 및 보호자 원하여 2004년 4월 24일 본원에 내원하였다.

이에 저자는 환자를 진찰한 결과 QSCC II, 體型, 素症, 病症으로 미루어 太陰人으로 판단하였으며, 평소 추위를 많이 타고 피부색이 흰 점에서 寒性 체질로 판단하였고, 감기에 잘 걸리고 기침, 가래가 매우 심하다는 점에서 肺經이 傷하여 虛한 상태로 판단하였다. 또한 발병한지 10년이 지났으므로 만성적인 질병이며, 체력이 많이 소진되었다고 보고 加味調理肺元湯을 생각하게 되었다. 2004년 4월 26일부터 加味調理肺元湯 20첩 15일분을 1일 2회(아침, 저녁식사후) 투약하였다. 투약 1주일후 감기기운이 있었으나, 해수가 심하지 않고 3일후 호전되었다. 舌體는 暗紅色, 脈은 沈脈이었으며, 胸痛의 발생은 9회 있었으나(등산시 발생함), 환자본인이 컨디션이 좋아진 것 같다고 표현하므로 2004년 5월 11일, 같은 처방(加味調理肺元湯)을 20첩 15일분 투약하였다.

5월 11일부터 5월 25일까지(15일간)는 胸痛이 8회 발생하였으나, 胸痛의 정도가 약간 덜한 느낌이라고 하였다. 평상시 컨디션이 여전히 좋다고 하며, 舌診상 暗紅色이던 舌體가 약간 밝아졌으

므로, 5월 26일 역시 加味調理肺元湯으로 투약하였다.

5월 26일부터 6월 9일까지는 胸痛의 발생이 3회로 크게 감소하였으며, 추위를 별로 느끼지 못할 만큼 좋아졌다. 舌色은 紅色, 舌根部의 白苔가 약간 감소하였다. 脈은 여전히 沈脈이었다.

6월 10일 같은 처방을 투약하였으며, 6월 24일까지 흉통이 발생하지 않았다. 피부색과 피부결이 좋아진 느낌이라고 한다. 舌色은 淡紅色이며, 舌根部의 白苔는 거의 소실되었다. 脈은 沈脈이던 것이 緩脈에 가까워졌다.

2004년 6월 25일부터 7월 9일까지 같은 처방을 투약하였으며, 등산이나 운동시에 흉통이 없었다. 추적조사결과 2004년 7월 10일 이후에도 胸痛은 발생하지 않았으며, 감기에 걸린 적도 없었다 (Fig. 1).

III. 考 察

胸痛을 서양의학적 측면에서 살펴보면 심장성과 비심장성으로 구분하는데, 심장성 胸痛은 주로 관상동맥 이상으로 인한 협심증과 급성심근경색증, 판막

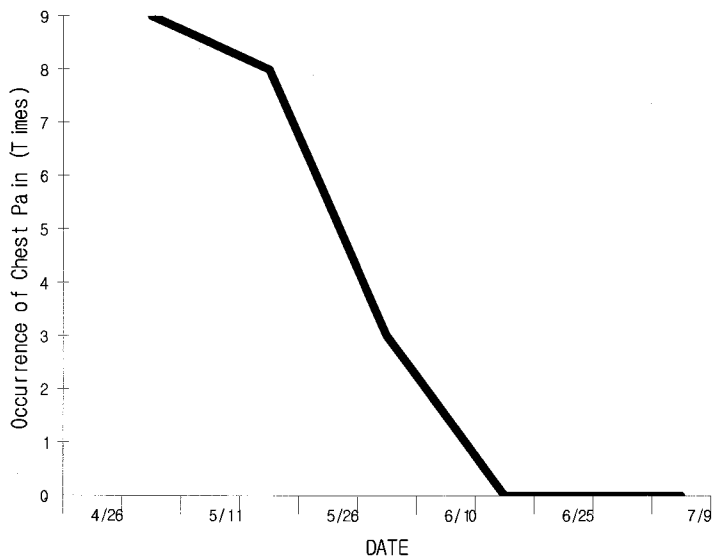


Fig. 1. Change of Chest Pain

이상으로 인한 대동맥관협착 또는 심낭염, 박리성 대동맥류 등에서 나타나며, 비심장성 胸痛은 흉곽질환, 호흡기계질환, 척수질환, 식도위장질환, 간담체장질환 등에서 많이 발생한다³.

