대한한방내과학회지 제21권 1호(2000년 8월)
Korean J.Orient.Int. Med. 2000;21(1):162-168

하부위장관 기능장애 치료의 한의학적 접근방법에 관한 연구

류수택, 이건업, 원진희, 문 구, 문석재

원광대학교 대학원 소화기내과학 교실

Studies on the Treatment of Irritable Bowel Syndrome(IBS) in Oriental Medicine

Su-Taek Ryu, Gun-Up Lee, Jin-Hee Won, Gu Moon, Seok-Jae Moon

College of Oriental Medicine, Wonkwang University

Irritable Bowel Syndrome(IBS) is the most common disease in the western male, and it is founded in 70~80% patient who has Gastrointestinal trouble.

It is characterized by the formation of disorders of Gastrointestinal tract, for example, constipation, diarrhea, abdominal pain & discomfort, stool urgency, and so on.

The etiology of IBS is uncertain, but the majority of patients has emotional problems.

The aims of this study are to investigate and summarize the current trends of treatment for IBS so as to suggest the effective and available way to treat this disease.

In Oriental Medicine, the IBS is recognized as Stagnation of the liver-qi(肝氣鬱結), Incoordination between the liver and the stomach(肝胃不和). So the point of treatment of IBS is Invigorating the spleen and relieving the depression of liver-qi(疏肝健脾), Regulating the function of the liver and the flow of qi(調肝理氣), Regulating the stomach and lowering the adverse flow(和胃降逆), and the treatment can be approached in several ways through herb drugs, acupuncture. Some of the herb drugs have substances which promote gastric and small intestinal emptying.

Acupuncture and moxibustion therapies stimulate the meridian points of LR(足厥陰肝經), ST(足陽明胃經), LI(手陽明大腸經), SI(手太陽小腸經) and is reported to be effective for releafing syndromes.

Anal therapy, attachment of herb drug to umbilicus are annunced as the effective treatments. So, this study of the approach and application of these treatments on IBS would be necessary.

Key Word : Fucntional gastrointestinal disturbance, Irritable Bowel Syndrome, IBSof early state but degree of improvement.

I. 緖 論

현재 우리가 흔히 시행하는 消化器疾患 檢査方法으로 그 器質的인 疾病이 증명되지 않으나 患者가 胃腸管 機能障碍의 症狀을 지속적으로 호소하는 경우를 총망라하여 기능성 위장장애(Functional Gastrointestinal Disturbance, FGID, FD)라 일컫는다. 물론 器質性 疾患에서 機能障碍를 일으키는 것은 당연하나, 機能性 疾患이라 함은 器質的 疾患이 없으면서도 機能障碍를 일으키는 경우만을 칭한다[1-3].

기능성 위장장애는 患者가 호소하는 症狀에 따라 上部胃腸管 機能障碍와 下部胃腸管 機能障碍로 분류하며, 이를 각각 非潰瘍性 消化不良症(Non-ulcer Dyspepsia, NUD)과 過敏性 大腸症候群(Irritable Bowel Syndrome, IBS)이라 칭한다[1-2].

하부 위장관 기능장애는 하복부 불쾌감, 동통, 복부 팽만감, 헛배부름, 우상복부 불쾌감, 복통, 변비, 설사 등의 증상을 주로 나타내는 것으로서 과민성(대)장증후군(Irritable Bowel Syndrome, IBS), 신경성 설사, 경련성 장염, 점액성 장염 등으로 불리며, 서구에서는 발생빈도가 매우 높고 우리나라에서는 그렇게 흔하지 않으나 최근에 발생빈도가 급격히 증가하고 있다[2]. 최근에는 內臟過敏性에 의한 內臟知覺異常의 重要性이 크게 부각되고 있으며, 機能性 胃腸障碍의 原因이 胃腸管의 문제로만 국한된 것이 아닌 'brain-gut axis' 槪念에서의 硏究가 진행되고 있다[4].

韓醫學에서는 下部胃腸管 機能障碍는 '泄瀉', '腹痛', '便秘'의 범주로 인식하고 있다[5]. 韓醫學的인 治療方法은 주로 藥物療法과 鍼灸療法으로 大別되는데, 최근의 報告들[2,6-12]은 이러한 方法에 의한 治療가 效果的임을 보고하고 있다.

특히 하부위장관 기능장애의 治療에

교신저자 : 류수택 (광주시 남구 주월동 543-8 원광대학교 광주한방병원, 전화 : 062-670-6527, E-mail : sueman@lycos.co.kr)

※ 본 논문은 1999년도 교내학술연구진흥비의 지원을 받아 연구됨

사용되어온 韓藥이 腸管運動을 促進하고, 排出을 增加시키며, 腸管의 機械的 收縮運動을 增强시킨다고 보고[13]되고 있으며, 최근에는 多樣한 方法의 治療가 제시되고 있으므로 이에 대한 검토가 요구된다.

