大韓韓方腫瘍學會誌
J. of Kor. Oriental Oncology
Vol.5, No.1, 1999

大腸癌의 東西醫 結合 診治近況

김병주 · 문 구*

An Outlook of the Oriental and Western Medical Diagnosis and Treatment on Large Bowel Cancer

Byeong-Ju Kim, Goo Moon

College of Oriental Medicine, Won-Kwang University, Iksan, Korea

Large bowel cancer shows the 4-5th frequency in cancers that occurs in Korea. The western medicine cures the Large bowel cancer by radiation, surgery and chemotherapy. While, Oriental medicine cures the Large bowel cancer by Herb-drugs, acupuncture, moxa and et al. With just one way of treating Large bowel cancer can't be effective remedy. Because each medicine has a strength and weakness, it is effective treatment when two medicine combines and supplement each other. We got the following result about a trend of oriental and western combination treatment for Large bowel cancer through studding records.

1. In Large bowel cancer, colon cancer is referred hematochezia(腸風下血), rectal cancer is refereed enterotoxin(腸毒), and anal cancer is accumulation of pathogens in yin(結陰).
2. The western medicine treats Large bowel cancer patient with surgery first. They need on assembly treatment such as chemical, radiation and immune treatment. In oriental medicine, they treats Large bowel cancer patients with differentiation of symptom and signs and treatment(辨證施治) for example, insufficiency of spleen and stomach(脾胃虛弱), collapse of the spleen-qi(脾氣下陷), stagnation of blood stasis and toxic agent(瘀毒內結), reinforcing both qi and blood(氣血雙虧), stagnation of damp-phlegm(痰濕凝結) and cure for them by acupuncture and moxa too.
3. In combination with oriental and western medical treatment princple of Large bowel cancer by each stage is as follows. First stage is cured with radical surgery and herb-drugs without chemotherapy. The intermediate and terminal stage patients is used radiation before surgery, or after palliative surgery,

*圓光大學校 韓醫科大學 脾系內科學教室

cure with chemotherapy, radiation and Herb-drugs. In terminal stage patients, unable for surgery, is used combination between chemotherapy, palliative radiation and Herb-drugs.

4. After radiation surgery, the terminal stage patients who have extensively lymph node metastasis or local contraindication is able to undergo combination of Herb-durgs and chemotherapy.
5. The cure-effect with oriental and western medicine combination treatment was better than that just with oriental or western medical treatment.
6. The merits of oriental and western medicine combination treatment lengthen one's life and diminish the bad effect of chemotherapy and complete radiation treatment, prevent from relapsing, maintain the balance in their environment of body and improve immunity.

Ⅰ. 緖　論

大腸癌은 우리나라에서 각종 癌가운데 4~5번째 發生頻度[1,2]를 보이고 있으며 최근 식생활 및 生活習性의 변화로 그 發生頻度는 점차 증가하는 추세[3-6]를 보이고 있다.

大腸癌의 原因은 명확하지 않지만 밀접한 관련이 있는 要素로는 식이, 위생, 영양 외에 腸道慢性炎症, 息肉, 腺瘤 및 일부 發癌物質 등이 있다[7].

大腸癌의 症狀은 발생부위, 크기, 진행정도 및 합병증에 따라 차이가 있는데, 특히 해부학적 위치에 따라 증상의 차이가 있다. 흔히 發生하는 증상으로는 장폐쇄, 피로감, 무기력, 체중감소, 빈혈, 혈변, 하복부둔통, 배변습관의 변화, 혈변 등이 나타난다. 大腸癌의 진단방법은 직장수지검사 및 S-결장검사, 대장 X-선 조영술, 대장내시경 검사, 직장초음파검사, 분변잠혈검사 및 CEA 검사 등이 있으며 조기 진단시 곧바른 처치로 제거될 수 있기에 조기진단이 중요하다[1,2].

大腸癌의 가장 효과적인 치료방법은 수술요법이며, 다른 암과 달리 수술에 따른 감염과 합병증 때문에 수술시 전처치가 중요하다. 그러나 大腸癌은 간 전이율이 10~18%정도로 높고 불행하게도 大腸癌이 많이 진행되어 간이나 타 장기에도 절제불능의 암 전이가 있다면 根治的 切制術은 불가능하다. 수술요법이외에 말기환자에게 사용되는 화학요법과 수술 후 보존요법으로 사용되는 방사선요법, 온열요법 등이 있고 최근에는 몇가지를 복합적으로 사용하는 병용요법 등이 시행되고 있으나 生存率의 변화에는 큰 영향이 없다[8-13].

韓醫學文獻에서는 '大腸癌' 이라는 명칭은 없으나, 大腸癌의 대표적인 임상증상 및 특징인 便血, 粘液便, 疼痛, 便通異常 등에 근거하면 下焦濕熱, 腸風, 鎖肛痔, 腸覃, 腸癖(腸澼), 積聚, 便血, 下痢, 腸癰疽 등을 大腸癌의 범주로 볼 수 있다[7,14-18,37].

韓方的 原因은 臟腑氣血陰陽의 失調로 기인되는데 正氣虛의 內的 조건하에서 外邪侵入 혹은 痰, 濕, 氣, 瘀 등이 搏結하여 오래되면 積滯하여 형성되는데, 內因 및 外因에 의한 濕熱蘊結과 脾腎虧虛으로 인한 正氣不足 등이 주요 원인이다[19].

大腸癌의 辨證分類 및 治法으로는 濕熱蘊毒型, 脾虛蘊濕型, 脾腎兩虛型, 寒濕凝滯型, 肝腎陰虛型, 氣血兩虛型으로 나눌 수 있으며, 濕熱蘊毒型에는 淸熱解毒 · 祛濕攻積하고, 脾虛濕熱型에는 健脾化濕 · 淸熱解毒하며, 脾腎兩

虛·寒濕凝滯型에는 溫補脾腎·祛濕化濁하고, 肝腎陰虛型에는 滋補肝腎·養陰淸熱하며, 氣血兩虛型에는 補氣養血·扶脾益腎하는 것으로 요약된다[20,21].

그러나 정확한 辨證理論에 根據하여 正確한 辨證에 합당한 치료를 했음에도 불구하고 치료효과가 기대에 못 미치는 경우가 있으며, 單味劑의 경우 한약재를 이용한다 하더라도 결국 약물투여에 있어 한약재에서 추출한 제형을 사용하므로 약리적 작용과정은 현대의학의 화학약물의 경우와 같은 원리가 적용되어 부작용의 우려가 있고, 복합처방의 경우 임상증상 개선과 생존기간의 연장 및 서양의학적 치료효과를 증진시키고 부작용을 감소시키는 등 여러 가지 긍정적인 결과를 얻기는 했지만 종양을 완전히 제거하는데는 한계가 있다[5,22].

따라서 서양의학과 한의학의 장점을 결부시킨 동서의결합치료에 대한 필요성이 자연스럽게 제기되었고 최근 동서의 결합에 의한 암치료법이 응용되어 동의 혹은 서의 치료법 보다 우수한 효과가 있음이 밝혀지고 있다.

이에 저자는 대장암에 관한 서의, 동의 및 동서의 결합치료의 개황을 파악한 후 보다 나은 치료법을 확립하고자 본 연구를 실시하였다.

Ⅱ. 本　論

1. 大腸癌의 原因

1) 西　醫

大腸癌의 病因은 복잡하고 발병원인은 명확하지 않지만 역학과 임상, 병리 등 방면의 연구로 다음과 같은 원인들로 귀결되고 있다.

(1) 음식과 환경

大腸癌의 발병률은 나라와 지역에 따라 큰 차이가 있는데 서구와 북미의 발생률이 비교적 높고 아시아, 아프리카, 남미의 발생률은 비교적 낮다. 최근의 연구에 의하면 이같이 지리적인 분포와 음식습관과 매우 관련이 있다고 밝혀지는데, 구미거주인들은 고지방 음식물을 습관적으로 먹기때문에 고지방식품들은 대변 중의 담즙산과 답즙 함유량을 상승시키고 이는 암의 발생률을 증가시킨다[2,23,24].

