

## 과민성대장증후군 환자의 大七氣湯加減方 임상보고

\*동수원한방병원 내과, \*\*동수원한방병원 부인과, \*\*\*동수원한방병원 동서협진과  
홍은기\*, 이주일\*, 박영철\*, 권도익\*, 손덕칭\*, 김주영\*\*, 박준하\*\*\*

### ABSTRACT

A Case Report of Irritable Bowel Syndrome Treated with  
*Daechilgitang-gagambang*

Eun-Ki Hong\*, Ju-Il Lee\*, Young-Chul Park\*, Do-Ik Kwon\*,  
The-Cheng Sun\*, Ju-Young Kim\*\*, Jun-Ha Park\*\*\*

\*Dept. of Oriental Internal Medicine, Dongsuwon Oriental Hospital

\*\*Dept. of Oriental Gynecology, Dongsuwon Oriental Hospital

\*\*\*Dept. of East West Integrated Medicine, Dongsuwon Oriental Hospital

**Purpose:** The purpose of this study is to report the effect of oriental treatments for Irritable Bowel Syndrome

**Methods:** We treated a 57 - year - old female who had severe abdominal pain and discomfort companied by alteration in bowel function, a combination of diarrhea and constipation, with Herb medication ( *Daechilgitang-gagambang* ) and acupuncture therapy at the same time

**Results:** After oriental medical treatment, the clinical symptom of Irritable Bowel Syndrome was improved.

**Conclusion:** This case study shows that the oriental medical therapy is effective in treating irritable bowel syndrome. So that, it is helpful in decreasing the symptoms of patients and in improving quality of life.

**Key Words:** Irritable bowel syndrome, *Daechilgitang-gagambang*(大七氣湯加減方), Herb medication

## I. 緒 論

과민성대장증후군은 전체인구의 약 7-20%정도 차지하는 흔한 질환이며 하부 위장관 기능성위장장애의 대표적인 질환이다. 본질환은 임상에서 흔히 접하는 질환중의 하나지만 발생기전이 명확하지 않을 뿐만 아니라 증상이 비특이적이고 다양하여 확진까지의 과정이 매우 복잡하다. 주된 증상은 특별한 기질적인 병변이 없으나 하복부의 가스팽만감, 볼배김, 복통이 나타나며 그후 변비, 설사, 혹은 변비와 설사가 교대하는 배변을 특징으로 한다. 이러한 배변장애와 복부증상 뿐만 아니라 상부 소화기 장애, 전신 증상인 자율신경계 증상, 비뇨기 증상 등도 지니는 복합증상군의 형태를 보이기도 한다<sup>1,2,3)</sup>.

한의학에서는 과민성대장증후군이 七情泄, 虛泄, 氣秘, 氣滯腹痛의 범주에 속하며 그 원인으로는 七情所傷이나 脾胃氣虛등이 있다고 하였다. 七情 중 특히 怒憂思悲의 過劑이나 脾胃氣虛는 脾胃의 氣機를 문란하게 하거나 運化, 腐熟작용에 영향을 미쳐 胃脘痛 腹痛 腹脹 泄瀉 便秘 등의 증후가 나타난다고 하였으며 대개 肝脾不和, 寒濕阻滯, 氣機鬱滯, 瘀阻腸絡, 脾胃虛弱, 脾腎陽虛 등으로 변증하고 있다<sup>14,20)</sup>. 현재 과민성 대장증후군에 대해 류<sup>6)</sup>, 윤<sup>7)</sup>, 백<sup>8)</sup> 등에 의해 몇 편의 논문이 발표된 바 있으나 瘀阻腸絡 腸道氣滯로 변증하여 환자의 증상변화를 관찰한 임상증례는 찾아볼 수 없었다. 따라서 저자는 상기변증하에 腹脹滿, 大便不利의 대표방제인 大七氣湯加減方을 투여하여 환자의 증상이 호전되었기에 이를 보고하는 바이다.

