長感病으로 진단된 불명열 환자 치험 1례

김상진[1] · 장석현[1] · 정희재[2] · 정승기[2] · 이범준[1,2]*

1 : 강남경희한방병원 한방내과, 2 : 경희대학교 한의과대학 폐계내과학교실

A Study on the Fever of Unknown Origin Indicated by Janggam Disease

Sang Jin Kim[1], Seok Hyun Jang[1], Hee Jae Jung[2], Sung Ki Jung[2], Beom Joon Lee[1,2]*

1 : Department of Internal Medicine, Gangnam Kyunghee Oriental Medical Hospital,
2 : Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Kyunghee University

Fever of Unknown Origin(FUO) is defined as a temperature higher than 38.3'C that persists without diagnosis for at least 3 weeks despite appropriate investigation. The purpose of this study was to analyze the effectiveness of oriental medical treatment on the patient with FUO. We treated a female patient with FUO by oriental medical treatment with appropriate herbal medicine and balanced acupuncture. We prescribed Galgunhaegi-tang (Gegenjieji-tang) for 5 days and Handayeolso-tang(Handuoreshao-tang) for 9 days. At the same period, we also applied acupuncture and checked body temperature. In order to measure a pain of the patient, we used Visual Analogue Scale(VAS). It was found that Galgunhaegi-tang had little effect at this time, but the administration of Handayeolso-tang brought the positive effect on the patient. The body temperature of the patient was lowered and VAS score was reduced apparently after treatment. Handayeolso-tang might be used for relieving symptoms of FUO

keywords : Fever of Unknown Origin, Handayeolso-tang, Taeumin, Janggam disease

서 론

發熱은 시상하부에 있는 체온조절중추의 변화로 정상수준 이상으로 체온이 상승한 것을 말한다. 인체는 주위 환경이 변화됨에도 불구하고 체온조절중추에서 조직, 특히 근육, 간으로부터 열의 생산과 소모를 조절할 수 있기 때문에 정상체온을 유지한다. 고체온증은 불충분한 열 소모로 인하여 시상하부에서 기준점 이상으로 체온이 상승한 것이다[1].

불명열은 1961년 Petersdorf와 Beeson 등이 첫째, 수차례에 걸친 38.3℃ 이상의 고열, 둘째, 3주 이상 지속되어져야 하고, 셋째 입원 후 일주일 이상의 검사에도 불구하고 發熱의 원인을 찾지 못할 때로 정의하였다. 이상과 같은 정의가 내려진 이래, 어떤 질환들이 이에 속하며, 어떻게 접근해야 할 것인지에 대한 많은 논의가 있어 왔다[2].

한의학에서는 發熱의 원인을 外感과 內傷으로 구분한다. 外感의 경우는 외부에서 邪氣가 침범한 것으로 대개 風寒이나 溫熱邪氣의 침범인 경우가 흔하며, 內傷의 경우는 臟腑經絡의 陰陽의 균형이 어긋남으로써 發熱을 야기하게 된다[3]. 또 다른 관점으로, 『東醫壽世保元』에서는 인체를 臟腑大小의 크기에 따라 4가지 체질로 분류하고 각 체질 특성상 부족해지기 쉬운 기운을 保命之主라 명명하여, 외부기운에 대한 保命之主의 반응에 따라 發熱이 나타난다고 보았고, 각 체질별로 保命之主가 다르기 때문에, 發熱양상 또한 다르게 나타나는 것이라 하였다[4]. 그 중 太陰人은 肝大肺小한 특징으로 呼散之氣가 부족하여 邪氣를 발산시키지 못하여 나타나는 發熱과 肝熱이 肺로 올라가 肺燥하여 발생한 肝熱肺燥證의 일환으로 나타나는 發熱이 나타난다. 呼散之氣의 부족으로 나타나는 發熱의 양상 중에 『東醫壽世保元』 太陰人 胃脘受寒表寒病에서 언급된 長感病이라는 것은 惡寒과 發熱, 汗出이 며칠씩 번갈아 가며 나타나는 것을 일컫는 질환으로 일반적인 外感에 비해 발병기간이 길어 長感病이라 명명되었다[5].

본 임상증례는 양방 병원에서 3주 간 각종 검사 및 약물 치료를 받았으나, 원인이 파악되지 않고 發熱증상이 지속되는 불명열 환자에 대해 사상체질 진단을 통해 太陰人으로 판단되었고, 發熱이 수차례에 걸쳐 간헐적으로 수 시간씩 나타나며 發熱이 3주 이상 지속된다는 發熱양상을 통해 長感病으로 진단하여 치료한 결과 양호한 치료효과를 거두었기에 보고하는 바이다.

