

급성췌장염 환자 한방치험 2례 보고

홍의실, 박중형, 한양희, 김동우, 전찬용, 박세기, 백은기, 박지운, 한지완, 임영남

경원대학교 한의과대학 내과학교실

2 Cases of Acute Pancreatitis with Oriental Medical Treatment

Ui-Sil Hong, Chong-Hyeong Park, Yang-Hee Han, Dong-Woo Kim, Chan-Yong Jun, Se-Ki Park,
Eun-Ki Beak, Ji-Yoon Park, Ji-Wan Han, Young-Nam Yim

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, KyoungWon University

Acute pancreatitis is the acute inflammatory disease of the pancreas, and abcomal pain on demanding emergency care is the major symptom of acute pancreatitis.

In these two cases, we administrated oriental medical treatment with medical treatment such as fluid injection.

After administration of these medication, clinical syptoms and clinicopathological figure improved.

Oriental medical treatment showed disirable effect on acute pancreatitis.

Key Words: Acute pancreatitis

1. 緒 論

급성췌장염은 우리나라에서 임상가들이 당면하는 흔한 급성복부 질환의 하나로 신속한 감별진단으로 불필요한 외과적 처치를 피하고 병발증을 예방하여야 할 질환이다. 근래에 그 발생빈도가 증가하는 경향이 있으나 그 원인을 규명하거나 진단하기에는 여러 어려운 점이 많다.

급성췌장염은 췌장에 부종, 종창, 여러 정도의 자가 분해, 괴사 또는 출혈을 동반한 급성 염증성 장애로서 여러 주위조직과 멀리 떨어진 장기에 염증이 침범하는 질환으로 정의될 수 있다¹⁾. 임상적으로는 원

인 및 병의 정도에 따라 몇 가지로 분류할 수 있으나 단일질환으로 보는 것이 좋다. 만성 췌장염과의 가장 중요한 감별점은 급성 췌장염에서는 지속적인 췌장 기능 장애가 없는 것으로 급성 췌장염은 원인이 제거되어 회복되면 췌장이 모든 점에서 정상의 기능을 유지하게 된다는 점에서 만성췌장염과 구별된다⁴⁾.

급성췌장염은 임상증상만으로는 다른 급성복증과 감별하기가 용이하지 않으므로 혈액 등 여러 가지 생화학적 검사를 실시하고 방사선학적 검사를 하여 정확한 진단을 내려야 한다. 급성 췌장염은 진단이 어려운 질환으로 현재는 초음파나 컴퓨터 단층촬영 등 진단기술의 발달로 조기진단이 가능하게 되어 과거에 비해 진단율이 상당부분 상승하여 이에 따른 치료율 향상을 기대할 수 있게 되었다⁵⁾.

한의학적으로는 급성췌장염의 한방적 범주에 대한 국내논문의 보고를 거의 찾아보기 힘들며, 중국 논문

· 접수 : 2003년 2월 17일 · 채택 : 2003년 4월 17일
· 교신저자 : 홍의실, 서울시 송파구 송파동 20-8 경원대부속서
울한방병원 내과학교실
(Tel: 02-425-3456(교 471) Fax: 02-425-3560, E-
mail: cardura@lycos.co.kr

에서도 그 언급이 극히 드물어 환자의 주된 증상을 근거로 변증에 의존하여 치료하는 것이 현실이다. 다만, 본 병에 대한 전문적인 기술은 없으나 ‘心痛’, ‘胃痛’, ‘脾心痛’, ‘腕痛’, ‘結胸’ 등에서 본 병의 증후와 유사한 기록을 찾아볼 수 있다. 본 병의 주된 병리는 肝鬱氣滯, 濕熱蘊結肝膽, 脾胃濕熱 등이고 八綱辨證상 陽證, 裏證, 熱證, 實證에 속하며 주된 처방으로는 柴胡陷胸湯, 膽胰湯, 清胰飲 등을 들 수 있다¹⁵.

우리나라에서 과거에는 급성 췌장염의 원인으로 원인미상인 경우가 가장 많았으며 그 다음으로 알코올, 기생충, 식이요소, 담도계질환의 순이었다. 그러나 사회경제적 환경의 변화에 따른 음주인구의 증가로 인해 급성 췌장염의 원인 중 알코올이 차지하는 비중이 높아졌으며, 급성췌장염의 중증도, 합병증 등에도 변화를 가져왔다. 따라서 현재 급성췌장염의 가장 흔한 원인은 담도질환과 알코올로 그 중 알코올에 의한 췌장염은 급성췌장염의 원인 중 20-30%를 차지하는 것으로 알려져 있다.

