

증례

객담을 동반한 중풍 환자에 麻黃량과 객담 배출 변화에 관한 보고 -定喘湯, 解表二陳湯을 이용하여-

노기환, 강경숙, 조기호, 김영석
경희의료원 한방병원 심계내과학교실

Relation between Capacity Change of *Ephedrae Herba* and Sputum Secretion in Two Stroke Patients with High Levels of Sputum -*Jungchun-tang* · *Haepyoleejin-tang*-

Gi-Hwan Rho, Kyung-Suk Kang, Ki-Ho Cho, Young-Suk Kim

Department of Circulatory Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Kyunghee University

Clinical symptoms of stroke patients vary widely, and include headache, dizziness, vomiting, dysphagia, dysphasia, incontinence, confusion, chest discomfort, dyspnea etc. Stroke patients who had chronic respiratory disease or had tracheostomy cannula usually have high levels of sputum, but there have been rare clinical reports about treatment of oriental medicine. High levels of sputum in stroke patients can cause pneumonia and dyspnea, and so can delay rehabilitation. By use of *Haepyoleejin-tang* · *Jungchun-tang* with change of *Ephedrae Herba* capacity, we could improve sputum secretion and respiratory function of two stroke patients, and so we report on the clinical course of two stroke patients with high levels of sputum. (*J Korean Oriental Med* 2001;22(1):96-103)

Key Words: *Haepyoleejin-tang*, *Jungchun-tang*, *Ephedrae Herba*, Sputum, Stroke.

서론

중풍 발병 이후에 환자가 호소하는 증상에는 두통, 현훈, 구토, 반신부전마비, 언어장애, 호흡장애, 대소변 장애, 착란, 흥민 등 다양하며 합병증으로는 폐렴, 요로감염, 욕창, 위장관 출혈등을 제시하고 있으나¹⁾, 중

풍 발병 이전에 호흡기 질환이 있었거나, 기관지 절개 삽관을 시행한 이후에 다량의喀痰을 배출하는 환자에 대한 한방적인 임상보고는 흔하지 않다.

이에 發汗散寒, 宣肺平喘, 利水消腫하는 麻黃²⁾이 들어 있고, 호흡기계에 작용하여 호흡 및 喀痰감소에 효과가 있는 것을 알려진 定喘湯, 解表二陳湯을 이용하여^{3,4)}, 처방 내 麻黃량의 변화를 통해 환자의 喀痰량과 호흡증상을 포함한 제반증상의 호전이 있어 이에 보고하고자 한다.

· 접수 : 2001년 2월 12일 · 채택 : 2월 28일
· 교신저자 : 노기환, 서울시 동대문구 회기동1 경희의료원 한방병원 심계내과학교실
(Tel. 02-958-9129, Fax. 02-958-9132, E-mail: rghdoc@yahoo.co.kr)

증례

1. 환자명 : 예 ○ ○ 여자 72세
2. 입원기간 : 1999. 10. 1. ~ 12. 4.
3. 진단명 :

① 뇌실질내출혈 및 뇌실출혈(Intracranial hemorrhage and Intraventricular hemorrhage)

② 고혈압

4. 발병일 : 1999년 5월 9일

5. 주증상 : 痰盛

右半身不遂

嚔下障礙(비위관 : Levin tube)

呼吸不利(기관지 절개 삽관 : Tracheostomy cannula)

6. 현병력 : 72세, 158cm, 68kg 급한 성격의 여자 환자로 평소에 고혈압을 인지하여 지속적으로 혈압약을 복용하였다. 1999년 5월 9일 혼수, 呼吸不利, 右半身不遂, 嚔下障礙로 타 병원에 입원하여 뇌실 및 뇌실질내 출혈로 진단 받고 5회에 걸친 흡인술을 시행한 후 의식은 돌아왔으나 痰盛, 嚔下障礙(비위관 : Levin tube 사용), 呼吸不利(기관지 절개 삽관 : Tracheostomy cannula), 착란, 右半身不遂 증세의 호전이 없어 본인 및 보호자 한방치료를 받고자 1999년 10월 1일 경희 의료원 한방병원 심계내과에 입원하였다.

