

甘桔湯이 호흡곤란에 미치는 임상적 고찰

김진영 · 반학진 · 박동일*

동의대학교 한의과대학 한의학과

Clinical Study of Kamkil-tang on the Dyspnea

Jin Young Kim, Hak Jin Ban, Dong Il Park*

Department of Oriental Medicine, Graduate School, Dong-Eui University

This study was designed to investigate the clinical effect of Kamkil-tang on the dyspnea. In this study, we measured the variations of the breathing volume of 20 patients after taking Kamkil-tang. Picrometer is used for the measurement of the volume. The investigation had been performed since from January 1st to August 31th of 2005. The patients for the experiment were mainly composed of patients who had trouble in breathing due to the pneumonectasis, asthmas, pneumonias. The percent of men is 65% in sex distribution and the ratio of persons over 50's was 90%. The results are as follows: After Kamkil-tang was taken to the patients, the enhancement ratio of breathing volume was appeared as 6.6%. The analysis based on an age was that the patients of 50's show the highest volumetric advancement. The ratio of breathing volume was higher as the patients were younger. From this, Kamkil-tang has more efficient on the younger patients. From the relations between the breathing volume before treatment and the enhancement ratio, the increase of the enhancement ratio and the better response to the medicine were shown to the more serious patients. The period of treatment was 22.4 days average. The enhancement ratio of smoker was 25.5, and that of non-smoker was 31.1. At the test of relation between the trouble rate in breathing and the enhancement ratio, Grade I shows the highest enhancement. From the experimental results, It is found that Kamkil-tang gives a noticeable benefit for the patients whose main symptom was breathing problem. Long-term treatments for the serious and younger patients will make much more efficient to the reduction of the symptoms.

Key words : Kamkil-tang(甘桔湯), dyspnea, picrometer

서 론

호흡곤란은 非正常的으로 不愉快한 呼吸運動을 認知하는 것으로 一般人口의 약 20%까지도 호흡곤란을 호소하며 사망률의 유의한 증가와도 관련이 있는 것으로 알려져 있다.¹⁾

호흡곤란은 호흡기 증상 중에서 기침 다음으로 중요한 증상이며 呼吸器 疾患, 循環器 질환 및 기타 全身疾患에서 흔히 관찰되는 주요증상이다. 1999년 미국 흉부학회는 호흡곤란이란 질적으로 다른 감각을 느끼게 되며 또 強度가 다르게 느끼는 주관적인 호흡의 불편증상이라고 정의하였다²⁾.

原因은 一般的으로 呼吸中樞 및 呼吸筋肉의 로력과 실제로

이루어진 呼吸量 사이의 불균형에 기인하지만 그 明確한 原因은 아직 밝혀지지 않고 있다. 그 외에도 喘息, 肺氣腫, 肺炎, 氣胸 등의 肺疾患은 물론 그 외에 心臟疾患, 貧血 등의 血液疾患, 그리고 神經精神疾患이나 肥滿症 등에 의해서도 원인이 된다³⁾.

症狀은 原因 疾患의 症狀에 低酸素症과 高炭酸症의 증상이 합병된다. 低酸素症의 증상은 倦怠, 주의력산만, 疲勞感, 肺動脈 高血壓, 右心不全 등이 있고 高炭酸症의 증상은 炭酸의 축척 정도와 축척 속도에 좌우되며 急性으로는 不安, 混亂, 倦怠, 昏睡 慢性으로는 頭痛, 倦怠, 筋攣縮 등이 나타난다.⁴⁾

治療는 호흡곤란의 病態生理的인 機轉에 따라 換氣要求糧의 減少(대사요구량의 감소, 中樞性 육동의 감소, 폐로부터의 감각 전달의 변화, CO₂ 除去效率의 改善), 換氣抵抗의 減少(肺 過膨脹의 減少, Resistive Load의 감소), 呼吸기 機能의 개선(筋力과 持久力) 등 特異的인 原因에 따라 個別化된 治療방침을 세워야 한다.⁵⁾

韓醫學에서는 호흡곤란은 喘證, 哮證, 慢性呼吸器疾患 등의

* 교신저자 : 박동일, 부산시 진구 양정 2동 산 45-1 동의대학교 한의과대학

· E-mail : dipark@deu.ac.kr, · Tel : 051-850-8650

· 접수 : 2007/09/10 · 채택 : 2007/10/11

證狀 중의 하나로서, 韓醫學의 原因으로는 肺의 肅降機能의 失調⁶⁾, 痰⁷⁻⁹⁾과 肺腎의 機能不足^{10,11)}을 들 수 있다. 呼吸에 關與하는 臟器로는 肺, 脾, 腎 등을 들 수 있는데, 李¹²⁾는 肺와 脾를 楊¹³⁾과 丁¹⁴⁾은 肺脾腎을 호흡곤란, 哮喘의 素因이라 하였다.

