

원 저

無結石性 慢性膽囊炎(Chronic Acalculous Cholecystitis) 환자 치험례

이해연 · 박정한 · 조현석 · 김정철 · 위중성 · 백태현

상지대학교 한의과대학 내과교실

Oriental Medical Treatment of Chronic Acalculous Cholecystitis

Hae-Yeon Lee · Jung-Han park · Hyun-Seok Cho · Jung-Chul Kim · Tae-Hyun Baik

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

Abstract

Chronic acalculous cholecystitis gets possession of about 12 to 13 percent of patients with chronic cholecystitis. Pathologically it is characterised by chronic inflammation and thickening of the gallbladder wall but doesn't come across stones. Clinical symptoms are vague and include abdominal discomfort and distension, nausea, flatulence and intolerance of fatty foods. A patient on chronic acalculous cholecystitis diagnosed from his clinical symptoms and abdominal ultrasonogram was treated by *Geonbihwan*, acupuncture and herbal acupuncture. Satisfactory symptomatic improvement was achieved and findings of abdominal ultrasonogram came also normal.

Key words : chronic acalculous cholecystitis, *Geonbihwan*, acupuncture, herbal acupuncture

1. 서 론

만성담낭염은 아주 흔한 질환으로 Cleveland Clinic의 예를 들면 증세가 있는 담석증 환자의 65-70%가 만성담낭염이며 이 중 약 20%가 아주 경미한 증세를 가지고 있고 급성담낭염과 합병증이 동반된 경우가 10-15%이다¹. 어떠한 원인으로 급성담낭염이 반복하여 발생하는 동안에 점막자극, 염증변화로 인한 담낭의 반흔 형성으로 결국 기능을 상실한 위축된 담낭으로 발전하여

만성담낭염으로 이행하게 된다^{2,6}.

증상은 수개월 혹은 수년에 걸친 소화불량의 병력과 과음과식 후 특히 지방식후에 오는 소화장애, 트림이나 신물 오름, 우상복부산통, 구역질, 구토 등이 나타날 수 있다^{4,7,10}.

서의학적인 만성담낭염의 치료는 담석의 존재 유무와 담석의 종류, 임상증상에 따라 외과적 담낭절제술이나 체외충격파쇄석술(extracorporeal shock wave lithotripsy : ESWL)을 시행하고 내과적으로 경구용해요법, 주입용해요법, 항경련제와 항생제를 병용하는 방법 등이 있다⁸⁻¹⁰.

만성담낭염은 임상증상으로 볼 때 한의학적으로는脇痛·痞滿 등의 범주에 속하며 변증유형으로는氣鬱

* 교신저자 : 이해연, 강원도 원주시 우산동 283번지
상지대학교 부속 한방병원 내과 외국 304호
(Tel. 033-741-9382, E-mail : sunyear9000@nate.com)

型, 瘀滯型, 濕熱型, 陰虛型 등으로 나눌 수 있고, 각각 疏肝理氣法, 活血祛瘀法, 清熱利濕法, 養陰柔肝理氣法을 사용한다¹¹⁻¹³⁾.

저자는 본원 외래로 내원한 무담석성 만성담낭염 환자에 있어서 한의학적 치료를 통하여 임상 증상과 복부 초음파 소견 상 확인한 호전을 보였기에 이에 1례를 보고하는 바이다.

II. 증 례

1. 환자

1) 성명 : 조 OO

2) 성별/연령 : 남자 / 50

3) 주소증

右脇痛, 上腹部痛(步行時), 食後痞滿, 噯氣, 眼昏, 右脚外側放射痛(足少陽膽經), 兩膝痛, 不整脈

4) 발병일 : 2個月半前

5) 과거력

- 심장질환 : 2003년 봄. Diuretics, Anticoagulat 복용 중. 현재 Anticoagulat는 복용 중단
- 표재성 위염 : 1개월 전. 양방 내과에서 위내시경 검사에서 진단
- 늑골 골절 : 2002년 봄
- 지방간 : 3개월 전. 양방병원에서 건강 검진 시 복부 초음파 검사