급성 췌장염의 치료방법은 내과적 치료와 외과적 치료로 나눌 수 있다. 대부분의 급성췌장염은 3-7일 정도면 가역적으로 회복되지만 약 10% 정도는 적절한 치료에도 불구하고 회복되지 않고 사망하기도 한다. 내과적 치료의 목표는 췌장효소들의 합성과 분비를 억제하거나 불활성화시켜 췌장의 자가소화를 중지시키고, 감염 등의 합병증을 예방하는데 있다. 가장 일반적인 치료방법은 정맥내 수액공급, 비위흡인(nasogastric suction) 및 진통제, 항생제의 투여 등이 있으나 시도되고 있는 치료방법에 비하여 확실한 효과가 입증된 치료법은 많지 않다.

이에 저자는 알콜 과다 섭취 후 발생한 급성 재발성 췌장염 환자 2례에 대해 수액공급 등의 서의학적 처치와 병행한 한의학적 변증치로 양호한 성적을 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 本 論

1. 증례 1

1) 환자 : 이 00, 남자 42세

2) 주소증 : 上腹部痛症

心下痞

惡心

腹部膨滿感

3) 발병일 : 2001. 1. 29 오전

(1) mode : 발병 직전 1.23 - 1.25일의 3일간 설 연휴 맞아 과음한 이후 약간의 복부불편감 나타났으나 별무처치함

4) 과거력 :

(1) 1993년 전남 해남병원에서 급성 췌장염 진단 후 치료받음

(2) 2000년 7월 강동성심병원에서 급성 췌장염 진단 후 1주일간 입원치료

5) 현병력 : 상기 환자는 만 42세의 보통체격과 보통 성격을 가진 남자 환자로 1993년과 2000년 두 차례의 급성췌장염 과거력 있는 상태에서 2001. 1. 29 아침 기상 후 극심한 上腹部痛症, 心下痞, 惡心, 腹部膨滿感 발생하여 2001. 1. 29 본원 입원함

6) 가족력 : 별무소견

7) 사회력

(1) 직업 : 자영업

(2) 흡연력 : 매일 1갑

(3) 음주력 : 1주일에 1-2회 소주반병정도 음주 (단, 1.23-1.25 연휴 동안 과음)

8) 전신소견

(1) 의식상태 : 의식명료

(2) 소화 : 腹痛, 心下痞, 惡心증상 호소. o/s 이후 음식섭취 하지 못함

(3) 대변 : 1회/1-2일, Last defecation 1.29(극소량, 堅便)

(4) 소변 : 양호

(5) 호흡 : 上腹部 胸悶 증상으로 다소 불편하나 호흡에는 지장없음

(6) 수면 : 양호

- (7) 피부 : 별무이상
 - (8) 설진 : 舌淡紅, 苔白膩
 - (9) 맥상 : 脈滑
 - (10) 복진 : 心窩部, 臍部를 포함한 上腹部 전체의 극심한 통증, 腹部전체의 膨滿感 동반, 壓診시 痛症 甚해지며 반발통은 관찰되지 않음.
 - (11) 복부청진 : 입원당시 복부 청진시 장운동음 소견 관찰되지 않음
- 9) 검사소견
- (1) 초진시 활력장후

- B.P. : 130/80
 B.T. : 36.8
 P.R. : 54
 R.R. : 20
- (2) 방사선적 소견
- ① 단순복부영상 : The absence of gas shadow in midportion of transverse colon.(Fig. 1)
- (3) 심전도 소견
 normal V.R. = 55/min(1.090s)
- (4) 임상병리검사 : 치료경과 Table1-3 참조
- 10) 진단
- (1) 韓方辨證
- ① 食積熱鬱
 ② 肝膽濕熱
- (2) 洋方診斷
- ① 급성췌장염

Table 1. Hematologic findings of Case 1

date	date		
	1.29	1.30	2.3
WBC($\times 10^3/mm^3$)	12.8	15.4	9.2
Hct(%)	48.4	46.9	44.8
MCV(μm^3)	92	94	93
MCH(pg)	32.9	32.5	33
MCHC(%)	35.7	34.5	35.5

