

복수 환자 2례에 대한 임상적 고찰

김수정, 이익행, 김진규, 이운석, 김주연, 김은영, 김종대

경산대학교 부속 대구한방병원 내과학교실

Two Cases Study on the Disease with Ascites

Soo -Jung Kim, Ik-Haeng Lee, Jin-Gyu Kim, Woon-Suk Lee, Ju-Youn Kim, Eun-Young Kim, Chong-Dae Kim

Department of Internal medicine, Daegu Oriental Hospital of Kyungsan University

Ascites is commonly caused by portal vein pressure accentuation or peritoneal disease. Also, the use of diuretic and ascitic puncture have been the mainstays of ascites treatment.

Objective : Experimental studies were done to research the effects of herbal medication on diseases with ascites (ex. liver cirrhosis, peritoneal carcinoma) on two patients.

Methods : For measuring the response about the ascites, we observed this clinical symptoms : weight, abdominal circumference (umbilical circumference, upper abdominal circumference), and lab finding.

Result : In both cases, clinical symptoms and ascites improved with herbal medication. Second, abdominal circumference decreased. Third, there was no electrolyte imbalance.

Conclusion : This test shows that herbal medication has a strong effect on decreasing the intractable ascites.

Key Word : Asites, liver cirrhosis, peritoneal disease, abdominal distension, diuretic

1. 緒 論

복수는 복강내에 이상량의 체액이 저류하는 것을 말하나, 복강내에 500ml 이상의 체액이 저류되어야 임상적으로 인정된다. 서양의학적으로 복수의 원인은 크게 두가지로 분류할 수 있는데, 腹膜疾患을 가지고 있는 경우와 腹膜疾患이 없는 경우이다. 가장 빈번한 복수의 원인은 만성 간질환으로 이는 門脈壓의 상승에 기인된 것으로 복수 환자의 80%를 차지한다. 門脈壓 상승이 원인이 아닌 경우에서 가장 흔한 복수의 원인은 감염(결핵성 복막염), 복강내 종양, 복막의 염증성 질환(자발성 세균성 복막염)

이다.^{1,4}

병력은 대개 미만성의 복부 동통, 복수의 축적으로 인한 복부 둘레의 증가이며, 대부분의 복수는 만성 간질환에 기인된 문맥압 상승에 의한 것으로 환자의 간질환의 가능성, 특히 음주력, 수혈, Virus성 간염이나 황달의 병력등을 확인하여야 한다. 암의 병력과 상당한 양의 체중 감소는 악성 종양을 의심하게 하며, 열은 복수의 2차 감염, 세균성 복막염을 포함하는 복막의 염증을 의미한다. 만성 간질환과 복수가 있는 환자에서는 자발성 세균성 복막염이 발생할 수 있으며, 해외 이주자나 면역이 떨어진 환자에 있어서 열이 나면 결핵성 복막염

을 의심하여야 한다.³

복수의 症狀과 轉歸를 한의학적으로 고찰하면, 脹滿, 鼓脹, 單腹脹 등에 이와 관련된 문헌적 기재가 있으며, 脹滿症이란 腹部만 脹大하고, 面目四肢에는 부종이 없는 것을 칭하며 부종증은 음식을 常時와 같이 섭취하지만, 脹滿症은 脾氣가 極虛하므로 음식을 섭취하지 못한다고 하였다.⁵

脹滿의 병인에 관해서는, 巢元方은 風毒, 水毒, 飲酒를, 張介賓은 縱酒無節, 多成水鼓라 하였으며, 陳言은 憂思, 寒暑 風濕, 飲食飢飽, 朱震亨은 七情, 六淫, 飲食不節, 酒色過度, 肝, 脾, 腎虛등을 그 원인으로 보았다. 특히 醫門法律에서는 “癥瘕, 積塊, 痞塊, 卽是脹病之根 日積月累 腹大如箕斗 是名單腹脹” 云云함으로써 적취 등과 복수형성의 기전의 상호연

관성을 설명하였다. 이와 같이 역대 문헌에서는 腹滿現狀을 단순한 水濕代謝의 이상에서 기인되는 것으로 보지 않고, 肝脾腎虛의 先行要因과 積聚, 飲食不節, 酒色過渡 등의 相加作用으로 인해 만성적으로 진행된 위급한 증상으로 파악했음을 볼 때, 鼓脹을 간경변증의 終末症狀인 복수와 유관한 것으로 사려된다.⁵

이에 論者は 간경화, 복막 암종으로 진단받고, 복수가 主訴인 환자에 대해, 韓方 藥物 治療, 鍼灸 治療를 병행하여 비교적 양호한 경과를 경험하였기에 이를 보고하고자 한다.

II. 研究對象 및 方法

1. 研究對象

본 증례 보고는 불교 한방 병원에 내원한 환자 중, 복수를 主訴로 1내과에 입원한 환자 2인을 대상으로 하였다.