## II. 연구대상 및 방법

### 1. 연구대상

- 1) 성 명: 김○○
- 2) 성별/나이: 여자/57세
- 3) 주소증: 大便不利, 腹痛, 腹脹滿(腹部膨滿), 殘便感, 食慾不振
- 4) 발병일: 8년부터 증상 있었으며 2004년 11월 더욱 심해짐
- 5) 과거력: 10년전 시어머니와의 불화로 인한 鬱症 및 消化不良으로 본원에서 진료 받음
- 6) 가족력: 없음
- 7) 현병력: 8년전부터 便秘가 있어 빈센트 병원에서 지속적으로 변비약 처방을 받아 복용하던중 4년전부터 가끔씩 복부에 통증 생기고 변비 호전이 없어 여러병원에서 검사를 시행하였으나 특이 소견이 없었다. 증상이 심해지면 상황에 따라 대증요법으로 치료하였는데, 2004년 초부터 대변양상의 변화(燥屎와 軟便 교대)가 생겨 2004년 6월 대장내시경검사를 받고 용종절제술 시행하였다. 2004년 11월부터 일상생활이 불가능할 정도의 腹痛과 大便難 심해져 서울대학교 부속병원에 입원하여 식도내압검사와 항문내압검사, 복부 CT 촬영을 하였으나 특이한 사항 없었다. 이후 과민성대장증후군 진단을 받고 지속적으로 서울대 병원에서 외래 통원치료 하였으나 증상 호전 없어 2005년 1월 7일 본원 외래 방문하였다.

### 8) 검사소견

① Defecography ( 2004/ 11/ 17 )

<Finding>

Barium paste를 anus를 통해 주입한

후 study protocol에 의해 defecography를 시행. Defecation 후 residual barium paste의 양은 negligible amount. Resting 시, straining시의 anorectal angle은 영상에 기록함. Resting 시에 비해 straining 시의 anorectal angle의 증가는 10도임. Defecation시 anorectal junction의 descent는 4.3cm임.

<Conclusion>

Anterior rectocele.

② Abdomen & Pelvis CT ( 2004/ 11 /24 )

<Finding>

CT에서 periumbilical pain의 원인을 시사할 만한 finding은 찾지 못하였음. Liver에 simple cyst가 있으며 pelvic cavity flow에 small calcified nodule이 있는데 이는 아마도 subserosal myoma가 calcification되면서 떨어져 나와서 굴러다니는 것으로 추정됨. Rightmiddle lobe에 diameter 0.3cm의 small nodule이 있으며 다른 malignancy의 risk factor가 없다면 significance 없는 병변임. SMA와 celiac axis의 orifice에 major stenosis는 없으므로 mesenteric ischemia의 evidence가 없음.

<Conclusion>

Periumbilical pain의 원인을 시사할 만한 finding은 찾지 못하였음.

③ 일반혈액검사( 2004/ 11/ 17 ): 이상없음

④ 일반생화학검사( 2004/ 11/ 17 ): 이상없음

⑤ 뇨검사 ( 2004/ 11/ 17 ): 이상없음

⑥ 대변검사 ( 2004/ 11/ 17 ): 이상없음

9) (서양의학적) 진단명 : Irritable Bowel Syndrom

## 2. 치료방법

### 1) 한약치료

大七氣湯加減: 三稜, 蓬朮, 青皮, 陳皮, 藿香, 益智仁, 香附子, 白朮, 白芍藥, 唐木香, 炙甘草 각 4g(하루 3첩 식후 3회 분복)

2) 침치료: 胃正格(解谿 陽谷 補, 臨瀆 合谷 瀉)

3) 양약치료: 하지 않음

## 3. 치료경과

• 2005년 1월 7일(초진)

환자는 다른 체격의 매우 예민한 성격의 여환으로 처음 외래 래원시 세끼 모두 식사 가능하였으나 배고픔을 느끼지 못하였고 식사량도 밥공기(찰밥) 1/3정도였다. 음식을 먹으면 소화되지 않고 명치 끝에서 막힌 듯한 답답함을 종종 느꼈다. 복진시 흉골부와 臍部間이 단단하였고 특히 배꼽주위가 팽팽히 긴장되어 있었으며 腹中塊物도 촉진이 되었다. 시도 때도 없이 복부 전반에 걸친 통증이 있었는데 특히 臍周圍와 小腹部에는 심한 壓痛 및 당기는 듯한 통증을 호소하였다. 하루에도 6-7회정도 排便하였는데 식후에는 젓가락처럼 가는 변으로 나오다가도 중간중간 염소변 형태로, 무른 변과 燥屎양상의 변이 교대로 나타났고, 배변후에 항상 잔변감이 남아있어 매달린듯한 느낌이 있다고 호소하였다. 1회 평균 배변시간은 30분 정도였으며 노력해서 힘을 주어야만 배변이 가능하였다. 복부 팽만감 또한 심하였는데, 전반적으로 가스 배출은 잘 되었지만 배안에 가스가 가득 찬 느낌은 관장을 해도 좋아지지 않았다. 四診上 환자 예민하여 쉽게 잠들지 못하여 不眠症에 시달렸고 面

