

不整脈에 對한 東西醫學的 文獻考察

김경민, 정광식, 김영균, 권정남

동의대학교 한의과대학 내과학교실

A Investigation into Arrhythmia between East and West medicine

Kyoung-Min Kim, Gwang-Sik Jeong, Young-Guen Kim, Jung-Nam Kwon

Department of 2nd Internal Medicine, Collage of Oriental Medicine, Dongeui University

through a literal study upon Arrhythmia between east and west medicine, the results were as follows

1. Arrhythmia is not only irregular cardiac beat but disorder of cardiac impulse making and conduction disturbance. it means almost irregularity of interval between two beat
2. In the east medicine, arrhythmia is represented various category as palpitation, continuous palpitation, dizziness, consumption which give the first consideration by the accompanied symptoms. A separate way in a diagnostics it become a base of diagnosis of diseases and decision of prognosis by the examination of pulse
3. In the west medicine, Arrhythmia is classified as disorder of heart rate, rhythm, conduction disturbance or tachycardia, bradycardia and it is concomitant with fatigue, palpitation, dyspnoea, syncope, chest discomfort
4. The diagnostic study of pulse condition which represent arrhythmia was started from 《Nae-Kyung》 and it was revealed as pulse condition of rapid pulse, slow pulse, swift pulse, running pulse, knotted pulse, intermittent pulse etc. Out of them running pulse, knotted pulse, intermittent pulse which obviously are concomitant with irregularity of interval are clinically meaningful in a conditions of disease and decision of prognosis. and the significance of these pulse condition are transformed through the changes of the times
5. According to cause of disease it is classified by Arrhythmia(running pulse, knotted pulse, intermittent pulse) due to heat, cold, phlegm, deficiency(or insufficiency) and There are three categories of etiological factor that is, endogenous, exogenous and non-exo-endogenous factor. the endogenous factor is insufficiency of the heart Ki, deficiency of both Ki and blood, internal stagnation of phlegm and fluid, stagnation of seven emotions. the exogenous factor is caused by stagnation of Ki and blood by six exogenous pathogenic factor and the non-exo-endogenous factors are improper diet, overstrain, traumatic injury. A cause of arrhythmia in western medicine are a organic and pathological change of the heart itself and malfunction of the autonomic nervous system.

Key Word : Arrhythmia, Pulse condition

1. 緒 論

不整脈이란 不規則적인 心搏動이나 心搏數의 異常 및 興奮傳導障碍등을 總稱¹하는데 임상적으로 증상이 없을 수도 있으나, 心搏出量을 감소시켜 더욱 심한 不整脈을 유도하며 결과적으로 失神, 眩暈, 心悸亢進 등의 증상을 유발하며, 갑작스런 심인사와 같은 치명적인 결과를 초래할 수도 있다.

不整脈은 환자의 증상이 있을 때나 심전도 감시 중에 우연히 발견될 수 있으나, 非持續性 心室 頻脈과 같이 심각한 心疾患을 내포하고 있음에도 불구하고 無症狀로 나타날 수도 있다. 이처럼 '가슴 두근거림', '쿵쿵거림', '피로감' 등의 증상에서부터 '혼미', '호흡곤란', '실신' 등 심각한 경우에 이르는 수도 있으므로 不整脈에 대해 정확히 평가와 치료가 요구된다^{2,3}. 西洋醫學에 있

어서는 不整脈은 크게 徐脈性 不整脈과 頻脈性 不整脈으로 구분되며, 前者는 동성서맥, 동성정지, 동방차단, 방실차단, 지각차단, sick sinus syndrome이 있으며, 後者에는 心房性 頻脈으로는 심방세동, 심방조동, 발작성 상심실성 빈맥, 조기흥분증후군등이 있으며, 心室性 頻脈으로는 심실빈맥, 심실세동, 급사등이 있다. 原因에 있어서는 크게 機能的인 것과 器質的인 것으로 나누어지며, 기능적인 것은 각종 스트레스 커피·홍차·음주·흡연·과로 등에 의한 것과

각종 약물의 부작용으로 인해 나타나고, 기질적인 것은 각종 심장질환, 특히 虛血性 心疾患·瓣膜性 心疾患 및 心筋病 症 등에서 나타나며, 고혈압증·갑상선 기능항진증·만성폐쇄성 폐질환 등의 질환에서도 흔히 나타난다. 韓醫學에서 不整脈에 대한 임상 표현은 다양하게 표현되어 驚悸, 怔忡, 眩暈, 虛勞 등 동반되는 症狀를 위주로 하여 각기 달리 표현되었으며, 이와는 별도로 診斷學의 側面에서 黃帝內經時代 이래 脈診에 의한 각각이 독립된 의미를 지닌 脈象의 領域속에서 疾病 診斷의 한 수단으로 정립되어졌다. 不整脈을 나타내는 脈象의 診斷上 연구는 內經時代 以來 경험이 축적되어 왔으며, 數, 遲, 疾, 澁, 滑, 促, 結, 代 등의 脈象으로 서술되어 졌다. 특히 促, 結, 代脈의 경우는 脈週期の 뚜렷한 변화를 나타내는 脈象⁶⁾으로 “促脈者 脈來數 時而一止 止無定數”, “結脈者 脈來緩 時而一止 止無定數”, “代脈者 脈來時見一止 止有定數 良久方來”⁷⁾라 하여 心律失常의 대표적인 脈象으로서 그 病情의 輕重과 死期의 長短을 알 수 있어 임상적으로 意義性이 매우 크다고 할 수 있다.

이에 本人은 不整脈에 대한 概念과 특히 이 중 促, 結, 代脈을 중심으로 文獻的인 考察을 통해 病因, 病機에 대한 諸家의 學說을 정리하고, 現代醫學적 측면에서의 接近과 相互補完을 통해 理解의 幅을 넓히고자 本論文을 시도하여 若干의 知見을 얻었기에 報告하는 바이다.

II. 本 論

1. 韓醫學의 考察

1. 黃帝內經 素問⁸⁾

[素問·脈要精微論]

夫脈者血之府也 長則氣治 短則氣病

數則煩心 大則病進 上盛則氣高 下盛則氣脹 代則氣衰 細則氣少 澁則心痛

數動一代者 病在陽之脈也 泄及便膿血

[素問·平人氣象論]

人一呼脈四動以上曰死 脈絕不至曰死 乍疏乍數 曰死

寸口脈中手促上擊者 曰肩背痛

但代無胃曰死 軟弱有石曰冬病 弱甚曰今病 臟眞濡于脾 脾臟肌肉之氣也

[素問·玉機眞藏論]

眞腎脈至 搏而絕 如指彈石 辟辟然 色黑黃不澤 毛折 乃死

眞脾脈至 弱而乍數乍疏 色黃青不澤 毛折 乃死

[素問·宣明五氣篇]

五臟應象 肝脈弦 心脈鉤 脾脈代 肺脈毛 腎脈石 是謂五臟之脈

[素問·陰陽類論篇]

一陰一陽代絕 皆陰氣至心 上下無常 出入不知 咽喉乾燥 病在土脾

2. 黃帝內經靈樞⁹⁾

[靈樞·邪氣臟腑病形篇]

色青者 其脈弦也 赤者 其脈鉤也 黃者 其脈代 白者 其脈毛 黑者 其脈石

[靈樞·根結編]

五十動而不一代者 五臟皆受氣四十動一代者 一臟無氣三十動一代者 二臟無氣二十動一代者 三臟無氣十動一代者 四臟無氣不滿十動一代者 五臟無氣 子之短期 要在終始 所謂五十動而不一代者 以爲常也 以知五臟之期子之短期者 乍數乍疏也

3. 難經¹⁰⁾

[十一難]

經言 脈不滿五十動而一止 一臟無氣者 何臟也? 然 人吸者隨陰氣 呼者因陽出 今吸不能至腎 至肝而還 故知一臟無氣者 腎氣先盡也

[十四難]

一呼一之曰離經 二呼一至曰奪精 三呼一至曰困 四呼一至曰令絕 此謂損之脈也 至脈從下上 損脈從上下也

[十八難]

人病有滯久積聚 可切脈而知之耶? 然 診在右脇有積氣 得肺脈結 脈結甚則積甚 結微則氣微

結者 脈來去時一止 無常數 名曰結也

4. 傷寒論¹¹⁾

[辨脈法]

脈來緩時一止 復來者 名曰結 脈來數時一止復來者 名曰促脈 脈陽盛則促 陰盛則結 此皆病脈

[辨太陽病脈證並治]

太陽病 下之後 脈促胸滿者 桂枝去芍藥湯主之

太陽病 桂枝證 醫反下之 脈促者 表未解也 喘而汗出者 葛根黃蓮黃芩湯主之

太陽病 下之 其脈促 不結胸者 此爲欲解也

傷寒 脈結代 心動悸 灸甘草湯主之 脈按之 來緩時一止復來者 名曰結 又脈來動而中止 更來小數中有還者 反動名曰結 陰也 脈來動而中止 不能自還 因而復動 名曰代 陰也 得此脈者必難治

[辨厥陰病脈證並治]

傷寒脈促 手足厥逆者 可灸之

5. 注解傷寒論¹²

時有一止者 陰陽之氣 不得相續也 陽行也速 陰行也緩 緩以後陰 若陰氣勝而陽不能相續則脈來緩而時一止 數以候陽 若陽氣勝而 陰不能相續則脈來數而時一止 傷寒有結大之脈 動而中止 不能自還 爲死脈 此結促之脈 止是陰陽偏勝而 時有一止 卽非脫絕而止 云皆病脈

王宇泰云 結促代 皆動而中止 但自還爲結促 不能自還爲代 無常數爲結促 有常數爲代 結促爲病脈 代爲死脈 不可不變

6. 華佗 中藏經¹³

病甚 脈往來不調者 死

7. 脈經¹⁴

促脈 來去數 時一止復來 結脈 往來緩 時一止復來 代脈 來數中止 不能自還 因而復動 脈結者生 代者死

中部脈結者 腹中積聚

關上脈時來時去 乍大乍小 乍疎乍數者 胃中寒熱 羸劣 不欲飲食 如瘧狀

脈自弦 弦數多熱 弦遲多寒 寒微則爲虛 代散則邪

脈來 乍大乍小 乍長乍短者 爲崇

脈一動一止 二日死 二動一止 三日死 三動一止 四日死 …… 五十動一止 五歲死 不滿五十動一止 五歲死

脈一來而久往者 宿病在心主中治 脈二來而久往者 病在肝支中治 脈三來而久往者 病在脾下中治 脈四來而久往者 病在腎間中治 脈五來久往者 病在肺支中治

寒熱 瘵癢 其脈代絕者 死

熱病七八日 其脈微細 小便不利 加暴口燥 脈代 舌焦乾黑者 死 右手尺部脈三十動一止 有頃更還二十動一止 乍動乍疎 軟軟相因 不與息數相應 其人雖食穀 猶不愈 繫草生而死

8. 脈訣¹⁵

促者 陽也 指下尋之極數 并居寸口 曰促 漸加卽死 漸退卽生 促脈前來已出關 常居寸口血成斑 忽然漸退人生也 若或加時命在天 結者 陰也 指下尋之或來或往 聚而却還曰結 主四肢氣悶連痛時來 積氣生於脾臟旁 大腸疼痛陣難 當只宜消瀉三焦火 莫讀多方立紀綱 代者 陰也 指下尋之動而復起 再不能自還 曰代 主形容羸瘦口不能言 代脈時時動若浮 再而復起似還無 三元正氣隨風去 魂魄冥冥何所拘

