

식도열공탈장을 동반한 위식도 역류성 질환 환자 치험 1례

이재은, 박정한, 조현석, 김정철, 오성원, 이상훈, 김병우

상지대학교 부속한방병원 내과학교실

A Case Report of Gastroesophageal Reflux Disease(GERD) with Hiatal Hernia

Jae-eun Lee, Jung-han Park, Hyun-seok Cho, Jung-chul Kim,
Sung-won Oh, Sang-hoon Lee, Byoung-woo Kim

Department of Internal Medicine, Oriental Hospital of Sangji University, Wonju, Korea

Hiatal hernia occurs when the upper part of the stomach moves up into the chest through a small opening in the diaphragm. It causes various symptoms(heart burn, chest pain, dysphagia, vomiting etc.) when it is associated with a condition called gastroesophageal reflux disease(GERD). In this occasion, complications included bleeding because of the erosion, ulceration and inflammation of the mucosa.

For treatment, there are H₂ blockers and proton pump inhibitors, but they have many side effects. In Oriental Medicine effectively treated cases are rare.

Therefore, it is essential to seek radical agents and effective treatments for these disorders. In this case report, these disorders are approached by focusing on the deficit of "yin(陰)"especially "pi-yin(脾陰)". Desired results were seen with herbal medications which enhance the "yin(陰)", especially through "wuyin-jian(五陰煎)"which enhances the "pi-yin(脾陰)". This is reported to contribute to development of future treatments.

Key Words: Hiatal hernia, GERD, pi-yin(脾陰), wuyin-jian(五陰煎)

1. 緒 論

식도열공탈장은 횡격막의 식도구멍을 통해서 흉강내로 위의 일부가 탈장되는 것을 말한다^{1,2}. 식도열공탈장에는 sliding hernia, paraesophageal hernia, mixed hernia의 3가지 형태가 있다. Sliding hernia에서는 분문, 복부식도, 횡격막의 관계가 무너져 역류를 유발하여 역류성 식도염(reflux esophagitis)을 동반할 수 있다³. 따라서 식도열공탈장에 의한 주증상도 위액의 식도내 역류에 따라 일어나게 된다. 대

개 식도열공탈장이 있으면 만성 및 급성출혈이 있는데 출혈은 흔히 식도열공탈장에 수반되는 점막의 미란, 소화성궤양 및 식도염에 기인된다².

위식도 역류성 질환(gastroesophageal reflux disease;GERD)은 위, 십이지장 내용물이 식도내로 유입되어 임상적 증상, 조직병리학적 변화를 초래하는 상태를 말하며 역류성 식도염(reflux esophagitis)은 염증을 동반한 미란, 궤양 등의 식도 점막손상이 있는 경우이다⁴.

이러한 역류성 식도염에 대해서 서양의학적으로는 주로 H₂-blocker, proton-pump inhibitor를 사용하여 위산의 분비를 억제하는 방법으로 치료하고^{3,5}, 한의학적으로는 대증요법으로 丹蔘補血湯, 安中散, 保和丸 등의 方劑를 사용한다고 되어 있다². 식도열

· 접수 : 2004. 10. 6 · 채택 : 2004. 10. 21
· 교신저자 : 이재은, 강원도 원주시 우산동 283번지
상지대학교 부속한방병원 내과의국
(Tel. 033-741-9381 Fax.
E-mail : mind728@freecchal.com)

공탈장의 치료는 역류성식도염에 준하여 치료하므로 동일하다^{2,3}.

그러나, 상기 H₂-blocker, proton-pump inhibitor가 유발시키는 부작용과 한의학적으로도 대증요법에 치우친 치료법만 밝혀진 현실을 감안해 볼 때 식도열공탈장 및 위식도 역류질환에 대한 근본적인 원인 강구 및 치료 대책 수립은 큰 의의를 가지며, 특히 연령이 높아 자연치유력과 인체의 제반 기능이 저하된 노년기의 환자에게 있어 삶의 질의 향상과 고통의 절감 면에서 볼 때 반드시 필요한 일이라 사료된다.

