

An abstract graphic featuring a central human figure in a circular frame, surrounded by various medical symbols like pills and a yin-yang symbol, all set against a background of flowing, wavy lines.

# 2010 전국한의학학술대회

**주최** 대한한의학회

**주관** 대한한방내과학회, 한방재활의학과학회, 대한한방부인과학회  
제주특별자치도한의학사회, 전라남도한의학사회, 충청북도한의학사회, 부산광역시한의학사회

**후원** 보건복지부, 대한한 의사협회, 한국한의학연구원, 한국학술단체총연합회

대 회 사



2010년도 어느 덧 반이 지나갔습니다. 그러나 다르게 생각하면 새로운 반이 또 다른 시작을 알리고 있습니다. 앞으로 남은 일을 계획하고 성취해야겠다는 다짐으로 힘이 생기고 설레는 이 시기에, 끝보다는 시작을 바라보는 마음으로 모든 일에 나아가실 수 있기를 기원합니다.

먼저 여러 가지 어수선한 진료환경 속에서도 국민건강의 지킴이로서 그리고 한의학 발전의 대들보로서 묵묵히 진료와 연구에 매진하고 계신 한의사 회원 여러분의 노고에 심심한 감사의 말씀을 드립니다.

올해는 한의학에 있어서 새로운 시작과 변화의 해가 될 것으로 기대됩니다. 이는 절체절명의 위기에 처한 암울한 시대를 마감하고, “100년을 여는 한의약 혁명”을 기치로 새롭게 도약하겠다는 김경곤 협회장님을 비롯한 40대 대한한의학협회 임원진들에게서 가슴 깊은 열정과 한의학 중흥에 대한 사명감이 느껴지기 때문입니다.

지난해보다도 더 많은 노력과 심혈을 기울여 준비한 2010년 전국한의학학술대회를 여러 회원님들을 모시고 개최하게 된 것을 기쁘게 생각하며, 아울러 금번 광주, 제천, 부산에서 훌륭한 학술대회 진행이 가능할 수 있도록 힘써주신 대한한방내과학회, 한방재활의학과학회, 대한한방부인과학회 임원진 및 다양한 지원과 노고를 아끼지 않으신 시도지부장 및 분과학회장, 임원진 및 관계자 모든 관계자 여러분들께도 진심으로 거듭 감사와 치하를 드리는 바입니다.

저희 대한한학회에서는 “치료의학으로서 한의학의 역할”이란 주제 하에 한의학의 치료의학으로서의 위상을 다짐과 동시에 회원 모두가 바라는 실질적인 강의를 이루어질 수 있도록 최선을 다하였습니다. 회원들의 요구에 최대한 부합하면서도 의료 현장에서 직접적인 피드백이 가능한 보다 알차고 관심을 끌 수 있는 학술대회가 되도록 대한한학회와 긴밀한 협조 하에 추진하였습니다. 특히 한의학의 다양화 및 국제화 차원에서 일본의 저명한 동양의학 전문가의 강연과 일본동양의학회와의 공동 국제심포지움을 기획하였습니다. 다소 낮설고 부족한 면이 있을 것으로 예상되나 회원 여러분의 눈높이에 맞춰질 수 있도록 최대한 노력하겠습니다.

금년은 제주권역을 시작으로 전라권역의 광주, 충청권역의 제천, 경상권역의 부산 및 서울의 총 5개 권역에서 전국한의학학술대회를 준비했으며, 각 권역별로 예년보다 더 많은 회원 여러분의 관심과 적극적 참여로 성공적인 학술대회가 되기를 기대합니다. 대회 준비를 위해 오랜 시간 심혈을 기울여주신 관계자 여러분께 다시 한 번 감사와 치하의 말씀을 드리며, 아울러 한의학 발전을 위해 휴일도 마다하시고 강의를 수락해 주시고, 훌륭한 자료 및 강연을 준비해 주신 발표자 여러분들께도 진심으로 감사를 드립니다.

감사합니다.

## 격려사

안녕하십니까?  
대한한의사협회 회장 김 정 곤입니다.



한의학 발전 도모와 한의학 학술 진흥을 위한 2010년 한의학학술대회 개최를 진심으로 축하드립니다.

올해 학술대회 개최를 위해 수고를 아끼지 않으신 대한한의학회 김성수 회장님을 비롯한 임직원 여러분과 모든 분과학회 관계자 여러분께 감사드리며, 학술대회에 참여하시는 모든 회원 여러분께도 깊이 감사드립니다.

2010년 전국한의학학술대회의 주제는 '치료의학으로서 한의학'입니다. 질환이 발병하기 전에 차단하는 예방의학으로서의 한의학의 우수성은 오래 전부터 인정받아 왔습니다. 이제는 이미 발병한 질환을 다스리는 치료의학으로서의 한의학의 위상을 한층 강화할 필요성이 점점 대두되고 있습니다.

최근 주요 사회 문제로 떠오른 비만을 치료하는데도 효과적이고 다양한 한의약적 치료방법이 모색되고 있으며, 그 효과를 증명하는 연구결과와 논문이 속속 발표되고 있습니다.

또한 저출산·고령화 시대를 맞이하여, 불임과 만성·퇴행성 질환에 강점을 가지고 있는 한의약 치료에 대한 정부와 국민의 기대와 관심이 높아지고 있습니다.

이번 학술대회를 통해 발표된 연구결과와 논문들이 비만 및 저출산·고령화 시대를 극복하기 위한 국민건강 관리정책 수립 시, 한의약이 활용되어야 한다는 당위성을 마련하는데 기여하기를 기대합니다.

협회 역시 정부 차원의 한의약에 대한 연구지원 및 활성화 방안이 활발하게 모색될 수 있도록 물심양면으로 지원을 아끼지 않겠습니다.

학술 연구에 매진하시는 모든 발표자 여러분께 진심으로 머리 숙여 감사드리며, 여러분께서 흘리는 땀방울이 한의학 학술 활성화의 밑거름이 될 것이라 굳게 믿습니다.

끝으로 오늘 학술대회를 준비하기까지 노고를 아끼지 않으신 제주특별자치도한의사회, 전라남도한 의사회, 충청북도한 의사회, 부산광역시한 의사회와 각 주관분과별 학회, 그리고 대한한 의학회 관계자 여러분께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.

감사합니다.

대한한의사협회 회장 김 정 곤

## 2010 전국한의학학술대회 전체조직

직책	구성인원														
명예대회장	김정곤 대한한 의사협회장														
대회장	김성수 대한한 의학회장														
공동 집행위원장	김기현 대한한 의학회 부회장 송민호 제주특별자치도한 의사회장(제주권역) 선종욱 전라남도한 의사회장(전라권역) 정사운 충청북도한 의사회장(충청권역) 하태광 부산광역시한 의사회장(경상권역)														
집행위원	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">이충열 대한한 의학회 부회장</td> <td style="width: 50%; border: none;">조종진 대한한 의학회 제도이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">장현진 대한한 의학회 부회장</td> <td style="border: none;">고성규 대한한 의학회 국제교류이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">김재홍 대한한 의학회 부회장</td> <td style="border: none;">배현수 대한한 의학회 편집이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">이병철 대한한 의학회 학술이사</td> <td style="border: none;">이상호 대한한 의학회 홍보이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">임형호 대한한 의학회 기획총무이사</td> <td style="border: none;">허근 대한한 의학회 보험이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">한양희 대한한 의학회 고시이사</td> <td style="border: none;">이승일 대한한 의학회 정보통신이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">이기상 대한한 의학회 교육이사</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	이충열 대한한 의학회 부회장	조종진 대한한 의학회 제도이사	장현진 대한한 의학회 부회장	고성규 대한한 의학회 국제교류이사	김재홍 대한한 의학회 부회장	배현수 대한한 의학회 편집이사	이병철 대한한 의학회 학술이사	이상호 대한한 의학회 홍보이사	임형호 대한한 의학회 기획총무이사	허근 대한한 의학회 보험이사	한양희 대한한 의학회 고시이사	이승일 대한한 의학회 정보통신이사	이기상 대한한 의학회 교육이사	
이충열 대한한 의학회 부회장	조종진 대한한 의학회 제도이사														
장현진 대한한 의학회 부회장	고성규 대한한 의학회 국제교류이사														
김재홍 대한한 의학회 부회장	배현수 대한한 의학회 편집이사														
이병철 대한한 의학회 학술이사	이상호 대한한 의학회 홍보이사														
임형호 대한한 의학회 기획총무이사	허근 대한한 의학회 보험이사														
한양희 대한한 의학회 고시이사	이승일 대한한 의학회 정보통신이사														
이기상 대한한 의학회 교육이사															
공동 학술위원장	조기호 대한한 의학회 부회장 송호섭 대한한 의사협회 학술이사 문병순 대한한방내과학회 회장 오민석 한방재활의학과학회 회장 김상우 대한한방부인과학회 회장														
학술위원	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">이장훈 대한한방내과학회 수석부회장</td> <td style="width: 50%; border: none;">조한백 대한한방부인과학회 부회장</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">고창남 대한한방내과학회 부회장</td> <td style="border: none;">김철수 대한한방부인과학회 학술이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">김병우 대한한방내과학회 부회장</td> <td style="border: none;">김순중 한방재활의학과학회 부회장</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">원진희 대한한방내과학회 부회장</td> <td style="border: none;">신승우 한방재활의학과학회 부회장</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">임은미 대한한방부인과학회 부회장</td> <td style="border: none;">박영희 한방재활의학과학회 학술이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">장준복 대한한방부인과학회 부회장</td> <td style="border: none;">김정환 한방재활의학과학회 학술이사</td> </tr> </table>	이장훈 대한한방내과학회 수석부회장	조한백 대한한방부인과학회 부회장	고창남 대한한방내과학회 부회장	김철수 대한한방부인과학회 학술이사	김병우 대한한방내과학회 부회장	김순중 한방재활의학과학회 부회장	원진희 대한한방내과학회 부회장	신승우 한방재활의학과학회 부회장	임은미 대한한방부인과학회 부회장	박영희 한방재활의학과학회 학술이사	장준복 대한한방부인과학회 부회장	김정환 한방재활의학과학회 학술이사		
이장훈 대한한방내과학회 수석부회장	조한백 대한한방부인과학회 부회장														
고창남 대한한방내과학회 부회장	김철수 대한한방부인과학회 학술이사														
김병우 대한한방내과학회 부회장	김순중 한방재활의학과학회 부회장														
원진희 대한한방내과학회 부회장	신승우 한방재활의학과학회 부회장														
임은미 대한한방부인과학회 부회장	박영희 한방재활의학과학회 학술이사														
장준복 대한한방부인과학회 부회장	김정환 한방재활의학과학회 학술이사														
실행위원	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">조기호 대한한 의학회 부회장</td> <td style="width: 50%; border: none;">이상호 대한한 의학회 홍보이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">김재홍 대한한 의학회 부회장</td> <td style="border: none;">고창남 대한한방내과학회 학술이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">송호섭 대한한 의사협회 학술이사</td> <td style="border: none;">조정훈 대한한방부인과학회 총무이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">이병철 대한한 의학회 학술이사</td> <td style="border: none;">박영희 한방재활의학과학회 학술이사</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">임형호 대한한 의학회 기획총무이사</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	조기호 대한한 의학회 부회장	이상호 대한한 의학회 홍보이사	김재홍 대한한 의학회 부회장	고창남 대한한방내과학회 학술이사	송호섭 대한한 의사협회 학술이사	조정훈 대한한방부인과학회 총무이사	이병철 대한한 의학회 학술이사	박영희 한방재활의학과학회 학술이사	임형호 대한한 의학회 기획총무이사					
조기호 대한한 의학회 부회장	이상호 대한한 의학회 홍보이사														
김재홍 대한한 의학회 부회장	고창남 대한한방내과학회 학술이사														
송호섭 대한한 의사협회 학술이사	조정훈 대한한방부인과학회 총무이사														
이병철 대한한 의학회 학술이사	박영희 한방재활의학과학회 학술이사														
임형호 대한한 의학회 기획총무이사															

# PROGRAM

제주권역

사회: 신혁호 제주특별자치도한의사회 기획이사

시 간	내 용	
13:00 ~ 13:10	개회식	
13:10 ~ 14:00	산후비만의 관리 조정훈(경희대학교)	좌장 : 장현진 (대한한의학회 부회장)
14:00 ~ 14:50	양생의 개념과 침구치료접근 송호섭(경원대학교)	
14:50 ~ 15:00	Coffee Break	
15:00 ~ 15:50	구강병의 한방치료(구취를 중심으로) 김진성(경희대학교)	좌장 : 고성규 (대한한의학회 국제교류이사)
15:50 ~ 16:40	비만치료의 실제 김호준(동국대학교)	
16:40 ~ 17:00	EBM 기반구축을 위한 사군자탕 연구 문헌 정량 분석 김정훈(한국한의학연구원)	
17:00 ~ 17:10	폐회식	

# PROGRAM

전라권역

사회: 고창남 대한한방내과학회 학술이사

시 간	내 용	
13:00 ~ 13:10	개회식	
13:10 ~ 14:00	雲溪方中 (診療要鑑) 補方の活用 김병운(전. 경희대, 유성당한의원)	좌장 : 김강산(원광대) 손창규(대전대)
14:00 ~ 14:50	소화기 질환의 한방 처방 활용 문 구(원광대)	
14:50 ~ 15:00	Coffee Break	
15:00 ~ 16:00	진단검사의학 검사의 활용 이영진(원광대 의과대학)	좌장 : 이장훈(경희대) 홍 석(동신대)
16:00 ~ 16:50	비만의 한방처방과 영양학적 접근 김호준(동국대)	
16:50 ~ 17:50	내과학회 논문발표(구두 및 포스터)	좌장 : 장인수(우석대) 선승호(상지대)
17:50 ~ 18:00	폐회식	

# PROGRAM

총칭권역

사회: 허동석 한방재활의학과학회 총무이사

시 간	내 용	
13:00 ~ 13:10	개회식	
13:10 ~ 14:00	한의학과 근거중심의학 신병철(부산대학교 한의학전문대학원)	좌장: 오민석 (한방재활의학과학회 회장)
14:00 ~ 14:50	인대손상에 대한 가칭 전열침(가열식 화침) 요법 허동석(대전대학교)	
14:50 ~ 15:10	Coffee Break	
15:10 ~ 16:00	자세교정과 만성 통증에 대한 한의학적 치료 송윤경(경원대학교)	좌장: 김순중 (한방재활의학과학회 부회장)
16:00 ~ 16:50	노인성 질환의 한의학 이론 및 임상기법 이철완(한국노인병연구소)	
16:50 ~ 17:00	폐회식	

# PROGRAM

서울권역

사회: 이병철 대한한의학회 학술이사

시 간	내 용	
<b>Room I</b>		
13:00 ~ 13:10	개회식	
<b>특별강연</b>		
13:10 ~ 14:10	어혈 연구 Terasawa Katsutoshi (일본동양의학회 회장)	좌장: 조기호 (대한한의학회부회장)  김성준 (요코하마 약대교수)
14:10 ~ 15:10	급성기 한방치료 Mitsuma Tadamichi (이즈카 병원 한방진료센터장)	
15:10 ~ 15:30	<i>Coffee Break</i>	
<b>교육강연</b>		
15:30 ~ 16:10	알기쉬운 수족냉증의 진단과 관리 원장원(경희대 의과대학 가정의학과)	좌장: 김장현 (대한한의학회 명예회장)  문상관(경희대학교)
16:10 ~ 16:50	심혈관계 증후로서의 가슴답답함 김수중(경희대 의과대학 순환기내과)	
16:50 ~ 17:00	<i>Coffee Break</i>	
<b>제 9회 대한한의학회 학술대상 시상식 및 발표</b>		
17:00 ~ 17:10	제 9회 대한한의학회 학술대상 시상식	
17:10 ~ 17:30	대한한의학회 학술대상 기초부문 발표	
17:30 ~ 17:50	대한한의학회 학술대상 임상부문 발표	
17:50 ~ 18:00	폐회식	



시 간	내 용	
<b>Room II</b>		
12:00 ~ 12:50 13:20 ~ 14:00	등록 및 접수 (개회식 시작 10분전부터 개회식 식중에는 등록 및 접수 불가)	
14:00 ~ 15:00	심포지움 준비	
15:10 ~ 15:30	<i>Coffee Break</i>	
15:30 ~ 17:00	근거중심의학(EBM) 한·일 국제심포지움	좌장 : Tsutani Kiichiro (Tokyo Univ.) 고성규 (대한한의학회 국제교류이사)

# PROGRAM

경상권역

사회: 김철수 대한한방부인과학회 학술이사

시 간	내 용	
13:00 ~ 13:30	개회식	
13:30 ~ 14:30	사상 의학과 여성질환 박성식(동국대학교)	좌장 : 이인선 (동의대학교)
14:30 ~ 15:30	임신과 한의학 최준배(청아한의원)	
15:30 ~ 15:50	Coffee Break	
15:50 ~ 16:50	여성 불임의 한방치료 강명자(꽃마을한방병원)	좌장 : 김상우 (대한한방부인과학회 회장)
16:50 ~ 17:00	폐회식	

- 주관 : 대한한의학회, 제주특별자치도한의학회  
8월 28일 13:00 ~ 17:00 웰컴센터

## Oral

산후비만의 관리 / 조정훈 .....	3
양생의 개념과 침구치료 접근 / 송호섭 .....	4
구강병의 한방치료(구취를 중심으로) / 김진성 .....	14
비만치료의 실제 / 김호준 .....	17
EBM 기반구축을 위한 사군자탕 연구 문헌 정량 분석 / 김정훈 .....	18

- 주관 : 대한한방내과학회, 전라남도한의사회  
9월 5일 13:00 ~ 17:00 광주 과학기술원 오룡관

## Oral

보양에 대한 한방처방 활용 / 김병운 .....	21
소화기 질환의 한방처방 활용 / 문구 .....	29
임상에서 진단의학의 활용 / 이영진 .....	31
임상에서 보는 비만의 한방처방 활용 / 김호준 .....	35

- 주관 : 한방재활의학과학회, 충청북도한의사회  
10월 10일 13:00 ~ 17:00 충북 제천 청풍레이크호텔

## Oral

한의학과 근거중심의학 / 신병철 .....	39
인대손상에 대한 가칭 전열침(가열식 화침) 요법 / 허동석 .....	41
자세교정과 만성 통증에 대한 한의학적 치료 / 송윤경 .....	44
노인성 질환의 한의학 이론 및 임상기법 / 이철완 .....	48

- 주관 : 대한한의학회  
10월 31일 13:00 ~ 17:00 서울 그랜드힐튼호텔

## Oral

어혈연구 / Terasawa Katsutoshi .....	53
급성기 한방치료 / Mitsuma Tadamichi .....	54
알기쉬운 수족냉증의 진단과 관리 / 원장원 .....	56
심혈관계 증후로서의 가슴 답답함 / 김수중 .....	61

- 주관 : 대한한방부인과학회, 부산광역시한의사회  
11월 7일 13:00 ~ 17:00 부산 BEXCO

## Oral

사상의학과 여성질환 / 박성식 .....	75
임신과 한의학 / 최준배 .....	89
여성 불임의 한방치료 / 강명자 .....	98







2010

전국한의학학술대회

**Oral**

제주 권역



# 산후비만의 관리

조정훈

경희대학교 한의과대학 부속한방병원

산후비만을 정의할 때 간혹 산후에 체중이 증가하는 현상만을 제한적으로 일컫는 경우가 있다. 하지만, 실제로 산후비만의 개념은 여러 가지 요인으로 인해 임신전과 비교할 때 출산 후 체중이 더 증가해 있는 현상들을 통틀어 말한다. 즉, 임신 전 초래된 비만으로 인한 경우나 임신 중 과도한 체중증가로 인한 경우, 출산 후 과도한 체중증가로 인한 경우 등을 모두 포함하는 개념으로 이해하는 것이 좋다.

체중 조절은 임신 전부터 신경을 써야 한다. 특히 표준체중을 넘는 산모라면 체중을 줄여 놓은 상태에서 임신할 수 있도록 해야 한다. 체중 조절을 임신을 위한 준비과정 중의 하나로 생각하는 것이 중요할 것이다. 임신 중의 과도한 체중증가는 임신중독증을 유발하고 임신 중 당뇨나 거대아를 만들 수도 있다. 무릎이나 허리 등 관절에 부담을 줄 뿐 아니라, 산후 비만을 유발하는 원인의 하나가 된다.

정상적으로 출산 직후 곧 4.5~5.9kg의 체중 감량이 기대된다. 이는 신생아, 태반, 양수 및 혈액 소실에 해당되는 양이다(Fig. 2). 첫 주가 지나면서 이노와 발한작용으로(대부분은 발한작용으로 인해) 3주까지 2.3~3.6kg의 체중이 다시 줄어들고, 자궁의 복구와 오로 때문에 0.9~1.4kg이 더 줄어든다.

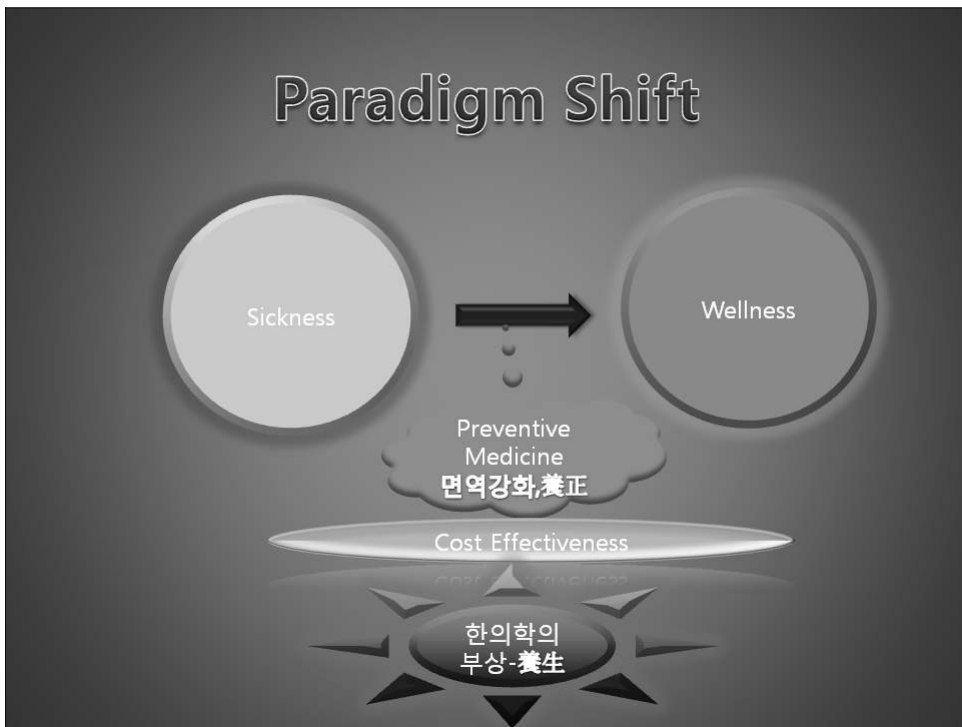
산후 체중 변화에 관한 관찰 연구들에 따르면 출산 후 6~18개월이 경과한 후 임신 전 체중에 비하여 평균적으로 1~2kg정도밖에 늘지 않았다. 산모를 대상으로 5~10년 추적한 다른 연구에서는 1회 출산을 한 경우 대조군의 체중 변화에 비하여 평균적으로 2~3kg 더 증가하는데 그쳤다.

산후 체중저류가 다른 모든 요인보다 변화된 생활양식 즉, 분만 후 감소된 신체활동정도에 기인한다고 분석하였다. 우리나라 산모들에 대한 설문조사에서 산모들은 산후에 활동량이 대부분 적어지는 경향을 보였고 열량이 높은 보양식 먹는 것을 선호하였다. 올바른 산후조리법에 대한 교육 및 보급이 필요하다 하겠다.

# 양생의 개념과 침구치료 접근

송호섭

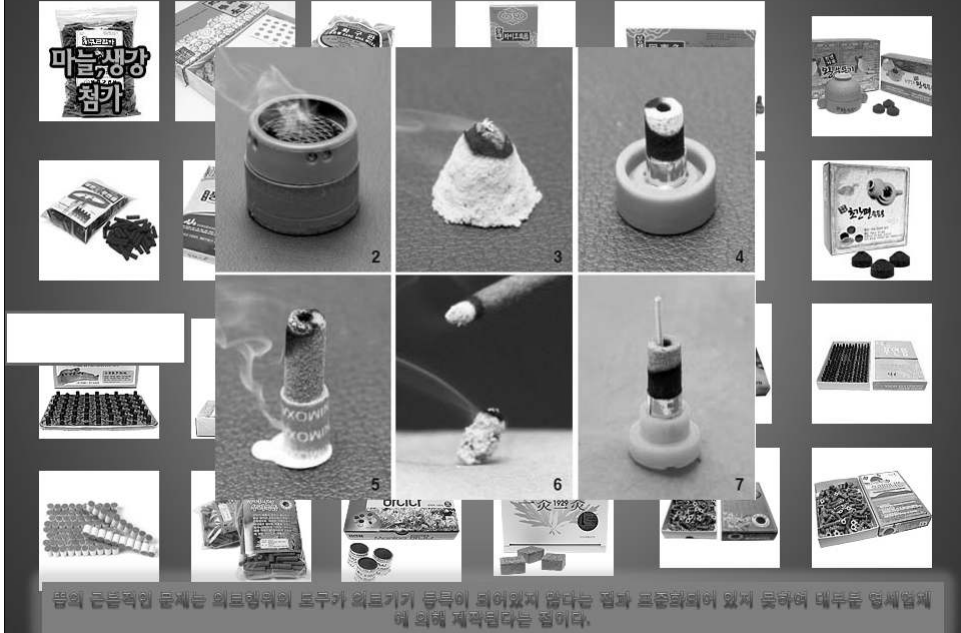
경원대학교 한의과대학



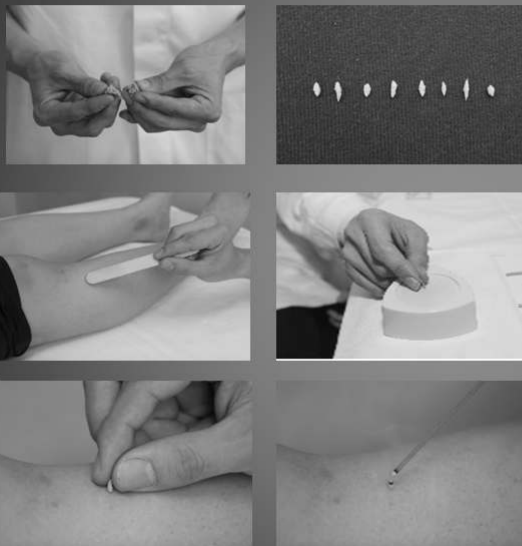




### 현존하는 다양한 뜸



### 뜸뜨는 방법(직접구)



① 반흔구 : 화농구라 별칭. 小애주를 완전 연소시킬 때까지 뇌뎀으로써 1주일 전후까지 화농상태에서 아물도록 뇌두는 것.

② 발포구(發泡灸) : 小애주의 연소과정에서 작열통을 느낀 후 3-5초 쯤 애주를 제거한 후에 애주를 바꿔줌으로써 1-2시간 후에 수포가 발생함. **哮喘, 癩瘡, 癰疽**에 응용.

③ 무반흔구 : 小 또는 中의 애주를 이용하여 환자가 애주 연소에 따른 작열통을 느낄 때 바로 애주를 제거하고 다시 새로운 애주로 바꿔줌으로써 애주가 완전히 연소되지 않음으로써 피부손상으로 인한 수포가 생기지 않도록 함. **虛寒證**에 응용.





