

## 크론씨병(局限性 腸炎)에 關한 韓醫學的 考察

崔彰祐 · 孫彰奎 · 趙鍾寬\*

### Abstract

#### The oriental-western literal study of Crohn's disease

Choi Chang-Woo, Son Chang-Gyu, Cho Chong-kwan  
Dept. of Oriental Internal Medicine,  
College of Oriental Medicine, Daejeon University, Daejeon, Korea

We arrived at the following conclusion after we have studied crohn's disease through the literatures of western and oriental medicine.

1. Crohn's disease has a characteristic of granulomatous necrosis and cicatricial inflammation which is called by segmental enteritis, granulomatous enteritis. This falls under the category of "Diarrhea", "Dysentery" and is similar to "small intestinal diarrhea", "acute tenesmus", "splenic diarrhea" in oriental medicine.

2. In western medicine, the cause of crohn's disease indefinites, but it is presumed immunological unbalance of alimentary canal. In oriental medicine, it is summarized as the abnormal ascending and descending circulation of stomach and splenic energies, the hepatic stagnation, being the lower part of cleaning qi by exogenous disease, dyspeptic convulsion.

3. The presenting symptoms of crohn's disease are intermittent chronic diarrhea, fever, weight loss, abdominal spastic pain or abdominal discomfort. When anyone has a abdominal mass, a rectal abscess, and a rectal constriction by physical examination, we can doubt crohn's disease.

4. The methods of western medical treatment are a suppression of intestinal toxic contents and inflammatory mediator, a supply of nutritive substanceus to intestinal epithelial cell. Oriental medical treatments of these are "inducing diuresis", "warming kidney to reinforce yang", "nourishing qi to invigorate spleen", "eliminatin dampness by cooling" according to syndrome differentiations.

As mentioned above, we can confirm possibility of oriental medical treatment that induces recovery of immunologic control function and we need advanced experiment, study, and clinical approach.

---

\* 大田大學校 韓醫科大學 肝系內科學教室

## I. 序 論

크론씨병(Crohn's disease)은 1932년 크론(Crohn), 긴즈버그(Ginzburg), 오펜하이머(Oppenheimer)에 의해 記述된 疾病으로<sup>1)</sup>, 口腔에서 肛門에 이르기까지 全消化器管에서 發生할 수 있는 亞急性 또는 慢性的 非特異的 肉芽腫性 壞死 및 瘢痕性 炎症을 特徵으로 하는 疾患이다<sup>2-4)</sup>.

그 病因으로는 여러 要因들이 있는데, 遺傳·環境·感染·免疫·精神 등이 관련되고<sup>1,3-4)</sup>, 유럽과 미국에서 크론씨병의 發生率은 10萬名當 2名, 有病率은 10萬名當 20-40名으로 알려져 있으며, 이에 比하여 東洋에서는 頻度가 상당히 적은 것으로 알려져 있으나, 最近 發生率이 增加하고 있다는 報告가 있다<sup>1-2,4-5)</sup>.

臨床的으로는 腹痛, 體重減少 및 泄瀉, 便血 등이 主症狀이며, 診斷은 大腸內視鏡이나 大腸造形術上 縱走(longitudinal)型的 긴 潰瘍과 周圍의 조약돌(cobble stone) 모양의 粘膜炎이 보이거나, 組織學的 檢査上 肉芽腫(granuloma)이 있을 경우에 診斷할 수 있다<sup>4-5)</sup>.

크론씨병의 治療로서는 內科的인 藥物治療 및 外科的 手術, 食餌療法, 免疫療法 등이 있으며, 대부분 慢性的으로 長期間의 治療期間을 要하게 된다<sup>4-6)</sup>.

크론씨병은 韓醫學的으로 “泄瀉”, “痢疾”, “大瘕泄” 등의 範疇에 屬하는데<sup>4,7-9)</sup>, 泄瀉에 對해 「黃帝內經」<sup>10-11)</sup>에서는 “飧泄”, “濡泄”, “洞泄”, “溏泄” 등으로, 「傷寒論」<sup>12)</sup>에서는 “下利”로, 宋以後의 醫書<sup>13-15)</sup>에서는 “泄瀉”로 總稱하였고, 痢疾에 對해서는 「黃帝內經」<sup>10-11)</sup>에서 “腸澼”이라는 名稱을 처음으로 使用하였다. 또 「難經」<sup>9)</sup>에서는 五泄 中 “大瘕泄”을 言及하였는데 그 症狀이 現代醫學의 局限性 腸炎과 매우 類似함을 알 수 있다<sup>7)</sup>.

原因과 治療에 對해서는 많은 歷代醫家들이 主로 濕熱, 肝鬱乘脾, 脾虛, 腎虛 등을 그 原因으로 삼았고, 治療法으로는 그 原因에 따라 清熱化濕, 解鬱補脾, 溫中補脾, 溫腎苦澀 등의 多樣한 方法을 使用하였다<sup>4,16-19)</sup>.

이러한 크론씨병은 西洋醫學的으로도 治療하기 에 많은 時間과 勞力이 必要할 뿐만 아니라 그 治療도 어려워 治療方法의 開發이 時急한 實情으로, 宋<sup>5)</sup>, 崔<sup>6)</sup>는 韓國人의 炎症性 腸疾患에 對하여, 崔<sup>20)</sup>는 크론병의 累積手術率과 豫後因子에 對하여, 申<sup>21)</sup>은 크론병에 併發한 大腸癌에 對하여 報告한 바 있다.

이에 著者는 크론씨병에 對해 韓醫學的으로 接近하고 그 治療法의 開發을 圖謀하고자 東西醫學을 文獻的으로 考察한 結果 若干의 知見을 얻었기에 報告하는 바이다.

## II. 本 論

1. 「黃帝內經·素問」<sup>10)</sup>

## 【四氣調神大論篇 第二】

收斂神氣, 使秋氣平, 無外其志, 使肺氣清, 此秋氣之應養收之道也. 逆之則傷肺, 冬爲飧泄, 奉藏者少.

## 【生氣通天論篇 第三】

是以春傷於風, 邪氣留連, 乃爲洞泄.

## 【陰陽應象大論篇 第五】

清氣在下, 則生飧泄, … 濕勝則濡泄.

春傷於風, 夏生飧泄.

## 【太陰陽明論篇 第二十九】

陽受之, 則入六腑, 陰受之, 則入五臟. 入六腑, 則身熱不時臥, 上爲喘呼; 入五臟則腹滿閉塞, 下爲飧泄, 久爲腸澼.

## 【舉痛論篇 第三十九】

寒氣客於小腸, 小腸不得成聚, 故後泄腹痛矣.

## 【氣交變大論篇 第六十九】

泉涌河衍, 涸澤生魚, 風雨大至, 土崩潰, 鱗見於陸, 病腹滿溏泄.

上臨太陽, 雨冰雪霜, 不時降, 濕氣變物, 病反腹滿, 腸鳴澹泄.

## 【六元正紀大論篇 第七十一】

風勝則動, 熱勝則腫, 燥勝則乾, 寒勝則浮, 濕勝則濡泄.

## 【至真要大論篇 第七十四】

諸病水液, 澄澈清冷, 皆屬於寒, 諸嘔吐酸, 暴注下

迫, 皆屬於熱.

## 2. 「黃帝內經·靈樞」<sup>11)</sup>

### 【邪氣臟腑病形篇 第四】

大腸病者, 腸中切痛而鳴濯濯, 冬日重感於寒, 卽泄當臍而痛, 不能久立, 與胃同候, 取巨虛上廉.

### 【師傳篇 第二十九】

胃中寒, 則腹脹, 腸中寒, 則腸鳴飧泄.

### 【脹論篇 第三十五】

大腸脹者, 腸鳴而痛濯濯, 冬日重感於寒, 則飧泄不化.

### 【百病始生篇 第六十六】

留而不去, 傳舍於腸胃, 在腸胃之時, 黃響腹脹, 多寒則腸鳴飧泄, 食不化, 多熱則瀉出糜.

## 3. 「難經」<sup>9)</sup>

### 【五十七難】

五十七難曰: 泄凡有幾, 皆有名不? 然, 泄凡有五, 其名不同. 有脾泄, 有大腸泄, 有小腸泄, 有大瘕泄, 各曰後重. 胃泄者, 飲食不化, 色黃. 脾泄者, 腹脹滿, 泄注, 食卽嘔吐逆. 大腸泄者, 食已窘迫, 大便色白, 腸鳴切痛. 小腸泄者, 溲而便膿血, 少腹痛. 大瘕泄者, 裏急後重, 數至圜而不能便, 莖中痛. 此五泄之法也.

## 4. 「傷寒論」<sup>12)</sup>

傷寒, 服湯藥, 下利不止, 心下痞硬, 服瀉心湯已, 復以他藥下之, 利不止, 醫以理中瀉之, 利益甚, 理中者, 利中蕪, 此利在下焦, 赤石脂禹余糧湯主之, 復利不止者, 當利其小便.

## 5. 「景岳全書」<sup>13)</sup>

若飲食失節, 起居不時, 以致脾胃受傷, 則水反爲濕, 穀反爲滯, 精華之氣不能輸化, 乃致合瀉下降而瀉痢作矣.

凡遇怒氣便作泄瀉者, 必先以怒時挾食, 致傷脾胃, 故但有所犯, 卽隨觸而發, 此肝脾二臟之病也. 蓋以肝木克土, 脾氣受傷而然.

泄瀉之病, 多見小水不利, 水穀分則瀉自止, 故曰: 治瀉不利小水, 非其治也.

## 6. 「醫學入門」<sup>14)</sup>

治汗出解後, 胃中不和, 心下蕪, 噯氣食臭, 或脅下有水氣, 腹中雷鳴泄瀉.

如脈緩, 病怠惰嗜臥, 四肢不收, 或大便泄瀉, 此濕勝也, 從平胃散.

脾胃受寒, 飲食不美, 氣不調和, 臟腑積冷, 心腹疼痛, 大便滑泄, 腹中雷鳴, 鬻亂吐瀉, 手足厥冷, 大便秘無度.

如脾濕下流肝腎而成泄痢者, 宜此補之升之舉之, 不可疎下.

寒入腸胃者, 鬻亂轉筋, 洞泄下利, 乾嘔吐逆, 蠶香正氣散或五積散.

生於脾, 多四肢倦怠, 或腹痛, 腫脹泄瀉, 名曰濕痰.

凡泄瀉下痢, 水腫鼓脹, 黃疸, 遺精白濁, 疝痛腰痛, 脚氣之類, 皆濕熱下流之所爲也, 治見各振.

## 7. 「東醫寶鑑」<sup>15)</sup>

○濕多成五泄如水傾下<入門>.