따라서, 본 저자는 식도열공탈장과 동반된 역류성 식도염으로 인한 잦은 구도와 더불어 그로 인해 유발된 식도의 다발성 궤양에서 비롯된 것으로 추정되는 출혈과 제반 신체 상태의 악화로 심한 철결핍성 빈혈 소견을 보인 중풍 환자를 대상으로 근본적인 원인을 虛로 보고 補하는데 초점을 맞추어 大補元氣 滋陰養血하는 大補元煎^{6,7}, 調養肝脾 益精養血하는 三陰煎^{6,7} 등을 투여한 후 환자의 전신 소견 및 제반 증상들을 참작하여 眞陰虧損, 특히 脾陰不足이라는 판단 하에 滋陰養血 益氣健脾하는 五陰煎^{6,7}을 중점적으로 사용하여 유의한 효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 患者 證例

1. 환자에 대한 제반 사항

- 1) 성명 : 박○○
- 2) 성별/연령 : 여/78
- 3) 입원 치료 기간 : 2003년 9월 8일 ~ 2003년

11월 3일

4) 주소증

(1) CVA로 인한 증상

Right hemiparesis G3/G2

Right facial palsy

Dysarthria

(2) GERD로 인한 증상

Vomiting(식후, 간헐적, 속이 울렁거리는

등의 전조증상 없이 바로 음식물이 역류해 식사한 것을 모두 토해내야 안정됨. vomiting이 동일한 날짜에 여러번 반복되지는 않고 1회로 끝남.)

Heart burn 등의 증상은 없음.

5) 발병일

2003년 8월 25일 (중풍 기준) / Vomiting 등 위식도역류질환 증상 발병 시점은 미상

6) 과거력

- (1) 고혈압
- (2) 요추추간판탈출증
- (3) B형 간염

7) 현병력

상기 78세 여환은 평소 음식을 먹으면 속이 울렁거리는 등의 전조증상 없이 토하는 증상이 있었는데, 대수롭지 않게 생각하고 별무 조치하고 있던 중 상기 발병일(2003. 8. 25) 아침 갑자기 잠깐 동안 의식을 잃었고, 잠시 후 깨어난 다음부터 right side weakness 및 dysarthria 증상 발생하여 이천금강병원에 가서 Brain CT 촬영상 뇌경색 진단 받고 9월 2일부터 이천의료원에서 입원치료 받던 중 9월 4일 자세한 경과와 예후 알기 위해 이천파티마병원에서 Brain MRI 촬영 후 뇌경색이라 확진 받고 일주일간 입원 치료 후 한방치료 받기 위해 본원에 입원함.

8) 환자의 전신소견

- (1) 외견상 모습 : 마르고, 피부색이 희고 피부 상태는 건조한 편임. 전반적으로 무력해 보임.
- (2) 大便 : 평소 3~4일에 1번씩 보고, 대변은 검은색. 성상은 보통변~된변(변비 경향).
- (3) 小便 : 1일 7~8회 이상으로 자주 보는 편.
- (4) 睡眠 : 양호.
- (5) 消化 : 평소에 음식물을 잘 토하는 편임. 간헐적으로 소화장애 보임.
- (6) 食慾 : 평소에는 식사량 많았으나, 상기 질환 발병후부터 不振한 상태.

- | | |
|---|---|
| <p>(7) 口渴 : 평소 물을 많이 마시는 경향.</p> <p>(8) 舌診 : 舌質은 창백한 경향의 얼은 보라색, 少津, 白苔.</p> <p>(9) 脈象 : 脈弦細無力</p> <p>9) 방사선학적 소견</p> <p>(1) Brain MRI (2003. 9. 4. 이천파티마병원)
Encephalomalacia
Old pontine infarction</p> <p>(2) Brain CT (2003. 9. 9)
Lacunar infarction, both basal ganglia and diffuse brain atrophy</p> <p>(3) Chest PA (2003. 9. 8)
Within normal limit</p> <p>(4) Simple abdomen(supine) (2003. 9. 18)</p> | <p>R/O ileus.</p> <p>(5) Endoscopy (원주기독병원) (2003. 9. 23)
Reflux esophagitis, LA Class 「C」
Hiatal hernia(sliding)</p> <p>10) 심전도 소견</p> <p>(1) 2003. 9. 8 ~ 9
Borderline Abnormal - Mild ST-T abnormality, Left ventricular hypertrophy</p> <p>(2) 2003. 10. 1
Borderline Abnormal - Negative T, Mild ST-T abnormality, Sinus arrhythmia</p> <p>11) 임상병리검사(Table 1, 2)
Stool (occult blood) - 2003. 9. 19 positive / 2003. 9. 27 negative</p> |
|---|---|