이에 저자는 韓醫學的인 하부위장관 기능장애 治療에 대한 可能性을 摸索하고 治療效果를 提高하기 위하여 이제까지의 韓醫學的인 治療 方法과 최근의 治療 傾向을 검토한 바 몇 가지 知見을 얻었기에 報告하는 바이다.

II. 本 論

1. 原 因

韓醫學에서는 하부위장관 기능장애의 原因을 대개 精神的 要因을 背景으로 한 胃腸管 運動機能失調가 爲主가 된다고 보고 있는데, 이는 臟腑가 虛弱한 상태에서 또 憂愁, 思慮, 悲哀, 恐懼 등 정신적 요소에 의한 內傷으로 發病된다[14].

陳[15]은 본 병을 肝氣抑鬱 · 脾胃不和로 인한 上下의 氣機不利로 설명하였다. 즉 憂愁惱怒, 所慾不遂로 肝鬱氣滯가 조성되고 더 進行되어 肝氣가 犯胃하여 胃의 和降이 실조되어 中焦에 壅滯되면 厭食納 하고, 胃氣가 上逆하면 嘔吐氣하고, 肝氣乘脾하여 아래로 大腸을 핍박하면 腹痛泄瀉한다고 하였고, 申[16]은 精神的인 要因은 IBS의 發生과 發展에 重要한 作用을 하여 中樞神經에 의한 調節作用이 紊亂해지고 그에 따라 自律神經機能이 失調됨으로써 腸管에 機能의 異常을 초래한다.

2. 症 狀

하부 위장관 기능장애의 증상을 정리하면 다음과 같다(Table 1).

Table 1. 하부 위장관 기능장애의 증상

消化器學[1]	① 排便障碍는 泄瀉形, 便秘形 및 泄瀉와 便秘가 交代로 나타나는 形의 3가지로 분류된다. ② 腹痛(비교적 넓은 부위에 위치하며, 식사에 의하여 痛症이 심해지며, 排便을 하면 緩和되고, 痛症이 나타날 때 腸運動이 증가하고, 痛症에 隨伴하여 묽은 大便을 하는 예가 많다.) ③ 腹部膨滿感(腸內가스에 의한 것으로 생각하는 경우가 많으나 실제로는 가스의 양보다도 腸壁의 收縮으로 內壓이 增加하여 느껴지는 경우가 많다.) ④ 大便內 粘液(炎症과는 무관하며 原因은 불명확하나 腸壁의 刺戟에 의한 것 같다.) ⑤ 全身症狀 i) 自律神經系 症狀 : 頭痛, 月經不順, 排尿障碍, 心悸亢進, 盜汗 ii) 精神神經系 症狀 : 不安, 焦燥, 憂鬱(精神的 緊張이나 感情的 葛藤에서 초래하는 경우가 많다.)
新脾系內科學[2]	① 排便習慣의 變化(無痛性泄瀉型, 便秘와 泄瀉의 週期 反復型, 痙攣性 便秘型) ② 腹痛(어린이는 대개 배꼽주위에 痛症이 많지만 성인은 左下腹部 및 下腹部에 가장 많이 나타난다. 痛症이 左上腹部에 국한되어 자주 나타나는 경우를 脾彎曲部症候群(splenic flexure syndrome), 右上腹部에 국한되는 경우를 肝彎曲部症候群(hepatic flexure syndrome)이라고 하며, 이 부위에 많은 器質的 疾患과 감별이 어려울 때가 많다.) ③ 腹部膨滿感(특히 下腹部에 gas가 많이 찬다고 호소하는 사람이 많으며, 방귀를 유난히 자주 뀌고, gas가 배출되고 나면 腹痛이 가라앉을 때가 많다.) ④ 全身症狀 i) 自律神經系 症狀 : 頭痛, 어지럼증, 月經不順, 排尿障碍, 心悸亢進, 盜汗 ii) 精神神經症狀 : 不安, 焦燥, 憂鬱, 睡眠障碍(잠들기는 힘들지만 일단 잠이 들면 본 증상 때문에 깨어나는 경우는 드물다) ⑤ 其 他 緩慢한 體重減少가 있을 수 있고, 惡心 및 嘔吐, 消化不良, 嚥下障碍, 癌恐怖症
原色最新醫療大百科辭典[17]	腹部膨滿感, 腹痛, 便秘, 泄瀉 等의 症狀을 보이는데, 그중에서 便通異常이 많다. 臨床的으로는 便秘型, 泄瀉型, 便秘泄瀉 交代型, 分泌型, 가스型으로 분류된다.
HARRISON'S Principles of Internal Medicine[18]	첫째로 攣縮性 大腸炎 患者들은 주로 慢性 腹痛과 便秘를 호소하며, 두번째는 慢性的이며 間歇的인 泄瀉를 호소하나 痛症은 없는 경우가 많다. 일부 患者들은 양쪽 症狀을 모두 나타내어 泄瀉와 便秘가 반복되는 症狀을 호소한다. IBS는 慢性的이며 間歇的인 症狀을 특징으로 하는데 이는 반복되는 左下腹痛, 便秘나 泄瀉가 동반되는 排便間隔의 變化, 排便緊急(stool urgency), 不充分한 排便, 腹部膨滿感, 잦은 방귀 등이다.
臨床袖珍手冊[19]	腹痛多位于左下腹, 呈脹痛與痙攣痛, 往往于排便後減輕或緩解, 呈慢性過程, 可反復發作, 排便習慣改變, 腹瀉, 便秘 或兩者交替出現, 但無膿血便. 有消化不良症狀, 并且有植物神經功能紊亂症狀與焦慮, 失眠等
腸胃病知識[20]	結腸過敏, 是一種腸子功能失調所引起的疾病. 這種病的表現是多種多樣的 : 有的人表現爲腹瀉, 有的人表現爲便秘, 或者是腹瀉, 便秘交替發生, 有人則以腹痛, 腸鳴的症狀爲主.