胸痛은 많은 심혈관계 질환뿐만 아니라 폐질환, 근골격계 질환, 식도 또는 기타 위장관 기능장애, 경흉부 신경근 자극, 또는 불안 상태의 결과로 발생할 수 있다. 심질환으로 인한 胸痛의 가장 흔한 원인은 심근허혈에 있다. 이는 대개 예리하거나 경련적이기 보다는 무지러운 통증을 느끼게 하거나 도는 “압박”, “조이거나”, “빠근함”, 또는 “가스”의 느낌을 주는 것으로 묘사되며, “통증”보다는 거북한 느낌으로 종종 인지된다.

허혈성 통증은 대개 30분이내에 가라앉지만 통증이 이보다 오래 지속될 수 있다. 이러한 증상이 지속되는 경우 흔히 심근경색증인 경우가 있다. 통증은 흔히 불안감 또는 초조함을 동반한다. 통증을 느끼는 부위는 대개 흉골후방 또는 좌측 前胸部이다. 통증은 목, 허약, 어깨, 팔의 안쪽, 상복부 또는 등으로 방사되거나 국한되기도 하지만, 거의 언제나 흉골 부위에 증상을 일으킨다. 허혈성 胸痛은 종종 운동, 냉기, 식사, 스트레스 또는 이와 같은 요인들이 복합적으로 작용하여 유발되며, 대부분에서 휴식을 취하면 해소되지만 많은 예에서 반드시 그렇지는 않다. 허혈성 胸痛은 자세의 변화나 호흡과는 무관하며 보통 胸部 축진에 의해 유발되지는 않는다. 심근경색증의 유발 요인이 명백하게 드러나지 않는 경우가 흔히 있다.

심실의 비대나 대동맥 판막질환은 허혈성 통증 또는 이보다 덜 전형적인 증상을 지닌 통증을 유발할 수 있다².

흔히 운동으로 胸痛이 야기되며 쉬면 가라앉는다. 걷는 중에, 언덕을 오를 때에, 무거운 것을 들 때 胸痛이 흔히 야기된다. 특히 아침나절에 몸이 아직 풀리지 않은 상태에서 낮보다 적은 운동으로도 胸痛이 잘 야기된다. 같은 정도의 운동으로도 식사 후에 할 때에, 胸痛이 더 쉽게 발생한다. 또 찬 바람을 쐬 때 胸痛이 발생하기 쉽고, 따라서 겨울철에

胸痛이 더 잘 발생한다. 또 팔을 올리고 하는 일이나 운동시에 胸痛이 발생하기 쉬우며, 예로 아침에 머리를 감을 때 胸痛이 발생하기 쉽다. 비교적 하루 중의 일정시간에, 비슷한 여건에서 胸痛이 발생하는 경향이 있다. 설하 니트로글리세린이나 구강내에 니트로글리세린 분무로서 수십초내지 수분내에 胸痛이 소실된다.

운동중에 胸痛이 잘 발생하는 것은 운동시에 심박동수 및 혈압이 증가하게 되고 심장이 하는 일의 양이 증가하면서 심장근육에 혈액이 더 많이 공급되어야 하고, 심장의 산소요구량이 증가하기 때문이다⁴.