6) 가족력 : 別無

7) 현병력

신장 165cm, 체중 57kg, 음주(소주 반병/주1회, 최근 3개월 동안 금주)/흡연(-)하며 다소 내성적인 성격으로 상기 과거력으로 상기 치료받은 바 있다. 양슬통은 1년 전부터 나타났다. 약 2개월 반 전부터 우헝부가 가만히 있어도 걸리면서 걸으면 상복부가 땡땡해지는 느낌과 통증이 나타나 내과 의원에서 위내시경 검사에서 위염 진단 하에 경구약물 복용했으나 증상의 호전이 없고, 2-

3일 전부터는 오른쪽 다리 외측(足少陽膽經 상)으로 방사통이 나타나 뜨거운 물에 담그면 호전이 되었다. 이에 한방 치료를 받고자 본원 외래로 내원하였다.

2. 초진 소견

1) 혈압 : 111/94 mmHg

2) 脈/舌 : 弦緊脈/質潤, 苔白

3) 전신소견

- 食 : 食味良, 消化不良, 食後痞滿感
- 小便 : 3-4회/일
- 大便 : 軟, 1회/1-2일
- 眠 : 대체로 良好

3. 진단

1) 양방 진단 : Heart Disease
Superficial Gastritis
Fatty Liver
Chronic Acalculous Cholecystitis

2) 한방진단 : 氣鬱脇痛, 實腹痛

4. 주요 검사 소견

초진 당시(2003/7/17) 금식하지 않은 상태라 다음날 금식 후에 혈액검사, 소변검사와 함께 복부 초음파 검사를 시행하였다.

1) Lab(2003년 11월 18일)

- ① CBC : Platlet 112000 / μ l (참고치 150000-450000)
- ② BC : LDH471mg/dl (참고치 150-450)
- ③ UA : Protien** 100 mg/dl
- ④ 면역혈청화학검사 : CRP (+), ASO titer (-)

2) 초음파 검사(2003년 11월 18일) (Fig.1, 2)
Imp) Chronic Acalculous Cholecystitis

3) 이학적 소견 : Murphy's sign (+)



Fig. 1 Abdominal USG(2003/11/18, subcostal scan)
The gall bladder wall is severely thickened and lumen is narrowed.



Fig. 2 Abdominal USG(2003/11/18, intercostal scan)
The gall bladder wall is severely thickened and lumen is narrowed.

5. 치료

1) 약물치료 : 본원 처방 비보험 제제약 健脾丸을 처음 7일 동안 3회/일씩 복용함.

• 處方構成

紫檀香 蒼朮 陳皮 厚朴 藿香 玄胡索 各 90g 良薑 乾薑 鷄內金 70g 蓬朮 桂皮 30g 胡椒 吳茱萸 枳實 丁香 甘草 150g 龍腦 薄荷腦 88g 香附子 856g 山楂 600g, 重曹 900g을 모두 가루내어 黑糖 1600g을 녹여서 반죽하여 棗核 크기로 빚어丸을 짓는다.

2) 침치료 : 3회/주 시술.

中脘 上脘 承滿 梁門 關門 天樞 內關 公孫 合谷 足三里 太衝 支溝 陽陵泉

3) 약침치료 : 中脘 下脘 BUM 0.1cc

6. 경과

임상증상인 우협통, 보행시 상복부통, 식후비만이나 噯氣 등 소화불량, 眼昏, 膽經放射痛, 대변상태 등을 외래 내원일에 따라 check하였다(Table 1).

초진 시에 증상을 +++로 기준했을 때, 健脾丸을 1주일 복용한 시점(11/25)에는 우협통이나 보행시 상복부통, 眼昏 등의 증상이 많이 완화되었으며 하지 膽經放射痛은 사라졌고 식후비만이나 噯氣 등의 소화불량 증상도 거의 사라져 하루에 1번 정도만 나타났고 묽었던 대변 상태도 보통 굳기로 회복되었다.

11/28에 시행한 복부초음파 검사에서도 11/18에 비하여 담낭벽 비후가 줄어들고 수축되었던 담낭 내강도 많이 넓어졌다(Fig. 3, 4).

12/1에는 우협통과 보행시 상복부통, 소화불량 증상이 완전히 사라지고 膽經放射痛도 더 이상 나타나지 않았다. 다만 眼昏 증상은 하루에 1-2회 정도 나타났다가 5분 이내로 지속되고 사라졌다.