診雜病生死候歌五十不止身無病 數內有止皆知定 四十一止一臟絕 却後四年多沒命 三十一止卽三年 二十一止二年應 十五一止一年 殞已下有止看暴病

9. 孫思邈 千金方¹⁶

[指下形狀]

促脈來去數時一止 結脈往來緩時一止 復來 脈結者生 代脈來數中止不能自還 因而復動 脈代者死

[分別病形狀]

代散則死

脈來 乍大乍小 乍長乍短者 爲崇

[三關主對法]

中手促上擊者 曰肩背痛

關上脈時來時去 乍大乍小 乍疎乍數者 胃中寒熱 羸劣 不欲飲食 如瘧狀

[診脈動止投數疎數死期年月]

脈一動一止 二日死 經云一日死 二動一止 三日死 三動一止 四日死 …… 五十動一止 五歲死 不滿五十動一止 五歲死

脈來五十投而不止者 五臟皆受氣卽無病也 脈來四十投而一止者 一臟無氣却後四歲春草生而死 脈來三十投而一止者

二臟無氣却後三歲麥熟而死 ……

[平脈]

忽去忽來暫止復來者 死

脈五來不復增減者 死 經名曰代 何謂代脈 五來一止也 脈七來是人一息半時不復增減亦名曰代

[診百病死生要訣]

熱病七八日 其脈微細 小便不利 加暴口燥 脈代 舌焦枯黑者 死 人病甚而 脈不調者 難

10. 活人書¹⁷

[問結脈促脈代脈]

結者陰也 陰盛則結脈 來緩時一止復來曰結 主胸滿煩燥 促者陽也 陽盛則促脈 來數時一止復來曰促 主積聚氣痞憂思所成 大抵 結促之脈 雖時一止爲病 脈非死脈也 惟代脈者眞死矣 往來緩動而中止不能自還因而復動名曰代也 代者死也 仲經傷寒脈結代 心動悸 炙甘草湯主之

11. 三因方¹⁸

[二十四脈主病]

促脈主病 無文註 其促有五 一曰氣 二曰血 三曰飲 四曰食 五曰痰 但臟熱氣脈促 以氣血痰飲留滯不行則止 促非惡脈也

結脈 結爲痰爲飲爲血爲積爲氣 註 氣寒脈緩則爲結 氣熱脈數則爲促 雖緩數不動亦當如促脈分別可也

代脈 代者一臟絕他臟代至 註 代眞死脈 不分三部 隨應皆是

12. 診家樞要¹⁹

[脈陰陽類成]

結 陰脈之極也 …… 陰獨盛而陽不能相入也 爲癥結 爲七情所鬱 浮結爲寒邪滯經 沈結爲積聚在內 又爲氣 爲血 爲飲 爲食 爲積

促 陽脈之極也 …… 陽獨盛而陰不能相和也 怒氣逆上亦令脈促 促為氣涌 為狂悶 為瘀血發狂

代 更代也 …… 主 形容羸瘦 口不能言 若不因病 如人羸瘦 其脈代止 是一臟無氣 他臟代之 其危亡之兆也 …… 妊娠或有脈代者 此必三月餘之胎也 亦無慮焉

13. 東垣十種醫書²⁰

[辨脈]

代者 元氣不相接 脾胃不及之

若不甚勞役 惟右關脾 大而數 謂獨大於五脈 數中 顯緩時 一代也 如飲食不節 寒溫失所 則先右關胃脈 損弱 甚則隱而不見 惟內顯脾脈之大數 微緩時 一代也 宿食不消 則獨右關脈 沈而滑 經云 脈滑者 有宿食也

14. 外科精義²¹

[論脈證各狀二十六種所主病證]

促脈之診 按之則去數來 時一止而復來 仲景曰 陽盛則促 主熱蓄於裏也 下之則和 瘡腫脈促 亦急下之

結脈之診 按之則往來遲緩 時一止而復來 仲景曰 陰盛則結 經曰 促結則生 代則死

代脈之診 按之則往來 動則中止不能自還 因而復動者 曰代脈也 代者氣散也 諸病見之不祥 大凡瘡腫之病 脈促結者難治 而况見代脈乎

15. 診家正眼²²

[脈法]

促脈 體象：促為急促數時一止如趨而蹶進則必死

主病：促因火亢 亦因物停 左寸見促 心火炎炎 右寸見促 肺鳴咯咯 促居右關 脾胃食滯 左尺逢之 遺滑堪憂 右尺逢之 灼熱為定

結脈 體象：結為凝結 緩時一止 徐行而怠頗得其旨

主病：結屬陰寒 亦由凝積 左寸心寒疼痛可決 右寸肺虛氣寒凝結 左關結見疝 必現 右關結形痰滯食停 左尺結兮 痿瘳之疝 右尺結兮陰寒為楚

代脈 體象：代為禪代 止有常數 不能自還 良口復動

主病：代主臟衰 危惡之候 脾土敗壞 吐利為咎 中寒不食 腹疼難收 兩動一止 三四日死 四動一止 六七日死 此第推求 不失經旨

16. 醫學入門²³

[諸脈體狀]

促急來數喜漸寬 註 促者急也 脈數時一止復來曰促

結者緩時來一止 註 結不續也 脈來遲緩時一止曰結

代脈中止不自還 註 代更代也 先有瀉濡定止 方見代脈之歇有定數 不此促結 止而不定 如十動一止 雖數十動 皆見於十動之後 如二十動一止 雖數十動 皆見於二十動之後 三十四十動皆然

[諸脈相類]

結促代 結緩促數止無定 代歇有常命 鮮回

[諸脈主病]

代氣衰 註 代乃元氣衰極 他臟 代至死脈也 促為熱極結為積 註 促乃陽盛而陰不相濟 熱蓄於裏也 結乃陰盛而陽不相入 內外邪滯 為積

[諸脈相兼主病]

促脈陽盛陰不足 氣血痰食壅為毒 註 陰陽之氣不和 不相續也 非若結代之脈 動而中止 有因 氣血 食飲 痰涎 留滯不行而止促 不可緊為惡脈 凡臟腑熱盛則

促急 故曰 與人迎相應 則痰壅陽經 與氣口相應 則積留胃府

裏熱瘀血發狂斑 註 風熱壅盛 則瘀血凝滯 發為狂斑

怒氣激之發厥搐 註 或因怒氣氣逆發厥 上盛下虛

漸加即死漸退生 久病得之亦非福 註 促脈 雖非惡脈 但老病 及久病得之 上愈盛而下愈虛 亦非福也

結因陰盛主有積 結甚積甚微則微 註 與人迎相應 則陰散陽生 與氣口相應 則積阻氣節 陰盛 則結脾胃積氣 大腸秘痛 結甚 則積甚 結微則 積微

陽結茫茫如車蓋 註 脈藹藹 如車蓋大者 各陽結 為陽氣鬱結於外 不與陰氣 和雜也

陰結累累與陽違 註 脈累累 如循長竿 強直者 名陰結 陰氣鬱結 於內 不與陽氣 和雜也

結浮寒邪滯經絡 結沈痰飲瘀血基 亦有七情氣鬱者 脈道不通實由之 註 裏寒 脈緩 則為結 裏熱 脈數 則為促 結促不同 結亦當如促脈 分痰飲氣血積 可也

代脈必死臟氣絕 平人見此大不祥 註 病人見之 反有可生者 平人大忌

惟有風家并痛極 三月妊娠却無妨 註 痛風 痰濕阻碍 有孕 胎氣阻碍 故無妨也

又有暴傷氣血者 古人立有灸甘湯 註 又有暴傷氣血者 一時 元氣未和 非臟絕也 宜灸甘草湯 救之

17. 東醫寶鑑²⁴

內景·外形篇

[神·脈法]

心中驚悸 脈必結代 飲食之悸 沈伏動滑 <脈訣>

[脈·二十七脈]

促 陽脉也 來去數 時一止復來 又曰尋之極數

促爲怒厥熱極 老人及久病 得之非福 <丹心>結 陰脉也 往來遲緩 時一止復來 又曰指下聚而却還 曰結

結爲 陰盛爲積聚 <丹心> 代 陰脉也 動而中止 不能自還 因而復動 由是復止 尋之良久 乃復強起 曰代 又曰 動中一止 停久乃還 代者 更代也 止歇有定數 未比促 結止而不定

代者 藏氣絕 危亡之脉也 代爲 脾元氣衰 <丹心>

[脈 - 脈病藥餌]

止代脉見 宜服炙甘草湯 人參黃芪湯 脉虛軟 宜服茯神湯 補氣湯 雜病篇

[損至脈]

一呼一至 一吸一至 名曰損人 雖能行 猶當着床 盖血氣皆不足也 再呼一至 再吸一至 名曰無魂 無魂者當死 人雖能行 名曰行屍 <難經>

[止代脈定死期] 代者止也 一藏絕 他藏代至 眞死脉也 <三因>

[促結代 皆中止]

細而遲 往來難 時一止 然 三秋診 得瘧爲秋正脉 右手寸口浮短而瘧 爲肺正脉 非病脉也 <脉訣>

脉來緩 時一止 復來 名曰結脉 來數 時一止 復來 名曰促 陽盛則促 陰盛則結 此皆病脉 <仲景>

其促 有五 一曰氣 二曰血 三曰飲 四曰食 五曰痰 但藏熱則脉促 以氣血痰飲 留滯不行 故也 促結 非惡脉也 <三因>

促結 二脉爲邪碍而歇止也 脉促 手足厥逆者 可灸之 脉乍結 手足厥冷者 當吐之 宜瓜蒂散(方見吐門)灸之 吐之 所以

逐去其邪也 <仲景>

不因病而羸瘦脉有止 曰代 其脉往來 緩 動而中止 不能自還 因而復動 名曰代 代眞死脉也 <活人>

代者 脾絕之脉 脾脉者 平和不可得見 衰乃見耳 如雀之啄 如屋漏水之下滴 是脾之衰見也 <難經>

傷寒 脉結代 心動悸 灸甘草湯主之(方見下) 若暴損氣血 以至元氣不續而止 可治之以人參黃芪湯(方見脉部) <脉訣>

[內傷 - 脈法]

右寸氣口脈 急大而數 時一代而澁 此飲食失節 勞役過甚 太過之脈也 <正傳>

18. 醫宗必讀²⁵

[脈有相似宜辨]

促結濇代 皆有止者也 數時一止爲促 緩時一止爲結 往來遲滯似止非止爲代 動而中止不能自還止有定數爲代

19. 景岳全書²⁶

[胃氣]

詳代脈之義 本以更代爲言 如宣明五氣篇曰 脾脈代者 謂胃氣隨時而更 此四時之代也 根結篇曰 五十動而不一代者 謂五臟受氣之盛衰 此至數之代也 平人氣象論曰 但代無胃曰死者 謂代無眞臟不死也 由此觀之則 凡見忽大忽小乍遲乍數 候而更變不常者 均謂之代 自王叔和云 代脈來數中止不能自還 脈代者死 自後以此相傳 遂失代之眞義

[正脈十六部]

脈來忽止 止而復起 總謂之結 舊以數來一止爲促 促者爲熱 爲陽極 緩來一止爲結 結者爲寒 爲陰極 通謂其爲氣爲血 爲食爲痰爲積聚爲癥瘕爲七情鬱結 浮結爲寒 邪在經 沈結爲積聚在內 此固結促之舊說矣 然以子之驗則 促類數也未必

