

크론씨병 치험 1례

나원경, 양미라, 이해자, 박은정

원광대학교 전주 한방병원 소아과

A case report of Crohn's disease

Mi-Ra Yang, Won-Gyung Na, Hae-Ja Lee, Eun-Jung Park

Department of Pediatrics, Oriental Hospital in Wonkwang University, Jeonju, Korea

Crohn's disease is an indolent, chronic inflammatory bowel disease capable of involving the entire alimentary tract.

The exact etiology and pathogenesis remain unknown despite a long and intensive research, but the finding of various abnormalities of the immune response in patients with Crohn's disease has led to the concepts that immune mechanism is involved in the pathogenesis of this disease.

Recently, we have experienced a case of Crohn's disease. So the purpose of this study is to examine the efficacy of Oriental medicine for Crohn's disease

Key words : Crohn's disease

I. 緒 論

크론씨병은 장관 내에 어디에서나 발생할 수 있는 염증성 장 질환으로 비특이적 육아종을 동반하고 다양한 임상 증상을 야기시키는 질환이며, 병인은 감염설, 면역학적 기전, 유전적 요소, 식이 또는 환경적 요소 및 정신적 요소 등이 거론되고 있다. 이 병의 호발 연령은 15~25세이며 소아 연령에서는 매우 드물지만 최근 증가 추세에 있다¹⁾.

韓醫學의으로 크론씨병은 泄瀉, 腹痛,

積聚, 便血의 범주에 속한다. 飮食不節, 感受外邪, 情志不暢, 久病體虛로 인하여脾胃의 運化 작용이 失調되고 小腸의 分別清濁과 大腸의 傳導失司로 인한 腹痛泄瀉 등이 나타나며, 病位는 脾에 있으나 병변의 만성 경과시 脾虛肝鬱之症이나 脾腎陽虛症등이 나타나기도 한다²⁾.

최근에는 부신피질 호르몬 등의 내과적 치료나 외과적 절제술 등의 양방 치료를 한 후에도 질병 경과가 장기적이고 간헐적이며, 시간이 지날수록 내과적 치료에 반응하지 않고 복막염이나 패혈증 등의 합병증이 발생하는 추세이다³⁾.

이에 저자는 2002년 7월 13일부터 2002년 8월 10일까지 원광대학교 전주한방병원에서 크론씨병으로 입원한 환자 1예를 치료하여 臨床 症狀이 好戰된 바, 韓醫學的인 診斷, 治療 및 臨床 經過 등을 보고하는 바이다.

II. 症 例

1. 환자 : 김 ○ ○ , 남자 22세

2. 주소 : 腹痛, 泄瀉

3. 현병력

2001년 9월부터 腹痛, 泄瀉가 발생하여 서울 중앙병원에서 크론씨병 진단 받고 洋藥을 복용하다가 2002년 5월까지 洋藥 및 韓藥 복용하여 상태가 호전되었다. 2002년 6월 中暑로 인해 1일 2-3회의 泄瀉를 하고 微熱, 腹痛, 泄後 心悸, 胸悶, 脫力感이 발생하였고 새벽 腹痛 후에 泄瀉를 하며 眩暈 및 頭痛이 발생하는 등으로 악화되어 2002년 7월 13일 원광대학교 전주한방병원에 입원하였다. 全身衰弱感, 消化不良을 호소했고 검은 색의 便을 보나 직장 출혈 소견은 없었으며 발병 전보다 20Kg의 체중감소가 있었다.

4. 과거력 : 발병 전 진학 문제로 정신적 육체적 스트레스가 많았다

5. 가족력 : 특이사항 없음

6. 이학적 소견

체온은 36.5, 혈압은 90/60mmHg, 맥박 70회/min이었고 외견상 面白, 結膜은 창백하였다. 腹診上 복직근의 긴장이 뚜렷하고 中腕, 天樞穴의 壓痛이 있고, 觸診시 종괴는 없었으며 복부가 전반적으로 경직되어 있었다.