대동맥판폐쇄부전증을 원인별로 구분하여 보면 대동맥판의 병변으로 류마티스성 심내막염, 세균성 심내막염, 선천성 기형, 매독, 외상 등이 있고 대동맥벽 혹은 판막환의 병변으로 낭성중층괴사(cystic medial necrosis), 말판(Marfan) 증후군, 박리성 대동맥류, 매독, 고혈압의 원인이 있다. 대동맥 기시부의 선천성 기형으로 대동맥동류(sinus aneurysm), 대동맥동루(fistula to left ventricle)가 있다. 이러한 원인에 의한 부전증으로 좌심실에 용적 과부담이된다. 방사선학적 소견으로 좌심실의 확장소견이 반드시 나타나며 심첨부가 측하부로 이동된다. 심비대의 정도는 부전증의 정도, 질병기간 좌심실 수축 기능 저하 등과 비례한다. 좌심실 부전 혹은 동반된 승모판의 기질적 혹은 기능적 이상으로 인하여 좌심방이 확장될 수 있다. 좌심방의 확장소견은 동반된 승모판 이상의 소견이며 심장 질환의 원인이 류마티스 성임을 시사할 수 있다. 상행대동맥이 확장되며 대동맥판의 석회화는 순수한 부전증의 경우 협착증보다 빈도가 낮고 심하지 않다⁴.

임상적 양상은 폐쇄부전이 일어나는 속도에 의해 결정된다. 만성 폐쇄부전에서 다년간에 걸친 유일한 징후는 부드러운 대동맥 영역에서 들리는 확장기 심잡음이다. 판막의 이상이 진행함에 따라 보다 많은 양의 폐쇄부전을 일으키며 확장기 혈압은 떨어지고 좌심실은 점진적으로 확장된다. 대부분의 환자들에서는 심지어 이 시점에서조차 증상이 없으

며, 안정된 좌심실 확장이 특징적인 지연된 고평부기(plateau phase)에 도달한다. 좌심실 기능부전은 늦게 일어나지만 발병 초기에 급작스럽게 올 수도 있다.

혈역학적으로 보상적 좌심실 확장 때문에, 환자들은 거의 말기까지 전방 심박출량을 유지하는데 필요한 증가된 심박출량을 유지한다. 좌심실 확장기 말압도 정상으로 유지되지만 심부전이 오면 돌발적으로 상승할 수 있다. 구출률의 감소와 좌심실 수축기말 용적의 증가로 표현되는 심실 수축기 기능의 저하는 후기에 나타나는 징후이다.

주요 신체검사 소견은 맥압의 확대와 관련이 있다. 맥박은 큰 박출량과 좌심실로 급속한 확장기에 돌아가는 혈류로 인하여, 상승된 수축기압과 낮은 확장기압으로 급속한 상승과 하강을 보인다. 박출량의 상승에 의하여 Quincke박동(조갑하모세혈관의 박동)과 Duroziez 징후(부분적으로 압축된 말초동맥에 걸친 확장기 심잡음, 흔히 대퇴부위)가 나타난다. 심첨부 박동은 현저하고 측면으로 옮겨지고 보통 역동적이며 지속될 수 있다. 심잡음 자체는 상당히 부드럽고 국한적일 수 있다. 대동맥 확장기 심잡음은 음조가 높고 강도가 점점 줄어간다. 이완기 중기 또는 후기에 들리는 저음의 승모판 심잡음(Austin Flint 잡음)은 폐쇄부전의 혈류에 의한 승모판의 부분폐쇄에 의한 승모판 혈류의 폐쇄 때문에 진행된 대동맥판 폐쇄부전에서 들리 수 있다.

대동맥판 폐쇄부전이 급성으로 발생하면(대동맥박리 또는 감염성 심내막염에서와 같이), 폐부종으로 발현되는 좌심실 기능부전이 급속하게 일어날 수 있으며, 이때 긴급하게 수술이 필요하다. 급성 대동맥판 폐쇄부전을 가진 환자들은 만성 대동맥판 기능부전에서 보이는 좌심실의 확장이 없다. 이와 마찬가지로 확장기 심잡음은 더 짧고 강도에 있어서 약할 수 있고, 맥압은 넓어지지 않아 임상적 진단이 어려울 수 있다.

