대한한방내과학회지 제24권 4호-2(2003년 12월)
Korean J.Orient.Int. Med. 2003:24(4):1093-1102

울혈성 심부전으로 인한 심장성 천식환자 치험 1례

정운석, 신정인, 서운교

동국대학교 한의과대학 내과학교실

A Case Report on Cardiac Asthma due to Congestive Heart Failure

Wun-Suk Jung, Jeong-In Shin, Un-Kyo Seo

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongguk University

Congestive heart failure is a cardiac dysfunction that can't supply sufficient amount of blood. The disorder usually causes hypertension, ischemic cardiac disease and give rise to pulmonary congestion and pulmonary epileptic edema. The symptoms of the disease are dyspnea, palpitation, edema, etc.

We treated a 82 year-old female patient who had severe dyspnea, nausea, and dizziness. At the point of differentiation of syndromes(辨證), the case was diagnosed as Su-Cheon(水喘) induced by Yang-deficiency of Both Spleen and Kidney(脾腎陽虛) and was administered Yerunpang(胃苓湯). After two weeks of the treatment, we witnessed improvement in the symptoms of CHF and general depressed condition.

This report describes the process and contents about the way the patient was treated.

Key Words: congestive heart failure, dyspnea, Yerunpang(胃苓湯)

Ⅰ. 緖 論

울혈성 심부전이란 대개 심근 수축력의 문제로 심장이 안정시에나 운동시에 신체의 대사에 필요한 충분한 산소를 공급할 수 있는 박출량을 유지할 수 없는 상태로 대부분의 경우 수분과 염분의 저류를 동반하여 呼吸困難, 浮腫, 喘咳, 청색증, 피로감 등의 증상이 발생하게 된다.[1,2,3] 이는 여러 질환에 의해 유발될 수 있으며 선진국에서는 심근경색과 이로 인한 심근 수축력의 소실과 연관된 관상동맥 질환이 가장 흔한 심부전의 원인이 된다. 이중 고혈압은 울혈성 심부전의 가장 중요한 원인으로 다른 원인에 의한 심부전을 가지고 있는 환자에게서는 중요한 악화인자로 작용한다[1,3].

심부전의 가장 흔한 증상은 호흡곤란으로 주로 초기에는 운동시에 발생하나, 점차적으로 기좌호흡, 발작성 야간 호흡곤란, 안정시에도 호흡곤란을 호소하게 된다[1,3]. 현재 내·외과적 처치의 발달에도 불구하고 울혈성 심부전 환자의 약 반수에 있어서 진단된 후 4년 안에 사망한다는 것을 볼 때 예후가 매우 불량하다고 할 수 있으며, 효율적인 치료법의 개발이 절실히 요구되고 있는 실정이다.

한의학에서는 울혈성 심부전의 증상이나 기전에 따라 心悸, 怔忡, 喘咳, 水腫, 痰飮 등의 범주에 속한다고 볼 수 있으며 일찍이 『內經』에서도 "腹大脛腫, 喘咳身重", "水病下爲跗腫, 大腹上爲喘呼 不得臥者 標本俱病"[7]이라하였고, 『金匱要略』에서도 "心水者 其身重而少氣, 不得臥……心下堅大如盤 邊如旋盤 水飮所作"이라하여 심부전의 증상과 유사한 언급을 찾아 볼 수 있다[2,4,5]. 이중 울혈성 심부전의 대표적인

· 접수 : 2003. 8. 20 · 채택 : 2003. 12. 10
· 교신저자 : 정운석, 경기도 성남시 분당구 수내동 87-2번지
동국대학교 분당한방병원 6층 의국
(Tel. 031-710-3734, Fax. 031-710-3734,
E-mail : jos0829@hanmail.net)

증상으로 볼 수 있는 호흡곤란에 관해서는 한방적으로 水邪上逆으로 인한 水喘 및 衝脈之火, 胸中之火有餘로 인한 火喘의 범주에서 그 유사점을 찾아 볼 수 있는데 울혈성 심부전으로 인한 폐울혈로 유발되는 심장성 천식과 유사하다고 할 수 있다[6,7].

이에 저자는 본원 입원환자 중 울혈성 심부전으로 인해 호흡곤란 및 오심, 식욕저하 증상을 호소하는 환자 1례에 대해 한의학적 변증시치에 입각하여 水喘으로 진단하고 胃苓湯을 투여, 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 症 例