Table 2. Biochemistry findings of Case 1

date	date		
	1.29	1.30	2.3
Sodium(mEq/ l)	158	155	150
Potassium(mEq/ l)	4.2	4.7	4.6
Chloride(mEq/ l)	118	116	114
Calcium(mg/ dl)	.	9.1	8.7
BUN(mg/ dl)	.	15	15
Creatinine(mg/ dl)	.	1.1	1.0
sGOT(IU/ l)	.	45	40
sGPT(IU/ dl)	.	46	42
LDH(unit)	.	210	183
Amylase(unit)	420	259	127
Lipase(U/ l)	.	253	.
Glucose(mg/ dl)	151	105	146

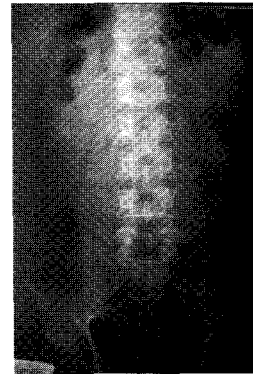


Fig. 1. KUB X-ray of Case 1.

Table 3. Clinical Symptoms Progress of Case 1

症 狀		입원 1일	입원 2일	입원 3일	입원 4-5일	입원 6-8일
주 소 증	心窩部痛症	+++	++	+	±	±
	惡寒 및 寒熱往來	++	+++	++	+	-
	腹部膨滿感	+++	++	+	++	±
	消化不良	+++	+	+	+	-
복 진	惡心/嘔吐	++/-	+/-	+/-	-/-	-/-
	上腹部壓痛	+++	++	++	±	±
기 타	腹部硬結	++	+	-	-	-
	腸運動音聽診	없음	경미하게 관찰됨	정상소견	정상소견	정상소견
	大便	-	-	-	연변 1회	소량 1회

* 症狀의 好轉度 判斷尺度

Severe(+++), Moderate(++), Mild(+), Trace(±), Eliminated(-)

2. 증례 2

1) 환자 : 우 00, 남자 40세

2) 주소증 : 上腹部痛症

腹部膨滿感

惡心

嘔吐

泄瀉

發汗

不眠, 不安

3) 발병일 : 2001. 3. 8 5am시경

· mode : 발병 전일 過飲한 후 泄瀉 지속된 이후 다음날 새벽 상기 c/c 발생

4) 과거력 :

① 1999년 보훈병원에서 급성 췌장염 진단 후 입원치료

② 2000년 강동성심병원에서 급성 췌장염 진단 후 입원치료

5) 현병력 : 상기 환자는 만 40세의 보통체격과 보통 성격을 가진 남자 환자로 1999년과 2000년 두차례의 급성췌장염 과거력 있는 상태에서 전일 過飲한 후 泄瀉 지속되던 중 2001. 3. 8. 새벽 기상 후 극심한 上腹部痛症, 惡心, 嘔吐 발생하여 2001. 3. 8. 본원 입원함

6) 가족력

父親 : 고혈압

母親 : 고혈압, 당뇨

7) 사회력

(1) 직업 : 호텔설비업

(2) 흡연력 : 매일 1갑 반

(3) 음주력 : 매일 1-2회 소주반병정도 음주 (발병 전일 과음)

8) 전신소견

(1) 의식상태 : 의식명료

(2) 소화 : 腹痛, 惡心, 嘔吐 증상 호소

(3) 대변 : 발병전일부터 泄瀉 4차례

(4) 소변 : 양호

(5) 호흡 : 양호

(6) 수면 : 양호

(7) 피부 : 별무이상

(8) 설진 : 舌淡紅, 苔黃厚

(9) 맥상 : 脈滑

(10) 복진 : 心窩部, 특히 左上腹部의 甚한 痛症, 腹部 전체의 膨滿感 동반, 壓診시 痛症 甚해지며 반발통은 관찰되지 않음.

(11) 복부청진 : 입원당시 복부 청진시 장운동음 소견 관찰되지 않음

9) 검사소견

(1) 초진시 활력징후

B.P. : 110/70

B.T. : 36.5

P.R. : 68

R.R. : 20

(2) 방사선적 소견

① 단순복부영상 : Small bowel ileus in midabdomen and left upper quadrant.

Sentinel loop on the left upper quadrant of abdomen.(Fig. 2)

(3) 심전도 소견

normal V.R. = 61/min(0.983s)

(4) 임상병리검사 : 치료경과 Table 4-6 참조

10) 진단

(1) 韓方辨證

① 氣滯食積熱鬱

② 濕熱蘊結肝膽

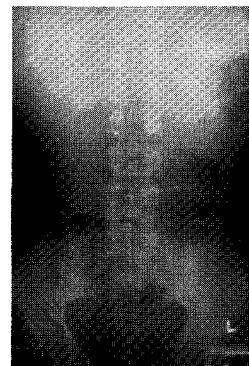


Fig. 2. KUB X-ray of Case 2.