熱 結類緩也未必寒 但見中止者 總是結脈 多由血氣漸衰 精力不繼 所以斷而復續 續而復斷 當見久病者多有之 虛勞者多有之 或 誤用攻擊消伐者亦有之 但緩而結者爲陽虛 數而結者爲陰虛 緩者猶可 數者更劇 此可以結之微甚 察元氣消長 最顯最切形強氣實而舉按有力此多因鬱滯者也 又有無病而一生脈結者 此其素稟之異常無足怪也 舍此之外 凡病有不退而漸見脈結者 此必氣血衰殘首尾不繼之候 速宜培本 不得妄認爲留滯

20. 瀕湖脈學²⁷

促(陽)

促脈來去數 時一止復來 <脈經> 如蹶之趣徐疾不常 <黎氏>

註 脈經但言 數而止爲促 脈訣乃云 并居寸口 不言時止者謬矣 數止爲促 緩止爲結 何獨寸口哉

體狀詩：促脈數而時一止 此爲陽極欲亡陰 三焦鬱火炎炎盛 進必無生退可生

相類詩：見代脈

主病詩：促脈惟將火病醫 其因有五細推之 時時喘欬皆痰積 或發狂斑與毒疽 註 促主陽盛之病 促結之因 皆有氣血痰飲食五者之別一 有留滯則脈必見止也

結(陰)

結脈往來緩 時一止復來 <脈經> 註 脈訣言 或來或去 聚而却還 與結無關 仲景有纍纍如循長竿 曰陰結 藹藹如車蓋 曰陽結 脈經又有 如麻子動搖旋引旋收 聚散不常者 曰結 主死 此三脈 名同實異也

體狀詩：結脈緩而時一止 獨陰偏盛欲亡陽 浮爲氣滯沈爲積 汗下分明在主張

相類詩：見代脈

主病詩：結脈皆因氣血凝 老痰結滯苦沈吟 內生積聚外癰腫 疝瘕(假)爲殃病屬陰

結主陰盛之病 越人曰 結甚則積甚 結

微則氣微 浮結外有痛積 伏結內有積聚

代(陰)

代脈動而中止 不能自還 因而復動<仲景> 脈至還入尺良久方來<吳氏>

註 脈一息五至 肺心脾肝腎 五臟之氣皆足 五十動而一息 合大衍之數 謂之平脈 反此則止乃見焉 腎氣不能至則四十動一止 肝氣不能至則三十動一止 蓋一臟之氣衰而他臟之氣代至也 經曰 代則氣衰 滑伯仁曰 若無病羸瘦脈代者危脈也 有病而氣血乍損 氣不能續者 祇爲病脈 傷寒心悸脈代者 復脈湯主之 妊娠脈代者 其胎百日代之 生死不可不辨

體狀詩：動而中止不能還 復動因而作代看 病者得之猶可療 平人卻與壽相關

相類詩：數而時止名爲促 緩止須將結脈呼 止不能回方是代 結生代死自殊塗
註 促結之止無常數 或二動三動一止即來 代脈之止有常數 必依數而止 還入尺中 良久方來也

主病詩：代脈元因臟氣衰 腹疼洩痢下元虧 或爲吐瀉中宮病 女子懷胎三月兮
註 脈經曰 代散者死 生洩及便膿血 十不止身無病 數內有止皆知定 四十一止一臟絕 四年之後多亡命 止即三年 二十一止二年應 十動一止一年殞 更觀氣色兼形證 兩動一止三四日 三四動止應六七 五六一止七八朝 次第推之自無失 註 戴同父曰 脈必滿五十動出 自難經而脈訣五臟謬 皆以四十五動爲準 乖于經旨 柳東楊曰 古以動數候脈 是喫緊語 須候五十動 乃知五臟缺失 今人指到腕臂即云見了 夫五十動豈彈指間事耶 故學者當診脈問證聽聲觀色 斯備四診而無失

21. 中醫診斷學²⁸

促脈의 의미는 두가지 의미로서 하나는 數時一止이고 또 하나는 數而并居寸口를 뜻한다. 이러한 促脈은 결론적으로

① 節律失常의 脈象으로 그 원인은 여러가지가 복합적으로 이루어진다. ② 數脈이 基本이면서 간헐적으로 一止하는데 그 常數가 없다. ③ 促脈은 疾趨一蹶의 形狀을 비유하였다. ④ 內經에는 數而并居寸口貫珠而上出于漁際의 의미로 쓰였다.

結脈의 의미는 ① 節律失常의 脈象으로 그 원인은 여러가지가 복합적으로 이루어진다. ② 結脈은 頻率이 數하지 않는 기초 위에 時有一歇止하는데 그 常數가 없다. 또한 來動中止한 후 다시 來小數中有還者 反動의 情況을 나타낸다. ③ '徐行而怠'의 形象으로 描寫하기도 한다. ④ 結脈은 또한 代脈, 弦脈, 澁脈, 細脈등의 脈象과 結合하여 복합적으로 나타나기도 한다.

代脈의 의미는 ① 節律失常의 脈象으로 促脈, 結脈이외의 모든 節律不整의 脈象을 다 지칭한다. 그 표현은 脈來動中止 不能自還 良久方至, 定數中止, 乍大乍小 乍數乍疏으로 서술되었다. ② 脈律不齊의 前提下에 雀啄, 蝦游등의 구체적 사물의 動態 形象을 비유하여 나타내기도 하였다.

22. 脈診²⁹

促脈의 形成은 陽熱이 홀로 盛하고 陰과 和合하지 못하여 脈搏이 오고감이 數하고 促하게 된 것으로 數中에 中止하는 것은 血이 急하게 循環되는 中에 量的인 면에서 계속되지 못하기 때문에 증지하는데, 그 原因은 氣, 血, 食, 痰등의 病邪로 滯하여 血行을 妨害하여 數한 中에 한번 中止하면서 有力하고, 眞元의 衰弱으로 臟器가 乖違되고 陰血이 衰少한 경우는 陰陽이 서로 접촉하지 못하여 無力하게 된다. 臨床에서의 경우 心氣가 虛損되고 眞元이 衰弱하여 心悸, 浮腫, 咳喘등의 症狀이 나타나는 心臟疾

患에 促脈이 나타나는데, 이는 心臟自體의 衰弱에서 나타난다.

結脈의 形成은 氣, 血, 痰, 食, 飲등의 邪氣가 積滯하여 없어지지 않고, 血行을 妨害하므로써 心陽이 澀滯되어 脈來 遲緩而中止하고, 또 다른 이유는 氣血의 衰弱으로 인해 心陽不振하게 되어 血不順하여 遲緩而中止하게 된다. 臨床에서의 경우 獨陰偏盛으로 命門之火가 衰弱할 경우에 나타나며, 또한 痰飲, 食積, 등으로 인해 血行을 妨害할 경우 나타난다. 이외에 氣虛血澁한 경우에도 나타난다.

代脈의 形成은 크게 두가지 原因이 있는데, 하나는 臟氣가 衰微하고 氣血陽虛하며 氣不推血行하여 脈이 올때 증지되고, 돌아올 수 없고, 한참 후에 돌아오게 되는 것이다. 다른 하나 갑자기 놀라거나 打撲으로 脈氣에 영향을 주어 脈氣가 서로 접촉할 수 없는 까닭이다. 임상에 있어서는 臟氣衰敗의 경우에 代脈이 나타나며, 中寒吐痢하여 脾敗한 경우에 또한 나타난다. 이외에 心悸, 怔忡, 打撲損傷, 風症, 痛症등에도 나타난다.

23. 東醫心系內科學⁵

[結脈]

① 現代的 定義：心臟搏動이 紊亂해서 나타나는 不規則하고 間歇的으로 停止하는 脈象이다. 脈搏이 느리고 間歇的으로 停止하는 것은 遲結脈이라고 부르며, 脈數하고 間歇的으로 休止하는 것은 數結脈 혹은 促脈이라고 한다.

② 特徵：脈來時에 몇번에 한번씩 脈搏이 停止한다.

③ 臨床의 意義：結脈은 心臟의 搏動調節에 異常이 있는 것이므로 心臟의 器質的인 病變에서 나타난다. 器質的인 心臟異常이 없어도 神經機能의 紊亂으로 結脈이 나타나는 수도 있다. 이 밖에

도 急性 吐瀉로 電解質均衡이 깨졌을 境遇와 藥物의 影響으로 結脈이 나타날 수도 있다.

[代脈]

① 現代的 定義 : 心臟搏動이 不規則하여 일어나는 脈象으로서, 規則的으로 脈搏이 멈추거나 작은 搏動이 나타난다. 實際的으로는 多發性 結脈의 範疇에 屬한다.

② 特徵 : 脈搏이 2:1, 3:1 또는 5:1의 比率로 멈추거나 작은 搏動이 나타난다.

③ 臨床的 意義 : 代脈은 心臟의 搏動機能에 異常이 있는 것으로서 心臟病의 重要한 體證이다. 各種 心筋病變이나 藥物中毒性 心筋損傷에 代脈이 나타날 수 있다. 이밖에 神經機能要因 및 慢性 感染으로도 代脈이 나타날 수 있으므로, 代脈이 나타나는 것만으로 病情의 危重與否를 判斷할 수 없다.

[促脈]

① 現代的 定義 : 脈搏이 빠르고 間歇的으로 停止하는 脈象이다.

② 特徵 : 脈搏이 不規則하고 中間에 不規則的인 休止가 있다. 脈搏이 빠른 境遇가 많다.

③ 臨床的 意義 : 心臟의 房室傳導가 阻滯되는 境遇에 나타난다.

24. 中西醫結合³⁰

[心律失常]

① 病因 外邪侵襲, 七情刺激, 飲食勞傷, 臟腑虛損

② 辨證 및 治療

心氣不足 - 補氣安神 天王補心丹 加減

氣陰兩虛 - 補氣養陰 炙甘草湯加減

氣虛血瘀 - 補氣活血 補中益氣湯合

桃紅飲 或 血府逐瘀湯加減

陰虛火旺 - 滋陰降火 清骨散加減

心脾兩虛 - 益氣養血 歸脾湯加減

痰濕阻逆 - 健脾理濕化痰 溫膽湯 加減

脾腎陽虛 - 溫補脾腎 附子理中湯 加減

2. 西洋醫學的 考察^{1,2,3,31}

1. 不整脈의 定義(Definition of Arrhythmia)

心臟의 리듬 및 傳導障碍를 의미하는 것으로 心臟의 電氣刺戟 形成障碍나 刺戟傳導障碍를 總括하는 것으로서 대부분은 脈과 脈 사이의 시간적인 間격이 고르지 못한 것을 의미한다.

2. 不整脈의 原因 (Causes of Arrhythmia)

1) 不明 - 原發性 電氣的 現象

2) 心臟疾患

① 심근의 전이성 병변(심근경색 或 심근염)

② 심장판막의 이상(승모판 협착증, 대동맥판 폐쇄 부전증)

③ 심장의 전이성 병변(폐암, 임파종, 흑색종 등의 전이)

3) 肺疾患 - 고탄소혈증, 폐색전, 저산소혈증

4) 自律神經 異常 - 과민성 경동맥동

5) 全身疾患 - 갑상선기능항진증, 빈혈, 고열

6) 藥物中毒 - Digitalis제제, 이노제, 항부정맥제제(Quinidine) 등

7) 電解質代謝 異常 - 고Ka혈증, 고Ca혈증, 저Ka혈증

8) 胃腸의 大量出血

9) 機械 刺戟 - 心導子術, 人工心搏調律器

3. 不整脈의 發生機轉(Mechanisms of Arrhythmia)

心臟은 전기생리학적 측면에서 SA node → AV node → AV bundle → bundle branch → purkinje's fiber의 順으로 자극이 전달 되며, 이러한 과정상에서 자극형성의 장애나 자극전도의 장애가 발생하면 不整脈이 초래 되어진다.