심초음파도는 대개 중등도부터 중증의 좌심실 비대를 보여준다. 방사선 사진은 좌심실 용기와 함께 심비대를 보여준다.

심초음파도는 병변이 대동맥근을 침범하는지 또는 판막질환이 존재하는지를 보여줄 수 있다. 좌심실 크기 및 기능의 연속적 평가는 판막 교체의 시기를 결정하는데 중요하다. 비록 “경증”폐쇄부전증이 흔하며, 과도하다고 해석되어서는 안되지만, 도플러 기법은 폐쇄부전증의 경중을 정성적으로 평가할 수 있다. 스캔은 운동시 좌심실의 기능과 기능적 예비량을 정량화할 수 있다.

심도자법은 폐쇄부전증의 경중을 정량화하는데 도움이 되고, 관동맥 및 대동맥근의 해부학적 구조를 수술에 앞서 평가하는데 이용된다.

감염성 심내막염 또는 대동맥박리가 진행되는 동안, 또는 그 후에 나타나는 대동맥판 폐쇄부전증은 급성 중증좌심실 부전을 보이거나 수주 또는 수개월에 걸친 아급성으로 진행할 수 있다. 전자는 대개 폐부종의 형태로 나타난다. 수술에 의한 판막의 대치는 심지어 감염이 급성으로 진행되는 동안에도 적응증이 된다. 이와 같은 환자들은 혈관확장제에 의해 일시적으로 호전되거나 안정을 찾는다.

만성 폐쇄부전증은 오랜 자연사를 갖고 있지만, 증상이 일어나면 수술 없이는 예후가 좋지 않다. hydralazine, nifedipine과 안지오텐신 전환효소 억제제와 같은 혈관확장제들은 심한 폐쇄부전증과 확장된 좌심실을 가진 무증상 환자에게 있어서 수술을 연기시키거나 피하게 할 수 있다. 베타차단제 요법은 Marfan증후군에서 대동맥의 확장을 둔화시킬 수 있다. 수술은 대동맥판 폐쇄부전증에 의하여 증상이 생기게 되면 대개 적응증이 된다. 수술은 또한 증상들과 무관하게 유의한 좌심실 기능부전증(구출률 < 45-50%)을 보이거나 좌심실 기능이 점진적으로 악화되는 무증상 또는 증상이 거의 없는 환자들에게도 적응증이 된다. 비록 좌심실 기능이 심각하게 하강되었을 때 수술시 사망률이 그렇지 않을 때와 비교하여 높지만 좌심실 기능이 다소 호전되고 장기적 예후가 개선되기 때문에 판막 대치술 또는 수선술이 여전히 적응증이 된다.

수술시 사망률은 대개 3-5% 범위 안에 있다. 외과의들은 소엽탈출증(이첨성 판막을 지닌 사람들에게

게서 가장 빈발함)을 가진 환자들에게 관막 수선술을 가장 자주 사용한다. 대동맥근 질환으로 인한 대동맥판 폐쇄부전증은 대동맥근의 수선 또는 대치를 요하며 이는 난이도가 높은 수술이다. 수술에 이어 좌심실의 크기는 대개 줄어들며, 기능부전이 만성적으로 존재하는 부위를 제외하고 좌심실 기능은 호전된다².

수술적 치료의 적기를 결정하려면 두가지를 명심하여야 한다. 첫째, 만성 대동맥판 폐쇄부전 환자에서는 심근부전이 나타나기까지는 대개 증상이 없다. 둘째, 수술적 치료는 좌심실 기능을 정상으로 회복시키지 못한다는 것이다¹.

<內經>에서부터心痛의 원인과 증상, 예후 등을 상세히 기록하여 왔는데, 그 병위가心に 있음과 동시에肺脾肝腎 등 타臟腑와 밀접한 관계가 있으며眞心痛은 그 중에 가장 위급하고 생명과 밀접한重症의病形임을 서술하였다.經脈閉阻하고血行不暢하고寒邪가 경맥에 침범하는 것이 주요 병인이라 인식하였으나, 치료에 있어서는 침술치료의穴位와 방법은 중요하게 생각하였으나, 방약에는 자세히 미치지 못하였다.

