대한한의학 방제학회지 제15권 2호 THE KOREAN JOURNAL OF ORIENTAL MEDICAL PRESCRIPTION 15(2):179~186, 2007

과민성장증후군 환자의 正傳加味二陳湯 投與 1例

김회영, 남효익, 손현수, 박상무*
광동한방병원 내과, *원광대학교 한의과대학 내과학 교실

ABSTRACT

One Case of Irritable Bowel Syndrome Patient Treated With Jengjengamiyijin-tang(Zhengchuanjiaweierchen-tang)

Hoi-Young Kim, Hyo-Ik Nam, Hyun-soo Son, Sang-Moo Park*
Department of Internal Medicine, Kwang-Dong Oriental Medicine Hospital
*Department of Internal Medicine, Graduate School of Oriental Medicine, Wonkwang University

The irritable bowel syndrome(IBS) is the most common gastrointestinal disorder in clinical practice and is characterized by abdominal pain associated with a chronic disturbance of defecation.

The subject is a-69-year-old man who has abdominal pain, chronic diarrhea, anorexia, general weakness and has been diagnosed as irritable bowel syndrome.

We diagnosed this patient as the Gastrointestinal Phlegm(食痰) and prescribed Jengjengamiyijin-tang (Zhengchuanjiaweierchen-tang). In the result, we had improvement of his symptoms.

• 제1저자 : 김회영
• 서울시 강남구 삼성동 161번지 광동한방병원 의국
• Tel : 02-2222-4988 E-mail : youngjoah@hanmail.net
• 접수 : 2007/ 11/ 10 채택 : 2007/ 12/ 21

Key word : Irritable bowel syndrome, Gastrointestinal Phlegm(食痰), Jengjengamiyijin-tang(Zhengchuanjiaweierchen-tang)

Ⅰ. 緖 論

과민성 장증후군은 기능성 소화장애와 함께 기능성 위장장애에 속하는 질병으로[1] 전신질환이나 소화기 계통의 기질적 병변없이 장기간 반복되는 하복부 불편감 또는 동통을 동반한 배변습관의 장애를 특징으로 하는 질환을 일컫는다[2].

과민성 장증후군의 원인은 아직까지 확실하지 않으나 일반적으로 장관의 운동장애, 정신적 요인, 음식물 또는 유당분해효소의 저하, 감염 등과 관련이 있는 것으로 알려져 있다[3~5].

과민성 장증후군은 대부분 45세 이하의 젊은 연령에서 주로 나타난다. 여자는 남자에 비해 2~3배 이상 호발하며 심한 증상을 나타내는 환자의 80%를 차지한다. 과민성 장증후군은 두 가지로 분류하는데, 대부분의 환자는 설사 또는 변비가 동반되는 배변 습관의 변화와 복통을 호소하고, 나머지는 통증성 설사를 호소하는 환자들로 20% 이하를 차지하며 다른 질환으로 간주되는 경우도 있지만 대개 과민성 장증후군의 한 형태로 받아들여진다[6].

여러 韓醫學 문헌에서는 과민성 장증후군을 '泄瀉', '便秘', '腹痛', '脇痛', '嘔吐'의 범주로 인식하고 있으며, 이에 대한 치법으로 '補脾', '疏肝', '順氣行滯, 行氣, 調氣', '溫補', '溫腎', '升提', '補陰', '補益', '淡滲', '燥脾化濕', '淸凉', '固澁', '甘緩', '酸收', '解表', '潤腸通絡', '固澁', '理中焦', '消導', '豁痰', '吐法', '調氣', '寒劑奪之', '分其淸濁', '活血化瘀'을 제시하고 있으며, 痛瀉要方, 理中湯, 大承氣湯, 五苓散 등의 처방을 사용하고 있다[7].

