

肺癌의 東西醫結合治療에 關한 文獻的 考察

黃 忠 淵*

肺癌의 治療法에 대해 西醫治療 東醫治療 東西醫 結合治療에 대해 最近文獻을 中心으로 考察해 본 結果 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 肺癌의 西醫治療法은 小細胞癌(SCLS)과 非小細胞癌(NSCLC)으로 나누어 分期 및 症狀에 따라 手術治療 放射線治療 化學治療를 單獨으로 또는 두가지 이상 複合해서 活用한다.
2. 肺癌의 東醫治療는 初期, 中氣, 末期로 나누어 扶正祛邪, 功補兼施, 氣血雙補의 治法을 쓰거나 症狀에 따라 肺脾氣虛型, 肺熱陰虛型, 濕痰瘀阻型, 氣血瘀滯型, 氣陰兩虛型으로 分하여 辨證施治하거나 혹은 單味 또는 復方으로 對證治療를 한다.
3. 肺癌에 對한 東西醫結合治療를 함으로써 生存率이나 生存의 質에 있어서 顯著的 向上이 있는데 手術後 東西結合治療는 手術後 回復力을 促進시키고 生存率을 높였다. 放射線治療와의 結合治療는 放射線治療에 의한 毒副作用을 減少시켜 治療效果를 높이고 生存率을 높였다. 化學療法과 東醫結合治療는 化學療法의 毒副作用을 輕減시키고 生存의 質과 生存率을 높였다.

以上の 結果로 보아 肺癌의 治療는 診斷에서부터 治療의 全過程을 通해서 西醫治療와 東醫治療를 結合하여 綜合治療를 하므로써 肺癌의 治療效果를 높일 수 있는 새로운 治療法으로 계속적인 研究가 必要할 것으로 思料된다.

* 圓光大學校 韓醫科大學

※ 본 논문은 1995년 9월 19일 대한한의학회에 제출된 논문임.

ABSTRACT

Bibliographic Study on the Therapy of Lung Cancer by Integrated Oriental and Western Medicine

Whang Choong-Yeon, Oriental Medical school of
Wonkwang University

The following conclusions were obtained after bibliographic investigation on the therapy of lung cancer by western, oriental, and integrated oriental and western medicine.

1. Lung cancer is classified into small cell lung cancer(SCLC) or non small cell lung cancer(NSCLC) in the treatment by western medicine, and applied with the means of surgery, radiotherapy and chemotherapy alone or combined, depending on the stage and the symptom.
2. Treatment by oriental medicine includes the means of strengthening body resistance to dispel pathogenic factors(扶正祛邪), combined approach of reinforcement and expulsion(攻補兼施), and reinforcing both qi and blood(氣血雙補), depending on the initial, middle, and terminal stage. And also treatment based on differentiation of symptom(辨證施治) is applied according to the type of symptom; deficiency of qi of both lung and spleen(肺脾氣虛), heat symptom of lung by deficiency of yin(肺熱陰虛), stagnation of damp-phlegm and blood(濕痰瘀阻), stagnation of qi and blood(氣血瘀滯), deficiency of both qi and yin(氣陰兩虛). Single or combined herb drug is used according to the symptom.
3. Treatment by integrated oriental and western medicine improved survival rate and quality of life. It promoted recovery and improved survival rate in the patients receiving surgery. Integrated radiotherapy and oriental medicine treatment reduced adverse effect by radiotherapy and improved therapeutic effect and survival rate. Integrated chemotherapy with oriental medicine treatment reduced side effect by chemotherapy and improved quality of life and survival rate.

These results suggest that therapy of lung cancer should be applied with integrated oriental and western medicine from diagnosis to treatment for promoting therapeutic effect. And further study on this therapy should be ensued.

I. 緒論

癌은 高血壓, 腦血管疾患, 心臟病 等과 더불어 多發하는 成人病의 하나로 다른 疾患에 비해 發病하면 死亡率이 높아 癌의 正복은 21世紀에 세계의 과학자들이 해결해야 할 가장 重要한 일 중의 하나로 認識하고 있다.

癌의 全體的 發生 水準을 보면 1986-89년에 남자 인구 10만명당 180명 女子 인구 10만명당 115명 전후로 일년에 약 55000~60000명의 새로운 癌 患者가 發生할 것으로 推定된다. 國際間 地域間 比較를 위해 각 대상 인구의 年齡別 構造와 동일하도록 하여 보정산출한 표준화율에 의하면 癌發生은 남자 인구 10만명당 225명 여자는 140명 정도로 추정하는데 이러한 發生 水準은 1978-82년 美國 (Connecticut주 백인 남자 318, 여자 263, 日本 오오사카 남자 245, 여자 152, 中國 상하이 남자 245, 여자 156)에 비해서는 낮고 인도(봄베이 남자 145, 여자 126)에 비해서는 높다²⁾.

肺癌은 20世紀 들어 세계적으로 急激히 增加하여 1950년대 後半에는 이미 미국 영국 등 선진국에서는 男性 癌中 1위를 차지하고 女性에서도 1987년에는 乳房癌을 추월하여 남녀 공히 1위의 암이 되었다. 한국에서는 보사부가 92년 집계한 104개 大形 病院에서 診療한 癌患者 55029명을 보면 男子가 56%였고 女子가 44%

였다. 性別, 臟器別 환자 분포를 보면 전체적으로는 胃癌 23.4%, 肺癌 11.5%, 肝癌 10.6% 順이었고 男子은 胃癌 28%, 肺癌 16%, 肝癌 15% 順이었고 女子는 子宮癌 22.2%, 胃癌 17.5%, 乳房癌 11.5%, 大腸癌 7.4%에 이어 5위를 차지하였는데 肺癌의 경우는 10년전에 비해 3배나 늘어 現在의 趨勢로 增加한다면 머지 않아 先進國型으로 變化할 것이다.¹⁾

發生 樣相은 20세 이전에는 매우 드물게 發生하다가 그 後부터 年齡이 增加하면서 發生率도 幾何級數的으로 증가하는데 특히 男子에서는 65세까지 매 5세 간격마다 2-3배씩 증가하여 70-74세에서 가장 높은 發生率을 보여 338.1에 이른다. 女子에 있어도 연령 증가에 따른 上升이 남자에서와 같이 현격하지는 않으나 35세 以後 急激히 增加하여 70-74세에서 가장 높다.²⁾

국제 比較를 위한 표준화율은 남자 42.0 여자 10.6이었는데 이런 發生 水準은 中國(상하이 남자 54.7, 여자 18.5)보다 낮고 日本(오오사카 남자 36.5, 여자 10.5)보다는 약간 높다. 癌에 의한 死亡 樣相을 보면 1989년 전체 사망자 중 癌에 의한 死亡 占有率이 남자 22.4%, 여자 22.1%로 선진국의 23%와 비슷하다. 年齡別로 보면 39세까지는 占有率이 급격히 增加하여 55-69세에는 死亡者 3명중 1명은 癌死亡者이다.²⁾

發生 要因 및 危險 要因으로는 電離 放射線

(Ionizing Radiation), 吸煙, 바이러스, 藥物, 飮食物 등을 들 수 있으나 肺癌의 病因으로는 첫째로 吸煙을 들 수 있으며 職業性 因子로 비소, 석면, 크롬, 니켈, 석탄, 焦油 등이 있고 電離放射線(Ionizing Radiation), 대기오염 등을 들 수 있다. 이러한 外的 因子 외에 個體 免疫 機能의 低下, 代謝 障礙, 內分泌 機能 紊亂과 遺傳的 因子 등이 합쳐져 癌을 일으키는 병인이 된다.^{2,3,4)}

