

## 疎風補心導痰湯 合 生脈散 투여 후 임상증상 및 심전도 상 심방조동이 호전된 환자 1례

김동현, 임인환, 유경환, 나병조, 이범준  
강남경희한방병원 내과학교실

---

### A Case Report of Improvement of Clinical Symptoms and Atrial Flutter on the Electrocardiogram (EKG) Treated with *Xiaofengbusindaotantang* (疎風補心導痰湯) and *Shengmaisian* (生脈散)

Dong-Hyun Kim, In-Hwan Im, Kyoung-Hwan Rheu, Byong-Jo Na, Beom-Jun Lee  
Department of Internal Medicine, Kang-Nam Oriental Medicine Hospital,  
College of Oriental Medicine Kyung-Hee University, Seoul, Korea.

#### ABSTRACT

Most of the atrial flutter occurs in patients who have an organic disease of the heart. The symptoms of atrial flutter include anxiety with palpitation, sleep disorder and fatigue. For a long time, oriental medicine has clinically treated these symptoms, and the diagnosis has been usually based on the doctor's judgment on the subjective clinical symptoms. However, if oriental medicine includes new diagnostic aids like electrocardiogram or other various methods or combinations of techniques, the accuracy and objectivity of diagnosis and clinical data can be improved.

In this case, a 65 year-old male patient who had anxiety with palpitation and abnormal P wave (atrial flutter) on the EKG was treated with *Xiaofengbusindaotantang* (疎風補心導痰湯) and *Shengmaisian* (生脈散). Significant improvement in the clinical symptoms and EKG results was observed.

This result suggests that oriental medical treatment can be used for treatment of organic heart disease like an atrial flutter. In addition, subsequent studies should be followed to ensure the appropriateness of new diagnostic aids, such as EKG, and other various modalities.

**Key words:** Xiaofengbusindaotantang(疎風補心導痰湯), Shengmaisian(生脈散), Atrial flutter, Palpitation.

---

#### 1. 서 론

심전도란 심장이 박동할 때마다 심장 내에서 발

생하는 전기적 활동을 기록한 것으로서 심근허혈을 비롯한 부정맥의 진단에 필수적으로 활용되는 검사법으로 알려져 있다<sup>1)</sup>.

심방조동이란 심방 내에서 일어나는 재진입에 의해 톱니모양의 P wave가 규칙적이면서 200-350 beats/min의 빠른 속도로 나타나는 것이 특징인

---

· 교신저자 : 김동현 서울특별시 강남구 테치2동 994-5  
강남경희한방병원 내과학교실  
Tel: 02-3457-9180 Fax: 02-3457-9069  
E-mail : hyaaml24@naver.com

빈맥으로 대부분 심장의 기질적인 질환이 있는 환자들에게서 발생하며, 심막염이나 급성호흡부전에 의해 유발되기도 한다<sup>2</sup>.

임상적으로 환자는 심계항진, 숨참, 불안, 피로, 땀, 가슴통증, 손발 차가움, 불면, 꿈, 등의 증상이 혼재되며 심하면 호흡곤란을 호소하는 경우가 많으며<sup>3</sup>, 심상실성 부정맥의 한 형태로서 한의학적으로는 驚悸·怔忡의 범주에서 그 증상을 이해할 수 있다<sup>4,5</sup>.

〈靈樞·經脈〉에서 '心中澹澹大動'을 '驚悸'라 하고, '心胸築築振動'을 '怔忡'이라 한 이래<sup>6</sup> 宋의 嚴用和는 〈濟生方·驚悸怔忡健忘門〉에서 驚悸의 원인을 '心膽虛怯'으로 인식하여 溫膽湯, 遠志丸을 치료처방으로 만들었고, 怔忡은 심혈이 부족하거나 外邪感受와 陰邪停聚로 발생하므로 '當隨其證 是以治法'이라 하여 證에 따른 치료법을 제시하였으며<sup>7</sup> 朱丹溪는 〈丹溪心法〉에서 驚悸와 怔忡은 모두 血虛와 痰을 원인으로 보았고 둘을 구분하는 기준으로 驚悸는 '有時而作'이고, 怔忡은 '無時而作'임을 이야기 하였다<sup>8</sup>.

현대에서는 驚悸와 怔忡의 병인은 주로 心에 있는 것으로 보아 기본적으로 補心安神之劑를 위주로 하여 다른 장부의 허손과 기능실조를 살펴서 근본원인을 제거하는 방법을 사용하고 있다<sup>4</sup>.