1. 姓 名 : 김 ○ ○ (F/82)
2. 主訴證 :
   1) 호흡곤란(Dyspnea)
   2) 오심(Nausea)
   3) 현훈(Dizziness)
   4) 전신무기력(General weakness)
3. 發病日 : 2003-3-21일 경
4. 過去歷 :
   1) 중풍후유증 : 2001-12-1시행한 Brain CT 상 Rt thalamus에 Lacunar inf 진단 받으신 상태로 본원에서 2001-12-1부터 2001-12-4, 2002-9-16부터 2002-9-30까지 2차례 입원치료 받으심. 신경학적 증상 및 기타 운동장애 별무상태로 퇴원하심.
   2) 고혈압: 2002년 개인병원에서 진단. 혈압약 복용하시다가 20일 전부터 중단하신 상태.
   3) 백내장: 1999년 부산 동산병원에서 진단. 수술치료 받으심.
5. 家族歷 : 別無
6. 社會歷
   1) 작고 비만한 체격, 급한성격
   2) 음주력: 別無
   3) 흡연력: 別無
7. 現病歷
   1) 2003-3-18
   최근 식사량 감소 및 식사시 오심 및 구역감, 현훈을 주소로 개인병원 내원하심. 고령으로 인한 체력저하가 원인인 것 같다는 이야기 듣고 주사제 및 약물치료 받으시고 약간의 호전감 느끼심.
   2) 2003-3-20
   상기 처치 후 다소 호전감 느끼셨으나 금일부터 오심 및 현훈증상 심해지시어 숨이 차다고 하시며 거동 힘들어 하심. 다시 이전의 개인병원 방문하여 진료의로 부터 큰 병원으로의 입원권유 받으셨으나 환자·보호자 양방적 처치에 부담감 느끼시고 거부하신 상태로 가료하심.
   3) 2003-3-22
   집에서 가료하시다가 증상호전 없으시고 오히려 심화경향 보이시어 환자·보호자 보다 적극적 한방진료 원하시어 금일 본원 3내과 외래 경유하여 입원하심.
8. 입원당시 초진 소견(Review of system)
   1) 全身症狀: 두통 및 頭不淸感, 전신기력저하
   2) 皮膚: 色白, 左腕部 지름3cm정도의 無痛性의 경결있으심.
   汗出있으며 盜汗 양상. 최근 들어 다소 汗出 증가
   3) 호흡기: 呼吸喘促(안정시 別無, 거동시 증가 양상)
   4) 消化器: 평소 식사상태 양호하시었으나 발병일 이후 1끼에 죽3숟갈 정도 드셨다함. 惡心, 식욕저하 호소
   5) 睡眠: 평소양호, 발병일 이후 다소 불량해짐.
   6) 大便: 평소 1일 1회. 최근 배변량 감소. 後重感
   7) 小便: 頻數, 殘尿感
   8) 腹診: 중완부 壓痛, 腹力 다소 저하
   9) 舌診: 舌紅苔少色白(舌 전반부는 胎無), 舌尖紅, 芒刺
   10) 脈診: 脈細數, 脈結代
   11) 초진시 活力徵候: 혈압 120/80mmHg, 체온 36.8℃, 심박수 96회, 호흡수 23회, 혈당

116mg/dl

12) 신경학적 소견: 의식은 명료하였고 전반적 기력저하로 인한 무력이 있는 상태였다. 심부건반사는 좌우 팔꿈치 무릎관절 모두 ++/++로 정상소견이었으며 ankle clonus와 Babinski's sing도 양쪽 다 음성으로 정상소견이었다.

9. 검사

1) 흉부 X-ray 검사

(1) 2003년 3월 23일 시행(Fig. 1)

Massive cardiomegaly state, with congestive heart failure(CHF)

Moderate pleural effusions along both lateral chest walls.

Mild pulmonary edemas or pulmonary vascular congestions

Minimal old Tbs scars on BUL.

(2) 2003년 3월 27일 시행(Fig. 2)

Massive cardiomegaly state

Both pleural effusions with minimally improved state.

Mild pulmonary edemas or pulmonary vascular congestions

Minimal old Tbs scars on BUL.

2) 임상병리검사 소견

(1) 2003년 3월 24일 시행

【Serum】 BUN 29.6↑, T3 0.55↓, TSH 0.73↓

【Whole blood】 WBC(B) 13010↑

【Urine】 WBC(U) +↑, Nitrite +↑, Protein(U) 2+↑

Microscopy Wbc & Rbc 4-9↑ bacteria +↑

(2) 2003년 3월 27일 시행

【Serum】 Digoxin 0.66↓

【Urine】 WBC(U) trace↑, Nitrite +↑, Microscopy Wbc 4-9↑ bacteria +↑

3) 심전도검사 소견

(1) 2003년 3월 22일 시행: 빈발한 심실성 기외수축, 심방세동, 저전위, 이행대의 좌측방향(Fig. 3)

(2) 2003년 3월 25일 시행: 다원성 기외수축, 심방세동, 빈맥, 이행대의 좌측방향(Fig. 4)

(3) 2003년 3월 31일 시행: 이상Q파, 평저T파, 심방세동, 저전위(Fig. 5)

(4) 2003년 4월 7일 시행: 이상Q파, 평저T파, 심방세동(Fig. 6)

10. 치료

1) 한약투여

(1) 2003.03.22-2003.03.23: 滋陰健脾湯 (白朮 6g, 白茯苓 人蔘 半夏 陳皮 各4g, 當歸 熟地黃 生 薑 白芍藥 各3g, 遠志 川芎 麥門冬 大棗 甘草 白茯神 各2g)

(2) 2003.03.23-2003.03.24: 加味瀉白散 (熟地黃 12g, 桑白皮 地骨皮 各8g, 麥門冬 桔梗 各5g, 杏仁 人蔘 貝母 甘草 各4g, 瓜蔞仁 梔子 五味子 各3g)

(3) 2003.03.24-2003.03.31: 胃苓湯 (厚朴 生薑 猪苓 白朮 蒼朮 白茯苓 白芍藥 陳皮 澤瀉 各6g, 肉桂 甘草 各3g, 大棗 2g)

