

비특이적인 증상을 나타내는 虛血性 心疾患 진단 2례

백종우, 정기용, 하유근, 박종형, 전찬용, 최유경
경원대학교 내과학교실

Two cases of Patients with Nonspecific Symptoms Diagnosed as Ischemic Heart Disease

Jong-woo Baik, Ki-yong Jung, Yu-chun Hsia, Jong-hyeong Park, You-kyung Choi
Department of Internal Medicine, College of Orinental Medicine, Kyungwon University

ABSTRACT

Objectives : Oriental medical doctors usually use the three-finger pulse diagnosis method to observe disease. Since it is difficult to diagnose ischemic heart disease(IHD) objectively by this diagnostic method, we performed the study to diagnose it as soon as possible by using *Yuk Bu Jung Wee Jin Mac*(六部定位診脈) and electrocardiogram(ECG).

Methods : Patients who had abdominal discomfort were observed by *Yuk Bu Jung Wee Jin Mac*(六部定位診脈) and we presumed they had heart disease and checked them with electrocardiogram(ECG).

Results : We diagnosed it early by using *Yuk Bu Jung Wee Jin Mac*(六部定位診脈) and electrocardiogram (ECG).

Conclusions : The study suggests that it is easy to diagnose IHD early using *Yuk Bu Jung Wee Jin Mac*(六部定位診脈) and ECG. More data related to IHD is needed.

Key words : Ischemic Heart Disease(IHD), electrocardiogram(ECG), *Yuk Bu Jung Wee Jin Mac*(六部定位診脈)

1. 緒 論

虛血性 心疾患은 관상동맥의 죽상경화 혹은 경련 등에 의해 심근으로의 혈류가 감소되어 초래되는 심장질환으로서, 임상적으로는 협심증, 무통성 허혈(silent ischemia), 심근경색, 급사 등을 나타낸다. 식생활의 서구화와 함께 虛血性 心疾患이 증가하고 있으며, 그 위험인자로서는 고지혈증, 흡연, 고혈압, 당뇨병, 비만 외에 운동 부족과 스트레스 등이 있고, 고령, 남성, 가족력 등이 교정될 수 없

는 위험요인이다¹. 虛血性 心疾患에 의한 흉통은 임상적으로 가장 중요하며 심근경색 등과 같이 환자의 생명에 치명적이면서도 조기에 발견하면 치료가 가능한 것이 있어 흉통을 호소하는 환자를 간과한다면 매우 심각한 결과를 초래할 수 있다. 또한 통증의 정도와 원인 질환의 심각성 여부와는 특별한 관계가 없기 때문에 일차 진료 의사에게는 신속하고도 정확한 감별진단이 요구된다. 물론 흉골하부로 가슴 깊숙이 쥐어짜거나 조이는 양상의 전형적 허혈성 흉통은 협심증 및 심근경색의 진단에 있어 매우 중요한 실마리를 제공한다. 하지만 일부 환자에서 흉통을 동반하지 않고 호흡곤란, 현기증, 의식 변화 등의 흉통 외의 증상으로 응급 의료 센터에 내원하여 심근경색으로 진단되는 경우

· 교신저자: 최유경 인천광역시 중구 용동 117번지
경원대학교 인천한방병원 내과
TEL: 032-770-1210 FAX: 032-772-9011
E-mail: E-mail: kosmos@kyungwon.ac.kr

가 있어 때로는 진단과 치료의 지연이 발생하여 환자의 상태가 악화되는 경우가 있다². 한의학적인 측면에서도 文獻上 虛血性 心疾患과 유사한 증상은 胸痺, 心痺, 心痛, 厥心痛, 眞心痛등이 포함되며, 통증 뿐만 아니라 소화장애, 호흡곤란 등의 동반증상에 대해서도 기술되었고,心痛과 胃痛의 감별을 중시하였으며³ 특히 眞心痛이 嚴重하여 신속히 사망에 이를 수 있는 病症임을 기록하고 있다⁴. 정⁴은 뇌경색 후 발병한 급성 심근경색증 환자에 대한 임상보고가 있었으나 전반적으로 虛血性 心疾患에 진단에 대한 보고는 미비한 실정이며, 한의학의 診察과 辨證과정의 診察者의 五感에 의한 주관적 판단으로 이루어지기 때문에 진단결과의 객관성 확보가 어려운 실정이다. 비특이적인 흉통에 한의학적인 진단방법이 虛血性 心疾患 진단에 대한 실마리를 제공할 수 있고, 심장의 전기적 신호를 측정하여 심장병의 진단에 활용하고 있는 心電圖를 虛血性 心疾患 환자에게 적용한다면 진단의 객관화에 도움이 될 수 있다고 생각된다. 본원에서는 診脈과 心電圖를 이용해 虛血性 心疾患 환자를 신속하게 진단하였기에 보고하는 바이다.