(2) 장관내 염증

大腸癌의 유행과 血吸筮病의 유행지역은 서로 상관관계가 있다. 血吸筮은 장관내 염증성 상을 변화시키고 그 중 일부분은 암발생 원인이 된다. 장관내 만성염증 또한 암발생 원인이 되는데 궤양성 대장염인 경우 대략 3~5%정도의 발생률이 있다[23,24].

(3) 장관내 선종

大腸癌의 원인중 腺腫의 惡性化가 주요 원인이 되고 있다. 대장선종은 장관내 선종, 융모상선종, 혼합형 선종으로 분류할 수 있는데 각각의 암발생률은 4.8%, 40.7%, 22.5%이다[23,24].

(4) 가족성선종폴립증 및 기타원인

가족성선종폴립증은 유전성질환으로 약 50%의 유전성이 있고 일반적으로 8~10세에 대장선종폴립증이 발생하고 폴립이 100개 이상일경우 만일 아무런 처치없이 진행된다면 최후에는 암발생률이 80~100%이고 발생평균연령은 30~49세이다[2,23,24].

2) 東　醫

大腸癌의 東醫學的인 原因을 살펴보면 黃[25]은 주로 臟腑陰陽氣血의 失調로 正氣虛의 상태

에서 外邪侵入 혹 痰·濕·氣·瘀 등이 搏結하여 오래되면 積滯하여 형성된다하였고, 顧[26]는 憂思鬱結, 七情內傷, 而致經路阻塞, 氣滯血瘀, 或因飮食不節, 過食辛燥 或養生濕熱, 或因久瀉久痢, 脾失健運, 痰濕內生, 或因外感六淫, 濕熱邪毒癰積 등의 원인이 人體의 正氣가 虧虛해지는 경우를 만나면, 邪毒·痰濕·瘀血이 乘虛下注하여 肛腸에 積聚되어 本病이 발생한다 하였고, 또 息肉·蟲積·炎症 및 濕症 등의 慢性刺戟이 大腸癌을 발생하기도 한다 하였으며, 竇[27]는 《瘡瘍經驗全書》에서 '多由飮食不節, 醉飽無時, 恣食肥膩……從情酒色, 不避嚴寒酷暑, 或久坐濕地, 久不大便, 遂致陰陽不和, 關格壅塞, 風熱下衝內生五痔' 라 하였다.

즉 大腸癌의 原因을 종합해보면 濕熱下注, 火毒內結, 結而爲腫은 本病의 標이고, 正氣不足은 本 病의 本이 됨을 알 수 있다[28].

2. 治 療

1) 西 醫

현재 西醫에서는 수술요법이 주를 이루고 있으며 이외 방사선요법, 화학요법 등이 이용되고 있으며 이 3가지를 并用한 치료법도 사용되고 있다[8,9,11-13].

(1) 수술요법

현재까지 大腸癌은 수술적 절제가 유일한 根治的 治療方法으로 여겨지고 있다. 腫瘍이 粘膜內에 局限되어 있고 림프절 절제가 없는 경우를 제외하고는 원칙적으로 근치적 수술 후에 보조 화학요법과 방사선요법을 시행한다. 단 근치적 수술요법이 불가능한 경우에는 방사선요법과 화학요법을 주체로 한다[2,29,37].

근치적 절제는 다중심성(multicentric)종양들의 가능성과 결절전이의 위험을 없애주기 때문에 종종 단순 절제술보다 치료효과가 우수하다. 침습한 부위의 광범위한 제거는 국소적인 림프관 배액 영역(lymphatic drainage area)의 절제를 포함해야 한다. 심지어 肝이나 腹膜에 轉移된 환자에게서도 외과적 종양제거는 고식적 치료의 최선의 방법이다[2,29].

直腸癌에서 절개시간과 범위는 종양의 위치에 의한다. 저부와 중부의 직장병변에는 전형적인 복부 회음부절제(classic abdomino-perineal resection)가 폭넓게 시행되어 왔다. 1930년에 최초로 시행된 괄약근 보존외과수술은 현재 외과적으로 절제할 수 있는 직장암에 50%이상 시행되고 있다. 국소적인 절제는 이동성을 지닌 폴립모양의(polypoid) 병변에 시행된다. 폐색, 악액질(cachexia), 혹은 천공 때문에 상태가 좋지 못한 환자들은 종양이 제거되기 이전에는 항문에 의한 배변기능은 불가능하기 때문에 인공항문성형술(colostomy)을 시행한다[1,2,29].

최근에는 수술이 발달되어 수술요법의 사망자 수는 빠르게 감소되어 4%에 머무르고 있다. 합병증은 문합(anastomotic)의 누출(leaks), 수술후의 감염과 특히 수술하는 동안 신경손상이 발생하게 될 때 비뇨기 기능 불량 등이 나타난다. 근치 구역의 장 절제에도 불구하고 국소적 재발의 범위는 약 10%이다[30].

(2) 방사선요법

방사선요법이 직접적인 대장의 악성종양의 1차적 치료방법은 아니지만, 대장암치료에 많이 이용되고 있다. S상결장의 중간 영역(mid-sigmoid region)의 종양은 방사선요법이 가장 큰 가치가 있다. 수술 이전에 방사선요법을 받은 환자들로부터 얻어진 직장종양의 외과적 표본(surgical specimen)에서 복부, 골반 종양에서와 같이 국소림프절 침습은 덜 일반적이다. 방

사선요법은 때때로 림프절 침입을 조직학적으로 없어지도록 할 수 있음을 암시한다[29,39].

방사선요법은 수술이 불가능한 혹은 재발한 종양환자들에게 유용할 수 있다. 환자들 대부분에서 발생하는 통증과 직장 출혈의 증후를 일시적으로 완화시킬 수 있는 소수는 그 이상의 치료 없이도 장기간 생존이 가능하다. 특히 궤양화(ulceration)가 발생한 경우와 실제로 원발성 병소의 완전한 수술적 제거가 불가능할 때, 방사선요법은 가장 효과적일 수 있는데 이 때에는 4~5주 동안 40~50Gy의 조사량이 시행된다[31,32].

파필론(Papillon)[33]은 하부 직장(lower rectum)의 전이성 종양에서 수술요법을 시행하지 않고 한정된 구역내에서 고용량의 방사선을 투여하는 훌륭한 내강(endocavitary)기법을 발전시켜 133명의 환자군에서 78%의 5년이상 생존율을 증명하였는데, 종종 일반적인 상태가 매우 좋지 않은 환자에게서 이러한 결과를 이끌어 내었다.

(3) 화학요법

화학요법은 재발 혹은 전이성 大腸癌환자에서 거의 20년동안 광범위하게 사용되어 왔고 대표적인 약은 5-FU이다. 5-FU는 경우에 따라 인상깊은 증상의 개선에도 불구하고 객관적인 반응은 불완전하고 일시적이다. 그리고 모든 환자의 20%이하의 적은 수에서만 효과가 있다. 비록 효과를 나타내는 환자들에게서 생명은 연장되었다고 주장하였지만 아직 5-FU가 전체 그룹에서 생존을 연장한다고 제시하는 증거는 없다. 내성(tolerance)을 잘 일으키는 5-FU는 비록 간헐적인 혈관내 주입요법(intermittent intravenous therapy)이 더 좋긴 하지만 다양한 방법으로 투여된다. 전이성 결장직장 종양에서 5-FU에 대한 반응은 folinic acid의 병용투여와 인터페론의 상승작용에 의해 증가할 수 있음이 제안되었다. Nitrosoureas(BCNU, CCNU, methyl-CCNU)와 mitomycin C는 광범위하게 시도되어 왔고 약 10~20%의 환자에게서 객관적인 반응을 산출해 냈다[29].

여러 약물의 다양한 배합을 사용한 병용요법이 시행되어 왔지만 성공된 것은 몇가지 뿐이었다. 증가한 반응률은 5-FU, BCNU, DTIC, 그리고 vincristine의 조합을 사용한 것에서 보고되었으나 꽤 많은 독성을 함유하고 있다. 그러나 배합의 효과가 크지는 않지만 5-FU를 단독으로 사용하는 것보다 효과적이다[34].