7. 치료경과 : 10월 1일 입원시 面紅, 面部浮腫, 舌淡紅 白苔 胖大, 脈浮緊弦, 軟便, 無汗하였으며 淸白한 맑은 喀痰이 기관지절개 삽관을 통해 호흡과 함께 나오는 癩癩有聲의 양상을 보였으며 이로 인해 平臥即喘甚하여 주로 앉아 있으려고 하고, 잠을 1시간 이상 자지 못하였으며, 보호자를 알아보지 못하고, 잘 흥분하여 진료에 협조가 안 되는 상태였다. 입원당시 타 병원에서 喀痰배출을 용이하게 하기 위해 경구약으로 Bisolvon을 받아왔으나 타 병원 입원당시 복용 후에도 喀痰의 호전 양상이 없었다고 하며, 묽은 喀痰이어서 투약을 중지시켰다. 다량의 喀痰이 있어 10월 1일부터 10월 4일 오전까지 疎風滌痰湯을 투여하였다. 發熱은 없이 10월 2일 소변 검사 상 요

로 감염소견과 백혈구가 12,300/mm³으로 증가하여 요로 감염 치료 목적으로 Tosufloxacin tosylate(450mg/day)를 투여하였다. 疎風滌痰湯과 항생제(요로 감염 치유가 목적이기는 하였으나) 투여 중에도 喀痰의 감소 소견이 없어 입원당시의 癩癩有聲 平臥即喘甚, 喘甚으로 주로 앉아 있으려고 하고, 잠을 1시간 이상 자지 못하며, 舌·脈·面의 소견 및 無汗하는 등 증상의 변화가 없어 10월 4일부터 哮喘에 쓰는 定喘湯에 麻黃 4g(총 32g/day)을 가하여 투약하였다. 투약 당일 밤부터 환자의 喀痰량이 감소하고 그로 인한 호흡양상이 호전되어 지속적인 수면시간이 3시간 정도로 향상되었다. 麻黃 량을 증가시킨 定喘湯을 투여한 이후에도 과도한 發汗이나 특이한 부작용을 보이지는 않았으나 지속적인 투여에 부담을 느껴 麻黃 사용량을 10월 27일까지 1일 32g에서 28g으로 줄이면서 지속적으로 투여하였으나 1일 喀痰량이 20cc이하로 저하된 상태에서 더 이상의 喀痰 증가 소견은 없었다. 喀痰 량 감소로 인해 연속적인 야간 수면시간은 5시간까지 향상되었고, 환자가 안정이 되면서 보호자를 인지하였으며, 입원 당시의 嚔下障礙 증세도 호전되어 비위관(Levin tube)을 제거하였고, 右半身不遂에서 不全痲痺로 운동양상도 호전되었다. 10월 27일 부터는 定喘化痰降氣湯에 麻黃 5g(10g/day)가하여 사용하였고, 11월 4일부터는 淸上補下湯을 투여하였으나 喀痰량의 증가나 특별한 부작용 소견은 보이지 않았다(Fig. 1).

8. 검사결과

① 喀痰배양검사 :

(10월2일) *Serratia marcescens*

(10월6일)(10월14일) *Ps. aeruginosa*(녹농균)

(11월1일) *Ac. baumannii*

② 심전도 : (10월2일)(10월13일) 정상

③ 흉부방사선검사 : (10월2일)(10월15일) 이상 없음

④ 동맥혈가스검사 : 인위적인 산소 공급 없는 상태에서

(10월 1일) 7.46(pH)-38.3(PCO₂)-68.3(PO₂)-27.3(HCO₃) sO₂ 94.5%

(10월20일) 7.38-33.6-82-20.2 sO₂ 96.1%

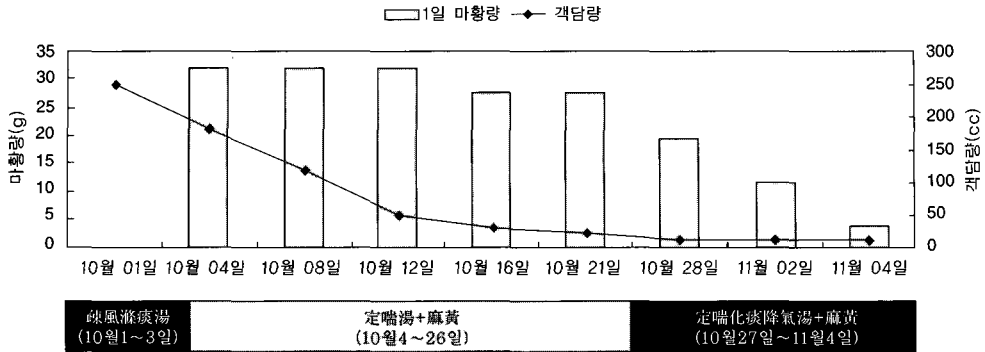


Fig. 1. Change of *Ephedrae Herba* and sputum(case II-1).