과민성 장증후군 환자에 대해, 윤[8]은 加味分心氣飮이 유의성 있는 만족도가 있다고 하였고, 하[9]는 艾灸法을 시행하여 유효한 증상의 호전을 보였다고 하였으며, 김[10]은 少陽人 환자를 脾受寒表寒病의 亡陰證 중 身寒腹痛泄瀉로 판단하고 荊防地黃湯을 투여하여 호전을 보였다는 보고를 하였고, 홍[11]은 瘀阻腸絡 氣滯腸導로 변증하여 大七氣湯加減方을 투여하여 호전을 보였다는 임상보고를 하였다. 본 증례에서는 脈滑, 小便不利, 食少, 肌色如故, 胸滿하며 痛甚欲大便, 利後痛減, 脈弦하여 食積痰으로 변증하여 ≪醫學正傳≫에 記載된 補脾, 消食, 行氣하는 正傳加味二陳湯을 투여하여 증상호전이 있었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 硏究對象 및 方法

1. 硏究對象

광동한방병원 내과에 腹痛, 泄瀉, 食慾不振, 全身無力을 주소로 내원하여 2006년 5월 25일부터 6월 3일까지 입원치료한 환자 1인을 대상으로 이전 치료로 인한 경향을 최소화하기위해 양방치료를 배제하고 순수 한약치료와 침 치료만을 시행하였다.

2. 治療內容 및 施術方法

1) 환자의 주소증인 腹痛, 泄瀉, 食慾不振 등을 종합하여 食積痰으로 변증하여 아래와 같이 한방치료를 시행하였다.

2) 鍼治療: 동방침 0.25×30㎜를 사용하여 中脘, 足三里, 合谷, 天樞, 太衝穴에 1일 1회 15~20분간 留鍼하였으며, 자침의 심도는 經穴에 따라 5㎜~20㎜로 하였다.

3) 韓藥治療: 다음의 방제 2첩을 달여 1일 3회, 1회당 1포(120㎖ 파우치)로 식후 30분에 복용하였다.

(1) 正傳加味二陳湯

山査肉 6.0g, 香附子·半夏 各4.0g, 川芎·白朮·蒼朮 各3.2g, 橘紅·白茯苓·神曲炒 各2.8g, 縮砂研·麥芽炒 各2.0g, 甘草炙 1.2g, 薑三棗二

Ⅲ. 症 例

1. 성명: 이 0 0
2. 성별/나이: 남/69
3. 주소증 : 腹痛, 泄瀉, 食慾不振, 全身無力
4. 발병일: 2006년 2월 5일경
5. 입원시기: 2006년 5월 25일 ~ 2006년 6월 3일
6. 과거력: 2000년 요추 추간판탈출증 수술
7. 가족력: 별무소견
8. 사회력: 예민한 성격, 보통 체형, 흡연 無, 음주 無, 무직.
9. 현병력: 2006년 2월 5일 경 腹痛, 泄瀉, 食慾不振 증상 나타나 2006년 4월 8일 local 내과에서 위·대장 내시경 검사 결과 정상소견 받고 양약 po-med 하였으나 별 무효하였고, 2006년 5월 2일부터 2006년 5월 6일까지 을지병원에 입원하여 복부 CT 정상소견 듣고, 과민성 대장증후군 진단 받고, 양약 po-med 하였으나 별 무효하여, 한방진료 원하여 2006년 5월 25일 광동한방병원 내과 외래 거쳐 입원함.
10. 초진소견
    神: 淸
    色: 肌色如故
    睡眠: 不眠
    食慾: 不振 (1/3 ~ 1/2 bowl)
    消化: 不良
    頭面部: 眩暈
    胸: 胸滿
    腹部: 腹痛, 心下部 壓痛, 中脘 壓痛, 臍部痛, 中脘·臍部冷感
    小便: 小便不利
    大便: 水樣性 泄瀉 5회정도/day, 복통이 심해질 때 배변욕구, 배변 후 복통 완화
    舌診: 舌淡苔白
    脈診: 脈弦滑
11. 초진시 검사소견
    1) 활력징후: 혈압 130/80㎜Hg, 맥박 78회/min, 호흡수 20회/min, 체온 36.4℃
    2) EKG: W.N.L
    3) X-ray
    Chest PA: No active lung lesion, at present.
    Abdomen erect & supine: Thoracic and lumbar spondylosis
12. 임상병리검사(2006년 5월 26일)
    Protein, total 5.5g/dl의 하락 외에 특이소견이 없었다.
13. 복부 초음파 검사: Lt. simple renal cyst
14. 임상경과
    1) 5월 25일: 입원당시 상태는 중완부위와 배꼽 주위 통증 후 수양성 설사를 하고 나면 통증이 소실되는 양상이었다. 환자는 설사 후 전신무력감, 현훈을 호소하였고 오랜 이환기간으로 인해 예민해져 있는 상태로 불면증을 동반하였다. 더불어 중완부위와 제부 냉감을 호소하였고, 설사는 냉수나 차가운 음식을 먹고 나면 더욱 심해졌다. 식욕은 원래 좋은 편이었지만, 오랜 설사 후 나빠졌다.
    처음 본원 내과로 입원하여 正傳加味二陳湯을 5월 25일 점심부터 투여하였다. 투여 후에도 설사는 그치지 않고, 배변 전 복통과 설사 후 전신소력감, 현훈도 계속되었다. 설사 횟수는 5회였다. 脈狀은 여전히 弦滑하였다. 불면은

더욱 심해져서 입면장애를 호소하면서 평균수면시간은 3시간 안팎이었다.