그동안 柴이 부정맥을 동반한 心悸·怔忡 환자를 각각 변증하여 香砂六君子湯 가감방과 加味溫膽湯 가감방으로 호전반응을 보고<sup>10</sup>한 것과, 李 등이 炙甘草湯으로 발작성 심실상성 빈맥 (paroxysmal supraventricular tachycardia : PSVT) 환자를 치료한 경험을 보고<sup>11</sup>한 것 등이 있으나 임상 증상에 초점을 맞추어 환자의 주관적인 증상의 변화를 고찰한 것이 대부분으로 심방 조동이나 심방 세동과 같은 심전도 상의 특징적인 이상에 대한 변화를 추적 관찰한 임상연구 및 보고는 부족한 실정이다.

따라서 본 증례에서는 驚悸, 怔忡, 不安, 焦燥, 不眠, 多夢과 같은 임상증상과 더불어 심전도 상

심방 조동이 나타난 환자를 心氣부족으로 인한 心膽虛怯, 痰飲內停으로 변증하고 疎風補心導痰湯 合 生脈散을 투여하여 임상적인 증상의 호전과 함께 심전도 상 유의한 변화를 확인 할 수 있어 이에 보고하는 바이다.

## II. 증 례

1. 환자 : 정 OO (M/65)
2. 진단명 : Atrial Flutter, Cb-inf.(Lt. MCA), HTN, DM
3. 발병일 : 2005. 5. 3
4. 과거력 : 20년전 당뇨 진단 받은 후 15년 전 부터 insulin inj. Tx
5. 가족력 : None
6. 현병력 : 65세 보통체격의 남자환자. 상기 과거력 외 별무대병 중 2005년 5월 3일 에 우 반신소력(4/4) 어미삽 소변불리 증상 발생하여 여의도 성모 병원 응급실에서 CVA 소견 듣고 2005년 5월 4일 강남성모병원에서 Br-MRI 상 Lt. MCA inf. 및 심전도 검사 상 심방 조동(Atrial Flutter) 진단받음. 2006년 6월 28일까지 입원 치료 후 본격적인 한방치료 위해 2005년 6월 28일 본원 외래 통하여 입원함.
7. 주소증 : 驚悸 怔忡 우반신소력(4/4) 어미삽 소변불리
8. 치료내용 및 기간
  - 1) 침(스테인레스 동방침구 0.25mm × 40mm) 치료 - 백회, 인중, 승상, 외관, 합곡, 중저, 삼음교, 족삼리, 태충 (平補平瀉, 20분(1회/일))
  - 2) 양약처치 - 인슐린 inj.(34단위), Warfarin 2.5mg q.d(PT/INR 검사 통해 PT 2.0-3.0 유지하며 용량변경), Univasc 15mg b.i.d, Neuromed 800mg b.i.d, Cozzar 50mg q.d

疎風補心導痰湯 合 生脈散 투여 후 임상증상 및 심전도 상 심방조동이 호전된 환자 1례

3) 처방

(1) 六味地黃湯 (6월 28일~8월 1일) - 熟地黃 16g 山藥 山茱萸 各 8g 白茯苓 牡丹皮 澤瀉 各 6g (2첩 3분복).

(2) 疎風補心導痰湯 合 生脈散 (8월 2일~8월 27일) - 香附子 10g 陳皮 6g 半夏 南星 赤茯苓 酸棗仁 各 4g 當歸 川芎 羌活 元防風 烏藥 白芷 枳實 竹茹 白朮 石菖蒲 甘草 各 3g 桂枝 細辛 各 2g 生薑 3편 / 麥門冬 8g 人蔘 五味子 各 4g (2첩 3분복)

9. 경과관찰

1) 6월 28일~8월 1일

상기 환자는 발병 이후 잘 울고, 웃는 등 감정적인 기복이 심하였으며, 발음은 비교적 정확하게 낼 수 있으나 자신이 하고자 하는 말을 하지 못하거나 타인의 질문에 답을 하지 못했으며, 가슴부위의 두근거림이 있었고, 잠을 자면서 꿈도 많이 꾸고, 자주 깨는 등 수면상태가 좋지 않았으며 自汗과 盜汗이 있었다.