- (2) 洋方診斷
① 급성췌장염

III. 經 過

1. 증례 1

1) 입원기간 2001. 1. 29 - 2001. 2. 5

2) 치료경과

(1) 鍼 : 0.3×40mm 毫鍼(通氣鍼灸針)

內關, 公孫, 三陰交, 足三里的 穴位에 1일 1-2회 刺鍼後 20분간 留鍼

(2) 灸 : 兩 天樞, 中脘穴에 間接灸(艾柱灸; 지름·약 4cm, 높이·약3cm)를 2장씩 1일 1회 시술함

(3) 韓藥治療

① 禁食 · 藥物投與 保留 및 水液공급

가. 2001. 1. 29 : 입원 당시 심한 上腹部 痛症 및 腹部膨滿感으로 仰臥位 힘든 상태임. 鍼治療 및 腹部 灸治療 시행 후 腹部痛症 다소 輕減하였으나 수 시간 후 다시 甚해짐. 腹診시 上腹部-臍部 전체에 걸쳐 壓痛 심하게 호

소하나 반발통은 없음. 복부 청진시 장운동 음 관찰되지 않아 모든 食餌 및 水分 등 경구 투여는 다소 위험하다고 판단되어 禁食 維持 및 藥物投與 保留하고 일단 fluid만 공급함. N/S 용액 정맥주사로 공급. 체온은 36.8℃ 정도로 거의 정상 범위이나 환자 惡寒 및 寒熱往來 호소함

② 平胃散 투여

가. 2001. 1. 30 : 睡眠 취한 후 上腹部 痛症 및 腹部膨滿感 다소 減少하여 仰臥位 가능한 상태. 鍼灸治療 시행 후 환자 好轉感 느낌. 腹診시 上腹部-臍部 壓痛 및 硬結 감소하였고 반발통은 없음. 복부 청진시 경미한 장운동음 間歇적으로 관찰되어 食餌는 禁食 維持하였으나 心窩部 壓痛 및 腹部膨滿感 남

Table 4. Hematologic findings of Case 2

contents	date	
	3.8	3.10
WBC(×10 ³ /mm ³)	8.3	8.3
Hct(%)	44.2	40.6
MCV(μm ³)	87	89
MCH(pg)	30.1	29.6
MCHC(%)	34.6	33.4

Table 5. biochemistry findings of Case 2

contents	date	
	3.8	3.10
Sodium(mEq/ l)	150	146
Potassium(mEq/ l)	5.1	4.3
Chloride(mEq/ l)	111	111
Calcium(mg/dl)	7.1	6.8
BUN(mg/dl)	17	9.6
Creatinine(mg/dl)	0.9	1.0
sGOT(IU/ l)	66	45
sGPT(IU/dl)	47	35
LDH(unit)	320	248
Amylase(unit)	278	76
Lipase(U/ l)	140	.
Glucose(mg/dl)	145	128

Table 6. Clinical Symptoms Progress of Case 2

	증 상	date			
		입원 1일	입원 2일	입원 3일	입원 4일
주 소 증	心窩部痛症	+++	++	±	±
	不安 및 不眠	++	+++	+	-
	腹部膨滿感	++	+	-	-
	消化不良	++	±	-	-
	惡心/嘔吐	+++ / ++	+ / -	± / -	- / -
복 진	上腹部壓痛	+++	+	±	-
	腹部硬結	+	±	±	-
기 타	腸運動音聽診	간헐적으로 관찰됨	정상소견	정상소견	정상소견
	大便	(단, 입원전설사 4회)	-	연변 1회	-

* 症狀의 好轉度 判斷尺度
Severe(+++), Moderate(++), Mild(+), Trace(±), Eliminated(-)

아있고 惡心이 동반되어 食積胃脘痛으로 판단, 藥物로 平胃散 경구투여를 실시함. 平胃散 藥물투여 후 장운동음 좀 더 강하게 나타나고 환자 약간의 便意 느낌. 단, 惡寒 및 寒熱往來 前日보다 더甚하게 호소하였으나 體溫은 前日과 비슷한 상태임.

③ 加減六磨湯 투여

가. 2001. 1. 31 : 환자가 자발적으로 느끼는 上腹部 痛症 및 腹部膨滿感 많이 好轉된 상태로 환자 움직임 활발해짐. 鍼灸治療 시행 후 症狀 더욱 好轉됨. 장운동음 활발해져 거의 정상 소견 관찰되어 食餌 미음으로 섭취하였음. 단, 腹部膨滿感이 大便不通過 함께 관찰되어 氣滯便秘와 동반되는 熱症을 다스리는 加減六磨湯으로 변경하여 투여함. 藥물 투여 후 환자 便意 더욱 느낌. 惡寒 및 寒熱往來 많이 호전됨. 체온은 비슷하게 유지함.

