

# 설사형 과민성 장 증후군 치험례

윤종민\* · 이민구 · 박세욱 · 이승언 · 김용정 · 유현희 · 이윤재 · 임은경 · 이 인 · 문병순

원광대학교 한의과대학 내과학교실

## Clinical Study of Diarrhea-Type Irritable Bowel Syndrome Patient

Jong Min Yun\*, Min Goo Lee, Sae Wook Park, Seung Eon Lee, Yong Jeong Kim, Hyun Hee Ryu, Yun Jae Lee, Eun Kyung Rhim, In Lee, Byung Soon Moon

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

This study was designed to report the clinical effects of oriental medical therapy on a patient whose irritable bowel syndrome did not improved under western medical therapy. Herbal medication, acupuncture and moxibustion therapy were applied to the patient for 12 days. The status and frequency of feces were checked and self-recognized symptoms (abdominal pain and bowel sounds) were checked to evaluate improvement. According to the above evaluation items, the treatment was beneficial. The status and frequency of feces became normal. Abdominal pain and bowel sounds ceased. The above results suggest that oriental medical therapy is beneficial for the patients with irritable bowel syndrome.

Key words : irritable bowel syndrome(IBS), diarrhea, oriental medical therapy

### 서 론

과민성 장 증후군은 복부 통증 및 불편감 그리고 배변습관의 변화가 있으나 구조적 또는 생화학적 이상이 없는 것이 특징이며 기능성 소화불량과 함께 가장 흔한 기능성 위장관 질환으로 성인의 약 15%에서 발생한다<sup>1)</sup>.

지난 10년간 과민성 장 증후군에 대한 역학적, 생리적, 정신 사회학적 연구결과가 모아지면서 이 질환에 대한 이해와 치료에 발전을 가져올 수 있었다. 과민성 장 증후군은 현재 장의 운동기능이나 감각기능의 이상 또는 중추신경계의 조절기능의 이상 등이 원인적 역할을 한다고 알려져 있다<sup>2)</sup>. 그러나 과민성 장 증후군은 아직까지 그 발생 기전 및 병태생리에 대해서는 명확하지가 않아서 효과적인 치료가 어렵다<sup>3)</sup>.

한의학에서 과민성 장 증후군은 七情悖, 虛泄, 氣痢, 虛痢, 氣滯腹痛, 氣秘 등의 범주에 속하며 대체로 憂思惱怒, 所欲不遂 등의 情志의 실조로 인하여 肝鬱氣滯가 조성되고 계속해서 脾, 胃, 腸 등의 장부에 영향을 미쳐 제반증상이 나타난다<sup>4)</sup>. 그 중 설사는 脾胃의 기능이나 소장의 泌別清濁機能에 장애가 있어 발

생하는 것으로 간주되고, 치료는 먼저 分利中焦 滲利下焦하는 祛濕之劑를 사용한 후 正理中焦하기 위해서 調理脾胃之劑를 사용한다<sup>5)</sup>.

과민성 장 증후군에 대한 임상보고로는 한<sup>6)</sup> 등의 과민성 장 증후군 환자를 人參養胃湯加味方으로 치료한 치험 1례, 하<sup>6)</sup> 등의 과민성대장증후군 환자의 艾灸療法 치험례, 고<sup>7)</sup> 등의 중풍환자의 설사 치험례, 박<sup>8)</sup>의 脾胃病의 韓醫療法-장(과민성대장증후군) 등이 있으나, 설사형 과민성 장 증후군 환자에게 시기에 따라 祛濕之劑와 調理脾胃之劑를 구분하여 사용한 임상보고는 드문 실정이다.

이에 저자는 수개월간의 양방치료로 호전되지 않은 설사, 복통, 腸鳴을 주소로 하는 과민성 장 증후군 환자에게 시기에 따라 다른 한방치료를 하여 유의한 결과를 얻었으므로 다음과 같이 보고하고자 한다.

### 대상 및 방법

#### 1. 연구대상

설사, 복통, 腸鳴을 주소로 하는 과민성 장 증후군 환자로 수개월간의 양방치료로 호전되지 않아 원광대학교 익산한방병원에 내원한 환자 1인을 대상으로 하였다.