### 혈위약물요법

약물과 경락의 작용을 상호결합한 종합치료방법으로 소량의 각종약물을 혈위에 자극하여 인체 면역기능을 조정강화하여 질병을 치료하는 방법

혈위약물요법은 3000년의 역사

晉代 <<肘后方>> “治瘧疾瘵多熱少 或但寒不熱 臨發時 以醋和附子末塗背上”

현재 燈火, 天灸 發疱, 藥鍼療法 등으로 임상에 응용

종류

敷貼類, 發疱類, 注射類로 나눌 수 있다.

부침류 散劑, 糊劑, 膏劑, 餅劑, Tinc 제 등

발포류에는 燈灸草를 혈위상에 놓고 불을 붙여 뜸을 뜨는 방법이나 毛茛, 斑蝥 등을 혈위 상에 두어 발포시키는 天灸 등이 포함

주사류에는 각종 藥鍼

## 三伏貼이란?

初中末伏의 三伏에 시행하는 子午流注의 특성

子午流注는 穴이 열리는 시기를 기다려 刺鍼하는 것

三伏

陽氣가 極盛한 養長의 시기 春夏養陽  
炎熱하여 穴이 가장 잘 열리는 시기



이 시기를 기다려 三伏貼을  
시술하여 陽氣를 補益하거나  
未盡한 陰邪를 제거

### 適用 穴位

여러 輸穴 중 五臟과 연계되고 피부의 두께가 가장 얇은 곳에 분포하는 背俞穴이나 腹募穴  
특히 神闕은 각질층이 가장 얇고 피하지방이 거의없으며 바로 복막과 연결되어 삼투성이 높은  
곳으로 穴位附貼療法의 경우 鍼과 藥의 相乘效果라고도 볼 수 있으므로 背俞穴보다도 효과적이라는 주장이 있음

다들 눈썹이 찡뚱

눈썹이 찡뚱하면 눈썹 밑에 있는 눈썹근이 수축되어 눈썹이 찡뚱해진다. 눈썹근이 수축되면 눈썹 밑에 있는 눈썹근이 수축되어 눈썹이 찡뚱해진다.





<<張氏醫通 參4 歸氣門下>>冷喘灸肺俞膏有天突，有  
 應有不應，夏月三伏中，用白芥子塗法，往往效驗。方  
 用白芥子淨米一兩，延胡索一兩，甘遂、細辛各半兩，  
 共為細末，入麝香半錢，許勻，姜汁調塗肺俞膏百勞  
 等穴，塗後麻膏薄，切勿便去，候三炷香足，方可去  
 之，十日後塗一次，加三次——張氏門醫院 消喘膏  
 50년 역사

**三伏貼 處方**

起源  
 張璠 <<張氏醫通，諸氣門>>  
 白芥子塗法

**消喘膏**  
 拼音名  
 Xiaochuan Gao  
 标准编号  
 WS3-B-0815-91  
 处方  
 白芥子(炒) 210g 鮮姜汁 500g 延胡索(制) 210g 甘遂  
 (制) 120g 細辛 120g  
 制法  
 以上五味，白芥子、細辛、甘遂、延胡索粉碎成細粉，過篩，  
 取苯甲酸(benzoic acid) 酌量溶于姜汁中，与甘油(glycerin)  
 適量一同加入药粉，攪勻，即得。  
 性状  
 本品为黑褐色至褐色半圆形的块状软膏，气辛凉。  
 鉴别  
 取本品，置显微镜下观察：种皮瘤状细胞，表面观壁厚呈细小  
 多角形。  
 检查  
 应符合软膏剂项下有关的规定(附录19页)。  
 功能与主治  
 止咳祛痰，降气降湿，解痉平喘。用于哮喘，喘息型气管炎、  
 支气管哮喘，肺气肿。  
 用法与用量  
 外用药，取药膏6块，分别用橡皮膏固定贴于背部的  
 肺俞(双) 心俞(双)、膈俞(双)六个穴位上(雷将穴位处  
 皮肤洗净擦干) 4~6小时，每10天贴一次，三次为  
 一疗程。  
 注意  
 孕妇忌用。  
 规格  
 每块重 3g  
 贮藏  
 密闭，置阴凉干燥处。

**광안문병원 2차에 걸친  
 개발로 새로운 제형 제시안**

대만에서는 消喘膏를 彈子大로 丸을 만들어 반으  
 로 자른 후 생강즙을 적셔서 양 肺俞, 心俞, 膈俞에  
 부착함

**白芥子(炒) 溫肺化痰  
 鮮姜汁 辛散溫通 溫經通脈  
 延胡索(制) 行氣散瘀 開毛竅 通經絡  
 甘遂(制) 瀉水逐飲  
 細辛 溫經通脈開竅**

**변종**

益肺寢喘膏 蘇子 추가 降氣平喘  
 반하, 남성 설펜화담 조백개자  
 육계 추가  
 사향(0.3-1g) 추가 비용이 문제 20g에 220만원  
 생강을 혈위에 미리 바르는 경우  
 생강 대신 꿀을 사용하는 경우  
 혈에는 정진, 천돌, 풍운, 진중 등 추가  
 기존 혈위에 신관을 병용  
 기존 처방을 1호방으로 신관에 사용하는 처방  
 을 2호방으로 별도로 구성  
 2호방 정향, 사인, 창출, 백출, 흑초초

## 재료 준비

녹두대

탄자대를 반으로  
잘라서 준비한다

탄자대



## 시술과정-생강즙처리

탄자대 생강즙 적신 모양

생강즙 혈위에 바른 모양

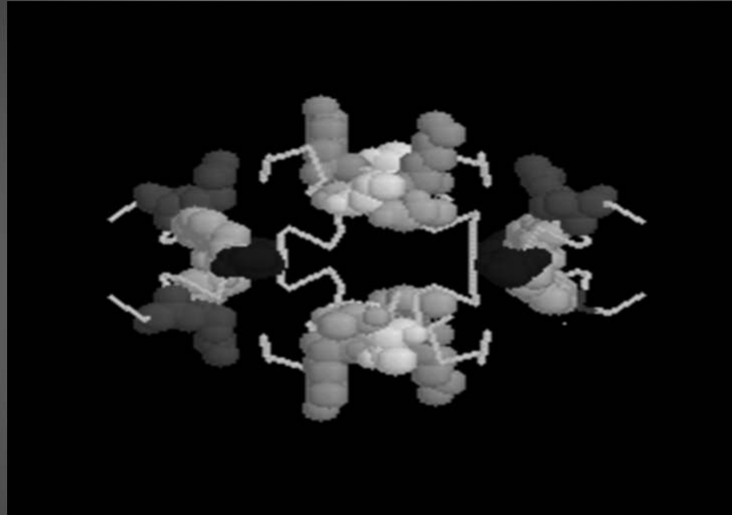


## 시술과정-혈위 부착

시술한 전체 모습 (배수혈)

시술한 전체 모습 (신궤)





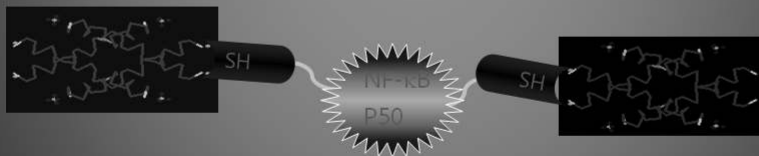
melittin

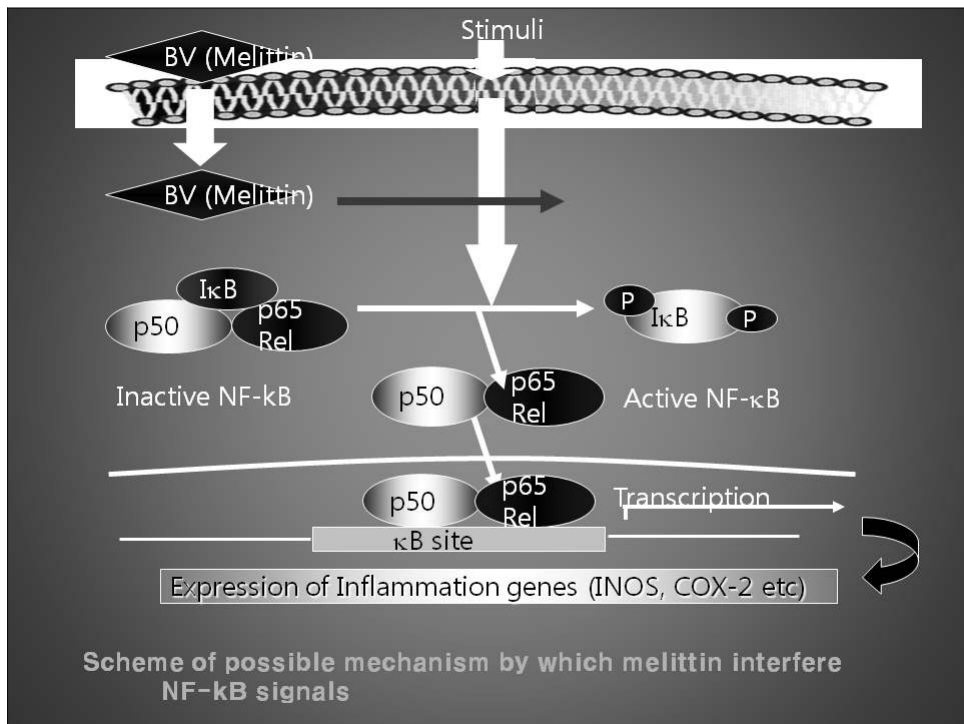
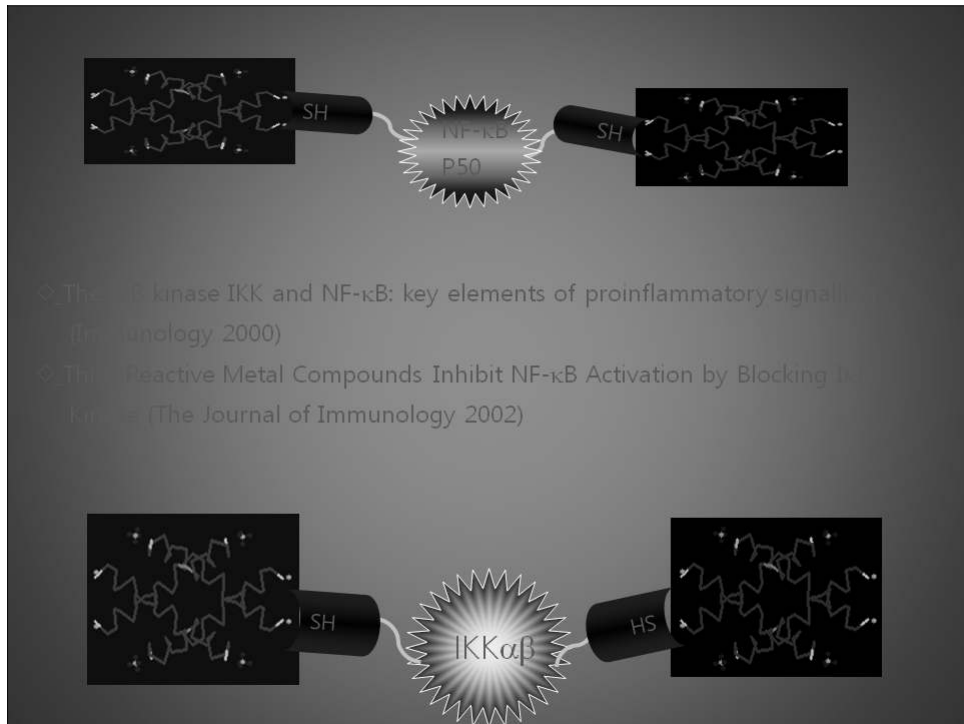
ARTHRITIS & RHEUMATISM  
Vol. 50, No. 11, November 2004, pp 3504-3515  
DOI 10.1002/art.20626  
© 2004, American College of Rheumatology

### Antiarthritic Effect of Bee Venom

Inhibition of Inflammation Mediator Generation by Suppression of NF- $\kappa$ B Through Interaction With the p50 Subunit

Hye Ji Park,<sup>1</sup> Seong Ho Lee,<sup>1</sup> Dong Ju Son,<sup>1</sup> Ki Wan Oh,<sup>1</sup> Ki Hyun Kim,<sup>2</sup> Ho Sueb Song,<sup>2</sup> Goon Jung Kim,<sup>2</sup> Goo Taeg Oh,<sup>3</sup> Do Young Yoon,<sup>4</sup> and Jin Tae Hong<sup>1</sup>







### 온침구(溫鍼灸)의 임상적 활용

① 온침구와 봉독약침의 병행 시술  
 냉방, 냉수욕 등이라고 할 수 있는데, 항체작성요법과 온침구 시술을 병행하여 그 효과를 극대화한 치료법으로, 봉독 약침을 해당 병형에 시술 후 다시 약침을 하고, 그 후위에 온침구 시술을 하여 온침구 작용을 통해 봉독 약침의 활성화를 보조하는 치료법이다.  
 항체 작성의 효과, 심의 효과와 함께 보파의 영향을 통해 양면우위에 주입된 봉독약침이 몸의 열기를 받아 더욱 활성화됨으로써 기존의 항체작성한 시술하는 것보다 더 좋은 치료 효과를 기대할 수 있다.

② 시술 방법  
 봉독약침을 시술하고자 하는 부위를 잘 소독하고, 입침 후위에 봉독시술을 한 후 같은 부위에 온침구와 동시에 애 주에 발을 올려 발라준다.



#### 항체 작성 요법 사항

봉독약침 시술 후 온침구 시술을 같이 함으로써 봉독약침 시술은 많은 효과를 보거나 통증이 경감되며, 약침액이 조직에 잘 퍼져 효과가 신속하게 나타납니다.  
 \* 봉독 시술은 재침에 따라 과민할 수 있으므로 반드시 2차 이상을 통해 과민반응을 확인후 시술해주어야 합니다.



# 구강병의 한방치료 -구취를 중심으로-

김진성

경희대학교 한방병원

개인의 청결한 이미지가 중요시되는 현대사회에서 구취에 대한 관심은 높아지고 있다. 구취는 사람이 뱀어내는 호기의 냄새로 일반적으로 타인으로 하여금 불쾌감을 느끼게 하는 냄새를 말한다. 구취의 원인은 생리적 원인, 병리적 원인(구강내 원인과 구강외 원인) 및 심리적 원인으로 나눌 수 있다. 이 가운데 구취의 발생은 대부분 구강내 원인이 작용하는 것으로 알려져 있으나, 실제로 병태생리학적 기전은 아직 불분명한 부분이 있는 상태로 특히, 장기간 이환된 환자나 구취에 대하여 2차 의료기관의 역할을 하는 한방 병의원을 찾는 환자 가운데는 구강외 원인의 가능성을 고려하게 된다.

구취는 일반적으로 가성구취(pseudohalitosis), 구취공포증(halitophobia) 및 진성구취(genuine halitosis)로 나눌 수 있으며, 진성구취는 다시 생리적 구취와 병리적 구취로 분류할 수 있다 이 가운데 구취클리닉을 찾는 환자의 경우 구강내 및 구강외 원인으로 유발된 병리적 구취 및 환자는 불쾌한 입냄새를 호소하지만 검사자는 잘 느낄 수 없는 가성구취의 두 유형이 대부분을 차지한다.

구강내 원인으로 발생하는 구취는 일차적으로 세균성 부패 및 휘발성 황화합물(VSCs)에 의해 나타나며, 황을 함유하는 아미노산, peptide 및 단백질로 이루어지는 기질에 대한 그람음성 혐기성 세균의 대사작용을 통해 황화수소, methyl mercaptan, dimethyl sulfide 등의 VSCs가 만들어지는 것으로 알려져 있다. 이러한 구강내 원인으로 발생하는 구취가 85% 내외로 다수를 차지하지만, 임상적으로 구강외 원인의 구취에 대한 감별진단에 유의하여야 한다. 구강외 원인으로는 주로 편도결석을 비롯한 편도 이상, 후비루를 유발하는 비강질환, Helicobacter pylori의 감염, 장관에서 생성된 냄새물질 및 Trimethylaminuria 등과 관련되어 나타날 수 있다.

구취의 원인과 증상별 치료에 대한 기록은 오래전 한방의서에 자세히 기록되어있다. 그 중 허준(許濬)의 동의보감(東醫寶鑑)을 살펴보면 구취의 원인을 주로 위열(胃熱), 식적(食積) 등의 위장내에 축적된 원인 물질이 상부에 영향을 미치어 발생한다고 보았다. 이러한 경우 입이 마르고 오목가슴 밀이 답답하며 때로는 화끈한 열감이 느껴지거나 속이 쓰리기도 한다. 혀의 설태를 살펴보면 두터운 누런색 설태가 끼어 있는 경우가 많다.



물론, 이것은 위장의 악취가 식도를 타고 입으로 올라와서 입냄새가 발생한다는 얘기는 아니다. 이 보다는 구강내 냄새발생의 주요 물질인 설태가 쌓이고, 맑은 침의 분비가 줄어드는 등의 구강환경의 이상이 내부장기의 부조화로 발생할 수 있다는 설명이다.

구취의 한방치료를 위해서는 먼저 다양한 구취 유발인자에 대한 깊은 이해가 선행되어야 한다. 즉, 구취는 입안내 문제뿐만 아니라 전신의 다양한 요소와 관련된 경우가 많으므로 이러한 발병원인을 고려하여 진행하여야 한다.

첫째, 입안에 설태가 많은 것이 원인이라면 설태를 제거하고, 침의 분비를 촉진시켜주는 기본적인 관리뿐만 아니라 한의학적으로 내부 장기의 균형에 문제가 있는 경우도 많으므로 이를 바로 잡아 주어야 한다. 한의학에서 이러한 내부 불균형의 주 원인으로 거론되는 것이 위열(胃熱)이지만, 다른 원인의 경우도 많으므로 무조건 속이 열이 많아서 온다는 편협된 사고는 잘못된 치료로 연결되므로 주의하여야 한다.

둘째, 코속이나 목안에 냄새의 원인 물질이 있는 경우도 많으므로 감별진단이 필요하다. 예를 들어 알리지성 비염으로 코가 뒤로 넘어가 혀 뒤쪽에 쌓여서 입냄새의 원인으로 작용하는 경우이다. 이러한 경우를 한 방에서는 비구(鼻竇)라하여 단순히 염증을 치료하는 것보다는 면역기능을 보강해주는 한약 및 침구치료를 병용한다.

셋째, 혀의 후방부위 특히, 구개편도와 설편도의 형태적 이상으로 편도결석은 물론이고 그 외 이물질의 축적이 쉽게 이루어지는 상태의 유무를 확인하여야 한다((風熱乳蛾/虛火乳蛾, 喉痹). 물론 타액의 영향도 함께 고려되어야 한다.

마지막으로, 호흡과 관련하여 날숨 중에 냄새의 원인이 있는 경우에는 보다 전문적인 치료가 필요하다. 특히, 한의학적으로 내부 장기의 불균형을 조절해주는 것이 훨씬 효과적이다. 앞서 설명한 대로 속에서 열이 올라와 냄새나는 경우는 위열(胃熱)을 식혀주는 약제를 위주로 하고, 간기(肝氣)를 풀어주며 간을 맑게 하는 약제를 보조적으로 활용한다. 소화가 안 되고 냄새가 나는 경우는 정체된 식적(食積)과 같은 냄새의 원인물질을 없애주는 측면에서 비위기능을 조절해준다.

## 구취의 상용처방

- 1) 半夏白朮天麻湯/ 平陳健脾湯
- 2) 半夏厚朴湯
- 3) 歸脾湯/ 生脈散
- 4) 白虎加人蔘湯 / 增液湯
- 5) 清咽利膈湯

金銀花12 甘草 桔梗 防風 白僵蠶炒 連翹 浙貝母 括藹根 玄參 荊芥 各4 薄荷3 牛蒡子 梔子  
炒 黃芩酒炒 各2

- 6) 養陰清肺湯



- 生地黃 麥門冬 白芍藥 牧丹皮 浙貝母 玄蔘 薄荷 甘草
- 7) 防風通聖散加味 - 의방집해 (HH151)  
葛根 蒼耳子 各8 滑石 甘草 木通 白芷 白朮 細辛 荊芥 各4 當歸 白芍藥 連翹 川芎 各 薄荷  
防風 石膏 黃芩 各3 桔梗 麥門冬 辛夷 梔子炒 黃蓮 各2 山椒1.5
- 8) 鼻科補中益氣湯  
黃芪6 甘草 當歸 麥門冬 白朮 辛夷 人蔘 陳皮 梔子 各4 細辛 升麻 柴胡 各2
- 9) 益胃理氣湯 (HH332)  
香附子8 白芍藥 龍眼肉 生地黃 沙蔘 各6 麥門冬 黃芪 石斛 各4 括蕪根 藿香 白豆久 柴胡  
牧丹皮 各3 枳角 甘草 大棗 各2
- 10) 清胃甘露飲 (HH330)  
茵陳蒿12 生地黃8 石斛 竹茹 各6 白豆蔻 天門冬 各4 藿香 枳角 黃芩 各3 大黃 甘草 大棗 各2



# 비만치료의 실제

김호준

동국대학교 한의과대학

비만은 체내에 필요한 에너지보다 과다 섭취되거나 섭취된 에너지보다 소비가 부족하여 초래되는 에너지 불균형의 상태로, 호르몬의 변화, 유전, 정신, 사회경제적 요인 등 많은 요인이 복합적으로 관련되어 있으며, 성인병과의 높은 연관성 때문에 중요한 건강문제로 대두되고 있다. 비만이 세계보건기구 질병코드에 포함 된지는 불과 50여년이 지났을 뿐이지만 이미 유행병 수준에 이르렀으며 전세계적으로 사망과 장애의 중요한 원인이 되고 있다. 최근 우리나라에서도 비만의 유병율이 점점 높아지고 있는 추세이며, 특히 소아 및 청소년 비만도 증가하는 추세이므로 이에 대한 적극적 대처가 필요하지만 아직도 심각한 질병이라는 인식이 사회적으로 부족한 상태이다.

비만의 발생에는 유전이나 내분비 장애와 같은 요인이외에도 운동부족, 과도한 열량 섭취 및 부적절한 식습관과 같은 행동요인과 스트레스 등의 심리적이인이 영향을 미친다고 알려져 있다.

비만에 대한 치료방법으로서 침구치료, 약물치료, 수술요법 등이 적용되고 있으나 식이요법, 운동요법, 행동수정요법 등이 근간이 되지 못하는 경우 장기적인 치료결과는 매우 낮은 편이다. 따라서 합병증이 없는 정도 비만환자나 과체중의 경우 또는 소아 및 청소년 비만의 예방과 치료를 위해서는 식이요법과 운동요법, 행동수정요법을 통해 개인의 행동변화를 유발하여 장기적인 자기관리능력을 향상시키는 것이 바람직하다고 제시되고 있다.

본 강의에서는 비만과 대사증후군의 병태생리를 알아보고 한방비만 임상에서 사용되는 비만환자의 평가법, 식이조절법, 운동법, 생활교정 방법 등에 대한 기초적인 내용 뿐아니라 한의학적 변증, 처방의 운용, 기타 한의학적 접근법 등에 대해서 언급할 것이며 개원가의 관심을 끌고있는 지방분해침, 경피침주요법 등의 체형교정관리법 등에 대해서도 얼마만큼의 근거를 가지고 있는지에 대해 광범위하게 다룰 것이다.

# EBM 기반구축을 위한 사군자탕 연구문헌 정량 분석

김정훈

한국한의학연구원

## Analysis of studies on Sagunja-tang(Sijunzi-tang) to establish the fundament for Evidence Based Medicine (EBM)

Jung Hoon Kim, Jun Kyoung Lee, Hyeun Kyoo Shin\*

Herbal medicine EBM research center, Standard research division, Korea Institute of Oriental Medicine

---

### Objectives

The papers on Sagunja-tang(Sijunzi-tang) were analyzed through researching domestic and international journals to establish the fundament for EBM of Traditional Korean Medicine.

### Methods

The classifications criteria of papers such as the registration of domestic and international journals, the year of publishment, experimental fields and the kinds of studies on biological activities were applied to analysis.

### Results

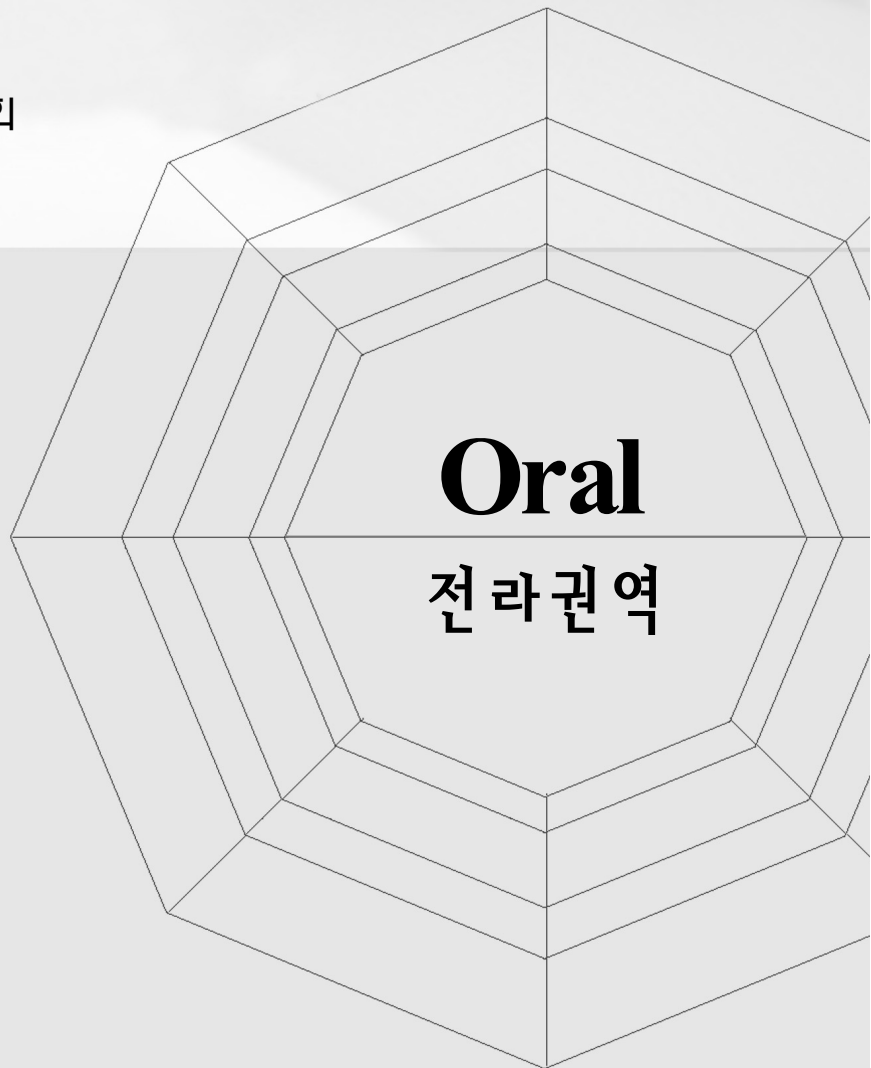
Most papers were published in Korea and China. The papers on instrumental analyses were preceeded by HPLC, MS, GC with standard compounds(ginsenosides, glycyrrhizin, liquiritin and their glycosides)of herbal medicine in Sagunja-tang(Sijunzi-tang). The studies on biological activities of Sagunja-tang(Sijunzi-tang) were performed through in vivo methods than *in vitro* or *ex vivo* methods. And the papers showed improvement of gastrointestinal activity and blood circulation, immunoactivity, anti-cancer, anti-oxidant, anti-fatigue, anti-stress, pharmacokinetics, hepatic protection, radioprotection, muscular activity, hematopoiesis and nontoxic effect.