④ 開鬱化痰煎 투여

가. 2001. 2. 1 - 2. 2 : 加減六磨湯 투여 후 변의 더욱 느끼나 大便疏通은 아직 되지 않은 상태로 복부 제증상 약간씩 남아있어 急慢性 胃腸管疾患에 通治方으로 사용하는 開鬱化痰煎으로 변경하여 투여함. 投與 후 軟便으로 大便 1회 본 뒤 환자 上腹部 痛症 및 腹部膨滿感 상당히 감소함. 消化不良 증상 매우 감소하고 惡心증상은 거의 소실되어 환자 食餌 저염죽으로 변경함. 환자 食餌 섭취 양호한 상태이며 惡寒 및 寒熱往來 증상도 약간만 느껴지는 상태로 호전됨.

⑤ 開鬱化痰煎 加味方 투여

가. 2001. 2. 3 : 환자 上腹部痛症, 腹部膨滿感 감소하고 장운동음 및 腹部硬結, 消化不良 증상 많이 호전된 상태이나 開鬱化痰煎에 上腹部壓痛과 腹部膨滿感 아직 조금씩 殘在하여 胸膈痞塞에 加하여 사용하는 枳實 2g 增量 및 枳殼 6g을 增量하여 투여함. 환자 食餌섭취 양호하며 惡寒 및 寒熱往來 거의 소실된 상태로 호전됨.

⑥ 柴平湯 투여

가. 2001. 2. 4 - 5 : 환자 上腹部 痛症 및 腹部膨滿感 거의 소실된 상태이나 약간은 남아있어 平胃散에 小柴胡湯이 合方된 柴平湯 投與함. 즉 攝取 및 消化 양호한 상태로 大便 보통변으로 소량 1회 봄. 환자 자각증상 매우 호전되었으며 腹診시 壓痛도 경미하게만 남아있는 상태이며 장운동음은 정상, 腹部 硬結은 소실된 상태임.

3) 검사소견 및 증상의 변화

Table 1-3.

2. 증례 2

1) 입원기간 2001. 3. 8 - 2001. 3. 11

2) 치료경과

(1) 鍼 : 0.3×40mm 毫鍼(通氣鍼灸針)

內關, 公孫, 三陰交, 足三里의 穴位에 1일 1-2회 刺鍼後 20분간 留鍼

(2) 灸 : 兩 天樞, 中脘穴에 間接灸(艾炷灸; 지름-약 4cm, 높이-약3cm)를 2장씩 1일 1회 시술함

(3) 韓藥治療

① 禁食·藥物投與 保留 및 水液공급

가. 2001. 3. 8 : 上腹部를 위주로 한 腹部 전체의 극심한 痛症 호소하며 腹診시 壓痛 매우甚한 상태이나 반발통은 없음. 前日 過飲한 이후 泄瀉 4차례정도 있었으나 본원 입원 이후 不大便상태임. 極甚한 腹痛 발생 후 惡心 및 嘔吐 1-2차례 발생함. 복부 청진시 장운동음 잘 들리지 않고 간헐적으로 약간씩만 나타나 禁食維持하며 藥物投與 保留한 상태로 수액공급(N/S 1 l)만 실시함. 痛症과 함께 심한 不安, 焦燥 및 不眠증상 호소하여 이에 대한 鍼灸治療 병행함.

② 藿香正氣散 투여

가. 2001. 3. 9 - 3. 10 : 3월 9일 上腹部 및 腹部 전체 극심한 痛症 약간 감소하였으며 腹診시 壓痛은 상당한 정도로 감소함. 3월 9일부터 복부 청진시 장운동음 정상적으로 관찰

된. 惡心, 腹痛, 不眠 등 남아있고 發汗증상 병행되어 表裏를 동시에 다스릴 수 있는 藿香正氣散을 투여하였으며 약물투여 후 腸運動 더욱 활발하게 진행되었고 3월 10일부터 惡心 및 嘔吐 거의 消失되어 미음 섭취함. 3월 10일부터 腹部痛症 및 腹診시 壓痛 상당히 好轉되었고 미음 및 약물 섭취 및 소화 양호하며 입원당시 호소하였던 不安, 焦燥 및 不眠증상도 많이 好轉된 상태임. 3월 10일 軟便으로 1회 排便후 腹痛 더욱 감소하여 자각적으로 느끼는 上腹部 痛症 및 腹診시 壓痛은 약간만 남고 거의 消失된 상태로 好轉됨.