(4) 2003.03.31-2003.04.08: 胃苓湯 加 白豆蔻 4g

2) 침치료: 二体 · 舍巖(脾正格, 肺正格, 心正格)

3) 양방처치

(1) Fluid

(2003.03.22-2003.04.05)

D_5W 1ℓ, 2M NaCl 30㎖, 2M KCl 15㎖, B1 mix

(2) Med

(2003.03.24-2003.03.28)

Digoxin 1/2T bid, DCZ 1T bid, K-contin 1T bid

(2003.03.28-2003.04.02)

Digoxin 1T-1/2T

(2003.04.02-2003.04.08)

Digoxin 1T-1/2T, DCZ 1T bid, K-contin 1T bid

Fig. 1. (2003-3-23) Chest PA
CHF로 인한 Massive cardiomegaly state, pleural effusions along both chest walls, pulmonary edemas or pulmonary vascular congestions

Fig. 2. (2003-3-27) Chest PA
양측 흉벽에서 관찰된 pleural effusion과 폐부종 및 울혈로 인한 폐문부의 음영증가 소견이 감소됨

Ⅲ. 經 過

1. 입원기간: 2003.3.22 - 2003.4.08

2. 치료경과

1) 2003.03.22

입원당시 두통, 현훈, 오심 및 거동시 나타나는 喘證을 주소로 내원하셨다. 두통은 머리 전반적으로 나타나는 양상으로 환자분 스스로 "지끈지끈 내리 누르는 듯한 통증" 이라고 표현하셨다. 현훈은 두통과 동반되어 나타나는데 기립시 더 심화되는 양상을 보이셨고, 안정시에도 핑도는 듯한 현훈감이 지속된다고 하셨다. 그리고 오심증상으로 인해 식욕저하 및 식사량 감소로 전반적 기력이 저하된 상태였으며, 오심 증상은 식사시 음식 냄새만 맡아도 심화되는 경향이었다. 그 외 신경학적 증상 및 운동장애 및 감각장애는 별무하신 상태로 Vital sign 은 BT 36.5, P 70-90, BP 120-130/80으로 비교적 안정된 상태였다. 심폐부위로의 질환이 의심되는 상황으로 이에 대한 확인 위해 Chest PA 및 Lab 검사, EKG 검사를 시행한 결과 CHF로 인한 흉막삼출, 폐부종 소견 보이는 상태였다(Fig. 1.3). 최근 식사량 저하 및 기력저하 상태를 고려하여 D_5W 1ℓ에 electro, vit B1 mix 하여 주사하고 한방처치로는 滋陰健脾湯을 투여하였다.

2) 2003.03.23

전일보다 심하게 숨차하시며 거동시 뿐만 아니라 안정시에도 불편해 하셨다. 喀痰이 다소 증가되신 상태로 기침도 간혹 하시는 상태였으며, 식사시 오심증상 또한 심화되어 죽드시기에도 힘들어 하시는 상태였다. Vital sign은 BT 36.7, P 100-120, BP 120-130/80으로 확인되었고 호흡수 역시 전일 22회에서 30-35회 정도로 증가되었다. 처방을 滋陰健脾湯에서 加味瀉白散으로, 식사는 죽에서 미음으로 바꾸고 Nasal prong을 통한 산소공급(2-3mmhg)을 시행하였다. 환자분 산소공급이후 호흡수 25-30여회로 감소 되며 다소 안정되시는 양상으로 관찰되었다.

3) 2003.03.24-03.25

pulse 120회로 증가 되었고 호흡수 역시 35회 정도까지 증가되어 호흡곤란 및 오심, 현훈 등의 제반 증상 더욱 심화되었다. 사지로의 부종은 관찰되지 않았으나 타각적 및 자각적 복부팽만소견 관찰되었다. 대변은 조금씩(약 20-30g정도) 묽은 상태로 보시는 상태로 하루에 3-4차례 보시는 상태이고 소변은 하복부 팽만감 및 殘尿感, 尿意있으신 상태로 미량씩(50-100cc)보시는 상태였으며, 脈은 緊數, 舌質은 尖部는 赤色을 띠는 양상, 舌根부는 紅色이고 苔는 舌根부만 薄白苔가 관찰되었다. EKG 검사에서도 입원당시와 비교 pulse rate 현저히 증가되었고, 심방세동의 정도 및 다발성 기외수축의 빈도도 증가된 것

으로 관찰되었다(Fig. 4). 양방적 처치 요구되어지는 상태로 판단되어 DGX 1/2T, DCZ 1T, K-contin 1T 각각 bid로 투여하였고, 처방 또한 加味瀉白散에서 胃苓湯으로 바꾸어 투여하였다. 상기 상태로 하루 medication 시행한 결과 호흡곤란은 다소 감소되는 양상으로 관찰되었고 Vital sign상 호흡수도 30회 정도로 안정되는 양상으로 보였다. pulse는 100-120회로 전일보다 안정되는 양상 보였으나, 오심 및 현훈 증상은 별무 변화 상태였다. 환자분 소변의 량 및 횟수 증가되어 1-2시간에 1회로 양은 200-250cc정도였으며, 잔뇨감 및 abd discomfort는 감소되신 상태로 전반적인 상태 호전되는 양상으로 관찰되었다.

