

# 독성 간염과 간부전 소견을 보이는 황달환자 치험례

김용정\* · 이승언 · 윤종민 · 박세욱 · 이민구 · 손지우 · 이선우 · 차 숙 · 김강산

원광대학교 한의과대학 내과학교실

## Clinical Study of the Jaundice Patient with Toxic Hepatitis and Liver Failure

Yong Jeong Kim\*, Seung Eon Lee, Jong Min Yun, Sae Wook Park, Min Goo Lee,  
Ji Woo Son, Sun Woo Lee, Suk Cha, Kang San Kim

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 of jaundice with a toxic hepatitis and liver failure. Herbal medication, acupuncture and cupping therapy were applied to the patient for 18 weeks. Symptoms were checked repeatedly, and clinicopathologic test(such as total bilirubin, direct bilirubin, AST, ALT ect.) were done to evaluate improvement. After 18 weeks treatment with oriental medical therapy, most symptoms disappeared or improved. Clinicopathologic examinations showed improvement. The above results that oriental medical therapy is beneficial for the patient with jaundice.

Key words : jaundice, bilirubin

### 서 론

황달이란 혈중의 황색 색소인 빌리루빈이 증가하여 공막, 피부, 점막의 황색이 임상적으로 확인된 상태이다<sup>1)</sup>. 빌리루빈은 heme의 주요 대사 산물로<sup>2)</sup>, 보통은 간세포가 이 빌리루빈을 흡수하여, 이를 수용성이 되도록 다른 물질과 결합시킨 후 담즙으로 배출시키며, 담즙은 보통 담관을 지나 소장으로 분비된다<sup>3)</sup>. 이러한 빌리루빈 생산이 증가되거나, 간세포에 의한 빌리루빈의 흡수가 감소되거나, 간의 빌리루빈 결합 능력이 감소되거나, 담도로의 빌리루빈 배출이 감소될 때 황달이 발생하게 된다<sup>3)</sup>. 혈중 빌리루빈 정상치는 0.2-1.2mg/dL이며 임상적으로 황달은 빌리루빈이 약 3mg/dL 이상되어야 나타난다<sup>4,5)</sup>.

황달을 고대에는 黃癉이라고도 했으며, 目黃 身黃 小便黃赤으로 표현하였다<sup>6)</sup>. 황달을 나타낼 수 있는 질환은 간염, 간경화, 담석증 등의 간담도계 질환이 다수를 차지하나<sup>7,8)</sup>, 이 외에도 빈혈 등의 혈액질환, 췌장암, 선천적 대사이상, 자가면역질환, 기생충 감염 등 기타 여러 가지 원인에 의해 발생할 수 있으므로 원인 질환에 대해서도 관심을 기울여야 한다<sup>1,3)</sup>.

이에 저자는 원광대학교 익산한방병원에 독성 간염과 간부전

소견을 보이며 피부 및 공막에 황달 증상으로 입원한 환자에게 몇 가지 처방을 투여하여 유의한 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

### 증 례

1. 환자 : 이○○ (여/46세)
2. 진단명: 독성 간염, 간부전
3. 주소증  
전신 및 공막의 황달, 복수, 전신부종, 갈색뇨, 식욕저하 및 소화불량, 복만, 장명, 홍민, 구건, 구건, 기력저하, 요통, 견비통 등
4. 발병일 : 2003년 6월 30일에서 2003년 7월 20일 사이로 추정됨.  
( 2003년 7월 20일 타인에 의해 처음 황달 인지됨.)
5. 현병력

2003년 6월 30일 옷땀 드신 후 腹滿, 食慾不振 氣力低下 발생하였고, 황달 증상은 2003년 7월 20일 처음 인지되었다. 2003년 7월 20일 인근 의원에서 소변 검사 후 큰 병원 권유받아, 2003년 7월 28일 전주 소재 종합병원 응급실로 내원하여 Abdomen CT, US L.G.P., LAB 검사 등 시행 후 Toxic hepatitis(viral marker negative) 진단받아 2003년 7월 30일 본원으로 전원하였다. 이후 본원에서 1주일간 치료 받으시다 정밀검사 요하다 판단되어 서울소재 종합병원으로 전원토록 하였다. 서울소재 병원에서 각종

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

· E-mail : orijiang@empal.com, · Tel : 011-643-2290

· 접수 : 2005/10/14 · 수정 : 2005/11/10 · 채택 : 2005/11/29

검사 상 Toxic hepatitis, Hepatic failure 진단 하 Liver transplantation 권유받았으나, 이를 거부하고 2003년 8월 13일 다시 본원에 입원하였다.