증 례

1. 환 자 : 박 ○ ○ / 여자 57세

* Corresponding author
Beom Joon Lee, Department of Internal Medicine, Gangnam Kyunghee Oriental Medical Hospital, 994-5, Daechi 2-dong, Gangnam-gu, Seoul, Korea
·E-mail : franchisjun@naver.com ·Tel : +82-2-3457-9005

·Received : 2014/10/22 ·Revised : 2014/11/20 ·Accepted : 2014/11/24

ⓒ The Korean Society of Korean Pathology, The Korean Society of Korean Physiology

pISSN 1738-7698 eISSN 2288-2529 http://dx.doi.org/10.17208/kjopp.2014.12.28.6.683
Available online at http://society.kisti.re.kr/sv/SV_svjscj03L.do?method=list&poid=ksomp&kojic=DRSRDH&sVnc=v28n5&menuid=1&subid=13

2. 발병일 : 2014년 3월 30일

3. 치료기간 : 2014년 4월 25일~2014년 5월 8일

4. 진단명 : Fever, Unspecified

5. 주소증
 1) 自汗, 發熱惡寒
 2) 頭痛腰痛

6. 과거력
 1) 고혈압 : 20년 전 진단 후 약물복용 중

7. 사회력 : 음주력(-) 흡연력(-) 평소 농업에 종사하여 밭일 많이 한다함.

8. 가족력 : 父(고혈압)

9. 현병력

상기 환자는 2014년 3월 30일에 특별한 원인 없이 自汗, 發熱惡寒, 頭痛, 腰痛이 발생하여 건대병원 이비인후과에 방문하여 “편도에 염증있다”는 소견을 듣고 경구투여약물 (methylol cephalexin lysinate 500 mg 3T#3, acetaminophen 325 mg tramadol hydrochloride 37.5 mg 2T#2, streptokinase streptodornase 10 mg 3T#3, 시네츄라 시럽 1 ml 중 coptis rhizome butanol dried ext. 0.875 mg ivy leaf 30% Ethanol Dried Ext. 2.625 mg 3P#3, 모티리톤 정 중 현호색:견우자(5:1) 에탄올 연조엑스 50% (10→1) 30 mg 3T#3)을 처방받았으나 증상이 지속되어 2014년 4월 18일 원주 기독병원에 방문하여 Complete Blood Cell count (CBC), Urine Analysis (U/A), novel swine-origin influenza A (H1N1, 신종플루)검사에서 정상으로 나타나 경구투여약으로 진통해열제와 위장보호제를 처방(ranitidine hydrochloride 84 mg bismuth subcitrate 100 mg sucralfate 300 mg 4T#2, acetaminophen encapsulated 650 mg 4T#2)받고 가료 하던 중 열이 나고 여타 다른 증상이 지속되어 2014년 4월 25일 강남경희한방병원에 내원하였음.

10. 초진소견
 1) 睡眠 : 수면 개시 어려움을 호소하며, 수면제(스틸녹스 정 10mg)에 의존한 수면만 가능하다함.
 2) 食慾 및 消化常態 : 매끼 1공기 씩 밥으로 섭취중이며, 입마름이 심하여 하루에 생수 2 L 씩 섭취 중이라 하며, 소화는 잘되는 편이라 함.
 3) 大便 : 하루에 1회 씩 정상변을 본다함.
 4) 小便 : 하루에 7-8회 가량 자주 본다함.
 5) 自汗, 惡寒發熱 : 하루 중 수차례 전신의 發熱 발생하며, 發熱 후 自汗있다함. 전신의 떨림과 함께 惡寒 동반된다함.
 6) 頭痛, 腰痛 : 후두부의 뻐근한 통증을 호소하며, 發熱惡寒 증상 있을 때 뻣뻣하게 굳는 듯한 느낌을 받는다함. 양측 요추기립근 부위의 뻐근한 통증이 동반된다함.
 7) 眼痛 : 양측 내안각 부위의 욱신거리는 통증 호소하며 간헐적 열감이 있다함.
 8) 舌診 : 舌淡紅 白苔
 9) 맥진 : 脈緊數

