

柴胡疏肝散이 投與된 中風 以後 併發한 脇痛患者의 臨床經過報告

박미연, 김대준, 최해운, 김종대
경산대학교 한의과 대학 폐계내과학 교실

A Clinical Process Report on the Patient Suffered from Flank Pain after CVA Treated with Shihosogansna

Mee-Yeon Park, Dae-Jun Kim, Hae-Yun Choi, Jong-Dae Kim

Department of Respiratory Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Kyungsan University, Daegu, Korea

Back pains include pain in one or both side costa portion and lateral abdomen.

There are different kinds of flank-related disease such as intercostal nerve pain, chronic gastritis, duodenitis, herpes zoster, pepticulcer, cholecystitis, cholelithiasis and so on. Back pain arises from pathological abnormal activities. On the other hand psychogenic pains are caused by psychogenic factors without pathological abnormal activities. This is similar to KiWol back pain, which resulted from psychogenic factors like stress, anxiety, anger and etc.

In oriental medicine, KiWol is the state of depression of Ki, and Shihosogansan used to treat the back pain diagnosed as stagnation of the liver Ki.

So, we decided to apply Shihosogansan to a patient who suffered from back pain diagnosed as stagnation of the liver Ki.

Therefore the patient treated with Shihosogansan and improved in consciousness symptoms, so we report it for the better treatment.

Key Words: Flank Pain(脇痛), KiWol(氣鬱), Shihosogansan(柴胡疏肝散)

1. 緒 論

脇痛은 일측 혹은 양측 협늑동통을 주요증상으로 하는 병증¹을 가리키는 것으로서 액하에서 장골상연까지의 부위에서 동통을 느끼는 자각증상으로 肋痛, 肱痛, 季肋疼, 眇痛이라고도 한다.² 『靈樞·五邪篇』에 “邪在肝則 兩脇中痛”이라 하였고 『素問·繆刺論

篇』에 “邪客于足少陽之絡 令人脇痛不得息”이라 하여 간담과 밀접한 관계가 있음을 보여주었다³. 또한 『東醫寶鑑』에서는 氣鬱脇痛, 死血脇痛, 痰飲脇痛, 食積脇痛, 風寒脇痛의 다섯종류로 분류하였고 『肝系內科學』에서는 氣鬱脇痛, 死血脇痛, 痰飲脇痛, 食積脇痛, 風寒脇痛, 乾脇痛의 여섯종류로 분류하고 있다⁴.

脇痛의 원인으로는 “邪在肝³”, “勞心焦思 飲食內傷 勞倦 色慾內傷”, “情志鬱結 濕邪侵襲”, “肝火盛木氣實⁵”, “大怒氣逆及謀慮不決⁵”, “惡血停留於肝屬於脇下⁵”, “痰飲遊走於厥陰之經⁶”이라 문헌에서 언급하고 있으며 脇痛을 유발하는 경우에 해당하는 서양의학적 질

· 접수 : 2002년 9월 16일 · 채택 : 2002년 10월 24일
· 교신저자 : 박동일, 부산광역시 진구 양정2동 산45-1번지 동의
대학교 부속한방병원 폐계내과학교실
(Tel: 053-770-2176 E-mail: cherry-my@hanmail.net)

환으로는 간염, 늑간신경통, 만성위염, 십이지장염, 대장포진, 소화성궤양, 담낭염, 담석증 등과 같이 기질적 병변으로 인해 脇痛이 나타날 수도 있으나^{1,8,10-1}, 자각증상의 일종인 통증에 있어 정신인성 통증¹²은 기질적 병변 없이 정신적 요인에 의해서 발생하는 통증으로 이는 한의학에서 언급하고 있는 情志不暢, 鬱怒所傷¹³ 등의 정신적 요인에 의해 肝氣鬱結로 유발되는 氣鬱脇痛과 같은 경우와 유사하다.

이에 저자는 Brain CT 검사상 뇌경색진단하에 재활을 위한 입원치료중이던 환자가 情志不暢, 鬱怒所傷으로 인한 肝氣鬱結로 변증되는 氣鬱脇痛 1례에 있어 한방적 치료를 통해 증상의 호전을 나타내 었는 바 이에 보고하는 바이다.

