

支飲에 對한 文獻的 考察

宋相眞* · 朴陽春* · 安澤源** · 薛仁燦** · 黃致元** · 金炳卓*

I. 緒 論

痰飲이란 體內的 水液代謝의 失調로 과도한 水分이 어느 한 부분에 停聚된 것으로 疾病의 原因이 될 뿐 아니라 疾病의 結果로 發生되는 病的狀態인데¹⁾, 이는 肺, 脾, 腎, 膀胱 등의 臟腑機能이 失調됨으로 말미암아 津液의 代謝와 輸布, 排泄에 障礙가 發生하여 水液이 體內에 停留, 蓄積됨으로써 發生하는 것이다²⁻²⁾.

痰飲은 病邪의 所在나 兼症에 따라 각기 그 部位가 다르고 나타나는 症狀들도 서로 다르기 때문에 名稱 역시 다를 수 밖에 없어, 四飲 水在五臟⁸⁾, 五飲五痰⁹⁾ 등으로 區分하여 論하여 지는데 張仲景은 痰飲, 懸飲, 溢飲, 支飲 四飲으로 區分하여 各各의 症狀을 論하였다⁸⁾.

支飲은 張의 《金匱要略》에서 “咳逆倚息 短氣不得臥 其形如腫 謂之 支飲. 支飲 亦喘而不能臥 加短氣其脈牢遲” 이라하여 最初로 言及되었고⁸⁾, 巢씨는 “支飲爲飲水過多, 停積於胸膈之間, 支乘於心, 故云支飲. 其病令人咳逆喘息, 身體如腫之狀, 爲之支飲也”라 하였으며¹⁰⁾ 이후 孫¹¹⁾, 王¹²⁾, 朱¹³⁾ 등의 여러 諸家들이 支飲에 대한 各各의 學說과 病因, 症狀, 治法등을 主張해왔다.

現代에 이르러 이를 바탕으로 하여 洋, 漢方으로 지속적인 治療 및 研究가 행해지고 있는데 現代醫學의으로는 “咳逆倚息 短氣 不得臥 其型如腫”의 症狀을 나타내는 支飲은 肺浮腫, 肺性心, 急慢性氣管支炎등에 該當한다고 할 수 있다^{4),6),14)-15)}.

이에 著者는 支飲에 대하여 張仲景의 金匱要略과 以後 諸家들의 文獻을 考察한 結果 若F의 知見을 얻었기에 이에 報告하는 바이다.

* 大田大學校 韓醫科大學 肺系內科學教室

** 大田大學校 韓醫科大學 心系內科學教室

II. 本 論

1. 仲景全書⁸⁾

問曰夫飲有四何謂也. 師曰有痰飲有懸飲有溢飲有支飲.

咳逆倚息短氣不得臥其形如腫謂之支飲.

支飲亦喘而不能臥加短氣其脈牢遲.

膈間支飲 其人 喘滿, 心下痞堅, 面色黧黑, 其脈沈緊, 得之四十日宜吐下之不愈 木防己湯主之 虛者即愈 實者三日復發 復與不愈者 宜朮防己湯去石膏加茯苓芒硝湯主之.

木防己湯方

木防己三兩 石膏十二枚鷄子大 桂枝三兩 人蔘四兩

木防己加茯苓芒硝湯方

木防己二兩 桂枝二兩 人蔘四兩 芒硝三合 茯苓四兩

心下有支飲其人若冒眩 澤瀉湯主之

澤瀉湯方

澤瀉五兩 白朮二兩

支飲胸滿者 厚朴大黃湯主之

厚朴大黃湯方

厚朴一尺 大黃六兩 枳實四枚

支飲不得息 葶藶大棗瀉肺湯主之

嘔家本渴渴者爲欲解今反不渴心下有支飲故也 小半夏湯主之

小半夏湯方

半夏一兩 生薑半斤

卒嘔吐心下痞膈間有水眩悸者 半夏加茯苓湯主之

夫有支飲加欬煩胸中痛者不卒死至一百日一歲 宜十棗湯 久嗽數歲其脈弱者可治實大數者死其脈虛者必苦其人本有支飲在胸中苦也治屬飲家 咳逆倚息不得臥 小青龍湯主之

治支飲手足冷痺多唾小腹氣上衝胸咽面熱如醉時復眩冒，茯苓五味子湯

2. 巢氏諸病源候總論¹⁰⁾

支飲候

支飲爲飲水過多，停積於胸膈之間，支乘於心，故云支飲。其病令人咳逆喘息，身體如腫之狀，爲之支飲也。

3. 千金要方¹¹⁾

其人咳逆倚息 短氣不得臥 其形如腫 謂之支飲 ... 支陰亦喘而不能臥 加短氣其脈平也。

膈間有支飲 其人喘滿 心下痞堅 面鰲黑，其脈沈緊得之數十日，醫吐下之不愈，木防己湯主之方

夫酒客飲者 必致吐血 此坐久飲過度所致也 其脈虛者 必冒其人 本有支飲在胸中也 支飲胸滿厚朴大黃湯主之方

支飲不得息 葶藶大棗瀉肺湯主之方

嘔家不渴 渴者爲欲解 本渴今反不渴 心下有支飲故也。小半夏湯主之 宜加茯苓者 是先渴却嘔 此爲水停心下小半夏加茯苓湯主之。卒嘔吐心下痞膈間有水目眩悸小半夏加茯苓湯主之方