### Conclusions

Further studies including gastrointestinal disorder, immune related disease, cancer, oxidative injury and pharmacokinetic study need to be preceeded to establish the fundament for EBM of Sagunja-tang(Sijunzi-tang).

2010

전국한의학학술대회



**Oral**

전라권역



# 雲溪方中 (診療要鑑) 補方の 活用

김병운

진. 경희대학교, 유성당한의원

韓方治法의 大要는 인체의 正氣를 조장하고 病邪를 제거하여 陰陽의 偏向을 조절함으로써 病的 상태에서 정상적인 생리상태로 전환시켜 건강을 회복시키는데 있습니다.

질병은 廣範多岐한 것이므로 치법도 多種多樣 합니다.

병증에 적합한 각종치법을 적의하게 운용하기 위해서는 病因의 소재를 탐지하고 증후의 성질을 명확히 파악한 연후에 현대의학적 진단도 충분히 참작하여야 합니다.

補法은 치료 八法중 하나이며 건강의 질을 향상시키는 목적과 인체의 음양기혈 혹은 어떤장기와 영위의 허손에 대처하기 위한 것으로 각종의 보약을 배합하여 기혈의 부족을 보조하고 음양의 편중을 조화시켜 평형케 하는 것입니다.

그밖에 정기가 허약하여 나머지 병사를 완전히 제거할수 없는 상황하에 있을때 보법을 쓰면 정기가 회복될뿐 아니라 나머지 병사를 제거하는데 유리 합니다.

따라서 보법은 약한데를 보강하는 면에만 국한되는것이 아니고 동시에 간접적으로 病邪를 제거하는 효과를 거둘수 있으며 내분비기능 조절에도 활용되는 치료법으로 생각됩니다.

대개 보법은 補氣.補血.補陰.補陽 으로 분류 합니다.

補氣法은 권태 무력하며 말하기도 싫어하고 동작하기를 귀찮게 여기며 호흡이 얇고 虛熱自汗 하며 맥상이 虛.大 하고 간혹 脫肛.疝氣등 증과 부인의 脫陰(자궁하탈) 등 氣虛證에 응용 합니다.

補血法은 안색과 손톱.입술이 창백하고 頭重.眩暈.耳鳴.怔忡.糟噯등 증과 여자의 월경 부조.혈색담백 심한 경우 經閉不行 되는 등의 血虛證에 응용합니다.

補陰法은 수척.쇠약.구갈.咽乾.피부의건조.이명.目眩.심계항진.易驚.虛煩不眠.盜汗遺精.咳嗽.咯血.消渴 등의 陰虛證에 응용됩니다.

補陽法은 허리 아래가 한냉하며 무릎이 마르고 동통하며 하지의 연약으로 보행이 곤란 하고 배꼽 아래가



둔하거나 아랫배가 때때로 동통하며 설사·소변빈삭·陽痿早漏 등의 陽虛證에 응용 됩니다.

이상의 보기·보혈·보음·보양의 일반적 운용법 외에 운계선생은 진료요감에서 30방의 補方을 등재하여 다양한 병증의 치료에 활용하였습니다.

연자는 40여년동안 임상에서 운계선생의 보방들을 활용하여 얻은 치료경험과 견해를 간략히 보고 하오니 임상에 일조가 되기를 바랍니다.

\*雲溪補方

\* 진료요감 참조

- |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 1 祛風補心湯  | 2 祛風補血湯  | 3 金水補元煎  | 4 芪歸補腎湯  |
| 5 補肝壯筋湯  | 6 補氣益元湯  | 7 補氣制乳湯  | 8 補脾固腸飲  |
| 9 補脾養血湯  | 10 補脾益氣湯 | 11 補腎清骨湯 | 12 補腎聰耳湯 |
| 13 補心導痰湯 | 14 保精丸   | 15 補血固本湯 | 16 補血救母湯 |
| 17 補血潤腸湯 | 18 三子補腎湯 | 19 益氣補腎湯 | 20 益氣補血湯 |
| 21 滋陰補血湯 | 22 藏精丸   | 23 正氣補元湯 | 24 清膽補心湯 |
| 25 清腎補肝湯 | 26 清肺補腎湯 | 27 清肺補血湯 | 28 清火補心湯 |
| 29 解肌補元湯 | 30 大補固元湯 | 31 補心健脾湯 |          |

1. 祛風補心湯

- 주치 - 心膽·허약자의 風痰으로 인한 癲癩증을 치료한다.
- 내용 - 향부자 9g. 반하(薑製) 7.5g. 남성(牛膽製) 3.75g. 진피 3.75g. 적복령 3.75g. 강활 3.75g. 백출 3.75g. 지실 3g. 죽여3g. 감초 2.625g. 인삼 2.25g. 백복신 2.25g. 맥문동 2.25g. 당귀 2.25g. 천궁 2.25g. 원지(薑製) 2.25g. 생강 7편. 대조 2매.
- 용법 - 水煎服한다.

2. 祛風補血湯

- 주치 - 산후의 혈허한때 傷風으로 인한 惡風·惡寒·肢節痛·攣急등 증에 쓴다.
- 내용 - 당귀·천궁·백작약炒·숙지황·백출·백복령·강활·독활·방풍 - 각 3.75g 진교·백지·고분·감초- 각 2.625g.
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다.

3. 金水補元煎

- 주치 - 腎水不足·肺氣管의 허약으로 인한 咳嗽·膽盛·喘息·尿數 등 증에 쓴다.



- 내용 - 숙지황 11.25g. 산약. 산수유. 당귀신. 반하. 백복령 - 각 5.625g. 목단. 택사. 진피, 소자. 행인. 오미자. 감초-각 3.75g. 공사인. 맥문동 - 각 2.625g. 목향 1.875g. 생강 5편. 대조 2매
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다

#### 4. 芪歸補腎湯

- 주치 - 腎氣허약으로 인한. 夜多遺尿 증에 쓴다. \* 전립선비대
- 내용 - 황기密炙 5.625g. 인삼. 백출. 산약. 산수유. 오미자. 당귀신. 숙지황 - 각 3.75g. 익지인. 감초 - 각 3g. 진피. 승마. 육계 - 각 1.875g. 시호 1.125g. 생강 3편. 대조 2매.
- 용법 - 水煎하여 空心服한다.

#### 5. 補肝壯筋湯

- 주치 - 筋痿증에 補血. 養筋하는 약이다.
- 내용 - 숙지황 7.5g. 산약. 산수유. 당귀. 천궁. 백작약. 모과. 우슬 - 각 3.75g. 감초 2.625g. 승마. 시호 - 각 1.875g. 오미자 九粒. 황백 0.75g.
- 용법 - 水煎하여 空心服한다.

#### 6. 補氣益元湯

- 주치 - 勞役. 勞心. 傷胃. 諸 증 으로 원기가 下陷 되어 崩漏. 下血이 과다 한데 쓴다.
- 내용 - 백출 11.25g. 황기密炙 7.5g. 산약 5.625g. 측백엽. 오령지炒黑. 대계. 지유炒黑. 산사육. 신곡炒 - 각 3.75g. 당귀신. 진피. 감초 - 각 2.625g. 승마. 시호並酒洗 - 각 1.875g. 황금酒炒 1.125g. 생강 3편. 대조 2매.
- 용법 - 水煎하여 空心服한다.

#### 7. 補氣制乳湯

- 주치 - 산후 원기부족으로 인한 乳汁이 自出. 過多 등 증을 치한다.
- 내용 - 산약. 백출 - 각 7.5g. 황기. 백작약. 녹각霜. 모려粉. 당귀신. 천궁. 진피. 축사(사인) 감초 - 각 3.75g. 승마 1.875g
- 용법 - 水煎하여 食間服한다.

#### 8. 補脾固腸飲

- 주치 - 久泄로 음식無味하며 消食不化 하여 下元이 虛脫 된데 쓴다
- 내용 - 황기蜜炙. 산약 - 각 5.625g. 백출. 백복령 - 각 3.75g. 백작약. 후박. 진피. 건강 산사육. 축사. 초두구. 육두구訶子. 목향灸. 감초 - 각 2.625g.



- 용법 - 水煎服한다.

### 9. 補脾養血湯

- 주치 - 通經된후의 허약자에게 脾胃를 調補하여 生血을 계속케 한다.
- 내용 - 황기. 백출 - 각 5.625g. 산약. 당귀. 천궁. 백작약. 숙지황. 황부자. 감초 - 각 3.75g. 측사인. 목향. 익지인 - 각 1.875g. 생강3편. 대조 2매.
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다.

### 10. 補脾益氣湯

- 주치 - 脹滿증에 원기가 極虛하여 起床할 기력도 없이 약한 증을 치한다.
- 내용 - 인삼. 백출. 백복령. 진피. 목향. 나복자蘇莖 - 각 3.75g. 창출. 후박. 당귀. 맥문동去心. 목통 - 각 2.625g. 지각 1.875g. 승마. 시호 - 각 1.125g.
- 용법 - 水煎하여 空心服한다.

### 11. 補腎清骨湯

- 주치 - 腎勞. 骨蒸으로 인한 潮熱. 盜汗. 咳嗽. 痰盛. 咯血. 白淫. 遺精 등의 勞極. 諸 증을 치한다.  
\* 부인 갱년기 증후군
- 내용 - 숙지황 15g. 산약. 산수육 - 각 7.5g. 현삼. 황정 - 각 5.625g. 목단피. 백복령. 택사 지골피. 굴피. 맥문동去心. 폐모 - 각 3.75g. 지모. 황백並鹽水炒 - 각 1.875g.
- 용법 - 水煎하여 空心服한다.

### 12. 補腎聰耳湯

- 주치 - 腎氣 부족으로 인한 耳聾 증에 쓴다. \* 耳鳴증
- 내용 - 숙지황 11.25g. 산약. 산수유. 구기자 - 각 5.625g. 파고지. 석창포. 백복령. 목단피 택사 - 각 3.75g. 세신. 지모. 황백鹽水炒 - 각 1.875g.
- 용법 - 水煎하여 食後服한다.

### 13. 補心導痰湯

- 주치 - 정신이상증을 치료한다. 心身이 허약한 기회를 타서 痰飲. 火邪가 心竅에 迷碍하면 정신이상증이 되어 譫語. 妄言. 妄笑. 放歌. 혹은 沈鬱不語. 被害妄想등등 제반 怪異 증상을 야기하는바 此약으로 補心. 淸神. 淸火 導痰하면 정상으로 회복된다.  
\* 陽狂 痴呆 수술후 譫語등 증
- 내용 - 향부자. 반하薑製 - 각 7.5g. 남성牛膽製. 진피. 적복령. 석창포. 산조인炒 - 각 3.75g 지실.





죽여 - 각 3g. 당귀. 백출 - 각 2.625g. 백복신. 맥문동. 원지薑製. 시호 - 각 2.25g. 황금. 황련薑炒. 과루인. 천마. 감초 - 각 1.875g. 생강 5편. 대조 2매.

- 용법 - 水煎하여 食後服한다.

#### 14. 保精丸

- 주치 - 遺精. 夢泄. 精滑. 白淫 증에 쓴다.
- 내용 - 구기자. 녹각霜. 모려분煨 - 각 75g. 저근백피. 석창포. 황백鹽水炒 - 각 56.25g. 지모. 익지인. 축사 - 각 37.5g.
- 용법 - 이상 약제를 研末하여 鹽水로써 오자대로 和丸하여 1일 3회 매식전에 50~70丸씩 鹽水로 복용한다.

#### 15. 補血固本湯

- 주치 - 血漏. 諸 증의 요약인데 思慮傷心으로 心胞脈이 內崩하여 血漏. 血崩이 되는데 쓴다.
- 내용 - 당귀신. 청궁. 백작약. 숙지황 - 각 4.5g. 향부자. 황금. 오령지炒黑. 측백엽. 지유炒黑 - 각 3.75g. 백복신. 고본. 애엽. 축사. 감초 - 각 2.062g.
- 용법 - 水煎하여 食前服한다.

#### 16. 補血救母湯

- 주치 - 부인虛勞증으로 潮熱. 盜汗. 咳嗽. 痰嗽하며 심하면 唾血. 喀血하며 日漸 瘦弱하는 증과 骨蒸병 에도 쓴다.
- 내용 - 당귀. 천궁. 백작약. 숙지황 - 각 5g. 맥문동. 지골피. 목단피 - 각 3.75g. 지모. 패모 - 각 2.625g. 감초 1.875g.
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다.

#### 17. 補血潤腸湯

- 주치 - 산후 血虛로 인한 변비에 쓴다
- 내용 - 당귀. 천궁. 백작약. 숙지황. 마자인 - 각 5.625g. 소자. 지각. 빈랑. 도인 - 각 3.75g. 홍화 1.125g.
- 용법 - 水煎하여 空心服한다.

#### 18. 三子補腎湯

- 주치 - 肺. 腎의 허약으로 인한 喘哮 증에 쓴다.
- 내용 - 숙지황 11.25g. 소자. 당귀. 반하. 백복령 - 각 5.625g. 진피. 나복자. 오미자. 행인 감초 - 각 3.75g. 백계자 1.875g. 생강 5편. 대조 2매.



- 용법 - 水煎하여 食後服한다.

### 19. 益氣補腎湯

- 주치 - 腎氣가 부족한 사람이 夏節을 당하여 氣弱困倦. 頭重. 身重. 脚弱. 飲食無味. 小便赤澀 精力減退 되는 등 증에 좋다.
- 내용 - 숙지황11.25g. 황기蜜炙. 산약. 산수유 - 각 5.625g. 백출. 백복령. 목단피. 택사. 맥문동 - 각 3.75g. 축사. 진피. 당귀신 - 각 1.875g. 오미자九粒.
- 용법 - 水煎하여 空心服한다.

### 20. 益氣補血湯

- 주치 - 氣血을 大補하며 飲食無味. 痰盛. 眩暈 등 증에 쓴다.
- 내용 - 황기蜜炙. 백출 - 각 5.625. 인삼. 백복령. 숙지황. 반하薑製. 진피. 감초 - 각 3.75g. 축사. 향부자. 당귀신. 백작약 - 각 2.625g. 백복신. 맥문동. 원지去心 - 각 2.25g. 천궁. 천마 - 각 1.875g. 승마. 시호 - 각 1.125g. 생강 3편. 대조 2매.
- 용법 - 水煎服한다.

### 21. 滋陰補血湯

- 주치 - 부인의 骨蒸병에 쓴다.
- 내용 - 숙지황. 백자약. 당귀신. 천궁거유 - 각 4.5g. 지골피. 목단피. 맥문동 - 각 3.75g. 지모 2.625g.
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다.  
\* 咳嗽가 심하면 상백피. 패모를 加 해서 쓰며 소화불량한 자에게는 산사육. 사인. 맥아. 생강을 加 해서 쓴다.

### 22. 藏精丸

- 주치 - 能補精 .强精 .固精 한다.
- 내용 - 연자육. 토사자法製. 산수유. 금앵자 - 각 112.5g. 녹각교. 용골 - 각 75g. 황백鹽草 56.25g. 축사 37.5g.
- 용법 - 研末하여 오자대로 蜜丸하여 1일 3회 50丸씩 매식전에 鹽水로 복용함.

### 23. 正氣補元湯

- 주치 - 四肢麻木. 全身痲痺에 통용한다.
- 내용 - 황기7.5g. 산약. 백출. 인삼. 오약. 향부자 감초 - 각 3.75g. 반하. 진피. 적복령. 강활. 방풍. 백지 - 각 3g. 목향. 계지. 당귀. 세신 - 각 1.875g. 승마 1.125g. 생강3편. 대조2매.



- 용법 - 水煎하여 食遠服한다.

#### 24. 清膽補心湯

- 주치 - 小兒驚癇 증에 쓴다.
- 내용 - 향부자便炒 7.5g. 곽홍 3.75g. 반하. 백복령. 지실. 죽여. 석창포. 감초 - 각 3g. 산조인炒. 당귀신 - 각 2.625g. 황련薑炒. 백작약. 맥문동. 원지去心. 천궁. 인삼. 시호 길경 - 각 2.25g. 천마. 방풍 - 각 1.875g. 생강 3편. 대조 2매.
- 용법 - 水煎服한다.

#### 25. 清腎補肝湯

- 주치 - 飲酒. 房勞過多로 인한 酒疸 증에 쓴다.
- 내용 - 백작약. 갈근. 진피 - 각 7.5g. 당귀. 나복자. 후박. 창출. 적복령. 신곡炒 - 각 3.75g. 축사 2.625g. 지모. 황백並鹽炒. 감초 - 각 1.875g.
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다.

#### 26. 清肺補腎湯

- 주치 - 勞嗽 증을 치한다.
- 내용 - 숙지황 15g. 산약. 산수유 - 각 7.5g. 천문동. 맥문동去心. 백복령. 목단피. 택사. 진피, 행인. 폐모 - 각 3.75g. 지모鹽水炒. 황백鹽水炒 - 각 1.875g.
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다.

#### 27. 清肺補血湯

- 주치 - 勞嗽 증을 치하며 부인에게 더욱 좋다.
- 내용 - 숙지황. 백작약. 당귀신. 천궁 - 각 5g. 천문동. 맥문동去心. 지골피. 오미자. 죽여. 상백피. 행인 - 각 3.75g. 폐모 2.625g. 지모. 황백鹽水炒. 감초 - 각 2g. 생강 3편.
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다.

#### 28. 清火補心湯

- 주치 - 心肝鬱火로 인한 정신쇄약 脫營. 失精 증에 쓴다.
- 내용 - 향부자 7.5g. 천궁. 창출. 황련. 반하. 진피. 연교. 연자육 - 각 3.75g. 지실. 죽여 - 각 3g. 산치자炒. 맥문동. 석창포. 원지去心. 감초 - 각 2.25g. 생강 3편. 대조 2매.
- 용법 - 水煎服한다.



### 29. 解肌補元湯

- 주치 - 勞傷으로 기혈 부족한데 外感風寒하여 頭痛.身熱.惡寒.惡風.汗出.困倦.無力한 등증 을 치한다.
- 내용 - 황기. 인삼. 백출. 강활. 방풍. 시호. 갈근 - 각 3.75g. 당귀. 천궁. 백작약. 생지황. 황금. 백지. 길경. 진피. 감초 - 각 2.625g. 승마1.875g. 생강 3편. 대조 2매. 葱白 二莖.
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다.

### 30. 大補固元湯

- 주치 - 氣血이 부족하고 胎元이 不固하여 3.5.7개월 내에 자연유산되는 증과 습관성으로 유산 하는데 胎元을 견고케한다.
- 내용 - 천궁 11.25g. 당귀신 7.5g. 백작약. 숙지황. 인삼. 백출. 백복령. 황기. 감초 - 각 3.75g. 두충炒. 숙단微炒. 축사 - 각 3g. 생강3편. 대조2매.
- 용법 - 水煎하여 食前服한다.

### 31. 補心健脾湯

- 주치 - 怔忡.煩心.不安.焦燥.不眠.飲食無味.食難化.胃脘痞悶疼痛.嘈噯.便秘등 증을치한다.
- 내용 - 향부자9g. 산조인炒 7.5g. 산사육. 맥아炒 - 각 5.625g. 진피 4.5g. 반하. 죽여 지실. 천궁. 창출. 백출 - 각 3g. 백복령. 후박. 곽향. 상인. 신곡炒. 구감초 - 각 2.625g. 목향2g. 생강 3.75g.  
\*加味溫膽湯에 正傳加味二陳湯을 합방했음. 便秘 加 枳殼 惡心嘔逆. 食無味. 加 白朮. 炙甘草.
- 용법 - 水煎하여 食遠服한다. 혹은 식후1시간 복용.

# 소화기 질환의 한방 처방 활용

## 문 구

원광대학교 전주한방병원

비위계 소화기질환의 치료는 몇 가지 특성을 파악하여 치료하는 점이 관건이다. 그 이유는 비와 위가 서로 상반된 생리 병리적 특성을 가지고 협동하여 소화흡수 기능을 하기 때문에 서로 상반된 생리 병리 특성을 조절하는 것이 중요하다. 따라서 서로 상반된 처방을 잘 조화시키는 점이 중요하다.

### 1.脾胃의生理病理特性및關係

1) 胃屬燥土 喜潤惡燥 主降(濁陰下降) 胃爲腑而屬陽

2) 脾屬濕土 喜燥惡濕 主升(清陽上升) 脾爲臟而屬陰

따라서 脾升은 胃降에 依賴되고 胃降은 脾升에 依賴되어 陰陽和合 燥濕互濟 升降相因 相互爲用 分工合作하여 升清降濁의 생리과정이 이루어지며 음식물의 貯藏 消化 吸收 利用 輸布와 排泄이 완성된다.

### 2.脾胃의病理

病理上으로는 정상적인 생리기능이 실조되어 주로 脾濕胃燥 胃氣不降 脾氣不升이 주로 나타난다. 그로 인한 주된 병증들은 다음과 같다.

1) 胃氣上逆: 嘔吐 逆腐 (역류성식도염, 역류성위염, 滿)

2) 脾氣不升: 泄瀉 脾氣下降 臟器下垂 (위하수증, 위무력증, 만성설사, 과민성장증후군)

3) 胃病多實 脾病多虛

### 3.消化器病治療시주의사항

서로 상반된 생리 병리적 현상들을 조절하기 위해서는 서로 상반된 처방을 변증에 맞게 적절히 배합하여 사용하는 점이 중요하다.

서로 상반된 처방을 조절하는 방법들은 다음과 같다.

1) 燥濕藥의 并用

2) 升清降濁藥의 并用



- 3) 養陰理氣藥의 并用
- 4) 通補兼施
- 5) 濫淸藥의 并用

#### 4. 삼위일체 변증의 종합적 응용

비위계 소화기병의 변증 시 일반적인 한의학적인 변증만으로는 부족하다. 그 부족한 점은 위내시경을 통한 미관변증과 체질의학적인 체질변증을 종합적으로 응용해야 한다.

- 1) 한의학적 임상변증에 의한 분류
- 2) 위내시경 미관변증에 의한 분류
- 3) 사상의학적 체질별 주요 처방
- 4) 사상의학적 체질별 주요 약물

이상의 치료 방법에 따라 한양방 병명에 따른 치료 시 한방 처방을 활용해야 한다

# 진단검사의학 검사의 활용

이영진

원광대학교 의과대학

진단검사의학(Laboratory medicine)은 인체로부터 유래된 검체 (주로 액체)에서 분석하고자 하는 물질을 검출하기 위하여 화학반응, 항원-항체반응, 효소면역반응, 유세포분석, 중합효소연쇄반응, 미생물배양, 염색, 현미경 관찰 등의 방법을 이용한다. 분석된 물질을 이용하여 질병의 선별 및 조기발견, 진단 및 경과 관찰, 치료 및 예후 판정에 기여하고 질병의 기전 및 병인론을 연구한다. 진단검사의학의 분야로는 진단혈액(diagnostic hematology), 요화학 및 분변검사, 수혈의학(transfusion medicine), 임상화학(clinical chemistry), 진단면역학(diagnostic immunology), 임상미생물학(clinical microbiology), 분자유전학(molecular genetics), 세포유전학(cytogenetics), 검사정보학(laboratory informatics) 등이 있다.

진단혈액학에서는 항응고제 처리된 전혈에서 CBC (complete blood cell count)을 측정하며 여기에는 적혈구, 혈색소, 헤마토크리트, 백혈구, 혈소판, 백혈구 백분율이 포함되며, 염증 유무를 파악하는 적혈구침강속도(Erythrocyte Sedimentation Rate, ESR)를 검사하며, 출혈 및 혈전에 관련된 응고검사를 시행하여 각종 혈액질환 진단에 필요한 검사를 수행한다. 혈액에서 혈구 수는 질병의 2차적인 현상에서 증가, 정상, 감소로 나타나며 생산, 수요, 소비의 원리를 이용하면 발생된 현상을 이해하는데 도움이 된다. 즉 생산단계에서는 골수에 혈구를 만들어내는 충분한 모세포의 유무, 세포를 만들어내는 영양분, 골수환경, 모세포의 항상성 유지 등에 따라 말초혈액 세포수가 좌우되며, 수요단계는 염증, 출혈, 조직손상 등이 발생되면 인체를 유지하려는 항상성 때문에 세포가 증가되며, 혈관손상에 의해 출혈 등으로 세포가 감소될 수 있다. 백혈구는 Wright염색하면 호중구(neutrophil), 호산구(eosinophil), 호염기구(basophil), 단핵구(monocyte), 림프구(lymphocyte) 5종류로 구분되며 정상범위는 성인에서 호중구는  $>1,500 \sim <7,500/uL$ , 호산구  $<500/uL$ , 호염기구  $<100/uL$ , 단핵구  $<1,000/uL$ , 림프구  $1,500 \sim 4,000/uL$ 이며, 각각 세포 증가 및 감소 되는 경우는 아래 표와 같다.



세 포	증 가	감 소
호중구 (neutrophil)	기준: $>7.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ - 급성감염(세균, 일부 바이러스, 진균, 기생충) - 급성염증(교원-혈관 질환, 혈관염) - 약물, 독소, 대사(steroid, 요독증, 케토산증 등) - 조직괴사(화상, 외상, 심근경색, 용혈) - 종양(암, 육종, 골수증식종양) - 생리적 현상(운동, 임신, 흡연, 스트레스)	기준: $<1.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ - 약물(항암제, 항생제, 항갑상선제 등) - 방사선 - 독소(알코올, benzene 화합물) - 내인성 결핍(Fanconi빈혈 등) - 혈액학적 이상(골수부진, 골수이식 등) - 감염(심한감염) - 기타(기아, 비장기능항진증 등)
호산구 (eosinophil)	기준: $>0.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ 알레르기질환(기관지천식, 알레르기비염 등) 피부질환(아토피피부염, 두드러기 등) 약물과 내분비질환(부신기능저하증 등) 기생충 감염(다세포기생충 감염) 혈액질환(CML, 일부 AML/ALL/림프종) 폐호산구증(Loeffler 증후군 등) 과다호산구증가증후군	감소는 임상적 의의 없음
호염기구 (basophil)	기준: $>0.1 \times 10^3/\mu\text{L}$ - 알레르기반응 - CML - 진성적혈구증가증 - 점액부종 - 약물부작용	감소는 임상적 의의 없음
단핵구 (monocyte)	기준: $>1.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ - 만성염증(결핵, 이급성심내막염, 매독, 불명열, 류마티스관절염, 전신성홍반성낭창) - 단구계 AML, Hodgkin 림프종 - 감염(진균, 리케치아, 원충류) - 감염회복기	기준: $<0.2 \times 10^3/\mu\text{L}$ - 내독소증(endotoxemia) - Steroid(주사 후 2~3~시간 동안)
림프구 (lymphocyte)	기준: $>4.0 \times 10^3$ (성인) $>9.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ (소아) - 감염(바이러스) - 갑상선종독증 - CLL - 약물	기준: $<1.5 \times 10^3$ (성인) $<3.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ (소아) - 감염(감기, 바이러스, 세균, 진균) - 영양부족 - 면역질환(SLE, 류마티스관절염) - 약물(항암제, 면역억제제) - 방사선 - 혈액질환(백혈병)

혈색소가 감소되면 빈혈이라 하며 빈혈의 기준은 성인남자 <13g/dL, 성인여자 <12g/dL, 임신부 및 6세 이하 <11g/dL이며, 빈혈이 보이면 빈혈의 발생 원인을 찾아 교정하는 것이 선행되어야 한다. 즉 빈혈 소견이 관찰되면 소아에서 영양부족에 의한 빈혈, 재생불량성빈혈(aplastic anemia), 용혈성빈혈 등을 파악해야 하며, 성인에서 발생되면 소화기관의 출혈을 우선적으로 생각하여 소화기 암 유무를 우선적으로 파악해야 한다. 말초혈액도말검사는 유리슬라이드에 혈액을 도말하여 Wright염색 후 혈구 및 혈구와 관련된 것을 현미경으로 진단검사의학과 의사가 파악하기 때문에 혈액질환에 대한 유용한 정보를 제공하는 좋은 검사





이다.