II. 研究對象 및 治療方法

1. 研究對象

경산대학교부속 대구한방병원에 뇌경색으로 입원 치료 중이던 환자로 우측통을 호소하는 환자 1인을 대상으로 하였다.

2. 治療評價基準

환자의 우측통에 대한 호전정도 평가는 문진을 통해 다음 2가지로 구분하였다.¹⁴

① 통증의 자각정도의 변화 : VAS(visual analogue scale)를 이용한 일차원적 평가

② 통증의 강도, 통증의 지속시간, 발생빈도, 동작에 따른 통증의 양상 변화 : PRS(pain rating score)를 기준으로 한 다차원적 평가

1) VAS Assessment

통증의 자각정도를 Severe pain (참을 수 없는 통증) : 10으로 No pain (무증상) : 0으로 하여 0에서 10까지로 구분하여 통증의 자각정도를 표현하게 하였다.

2) PRS Assessment

통증의 강도, 지속시간, 발생빈도, 동작에 따른 통증의 양상으로 구분하여 각각의 점수에 해당하는 결과를 산출하여 통증지수는 통증의 강도 × (지속시간 + 빈도 + 동작)로 나타난 수치로 평가하였다. (Table 1)

3. 治療方法

1) 藥物療法 : 『景岳全書¹⁵』의 柴胡疏肝散(柴胡 8g, 陳皮 8g, 川芎 6g, 赤芍藥 6g, 枳殼 6g, 香附子 6g,

Table 1. Pain Rating Score(PRS)

Intensity of pain		score
당장 무슨 조치를 취하지 않고는 도저히 못 견딜 정도로 아프다.		10
가만있지 못하고 안절부절 찢찢 매며 정신을 못 차릴 정도로 아프다.		9
얼굴을 몹시 찌푸리고 신음이 나오며 꿈쩍도 못할 정도로 아프다.		8
신음까지는 안 나오지만 역시 얼굴을 찌푸릴 정도로 아프다.		7
얼굴을 찌푸릴 정도는 아니나 통증 때문에 다른 일에 신경 쓸 수 없다.		6
통증을 참고 다른 일을 할 수는 있으나 신경이 많이 쓰인다.		5
전혀 내색하지 않고 지낼 수는 있으나 역시 자꾸 신경이 쓰인다.		4
아프긴 아프나 다른 일에 집중을 하면 잊을 수 있다.		3
생각해 보면 아픈 것 같기도 한데 대개 잊어버리고 지낸다.		2
아프다고까지 할 수는 없으나 그렇다고 완전한 것은 아니다.		1
전혀 아프지 않다.		0

Continuance time of pain	Frequency of pain	Aspect of pain by behavior	score
한번에 10시간 이상 아프다.	하루종일 지속적으로 아프다.	가만히 안정을 취하고 있어도 아프다.	5
한번에 5시간-10시간 이내 아프다.	하루에 2번 이상 아프다.	조금만 움직이면 아프다.	4
한번에 2시간-5시간 이내 아프다.	하루에 1번 이상 아프다.	일상생활에 필요한 가벼운 동작시 아프다.	3
한번에 15분-2시간 아프다.	일주일에 2-3번 아프다.	보통이상의 조금 힘든 동작시 아프다.	2
한번에 잠시(15분이내) 아프다.	일주일에 1번 또는 더 드물게 아프다.	아주심한 동작이나 운동시 아프다.	1
전혀 아프지 않다.		어떤 동작이나 활동에도 아프지 않다.	0

- 甘草 2g) 加 當歸 6g, 烏藥 4g한 처방을 4월 23일부터 2첩을 하루 3회로 나누어 복용시켰다.
- 2) 鍼療法 : 通氣鍼灸針 일회용 0.30×40mm stainless steel 호침을 사용, 右側 期門, 支溝, 陽陵泉, 足三里, 太衝, 左側 中風七處穴, 重子, 重仙, 顛中, 氣海 등의 혈위를 선택하였고 자침의 심도는 경혈에 따라 10-30mm로 1회/일 시행하였으며 유침시간은 20분으로 하였다.
- 3) 灸療法 : 中完, 關元穴에 神氣灸 各 3장/일 시술하였다.
- 4) 物理療法 : 左側偏身痲痺에 대한 재활치료 위해 Carbon, EST, 수기, Passive를 병실내에서 시행하였다.

