

태음인 딸꾹질 치험 1례

조성규* · 배효상¹

동수원한방병원 사상체질과, 1: 동국대학교 경주한방병원 사상체질과

Clinical Study of Hiccup in Tae-umin

Sung Kyoo Cho*, Hyo Sang Bae¹

Department of Sasang Constitutional Medicine, Dongsuwon Oriental Medical Hospital,
1: Department of Sasang Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Dongguk University

Hiccup is one of common symptoms clinically and caused by various etiologies. We have tried researching the effect of herbal medicines(Taeumjowi-tang) to treat a Taeumin patient with severe hiccup, who is presumed cerebral vascular disease, and evaluated hiccup's a time in a minute and hiccup's total time in a day. The symptoms, not only the patient's hiccup, also his general condition including the dysphagia and right side hemiparesis, are improved considerably. The constitutional treatment with Taeumin herbal medicines(Taeumjowi-tang) may have an effect on the management of hiccup by control of Qi and Fluid Metabolism.

Key words : Hiccup, Tae-umin, Taeumjowi-tang(太陰調胃湯), Qi and Fluid Metabolism(氣液之氣代謝)

서론

딸꾹질은 대개 일시적이고 저절로 낫는 질환이지만, 장시간 지속되거나 치료에도 반응이 없는 경우, 환자를 지치게 만들며 심각한 기저질환과 동반되어 나타날 수 있다. 딸꾹질은 횡격막의 갑작스러운 불수의적 수축으로 유발되는 독특한 흡기 소리로 정의되며 딸꾹질 반사궁의 어느 한 요소에 자극이 가해질 경우 유발될 수 있다고 알려져 있으나, 원인은 대부분 알 수 없고, 여러 내과적 원인과 기관 내 삽관, 개흉술, 개복술 등 외과적 원인, 그리고 약물로 유발되는 경우 등이 있고, 장애 부위에 따라 중추성, 말초성으로 구분하며, 딸꾹질 지속시간에 따라 48시간에서 한 달까지 지속되는 지속성 딸꾹질과 한 달 이상 지속되는 난치성 딸꾹질로 구분하고, 양방에서는 딸꾹질에 대하여 chlorpromazine, Metoclopramide, Baclofen, Amitriptyline 등의 약물치료를 시행하고, 즉각적인 효과를 얻기 위하여 신경차단술을 시행하기도 한다.^{9,10)}

韓醫學에서 딸꾹질은 呃逆, 吃逆, 吃惑, 館逆, 食呃逆, 咳逆, 乾嘔 등으로 표기되어 왔고,¹¹⁾ 呃逆은 氣가 膈上으로부터 上衝하여 咽喉를 통해 구강으로 배출되면서 작성하는 것으로 주로 胃의 受納과 下降作用의 失調로 인해 胃氣가 逆上하여 上衝되며

나는 喉部의 짧고 작은 소리를 말하며 사람으로 하여금 자제하지 못하게 하는 하나의 증상이다.¹²⁾ 한의학적인 원인으로 飮食失節, 情志異常, 正氣虧損 등이 있고, 이를 虛實로 구분하여 實證은 胃寒中冷, 胃火上炎, 氣鬱痰阻, 虛證은 脾胃陽虛, 胃陰不足 등으로 보았으며, 溫中, 清胃, 順氣, 祛痰, 溫補脾胃, 養陰益胃, 降逆止呃 등의 치법을 이용하였다.²⁶⁾

Table 1. The previous study's oriental medical treatment of hiccup sign

논문	동반된 기저질환	약물 치료	비약물 치료
김 ¹⁷⁾	급성뇌경색(Rt medulla)	이진탕 가미방	간접구: 전중, 중완, 기문
	중앙(bile duct)	정향시체탕	간접구: 관원, 중완
김 ¹⁸⁾	급성뇌경색(Rt MCA)	정향시체탕	간접구: 관원, 중완
	L-tube 삽입 이후 발생		
노 ¹⁹⁾	급성뇌출혈(Rt B/G)	정향시체탕	-
	급성뇌출혈(Rt B/G)	보익양위탕	-
백 ²⁰⁾	급성뇌경색 (Rt MCA, ACA)	-	직접구: 전중, 심수, 격수 미립대 3장씩 하루 1회 2도
이 ²¹⁾	특발성	소음인 향사양위탕	8체집침
	급성뇌경색 (pontine, midbrain)	굴피죽여탕	전침: 1일 1회, 양측 합곡, 제1중수골과 제2중수골 집합쳐 4군데
나 ²²⁾	급성뇌경색 (Lt pontine, both B/G)	곽향정기산 가미방	전침: 1일 1회, 양측 합곡, 제1중수골과 제2중수골 집합쳐 4군데
배 ²³⁾	특발성	양격산화탕	간접구: 관원, 중완
현 ²⁴⁾	뇌허혈	팔정산	-
임 ²⁵⁾	급성뇌경색(lacunar cbr. infarction)	조위승청탕 가미방	간접구: 중완, 기해