II. 症 例

<증례 1>

1. 환 자 : 유□○, 여자, 73세
2. 주소증
 - 1) Dysarthria
 - 2) Rt. side motor weakness Gr(4/4)
 - 3) Dizziness
 - 4) Vomiting and nausea
3. 발병일 : 2008년 1월 9일 오전 5시
4. 과거력
 - 1) 고혈압
1998년 본원 내과에서 진단받고 경구약 복용중.
 - 2) 뇌경색
1998년 본원에서 Brain-CT上 acute infarction

at right basal ganglia 진단받고 입원치료.

- 3) 관절염
2002년부터 both knee pain으로 정형외과에서 진단받고 간헐적으로 외래 치료.
5. 가족력 : None
6. 사회적력
 - 1) Smoking : None
 - 2) Drinking : None
 - 3) Job : None
7. 현병력
상기환자는 1998년 뇌경색과 고혈압을 진단받았고, 2007년 12월 27일 dysarthria 발생하였으나 입원당시 소실되었고 Brain-CT上 Within Normal Limits으로 일과성 뇌허혈 발작으로 진단받아 2007년 12월 29일 환자가 치료 거부하고 퇴원하였으며 2008년 1월 9일 상기 증상 발생하여 본 한방병원에 재입원하였다.
8. 초진소견

眠 淺
腹 診 中腕, 氣海壓痛
食慾 低下
消化 惡心(+)
口渴/口乾(-/+)
大便 1回/3日
小便 頻數, 殘尿感, 少量, 黃色
汗 自汗/盜汗(-/-)
脈 滑
舌 舌紅色, 少苔
9. 검사소견
 - 1) Lab findings
 - (1) 2008년 1월 9일 (본원입원시)
〈BC〉 LDH 362 IU/L↑ CPK 29 IU/L↓
GOT 19 IU/L
 - (2) 2008년 1월 16일 (타병원입원시)
〈BC〉 LDH 803 IU/L↑ CPK 980 IU/L↓
GOT 30 IU/L CK-MB 12.4 ng/ml↑
 - 2) X-Ray finding

비특이적인 증상을 나타내는 虛血性 心疾患 진단 2례

CHEST AP 2008년 1월 9일

- Within Normal Limits

3) Brain MRI&MRA (2008년 1월 14일)

- Multifocal acute infarction at both occipital lobe, Rt. thalamus and both cerebellar hemisphere.

4) ECG

(1) 2008년 1월 9일

- Sinus rhythm

- Nonspecific Twave abnormality

(2) 2008년 1월 16일 (Fig. 1)

- Sinus rhythm

- Twave abnormality at possible anterolateral ischemia, inferior ischemia

- with occasional ventricular premature complexes



Fig. 1. ECG : Twave abnormality at possible anterolateral ischemia, inferior ischemia

10. 진단

1) 양 방

Multifocal acute infarction at both occipital lobe, Rt. thalamus and both cerebellar hemisphere.
Angina pectoris

2) 한방 : 手足癱瘓, 胃心痛

11. 치료 및 처치

1) Oriental-medication

(1) Herb-med

牛黃清心丸懸濁液(광동제약) 50ml 1 bottle(bid)
葛根解肌湯 2첩을 3packs(120cc/pack)으로 1 pack(tid)

: 葛根 12g, 升麻 8g, 黃芩 6g, 杏仁 6g, 酸棗仁 4g, 桔梗 4g, 大黃 4g, 白芷 4g(四象新編)

(2) Acup-Tx.

