

## 清心蓮子湯으로 치료하여 호전된 강직성 척추염을 동반한 중증 궤양성 대장염 1례

손덕칭, 장혜진, 선중기

꽃마을 한방병원 한방내과

### A Case Report of Chengsim Yeunja-Tang for Ankylosing Spondylitis associated with Severe Ulcerative Colitis

Teh-Cheng Sun, Hae-Jin Jang, Joong-Ki Sun

Department of Oriental Internal Medicine, Conmaul Oriental Hospital

A 33 year-old male who had been diagnosed with severe ulcerative and ankylosing spondylitis was treated and observed. Even though he had been treated with western medicine, he still complained of severe diarrh $\acute{a}$ ia, hema $f$ ecia, abdominal pain, general weakness, mild fever(37.8 $^{\circ}$ C) and lower back pain. On radiologic examination, the lumbar view revealed the sacroiliac joint space are irregular with adjacent bony sclerosis on both sides.

He was treated with Chengsim Yeunja-Tang. Having been treated for 99 days, severity of ulcerative colitis changed from severe to mild grade, lower back pain reduced from nine to three, and all other symptoms improved.

**Key Words:** Ulcerative colitis, Ankylosing spondylitis, Chengsim Yeunja-Tang, Severity.

#### 1. 緒 論

궤양성 대장염은 병변이 대장의 점막층에 국한되어 나타나고 만성 재발성 대장염으로 관해와 악화가 반복되는 임상경과를 나타내나<sup>1</sup>, 이에 대한 정확한 병태 생리는 최근 발병에 기여하는 유전, 면역, 염증 기전들과 환경 자극에 대한 이해의 발전에도 불구하고 현재까지 명확하게 규명되지 못하고 있다<sup>2</sup>.

궤양성 대장염의 대장의 증상으로 관절, 피부, 간, 눈 등에 여러 형태로 합병증을 수반할 수 있는

것으로 알려져 있다. 이 중 관절 합병증이 대장의 증상 중 가장 흔한 것으로서 궤양성 대장염 환자의 15~26%에서 여러 형태의 관절염 증세가 나타난다고 보고되고 있으며<sup>3,4</sup>, 관절염 증세에는 소위 대장염성 관절염이라 칭해지는 말초성 관절염과 척추염으로 대별되는데 강직성 척추염을 포함한 척추염이 궤양성 대장염 환자의 4.5~18%에서 발생한다고 보고되고 있다<sup>4,5</sup>.

국내에서 궤양성 대장염에 강직성 척추염이 병발된 증례 보고로 박<sup>6</sup> 등의 연구가 있었으나, 한의학계에서는 궤양성 대장염, 강직성 척추염 각각에 대한 증례 보고만 있었을 뿐, 아직까지 병발된 경우에 대한 연구 보고는 없는 실정이다.

이에 論者는 강직성 척추염을 동반한 중증 궤양성 대장염으로 꽃마을 한방병원 한방내과에 내원한

· 접수 : 2005. 7. 18. · 채택 : 2005. 8. 3.  
· 교신저자 : 손덕칭, 서울 서초구 서초동 1656-5번지  
꽃마을 한방병원 의사실  
(Tel. 02-3475-7026, Fax. 02-584-2759  
E-mail : sun-sam@hanmail.net)

환자 1례를 대상으로 사상처방으로 치료하던 중 증상의 현저한 호전을 보인 사례가 있었기에 보고하는 바이다.