6. 과거력 : 2002년 혈액검사 상 당뇨 인지하여 보건소에서 경구 약물투여 받아오심.

7. 가족력 : 특이사항 없음

8. 전신소견

- 1) 식: 量少(한끼에 미음 1/2그릇), 소화불량
- 2) 소변: 頻尿, 진한 褐色尿
- 3) 대변: 2~3회/매일, 靑黃色
- 4) 수면: 淺眠(別無因)
- 5) 설진: 舌淡紅 苔白
- 6) 맥진: 滑
- 7) 복진: 우측 늑하부 압통

9. 병리학적 소견

2003년 8월 14일 본원에서 실시한 혈액검사 상 Hb 10.1g/dL, Hct 31.5%로 감소상태였으며, PB Smear 상 Anisopoikilocytosis (+): annulocyte, elliptocyte 결과를 나타내었다. Protein 5.4g/dL, Albumin 2.9g/dL로 감소상태였으며, Bilirubin(Total) 21.8mg/dL, Bilirubin(Direct) 16.6mg/dL로 높게 상승되어 있었으며, AST 117U/L 및 ALT 42U/L로 약간 상승된 수치를 나타내었다. 소변검사 상 Protein 25m TR, Urobilinogen 4m+, Bilirubin 6m++ 검출되었고, Nitrite가 positive로 나타났다. 이후 입원 치료기간 동안 정기적으로 주2회 추가검사를 실시하였다.

10. 방사선 소견

1) Abdomen CT

(1) 2003년 7월 30일

Splenomegaly

Mild GB wall edema

Moderate ascites

R/O) Liver parenchymal disease such as hepatitis

(2) 2003년 8월 16일

Massive ascites splenomegaly

Suggestive diffuse liver disease with uneven portal blood flow in the liver.

2) US L.G.P. (2003년 7월 30일)

suspicious toxic hepatitis

splenomegaly

11. 입원치료 기간 : 2003년 8월 13일부터 2003년 12월 27일까지

12. 치료방법 : 한약투여와 침치료 및 부항요법을 병행하였다.

1) 처방 (Table 1) - 2첩/일 분량으로 3회/일 빈도로 180cc씩 식후 2시간에 복용시켰다.

8월 13일 - 8월 22일 : 茵陳五苓散 加味方

8월 23일 - 12월 27일 : 茵陳四物湯(茵陳五苓散 合 四物湯 加味方)

(8월 23일부터 12월 27일까지 중 감모에 이환된 3차례는 胃苓湯 加味方과 人蔘養胃湯을 투여하였다.)

2) 침 : 合谷, 支溝, 中腕, 下腕, 天樞, 陽陵泉, 足三里, 太衝, 公孫을 1회/일 빈도로 자침하였다.

3) 부항 : 양측 期門穴 부위와 背俞穴(膈俞, 肝俞, 膽俞 부위)을 2회/일 빈도로 견식부항을 시행하였다.

Table 1. Herb medicines

기간	처방	처방구성
입원~1주	茵陳五苓散 加味方	茵陳 澤瀉 16g, 豬苓 12g, 三稜 蓬朮 8g, 赤茯苓 4g, 地榆(炒黑) 側柏(炒黑) 槐花(炒黑) 6g, 澤蘭 木通 4g
2주~6주	茵陳四物湯	茵陳 澤瀉 12g, 當歸 川芎 白芍藥 4g, 白朮 赤茯苓 豬苓 6g, 梔子(炒) 枳實(炒) 3g, 陳皮 4g, 地榆(炒黑) 側柏(炒黑) 6g, 三稜 蓬朮 1g
7주~8주	胃苓湯 加味方	蒼朮 4g, 陳皮 厚朴 豬苓 8g, 澤瀉 赤茯苓 白朮 6g, 白芍藥 甘草(炙) 大腹皮 4g, 茵陳 8g
9주	茵陳四物湯	2주~6주 처방과 동일
10주~11주	人蔘養胃湯	蒼朮 12g, 陳皮 厚朴 6g, 半夏 赤茯苓 4g, 藿香 3g, 人蔘 草果 甘草(炙) 2g, 元柴胡 8g, 葛根 4g, 香附子 蘇葉 2g, 黃芩 6g, 檳榔 2g, 薑三棗二枳一
12주~15주	茵陳四物湯	2주~6주 처방과 동일
16주~18주	人蔘養胃湯	10주~11주 처방과 동일