Table 1. Clinical progress of symptom

	11/17	11/18	11/20	11/22	11/25	11/28	12/1	12/4
右脇痛	+++	+++	++	+	+	+	-	-
上腹部痛								
(步行時)	+++	+++	++	+	+	-	-	-
食後痞滿	+++	++	++	+	±	±	-	-
眼昏	+++	+++	++	+	+	+	±	±
膽經放射痛	+++	++	++	+	-	-	-	-
大便	묽은 변	묽은 변	묽은 변	조금 된 변	보통 변	보통 변	보통 변	보통 변

+++ : severe ++ : moderate + : mild ± : trace - : asymptom

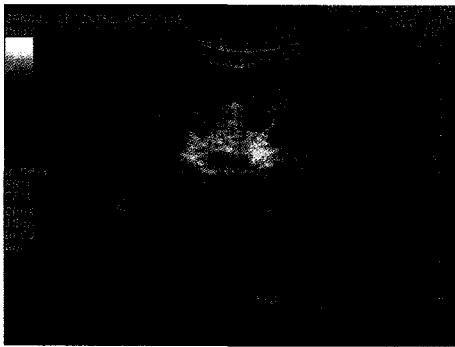


Fig. 3 Abdominal USG(2003/11/28, subcostal scan)
The gall bladder wall is lesser thickened than before
and lumen widened.

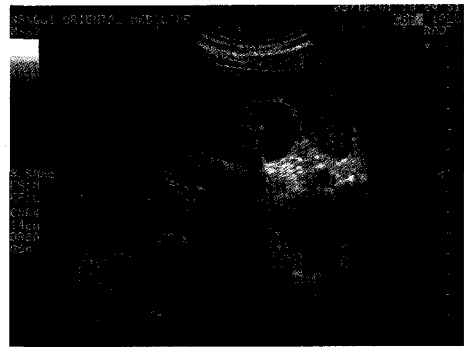


Fig. 5 Abdominal USG(2003/12/1, subcostal scan)
The gall bladder wall and lumen are almost normal.

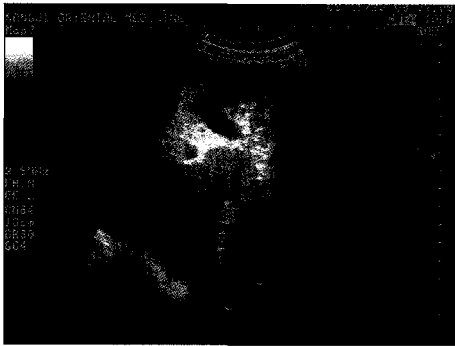


Fig. 4 Abdominal USG(2003/11/28, intercostal scan)
The gall bladder wall is lesser thickened than before
and lumen widened.

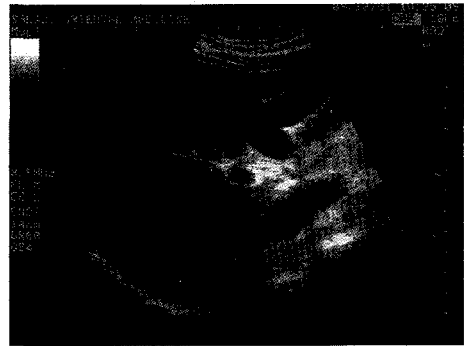


Fig. 6 Abdominal USG(2003/12/1, intercostal scan)
The gall bladder wall and lumen are almost normal.

12/1에 시행한 복부초음파 검사는 담낭벽의 비후와 담낭 수축의 소견은 거의 관찰되지 않아 정상 담낭의 소견을 보이고 있다(Fig. 5, 6).

그 후 3일 더 외래로 치료를 받고서 치료과정을 마쳤다.

III. 고 찰

담낭염은 담낭의 상피와 간질에 염증성 변화를 초래하는 담낭의 질환으로 크게 급성 담낭염과 만성담낭염으로 대별된다⁴⁾. 급작스런 복통과 발열을 주소로 하는 급성담낭염은 90-95%에서 담석에 의한 담낭관의 폐색으로 발생하며 5-10%에서는 대개 중환자실에 입원해 있는 동안 금식과 전비경구영양요법으로 인하여 담낭 수축력이 감소하여 오니 형성이나 독성 물질에 의한 자극과 담낭 허혈 등으로 발생한다^{5,6)}. 만성담낭염도 담석 존재 여부에 따라 담석성과 무담석성으로 구분되며, 증상발현 유무에 따라 증상성과 무증상성으로 나눌 수

있다⁴⁾.