4) 2003.03.26-2003.03.31

V/S상 pulse 80-90회, 호흡수 22-25회로 안정되면서 호흡곤란 및 오심증상 호전되는 양상을 보였다. 거동시에는 다소 숨차하시는 모습 보이셨으나 안정시에는 호흡곤란 별무 한 상태로 산소 공급은 야간 호흡곤란 호소시 필요에 따라 시행하였다. 소변상태는 발병일 이전과 같이 3시간에 1회정도 잔뇨감 별무상태로 호전되었고 복부팽만은 감소, 오심증상 또한 감소되어 가면서 식사상태 역시 미음에서 죽을 거쳐 밥1/2정도 드시는 상태로 호전되었다. 3.27시행한 DGX level 측정 및 흉부 X-ray 검사를 시행한 결과 DGX level은 정상 범위를 나타내었고 흉부 X-ray상 이전과 비교, 흉막삼출이 줄어들었음이 관찰되어 3-28이후로 DGX 1T-1/2T로 다소 복용량을 늘였고 한방처치는 胃苓湯에 白荳蔻를 가미하여 계속 투여하였다(Fig. 2).

5) 2003.04.01-2003.04.08

호흡곤란 및 현훈, 오심 증상 계속 완화 양상 보이시며 소변 또한 야간 3-4회, 잔뇨감 별무 상태로 호전됨에 따라 수면상태와 식사상태 호전되었다. 수면시간은 이전 야간 소변 빈삭으로 인해 하루 3시간 정도밖에 안되었으나 4월 1일 이후 부터는 5-6시간 정도로 늘어난 상태였고 식사 또한 죽 2/3정도로 증가됨으로 인해 전반적인 기력저하 상태가 개선되는 양상으로 나타났다. 대변은 다소 묽게 보시는 상태였으나 이전에 비해 호전되는 상태였고 하루 1회 정도 보시었으며, 설태 또한 苔別無상태에서 薄白苔가 끼는 상태로 胃氣가 회복되어 감을 알 수 있었다. EKG 검사결과 입원당시보다 pulse rate 및 심방세동, 기외수축의 빈도에서 안정되어 가는 것으로 관찰되었다(Fig. 6). 4월 8일 환자 惡心, 호흡곤란, 현훈 및 제반증상 호전된 상태로 퇴원하였다.

Table 1. Change of Chief Complains

	3/22	3/23	3/24	3/25	3/26-31	4/1-4/8
호흡곤란 (AD100%기준)	100	100	100	90	50	30
호흡수	22	30	35	25	23	22
심박수	90	110	120	110	90	80
현훈	++	++	++	++	+	±
오심	++	++	++	++	+	-
수면시간	2h	2h	1-2h	2h	3-4h	5-6h
식사량 (SD기준)	별무	1/3	1/4	1/3	2/3	4/5

주) ++: 증상이 매우 심함, +: 증상이 심함, ±: 증상이 있음, -: 증상이 없음
호흡곤란에 관해서는 입원시 100점을 기준하여 증상의 경감정도를 표시하였음.