## II. 證 例

1. 환 자: 윤00, 남성 33세
2. 주소증: 1) 血便, 泄瀉  
2) 요둔통
3. 발병일: 1) 1991년  
2) 1995년
4. 과거력: 91년 세균성 뇌막염 Dx. 3일간 입원 치료 간헐적으로 치료
5. 가족력: 별무
6. 진단명: 1) 궤양성 대장염  
2. 강직성 척추염
7. 현병력
  - 상기환자 보통체격 원만한 성격의 33세 남환으로 평소 음주, 흡연력 없고, 1991년 혈변 증상 발하여, 97년 궤양성 대장염 진단 후 98년부터 이대부속병원에서 간헐적 입원 치료 받았고, 현재 po. med 중이며, 95년 요둔통 발하여 02년 경희의료원에서 강직성 척추염으로 진단, 치료 중 별무호전하여 02. 5. 10. 꽃마을한방병원 한방 내과 외래로 내원하여 통원 치료 하였고, 02. 7. 18. 보다 적극적인 치료를 위해 입원 하였음.
8. 초진소견
  - 혈변 및 설사  
설사가 6회/일로 야간에 횡수가 많았으며, 혈변 및 점액변 양상을 보였음.
  - 복통 및 후증감  
배변전에는 하복부에 “짜르르”한 통증이 있었으며, 배변 후에는 후증감이 있었음.
  - 전신 쇠약감  
전신 쇠약감은 종일 지속하는 상태임.
  - 발열  
초진시 체온이 37.8℃로 微熱이 항상 있었다고

진술함.

- 요둔통

천골 양측 둔부에 鈍痛이 있었으며, 안정시보다 동작시 심하였다. 통증은 주로 새벽 3~4시 쯤에 轉側不可하는 통증이 나타났으며, NSAIDs를 복용하여야 안정되었음.

9. 초진 검사소견

- 1) 임상병리검사

- LFT: protein 5.6mg/dl, albumin 3.0mg/dl, potassium 3.3mg/dl, calcium 8.0mg/dl, creatine 0.65mg/dl, uric acid 3.3mg/dl, T-cholesterol 110mg/dl, LDL 45mg/dl
- CBC: RBC 3.21, Hb 7.3g/dl, Hct 24%
- U/A: WBC 3~5

- 2) X-ray 방사선 검사

The sacroiliac joint space are irregular with adjacent bony sclerosis on both sides(Fig 1.), (Fig 2.).

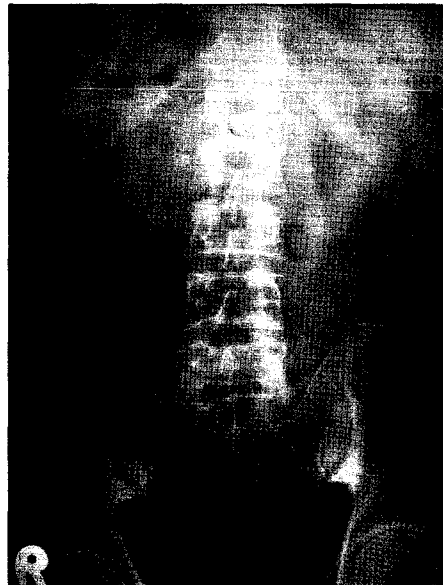


Fig. 1. AP view of L-spine revealed the sacroiliac joint space are irregular with adjacent bony sclerosis on both sides.

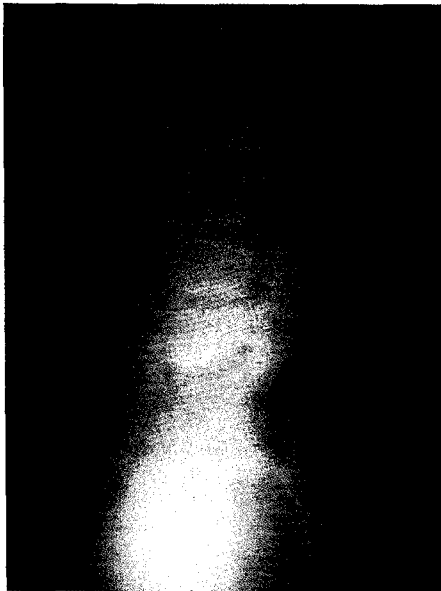


Fig. 2. Lateral view of L-spine.