甘桔湯은 A.D. 217년 張¹⁵⁾의 傷寒論에 처음 記載된 것으로 <桔梗湯>이라 名하여 <少陰病 二三日 咽痛者 可與甘草湯 不差者 與 桔梗湯>이라고 收錄된 以來 歷代 文獻에 引用되었고 許¹⁶⁾의 東醫寶鑑에 甘桔湯이라 命名하여 桔梗湯과 同方異名으로 混用되고 있으며 構成藥物은 桔梗, 甘草로 되어 있으나 文獻에 따라 差는 약간 있음을 볼 수 있다. 本方은 張¹⁵⁾에 準한 處方으로 宣肺去痰, 清熱解毒, 潤肺止咳의 作用이 있다.

이에 저자는 최근 동의대학교 부속 한방병원 5내과에 내원한 환자 중에서 폐기종, 기흉, 천식, 결핵 등으로 호흡곤란이 있는 환자를 중심으로 감길당을 투여한 후 폐활량 검사기인 피크로메터로 폐활량의 변화를 측정하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

연구 대상 및 방법

1. 대상

2005년 1월 1일부터 2005년 8월 31일까지 동의대학교 부속 한방병원 5내과에 내원한 환자 중 호흡곤란이 주증인 환자 20명을 대상으로 하였다.

2. 방법

초진시 피크로메터(HealthScan, U.S.A.)로 폐활량 측정과 함께 호흡곤란 정도의 판정법⁶⁾(Table 1)으로 호흡곤란 정도를 판정하고 일정치료기간이 지난 후에 다시 폐활량을 측정 비교하여 호전도의 판정기준으로 하였으며, 폐활량의 정상치는 Nunn 등¹⁷⁾에 따랐다(Table 2, 3).

Table 1. 호흡곤란의 程度

호흡곤란 程度	內 容
Grade Ⅱ	평지에서 동년배와 같이 걸으면서 같은 속도로 걸을수 있지만 경사진 길을 오르거나 빨리 걸으면 호흡곤란을 느낄 때
Grade I	동년배와 같이 걸으면서 호흡곤란을 느낄 때
Grade II	평지에서 자신에 알맞은 속도로 천천히 걸어도 호흡곤란을 느낄때
Grade III	실내에서 걷거나 세수 등 가벼운 운동으로도 호흡곤란을 느낄 때
Grade IV	환자가 안정시에도 호흡곤란을 느낄 때

Table 2. 男性의 肺活量 정상치(l/min)

나이(세)	키(cm)				
	152	165	178	191	203
20	554	575	594	611	626
25	580	603	622	640	656
30	594	617	637	655	672
35	599	622	643	661	677
40	597	620	641	659	675
45	591	613	633	651	668
50	580	602	622	640	656
55	566	588	608	625	640
60	551	572	591	607	622
65	533	554	572	588	603
70	515	535	552	568	582
75	496	515	532	547	560

Table 3. 女性의 肺活量 정상치(l/min)

나이(세)	키(cm)				
	152	165	178	191	203
20	444	460	474	486	497
25	455	471	485	497	509
30	458	475	489	502	513
35	458	474	488	501	512
40	453	469	483	496	507
45	446	462	476	488	499
50	427	453	466	478	489
55	427	442	455	467	477
60	415	430	443	454	464
65	403	417	430	441	451
70	390	404	416	427	436
75	377	391	402	413	422

3. 약물처방

한약처방은 동의대학교 부속한방병원 약제실에서 『傷寒論』¹⁵⁾의 처방에 따라 甘桔湯을 탕전하여 사용하였고 감길당의 처방구성은 감초 40 g, 길경 20 g 이다.

연구 결과

1. 환자별 기록(Table 4)

2. 性別 및 연령별 分布

性別 및 연령별 分布를 보면 20例의 환자 중 남자환자가 13例로 65%였고, 여자환자가 7例로 35%를 차지해 남자환자의 비율이 2%에 가까웠다. 연령별 分布를 보면 61歲에서 70歲까지가 10例(50%)로 가장 많았으며, 다음으로 51歲에서 60歲까지가 8例(40%)였으며, 41歲에서 50歲까지가 2例(10%)로 나타났다(Table 5, Fig. 1).

Table 5. 性別 및 연령별 分布

年齡	男子	女子	計	비율(%)
41 ~ 50	2	0	2	10
51 ~ 60	5	3	8	40
61 ~ 70	6	4	10	50
總計	13	7	20	100