11. 입원 시 검진소견
 1) 활력징후 : 혈압 130/80 mmHg 맥박수 72회/min 호흡수 20회/min 체온 37.2℃
 2) Chest PA (2014. 4. 26) : No active lung lesion.
 3) Lab-finding (2014. 4. 26) : Hemoglobin (Hgb) 11.3 g/dL Segmented neutrophil 41% Lymphocyte 52% Na 130 mmol/L Total protein 6.2 g/dL lactate dehydrogenase (LDH) 130 IU/L High density lipoprotein (HDL) 41 mg/dL

12. 사상체질진단
 1) 外形 및 性質才幹
 (1) 體形氣像

허리 및 복부가 발달하였고, 통통한 편이며 상대적으로 목 부위는 덜 발달한 편임.

 (2) 容貌詞氣

동글동글한 얼굴형에 이목구비가 선명하고 입술은 두툼한 편임.

 (3) 性質才幹

다른 사람들과 잘 어울리고 인간관계가 원만한 편이라 하며, 매사에 끈기 있게 대하는 편이라 함. 자신보다 남을 먼저 배려하는 편이며 집밖으로 돌아다니는 것을 별로 좋아하지 않는다함.

 2) 체간측정법에 의한 체질진단 : 太陰人
 (1) 腋窩橫紋사이의 거리 = 36.0 cm
 (2) 乳頭연장선상의 赤白肉際까지의 거리 = 35.5 cm
 (3) 脇肋部의 赤白肉際(6, 7, 8 脇肋骨 접합부 융기부분을 축) = 33.0 cm
 (4) 臍部의 좌우 天樞穴을 左右側으로 한 赤白肉際간의 길이 = 35.0 cm
 (5) ASIS를 연결한 직선거리 = 33.0 cm
 3) 종합체질진단

상기 소견들을 종합하여 고려해볼 때 太陰人으로 판단됨.

13. 치료 및 경과
 1) 치료방법
 (1) 한약치료

본 증례의 환자는 不眠, 發熱, 惡寒, 頭痛, 腰痛, 眼痛을 호소하였으며 腹診상 복부압통과 함께 脈浮數, 舌紅無苔를 동반하여 太陰人 肝熱肺燥證으로 辨證하고 입원 후 5일 간은 葛根解肌湯을 투여하였으나, 증상 지속되어 太陰人 長感病으로 재차 辨證하여 9일간 寒多熱少湯을 투여하였다. 1일 2첩 분량을 130 ml 씩 3회 로 나누어 투여하였다.

 (2) 침구치료

0.25*40 mm의 stainless steel 침(동방침구침)을 사용하여 合谷, 內關, 曲池, 太衝, 三陰交, 足三理에 하루 한차례 刺針하였고, 1일 1회 오성구뜸틀을 이용하여 中脘, 下脘에 間接灸를 시술하였다.

2) 치료경과

(1) 입원 1일 째

① 입원 당시 체온 37.2℃ 보이며, 惡寒, 全身痛과 같은 동반증상 없다함.

(2) 입원 2일 째

① 기력저하완화 및 체온 조절을 목적으로 수액처치(5DS 1 L 후리아민 10% 500 ml 2Ⓑ IV 10gtt) 시행하였으나, 환자 수액처치에 대한 불편감을 호소하여 1일 간 시행 후 익일 종료함.

② 12시 경 체온 상승(37.7℃)하여 미온수마사지 및 아이스팩 시행하여 15시 경 해열됨.(37.2℃) 잦은 飮水로 인한 頻尿 및 咳嗽 嗒痰 호소함.

③ 18시 경 체온 상승(38.4℃)하여 淸咽利膈湯 액기스, 미온수마사지, 아이스팩을 시행하여 익일 1시 경 해열됨(37.8℃) 전신의 심한 惡寒과 氣力低下 동반된다함.

(3) 입원 3일 째

① 6시 경 喘鳴과 함께 체온 상승(37.9℃)보여 淸咽利膈湯 엑기스 및 미온수마사지 시행하여 8시 경 해열됨(37.5℃).

② 18시 경 경미한 해수 객담과 함께 체온 상승(38.5℃)보여 소염진통제(diclofenac sodium (I-DLF) 75 mg/2 ml 1/2Ⓐ)주사 후, 19시 경 해열됨(37.2℃).