2) 5월 26일: 배변 전 복통과 설사 후 전신소력감, 현훈은 전반적으로 변화가 없었으며, 중완부위와 제부 냉감도 거의 변화가 없었다. 설사 횟수 3회, 묽은 변 2회로 배변 양상이 변화하였다. 脈狀은 여전히 弦滑하였다. 불면도 여전하여 평균수면시간은 3시간 안팎이었다.

3) 5월 27일: 배변 전 복통과 설사 후 전신소력감, 현훈이 전반적으로 호전을 보였으며, 중완부위와 제부 냉감도 호전을 보였다. 설사 횟수는 2회로 줄었으며, 묽은 변도 2회 보았다. 식사량은 여전하였다. 中脘과 心下部 壓痛 호전이 있었다. 脈狀은 滑細하였으며, 수면시간도 4시간으로 늘었다.

4) 5월 28일: 배변 전 복통과 전신소력감, 현훈은 중등도의 호전을 보였으며, 중완부위와 제부 냉감도 중등도의 호전을 보였다. 설사는 하지 않았으며, 묽은 변 3회, 정상 변 1회 보았다. 中脘과 心下部 壓痛도 중등도의 호전을 보였으며, 식욕도 좋아져서 식사량은 3/4 bowl 정도로 늘었다. 脈狀은 細緩하였다. 수면시간은 5시간으로 늘었다.

5) 5월 29일: 배변 전 복통과 설사 후 전신소력감, 현훈은 약간 심해졌으며, 중완부위와 제부 냉감도 약간 악화되었다. 설사 1회, 묽은 변 3회 보았다. 中脘과 心下部 壓痛도 약간 악화되었다. 식사량도 1/2 bowl 정도로 줄었다. 脈狀은 滑細하였다. 수면시간도 4시간으로 줄었다.

6) 5월 30일: 배변 전 복통과 전신소력감, 현훈이 전반적으로 나아졌으며, 중완부위와 제부 냉감도 나아졌다. 설사는 하지 않았으며, 묽은 변만 3회 보았다. 中脘과 心下部 壓痛도 나아졌으며, 식사량도 3/4 bowl 정도로 늘어났다. 脈狀은 細緩하였으며, 수면시간도 5시간으로 늘었다.

7) 5월 31일: 배변 전 복통과 전신소력감, 현훈은 약간 남아있으며, 중완부위와 제부 냉감도 약간 있다. 묽은 변 3회, 정상 변 1회 보았으며, 中脘과 心下部 壓痛도 약간 있다. 식사량도 4/5 bowl 정도로 늘어났으며, 脈狀은 緩하였고, 수면시간은 6시간으로 늘었다.

8) 6월 1일: 배변 전 복통과 전신소력감, 현훈은 어제와 비슷한 상태였으며, 중완부위와 제부 냉감도 어제와 비슷한 상태였다. 묽은 변 2회, 정상 변 2회 보았으며, 中脘과 心下部 壓痛도 약간 있는 상태였다. 식사량은 4/5 bowl 정도였으며, 脈狀은 緩하였고, 수면시간도 6시간 정도로 비슷하였다.

9) 6월 2일: 배변 전 복통과 전신소력감, 현훈은 거의 없는 상태이며, 중완부위와 제부 냉감은 거의 없었다. 묽은 변 1회, 정상 변 1회 보았으며, 中脘과 心下部 壓痛도 거의 없는 상태였다. 식사량은 4/5 bowl 정도로 비슷하였으며, 脈狀은 緩하며, 수면시간은 6시간 정도였다.

10) 6월 3일: 배변 전 복통과 전신소력감, 현훈은 소실 되었으며, 중완부위와 제부 냉감은 없었으며, 정상 변만 2회 보았다. 中脘과 心下部 壓痛은 없었다. 식욕도 정상으로 돌아와 식사량은 1 bowl 정도 였고, 脈狀은 緩하였다.