4. 聖濟總錄¹⁶⁾

支飲

論曰水飲停積胸膈不能消化支乘於心故名支飲其狀令人 心下築悸咳逆喘息飲食不下身體虛浮形如腫是也。治支飲不消胸膈痞悶 葶苓丸方。

人參 天南星 赤茯苓 半夏 生薑 晉礬

治支飲膈腕不利咳嗽喘滿 大半夏丸方

半夏 生薑 蜜 青橘皮 沈香 白朮 陳橘皮 乾薑 附子 木香 肉豆蔻 紅豆蔻 青州棗

治支飲痞滿飲食遲化 化氣丸方

巴豆 黃連 百麵

治支飲不消喘咳不止 青金丸方

硫磺 水銀 滑石 半夏

治支飲氣喘不得息 葶藶丸方

葶藶 木香 半夏

治久病飲癖停痰及膈滿支飲輸引脇下痛 三聖散方

甘遂 芫花 大戟

治支飲胸膈實痞呼吸短氣 旋覆花湯方

旋覆花 檳榔 枳殼 桔梗 桑根白皮 鱉甲 大黃 甘草

草

治支飲胸膈痞悶飲食遲化 神應丸方

槐花 巴豆

治支飲胸膈痞悶 檳榔丸方

檳榔 肉豆蔻 半夏 乾薑 青橘皮

治支飲下氣 木香丸方

木香 牛蒡子 皂莢

5. 太平聖惠方¹²⁾

治支飲諸方

夫支飲者 謂水飲停於胸膈之間 支乘於心 故云支飲。其病令人咳逆 喘息短氣 身體如腫之狀，故 支飲也。

治胸膈間支飲 數吐下之不愈 漢防己散方

治心膈間支飲 喘滿 心下痞堅 面如鰲黑色 宜服此方。

枳實 一兩麩炒微黃，赤茯苓 一兩半，前胡 一兩去蘆頭，漢防己 一兩半，石膏 一兩，桂心 一兩

治支飲 頭痛目眩 心下痞滿 枳殼散方

治支飲 心胸壅滯 喘息短氣 皮膚如腫 宜 旋復花圓方

又方

郁李仁 一兩，旋復花 一兩，皂莢 三挺去皮塗酥炙令焦黃去子，半夏 一兩，澤瀉 一兩，地殼 半量

治支飲久不差 大腹水腫 喘促不止 宜服此方 芫花 一兩醋拌炒令乾，甘遂 一分<兩>煨微黃，大戟一兩<分>破碎微炒

又方

擘葶藶 三兩隔紙炒令紫色

6. 普濟方¹³⁾

支飲

水飲停積胸膈，不能消化，支乘於心，故名支飲。其狀令人心下築悸，咳逆喘息，飲食不下，身體虛浮，形如腫是也。

方

大半夏丸 治支飲，膈腕不利，咳嗽喘滿。

半夏 沈香 青橘皮 乾薑 白朮 陳橘 附子 肉豆蔻 紅豆蔻 青州棗

旋覆花湯 治支飲，胸膈實痞，呼吸短氣。

旋覆花 檳榔 柴胡 桔梗 桑根白皮 鱉甲 大黃 甘草

乾棗湯 治腫及支滿澀飲

大棗 大戟 大黃 黃芩 甘草 甘遂 芫花 ?花
 旋覆花丸 治支飲，心胸壅滯，喘息短氣，皮膚如腫。
 旋覆花 漢防己 赤茯苓 桂心 檳榔 恬葶藶 前胡
 枳殼

葶藶丸 治支飲，心腹痞急，咳逆短氣，不能下食。
 恬葶藶 半夏 前胡 訶黎 勤皮 紫蘇子 木香 桂心
 檳榔

靈脂丹 治因暑月引飲水，多取涼熱睡，停積成飲，
 或遇濕風流注，爲之支飲，手足或時少力，指節間疼，
 屈伸不快，或有痰食，甚則及於膝足，或麻或弱，宜常
 服此藥。

五靈脂 桂心 威靈仙 白茯苓 細辛 牡丹皮
 漢防己散 治胸膈支飲 數吐之不愈
 漢防己 石膏 桂心 人蔘 前胡 白朮
 治心膈間支飲，水滿心下痞堅，面黎黑色，宜服此
 藥

枳實 赤茯苓 前胡 漢防己 石膏 桂心
 枳殼散 治支飲，頭痛目眩，心下痞悶。
 枳殼 澤瀉 白朮 漢防己 旋覆花 前胡
 治支飲，心膈痞急，咳逆短氣，不能下食。
 郁李仁 旋覆花 澤瀉 皂莢 半夏 枳殼
 檳榔丸 治支飲，胸膈痞悶。
 檳榔 肉豆蔻 半夏 乾薑 青橘皮
 木防己湯 治膈間有支飲，其人喘滿，心下痞悶，面
 色黎黑，其脈沈緊，得之數十日，醫吐之不愈者。

木防己 桂心 人蔘 石膏
 茯苓五味子湯 治支飲，手足冷，多唾，口燥氣從小
 腹上衝胸咽，手足痺，面熱，翕然如醉，因復下流陰
 股，小便難，時復眩冒嘔腫。

茯苓 桂心 甘草 五味子
 十棗湯 夫有支飲家，咳煩胸中痛者，不卒死，雖一
 百日或一歲，及懸飲咳嗽，痛引胸脇，其脈弦者，服此
 方。

大棗 大戟 甘遂 芫花
 青金丸 治支飲不消，喘嗽不止。
 硫黃 水銀 半夏 滑石
 厚朴大黃湯 治夫酒客咳者，必致吐血，此坐久飲過
 度所致也，其脈虛者必冒，其胸中本有支飲，胸滿治
 之方。

厚朴 大黃 枳實

化氣丸 治支飲，痞膈食運化。

巴豆 黃連 白麵
 葶藶丸 治支飲，氣喘不得息。
 甘葶藶 木香 半夏
 木香丸 治支飲下氣。

木香 牽牛子 皂莢
 小半夏加茯苓湯 治嘔家渴者爲飲阻，本渴心下有
 支飲故也，小半夏湯主之，加茯苓者是也，先渴却嘔，
 此爲水停心下，卒嘔吐，心下痞，膈間有水，自眩悸，
 塞痰。

半夏 生薑 茯苓
 治支飲，喘息短氣，身體腫，宜服此藥。
 澤瀉 白朮 漢防己
 治支飲不瘥，六腹水腫，喘促不止，宜服此方。

芫花 甘遂 大戟
 神麋丸 治支飲，胸膈痞悶，飲食運化。
 槐花 巴豆
 澤瀉湯 療心下有支飲，其人苦冒眩。

白朮 澤瀉
 小半夏湯 治飲，嘔吐不渴。
 半夏
 治支飲久不瘥，大腹水腫，喘促不止。

葶藶 大棗
 7. 六科准繩¹⁷⁾

金匱云其人素盛今瘦水走腸間漉漉有聲謂之痰飲當
 以溫藥和之又云心下有痰飲者桂苓甘朮湯主之 飲後
 水流在脇下咳唾引痛謂之懸飲十棗湯主之 飲水流行
 歸於四肢當汗出而不汗出身體疼重謂之溢飲當發其汗
 大青龍湯小青龍湯主之 咳逆引息短氣不得臥其形如
 腫謂之支飲又云嘔家本渴今反不渴心下有支飲故也小
 半夏湯主之又云心下有支飲其人若冒眩澤瀉湯主之
 通用海藏五飲湯局方倍朮丸

8. 證治準繩¹⁸⁾

咳逆倚息短氣不得臥 其形如腫 謂之支飲 又云 嘔
 家本渴今反不渴 心下有支飲故也 小半夏湯主之 又
 云心下有支飲 其人苦冒眩澤瀉湯主之
 通用海藏五飲湯，局方倍朮丸。

9. 醫學入門¹⁹⁾

痰飲有五나 因只一이니, 汗, 吐, 下, 溫 用莫差하
 於

支飲은 水停膈上하야 餒逆, 倚息, 短氣요

仲景이 治諸飲호대 在 皮裏膜外의 滯分者면 大小青龍湯으로 汗之하고 在 胸膈者면 瓜蒂散으로 吐之하고 在 四肢經絡 脅肋者면 五苓散으로 分利之하고

10. 醫宗必讀²⁰⁾

經曰, 太陰在泉, 潛淫所勝, 民病飲積. 又曰, 歲土太過, 兩潛流行, 甚則飲發, 又土鬱之發. 太陰之復, 皆病飲發.

咳逆倚息 短氣不得臥 其形如腫 名曰支飲. 五苓散, 澤瀉湯主之.

11. 赤水玄珠²⁰⁾

支飲 咳逆倚息 短氣不得臥 其形如腫

膈間支飲 其人喘滿 心下痞堅 面色黧黑, 其脈沈緊

心下有支飲 其人苦冒眩 澤瀉湯主之

至陰胸滿者 厚朴大黃湯主之

支飲不得息 葶藶大棗瀉肺湯主之

嘔家本渴 渴者爲欲解 今反不渴 心下有支飲故也 小半夏湯主之

12. 古今醫統秘方大全²²⁾

支飲有人素盛今瘦水走腸間漉漉有聲謂之痰飲 飲後水流在脇下咳唾引痛謂之懸飲 飲水流於四肢當汗出而不汗出身體重痛謂之溢飲 咳逆引息短氣不得臥其形如腫謂之支飲

又云 病支飲者 多屬濕 故形如腫眼下如臥蚕者 宜參利之仲景 五苓散 澤瀉湯 是也

13. 類證治裁²³⁾

咳逆倚息, 短氣不得臥, 形如腫爲支飲. 葶藶瀉肺湯或用五苓散.