### 【濕泄】

卽濡泄也亦名洞泄其證如水傾下腸鳴身重腹不痛<入門>○左傳曰雨淫腹疾是也○寒濕傷於脾胃不能腐熟水穀故洞泄如水謂之濡泄胃苓湯加草豆蔻主之<綱目>○濕瀉身痛五苓散加羌活蒼朮<得效>○水穀不化清濁不分是濕泄也<回春>○凡瀉水腹不痛是濕泄宜麴芎丸<本事>○大渴引飲因致水穀一時併下宜五苓散<易老>○洞泄宜瀉濕湯衛生湯萬病五苓散.

### 【寒泄】

惡寒身重腹脹切痛雷鳴鴨瀉清冷完穀不化宜理中湯加赤茯苓厚朴或治中湯(方見寒門)加縮砂<入門>○協寒自利不渴曰鴨瀉赤曰瀉所下清白如鴨屎狀也<入門>○寒泄一名瀉大便如水宜附子溫中湯或平胃散(方見五藏)合理中湯<入門>○寒泄宜四桂散六桂散○寒泄須早晚服藥蓋平朝服煖藥到夜藥力已盡無以敵一夜陰氣所以無效故臨臥再服可也<丹心>.

### 【虛泄】

困倦無力遇飲食卽瀉或腹不痛四君子湯(方見氣門)加縮砂蓮肉陳糯米爲末砂糖湯調下空心<入門>○飲食入胃卽下注或完穀不化者是虛泄宜升陽除濕湯<丹心>○飲食入胃卽瀉水穀不化脈微弱宜參苓蓮朮散<

回春>○氣虛泄瀉四君子湯倍白朮加黃芪升麻柴胡防風以提之而愈<正傳>○虛泄養元散加味四君子湯皆佳<得效>。

#### 【滑泄】

滑泄不禁瀉久不止大孔如竹筒直出無禁氣陷下者補中益氣湯(方見內傷)加白芍藥肉豆蔻<入門>○日夜無度腸胃虛滑不禁脈沈細宜八柱散<回春>○滑泄宜固腸丸(方見下)禹餘糧丸木香散實腸散○大腸滑泄小便精出者宜萬全丸<入門>。

#### 【殞泄】

殞泄者米穀不化而泄出也<綱目>○夕食謂之殞以食之難化者尤重於夕故食不化泄出者謂之殞泄<聖濟>○內經曰清氣在下則生殞泄註曰清氣陽氣也陽為熱熱氣在下則穀不化故為殞泄也○又曰久風入中則為腸風殞泄脾胃沖和之氣以化為事今清氣下降或風邪久而干胃是木賊土也故沖和之氣不能化而令物完出謂之殞泄或飲食太過腸胃受傷亦致米穀不化俗呼為水穀痢也加減木香散主之<衛生>○殞泄之證奪食則一日可止夫奪食之理為胃弱不能剋化食則為泄如食不下何以作泄更當以藥如養元散八仙糕之類滋養元氣候泄漸止少與食胃勝則安矣<東垣>○殞泄宜防風芍藥湯蒼朮防風湯○一人病殞泄腹中雷鳴泄注米穀不化小便澀滯以桂枝麻黃湯加(方見寒門)薑煎大劑連進三服汗出終日而即愈<子和>。

#### 【火泄】

即熱泄也口乾喜冷痛一陣瀉一陣其來暴速稠粘宜黃連香薷散(方見暑門)合四苓散加白芍藥梔子炒<入門>○腹中痛痛一陣瀉一陣所下如湯後重如滯瀉下赤色小便赤澀煩渴脈數宜萬病四苓散<回春>○腹痛瀉水腸鳴痛一陣瀉一陣者是火四苓散加滑石黃芩梔子<丹心>。

#### 【脾泄】

脾泄者肢體重着中脘有妨面色萎黃腹肚微滿宜用蒼白朮厚朴生肉豆蔻 <直指>○脾泄者食後倒飽瀉去即寬脈細宜香砂六君子湯<回春>○脾泄多老人腎虛謂之水土同化宜吳茱萸湯<得效>○脾泄久傳腎為腸澀經年不愈者宜調中健脾丸<入門>○脾泄已久大腸不禁此脾氣已脫宜急澀之用赤石脂肉豆蔻之類<丹心>○脾泄宜服固中丸<綱目>○老人奉養太過飲食傷脾常常泄瀉亦是脾泄宜用山查麴朮丸<入門>。

#### 【腎泄】

一名晨泄一名瀉泄每五更瀉泄一次此腎虛感陰氣而然宜五味子散<本事>○每日五更初洞泄服他藥無效此名脾腎泄宜二神丸四神丸<入門>○老人脾腎泄宜豬藏丸<入門>○腎虛色慾所傷多足冷久則肉削五鼓臍下絞痛或只微響瀉泄一次宜二神丸四神丸五味子散<入門>○腎泄者腹痛無定處似痢骨弱面黧腳下時冷尺脈虛弱者是也當以破故紙生肉桂當歸主之<直指>○脾腎虛晨泄宜三神丸調中健脾丸六神湯香薷散木香散。

#### 【久泄】

厥陰經動下痢不止其脈沈遲手足厥逆涕唾膿血此證難治法曰風邪縮於內宜散之用桂枝麻黃湯(方見寒門)汗之<易老>○凡久瀉之由多因真陰虛損元氣下陷遂成久泄若非補中益氣湯(方見內傷)四神丸滋其本源則後必胸痞腹脹小便淋澀多致不起<回春>○久泄是風邪內縮宜發其汗此證係風邪縮於內宜麻黃升麻湯以發之散邪於四肢布於經絡外無其邪則藏氣安矣<丹溪>○虛滑久不愈多傳變為痢宜厚朴枳實湯<保命>○久泄不止用破故紙肉豆蔻山藥則止<丹心>○久泄洞泄屬於肝經木剋土而成亦是腸澀澀者腸中有積水也<子和>○久泄宜參朮健脾丸除濕健脾湯溫脾散訶子散○飲食不節起居不時損其胃氣則上升精微之氣反下降泄久則太陰傳少陰而為腸澀<東垣>。

#### 【久泄成痢】

太陰經受濕而為水泄虛滑身重微滿不知穀味久則傳變而為膿血痢<機要>○夫痢者皆由榮衛不和腸胃虛弱冷熱之氣乘虛客於腸胃之間泄而為痢也<類聚>○飲食不節起居不時損其胃氣則上乘精微之氣反下降是為殞泄久則太陰傳少陰而為腸澀<東垣>。

#### 【赤痢】

赤痢自小腸來濕熱為本<丹心>○赤痢即血痢也○下痢赤積身熱益元散(方見暑門)加芍藥炒白朮煎湯吞下保和丸(方見積門)○赤痢宜導赤地榆湯加減平胃散地榆散固腸丸清六丸(方見上)。

#### 【白痢】

白痢屬氣自大腸來濕熱為本<丹心>○痢為濕熱甚於腸胃怫鬱而成其病皆熱證也俗以痢白為寒誤也如熱生瘡癰而出白膿可以白為寒乎若以白為寒赤為熱則兼赤白者乃寒熱俱甚於腸胃之間而為病乎況下迫窘痛小

便赤澁而痢白者亦多有之爲熱明矣<河間>○凡泄痢無已變作白膿點滴而下爲之溫脾不愈法當溫腎蓋腎主骨髓白膿者骨髓之異名也其證面色微黑骨力羸弱的見腎虛當用破故紙當歸肉桂之屬<直指>○白痢宜益元散(方見暑門)溫六丸水煮元瀉白安胃散。

#### 【赤白痢】

冷熱不調赤白各半宜薑墨丸乍瀉乍澁似痢非痢宜萊連丸<入門>○或赤或白冷熱不調宜小駐車元<入門>○赤白痢宜黃蓮阿膠元固腸湯真人養藏湯萊連丸。

#### 【水穀痢】

脾胃氣虛則不能消化水穀糟粕不聚變而爲水穀痢<神巧>○瀉泄亦曰水穀痢宜參耆。

#### 【膿血痢】

如煩燥或先便膿後見血非黃蓮不止此上部血也○如惡寒脈沈或腰痛膈下痛非黃芩不除此中部血也○如惡寒脈沈先見血後便膿非地榆不除此下部血也<易老>○膿血稠粘裏急後重皆屬於火內經曰澁澁而使膿血知氣行而血止也蓋澁澁而使膿血者言病因也氣行而血止者言治法也故曰行血則便膿自愈調氣則後重自除芍藥湯主之<易老>○澁澁而使膿血宜大黃湯下之是謂中劑黃芩芍藥湯和之是謂輕劑<易老>○膿血稠粘皆屬於火夫太陰濕主瀉少陰主痢是先泄亡津液而火就燥腎惡燥居下焦血分其受邪者故便膿血所謂瀉屬脾而痢屬腎也<綱目>○熱積紫黑色者瘀血也腹痛後重異常桃仁承氣湯(方見寒門)下之要知諸痢皆血瘀惟黑爲瘀甚耳<入門>○膿血痢宜桃花湯(方見寒門)導氣湯黃連阿膠湯導滯湯地榆散解毒金花散芍藥栝皮丸赤石脂丸人參散。

#### 【寒痢】

寒痢白如鴨瀉腸鳴痛墜不甚宜理中湯(方見寒門)加肉豆蔻日久者黃連補腸湯<入門>○寒痢宜赤石脂散。

#### 【濕痢】

濕痢腹脹身重下如黑豆汁或赤黑渾濁此危證也宜當歸和血散(方見後陰)加味除濕湯戊己丸<入門>○下痢如豆汁者濕也蓋脾胃爲水穀之海常兼四藏故有五色之相雜當先通利此迎而奪之之義也<丹心>。

#### 【熱痢】

熱痢與暑痢同○大凡痢疾多因伏暑而得但背寒面垢或面如塗油齒乾煩冤燥渴引飲皆暑證也不宜輕用附子等熱藥宜酒蒸黃連丸(方見血門)<得效>○其冷熱蘊

積腸胃間滑泄垢膩者名腸垢卽熱痢也<類聚>○偏熱純赤見暑證輕者黃芩芍藥湯重者導滯湯日久者黃連阿膠湯<入門>○挾熱下痢者身熱口渴小便澁少大便急痛所下黃赤色<入門>○熱痢黃芩芍藥湯最妙<入門>○下痢壯熱須用倉廩湯<直指>○下痢欲飲水有熱故宜白頭翁湯(方見寒門)<仲景>○熱痢宜烏梅丸寧胃散加當歸(方見下)。