10. 사상체질 검사

사상체질설문지 QSCC II에서 태음인으로 진단되었으며, 『東醫壽世保元』에서 제시한 사상인별 病證, 體型氣象, 容貌辭氣, 性質材幹에 따라 한방 내과 전문의에 의해 분류되어 지고, 동일 사상처방을 20일 이상 복용시켜 제반 증상이 호전된 것

을 근거로 환자의 체질이 태음인임이 확진되었다.

11. 질환의 평가 방법

1) 궤양성대장염의 중증도 평가

Truelove의 항목들과 Gomes의 점수 체계를 일부 수정하여 기술<sup>7</sup>한 평가방법(Table 1.)을 사용하여, 12점 이하는 경증, 13점과 19점 사이는 중등증, 20점 이상은 중증으로 평가하였다 (Table 2.).

Table 2. Criteria according to the Severity of Ulcerative Colitis

Severity of ulcerative colitis	scores
Mild	severity<13
Moderate	13≤severity≤19
Severe	severity>19

2) 강직성척추염으로 인한 요둔통 정도의 평가  
환자 본인이 호소하는 통증의 정도(pain scale)를 0에서 10까지로 나누어 기록하였다.

12. 치료사항

1) 藥物療法

清心蓮子湯을 1일 2첩 3탕, 1일 3회(오전 10시, 오후 3시, 6시) 투여함(Table 3.).

Table 1. The Severity of ulcerative colitis

	0	1	2	3	
임상양상	출혈	없음	불확실함	있음	
	후중			있음	
	전신쇠약감			있음	
	복통			있음	
	발열			있음	
	Hb			10~13g/dl(M) 9~12g/dl(F)	2점 항목 이하
	ESR			10~30mm/hr(M) 20~30mm/hr(F)	2점 항목 이상
score of severity		상기 점수의 합 + 설사의 횟수			

Table 3. Prescription of Chungsim Yeonja-Tang

藥物	學名	用量(g)
蓮子肉	Nelumbinis Semen	8
山藥	Dioscoreae Radix	
天門冬	Asparagi Radix	
麥門冬	Liriopis Tuber	
酸棗仁	Zizyphi Spinosi Semen	4
龍眼肉	Longanae Arillus	
柏子仁	Thujae Semen	
黃芩	Scutellariae Radix	
蘿藦子	Raphani Semen	2
遠志	Polygalae Radix	
石菖蒲	Acori Graminei Rhizoma	
甘菊	Chrysanthemum indicum	

2) self로 복용 중인 약약

- delta-cortef TAB 5mg(prednisolone) 1일 1알을 경구로 복용함
- celebrex CAP 200mg을 통증이 심할 때 경구로 복용함

13. 임상경과 및 치료

- 치료 첫날(5/10)  
37.8℃ 정도의 미열에 Hb 수치가 7.3으로 빈혈이 심했고, 궤양성대장염의 정도는 중증(severity=21점), 요둔통의 pain scale은 9점이었다. 사상체질 검사상 태음인으로 진단되어 清心蓮子湯을 투여(외래로)하였다. 약약은 self로 복용한 상황 하에 첩약을 tid로 복용하였다.

- 치료 62일(7/18) 적극적인 치료 위해 입원하였음. 微熱이 소실되고 자각 증상의 미약한 호전이 있는 상태에서 Hb 수치가 10.4로 상승, 궤양성 대장염의 severity는 약간 감소하여 중등도(19점)이었음. 요둔통, 좌측 고관절통증이 안정시 보다 동작시甚하였다. pain scale은 9점이었음.
- 70일(7/25)  
설사 횟수 6회에서 3회로 줄어들었고, 출혈, 전신소력감, 후중감의 감소가 보여(severity=11점 경증) 양방 경구투여제인 prednisolone을 1/2알로 줄였음. 요둔통의 pain scale도 5점으로 감소.
- 치료 77일(8/1)  
설사, 후중감, 출혈, 腰臀痛 등 호전된 상태가 지속적으로 유지되어(severity=11점 경증, pain scale=5점) 양방 경구투여제인 prednisolone 복용을 중지시켰음.
- 치료 81일(8/5)  
약약 중지 후 출혈, 후중감, 복통, 전신쇠약감 등의 악화 없이 설사 횟수가 8회로 늘어 났고 (severity=16점 중등도), 요둔부의 통증은 악화되었음(pain scale=7점).
- 치료 90일(8/14)  
清心蓮子湯 지속 복용 後 출혈, 후중감, 복통, 전신쇠약감의 상태는 유지되면서, 설사 횟수는 3회로 다시 감소(severity=11점 경증). 요둔부의 통증은 은은하게만 남아 있고, 극심한 통증은 소실되었음(pain scale=3점).