13. 치료경과

치료기간 동안 전신 피부 및 공막의 황달이 소실되었고(Fig. 1), 복수가 감소하였으며(Table 2), 복만, 장명, 식욕저하 및 소화불량, 구고, 구건 등의 임상 증상 호전되었고, 혈액검사 상 LFT가 지속적인 감소 추세를 나타내어 정상 범위로 안정화되었다(Fig. 2, Fig. 3). 치고기간 동안 각 주의 경과과정은 다음과 같다.

1) 입원1주 경과과정

입원 당시 황달, 전신부종, 소화불량, 복부불편감, 장명, 흥민, 구고, 구건, 요통, 양견통 등을 호소하였으나, 2일 경과 후부터 흥민 감소하기 시작하였고, 3일 경과시부터 하지 및 안면부종이 현저히 감소하기 시작하였으며, 복수도 약간씩 감소하기 시작하였다. 소변색은 진한 갈색이었으며, 대변색은 약간 푸른빛을 띤 황갈색이었다.

2) 입원2주 경과과정

흥민은 거의 호전 되었으나, 간헐적인 마른기침 호소하였다. 소변색은 입원 초기에 비해서는 연해지기는 하였으나 정상소변 비해서는 진한 편이었으며, 대변색은 입원초기의 청황색에서 거의 정상적인 황색으로 바뀌었다. 공막의 황달은 입원당시와 비슷한 정도로 관찰되었으나, 공막을 제외한 전신의 황달은 호전되는 모습이 관찰되었으며, 복수도 감소하였고 하지부종은 거의 사라졌다.

3) 입원3주 경과과정

공막부위의 착색 감소가 관찰되기 시작하였으며, 소화장에도 호전되었다. 대·소변 또한 모두 정상색으로 관찰되었다. 겹거나, 앉았다 설 때 머리가 흔들거리고 어지러운 증상 호소하였다.

4) 입원4주 경과과정

공막과 피부의 황달 호전 관찰되었고, 기력저하와 피로를 호소하였으며, 식사 후 나타났던 간헐적 복통 감소 중이었다. 혈액검사 상 Bilirubin 수치 감소중이었으며, AST, ALT는 모두 정상범위로 안정화되었다.

5) 입원5주 경과과정

황달 증세 지속적으로 호전 중이었으며, 소화장애는 없어졌으나 소변빈삭 증상과 더불어 소변이 시원하게 배출되지 않음을 호소하였다.

6) 입원6주 경과과정

황달 증세 호전되어 거의 정상 피부색을 회복하였다. 배뇨시 통증을 호소하여 散劑로 金木八正散을 1일 3포씩 이틀간 투여하였고, 이후 배뇨시 통증 감소하였다.

7) 입원7주 ~ 입원 8주 경과과정

감모에 걸려 39℃가 넘는 고열, 두통, 기침, 소화장애 등을 호소하여 한약을 茵陳四物湯에서 胃苓湯 加味方으로 바꾸어 투여하였다.

8) 입원9주 경과과정

감모 증상 사라져 茵陳四物湯을 다시 투여하였으며, 체중과 복부 둘레가 정상수치로 복수 감소를 나타내었다.

9) 입원10주 ~ 입원 11주 경과과정

혈액검사 상 Bilirubin 수치는 약간 상승되어 있었으나, 눈으로 황달을 감별하기는 어려울 정도로 피부와 공막색이 정상색에 가까워졌다. 감모에 걸려 고열, 두통, 기침, 인후통 등을 호소하여 한약을 人蔘養胃湯으로 바꾸어 투여하였다.