#### 【虛痢】

氣弱困倦穀食難化腹微痛或大痛並無努責<入門>○滑利與虛痢同虛滑不禁甚則氣血俱脫血虛四物湯加人參白朮地榆檉白皮氣虛真人養藏湯<入門>○氣虛色白如鼻涕凍膠理中湯加肉桂厚朴赤茯苓<入門>○如力倦自覺氣少惡食此爲挾虛證宜用補氣血之藥虛迴而痢自止<丹心>○痢疾日久氣血虛弱宜用(方見虛勞)補中益氣湯(方見內傷)<回春>○痢稍久者不可下胃虛故也調中理氣湯加味香連丸擇用之<醫鑑>○久痢五虛證危困者宜大斷下丸五虛者脈細皮寒氣少泄利前後飲食不入是也如漿粥入胃泄注止則虛者活矣<得效>○虛寒痢脫肛宜訶子皮散<東垣>。

#### 【久痢】

痢已減十之七八積已盡糟粕未實當以炒芍藥炒白朮灸茯苓煎湯下固腸丸三十粒然此丸性燥若滯氣未盡不可用<丹心>○久痢體虛氣弱滑泄不止當以肉豆蔻白礬半夏等藥澁之甚者添牡蠣須以爲佐恐太澁亦能作疼也<丹心>○久痢不止服理中湯益甚此痢在下焦赤石脂禹餘糧湯主之(方見寒門)理中者理中焦用此以固其下焦故也<仲景>○久痢宜大斷下元萬全丸(二方見上)真人養藏湯散實腸散加減益氣湯檉白皮散。

#### 8. 「臨證指南醫案」<sup>16)</sup>

泄瀉，注下症也。經云：濕多或五泄，曰瀉，曰瀉，曰驚，曰濡，曰滑，瀉濡之完穀不化，濕兼風也；瀉泄之腸垢污穢，濕兼熱也；驚瀉之澄清瀉白，濕兼寒也；濡泄之身重軟弱，濕自勝也；滑泄之久下不能禁固，濕勝氣脫也。

#### 9. 「醫學心悟」<sup>17)</sup>

#### 【泄瀉】

書云：「濕多成五瀉。」瀉之屬濕也明矣。然有濕熱，有濕寒，有食積，有脾虛，有腎虛，皆能致瀉，宜分而

治之。假如口渴溺赤，下瀉腸垢，濕熱也。瀉清口和，下瀉清穀，濕寒也。胸滿痞悶，噯腐吞酸，瀉下臭穢，食積也。食少便頻，面色皓白，脾虛也。五更天明，依時作瀉，腎虛也。治瀉神朮散主之，寒熱食積，隨症加藥。脾虛者，香砂六君子湯。腎虛者，加減七神丸。凡治瀉，須利小便，然有食積未消者，正不宜利小便。必俟食積既消，然後利之為合法。

10. 「中醫師臨床手冊」<sup>19)</sup>

慢性腹瀉，又稱久瀉，是臨床常見病，大多由于消化不良，慢性腸炎，腸腸紊亂，結腸過敏，潰瘍性結腸炎，以及腸結核等疾病所引起。其病變主要為外感時邪，飲食不節，或肝氣抑鬱等原因，都可導致腹瀉反復發作，久則脾胃虛弱，運化吸收功能障礙，脾病及腎，脾胃陽虛，病情更為遷延。

一. 本病主症為大便次數增多，糞質稀薄，反復發作，病程較長。

二. 詢問以往有無痢疾病史，注意大便性狀，應與慢性痢疾鑑別。

三. 如便秘與腹瀉交替發生，或伴有腹痛和不規則低熱，應考慮腸結核，須詢問有無結核病史。注意右下腹部有無壓痛和包塊。可作紅血球沈降率和大便檢查以輔助明確診斷等。

四. 中年以上病人，全身情況較差，大便或帶血的，應考慮結腸癌，應作肛門指診檢查，必要時可作其他檢查。

五. 在血吸蟲病流行區，應考慮血吸蟲病。

六. 發作與精神情緒有關，並伴有失眠，頭昏等症。各項檢查，均無特殊發現的，多屬腸功能紊亂或結腸過敏。

11. 「症狀鑑別手冊」<sup>8)</sup>

局限性腸炎也會造成慢性腹瀉。

本病的特點是：一，起病慢緩；二，臍周圍或右下腹部痙攣性疼痛；三，腹瀉，每天二至六次；四，全身虛弱及精神情緒障礙；五，有一部分病者，腹部出現固定腫塊或腸蠕動亢進。

本病西醫治療效果不很十分理想，中醫治療本來十分好，但嫌慢了些，不能很快見效。最理想的療法是指灸結合中藥，一般只需一星期左右便能完全控制病

變。

12. 「中醫臨床手冊」<sup>18)</sup>

辨證論治					
類別	症 狀	脈象	舌苔	治則	例 方
脾虛	輕者瀉下瀉薄，或混有粘液，腹隱痛，不思飲食，面黃神倦，重者瀉下完穀不化，肢驚，甚或脫肛。	濡弱	舌淡苔白	溫中健脾止瀉	參苓白朮散
腎虛(五更泄)	七明前腸鳴腹痛，瀉後痛緩，腹驚肢冷	沈細	舌淡苔白	溫腎固腸	四神丸加味
肝氣乘脾	每因情志抑鬱或懷怒，腹痛泄瀉，素有胸脇滿悶，食少噯氣	弦	舌淡苔少	抑肝健脾	痛瀉要方加味

13. 「脾系內科學」<sup>4)</sup>

…局限性腸炎은 잘 모르는 어떤 因子에 對한 豫測할 수 없는 肉芽腫性 反應으로서, 그 傷害는 腸內腔으로 侵入하기도 하고, 筋의 癢痕形成, 粘膜의 潰瘍形成 및 壞死, 破壞에 의한 瘻孔形成이다. 최초의 침습에 이들의 續發症의 일부 혹은 전부가 발생하기도 하고 無症狀이나 단발로 끝나는 수도 있으나, 그러나 재발하거나 病變部位에 인접한 腸을 침습하여 천천히 확대되는 경우가 더 많다.

【疫學】

① 分포: 서양인(주로 유대인)에게 많고, 흑인, 동양인에서는 드물다.

② 연령: 전연령층에서 일어나지만 젊은층(15-30歲)에서 많다.

③ 性別: 남녀간에 차이가 없다.

④ 빈도: 만성궤양성 대장염의 1/3정도, 서양에서 궤양성 대장염의 1/8정도이다.

⑤ 가족력: 1-2%

【症狀】

① 발생부위는 소화기관의 어느 부위에서도 발생하나 회장말단부에 가장 흔하다.

② 현미경적 소견

- i) 장벽전층을 침범한다.
  - a. 점막층: 염증 및 궤양, 陰窩, 농양이 나타난다.
  - b. 점막하층: 부종, 임파결절, 임파관 확장.
  - c. 고유근층: 염증, 근육비후, 섬유화.
  - d. 장막층: 염증 섬유화.
- ii) 특이적 병변
  - a. 미건락성 육아종.
  - b. 50%에서 나타나고 점막하층에서 가장 흔하다.
  - c. 溝裂(fissure) 및 瘻孔(fistula).
  - d. 장벽의 섬유성 비후 및 장관의 협착.
  - e. 건너뛰는 정상부위.

③ 육안적 소견

- i) 불규칙적이고 궤양성인 점막.
- ii) 장벽의 肥厚 및 장관(직장과 항문, 직장과 S상 결장사이)의 협착.

iii) 溝裂(fissure) 및 瘻孔(fistula).

④ 대장내 합병증

- i) 장폐색: 회장말단부나 대장에 생긴.
- ii) 장천공: 누공을 형성하여 대변이 누출하고 국소적 농양이 생긴.
- iii) 장출혈: 대량출혈은 드물다.
- iv) 악성종양: 소장이나 대장에 암발생률이 정상인에 비해서 다소 증가함.
- v) 직장항문협착이 많다.

임상에서 흔히 吸收不良性障礙, 급성천공이나 彌滿性 복막염 또는 출혈이나, 심한 경우 피부로 누공형성, 복부 전체에 걸쳐 있는 腫瘤色素沈着의 증강, 심한 직장염, 脾腫, 發熱, 鼓指 등에 의해서 발견된다.

【診斷】

간헐성 만성설사, 발열, 체중감소, 腹部경련통 또는 膨滿을 호소하고 理學的 檢査上 腹部腫瘍, 直腸周圍膿瘍, 그리고 直腸狹窄이 있을 때에는 이疾患을 의심할 수 있다.

血液檢査는 진단에 큰 도움이 안되고 가장 도움이 되는 것은 X-선 소견으로 粘膜炎層의 硬化로 말미암아 X-線上 管狀으로 되는 점, 그리고 腸間

膜의 炎症에 의한 管狀係蹄의 分離 등이다. 狹窄相의 특징은 內腔의 협착으로 그 近側의 정상腸부위는 확장되어 있고 확장부에서는 물과 脂肪의 親和가 불량한 것과 저류한 粘液분비물로 이상한 바름流入像을 볼 수 있다. 瘻孔도 가끔 볼 수가 있으며 특히 回盲部에서 많다.

十二指腸 또는 上部空腸이 局限性腸炎에 걸렸을 때는 처음부터 狹窄相이 뚜렷하나 回腸部 침범때는 病初부터 非협착성으로 潰瘍形成이 특징적이다.

※감별질환

결핵성장염, 비체성장염, 장임파종, 대장암, 아메바腫, 충수주위농양, 吸收不良症候群, 간헐성 小腸閉塞, 이차성 아밀로이드증 등과 감별진단이 필요하다.

【治療】

內科的 또는 外科的 治療를 선택해야 한다.

【韓方治療】

原因은 대개 濕熱이 大腸에 蘊結하거나 精神的으로 肝氣鬱結로 橫逆犯胃(肝氣乘脾)나, 飲食所傷 또 慢性化로서는 脾·腎虛로 因한다고 할 수 있으며 그로 인하여 發現되는 症候를 辨證하여 立方하여야 할 것이며 營養狀態와 體重減少에 주의하고 安靜과 貧血이 보이면 補血에도 유의한다.

1) 濕熱: 腹痛, 泄瀉, 發熱, 便膿血 등의 증상이 나타날 수 있으며, 細菌性에 의한 것이라면 白頭翁湯을 選用하되 熱이 重하면 金銀花 20g, 黃芩 12g을 加하고 濕이 重하면 蒼朮 12g, 厚朴 8g을 加한다.

2) 脾虛: 脾胃虛의 증상이 많으며 腸鳴飧泄, 食慾減退, 疲乏無力, 苔白舌淡, 脈濡軟 등이 있다. 이때에는 附子理中湯으로 溫中健脾한다.

3) 腎虛: 오래되어 腎陽이 虛衰한 상태로써 畏寒, 面晄, 肢冷, 腰膝冷酸, 五更泄 等の 증상이 있다. 溫腎固攝하는 四神丸을 活用한다(除毒附子, 肉豆久, 補骨脂, 赤石脂, 禹余糧 各 12g, 五味子 6g, 吳茱萸 2g).