(4) 입원 4일 째

① 8시 경 체온 상승(38.5℃)하여 소염진통제(I-DLF 75 mg/2 ml 1/2Ⓐ)주사 후, 9시 경 해열됨(37.3℃) 해수 객담 동반된다함

② 18시 경 별다른 동반증상없이 체온 상승(39.0℃)하여 소염진통제(I-DLF 75 mg/2 ml 1/2Ⓐ)주사 후, 20시 경 해열됨(36.7℃)

(5) 입원 5일 째

① 계속되는 發熱, 惡寒에 대한 원인 찾고자, 입원 시 시행했던 CBC, U/A, biochemistry (BC) 재차 시행하였고, 환자 진술 상 평소 농업(밭일)에 종사한다는 언급을 토대로 유행성 바이러스 감염을 의심하여 Hantan V Ab, R.tsutsugamushi, Leptospira Ab 시행하였고, 자가면역질환에 의한 發熱 확인하고자 Rhematoid Arthritis Factor (R.A Factor), Antinucler antibody (ANA), Antineutrophil cytopasmic antibody (ANCA) 시행하였고, 갑상선 질환 확인을 위해 Free Thyroxine4 (Free T4), Thyroid Stimulating Hormone (TSH), Thyroxine3 (T3), 시행하였고, 각종 감염에 의한 發熱여부 확인하고자 Hepatitis A Virus Immunoglobulin G (HAV IgG), Hepatitis A Virus Immunoglobulin M (HAV IgM), C-Reactive Protein (CRP), Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) 시행하였으나 뚜렷한 발병 원인 발견되지 않음.

② 6시 경 심한 惡寒과 함께 체온 상승(38.8℃)하여 소염진통제(I-DLF 75 mg/2 ml 1/2Ⓐ)주사 후, 7시 경 해열됨(37.0℃) 해열과 함께 惡寒 소실되었다함.

③ 14시 경 惡寒, 全身通 호소하며 체온 상승(38.6℃)하여 소염진통제(I-DLF 75 mg/2 ml 1/2Ⓐ)주사 후, 16시 경 해열됨(36.8℃)

(6) 입원 6일 째

① 원인이 불분명한 지속적인 發熱을 長感病으로 辨證하여 寒多熱少湯으로 처방 변경함.

② 6시 경 체온 상승(38.8℃)하여, 소염진통제(I-DLF 75 mg/2 ml 1/2Ⓐ)주사 후, 8시 경 해열됨(37.0℃) 특이증상 없다함.

(7) 입원 7일 째

① 6시 경 惡寒 및 자각적인 열감과 함께 체온 상승(38.5℃)하여, 소염진통제(I-DLF 75 mg/2 ml 1/2Ⓐ)주사 후, 7시 경 해열됨(36.7℃) 소염진통제 주사 후 惡寒, 자각적 열감이 감소하였다함.

(8) 입원 8일 째

① 10시 경 체온 상승(38.3℃) 및 심한 頭痛과 열감 호소하여 소염진통제(I-DLF 75 mg/2 ml 1/2Ⓐ)주사 후, 11시 경 해열됨(37.8℃) 소염진통제 주사 후 열감은 감소하였으나 氣力低下 호소함.

(9) 입원 9-14일 째

惡寒, 發熱, 頭痛 거의 소실되었으며 自汗, 氣力低下 완화되었으나, 양측 요부전반의 통증은 입원 당시와 비슷한 정도로 남아있다함. 寒多熱少湯 5일 분과 함께 퇴원 조치함.

Table. 1. Early in the hospital, heat causes evaluation findings

	2nd Day of the Hospital	5th Day of the Hospital	The Reference Value(Units)
WBC	5.7	6.5	4.01-10.8(103/μL)
RBC	4.09	3.95	4.0-5.4(106/μL)
Hct	35.9	34.8	35-55(%)
Hgb	11.3	11.2	12-16(g/dL)
K	3.9	4.1	3.5-5.1(mmol/L)
Cl	99	102	98-107(mmol/L)
Na	130	134	136-145(mmol/L)
TG*	109	190	50-130(mg/dL)
LDH†	130	151	106-211(IU/L)
CK‡	139	742	43-165(IU/L)
Total protein	6.2	6.1	6.7-8.3(g/dL)
HDL	41	38	42-88(mg/dL)
HIV Ab		Negative	Negative
Hantan V Ab		Negative	Negative
R.tsutsugamushi		Negative	Negative
Reptospira Ab		Negative	Negative
Free T4		1.37	0.78-1.54(ng/dL)
TSH		2.18	0.55-4.78(mIU/L)
T3		0.71	0.60-1.81(ng/mL)
HAV IgG		Positive	Negative
HAV IgM		Negative	Negative
ANA**		Negative (Less than 1:40)	Negative (Less than 1:40)
ANCA††		Negative	Negative
CRP‡‡		Negative	Negative
VDRL§§		Non-Reactive	Non-Reactive
R.A*** Factor		Negative	Negative

