

# 크론씨병으로 진단된 소양인 환자 치험 1례

이승현\* · 박단서<sup>1</sup>

원광대학교 전주한방병원 침구과, 1: 한방재활의학과

## Clinical Study on 1 Case of Soyangyin Patient Diagnosed as Crohn's Disease

Seung Hyun Lee\*, Darn Seo Park<sup>1</sup>

Department of Acupuncture & Moxibustion, 1: Department of Oriental Rehabilitation Medicine, Jeonju Oriental Medicine Hospital

Crohn's disease is an auto-immune disease characterized by intermittent chronic diarrhea, high fever, weight loss, abdominal spastic pain or abdominal discomfort which is followed by granulomatous necrosis and cicatricial inflammation. It is also called segmental enteritis or granulomatous enteritis. In western medicine the exact cause is undefined, however it is presumed as an immunological unbalance in alimentary tract commonly occurred in ileum portion of small intestine or ascending colon and therefore immuno suppressive agents(usually steroids) and anti-inflammatory drugs are prescribed. In case of emergency such as ileus, perforation of intestinal wall surgical methods are considered. In oriental medicine this falls under the category of diarrhea(泄瀉), dysentery(痢疾), splenic diarrhea(脾泄). As to the pathological mechanism the abnormal ascending and descending circulation of stomach and splenic energy(脾不升清, 胃不下降) the hepatic stagnation(肝鬱氣滯) and dysfunction of small intestine in expelling urine and feces(小腸清濁不利) all together causes such condition. Main treatments are inducing diuresis(利小便), warming kidney to reinforce yang(溫腎助陽), nourishing the middle energy to invigorate spleen(補中健脾), elimination of the dampness by cooling(清熱燥濕). In this case the patient was diagnosed as soyangyin(少陽人) constitution and herb medicine soyangyin Hyongbangjihwan-tang(少陽人 荊防地黃湯), Sa-am acupuncture Sojangjeonggyeok(小腸政格) was applied. There was a significant improve in chief complaints and general conditions.

Key words : Crohn's disease, dysentery(痢疾), splenic diarrhea(脾泄), soyangyin Hyongbangjihwan-tang(少陽人 荊防地黃湯), Sa-am acupuncture Sojangjeonggyeok(小腸政格)

### 서 론

크론씨병(Crohn's disease)은 1932년 크론(Crohn), 긴즈버그(Ginzburg), 오펜하이머(Oppenhimer)에 의해 기술된 질병으로<sup>1)</sup> 구강에서 항문에 이르기까지 전소화기관에서 발생할 수 있는 아 급성 또는 만성적 비특이적 육아종성 괴사 및 반흔성 염증을 특징으로 하는 질환이다<sup>2)</sup>.

그 원인으로는 여러 요인들이 있는데 유전, 환경, 감염, 면역, 정신적 요인 등이 관련되고<sup>3)</sup> 유럽과 미국에서 크론씨병의 발생율은 10만명당 2명, 유병율은 10만명당 20-40명으로 알려져 있으

며 이에 비하여 동양에서는 빈도가 상당히 적은 것으로 알려져 있으나 최근 발생율이 증가하고 있다는 보고가 있다<sup>4)</sup>.

임상적으로는 복통, 체중감소, 설사, 변혈 등이 주증상이며 진단은 대장내시경이나 대장조영술상 종주(longitudinal)형의 긴 궤양과 주위의 조약돌(cobble stone) 모양의 점막이 보이거나 조직학적 검사상 육아종(granuloma)이 있을 경우에 진단할 수 있다<sup>5)</sup>.

크론씨병의 치료로서는 내과적인 약물 치료 및 외과적 수술, 식이요법, 면역요법 등이 있으며 대부분 만성적으로 장기간의 치료 기간을 요하게 된다<sup>6)</sup>.

크론씨병은 한의학적으로泄瀉, 痢疾, 脾泄, 大溲泄, 등의 범주에 속하는데<sup>7)</sup>泄瀉에 대해《黃帝內經》<sup>10,11)</sup>에서는 飧泄, 洞泄, 滯泄 등으로《傷寒論》<sup>12)</sup>에서는 下痢로 송대이후의 의서<sup>13)</sup>에서는泄瀉로 총칭하였고 痢疾에 대해서는《黃帝內經》<sup>10,11)</sup>

\* 교신저자 : 이승현, 전주시 덕진동 2가 142-1 원광대학교 전주한방병원

· E-mail : lsh130489@hanmail.net, · Tel : 063-270-1022

· 접수 : 2007/07/02 · 채택 : 2007/07/19

에서 腸滯이라는 명칭을 처음으로 사용하였다. 또 《難經》<sup>9)</sup>에서는 五泄 중 大泄泄을 언급하였는데 그 증상이 현대의학의 국한성 장염과 매우 유사함을 알 수 있다<sup>8)</sup>.