\* 교신저자 : 윤종민, 전북 익산시 신용동 344-2 원광대학교 익산한방병원

· E-mail : hwata21@hanmail.net, · Tel : 063-850-2102

· 접수 : 2004/10/05 · 수정 : 2004/11/01 · 채택 : 2004/11/30

2. 진단기준

Rome II 진단기준을 근거로 과민성 장 증후군으로 진단하였다.

Table 1. Rome II criteria of IBS

지난 12개월 중 12주 이상(연속되지 않아도 됨) 복부 불편감이나 복통이 있고, 다음 3가지 항목 중 2가지 이상이 있을때 진단한다.
1. 배변 후 증상이 완화된다.
2. 증상과 함께 배변 횟수의 변화가 있다.
3. 증상과 함께 배변 형태와 글기의 변화가 있다.

3. 치료방법

1) 한약 치료

입원 초기에는 胃苓湯加減方(Table 2)을, 입원 8일째부터는 歸源飲加減方(Table 3)을 각각 2첩/일 분량으로 하여, 3회/일 빈도로 180cc씩 식후 2시간에 복용시켰다.

Table 2. The Prescription of Weryung-tang-gagam

韓藥名	生藥名	用量(g)
蒼朮	<i>Atractylodis Japonicae Rhizoma</i>	10
厚朴	<i>Magnolia Cortex</i>	6
陳皮	<i>Citri Reticulatae Pericarpium</i>	6
猪苓	<i>Polyporus</i>	6
澤瀉	<i>Alismatis Rhizoma</i>	6
赤茯苓	<i>Poria</i>	4
藿香	<i>Agastaches Herba</i>	4
白芍藥	<i>Paeoniae Alba Radix</i>	4
桂枝	<i>Cinnamoni Ramulus</i>	3
木香	<i>Saussurea Seu Inulae Radix</i>	2
檳榔	<i>Arecae Semen</i>	2
甘草	<i>Glycyrrhizae Radix</i>	2
訶子	<i>Chebulae Fructus</i>	4
肉荳蔻	<i>Myristicae Semen</i>	4
烏梅	<i>Mume Fructus</i>	4
生薑	<i>Zingiberis Rhizoma Crudus</i>	6
Total amount		73

Table 3. The Prescription of Guiwon-eum-gagam

韓藥名	生藥名	用量(g)
白朮	<i>Atractylodis Macrocephalae Rhizoma</i>	12
人蔘	<i>Ginseng Radix</i>	4
白芍藥	<i>Paeoniae Alba Radix</i>	4
山藥	<i>Dioscoreae Rhizoma</i>	6
白扁豆	<i>Lablab Album Semen</i>	4
白茯苓	<i>Poria</i>	4
訶子	<i>Chebulae Fructus</i>	4
肉荳蔻	<i>Myristicae Semen</i>	4
甘草	<i>Glycyrrhizae Radix</i>	2
五味子	<i>Schisandrae Fructus</i>	2
破古紙	<i>Psoraleae Semen</i>	2
枳殼	<i>Ponciri Seu Aurantii Fructus</i>	3
半夏	<i>Pinelliae Rhizoma</i>	4
益智仁	<i>Alpiniae Oxyphyllae Fructus</i>	4
烏梅	<i>Mume Fructus</i>	4
生薑	<i>Zingiberis Rhizoma Crudus</i>	6
Total amount		69

2) 침 치료

동방침구제작소에서 제작한 0.30×30mm stainless steel 호침을 사용하여 승곡, 足三里, 天樞를 1회/일 빈도로 자침하였다.

3) 뜸 치료

天樞, 中脘, 關元에 1회/일 빈도로 왕뜸을 실시하였다.

4. 치료 평가방법

- 1) 대변은 대변상태(설사, 무른변, 정상변)와 횟수로 나누어 평가하였고, 복통과 腸鳴은 輕重에 따라 치료 전과 같은 상태(severe, +++), 중증도의 상태(moderate, ++), 경미한 상태(mild, +), 소실된 상태(none, -)와 같이 4단계로 분류하여 평가하였다.
- 2) 치료 시작 전과 후를 Gastrointestinal Symptom Rating Scale(GSRS) (Table 4)로 평가하여 score를 비교하였다.