Table 1. Hematologic Findings

	HGB(g/dL)	HCT(%)	MCV(fL)	MCH(pg)	MCHC(g/dL)
03.9.9	7.7	26.5	69.2	20.1	29.1
03.9.13	8.4	28.6	69.9	20.5	29.4
03.9.15	8.4	28.1	71.1	21.3	29.9
03.9.19	8.2	27.7	73.5	21.8	29.6
03.9.22	9.7	31.6	75.1(N)	23.0	30.7
03.9.25	9.4	30.0	75.4(N)	23.6	31.3
03.10.2	10.3	32.9	78.7(N)	24.6	31.3
03.10.8	10.9	33.9	80.9(N)	26.0(N)	32.2(N)
03.10.22	11.9(N)	35.7(N)	83.8(N)	27.9(N)	33.3(N)
03.10.29	12.5(N)	37.6(N)	85.6(N)	28.5(N)	33.2(N)

* HGB - Hemoglobin
HCT - Hematocrit
MCV - Mean Corpusular Volume
MCH - Mean Corpusular Hematocrit
MCHC - Mean Corpusular Hematocrit Concentration
† N = normal

Table 2. Biochemistry Findings

Total	protein(g/dL)	Albumin(g/dL)	Total bilirubin(mg/dL)
03.9.9	5.5	3.3	0.1
03.9.13	5.6	3.4	0.2(N)
03.9.22	6.1(N)	3.3	
03.9.29	5.9	3.4	
03.10.8	6.1(N)	3.6(N)	0.4(N)

* N = normal

12) 방사선학적 검사(Fig. 1)

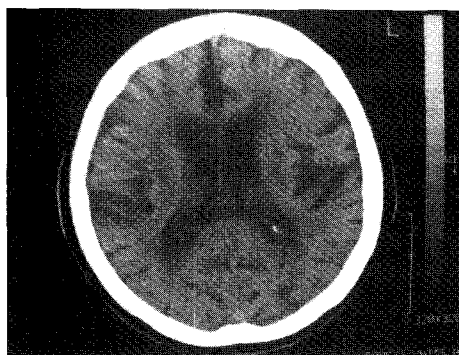


Fig. 1. Brain CT

Lacunar infarction, both Basal Ganglia and diffuse brain atrophy

13) 복용중인 양약 (self-medication)

Hemocontin Continus Tablet 1T #1 po.

Plavix Tablet 1T #1 po.

Libendol Tablet 3T #3 po.

Carnitil Tablet 3T #3 po.

Novasc 2T #2 po. → GERD 증상 악화 우려로 본원에서 Atenolol 100mg #2 po, Ecaril 20mg #2 po. Tritace 5mg #1 po.로 대체함.

Alend Tablet 10mg #1 po.

14) 최종 진단명

(1) 위장관계 관련

Reflux esophagitis, LA Class 「C」

Hiatal hernia

Multiple esophageal ulceration

(2) 신경계 관련

Lacunar infarction, both basal ganglia

Encephalomalacia

Old pontine infarction

Brain atrophy

(3) 기타 진단명

Hypertension

Iron deficiency anemia

R/O Diabetes Mellitus or Impaired

Glucose Tolerance

Chronic osteoporosis

2. 치료 과정에 따른 경과

1) 2003. 9. 8 (입원일)

환자는 전반적으로 무기력해 보였고, 청력장애가 심해 의사소통이 잘 안되는 상태였다. 상기 주소증 외에 다른 것은 특별히 호소하지 않았다.

