

과민성대장증후군의 변증 유형과 양도락 결과의 분석

오수완* · 조남희* · 전우현* · 박재우* · 김진석* · 홍종희* · 김진성* · 류봉하* · 류기원*

Analysis of Symptom-Complexes of Irritable Bowel Syndrome and Its Skin Resistance Check(良導絡) Results

Su-Wan Oh · Nam-Hee Cho · Woo-Hyeon Jeon · Jae-Woo Park · Jin-Seok Kim · Jong-Hee Hong ·
Jin-Seong Kim · Bong-Ha Ryu · Ki-Won Ryu

Department of 3rd Internal Medicine, Kyunghee Oriental Medical Center

ABSTRACT

Objectives : The aim of the present study was to find the clinical characteristics of 3 symptom-complexes (① deficiency of Ki of the spleen(脾氣虛) ② insufficiency of Yang of the spleen and kidneys(脾腎陽虛) ③ disharmony of the liver & spleen(肝脾不和)) of irritable bowel syndrome and test the potentiality of the skin resistance check(良導絡) to apply it in clinical diagnosis.

Methods : 42 of 72 patients who visited KHMC 3rd medicine with suspicious IBS were underwent questionnaire and skin resistance check. The questionnaire was composed of 46 questions inquiring sex, age, duration, stool type, previous medication, and systemic symptoms.

Results : 1. The prevalence of above 3 symptom-complexes of irritable bowel syndrome was shown as below : deficiency of Ki of the spleen(脾氣虛) 23.8%(n=10), insufficiency of Yang of the spleen and kidneys(脾腎陽虛) 26.2%(n=11), disharmony of the liver & spleen 50.0%(n=21). 2. Symptom-complex 'insufficiency of Yang of the spleen and kidneys' has manifested only diarrhea while others shown approximately same occurrence of diarrhea and alternative diarrhea-constipation. 3. Anorexia appeared comparatively seldom in symptom-complex 'disharmony of the liver and spleen'. 4. There was no statistical significance between skin resistance check results and symptom-complexes.

Conclusion : The prevalence of symptom-complex type of irritable bowel syndrome is shown as 'disharmony of the liver & spleen' (50.0%) > 'insufficiency of Yang of the spleen and kidneys' (26.2%) >= 'deficiency of Ki of the spleen' (23.8%) and skin resistance check seems not to be appropriate to be applied in diagnosing symptom-complexes of irritable bowel syndrome.

Keywords : Functional Colonic Diseases, Oriental Traditional Medicine, Electrodiagnosis.

* 경희의료원 한방병원 3내과

교신저자 : 오수완 주소 : 서울시 동대문구 회기동 1번지 경희의료원 부속한방병원 3내과의사실 전화 : 02-958-9140 Fax : 02-958-9136
E-mail : rahura@chollian.net

I. 서 론

과민성대장증후군은 복통 혹은 불쾌감과 배변장애로 특징지어지는 만성 기능적 장애다. 본질환은 아직까지 발생기전이 명확하지 않을 뿐만 아니라 임상증상이 비특이적이고 다양하여 확진까지의 진단과정이 매우 복잡한 질환 중의 하나이다. 정확한 유병율을 알 수는 없으나 위장관 증상으로 병원을 찾는 사람의 약 50%가 기능성 위장 장애환자이며 대부분이 과민성 대장증후군이라고 한다^{1,2}. 본질환이 보이는 다양한 임상증상은 특히 복통과 배변증후군의 변화를 주로 하는 것이지만 하복부의 팽만감과 불쾌감, 복통, 번번한 배변, 설사 또는 변비 혹은 이들의 교대현상, 방기, 오심, 식욕부진, 소화불량 등등이 혼하다^{3,4}. 또한 정서적 변화가 그 발생 및 발달에 연관성을 보여 근본적으로 소화기 증상을 나타내는 신경성 질환이라고 여겨지고 있다⁵.

한의학에서는 七情泄, 虛泄, 氣秘, 氣滯腹痛 등이 이의 범주에 속하는데 기본적으로는 脾主運化의 失調에 기인하며 脾胃氣虛, 肝脾不和, 脾腎陽虛의 痘機로 인한다고 인정되고 있다^{7,8}.

본질환은 임상상 가장 흔하게 접할 수 있는 기능성 위장장애의 하나로 재발률이 높으며 증상의 지속기간이 길다는 점 등으로 미루어 연구의 필요성이 요구되어 본 교실에서는 過敏性 大腸症候群의 臨床的考察, 過敏性 大腸症候群中 泄症에 關한 臨床的考察^{9,10}이란 제목으로 연구결과를 발표한 바 있다.

良導絡은 한의원을 비롯하여 실제 임상에서 널리 응용되어 있으며 辨證과 진단의 객관적인 근거로 이용할 수 있는 가능성이 있음에도 불구하고 이를 이용한 연구는 부족한 실정으로 이에 본 저자들은 2000년 4월부터 2000년 9월까지 경희대학교 한의과대학 부속한방병원 소화기내과(제3내과)를 방문한 외래환자중 과민성대장증후군 환자들에 대해 변증분류와 양도락 검사를 시행한 결과를 분석하여 보고하는 바이다.

II. 본 론

1. 대상

2000년 4월부터 9월까지 경희대학교 한의과대학

부속한방병원 소화기내과(제3내과)를 방문한 외래환자중 과민성대장증후군이라 의심되는 초진환자를 대상으로 하였다.

2. 방법

문진과 함께 설문과 양도락(skin resistance check)을 시행했다. 설문은 성별, 연령, 배변유형, 유병기간, 변혈의 유무, 양약 또는 한약의 복약경험, 발병 당시의 원인, 증상유발 식품, Rome criteria의 적합여부를 알아보는 문항과 함께 끝으로 비기허, 비신양허, 간비불화의 증상을 묻는 문항으로 구성하였다. 응답자가 설문 내용에 대해 의문을 표시하는 경우에 한해서 상담을 실시했다.