1) 刺戟形成의 障碍

정상상태에서는 동방결절이 pace maker로 작용하나, 비정상상태의 경우 동방결절이외의 부위에서 pace maker로 작용하여 조기박동(premature beat, ectopic beat)을 만들기도 하며, 동방결절 기능이 저하되면 동방결절이하 부위의 전도계가 pace maker로 작용하여 이 탈박동(escaped beat)을 만들기도 한다.

2) 刺戟傳導의 障碍

心臟은 전기자극을 받아 脫分極 된 후 다시 刺戟에 반응하기 위해서는 일정기간이 지나야 하는데, 이 일정기간을 不應期라고 한다. 어떠한 전기자극이 完全 不應期에 있는 조직에 전도되면 傳導遮斷이 되고 相對的 不應期에 있는 조직에 전도되면 傳導遲延이 된다.

4. 不整脈으로 因한 血力學的 變化 (Hemodynamic effects of Arrhythmia)

① 心搏動數의 變動을 초래하여 心搏動數가 分당 40回 以下, 160回 以上으로 너무 느리거나 빠르면 心搏出量이 급진적으로 감소하여 의식이 소실되기도 한다.

② 심방세동, 심방조동같은 부정맥이 발생하면 心房機能消失로 心室의 확장기 혈액량에 변화를 초래하므로 心搏出量의 감소 현상이 발생한다.

③ 心筋酸素消費量 및 冠血流量에 對한 影響을 주어 頻脈時 心筋의 산소소비량은 증가시키고, 冠狀動脈血流量은 감소시키므로 心筋虛血을 야기하기도 한다.

④ 心室脫分極 順序의 變動을 주어 心室性不整脈이나 脚遮斷患者에서 좌우심실의 脫分極順序가 달라져 心搏出量을 감소시킬 수 있다.

⑤ 心筋機能에 對한 影響을 주어 장기간 지속되는 重證 頻脈은 직접적으로 심근의 기능을 억제시킨다.

5. 不整脈의 診斷(Diagnosis of Arrhythmia)³²

① 병력조사 및 이학적 검사

심계항진, 현기증, 실신, 호흡곤란, 흉통의 증상 및 정신적 긴장, 흥분, 커피, 흡연, 운동, 과음, 약물등의 복용여부에 대해서 조사

② 표준 12유도 심전도

③ Holter기록(활동중 심전도기록)

가끔 나타나는 부정맥의 진단, 부정맥과 일상생활과의 관련성, 항부정맥치료 효과의 판정, 인공 심박조율기의 기능 판정, 급성 심근경색증 환자의 향후 급사위험성 판정

④ 운동부하검사

운동으로 유발되는 부정맥의 진단, 급성 심근경색증 환자의 향후 급사위험성 판정, 항부정맥치료효과의 판정

⑤ 임상전기생리학적 검사

동결절기능 측정, 방실전도장애부위 측정, 심실상성 및 심실성 빈맥의 발생 기전 및 치료법의 선택, 원인불명의 실신 진단

6. 不整脈의 分類(Classifications of Arrhythmia)

1) 心搏數 및 調律의 異常과 傳導障礙

의 異常으로 分類하는 境遇

■ 心搏數 및 調律의 異常

(1) 洞房結節에서 發生하는 異常

① 동성빈맥(sinus bradycardia)

② 동방정지(sinoatrial block)

③ 동방 Block(sinoatrial block)

④ 동성빈맥(sinus tachycardia)

(2) 心房에서 發生하는 異常

① 심방성 기외수축(atrial premature contraction)

② 발작성 심방성빈맥(paroxysmal atrial tachycardia)

③ Block 동반하는 심방성빈맥(atrial tachycardia accompanied block)

④ 심방세동(atrial fibrillation)

⑤ 심방조동(atrial flutter)

(3) 房室接合部에서 發生하는 異常

① 이소성 접합부성 수축(ectopic junctional beat)

② 방실 접합부성 빈맥(idiojunctional tachycardia)

③ 방실 접합부성 조율(AV junctional rhythm)

(4) 心室에서 發生하는 異常

① 심실성 기외수축(ventricular premature contraction)

② 심실성 빈맥(ventricular tachycardia)

③ 심실세동(ventricular fibrillation)

■ 傳導障礙의 異常

(1) 房室 傳導障礙

① 제 1도 방실전도장애(first degree AV Block)

② 제 2도 방실전도장애(second degree AV Block)

③ 제 3도 방실전도장애(third degree AV Block)

(2) 脚 傳導障礙(Bundle Branch Block)

(3) 早期 興奮 症候群(Preexcitation syndrome)

2) 心室上性, 心室性 및 傳導障礙 異常으로 分類하는 境遇

(1) 心室上性 不整脈

① 동성 : 동빈맥, 동서맥, 동부정맥, 동정지, 동방전도장애, 동기능부전증 후군

② 심방성 : 심방조기수축, 심방빈맥, 심방조동, 심방세동

③ 방실 접합부성 : 방실접합부 조기 박동, 방실접합부성 빈맥

(2) 心室性 不整脈

① 심실조기수축

② 심실빈맥

③ 심실세동

④ Twist of points

(3) 房室 傳導障礙

① 제 1도 방실 전도장애

② 제 2도 방실 전도장애

③ 제 3도 방실 전도장애(완전 방실 전도장애)

(4) 心室內 傳導障礙

① Unifascicular

② Bifascicular

③ Trifascicular

3) 徐脈性 不整脈과 頻脈性 不整脈으로 分類하는 境遇

(1) 徐脈性 不整脈

■ 洞結節의 刺戟 生成 傳導 異常

① 동성 서맥(sinus bradycardia)

② 동정지(sinus tachycardia)

③ 동방 Block(sinoatrial block)

④ 동기능 부전 증후군(Sick sinus syndrome)

■ 房室 傳導 異常

① 제 1도 방실전도장애(first degree AV Block)

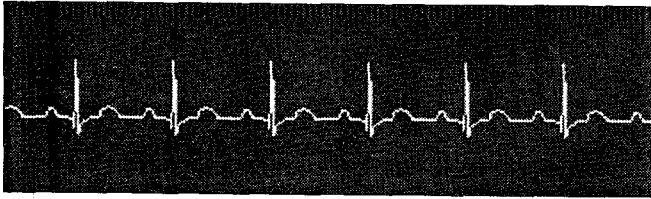


Fig. 1.

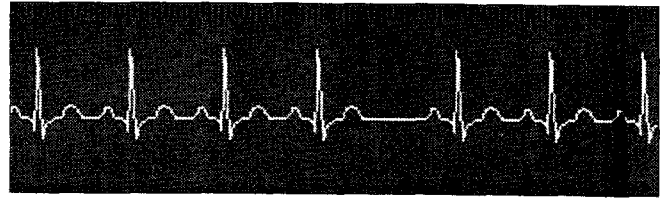


Fig. 2.

② 제 2도 방실전도장애(second degree AV Block)

③ 제 3도 방실전도장애(third degree AV Block)

④ 脚 Block(Bundle Branch Block)

(2) 頻脈性 不整脈

■ 心房性

① 심방세동

② 심방조동

③ 발작성 심실상성 빈맥

④ 조기 흥분 증후군

■ 心室性

① 심실 빈맥

② 심실 세동

③ Torsade de points

7. 各 不整脈의 定義, 原因 및 誘因, 臨床症狀의 發顯樣態, 概括的 治療法³³

(1) 洞性徐脈(Sinus Bradycardia)

① 定義 : 동결절로부터 분당 60회 이하의 heart rhythm 발생

② 病理的 原因 및 誘因

구토, 頭蓋內壓의 上升, 경추와 중격의 腫양, 頸髓 압박, 폐색성 황달, 洞機能 부전증후군, 동방결절의 섬유화, 하벽심근경색, 저체온, 정서변화, 노력과다 등에 의해서 나타난다.

③ 臨床 症狀

일반적으로 증상은 없으나, 맥박수가 분당 40회 이하이거나 心不全으로 동성서맥이 심해지는 경우에는 권태감

(malaise), 졸도(faintness), 호흡곤란(dyspnea), 흉부불쾌감(chest discomfort), 심계항진(palpitations) 등이 발생

④ 心電圖 所見(Fig. 1)

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

건강한 사람의 약 24%에서 동성서맥이 관찰되어지며 제1도 방실블럭을 동반하는 동성서맥은 일반적으로 운동능력이 뛰어난 사람의 경우 흔히 관찰되고, 노인에게서도 나타날 수 있다. 증상이 없거나 생리적인 경우는 특별한 치료를 필요치 않으나, 약물에 의한 부작용이나 급성 심근경색증 등에 의하여 일시적으로 맥박이 느려진 경우는 일시적인 심박동기를 시술하기도 한다.

(2) 洞房전도장애

① 定義 : 洞結節에서 생성된 전기적 자극이 주위의 심방조직으로 전달되지 않음으로서 不整脈을 초래하는 것.

② 病理的 原因 및 誘因

내인성 동결절질환, 전해질 장애, 디지털리스 중독등에 의해서 나타난다.

③ 臨床 症狀

3도의 SA block인 경우 간혹 증상을 동반하나 생명에 지장을 주는 경우는 비교적 드물고 일시적인 어지러움을 느끼며 계속되면 실신, 혼미, 졸도, 협심증 등을 호소할 수도 있음.

④ 心電圖 所見

· 심전도로는 동결절을 볼 수 없으므로 1도 및 3도 동방 전도장애는

진단이 안되며 2도 동방 전도장애만이 진단 가능함.

· 동방 전도 차단이 발생하면 P wave와 QRS 군이 모두 보이지 않으며, 이 때의 PR간격은 정상 PR 간격의 2배, 3배 등으로 된다.

⑤ 概括治療法 및 認知內容

일반적으로 sinus arrest에 준하나, SA block이 매우 심하여 증상을 동반하지 않는 한은 심박동기의 시술은 필요없음.

(3) 洞停止(Sinus Arrest)

① 定義 : 洞結節에서 전기 자극을 형성하지 못해 맥박이 나타나지 않는 상태

② 病理的 原因 및 誘因

심근 질환, digitalis, β -blocker, Ca^{2+} antagonist 등으로 이미 病變이 있는 洞結節이 이들 약물에 의하여 더욱 억제됨으로 인한.

③ 臨床 症狀

시간이 5초 이상 지속되어 心停止가 되면 대부분 일시적인 어지러움을 느끼게 되며, 이것이 계속 지속이 되면 卒倒를 당하게 된다.

④ 心電圖 所見(Fig. 2)

⑤ 概括治療法 및 認知內容

원인이 될만한 상태를 교정시킴에도 불구하고, sinus arrest가 계속되면 영구적 심박동기를 수술하여야 한다. 특히 洞結節의 기능이 감소되어 있는 환자에 있어서 약물에 대한 부작용으로 sinus

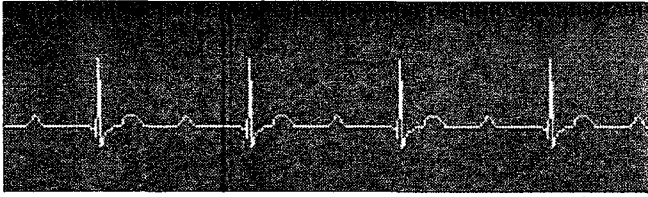


Fig. 3.