Ⅳ. 考 察

과민성 장증후군(IBS)은 1929년 Jordan과 Kiefer가 처음 사용한 용어로서[12] 기능성 위장장애의 일종으로 현재 우리가 시행할 수 있는 어떠한 검사법으로도 기질성 병변이 발견되지 않고 환자는 소화기 계통의 증상을 호소하는 임상 증후군을 말한다[13].

과민성 장증후군의 주된 증상은 배변 장애(설

사, 변비, 설사와 변비의 교대)와 복통, 복부 팽만감, 점액변 등이며 이 외에도 두통, 월경불순, 배변장애, 심계항진, 盜汗 등의 자율신경계증상과 불안, 초조, 우울 등의 정신신경증상을 수반하는 경우가 많다[14].

과민성 장증후군 환자는 임상적으로 세 가지 유형 중의 하나로 나타난다. 첫째로 연축성 대장염 환자들은 주로 만성복통과 변비를 호소하며 두 번째는 만성적이며 간헐적인 설사를 호소하나 통증은 없는 경우가 많다. 마지막으로 일부환자들은 양쪽 증상을 모두 나타내어 설사와 변비가 반복되는 증상을 나타낸다. 과민성 장증후군은 간헐적이며 만성적인 증상을 특징으로 하는데 이는 반복되는 좌하복통, 변비나 설사가 동반되는 배변간격의 변화, 배변긴급, 불충분한 배변, 복부 팽만감, 잦은 방귀이다. 이러한 증상의 저변에 두 가지 병태 생리학적인 이상이 나타나는데 이는 장운동 이상과 내장지각의 증가이다. 이러한 현상은 과민성 장증후군 환자에서 정상인과 같은 양의 장내가스를 가지고도 팽만감을 호소하는 것으로 설명할 수 있다. 과민성 장증후군 환자들은 성격면에서 신경질적이거나, 히스테리성 성격이거나, 공격적인 면을 보이는 수도 많으며, 불안, 우울, 집착성 성격 등 정신신경증적 성격의 환자가 많다. 또 5명 중 4명은 어떤 스트레스가 증상을 유발하거나 악화시키는 경향을 보인다[15].

과민성 장증후군은 특징적인 이상이 발견되는 것이 아니므로 진단은 부합하는 임상양상(Table 1)과 다른 기질적 질환을 배제함으로써 이루어진다. 일반적으로는 일반혈액검사와 에스자결장 내시경 검사 및 대변검사를 시행하고, 증상에 따라 기타 진단적 검사가 이루어진다. 경증의 증상을 갖고 있는 환자들에 대한 치료의 대부분은 교육, 안심, 식이 또는 생활 습관의 교정 등이고, 간헐적인 중등도의 증상을 갖고 있는 환자의 치료는 장에 작용하는 항경련제, 항지사제, 섬유보존제 또는 새로운 세로토닌 조절제를 사용한다. 중증 또는 불응성인 증상을 경험하는 환자들은 항우울제나 다른 정신과 약물이 치료에 이용된다[6].

Table 1. Diagnostic Criteria for Irritable Bowel Syndrome

Recurrent abdominal pain or discomfort at least 3 days per month in the last 3 months associated with 2 or more of the following:
1. Improvement with defecation
2. Onset associated with a change in frequency of stool
3. Onset associated with a change in form (appearance) of stool
* Criteria fulfilled for the last 3 months with symptom onset at least 6 months prior to diagnosis.
** Discomfort means an uncomfortable sensation not described as pain. In pathophysiology research and clinical trials, a pain/discomfort frequency of at least 2 days a week during screening evaluation for subject eligibility.

과민성 장증후군을 한방적으로 七情泄, 虛泄, 氣秘, 氣滯腹痛 등에 속한다고 볼 수 있다[16]. 七情泄은 그 원인이 정신적 자극, 긴장에 있고, 증상으로는 腹上虛痞, 欲去不去, 去不通泰하고 처방은 藿香正氣散 加 丁香, 砂仁, 良薑 또는 木香均氣散을 사용한다. 虛泄은 그 원인을 中氣不足, 腎虛 脾胃困弱 不能收斂에 두고 증상으로는 困倦無力 遇飮食則瀉 水穀不化 或 腹不痛 脈微弱이 나타나며 처방은 升揚除濕湯, 參苓蓮朮散, 四君子湯 加 肉荳蔻, 茄子炮를 사용한다[17]. 氣秘(氣滯便秘)는 順氣行滯의 치법을 사용하며 처방으로는 六磨湯, 更衣丸, 蘇子降氣湯 加 威靈仙, 火麻仁, 搜風順氣丸을 사용한다[16].