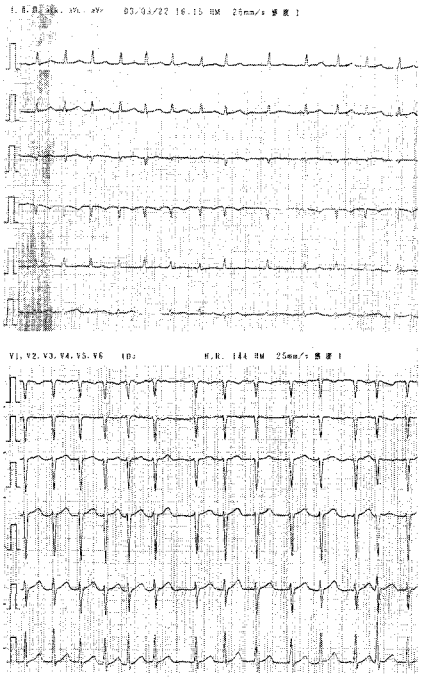

Fig. 3. (2003-3-22) EKG

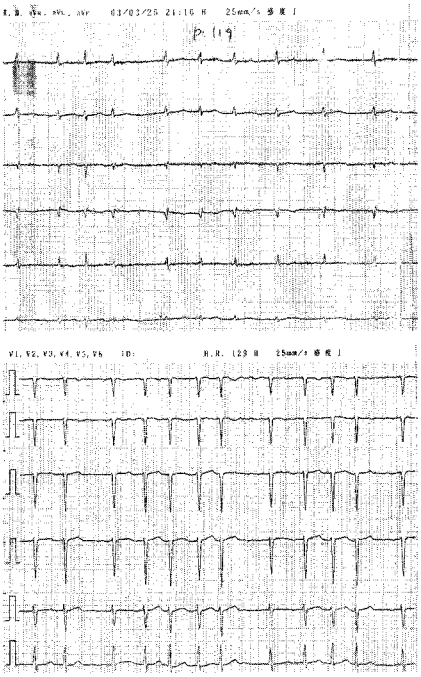

Fig. 4. (2003-3-25) EKG

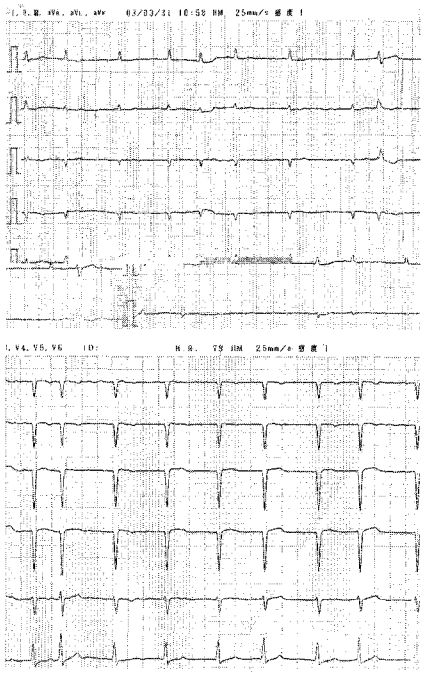

Fig. 5. (2003-3-31) EKG

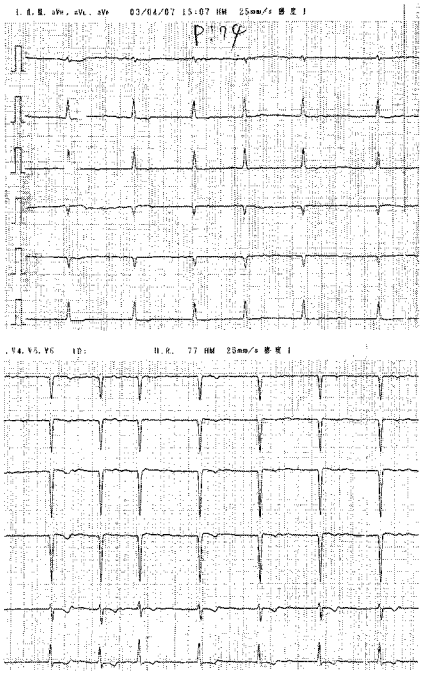

Fig. 6. (2003-4-8) EKG

Ⅲ. 考 察

심부전증은 심근의 기능부전으로 인한 심박출량의 감소로 신체신진대사에 필요한 적당량의 혈액을 공급하지 못하여 생기는 병태생리학적상태이다[1,3]. 울혈성심부전증은 심부전의 결과로 대상기전이 작동되어 Na과 수분의 이상저류를 특징적으로 가지는 체 · 폐정맥계의 울혈상태로 야기된 임상증후군으로 심부전을 수반하지 않는 순환계 울혈상태와는 구별되어야 한다[1,3,8,9]. 심부전증을 유발시키는 기전은 크게 2가지로 볼 수 있는데 대동맥판협착이나 고혈압, 폐동맥판협착, 폐동맥고혈압, 폐성심 등으로 인하여 압부하(Pressure over load)가 상승하여 심기능이 저하되거나 심방중격결손, 삼첨판폐쇄부전, 심실중격결손, 동맥관계존, 대동맥판폐쇄부전, 승모판폐쇄부전 등으로 용량부하(Volume over load)가 증가하여 심기능을 저하시킬 수 있다. 그 밖에 승모판 및 삼첨판협착증, 심방종양, 압축성 심낭염이 발병하는 경우 확장기동안 심실내로의 혈액유입에 장애가 있는 경우에도 심부전을 유발하게 된다. 심한 빈혈이나 부정맥 등은 심근허혈 상태를 유발하여 심기능 장애를 일으키며 심근염, 확장성 또는 비대성 심근질환 등의 원발성 심근질환도 심근의 수축력저하를 유발하여 심장에 악영향을 미치게 된다[2,3,4,10]. 심부전증의 원인질환은 고혈압과 허혈성 심장병이 가장 많으며 그 외에도 심근증, 심장판막증, 심근염 등이 있으며 심부전의 악화요인 또는 유발요인은 부정맥, 전신감염증, 폐동맥 색전증, 빈혈, 임신, 갑상선기능항진증, 신장질환, 폐질환, 소화기 질환, 술 · 약물의 오남용 등을 들 수 있다[1,11].

전체 인구에서 심부전증의 유병율은 구미에서 0.4-2% 정도로 보고되고 있으며 근래 전세계적으로 평균수명의 연장과 노연령층의 증가로 인하여 심장질환의 발생빈도가 증가함에 따라 심부전은 중요한 사망원인이 되고 있다. 심부전의 예후는 환자의 약 반수에 있어서 심부전으로 진단된 후 대개 5개월에서 4년안에 사망하는데 울혈성 심부전 환자의 많은 경우에 심실세동으로 인하여 급사하게 된다. 만약 중등도의 식사 염분제한과 소량의 이뇨제 또는 digitalis로도 임상적 호전이 있다면, 이러한 치료에 추가로 적극적인 이뇨제 치료와 혈관 확장제가 요구되는 경우보다 예후가 좋다고 볼 수 있다. 만일 운동시간이 3분 미만으로 짧은 경우, 혈청Sodium 농도가 133 mEq/L 미만으로 저하된 경우, 혈청 Potassium 농도가 3 mEq/L 미만으로 저하된 경우, Atrial Natriuretic Peptide(ANP) 그리고 Norepinephrine 농도가 증가된 경우 및 Holter 심전도에서 심실의 조기수축이 빈번한 경우라면 예후가 훨씬 불량해진다[1,11].