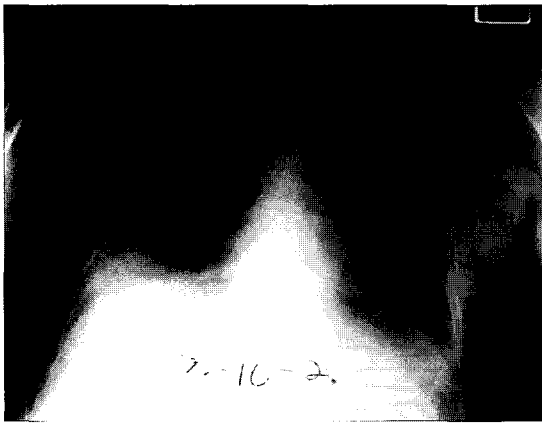


Fig. 2. Chest PA(10/2).

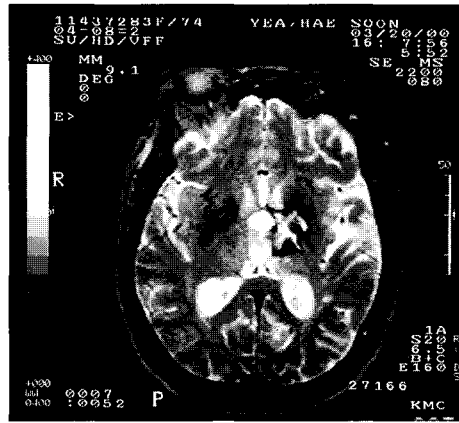


Fig. 3. Brain MRI.

(10월 21일) 7.4-36.1-93.8-22.5 sO₂ 97.2%

⑤ Brain CT & MRI :

(1999년 5월 20일) 기뇌증이 있으며 좌측 측뇌실에 백액관이 삽입된 상태. 급성 좌측기저핵 및 뇌실내 출혈.

(2000년 3월 20일 : Fig. 3.) 재검사한 Brain MRI

⑥ 일반혈액검사 :

(10월 1일) 12.3 × 10³/mm³(백혈구)-3.77 × 10⁶/mm³(적혈구)-11.4g/dl(Hgb)-33.4%(Hct)

혈소판 351 × 10³/mm³

(11월 9일) 8.6 × 10³(백혈구)-3.42 × 10⁶(적혈구)-10.8(Hgb)-31.1(Hct) 혈소판 408 × 10³

⑦ 소변검사 : (10월 2일) 잠혈 +, 백혈구·박테리아 다량검출 (10월 6일) 정상

9. 치료내용

1) 한약

▷ 疎風滌痰湯⁹⁾ : 半夏薑製 8g 南星酒劑 陳皮 枳殼 赤茯苓 枳實 竹茹 石菖蒲 山查肉 麥芽炒 4g 羌活 獨活 防風 烏藥 白芷 香附子 3g 木香 甘草 桂枝 細辛 2g 生薑 4g

▷ 定喘湯⁹⁾ : 麻黃 12g 杏仁 6g 黃芩 半夏 桑白皮 蘇子 款冬花 甘草 4g 銀杏炒黃 15g

▷ 定喘化痰降氣湯⁹⁾ : 陳皮 8g 柿蒂 6g 半夏薑製 南星炮 杏仁 五味子 款冬花 沙蔘 紫菀 甘草 4g 人蔘 蘇子 當歸 前胡 貝母 赤茯苓 枳實 3g 皂角刺 2g

▷ 清上補下湯⁹⁾ : 熟地黃 山藥 山茱萸 白茯苓 牡丹皮 澤瀉 4g 五味子 枳實 麥門冬 天門冬 貝母 桔

梗 黃連 杏仁 半夏 瓜蒌仁 黃芩 3g 甘草 2g

2) 양약

▷ 10월2일~11월1일 : Tosufloxacin tosylate

▷ 10월7일~11월1일 : Septrin

3) 침치료 : 中風七處穴(患側) + 肺正格(健側 - 補: 太白, 太淵, 瀉: 少府, 魚際)

증례

1. 환자명 : 한 ○ ○ 남자 70세

2. 입원기간 : 2000년 5월 16일 ~ 2000년 6월 1일

3. 진단명 : 뇌경색(Cerebral-infarction)