2) 2003. 9. 9

본원 입원 전에 치료받던 병원에서 이미 철결핍성 빈혈 진단을 받고 Hemocontin Continus Tablet을 복용 중이었는데도 불구하고, 혈액검사상 Hemoglobin 7.7g/dL, Hematocrit 26.5%, Mean Corpuscular Volume 69.2fL, Mean Corpuscular Hematocrit 20.1pg, Mean Corpuscular Hematocrit Concentration 29.1g/dL로 심한 빈혈소견을 보였다. 또한 Electrolyte 소견상 K=2.8로 낮았으며, 본원에서 시행한 골밀도 검사에서 Femur L 부위의 T-score가 -4.49로 나와 심한 만성적 골다공증을 보였다. 따라서 여러 정황을 참작하여 지속적인 관찰 및 각별한 주의가 필요하다고 사료되어 일단 준중환자실로 환자를 옮겼다. 본격적으로 氣血을 大補할 필요성을 느껴 大補元氣 滋陰養血하는 大補元煎^{6,7}을 처방했다. 또한 N/S 1ℓ + KCl 40mEq. and Vitamin B₁C₁ mix. IV (4일간 투여)하여 부족한 K을 보충하기로 하였다.

3) 2003. 9. 10

제반 환자상태는 별 변화 없었으나, 9:50 am에 속이 울렁거리는 등의 전조증상 없이 먹은 것을 다 토했다. 구토 후 특별한 소화기 증상은 호소하지 않았다. 일단 지켜보기로 하였다.

4) 2003. 9. 13

환자의 증상은 별 변화 없는 상태였고, electrolyte follow up한 결과 K=4.4로 정상화 되었다. 7:00pm경 저녁식사 후 앉아 있다가 또 토하기 시작하여 먹은 것을 모두 토해내고서야 안정되었다. Hot bag apply하고 지켜보기로 하였다.

5) 2003. 9. 18 ~ 25

혈액검사상 빈혈 소견이 계속적으로 보여서 補血의 의미로 調養肝脾 益精養血하는 三陰煎^{6,7}을 투약하기로 하였다. 대변색이 지속적으로 검은 빛을 띠

고 있어 2003년 9월 19일 Stool (occult blood) 검사를 내린 결과 양성 반응이 나와 빈혈의 원인으로 위장관 출혈이 의심되었다. 따라서 내시경 검사를 위해 2003년 9월 23일 원주기독병원에 진료 의뢰한 결과 Reflux esophagitis, LA Class 「C」, Hiatal hernia, Multiple esophageal ulceration이라는 진단을 받았다. 이유 없는 구토와 빈혈 소견은 모두 상기 병명에 기인한 것으로 사료되었다. 일단 지속적인 失血이 있으므로 補血하는 것이 필요할 것으로 생각되어 9월 25일까지 三陰煎을 지속적으로 투여하기로 하고, 배계를 높일 것과 신 과일 섭취 금지

및 취침전 음식물 섭취 금지 등 역류성 식도염에 관한 생활상의 주의점에 대한 교육을 하였다³. 그 결과 그동안은 팔목할 만한 Hemoglobin 수치의 상승을 볼 수 없었으나, 三陰煎 투여후 Hemoglobin이 8.2에서 9.7로 증가되어 三陰煎이 補血作用에 있어 훌륭한 효과를 발휘함을 알 수 있었다.

6) 2003. 10. 3

2003. 10. 3 10:50 pm에 자려고 누웠다가 다시금 먹은 음식물을 토하였다. 토한 후에 불편한 것은 전혀 없다고 했다. 환자의 전신 소견 및 제반 증상들을 참작하여 그 근본 원인이 眞陰虧損, 특히 脾陰不

Table 3. Progress of Clinical Symptoms

	Motor	Vomiting	Appetite (공기/1끼)	General Condition
03.9.8	Rt.hemiparesis G3/G2	0	1/3	Bad
03.9.10	Rt.hemiparesis G3-4/G2-3	1	1/2	Bad
03.9.13	Rt.hemiparesis G3-4/G2-3	1	1/2	Bad
03.9.15	Rt.hemiparesis G3-4/G2-3	0	1/5	Bad
03.9.19	Rt.hemiparesis G3-4/G3	0	1/2	Moderate
03.9.20	Rt.hemiparesis G3-4/G3	0	1	Good
03.9.23	Rt.hemiparesis G3-4/G3	1	2/3	Moderate
03.9.26	Rt.hemiparesis G3-4/G3-4	0	1/2	Moderate
03.9.29	Rt.hemiparesis G3-4/G3-4	0	1/2	Moderate
03.10.3	Rt.hemiparesis G3-4/G3-4	1	1	Good
03.10.5	Rt.hemiparesis G3-4/G3-4	1	1	Good
03.10.11	Rt.hemiparesis G3-4/G4	0	1	Good
03.10.30	Rt.hemiparesis G4/G4	0	1	Good