심부전의 증상과 징후는 병의 정도와 기간에 따라 다양하게 나타나는데, 좌심실부전의 경우 폐울혈이나 폐부종의 증상과 이학적소견이 나타나고, 우심실부전에서는 전신정맥의 울혈과 말초부종이 나타나는데, 좌심부전이 심하면 우심부전을 속발시켜 폐울혈은 물론 전신정맥의 울혈로 인한 증상과 이학적 소견이 모두 나타난다[2]. 심부전에서 흔히 관찰되는 증상은 호흡곤란, 動悸, 喘咳, 浮腫 등으로 표현되는데 그 중 호흡곤란은 심부전의 가장 흔한 증상으로 초기에는 운동시 호흡곤란이 발생하지만 병이 진행되면 점차 안정시에도 증상을 호소하게 된다. 호흡곤란이 나타나는 병리적 기전을 살펴보면 좌심부전에 의해 폐울혈과 폐간질의 부종이 나타나고 따라서 폐의 容壓率(Compliance)이 감소되어 폐를 팽창시키는데 필요한 호흡근의 勞作量이 증가한다. 또한 呼氣를 억제하는 Herring-Breuer반사가 항진되어 心性 호흡곤란에서 볼 수 있는 빠르고 얕은 호흡을 하게 되며 자세에 따라 혈액량의 변동을 초래하여 기좌호흡이 발생하기도 하며 더욱 심해지면 발작성 야간성 호흡곤란이 발생된다[2,11,12].

진단에 있어서는 임상적 발현양태, 이학적 검사소견, 흉부 X-ray와 심전도, 심초음파 등의 내용이 근거가 된다. 흉부 X-ray에 나타난 심장음영의 크기는 심장기능의 장애 정도와 일치하는 것은 아니지만 정상적 크기의 심장과 폐야가 정상인 경우는 심부전증일 가능성이 적다. 그러므로, 심장의 비대나 폐정맥의 확장소견은 심부전을 진단하는데 도움이 되는 소견이다. 심부전증이 있는 환자에서 정상 심전도 소

견을 보이는 것은 일반적이지 않지만, 특정 심전도 소견이 심기능의 일면을 지칭하지는 않는다. 가장 유용한 심부전의 검사는 심장초음파라 할 수 있는데 이는 심장의 크기나 기능을 알 수 있고, 또한 심낭액의 저류나, 판막질환, 심장내 단락, 심근경색을 시사하는 국소적인 심근내 운동이상이나 이에 반대되는 전반적인 심근의 운동 이상인 확장성 심근병증을 알 수 있다[2,11,13].

심부전 치료의 최종목표는 사망율, 이병율의 감소, 심기능 악화의 예방 또는 지연과 생활의 질을 향상시키는데 있으며 이를 위해 비약물치료와 약물치료 그리고 외과적 치료를 시행한다. 약물요법에 쓰이는 약제는 이뇨제, digoxin, Angiotensin Converting Enzyme inhibitor(ACE inhibitor)를 비롯한 혈관 확장제, β-차단제와 aspirin 등이 유효한 것으로 각종 임상시험에서 나타나고 있다. 만성 심부전의 경우 심장뿐이 아닌 여러 기관계의 고장에 의한 증후군으로 해석되므로, 심장 기능의 이상 뿐만 아니라 골격근의 대사 이상, 말초 혈류, 내피세포, 호흡, 자율신경, 신경호르몬 기능의 이상이 함께 작용하여 운동내구력을 저하시키고 여러 가지 증상이 나타나게 되므로 심장외적인 치료 즉 운동 및 생활습관(술, 담배 등)의 교정, 식이요법이 병행되어야 한다[1,2,11,13].

한의학적으로 이러한 심부전의 증상은 心悸, 怔忡, 喘咳, 水腫 등의 범주에서 그 유사한 증상을 찾아볼 수 있는데 일찍이 『內經』[15]에서는 "凡賊風虛邪者 陽受之……入六腑則 身熱不時臥 上爲喘呼", "夫不得臥 臥則喘者 時水氣之客也 夫水者 循津液而流也 腎者水臟 主津液 主臥與喘也", "陰爭于內 陽擾于外 魂汗未藏 四逆而起, 起則熏肺 使人喘呼"라 하였고, 李[16]는 "喘者 促促氣急 喝喝痰聲 張口抬肩 搖身擷肚", "腎虛 水邪泛濫 逐水下流 金匱腎氣丸主之"라 하였으며, 張[17]은 "治水喘者 不宜妄用攻擊之藥 當求腫脹門諸法治之腫退而喘自定矣", "氣促之病 最爲危候"라 하여 喘症의 위급함을 力說하였고, "喘急者氣爲火所鬱而爲痰 在肺胃間也 有痰者 有火炎者 有陰虛自小腹下起而上逆者 有氣虛而 致氣短者 有火氣丞肺者 有肺虛而挾寒而喘者 有肺實挾熱而喘者 有驚憂氣鬱 肺脹而喘者 有胃絡不和而喘者 有腎氣虛損而喘者"라 하여 명대이전의 諸家說을 종합하여 병리적으로 분류하였다. 巢[18]는 虛勞, 七情이 喘에 미치는 영향을 설명하면서 "肺主于氣 氣爲陽 氣有餘則 喘滿逆上 虛勞之病 或陰陽俱傷 或氣血偏損 今是陰不足陽有餘 故上氣也", "水病者 由腎脾俱虛故也"라고 하였으며, 王[19]은 "外患氣嗽 發是賁喘 坐臥不得"이라 하여 喘症이 久嗽로 因하여 發할 수 있음을 論하였다. 또 朱[20]는 "七情之所感傷 飽傷動作臟器不和…… 脾腎俱虛 虛弱之人 皆能發喘", "苦遍身腫 煩渴 小便赤澁 大便閉 此屬陽水……若遍身腫 不煩渴大便溏小便少 不澁赤 此屬陰水"라 하였다.