支飲亦喘不得臥, 短氣, 其脈平.

14. 續名醫類案²⁴⁾

一婦患時疫, 飲水過多, 胸膈堅痞, 咳逆倚息, 短氣不臥, 湯飲入而吐出, 諸藥罔效, 作停飲治, 以五苓散一劑愈

15. 醫宗金鑑²⁵⁾

先渴後嘔, 爲水停心下, 此屬飲家, 小半夏茯苓湯主之.

嘔家本渴, 渴者爲欲解, 今反不渴, 心下有支飲故也, 小半夏湯主之.

[注] 飲家渴者, 是水停氣不化生津液竭也; 嘔家渴

者, 是嘔吐胃于燥傷津液渴也, 故曰嘔家本應渴也. 先嘔後渴者, 當少少與飲之, 以和胃生津, 爲欲解也; 若嘔吐後反不渴者, 是必心下素有支飲故也. 惟主小半夏湯止嘔, 而不加茯苓者, 以不渴并無新飲, 此嘔後以傷津液, 不可再行利水, 重竭津液也.

小半夏湯方

半夏一升 生薑半斤

上二味, 以水七升, 煮取一升半, 分溫再服.

卒嘔吐, 心下痞, 膈間有水, 眩暈者, 半夏加茯苓湯主之.

半夏加茯苓湯方

假令瘦人臍下有悸, 吐涎沫而癩眩, 此水也, 五苓散主之.

16. 鄉藥集成方²⁶⁾

<聖惠方> 夫支飲者 謂水飲停於胸膈之間 支乘於心 故云支飲. 其病令人咳逆 喘息短氣 身體如腫之狀. 故 支飲也

治支飲久不差 大腹水腫 喘促不止 宜服此方

郁李仁 一兩, 旋復花 一兩, 皂莢 三挺去皮塗酥炙令焦黃去子, 半夏 一兩, 澤瀉 一兩, 地殼 半量

治支飲久不差 大腹水腫 喘促不止 宜服此方

芫花 一兩醋拌炒令乾, 甘遂 一分<兩>煨微黃, 大戟 一兩<分>破碎微炒

又方

蛄葶藶 三兩隔紙炒令紫色

17. 東醫寶鑑²⁴⁾

支飲

咳逆倚息 短氣不得臥 其形如腫 謂之支飲 小青龍湯主之 又曰 其脈數必苦冒眩 其人本有支飲在胸中之故也 茯苓五味子湯主之 至陰亦喘而不能臥 加短氣其脈平也 支飲水停膈上 咳逆倚息短氣

茯苓五味子湯

治支飲手足冷痺 多唾小腹氣上衝 胸咽面熱如醉時復眩冒 赤茯苓二錢 桂心 甘草 各一錢半 五味子一錢二分半 右剉作一貼 水煎服 支飲法當冒冒者 必嘔 嘔者復滿加半夏以去其飲 飲去嘔即止

18. 醫宗損益²⁸⁾

<仲景>

支飲者咳逆氣息短氣不得臥其形如腫小青龍湯

治支飲手足冷痺多唾小腹氣上衝胸咽面熱如醉時復

眩冒，茯苓五味子湯

19. 中醫內科學⁷⁾

痰飲

臨床上如胃腸功能紊亂，滲出性胸膜炎，慢性支氣管炎，支氣管哮喘等病，在水飲停積某此階段中，大都屬於痰飲範疇。

[辨證施治]

痰飲的辨症，首先應當推測其停積的部位，進行分類。《金匱》以水走腸間，漚漚有聲者謂之痰飲；水流在脇下，咳嗽引痛者謂之懸飲；歸于四肢，身體疼重者謂之溢飲；咳逆倚息，短氣不得臥者謂之支飲。在治療方面，由于飲爲陰邪，遇寒則聚，得溫則行，故應以溫化爲主。《金匱》提出“病痰飲者，當以溫藥和之”的原則。同時，還要掌握體虛邪實特點，區分標本緩急，按具體情況，分別處理。

支飲

主要症候：咳喘不能平臥，痰如白沫量多，多因受寒而發作，初期兼有寒熱身痛等表證，久則可以引起浮腫，舌苔白膩，脈弦緊。

治療原則：溫肺散寒，化飲平喘。

處方用藥：溫肺化飲湯(原名 小青龍湯)加減。本方爲治支飲之主方。宜用于表裏俱寒，支飲發作之症。

如正虛邪實，喘咳深刻，服前法不應，面色黎黑，心下痞緊，煩渴，舌苔轉黃，爲飲邪化熱，宜行水散結，補虛清熱，用木防己湯加減。如腎陽衰微，運則喘促更甚，神疲怕冷，舌質淡胖，脈象沈細，此屬腎虛不能納氣，水陰未盡之症，宜溫腎納氣，以化除飲，用苓桂朮甘湯，附桂八味丸治之。

20. 中醫學問答⁵⁾

支飲：水飲停留于胸膈之間，支撐肺氣，使肺實宣降。臨床表現爲咳嗽，呼吸短促，不能平臥，嚴重時四肢面目浮腫。

治療痰飲病的基本原則是“以溫藥和之”。這是因爲痰飲屬於飲邪，遇寒則聚，遇溫則散，所以用溫藥治痰飲是正治法。“溫藥和之”概括溫肺化飲，溫中健脾，溫腎化氣等法。因爲痰飲病是由于肺實通調水道，脾失運化水液，腎失蒸化水氣所引起的，用溫藥來振肺，脾，腎赤楊氣，使體內水液運化，輸布正常，所以“溫藥和之”是一種根本療法。必須指出，“溫藥和之”着重在“和”字，就是說，治痰飲用藥必須溫和，不能

過于溫燥。特別是平素體質比較虛弱的患者更要注意。否則過用溫燥，可以引起化燥化熱，出現咽燥，咽痛，口舌破潰等症；或者由于損傷陽氣，以致沖氣上逆，虛陽上浮，出現氣上衝胸，頭昏目眩等症。

21. 中醫學概論⁴⁾

支飲：咳嗽，呼吸困難，起座呼吸，浮腫，痰多泡沫狀，舌苔白膩，脈沈緊。

十棗湯，控涎丹

胸膈部的痰證

痰이 胸部를 犯하였다고 생각되는 것인데 懸飲·支飲이라 불리우고 있다. 胸膜·肋膜·肺等の 炎症에 의한 胸水가 [懸飲], 肺水腫等이 [支飲]에 해당된다고 생각된다. 肋膜炎·肺水腫等에서 나타난다.

主症狀

懸飲(胸水)에서는 胸部脹滿痛·呼吸이나 體位變換으로 痛症이 放散한다. 숨차다·咳嗽·白色的痰等이 나타나고 舌苔는 白·脈은 沈弦.

支飲(肺水腫)에서는 咳嗽·呼吸困難·起座呼吸·全身(특히 顔面)의 浮腫, 痰이 많고 泡沫狀이며 舌苔는 白膩·脈은 沈緊.

