

만성설사를 주소로 한 과민성 대장증후군 환자의 치험례

김경석* · 이상룡* · 김재훈** · 권도익**

Abstract

A clinical case study of irritable bowel syndrome patient with chronic diarrhea

Kim Kyung-sok*, Lee Sang-yong*, Kim Jae-hoon**, Kwon Do-ick**

*Dept. of Sasang Constitutional Medicine, Dongsuwon Oriental Hospital, Suwon, Kyung-gi Do, Korea.

**Dept. of Oriental Internal Medicine, Dongsuwon Oriental Hospital, Suwon, Kyung-gi Do, Korea

The irritable bowel syndrome(IBS) is the most common gastrointestinal disorder in clinical practice and is characterized by abdominal pain associated with a chronic disturbance of defecation.

It is important to discriminate IBS from organic bowel disease. Based on clinical and epidemiologic studies, specific symptom criteria for IBS have been developed.

The subject is a 29 year old man who has abdominal pain, chronic diarrhea, general weakness, dizziness, insomnia and has been diagnosed as irritable bowel syndrome.

We classified this as Shaoyangin Mangyin(少陽人 亡陰證) and prescribed Hyeongbangjiwhangtang(荊防地黃湯) in accordance with the principle of pyoemganggi(表陰降氣). In the result, we had the improvement of his symptoms.

Keywords : Irritable bowel syndrome, Shaoyangin(少陽人), Mangyin(亡陰證), Hyeongbangjiwhangtang(荊防地黃湯), pyoemganggi(表陰降氣)

緒論

과민성 대장 증후군은 기질적 병변없이 복통, 복부팽만, 배변습관의 변화를 나타내는 질환이다. 대개 원인은 위장관 운동기능의 이상, 항진된 위장관 감각, 염증, 뇌-장관 상호작용(Brain-gut interaction), 정신사회적 요인 등이다.

하지만 이 질환의 정확한 병태생리는 알지 못하

며, 특정한 진단법과 치료방법도 없는 실정이다. 진단은 이 질환에 합당한 증상을 찾고 비슷한 임상양상을 갖는 다른 기질적 질환을 제외시키는 것이다. 최근에는 증상에 근거한 진단기준의 사용으로 진단 특이성은 향상되었고 단순화되었다. 과민성 대장증후군을 갖는 환자의 대부분은 병·의원을 방문하지 않지만 병원을 방문하는 경우는 발병후 수개월 또는 수년이 지나서 증상이 심한 경우로, 때로는 약물

* 동수원한방병원 사상체질의학과 ** 동수원한방병원 내과

교신저자: 김경석 주소)경기도 수원시 팔달구 우만동 157-7 동수원한방병원 전화)031-210-0881 E-mail) dhgk19@freechal.com

요법 외에 정신과적 치료를 요하는 경우도 있다. 유병률은 남자보다 여자에서 나이가 적을수록 높다.¹⁾²⁾³⁾

저자는 七情傷, 起居不定, 음주로 인한 만성적 복통, 설사 및 飲冷水, 生冷物時 복통, 설사가 益甚하며 忌冷한 상태의 소양인 환자를 脾受寒表寒病的 亡陰證 중 身寒腹痛泄瀉로 판단하고 枳實芍藥散을 투여하여 임상증상의 호전을 경험한 증례가 있어 이를 보고하고자 한다.

증례

1. 환자 : 함○○ M/29

2. 발병일 : 4년전

3. 주소 : 腹痛, 泄瀉(1일 평균 5-10여 회의 수양성 설사), 泄瀉後 手足振顫, 項強, 少力, 眩暈, 不眠

4. 과거력

- 1) 7년전 치질 수술.
- 2) 1994년경 소화불량으로 녹십자 병원에서 위내시경 결과 위염으로 진단, 이후 양약 및 한약 복용으로 증상호전. 이후 증상의 호전과 악화가 반복되어 최근까지 3-4차례 위내시경 결과 동일병명으로 진단되어 치료받음.
- 3) 5년전 惡心, 嘔雜, 소화불량, 食後酸痛 심해 local 한의원에서 역류성 식도염 의심된다하여 한약복용 후 증상개선.

5. 가족력: 특이사항 없음

6. 사인력: 사교적이며 대인관계를 중시하는 편이고 다소 예민한 성격. 발병당시 知人의 죽음으로 과도한 음주 및 무절제한 생활 중에 발병함. 평소 검도 및 무술로 단련된 근육질이고, 증상악화로 1년 전부터 금주. 흡연력은 10년정도로 5년전부터 금연.

