원인불명의 극심한 食慾不振을 호소한 고령 환자 치험례

정기용·하유군·백종우·최유경·김동우1·박종형·전찬용1*

경원대학교 인천한방병원 내과, 1: 경원대학교 한의과대학 내과학교실

Case of an Old-Age Patient with Ill-defined Severe Anorexia

Ki Yong Jung, Yu Chun Hsia, Jong Woo Baik, You Kyung Choi, Dong Woo Kim¹, Jong Hyung Park. Chan Yong Jun¹*

Department of Internal Medicine, Kyungwon University In-cheon Oriental Medical Hospital, 1: Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Kyungwon University

Anorexia is a common symptom in the elderly patients. Causes of anorexia in the elderly are very diverse and multifactorial. Causes include physiological changes associated with aging, mental disorders such as depression, anorexia tardive, dementia, medical diseases such as cancer(lung and gastrointestinal cancer), benign gastrointestinal disorders, cardiac disorders, pulmonary disease, thyroid disorders, infection. Medications such as digoxin, theophylline have also been implicated in the problem. No cause is found in about one quarter of patients. Management is directing at treating causes and providing nutritional support. In Oriental medicine, the appetite has close relation to Biwi. The main cause of anorexia is the insufficiency of Biwi. The physiology of Biwi is that Bi sends clarity(food essence) upward and Wi sends digested food downward. Specially if the physiologic function of Wi is disordered by various factors, Wi cannot send digested food downward. As a result, the anorexia can present by the disorder of Wi function. We experienced a case of an 74 years old female patient with ill-defined severe anorexia differentiated as Wijoongheohan. The patient was managed with fluid therapy and Jeonghyangsiche-tang. The anorexia and other symptoms improved continuously during hospitalization.

Key words: anorexia, elderly patients, Biwi(脾胃, Piwei), Wijoongheohan(胃中虚寒, Weizhongxuhan), Jeonghyangsichetang(丁香柿蒂湯, Dingxiangshichai-tang)

서 론

고령자의 식욕부진(anorexia)은 임상에서 매우 쉽게 접하는 증상으로 다양한 원인에 의해서 나타날 수 있다. 고령자의 경우 일반적으로 노화로 인한 생리적인 체내 변화로 인하여 식욕이 감소하는 생리적인 식욕부진(physiologic anorexia of aging)¹⁾이 있을 수 있으며, 많은 경우에서는 우울증(depression)과 같은 정 서적, 정신적 요인에 의해서 식욕부진이 발생하기도 한다²⁻⁶⁾. 아 울러 암(cancer), 위장관질환, 심장질환 및 갑상선질환(thyroid disorders)과 같은 내분비 대사질환, 감염 등의 기저질환 (underlying disease)과 디고신(digoxin), 테오필린(theophylline)

감소가 나타나기 쉽다⁴⁾. 이 경우 여러 질병에 대한 이환율 및 사 망률이 높아지므로 심각한 식욕부진의 경우 적극적인 처치가 요 구되는 것이다^{5,6)}. 한의학에서는 식욕부진을 不思飮食, 不思食, 不嗜食, 不能食, 惡食, 厭食, 納保 등으로 표현하고 있으며, 歷代醫家들은 脾胃氣虛,

등과 같은 약물의 부작용 등 여러 원인에 의해서 식욕부진이 발

생할 수 있다²⁻⁶⁾. 그러나 여러 검사에도 불구하고 약 1/4의 고령 환자에서는 그 원인을 찾을 수 없으며 심각한 영양장애와 체중

肝氣犯胃(肝鬱), 命門火衰, 胃陰不足, 飮食停滯(傷食) 등을 주된 원 인으로 제시하였으며, 이중 脾胃虛가 가장 많이 언급되었다^{7,8)}.