소변은 발병 이후 전 병원에서 뇨의가 없이 자가배뇨가 불가능하여 줄곧 유치도뇨관(Foley Catherer)을 삽관한 상태로 본원에 입원하였다. 입원 후 배뇨기능을 확인하기 위하여 유치 도뇨관을 제거한 뒤 단순도뇨(Nelaton Catheter)를 시행하여 잔뇨량을 측정(4회이내/일)하였으나 배뇨상태가 지속적으로 불량하여 7월 2일~7월 14일, 7월 17일~7월 21일까지 재차 유치도뇨관을 삽관하여 유지하였으며 그 이후에는 유치도뇨관 제거 후 잔뇨량 측정 결과 뇨의 및 배뇨상태는 정상적으로 개선되었다.

그러나 환자는 중풍의 기본적인 증상의 호전을 보인 것과는 달리 계속해서 불안해 하면서 가슴이 답답함을 호소하였고, 不眠과 淺眠과 같이 수면상태가 좋지 않았다. 심전도 검사는 6월 28일 본원 입원 당시 3:1의 심방조동을 확인할 수 있었으며 (Fig. 1), 7월 28일 제반 중풍 증상이 호전된 상태에서 이루어진 검사에서도 지속적으로 3:1의 비율로 심방조동이 나타났다.(Fig. 2)

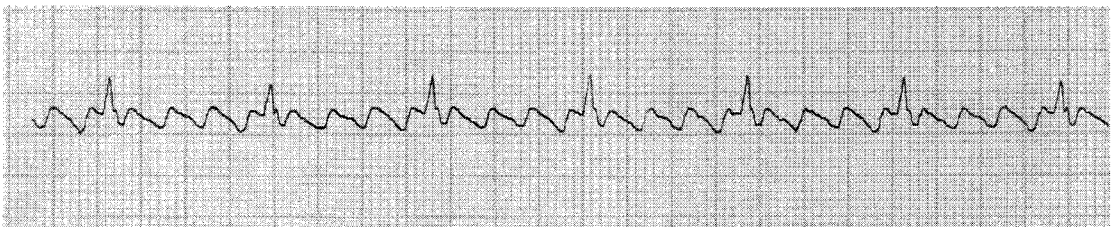


Fig. 1 The Result of EKG at 6/28 (Lead II)

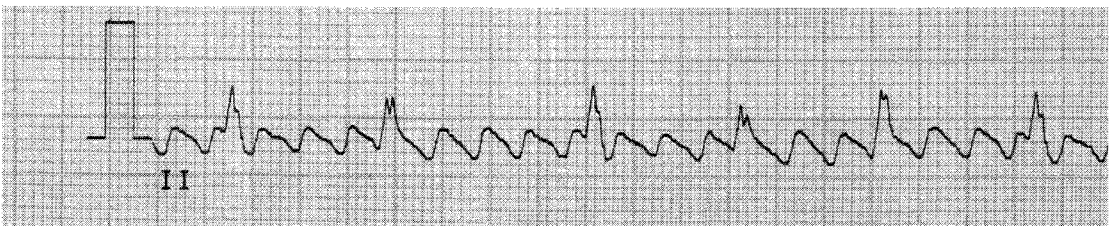


Fig. 2 The Result of EKG at 7/28 (Lead II)

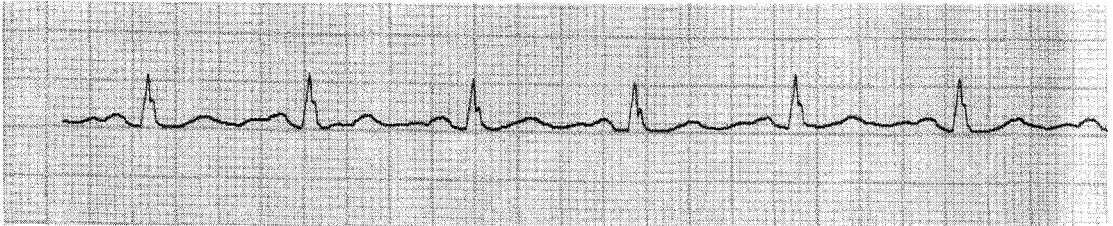
2) 8월 2일~10월 18일

소변상태 및 우반신소력, 어미삼 등 중풍의 제반 증상들은 양호해 졌으나 환자의 불안한 증상은 별 다른 변화 없이 지속되어 8월 2일부터는 환자의心悸·怔忡을 포함하여 제반 불안 증상을 心膽虛怯과 痰飲內停으로 변증하여 治痰하고 安神하며 元氣를 補하는 疎風補心導痰湯 合 生脈散의 처방을 투여하였다. 그 후 먼저 수면상태가 양호해졌으며, 환자가 답답함을 호소하는 횡수가 줄어들었고, 조

급해하거나 불안해 하는 증상도 감소하였다. 自汗 및 盜汗으로 인한 불편함이 줄고, 가슴부위의 두근 거림이 없어지자 피곤함도 감소했다고 표현하였다.