양도락은 (주)소드컴의 양도락 기기(SME5800N)를 이용하여 기기진단실에서 측정한 결과를 응용하였으며 실내 온도와 습도는 표준화하지 않았다.

3. 인구학적 분석

설문에 응한 환자는 총 74명이었으며 그중 설문응답이 불충실했던 경우, 변혈이 있었던 경우, 현저한 체중 감소를 보인 경우, 대장암의 가족력이 있는 경우, 양도락 검사를 시행하지 않은 경우 등을 제외하고 총 42예(남자=30, 여자=12)를 대상으로 분석을 실시하였다. 연령대는 10대 6명, 20대 11명, 30대 13명, 40대 7명, 50대 2명, 60대 2명, 70대 2명, 80대 1명으로 최저 14세, 최고 80세였으며 평균 34.71 ± 15.31 세였다.

4. 체질량지수

남자 환자와 여자 환자의 체질량지수(Body Mass Index 이하 BMI)는 각각 20.77 ± 2.40 , 18.99 ± 2.41 으로 평균 20.26 ± 2.51 이었으며 남녀 모두 정상체중에 속했다.

5. 배변유형

배변유형을 설사형, 설사-변비 교대형(이하 교대형)으로 나눴을 때 설사형은 64.3%(n=27), 교대형은 35.7%(n=15)였다.

6. 유병기간

유병기간은 5년 이상이 46.5%(n=20), 2년에서 5

년 사이가 23.3%(n=10), 반년에서 2년 사이가 16.3%(n=7), 반년 이하가 13.9%(n=6)로 전체의 69.8%에서 유병기간이 2년 이상으로 나타났다.

7. 복약경험

내원전 배변관계 증상으로 약을 복용한 경험에서는 한약만을 복용한 경우가 7.1%(n=3), 양약만을 복용한 경우가 23.8%(n=10), 한약과 양약을 모두 복용한 경우가 26.2%(n=11), 복약경험이 없는 경우가 42.9%(n=18)였다.

8. 건강염려

환자 본인이 갖고 있는 배변관계의 증상이 생명에 위험을 줄 질병의 징조라고 생각하는 경우는 9.5%(N=4)였다.

9. 발병당시 원인

발병당시의 원인으로는 정신적인 Stress 50.0%(n=21), 음식 45.2%(n=19), 여행 혹은 주거의 이동 7.1%(n=3), 수술이나 외상, 양약의 장기복용이 각각 2.4%(n=1)순으로 나타났으며 특별한 유발원인이 없었다고 응답한 경우는 21.4%(n=9)이었다.

10. Rome criteria 부합여부

Rome criteria를 엄격하게 적용했을 경우 이에 부합되는 경우는 85.7%(n=36)이었고 그렇지 않은 경우는 14.3%(n=6)이었다.

11. 증상유발음식

증상을 유발하는 음식은 찬 음식 59.5%(n=25), 맵고 짠 음식 54.8%(n=23), 밀가루 음식 52.4%(n=22), 맥주 52.4%(n=22), 커피 40.5%(n=17), 유제품 40.5%(n=17), 소주 33.3%(n=14), 육류 28.6%(n=12), 청량음료 23.8%(n=10), 콩 종류 9.5%(n=4), 기타 2.4%(n=1) 순으로 나타났다.

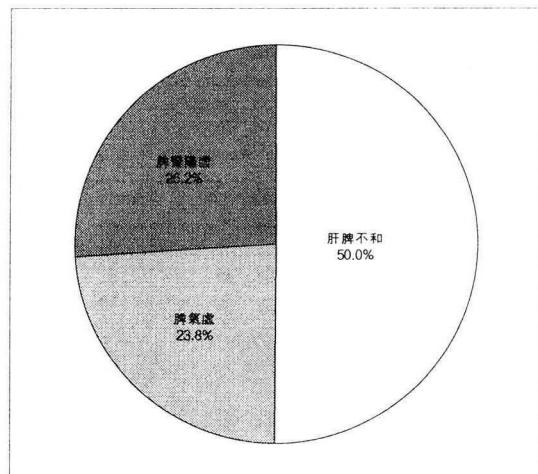
12. 가족경향

가족 중에 과민성대장증후군 및 기타 기능적인 소화기 장애를 가진 사람이 있다고 대답한 경우는 45.2%(n=19)이었다.

13. 변증유형

변증유형을 비기허, 비신양허, 간비불화로 나눠 저자들이 직접 작성한 설문지를 통해 분석한 결과 간비불화 50.0%(n=21), 비신양허 26.2%(n=11), 비기허 23.8%(n=10) 순으로 나타났다. (Fig 1)

Fig. 1. Prevalence of 3 Symptom-complex Types of Irritable Bowel Syndrome



14. 병발증상

과민성대장증후군으로 인한 복통, 설사, 변비 외에 痘満, 噯氣, 吞酸, 嘴癰, 惡心 등의 상부소화기 증상이 81.0%(n=34)에서, 만성적인 피로가 54.8%(n=23)에서, 식욕부진이 26.2%(n=11)에서 나타났다.