외국의 경우, 고령자의 체중감소와 함께 식욕부진에 대한 연 구가 이루어지고 있으나 국내의 경우 아직까지 이에 대한 체계 적인 연구가 거의 없으며, 한의계에서는 식욕부진에 대한 문헌적 고찰^{7,8)} 및 젊은 여성에서 나타난 신경성 식욕부진(anorexia nervosa)의 증례 보고^{9,10)}만 있을 뿐 고령자의 식욕부진에 대한

* 교신저자 : 전찬용, 서울시 송파구 송파동 20-8 경원대학교 서울한방병원

· E-mail: joncy@kyungwon.ac.kr, · Tel: 02-425-3456

·접수: 2007/09/28 ·채택: 2008/01/21

임상적 보고 및 고찰은 없었다.

이에 저자는 양방의 3차 의료기관에서 심각한 식욕부진에 대한 검사 및 치료를 받았으나 호전되지 않아 한방 2내과로 전원 된 74세 고령의 환자를 胃中虛寒으로 辨證하여 치료하였기에 고 령자의 식욕부진에 대한 간단한 고찰과 함께 그 증례를 보고하 는 바이다.

증 례

1. 이름(성별/나이) : 정 🛛 🖟 (女/74세)

2. 주소증

- 1) anorexia 厭食, 음식 섭취에 대한 욕구가 거의 없음.
- 2) nausea and vomiting 밥 냄새 맡으면 메슥거리고 음식을 먹으면 곧 뱉어내는 양상의 구토 증상
- 3) both lower extremities discomfort 아픈 것도 아니고 저린 것도 아니고 감각 이상도 아니고 단지 무릎 이하로 안절부절 못 하겠다고 호소함.
- 4) anxiety 과거 뇌경색에 대한 생각 때문에 중풍이 재발하거 나 큰 병이 아닐까 불안해 함
- 5) fatigue 기운이 없고 쉽게 피로하며 졸리고 하품을 자주함.
- 6) insomnia 잠들기 어렵고 숙면을 취하지 못함.

3. 발병일 및 발병동기

2005년 11월 28일, 過勞(時祭, 김장)로 힘든 상태에서 독감예 방주사 접종 후 이틀 뒤 발생

4. 과거력

1985년 한양대 병원에서 양슬관절 연골 손상으로 진단받고 4년간 medication함. 2002년부터 hypertension, hyperlipidemia 로 지속적 medication함. 2002년 2월 동인천 길병원에 peripheral vertigo로 입원 중 cerebral infarction(both PVWM) 으로 경원대 인천 한방병원 한방 2내과로 전원되어 입원 치료 받음. 평소 예민한 성격으로 불면으로 약 2년 전부터 간헐적으 로 수면제 복용함.

5. 현병력

상기 환자 현 74세 보통체격의 女患으로 時祭, 김장 등의 과로로 힘든 상태에서 독감예방주사 접종 후 이틀 뒤인 2005년 11월 28일 갑자기 상기 主訴 發하여 2005년 11월 28일-12월 7일까지 양방 3차 의료기관에 입원하여 상부소화기 및 colonoscopy상 정상소견 판정받고 특별한 확진 없이 오심, 식욕부진, 변비 등의 증상에 대한 대증치료를 받았으나 호전 없어 입원 기간 내내 식사를 거의 하지 못한 상태로 지속적 fluid therapy받던 중 적극적인 한방 치료받기 원하여 2005년 12월 8일 한방 2내과 외래 경유하여 wheel chair 상태로 입원함.

