

肥滿의 藥物治療에 關한 東西醫學的 考察

金鍾國 · 吳旼錫 · 宋泰元*

Abstract

Oriental and western study on medication treatment of obesity

Jong-kook Kim, Min-seok Oh O.M.D., Ph.D., Song Tae-Won O.M.D., Ph.D.

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

Objective : The purpose of this study is to find out the mutual relationship with oriental medication and western medication of obesity

Results :

1. Medicational efficacy on obesity is controled by three thing - weight decrease, food intake acting, energy consumption.
2. Western medication is sorted Appetite inhibiter, Food absorpion inhibiter and Heat making promoter.
3. Oriental medication is sorted the *xu*(虛;deficiency) and the *shi*(實;excess). medication of *xu* and *shi* is sorted various method each other.
4. Appetite inhibiter and Food absorpion inhibiter of western medication is related to Enrich the blood and Enrich *yin*(補血養陰) of oriental medication. Heat making promoter of western medication is related to Invigorate vital energy and Invigorate the spleen(補氣健脾) and Warm *yang*(溫陽).
5. Medication of *shi* of oriental medication is difficult to find in western medication.

I. 緒論

비만은 신체의 활동에 있어서 섭취한 에너지가

소비한 에너지를 초과할 때 잉여 에너지가 지방으로 전환되어 체내의 여러 부위, 특히 피하와 복강 내의 지방 조직 내에 축적되어 대사장애를 유발하는 현상¹⁾²⁾으로 당뇨병, 협심증, 고지혈증, 심근경색증, 뇌졸중과 같은 여러 가지 성인병의 위

* 大田大學校 韓醫科大學 韓方再活醫學科 教室

험인자로 널리 알려져 있으며 최근 우리 나라에서도 생활여건의 향상과 섭취열량의 증가 및 운동부족으로 인한 과체중 및 비만환자가 증가하고 있으며 특히 어린 나이의 비만환자가 점차 증가하는 추세를 보이고 있다³⁾.

동양의학에서는 비만을 肥, 肥人, 肥貴人, 肥滿⁴⁾⁸⁾¹⁰⁾, 등으로 표현했고 內經에서는 年質壯大하고 血氣充孕하여 膚革堅固한 것이 肥滿人이라 언급했다.⁴⁾ 비만의 기본적 生理는 脾胃의 기능실조로 氣虛를 초래하고 氣虛하면 不能運行하여 濕, 痰, 癆 등의 병리적 산물을 만들어내는 것인데 이들이 肌膚나 腹膜, 臟腑 등에 留滯되어 각종 질환을 유발시킨다고 볼 수 있다⁵⁾.

서양의학에서는 비만의 원인으로 유전적요인, 시상하부의 이상, 난소질환, 인슐린 대사 이상, 운동부족, 식이부조화, 약물의 부작용 및 사회, 경제, 심리적 요인¹⁾들을 들고 있다.

이러한 비만을 치료하기 위한 방법은 여러 가지가 시도되고 있는데 식이요법, 운동요법, 행동수정요법, 약물요법, 수술요법 등이 그것이다. 그러나 비만환자를 대상으로 한 식이요법, 운동요법, 행동수정요법, 등은 장기간 지속하는 데에 어려움이 많고 5년 내에 실패할 확률을 95%로 보고 있다⁶⁾. 그리고 비만 수술후의 사망률과 합병증은 과거보다 현저하게 개선되었지만 여전히 그 위험성을 지니고 있다.¹⁾ 따라서 체중 감량을 위하여 또는 체중 감량 프로그램에 환자가 잘 따르도록 하기 위해서 약물치료가 이용되고 있다.

이에 각기 비만에 대한 약물치료를 하고 있는 동양의학과 서양의학의 각각의 치료약물과 양자간의 상관성을 찾아보려 하는 바이다.

II. 本 論

1. 서양의학의 약물치료

비만치료에서의 약물의 효과는 체중감소, 음식섭취행동, 에너지의 소모의 세 가지 영향에 의해 좌우된다⁷⁾. 비만의 약물치료에 이용되는 약물은 크

게 두 종류로 나눌 수 있다. 첫째는 지방축적을 억제(식욕억제제, 음식의 흡수나 지방산 생성을 억제하는 제제)하는 것이고 둘째는 지방의 이용을 자극(열생성, 지방분해제)하는 것이다¹⁾.