III. 症 例

1. 성명 : 최○○
2. 성별/나이 : 여자/78세
3. 주소증 : ① 左側偏身痲痺 ② 右脇痛
4. 발병일 : ① 2001년 4월 12일 오전 7:00 ② 2001년 4월 23일
5. 과거력 : ① 고혈압 : 1년전 내과에서 진단→atenolol 1T Qd 경구복용중
6. 가족력 : 별무소견
7. 사회력 : 흡연(-), 음주(-), 성격(내성적), 직업(무)
8. 현병력 : 상기자는 건장한 체격의 여자환자로 2001년 4월 12일 오전 7시경 자고 일어나서 갑자기 左側偏身無力感을 느껴 자가치료로 사혈, 우황청심환 복용후 재가안정하다 상태 점점 악화되어 2001년 4월 13일 본원 응급실로 래원하여 Brain CT Scan상 뇌경색 진단받고 입원 치료받던 중 2001년 4월 21일 가족간의 심한 언쟁이 있는 후부터 당일엔 별무증상 나타나지 않다가 2001년 4월 23일 아침부터 右脇痛 호소하기 시작함.
9. 초진시 한방적 소견
 - 1) 體格 : 肥濕壯大

- 2) 性格 : 內省的
- 3) 食慾 : 3食/日, 全得, 好肉食
- 4) 消化 : 良好, 或急食則滯
- 5) 大便 : 1回/1-2日, 正常便 或 硬
- 6) 小便 : 7-8回/日, 利得
- 7) 睡眠 : 淺眠頻覺.
- 8) 汗 : 汗出時顏面, 背部甚.
- 9) 脈診 : 左滑, 右沈緩
- 10) 舌診 : 質淡紅 微薄白苔
10. 양방이학적 소견
 - 1) EKG
 - ① 4월 13일- Sinus rhythm possible left atrial enlargement, left ventricular hypertrophy with repolarization abnormality
 - ② 4월 24일- Sinus rhythm minimal voltage criteria for LVH may be normal variant ST&T wave abnormality, possible lateral ischemia, possible inferior ischemia
 - 2) Chest-AP & lat : CT ratio - 71.18%
 - 3) Lab findings
 - ① 4월 14일- Routine CBC Hct 35%, Glucose 137mg%, Serology HBs-Ag(+)
 - ② 4월 23일- Nonspecific
 - 4) Brain CT Scan : Cerebral infarction in MCA territory
 - 5) Abdominal Ultrasonogram : Nonspecific
 - 6) Rib series : Nonspecific region
 - 7) 입원시 V/S : 160/90mmHg, 72회/분, 22회/분, 36.8℃
 - 8) 입원시 BST : 121mg/dl
11. 진단 : 양방-① 뇌경색 ② 별무소견
한방-① 中經絡證(中風病態에 따른 辨證) ② 氣鬱脇痛

IV. 考 察

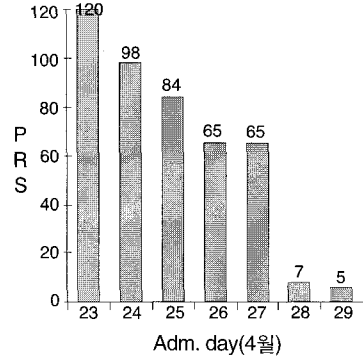
脇痛은 일측 혹은 양측 腋下에서 腸骨상연까지의 부위에서 동통을 느끼는 자각증상을 말한다^{1,2}. 또한

Table 2. Change of VAS Score

Adm day	4. 23	4. 24	4. 25	4. 26	4. 27	4. 28	4. 29
VAS score	10	9	8	5	5	2	1

Table 3. Change of PRS

Adm. day	intensity	time+frequency +behavior	Asses sment
			PRS=Intensity × (Time+Frequency+behavior)
4.23	8	5+5+5	120
4.24	7	5+5+4	98
4.25	6	5+5+4	84
4.26	5	5+5+3	65
4.27	5	5+5+3	65
4.28	1	1+4+2	7
4.29	1	1+3+1	5