7. 현병력: 만 29세의 다소 마른 체격 외향적 성격

의 남환으로 1997년 산에서 장마뒤편 계곡물을 마신 3일후부터 수양성 설사의 증상 발하여 1일 5-10여 회의 설사증상이 약 2년간 지속되었다. 그러나 별무처치하다가 설사후 소력감, 수족진전, 항강의 증상 발하는 등 증상이 점차 악화되어 1999년부터 local 한의원과 의원에서 한약과 양약으로 치료받았으나, 설사횟수 줄어드는 수준으로만 증상 완화되고 설사 그치지 않았다. 2001년 9월 수원 녹십자 병원에서 대장 내시경상 정상소견으로 과민성 대장증후군 진단 받고 입원 치료하여 설사증상 치료되었으나, 퇴원후 다시 설사증상 발하여 병원에서 신경정신과적 진료 권유하였으나 환자 거부하고 본격적 한방치료 원하여 본원에 입원함.

8. 입원기간: 2001년 10월 31일-2001년 11월9일

9. 초진소견

全身症狀: 全身少力(+), 體重減少(-), 汗出(-), 口乾/口苦/口渴(-/-), 發熱/惡寒(-/-), 忌冷(+)

皮膚: 色白

頭面部: 頭痛(-), 頭眩(+), 項強(+), 顏面色白(+)

耳鼻咽喉: 耳鳴(-), 梅核氣(-)

呼吸器: 短氣(-), 懶言(-), 少氣(-), 咳嗽(-), 咯痰(-)

胸部: 胸悶(-), 心悸(-)

消化器: 腹痛(+), 消化不良(+), 食慾不振(-), 惡心(-), 嘔吐(-), 少食(+), 善飢(+), 食後痛(-), 噯氣(-), 吞酸(-), 空腹酸痛(-), 腹部動悸(-), 腹鳴音(-)

睡眠: 多夢(-), 不眠(+)

大便: 수양성 설사 5-10여회/1일, 배변후 복통완화

小便: 1회/2-3시간 色白

舌診: 舌淡紅無苔

脈診: 細緩

腹診: 좌측복직근 긴장, 위완부및 우허복압통

초진시 활력징후

BP 110/70 BT 36.7 PR70 RR 18

10. 체질감별 (table 1)

Table 1

QSCC II	소양인
體形氣像	작은 키에 아담한 몸집으로 어깨, 가슴이 하체에 비해 발달한 역삼각형 체형으로 다소 마른 근육형. 손 발은 肌肉이 없이 골격만 있는 편.
容貌司氣	예리하고 날렵한 인상과 눈매로 매사에 대의명분과 의리를 중시하고 과감하며 사교적이지만 다소 예민한 편.
皮膚	薄軟 色白
脈	細緩
素症	식욕은 항상 좋으며 평소 폭식 습관이 있고 소화기 계통 증상을 항상 호소하며 설사로 인해 신경이 예민해져 있고 불면증 호소

11. 검사결과

단순복부 촬영, 복부 초음파 검사상 정상조건, 심전도상 정상 소견을 보였다. 일반 혈액학 검사상 백혈구 증가 조건 없었으며 ESR도 정상이었고, 영양결핍이나 위장관 출혈을 의심할 만한 혈색소 감소도 보이지 않았으며, 전해질 및 신장기능도 정상이었다. 소변과 대변 검사상 백혈구나 여타 균의 검출은 없었으며, 대변배양 검사 상에서도 정상소견을 보였고, 갑상선 기능검사도 정상이었다. 다만 GOT, GPT가 53, 85로 각각 정상범위보다 높았다.

12. 경과

① 10월 31일: 입원당시 상태는 미약한 하복부 통증 후 수양성 설사를 하고 나면 통증이 소실되는 양상이었다. 환자는 설사후 전신소력감, 수족진전, 항강을 호소하였고 오랜 이환기간으로 인해 예민해져 있는 상태로 불면증을 동반하였다. 더불어 하복부 냉감을 호소하였고, 설사는 냉수나 차가운 음식을 먹고 나면 더욱 심해졌다. 식욕은 좋은 편이었지만 환자 스스로 설사를 우려해 소식하고 있었다. 입원 당시 혈액학적 검사 상에는 탈수나 전해질 불균형, 기타 영양결핍 소견은 없었다. 활력중후도 모두 정상이었다. 일단 죽과 자극적이지 않은 반찬으로 식사를 권유하였다.

② 11월 1일: 처음 본원 내과로 입원하여 胃痞湯을 11월1일 점심부터 투여하였다. 투여후에도 설사 그치지 않고 대변양상은 그대로인 채 횡수만 줄어 11월 1일까지 하루에 3회씩 배변전 복통과 설사 그

리고 설사후 수족진전, 전신소력감, 항강은 계속되었다. 불면은 더욱 심해져서 입면장애를 호소하면서 평균수면시간은 3시간 안팎이었다.