비록 복합화학요법을 받는 환자에 대한 반응율의 향상에도 불구하고 복합화학요법은 생존률을 높이지는 못한다. 비록 5-FU와 nitrosourea 조합이 단일약물요법보다 약간 더 효과적이기는 하지만 치료와 관련된 독성은 확실히 더 크다. 따라서 심각한 골수억제 연장이 발생될 수 있고 생존률은 개선되지 않는다. 전이성 종양에서 통증이 경감될 수 있는데 이것은 복합요법으로 종양의 역행(regressions)이 발생한다. 종양치료에 사용되는 동맥내 주입(intra-arterial infusion)은 혈관내 화학요법(intravenous chemotherpy)에 내성을 발생할 수 있다. 그리고 그 치료의 복잡함과 생존율을 높이지 못하는 것이 치료의 가치를 감소시킨다. 5-FU의 장기적인 혈관내 주입은 현재 임상적으로 분명한 전이에 대해 폭넓게 적용되고 있다[34].

화학요법은 수술요법의 보조적(adjuvant) 수단으로서 수술 후에 추천되어져 왔고 이것이 가치가 있다는 증거가 점점 더 많아지고 있다. 단지 5%의 생존율을 높이는 화학요법이 종양에서 매우 많은 생명들을 구할 수 있다고 틀림없이 평가되어야 한다. 이 미묘한 차이를 밝히기 위해서는 소수의 치료예들은 잘못된 결과를 산출하기 때문에, 광범위한 시도들이 이루어져야 한다[35].

2) 東 醫

대장암은 脾胃失調, 濕濁壅滯, 濕熱下注, 脾腎兩虛, 혹 肝腎陰虛로 인하여 발병하는 것으로 辨證과 辨病을 상호 결합시킨 방법에 의한 치료는 주로 病因에 따라 病機를 분석하여 착수하게 된다. 일반적으로 通下法, 升提法, 治濕法 3가지 방법을 채용한다. 通下法은 '六腑以通爲用'을 근거로 한, '瀉而不藏'이 주 치료법인데, 예를 들면 淸下, 溫下, 潤下, 下瘀 등으로써 通腑祛瘀의 목적에 도달하는 것이다. 升提法은 升淸降濁을 목적으로 삼는다. 그러므로 本病에는 정도의 차이는 있으나 모두 正氣虛弱의 표현을 가지고 있는데 주로 脾虛이다. 또 脾虛淸氣不升이 많이 보이는데 더욱이 직장암, S상결장암 환자에게서 보인다. 그래서 健脾益氣하고, 반드시 升提淸氣해야 하는데, 예를 들면 黃芪, 柴胡 등의 약을 配伍한다. 治濕法은 대체로 祛濕에 따라 착수한다. 그러므로 환자가 주로 脾虛濕盛, 濕熱瘀毒, 혹은 脾虛寒濕을 나타내면 治濕하는 방법 외에도 구체적인 證型 分別에 대해 鍼을 응용하여 健脾, 補腎, 淸熱解毒, 祛瘀散結, 理氣化滯, 疏通臟腑氣機 등의 치료방법을 응용한다. 이 외에도 韓醫學에서는 本病을 통상 內服과 灌腸을 상호 결합하여 치료하는데, 약물이 癌와 직접 접촉하게 하여 더욱 좋은 효과를 발휘한다. 또 변증에 따른 각가의 치료법을 살펴보면, 鬱[28]은 臨床類型에 따라 辨證, 病機, 治法을 濕熱瘀毒型-脾虛氣虧·濕熱滯腸-健脾理氣·淸熱利濕 ; 濕熱瘀毒型-濕熱留滯·瘀毒結積-濕熱解毒·利氣化滯·祛瘀攻積 ; 脾腎寒濕型-脾腎陽虛·寒濕結毒-溫脾健脾·祛寒勝濕과 같이 논술하였고, 李[24]는 辨證, 治法, 治方을 濕熱蘊毒-淸熱除濕·解毒攻堅-地楡槐花湯加減 ; 脾虛挾濕-健脾化濕·淸熱解毒-蔘苓白朮湯加減 ; 瘀毒蘊結-活血化瘀·淸熱解毒-膈下逐瘀湯加減 ; 脾腎陽虛-溫補脾腎·祛濕化瘀-附子理中湯合四神丸加減 ; 氣血兩虧-益氣補血·扶脾益腎-八珍湯合當歸補血湯加減 ; 肝腎兩虛-滋補肝腎·養陰淸熱-知柏地黃湯加減 등으로 論述하였고, 孫[20]은 濕熱蘊毒型-淸熱解毒·祛濕攻積-白頭翁湯合槐花地楡湯加減 ; 脾虛濕熱型-健脾化濕·淸熱解毒 ; 脾腎陽虛, 寒濕凝滯型-溫補脾腎·祛濕化濁-四君子湯合四神丸加味 ; 肝腎陰虛型-滋補肝腎·養陰淸熱-知柏地黃湯加味 ; 氣血兩虛型-補氣養血·扶脾益腎-八珍湯 或 十全大補湯加減 등으로 論述하였는데 諸家의 學說을 대표하는 辨證論治는 다음과 같다.

(1) 辨證論治[36]

① 濕熱壅結型

주증 : 腹部陳痛, 大便膿血, 裏急後重, 肛門灼熱, 或有發熱, 舌質紅, 苔黃膩, 脈滑數.

치법 : 淸熱化濕, 寬腸散結.

처방 : 白豆翁湯加減.

구성약물 : 白豆翁 敗醬草 生意仁 各 30g, 木香 厚朴 各 15g, 槐花 20g, 赤芍藥 50g, 黃柏 陳皮 各 12g, 蒼朮 10g, 甘草 5g.

가감 : 兩脇痛 加 柴胡 鬱金 各 12g ; 熱結便秘 加 大黃 10g ; 便血 加 地楡炭 20g, 炒荊芥 10g 田三七粉 3g.

② 瘀毒內結型

주증 : 煩熱口渴, 腹痛腹脹, 大便膿血, 血色紫黑, 裏急後重, 舌質紫暗 或瘀點, 脈細澁 或細數.

치법 : 淸熱解毒, 化瘀軟堅.

처방 : 仙方活命飮加味.

구성약물 : 金銀花 天花粉 蚤休 各 20g, 炮山甲 赤芍藥 當歸 各 10g, 炒皂角刺

12g, 乳香 沒藥 甘草 各 5g, 敗醬草 30g, 生薏苡仁 20g, 廣木香 厚朴 各 15g.

가감 : 腹硬滿痛 加 枳實 檳榔10g ; 排便困難 加 大黃 桃仁 10g ; 發熱 加 牧丹皮 12g, 生地黃 15g.

③ 脾胃虛寒型.

주증 : 腹脹隱痛, 大便來血, 血色暗淡, 面色萎黃, 四肢不溫, 舌質淡, 苔薄白, 脈沈細無力.

치법 : 溫陽健脾, 止血散結.

처방 : 黃土湯加減.

구성약물 : 伏龍肝 夏枯草 各 30g, 熟地黃 白朮 制附片 黃芩 各 10g, 阿膠 12g, 甘草 5g, 蚤休 20g.

가감 : 裏急後重 加 廣木香 15g 巴戟天 10g ; 便血黯紅量多 加 炒艾葉 10g, 地榆炭 20g ; 大便瀉下無度 加 訶子, 罌粟殼 各 10g.

④ 脾虛下陷型

주증 : 腹部墜脹, 氣短懶言, 食少乏力, 大便稀溏, 面色白, 甚卽脫肛, 舌質淡胖, 苔薄白, 脈沈細無力.

치법 : 益氣健脾, 升陽擧陷.

처방 : 補中益氣湯加減.

구성약물 : 炙黃芪, 黨蔘 各 20g, 白朮 12g, 陳皮 炙升麻 炙柴胡 當歸 各 10g, 炙甘草 5g, 山藥 15g, 枳殼 12g, 桔梗 10g, 蚤休, 白花蛇舌草 各 20g.

가감 : 大便挾血 心悸失眠 加 酸棗仁 15g, 炒艾葉 10g, 伏龍肝 30g ; 短氣汗多 加 紅蔘(蒸兌) 10g, 麥門冬 15g, 五味子 10g.

⑤ 氣血雙虧型

주증 : 面色蒼白, 肌膚甲錯, 頭昏眼花, 體瘦腹滿, 硬滿拒按, 舌淡紅, 苔黃白. 脈細弱.

치법 : 健脾養心, 益氣攝血.

처방 : 歸脾湯加減.