東漢시대의張仲景은 '胸痺'라는 병명을 가장 먼저 확립시켜 그 병인병기에 대하여 비교적 상세히 분석하고 동시에 변증론치에 의한 구체적인 방약을 제시하였다.張仲景은陰乘陽位라고 인식하여痰濁이胸膈에內阻하여胸陽이不道함에 이르는 것이 주요병기라 하여辛溫通陽의치법을세우고병정의輕重에 근거하여 각각 다른 방제를 세웠다.

金元시대에는危亦林이 <世醫得效方-心痛>에서蘇合香元을 "治卒暴心痛"에 사용한다고 하였는데胸痺의 치료에 있어서 진일보하게 되었다.

明靑시대에는胸痺의 인식에 있어서 많은 발전을 가져왔다.王肯堂은 <證治準繩-諸痛門>에서心痛과胃痛을 명확히 구별하였으며, 치료방면에 있어서는前人的 경험을 총괄하여活血化瘀法을 사용하였는데, 즉 <證治俊繩-諸痛門>에서는紅花, 桃仁, 降香, 失笑散 등으로死血心痛을 치료하였고, <時方歌括>에서는丹參飲으로心腹諸痛을 치료하였으며, <醫

林改錯>에서는血府逐瘀湯으로胸痺心痛 등을 치료하였으니胸痺의 치료에 있어서 커다란 발자취를 남겼다.

근년에는胸痛의 광범위하고 깊은 연구에 의하여 병인병기와 치료의 인식에 대하여 새로운 발전이 있었다. 일반적으로 "本虛標實"이 본증병기의 특징이 되고氣血陰陽同病과虛實錯雜함이 병기에 있어서 복잡하고 다변케 하였으니前人이 인식하기를辛溫通暢, 芳香開竅 등의 법을 사용하여 치료함과 동시에辛香走竅의 약을 과용하여氣血을 손상하는 폐단에 주의하여야 한다. 또한標本兼顧를 채용함에調補氣血陰陽과 동시에活血化瘀, 割痰通陽 등의 방법을 사용하여 그 치료효과를 높일 수 있게 되었다.

胸痛의 발생은 대부분寒邪內侵, 精志失調, 飲食不當 등의 소인과 유관하고, 특별히 노년의 허약한 체질이나 중년의 과로가 누적될 때에 상술한 소인이 있으면 쉽게 발생한다. 병기는虛實의 두가지로 분류한다.虛證은心脾肝腎 및 氣血陰陽虧虛, 機能失調로 인하고, 實證은寒凝, 氣滯, 血瘀, 痰阻, 濕遏로 인한다. 본병의 형성과 발전과정 중에虛實이 대부분 섞여서 나타나고, 대부분 중노년의 몸이 쇠약할 때에 나타나므로 주요병기는本虛標實이라고 인식되어진다.

병인에 따라서 먼저,寒邪內侵의 경우에는 평소陽氣가 쇠하고胸陽이不振한데陰寒之邪가 허한 틈을 타고 침습하여寒氣가 응체하고血의 운행이不暢하여胸痺가 된다.精志失調의 경우에는憂思가脾를 상하여脾虛氣結하고運化失思되면,津液이 수포되지 못하여마침내 모여서痰이 된다. 또한鬱怒가肝을 상하면肝失疏泄하고肝鬱氣滯되고 심하면氣鬱化火하여진액이 말라서痰이 된다.氣滯 혹은痰阻는 모두血의 운행을不暢하게 하여서氣血瘀滯 혹은痰瘀交阻하여心脈이 막혀서胸痺가 발생한다.飲食不當의 경우에는飲食不節로고량진미나술을 즐겨 먹으면癖을 이루어脾胃를 손상시키게 되고運化失調로聚濕成痰케 하여痰이脈絡을 막으면心脈이 막혀서胸痺가 발생한다.年老體虛의 경우에는 나이가 50을 넘으면腎氣가衰竭된다.腎