원인과 치료에 대해서는 많은 역대의가들이 주로 濕熱, 肝氣乘脾, 脾虛, 腎虛 등을 그 원인으로 삼았고 치료법으로는 그 원인에 따라 清熱化濕, 解鬱補脾, 溫中補脾, 溫腎固澀 등의 다양한 방법을 사용하였다<sup>4)</sup>.

이에 본원에 상기 증세로 내원한 소양인 환자가 있어서 양한방 협진 치료를 병행하여 실시한 결과 유의성 있는 결과가 도출되었기에 보고하는 바이다.

## 증 례

1. 환자 : 강○○, 23세, 여자

2. 주소

- 1) abdominal discomfort(spastic pain)
- 2) high fever
- 3) nausea & vomiting(격일로 심하게 호소함)
- 4) intermittent chronic diarrhea(5-6회에서 심하면 10회까지 점액변 양상으로 이급후증감 호소)
- 5) weight loss(7-8kg loss all together in 3 weeks)

3. 발병일 : 6 years ago(초진일 기준)

4. 초진일 : 2007년 04월 02일

5. 현병력

6년전 타병원에서 크론씨병으로 진단 받은 후 여러 병원 전전 하면서 수차례 입원 치료를 받고 있었으며 증세 호전 악화를 반복하다가 대략 1주전 증세 심해짐 호소하여 2007년 03월 26일경 00 대학교 병원 입원하여 경과 살피던 중 증세 별무 호전 보이는 관계로 2007년 04월 02일 퇴원하여 본원 외래 내원하게 되었으며 2007년 04월 02일부터 2007년 04월 28일까지 본원에 입원하였다.

6. 과거력

6년 이래로 크론씨병으로 투병한 것 이외에는 별무, 최근 전북대 입원 당시 빈혈 소견 확인하였으나 비특이적임

7. 초진시 환자소견

상기환자는 현 23세의 음주와 흡연 경력이 없고 別無嗜好食 하며 예민한 성격의 여자 환자이다. 食慾은 끼니당 2-3수저 정도로 식욕부진 증세 보였으며 消化는 비교적 정상이었으나 간혹 腹滿感 수반되었고 大便은 황갈색으로 점액변 양상이었으며 裡急後重 양상이었고 舌苔는 白淡苔이고 口乾 증상이 동반해서 나타났으며, 脈狀은 浮數滑했다. 수면은 淺眠으로 찌르는 듯한 하복부 통증으로 자다 깨다 반복하였으며 腹診時 좌하복부 압통 확인되었고 멍치는 감 있었다. 입원 당시 실시한 QSCC II 설문

지상 少陽人으로 판정되었다.

8. 초진시 검사소견

1) 활력징후

BP : 80/50, PR: 95 RR : 20 BT: 36.5

2) 임상병리검사

CBC-Hb 12.0, MCV 75.0, MCH 24.1, MCHC 32.0, Hct 37.3, segmented neutrophil 75.1, monocyte 7.4

ESR-26.0

routine chemistry- ALP 406.0, albumin 2.4, globulin 3.7, A/G ratio 0.6, BUN 20.0, Creatinine 0.6

Routine Urinalysis-protein 1+

HBsAg, Ab-HBsAg negative, HBsAb positive

3) 방사선 검사

chest PA, Lateral Lt., abdomen supine

plain chest - non specific

abdomen supine상 - constipation

4) 심전도 검사(EKG)

within normal limits

9. 진단명 : 크론씨병(Crohn's disease)

10. 치료

1) 한방적 치료

(1) 침구치료

침구처방은 短針(동방침구침 일회용 stainless 호침, 0.3×30 mm)으로 小腸正格(臨泣, 後谿를 補하고 通谷, 前谷을 瀉)을 迎隨 補瀉하였다. 1일 1회 留針 시간은 20분으로 하였다.

