

少陰人 鬱狂未證으로 진단된 혈관성치매 환자 치험 2례

홍솔이 · 김태환 · 한다님 · 임은철

동서한방병원 사상체질과

Abstract

Two Case Reports on Soeumin Woolgwang-incurable Disease with Vascular Dementia

Hong Sol-Yi, Kim Tae-Hwan, Han Da-Nim, Lim Eun-Chul

Dept. of Sasang Constitutional Medicine, Dongseo Oriental Medical Hospital

1. Objectives

The purpose of this case is to evaluate the effects of Sasang constitutional medical diagnosis and treatment on Soeumin Woolgwang-incurable disease with Vascular dementia.

2. Methods

We treated two patients who attacked an acute cerebral infarction with dementia. We prescribed Doksampalmul-tang(獨蓼八物湯) for their physical symptoms. The improvement of their diseases were checked through their sleep, irritability, stool and vital sign.

3. Results

After the Sasang constitutional medication of Doksampalmul-tang(獨蓼八物湯) were given, their physical symptoms were improved over all.

4. Conclusions

This case-studies show an efficient result of using Sasang constitutional medication in the treatment of vascular dementia.

Key Words : Soeumin, Dementia, Woolgwang-incurable Disease, Doksampalmul-tang

I. 緒 論

치매는 60-65세의 경우 1,000명당 1명, 65세 이상에서는 100명당 4명, 85세 이상에서는 약 절반 정도의 유병률을 가진 노인성질환으로 우리 나라에서도 65세 이상 노인의 10%인 약 4만 3,000명에 달하고 있는데¹, 고령인구가 급

속히 증가함에 따라 1990년 이후 치매환자에 대한 사회적 관심이 증가하고 있다.

치매는 혈관성치매와 알츠하이머형 치매가 대표적으로 이 두 종류가 전체 치매 환자의 80-90%를 차지하는데², 이중 10-20%가 혈관성 치매이다³. 혈관성치매는 중풍이 중복 재발되어 나타나는 치매로 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 심장병, 흡연, 비만을 가진 사람에게서 주로 나타난다⁴. 또한 과거 중풍 병력 및 고혈압이 있는 환자에서 치매 증상이 급격히 나타나고, 발음장애, 연하곤란, 편마비, 실어증, 감각이상,

• 접수일 2007년 7월 2일; 승인일 2007년 7월 27일
• 교신저자 : 홍솔이
서울시 서대문구 연희3동 194-37 동서한방병원
Fax : +82-2-320-7990
E-mail : orientbeauty@naver.com

시아장애, 보행장애, 근긴장도의 증가, 파킨슨양상 등의 국소 신경학적 증상 및 징후가 있는 것이 특징이다⁵.

한의학에서는 치매에 대하여 呆病⁶, 痴獸⁷라고 표현하였다. 중풍급성기 혈관성치매를 보이는 환자 중 단순한 인지장애인 健忘보다 증상의 정도가 심한 경우를 한의학적으로 고찰하면 煩躁와 연결할 수 있다.

煩躁는 『傷寒論』 전반에 걸쳐서 골고루 언급이 되고 있으며 『東醫壽世保元』에서는 少陰人, 少陽人, 太陰人에서 다양하게 언급되고 있다⁸.

혈관성치매에 대한 연구는 김⁹의 중풍환자의 혈관성치매에 대한 임상적 관찰 보고가 있으나 사상의학적 연구는 없었다.

이에 저자는 혈관성 치매를 보이는 환자 2례를 사상의학적인 접근으로 少陰人 腎受熱表熱病 鬱狂末證으로 진단하고 獨蓼八物湯으로 치료하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 對象 및 方法

1. 대상

○○한방병원에서 혈관성치매를 보이는 少陰人 鬱狂末證 환자 2명을 대상으로 하였다.

2. 치료

- ① 鍼치료: 동방침구 직경 0.20mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침을 사용하여 內關, 神門, 三陰交, 白會, 少府, 陰谷 등에 자침하고 1일 1-2회 시술하였으며 유침시간은 20분으로 시술하였다.
- ② 뜸치료: 膻中穴과 合谷, 太衝穴에 간접구를 각 3장씩 1회/일 시술하였다.
- ③ 한약
獨蓼八物湯
人蔘 40g, 黃芪 4g, 白朮 4g, 白芍藥 4g, 當歸 4g, 川芎 4g, 陳皮 4g, 甘草炙 4g, 生薑 6g, 大

棗 5g

3. 평가

鬱狂末證에 나타나는 煩躁, 發熱, 便秘 등의 항목에 대한 변화상을 횡수 및 수치, 정도를 통해 평가하였다.

