

## 獨參八物君子湯으로 호전된 少陰人 鬱狂症 발열 치험 3례

이현미 · 박세정 · 전수형 · 김오영 · 김종원

동의대학교 한의과대학 사상체질과

### Abstract

#### Three cases of Soeumin Woolgwang Fever Improved by Doksampalmulkunja-tang(獨參八物君子湯)

Lee Hyun-Mi, Park Se-Jung, Jeon Soo-Hyung, Kim Oh-Young, Kim Jong-Won

Department of Sasang Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Donggeui University

#### 1. Objectives

Fever is an abnomal elevation of body temperature, usually as a result of a pathologic process. Fever can cause chilling, myalgia, headache and other related symptoms. We have tried researching effect of herbal medicine Doksampalmulkunja-tang(獨參八物君子湯) on fever.

#### 2. Methods

The subjects are three patients who were on diagnosed Soeumin Woolgwang-incurable disease. They are treated by Doksampalmulkunja-tang(獨參八物君子湯).

#### 3. Results

Doksampalmulkunja-tang(獨參八物君子湯) was effective on the subjects. Their fever and related symptoms were improved.

#### 4. Conclusions

This case study shows that the treatment with herb-medicine may have effect on fever of Soeumin by rasing the stagnant yang qi.

**Key Words :** Soeumin, Doksampalmulkunja-tang(獨參八物君子湯), Fever, Woolgwang-incurable disease

### I. 緒 論

발열은 여러 가지 원인에 의해 인체의 체온이 정상 범위(36.8±0.4℃)를 벗어나 상승하는 것을 말한다. 임상상 질병의 범주라기 보다는 급성, 만성의 질환에서

관찰되는 하나의 증후로 인식되며 질병의 정도, 경과 시간 치료효과의 판단과 기질적질환의 존재유무를 말해주는 중요한 단서가 된다.<sup>1</sup>

양방적으로 고열(41℃이상)에서는 해열제가 대부분 이용되어 빠르게 해열시키며 동반 증상(근육통 오한 두통 등)을 억제한다. 그러나 미열이나 중등도의 열의 경우에는 그것이 해롭지 않을 뿐 아니라 해열시키는 것이 이롭다는 증거는 없다. 물론 어린이의 열성경련이나 임신부나 심 폐 뇌 기능이상 환자와 같은 예외도

• 접수일 2009년 10월 12일; 심사일 2009년 11월 10일;  
승인일 2009년 12월 03일  
• 교신저자 : 김종원  
부산시 부산진구 양정2동 동의의료원 사상체질과  
Tel : +82-51-850-8641 Fax : +82-51-867-5162  
E-mail : jwonkim@deu.ac.kr

있다. 하지만 체온이 불필요하게 억제되거나 일상적으로 해열제가 사용되면 체온이 상승 하강하면서 살펴볼 수 있는 중요한 임상정보를 제한 할 수 있다.<sup>1,2</sup>

한방병원에 입원하는 환자의 상당수는 중풍 환자로, Langhorne이나 Rothe의 보고를 통해 보면 중풍 급성기 환자와 후유증을 가진 만성 환자의 약 30%정도에서 요로감염, 흡인성폐렴, 위막성장염, 봉와직염 등의 감염성 질환이 흔히 발생하기 때문에 발열에 대한 한의학적인 해열 방법이 절실하게 요구된다.<sup>3,4</sup>

한의학에서 발열은 “陽虛則外寒, 陰虛則內熱, 陽盛則外熱, 陰盛則內寒” 『素問』 「調經論」, “陽盛則熱 陰盛則寒” 『素問』 「陰陽應象大論」에서 보는 바와 같이 내상, 외감에서 음양의 偏盛과 偏衰로 인해 발생하는 것으로 본다.<sup>5</sup>

사상의학의 견지에서 보면, 熱은 소음인의 腎受熱表熱病으로 단순히 열증이 아니라 表陽이 상승하지 못하고 울체되어 형성된 腎陽困熱로 인한 기운소통 장애로 발생한다. 오래되면 陽明經病의 胃家實證이나 脾約證 같이 氣가 약해져 진액이 마르고 熱證이 더욱 심해진다. 치료는 陰化된 기운을 陽化시켜 升陽益氣 하는 것이다.<sup>6,7</sup>

발열에 관련하여 보고 된 임상된 예에서 보면 사상 의학적 관점에서 김<sup>8</sup>은 소음인 眞寒假熱證에 獨蓼八物君子湯을 사용, 설<sup>9</sup>은 소음인 폐렴에 獨蓼八物君子湯을 사용, 강<sup>10</sup>은 소음인 요로감염으로 인한 발열에 黃芪桂枝湯과 八物君子湯을 사용한 증례를 보고 한 바 있다.

이번임상에서는 소음인환자의 발열을 腎受熱表熱病중 鬱狂證으로 변증하고 獨蓼八物君子湯을 투여하여 호전을 보였기에 보고하는 바이다.

## II. 本 論

<증례1>

1. 환자 : 노○○ F/39yr

2. 치료기간 :

입원 : 07.10.15~07.11.7

외래 : 07.11.16~09.2.23(93회)

### 3. 진단명:

한방 : 全身麻木

양방 : Reaction to severe stress & adjustment disorder, Depressive episode

### 4. 주소증

① 體熱 ② 全身無力 ③ 背痛 ④ 不眠

### 5. 차증

수면 : 발병 이후 1-2시간, 원래는 7시간으로 양호

식사 : 1/2공기, 食慾 不良, 易滯

소변 : 주간1회/30분~2시간 夜尿 2회/일

대변 : 무른편, 10월 13일 설사3회 水樣性으로 봄  
舌紅白苔, 脈沈, 弱, 巨關 關元 壓痛

### 6. 발병일 : 07.10.1

### 7. 과거력

우안면마비 우반신부전 : 07.6월, 07.10월 동아대

H. MRI 혈액검사상 N-S Dx.

신장염 : 97년 L/C H. 2주간 Adm tx.

### 8. 가족력 : 母-DM, CVA

### 9. 현병력

상기 환자 술, 담배하지 않는 작고 마른체구(150cm 38kg)의 예민한 성격의 여자환자로 07.10.1부터 軀幹部에서 熱感이 나며 全身에 힘이 없으며 열이 날 때 背痛 느껴지고 잠을 거의 자지 못하다가 10.12일 동아대학교H 방문하여 LAB, 신장CT상 N-S Dx. 증상 심화되어 한방치료 원하여 응급실 통해 본원 한방병동에 입원.

### 10. 체질조건

1) 체형기상 : 150cm 38kg 복각예각

① 액와횡문, ASIS 간의 5종류 횡측거리  
24-24-24-22-28(cm)

② 미간과 곡골 간의 8종류 둘레거리  
54-30-79-80-68-61-74-80(cm)

골반이 넓은 편임.

2) 용모사기

하얗고 이목구비가 오밀조밀한 하며 음성은 작고 조용함.

3) 성질재간

자신의 증상에 대해 걱정이 많고 꼼꼼함. 호주에 교환교수로 파견된 남편을 따라가서 내성적인 성격 때문에 동료나 이웃을 사귀는 데에 힘들어 스트레스를 많이 받은 후 발병.