(2) 약물치료

① 少陽人 荊防地黃湯 加味方(본원 經驗方) 1일 2첩 3회

白茯苓 8.0 g 山茱萸 8.0 g 熟地黃(9蒸) 8.0 g 澤瀉 8.0 g 羌活 4.0 g 獨活 4.0 g 防風(元) 4.0 g 車前子 4.0 g 荊芥 4.0 g 榆根白皮 12.0 g 牡丹皮 4.0 g 黑糖 6.0 g

② 소양인 형방지황탕 가미방(관장용) 1일 2첩 3회

백복령 8.0 g 산수유 8.0 g 숙지황(9증) 8.0 g 택사 8.0 g 강활 4.0 g 독활 4.0 g 방풍(원) 4.0 g 차전자 4.0 g 형개 4.0 g 유근백피 12.0 g 목단피 4.0 g 지유(초흑) 4.0 g 건강(흑초) 4.0 g

③ 소양인 형방지황탕가미(퇴원약)

백복령 8.0 g 산수유 8.0 g 숙지황(9증) 8.0 g 택사 8.0 g 강활 4.0 g 독활 4.0 g 방풍(원) 4.0 g 차전자 4.0 g 형개 4.0 g 유근백피 12.0 g 목단피 4.0 g 흑당 6.0 g 황기 8.0 g 지모 4.0 g 황백 4.0 g

2) 양방치료

(1) 주사용 제제(본원 inj.)

2007.4.9 : 5% D/S 1L에 panBcom 2 ml 점적 주사

(2) 경구용 제제(self med.)

mucosta 100 mg Tab. 1T#3 pc po.

levofexin 100 mg Tab. 1T#3 pc po.

olybiol 250 Cap. 1T#3 pc po.

polybutin 100 mg Tab. 1T#3 pc po.  
pentasa SR 500 mg Tab. 2T#3 pc po.

11. 임상경과

1) 입원 7일째(4월 8일) : abdomen pain은 2-3시간당 1-2회이며 vas 0-1정도이며 입원당시(1시간당 2-3회)에 비하여 빈도가 줄어 들고 있었으며 nausea & vomiting은 현재 없으며 식사는 일반 식으로 식욕부진감 호소없이 정상적으로 들어갔으며 diarrhea는 총 3차례(오전, 오후 합하여 250 ml, 오후에 한약 관장으로 50 ml)로 裡急後重感 호소하였으며 pm 8시 30분경 fever 39.5℃ 체크되어 엑기스 九味羌活湯 1포 들어갔으며 pm 10시경 체온 38.7℃로 확인되어 tylenol 투여 권유하였으나 환자 거부하여 observation하다 pm 11시경 39.3℃로 재차 상승하고 chilling sign 심해져서 tylenol 1T 투여하였다.

2) 입원 8일째(4월 9일) : am 1시경 fever 다시 체크 되어 37.5℃ 확인하였으며 chilling sign은 소실되었다. am 8시경 38℃ 체크되어 엑기스 藿香正氣散 1포 투여되었으며 chilling sign 다소 호소하였으며 이에 일반 화학 검사를 위하여 혈액 sampling을 실시하였으며 전반적인 무력감 호소하여 5% D/S 1 L에 panBcom 2 ml를 점적 주사하였다. abdomen pain은 여전히 2-3시간당 1-2회, vas 0-1로 빈도 및 통증의 강도는 변함이 없었으며 nausea & vomiting 또한 없었다. diarrhea는 총 7차례(오전에 100 ml씩 2번 오후 100 ml씩 3번, 120 ml 100 ml로 2번)로 이급후증감 없이 시원하게 보았다.

3) 입원 10일째(4월 11일) : abdomen pain은 빈도는 2-3시간당 1-2회로 여전히였으나 통증의 강도는 pm 4시경부터 심해져서 vas 2-3으로 상승하였으며 中下腹部로 壓診시 통증 호소하였다. nausea & vomiting은 없었다. fever는 오전에는 안정되었으나 복통 호소후 pm 9시경 체크한 결과 37℃로 확인되었으나 chilling sign은 없었다. diarrhea는 총 7차례(오전에 정상변 50 ml 1번, 다소 묽은 변으로 50 ml씩 2번으로 총 150 ml, 오후에 설사양상으로 50 ml씩 2번, 새벽에 50 ml씩 2번)로 裡急後重感 없이 시원하게 보았다.