(1) 항비만약물의 조건

항비만약물을 장기간 사용하기 위해서는 다음의 사항이 갖추어져야 한다.

- ① 체단백질이나 기타 다른 조직에는 영향을 미치지 않고 체중 감량의 효과가 있어야 한다.
- ② 부작용이 최소화 되어야 한다.
- ③ 중독성이 없어야 한다.
- ④ 약물중단 후에도 체중 감소가 지속적으로 유지되어야 한다.
- ⑤ 사람에게 약물 투여후 수년이 지나도 큰 위험성이 없어야 한다.
- ⑥ 기전을 정확히 알고 적절한 대상에 사용해야 한다⁶⁾⁹⁾¹²⁾.

(2) 약물치료의 부작용 및 문제점

식욕억제제는 뇌의 카테콜아민(catecholamine), 도파민(dopamine), 세로토닌(serotonin)관령 경로를 통해 중추신경계에 작용한다. 암페타민과 펜메트라진(phenmetrazine)은 수면장애, 흥분, 정신이상 등과 같은 부작용이 있고 남용성도 문제가 된다. 또 세로토닌성 작용제인 펜플루라민은 약물을 갑자기 끊을 경우 우울증이 생길 수 있으며, 소수에서 폐성 고혈압이 생겼다는 보고가 있다⁶⁾.

그러나 일반적으로 현재 주로 사용되고 있는 아드레날린성 및 세로토닌성 약제들의 부작용은 경미하거나 견딜만한 것으로 기술하고 있고, 그외에 약물의존성이나 중독성과 관련한 금단효과를 기술하고 있지는 않다¹⁶⁾.

또한 거의 모든 약제들에 대해 약 6개월 이후에 체중감소가 더 이상 일어나지 않고 정체를 이루는 것도 약물치료의 한계점이다. 정체를 이루는 이유에 대해서는 알려져 있지 않지만 약제들의 시상하부에 대한 효과를 극복하게 하는 뇌피질 중추의 궁극적인 효과 또는 내성이 생기는 것 등이 가능한 기전으로 생각되고 있다¹⁶⁾.

(3) 약물의 종류

뇌중에서 시상하부는 식이를 조절하는 신경전달물질의 조작에 가장 민감하게 반응하는 구조이다. 동물 실험에서 시상하부에 각종 물질을 주사하여 포만한 동물이 더 먹게 하거나, 먹을 것이 충분하여도 굶주린 동물이 먹지 않게 하며 에너지 대사와 체중증가의 급작스런 변화를 연구할 수 있다. 이러한 연구에서 섭식행동의 변화는 자연적인 식이 양상을 조절하는 신경전달물질의 작용을 반영하는 것으로 결론 내릴 수 있다.

사람에게서 섭식행동에 관여하는 신경전달물질은 아민, 아미노산, 신경펩티드로 구분할 수 있다. 아민에는 노르에피네프린, 에피네프린, 도파민, 세로토닌 등이 있고 아미노산에는 GABA(gamma aminobutyric acid), 티프로판, 티로신 등이 있다.

뇌에서 식욕을 억제하는 신경전달물질로는 시로토닌, 도파민, 노르에피네프린, 뉴로텐신, 부신피질자극호르몬분비호르몬, 콜레스티스토키닌, 칼시토닌, 글루카곤 등이 있다¹¹⁾.

1) 식욕억제제

음식섭취를 조절하는 신경조직은 카테콜아민 및 세로토닌 신경계에 의해 정보가 전달되는데 약물을 사용하여 이 조직에 작용하게 함으로써 전체 포만기전에 대한 감수성을 높이거나 조절하는 것이다. 식욕억제제에는 카테콜아민계 약물과 세로토닌계 약물이 있다⁷⁾⁹⁾.

① 카테콜아민(catecholamine)계 약물

중추에 작용하는 많은 아드레날린성 약물들은 β -아드레날린성 수용체 혹은 dopamin수용체를 통하여 식욕을 억제하고 체중감소를 일으킨다. 그 종류로는 암페타민(Amphetamine), 다이에틸프로피온(Diethylpropion), 펜테르민(Phentermine), 마진돌(Mazindol), 페닐프로판올아민(Phenylpropanolamine), 에페드린(Ephedrine) 등이 있다¹⁶⁾⁷⁾¹²⁾.