구성약물 : 黃芪 黨蔘 各15g, 白朮 白茯 各 12g, 廣木香 15g, 陳皮 當歸 龍眼肉 各 10g, 酸棗仁 12g, 甘草 5g, 枳實 10g, 蚤休 20g, 蟅蟲 10g.

가감 : 氣虛甚 加 紅蔘(蒸兌) 10g ; 大便秘結 加 大黃, 桃仁 各 10g ; 便血不止 加 炮薑炭 10g, 伏龍肝 30g ; 腹脹甚 加 厚朴 15g, 沈香粉(庶服) 5g.

(2) 변증치료시에 따른 가감[37]

淸熱燥濕 : 黃芩, 黃栢, 黃連, 苦蔘.

淸熱利濕 : 猪苓, 竹葉, 瞿麥, 木通.

分利止瀉 : 車前草, 澤瀉, 腹皮, 猪苓.

化食導滯 : 山楂, 炒三仙, 鷄內金.

固 止瀉 : 石榴皮, 椿根皮, 肉豆蔻, 訶子肉, 粟殼, 兒茶, 老鶴草, 赤石脂, 禹餘糧. 이 약물중에서 兒茶와 老鶴草는 腹瀉에 效果的이다.

止血消腫 : 地榆, 槐花, 仙鶴草, 大小薊, 三七, 血餘炭, 蜂房.

止痛消脹 : 元胡, 白屈菜, 生蒲黃, 五靈脂, 沈香, 乳香, 赤芍, 莪朮, 腹皮, 厚朴, 烏藥, 川練子.

裡急後重 : 木香, 檳榔, 陳皮, 葛根, 元胡.

(3) 大腸癌에 사용되는 簡易方[28,39]

① 白花蛇舌草 120g, 仙茅 120g, 水煎服한다.

② 水蛭 3g을 焙乾硏粉하여 매일1회 幷水呑服한다.

③ 猪苓 30g, 腫節風 30g, 石見穿 15g, 蜈蚣 6g을 水煎服한다.

④ 半枝蓮 적당량을 매일 1회씩 水煎服하고, 蒼耳子 煎湯液으로 薰蒸하고 風尾草, 夢

薺煎湯液을 차와 같이 마신다.

⑤ 半枝蓮 60g, 白花蛇舌草 60g을 煎湯하여 차대신 마신다.

⑥ 山梗菜 30g을 매일 1회씩 수개월동안 水煎服한다.

⑦ 大黃 3g, 鴉膽子 15粒, 蟾酥 15g을 細末하여 매일 1회 복용한다.

⑧ 蘆薈 10g을 白酒로 磨化하여 氷片 2g과 섞어 患處에 붙인다.

⑨ 馬錢子 적당량을 硏末하여 환부에 바른다.

⑩ 魚腥草 煎湯液을 환처에 薰洗한다.

⑪ 鮮無花果를 매일 복용한다.

⑫ 訶子 500g, 白芷 30g, 防風 30g, 秦艽 30g, 狗尾草 30g을 硏末하여 복용한다.

(4) 大腸癌에 常用되는 抗癌藥劑[39,40]

苦蔘, 敗醬草, 白花蛇舌草, 藤梨根, 風尾草, 土茯苓, 蒺藜, 馬尾連, 白頭翁, 羊蹄根, 蚤休, 腫節風, 瓜蔞, 山慈姑, 山豆根, 夏枯草, 木鱉子, 土貝母, 生意苡仁, 紅藤, 石榴皮, 烏蘞莓, 半枝蓮, 白英, 龍葵, 蛇莓, 馬齒莧, 兒茶, 椿根皮, 鴉膽子, 大黃, 大蒜, 地楡, 黃栢, 黃芩, 蟾酥, 土鼈蟲, 守宮.

3. 東西醫 結合治療

1) 治療原則

현재 중국에서는 大腸癌에 대한 동·서의 결합치료를 광범위하게 채용하고 있다. 整體觀念으로부터 출발하여 正邪의 상황분석에 이르기까지 동·서의 結合治療를 응용함에 長點을 取하고 短點을 補完하여 비교적 좋은 효과를 얻을 수 있었다.

早期환자는 근치적 수술을 위주로 하는데, 수술 후 화학요법을 사용하지 않고, 扶正祛邪하는 한약을 服用시킨다[36,39].

中·末期환자에게는 수술 전에 방사선요법을 할 수 있다. 또는 고식적 절제 후에 다시 화학요법, 방사선요법, 그리고 한약으로 치료하여 치료효과를 공고히 할 수 있다. 말기가 되어 수술요법이 부적합한 환자는 화학요법과 고식적 방사선요법, 그리고 한약을 配合하여 생존기간을 연장할 수 있다[36,37,38].

臨床上 이미 근치적 수술을 시행했으나 이미 림프절 전이가 있고, 혹은 암세포가 이미 인근 기관 혹은 조직에 침윤했다면 비록 절제술을 했을지라도, 수술 후에 韓藥에 화학요법을 가하여 종합치료를 해야 한다. 화학요법이 시행되는 동안에는 韓藥을 배합하여 부작용을 감소시키고, 화학요법을 잠깐 멈추는 동안에는 韓藥으로 扶正祛邪하는 치료를 한다[36,37].

北京中醫硏究院 廣安門醫院에서는 韓藥의 益氣, 活血, 補腎, 解毒之劑를 92例의 Ⅲ기 大腸癌환자에게 화학요법과 배합응용하여 치료 후 1, 3, 5, 10년 생존율이 각각 97.83%, 92.11%, 70.59%, 15.0%가 되었다고 보고하였다[2].

2) 東西醫 結合治療時 注意點

本病은 중년과 노년에 많이 나타나므로 한약을 운용하여 치료할 때 아래의 2가지 점을 주의해야 한다.

(1) 경미할 때 더 이상 커지지 못하게 방지해야한다. 노인에게는 大便習慣과 糞便性質의 변화가 나타나는데, 便秘 혹은 腹瀉, 便血 혹은 粘液血便, 그리고 大便이 형태가 변하든지 가늘어지게 되고, 혹은 消瘦, 乏力, 腹脹, 貧血 등의 증상이 나타나게 되므로 주의깊은 관찰로 조기검사를 해야 하며, 조기치료를 해야 한다. 또한 虛弱한 노인, 혹은 말기 大腸癌, 수술에 부적합한 경우에는 한약응용이 반드시 필요하다[2,40].

(2) 辨證用藥과, 攻補를 적절하게 시행하여야 한다. 高齡의 노인은 精虧, 氣血不足, 五臟虧損, 元氣不足 등의 虛弱病證을 나타내는데 비하여 大腸癌에서 출현하는 大便膿血, 腹痛腹脹 등증은 濕熱蘊結, 氣滯不暢의 實한 상태를 많이 나타내므로 虛實을 分別하여, 補에 攻을 겸하여 치료할 것인지, 攻에 補를 겸하여 치료할 것인지, 攻補兼施할 것인지를 잘 결정해서 치료해야 한다. 虛象이 드러나는 말기의 노인을 한가지 藥味로 攻伐하여 正氣를 손상하면 않된다. 노인의 脾胃는 본래 弱하므로 藥을 사용할 때에는 많은 量의 陰凝滋膩한 藥을 피하여 胃의 장애를 예방해야 하고, 溫熱한 藥을 過用하면 眞陰을 쉽게 損傷시키고, 津液을 消耗시킨다. 大腸癌은 溫熱이 積滯되어 運化되지 않은 것이므로 早期에 溫補固澁 혹은 滋膩養陰하는 藥을 사용하지 않아야, 氣機가 억제되는 것을 免할 수 있으니, 마땅히 淸化濕熱이 우선되어야 한다[2,40].

말기의 항문부위 癌症에 유채꽃 모양의 腫物 혹은 潰爛이 있을 때에는 湯劑로 한약을 內服하는 것 외에도, 아래의 方劑를 끓여 매일 2~3회 坐浴하고 浸洗할 수도 있다.

坐浴方 : 苦蔘 五倍子 龍葵 各 30g, 馬齒 40g, 敗醬草 30g, 黃柏 10g, 土白茯苓 30g, 山豆根 20g, 黃藥子 30g, 枯礬 3g, 冰片少許(後下), 漏蘆 30g.