4) 입원 14일째(4월 15일) : abdomen pain은 vas 0-1로 잦아들었으나 빈도는 2-3시간당 1-2회로 여전히였으며 nausea & vomiting 심하여 가슴 답답하고 체한 듯한 양상으로 지속적으로 호소하였으며 diarrhea는 총 7차례(오후에 묽게 75 ml씩 2번, 100 ml씩 3번, 새벽에 50 ml씩 2번)로 殘便感 및 肛門 灼熱感 없이 시원하게 보았다. pm 9시경 fever 38.6℃로 체크되었으나 chilling sign 없고 큰 불편감 호소 없는 관계로 observation하였다.

5) 입원 16일째(4월 17일) : 자정에 37.3℃ 확인되었으며 am 6시경 다시 체크하여 36.4℃로 정상체온으로 돌아왔으며 abdomen pain으로 다소 수면에 지장이 있었음을 호소하였으나 2-3시간당 1회 정도로 간헐적으로 은은하게 왔다고 하였으며 압진시 통증은 vas 0에 가깝다고 호소하였다. diarrhea는 총 5번(오전에 묽은 변으로 50 ml, 오후에 50 ml씩 2번으로 그중 한번은 약물관장으로 보았으며 새벽에 정상변 양상으로 30 ml)으로 불편감 없이 시원하게 보았으며 배변 횟수 또한 현저히 줄어들었다.

Table 1. Progress of symptoms

	1st day (4/2)	7th day (4/8)	8th day (4/9)	10th day (4/11)	14th day (4/15)	16th day (4/17)	27th day (4/28)
abdomen pain	0	+	+	-	++	++	+++
nausea vomiting	0	+	+	+	-	+	++
high fever	0	-	+	+	-	++	+++
chilling sign	0	—	+	++	+	++	+++
diarrhea	0	+	++	++	++	+++	+++
dyschezia	0	+	++	++	++	++	+++
anorexia	0	++	+++	++	++	++	+++

+++ completion of treatment ++ prominent change for the better + mild change for the better 0 no change - change for the worse

Table 2. progress of Laboratory results

	4/3	4/9	normal range(하한-상한)
WBC	7.0	11.4	4-8
Hb	12.0	9.6	12-15
MCV	75.0	75.0	79-95
MCH	24.1	24.1	26-32
MCHC	32.0	32.1	32-36
Hct	37.3	30.1	36-45
segemented neutrophil	75.1	91.1	54-62
monocyte	7.4	3.1	4-8
ESR	26.0	44.0	0-20
ALP	406.0	299.0	103-335
Albumin	2.4	1.9	3.8-5.1
globulin	3.7	3.1	2.7-2.9
A/G ratio	0.6	0.6	1.1-1.7
BUN	20.0	11.0	8-20
creatinine	0.6	0.6	0.6-0.9
protein(UA)	1+	trace	negative

Table 3. Progress of body temperature

	1st day (4/2)	7th day (4/8)	8th day (4/9)	10th day (4/11)	14th day (4/15)	16th day (4/17)	27th day (4/28)
Body Temperature	36.5	39.5	38.0	37.0	38.6	37.3	36.2

고찰

크론씨병은 장관내에 어디에서나 발생할 수 있는 원인불명의 육아종을 잘 동반하는 장관의 염증성 질환으로 장관에 반복되는 염증을 일으켜 다양한 임상증세를 야기시키며 장기적이며 예측할 수 없는 경과를 보인다<sup>13)</sup>.

모든 종족에 발생하나 유태인에 2-3배의 발병율을 보인다. 발병율은 연간 10만명당 2명이며 증가추세에 있고 유병율은 10만명당 20-40명으로 사망률은 10%에 이르고 있다. 한국에서는 연세의대와 고려병원에서 합동으로 보고한 27예를 비롯하여 소수의 보고가 있을 뿐으로 비교할만한 통계적 자료는 부족하다. 성비율에선 남녀차는 별로 없다. 이것은 한국에서 많은 케이스가 간과되었을 가능성을 보여주는 것이다<sup>14)</sup>.

그 원인은 아직 불명이며 다각적인 연구가 진행중이다. 외부 감염 요인의 관여에 관하여 Aronson은 환자의 조직에서 small RNA virus를 분리하였다고 하나<sup>15)</sup> 특이 고유한 것이 아님이 밝혀졌고 bacteria로는 Yersinia enterocolica에 의한 terminal ileitis

가 거론되었으나 급성경과만을 보이는 self limited disease로만 성화되지는 않는다<sup>14)</sup>.