요화학검사(urinalysis)는 소변에서 화학물질 및 요침사를 현미경으로 관찰하는 선별검사이다. 요화학검사는 요시험지봉검사(urine stick, strip)를 이용하여 비중(specific gravity), pH, 단백질(protein, 알부민), 당(glucose), 빌리루빈, 유로빌리로젠, nitrite, leukocyte, heme, keton의 10종류를 측정 가능하며 각각 물질의 농도는 색깔변화에 따라 농도를 파악한다.

임상화학검사는 자동화장비를 이용하여 혈청, 소변, 체액과 시약의 반응을 이용하여 흡광도(spectrometer)로 측정된 빛 흡광량을 이미 작성된 검량선(calibration curve)에 맞대어 농도로 전환된 결과를 보고하게 된다. 간기능검사로 단백질, 알부민, AST (GOT), ALT (GPT), 빌리루빈, ALP, GGT 등을 이용하며, 신장기능검사로 BUN, creatinine, cystatin C, 요 단백질, 요 creatinine 등을 이용하고, 췌장기능검사로 amylase, lipase 등을 이용하며, 심장기능검사는 myoglobin, CK-MB, troponin I, troponin T, BNP (B-type natriuretic peptide), proBNP 등이 있으며, 당뇨병관련검사는 혈당, c-peptide, insulin, HbA1c 등이 있으며, 지질(triglyceride, cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, apolipoprotein a, apolipoprotein B, lipoprotein x), 전해질(sodium, potassium, chloride, calcium, magnesium, phosphorus), iron, TIBC, uric acid 등 다양한 단백, 당, 지질, 효소, 전해질 등의 결과를 제공한다.

진단면역학에서는 항원-항체반응을 이용하여 바이러스, 종양 표지자, 호르몬, 약물농도, 면역관련 여러 검사(RF, anti-CCP, ANA 등), 감염검사(VDRL, ASO), 면역글로불린(IgG, IgA, IgM, IgE, IgD), 보체(C3, C4), 신생아선천성대사질환검사 등을 시행하고 있다. 임상화학 및 진단면역학검사들은 자동화기기에 서 하나의 검체에서 여러 가지 검사를 동시에 분석되기 때문에 업무적으로 영역구분이 불분명한 상황이 되고 있다. 종양표지자의 대표적인 것으로는 간암에서 AFP, 대장암에서 CEA, 전립선암에서 PSA, 유방암에서 CA15-3, 난소암에서 CA125 등이 있으며 장점으로서는 암을 조기에 진단이 가능하며 치료효과 판정을 하는데 좋으나, 모든 암에서 종양표지자를 분비하지 않는 것이 단점이다.

세포유전학에서는 염색체를 분석하여 염색체 수, 결손(deletion), 전좌(translocation) 등을 파악하여 염색체 이상여부를 파악하는 질병과의 관계를 규명하고 있다.

분자유전학에서는 각종 미생물, 암세포의 핵산(DNA, RNA)의 염기서열을 파악하여 감염균을 파악하여 적절한 항생제, 항바이러스제, 항결핵제 등의 선택에 도움을 주고 있으며, 인체 핵산에서는 유전질환 규명, 암세포에서 유전자 변이에 따른 항암제 선택 등을 할 수 있는 정보를 제공하는 맞춤형의학의 영역을 담당하고 있다.

이처럼 진단검사의학 검사를 실시하는 목적은 1) 확실한 진단 및 감별진단, 2) 질병의 경중(severity) 및 시기(stage), 3) 환자의 추적관찰 및 예후판정, 4) 건강검진이나 선별검사를 통한 질병 발견 또는 예방, 5) 입원 또는 수술을 위한 사전 준비, 6) 의료상의 법적 뒷받침 또는 객관적 치료 제공, 7) 유전상담 등 다양한 목적으로 실시하고 있다.

임상미생물학에서는 감염에 관련된 세균, 바이러스, 결핵균, 진균 등 각종 미생물을 염색 및 배양을 통하여 균을 동정하고 항생제감수성검사를 하여 감염 치료에 중요한 자료를 제공하고 있다.



그러나 대부분 문제 해결은 하나로 해결할 수 없듯이 “환자의 질병을 파악하기 위해서는 환자의 증상 (symptom) 및 징후(sign)를 중심으로 신체검사(physical examination)을 근거로 질병을 파악하며, 진단 검사의학 검사 및 영상의학 영상이미지 등은 확진하는데 자료를 제공하고 있어 진단에 필요한 검사를 파악 하고 판독하는 것이 요구된다.

# 비만의 한방처방과 영양학적 접근

김호준

동국대학교 한의과대학

비만은 단순히 미용의 문제를 떠나 전반적인 건강에 중요한 영향을 미치는 인자로 인식되고 있고 WHO에 의해 질병으로 간주되고 있다. 비만을 ‘치료’한다는 것은 ‘살을 빼다’는 것과 근본적으로 다른 말이다. 비만 치료의 목표는 비만과 관련된 동반질환의 위험을 낮추고 비만의 원인이 되는 대사적인 문제를 해결하는 데 있다. 이러한 대사적 불균형과 관련 질환을 숙지하고 그 원인에 대해 적절한 한약처방과 영양처방을 운용하는 것은 한방비만치료에 있어 매우 중요하다.

서양의학에서 비만치료에 사용하는 약물의 작용기전은 섭취량을 줄이기 위해 식욕을 억제하거나 소화관에서 흡수를 방해하는 방법과 소비량을 늘리기 위해 열발생을 촉진하는 방법이 주로 사용되고 있다.

한의학에서 사용되는 한방처방은 주로 변증을 바탕으로 한 개별 맞춤 처방이 원칙이며 이는 한의학의 중요한 장점이라 할 수 있다. 현재 한의학 연구원의 6개 변증이 비만의 변증에 있어 가장 연구가 활발히 이뤄진 상황인데 비허, 담음, 양허, 간울, 식적, 어혈 등으로 각각의 변증유형에 대한 처방을 운용할 수 있다. 10 문항 내외의 설문과 한의사의 진단을 결합하여 변증을 한다. 반면, 식욕을 억제하고 대사를 개선시키며 저열량식이로 인한 부작용을 개선시킬 목적의 통치방 또한 응용해 볼 수 있다.

최근에는 전통적인 관점에서의 한약 처방 뿐 아니라 생약학적 관점에서 한약재를 운용하는 것도 임상에서 참조해 볼 만하다. 이미 마황은 한방임상에서 널리 사용되고 있고 지각, 진피, 인삼, 의이인 등도 비만과 이상지질혈증에 많은 연구가 이루어져 있다.

영양학적인 관점에서 갑상선의 불현성 기능저하증, 부신의 기능저하, 소화기능 저하, 장내 미생물 불균형, 간의 해독기능 저하, 성호르몬 불균형, 저환기 증후군 등의 문제도 비만과 이상지질혈증에 관여하므로 적절한 영양제의 사용도 한방 임상에서 새로운 대안으로 고려해 볼 만 하다.



2010

전국한의학학술대회



**Oral**  
총청권역



# 한의학과 근거중심의학

신병철

부산대학교 한의학전문대학원

## 근거중심의학(EBM: Evidence based medicine)이란?

근거중심의학이란 “현존하는 최상의 근거를 성실하고 명료하며 현명하게 사용하여 개개인 환자들의 치료에 대한 의사결정을 하는 것이다. 이에 대한 실행은 체계적인 연구를 통해 얻어진 최상의 외적 임상근거를 각 임상가의 전문적 식견과 통합함으로써 이루어질 수 있다.”라고 Sackett(1996)박사는 정의하고 있다.

## 왜 한의학에서 근거중심의학이 필요한가?

전통적 의학은 임상경험을 중시하며 결정의 수단으로 명성이나, 서열, 나이 등이 중요시된다. 이러한 경향은 특히 한의학에서 두드러진데 근거중심의학은 최적의 연구근거를 기반으로 임상전문가와 환자의 가치를 융합하여 판단(Sackett, 2000)하게 된다. 높은 한방의료의 질과 안전성을 담보하고, 한의학 임상연구가 녹아난 의료수행을 실천하며, 경우에 따라서는 환자의 의료비 감소를 유발할 수 있다면 최상의 한방医료를 수행한다 하겠는데, 이러한 의료의 수행에 필수적인 방법론이 근거중심의학의 수행이다.

## 한의학의 근거 수준

현재 Pubmed를 통해 검색한 침의 논문수는 15,473개, 뜸 논문수는 1,649개(2010.08.04일 현재)이며, 침은 요통, 치통, 골관절염, 테니스엘보, 오심구토, 불면, 위내시경전 불안증 등에 효과가 있다는 근거를 갖고 있는 것으로 보고되고 있으며, 뜸은 폐경 후 안면홍조, 역산의 방지, 통증조절, 뇌졸중, 암치료의 보조요법으로 제한된 근거를 보이고 있다. 이러한 근거의 축적으로 영국(NHS, 2009)에서는 가이드라인을 통해 2009년 5월 요통의 치료에 운동, 수기치료와 더불어 침시술을 고려할 것을 추천하고 있다.

## 국내외의 상황

코크란 센터를 중심으로 보았을 때 중국은 1996년 7월 사천대학 화서의원(청도)에 중국 코크란센터가 설치되었고, 중의약대학으로는 북경중의약대학, 천진중의약대학에 EBM 센터가 설치되어 연구를 활발히 하고 있다. 일본의 경우 2010년 Kampo의학의 근거를 수집하여 345 무작위배정 임상연구(RCT: randomized



clinical trial)를 정리하였으며, 한국의 경우 오스트리아 코크란센터의 node가 2007년 고려대학교에 설치되어 있다.

### 근거중심 의학을 향한 한의학의 방향

한국 한의학의 임상연구를 무작위배정 임상연구를 중심으로 검토하였을 때, 첫째 임상연구방법론의 엄격성이 요구된다. 특히 적절한 무작위배정방법의 사용, 배정은닉, 샘플수 추정에 대한 통계적 방법의 사용 등이 특히 취약하다 평가된다. 둘째, 다기관 임상연구 수행을 위한 적절한 연합체나 구성원간의 경험이 부족하다. 셋째, 임상연구를 수행할 적절한 재원확보, 인프라, 인력양성프로그램이 필요하다. 또한 수행된 임상연구와 생성된 한의학 근거를 교육, 확대 시키는 작업과 노력이 필요하다.

### 참고문헌

1. 권상욱. 근거중심의학의 사상. 의사학. 2004;13(2):335-346.
2. David L. Sackett 외. 근거중심의학. 아카데미아. 2004.
3. 호주코크란센터, <http://www.cochrane.org.au/>
4. 박병주. 근거중심 보건의료. 고려의학. 2009.
5. Straus SE. Evidence-based medicine in practice (Editorial). ACP Journal Club. 2002 May-June; 136:A11.
6. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. Clin Orthop Relat Res. 2007 Feb;455:3-5.



# 인대손상에 대한 가침 전열침(가열식 화침)의 효과연구

허동석

대전대학교 한방재활의학과

족관절 염좌는 모든 염좌 질환 중 가장 흔히 발생하는 질환이며, 생활수준의 향상과 더불어 스포츠 및 레저활동의 증가로 발생빈도가 높아지고 있다. 특히 스포츠 활동 중 가장 흔한 손상으로 족관절 염좌의 80% 이상이 내반 염좌로서 전거비 인대와 종비 인대로 구성되는 외측 측부 인대의 손상이 발생한다. 대부분의 환자는 거의 완전히 회복되지만, 손상 초기에 치료를 소홀히 하는 경우에는 20-40% 정도에서 동통과 불안정성을 보이는 만성 재발성 염좌로 진행되기 쉬우며, 치료도 어려워진다.

한의학에서 족관절 염좌에 대한 치료로는 침구치료, 약물요법, 부항요법, 이침요법, 동씨침법 그리고 온침요법, 가침 전열침(傳熱鍼, 가열식 화침)요법 등의 신침요법이 시행되고 있다. 신침요법 중에서 온침요법과 가침 전열침(傳熱鍼, 가열식 화침)요법은 임상에서 인대 손상부위나 족관절 염좌, 외상과염, 요각통, 슬통 등의 근골격계 질환에 활용되어 효과적인 치료 결과를 얻고 있으나, 이에 대한 국내연구로는 부족한 것이 현실이다.

이에 족관절 염좌를 유발한 쥐에서 온침을 시행하여 치유 과정에 관련된 세포학적, 분자학적 결과로 객관적인 토대를 마련함과 동시에, 급성 족관절 2도 염좌 환자를 대상으로 온침과 유사하나 그 치료 방법이 다른 가침 전열침(가열식 화침)요법을 시술하여 유의한 결과를 얻어 보고하는 바이다.

## 손상된 인대의 회복에 대한 온침의 효과

### 목적

온침은 인대의 손상을 포함한 물리학적 병변과 여러 가지 질병에 대한 치료로 한의학에서 사용되어 왔다. 하지만 세포학적, 분자학적 기전에 대한 근거는 거의 알려져 있지 않다. 이에 족관절 염좌를 유발한 쥐의 모델에서 손상된 인대에 대한 온침의 효과에 대하여 조사하였다.

### 방법

우측 뒷발 족관절 염좌를 유발한 쥐들을 4주와 8주 후 각각에 대하여 매주 1회 6주간 환측 족관절 전외측 부위(GB40, 丘墟)에 온침을 시행하였다. 인대 조직을 박리하여 Western blotting and Immunofluorescence, RT-PCR에 의하여 단백을 분석하기위해 사용하였다. Hoechst 핵 염색법은 각 세포수를 측정하는데,



Masson's trichrome 염색법은 콜라겐 섬유를 시각화 하는데 사용하였다.

### 결과

온침 자극을 시행한 인대 조직에서 phospho-Erk1/2 활성 수준은 단지 손상만 유발된 군에 비하여 증가하였다. 또한 phospho-Erk1/2는 Cdc2 kinase에 의해 세포주기를 진행하는데 있어서 중요한 것으로 알려진 cyclin B1 단백질의 발현과 양의 상관관계로 증가하였다. Hoechst 핵 염색법으로 확인된 섬유아세포 핵의 수는 온침을 시행한 군이 손상만 유발된 대조군 보다 증가하였다. 온침을 시행한 군이 손상만 유발된 대조군에 비하여 type III 콜라겐 mRNA와 단백질의 발현이 증가하였다. Masson's Trichrome 염색 결과는 온침 시행군에서 콜라겐 섬유의 시각적 강도가 손상만 유발된 대조군보다 증가하였다.

### 결론

본 실험결과에서 족관절 염좌 후 4주, 8주 후에 온침의 자극이 치유과정에 효과적인 것으로 보여진다. 현재의 쥐 염좌 모델은 온침에 의한 조직 재생의 근원을 세포학적, 분자학적 기전으로 설명하는데 대하여 유용할 것으로 생각된다.

## 가칭 전열침(傳熱鍼)이 급성 족관절 염좌로 인한 전거비 인대 손상에 미치는 임상적 효과

### 목적

급성 족관절 염좌로 인한 전거비 인대 손상에 전열침의 유효성을 알아보기 위함

### 방법

2008년 10월 31일부터 2009년 7월 21일까지 대전대학교 부속 대전한방병원 한방재활의학과 외래에 족관절 염좌로 내원한 전거비 인대 부위에 피하출혈 및 부종을 동반하며, 체중 부하시 통증을 호소하는 2도 염좌 환자 중 발병 1주일 이내이며, 다른 치료를 받지 않은 11명을 대상으로 하였다.

환측 족외과의 경계를 확인한 후 볼펜으로 섬유-골막 연결부에서부터 인대 부분을 압박하여 심한 통증이나 jump sign이 나타나는 곳에 0.25 mm × 40 mm stainless steel 멸균호침(동방침구사, 한국)을 자입하여 피부에서 1 cm 떨어진 침체 부위를 가스라이터로 5~7초 정도 가열하며, 환자가 뜨겁거나 따끔거림을 호소하면 1초 후 가열을 중단하였다. 침체를 가열할 때 불꽃이 피부를 향하여 화상이 입는 것을 방지하기 위해 자체 제작한 방열판(60 mm × 90 mm)을 사용하였으며, 치료 후 화상 방지를 위해 Silver sulfadiazine 10 mg 성분의 연고로 후처치하였다.

치료 성적은 치료 시작 전에 Pressure algometer를 통한 통증 역치(pain threshold)와 시각 사상 척도(visual analogue scale, VAS)를 통한 자각적 통증 강도로 평가하였다. Pain threshold와 VAS의 측정은 치료 전과 1회 치료 후, 2회 치료 후 약 1주일 간격으로 실시하였고, 2차 평가는 2회 치료를 받은 11명만 실시하였다.



## 결과

1. 전열침 1회 시술 후 pain threshold와 VAS는 모두 통계적으로 유의성 있는 변화를 보였다.
2. 전열침 2회 시술 후 pain threshold와 VAS 변화는 1차 시술 후에 비하여 유의성은 없었다.
3. 족관절 좌우 전거비 인대의 pain threshold와 VAS 변화는 유의성이 없었다.

## 결론

전열침은 급성기 족관절 염좌로 인한 전거비 인대 손상에 통증 감소의 효과가 있으며, 좌우 전거비 인대에 따른 차이는 없음을 알 수 있었다.

## 가칭 전열침(傳熱鍼)이 급성 족관절 염좌로 인한 전거비·종비 인대 손상에 미치는 임상적 효과

### 목적

급성 족관절 염좌로 인한 전거비, 종비 인대 손상에 대한 전열침의 유효성을 알아보기 위함

### 방법

2008년 9월 16일부터 2010년 4월 17일까지 대전대학교 부속 대전 한방병원 한방재활의학과 외래에 족관절 염좌로 내원한 환자 중, 발병 1주일 이내에 다른 치료를 받지 않은 2도 염좌로 종비 인대 손상 12명과 전거비 인대 손상 16명을 대상으로 하였다. 치료 부위는 전거비 및 종비 인대 부위의 최압통점을 이용하였으며, 나머지 시술 방법은 전거비 인대와 유사하게 시행하였다. 치료 성적은 치료 시작 전에 Pain threshold와 VAS를 통한 자각적 통증 강도로 평가하였다. Pain threshold와 VAS의 측정은 치료 전과 1회 치료 후, 2회 치료 후 약 1주일 간격으로 실시하였고, 2차 평가는 2회 치료를 받은 11명만 실시하였다.

## 결과

1. 전열침 1회 치료 후 pain threshold와 VAS는 종비·전거비 인대에서 모두 통계적으로 유의성 있는 변화를 보였다.
2. 전열침 2회 치료 후 1회 치료와의 비교에서 VAS는 종비·전거비 인대 모두 통계적으로 유의성 있는 변화를 보였다.
3. 전열침 2회 치료 후 1회 치료와의 비교에서 pain threshold는 종비·전거비 인대 모두 유의성이 없었다.
4. 전거비 인대와 종비 인대에 따른 pain threshold와 VAS의 차이는 유의성이 없었다.

## 결론

전열침은 급성 족관절 염좌로 인한 전거비 인대 손상 뿐만 아니라 종비 인대 손상에도 통증 감소의 효과가 있으며, 또한 종비·전거비 인대에 따른 통증 강도의 차이는 없음을 알 수 있다.

# 자세 및 체형교정을 통한 만성통증의 치료

송윤경

경원대학교 한방재활의학과

우리 몸의 연부조직 즉, 뼈와 관절을 제외한 근육, 건, 인대, 건막, 골막, 근막 등의 섬유성 결합조직은 섬유로 구성된 조직으로서, 포괄하여 결합조직(connective tissue) 혹은 근막(fascia)로 불리운다.

중간엽(mesenchyme)에서 유래하는 결합조직은 섬유성 결합조직(근육, 건, 인대, 건막, 골막, 근막) 뿐만 아니라 연골, 뼈, 혈관, 지방조직으로 분화된다.

근막(fascia)은 근섬유와 근육을 싸고 있는 막인 근내막/근외막(myofascia)을 포함하여 건을 싸고 있는 건초(tendon sheath)와 건막(aponeurosis), 신경을 싸고 있는 신경초(nerve sheath)와 신경막, 뼈를 싸고 있는 골막(periosteum)과 신체를 특정 부위로 구획지어주는 근막구조(ex 액와 근막, 흉부 근막 등) 등과 내장기관을 싸고 있는 근막까지 우리 몸의 형태를 만들고 유지하는 모든 막성 구조이다.

근육과 근막의 기능장애는 근골격계에서 뼈를 잡아 당겨 관절의 위치를 변화시키거나 신경, 혈관, 림프관의 순환에 영향을 미칠 수도 있으며, 간질액의 흐름도 방해한다.

근육의 문제는 주로 단축/과긴장, 신장/약화 등 길이와 장력의 변화로 나타나게 되며, 이 때 관련되는 고유수용기는 근방추(muscle spindle)와 골지건기관(golgi tendon organ)이다.

근방추는 신장수용기(stretch receptor)로서, 추내근섬유의 신장을 감지하여 척수로 신호를 보내 추외근섬유(근섬유)를 수축시키는 역할을 하며, 근육의 단축은 근방추가 신장수용기로서의 역할을 하지 못할 때 유지될 수 있다. 이것은 근방추가 위치하는 근복부(muscle belly) 부위의 압통점(tender point)로서 확인할 수 있다.

골지건기관은 장력감수기로서, 장력의 증가나 감소를 감지하여 척수로 신호를 보내 조절하는 작용을 하며, 과도한 긴장과 약화는 골지건기관이 장력감수기로서의 역할을 상실했을 때 유지될 수 있다. 주로 근-건 연결부, 건, 건-골막연접부 등에 위치하며, 저항을 유발하는 축진을 통해 장력의 증가 혹은 감소를 확인할 수 있다.

다시 살펴보자면, 피부와 근막의 결합조직에 위치하는 수용기는 네 가지 범주로 귀결되는 데, 기계적 수용기, 유해자극수용기, 온도수용기, 화학적 수용기이며, 그 중 기계적 수용기 (혹은 고유수용기,



Mechanoreceptor)에 근방추 muscle spindle, 골지건기관 Golgi tendon organs, 관절낭수용기 Joint capsule receptor, 피부수용기 등이 해당된다.

고유수용기는 관절구조, 건, 골격근에 존재하는 잘 분화된 수용기로서, 주위구조의 위치나 장력의 변화를 감지하고 신경계의 다른 부위에 이 정보를 전달하기 위하여 신경임펄스를 발생한다. 즉, 근육의 길이나 근 수축력은 물론 관절각도(관절자세), 관절운동속도, 관절압박 등 순간의 변화가 → 척수나 뇌의 중추로 전달 → 이러한 중추신경계의 정보는 눈의 망막(시각)이나 내이의 전정기관(균형과 위치감각 담당)같은 다른 감각기관으로부터 들어오는 정보와 통합 → 통합된 감각정보는 뇌의 운동조절중추가 자동적으로 운동단위의 위치, 형태, 수, 빈도를 조정하는데 사용되며 따라서 원하는 운동에 적절한 근장력이 발생하는 것이다.

근막의 문제는 주로 섬유화, 긴장 등 점성(viscosity)과 탄성(elasticity)의 변화에 의해 나타나게 되며, 점/탄성의 변화가 가역적인 범위를 초과하여 지속될 경우 섬유성 변형이 유지되는 변형성(plasticity)이 나타난다. 또한, 간질액 흐름의 저하는 조직의 전반적인 굳어짐의 형태(액체 상태 sol의 반고체 상태화 gel화)로 관찰되며, 이를 요변성(thixotrophy)이라 한다.

근육 및 근막에 대한 치료는 아직 명확하게 정립되지는 않았으나 주로 정골의학적 기법의 범주에 해당되는 수기요법이 있으며, 좌상·역좌상기법(SCS, strain-counterstrain technique), 근에너지기법(MET, muscle energy technique), 근막이완술(MFR, myofascial release), 자세이완치료(PRT, positional release therapy), 기능적기법(FT, Functional technique), 두 개천골치료(CST, cranosacral therapy) 등이 그 범주에 해당된다.

여러 가지 기법을 각각에 대하여 공부하는 것도 좋지만, 치료할 목표가 되는 조직, 근육-근막, 인대성-관절의 기능장애의 특성과 기법의 원리를 파악하면, 효과적으로 치료하기 위한 통합기법의 응용이 쉬워질 수 있다.

또한, 근육/근막의 문제를 '어떻게 진단할 것인가'가 치료에 앞서 가장 중요한 문제이며, 이에 대한 것은 주로 근육/근막의 문제가 통증, 운동장애, 자세/체형의 변화로 나타나게 되기 때문에 증상에 대한 병력청취, 이학적 검사, 시진 혹은 기기를 이용한 자세/체형 진단을 먼저 시행하게 된다.

그러나 치료할 대상이 되는 근육/근막의 문제를 확인하기 위한 촉진이 가장 중요하며, 이것은 체성 기능장애(somatic dysfunction) 혹은 정골의학적 기능장애(osteopathic dysfunction)는 몸에서 체성 반사점(somatic reflex point)으로 확인할 수 있기 때문이다.

근육의 단축/과긴장, 신장/약화로 인한 불균형과 근막의 섬유화, 긴장 등으로 인한 운동제한과 고정성이 3개월 이상 지속될 때 2차적 생화학적 변화(콜라겐 감소 등)가 나타나게 되며, 수기(manipulation)요법, 침치료, 물리치료 등을 통하여 회복이 가능하다.



이상의 내용을 주로 만성적인 통증 환자에 대한 자세 및 체형교정의 측면에서 임상에서 적용하기 위한 관점으로 정리하여 보면(추나요법을 중심으로) 다음과 같다.

**1. 대상 조직**

- 근육-근막
- 인대-관절
- 근막-건-인대-내장

**2. 치료방법**

- 직접(direct);
- 간접(indirect)

**3. 진단방법**

- 압박
- 저항/긴장 유발

**4. 치료방법**

- 허혈성 압박
- 압박 + 자세만들기(근육의 단축 방향 or 특정항 신체 자세); 단축/이완되는 방향
- 등척성 운동 + 저항
- 견인
- 3차원적으로 균형지점을 찾은 상태에서의 압박/긴장 유지; 적용 예. 주관절-완관절, 슬관절-족관절

**5. 치료시 점검사항 및 순서**

부 위	치료 부위	
	근육-근막	인대-관절-뼈
1. 두경부	후두하근-전두직근-외측두직근-경장근	후두골-두정골.
	각 구조에 대한 균형을 이룬 후 시상병합 압박/이완	
2. 흉곽상부	전경근막-사각근(전, 중, 후)-견갑거근-1늑골-늑거근	흉골-쇄골-늑골 관절.오구-쇄골관절 늑쇄인대-늑오구인대-쇄골이근
	흉골-쇄골-견갑골, 흉골-1늑골-1흉추가 이루는 2개의 circle 전후/좌우 균형 이루기	



3. 흉곽하부	전거근, 횡격막	흉골, 늑골(전면, 측면, 후면), 늑연골
	전면(흉골, 늑연골, 늑골하부-횡격막), 측면(중부늑골), 후면(흉추-늑골관절, 늑골각, 늑골하부)의 상태 확인 후 교정	
	흉곽과 골반대와의 전후/좌우 균형 이루기 - 흉곽 하부(전면, 후면)/장골(ASIS, PSIS). 내/외 복사근	
4. 골반대	장요근, 고관절 외회전근(이상근, 중둔근, 상쌍자근, 내폐쇄근, 하쌍자근, 대퇴방형근), 고관절 외전근(대퇴근막장근, 장경인대) 고관절 내전근	천골, 천장관절, 장골 염전 서혜인대, 장요인대 고관절
	천골, 장골 염전 확인 후 교정, 서혜인대, 장요인대 압박/이완, 관련 근육-근막 구조 확인 후 압박/이완, 고관절 테크닉	
5. 하지	슬와근막, 족저근막	슬관절, 경-비골, 족관절
	골반대에 대한 하지의 정렬상태 확인. 횡적인 구조의 이완 후 종적인 구조의 균형 이루기	
6. 견갑대 /상지	회전근개(극하근, 소원근, 극상근, 견갑하근) 주관절 굴근, 회내근	견갑-흉곽관절, 견관절, 주관절, 완관절, 중수지절관절, 지절관절
	견갑대에 대한 상지의 정렬상태 확인. 상지의 굴곡 및 회내경향에 대한 교정	

# 노인성 질환에 대한 한의학 이론 및 임상기법

이철완

한국노인병연구소

한의학의 最古 문헌인 內經, 上古天真論에서는 인체가 성장해서 성년이 되고 늙어 가는 과정을 인체의 변화와 함께 연령별로 묘사하였고, 인체의 노쇠는 腎氣와 밀접한 관계가 있다고 서술하였다. 노화는 생리적인 노화와 병리적인 노화로 나눌 수 있는데 생리적 노화란 생물학적으로 연령이 늘어감에 따라 나타나는 퇴행성 변화를 말하며, 병리적 노화란 각종 질병으로 노인이 되어 가는 것을 말한다. 노인의 적정 연령은 그 해석이 분분하지만 50부터를 初老로 보는 것이 일반적인 견해이다. 하지만 현재의 의료기술, 환경, 사회적 제도 및 개인차를 감안하면 연령적으로 노인을 정의하는 것은 큰 의미가 없다고 하겠다.