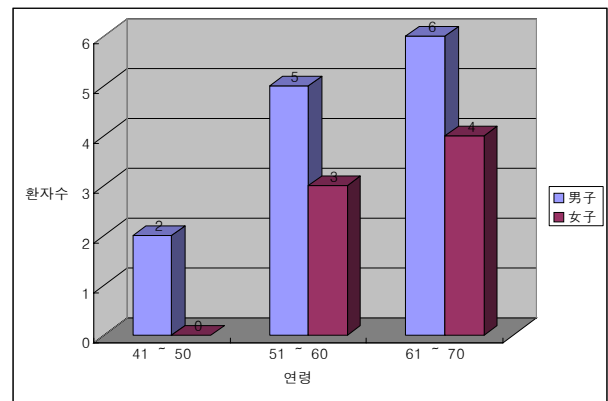


Fig. 1. 性別 및 연령별 分布

Table 4. 患者別 記録

성별	연령	키(cm)	진단명	주소증	과거력	흡연	호흡곤란 정도	치료기간		폐활량(l/min)				비고
								약(일)	침(회)	정상치	치료전	치료후	증감	
1	m	56	천식	객담 기침	기관지염	×	2	12	5	608	400	460	+60	
2	m	50	천식	객담 기침 호흡곤란	기관지확장	○	2	20	8	602	475	500	+25	피로감
3	f	63	기관지확장	객담 기침	기관지염	○	1	24	5	415	350	385	+35	
4	f	58	만성기관지염	객담 호흡곤란		×	3	20	8	404	340	355	+15	
5	m	65	무기폐	객담 호흡곤란	기관지염	○	3	26	10	572	440	460	+20	
6	m	68	천식	객담 호흡곤란		○	2	20	8	535	480	495	+15	식욕부진
7	m	48	만성기관지염	객담		○	2	24	10	602	540	560	+20	피로감
8	m	65	기관지염	객담 호흡곤란	기관지확장	×	2	30	10	554	400	435	+35	
9	f	62	폐기종	객담 기침 호흡곤란		×	2	20	5	430	350	370	+20	
10	f	67	천식	기침 호흡곤란	알레르기 비염	○	3	18	7	417	340	370	+30	
11	m	65	폐기종	객담 호흡곤란	기관지염	○	3	38	11	572	460	495	+35	
12	f	59	천식	객담 호흡곤란		○	2	35	10	430	360	385	+25	
13	m	53	기관지확장	객담 기침 호흡곤란	기관지염	×	1	30	7	608	510	540	+30	피로감
14	m	57	천식	호흡곤란		○	3	23	8	608	470	495	+25	
15	m	60	천식	호흡곤란		×	2	10	4	572	490	525	+35	
16	f	70	무기폐	기침 호흡곤란	기관지염	×	3	30	8	404	310	350	+40	식욕부진
17	m	60	천식	객담 호흡곤란		○	2	23	7	572	500	525	+25	
18	m	68	천식	객담 호흡곤란	기관지확장	○	3	25	10	562	490	515	+25	
19	f	60	폐기종	호흡곤란		×	2	10	4	430	360	380	+20	
20	m	67	기흉	객담 호흡곤란		×	2	9	5	554	470	495	+25	

3. 호전도

호전도는 피크로메터로 測定한 肺活量의 增加值로 하였다. 21(l/min)에서 40(l/min)까지가 13例(65%)로 가장 많았고, 20 (l/min) 以下가 6例(30%), 41(l/min)에서 60(l/min)까지는 1例(5%)였으며, 호전도의 全體 平均은 28(l/min)였다(Table 6, Fig. 2).

Table 6. 호전도

호전도(l/min)	患者數	비율(%)
20 以下	6	30
21 ~ 40	13	65
41 ~ 60	1	5
總計	20	100

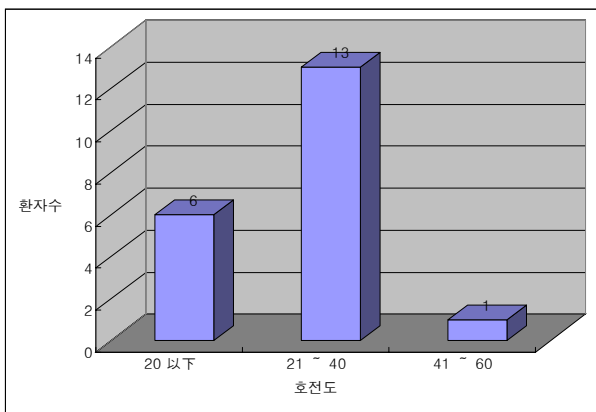


Fig. 2. 호전도

4. 연령별 호전도

연령별 호전도를 보면, 51歲에서 60歲까지가 29.2(l/min)으로 가장 높았고, 41歲에서 50歲까지가 28(l/min), 61歲에서 70歲까지가 22.5(l/min)로 나타났다(Table 7, Fig. 3).