Table 4. Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS)

1. Abdominal pains	0 No or transient pain
1 Occasional aches and pains interfering with some social activities	2 Prolonged and troublesome aches and pains causing requests for relief and interfering with many social activities
3 Severe or crippling pains with impact on all social activities	
2. Heartburn	0 No or transient heartburn
1 Occasional discomfort of short duration	2 Frequent episodes of prolonged discomfort; requests for relief
3 Continuous discomfort with only transient relief by antacids	
3. Acid regurgitation	0 No or transient regurgitation
1 Occasional troublesome regurgitation	2 Regurgitation once or twice a day; requests for relief
3 Regurgitation several times a day; only transient and insignificant relief by antacids	
4. Sucking sensations in the epigastrium	0 No or transient sucking sensation
1 Occasional discomfort of short duration; no requests for food or antacids between meals	2 Frequent episodes of prolonged discomfort; requests for food and antacids between meals
3 Continuous discomfort; frequent requests for food and antacids between meals	
5. Nausea and vomiting	0 No nausea
1 Occasional episodes of short duration	2 Frequent and prolonged nausea; no vomiting
3 Continuous nausea; frequent vomiting	
6. Borborygmus	0 No or transient borborygmus
1 Occasional troublesome borborygmus of short duration	2 Frequent and prolonged episodes which can be mastered by moving without impairing social performance
3 Continuous borborygmus severely interfering with social performance	
7. Abdominal distension	0 No or transient distension
1 Occasional discomfort of short duration	2 Frequent and prolonged episodes which can be mastered by adjusting the clothing
3 Continuous discomfort seriously interfering with social performance	
8. Eructation	0 No or transient eructation
1 Occasional troublesome eructation	2 Frequent episodes interfering with some social activities
3 Frequent episodes seriously interfering social performance	
9. Increased flatus	0 No increased flatus
1 Occasional discomfort of short duration	2 Frequent and prolonged episodes interfering with social activities
3 Frequent episodes seriously interfering with social performance	
10. Decreased passage of stools	0 Once a day
1 Every third day	2 Every fifth day
3 Every seventh day or less frequently	
11. Increased passage of stools	0 Once a day
1 Three times a day	2 Five times a day
3 Seven times a day or more frequently	

12. Loose stools		
0 Normal consistency	1 Somewhat loose	
2 Runny	3 Watery	
13. Hard stools		
0 Normal consistency	1 Somewhat hard	2 Hard
3 Hard and fragmented, sometimes in combination with diarrhea		
14. Urgent need for defecation		
0 Normal control		
1 Occasional feelings of urgent need for defecation		
2 Frequent feelings of urgent need for defecation with sudden need for a toilet interfering with social performance		
3 Inability to control defecation		
15. Feelings of incompletely evacuation		
0 Feeling of complete evacuation without straining		
1 Defecation somewhat difficult; occasional feelings of incomplete evacuation		
2 Defecation definitely difficult; often feelings of incomplete evacuation		
3 Defecation extremely difficult; regular feelings of incomplete evacuation		

