사상체질의학회지 2004;16(3):114-117
J of Sasang Constitutional Medicine
Vol. 16, No. 3, 2004;114-117
http://www.esasang.com

증 례

심방세동(Atrial Fibrillation)을 동반한 少陰人 陰盛隔陽證 환자 1례에 대한 증례보고

신동윤 · 김석우 · 송정모

우석대학교 한의과대학 사상체질과

Abstract

A Clinical Study on One Patient Diagnosed as "Soeumin Eumsungkyukyang" as well as Suffering from Artrial Fibrillation

Shin Dong-Yoon, Kim Seok-Woo, Song Jeong-Mo

Dept. of Sasang Constitutional Medicine, college of Orietal Medincine, Woosuk Univ.

1. Objectives

As we advance to senior society the incidence rate of heart disease such as atrial fibrillation grows higher. These heart disease can also be treated by Sasang constitutional medical diagnosis and treatment.

2. Methods

There is one case-report of the patient who has severe atrial fibrillation and was treated with Sasang constitutional medicine and Westen medicine as well.

3. Results

The patient had shown remarkable clinical effects, especially when Sasang Constitutional Medical treatment was practiced.

4. Conclusions

Thus we report the healing process and result of this atrial fibrillation.

Key Words: Atrial fibrillation, Heat disease, Soeumin, Emsungkyukyang, Cardiac arrhythmia

I. 서 론

심방세동은 가장 흔한 만성 부정맥이다. 심방세동은 심방수축이 소실됨에 따라 심실의 박동수가 불규칙해지면서 증가하게 되어 심부전을 조장할 뿐 아니라 심방세동으로 인하여 작은 혈전이 형성되고 이에 따라 주요 장기에 색전을 일으킨다는 점에서 임상적인 의의를 갖는다[1].

현대 의학에서는 이러한 심방세동의 원인을 류마티스 심질환, 확장성 심근증, 심방중격 결손증, 고혈압, 갑상선 기능항진증의 초기등에서 찾고 있으며 발작성 심방세동, 지속성 심방세동, 만성 심방세동 등으로 구분하여 치료하고 있다.

이러한 심방세동은 치료가 필요한 부정맥 중 가장 유병률이 매우 높으며, 부정맥으로 입원하는 환자 중 가장 높은 비중을 차지하고 있고 지속적인 빈맥 중 가장 흔하다. 또한 고령층에서의 유병률이 높아 우리 사회의 인구구조가 노령화 되어 가면서 심방 세동에 대한 인식의 중요성이 점차 증가하고 있다[2].

한편 少陰人에 있어서 胃受寒裏寒病의 陰盛隔陽證은 그 증상이 현대의학의 심방세동과 유사한 점이 많다. 이에 본원 사상체질과에서 심방세동 및

·접수일 2004년 10월 28일; 승인일 2004년 12월 4일
·교신저자 : 신동윤
전주시 완산구 중화산동 2가 5번지 우석대학교부속한방병원 사상체질과
Tel : +82-63-220-8415, Fax : +82-63-220-8415
E-mail : ssmtid@hanmail.net

少陰人 陰盛隔陽證으로 진단 치료하여 좋은 성과를 보인 환자가 있어 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증례

1. 환자: 김OO, 남/81

2. 주소증

① 呼吸困難 (입원당시 O_2 inhalation 시행)
② 氣力低下 (부축보행 상태로 내원)
③ 食慾不振
④ 四肢厥冷 (환자는 느끼지 못함)
⑤ 咳嗽, 喀痰
⑥ 顔面紅潮, 心煩, 不眠

◆초진 시 vital sign
BP 130/80, BT 36.2℃, PR 88회(부정맥), RR 28회

3. 발병일

2004. 3. 21 경

4. 과거력

1995년 4월 심부전 Dx. (심방세동)
1996년 11월 만성기관지염 Dx.
1999년 2월 요로감염 Dx. Tx
1999년 6월 폐렴 Dx. Tx.
2003년 12월까지 OPD Tx.

