

食道炎에 對한 東西醫學的 考察

崔彰祐 · 孫彰奎 · 趙鍾寬

Abstract

The study on oriental and western medicine of esophagitis

Choi Chang-woo · Son Chang-gyu · Cho Chong-kwan

Dept. of Oriental Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Daejeon University

We arrived at the following conclusions after we have studied esophagitis through the literatures of oriental and western medicine.

1. The western medical causes of acute esophagitis are corrosiveness chemical material, esophageal or gastric disease, trauma, blister stomatitis, filamentous fungus infection and uremia of chronic patient etc, and the oriental medical causes are qi and blood stagnation, blood stasis and stagnation, stagnant phlegm by coldness, heating, dyspepsia and food poisoning etc.
2. The western medical causes of chronic esophagitis are malfunction of lower esophageal sphincter, esophageal torn chink and hernia, increase of gastric pressure by overeating, fatness, pregnancy and ascites etc, and the oriental medical causes are asthenic cardiac qi, hepatic qi attacking stomach by seven kinds of depression, cold-damp stagnation and insufficiency of gastric qi by overeating, excessive drinking and sexual indulgence etc.
3. The main symptoms of acute esophagitis are severe chest pain, instantly vomiting, swallowing pain etc, and chronic esophagitis are occasionally light chest pain, heart burn, anorexia, dysphagia, dizziness, general body weakness etc. These symptoms are come under thoracic obstruction, acid regurgitation, vomiting and chest pain of oriental medicine.
4. The western medical diagnoses of acute and chronic esophagitis have used radiation test, esophageal endoscopy, esophageal pressure test and biopsy etc, and the oriental medical diagnoses have used syndrome differentiation by four examination of inspection, listening and smelling examination, inquiring, pulse-taking and palpitation.
5. The western medical treatments of acute esophagitis have regarded preservation stability of esophagus as a principle, and the oriental medical treatments mainly have used expelling

pathogen of expelling cold and regulating qi, cooling and removing stasis, promoting blood circulation to remove blood stasis, eliminating phlegm and regulating qi.

6. The western medical treatments of chronic esophagitis have regarded decrease flowing backward of gastric juice as a purpose, and the oriental medical treatments mainly have used strengthening body resistance of replenishing and strengthening cardioqi, dispersing stagnated hepatoqi, expelling cold and dehygrois, invigorating stomach and nourishing qi.

I. 序 論

食道란攝取한 飲食物을 입에서 胃로 보내는 길이 25cm의 筋肉性 管으로 食道の 機能은 咀嚼한 飲食物을 胃로 運搬하는 것이다¹⁻²⁾. 食道는 消化管의 다른 부분들처럼 粘膜層, 粘膜下層, 粘膜 筋肉層으로 이루어져 있는데²⁾, 여러가지 原因에 의해 食道 粘膜이 損傷을 입는 것을 食道炎이라고 한다³⁻⁵⁾.

食道炎은 食道粘膜의 正常的인 防禦機轉이 破壞된 疾患으로 크게 急性과 慢性 食道炎으로 나눌 수 있다⁴⁻⁵⁾. 食道炎을 誘發하는 病因으로는 여러 要因들이 있는데, 食道の 感染은 드물며 대개는 咽頭로부터 번져 오거나⁶⁾, 逆流된 胃酸이나 膽汁, 細菌性, 化學因子, 物理的 因子, 外傷 등에 의해 發生한다³⁻⁹⁾.

韓醫學의에서는 “胸者 呼吸之所經, 飲食之所過”¹⁰⁾, “胃號太倉 俗呼爲肚 無所不容 若倉庫然 上透咽門食管而受其所吞”¹¹⁾이라 하여 食道가 胸部에 位置하여 飲食物이 咽喉에서 胃로 通過하는 通路였음을 認識하였다.

