

급성 담낭염 환자의 가감생간탕 치험례

신용수* · 조소현 · 김남욱 · 한양희

동신대학교 한의과대학 내과학교실

Clinical Report of Acute Cholecystitis with Gagamsaenggan-tang

Yong Soo Shin*, So Hyun Cho, Nam Uk Kim, Yang Hee Han

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongshin University

Acute cholecystitis represents an acute inflammation of the gallbladder, caused in most instances by obstruction of the cystic duct, resulting in acute inflammation of the GB wall. Acute cholecystitis usually occurs with right upper quadrant pain and tenderness. This study was desinged to evaluated of oriental medicine on acute cholecystitis. The patient who were suffering from acute cholecystitis was treated with herbal medicine such as Gagamsaenggan-tang. After using Gagamsaenggan-tang, we could find remarkable effect on clinical sytoms and lap findings and Abdominipelvic Ultrasonography sudy. According to results we suggest oriental medical treatment was effective for this patient with acute cholecystitis, but more extensive reasearch is needed.

Key words : acute cholecystitis, right upper quadrant pain, Gagamsaenggan-tang

서 론

급성 담낭염은 담낭벽의 급성 염증으로 보통 담낭에 의한 담낭관(cystic duct) 폐쇄에 대한 반응이다. 임상증상은 보통 점차 심해지는 반복적인 膽道疝痛으로 시작된다. 통증은 점차 진행 되면서 우상복부에서 전체적으로 나타나며 膽道疝痛은 우견갑부 위와 어깨부위로 종종 방사된다. 우상복부 통증은 대개 저녁 늦 게나 아침 일찍 발생하고 30~60분간 지속되기도 한다. 이외에 흔 한 증상으로는 嘔逆感, 腹部膨滿感, 發熱, 輕度의 黃疸이 나타난 다. 25~50%의 환자에서 膽囊의 擴張과 緊張이 촉진되며, 이외에 깊은 흡기와 함께 우상복부 촉진시 통증을 수반하는 호흡 (Murphy's sign)이 나타난다^{1,2)}.

급성 담낭염의 진단은 갑자기 발생한 우상복부압통, 발열, 그리고 백혈구 증가의 3가지 주증상이 있으면 강력하게 의심할 수 있다. 급성 담낭염의 서양의학적 치료는 수액과 전해질의 보 충을 포함하며, 담낭절제술은 거의 모든 환자에서 급성 담낭염과 담도통을 완화시킨다^{3,4)}.

급성 담낭염은 한방적으로 肝脹, 膽脹, 脇痛, 黃疸 등의 범주 에 속하는 것으로 肝氣가 舒暢하지 못하고, 膽經脈이 壅塞되어

발생한다.⁵⁾ 발병 원인과 증상에 따라 肝膽氣鬱證, 肝膽濕熱證, 肝膽膿毒證 등으로 변증하여 치료한다.⁶⁾

이에 저자는 腹痛, 嘔逆, 嘔吐, 發熱, 右上腹部壓痛 등의 증 상으로 내원하여 복부 초음파검사상 급성 담낭염 진단을 받은 환자에게 加減生肝湯을 투여하여 제반 증상의 호전을 보였기에 이에 보고하는 바이다⁵⁾.

증 례

1. 환자 : 조 ○ ○ (F/86)
2. 발병일 : 2008년 10월 29일
3. 주소증
 - 1) 嘔逆, 嘔吐
 - 2) 惡寒發熱
 - 3) 右上腹部痛
 - 4) 腹部膨滿感
 - 5) 頭痛
4. 과거력
 - 1) 1990년경 고혈압 인지하여 간헐적으로 혈압약 복용하시다 중

* 교신저자 : 신용수, 서울시 양천구 목1동 404-256, 동신목동한방병원

· E-mail : yyakkayy@naver.com, · Tel : 02-2640-2931

· 접수 : 2009/10/19 · 수정 : 2009/11/20 · 채택 : 2009/12/11

단하심.

2) 2004년경 이대목동병원에서 '좌고관절탈구' 진단후 수술하심.