③ 11월 2일-4일: 환자가 체질진료를 위하여 사상 의학과로 진료 의뢰 후에 소양인으로 진단된 후 11월 2일 저녁부터 소양인 형방지황탕을 투여하였다. 11월 3일부터 설사는 그쳤으나 4일까지 대변을 보지 않았다. 환자는 위완부 硬結이 풀리는 느낌이며 하복부의 냉감도 다소 따뜻해졌다고 했다. 복통, 설사가 그치면서 그로 인한 수족진전, 전신소력감, 항부강직은 사라졌다. 식욕은 여전한 상태였다. 11월 3일부터 수족한출이 처음으로 생겼다. 불면은 여전하여 3시간여 수면에 여전히 입면장애를 호소하는 상태로 수면부족으로 환자가 아침에 현훈과 소력감을 호소했다.

④ 11월 5일-6일 : 설사가 아닌 염소똥 같은 대변을 하루에 1회씩 오전에 보았다. 복통과 설사후 동반증상은 없었다. 위완부 경결 및 복부에 여타 불쾌감은 사라졌다. 수족한출은 여전한 상태였다. 수면시간은 아직 늘어나지 않고 입면장애를 호소하며 여전히 새벽 3시경에 입면 했다. 수면부족으로 인한 미현훈과 소력감이 계속되었다.

⑤ 11월 7일-8일 : 수면상태 호전되어 하루 1시간 여씩 입면시간이 당겨지는 상태로 환자는 처음보다 쉽게 입면하였다. 기상후 소력감과 현훈 증상은 개선되고 있었다. 설사는 멎은 상태로 1일 1회 배변에 대변 양이 조금씩 늘어나면서 정상 대변 양상으로 변하고 있었고 쾌변감을 호소하였다. 수족한출은 계속되었다.

⑥ 11월 9일: 복통, 설사, 설사후 동반 증상은 모두 소실된 상태였으며, 수면 시간이 6시간정도로 늘어나 입면장애는 없는 상태로 호전되어 퇴원하였다.

고찰 및 결과

설사는 하루 대변 배설량이 200g 이상인 것으로 정의되는데, 설사가 최소 4주이상, 최대 6주에서 8주이상 지속되는 경우를 만성설사라 한다. 만성설사는 임상양상과 검사소견에 의해 병리적으로 염증성 설사, 삼투성 설사, 분비성 설사, 장운동 장애, 인위

적 설사의 다섯가지로 분류된다.⁴⁾⁵⁾

그 각각의 원인은 장내 염증성 질환에 의한 경우, 경구로 섭취한 용질이 소장에서 흡수되지 않아 발생한 삼투압으로 인해 장관내로 수분이 이끌려 들어오는 경우, 음식섭취와 무관하게 비정상적 수분과 전해질의 운반으로 대변량이 증가하는 경우, 기질적 병변없이 장관운동의 장애로 인한 경우, 환자 자신이 유발시켜 발생하는 경우 등이다.⁴⁾

만성설사에서 검사상 기질적 병변이 없이 복통과 배변습관의 변화가 있는 경우를 과민성 대장증후군으로 진단하는데⁶⁾ 진단기준은 증상에 기준한 것으로 다음과 같다.

첫째, 배변과 함께 소실되거나 배변횟수의 변화를 동반하거나 배변성상의 변화를 동반한 지속적 또는 반복적 복통이나 복부불쾌감이 있으면서, 둘째, 종종(기간의 25%이상) 변화된 배변횟수 (일 3회 이상 또는 주 3회 미만), 변화된 배변성상(딱딱한 변, 묽은 변, 수양성 변), 변화된 통변(과다한 힘, 급박감, 불완전한 배변감), 점액변, 복부팽만감의 5가지 증상 중 2가지 이상 해당되는 경우이다.⁴⁾⁷⁾

현재까지 과민성 대장증후군의 기전에 대해서 아직 정확히 정립된 바 없으나 소화관 운동의 이상으로 환경적 자극 혹은 장관자극에 대한 장운동의 항진과 내장 감수성의 증가에 대한 연구가 활발히 진행 중이다.¹⁾

검사는 병력청취와 진찰소견을 바탕으로 시작하며, 비싸고 복잡한 검사를 하기에 앞서 말초혈액도 말검사와 전혈검사, 대변검사, 단순복부 X선 검사 같은 간단한 검사부터 시행한다.⁴⁾