4) 素證

수면 : 7시간 정도 규칙적 수면  
 식사 : 양이 늘어나면 잘 체해서 음식을 조금씩 나누어 먹음 1/2공기  
 소변 : 1회/2시간 야뇨0~1회/일快  
 대변 : 1회/1일 漉  
 汗出 : 거의 없음  
 口渴 : 口乾, 물은 특별히 마시지 않음

11. 양방적 검사소견

- ① vital sign(BP-BT-PR-RR)  
 (10/15) 120/80mmHg-36.6°C-72회-20회. (Fig 1)
- ② Chest XR, EKG 특이소견 없음
- ③ Lab : (10/15) fT4 2.05 ↑ FBS112 ↑ HBsAb weakly(+) U.BLD ±5 U.WBC 5-10  
 (10/16) fT4 2.28 ↑ (10/23)fT4 W.N.L

12. 침구치료

1) 百會 四神總 風池 合谷 足三里 太衝 太白 崑崙 太谿 1일 1회 刺針

13. 투여처방

입원 초기 3일간 八物君子湯을 투여하여 호전되는 듯하였으나 3일째에 발열 및 동반증상 심화되어 升揚益氣가 부족하다 판단하여 獨蔘八物君子湯으로 변경. 2첩/日으로 계속 복용함. (Table 1)

14. 양방협진

NP-Reaction to Severe stress & adjustment disorder, Depressive episode Dx.  
 LEXAPRO TAB 10mg 1T qd(아침)  
 LEXAPRO TAB 10mg 1/2T qd(저녁)  
 Ativan INJ 4mg/Amp(일동) 1/2 Amp (H.S)PRN으로 씬 (10/16,10/17,10/20in)  
 Xanax 0.25mg 1/2T po tid  
 Trittico 25mg 1T qd  
 Risperdal 1mg 1/4T qd  
 Proimer 5mg 1/4T qd  
 Ativan 0.5mg 1T qd

15. 치료경과

1) 10월 15일(입원1일)  
 軀幹부에서 시작되어 특히 背部에 열이 심하며 열이 심할 때는 惡寒도 느끼며 이때 다리가 떨림.

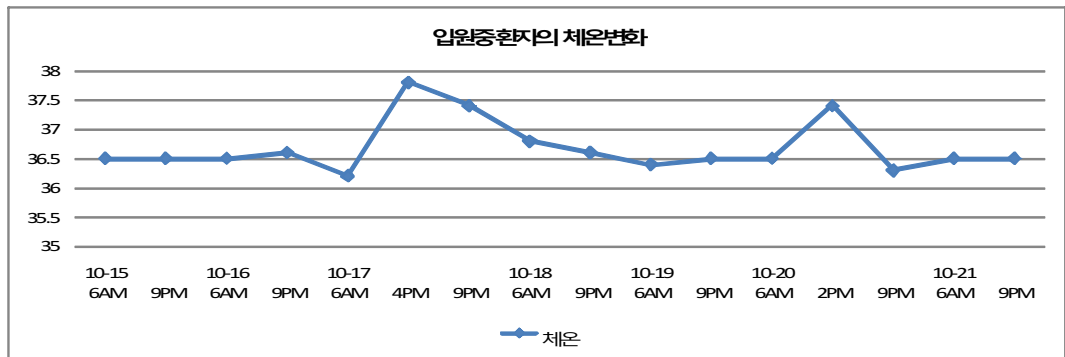


Fig 1. Change of body temperature in case 1

四肢에 힘이 빠지지 않는으나 軀幹部에 無力感 느낌. 보행가능하나 힘없어 휠체어 이동함. 背部 통증은 저녁이후 나타나지 않음.

잠은 거의 못잠 (酸棗仁湯 엑기스제 2:30am 투여). 식사 1/2공기 소변 1회/1~2시간 대변은 설사 소량.

#### 2) 10월 16일(입원2일)

發熱이나 熱感 거의 없음 軀幹部 무력감은 Vas7.

수면 : 8:30pm~1:30am, 2:30am~4:30am 淺眠

식사 : 아침 점심 밥3숟가락 저녁 2/3공기

소변 : 1회/2~3시간

대변 : 설사 소량1회 100cc 약간 묽은변

#### 3) 10월 17일(입원3일)

2pm부터 軀幹部 熱感 느껴지다가 4pm 38℃로 열이 顔面부까지 느껴지며 背痛 동반됨. 9pm경 양방 항불안제 Ativan 1/2amp inj 후 熱感소실.

수면 : 9pm~3:30am

식사 : 아침 1/2공기 점심 1공기 저녁 2숟가락 대변 100cc 약간 묽은변

#### 4) 10월 18일~19일 (입원4, 5일)

10/18일 2P부터 獨蔘八物君子湯으로 변경하고 背部 중 腎臟부위, 上肢, 熱感 입원 시 기준 熱感 Vas3정도로 간헐적으로 발생

無力感 Vas3으로 호전되어 휠체어 안타고 걸어서 이동하기도 함. 오래 앉아 있거나 말을 오래하면 피곤

함. 背痛 소실.

수면 : 6~8시간정도

식사 : 아침 1/2공기 점심저녁 2/3공기로 증가

#### 5) 10월 20일 (입원6일)

10am 37.1℃ 2pm37.4℃까지 올랐다가 내려갔으나 背部 중 腎臟부위, 上肢, 肋骨下 熱感 호소 10pm 36.℃이나 熱感和 불면 호소하여 양방 항불안제Ativan 1/2Amp inj 후 熱感 소실 수면 11pm~6:30까지 숙면 · 대변은 10/20 100cc 정상 변.

#### 6) 10월 21~10월 23일 (입원6일~8일)

별무변화

#### 7) 10월 24~10월 25일 (입원9일~11일)

背部 중 腎臟부위 下肢 등 부분적으로 간헐적 熱感있으나 체온은 정상 범위 내임.

入眠이 수월해졌으며 숙면 취함. 대변은 정상변 1회/日으로 봄

#### 8) 10월 26일~11월2일(입원12~19일)

熱感 소실. 軀幹部 無力感은 Vas3유지

#### 9) 11월3일~11월 7일(입원20일~24일)

軀幹部 無力感이 입원 시 기준 Vas3이나 11/3일 1hr지속 11/4이후에는 수분 이내로 잠깐 나타나는 정도 그 외의 시간에는 전혀 증상 없음. 수면은 8hrs 숙면 식사는 1/2~4/5공기/1끼 정도이나 간혹 속 더

Table 1. Prescription of Doksampalmulkeunja-tang

Harbal name	weight(g)
人 蔘	40.0
白何首烏	4.0
官 桂	4.0
黃 芪	4.0
白 朮	4.0
當 歸	4.0
川 芎	4.0
白 芍 藥	4.0
陳 皮	4.0
甘 草	4.0
生 薑	4.0
大 棗	7.0

Table 2. Admission Medication and Progress in Case1(First Symptom Degree=VAS10)