Table 7. 연령별 호전도

年齡	患者數	비율(%)	호전도(平均) (l/min)
41 ~ 50	2	10	28
51 ~ 60	8	40	29.2
61 ~ 70	10	40	22.5
總計	20	100	28

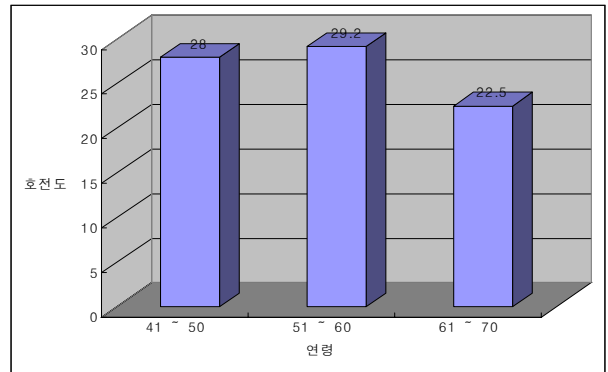


Fig. 3. 연령별 호전도

5. 肺活量의 정상치와 治療前 肺活量의 差의 호전도와와의 관계

觀察한 20例 중 모든 예에서 治療前후의 肺活量이 정상치에 미치지 못하였다. 정상치와 治療前 肺活量의 差의 平均은 95.8(l/min)이었으며, 61(l/min)에서 90(l/min)까지가 11例, 91(l/min)에서 120(l/min)까지, 121(l/min)에서 140(l/min)까지가 각각 3例로 나타났고, 31(l/min)에서 60(l/min)까지가 1例, 140(l/min)초과가 2例로 나타났다.

肺活量 정상치와 治療前 肺活量의 差와 호전도와와의 관계는 140(l/min)초과가 47.5(l/min)로 가장 높았고, 91(l/min)에서 120(l/min)까지가 35(l/min), 61(l/min)에서 90(l/min)까지가 25(l/min), 121(l/min)에서 140(l/min)까지가 23.3(l/min),

31(l/min)에서 60(l/min)까지가 15(l/min)였다(Table 8, Fig. 4, 5).

Table 8. 정상치와 治療前 肺活량의 差와 호전도

肺活量(l/min) (정상치 - 治療前)	患者數	비율(%)	호전도(平均) (l/min)
140 超過	2	10	47.5
121 ~ 140	3	15	23.3
91 ~ 120	3	15	35
61 ~ 90	11	55	25
31 ~ 60	1	5	15
總 計	20	100	28

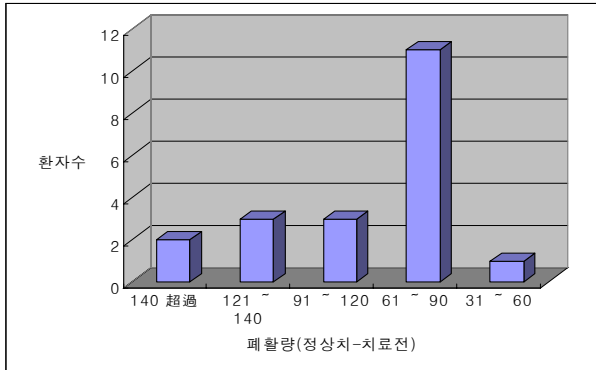


Fig. 4. 정상치와 治療前 肺活량의 差와 환자수

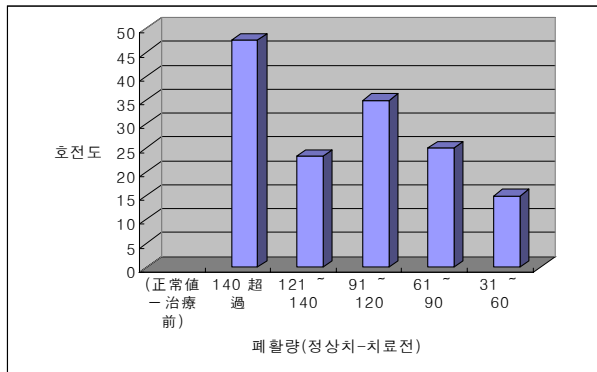


Fig. 5. 정상치와 治療前 肺活량의 差와 호전도

6. 치료기간과 호전도

치료기간은 투약일수를 기준으로 20일의 평균은 22.4일 이었고, 36일이상에서 35(l/min)로 호전도(평균)가 가장 높았고, 26일에서 30일까지의 호전도(평균)가 31.3(l/min), 20일이하에서 호전도(평균)가 27.2(l/min), 21일에서 25일까지의 호전도(평균)가 26(l/min), 31일에서 35일까지의 호전도(평균)가 25(l/min)이었다(Table 9, Fig. 6).

Table 9. 치료기간과 호전도

治療 期間	患者數	비율(%)	호전도(平均) (l/min)
20日 以下	9	45	27.2
21日 ~ 25日	5	25	26
26日 ~ 30日	4	20	31.3
31日 ~ 35日	1	5	25
36日 以上	1	5	35
總 計	20	100	28

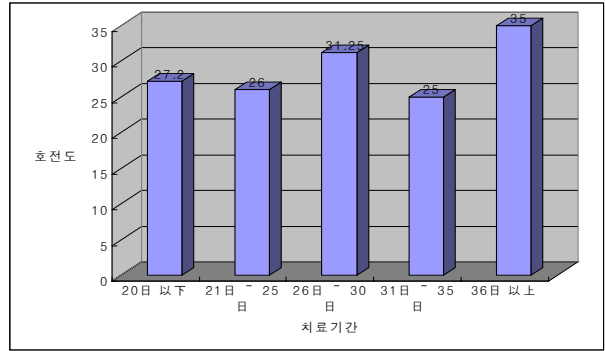


Fig. 6. 치료기간과 호전도

7. 吸煙과 호전도

吸煙者의 호전도(平均)는 25.5(l/min)이었으며, 非吸煙者의 호전도(平均)는 31.1(l/min)이었다(Table 10, Fig. 7).