3) 방사선 · 화학요법에 대한 부작용시 치료방법[2, 38]

大腸癌 환자의 치료중 출현하는 毒性 副作用 및 치료방법은 다음과 같다.

(1) 부작용

① 消化障碍

많은 患者에서 치료를 받은 후 곧바로 胃部飽脹, 食欲減退, 惡心嘔吐와 함께 腹脹, 泄瀉 등 症이 출현하며, 또한 치료를 중단한 후 1~2개월내에도 위와 같은 증상을 볼 수 있다.

② 骨髓抑制

백혈구 감소 혈소판 감소와 빈혈 등이 주로 나타난다.

③ 피곤과 무기력

四肢無力, 精神不振 등이 나타나며 甚하면 心慌, 短氣, 失眠, 虛汗, 脣乾, 口乾, 舌燥, 脫毛 등의 증상이 나타날 수 있다.

④ 毒熱之象

發熱, 患部疼痛, 口腔炎, 口腔潰瘍과 靜脈炎, 直腸炎, 膀胱炎, 陰道炎 등의 증상으로 방사선 요법을 받은 환자에게 제일 흔하게 나타난다.

(2) 치료방법

① 淸熱解毒

구성약물 : 金銀花 蓮翹 各 15~30g, 山豆根 射干 各 9~15g, 板藍根 蒲公英 各 15~30g, 黃連 6~9g.

㉠ 口腔潰瘍, 咽喉潰瘍 등의 증상출현시, 아래와 같은 經驗方을 常用한다.

구성약물 : 生黃芪, 大生地黃 各 15~30g, 元蔘 9g. 金銀花 15g, 板藍根 12~15g, 山豆根 9~15g, 黃連 6g.

용법 : 1일 1첩 水煎하며 100*ml*가 되게 농축하여 50*ml*씩 각각 아침저녁으로 복용한다.

㉡ 膀胱의 염증

증상 : 尿急, 尿痛 尿赤 舌苔黃膩.

치료 : 淸利膀胱濕熱.

처방 : 八正散合小薊飮子加減.

구성약물 : 扁蓄 10g, 車前子 15g, 瞿麥 10g, 木通 5g. 白茅根 30g, 滑石 甘草 各 15g, 生地黃 15g. 牧丹皮 10g.

가감 : 尿赤 加 仙鶴草 30g, 大小薊 10g.

㉢ 大腸濕熱

주증 : 下腹脹痛, 大便泄瀉 或不爽, 甚則大便膿血, 苔薄黃 或 黃膩.

치료 : 淸利大腸濕熱.

처방 : 葛根芩連湯, 連理湯加減.

구성약물 : 葛根 30g, 黃連 10g, 黃芩 炒白朮 各 15g, 甘草 乾薑 各 3g, 大腹皮 15g, 馬齒 30g.

가감 : 大便膿血 加 白頭翁 白茅根 各 15g.

② 補養氣血

㉠ 凉補氣血 : 氣血이 虛弱하며 偏熱患者에게 활용한다.

구성약물 : 生黃芪 9~30g, 西洋蔘 3~6g(둘 중 따로 하나만 煎한다), 生地黃 12~18g.

㉡ 溫補氣血 : 治療 중 氣血俱虛, 體質이 虛寒한 환자에게 주로 사용한다.

구성약물 : 黨蔘 太子蔘 各 15~30g, 紅人蔘 白人參 各 6g (이상의 蔘 중 하나를 선택하여 사용한다) 全當歸 15~30g, 熟地黃 9~15g, 鷄血藤 15~30g, 阿膠 9g(녹여 庶服) 三七粉 1~1.5g, 黃精 15~30g, 紫河車 6g, 龍眼肉 9g, 紅棗 7枚.

③ 生津潤燥 : 治療 중 咽乾, 口乾, 舌燥 등 熱毒에 陰이 傷했거나 津液이 손상된 환자에게 주로 활용한다.

구성약물 : 生地黃 9~15g, 元蔘 麥門冬 各 9~12g, 石斛 天花粉 各 15~30g, 蘆會根 30~60g.

④ 健脾和胃 : 방사선 · 화학요법 중 消化障碍 출현시 사용한다.

구성약물 : 炙黃芪, 黨蔘 各 20g, 白朮 12g, 陳皮 炙升麻 炙柴胡 當歸 各 10g, 炙甘草 5g, 山蔘 15g, 枳殼 12g, 桔梗 10g, 蚤休, 白花蛇舌草 各 20g.

㉠ 食欲不振, 脾胃虛寒, 喜熱飮 加 黨蔘, 焦白朮, 白茯苓, 甘草, 陳皮, 半夏, 廣木香, 砂仁 ; 胃脘飽脹, 胸脇疼痛 肝胃不和 加當歸, 杭白芍藥, 白茯苓, 焦白朮, 甘草, 炒柴胡.

㉡ 惡心, 嘔吐酸水, 苦水는 胃熱之症에 속하므로 炒陳皮, 淸半夏, 白茯苓, 竹茹, 黃連, 麥門冬, 枇杷葉 등을 煎服한다. 嘔吐淸水凉水는 脾胃寒之症이므로 焦陳皮, 淸半夏, 白茯苓, 炙甘草, 黨蔘, 丁香, 柿蒂 生薑, 大棗를 加減한다.

4) 東西醫 結合治療時 治療效果上昇 및 副作用 減少[24, 54]

東西醫 結合治療時에는 단순 한약치료나 단순 수술 · 방사선 · 화학요법시보다 생존률 상승 및 副作用減少의 효과가 크다고 報告되고 있다.

① 症狀改善

동서의 결합치료시 단순한약치료보다 呑因不利, 腹脹滿의 증상이 輕減되었고, 大便의 粘液狀態와 膿血횟수가 감소되었으며, 食慾이 增加하였고 정신이 호전되는 등 자각증상이 감소되었으나 종괴의 크기는 변함이 없었다.

② 혈액상의 호전

大腸癌은 長期間의 癌性出血이나 수술 후 失血, 또는 화학요법과 방사선요법후 골수 기능억제로 인하여 적혈구, 혈색소, 혈소판, 백혈구 세포수 하강 등이 일반적으로 발생하지만 한약치료 후에는 일정정도의 상승이 있고 특히 백혈구수의 현저한 증가가 있다.

③ 면역지표상승

한약치료를 병행한 환자는 치료전보다 면역지표를 측정해본 결과 현저한 수치상승이 있었다.

④ 體力增强

한약치료를 병행한 환자는 단순 화학요법만을 시행한 환자보다 대다수가 일정한 기간후에 體力增强, 顔色良好, 消化吸收機能改善, 體重增加, 精神淸快, 生活 狀態改善, 他疾病少發 등 명확한 효과가 있었다.

5) 東西醫 併用治療[36)]

① 手術療法後 韓藥治療

藥物構成 : 黃芪 20g, 黨蔘 20g, 白朮 10g, 白茯苓 10g, 陳皮 10g, 當歸 12g, 白芍藥 15g, 廣木香 15g, 香附子 15g, 砂仁 5g, 麥芽 15g, 穀芽 15g, 沈香粉(庶服), 蚤休 20g, 白花蛇舌草 20g.

가감 : 氣虛 加 紅蔘 5g 或 白蔘 10g.

② 放射線療法 後 韓藥治療

藥物構成 : 車前子(布包) 10g, 薏苡 10g, 萹蓄 10g, 梔子 10g, 大黃 10g, 木通 10g, 竹葉 10g, 甘草 5g, 白茅根 15g, 半枝蓮 20g, 敗醬草 20g, 白花蛇舌草 20g.

가감 : 放射性腸炎複寫 加 神麯 15g.

③ 化學療法後 韓藥治療

藥物構成 : 黃芪 20g, 黨蔘 20g, 白朮 15g, 白茯苓 15g, 砂仁 10g, 陳皮 12g, 法夏 12g, 山藥 20g, 炒麥芽 15g, 炒穀芽 15g, 女貞子 12g, 旱蓮草 12g, 肉蓯蓉 12g, 菟絲子 10g, 莪朮 12g, 蚤休 20g, 白花蛇舌草 20g, 甘草 5g.

加減 : 頭昏乏力 加 紅蔘 5g 或 白蔘 10g ; 汗多 加 牡蠣 20g, 五味子 10g.