② 세로토닌(Serotonin)계 약물

세로토닌성 약물은 주로 뇌의 중추, 특히 탄수화물 대사를 조절하는 중추에서의 낮은 세로토닌 농

도를 증가시켜 식욕억제를 나타내어 체중감소를 일으키게 한다. 세로토닌은 내측 시상하부에 위치하는 신경전달물질로서 식욕 및 음식물 선택에 있어서 중요한 조절자로 작용하며 탄수화물 섭취와 가장 관계있는 것으로 알려져 있다. 국소적으로 세로토닌이 증가하면 식욕이 감소하게 되고, 세로토닌이 감소하게 되면 식욕은 증가하게 된다. 그 종류로는 펜플루라민(Fenfluramine), 덱스펜플루라민(Dexfenfluramine), 플루옥세틴(Fluoxetine) 등이 있다¹⁶⁾⁷⁾¹²⁾.

펜플루라민계 약제는 대표적인 세로토닌 작용제로 세로토닌의 재흡수를 억제하고 세로토닌 방출을 항진시키는 작용기전을 가지고 있다. 덱스펜플루라민은 포만효과를 증대시키고 식간 음식섭취를 감소시킨다⁶⁾⁷⁾. 또한 여성에서 월경전 기간 동안 증가된 식욕을 감소시키고 월경전 증후군의 증상도 감소시키며, 흡연 중단후 체중의 증가를 예방하는 효과도 보고되었다⁶⁾. 플루옥세틴은 현재 항우울제로서 사용되고 있는 세로토닌 재섭취 억제제이다.

2) 음식물 흡수억제제

음식물의 흡수를 억제하는 것으로는 섬유식품, Fenfluramine, Disaccharidase 억제제, Lipase억제제가 있다.

① 섬유식품

섬유식품은 위배출 시간의 지연으로 위 팽만감을 증가시키고 음식물의 흡수를 지연시키며 소화관 호르몬과 상호작용이 있다. 그러나 이들은 성분이 다양하고 표준화가 어렵고 그 효과가 보고자마다 차이가 있는 실정이다⁶⁾.

② Disaccharidase(이탄당분해효소) 억제제

이탄당분해효소 억제제인 아카보스(Acarbose; Glucobay)는 용량에 비례해서 영양소의 흡수 장애를 일으킴으로서 칼로리 균형에 영향을 미친다⁶⁾.

③ Lipase억제제

장에서의 리파아제를 억제하는 약제에 대한 임상

적인 시도가 진행중이다⁶⁾.

3) 열생성 촉진제

교감신경계는 음식물 섭취에 의한 열생성의 중요한 조절계이다. 교감신경계의 활성의 감소가 사람에게서 비만을 일으키는 근본 원인으로 보이지는 않지만 아드레날린성 작용제는 비만환자에게서 대사를 증가시킨다. 비만의 치료에 있어서 운동은 체지방을 감소시키고 운동의 효과에 있어서 노르에피네프린 및 에피네프린이 중요한 말초 신경호르몬성 매개물질로 작용하므로 열생산 아드레날린성 작용제가 비만의 치료에 있어서 유용하게 사용될 것이라는 생각을 해 볼 수 있다. 현재는 에페드린이 대표적으로 사용되고 있는 약물이며 에페드린은 정상인에서 카페인과 함께 사용할 때 에너지 소비를 증가시킬 수 있고 僞藥에 비해 더 많은 체중감소를 관찰할 수 있다¹⁶⁾.

① 갑상선 호르몬 제제

갑상선 호르몬 제제는 1893년부터 비만 치료제로 사용되어 왔는데 심근 및 골격근에서 노르아드레날린과 아드레날린에 의한 열대사 촉진작용의 증가가 그 기전으로 생각된다. 그러나 갑상선 호르몬을 투여하면 체내에서 갑상선 호르몬의 생성은 억제되며 대부분의 비만증에서 혈청 갑상선 호르몬 수치는 정상이므로 비만 치료제로 갑상선 호르몬의 사용은 정당화 되기 어려웠다. 또한 갑상선 호르몬을 이용한 치료법은 몇가지 문제점이 있다. 첫째 감량된 체중의 대부분이 지방이 아니라 체지방(lean body mass)이라는 것이고 둘째는 갑상선 호르몬이 심장 기능에 영향을 줄 수 있다는 점이다¹⁶⁾.