5. 가족력 : 별무

6. 사회력 : 급하고 예민한 성격, 왜소한 체형, 흡연 無, 음주 無

7. 현병력

상기 환자는 현 86세의 여환으로 평소 상기 과거력 의 別無 大病으로 생활해 오던 중 2008년 10월 29일 상기 증상 발생하여 본원 외래를 통해 입원하였다.

8. 내원시 검사소견

1) 초진 시 생체활력징후 : 140/80 - 37.8℃ - 68 -20

2) Lap Finding(2008/10/30)(Table 1)

ALP/GPT/GOT/γ-GT 649/580/750/260IU/L, T-Bilirubin 2.46 mg/dL, WBC 17,100/UL LDH 667IU/L, CPK 31IU/L, HBs Ag/HBs Ab/HCV Ab - Negative

3) Simple Abdomen X-ray(2008/10/30) : constipation, scoliosis

4) Abdomen CT with enhancement(2008/10/31)

Cholecystitis

mild paralytic ileus, constipation with rectal dilatation

multifocal non-specific calcifications

5) Abdominipelvic USG(2008/10/31)(Fig. 1)

Cholecystitis

Dilated both IHD and proximal CBD(1.1 cm)

Filling of baldder with non-visuallization of uterus(suspected chronic pyelonephritis)

Table 1. The serial changes of lap findings

Date	10/30	11/05	11/13
R-GTP	260 IU/L	117	64
GOT	750 IU/L	65	25
GPT	580 IU/L	80	38
ALP	649 IU/L	420	320
T-bilirubin	2.46 mg/dl	0.86	0.56
WBC	17100 /UL	8900	6300
LDH	667 IU/L	420	380
CPK	31 IU/L	40	48



Fig. 1. Abdominipelvic USG(2008/10/31). Cholecystitis.

9. 진단

1) 한방적 진단 : 肝膽氣滯, 濕熱壅塞으로 인한 肝膽질환

2) 양방적 진단 : 급성담낭염

10. 치료방법

1) 한약치료 : 加減生肝湯(茵陳 45 g, 澤瀉 20 g, 唐山查 白朮 麥芽 各 14 g, 白茯苓 厚朴 藿香 陳皮 唐木香 各 4 g, 砂仁 蘿菥子 甘草 三稜 蓬朮 枳實 青皮 各 6 g)

2) 침치료 : 合谷 太衝 內關 公孫 足三里 三陰交를 자침하였다.

3) 뜸치료 : 中脘, 關元, 神厥에 1일 2회의 간접구를 시행하였다.

10. 치료경과(Table 2)

1) 2008년 10월 30일

본원 내원 당시 嘔吐로 인한 전신 무기력상태와 腹痛, 腹部 膨滿感, 惡寒發熱, 頭痛 등의 증상을 호소하였고, 생체활력징후는 혈압 140/80, 맥박수 68회, 호흡수 20회 정도였으나 체온은 37.8℃로 정도의 發熱이 나타났으며, 혈액검사상 전반적인 LFT 수치 상승과 WBC의 상승(17,100/UL)으로 간담도계의 염증질환이 의심되어 加減生肝湯을 투여하였다.

Table 2. progress of clinical manifestation and treatment

Date	10.30	11.02	11.04	11.07	11.09	11.12
惡寒發熱	++	+	-	-	-	-
嘔逆, 嘔吐	+++	+	±	-	-	-
腹部膨滿	+++	+++	+	±	-	-
右上腹部壓痛	+++	+++	+++	++	+	±
Murphy's sign	양성	양성	양성	양성	양성	음성
全身無力	+++	++	+	±	±	±

Symptom grade : Severe +++ Moderate ++ Mild + Trace±

2) 2008년 10월 31일

嘔吐와 頭痛증상은 경감되었으나 정도의 發熱, 腹痛, 腹部 膨滿感, 右上腹部壓痛과 함께 右上腹部 촉진시 Murphy's sign 양성 이 관찰되어 급성 담낭염이 의심되어 복부 CT와 초음파를 의뢰한 결과 Abdomen CT with enhancement와 Abdominipelvic Ultrasonography 검사에서 Cholecystitis, mild paralytic ileus를 진단받았다.