食道炎의 症狀은 臨床的으로는 食道粘膜의 發赤, 腫痛, 壞死 및 食道狹窄에 의한 胸骨後面部 刺痛, 食道異物感, 食道灼熱感, 속쓰림, 嚥下困難, 出血, 起床시 呻息소리 및 氣道吸引 등으로 나타나는데^{3-9,12)}, 이는 韓醫學의으로 “胸痛”^{10,12-16)}, “胸痺”^{5,7,10,12-16)}, “噎膈”^{5,7,16-22)}, “吞酸”^{5,16-22)}, “嘔吐”^{16,22-28)}의 範疇에 屬한다고 볼 수 있다.

이러한 食道炎은 西洋醫學의으로는 많은 研究가 이루어져 金²⁹⁾은 食道の 全般的인 疾患에 對하여, 朴³⁰⁾과 金³¹⁾은 逆流性 食道炎에 對하여, 鄭³²⁾은 食道 腐蝕에 따른 食道炎에 對하여 論한 바 있지만,

그 治療面에 있어서의 研究는 아직도 不足한 實情이다. 韓醫學의으로도 食道炎이라 診斷할 수 있는 “胸痛”, “胸痺”, “噎膈”, “吞酸”, “嘔吐”에 대해서는 많은 研究가 이루어졌지만 西洋醫學과의 聯關性에 대한 研究는 아직 試圖되지 않았고 있는 實情이다.

이에 著者는 食道炎에 대해 韓醫學의으로 接近하고, 食道炎의 韓醫學의 治療法의 開發을 圖謀하고자 東西醫學의인 文獻的 考察을 통하여 若干의 知見을 얻었기에 報告하는 바이다.

II. 本論 및 考察

1. 原因

急性 食道炎의 原因은 대개 부식성 化學물질(식도 점막의 산성 위내용물의 접촉이나, 알칼리성 부식물질의 음용)에 의한 食道나 胃의 病變에 의하나, 어떤 신체부위의 상해로 인하여 2차적으로 발생하는 경우도 많다. 즉 괴사를 유발하는 심한 食道炎을 일으키는 경우 및 질환들은 빈사상태, 중추신경계질환이 있을 때, 포진성 구내염이 식도까지 진행될 때, 만성질환으로 약한 환자에게 항생제 또는 부신피질 호르몬·면역억제제 등을 장기간 사용시 발생하는 사상균 食道炎, 尿毒症 등이다³⁻⁷⁾.

慢性 食道炎은 하부식도괄약근의 기능부전이나 과식으로 인한 위내용물의 양의 증가, 비만·임신·복수 등에 의한 위압의 증가, 식도열공의 근육이상 또는 식도열공탈장 등으로 인한 산성인 위액이나 알칼리성인 장액의 역류로 인하여 초래되는데 逆流性 食道炎이 이에 속한다³⁻⁹⁾.

이러한 急·慢性 食道炎은 韓醫學의으로는 “胸

痛”, “胸痺”, “噎膈”, “吞酸”, “嘔吐”의 범주에 속하는데, 胸痛의 原因으로는 心氣虛弱, 寒凝氣滯, 瘀血內阻, 痰濁阻滯 등을 들 수 있으며^{10,13-16)}, 胸痺는 寒邪壅結, 痰飲阻滯, 陽氣不通, 中氣虛弱 및 飲食不節, 過食肥甘生冷, 飲酒過度로 인한 脾胃損傷 등을 그 原因으로 들 수 있다^{5,7,13-16)}. 한편 噎膈은 三陽熱結, 憂思惱怒 및 酒色過度로 인하여 氣血이 瘀滯되고 陰液이 고갈되어 발생하는 것으로서 청소년보다는 中년이상에서 多發한다^{5,7,16-22)}. 吞酸은 그 原因으로 肝氣犯胃, 飲食積滯, 寒濕內阻, 濕熱 등을 들 수 있으며^{5,16,22)}, 嘔吐는 傷食, 胃寒, 胃熱, 胃中痰火, 七情內鬱 등을 그 原因으로 들 수 있다^{16,22-28)}.