주관적인 정도에 대한 평가는 다음과 같이 분류하여 평가였다.

severe:+++ , moderate:++ mild:+ trace:±
elimination:-

III. 證 例

<증례1>

1. 환 자 : 김 ○ ○

2. 발병일 : 2006년 1월 19일

3. 입원치료기간 : 2006년 1월 19일~ 2006년 3월 16일

4. 주소증

- ① 左半身少力
- ② 排尿障礙
- ③ 不眠
- ④ 夜間煩躁

5. 과거력

- ① 고혈압 1985년 Dx. w-med p.o
- ② 흉추압박골절 1980년, 2004년 Tx.

6. 가족력 : 딸-고혈압

7. 현병력

상기 환자는 만 85세, 왜소한 체격, 예민한 성격의 여자 환자로 2006년 1월 19일 새벽 5시 左側 소력감 발생하여 별다른 처치 없이 집에 있던 중 증상이 심해져 당일 오후 1시경 응급실 통하여 본원 사상체질과로 입원하였다.

8. 초진소견

- 1) 체질진단
① 體形氣像
키 150cm, 체중 43kg의 마르고 왜소한 체격

으로 전체적으로 기육이 거의 없고 팔다리가 특히 말랐다.

② 容貌詞氣

피부색은 매우 하얗고 이목구비도 오밀조밀하게 생기고 얼굴의 인상은 예민해 보인다. 눈이 작으며 날카롭게 보인다. 목소리는 가늘고 조용하다.

③ 性情

성격은 조용하고 예민한 편이고 아주 깔끔한 성격이다. 나이가 들었어도 예쁘게 꾸미기를 좋아한다. 수줍음도 많고 소녀처럼 웃음도 많다.

2) 素證

- ① 食慾, 消化狀態: 평소 식욕은 양호하나 음식량은 소식이다. 과일류를 좋아한다.
- ② 大便: 평소 1회/1-2일 배변하며 변비는 없으나 양은 소량이다.
- ③ 小便: 빈뇨 증상이 있으며 특히 야간에도 2-3회 정도의 야간뇨 있었다.
- ④ 睡眠: 야간뇨 때문에 몇 번 깨고 새벽에 일찍 일어나기는 하지만 불면은 없었다.
- ⑤ 飲水: 갈증은 거의 없는 편으로 물은 거의 안 마시고 마실 때는 온수를 좋아한다.
- ⑥ 汗出: 평소 땀은 거의 없다.

⑦ 舌質: 紅絳

⑧ 脈狀: 細數

이상 전체적인 환자의 體形氣像, 容貌詞氣, 性情, 素證을 참고 후 사상체질과 전문의와 상의 후 少陰人으로 판정하였다.

9. 검사소견

1) 혈액검사 및 소변검사(1/20)

【BC】 GGT 9 ↓ Total bilirubin 1.38 ↑

【CBC】 RBC 3.48 ↓ MCV 98.0 ↑ PDW 15.0 ↑ P-LCR 38.3 ↑ Neutrophils 73.5 ↑ LYMPH 17.0 ↓ ESR 55 ↑

【Elect】 별무 이상

【UA】 별무 이상

2) 심전도검사: Within Normal Limit

3) vital sign(입원당시)

140/100-90-20-36.5

4) 방사선 검사

① L-spine AP&Lat.