날짜	처방	증상변화
10/15	입원	軀幹部 熱感과 無力感 열이심하면 背痛과 다리떨림 동반. 환체어 이동. 잠 거의 못잠. 설사 소량
10/16	八物君子湯 3첩	熱感소실 無力感 VAS7 淺眠 7hrs 100cc 묽은변
10/17	八物君子湯 3첩	BT38℃ 軀幹部 顔面부 熱感 背痛 동반 양방향불안제Ativan1/2사용 수면 6시간 30분
10/18~19	獨蔘八物君子湯 4첩	熱感 vas5 無力感 VAS3 독립보행함. 식사량 밥1/2~2/3공기로 증가
10/20	獨蔘八物君子湯 2첩	10am 37.1℃ 2pm 37.4℃ 10pm 36℃이나 熱感과 不眠호소하여 양방향불안제Ativan 1/2사용 정상변1회
10/21~23	獨蔘八物君子湯 6첩	별무변화
10/24~25	獨蔘八物君子湯 4첩	부분적으로 간헐적으로 熱感. 체온은 정상범위
10/25~11/2	獨蔘八物君子湯 21첩	熱感소실
11/3~7	獨蔘八物君子湯 6첩	軀幹部無力感은 VAS3으로 간헐적 잠깐 나타남. 그 외 증상소실 수면 8hrs 밥1/2~4/5공기

부룩함은 느껴 청위단 복용 후 호전 되곤 함. 환자 주 증상 호전으로 외래 통원 가능한 상태로 환자 원하여 퇴원함

TAB 10mg 1T qd(아침) Xanax 0.25mg 1/2T 로 줄여서 복용하게 됨. (Table 1)

<증례2>

10) 08.1.21(외래 통원치료 19회)

간헐적 피곤하나 무력한 정도는 아님  
 식사 1/2~1공기 식후 더부룩함은 자주 있음(砂仁 山査 4g 가미)

1. 환자 : 정○○ M/63yr

2. 치료기간 :

입원 : 08.02.14~08.02.25  
 외래 : 08.03.19~09.8.07(63회)

11) 08.3.10(외래 통원치료 30회)

식후 더부룩함 호전됨

3. 진단명:

한방 : 手足癱瘓 發熱  
 양방 : R/O Bronchitis R/O flu

12) 08.5.8(외래 통원치료 40회)

보행 15분 정도 하면 피로감 느낌.

4. 주소증

- ① 우반신부전 G4/G4 ② 우안면마비
- ③ 어둔 ④ 발열

13) 08.6.26(외래 통원치료 53회)

지난 1년간 최고의 컨디션으로 피로감 소화 등에 별 문제 못 느낌

5. 차증

수면 : 熱感느껴지면 밤새 잠 못잠.  
 식사 : 밥1/2공기 食慾 불량  
 소변 : 失禁2~3회/일  
 대변 : 무른변 또는 설사

14) 09.2.23(외래 통원치료 93회)

서울여행 등 장기간 여행 시 피로감, 오한 있으나 제반증상 호전으로 이번 통원치료 후 집에서 당분간 경과를 보겠다고 함.

NP p.o.med도 조절 받아 09.2.12부터 LEXAPRO

舌 : 紅 白苔

脈 : 數

## 6. 발병일

08.2.11(발열시작), 08.2.14 8pm.(중풍 심화)

## 7. 과거력

Lt. periventricular white matter infarction: 04.4.30~04.5.10 본원 한방사상1과 Adm tx. 05.11.5~11.18 본원 한방사상1과 Adm tx.  
간경화-94년경 울곡H. Adm tx

## 8. 가족력: N-S

## 9. 현병력

상기 환자 40년간 담배(1갑/일)하시는 건강한 체구(167cm 62kg)의 내성적 성격의 남자환자로 04년경 발생한 우반신부전 어둔 우안면마비로 Lt. Periventricular White Matter inf 진단받고 본원 한방사상체질1과 소음인으로 분류되어 2차례 입원치료와 지속적인 통원치료 호전 되시던 중. 08.2.11부터 발열, 기침증세 있다가 2.14경부터 열과 기침 심해지고 우반신부전 어둔 안면마비 평소보다 심해짐을 느끼고 한방치료 원하여 응급실 통해 본원 한방병동으로 입원.

## 10. 체질소견

### 1) 체형기상:167cm 62kg 복각직각

① 액와횡문 ASIS 간의 5종류 횡측거리  
28-29-26-28-28(cm)

② 미간과 곡골 간의 8종류 둘레거리  
58-36-94-92-88-86-94-90(cm)

### 2) 용모사기

넓적한 얼굴에 뼈가 굵고 통통한편. 전체적으로 둥글둥글한 느낌이 듦.

### 3) 성질재간

걱정이 많아 자신의 증세를 긴 시간 자세하게 설명하고 하나라도 빠졌다 싶으면 불안감을 느껴 담당 의사나 간호사에게 말하고 나서야 안정을 찾았다. 내성적이어서 병실에서도 혼자 지내는 편이었음.

## 4) 素症

수면: 7시간 정도 규칙적 수면

식사: 밥 1공기

소변: 1회/3~4시간, 야뇨0~1회/일, 快

대변: 1회/1일 보통변이나 쉽게 물러짐.

汗出: 거의 없음

口渴: 無

## 11. 양방적 검사소견

① vital sign(BP-BT-PR-RR)

2/14 140/80mmHg-38.4℃-82번-20회

② Chest : 특이소견 없음

③ EKG : Sinus rhythm Marked sinus arrhythmia border-line ECG

④ Lab (2/14) CRP1.16 ↑ CK231 ↑ aPPT24.1 ↓ HB13.9 ↓ RBC4.49 ↓ HCY13.3 ↑ FBS120 ↑ ALP260 ↑

## 12. 침구치료

1) 百會 四關 足三里 腎正格 1일 1회 刺針

## 13. 투여처방

입원 3일째 까지 獨蓼八物君子湯으로 투여하여 우반신부전 어둔 안면마비는 소실되었으나 환자 발열 더욱 심화되고 심한 기침과 인후통 오한 호소하여 소음인 咳嗽에 多用하는<sup>6</sup> 蓼桂飲을 4일째 썼으나 호전 없어 5일째 芎歸香蘇散合川芎桂枝湯썼으나 지남력 소실 갑갑함 등 상태 악화됨. 강력한 升陽益氣 필요하다 사료되어 6일째부터는 獨蓼八物君子湯으로 계속 복용함.

## 14. 양방협진

NR-No evidence of recent infarction.

Aspirin protect 100mg 1T qd

Pleetal 100mg 1T qd

Folic acid 1mg 1T qd

MED-원인 찾지 못함. R/O 기관지염, R/O flu

## 15. 치료경과

1) 2월14일~2월 17일(입원1일~4일)

환자 상하지 ROM은 정상이었으나 평소보다 右半

身無力感 호소함. 독립보행 불안하여 부축보행으로 내원함. 2차례 입원치료 시 소음인으로 변별되어 호전 보인 바 있고 발열 시 갑갑하여 잠을 이루지 못하고 기침 흰가래 인후통 맑은콧물 신체통 동반됨. 소음인 腎受熱表熱病 증 鬱狂證으로 진단하여 八物君子湯을 투여하였다. 右半身無力感은 15일 호전보이다가 16일 무력감 소실되어 MOTOR 이전과 동일해짐. 어둔과 우안면마비 심화된 것은 각기 15일 소실되었으나 기침, 흰가래, 인후통, 맑은 콧물, 身體痛은 여전함. 15일 11pm BT 37.9℃, 16일 7am 38.5℃까지 check 되고 기침, 흰가래, 인후통, 맑은 콧물, 身體痛 호전 없어 16일 오후2시부터 소음인 咳嗽에 쓰는 蔘桂飲 투여하였으나 17일 11pm 환자 BT 37.6℃ 惡寒 기침, 흰가래, 인후통, 맑은 콧물, 身體痛 두통 호전없고 물설사 1회하며 불면 호소함. 양방해열제인 clonac 1/2amp inj 후 잠듬.