3. 診 斷

過敏性 大腸症候群(IBS)은 器質的 疾患이 아니므로 診斷에 있어서도 大腸內視鏡 檢査, 大腸 X線 檢査, 直腸鏡 檢査, 超音波 檢査, 小便檢査, 大便檢査 등이 모두 정상으로[2] 여러 가지 器質的 疾病을 제외하는 방법이 사용되고 있으며[16], 大腸癌·炎症性 腸疾患을 비롯한 器質的 疾患을 제외하여야 한다[17].

본 병을 유당불내증과 감별을 위하여 牛乳制限, lactose intolerance test, 또는 lactose breath hydrogen test 등이 시도된다. 또한 甲狀腺 中毒症과 혼동되기 쉬워 적절한 檢査가 필요하다[18].

4. 治 療

1) 西洋醫學的 治療法

(1) 精神療法

精神的 問題가 排出遲延과 痙攣增加의 原因중의 하나이므로 精神科的 面談과 心理療法, 가벼운 運動, 趣味生活을 통해 精神的 安定을 취하고 스트레스 및 不安을 解消하는 것이 중요하다. 患者에게 機能性 疾患의 개념을 설명하여, 이는 惡化되거나 合併症을 일으키지 않으며 나을 수 있다는 확신을 줄 필요가 있다. 患者의 家庭, 職業, 社會 등으로부터 오는 不安, 焦燥, 憂鬱 등을 극복할 수 있게 心理的인 安定療法을 실시함은 중요한 治療中의 하나이다. 少量의 鎭靜劑, 神經安定劑, 抗憂鬱劑를 處方할 수도 있는데 Valium, Librium, Ativan, Tranxene 등이 흔히 사용된다[1,21].

(2) 食餌療法

食餌纖維는 空腹이나 食後에 大腸의 壓力을 줄여 大腸의 液體貯藏力을 높이고 排出을 증가시키므로 될수록 纖維質이 많은 飮食을 섭취하여 飮食의 찌꺼기가 大便으로 많이 排泄되도록 해야 한다. 纖維質이 많은 飮食으로서는 보리밥, 보리빵, 메밀국수, 거친 야채, 과일, 콩, 팥으로 만든 飮食, 옥수수 등이 있고, 생선, 고기 등은 섭취하되 가능한 菜蔬類와 함께 섭취하는 것이 좋다[1,3]. 脂肪이 많은 食事는 大腸의 痙攣을 惡化시키는 것이 명백하고, 또한 排出을 遲延시켜 다시 緊張을 초래한다. 기타 IBS를 誘發하는 飮食(고지방, 커피, 콩, 우유, 乳製品 等)의 攝取를 제한한다. 藥物은 codein이나 阿片劑, 鎭痛劑, 經口避妊劑, 특히 progesterone이 함유된 藥物은 大腸痙攣을 증가시키고 나아가 大腸의 排出을 遲延시켜 症狀을 惡化시킨다[3].

(3) 藥物療法

IBS는 自律神經이 緊張狀態에 있기 때문에 나타나는 것으로 알려져 있으며, 藥物治療는 非正常的인 大腸運動을 조절하기 위해 시도된다[18]. 治療도 이에 준하여 對症療法으로서 鎭痛劑, 精神安靜劑 등 藥劑를 쓰는 외에 心理分析 方法에 의 接近이 중요시되고 있다[17].

藥物療法으로는 아편알칼로이드(opium alkaloids), 항콜린제(anticholin agent) 등의 止瀉劑(antidiarrhea), 交感神經刺戟劑(sympathomimetic adrenergic drug), 吸着劑(absorbent), 收斂制(astringent). 乳酸菌整腸劑(lactobacillus digestive)와 感染症(infectious disease)이 의심되는 경우에 사용하는 抗生劑 등이 있다[17].