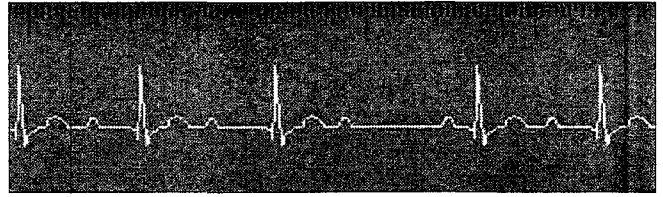


Fig. 4.

arrest가 생길 수 있음.

(4) 洞機能不全症候群(Sick Sinus Syndrome)

① 定義 : 洞結節형성에 장애가 있거나, 동방전도에 장애가 있으므로, 心搏出量이 감소되어 현기증, 실신, 심계항진, 전신쇠약감 등의 증상을 나타내는 증후군.

② 病理的原因 및 誘因

가장 흔한 원인은 심장전도계와 동결절의 섬유화에 의한 전도장애와 관상동맥질환에 의해서 유발된다. 이외에 고혈압, 류마티스성 심장 질환, 선천성 심장 질환, 감염성 질환, 심낭염, 전이성 질환 및 β -blockers, digitalis, calcium blockers, potassium, quinidine 등의 약물 부작용에 의해서도 유발된다.

③ 臨床 症狀

환자의 대부분은 증상이 없으나, 드물게는 心悸亢進, 실신, 어지러움이 발현된다. 頻脈에 의해서 심계항진이 나타나다가, 徐脈으로 인한 心搏出量감소로는 전신 쇠약감, 운동시 호흡곤란, 어지러움, 실신이 나타남.

④ 心電圖 所見

동성서맥, 동정지, 동방Block, 심실상성빈맥을 특징으로 하며 서맥·빈맥증후군을 나타내며 자주 심방세동을 동반함.

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

EKG에 의해 진단되어진 환자중에 임상 발현 증상이 없는 환자는 특별한 치료는 필요없으며, 대뇌 허혈 상태로

인한 실신, 어지러움과 그리고 협심증, 심박출량 감소로 인한 호흡곤란, 피로, 무력감은 치료의 대상이 되는 경우로 영구 심박동기를 삽입해야 한다.

(5) 第一度 房室傳導障礙(First degree AV Block)

① 定義 : 심방의 전기자극이 심실로 전도되는데 있어서 conduction time이 연장되는 것으로서 EKG진단상 PR 간격이 0.20초 이상임.

② 病理的原因 및 誘因

급성 심근경색, 디지탈리스 중독, 약물 사용(B-blocker, Ca-blocker)

③ 心電圖 所見(Fig. 3)

④ 概括的 治療法 및 認知內容

일반적으로 1도 방실 전도장애가 단독으로 있으면 특별한 치료는 필요 없다.

(6) 第二度 房室傳導障礙(Second degree AV Block)

그 양상에 따라 Mobitz type I 과 Mobitz type II 로 분류되어진다.

[A] Mobitz type I (Wenckebach AV block)

① 定義 : 방실전도시간(PR간격)이 점차 연장되면서 방실 차단이 나타나는 것으로 방실결절내의 전도 이상에 의해 발생

② 病理的原因 및 誘因

주로 허혈성 심질환과 약물 중독

③ 臨床 症狀

일반적으로 Wenckebach AV block 은 무증상을 나타내나, 심실반응이 분당 45회 이하로 심박출량이 저하되면 어지러움, 무력감, 실신같은 증상이 발생하는데 이것은 급성 심근 경색이 강력할 때 나타남.

④ 心電圖 所見(Fig. 4)

PR 간격이 점차 길어지다가 QRS 1 회 탈락하며 탈락후 PR 간격이 다시 좁아짐

QRS의 폭은 대체로 정상

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

특별히 치료가 필요 없으며, 고도로 운동량이 많은 사람들에 있어서 洞徐脈을 가진 Wenckebach AV block을 동반하는 경우는 흔함.

[B] Mobitz type II

① 定義 : 선행 박동에서 RR간격의 변화없이 갑작스런 방실 차단이 일어나며 His속 전도계의 이상에 의해 생김

② 病理的原因 및 誘因

관동맥성 심질환, 고혈압, 심근증, 대동맥판 협착, 전도계 특발성 경화증, 전도계 침범하는 심근의 섬유 석회화성 변성, 선천성 심질환, 심실중격 결손, 심근 amyloids 등에 의해

③ 臨床 症狀

자주 症狀을 나타내는데 어지러움, 무력감, 실신, 눈 앞이 캄캄함이며 주로 立位에서 발생하며 臥位에서는 회복이 된다.

④ 心電圖 所見(Fig. 5)

PR 간격이 일정하다가 QRS가 탈락

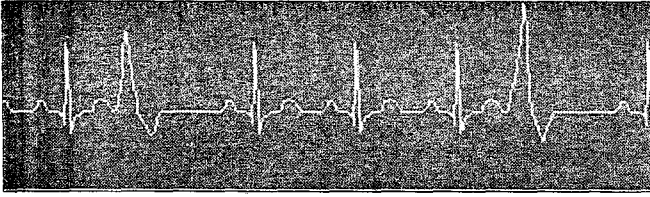


Fig. 5.

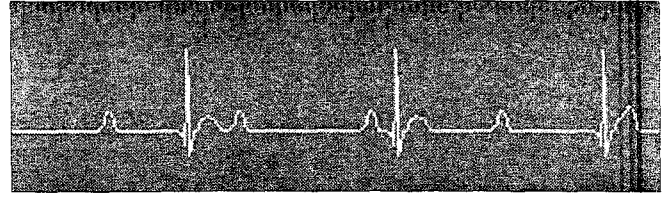


Fig. 6.

되는 경우로 QRS 지속은 약간 커진다.

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

약물학적 요법은 일반적으로 효과가 별로 없으며, 만약 急性心筋梗塞 동안에 나타나면 임시 심박동기가 필요하며, 완전 방실 장애가 있으면 영구 심박동기를 시술해야한다. 비교적 예후가 나쁘며, 돌연심장사나 Stoke-Adams증후군이 발생할 가능성이 많다.

(7) 第三度房室 傳導 障礙(Complete AV Block)

① 定義 : 심방과 심실의 전도가 완전히 차단되어 심방과 심실이 독자적으로 수축하는 상태로서 심방 및 심실은 각각의 pacemaker에 의해 조절이 되며 전도장애는 방실 결절, His bundle내, His bundle 이하 부위 등 어느 부위에 서든지 발생하나 His속보다 하방 부위의 차단에 의하는 경우가 많다.

② 病理的 原因 및 誘因

퇴행성 또는 특발성 전도계 이상, 허혈성 심질환, 약물 중독, 대동맥판막과 승모판막의 석회화, Mobitz type II의 원인이 3도의 원인도 됨.

③ 臨床 症狀

나타나는 증상은 아주 다양하며 갑자기 허탈해진다든지, 심계, 강한 심박동감, 쇠약감, 호흡곤란을 호소하기도 한다.

④ 心電圖 所見(Fig. 6)

심방의 전기자극이 심실로 전혀 전달이 안 되는 경우로 심방 및 심실은 각각의 심박조율부위(방실접합구 혹은 심

실)에 의해 조율됨

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

일시적인 것인지 지속적인 것인지를 진단하여 원인을 빨리 제거하여야 하며, 만약 분당 30회 이하의 지극히 느린 경우에는 大腦虛血狀態와 心不全이 나타날 수 있으며, 완전 방실 장애는 급성 심근경색때 자주 유발됨.

(8) 脚 Block(Bundle branch block)

① 定義 : atrial impulse가 심실로 전달되는데 있어 심실내에 있는 좌우의 Bundle branch에 전도 장애가 발생하여 심실의 기능을 약화시키는 것.

② 病理的 原因 및 誘因

심실 흥분의 전도 지연과 관련하여 허혈성 심질환과 염증성 혹은 침윤성 심근 질환이 원인이 되며, 비정상적인 전도로를 통과함으로써 자극 전달이 지연하는 경우는 좌·우심실 비대에 의해서 나타난다.

③ 臨床 症狀

일반적으로 운동시 심실 반응이 증가하지 않음으로 현훈, 무기력감을 느끼며, 좌심방압이 증가하여 호흡곤란과 울혈성 심부전증이 생긴다. 만약 心室 不全 收縮이 수초 이상 지속되면 실신하기도 함.

④ 心室內 傳導 障礙의 分類(classification of bundle branch block)

심실내 전도는 Right bundle branch와 Left bundle branch의 2개의 분지인 Left anterior fascicle branch, Left

posterior fascicle branch의 전도로에 의해 이루어진다.

Unifascicular 전도장애 :

- i. Right Bundle Branch Block (RBBB)
- ii. Left anterior fascicle Block (LAFB)
- iii. Left posterior fascicle Block (LPFB)

Bifascicular 전도장애 :

- i. RBBB + LAFB
- ii. RBBB + LPFB
- iii. LAFB + LPFB

Trifascicular 전도장애 :

- i. RBBB + LAFB + APFB

⑤ 心電圖 所見

■ Right Bundle Branch Block (RBBB)

QRS complex의 wide가 0.12초 이상

V1, V2에서 M모양의 rsR' 나 rsr'의 형태가 나타남.

V5, V6, I, aVL에 깊고 넓은 S파를 보임.

■ Left anterior fascicle Block (LAFB)

유도 I에서 qR, 유도 III에서 qR의 모양을 보임.

유도 I에서 S파 결여되고 II, III에서 S파 나타남.

QRS는 확장되거나 I, aVL에서 흡을 가질 수도 있음.

QRS는 보통 정상

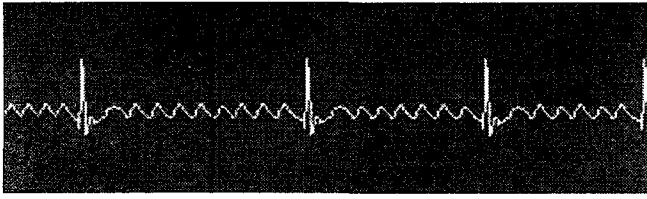


Fig. 7.

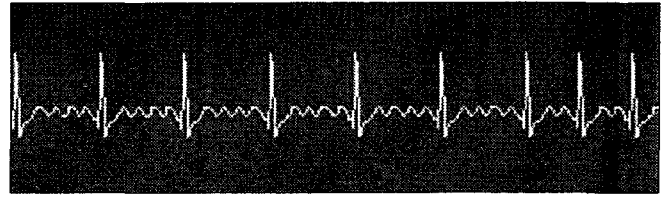


Fig. 8.

▪ Left posterior fascicle Block (LPFB)

QRS는 정상

유도 I에서 rS, 유도 III에서 qR의 모양을 보임.

aVL에서 rS, aVF에서 qR모양을 보임.

▪ Left Bundle Branch Block (LBBB)

QRS군이 0.12초 이상으로 넓어짐.

V1에서 rS 혹은 QS형, V6에서 R, rsR' 혹은 RsR' 형으로 나타남.

V5 V6, I, aVL에서 q파가 없음.