東醫에서는 正氣가 傷하여 肺氣가 虛해지면 邪毒이 肺에 侵犯하여 肺의 宣降作用을 잃게 되므로 壅鬱하여 不暢하고 脈絡이 阻塞되어 氣滯血瘀가 되고 痰濕이 內聚하여 腫塊가 形成된다고 하여 氣滯, 血滯, 熱毒, 濕, 痰 등의 邪氣가 오래되어 積을 이룬다고 하였다.^{4, 5)}

癌에 대한 治療는 確診後 手術이 可能하면 우선 手術로서 根治을 시키며 轉移 및 再發을 防止하고 남아 있는 癌細胞들을 死滅시키기 위해 化學療法과 放射線 治療 등을 하게 되는데 肺癌은 確診時에 벌써 III-IV기가 대부분이 되므로 手術이 可能的인 경우는 1/4에 불과하다.²⁾

東醫 治療는 病의 진행 경과에 따라 초기에는 解毒祛邪 위주로 中期에는 攻補兼施의 治法을 쓰며 末期에는 氣血雙補의 治法으로 治療하거나 病의 症狀에 따라 肺脾氣虛型, 肺熱陰虛型, 痰濕瘀阻型, 氣血兩虛型으로 分型하여 辨證施治하거나 單方, 湯藥, 成藥 등을 써서 治療한다. 그러나 腫瘍의 治療는 西醫 治療나 東醫 治療만으로는 治療에 一定한 한계와 장단점이 있다.^{4,5,6,7,8,9,10)}

西醫 治療는 手術이 불가능한 경우가 많고 化學治療나 放射線治療 도중에 患者가 治療 과

정을 수용하지 못하고 毒副作用으로 인해 治療를 中斷하는 경우가 30%나 되며 治療를 마치는 70%도 腫瘍 細胞는 어느 정도 억제되지만 個體의 免疫 機能이나 身體的 機能이 현저하게 저하되어 生存率은 延長되지만 生存의 質은 매우 나빠진다¹⁵⁾.

東醫 治療는 扶正祛邪가 治療 原則이 되므로 初期에는 祛邪 위주로 治療하며 中慢期에는 扶正抗癌爲主로 治療하므로써 一定한 治療 效果를 거두지만 客觀的인 精確한 診斷이 어렵고 癌細胞에 對한 직접 抗癌 作用은 약하다. 그러나 각각의 治療의 부족한 부분을 보충하므로 生存 期間이나 生存率이 높아지고 生存의 質도 높아진다는 보고가 계속 발표되고 있다. 이에 著者는 肺癌에 대해 東西醫學에서의 治療法을 살펴보고 臨床的으로 結合 治療의 效果에 대해 살펴봄으로써 最善의 癌治療 方法을 찾아보고자 한다.

II. 本 論

1. 肺癌의 病因 病理

1.1 一般的인 病因^{2,3,10)}

1) 흡연 : 흡연은 폐암의 원인중 가장 확실하고 주요한 원인이 된다. 담배 연기 중에는 22종의 발암 물질이 있어 폐암뿐만 아니라 인후구순암 등을 유발한다고 한다.

2) 직업성 인자 : 비소 工人은 정상인에 비해 8배의 폐암을 일으키며 석면 工人은 정상인에 비해 15배나 암발생율이 높다. 크롬산염을 접

촉하는 공인은 정상인보다 폐암 사망률이 5-25 배까지 높다. 니켈접촉 공인은 비암이나 폐암 사망률이 일반인에 비해 6배 이상 높다. 그밖에 연기 탄 기름 기타 연소 산물 등도 폐암을 유발시킨다.

3) 전리 방사선(Ionizing Radiation)

전리 방사선은 암을 유발시킬 수 있는 요인으로 가장 많이 연구된 것으로 거의 모든 종류의 암이 유발될 수 있다고 알려져 있다. 전체 암종의 30% 정도는 전리 방사선에 의한 것으로 추정되는데 자연 방출 전리 방사선, 의학적 폭로, 직업적 폭로, 원자력 발전 및 핵무기 사용에 의한 폭로가 있다.

4) 대기오염 : 공업의 발달로 발암성이 있는 공업 원료 물질이나 생산품 등으로부터 나오는 암물질들이 대기를 오염시키고 자동차 매연 폐기 가스나 건설 현장에서 나오는 gas 등이 대기를 오염시켜 폐암을 비롯한 각종 암을 유발시키는 원인이 된다.

5) 생물학적 인자 : 분자생물학의 발전으로 폐조직의 암발생은 세포 유전 물질과 유관함이 밝혀지고 있다. 유전물질중 염색체 손실이나 중복 배열 돌연변이도 암을 유발한다.

1.2.東醫學的인 病因 病理

東醫學的 病因病理를 보면 <<雜病源流犀燭>>에 “邪積胸中, 阻塞氣道, 氣不得通, 爲痰, …… , 爲血, 皆邪正相搏, 邪既勝, 正不得制之, 遂結成則形而有塊.”라 하여 正氣가 虛損하면 邪氣가 肺에 侵犯하여 胸中에 鬱結하면 肺氣도 膜鬱하여 宣降의 기능을 잃으므로 積聚하며 痰을 이루고 痰이 凝結되면 絡脈에 瘀阻하므로 오래

되어 塊를 이루어 폐암이 된다고 하였다. 구체적인 病機는 正氣內虛, 邪毒侵肺, 熱毒內蘊, 痰濕內聚, 氣血瘀滯, 陰陽失調 등으로 分하여 說明하고 있다^{4-6,11)}.

2. 肺癌의 分型과 症狀

2.1. 腫瘍 發生 部位에 따른 分型^{2,10)}

1) 중심형 폐암

대부분 편평세포암과 소세포암으로 분절(Segment) 이상의 지기관에 발생하며 기관지경으로 관찰할 수 있는 기관지 내에 병소를 가지며 기침, 객혈, 호흡곤란, 흉통 등 호흡기계 증상이 주로 나타난다. 종양에 의해 기관지가 폐색되면 호흡곤란이 생기는데 이때는 천명음(wheezing)이 동반되거나 무기폐의 소견을 보이는 경우가 많다. 폐암이 기관지 또는 혈관주위의 신경을 침범하면 흉통이 생기는데 심하지 않으며 심부의 둔통이 있다.

2) 말초형 폐암

대부분 선암과 대세포암으로 분절 이하의 지기관에 발생하며 중심형 폐암과는 달리 진단 당시 호흡기 증상이 없고 다른 이유로 촬영한 흉부X선 상에서 발견되는 경우가 많다. 암이 진행되면 흉통과 해수 및 흉수로 인한 기흉증상이 있다.

3) 미만형 폐암은 세기관지나 폐포에 발생하며 양측 폐에 미만형으로 분포된다.

2.2. 腫瘍의 육안적 形態에 따른 分類⁴⁾

1) 관내형 : 종양이 비교적 큰 기관지강 내에 생겨 식육상이나 菜花狀으로 관강내로 향해 있다.