7. 검사 소견

혈액검사는 백혈구 7500/ul, 적혈구 356만/u, 혈소판 329,000/ul, 적혈구 침강 속도 62mm/h, B형 간염항원(HBsAg) 음성이고 항체(HBsAb)는 양성이었으며 대변잠혈반응검사 양성이고 소변 검사 및 심전도 상에는 이상 소견이 없었다.

8. 治療 및 臨床 經過

임상경과의 개요는 Table 1과 같다. 한약은 60cc부터 시작하여 점차 양을 늘렸고 1일 3회 복용을 원칙으로 하였으며 處方內容은 Table 2와 같다. 鍼灸 치료는 中腕, 天樞, 足三里, 合谷, 太衝을 選穴하였고 王灸를 中腕, 關元穴에 시행하였으며 服用한 洋藥은 Table 3과 같다.

Table 1. Clinical progress

	7.13	8.1	8.4	8.10
腹痛	+++	++	++	+
痞悶	+++	++	++	+
胸痛	++	++	++	+
睡眠	淺眠	良好	良好	良好
氣力低下感	+++	++	++	+
小便	赤澁	赤澁	赤澁	赤澁
大便	1회 便溏, 黑便	1회 正常便, 褐色便	1회 正常便, 褐色便	1회 正常便, 褐色便
舌苔	舌淡 苔白薄黃	舌淡 苔薄白	舌淡 苔薄白	舌淡 苔薄白
脈	脈緊數	脈緊數	脈弦緊	脈緊數

severe +++ moderate ++ mild+

Table 2. 韓藥 處方 內容

	處方 內容	用量
7.13	香附子 12g, 白朮(炒) 白朮(炒) 白何首烏 各 8g, 茄子 乾薑 藿香 檳榔 貢砂仁 大腹皮 大棗 生薑 蘇葉 良薑 五靈脂 肉荳蔻 陳皮 青皮 玄胡索 厚朴 各 4g, 炙甘草 木香 吳茱萸 枳實 各 2g	60cc
7.21	上同加 老觀草 地榆(炒) 各 4g	80cc
7.23	上同加 香薷 白扁豆 各 4g	80cc
7.25	上同加 黃芪 當歸 各 4g	80cc
7.27	上同加 熟地黃 (九蒸) 6g, 黃柏 2g	80cc
8.1	香附子 8g, 白朮 海螵蛸 各 6g, 沒藥 玄胡索 各 5g, 半夏 赤茯苓 陳皮 梔子 黃蓮 各 4g, 甘草 麥芽(炒) 白朮 貢砂仁 山楂 神曲 枳實 蒼朮 川芎 青皮 各 3g	90cc
8.4	白朮(酒炒) 10g, 黃芪(密炙) 元肉 各 8g, 山楂(炒) 升麻 陳皮 地榆(炒黑) 桂枝 金銀花 各 6g, 黃蓮(炒) 黃芩 枳殼 白茯苓 柴胡(元) 檳榔 木瓜 各 4g, 肉桂 木香 甘草 各 3g, 沒藥 2g	90cc
8.10	黑糖 10g, 白朮 8g, 白朮 桂皮 地榆(炒) 各 6g, 甘草 乾薑 木香 半夏 白屈菜 白芷 檳榔 貢砂仁 山楂 烏藥 人參 陳皮 蒼朮 현지초 黃蓮 厚朴 神曲(炒) 麥芽(炒) 各 4g, 乾薑 2g	90cc

Table 3. 양약 복용 내용

藥名	成分	效能	服用
펜타사 서방정 (Pentasa SR Tab)	Mesalazine	궤양성 대장염, 크론병	1일 3회 식후 복용
델타-코테프정 (Delta Cortef Tab)	Prednisolone	내분비기능이상, 위장관계질환	1일 1회 아침 식후 복용
속편제정(Sokpyunse)	Bromelain 30mg dimethicone 40mg pancreatin 400mg	소화불량, 식욕부진	Tab1일 3회 식후 복용

Ⅲ. 考 察

크론씨병은 1932년 크론, 긴즈버그, 오펜하이머⁴⁾에 의해 기술된 질병으로 처음에는 회장에 국한된 질병으로 보고되었다. 그러나 동일한 점막침범이 구강, 식도, 위장, 십이지장, 공장 및 회장에도 생길 수 있다. 크론씨병이 소장을 침범한 경우에는

국한성 장염(regional enteritis)이라고 하기도 하며 크론씨병은 대장에 단독으로 또는 대장과 소장을 동시에 침범할 수 있다. 크론씨병이 대장을 침범하는 대부분의 경우에는 궤양성 대장염과 임상적으로 또한 병리학적으로 구별이 가능하기 때문에 대장의 크론씨(Crohn's disease of the colon)라고 부르고 있다³⁾.