그러나 IBS 患者는 대개 敏感하고, 不安하며, 憂鬱하므로, 藥物治療에서 집중적인 精神療法과 결합하여 治療하는 것이 더욱 效果的이며[18], 過敏性大腸症候群 患者는 대부분 臨床硏究에서 症狀이 1~10년 이상 지속되며, 수명에 영향이 없으므로 症狀의 제거가 모두 필요하지는 않다[5].

2) 韓醫學的 治療法

韓醫學에서는 下部 胃腸管 機能障碍를 '泄瀉', '腹痛', '便秘' 等의 範疇로 인식하였으며, 대다수의 학자들은 本證의 발생이 肝鬱氣滯와 직접 또는 간접적으로 관계가 있다고 인식하고 있다. 孫[22]은 情志失調와 臟腑虛衰, 특히 肝鬱脾弱이 病機의 要點이라고 인식하였으며, 따라서 辨證施治에 있어서도 肝鬱脾虛型과 脾胃虛弱型이 가장 많은 比重을 차지한다고 하였다.

(1) 辨證治療의 臨床效果

하부 위장관 기능장애의 辨證治療와 그 效果에 대한 임상보고는 (Table 2)와 (Table 4)에 보는 바와 같으며, 가장 많은 辨證型은 肝鬱脾虛, 肝氣乘脾이다. 그 효과는 대체로 92%~96.7%까지의 효과를 보고하고 있다.

(2) 專方治療의 臨床治療

하부 위장관 기능장애의 專方治療로 사용된 처방은 (Table 3)에서 보는 바와 같으며, 그 치료효과는 72%~100%까지의 우수한 효과를 보고하고 있다. 이에 사용된 약물의 빈도는 (Table 5)에서 보는 바와 같이 白朮, 防風, 白芍藥, 陳皮 등이 많이 응용되고 있다.

(3) 單味劑

동물실험에서 枳實과 木香은 胃排出과 小腸의 추진기능을 증강시키며, 木香은 胃의 바륨 배출작용을 촉진시키고, serotonin를 분비한다[13].

韓[15]은 單方으로 厚朴花 10g을 물로 달여 茶대신 자주 복용하거나, 靑皮·陳皮·桔梗 各 10g을 물로 달여 복용하면 효과가 있다고 하였고, 柴胡枳實合劑가 건강한 사람의 胃排出과 小腸推進機能과 血中의 Serotomin과 gastrin에 미치는 영향을 실험한 바, 柴胡枳實合劑를 복용한 후 바륨의 胃排出과 바륨 前端이 회맹부에 도착하는 시간이 매우 단

Table 2. 下部胃腸管 機能障碍의 辨證施治

報告者	辨 證	治 法	治 方
文錫哉[2]	肝氣乘脾	抑肝扶脾	痛瀉要方
	氣血兩虛	雙補氣血	八珍湯
	脾胃陽虛	溫補暖胃, 散寒通陽	附子理中湯
	肝脾不調	調和肝脾, 溫寒淸熱	烏梅丸
	氣滯濕阻	順氣行滯, 止痛瀉下	六磨飮合沈香降氣散
	脾胃陰虛	養陰潤便	麻仁丸合增液湯
陳貴廷[15]	肝氣乘脾	抑肝扶脾, 理氣燥濕	痛瀉要方 合 平胃散加味
	脾胃虛弱	健脾益胃, 理氣滲濕	參苓白朮散加味
	寒濕阻滯大腸	溫化寒濕	胃苓湯加味
	氣機鬱滯	順氣行滯	六磨湯, 五麻飮子加味
申天浩[16]	肝强脾虛	疏肝理氣, 燥濕健脾	痛瀉要方 合 越鞠丸
	脾腎陽虛	溫補脾腎, 益氣升提	四神丸 合 補中益氣湯
	氣滯濕阻	順氣行滯, 止痛瀉下	六磨丸 合 沈香降氣散
	胃氣上逆		旋覆花代磁石湯
	肝胃不和		四七湯
史大卓[25]	肝鬱脾虛	抑肝扶脾, 行氣化濕	痛瀉要方加味
	寒濕留滯	健脾化濕, 行氣散寒	胃風湯加減
	氣血失和	抑肝扶脾, 調和氣血	大和中飮加減
游開泓[27]	肝鬱脾虛	疏肝理氣, 健脾止瀉	①
	胃熱腸燥	淸熱養陰, 潤腸通便	②
	胃寒腸熱	寒熱幷施, 澁腸止瀉	③
	脾胃虛弱	補益脾胃, 澁腸止瀉	④
裵元植[28]	脾胃虛弱	健脾祛濕	參苓白朮散, 六君子湯
	肝氣乘脾	抑肝扶脾	痛瀉要方, 逍遙散
	脾腎陽虛	溫胃健脾	四神丸
李振平[29]	氣虛血瘀, 肝脾不和		痛瀉要方加人參五靈脂