중국의 경우 춘추전국시대의 제자백가들의 이론과 황제내경은 한의학의 전통노인보건학설의 기틀을 마련하였고 이후 수대의 顏氏家訓, 남북조시대의 養性延命錄, 당대의 千金要方과 千金翼方 등에서는 노인양생법에 대한 기초 이론을 제시하고 있다. 송대의 陳直은 이전의 양생문헌과 노인섭생에 대한 내용을 종합한 노인종합서적인 養老奉親書를 발행하였는데 이는 서양보다 6백여 년 빠른 것으로 이후 원대 鄒鉉의 壽親養老新書로 이어져 발전된다. 또한 명대 劉宇의 安老懷幼書·安老, 徐春甫의 老老餘編, 洪梗의 食治養老方, 청대 曹庭棟의 老老恒言, 石光墀의 仁壽編 등으로 계승되어 독특한 노인의학의 틀을 만들어 왔다.

한편 한국에서도 東醫寶鑑을 중심으로 노인양생과 노인병치료에 대한 내용을 소개하고 있다. 동의보감 老因血衰에서는 노인병의 증상을 소개하고 있고, 老人治病에서는 노인 생리에 맞는 치료방법과 처방을 제시하고 있으며, 老人保養에서는 평소 섭생방법과 함께 늘 먹어 도움 되는 처방을 소개하고 있는데 이후 발간된 廣濟秘笈, 濟衆新編, 東醫壽世保元 등에 인용되었고 많은 醫家들에게 영향을 주어 노인의학의 기틀을 만드는데 기여하였다. 특히 이제마선생이 저술한 동의수세보원에서는 정신과 체질적인 특성을 고려한 체질의학의 선보여 개인에 따른 양생법을 제시하고 있다.

현재 국내의 노인의학 관련 연구 및 학술 단체를 살펴보면 서양의학의 배경으로 한 대한노인병학회, 대한임상노인학회, 대한노인정신학회, 대한치매연구소 등이 있고 유관단체로는 한국노년학회, 한국노화학회, 노인간호학회, 한국노인문제연구소 등이 있으며 한의학 관련 연구단체는 한국노년의학회, 향노화학회와 한국노인병연구소 등이 있다.

노인의 생리, 병리적 특성은 醫學入門에 잘 요약되어있는데 “노인은 정혈이 모두 소모되어 七竅가 정상





을 잃으므로 울어도 눈물이 없고 웃을 때 눈물이 많이 나며 재채기가 나지 않아도 콧물이 나고 귀에서는 매퍼미소리가 나며 식사량이 적고 입이 마르며 잠을 잘 때 침을 흘리고, 소변보기 힘들기도 하고 遺尿하기도 하며 大便不通 혹은 설사하게 되고 낮에는 졸린 듯 하며 밤에는 잠을 이루지 못하게 된다.”고 하였다. 전통노년의학에서는 노인층에 나타나는 노인성질환을 관련 장부와 증상으로 파악하는데 心, 血, 脈 삼자 기능의 협조저하, 心血부족, 肺氣허쇠, 衛氣부족, 津液감소, 肺의 宣發肅降기능저하, 脾氣허쇠, 肝血 肝陰부족, 化源부족, 腎의 氣化 및 攝取작용부족, 腎精부족, 精髓불충, 膽氣부족, 大腸의 津液고갈 등으로 요약하고 있다.

노인보건의 원칙은 1) 자연에 순응, 2) 음양의 평형 조절, 3) 정, 기, 신 보양, 4) 動靜의 균형, 5) 음식조절, 6) 규칙적인 생활, 7) 약물의 도움 등이며, 노인병에 대한 한의학의 범주는 연령에 따른 전신질환과 證候이며 그 치료 원칙으로는 저하된 장부를 補하고 증상에 따른 변증시치를 기본으로 삼는다. 노인성질환의 임상기법으로는 침, 구, 복약 및 부항 등의 상용 치료방법과 도인안교, 기공, 식이, 약물외용 등의 건강유지 방법으로 대별되는데, 전자는 질병의 치료와 관리에 중점을 두고 있고, 후자는 예방과 노화방지 등에 그 활용도가 크다.

한의학의 가장 큰 장점은 자연의 법칙과 함께 한다는 것이다. 자연의 법칙 중에는 인간으로서 반드시 지켜야 할 기본 윤리가 있는데 전통적으로 내려온 사상 중 忠孝를 들 수 있다. 충효사상은 단순히 도덕적인 내용이 아니라 한 국가나 가족을 건전하고 건강하게 성장시킬 수 있는 영양제로 현재와 같이 복잡하고 원칙이 흔들리는 사회에서는 반드시 채택해야 할 사회 윤리라 하겠다. 특히 노인의 건강문제와는 관계가 깊어 노인층의 정신적 안정과 여유를 갖게 할 수 있는 좋은 처방이 된다.

노년층 건강을 위한 한의학의 역할은 의학적인 면에만 국한해서는 안 된다. 이점은 서양의학도 마찬가지이다. 그러나 한의학은 노인의 건강과 질병관리에 보다 쉽게 접근할 수 있는 학문적 특성이 있다. 이러한 특성은 관련된 주변 학문과 쉽게 협조할 수 있으며 협력을 통해 보다 나은 노인 건강이론을 만들 수 있다.

또한 노인층의 문제는 단순히 신체적인 노화에 국한되는 것이 아니라 정신적인 노화나 정신건강도 중요하게 다루어야 할 내용이다. 비록 몇몇 질환은 학력이나 사회적 지위, 능력과 관계없이 인간의 정신건강을 저해하고 있지만 대다수의 노인은 신체의 노화와는 달리 정신건강을 유지하고 있다. 이러한 정신적 역량은 개인에 따라 차이가 나고 참여했던 분야도 달라 일률적인 해석은 곤란하다. 더욱이 노인의 정신질환과 이에 대한 관리는 개인의 과거와 환경을 참고하여야 하고 이에 따른 대책도 개인차를 두어야 한다.

신체적 노화에 따른 관리는 물질적인 개념과 유사하여 일률적이고 합리적인 방법이 가능하지만 정신적인 측면은 이보다 훨씬 복잡하다. 따라서 개인의 능력, 수준, 환경 등에 부합되는 총체적 관리가 필요하며 이를 위해 의료의 형태나 의료기관의 수준도 다양하게 설정할 필요가 있다. 특히 의료의 시스템이나 시설은 각 연령층에 맞는 적절한 형태로 발전되어야 하지 일률적인 의료체계로는 효과적인 관리가 어렵다.

결국 노인성질환의 한의학적 접근방법은 서양의학의 치료방법과 달리 개체의 전체성과 자연치유력의 회복능력에 주안점을 두고 이를 효과적으로 수행하여야 하며 이런 한의학적 장점이 고령시대를 건전하고 건강하게 이끄는 방안이 될 수 있다.





2010

전국한의학학술대회

**Oral**  
서울 권역



# 어혈병태의 과학적 해명

Terasawa Katsutoshi

일본동양의학회 회장

伝統醫學과 科學과의 관계는 아마 永遠의 課題일 것이다. 이 大問題는 「人間의 存在」와 科學과의 關係에 歸着하기 때문이다.

現代 中醫學의 많은 臨床家나 研究者가 「科學과의 關係를 논할 必要는 없다. 모든 法則은 이미 『黃帝內經』을 시초로 한 古書에 기록되어 있다.」고 主張하며, 이 思想을 세상에 流布하고 發展시켰으면 좋겠다는 見解도 있지만, 演者는 이 생각에 全面的으로 贊成할 수는 없다.

물론 科學에는 決定的인 欠点이 있다. 그것은 心과 體를 二元的으로 포착하는데다가, 要素還元論에 따르기 때문이다. 그러나 傳統醫學이 가진 統合的인 病態認識의 一部라도 이 科學의 手法에 따라 解明하고, 그것에 따라 顛倒醫學의 病態認識의 妥当性を 解明할 수 있다면, 傳統醫學의 知惠나 구조가 普遍的인 知로서 이해되어 새로운 展開도 可能하게 된다.

演者는 이와 같은 관점으로부터 傳統醫學의 科學的 解明을 進행해왔다. 그 중에서 이번에는 특별히 「瘀血病態」를 채택하여 지금까지의 代處를 紹介하고 싶다.

우선 研究의 第一歩로서 「瘀血의 診斷基準」을 作成했다. 이것은 우리가 經驗的으로 몸에 익힌 瘀血의 診斷을 0/1/2/3의 점수로 評價하고, 지금까지의 教科書的에 惡血과 關連하여 기록되어 온 많은 症候나 症狀의 存在를 0/1/2/3 段階로 評價하여, 兩者의 關連을 多變量解析의 手法에 따라 加중치를 부여한 것이다.

이 「瘀血점수」를 基準으로 重度의 瘀血病態와 非瘀血病態 患者의 血液性狀을 檢討했다. 그 결과,

1. 瘀血病態에서는 血液粘度가 上昇하는 점,
2. 赤血球 凝集이 高조되는 점,
3. 赤血球의 變形能이 低下하는 점,
4. 眼球結膜의 武將循環을 顯微鏡的으로 觀察하면, 赤血球의 凝集이 觀察되어 流速、流量이 低下하는 점,
5. 이 原因으로서 架橋分子로서 低分子 蛋白質이 關与하고 있을 可能性이 있는 점,
6. 驅瘀血劑로 불리는 漢方方劑는 이 血液性狀의 異常을 改善하는 效果가 있는 점을 분명히 했다. 이러한 研究 成績을 逐次 紹介하고 싶다.

# 急性期の 漢方治療

Mitsuma Tadamichi

이즈카 병원 한방진료센터장

漢方醫學의 特徵 중 하나는 自然界에 存在하는 相對的인 二面性, 즉 陰陽을 重視하는 것이다. 漢方醫學的인 病態인 証에 대해서도 陰証인지 陽証인지가 基本이며 重要하다. 그 외 表裏、虛實、寒熱 등도 一種의 陰陽이고, 生藥의 藥性도 寒熱 혹은 涼溫과 相對的으로 分類된다.

『傷寒論』은 急性熱性 疾患을 모델로 하여, 그 臨床經過에 따라 轉變하는 病態와 그 病態에 對應하는 治療手段을 實際의 臨床經驗에 근거하여 진술하는 實踐書이며, EBM의 元祖이다. 이 『傷寒論』에 따르면 病氣는 陽証에서 陰証으로 進行하여, 前半의 陽証期와 後半의 陰証期를 다시 각각 세 개로 나누는 六病位가 記載되어 있다. 즉 陽証의 시초인 太陽病、陽証의 極期인 陽明病、兩者 中間의 少陽病、陰証에서 陽証으로의 移行期 (陰証의 入口) 인 太陰病、本格的인 陰証의 少陰病、陰証의 극한인 厥陰病으로 순서를 정하고 있다. 이 六病位는 慢性疾患에도 應用할 수 있지만, 急性症 중 熱性疾患의 治療에 크게 도움이 된다. 또한 本來 漢方은 急性疾患의 治療를 자랑으로 여긴다.

가장 가까운 急性疾患으로서 感冒나 인플루엔자 등의 呼吸器 感染症이 있다. 初期에는 대부분이 太陽病이며, 早期에 漢方藥의 服用을 開始하는 것으로 15分 以內에 效果가 出現한다. 이 때에는 특히 服用方法의 配慮가 重要하고, 漢方藥은 따뜻하게 해서 服用하며, 服用間隔을 두지 않게 配慮하면 卽 効性이 發揮된다. 우리 漢方診療科 外來에서는 急性期에 使用할 때가 많은 漢方方劑의 製劑 (역기스劑) 가 常備되어 있고, 또 電氣포트에 熱湯이 準備되어 있어 感冒나 인플루엔자 등의 急性期 患者에게는 그 자리에서 漢方藥을 더운물에 풀어 服用 (試服) 하게한다. 試服時의 方劑選擇의 最終的인 方法으로서 脈診이 특히 重要하다. 感冒患者17例의 調査結果에서는 最初의 服藥으로부터 15分 안에 全例의 症狀가 輕減하고, 13例에서 脈의 緊狀이 느슨해졌다. 또한 感冒 이외의 것도 포함한 80例의 試服患者에서는 15分後에 77例에서 效果가 인정되고, 그대로 服藥을 繼續하는 것으로 1週間 以內에 全例가 治癒된다. 試服은 治療的 診斷의 方法으로서 有用하다.

肺炎의 症例에서는 太陽病에서 少陽病으로 變化하는 証 (漢方醫學의 病態) 에 따라 方劑를 變更하여 治癒할 때가 많아 반드시 抗生物質을 必要로 하지는 않는다. 桂枝二越婢一湯 (太陽病) 에서 少陽病期로 進行하고, 柴胡桂枝湯이나 柴胡桂枝乾姜湯 등의 漢方治療만으로 治癒한 肺炎 등을 經驗하고 있다. 또한 冬계에 자주 流行하는 嘔吐下痢症도 漢方治療가 著効하는 例가 많다. 노로바



이러스 感染症이 流行했을 때, 양로원에서 20例의 嘔吐下痢 患者가 發生했다. 거기서 獨自의 手順書에 따라 黃芩湯을 早期부터 服用시켰는데, 3回 以內的 服用으로 75%의 患者의 下痢나 嘔吐가 消失됐다. 黃芩湯은 太陽과 少陽의 合病에 適応된다.

急性症의 治療에는 早期부터의 漢方治療가 卽効的이고 有用하다. 그 때에는 陰陽·六病位의 判定과 脈診이 重要하고, 用法이나 用量의 配慮도 必要하다. 또 頻用處方으로서 桂枝二越婢一湯도 注目된다.

# 알기쉬운 수족냉증의 진단과 관리

원장원

경희의료원 가정의학과

손발이 차다고 호소하는 증상 즉, 수족냉증은 전 인구의 12%가 호소하는 흔한 증상으로 알려져 있다.1) 수족냉증은 다음과 같은 다양한 원인에 의해 발생할 수 있기 때문에 단순히 혈액순환장애로만 생각해서는 안된다.

## 1. 1차성 레이노 현상(레이노병)과 2차성 레이노 현상

레이노 현상은 추위에 노출되거나 정신적인 스트레스 등에 의해 혈관이 과도하게 수축되어 처음에는 손(발)이 하얗게 되고 파랗게 변하다가 나중에는 혈관의 확장 작용에 의하여 손가락(발가락)이 붉은색으로 변하게 되면서 소양감이나 통증이 동반되는 현상이다.

레이노 현상은 증상만으로 쉽게 진단된다. 즉,

- 1) 손가락이 추위에 민감한가?
- 2) 추위에 노출되면 손가락 색깔이 변하는가?
- 3) 그 색깔이 흰색이나 푸른색인가? “에 모두”에 “라고 대답하면 레이노현상이다.

레이노 현상은 여성에서는 5-20%, 남성에서는 4-14%에서 나타날 정도로 드물지 않다.

그 중 70~95%는 원인을 밝힐 수 없는 일차성 레이노현상(레이노병)이다. 레이노 현상을 보인 환자 중 항핵항체(FANA)가 1 : 100 이하이고 적혈구침강속도(ESR)가 20 이하이면서 다른 의심할만한 이차적 원인이 없는 경우 레이노병이라고 부른다.

레이노현상은 엄지손가락은 잘 침범하지 않으며 손이 발보다 흔하게 나타난다. 보통 수분에서 1시간 가량 지속된다(다시 손발이 더워져도 이러한 허혈성 변화가 회복되는데 15-20분이 필요하다).

### 1) 1차성 레이노현상(레이노병)

대개 처음에는 손가락 1-2개에만 이러한 증상이 나타나나 점차 다른 손가락으로 번져나가며 양손에 대칭적으로 발생한다. 발보다 손에 더 많이 나타난다. 특히 여자가 남자보다 약 5배 더 많고 전형적으로 15-40세 사이에 호발한다. 일차성 레이노 현상의 초발 연령은 평균 14세이며, 40세 이후에 발병한 경우는 27%에 불과하다는 보고가 있다. 레이노병은 일반인구의 5~10%에서 나타난다.





1차성 레이노 현상 환자의 61%에서 편두통이 동반되며 47%에서 비전형적인 흉통이 동반된다. 특히 전조증상을 동반하는 전형적 편두통이 빈발한다. 섬유근육통을 가진 여성의 41%에서도 1차성 레이노 현상을 보인다

1차성 레이노현상은 다음과 같은 특징이 있다;

- 대칭성, 발작성
- 말초혈관질환이 없음
- 조직 궤사 없음
- 손톱주름 모세혈관 검사 정상
- 항핵항체(antinuclear antibody)와 적혈구침강속도 (ESR) 정상
- 처음에는 하나 또는 두 손가락에서 나타나나 연이어 전체 손가락에 나타난다
- 평소에는 맥박 정상
- 항핵항체(ANA)가 1:100이하이고 적혈구침강속도가 20이하

## 2) 2차성 레이노현상

국내 한 대학병원 가정의학과 외래 방문자를 대상으로 한 조사에 의하면 이차성 레이노현상의 원인으로 는 결합조직질환(25%), 신경질환(24%), 수근관증후군(20%), 갑상선기능저하(15%), 혈관질환(8%), 베타차단제 등 약물(5%)이었다

2차성 레이노현상의 원인은 다음과 같다;

- 결체조직질환 동반: 피부경화증(피부경화증 환자의 90%), 전신홍반루푸스(전신홍반루푸스 환자의 1/3) 등
- 혈관폐쇄(동맥경화 등) - 특히 50세 이상 남자에서 호발
- 약물(암페타민, 베타차단제, 니코틴, 시스플라틴)
- 한랭글로불린혈증(cryoglobulinemia), 다발성 골수증, 적혈구 증가증
- 진동-유발(수동 착암기와 망치): 위험 2배 증가
- 동창, 손의 감전

2차성 레이노현상은 다음과 같은 특징이 있다;

- 40세 이후에 발병
- 궤양 발생
- 비대칭성
- 한두 손가락에만 나타날 수 있다



- 다른 질환의 증상/징후 동반 (입마름, 연하곤란, 광과민성, 발진, 관절통)
- 혈관질환이나 자가면역질환을 시사하는 임상병리소견 동반
- 손가락이나 발가락의 상부에도 허혈성 변화 동반
- 손톱주름 모세혈관 현미경 (nailfold capillary microscopy)에서 모세혈관이 확장 또는 변형 - 결합조직병(예, 경피증)의 가능성 높음

### 3) 진단검사

: 전혈구계산, 적혈구침강속도, 갑상샘검사, 항핵항체, 항DNA 검사, 한랭글로블린, 항중심질항체(anticentromere antibody), SCL70 항체

### 4) 감별진단

- 흉곽출구 증후군 - 대개 일측성, 상완신경압박증상
- 손목터널증후군 : 60%에서 레이노 현상 병발
- 항암제 사용(bleomycin, vincristin)

### 5) 치료

근거 중심 의학적인 측면에서 보면 레이노병의 치료 원칙은 생활습관의 개선(예, 금연)과 니페디핀 계열의 약물 치료이다.

#### 가) 비약물 치료

- 추위노출, 스트레스 최소화
- 금연
- 교감신경흥분제 (코감기약) 삼갈 것

#### 나) 약물 치료

##### (1) 칼슘채널차단제

nifedipine(가장 대표적), amlodipine, diltiazem, felodipine, nisoldipine, and isradipine

Nifedipine의 경우 심한 레이노병 치료에 쓰이며 전신경화증처럼 기질적인 혈관 질환에도 효과를 보일 수 있다

##### (2) nicotinic acid

##### (3) 바이오피드백

억압되지 않은 행동과 정신적 안도감으로 혈관이 이완됨



## 2. 혈관수축

### 1) 정의

- (추위와 스트레스에) 미세순환의 부적절한 수축 혹은 불충분한 이완
- 주변 혈관(동맥, 정맥)은 동시에 이완되기 때문에 “혈관조절장애 vascular dysregulation”으로 부른다

### 2) 증상

- 손발이 차다
- 저혈압 (특히 야간 저혈압), 레이노현상, 편두통, 이명, 정상압 녹내장의 동반이 흔하다
- 장간막 허혈 증상이 동반될 수도 있다
- 혈관수축에 의한 편두통은 심한 경우 뇌경색을 유발할 수 있다
- 갑작스런 청력장애가 있을 수도 있다
- 추위에 노출 후 모세혈관 현미경(nailfold capillaroscopy)에서 비정상 소견 보임

### 3) 진단

- (1) 손톱주름 모세혈관 현미경 (nailfold capillary microscopy)
  - 추위 노출 후 혈류량 감소가 장기화
- (2) 혈중 endothelin-1 농도 증가

### 4) 관련요인

- 여성에 더 흔하다
- 백인보다는 일본에 더 흔하다
- 이형 협심증(variant angina)이 흔히 동반된다
- 가족력이 있는 경우 많다

## 3. 혈관염

- 동맥염, 심부정맥염
- 드물게, 측두동맥염

## 4. 갑상샘 기능 저하증

## 5. 빈혈

## 6. 말초신경병증



예를 들어 당뇨병성 말초신경병증도 ‘발이 차고 아프다’라고 호소할 수 있다.

### 7. 뇌신경질환

예, multiple system atrophy (MSA)

### 8. 추간판탈출증, 척수관협착증

5번 요추 신경근이나 1번 천추 신경근이 압박을 받으면 발에 통증 외에도 냉감각을 호소할 수 있다. 이에 의한 증상은 자세에 따라 달라질 수 있으며 서 있거나, 걷거나, 혹은 누워 있는 특정 자세에서 유발될 수 있다.

### 9. 손목터널증후군

### 10. 갱년기 증후군

갱년기에는 안면홍조, 발한 이외에도 손이 저리거나 손발이 차다고 느끼는 경우가 흔한데 이는 자율신경 항진에 의한 결과이다.

### 11. 항암치료후

시스플라틴(cisplatin)이란 항암제는 신경독성이 흔하며 레이노현상을 잘 유발한다.

### 12. 불안증

불안장애가 있으면 자율신경 과활동성으로 인해 빈맥, 구강건조, 현기증 외에 수족냉증이 가능하다.

### 13. 동맥경화증

### 참고문헌

1. 최환석, 옥선명, 변준희, 정상훈, 박경수, 박정옥 등. 수족부 감각이상자에서 레이노병의 유병률. 가정 의학회지2003;24(12):1085-91.
2. Josef Flammer, et al. Vasospasm, its role in the pathogenesis of diseases with particular reference to the eye. Prog Retin Eye Res 2001;20(3):319-49.
3. 김철민. 수족냉증과 레이노 현상. In 대한가정의학회 최신가정의학. 초판. 도서출판 한국의학; 2007. p401-405.

# 심혈관계 증후로서의 가슴답답함 -흉통을 유발하는 심혈관계 질환-

김수중

경희대학교 의과대학 심장내과

## 서론

흉통은 외래 및 응급실에서 접하는 가장 흔하면서도 가장 중요한 증상 중 하나로, 비심장성 질환에서 비롯되는 경우도 흔하나 심장질환에서 기인하는 경우 치명적일 수 있어 철저한 감별을 요하는 증상이다. 외래 흉통 환자의 경우 대개 근골격계, 소화기계, 호흡기계, 안정적인 관상동맥 질환 혹은 정신과적인 문제에서 기인하는 경우가 많은 데 반해, 응급실을 찾는 흉통 환자의 경우 50% 이상에서 심근경색증, 불안정형 협심증 등의 급성 관동맥 증후군, 폐색전증, 심부전 등의 심혈관계 질환이 원인이다 (Table 1과 Table 2).

Table 1. 1차 의료기관 및 응급실 서 접하는 흉통의 원인.

	Percentage of patients presenting with chest pain		
	Primary care United States <sup>4</sup>	Primary care Europe <sup>3</sup>	Emergency department <sup>3</sup>
Musculoskeletal condition	36	29	7
Gastrointestinal disease	19	10	3
Serious cardiovascular disease <sup>†</sup>	16	13	54
Stable coronary artery disease	10	8	13
Unstable coronary artery disease	1.5	—	13
Psychosocial or psychiatric disease	8	17	9
Pulmonary disease <sup>†</sup>	5	20	12
Nonspecific chest pain	16	11	15

흉통으로 내원하는 외래환자에서 급성 관동맥 증후군등과 같은 위중한 심혈관계 질환의 빈도는 아주 높지 않고 약 15~20%에서는 확진에 이르지 못하지만, 이들 질환이 갖는 위험도나 사망률등을 고려해 볼 때 비심장성 원인과 아울러 이들 질환의 철저한 감별을 위한 노력은 필수적이다.

**Table 2.** 급성 흉통의 감별진단

Diagnosis	Percent
Gastroesophageal disease <sup>a</sup>	42
Gastroesophageal reflux	
Esophageal motility disorders	
Peptic ulcer	
Gallstones	
Ischemic heart disease	31
Chest wall syndromes	28
Pericarditis	4
Pleuritis/pneumonia	2
Pulmonary embolism	2
Lung cancer	1.5
Aortic aneurysm	1
Aortic stenosis	1
Herpes zoster	1

## 임상적 진단

호흡곤란을 동반한 흉부 통증(압박감)을 호소하는 환자를 접하게 되면 흔히 먼저 협심증 혹은 심근경색증 등을 포함한 관상동맥질환, 그 중에서도 급성 관동맥 증후군을 떠올리지만, 이들 증상은 폐색전증이나 흉벽 통증에서도 관찰될 수 있다. 호흡곤란 역시 심부전증에서 매우 흔한 증상이지만 폐렴이나 기관지염에서도 발열과 함께 특징적으로 나타날 수 있는 증상이다. 반면 상복부 통증 혹은 복장뼈 후방 통증은 소화성 궤양이나 역류성 식도질환등에서 흔한 증상이지만 전형적인 가슴 통증과 명확하게 구분되지 않기 때문에 심혈관계 질환으로부터 쉽게 감별할 수 없다. 이와 같이 가슴 통증 혹은 불편감은 여러 영역의 질환에서 중첩되기 때문에 분명하고 전형적인 증상만으로 이들 질환들을 정확하게 감별하기에는 매우 어렵지만, 몇몇 임상적 결정 규칙들과 동반증상들이 이를 가능하게 해 줄 수도 있다.