百會, 曲池, 足三里, 顯鍾, 人中, 合谷, 內關, 公孫, 中腕, 天樞, 曲泉, 陰谷, 行間, 復溜, 豐隆, 神門, 支溝에 0.30mm×40mm 針을 1日 1回 20분 留鍼.

(3) Moxa-Tx : 中腕, 氣海(間接灸)

2) Western-medication

fluid) N/S 1000 ml mix Gliatrin 2A(I.V) *7days,
Glycerol 500 ml(I.V)(bid)*7days 5%D/W
500ml mix Heparin 0.8A(I.V)*1day p·o)
cerenade 1T qd, tanamin, Bonaring-A,
Neuoxitam, Rebaratin 1T bid Nitroglycerine
1T qd

12. 임상경과(clinical progress)

2008년 1월 9일 상기환자 상기증상 발생하여 Brain-MRI上 cerebral infarction 진단받고 입원치료중 2008년 1월 16일 점심식사중 갑자기 구토하고 복부 불편감과胸痛보다는 咽喉部位로 불편감 호소하시면서 땀이 나고 舌色이 淡白하고 脈은 不整脈과 다른 부위보다는 左寸脈이 浮로 변화되어 병변이 심장으로 의심되어 胃心痛을 진단하고 심전도 소견과 함께 R/O Angina pectoris되어 Nitroglycerine 1T 舌下로 복용시키고 Heparin 치료후 타병원으로 transfer하였다(Table 1).

Table 1. Changes of Blood Chemistry and Symptoms

| | 2008. 1. 9(본원 입원시) | 2008. 1. 16(발생당시) | 2008. 1.16(타병원입원시) |
|-------------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| CPK(55-215 IU/L) | 29 | | 803 |
| LDH(160-360 IU/L) | 362 | | 980 |
| GOT(0-40 IU/L) | 19 | | 30 |
| CK-MB(0-5 ng/ml) | | | 12.4 |
| 舌色 | 紅 | 淡白 | |
| 脈 | 滑 | 代, 左寸浮 | |
| 汗 | 無 | 有 | |
| Med | 葛根解肌湯 | | Nitroglycerine/Heparin |

* CPK = creatine phosphokinase, LDH = Lactic acid de-hydrogenase, GOT = Glutamate oxaloacetate transaminase, CK-MB = creatine kinase MB isoenzyme

** 괄호안은 정상범위

<증례 2>

1. 환 자 : 김□○, 여자, 82세

2. 주소증

- 1) Abdominal discomfort : intermittent 양상과 epigastric region 위주로 호소
- 2) Vomiting and nausea : intermittent 양상
- 3) General weakness

3. 발병일 : 2008년 7월말

4. 과거력

- 1) 충수염
약 40년전 기독교병원에서 진단받고 수술.
- 2) 자궁하수
약 10년전 인하대병원에서 진단받고 수술.
- 3) 양성종양
약 4~5년전 대장내 양성종양으로 진단받고 수술.

5. 가족력 : 여동생과 남동생 CVA

6. 사회적력

- 1) Smoking : None
- 2) Drinking : None
- 3) Job : None

7. 현병력

상기환자는 만성적으로 소화불량이 있으셨던 분으로 내원하기 2주전부터 소화불량과 간헐적인

복통이 있었고 일주일 전부터 복통 심해져 약국에서 소화제 복용하였으나 이전과 달리 증상의 호전이 없어 2008년 8월 11일 본원 외래 통하여 입원하였다.

8. 초진소견

眠淺
腹診 中腕壓痛
飲食 低下
消化 不良, 惡心
大便 微硬1回/3日
小便 少量
汗 自汗/盜汗(-/-)
脈 緩
舌 舌淡紅, 乾, 白苔薄

9. 검사소견

1) Lab findings

- (1) 2008년 8월 12일(본원입원시)
〈BC〉 LDH 774 IU/L ↑ CPK 587 IU/L ↓
GOT 101 IU/L ↑
- (2) 2008년 8월 12일(타병원입원시)
〈BC〉 LDH 504 IU/L ↑ CPK 900 IU/L ↑
GOT 88 IU/L ↑ CK-MB 15.7 ng/ml ↑

2) ECG (2008년 8월 11일)

- ST elevation at V2, V3, V4 (Fig. 2)