본 질환의 한의학적 변증분석은 배변장애와 복

부증상이 중심이 되고 있다. 元[18]등은 과민성 장증후군의 辨證을 肝鬱脾虛, 脾胃虛弱, 脾腎兩虛, 肝脾不調, 氣滯濕阻, 脾胃陰虛으로 정리하였으며 肝鬱脾虛型과 脾胃虛弱型이 비교적 높은 빈도를 차지하여 肝鬱脾虛型에는 疏肝理氣, 燥濕建脾하는 痛瀉要方이 脾胃虛弱에는 建脾和胃 滲濕止瀉하는 七味白朮散, 蔘苓白朮散의 활용이 바람직하다 하였다.

본초·약리학적 연구도 복부 증상에 집중하고 있다. 桂枝와 芍藥의 合用은 장관 평활근의 과도한 수축에 의한 경련을 억제하는 효능이 있어[19] 桂枝와 芍藥이 포함된 桂枝加芍藥湯, 桂枝加芍藥大黃湯, 芍藥甘草湯등은 과민성 장증후군의 복통을 완화하는데 활용되고 있다[20,21].

歷代 文獻에 나타난 과민성 장증후군의 治方은 總 197種으로 이 중 2번 이상 사용된 處方은 40개 處方이다. 5回 以上 사용된 處方은 理中湯, 四苓散, 五苓散, 二陳湯, 平胃散, 胃苓湯, 八味地黃湯, 大承氣湯, 胃關煎으로 9個 處方이었다[7].

現代 文獻에 나타난 處方은 總 45個 處方으로 2回 以上 言及된 處方은 痛瀉要方, 越菊丸, 逍遙散, 四神丸, 蔘苓白朮散, 六磨飮 등 5個 處方이었다[7].

상기 환자는 2006년 2월 5일경 腹痛, 泄瀉, 食慾不振의 증상이 나타나 local 내과에서 시행한 위·대장 내시경 검사 별무 이상하였고, 을지병원에서 시행한 복부 CT에서도 별무 이상하였으며, 양약 po-med 하였으나 별 무효하던 중, 2006년 5월 25일 본원 내과 외래를 통하여 입원하였다.

환자의 입원 당시 시행한 四診에서 痛甚欲大便, 利後痛減, 脈弦하여 食積의 양상을 띠었고, 脈滑, 小便不利, 食少, 肌色如故, 胸滿하여 痰飮의 양상을 띠어 食積痰으로 변증하여 正傳加味二陳湯을 處方하였다.

泄瀉는 《景岳全書》[22]에서 "泄瀉之本 無不由於脾胃.", "泄瀉之因惟水火土三氣爲最."라고 설명하였으며, 寒濕(風寒), 濕熱(暑熱), 傷食, 脾虛(脾胃虛弱), 腎虛(腎陽虛衰, 命門火衰), 肝鬱(肝氣乘脾), 水飮留腸, 瘀阻腸絡으로 辨證할 수 있다[23].

腹痛은 寒實腹痛, 實熱腹痛, 氣滯腹痛, 瘀血腹痛, 食滯腹痛, 虛寒腹痛으로 辨證할 수 있고[23], 《景岳全書》[22]에서 "凡病心腹痛者 有上中下三焦之別. 上焦者 痛在膈上 此卽胃脘痛也. 中焦痛者 在中脘 脾胃間病也. 下焦痛者 在臍下 肝腎大小腸膀胱病也.", "痛有虛實 凡三焦痛證 惟食滯寒滯氣滯者最多 其有因蟲因火因痰因血者 皆能作痛"라고 설명하였다.

正傳加味二陳湯은 醫學正傳에 나오는 處方으로 山査肉, 香附子, 半夏, 川芎, 白朮, 蒼朮, 橘紅, 茯苓, 神麴炒, 縮砂研, 麥芽炒, 甘草炙으로 구성되어 導痰補脾, 消食行氣하는 효능이 있어 食積痰을 치료한다[24].