이상에서 西洋醫學의 原因과 韓醫學의 原因을 考察해 보았는데, 요약하면 急性 食道炎을 일으키는 韓醫學의 主要 原因으로는 寒邪나 熱邪, 傷食 등으로 인한 氣血凝滯와 瘀血內阻, 痰飲壅結 등을 그 原因으로 볼 수 있고, 慢性 食道炎은 心氣虛弱, 七情內鬱로 의한 肝氣犯胃, 飲食 및 酒色過度에 의한 寒濕內阻 및 胃氣虛弱 등을 그 原因으로 볼 수 있다.

2. 症 狀

急性 食道炎은 음식물 嚥下時에 惡化되는 胸骨下痛症과 食道粘膜의 壞死가 특징적이며 粘膜은 發赤, 腫痛하고 充血이 심하다³⁻⁵⁾.

부식성 化學물질에 의한 急性 食道炎은 치명적일 수도 있으나 광범위한 식도협착을 일으키고, 感染性 食道炎은 급성 흉통, 연하통, 연하곤란, 출혈, 구역, 구토, 발열, 오한, 경도의 백혈구 증가증 등의 증상이 나타나며, 2차적으로 유도된 급성 식도 질환자는 쇠약과 빈혈, 구토에 의한 식도의 외상에 의한 증상들이 나타난다⁴⁻⁷⁾.

합병증으로는 상기도 감염증, 식도협착 등이 있으며 특히 산분비물이 염증을 일으켜 식도점막의 표층성 궤양을 일으키면 계속되는 작은 출혈로 인한 빈혈과 치유된 후에도 재발이 반복됨에 따른 섬유성 협착이 나타난다³⁻⁵⁾.

이러한 急性 食道炎은 韓醫學의 으로는 寒凝氣滯, 三陽熱結, 瘀血內阻, 痰飲壅結 등에 의한 胸痛脹

悶, 疼痛劇烈, 固定不移, 痛如刀割, 冷汗自出, 心悸怔忡, 眩暈 등의 胸痛症狀^{10,13-16)}과 食入復出, 甚則 水飲難下, 胸痛, 咽喉乾燥 등의 噎膈症狀^{5,7,10,13-16)}, 그리고 不得食, 心下堅痞, 食而暴吐, 胸膈脹滿 등의 嘔吐症狀^{16,22-28)}과 유사함을 알 수 있다.

慢性 食道炎은 대부분 逆流에 의한 症狀으로, 逆流의 典型的인 症狀인 가슴답(灼熱感)은 心窩部 및 胸骨下部에 타는 것 같은 疼痛이 생기고 위로 뻗치는 것이 특징적이며 食事後 특히 過食後에 나타나며 허리를 굽히거나 드러눕거나 힘을 쓰면 악화된다. 때로는 灼熱感이 악화해서 차거나 뜨거운 식품이나 약간의 산성식품이 연하될 때 아픔을 더 하게 하고 나중에는 연하곤란이 발생된다. 어떤 경우에는 염증성 협착을 일으키고 진행성 연하곤란을 초래하기도 하며, 질환의 진행에 따라 영양 부족은 피할 수 없고 때로는 緩徐한 혈액소실이 생긴다³⁻⁹⁾.

이러한 慢性 食道炎은 韓醫學의 으로는 心氣虛弱에 의한 胸痛隱隱, 時輕時重, 時作時休, 胸悶不舒 등의 胸痛症狀^{10,13-16)}과 肝胃不和, 七情鬱結 등에 의한 吞酸^{5,16,22)}, 그리고 寒濕內阻나 胃氣虛弱으로 인한 嘔吐清水, 不飲食, 眩暈, 四肢無力 등의 嘔吐症狀^{16,22-28)}과 유사함을 알 수 있다.

3. 診 斷

急·慢性 食道炎의 西洋醫學의 診斷은 주로 방사선학적 검사, 식도내시경, 식도내압검사, 점막생검 및 특수검사와 문진 등을 통해 이루어진다^{3,4,8,12)}.

방사선학적 검사는 주로 조영제 검사로써 식도병변을 보는 데 있어서 가장 흔하게 사용되는데, 위에서 식도로의 조영제의 자발적인 역류나 식도상부의 궤양성 협착과 깊은 궤양은 慢性 逆流性 食道炎을 시사하고, 조영제와 공기를 같이 식도점막에 입히는 이중 음영 식도조영술은 점막궤양 등의 診斷에 유용하다^{3,4,8,12)}.