2) 관벽침윤형 : 종양이 비교적 큰 기관지 관벽을 침범해서 관벽의 주름이 소실되며 표면이 과립상 또는 육아상을 띤다.

3) 결절형 : 종괴가 원형이고 직경이 5cm 이하이다. 주위 경계가 분명하고 변연에 小分葉狀을 나타낸다.

4) 괴상형 : 종괴형상이 불규칙하고 5cm 이상이며 주위 조직과 경계가 불분명하고 변연에 大分葉狀을 나타낸다.

5) 미만침윤형 : 종양이 국한성 종괴를 형성하지 않고 미만성으로 폐엽이나 폐분절(Segment) 대부분을 침범한다.

2.3. 組織學的 分型 및 分型에 따른 症狀

(표1)

1) 폐암은 병리조직학적 소견에 의하여 편평세포암, 대세포미분화암, 소세포미분화암, 선암 등으로 분류할 수 있으며 소세포미분화폐암을 제외한 나머지 암을 총칭하여 비소세포암(non small cell carcinoma)이라 한다.

표 1. 폐암의 cell 조직학적 분형과 발생빈도

편평세포암 (Squamous cell carcinoma) - 35-50%
대세포암 (Large cell carcinoma) - 10-15%
선암 (Adenocarcinoma) - 15-35%
소세포암 (Small cell carcinoma) - 20-25%
선편평세포암 (Adenosquamous carcinoma) - 1%

2) 조직학적 분형에 따른 환자의 증상 (표2)

표 2. 조직학적 분형에 따른 환자의 증상

조직학적 아형	원발병소에 의한 증상	흉곽내 침윤에 의한 증상	원격전이에 의한 증상	종양수반 전신증상
상피세포암	++++	++	+	+
대세포암	+++	++	++	+
소세포암	++++	+++	+++	++
선 암	++	+	++	+

+ : 10% 미만 환자에서 관찰됨
 ++ : 10-25% 환자에서 관찰됨
 +++ : 25-50% 환자에서 관찰됨
 ++++ : 50% 이상 환자에서 관찰됨

소세포암은 비소세포암에 비하여 임상적 양상에 큰 차이를 나타내고 있는데 첫째, 이소성 호르몬을 분비하기 때문에 종양 수반 증후군(paraneoplastic syndrome)을 동반하는 경우가 많고 둘째, 성장 속도가 빨라 그 배가 시간이 30일 이내이고 셋째, 초기에 국소임파절이나 광범위한 원격 전이를 일으키므로 진단 당시 전신적 전이를 가지고 있는 경우가 대부분이며 넷째, 화학 치료나 방사선 치료에 아주 감수성이 높다. 다섯째, 병의 경과가 신속하게 진행되기 때문에 치료가 늦어지면 폐암중 예후가 가장 불량하다.

3. 肺癌의 診斷^{2,6,10}

3.1. 早期 診斷을 위한 定期 檢診 - 45세 이상의 흡연자는 정기 검진을 통해 조기 발견을 한다.

3.2. 胸部X선 檢査 - 흉부X선 촬영시 후전면 촬영(posterior anterior view)뿐만 아니라 측면 사진(lateral view)을 반드시 포함시켜 폐문부나 심장후부의 병소를 발견한다.

3.3. 喀痰 細胞 檢査

객담 검사는 검사물의 채취가 용이하고 진단율이 높으며 반복 시행을 할 수 있다는 장점이 있어 매우 유용한 방법이다. 전체 폐암의 60-75%가 객담세포 검사로 진단될 수 있다. 폐암의 위치가 중심형이고 종양의 크기가 크며 종양이 하엽에 위치하면 진단율이 높고 주위형이거나 종양이 말단의 큰 지기관에 있으면 종양 세포의 배출이 어려워 진단이 음성으로 나타나기도 한다. 객담검사시에는 반드시 2차의 양성 결과를 얻은 후에 영상진단 및 기타의 임상 검사와 결합하여 확진한다.

3.4. 氣管支鏡 檢査

기관지경은 폐암의 진단에 있어서 가장 유용하고 확진을 할 수 있는 방법이다. 기관지경을 시행하므로써 조직학적 진단이 가능하고 수술 가능성 등 병기의 판정을 정확히 할 수 있다.

3.5. 胸部 C-T檢査

폐암 환자에게서 흉부 C-T촬영의 가장 큰 의의는 종격동을 검색하는 것이다. 이는 폐암 환자의 병리 판정에 필수적인 검사이나 종격동 임파절의 비대가 양성질환에 의한 것인지 종양에 의한 것인지를 감별할 수 없다는 약점이 있다.

이외에 간과 부신 등의 전이 여부를 확인하는데 유용하다. 그러므로 폐암이 의심되는 환자의 C-T촬영시에는 흉부뿐만 아니라 간과 부신까지 촬영하는 것이 추천되고 있다. MRI는 현재로는 종격동의 검색에 C-T보다 우월하지 않으나 X선상에 보이는 음영이 종양에 의한 것인지 또는 혈관에 의한 것인지의 감별과 종양이 대동맥, 폐동맥 등 흉곽내 대혈관에 대한 침습이 있는지를 밝히는데 매우 유용하다.

3.6. 경피적 침 흡인술(percutaneous needle aspiration)

말초의 병소로서 객담이나 기관지경으로 접근이 어려운 병변의 진단에 특히 유용하다. 악성과 양성의 감별에는 어떤 방법보다도 진단율이 높지만 조직학적 진단과의 일치율은 가장 낮다. 2cm미만의 작은 병소에 대해서는 기관지경 폐생검보다 진단율이 높다.

4. 肺癌의 病期 分類

4.1. 非小細胞癌의 病期 分類

폐암의 병기 분류는 American Joint Committee on Cancer에서 제시한 TNM분류법이 가장 보편적으로 사용된다.(표3)

표 3 폐암의 TNM분류(1986)

원 발 병 소 (T)					
크 기	기관지내 위치	폐외로의 침윤	무기폐 혹은 폐색성 폐염	흉 수	TNM분류
3cm미만	폐엽 기관지 근위부로 암의 진행 없음	없음	없거나 말초 폐에 국한	여출액으로 암과 직접 관련 없음	T 1
3cm이상	기관분기부 2cm이내로 진행 없음	없음	폐문부까지 진행		T 2
크기와 무관	기관분기부 2cm이내로 진행 없음	흉벽, 횡격막 종격동쪽, 늑막으로 침윤	전폐 침범		T 3

크기와 무관	기관분기부까지 진행	종격동, 심장, 혈관, 기관, 식도, 척수골 등에 침윤	악성 삼출액	T 4
국소임파절 전이(N)				
국소임파절 전이가 없음				N 0
기관지 주위 및 동측 폐문부 임파절에 전이				N 1
동측 종격동 및 기관분기부 아래 임파절에 전이				N 2
대측종격동 및 폐문부 임파절 전이				N 3
동측 혹은 대측의 하쇄부 임파절에 전이				
원격전이 (M)				
원격전이가 없음				M 0
원격전이가 있음				M 1

표4. 비소세포암의 병기

N \ T	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	M ₁
N ₀	I	I	IIIa	IIIb	IV
N ₁	II	II	IIIa	IIIb	IV
N ₂	IIIa	IIIa	IIIb	IIIb	IV
N ₃	IIIb	IIIb	IIIb	IIIb	IV
M ₁	IV	IV	IV	IV	