5. 현병력

본 환자는 10여년간 呼吸困難 및 氣力低下 등을 主訴로 본원 양방내과에서 입원 및 통원치료하셨던 분으로 2003년 12월 15일까지 본원 양방내과서 통원치료하였으나 이후 진료 받지 않던 중 2004년 3월 21일경부터 상증 발하여 증상 더욱 심하여진 상태로 ER 경유하여 본원 사상체질과로 입원하였다.

6. 입원치료기간:

2004. 4. 3 ~ 2004. 4.12

7. 초진소견

體形氣像: 伸長이 크나 마른 편으로 어깨가 구부정하고, 어깨에 비해 長骨의 양측 ASIS 간격이 큰 편임. 예각의 늑골각을 유지함.

容貌詞氣: 부드러운 인상으로 가는 목소리를 가졌으며, 예민하여 입원 도중에도 사소한 문제에 대해 걱정을 많이 하였음.

全身狀態 : 전신 무기력함
精神狀態 : 양호
食欲 및 消化: 죽으로 1/3 정도 드심
大便 : 1회/2일 (식사량이 적음), 설사잦음
小便 : 黃赤
睡眠 : 평소 양호하였으나 최근 불면
口渴 : 갈증을 평상시 거의 느끼지 못함. 최근 입이 말라도 물은 마시고 싶지는 않음
舌診 : 黃厚乾苔, 舌紅
脈診 : 沈細脈, 不整脈
寒熱 : 환자는 안에서 열이난다고 느낌

→ 환자의 體形氣像과 容貌詞氣 및 素症으로 볼 때 少陰人으로 추정진단

8. 이학적 소견

1) ECG
(2004. 4. 3) Atrial fibrillation
LBBB

2) LAP (2004. 4. 6)
Total chol. 113.5(130-240)mg/dL
Albumin 2.95(3.5-5.2)g/dL
AST 95.6(10-34)U/L
ALT 142.9(10-44)U/L
LDH 677(240-480)U/L
Na 141.5(146-157)mmol/L
K 3.22(3.7-5.5)mmol/L
Cl 94.9(101-110)mmol/L

3) Chest PA (2004. 4. 6)
Congestive heart failure
Pneumonitis both upper lung

9. 경과

Table 1.

Ⅲ. 고찰 및 결론

심방세동은 동일한 심방수축이 완전히 없는 상태를 말하며 심전도에서 매 QRS군 앞에 동일한 P파가 발견되지 않는다. 또한 RR간격은 불규칙한 경우를 말한다. 분류는 국제적으로 일치가 이루어지지는 않았으나 일반적으로 발작성과 만성으로 나눈다. 발작성 심방세동 중 48시간 이상인 경우는 지속성 심방세동으로 구분한다. 7일 이상 또는 1개

Table 1. Change of Symptom and Progress

일자		증상	처치
4. 3	PM 3:00	부축보행상태로 呼吸困難, 食欲不振, 氣力低下, 四肢冷感, 口渴, 顔面紅潮, 不眠, 咳嗽, 喀痰을 호소	關元 間接灸 시행. 5% D/S 1ℓ iv.
	PM 6:00	미약한 汗出증세를 보임	升陽益氣附子湯 2貼#3 p.o. Digoxin 1T, Decaqunon 1T, Bease 1T, Vitamedin 1T, Astrix 1T, Lasix 1T
	PM 7:55	지속적인 呼吸困難 호소	O_2 inhalation
4. 4	AM 2:00	呼吸困難 및 胸悶感 매우 양호해짐을 환자 스스로 말을 함	
	AM 6:00	발병 이후 (대략 2주) 처음으로 수면 양호하게 취함, 咳嗽소실 및 胸悶感 안정, 喀痰은 입원시 상태 유지	5% D/S 1ℓ iv. 7.5% geramin 250cc iv. 20% albumin 100cc iv.
	AM 8:00	四肢 冷感 소실 및 溫熱感 자각함. 처음으로 죽을 몇 수저 드심.	升陽益氣附子湯 2貼#3 p.o. 양약은 전처방과 동일. 단 digoxin bid에서 qd로 변경. Dichlozid qd 추가
	PM 8:00	식욕저하와 전신쇠약감의 호전을 느끼고 죽1/3 이외에 생크림빵을 섭취하여 설사(3회)를 동반한 食滯를 일으킴	A-Tx. 吳茱萸附子理中湯 2貼#3 p.o.
4.5		전일에 이어 水樣便 2회 호흡곤란 호전	양약 한약 전처방과 동일 단 D.C. digoxin D.C. O_2 inhalation
4.6		睡眠良好, 水樣便 소실. 죽을 1/2 가량 드심. 상태 호전되어 중환자실에서 일반병실로 전실	양약 한약 전처방 동일
4.7		咳嗽 喀痰의 증상에 대하여 환자분이 불편함을 못 느끼심. 일반식으로 1/2 드심. self 보행 가능	양약 한약 전처방 동일
4.8-4.10		입원당시부터 있던 하지의 미세한 浮腫소실. 熱感 및 口渴은 호전중이나 완전 소실되지 않음	양약 한약 전처방 동일 12% mineamin 200cc iv.
4.11		증상호전되어 보호자 원하여 퇴원	양약 한약 전처방 동일