만성기관지염

고혈압

당뇨

4. 발병일 : 2000년 4월 14일

5. 주증상 : 痰盛, 呼吸不利

神志微不清

右半身不遂

失語

嚥下障礙 (비위관 : Levin tube)

小便不利 (유치도뇨관 삽관 : Foley catheter)

6. 현병력 : 70세 165cm 68kg의 남자 환자로 평소 하루에 담배 2~3갑을 50년 동안 흡연하던 자로써

보호자 진술로는 타 병원에서 2년 전에 asthma와 만성기관지염을 진단 받아 흡연을 중단하고 theophylline을 지속적으로 복용하였으며 4월 14일 右半身不遂, 失語, 嚥下障礙, 小便不利가 발생하여 타 병원 및 본원 중환자실을 경유한 이후에 본원에 입원하였다.

7. 치료경과 : 5월 17일 面垢無華하고 舌淡白苔薄滑, 脈滑하고 涎清白, 喉中有聲痰唾清利하며 대변은軟便 경향이고, 무력하며 반응이 느리고 기면 상태에서 哮喘證으로 보고 解表二陳湯(麻黃 3g, 1일 6g)투여 하였으며, 5월 18일 咯痰량에 변동이 없었으나, 喉中有聲痰이 없어졌으며, 5월 20일 麻黃을 5g(1일 10g)으로 증량하여 투여한 이후로 咯痰량의 현저한 감소 및 호흡 양상이 호전 되었으며, 산소 포화도는 99%로 경미한 상승을 보였다. 5월 24일 산소 흡입량을 1 l 에서 0.5 l 낮추어 산소포화도가 94%로 경미한 하강을 보였으나 호흡 양상에 변화는 없었으며, 咯痰 배출도 거의 없었다. 그러나 5월 24일 發汗증세(頭汗이 심한 전신 發汗)가 생겼고, 5월 25일에도 산소 포화도는 97%(0.5 l)이고 호흡과 咯痰에는 변화가 없었으나 지속적인 發汗(頭部가 심한 전신 發汗)양상을 보여 淸上補下湯을 투여한 후 5월 26일 發汗증세가 없어졌고, 산소 포화도는 98%(0.5 l)을 유지하였다. 이 후에도 淸上補下湯을 지속적으로 투여했으며, 咯痰 증가 및 호흡 부전 악화 소견은 없었다.

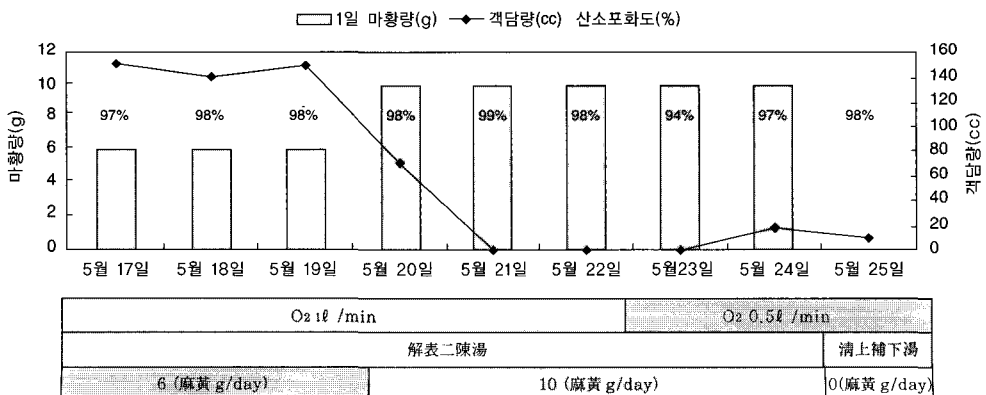


Fig. 4. Change of Ephedrae Herba and sputum(case II-2).