脇痛은 『靈樞 五邪篇』에 “邪在肝則 兩脇中痛”이라 하였고 『素問 繆刺論篇』에 “邪客于足少陽之絡 令人脇痛不得息”이라 하여 간담과 밀접한 관계가 있음을 보여주었고¹⁴,脇痛의 원인으로는 “邪在肝¹⁵, “勞心焦思 飲食內傷勞倦 色慾內傷”, “情志鬱結 濕邪侵襲¹⁶, “肝火盛木氣實¹⁷, “大怒氣逆及謀慮不決¹⁸, “惡血停留於肝屬於脇下¹⁹, “痰飲遊走於厥陰之經”,이라 문헌에서 언급하고 있으며 이러한脇痛의 원인에 따른病機는情志의 억울이나 분노로 인한傷肝이肝氣를橫逆케 하고氣機를阻滯시켜 경맥의 소통이 실조되고 이것이 오래되면 血行에까지 영향을 미쳐 瘀阻를 일으켜 발병하는 것으로 보며 또한 水飲, 痰積이 肋部에 停留함으로써氣機의流通이 阻滯되어 동통이 생기는 수도 있다고 하였다¹⁰. 이외에도 心, 肝, 肺, 脾, 腎 등도脇痛을 유발할 수 있지만 많은 경우에 있어서 자체적으로보다는 간담과 연관되어脇痛을 유발한다고 하였고 최근 발간된 한의학서적에서는 이외에도 濕邪와 房勞傷, 그리고 肝陰不足이나 跌僕傷 등의 원인도 중요시하고 있음을 보고 하고 있다¹⁶. 이러한 원인 중에서 간담과 관련하여 흔히 나타나는脇痛은 주로情志不暢, 鬱怒所傷 등의 정신적 요인에 의해氣機의升發과 條暢이 안되어 肝의 疏泄기능이 실조되어 나타나는肝氣鬱結과 관련하여 肝鬱脇痛, 肝鬱脾虛, 肝胃氣痛, 肝氣犯胃, 肝鬱行經不孕, 肝鬱行經先期 등의

하나로 나타나게 되는 증후의 일종이다^{16,8}. 또한 『東醫寶鑑』에서도 “大怒氣逆 及謀慮不決 皆令肝火動心脇痛” <氣鬱脇痛>이라 하여 정신적 억울로 인한氣機鬱結이라 하였고 『東醫臨床內科學』에서는 肝氣鬱結, 瘀血停着, 痰飲停滯, 宿食積滯, 肝火亢盛, 濕熱蘊結, 正氣虛衰, 外邪阻痺의 病機로脇痛이 나타난다고 언급하였다. 한편 한의학적 개념과 달리脇痛을 유발하는 경우에 해당하는 서양의학적 질환으로는 간염, 늑간신경통, 만성위염, 십이지장염, 대상포진, 소화성 궤양, 담낭염, 담석증 등과 같이 기질적 병변으로 인해脇痛이 나타날 수도 있으나^{1,8,10-1}, 자각증상의 일종인 통증에 있어 정신인성 통증¹²은 기질적 병변 없이 정신적 요인에 의해서 발생하는 통증으로 이는 한의학에서 언급하고 있는情志不暢, 鬱怒所傷¹³등의 정신적 요인에 의해 肝氣鬱結로 유발되는氣鬱脇痛과 같은 경우와 유사하다.

본 증례에서 활용한 柴胡疏肝散은 주로 肝氣鬱結에 疏肝, 理氣, 和解의 작용을 통해 협늑동통, 한열양래를 治¹⁹하고 金²⁰은 肝鬱症에 사용한다고 하였다. 또한 柴胡疏肝散은 肝鬱氣滯證을 疏肝利膽하는 처방에 적합한 처방으로 葉文齡의 醫學統旨(A.D.1534)에 최초로 수록된 이후 여러 의서에 인용되어온 처방으로 柴胡疏肝散을 구성하고 있는 약물들의 각각 효능을 살펴보면 柴胡는 發表和裏, 退熱升陽, 解鬱 및