만성담낭염은 담석에 의한 가장 일반적인 담낭 질환으로 병리적으로 만성적 염증과 담낭벽의 비후로 담낭의 수축이 특징적이다. 담석 이외에도 담낭 내에 콜레스테롤 침착(cholesterolosis)이 되기도 하는데, 콜레스테롤 침착은 증상은 없으나 반 정도에서 담석으로 이행하기도 한다. 만성담낭염은 서서히 발생하지만 급성 담낭염을 일으킬 수 있다^{5,7)}.

만성담낭염의 병인으로는 크게 화학적 담낭염, 감염성 담낭염, 대사 장애로 인한 담낭염으로 나눌 수 있다⁸⁾. 화학적인 원인으로는 췌장효소나 고농축된 담즙과 같은 물질이 담낭벽에 직접 독소로 작용하거나, 췌장염 또는 담도계 수술에 의해 췌장액이 담낭내로 역류하여 생기는 경우이다^{9,10)}. 감염성으로는 대개 Eshberi-Chia Coli, Staphylococci, Streptococci 그리고 Thyphoid group 등이 담즙, 혈류, 임파계통을 통해서 또는 주위장기에서 직접 감염되어 발생하며¹¹⁾ 만성담낭염 환자의 1/4 이상에서 담즙내 세균이 존재한다⁶⁾. 만성담낭염 환자의 12-

13%에서 담석이 없는 무담석성 담낭염이다⁶⁾. 대사장애에 의한 원인은 담낭벽에 콜레스테롤 침착, 담낭의 석회화, 담낭내 석회유 발생으로 담석이 생기고 그로 인하여 염증이 생기게 된다⁹⁾.

만성담낭염 자체는 무증상인 경우가 많으며, 증상이 발생되면 발작적이고 일정한 우측 늑궁하통이나 상복부통이 15-60분 정도의 간격을 가지고 15분 내지 수시간 지속되며, 우측견갑부나 배부로 방사되기도 한다. 복부 불편감, 팽만감, 오심, 헛배부름, 지방식후의 장애 등이 일반적이다^{7,10)}.

만성담낭염은 임상증상으로 보아 한의학적으로는 脇痛과 痞滿의 범주에 속하는데¹¹⁾, 『靈樞·經脈篇』¹²⁾에는 “膽足少陽之脈 是動則病口苦 善太息 心脇痛 不能轉側”이라 하였고, 『古今醫鑑·脇痛』¹³⁾에는 “暴怒傷觸 悲衰氣結 飲食過度 冷熱失調 顛倒傷形 或痰積流注于血 與血相搏 皆能爲病 …… 治之當以散結順氣 化痰和血爲主 平其肝而導其氣 則無有不愈矣”이라 하여 病因病機를 논술하였다.

飲食不節 飢飽失常 過食肥甘 或嗜酒過度하여 脾胃가 손상되면 運化失調하여 濁氣內生하여 肝膽에 蘊結되거나 情志失調 情志抑鬱 或暴怒傷肝하여 肝膽의 疏泄條達 기능이 失調된다. 平素體力不足하거나 虛損勞倦 久病으로 脾陽이 손상되면 外邪侵襲하거나 쉽게 濕化寒하여 中洲가 막히면 肝膽의 疏泄通降 기능이 상실된다¹⁴⁾.

만성담낭염의 이학적 소견으로 복부의 촉진시 담낭의 긴장감과 Murphy's sign 양성반응이 나타나고 Lab 상의 특이한 소견은 없다⁷⁾.