② 일상 생활의 열대사 촉진제

카페인을 1914년에 이미 대사율 증가 작용이 소개되었으나 아직 사람에게서 항비만 효과가 보고된 적은 없다. 이는 대사를 자극하는 효과가 나타나는 시간이 짧고 그 후에는 대사율이 오히려 저하된 상태가 되기 때문으로 추정하고 있다. 대사율을 증가시키고 증가된 상태를 유지시키기 위해

서는 커피를 많이 섭취해야 하는데 이는 중추신경계와 심혈관계에 부작용을 초래할 수 있다.

니코틴의 식욕감소 효과는 잘 알려져 있으며 담배를 끊은 후에 종종 나타나는 체중증가와 관련이 있는 것으로 생각되고 있다. 그러나 니코틴을 제거한 담배를 흡연한 경우에도 대사율이 증가된 보고가 있는 것으로 보아 니코틴의 열대사 촉진 효과는 니코틴성 아세틸콜린 수용체의 자극을 통하여 이루어지는 것으로 생각되고 있다¹⁾.

③ 식욕억제제

식욕억제제로 처방되는 펜테르민, 마진돌, 다이에틸프로피온 등은 교감신경기능을 항진시키며 대사율을 항진시켜 항비만작용을 나타내며 펜플루라민과 텍스펜플루라민은 직접적으로 열 생성을 증가시키는 작용이 있다.

④ 교감신경 작용제

에페드린은 카페인, 잔틴, 크산틴, 아스피린 등과 같은 약제와 병합 사용시 단기간 및 장기간 체중감량효과가 있는 것으로 보고된다. 또한 비만환자에게서 에페드린을 투여한 후 위배출 시간이 지연되는 것으로 보아 에페드린이 위배출을 억제하여 포만감을 유발하는 것으로 생각된다. 부작용으로는 진전 및 삼장증상을 일으킬 수 있다⁶⁾.

⑤ 베타-아드레날린 수용체 작용제

에페드린과 같은 교감신경 작용제는 교감신경계를 비선택적으로 자극한다. 아드레날린과 노르아드레날린은 α 와 β 로 명명되는 두가지 형태의 아드레날린 수용체를 자극하는 데 이 수용체는 다시 $\alpha 1, \alpha 2, \beta 1, \beta 2, \beta 3$ 로 더욱 세분된다. 이 중 α -아드레날린 수용체 자극제는 열대사 촉진작용이 미미하거나 거의 없고, β -아드레날린 수용체들은 다양한 조직에 존재하며 심박수를 자극하고($\beta 1$), 평활근 수축과 횡문근 진전($\beta 2$)에 관여한다. β -아드레날린 수용체를 선택적으로 자극하는 작용제의 개발은 열 대사 촉진 작용의 항비만제로 사용될 수 있다¹⁾.

2. 동양의학의 약물치료

한의학에서는 비만을 肥, 肥人, 肥貴人, 肥滿⁴⁾⁸⁾¹⁰⁾ 등으로 표현했고, 《靈樞·逆順肥瘦篇》⁴⁾에서는 肥人의 특징을 “年質壯大, 血氣充盈, 膚革堅固”로 표현했고, 《靈樞·衛氣失常論》⁴⁾에서는 肥人을 膏, 肉, 脂로 분류하고 膏는 “多氣而皮縱緩, 故能縱腹垂腴”, 肉은 “身體容大”, 脂는 “其身收小”라 하여 膏는 多氣, 肉은 多血, 脂는 血清 氣滑少라 설명했다. 《素問·通評虛實論》¹³⁾에서는 “甘肥貴人, 則膏粱之疾”이라 했고 《素問·奇病論》¹³⁾에서는 “此人必數食甘美而多肥也”라고 해서 비만의 원인을 膏粱한 음식, 甘美한 음식을 數食하는 것이라 했다. 內經 이후로는 肥滿의 원인을 陳士澤은 《石室秘錄》¹⁴⁾에서 “肥人多痰乃氣虛也 虛則氣不能運行故痰生”이라 했고, 朱震亨은 《丹溪心法附餘》¹⁵⁾에서 肥人은 氣虛生寒, 寒主濕, 濕主痰이라 하였으며, 張介賓은 《景岳全書》¹⁶⁾에서 “肥人 多氣虛之症 然肥人多濕多滯”라 하였다. 李仲梓는 《醫宗必讀》¹⁷⁾에서 “人肥必氣結而肺盛, 肺金剋肝木, 故痰盛”이라 하여 氣虛하여 痰이 생기는 것을 肥滿의 원인으로 보았다. 그리고 근래에 와서 비만의 원인별 분류를 《中醫症狀鑑別診斷學》¹⁸⁾에서는 비만을 痰濕內蘊形과 氣虛形으로 나누어 痰濕內蘊形은 實症에 氣虛形을 虛症에 配屬시켜 虛症과 實症을 나누었다.