8. 검사결과

- ①喀痰배양검사(5월 16일) : Ps. aeruginosa(녹농균)
- ②심전도 (5월 16일): 정상
- ③흉부 방사선 검사(5월 17일): 이상 소견 없음
- ④ Brain MRI & MRA(5월16일):
좌측 두정후두엽 경색, 좌측 측뇌실 백질 경색,
양측 기저핵·시상부 경색, 우측 소뇌경색. 좌측
내경동맥 및 중대뇌 동맥 폐쇄.
- ⑤ 동맥혈 가스검사 :
(5월9일) 7.42(pH)-48.2(PCO₂)-68.8(PO₂)-30.6
(HCO₃) sO₂ 95.4% O₂ 1 l /min
(5월16일) 7.439-50.6-84.6-33.5 sO₂ 97.9% O₂ 1
l /min
(5월19일) 7.474-50.9-72.3-36.5 sO₂ 96.6% O₂ 1
l /min
(5월22일) 7.474-53.7-79.4-38.6 sO₂ 97.3% O₂ 0.5
l /min
(5월25일) 7.454-55.4-88.0-38.0 sO₂ 97.8% O₂ 0.5
l /min
- ⑥ 일반혈액검사 (5월18일):
8.7 × 10³/mm³(백혈구)-3.91 × 10⁶/mm³(적혈구)-
12.8(Hgb)-38.3(Hct) PLT 335 × 10³/mm³
- ⑦ 생화학검사 (5월18일) 정상
- ⑧ 소변검사 : (5월21일) 뇨단백 ± 백혈구 26-30 (5
월26일) nitrite + 백혈구 10~15개

9. 치료내용

- ① 한약
▷ 解表二陳湯⁶⁾: 白朮 半夏 陳皮 赤茯苓 甘草 蘇葉
杏仁 4g 麻黃 桑白皮 紫菀 款冬花 貝母 桔梗 3g
生薑 6g
▷ 清上補下湯⁶⁾: 熟地黃 山藥 山茱萸 白茯苓 牡丹
皮 澤瀉 4g 五味子 枳實 麥門冬 天門冬 貝母 桔
梗 黃連 杏仁 半夏 瓜蒌仁 黃芩 3g 甘草 2g
- ② 양약
▷ 중환자실에서 심계내과 병실로 입원하기 전까지
Netilmicine 200mg, Ceftezole 1g
▷ 중환자실에서 심계내과 병실과 퇴원할 때 까지
Ebastine 10mg#1, Aspirin 100mg, Donepezil 1T,
Lasix 40mg
Nicergoline 10mg, Doxazosin 2mg, Amlodipine 10
mg #2, Voglibose 0.6mg
- ③ 침치료 : 中風七處穴(患側) + 肺正格(健側 - 補:
太白, 太淵, 瀉:少府, 魚際)

고찰 및 결론

다량의喀痰과 嚥下障礙가 동반된 뇌졸중 환자에
서 喀痰과 嚥下障礙로 인한 타액과의 구분을 위한
喀痰의 성상에 대한 관찰 및 검사는 매우 중요하다.
단순한 타액의 嚥下障礙로 인한 구강 내 타액의 저
류는 嚥下障礙 증상의 개선이 곧 喀痰량 감소를 가

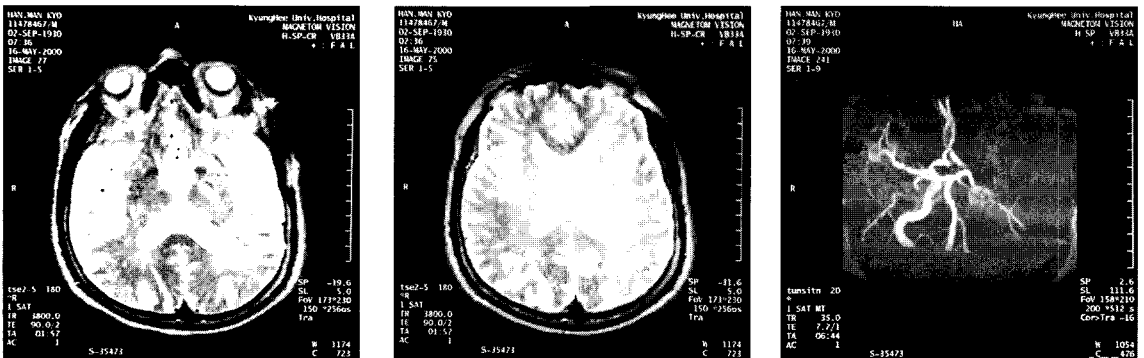


Fig. 5. Brain MRI & Brain MRA(5/16).

져 올 수 있기 때문이다.

앞의 두 증례의 환자는 기관지 점막의 자극을 유발할 수 있는 기관지 절개 삽관을 하고 있거나, 만성 기관지염의 병력을 가지고 있어 咯痰이 쉽게 발생할 수 있는 조건을 가졌으며 동시에 嚔下障碍의 증상을 가지고 있었다. 그러나 환자는 이미 만성경과를 견고 있었으므로 단기간의 咯痰감소는 嚔下障碍 호전으로 해석하기 힘들며, 오히려 咯痰증세 호전 이후 제반 증상 호전과 함께 嚔下障碍 증상이 개선 된 것으로 보는 것이 맞을 것으로 본다.