本 方劑는 越鞠丸에서 梔子를 去하고 二陳湯을 合하고 消導行滯하는 山査, 砂仁, 麥芽를 加味한 方劑로 볼 수 있다. 越鞠丸은 六鬱을 治하는 基本方으로 食鬱을 治하고 二陳湯은 痰飮을 治하는 方으로 白朮을 加하여 燥濕健脾作用을 강화시켰다. 따라서 本方은 越鞠丸에서 熱鬱이 甚하지 않으므로 梔子를 去하고 食積 혹은 痰飮을 없애기 위하여 二陳湯에 白朮을 加味하여 健脾燥濕시키므로 脾胃의 運化機能을 좋게 하는 한편, 積滯된 痰, 濕의 鬱을 越鞠丸과 더불어 效果的으로 解하면서 山査, 神麴, 砂仁, 麥芽를 加하여 食積을 消導케한 方劑이다[25].

正傳加味二陳湯에 대하여 이[26]는 HCl-aspirin으로 유발된 백서의 위궤양 치료에 효과가 있다고 하였고, 김[27]은 소화기계 평활근의 비정상적인 수축에 대하여 억제효과를 나타내며 혈청 중 gastrin 분비 억제효과에 기인하는 항궤양 작용 및 장관수송을 촉진하고, 진통효과가 좋다고 보고 하였고, 남[28]은 위 운동성을 촉진시키는 효능이 있다고 하였다.

治療穴로는 胃中 宿食이 停滯不化에 起因하므로 調理中焦 通胃腑하게 하려고 手陽明大腸經(合谷)과 足陽明胃經(足三里)를 取하고, 肝의 正常的인 疏泄을 위해서 足厥陰肝經(太衝)을 取하였으

며, 和胃氣, 化濕滯, 理中焦, 調升降하기위해 中脘을 取하고, 疏調大腸, 理氣消滯, 調中和胃하기 위하여 天樞를 取하였다.

환자의 상태는 입원 2일째인 5월 26일부터 배변양상이 변화 하였으며, 입원 3일째인 5월 27일부터 복통, 설사, 식욕부진, 전신무력의 주 증상과 소화불량, 복부냉감 및 현훈, 불면의 부 증상 모두 호전이 나타나기 시작하였으나 5월 29일에 배변양상 및 기타 증상들이 악화 되었고, 5월 30일부터 다시 배변양상과 증상이 호전하기 시작하여 6월 3일에는 배변 양상이 정상으로 돌아오고, 대부분의 증상이 소실되어 일상생활에 불편이 없는 상태가 되어 퇴원하였다.(Table 2, Table 3)

2006년 7월 3일 외래에 내원하여 확인 결과 대변상태는 정상이었고, 가끔 미약한 복통이 나타날 때 무른 변을 보았으며, 복부 압통은 없었으며, 식욕상태 또한 양호했다. 2006년 8월 3일 전화 확인 결과 식욕상태는 양호하였으며, 대변 양상도 이상소견이 나타나지 않았다.

Table 2. Change of Stool Condition

	5/25	5/27	5/29	5/31	6/2	6/3
Diarrhea	5	2	1	0	0	0
Soft stool	0	2	3	3	1	0
Normal stool	0	0	0	1	1	2

(the number of times)

Table 3. Change of Clinical Symptoms(Severe+++, Moderate++, Mild+, Trace±, Eliminated-)

	5/25	5/27	5/29	5/31	6/2	6/3
Abdominal pain	+++	++	++	±	±	-
Anorexia	++	++	++	±	±	-
General weakness	+++	++	++	±	±	-

V. 結 論

본 증례는 양방 내과에서 위·대장 내시경, 복부 CT, 임상증상상 과민성 장증후군 진단받고, 복통, 설사, 식욕부진, 전신무력을 주소로 하는 환자 1인을 대상으로 食積痰으로 변증하여 正傳加味二陳湯을 투여하여 제반증상의 호전을 보였다. 과민성 장증후군은 양방적인 관점에서는 아직까지 원인치료를 기대하기 힘들기에, 한방적인 변증과 치료가 보다 유의할 것으로 보이며, 과민성 장증후군에 대한 다양한 임상치료 및, 치료 후 추적관찰 등 지속적인 연구가 필요하며, 향후 과민성 장증후군에 대한 보다 많은 증례에 대한 연구가 필요 할 것으로 사료된다.