### 병력 청취 및 이학적 검사

병력 청취에 있어서 흉통의 시작 시점 및 과정, 위치, 양상, 기간, 악화 및 완화인자에 관한 명확한 정보를 얻는 것이 무엇보다 중요하다. 아울러 동반된 주요 증상들 및 임상적 소견들이 감별진단에 도움이 된다(Table 3).

흉통이 1) 흉골하 위치인지, 2) 노작성으로 발생하는지, 3) 휴식 혹은 니트로글리세린에 의해 완화되는지를 파악하면 이 증상이 전형적인 협심증 증상인지(위 세가지지를 모두 동반할 때), 비전형적인 증상인지(세 가지 중 두가지를 동반할 때), 아니면 비협심증성 증상인지(하나만을 동반할 때)를 감별하는데 도움을 줄 수 있다. 전형적인 협심증 증상의 경우 모든 환자에서 관상동맥질환의 가능성이 매우 높아지며, 비전형적인



증상의 경우 50세 이상의 여성환자 및 모든 연령의 남성 환자에서 관상동맥질환의 가능성이 중간 정도가 되고, 비협심증 증상의 경우 60세 이상의 여성 및 40세 이상의 남성에서 위 질환의 가능성이 중간 정도가 된다.

흉통이 양쪽 상완으로 방사되거나, 저혈압, 청진상 S3잡음이 들리는 경우, 혹은 식은 땀을 동반 할 경우 관상동맥질환의 가능성은 더 높아진다. 심근경색을 예측할 수 있는 또 다른 인자들은 60세 이상, 남성, 이전 심근경색의 과거력이 있는 경우등이다. 반면 흉통이 흉막성이거나 특정 압통이 있는 부위를 만질 때 통증이 재현되면 관상동맥 질환의 가능성은 낮아진다. 한편 류마티스성 관절염 또는 골관절염이 있을 경우 흉벽에서 기인하는 통증의 가능성이 높아진다.

**Table 3.** 병력청취 및 이학적 검사를 통한 흉통 감별진단의 정확도

Diagnosis* (overall outpatient probability)	Clinical finding	LR+	LR-	Probability of diagnosis (%) if finding is:	
				Present	Absent
Myocardial infarction (2%) <sup>4</sup>	Chest pain radiates to both arms <sup>5</sup>	7.10	0.67	13	1
	Hypotension <sup>6</sup>	3.80	0.96	7	2
	S <sub>3</sub> gallop <sup>7</sup>	3.20	0.88	6	2
	Diaphoresis <sup>8,9</sup>	2.00	0.64	4	1
	Pleuritic chest pain <sup>7</sup>	0.17	1.20	<1	2
	Palpation of tender area reproduces chest pain <sup>8</sup>	0.16	1.20	<1	2
Pneumonia (5%) <sup>10,11</sup>	Egophony <sup>11</sup>	8.60	0.96	31	5
	Dullness to percussion <sup>10</sup>	4.30	0.79	18	4
	Fever <sup>11</sup>	2.10	0.71	10	4
Heart failure (2%) <sup>12</sup>	Exertional dyspnea <sup>13</sup>	1.20	0	2	<1
	Displaced apical impulse <sup>13</sup>	17.00	0.35	26	1
Panic disorder (8%) <sup>4</sup>	"Yes" on at least one item of Autonomic Nervous System Questionnaire <sup>14†</sup>	1.30	0.60	10	1
Chest wall pain (36%) <sup>4</sup>	Palpation of tender area reproduces chest pain <sup>15</sup>	12.00	0.78	87	30

LR+=positive likelihood ratio; LP-=negative likelihood ratio.

\*-Diagnoses are listed in order of clinical importance.

†-Screening questions: (1) "in the past six months, did you ever have a spell or an attack when all of a sudden you felt-frightened, anxious, or very uneasy?" and (2) "in the past six months, did you ever have a spell or an attack when for no reason our heart suddenly began to race, you felt faint, or you could not catch your breath?"<sup>14</sup>

Rouan decision rule은 흉통으로 내원한 환자에서 심근경색증을 예측할 수 있는 척도로써 이용되는 규칙이다(Table 4). 하지만 흉통의 원인이 처음에 비심장성으로 진단된 환자 중 3% 정도는 30일 이내 심근경색으로 진단되거나 사망할 수도 있기 때문에, 남성, 고령, 당뇨병, 고지혈증, 이전 관상동맥질환 병력 혹은 심부전등 심혈관 위험인자가 있는 환자의 경우 주의 깊은 추적 관찰이 필요하다.



폐색전증을 진단할 수 있는 특정 증상 및 징후는 없으나, 이 질환의 가능성이 어느 정도인지 예측할 수 있는 Wells scoring system이었다 (Table 5)

**Table 4.** 심근경색증 진단을 위한 Rouan Decision Rule

Clinical Characteristics	
Age greater than 60 years	
Diaphoresis	
History of MI or angina	
Male sex	
Pain described as pressure	
Pain radiating to arm, shoulder, neck, or jaw	
Score*	Risk of MI (%)
0	Up to 0.6
1	Up to 3.4
2	Up to 4.8
3	Up to 12.0
4	Up to 26.0

MI=myocardial infarction.

\*- One point for each clinical characteristic.

NOTE: At no level of risk can MI be completely ruled out.

**Table 5.** 폐색전증 진단을 위한 Wells 모델.

Clinical finding*	Points		
Clinical signs and symptoms of DVT (i.e., objectively measured leg swelling or pain with palpation of deep leg veins)	3.0		
PE as likely or more likely than an alternative diagnosis	3.0		
Heart rate more than 100 beats per minute	1.5		
Immobilization (i.e., bedrest except for bathroom access for at least three consecutive days) or surgery in the past four weeks	1.5		
Previous objectively diagnosed DVT or PE	1.5		
Hemoptysis	1.0		
Malignancy (treatment for cancer that is ongoing, within the past six months, or palliative)	1.0		
Total points	Risk of PE	LR+ <sup>21</sup>	Probability of PE (%) <sup>21</sup>
<2 points	Low	0.13	1 to 28
2 to 6 points	Moderate	1.82	28 to 40
>6 points	High	6.75	38 to 91

\*-Findings are listed in order of clinical importance.

DVT=deep venous thrombosis; PE=pulmonary embolism; LR+=positive likelihood ratio.





심부전증은 흉통의 흔한 원인은 아니지만 급성 관동맥 증후군, 판막질환, 혹은 심근경색증등과 동반될 수 있기에 흉통의 감별진단에 포함된다. 심첨부 박동의 편위, 심근경색증의 과거력등이 진단을 도울 수 있고, 거의 모든 환자에서 노작성 호흡곤란이 동반되므로 이 증상이 없는 것은 심부전증 진단을 배제하는데 도움이 된다.

정신과적 문제 특히 공황장애등도 역시 흉통을 유발할 수 있다. 이는 다음의 간단한 두가지 질문으로 초기 감별을 할 수 있는데, 첫째는 지난 6개월 간 아무 이유 없이 가슴이 두근거리고 숨을 잘 쉴 수가 없으며 쓰러질 것 같은 느낌을 가진 적이 있었는지와, 둘째로 지난 6개월 동안 놀라고 불안하고 마음이 편치 않았는지이다. 만약 이 두 질문 중 어느 하나라도 있었다면 이는 공황장애등을 포함한 정신과적 질환의 가능성이 매우 높다는 것을 시사한다.

심외막염에서 호소하는 흉통은 인접한 벽측 흉막의 염증에서 기인한다. 벽측 흉막은 여러 장소로부터 감각신경을 받고 있기 때문에 어깨, 목, 부터 복부 및 등까지 다양한 부위에서 통증을 느낄 수 있는데 주로는 복장뼈 후방에서 통증을 호소하며, 이 통증은 기침, 깊은 숨 혹은 자세 변화(누운 자세에서 악화, 앉거나 앞으로 기대면 호전)등에 의해 악화되는 특징을 갖고 있다.

대동맥질환 중 흉통을 유발하면서 생명을 위협할 수 있는 것은 대동맥 벽내 내막하 혈종이 퍼져 생기는 대동맥 박리증이다. 이 혈종은 대동맥 내막의 손상 혹은 중막내 혈관(vasa vasorum)의 파열로 발생한다. 이 질환은 주로 대동맥에 영향을 줄 수 있는 외상(오토바이 사고등)이나 대동맥 혈관내 손상을 유발할 수 있는 도관시술 후 발생하고, 드물게 비외상성으로 발생할 수 있다. 또 다른 기전으로 알려져 있는 중막의 낭종성 변성은 Marfan 증후군이나 Ehlers-Danlos 증후군과 같은 유전적 결체조직 질환에서 보이는 특징이다. 관상동맥 질환과는 달리 흉통의 정도가 즉각적으로 심해지는 양상을 띠며, 통증의 위치가 박리의 위치 및 진행과 일치하는 특징을 보인다. 대동맥에서 갈라지는 동맥을 침범하여 양 팔의 맥박이 없어지거나 뇌졸중, 마비등과 같은 중대한 합병증을 유발할 수 있으며, 특히 관상동맥 및 대동맥 판막을 침범하여 급성 심근경색증 또는 대동맥 폐쇄부전증, 더 나아가 혈종의 파열로 인해 심낭압전등을 유발할 수 있다.

흉통을 유발할 수 있는 또 다른 질환으로 흉부 대동맥류가 있는데 이 경우 대개 무증상일 수 있지만 지속적이고 심한 흉통을 유발할 수 있다.

## 진단 검사

일단 임상적 진단을 통해 흉통을 유발할 수 있는 심혈관계 질환을 감별한 후 진단적 검사를 통해 확진을 한다 (Table 6).

**Table 6.** 진단검사를 통한 흉통 진단의 정확도

Diagnosis* (overall outpatient probability)	Clinical finding	LR+	LR-	Probability of diagnosis (%) if finding is:	
				Present	Absent
Myocardial infarction (2%) <sup>4</sup>	New ST elevation <sup>7</sup>	16.0	0.52	25	1
	New Q wave <sup>7</sup>	8.7	0.68	15	1
	New conduction defect <sup>7</sup>	6.3	0.88	11	2
	Any ST segment elevation <sup>7</sup>	11.0	0.45	18	1
	Any Q wave <sup>7</sup>	3.9	0.60	7	1
	Any conduction defect <sup>7</sup>	2.7	0.89	5	2
	New T-wave inversion <sup>7</sup>	2.5	0.72	5	1
	Troponin T >2 ng per mL (2 mcg per L) at least eight hours from presentation <sup>25</sup>	5.2	0.05	10	<1
Heart failure (2%) <sup>12</sup>	Troponin I >1 ng per mL (1 mcg per L) at least six hours from presentation <sup>25</sup>	18.0	0.01	27	<1
	Abnormal electrocardiogram <sup>26</sup>	38.0	0.36	44	1
	Abnormal BNP level (cutoff 80 pg per mL [1 ng per L]) <sup>12</sup>	3.6	0.10	7	<1

LR+=positive likelihood ratio; LR-=negative likelihood ratio; BNP=brain natriuretic peptide.

\*-Diagnoses are listed in order of clinical importance.

### 급성 관동맥 증후군

급성 관동맥증후군을 포함한 관상동맥질환의 진단을 위해 필요한 검사들은 12 유도 심전도, 심근 손상을 반영하는 심근효소 검사(creatinase, CK-MB, troponin T, and troponin I), 그리고 심부하검사 또는 핵의학 영상등이다. 심전도에서 ST 분절 상승, Q파, 혹은 새롭게 발생한 전도장애등이 있을 때 심근경색증을 강력히 의심할 수 있다. 또한 새롭게 나타난 T파 역위 역시 관상동맥질환의 가능성을 증가시킨다.

심근효소 검사는 심근경색증을 진단하는데 매우 중요한 검사로서, 내원 후 9시간 이내 CK-MB level이 6.0 ng/mL 이상으로 상승하면 30일 이내 심근경색증 혹은 사망의 가능성을 증가시킨다. Troponin 역시 내원 6~9시간 내에 증가하면 급성 관동맥증후군의 진단에 도움이 되며 30일 이내 사망 또는 심근경색 재발의 가능성을 증가시킨다. 반대로 심전도에 특이 소견이 없으면서 내원 후 6시간에서 72시간 사이의 troponin level이 정상이면 심근경색을 포함한 급성 관동맥 증후군의 가능성은 매우 낮다. 한 연구에 따르면 흉통으로 내원한 환자 7773명 중 정상 심전도와 정상 범위의 troponin I를 보인 경우 30일 동안 심근경색증 또는 사망 확률이 0.3%에 불과했다.

보통 관상동맥질환의 위험도가 낮은 환자들에서는 가족력 혹은 기왕력에서 다른 위험인자가 없으면 더 이상의 검사를 필요로 하지 않는다. 위험도가 중간 정도인 환자들의 경우 운동이 가능하고 심전도에서 좌각 차단, 조기흉분증후군, 또는 안정시 의미있는 ST 분절 하강이 없을 때 운동부하 심전도를 이용하여 평가할



수 있다. Duke treadmill score는 향후 예후에 대한 정보를 제공해 준다(Table 7). 만약 기저 심전도에 이상이 있는 경우 심장 관류검사가 유용할 수 있으며 운동이 불가능한 경우 약물(dobutamine, adenosine)을 이용한 부하검사가 필요하다. 관상동맥질환에 대한 고위험군 환자들은 일반적으로 바로 관상동맥 조영술을 시행하여 필요한 경우 혈관 재개통술을 시행하여야 한다.

**Table 7.** Duke Treadmill Score

Duke treadmill score: Exercise time (minutes)-(5×ST deviation [mm])-(4×angina index*)		Seven-year survival rate (%)	
Score	Risk	Normal resting ECG	ST-T abnormalities on resting ECG
>5	Low	95	91
-10 to 4	Medium	91	80
<-11	High	78	78

ECG=electrocardiogram.

\*-No angina during testing=0, typical angina = 1, test stopped because of angina =2.

### 폐색전증

D-dimer 검사는 폐색전증 및 심부정맥 혈전증을 진단하는데 중요한 검사이다. 만약 폐색전증을 의심하기 어려운 상황에서 정상 범위의 D-dimer 검사가 나왔다면 폐색전증을 배제할 수 있다 (음성예측값 99.5%). 다음 단계의 추가 검사로는 CT 검사와 하지정맥 초음파등이 있다. 폐색전증을 진단하기 위한 많은 단계적 검사 프로토콜들이 있는데 이들의 공통적인 사항은 다음과 같다;

- 1) 임상적으로 가능성이 적고 정상 D-dimer를 보일 경우, 더 이상의 검사는 필요치 않음.
- 2) 임상적으로 가능성이 적지만 D-dimer가 비정상적 범위일 경우 혹은 중등도 이상의 임상적 가능성을 보일 경우, CT와 하지 정맥 초음파검사가 필요함.
- 3) 중등도 이상의 임상적 가능성을 보이면서 CT 혹은 정맥 초음파 결과가 비정상적인 경우, D-dimer와 상관없이 폐색전증 혹은 심부정맥 혈전증에 대한 치료를 해야 함.
- 4) CT 검사와 정맥 초음파 결과가 정상이어도 D-dimer 결과가 비정상인 경우, 임상적 가능성이 낮거나 중등도라면 연속적인 초음파 검사를 해야 하고 임상적 가능성이 높으면 폐동맥 조영술을 고려해야 함.

이런 원칙에 의해 폐색전증이 배제되어 치료를 받지 않은 환자에서 향후 3개월 동안 폐색전증이 발생할 확률은 1% 미만인 것으로 알려져 있다.

### 심부전증

흉통을 호소하는 환자에서 비정상적인 심전도와 흉부X-선에서 심비대를 보일 경우 심부전증의 가능성이 높다. 이런 환자에서 B-type natriuretic peptide (BNP)는 심부전증을 진단하는데 유용한 검사항목이다. 특



히 BNP수치가 500 ng/L이상이면 심부전을 진단하는데 매우 도움이 되며 그 수치가 100 ng/L미만이면 심부전증을 배제할 수 있다.

#### 대동맥 판막질환 및 대동맥 질환

흉통을 호소하는 환자에서 대동맥판막의 이상이 의심되는 경우 단연 심초음파가 진단에 결정적인 역할을 한다. 심초음파 검사는 대동맥판 폐쇄부전증 혹은 협착증의 유무 뿐만 아니라 심한 정도까지 평가하여 향후 치료 방법을 결정하고 예후를 예측하는 데에 중요한 역할을 하고, 동반된 심기능 이상등의 평가에도 정확한 정보를 제공한다.

대동맥 질환 특히 대동맥박리증등의 진단에도 흉부X-선등의 도움이 중요하지만 역시 심초음파 검사가 유용하게 이용된다. 이 검사는 내막 박리가 발생한 위치등을 알려줄 수 있을 뿐만 아니라 이의 합병증으로 발생하는 심낭압전, 급성 심근경색증, 대동맥판막 질환등의 유무 및 중등도까지 알려줄 수 있다. 심초음파와 더불어 CT 검사는 대동맥의 손상 부위 및 정도를 정확히 평가해 줄 수 있어 확진 검사법으로 널리 이용되고 있다.

최근 개발되어 사용되고있는 multi-detector CT (64 or 256 channel)등을 이용하면 대동맥 질환, 폐색전증, 그리고 관상동맥질환을 동시에 감별할 수 있어 이의 유용성이 대두되고 있다.

## 결론

#### 흉통의 감별 전략 (Fig. 1.)

흉통 환자의 내원시, 흉통의 패턴 (전형적 혹은 비전형적), 방사통 유무, 발한, 심혈관계의 위험인자 유무 등을 알아보고, 허혈성 심전도 변화, 연속적인 troponin 측정등을 통해 즉각적인 입원이 필요한지 아니면 외래에서 부하검사등을 통한 평가가 가능한지를 아는 것이 무엇보다 중요하다. 심근 경색증을 포함한 급성 관동맥 증후군의 경우 즉각적인 혈관 재개통술이 환자의 생명과 예후를 결정하는데 매우 중요하므로 조속한 진단이 필수적이다. 폐색전증의 경우도 임상적 가능성과 D-dimer 검사를 통해 추가적인 CT 또는 정맥 초음파 검사를 시행할 지 여부를 결정하는 것이 중요하다.

심첨부 박동의 편위와 함께 노작성 호흡곤란이 동반되어 있으면 심부전증에 대한 평가를 해야 하고, 만약 흉통의 원인이 치명적인 질환에 의한 것이 아니라면 저절로 생긴 불안, 심계항진, 기절, 또는 호흡곤란등의 증상 유무를 알아 공황장애등 정신과적 문제로 인한 것인지 감별을 해야한다. 아울러 비심장성 흉통의 대표적 원인 질환인 위-식도 역류질환, 소화성 궤양등의 소화기계 질환, 호흡기계 질환, 및 흉벽 질환을 포함한 근-골격계 질환등의 감별이 필요하다.

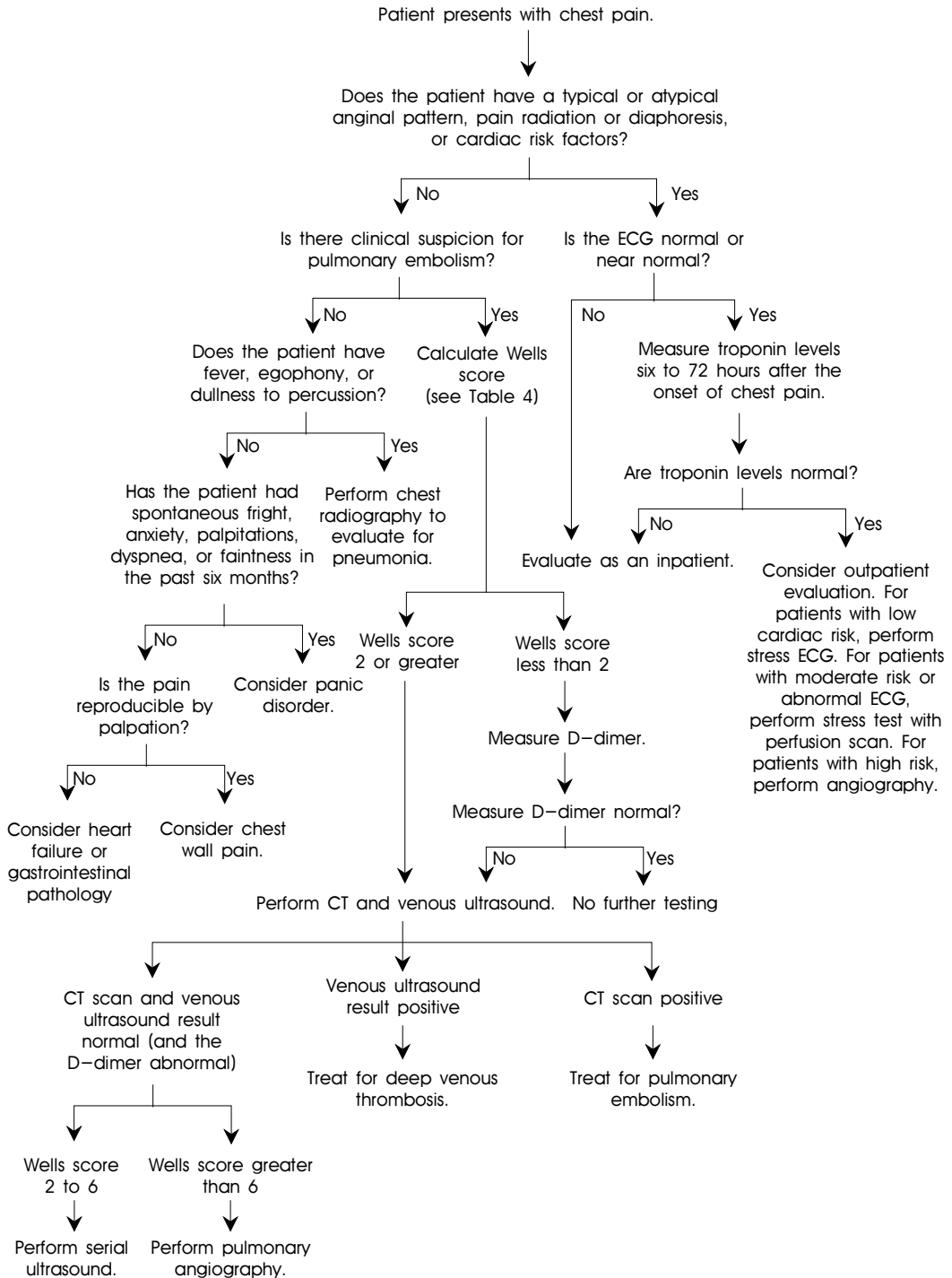


Fig. 1. 흉통의 감별 algorithm



## 참고문헌

1. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, de Blaeij N, Aerts M, Knottnerus JA, et al. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract* 2001;18:586-9.
2. Klinkman MS, Stevens D, Gorenflo DW. Episodes of care for chest pain: a preliminary report from MIRNET. *J Fam Pract* 1994;38:345-52.
3. Berger JP, Buclin R, Haller E, Van Melle G, Yersin B. Right arm involvement and pain extension can help to differentiate coronary diseases from chest pain of other origin: a prospective emergency ward study of 278 consecutive patients admitted for chest pain. *J Intern Med* 1990;227:165-72.
4. Weaver WD, Eisenberg S, Martin JS, Litwin PE, Shaeffer SM, Ho MT, et al. Myocardial Infarction Triage and Intervention Project—phase I: patient characteristics and feasibility of prehospital initiation of thrombolytic therapy. *J Am Coll Cardiol* 1990;15:925-31.
5. Tierney WM, Fitzgerald J, McHenry R, Roth BJ, Psaty B, Stump DL, et al. Physicians' estimates of the probability of myocardial infarction in emergency room patients with chest pain. *Med Decis Making* 1986;6:12-7.
6. Solomon CG, Lee TH, Cook EF, Weisberg MC, Brand DA, Rouan GW, et al. Comparison of clinical presentation of acute myocardial infarction in patients older than 65 years of age to younger patients: the Multicenter Chest Pain Study experience. *Am J Cardiol* 1989;63:772-6.
7. Panju AA, Hemmelgarn BR, Guyatt GH, Simel DL. The rational clinical examination. Is this patient having a myocardial infarction? *JAMA* 1998;280:1256-63.
8. Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have community-acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. *JAMA* 1997;278:1440-5.
9. Diehr P, Wood RW, Bushyhead J, Krueger L, Wolcott B, Tompkins RK. Prediction of pneumonia in outpatients with acute cough—a statistical approach. *J Chronic Dis* 1984; 37:215-25.
10. Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM, McCord J, Hollander JE, Duc P, et al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:161-7.
11. Davie AP, Francis CM, Caruana FL, Sutherland GR, McMurray JJ. Assessing diagnosis in heart failure: which features are any use? *QJM* 1997;90:335-9.
12. Stein MB, Roy-Byrne PP, McQuaid JR, Laffaye C, Russo J, McCahill ME, et al. Development of a brief diagnostic screen for panic disorder in primary care. *Psychosom Med* 1999;61:359-64.



13. Wise CM, Semble EL, Dalton CB. Musculoskeletal chest wall syndromes in patients with non-cardiac chest pain: a study of 100 patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1992;73:147-9.
14. Rouan GW, Lee TH, Cook EF, Brand DA, Weisberg MC, Goldman L. Clinical characteristics and outcome of acute myocardial infarction in patients with initially normal or nonspecific electrocardiograms (a report from the Multicenter Chest Pain Study). *Am J Cardiol* 1989;64:1087-92.
15. Miller CD, Lindsell CJ, Khandelwal S, Chandra A, Pollack CV, Tiffany BR, et al. Is the initial diagnostic impression of “noncardiac chest pain” adequate to exclude cardiac disease [published correction appears in *Ann Emerg Med* 2005;45:87]? *Ann Emerg Med* 2004;44:565-74.
16. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Ginsberg JS, Kearon C, Gent M, et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. *Thromb Haemost* 2000;83:416-20.
17. Ebell MH, Flewelling D, Flynn CA. A systematic review of troponin T and I for diagnosing acute myocardial infarction. *J Fam Pract* 2000;49:550-6.
18. Talreja D, Gruver C, Sklenar J, Dent J, Kaul S. Efficient utilization of echocardiography for the assessment of left ventricular systolic function. *Am Heart J* 2000;139:394-8.
19. Ebell MH, White LL, Weismantel D. A systematic review of troponin T and I values as a prognostic tool for patients with chest pain. *J Fam Pract* 2000;49:746-53.
20. Hamm CW, Goldmann BU, Heeschen C, Kreymann G, Berger J, Meinertz T. Emergency room triage of patients with acute chest pain by means of rapid testing for cardiac troponin T or troponin I. *N Engl J Med* 1997;337:1648-53.
21. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, Daley J, Deedwania PC, Douglas JS, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina). *J Am Coll Cardiol* 2003;41:159-68.
22. Kwok JM, Miller TD, Christian TF, Hodge DO, Gibbons RJ. Prognostic value of a treadmill exercise score in symptomatic patients with nonspecific ST-T abnormalities on resting ECG. *JAMA* 1999;282:1047-53.
23. Perrier A, Roy PM, Aujesky D, Chagnon I, Howarth N, Gourdiier AL, et al. Diagnosing pulmonary embolism in outpatients with clinical assessment, D-dimer measurement, venous ultrasound, and helical computed tomography: a multicenter management study. *Am J Med* 2004;116:291-9.