東醫寶鑑에서의 咳·嗽·哮·喘의 의미와 虛實寒熱과 치료에 관한 내용은 다음과 같다. 無痰有聲은 肺氣傷而不清한 것으로 咳, 無聲有痰은 脾濕動而爲痰한 것으로 嗽, 呼吸이急促한 경우는 喘, 喉中에 소리(聲響)가 나는 경우는 哮라 하였다. 虛한 경우는 身冷하고 痰이 얼음 같다고 하였고, 實한 경우는 氣壯, 胸滿, 身熱, 便硬하다고 하였다. 喘證이 아직 발생하지 않은 경우는 扶正氣하고 발생한 경우는 散邪하는데 치중하라고 되어 있다. 咳嗽에 있어 寒熱의 관점에서는 寒邪를 받으면 심해지고, 咯痰이 涎清白한 경우는 寒, 熱邪를 받으면 재발하고, 咯痰이 涎黃濁한 것을 熱이라고 했으며, 春夏에 발생하는 경우는 대체적으로 虛證, 秋冬에 발생하는 경우는 대체로 實證이라고 했다. 또한 虛實의 관점에서는 實證인 경우는 面赤 飲水 身熱 痰盛 涕稠唾粘하거나 咽乾面腫하였고 虛證인 경우는 面白 脫色 氣少不語 喉中有聲痰唾清利라고 하였다. 또한 勞嗽를 虛勞咳嗽라 하고 盜汗出, 痰多의 증상이 있으며 補陰清金하는 치법을 쓴다고 하였다⁷⁾.

定喘湯은 明代 張時徹의 《攝生衆妙方》에 최초로 기록되었으며, 박동⁸⁾은 定喘湯이 기관지 수축을 억제하는 효과가 있어 哮喘에 효과가 있다는 실험 보고를 하였다.

解表二陳湯은 宋代 陳師文的 《太平惠民和劑局方》에 처음 수록된 처방으로 이등⁹⁾은 호흡기손상에 解表二陳湯이 백혈구 수, 적혈구침강속도, 폐부종치, 기도 점액량의 감소를 유발한다는 실험보고를 하였고, 朴千洙¹⁰⁾은 解表二陳湯이 농도 의존적으로 기관지 평

활근의 이완을 야기한다고 보고하였다.

咯痰에 있어 정상인에서 생성되는 咯痰은 양 자체가 적고 또한 대부분 무의식적으로 삼키기 때문에 咯痰 배출이 거의 없다. 따라서 환자가 咯痰을 배출하는 경우는 일단 병적인 상태이며 이때 咯痰과 타액을 구별하는 것이 중요한데 타액은 거품이 많고 편평상피세포가 관찰되나 咯痰은 폐부종 이외에는 거품이 거의 없으며, 현미경 상에 백혈구가 많이 관찰된다¹¹⁾고 한다. 咯痰은 粘液性과 化膿性으로 나눌 수 있는데 이중 만성 기관지염이나 천식으로 인한 粘液性 咯痰은 모두 기도 자극이나 과민에 의한 기도 염증의 산물로 과민성을 유발시키는 기전으로는 기도 염증과 기도 상피세포의 손상, 자율 신경계 조절의 이상과 기도 평활근의 증식·비후 등이 있으며 특히 기도 염증이 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있다⁹⁾.

두 환자 모두 咯痰이 化膿性이지 않았으며, 嚔下障碍로 인한 타액을 배제 할 수는 없으나 咯痰 도말 검사상 *Serratia marcescens*, *Ps. aeruginosa*가 검출되었고 거품이 거의 없는 粘液性 咯痰이었다. 1일 咯痰량의 계산은 매일 동일한 시간에 咯痰 흡인통에 총 부피에서 咯痰 흡인시 사용된 생리식염수량을 뺀 수치를 통해 측정하였다.