위에서 언급한 바와 같이 비만의 기본적 生理는 脾胃의 기능실조로 氣虛를 초래하고 氣虛하면 不能運行하여 濕, 痰, 瘀 등의 병리적 산물을 만들어 내고 이들이 肌膚나 腹膜, 臟腑등에 留滯되는 것인데⁵⁾, 이를 內的인 원인과 外的인 원인으로 나눌 수 있으며 이는 다시 虛와 實로 나눌 수 있다¹⁹⁾.

內的인 원인에 해당하는 것으로는 氣虛, 濕, 痰, 水, 瘀, 積熱, 內傷七情, 肝腎陽虛, 脾腎陽虛, 脾虛, 脾胃積熱, 濕阻氣滯 등이 있으며 外的인 원인에 해당하는 것으로는 膏粱厚味の 過食, 先天稟賦, 久臥久坐등의 活動減少, 外感濕邪 등이 있다¹⁸⁾.

이를 다시 虛實로 분류해 보면 虛에 속한다고 볼 수 있는 것은 氣虛, 久臥久坐등의 活動감소, 脾虛, 脾腎陽虛, 肝腎陽虛, 등이고 實에 속한다고 볼 수

있는 것은 膏粱厚味の 過食, 濕, 痰, 水, 瘀, 積熱, 外感濕邪, 脾胃積熱, 濕阻氣滯 등이며, 이외에 虛實로 분류하기 어려운 것으로는 先天稟賦와 七情內傷이 있다고 볼 수 있다¹⁸⁾.

위의 원인에 따라 그에 적당한 치료법을 생각해 볼 수 있는데 化濕, 利濕, 去痰, 通腑, 消導, 疎利肝膽, 健脾, 補氣, 溫陽, 祛瘀 등을 들 수 있다.

따라서 약물을 이용한 비만치료의 方劑構成에 있어서 기본적인 治法에 의해 분류해 볼 수 있는 데 이를 虛證과 實證으로 나누어 볼 수 있다.

(1) 虛證

虛證에 해당하는 治法으로는 補氣健脾, 溫陽, 補血養陰으로 구분하여 정리할 수 있다.

補氣健脾의 방법으로는 防己黃芪湯, 參苓白朮散, 異功散, 蒼桂朮甘湯, 歸脾湯 등을 기본으로 하여 응용할 수 있고 대표적인 약물로는 黃芪, 人蔘, 白朮, 甘草등을 들 수 있다.

溫陽의 방법으로는 八味丸, 腎氣丸, 甘草附子湯 등을 기본으로 하여 응용할 수 있고 대표적인 약물로는 附子, 肉桂등을 들 수 있다.

補血養陰의 방법으로는 四物湯, 六味地黃元 등을 기본으로 하여 응용할 수 있고 대표적인 약물로는 何首烏, 石斛, 當歸, 川芎, 白芍藥, 熟地黃, 山茱萸, 枸杞子등을 들 수 있다⁵⁾¹⁹⁾.

(2) 實證

實證에 해당하는 치법으로는 祛濕利水, 清積熱, 消導, 化痰, 活血化瘀로 구분하여 정리할 수 있다.

祛濕利水の 방법으로는 五苓散, 澤瀉湯, 導水茯苓湯등을 기본으로 하여 응용할 수 있고 대표적인 약물로는 澤瀉, 茯苓, 豬苓, 蒼朮등을 들 수 있다.

清積熱의 방법으로는 防風通聖散, 大柴胡湯, 大承氣湯, 桃核承氣湯을 기본으로 하여 응용할 수 있고 대표적인 약물로는 知母, 黃白, 黃芩, 石膏, 大黃등을 들 수 있다.