2. 治療方法 :

1) 鍼 治療

足三里, 合谷, 復溜, 太衝, 三陰交, 內關, 陽陵泉을 刺針하였다.

2) 灸 治療

中脘, 關元에 間接灸(king Moxa)를 하루에 두장씩 一回 시술하였다.

3) 物理 治療

TDP(low abd), Negative(back), Carbon(足心)

4) 藥物 治療

증례 1에서는 입원 초기에는 복수를 감소시키기 위해 茵陳, 白朮을 君으로 하는 본원 처방집의 肝硬化方을 주로 사용하였고, 腹水가 減少하고, 心下痞症狀이 消失된 다음 부터는 六味地黃湯加味方을 使用하였다.

증례 2에서는 胃苓湯加減方과, 少陽人

體質方인 木通大安湯을 사용하였다.

5) West-medication

증례 1에서는 본원에 입원하기 전 15일 동안 매일 복용하던 Aldacton 2T(25mg)#2 p.o하던 것을, 입원초기에는 1T qd로, 1999년 12월 9일부터는 1/2T로 복용량을 줄여 복용하였다.

3. 治療의 評價

평가 방법은 환자의 복부 둘레, 체중의 변화, 임상 병리 검사 및 치료 과정을 통한 증상 변화를 중심으로 하였다. 환자의 복부 둘레는 측정일 오전 7시 30분경, 寢床 臥位 狀態로, cm단위로 측정되었으며, 체중은 아침 기상 직후(약 오전 7시경) 공복 상태로 kg단위로 측정되었다.

III. 症 例

1. 증례 1

(1) 患者 : 우○○ 여자 48세

(2) 主訴症 : 腹脹滿, 食慾不振, 心下痞, 全身少力

客症 : 脈沈弱, 舌紅無苔, 心下痞, 胃痛, 午後寒熱往來, 或頭痛(疲勞時 或 腦鳴), 視力低下, 眼疲勞感, 口渴, 眩暈, 不眠, 小便 短赤하면서 殘尿感, 大便-排便時 微難(1회/days)

(3) 發病日 : 1998년 9월 8일

(4) 過去歷 :

① 1973년경 Appendectomy 받음

② 1998년 9월 8일경 吐血, 黑色便 발하여 □□hosp.에서 초음파, 복부 CT, 내시경, 혈액 검사에서 C형 간염, 간경화, 식도 정맥류 출혈 진단받고 15일간 입원 치료후 west-med. p.o.(주로 소화제 계통)하면서 혈소판 수치 2만 이하 감소로 2차례 혈소판 수혈 받음

(5) 家族歷 : 특이 사항 없음

(6) 現在歷 :

본병은 1999년 9월 8일 2차 식도정맥류 출혈(黑色便)發하여 □□hosp.에서 입원치료(transfusion)중 1999년 9월 15일경 복수로 인한 腹脹滿 인지하여 aldacton 2T(25mg) #2 p.o. fluid Tx하였으나 점차 腹部脹滿, 食慾不振 症狀이 심해지면서 한방치료 받기 위하여 입원함

(7) 檢査所見 :

CT of upper abdomen(1999년 10월 13일) : Liver cirrhosis (contracted liver and splenomegaly) with varicose formation and small amount of ascites

Ultrasonogram of GB(1999년 10월 2일) : Cholecystitis

Ultrasonogram (1999년 10월 7일) : Liver cirrhosis with ascites

EKG : Normal

Chest PA : unremarkable

Lab FInding : <표4> 참고

(8) 診斷名 :

(Imp) 1. Liver cirrohosis with ascites

(9) 韓方辨證 :

標-氣滯濕阻(肝膽濕熱), 本-肝腎陰虛

(10) 월경 : 98년 7월 이후 폐경

(11) 입원 당시 V/S : B.P. 100/70 mmHg, Pulse 58회/mins, Respiration 23회/mins, B.T. 36.5℃

(12) 性格, 食性, 吸煙, 飲酒 : 성격은 예민한 편이고, 食性は 別無忌食하며 禁酒煙하심

(13) 입원 기간 : 1999년 10월 1일-1999년 12월 12일

(14) 치료 경과

(Table 1-4)