## 증례

- 환자 : 김○○ (남자/68세)
- 진단명 : 과민성 장 증후군
- 주소증 : 水樣性 설사(1일 평균 4회), 복통(설사 후 경감), 腸鳴
- 발병일 : 2003년 1월
- 현병력 : 2003년 1월 특별한 원인 없이 水樣性 설사(1일 평균 3회), 복통, 腸鳴이 발생하여 ○○대학교 의대병원에서 stool test, upper gastrointestinal endoscopy, colonoscopy 등의 검사 상 특이소견 없어서 일반적인 양방 설사약으로 치료하였으나, 2003년 2월부터 설사(1일 평균 4회), 복통, 腸鳴이 악화됨. 그 후 지속적인 양방 치료에도 불구하고 증상 지속되어 2003년 4월 abdomen and pelvis CT 검사하였으나 특이소견 없어서 2003년 4월 30일 본원에 내원함.
- 과거력 및 가족력: 특이사항 없음
- 사회력 : 흡연과 음주는 하지 않음
- 전신소견
  - 소화 : 음식섭취는 양호하나 설사함
  - 대변 : 설사, 4회/일
  - 소변 : 양호
  - 수면 : 양호
  - 舌診 : 舌體淡紅, 舌苔白厚
  - 脈診 : 脈浮滑
  - 腹診 : 좌측 하복부에 압통
- 검사 소견
  - 입원 시 vital sign : 혈압 130/90mmHg, 맥박수 64회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.4℃
  - 단순 촬영 소견
    - chest PA & Lateral Lt : chronic longstanding pulmonary tuberculosis in right upper lobe with pleural adhesion
    - abdomen supine & erect : normal plain abdomen
  - 혈액, 소변검사
 

CBC, LFT, RFT, CEA, U/A에 특이소견 없음.
  - 분변검사
    - stool occult blood : positive
    - stool RBC : a few RBCs

- stool WBC : no WBCs
- 내시경검사
  - upper gastrointestinal endoscopy : chronic gastritis
  - colonoscopy : internal hemorrhoid
- abdominal and pelvis dual/triple phase CT : negative study

### 10. 증상 및 치료 경과(Table 5)

- 입원 1일째 : 대변은 설사 상태로 4회 있었으며, 복통과 腸鳴이 뚜렷하였다. 치료는 먼저 分利中焦 滲利下焦하기 위해서 한약은 胃芻蕪加減方을 투여하였고 습승, 足三里, 天樞에 침 치료를 하였으며 天樞, 中脘, 關元에 왕뜸 치료를 하였다. 식사는 입원 첫날부터 끝까지 일반식이 제공되었다.
- 입원 2일째 : 설사 횟수가 1회로 상당히 감소했으며, 복통은 약간 감소했으나, 腸鳴은 여전히 입원시와 같았다.
- 입원 3일째 : 설사 횟수가 다시 4회로 증가했으나, 복통은 약간 감소된 상태로 유지되고, 腸鳴이 조금씩 줄어들기 시작하였다.
- 입원 4일째 : 대변 상태가 설사에서 무른변으로 바뀌었고 횟수도 2회로 감소했다. 복통과 腸鳴은 입원 3일째와 차이 없었다.
- 입원 5~8일째 : 대변 상태는 더 이상 설사는 없고 무른변으로 안정되었다. 복통은 상당히 감소하여 불편하지 않을 정도로 느끼는 정도이나, 腸鳴은 아직 상당히 있는 상태였다. 대변의 전반적인 상태가 안정되어 調理脾胃하기 위해서 입원 8일째부터 한약을 歸源飲加減方으로 바꾸었다.
- 입원 9일째 : 대변을 보지 못했으며, 복통과 腸鳴 모두 미약하게 느끼는 정도였다.
- 입원 10일째 : 무른변을 1회 보았으며, 복통은 더 이상 느끼지 못하였고, 腸鳴은 미약하나마 지속되었다.
- 입원 11일째 : 대변을 보지 못했으며, 복통과 腸鳴은 느끼지 못하는 상태였다.
- 입원 12일째 : 정상변을 1회 보았으며, 복통과 腸鳴은 계속해서 느끼지 못하는 상태였다.

Table 5. The Change of Symptoms

Hospital day Symptoms	1day	2day	3day	4day	5~8day	9day	10day	11day	12day
stool	D 4 times	D 1	D 4	S 2	S 1	none	S 1	none	N 1
abdominal pain	+++	++	++	++	+	+	-	-	-
bowel sound	+++	+++	++	++	++	+	+	-	-

D(diarrhea), S(soft), N(normal), +++(severe), ++(moderate), +(mild), -(none)

11. GSRS score의 변화 : 치료 전 10점에서 치료 후 0점으로 감소하였다.

## 고찰

과민성 장 증후군이란 기질적 원인 없이 복부불쾌감이나 복통이 배변이나 배변습관의 변화와 관련되고, 배변장애의 양상과 관련되는 기능성 장 질환의 하나이다. 전 세계적으로 과민성 장 증후군의 유병률에 관한 연구를 요약해 보면 9.5~25%의 범위에