* 교신저자 : 조성규, 경기도 수원시 팔달구 우면2동 157-6번지 동수원한방병원

· E-mail : chosk74@naver.com, · Tel : 031-2100-227

· 접수 : 2007/11/29 · 채택 : 2008/01/13

기존의 呃疫에 대한 국내 연구 논문으로 왕¹³⁾ 등, 박¹⁴⁾ 등, 양¹⁵⁾, 이¹²⁾ 등, 최¹⁶⁾ 등, 최¹¹⁾ 등의 문헌 연구 6편이 있고, 임상 연구로는 9편의 논문에서 총 12편의 증례가 발표되었으며 그 중 동반된 기저질환이 뇌혈관질환인 경우는 9편의 증례로써 그 중 딸꾹질 반사궁과 직접적인 연관이 있는 뇌간을 포함하는 증례가 3편 있었다. 주로 溫胃, 行氣 위주의 처방이 이용되었고, 八正散, 涼膈散火湯 등 實證에 이용하는 처방도 있었으며, 직접구, 전침 등의 비약물적 치료도 응용하였다. 또한 少陽人, 太陰人의 呃疫에 대한 四象醫學의 치료도 발표되었다(Table 1).

이에 저자는 지속성 딸꾹질로 극심한 불편을 호소한 太陰人 환자에게 太陰調胃湯 加減方을 투여하여 肝의 吸聚之氣와 肺의 呼散之氣의 불균형을 조절하고 氣液之氣 代謝의 調節에 양호한 결과를 얻었기에 다음과 같이 보고하는 바이다.

증례

1. 이름 : 김 ○ ○ (M/67)

2. 주소증 및 부증

- 1) 主所症 : 右側不全偏癱痺
- 2) 副症 : 呃疫, 自汗, 小便不利, 嚔下困難

3. 발병일 : 2006년 7월 12일

4. 발병동기 : 別無

5. 과거력

- 1) 高血壓 : 3년전 진단, 약물복용 하지 않음
- 2) 膽石症 : 2001년 1월 진단, 별무치료
- 3) 慢性 水腎症 : 2001년 1월 진단, 수술 권유받았으나 refuse함

6. 치료기간 : 2006년 7월 18일부터 2006년 9월 16일까지

7. 현병력

상기자는 만 67세의 비만한 체격의 男患으로 상기 과거력 이외에 別無大病하며 지내던 중, 2006년 7월 12일 갑자기 惡心, 眩暈, 呃疫과 함께 吐血 1회 발생, 7월 13일 local 의원에서 약물복용 이후 상기 증상 호전되었으나 7월 14일부터 右側 少力感과 함께 嘔吐 1회 발생하여 다시 local 의원 방문, 혈압약 3일분 처방받은 이후 7월 17일 local 한의원에서 침치료 받았으나 右側 少力感 惡化되고 呃疫 소실된 상태에서 2006년 7월 18일 독립보행으로 경복 경주시 소재 ○○한방병원 사상체질과로 입원함.

8. 검사소견

1) Brain-MRI

(1) 2006년 7월 18일(Fig. 1)

Multiple small UBO(unknown bright objects), deep and subcortical white matter

(2) 2006년 8월 22일(Fig. 2)

Multiple small UBO(unknown bright objects), deep and subcortical white matter

Relatively dirty lesion of Lt. hemisphere and basal ganglia

cause Rt side weakness

2) Endoscopy : 2006년 7월 20일

상부 위장관 내시경 검사상, 위염 진단

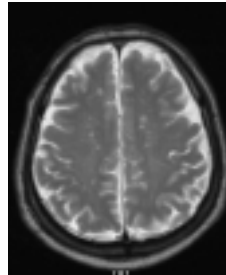


Fig. 1. 2006-07-18 Brain MRI T2

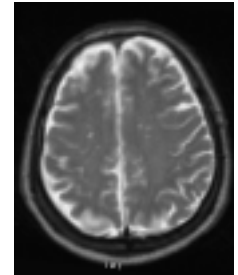


Fig. 2. 2006-08-22 Brain MRI T2

9. 체질소견

1) 體刑氣像

신장 165 cm, 체중 90 kg의 비만한 체격으로 상체보다 하체가 발달하였다.

2) 容貌詞氣

피白하며 肌肉이 堅實하고 聲音이 탁한 편이다.

3) 性質才幹

평소 조용한 성품으로 행동이 느리고 말수가 적은 편이다.

4) 素證

- (1) 睡眠 : 규칙적이며 熟眠 취함
- (2) 食事·消化 : 良好, 易滯(-), 心下痞(-)
- (3) 大便 : 1日/1回, 硬便(-), 泄瀉(-)
- (4) 小便 : 1日/6回, 夜間 睡眠中 1回, 殘尿感(-), 澀痛(-)
- (5) 汗出 : 多汗한 편으로 自汗(-), 盜汗(-)

上記 體質所見과 素證 및 임상소견을 바탕으로 사상체질의 학과 전문의에 의하여 상기 환자를 太陰人으로 판단하였다.