2) 2월 18일(입원 5일)

환자 증상 호전 없고 發熱 無汗 잠을 자지못하고 안절부절하나 대변이 굳지 않은 데에 착안하여<sup>6</sup> 鬱狂證 初證 처방인 芎歸香蘇散合 川芎桂枝湯으로 오후 18일 오후 2시부터 투여함. 2/18일 5:30pm 37.3℃ 無汗 가래끓는 소리내며 熱感 호소함. 7:30pm 환자 2~3분 간격으로 기침 재담 호소함. 熱感 심하고 말하기 싫어하고 mental이 처짐. 9:50pm BT 38.2℃으로 가

래움 계속 있고 갑갑해하며 열감 호소. 11pm 환자 지남력 소실되고 제대로 대답 못할 정도로 mental처짐. 소변실금1차례 함. 갑갑함 심하여 호흡곤란 호소하여 O2 2L keep하였음에도 불구하고 환자 밤새 제대로 자지 못함. 물설사 3차례함.

3) 2월 19일~21일(입원6일~8일)

환자 발열 시 갑갑함 며칠간 계속되고 환자 지남력 소실되는 정도로 mental처져 陽明病에 潮熱이 오르고 헛소리를 하며 눈을 똑바로 뜨는 증세는 없었지만, 급히 升陽益氣가 필요한 위중한 상태라 판단하여 2/19 오후2시부터 獨蔘 八物君子湯으로 변경함. 그날 밤 잠은 숙면 취함. 콧물 줄어 듦. 입맛은 여전히 없으나 식사량은 유지됨 19일 이후 체온은 21일 37.2℃까지 오른 것 외에 정상범위로 유지되고 mental 지남력 모두 양호하게 유지됨. 20일 기침줄어 듦, 노랗고 시퍼런 가래 계속 뱉어 내며 방이 덥다하며 갑갑함 호소하나 숨쉬기 어려움은 18일에 비해 vas3으로 남음. 보통 변으로 수월하게 대변 뱀. 소변 실금 없음.

21일 기침 가래 호흡곤란, 맑은 콧물, 신체통 소실되고 인후통만 조금 남음.

4) 2월 22일~25일(입원9일~12일)

22일 환자 컨디션 좋아지고 제증상 소실됨. 25일 환자 통원치료 원하여 퇴원함.

Table 3. Admission Medication and Progress in Case2(First Symtom Degree=VAS10)

날짜	처방	증상변화
2/14	입원	우반신무력감 어둔 안면마비 악화, 심화. BT38.4℃. 기침 맑은 콧물 흰가래 인후통 맑은 콧물 신체통 호소
2/15	八物君子湯9첩	우반신무력감호전 어둔 안면마비 심화된 것 소실됨. 11pm BT37.9℃
2/16~17	蔘桂飲3첩	2/16 우반신무력감 악화소실. 2/17 11pm 37.6℃ 물설사1회 불면. 양방해열제clonac 1/2사용됨
2/18	芎歸香蘇散合川芎桂枝湯2첩	5:30pm37.3℃ 無汗 咯痰 熱感호소 2시간 후 심화 되어 11pm 28.2℃로 지남력 소실 mental처하, 갑갑함과 호흡곤란으로 O2 keep했으나 밤새 못잠 소변실금1회 물설사3회
2/19	獨蔘 八物君子湯6첩	7hrs 숙면 콧물 감소 체온 정상범위 지남력 회복 mental양호BT37.2℃
2/20	獨蔘 八物君子湯3첩	기침줄어듦 갑갑함과 호흡고란 VAS3
2/21	獨蔘 八物君子湯3첩	기침 가래 호흡곤란, 맑은 콧물, 身體痛 소실 인후통 VAS2
2/22~25	獨蔘 八物君子湯12첩	증상소실으로 퇴원

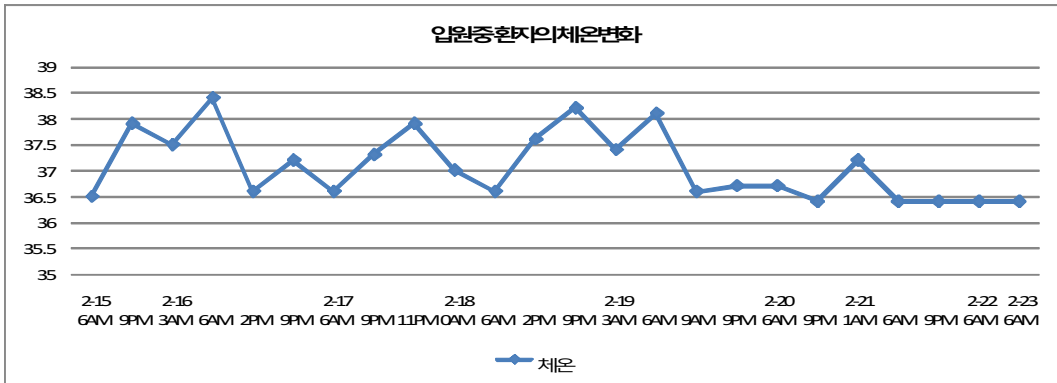


Fig 2. Change of body temperature in case 2

5) 08.3.19~09.8.7 (외래통원치료 63회)  
 환자 이후 발열 기침 가래 콧물 등 증상호소 없이  
 중풍후유증 관련 외래 통원치료 중임. (Table 3)(Fig 2)

<증례3>

1. 환자 : 황○○ F/75yr

2. 치료기간 :

입원 : 08.7.28~08.9.9

외래 : 08.10.08~09.5.22(12회)

3. 진단명 :

한방 : 風痺證 肩不舉

양방 : Rt.multiple MCA infarction.

R/O 뇌수막염

우측 견관절 세균성 관절염

4. 주소증

① 좌반신부전G4/G4 ② 좌안면마비

③ 어둔 ④ 좌견통

5. 차증

수면 : 7hrs로 양호

식사 : 1공기 食慾 불량

소변 : 주간1회/2~3시간 夜尿 0~1회/일

대변 : 1회/1일 굳은변,

舌紅 白苔, 脈弦, 面黃 顴紅

腹 : 神關穴 주위 딱딱함.

6. 발병일 : 08.7.14 7:00am

7. 과거력 :

복막염 : 03년 경상대 HDx. op.Adm tx. 2주간 Adm tx.

8. 가족력 : 無

9. 현병력

상기 환자 술, 담배하지 않는 작고 마른체구(158cm 50kg)의 여자환자로 08.7.14 7am부터 발생한 좌반신 부전 좌안면마비 어둔으로 경상대H. Rt. multiple MCA inf. 진단받고 Adm tx하시다 한방치료 원하여 응급실 통해 본원 한방병동으로 입원하신 환자로 경상대H. 입원당시 fever발생하여 R/O Urinary Tract Infection로 치료 받았다함.