10. 진단

- 1) 양 방 : Myocardial infarction.
- 2) 한 방 : 胃心痛

11. 치료 및 처치

1) Oriental-medication

- (1) Herb-med : 清心蓮子湯 2첩을 3packs(120cc/pack)으로 1 pack(tid) 蓮子肉 8g 山藥 8g, 麥門冬 4g, 天門冬 4g, 遠志 4g, 石菖蒲 4g, 酸棗仁 4g, 龍眼肉4g, 柏子仁4g, 黃芩4g, 蘿菥子4g, 甘菊2g (四象新編)
- (2) Acup-Tx. : 曲池, 足三里, 合谷, 內關, 公孫, 太衝, 豐隆에 0.30mm×40mm 針을 1日 1回

20분 留鍼.

- (3) Moxa-Tx. : 中脘, 氣海(間接灸)
- 2) Western-medication : None

12. 임상경과(clinical progress)

2008년 8월 11일 입원후에는 복통 크게 호소하지 않으셨으나 2008년 8월 12일 오전 10시 복부 불편감 호소하시어 입원전에 비해 左寸脈이 實하고 有力으로 변화되어 병변이 심장으로 의심되어 胃心痛으로 진단하였고 心電圖上 ST elevation보여 R/O myocardial infarction되어 타병원으로 transfer하였다(Table 2).

Table 2. Changes of Blood Chemistry and Symptoms

| | 2008. 8. 12(본원 입원시) | 2008. 8. 12(발생당시) | 2008. 8. 12(타병원입원시) |
|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| CPK(55-215 IU/L) | 587 | | 504 |
| LDH(160-360 IU/L) | 774 | | 900 |
| GOT(0-40 IU/L) | 101 | | 88 |
| CK-MB(0-5 ng/ml) | | | 15.7 |
| 舌色 | 淡紅 | 淡白 | |
| 脈 | 緩 | 寸脈 實 有力 | |
| 汗 | 無 | 無 | |
| Med | 清心蓮子湯 | | |

* CPK = creatine phosphokinase, LDH = Lactic Acid De-Hydrogenase, GOT = Glutamate oxaloacetate transaminase, CK-MB = creatine kinase MB isoenzyme

** 괄호안은 정상범위

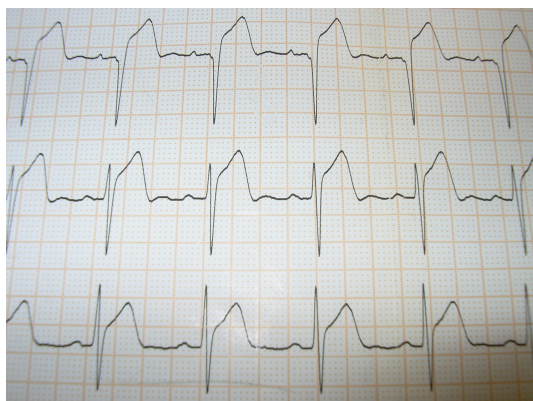


Fig. 2. ECG : ST elevation at V2, V3, V4

Ⅲ. 考 察

허혈성 심장질환의 가장 흔한 원인은 동맥경화성 관상동맥 질환이며 심근경색, 울혈성 심부전, 심부정맥, 심장급사의 원인이 된다. 심근허혈의 가장 흔한 질환은 흉통으로 대표되는 협심증이지만 많은 경우에 첫 발현 증상으로 심근경색이나 심장사를 보인다⁵.

흉통을 서양의학적 측면에서 살펴보면 심장성과 비심장성으로 구분하는데, 심장성 흉통은 주로 관상동맥이상으로 인한 협심증과 급성심근경색증, 판

막 이상으로 인한 대동맥협착 또는 심낭염, 박리성 대동맥류 등에서 나타나며, 비심장성 흉통은 흉곽 질환, 호흡기계질환, 척수질환, 식도위장질환, 간담췌장질환 등에서 많이 발생한다⁶. 흉통의 원인 질환을 보면 Ambulatory Sentinel Practice Network 이 미국 18개 주와 캐나다의 1차 의료기관을 찾는 환자 832명을 대상으로 한 연구에서 협심증과 심근경색이 31.6%, 2.9%로 허혈성 심질환이 전체의 34.5%로 가장 많았다¹.