· Degenerative spondylosis

· Multiple compression Fx. at T8,10,12

L1,2,3,5

② Chest AP

· No active lung lesion,unremarkable

③ Brain MRI

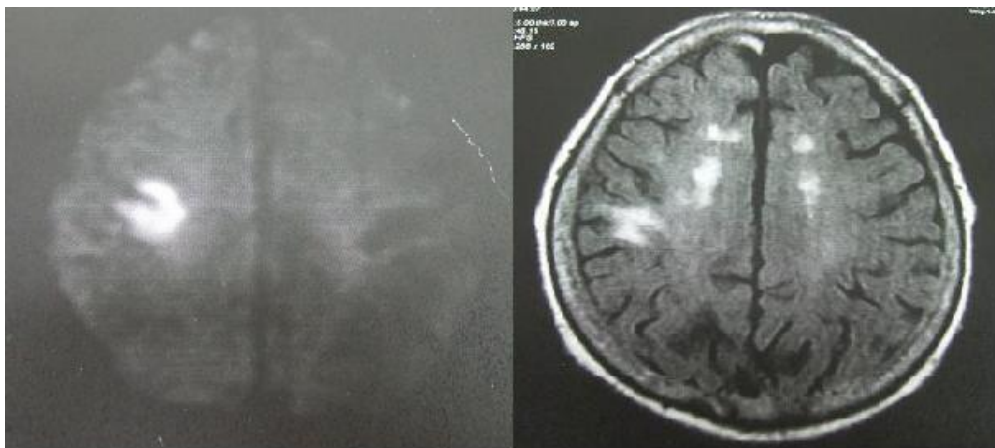


Fig. 1. Diffusion MRI

Table 1. The Progress of Symptoms

	1/20	1/22	1/27	2/2	2/14	2/15	2/26	3/15
睡眠	전무	2A~3A	1A-6A	11P-5A	10P-5A	10P-2A	9P-7A	10P-7A
煩躁	+++	+++	+	+	±	++	-	-
F/Cself remove	2	1	0	0	0	1	0	0
大便	0	0	1	1	1	0	1	1
最高血壓 (mmHg)	150/100	150/100	130/80	130/80	120/80	150/90	130/80	120/80
最高脈搏	98회	80회	98회	82회	108회	84회	74회	68회
舌質	紅絳	紅絳	紅, 潤함	淡紅	淡紅	舌乾	淡紅	淡紅

(severe: +++, moderate: ++, mild: +, trace: ±, elimination: -)

- Acute infarct, right pre-postcentral gyrus
- Chronic ischemia or infarct, both cerebellum, BG, thalami, corona radata
- Small amount chronic SDH, right frontal

④ Brain MRA

- Stenosis, right M1, both P2

10. 치료경과

① 1월 19일~1월 20일

한약: 五苓散

양방치료: valium(diazepam)5mg p.r.n

입원당시 10시간 이상 소변을 못 본 상태에서 nelaton 2회 시행 후 Foley catheta insert하였다.

1월 20일 밤 12시경 환자가 fluid 및 foley catheta를 self remove 하고 irritable한 모습 보이며 침대에서 내려오려고 하였다. 침대에 눕히려도 해도 완강히 거부하고 얼굴이 붉어질 정도로 흥분했다. valium 5mg 투여하였으나 전혀 반응이 없었다. 밤마다 foley를 손으로 잡아 빼고 소리를 지르는 등 야간변조 증상을 보였다.

② 1월 21일~1월 22일

한약: 地黃白虎湯

양방치료: Foley catheta insert

환자의煩躁 증상이 매우 심하고 舌質 이 매우 紅絳하였다. 낮에도 계속해서 알아들을 수 없는 말을 떠드는 모습 보였다. 大便을 보지 못하여 21일 수기관장으로 대변을 빼낸 후 아직도 복진상 대변이 있다고 판단되어 변비와 변조 증상을 고려하여 地黃白虎湯을 처방하였다. 21일과 22일 밤 여전히煩躁 증상이 심하고

혈압도 상승하였다.

③ 1월 23일~1월 31일

한약: 獨蔘八物湯(人蔘 40g)

양방치료: valium(diazepam)5mg p.r.n

煩躁 증상에 호전이 없어 사상의학적으로 변증하여 獨蔘八物湯을 하루 4회(10A, 2P, 8P, 10P) 투여했다. 점차 수면량 늘어나고 foley catheta를 잡아 빼는 횟수도 줄어들었다. 얼굴이 붉어지고 소리를 지르는 횟수도 현저히 감소하였다. 발작이 있을 때에는 p.r.n으로 valium 5mg을 간헐적으로 투여하였다. 대변도 초기에는 硬便으로 스스로 배변하기 힘들어하여 수기관장 하였었는데 점차 부드럽게 매일 보고 양도 많이 늘어났다.

④ 2월 1일~2월 15일

한약: 獨蔘八物湯(人蔘20g, 白何首烏20g)

양방치료: 별무

전체적으로는 수면량이 4시간 이상으로 늘어났다. 12시부터 5시까지 조용히 자는 날도 간혹 있었다. 많이 호전되었다고 평가되어 2월 8일부터 하루에 3첩 투여하였다.

⑤ 2월 16일~2월 20일

한약: 獨蔘八物湯(人蔘20g, 白何首烏20g)

양방치료: 별무

2월 16일 새벽 다시 또 irritable한 모습 보이고 소리지르면서 우는 모습 보였다. 17일부터 다시 한약을 하루에 4첩 투여하였더니 야간에 안정되었고 수면량도 유지되었다.