3) 2008년 11월 2일

惡寒發熱 증상 경감되어 체온은 정상으로 유지되었으며 頭痛과 嘔吐 증상도 소실되었으나, 약간의 嘔逆感과 중등도의 腹痛, 右上腹部壓痛과 함께 Murphy's sign 양성이 여전히 관찰되었다.

4) 2008년 11월 4일

녹색의 풀어지는 변을 2회 보시고 나서 자각적인 腹部 膨滿 증상은 호전을 보였으나, Murphy's sign은 여전히 양성이었으며 통증 강도도 호전되는 경향이 없었다.

5) 2008년 11월 5일

입원시 혈액검사 상 ALP/GPT/GOT/γ-GT 649/580/750/260IU/L, T-Bilirubin 2.46 mg/dL, WBC 17100/UL LDH 667IU/L, CPK 31IU/L로 급격히 상승했던 간기

능 수치가 당일 오전에 시행한 혈액검사서 ALP/GPT/GOT/γ-GT 420/80/65/117 IU/L, T-Bilirubin 0.86 mg/dL, WBC 8900/UL, LDH 420 IU/L, CPK 40 IU/L로 상당히 호전되었다 (Table 1).

6) 2008년 11월 7일

Murphy's sign은 양성이나 右上腹部壓痛은 완화를 보였으며, 자각적인 腹部膨滿 증상 또한 소실되었다.

7) 2008년 11월 9일

大小便은 정상적이었으며 嘔逆感의 소실로 식사량도 정상으로 회복하였다. Murphy's sign은 여전히 양성이었으나 초기보다 상당히 완화되었다고 하였으며, 右上腹部 및 右脇下部壓痛도 50%이상 호전을 보였다.

8) 2008년 11월 11일

체온도 정상이며 右上腹部壓痛도 거의 소실되었다.

9) 2008년 11월 12일

간기능 검사상 ALP/GPT/GOT/γ-GT 320/38/25/64IU/L, T-Bilirubin 0.56mg/dL, LDH 380IU/L, CPK 48IU/L로 거의 정상 수치로 호전되었다(Table 1).

10) 2008년 11월 13일

지속되었던 右上腹部 및 右脇下部壓痛이 소실되고 general weakness도 호전되었다. 담낭염의 호전 상태를 객관적으로 평가하기 위해 내원초기에 시행하였던 Abdominopelvic Ultrasonography 검사를 재실시한 결과 'More improved Cholangitis and cholecystitis. More decreased proximal CBD diameter(1.1cm→0.9cm), no abnormal findins in bladder'로 담낭염이 호전되었음을 확인할 수 있었다(Fig. 2).

11) 2008년 11월 14일

Murphy's sign을 비롯하여 제반 증상이 모두 소실되었고 혈액검사와 초음파 등의 검사에서도 호전된 것이 확인되어 퇴원하였다.



Fig. 2. Abdominopelvic USG (2008/11/03). More improved Cholangitis and cholecystitis. More decreased proximal CBD diameter(1.1cm→0.9cm), no abnormal findins in bladder.

고 찰

담낭벽의 급성 염증은 보통 담낭에 의한 담낭관(cystic duct) 폐쇄에 대한 반응이다. 급성 담낭염은 담석의 가장 흔한 결과일

지라도 병태생리에 대해서는 잘 알려져 있지 않다. 담즙산, 인지질 또는 콜레스테롤 등을 포함한 담즙의 농도는 변화될 수 있으며 이것이 담낭 점막의 염증을 일으킬 수 있으며, 점막의 동맥 폐쇄와 허혈 증상이 급성 담낭염의 후기에 일어날 수 있다. 세균 감염으로 인한 급성 담낭염은 거의 발생하지 않으며 질병 초기 며칠 동안의 담낭 내 담즙 배양에서도 33%이하에서만 양성이다. 급성 담낭염은 95% 이상의 환자에서 담석이 동반되어 있다¹⁻³⁾.