4.2. 小細胞癌의 病期 分類

소세포암의 경우에는 이러한 stage I, II, III, IV의 구분이 치료나 예후에 별로 관계가 없기 때문에 이를 사용하지 않고 제한기(Limited Disease)와 전신기(Extensible Disease)의 두군으로 병기를 구분한다.(표5)

표5. 소세포 폐암의 병기

제한기(LD) : 한쪽 흉곽내에 국한된 병변으로 동측 종격동 하쇄부나 하경부의 임파절에는 포함됨. 전신기(ED) : 제한기를 넘어선 병변

1)수술

폐암의 가장 이상적인 치료는 조기에 발견하여 완전 절제하는 것이다. 그러나 비소세포암(NSCLC) 병인중 확진시 20-30%만이 I II기이고 40-50%가 III기이며 30%가 IV기이다. 폐암의 수술이 가능한 경우는 I II기와 IIIa기의 환자인데 약 50%환자만이 수술이 가능하다. 그러나 수술이 가능한 환자의 약 반수는 개흉시 완전 절제가 불가능할 만큼 병소가 진행되어 있어 전체 환자의 20-25%만이 수술로 근치적 절제가 가능하다. 따라서 수술의 적응증은 심폐기능 검사상 폐절제(전폐절제, 단일폐엽절제, 이개폐엽절제 혹은 분엽절제 등)후 충분한 pulmonary reserve를 갖는 stage I, II와 일부 IIIa의 비소세포암 환자가 대상이 된다. 종양의 완전 절제후 3년 생존율은 I기가 80-90% II

5. 肺癌의 治療

5.1. 非小細胞癌의 治療^{2,6,10,37)}

기가 60-80%이며 5년 생존율은 임파절 전이가 없는 경우는 53%이고 폐문임파절까지 전이가 있는 경우는 31%, 종격동임파절 전이가 있는 경우는 22%로 보고되고 있으며 stage IIIb와 IV에 속하는 환자는 수술 금기에 속한다. SCLC(小細胞癌)의 臨床的인 특징은 早期의 遠位 轉移이다. 文獻 報告에 의하면 확진시 70-90%에서 이미 임파절이나 타부위에 전이되 있다. 따라서 局限型은 수술과 화학치료 및 방사선치료를 사용하지만 廣範型의 경우는 화학요법 위주로 치료한다^{2,6,10}.

2) 방사선 치료

방사선 치료는 stage I, II 환자중 수술을 받을 수 없는 신체적 조건을 가지고 있는 환자나 절제 불가능한 IIIa IIIb의 환자에게 근치 목적으로 시행한다. 보통 5000-6400rads를 5-6주에 걸쳐서 조사하는데 조사 부위는 원발병소, 동측 폐문부, 종격동 임파절부, 양측 하쇄부 임파부 위까지를 포함한다. stage I II에 대한 근치적 방사선 치료의 결과는 5년 생존율이 약 20%이고 stage IIIa 환자에서는 1년 생존율이 30-40%, 2년 생존율이 15%, 5년 생존율이 5%이다. 방사선 치료의 또 다른 의의는 근치적이 아닌 고식적 목적의 치료로서 객혈, 기관지폐색, 식도 압박, 상공 정맥 증후군, 뇌전이, 전이에 의한 통증의 완화 목적으로 시행하여 70-80% 효과를 얻고 있다.

3) 화학요법

비소세포 폐암은 전체 폐암병례의 70-80%를 차지한다. 그러나 비소세포암은 소세포암과는

달리 화학요법에 저항하는 대표적인 종양이다. 따라서 모든 환자에게 화학요법을 실시한다는 것은 반드시 유효하다고 할 수 없으며 화학요법에 의해서 관해를 얻을 수 있는 환자는 대부분 종양의 범위가 적거나 양호한 예후인자를 가지고 있는 환자이기 때문에 화학요법의 대상 환자를 선택하는 데는 다음 사항을 고려하여야 한다. 즉 활동 능력이 양호하고, 체중 감소가 10%이하이며 과거에 화학요법이나 방사선 치료 병력이 없는 70세 이하의 환자를 선정해야 한다. 상용하는 화료 방안은 아래와 같다.

(표6)

표6. 비소세포폐암의 화료방안

① CAP 방안	
CPA(cyclophosphamide)	400mg/m ² IVday1.
ADM(adriamycin)	40mg/m ² IVday1.
CDDP(cisplatin)	40mg/m ² IVday1, every 3-4weeks
② EP 방안	
VP16(etoposide)	100-120mg/m ² IVday1,2,3 or 4,5,6
CDDP(cisplatin)	60-80mg/m ² IVday1, every 3-4weeks
③ VP 방안	
VDS(vindesine)	3mg/m ² 주 1회 4주간 이후는 2주 1회
CDDP	120mg/m ² day1,29 이후는 6주마다

5.2. 小細胞癌의 治療

소세포 폐암은 그 특성 때문에 진단시부터 전신 질환으로 간주되고 있고 실제로 국한성 질환이라 할지라도 수술이나 방사선 치료만을 시행한 경우 그 성적이 극히 불량하기 때문에 일단 진단이 되면 일반적으로 수술을 하지 않고 화학요법으로 치료를 하게 된다. 소세포 폐암은 항암제에 대하여 매우 감수성이 높으며

cyclophosphamide, vincristine, adriamycin, methoerexate, Lomustine, procabazine, etoposide, cisplatin 등 다수의 항암제가 유효하여 25-45%의 관해율을 나타내고 있다(관해율 LD 80%, 평균생존기 14개월. ED 70%, 평균생존기 10개월) 소세포 폐암에 상용하는 연합 화료 방안은 아래와 같다.(표.7)

표.7 소세포암 상용 연합 화료 방안

CAV방안	
CPA	1000mg/m ² IVday1
ADM	40-50mg/m ² IVday1
VCR	1.5-2.0mg/m ² IVday1, every 3-4 weeks
EP방안	
VP-16	100-120mg/m ² IVday1.2.3 or 4.5.6
CDDP	60-120mg/m ² IVday1, every 3-4 weeks

소세포암은 방사선 치료에 대해서도 아주 감수성이 비교적 높기 때문에 원발병소 재발 방지, 뇌전이 방지, 생존을 연장을 목적으로 화학요법과 병용 치료도 시행되고 있다.

6. 肺癌의 東醫治療

東醫에서는 癌의 치료는 患者의 임상 증상에 따라 辨證論治를 行하는데 초기에는 正盛邪實하므로 解毒祛邪 爲主로 치료를 하며 中期에는 正虛邪盛하므로 攻補兼施 治法을 쓰고 末期에는 氣血兩虛하므로 補虛扶正의 治법을 쓴다.¹⁰⁾ 또 肺癌의 早期는 多屬陰虛毒熱, 肺熱傷陰, 肺燥傷絡하므로 滋陰潤肺抗癌의 治법을 쓰고 中期는 痰濁壅滯, 氣滯血瘀하므로 化痰消瘀, 行氣活血의 治법을 쓰며 末期에는 正氣虛衰, 毒熱傷肺, 氣陰兩虛하므로 益氣養陰救肺의 治법을 쓴다.⁵⁾

실제 임상에서는 구체적인 증상에 따른 辨證施治를 행하는데 아래의 변증시치 용약법은 아래와 같다.