면역학적인 장애와 유관함에 대해서는 상당한 증거들이 있다. 최근 육아종의 ultrastructural study로 여러 장관내의 dietary antigen에 의한 cell mediated hypersensitivity에 관하여 거론되며<sup>16)</sup> 크론씨병 환자에 동반되는 hypersensitivity reaction인 gamma globulin의 elevation, erythma nodosum, uveitis, iritis, migratory arthritis, ankylosing spondylitis 등이 간접적인 증거일 것이다<sup>13)</sup>. 또한 치료 약물인 steroid나 azathioprine 등은 면역 반응을 변화시키는 것들이다. 그러나 현재까지 밝혀진 바로는 면역학적인 기능에 변화가 있다는 사실 뿐으로 원인 규명과 원인적인 치료를 하는데는 도움을 주지는 못하고 있다<sup>17)</sup>.

이밖에도 고려할만한 원인으로는 장관에 대한 외상, 음식물 중독에 의한 독소의 장관내 흡수, 유전적 대사장애 및 소질, 교감 과 부교신경의 부조화와 신체적 원인들을 들 수 있으나 확인되지는 아니하였다<sup>18)</sup>.

임상증세는 자각적인 복통이 가장 많으며 설사는 부분적인 장폐색, 흡수장애<sup>19)</sup>를 수반하기도 하며, 대장의 수분흡수장애 및 대장염, bacteria의 이상증식 등이 있으며 고열은 병의 아주 초기부터 나타나며 원인불명열(FUO)로 간주된다<sup>14)</sup>. 염증으로 인한 만성장기능저하로 영양장애가 뒤따르며 ileocecal valve의 기능저하로 anal fissure, fistula in ileovormis, ischiorectal abscess가 생긴다. 복부 증상 이외에도 여러 과민성 질환이 잘 수반되며 다른 침범된 장관에 악성 종양의 발생이 많은 것으로 보고되었다<sup>14)</sup>.

진단에 있어서 혈액검사는 큰 도움이 안되고 가장 도움이 되는 것은 Barium enema X-ray촬영 소견으로 점막하층의 경화로 말미암아 X-ray상 관상으로 되는 점, 그리고 장간막의 염증에 의한 管狀係蹄의 분리 등이다. 협착상의 특징은 내강의 협착으로 그 근측의 정상 장부위는 확장되어 있고 확장부에서는 불과 지방의 친화가 불량한 것과 저류한 점액분비물로 이상한 바륨유입상을 볼 수 있다. 누공도 가끔 볼 수 있으며 특히 회맹부에서 많다<sup>14)</sup>.

치료에 있어서 크게 내과적 치료와 외과적 치료로 나눌 수가 있는데, 분명한 장폐색이 없으면 임상증세에 대한 대증 요법으로 치료하면서 이와 함께 sulfasalazine을 사용하여 효과를 보았다는 많은 보고가 있다<sup>20)</sup>. 일반 요법이 실패할 경우 천공 등의 합병증이 없으면 corticosteroid를 사용하나 remission을 가져오는 것이 아니라 염증 반응과 부종을 감소시킬 뿐이다. steroid는 병의 초기에만 사용하고 azathioprine을 병행하기도 하나 상기 약물의 효과는 예측할 수 없다. 또한 이밖에 parenteral alimentation으로 장관을 휴식시켜 remission을 가져오기도 한다. bile salt에 의한 설사가 심할 때는 cholestyramine, triglyceride, low residual diet 등을 사용하기도 한다<sup>21)</sup>.

외과적 치료에서 있어서 90%의 환자가 결국은 수술을 받게 되나 수술도 근치적인 치료가 못되므로 수술후에도 의사와 지속적인 연락이 필요하며 장폐색, 누공, 천공, 출혈 등 분명히 수술이 필요한 경우 이외에는 각 수술 환자의 상태에 따라 수술여부와 시기를 정해야한다. 수술방법은 simple bypass, bypass with exclusion, resection 등으로 대별할 수 있다<sup>21)</sup>.