Table 10. 吸煙과 호전도

吸煙與否	患者數	비율(%)	호전도(平均) (l/min)
吸 煙	11	55	25.5
非吸煙	9	45	31.1
總 計	20	100	28

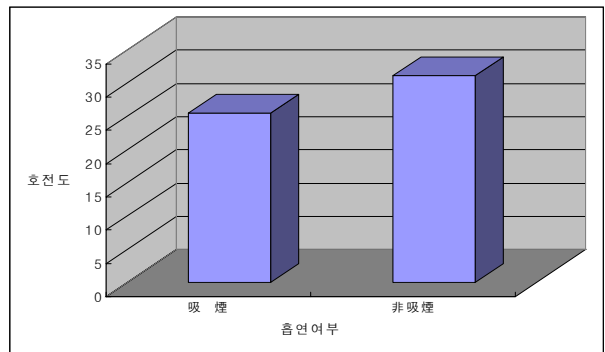


Fig. 7. 吸煙과 호전도

8. 호흡곤란정도와 호전도

호흡곤란정도와 호전도와의 관계는 Grade III이 7例(35%)로 호전도(平均)는 27.1(l/min)이었고, Grade I 이 2例(10%)로 호전도(平均)는 32.5(l/min), Grade II가 11例(55%)로 호전도(平均)는 27.7(l/min)이었다(Table 11, Fig. 8).

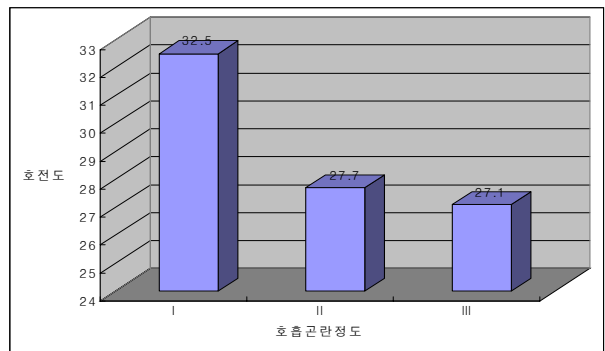


Fig. 8. 호흡곤란정도와 호전도

Table 11. 호흡곤란 정도와 호전도

호흡곤란 정도	患者數	비율(%)	호전도(平均) (l/min)
I	2	10	32.5
II	11	55	27.7
III	7	35	27.1
總計	20	100	28

고찰

呼吸不全症이란 動脈血 酸素分壓이 定常值 以下이거나 動脈血 二酸化炭素 分壓이 定常보다 높은 狀態를 말하는 것으로 臨床所見이 아니라 動脈血 檢査所見에 의해 診斷되는 特定 疾病이 아닌 機能障礙를 稱한다.⁴⁾

호흡곤란의 機轉은 原因 疾患에 따라 다르지만 呼吸作業이 過度할 때 언제나 發生할 수 있다. 胸壁이나 肺의 彈性이 減少하거나 氣道抵抗이 增加되는 경우에는 一定容積의 變化를 위해 呼吸筋肉이 더 많은 힘을 만들어 내야 한다. 活動程度에 비해 換氣가 過度할 경우에도 呼吸作業은 增加하게 된다. 호흡곤란이 發生하는 여러 臨床 狀況에서는 서로 다른 몇 가지 機轉들이 각기 다른 程度로 作用하고 있다. 어떤 狀況에서는 上氣道에서 受容體의 刺戟에 의해 호흡곤란이 誘發되고, 또 다른 경우에는 上氣道, 呼吸筋肉, 胸壁 또는 이 구조들이 組合된 受容體에서 起源하기도 한다. 어떠한 경우라도 호흡곤란은 腦幹, 呼吸中樞의 過度한 또는 非正常的인 活性化가 特徵적이다. 이러한 活性化 現象은 여러 가지 構造物들과 經路들(胸腔內 受容體, 呼吸筋 由來 球心性 體神經, 化學受容體, 高位中樞 등)에서 시작 또는 이들을 통해 전달된 刺戟에 의해 일어난다.¹⁸⁾