① 白芍 15g, 白朮, 陳皮 各 10g, 防風, 木香, 烏梅 各 6g, 苦參, 扁豆 各 9g, 甘草 3g, 紅棗 7枚.
② 麻仁, 郁李仁, 白芍, 蜂蜜 各 15g, 柏子仁, 枳實, 桃紅, 苦參, 各 10g, 大黃 9g, 甘草 3g.
③ 烏梅, 黃柏 各 9g, 川連, 蜀椒, 詞子 各 6g, 附子 5g, 白芍 12g, 枳實 10g, 唐參 15g, 甘草 3g
④ 唐參, 赤石脂 各 15g, 白朮, 茯苓, 扁豆, 肉椒, 白芍 各 10g, 藿香, 烏梅, 木香, 詞子 各 9g, 罌粟殼 6g

축되었다.

(4) 鍼灸治療

陳[15]은 IBS 患者에서 泄瀉와 粘液便을 보는 사람은 長强 · 陰陵泉 · 天樞 · 陽陵泉 等을, 腹痛便秘인 사람은 支溝 · 天樞를 위주로 三里 · 陰陵泉을 배합하고, 脾虛로 泄瀉하는 사람은 脾兪 · 天樞 · 足三里 · 大腸兪를 刺鍼한다고 하였다.

申[16]은 IBS 患者를 肝强脾虛, 脾腎陽虛, 氣滯濕阻 등 3종으로 辨證하여 肝强脾虛型은 中脘 · 內關 · 足三里 · 陽陵泉 · 行間穴을, 脾腎陽虛型은 脾兪 · 腎兪 · 關元 · 足三里 · 中脘穴을, 氣滯濕阻型은 大腸兪 · 天樞 · 支溝穴을 취한다고 하였고, 또 IBS 患者에게 足三里 · 天樞 · 支溝 · 止瀉穴을 刺鍼하고, 동시에 梅花針療法을 배합 응용한다고 하였다.

(5) 기타 治療

李[23]는 過敏性 大腸症候群 101例를 Ⅰ군 52例, Ⅱ군 49例를 나누어 실험하였다. Ⅰ群은 Ⅰ號方(乾漆炭 2g, 馬錢子 2g, 鬱金 4g 炒枳殼 12g, 酒大黃 3g, 白及粉 12g,靑黛 6g, 元明粉 2g)을 사용하고, Ⅱ군은 유당알미늄겔, 유당알미늄 합석류산, 하이드록시에틸졸겔로 매일 잠자기 전에 排便후에 보유관장을 하되 14~20회를 1단계 治療期間으로 하고, 3일간 약을 끊은 후에 계속하여 2단계 治療過程으로 治療하였다. 실험군 52例 중에서 2회 치료기간의 치료를 통해 顯效 39例(75.0%), 好轉 10例(19.2%), 無效 3例(5.8%)였다.

王[24]은 IBS 80例를 芍藥湯으로 灌腸 治療한 결과, 治愈 56例(70%), 好轉 18例(22.5%), 無效 6例(7.5%)였으며 總有效率은 92.5%였고, 史26)는 IBS의 便秘型 患者에게 乾漆 3g, 馬錢子 3g, 鬱金 15g, 枳殼 15g, 酒大黃 20g, 白 10g, 靑黛 15g, 玄明粉 5g에 2%의 procaine 4ml를 넣은 腸道易激綜合症 灌腸方을 사용하였다.

III. 考察 및 結論

하부위장관 기능장애는 위장관운동의 이상, 정신적 원인, 장관감염 후유증, 기후나 음식에 대한 과민성 등이 원인으로 고려되고 있는데[1-3,15], 이 중에서 특히 運動障碍와 內臟知覺異常이 주목받고 있으며, 'brain-gut axis' 의 개념에서 연구가 진행되고 있다[4].

하부위장관 기능장애의 증상은 腹痛, 腸鳴, 腹部膨滿感, 便秘, 泄瀉, 便秘와 泄瀉의 反復, 粘液便, 下腹部疼痛, 右上腹部 不快感 등 위장관 증상과 頭痛, 眩暈, 月經不順, 心悸亢進, 盜汗, 不安, 焦燥, 憂鬱, 睡眠障碍 등 신경정신적 증상을 나타낸다[1-3,14,17-20]. 즉 하복부에 위장관 증상을 나타내면서 동시에 신경정신학적인 전신증상을 수반한다.