6) 臨床報告된 東西醫 結合治療時에 治療效果

① 抗癌中藥一天方

處方構成 : 苦蔘 9g, 草河車 9g, 白頭翁 9g, 紅藤 15g, 半枝蓮 30g, 白槿花 9g.

加減 : 大便數多, 伴粘液或膿血 加茜樗根皮 9g, 側柏葉 9g, 薺菜花 9-15g, 風味草 9-15g, 血見愁 9-15g ; 便血多 加茜草根 9g, 仙鶴草 15g, 地榆 9g, 灸刺猬皮 9g, 風味草 9-30g ; 腹脹 加 廣木香 3-9g, 大腹皮 9g ; 大便澁滯 加 大黃 9g, 桃仁 9g ; 體虛便秘 用麻仁丸(吞) 9g ; 白血球低下 加 鷄血藤 5g, 虎杖根 15g, 薏苡仁 15g, 赤小豆 15g, 當歸 9g, 灸黃 19g.

治療效果 : 본 처방을 사용하여 대장암환자 30例에 투여한 결과(수술과 화학요법과 병용한 경우가 27例), 5년 이상 생존이 3例(그중 9년이상 생존이 1例)였고, 1년이상이 12例, 1년이하가 6例였다.

처방기원 : 《抗癌中藥一天方》中國醫藥科技出版社, 1992 ; 336.

② 山東中醫雜誌

處方構成 : 黃芪 40g, 太子參 20g, 白朮 15g, 炒扁豆 20g, 薏苡仁 20g, 木瓜 20g, 黃連 15g, 半夏 10g, 陳皮 5g, 神麯 20g, 炒麥芽 20g, 鷄內金粉(庶服) 10g, 白花蛇舌草(別煎) 40g, 鮮蒲公英(別煎) 40g, 鮮敗醬草(別煎) 50g, 川練子 20g, 玄胡索 20g, 降木香 15g, 土茯苓 20g, 丹蔘 30g, 牡蠣粉 30g, 甘草 10g.

加減 : 濕熱重 加 白花蛇舌草 70g, 蒲公英 60g, 敗醬草 60g, 蓮翹 30g, 炒梔子

15g, 黃栢 10g, 白頭翁 20g ; 化瘀消腫 加 冬瓜仁 15g, 大黃 5g, 川貝母粉(冲服) 10g ; 咽喉不利 加 射干 15g ; 口苦, 頭痛 加 龍膽草 12g, 石決明 30g.

치료효과 : 본 처방을 사용하여 직장암 78例를 치료하였는데 그 중 Ⅰ기 8例, Ⅱ기 34例, Ⅲ기 29例, Ⅳ기 7例였으며 수술요법과 화학요법을 결합하여 치료한 결과, 5년생존율 80.77%였고 Ⅲ기와 Ⅳ기의 말기 암환자에게 단순히 한약만을 투여한 결과 5년생존율은 60%였다.

처방기원 :《山東中醫雜誌》 1994;13(2);81.

Ⅲ. 고 찰

大腸癌(直腸 · 結腸癌)은 통계에 따라 약간의 차이는 있지만 우리나라에서는 4~5번째의 발생률을 보이고 있고[1], 日本의 경우 大腸癌에 의한 死亡率이 현저히 증가하고 있으며, Kondo[42,43]등은 이러한 現狀을 생활양식이 西歐化하기 때문이라고 시사하였다.

大腸癌의 原因은 명확하지 않으나, 密接한 關係가 있는 要素로는 飮食 · 衛生 · 營養 외에 腸道慢性炎症 · 息肉 · 腺瘤 · 血吸蟲病 및 一部 發癌物質 등이 있다[7].

現代醫學에서는 大腸癌을 일으키는 有關因子에 있어서, 大腸의 慢性炎症(주로 慢性潰瘍性結腸炎, 肉芽腫性 大腸炎, 日本血吸筮病)이 있는 환자에서 빈도가 높고, 大腸에 陽性 腺腫性 茸腫이 있거나 가족력이 있는 茸腫症이 있는 환자에서 역시 빈도가 높으며[44], 대장의 息肉과 腺瘤는 모두 大腸癌의 발생과 有關하다고 보고 있다[45].

大腸癌의 증상은 암의 발생부위, 크기, 진행속도 및 腸閉塞, 腸出血 혹은 腸穿孔과 같은 合病症의 發病與否 등 여러 가지 要素에 따라 多樣하게 나타난다[5]. 大腸癌의 의심이 가는 환자에게 예의 관찰해야할 주요 所見은 排便習慣의 變化, 血便, 疼痛 및 貧血이라 할 수 있다[7].

盲腸과 上行結腸의 直徑은 좌측 결장에 비해 2.5배나 되며 장내용물이 液體性이므로 右側結腸에 發生하는 癌의 대부분이 크기가 큰 것일지라도 腸閉塞은 잘 일으키지 않으며 주로 나타나는 症狀으로는 疲勞感, 無氣力, 體重減少, 貧血 등과 함께 지속적인 右下腹部 鈍痛 등이다. 또한 약 10%의 환자에서는 右側腹部에 觸知되는 腫塊가 첫 徵候가 되기도 한다. 이에 반하여 左側結腸에 발생하는 암은 腸閉塞이 조기에 나타나며 이는 左側結腸의 直徑이 右側結腸보다 작고 장내용물이 고형성분이며 경성 또는 環狀型 癌腫이 많기 때문이다.

이외의 증상으로는 대변의 굵기가 점차 가늘어지며 便秘와 泄瀉가 不規則的으로 반복되는 排便 習慣의 變化와 더불어 피나 점액이 糞便에 섞여 나오기도 한다. 그러나 貧血症狀이 심한 경우는 그리 흔하지 않다. 또 大腸의 가장 하부에 위치한 直腸에 發生하는 癌의 흔한 증상은 粘液性 血便이다. 때때로 肛門 出血이 유일한 증상이므로 우리나라에서 흔한 치질과 감별 진단을 요한다. 下部直腸癌의 경우 大便이 마려운 것 같으면서도 不充分한 排便감을 갖는 경우가 많다. 直腸은 직경이 크므로 腸閉塞을 일으키는 예는 흔치 않으며 가끔 경미한 복통을 일으키는 수가 있다. 이와같이 大腸癌의 의심이 가는 환자에서 가장 주위해야 할 소견으로는 排便習慣의 變化, 血便, 疼痛 및 貧血이며 특히 40세 이상의 환자에서 상기와 같은 변화가 있을 때 철저히 조사할 필요가 있다. 그러나 大腸癌의 가족력이 있거나 家族性茸腫症 등 大腸癌에 대한 발생위험이 높은 군에서는 40세

이전이라도 수시로 檢診을 받아야 조기 발견할 수 있다[1].

일반적으로 大腸癌은 診斷방법이 비교적 容易하고 治療方法도 일정하며, 또한 早期發見에 의한 치료 결과도 좋아 높은 生存率을 나타내는 것으로 알려져 있으나, 젊은층의 경우 그 豫候가 불량한 것으로 보고되고 있다. 이는 젊은층에서 발생할 경우 早期發見이 잘 안되는 것과 癌細胞 자체의 惡性度가 더 높다는 점으로 추정된다[46].

直腸癌의 診斷은 비교적 쉽게 確診할 수 있는데, 直腸手指檢査에 의한 確診은 73.8%~85.8%이며, S상結腸鏡檢査를 병행할 경우 100% 診斷이 가능하다[46]. 그러므로 직장수지검사, S상결장경검사 및 대변잠혈검사는 상용적으로 필히 시행해야 하며, 病變이 발견되면 生檢과 병리조직 검사를 시행하고, 大腸造影術을 필요에 따라 추가 시행한다. 肛門에 가까운 직장 부위는 직장수지검사나 직장대장경검사가 더 바람직하며, 이외의 먼 부위는 직장경 및 대장조영술이 더 바람직하다[47]고 여겨진다.

早期診斷을 위하여 조기내원이 권장되며, 조기 진단의 선별검사(Sreening Test)로 대변잠혈검사[47], 직장수지검사를 시행하는 것이 바람직하며, 의심되면 CEA수치검사[48], 결장경검사 및 바리움 대장조영술 등의 종합적 검사가 필요하다[5,47]. 大腸癌 환자의 60~70%는 암이 재발한다. 따라서 수술후 재발을 조기에 발견하기 위해서는 주기적인 S상결장경검사, 대장조영술, 대장내시경검사, 전산단층촬영, 대변잠혈검사 및 CEA치 측정등을 통하여 암 재발의 조기 발견에 노력해야 한다[5].