며 평균적으로 인구의 20% 이상이 지속적인 과민성 장 증후군의 증상을 호소한다. 지역과 인종에 따라 유병률이 다르지만 미국 내 Hispanic과 흑인, 그리고 일본인과 중국인들에 관한 연구에 있어서도 유병률이 20% 정도로 알려져 있다. 우리나라에서는 소화기증상을 주소로 병원을 방문하는 환자의 27.8%가 과민성 장 증후군으로 진단될 만큼 외래에서 흔히 접하지만 국내에서는 유병률 연구를 포함한 역학적 연구가 미진한 실정이다<sup>9)</sup>.

과민성 장 증후군의 발병 원인으로 장 운동성의 변화, 내장의 과민성, 정신 사회적 요인, 신경전달물질의 불균형, 감염 또는 염증 등이 관여할 것으로 생각되고 있으나 어느 한 가지의 원인으로 설명되지 않으며 정확한 기전은 알려져 있지 않다<sup>1)</sup>. 최근에는 신경전달물질 중 세로토닌이 중요한 역할을 하는 것으로 생각되고 있다. 과민성 장 증후군 환자와 세로토닌 농도와의 관계에 연구에서 혈중의 세로토닌 농도는 주로 장관 내에 있는 세로토닌의 농도에 영향을 받으며 설사 우세형의 과민성 장 증후군 환자에 있어서 정상인에 비해서 식후에 혈중 세로토닌 농도가 상승한다<sup>1)</sup>. 또한 최근에 위장관벽에서 유래된 내장자극에 관한 연구가 많이 이루어지고 있다. 내장 과민성은 내장성 구심성 신경계의 중심지에 있는 배각 신경원의 과흥분에서 비롯될 수 있으며 점막면역계와 장에 분포하는 구심성 신경말단의 저등급 염증으로 인하여 변화된 상호작용이 내장 과민성의 중요한 원인으로 작용하고 있다<sup>10)</sup>.

과민성 장 증후군의 특징은 여러 가지 증상은 다양하게 나타나지만 특별한 진단적인 방법이 없다는 것이다. 배변습관의 변화와 복통이 가장 흔히 보이는 증상인데 이를 설명할 만한 내장 장기의 구조적 변화가 관찰되지 않는다. 따라서 과민성 장 증후군의 진단을 위해서는 자세한 과거력 조사, 완전한 신체검사, 대변 잠혈검사, 기생충 검사, 병원균 검사가 기본이 된다. 일부 환자에서는 염증성 질환이나 종양을 배제하기 위한 대장경 검사나 대장조영 촬영이 추가되어야 한다<sup>11)</sup>.

과민성 장 증후군의 주요증상에 기초한 진단기준은 처음 Manning 등에 의해 개발되었고, 이후 진단기준의 결점을 보완하고 통일을 기할 목적으로 1992년 Rome에서 개최된 세계 소화기병학회에서 Thompson 등이 새로운 진단기준을 만들어 발표하였다. Rome 진단기준이 발표된 이후 소화관 운동에 대한 병태생리의 지식이 축적되고 뇌-장관 상호작용에 대한 연구가 진행되어 과민성 장 증후군에 대한 진단기준의 보완이 필요하게 되었고, 그 동안에 발표된 많은 논문들을 분석하여 1999년에 해부학적 위치의 특성을 고려한 Rome II 진단기준이 발표되었다.<sup>11)</sup> Rome II 진단기준은 12개월간 연속적일 필요는 없으나 12주 이상의 기간 동안 복통과 연관된 3가지 장 증상 중에서 2가지 이상을 만족할 경우 진단이 가능하다. Rome II 진단기준은 Rome I 진단기준에 비해 증상의 경험 기간을 완화시켜 오랜 기간에 걸쳐 증상의 악화와 호전을 보이는 경우에도 진단을 내릴 수 있도록 정의하였고 과민성 장 증후군과 연관된 핵심적인 증상만을 남겨 놓아 특이도를 높일 수 있으므로 임상 연구에서 환자를 발견하는데 유용하고 임상에서 실제 치료가 필요한지 여부를 결정하는데 도움을 줄 수 있다<sup>9)</sup>. 지금까지 약물치료는 환자가 호소하는 증상