호흡곤란을 呼訴하는 患者를 診斷하고자 할 때는 먼저 症勢를 나타내게 된 期間에 따른 區分을 해야 한다. 以前에는 健康하던 患者가 數時間에서 數月間에 걸쳐 생긴 急性 호흡곤란의 경우는 呼吸氣道の 急性疾患(氣管支喘息의 急性發作), 肺實質(急性肺腫이나 細菌性 肺炎과 같은 急性 感染性 疾患), 胸膜(氣胸), 肺血管(肺塞栓症)등의 急性 疾患을 疑心한다. 數日에서 數周間に 걸쳐서 생긴 亞急性 호흡곤란은 기존의 呼吸氣道疾患의 急性惡化(氣管支喘息이나 慢性氣管支炎), 서서히 進行하는 非感染性炎症性疾患(Wegner 肉芽腫症, 好酸球性肺炎, 閉鎖性 細氣管支炎, 器質性 肺炎, 기타 다양한 疾患) 神經筋肉疾患(길랑바레증후군, 重症筋無力症), 胸膜疾患(多様な 原因의 胸膜滲出), 혹은 慢性疾患(鬱血性 心不全)등을 暗示한다. 數箇月에서 數年 以上에 걸쳐서 發生한 慢性 호흡곤란은 慢性閉鎖性 肺疾患, 慢性間質性 肺疾患 혹은 慢性 心臟疾患 등을 생각한다. 氣道の 慢性疾患(慢性閉鎖性 肺疾患과 氣管支喘息)은 惡화와 緩和가 反復되는 것이 特徵이며 患者는 호흡곤란으로 日常生活에 심한 制限을 받는가 하면 症勢가 없거나 아주 輕한 期間도 있다. 그에 비해 肺實質에 생기는 많은 疾患은 서서히 進行하는 例가 많다. 呼吸氣症勢와 胸部放射線寫眞상의 異常所見이 診斷의 端緒가 되기도 하며 다음으로 診察所見, 肺氣能檢査, 專門의인 영상검사와 氣管支 內視鏡檢査 등의 檢査에서 얻은 附加的인 정보로서 鑑別診斷을 함으로서 確診을 할 수 있다.¹⁸⁾

韓醫學에서 호흡곤란은 肺의 肅降機能이 온전치 못해 正常의인 呼吸作用이 失調되는 것으로 그 病因은 風寒, 濕熱, 秋燥, 吸煙 등의 外的要因과 肺虛와 肺·脾·腎·心의 機能의 關係로 因하는데, 久病肺虛하면 “金水相生”, “肺腎同源”의 關係에 의해 肺腎兩虛해지고, 心脈通於肺, 宗氣貫心脈而行呼吸 등의 關係와 心陽根於命門之火의 關係에 의해 肺腎이 虛해지면 心도 虛해지며, 腎虛하면 火不生土하고 肺虛하면 脾와의 母子關係에 따라 肺腎이 兩虛하면 脾虛에까지 이르게 된다.¹⁹⁾

甘桔湯은 傷寒에 少陰의 陰火가 위로 올라가서 鬱結되어 病이 誘發되어 咽痛下利하고 惑吐利하거나 痰이 있고 面色赤하고 乾嘔하며 脈이 浮하며 2, 3日동안 咽痛이 있고 下利嘔逆할 때 使用한다고 하였다.²⁰⁾

構成藥物的 藥理作用을 보면 桔梗은 味辛으로 發散하고 味苦로 泄하여 能히 開肺祛痰 作用을 하기 때문에 咳嗽 痰多 咽痛 失音등의 證에 適用한다고 하였고²¹⁾ 苦辛하여 清肺하고 利隔하며 開提氣血하고 表의 寒邪를 發散시키며 膿血을 排出시키고 內漏를 補充하므로 咽痛 喉痛 肺癰 咳嗽를 治療하며 辛苦味를 取하며 散寒하고 甘平의 氣味를 取하여 除熱한다고 하였다. 甘草는 甘味로 潤肺止該, 清熱解毒 作用이 있다.²²⁾

이러한 效能을 가진 甘桔湯을 2005年 1月 1일부터 2005年 8月 31日까지 東義大學校 韓醫科大學 附屬病院 5內科에 來院한 患者中 호흡곤란을 主症狀으로 하는 患者에 投與한 후 臨床觀察을 통하여 다음과 같은 結果를 얻었다.

患者의 性別 및 年齡 分布를 보면, 男子 患者의 境遇 13例(65%)로 女子 患者 7例(35%)보다 많았다. 年齡에 있어서는 60代가 10例(50%), 50代가 8例(40%), 40代가 2例(10%)로 나타났다 (Table 5).

호흡곤란을 나타내는 患者가 男子에게서 특히 많이 나타나는 것은, 男子가 女子보다 吸煙 등의 呼吸器 疾患을 誘發할 수 있는 因子들에 相對的으로 露出이 많이 되어있기 때문으로 보인다. 呼吸器疾患이 慢性으로 進行되어 高危險群을 形成하는 것은 50代 以上の 男子 患者(55%)라는 것을 알 수 있다.

호전도는 患者의 主觀的인 症狀의 好轉에 依存한 既存의 호전도 判定보다는 客觀的인 數値로 肺活量을 피크로메터로 測定해 호전도의 基準으로 삼았으며, 平均 호전도는 28(l/min)였고, 21(l/min)에서 40(l/min)까지가 13例(65%)로 절반 이상의 數値를 보였고, 20(l/min) 以下가 6例(30%), 41(l/min)에서 60(l/min)까지가 1例(5%)로 나타났다(Table 6).