10. 체질소견

1) 체형기상: 158cm 50kg 복각예각

① 액와횡문, ASIS 간의 5종류 횡측거리 27-27.2-26.5-27.5-28(cm)

② 미간과 꼭골 간의 8종류 둘레거리 56-33-85-84-82-84-88-89(cm)

골반이 넓은 편임.

Table 4. Routine Lab in Case3

7/28	8/8	9/2	9/4	9/9
CRP6.21 ↑(mg/dL)	CRP10.77 ↑(mg/dL)	CRP6.61 ↑(mg/dL)	CRP15.66 ↑(mg/dL)	RBC3.07 ↓(10 <sup>6</sup> )
RBC 3.40 ↓(10 <sup>6</sup> )	RBC3.66 ↓(10 <sup>6</sup> )	RBC3.29 ↓(10 <sup>6</sup> )	BUN22.0 ↑(mg/dL)	Hb8.6 ↓(g/dL)
Hb10.01 ↓(g/dL)	WBC11.86 ↑(10 <sup>3</sup> )	Hb9.3 ↓(g/dL)	RBC3.07 ↓(10 <sup>6</sup> )	Hct26.8 ↓(%)
Hct31.0 ↓(%)	Hb10.7 ↓(g/dL)	Hct29.4 ↓(%)	Hb9.1 ↓(g/dL)	
Dimer4.2 ↑(μg/mL)	Hct32.7 ↓(%)	U.BLD±5	Hct26.7 ↓(%)	
U.URO+1.0	U.PRO±10	STOOL OB(Hb)-	aPTT39.8 ↑(sec)	
CK22 ↓(U/L)	U.LEU±10		Albumin3.3 ↓(g/dL)	
	U.WBC10-15		U.BLD±5	
	U.RBC2-5			

2) 용모사기

아담한 체구로 이목구비가 작고 뚜렷하지 않고 작은 눈이 선한 느낌을 줌.  
얼굴이 납작하고 황색을 띰.

3) 성질재간

성질이 조용하고 차분함. 간병인과 잘 지내나 그의 사람과는 거의 말을 하지 않음.

4) 素症

수면 : 7시간 정도 규칙적 수면  
식사 : 1공기 소화양호 식욕양호  
소변 : 1회/2~3시간 야뇨0~1회/일 快  
대변 : 1회/1일 굳은변 不快  
汗出 : 거의 없음  
口渴 : 喜冷 多飲  
舌紅 黃厚苔 脈弦

11. 양방적 검사소견

- ① vital sign(BP-BT-PR-RR)  
(7/28) 160/100mmHg-37.3℃-70번-20회
- ② Chest EKG 상 특이소견 없음
- ③ Lab (Table 4)

12. 침구치료

百會 四神總 風池 合谷 足三里 太衝 太白 1일  
1회 刺針

13. 투여처방

입원초기 八物君子湯 사용하여 체온 정상범위 유지되고 매일 된변으로 1회/일, 黃厚苔 감소하여 호전보였으나 8/7 최고 BP170/110 BT37.8℃. 두통 현훈 환자 기력저하 심하여 裏陽升氣 급하다 판단하여 獨蓼八物君子湯으로 투여함. 이후 환자 기력은 회복하고 굳은 변도 호전되어 배변 편해지고 발열 정도도 호전되었다. 발열있으나 자각증상 특별히 없을 때에는 川芎桂枝湯 투여하기도 했다. 환자 호전보이나 체온 상승 시 盜汗 발생하여 필요시 人蔘官桂附子湯 9첩 사용한 뒤 盜汗 소실되고 체온 정상범위 유지하게 되었다. 이후에도 발열 심하고 환자 기력 저할 때는 獨蓼八物君子湯을 투여하였으나, 환자 기력 회복, 체온 정상범위 유지되고 두통 등 자각 없을 정도로 호전되어 八物君子湯 계속 투여하였다. 發熱, 惡寒, 有汗 있을 시 固表止汗 위하여 補中益氣湯과 黃芪桂枝湯으로 2일정도 투여, 체온 상승 심하지 않고 자각증상 심하지 않아 鬱狂證 初證 처방인 芎歸香蘇散을 4일간 투여하기도 하였다.

14. 양방협진

NR - Rt.multiple MCA infaction.  
Plavix 75mg 1T qd.  
concor 5mg 1/2T qd  
OS - septic arthritis on right acromio-clavicular joint로 pus 확인되어 수술권유.

15. 치료경과

1) 7월 28일~8월 7일(입원1일~11일)  
7/28 환자 입원당시 좌반신부전으로 독립보행은 가

능하나 현훈감과 기력저하로 인해 걷지 못하고 침상에 대부분 누워만 있음. 어둔하나 의사소통에 문제 없을 정도이며 말하기 귀찮아하며 말 속도 느림. 환자 발병 이후 어깨와 팔꿈치 부위에 우리한疼痛 있어 거상이나 운동 시 불편 있음. BT37.7°C로 미열이 있는 상태로 환자 안색은 전체적으로 누런 편이나 관골 부위는 붉은색 됨. 대변은 굳고 힘들게 보며 시원치 않음. 혀는 紅하나 黃厚苔가 두껍게 끼어 있음. 환자 腎受熱表熱病 중 鬱狂證으로 변별하여 八物君子湯 투여함. 7/31식욕 호전되어 3/1~1/2공기로 식사량 증가하고 입원 시 외에 특별히 체온 상승 관찰되지 않음. 黃厚苔는 엷어짐. 대변은 매일 25~50cc정도 굳은 상태로 힘겹게 보는 것이 지속되며 시원치 않음. 8/7 3pm부터 혈압160/90 BT 37.6°C PR 68 RR22로 check되며 누워있으면 관창이나 움직이면 두통 현훈 발생하고 기력저하 심화되었다고 호소함. 4pm 37.5°C, 6pm37.9°C, 7pm37.8°C, 8pm BP170/110 BT 37.6°C PR 68 RR26, 이마 등에 汗出관찰되어 Adalat 투여함. 이후 체온 혈압감소 두통 현훈 감소 되었음. 9pmBP130/80 BT 37.2°C. 이후 체온상승은 관찰되지 않음.

## 2) 8월 8일~8월17일(입원 12일~21일)

8/8 6am BT37.3°C로 환자 두통 호소함. 환자 호전보이다가 최근 변을 1회/日 보나 굳은 상태로 시원치 않게 보는 점, 체온이 오르는 시간이 계속 증가하고 환자 호소하는 증상이 점점 심해져 八物君子湯의 裏陽升氣 부족하다 판단, 2pm부터 獨蓼八物君子湯으로 변경함. 이후 체온 증가는 없고 환자 기력저하 호전보임. 8/9 7am부터 체온 상승 MED consult 보았으나 뇌수막염 의심받았던 환자로 항생제 함부로 쓸 수 없다 함. Lab상 CRP10.77 ↑ RBC3.66 ↓ WBC11.86 ↑ Hb10.7 ↓ Hct32.7 ↓ U.PRO±10U.LEU±10U.WBC10-15U.RBC2-5으로 NR consult결과 환자 생명까지 위협할 만큼 위험할 수 있어 3차병원 전원 권유함. 환자 구급차로 백H. ER로 전원되었으나 백H.에서 특별한 처치 없다 하여 다시 본원으로 재 입원함. 8pm BT37.5°C 까지 올랐으나 자각증상 없다가 11pm BT36.5°C로 떨어짐. 8/10 10am부터 BT37.2°C부터 체온상승하고 환자 1:30pm경 39.2°C까지 상승되어 환자 전신 熱感 느끼나 그 외 증상 호소 없음. 환자 양방항생제