黃白, 疲勞, 口渴(특히 밤에 심함)증상이었으며 舌乾裂白苔, 脈有力하였다.

• 2005년 1월 12일

환자 호소하던 복통 절반으로 감소하였으며 복진상 전반적으로 복부 긴장되어 있지만 초진때보다는 한결 유연해진 느낌이었다. 식사량은 거의 비슷하였으나 가끔 배고픔을 느끼기 시작하였다.

• 2005년 1월 17일

배변습관과 대변의 양상이 조금씩 변화하기 시작하여 중간중간 조시양상의 배변 횟수가 감소하였고 식후의 배변 굳기도 다소 단단해졌으며 양상은 한손가락 정도의 굵기로 굵어졌다. 배변횟수도 하루 3-4차례로 줄어들었으나 잔변감은 전혀 변화가 없었다. 복부 통증도 이전보다 나아진 상태로 식사량이 1/2공기 정도 증가하였다.

• 2005년 1월 25일

식사때가 되면 배고픔이 느껴져 식사

를 하였고 식사량도 2/3공기로 늘어났다. 복진시 제주위와 소복부는 다소 단단한 느낌이 있었으나 압통은 없었고 위완부 긴장감은 느껴지지 않았으며 복통은 거의 소실되었다. 하루 2회 정도 배변하였으며 조시양상의 변은 소실되었다. 굵기는 1월 17일과 큰 변화는 없었다. 불면증과 잔변감은 변화 없었다.

• 2005년 2월 14일

복통 재발 없었으며 소복부 당기는 듯한 통증도 감소되었으며 복진시 전반적인 긴장감은 소실되었다. 식사량은 2/3공기 유지하였고 식욕 또한 양호하였다. 1-2일에 1회정도 배변하였으며 배변시간은 10-15분 정도로 단축되었고 배변 양상도 정상인 굵기(손가락 2-3개 정도)와 비슷해졌다. 잔변감에는 큰 변화가 없었다. 복부팽만감은 관장을 하지 않을 정도로 호전되었다.

Table 1. Change of Stool Condition

	1월 7일	1월 12일	1월 17일	1월 25일	2월 14일
Loose stool	2-3	2-3	1-2	1-2	0
Scybalous stool	2-3	2-3	1-2	0	0
Normal stool	0	0	0	0	0-1

Table 2. Change of Clinical Symptoms

	1월 7일	1월 12일	1월 17일	1월 25일	2월 14일
Abdominal pain	+++	++	+	-	-
Abdominal distention	+++	++	+	+	±
Tooth-past squeeze	+++	++	++	+	±
Remainder	+++	+++	+++	+++	+++
Anorexia	+++	++	+	±	-
Dyspepsia	++	+	+	±	-

+++ : severe ++ : moderate + : mild ± : trivial

### Ⅲ. 考 察

소화기질환 검사방법으로 기질적인 질

병이 증명되지 않지만 증상을 지속적으로 호소하는 경우를 총망라하여 기능성 위장장애(Functional Gastrointestinal Disturbance, FGID)라 한다. 기능성 위

장장애는 환자가 호소하는 증상에 따라 상부위장관 기능장애와 하부위장관 기능장애로 분류하며, 이를 각각 비궤양성 소화불량증(Non-Ulcer Dyspepsia, NUD)과 과민성 대장증후군(Irritable Bowel Syndrome, IBS)이라 칭한다<sup>2)</sup>. 이중 과민성대장증후군은 특별한 기질적인 병변 없이 복통과 배변습관의 변화를 특징으로 하는 하부 위장관 기능성 위장장애의 대표적인 질환이다<sup>9)</sup>.