15. 양도락결과

양도락 점수를 통해 虛實, 정상을 분석했다. 성별, 연령, 변증분류와 양도락 점수는 다음과 같다. (Table 1)

16. 분석

① 변증집단간 성별, 연령, 이전의 진단여부, 유병기간, 복약경험, 유발원인, 유발음식등의 차이의 유의성은 나타나지 않았다. 대변형태에 따라서는 비기허군, 간비불화군에서 설사형과 교대형에 비슷한 빈도를 보였으며 비신양허군에서는 설사형만을 보였다($p=0.031 < 0.05$). (Fig 2)

Table 1. Sex, Symptom-Complexes and Skin Resistance Check Results of 42 Patients with Irritable Bowel Syndrome

Sex	Type	H1		H2		H3		H4		H5		H6		F1		F2		F3		F4		F5		F6	
		L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R
M	K	60	72	40	53	32	36	55	47	38	43	43	28	58	53	48	52	21	27	42	41	19	19	29	61
M	V	19	26	28	12	22	13	6	7	31	31	12	19	39	62	17	16	23	19	29	23	22	11	7	13
M	V	58	59	40	18	33	22	52	44	56	45	57	30	36	35	63	55	21	13	44	29	21	30	38	34
M	K	9	62	8	11	5	6	38	65	67	77	72	68	37	51	47	39	23	16	24	41	35	23	50	71
M	K	94	113	75	78	34	48	24	19	59	52	40	70	66	69	68	63	61	63	62	65	52	64	43	35
M	K	17	24	13	10	12	8	11	11	34	24	26	24	55	39	73	67	58	44	36	61	29	34	61	47
M	S	89	90	60	46	62	58	91	75	86	74	80	74	38	45	86	87	69	90	39	42	39	56	59	63
M	V	51	60	27	29	38	37	13	44	32	36	66	47	30	27	50	56	28	22	65	65	27	16	42	47
M	S	81	71	56	78	69	57	70	57	101	73	86	80	55	62	111	91	51	39	56	24	54	38	90	54
M	V	37	37	45	39	45	37	7	20	9	21	25	31	50	50	25	43	41	24	70	76	38	21	41	
M	V	71	80	61	39	59	37	51	43	27	45	34	51	84	51	82	68	45	51	70	43	58	38	69	84
M	V	35	42	49	32	44	35	11	13	8	30	60	9	32	37	38	24	19	30	49	45	27	36	42	8
M	K	43	42	40	36	27	33	27	25	42	29	49	38	22	21	36	42	13	11	28	35	12	22	43	50
M	V	40	80	45	69	31	55	78	69	113	97	104	98	74	68	69	69	67	50	51	46	54	57	53	48
M	V	63	108	68	80	55	50	86	94	112	100	108	105	51	29	100	88	44	34	36	50	50	62	70	70
M	S	30	53	32	25	25	21	16	12	17	17	32	23	35	21	49	34	22	15	32	31	7	6	20	8
M	K	30	42	8	13	9	8	9	19	23	30	23	29	45	37	28	19	21	20	21	19	5	12	49	23
M	K	98	128	80	46	86	88	108	93	130	130	127	120	45	42	117	110	42	49	54	40	49	26	68	78
M	V	17	18	6	13	7	15	15	15	18	19	20	23	20	15	47	47	7	8	30	23	15	11	46	50
M	S	6	31	15	40	12	15	10	8	13	25	28	31	48	59	67	46	54	54	48	44	50	60	20	31
M	K	56	69	37	48	43	37	11	10	9	11	8	16	72	53	34	42	46	48	65	81	31	19	20	13
M	V	33	47	25	34	46	48	61	31	83	62	57	50	69	53	69	78	29	36	56	62	70	86	40	55
M	V	40	20	66	17	65	38	25	13	45	16	26	17	53	39	28	38	26	38	33	43	26	46	22	38
M	V	51	54	66	65	80	50	72	84	109	116	116	59	102	94	113	80	56	48	70	72	66	73	82	38
M	V	19	35	18	27	19	23	21	27	47	44	43	25	28	33	20	25	18	23	23	30	30	41	9	13
F	K	39	50	37	41	38	36	46	44	67	51	53	63	35	28	65	44	29	9	34	28	16	12	31	41
F	S	23	38	17	22	26	27	45	67	66	61	51	44	24	31	37	29	27	33	31	22	36	23	19	20
F	V	71	54	55	31	36	29	37	37	77	63	112	78	16	58	91	97	36	50	32	28	50	52	110	95
F	S	26	39	30	41	30	29	64	63	71	76	80	67	14	32	38	34	27	31	17	27	16	28	16	20
F	V	50	54	23	28	32	42	40	33	38	39	30	28	53	41	17	15	25	46	43	37	33	33	25	13
F	K	53	68	51	43	32	26	70	82	96	75	85	60	45	55	84	79	45	52	27	50	37	52	70	69
F	V	14	32	18	21	32	21	62	29	24	22	21	20	41	45	49	77	5	16	40	21	3	4	38	42
F	K	12	18	29	13	30	7	5	14	16	23	16	21	12	10	31	37	15	5	24	7	8	8	24	16
F	V	20	13	11	7	8	8	4	16	25	28	15	18	6	16	23	26	8	7	7	37	19	19	8	8
F	V	18	42	23	29	17	21	5	16	39	37	23	21	29	35	34	23	15	11	36	38	4	10	17	23
F	S	51	60	45	44	57	48	37	40	51	73	26	75	57	65	70	80	61	115	54	47	75	103	30	55
M	V	36	50	30	34	30	11	34	55	63	73	35	52	27	38	52	45	23	19	43	37	15	18	27	22
M	S	27	28	40	26	32	27	812	10	26	13	22	17	46	33	29	27	23	58	29	35	27	22	18	19
M	S	87	82	77	75	77	92	51	26	64	45	63	37	81	54	94	98	53	49	57	53	61	73	84	79
M	V	43	58	83	72	105	53	52	10	17	17	15	12	39	44	48	52	50	63	61	33	20	31	27	17
M	V	89	117	51	42	49	37	112	56	113	97	102	129	74	83	108	104	42	59	64	62	35	43	98	88
F	S	21	21	46	26	24	29	23	15	31	33	26	24	29	27	27	17	32	41	33	23	31	23	6	13