6. 가족력 : 別無

7. 사회력 : 음주, 흡연 - 無

8. 초진 소견

입원 당시 환자는 걷기 힘들 정도의 심한 generalized weakness로 wheel chair로 거동하는 상태로 심한 피로를 호소하 였다. 입원 당시 혈압은 140/80 mmHg, 맥박은 72회/분, 체온은 36.7℃이었고, 호흡은 정상이었으며 환자의 얼굴은 창백하고 광 택이 없었다. 물을 제외한 어떠한 음식도 먹지를 못했으며, 특히 밥 냄새에 대하여 심한 오심 증상을 나타냈고, 음식을 섭취하더 라도 잠시 후 뱉어내는 양상의 구토 증상을 나타냈다. 복통을 호 소하지는 않았고 음식의 경우 찬 음식보다는 따뜻한 음식을 선 호하였다. 대변의 경우 입원 전날 5일 만에 colonoscopy 검사 위 해 변비약 복용 후 배변하였으며, 평소 대변을 보기 힘들었다고 하였다. 口渴이나 口乾은 없고, 피부의 함몰이나 긴장도의 저하, 부종 등도 보이지 않았으며 腹診에서는 兩 天樞穴에 壓痛이 있 었다. 환자는 또한 兩 下肢의 불편감을 호소하였는데 아픈 것도 아니고 저린 것도 아니고 감각 이상도 아닌 무릎 이하로 안절부 절 못하겠다고 호소하였으며, 신경학적인 이학적 검진에서는 별 다른 이상을 발견하지 못했다. 환자는 평소 예민한 성격으로 불 면증으로 간헐적으로 수면제 복용하였는데, 입원 당시 淺眠을 호 소하였고 과거 뇌경색에 대한 생각 때문에 중풍이 재발하거나 큰 병이 아닐까 불안해하는 모습을 보였다. 아울러 양방의 독감주사 가 병의 원인이라는 믿음을 강하게 가지고 있어 양방 치료에 불 신을 보였다. 입원 당시 환자는 155 cm, 56 kg으로 평소 체중에서 1-2 kg 정도 줄었으며, 급격한 체중 감소는 보이지 않았다.

9. 한방적 진찰 소견

전신적인 소견; 少氣懶言, 身重, 怠惰嗜臥, 易疲勞

睡眠;淺眠

性格 ; 예민한 편

口渴(-), 口乾(-), 喜熱飲(+)

腹痛(-), 喜按(+); 통증없으나 복부 만지거나 따뜻하게 하는 것을 선호함.

嘔吐(+), 惡心(+), 消化不良(+), 大便難(+), 泄瀉(-)

小便;良好

寒熱; 畏寒(+), 發熱(-), 四肢冷(-)

面色;面蒼白無光澤

脈診;弱微滑

舌診;舌質淡白薄白苔,齒齦 약간

腹診;兩 天樞穴에 壓痛

10. 검사 소견

1) X-ray

(1) 2005-12-08

Chest PA: Cardiomegaly

Simple Abd.(erect/supine): Mildly paralytic ileus

(2) 2005-12-12

Simple Abd.(erect/supine): Slightly improved state of

paralytic ileus

2) Brain CT (2005-12-08)

Ischemia at both periventricular white matter and basal ganglia

3) Laboratory findings(2005-12-08) - 괄호; reference range CBC WBC($10^3/$ mm)(seg) 6.33(58)(4-10), RBC($10^6/$ mm) 3.59(4-6), HGB(g/d ℓ) 10.8(12-16)

HCT(%) 32.4(36-52)

BC T-pro/Alb(g/dl) 7.0/3.5(6.5-8.0/3.7-5.2), LDH/CPK(IU/L) 441/46(160-360/55-215)

Na/K/Cl(mEq/L) 137/3.5/96(135-145/3.5-5.5/98-110)
T-bilirubin, Alk, phosphatase, AST/ALT/rGT, amylase, BUN/Cr,
Ca/Phosphorus, T-chol/T.G./HDL-chol; within normal limits
UA within normal limits

11. 처치

- 1) 한방적 처치
- (1) Herb-medication (12/8-12/15(입원기간))
- ① 丁香柿蒂湯 1일 2첩을 달여 1회 120cc씩 하루 3회 투여 경원대 기본처방집 - 丁香, 柿蒂, 人蔘, 白茯苓, 陳皮, 良薑, 半夏 各 4 g, 甘草 8 g, 生薑 14 g
 - ② 健脾丸 1회 1丸을 하루 3회 투여

경원대 기본처방집 - 紫檀香, 蒼朮, 陳皮, 厚朴, 藿香, 玄胡索各 900 g, 良薑, 乾薑, 鷄內金, 大黃, 檳榔, 木香, 麥芽, 砂仁, 神麯 各 700 g, 肉荳蔲, 草豆蔲 各 164 g, 三稜, 蓬朮, 桂皮, 胡椒, 白豆蔲, 吳茱萸 各 300 g, 枳實, 丁香, 甘草 各 150 g, 龍腦, 薄荷腦 各 88 g, 香附子 856 g, 山查 600 g, 黑糖 1600 g, 重曹 900 g 蜜丸 彈子大.