* The Medical Research Council Scale for Grading Muscle Strength

G0 : No exercise of the joint and no muscle constraction

G1 : No exercise of the joint but a little muscle constraction

G2 : Whole or partial exercise without anti-gravity

G3 : Whole exercise with anti-gravity

G4 : Whole exercise with a little anti-resistance

G5 : Whole exercise with full anti-resistance

Table 4. Herb-Medications (2003. 9. 9~2003. 11. 3)

2003.9.9	大補元煎	熟地黄 20g 人蔘 當歸 山藥 各 8g 枸杞子(酒炒) 杜冲(鹽水炒) 各 8g 山茱萸 炙甘草 各 4g
2003.9.18	三陰煎	熟地黄 20g 當歸 12g 白芍藥(酒炒) 8g 酸棗仁(炒) 8g 炙甘草 4g 人蔘 8g
2003.10.4	五陰煎	熟地黄 20g 人蔘 10g 山藥 白扁豆 白芍藥(炒黃) 8g 白茯苓 6g 白朮(炒) 炙甘草 各 4g 五味子 2g

足이라는 판단 하에 滋陰養血 益氣健脾하는 五陰煎^{6,7}을 투약하기로 하였다.

7) 2003. 10. 5 ~ 2003. 11. 3 (퇴원일)

2003. 10. 5 10:00 pm에 또다시 토하는 증상이 1회 있었으나, 五陰煎을 계속해서 꾸준히 투약한 결과 그 이후 속이 울렁거리는 등의 전조증상 없이 토하는 증상이 완전히 소실되었고, general condition의 향상과 더불어 식욕상승으로 인한 음식 섭취량 증가로 영양상태의 비약적인 호전을 보여 10월 8일 마지막으로 행한 혈액검사상 total protein과 albumin 수치는 정상이었다. 대변상태도 양호해져서 매일 정상적으로 배변을 보았다. 또한 Hemoglobin 수치의 지속적인 향상으로 퇴원 전 마지막으로 행한 혈액검사상 Hemoglobin 수치는 12.5g/dL로 입원 당시 7.7g/dL에 비해서 괄목할 만한 상승을 보여 제반 신체 상태의 개선과 함께 식도 궤양으로 인해 유발된 것으로 추정되는 출혈의 경감도 있음을 미루어 알 수 있었다(대변잠혈반응 검사상 음성). 아울러 그동안은 휠체어에 의지해서 지냈으나, 10월 5일 부터 조금씩 부축보행이 가능해져 나중에는 평행봉을 잡고 발병전과 동일한 보행 상태를 보일 정도로까지 회복되었다. 환자의 脈象은 초반의 弦細無力했던 것에 비해 緩有力한 것으로, 舌診 소견은 창백한 경향의 열은 보라색의 少津한 舌質에 苔白한 것에서 붉은색의 윤기있는 舌質에 苔薄白한 소견으로 변화하였다.

8) 퇴원 후

퇴원 후 추적 관찰한 결과 별다른 이상 없이 잘 지내고 있다고 했고, 속이 울렁거리는 등의 전조증상 없이 토하는 증상도 없다고 했다. 그러나, 보호자의 진술상 개인적인 사정으로 더 이상의 내시경 검사는 하지 못했다고 하여 객관적으로 식도의 상태 변화를 검증할 수 없었던 것이 유감스러웠다.