施治

治法은 化飲逐痰한다. 麻黃·桂枝·細辛·乾薑·附子·百鷄子等の 溫藥으로 化飲하며 葶藶子·甘遂·大戟·牽牛子等 逐水藥을 사용한다. 單本治法은 痰을 一時的으로 除去하여 고통을 풀어주는 것이며 根本的인 治療는 辨證施治에 따라서 行해야 한다. 投與法 또한 短期間에 그치고 體力이 없으면 先補後攻·先攻後補·共補兼施等 配慮가 필요하다.

代表方劑：小青龍湯·葶藶大棗瀉肺湯·十棗湯·控涎丹等

22. 臟腑辨證論治⁶⁾

支飲：胸膈에 水飲이 停留된 것을 가리킨다.

<主症> 咳嗽，氣喘不得臥，痰多而清稀，泡沫樣，浮腫久不癒(肺氣가 上逆된 所致로서 주로 面部에 많이 나타난다.)，遇寒即發 舌淡 脈弦緊。

急 慢性氣管支炎，肺氣腫，肺性心동에 해당

23 東醫肺系內科學¹⁴⁾

概要

肺水腫은 漿液性 液體가 母細血管으로부터 肺조직 특히 肺胞내로 급속히 또는 완만하게 流出된 상태를 말한다. 心臟의 질환이 진행하여 腎藏의 기능이 저하되면 좌심실에서 전신에 혈액을 보낼 수 없게 되므로 그 結果 혈액은 폐에 저장되게 된다. 이것이 肺鬱血 상태인데 肺鬱血의 상태가 심해지면 혈액의 성분이 폐포모세관막을 통하여 폐포로 나오게 된다. 즉 폐포내로 혈관에서 액체가 나와있는 상태를 肺水腫이라고 한다. 일측 또는 양측폐의 일부에 국한될 수도 있으나 양측폐 전체에 미치기도 한다. 그러나 좌심실부전에 의한 肺鬱血이 없어도 간혹 자극성가스의 흡인으로 폐포모세관막이 파괴되면 혈액의 일부가 폐포에 남아 肺水腫을 일으키는 경우가 있다. 화학물질에 의한 중독환자는 肺水腫이 되기 쉬운데 이것은 심근수축력의 저하 또는 자극성가스나 흡인성으로 인한 폐포장애로 혈액의 일부가 폐포에 남아 肺水腫이 발생하는 것이다.

症狀

이 병의 초기증세는 호흡곤란과 혈액이 특징이다. 심한 호흡곤란, 청색증, 심한 咳嗽, 희박한 포말로 가득 찬 다량의 객담, 청진시 저조고성 대소의 포말음 등이 있다. 心因性 肺水腫은 거의 모두 만성용혈성 심부전증을 가지고 있다. 또한 고혈압, 류마티스성열, 협심증 등의 증상에 대한 병력을 가지고 있다. 고도폐수종은 건강한 사람이 급히 고도 2000-3000m 올라갔을 때 흔히 나타난다. 증상은 기침, 숨이 가쁘고, 기좌호흡, 두통, 오심, 구토, 현훈, 흑 미열, 백혈구증다증 등이 나타난다. 그러나 화농성객담이나 다른 어떤 감염증상은 없다. 악화되면 팔과 다리가 시리고 암흑색으로 변하게 되는데 이런 상태에 까지 이르면 사망하게 된다.

治療

안정이 제일 중요한 문제이다. 그러나 병상에 누워서 오로지 안정만을 취하고 있는 것만이 최상의 方法은 아니다. 절대안정 일변도는 食欲감퇴나 변비 등의 소화기장애 및 근육의 저하 또는 癱瘓 등을 일으킬 수 있기 때문이다. 규칙적으로 심호흡운동을 하고, 수족을 율동적으로 움직여 본다.

식사는 소화에 부담이 적은 간단한 식사가 좋으며 1회에 소량씩 1일 수회에 걸쳐 식사하는 것이 좋다. 식염과 水分을 제한하는 것이 좋으며 담배와 술은 금한다. 병증자체가 상당히 중독위험하므로 신중을 기해야 한다. 먼저 산소흡입을 실시하고 부정맥을 개선시키며 혈관확장제를 사용한다. 보조적인 治療로서 환기유지와 이뇨제사용이 필요하기도 한다.

韓醫學적 考察

일반적으로 治療는 二陣湯 合 六味地黃湯을 중심으로 加減應用하나 手足이 붓고, 心肝肥大 呼吸困難이 심할 때는 木防己湯을 응용하고 병증이 급하지 않으면 주로 心, 腎, 脾, 肺를 補하며 喘鳴, 呼吸促急할 때는 喘四君子湯을 應用한다.

24. 해리슨내과학(1292-1293)15)

만성기관지염

만성기관지염은 연속적으로 2년이상 1년에 최소한 3개월 이상 객담 배출과 기침을 유발하는 기관지관의 과도한 점액생성상태를 말한다. 단순 만성 기관지염은 점액성 객담의 생성이 과도한 상태를 말하며 만성 점액농성 기관지염은 기관지 확장증 같은 국소적인 염증성 병변 없이 지속적이거나 반복적인 농성 객담이 있는 상태를 말한다……폐기종은 폐포중격의 파괴에 의한 종말 세기관지 원위부의 확장을 의미한다. 만성 폐쇄성 폐질환은 만성 기관지염과 또는 폐기종에 의한 기류의 만성적인 폐쇄가 있는 상태로 정의된다. 이 폐쇄의 정도는 환자가 호흡기계 감염으로부터 회복되거나 기관지 확장제 투여로 호전될 수는 있으나 현저한 기도폐쇄는 항상 존재하게된다

폐성심

폐성심은 폐, 흉곽, 폐순환의 질환에 의해 2차적으로 우심실이 커진 상태이며 가끔 우심실 부전과 동반된다.

폐색전에 의한 폐성심-중상과 징후:호흡곤란은 폐혈관 질환 때문에 생긴 폐고혈압의 특징적인 증상이다. 그것은 경한 운동을 하는 동안에도 발생할 수 있으며, 앉아 있어도 회복되지 않는다. 비배출성기침도 또한 흔한 증상이다. 폐동맥 기저부의 급성확장 또는 우심실 허혈 때문에 생긴 흉통이

일어날 수 있고, 전신 정맥압 상승으로 간비대와 발목부종이 나타날 수도 있다.

치료

먼저 급성 그리고 만성 폐질환의 치료가 적절히 이뤄져야 한다. 폐포 저 산소증은 기류 폐쇄를 완화시키고 흡입산소를 서서히 증가시켜 폐포환기를 개선시킴으로써 교정해야 한다. 장기간 산소 치료는 심한 만성 폐쇄성 폐질환 환자에 유용하고 폐동맥압과 폐혈관 저항을 감소시킨다. 폐질환이 개선되고 폐포저소증과 고탄산혈증에 의한 폐혈관 수축이 정상화되면 빈맥과 우심부전의 징후는 개선된다. 기관지 확장제와 항생제는 기도폐쇄를 경감시키고 이뇨제는 부종을 완화시킨다. 고리이뇨제는 주의해서 사용해야 하는데 대사성 알칼리혈증을 일으켜서 호흡충동을 둔화시키기 때문이다. 강심제는 명백한 우심실 부전이 있을 때 사용하고 경맥 절개술은 혈색소치가 55%를 넘으면 고려해야 한다.