⑥ 2월 21일~3월 16일

한약: 獨蓼八物湯(人蔘20g, 白何首烏20g)

양방치료: 별무

수면시간 7-8시간 정도 확보되고 전체적으로 많이 안정된 모습 보이고 활체어 타고 산책도 하였다. 간간이 가족들을 알아보고 예전 애기도 하기 시작하였다. 의사에게 손주 얘기를 하면서 이제 다시 건강해지지 않는 것인지 걱정하는 모습도 보였다.

보호자분 개인정보로 3월 16일 퇴원하였다.

<증례 2>

1. 환 자 : 박 ○ ○

2. 발병일 : 2006년 11월 17일

3. 입원치료기간 : 2006년 11월 22일부터 2006년 12월 23일까지

4. 주소증

- ① 右半身少力
- ② 인지장애
- ③ Aphasia
- ④ 夜間煩躁

5. 과거력

- ① 고혈압 2002년 진단. w-med p.o 중
- ② 백내장 2006년 7월 수술
- ③ 화상(복부, 팔, 다리) 1990년경 대학병원 2개월간 입원치료

6. 가족력- 별무

7. 현병력

상기 환자는 신장 148cm, 몸무게 46kg의 82세 여환으로 매우 왜소한 체격이며 내성적이고 얽전한 성격이다. 최근 아들과의 불화로 신경을 쓰던 중 2006년 11월 17일 갑자기 다리에 힘이 빠져 넘어졌다. 그 이후 걷지 못하였고 11월 19일 헛소리를 시작하면서 가족을 못 알아보는 모습을 보였다. 3일간 집에서 가료하였으나 증세가 점점 악화되는 것 같아 11월 22일 본원 응급실 통해서 본원 사상체질과로 입원

하였다.

8. 초진소견

1) 체질진단

① 體形氣像

키 146cm, 체중 46kg의 마르고 왜소한 체격이나 복부는 몸에 비해 비만한 상태이다.

② 容貌詞氣

피부색은 매우 하얗고 이목구비도 오밀조밀하게 생기고 얼굴의 인상은 순하게 생겼다.

③ 性情

성격은 평소 아주 조용하고 내성적이다. 자녀들이 속을 썩여도 말을 못하고 혼자 마음에 담아두고 걱정하는 성격이다.

2) 素證

① 食慾, 消化상태: 평소 식욕은 양호하나 음식량은 소식이다.

② 大便: 평소 1회/1-2일 시원하게 잘 보았다.

③ 小便: 소량이지만 정상적으로 보고 별 이상 없다.

④ 睡眠: 걱정거리가 있으면 잘 못 자는 편이다.

⑤ 飲水: 물은 입을 축이는 정도로만 마신다.

⑥ 汗出: 평소 땀은 거의 없다.

⑦ 舌質: 紅絳

⑧ 脈狀: 細數

이상 전체적인 환자의 體形氣像, 容貌詞氣, 性情, 素證을 참고 후 사상체질과 전문의, 전공의와 상의 후 少陰人으로 판정하였다.

9. 검사소견

1) 혈액검사 및 소변검사(11/23)

【BC】 GGT 7↓ LDH 452↑

【CBC】 RBC 3.91↓ MPV 9.3↓ P-LCR 19.8

↓ ESR 64↑

【Elect】 별무 이상

【UA】 별무 이상

2) 심전도검사



Fig. 2. Brain MRI

Table 2. The Progress of Symptoms

	11/23	11/24	11/26	11/30	12/3	12/6	12/14	12/22
睡眠	전무	11P-2A	10P-5A	10P-5A	10P-6A	10P-6A	9P-6A	10P-6A
煩躁	+++	+++	+	+	±	-	-	-
大便	0	1	1	1	1	1	0	1
最高體溫	37.1℃	37.9℃	37.5℃	37.4℃	37.2℃	36.9℃	37.6℃	36.8℃
最高脈搏	88회	92회	96회	94회	88회	84회	86회	82회
舌質	紅	紅絳	紅	紅	淡紅	淡紅	淡紅	淡紅

(severe:+++ , moderate:++ mild:+ trace:± elimination:-)

- P-R prolongation
- Suspect inferior infarction
- 3) vital sign(입원당시)
130/80-80-22-36.7
- 4) 방사선 검사
 - ① KUB
 - Multiple compression Fx. at L spine
 - ② Chest AP
 - No active lung lesion
 - ③ BMD
Osteoporosis(T-score -2.8)
 - ④ Brain MRI
 - subacute infarction, Lt. parietal lobe
 - Ischemic change, brain atrophy
 - ⑤ Brain MRA

- ICA narrowing
- Lt. MCA stenosis

10. 치료 경과

① 2006년 11월 22일~11월 23일

한약: 香附子八物湯

양방치료: valium(diazepam)5mg p.r.n

발병 이후 구음장애가 심하여 전혀 의사소통이 안 되는 상태였다. 환자가 독거하는 상태라서 보호자들도 환자의 건강상태를 잘 알지 못하여 문진하는 데 한계가 있었다.