6.1. 肺癌 中醫 辨證施治 용약법⁴⁻⁹⁾

1) 脾肺兩虛型

主證：咳嗽, 痰稀白, 易咯出, 氣短懶言, 自汗, 乏力, 畏風, 怕冷, 面色蒼白, 納少便溏, 小便清長, 舌淡苔白, 脈虛弱

治法) 健脾益肺抗癌

治方) 六君子湯加味

黨蔘 (太子參, 人蔘), 紫河車, 茯苓, 黃精, 黃芪, 白朮, 五味子, 法半夏, 桔梗, 橘皮, 香附子, 砂仁, 炙甘草

氣虛喘甚者：加西洋參, 冬蟲夏草, 山海螺, 露蜂房, 白僵蠶, 桃仁

熱毒熾盛者：加半枝蓮, 貓爪草, 白花蛇舌草, 膽南星, 魚腥草, 海藻

2) 肺熱陰虛型

主證：乾咳無痰, 或痰粘不易咯出, 痰中帶血 或咯血, 口乾喜飲, 五心煩熱, 觀紅盜汗, 午後低熱, 大便乾燥, 小便黃, 舌體瘦小, 質紅有裂紋, 苔少而燥, 脈沈細

治法) 滋陰潤肺抗癌

治方) 沙蔘麥冬湯加減

沙蔘, 麥冬, 天冬, 生地, 百合, 玄蔘, 浙貝母, 黃芩, 地骨皮, 桃仁, 馬兜鈴, 龍葵, 全瓜蒌, 魚腥草, 半枝蓮, 石見穿, 山海螺, 徐長卿, 夏枯草, 白花蛇舌草

高熱不退者：加金銀花, 大青葉, 生石膏

咯血不止者：加白茅根, 仙鶴草, 白芨, 阿膠, 三

七粉

痰多難出者：加海浮石，葶藶子，杏仁，蛇膽陳皮末（沖服）

自汗短氣者：加人蔘，冬蟲夏草，黃芪，麥門冬，五味子

大便秘結者：加大黃，生地，火麻仁，郁李仁，黑芝麻

3) 痰濕瘀阻型

主證：咳嗽痰多，胸悶憋氣，納呆脘痞，大便不成型，舌質暗，或有瘀斑，苔膩，脈弦滑，或沈澁

治法) 化痰消癆抗癌

治方) 千金葦莖湯加減

葦莖，薏苡仁，冬瓜仁，桃仁，桔梗，蘆根，瓜蒌仁，清半夏，當歸尾，赤芍，丹蔘，龍葵，制南星，前胡，杏仁，牙皂，貓爪草，半枝蓮，龍葵，白花蛇舌草，馬兜鈴

痰鬱發熱者：加金銀花，連翹，黃芩

痰中帶血者：加白茅根，仙鶴草，血餘炭，藕節

胸脇脹痛者：加玄胡索，乳香，沒藥

4) 氣血瘀滯型

主證：胸部疼痛，痛如錐刺，或胸內氣急，咳嗽不暢，便秘，口乾，痰血暗紅，脣暗舌絳，舌瘀斑點，舌苔薄黃，脈細澁 或弦細

治法) 行氣活血，化痰軟堅

治方) 桃紅四物湯合烏金散加減

桃仁，紅花，熟地黃，當歸，蒲黃，五靈脂，三七根（另包吞服），川貝母，陳皮，枳實，夏枯草，赤芍藥，全瓜蒌

胸痛甚者：加三稜，蓬朮，露蜂房，乳香，沒藥

血瘀發熱者：加陳皮，黃芩，七葉一枝花，白花蛇舌草

喘咳氣急者：加煨白果，款冬花，杏仁，沈香粉

胸腔積水者：加葶藶子，赤小豆，桑白皮，冬瓜皮，冬瓜子

并發癰癤者：加水蛭，山慈姑，黃藥子，土貝母，貓爪草，昆布，龍骨，牡蠣

氣陰兩傷，短氣乏力者 去蒲黃，五靈脂，加人蔘，麥門冬，五味子，冬蟲夏草，生黃芪

5) 氣陰兩虛型

主證：咳嗽痰少，痰中帶血，氣短乏力，自汗或盜汗，口乾不欲飲，納食不香，大便偏乾，小便黃，舌質淡紅，體胖有牙痕，苔薄黃燥，脈沈細弱

治法) 益氣養陰抗癌

治方) 四君子湯合清燥救肺湯加減

太子參，白朮，茯苓，沙蔘，麥門冬，玉竹，石斛，蘆根，花粉，魚腥草，夏枯草，半枝蓮，砂仁，炙甘草

乾咳少痰，發熱盜汗，聲音嘶啞者 加百合，玄蔘，川貝母，桔梗，黃芩，五味子

胸痛不止者：加瓜蒌皮，橘紅，制乳香，沒藥

6.2. 肺癌治療 古方 驗方 單方

1) 息賁丸（東垣方）⁶⁾

厚朴，黃連，炮薑，川椒，茯苓，紫菀，人蔘，桂皮，桔梗，三稜，陳皮，天冬，制川烏，白豆蔻，青皮，巴豆霜

2) 半夏湯（三因方）⁶⁾

半夏，桂心，人蔘，葶藶子，吳茱萸，桑白皮，灸

甘草, 生薑, 大棗

3) 肺癌方(廣州中醫學院)⁹⁾

魚腥草, 仙鶴草, 貓爪草, 天冬, 葶藶子, 生半夏, 浙貝母, 山海螺, 合生脈散加減

4) 肺癌方(上海中醫學院 龍華醫院)⁹⁾

南沙參, 北沙參, 川椒, 麥冬, 白部根, 魚腥草, 山海螺, 薏苡仁, 金銀花, 乾蟾皮, 葶藶子, 八月札, 苦參, 白花蛇舌草, 牡蠣, 白果, 龍葵

5) 加味西黃丸膠囊⁷⁾

西黃丸 加黨參, 何首烏, 三七分, 夏枯草, 海馬, 薏苡仁, 西洋參, 莪朮, 山慈菇

6) 肺癌平膏 I, II號³⁴⁾

I號 : 黃芪, 川貝母, 桔梗, 杏仁, 沙參, 紫菀, 白花蛇舌草, 仙鶴草

II號 : I號 加西洋參, 冬蟲夏草

7) 豬苓多糖注射液¹⁹⁾

8) 復方生脈散注射液⁷⁾

9) 消腫湯³⁸⁾

南星, 射干, 桔梗, 天門冬, 薄荷, 紫蘇葉, 杏仁, 半夏, 製防風, 知母(酒炒), 貝母, 阿膠, 川芎, 生地黃, 桑白皮(蜜炙), 白芨, 白芷, 甘草

10) 加減桔梗湯³⁹⁾

黃芪, 當歸, 蒲公英, 金銀花, 赤茯苓, 桔梗, 杏仁, 貝母, 前胡, 葶藶子, 蘇葉, 牡丹皮, 赤芍藥, 麥門冬, 地骨皮, 元柴胡, 黃芩, 阿膠, 紫菀, 梔子, 犀角, 竹茹, 甘草

7. 肺癌의 東西醫結合治療⁴⁾

肺癌의 치료에 있어서 東西醫治療의 取長補短하여 各 단계별로 東西醫結合에 의한 종합 치료를 행한다.