III. 考 察

식도열공탈장은 횡격막의 식도구멍을 통해서 흉강내로 위의 일부가 탈장되는 것을 말한다¹². 식도

열공탈장에는 sliding hernia, paraesophageal hernia, mixed hernia의 3가지 형태가 있다. Sliding hernia는 위 분문부가 확대된 식도열공을 뚫고 흉강내로 탈출하는 형태인데, 약 90%가 이에 해당되고, paraesophageal hernia는 위저(fundus)가 식도와 함께 식도열공을 통해 흉강내로 빠져나오는 형태인데 약 5%가 이에 해당된다. Mixed form은 상기 2가지 형태의 혼합형이며 드문 경우이다. Sliding hernia에서는 분문, 복부식도, 횡격막의 관계가 무너져 역류를 유발하여 역류성 식도염(reflux esophagitis)을 동반할 수 있다³. 따라서 식도열공탈장에 의한 주증상도 위액의 식도내 역류에 따라 일어나게 된다. 대개 식도열공탈장이 있으면 만성 및 급성출혈이 있는데 출혈은 흔히 식도열공탈장에 수반되는 점막의 미란, 소화성궤양 및 식도염에 기인된다².

위식도 역류성 질환(gastroesophageal reflux disease;GERD)은 위, 십이지장 내용물이 식도내로 유입되어 임상적 증상, 조직병리학적 변화를 초래하는 상태를 말하며 역류성 식도염은 염증을 동반한 미란, 궤양 등의 식도 점막손상이 있는 경우이다⁴. 위식도역류질환의 대표적인 원인으로는 일시적 하부식도괄약근의 이완 즉 LES pressure(lower esophageal sphincter pressure)의 저하, 식도청소능의 장애, 위배출 장애, 식도열공탈장 등을 들 수 있으며, 최근에는 *Helicobacter pylori*와의 연관성이 제기되고 있다^{4,8}. 이 질환에서 나타나는 특이 증상 중 하나는 음식물의 역류인데, 구도와 다른 점은 오심 등의 전조증상 없이 바로 음식물이 역류한다는 것이다. 기타 다른 증상으로는 heart burn, 흉부 통증 및 연하곤란을 들 수 있다^{1,2,5}. 이러한 위식도역류 질환은 노인이 되면 하부식도괄약근의 복부 내 길이가 축소되거나 식도열공탈장이 증가되기 때문에 흔히 젊은 사람들보다 노인들에게 더 많이 발생하는 경향이 있다^{9,10}.

서양 의학적으로 식도열공탈장의 치료는 역류성 식도염에 준하는데^{2,3}, 역류성 식도염에 있어서의 치료의 목적은 위식도역류를 감소시키고, 역류물을 중화시키면서, 식도청소율을 향상시킴으로써 식도점

막을 보호하는 것이다¹. 흔히 역류성 식도염의 발생에는 흡연, 음주, 비만, 하부식도 괄약근압을 저하시키는 약제의 복용, 운동, 과식, 고지방식, 카페인 함유 음료 섭취 등의 식이습관이 관여하는 것으로 알려져 있으므로¹¹ 일단 이러한 요소를 피하고, 위의 내용물이 역류하더라도 식도 점막이 가능한 한 손상을 적게 받도록 하기 위하여 위산 분비를 억제하는 약물요법을 실시하는데, 대표적으로 H₂-blocker, proton-pump inhibitor를 들 수 있다^{1,3,5,12}.

한의학적으로는 《東醫寶鑑·胃腑》에 “咽門至胃 長一尺六寸 胃居心蔽骨與膈之中 上下各四寸”이라 하여 위 부위에 대한 설명은 되어 있지만¹³, 역대로 식도에 대한 개념은 명확히 정립되어 있지 않다. 따라서 식도열공탈장에 대한 한의학적인 치료법은 대증적으로 출혈이 있으면 地榆湯, 동통이 있으면 保和丸,痞塞감이 있을 경우에는 麝香蘇合元 등을 사용하는데, 장기간 복용으로 증상은 호전되나 완치는 불가능하다고 되어 있고, 위식도역류질환의 치료도脾胃의 병증과 관련한 대증요법으로 丹蔘補血湯, 安中散, 保和丸, 烏貝散, 六君子湯, 補中益氣湯, 香砂平胃散, 開氣消痰湯 등을 사용하는데 지나지 않는다. 처방들의 특성으로 미루어 볼 때 이는 결국 식도열공탈장에 수반되는 점막의 미란, 소화성궤양 및 식도염에 기인되는 출혈 등의 증상과 역류성 식도염으로 유발되는 heart burn, 흉부통증, 연하곤란 등의 증상들에 대한 대증적 치료법이라고 할 수 있다².