을 소실시키는데 목적을 두고 시행하게 된다. 전통적으로 과민성 장 증후군의 약물요법은 정상적인 운동성을 회복시키는데 중점을 두었으나 최근에는 내장 과민성이 중요한 병인으로 알려지면서 내장 과민성을 조절해 줌으로써 증상을 완화하고자 하는 연구가 많이 이루어지고 있다. 최근에는 내장 감각능을 개선시킬 수 있는 내장 진통제들이 개발되고 있는데, 이들 중 특히 5-하이 드록시트립타민(5-HT) 수용체 길항제 및 촉진제와 오피오이드계 물질 중 카파(k) 촉진제에 대한 연구가 많이 진행되어 있다<sup>12)</sup>.

한의학에서 과민성 장 증후군에 대한 발병기전이나 증상의 유사성을 찾아본다면 七情泄, 虛泄, 氣痢, 虛痢, 氣滯腹痛, 氣秘 등에서 찾을 수 있다. 情志의 실조는 脾胃의 기능에 큰 영향을 미치는 것 중의 하나로 惱怒, 憂思 등의 정서적 과동이 장위에 이상을 초래하는 소인이 되며 憂思惱怒, 所欲不遂로 인하여 肝鬱氣滯가 조성되고 계속해서 憂思는 脾胃를 상하게 하여 肝氣가 橫逆犯胃함으로써 脾胃 運化機能이 실조게 되어 배변이상 등 제반 증상을 가져온다. 나아가서 七情손상에 의한 氣滯가 心脾의 장애를 초래함으로써 이차적인 발병 요인이 되고 脾胃의 虧損에 의한 中氣不足과 命門火의 쇠퇴가 장의 운동과 신경 호르몬에 영향을 주는 것으로 생각된다. 이러한 기초 위에 또한 다른 病邪가 相兼하여 병이 됨으로써 病情이 복잡하고 虛實이 錯雜한 증상을 띠게 된다. 치법은 安靜心身, 順氣行滯, 健脾胃溫으로 요약할 수 있다. 임상증상에 따라 변증시치로 肝氣鬱結, 氣鬱化火, 氣痰交阻, 氣機壅滯, 肝氣乘脾, 氣血兩虛, 脾胃陽虛, 肝脾不和, 氣滯濕阻, 脾胃陰虛 등으로 구분하여 치료하며, 체질적으로는 소음인과 태음인에게서 많이 볼 수 있다<sup>4)</sup>. 과민성 장 증후군의 주 증상인 설사의 발병인자를 살펴보면, 外邪인 경우에는 寒邪나 濕邪 혹은 寒濕邪가 주류를 이루고 있고, 內傷에 있어서는 脾胃의 氣虛나 陽虛에 의한 경우, 大小腸의 陽虛로 인한 경우, 또는 腎의 命門火의 부족으로 인한 경우가 대부분이다<sup>13)</sup>. 한의학에서는 설사를 병인에 따라 風泄, 寒泄, 暑泄, 濕泄, 熱泄, 食積泄, 酒泄, 七情泄, 痰泄로 나누고, 형태에 따라 濡泄, 滑泄, 飧泄, 暴泄, 洞泄로 나누며, 시기에 따라 久泄, 新泄로 나누며, 장부에 따라 脾泄, 胃泄, 腎泄로 나눌 수 있다<sup>5)</sup>. 또 「中醫內科學」에서는 臟腑發病분류에 의해 명명한 것(胃泄, 腎泄, 大腸泄)과 설사의 증상분류에 의해 명명한 것(飧泄, 溏泄, 濡泄, 滑泄), 그리고 發病의 病因분류에 의해 명명한 것(暑泄, 食泄, 酒泄) 등으로 분류하였다<sup>13)</sup>. 胃痞湯은 和胃健脾의 平胃散에 水濕의 기본방인 五苓散을 合方하고 복통에 활용하는 芍藥甘草湯을 가한 방제이다. 脾胃의 水濕조절기능이 저하되어 위장관에 잉여수분이 많이 남아 있으므로 설사를 일으킬 때 平胃散으로 健脾和胃시키면 脾胃의 挾滯로 인해 저하되었던 健脾燥濕작용을 회복시키고 五苓散으로 위장관 조직내의 잉여수분을 혈중으로 유입시켜 소변으로 배출케 하여 설사를 치료한다<sup>14)</sup>. 歸源飲은 八柱散의 變方으로, 腸虛로 인하여 영양이 흡수되지 못하고 만성적으로 滑泄하여 진액과 체력이 虛損되는데 사용된다<sup>15)</sup>. 「鍼灸大成」에서 설사에 이용한 경혈을 고찰한 결과를 보면, 설사치료에 많이 이용할 수 있는 경락은 膀胱經, 胃經, 任脈, 脾經 등이며 心經과 小腸經은 이용되지 않았다. 설사치료에 많이 이용할 수 있는 경혈은 胃經의 天樞(8회), 足三里(3회), 內庭