환자가 평소 속을 많이 끓이는 상황으로 氣鬱 증상이 심하다고 보아 香附子八物湯을 투여하였다. 23일 낮까지는 별무 변화 보였으나 23일 밤 9시경 침상 밖으로 나오려고 하면서

누가 자기를 부른다고 헛소리하며 소리를 지르는 모습을 보였다. valium 1T 투여하였으나 안정되지 않고 소리지르면서 울기 시작하였다. 새벽 두 시경 스스로 링거액 줄을 뽑고 침상에서 대변을 보고 손에 대변을 묻힌 상태로 밤새 irritable한 모습 보였다.

② 2006년 11월 24일~2006년 11월 25일

한약: 獨蓼八物湯

양방치료: valium(diazepam)5mg p.r.n

환자의 體形氣像, 容貌詞氣, 性情, 素症을 참고 후 사상의학적으로 변증하여 소음인 울광 말증으로 진단하여 獨蓼八物湯을 처방하였다.

24일 밤에는 밤 10시경부터 잠들어서 2-3시간에 한번씩 깨서 일어나려고 하였으나 소리지르거나 irritable한 모습 없이 금방 다시 잠들었다. 밤이 되면 침대에서 내려오려고 하는 모습은 보이거나 시끄럽게 굴지는 않았다. 자꾸만 “가자, 가자”라고 하면서 침대에서 내려오려고 해서 양손을 침대에 가볍게 묶어놓았다. 강하게 저항하는 모습은 없었다.

③ 2006년 11월 26일~2006년 12월 2일

한약: 獨蓼八物湯

양방치료: 별무

총수면시간이 6-7시간 정도로 늘어났다.

기저귀 갈 때 창피하다고 말하고 가족들이 면회오면 알아보고 반가워하는 모습 보였다. 배고프다는 말도 하고 점차 상황에 맞는 말을 구사하기 시작하였다.

④ 2006년 12월 3일~2006년 12월 13일

한약: 獨蓼八物湯

양방치료: 별무

환자분께서 食便眠 증상이 호전되어 운동치료 시작하였다. 휠체어 타고 왔다갔다하는 것부터 시작하여 손 붙잡고 서는 것 연습하였다. tilting table에 고정하여 standing 연습도 하였다.

⑤ 2006년 12월 14일~12월 18일

한약: 川芎桂枝湯

양방치료: 별무

운동하던 중 찬 바람을 쏘여 감기에 걸렸다. 저녁부터 微熱이 발생하였다. 惡寒을 많이 느

끼고 담요를 덮고 있으며 입술도 푸른 빛을 띠었다. 점차 기침, 가래도 생겼다. 숨도 차다고 하고 호흡수가 28회까지 상승하였다. 흉부 x-ray 촬영하였으나 폐렴 소견은 보이지 않았다. 따뜻하게 하고 안정 취하면서 영양제 및 비타민제제수액도 투여하였다.

⑥ 2006년 12월 19일~2006년 12월 23일

한약: 十全大補湯

양방치료: 별무

감기 증상은 거의 호전되었으나 체력이 좀 떨어진 모습을 보였다. 脈狀이 沈微하였다. 입맛을 잃고 식사량이 2/1-3/1로 감소하였다. 호흡수는 20회로 안정되었다. 기운 없어 하여 재활 치료를 하지 못하고 병실로 돌아왔다. 십전대보탕과 함께 영양제 투여한 후 점차 컨디션 회복하였고 보호자 원하여 12월 23일 퇴원하였다.

Ⅲ. 考察 및 結論

혈관성치매는 다발성경색성치매를 포함하는데 알츠하이머형 치매와 그 발병, 임상양상 및 경과에서 구별된다. 잠깐 동안의 의식장애, 잠깐 지나가는 마비, 혹은 시력상실 등을 동반하는 일과성 허혈성 발작의 병력이 있다. 일련의 급성 뇌혈관 발작 후에 오거나 덜 흔하지만 한번의 대졸중 후에 올 수도 있다. 기억과 사고의 장애가 그 때 뚜렷이 나타나게 된다. 대개 고혈압성 뇌혈관 질환을 포함한 혈관질환으로 인한 뇌경색의 결과이며, 대개 작지만 축적되어 그 영향을 나타낸다. 알츠하이머형 치매와 감별 소견으로 고혈압, 과거의 중풍 병력, 증상의 급격한 발생, 국소 신경학적 증상 즉, 보행장애, 연하곤란, 발음장애, 편마비, 실어증, 감각이상 등이 있다¹⁰.