大腸癌의 치료는 早期診斷 및 早期手術이 原則이며, 癌의 轉移 장소에 따라 근치적 절제술을 시행하여야 하고, 수술후 보조요법으로 화학요법, 방사선요법, 면역요법 등이 單獨 또는 併合的으로 이용되고 있다[49]. 수술 방법으로는 근치적 절제술을 원칙으로 하여 복회음부 절제술, 보존적 절제술, 복부전방 절제술, 인공항문 조루술, 전기적 소작술, 항문 괄약근 보존술 등이 있고, 수술전 처치로는 기계적 관장세척, 항생제의 경구투여를 시행하게 된다[46,47].

한의학문헌에 '大腸癌'이라는 명칭은 없으나, 일찍이 《內經》에 나타나는 '腸癖(腸澼)'이라는 말이 이와 相應하는 병증으로 보여지며[2], 便血, 粘液便, 疼痛, 便通異常 등의 임상증상을 지닌 韓醫學에서의 腸風, 下血, 腸毒, 結陰에 상응한다고 보여진다[50].

大腸癌의 病機는 첫째, 濕熱下注, 留滯大腸으로 대개 飮食不節, 醉飽無度, 恣食肥膩하면 濕熱이 內生하여 肛門으로 流注함으로써 腫이 되고, 痛連少腹, 肛門重墮, 大便膿血, 排便困難케 된다. 독한 술을 마시거나 자극적인 음식을 먹으면 체내에 독이 쌓여 종을 형성하게 된다. 둘째, 外感邪毒, 陰絡受傷 등의 內外因의 작용으로 濕熱蘊毒하여 腫이 된 것은 大腸癌의 標이며, 脾腎虧虛의 正氣不足은 大腸癌 病因의 根本이다[19].

腫瘍에 對한 治療는 整體的인 調節이 必要하며 病巢에 對한 局部의 治療도 重要하다. 따라서 腫瘍의 治療는 辨證論治에 따른 全身의 不均衡을 調節해주는 方法으로 이러한 治療方法은 內治 또는 整體治療에 該當한다. 局部治療의 方法은 多樣하게 硏究되고 있는데 韓醫學的으로는 膏藥, 韓藥劑中 抗癌藥物類가 응용되고 있으며, 西洋醫學的으로는 放射線療法·化學療法·手術療法 등이 응용되고 있다. 臟腑內의 不均衡은 辨證施治를 通한 韓藥劑를 利用한 東醫治療로 局所部位의 腫瘍治療는 西洋醫學에서 行해지고 있는 手術療法·化學療法·放射線療法·免疫療法 等을 調和시킨 東西醫 結合治療가 바람직할 것으로 思料된다.

최근 韓藥을 이용한 腫瘍治療 硏究는 東西醫結合治療法을 利用하여 韓藥에 화학요법과 방사선요법 및 수술요법을 結合하거나 西醫療法의 毒副作用治療 腫瘍合併證治療 等에 韓藥이 미치는 영향을 硏究하는 趨勢에 있다[50]. 一般的으로 먼저 現代 診斷器機을 利用하여 腫瘍의 病因·部位·大小·病期를 診察하여 東醫診斷에 參考로 하고 東醫 四診을 通하여 辨證施治에 立脚한 治療를 하는데, 腫瘍의 治療法은 祛邪法, 扶正法 및 攻補兼施의 治療方法이 있다. 腫瘍治療法의 硏究는 初期에는 攻法중에서도 軟堅散結法과 活血化瘀法에 對한 硏究가 主從을 이루고 있었으나 점차 攻補兼施의 治療法을 硏究하는 方向으로 變하고 있다. 즉 扶正培本法 硏究를 통하여 방사선요법과 화학요법을 向上시키고 末期 腫瘍 患者의 壽命을 延長하는 方向으로 進行하고 있다. 이러한 扶正法과 祛邪法의 使用時機는 普通 扶正法은 主로 晩期에 화학요법 및 방사선요법과 配合하여 利用되며 祛邪法(抑癌 抗癌)은 中期 및 晩期에 방사선요법과 화학요법과 併用하여 使用된다. 西醫方法으로 抗癌시키며 東醫方法으로 扶正시키는 方法을 결합하면 "扶正不助邪 祛邪不傷正"[51]하므로 西醫방법에 의한 抗癌治療의 敵我不分의 弊端을 避할 수 있다. 즉 生存率의 증가는 물론 방사선요법과 화학요법으로 인하여 發生하는 骨髓抑制·胃腸管反應·脫毛·全身虛弱·放射線炎症 등의 부작용을 감소시키는 효과가 뚜렷하게 나타났다. 연구 경향은 초기에는 單味劑에 對한 硏究가 主從을 이루고 있었으나 점차 復方硏究로 바뀌고 있는데, 復方의 作用은 各個의 單味劑를 相互結合하는 것이 아니라 韓藥의 合理的인 配合에 의한 相互協助로 臨床效果를 뚜렷하게 增進시키는 것이다[52].

현재 大腸癌의 治療에는 廣範圍하게 東西醫結合治療가 시행 중인데 방사선치료와 화학치료중 體質의 虛弱이나 免疫力 弱化로 인해 나타나는 소화장해, 골수억제, 백혈구수 저하, 식욕저하 및 전신증상 등의 부작용을 감소시키거나 억제시키는 동시에 체력 및 면역상태 개선, 암성 태아성 항원의 강하 등의 효과가 있어 암환자로 하여금 방사선요법과 화학요법을 순조롭게 마치게 할 수 있음이 관찰되고 있다[50,57]. 수술 전후에 화학요법, 방사선요법 및 한약치료를 병행하여 환자의 생존률을 향상시키고 방사선 및 화학요법의 부작용을 경감시키며 재발율을 낮추고 치료효과 및 환자 생활의 질을 높이며 預後에 좋은 결과를 나타내고 있는 것이다. 이와같이 방사선치료의 부작용에 대하여 韓藥의 유효한 證治原則이 도출되고 있고 화학요법으로 인한 부작용의 치료는 扶正培本法을 위주로 한 치법이 도출되었다[57].

東西醫結合의 關鍵은 大腸癌의 생존률을 높이는 것이고 특히 단순 서의치료시 또는 단순 동의치료시에 발생할 수 있는 부작용과 단점을 보완하여 치료효과를 극대화시키는 것이다. 최근 동서의결합에 의한 종합치료로 단순 서의치료나 동의치료보다 더 좋은 복합처방, 단미, 항장요법에 응용할 수 있는 새로운 약물의 개발이 필요할 것으로 사료된다.

Ⅳ. 結　論

본 연구자는 大腸癌에 關한 西醫學·東醫學 및 東西醫 結合治療의 動向을 文獻考察을 通하여 연구한 결과 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 大腸癌에서 結腸癌은 韓醫學에서 腸風下血, 直腸癌은 腸毒, 肛門癌은 結陰에 해당하였다.

2. 西醫學에서의 治療는 手術療法이 가장 優

先的이며 手術直後 化學·방사선·면역요법 等의 集合的 治療가 原則이며, 東醫學에서의 治療는 瘀毒內結·脾胃虛弱·脾氣下陷·氣血雙虧·痰濕凝結으로 辨證施治하는 外에 鍼灸·氣功·氣治療 等의 方法이 使用된다.

3. 東西醫 結合治療에서 大腸癌의 各 期別 治療原則은 早期 大腸癌은 根治手術을 爲主로 하고 화학요법을 사용하지 않고 부정거사하는 한약을 사용한다. 中·末期환자에게는 수술 전에 방사선요법을 시행하거나, 고식적 절제 후에 다시 화학요법, 방사선요법, 그리고 한약으로 치료한다. 말기가 되어 수술요법이 부적합한 환자는 화학요법과 고식적 방사선요법, 그리고 한약을 配合하여 생존기간을 연장할 수 있다.

4. 근치적 수술을 시행했으나 이미 림프절 전이가 있거나 암세포가 인근 기관 혹은 조직에 침윤했다면 비록 절제술을 했을지라도, 수술 후에 韓藥에 화학요법을 가하여 종합치료를 한다.