(3회), 任脈의 神闕(5회), 中脘(5회), 脾經의 三陰交(4회), 隱白(3회), 膀胱經의 大腸俞(4회), 脾俞(3회), 三焦俞(3회), 腎俞(3회) 등이다<sup>16)</sup>. 艾灸치료는 인체에 분포되어 있는 경락상의 일정 穴에 艾灸로 자극을 가하여 부조화된 陰陽과 氣血의 불균형 상태를 조절함으로써 경락의 유통을 통한 질병의 예방과 치료를 하는 경혈의 생체반응을 이용한 치법이다<sup>6)</sup>. 설사 치료시 艾灸療法을 다용하는 穴位는 胃經의 足三里, 大腸經의 腹募穴인 天樞, 任脈의 神闕, 胃經의 腹募穴인 中脘, 小腸經의 腹募穴인 關元, 脾經의 背俞穴인 脾俞, 大腸經의 背俞穴인 大腸俞 등의 순이다<sup>17)</sup>.

본 증례에서는 수개월간의 양방치료로 호전되지 않은 설사, 복통, 腸鳴을 주소로 하는 과민성 장 증후군 환자를 대상으로 시기에 따라 다른 한약과 침, 뜸 치료를 복합적으로 시술하면서 대변의 상태와 횟수, 복통, 腸鳴의 주관적 정도를 평가하였고, 치료 전과 치료 후의 GSRs score를 비교하였다. 본 증례 환자는 첫째, 복통과 腸鳴이 15주 정도 지속되었고 둘째, 대변이 설사의 형태 이면서 배변 횟수가 증가했고 배변 후 증상이 경감되었으므로 Rome II 진단기준에 근거하여 과민성 장 증후군으로 진단하였다. 또한 수개월간의 양방치료로 증상 호전이 없어서 내시경 검사와 복부 CT 검사를 통해 기질적인 원인의 가능성을 배제할 수 있었다. 한약치료는 입원 7일째까지는 매일 수회 반복되는 설사를 치료하기 위하여 分利中焦 滲利下焦하는 胃苓湯加減方을 사용하였으며, 대변 상태가 묽은 변으로 바뀌고 배변 횟수도 1회로 안정된 후 입원 8일째부터 調理脾胃할 목적으로 歸源飲加減方으로 바꾸었다. 艾灸치료는 문헌고찰 에서도 가장 많이 응용되는 天樞, 中脘, 關元에 왕뜸을 시술하였고, 침 치료도 문헌적으로 많이 인용되는 合谷, 天樞, 足三里에 시술하였다. 그 결과 대변상태는 입원 5일째부터 안정되기 시작하여 퇴원 때까지 지속적으로 호전되었으며 복통과 腸鳴도 입원 10일째가 지나면서부터 불편함을 느끼지 못할 정도로 호전되었다. GSRs score는 치료 전 10점에서 치료 후 0점으로 감소하였다.