10. 치료

1) 鍼治療

입원기간 중 하루 1회 침 시술하였다. 1회 침 시술시, 太極鍼法을 이용하여 太淵(L9), 靈道(H4)와 더불어 환측의 中風七處血¹⁾에 대한 침전기자극술을 병행하였으며, 呃疫 지속시 直接灸를 이용하여 上腕(CV13), 中腕(CV12), 天樞(ST25)에 미립자 크기로 3~9壯 시술하였다.

2) 藥物療法

肝大肺小한 太陰人의 臟腑大小를 바탕으로 입원 초기, 中風二便閉, 中臟中腑 등에 이용하는 東醫四象新編의 淸肺瀉肝湯을 하루 3첩 3포 투여하였고, 呃疫이 지속되면서 太陰調胃湯 加減方을 3첩 3포 투여하였다(Table 2, 3).

3) 呃疫에 대한 處置

상기의 鍼治療를 기본으로 呃疫 지속시 설압자를 이용한 연구개 자극, 직장마사지를 통한 미주신경자극법, 설탕물 머금기, 혀

1) 中風七處血: 百會(GV20), 曲鬢(GB7), 肩井(GB21), 曲池(LI11), 風市(GB31), 足三里(ST36), 絕骨(GB39)

강하게 잡아당기기 등을 시행하였고, Hot pack 및 Infra Red를 이용하여 상복부에 대한 온열요법을 병행하였다.

Table 2. The Compositions of Chungpyesagan-Tang

藥材構成	學名	用量(g)
葛根	<i>Puerariae Radix</i>	16
黃芩	<i>Scutellariae Radix</i>	8
藁本	<i>Ligustici Rhizoma</i>	8
蘿菔子	<i>Raphani Semen</i>	4
桔梗	<i>Platycodi Radix</i>	4
升麻	<i>Cimicifugae Rhizoma</i>	4
白芷	<i>Angelicae dahuricae Radix</i>	4
大黃	<i>Rhei Radix et Rhizoma</i>	4
計		52

Table 3. The Compositions of Taeumjowi-Tang

藥材構成	學名	用量(g)
薏苡仁	<i>Coicis Semen</i>	12
乾栗	<i>Castanea Semen</i>	12
蘿菔子	<i>Raphani Semen</i>	8
五味子	<i>Schizandrae Fructus</i>	4
麥門冬	<i>Liriopsis Tuber</i>	4
石菖蒲	<i>Acori Graminei Rhizoma</i>	4
麻黃	<i>Ephedrae Herba</i>	4
桔梗	<i>Platycodi Radix</i>	4
計		52

11. 치료경과(Fig. 3, Table 4)

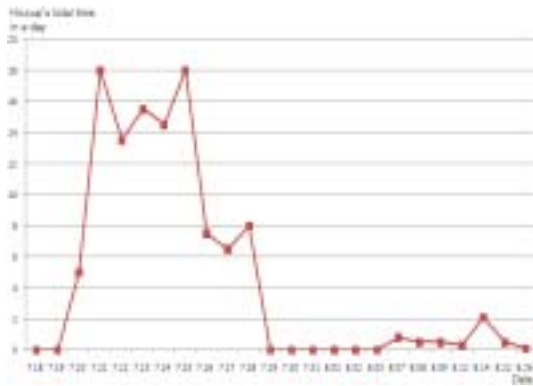


Fig. 3. The change of hiccup sign's total time

1) 2007년 7월 18일 ~ 7월 20일

환자는 7월 14일부터 발생한 右側不全偏癱瘓에 대한 치료를 위하여 2007년 7월 18일 본원 입원하였다. 右側握力低下 및 右側上下肢 運動不利 등을 동반하는 右側不全偏癱瘓와 babinski sign 右側 陽性 등을 고려하여 경주 ○○대학병원 신경외과 진료의뢰 하였으나 Brain-MRI상 특이 소견 없다는 결과를 받고, 絶對安定 취하는 상태에서 7월 14일 1회 발생한 吐血에 대한 검사를 위하여 7월 19일, 同 병원 소화기내과 진료의뢰 하여 7월 20일 오전 10시경 상부위장관 내시경검사를 시행하였다.

내시경 검사 이후 점심 한약 복용시 嘔下困難 1회 발생하였고, 오후 5시경 환자는 내시경검사시 齒齦 부위 발생한 외상으로 齒齦痛 호소하며 혈압 210/110으로 높게 나타나기 시작하여 오후 6시경까지 190/100정도로 높은 혈압상태 유지되다가 오후 7시경 160/90정도로 혈압은 내려갔고, 齒齦痛은 다소 호전되었다. 그러나 저녁 8시경 한약 복용시 다시 嘔下困難 발생함과 동시에 분당 5~10회의 呃疫이 발생하였다. 설압자로 연구개 자극을 유도하고 침치료 2회 시행하며 Infra Red를 상복부에 지속적으로 쬐였으나 呃疫은 소실되지 않았고, 익일 오전 1시까지 5시간가량 지속되었으며 顔面과 全身에 옷이 젖을 정도의 自汗 증상이 1~2회 나타났다. 呃疫과 嘔下困難이 발생하면서 환자의 전반적 상태는 저하되어 右側不全偏癱瘓의 경우, 입원 당시 上肢學上/股關節屈曲이 각각 45°/90°에서 10°/80°로 감소되었다. 大便不得 5일이 경과한 7월 20일 야간, 검고 푸른색의 大便을 多量 보았으며 이외의 素證 변화는 관찰되지 않았다.