본질환은 소화기내과에서 가장 흔하게 접할 수 있는 기능성 소화기 질환으로 소화기 전체 환자의 70-80%, 전체 인구의 약 20%에서 발생하며 농촌보다는 도시에서 발병률이 높고 과거에 비하여 점차 증가추세를 보이는 현대 문명성 질환으로 인종적으로는 백인종이나 유태인에 그리고 여성이 남성에 비해 2-3배 이상 호발하는 질환으로 알려져 있다<sup>10)</sup>.

이렇듯 과민성 대장 증후군은 임상에서 흔히 접하는 질환중의 하나이지만 그 발생기전은 아직 불명확한 상태이다. 그러나 가능한 원인으로 평활근의 기능이상, 위장관호르몬과 장신경계·중추신경계등의 이상, 음식물에 대한 이상반응, 독소, 프로스타글란딘, 장관팽창, 병리적으로 장관운동성의 변화 통증 지각에민도의 변화<sup>10)</sup>, 내인성 감염과 항생제의 남용<sup>11)</sup>, 분만이나 자궁 절제후의 anal sphincter damage<sup>12)</sup> 및 스트레스의 정신적 요인<sup>13)</sup> 등이 거론되고 있다.

과민성대장증후군의 임상증상은 복통, 장명, 복부팽만감, 변비, 설사, 변비와 설사의 교대, 점액변, 하복부동통, 우상복부 불쾌감 등의 위장관 증상과 두통, 현훈, 월경부조, 심계항진, 도한, 불안, 초조, 우울, 수면장애 등 신경정신적 증상

을 나타낸다<sup>2,14)</sup>. 복부증상은 환자에게 가장 흔한 증상으로 전체 환자의 50%에 관찰되며 복부증상은 배변장애나 자율신경증상보다 높은 빈도를 차지한다. 과민성대장증후군의 복통과 복부팽만감, 복부불쾌감은 장관내에서 생성되는 가스보다는 장벽의 수축으로 인한 내압의 증가에 의한 것으로 추정한다<sup>15)</sup>. 과민성 대장 증후군 환자에서 내장 지각의 증가는 회장, 결장, 직장에서의 풍선 팽창시 과도한 민감도로 나타나는데 이러한 팽창에 대한 민감도 증가는 장운동 반응의 증가와 동반된다. 이러한 현상은 과민성 대장증후군 환자에서 정상인과 같은 양의 장내가스를 가지고도 팽만감을 호소하는 것으로 설명할 수 있다<sup>16)</sup>. 복통의 강도와 위치는 다양하여 하복부가 25%, 우측과 좌측이 각각 20%, 심와부가 10%를 차지한다. 대개 일시적이고 경련성이지만 지속적으로 나타나는 경우도 있다. 통증의 강도는 무시할만한 정도에서 일상 생활이 불가능할 정도까지 나타난다<sup>17)</sup>. 배변습관의 변화는 과민성 장 증후군의 특징적인 증상으로 역시 대장의 장관운동과 관련이 있다. 본질환에서는 수축만하는 경련형과 수축기가 없는 이완형이 있는데 경련형은 80-90%가 복통을 수반하고 변비나 변비설사 교대형 배변장애를 일으키고 이완형은 무통형으로 설사형 배변장애를 야기한다<sup>18)</sup>. 이러한 증상은 대개 성인에서 시작되며 변비는 초기에 일시적일 수 있지만 시간이 지날수록 지속적으로 변화하여 완화제에 반응하지 않게 된다. 대변은 경련과 함께 대장내 체류시간이 길어짐에 따른 수분저하로 단단하고 가늘어진다. 대개 잔변감을 느끼게 되어 다시 화장실을 찾게

된다. 변비가 주증상으로 나타나는 경우에는 수주 내지 수개월 동안 지속되는 가운데 설사가 짧은 기간동안 나타난다. 설사가 주증상인 경우에는 200ml이하의 작은양의 무른 변을 호소한다. 또한 상부위장관 증상을 호소하는 25-50%의 환자도 있는데 이는 대장의외 장관이 관여함을 시사한다<sup>17)</sup>.