- ③ Extract제재 酸棗仁湯 Ex.(경방신약) 8 g qd (hs)
- (2) Acupuncture Treatment ; 매일 하루 1회 20分 留鍼

 合谷, 太衝, 足三里, 內關, 公孫, 上脘, 中脘, 下脘, 天樞
- (3) Moxibustion Treatment(間接灸) ; 매일 하루 1차례 2회 시행- 中脘, 兩 天樞
- 2) 양방적 처치(동인천길병원 양방 내과 consultation)
- (1) Cafsol 500 ml(20 gtts/min)(I.V.) × 1 day
- (2) 5% D/S 1000 ml mix KCl 20 mEq(20 gtts/min)(I.V.) \times 5 days 5% D/W 1000 ml mix KCl 20 mEq(20 gtts/min)(I.V.) \times 5 days
- (3) Macperan 2 ml 1 amp.(I.V.)(bid) \times 5 days Tiropa 50 mg 1 amp.(I.V.)(bid) \times 5 days Cimetidine 1 amp.(I.V.)(bid) \times 5 days

12. 경과

환자 전원되기 전 양방 3차 의료기관에서 10일간 입원해서 상부소화기 및 colonoscopy 상 정상소견 판정받고 특별한 확진 없이 오심, 식욕부진, 변비 등의 증상에 대한 검사 및 대증치료를 받았으나 호전 없어 입원 기간 내내 식사를 거의 하지 못해 지속적 fluid therapy받던 병력이 있어, 간단한 기본 혈액 검사, 소변 검사 및 복부 X-ray(simple abd. E/S)만을 시행하였고 하지 증상과 함께 중풍에 대한 불안감을 가지고 있어 Brain CT를 함께 시

행하였다. 혈액 검사, 소변검사, Brain CT 상 별다른 이상 소견 보이지 않았으며 다만 복부 X-ray에서 mildly paralytic ileus 소 견이 보였다. 입원 날부터 胃中虛寒으로 辨證하여 丁香柿蒂湯을 하루 두 첩을 120 cc/pack로 3packs을 만들어 하루 3회 나누어 투약하였고 함께 健脾丸을 1회 1丸을 하루 3회 투약하였고 환자 의 불면과 불안을 치료하기 위해 수면 전 酸棗仁湯 Ex. 8 g을 투약 하였고 기본적인 oral intake가 poor한 상황이라 입원 후 fluid therapy를 6일간 시행하였고 뜸치료와 침치료도 지속하였다(Table 1). 아울러 환자와의 대화를 통해 환자 본인이 가지고 있는 병에 대한 잘못된 생각을 교정하고 불안감을 감소시키고자 하였다.

Table 1. Oriental and Western Medical Treatment during Hospitalization

Orienta	Medical Treatment	Western Medical Treatment		
Herb Medication	1) 丁香柿蒂湯 120 cc(tid) 2) 健脾丸 1 pill(tid) 3) 酸棗仁湯 Ex. 8 g(hs) (qd)	Fluid therapy	1) Cafsol 500 m(l.V.) \times 1 day 2) 5% D/S 1000 ml mix KCl 20 mEq(l.V.) \times 5 days 3) 5% D/W 1000 ml mix KCl 20 mEq(l.V.) \times 5 days	
Acupuncture	合谷, 太衝, 足三里, 內關, 公孫, 上脘, 中脘, 下脘, 天樞		Macperan 2 ml 1 amp.(I.V.)(bi Tiropa 50 mg 1 amp.(I.V.)(bi Cimetidine 1 amp.(I.V.)(bid	
Moxibustion	中脘, 兩 天樞			