IBS는 기질적 질환이 아니므로 진단에 있어서도 여러 가지 기질적 질병을 제외하는 방법이 사용된다. 하부위장관 기능장애는 대장내시경검사, 대장 X선 검사, 직장경 검사, 초음파 검사, 소변검

Table 3. 下部胃腸管 機能障碍의 專方治療

報告者	治 方	증례수	총유효수(%)	기 타 사 항
黃穗平[6,7]	調肝方	30	28(93.3%)	基本病機를 肝의 疏泄失常, 肝脾氣機失調로 보고 調肝하는 治法을 사용하였다.
羅國廣[8]	香連固腸湯合痛瀉 要方	30	30(100%)	香連固腸湯合痛瀉要方은 調理肝脾, 固腸止瀉의 효능이 있다.
翟范[9]	痛瀉要方	56	54(96.43%)	白朮은 燥濕健脾, 白芍藥은 養血瀉肝, 陳皮는 理氣醒脾, 防風은 散肝舒脾의 效能이 있다.
張迪[10]	痛瀉要方合四神丸	187	169(90.35%)	四神丸은 脾腎虛衰를 인한 泄利와 晨泄이 오래된 것을 治療한다.
何杭[11]	金匱腎氣丸	50	36(72%)	脾胃의 陽을 도우려면 먼저 命門之火를 데우는 것으로 溫腎陽하여 暖脾陽하는 것이다.
洪哲明[12]	抑激調腸湯	156	142(91.0%)	Doxepin과 Nifedipin을 매일 3次씩 투여한 對照群에서는 유효율이 71.6%였으며, 化濕, 溫腎, 收澁, 淸熱하는 抑激調腸湯으로 治療하여 1년이내에 再發率이 현저히 감소되었다.
沈文華[21]	加味朮芍飮	226	124(54.86%)	脾虛하면 쉽게 肝木이 克하여 氣機가 壅滯되어 昇降失調되어 泄瀉와 便秘가 생기므로 標本兼施하여 健脾調肝理氣한다.
孫泳[22]	逍遙丸	30	23(76.67%)	疏肝健脾하는 逍遙丸으로 精神情緖的으로 關聯된 胃腸機能紊亂일 증상을 治療한다.
	逍遙丸 + 心理行爲治療	33	30(90.91%)	疏肝健脾하는 逍遙丸으로 精神情緖的으로 關聯된 胃腸機能紊亂일 증상을 治療한다.
王淑波[31]	秦艽葦薛湯	20	17(85%)	脾胃의 運化機能은 命門之火의 溫煦를 받아야하므로 健脾益腎, 扶正固本의 治法을 사용한다.
阮育民[32]	烏梅丸	25	23(92%)	調和肝脾, 溫寒淸熱하는 烏梅丸으로 肝脾不調, 寒熱錯雜된 症狀을 치료한다.
劉浩江[33]	舒肝健脾湯	41	37(90.24%)	白朮은 健脾補虛, 柴胡 · 白芍藥은 柔肝, 防風은 散肝舒脾하여 肝木이 旺盛하여 升降失調된 것을 治療한다.

Table 4. 下部胃腸管 機能障碍의 辨證施治의 臨床效果

報告者	辨 證	治 方	증례수	총유효수(%)	비고
鄭 翔[25]	肝旺脾虛	痛瀉要方加減	42	40(95.3%)	
	脾胃虛弱	蔘苓白朮散加減			
	脾腎陽虛	附子理中湯加減			
陳德燕[24]	脾虛濕熱	補中益氣湯合白頭翁湯加減	25	23(92%)	
	脾腎陽虛	補中益氣湯合四神丸			
	氣陰兩虛	唐參, 黃芪, 茯苓, 生地, 牧丹皮, 赤芍藥, 五味子, 麥門冬, 黃柏			
石志喬[35]	脾虛型 肝鬱型	易激 I 號方 易激 II 號方	30	29(96.7%)	

사, 대변검사 등이 모두 정상이어야 하고, 대장암, 염증성 장질환을 비롯한 기질적 질환이 제외되어야 한다[2,16-17].

서양의학적 치료는 정신요법, 식이요법, 약물요법, 수술요법 등으로 구분되며, 가장 중요한 것이 정신요법이다. 첫째, 정신적인 안정을 취하게 하여 환자가 불필요한 두려움과 의혹을 없애도록 돕는 것이 중요하다. 특히 환자에게 심각한 질환이 없음을 확신시켜주고, 술이나 진통제 등의 증상을 유발할 수 있는 유발요소를 피하도록 권고하는 것이 좋다. 둘째, 식이요법은 섬유질이 많은 음식을 섭취하고, 우유, 치즈, 버터, 커피, 콩 등의 음식은 증상을 악화시키므로 섭취를 제한한다. 셋째, 약물요법은 비정상적인 대장운동을 조절하기 위하여 부교감신경 차단제나 向筋性藥物 등이 사용되며, 만성 경련성 변비가 있는 환자에게 식이성 섬유질과 비슷한 역할을 하면서 흡수가 되지 않는 약물을 사용한다.

한의학에서는 하부위장관 기능장애를 "泄瀉", "腹痛", "便秘" 등의 범주에서 인식하고 있다[5,16,24].