③ 香砂平胃散 투여

가. 2001. 3. 11이후 : 上腹部 痛症 및 腹診시 壓痛 거의 消失된 상태이며 發汗증상 소실되고 惡心 및 心窩部 통증만 약간 남아 약물을 香砂平胃散으로 변경 投與함. 투여후 腹部膨滿感은 환자 스스로 공복감 느낄 정도로 소실된 상태임. 미음섭취 및 소화상태 양호하고 不安, 焦燥 및 不眠 증상 거의 호소하지 않으며 장운동음 정상적으로 관찰됨.

3) 검사소견 및 증상의 변화

Table 4-6.

IV. 考察 및 結論

급성 췌장염은 췌장에 부종, 종창, 여러 정도의 자가분해, 괴사 또는 출혈을 동반한 급성 염증성 장애¹¹⁾로서 임상적으로는 원인 및 병의 정도에 따라 병리학적으로 비출혈성 췌장염과 출혈성 췌장염, 임상병리학적으로 급성췌장염과 급성 재발성 췌장염으로 분류된다. 만성췌장염과의 가장 명백한 차이점은 만성 췌장염에서는 췌장 손상이 영구적으로 남아 있다는 것으로 즉, 급성 췌장염에서는 원인이 제거되어 회복되면 췌장이 모든 점에서 정상 기능을 유지하게 된다¹⁴⁾.

우리나라에서 과거에는 급성 췌장염의 원인으로

원인미상인 경우가 가장 많았으며 그 다음으로 알코올, 기생충, 식이요소, 담도계질환의 순이었다²⁾. 그러나 사회경제적 환경의 변화에 따른 음주인구의 증가로 인해 급성 췌장염의 원인 중 알코올이 차지하는 비중이 높아졌으며, 급성췌장염의 중증도, 합병증 등에도 변화를 가져왔다. 따라서 현재 급성췌장염의 가장 흔한 원인은 담도질환과 알코올로 그 중 알코올에 의한 췌장염은 급성췌장염의 원인 중 20 - 30%를 차지하는 것으로 알려져 있다¹⁾. 알코올이 급성 췌장염을 일으키는 기전은 위장정부에서 gastrin의 분비를 향진시켜 위산분비를 촉진하고, 이 위산은 십이지장으로 내려가 십이지장 점막을 자극하여 secretin 및 pancerozymin의 분비를 촉진하여 췌장을 자극하고 췌장효소 및 기타 췌액분비를 증가시켜 십이지장 유두부의 부종을 일으켜 췌관을 폐쇄시켜 췌장염을 발생하게 하는 것이다⁴⁾.

급성췌장염의 가장 주된 증상은 복통으로 통증의 정도는 다양하며 특징적으로 그 양상은 지속적이고 천자통이며 심와부 및 제부 주위에 나타나고 종종 등이나 가슴, 옆구리, 하복부쪽으로 방사하기도 한다. 복통은 흔히 환자가 바로 누웠을 때 심해지며 상체를 구부리거나 무릎을 굽히는 경우에 호전되며 또한 위장관의 운동성 저하나 화학적 복막염으로 인한 오심, 구토, 복부팽만 등이 흔히 동반된다. 발열, 저혈압, 장백 및 경한 황달이 나타날 수 있다.

급성췌장염은 임상증상만으로는 다른 급성복증과 감별하기가 용이하지 않으므로 혈액 등의 여러 가지 생화학적 검사를 실시하고 방사선학적 검사를 하여 정확한 진단을 내려야 한다. 생화학적 검사로는 혈청 아밀라제와 리파아제가 가장 널리 이용되는 검사법이며 그 외에도 과혈당, 저칼슘, 저알부민, 간효소치의 상승 및 신기능 장애 등을 근거로 하여 백혈구수, 헤마토크릿, 혈청 전해질, 혈청 칼슘, 혈청 크레아티닌, 혈액 요소질소, 혈청 AST, LDH 등의 검사를 실시한다¹⁰⁾. 급성췌장염은 반드시 급성으로 천공된 십이지장궤양, 급성담낭염, 급성장폐색, 누출된 대동맥류, 신산통, 급성 장관막 허혈 혹은 혈전과 구별되어야 하는데 이 때 흉부나 복부의 단순 방사선 촬영은 췌

장염과 혼동될 수 있는 다른 질환들을 감별하는데 가장 효과적이다¹⁾.