*triglycerides, †lactate dehydrogenase. ‡creatine kinase, §human immunodeficiency virus, **antinuclear antibody, ††antineutrophil cytoplasmic antibody, ‡‡c-reactive protein, §§veneral disease research laboratory, ***rheumatoid arthritis

Fig. 1. The Change of Maximum Temperature of the Day.

Fig. 2. Visual Analogue Scale for a Fever & Chills.

고 찰

인체의 체온은 제 3뇌실 기저부에 인접한 전방 시상하부의 시각교차앞구역(preoptic region)에 위치한 온도조절중추에서 조절된다. 發熱이 생기는 기전은, 먼저 체온 조절 장치가 높은 기준으로 다시 설정되어 실제 체온이 설정 온도보다 낮아져 惡寒을 느끼게 되고, 말초 혈관 수축, 전율, central pooling 및 두꺼운 옷을 입는 등의 활동이 수반되면서 체온을 상승시키게 된다[6]. 發熱은 임상에서 흔히 볼 수 있는 것으로 질병이라기보다 급만성 질환에서 나타나는 하나의 증후로 인식될 수 있고 통증과 더불어 질병이 발생하였음을 알려주는 주요한 증세의 하나이다[7]. 그러나 열은 계속되는데 그 원인 질환을 밝히지 못한 환자는 예부터 의사들에게 진단과 치료에 있어서 커다란 문제가 되어왔는데, 이러한 환자를 '불명열환자'라고 부르고 있다.

불명열은 수차례에 걸친 38.3℃ 이상으로의 체온 상승, 3주 이상 지속되는 發熱, 1주간 입원하여 검사하였음에도 불구하고 진단을 내릴 수 없는 경우로[8], 이러한 정의가 30년 이상 지속되었으나, 의료기술과 환경이 발달함에 따라 수차례 개정을 통해, 1주간 입원검사가 3차례의 외래방문이나 3일의 입원검사로 수정되었다[9].

불명열의 주요원인으로는 감염질환, 교원병, 신생물 등이 있는데, 일반적으로 불명열로 분류된 질환의 최종원인으로는 감염질환이 30-40%, 악성종양이 15-20%, 교원성 질환이 10-15%, 기타질환이 15%, 검사에도 불구하고 최종적인 진단이 붙지 않는 경우는 약 10-20%이라고 하며[10], 이는 환자의 연령, 면역 상태, 풍토병, 인종, 경제력 및 의료 환경의 사회적 문제 등에 따라 다소 차이가 있을 수 있다[10]. 이러한 원인에 대한 평가를 위해 초기검사로써 CBC, LDH, U/A, uric acid, blood culture, chest radiography, tuberculin skin test, erythrocyte sedimentation rate (ESR), CRP, ANA 등을 시행하고[11] 환자 개개인의 병력를 파악하여 필요한 추가검사를 시행한다.

본 증례에서도 타 의료기관에서 시행한 CBC, U/A, 신종플루검사에서 정상으로 나타났으며, 본원에 입원하여서도 호소하는 증상을 통해 감염증을 의심하여 혈액, 소변검사, Chest 검사 시행하였으나 특별한 감염 요인을 찾기 어려웠다. 평소 농업에 종사한다는 환자의 진술에 따라 추가로 Hantan V Ab, R.tsutsugamushi, Leptospira Ab 시행하였고, 자가면역질환에 의한 發熱 확인하고자 R.A Factor, ANA, ANCA 시행하였으며, 갑상선질환 확인을 위해 Free T4, TSH, T3 시행하였으며, 각종 감염에 의한 發熱여부 확인하고자 HAV IgG, HAV IgM, CRP, VDRL, 시행하였으나 뚜렷한 발병원인 발견되지 않았다. 따라서 본 증례의 환자에게서 나타난 열은 불명열로 결론 내리게 되었다.