한의학에서는 치매에 대하여 呆病 痴瘖라고 표현하고 있으며 혈관성치매에 대한 치료로서는 『東醫寶鑑』 「健忘門」의 加減固本丸의 조문에 中風後健忘이라고 하여 「風門」의 二蓼丹을 적응처방으로 하였으며¹¹ 또한 체질변증에 따

라 다양한 처방이 사용되어지고 있다¹².

최근 中醫의 李¹³, 徐¹⁴ 등은 本虛表實로서 血瘀, 痰濁, 內風, 邪熱 등의 원인을 제시하고 呆病과 健忘에 근거하여 癡呆를 치료하고 있는데 노인성 치매와 혈관성치매로 구분하여 補腎填髓, 益智清腦, 補益肝腎, 化痰活血, 清熱解毒의 治法을 응용하여 치료하고 있다. 특히 張등¹⁵은 혈관성 치매는 중풍 치매라 하여 중풍의 치료에 준하여 임상에 임하지만 痰飲과 瘀血을 그 주 원인으로 보아 益氣化痰, 健腦祛風, 清熱化痰, 開鬱通竅 등의 治法을 응용하고 있다.

본 증례의 환자들은 혈관성 치매 환자로서 健忘 등 인지장애뿐 아니라 한의학적으로 煩躁의 증상을 보였다.

煩躁는 心中에 熱이 울체된 것과 같은 느낌이 있으면서 편치 않고 手足을 어지럽게 움직이며 불안해하는 증상이다. 煩은 心胸煩熱鬱悶한 것으로 심해지면 懊惱不眠하게 되나 神識은 맑으며 병인이 자각하는 증상임에 반해 躁는 兩手擲足, 躁擾不寧한 것으로 神識이 대부분 昏沈해지는 타각증상이다. 이 둘은 임상상 단독으로 출현하기도 하지만 질병의 발전과정 중에 대부분 함께 나타나게 되기도 하며 煩과 躁가 병세의 輕重을 반영하기도 한다. 일반적으로 煩은 비교적 輕症이며 躁는 비교적 重症으로 볼 수 있는데, 煩이 病邪가 인체에 침입하여 인체 정기가 이에 대항하여 병사 상쟁할 때의 邪正抗爭의 상대라면 躁는 病邪로 인해 정기의 세력이 약해진 병정의 危重 상태라고 할 수 있다. 煩躁는 傷寒論 전반에 걸쳐서 골고루 언급이 되고 있으며 正邪抗爭의 추세와 결과를 나타내는 중요한 병리적 증상이다. 즉 正邪抗爭의 결과로 조성되는 陽熱의 표현과 病邪太盛의 陰寒에 의한 陽脫을 나타내는 병리적 과정에서 동반되는 증상이다⁸.

『傷寒論』중 말을 더듬거리고 가슴이 두근거리며 답답하고 鬱鬱하면 微煩이 있으며 煩躁하고 신들린 것과 같이 혼잣말을 하며 눈이 흐리멍당한 등의 神識 증상에 대한 처방 중에는 大黃과의 배합이 많이 소개되고 있다. 예를

들면 小承氣湯, 大柴胡湯, 大承氣湯 등에 대한 증으로 나누어 볼 수도 있다. 腑를 통하게 하여 熱을 빼내는 치료방법으로 煩躁를 치료하였다¹⁶.

한편, 사상체질의학적 측면에서 상한론의 煩躁를 살펴보면 少陰人은 太陽病, 厥陰病, 陽明病, 太陰病, 少陰病에서 모두 나타나며 陰寒極盛으로 인한 陽虛煩躁가 대부분으로 보여진다. 太陰人 煩躁는 燥濕不調에 의한 煩躁가 많은 것으로 추측된다. 少陽人 煩躁는 裏熱에 의한 熱濁上擾한 實煩이 많은 것으로 보인다⁸.

東武 李濟馬(1837-1900, 이하 ‘東武’로 약칭)는 그의 저서 『東醫壽世保元』에서 『傷寒論』을 비롯한 과거 宋, 元, 明 諸醫들의 醫論을 인용하면서 자신의 비판적 견해를 덧붙임으로써 이들 병증론을 四象醫學的 시각으로 재해석함으로써 그가 천명한 4가지 체질의 병리를 제시하였다. 이 과정에서 東武는 傷寒의 세 가지 承氣湯證을 분류하여 大承氣湯과 小承氣湯을 張仲景傷寒論中少陰人病經驗設方二十三方に 넣었다¹⁷.