이 질환의 빈도를 살펴보면 일반적으로

동양인보다 백인에게 호발하며, 비유태인보다 유태인에게서 3-6배정도 더 잘 생기는 것으로 알려져 있다. 남녀의 비율은 같다고 하며^{5,6)} 우리 나라에서는 드문 질환이나 최근 증가 추세에 있으며 우리나라에서도 증례보고가 이어지고 있다⁷⁻¹³⁾.

크론씨병의 원인은 아직 정확히 알려져 있지 않지만 여러 가지 중요한 요인들이 관여한다고 생각되고 있으며 이러한 요인들로는 가족력 또는 유전성 요인, 감염성 요인, 면역학적 요인, 정신적인 요인들이 있다.

이 중 유전적 소인으로는 크론씨 병이 가까운 친척에서 발생할 확률이 정상인보다 10배 이상 높으며¹⁴⁾ 크론씨병은 일란성 쌍둥이에게서 함께 생기는 경우가 많아 유전적 소인이 있음을 시사하지만 아직 유전적 표지자를 발견하지 못했다³⁾.

이 질환의 만성 염증성 경과로 이 질환에 대한 감염성 요인이 관여할 것이라는 추측으로 박테리아, 진균, 바이러스에 대한 수많은 연구가 있었지만 아직까지는 특이적인 감염원이 분리되지 않았다³⁾.

또한 이 병을 가진 환자들에 있어서 다양한 면역 반응의 이상이 발현되기 때문에 면역학적 기전이 관여하리라 생각되며, 여러 장관 내의 dietary antigen에 의한 cell mediated hypersensitivity에 관하여 거론되었고¹⁵⁾ 억제 T 세포 활성도의 감소와 interleukin-1, interleukin-6의 증가 등이 보고 되었으며¹⁶⁾, 항원 항체 복합체가 발견되었고¹⁷⁾, 장상피세포에 대한 임파구의 세포독성의 증가¹⁸⁾ 등이 알려져 있다. 세포매개성 면역계이상 소견으로 cutaneous anergy, mitogenic stimuli에 대한 반응 저하, 말초 혈액 T세포 수의 감

소¹⁹⁾나 T세포 subset의 변화등도 염증 반응이거나 항원에 의한 자극에 의한 것이라 생각된다³⁾.

또한 크론씨병 환자의 장조직에서 IgG bearing cell이 현저하게 증가되어 있으며 이들의 혈청과 장점막에서 IgG 생성이 증가하고, 병이 활동성이 있을 때 면역글로불린 분비 세포수가 더 증가되어 IgG 매개성 질환의 가능성도 보여 준다^{19,20)}. 그리고 활동성 병변에서 지속적인 보체 활성화가 일어나며 이것은 국소적 면역복합체 형성과 관계되고 이 현상은 특이적이지는 않지만 이 질환의 발병에 면역학적 기전이 관여함을 추측케 한다²¹⁾.

마지막으로 염증성 장질환이 처음 발병하거나 악화되는 시기에 주요한 정신적 스트레스가 관련되어 있는 경우도 적지 않아 정서적 스트레스가 증상의 유도과 악화에 관련되어 있음을 보여주고 있다³⁾.