이상에서 살펴본 바와 같이 심부전은 水濕停滯, 勞力過度 등이 心,肺,脾,腎 四臟에 작용하여 宣發肅降, 通調水道, 水濕運化 등의 정상기능의 失調를 초래하여 나타나는 本虛標實의 병이라 할 수 있으며, 기본은 心腎兩虛이며 외부표현은 痰濁水濕으로 病機의 부위는 心에 있다 할 수 있다[2,14]. 즉 心陽이 부족하고 脾의 運化機能이 작용치 않으면 營血을 鼓動치 못하며 瘀血이 내부에 정체하고, 혈류가 滯하면 우심부전의 증상과 유사한 증상이 나타난다. 또, 폐의 기능이 부족하여 淸肅下降치 못하며 腎의 기능이 부족하고, 水液이 증발치 못하여 痰飮이 되어 肺로 逆上하게 되면 呼吸促迫, 血痰喀出 등의 좌심부전 증상과 유사한 증상을 보이게 된다. 그리고, 脾腎의 기능이 부족하고 水邪가 내부에 정체하여 心肺를 침범하면 兩心不全으로 나타나는 상태와 유사한 증상이 나타난다고 볼 수 있다[14]. 이와 같이 심장의 驅血力과 혈액의 유통관계에서 심부전을 바라보는 서양의학과는 다르게 한의학에서는 그 원인을 氣의 循環, 陽氣의 不足 및 水濕의 停滯에 따른 臟器의 機能變調에서 찾았다고 할 수 있겠다.

본 증례에서 환자는 오심 및 현훈을 호소하여 개인병원에서 진료 및 치료 시행하였으나 호전감 별무한 상태로 2003년 3월 22일 본원 입원하였다. 입원 당시 두통, 현훈, 오심 및 경미한 호흡곤란을 호소하시는 상태였고 신경학적 검사상 별다른 이상소견은 보이지 않았다. 오심증상으로 인해 식욕저하 및 식

사량 감소되어 전반적인 기력저하를 호소하셨고, 두통은 머리 전체적으로 내리누르는 듯한 양상으로 은근하게 지속되었다. 현훈은 두통과 동반되어 나타나는 상태로 운동시 심화되는 양상을 보였고 面色은 蒼白, 脈은 細數하며 結代脈이 보였으며 舌質紅而潤 舌苔少而色白 상태로 芒刺가 관찰되는 상태였다. 입원 당시 vital sign은 B.P 120/80mmHg, B.T. 36.8℃, P.R. 96회, R.R. 23회, BST 116mg/dl으로 체크되었다. 혈액검사상으로는 연령을 고려하였을때 별다른 이상은 보이지 않은 상태였으나, 흉부 X-ray상 양측 하폐 및 폐문부의 음영이 증가된 상태로 폐정맥확장 소견을 보였고, 심장의 크기 또한 커져 있고, both chest wall region으로 C-P angle이 소실되면서 pleural effusion 보이는 상태로 congestive heart failure로 인한 pulmonary edema 및 vascular congestion이 관찰되었다(Fig. 1). EKG상에서는 심방세동 및 다발성기외수축이 관찰되는 상태로 심박수 역시 119회로 頻脈으로 관찰되었다(Fig. 3).

입원당시에는 心脾虛怯, 氣血虛損, 痰飮으로 인한 眩暈 및 기력저하로 보아 滋陰健脾湯을 투여하였다. 하지만 3월 23일 호흡곤란 더욱 심화되어 안정시에도 나타나는 양상으로 객담 및 기침이 동반되는 상태였으며, 이로 인해 식사 및 수면 또한 곤란함을 호소하는 정도로 관찰되었고 脈은 浮數하였다. 加味瀉白散을 투여하고, 호흡곤란이 심하여 Nasal prong을 통한 산소공급(2-3mmhg)을 시행한 이후 호흡곤란은 다소 완화되었으나 惡心증상은 여전히 심한 상황이었다.