만성폐쇄성 폐질환

만성 폐쇄성 폐질환- 이 질환은 만성 폐성심의 가장 흔한 원인이다.....배출성 기침과 호흡곤란이 병력이 있고 경우에 따라서는 천명음도 있을 수 있다. 호흡기 감염 때문에 급하게 병원에 입원한 병력이 있으며 때로는 기계호흡이 필요한 경우도 있다. 산소 투여로 뇌혈관의 확장이 일어나고 이로 인해 졸음이 오고 두통, 혼돈, 심지어 구토를 동반한 과탄산혈증의 증상을 보이며 시신경유두의 blurring을 동반하는 소위 "가성뇌종양"의 증후군을 유발할 수 있다.

제한성 폐질환-제한성 폐질환에서 폐성심은 두 가지의 다른 증후군과 관련되어 있다. 첫 번째는 폐자체의 여러 가지 제한성 질환시의 과환기, 두 번째는 비만, 점액부종, 근골격질환과 같은 외인성 질환시의 저환기이다.

폐부종

심인성폐부종-폐정맥압의 증가. 그래서 생기는 폐혈관의 종창은 울혈성 심부전과 동반되는 호흡곤란증의 거의 모든 예에서 흔히 나타난다. 폐의 유순도는 감소되고 작은 기도의 저항이 증가되며 폐의 혈관외체액의 양을 일정하게 유지하는데 기

여하는 림프유량이 증가한다. 이러한 초기단계에서는 가볍게 호흡수가 증가하여 동맥혈가스를 측정하면 PaO₂ 와 PaCO₂가 모두 비미하게 저하되며 동시에 폐포, 동맥간의 산소분압차가 증가된다. 폐간질에 있는 수용체의 자극으로 인해 발생된 빈 호흡 그 자체는 림프관의 순환펌프작용을 증가시켜 림프의 흐름이 확실히 증가한다. 이런 변화는 울혈성 심부전을 지시하는 청진소견이나 방사선학적 소견보다 먼저 보인다. 만약 그 정도나 기간이 충분하다면 혈관내 압력의 증가는 계속하여 림프유량이 증가함에도 불구하고 혈관의 공간의 체액의 증가를 초래한다. 이 때가 되면 증상은 더욱 심해진다. 호흡수는 증가하고 가스교환은 더욱 나빠지고 컸리 B선들이 나타나고 혈관음영의 경계가 불분명해지는 등의 방사선사진의 변화들이 보인다. 이런 중간단계에서도 모세혈관의 내피세포간의 연접부위들이 넓어져서 간질강으로 거대입자의 통과가 허용되는 것이 알려졌다. 이 단계를 포함한 지금까지는 부종은 순수한 간질부종이다.

혈관내 압력이 더욱 증가하게 되면 폐포상피세포들 사이의 더 기밀한 집합이 깨지고, 적혈구와 거대분자를 함유하는 액체가 밖으로 나오는 폐포부종이 발생한다. 이 시점에서는 폐포부종이 나타난다. 폐혈류의 항중력 재분포는 한 때는 간질내 부종의 초기의 가벼운 방사선적 소견으로 간주되었지만 최신의 증거는 폐포부종이 시작된 후에야 생기는 것임을 시사한다. 폐포 모세혈관벽의 더욱 심한 분리가 발생하면 부종을 초래한 체액은 폐포 기도를 범람한다. 이 시점부터 양측성 습성라음과 건성수포음이 들리는 만발한 임상적 폐부종이 생기고 흉부방사선사진에 양측폐야에 미만성의 흐린 음영이 나타나고 더 근위부의 폐문부에서는 음영이 더욱 진하게 나타난다. 환자는 전형적으로 불안해 하고 땀을 줄줄 흘리며 가래는 거품이 많고 피색이 된다. 가스교환은 저산소증이 악화되면서 더욱 나빠진다. 효과적인 치료를 하지 않으면 점진적인 산혈증, 과탄산혈증, 호흡정지가 일어나게 된다.

비심장성 부종-심한 급성 천식시 흉막강내막이 큰 차의 음압이 되어 간질부종이 생길 수도 있다

고 제안되고 있다. 이런 가설이 충분한 임상자료로 뒷받침된다면 천식이 간질내의 증가된 음압으로 인한 부종의 또 다른 예로 제공될 것이다. 섬유화 및 염증성 질환 또는 림프관성 암종중에 속발한 림프계 차단은 간질부종을 초래할 수도 있다. 이런 경우에 임상 및 방사선사진 표현은 모두 기저질환고정에 의해 지배된다.

급성폐부종의 치료

1. Morphine은 필요에 따라 2-5mg의 용량으로 정맥을 통하여 반복적으로 투여한다. 이 약은 불쾌의 불안을 감소시키며, 소동맥과 정맥에 대한 교감성 혈관 수축 자극을 감소시키며, 소동맥과 정맥에 대한 교감성 혈관 수축 자극을 감소시켜 연속적 약순환을 정지 시킨다. 호흡 억제가 발생할 경우 Naloxone을 투여한다.

2. 폐포내액은 산소의 확산을 저해하여 동맥 저산소혈증을 유발하므로 되도록 양압하에 100% 산소를 투여하여야 한다. 양압의 효과는 폐포내의 압력을 증가시키고 따라서 폐포 모세혈관으로부터의 누출액을 감소시키며 흉곽으로의 정맥 환류를 감소시켜 폐모세혈관압을 감소시킨다.

3. 환자의 자세는 좌위를 유지하여야 하며, 가능하면 양하지는 침대의 측방에 걸쳐 늘어뜨려야 한다. 이래야 또한 정맥의 환류를 감소시킬 수 있다.

4. furosemide나 ethacrynic acid(40-100 mg)와 같은 정맥내 loop 이뇨제, 또는 bumetanide(1mg)은 신속하게 이뇨효과를 발휘하여 순환 혈류량을 감소시켜 폐부종의 경감을 촉진시킨다. 더욱이 furosemide는 정맥내로 투여하게 되면 정맥 확장 작용을 발휘하여 정맥의 환류를 감소시키고 심지어 이뇨가 개시되기 이전에 폐부종을 감소시킨다.

5. 후부하 경감은 수축기 동맥압이 100mmHg를 상회하는 환자에서 sodium nitroprusside를 20-30 μ g/min의 속도로 투여하여 시행한다.

6. 만약에 이전에 digitalis를 투여 받은 적이 없다면, ouabain, digoxin. 또는 lanatoside C와 같은 신속하게 작용하는 배당체 full dose의 4분의 3을 정맥 내로 투여한다.

7. 어떤 경우에 있어서는

aminophylline(theophylline

ethylenediamine)240-480 mg을 정맥 내로 투여하면 기관지 수축의 경감, 신혈류와 소듐 배설의 증가, 그리고 심근 수축력의 강화에 효과적이다.

8. 만약 상기의 처치로도 부족하다면, 사지에 rotating tourniquets를 적용하여야 한다.

이러한 응급 치료 수단이 적용이 되고 유발인자가 치료된 후에는 폐부종이 오게 된 기저 심질환이 진단이 세워져야 한다. 환자의 상태가 안정화되고 나면 이후 나중의 폐부종의 예방을 위한 광범위한 전략이 수립되어야 하며 이는 수술적 치료를 요할 수도 있다.

III. 總括 및 考察

痰飲이란 體内の 水液代謝의 失調로 過度한 水分이 어느 한 부분에 停聚된 것으로 肺, 脾, 腎, 膀胱 등의 臟腑機能이 失調됨으로 말미암아 津液의 代謝와 輸布, 排泄에 障礙가 발생하여 水液이 體内に 停留, 蓄積됨으로써 發生하는 것이다¹⁻⁷⁾.