일차 진단은 증상에 따른 진단기준과 제한된 선별검사를 이용해 과민성 대장증후군을 확인하고 다른 기질적 질환을 제외시키는 것이다. 많은 복잡하고 비싼 검사는 진단기준에 양성이 있으면서 기질적 질환을 시사하는 다른 정보(노령기 발병, 지속적이고 진행성의 경과, 발열, 비정상적 체중감소, 직장출혈, 탈수, 증상의 갑작스런 발증, 오랜 이환기간 중의 새로운 증상의 출현)가 없는 환자에서는 일반적으로 필요하지 않다.¹⁾

미국에서의 역학조사에 따르면 1차 의료기관을 방문하는 전체 환자의 12%, 한국에서의 역학조사에서는 1차 의료기관을 찾는 기능성 위장질환 환자의

27%가 과민성 대장증후군이었다. 하지만 모두 치료를 필요로 하지는 않으며 실제 과민성 대장증후군을 갖는 환자의 약 70%정도는 병의원을 방문하지 않는다.¹⁾⁷⁾

병원을 찾는 과민성 대장증후군 환자의 1/4은 완치되는데 반해, 치료에 반응하지 않는 증상이 오래되고 심한 환자는 대부분 정신 사회적 문제를 안고 있으며 정신과적 검사상 비정상 소견을 보이기도 한다.

일반적 치료원칙은 원인이 확실치 않으므로 대중적이며, 교육, 확신주기, 식이요법, 행동요법, 정관운동 조절약물과 정신과적 약물치료에 의존한다. 성공적 치료를 위해서는 환자에 대한 정신적 격려, 충분한 설명 등을 포함한 효율적인 의사-환자 관계의 성립이 중요하다.¹⁾⁸⁾

證治醫學에서는 과민성 대장증후군의 증상에서 나타나는 복부불쾌감이나 복통 배변습관의 변화에 따르는 설사나 변비, 주기적인 교차, 점액변 등을 氣滯腹痛, 七情泄, 氣秘, 虛泄, 氣痢, 虛痢 등에서 치법을 참조할 수 있다. 情志의 失調는 脾胃에 큰 영향을 주는데 惱怒, 憂思 등의 정서적 파동이 腸胃에 이상을 초래하는 요인이 되며 惱怒로 肝을 傷하고 憂思는 脾를 傷하게 되어 肝氣가 橫逆犯胃함으로써 運化가 失調하여 배변에 이상을 유발하게 된다. 따라서 七情損傷에 의한 氣滯가 心脾의 장애를 초래함으로써 이차적인 발병요인이 되고 脾胃의 虧損에 의한 中氣不足과 命門火의 衰退가 장운동과 호르몬에 영향을 주는 것으로 생각된다.

과민성 대장증후군은 七情傷에 의한 肝心脾에 대한 영향과 이것이 腎命門에 까지 영향을 미치는 것으로 설명할 수 있으며, 치법으로는 安心神 順氣行滯 健脾益腎의 방법을 준용한다.⁹⁾

소양인의 설사는 亡陰으로 少陽傷風證, 結胸證과 같이 소양인 脾受寒表寒證으로 판단한다.

이제마가 기록한 급격하고 다량의 설사를 주증상으로 임상에서 접하는 질병으로서의 亡陰은 콜레라, 급만성장염, 신경성 대장증후군, 기능성 위장장애 등의 일부에서 나타나는 증으로 판단할 수 있다.

소양인이 평소에 表寒하며 下多한 사람이 병이

생기면 亡陰證이 되기 쉽다. 亡陰證은 소양인이 비록 더운 기운이 많아 陽이 성하여 陰과 다투어 패한 陰이 안으로 도망가니 찬 것을 두려워하고 설사를 많이 하게 되는 것을 일컫는 것이니, 陰이 하강하지 못하고 상승하여 생기는 병증이다.

亡陰證은 다시 身熱頭痛泄瀉와 身寒腹痛泄瀉를 主症으로 하는 2가지 경우로 나뉘며, 전자에는 저령 차전자탕이나 形방사백산을 사용하고 후자에는 활석고삼탕이나 形방지황탕을 사용한다.¹⁰⁾

본 증례의 환자는 4년전 知人の 죽음으로 인한 七情傷과 그로 인한 起居不定, 음주 등 섭생의 잘못으로 만성적인 설사가 수년째 지속되어 오던 자로서 양 의학적 검사 상 별다른 이상이 없어 과민성 대장증후군 진단 받았다. 서양의학적 치료로는 증상의 개선이 없는 상태로 신경정신과적 치료를 거부한 채 본원에 내원하였다. 주증상은 복통, 설사와 설사 후 동반되는 手足振顫, 項強, 소력, 현훈이었고 육체적 정신적으로 지쳐있었으며 오랜 이환기간으로 예민해져 불면증이 동반되어 있었다.