입원 당일(12/8) 저염죽으로 diet를 시작하였는데 점심, 저녁 2회 죽을 먹자마자 뱉어내는 듯한 구토를 하였고 이러한 증상은 다음 날 점심까지 2회 더 계속되었다. 다행히 환자의 한약 복용 후 한약에 대한 구토는 없어 지속적인 치료가 가능하였고, 입원 다음 날(12/9) 저녁부터 죽 5숟가락 정도로 oral intake가 가능하게 되었다. 입원 기간 내내 점차적으로 음식 섭취량이 늘어났고 아울러 제반 증상들도 함께 좋아지기 시작하였다. 입원 일주일 뒤(12/15)에는 일반 밥을 평소의 70% 정도 섭취할 만큼 호전되었고 제반 증상도 거의 소실되어 환자 퇴원 원하여 자가 보행으로 12/15일 퇴원하였다(Table 2, Fig. 1). 퇴원 후 2주간의 통원 치료에서도 지속적인 호전을 보였다.

Table 2. Clinical Progress

		12/8	12/9	12/10	12/11	12/12	12/13	12/14	12/15
	breakfast	0	0	LSSD 5spoons	LSSD 5spoons	LSRD 1/2	LSRD 1/2	LSRD 1/2	LSRD 2/3
Diet*	lunch	0	0	LSSD 5spoons	small bowl noodles 1/2	LSRD 1/2	LSRD 1/3 +snack 2 times	LSRD 1/2	LSRD 2/3
	dinner	0	LSSD 5spoons	LSSD 5spoons	LSRD 1/2	LSRD 1/2	LSRD 1/2	LSRD 1/2	
Anore	Anorexia**(VAS)		7	7	5	5	5	3	3
Vomiting (times)		2	2	0	0	0	0	0	0
Nausea(VAS)		10	7	7	5	3	3	0	0
Defecation (times)		-	-	-	-	1	-	1	-
Fatigue(VAS)		10	8	6	6	6	5	3	3
Both L/E discomfort(VAS)		10	7	5	5	3	3	0	0
Anxiety(VAS)		10	8	6	5	3	3	0	0
	time(hour)	5	5	3	4	5	6	6	
Sleep	quality	bad	bad	bad	bad	not bad	not bad	good	

*Diet; normal diet volume = 1 bowl .**Anorexia; no sense of hunger and no desire to eat .VAS; visual analogue scale. LSSD; low salt soft diet, LSRD; low salt regular diet

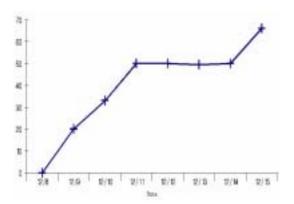


Fig. 1 Diet volume change by oral intake. normal diet volume a day - 100%

결론 및 고찰

고령자의 식욕부진(anorexia)은 임상에서 매우 쉽게 접하는 증상 중 하나이다. 문제는 고령자의 경우 식욕부진이 심해져 영양장애와 체중감소가 나타나기 쉽다는 것이다. 이 경우 여러 질환에 대한 이환율(morbidity) 및 사망률(mortality)이 높아진다고보고되고 있다^{5,6)}. 따라서 고령자의 경우 식욕부진에 대한 적극적인 처치가 중요하다. 외국의 경우, 고령자의 식욕부진과 체중감소에 대한 지속적인 연구가 이루어지고 있으나^{1-6,11,12,21)} 국내의경우 아직까지 이에 대한 체계적인 연구가 거의 없었으며, 한의계에서는 식욕부진에 대한 문헌적 고찰^{7,8)} 및 젊은 여성에서 나타난 신경성 식욕부진(anorexia nervosa)의 증례 보고^{9,10)}만 있을뿐 고령자의 식욕부진에 대한 임상적 보고 및 고찰은 없었다.

고령자의 경우는 기본적으로 노화(aging)와 관련해서 식욕부진이 나타나기 쉽다. Morley와 Silver는 노화와 관련하여 나타나는 고령자의 생리적인 식욕부진을 "anorexia of aging"라 명명하였다¹⁾. 이후 노화와 관련된 생리적인 식욕부진의 원인에 대한연구가 지속되었고 노화에 따른 맛(taste), 냄새(smell) 등의 감각저하, 위(stomach)의 저부(fundus)의 확장 능력의 감소로 인한이른 포만감(satiety), 노화에 따른 cholecystokinin의 증가, 고령의남자의 testosterone의 감소, 시상하부(hypothalamus) 내에서 여러 신경전달물질의 상호 작용으로 음식 섭취(food intake)와 에너지 균형(energy balance)을 가능케 하는 중추성 음식 섭취 시스템(the central feeding system)의 반응성 감소, 노화에 따른 염증으로 인한 cytokines의 증가 등이 그 원인으로 언급되고 있다^{3,5,11)}.