24. Musset D, Parent F, Meyer G, Maitre S, Girard P, Leroyer C, et al. Diagnostic strategy for patients with suspected pulmonary embolism: a prospective multicentre outcome study. *Lancet* 2002;360:1914-20.
25. Cardarelli R, Lumicao TG Jr. B-type natriuretic peptide: a review of its diagnostic, prognostic, and therapeutic monitoring value in heart failure for primary care physicians. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:327-33.



2010

전국한의학학술대회



**Oral**  
경상권역





## 사상의학과 여성질환

박성식

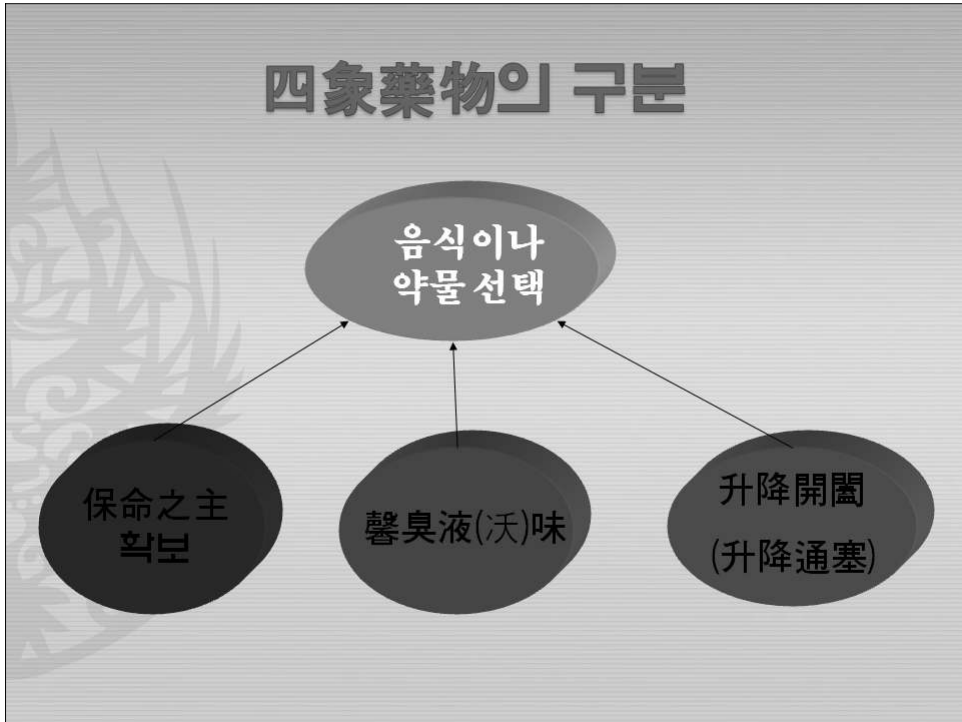
동국대학교 사상체질과

### 부인과 질환이란?

- 여성의 해부학적, 생리학적 특성에 따라 月經病, 帶下病, 妊娠病, 分娩時疾患, 産後病, 乳房疾患, 外陰部疾患 등이 한방부인과 질환에 속한다.
- 『東醫寶鑑』 에는 胞門, 乳門, 前陰門, 婦人門에 부인과 질환이 기재되어 있다.
- 『東醫壽世保元』 에는 부인과 질환에 대하여 따로 설명한 내용이 없다.



## 四象藥物의 구분



## 保命之主(甲午本)

- 太陽人以吸聚之氣爲保命之主故腰脊小腸爲本而腦髓胃脘爲標
- 少陽人以陰清之氣爲保命之主故膀胱大腸爲本而膻胃之爲標也.
- 太陰人以呼散之氣爲保命之主故腦髓胃脘爲本而腰脊小腸爲標.
- 少陰人以陽煖之氣爲保命之主故膻胃爲本而膀胱大腸爲標也.



## 保命之主 확보 - 通外 固中 清腸 溫裏

- 太陰之藥 宜通外而不宜固中
- 少陽之藥 宜清腸而不宜溫裏
- 太陽之藥 宜固中不宜通外
- 少陰之藥 宜溫裏不宜清腸

東醫壽世保元 四象草本卷 病變 第五統(11-11)

## 馨臭液味

- 四藥之於四臟也 馨歸於肺 臭歸於脾 液歸於肝 味歸於腎
- 藥物之性 厚馨者歸於肺 厚臭者歸於脾 厚沃者歸於肝 厚味者歸於腎
- 是故 黃柏 木通 山茱萸 等屬 其味深吸 而入於腎  
麥門冬 五味子 石菖蒲 等屬 其馨輕清 而浮於肺  
官桂 附子 白朮 當歸 等屬 其臭猛烈 而壯於脾  
蕎麥 葡萄 木瓜 等屬 其液緣淫 而緩於肝
- 以此而推 則百草可當而知之也

東武遺稿 보건성 P159, 211



## 升降開闔(升降通塞)

- 肺以開 肝以闔 肺肝者 開闔之門戶也
- 脾以納 腎以出 脾腎者 出納之府庫也

東武遺稿 보건성 P164

◆ 肺之病 闔氣多而開氣少 高其藥宜通 而不宜塞也 熊膽麝香麻黃杏仁山藥桔梗黃芩阜角之類 通力有餘 故肺病之吉藥也 蕎麥葡萄木瓜黃芪甘草之類 塞力有餘 故肺病之凶藥也

◆ 肝之病 開氣多而闔氣少 故蕎麥葡萄黃芪甘草五加皮彌猴桃之類 塞力有餘 故肝病之吉藥也 牛黃麝香之類 通力有餘 故肝病之凶藥也

◆ 脾之病 降氣多而升氣少 故官桂附子當歸川芎木香陳皮藜朮鹿茸紫河車之類 升力有餘 故脾病之吉藥也 石膏黃連澤瀉山茱萸之類 降力有餘 故脾病之凶藥也

◆ 腎之病 升氣多而降氣少 故地黃黃柏山茱萸枸杞子之類 降力有餘 故腎病之吉藥也 官桂附子藜朮之類 升力有餘 故腎病之凶藥也

東武遺稿 보건성 P165-166

## 四象處方の 구성방법

- 體質(保命之主)을 기초로 하고, 病證도 保命之主의 연장선에서 파악한다.
- 치료목표와 藥物 상호간의 관계는 기존의 五行說의 개념은 완전 배제하고 體質別 小한 장기의 保命之主를 유지하기 위한 공통된 단위장부의 개념이 강하다.



## 四象藥方의 구성원칙으로 藥性歌의 의미

藥性歌 ○:脾-腎-肺	少陰人藥 (27種)	少陽人藥 (27種)	太陰人藥 (27種)
補○和○	人參	熟地黃	麥門冬
健○直○	白朮	山茱萸	五味子
固○立○	炙甘草	茯苓	砂朮
壯○而有內守之力	當歸	知母	山藥
壯○而有外揚之勢	川芎	澤瀉	桔梗
壯○而有充足內外之力	官桂	木通	牛黃
錯綜○元參伍勻調	陳皮	牡丹皮	石膏
收斂○元	白芍藥	黃柏	黃芩
安(氣·精·神) 定(魄·志·意)	藜香 砂仁	烏桑根 枸杞子	酸棗仁 龍眼肉
(溫肉理·滋骨髓·開皮毛)	乾薑·肉豆蔻	石花·蜜櫻	天門冬·甘菊
(消·滯·瀉)○寒	製半夏·炮南星	瓜萎仁·竹瀝	桑白皮·杏仁
解○之表邪	紫蘇葉·蘆白	羌活·防風	麻黃·款冬花
固○之真氣	桃仁·紅花	黃連·山梔子	遠志·椿根白皮
潔○之燥氣	蓮朮·三稜	滑石·砂朮	礬石·朱砂
開○之胃氣·而消食進食	神曲·丁香·木香·香附子	麥芽·生地黃·地骨皮·竹茹	蓮肉·薏仁·白果·黃粟
爲○元帥之藥 能驅逐○元虛弱 而不能除外 (冷·熱) (冷·熱)氣之邪 俾○周匝能侵於胃之 四圍者	炮附子	石膏	麻附
能除○之久病	紫河車	輕粉	麝香
通○之(腸·絡·結胸·痢便)	巴豆	甘遂	大黃

## 四象體質病證 및 處方

太陽人		少陽人	
外感腰脊病	戒深哀 遠嗔怒	解休兼噎膈	脾受寒表寒病
	解休證 五加皮壯脊湯		表陰降氣 少陽傷風證 (口苦咽乾 目眩 耳聾 結胸 寒熱往來) 荊防敗毒散 荊防導赤散 荊防瀉白散 甘遂+荊防導赤散 甘遂天一丸
內觸小腸病	遠嗔怒斷厚味	噎膈兼解休	胃受熱裏熱病
	噎膈證 彌猴藤植腸湯		裏陽升氣 胸膈熱證 涼膈散火湯 (上消) 忍冬藤地骨皮湯 (中消) 地黃白虎湯 陽毒白虎湯 (三陽合 裏熱便閉)
			亡陰證 滑石苦蔘湯 荊防地黃湯 (身寒腹痛泄瀉) 豬苓車前子湯 荊防瀉白散 (身熱頭痛泄瀉)
			陰虛午熱證 熟地黃苦蔘湯 (下消) 獨活地黃湯 十二味地黃湯 (表裏陰陽俱虛 中 風 嘔吐 吐血)



## 四象體質病證 및 處方

太陰人		少陰人		
胃脘受寒表寒病	<b>肺陽升氣</b> 背頰表病證 麻黃發表湯 (背頰表病) 熊膽散 寒多熱少湯 (寒厥)	<b>胃脘寒證</b> 太陰調胃湯+升麻, 黃芩 病解後 調理肺元湯 麻黃定喘湯 (哮喘) 麻黃定痛湯 (胸腹痛)	<b>腎受熱表熱病</b> <b>升陽益氣</b> 鬱狂證 (發熱惡寒無汗) 川芎桂枝湯 芎歸香蘇散 十全大補湯 巴豆+八物君子湯 (下焦蓄血胃家實) 獨參八物君子湯	<b>亡陽證</b> (發熱惡寒有汗) 黃芪桂枝湯 補中益氣湯(脾弱) 升陽益氣湯 人參桂枝附子湯 升陽益氣附子湯 (太陽厥陰)
	<b>肝受熱裏熱病</b> <b>清肝燥熱</b> 燥熱證 熱多寒少湯 (消渴虛勞夢泄) 葛根解肌湯 (陽明經病陽毒發斑) 清心蓮子湯 (腹痛泄瀉) 清肺瀉肝湯 皂角大黃湯 (瘟病憎寒壯熱燥澀)	<b>陰血耗竭證</b> 鹿茸大補湯 (陰血耗竭表證多) 拱辰黑元丹 (陰血耗竭裏證多)	<b>胃受寒裏寒病</b> <b>衷陰降氣</b> 太陰證 (口中和不渴無身體痛) 藿香正氣散 香砂養胃湯 蘇合香元 理中湯 十二味寬中湯 巴豆如意丹	<b>少陰證</b> (口中不和口渴身體痛) 官桂附子理中湯 吳茱萸附子理中湯 獨參附子理中湯

## 四象方 치료의 원칙 - 臟氣와 藥氣

- 四象醫學에서 藥物을 사용할 때는 病情과 臟腑의 升降緩束의 상태인 臟氣와 藥의 升降緩束의 정도인 藥氣가 정확히 고려되어야 한다. 즉 病情만 보지 말고 반드시 그 사람의 臟氣(체력정도)를 관찰하여야 한다. 따라서 臟氣가 主가 되고 藥氣가 客이 된다.
- 또한 『東醫壽世保元』 「少陰人泛論」에서는 補藥을 病情에 관계없이 복용하는 것을 경계하여, 病이 있으면 藥을 쓰고, 病이 없으면 藥을 쓰지 말아야 함을 강조하였다.





## 四象方 치료의 원칙 - 服藥의 원칙(安臟本常之氣)

- 四象醫學에서 藥物을 사용하는 기본 원칙은 藥으로써 臟腑의 능력을 회복시켜 사람이 태어날 때부터 지니고 있는 자연 치유력을 도와주어 스스로 병을 극복할 수 있도록 하는 것이다.
- 『東醫壽世保元 草本卷』  
 蔘苓杞菊等 藥性淡平 有病可以久服 常服而亦有  
 時間斷 以安臟本常之氣

## 四象方 치료의 원칙 - 집병치료 접근방법

- 正氣를 도와 邪氣를 제거하는 방법
- 직접 邪氣를 제거하는 방법
- 사상의학치료에서는 간혹 응급시나 外治에 후자의 방법을 사용하기도 하지만, 주로 전자의 방법을 사용한다.



## 四象醫學과 부인과 질환

- 『東醫壽世保元』에는 부인과질환에 대한 내용이 기재되어 있지 않다.
- 『東醫四象新編』에는 부인과질환에 각 체질별로 사용할 수 있는 處方이 기재되어 있어 임상에 참고할 수 있다.

## 東醫四象新編이란?

- 1929년에 元持常이 발행한 책으로 『方藥合編』 「醫方活套」에서 處方을 三統으로 나누어 기재한 방식과 유사한 편제방식으로 四象處方을 분류하였다.
- 病證 밑에 太陰人, 少陰人, 少陽人 處方을 기술하여 四象處方을 임상에서 쉽게 활용할 수 있도록 하였다.



## 東醫四象新編 - 婦人門

胎漏	胎動	半產	催產	胞衣不下	下死胎	子癩	子煩
保胎飲 <sup>十一</sup> 文武保胎飲 <sup>十一</sup> 經驗調胃湯 <sup>十一</sup> 加黃 <sup>不</sup>	千金文武湯 <sup>九</sup> 補肺元湯 <sup>五</sup> 保胎飲 <sup>十一</sup> 文武保胎飲 <sup>十一</sup>	二門五味湯 <sup>十</sup> 二門五味湯 <sup>十</sup>	二門五味湯 <sup>十</sup> 清肺瀉肝湯 <sup>四</sup> 承氣調胃湯 <sup>十</sup>	同大科 同子懸	同大科 同子懸	同大科 同子懸	同大科 同子懸
加味八物湯 <sup>十五</sup>	補中益氣湯 <sup>二</sup> 李氏 <sup>錢中湯</sup>	加味八物湯 <sup>十五</sup>	藿香正氣散 <sup>十五</sup> 八物君子湯 <sup>三</sup> 藿香正氣散 <sup>十五</sup>	八物君子湯 <sup>三</sup> 巴豆丹 <sup>六</sup>	同大科	同大科	同大科
保胎地黃湯 <sup>十一</sup>	荆防地黃湯 <sup>二</sup> 涼隔散火湯 <sup>四</sup>	保胎地黃湯 <sup>十一</sup>	催生散 <sup>九</sup> 六味地黃湯 <sup>八</sup> 地黃苦參湯 <sup>五</sup>	熟地黃苦參湯 <sup>五</sup> 甘遂天一丸 <sup>六</sup>	同大科	同大科	同大科

52

## 東醫四象新編에 제시된 부인과질환

- 乳門 - 下乳, 乳癰, 消乳
- 前陰門 - 脫陰, 陰腫陰痒
- 婦人門 - 不調, 惡阻, 胎漏, 胎動, 半產, 催產, 胞衣不下, 下死胎, 子癩, 子煩, 子腫, 子淋, 子嗽, 子痢, 子瘡, 子懸, 子痞, 傷寒, 產後虛勞, 產後腹痛, 血暈, 血崩, 衄血, 咳嗽, 不語, 陰脫, 泄瀉, 便秘, 浮腫, 鬱冒, 風痧



## 月經과 관련된 병증에 사용되는 四象處方

### ■ 月經不調

太陰人: 太陰調胃湯(寒), 熱多寒少湯(熱)

少陰人: 八物君子湯

少陽人: 六味地黃湯

## 妊娠과 관련된 병증에 사용되는 四象處方

### ■ 惡阻

太陰人: 補肺元湯, 經驗調胃湯

少陰人: 薑朮寬中湯      少陽人: 荊防瀉白散

### ■ 胎漏

太陰人: 保胎飲(寒), 文武保胎飲(熱)

少陰人: 加味八物湯      少陽人: 保胎地黃湯

### ■ 胎動

太陰人: 經驗調胃湯 加 黃芩, 千金文武湯, 補肺元湯

少陰人: 補中益氣湯      少陽人: 荊防地黃湯, 涼隔散火湯(火)

### ■ 催產

太陰人: 二門五味湯      少陰人: 藿香正氣散, 八物君子湯(素虛)

少陽人: 催生散, 六味地黃湯



## 産後疾患과 관련된 병증에 사용되는 四象處方

### ■ 産後虛勞

太陰人: 太陰調胃湯

少陰人: 八物君子湯, 十全大補湯

少陽人: 六味地黃湯

### ■ 産後腹痛

太陰人: 太陰調胃湯, 清肺瀉肝湯(并加 蓮肉 蒲黃)

少陰人: 八物君子湯 加 當歸尾 香附子

少陽人: 荊防地黃湯 加 牡丹皮 苦參 生地黃

## 체질별 부인과질환의 다빈도처방

### ■ 太陰人

太陰調胃湯

### ■ 少陰人

八物君子湯

### ■ 少陽人

六味地黃湯



## 체질별 부인과질환에 특별히 응용된 약물

- 太陰人 - 阿膠, 鹿角膠(胎漏, 半產)  
海松子(惡阻, 胎動)
- 少陰人 - 艾葉, 大棗, 香附子(胎漏, 半產)
- 少陽人 - 民魚膠(胎漏, 半產)  
香油(催產)  
玄參, 牡丹皮, 生地黃(月經不調)

## 임상례 1

- 임신 중 자궁하수
- 33세의 太陰人 임신부가 자궁이 하수되어 복부의 통증을 호소함
- 處方: 清心蓮子湯 加 薏苡仁 五錢 鹿茸 二錢

『 東醫四象大典 』



## 임상례 2

- 습관성유산
- 임신한지 3개월이 되면 자연유산이 되는데 벌써 유산을 2회하고 3회째 임신한 太陰人
- 處方: 淸心蓮子湯 減 柏子仁 加 薏苡仁 三錢 阿膠珠 二錢 龍眼肉 一錢

『 東醫四象大典 』

## 임상례 3

- 産褥熱
- 산후 2주일만에 乳痛 惡寒發熱 頭痛汗 咽乾 口苦 寒熱往來 便秘 등이 생긴 30세 少陽人 産婦
- 처방: 形防敗毒散 6첩  
이후 形防地黃湯 加 黃連, 牛旁子

『 東醫四象大典 』



## 結 論

- 四象醫學에서는 각 體質의 保命之主를 고려하여 病證을 이해한 다음 이에 맞게 處方을 사용한다.
- 부인과질환의 치료 역시 이러한 원칙에서 벗어나지 않으나 부인과질환의 특수성 때문에 病證에 따라서는 특정 약물을 加減하여 處方을 사용할 수 있다.

## 감사합니다





# 임신과 출산의 한의학적 설명

최준배

청아한의원

## 서론

남자와 여자가 만나 결혼하여 가정을 이루고 정신적인 결합뿐만 아니라 육체적인 결합을 통하여 임신을 하게 되어 종족 보전을 하게 되고 기쁨을 가지게 된다. 허나 요즈음 어떤 원인으로 인하여 임신과 출산이 불완전하게 되어 질병, 슬픔과 걱정이 생기는 가정이 늘어나고 있다. 이에 한의사로서 임신과 출산에서 자연의 원리를 기초를 둔 연구를 통하여 많은 이들에게 희망이 되고 도움을 될 수 있는 한의학적인 방법을 제시하고자 이 논문을 발표하고자 한다.

## 본론

### 1. 임신이란

임신은 정자와 난자가 결합하는 과정을 통해 새로운 생명체가 태어나는 것을 이야기 한다. 운동성을 가진 수많은 정자가 여성의 질 속으로 사정되면 이것은 자궁을 지나 난관(나팔관)으로 이동하여 난소에 있는 여포(난포)에서 난관으로 배출된 난자를 에워싸게 된다. 난자의 외피층은 정자에서 나오는 물질에 의해 제거되어 1개의 정자만이 난자 속으로 들어가게 된다. 일단 난자에 들어가면 핵을 포함한 정자의 머리는 꼬리로부터 분리되는데, 꼬리는 점차 사라지며 머리는 난자의 핵(이 시기의 난자핵을 여성전핵이라고 함)쪽으로 이동하면서 팽창해 남성전핵이 된다. 난자의 중앙 부위에서 남성전핵과 여성전핵이 결합되고 가는 실 모양의 염색사는 염색체로 된다. 원래 여성의 성세포에는 44개의 상염색체(常染色體)와 2개의 성염색체(XX 염색체)가 있으나 수정이 일어나기 전에 감수분열을 하여 하나의 X염색체와 22개의 상염색체를 가지게 된다. 남성의 성세포 역시 44개의 상염색체와 2개의 성염색체(XY 염색체)가 있으며, 마찬가지로 감수분열에 의해 22개의 상염색체와 X 또는 Y 염색체를 지닌 2종류의 정자를 갖게 된다. 따라서 수정란(접합자)은 44개의 상염색체와 2개의 성염색체로 이루어지는데, 접합자의 성염색체가 XX이면 태아가 여성이 되고 XY이면 남성이 된다(→ 성의 결정). 그러므로 성은 남성의 성염색체에 의해 결정된다. 수정은 난관에서 일어나며 수정 후 약 72시간이 지나면 수정체가 자궁강에 도착한다. 이 과정에 필요한 영양분은 난관의 점막에서 분비되는 분비물에 의해 공급받는다. 접합자는 수정 후에도 계속적인 세포분열을 하며 자궁에 도착할 때는 60여 개의 세포로 이루어진 상실배(morula)가 된다. 상실배는 다시 연속적인 세포분열을 통해 속이 빈

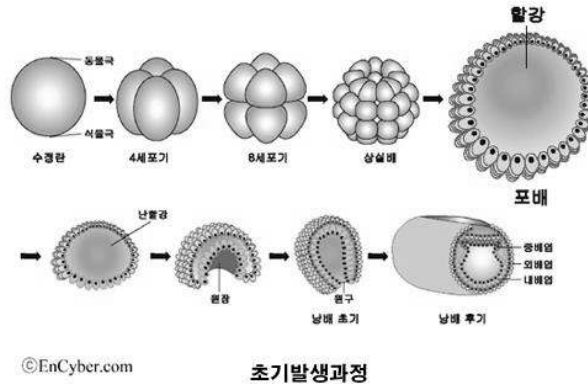


기포 모양의 배아세포(blastocyst)를 형성하는데 자궁벽에 착상되는 것은 바로 이 배아세포이다.

난관에서 수정된 후 세포분열을 하면서 자궁강으로 이동한 배아는 수정 후 약 5~6일이 되면 물방울 모양의 구조물인 배아세포가 되는데, 바깥쪽에는 하나의 세포층으로 된 영양막이 있고 영양막 안쪽의 한쪽 면에는 두꺼운 층으로 된 배자모체가 있다. 자궁벽에 닿은 후 배아세포는 둥근 원반 모양으로 되고 영양막이 자궁속막으로 들어가 모체조직 안에 자리잡음으로써 착상이 된다. 착상 후 며칠이 지나면 배아를 둘러싸는 융모막공간이 생기는데 이 공간은 양수로 채워지게 된다. 나중에 뱃줄이 될 몸줄기는 자궁속막에 위치한 영양막의 바깥층인 융합세포영양막과 배아를 분리시킨다. 융합세포영양막은 자궁속막으로 깊이 들어가 모체혈액을 지닌 자궁동맥의 작은 가지들을 둘러싼다. 자궁속막이 분해되면 영양막소강 속으로 자궁혈관이 들어오게 된다. 융모막공간을 둘러싸고 있는 영양막의 내층인 세포영양막은 세포분열을 함으로써 융합세포영양막 속으로 가지를 만드는데, 태반이 형성된 후 이러한 가지들은 뿌리 모양의 태반용모가 되어 모체혈액으로부터 산소와 영양물질을 공급받게 된다.

임신 3주째가 되면 융합세포영양막은 성장하는 융모와 융모 사이에 있는 소강을 덮는 하나의 세포층이 되며, 이 시기에는 융모막의 대부분이 세포영양막이다. 3주째 후반에 융모막주머니의 바깥면을 형성하는 융모막용모는 두꺼운 층으로 된 세포영양막으로 덮여 있으며 또한 결합조직을 가지게 되는데, 이 결합조직 내에서 태아의 혈관이 발달한다. 성장이 진행되면서 세포영양막은 퇴화되고 임신 5개월이 되면 완전히 사라진다. 만삭이 되면 태반은 지름 16~20cm, 두께 3~4cm, 무게 500~1,000g 정도인 원반형의 구조물이 된다. 모체의 혈액은 자궁혈관에서 영양세포막으로 싸여 있는 융모 사이 공간으로 흐르며 각각의 융모 안에는 태아순환계의 일부인 혈관망이 있다. 태아의 융모혈관 내의 혈액은 태아의 심장에서 순환된 것이다. 혈관벽·융모핵의 결합조직과 융모를 덮고 있는 융합세포영양막이 태아혈류와 모체혈류 사이에 위치하게 되는데, 이러한 것들을 태반장애물이라고 한다. 임신이 진행될수록 태아의 혈관이 더 커지면서 결합조직이 신장되고 융합세포영양막이 떨어져나가 태반장애물이 얇아지게 된다. 정상적으로 혈구나 세균은 태반장애물을 통과하지 못하며 영양물질·물·염류·바이러스·호르몬·약물 등은 통과할 수 있다.

난자와 정자가 수정되는 장소인 난관은 수정란이 자궁으로 이동한 후에는 임신과 관련된 어떠한 기능도 하지 않지만 임신이 진행됨에 따라 커지면서 많은 혈액을 포함하게 된다. 또한 연분홍색의 질은 혈관의 팽창으로 인해 임신 초기에는 푸른색을 띠고 후기에는 붉은 보라색을 띤다. 질점막 세포의 크기가 커지고 세포수가 늘어나면 이들이 질점막의 표면에서 떨어져나와 증가된 질분비물과 혼합된다. 그결과 질분비물이 많아지고 질이 두꺼워지면서 이완되는데 이러한 현상은 앞으로의 출산을 위해 산도를 부분적으로 준비하는 과정이다.



초기발생과정

## 2. 임신과정 요약

- 1) 수정
- 2) 착상: 수정란은 자궁으로 이동하여 자궁 내막에 자리를 잡으면서 모체와 연결되는데, 이것을 착상이라고 한다.
- 3) 태반 형성: 착상이 되면 수정란과 모체 사이에 혈관이 발달하면서 태반이 형성된다.
- 4) 태아의 성장: 태아는 태반을 통하여 모체로부터 영양분과 산소를 공급받으며 약 40주(280일) 동안 자라게 된다.
- 5) 출산 과정: 출산은 아기를 낳는 일을 말하는데, 자궁과 복부의 근육이 수축하면서 자궁 속에서 자란 태아와 태반을 몸 밖으로 밀어내는 것이다.