⑥ 概括的 治療法 및 認知內容

脚 Block군의 치료는 기저 심질환에 대한 치료가 우선이며, 脚 Block만으로는 치료의 대상이 되지 않으나, 3개의 Bundle Branch에 광범위한 병변이 있는 경우는 완전 방실 차단으로 이행될 가능성이 많으므로, 急性心臟梗塞의 경우는 예방적이고 일시적인 심박동기 시술이 신중히 고려된다. 이밖에 좌각차단의 경우는 心疾患의 발생빈도나 心因性死亡의 가능성이 정상 대조군보다 높다.

(9) 心房細動(Atrial fibrillation)

① 定義 : 심방세동은 발생빈도가 높고 치명적인 합병증을 자주 동반하는 중요한 Cardiac arrhythmia의 하나로써 분당 400~600회 비율의 몹시 빠르고 불규칙적인 자극들을 발생하여 방실 결절 및 심실을 계속 자극하나, 효율적인 심방 수축은 일어나지 않으며 전체

적으로 불규칙한 heart rhythm이 발생하는 것으로 크게 paroxysmal type과 chronic type으로 분류한다.

② 病理的 原因 및 誘因

발작성인 경우는 스트레스, catecholamine 함유하는 기관지 확장제, 갑상선 기능 항진증, 일과성 좌심실 부전, 흉곽내 수술후, 급성심낭염, 폐염, 심근염, 폐색전, 급성 류마티스열에 의해서 만성인 경우(심방세동이 2주 이상 계속되는 경우)는 고혈압성 심혈관 질환, 관상동맥성 질환, 승모판막 질환, 갑상선 증독증, 심근증, 폐성심, 선천성 심질환에 의해

③ 臨床症狀

일반적으로 心悸亢進이 主症狀이며, 다른 증상으로는 불안, 걱정, 易疲勞, 무력감, 어지러움, 呼吸困難 등이 나타나며, 심하면 실신도 발생한다.

④ 心電圖 所見(Fig. 7)

심장의 여러 부위가 계통없이 수축. 확장하므로 효과적인 심방수축을 못하는 상태이므로, 심전도상 P파는 1분에 350~600회 정도로 기선이 매우 불규칙한 f파로 나타나며, 심박동수도 1분에 100~160회 정도로 매우 불규칙하다.

심전도상 유도 V1파와 aVF에서 확실한 P파가 없으면서, 정상 QRS군이 불규칙하게 나타난다.

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

치료에는 심실을 느리게 하는 방법과 동성 리듬으로의 전환, 마지막으로 기저질환에 대한 치료를 통해 심방세동의 재발방지를 해주어야 한다. 심방세동

은 뇌졸중의 주요한 위험요소로서 혈전, 색전증의 빈도가 수배이상 증가한다. 따라서 항응고 요법이 필요하기도 하다.

(10) 心房粗動(Atrial flutter)

① 定義 : 심방이 동결절로부터의 자극에 따라 흥분 수축을 하지 않고 심방 자체에서 발생한 규칙적이며 빠른 횡수(분당 300회 정도)의 흥분을 연속하는 상태로, 심실은 AV block의 결과로서 2:1 or 4:1로 흥분하여 1분당 150회 내지 75회의 박동을 하는 것

② 病理的 原因 및 誘因

발작성인 경우는 심질환, catecholamine이 함유된 기관지확장제, 커피, 알콜, 담배, 수술후, 급성 호흡부전에 의해 만성인 경우는 류마티 심질환, 고혈압성 심질환, 관동맥성 심질환, 심방 증격결손에 의해 발생한다. 가끔은 심낭염, 갑상선 기능 항진증, 급성 폐전색에 의하기도

③ 臨床 症狀

심계항진, 불안감, 무력감, 易疲勞, 어지러움, 호흡곤란

④ 心電圖 所見(Fig. 8)

P파는 톱니바퀴 모양의 F파로 유도되고, II, III, aVF에서 가장 잘 나타남

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

심방조동은 약물치료 반응이 좋지 않은 부정맥증의 하나로서 동성 리듬으로의 환원, 심실 반응의 감소, 상기 원인 질환의 치료, 심방조동의 재발 방지의 방법으로 치료하여야 한다. 심방세동은 주로 만성적으로 존재하며, 심방조동은

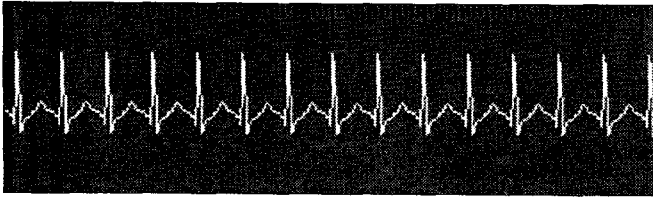


Fig. 9.

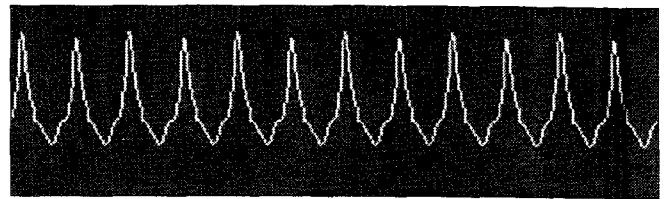


Fig. 10.

주로 간헐적으로 존재하는데, 심방조동은 심방세동으로 넘어가기가 쉽다.

(11) 發作性 心室上性 頻脈(Paroxysmal Supraventricular Tachycardia)

① 定義 : 심전도상 정상 QRS군을 나타내면서, 분당 150~250회의 빈맥을 나타내며 발생과 종료가 급격한 것을 말한다.

② 病理的原因 및 誘因

구조적 질환이 없이도 일어날 수 있으며, 급성 감염, 심근염, 만성폐질환, 급성심근경색, 약물중독시에 나타나기도 한다.

③ 臨床 症狀

갑자기 빈맥과 급작스러운 심박동을 호소하며, 일반적으로 심계항진, 불안감, 易疲勞, 호흡곤란, 흉통, 흉부불쾌감 등을 호소하며 심하면 어지러움과 실신을 동반한다.

④ 心電圖 所見(Fig. 9)

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

경동맥동 압박같은 Vagal 요법은 회귀성 빈맥에 적용되며, 기침, 숨을 참는 방법등을 통해 미주신경을 자극하여 방실전도를 지연시키고 회귀로를 막아 없애는 방법이 있으며, 만약 Vagal 요법이 처음에 성공스럽지 않으면, 항부정맥 약물 쓴 후에 다시 시행할 수 있다. 발생 기간이 짧으면 치료가 필요 없이, 편안한 위치로 안정시키면 된다.

(12) 早期興奮症候群 (Preexcitation syndrome, WPW syndrome)

① 定義

정상 전도로와 심방과 심실사이에 있는 비정상적인 extra AV nodal connection을 경유하는 방실우회로의 두 전도로에 의해 전기자극이 전도됨으로써 정상 전도보다 빨리 심방 전기자극이 심실에, 심실 전기자극이 심방에 전도되는 증후군으로서 이 증후군은 해부학적 다양성에 따라 분류되어지는데, 대표적인 것이 심방과 심실사이에 부속로가 있는 Wolff-Parkinson White syndrome이다.

② 病理的原因 및 誘因

소아에게서보다 성인에게서 진단되어지는 syndrome으로 선천성 기형이다.

③ 臨床 症狀

빈맥이 없으면 증상이 없으나, 빈맥이 발생되면 동계, 흥분, 피로감, 어지러움, 호흡곤란, 흉민감, 실신등의 증상을 보인다.

④ 心電圖 所見

PR 간격이 0.12초보다 짧음.
QRS군이 shorter, widen해져서 Delta 파를 나타냄.

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

심방세동이나 심방조동이 동반된 경우를 제외하고는 정상적인 QRS형태를 지닌 회귀부정맥은 발작성 상심실성 빈맥과 같이 치료할 수 있다.

(13) 心室頻脈(Ventricular Tachycardia)

① 定義 : 심실 빈맥이란 His bundle 아래 부위에서 빠른 이소성 빈맥이 발생된 것으로 3개 이상의 심실 조기 박동이 분당 100회 이상의 빈도로 연속하여 나타나는 것이며, 이러한 이유로 혈액역학적 이상을 초래하는 부정맥을 말하며 크게 지속형과 비지속형으로 나눈다.

② 病理的原因 및 誘因
심실 빈맥은 거의 대부분이 심질환을 가지고 있는 환자에게서 일어나며, 허혈성 심질환, 급성심근경색, 승모판탈수, 판막질환, 酸血症(acidemia), 저산소혈증, 심한 저혈압, 手術後 내과적 응급 상황하에서 1차적으로 발생, Prolonged QT syndrome

③ 臨床 症狀

맥박은 잘 촉지 되지 않으며, 어지러움, 피로, 무력감, 호흡곤란, 흉민, 실신 등의 증상을 보이며, 심근경색을 동반하는 경우는 心停止의 소견으로 맥박이 없고 의식소실, 동공산대가 나타난다.

④ 心電圖 所見(Fig. 10)

빠르면서 QRS군이 0.14초 이상, 흉부 유도에서 QRS가 모두 양성 혹은 음성이며, 보통 P파가 나타나지 않는다.

⑤ 概括的 治療法 및 認知內容

증상이 없으면서 심장병이 없는 사람에게서 발생된 발작성 심실 빈맥은 치료없이 관찰해봄이 좋다. 저혈압, 심부전 혹은 협심증이 있으면 즉시 전기적 심실 제세동을 시행하여야 한다. 만성

재발성 심실빈맥의 경우는 부정맥을 응급 치료하면서 부정맥 재발 억제하는 약물치료, 외과적 치료방법, 항부정제의 사용, 심박동기의 시술이 고려되는데 여기에 해당되는 질환으로는 심근증, 판막 질환, long Q-T syndrome 등이다.

(14) 心室細動(Ventricular fibrillation)

① 定義 : 심실의 여러 부위가 계통없이 무질서하게 수축, 확장하므로 효과적인 심실수축을 못하는 상태로 QRS군이나 T파를 감별할 수 없는 불규칙한 진동파로 나타나는 부정맥을 말함.

② 病理的原因 및 誘因.

심실세동의 원인은 심실 빈맥과 거의 비슷하며 이 중 가장 큰 원인은 급성 Myocardial Infarction이며, 간혹 발작적으로 Adam-stokes에서 발생한다.

③ 臨床 症狀

뇌혈관 장애를 지닌 환자의 경우는 무의식을 동반하면서 몇 초 안에 넘어지며, 뇌혈관 장애가 없는 환자의 경우도 점진적으로 의식이 저하된다. 만약 즉시 구조되지 않는다면 환자는 무의식을 유지하게 되고, Seizure, Apnea상태가 되면서 결국은 사망하게 된다.

④ 概括的 治療法 및 認知內容

심실세동이 의심되면 즉각적으로 defibrillation(탈세동)이 시작되어야 한다. 일단 심실세동이 발생하면 환자는 즉시 의식을 소실하게 되고, 즉시 심장을 소생시키는 심폐소생술이 시행되지 아니하면, 환자는 사망하게 되며 설사 심장이 소생된다 하더라도 혈류가 5분 이상 차단되면 뇌에 영구적인 손상을 초래한다. Sudden Cardiac death의 가장 많은 원인은 심실세동이므로 심인성 급사(Sudden cardiac death)와 심실세동은 같은 말이라 해도 틀리지 않는다.