식도내시경 검사는 彌亂性 食道炎, 식도하부의 궤양성 협착, 또는 상부의 궤양성 협착 및 궤양, 혹은 선암을 동반하거나 동반하지 않은 원주세포화된 하부식도, 조영제 검사로는 나타나지 않는 표재성 궤양 食道炎 같은 점막의 병변을 알아내는

직접적인 방법으로써 食道炎을 가진 많은 환자가 식도경 소견상 정상일 수 있는데, 그런 환자에서는 점막생검과 Bernstein 실험이 도움이 될 수 있다.^{3,4,8,12)}

점막생검은 정상사람에서도 식도의 말단부에서는 慢性 食道炎의 점막소견을 보이기 때문에 점막생검은 최소한 식도하부괄약근의 상방 5cm 이상에서 이루어져야 하며, 위양성과 위음성은 생검의 10%에서 관찰된다. Bernstein 실험은 식도내로 0.1N 염산과 정상생리식염수를 투입하는 것으로 이루어지는데, 내시경적으로 불분명한 逆流性 食道炎을 診斷하는데 유용하다. 이는 逆流性 食道炎을 가진 환자에서는 생리식염수가 아닌 산을 주입할 경우 정상인에서는 발생하지 않는 속쓰림 현상을 재현하기 때문이다.^{3,4,12)}

식도운동검사는 식도내강내 여러 다른 장소의 압력을 동시에 측정하는 것으로써, 이 검사는 주로 3-4개의 물이 찬 도관을 압력변환기에 연결시켜 이루어진다. 도관을 입 또는 코를 통해 식도를 거쳐 위에 위치시킨 후 점차적으로 식도와 인두의 압력을 연하도중과 연하사이에 기록하면서 점차적으로 시간당 1cm 정도 당긴다. 상·하부식도 괄약근은 연하시 이완되는 압력이 가장 높은 부위이고, 인두와 식도체부는 각 연하시에 정상적으로 연동과를 보이는데, 逆流性 食道炎 환자에서는 식도내 압검사상 하부식도의 내압이 떨어져 있음을 볼 수 있다.^{2,4,12)}

24시간 식도내 산도검사는 산도 측정전극을 삼키고 위내에 위치시킨 후 점차 위쪽으로 당겨 하부식도괄약근으로부터 5cm상방에 위치시키는데, 표준 산역류검사에서 逆流性 食道炎은 전극이 식도내로 들어갈 때 산도의 증가가 관찰되지 않고 복압을 주었을 때 식도산도가 감소할 때 診斷할 수 있다. 산역류의 양적 측정은 24시간 동안 식도내 산도를 기록함으로써 이루어질 수 있는데, 이 검사는 단지 酸逆流性 食道炎의 診斷에 유용한 검사로써 담즙이나 염기 역류의 경우에는 위산이 없이 역류증상이 있고 식도 역류물에서 담즙을 증명함으로써 診斷할 수 있다.^{2,4,12)}

韓醫學의 診斷은 주로 望·聞·問·切의 四診

을 통한 辨證으로 이루어지는데, 急性 食道炎의 原因 중 하나인 寒凝氣滯인 경우에는 胸痛脹悶, 四肢冷, 面色蒼白, 食入則吐, 舌淡潤或胖大, 脉沈遲或結代 등의 證候를 통해 診斷할 수 있고, 三陽熱結인 경우에는 食入則吐, 咽喉乾燥, 口臭, 胸痛, 舌紅乾苔厚, 脉滑數 등의 證候를 통해 診斷할 수 있으며, 瘀血內阻인 경우에는 胸痛劇烈, 多爲刺痛, 固定不移, 甚則痛如刀割, 冷汗自出, 舌青紫暗黑或有瘀斑, 脉沈細或澁或結代 등의 證候를 통해 診斷할 수 있고, 痰飲壅結인 경우에는 胸痛, 咳嗽, 甚則徹背而痛, 不能平臥, 舌苔白潤或滑, 脉滑 등의 證候를 통해 診斷할 수 있다.^{5,7,10,13-22)}