消導의 방법으로는 枳朮丸, 三仙飲, 保和丸등을 기본으로 하여 응용할 수 있고 대표적인 약물로는 山楂, 厚朴, 枳實, 神麩, 麥芽, 檳榔등을 들 수 있다.

化痰의 방법으로는 控涎丹, 二陳湯, 六君子湯등을

기본으로 하여 응용할 수 있고 대표적인 약물로는 半夏, 陳皮, 白茯苓, 白芥子등을 들 수 있다.

活血化瘀의 방법으로는 失笑散, 桃核承氣湯, 血府逐瘀湯, 桂枝茯苓丸등을 기본으로 하여 응용할 수 있고 대표적인 약물로는 丹參, 赤芍藥, 三棱, 蓬朮, 桃仁, 紅花, 澤蘭, 牛膝등을 들 수 있다⁵⁾¹⁹⁾.

(3) 기타

虛證과 實證에 해당하지 않는 것으로는 疏利肝膽의 방법을 들 수 있고 溫膽湯, 大柴胡湯등을 기본으로 하여 응용할 수 있고 대표적인 약물로는 柴胡를 들 수 있다¹⁹⁾.

III. 總括 및 考察

서양 의학적인 약물치료법은 크게 세 가지로 요약될 수 있다. 첫째는 식욕억제제로 뇌의 중추를 자극하여 음식 섭취를 조절하는 신경계를 조절하여 약물을 투여 받은 사람으로 하여금 포만감을 조장하고 공복감을 감소시키므로 음식의 섭취를 억제하고 나아가 체중감소 효과를 얻는 것으로 카테콜아민계 약물과 세로토닌계 약물이 사용되고 있다. 둘째는 음식물 흡수 억제제로 위에서의 배출 시간을 지연시켜 위 팽만감을 증가시키고, 음식물의 흡수를 지연시키며, 영양소의 흡수 장애를 일으킴으로써 음식의 섭취를 억제하고 식간 음식 섭취를 감소시키는 것이다. 셋째는 열생성 촉진제로 교감신경계의 활성을 증가시키고 대사율을 증가시켜 열생산을 촉진하는 방법이다.

한의학적인 약물요법은 그 원인에 따라 각각 구분되어 진다. 비만의 기본적인 生理는 脾胃의 機能失調로 氣虛를 초래하고 氣虛하면 不能運行하여 濕, 痰, 瘀 등의 병리적 산물을 만들어내고 이들이 肌膚나 腹膜, 臟腑등에 留滯되는 것인데, 이를 內的인 원인과 外的인 원인으로 나눌 수 있으며 이는 다시 虛와 實로 나눌 수 있다. 虛證의 治法은 補氣健脾, 溫陽, 補血養陰으로 구분할 수 있고, 實證의 治法은 祛濕利水, 清積熱, 消導, 化痰, 活血化瘀로 구분할 수 있다.

서양의학적인 약물요법과 한의학적인 약물요법을 비교해 보면 식욕억제제는 작용면에서 볼 때 포만감을 느끼게 하여 섭취를 억제한다는 면에서 체내에 陰, 血을 더해 주어서 섭취량을 줄일 수 있는 한의학의 補血養陰의 치법에 배속시킬 수 있다.

음식물 흡수 억제제는 체내에 소비되지 않은 에너지를 가능한 오래 가지고 있어서 더 이상의 에너지원이 체내로 들어오는 것을 방지하는 면에서 볼 때, 즉 이화작용을 억제하고 동화작용을 돕는 면에서 陰陽과 體用에서 陰과 體에 해당하는 것이 체내에 오래 남아있는 것으로 해석될 수 있으며 이 역시 한의학의 약물치료에서 補血養陰의 치법에 해당한다고 할 수 있을 것이다.

열생성 촉진제는 체내에 있는 에너지를 빨리 소모하여 陰血과 體의 부분을 氣, 陽, 用으로 바꾸어야 하는 면에서 볼 때, 즉 이화작용을 촉진시키는 면에서 한의학의 약물치료에서 補氣健脾에 해당한다고 할 수 있으며, 命門의 火를 돋우어 氣化를 촉진시키는 면에서 溫陽의 방법에 해당한다고 할 수 있다.

한의학에서의 실증에 해당하는 치법은 서양의학의 수술요법, 관장요법등과 연관이 있으나, 약물치료의 범주 내에서는 상관되는 개념은 찾기 어려운 것으로 사료된다.