하부위장관 기능장애는 주로 肝鬱脾虛(4회), 肝氣乘脾(4회), 脾胃虛弱(3회), 寒濕留滯(2회), 脾腎陽虛(2회), 氣滯濕

Table 5. 기능성 위장장애의 專方

- 通降胃靈湯1號 : 蘇梗, 神曲, 山査, 金不換, 陳皮, 赤芍藥, 香附, 大腹皮, 枳殼, 丹蔘, 三七
- 通降胃靈湯2號 : 黃芪, 陳皮, 枳殼, 神曲, 山査, 赤白芍, 金不換, 乾薑, 桂皮, 細辛, 香附, 三七, 丹參
- 通降胃靈湯3號 : 法半夏, 香附, 黃芩, 陳皮, 枳殼, 神曲, 山査, 赤芍藥, 金不換, 黃連, 三七, 丹參
- 調肝方 : 柴胡, 白芍藥, 枳殼, 木香, 防風, 救必應, 白朮
- 香連固腸湯合痛瀉要方 : 黨蔘, 白朮,炮乾薑, 黃連, 木香, 秦皮, 烏梅, 陳皮, 白芍藥, 防風, 炙甘草
- 痛瀉要方 : 炒白朮, 炒白芍藥, 陳皮, 防風
- 痛瀉要方合四神丸 : 炒白朮, 炒白芍藥, 陳皮, 防風, 破故紙, 肉豆久, 五味子, 吳茱萸
- 加味痛瀉要方 : 炒陳皮, 防風, 炒白朮, 白芍藥, 砂仁, 黨蔘, 山藥, 乾薑, 甘草
- 秦艽葦薤湯 : 秦艽, 葦薤, 補骨脂, 煨訶子, 黨蔘, 茯苓, 焦白朮, 山藥, 砂仁, 陳皮
- 舒肝健脾湯 : 黨蔘, 茯　, 白朮, 炙甘草, 防風, 柴胡, 川楝子, 炒白芍藥, 白扁豆, 大棗
- 逍遙丸 : 白朮, 白芍藥, 白茯苓, 柴胡, 當歸, 麥門冬, 甘草, 薄荷
- 金匱腎氣丸 : 熟地黃, 山藥, 山茱萸, 牧丹皮, 茯苓, 澤瀉, 牛膝, 車前子
- 加味朮芍飮 : 炒白朮, 炒白芍藥, 陳皮, 防風, 烏藥, 玄胡索, 桔梗, 升麻
- 抑激調腸湯 : 白芍藥, 地楡, 秦皮, 炒白朮, 陳皮, 防風, 玄胡索, 枳殼, 黨蔘, 茯

阻(2회) 등이 자주 거론되고 있으며, 특히 肝氣脾虛, 肝氣乘脾는 모든 辨證治療에서 중시되고 있다. 치료효과는 92%~96.7%였다(Table 4).

이상에서 살펴본 바와 같이 하부위장관 기능장애의 辨證은 모두 肝氣鬱結, 즉 肝鬱이 '犯胃' 나 '乘脾' 하여 초래되는 예가 많다고 볼 수 있다.

專方治療는 72%~100%의 치료효과를 보고하고 있는데(Table 3), 대부분 疏肝健脾, 調肝理氣, 溫腎陽의 관점에서 처방을 구성 또는 선택 활용하고 있다.

專方에 주로 사용되는 약물빈도를 살펴보면 白朮 10회, 防風 9회, 白芍藥 8회, 陳皮 7회, 唐參 4회, 柴胡, 茯苓, 炙甘草 3회, 玄胡索, 山藥, 補骨脂, 肉桂, 木香, 秦皮가 2회씩 사용되었다(Table 5).

單味劑로는 木香 · 枳實 · 陳皮 · 靑皮 · 桔梗 · 柴胡 등이 사용되었는데[13~15], 이러한 약물들은 대개 消化管運動을 촉진시키기 때문으로 사료된다.

침구치료는 長强, 陰陵泉, 陽陵泉, 天樞, 支溝, 足三里, 脾俞, 腎俞, 大腸俞, 小腸俞, 關元, 內關, 行間 등의 穴이 사용되었는데[15~16], 이 중 足三里(6회), 天樞(5회), 支溝, 大腸俞(3회), 陰陵泉, 陽陵泉(2회), 脾俞, 中脘, 關元(2회) 등이 자주 사용되었으며, 주로 胃, 大腸, 小腸과 관련된 穴이 사용되고 있음을 알 수 있다.

이 밖에 保留灌腸, 氣壓藥液布散法, 藥粥, 藥餠, 貼臍法 등도 사용되고 사용되어 양호한 효과를 얻고 있다[23~24,26].