平均 호전도 28(l/min)는 全體 患者의 正常 肺活量 平均値 522.5(l/min)의 5.4%와 治療前 肺活量 平均値 426.8(l/min)의 6.6%로 어느 程度의 治療 效果가 있다고 認定할 수 있었다.

호전도에 關한 問診에서는 20例의 患者가 모두 好轉되었다고 答하였으나 主觀的인 判斷만으로는 好轉되었는지의 與否만을 알 수 있을 뿐이고, 客觀的인 호전도 測定의 尺度로서는 肺活量의 測定이 適合하다고 생각되었으며, 肺活量 平均値의 增加率이 6.6%에 이룬 것은 患者의 90%(18例)가 30日 以內에 治療를 마친 것에 比較해 볼 때 그 效果가 有效하다고 볼 수 있었다.

연령별 호전도의 分布를 보면, 50代에서 29.2(l/min)으로 가

장 높았고, 40대에서 28(l/min) 60대에서 22.5(l/min)로 나타났다 (Table 7).

이상의 결과로 보아, 年齡이 비교적 높을 때보다 年齡이 낮을 때 호전도가 더 높게 나타났는데 甘桔湯이 開肺祛痰, 清肺利膈, 潤肺止咳하는 약물들로 구성되어 병증의 初忌나 輕症에 유효한 처방이라 이러한 결과를 나타내는 것으로 생각 된다.

20例 全部가 治療前의 肺活量이 모두 정상치에 미치지 못하였고, 治療後에도 정상치에는 미치지 못하였다. 정상치와 治療前 肺活量의 差의 平均은 95.8(l/min)이었으며, 정상치와 治療前 肺活量의 差가 61(l/min)에서 90(l/min)까지가 11例(55%)로 가장 많았으며, 121(l/min)에서 140(l/min)까지, 91(l/min)에서 120(l/min)까지가 각각 3例(15%), 31(l/min)에서 60(l/min)까지가 1例(5%), 140(l/min)초과에서 2例(10%)로 나타났다. 肺活量 정상치와 治療前 肺活量의 差와 호전도와의 관계는 140(l/min) 超過가 47.5(l/min)로 가장 높았고, 91(l/min)에서 120(l/min)까지가 35(l/min), 61(l/min)에서 90(l/min)까지가 25(l/min), 121(l/min)에서 140(l/min)까지가 23.3(l/min)이었다(Table 8).

정상치와 治療前 肺活量의 差가 90(l/min) 以上인 8例의 호전도(平均)은 33.8(l/min)으로 平均인 28(l/min)보다 높아 정상치와 治療前 肺活量의 差가 커 호흡곤란이 甚할수록 자주 治療를 받아 治療效果가 큰 것으로 나타났다.

대부분 患者의 肺活量이 정상치에 다 미치지 못한 것은 治療期間이 大部分 30日 以內로 짧았고, 患者의 非協助, 患者의 生活習慣의 改善이 이루어지지 못한 狀態에서 治療를 마치는 境遇가 많았다. 그러므로 治療效果에 對한 研究 報告와 함께 治療期間에 對한 研究도 이루어져 正常狀態까지 治療가 이루어져야 한다고 생각된다.

治療期間은 投藥日數를 基準으로 平均 22.4日이었으며, 36日 以上이 호전도(平均)가 가장 높은 35(l/min)이었으며, 26日에서 30日까지가 31.3(l/min), 20日以下가 27.2(l/min), 21日에서 25日까지가 26(l/min), 31日에서 35日까지가 25(l/min)로 나타나 (Table 9), 대부분 治療期間이 길수록 호전도(平均)도 높아지는 境遇를 보여 大部分의 患者에게서 長期間의 投藥을 통한 治療가 더 效果가 있음을 알 수 있었다.

吸煙與否와 호전도와의 관계는 吸煙者의 호전도가 25.5(l/min)으로 非吸煙者의 호전도인 31.1(l/min)에 미치지 못하여 吸煙이 호전도에 미치는 影響이 상당히 크다는 것을 알 수 있었다(Table 10).

호흡곤란程度와 호전도와의 관계는 Grade I 이 2例(10%)로 호전도(平均)는 32.5(l/min), Grade II는 11例(55%)로 호전도(平均)는 27.7(l/min), Grade III는 7例(35%)로 호전도(平均)는 27.1(l/min)로 나타났다(Table 11).

호흡곤란程度에서 Grade I, Grade II인 患者는 없었으며, Grade III인 患者가 11例로 55%를 차지하였으나, 臨床的 호흡곤란程度와 호전도와의 有意性있는 關係를 찾기는 어려웠다. 이는 問診의 過程에서 患者의 主觀的인 表現이 호흡곤란의 程度의 判定을 하는데 資料가 되는데 肺活量의 測定과 같은 客觀的인 數値보다는 不正確하다는 것을 보여주고 있다.