진단은 초음파 검사와 복부 단순 X-선 촬영, 경구담낭조영술, 내시경적 초음파, 전산화 단층촬영술 등을 활용하며^{10,15)}, ERCP는 담낭절제술 시행 여부를 결정하기 위하여 시행한다⁷⁾. 초음파상 지속적인 담낭벽 비후, 슬러지(sludges)와 동반된 담석, 혹은 담낭의 위축이 관찰되기도 한다⁶⁾. 담석성 만성담낭염의 10%에서는 복부 단순 X-선 촬영에서 담석이 확인되며 경구담낭조영술과 ERCP에서도 담석의 존재 여부와 담낭의 수축 등이 확인된다^{3,5)}. 합병증 유무나 정도 파악에는 전산화단층촬영술이 도움을 준다¹⁰⁾.

만성담낭염의 임상증상은 특이적이지 못하여 소화불량과 지방식후 장애 등의 일반적인 증상은 소화성 궤양, 열공성 탈장, 만성췌장염과 위 췌장 결장 담낭 등의 종양과 감별되어야 하며 과민성대장증후군과 같은 기능장애와도 감별되어야 한다⁹⁾.

만성담낭염의 합병증으로는 급성 담낭염으로의 악화, 담낭의 축농과 수종, 괴저, 천공을 유발하기도 하며, 총담관결석, 췌장염, 담낭-장관 누공 형성, 담석성 장폐색 등이며 담낭암으로 이행하는 경우는 극히 드물다^{4,7)}.

만성담낭염은 대부분이 담석과 관련되어 있기 때문에 치료에 있어서도 가장 궁극적인 방법은 외과적 담낭절제술이다⁶⁾. 임상증상이 경미하거나 수술의 위험도가 큰 경우에는 과식을 피하고 저지방식이나 항경련제를 사용하는 내과적 치료를 시행할 수 있으며 dicyclomine hydrochloride(Bentyl)가 흔히 사용되는 항경련제이며 콜레스테롤 담석이 원인일 경우는 chenodeoxycholic acid(CDCA)나 ursodeoxycholic acid(UDCA)를 사용하여 경구용해요법을 시행할 수 있다^{8,10)}. 그 외에 주입용해제 요법으로 PTC나 ERCP를 이용하여 Methyl tert-butyl ether(MTBE) 나 Mono-Octanoil 등을 사용하거나 증상이 있는 담석증 환자로 석회화가 없으며 담석의 크기 5mm이상 3cm 이하의 크기 3개 이하의 담석 존재시 체외충격파쇄석술(extracorporeal shock wave lithotripsy : ESWL)을 시행한다⁵⁾. 그 외에 십이지장에서 역류한 기생충감염이 원인인 경우에는 구충치료를,세균감염이 원인인 경우 적절한 항생제 투여를 병행한다⁹⁾.

본 증례 환자는 우협통과 보행시 상복부통과 식후비만 嘔氣 등의 소화불량 증상이 2개월 반 전부터 계속되어온 환자로 위내시경 상 표재성 위염 진단을 받고 경구로 약을 복용했으나 효과가 없어서 한방치료를 희망하여 본원에 내원하였다.

복부 초음파 검사에서 담낭벽이 심하게 비후되어 있었고 담낭 내강 또한 상당히 좁아진 상태로 전형적인 Murphy's sign이 나타났으나 담낭 내부나 총담관 주위에 담석 소견은 보이지 않았다. 임상증상과 Murphy's sign(+), 초음파검사를 토대로 하여 무결석성 만성담낭염으로 진단하였으며 Lab 상에서 특이한 결과는 없었다.

환자의 증상과 脈 舌苔 등을 종합하여 氣鬱脇痛 實腹痛으로 진단하고 消食導滯 理氣 祛濕 破積 하는 약물인 健脾丸을 썼다. 鍼치료는 복부에 있는 任脈과 足陽明胃經의 穴을 취하고 흉복부 질환에 쓰는 穴을 중심으로 取穴하여 체침과 약침을 함께 시술하였다.

치료 시작 1주일이 경과하면서 임상증상이 눈에 띄게 호전되었고 복부 초음파 검사에서도 호전된 소견이 보였다. 다시 4일 뒤에는 제반 증상이 모두 사라졌으며, 복부 초음파 검사에서도 비후되었던 담낭벽과 수축되었던 담낭이 거의 정상 소견을 보였다.