5. 東醫學과 西醫學의 治療法 中에서 各各의 長點을 取하여 東西醫 結合 治療가 이루어지고 있으며 臨床報告에 依하면 東西醫 結合治療는 單純 西醫治療 및 單純東醫治療보다 效果가 優秀하였다.

6. 東西醫 結合治療의 長點은 생존기를 연장시키고, 화학요법 및 방사선요법의 副作用을 減少시키며, 화학요법의 완성율을 높이고, 再發을 防止하며, 人體內環境의 平行을 維持시켜주고, 免疫能力을 향상시키는 效果가 있다.

參考文獻

1. 대한의학협회 : 암의 진단과 치료, 여문각, p.95, pp.100-105, 1992.
2. 文九外2人 : 암 동서의 결합치료, 원광대 출판국, p.272, pp.273-276, 286-290, 296-299, 1999.
3. 保健新聞社 : 保健年鑑, pp216-217, 222-223, 1992.
3. 최영상 외 2인 : 20, 30대 청장년에서 대장 및 직장암의 임상적 고찰, 癌學術志 9(1): 21-28, 1990.
4. 전국의과대학교수 역 : 오늘의 진단과 치료, 서울, 도서출판 한우리, p.701, 1999.
5. 金鎭福 外 3人 : 最新外科學, 서울, 一潮閣, pp.780-793, 1987.
6. 백남선 : 암치료의 최신경향, 癌學術志, 9(1):15-20, 1990.
7. 許世厚 외 1인 : 抗癌中藥方選, 北京, 科學出版社, pp.122-129, 1992.
8. 具本泓 外 4人編譯 : 東醫內科學, 서울, 書苑堂, pp.392-395, 1985.
9. 金益達 編輯 : 名醫 333人 Ⅱ, 서울, 學園社, pp.715-730, 1981.
10. 박원상 외 7인 : 한국인 대장 및 직장 선암에서 MCC와 APC 유전자와 이종접합성 상실, 대한암학지 25(5) : 630-658, 1993.
11. 김홍태 외 5인 : 진행 大腸癌환자에 대한 5-Fluorouracil 및 재조합 감마 인터페론 병용요법의 치료효과, 대한암학회지 24(5): 743-758, 1992.
12. 윤성수 외 7인 : 진행성 및 재발성 大腸癌에서 5-Fluorouracil과 정용량 Leucovorin 병용요법에 대한 제Ⅱ상 임상연구, 대한암학회지 24(5):737-742, 1992.
13. 李燦泳 : 直腸癌의 多併用 治療, 癌學術志, 10(1):8-21, 1991.
14. 최영상 외 2인 : 20, 30대 청장년에서 대장 및 직장암이 임상적 고찰, 癌學術志 9(1):21-28, 1990.
15. 程士德 외 2인 : 高等醫藥院校教材內經講義, 上海, 上海科學技術出版社, pp.131-132,

1984.
16. 張天澤 : 中國常見惡性種瘤診治規範, 北京, 北京醫科大學出版社, pp.1-2, 1989.
17. 申天浩 외 1인 : 癌瘤防治研究, 서울, 成輔社, pp.193-207, 1984.
18. 趙建成 編 : 段鳳舞腫瘤積驗方, 合肥市, 安徽科學技術出版社, pp.284-302, 1991.
19. 최승훈 : 東醫腫瘍學, 서울, 행림출판, p.191, 1995.
20. 孫奎芝 : 常見腫瘤診治指南, 北京, 中國科學技術出版社, pp.52-64, 1990.
21. 陳貴延 : 實用中西醫結合診斷治療學, 北京, 中國醫藥科技出版社, pp.1396-1400, 1991.
22. 김정범 외 : 大腸癌의 동서의학적 비교연구, 동의병리학회지 10(1):89-126, 1995.
23. 湯劑隨 : 現代腫瘤學, 上海, 上海醫科大學出版社, pp.522-523, 1993.
24. 李佩文 : 中西醫臨床腫瘤學, 北京, 中國中醫出版社, pp.770-772, 1996.
25. 黃文東 : 實用中醫內科學, 上海, 上海科學技術出版社, pp.621-635, 1988.
26. 顧伯康 : 中醫外科學, 北京, 人民衛生出版社, pp.378-382, 1987.
27. 上海醫科大學<實用內科學>編輯委員會編 : 實用內科學(下冊), 北京,
人民衛生出版社, pp.1355-1358, 1988.
28. 鬱仁存 : 中醫腫瘤學(上冊), 北京, 北京科學出版社, pp.12-19, 258-261, 1988.
29. Robert Souhami : Cancer and its mangement, 2nd edition,
Blackwell Science, pp.272-275, 1998.
30. MacFarlane JK, Ryall RDH, Heald RJ. : Mestorectal excision for rectal cancer. Lancet, 341: 457-60, 1993.
31. Gastrointestinal Tumor Study Group : Prolongation of the disease-free interval in surgically treated rectal carcinoma. New England Journal of Medicine, 312: 1465-72, 1985.
32. Krook JE, Moertel CG, Gunderson LL et al. : Effective surgical adjuvant therapy for high risk rectal carcinoma. New England Journal of Medicine, 324: 709-15, 1991.
33. Papillon F. : Intracavitary irradiation of early rectal cancer for cure. Cancer, 36:696-701, 1975.
34. 윤성수 외 7인 : 진행성 및 재발성 대장암에서 5-FU와 정용량 leucovorin병용요법에 대한 임상연구, 대한암학회지, 24(5) ; 737-742, 1992.
35. Jackman AL, Taylore GA. Gibson W et al. : ICID 1694, a quinazoline antifolate thymidylate synthase inhibitor that is a potent inhibitor of L1210 tumour cell growth in vitro and in vivo: a new agent for clinical study, Cancer Research, 51:5579-5586, 1991.
36. 潘敏求 外 : 中華腫瘤治療大成, 河北, 河北科學技術出版社, pp.489-491, 1996.
37. 王守章 : 中西醫結合臨床腫瘤內科學, 天津, pp.280-281, 284-286, 1994.
38. 張棕岐 : 臨床腫瘤綜合治療大全, 北京, 奧林匹克出版發行, p225, 1995.
39. 雷通海 외 2인 : 種瘤診治指南, 北京, 北京醫科大學中國協和醫科大學聯合出版社, pp.252-253, 1994.
40. 李家庚 외 : 中國種瘤防治大全, 北京, 科學技術文獻出版社, p.361, 1993.
41. Bowman HE : colon-Recal cancer Health organization and Government regulation. Surg Clin Ju Am 58:633, 1978.
42. Ryo Kondo : Epidermiological study on

cancer of the colon and rectum(Ⅰ) JAMA 97:80, 1975.
43. Ryo Kondo : Epidermiological study on cancer of the colon and rectum(Ⅱ) JAMA 97:93, 1975
44. 醫學教育研修阮 : 家庭醫學, 서울, 서울대학교출판국, pp.216-219, 1990.
45. 鬱仁存 외 2인 : 腫瘤研究, 上海, 上海科學技術出版社, pp.384-391, 1988.
46. 이인식 외 2인 : 20대 전반기 청년의 결장 및 직장암의 임상적 고찰, 癌學術志 6(1):31-37, 1984.
47. 권태영 · 오수명 : 직장암의 임상적 고찰, 경희의학 4(1):28-33, 1988.
48. 이귀녕 외 1인 : 임상병리파일, 서울, 의학문화사, pp.629-632, 1996.
49. 이봉화 외 8인 : 한국인 大腸癌의 예후인자 및 생존률, 대한암학회지 25(3):350-358, 1993.
50. 顧伯康 : 中醫外科學, 北京, 人民衛生出版社, pp.378-382, 1987.
51. 鄭玉玲 외 : 中西醫治療大全, 北京, 中國中醫藥出版社, pp.27-34, 1996.
52. 張學庸 외 : 中西醫結合簡明種瘤學, 陝西科學技術出版社, pp.149-150, 1989.
53. 國家中醫藥管理局 編 : 建國40年中醫藥科技成就, 北京, 中醫古籍出版社, pp.462-499, 1989.
54. 맹림승 외 : 中醫治癌大成, 北京, 北京科學技術出版社, p.991, 1995.