월 이상 지속되는 경우는 만성 심방세동으로 정의한다.

심방세동의 원인은 고혈압, 알코올, 내분비질환(갑상선 기능저하증, 갑상선 기능항진증, 갈색세포종), 심낭염, 심근경색 등이며 이에 따른 증상은 심계항진, 두통, 호흡곤란, 불안감, 협심증, 실신 등이다.

현대 의학적인 관점에서의 치료를 보면 발작성 심방세동에서는 허혈성 심질환이나 저혈압을 동반하지 않을 경우 심실 박동수를 조절하므로서 급성 심부전이나 급성 폐부종 등으로 발전하는 것을 막는 것이다. 일반적으로 칼슘길항제나 베타차단제, digoxin 등을 사용한다.

만성 심방세동의 경우는 부정맥의 회복과 색전증의 예방을 목표로 삼는다. 특히 색전증의 경우이로 인한 사망원인으로 뇌졸중이 가장 중요하다. 심방세동이 있는 50-59세 환자의 1.5%, 80-89세 환자의 30%에서 뇌졸중을 야기할 수 있다는 보고가 있다. 따라서 만성 심방세동의 치료는 환자의 모든 경우에 색전증의 위험이 있기 때문에 항상 항응고요법과 병행해서 치료한다. 일반적으로 단기적으로는 헤파린을 장기적으로는 와파린 또는 아스피린을 투여하여 치료한다[2,3,4].

四象醫學的인 관점에서 陰盛隔陽證은 '少陰人 胃受寒裏寒病'에 속하는 病證이다. 『東醫壽世保元』 少陰人 病證論을 보면 "病人 身冷 脈沈細而疾 煩躁而 不飮水者 陰盛隔陽也 若 飮水者 非此證也 厥陰病 渴欲飮水者 小小與之愈", " 傷寒 陰盛隔陽 其證 身冷反躁 欲投井中 脣靑面黑 渴欲飮水復吐 大便自利黑水 六脈沈細而疾 或無脈 陰盛隔陽 大虛證也 宜霹靂散" 라 하였다. 이에 따르면 陰盛格陽證은 身冷하지만 오히려 煩症이 나타나고 입술이 파랗고 얼굴은 어두워지며 설사를 하는 경우 등을 총칭하는 것으로 이는 大腸局의 陰寒之氣가

强盛하고 그에 의해 腎局에서 陽氣의 상승이 가로막혀 외적으로 陽熱的 症候를 나타내면서 冷寒的 양상을 겸하는 병증이다[5]. 한편 "藏厥與陰盛隔陽病情 大同小異 俱在極危 如存一髮 措手難及. 若論此病之可治 上策 莫如此證未成之前 早用 官桂附子理中湯 吳茱萸附子理中湯"이라 하여 陰盛隔陽證은 치료가 어려운 상황이므로 이러한 증상을 나타내기 전 단계에서 官桂附子理中湯이나 吳茱萸附子理中湯등으로 예방적 치료를 중요시하였다. 이러한 陰盛隔陽證에 사용하는 사상처방중 특징적인 처방이 '霹靂散[6]' 이다. 霹靂散은 附子1枚로 이루어진 처방으로 『東醫壽世保元』에서는 "炮過 以冷灰 培半時取出 切半枚 細剉 入臘茶 1錢 水一盞 煎至六分 去渣 入熟蜜半匙 放冷服之 須臾躁止 得睡 汗出 差 治陰盛隔陽證"이라 하여 陰盛隔陽이 낫는 기전을 밝히고 있다. 실제 附子는 약리학적으로도 아코니틴 알칼로이드, 히게나민, 코리네인 등의 성분으로 인하여 강심작용이 있음이 밝혀진 바 있다.