본 증례 환자는 복부초음파검사 상 담석의 존재가 확인되지 않은 무담석성 만성담낭염으로 한의학적 치료로 임상증상과 복부초음파검사에서 호전된 경우다. 만약 검사 상 담석의 존재가 확인된 결석성 만성담낭염의 경우에는 임상증상이 호전되었다고 하더라도 언제라도 급성담낭염이나 그 외 합병증을 병발할 가능성이 있으므로 외과적인 치료를 고려할 필요가 있을 것으로 사료된다.

N. 결 론

우헝통과 보행시 상복부통증, 食後痞滿 噯氣 등의 소화불량 증상과 眼昏 膽經放射痛 등의 증상을 나타내었던 무결석성 만성담낭염 환자에 있어서 건비환과 침치료 약침치료를 병행한 결과 임상증상과 함께 초음파 검사에서 확인한 호전을 보였다. 특히 담석이 확인되지 아니한 무결석성 만성담낭염 환자의 임상에서 한의학적인 치료를 활용한다면 한의학의 임상 범위를 더 넓힐 수 있을 것으로 기대된다.

참고문헌

1. Hermann RE, Grundfest-Broniatowski S. Chronic cholecystitis. In : Blumgart LH(ed), Surgery of the liver and biliary tract. Churchill Livingstone, Edinburgh. 1988 : 541
2. Matolo N., Lamorte W.W., Wolfe B.M.. Acute and chronic cholecystitis. S. S. N. A. Saunders co. 1981 ; 61 : 875
3. 신곡태 저 연세대학교 의과대학 문영명 역. Steps to Internal Medicine Pathophysiology로 이해하는 내과학 : 소화기질환. 서울 : 정담. 2002 : 243-249
4. 해리슨 내과학 편찬위원회 편. 해리슨 내과학. 서울 : 정담. 1997 : 1619-1628
5. 김정룡. 소화기계 질환. 서울 : 일조각. 2000 : 763-779
6. Rocerick N. M. Macsween, Alastair D. Burt, Bernard C. Portmann, Kamal G. Ishak, Peter J. Scheuer, Peter P. Anthony. Pathology of the Liver. Churchill Livingstone

- 4th edition. London Edinburgh New York philadelphia St. Louis Sydney Toronto : 2002 : 514-520
7. J. Prieto. J. Rode's. D.A. Shafritz(Eds). Hepatobiliary Disease. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo Hong Kong Barcelone Budapest : 1992 : 1077-1078
8. 윤완희, 박혜덕, 장일성. Hymecromone 복합제제 (Pasmital)의 만성담낭염과 Oddi 괄약근 이완 효과에 대한 연구. 충남의대잡지 1990 ; 17(1) : 243-246
9. 박용철, 김자훈. 만성담낭염. 대한외과학회잡지 1963 ; 5(7) : 401-404
10. Douglas R. LaBrecque, Frank G. Moody. Gary Gituick. Disease of the Liver and Biliary tract. Mosby year Book. St. Louis Baltimore Boston Chicago London Philadelphia. 1992 : 562-568
11. 韓明向, 田金洲. 現代中醫臨床辨病治療學. 北京 : 人民衛生出版社. 2001 : 316-322
12. 陳利國, 尤可. 中西結合 內科治療學. 北京. 人民軍醫出版社. 1999 : 218-222
13. 羅云堅, 劉茂才. 消化科專病 中醫臨床診治. 北京. 人民衛生出版社. 2000 : 374-384
14. Sidney Cohen, M.D., Poger D. Soloway, M.D.. contemporary issues in gastroenterology : Gall stones. Churchill Livingstone. New york Edinburgh London Melbourne. 1985 ; 162 : 145-148
15. Dame Sheila Sherlock. Disease of the Liver and Biliary system. Blackwell Scientific publications 7th edition. Oxford London Edinburgh Boston Palo Alto Melbourne. 1985 : 517-518
16. 심찬섭. 복부초음파진단학. 서울 : 여문각. 2000 : 110-116
17. 河北醫學院. 靈樞經校釋(上). 北京 : 人民衛生出版社. 1982 : 249-250
18. 龔廷賢. 古今醫鑑, 北京 : 人民衛生出版社. 1993 : 217-218
19. 조성원, 박수현, 주현중, 고승현, 김상일, 최황 외 4인. 담낭 이중조영술이 진단에 유용했던 만성담낭염 1례. 대한소화기내시경학회지 1998 ; 18(1) : 117-121