1일 객담량(cc) = 1일 객담 흡인 총 부피(cc) - 1일 객담 흡인시 사용된 생리식염수량(cc)

증례 1의 환자는 흡연의 경력도 없고, 흉부 방사선 검사에도 폐에 병변 소견이 없어 기관지 절개 삽관에 의한 기도 자극과 面紅浮腫, 舌淡紅 白苔 胖大, 脈浮緊弦, 軟便, 無汗, 涎清白 癢癢有聲 平臥即喘甚하며 咯痰량이 많아 水喘으로 보고 定喘湯에 麻黃을 4g을 가해서 하루에 麻黃 총 32g이 투여되었으며, 투여 후 動悸, 煩燥 등의 증상발생 없이 咯痰량의 감소가 있었으며 그로 인해 수면시간의 연장을 가져 올 수 있었다. 요로 감염과 일반혈액 검사에 혈액 검사에 백혈구가 $12.3 \times 10^3/mm^3$ 로 증가한 염증 소견이 있어 定喘湯 투여 전부터 疎風滌痰湯과 항생제가 투여되었으나, 定喘湯 투여 전까지는 咯痰량과 호흡 양상의

호전이 전혀 없었으며 수면, 불안, 착란의 호전 양상도 전혀 없었다. 따라서 疎風滌痰湯과 항생제가 咯痰 및 호흡증상의 현저한 개선에 영향을 주었을 것으로 보이지 않는다. 定喘湯 투여 후 환자는 動悸, 煩燥의 호소도 없고 심전도에도 이상 소견을 보이지 않았으며 10월 27일 定喘化痰降氣湯으로 처방이 변경되기는 하였으나 11월 4일 까지 지속적인 麻黃의 가미를 통해 咯痰 및 호흡양상의 호전을 유지 할 수 있었다. 환자의 咯痰 및 호흡양상이 호전되면서 이차적으로 半身不遂에서 不全痲痺로 운동상태, 착란, 嚔下障礙 및 다른 증상의 호전도 기대할 수 있었다.

증례 2 환자는 중풍 발병 이전부터 만성 기관지염으로 진단 받고 2년간 theophylline을 지속적으로 복용하였으며, 흉부 방사선 검사 상 기관지 확장증 및 폐결핵의 소견이 없었고, 만성 기관지염의 가장 큰 원인인 흡연에 50년간 매일 2~3갑씩 노출되었으며 중풍 발병이전까지도 지속적인 咯痰과 기침이 있었던 것으로 보아 만성기관지염에 중풍으로 인한 전신 상태 악화와 嚔下障礙가 咯痰의 지속적인 다량 배출을 야기한 것으로 보였다.

만성기관지염이란 흡연 등의 기관지 자극 물질에 장기간 노출 시 만성적으로 咯痰을 동반하는 기침을 하게 되고, 임상적으로 기도 점액의 분비가 증가하고 咯痰을 동반하는 기침이 1년에 3개월 이상 2년간 연속적으로 나타나며, 흉부 방사선 검사 상 기관지 확장증이나 폐결핵 등 호흡기 증상을 유발시킬 수 있는 특별한 질환이 없는 것이며¹⁰⁾, 원인은 흡연, 반복적인 기도 감염, 대기 공해, 유전적 요인, 직업적으로 먼지나 자극적인 가스에 노출되는 직업성 기관지염 등이 중요하며 이중 흡연에 있어서는 만성기관지염 환자의 80%정도가 흡연자라고 국내외에서 보고되고 있으며¹¹⁾, 만성기침환자의 4~22%를 차지한다¹²⁾. 그 치료에 있어서는 금연, 대기오염 방지, 빈번한 기도 감염 예방이며 실제 증상 발현 시에는 기관지 확장제, 항생제, 거담제, 진해제 투여, 충분한 수분섭취, steroid 투여 등이 있다⁸⁾. 환자가 복용하던 theophylline은 이중 진해제에 속하는 대표적인 약으로 환자는 만성기관지염 진단 이후에 금연하고 theophylline을 지속적

으로 복용하였으나 咯痰배출은 지속적으로 많았으며, 타병원에 입원하는 동안에도 계속 투여되었다.

비록 환자는 오랜 중환자실 생활을 하여 많이 쇠약해져 있는 상태이기는 하였으나 실제 哮喘證을 보였으며, 咯痰이 凝清白인 것으로 보아 寒證으로 보였고 咯痰량이 많아 解表二陳湯을 사용하였다. 그로 인해 환자의 객담 배출 및 호흡상태의 호전이 가능했을 것으로 보이나, 面色無華하고 많이 쇠약해진 까닭에 5월 24일 밤부터 發汗증세(頭汗이 심한 전신 發汗)가 발생한 것으로 사료되었다. 이에 勞嗽로 보고 六味地黃元의 변방인 清上補下湯으로 처방을 변경한 후 發汗 증세가 없어졌으며 호흡 및 咯痰증상도 호전된 상태로 유지되었다.