8월 24일 및 8월 27일 심전도에서 P파의 이상이 사라진 것을 확인 할 수 있었으며 (Fig. 3), 퇴원 후 10월 18일 외래로 내원 했을 때 확인한 심전도 상에서도 정상 심전도를 나타내었다(Fig. 4).

a. 8/24



b. 8/27

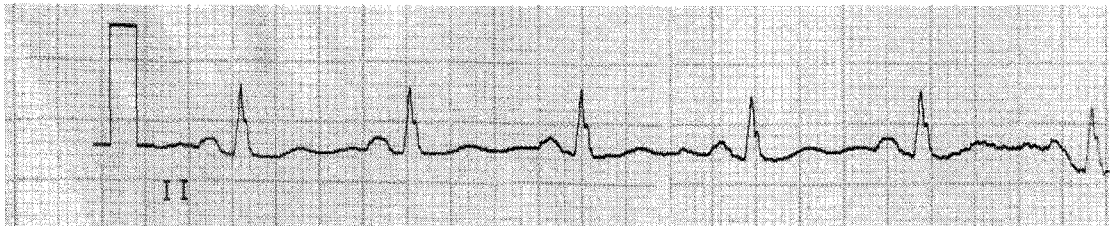


Fig. 3 The Results of EKG at 8/24 and 8/27 (Lead II)

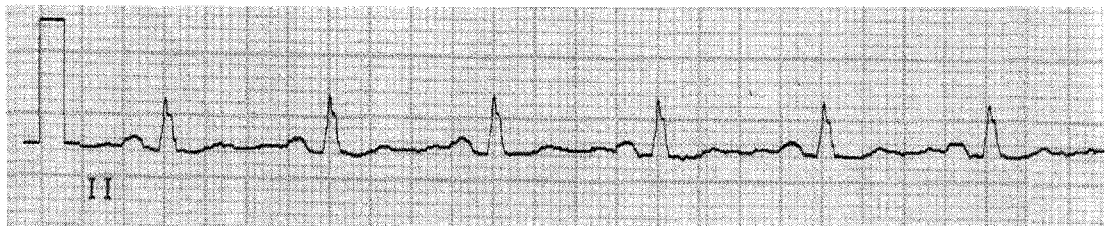


Fig. 4 The Result of EKG at 10/18 (Lead II)

### Ⅲ. 고 찰

심방조동은 일반적으로 회귀 기전에 의해 발생

되는 심방 부정빈맥으로 회귀 회로는 우심방의 기저부에서 형성된다. 심방 박동수는 보통 200-350 beats/min이며 방실결절을 통한 2:1 또는 3:1 차단

을 통해 심실로 전달된다. 심전도 상 특징적으로 톱니모양의 조동파를 보여 쉽게 구별이 가능하며 심방세동과는 달리 심방 수축이 존재하여 뇌혈관 질환의 위험도는 떨어지나 지속적인 항응고제의 사용이 추천되고 있다. 심방 조동은 정상율동이나 심실세동보다 불안정한 율동이기 때문에 부정맥이 지속될 경우 허혈성 심장질환, 울혈성 심부전, 혈전 색전증 등으로 인한 사망률과 이환율이 증가한다<sup>2,12</sup>.

심장질환이 있거나, 커피, 알콜, 담배, 수술후, 급성호흡 부전이 있는 경우 발작적인 양상으로 나타날 수 있으며 류마티스성 심질환, 고혈압성 심질환, 관상동맥성 심질환, 심방중격결손, 심낭염, 급성폐전색, 갑상선기능항진증 등의 경우에는 만성적인 양상을 보일 수 있고, 흔히 동반되는 임상증상으로는 심계항진, 불안, 무력감, 쉬피로감, 어지러움, 호흡곤란 등이 있다<sup>1</sup>.