III. 考 察

不整脈이란 단순히 不規則한 心搏動을 의미하는 것이 아니라, 心臟의 電氣刺戟 形成障礙나 刺戟傳導障礙를 總括하는 것으로서 대부분은 脈과 脈 사이의 시간적인 간격이 고르지 못한 것^{1),3),32)}을 의미한다. 한의학에서는 크게 驚悸, 怔忡, 虛勞, 眩暈, 昏厥, 水腫 등의 範疇³⁰⁾에 屬한다고 볼 수 있으며, 歷代醫家들의 不整脈에 대한 견해를 보면 일찌기 <黃帝內經>⁸⁾에서는 “人一呼 脈四動以上 曰死”, “乍疏乍數曰死”라 하여 脈數하거나 脈律不調할 경우 이는 重證으로 여기어 死할 수 있다고 하였으며, <靈樞>⁸⁾의 根結篇에서에서는 脈動의 數와 그 중 歇止하는 脈動의 數를 비교하여 각 臟腑의 盛衰 여부를 인식하였다. 또한 <黃帝內經>⁸⁾의 脈要精微論篇에서는 “代則氣衰”라 하여 臟氣의 氣衰를 主한다라고 하였다. <難經>¹⁰⁾에 이르러서는 黃帝內經의 脈診에 대해 좀 구체적으로 서술하였으며, “一呼六至 一吸六至 爲死脈也 一呼一至 一吸一至 名曰損” 등 遲數에 따른 症狀, 豫後와 原因에 대해 서술하였다. 또한 “結者 脈來去時一止 無常數 名曰結也”라 하여 結脈에 대한 定義를 서술하였다. 漢의 張은 <傷寒論>¹¹⁾에서 結, 代, 促에 대해 각각을 비교 설명하였으며, 각각의 病情의 상황에 따른 脈象과 구체적인 治療法을 설명하였다. 특히 “傷寒 脈結代 心動悸 炙甘草湯主之”라 하여 이후 歷代醫家들의 結代脈에 대한 치료에 많은 영향을 주었다. 이후 促, 結, 代脈을 중심으로 살펴보면 華의 <中藏經>¹³⁾에서는 “病甚 脈往來不調者 死”라 하여 內經의 說을 따라오며, 王의 <脈經>¹⁴⁾에서는 구체적으로 24脈을 論하면서, 脈象 中 不整脈에 의한 11餘種의 兪證한 脈象을 說하여 이후 各家에서 이를

따라오며, 五代의 高는 <脈訣>¹⁵⁾에서 內經과 脈經의 內容을 深化하여 促結代脈의 病因과 症狀를 論하였으며, 唐의 孫은 <千金方>¹⁶⁾에서 內經과 脈經의 說을 따라 論하였으며, “脈結者生, 脈代者死”라 하여 代脈의 危重性을 論하였다. 宋의 朱는 <活人書>¹⁷⁾에서 脈象을 七表, 八裏 및 促, 結, 代 등 모두 18脈象으로 나누었는데, 이러한 表裏陰陽으로 나누는 방법은 後世의 論脈에 綱領이 되었다. 陳은 <三因方>¹⁸⁾에서 促脈은 熱을 바탕으로 氣, 血, 飮, 食, 痰으로 인한 阻滯로 생긴다 하였고, 結脈은 痰, 飮, 血, 積, 氣의 阻滯로 因한다고 說하였다. 元의 滑은 <診家樞要>¹⁹⁾에서 七情에 의해서 促, 結脈이 생길 수 있다 하였고, 代脈의 경우 妊娠時에는 정상적으로 나타날 수 있다고 하였다. 宋의 李은 <東垣十種醫書>²⁰⁾에서 代脈이 宿食不消로 인해 胃氣不相接하여 발생할 수 있다고 說하였다. 元의 齊는 <外科精義>²¹⁾에서 促, 結이 나타날 경우 瘡腫이 難治라 하였으며, 代脈의 경우 더 甚하다 하였다. 明의 李는 <診家正眼>²²⁾에서 促脈의 原因을 火, 積이라 보았으며, 結脈은 陰寒이라 보았으며, 代脈의 경우는 臟衰로 死證이라 하였다. 李는 <醫學入門>²³⁾에서 “代氣衰, 促爲熱極結爲積, 結乃陰盛而陽不相入”라 보았으며, “結浮寒邪滯經絡 結沈痰飲瘀血基 亦有七情氣鬱者 脈道不通實由之”, “代脈必死臟氣絕惟有風家并痛極三月妊娠却無妨”라 하여 보다 다양한 原因과 脈象을 설명하였다. 許는 <東醫寶鑑>²⁴⁾ “止代脈見 宜服炙甘草湯 人參黃湯 脈虛軟 宜服茯神湯 補氣湯”라 하여 “滋養血氣 調和榮衛 和順三焦通行血 治”의 方法으로 代脈의 治療하였다. 淸의 張은 <景岳全書>²⁶⁾ “總是結脈 多由血氣漸衰 精力不繼 所以斷而復續 續而復斷 當見久病者多有之 虛勞者多有之”

結脈이 虛勞로 인하여 올 수 있다고 하였다. 또한 代脈의 의미도 黃帝內經과 본 뜻과 달리 오해되고 있다고 자신의 견해로 術하였다. 近來에 이르러서는 劉³²는 促脈의 原因을 氣, 血, 食, 痰의 停滯와 陰血不足으로 보고 心悸, 浮腫, 咳喘 등의 증상이 나타날 수 있다고 하였으며, 結脈의 原因은 氣, 血, 痰, 食, 飲 등의 積滯와 心陽不振에 의하며 痰飲, 食積 등의 증상이 나타날 수 있으며, 代脈의 原因은 氣血兩虛와 七情에 의하며, 心悸, 怔忡, 打撲損傷, 風症, 痛症 등의 증상이 나타난다고 하였다. 또한 李³³는 結, 代, 促脈은 心臟의 器質的, 機能的 이상에 따른 증상으로 心臟病의 중요한 體徵으로 보았다.

西洋醫學에 있어서는 不整脈은 크게 리듬과 전도 장애로 나눌 수 있으며, 리듬장애로 인한 경우 한의학적으로는 脈診의 數, 遲, 疾, 促 등의 범주에 속하며, 전도 장애로 인한 경우는 緩, 澁, 促, 結, 代 등의 範疇에 속할 것이다. 즉 周³⁴는 心律失常의 脈象을 分析하여 細脈, 促脈은 心房過速 및 心房心室顫動에 나타나며, 散脈은 心房纖顫 或 撲動에 나타나며, 數, 疾, 脫脈은 各種 發作性心動過速에 나타나며, 代脈의 경우는 각종 규칙적인 期前收縮과 관련하여 나타나며, 結脈은 각종 不規則적인 期前收縮에 나타난다고 보고하였고, 劉³⁵는 數脈과 疾脈을 竇性心動過速으로 귀납하였고, 結脈은 脈搏이 不足한 心房纖顫에 귀납하였고, 代脈은 各種 期外收縮에 귀납하였으며, 促脈은 心律이 비교적 빠른 각종 期前收縮 및 心室收縮이 비교적 빠른 心房纖顫에 귀납하다고 보고하였다. 그러나, 全³⁶은 이러한 不整脈의 東西醫學의 比較에 대해서 診脈에서의 不整脈이 心電圖 上의 不整脈과는 다르다고 하면서 그 근거를 診脈에서의 脈動은 血管搏動

으로서 心電圖에서 나타나는 心筋收縮이나 心臟搏動과는 완전히 일치되지 않을 수 있으니, 예를 들어 心室細動의 경우 1분에 300회 정도의 심근수축이 있더라도 전체적이며 통일적인 심장수축이 70회 정도이면 혈관 박동도 70회 정도만 나타나게 될 수 있다고 하였다.

不整脈에 대한 原因과 辨證 및 治療를 살펴보면, 沈³⁷은 徐脈性 不整脈의 患者는 대개 虛寒한 證候를 나타내므로, 溫補法을 이용한 大量的 附子合劑로 徐脈患者 40例를 치료하였다고 발표하였으며, 임상관찰 결과 附子合劑는 SSS, 심근염, 동성서맥(Sinus bradycardia) 등에서 心悸와 胸悶이 主證이고, 중의학적 辨證으로는 陽不振에 氣虛血瘀를 兼한 경우에 치료효과가 뚜렷하였다 보고하였다. 中醫研究院 西苑醫院 心血管病 研究室³⁸에서는 '附子I號'가 68例의 緩慢性 不整脈에 미치는 영향을 관찰하여 心臟搏動이 빨라지고 心室의 搏動과 心音이 높아져 全身과 面部에 熱感이 나타났고, 2/3患者에서는 弛緩期의 血壓이 약간 下降하는 효과가 있었으며, 또한 '附子I號'는 心臟의 傳導系統에도 영향을 주어 동방결절과 방실결절의 전도장애가 소실되거나 경감되었다고 보고하였다. 靳³⁹은 不整脈에 있어서의 化濕法으로 分型施治를 濕邪로 인한 不整脈을 '濕熱擾心' '寒濕凌心' '濕熱痰濁相兼' '寒濕痰濁相兼' 등으로 나누어 三仁湯으로 清火濕熱하고, 苓桂朮甘湯合眞武湯으로 溫化寒濕하며, 三仁湯合二陳湯으로 清火濕痰하고, 二陳湯合眞武湯으로 溫化痰濕하는 것으로 治療하였음을 보고하였다.

蒲⁴⁰ 등은 快速性 心律失常의 原因을 氣血不足, 邪熱內結, 痰熱 或 痰濕內蘊, 心火亢盛 或 肝鬱化火 등으로 보고, 虛, 實, 痰, 火로 辨證하여 각기 虛證은 人蔘

養營湯, 實證은 小陷胸湯, 竹葉石膏湯, 痰證은 十味溫膽湯 或 六君子湯加味, 火證은 朱砂安神丸, 溫膽湯合龍膽瀉肝湯 加減을 사용하여 치료하였음을 보고하였다.

陳⁴¹ 등은 快速性 心律失常의 主要原因을 外邪, 七情, 飲食勞倦에 의해 臟腑機能과 氣血運行에 영향을 주어 發病한다고 보고하였다.

王⁴²은 竇性心律過緩의 경우 金匱腎氣丸加減으로, 竇性心動過速의 경우 益氣養血, 安神定悸의 方法으로 黃芪, 黨蔘, 丹蔘, 當歸, 炙遠志, 夜交藤, 生龍骨, 酸棗仁, 炙甘草 등의 약물을 통해 치료하였으며, 心房纖顫의 경우 氣血兩虛를 전제하여 益氣滋陰, 養血復脈의 方法으로 치료하였으며, 竇性心律過速伴斷發性早搏의 경우 肝氣鬱滯, 痰熱阻絡으로 辨證하고 清熱化痰 疏肝通絡의 方法으로 치료하였고, 早搏形成三聯律의 경우 濕滯脈絡으로 辨證하고, 溫膽湯 등으로 치료하였음을 보고하였다.

鐘⁴³은 肺原性心臟病으로 인한 鬱血性 心不全에 이은 心房纖顫의 救急時에 生脈散과 蔘附劑의 注射劑, 蔘附湯, 黑錫丹, 眞武湯을 통해 回陽求逆, 溫陽固脫, 納氣平喘, 溫陽利水를 시켜 치료하였음을 보고하였다.