以上을 종합하면 비만에 관한 서양의학과 한의학의 약물치료는 큰 개념에서 볼 때 陰, 血이 陽, 氣보다 많은 것과 陽, 氣가 陰, 血보다 많은 것, 다시 말해 “동화>이화”의 상태와 “이화>동화”의 상태의 두 가지 방면에서 생각해 볼 수 있고 여기에 한의학의 實證의 치법이 첨가된 것으로 이해할 수 있으며 두 상반된 치료법이 모두 비만의 치료에 사용될 수 있으므로 환자의 개개인의 신체의 상태에 따라 적당하게 치법을 선택해야 할 것이다.

IV. 結論

비만의 약물치료에 대하여 살펴본 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 비만치료에서의 약물의 효과는 체중감소, 음식 섭취행동, 에너지의 소모의 세가지 영향에 의해 좌우된다.
2. 서양의학적인 약물요법은 크게 식욕억제제, 음식물 흡수 억제제, 열생성 촉진제로 분류할 수 있다.
3. 한의학적인 약물요법은 크게 虛·實로 나눌 수 있는데 虛證과 實證은 각각 여러가지 治法으로 구분할 수 있다.
4. 서양의학의 식욕억제제와 음식물 흡수 억제제는 한의학의 補血養陰의 治法에 配屬할 수 있고, 서양의학의 열생성 촉진제는 한의학의 補氣健脾, 溫陽의 治法에 配屬할 수 있다.
5. 동양의학의 實證에 해당하는 治法은 서양의학에서는 그 개념을 찾기가 어려운 것으로 사료된다.
7. 김선우 : “비만의 약물요법”, 대한비만학회지, 2(1), 1993, pp. 30-36
8. 조금택 : 中醫症狀鑑別診斷學, 서울, 고려의학, 1995, pp. 171, 378-388.
9. 이득주 : 비만증 치료-신경계기전 및 약물요법, 대한비만학회 추계학술대회, 1993, pp. 47-52
10. 박병차 : 한방임상사십년, 서울, 대성문화사, 1990, pp. 322-324
11. 김영설 : “섭식행동의 내분비 조절”, 대한비만학회지, 3(1), 1994, pp. 31-45
12. 정민영 : “비만증의 약물요법”, 대한의학협회지, 37(9), 1994, pp. 1034-1041
13. 배병철 : 今釋黃帝內經素問, 서울, 성보사, 1994, pp. 283-295, 401-407
14. 陳沙澤 : 石室秘錄, 서울, 행림서원, 1982, pp. 76
15. 朱震亨 : 丹溪心法附餘, 서울, 대성문화사, 1982, pp. 889
16. 張介賓 : 景岳全書, 上海, 上海科學出版社, 1984, pp. 194
17. 李仲梓 : 醫宗必讀, 臺北, 종합출판사, 1976, pp. 210
18. 中醫研究院 : 中醫症狀鑑別診斷學, 북경, 인민출판사, 1987, pp. 43
19. 조홍건 외 : “비만증의 원인파 병기 및 치법에 관한 문헌적 고찰”, 대전대학교한의학회연구소 논문집, 1(2), 1992, pp. 61-71

이상의 결과를 종합해 보면 비만에 관한 서양의학과 한의학의 약물치료는 접근 방법에는 차이가 있으나 기본적인 개념에는 유사한 점을 발견할 수 있으며 이 두 가지의 치료방법에 대한 더 많은 연구가 필요하리라 사료된다.

參 考 文 獻

1. 대한비만학회: 임상비만학, 서울, 고려의학, 1995, pp. 191-200, 417-425, 427-438, 444-445
2. 양재훈 외 : “비만 환자의 체질과 생활 습관에 관한 임상적 연구”, 한방재활의학회지, 11(3), 2001, pp. 51-61
3. 이광우 : “비만증의 진단과 평가”, 대한비만학회지, 1(1), 1992, pp. 1-4
4. 楊維傑 : 黃帝內經靈樞譯解. 서울. 일증사. pp. 303-309, 412-417. 1991
5. 김정연 외 : “비만에 대한 동서 의학적고찰”, 동의물리요법과학회지, 1993, p. 299-314
6. 이태희 : 비만의 약물치료, 대한비만학회 춘계학술대회, 1996, pp. 17-29