급성 췌장염은 진단이 어려운 질환으로 현재는 초음파나 컴퓨터 단층촬영 등 진단기술의 발달로 정밀한 조기진단이 가능하게 되어 과거에 비해 진단율이 상승하였고 이에 따른 치료율의 향상으로 인해 사망율에도 변화가 있을 것으로 사료된다.

급성 췌장염의 치료방법은 내과적 치료와 외과적 치료로 나눌 수 있다. 대부분의 급성췌장염은 3-7일 정도면 가역적으로 회복되지만 약 10% 정도는 적절한 치료에도 불구하고 회복되지 않고 사망하기도 한다²⁾. 내과적 치료의 목표는 췌장효소들의 합성과 분비를 억제하거나 불활성화시켜 췌장의 자가소화를 중지시키고, 감염 등의 합병증을 최소화하며 대증요법을 시행하면서 환자의 전신 상태를 호전시키는데 있다. 가장 일반적인 치료방법은 정맥내 수액공급, 비위흡인(nasogastric suction) 및 진통제, 항생제의 투여 등이 있으나 시도되고 있는 치료방법에 비하여 확실한 효과가 입증된 치료법은 많지 않다³⁾.

한의학적으로는 급성췌장염의 한방적 범주에 대한 국내논문의 보고를 거의 찾아보기 힘들며, 중국 논문에서도 그 언급이 극히 드물어 환자의 주된 증상을 근거로 변증에 의존하여 치료하는 것이 현실이다. 다만, 본 병에 대한 전문적인 기술은 없으나 '心痛', '胃痛', '脾心痛', '脘痛', '結胸' 등에서 본 병의 증후와 유사한 기록을 찾아볼 수 있다⁴⁾. '膈가 肝膽과 매우 밀접한 관련이 있으며 그 기능은 肝脾兩臟에 속한다'고 보는 견해와 '膈는 五臟에 속하지도 않고 또한 六腑에도 속하지 않으나, 膈가 上腹部에 위치하고 胃 아래에서 발생하므로 그 기능이 膈와 유사하다'라는 견해 등 醫論이 분분하나 일반적으로 肝, 膽, 脾, 胃의 機能失常이 모두 급성 췌장염을 일으킬 수 있다고 인식하고 있다. 본 병의 주된 병리는 肝鬱氣滯, 濕熱蘊結肝膽, 脾胃濕熱 등이고 八綱辨證상 陽證, 裏證, 熱證, 實證에 속한다⁵⁾.

<증례 1>의 경우 이미 2차례 급성췌장염으로 입원 치료를 받은 과거 병력이 있으며 과음 이후 발병했다는 점, 급성췌장염의 전형적인 증상인 上腹部 痛

症, 惡心, 腹部膨滿感 등을 호소한 점과 복부영상 소견을 종합하여 급성췌장염을 R/O 하여 진단한 상태에서 임상병리 검사상 혈중 아밀라제와 리파아제의 수치가 증가된 점으로 급성췌장염을 확진하였다. 입원당시 복부 청진상 장운동음 소견 없어 장운동음이 관찰될 때까지 경구 식이 및 약물은 보류하고 수액 주사 및 침구치료 위주로 치료를 시행하였고, 이후 한약치료를 병행하여 시행하였다. 침구치료는 鍼은 內關, 公孫, 足三里, 三陰交 穴을 중심으로, 灸는 兩天樞, 中脘穴을 위주로 取穴하였다. <증례 1>의 경우는 飲酒 및 食傷이 직접적 병인이 되어 肝에까지 영향을 준 경우로 舌診상 舌質이 紅하고 苔가 白膩하였고 脈診상 滑脈이 實하게 나타난 점으로 肝膽, 脾胃에 濕熱이 鬱滯된 證으로 판단, 食積熱鬱과 肝膽濕熱로 변증하여 초기 食積胃脘痛을 다스리는 平胃散을 처방하였고 상당한 증상의 호전을 보였다. 이후 남아 있는 증상의 대증요법으로 입원 3일은 대변소통을 위하여 加減六磨湯, 4-7일은 복부증상이 미미하게 남아 만성식체의 통용방인 開鬱化痰煎을, 입원 7-8일은 심와부의 압통 및 불편감이 잔재하여 小柴胡湯과 平胃散의 合方인 柴平湯을 활용하는 등 다양한 처방으로 치료하였고 이에 따라 腹痛 및 上腹部 壓痛, 惡心, 寒熱往來 및 腹部膨滿感 등 주소증상이 빠르게 소실되었으며 입원당일 아밀라제 수치 420에서 입원 6일째 아밀라제 수치가 127로 정상범위를, 입원 2일째 $15.4 \times 10^3/\text{mm}^3$ 이었던 WBC가 입원 6일째 $9.2 \times 10^3/\text{mm}^3$ 으로 정상범위를 나타내었다.