치료제로는 Class Ia, Ic 또는 III 항부정맥제가 사용되며 이들 중 약제의 선택은 환자의 좌심실 기능과 약제에 의한 부정맥 유발 효과에 따라서 결정된다. 하지만 이에 반응하지 않거나 혈역학적 불안정성, 또는 불안정 협심증을 보이는 경우에는 즉각적인 전기적-심장율동전환이나 고주파 도관 절제를 고려하게 된다<sup>2</sup>.

빈맥환자에 대한 1992년 지침에서는 심실 세동과 심방 조동의 심방 빈맥의 치료를 따로 구분하지 않았으나, 2000년 지침에서는 심방 빈맥이 자동능 항진에 의한 경우라면 회귀에 의한 심실상성 빈맥과는 다른 치료적 접근이 필요함을 언급하였다<sup>14</sup>. 그러나 여전히 심방조동의 경우 심실상성 빈맥과의 임상적으로 감별 진단이 매우 어려우며, 많은 경우에서 부적절한 약제의 사용으로 인해 부작용이 유발되기도 한다<sup>15</sup>.

驚悸·怔忡은 가슴이 세차게 뛰고 잘 놀래며 마음이 불안한 것을 환자가 자각하고 있으나 스스로 자제할 수 없는 증후로서, 대개 맥이 불규칙하거나 빠른 타각증상을 나타내는 경우가 많다. 驚悸와 怔

忡이 비록 같은 종류이긴 하나 驚悸는 정서적 자극이나 과로로 인하여 간헐적으로 발작하며 발작하지 않을 때에는 정상인과 같고 그 증상이 비교적 가벼우며, 怔忡은 하루종일 가슴이 두근거리고 불안하며 피로할 때에는 더욱 심하고 전체적으로 몸 상태가 좋지 못한 것으로 비교적 중병인 상태다. 驚悸가 오랫동안 치료되지 않으면 怔忡으로 발전될 수 있으며, 치료에 있어서는 일반적으로 補心安神之劑를 사용하고 다른 장부와의 관계도 고려하여 치료한다<sup>4</sup>.

心은 神志를 주관하여 정신의식활동의 중추가 되는데 <靈樞·邪客>에 말하기를 “心者 五臟六腑之大主也 精神之所舍也”라고 하였다. 膽의 성질은 강직하여 결단을 내리는 기능을 담당하는데 虛勞나 心氣부족으로 인해 心膽虛怯이 된 사람은 驚悸가 계속되면서 조금만 놀래도 心悸가 나타나서 驚悸·怔忡이 된다<sup>9</sup>.

또한 痰飲內停도 驚悸·怔忡을 유발하는 중요한 원인이 되는데 <金匱要略>에서 手淫停聚에 의해서 발생한 心悸에 대해서 언급하였으며 <丹溪心法> <血證論> 등에서도 痰濁으로 心悸가 발생한 것에 대해 언급하였다. <血證論·怔忡>에서 말하기를 “心中有痰者 痰入心中 阻是其心氣 以心操不安”이라고 하였다<sup>4</sup>.

疎風補心導痰湯은 心膽虛怯하여 觸事易驚하는 증상에 일반적으로 사용하는 加味溫膽湯과 風痰으로 인한 증풍증상을 치료하는데 목적으로 사용하는 疎風導痰湯을 합하고 安神之劑인 酸棗仁을 가한 처방이며, 生脈散의 경우는 人蔘, 麥門冬, 五味子로 구성되어 益氣生津하는 효능이 있어서 暑熱로 인해 元氣와 津液이 耗傷되어 오는 心氣부족으로 인한 氣短 倦怠 口渴 汗喘 咳嗽 등을 치료하는데 사용되어 왔으며 현대에서는 관상동맥질환 부정맥 심부전 등의 심장질환에 활용되어 왔다<sup>9,13</sup>.