급성 담낭염 환자의 75%는 반복적인 산통으로 시작하고 점차 심해지며, 우상복부에 위치하고 종종 우견갑 부위로 방산된다. 구역, 구토도 흔한 증상이며 통증이 시작된 후 수시간 내에 신체 검진상에서는 반발통 없이 우복근의 비자발적인 경계가 나타난다. 담낭의 축적은 50% 이하에서만 만져지며 깊은 흡기와 함께 우상복부 촉진시 통증을 수반하는 호흡의 중단(Murphy's sign)은 흔하다. 발열은 초기에 심하지 않고 중성구 증가증은 중간 정도이다^{4,7)}.

급성 담낭염의 전형적인 양상은 발병 2-3일 째에 호전되기 시작하며 일주일 내에 사라지는데 그렇지 않을 경우에는 심각한 합병증이 동반된 것을 시사한다. 고열, 백혈구 증가증, 반발통 또는 장마비를 동반한 심한 통증의 경우는 축농(emptema), 괴저, 담낭의 괴열 등을 생각할 수 있으며 이때는 긴급한 외과적 치료를 필요로 한다. 급성 담낭염에 황달이나 담즙울체가 동반되었을 경우에는 담석이나 염증에 의한 총수담관의 부분적 폐쇄 때문일 수 있다. 아말라아제의 상승은 담석에 의한 췌장염을 시사하는데, 드물게 큰 담석이 담낭벽을 부식시켜 장관내로 들어가 소장을 폐쇄시킬 수도 있다⁸⁾.

급성 담낭염의 경우 백혈구 수는 일반적으로 증가되며 (12,000~15,000/UL), 1-4 mg/dL의 총 혈청 빌리루빈 수치는 총담관 폐색이 없어도 있을 수 있다. 급성 담낭염의 진단은 특징적인 병력과 진찰 소견으로 이루어지는데, 갑자기 발생한 우상복부 압통, 발열, 그리고 백혈구 증가의 3가지 주증상이 있으면 강력하게 의심할 수 있다. 이외에 약 45%에서 경도의 고빌리루빈혈증이 나타나며 ALP 상승, 혈청 transaminase(정상의 5배 이하) 및 lactic dehydrogenase가 상승한다. 임상적으로 의심되는 급성 담낭염은 담도 스캔과 초음파에 의해 가장 정확하게 진단된다. 급성 담낭염의 임상 진단은 비전형적인 소견을 보이는 경우 어려울 수 있고 감별해야 할 질환으로는 담도염, 췌장염, 총수돌기염, 소화성 궤양 그리고 늑막염 등이 있다. 우상복부에 위치하는 확실한 통증과 견갑부 아래쪽으로 방사되는 압통은 급성 담낭염의 가능성을 강하게 시사한다^{1,3,7)}.

급성 담낭염의 증상에서 우상복부 통증, 압통, 근육강직, 발열, 백혈구 증가증이 24-48시간 이상 계속되거나 진행할 경우 심한 염증 상태나 담낭의 괴저 등의 합병증이 나타날 수 있다. 비만하거나, 당뇨병이 있거나, 나이가 많거나, 면역억제 상태의 환자에서는 뚜렷한 증후가 없이도 종종 괴사가 일어날 수 있다⁴⁾.

급성 담낭염은 보통 경구 음식섭취 제한, 정맥 영양, 진통제, 항생제 등의 보존적인 치료로 완화된다고 한다. 비경구적 항생제 요법은 보통 급성 담낭염이 의심될 때 투여하는데, 일반적으로 급성 담낭염은 재발 빈도가 높기 때문에 담낭절제술을 입원 후 2-3일 내

에 시행한다. 담낭절제술은 거의 모든 환자에서 급성 담낭염과 담도통을 완화시킨다. 만약 비수술적 치료가 선택되었다면 환자는(특히 당뇨병이 있거나 나이가 많은 환자의 경우) 재발되는 증상은 없는지 주의깊게 관찰되어야 한다. 만약 진행성 복통과 백혈구 증가증 또는 발열이 나타나 담낭의 축농, 괴저 또는 파열의 의심될 경우 필수적으로 수술을 해야 한다^{3,9)}.

급성 담낭염은 한의학적인 ‘肝脹, 膽脹, 脇痛, 腹痛, 鼓脹, 黃疸’ 등의 범주에 속한다고 볼 수 있다. 특히 東醫寶鑑에서는 膽病에는 寒熱이 많고, 左側 第5肋間에 瘀血이 結聚하여 癭瘤와 같이 된다고 하여 본 질환과의 연관성을 찾을 수 있다^{5,9)}.