Sex : M=Male, F=Female

L=Left, R=Right

Symptom-Complexes Type : S=deficiency of Ki(energy) of the Spleen

K=insufficiency of Yang of the spleen and Kidneys

V=disharmony of the Liver and spleen

② 병발증상에서 남녀별 차이는 없었다. 식욕부진은 비기허군의 30%(n=3), 비신양허군의 54.5% (n=6), 간비불화군의 9.5%(n=2)가 호소하여 간비불화증에서 식욕부진을 호소하는 예가 적음이 인정되었다($p=0.022 < 0.05$). 피로, 상부소화기증상은 변증집단간 차이의 유의성이 인정되지 않았다. (Fig 3)

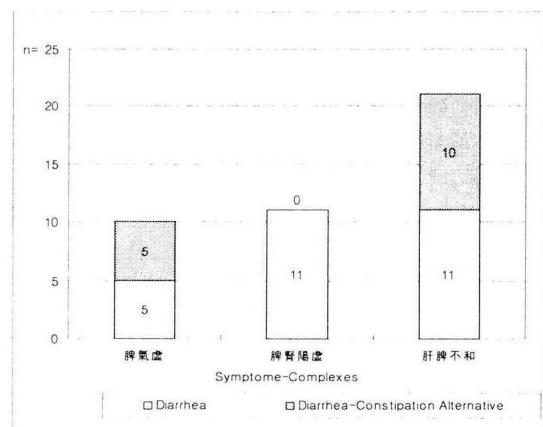


Fig 2. Relation between Stool Types and 3 Symptom-complex Types of Irritable Bowel Syndrome

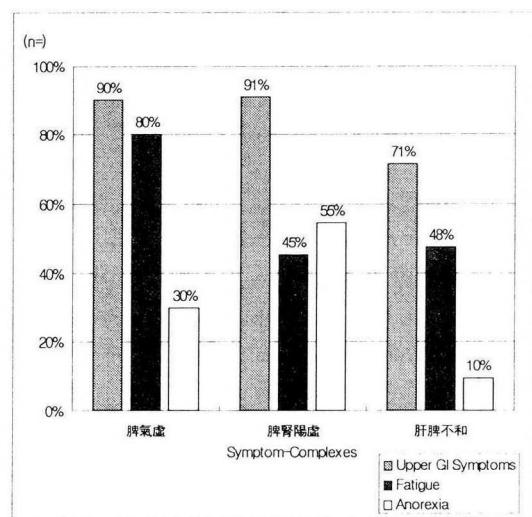


Fig 3. Prevalence of Other Symptoms according to Symptom-complex Types of Irritable Bowel Syndrome

③ 변증분류와 양도락 결과를 통한 12개 경락의 虛實 사이에는 유의성이 인정되지 않았다. (Table 2)

Table 2. Difference of Excess and Deficiency Syndrome Results of Skin Resistance Check between 3 Symptom-Complexes of Irritable Bowel Syndrome

	脾氣虛			脾腎陽虛			肝脾不和			P=
	正常	實症	虛症	正常	實症	虛症	正常	實症	虛症	
H1	6	1	3	6	4	1	14	1	6	0.149
H2	7	1	2	7	0	4	14	1	6	0.805
H3	8	1	1	7	0	4	13	3	5	0.488
H4	3	3	4	6	2	3	15	0	6	0.091
H5	4	3	3	6	3	2	10	6	5	0.968
H6	6	2	2	5	2	4	13	4	4	0.851
F1	4	4	2	7	3	1	13	5	3	0.782
F2	4	5	1	3	8	0	5	14	2	0.707
F3	5	2	3	5	1	5	12	1	8	0.702
F4	5	2	3	7	2	2	15	4	2	0.696
F5	4	3	3	7	0	4	11	2	8	0.304
F6	6	2	2	4	5	2	14	3	4	0.378

III. 고찰

과민성대장증후군은 배변습관의 변화와 함께 하복부팽만감, 불쾌감, 복통을 보이는 것으로 그 정의는 문헌마다 다르다¹¹⁻¹². 진단에는 기질적인 병변의 배제가 요구되며, 운동성이나 구조적인 명확한 상관관계가 없기 때문에 임상 기준(clinical criteria)으로 정의되는데¹³ 흔히 Manning criteria¹⁴를 개량한 Rome criteria¹⁵가 사용된다.(Table 3) Rome Criteria는 임상적으로 사용이 널리 권장되고 있으며¹⁶⁻¹⁹, 과민성대장증후군의 임상연구에도 널리 이용되고 있다. 현저한 체중감소, 약간의 증상 발현, 피가 섞인 대변, 최근의 항생제 사용 경험, 대장암의 가족력, 이학적 검사에서의 이상 등의 경계증후(red flags)를 배제했을 경우엔 Rome criteria는 과민성대장증후군을 진단하는 데 있어 매우 높은 예측율을 보인다고 알려져 있다²⁰.

Table 3. Definition of Irritable Bowel Syndrome According to the Rome Criteria

- Continuous or recurrent symptoms of
1. Abdominal pain, relieved by defecation, or associated with a change in frequency or consistency of stool and/or
 2. Disturbed defecation(two or more of):
 - a. altered stool frequency
 - b. altered stool form (hard or loose/watery)
 - c. altered stool passage (straining, urgency, or feeling of incomplete evacuation)
 - d. passage of mucus usually with
 3. Bloating or a feeling of abdominal distension

본 질환은 남자보다 여자에서, 그리고 유색 인종보다 백인에서 흔히 발견되고, 연령도 35세 이전에 반수정도가, 그리고 35세부터 50세 사이에서는 약 40% 정도가 발생하며 기계문명과 사회제도가 복잡해지면서 과거보다 증가하는 추세에 있다. 일반적으로 여자 환자가 남자 환자보다 많아 그 비율은 2:1 이지만 이 비율은 실질적인 발생보다는 치료를 구하는 양상을 반영하는 것이라 여겨진다²¹.