이 기간 중 환자의 右側少力感에 초점을 맞추어 中風 초기 증상으로 판단하고 太陰人 裏熱證을 풀어내는 太陰人 淸肺瀉肝湯을 이용하였다.

2) 7월 21일 ~ 7월 25일

7월 21일 오전 1시부터 소실되었던 呃疫은 당일 오전 4시부터 분당 5~10회의 회수로 다시 발생하여 7월 25일까지 주, 야간 지속되었으며 이로 인하여 환자는 睡眠困難과 함께 頭痛 등을 호소하며 전반적인 無力感과 전신 상태의 저하 등이 지속되었고, 右側不全偏癱瘓는 더 이상 진행되지 않는 상태에서 淺眠, 食慾低下, 주야간 지속되는 顔面과 全身의 自汗, 大便不得, 黃褐色 尿, 小便回數 및 小便量 減少의 小便不利 등과 같은 素證의 변화가 7월 24일까지 나타났다.

이에 지속되는 呃疫과 素證의 변화를 고려하여 환자의 病證을 太陰人 胃脘受寒表寒病으로 인식하고 7월 24일부터 太陰調胃湯 加減方을 투여하였고, 呃疫에 대한 치료로 上脘, 中脘에 미립자 크기로 直接灸를 시술하고, 상복부를 중심으로 hot pack과 Infra red를 지속적으로 시행하였으며 분당 10회 이상으로 회수가 증가할 때는 연구개 자극 등의 처치를 수시로 시행하였다.

7월 25일경 食慾이 호전되고, 입원 이후 처음으로 평소의 정상적인 형태의 大便을 得하였으나 呃疫과 淺眠, 嘔下困難, 自汗, 小便不利 등의 증상은 지속되었다.

3) 7월 26일 ~ 7월 28일

7월 26일부터 呃疫은 분당 5회 내외로 나타났고, 하루 중 呃疫의 총 지속시간 또한 절반가량으로 감소하였으며, 야간 呃疫 발생이 줄어들어 好轉된 수면 상태를 나타내었다. 右側不全偏癱瘓의 경우, 제한된 上肢學上이 30°로 호전되었고, 自汗도 감소하여 全身自汗은 관찰되지 않고 顔面部의 自汗만 나타났다. 大便不得의 경우, 2일을 넘기지 않았으며, 小便回數의 증가와 함께 小便의 색도 점차 열어졌다.

4) 7월 29일 ~ 9월 16일

7월 29일부터 8월 6일까지 9일간 呃疫은 발생하지 않았고, 이후 8월 7일 1회 50분, 8월 8일 1회 30분, 8월 9일 1회 30분, 8월 12일 1회 20분, 8월 14일 3회 총 2시간 10분, 8월 22일 1회 30분, 8월 26일 1회 10분 등으로 7일간 총 9회의 呃疫이 발생하였으나 대부분 분당 5회 미만으로 특별한 처치 없이 소실되거나 hot pack, 연구개 자극 등의 처치만으로 즉시 소실하였다.

Table 5. The progress of hiccup sign, dysphagia, and ordinary symptom

日時	7/18~19	7/20	7/21	7/22	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29~9/16
呃逆	-	++	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	+	-
總持續時間 (時:分)	-	05:00	18:00	13:30	15:30	14:30	18:00	07:30	06:30	08:00	총 7일간 8회 발생
發生時間帶	-	8p~1a	4a~6p 8p~MN	MN~11a 2:30p~5p	4a~10:30a MD~3:30p 5p~8:30p 10p~MN	MN~3a 6a~3:30p 7p~MN	MN~3a 4a~5:30p 7:30p~ MN	3a~5a MD~4:30p 7:30p~8:30p	5a~6a 3p~7p 9:30p~11p	1a~4a 8p~익일 1a	-
嚥下 困難	-	+	L-tube 삽입	L-tube feeding	"	"	"	"	"	"	8/27 L-tube 제거 들 종류 간헐적 사래 1회
睡眠	良好	淺眠	"	"	"	"	"	"	良好	"	"
食事/食慾	+/+	"	+/-	+/-	"	"	+/+	"	"	"	"
自汗	-	++	++	++	++	++	++	+	+	+	-
大便	大便不得 5日	黑清色量 多	-	-	泄瀉	-	普通便, 軟便	普通便	-	軟便	1日1回, 普通便 or 軟便 不得3日을 넘지않음
小便回數 (晝/夜)	3/1	3/1	2/1	3/2	2/1	3/2	3/2	3/1	4/2	4/1	3~9/2~4에서 퇴원 1주전 6/3~4
處方	太陰人 淸肺瀉肝湯 (7/18~7/23)						太陰人 太陰調胃湯 去 五味子 加 杏仁4 g, 藁本, 黃芩 2 g, 葛根 8 g (7/24~8/21)			太陰人 調胃淸湯 (8/22~9/16)	