肝火를 瀉하며 疏氣, 鎮靜, 消炎, 推陳致新的 작용이 있다^{21,2}. 香附子는 通行十二經八脈氣分²¹하므로 行氣, 調經, 通寒, 解鬱의 효능이 있어 一切氣를 治하고^{21,2}, 陳皮는 調中決瀉, 導滯消痰, 宣通五臟, 除寒發表의 효능이 있어 燥濕, 理氣, 散逆, 和中, 消痰작용이 있다²¹. 川芎은 補血潤燥, 行氣搜風의 효능이 있어 潤肝燥, 補肝虛, 頭痛, 腹痛, 脇痛, 氣鬱, 血鬱 등²²의 효능이 있으며 枳殼은 散結, 逐滯, 利氣, 破氣²², 消脹²¹ 작용이 있어 疏通消導의 목적에 적용한다²¹. 赤芍藥은 通血脈, 瀉肝火의 요약²¹으로 行血通絡, 破積, 腹痛, 脇痛에 효능이 있으며²², 甘草는 和中毒藥, 通行十二經²²하며 周身氣血을 調和하는 효능이 있어 通血脈, 利氣血한다²¹. 여기에 加味한 當歸는 活血止痛, 烏藥은 通氣止痛의 효능으로 정서우울로 인한 胸脇悶脹不悶, 食慾不振 등의 증상에 行氣解鬱 치료제로 사용된다²¹.

이에 저자는 평상시에도 침울하면서 내성적인 성격과 환자의 중풍 발병 이후 복잡해진 여러 가지 가족간의 불화로 인해 더욱더 肝氣鬱結의 상태가 악화되어 脇痛으로 나타나게 되는 일련의 상황을 통해 전형적인 情志不暢, 鬱怒所傷으로 인해 肝氣鬱結로 나타난 氣鬱脇痛이라 판단하여 柴胡疏肝散의 임상적 활용으로 증상의 호전을 나타내어 보고하게 되었다.

본 증례의 환자는 78세의 여자환자로 2001년 4월 12일 오전 7시경 자고 일어나서 갑자기 좌측편신무력감을 느껴 자가치료 후 재가안정하다 상태 점점 악화되어 2001년 4월 13일 본원에 래원하여 Brain CT Scan상 뇌경색 진단받고 재활치료 위해 입원치료 중이던 환자였다. 평소 성격도 내성적이면서 별다른 말이 없었던 환자로 4월 22일 가족간의 불화로 인한 보호자의 심한 언쟁이 있는 후부터 더욱더 침울해지기 시작했으나 별다른 증상을 호소하지 않았고 V/S도 안정적이어서 계속 주시관찰하였다.

4월 22일 오후 9시경부터 안면상열감과 함께 V/S 150/90, 92, 23, 37.8 측정되어 少商, 商陽, 隱白, 大敦을 放血한 후 자정경 V/S 160/90-76-22-36.9로 정상회복되었고 특별한 상태 변화가 없어 별다른 처치 없이 주시관찰하였다. 37.8℃의 미열²⁴이 갑작스럽게 나타나서 감염증을 의심하여 혈액검사를 시행하였으나

미열은 계속 지속되지 않았고 정상범위로 회복되어 주시관찰하게 되었다.