2. 증례 2

(1) 患者 : 서○○ 남자 59세

Table 1. 임상 증상상의 경과

	주요 증상	治療處方	west-medication
1999년10월2일-10월3일	腹脹滿, 食慾不振, 心下痞, 全身少力 脈沈弱, 舌紅無苔, 胃酸痛, 午後 寒熱往來, 或頭痛(疲勞時 或 腦鳴), 視力低下, 眼疲勞感, 口渴, 眩暈, 不眠, 小便 短赤 殘尿感, 大便-排便時 微難(1회/days)	肝硬化方	
1999년10월4일-10월10일	臍, 中脘 腹部 둘레 減少하면서 자각 적으로도 腹脹滿 症狀 減少, 食慾不振 조금 好轉 되었으며 간혹 心下痞悶 呼訴	肝硬化方	
1999년10월11일-10월14일	腹部 둘레가 변화 되지 않고, 食慾不振, 疲勞感, 全身衰弱感 지속	肝硬化方	
1999년10월15일-10월17일	全身少力 症狀 더욱 심해지면서, 腹部 둘레 변화 없음	人蔘養榮湯 加味方	Aldacton
1999년10월18일-10월21일	다시 腹部 둘레 감소하였으며, 간혹 腹脹滿感 呼訴	肝硬化方	1T(25mg) qd p.o
1999년10월22일-10월28일	자각적 腹脹滿感 消失, 食慾不振, 心下痞, 全身少力 症狀 如前	肝硬化方	
1999년10월29일-11월6일	자각적 腹脹滿感 및 心下痞症 消失 (臍 둘레-81cm, 中脘 둘레-79.5cm). 全身少力, 食慾不振 症狀은 조금 好轉된 狀態에서 지속	肝硬化方	
1999년11월6일-11월16일	지속적으로 全身少力, 食慾不振 症狀을 呼訴. 午後 寒熱往來, 或頭痛(疲勞時 或 腦鳴), 視力低下, 眼疲勞感, 小便短赤하면서 殘尿感, 不眠	肝硬化方	
1999년11월17일-11월31일	口渴, 眩暈, 頭痛, 眼疲勞感, 午後 寒熱 往來, 小便短赤, 不眠 症狀은 好轉 六味地黃湯 되었으나 食慾不振, 全身少力 症狀은 微好轉된 채로 지속	六味地黃湯 加味方	
1999년12월1일-12월8일	全身少力, 食慾不振 지속	六味地黃湯 加味方	
1999년12월9일-12월12일	全身少力, 食慾不振 지속	六味地黃湯 加味方	Aldacton 1/2Tqd p.o

Table 2. 처방내용

處方 날짜	處方名	處方內容
10월1일 - 10월2일	肝硬化方	茵陳, 白朮 各5錢, 白芍藥, 車前子, 木通各4錢, 當歸身 3錢, 鼈甲 2錢, 桂枝, 白茯苓, 柴胡, 山楂, 神麩, 枳殼, 半夏(干) 各1錢
10월3일- 10월14일		茵陳 5錢, 白朮, 車前子, 木通 各3錢, 白芍藥, 白茯苓各2錢, 山楂, 神麩, 枳殼, 半夏(干) 各1錢半, 當歸身, 鼈甲, 桂枝, 柴胡 各7分
10월15일- 10월18일	人蔘養榮湯 加味方	茵陳 3錢, 白芍藥, 茯苓, 薏苡仁 各2錢, 當歸, 人蔘, 黃芪, 白朮, 肉桂, 陳皮, 甘草(炙) 各1錢, 熟地黃, 五味子, 防風 各7分
10월19일- 10월21일	肝硬化方	茵陳 5錢, 白朮, 車前子, 木通 各3錢, 白芍藥, 白茯苓各2錢, 山楂, 神麩, 枳殼, 半夏(干) 各1錢半, 當歸身, 鼈甲, 桂枝 各7分
10월22일 - 11월2일		茵陳, 當歸身, 白芍藥, 熟地黃, 川芎 各3錢, 白朮, 車前子, 木通, 白茯苓各2錢, 山楂, 神麩, 枳殼, 半夏(干) 各1錢 半, 龜板, 牛角 各1錢, 鼈甲, 桂枝, 柴胡 各7分
11월3일 - 11월14일		茵陳 5錢, 白朮, 車前子 各3錢, 木通, 當歸身, 白茯苓各2錢, 山楂, 神麩, 枳殼, 各1錢半, 鼈甲, 桂枝, 柴胡, 半夏(干)各7分, 川芎, 牛角 各1錢半
11월15일- 11월30일	六味地黃湯	白朮, 山藥 各5錢, 熟地黃, 當歸, 白芍藥, 黃芪, 陳皮, 山查, 甘草, 枸杞子, 白茯苓 各1錢半, 川芎, 人蔘, 五味子, 砂仁, 麥門冬, 鹿角 各1錢, 肉桂 7分
12월1일 - 12월12일	加味方	白朮, 山藥 各5錢, 黃芪 2錢半, 熟地黃, 當歸, 白芍藥, 陳皮, 山查, 甘草, 枸杞子, 白茯苓 各1錢半, 川芎, 人蔘, 五味子, 砂仁, 麥門冬, 鹿角 各1錢, 肉桂 7分

(2) 主訴症 : 腹脹滿, 兩下肢 浮腫 (pitting edema), 腰痛, 兩大腿外側刺痛,

心下部引痛, 不得臥 (sitting position)

客症 : 脈浮數, 舌淡紅微黃苔, 心下, 心悸, 胸悶, 氣促, 不眠, 小便頻數, 大便微硬(1回/days)

(3) 發病日 : 1998년 11月末

(4) 過去歷 :