+++ : severe, ++ : moderate, + : improved, - : not observed, +/- : good/bad

고찰

四象人의 臟腑大小는 단순한 형태의 大小나 장부기능의 虛實개념이 아니라 呼散之氣, 吸聚之氣, 納積之氣, 出放之氣의 大小偏差로 이해되고, 치료 또한 邪氣實, 正氣虛에 따른 補瀉개념이 아닌 각 체질의 고유한 正氣를 중심으로 順氣, 調氣하는 차원에서 正氣의 상태에 따라 陰陽의 升降緩束을 달리하는 調節精神에서 體質病證을 운영하고 있다.⁸⁾

體質別 생리적 특성으로 草本卷과 甲午本에서는 臟腑의 標本관계에서 자신의 취약한 장기를 강조하는 양상을 띠고 있다.²⁷⁾ 草本卷에서는 각 체질별 臟腑의 편차에 의해 肝과 肺는 氣液의 散充에 관여한다²⁾고 하고,⁶⁾ 체질과 상관없이 자신에게 危弱한 장부의 손상 정도에 따라 건강의 정도를 8단계로 분류하였으며, 太陰人의 경우, 病證의 원인에 대하여 內傷이든 外感이든 모두 肺를 손상시키고 肺의 손상 정도에 따라 命脈이 결정된다고 보았다.²⁷⁾

甲午本에서는 偏大之臟과 偏小之臟의 標本관계에서 體質病證을 表裏病證으로 구분하고 體質正氣 중심의 治療觀⁵⁾을 제시하여 太陰人의 경우, 肝大肺小의 臟腑와 呼吸出納에서 吸聚之氣가 많고 呼散之氣가 적으며 放降하는 氣의 특성을 나타내고 건강할 때는 汗液通暢의 完實無病의 조건을 지니며,³⁾ 正氣 中心의 保命之主를 기준으로 전개하여 太陰人의 경우, 呼散之氣가 保命之主가 됨³⁾을 기술하였다.³⁴⁾ 그리고 辛丑本에서는 각 體質病證을 表裏病證으로 구분하는 것과 동시에 恒心의 조건과 小便, 大便, 消化, 汗出의 完實無病한 조건을 無病의 지표로서 제시하고,²⁸⁾ 體質病證을 保命之主를 통하여 포괄적으로 調節하고자 하였다.³⁰⁾

이렇듯 四象醫學에서는 病證을 인식할 때 精神狀態, 睡眠, 汗出, 小便, 大便, 消化狀態 등이 有病, 無病의 조건을 가르는 중요한 요인이 되며 病證管理의 지표가 되고, 이들 조건들이 무난

히 수행되면 體質病證管理도 원활히 이루어질 수 있다고 본다. 이러한 體質病證管理의 궁극적 목적은 체질에 대한 保命之主의 확보에 있으며, 保命之主는 각 체질에 적용되는 恒心과 完實無病의 조건에서 찾을 수 있고, 恒心의 조건은 정신적으로 불안하지 않고 충분히 잠을 자는 것이며, 完實無病의 조건은 少陰人의 경우는 飲食善化, 少陽人의 경우는 大便普通, 太陰人의 경우는 汗液通暢, 太陽人의 경우는 小便旺多로 제시하였다.²⁸⁾

東醫壽世保元에서는 이러한 完實無病의 조건이 충족되지 못하는 상황에서 발생하는 病證을 水穀之氣 病證과 氣液之氣 病證으로 구분하고, 肺로써 呼를 주관하고 肝으로써 吸을 주관하니 肝肺는 呼吸氣液의 門戶이며 脾로써 納하며 腎으로써 出하니 腎脾는 出納水穀의 府庫라고 설명하였다.⁴⁾ 따라서 脾腎의 大小로 결정되는 少陰人과 少陽人은 水穀之氣 障礙로 病證이 발생하며 肝肺의 大小로 결정되는 太陰人과 太陽人은 氣液之氣 障礙로 病證이 발생한다.³⁰⁾

氣液之氣 病證이 발현되는 太陽人과 太陰人의 病證은 證治醫學에서 밝히지 못한 병증으로 太陽人은 氣液의 陽溫之氣의 呼散이 過하고 陰涼之氣의 吸聚가 不足하여 發病하며 太陰人은 氣液의 陽溫之氣의 呼散이 不足하고 陰涼之氣의 吸聚가 過하여 發病한다.²⁹⁾

太陰人의 病證은 크게 胃院受寒表寒病과 肝受熱裏熱病으로 大別하며 肺小하여 胃院의 呼散하는 힘과 肺의 上升하는 힘이 함께 부족하여 나타나는 表病證과 肝大하여 吸聚之氣가 過多하고 “侈樂無厭, 慾火外馳”하여 內鬱이 발생하여 肝操熱하는 裏病證으로 구분한다.⁸⁾

太陰人은 氣液之氣의 呼吸과 進退過程에서 병증이 나타나므로 “多有燥證”과 “多無燥證”의 기준에서 素病熱證과 素病寒證을 구분하고, 전반적으로 燥病證의 관리를 목표로 하며 保命