『東醫壽世保元』에서는 인체를 臟腑大小의 크기에 따라 4가지 체질로 분류하고 각 체질 특성에 따라 發熱기전을 설명하고 있다. 少陰人의 경우 腎大脾小하므로 脾局의 陽氣가 寒邪에 억눌리게 되고, 腎局의 陽氣가 그 寒邪에 抗拒함으로 脾局에 연접하지 못하기 때문에 發熱이 발생하며, 少陽人의 경우 腎小하므로 陰火되기 쉽고 淸陽의 상승이 어려워 熱火되어 發熱이 나타나게 된다[12]. 太陰人의 경우는 表證과 裏證에서 모두 發熱이 나타날 수 있으며, 表證의 경우에는 太陰人의 肝大肺小한 특징으로 呼散之氣가 부족하여 邪氣를 발산시키지 못하여 寒厥형태의 發熱양상을 보이며, 裏證의 경우에는 吸聚之氣가 왕성하여 안으로 모으는 기운이 많아 제대로 나가지 못하고 내부에 울체되어 생긴 肝受熱裏熱病의 양상을 보인다[13]

太陰人 肝受熱裏熱病은 太陰人이 평소 사치와 향락을 즐기고 욕심을 억제하지 못하여[14] 발생한 肝熱이 폐로 올라가 肺燥하여 발생한 증세이며, 크게 肝燥熱證과 陰血耗渴證으로 구분할 수 있으며 肝燥熱證은 다시 임상양상에 따라 陽毒發斑, 熱性溫病, 手指焦黑斑瘡病, 虛勞夢泄證 등의 형태로 구분된다[15]. 특히 肝熱이 심하면 그의 腑인 小腸에 熱이 울결되면서 大便秘結한 燥澁便閉證이 나타나게 되며, 그 치료법으로 熱多寒少湯을 기본으로 하여 肝熱을 해소하도록 하고 증상에 따라 淸肺瀉肝湯, 葛根解肌湯 등을 응용한다.

寒厥이란 太陰人 胃脘受寒表寒病에 해당하는 것으로, 長感病이라고도 한다. 『東醫壽世保元』에서 언급되는 '寒厥'이란 용어는 傷寒論의 厥證과 차이가 있다. 傷寒論의 厥證은 手足厥冷을 뜻하며, 『東醫壽世保元』의 寒厥은 열이 나지 않으면서 다만 惡寒만 있는 것을 의미한다. 寒厥증의 임상양상은 熱과 厥이 교대로 나타나는데, 며칠간은 發熱이 별로 심하지 않으면서 惡寒이 주로 있다가 다시 수일간 發熱이 있는 病態가 장기간 거듭되는 모습을 보인다[16]. 胃脘受寒表寒病은 太陰人의 表病을 뜻하며, 肝大肺小한 臟腑大小특징으로 설명할 수 있다. 太陰人은 肺의 呼散之氣가 부족하고, 肺의 腑인 胃脘의 陽의 상승력이 부족하기 때문에 表가 虛薄해져서 寒邪를 이기지 못하고 外表에 침범을 받아 正氣와 邪氣가 싸우게 되는데, 이를 太陰人 胃脘受寒表寒病이라 한다[17]. 正氣와 邪氣의 투쟁에 따라 外部寒邪가 우세한 경우엔 寒厥증이 나타나고 正氣가 우세한 경우엔 寒邪에 억눌려 있던 열이 외부로 발산되면서 發熱 및 自汗을

나타낸다.『東醫壽世保元』에서는 이와 같은 증후에 대하여 “勞心焦思하던 끝에 胃脘이 쇠약해지고 表局(肺局)이 허약해져 寒을 이기지 못하게 되었는데 밖에서 寒邪가 덮쳐 포위한 것이다. 正氣와 邪氣가 서로 다투는 형태는 손님인 外寒邪가 더 강하고 주인인 內正氣가 약한 정황이다(此證原委 勞心焦思之餘, 胃脘衰弱而表局虛薄, 不勝寒而外被寒邪所圍, 正邪相爭之形勢 客勝主弱).”라고 언급하며 正氣와 邪氣의 투쟁을 손님과 주인으로 비유하고 있으며, 그 치료법으로 寒多熱少湯, 熊膽散을 사용하여 發汗시킴으로써 肺의 呼散之氣를 도와야한다고 하였다.