4) 그외에 輕症에 加味健中湯, 防風除濕湯, 그리

고 重症에 加味黃芩芍藥湯에 槐花, 阿膠珠를 加한 것이나 平胃地榆湯을 쓴다. 또 多量下血이면 厚朴煎, 地榆湯, 黃土湯을 쓰고 貧血이 甚하면 歸脾湯或加附子한다.

14. 「그림으로 설명한 병리학」<sup>3)</sup>

○ 局所性 腸炎(Crohn 病)

이 疾患은 젊은 成人에 發生한 慢性 疾患으로서 腹痛을 初期 症狀으로 한다. 典型的인 形態에서는 回腸의 末端部 10-20cm에 發生하나 口腔, 食道, 肛門을 포함하는 腸管系의 어디에서든지 發生할 수 있다. 腸壁이 매우 두꺼워진다. 특히 粘膜炎層이 浮腫으로 阿膠性 모양을 갖는다. 內腔은 좁아지고 亞急性 또는 慢性 閉鎖를 일으킨다. 潰瘍은 항상 存在한다. 潰瘍은 좁고 작고 線上(龜裂)의 形態를 갖는다. 潰瘍周邊의 生存하고 있는 粘膜炎層이 부어 있으며 周邊의 潰瘍에 둘러싸여 조각돌처럼 돌출되어 있다(cobble stone appearance). 다른 構造와의 癒着이 생기며 潰瘍은 종종 腸壁을 貫通하여 漏管을 形成한다.

【顯微鏡的 變化】

炎症反應(다핵성 백혈구, 림프구, 형질세포)이 腸의 全層으로 확산된다. 많은 경우에 肉芽腫性病變이 發生한다. 類上皮細胞들이 圓形으로 모이고 때때로 조그마한 巨大細胞들도 섞여 있다. 이런 病變은 sarcoidosis의 病變과 비슷하다. 肉芽腫이 림프관을 侵犯하여 림프관의 閉鎖를 招來한다. 纖維化가 뒤따라 일어나서 粘膜炎層은 粘液을 分泌하는 幽門粘膜炎과 같은 形態로 化生한다. 續發性 感染이 흔하고 潰瘍과 龜裂 形成의 原因이 된다.

【發病機轉】

炎症과 肉芽腫性病變에 의해 림프관 閉鎖가 일어나 腸壁의 심한 浮腫을 誘發하면 續發性 感染을 일으켜 潰瘍, 龜裂, 漏管을 形成하던지 아니면 纖維化로 治癒된다. 病變은 大腸에 發生할 수 있지만 上部 小腸에서 發生한 報告도 있다. 떨어진 두 病變 사이에 正常部位가 있는 "skip" 病變도 있을 수 있다.

【合併症】

1. 腸 閉鎖.
2. 自發的으로나 手術後에 瘻孔 發生. 肛門周圍의 瘻孔이 흔하다.
3. 出血로 인한 低色素性 貧血.
4. 吸收 障礙로 인한 大球性 貧血.
5. 免疫學的 疾患의 症候가 出現 - 關節炎, 葡萄膜炎, 皮膚炎.

【原因】

이 疾患이 바이러스에 의한 것이라는 證據가 있다. 免疫學的 異常이 患者의 감수성을 결정할 수 있으며 疾患의 進行 過程 中에 發生할 수도 있다. 이 疾患은 개발국가에 發生하며 增強 要素로서 조리 방법과 飲食에 넣는 化學物質일 것으로 생각된다.

15. 「해리슨내과학」<sup>1)</sup>

【定義】

크론병(Crohn's disease)은 1932년 크론, 긴즈버그, 오피하이머에 의해 기술된 疾病으로 처음에는 回腸에 국한된 疾病으로 報告되었다. 그러나 동일한 粘膜炎層이 口腔, 食道, 胃腸, 十二指腸, 空腸 및 回腸에도 생길 수 있다. 크론씨병이 小腸을 侵犯한 경우에는 局限性 腸炎(regional enteritis)이라고 하기도 한다. 또한 크론병은 大腸에 단독으로 또는 大腸과 小腸을 동시에 侵犯할 수 있다. 크론병이 大腸을 侵犯하는 대부분의 경우에는 潰瘍性 大腸炎과 臨床的으로 또한 病理學的으로 구별이 가능하기 때문에 大腸의 크론씨병으로 부르고 있다. 또한 肉芽腫(granuloma)의 組織所見을 보이는 部位에 대해서는 肉芽腫性 腸炎(granulomatous colitis)이라는 用語를 쓰기도 하지만 덜 精確한 用語라 하겠다.

【疫學】

이 疾患들은 黑人과 東洋人보다는 白人에게 好發하며, 비유태인보다는 유태인에게서 3-6배정도 더 잘 생기는 것으로 알려져 있다. 男女의 比率은 같다고 한다.



疾病의 發生率과 有病率은 ... 크론씨병의 경우는 發生率이 인구 10만명당 2례이며, 有病率은 인구 10만명당 20-40례로 추정된다. 많은 學者들이 크론병의 發生率(특히 大腸 侵犯을 하는 크론병)이 增加하고 있다고 믿고 있다. 서부유럽과 북미에서는 크론병의 發生率과 有病率이 潰瘍性 大腸炎보다 5배 정도 더 빠르게 增加하고 있다.

이 두疾患의 好發 年齡은 15-35歲이며 모든 年齡에서 報告되었다. 炎症性 腸疾患의 家族歷을 보면 크론씨병 혹은 潰瘍性 大腸炎 患者의 경우 2-5%에서 한 명 或은 그 이상의 親族에게서 같은 疾患이 發見된다고 한다.

【病因과 病態生理】

潰瘍性 大腸炎과 크론병의 原因은 아직 정확히 알려져 있지 않지만, 여러 가지 중요한 要因들이 관련한다고 생각되고 있다. 이러한 要因들로는 家族歷 또는 遺傳性 要因, 感染性 要因, 免疫學的 要因, 精神의인 要因들이 있다.

炎症性 腸疾患은 白人에게 好發하며, 특히 유대인에게서 잘 생기며, 家族的 性向이 있다. 이러한 점은 이 疾患의 發病에 遺傳的 素因이 있음을 시사해 준다. 크론병은 일란성 쌍둥이에게서 함께 생기는 경우가 많아 遺傳的 要因이 있음을 강력하게 시사해 준다. ...

이 疾患의 慢性 炎症性 經過로 이 疾患에 대한 感染性 要因이 관련할 것이라는 추측을 가지게 했다. 박테리아, 진균, 바이러스에 대한 수많은 研究가 있었지만 아직까지는 特異的인 感染源이 분리되지 않았다. ...

이 疾患들은 關節炎, 膽管周圍炎 等 腸管以外의 臨床發現을 하기 때문에 免疫學的 機轉이 관련하리라고 생각되었다. 따라서 自家免疫現象이 있을 것으로 추정되었으며, 治療劑 中에 스테로이드호르몬제(glucocorticoids)와 azathioprine은 免疫抑制 機轉을 통해 效果를 나타낸다. 炎症性 腸疾患 患者들은 自己大腸細胞에 대한 抗體, 박테리아 抗原에 대한 抗體, lipopolysaccharide에 대한 抗體, 우유단백 같은 이질단백에 대한 抗體들을 갖고 있다. ... 한편 炎症性 腸疾患은 IgA缺乏症과 無감마

글로불린혈증(agramma-globulinemia)에서도 發生하는 것으로 보고되고 있어 體液性 抗體의 病因論的 役割에 대해 의문점을 안겨주고 있다. ...

細胞媒介性 免疫系 異常所見으로는 皮膚 無感作, 여러 有絲分裂刺戟에 대한 反應低下, 末梢 血液 T細胞 數의 減少 등이 알려져 있다. 이러한 變化들은 疾病이 好轉된 後 正常으로 回復되기 때문에 疾病에 의한 二次的인 現象으로 생각된다. 炎症性 腸疾患 患者의 腸粘膜에서 細胞媒介性 免疫系의 異常所見이 發見된다. ...

炎症性 腸疾患의 精神科的인 양상도 강조되어 왔다. ... 炎症性 腸疾患 患者들은 情緒의 스트레스에 대해 感受性이 강한 特徵的인 性格을 지녔으며 이러한 性格이 症狀의 誘導나 惡化를 야기시킨다고 생각된다. ...

【炎症性 腸疾患의 病理學的 및 臨床的 所見】

	궤양성 대장염	크론병
병리학적 소견		
장 분절 침범	0	++
장벽 전층 침범	+/-	++
육아종	0	+ / ++ (50%)
섬유화	+	++
열구, 누공	+/-	++
장간막 지방, 임파선 침범	0	++
임상적 소견		
설사	++	++
직장출혈	++	+
복통	+	++
만져지는 종괴	0	++
누공	+/-	++
협착	+	++
소장침범	+/-	++
직장침범	++ (95%)	+ / ++ (50%)
장관의 증상	+	+
독성 거대결장	+	+/-
장절제술 후 재발	0	+
악성종양 (만성경과를 동반한 장염)	+	+/-

0 = never +/- = rare + = occasional ++ = frequent, common

## 【診斷】

泄瀉 또는 血性 泄瀉, 지속적인 肛門周圍膿瘍, 腹痛 등이 있는 경우에 炎症性 腸疾患을 의심해야 한다. ... 크론병은 小腸 侵犯을 할 수 있기 때문에 모든 形態의 吸收不全症, 간헐적인 腸閉塞, 腹部瘻孔이 있을 때는 鑑別診斷을 해야 한다.

檢査室 所見은 非特異的이며 腸炎 侵犯의 길이와 炎症정도를 반영한다. 또한 크론씨병이 小腸侵犯을 했을 때 檢査室 所見上 吸收不全이 나타날 수 있다. 腸管을 통한 出血과 慢性 炎症에 의한 骨髓의 抑制로 인해 다양한 정도의 貧血이 생길 수 있다. 엽산과 비타민 B<sub>12</sub>의 吸收不全도 貧血 發生에 役割을 한다. ... 저칼슘혈증은 광범위한 粘膜炎侵犯과 비타민 D의 吸收不全을 반영한다. 저알부민혈증은 아미노산의 吸收不全과 蛋白消失性 腸不全에 의해 생길 수 있다. 膿汁炎 消失과 粘膜炎損傷에 의해 다양한 정도의 脂肪便이 생길 수 있다. 경미한 간기능검사치의 異常은 營養失調 患者에 생긴 脂肪肝이나 동반된 硬化性 膽管炎의 初期에 볼 수 있다. ...