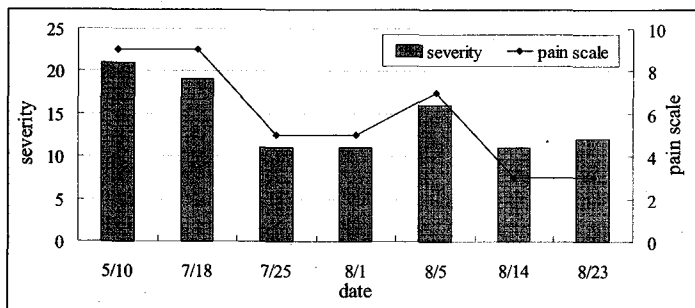


Fig. 3. Variation of Severity of Ulcerative Colitis and Pain Scale of Low Back Pain

- 치료 99일(8/23)  
 설사 횟수가 4회 정도였으며, 중증도는 12점,  
 요통통의 pain scale은 3점 정도로 유지되어 퇴  
 원하였음(Fig. 3).

### Ⅲ. 考察 및 結論

궤양성 대장염은 염증 또는 궤양이 직장에서 시작하여 건너뛰기 병변(skip lesion)이 없이 연속적으로 근위부로 진행되는 원인 불명의 만성 재발성 대장염을 말한다<sup>8</sup>.

임상증상은 설사, 복통, 혈변, 체중감소, 裡急後重, 嘔吐 등의 순으로 나타나며, 활동기에는 출혈성의 경향 또는 출혈을 볼 수 있고, 小便色斑, 糜爛, 粘血膿性의 分泌物附着이 나타나고 더욱 進行되면 不整形의 궤양을 볼 수 있다<sup>9</sup>.

궤양성 대장염의 발병 원인은 아직 밝혀져 있지 않으나, 유전적 및 환경적 요인이 같이 작용할 것으로 생각되고 있다<sup>8</sup>.

최근의 여러 연구에서는 유전적으로 발병하기 쉬운 개체에서 환경적인 인자가 장세균에 대한 장점막 고유의 면역반응을 파괴하는 것을 질환의 원인으로 추정하였는데, 이는 Crohn氏病이 일관성 쌍둥이에서 높은 일치도(44~50%)를 보인 것에 비해, 궤양성 대장염은 낮은 일치도(6~14%)를 보이는 것을 통해 유전적인 소인 보다는 환경적인 인자가 병리기전에 더욱 중요하게 작용 한다는 것을 알 수 있다<sup>10</sup>.

궤양성 대장염의 통상적인 내과 치료는 5-aminosalicylic acid(5-ASA), 스테로이드(corticosteroids, CS)와 6-mercaptopurine/azathioprine(6-MP/AZA) 등 항염증제와 면역억제제 등을 단독 또는 병합하여 사용한다. 그러나 5-ASA 치료반응률은 제한적이고, CS는 의존성과 저항성, 6-MP/AZA는 심각한 부작용을 유발할 수 있다. 결국 궤양성 대장염 환자들의 20~40%는 통상적인 약물치료에 실패하여 전대장절제술의 대상이 된다<sup>11</sup>.