환자는 만성적 소화불량을 가지고 있었으며, 초진상 복통, 설사 및 飲冷水, 生冷物時 복통, 설사가 益甚하며 忍冷한 상태로 面白하고 복통은 심하지 않으나 허부부 냉감을 호소하였다. 이에 소양인 脾受寒表寒病의 亡陰證 중 身寒腹痛泄瀉로 판단하여 形방지황탕을 사용하였다.

形방지황탕은 소양인 表病 虛勞證에 쓰이는 처방으로 形방패독산에 손상된 表陰뿐만 아니라 순수하게 腎陰을 補하는 熟地黃 山茱萸를 가하여 만든 처방으로, 熟地黃 山茱萸 茯苓 澤瀉 各 2錢 車前子 羌活 獨活 荊芥 防風 各 1錢으로 구성되어있다.¹⁰⁾

形방지황탕은 육미지황탕에 形방패독산의 主材를 가한 처방으로 六味에서 태음인 肺藥인 山藥과 裏病證에 해당하는 食滯滿證과 血證에 사용하는 牧丹皮를 빼고 羌活, 獨活, 荊芥, 防風, 車前子를 가하여 陰氣를 하강시키는 表病證의 의미를 강조한 처방이다. 이를 表病證의 形방패독산의 입장에서 비교하면 소양인 陰氣未降으로 인한 表病證에 表陰뿐만 아니라 裏陰까지 虛한 상태이므로 形방패독산에 순수하게 裏陰을 보하는 熟地黃과 山茱萸를 가미한 것이다.¹¹⁾

이제마는 形방지황탕을 썬에 있어 ‘莫論 頭腹痛痞滿 泄瀉 凡虛弱者 數百貼用之 無不必效 屢試屢驗’라 하였다.¹⁰⁾

본 증례의 환자에게 形방지황탕을 투여한 후 복통, 설사 및 설사로 인한 동반증상이 소실되어 갔는데 이에 앞서 복약 이틀째부터 평소 汗出이 없는 환자의 손바닥과 발바닥에 젖을 정도의 땀이 나기 시작했다. 亡陰病 환자의 手足掌心 汗出에 대해서 이제마는 ‘論曰 少陽人病 莫論表裏病 手足掌心有汗 卽病解 手足掌心不汗 卽雖全體皆汗而病不解’라고 지적한 바 있다.¹⁰⁾ 이는 소양인 手足掌心の 汗出양상으로 병의 예후를 파악할 수 있다는 근거인데, 상기 환자의 手足掌心 汗出은 이제마가 지적한 병이 풀리기 전의 예후인자로 생각된다.

동수원한방병원 사상체질과에 복통, 설사, 설사후 手足振顫, 項強, 현훈, 불면을 주소로 내원한 환자를 소양인 脾受寒表寒病 중 身寒腹痛泄瀉를 主症으로 하는 亡陰證으로 보고 表陰降氣의 처방으로 形방지황탕을 투여하여 임상증상의 호전을 확인하였기에 이를 보고하는 바이다

참고문헌

1. 이상인. 과민성 대장증후군. 대한의사협회지. 1999; 42(9): 843-853
2. 최명규. 기능성 위장장애의 약물요법. 대한의사협회지. 2000; 43(11): 1131-1141
3. 이상인, 박효진. 소화관 운동질환. 서울. 고려의학. 1999: 144
4. Goldman L, Bennett JC. Cecil textbook of medicine - 21st ed. philadelphia: W.B.Saunders company .2000: 702-712
5. 해리슨내과학편찬위원회. 해리슨내과학. 서울: 도서출판 정담. 1997 :232-239
6. 윤방부. 임상가정의학. 서울: 수문사. 1991: 352-357
7. 최항, 최명규, 김상우 등. 소화기증상으로 의료가 관에 내원한 환자에서 기능성 위장관 질환의 양상. 대한소화기학회지. 1999; 33(6): 741-748
8. 최명규. 기능성 위장장애의 약물요법.대한의사협회지. 2000; 43(11): 1131-1141
9. 전국 한의과대학 비계내과학 교수 공저. 비계내

- 과학. 서울: 그린문화사. 1994: 288-293
10. 송일병 외. 사상의학.1판. 서울: 집문당. 1997;
197-204, 385-396, 465-477
11. 최지숙, 김경요. 少陽人 脾受寒表寒病論의 病證
및 藥理에 대한 研究. 사상의학회지. 1998; 10(2):
61-110