## 결 론

본 증례는 수개월간의 양방치료로 호전되지 않은 설사, 복통, 腸鳴을 주소로 하는 과민성 장 증후군 환자에게 시기에 따라 다른 한약과 침, 뜸 치료를 복합적으로 시술하여 설사의 상태와 빈도, 복통, 腸鳴이 호전되고 GSRs score가 감소하는 유의한 결과를 나타내었다. 실제 임상에서 과민성 장 증후군 환자를 흔히 접하지만, 그에 대한 임상 보고는 미미한 실정이다. 본 증례 보고는 과민성 장 증후군 환자를 대상으로 한약, 침, 뜸을 복합적으로 치료하여 연구한 것이며, 앞으로 각각의 단일 치료가 과민성 장 증후군에 미치는 효과에 대하여 보다 심도 있는 임상연구

가 필요할 것으로 사료된다.

## 참고문헌

1. 이덕용, 박효진, 김원호, 이상인, 서윤주, 최영철, 건강한 성인 및 과민성 장 증후군 환자에서 세로토닌 수용 단백질 유전자 다형성, 대한소화기학회지, 43, 18-22, 2004.
2. 김정룡, 소화기계 질환, p 130-136, 일조각, 서울, 2000.
3. 최재홍, 나병규, 임정목, 배상석, 최기원, 채희복, 박선미, 윤세진, 성노현, 과민성 장 증후군에서 장 점막 비만세포, 대한소화관운동학회지, 10, 57-62, 2004.
4. 한이수, 이강일, 정화갑, 성기원, 과민성 장 증후군 환자를 人蔘養胃湯加味方으로 치료한 치험 1례, 대한한방내과학회지, 23, 131-135, 2002.
5. 김유성, 박경훈, 설사환자의 양방지사제 투여에 따른 부작용의 치험 1례, 한방성인병학회지, 6(1):7-12, 2000.
6. 하상규, 김동우, 오항태, 조계창, 한창호, 이성환, 과민성대장 증후군 환자의 艾灸요법 치험례, 대한한방내과학회지, 추계 학술대회, 230-237, 2003.
7. 고은상, 김재훈, 강병철, 성경화, 정성민, 김정택, 권도익, 증풍환자의 설사 치험례, 대한한방내과학회지, 추계학술대회, 198-206, 2003.
8. 박동원, 脾胃病의 韓醫療法-장(과민성대장증후군), 의림지, 1, 24-28, 1999.
9. 조영석, 최명규, 신석준, 추교영, 정우철, 이인석, 김상우, 최황, 한석원, 정인식, 아산시 지역에서 과민성 장 증후군의 유행률: 표본인구 설문조사, 대한소화관운동학회지, 10, 49-56, 2004.
10. 이종수, 정성애, 김성은, 심기남, 김도영, 유권, 급성 설사환자에서 생김 감염후 과민성 장 증후군의 빈도와 내시경적 소견의 비교분석, 대한소화관운동학회지, 10, 43-48, 2004.
11. 설상영, 과민성 장 증후군-진단법과 감별진단, 대한소화관운동학회지, 8, 261-266, 2002.
12. 이오영, 과민성 장 증후군의 현황과 전망, 대한소화기학회지, 추계학술대회, 105-116, 2002.
13. 오광록, 이광규, 이상룡, 泄瀉(溉便)의 發生機轉 및 診斷鑑別에 대한 文獻的 考察, 대한동의병리학회지, 13(1):47-58, 1999.
14. 윤용갑, 동의방제와 처방해설, p 272, 의성당, 서울, 1998.
15. 김영훈, 청강의감, p 183, 성보사, 서울, 1990.
16. 장일진, 고흥균, 이윤호, 泄瀉의 鍼灸治療穴에 대한 文獻的 考察, 대한한의학학회지, 5(1):141-148, 1998.
17. 이선희, 이병렬, 泄瀉의 病因機轉 및 艾灸治療穴에 대한 文獻的 考察, 대전대학교 한의학연구소 논문집, 6(2):627-648, 1998.