陽이 虛衰하면 五臟의 陽을 고동시키지 못하여 心氣不足하게 되고 心陽不振하여 血脈이 溫煦작용을 발휘하지 못하여 痺阻不暢으로 胸痺가 된다. 만약 腎陰이 虧虛한즉 五臟의 陰을 자양하지 못하여 心陰이 안에서 소모되고, 心陰이 虧虛하여 心火가 편왕되어 진액을 마르게 하여 痰이 되고 痰熱이 心脈을 막히게 하여 胸痺가 된다³.

東醫寶鑑에서는 “眞心痛이란 증은 急死하고 다스리지 못하는 증이요, 心痛으로 오래 苦痛하는 증은 心의 支別絡이 風邪와 冷熱의 침입한 바가 되어서 疼痛하고 疹이 되면 죽지는 않으나 때때로 발작하며 오래 끌면서 잘 낫지 않는다. 모든 經의 心痛이 등을 견인하는 증은 대부분 風冷에 속하고 모든 府의 心痛이 俛仰하기가 어렵고 嘔吐하고 泄瀉하는 증은 많이 熱에 속한다.”고 하였다.

心痛을 9종으로 분류하였으니, 蟲心痛, 疰心痛, 風心痛, 悸心痛, 食心痛, 飲心痛, 冷心痛, 熱心痛, 去來心痛이며, 이외에도 心痛을 6종으로 분류하였는데, 脾心痛, 胃心痛, 腎心痛, 積心痛, 厥心痛, 眞心痛이 그것이다⁵.

본 질환의 주요특징은 胸部的 弊悶, 疼痛이다. 輕한 경우 두드러진 心痛은 없으나 가슴이 답답하여 막힌 듯 하고, 心悸, 怔忡하며, 重한 경우에는 胸悶, 心痛하니 통증이 극렬하여 胸痛철背, 背痛철心하고, 통증이 지속적으로 풀리지 않고, 아울러 汗出, 肢冷, 面白, 脣紫, 手足青脂節하고, 심하면 朝發夕死, 夕發朝死하게 된다. 비록 그 병은 心에 있으나 肝脾腎과도 밀접한 관계가 있다. 일반적으로 胸痺는 本虛標實이 상견되니, 변증에 있어서 우선 虛實, 標本을 분명히 해야한다. 발작기는 標實이 주가 되고, 완해기는 本虛가 주가 된다. 標實證에는 陰寒內結, 痰濁閉阻, 血瘀氣滯, 痰瘀氣阻가 있고, 本虛證에는 心氣不足, 氣陰陽虛, 心(脾)腎陽虛, 肝心 혹은 心腎陰虛, 氣虛陽脫 등이 있다. 本虛標實證은 幾許血瘀, 陽虛痰濁 등이 있다³.

胸痛의 한의학적 치료방법은 각각의 변증에 따라 달라진다. 寒邪가 침범했을때는 가슴아픔이 잔등에까지 미치며 몸을 차게 하거나 날씨가 차면 더 심하

다. 찬 기운을 없애고 陽氣를 잘 통하게 하는 방법으로 枳實芍藥散을 쓴다. 濕痰이 물렸을 때는 가슴이 그득하면서 아프고 가래가 많으며 숨이 차서 바로 눕지 못한다. 濕痰을 없애면서 氣血을 잘 돌게하는 방법으로 枳實芍藥散을 쓴다. 瘀血이 물렸을 때는 가슴이 막힌 듯이 답답하면서 숨이 몹시 차고 찌르는 듯이 아프며 심할 때는 식은 땀을 흘리고 손발이 싸늘해진다. 瘀血을 풀어주고 氣血을 잘 통하게 하는 방법으로 桂枝茯苓丸에 잇꽃, 복숭아씨, 당귀, 해박 등을 더 넣어 쓴다⁶.