2) 『草本卷』 「原人之第五統」: 肝以充肺以散肝肺者 散充氣道之門戶也”

3) 『東醫壽世保元甲午舊本』 「太陰人內觸胃院病論」: 太陰人 以呼散之氣爲保命之主

4) 四端論: 肺以呼 肝以吸 肝肺者 呼吸氣液之門戶也 脾以納 腎以出 腎脾者 出納水穀之府庫也

之主인 呼散之氣를 바탕으로 汗과 大便을 조절하여 氣液之氣의 순환을 관리하는 것이 관건이다.⁴⁾ 따라서 太陰人 表病證은 發汗시켜 表寒之邪를 풀어주고 肺陽上升을 도와주며, 潤燥시키며 肺의 呼散之氣를 도와주고 氣液之氣의 순환을 도와주며, 裏病證은 通裏大便을 통하여 淸肝燥熱시켜 裏陰을 下氣시킨다. 그러므로 치료의 목표는 保命之主인 呼散之氣를 도와주는 처방을 사용하여야 한다.¹⁴⁾

胃脘의 氣液陽溫之氣가 呼散되는 것과 汗出의 관계는 太陰人 胃脘受寒表寒病의 寒厥證에서 汗出의 進退로 病의 進退를 파악하고자 한 점에서 알 수 있다. 胃脘의 氣液陽溫之氣가 呼散되는 것과 汗出의 상호관계는 臟腑論의 胃脘 溫氣의 대사를 胃脘에서 津으로 化하여 舌下로 들어가 津海가 되며 그 중 淸氣는 耳로 나와 神이 되어 頭腦로 들어가 腦海가 되며 腦海의 淸氣는 안으로는 肺로 들어가고 밖으로는 皮毛로 돌아간다는 것과 관련 지을 수 있다. 臟腑論에서 胃脘의 溫氣의 대사 경로를 臟腑論에서 氣液代謝가 아닌 水穀代謝로 제시하고 있긴 하나 太陰人의 表病에서 發汗이 胃脘의 氣液之氣의 呼散 정도를 나타내는 것임을 알 수 있다. 따라서 太陰人 病證에서 汗出의 양상은 胃脘의 氣液陽溫之氣의 呼散 정도를 나타내고 病의 進退를 알 수 있는 지표가 됨과 동시에 完實無病 조건인 汗液通暢과 연결된다.²⁹⁾ 그러므로 太陰人의 氣液之氣 代謝는 汗出의 양상이 그 지표가 되며, 太陰人의 保命之主인 呼散之氣의 強弱을 汗出 양상에서 살펴볼 수 있다.

太陰人 汗出의 경우, 冷汗⁵⁾, 非快汗⁶⁾ 등과 같은 病理的인 汗出 양상도 언급하였으나 대부분 汗液通暢을 太陰人 完實無病의 조건으로 제시하였고,³¹⁾ 太陰人 小便의 경우, 평소 소변상태에 대한 언급은 없고, 太陰人은 陽人에 비하여 小便滑利한 것은 좋지 않으며, 小便이 다소 秘澁하더라도 危證이 아닐 수 있고⁸⁾, 소변양이 많아지는 飲一溲二⁹⁾의 경우와 浮腫이 있는 경우의 淋病과 小便不利¹⁰⁾ 등에 대한 증상이 언급되어 있다.³¹⁻³³⁾

太陰人 呃疫의 경우, 직접적인 언급은 찾아볼 수 없고 『東醫壽世保元』에서 呃疫과 유사하다고 볼 수 있는 乾嘔, 噦와 관련한 문장들을 찾아볼 수 있다.²³⁾ 본 증례에서 동반된 呃疫의 경우, 太陰人 體質病證과 관련하여 생각하면 肺의 呼散之氣가 약한 臟腑大小 관계에서 寒邪에 觸犯되어 胃脘에 陽의 上昇之力이 부족해지고 곧 肺의 呼散之氣가 부족해지므로 氣液之氣 조절이 이

루어지지 않는 상태에서 상부위장관 내시경검사로 氣逆上衝되어 발생한 것으로 인식할 수 있다.

상기 증례에서 입원 초기 右側不全偏癱痺의 卒中風 증상과 함께 大便不得의 상황을 고려하여 太陰人 淸肺瀉肝湯을 처방하였으나, 상부위장관 내시경검사 이후 嚥下困難, 呃疫 증상이 지속되었고, 입원 5일째 泄瀉 1회 하였으나 病證은 풀리지 않고 惡化된 상태로 지속되었다.