상기의 치료법들로 미루어 볼 때 서양의학적인 치료법인 H₂-blocker, proton-pump inhibitor의 사용은 신경계, 내분비계, 위장관계, 혈액, 간, 근골격계 등과 관련하여 여러 가지 부작용을 유발시킬 가능성이 있으며, 심하게는 전신증상까지도 일으킨다는 점에서 한계가 있으며^{5,14}, 한의학적인 기존 치료법들도 대증 요법에 지나지 않아 결국 현실적으로 상기 질환에 대한 근본적인 원인 규명과 그에 따른 치료는 효과적으로 이루어지고 있지 않은 상황이다.

따라서 이러한 상황에서 식도열공탈장 및 위식도 역류질환에 대한 근본적인 원인 규명 및 치료 대책 수립은 큰 의의를 가지며, 특히 연령이 높아 자연치

유력과 인체의 제반 기능이 저하된 노년기의 환자에게 있어 삶의 질의 향상과 고통의 절감 면에서 볼 때 반드시 필요한 일이라 사료된다.

이에 본 저자는 상기 환자의 병증의 근본적인 원인을 虛로 보고 補하는데 초점을 맞추어 大補元氣 滋陰養血하는 大補元煎^{6,7}, 調養肝脾 益精養血하는 三陰煎^{6,7} 등을 투여한 후, 환자의 전신 소견 및 제반 증상들을 참작하여 眞陰虧損, 특히 脾陰不足이라는 판단 하에 滋陰養血 益氣健脾하는 五陰煎^{6,7}을 중점적으로 사용하여 비특이적 구토, 식욕 부진, 영양 장애, 배변 장애 등의 제반 병증의 개선 및 식도열공탈장과 동반된 역류성 식도염으로 인해 유발된 식도의 다발성 궤양에서 비롯된 것으로 추정되는 출혈과 제반 신체 상태의 악화로 인한 철결핍성 빈혈의 치유 등의 유의한 효과를 얻었다. 실제로 脾陰虛證의 임상표현은 大便秘結, 口乾唇燥, 食少, 瘦瘠, 乏力, 食後脹滿, 脈細無力 或 帶弦, 舌質紅·少津, 舌苔黃 혹은 白 등인데, 이는 상기 환자의 전신소견과 대체적으로 일치하였으므로 상기 변증을 하였고, 脾陰虛證은 복합성 증후로 반드시 脾氣虛弱·陰虛·熱象의 세 가지 증상을 동시에 구비하므로¹⁵ 더욱이 滋陰養血 益氣健脾하는 치료 방법이 적합하다고 본 것이다.

大補元煎, 三陰煎, 五陰煎은 모두 《景岳全書》新方八陣 중 補陣에 있는 처방이다. 그 중 특히 본 치료에 중점적으로 사용된 처방인 五陰煎을 方解하면 다음과 같다. 五陰煎은 人蔘, 白朮, 茯苓, 甘草로 구성된 四君子湯의 益氣健脾 效能의 기초 위에 山藥, 白扁豆 등의 甘淡하여 實脾하는 약을 첨가하여 脾氣를 榮養하되 溫燥시키지는 않는 처방이다. 동시에 熟地黃을 重用하여 滋養眞陰하고 五味子, 芍藥, 甘草를 배오하여 酸甘하는 성질을 化陰하고 脾土를 滋潤하게 하였는데, 공히 健脾하되 溫燥하지 않고 滋陰하되 膩滯하지 않는 효과를 갖는다. 그러므로 손상된 眞陰이 점차로 회복되고 脾가 능히 健運할 수 있게 되어 滋陰養血 益氣健脾하는 효능을 갖게 된다⁶.