7.1.수술 가능 환자의 종합치료

I, II기에 속하는 병변이 국한되어 있고 임파결전이 없는 환자는 수술을 행한 후 益氣養陰, 調理脾胃 위주의 중약 치료를 함으로써 건강의 회복을 도우며 면역 기능을 높이므로 재발을 방지하여 생존율을 높인다.

직접 수술이 곤란한 환자에게 수술전 방사선 치료를 행하거나 국부 임파결 전이를 치료하기 위해 化療를 시행할 때에 증초약을 같이 사용함으로써 放療, 化療의 부작용을 줄이고 원기 치료 효과를 높인다.

7.2.放療 위주의 종합 치료

III기 환자로 중심형 폐암은 대개 국부 임파결 전이가 있고 주위 침범이 비교적 심하면 수술 방법이 없고 방사선 치료와 化療 위주로 치료하게 되는데 中草藥을 伍用하므로써 방사선에 대한 민감성을 증가시키고 방사성 폐염과 섬유화를 줄여주고 소화도 반응과 골수 기능 억제 현상을 개선시킨다.

7.3.化學療法위주의 종합치료

수술이 부적한 소세포미분화암이거나 수술후 또는 방사선 치료 말기 암환자 또는 수술후 재발환자에 있어서는 中草藥과 化療위주의 종합

치료를 하게 되는데 化療는 攻邪 위주의 치료를 하며 中藥은 扶正 위주의 치료를 한다. 만약 환자가 체력이 극도로 쇠약하여 화료나 기타 치료를 하지 못하면 중의 치료 위주의 치료를 하게 되며 약간의 化療와 면역 치료를 겸하게 된다.

Ⅲ. 考 察

現代 醫學에서 肺癌의 診斷은 각종 진단기기의 발달과 조직 병리학 및 이화학적 검사 방법의 발전으로 병소의 부위, 조직 분형, 병기(病期), 전이 유무 등을 정확하게 진단할 수 있게 되었다.

肺癌을 치료하는 현대의학적 방법은 수술 요법, 방사선 요법, 화학 요법, 면역 요법 등의 치료 방법을 들 수 있다.

肺癌을 조직학적으로 분류하면 소세포암(SCLC)과 상피세포암, 선암, 대세포암 등을 포함하는 비소세포암(NSCLC)으로 분류할 수 있는데 임상적으로 비소세포암의 확진시 I, II期 20~30%, III期 40~50%, IV期 30%에 달한다. 수술의 대상이 될 수 있는 경우는 I, II期和 IIIa期로 수술 금기증이 없는 경우를 제외하면 50%이하이고 수술후 放療와 化療에 대해서는 정론이 없다. 그러나 鼻咽癌(선암, 대세포암)이나 II기 병례중 특별히 임파 결절이나 임파관 혈관내에 瘤栓이 있을 때는 수술 후 化療를 행할 수 있다. 수술을 거부하거나 수술 금기증이 있는 환자는 근치적 放療로 효과를 볼 수 있다. I기의 근치적 수술 후 3년 생존율은 80~

90%이고, II기의 근치적 수술후 3년 생존율은 60~80%에 달한다. IIIb期중 이미 종격 중요 장기나 흉벽에 침범이 되었거나 쇄골상 임파결 전이가 있으면 단순 放療나 연합 化療를 행한다. III기 환자의 수술 절제후 방사선 치료를 한 경우 5년 생존율은 20~30%이고 단순 放療시는 5~6%이다. IV기 환자의 주요 치료는 전신 化療를 행한다. 그러나 예후는 나빠 대부분 수개월내에 사망한다.

소세포암의 임상적으로 나타나는 특징은 조기에 원처에 광범위한 전이를 하는 점이다. 문헌보고에 의하면 소세포암(SCLC)의 확진시 70~90%환자에서 이미 임파결절이나 원처 전이를 보인다. 그 중 가장 많이 전이되는 곳이 종격임파결이고 근, 골, 골수, 뇌 등이다. 그러므로 소세포암은 전신성 종양으로 파악해야 한다¹⁰⁾.

소세포암은 전신성 종양이므로 수술의 결과가 매우 나쁘므로 연합 化療 방침을 쓰게된다. 放療도 일반적으로 행하지 않으나 局限型的 경우에 化療와 동시에 보조적으로 放療를 행하기도 한다^{2,10)}.

東醫에서 폐암의 치료는 유 등은 경과에 따라 치료법을 달리하고 있는데 초기에는 正盛邪實하므로 解毒祛邪 위주로 치료하며 扶正을 보조적으로 해주며 中期에는 腫瘍이 커지고 精氣가 모손되어 正虛邪盛의 상태가 되므로 攻補兼施의 치료법을 쓰고 末期가 되면 氣血이 兩虛하게 되므로 補虛扶正 위주로 치료하여 저항력을 높이고 암증상의 진행을 억제하게 위해 抗癌의 攻法을 겸해서 치료하게 된다^{4,12)}.

李 등⁵⁾은 肺癌 早期는 陰虛毒熱이나 肺熱傷

陰, 肺燥傷絡으로 보았고 中期는 痰濁壅肺, 氣滯血瘀, 痰瘀互結로 보았으며 末期는 正氣衰虛, 毒熱傷肺와 氣陰兩虛로 보았다. 그러나 瞿¹³⁾ 등은 中醫 分型에서 肺脾氣虛型은 肺癌의 조기 증상인 I, II에 해당되며 氣滯血瘀型과 脾虛痰濕型은 증상으로 보아 肺癌 말기에 해당된다고 하였다. 황 등⁴⁾은 폐암을 辨證施治하는데 脾肺兩虛型, 肺熱陰虛型, 痰濕瘀阻型, 氣血瘀滯型, 氣陰兩虛型으로 分型하여 치료처방과 수증가감법을 제시하고 있으나 연구 기관에 따라 辨證分型에서 차이를 보인다⁴⁻⁹⁾. 그러나 서의치료든 중의치료든 치료에 있어서 장단점을 가지고 있다. 현대의학은 암을 정확히 진단하고 치료의 방법을 세울 수 있다. 그러나 수술 전후의 환자의 체력 보강 및 수술후 건강회복 문제, 化療와 放療의 독부작용 등으로 환자가 치료를 끝까지 마치지 못하는 경우도 있으며, 수술, 화료, 방료가 불가능한 말기 환자에 있어서, 중의 중약의 치료를 운용함으로써, 수술 전후의 체력 유지 문제, 방료, 화료의 독부작용을 감소시키며 계획된 치료를 순조롭게 끝까지 마치게 하므로 생존율과 생존의 질을 높일 수 있게 되었다. 현재 임상적으로 적지않은 암환자들이 체질의 허약이나 병정이 심하여 방사선 요법이나 화학 요법에 대한 내성이 좋지 않으며 치료중에 소화장애, 골수억제, 舌狀이나 脈象의 변화와 전신 증상을 포함하는 부작용을 나타내게 된다.

중의학에서는 방사선 요법이나 화학 요법은 체내에 熱毒으로 작용하므로 熱盛傷陰, 津液受損, 氣血不和, 脾胃失調, 耗氣傷血하여 肝腎虧損으로 된다. 방사선 요법중 나타나는 독성 부작용

은 熱毒으로 인하여 熱毒傷陰의 증후가 비교적 많기 때문에 주요 치료 원칙은 清熱解毒, 生津潤燥, 涼補氣血, 健脾和胃, 滋補肝腎으로 볼 수 있다¹⁴⁾.