調理肺元湯은 『동의수세보원』에 나와있는 太陰人 방제로 麥門冬 桔梗 薏苡仁 각 7.5g, 黃芩 麻黃 蘿菘子 각 3.75g으로 구성되어 있다. 2첩을 1일 3회 복용한다. 重病解後調理를 치료한다⁷.

調理肺元湯은 胃脘腑系 寒性 肺臟系의 調理에 이 용한다. 보통의 경우에도 山藥, 杏仁, 桑白皮, 五味子を 가하여 쓰는 것이 좋을 때가 많다. 적응증으로는 먼저 太陽病 重證, 즉 감기가 온 상태에서 기관지까지 침입한 경우에 山藥, 杏仁, 桑白皮, 五味子を 사용한다. 이 경우 常證은 汗多, 大便1일1회 滑, 小便清이며, 始證은 샤위후 惡寒하고, 後證은 鼻塞, 短喘, 痰盛, 咳嗽, 口味退이다⁸.

加味調理肺元湯은 肺經이 상한 증세인 大便後重이 심하고, 難便에다 평소에 목에 가래가 잘 끼고, 감기에 잘 걸리며 감기를 할 때 기침 가래가 많으며 肺와 大腸의 관계로 보아서 肺經이 많이 상했다고 보고 사용한다. 加味調理肺元湯은 肺가 燥하고 肺寒한 경우뿐만 아니라, 마른 사람에게 쓰고, 피부가 寒熱燥濕을 벗어난 경우에 쓰고, 그러면서 기관지 증상이 많은 사람에게 쓴다⁹.

調理肺元湯에서 薏苡仁과 蘿菘子は 祛濕하고, 麥門冬과 黃芩은 기관지부위에 津液을 보충하며, 桔梗과 麻黃이 邪氣를 배출하여 太陰人의 약점을 잘 보충해준다. 그리고, 山藥, 桑白皮, 五味子, 杏仁을 더하는데, 五味子와 山藥은 滋潤之劑로 麥門冬의 역할을 도와주게 되고, 桑白皮는 祛濕작용을 하며, 杏仁은 發散之劑로 노폐물을 빼주는 기능을 하게 된다. 그래서, 桔梗과 麻黃을 桑白皮가 역할을 돕고,

薏苡仁和 蘿菔子를杏仁이 돕고, 麥門冬, 黃芩을五味子和 山藥이 돕게 된다. 결론적으로 加味調理肺元湯은 太陰人의 질병이 만성적으로 기울어진 경우, 또는 病後에 체력이 소진된 경우 등에 쓰는 것으로 太陰人의 원천적인 결함을 보충하는 처방이다. 그래서 病後에 調理를 할 때 調理肺元湯으로 하는 것이 좋다¹⁰.

이 처방으로 肺를 補하고 肝을 瀉하는 작용을 완성하면 太陰人의 체질적 결점이 완전무결하게 된다. 그러므로 病後 調理는 물론이고 평소에 氣가 상승하지 못하여 火氣가 울체한 경우에도 수백첩 쓴다면 넉넉히 체질적 결점을 바로잡을 수 있다.

肺가 작고 肝이 큰 太陰人은 重病에 시달리고 나면 항상 肝의 火氣가 대두하려 하고 肺의 金이 메마르기 쉽다. 그러므로 太陰人이 重病을 앓고 나면 반드시 肺와 肝의 균형을 조절해야 원상태로 회복된다. 薏苡仁으로 肝木이 脾土를 침범하지 못하게 하고, 麥門冬으로 心肺를 온택하게 하고, 桔梗으로 氣血을 열어서 끌어올리면, 肝은 깎이고 肺는 補를 받는다.

이렇게 肝과 肺의 불균형이 조절된다. 그러나 세 가지 약은 전체적인 역할을 하지만, 세부적 사항을 전부 담당하지는 못한다. 黃芩은 心臟과 肺의 火氣를 끈다. 그래서 麥門冬과 협력하여 肺를 적시고 心을 식힌다. 蘿菔子는 脾胃의 기를 올린다. 그래서 薏苡仁和 협력하여 脾胃를 돕는다. 麻黃은 肺와 膀胱經의 邪氣를 몰아낸다. 그래서 桔梗과 협력하여 가슴을 열어젖힌다.