본 증례를 살펴보면 환자는 입원 시 일반적인 증풍 증상에 해당하는 우반신소력, 어미삽 소변불리와 더불어서 驚悸, 怔忡, 不安, 焦燥, 不眠, 多夢

과 같은 임상적인 증상을 호소하였고, 심전도 검사 상에서는 P파가 3:1의 비율로 뛰는 심방조동이 나타났다. 입원 후 6월 28일부터 8월 1일까지 腎陰虛로 변증하고 六味地黃湯을 투여하여 일반적인 증풍증상에 대한 호전반응은 있었으나, 여러 가지 불안한 증상 및 심전도에서의 심방 조동은 변화가 없었다. 이에 8월 2일부터 心氣가 부족하고 膽이 허약하여 자그마한 일에 부딪쳐도 잘 놀라서 痰과 氣가 서로 어울려서 여러 가지 증상이 나타나는 心膽虛怯 및 痰飲內停으로 변증하여 疎風補心導痰湯을 투여하였으며, 시기적으로 暑熱이 왕성한 계절이고, 환자가 自汗과 盜汗등 氣虛증상을 보이고 있어서 生脈散을 합방하였다. 그 후 점차 밤에 깨는 빈도가 줄어들면서 수면상태가 양호해 졌으며, 驚悸와 怔忡을 비롯 불안한 제반 증상들도 점차 감소하였다. 더불어서 8월 24일 및 8월 27일, 그리고 퇴원 후 10월 18일에 확인한 심전도에서는 심방조동이 호전되었음을 확인할 수 있었다.

따라서 驚悸·怔忡과 같은 환자의 자각적인 임상증상 뿐만 아니라 심장의 기질적인 이상으로 심전도에 그 이상신호가 확인된 경우에도 환자의 상태에 따라 한의학적인 변증과 적절한 치료로 호전을 기대할 수 있을 것이라 사료된다.

#### IV. 결 론

心悸·怔忡 및 불안한 여러 가지 임상증상으로 호소하며 심전도 검사 상 심방조동을 보인 환자에게 疎風補心導痰湯 合 生脈散을 투여한 결과 임상증상과 함께 심전도 상의 심방조동도 호전되었기에 이를 보고하는 바이다.

#### V. 참고문헌

1. Dale Davis. 채장성, 백상홍, 용진신, 박혜자 공역. 빠르고 정확한 심전도 이해. 서울: 군자출

- 판사: 2003, p. 2.
2. Taylor GJ. Primary care management of heart disease. St. Louis: Mosby: 2000, p. 296-319.
3. 정찬길, 소경순, 최선미, 남창규, 성현재, 심전도를 활용한 심병증 진단표준화 방안 연구. 대한한방내과학회지. 2003;24(4):833.
4. 전국한의과대학심계내과학교실 편저. 심계내과학. 서울: 군자출판사; 2006, p. 1, p. 79, p. 81, p. 141, p. 149.
5. 남상수, 김용석, 박동석. 경계 정층의 병인 병리 및 침구치료에 대한 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1995;15(2):151-70.
6. 홍원식편. 정교황제내경. 서울: 동양의학연구소; 1981, p. 14.
7. 엄용화. 제생방. 북경: 인민위생출판사; 1983, p. 2123.
8. 주단계. 단계심법. 서울: 대성문화사; 1982, p. 285.
9. 허준. 동의보감국역위원회 역. 동의보감. 서울: 법인문화사; 1999, p. 119, p. 186, p. 188, p. 191, p.1077.
10. 박성일. 부정맥을 동반한 경계 정층에 관한 임상적 고찰. 동서의학. 1985;10(2):54-66.
11. 이태호, 이진구, 윤희식, 이영구. 자삼초탕가미의 PSVT(Paroxysmal Supraventricular Tachycardia) 환자 치험 1례. 대한한방내과학회 추계학술대회. 2002;(2):73-8.
12. 김태정, 한정욱, 정종권, 허이희, 이성근, 이춘수 등. 심방조동과 특발성 심실빈맥 환자의 의식소실을 위해 사용한 Propofol에 의한 정상 동성리듬으로의 전환. 대한마취과학회지. 2002;42(1):245-248.
13. 신대철, 김형균. 생맥산이 심혈관계 및 국소뇌혈류량에 미치는 영향. 대한한방내과학회지. 1999;20(1):153-66.
14. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular

疎風補心導痰湯 合 生脈散 투여 후 임상증상 및 심전도 상 심방조동이 호전된 환자 1례

Care: Part 6:Sect 7D: The Tachycardia Algorithms. International Consensus on Science. Resuscitation. 2000;46:185-93.

15. 신동혁, 송근정, 신병섭, 최필조. 응급 센터 내

빈맥 환자의 치료에서 아데노신의 부적절한 사용에 대한 임상적 고찰, 대한응급의학회지. 2004;15(5):331-6.