Ceftriaxone inj. 투여한 후 열 떨어짐. 8/11부터 8/17 환자 38.2°C정도까지 체온상승 되었다가 떨어지기를 반복하였으나 점점 체온 상승되는 정도나 시간이 감소됨. 체온 상승 시 환자 자각 증상 가벼울 때에는 川芎桂枝湯이 투여 되었으며, 盜汗 관찰되는 때도 있어 필요시 人蔘官桂附子湯 투여하여 盜汗 Vas3으로 호전됨. 대변은 굳은 변에서 보통 변 간혹 무른 변으로 시원하게 봄. 8/12 URO consult 하여 Urinary Tract Infection 관련 항생제(Akocin 100mg/Amp 1.5Amp qd,중의 Cefotetan Na 1G/Vial tid)계속 투여 했으나 fever 없어지지 않아 Urinary Tract Infection는 아니라 판단되어 항생제 8/18부터 stop됨.

## 3) 8월 18일~8월 29일(입원22일~43일)

8/18이후 8/29까지 체온상승 관찰되지 않음. 두통 소실. 8/18부터 8/20까지 人蔘官桂附子湯 투여하여 盜汗 소실되어 8/21부터 八物君子湯으로 투여함. 환자 평소 불편하던 左肩痛도 감소되었다고 함. 8월 26일 NR consult상으로는 환자 항생제 들어가지 않는데 fever도 안정되었던 점에서 Drug fever로 추정된다함.

## 4) 8월 30일~9월9일(입원 44일~64일)

8/30 2pm 37.2°C로 微熱이 있었다가 사라짐. 체온이 상승되었다가 내렸다가를 9/1까지 반복하는데 8/30부터 환자 발열과 함께 發熱, 惡寒, 有汗 관찰됨. 固表止汗 위하여 9/1부터 補中益氣湯과 黃芪桂枝湯으로 2일정도 투여하고 惡寒, 有汗 소실됨. 9/2일 CRP6.61 ↑ RBC3.29 ↓ Hb9.3 ↓ Hct29.4 ↓ U.BLD±5STOOL OB(Hb)-, 환자 惡寒 느끼다가 8pm BP160/90 BT38.1°C, 9pm 39.4°C check되나 특이 증상 없음. 경과 관찰하니 9시30분pm 잠깐 汗出 후 38.6°C 11pm 38.4°C으로 열 떨어지며 환자 잠들었으나 1am 38.1°C 3am37.6°C 6am BP170/100 BT37.4°C로 발열 계속되며 어깨 통증 함께 호소하나 심하지 않고 無汗하여 芎歸香蘇散을 9/3 오후2시부터 투여함. 어깨 통증 관련하여 OS consult하여 Shoulder X-ray 촬영하여 Defomity of left humeral head probably due to osteonecrosis, secondary OA in left shoulder joint, rotator cuff tear in right shoulder joint, diffuse osteopenia, MRI 상 septic arthritis on right acromio-clavicular joint 진단받고 9월4

Table 5. Admission Medication and Progress in Case3(First Symtom Degree=VAS10)

날짜	처방	증상변화
7/28	입원	좌반신부전 좌안면마비 어둔 두통 BT37.3℃ 굳은변 50cc 黃厚苔.
7/29~31	八物君子湯 12첩	식욕호전 식사량 밥1/3~1/2로 증가 체온 정상범위 黃厚苔 감소.
8/1~7	八物君子湯 14첩	8/7 최고 BP170/110mmHg BT37.9℃ 기력저하 심화, 두통 현훈 호소. 8pm 양방 혈압강하제 adalat 투여.
8/8	獨蓼八物君子湯 3첩	체온 정상범위 환자 기력저하 호전.
8/9	獨蓼八物君子湯 4첩	8pm BT37.5℃
8/10	獨蓼八物君子湯 4첩	1:30pm 39.2℃ 양방항생제 Ceftriaxone inj
8/11~17	川芎桂枝湯 2첩 人蓼官桂附子湯 3첩	발열 시 최고 체온과 지속시간 감소. 굳은변에서 보통변 혹은 무른변으로 변화. 12일부터 수면 시盜汗 발생 이불이 축축하게 젖을 정도로 다량으로 관찰되다가 호전 보여 17일 소실됨. 人蓼官桂附子湯은 15일 1첩 16일 2첩 투여됨.
8/18~20	人蓼官桂附子湯 6첩	체온 정상범위 유지 두통無 盜汗 소실
8/21~29	八物君子湯 26첩	체온 정상범위 어깨통증 완화
8/30~31	八物君子湯 6첩	8/30 최고 BT37.2℃ 8/31 BT37.8℃ 惡寒 有汗
9/1	補中益氣湯 3첩	8pm 최고 38.1℃ 자각증상 없음
9/2	補中益氣湯 2첩과 黃芪桂枝湯 2첩 동시 투여	최고 BP160/90mmH 惡寒으로 시작되어 BT39.4℃까지 체온 상승, 汗出하며 체온 하강.
9/3	芎歸香蘇散 3첩	최고 BT39.8℃ 어깨통증 증가.
9/4	獨蓼八物君子湯 3첩, 芎歸香蘇散 3첩	최고 BT38℃ 관골부위 紅色 외에 자각증상 없음.
9/5~9/7	芎歸香蘇散 9첩	최고 9/5 BT37.7℃ 9/6 BT38.2℃ 9/7BT37.1℃ 발열 지속시간 1hr이하/日어깨통증 VAS2
9/8	八物君子湯 4첩	최고 BT37.5℃ 자각증상 없음
9/9	퇴원	우측견관절 수술 위해 본원 OS로 전원

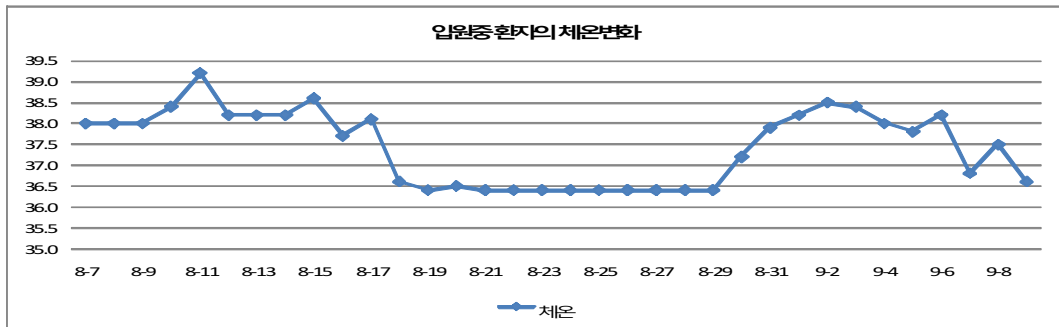


Fig 3. Change of body temperature in case 3

일 US Guided Aspiration으로 염증과 농 확인되어 수술과 6주간 항생제 필요하다 진단 받음.