기침과 천식이 오래 지속하면 이것은 體表로 邪氣가 들어왔다는 表寒病 초기 단계가 아니다. 대부분 精氣가 부족해서 발생하는 만성적 虛症이다. “체질적 결함이 바로 잡힌다”는 말은 바로 균형이 깨져서 발생하는 만성 허증을 치료한다는 말이다¹¹.

한의학의 사상학적인 관점에서 본 증례의 환자는 QSCC II, 體型, 素症, 病症으로 미루어 太陰人으로 판단하였다. 만성적으로 감기에 쉽게 이환되며, 기침, 가래가 매우 심하다는 점에서 肺臟係의 虛證으로 판단하였으며, 추위에 민감하다는 점에서 寒性체

질로 판단하였고, 등산이나 운동시에 胸痛이 발생하는 것은 운동시 혈압과 심박동수의 증가, 즉 심장의 하는 일이 증가하면서 심장의 산소요구량이 증가하기 때문으로 보고, 太陰人의 처방중에서 心肺의 기능적 약점을 보완하여 산소공급을 원활하게 하고, 만성적인 질환으로 체력이 떨어진 경우에 사용하는 加味調理肺元湯을 생각하게 되었다. 75일간 동일한 처방을 투약하여 운동시 胸痛의 발작이 소실되었으며, 감기에 걸리지 않고, 기침, 가래가 소실되고, 추위를 잘 타지 않게 되었다. 다만, 증상이 소실된 후 추적조사를 통해 심초음파 및 심전도검사결과의 변화상황을 확인하지 못한 점이 아쉽게 생각된다.

IV. 結 論

본 증례의 임상보고는 심초음파상 대동맥판폐쇄 부전증으로 진단받고, 胸痛을 호소하는 太陰人환자에 대해 加味調理肺元湯을 75일간 투약하여 유의한 임상양상의 호전을 나타내었기에 보고하는 바이다. 한의학적인 사고를 통한 임상적 접근방식을 통하여 폭넓은 임상보고가 이루어진다면 난치병에 대한 한의학적인 치료의 장점을 부각시킬 수 있을 것이라고 사료되는바 더 많은 연구와 이에 따른 보고가 필요할 것이라고 보여진다.

參考文獻

1. Isselbacher, K.J., Braunwald, E., Wilson, J.D., Martin, J.B., Fauci, A.S., Kasper, D.L. Harrison's principle of internal medicine. 13th ed. 한글 제1판. 서울:도서출판 정담; 1997, pp.1142-4.
2. Lawrence M. Tierney, Jr., MD, Stephen J. McPhee, MD, Maxine A. Papadakis, MD. Current Medical Diagnosis & Treatment. 37판. 서울:도서출판 한우리; 1999, pp.391-3, 370-1.
3. 전국한의학대학교 심계내과학교실. 심계내과학. 서울:서원당; 1999, pp.85-8, 99.

4. 서울의대내과학교실편(대표저자 김노경). 내과학. 서울:도서출판 고려의학; 1998, p.194.
5. 허준. 국역증보 동의보감. 서울:남산당; 1998, p.336.
6. 과학백과사전종합출판사. 재편집 동의학사전. 서울:도서출판 까치; 1994, p.1222.
7. 송일병. 사상의학. 서울:집문당; 1998, p.549.
8. 김주. 사상의학 성리임상론. 서울:대성문화사; 1997, pp.316-7.
9. 유주열. 동의사상의학강좌. 서울:대성문화사; 1999 p.690.
10. 노영범. 임상방제학강좌. 서울:대성의학사; 2000 pp.246-7.
11. 임진석. 추상한의학. 서울:가서원교육연구소; 1998 pp.251-2, 256-7.