과민성대장증후군은 특징적인 이상이 발견되는 것이 아니므로 진단은 부합하는 임상 양상과 다른 기질적 질환을 배

제하는 방법이 사용된다. 진단에 있어 병력 청취는 필수적이지만 본 질환의 증상을 객관적으로 측정하고 평가한다는 것은 사실상 매우 어려운 일이다. 따라서 각 세부증상에 대한 자기보고가 증상 측정을 위한 최적의 방법으로 제안되어 왔는데 현재 통용되고 있는 진단 기준은 Rome II (Table 3)에 의한다. 이외 내시경검사, 대장 X선검사, 직장경검사, 초음파검사, 소변검사, 대변검사 등이 모두 정상이어야 한다<sup>1,3)</sup>.

Table 3. Rome II Criteria

지난 12개월 내에 연속적일 필요 없이 최소 12주 동안 다음과 같은 증상이 있을때	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 복부 불편감 및 복부통증</li> <li>2. 다음 중 2가지 이상 동반             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 배변에 의해 경감됨</li> <li>b. 대변 빈도 혹은 경도의 변화와 연관됨</li> <li>c. 대변의 형태, 모양 변화와 연관됨</li> </ol> </li> </ol>
IBS 진단에 필수적이지는 않지만 IBS의 진단적 확신을 높여주는 증상들	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1주에 3회 미만배변</li> <li>2. 하루에 4번 이상 배변</li> <li>3. 딱딱하고 덩어리진 변</li> <li>4. 흐르는 혹은 물 같은 변</li> <li>5. 배변 동안 힘을 써야 함</li> <li>6. 긴급성</li> <li>7. 다보고 난 후에도 개운치 못함(잔변감)</li> <li>8. 배변동안의 점액의 흐름</li> <li>9. 복부가 팽창 느낌, 복부팽창</li> </ol>

과민성대장증후군은 임상증후발현의 특징으로 보아 한의학적으로는 대개 七情泄, 虛泄, 氣秘, 氣滯腹痛 등의 질병범주에 속해있다고 볼 수 있다. 주된 원인으로는 七情所傷이나 脾胃氣虛이며 飲食傷 勞倦傷 六陰所虛 등이 유발요인이 되고 장부적으로는 脾 心 大小腸이 직접적인 관련장기에 해당된다. 七情 중 특히 '怒憂思悲'는 脾胃의 氣機를 문란하게 하는데 怒傷肝 肝氣犯胃, 思傷脾者 氣留不行 積爲中脘 不得飲食 腹脹滿 四肢怠臥, 思則氣結, 憂傷肺 心係急 上焦閉榮衛不通 夜臥不安, 愁憂者 氣閉塞而不行 등의

병리로 脾胃에 직접 혹은 肝 肺 心の 氣機이상이 脾胃에 영향을 미쳐 脾胃의 정상적인 運化 및 腐熟작용이 失常함으로써 발병하게 된다. 또한 脾胃氣虛하면 水穀과 水濕의 運布기능이 실조되어 胃脘痛 腹脹 泄瀉 便秘 後重 등의 증후가 나타나는데 복통은 左下腹部에 寒性疼痛의 임상양상을 보인다<sup>20-23)</sup>.

한의학적 변증분석 역시 배변장애와 복부증상이 중심이 되고 있는데, 원<sup>24)</sup>등은 과민성대장증후군의 변증을 肝鬱脾虛, 脾胃虛弱, 脾腎陽虛, 肝脾不調, 氣滯濕阻, 脾胃陰虛으로 정리하였으며 肝鬱

脾虛型和脾胃虛弱型이 비교적 높은 빈도를 차지하여 肝鬱脾虛型에는 疏肝理氣燥濕建脾하는 通瀉要方이, 脾胃虛弱에는 健脾護胃 滲濕止瀉하는 七味白朮散, 四苓百朮散의 활용이 가능하다고 하였다. 류<sup>6)</sup>에 의한 논문에서도 과민성대장증후군은 주로 肝鬱脾虛, 肝氣乘脾, 脾胃虛弱, 寒濕留滯, 脾腎陽虛, 氣滯濕阻 등이 자주 거론되고 있다.