10) 입원12주 ~ 입원 15주 경과과정

황달 증세 완전히 소실되었으며, 혈액 검사 상으로도 Bilirubin 수치가 정상범위를 기록하였다. 감모 증상 거의 사라졌으나 간헐적인 기침 및 두통을 호소하였고, 식사량, 소화상태, 대변 모두 양호한 상태였으며, 다시 茵陳四物湯을 투여하였다.

11) 입원16주 경과과정

감모에 다시 이환되어 고열, 두통, 간헐적 기침 증상을 호소하여 人蔘養胃湯을 투여하였다.

12) 입원17주 ~ 입원18주 경과과정

감모 호전되었으며, 식사량, 소화상태 모두 양호하였고, 탕약은 계속하여 人蔘養胃湯을 투여하였다.

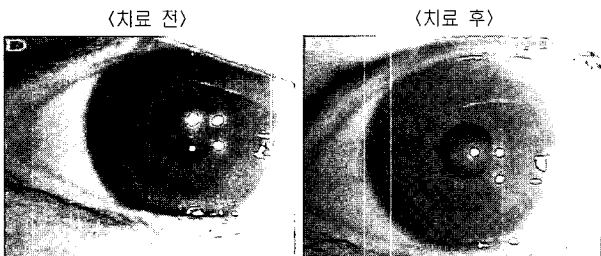


Fig 1. 공막 색깔의 변화

Table 2. The Changes of Body Weight & Abdominal Circumference

측정 날짜	체중(kg)	복부둘레(cm)
08월 13일 (입원 1일째)	59.90	95.0
08월 18일 (입원 6일째)	56.20	89.5
08월 23일 (입원 11일째)	53.30	84.0
08월 28일 (입원 16일째)	50.92	81.5
09월 02일 (입원 21일째)	50.68	79.0
09월 12일 (입원 31일째)	51.44	79.0
09월 22일 (입원 41일째)	52.72	81.5
10월 02일 (입원 51일째)	51.06	81.0
10월 12일 (입원 61일째)	47.46	74.5
10월 22일 (입원 71일째)	46.60	73.5
11월 01일 (입원 81일째)	45.62	74.0
11월 11일 (입원 91일째)	47.62	74.0
11월 21일 (입원 101일째)	49.55	74.5
12월 01일 (입원 111일째)	48.26	75.0
12월 17일 (입원 127일째)	49.28	74.0

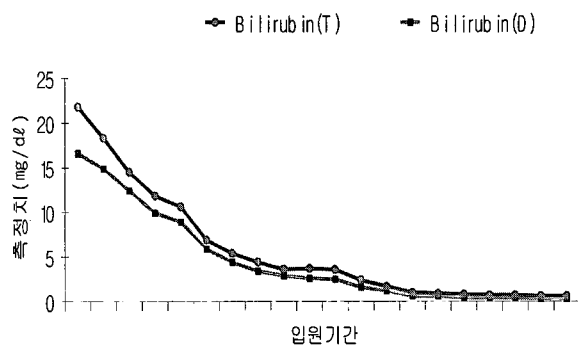


Fig. 2. Serial changes of Bilirubin(Total), Bilirubin(Direct)