한의학적으로는 앞에서 밝힌 바와 같이泄瀉,痢疾,脾泄,大澀泄, 등의 범주에 속하는데<sup>7)</sup>泄瀉에 대해서《素問·生氣通天論篇》<sup>10)</sup>에서는“是以春傷於風,邪氣留連,內爲洞泄”이라 하여洞泄의 원인이 風임을 언급하였고《陰陽應象大論》<sup>10)</sup>에서는“清氣在下,則爲飧泄, ...濕勝則濡泄, ...春傷於風,夏爲飧泄”이라 하여 濕이 盛하면 濡泄이 되고 風에 상하면 飧泄이 된다고 하였으며《氣交變大論》<sup>10)</sup>에서는 泉涌河衍,潤澤生魚,風雨大至,土崩潰,鱗見於陵,病腹滿漉泄, ...上臨太陽,雨水雪霜,不時降,濕氣變物,病反腹滿,腸鳴漉泄”이라 하여 漉泄의 원인이 濕邪임을 설명하였으니 이들은 모두 腹痛,體重減少,泄瀉를 주된 증상으로 하는 크론씨병의 증상과 유사하다고 할 수 있겠다.痢疾에 대해《素問·太陰陽明論》<sup>10)</sup>에서는“陽受之,則入六腑,陰受之,則入五臟.入六腑,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 飧泄이 오래되어 腸澼으로 轉變됨을 설명하였고《難經》<sup>9)</sup>에서는 胃泄,脾泄,大腸泄,小腸泄,大瘕泄의 五泄에 대해 언급하였는데 이중 大澀泄에 대해서는“裡急後重,數至圜而不能便,莖中痛”한다 하여 裡急後重이 있으면서 자주 변소에 가나 뒤를 보지 못하여 뻥속이 끌여당기는 것 같고 陰莖이 아픈 것으로 痢疾,腎泄,熱泄 등과 같은 것으로 볼 수 있다. 또《傷寒論》<sup>12)</sup>에서는“傷寒,服湯藥,下利不止,心下痞硬,服瀉心湯已,復以他藥下之,利不止,醫以理中瀉之,利益甚,理中者,利中焦,此利在下焦,赤石脂禹餘糧湯主之,復利不止者,當利其小便”이라 하여 국한성 장염을 下利로 인식하고 理中法을 강조하였다.《景岳全書》<sup>22)</sup>에서는“若飲食失節,起居不時,而致脾胃受傷,則水反爲濕,穀反爲滯,精華之氣不能輸化,乃致合瀉下降而瀉利作矣”라 하여泄瀉의 원인을 濕瀉나 情志鬱結에 의한脾胃損傷으로 보고“泄瀉之病 多見小水不利,水穀分則瀉自止,故曰 治瀉不利小水,非其治也”라 하여 그 치료에 있어서 利水의 중요성을 강조하였으며《醫學入門》<sup>23)</sup>에서는“如脈緩,病怠惰嗜臥,四肢不收,或大便泄瀉,此濕勝也,從平胃散”이라 하고 또“凡泄瀉下利,水腫鼓脹,黃疸,遺精白濁,疝痛腰痛,脚氣之類,皆濕熱下流之所爲也”라 하여 그 주된 원인이 濕熱임을 언급하였다. 그리고 이에 덧붙여서“脾泄久傳腎爲腸澼,經年不愈者宜調中健脾丸”이라 하여 脾泄이 오래되어 腎陽에까지 영향을 미치게 되면 腸澼이 발생된다 하였으니 이는 만성 크론씨병의 경과에 대한 증상의 전변을 설명한 것이라 할 수 있다.

원인과 치료에 있어서 程<sup>24)</sup>은 설사의 원인을 濕熱,寒濕,食積,脾虛,腎虛 등으로 보고 變證施治를 행하되 利小便을 겸해야 한다고 하였고 馬<sup>25)</sup>는 慢性泄瀉의 원인이 外感時邪,飲食不節 或 肝氣抑鬱 등으로 인해 脾胃虛弱,脾腎陽虛에까지 이른다고 보았으며 姚<sup>9)</sup>는 국한성 장염으로 인한 慢性泄瀉의 가장 이상적인 치료법은 침구와 한약을 병용하는 것이라 하였다.《中醫臨床手冊》<sup>25)</sup>에서는 慢性泄瀉의 원인을 脾虛,腎虛,肝氣乘脾로 보고 각각에 대해 溫中健脾止瀉,溫腎助陽,抑肝健脾해야 한다고 하였다.

李<sup>27)</sup>는 少陽人 病證을 脾受寒表寒病과 胃受熱裏熱병으로 분류하였고 宋은 다시 脾受寒表寒病을 傷風證과 亡陰證으로 兩分하였고 胃受熱裏熱병을 胸膈熱證과 燥熱便閉證으로 兩分함바 少陽人 荊防地黃湯은 亡陰證의 처방에 속한다 하였다. 少陽人 荊防

地黃湯은 1894년경 東武 李濟馬의 東醫壽世保元 少陽人 脾受寒表寒病에 처음으로 소개된 處方으로 그후 여러 文獻에 기재되었다.