1989年경 운동중, 倒仆腰痛 발하여, 정형외과 X-ray상, L-spine Compression Fracture 진단 받고, west-medication, P-Tx후 호전

(5) 家族歷 : 특이 사항 없음

(6) 現在歷 :

본병은 1998年 11月末 腹脹滿 인지 하여 □□hosp.에서 Abd CT상, (R/O)胃癌 진단받고 입원 치료 권유 받았으나 refuse, 증상 점차 심하여 졌으나, 별 다른 치료없이 지내시다가 1999年 7月初 腹脹滿 심해지면서 不得臥, 兩下肢浮腫, 腰痛, 兩大腿外側刺痛 발하여 1999年 8月 3日 한방치료 위해 ER 통해 self

Table 3. 臍, 中腕 둘레의 변화

측정날짜	臍둘레(cm)	中腕둘레(cm)	체중(kg)
1999年 10月 2日	92	86	60.6
1999年 10月 3日	90	85	
1999年 10月 4日	89	82	
1999年 10月 5日	87	82	
1999年 10月 6日	85	82	58.7
1999年 10月 7日	83	82	
1999年 10月 8日	83	81	
1999年 10月 9日	82	80.5	
1999年 10月 11日	81.5	80	
1999年 10月 12日	82	81.5	57.6
1999年 10月 15日	81.5	80	
1999年 10月 16日	81.5	80	
1999年 10月 17日	82	80	
1999年 10月 19日	81	79	
1999年 10月 22日	80.5	79	56.6
1999年 10月 29日	81	79.5	
1999年 11月 6日	81.5	79.5	54.8
1999年 11月 11日	79	79	
1999年 11月 18日	79.2	78	55
1999年 11月 24日	80	77.8	
1999年 11月 30日	79	77.7	
1999年 12月 6日	78.8	78.4	55.2
1999年 12月 11日	79	78.2	
결 과	-13	-7.8	-5.4

Table 4. 혈액 검사

Lab/date	10/ 2	10/12	10/20	10/26	11/2	11/12	11/30
CBC							
WBC (4-10*10 ³ /mm ³)	2600	1800	1700	1900	2500		4700
RBC (4.2-6.3*10 ⁶ /mm ³)	3.57	3.50	3.41	3.46	4.19		3.46
Hb (12-17mg%)	10.3	10.2	10.1	10.8	11.5		10.1
Hc (36-52%)t	32.4	30.9	30.2	33.0	34.0		33.2
Platlet (15-40*10 ³ /mm ³)	60000	45000	42000	36000	35000		42000
LFT							
Protein T (6.0-8.0mg %)	5.54	6.1	6.21			6.55	6.02
A (3.7-5.0mg%)	3.32	3.45	3.55			3.66	3.62
G (2.0-2.2mg%)	2.22	2.65	2.66			2.89	2.40
Bilirubin T (0-1.5mg%)	1.17	1.09	1.22			1.35	1.17
D (0-0.2mg%)	0.27	0.27	0.25			0.28	0.24
I (0.1-1.0mg%)	0.90	0.82	0.97			1.07	0.93
ALP(37-147)	92	95	92			95	88
GOT(0-34)	62	66	55			88	64
GPT(5-30)	35	42	37			57	44
Eletrolyte							
NA ⁺ (136-146)	144	140	141			142	139
K ⁺ (3.5-5.0)	3.9	3.5	3.9			4.1	3.8
Cl ⁻ (98-106)	108	107	105			107	104

Table 5. 임상 증상상의 경과

	주요 증상	治療 處方
1999年8月3日	腹脹滿 증상으로 인해 심장에 부담이 가중되면서, 氣促, 呼吸 困難, 不眠, 心下部 引痛 및 腰痛, 不得臥(sitting position), 兩下肢 浮腫(pitting edema)으로 인한 兩大腿外側刺痛 호소	胃苓湯加減
1999年8月4日	心下部 引痛은 조금 호전된 듯하나, 기타 증상은 여전	胃苓湯加減
1999年8月5日	腹部 둘레 감소하면서 腹脹滿, 兩大腿外側刺痛, 腰痛 호전되기 시작하였으며, 臥位 狀態 가능	胃苓湯加減
1999年8月6日-8月9日	兩下肢 浮腫 감소하기 시작하면서 臥位 30분 정도 지속 가능, 야간에 2시간 수면을 취하였으며, 兩大腿外側刺痛 3-4回/days로 감소	胃苓湯加減
1999年8月10日-8月15日	腹部 둘레 지속적 감소하여 臍 둘레 10.5cm, 中脘 둘레 10.5cm 감소하였으며 기타 증상도 모두 호전되었고, 수면 시간도 4시간정도 熟眠을 취함.	木通大安湯
1999年8月16日	確診 위한 Further Study 위해 양방 hosp.로 transfer.(복수 천자 및 복강경 검사 要)	木通大安湯