3월 24일부터 다시 오심 및 호흡곤란 심화되면서 복부팽만감까지 호소하는 상황으로 대변은 3-4차례 微溏한 상태였고, 소변은 殘尿感이 있고, 尿意는 頻數한 상태로 微量(50-100cc)으로 보는 상태였다. 脈微細, 舌紅苔少色白, 小便頻數 · 量少, 大便溏인 상태로 보아 心脾陽虛, 脾의 運化機能失調로 인한 水濕停滯 및 痰飮으로 생긴 水喘으로 진단 이를 치료하기 위해 健脾利水하는 胃苓湯을 투여하였다. 투여 이후 Vital sign상 호흡수는 35회 정도에서 25회 정도로 pulse 또한 120회 정도에서 90회 정도로 안정되어가면서 호흡곤란 및 오심증상이 호전되는 양상을 보였다. 소변의 量은 증가되었고, 대변의 횟수도 줄어들면서 微溏한 양상 또한 개선되었다. 상기증상이 호전되어 감에 따라 식사 및 수면 상태 역사 호전되어 미음에서 밥 1/2공기 정도 드시는 상태로 개선되었고, 수면시간 또한 2시간 정도 늘어났다. 3월 27일 다시 흉부 X-ray검사한 결과에서도 양측 흉벽에서 관찰되었던 pleural effusion이 감소되는 양상으로 나타났고, 폐문부의 울혈 및 부종으로 인해 나타난 음영증가 소견도 다소 개선되는 상태로 확인되었다(Fig. 2). EKG상에서도 이전에 보였던 빈발한 기외수축 및 심방세동이 다소 개선되었고 심박수 역시 82회로 안정되는 것을 관찰할 수 있었다(Fig. 5). 이후 환자분 惡心증상 개선위해 3월 31일 이후 胃苓湯에 白荳蔻 4g을 加하여 투여하였고 4월 8일 호흡수 22회, 심박수 80회, 호흡곤란 및 제반증상 개선된 상태로 치료를 종결하였다.

이상의 증례보고에서 울혈성 심부전으로 인한 호흡곤란, 惡心, 眩暈 등을 주소로 하는 환자를 한의학적 辨證施治를 통해 水喘으로 진단하고 胃苓湯을 투여한 결과 임상증상 및 흉부방사선 및 EKG상 뚜렷한 호전을 관찰할 수 있었다(Table 1). 하지만, 심초음파 및 PFT검사를 통해 객관적이고 세밀한 환자의 상태 및 호전도의 평가가 시행되지 못했다는 점에서 미흡한 점이 있었던 것으로 생각된다.

한의학에서의 천식에 관한 접근은 주로 기관지 천식 및 알러지 질환으로 인한 것에 국한되어 왔으며 심장성 천식에 관한 연구 및 증례는 찾아보기 힘든 실정이었다. 양방적으로도 심부전증은 병태생리적 이해가 증진되고 효과적인 치료방법과 치료약재들의 개발에도 불구하고 그 유병율 및 사망율은 감소되지 않고 있으며, 최근 다각적인 방면에서의 다양한 시도가 이루어지고 있으나 그 안정성과 효과에 대해서는 아직 불확실한 실정이다. 이에 심장성 천식에 대하여 한의학적인 정확한 변증을 통한 진단 및 치료가 기존 치료의 보완요법으로써 유효할 것으로 사료된다.

Ⅳ. 結 論

울혈성 심부전으로 인해 호흡곤란 및 惡心증상을 동반한 환자 1례에서 水喘으로 진단하여 胃苓湯을 투여하고 양방적 처치를 병행한 결과 제반증상과 방사선학적 소견, EKG 검사에서 유의할만한 호전이 있었으며 향후 이에 대한 보다 많은 임상증례 및 연구가 필요할 것으로 사료된다.

參考文獻

1. 해리슨 내과학 편찬위원회. 내과학. 서울: 정담; 1997, p.1078-89.
2. 전국한의과대학 심계내과학교실. 서울: 서원당; 1999 p.155-65.
3. 李文鎬 외. 내과학. 서울: 학림사; 1986 p.72, 1349-50, 1353, 1355.
4. 蔡仁植. 韓方臨床學. 서울: 대성문화사; 1987 p.169-72.
5. 王顯明. 中醫內科辨證學. 북경: 인민출판사; 1984 p.148-53, 332-40, 490-70.
6. 許浚. 東醫寶鑑. 서울: 남산당; 1976 p.476-7.
7. 洪元植 編. 精校黃帝內經. 서울: 동양의학연구원 출판부; 1985 p.8, 70, 115, 187-8.
8. Hurst, J.W. and Lougue, R.B.: The heart, 4th Ed. New york: McGraw-Hill Co; 1978.
9. Fishman, A.P.: Heart failure in cecil's textbook of medicine, 16th Ed. Philadelphia: Saunders Co; 1982.
10. 金三壽. 심부전에 대한 치료. 대한가정의학회지 1981;5(1): p.19, 25.
11. 강정채. 심부전증의 치료. 대한내과학회지 1999; 57(4): p.764-5.
12. 洪彰義 외. 가정의학. 서울: 서울대학교출판부; 1987 p.101.
13. 의과대학교수 編. Current Medical Dignosis & Treatment. 서울: 한우리; 2000, p.454-63.
14. 徐承秋, 宋家玫. 울혈성 심부전의 변증론치. 의림 1990;195: p27-8.
15. 梁維傑 編. 황제내경 소문역해, 臺北: 大一書局; 1978 p.72, 76, 149, 245-6, 329-30, 637, 677.
16. 李中梓. 醫宗必讀, 臺南: 종합출판사; 1976 p.354
17. 張介賓. 景岳全書, 서울: 여강출판사; 1987, p.402, 406, 467.
18. 巢元方. 諸病源候論校釋, 북경: 인민위생출판사; 1983, p.99, 637.
19. 王燾. 外臺秘要, 서울: 성보사; 1975, p.254.
20. 朱丹溪. 丹溪心法, 서울: 성보출판사; 1982, p.1363, 1877, 2125.