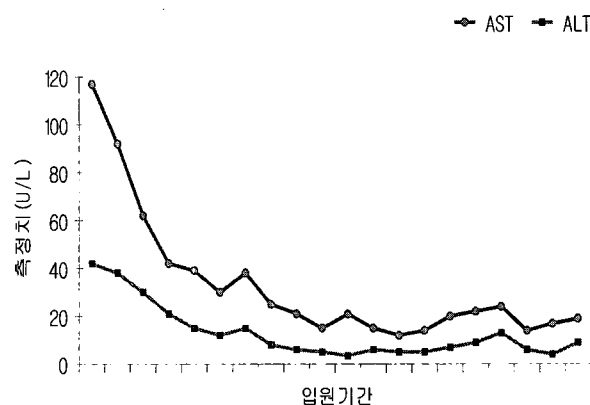


Fig 3. Serial changes of AST, ALT

고찰

황달이란 혈중의 황색 색소인 빌리루빈이 증가하여 공막, 피부, 점막의 황색이 임상적으로 확인된 상태이다<sup>1)</sup>. 빌리루빈은 지용성인 황색의 tetrapyrrole로서 heme의 주요 waste product로<sup>2)</sup>, 보통은 간세포가 이 빌리루빈을 흡수하여, 이를 수용성이 되도록 다른 물질과 결합시킨 후 담즙으로 배출시키며, 담즙은 보통 담관을 지나 소장으로 분비된다<sup>3)</sup>. 이러한 빌리루빈 형성, 이송, 대사 혹은 배출과정에 이상이 생길 때 황달이 발생하게 된다<sup>4,5)</sup>. 혈중 빌리루빈 정상치는 0.2-1.2 mg/dL이며 임상적으로 약 3mg/dL 이상 상승되어야 황달이 나타난다<sup>4,5)</sup>. 흰 피부와 빈혈이 심한 환자에서는 좀 더 낮은 빌리루빈치에서도 감지할 수 있으나, 반대로 황달은 검은 피부나 부종이 있는 환자에서는 자주 불명확해진다. 공막조직은 빌리루빈에 매우 높은 친화력을 지닌 탄력소(elastin)가 풍부하여 공막황달은 전신 황달보다 과빌리루빈혈증에 더 민감한 징후가 된다. 과빌리루빈혈증의 초기 징후로는 빌리루빈글루쿠론산 형태로 신배설되어 나타나는 소변의 黑化(darkening of urine)현상이 있다<sup>9)</sup>. 또한 피부가 노랗게 되는 원인으로 카로틴혈증이 있어 황달과의 감별을 요하는데, 카로틴혈증은 β-카로틴과 연관된 음식을 많이 먹은 후 일어날 수 있으나 공막이 황색으로 변하지 않으므로 황달과 감별진단이 가능하다<sup>9)</sup>.

황달은 다음과 같은 4가지 대사이상으로 나타난다. 첫째 빌리루빈 생산의 증가, 둘째 간 세포에 의한 빌리루빈 흡수의 감소, 셋째 간의 빌리루빈 결합 능력의 감소(즉, 간내 포합과정의 장

에), 넷째 담도로의 빌리루빈 배출 감소(간내 기능감소 혹은 간의 담도폐쇄)등이 있다<sup>3)</sup>. 이 중 셋째 과정까지의 이상시 비포합형 고빌리루빈혈증이 나타나고 네 번째 과정의 이상시 포합형 빌리루빈혈증과 빌리루빈뇨증을 야기한다<sup>3)</sup>. 그 외에 다른 분류로 용혈성 원인으로 인한 간전(prehepatic) 황달, 간세포장애에 의한 간세포성(hepatocellular) 황달, 담즙울체성의 폐쇄성(post-hepatic) 황달 등이 있다<sup>10)</sup>.

황달이 있는 환자를 진찰할 때, 동반된 증상과 황달이 일어나게 된 요인에 대해 특별히 관심을 기울여야 하며<sup>3)</sup>, 황달의 시작시간과 기간, 대변 또는 소변의 색, 복통, 오한, 열의 연관, 간염에 노출, 약물복용 등을 특히 주의 깊게 살펴야 한다<sup>11)</sup>. 또한 황달을 진찰할 경우 고빌리루빈혈증이 포합형 빌리루빈 증가에 의한 것인가, 비포합형 빌리루빈 증가에 의한 것인가를 구별하지 않으면 안 된다. 이어서 생활력, 과거에 앓은 병력, 현병력, 현증세, 임상검사, 화상검사 소견 후에 원인 질환을 밝힌다<sup>1)</sup>.

黃疸은 目黃 身黃 小便黃赤 등 공막, 피부 또는 점막이 황색으로 착색되는 것이다. 黃疸을 고대에는 黃癩이라고도 했다. 『東洋醫學大辭典』에서 “疸, 如癩通. 濕熱病之遍體發黃或發黑者.”라 하였고, 또 “癩, 病也. 與疸通.”이라 하였다<sup>6)</sup>.