크론씨 병의 육안적 소견으로 초기에 아포타 모양의 궤양과 미란이 점차 커지고 융합되어 조약돌 모양(cobble stone appearance)을 보이며, 장벽 전층의 섬유성 비후와 내강의 협착이 나타나 방사선학적으로 선상 징후(string sign)을 보이게 되고, 장간막의 지방이 장막의 표면으로 기어 올라가(creep up) 마치 장이 지방에 묻힌 것처럼 보이게 된다. 또한 열구 및 누공 형성, 불연속적인 분절성 침범이 특징인 건너뛰기(skip area)가 나타난다¹⁴⁾. 현미경적 소견으로는 장벽 전층을 침범하는 염증으로 점막 궤양과 더불어 점막에서 장막까지 전층의 만성 염증 및 섬유성 비후가 특징이며 가장 진단적인 국소는 육아종이다^{3,14,22)}.

크론씨병의 임상 증상은 침범한 부위, 병의 진전과정, 발생연령 등에 따라 다르게

나타나는데 질병 경과는 장기적이고 간헐적인 양상으로 설사, 복통, 발열이 나타나고 우하복부에서 종괴가 촉진되기도 하며 누공 형성, 복막 농양, 흡수 장애로 인한 악성 빈혈, 단백 상실성 장병증, 흡수불량증이 생긴다¹⁴⁾.

시간이 지날수록 내과적 치료에 반응하지 않으며 전체 환자의 2/3에서 수술이 필요한 합병증이 생기는데 장관 폐색은 흔한 합병증으로 20-30%에서 나타나며 누공 형성은 주위 장관 부위로 연결될 수 있고 장관 천공은 흔하지 않으나 소수에서 생길 수 있으며 크론병이 만성적으로 진행되는 경우 소장과 대장에서의 악성종양의 발생이 증가한다는 보고가 있다¹⁵⁾. 그 외 항문 주위 질환 대장과 소장에 동시에 침범된 환자의 1/3에서 치열, 항문 주위 농양, 치루 등의 질환을 일으킬 수 있고³⁾, 크론씨 병은 질병경과가 오래될수록 5-10% 정도씩 사망률이 높아지는데 이는 대부분 복막염과 패혈증에 기인한다²²⁾.

치료는 부신피질 호르몬인 steroid, sulfasalazine의 투약, 완전정맥 영양 등 내과적 치료를 원칙으로 행하는데 첫째 장협착 또는 장폐색이 지속적일 때, 둘째 방광, 질, 피부로 통하는 증상이 있는 누공이 있을 때 셋째 지속적인 항문 누공이나 항문농양이 있을 때 넷째 복강내 농양, 대장의 독성 확장, 대장천공이 있는 경우에는 외과적으로 절제한다^{3,22)}.

소장 또는 회장 절제를 하고 재결합술을 한 경우에 수술 후 50-75%에서 재발 하며, 재발은 대개 吻合部位보다 近位部에 생긴다. 대장에만 침범한 경우에 전 대장절제술과 회장루 조성술을 시행한 경우에 재발율은 10-30%로 낮아진다³⁾.

본 병은 한의학의 腹痛, 泄瀉, 積聚, 便血 등의 범주에 속하는데²⁾, 한의학에서는 腹痛의 원인을 寒熱死血食積痰飲蟲으로 보았다²³⁾. <素問 舉痛論>에서는 “寒氣客於脈外 脈寒 脈寒則 縮絀 縮絀則脈絀急 絀急則外引小絡 故卒然而痛 因重中於寒 則痛久矣”라 하여 腹痛의 기전을 설명하였고, “寒氣客於背俞 其俞注于心 故相引而痛”이라 하여 寒氣와 腹痛이 관련이 있음을 언급하였다^{23,24)}. 또한 瘀血 腹痛은 腹痛有常處이고 食積 腹痛은 脈弦, 痰飲 腹痛은 脈滑이라 하여 腹痛의 특징 증상을 언급하였다²³⁾. 또한 <素問 太陰陽明論>에서는 “犯賊風虛邪者 陽受之 飲食不節 起居不時者 陰受之 陽受之則入六府 陰受之則入五臟 入六府則 身熱 不時臥 上爲喘呼 入五臟則 臍滿 閉塞 下爲 飧泄 久爲 腸澼”이라 하여 賊風과 虛邪는 陽을 傷하고 飲食不節과 불규칙적인 생활은 陰을 傷한다는 병인을 제시하였고, 邪氣가 六府에 들어가면 몸에 열이 나며 자주 눕고, 기운이 차밀어서 숨이 차며, 五臟에 들어가면 배가 부어서 그득하며 막히고 삭지 않은 泄瀉를 하는데 오래되면 腸澼이 생긴다²⁴⁾고 하였다. 韓醫學에서는 感受外邪, 情志不暢, 久病, 素體虛弱, 外邪, 飲食, 七情所傷으로脾胃機能에 장애가 발생하며 氣機가 阻滯되고 氣滯血瘀하여 本病의 腹痛, 泄瀉, 積聚 등의 증상이 나타나는 것으로 인식하고 있으며 치료 원칙은 清熱化濕, 健脾溫腎, 行氣活血, 澀腸止瀉, 溫寒補虛 등이다^{2,25)}.