화학 요법의 부작용은 氣血虧損, 脾胃失調 및 肝腎毀損 등으로 熱毒으로 인한 증상은 방사선 요법에 의한 독부작용보다 심하지 않지만 전체적으로 체력을 저하시키고 병리화학적인 임상지표를 저하시킨다. 따라서 치료는 扶正培本 위주로 補氣養血, 健脾和胃, 滋補肝腎의 치법을 사용한다¹⁴⁾.

중국 중일우호의원 중의종유과에서는 최근 扶正解毒沖劑를 사용하여 頭頸, 胸部의 악성 종양, 방사선 요법중 나타나는 副作用을 경감시키며 中西醫 結合群 30예중 28예가 순조롭게 방사선 요법을 마쳤고 방사선 완성율은 93.3%가 되었고 단순 방사선 조사군은 31예중 23예가 치료를 마쳐 완성율은 74.2%였다¹⁵⁾.

福州市 제일의원에서는 扶正生津湯加減을 사용하여 150예의 鼻咽癌 환자에 대해 방사선 요법과 병행하여 결합 치료를 하였고 방사선 요법이 끝난 후에도 2-3년 동안 복약시킨 결과 5년 생존율이 58%, 10년 생존율이 30.8%로 국내의 유관 연구 기관에서 보고한 단순 방사선 요법보다 생존율이 높았다¹⁶⁾.

중일우호의원 중의종유과에서는 1984년 11월부터 1986년 10월까지 115예의 각종 종양 환자를 치료 하였는데 그중 화학요법에 중약을 병용 치료한 것이 59예, 단순 화학 요법만을 사용하여 치료한 것이 56예였다. 결과 중서의 결합 치료조의 化療 완성율은 88.5%였고 단순 化療群의 化療 완성율은 55.4%였다¹⁷⁾.

중의 연구원 광안문의원에서는 益氣健脾의 方藥인 扶正沖劑로 III기 위암 수술후의 화학요법 환자에 대해 치료를 진행하였는데 전신반응에서는 체중증가와 핏력상태개선에서 좋은 반응을 보였고 소화기계 반응에서는 식욕저하와 오심, 구토 증상이 덜하였다¹⁸⁾.

동직문의원에서는 猪苓多糖을 화학요법과 병행하여 III, IV기 원발성 폐암 환자에게 사용하였는데 扶正作用과 화학 치료의 부작용을 감소시켰다. 또 폐암 환자의 대식 세포의 탐식기능과 E rosette 형성율을 높이고 생존율과 생존의 질을 높였다^{19,33)}.

광안문의원에서는 1967년부터 1984년 12월까지 다른 병원을 거치지 않고 바로 입원한 III, IV기 환자 392례를 중의약과 화학 요법을 결합하여 치료한 결과 2년 생존율이 46.2%, 3년 생존율이 10.5%, 5년 생존율이 2.1%였고 중위 생존기는 9개월, 평균 생존 기간은 14.1개월 이었는데 단순 화학요법 만으로 치료한 결과와 현저한 차이가 있었다²⁰⁾.

상해중의학원 용화의원에서는 원발성 폐선암 62예와 원발성 폐인암 60예를 골라 각각 중약군과 화학약물군으로 구분하여 치료한 후 치료 전후 양군간의 몇개의 항목을 골라 비교하였는데 肺咽痛 중의치료군(30예) 1년 생존율 66.7%, 중위생존기 465일이었으며, 화료군(30예) 1년 생존율은 33.3%, 중위생존기는 204일로 양군에는 현저한 차이가 있었다.

폐선암의 중의 치료군 (31예)의 1년 생존율은 53.8%, 중위생존기는 323일 이었으며 化療郡 (30예)의 1년 생존율은 23.8%, 중위 생존기는 192일로 양군간에는 현저한 차이가 있었고

치료후의 체질, 생활의 질, 완해 및 병소의 안정, 인체 면역 기능 등에서도 종양군은 화학요법군보다 우월하였다²¹⁾.

중의중약은 폐암의 합병증인 흉수나 뇌전이의 치료에서도 현저한 효과가 있었다.

광안문 의원에서는 말기 폐암의 흉수 합병증 환자 61례에 중의, 중서의 결합 치료를 하여 병소 완성율이 76.47%이었으며 대량의 흉수 환자를 두군으로 나누어 한 군에서는 매주 흉수를 한차례씩 뽑고 약물을 주입하며 동시에 중약을 구복시키고 다른 군에서는 흉수를 뽑지 않고 葶藶大棗瀉肺湯을 辨證加味하여 구복시켰는데 胸水를 뽑지 않은 군의 치료효과가 뽑은 군과 같았고 중약을 사용한 환자 전부의 면역기능이 높아졌고 대식세포의 탐식기능도 치료전보다 높아졌고 평균 생존기간은 각각 12개월, 17개월 이었다²²⁾.

賀는 肺癌으로 併發된 上腔靜脈綜合症 18례에 대해 中藥과 化療및 中西醫結合治療의 효과를 비교하여 본 결과 中西醫結合群의 치료 효과가 높았다고 보고 하였다²⁸⁾.

廣安門病院 腫瘤科에서는 益氣養陰清熱解毒之劑인 肺瘤平膏를 사용하여 몇가지 臨床實驗研究를 시행하였는데 肺瘤平膏는 瘀血의 病態라 할 수 있는 높아진 血粘度를 낮추고 抗凝血酶III(antithrombin)의 活性을 增加시켰고 血液循環을 促進시키고 化療의 增效作用이 있다고 하였다.

治療方面외에도 病理學, 生理學 및 現代科學을 運用하여 中醫辨證分型 舌象에 대한 研究를 進行하였는데 호남의학원에서는 420예의 폐암 환자의 중의변증분형과 서의병리분형 및 폐엽

절제술의 치료효과와 예후를 병리학적 방법으로 비교 분석하였다²³⁾.

광안문의원에서는 391예의 말기 원발성 폐암에 대해 변증분형과 치료효과에 대해 연구하였는데 氣虛型이 화학요법에 민감하고 痰濕瘀阻型이 화학요법에 둔감하였으며 두 분형사이에는 현저한 차이가 있었다. 또 60세 이상 환자 100예를 분석하여 보면 肺氣虛型의 생존율이 가장 높았고 다음으로 肺陰虛型, 氣陰兩虛型, 痰濕瘀阻型의 순이었다^{24,26,27,32)}.

광주 중의학원에서는 폐암환자 433예와 정상인 400예의 설상을 비교하였는데 폐암환자의 설상은 정상인에 비해 紫色의 어두운 색을 띠고 (80.1%) 舌苔가 厚膩한 경우가 86.4%를 차지하였는데 정상인과 현저한 차이가 있었다^{25,31)}.

IV. 結 論

肺癌의 治療法에 대해 西醫治療 東醫治療 東西醫 結合治療에 대해 最近文獻을 中心으로 考察해 본 結果 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 肺癌의 西醫治療法은 小細胞癌(SCLS)과 非小細胞癌(NSCLC)로 나누어 分期및 症狀에 따라 手術治療 放射線治療 化學治療를 單獨으로 또는 두가지 이상 複合해서 活用한다.