黃疸과 관련하여, 현존하는 最古의 의서인 『五十二病方』에서는 “目黃, 口乾”과 “癩, 嗜臥”등으로 증상에 대한 설명이 기재되어 있으며, 『內經』에서는 보다 구체적인 증상과 발병원인 등이 설명되어 있다. 張仲景은 『傷寒雜病論』에서 황달의 병인 병기 뿐 아니라 증상과 치법 및 처방과 예후를 설명하였고, 巢元方은 『諸病源候論』에서 황달을 28候로 구분하였다. 孫思邈은 『千金方』에서 황달을 5종으로 요약하여 五疸이라 하였고, 陳仕良은 『聖濟總錄』에서 六疸 三十九黃으로 분류하였다. 羅天益은 황달을 陰黃과 陽黃으로 二大別하여 변증론치의 계통화를 이루었다<sup>6)</sup>.

黃疸의 병인을 內·外因으로 구분하면, 外因은 時邪外襲이며, 內因은 飲食不節, 脾胃虛寒, 內傷不足 등을 들 수 있다. 時邪外襲은 외부의 暑濕, 濕熱 혹은 疫毒에 感受하여 脾胃의 運化가 실조되어 濕熱이 熏蒸하는 경우와, 寒濕이나 濕邪에 感受되어 濕從寒化하여 나타나는 경우가 있다. 飲食不節은 飲食不節, 嗜酒過度 등으로 인하여 脾胃를 손상하면 脾의 運化가 실조되어 濕濁이 생기는 경우이며, 脾胃虛寒은 脾陽이 虛損하여 津液이 운화, 수포되지 못하고 모여서 濕을 이루어 濕從寒化하는 경우를 말한다. 또한 積聚가 오래되어 不消하고 瘀血이 담도를 阻滯하면 담즙이 外溢되어 黃疸이 나타나게 된다<sup>6)</sup>.

黃疸에 대하여 『東醫寶鑑』에서는 5가지 5疸 즉 黃疸, 酒疸, 穀疸, 女勞疸, 黃汗에 陰黃과 疫癘發黃을 포함하여 7가지로 구분하였으나 실제 임상에서는 陽黃과 陰黃으로 나누어 치료한다<sup>12)</sup>. 黃疸은 脾胃濕熱에 의하여 熱鬱濕蒸으로 진전되어 담즙배설에 악영향을 끼쳐 身과 目이 같이 노랗고 소변색이 붉게 변하는 것인데, 여기에 濕熱이 고대로 蒸하면 陽黃이 나타나고 濕이 寒을 따라 변하게 되면 陰黃이 발생한다<sup>13)</sup>. 陽黃은 황색이 선명하고 대소변이 黃澀하며 몸에는 땀이 없으나 머리에는 땀이 나고 口渴飲水하며 脈數有力하고 舌苔가 황색을 띠면서 갈갈하다

<sup>13)</sup> 陽黃의 치료는 濕熱을 내리는 방법으로 치료하되 열증상이 더 심할 때에는 열을 내리고 습을 없애는 방법으로 茵陳五苓散을 가감하여 쓰고 습증상이 우세할 때에는 습을 없애면서 열을 내리는 방법으로 茯苓滲濕湯을 쓴다. 습열이 모두 우세한 데는 습열을 없애면서 독을 푸는 방법으로 茵陳蒿湯을 쓴다<sup>12)</sup>. 陰黃은 환자가 전신의 황색이 검어지고 冷한 것을 싫어하며 사지가 冷하고 舌淡苔白하며 脈은 沈遲, 微弱하다<sup>13)</sup>. 陰黃의 치료는 중초를 덥혀주고 비위를 건전하게 하는 방법으로 茵陳附子湯을 쓴다. 寒濕黃疸이 오랫동안 낫지 않으면 出血斑이 생기고 積이 만져지는 등 어혈증상이 나타나는데 이 때에는 어혈을 풀어주는 방법으로 大黃蟅蟲丸을 쓴다<sup>12)</sup>.

黃疸은 脾가 濕·熱을 받아 鬱結하여 운행하지 못하며, 飲食停滯에 기인하는 것이 많으므로, 흔히 腹脹症이 兼發하니, 치법은 대개 濕熱을 대소변으로 消導시켜야 한다. 胃痞湯에 茵陳을 가하여 쓰고, 또 茯苓滲濕湯을 쓰며, 오한발열이 심한 데는 退黃散을 쓰고, 胃熱이 심하여 攝食後에도 善飢하는 데는 石膏茵陳散을 쓰고, 소화불량하여 噯氣腹脹하는 데는 消疸健脾湯을 쓴다<sup>14)</sup>.