痰飲은 病邪의 所在나 兼症에 따라 각기 그 部位가 다르고 나타나는 症狀들도 서로 다르기 때문에 名稱 역시 다를 수 밖에 없는데, 張仲景은 痰飲, 懸飲, 溢飲, 支飲 四飲으로 구분하여 各各의 症狀를 論하였다⁸⁻⁹⁾.

支飲의 부위에 대해 諸家들의 說을 살펴보면 張은 “膈間支飲, 心下有支飲”으로 支飲의 부위를 說明하였고⁸⁾, 巢는 “飲水過多, 停積於胸膈之間, 支乘於心”으로¹⁰⁾, 孫은 “膈間有支飲, 支飲在胸中”으로¹¹⁾, 鄭은 “水飲停積胸膈, 支飲膈腕不利”로 支飲의 부위를 說明하였다²⁾, 李는 “水停膈上”¹⁶⁾, 王은 “心下有支飲”¹⁷⁻¹⁸⁾, 朱는 “水飲停積胸膈”¹³⁾, 孫은 “心下有支飲”으로 支飲의 病部를 言及하였으며²¹⁾ 徐는 部位외에 支飲의 原因을 濕이라고 提示하였고²²⁾ 魏는 “飲水過多 胸膈”²⁴⁾, 吳는 “飲留于肺, 心下有支飲”²⁵⁾, 李는 “水飲停於胸膈之間”²³⁾, 許는 “水停膈上, 支飲在胸中”으로 病變의 部位를 說明하였다²⁷⁾. 現代에 이르러서도 楊, 金, 金, 精등이 胸膈之間, 膈上, 胸膈, 胃脘部등으로 支飲의 位置를 論하고

있다²⁻⁷⁾.

以上으로 볼 때 支飲의 部位는 胸膈之間, 心下部, 膈上, 胃脘部, 胸中등으로 言及되고 있음을 알 수 있다.

支飲의 症狀과 이에 따른 治方을 보면 張은 “咳逆氣息短氣不得臥其形如腫, 喘而不能臥加短氣其脈牢遲”를 支飲의 症狀으로 論하였으며 “膈間支飲其人喘滿, 心下痞堅, 面色黧黑, 其脈沈緊, 得之四十日 醫吐下之不愈”하는 者는 木防己湯으로 主之하고 虛者는 卽愈하나 實者는 三日復發하여 復與不愈하면 宜木防己湯去石膏加茯苓芒硝湯主之라 하였고, “心下有支飲 其人若冒眩”하면 澤瀉湯으로, “支飲胸滿者”는 厚朴大黃湯으로 “支飲不得息”하면 葶藶大棗瀉肺湯으로 “嘔家本渴 渴者爲欲解 今反不渴”은 小半夏湯으로 主之한다 하였으며, “夫有支飲 加欬煩胸中痛者不卒死至一百日一歲宜十棗湯, 久嗽數歲其脈弱者可治 實大數者死 其脈虛者必苦其人本有支飲在胸中苦也治屬飲家 咳逆倚息不得臥小青龍湯主之”라 하였다⁸⁾.

孫氏는 주로 張의 說을 引用하여 “膈間有支飲其人喘滿 心下痞堅 面黧黑, 其脈沈緊得之數十日, 醫吐下之不愈, 木防己湯主之方, 夫酒客欬者 必致吐血 此坐久飲過度所致也 其脈虛者 必冒其人 本有支飲在胸中也 支飲胸滿厚朴大黃湯主之方, 支飲不得息 葶藶大棗瀉肺湯主之方, 嘔家不渴 渴者爲欲解 本渴今反不渴 心下有支飲故也. 小半夏湯主之 宜加茯苓者 是先渴却嘔 此爲水停心下小半夏加茯苓湯主之, 卒嘔吐心下痞膈間 有水目眩悸 小半夏加茯苓湯主之方”라 하였다¹¹⁾.

趙는 治支飲不消 하여 胸膈滿悶에는 參苓丸方으로 “支飲 膈腕不利咳嗽喘滿”은 大半夏丸方으로 “支飲 痞滿飲食遲化”에는 化氣丸方으로 “支飲 不消喘咳不止”은 靑金丸方으로 “支飲 氣喘不得息”은 葶藶丸方으로 治한다 하였고 “久病 飲癖停痰及膈滿 支飲輸引脇下痛”하면 三聖散方을 胸膈實痞呼吸短氣하면 旋覆花湯方을 胸膈痞悶飲食遲化하면 神應丸方을 胸膈痞悶에는 檳榔丸方을 支飲下氣는 木香丸方으로써 다스린다고 述하였으며¹⁶⁾ 王은 “支飲數吐下之不愈”하면 漢防己散方을 “心膈間支飲 喘滿 心下痞堅 面如黧黑色”하면 “宜服此方(枳實 一

兩美炒微黃, 赤茯苓 一兩半, 前胡 一兩去蘆頭, 漢防己 一兩半, 石膏一兩, 桂心 一兩)”을 “支飲 頭痛目眩 心下痞滿”하면 枳殼散方을 “支飲 心胸壅滯 喘息短氣 皮膚如腫”하면 마땅히 旋覆花圓方을 用하여 治한다고 하였고 “支飲 久不差 大腹水腫 喘促不止”하면 此方(芫花, 甘遂 一分<兩>煨微黃, 大戟 一兩<分>破碎微炒)을 服한다고 하였다¹²⁾.

朱는 支飲의 症狀에 따라 方들을 分類하여 大半夏丸으로 “支飲 膈腕不利 咳嗽喘滿”을 旋覆花湯으로 “支飲 胸膈實痞 呼吸短氣”을 治하고 乾棗湯으로 治腫及支滿游飲하며 旋覆花丸으로 “支飲 心胸壅滯 喘息短氣 皮膚如腫”한 症狀을 다스리며 葶藶丸으로 支飲에 心腹痞急 咳逆短氣 不能下食한 症狀을 治하고, “暑月引飲水多 取涼熱睡 停積成飲 或遇濕風流注 爲之支飲 手足或時少力 指節間疼 屈伸不快 或有痰食 甚則及於膝足 或麻或弱”하면 靈脂丹으로 治하고 漢防己으로 “胸膈支飲 數吐之不愈”를 枳殼散으로 “支飲 頭痛目眩 心下痞悶”을 檳榔丸으로 胸膈痞悶을 木防己湯으로 “膈間有支飲 其人喘滿 心下痞悶 面色黎黑 其脈沈緊 得之數十日 醫吐下之不愈者”를 治療한다고 하였으며, “支飲 手足冷 多唾 口燥氣從小腹上衝胸咽 手足痺 面熱 翕然如醉 因復下流陰股 小便難 時復眩冒嘔腫”할 때는 茯苓五味子湯을 “支飲家 咳煩胸中痛者 不卒死 雖一百日或一歲 及懸飲咳嗽 痛引胸脇 其脈弦者”하면 十棗湯을 用하여 治療하며 靑金丸으로 治 “支飲不消 喘嗽不止”하고 酒客咳者 必致吐血이니 “此坐久飲過度所致也 其脈虛者必冒. 其胸中本有支飲 胸滿治之方”이라 하여 厚朴大黃湯을 服用한다고 하였고 化氣丸으로 “支飲 痞膈食運化”를 葶藶丸으로 “支飲 氣喘不得息”을 木香丸으로 支飲 下氣를 治療한다고 하였고 嘔家渴者爲欲阻이니 “本渴心下有支飲故也”로 小半夏加茯苓湯으로 主之하고 澤瀉湯으로 心下有支飲 其人苦冒眩한 것을 主之한다고 說明하고 있는데¹³⁾, 張, 遜, 趙등의 說을 많이 引用하였다^{8), 11), 16)}.