이에 환자의 素證이 평소 汗多하고 面白하며 무른 便이나 泄瀉가 잦은 점을 참고하여 환자의 病證 단계를 太陰人 胃脘受寒表寒病으로 보고, 肝大肺小한 太陰人의 不足한 肺의 呼散之氣를 강화하여 그 상대 臟腑인 肝의 吸取之氣가 過旺되는 것을 發汗과 潤燥를 통하여 억제하는 胃脘受寒表寒病의 대표적 處方인 太陰調胃湯을 선택하였고, 表裏病 모두에 潤燥潤血藥을 더불어 사용하기도 한다⁸⁾는 관점에서 東醫四象大典에 수록된 太陰人 嘈雜, 噫氣 處方의 加減法을 이용하였다.¹⁾

太陰調胃湯은 ‘肝大肺小’한 특성의 太陰人에게 偏小之臟인 ‘肺’를 補하고 汗液通暢으로 肺陽升氣시켜 保命之主인 呼散之氣가 不足한 체질적 약점을 보완하며 이 과정에서 氣液之氣 代謝가 원활하게 수행되어 小便不利와 呃疫이 소실된 것으로 보인다. 특히 본 증례에서 小便回數의 감소와 같은 小便不利의 증상은 입원당시부터 나타났었다는 점으로 보아 환자의 氣液之氣 代謝에는 肝의 吸聚之氣와 肺의 呼散之氣의 불균형이 이미 초래된 상태였음을 짐작할 수 있다. 또한 自汗의 증상이 나타나며 환자의 전반적인 상태와 呃疫 등의 증상이 호전되었고, 小便不利가 호전되면서 自汗도 소실되었다. 따라서 본 증례의 경우, 肝의 吸聚之氣와 肺의 呼散之氣의 불균형으로 인하여 환자의 氣液之氣 代謝가 원활하지 못한 상황이긴 하였으나 환자의 偏小之臟인 肺의 呼散하는 힘이 어느 정도 유지되어 汗出을 통하여 肝의 吸聚之氣가 過旺되는 것을 막을 수 있었던 것으로 보인다.

그리고 본 증례 환자의 呃疫 원인을 뇌병변에 의한 기저질환에서 발생한 것으로 볼 수 있으나 약 1개월의 간격을 두고 2회 촬영한 Brain-MRI 검사상 팔곡질을 유발한다고 알려진 뇌간 부위를 포함하고 있지 않고, 상부위장관 내시경검사 당일부터 급격히 발생하였다는 점에서 횡격막의 직접적인 자극일 가능성이 높다.

결론

太陰人에서 呃疫이 발생한 상기 증례를 통하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

呃疫이 발생하였을 경우, 먼저 기저질환에 대한 치료가 우선적으로 시행되어야 하며, 지속되는 呃疫으로 환자의 고통이 가중될 경우, 비약물적 치료를 병행하고 太陰人의 경우, ‘肝大肺小’한 臟腑大小 관계에서 偏小之臟인 ‘肺’를 補하고 汗液通暢으로 肺陽升氣시켜 保命之主인 呼散之氣가 不足한 체질적 약점을 보완한다면 呃疫에 대한 양호한 결과를 얻을 수 있을 것으로 생각된다. 또한 呃疫이라는 하나의 病症에 집착하기보다 正氣強弱과 素證變化를 중심으로 한 體質病證管理의 측면에서 접근함이 필요할 것으로 생각된다.

5) 『東醫壽世保元四象草本卷』 「病變·第五統」 : 太陰人急病 身冷而全體四肢俱大汗者危證也但身溫而頂顛項背次 第得汗者吉兆也太陰之汗始於頂者可喜也中於顛者免危也終於背者病愈也

6) 『東醫壽世保元』 「太陰人 胃脘受寒表寒病論」 : 太陰人汗 無論額上眉稜上顛上 汗出如黍粒 發熱稍久而還入者 正強邪弱 快汗也 汗出如微粒或淋漓無粒 乍時而還入者 正弱邪強 非快汗也 太陰人 背部後面自腦以下 有汗 而面部髮際以下 不汗者 句證也 全面皆有汗而耳門左右不汗者 證也 大凡太陰人汗始自耳後高骨面部髮際 大通於胸臆間而病解也