고령자에게 식욕부진은 매우 다양한 원인에 의해서 일어날수 있으므로, 위와 같은 고령자의 생리적인 특성에 대한 고려와함께 여러 원인들에 대한 세밀한 관찰이 요구된다. 그 중 하나가정서적, 정신적 요인에 의한 고령자의 식욕부진이다. 우울증 (depression)은 노인 환자의 식욕부진과 체중감소에 가장 주된원인이다^{3,5)}. 또한 고령의 환자에서도 신경성 식욕부진(anorexia nervosa)이 나타날 수 있는데 젊은 환자와 구별하여 'anorexia tardive'라고 하기도 하며 젊은 환자와 달리 음식 섭취에 대한 잘못된 인식보다는 우울 성향의 감정이 주된 양상이다^{2,6)}. 가장 빈번한 원인은 배우자 사망으로 인한 신경성 식욕부진이다¹²⁾. 아울러 우울증과함께 고령의 환자의 분노(anger), 불안(anxiety)의 감

정이 식욕을 떨어뜨린다는 연구 보고가 있다¹³⁾.

무엇보다도 기저질환에 대한 검토가 함께 이루어져야 한다. 폐와 위장관 등의 암(cancer), 십이지장궤양, 기능성 소화불량, 담석 중 등의 위장관질환, 울혈성 심부전 등의 심장 질환, 갑상선질환 (thyroid disorders)과 같은 내분비 대사질환, 감염 등의 기저질환 (underlying disease)으로 인한 식욕부진을 감별 진단해야 한다 1-6,14). 또한 디고신(digoxin), 테오필린(theophylline) 등과 같은 약물의 부작용에 의해서 나타나는 식욕부진도 함께 고려해야 한다²⁻⁶).

여러 원인들 중 몇몇의 원인들은 어느 정도 처치가 가능하여 식욕부진과 체중감소를 개선할 수 있다(Table 3). 그러나 여러원인들에 대한 다양한 고려에도 불구하고 식욕부진과 체중감소가나타나는 고령 환자의 약 1/4는 그 원인을 정확히 알 수 없다⁴⁾.

Table 3. MEALS-ON-WHEELS5(mnemoic for Reversible Causes of weight loss)

Medication(e.g. digoxin, theophyline, cemetidene) Emotional(e.g. depression) Alcoholism, elder abuse, anorexia tardive Late life paranoia Swallowing problems

Oral problems

Nasocomial infection(tuberculosis, clostridium difficile, helicobacter pylori)

Wandering and other dementia-related behaviors
Hyperthyroidism, Hypercalcemia, Hypoadrenalism, Hyperglycemia
Enteral problems
Eating problems
Low salt, low cholesteral, and other therapeutic diets
Stones(cholecystitis) and shopping problems

고령자의 식욕부진에 대한 진단은 기저질환이 의심될 경우 각 종 혈액 검사, 소변 검사, 위내시경, 대장내시경 등의 검사가 필요하며 이와 함께 고령 환자의 정신적, 정서적 상태에 대한 평가, 사회적·경제적 문제 등을 종합적으로 고려해야 한다^{2,4,6}).

고령자의 식욕부진의 치료는 먼저 원인을 정확히 진단한 후 그에 대한 처치가 중요하다. 지속적으로 환자의 음식 섭취가 안 될 경우, 수액요법, 비위관(Levin tube)으로 인한 섭취(tube feeding) 등을 고려해야 한다(Table 4)^{2,4)}. 아울러 megesterol acetate, ornithine oxoglutarate, cyprohepadine 등의 몇몇 식욕 촉진제(appetite stimulants)를 사용하기도 하나 고령 환자에서 이 약물들의 뚜렷한 효능은 아직까지 명백하지 않다^{2,4)}.