크론병의 診斷에 大腸內視鏡 檢査法은 또한 有用한 檢査法이다. 大腸內視鏡으로 볼 때 潰瘍은 작으며, 아프타성 미란이나 깊고 長軸과 平行한 열구모양으로 나타난다. 潰瘍들 사이사이에는 正常 粘膜炎이 보인다. 粘膜炎損傷이 全體적으로 同一하게 오지 않기 때문에 潰瘍性 大腸炎에서 보는 柔弱한 粘膜炎과 彌滿性 顆粒狀모양은 크론병에서는 보기가 어렵다. 대신 자갈밭 모양의 不規則한 表面의 粘膜炎變化는 粘膜炎下部의 炎症을 반영하며 크론씨병의 特徵的인 所見이다. 假性폴립, 粘膜炎浮腫, 狹窄 등은 潰瘍性 大腸炎은 물론 크론병에서도 볼 수 있다. 炎症部位의 腸組織 檢査에서는 30-50%에서 肉芽腫이 發見된다. 小囊性 동양, 炎症細胞의 沈着, 潰瘍 所見들은 特異的이지는 않지만 크론병에서 볼 수 있다. 侵犯하는 腸 사이사이에 正常部位(skip areas)가 보이고, 直腸侵犯을 하지 않는 所見이 있기 때문에 크론씨병에게는 S狀結腸內視鏡보다는 大腸內視鏡이 더 有用하다. ...

크론병에서의 大腸照影寫眞은 潰瘍性 大腸炎의 大腸照影寫眞과 다르게 나타난다. 直腸粘膜炎侵犯

이 없고, 중간중간 正常粘膜炎이 보이고 작은 不規則한 結節들 사이에 작은 潰瘍들이 보이는 것이 크론씨병의 特徵이다. 작은 潰瘍들은 進行해서 腸管 縱軸과 平行한 線狀 潰瘍들을 만들 수 있고, 또한 sinus tract에 국한된 橫位裂溝를 만들 수 있다. 이러한 裂溝들은 周圍 組織으로 연결되면서 瘻孔을 만들 수 있다. 不規則한 粘膜炎의 肥厚와 纖維化는 狹窄을 만들 수 있는데, 이러한 狹窄은 多發性으로 생길 수 있다. ... 크론병이 小腸을 侵犯할 경우 回腸 末端部에서 大腸侵犯때 보이는 것과 유사한 所見이 特徵적으로 나타난다. 小腸은 세밀하게 X-線 撮影을 하면 正常粘膜炎의 陰影이 消失되고, 粘膜炎下 浮腫과 腸管의 狹窄에 의한 腸管의 強直으로 나타난다. 粘膜炎下 炎症은 粘膜炎이 자갈밭처럼 울퉁불퉁한 所見으로 보이게 한다. 또한 瘻孔이 보이기도 하는데 이 瘻孔은 특히 回盲腸 部位에서 흔하게 볼 수 있다. ... 크론병에서의 腹部 CT는 腹腔膿瘍과 thickened, matted loops를 鑑別診斷하고, 또한 thickened and separated bowel loops를 診斷하는 데 有用하다.

## 【治療】

## 크론병

大腸의 크론병에 대한 內科的 治療는 潰瘍性 大腸炎과 거의 유사하다. 美國의 다중임상센터연구에 의하면 sulfasalazine은 活動期 크론병의 治療에 有效하다고 한다. 스테로이드(glucocorticoid)도 또한 效果的인데 小腸 侵犯이 있는 경우는 덜 效果的이다. ... 그러나 크론병에서 瘻孔 또는 膿瘍으로 인해 腹腔內 感染이 생길 수 있으므로 스테로이드를 使用할 때 주의가 要望된다. ...

비록 크론병의 初期 發病時期에 있어서 治療에 대한 反應은 만족스럽지만 多數의 患者들이 疾病의 持續的인 活動期를 보인다. 이것은 持續的인 體重減少, 泄瀉, 全身의 健康 常態의 不良 등으로 나타난다. ... Metronidazole은 會陰部 合併症이 있는 크론병에 있어서 手術을 시도하기 전에 投與해서 效果를 나타내기도 한다. 最近 數年間 크론병의 治療에 대한 免疫抑制療法이 確立되어 왔다. 6-mercaptopurine 또는 azathioprine의 投與는 疾

病的 活動性을 낮추고 瘻孔을 막히게 하거나 瘻孔의 活性度를 낮춘다. 또한 스테로이드 用量을 줄이는 효과가 있으며 維持療法으로 使用하는 경우 再發率을 낮출 수 있다. 종종 다른 治療에 反應하지 않는 患者에게 마지막으로 免疫抑制劑를 投與해서 도움이 되는 경우가 있다. 그러나 臨床의 好轉을 보이기 위해서는 3-4個月이 걸린다. …

回腸侵犯이 있는 경우에 腸閉塞으로 나타나는 경우가 드물지 않다. 처음에 腸閉塞은 急性 炎症에 의해 二次的으로 생길 수 있으며 이 경우 스테로이드에 反應한다. 계속 再發하면서 纖維化로 進行된 경우에 스테로이드 投與는 효과가 없으며 外科的 治療가 必要하다. … 持續的인 小腸侵犯 또는 小腸의 手術的 切除로 인해 全身的으로 異化作用이 增加하며 吸收面積의 消失이 생긴다. 經靜脈 營養療法의 發展으로 수 주 또는 수 달간 靜脈注射로 患者에게 필요한 熱量 모두를 供給할 수 있게 되었다. 經靜脈 營養療法은 胃腸管의 休息을 위해서 또한 手術에 대비한 營養不良인 患者를 위해서 점차 그 使用이 增加하고 있다. 經靜脈 營養療法으로 疾病은 非活性期가 될 수 있고 瘻孔에서 나오는 分泌物도 줄어 들 수 있다. …

廣範圍한 小腸侵犯이 있거나 腸切除術에 의해 小腸길이 짧아진 경우에 전해질, 미네랄, 비타민의 投與가 必要하기도 하다. …

腸狹窄 部位가 있는 경우에는 低纖維食餌를 處方해야 한다. 乳糖分解酵素缺乏症이 있는 경우에는 乳糖이 없는 食餌를 攝取해야 한다. … 患者들에게는 스스로 좋아하는 飲食을 고르게 하고 營養攝取에 勞力하도록 격려해야 한다. 手術治療는 크론병의 우선적인 治療法이 아니며 合併症이 생긴 경우에 施行한다. … 크론병 經過中 약 70%에서 적어도 한 번 이상의 手術을 받게 된다. 비록 患者에 따라 手術받을 상황이 다르지만 대개 아래와 같은 경우에 手術을 施行하게 된다. (1) 腸狹窄 또는 腸閉塞이 持續的일 때, (2) 膀胱, 膈, 皮膚로 通하는 症狀이 있는 瘻孔形成이 있을 때, (3) 持續的인 肛門瘻孔 이나 肛門膿瘍이 있을 때, (4) 腹腔內膿瘍, 大腸의 毒性擴張, 大腸穿孔이 있을 때이다. … 小兒에 있어서 크론병 患者의 治療는 特別한

問題點이 있는데 그것은 活動期 疾患의 경우 正常的인 成長과 發育이 遲滯될 수 있기 때문이다. 이 경우에 一般的인 藥物療法外에 集中的인 營養療法, 또는 현명한 手術治療法의 선택이 必要하다.

#### 【豫後】

크론병 患者들에서 病變 部位에 상관없이 疾病 經過는 長期的이고 間歇的인 양상을 取한다, 時間이 지날수록 內科的 治療에 反應하지 않으며 全體 患者의 2/3에서 手術이 必要한 合併症이 생긴다. 發病初期에 死亡率이 가장 높은 潰瘍性 大腸炎과는 對照的으로 크론병은 疾病經過가 오래될수록 5-10% 정도씩 死亡率이 높아진다. 대부분의 死亡은 腹膜炎과 敗血症에 기인한다.

#### 16. 「한국인의 염증성 장질환」<sup>5)</sup>

##### 【炎症性 腸疾患의 疫學】

潰瘍性 大腸炎과 크론병의 發生率과 有病率은 地域的으로 큰 차이를 보인다. 북유럽과 북미의 코카시안들에게 비교적 흔한 疾患으로 … 크론병의 年間 發生率은 人口 10萬名當 약 1-6名이다. 有病率은 … 크론병은 人口 약 10萬名當 10-100名으로 報告되고 있다. 중남부 유럽에서는 이보다 적고 남미와 아시아, 아프리카에서는 아직도 드문 疾患이다. … 人種的으로 볼 때는 유태인에서 많이 好發하는데 같은 地域의 非유태인에 비해서 … 크론병은 3-7배나 많다. 그중에서도 … 북미, 북유럽의 유태인에서 發生率이 현저히 높다.

性別에 따른 發生率의 차이도 報告마다 다르지만 … 크론병의 경우는 男子에서 多少 好發한다는 報告가 많다. 好發年齡은 두 疾患 모두 15-25歲 사이인데, 55-65歲 사이에 2次 好發 年齡帶를 形成한다는 報告도 있다. … 크론병은 吸煙者群에서 더 好發하는 것으로 알려져 있다.

##### 【우리나라에서의 炎症性 腸疾患의 疫學】

서울大學校 病院에서 실시하는 直腸, 大腸鏡 檢査 總數에서 炎症性 腸疾患으로 診斷된 例들이 차지하는 比率을 보면 … 크론병도 1980年 0.2%에서 1995年 1.7%로 增加하였다. … 우리나라에서의

【炎症性 腸疾患의 疫學的 特性】

	궤양성 대장염	크론병
발생률 (인구10만당)	2-10	1-6
유병률 (인구10만당)	35-100	10-100
인종적 발생률	코카시안에 호발	코카시안에 호발
종족별 발생률	유태인에 호발	유태인에 호발
성별 발생률	여성에 다소 호발	남성에 다소 호발
발병 연령	15-25	15-25
흡연과의 상관관계	비흡연자에서 호발	흡연자에서 호발

크론병의 平均 發生年齡은 22歲에서 35.5歲까지 報告되고 있다. 男女比는 크론병은 1.3-2.5:1로 男子에서 好發하는 것으로 報告되어 歐美的 報告와 유사하였다.

【炎症性 腸疾患의 原因 및 病態生理】

(1) 原因

炎症性 腸疾患의 原因은 아직 잘 모른다. 다음과 같은 因子들이 關여하리라 推定되고 있다.

1) 自家免疫性

다른 自家免疫 疾患과 同伴되는 경우가 있으며, 炎症性 腸疾患 患者에서 關節炎, 皮膚炎, Sclerosing cholangitis 등이 併發되는 수가 많다.

患者의 血清內 大腸 上皮細胞에 대한 抗體가 發見되며 ... 非特異的 免疫 抑制劑의 治療效果와 多樣한 炎症經路의 活性化等도 本 疾患이 免疫學의 原因으로 媒介됨을 시사한다.