慢性 食道炎은 胸痛隱隱, 時輕時重, 時作時止, 自汗, 倦怠, 面白, 舌質淡, 脉細或虛大無力 등의 證候를 통해 心氣虛弱을 診斷할 수 있고, 吞酸, 胸悶, 眩暈, 惡心, 乾嘔, 嘔吐, 脉弦, 舌苔薄白 등의 證候를 통해서는 肝氣犯胃를 診斷할 수 있으며, 胸中膈塞, 痞悶, 食多則吐, 時作時止, 四肢無力, 面色白, 脉弱無力, 舌質淡白 등의 證候를 통해서는 胃氣虛를 診斷할 수 있고, 胸痛, 時作時止, 四肢冷, 清涎, 惡心, 嘔吐, 脉沈遲無力 등의 證候를 통해서는 寒濕內阻를 診斷할 수 있다.^{5,7,10,13-22)}

以上에서 言及한 것과 같이 急·慢性 食道炎의 診斷에 있어 望·聞·問·切을 利用한 韓醫學의 四診과 여러 診斷器機 및 檢査를 통한 西洋醫學의 客觀的 診斷을 함께 利用한다면 急·慢性 食道炎을 보다 더 신속하고, 正確하게 診斷할 수 있으리라 思料된다.

4. 治療

急性 食道炎의 治療는 식도의 안정을 보전함을 원칙으로 하며 輕症에는 유동식을 섭취하고, 重症에는 수일간 절식을 하며 식도를 확보하기 위하여 위관을 사용하기도 한다.³⁻⁵⁾

부식성 화학물질의 음식때는 구토 내지는 설사를 유도하든지 흡착시켜야 하며, 바이러스 감염에 의한 食道炎일 때는 acyclover나 caniclover를 정주하고, Candida 食道炎일 때는 nystatin이나 clotrimazole, ketoconazole, fluconazole 등을 경구로 사용하고, 放射線 食道炎일 때는 viscous

lidocaine으로 통증을 완화시키고 indomethacin으로 방사선 손상을 줄이며, 丸劑誘導性 食道炎일 때는 藥 복용후 물을 많이 마시게 한다³⁻⁵⁾.

慢性 食道炎의 內科의 治療의 目的은 위액의 역류를 줄이고 역류액의 자극효과를 減少시켜 食道를 보호하는데 있다. 즉 역류물질인 위액의 양을 줄이고, 중력이 역류를 못하게 작용하도록 환자의 위치를 취하게 하며, 하부식도괄약근의 기능을 증진시켜야 治療가 가능하다^{3-5,8-9)}.

구체적인 治療로는 체중을 감소시키고, 취침시 4-6cm 높이의 베개로 취침하며, 흡연·지방식·커피·술·박하·오렌지쥬스·과식·근이완제·칼슘통로차단제·항콜린제 등을 피하는 것 등이 있다^{3-5,8-9)}.

藥物治療로서는 食道炎 증상이 경증일 경우에는 H-2 차단제(cimetidine, ranitidine, famotidine)와 제산제를 사용하고, 중증일 경우에는 H-2 차단제를 증량하여 사용하고 sucralfate와 같은 점막보호제와 metoclopramide·domepeidone·cisapride와 같은 운동기능개선제를 사용하여 괄약근압과 위운동과 식도청소율을 향상시킨다^{3,4,8)}.

알칼리 食道炎은 항역류 治療와 cholestyrmine·aluminum hydroxide·sucralfate 등의 약제로 담즙을 중화시키는 方法으로 治療한다^{3,4)}.