한편 관해율 및 재발율에 대한 연구로 김<sup>1</sup>은 초기 관해율이 경증 80.7%, 중등증 58.9%, 중증 57.1%,

1년 및 5년 재발율이 각각 경증 18.6%, 51.9%, 중등증 36.9%, 61.1%, 중증 36.5%, 79%로 보고하여 경증 보다 중증일수록 치료실패율 및 재발율이 높았다는 것을 알 수 있다.

강직성 척추염(ankylosing spondylitis)은 척추인대의 골화가 특징적인 질환으로 보통 천장관절(sacroiliac joint)에서 시작되며, 약 반수에서 경추로 침범된다<sup>12</sup>. 강직성 척추염의 유병률은 약 0.1~0.4%로 알려져 있으며, 남녀 발생비율이 약 10:1로 남자에서 현저히 발생 비율이 높은 것으로 되어 있다. 40세 이하의 성인 특히 청년기에 첫 증상이 나타나는데, 주로 진행되는 요통으로 아침에 심하고 활동 후 감소되는 양상을 띤다<sup>13</sup>.

방사선학적 특징은 X-선상 초기에는 천장관절면이 흐려지는 소견을 보이며, 이후에는 침식면(punched out erosion)이 나타나며, 가성 확장(pseudo-widening) 및 주변의 경화성 병변(adjacent sclerosis)을 보이며, 천장관절면의 간격이 소실되는 경과를 보인다<sup>14</sup>.

치료는 동통에 대한 치료가 중요한 것으로 알려져 있으며, NSAIDs나, 주사용 금계체의 사용 혹은 국소적 스테로이드의 사용 등이 시행된다<sup>15</sup>.

궤양성 대장염과 관련된 강직성 척추염에 대해 처음으로 보고된 것은 1959년 Fernandez-Herlihy<sup>16</sup>로 궤양성 대장염 환자의 15~26%에서 발현되는 관절 증세는 말초성 관절염, 천장골 관절염, 강직성 관절염, 류마티스양 관절염 등이 있다고 하였고, 궤양성 대장염 환자의 4.5~18%<sup>4,5</sup>에서 천장골 관절염을 포함한 강직성 척추염이 동반된다 하였다.

두 질환이 병발하는 원인에 대해 Jayson<sup>17</sup> 등은 만성 염증성 장염 등에 의해 척추 정맥혈류내로 독성 물질이 들어가게 되어 반복적인 척추염증을 유발시켜 강직성 척추염이 생긴다는 주장을 하였고, 두 질환의 연관성에 관하여 De Vlam K<sup>18</sup>는 염증성 장질환의 관절침범이 강직성척추염이나 척추관절병증(spondyloarthropathy)에 포함되어야 한다고 주장한 반면, Palm<sup>19</sup>은 염증성 장질환의 염증성 요통이 강직성척추염이나 척추관절병증으로 이행되지 않는

것으로 조사되어 연관성이 희박하다고 주장하여 통일된 결론 없이 논쟁이 진행 중에 있다.

본 논문에서 궤양성 대장염의 중증도 평가를 위해 論者는 Truelove의 항목들과 Gomes의 점수 체계를 일부 수정하여 기술<sup>7</sup>한 평가방법을 사용하였다. 중증도 판정의 항목들 중에서도 설사 횟수와 혈변 여부는 특히 중요하다. 장점막 손상의 정도를 가장 잘 반영한다고 할 수 있는 설사의 양에 비해 설사의 횟수는 장점막의 과민성에 의해서도 영향을 받기 때문에 덜 정확하지만 외래 추적 관찰 중 계량화하여 자료를 수집하기에 유리하며, 혈변과 더불어 궤양성 대장염의 가장 중요한 증상이므로 이들 둘에 중점을 두어 중증도 판정과 이후의 치료 반응 및 재발률의 판정에 기초로 삼았다<sup>7</sup>.

강직성 척추염의 호전 정도는 환자 본인이 호소하는 통증의 정도를 0에서 10으로 나누어 기록하여, 치료에 따른 통증의 변화를 관찰하였다.