7) 『東醫壽世保元四象草本卷』 「病變·第五統」 : 太陽少陽 大小便滑利則 吉 太陰少陰 大小便滑利則 不吉

8) 『東醫壽世保元四象草本卷』 「病變·第五統」 : 少陽之冷滯 少陰之燥渴 太陽之大便不通 太陰之小便秘澁 雖非歇證終非危證

9) 『東醫壽世保元』 「太陰人 肝受熱裏熱病論」 : 蓋燥熱 至於飲一溲二 而病劇則難治 凡太陰人 大便秘燥 小便覺多而引飲者 不可不早治豫防

10) 『東醫壽世保元』 「太陰人 肝受熱裏熱病論」 : 凡太陰人 勞心焦思 屢謀不成者 或有久泄久痢 或淋病小便不利 食後痞滿腿脚無力病 皆浮腫之漸已爲重險病

참고문헌

1. 전국한의과대학 사상의학교실. 改訂增補 四象醫學. 집문당, 2005.
2. 이경로, 이상기, 송정모. 한출변화과정을 통한 태음인 만성해수 치험례. 사상체질의학회지 16(3):141, 139-142, 2004.
3. 송일병. 四象人의 體質病證藥理에 관한 고찰. 사상체질의학회지 10(2):9, 1998.
4. 송일병. 四象人病證藥理의 성립과정과 그 운영정신에 대한 고찰. 사상의학회지 8(1):8, 1996.
5. 송일병. 東醫寶鑑과 東醫壽世保元에 나타난 우리 民族의 醫學精神. 사상체질의학회지 16(3):1-7, 2004.
6. 임진희, 이수경, 고병희, 송일병. 四象醫學藥理에 관한 文獻의 考察. 사상체질의학회지 16(1):44-52, 2004.
7. 곽창규, 손은혜, 이의주, 고병희, 송일병. 四象人體質病證증 表病과 裏病의 개념규정에 대한 연구. 사상체질의학회지 16(1):1-11, 2004.
8. 송일병. 四象人病證藥理의 成立過程과 그 運營精神에 대한 考察. 사상체질의학회지 8(1):1-15, 1996.
9. 신철호, 서석주, 최형규, 김두식, 류시정, 장대호. 난치성 딸꾹질의 치료 경험. 대한통증의학회지 17(1):88-91, 2004.
10. 신상효 외 13인. 난치성 딸꾹질을 주소로 내원한 다발성 경화증 1예. 대한소화기학회지 40: 268-271, 2002.
11. 최병갑, 이태동. 呃疫에 관한 동서의학적 고찰. 대한동의병리학회지 12(2):21-26, 1998.
12. 이종연, 김병탁. 애역에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집, 5(1):215-231, 1996.
13. 왕태석, 박호식. 애역의 병인병기에 관한 문헌적 고찰. 원광대학교 논문집, 4: 197-213, 1986.
14. 박치수, 류봉하, 박동원, 류기원. 애역에 관한 문헌적 고찰. 한국한의학회지 논문집, pp 63-68, 1988.
15. 양서현, 조종관. 애역의 원인에 관한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 한의학논문집, 2(1):53-66, 1993.
16. 최원환, 이영재. 애역의 병인병기 및 침구치료에 관한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 한의학논문집, 5(1):345-364, 1996.
17. 김승은, 고창남, 박동원. 중풍환자의 애역에 대한 치험 1례. 한방성인병학회지 5(1):279-285, 1999.
18. 김도형, 김로사, 김승은, 고창남, 박동원. 딸꾹질 환자의 정향시체탕 치험 2례. 한방성인병학회지 6(1):20-26, 2000.
19. 노기환, 최동준, 조기호, 김영석. 중풍환자에 있어서 下法 시행후 발생한 咳疫 2례. 대한한의학회지 21(1):109-113, 2000.
20. 박재우 외 8인. 뇌경색 발병후 병발된 만성 애역의 뜬치료 1례. 대한한방내과학회지 22(1):109-112, 2001.
21. 이성훈, 김난용, 이동수. 특발성으로 지속되는 딸꾹질 환자 1례에 대한 팔체질침을 사용한 증례보고. 대한한방내과학회지 22(1):95-101, 2001.
22. 나병조 외 10인. 만성 애역을 동반한 환자의 전침 치료 치험례. 대한한방내과학회 추계학술대회, pp 135-143, 2003.
23. 배영춘, 이상민, 유관석, 주중천, 백동기. 소양인 연속성 딸꾹질 환자의 치험례. 사상체질의학회지 16(2):105-113, 2004.
24. 현민경 외 7인. 난치성 애역 환자를 팔정산으로 치료한 1례. 대한한방내과학회지 26(2):506-511, 2005.
25. 임치혜, 조재승, 김효수, 김일환, 박혜선, 김경수. 태음인 중풍 환자에 병발된 애역증 치험 1례. 사상체질의학회지 18(3): 216-222, 2006.
26. 양사주, 장수생, 부경화. 중의임상대전. 북경과학기술출판사, 上冊: 335, 1991.
27. 임진희, 이의주, 고병희, 송일병. 태음인 병증을 중심으로 판본에 따른 병증 개념의 변화에 관한 고찰. 사상체질의학회지 14(1):26-33, 2002.
28. 이범준, 이준희, 김상복, 박계수, 정용재, 이의주, 고병희, 송일병. 사상체질병증 관리가 중풍 초기 환자에 미치는 효과에 대한 임상적 연구 -태음인 환자를 대상으로-. 사상체질의학회지 13(3):23-30, 2001.
29. 이수경, 송일병. 동의수세보원 태음소음인의 병증론에 관한 연구. 사상체질의학회지 11(2):1-26, 1999.
30. 송일병. 사상인의 체질병증약리에 관한 고찰. 사상체질의학회지 10(2):1-14, 1998.
31. 박효진, 이영섭, 박성식. 소양소음인과 태양태음인의 한, 대변, 소변, 소화에 관한 임상적 비교 연구. 사상체질의학회지 18(1):107-117, 2006.
32. 김정주, 이영섭, 박성식. 태양소양인과 태음소음인의 수면, 대변, 소변에 관한 임상적 고찰. 사상체질의학회지 17(3):82-90, 2005.
33. 김명균, 박성식. 한과 소변을 중심으로 태음인 간수열이열병과 소양인 위수열이열병의 병리에 대한 비교 고찰. 사상체질의학회지 16(1):37-43, 2004.
34. 한경석, 박성식. 동의수세보원 감오본의 병증론에 관한 분석. 사상체질의학회지 14(1):34-50, 2002.