Table 6. 처방내용

處方 날짜	처방명	處方 내용
1999年8月3日-8月9日	胃苓湯加減	茵陳, 澤瀉 各4錢, 車前子, 木通, 白芍藥(炒) 各3錢, 蒼朮, 蘇葉, 陳皮 各1錢半, 白茯苓, 厚朴, 猪苓, 神麴, 檳榔, 白朮, 山楂, 砂仁, 香附子, 大腹皮 各1錢, 燈心 1握
1999年8月10日-8月15日	木通大安湯	木通, 生地黃 各5錢, 赤茯苓 各2錢, 澤瀉, 車前子 各3錢, 川黃連, 羌活, 荊芥, 防風, 柴胡, 檳榔, 猪苓 各1錢, 燈心 1握
1999年8月16日		木通, 生地黃 各5錢, 赤茯苓 各2錢, 澤瀉, 車前子 各3錢, 川黃連, 羌活, 荊芥, 防風, 柴胡, 檳榔, 猪苓 各1錢, 燈心 1握 牡丹皮 七分

Table 7. 臍, 中脘 둘레의 변화

측정날짜	臍둘레(cm)	中脘 둘레(cm)
1999年 8月 3日	114.5	114.5
1999年 8月 5日	110	111
1999年 8月 6日	109	110
1999年 8月 7日	110	107
1999年 8月 8日	109	106
1999年 8月 9日	108	106
1999年 8月 10日	106.5	105
1999年 8月 11日	106.5	105
1999年 8月 13日	104	104
1999年 8月 14日	104	104
결 과	-10.5	-10.5

急하고, 食性は 別無忌食하며, 금연, 주량은 燒酒 1병/days

(12) 입원 기간 : 1999年 8月 3日-1999年 8月 16日

(13) 治療 經過 (Table 5-7)

IV. 考 察

서양 의학적으로 복수의 원인은 크게 두가지로 분류할 수 있는데, 腹膜疾患을 가지고 있는 경우와 腹膜疾患이 없는 경우이다. 가장 빈번한 복수의 원인은 만성 간질환으로 이는 문맥압의 상승에 기인된 것으로 복수 환자의 80%를 차지한다.³

門脈壓 상승이 원인이 아닌 경우에서 가장 흔한 복수의 원인은 감염(결핵성 복막염), 복강내 종양, 복막의 염증성 질환(자발성 세균성 복막염)이다.³

복수는 간경변증 외에 다른 여러가지 원인으로도 올 수 있으므로, 복수의 진

walking 으로 입원함

(7) 檢査所見 :

CT of the upper Abdomen (1999年 8月 4日) : Carcinoma peritonei is most likely

Ultrasonogram (1999年 8月 4日) : The liver and other solid organ shows normal contour without mass lesion

E.K.G (1999年 8月 3日) : Anteroseptal infarction, Sinus tachycardia

(1999年 8月 6日) : Poor R pro-

gression, Sinus tachycardia

Lab Finding(1999年 8月 4日) : CBC- RBC 3.59, Hb 11.1, ESR 57 Protein-Albumin 3.68. D-bilirubin 0.25

(8) 診斷名 : (R/O) 1. Carcinoma peritonei

(9) 韓方辨證 : 氣滯濕阻

(10) 입원 당시 V/S : B.P. 140/80 mmHg, Pulse 104회/mins, Respiration 23회/mins, B.T. 36.8℃

(11) 性格, 食性, 吸煙, 飲酒 : 性格은

단적 검사로는 腹水 穿刺, 영상 진단, 복강경 검사등이 있다.³

진단적 복수 천자는 30cc-50cc정도 시행하며, 복수액의 생화학 검사, 세포 검사 및 세균 배양등의 검사를 시행하여야 한다. 생화학 검사상, 정상 복수의 백혈구 수는 250/L 미만이고, 복수에 염증이 생기면 백혈구 수는 증가하는데, 림프구가 현저한 백혈구의 증가는 결핵이나 복막암을 의심할 수 있다. 또한, 혈청-복수 알부민(Serum-ascites albumin gradient: SAAG)은 복수의 생성이 문맥 고혈압에 의한 것인지 아닌지를 구별하는 가장 중요한 검사이다. 문맥압 항진증에 의한 복수는 SAAG >1.1g/dl 이고, 복막 염증 혹은 악성 종양에 의한 복수는 SAAG <1.1g/dl이다. 한 환자에서도 그 복수의 원인이 복합적일 수 있는데, 즉 간경변증과 복막 결핵이나 암의 복막 전이에 의한 복수가 그 예이다.¹¹

영상 진단에 있어서 복부 초음파 검사와 CT는 복수의 원인이 문맥압의 상승에 의한 것인지 구분하는데 도움이 되나, 복막암을 찾는 데는 도움이 별로 되지 않는다.³

복강경 검사는 복수의 원인이 문맥압 항진에 의한 것이 아닌 경우나, 혼합 복수인 경우의 환자를 평가하는데 중요한 수단으로, 복막, 간, 복강내 림프절을 직접 관찰하고 조직 검사를 시행할 수 있다. 복막 결핵이나 암이 의심되지만, CT나 복수 세포진 검사에서 진단이 되지 않는 경우에 있어 유용하게 사용할 수 있다.³

복수의 양방적 치료에 있어서는, 문맥압 항진이 복수의 원인인 경우에는 대부분 염분 제한, 이뇨제의 사용으로 효과적으로 복수가 치료될 수 있다. 즉, 우선 3-4일간 침상 안정 및 식이 염분을 하루 400-800mg으로 제한하여야 한다.