본질환이 보이는 다양한 임상증상은 특히 복통과 배변습관의 변화를 주로 하는 것이지만 하복부의 팽만감과 불쾌감, 복통, 빈번한 배변, 설사 또는 변비 혹은 이들의 교대현상, 방기, 오심, 식욕부진, 소화불량 등등이 혼하다^{4-5,22}. 또한 정서적 변화가 그

발생 및 발달에 연관성을 보여 근본적으로 소화기 증상을 나타내는 신경성 질환이라고 여겨지고 있으나⁶ 모든 환자에서 정신적인 문제가 있는 것은 아니다^{4,22-23}.

대변양상은 점차적으로 진행하여 결과적으로 변비와 설사의 교대양상을 보이는데 일반적으로는 한 유형이 우세하게 나타난다¹³. 이중 변비형은 설사형과 비교하여 여성에서 흔하고, 상부소화관 증상이 더 호발되며, 하복부 팽만을 더 심하게 느낀다²⁴. 유병기간이 짧은 경우, 혹은 정신적인 증상이 적게 나타나는 환자는 유병기간이 길거나 정신적인 고민을 가진 환자에 비해서 양호한 예후를 보인다².

과민성 대장증후군은 상부 위장관증상이 같이 나타나기도 하는데 소화불량, 가슴탕, 가슴앓이, 오심, 구토가 25-50%의 환자에서 나타난다²⁶. 또한 과민성대장증후군의 증상은 스트레스나 정서적인 긴장이 있는 동안, 혹은 그 직후에 발생하는데 환자들은 그들의 삶에 스트레스 받는 일이 많다고 여기며²⁷ 병원에 오는 과민성대장증후군 환자들은 우울, 불안, 신체화와 신경증 척도가 상승해 있다²¹.

본연구에서는 한방병원에 내원하는 과민성대장증후군 환자의 변증유형 분포와 각각의 임상적인 특성 및 양도락을 통한 객관적인 변증방법의 수립 가능성 여부를 파악하기 위해 외래 초진환자 중에 과민성대장증후군이라 의심되는 환자를 선택해 본 연구의 목적을 밝힌 뒤 본 연구자들이 마련한 설문지를 작성하게 하고 양도락 검사를 시행하였다.

설문내용은 성별, 연령, 이전의 과민성대장증후군의 진단 여부, 배변유형, 유병기간, 변혈의 유무, 배변 관계 증상에 대한 불안, 양약 또는 한약의 복약 경험, 발병 당시의 원인, 증상유발 식품, Rome criteria의 적합여부, 가족적 경향의 여부를 묻는 문항과 함께 끝으로 脾氣虛, 脾腎陽虛, 肝脾不和의 증상을 묻는 문항으로 구성하였으며 설문 내용에 대해 의문을 표시하는 경우에 한해서 상담을 실시했다.

대장암의 가족력이 있는 경우, 염증성 장질환 등의 기질적 질환이 있는 경우, 발병한 지 3개월 미만인 경우는 예진 단계에서 제외되었다. 이 외에도 설문응답자 중에 변혈을 보이는 경우²⁸, 설문응답이 불성실했던 경우, 양도락 검사를 시행하지 못한 경우 역시 제외되었다.

본 연구에서는 남자환자가 더 많았는데(남자:여자=2.58:1) 이는 과민성대장증후군에서 여성이 다수를 차지한다고 보고한 다른 연구들²⁹⁻³¹과 일치하지 않는다. 또한 본 연구에서는 변비가 우세하게 나타나는 경우가 제외되었는데 이는 주된 배변유형이 변비인 경우 배변이 어렵게 되어 변혈을 보일 가능성이 높아지며³² 이 경우 내시경 등의 검사를 통하지 않고서는 기질적인 질환을 배제하기 힘들며 주로 변비인 환자가 간헐적인 설사를 보이는 경우에도 변비설사 교대형에 응답을 보였기 때문으로 평가된다. 설사형 27예, 변비-설사 교대형 15예 외에 순수한 변비형이라고 응답한 환자는 1예에 불과했다.

유병기간에 있어서는 5년 이상이 전체의 45.2%를 보여 이 질환이 만성적이고 자주 재발한다는 사실을 보여준다.

한약을 복용한 경험이 있는 환자가 전체의 33.3%(n=14)를 보였으며 양약을 복용한 환자는 50.0%(n=21)를 보여 만성적이고 재발이 잦은 본 질환의 특성상 한약에 대한 선호도가 상대적으로 높다고 추측할 수 있다.

발병당시의 원인은 정신적인 Stress가 50%(n=21), 음식이 45.2%(n=19)로 나타나 정신적 원인, 식이가 이 질환의 주요발병원인임을 보여줬지만 특별한 유발원인이 없다고 응답한 경우도 21.4%(n=9)나 되었다.

증상을 유발하는 음식으로는 찬 음식, 맵고 짠 음식, 밀가루 음식, 맥주, 커피, 유제품 등이 모두 40% 이상의 환자에서 증상을 유발한다고 했지만 변증유형간의 빈도분석에서는 음식의 종류에 따른 차이를 보이지 않았으며, 이를 통해 변증과 증상유발음식간의 관계는 없는 것을 알 수 있다.