이러한 急·慢性 食道炎에 대한 韓醫學의인 治療는 方藥, 針, 灸, 食餌 등 그 治療법이 多樣하지만 그 중 方藥을 利用한 治療에 대해서 말하자면, 急性 食道炎의 原因 중 하나인 寒凝氣滯일 경우에는 參附湯, 四逆湯, 加味理中湯 등을 利用하여 逐寒調氣하고, 三陽熱結일 경우에는 黃連湯, 黃連瀉心湯 등을 利用하여 清熱散結하며, 瘀血內阻일 경우에는 血府逐瘀湯, 失笑散 등을 利用하여 活血化瘀하고, 痰飲壅結일 경우에는 瓜蒌薤白半夏湯, 半夏散, 化痰丸, 二陳湯 등을 利用하여 化痰順氣하여 治療한다^{5,7,10,13-22)}. 또한 慢性 食道炎의 原因 중 하나인 心氣가 虛弱할 경우에는 補元湯加減, 四君子湯加減 등을 利用하여 補益心氣하고, 肝氣犯胃일 경우에는 逍遙散, 四七湯, 分心氣飲 등을 利用하여 疏肝解鬱, 健脾利氣하며, 寒濕內阻일 경우에는 人蔘養胃湯, 朮附湯, 五積散, 理中湯 등을 利用하여 溫

寒祛濕하고, 胃氣가 虛弱할 경우에는 四君子湯, 補中益氣湯, 益胃升陽湯 등을 利用하여 健胃益氣하여 治療한다^{5,16,22-28)}.

以上에서 西洋醫學의 治療와 韓醫學의인 治療에 대해 考察해 보았는데, 急性으로 食道炎 症狀이 나타날 경우에는 위관삽입이나 항생제, 진통제 등의 西洋醫學的 治療를 통해 症狀을 緩和시키고, 그 原因을 찾아 韓醫學的인 治療를 兼한다면 그 治療率에 있어서 많은 向上을 가져오리라 思料되고, 慢性的으로 食道炎 症狀이 있을 경우에는 단순히 制酸劑나 症狀 緩和만을 위해 洋藥을 投與하는 것보다는 韓醫學的인 方法으로 그 原因을 찾아 함께 治療한다면 그 治療率 또한 많은 向上을 가져오리라 思料된다.

III. 結 論

以上에서 食道炎에 대해 文獻을 중심으로 考察한 結果 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 急性 食道炎의 西洋醫學的 原因은 腐蝕性 化學物質, 食道나 胃의 病變, 外傷, 疱疹性 口內炎, 慢性 疾患者의 絲狀菌 感染 및 尿毒症 등이고, 韓醫學的인 原因은 寒邪나 熱邪, 傷食 등으로 因한 氣血凝滯, 瘀血內阻, 痰飲壅結 등이다.
2. 慢性 食道炎의 西洋醫學的 原因은 下部食道括約筋의 機能不全, 過食, 肥滿, 妊娠, 腹水 등에 의한 胃壓增加, 食道裂孔脫腸 등이고, 韓醫學的인 原因은 心氣虛弱, 七情內鬱에 의한 肝氣犯胃, 飲食 및 酒色過度에 의한 寒濕內阻, 胃氣虛弱 등이다.
3. 急性 食道炎의 主症狀은 胸痛, 疼痛劇烈, 痛如刀割, 食入則吐, 嚥下痛 등이고, 慢性 食道炎의 主症狀은 胸痛隱隱, 時作時止, 吞酸, 不飲食, 嚥下困難, 眩暈, 四肢無力 등으로 韓醫學的인 胸痛, 胸痺, 噎膈, 吞酸, 嘔吐에 해당된다.
4. 急·慢性 食道炎의 西洋醫學的 診斷은 주로 放射線 檢查, 食道內視鏡, 食道內壓檢查, 粘膜生檢 및 特殊檢查 등을 통해 이루어지고, 韓醫學的으로 望·聞·問·切의 四診을 통한 辨證을 利

用하여 診斷한다.

5. 急性 食道炎의 西洋醫學의 治療는 食道의 安靜을 保全함을 原則으로 治療하는데, 韓醫學的으로는 逐寒調氣, 清熱散結, 活血化瘀, 化痰順氣하는 祛邪法을 爲主로 治療한다.
6. 慢性 食道炎의 西洋醫學의 治療는 胃液의 逆流을 減少시키는 것을 目的으로 治療하는데, 韓醫學的으로는 補益心氣, 疏肝解鬱, 溫寒祛濕, 健胃益氣하는 扶正法을 爲主로 治療한다.