9/3 9pm BT39.8℃까지 상승하고 汗出 후 체온 내려갔으나 환자 어깨통증은 심화됨. 환자 체온 상승 다시 심화 된다 판단하여 9/4오후 2시 탕약부터 獨蓼八物君子湯으로 변경함. 그날 38℃로 잠시 체온 오르다가 열 내려가고 관골부위 홍색 외에 증상 없어

다음날 芎歸香蘇散 으로 다시 변경하고 9/5 최고 BT37.7℃, BT9/6 38.2℃, BT9/7 37.1℃ 하루 1~2회 한 번 발열하면 1~2시간 정도로 어깨통증은 Vas 2정도 까지 호전됨. 9/8 八物君子湯 1일분 더 복용하고 微熱 외에 자각 증상 없는 상태였으나 환자 보호자 견관절OP원하여 본원 OS로 전원함. (Table 5) (Fig 3)

### Ⅲ. 考察 및 結論

서양의학에서 열은 시상하부에 있는 체온 조절 중추의 변화로 정상 수준이상으로 체온이 상승하는 것을 말한다. 인체는 주위 환경이 변화됨에도 불구하고 체온조절중추에서 열생산(조직, 특히 근육, 간)과 열소모(피부, 폐)를 조절할 수 있어 정상 체온을 유지한다. 일반적으로 18~40세 기준으로 정상체온은 36.8±0.4이다.<sup>1</sup>

서양의학에서 열을 치료할 때 해열제가 사용되는데 그 처방은 “일상적으로” “어느 이상일 때” “필요시” 같은 환자불편감이 대단할 때 내진다. 이 치료는 적절한 적응증이 있지만 자주 치료상의 이론적 근거 없이 사용된다.<sup>1</sup>

한의학에서 발열의 개념은 인체의 체온이 정상치보다 높거나 혹은 인체의 체온은 정상적이지만 스스로가 발열감을 느끼는 경우를 다 포함한다. 발열은 크게 外感발열과 內傷발열로 나뉜다. 外感발열은 寒 暑 濕 燥 火 의 침범으로 야기되며 고열이며 발병이 급하고 병정이 짧다. 내상발열의 원인은 七情失常, 飲食失調, 過勞, 久病傷精, 慢性失血이 있으며 병의 발생이 완만하고 병정도 비교적 길고 고열이 아니고 발열의 정도가 시간에 따라 변화한다.<sup>11</sup>

이에 대하여 사상의학에서는 외부적 요인에 대한 인체 正氣가 熱證의 주요 요인이라 여겼다.<sup>8</sup>

사상의학의 견지에서 보면, 소음인의 熱은 腎大脾小한 소음인이 비국의 陽氣가 寒邪에 억눌린 바가 되어서 腎局의 陽氣가 그 寒邪에 맞서서 항거하기 때문에 直升하여 脾局에 연결하지 못하여 나타나는 증세다. 소음인은 전체적으로 중심세력이 아래에 있어 陰化되기 쉬우므로 陽暖之氣가 保命之主라는 것을 바탕으로 승강개념을 운용한다.<sup>6</sup>

소양인의 경우 胃受熱裏熱病은 腎小함으로 인해 陰火되기 쉽고, 淸陽이 순조롭게 올라가지 못하고 熱火되어 나타나므로 모두 火와 熱로 인한 병증이며 여기에는 淸陽을 상승시켜 중간에 멎쳐진 火氣를 풀어주는 淸熱瀉火의 방법을 사용한다.<sup>6</sup>

이렇듯 소음인과 소양인의 발열은 陽氣가 상승되지 못하여 열이 발생하는 것으로 이해 할 수 있다. 소음인은 表陽上升, 소양인은 裏陽上升 치법이 필

요한데, 소음인의 경우에는 汗出의 여부와 그 정도에 따라 陽氣의 상태를 기능할 수 있다. 땀이 없으면 川芎桂枝湯, 芎歸香蘇散, 八物君子湯을 쓸 수가 있다.<sup>6</sup> 獨蓼八物君子湯은 八物君子湯에 인삼8돈을 가한 처방으로 인삼이 총10돈 들어가는데 인삼은 성미가 甘微苦 하고 溫하여 脾肺二經에 들어가 脾肺를 보하는 要藥이된다. 脾肺의 기가 충족되면 一身의 기가 왕성하게 되어 원기를 크게 보하므로 陽生陰長하여 오랜 병으로 인한 氣虛의 증에 적용할 수 있다.<sup>12</sup> 그리하여 元氣가 허탈한 위급한 증에 응용하여 補虛救急의 要藥으로, 원기가 쇠약해서 나타나는 虛脫의 要藥이라하여 『東醫壽世保元』 「少陰人凡論」에서도 독삼팔물군자탕이 吐血증에 사용되고 있다. 반면, 有汗한 경우 陽虛가 더 심한 逆症이며 黃芪桂枝湯 補中益氣湯 升陽益氣湯, 亡陽이 심할 경우에는 人蔘桂枝附子湯 桂枝附子湯을 활용 할 수 있다.<sup>6,7</sup>

<증례1>에서 환자가 발열이 생기면서 無汗, 背痛이 동반되고, 답답함이 심하여 잠을 자지 못하고 열이 심할 때에는 다리 떨림까지 있었다. 환자 입원 시 LAB결과상 특별한 문제 관찰되지 않았고 양방 신경과 consult 상에서 신경학적으로나 기질적으로 특별한 이상이 없다는 진단받았고 환자 예민하고 우울한 점과 관련 신경정신과 consult하여 우울증 관련한 medication 만이 이루어졌다. 이에 소음인 鬱狂證으로 변증하고 八物君子湯을 사용하여 열감소실하고 무력감과 불면이 각각 vas7 vas3으로 호전되는 듯하다가 발열 더욱 심해지며 지속적인 발열과 불면은 환자를 더욱 무기력하게 만들었다. 이에 升陽益氣力이 부족하다 판단하여 獨蓼八物君子湯을 투여하였다. 獨蓼八物君子湯으로 바꾼 다음 날 무력감이 호전되었으며 이후 발열정도나 지속시간 짧아지고 背痛이 줄어들면서 환자 수면의 질이나 양이 향상되고 결과적으로 환자 외래 통원 가능할 정도로 기력회복하게 되었다. 환자가 입원 중 복용한 독삼팔물군자탕은 총 43첩이었다. 이후 환자 양방신경정신과 우울증관련 medication도 현저하게 줄어 든 것을 살펴볼 수 있었다.