흉통의 분류 기준은 첫째, 흉통이 조이거나, 묵직하거나, 짓누르거나, 쥐어짜거나, 숨통이 막힐 듯하고, 2-15분 정도 지속하며, 흉골 밑에 위치하는가 둘째, 흉통이 힘을 쓰거나 감정적인 스트레스에 의해서 유발되는가 셋째, 안정을 취하거나 니트로글리세린에 의해서 완화되는가 등 3가지이다. 이 3가지 기준 가운데 3개 모두를 만족하면 확실한 또는 전형적인 협심통(definite or typical angina)으로, 2개를 만족하면 가능한 또는 비전형적인 협심통(probable or atypical angina)으로 1개만 만족할 경우에는 비특이적인 흉통(nonspecific chest pain)으로 분류한다.

환자가 흉통을 호소할 때 감별해야 할 질환 가운데 관상동맥질환이 가장 중요한 질환이다. 흉통이 심근의 산소 요구를 증가시키는 신체적인 활동이나 환경에 노출되었을 때 발생하고 원인 활동을 멈추거나 유발 환경에서 벗어난 후 없어지면 노력성 협심증(effort angina)을, 흉통이 휴식 상태에서 발생하면 급성 관상동맥증후군(불안정형 협심증이나 심근경색증)을 염두에 두고 心電圖를 분석해야 한다. 심전도는 P파, QRS complex, T파 등 몇 가지 파형으로 구성된다^{8,9}. 관상동맥질환에서 심전도는 급성 또는 만성 심근허혈 또는 심근 경색에 의해 QRS파, ST분절 및 T파에 다양한 변화를 일으킨다. 그 중에서 ST segment는 심실흥분의 극기에 해당하며 심전도에서 대단히 중요한 부분으로 취급하고 있고, 심근허혈(협심증, 심근경색 등)일 때는 특징적인 ST변화가 일어나는 것으로 알려져 있

다⁹(Table 3). 이들 변화 가운데는 특이도가 높은 것도 있으나 비특이적인 경우가 많아 심전도로 관상동맥질환을 진단할 때는 환자의 증상과 관상동맥 질환 위험도를 함께 고려해야한다⁷.

Table 3. The Electrocardiographic Standard of Myocardial Ischemia

| |
|---|
| - Pathologic Q wave \geq 2 contiguous leads |
| - ST elevation \geq 2 contiguous leads |
| - ST depression in \geq 2 contiguous leads |
| - ST straightening in \geq 2 contiguous leads |
| - Hyperacute T waves \geq 2 contiguous leads |
| - Inverted T waves \geq 2 contiguous leads |
| - T waves $<$ 1mm(flat) in all limbs or V1-6 |

(From Otto LA, Aufderheide TP. Ann Emer Med. 1994;23:17-24)

흉통환자에서 심전도는 이상 소견 자체만으로도 진단이 가능하거나 강하게 의심할 수 있는 경우도 있지만 정상이거나 비특이적이어서 심전도 소견만으로는 진단을 내릴 수 없는 경우도 많다. 심전도 소견이 정상이거나 비특이적인 경우에도 흉통이 전형적인 협심통(typical anginal pain)이면 흉통 자체만으로 협심증이나 심근경색으로 진단하고 치료를 시작하고, 흉통이 전형적이지는 않지만 협심통일 가능성이 있으면(probable anginal pain) 일단 협심증이나 심근경색증으로 간주하고 비공격적인 치료를 시작하고 확정적인 검사를 시행하여 최종 결론을 내려야 한다⁷.