이는 「少陰人 腎受熱表熱病」에서 다음과 같이 언급되고 있다.

“傷寒에 만약 吐하고 泄瀉를 한 뒤에도 병이 풀리지 않으며, 大便不通이 5, 6일에서 10여 일에 이르고, 저녁때가 되면 열이 심히 오르고, 惡寒은 없으면서도 허깨비를 본 것처럼 헛소리를 하며, 심하면 사람을 알아보지 못하고, 옷을 더듬고 이불을 더듬으며 두려워하는 모습으로 불안해하며, 가볍게 숨차고 눈동자를 곧추세운다... 이와 같은 경우에 八物君子湯이나 升陽益氣湯에다 巴豆丹을 함께 쓴다.”¹⁸.

또한 太陽病 表證이 아직 남아 있을 때 溫補 升陽하는 약을 巴豆와 함께 써야 한다고도 하였다.

鬱狂未證은 陽明病에 潮熱이 오르고 헛소리를 하며 숨을 험떡이고, 눈을 똑바로 뜨는 증세를 말한다. 鬱狂證은 身熱이 있되, 땀이 나지 않으며 鬱狂證의 無汗은 陽氣尙存한데 榮衛陰陽만이 不和한 所致이니 調和榮衛하면 된다.

陽明病과 太陽病의 위급한 자에게는 獨蓼八物湯, 補中益氣湯 등이랴 병을 풀 수가 있고, 병세가 위급할 때에는, 만일에 1일에 3-4첩을 당복하지 않거나 또 연일 복용하지 않으면 치료하기 어렵다¹⁸.

東武는 少陰人이 체질특성상 陽暖之氣의 보존이 관건인 寒性체질임에 입각하여 비록 표현상 熱性病證에 수반되는 大便不通이라 할지라도 熱性瀉下劑인 巴豆로 積滯를 해소시키고 이어서 八物君子湯으로 少陰人의 陽暖之氣를 복돋는 한편 津液을 보충하는 治法을 썼던 것이다¹⁷.

上記證은 張仲景이 胃腸의 燥熱이 격심해진 陽明腑實證임에도 불구하고 承氣湯類를 사용하지 못하고 오히려 補氣血之劑, 혹은 과량의 人蓼을 사용하여 치유하였다. 이때의 脈狀은 虛數하거나 혹은 熱不潮하였다. 이는 胃와 腸의 燥熱이 極甚하여 燥便이 정체되어 腑氣의 유통이 불리한 것이 아니라, 胃腸의 극심한 寒邪의 凝滯로 四腑氣의 소통 불리한 상황에서 동시에 太陽傷風 등의 만성화로 正邪相持 不解로 脾腎陽氣가 소진한 상황이다. 즉 升陽이 전혀 이루어지지 않으므로 腎陽困熱은 더욱 심해져 表氣가 심하게 손상되고 胃, 大腸을 補益하지 못하고 大腸의 陽氣鬱滯는 胃腸氣의 고갈로 이어진다. 胃와 腸은 津液의 고갈과 寒邪의 응체로 燥熱이 아닌 寒燥로 인한 胃家實證이며 腎陽의 소진과 극심한 困熱로 陽明熱이 극심하여진다. 이 때 獨蓼八物君子湯으로 生陽과 동시에 升陽을 한다. 獨蓼八物湯의 힘은 八物君子湯에 人蓼 1兩과 함께 강력한 生陽을 통해 胃와 大腸의 津液을 도와 潤燥와 함께 逐冷한다¹⁹.

상기의 두 환자는 素證 및 體形氣像, 容貌詞氣, 性質才幹을 통해 四象醫學 분류상 少陰人으로 진단하고 병증약리 등을 통해 腎受熱表熱病 鬱狂末證으로 진단되어 獨蓼八物湯을 처방했다.

뇌경색이 발생한 이후 시작된 치매 증상으로 혈관성 치매라고 진단하였고 두 환자 모두 입

원 당일부터 전혀 수면을 취하지 못할 정도로 煩躁가 극심하고 양약에도 안정되지 않았다.