IV. 參考文獻

1. 서울대학교 의과대학 : 消化器學, 서울, 서울大學校出版部, 1993, pp.183~196
2. 文錫哉 外 : 新脾系內科學, 益山, 圓光大學校 出版局, 1996, pp.482~495
3. 이종철 : 대장의 운동성 질환, 大韓消化器病學會誌, 大韓消化器內視鏡學會, 1991 : 23(2) : 345~348
4. 韓昇燁 : 機能性 消化不良 患者에서의 體感覺, 腦幹聽覺 및 視覺 誘發電位, 啓明大學敎, 1996, p.14
5. 陳司冀 外 : 月刊 中國 中西醫結合雜誌 한글판, 서울, 一中社, 1993 ; 93(4) : 89
6. 黃穗平 : 從肝論治腸易激綜合證, 中醫雜誌, 中醫雜誌社, 1991 ; 31(3) : 170~171
7. 黃穗平 : 梁乃津敎授健中調肝方治療非潰瘍性消化不良的臨床觀察, 新中醫 1996 : 28(9) : 8
8. 羅國廣 : 腸道易激綜合證 30例療效觀察, 上海中醫藥雜誌 1994 ; (9) : 10
9. 翟范 : 過敏性結腸綜合症(腹瀉型) 56例臨床小結, 江蘇中醫雜誌 1996 ; 7(8) : 13
10. 張迪 : 痛瀉要方合四神丸治療腸道易激綜合症 (附 187例分析), 1986, pp.23-24
11. 何杭 外 : 金　腎氣丸治療腸易激綜合證 50例, 浙江中醫雜誌 1998 ; 33(8) : 340
12. 洪哲明 : 抑激調腸湯治療腸易激綜合證 156例, 浙江中醫雜誌 1998 ; 33(3) : 113
13. 陳少夫 外 : 木香對胃液分泌, 胃排空及胃泌素, 生長抑素, 胃動素水平的 影響, 中國中西醫結合雜誌 1996 ; 16(1) : 18-21
14. 韓國棟 外 : 中西醫結合實用內科問診手冊, 天津, 天津科技飜譯出版公司, 1991, p.237
15. 陳貴廷 外 : 實用中西醫結合診斷治療學, 서울, 一中社, 1992, pp.464~468
16. 申天浩 : 病症診治, 서울, 成輔社, 1990, pp.267~271
17. 新太陽社 編輯局 百科辭典部 : 原色最新醫療大百科辭典, 서울, 新太陽社, 1991 : (2) : p.164
18. 해리슨번역 편찬위원회 : HARRISON'S 내과학, 서울, 정담, 1997, pp.230~232, 1443~1446, 1527~1528
19. 戴瑞鴻 : 臨床袖珍手冊(內科), 上海, 上海醫科大學出版社, 1992, pp.133~134
20. 陳澤霖 外 : 脾胃病知識, 香港, 商務印書館香港分館, 1979, p.118, 121
21. 沈文華 : 加味朮芍飮治腸易激綜合證 226例, 浙江中醫雜誌 1998 ; 33(3) : 112
22. 孫冰外 : 逍遙丸配合心理行爲治療腸易激綜合證對照研究, 中國中西醫結合雜誌 1998 ; 18(8) : 494~495
23. 李素青 外 : 과민성장증후군에 있어서 중서약 관장(灌腸) 치료의 비교관찰, 한글판 中醫雜誌, 1993 ; 93(1) : 75~77, 97~101
24. 王成 : 芍藥湯灌腸治療潰瘍性結腸炎 80例臨床觀察, 浙江中醫雜誌 1997 ; 32(3) : 105
25. 鄭翔 : 辨證治療腸道易激綜合證 42例觀察, 中醫雜誌, 1985 ; (2) : 36~37
26. 史大卓 外 : 中醫內科辨病治療學, 北京, 科學技術文獻出版社, 1995, pp.200~204
27. 游開泓 : 結腸易激綜合證治驗, 福建中醫藥 1988 ; 8(6) : 66
28. 裘元植 : 過敏性腸症候群에 대하여, 醫林 1966 ; 171 : 74~75
29. 李振平 : 人蔘五靈脂相伍治療慢性胃腸病的體會, 浙江中醫雜誌 1993 ; 28(8) : 355
30. 周運炳 : 加味痛瀉要方治療胃腸功能障碍

168例治療觀察, 人民軍醫, 1988 ; (4) : 41
31. 王淑波 : 中國中醫秘方大全 <春>, 上海, 書苑堂, 1990, p.350
32. 阮育民 : 烏梅丸治腸易激綜合證, 雲南中醫雜誌, 1990 ; 11(4) : 20
33. 劉浩江 : 舒肝健脾湯治療結腸過敏綜合證, 浙江中醫學院學報, 1988 ; 12(6) : 23
34. 陳德燕 : 益氣活血法治療慢性潰瘍性結腸炎 25例, 浙江中醫雜誌 1993 ; 28(10) : 443
35. 石志喬 : 中西醫結合治療結腸易激症群 30例, 中西醫結合雜誌, 1989 ; 9(4) : 241