본 연구에서 과민성대장증후군이라고 진단된 환자들 중 Rome criteria에 부합되지 않는 경우가 14.3%(n=6)나 되는 것은 Rome criteria 자체의 불완전성에 있다기보다 본 연구에서 마련한 설문문항을 응답자들이 해석하는 데 어려움이 있었던 때문으로 보이며, 실제로 설문 작성중 상담이 필요했던 대부분의 경우가 Rome criteria를 묻는 항목을 작성하는 과정 중에 발생한 문의 때문이었다.

기능성 위장장애의 가족적인 경향을 보이는 경우가 45.2%(n=19)였지만 이것으로 과민성대장증후군을 비롯한 기능성 위장장애가 가족적인 경향을 보

인다고 가정할 수는 없다.

한의학에서는 《黃帝內經·素問》의 腎氣法時論에 “脾病者…虛則腹滿腸鳴，飧泄食不化。”³³와 《黃帝內經·靈樞》의 脹論에 “胃脹者，腹滿，胃脘痛，鼻聞焦臭，妨於食，大便難”³⁴이라 하여 腹滿, 腸鳴, 食不化, 腹痛, 便秘 등의 증상이 脾主運化의 失調에 起因한다고 하였다.

또한 《黃帝內經·素問》의 舉痛論에 “怒則氣逆 甚則嘔血 及飧泄”³⁵이라 하였고, 調經論에 “志有餘 則腹脹飧泄”³³이라고 하여 器質的障礙가 아닌 感情의 變化로 因하여 泄瀉를 誘發한다고 論한 바 있다. 대변을 본 후 통증이 완화되고 음식을 섭취한 후 악화되는 양상은 張介賓이 論한 “通則不痛 不通則痛”的 원리가 반영되고 있다³⁵. 以後 明代에 李梃은 《醫學入門》에서 “痞脹不順屬七情，腹常虛痞 欲去不去 去不通泰”한 七情瀉의 症狀을 說明하였는데³⁶, 이들은 오늘날 과민성대장증후군중의 泄症과 類似한 疾患으로 볼 수 있다.

과민성대장증후군은 七情瀉, 虛泄, 氣秘, 氣滯腹痛, 鬱證, 痘聚, 腸癖 등의 병주에 속한다고 볼 수 있으며 少陰人, 太陰人에서 많이 볼 수 있다고 하였다³⁷.

임상에 있어서의 변증유형은 아직 통일되어 있지 않다. 실제로 중국에서는 2유형으로 나누는 사람에서부터 8유형으로 나누는 사람까지 다양해서, 제각각의 분류가 이루어지고 있다³⁸. (Table 4)

Table 4. Current Symptom-Complexes Differentiating Methods of Irritable Bowel Syndrome in Chinese Traditional Medicine

2 types	脾虛證, 肝鬱證
3 types	脾虛證, 肝鬱證, 脾胃陰虛證
4 types	脾虛證, 肝鬱證, 脾胃陰虛證, 寒熱挾雜證(或 腎虛證)
5 types	肝鬱+痰結, 肝鬱+氣滯, 肝鬱+腸澼, 肝鬱+濕阻, 肝鬱+風瀉
6 types	肝鬱+痰結, 肝鬱+氣滯, 肝鬱+腸澼, 肝鬱+濕阻, 肝鬱+風瀉, 肝鬱+血瘀
8 types	肝氣乘脾, 脾胃虛弱, 肝鬱氣滯, 肝脾不和(或 寒熱錯雜), 脾胃陰虛, 濕濁困脾, 腸絡瘀阻

한의학에서 보는 과민성대장증후군의 원인은 情志失調, 飲食所傷, 感受外邪, 臟腑虛衰 등이며, 특히

情志失調와 腸腑虛衰가 중요하다. 痘機는 肝, 脾, 腎三臟과 密接한 聯關이 있으며 변증에는 肝鬱脾虛型, 脾胃虛弱型, 脾腎陽虛型, 肝脾不調型(寒熱夾雜), 氣滯濕阻型, 脾胃陰虛型 等이 있으며, 특히 肝鬱脾虛型과 脾胃虛弱型이 많다고 했다^{3,39}. 자주 사용되는 치료원칙은 疏肝, 健脾, 理氣, 溫腎으로 그 외 清熱, 化瘀, 滋陰, 活血의 방법이 많이 사용되며 治方은 加味藿正湯, 補腸健脾湯, 健脾溫腸湯, 桂枝加龍骨牡蠣湯, 柴胡加龍骨牡蠣湯, 調胃承氣湯 등을 選用한다고 하였다³⁷.

과민성대장증후군이 기본적으로 보이는 설사에서 변비에 이르는 배변습관의 변화, 복통 혹은 복부 불편감에 비춰볼 때 이 질환의 기본적인 痘機는 脾의 運化不調로 여겨진다.

과민성대장증후군에서 脾의 運化不調와 연관된 것은 腎陽虛, 肝鬱氣滯로 腎陽虛하게 되면 不能溫煦하여 脾腎陽虛가 되고 肝鬱氣滯로 肝氣橫逆하면 肝脾不和한病理가 발생한다⁴⁰.