王⁴⁴ 등은 心臟傳導異常 48例를 대상으로 心火亢盛, 氣陰虧虛, 陰虛陽亢, 痰瘀痺阻 등으로 辨證하여 清心復律湯(生地黃, 麥門冬, 苦蔘, 虎杖, 丹蔘, 瓜蒌 各 10~40g, 太子蔘 10~30g, 炙甘草 6~30g)을 隨證 加減하여 清心養陰, 瀉熱祛邪의 方法으로 治療하여 89.6%의 有效率을 얻었다고 보고하였다.

胡⁴⁵ 등은 桂枝湯加味(桂枝 15g, 芍藥 20g, 炙甘草 15g, 大棗 5枚, 生薑 3片, 田七 6g, 黃芪 30g)을 통해 心陽不足의 辨證으로 28例의 경우 自覺 症狀

을 緩和시켰으며 또한 P-R의 간격도 정상적으로 회복되었고, 2例의 경우는 自覺 症狀만을 호전시켰다고 보고하였다.

翟⁴⁶ 등은 心律緩慢而合併期前收縮의 患者 52例를 復律膠囊(紅蔘, 黃芪, 桂枝, 當歸, 白芍, 炙甘草, 石菖蒲, 甘松으로 構成)으로 治療하여 48名에서 현저한 치료효과를 거두었다. 이는 心主血脈의 觀點으로 血脈의 正常搏動은 心氣의 推動에서 나온다고 보고, 心氣虛의 觀點으로 通心陽, 芳香開竅, 寧心開痺, 養血活血의 效能으로 治療하였음을 보고하였다.

閔⁴⁷ 등은 房室傳導阻滯 患者 31例를 대상으로 氣血兩虛하여 心陽被遏의 病理로 本虛標實의 範疇로 보고 溫陽心腎, 通陽復脈, 補氣化痰의 方法으로 自撥通陽復脈湯(炙麻黃, 細辛, 淫羊藿, 砂仁 15g, 制附子, 桂枝 10g, 炙甘草, 黨蔘, 麥門, 生地, 丹蔘 20g, 黃芪 25g, 三七粉 6g)을 통하여 96.8%의 유효성을 지닌 치료를 보고하였다.

이상에서 살펴본 바와 같이 歷代醫家의 說과 近來의 研究를 비교하여 보면 不整脈의 原因은 특히 促, 結, 代脈의 경우는 火, 寒, 痰, 虛로 要約되며, 크게 內因 과 外因, 不內外因으로 나누는데, 內因의 경우 心氣不足, 氣血兩虛, 痰飲內停, 七情鬱結, 外因의 경우, 六淫外邪에 의한 氣血阻滯로 인하며, 不內外因의 경우는 飲食所傷, 勞倦, 跌拍損傷등에 의한다고 볼 수 있으며, 西醫學적 不整脈의 發生原因은 心臟 자체의 器質的 病變 或 自律 神經系의 失調에 의한 경우가 대부분이다.

治療 方面에 있어서 現代 西醫學의 不整脈 치료는 항부정맥제, 도자절제술, 심박동기, 외과수술등 다양한 방법으로 치료되고 있으며, 그 효과도 점차 나아지고 있다.^{2,3,32} 그러나 약물요법을 제외한 다른 방법은 대부분 응용범위에 있

어서는 한계가 있으며, 또한 약물치료 역시 다양한 부작용이 많은 편이다. 이에 비해 韓醫學의 치료는 心臟의 虛實을 기본으로 하여 心氣虛, 心陽虛, 心陰虛등의 條件下에서 心腎兩虛, 脾腎兩虛, 肝氣鬱結등의 辨證을 통해 치료하였으며, 또한 本虛하여 標實을 同伴하여 血瘀, 痰濁, 化火등의 辨證을 통해 치료하였다. 이러한 한의학적 치료는 효과도 높을 뿐만 아니라, 부작용도 적기 때문에 앞으로 좀더 연구하여 不整脈에 대한 生理, 病理, 藥理學的인 觀點을 세워 보다 많은 治療에 應用하여야겠다.

IV. 結 論

1. 不整脈은 단순히 불규칙한 心搏動을 의미하는 것이 아니라, 心臟의 전기 자극 형성장애나 자극전도장애를 총괄하는 것으로서 대부분은 脈과 脈사이의 시간적인 간격이 고르지 못한 것을 의미한다.

2. 韓醫學的으로 不整脈은 驚悸, 怔忡, 眩暈, 虛勞등 다양한 範疇로 동반되는 症狀를 爲主로 각기 달리 표현되었으며, 이와는 별도로 診斷學的 側面에서 脈診에 의해 독립된 의미를 지닌 脈象의 領域속에서 疾病의 診斷 및 豫候 判斷의 중요한 근거가 되었다.

3. 西洋醫學的으로 不整脈은 心搏數 및 調律의 異常과 傳導障礙 或 徐脈性·頻脈性 不整脈등으로 나누어 지며, 倦怠, 心悸, 呼吸困難, 失神, 胸部不快感 등의 증상을 수반한다.

4. 不整脈을 나타내는 脈象의 診斷上 研究는 內經時代以來 경험이 축적되어 數, 遲, 疾, 促, 結, 代등의 脈象으로 발현되었으며, 이러한 不整脈 中 특히 促, 結, 代脈은 뚜렷한 脈週期的 變化를 동반하는 脈象으로 이들은 病情의 輕重과

豫候判斷에 있어 臨床的으로 意義性 매우 크며, 各各의 脈象의 의미는 時代에 따라 變遷되어 定立되었다.

5. 不整脈 中 促, 結, 代脈의 原因은 火, 寒, 痰, 虛로 要約되며, 크게 內因 과 外因, 不內外因으로 나누는데, 內因으로는 心氣不足, 氣血兩虛, 痰飲內停, 七情鬱結, 外因으로는 六淫外邪에 의한 氣血阻滯로 인하며, 不內外因의 경우는 飲食所傷, 勞倦, 跌拍損傷등에 의한다고 볼 수 있으며, 西醫學的 不整脈의 發生原因은 心臟 자체의 器質的 病變 或 自律 神經系의 失調에 의한 경우가 대부분이다.

6. 不整脈의 韓醫學的 治療는 心臟의 虛實을 기본으로 하여 心氣虛, 心陽虛, 心陰虛등의 조건하에서 心腎兩虛, 脾腎兩虛, 肝氣鬱結등의 辨證과 本虛하여 標實을 동반하여 血瘀, 痰濁, 化火등의 辨證을 통하여 治療하였다.

V. 參考文獻

1. 李京燮 : 心系內科學, 大邱韓醫學大學 心系內科學教室, pp.21~22, 1985
2. Lawrence M. Tierney, Jr. MD 외 : 오늘의 진단 및 치료, 한우리, pp.433~451, 1999
3. Kurt J. Isselbacher 외 : Harrison's 내과학, 정담, pp.1093~1119, 1997
4. 李文鎬 : 內科學, 金鋼出版社, pp.1362~1364, 1979
5. 李京燮 외 : 東醫心系內科學, 書苑堂, pp.107, 108, 375~397, 1995
6. 서울대학교 醫科大學 : 心臟學, 서울대학교 校出版社, pp.79~83, 1985
7. 鄧鐵濤 : 中醫診斷學, 人民衛生出版社, pp.249~251, 1987
8. 洪元植編纂 : 精校黃帝內經素問, 동양의학출판사, pp.57, 59, 65, 75, 92, 318, 1981
9. 洪元植編纂 : 精校黃帝內經靈樞, 동양의학출판사, pp.37, 50, 51, 1981
10. 本間祥白 : 難經之研究, 正言出版社, pp.60, 75, 76, 122, 1965

11. 張仲景：仲經全書·傷寒論，大成出版社，pp.48, 127, 138, 194, 217, 286, 1989
12. 成無己：注解傷寒論，大成出版社，p.48, 1989
13. 華佗：圖書集成醫部全錄 中藏經，大成出版社 4卷，p.160, 1992
14. 王叔和：圖書集成醫部全錄 脈經，大成出版社 4卷，pp.163, 164, 197, 200, 204, 205, 208, 209, 1992
15. 高陽生：圖書集成醫部全錄 脈訣，大成出版社 4卷，pp.230, 232, 1992
16. 孫思邈：備急千金要方，大成出版社，pp.855~871, 1992
17. 朱肱：圖書集成醫部全錄 活人書，大成出版社 4卷，p.249, 1992
18. 陳無擇：圖書集成醫部全錄 三因方，大成出版社 4卷，p.256, 1992
19. 滑壽：圖書集成醫部全錄 診家樞要，大成出版社 4卷，pp.268, 269, 1992
20. 李杲：東垣十種醫書 內外傷辨惑論，大成出版社，p.32, 1991
21. 齊德之：東垣十種醫書 外科精義，大成出版社，p.518, 1991
22. 李中梓：圖書集成醫部全錄 診家正眼，大成出版社 4卷，pp.306, 307, 1992
23. 李梈：編註醫學入門 診脈，대성출판사，pp.386~406, 1990
24. 許浚：東醫寶鑑 外形，大成出版社，pp.30, 31, 1992
25. 李中梓：圖書集成醫部全錄 醫宗必讀，大成出版社 4卷，p.409, 1992
26. 張介賓：景岳全書 上，大成出版社，pp.85, 96, 1988
27. 李時珍：四庫全書 瀕湖脈學 43卷，大成出版社，pp.581, 582, 1995
28. 趙思儉：中醫診斷學，천진과학기술출판사，pp.290~302, 1998
29. 劉冠軍：脈診，現代鍼灸院，pp.295~315, 1991
30. 陳貴廷：實用中西醫結合診斷治療學，一中社，pp.408~417, 1990
31. 홍순표：不整脈의 診斷과 治療，瑞光醫學書林，pp.37~266, 1991
32. 서울대학교 의과대학：심장학，서울대학교출판사，pp.130~154, 1993
33. 최윤식：임상심전도학，서울대학교출판부，pp.62~162, 1997
34. 周楣聲：周楣聲脈學，青島出版社，pp.154~192, 1994
35. 劉乾和外：520例心律失常分析，新中醫，p.18, 1983
36. 全燦鎔：不整脈，醫林，Vol.45，pp.30~33, 99.3
37. 沈陽軍：大劑量附子合劑治療心動過緩40例臨床觀察，河北中醫，p.12, 1985
38. 中醫研究院：中醫研究院西苑醫院中醫藥論文選編，西苑醫院，p.23, 1985
39. 靳士華：化濕法在心律失常中作用，河北中醫，p.17, 1985
40. 蒲祥之外：歷代名醫臨證經驗精華，科學技術文獻出版社，p.89, 1990
41. 陳貴廷外：實用中醫結合診斷治療學，中國醫藥科技出版社，p.409, 1991
42. 王榮昌：心律失常辨證治療5則，江西中醫藥，30卷，5期，p.28, 1999
43. 鐘起誠：中藥為主搶救心房纖顫合併體克1例，江西中醫藥，30卷，5期，p.12, 1999
44. 王振洲外：清心復律湯治心房傳導失常48例觀察，江西中醫藥，30卷，2期，p.17, 1999
45. 胡意明外：桂枝湯加味治房室傳導阻滯30例，江西中醫藥，30卷，6期，p.56, 1999
46. 翟理黃外：復律膠囊治療緩慢心律合併期前收縮 52例，四川中醫，17卷，10期，p.22, 1999
47. 聞銳外：自撥通陽復脈湯治療房室傳導阻滯 31例，北京中醫，4期，p.17, 1999