본 증례의 경우 환자가 독성 간염과 간부전 진단을 받고, 공막과 피부에 황달 증상과 함께 혈액 검사 상 Bilirubin 및 AST, ALT가 상승되어 있었으며, 복수 및 소화불량, 장명, 구건 등의 임상증상을 보였다. 이를 한의학적으로 濕熱黃疸로 진단하고, 그에 따라 한약투여와 침치료 및 부항요법을 병행하였다. 合谷, 支溝, 中腕, 下腕, 天樞, 陽陵泉, 足三里, 太衝, 公孫 자침을 1회/일 빈도로 시행하였고, 양측 期門穴 부위와 背俞穴(膈俞, 肝俞, 膽俞 부위)을 2회/일 빈도로 건식부항을 시행하였다. 한약은 茵陳五苓散 加味方, 茵陳四物湯, 胃痞湯 加味方과 人蔘養胃湯을 2첩/일 분량으로 3회/일 빈도로 180cc씩 복용시켰다. 입원 초기 투여한 茵陳五苓散 加味方은 清熱利濕, 退黃하여 濕熱黃疸에 사용하는 茵陳五苓散之劑인 茵陳, 澤瀉, 豬苓, 赤茯苓의 기본방에 行氣破血, 消積止痛하는 三稜, 蓬朮과 涼血止血하는 地榆, 側柏, 槐花, 活血祛瘀, 行水消腫하는 澤蘭과 清熱利水하는 木通을 가미하였다<sup>15-19)</sup>. 이후 투여한 茵陳四物湯은 清熱利濕, 退黃하는 茵陳五苓散(茵陳, 澤瀉, 白朮, 赤茯苓, 豬苓)과 養血疎肝, 補血調血하는 四物湯(當歸, 川芎, 白芍藥)을 합방하고, 清熱利濕하는 梔子, 破氣行痰함으로써 通痞塞하기 때문에 濕阻氣滯와 脾虛로 運化不能되어 생기는 병증에 응용하는 枳實, 理氣健脾, 燥濕化痰 등의 효능이 있어 脾胃의 氣滯로 인한 병증을 다스리는 陳皮, 涼血止血하는 地榆, 側柏, 行氣破血, 消積止痛하는 三稜, 蓬朮을 가미하였다<sup>15-20)</sup>. 胃痞湯은 治脾胃濕盛, 泄瀉腹痛하며, 和胃健脾하는 平胃散에 水濕의 기본방제인 五苓散을 합방하여 脾胃傷冷, 水濕內停, 小便不利 등에 사용되는 처방으로, 여기에 行氣利水하는 大腹皮, 清熱利濕하는 茵陳을 가미하여 투여하였다<sup>15,17-19,21)</sup>. 人蔘養胃湯은 治傷寒陰症 及外感風寒 內傷生冷 憎寒壯熱 頭疼身痛하는 방제로 상기 환자가 치료 도중 感冒에 이환되었을 때, 人蔘養胃湯에 柴胡, 葛根, 香附子, 蘇葉, 黃芩, 檳榔을 가미하여 투여하였다<sup>17-19)</sup>.

한약, 침, 부항 등의 복합적인 치료를 실시하여 Fig. 1에서와 같이 피부 및 공막의 황달 소실을 관찰할 수 있었고, Table 2에서 보여지듯이 복수 및 전신부종의 감소를 볼 수 있었다. 치

료 과정에서 살시한 혈액검사 상 Bilirubin(Total & Direct), AST, ALT는 모두 지속적인 감소를 나타내었다. Fig. 2에서 보듯이 Bilirubin(Total)은 입원초기 21.8mg/dl에서 입원 3주 10.6mg/dl, 입원 5주 5.4mg/dl를 거쳐 입원 12주부터 퇴원까지 계속 정상수치를 유지하였고, Bilirubin(Direct) 또한 입원초기 16.6mg/dl에서 입원 3주 8.9mg/dl, 입원 5주 4.4mg/dl를 지나 입원12주부터 퇴원까지 정상수치를 유지하였다. 또한 Fig. 3에서 보듯이 AST는 입원초기 117U/L에서 입원 2주 62U/L, 입원 3주 39U/L로 감소하여 입원 4주부터 퇴원까지 정상수치를 기록하였고, ALT는 입원초기 42U/L에서 38U/L로 감소한 후 퇴원까지 정상수치를 나타내었다.