2. 肺癌의 東醫治療는 初期, 中氣, 末期로 나누어 扶正祛邪, 功補兼施, 氣血雙補의 治法을 쓰거나 症狀에 따라 肺脾氣虛型, 肺熱陰虛型, 濕痰瘀阻型, 氣血瘀滯型, 氣陰兩虛型으로 分하

여 辨證施治하거나 單味 또는 復方으로 對證治療를 한다.

3. 肺癌에 對한 東西醫結合治療를 함으로써 生存率이나 生存의 質에 있어서 顯著한 向上이 있는데 手術後 東西結合治療는 回復力を 促進시키고 生存率을 높였다. 放射線治療와의 結合治療는 放射線治療에 의한 毒副作用을 減少시켜 治療效果를 높이고 生存率을 높였다. 化學療法과 東醫結合治療는 化學療法의 毒副作用을 輕減시키고 生存의 質과 生存率을 높였다.

以上の 結果로 보아 肺癌의 治療는 診斷에서부터 治療의 全過程을 通해서 西醫治療와 東醫治療를 結合하여 綜合治療를 하므로써 肺癌의 治療效果를 높일 수 있는 새로운 治療法으로 계속적인 研究가 必要할 것으로 思料된다.

參 考 文 獻

- 1) 韓國保健年鑑：保社部, pp.304-316, 1995.
- 2) 김노경 등：癌의 診斷과 治療, 서울, 여문각, pp.74-94, 1992.
- 3) 서울대학교의과대학 중양학：서울대학교출판부 pp.23-43, 1989.
- 4) 郁仁存：中醫腫瘤學, 과학출판사, pp.274-283, 1991.
- 5) 李家康 등：中醫腫瘍放治大全, 과학기술문헌출판사, pp.287-298, 1994.
- 6) 吳泰煥 등：肺癌에 관한 동서의학적 문헌고찰, 한의학회지 12(2), pp.52-65, 1991.

- 7) 孫桂芝 등 : 常見腫瘤診治指南, 중국과학기술출판사, pp.83-98, 1991.
- 8) 唐繼元 : 중서의결합치험30종암증, 과학기술문헌출판사, pp.91-113, 1995.
- 9) 邵夢揚 등 : 中西醫結合 임상중유내과학, 천진과기번역출판공사, pp.228-245, 1994.
- 10) 湯釗猷 : 현대중의학, 상해의과대학출판사, pp.390-396, pp.611-643, 1993.
- 11) 최승훈 : 한의학의 중앙에 대한 인식과 병리론, 한방중앙학회지1(1), pp.11-29, 1995.
- 12) 柳志允 : 中醫臨床特講, 서울, 書苑堂, pp.346-349, 1986.
- 13) 瞿漱芬 등 : 420例 肺癌 中醫辨證分型 與臨床病理 分型的 關係, 中西醫結合雜誌, 1984, 11), 21-22.
- 14) 張代釗 : 中西醫結合治療癌症, 山西人民衛生出版社, p.54, 1984.
- 15) 張代釗 등 : 扶正解毒충제 對 頭, 頸, 胸部惡性腫瘤 방사감독효능의 臨床和 實驗研究 中日友好醫院論文集 1986.
- 16) 潘明繼 등 : 扶正생진탕 配合 放射治療 150例 비인암의 遠期 療效觀察, 全國中西醫結合放治研究 腫瘤學術會議論文集 1985.
- 17) 張代釗 : 中醫腫瘍防治放化療부반응의진전 中日友好醫院 學報 1988.(3)
- 18) 孫桂芝 등 : 中西醫結合治療 中慢期胃癌術後 提高生存率的 臨床及 實驗研究, 廣安門醫院 腫瘤科 論文選集, pp.62-66, 1994.
- 19) 吳蕩芳 등 : 猪苓多糖伍用化療治療 晚期原發性肺癌 102例 療效觀察, 全國中西醫結合防治研究 腫瘤學術會議論文集, 1985.
- 20) 朴炳奎 등 : 中醫中藥對晚期肺癌患者改善抗體狀況和 年長生命作用, 中醫腫瘤國際研討會論文集, 1987, pp.4-51.
- 21) 劉嘉湘 : 扶正法治療 122例 晚期原發性 非小細胞肺癌의 前瞻性 研究 中醫藥學報 1987, 2(1) pp.11-16
- 22) 林紅生 등 : 61例 晚期肺癌 合併 胸水的 中醫中西醫結合治療, 中西醫結合防治腫瘤抗癌中草藥學術會議資料, p.87, 1987.
- 23) 瞿漱芬 등 : 420例 肺癌 中醫辨證分型與臨床病理分型的關係, 中西醫結合雜誌, 1984, (1), pp.21-22
- 24) 唐文秀 등 : 391例 晚期原發性肺癌 中醫辨證分型與療效的關係, 中西醫結合防治腫瘤抗癌中草藥學術會議論文集, p.9, 1987.
- 25) 張倫 : 肺癌舌象의臨床研究 : 附433例肺癌與 400例 正常人的 舌象分析, 新中醫 1987 (7), pp.34-35
- 26) 張宗岐 등 : 原發性 肺癌의 中醫分型與療效의 關係, 廣安門醫院 腫瘤科 論文選集, pp.89-91, 1994.
- 27) 唐文秀 등 : 中醫藥治療 晚期 原發性 非小細胞肺癌 臨床觀察, 廣安門醫院 腫瘤科 論文選集, pp.75-79, 1994.
- 28) 賀用和 : 肺癌併發上 腔靜脈 綜合症 18例 報道, 廣安門醫院 腫瘤科 論文選集, pp.107-108, 1994.
- 29) 李樹奇 등 : 肺癌平膏對 中晚期 肺癌患者 血液流變學和 抗凝血酶Ⅲ 影響의臨床及 實驗研究, 廣安門醫院腫瘤科 論文選集, pp.145-152, 1994.
- 30) 朴炳奎 등 : 益氣養陰清熱解毒之劑治療 晚期 原發性肺癌의 臨床與 實驗研究, 廣安門

- 醫院 腫瘤科 論文選集, pp.10-12, 1994.
- 31) 徐振擘 : 유가상은 폐암을 논치하는데 설태를 증시한다, 한글판 증의 1993.6, pp.21-25
- 32) 朴炳奎 등 : 中醫或中西醫結合治療晚期原發性肺癌 392例 臨床分析, 廣安門醫院 腫瘤科 pp.58-62, 1994.
- 33) 劉魯明 등 : 蓼麥주사액의 폐암화학요법에 대한 增效減毒作用의 임상관찰, 한글판 증의 1994.5, pp.36-39
- 34) 朴炳奎 등 : 中藥之劑 肺癌平膏 治療晚期肺癌的 臨床與 實驗研究, 廣安門醫院 腫瘤科 論文選集, pp.55-58, 1994.
- 35) 蔡光蓉 등 : 증서의결합으로 폐암뇌전이 30예를 치료한 임상분석, 한글판 증서의결합, 1994.4, pp.59-60
- 36) 孫慨 등 : 鵝膽子乳에 화학요법을 가해 만기 폐암을 치료, 한글판 증서의결합, 1994.2, pp.64-66
- 37) 학미강 등 : 암의 화학적 요법, 서광의학서림, pp.304-320, 1991.
- 38) 신향희 : 창제증방, 서울, 삼장원, p.281, 1990.
- 39) 박병곤 : 한방임상40년, 서울, 대광출판사, pp.82-83, 1985.