상기 증례의 환자는 평소 지속적인 스트레스와 함께 과식 편식 등의 식습관을 가지고 있는 여환으로 腹痛, 腹部膨滿感, 惡寒發熱(寒熱往來), 嘔逆, 嘔吐, 頭痛, 右上腹部壓痛 등을 주소로 입원하였다. 이 환자의 경우 갑자기 발생한 右上腹部壓痛, 發熱과 함께 백혈구가 증가하는 급성 담낭염의 3가지 주증상과 함께 ALP, LDH의 상승과 경도의 고빌루빈혈증이 나타났다. 입원 다음날 시행한 Abdomen CT with enhancement, Abdominopelvic USG 검사에서도 담낭염 소견이 의심되어 제반 증상과 결과를 종합하여 양방적으로 급성 담낭염으로 진단하였고, 한방변증상 제반 증상을 종합하여 肝膽氣滯, 濕熱壅塞으로 인한 肝膽질환으로 변증하여 加減生肝湯을 투여하였다^{6,10)}.

加減生肝湯은 加減胃苓湯과 茵陳五苓散의 合方¹¹⁾에서 白芍藥, 肉桂, 厚朴, 半夏 등을 뺀 처방으로 濕熱을 제거시키고 利尿, 健脾, 安胃를 도모하여 肝膽의 생리기능을 정상으로 회복시켜주는 처방이다. 加減生肝湯에 대한 실험적 연구로는 禹¹²⁾가 간기능 개선과 담즙분비의 증가작용을 보고하였고, 崔¹³⁾는 간장보호 뿐만 아니라 일반면역효과와 미소환경 개선효과를 관찰하였으며, 洪¹⁴⁾은 담관 운동효과와 적출심장의 수축억제, 이뇨 및 혈압강화작용을 보고하였으며, 金¹⁵⁾은 급만성 간질환에 대한 효과를 규명하였다.

加減生肝湯의 구성을 보면 君藥인 茵陳은 濕熱을 치료하고 補肝, 利膽, 解熱作用이 있으며 黃疸를 치료하는 要藥으로서 濕熱로 인한 많은 병증에 사용되고 있다. 白朮은 健脾化濕利水하고 약리적으로 強壯, 利尿, 抗凝血, 抗腫瘤, 抗菌, 血管擴張作用이 있으며, 厚朴과 陳皮는 君藥을 도와 燥濕하는 효과와 더불어 行氣消脹하고 止痛, 止嘔의 효과가 있다. 澤瀉, 白茯苓은 利尿除濕의 主藥으로 澤瀉는 利尿滲濕, 泄熱, 消腫止渴하고 白茯苓은 利尿滲濕, 健脾和中, 寧心安神하고 약리로는 利尿, 鎮靜, 抗腫瘤, 抗潰瘍作用이 있다. 藿香은 芳香化濕, 理氣, 和胃하여 止嘔의 효과가 있으며 山查肉, 麥芽는 消食, 消積, 健脾, 止痛의 효과가 있으며 蘿菔子, 三稜, 蓬朮은 瘀血과 積聚를 破散시키는 효과가 있고, 枳實, 青皮는 疎肝, 散積, 安脾의 효과가 크고, 生薑은 止嘔, 開胃의 효과가 있다^{16,17)}. 그러므로 加減生肝湯은 清利肝膽濕熱하고 利尿, 健脾, 安胃, 補肝, 利膽을 도모하여 간담의 생리기능을 平衡調理케하는 효과를 가진 약물로 구성되어 급만성 간담도계 질환에 광범위하게 응용할 수 있는 처방이다.