## 결 론

본 증례에서는 독성 간염과 간부전 소견을 가진 황달 환자에게 몇 가지 처방을 투여하면서 그 치료 경과를 관찰하였다. 입원 초기 전신 및 공막의 황달, 복수, 전신부종, 갈색뇨, 식욕저하 및 소화불량, 복만, 장명, 홍민, 구교, 구건, 기력저하 등의 증상을 나타내었으나, 한약, 침, 부항 등의 복합적인 치료를 실시하여 황달과 복수의 소실 및 제반 임상증상의 소실 및 감소를 관찰할 수 있었다. 또한 입원기간 중 지속적으로 실시한 혈액 검사 상 황달과 직접적 관련을 가지는 Bilirubin의 지속적인 감소 및 정상화를 관찰할 수 있었고, 간세포 파괴정도를 반영하는 AST, ALT 또한 정상을 회복하였다.

황달은 여러 가지 원인에 의해 발생할 수 있는 증상으로 양·한방적으로 주의 깊은 감별을 요하고, 치료방법 또한 다각도로 생각해 볼 수 있다. 독성 간염과 간부전 소견을 가진 황달 환자에게 한약, 침, 부항 등을 복합적으로 실시하여 유의한 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이며, 앞으로 황달에 대한 보다 심도 있는 임상연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

## 참고문헌

1. 織田敏次. 간장병의 진단학. 광주, 서광의학서립, pp 18-21, 1991.

2. 서울대학교 의과대학. 소화기학원론. 서울, 서울대학교 출판부, pp 434,494, 2001.

3. Barbara bates. 건강 진단법. 서울, 고려의학, pp 44-45, 1994.

4. 오늘의 진단 및 치료. 서울, 한우리, p 711, 1999.

5. 순천향대학교 의과대학 소화기연구소. 소화기학. 서울, 고려의학, pp 16, 19-20, 2000.

6. 禹弘植, 李長勳, 金榮哲, 姜秉淇, 金剛山, 姜允皓 등. 간계내과학, pp 62-76, 동양의학연구원출판부, 서울, 2001.

7. 고려의학 편집부. 소화기 질환 진단과 치료의 포인트. 서울, 고려의학, pp 30-31, 1990.

8. Emma Lam, Martin Lombard. CRASH COURSE(Gastrointestinal system). 서울, 한우리, p 51, 2000.

9. 해리슨 번역 편찬위원회. HARRISON'S 내과학. 서울, 정담, pp 247-253, 1997.

10. Elizabeth Cheshire. CRASH COURSE(Gastrointestinal system). 서울, 한우리, pp 130-131, 2000.

11. 전국 의과대학 임상교수편. 임상 진단학. 서울, 한미의학, p 521, 2002.

12. 동의학연구소. 韓方內科症狀의 鑑別과 治療. 서울, 여강출판사, pp 93-96, 1994.

13. 蔡仁植. 漢方臨床學(辨證施治). 서울, 대성문화사, p 417, 1987.

14. 金定濟. 診療要鑑(上). 서울, 성보사, p 417, 1997.

15. 曠섭. 胃苓湯 및 茵陳五苓散이 Galactosamine에 의한 白鼠의 肝損傷에 미치는 影響. 익산, 원광대학교, 1992.

16. 김우환. 茵陳五苓散의 白鼠 肝病變에 대한 保護 및 回復作用. 익산, 원광대학교, 1989.

17. 윤용갑. 東醫方劑와 處方解說. 서울, 醫聖堂, p 163, 265, 272, 290, 1998.

18. 황도연. 證脈·方藥合編. 서울, 南山堂, p 141, 199, 167, 202, 1986.

19. 신민교. 臨床本草學. 서울, 永林社, pp 373, 470, 480-482, 487, 511, 512, 533, 642, 679, 1997.

20. 김상희. 丹參 및 四物湯水鍼이 CCL<sub>4</sub>로 肝損傷된 白鼠의 血液에 미치는 迎香. 익산, 원광대학교, 1994.

21. 윤길영. 東醫臨床方劑學. 서울, 名寶出版社, pp 198-204, 1985.