본 증례의 환자가 입원 당시 주로 호소한 뚜렷한 熱症과 함께 脈浮數, 舌紅白苔 및 腹診 상 복부압통을 토대로 太陰人 肝受熱裏熱病이라 초진상 판단하였는데, 안구의 통증 및 不眠을 호소하는 점이 “熱이 表에 있어 눈이 아프고 잠이 오지 않는 증상에 葛根解肌湯을 쓴다.”(熱在表則 目疼 不眠 宜解肌湯), “陽明病으로 눈이 아프고 코가 건조하고 잠을 잘 자지 못하는 증상에 葛根解肌湯을 쓴다.”(陽明病 目疼 鼻乾 不得臥 宜葛根解肌湯)라는 원문에 부합한다고 판단되어 입원 후 5일간 葛根解肌湯[18]을 투여하였다. 葛根解肌湯은 葛根 12 g, 藁本 黃芩 6 g, 桔梗 白芷 升麻 4 g으로 구성된 처방으로 班疹, 傷寒 陽明, 煩渴, 關格, 瘧疾, 熱頭痛, 偏頭痛, 鼻淵, 鼻痛, 癰疽初發 등에 광범위하게 사용되는 처방이다[19].

그러나 葛根解肌湯 투여 5일 후에도 하루 중 2-3차례 발생하는 惡寒發熱의 양상이 여전히 똑같이 지속되어 再辨證을 하였다. 太陰人으로써 뚜렷한 熱症을 갖고 있긴 하나, 燥熱로 인해 발생하는 便秘나 陽毒發斑 및 飮一溲二 같은 증상도 보이지 않고, 脈浮數, 舌紅白苔한 것으로 보아 裏證이 아닌 表證으로 사료되었다. 또한 환자의 체질이 太陰人이며 發熱이 3주 이상 지속되며 惡寒과 發熱汗出의 반복과 함께 간헐적으로 수 시간 지속되는 發熱양상으로 보아 오히려 太陰人 表證의 長感病에 가깝다고 사료되어 태음인 위완수한표한병 장감병으로 再辨證하고 입원 6일째 부터 寒多熱少湯을 투여하였다. 寒多熱少湯은 太陰人 長感病을 치료하는 처방으로, 斂肺化痰, 調胃消食하는 효능이 있으며, 薏苡仁 12 g, 蘿蔔子 8 g, 乾栗 7 g, 桔梗 麻黃 麥門冬 杏仁 黃芩 4g으로 구성되어있다[20]. 寒多熱少湯 투여 후 하루 중 發熱회수 점차 감소하고, 不眠 및 全身痛 호전되기 시작하였으며, 입원 9일째 부터는 發熱 더 이상 관찰되지 않으며, 발병 이전 가지고 있던 腰痛 이외에는 대부분의 증상 소실되는 양상을 보였다. 이는 체질적으로 肝大肺小한 太陰人이 呼散之氣의 부족으로 外部의 寒邪에 둘러싸여 소통하지 못하고 있는데, 寒多熱少湯이 汗出을 통해 太陰人의 부족한 呼散之氣를 도와 外部 寒邪를 물리쳐 長感病을 치료한 것으로 사료된다. 이후 정상적인 체온 조절과 함께 오랜 질병경과로 인한 다소 간의 피로를 호소하였으나 큰 불편함을 느끼지는 않았으며, 재발 방지를 위하여 1주일 정도 입원치료 지속하며 안정을 취할 것을 권유하였고, 1주일간 더 이상의 發熱 및 全身痛 발견되지 않아 상기 환자의 불명열은 호전된 것으로 판단되어 퇴원조치 하였다.

결 론

본 증례는 惡寒 發熱, 全身痛으로 양방병원에서 4주간 항생제, 진통소염제 약물 치료 받았으나, 증상 지속되어 본원에 입원한 뒤 각종 양방검사에서 발병원인이 밝혀지지 않은 불명열 환자를 太陰人 胃脘受寒表寒病 長感病으로 진단하고 寒多熱少湯 처방으로 치료한 결과 유의하게 호전되었다.