어떤 환자는 침상 안정과 식이 염분의 제한만으로 복수가 호전되기도 한다. 복수가 염분 제한만으로 반응하지 않는 경우 이뇨제(spironolactone)를 사용하는데, 하루 100mg용량으로 시작하여 소변의 나트륨 농도의 증가를 통해 반영되는 aldosterone 길항 효과를 감시하면서 용량을 3일에 100mg씩 증량시킨다. 최고 하루 400mg까지 사용할 수 있으며 이뇨가 될 때까지 증량시킨다. 복수 치료의 목표는 복수와 말초 부종이 있을 때 하루 1.0kg/d 이상이 넘지 않도록 체중감소가 있고, 복수만 있을 때에는 1일 0.5kg/d 이상 초과하지 않도록 한다. 심한 복수와 호흡 장애가 있는 환자에서 복수가 이뇨제에 반응하지 않는 경우, 또는 이뇨제 부작용으로 사용할 수 없는 경우 복수 천자(4-6L)가 효과적이다. 그러나 복막 질환(복막 염증, 악성 종양등)이 원인인 경우에는 이뇨제 치료만으로 효과가 없고, 가장 단순하고 효과적인 치료는 반복 복수 천자이며, 결핵성 복막염인 경우는 항결핵제를 6개월정도 투여하고, 자발성 세균성 복막염인 경우에는 항생제 치료가 10일 정도 요구된다.³

복수를 한의학적으로 고찰하면, 脹滿, 鼓脹, 單腹脹 등에 이와 관련된 문헌적 기재가 있으며, 脹滿症이란 복부만 脹大하고, 面目四肢에는 부종이 없는 것을 칭하며 부종증은 음식을 常時와 같이 섭취하지만, 脹滿症은 脾氣가 極虛하므로 음식을 섭취하지 못한다고 하였다. 예컨대 脹滿의 병인에 관해, 內經에서는 <陰陽應相大論> “濁氣在上則生腹脹”, <至真要大論> “諸濕腫滿皆屬於脾”, <師云論>의 “胃中寒則腹脹” <五臟生成篇>의 “腹滿腹脹...是太陰陽明”, <藏氣法時論>의 “脾病者虛則腹滿”, <厥論>의 “少陰厥逆虛滿”, “厥陰厥逆虛滿”, <六元正紀

大論>의 “土鬱之發...民病心腹脹, 水鬱之發...民病腹滿”으로 나타나 있으며, 脈經에서는 胃中이 寒하면 脹滿症이 된다고 하였다. 傷寒論에서는 “傷寒腹滿語...此肝乘脾也. 太陰之爲病 腹滿而吐 下利清穀不可攻 表汗出必脹滿”으로 나타나 있고, 諸病源候論에서는 “脾不足則腹脹 腎有餘則腹脹 脾脹病者是脾虛爲風邪所乘”으로 기록되어 있다.¹²⁻¹⁴

張介賓은 縱酒無節, 多成水鼓라 하였으며, 陳言은 憂思, 寒暑風濕, 飲食飢飽, 朱震亨은 七情, 六淫, 飲食不節, 酒色過度, 肝, 脾, 腎虛등을 그 원인으로 보았다. 특히 醫門法律에서 “癥瘕, 積塊, 痞塊, 卽是脹病之根 日積月累 腹大如箕斗 是名單腹脹”云云함으로써 積聚 등과 복수형성 기전의 상호 연관성을 설명하였다.¹⁵

그 辨證에 있어서는 먼저 허실을 판별해야 하는데, 대개 초기에 臟腑의 正氣가 實할 때에는 治療上 標治를 해야 한다. 그 증상에 따라서 行氣, 消積, 逐水, 破瘀等法을 選用하여, 그 脹症을 소실시켜야 한다. 만약 實證이 漸少하며, 그에 따라 正氣가 虛해졌으면 養肝, 健脾, 益腎 等法으로 本治를 함이 마땅하다. 만성적인 久病으로 臟腑의 正氣가 損傷되고 邪氣가 壅塞하여 本虛標實하면 扶正攻邪하는 標本兼治法으로 施治하여야 한다.⁵

증례 1은 1998년 9월경 吐血, 黑色便 발하여 종합병원에서 위내시경, 복부초음파, 복부 CT상 C형간염, 간경화 진단 받았으며, 1999년 9월 8일에도 흑색변 발하면서 혈소판 2만이하로 저하되어 종합병원에서 수혈, 水液療法 치료받던 중, 1999년 9월 15일경 환자 腹脹滿인 지 복수 진단 받고, 이뇨제 (Aldacton 2T#2 P.O)복용하였으나 腹脹滿 증상 더욱 심해져서 腹脹滿, 食慾不振, 全身

少力, 心下痞를 主訴로 한방치료 받기 위해 입원하였다.