지금까지 살펴 본 궤양성 대장염에서 척추염의 특징들과 본 증례를 비교하여 볼 때 본 증례는 궤양성 대장염 발병 후 천장 관절의 경화를 위주로 강직성 척추염이 병발된 것으로 양방에서 궤양성 대장염 및 강직성 척추염의 증상 개선을 위해 사용한 스테로이드에 반응을 전혀 보이지 않았으며, NSAID계 약물인 celebrex로 극심한 통증만을 해소시키는 정도이었다. 이에 論者는 난치성 및 면역질환에 효과적인 四象醫學<sup>24</sup>으로 치료하고자 QSCC II 및 『東醫壽世保元』에서 제시한 진단 방법에 따라 체질검사를 시행한 결과 太陰人으로 辨別되어 淸心蓮子湯을 투여하여 경과를 관찰하였다.

궤양성 대장염 및 강직성 척추염에 관한 원인 및 병태생리는 아직까지 명확히 규명되지 못한 상태로 양의학계에서 확실한 치료법을 제시하지 못하고 있다. 이에 오늘날 한의학계 내에서는 兩 질환에 대한 초보적인 연구<sup>20,21</sup>가 보고되면서, 양방 치료를 대체할 수 있는 새로운 치료법을 모색하고 있다.

한의학적으로 궤양성 대장염은 주소증인 便血에 따라 臟毒이나 腸風이라 할 수 있고<sup>20</sup>, 치료 원칙으로 腸風은 散風行濕, 臟毒은 淸熱涼血하게 되며, 通

用方으로 玉屑丸, 剪紅元, 芍歸丸을 選用한다<sup>22</sup>하였다.

강직성척추염은 한의학적으로 『東醫寶鑑』의 脊強에 해당되고, 구체적인 病證으로 “腰脊強 俯仰不利”, “脊痛項強背痛不可回顧”라고 기재하고 있으며, 治方으로 烏沈散, 羌活勝濕湯을 제시<sup>22</sup>하고 있다.

한편 본 증례에서 사용된 淸心蓮子湯은 『東醫壽世保元』太陰人新定二十四方 중의 하나로, 『東醫壽世保元』은 AD 1900년에 東武 李濟馬에 의해 저술되어지면서 四象醫學이라는 체질 개념이 제창되었으며, 오늘에 이르기까지 사상의학의 기본 이론과 임상적 응용에 대한 연구가 활발하게 진행되고 있다<sup>23</sup>. 근래에는 사상의학이 난치성 및 면역질환에 대한 한의학적 대안책<sup>24</sup>으로 주목 받고 있으나, 양방에서도 병태생리와 치료법이 명확하지 않은 궤양성대장염 및 강직성척추염 각각에 대해서는 사상치방을 사용한 연구 보고가 아직까지 없는 실정이었다.

이에 본 증례와 같이 사상치방이 중증 궤양성대장염과 강직성척추염이 동반된 환자에서 효과를 보인 것을 통해, 양질환 각각에 대해서도 일정한 치료 성과를 거둘 수 있을 것으로 추정된다. 다만 본 연구에서 재발 여부에 대한 장기간의 추적 관찰을 시행하지 못한 것이 부족했으나, 이를 바탕으로 향후 대단위 치료 증례의 보고 또는 사상체질별 병기, 처방운영 및 치료 효과의 비교 등에 대한 심층적인 연구가 지속적으로 이루어진다면, 궤양성 대장염 및 강직성척추염과 같은 난치성 질환에 있어서 사상치방의 활용 범위가 더욱더 넓어질 수 있을 것으로 사료된다.