References

1. Isselbacher, K.J., Braunwald, E., Wilson, J.D., Martin, J.B., Fauci, A.S., Kasper, D.L. HARRISON'S Principles of Internal Medicine, 13th edition. Seoul: Publication JeongDam; p 81, 1997.
2. Petersdorf, R.G., Beeson, P.B. Fever of unexplained origin, Report on 100 cases. Medicine 40: 1-30, 1961.
3. Hwang, S.I., Baek, D.G., Cho, G.I., Choi, J.Y., Shin, H.S., Choi, W.J., Rhim, E.K., Lee, Y.J., Kim, D.W., Shin, S.H. A case study of Fever of Unknown Origin with stroke patient. J of Sasang Constitutional Medicine. 24(2):409-414, 2003.
4. Choi, Y.J., Kim, K.Y. Cosideration of Fever in Sasang Constitutional Medicine. J of Sasang Constitutional Medicine. 10(2):51-60, 1998.
5. Choi, E.J., Song, H.S., Yoon, W.Y., Yoo, J.S. A Tae-Eumin Exterior-Cold-Disease by the Cold in the Esophagus's Case Study of Diagnosed as Acute Hepatitis A. J of Sasang Constitutional Medicine. 21(3):216-222, 2009.
6. Ko, Y.K., Kwak, Y.H., Kim, D.O., Kim, W., Seo, K.J., Song, H.G., Shin, S.D., Shin, J.H., Shin, J.H., Wang, S.J., Yoo, E.Y., Yoon, Y.K., Lee, K., Lee, J.E., Lim, K.S., Lim, Y.S., Jeong, S.K., Jeong, Y.K., Jeong, J.M., Jo, I.J., Choi, P.J. Rewritten Emergency Treatment - Diagnosis and Theraphy. Seoul: A publishing department of Seoul national university; p. 240, 2005.
7. Kim, H.D., Yeo, I.Y., Jeon, W.H., Park, J.M. A Case Report of Fever of Unknown Origin(FUO). Korean J.Orient.Int. Med. 24(3):700-704, 2003.
8. Petersdorf, R.G., Beeson, P.B. fever of unexplained origin, Report on 100 cases. Medicine 40: 1-30, 1961.
9. Yoo, H.S. Study for Fever of Unknown Origin in Adults of Gwangju-Jeonnam Province. Postgraduate school of Jeonnam national university. pp 6-10, 2004.
10. Kwon, J.K., Lee, J.H., Kim, K.K., Kim, J.H., Kang, H.C., Yoon, B.B. A Clinical Study of Patients with Fever and Fever of Unknown Origin. J Korean Acad Fam Med. 19(3):301-311, 1998.
11. Russell, W.S. Fever of unknown origin : A time for patience with your patient. Clinical Pediatrics 39: 719-720, 2000.

12. Lee, H.M., Park, S.J., Jeon, S.H., Kim, O.Y., Kim, J.W. Three cases of Soeumin Woolgwang Fever Improved by Doksampalmulkunja-tang. J of Sasang Constitutional Medicine. 21(3):154-167, 2009.
13. Kim, Y.W., Kim, J.W. A case of Yangdokbalban of Taeumin patient mistreated with Soumin. J of Sasang Constitutional Medicine. 12(2):210-216, 2000.
14. Lee, S.K., Ko, B.H., Song, I.B. The study on the Symptomatology of Tae-Eum-In based on Donguisusebowon. J of Sasang Constitutional Medicine. 7(1):103-116, 1995.
15. Lee, S.J., Jeong, D.K. Beriberi Disease belonging to the argument of Interior-overheating-symptom of the Tae-Eum-In caused by liver's receiving heart due to Seven Emotional Excess. J. of Oriental Neuropsychiatry. 11(2);155-167, 2000.
16. Choi, Y.J., Kim, K.Y. Cosideration of Fever in Sasang Constitutional Medicine. J. of Cont. Med. 10(2):51-60, 1998.
17. Han, D.Y., Yun, W.Y., Song, H.S., Heo, J.B., Kim, D.R., Jeon, J.W. A Case Study of the Taeumin Bronchiectasis, Wrong Diagnosis as Soyangin. J of Sasang Constitutional Medicine. 16(3):124-128, 2004.
18. Park, C.H., Lee, B.U., Baek, J.U. Extended indications of Taeeum-type Galgeunhaegi-tang using 『Dongeuibogam』 KOREA JOURNAL OF ORIENTAL MIDICINE 18(2):91-100, 2012.
19. Kim, Y.W., Kim, J.W. A case of Yangdokbalban of Taeumin patient mistreated with Soumin. J of Sasang Constitutional Medicine. 12(2):210-216, 2000.
20. Choi, E.J., Song, H.S., Yoon, W.Y., Yoo, J.S. A Tae-Eumin Exterior-Cold-Disease by the Cold in the Esophagus's Case Study of Diagnosed as Acute Hepatitis A. J of Sasang Constitutional Medicine. 21(3):216-222, 2009.