상기 환자는 主訴症 以外에도 客症으로 舌紅無苔, 脈沈弱, 午後 寒熱往來, 不眠, 頭痛 或은 腦鳴, 眩暈, 小便短赤하면서 殘尿感, 眼疲勞感, 口渴, 大便微難등의 증상을 보여, 標實本虛한 標-肝膽濕熱, 本-肝腎陰虛로 변증하였다.

이에 論者는 먼저 肝膽濕熱 治療하기 위해, 肝硬化方을 처방하면서 Aldacton(25mg)을 1T로 줄여 복용하도록 하였다.

肝硬化方은 肝疾患의 治療效果가 입증된 發汗利水, 清熱利濕, 退黃疸의 效能이 있는 茵陳^{6,8}과 健脾燥濕하는 白朮을 君으로 하여, 利水滲濕하는 車前子, 木通, 白茯苓, 補血하는 白芍藥, 當歸身, 肝脾 血分에 들어가 血脈을 통하게 하여 軟堅消積의 效能이 있어 肝脾腫大나 腹中の 瘀塊를 治療하는 鼈甲, 活血하는 桂枝, 清熱하는 柴胡, 消食理氣燥濕하는 山楂, 神麩, 枳殼, 半夏로 구성된 處方이다.⁹

10월 2일(입원 당시) 臍둘레 92cm, 中脘 둘레 86cm이던 것이 10월 3일부터 減少하기 시작하였으며, 10월 29일까지 臍 둘레 81cm, 中脘 둘레 79cm로 측정되었으며 환자의 자각적 腹脹滿感 완전히 소실되었으나 간헐적 心下痞 症狀은 남아있었다.

11월 17일부터, 全身少力, 食慾不振 症狀 및 肝腎陰虛 症狀을 치료하기 위해 六味地黃湯 加味方을 처방하였으며 이에 口渴, 眩暈, 頭痛, 眼疲勞感, 午後 寒熱往來, 小便短赤, 不眠 症狀은 호전되었으나 食慾不振, 全身少力 症狀은 微好轉된 채로 지속되었다.

결론적으로 10월 1일부터 12월 12일까지 총 복부 둘레는 臍 둘레 13cm (92→79), 中脘 둘레 7.8cm(86→78.2)

감소하였으며, 체중은 총 5.4 kg 감소하였다.

Lab Finding 소견상, CBC에 있어서 WBC는 2600→4700으로 호전되었고, Hb은 10으로 유지, 혈소판은 60000→40000으로 감소하였으나 입원당시 혈소판 수혈 직후라는 것을 감안한다면 20000이하로 떨어지지 않고 40000대를 유지하였다.

LFT에 있어서 Albumin은 3.32→3.62로 증가하여 거의 정상 수치에 가깝게 근접하였고, GOT, GPT에는 별다른 수치 변화가 없었으며, 전해질도 정상 소견을 보였다.

증례 2는 1998년 11月末 腹脹滿 인지하여 □□hosp에서 Abd CT상, (R/O) 위암 진단받고 입원 치료 권유 받았으나 refuse, 증상 점차 심하여 졌으나, 별 다른 치료없이 지내시다가 1999년 7月初 腹脹滿으로 인해, 氣促, 呼吸困難, 不得臥, 兩下肢 浮腫으로 인한 兩大腿外側 刺痛 발하여 1999년 8월 3일 한방치료 위해 ER 통해 self walking 으로 입원하여 본원 Abd-CT상 (R/O) Carcinoma peritonei 진단 받았다.

상기 환자는 입원 당시, EKG상에도 Anteroseptal infarction, Sinus tachycardia check되어 Myocardial Infarction 이나 호흡 곤란에 의한 sudden death 가능성이 warning되었으며, 氣滯濕阻로 辨證되어 五皮胃苓湯加味方이 처방되었다.

8월 3일(입원 당시) 臍 둘레 114.5cm, 中脘 둘레 114.5cm로 측정되었으며, 8월 9일까지 제둘레 6.5cm, 中脘 둘레 8.5cm 감소하여 不得臥에서 4시간 정도 누워서 수면을 취하게 되었으며, 氣促, 心下部 引痛, 腰痛, 兩大腿外側刺痛, 兩下肢 浮腫 증상이 모두 호전되었다.

8월 10일부터 소양인 체질방인 木通大安湯加味方으로 바꾸어 처방 하였으며, 복부 둘레는 지속적으로 감소되어 총 臍 둘레 10.5cm(114.5→104), 中脘 둘레 10.5cm(114.5→104)로 감소되었으나 확진 위한 Further Study(복수 천자, 복강경)위해 8월 15일 양방 hosp.로 transfer되었다.