2) 感染性 因子

Mycobacterium paratuberculosis, paramyxoma virus, Listeria monocytogenes 등의 病原體 感染과 腸內 細菌의 代謝產物, 즉 formyl-methionyl-leucyl-phenylalanine(FMLP), PG-PS(peptidoglycan-polysaccharide), LPS(endotoxin) 등이 原因 因子로 거론되고 있으나 現在까지 分명치 않다.

3) 遺傳的 要因

一般人에 비해 家族內에서 本 疾患의 有病率이

35-100배나 높았던가, 家族中 本 疾患이 罹患되지 않은 경우에도 p-ANCA가 25-30%에서 出現되고, 一卵性 雙生兒에서 빈번한 合致와 二卵性 雙生兒보다 好發하는 것은 遺傳的 要因을 시사한다.

人種的으로 白人에서 黑人이나 東洋人보다 好發하며 民族的으로도 유태인에서 非유태인보다 好發하고 유태인中에서도 Ashkenazi Jew에서 好發한다.

4) 環境的 要因

有病率이 世界的으로 增加하고 있으며, 都市人에서 농촌사람보다 好發하고 社會經濟力이 높은 사람에서 낮은 사람들보다 頻發한다.

5) 精神的 要素

精神的 스트레스가 이 疾患의 主要原因은 되지 않겠지만 이 病의 經過에 影響을 끼치리라 생각되고 있다.

(2) 病態生理

腸內 細菌, 細菌產物(FLMP, LPS, PG-PS), 毒素, 藥劑, 飲食內 抗原 等에 의한 免疫 反應이 開始, 增幅 및 持續되어 非特異的 炎症 反應과 組織 損傷을 일으키리라 생각되고 있다.

遺傳的으로 腸의 透過性이 亢進된 사람에서 上記한 因子들이 腸粘膜內로 吸收되어 大食細胞 및 粘膜校訂細胞, 好中球에 反應을 일으켜 腸의 炎症을 開始 또는 持續시킬 수 있다.

活性化된 炎症細胞들은 사이토카인, arachidonic acid 代謝產物, 蛋白質分解酵素, nitricoxide, 독소유리산소기, platelet activating factor(PAF) 等을 分泌하여 炎症을 增幅시킨다.

【炎症性 腸疾患 및 다른 特異的 炎症性 腸疾患과의 鑑別診斷】

크론병

潰瘍性 大腸炎과는 달리 血液性 泄瀉보다는 腹痛, 體重減少 및 泄瀉가 主症狀이며 肛門周圍의 瘻孔(fistula) 등이 特徵的인 臨床狀이다. 大腸內視鏡이나 大腸照影術上 縱走(longitudinal)型的 긴 潰

【潰瘍性 大腸炎 및 크론병의 臨床狀 및 診斷】

임상양상	궤양성 대장염	크론병
직장출혈	매우 흔함 - 90% 대개는 정도의 출혈 대량 출혈 - 3%	흔하지 않음, 대개 잠혈반응만 양성 대량 출혈은 매우 드물
설사	조기 발현, 소량의 빈번한 설사	비교적 설사는 가볍거나 없음
복통	배변 직전의 긴박감	장선통, 식후에 심함.
발열	합병증 없을 때는 드물	30-50%
복부종괴	드물	흔함, 특히 우하복부 종괴
대장경소견	미만성의 표재성 궤양, 연속성 병변, 거의 언제나 직장 침범	정상 점막을 사이에 두고 종괴형 또는 분명한 궤양
조직소견		
염증반응	미만성, 점막에 국한	점막하층, 보다 심한 부종, 섬유화
육아종	드물	흔함-50%, 심재성
경과	재발, 관해의 반복-65% 만성적 활동형-20-30% 급성 전격성-5-8%	보통 서서히 진행 전격성은 드물
병변범위 확장	직장 및 S상 결장염 : 10-13%에서 좌측 결장염 : 20%에서 상부로 확장	절제 전에는 보통 범위의 확장없음 절제 후에는 50%에서 범위 확장
절제후재발	드물	흔함-50%

瘍과 周圍의 조약돌(cobble stone)모양의 粘膜炎 特徵이며 이 病變이 連續的이 아니고 病變이 腸管에 걸쳐 띄엄띄엄 發生하고 그 사이에 正常的인 粘膜炎이 위치하는 skip病變이 있으며 크론병의 診斷을 내릴 수가 있다. 病變이 腸의 全層으로 波及되며 周圍의 腸, 膀胱, 陰 또는 皮膚로의 瘻孔을 形成하는 것이 크론병의 特徵이므로 潰瘍性 大腸炎과 쉽게 區別된다. 組織學的으로는 肉芽腫이 있을 경우 潰瘍性 大腸炎이 아닌 크론병이라고 診斷을 내릴 수 있다. 그러나 梅毒이나 Chlamydia trachomatis의 lymphogranuloma venereum(LGV)에 의한 感染性 大腸炎인 경우에도 肉芽腫이 發見될 수 있다. 鑑別을 要하는 結核性 大腸炎의 경우에는 반드시 乾落性 壞死를 同伴한 肉芽腫만이 觀察되는 것이 아니라 乾落性 壞死가 없는 肉芽腫도 얼마든지 觀察되므로 크론병과의 鑑別은 더욱 힘들어진다. 우리나라에서는 크론병 患者의 상당수가 結核性 腸炎의 診斷 아래 수 個月씩 抗結核製

로 治療받았으나 症狀의 好轉이 없어서 內院하는 경우가 있으므로 抗結核製 服用의 過去歷을 반드시 확인해야 한다.

【內科의 治療】

非特異的 慢性炎症性 腸疾患에 속하는 潰瘍性 大腸炎과 크론씨병에 대한 原因과 病態生理를 정확히 모르는 狀態이므로 根源的 藥物療法은 아직 不可能한 實情이다. 따라서 現在 이들 大腸疾患에 대한 治療는 補助的일 수 밖에 없다.

血管 透過性を 減少시킨다든가, 炎症의 生化學的 發現을 일으키는 mediator를 抑制시키든가, 免疫學的 組織 損傷을 抑制시키면서 同時에 患者의 營養常態를 改善시켜 宿主 防禦機轉을 增加시키는 것 등이 治療의 主가 되고 있다.

(1) 一般原則

過激한 運動, 精神的 緊張, 偏食, 不潔한 飲食, 冷飮食 등은 피해야 한다. 患者들은 장기간의 泄

瀉, 腹痛때문에 鎮痛劑, 止瀉劑, 抗生劑 등을 醫師의 處方없이 마음대로 먹는 수가 많으므로 이들을 中止토록 하여야 한다. 急性으로 惡化된 경우는 細菌, 바이러스, 原蟲 등이 感染되어 있는 수가 있으므로 排便, 血清檢査 등을 통해 이들 病原性 生物體 感染 與否를 조사하여야 한다. 病變의 活動性이 中等症 내지 重症 以上이거나 精神의 또는 局所的 合併症이 있으면 入院 治療를 하여야 한다.

(2) 食餌 및 經靜脈 營養

食餌治療는 적절한 營養供給 뿐 아니라 患者의 症狀緩和面에서 考慮하여야 한다. 一般的으로 飲食은 高칼로리어야 하며 적어도 100mg의 단백질, 비타민과 무기질을 적절히 가지고 있어야 한다. 甚한 腹痛과 泄瀉가 없는 한, 한 두잔의 커피, 알콜, 과일, 채소, 과일주스 등은 禁할 必要가 없다. 急性期에는 죽이나 미음 등 流動食이 좋으나 回復期에 들어서면 飲食을 制限할 必要가 없다.

病이 重症이거나 合併症이 있을때는 일상 飲食보다 쉽게 吸收가 될 수 있는 elemental diet가 추천되나 맛이 없다든가, 濃度가 높아 泄瀉를 일으키는 등의 問題를 일으킬 수 있다. 大腸의 경우 elemental diet는 瘻孔의 自然的 閉鎖를 促進시키는 것으로 報告되어 있다.

小腸閉塞이 있거나 炎症性 病變이 廣範圍하여 營養分이 吸收가 안되는 경우, 瘻孔이 있는 경우, 病變의 活動性이 아주 甚하거나 內科的 藥物 治療에 反應치 않아 腸管 休息이 必要한 경우에는 經口 營養供給을 中止하고 經靜脈 營養供給을 한다.

鎖骨下 靜脈을 통해 血流量이 많은 上部 大靜脈에 카테타를 挿入하고, 비타민을 投與한다. 經靜脈 營養供給이 上記 常態에서 患者에게 도움을 준다는 것은 잘 알려져 있다.

(3) 治療의 原理

治療의 原理는 첫째: 腸內 毒性內容物을 줄이고, 둘째: 腸 上皮細胞의 營養分을 供給하여 組織損傷을 줄이고, 셋째: 炎症性 媒介體의 生産을 抑制하

고, 넷째: 組織 免疫反應의 調節로 나누어 생각할 수 있다.

1) 腸內 毒性 內容物의 抑制

a. 抗生劑 投與

Metronidazole投與는 大腸에서 Sulfasalazine과 그 效果가 비슷하며, 手術後 再發率을 減少시키고, pouchitis에 效果가 있는 것으로 알려져 있다.

b. Fecal diversion

大腸에서 回腸조루술을 施行하면 病變의 活動性을 낮추고 手術後의 再發率을 減少시킬 수 있다.

c. 腸管 休息

全血管營養供給을 하거나 elemental diet를 投與하면 大腸의 75-85%에서 remission을 가져올 수 있다.

2) 腸 上皮細胞 營養分 供給

a. Glutamine

Glutamine은 小腸上皮細胞의 重要한 營養分으로서, 實驗의 炎症性腸疾患과 治療에 反應치 않은 pouchitis에 投與時 效果가 있는 것으로 報告되어 있다.

b. Short chain fatty acids

Butyrate는 大腸上皮細胞의 重要한 營養分으로, 潰瘍性 大腸炎에서 投與時 Na의 吸收를 促進시키고 疾病의 治癒效果가 있는 것으로 報告되어 있다.

3) 炎症性 媒介體 生産의 抑制

Arachidonate의 分解 産物인 Prostaglandin과 Leukotriene이 炎症性 腸疾患의 炎症媒介體라는 것은 잘 알려져 있으며, Sulfasalazine과 5-Amino salicylate(5-ASA)제제, Corticosteroids, Zileuton, Fish oil 등이 이 媒介體의 生成을 抑制하므로 治療效果를 나타내는 것으로 알려져 있다. 이들 藥劑가 炎症性 腸 疾患治療의 根幹을 이루고 있다.