## 3. 한의학적 해석

### 1. 기본 이론

- 1) 하도
- 2) 음양 오행
- 3) 임신의 한의학적 설명

임신(妊娠)을 한의학적으로 설명하면 생물학적인 정자, 난자는 한의에서는 父精과 母血이 되며 임신은 이의 결합이라고 정의하여야 한다. 남녀 각각의 존재에서 후천(後天)의 기미(氣味)의 공급원인 비위(脾胃)의 기능 즉 중기(中氣)가 건강한 상태에서 심화(心火)와 신수(腎水)의 건강한 상교에서 남자의 양적인 기운과 여자의 음적인 기운의 水火相交가 이루어지면 생명이 탄생하게 되며, 생명은 음양의 운동이므로 2의 배수로 발생학적으로 변화하게 된다. 결합이 되면 세포 분열이 이루어져 발생학적으로 2세포, 4세포, 8세포, 16세포, 32세포 되고 64와 64×64세포 정도로 추산되는 기포모양의 상실배(桑實胚)가 된다. 착상이 되면 배아세포가 성장하게 되어 삼배엽(三胚葉)이 형성되는 데 삼(三)의 원리로 성장함에는 삼생만물(三生萬物)의 원리이며, 삼배엽이란 외배엽, 중배엽, 내배엽을 지칭하는데, 이는 자연의 원리인 삼음상



양의 그의 원리가 작용되는 원리로 외배엽, 중배엽, 내배엽이 표리 내외 관계인 태음-양명, 소음-태양, 꺾음-소양의 조합이거나, 개합추의 배속인 태음-태양(개), 소음-소양(추), 꺾음-양명(합) 중 어디에 대응이 되어 작용하는 지는 좀더 연구 뒤 발표하겠다. 자연의 원리인 三陰三陽의 원리가 經絡의 작용과 아울러 經絡의 기운으로 형성된 臟腑를 포함한 인체 모든 조직의 분화를 설명함에 기초가 될 것으로 생각된다.

(Fig. 1. 참조)

이의 모든 주관은 신수(腎水) 즉 신장기능을 바탕으로 심화(心火)의 상승과 하강 즉 회전력에 의해서 주도 되는데, 腎은 우리가 말하는 neurogenital한 생식계통, 바로 水를 의미한다. 하도(河圖)를 보면 五土에서 一陽이 내려가는데, 이 중궁(中宮)에 있는 一陽이 내려가는 것을 어떤 움직임이 있었다는 것은, 성경에서 말한 태초의 움직임, 과학자들이 말하는 빅뱅 이론과 같이 한의에서 이야기하는 相火, 遊氣. 이것에 의해서 새로운 탄생이 시작되는 것이다. 天一生水, 이 一陽의 움직임으로 신장(腎臟)의 기능이 작동하여 水중에 一陽이 탄생하며, 이것은 이후에 상승하기 시작하는데 처음 반승(半升)의 기운 즉 목기(木氣)라 칭하므로 체내에서는 수정된 처음인 임신 첫 달에는 足少陰腎을 바탕으로 작용하기 시작하며, 이어서 둘째 달부터는 足厥陰肝이, 3개월에 足少陽膽, 4개월엔 手太陽小腸, 5개월에 手少陰心, 6개월에 足太陰脾, 7개월에 足陽明胃, 8개월에 手太陰肺, 9개월에 手陽明大腸, 10개월엔 다시 足少陰腎이 작용하게 되어 水에서 시작해서 木, 火, 土, 金, 그리고 다시 水의 순서로 상승과 하강 즉 온전한 회전으로, 완전한 숫자인 10 즉, 십개월 동안 오행의 성숙과정을 거쳐 회전을 통한 마무리 응축 기능을 통하여 고밀(固密)하게 되어, 태아의 내부 성숙 발전과정을 통하여 완전한 생명체가 된 10개월째 출산을 하게 되는 것이다.

(Table 1. 참고)

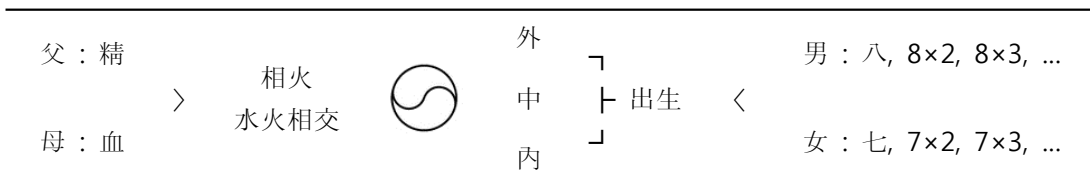
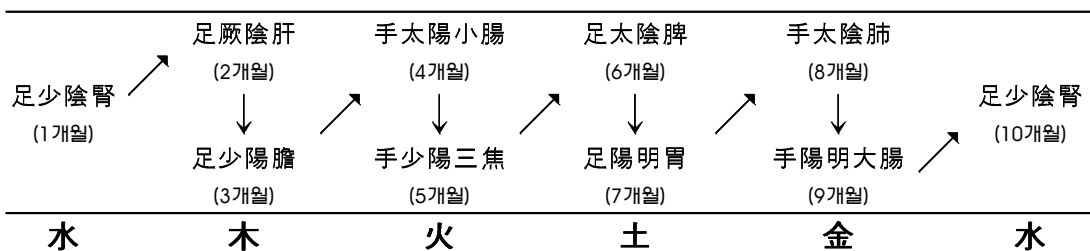


Fig. 1. 임신과 출산

Table 1. 임신 중 작용하는 장부의 순서





#### 4) 수정과 착상

수정란이 자궁에 도달하여 착상하면 자궁 내막과 융합되어 부착되는데, 이의 충분 조건은 엄마의 혈(血)이 충분한 상태에서 양적인 힘이 있어야 한다. 예를 들어 팽이를 들어 비유를 하자면 회전을 통하여 중심을 잡고 점점 팽이의 회전이 빨라져, 즉. 엄마의 피가 충분한 상황에서 父精의 힘에 의해 충실한 회전을 통하여 수정과 착상의 원활한 에너지 공급원이 된다. 착상이 되어도 엄마의 혈(血)이 충분히 확보하여야 하는데 이게 원활하게 진행이 안되면 유산이 된다.

#### 5) 유산의 기전

유산은 여자만의 책임이 아니다.

각각의 비위기능과 부정과 모혈이 임신 생과 유지의 조건이므로 단순히 여자만의 책임이고 할 수 없다.

#### 6) 입덧의 원리

입덧은, 부정(父精)과 모혈(母血)이 융합될 때 즉 水火相交에 相火가 작용하게 되면 화에 의해서 열이 생기게 되고, 그 열의 형태는 소양경열(少陽經熱) 즉 몸이 추웠다가 더웠다가 하는 寒熱往來가 대부분이다. 이 원인으로 임신 초기에 대부분 소위 말하는 감기 기운이 들어오게 되며 충분한 혈이 없는 경우와 화열이 많은 사람은 심한 몸살 기운이 생기기도 한다. 寒熱往來 증상을 상한론에서 少陽病인데 少陽病症에 “喜嘔”증상이 있는데 그 중 하나가 입덧이다.

#### 7) 임신 초기에 신맛을 좋아하는 이유

회전력 즉 부정(父精)이 충분하여 뿌리가 엄마의 자궁에 원활하게 자리를 잡는데 엄마의 모혈이 충분하면 열이 있어도 금방 소멸 되지만, 전에 足少陰腎에서 생성된 움직임이 처음 상승하여 足厥陰肝이 작용한다고 설명했는데, 肝은 오행산 木이며 肝의 味는 酸味이기 때문에 첫 번째로는 간장혈(肝藏血)하여야 하는데 이가 부족한 경우, 두 번째로는 충분한 상태에서 임신이 되었다 하더라도 수정, 착상하여 간의 혈이 작용이 되어 모자라게 되면 酸味를 찾게 되는 원리이다.

#### 8) 임신중 질병,

여러가지가 있지만 한 예로 <임신성 당뇨>를 설명하면, 임신당뇨의 병리는 두 가지가 있는데, 첫 번째 腎水가 원래 약한 사람인 경우와 두 번째 相火之氣가 너무 강해서 혈을 빨리 소모시키는 경우가 대부분이다. 민약 부증이 생기게 되면 위험해지는데 陰性, 腎性 부종이면 난치이지만 陽性 부종이면 예후가 좋다.

또 <포상기태>가 있는데, 예를 들면 계란을 그릇에 넣고 휘저어면 거품이 나는데 자궁에서 착상할 때 어떤 원인으로 이런 현상이 나타나는 것을 지칭한 것으로, 수정하면서 수화상교시 발생하는 相火로 인한 열로 인해서 자궁에 불이 붙어서 자궁에서 거품이 생기는 것으로 생각하면 된다. 이를 양의사들은 일종의 암으로 보고 항암제를 사용하지만 한의에서는 열을 풀고 신수(腎水)와 간혈(肝血)을 보하여 주어야 한다.



그 외 임신 중 질환들 <임신중독증>, <임신고혈압>, <하혈>, <死胎> 등 발병기전의 원리는 血과 精이 충분하지 않은 상태에서 상화지기가 원활하게 교류가 안된 경우에 발생하며 엄마의 경우 혈병에 문제가 오는 경우가 많기 때문에 당귀, 천궁, 작약, 숙지황으로 구성이 된 사물탕(四物湯)이 기본이다.

또한 수정을 해서 부착이 되면 열이 발생하고, 또 수정란은 인체의 흑이라고 볼 수도 있고 이 또한 濕의 개념과 痰飲의 개념이 되기도 하는데 이의 치료 방법은, 濕을 풀어주고 中宮을 보하는 백출(白朮). 그리고 熱이 생기니까 血을 보하면서도 血熱 식혀주는 황금(黃芩). 즉 養血시키고 補脾시켜주되 濕을 분리시켜 주고 熱을 식혀주는 효능을 가진 백출(白朮)과 황금(黃芩)이 임신의 요약(要藥)이 되는 것이다. 혈(血)을 보해주는 사물제가 들어가는 약이 임신 중의 보약인 안태음(安胎飲)이다. 만일 홍역이나, 폐, 기관지 질환 - 백일해, 폐결핵, 천식, 모세 기관지염, 기흉을 앓았던 기왕력을 가진 폐기능이 약한 상태에서는 8,9 개월째에 조산이 될 수 있으므로 조심하여야 한다.

### 9) 출산의 기전

10개월째에 출산을 하게되는 -배출시키는 힘의 주관이 腎이다. 신(腎)은 선천지기이지만 이 신기(腎氣)는 後天의 脾胃機能에 의해 유지되기 때문에 기거(起居)의 적합과 음식(飲食) 즉 아침밥을 포함한 식사를 챙겨 먹어야 한다. 中宮이 튼튼해지면 대개 자연분만 다 하지만, 요즘은 불규칙한 식사, 야식, 라면, 피자, 칼국수, 면, 빵으로 대체 식품의 섭취 등으로 중기가 많이 약해지고 따라서 신기(腎氣)가 약해져서 원활한 자연 분만이 안되어 곤란한 경우가 많으며, 특히 소양인은 腎이 약하기 때문에 출산 때 배출힘이 약해기도 한다.

되도록 자연 분만 하는 것이 좋다. 출산은 부풀었던 자궁이 최소한 배란일로부터 266일이 지나야 하며 여기에 14일 더하면 280일(40주)입니다.(마지막 월경날짜로부터의 일수) 되도록 자연분만을 하는 것이 좋으며, 아침밥 잘 먹는 사람은 소양인이라도 자연분만 다 할 수 있으며, 소음인은 신양이 크기 때문에 대부분 자연 분만한다. 아침밥 잘 먹으면 복압이 강하여 지고 험골반만 아니라면, 그리고 10개월 동안 조리가 잘 되면 험골반이라도 워낙 골반과 산도의 조직이 미끌미끌해서 자연분만이 잘 된다.

그리고 유도분만 시키고, 무통분만 한다고 해서 약물 넣는데, 이것도 되도록 안 하는 게 좋다. 그 외 중요한 것이 출산 후 지혈한다고 회음절개부위나 상처부위에 아이스 팩을 대주는 경우가 있는데 이를 실행하면 예후가 안좋은 후유증이 생기므로 주의해야 한다. 임신모에게 미리 출산시에 이런 조치가 일어 나지 않도록 주의를 주어야 한다.

### 10) 결혼 적령기

남자는 精이 만들어지고 여자는 血이 왕성해지는 시기가 각각 8×3에서부터 8×4 (24~32세), 여자는 7×3에서부터 7×4 (21~28세) 에요. 넉넉하게 남자는 32세, 여자는 28세에는 꼭 결혼 하셔야 해요. 그래야 왕성한 부정(父精)과 모혈(母血)로 결합하여 건강한 임신과 출산, 건강한 아이가 나오며 산모의 건강도 빨리 회복된다.



### 11) 임신의 준비와 주의 사항

건강한 아이를 갖기 위해서는 엄마, 아빠의 건강이 중요하며, 특히 엄마의 건강이 더 중요하다. 엄마의 건강은 임신 중에는 중기(中氣)가 건강하여야 하며 상화(相火)가 안정되어야 한다. 임신 중 태교를 해야 한다. 화의 근원은 심장이기 때문에 항상 마음을 안정시켜야 한다. 즉 중궁(中宮) 과腎기능을 건강하게 해서, 상승과 하강이 원만할 수 있도록 좋은 책을 읽고 고전 음악 들으며 밝은 생각과 긍정적인 마음으로 심기(心氣)를 항상 안정시켜야 한다. 또한 기형아를 생기지 않도록 유전자에 영향을 주는 요인들, 예를 들면 염색약, 비정상적인 단백질 같은 화학약품을 특히 멀리해야 한다. 임신 직전과 임신기간에는 염색은 피하셔야 하는데 그 이유는 염색은 모발의 단백질을 변형시키는 일인데, 바로 태아에게 영향이 가기 때문이다. 또한 안전이 검증된 식물을 잘 세척해서 먹으면 괜찮은데, 임신하면 영양을 섭취하려 호텔 뷔페에 가게 되면 사기로 된 그릇이 아니라 금속 쟁반에 음식이 있는데 열이 들어가고 조리가 되면 밑에 찌꺼기가 깎인다. 그 찌꺼기를 처리하기 위해서 주방세제로 세척을 하고 반짝반짝하게 하기 위해서 강한 화학 약품을 사용하게 되고 약품으로 씻고 세척하고 나서는 나중에 하얀 밀가루를 뿌려서 모든 오염된 물질을 다 긁어내 주어야 하는데, 만약 화학약품이 조금이라도 남아 있으면 임신한 태아에 영향을 주어 다운 증후군등 기형아가 생길 수 있다. 또한 집안에서도 유리와 도기를 이용하라고 권유한다.

임신은 되도록 우리나라 기준으로 1~6월 사이에 하는 것이 좋다. 1~6월 사이에 임신하면 음기(陰氣)가 지배하는 시기인 10월에서 3월 사이에 출산하는 것이 좋다. 만약 6~8월의 더운 시기에 애를 낳으면, 더운 시기에는 몸 밖의 온도가 높은 가운데 출산을 하면 기혈이 허해지니까, 내부가 차고 동시에 허해집니다. 내부가 찬데 허해지니까 냉기가 들어와서 더 문제가 됩니다. 6~8월에 애를 낳지 않도록 조심해야 되는데 요새 우리나라가 계속 더워지기 때문에 5,9월 달도 피하는 것이 좋다.

임신 할 때 꼭 지켜야할 금기에 대해 설명하면, 첫 번째, 남자든 여자든 절대 술 먹고 하면 안 됩니다. 두 번째 그믐날이나 일식 월식 있는 날을 피하시는 것이 좋습니다. 음이 충분한 시기이지만 음중의 양이 자라나는 시기인 음력 7,8일부터 14일까지가 좋습니다. 세 번째, 번개 치는 날, 태풍, 폭풍 등 비가 많이 오는 날, 지진, 우박, 열대야 일때는 관계를 하시면 안 됩니다. 그리고 생리 나오면 배란일까지의 기간은 절제하여야 한다.

두 번째 임신은 첫 아이 돌이 지나고 엄마의 모유 수유가 끝난 후 6개월이 지나서 해야 한다. 모유 수유가 끝나면 다시 엄마의 음과 혈이 회복하여야 하고, 회복과 충족이 다 된 다음에 임신을 하야 하므로 다음 아이와 직전 아이의 출산 간격은 최소한 2년 이상이 되어야 하는 것이 좋다.

### 12) 유산 뒤 주의 사항

유산이 되면 신수와 혈, 진액등이 소모가 된 상태라서 다시 회복될 때까지는 최소한 6개월 걸리기도 한다.

### 13) 모유(母乳)

출산 후 태아에게 영양을 공급하던 血이 아이가 출산 후 상승하여 폐의 기화작용에 의하여 모유(母乳)가 되는데, 태아 유지를 하고 남는 血이 있는 상태여야 기화도 되고 모유도 나온다. 하지만 폐기능이 약한 사람



도 기화가 안 되고 모유의 배출이 원활하지 못한 경우가 있으며, 혈이 항상 충족과 동시에 원기가 충분하도록 환자에게 주의하여야 한다.

#### 14) 주의 사항

성장이 되고자하는 어린 시절부터 부모님에게 음식 교육을 받고 아침밥을 먹고 자라야 하는데, 어떤 상황에 의하여 걸리는 아침 식사등 음식 습관에 문제가 생기면 건강 악화와 부적절한 임신과 출산이 악순환이 되기도 한다. 건강한 생명과 2세가 나오려면 음식과 생활을 주의하여야 한다. 음식과 생활을 제대로 해서 체력을 증강시키고 몸을 개선시켜주어야 한다.

#### 15) 출산후 조리 방법

여자들의 건강을 가장 좌우하는 사건은 임신과 출산 후입니다. 출산한 후 100일째 되는 날 <百日>이 되면 주위 사람들이 이를 축하합니다. 보통 100일을 아기를 위한 축하일로 알고 있는데 사실 이 100일은 아이를 위한 날이 아니며, 아이가 위험인 시기를 잘 지내서 축하해 주는 게 아니라는 것입니다. 우리가 죽으면 혼백이 날아가는 것처럼 여자가 애를 낳으면 혼백이 나갔다가 다시 들어옵니다. 혼백이 나갔다는 것은 아이를 출산함에 한동안 나갔다는 것이고, 나간 혼백은 다시 들어와야 합니다. 혼백이 나가는데 49일(7×7), 다시 들어오는데 49일, 합하면 98일, 대충 100일이 됩니다. 원래 98일인데 대략 100일이라 이 100일은 조리를 무사히 잘 마쳐 혼백이 무사히 자리를 회복했다는 엄마의 산후 졸업식이다. 이 기간 동안 냉기에 손상되지 않아야 하므로 외출을 하면 안 되고, 부부관계도 삼가셔야 하며, 노동을 해서는 안 됩니다. 옛날에는 영양상태가 좋지 못하니까 산후 조리를 꼭 지켜야 했지만, 요새는 영양상태가 좋기 때문에 회복이 빠르지만 이 기간동안을 잘 지키어야 합니다. 특히 위기가 튼튼한 사람은 빨리 회복하고, 위기가 약한 사람은 잘 회복이 안 됩니다. 아침밥 식사를 포함한 규칙적인 식사는 출산 후 회복뿐만 아니라, 모든 병의 치료와 예후 판단에 아주 중요한 지표입니다. 왜냐하면 위기가 튼튼해야 기와 혈이 빨리 회복되기 때문입니다. 꼭 이 100일 동안 여자들은 외출을 삼가하고 외부온도가 바뀌는 것도 주의해야하고 부부관계를 가지면 안 됩니다.

출산시 아이가 나오고 자궁에 남은 조직들 - 양수와 태반이 떨어지면서 생기는 출혈등을 惡露라고 하는데, 오로는 빨리 배출시켜야 합니다. 그래서 산부인과 의사들은 출산 후 배를 모아주어서 오로를 배출 시키고, 우리는 오로를 풀어주는 약을 사용합니다. 오로를 빨리 배출시켜주면 살이 빨리 빠지고, 임신 동안 부풀었던 자궁이 수축되면서 자리를 잡습니다. 초산은 이 수축이 빨라서, 3주 내지 4주면 다 자리 잡습니다.

산부인과에서 애를 낳는데, 낳고나서 보통 1주일 뒤에 다시 오라고 합니다. 다시 오라고 해서 만약 오로(惡露)가 있다고 초음파에 나오면 우리는 약으로 다 해결하는데 혹 산부인과 의사가 수술로 오로를 해결하려 하면 위험합니다. 그러니까 환자에게 미리 이야기해야 합니다. 만약에 오로가 있다고 해서 수술하여 소파하면 어혈증(瘀血症)이 되고 합병증이 생깁니다.

제왕절개는 좀 덜한데, 자연분만 하는 경우에는 골반이 벌어집니다. 골반이 벌어지면 전체 관절도 다 벌어





집니다. 특히 소양인의 경우에는 허리는 기본이고 발목과 손목관절이 제일 먼저 약해집니다. 그러면 이 관절이 아물게끔 기다려야 하고, 그동안 운동을 피해야 합니다.

여자들이 출산 후 기혈이 허해지면 신체 온도가 차지는 것이 아니라 산욕열(産褥熱)이 생깁니다. 겨울철에는 산욕열이 생기더라도 난방을 하기 때문에 그나마 괜찮습니다. 즉, 산욕열이 있어도 이불을 덮기 때문에 손상이 적습니다. 그래서 겨울철에 출산을 하여야 합니다. 하지만 여름에 출산을 하게 되면 외부의 열과 산욕열이 만나서 선풍기를 켜지 말라고 해도 너무 더워서 산모가 몰래 작동할 수 있기 때문에 냉기를 맞아 신체 안에 응축된 기가 생겨 후유증이 생길 수 있습니다.

출산하고 비만이 되면 여자들은 체중을 줄이려 노력합니다. 그래서 출산 후 호박중탕을 많이 먹는데, 호박이 부중에 효과가 있긴 하지만 호박은 태음인의 부중에만 효과가 있습니다. 20-30년 동안 대중화가 되어버려 며느리, 딸이 애를 낳았다고 하면 대개가 호박중탕을 준비하는데 태음인도 아닌 사람이 이를 복용하면 부기가 더 생기고 자궁의 수축을 더 방해할 일으키게 됩니다. 태음인도 오로가 빠지고 나서 먹어야 합니다.

#### 16) 임신과 출산의 [금화교역]

부인과의 개념으로 금화교역을 설명하면 다음과 같다. 음압에 의해서 배란기 때 정액이 엄마의 난관에 들어오면 난자와 만나 수정이 되고, 자궁 속에 착상이 되고, 이후 태반이 형성되어 영양이 공급됩니다. 태반 혈관을 보면. 양은 용(用)은 양이지만 음으로 작동되어 2의 숫자로 발휘되기 때문에 2개의 동맥이 되고, 음(陰)은 용(用)은 음이지만 양으로 작동되어 1의 숫자로 발휘되기 때문에 1개의 정맥이 되므로 2개의 제대 동맥과 1개의 제대정맥이 있지만, 제대동맥 안의 혈에는 동맥이지만 CO<sub>2</sub>가 많고, 그리고 제대정맥 안에는 정맥이지만 O<sub>2</sub>가 많다. 태어났을 때는 금화교역이 처음 시작될때 큰 울음 소리가 나며, 호흡을 통해서 O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>가 바뀌는 것이고, 금(金) 즉 폐 폐동맥과 폐정맥의 경우에서도 선천의 제대 동맥과 정맥처럼 폐동맥에는 CO<sub>2</sub>과 많은 혈이, 폐정맥에서는 O<sub>2</sub>가 많은 혈이 통행을 하게 되는 원리가 이것이다. 선천, 엄마의 태반 안에서 제대 동맥, 정맥과 후천의 폐동맥, 정맥이 O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>가 바뀌는 것과 호흡과정이 구체적인 금화교역이다.

산모가 폐가 약해지어 제대동맥 정맥에서 문제가 생긴다면 곱추, 뇌성마비, 다운증후군, 난장이, 자폐증, ADHD 증상을 가진 아이의 출산 확률이 늘어 날 수 있으므로 주의와 관찰을 요한다.

#### 결론

임신과 출산에서의 한의학적 접근은 해부학적인 소견보다는 자연의 이론적인 것이지만, 확실한 근거를 가지고 있어 환자들에게 구체적인 도움이 된다. 임신전 준비, 수정, 착상, 유지, 출산, 출산후 조리 등으로 연결되는 임신과 출산의 일련 과정들을 한의학의 방법으로 연구하여 정리함에 많은 한의사들이 숙지하여 아픔과 절망으로 고생하고 있는 많은 국민들에게 치유의 희망과 질병의 구체적인 예방 방법을 제시하고자 함에 도움이 되기를 바라며 이를 맺고자 한다.

# 여성 불임의 한방치료

## -한의학에서의 불임 치료-

강명자

꽃마을한방병원

### 불임, 한방으로 고친다.

최근 출산율 감소로 정부나 국민 모두가 국가의 미래에 대해 걱정이 많다. 여성의 사회 진출로 인한 육아 문제, 늦은 결혼, 결혼 기피에서 그 원인을 찾고 있는데 이것은 사회적으로 해결해야 할 문제이고, 그 이면에는 아기를 원해도 아기가 생기지 않는 불임 인구도 늘고 있어 그것을 해결해야 하는 의료적 문제가 남아 있다.

이를 위해 서양의학은 물론 한의학에서도 열심히 연구 노력을 해오고 있다. 서양의학에서의 불임치료는 주로 임신 과정에 직접 개입하는 방법을 택하고 있고, 한의학에서는 임신에 적합한 건강한 몸을 만들어 주므로써 가임 조건에 이르게 하는 방법을 추구하고 있어 양자간에 접근 방법이 서로 크게 다르다.

임신이란 건강한 남녀가 배란일에 맞춰 사랑에 기반한 성생활을 하면 자연스럽게 이루어지는 하늘의 선물이다. 그러므로 한의학에서는 남, 녀 모두에게 한의학 원리에 의해 몸의 생체기능의 균형을 맞추어 줌으로써 건강한 자연 임신을 돕는 방법을 모색하고 있다.

한의학은 우리의 전통의학으로서 아직도 많은 인구가 한의학을 선호하고 있고, 특히 임신을 하기위해서도 예부터 한방을 찾고 있는 사람이 적지 않다.

그러나 최근에는 경제 사정으로 우선 정부의 보조가 있는 서양 의학쪽으로 가서 인위적인 인공수정이나 시험관을 해보고 그곳에서 성공을 못하면 마지막 카드로서 한방을 찾는 실정이다.

한의학의 불임 치료는 아기를 갖기 전에 미리 몸의 건강 상태를 만들어 주는 방법이므로 양방의 인위적인 임신 시도에 앞서 한방 치료를 받는 것이 우선적으로 이루어져야 한다고 생각한다. 국민들이 이런 점을 모르는 것이 아니나 한방쪽에는 정부 보조가 전혀 없으므로 부담스러워 하며 마지막으로 찾는 곳이 되어가고 있어 안타깝기만 하다.

만약 정부가 한방 불임 치료에도 보조를 해준다면 국민들은 선택적으로 진료를 받을 수 있어 만족할 것이고 또 건강한 몸으로 건강한 아기를 얻을 수 있어 우리 나라 국민 건강의 미래가 밝아진다고 본다. 이런 의미에서 우선 한방 치료와 자연 임신을 시도하고 양방의 인공임신 시도는 마지막 카드로 이용하는 것이 합당하겠다.



발표자는 1972년 한의사 되었고 1985년에는 불임 연구로 박사 학위를 받은 이후 지금까지 근 4반세기를 주로 불임환자 진료에만 전념해 나옴으로 상당한 성과를 거두고 있다.

오늘 강의를 통해 한의학적 불임 치료에 대해 소개하고자 한다.



---

“이 발표논문집은 2010년도 정부재원(교육과학기술부)으로 한국과학기술단체총연합회의  
지원을 받아 발간되었음”

“This work was supported by the Korean Federation of Science and Technology Societies Grant  
funded by the Korean Government.”

---

## 2010 전국한의학학술대회

- 발 행 인 : 김성수
- 편 집 인 : 조기호
- 발 행 일 : 2010년 8월 25일
- 발 행 처 : 대한한의학회  
157-801 서울시 강서구 가양동 26-27 대한한 의사협회회관 3층  
Tel : 02)2658-3630 / Fax : 02)2658-3631  
<http://www.koms.or.kr>  
E-mail : koms1953@hanmail.net
- 제 작 : 함춘한학  
종로구 이화동 184-3 1층  
Tel : 02)747-7047 / Fax : 02)3673-4509  
E-mail : md7047@korea.com