증례 1에서는 양방 이뇨제에 반응하지 않는 간경화에 동반된 복수를, 증례 2에서는 복수 천자를 해야되는 복막 압종에서 생긴 복수를 한방 약물 치료와 침구 치료를 병행하여, 양호한 효과를 얻었다.

이러한 결과는 고의 논문에서도 복수를 동반한 알콜성 간질환 3례에서 淸肝解酒湯(生肝健脾湯 加味方)을 사용하여 복수가 소실된 레가 있었다.¹⁶

서양 의학적으로 복수를 치료할 때는 주로 spironolactone을 사용하는 데, 이는 오심, 상복부 동통 등의 소화 장애, 혈청 요산 수치를 상승시켜 급성 통풍 유발, 여성형 유방, 성기능장애, 고지혈증, 고혈당, 피부 발진등의 부작용을 유발할 수 있는데, 본 증례에서의 한방 약물 치료 및 침구 치료는 복수의 감소 뿐만 아니라, 전반적인 전신상태도 호전되었다.¹⁷

아울러 복수를 치료할 때 이뇨제의 과다한 사용으로 체중이 하루 1kg이상 감소시킬 경우에는 전해질 이상을 유발할 수 있는데, 치료 초기 1일 3kg 정도의 체중 변화가 발생하면서도 전해질 이상에 의한 임상 증상과 혈액 검사상의 이상 지표가 발생한 경우가 없는 것으로 알려져 이는 한약을 통하여 이뇨 작용이 이루어지는 경우는 한약 자체가 전해질 이온을 풍부하게 함유하고 있어서 이뇨 작용을 하면서도 전해질 이상을 유발하지 않는다고 한점과도 부합되었다.¹⁸

V. 結 論

이노제에 반응하지 않는 간경화에 동반된 복수와 복수 천자가 요구되는 복막 암종에 동반된 복수를 한방 약물 치료와 침구 치료를 병행하여 양호한 효과를 얻었다. 앞으로 복수를 主訴로 하는 환자의 치료에 있어서, 한약의 간에 대한 부정적인 선입견과 복수가 난치성 증상임에도 불구하고, 양방 치료와는 다른 扶正祛邪의 장점을 가지고 있으면서, 전해질 이상 등의 부작용을 유발하지 않으므로 지속적인 증례 연구가 이루어져야 할 것이다.

또한 복수를 한방적으로 치료하였을 때, 복수의 재발 여부와, 복수의 대부분의 원인을 차지하는 간경화의 경우에는 복수 호전도와 간기능 호전도의 상관성에 대한 연구가 이루어져야 할 것으로

사려된다.

VI. 參 考 文 獻

1. 해리슨 내과학. 초판. 서울:정담;1997, 1599-600, 1603-6.
2. Forbes, Jackson. 임상의학(colar atlas). 서울:한우리;1999,393-403.
3. Lawrence M. Tierney. 전국의과대학교수역. Current. 제 37판. 서울:한우리;1999,624-30, 725-30.
4. 申榮京. 腹脹滿 處方에 관한 文獻的 調査. 동서의학. 1986;12:46-59.
5. 전국한외과대학간계내과학교수공저. 간계내과학. 제2판. 서울:동양의학연구원;1992,95-106, 254-6, 268-71.
6. 李尙仁. 本草學. 서울:成輔社;1981,197, 278, 513.
7. 李尙仁. 한약임상응용. 서울:成輔社;1982,187, 199.
8. 禹弘楨. 인진과 같은이 d-galactosamine, 급성 alcohol중독 및 ccl4중독 백서의 간 손상에 미치는 영향. 대한한의학회지. 1993;18(1):411-26.
9. 전국한외과대학본초학교수 공저. 本草學. 초판. 서울:永林社;1992,149, 189, 578, 581, 602-3.
10. 李載熙. 圖說韓方診療要方. 제2판. 서울:醫學研究社;1993,584-5.
11. 김노경 (서울의대내과학교실편). 내과학. 제1판. 서울:고려의학;1998,101-3.
12. 楊維傑. 黃帝內經 素問 譯解. 서울:一中社;1991,43, 97, 201, 348, 610-2, 662.
13. 柳錦龍. 鼓脹의 病理에 관한 文獻的 考察. 대한 한의학 회지. 15(1):25-9.
14. 蔡仁植. 傷寒論譯註. 제6판. 서울:高文社;1991,197.
15. 張介賓. 景岳全書上. 제5판. 상해:상해과학기술포판社;1984,395.
16. 고흥. 腹水가 동반된 알코올성 肝疾患 患者 治驗 3例. 대한 한방 내과 학회지. 1999;20(1):263-73.
17. 이우주. 약리학 강의. 제4판. 서울:의학문회사;1998,378-9.
18. 孫孝洪. 中醫治療學原理. 成都:四川科學技術出版社;1999,421.