본 증례의 환자는 초진시 복진에서 흉골부부터 배꼽부위까지 견경하여 단단함이 느껴졌고 특히 臍周圍 痛症과 壓痛, 少腹部 당김 증세 및 心窩部 痞悶감이 있었으며 大便不利뿐 아니라 排尿時에도 少腹部의 빠근한 증상과 함께 殘尿感を 호소하여 肝鬱脾虛, 脾胃虛弱, 脾腎陽虛 등의 虛症만으로 보기에 다소 무리가 있다. 또한 2004년 12월부터는 약10여년 동안 반복되던 증상이 매우 심해져 일상생활이 불가능할 정도였고 이로 인한 스트레스가 울증으로 변해 항우울증 치료를 병행할 정도로 매사 짜증이 늘어났으며 더욱 예민한 성격이 되었다. 상기 증상군외에도 관장을 해도 좋아지지 않는 腹部膨滿感, 배고픔을 느끼지 못하는 증상, 口渴, 舌乾裂白苔, 脈有力 등을 근거로 하여 瘀阻腸絡에 의한 氣滯腸導로 변증하였다. 이에 消積하면서 破瘀血하는 대표적인 방제중 하나인 大七氣湯에서 桔梗과 肉桂를 除하고 白朮 白芍藥 唐木香을 가하여 처방하였다.

大七氣湯은 동의보감에 '六聚宜用散聚湯, 香稜丸, 大七氣湯, 大阿魏丸, 大安丸', '積初爲寒, 宜辛溫消導, 大七氣湯, 烏梅丸, 阿魏丸, '治五積六聚, 心腹脹痛, 二便不利' 이라 기록되어 있다. 현대에 이르러서는 大七氣湯의 암세포에 대한 효능

에 관해 중점을 두고 연구를 진행하고 있는데<sup>4,5)</sup> 비록 본 증례의 환자에서 종양이나 이와 비슷한 유형의 물질이 발견되지는 않았어도 心窩部 痞悶, 腹部膨滿感和 腹中塊物, 복부 전반에 걸친 긴장감, 臍周圍 痛症과 壓痛, 大便不利 및 食慾不振 脈有力 등의 임상적인 특징을 볼 때 積聚의 양상이 있음을 알 수 있다. 內經에서는 積聚에 관해 '帝曰 人之善病腸中積聚者, 何以候之. 少俞答曰, 皮膚薄而不澤, 肉不堅而潤澤, 如此則腸胃惡, 惡則邪氣留止, 積聚乃成, 腸胃之間寒溫不次, 邪氣稍之, 蓄積留止, 大聚乃起', '寒氣客於小腸, 膜原之間, 絡血之中, 血滲, 不得注於大經, 血氣稽留不得行, 故宿昔而成積矣.'라 하였고 원인에 대하여는 '六鬱爲積聚癥瘕痞癖之本'이라 밝힌바 있다. 또한 발생 부위에 대해서는 '凡痞塊積聚在中, 爲痰飲. 在右位食積, 在左位血積. 夫左位血塊, 右位食積, 中爲痰飲, 此言誠然. 夫左關肝膽之位 主藏血液, 右關脾胃之位, 主藏飲食, 中間則爲水穀出入之道路, 所以左爲血塊, 右位食積, 中位痰飲, 其理昭然'이라 하였다. 그 치법에 대해서는 '治積, 當察其所痛, 以知其病有餘不足, 可補可瀉, ... 詳臟腑之高下, 如高者越之, 結者散之, 客者除之, 留者行之, 堅者削之, 强者奪之.', '凡積病, 不可用下藥, 徒損真氣, 病亦不退, 當用消積藥, 使之融和 卽 自消除根矣.'라<sup>25)</sup> 하여 積聚에도 實證과 虛證이 있으며 이에 따라 補法과 瀉法을 적절히 가려내야 한다고 하였다. 본 환자의 경우 8년전부터 증상의 반복이 있었고 1개월전부터 증상이 악화된 것이므로 다소 온화한 大七氣湯加減方을 투여하는 것이 적절하다고 사료되었다. 투여 후 환자의 心窩部 痞悶, 腹部膨滿感和 복부

전반에 걸친 긴장감, 臍周圍 痛症과 壓痛, 軟便과 燥屎의 반복과 교대 및 食慾不振 등의 증상이 거의 호전되었고 증상의 호전에 따른 환자의 심리적인 불안감도 안정되었다. 현재 양방에서는 과민성 대장증후군에 대한 뚜렷한 치료방법을 제시하지 못하고 있는 실정이고, 또한 본 환자 역시 여러 가지 양방적 대증치료를 받던 중 증상이 악화가 되어 본원을 찾은 만큼 이를 한의학적 변증을 통하여 증상완화와 함께 환자에게 만족감을 주었다는 것은 의의가 크다고 하겠다. 하지만 증상 중 잔변감의 불완전 해결과 과민성대장증후군에 대한 大七氣湯의 더 다양한 증례수집이 과제로 남아 있어 앞으로 더 많은 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