4월 23일 원래 수면상태가 淺眠頻覺하던 환자였으나 밤새 잠을 제대로 자지 못하였고 오전 6시경부터는 우측 제 10늑하로 둔통과 함께 통증으로 인한 호흡곤란, 지속적인 통증, 심할 때는 흉견배부까지 미친다고 하며 정신적 자극이나 분노시에 더욱더 통증이 가중되었다. 頭汗出, 거동불능을 나타내면서 복진을 위해 按診하였을 때 팽만감과 함께 통증이 심했다. 이의 精神抑鬱, 消化不良, 食慾不振, 脈弦澁, 舌紅薄白苔, 善太食을 나타내었다. 脇痛의 원인에 따른 분류에서 보면 정신인성동통²⁵은 즉 정신적 원인으로 발생하는 통증이었고 통증의 성질에 따른 분류에서는 자발통, 압통, 운동통, 둔통, 급성통, 국소통에 해당하였으며 간헐적으로 통증이 나타나기도 하지만 대부분 지속적인 둔통이었고 통증이 심할때는 흉견배부로 관련통을 나타내기도 했으며 간담부위에 해당하는 우측 계륵부위 심부통으로 나타났다. 간염에서는 주로 간담부위의 간비대와 함께 按壓痛을 호소하게 되는데 본 증례의 환자에게 있어서도 按壓痛을 나타내었으나 간기능 혈액검사 및 초음파 검사에서 별다른 이상소견을 나타내지 않아 배제하였고 늑골골절로 인한 통증을 의심하여 Rib series X-ray 검사를 시행하였으나 특이소견 나타나지 않았다. 이에 따른 서양 의학적 기질적 이상소견으로 인한 脇痛이라 의진할 수 없었고 환자가 나타내고 있는 증상으로 일련의 증을 기준하여 변증하고 이와 다른 病機로 나타날 수 있는 脇痛과 증후감별하였다. 肝氣鬱結의 病症은 매우 다양하게 나타난다²⁶. 本經鬱滯하게 되면 兩脇脹痛, 少腹脹悶疼痛, 乳房結塊頸部瘰癧이 나타날 수 있고 氣機不暢케 되면 胸脇脹滿疼痛, 乳房少腹脹痛, 痛經 등이 나타나고 精神情志活動 면에서는 胸悶脇脹, 噯噯太息, 鬱鬱不榮, 眩暈, 疲勞, 夢擾急躁易怒, 失眠頭痛, 目赤脇痛, 吐血 등이 나타난다. 이와 함께 水穀運化機能에 있어서 실조되면 噯氣, 脘痞, 嘔惡, 納減, 腹滿 등 肝脾不和의 증상이 나타나게 된다. 부인들에게 있어서는 또한 월경장애현상까지 나타나게 된다. 『東醫臨床內科學』에 언급된 脇痛의 증후 감별에서

는 肝鬱氣滯로 인한 脇痛은 통증의 양상이 때로 생기기기도 하고 그치기도 하며 지속적인 수도 있으며 발작은 정지활동과 상관하여 가중되며 氣鬱은 腕悶 納呆, 정서장애를 수반하며 痰飲, 宿食, 瘀血로 인한 경우엔 통처가 대부분 고정적이면서 積塊가 만져지고 어혈인 경우엔 주로 외상이후에 다발하면서 통증의 양상 또한 칼로 도려내는 듯 하고 야간에 심해지는 경향이 있다. 또한 汗化, 晝열로 인한 통증은 졸연 발작하여 통증이 격렬하면서 작열감을 함께 나타내고 외감으로 인한 脇痛은 非時之氣에 觸冒되어 발하는데 發熱惡寒의 표증을 겸하게 된다. 正虛脇痛일 경우엔 은은한 통증이 면밀히 지속되고 쉽게 피로감을 느끼며 힘든 일을 하고 난 이후에 더 심해지는 경향이 있다고 하였다. 이와 같은 문헌적 근거와 함께 肝氣鬱結 변증의 요점은 질병을 일으키는 것과 가장 밀접하게 상관관계가 있는 정신적 자극으로서의 원 인병력과 비교적 특징이 있는 성격을 가지고 있으며 증후의 변화가 정서적 변동에 의하여 좌우되는 등을 우선으로 하기도 하였다.²⁾ 이러한 여러 가지 상황을 종합하여 한방적 변증을 통해 肝氣鬱結로 인한 氣鬱 脇痛이라 보고 柴胡疏肝散에 加味하여 하루 2침을 3 회로 분복시켰다.

4월 24일 전일과 비교하였을 때 통증으로 인해 신음소리를 낼 정도는 아니었으나 여전히 얼굴을 찌푸리면서 고통의 표현을 하고 있었고 頭汗出은 소실되었으며 하루종일 지속되는 둔통과 함께 체위변경시마다 우측헝하 쪽으로 통증이 가중됨을 호소하였다. 이와 함께 오후 2시경에는 간비불화로 인한 비위의 수곡운화작용실조에 따른 증상의 하나³⁾로 오심, 구토 증상을 호소하여 背部 肝膽脾胃俞穴에 습식부항을 시행하여 오심의 증상은 소실되었으나 식사량저하, 식욕부진의 상태를 계속해서 나타내었다.