<증례1>은 심한 煩躁 증상과 함께 便秘 증상이 심하였다. 처음 입원 당시에 이미 5일간 대변을 보지 못한 상태였고 소변도 8시간동안 못 보아서 Foley catheter insert하고 五苓散을 투여하였다. 소변량은 증가하였으나 대변을 여전히 보지 못하고 번조증상이 매우 심하였다. 便秘와 煩躁증상을 고려하여 地黃白虎湯을 투여하였으나 전혀 호전되지 않고 혈압도 간헐적으로 상승하였다. 전체적인 환자의 體形氣像, 容貌詞氣, 性情, 素證을 참고하여 少陰人 鬱狂末證으로 진단하여 獨蓼八物湯을 투여하였다. 그 후 煩躁증상이 경감되고 수면량도 점차 증가하였다. 또한 변비, 혈압상승 등도 호전되었다.

<증례2>는 처음 입원 당시 少陰人의 氣鬱로 판단하고 香附子八物湯을 2일간 투여하였다. 처음 입원당시 global aphasia상태로 전혀 의사소통이 되지 않았으나 매우 우울한 모습을 보였고 보호자의 진술도 가족간의 불화로 우울하던 상태라고 하여 처방하게 되었다. 그런데 2일째 밤에 옷을 벗고 대변을 손에 묻혀 발작하는 모습을 보이고 계속해서 소리를 지르며 번조증상을 보였다. 또한 혈액검사상 이상이 없는데 미열이 발생하였다. 『東醫壽世保元』에서 “鬱狂證 末症은 陽明病에 潮熱이 오르고 헛소리를 하며 숨을 헐떡이고, 눈을 똑바로 뜨는 증세를 말한다”고 하였는데 본 증례에서 열이 오르는 증상과 일맥상통한다고 볼 수 있다. 獨蓼八物湯을 투여한 후 번조증상도 줄어들고 수면량도 증가하였으며 점차 체온도 안정되었다.

두 환자 모두 증폭 초기에 발생한 혈관성 치매 증상으로 심한 번조를 보였으나 체질변증을 통해 少陰人 獨蓼八物湯으로 증상에 현저한 호전을 보였으므로 보고할 만한 의의가 있다고 사료된다. 그러나 치매 증상이 심한 경우라서 치매증상의 호전을 평가하는 데 척도가 되는 K-MMSE(Korean version of Mini- Mental State Examination)를 평가할 수 없어 객관적 평

가가 이루어지지 못한 점이 한계점으로 남는다. 향후 이를 보완하여 더 많은 증례의 수집을 통한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 參考文獻

1. 이윤호, 박종한. 치매의 원인과 치료. 학문사, 서울, 1996:13,16.
2. 서울대학교 의과대학 내과학교실편. 내과학. 군자출판사, 서울, 1996:146.
3. 양병환. 노인성치매-진단기법. 대한의학협회지. 1994;37(7):791.
4. 오병훈. 노인성치매-원인 및 감별진단. 대한의학협회지. 1994;37(7):785-790.
5. 나덕렬. 치매의 접근방법. 가정의학학회지. 1997;18(3):236-238.
6. 진사택. 석실비록(하). 서원당, 서울, 1984: 316-317.
7. 장개빈. 경약전서. 일증사, 서울, 1992:846.
8. 최선미. 『상한론』·『금궤요략』에서 빈조의 병리에 관한 문헌 연구. 경희대 대학원. 1996;2(1):49-50.
9. 김원찬. 중풍환자의 혈관성 치매에 대한 임상적 관찰. 경희대대학원. 1999:02.
10. 하시메고지. 치매 공포. 도서출판 등지, 서울, 1997:15,28,41.
11. 허준. 원본동의보감. 남산당, 서울, 1981:81, 98.
12. 김영석. 임상중풍학. 서원당, 서울, 1997: 508.
13. 李曉玲. 百家論醫, 老年性癡呆從肝論治. 陝西中醫. 1995;16(9):431.
14. 徐仕珍. 24例老年性癡呆臨床觀察. 上海中醫藥雜誌. 1995;5:5.
15. 張云嶺, 梅建勛. 近10年來中醫大血管性癡呆的臨床究進展. 北京中醫藥大學學報. 1997; 20(3):52-55.
16. 林秋良. 煩躁治驗에 대한 論治의 思考. 중의임상 통권2호, 전통의학신문사. 2002.12: 37.
17. 李時雨. 『傷寒論』의 세 가지 承氣湯證에 대한 사상의학적 고찰. 사상의학회지. 1997; 9(1):181-194.
18. 전국 한의과대학 사상의학교실. 사상의학. 집문당, 서울, 2005.4:548-550.
19. 조황성. 사상의학의 원리와 방제. 집문당, 서울, 2005.1:224-225.