王은 “咳逆氣息短氣不得臥 其形如腫 謂之支飲 又云 嘔家本渴 今反不渴 心下有支飲故也 小半夏湯主之 又云 心下有支飲 其人若冒眩 澤瀉湯主之”라 하여 張의 說을 引用하였고 通用으로 海藏五飲湯,

局方倍朮丸을 提示 하였다¹⁷⁻¹⁸⁾.

李는 痰飲은 有五나 因只 一이니, 汗, 吐, 下, 溫用莫差하라 하고 支飲은 水停膈上하여 飢逆, 倚息, 短氣니 仲景의 諸飲治法을 들어 在 皮裏膜外의 票分者면 大小靑龍湯으로 汗之하고 在 胸膈者면 瓜蒂散으로 吐之하고 在 四肢經絡 脅肋者면 五苓散으로 分利之한다고 하였다¹⁹⁾.

李는 “倚息不得臥 其形如腫 名曰支飲”이라 하여 五苓散, 澤瀉湯으로 主之한다 하였으며²⁰⁾ 遜은 張⁸⁾의 說을 引用하여 澤瀉湯, 厚朴大黃湯, 葶藶大棗瀉肺湯, 小半夏湯等을 支飲의 處方으로 記載하였다²¹⁾.

徐는 支飲의 治法은 仲景의 滲利가 마땅하다고 하고 五苓散, 澤瀉湯을 處方으로 提示하였고²²⁾ 林은 類證治裁에서 역시 張의 說에 따라 支飲에는 葶藶瀉肺湯 或 五苓散을 用한다고 하였다²³⁾. 魏는 續名醫類案에서 治療의 例를 들어 說明하였는데 “一婦患時疫 飲水過多 胸膈堅痞 咳逆倚息 短氣不臥 湯飲入而吐出 諸藥罔效”한데 五苓散 一劑를 服用하였더니 愈하였다고 하였고²⁴⁾ 吳等은 醫宗金鑑에서 “先渴後嘔, 爲水停心下, 此屬飲家”에 小半夏茯苓湯으로 主之하고 “嘔家本渴, 渴者爲欲解, 今反不渴, 心下有支飲故也”니 小半夏湯으로 主之하고 卒嘔吐, 心下痞, 膈間有水, 眩暈者는 半夏加茯苓湯으로 主之하고 “假令瘦人膈下有悸, 吐涎沫而顛眩, 此水也”니 五苓散主之라 하였는데 이는 역시 仲景의 說과 一致한다²⁵⁾. 李는 王¹²⁾의 內容을 실어 “夫支飲者 謂水飲停於胸膈之間 支乘於心 故云支飲. 其病令人咳逆 喘息短氣 身體如腫之狀, 故 支飲也”라 하고 郁李仁 一兩, 旋復花 一兩, 皂莢 三挺 去皮塗酥炙令焦黃去子, 半夏 一兩, 澤瀉 一兩, 枳殼 半兩을 “支飲 心膈痞急咳逆短氣不能下息”의 治方으로 하였으며, 恬葶藶 三兩隔紙炒令紫色을 “支飲久不差大腹水腫喘促不止”의 治方으로 記載하였다²⁶⁾. 許는 “咳逆倚息 短氣不得臥 其形如腫”에 小靑龍湯으로 主之한다고 하고 “其脈數必 苦冒眩 其人本有支飲在胸中之故也”니 茯苓五味子湯으로 主之한다고 하였으며²⁷⁾ 黃은 小靑龍湯과 茯苓五味子湯을 支飲의 方으로 들어 놓았다²⁸⁾.

現代에 와서 《中醫內科學》에서는 支飲의 主要

症候를 “咳喘不能平臥, 痰如白沫量多, 多因水寒以發作, 初期兼有寒熱身痛等表證, 久則可以引起浮腫, 舌苔白膩, 脈弦緊”이라 하고 治療原則으로 溫肺散寒, 化飲平喘으로 보고 處方用藥으로는 溫肺化飲湯(原名小靑龍湯)加減을 表裏俱寒, 支飲發作之症에 善用하고 만일 正虛邪實, 喘咳甚劇, 服前法不應, 面色黧黑, 心下痞緊, 煩渴, 舌苔轉黃하면 木防己湯加減을 만일 腎陽衰微, 運則喘促更甚, 神疲怕冷, 舌質淡胖, 脈象沈細하면 溫腎納氣, 以化除飲하는 苓桂朮甘湯, 附桂八味丸으로 治之한다고 하였으며²⁹⁾, 楊은 支飲의 治法을 痰飲병의 基本原則로 “以溫藥化之”라 하였고³⁰⁾ 《中醫學概論》에서는 支飲을 洋方의 肺水腫등과 類似하다고 하였으며 治法은 化飲逐痰하되 이는 痰을 일시적으로 除去하는 것으로 보고 辨證시치에 따라 根本治療를 할 것을 提示하고 있으며 代表方劑로 小靑龍湯·葶藶大棗瀉肺湯·十棗湯·控涎丹等을 列舉하였다³¹⁾. 金, 崔는 支飲을 急, 慢性氣管支炎, 肺氣腫, 肺性心등으로 보고 小靑龍湯으로 治療한다고 하였다³²⁾.

洋方的인 見解로 볼 때 支飲의 증상은 肺浮腫(肺水腫)이나, 急, 慢性氣管支炎, 肺性心등과 類似하다고 볼 수 있는데 肺浮腫의 증상과 특히 類似하다고 볼 수 있다. 肺水腫은 漿液性 液體가 母細血管으로부터 肺組織 특히 肺胞내로 急速히 또는 緩慢하게 流出된 상태를 말하는 것으로 心臟의 疾患이 進行하여 腎藏의 功能이 低下되면 左心室에서 全身에 血液을 보낼 수 없게 되므로 그 結果 肺鬱血 상태가 되어 상태가 심해지면 血液의 成分이 肺胞毛細管膜을 통하여 肺胞로 나오게 된다. 즉 肺胞內로 血管에서 液體가 나와있는 肺水腫이 된다. 이 病의 初期症勢는 呼吸困難과 血液이 特徵이다. 심한 呼吸困難, 青色症, 심한 咳嗽, 稀薄한 泡沫로 가득 찬 多量의 喀痰, 聽診時 低調鼓性 大小의 泡沫音 등이 있다. 治療는 急性肺浮腫의 경우 Morphine을 使用하여 患者의 不安을 減少시키며, 小動脈과 靜脈에 대한 交感性 血管收縮 刺戟을 減少시키며, 小動脈과 靜脈에 대한 交感性 血管收縮 刺戟을 減少시켜 連續的 惡循環을 停止시키고, 肺胞內의 壓力을 增加시키고 따라서 肺胞 母細血管으로부터의 漏出液을 減少시키며 胸廓으

로의 靜脈 還流를 減少시켜 肺母細血管壓을 減少시키기 위해 陽壓下에서 100% 산소를 供給하고, 필요시 利尿劑를 사용하며, 氣管支 확장제나 抗生劑등을 使用하기도 한다. 이후 이러한 應急 治療 手段이 適用이 되고 誘發因자가 治療된 後에는 肺浮腫이 오게 된 基底 心疾患이 診斷이 세워져야 한다. 患者의 상태가 安定化 되고 나면 以後 나중의 肺浮腫의 豫防을 위한 광범위한 戰略이 수립되어야 하며 이는 手術적 治療를 요할 수도 있다¹⁴⁻¹⁵⁾.