<증례 2>의 경우 또한 2차례의 급성췌장염 병력을 가지고 있었으며 <증례 1>과 동일한 경과를 거쳐 급성췌장염을 진단하였고 이 경우도 過飲 이후 증상이 발생한 점과 腹痛樣相 및 舌診상 舌淡紅, 苔黃厚, 脈診상 滑脈을 根據로 氣滯食積熱鬱, 濕熱蘊結肝膽으로 辨證하여 <증례 1>과 같이 입원당일은 금식 및 <증례 1>과 동일한 침구치료 시행 후 증상에 따른 대증요법으로 입원 2일 오심, 구토, 복통과 발한이 병행되어 表裏不分의 위장관질환에 활용할 수 있는 藿香正氣散을 투여하였고, 약물투여 후 발한 소실되고 복부증상만 잔재하여 香砂平胃散의 처방을 활용하였고

이에 따라 심와부통증, 불안, 불면, 복부팽만감등 주소증의 빠른 호전을 보이며 입원 4일째 거의 모든 증상이 소실되었다. 아밀라제 수치는 입원당일 278에서 입원 3일째 76으로 정상범위로 호전되었고 그 외 전해질, BUN, LDH, AST, glucose의 수치가 유의성 있는 호전을 나타내었다.

본 증례 1, 2의 경우 2례 모두 과거 췌장염의 병력을 가지고 있는 환자로 과다한 음주에 의해 급성적으로 발병했다는 점이 공통적이다. 2례 모두 발병 후 24시간 이내에 본원에 입원하여 검사를 실시하였고 아밀라제와 리파아제 수치의 증가가 관찰되었으며 臨床症狀에 따라 辨證하여 시행한 韓方治療로 증상의 호전과 함께 임상병리적 검사소견 또한 빠르게 호전되는 양상을 보여주었다.

본 질환은 급성질환으로 간주되어 현재까지 서의 학적인 치료에 대부분 의존하고 있으나 급성췌장염으로 인한 급성 복증에 있어 본 증례 1, 2의 경우처럼 임상증상에 따른 한방변증과 치료가 유의한 효과가 있다고 사료되며, 이에 대한 적극적인 임상치료 및 장기간의 추적 관찰 등 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

參考文獻

1. 안득수. 급성췌장염의 임상진단 및 내과적 치료. 대한소화기병학회지. 1990;22:2.
2. 박병기, 정영호, 이현주, 남영근, 신현주, 도사금. 급성 췌장염에 대한 임상적 고찰. 대한내과학회지. 1982; 25:4-13.
3. 김배영. 급성췌장염의 시대적 변화. 경희대학교 대학원. 1993.
4. Lankisch PG, Otto J, Erkelenz I. Pancreatic calcifications:no indicator of severe exocrine pancreatic insufficiency. Gastroenterology. 1986;90:617-21.
5. Gowland M, Kalantziz N, Warwick F. Relative efficiency and predictive value of ultrasonography and endoscopic retrograde pancreatography in diagnosis of pancreatic disease. Lancet 1981;190-3.
6. Fernandez del Castillo C et al. Acute pancreatitis. Lancet 1993;342:475-8.
7. Norman J The role of cytokines in the pathogenesis of acute pancreatitis. Am J Surg 1998;175-9.
8. 김원동. 내과학의 최신지견Ⅲ. 서울:한국의학;1999, p.87-101
9. 方葯中. 實用中醫內科學. 上海科學技術出版社;1986, p.215-228
10. 이귀녕, 이종순. 임상병리과일. 서울:의학문화사; 1996, p.1126-1127
11. 전국의과대학임상교수편. 임상의학. 서울:한우리;1998, p.418-419
12. 헤리슨내과학편찬위원회. 헤리슨내과학. 서울:정담;1999, p.1637-1648
13. 전국의과대학교수편. 오늘의 진단 및 치료. 서울:한우리;2000, p.746-750
14. Judith E. Tintinalli. 응급 질환의 진단 및 치료. 서울:한우리;2001, p.627-630
15. 文錫哉, 文九, 元秦熙. 新脾系內科學. 원광대학교출판국;1996, p.469-475