이 처방은 虞<sup>29)</sup>의 의학정전에 수록된 六味地黃丸의 加味方으로서 구성 약물 중에서 去山藥 牡丹皮하고 車前子, 羌活, 獨活, 荊芥, 防風을 가미한 처방으로 문헌에 의하면 “治亡陰證 身寒泄瀉, 浮腫初結 及調理 無論頭腹痛 痞滿 凡虛弱者 用百貼無不必效 屢試屢驗”한다고 하였다.

각 구성약물에 대해 李<sup>29)</sup>등에 의하면 熟地黃은 填骨髓, 生精血, 補五臟內傷不足, 補血氣, 滋腎水, 益真陰하고 山茱萸는 強陰益精, 補腎氣, 興陽道堅陰莖, 添精髓, 止小便利, 暖腰膝하고 茯苓은 治胸脇逆氣, 心下結痛, 止消渴, 好睡, 利小便하고 澤瀉는 主風寒濕痺, 補虛損五勞, 起陰氣, 利小便滲濕熱하고 車前子는 利水道小便, 除濕痺하고 羌活은 治風濕相搏, 本經頭痛, 脊強, 散肌表風邪, 利周身百節痛하고 獨活은 主風寒所擊, 金瘡止痛, 奔豚癆瘵, 女子疝瘕하고 荊芥는 主治寒熱鼠瘻, 破結聚氣, 下瘀血하고 防風은 主大風頭眩痛, 惡風, 目盲不所見, 風行周身, 骨節疼한다고 하였다.

송암針은 井榮俞經合에 속한 水火木金土의 五行穴에 소속된 경혈을 선택하여 臟腑의 虛實에 따른 針灸補瀉法을 相生關係 뿐만 아니라 상극관계까지 결합시키고 여기에서 自經補瀉原則에 他經補瀉法을 응용하여 발전된 침법으로 송암針法은 難經과 신응경에 나타난 五行針補瀉針法으로 독특한 한국적인 침법으로 창안되었다. 송암針에서 正格 처방은 正氣가 虛한 상태를 補하는 처방이다. 相生關係를 이용한 虛則補其母의 방법으로 補하는 법이 있으며 상극關係를 이용하여 상극하는 쪽을 官이라 하여 抑其官의 방법으로 補하는 법이 있다. 여기에 自經補瀉와 他經補瀉法을 응용하여 4개의 처방이 도출된다<sup>30)</sup>.

小腸正格은 臨泣 後谿 補, 通谷 前谷 瀉로 구성되는데 後谿는 小腸經의 木穴로서 血의 運行을 주관하는 小腸經의 通氣活血 작용을 유도하며 陽脈之海인 督脈의 八脈交會穴로 여성의 하복부 생식기계의 병증에 대처할 수 있다. 臨泣은 膽經의 木穴이며 帶脈의 八脈交會穴로서 하복강, 골반강 내의 氣의 運行을 원활하게 해주는 작용을 지니므로 後谿와 배합이 되면 하복강의 活血作用을 강화시킨다. 通谷은 膀胱經의 水穴로 水의 天符穴로 小腸經의 水穴인 前谷과 배합되어 下焦의 寒冷에서 기인하는 上熱下寒證을 개선시킨다<sup>31)</sup>.

김<sup>31)</sup>에 의하면 만성 염증 질환은 크게 實熱證과 虛寒證으로 분류할 수가 있는데 實熱型은 곧 濕熱型으로 大腸正格, 肝正格, 小腸寒補 등이 응용될 수 있으며 虛寒型은 小腸正格, 三焦正格, 大腸勝格, 脾正格, 胃正格 등이 응용될 수 있다.

상기 환자는 젊은 여성으로 평소 예민한 성격에 추위를 잘 타고 만성적인 빈혈을 호소하였으며 하복부 찢리는 듯한 통증을 호소하였으며 上熱感에 下腹部 冷症 확인되었다. 또한 大便은 黃褐色으로 粘液便 양상이었으며 裡急後重 양상이었고 小便 또한 시원하게 보지 못하였다. 이상의 소견을 종합한 결과 小腸의 分別清濁 기능의 저하에 의한 少腹 瘀血證으로 결론지을 수 있었으며 이에 小腸正格을 응용하였으며 문진 및 QSCC설문지Ⅱ설문지상 少陽人으로 판정된 바를 참고하여 表裏變證을 한 결과 脾受寒表寒病의 亡陰證에 해당하였으며 이에 대표 처방인 少陽

人 荊防地黃湯을 基本方으로 하여 腹直拘攣 및 排便困難이 심한 관계로 黑糖, 牡丹皮, 榆根白皮를 가미하여 투약하였다.