입원당시 환자의 상태를 볼 때 본 환자에게서 나타나는 呼吸困難, 頻脈, 氣力低下, 食慾不振, 四肢冷, 煩躁, 不眠 등의 증상을 통해 少陰人 胃受寒裏寒病 중 陰盛隔陽證으로 진단하였다. 입원당시 환자의 상태가 위급하였고 영양상태가 불량하였으므로 양방처치를 의뢰받아 5% D/S 1ℓ iv 및 O_2 inhalation을 시행하였고 평소에 환자분이 복용하였던 양약을 복용케 하였다. 동시에 미약한 汗出의 증상을 보여 亡陽과 少陰證에 동시에 응용가능한 升陽益氣附子湯을 투여하였다. 처치가 들어간후 11시간만에 呼吸困難과 煩躁의 증상이 완화되었고 15시간만에 수면을 양호하게 취하게 됨과 동시에 식욕이 살아나 죽을 드시게 되었다. 그러나 환자분이 평소 빵을 좋아하여 식욕이 회복됨과 동시에 생크림빵을 섭취하였고 이후 胃脘部 통증등을 겸하는 食滯의 증상을 보이며 곧 바로 泄瀉를 두 차례 하였다. 이에 다시 少陰人 少陰證 처방중 溫中下氣止痛의 효과가 있는 吳茱萸附子理中湯을 처방하였다. 투여 후 2일째에 설사의 증상이 멎었고 환자의 제반증상이 호전되어 중환자실에서 일반병실로 전실하였다. 하지의 미약한 부종이 소실되는 증상이나 口渴 및 上熱感이 점차 소실되는 등의 현상에서 健脾而降陰이 이루어지면서 陰盛隔陽의 증상이 호전되는 것으로 파악할 수 있었다. 환자의 증상이 호전됨에 따라 지속적인 입원치료 권하였으나 보호자의 개인적인 사정으로 퇴원하게 되었다. 퇴원시 PR은 60회 정도였고 Digoxin은 투여를 중지한 상황이었다. 호흡곤란 증상이 호전되어 입원기간중 이미 O_2 inhalation은 DC하였으며 기력은 self 보행이 가능하며 대소변을 스스로 처리할 정도까지 양호해졌다. 환자가 급작스럽게 퇴원함에 따라 ECG를 통한 동성율동의 회복여부 및 기타 이학적인 검사는 체크할 수 없었다.

少陰人 陰盛隔陽證에 升陽益氣附子湯과 吳茱萸附子理中湯을 투여하여 陰盛隔陽證의 호전이 이루어졌으며, 동시에 심방세동 또한 다소 안정되었기에 보고하는 바이다.

Ⅳ. 參考文獻

1. A.D.T.Govan 등. Pathology illustrated. 고려의학, 서울, 1991:294.

2. 서울대학교 의과대학 내과학교실. 2003최신지견내과학. 고려의학, 서울, 2003:742, 844-853.

3. 서울대학교 의과대학 내과학교실. 2003 내과진료지침. 고려의학, 서울, 2002:112-113.

4. Lawrence M. Tierney, Jr., MD 등. Current Medical Diagnosis&Treatment. 한우리, 서울, 1999:442.

5. 이정찬. 신사상의학론Ⅱ. 목과토, 서울, 2001:34-36, 115-116.

6. 전국 한의과대학 사상의학교실. 사상의학. 집문당, 서울, 2004:675.