4) 免疫調節

a. 非特異的 免疫 抑制劑

Steroids, Azathioprine, 6-Mercaptopurine, Methorexate 等の 免疫抑制劑 等이 炎症性 腸 疾患에서 非特異的 抗炎症反應을 통하여 治癒效果를 나타내는 것으로 思料되고 있다.

#### b. 選擇의 免疫調節

Cylosprine A, Hydroxychloroquine, Chimeric anti-CD4 monoclonal antibody, anti-TNF monoclonal antibody, IL-1 receptor antibody 等이 각각의 選擇의 免疫調節 作用을 통하여 治癒效果를 나타내는 것으로 알려져 있다.

#### c. 特異的 免疫 治療

아직 實驗的인 段階로 Blocking-antigen, Immune tolerance 等이 시도되고 있다.

### 17. 「크론병에 병발한 대장암중 1예」<sup>2)</sup>

크론병은 口腔에서 肛門에 이르기까지 全 消化器管에서 發生할 수 있는 亞急性 또는 慢性的 非特異的 肉芽腫性 壞死 및 瘢痕性 炎症을 特徵으로 하는 疾患으로, 특히 回盲部에 好發하며 非連續的, 非對稱的인 所見을 보이고 慢性的인 經過를 取하는 疾患이다. 最近 散發的인 證例報告와 함께 發生頻도가 增加하는 양상을 보이고 있고, 長期間의 추적관찰이 可能해지면서 腸閉鎖의 腸穿孔, 腸瘻孔 等の 合併症의 頻度も 增加하고 있다.

## III. 考 察

크론병(Crohn's disease)은 1932년 크론(Crohn), 긴즈버그(Ginzburg), 오펜하이머(Oppenheimer)에 의해 記述된 疾病으로 처음에는 回腸에 局限된 疾病으로 報告되었는데, 이와 同一한 粘膜炎侵犯이 口腔, 食道, 胃腸, 十二指腸 및 空腸에도 生길 수 있다. 크론씨병이 小腸을 侵犯한 경우에는 局限性 腸炎(regional enteritis)이라고 하기도 한다. 또한 크론병은 大腸에 單獨으로 또는 大腸과 小腸을 同時에 侵犯할 수 있으며, 크론병이 大腸을 侵犯하는 대부분의 경우에는 潰瘍性 大腸炎과 臨床的으로 또한 病理學的으로 區別이 可能하기 때문에 大腸의 크론씨병이라 부르기도 한다. 또한 肉芽腫

(granuloma)의 組織所見을 보이는 部位에 대해서는 肉芽腫性 腸炎(granulomatous colitis)이라는 用語를 쓰기도 하지만 이는 보다 덜 精確한 用語라 하겠다<sup>1-4)</sup>.

이 疾患들은 黑人과 東洋人보다는 白人에게 好發하며, 非유태인보다는 유태인에게서 3-6배정도 더 잘 생기는 것으로 알려져 있다. 男女의 比率은 같다고 한다. 疾病의 發生率은 人口 10萬名當 2例이며, 有病率은 人口 10萬名當 20-40例로 추정된다. 많은 學者들이 크론병의 發生率(특히 大腸 侵犯을 하는 크론병)이 增加하고 있다고 믿고 있다. 서부유럽과 북미에서는 크론병의 發生率과 有病率이 潰瘍性 大腸炎보다 5배정도 더 빠르게 增加하고 있다<sup>1-3)</sup>.

이 두 疾患의 好發 年齡은 15-35歲이며 모든 年齡에서 報告 되었다. 炎症性 腸疾患의 家族歷을 보면 크론씨병 或은 潰瘍性 大腸炎 患者의 경우 2-5%에서 한 名 或은 그 以上の 親族에게서 같은 疾患이 發見된다고 한다<sup>1-2)</sup>.

潰瘍性 大腸炎과 크론병의 原因은 아직 精確히 알려져 있지 않지만, 여러 가지 重要한 要因들이 관련한다고 생각되고 있다. 이러한 要因들로는 家族歷 또는 遺傳性 要因, 感染性 要因, 免疫學的 要因, 精神的인 要因들이 있다. 炎症性 腸疾患은 白人에게 好發하며, 특히 유태인에게서 잘 생기며, 家族的 性向이 있다. 이러한 점은 이 疾患의 發病에 遺傳的 素因이 있음을 시사해 준다. 크론병은 一卵性 쌍둥이에게서 함께 생기는 경우가 많아 遺傳的 要因이 있음을 강력하게 시사해 준다<sup>1-2,4-5)</sup>.

이 疾患의 慢性 炎症性 經過로 이 疾患에 대한 感染性 要因이 관련할 것이라는 추측을 가지게 했다. 박테리아, 진균, 바이러스에 대한 수많은 研究가 있었지만 아직까지는 特異的인 感染源이 分離되지 않았다<sup>2-4)</sup>.

이 疾患들은 關節炎, 膽管周圍炎 等 腸管 以外의 臨床發現을 하기 때문에 免疫學的 機轉이 관련하리라고 생각되었다. 따라서 自家免疫現象이 있을 것으로 추정되었으며, 治療劑 中에 스테로이드 호르몬계(glucocorticoids)와 azathioprine은 免疫抑制 機轉을 통해 效果를 나타낸다. 炎症性 腸疾患

患者들은 自己大腸細胞에 대한 抗體, 박테리아 抗原에 대한 抗體, lipopolysaccharide에 대한 抗體, 우유단백 같은 이질단백에 대한 抗體들을 갖고 있다. 한편 炎症性 腸疾患은 IgA缺乏症과 無감마글로불린혈증(agamma-globulinemia)에서도 發生하는 것으로 報告되고 있어 體液性 抗體의 病因論의 役割에 대해 疑問점을 안겨주고 있다<sup>1-3,5-6)</sup>.

細胞 媒介性 免疫系 異常所見으로는 皮膚 無感作, 여러 有絲分裂剌戟에 대한 反應低下, 末梢 血液 T細胞 數의 減少 등이 알려져 있다. 이러한 變化들은 疾病이 好轉된 後 正常으로 回復되기 때문에 疾病에 의한 二次的인 現狀으로 생각된다. 炎症性 腸疾患 患者의 腸粘膜에서 細胞媒介性 免疫系의 異常所見이 發見된다. 炎症性 腸疾患의 精神科的인 양상도 強調되어 왔다. 炎症性 腸疾患 患者들은 情緒의 스트레스에 대해 感受性이 강한 特徵的인 性格을 지녔으며 이러한 性格이 症狀의 誘導나 惡化를 야기시킨다고 생각된다<sup>1,3,6)</sup>.

그 傷害는 腸內腔으로 侵入하기도 하고, 筋의 癍痕形成, 粘膜의 潰瘍形成 및 壞死, 破壞에 의한 瘻孔形成이다. 最初의 侵襲에 이들의 續發症의 一部 또는 全部가 發生하기도 하고 無症狀이나 單發로 끝나는 수도 있으나, 그러나 再發하거나 病變部位에 인접한 腸을 侵襲하여 천천히 확대되는 경우가 더 많다<sup>4)</sup>.

臨床에서 흔히 吸收不良性障礙, 急性穿孔이나 彌滿性 腹膜炎 또는 出血이나, 甚한 경우 皮膚로 瘻孔形成, 腹部 全體에 걸쳐 있는 腫瘤色素沈着의 增強, 심한 直腸炎, 脾腫, 發熱, 鼓指 등에 의해서 發見된다. 間歇性 慢性泄瀉, 發熱, 體重減少, 腹部 痙攣痛 또는 膨滿을 호소하고 理學的 檢査上 腹部 腫瘤, 直腸周圍膿瘍, 그리고 直腸狹窄이 있을 때에는 이 疾患을 疑心할 수 있다<sup>3-4)</sup>.

血液檢査는 診斷에 큰 도움이 안되고 가장 도움이 되는 것은 X-線 所見으로 粘膜下層의 硬化로 말미암아 X-線上 管狀으로 되는 점, 그리고 腸間膜의 炎症에 의한 管狀係蹄의 分離 등이다. 狹窄相의 特徵은 內腔의 狹窄으로 그 近側의 正常 腸部位는 擴張되어 있고 擴張部에서는 물과 脂肪의 親和가 不良한 것과 底流한 粘液分泌物로 異常한

바름유입상을 볼 수 있다. 瘻孔도 가끔 볼 수가 있으며 특히 回盲部에서 많다<sup>1,4)</sup>.

十二指腸 또는 上部空腸이 局限性腸炎에 걸렸을 때는 처음부터 狹窄相이 뚜렷하나 回腸部 침범 때에는 病初부터 非狹窄性으로 潰瘍形成이 特徵적이다. 이는 結核性腸炎, 베체씨腸炎, 腸淋巴腫, 大腸癌, 아메바腫, 충수周圍膿瘍, 吸收不良症候群, 間歇性 小腸閉塞, 二次性 아밀로이드症 등과 鑑別診斷이 必要하다<sup>1,3-4)</sup>.

治療法은 첫째, 腸內 毒性 內容物の 抑制로 이를 위해 Metronidazole, Sulfasalazine 등의 抗生劑를 投與하고, 둘째, Glutamine, Butyrate 등 腸上皮細胞의 營養分을 供給하여 組織損傷을 줄이고, 셋째, Sulfasalazine과 5-Amino salicylate(5-ASA) 제제, Corticosteroids, Zileuton, Fish oil 등을 使用하여 炎症性 媒介體의 生成을 抑制하며, 넷째, 免疫調節療法으로 Steroids, Azathioprine, 6-Mercaptopurine, Methorexate 등의 非特異的 免疫 抑制劑를 利用한 方法과, Cylosporine A, Hydroxychloroquine, Chimeric anti-CD4 monoclonal antibody, anti-TNF monoclonal antibody, IL-1 receptor antibody 등을 利用한 選擇的 免疫調節方法과, 實驗的인 단계로 Blocking antigen, Immune tolerance 등을 利用한 特異的 免疫 治療方法 등이 있다<sup>1,5)</sup>.

그 豫後를 살펴보면 크론병 患者들에서 病變部位에 상관없이 疾病經過는 長期的이고 間歇的인 양상을 取한다, 時間이 지날수록 內科的 治療에 反應하지 않으며 全體患者의 2/3에서 手術이 필요한 合併症이 생긴다. 發病初期에 死亡率이 가장 높은 潰瘍性 大腸炎과는 對照적으로 크론병은 疾病經過가 오래될수록 5-10% 정도씩 死亡率이 높아진다. 대부분의 死亡은 腹膜炎과 敗血症에 기인한다<sup>1,3,6)</sup>.