4월 25일 아침부터 통증에 대한 자각정도의 감약이 있었다. 비록 20%정도의 감약이었지만 얼굴을 찌푸리면서까지 통증의 고통을 호소하지 않았고 단지 통증으로 인해 침상운동과 같은 움직임을 거부했고 몸을 좌우로 돌리거나 침상에 앉은 동작시마다 통증으로 인한 불편감을 호소하였다. 전일과 같은 오심,

구토의 증상은 나타나지 않았다.

4월 26일 右脇痛에 대한 자각정도가 반으로 줄었으며 통증의 발생빈도에 있어서도 하루종일 나타나고 있었지만 통증세기의 감약으로 호흡시에도 통증을 호소하지 않았고 가족들간의 대화를 나눌 정도의 여유와 함께 침상에서 일어나 앉을 때 통증이 심해짐을 느끼는 정도였다.

4월 27일 전일과 통증의 자각정도는 동일했으나 식사량이 3食/日, 2/3得 정도로 늘었고 오히려 수면장애와 좌측슬부동통을 호소하였다.

4월 28일 柴胡疏肝散加味方을 복용한지 6일째 통증은 80%정도 감약되었으며 안정시, 거동시, 복진을 위해 안진시, 호흡시 모두 통증을 나타내지 않았고 하루종일 나타나던 통증도 하루 2회정도 심호흡을 한다거나 기침을 할 때 약간의 둔통을 느끼는 정도였으며 체위변경이나 침상재활동 등 가벼운 움직임에 있어서는 특별한 통증을 호소하지 않았다.

4월 29일 右脇痛의 90%이상 통증감약과 함께 脇痛이 나타나기 전과 동일하진 않지만 통증으로 인한 불편감은 느끼지 못하였고 몸을 움직일 때 힘을 강하게 주었을때나 약간 당기는 느낌이 있다고 했으며 오히려 좌측 슬부동통의 불편함을 호소하였으며 식사량에 있어서도 脇痛이 나타나기전과 동일하였다.

이상과 같이 情志不暢, 鬱怒所傷으로 肝氣鬱結되면서 나타나게 된 증후의 하나인 右脇痛으로 인해 고통스러워 하던 환자의 치료에 있어서 한방적 치료 접근으로는 변증에 따른 치료원칙을 세워 이와 부합된 여러 가지 방법을 사용할 수 있다. 본 증례에 있어서는 柴胡疏肝散加味方을 통한 약물요법에 중점을 두어 치료복용기간중 방제의 변환없이 같은 처방과 용량으로 지속적인 복용시켰고 이로 인한 증상의 호전을 나타내었다고 사료된다. 脇痛을 주소로 하게 된 본 증례에 있어서 脇痛의 증상호전도를 객관화 하기에는 많은 어려움과 문제점이 있어서 임상적으로 통증을 평가하는 여러종류의 방법 중에서 일차원적 평가법인 시각적 상사척도(Visual Analogue Scale)⁴⁾를 통해 일차적으로 통증의 세기를 자각하는 정도를 평가했으며 여기에 통증의 강도, 지속시간, 발생빈도,

동작에 따른 통증의 양상의 4가지로 분류하여 통증 지수를 통해 평가하는 통증평정지수(Pain Rating Score)¹⁴를 병행하였고 임상경과 중 통증의 감약 양상에 대한 서술표현은 통증평정지수로 측정하기 위해 PRS의 내용을 근거로 하여 환자를 관찰문진 하여 좀더 구체적인 평가를 도모하려고 하였으나 右脇痛을 나타내는 통증의 양상에서 있어 어떤 기질적 질환에 따른 통증의 양상구분이 명확하거나 만성화되어 장기적인 관찰로 평가할 수 있는 통증의 유형도 아니었기에 측정평가에 있어서 다소 한계점과 문제점이 있었다고 생각된다. 또한 임상경과 중 식사량의 변화도 하나의 통증감소에 따른 호전반응이었으나 환자가 주사로 하는 통증의 감약에 대한 평가를 우선시 하였기에 변화가 있을 경우에만 언급하였다.