## 결 론

크론씨병으로 전주 원광대학교 부속 한방병원에 입원한 환자에게 한약처방, 침구치료 및 양방처치를 병행하였으며 입원기간 동안 양방적인 처치는 되도록이면 제한적으로 들어갔으며 퇴원 당시에는 裡急後重感 및 下腹痛 등 주된 불편감은 소실되었기에 보고하는 바이다.

다만 한양방 병행치료의 효과에 대한 관찰기간이 짧아 향후 그 영향 및 예후에 대한 자세한 연구가 지속적인 추적 검사 및 관리를 통하여 계속되어야 할 것이며 임상사례 및 데이터가 축적되어야 할 것이다.

## 참고문헌

1. Kurt J Isselbacher. Harrison's 내과학. 정담출판사, pp 1507-1522, 1997.
2. 신동우의 8인. 크론씨병에 병발한 대장암종 1예. 대한내과학회지 59(1):80-84, 2000.
3. 이증달. 그림으로 설명한 병리학. 고려의학, p 418, 419, 1991.
4. 全國韓醫科大學 脾系內科學 教授. 脾系內科學. 그린文化史, pp 273-275, 1991.
5. 송인성. 한국인의 염증성 장질환. 대한내과학회지 57(4):661-674, 1999.
6. 최규완. 한국인의 염증성 장질환. 대한내과학회지 추계학술대회, pp 1-3, 1996.
7. 大韓韓醫師協會. 韓國標準疾病死因分類(韓醫). p 93, 1995.
8. 姚香雄. 증상감별수책. 일지사, p 412, 1992.
9. 清湖唐 編著. 難經今釋, 國立編譯館, p 214, 中華民國七十二年.
10. 王琦 외 4인. 黃帝內經素問今釋. 成輔社, p 8, 14, 26, 150, 189, 338, 381, 439, 1983.
11. 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 傳統醫學文化社, p 39, 164, 178, 286, 1985.
12. 이배생 주편. 상한론. 일지사, p 206, 1991.
13. Kyle, J. Crohn's disease. New york Application-century crofts. 1972.
14. Sachar, D.B., Janowitz, H.D. Inflammatory bowel disease hum. Parhol, 6: 7-29, 1975.
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. Cave, D.R., Mitchell, D.N., Brocton, N.N. Experimental animal disease. Gastroenterology 69: 618-624, 1975.
17. Bolten, P.M., James, S.L., et al. The immune competence of patients with inflammatory. bowel disease.
18. Slaney, G. Hypersensitivity granulomasa & the alimentary

- tract. Ann. Roy. College surg. Engl. 32: 249, 1962.
19. Drucker, W.R., Wright, H.K. Physiology of gastrointestinal fluids. current problem surgery. 1964.
  20. Dedombal, F.T., et al. Short term course Fx. of Crohn's disease Gut. 15: 435, 1974.
  21. Klein, M., et al. Tx. of Crohn's disease with azathiophrine: A controlled evaluation. Gastroenterology 66: 916, 1974.
  22. 張介賓. 景岳全書. 翰成社, pp 439-447, 1983.
  23. 李梴. 醫學入門. 翰成社, p 319, 338, 342, 343, 347, 352, 354, 1984.
  24. 程國彭. 醫學心悟. 將來出版社, p 180, 1971.
  25. 安徽中醫學院. 中醫臨床手冊. 成輔社, p 117, 1983.
  26. 馬康慈. 中醫師臨床手冊. 衆文圖書公司印行, p 255, 1974.
  27. 李濟馬. 東醫壽世保元. 서울, 杏林出版社, p 75, 85, 86, 93, 103, 1970.
  28. 虞搏. 醫學正傳. 서울, 醫藥社, p 310, 1973.
  29. 李尙仁. 本草學. 서울, 醫藥社, p 105, 106, 114, 115, 191, 192, 220, 221, 228, 229, 230, 231, 273, 274, 278, 279, 282, 283, 1975.
  30. 全國韓醫科大學 針灸經穴學教室 編著. 침구학<상>. 서울, 集文堂, pp 164, 165, 184-192, 1994.
  31. 김관우. 舍岩針法隨想錄. 초락당, pp 137-138, 293-294, 2006.