본연구에서는 과민성대장증후군을 肝脾腎 三臟의 不調로 인한 질환이라 가정하고 설문조사를 통해 변증유형을 분석한 결과 간비불화가 21예로 50.0%, 비신양허가 11예로 26.2%, 비기허가 10예로 23.8%를 보여 정신적 자극에 쉽게 반응하는 간비불화형이 전체의 약 절반을 차지하고, 비신양허와 비기허가 각각 약 1/4을 차지하는 것을 알 수 있었다. 일반적으로 간비불화형이 여성에 더 많을 것으로 생각되지만 통계학적으로 유의성 있는 결과를 보이지는 않았으며($p=0.643>0.05$) 과민성대장증후군에 따른 증상이 생명을 위협하는 병의 징조로 여기는 경우에 있어서도 간비불화형의 빈도가 더 높지는 않은 것으로 나타났다. ($p=0.997>0.05$)

변증분류와 유병기간, 성별, 불안 여부 등과의 연관성을 나타나지 않았다. 다만 병발하는 증상 중 식욕부진이 肝脾不和에서 나타나는 빈도가 적어 과민성대장증후군 환자에서 식욕부진이 나타날 경우 脾氣虛 혹은 脾腎陽虛로 변증하는 것이 타당함을 알 수 있다. ($p=0.022<0.05$) 대변형태에 있어서는 肝脾不和 혹은 脾氣虛로 변증된 집단에서는 설사형과 교대형의 비율이 거의 1:1이었지만 脾腎陽虛 집단에서는 설사만 11예를 보여 脾腎兩虛로 변증되는 과민성대장증후군 환자에선 설사를 주로 보인다는

것을 알 수 있다. ($p=0.031<0.05$)

양도락(良導絡 skin resistance check)은 1950년 일본의 中谷에 의해 발견된 것으로 피부에 약한 전기를 통하게 하여 나타나는 일정한 선으로 이중 특정 부위에 나타나는 선명한 반응점을 反應良導點이라고 한다. 양도락은 경락과 일치하며 手六經에 H를, 足六經에 F를 붙여 표시한다. 반응양도점은 각 경락의 원혈을 측정하지만 小腸經의 경우는 腕骨穴 대신에 陽谷穴을, 大腸經의 경우엔 合谷穴 대신에 陽谿穴을, 膀胱經의 경우엔 京骨穴 대신에 束骨穴을 측정한다.

양도락 그래프중 40~80은 생리적 범위를 의미하며 40 이하일 경우는 생체기능이 저하된 상태, 80 이상일 경우는 생체기능이 항진된 상태를 의미한다. 비록 측정값이 생리적 범위에 포함되더라도 좌우선의 겹침(폐색) 상태는 만성적인 병리상태이며 좌우선의 값 차이가 40이상인 격차 상태는 급성적인 병리상태를 의미한다고 하였다⁴¹.

빈도분석을 실시한 결과 F2(肝)의 實症이 27예로 전체의 64.3%, F3(腎)의 虛症이 16예로 38.1%, F5(膽의) 虛症이 15예로 35.7%, H4(心)의 虛症이 13예로 31.0%를 차지했으나 교차분석을 실시한 결과 변증 유의성이 발견되지 않았다. 이를 통해 현재의 양도락 기술이 과민성대장증후군의 변증유형을 판정하는 데 적합하지 않음을 알 수 있다. 하지만 본 연구의 결과상 F2(肝)의 實症이 다른 결과와 비교하여 특별히 높게 나온 점 등을 근거로 이후 정상대조군과 대조연구를 통해 과민성대장증후군 환자 전체의 양도락 특성에 대한 고찰을 시도해 볼 수 있으리라 생각된다.

변비형이 배제된 점은 과민성대장증후군에 대한 총체적인 분석을 어렵게 만든다. 변비형이 배제된 중요한 이유가 변혈을 보인 환자를 탈락시킨 때문이므로 이후의 연구에서는 변혈 환자에 대한 자세한 문진과 직장 내시경 등의 검사를 통해 기질적 질환을 배제하는 방법으로 변비형을 보이는 과민성대장증후군 환자를 포함시킬 수 있는 실험방법의 정립이 필요하다.

과민성대장증후군에 있어 한방적인 변증을 시행하지 않고 단일 한약처방⁴²⁻⁴⁴, 단일 침처방⁴⁵을 통해

서도 일정수준 이상의 유효율을 얻을 수 있다고 보고되었음을 감안하여 辨證施治가 본질환에서 유용한지의 여부에 대해서는 변증 처방군과 단일 처방군의 대조군 실험 등의 추후의 지속적인 연구가 필요하리라 여겨진다.

N. 결 론

본 연구에서는 과민성대장증후군을 진단받은 환자 42예를 분류하고 성별, 연령, 배변유형, 유병기간, 이전의 복약경험, 발병 원인, 증상유발 식품, Rome criteria의 적합여부를 검토하고 양도락 측정 결과를 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 과민성대장증후군의 변증분포는 간비불화가 50.0%(n=21), 비신양허 26.2%(n=11), 비기허가 23.8%(n=10)로 나타났다.
2. 비기허, 간비불화는 설사와 설사-변비 교대를 비슷한 정도로 보이지만 비신양허는 설사형만을 보였다.
3. 간비불화에서 식욕부진을 호소하는 예가 다른 변증유형에 비해 유의하게 적다.
4. 양도락은 과민성대장증후군의 변증유형을 판정하는 데 적합하지 않다.