以上에서 甘桔湯이 호흡곤란이 主症狀인 患者에 있어 肺活

量 測定을 통하여 症狀의 程度가 比較적 甚하고 50代 以下의 患者에 있어서 호흡곤란의 症狀를 輕減시키는 效果가 있음을 알 수 있었으며, 吸煙與否에 따라 治療 效果에 차이를 나타낸다는 사실을 확인 할 수 있었으나, 臨床例가 20例 밖에 되지 않아 이에 對해서는 앞으로 보다 많은 症例의 報告와 研究觀察이 追加 되어져야 한다고 생각된다.

결론

2005年 1月 1日부터 2005年 8月 31日까지 東義大學校 附屬 韓方病院 5內科에 來院한 患者 中 호흡곤란이 主症狀인 患者 20名을 對象으로 甘桔湯을 投與하고 피크로메터로 肺活量을 測定하여 比較한 結果 다음과 같았다.

性別 分布는 男子가 全體의 65% 를 차지하였고, 연령별 分布에 있어서는 61歲에서 70歲까지가 10例(50%)로 가장 많았으며, 50代 以上의 長年 高齡의 患者가 18例(90%)로 대단히 많았다. 호전도에서는 肺活量의 平均 6.6%가 增加되었고 연령별 호전도는 51歲에서 60歲까지가 29.2(l/min)로 가장 높았으며, 41歲에서 50歲까지가 28(l/min), 61歲에서 70歲까지가 22.5(l/min) 였다. 肺活量 정상치와 治療前 肺活量의 差와 호전도와의 관계는 호흡곤란의 程度가 甚할수록 호전도가 높은 傾向을 보여 症狀이 甚한 患者일수록 藥物에 대한 反應이 더 좋은 것으로 나타났다. 治療期間은 平均 22.4日 이었고, 治療期間의 길이가 길수록 호전도(平均)가 높게 나타났다. 吸煙者의 호전도(平均)는 25.5(l/min)이었으며, 非吸煙者의 호전도(平均)는 31.1(l/min)으로 나타났다. 호흡곤란程度와 호전도와의 관계는 Grade I 가 2例(10%)로 호전도(平均)는 32.5(l/min)으로 가장 높았으나, 호흡곤란의 程度와 호전도와의 관계는 有意性있는 相關관계가 없었다.

참고문헌

1. 서울대학교 의과대학. 호흡기학. 서울, 서울대학교 출판부, pp 73-79, 2005.
2. 전남대학교 의과대학 호흡기학 출판부. 호흡기학. 광주, 전남대학교 출판부, p 94, 2006.
3. 新太陽社 編輯局 百科事典部. 原色最新醫療大百科事典. 서울, 新太陽社, p 104, 1994.
4. 서울대학교 의과대학. 호흡기학. 서울, 서울대학교 출판부, p 277, 280, 281, 1997.
5. 서울대학교 의과대학 내과학 교실. 2003 최신지견 내과학. 서울, 고려의학, pp 53-57, 2003.
6. 李珩九, ·鄭昇杞. 東醫肺系內科學. 서울: 民瑞出版社, p 23, 70, 76, 187, 1993.
7. 龔廷賢. 萬病回春. 서울, 杏林出版社(上卷), p 127, 1972.
8. 王肯堂. 六科准繩. 서울, 柳林社, p 143, 1975.
9. 朱震亨. 丹溪心法. 臺北, 五洲出版社, p 348, 1972.
10. 北京中醫學院. 漢醫學臨床病理. 서울, 成輔社, pp 181-184, 1983.
11. 上海中醫學院. 中醫內科學. 香港, 商務印書館, pp 17-25, 1977.

12. 李用粹. 證治彙補. 서울, 日新文化社, pp 273-275, 1983.
13. 楊醫晉. 中醫學問答(下冊). 北京, 人民衛生出版社, pp 10-17, 1985.
14. 丁奎萬. 東醫小兒科學. 서울, 杏林出版社, pp 237-241, 400-411, 1985.
15. 張仲景. 傷寒論精解. 서울, 경의대학교출판국, pp 593-595, 2002.
16. 許浚. 新編對譯 東醫寶鑑. 서울, 법인문화사, pp 641-642, 2005.
17. Nunn, AJ. Gregg I. Brit Med J. 289: 1068-1070, 1989.
18. KASER 외. 해리슨 내과학1,2. 서울, 도서출판MIP, p 217, 218, 1631, 2006.
19. 歐陽忠興 外. 中國呼吸病學. 北京, 中國醫藥科技出版社, p 14, 255, 1994.
20. 蔡炳允. 韓方眼耳皮膚科學. 서울, 集文堂, p 290, 1982.
21. 幸民教. 臨床本草學. 서울, 南山堂, p 176, 392, 1986.
22. 張仲景. 仲景全書 傷寒論. 台北, 集文書局, p 254, 1978.