상기 환자의 치험을 통해 식도열공 탈장 및 그로

인해 유발된 역류성 식도질환에 대한 한의학적인 연구 및 그 근본적인 치료책의 개발이 아직까지 충분치 못하며, 서양의학적으로는 그에 대한 연구는 많이 되고 있으나, 치료약의 부작용이 있는 등 한계점이 있는 시점에서 상기 질환에 대하여 보다 더 한의학적으로 근본적인 접근을 할 수 있는 길을 열었다는 점에서 여러 질환의 치료에 대한 한의학적인 가능성에 대하여 다시 한번 체휼할 수 있었다. 향후 상기 질환의 한의학적인 치료법에 대한 연구가 좀 더 체계적으로 이루어질 필요가 있다고 생각된다.

IV. 結 論

식도열공탈장과 동반된 역류성 식도염으로 인한 잦은 구토와 더불어 그로 인해 유발된 식도의 다발성 궤양에서 비롯된 것으로 추정되는 출혈과 제반 신체 상태의 악화로 심한 철결핍성 빈혈 소견을 보인 중풍 환자를 대상으로 근본적인 원인을 虛로 보고 補하는데 초점을 맞추어 大補元氣 滋陰養血하는 大補元煎^{6,7}, 調養肝脾 益精養血하는 三陰煎^{6,7} 등을 투여한 후 환자의 전신 소견 및 제반 증상들을 참작하여 眞陰虧損, 특히 脾陰不足이라는 판단 하에 滋陰養血 益氣健脾하는 五陰煎^{6,7}을 중점적으로 사용하여 유의한 효과를 얻었다.

參考文獻

1. Kurt JJ, Eugene B, Jean DW, Joseph BM, Anthony SF, Dennis LK. 내과학. 서울: 도서출판 정담; 1997, p.1458-66.
2. 유기원, 박동원, 유봉하, 문석재, 문구, 백태현 등. 脾胃內科學. 서울: 도서출판 아트동방; 1998, p.219-20, 332, 341, 356, 357, 364, 386, 390, 393, 408, 423.
3. 新谷太. Pathophysiology로 이해하는 내과학 6.

서울: 도서출판 정담; 2002, p.54-7.

4. 최우봉, 이준성, 함정식, 장재영, 홍수진, 문종호 등. 24시간 보행성 식도내압검사 및 식도 pH 검사를 이용한 역류성 식도염의 병인론에 대한 연구. 대한소화기학회지 1998;31:137-45.
5. Der G. An overview of proton pump inhibitors. Gastroenterol Nurs. 2003 Sep-Oct;26(5):182-90.
6. 劉盛斯. 景岳新方八陣 淺解與應用. 北京: 인민위생출판사; 1999, p.1, 12, 17, 25, 87, 170.
7. 田溶敏. 再編 景岳全書. 서울: 동원문화사; 2000, p.1, 5, 7, 8, 16, 31, 55.
8. 박민호, 이승환, 주소영, 손영혜, 박창환, 이완식 등. 역류성 식도염과 *Helicobacter pylori* 감염과의 관계. 대한소화기학회지 2003;41:255-60.
9. 홍원선. 한국 노인에서 주요 문제가 되는 소화기 질환. 대한소화기학회지 2003;42:257-66.
10. Nakamura T, Uetake T, Fujino MA. Pathophysiology of reflux esophagitis in the elderly patients. Nippon Rinsho. 2002 Aug; 60(8):1521-26.
11. 전성국, 이풍렬, 신명희, 현재근, 이화영, 손정일 등. 건강 검진자에서 역류성 식도염의 유병률 및 위험 인자에 대한 환자-대조군 연구. 대한소화기학회지 1998;32:701-8.
12. Heidelbaugh JJ, Nostrant TT, Kim C, Van Harrison R. Management of gastroesophageal reflux disease. Am Fam Physician. 2003 Oct 1;68(7):1311-8.
13. 田溶敏. 再編附翼 東醫寶鑑(1). 서울: 동원문화사; 2001, p.322.
14. 남주영, 정현주, 강수진. KIMS annual. 서울: 메디칼 업저버(유); 2003, p.59, 727.
15. 박영배, 김태희. 辨證診斷學. 서울: 성보사; 1995, p.307-8.