<증례2>에서 환자는 發熱 無汗 갑갑함과 불면으로 평소보다 기력 처지면서 우반신부전 어둔 등 증후유증과 관련된 증상이 더 심해졌다고 호소하였

다. 이에 Brain MRI MRA+FLAIR+DIFFUSION 촬영했으나 reattack은 아니었다. MED consult 하였으나 기관지염 또는 독감 같다는 것 외에 정확히 진단받은 것은 없었고 기관지염 관련 medication 처방되었으나 환자에게 투약되지는 않았다. 환자 용모사기는 태음인으로 보이는 면도 있었으나 성질재간이 소음인 경향을 띄었고 2차례의 입원치료 시 소음인으로 치료하여 호전을 보여 소음인 鬱狂證으로 판단 八物君子湯을 투여하고 우반신부전과 어둔 우안면마비감은 호전되어 이전과 동일한 상태가 되었다. 하지만 발열과 熱感 기침 두통 신체통 불면과 갑갑함은 호전 없었고 이에 환자가 발열 시 기침을 심하게 한다는 것에 착안 『東醫壽世保元新編』 少陰人 咳嗽에 쓰이는 麥桂飲을 1일 투여했으나 호전 없었다. 입원 5일째 鬱狂證 初證 처방인 芎藭香蘇散 合 川芎桂枝湯을 썼다. 환자 변이 되거나 힘든 것도 없어 鬱狂證 初證 처방을 투여해 보았으나 환자 체온 오르면서 갑갑함 심하게 호소하며 환자 밤새 제대로 자지 못하고 지남력 없는 상태까지로 환자 mental이 처졌다. 이에 심하게 陽氣 虛脫의 위급한 상태라 판단하여 獨蔘八物君子湯으로 당약을 바꾸었다. 당약을 바꾼 다음날 특별히 체온이 높게 상승되는 것 없이 숙면을 취하였고 이후에 체온이 크게 체온이 상승되는 것 없이 잠을 자게 되면서 통증과 갑갑함도 사라졌다 이 환자는 입원 중 獨蔘八物君子湯을 총24첩 복용하였다.

<중례3>에서는 환자 CVA 관련하여 한방치료 원하여 내원한 환자였으나 입원당시 37.3℃로 미열이 있는 상태였고 소견서 상에서는 경상대H. 입원당시 fever발생하여 R/O Urinary Tract Infection 로 치료받았다. 환자 MOTOR G4/G4로 양호한 편으로 독립보행 가능하였으나 환자 누워있으려고만 하고 말하기 귀찮아하며 느리고 짧게 대답하곤 했다. 대변이 굳고 힘들게 보며 시원치 않다하였으며 黃厚苔가 관찰되어 환자 鬱狂證으로 변별하여 八物君子湯을 투여하였다. 환자 식욕과 식사량이 증가하고 환자 黃厚苔가 없어졌으나 굳은변이 지속되었고 입원 11일째 환자 체온 상승되면서 기력저하 심화되고 두통 현훈 발생하여 환자 활동이 더욱 줄어들었다. 이에 환자 급히 襄陽升氣가 필요하다 판단하여 獨蔘八物君子湯으로 변경하였다. 이후 獨蔘八物君子湯이 지속적

으로 투여되면서 환자 발열시간이나 그 정도가 빠르게 감소되었고 두통이나 대변 장애도 해결되었다. 발열 있으나 환자 증상 없을 때 해열을 위해 필요시 川芎桂枝湯이 투여되었고, 盜汗해결을 위해 人蔘官桂附子湯, 發熱 惡寒 有汗을 보일 때에는 固表止汗 위하여 補中益氣湯과 黃芪桂枝湯을 짧게 투여하기도 하였다. 하지만 환자 호전 중에도 환자 발열이 심해지고 증상 심해 질 때에는 獨蔘八物君子湯 투여하여 급히 升陽益氣 시켜 빠르게 發熱이나 제증 상호전의 효과를 볼 수 있었다. 환자 중풍으로 좌반신부전 지속되면서 좌측 견관절 탈구 가능성 염두에 두고 OS consult하였으나 좌견부가 아닌 우측견관절에 세균성 관절염으로 염증과 농 발견되어 관련 처치위해 본원 OS로 전원되었다. 이 예에서는 환자 발열과 동반증상 호전보이다가 견관절 부위에 기질적 문제로 양방으로 전원하게 되어 한방치료만으로 지속적으로 환자처치가 이루어지지 못한 아쉬움이 있었다. 하지만 양방적인 원인이 정확하지 않은 상태에서 한방적으로 환자를 관리한데 그 의의가 크다고 볼 수 있겠다. 이 환자가 입원 중 복용한 獨蔘八物君子湯은 총31첩이었다.

3례에서 살펴보았듯이 獨蔘八物君子湯이 소음인 鬱狂證으로 변증된 환자 중 심한 발열이나 동반증상이 심하여 升陽益氣가 위급할 때에 투여하여 발열과 동반증상이 현저히 호전되는 효과가 있었다.

요로감염 폐렴 등의 감염증상 뿐 아니라 양방적으로 진단이 확실 하지 않을 때에 발열에 양방적으로는 항생제 외에 특별한 치료가 없으므로 한방으로 치료하도록 권유할 수 있으며 발열과 관련된 제 증상 완화하는 것 외에 한방치료를 통해서 편향된 기운을 바로 잡아 이후 환자의 재발열의 확률을 낮추는 것이 가능하므로 한방치료가 의미 있을 것으로 보여진다.

본 3중례는 소음인 환자의 發熱을 少陰人 腎受熱表熱病 중 鬱狂證으로 접근하여 獨蔘八物君子湯을 투약하여 호전되어 보고하는 바이다.

#### IV. 參考文獻

1. E Brauwald, A Fauci, D Kasper. S Hauser, D Longo, J Jameson. Harrison's Principle of Internal Medicine.

- 16th ed. Seoul:MIP. 2006:112-116.
2. Song KK, Seo YH, Jeon KO, Kwon EH, Moon JH, Choi HY et al. Two case of Fever from Deficiency of Qi. *Koan. J.Orient.Int.Med.* 2004;25(4-2):410-417. (Korean)
  3. P Langhorne, DJ Stott, L Robertson, J MacDonal, L Jones, C McAlpine et al. Medical complications after stroke. *Stroke.* 2000;31:1223-1229.
  4. EJ Roth, L Lovell, RL Harvey, AW Heinemann, P Semik, S Diaz. Incidence of and risk factors for medical complications during stroke rehabilitation. *Stroke.* 2001;32:523-529.
  5. 김달호, 이종형. 황제내경소문. 초판. 서울:의성당. 2001: 상116, 하248-249
  6. 송일병외. 개정증보 사상의학 2판. 서울: 집문당. 2005: 196- 217. 365. 461.
  7. Park SJ, Kwon SD, Jeon SH, Kim JW. A case Report of Soeumin Pneumothorax. *J of Sasang Constitutional Medicine.* 2008;20(3):184-189. (Korean)
  8. Kim HS, Kim IH, Park HS, Lee SM. A Case of Soeumin Mang-yang Syndrome Compared to Cold Syndrome with Pseudo-heat Symptom. *J of Sasang Constitutional Medicine.* 2005;17(3):150-155. (Korean)
  9. Sul YK, Jeon SH, Jo HS, Jeon SB, Kim JW. A Case of Soeumin Pneumonia. *J of Sasang Constitutional Medicine.* 2005;17(3):172-178. (Korean)
  10. Kang TG, Kim JJ, Kim MG, Bae HS, Park SS. A Case of the Febrile Soeumin Patient Caused by UTI(Urinary Tract Infection). *J of Sasang Constitutional Medicine.* 2005;17(2):121-128. (Korean)
  11. 전국한의과대학 폐계내과학교실편저. 동의폐계내과학. 13판. 서울:국진기획. 2002:91-101.
  12. 전국한의과대학 본초학교수 공편저. 본초학 4판. 서울:영림사. 1998:531-533.