### 參考文獻

1. 김지원, 김찬규, 김현대, 김병관, 장동경, 김주성 등. 궤양성 대장염의 발생률, 단기적 치료 반응 및 재발율의 변화 양상. 대한소화기학회지. 2003; 41:15-25.
2. Hanauer SB. Medical therapy for ulcerative colitis 2004. Gastroenterology. 2004;126:1582-92.
3. Cello JP. Ulcerative colitis. In: Sleisenger MH,

- Fordtran JS, eds. *Gastrointestinal disease*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1982, p.1435.
4. Farmer RG. ulcerative colitis complication. In: Haubrich WS, Dalsler MH, Roth JL, Schaffner F, eds. *Bockus gastroenterology*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1985, p.2187.
  5. Wright V, Watkinson G. The arthritis of ulcerative colitis. *Brit Med J*. 1965;2:670.
  6. 박중원, 정원재, 최성재, 송인성, 김정룡. 궤양성 대장염과 관련된 강직성 척추염 1예. *대한내과학회지*. 1988;33(4):526-9.
  7. 장동경, 이국래, 김재규, 김용태, 정현채, 송인성 등. 만성 궤양성 대장염의 추적관찰: 단기적 치료 반응 및 재발율을 중심으로. *대한소화기학회지*. 1994;26:907-18.
  8. 김영민, 양석균, 명승재, 장우영, 정세라, 박중범 등. 한국인 궤양성 대장염 환자의 진단시 임상적 특징과 진단 첫째의 예후. *대한소화기학회지*. 2000;36:635-43.
  9. 안현택, 이성훈, 주영만, 오동주, 이만호, 이상중. 궤양성대장염의 임상적 관찰. *대한소화기학회지*. 1986;18(2):111-7.
  10. Richard J Farrell, Mark A peppercorn. Ulcerative colitis. *The lancet* 2002;356:331-40.
  11. 김효중, 김주성, 한동수, 양석균, 함기백, 이우인 등. 활동기 궤양성대장염에 있어서 과립구흡착요법의 전향적 다기관 연구. *대한소화기학회지*. 2005;45:34-44.
  12. 대한 정형외과학회. *정형외과학*. 4th ed. 서울: 최신의학사; 1993, p.168-70.
  13. 김태환, 이인홍, 김병연, 배상철, 유대현, 박천현 등. 강직성 척추염 78예의 임상적 고찰. *대한내과학회지*. 1991;41(1):73-80.
  14. 유명철, 이상언, 기기택, 이홍구, 조종훈. 강직성 척추염의 임상 및 방사선학적 특징. *대한척추외과학회지*. 1995;2(1):72-80.
  15. 조재립. 강직성 척추염(척추 변형의 예방 및 치료). *대한류마티스학회지*. 1994;1(1):33-8.
  16. Fernandez-Herlihy. The articular manifestation of chronic ulcerative colitis. An analysis of 555 cases. *NEJM*. 1959;261:59.
  17. Jayson MIV, Salmon PR, Harrison WJ. Inflammatory bowel disease in ankylosing spondylitis. *Gut*. 1970;11:506.
  18. De Vlam K, Mielants H, Cuvelier C, De Keyser F, Veys EM, De Vos M. Spondyloarthropathy is underestimated in inflammatory bowel disease: Prevalence and HLA association. *J Rheumatol*. 2000 Dec;27(12):2860-5.
  19. Palm O, Moum B, Ongre A, Gran JT. Prevalence of ankylosing spondylitis and other spondyloarthropathies among patients with inflammatory bowel disease: a population study. *J Rheumatol*. 2002 Mar;29(3):511-5.
  20. 류기원. 염증성 장질환. *대한한방내과학회지*. 2005; 1(1):24-31.
  21. 이승교, 인창식. 강직성척추염에 대한 봉약침요법 증례보고. *약침학회지*. 1999;2(1):39-49.
  22. 허준. *동의보감*. 서울: 범인문화사; 1999, p.836, 658.
  23. 박성식, 송일병. 사상의학의 의학적 연원과 이제마 의학사상에대한 연구. *사상체질의학회지*. 1993;5(1):1-33.
  24. 송일병, 박계수. 사상학과 난치성질환. *사상체질의학회지*. 2002;14(3):1-6.