상기 증례 환자의 입원 치료 경과를 보면 입원시부터 한방 치료와 더불어 지속적으로 加減生肝湯을 투여하여 입원 4일째부

터 체온을 비롯한 생체징후가 정상으로 돌아와 發熱과 惡寒 증상이 개선되었으며, 嘔逆感이 호전되면서 간헐적으로 나타나던 嘔吐 증상도 소실되었으며 치료 6일째에는 녹색변을 보시고 腹部膨滿感이 소실되고 腹痛이 경감되었다. 또한 입원시 급격히 상승했던 간기능 수치가 11월 5일 오전에 시행한 혈액검사서 ALP/GPT/GOT/γ-GT 420/80/65/117IU/L, T-Bilirubin 0.86 mg/dL, WBC 8900/UL, LDH 420IU/L, CPK 40IU/L로 상당히 호전됨을 관찰할 수 있었다. 그 후로도 Murphy's sign은 양성을 보였으나 점차 右上腹部 및 右脇下部壓痛도 줄어들기 시작하여 치료 11일째에는 통증이 50%이상 호전되었음을 관찰하였다. 11월 12일 시행한 간기능 검사상 ALP/GPT/GOT/γ-GT 320/38/25/64IU/L, T-Bilirubin 0.56 mg/dL, LDH 380IU/L, CPK 48IU/L로 거의 정상 수치로 호전되었고, 재실시한 Abdominopelvic Ultrasonography 상 ‘More improved Cholangitis and cholecystitis’ 결과가 나와 급성 담낭염이 호전되었음을 확인할 수 있었다. 환자는 11월 14일 지속되었던 右上腹部 및 右脇下部壓痛이 소실되고 general weakness도 호전되어 퇴원하였다.

결론

腹痛, 嘔逆, 嘔吐, 發熱, 右上腹部壓痛 등의 증상으로 내원하여 초음파상 급성 담낭염 진단을 받은 환자를 肝膽氣滯, 濕熱壅塞으로 변증하여 加減生肝湯을 투여한 결과, 제반 증상이 호전되고, 간수치를 비롯한 검사수치가 거의 정상범위로 회복되었으며, 초음파 상에서도 병변의 호전이 확인되어 이를 보고하는 바이다.

참고문헌

1. 전국의과대학교 역. 오늘의 진단과 치료. 서울, 한우리, pp 739-745, 2000.
2. 의학교육연수원. 가정의학. 서울, 서울대학교출판부, pp 234-242, 2003.
3. 대한병리학회. 병리학. 서울, 고문사, pp 631-632, 1190.
4. 서울대학교 의과대학 내과학교실. 내과지침서. 서울, 고려의학, pp 792-795, 1999.
5. 전국 한의과대학 간계내과학 교수 공저. 간계내과학 4판. 서울, 동양의학연구원출판부, pp 41, 144, 422, 428-431, 2001.
6. 김갑성의. 실용동서의학임상총서. 서울, 정담, pp 124-127, 2001.
7. Mark, H. Beers, M.D. and Robert Berkow, M.D. 머크 임상 의학 진단 및 치료. 서울, 한우리, pp 436-437, 439, 2002.
8. 박찬일. 간질환의 병리. 서울, 고려의학, pp 96-98, 1992.
9. 方藥中. 實用中醫內科學. 서울, 의성당, pp 401-405, 1993.
10. 柳基遠. 急性腹症의 診斷과 治療. 서울, 서완당, pp 31-34, 170-175, 1991.
11. 김병운, 김정제. 生肝健脾湯이 간담의 대사와 재생기능에 미치는 영향. 경희한의대논문집, 5(1):19-40, 1982.

12. 禹弘楨, 金秉雲, 金德鎬. 各種 간질환에 대한 辨證 및 SGOT/SGTP 比에 관한 임상적연구. 대한한의학회지 7(2):61-69, 1986.
13. 崔栖潑. 生肝湯이 肝臟保護, 血小板凝集能 및 一般免疫機能에 미치는 영향. 경희대학교대학원, 1987.
14. 洪美淑. 生肝湯의 效能에 관한 實驗的 研究. 경희대학교 대학원, 1987.
15. 金德鎬外. 간질환 환자에 대한 임상적 관찰. 대한한의학회지 8(2):14-23, 1987.
16. 신민교. 임상본초학. 서울, 영림출판사, pp 172-173, 175-177, 250-256, 380-384, 387-388, 403-414, 594-595, 602, 1989.
17. 신재용. 방약합편해설. 서울, 신광문화사, pp 531-535, 543-546, 569-570, 585-588, 592-593, 1993.