환자는 頭皮의 지루성 피부염으로 항히스타민 제제이면서 기관지염에도 효과가 있는 Ebastine이 이미 중환자실 입원 시부터 피부과를 통해 투여되고 있었고, 입원기간 동안 용량 변화가 전혀 없었으므로 본과 재원 기간 중 咯痰배출 및 호흡상태의 호전은 解表二陳湯에 의한 것으로 보는 것이 맞을 것으로 사료된다.

앞의 내용에서 보이듯이 두 증례에서 환자 증상 개선은 定喘湯과 解表二陳湯의 처방에 의한 것이다. 그러나 麻黃량의 변화에 따라 환자의 증세 개선과 지속 및 변화가 다양하게 보였는데, 증례 1의 환자는 麻黃이 초기에 하루 32g으로 다량 투여되고 경과에 따라 줄여나가는 형태였으며, 증례 2의 환자는 麻黃이 6g/day에서 10g/day로 증량된 경우였다. 두 환자는 麻黃이 들어간 湯劑가 들어가기 전 無汗, 肥濕한 체격, 軟便 경향, 묽고 맑은 咯痰의 공통점이 있었다. 증례 1의 환자는 전신 상태가 實하고 咯痰 량도 많은 實證으로 장기간의 麻黃 투여에도 특별한 문제점이 없었으나, 증례 2의 환자는 전신 상태가 虛하여 초기의 麻黃량의 변화에 증상 호전이 있었으나 지속투여로 盜汗을 겸한 전신 發汗의 양상을 보여 清上補下湯의 투여가 요구되었다는 다른 점이 있었다.

두 증례를 통해 麻黃 량의 차이는 있었으나, 咯痰 량 배출 감소 및 호흡양상에 호전을 보였는데 이를 통해 병태 양상이 비슷하더라도 환자에 따라 적정기

간동안 적정량의 麻黃이 투여되어야 宣肺平喘의 공능이 발휘 될 수 있으며, 적절하지 않은 용량의 麻黃을 투여하면서 환자의 증상이 개선되지 않는다고 麻黃 제제의 투여를 포기한다든지, 지나친 용량 및 장기간의 투여로 환자의 증상의 악화를 범하지 않도록 주의하여야 한다는 사실을 재확인 할 수 있었다.

결론적으로 중풍 환자에 있어 점액성 喀痰 및 호흡곤란이 증추성 요인 보다 만성기관지염, 기관지 절개 삼판과 같은 기도 자극에 의한 산물일 경우라도 無汗, 肥濕한 체격, 軟便 경향, 묵고 맑은 喀痰의 증상을 보이면 麻黃이 들어간 탕제의 투여가 환자의 喀痰 및 호흡부전 증세의 호전에 의미 있는 작용을 할 수 있을 것으로 사료되었다.

참고문헌

1. 권도익, 고창남, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. 한방병원 심계내과 입원 환자에 대한 임상 연구. 경희의학. 1996;12(2):200-213.
2. 전국한외과대학 본초학교수. 本草學. 서울:영림사. 1991:121-123.
3. 박천수, 한상환. 定喘湯의 효능에 관한 실험적 연구. 대한한방내과학회지. 1996;17(1): 175-192.
4. 李京泰, 朴東一. 解表二陳湯이 흰쥐의 SO₂에 의한 呼吸器損傷에 미치는 影響. 대한한외과학회지. 1996; 17(2):178-190.
5. 朴千洙. 解表兩陳湯 및 解表二陳湯이 Guinea Pig의 기관지 평활근에 미치는 영향. 대한한방내과학회지. 1990;11(2):68-79.
6. 경희대학교 한외과 대학 부속한방병원. 경희한방처방집 2nd ed. 서울:경희대학교 한외과대학 부속한방병원. 1997:198.223.360.
7. 許 浚. 東醫寶鑑. 서울:南山堂. 1989:467-480.
8. 한용철. 임상호흡기학 9판. 서울:일조각. 1999:46-47,228-232.
9. 정이영, 김현진, 김정원, 강미정, 김휘중, 정효영, 이종덕, 황영실. 기관지 천식 환자에게 유도 객담으로 평가한 기도염증과 기관지 과민성과의 관계. 결핵 및 호흡기 질환. 1999;47(4):517-523.
10. Heath JM, Mongia R. Chronic bronchitis:primary care management. *Am Fam Physician*. 1998;57(10):2365-2372.
11. 조재화, 류정선, 이홍렬. 만성 기침 환자의 원인 질환과 분포. 결핵 및 호흡기 질환. 1999;46(4):555-563.