한의학적인 측면에서는 虛血性 心疾患과 유사한 증상은 胸痺, 心痺, 心痛, 厥心痛, 眞心痛 등이 포함되나, 흉부에서 자각되는 통증은 心痛으로 볼 수 있다³. 許¹⁰는 心痛을 六種心痛 및 九種心痛으로 분류하였고 王¹¹은 심장자체의 질환으로 인한 통증은 주로 眞心痛과 厥心痛에 의한다 하였으며, 이것은 李¹²에 의하여 서양의학의 虛血性 心臟疾患과 원인, 증상면에서 유사함이 보고되었다. 內經에서 心痛은 흉부에서 자각되는 통증을 총괄하였으며, 眞心痛과 厥心痛으로 나누어 설명하였다. 眞心痛은 『黃帝內

經』에 처음으로 기재되어 있는데 『靈樞·厥病篇』에서 “眞心痛 手足清至節 心痛甚 旦發夕死 多發旦死”라 하여 眞心痛이 嚴重하여 신속히 사망에 이를 수 있는 病症임을 기록하고 있다⁴. 厥心痛은 心包之絡의 병과 他經絡의 병으로 인한 통증을 포괄하는 증상으로 설명되며 통증의 양상과 동반증상에 따라 腎心痛, 胃心痛, 脾心痛, 肝心痛, 肺心痛으로 구분하였다. 그중 胃心痛은 “腹脹滿于心于痛甚”으로서 심근경색의 발생초기에 빈발하는 위장증상과 유사하다. 또한 《素問·至眞要大論》 “寒厥入胃 而生心痛”, “熱客入胃 煩心 心痛”, 《靈樞·邪氣臟腑成形》 “胃痛者 腹脹滿 胃脘當心而痛 上肢兩脇 膈咽不通 飲食不下”, 《素問·五常政大論》 “少陰司天 火氣下臨 心痛, 胃脘痛”의 설명에서 胃痛이 흉부에 나타날 수 있음을 제시하고 있다. 따라서 胃心痛은 胃痛과 心痛을 모두 포괄하는 증상으로 볼 수 있으며, 《丹溪心法》에서 “心痛이 곧 胃脘痛”이라고 論한 것은 心痛과 胃痛의 감별을 중시하였음을 알 수 있다³.

韓醫學의 診脈法에는 두가지의 체계가 존재하고 있다. 두가지중 하나의 체계는 浮, 沈, 滑, 澁, 數, 遲 등의 所謂 脈搏의 狀態이다. 다른 하나는 다른 部位와의 脈搏力의 比較이다. 이 比較法의 방법은 완전히 韓醫學의 獨自의인 것이다. 경락치료의 診脈으로써 가장 완성도가 높은 診脈이 六腑定位脈診法(左右의 寸關尺)이다. 素問과 難經에 의하면 手太陰肺經은 右寸에서 主하므로 上部라고 稱한다. 足少陰腎은 左尺에서 主하므로 下部라고 稱한다. 金은 능히 生水하며 水의 位는 이미 정해져 있으며 相生의 規律에 의해 照하며 水는 능히 生木한다. 故로 左關은 능히 足厥陰肝이 主한다. 木生火하므로 左寸은 手少陰心이 主한다. 君火의 位는 尊하여 上에 居하고 左寸에서 主하며 相火의 位는 卑하여 下에 居하고 左寸에서 主하며 右尺에서 主한다. 相火는 君火의 所生이고 火는 生土하고 土는 또 中宮을 主한다. 故로 右關은 足太陰脾이 主한다. 土는 또 生金 하는 一個의 循環이 無端하여 서로

生養하는 모습을 형성한다¹³.

증례1의 환자는 본원 입원시에는 고혈압이외는 심장병에 관한 과거력이 없었고 혈액검사 및 심전도상에 특별한 소견이 없었지만 Brain-MRI上 cerebral infarction 진단받고 입원치료중 2008년 1월 16일 점심식사중 갑자기 구토하고 복부 불편감과 胸痛보다는 咽喉部位로 불편감 호소하시면서 땀이 나고 舌色이 淡白하고 脈은 不整脈과 左寸脈이 浮로 변화되어 병변이 심장으로 의심되어 胃心痛을 진단하고 심전도 소견과 함께 R/O Angina pectoris되어 Nitroglycerine 1T 와 Heparin 치료후 타병원으로 transfer하였다. 타병원 응급실에서 혈액검사상 LDH 803 IU/L, CPK 980 IU/L, GOT 30IU/L CK-MB 12.4 ng/ml 결과가 나왔고 관상동맥 중재술을 시행받았다.