크론씨병은 韓醫學의 으로 “泄瀉”, “痢疾”, “大瘕泄” 등의 範疇에 屬하는데<sup>4,7-9)</sup>, 泄瀉에 對해서 『素問·生氣通天論篇』<sup>10)</sup>에서는 “是以春傷於風, 邪氣留連, 乃爲洞泄”이라 하여 “洞泄”의 原因이 風임을 言及하였고, 『陰陽應象大論』<sup>10)</sup>에서는 “清氣在下, 則生瀉泄, … 濕勝則濡泄, … 春傷於風, 夏生瀉泄”



이라 하여 濕이 盛하면 濡泄이 되고 風에 傷하면 飧泄이 된다고 하였으며, 『氣交變大論』<sup>10)</sup>에서는 “泉涌河衍, 潤澤生魚, 風雨大至, 土崩潰, 鱗見於陸, 病腹滿漉泄, … 上臨太陽, 雨冰雪霜, 不時降, 濕氣變物, 病反腹滿, 腸鳴漉泄”이라 하여 漉泄의 原因이 濕邪임을 說明하였으니, 이들은 모두 腹痛, 體重減少, 泄瀉를 主 症狀으로 하는 크론씨 病의 症狀과 類似하다고 할 수 있겠다. 또 『傷寒論』<sup>12)</sup>에서는 “傷寒, 服湯藥, 下利不止, 心下痞硬, 服瀉心湯已, 復以他藥下之, 利不止, 醫以理中瀉之, 利益甚, 理中者, 利中焦, 此利在下焦, 赤石脂禹余糧湯主之, 復利不止者, 當利其小便”이라 하여 局限性 腸炎을 “下利”로 認識하고 그 治療에 있어서 理中法을 強調하였다. 『景岳全書』<sup>13)</sup>에서는 “若飲食失節, 起居不時, 以致脾胃受傷, 則水反爲濕, 穀反爲滯, 精華之氣不能輸化, 乃致合瀉下降而瀉痢作矣.”라 하여 泄瀉의 原因을 濕邪나 情志鬱結에 依한 脾胃損傷으로 보고 “泄瀉之病, 多見小水不利, 水穀分則瀉自止, 故曰 治瀉不利小水, 非其治也.”라 하여 그 治療에 있어서 利水의 重要性을 強調하였으며, 『醫學入門』<sup>14)</sup>에서는 “如脈緩, 病怠嗜臥, 四肢不收, 或大便泄瀉, 此濕勝也, 從平胃散”이라 하고, 또 “凡泄瀉下痢, 水腫鼓脹, 黃疸, 遺精白濁, 疝痛腰痛, 脚氣之類, 皆濕熱下流之所爲也”라 하여 그 主要原因이 濕임을 언급하였다. 痢疾에 對해 『素問·太陰陽明論』<sup>10)</sup>에서는 “陽受之, 則入六腑, 陰受之, 則入五臟. 入六腑, 則身熱不時臥, 上爲喘呼; 入五臟則臍滿閉塞, 下爲飧泄, 久爲腸澼”이라 하여 飧泄이 오래되어 腸澼으로 轉變됨을 說明하였고, 『醫學入門』<sup>14)</sup>에서는 “脾泄久傳腎爲腸澼, 經年不愈者宜調中健脾丸”이라 하여 脾泄이 오래되어 腎陽에까지 影響이 미치게되면 腸澼이 發生된다 하였으니, 이는 모두 크론씨병의 慢性 炎症性 經過에 對한 症狀을 說明한 것이라 할 수 있겠다. 『難經』<sup>9)</sup>에서는 胃泄, 脾泄, 大腸泄, 小腸泄, 大瘕泄의 五泄에 對해 言及하였는데, 이 중 大瘕泄에 對해서는 “裏急後重, 數至圜而不能便, 莖中痛”하다 하여 裏急後重이 있으면서 자주 便所에 가나 뒤를 보지 못하여 배속이 끌어당기는 것 같고 陰莖이 아픈 것으로 痢疾, 腎泄, 熱泄 등과 같은 것이며 이는 現代醫學的

으로 크론씨병에 該當한다고 한다<sup>7)</sup>.

原因과 治療에 對해서 程<sup>17)</sup>은 泄瀉의 原因을 濕熱, 濕寒, 食積, 脾虛, 腎虛 등으로 보고 辨證施治를 行하되 利小便을 兼해야 한다고 하였고, 馬<sup>19)</sup>는 慢性泄瀉의 原因이 外感時邪, 飲食不節 或 肝氣抑鬱 등으로 인해 脾胃虛弱, 脾腎陽虛에까지 이른다고 보았으며, 姚<sup>8)</sup>는 局限性腸炎으로 인한 慢性腹瀉의 가장 理想的인 治療法은 針灸와 韓藥을 併用하는 것이라 하였다. 『中醫臨床手冊』<sup>18)</sup>에서는 慢性泄瀉의 原因을 脾虛, 腎虛, 肝氣乘脾로 보고 各各에 對해 溫中健脾止瀉, 溫腎固腸, 抑肝健脾해야 한다고 하였고, 『脾系內科學』<sup>4)</sup>에서는 그 原因을 濕熱이 大腸에 蘊結하거나 精神의 肝氣鬱結로 橫逆犯胃(肝氣乘脾)나, 飲食所傷 또 慢性化로서는 脾·腎虛로 인한 것으로 보아 그로 인하여 發現되는 症候를 辨證하여 立方하여야 할 것이며 營養狀態와 體重減少에 注意하고 安靜과 貧血이 보이면 補血에도 유의해야 한다고 하였다. 結論의 韓醫學에서는 크론씨병의 原因을 主로 濕熱, 肝鬱乘脾, 脾虛, 腎虛 등으로 보고 治療 또한 清熱化濕, 解鬱補脾, 溫中補脾, 溫腎苦澀 등의 多樣한 方法을 利用해야 한다고 하였다.

크론씨병은 最近 發生率이 潰瘍性 大腸炎의 發生率보다 더 빠르게 增加하고 있는 疾患으로, 特히 回盲部에 好發하고, 非連續的·非對稱的인 所見을 보이며, 慢性的인 經過를 取하는 疾患이다. 이는 長期間의 추적관찰이 可能해지면서 腸閉鎖와 腸穿孔, 腸瘻孔, 大腸癌 등의 合併症의 頻도가 增加하고 있는 趨勢인데, 最近에는 여러 cytokine, T細胞 및 이를 生成하는 遺傳子 等 病理學的인 免疫反應이 關여한다는 研究結果가 報告되었으나, 確실한 原因은 아직 알려져 있지 않다. 韓醫學에서는 이와 유사한 症狀들에 對해 많은 研究가 施行되었으며 그 治療率도 상당히 높은 편이라 할 수 있다. 따라서 向後 韓醫學的인 觀點에 입각하여 辨證施治를 施行한다면 그 發生率 및 治療率을 上昇시킬 수 있을 것으로 기대되는 바이다.

#### IV. 結 論

以上에서 크론씨병(局限性腸炎)에 對해 文獻을 中心으로 考察한 結果 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 크론씨병은 局限性 腸炎, 局所性 腸炎, 肉芽腫性 腸炎 等으로 불리우며 肉芽腫性 壞死 및 瘢痕性 炎症을 特徵으로 하는 疾患으로, 이는 韓醫學的으로 “泄瀉”, “痢疾”, “大瘕泄” 等の 範疇에 屬한다.

2. 原因은 明確하게 밝혀져 있지는 않으나 家族 歷 또는 遺傳性 要因, 感染性 要因, 免疫學的 要因, 精神的 要因 等이 作用하는 것으로 보이며, 韓醫學的으로는 濕熱, 肝鬱乘脾, 脾虛, 腎虛 等으로 要約되어 진다.

3. 主症狀은 間歇性 慢性泄瀉, 發熱, 體重減少, 腹部痙攣痛 또는 膨滿을 呼訴하고 理學的 檢査上 腹部腫痛, 直腸周圍膿瘍, 그리고 直腸狹窄이 있을 때에는 이 疾患을 疑心할 수 있다.

4. 治療法으로는 腸內 毒性 內容物의 抑制, 腸上皮細胞의 營養分 供給, 炎症性 媒介體의 生成抑制, 免疫調節 等이 施行되고 있으며 韓醫學的으로는 辨證施治를 통한 溫中健脾止瀉, 溫腎固腸, 抑肝健脾法을 原則으로 한다.

5. 크론씨병은 長期的이고 間歇的인 疾病經過양상을 取하고, 慢性化되면 腸閉鎖 및 腸穿孔, 腸瘻孔 等の 合併症이 發生하고 死亡率이 높아지는 疾患으로 向後 이를 管理할 수 있는 韓醫學的인 治療法에 對한 摸索이 必要하리라 思慮된다.

3. 이증달: 그림으로 설명한 병리학, 고려의학, pp.418,419, 1991.

4. 全國韓醫科大學 脾系內科學教授: 脾系內科學, 그린文化社, pp.273-275, 1991.

5. 송인성: 한국인의 염증성 장질환, 대한내과학회지 57(4), pp.661-674, 1999.

6. 최규완: 한국인의 염증성 장질환, 대한내과학회 추계학술대회, pp.1-3, 1996.

7. 大韓韓醫師協會 : 韓國標準疾病死因分類(韓醫), p.93, 1995.

8. 姚香雄: 症狀鑑別手冊, 一中社, p.412, 1992.

9. 淸湘唐 著編: 難經今釋, 國立編譯館, p.214, 中華民國七十二年.

10. 王琦 外 4人: 黃帝內經素問今釋, 成輔社, p.8,14,26,150,189,338, 381,439, 1983.

11. 洪元植: 精校黃帝內經靈樞, 傳統醫學文化史, p.39,164,178,286, 1985.

12. 李培生 主編: 傷寒論, 一中社, p.206, 1991.

13. 張介賓: 景岳全書, 翰成社, pp.439-447, 1983.

14. 李梴: 醫學入門, 翰成社, p.319, 338, 342, 343, 347, 352, 354, 1984.

15. 許浚: 東醫寶鑑, 南山堂, pp.182-191, 1994.

16. 葉天士: 臨證指南醫案, 新文豐出版公司, p.476, 中華民國六十九年.

17. 程國彭: 醫學心悟, 將來出版社, p.180 1971.

18. 安徽中醫學院: 中醫臨床手冊, 成輔社, p.117, 1983.

19. 馬康慈: 中醫師臨床手冊, 衆文圖書公司印行, p.255, 1974.

20. 최일주 의 8인: 크론병과 베체트장염 환자의 누적수술률 및 예후인자 비교, 대한소화기학회지 (36), pp.504-514, 2000.

## 參 考 文 獻

1. Kurt J. Isselbacher: HARRISON'S 내과학, 정담출판사, pp.1507-1522, 1997.

2. 신동우 의 8인: 크론병에 병발한 대장암증 1 예, 대한내과학회지 59(1), pp.80-84, 2000.