#### IV. 結 論

과민성 대장증후군으로 진단받은 환자를 瘀阻腸絡 氣滯腸導로 辨證하고 大七氣湯加減方을 처방하여 腹痛, 大便不利 및 諸般 症狀에 호전이 있었기에 보고하는 바이다

- 투 고 일 : 2007년 01월 25일
- 심 사 일 : 2007년 02월 01일
- 심사완료일 : 2007년 02월 06일

#### 參 考 文 獻

1. 김기환 등. 소화기학원론. 서울: 서울대학교출판부; 1998. p. 208-10, 83-196
2. 서울대학교. 서울: 서울대학교출판부; 1993. p. 83-196
3. 이종철. 대장의 운동성질환. 대한 소화기병 학회지. 1991; 23(2): 345-348
4. 우홍정, 이장훈. 대철기탕의 항암효과에 대한 연구. 대한한방내과학회지. 1999;20(2):182-195
5. 하지용 등. 대철기탕이 항암, 면역조절작용 및 apoptosis에 미치는 영향. 동의생리병리학회지. 2001;15(1):111-124
6. 류수택 등. 하부위장관 기능장애 치료의 한의학적 접근방법에 관한 연구. 대한한방내과학회지. 2000;21(1): 162-168
7. 윤상협, 김윤범. 과민성대장증후군에 대한 가미분심기음의 임상적 연구(통계). 대한한방내과학회지. 2000;21(3): 355-365
8. 백태현, 김달래. 과민성대장증후군 환자에 대한 DITI의 응용연구. 2000; 21(1):7-12
9. Eugene Braunwald et al. Harrison's Principle of Internal Medicine 15th edition. MIP: 2003. p. 1743-1746
10. Bommelaer G et al. Epidemiology of the irritable bowel syndrome. Gastroenterol Clin Biol 1990;14(5):9c-12c.
11. Mendall MA, Dumar D. Antibiotids use, childhood affluence and irritable bowel syndrome(IBS). Eur J Gastoenterol Hepatol. 1998;10:59-62.
12. Dancey C.P, Taghavi M, For RJ. The relationship between dily stress and symptoms of irritable bowel syndrom. J Psychosom Res.



- 1998, p. 44, 537-45
13. Levy RL et al. The relationship between daily life stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *J Behav Med.* 1997;20, p. 177-93
  14. 문석재 등. *신비계내과학*. 익산:원광대학교 출판국;1996, p. 482-495
  15. Maxton DG, Martin DF, Whorwell PJ. Abdominal distension in female patients with irritable bowel syndrome: exploration of possible mechanisms. *Gut* 1991; 32(6):662-4
  16. Eugene Braunwald et al. *Harrison's Principle of Internal Medicine* 13th edition. 도서출판정담; 1997, p. 1527
  17. Eugene Braunwald et al. *Harrison's Principle of Internal Medicine* 15th edition. MIP; 2003, p. 1743-1746
  18. 이종철. 기능성 위장장애. *가정의학회지*. 1992;13:112-6
  19. Thompson et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. 1999. *Gut*.(45): 1143-1147
  20. 문준전, 안규석, 최승훈. *동의병리학*. 서울: 고문사; 1993, p. 57-62
  21. 장백수 등. *중의내과학*. 북경: 인민위생출판사; 1889, p. 7-8
  22. 김상호. *동의신경정신과학*. 서울: 행림출판사. 1984, p. 57-61
  23. 서복림, 전유근, 오두환. *비위이론과 임상*. 장사: 호남과학기술출판사; 1990, p. 59-60
  24. 원태희, 문석재, 문구. 과민성대장증후군의 한의학적 인식에 대한 고찰-병인병기와 변증시치를 중심으로-*대한한학회지*. 1993; 14(1): 196-206
  25. 허준. *동의보감*. 서울: 대성문화사. 1992: 잡병편: p. 302-305