증례2의 환자는 만성적으로 소화불량이 있으셨던 분으로 내원하기 2주전부터 소화불량과 간헐적인 복통이 있었고 일주일 전부터 복통 심해져 약국에서 소화제 복용하였으나 이전과 달리 증상의 호전이 없어 2008년 8월 11일 본원 외래 통하여 입원하였다. 2008년 8월 11일 입원후에는 복통 크게 호소하지 않으셨으나 2008년 8월 12일 오전 10시 복부 불편감 호소하시어 입원전에 비해 左寸脈이 實하고 有力으로 변화되어 병변이 심장으로 의심되고, 양측 어깨도 통증 호소하시어 胃心痛으로 진단하였고 心電圖上 ST elevation보여 R/O myocardial infarction되어 타병원으로 transfer하였다. 타병원 응급실에서 혈액검사상 LDH 504 IU/L, CPK 900 IU/L, GOT 88IU/L CK-MB 15.7 ng/ml 결과가 나왔고 관상동맥 중재술을 시행받았다.

IV. 結 論

상기환자들은 虛血性 心疾患이었지만 전형적인 흉통을 호소하지 않았고 오히려 소화기 증상위주의 불편감을 호소하여 비특이적인 증상으로 일반

적으로 진단하는데 어려움이 있었으나 左寸脈에서 입원시와는 맥상이 변화되어 병변의 부위를 胃가 아닌 心으로 의심하였고 舌도 淡白色으로 변화되었으며 心電圖를 측정하여 T파 및 ST분절의 이상 소견을 보였다.

비특이적인 증상으로 소화기 질환으로 오인할 수 있었던 허혈성 심장질환의 대표적인 협심증과 심근경색 환자 2례에 대하여 한의학적인 진단방법으로 진단의 실마리를 마련하였고 心電圖를 활용하여 좀 더 객관화할 수 있었으며, 신속한 진단으로 치료의 지연이나 환자가 악화되는 것을 막을 수 있었다. 그러나 1명에 의한 診脈과 두 개의 증례에 불과하므로 한의학적으로 의미가 있을 수 있지만 객관화를 언급하기에는 부족하다. 앞으로 다양한 증례를 통한 연구가 필요하리라고 사료된다.

參考文獻

1. 유태우. 협심증. 가정의학회지. 2002;23(4):214-22.
2. 김훈, 이석우. 급성 심근경색 환자에서 통증 유무가 환자의 임상적 특징과 예후에 미치는 영향. 대한응급의학회지. 2005;16(5):511-7.
3. 洪天杓, 李源哲. 內經에 나타난 허혈성 심질환에 대한 연구. 대한한방내과학회지. 1998;19(1):144-54.
4. 정명걸, 박진용, 이운석, 김용찬, 오용성, 임명현 등. 뇌경색 후 발병한 급성심근경색증 환자에 대한 임상보고 1례. 대한한방내과학회지. 2001;22(4):755-9.
5. 안병찬, 심재운, 김재훈, 유선미, 정유석, 박일환. 급성 심근허혈의 진단을 위한 T 전기축의 유용성. 가정의학회지. 2000;21(8):1019-25.
6. 류진호, 김용권, 소정일, 허탁, 민용일. 흉통과 ST분절상승을 보이는 환자에서 급성심근경색증과 비심근경색증의 심전도 분석. 대한응급의학회지. 2000;11(4):530-7.
7. 조정관. 심전도의 임상 응용. 대한내과학회지. 2002;63(2):556-60.
8. Dale Davis. 빠르고 정확한 심전도 이해. 서울: 군자출판사; 2001, p. 10-111.
9. 정찬길, 소경순, 최선미, 남창규, 성현제. 心電圖를 활용한 心病證 진단표준화 방안 연구. 대한한방내과학회지. 2003;24(4):826-35.
10. 許俊. 東醫寶鑑. 서울: 한미의학; 2001, p. 365-70.
11. 王新華. 中國歷代醫論選. 江蘇省: 江蘇科學技術出版社; 1983, p. 34.
12. 李源益. 眞心痛과 心筋梗塞症에 관한 東西醫學的 比較 考察. 대한한의학회지. 1987;8(1):88-93.
13. 羅慶燦, 朴炫局. 黃帝內經의 脈 理論과 診脈法의 變化에 關한 研究. 한의대 연구소논문집. 1993;2(1):73-104.