V. 結 論

본 증례의 임상보고는 情志不暢, 鬱怒所傷으로 야기된 肝氣鬱結로 나타난 氣鬱脇痛 1례에 있어서 疏肝行氣解鬱의 목적으로 활용한 柴胡疏肝散加味方을 투여하여 증상의 호전을 나타내었는 바 한의학적인 사고를 통한 임상적 활용을 한다면 하나의 처방에 대한 실험연구 뿐만 아니라 폭넓은 임상보고로 한의학적치료의 우수성을 공감할수 있는 계기가 될 것으로 생각되며 앞으로도 더 많은 연구와 이에 따른 보고가 필요할 것으로 사료된다.

參 考 文 獻

1. 劉冠軍. 國譯鍼灸學. 1. 서울: 大成文化社; 1994, p. 99-103.
2. 김근중. 東醫臨床內科學 I. 1. 서울: 法仁文化社; 1999, p. 105.
3. 楊維傑. 黃帝內經 素問靈樞譯解. 1. 서울: 成輔社; 1980, p. 210, 58, 469-78.
4. 中醫研究院. 中醫症狀鑑別診斷學. 1. 北京: 人民衛生出版社; 1997, p. 261-3.
5. 許浚. 東醫寶鑑. 1. 서울: 南山堂; 1989, p. 136, 280-6.
6. 金定濟, 金秉雲. 東醫肝系內科學. 1. 서울: 東洋醫學研

- 究院; 1978, p. 4-36, 111-3.
7. 全國韓醫科大學校 鍼灸經穴學教室編. 鍼灸學(下). 1. 서울: 集文堂; 1998, p. 1239-40.
8. 楊思澍, 張樹生, 傅景華. 中醫臨床大全(下). 1. 北京: 北京科學技術出版社; 1991, p. 1284-5.
9. 高武. 鍼灸聚英. 1. 上海: 上海科學技術出版社; 1991, p. 170.
10. 金賢濟, 崔容泰, 林鍾國, 李潤浩. 最新鍼灸學. 1. 서울: 成輔社; 1979, p. 628-30.
11. 廣州中醫醫學院. 鍼灸學. 1. 北京: 中醫古籍出版社; 1987, p. 168-9.
12. 강병철. THE MERCK MANUAL. 1. 서울: 한우리; 2002, p. 1467.
13. 金完熙, 崔達永. 臟腑辨證論治. 1. 서울: 成輔社; 1985, p. 141.
14. 신승우, 정석희, 이종수, 신현대, 김성수. 痛症의 臨床的 評價法에 關한 考察. 東國韓醫學研究所論文集 2000;8(2):25-46.
15. 張介賓. 景岳全書. 1. 서울: 裕昌德書店; 1961, p. 447-50, 1170.
16. 韓政佑, 陸泰翰. 脇痛의 原因과 治療穴에 對한 文獻的 考察. 大韓鍼灸學會誌 1997;14(1):255.
17. 宋驚永. 中醫病因病機學. 1. 北京: 人民衛生出版社; 1987, p. 201.
18. 柯雪帆 主編. 中醫辨證學. 1. 上海: 上海中醫學院出版社; 1987, p. 172.
19. 陳繼明. 肝炎與肝硬化的中醫辨治. 1. 北京: 中國醫藥科技出版社; 1988, p. 10.
20. 再小峰外篇. 歷代名醫良方釋. 1. 北京: 北京科學技術出版社; 1983, p. 176, 188.
21. 尹吉榮. 東醫方劑學. 1. 서울: 高文社; 1971, p. 117, 236, 293, 309.
22. 李尙仁. 本草學. 1. 서울: 醫藥社; 1975, p. 57-9, 197-8, 334-45, 350-1, 362-3, 398-9, 421-2.
23. 黃道淵. 方藥合編. 1. 서울: 杏林出版社; 1977, p. 96, 117, 128, 132, 140, 238, 270.
24. 醫學教育研究院. 症狀別 臨床檢査. 1. 서울: 서울大學校出版部; 1991, p. 4-9.
25. 東西醫學融合研究會. 臨床東西醫學. 1. 서울: 永林社; 1997, p. 222-4.
26. 金炳三, 金東佑, 李長勳, 禹弘楨, 金秉雲. 肝氣鬱結의 辨證에 關한 文獻的 考察. 大韓內科學會誌 1999;13(2):70-6.