본 증례의 환자는 2001년 9월부터 腹痛과 泄瀉가 지속되어 서울 중앙병원에서 크론씨병으로 진단받았으며 2002년 7월 13일 내원 당시 腹痛, 泄瀉, 頭痛, 眩暈, 消化不良, 微熱感, 氣力低下感, 晨泄, 胸悶,

心悸등이 심하였고 舌苔는 舌淡苔白薄黃脈緊數하였다. 寒溫不適, 飲食不調, 情志億鬱, 久病體虛로 인하여 脾胃虛弱 氣滯가 심한 것으로 보아 理氣 健脾하는 香附子, 白朮(炒), 白朮(炒), 藿香, 檳榔, 貢砂仁, 大腹皮, 蘇葉, 陳皮, 青皮, 厚朴, 炙甘草, 木香, 枳實과 溫中止瀉 鎮痛하는 茄子, 乾薑, 良薑, 五靈脂, 肉荳蔻, 玄胡索, 吳茱萸 등을 처방하였다. 服藥 후 腹痛이 약간 好轉되었고 大便이 溏便에서 물에서 흩어지지 않는 정도의 경도로 大便 성상이 변하였다. 大便잠혈검사에서 반응이 양성으로 나타나 消炎, 涼血, 止血하는 老觀草, 地榆(炒)를 加味하였고 淸暑하기 위하여 香薷 白扁豆를 加味하였으며, 補氣 補血을 위해 黃芪, 當歸를 加味하였고 補肝腎陰시키는 熟地黃, 下焦 濕熱을 去하는 黃柏을 加味하였다. 7월 30일 食滯 발생 후 腹痛이 다시 약간 심해져 加味越菊丸²⁶⁾으로 처방하였다. 本方은 濕鬱, 血鬱, 氣鬱, 熱鬱, 食鬱을 解鬱하는 越菊丸²⁶⁾에 肝脾不化로 인한 腹痛을 완화하는 白朮 甘草와 健脾 燥濕 化痰하는 二陳湯을 가미한 처방이다. 腹痛과 泄瀉의 증상이 호전되어 8월 4일에는 鬱火를 除하는 柴胡 黃芩 梔子와 脾胃火를 去하는 黃連 金銀花 등을 가미한 처방으로 장점막의 충혈성 염증을 치료하였다. 8월 6일 혈액검사상 백혈구 7700/u 적혈구 400만/u 혈소판 303000/u 적혈구침강속도 40 mm/h로 적혈구 수치는 상승하고 적혈구침강속도는 떨어져 있고 大便잠혈검사는 양성으로 변화없었다.

8월 10일에는 治下利膿血 裏急後重의 導滯湯²⁵⁾을 기본방으로 하여 健中의 효능이 있는 黑糖, 溫中시키는 乾薑을 加味하여 처방하였다. 입원 당시보다 腹痛 泄瀉

및 氣力低下感이 호전되어 퇴원하였다.

本病의 임상 증상은 다양하지만 한의학적인 변증 논치에 입각한 치료는 질병 경과와 예후를 변화시킬 수 있으리라 보고 이에 대한 결과 보고가 지속적으로 이루어져야 하리라 본다.

IV. 結 論

본 병은 소화기계통의 難治病 중의 하나이나 病機를 관찰하고 辨證을 하며 正邪抗爭의 情況을 보아 祛邪와 補虛를 조절하는 治法과 處方으로 氣血을 調補하고 脾胃의 陽을 溫補 하며 淸열거습 양혈지혈하여 면역기능을 증강할 뿐 아니라 腹痛, 泄瀉 등 소화기 증상을 완화시킬 수 있음을 보고하는 바이다.