참 고 문 헌

1. Ferguson A, Sircus W, Eastwood M. Frequency of "functional" gastrointestinal disorders. *Lancet* 1977;2: 613-4.
2. Switz DM. What the gastroenterologist does all day. *Gastroenterology* 1976;70(6):1048-50.
3. Whitehead WE, Engle BT, Schuster MM. Irritable bowel syndrome: physiological and psychological differences between diarrhea predominant and constipation predominant patients. *Dig Dis Sci* 1980;25(6): 404-13.
4. Kirsner JD. The irritable bowel syndrome: a clinical review and ethical considerations. *Arch Intern Med* 1981; 141(5):635-9.
5. Thompson WG. The irritable bowel. *Gut* 1984;25 (3):305-30.
6. Latimer PR. Irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1983;24(3):205-18.
7. 배원식. 과민성대장증후군에 대하여. 의림 1966; 171:74-5.
8. 원진희, 문석재, 문구. 過敏性大腸症候群의 韓醫學的 認識에 對한 考察(病因病機와 辨證施治를 中心으로). 대한한의학회지 1993;14(1):196-206.
9. 장인규, 류기원, 박동원, 류봉하. 과민성 대장증후군의 임상적 고찰. 대한한의학회지 1985;6(2):30-6.
10. 한규언, 류봉하, 박동원, 류기원, 장인규. 과민성 대장증후군중 설증에 관한 임상적 고찰. 대한한의학회지 1986;7(2):201-6.
11. Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, Funch-Jensen P, Panssens J, Whitehead WE. Identification of sub-groups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Int* 1990;3:159-72.
12. Talley NJ, Gabriel SE, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Evans RW. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995;109(6):1736-41.
13. Olden KW, Schuster MM. Irritable bowel syndrome. In: Feldmen M, Sleisenger MH, Schatzschmidt BF editor. *Gastrointestinal and Liver Disease*. 6th ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 1998, p.1536-48.
14. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of irritable bowel. *Br Med J* 1978;2:653-4.
15. Thompson WG, Dotevall G, Drossman DA, Heaton KW, Kruis W. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol Int* 1989;2: 92-5.
16. Weber FH, McCallum RW. Clinical approaches to irritable bowel syndrome. *Lancet* 1992; 340:1447-52.
17. Camilleri M, Prather CM. The irritable bowel syndrome: mechanisms and a practical approach to management. *Annals Intern Med* 1992;1166(12):1001-8.
18. American Gastroenterological Association Medical

- Position Statement: Irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1997;112(6):2118-9.
19. Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997; 112(6):2120-37.
 20. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, DaCosta LR, Groll AG, Simon JB et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999;94(10):2912-27.
 21. Whitehead WE, Bosmajian L, Zonderman AB, Costa PT Jr, Schuster MM. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome: comparison of community and medical clinic samples. *Gastroenterology* 1988;95(3):709- 14.
 22. Whitehead WE, Engle BT, Schuster MM. Irritable bowel syndrome: physiological and psychological differences between diarrhea predominant and constipation predominant patients. *Dig Dis Sci* 1980; 25(6):404-13.
 23. Drossman DA, Powell DW, Sessions JT Jr. The irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1977;73(4): 811-22.
 24. Schmulson M, Lee OY, Chang L, Naliboff B, Mayer EA. Symptom differences in moderate to severe irritable bowel syndrome patients based on predominant bowel habit. *Am J Gastroenterol* 1999;94(10): 2929-35.
 25. Lembo T, Fullerton S, Diehl D, Raeen H, Munakata J, Naliboff B et al. Symptom duration in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1996;91(5):898-905.
 26. Costantini M, Sturniolo GC, Zaninotto G, D'Inc`a R, Polo R, Naccarato R et al. Altered esophageal pain threshold in irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 1993;38(2):206-12.
 27. Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut* 1992;33(6):825-30.
 28. Kruis W, Thieme C, Weinzierl M, Schüssler P, Holl J, Paulus W. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology* 1984;87(1):1-7.
 29. 이복희. 과민성장증후군의 임상적 고찰. 충남의 대잡지 1985;12(2):239-45.
 30. Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, Mitchell CM, Cramer EM, Lowman BC et al. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. a multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988;95(3): 701-8.
 31. Thompson WG, Heaton KW. Functional bowel disorder in apparently healthy people. *Gastroenterology* 1980;79(2):283-8.
 32. Licht HM. Irritable bowel syndrome: Definitive diagnostic criteria help focus symptomatic treatment. *Postgrad Med* 2000;107(3):203-7.
 33. 홍원식. 精校黃帝內經素問. 서울:東洋醫學研究院; 1985, p.89,146,217.
 34. 홍원식. 精校黃帝內經靈樞. 서울:東洋醫學研究院; 1985, p.178.
 35. 張介賓. 張氏類經. 서울:書苑堂;1977, p.74.
 36. 李挺. 醫學入門. 서울:大星文化社;1989, p.380.
 37. 전국한의과대학비계내과학교수. 脾系內科學. 서울:그린문화사;1994, p.288-93.
 38. 董子亮 趙營菜: 腸易激綜合證的研究和中醫藥治療. 北京中醫 1997;6:52-4.
 39. 孫冰, 劉國惠, 賀軍. 逍遙丸配合心理行爲治療腸易激綜合證對照研究, 中國中西醫結合雜誌 1998; 18(8):494-5.
 40. 한국한의학연구소 기초이론연구실. 한의진단명과 진단요건의 표준화연구(II). 서울·한국한의학 연구소; 1996, 155-6, p.171-2.
 41. 경희대학교 한의과대학 제45기 졸업준비위원회 학술부편. 한방진단의 실제적 접근. 서울:일종사;1997, p.201-25.
 42. Bensoussan A, Talley NJ, Hing M, Menzies R, Guo A, Ngu M. Treatment of irritable bowel syndrome with Chinese herbal medicine. *JAMA* 1998;280(18): 1585-9.

43. 何杭, 何欣. 金匱腎氣丸治療腸易激綜合症50例.
浙江中醫雜誌 1998;33(8):340.
44. 문석재, 이형주. 과민성장증후군(설사형) 환자에
투여한 安神補脾湯의 임상적 검토. 한국한의학
연구소논문집 1996;2:327-36.
45. Chan J, Carr I, Mayberry JF. The role of acupuncture
in the treatment of irritable bowel syndrome:
a pilot study. *Hepatogastroenterology* 1997;44(17):1328-
30.