以上으로 볼 때 支飲의 部位는 仲景이 主張한 以後로 其他 다른 醫家들도 胸膈之間, 心下部, 膈上, 胃脘部, 胸中等으로 言及하고 있음을 알 수 있으며^{1-13),16-28)}, 支飲의 症狀는 주로 仲景이 述한 “咳逆氣息短氣不得臥其形如腫…”, “喘而不能臥加短氣…”, “膈間支飲 其人 喘滿, 心下痞堅…”, “心下有支飲 其人若冒眩…”, “支飲胸滿者…”, “支飲不得息…”, “嘔家本渴 渴者爲欲解 今反不渴…”, “夫有支飲加欬煩胸中痛…”, “久嗽數歲其脈弱者可治 實大數者死 其脈虛者必苦其人本有支飲在胸中苦也治屬飲家, 咳逆倚息不得臥…” 등이고^{1-13),16-28)} 그 외에 “心下策悸”¹³⁾, “眼下如臥蚕”²²⁾ 등이 있으며 治法은 대개 痰飲諸症의 治療원칙인 ‘溫藥和之’에 따르며, 汗, 吐, 下 三法, 또는 ‘滲利’, ‘溫肺散寒’, ‘化飲平喘’ 등을 治法으로 提示하였으며 주된 處方으로는 小青龍湯, 大青龍湯, 木防己湯, 澤瀉湯, 五苓散, 大半夏湯, 小半夏湯등이며 그의 各各의 症狀에 따라 處方을 多樣하게 使用하며 또한 적절한 加減을 하며 多樣한 治方을 利用하여 왔음을 알 수 있다^{1-13),16-28)}. 그리고 支陰은 洋方의 急,慢性氣管支炎, 肺浮腫, 肺性心等の 症狀과 類似하다고 할 수 있다¹⁴⁻¹⁵⁾.

IV. 結 論

1. 支飲이란 名稱은 仲景의 金匱要略에서 “咳逆倚息短氣不得臥其形如腫謂之支飲.” 이라 하여 最初로 言及되었다.

2. 支飲의 部位는 仲景의 金匱要略에서 膈間, 心下有支飲이라 한 이래 胸膈之間, 心下部, 膈上, 胃

脘部, 胸中等으로 言及되고 있다.

3. 支飲의 症狀는 주로 仲景이 述한 “咳逆氣息短氣不得臥其形如腫…”, “喘而不能臥加短氣…”, “膈間支飲 其人 喘滿, 心下痞堅…”, “心下有支飲 其人若冒眩…”, “支飲胸滿者…”, “支飲不得息…”, “嘔家本渴 渴者爲欲解 今反不渴…”, “夫有支飲加欬煩胸中痛…”, “久嗽數歲其脈弱者可治 實大數者死 其脈虛者必苦其人本有支飲在胸中苦也治屬飲家, 咳逆倚息不得臥…” 등으로 認識되어 왔고 그 외에 “心下策悸”, “眼下如臥蚕”등의 症狀를 나타내기도 한다.

4. 支飲의 治療는 痰飲諸症의 治療原則인 溫藥和之에 따르며 治法은 汗, 吐, 下 三法, 또는 滲利, 溫肺散寒, 化飲平喘등을 治法으로 提示하였으며 주된 處方으로는 小青龍湯, 大青龍湯, 木防己湯, 澤瀉湯, 五苓散, 大半夏湯, 小半夏湯등이며 그의 各各의 症狀에 따라 處方을 多樣하게 使用하며 또한 적절한 加減을 하며 多樣한 治方을 利用하여 왔다.

5. 支飲은 現代 洋方의 肺浮腫, 肺性心, 急,慢性氣管支炎等の 症狀과 類似하다고 할 수 있으며, 相互間의 研究가 必要하다고 思料된다.

參考文獻

1. 張介賓: 景岳全書, 서울, 杏林書院, 1975, 卷 31 pp,411~417.
2. 鄭遇悅: 韓方病理學, 圓光大學校韓醫科大學病理學教室, 1985, 各論, pp,65~66.
3. 金定濟: 診療要監, 서울, 東洋醫學研究院, 1983, p.600, pp. 602~603.
4. 神戶中醫學研究會: 中醫學概論, 서울, 癸丑文化社, 1986, p.254, pp.256~257.
5. 楊醫亞: 中醫學問答, 北京, 人民衛生出版社, 1985, 上, p.304, p.308.
6. 金完熙: 崔達永: 臟腑辨證論治, 서울, 成輔社, 1985, pp.71~72.
7. 上海中醫學院: 中醫內科學, 香港, 商務印書館, 1975, p.24, p.27.

8. 張仲景: 仲景全書, 金匱要略方論, 서울, 大星文化社, 1988, pp.391~392, 394~395, 397.
9. 張從正: 儒門事親, 旋風出版社, 台北 1978, 卷 4 p.17, 卷 6 p.16, 卷 7 p.9.
10. 巢元方: 巢氏諸病源候總論, 台中, 昭人出版社, 1975, 卷 20, p.390.
11. 孫思邈: 千金要方, 서울, 大星文化社, 1984, 卷 18, pp.331~332.
12. 太宗命: 太平聖惠方, 서울, 翰成社, 1977, 卷 51, p.1575.
13. 朱 肱: 普濟方, 서울, 翰成社, 1981, p.1947.
14. 李珣九, 鄭昇杞: 東醫肺系內科學, 서울, 도서출판아트동방, pp.381~385.
15. Kurt J. Isselbacher: 해리슨 내과학, 서울, 도서출판정담, pp.190~195, 1078~1089, 1292~1293, 1166~1169.
16. 政和奉刺: 聖濟總錄, 서울, 翰成社, 1977, p.250~253.
17. 王肯堂: 六科準繩, 서울, 柳林社, 1975, p.129.
18. 王肯堂: 證治準繩, 臺北, 新文豐出版有限股彬公司, 中華 p.63, pp.546~547.
19. 李 梴: 醫學入門, 서울, 大星文化社, 1981, 外集卷 1, p.334.
20. 李仲梓: 醫宗必讀, 臺南, 綜合出版社, 1976, pp.340~341.
21. 孫一奎: 赤水玄珠, 北京, 人民衛生出版社, 1986, 卷 6, p.41.
22. 徐春甫: 古今醫統秘方大全, 서울, 金剛出版社, 1982, p.2960.
23. 林沛琴: 類證治裁, 서울, 成輔社, 1980, pp.122~123.
24. 魏之琇: 續名醫類案, 台北, 宏業書局有限公司, 中華68, 卷 13, p.396.
25. 吳謙外: 醫宗金監, 서울, 大星文化社, 1983, 上, p.574, 下, p.368.
26. 李太浩: 鄉藥集成方, 서울, 杏林出版社, 1977, p.194.
27. 許 浚: 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, 1981, p.128.
28. 黃道淵: 醫宗損益, 서울, 醫學社, 1976, 上, p.95.