參 考 文 獻

1. 홍창의편, 소아과학 서울: 대한교과서 주식회사, 1999, p643
2. 李乾栲 中醫胃腸病學 북경: 중국의학 과학출판사 1993 pp627-635
3. Kurt J. Isselbacher, Eugene Braunwald, Jean D. Wilson, Joseph B. Martin, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper: Harrison's principles of internal medicine: 해리슨 내과학 편찬위원회편 정답 p1507-1522

4. Crohn BB, Ginzberg L, Oppenheimer GD : Regional ileitis : A pathological and clinical entity. JAMA 99:1323, 1932
5. Kyle, J :Crohn's disease, New York Application-contury-crofts, 1972.
6. Sachar, D. B. & Janowitz, H.D : Inflammatory bowel disease hum. Parhol, 6:7-29, 1975
7. 최원 조영굴 : Crohn's disease의 임상적 고찰. 대한외과학회지 14 : 747-55, 1972
8. 김광호 민진식 : Crohn's disease 12례에 대한 임상적 고찰. 대한외과학회지 16 : 477-82, 1974
9. 강문수의 기관지천식환자에서 면역요법 시행중 병발한 크론씨병 1례, 대한천식 및 알레르기학회지, 1993
10. 김용철외 회장말단부가 보존된 회장의 크론씨병 1례, 대한소화기내시경학회지, 2001
11. 이상인의 크론씨병과 장결핵에 대한 고찰 대한소화기학회, 1991
12. 정동규외 크론씨병, 간과하기 쉬운 질병 대한외과학회지, 1979
13. Mayer L, Eisenhardt D : Lack of induction of suppressor T cells by intestinal epithelial cells from patients with inflammatory bowel disease. J Clin Invest 86 : 1255-60, 1990
14. 대한병리학회 : 병리학, 고문사, 1997 pp668-670
15. Sachar, D. B. & Janowitz, H.D :A transmissible agent in Crohn's disease New pursuit of an old concept K. Engl. J. Med, 36:258,1965.
16. Ligamusky M, Simon P, Karmeli F, Rachmilewitz D : Role of interleukin 1 in inflammatory bowel disease-enhanced producing during active disease, Gut 31 : 686-89,1990
17. Elmgreen J, Wilk H, Nielsen OH : Demonstration of circulating immune complexes by the indirect leukocyte phagocytosis test in chronic inflammatory bowel disease. Acta Med Scand 218 : 73-8, 1985
18. Shorter RG, Cardosa M, Huizamaga KA, Remine SG, Spencer RJ : Further studies of in vitro cytotoxicity of lymphocytes for colonic epithelial cells. Gastroenterology 57 : 30-8, 1969
19. Mayer L, Eisenhardt D : Lack of induction of suppressor T cells by intestinal epithelial cells from patients with inflammatory bowel disease. J Clin Invest 86 : 1255-60, 1990
20. Sieber G, Herrmann F, Zeitz M, Teichmann H Ruhl H : Abnormalities of B-cell activation and immuno-regulation in patients with Crohn's disease. Gut 25 : 1255-56, 1984
21. Halsrensen TS, Mollnes TE, Brandtzaeg P : Persistent Complement activation in submucosal blood vessels of active inflammatory bowel disease : Immunohistochemical evidence. Gastroenterology 97 :

10-9, 1989

22. Lawrence M. Tierney, Jr., MD, Stephen J. McPhee, MD, Maxine A Papadakis, MD : Current medical diagnosis & treatment : 전국의과대학교수편, 도서출판 한우리 p687-691
23. 許浚 : 東醫寶鑑 서울, 법인문화사, 1999, p697 p431
24. 欽定四庫全書醫家類 권1 황제 내경 소문 p733-125, p733-101
25. 문석재, 문구 외 : 신비계내과학, 원광대학교출판부 1996, p526-530
26. 윤용갑 동의방제와 처방해설 의성당 1998, p319-320