參考文獻

1. Alpers DH. Functional Gastrointestinal disorder. Hospital practice. 1983; 4:139-153.
2. Harvey RF, Read AE, Salih Ssy. Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. Lancet, 1983, i:632-634.
3. Snape WJ, Carlson GM, Cohen S. Colonic moeletric activity in the irritable bowel syndrome. Gastroenterology, 1986, 70:326-331.
4. Taylor I, darby C, Hammond P. Comparison of rectosigmoid myoelectrical activity in the irritable colon syndrome during relapses and remissions. Gut, 1978, 19:923-928.
5. Richter JE, Obrecht WF, Bradley LA, et al.. Psychological comparison of patients eith nutcracker esophagus and irritable bowel syndrome. Dig Dis Sci, 1986, 31:131-136.
6. Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson. Harrison's 내과학. 16th edition. 서울: 도서출판 MIP; 2006, p, 1951, 1952-1954.
7. 정경아, 조윤성, 정종안, 홍광해. 過敏性 大腸症候群에 대한 文獻的 考察. 대한한의학 방제학회지. 2006;14(2):11-4, 18.
8. 윤상협, 김윤범. 過敏性大腸症候群에 대한 加味

分心氣飮의 臨床的 硏究(총체적 만족도를 중심으로). 대한한방내과학회지. 2000;21(3):361.
9. 하상규, 김동우, 오항태, 조계창, 한창호, 이성환. 과민성대장증후군 환자의 艾灸요법 치험례. 대한한방내과학회지. 2003;추계학술대회:236.
10. 김경석, 이상룡, 김재훈, 권도익. 만성설사를 주소로 한 과민성 대장증후군 환자의 치험례. 사상체질의학회지. 2001;13(3):138.
11. 홍은기, 이주일, 박영철, 권도익, 손덕칭, 김주영, 박준하. 과민성대장증후군 환자의 大七氣湯加減方 임상보고. 대한한방부인과학회지. 2007;20(1):268-276.
12. 大韓醫學協會 分科學會協議會. 泄瀉. 서울: 麗文閣; 1986, p. 198.
13. 醫學敎育硏修院. 家庭醫學. 서울: 서울대학교 출판부; 1987, p. 203.
14. 서울대학교 의과대학. 消化器學. 서울: 서울대학교 출판부; 1985, p. 176-9.
15. 김갑성 外 7人. 實用東西醫學臨床叢書. 서울: 정담; 2001, p. 617-23.
16. 류기원, 박동원, 류봉하, 문석재, 문구, 백태현 등. 脾系內科學. 서울: 아트동방; 1998, p. 105, 288.
17. 허준. 동의보감. 서울: 남산당; 1998, p. 194.
18. 元秦喜, 문석재, 문구. 過敏性大腸症候群의 한의학적 인식에 대한 고찰-病因病機와 辨證施治를 中心으로-. 대한한의학회지. 1993;14(1):196-206.
19. 馬場行一, 前田利男, 林榮一. 芍藥甘草湯鎭痙鎭痛作用. 和漢醫藥學會誌. 1984;1:54-5.
20. 原桃介. 過敏性腸症候群 漢方治療槪論. 現代東洋醫學. 1985;6:9-12.
21. 寺澤捷年(曺基湖, 辛吉祚共譯). 한방진료학. 서울: 집문당; 1998, p. 295-6.
22. 張介賓. 景岳全書. 서울: 한미의학; 2006, p. 1086, 1139.
23. 문석재, 문구, 원진희. 익산:원광대학교 출판국; 2001, p. 218-219, 261-263.
24. 신재용. 방약합편해설. 서울: 전통의학연구소; 1998, p. 153-4, 240.
25. 윤용갑. 동의방제와 처방해설. 서울: 의성당; 2002, p. 513.
26. 이광수, 이승우, 한상원, 박순달. 정전가미이진탕이 백서의 위궤양에 미치는 영향. 대한한방내과학회지. 1990;20(2):134.
27. 김진성, 유봉하, 박동원, 유기원, 윤상건. 보심건비탕과 정전가미이진탕의 적출장기, 항궤양, 위액·gastrin 분비, 장관수송능 및 진통·진경작용에 대한 비교연구. 2000;21(1):98.
28. 남효익, 김희영, 손현수, 임성우. 정전가미이진탕이 흰쥐의 위배출능에 미치는 영향. 2007;28(2):214.