參 考 文 獻

1. 신문균 역 : 그림으로 보는 생리학, 서울, 현문사, p.68, 1997.
2. 김우겸 : 소화생리학, 서울, 생명의 이치 p.10, 54, 55, 1992.
3. 서울대학교 의과대학 : 소화기학원론, 서울, 서울대학교 출판부, pp.43-44, 196-198, 1998.
4. Kurt J. Isselbacher : HARRISON'S 내과학, 서울, 정담출판사, pp.1462-1465, 1997.
5. 柳基遠 外 : 脾系內科學, 서울, 그린문화사, p.57, pp.63-64, p.89, pp.91-95, pp.217-218, 1991.
6. 이중달 외 : 그림으로 설명한 병리학, 고려의학, 서울, p.390, 1991.
7. 李起男 外 : 東醫脾系內科學, 서울, 一中社, pp.95-101, p.227, 1988.
8. 고려의학 편집부 : 소화기 질환 진단과 치료의 포인트, 서울, 고려의학, pp.23-24, pp.71-75, p.77, p.85, 1989.
9. 전국의과대학 임상 교수편 : Color Atlas 임상 의학, 서울, 도서출판 한우리, pp.362-363, 1998.
10. 許 浚 : 本原 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, pp.268-269, 1976.
11. 李 擬 : 醫學入門, 서울, 翰成社, p.87, 1984.
12. 金箕洪 譯編 : 症狀別 檢査選擇法, 서울, 麗文閣, pp.61-65, 1984.
13. 張仲景 : 仲景全書, 서울, 杏林出版社, p.175, 364, 1984.
14. 平原宗軒 : 世宗朝命撰 鄉藥集成方全, 京城, 漢城圖書株式會社, pp.178-179, 1942.
15. 原安徹 中醫學院篇 : 中醫臨床手冊, 서울, 成輔社, p.77, 1983.
16. 中醫研究院 : 中醫症狀鑑別診斷學, 北京, 人民衛生出版社, pp.233-235, pp.260-261, p.244, pp.249-251, 1987.
17. 楊維傑 編 : 黃帝內經素問, 臺北, 台聯國風出版社, p.243, 309, 1976.
18. 滕萬鄉 : 難經古義 券下, 臺北, 泰華堂出版社, p.84, 1979.
19. 嚴用和 : 重訂嚴氏濟生方, 北京, 人民衛生出版社, pp.85-86, 1980.
20. 朱震亨 : 丹溪心法心要, 山東省, 山東科學技術出版社, pp.62-63, 1985.
21. 楊維傑 編 : 黃帝內經靈樞譯解, 臺北, 台聯國風出版社, p.48, 480, 1976.
22. 東醫寶鑑國譯委員會 : 國譯增補 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, pp.651-652, pp.693-694, pp.698-699, 1988.
23. 劉河間 : 劉河間三六書, 서울, 成輔社, pp.60-63, 1976.
24. 吳謙 : 醫宗金鑑, 서울, 大星文化社, pp.80-87, 1983.
25. 巢元方 : 巢氏諸病源候論, 台中, 昭人出版社, p.788, 1983.
26. 孫思邈 : 千金方, 서울, 大星文化社, pp.293-295, 1984.
27. 張機 : 金匱要略, 東方書店, 台北, pp.80-81, 1960.
28. 陳無擇 : 三因方, 서울, 翰成社, pp.414-421, 1977.
29. 金性濶 : 식도질환에 대한 임상적 고찰, 조선대대학원, 석사학위논문, 1993.
30. 박철희 : 식도위접합부 염증과 역류성 식도염 및 Helicobacter pylori 감염과의 관계, 고려대대학원, 석사학위논문, 2001.
31. 김병기 : 역류성 식도염 환자의 생활양식에 대한 연구, 동아대대학원, 석사학위논문, 2000.
32. 鄭淑何 : 식도부식증의 실험적 연구, 서울대대학원, 석사학위논문, 1960.