Table 4. Steps in the Management of Refusal to Eat2

1. Evaluate for:	Dysphagia		
	Dementia		
	Depression		
	Drugs		
	Disease(organic)		
	Decision(autonomous, self-destructive behavior)		
2. Treat underlying cause when possible			
3. Modify environment and behavior; try appetite stimulus			
4. Nutritional rehabilitation:	Regular food		
	Oral liquid supplementation		
	Tube feeding(according to medical, ethical, and		
	cultural considerations)		

한의학에서는 식욕부진을 不思飲食, 不思食, 不嗜食, 不能食, 惡食, 厭食, 納保 등으로 표현하고 있으며, 歷代醫家들은 脾胃氣虚, 肝氣犯胃(肝鬱), 命門火衰, 胃陰不足, 飲食停滯(傷食) 등을 주된 원인으로 제시하였으며, 이중 脾胃虚가 가장 많이 언급되었다 ^{7,8)}. 이는 脾主味하고 脾主運, 胃主納하므로 食慾을 직접적으로 담당하는 기관이 脾胃이기 때문이다. 다만 五臟의 생리상 肝의疏泄機能이 脾의 運化・升化機能을 돕고, 腎의 命門火는 脾土를溫陽하여 脾의 升淸하는 작용을 돕고, 肺의 肅降作用은 간접적으로 胃氣의 下降作用을 도와 消化와 食慾에 관여한다⁸⁾. 아울러 七情 또한 脾胃와 밀접한 관련을 갖는데 七情 中憂・思・怒와 脾胃病이 가장 밀접한 관련이 있다^{15,16)}.

脾와 胃의 생리작용은 脾主升淸, 胃主降濁으로 요약할 수 있는데, 脾主升淸은 脾의 運化機能으로 脾가 水穀精微를 心・肺로上注하는 작용을 말하며, 胃主降濁은 胃가 受納을 주관하여 입으로 들어온 음식물을 아래로 내려 보내 腐熟하고, 소화된 음식물 또한 小陽쪽으로 밀어내리는 작용을 말한다^{17,18)}. 脾胃의 병리상 태는 이러한 脾胃의 升降機轉에 이상이 생긴 것이다. 특히 胃氣의 通降作用은 지속적인 음식물의 受納을 전제조건으로 하는 까닭에 胃의 通降作用이 失常되면 식욕에 영향을 끼치게 되어 厭食, 納保 등의 식욕부진 증상이 나타나며 胃氣失降하여 胃氣가上逆하게 되면 惡心, 嘔吐, 噯氣, 酸腐 등의 증상이 나타난다¹⁷⁾. 특히 구토는 胃氣上逆에서 가장 혼한 증상이다¹⁸⁾. 이러한 胃의 병리적 기전에 대해서는 『靈樞・大或論』'胃氣逆上則胃脘寒,故不嗜食也', 『諸病源候論・五臟六腑病諸候』'胃氣不足,則飢而不受水穀,發泄嘔逆,是爲胃氣虛也,則宜補之' 등 비교적 이른시기의 문헌에서 언급하고 있다⁷⁾.

본 증례의 환자는 74세 고령의 여자 환자로 식욕부진, 구토, 오심, 兩 下肢의 불편감, 불안, 불면, 피로 등의 증상을 호소하는 원인을 알 수 없는 심각한 식욕부진을 주증상으로 하는 환자로 양방 3차 의료기관에서 기질적 이상을 발견하지 못한 환자였다.

환자의 증상 호소와 초진 진찰 결과인 不能食, 不思飮食, 消 化不良, 嘔吐(食入則土의 양상), 惡心, 少氣懶言, 身重, 怠惰嗜臥, 易疲勞, 面蒼白無光澤, 喜熱飲, 畏寒, 大便難, 脈弱微滑, 舌質淡白 薄白苔 齒齦 약간, 腹診 上 兩 天樞穴 壓痛 등을 통해 脾氣虛證, 胃氣虛證, 胃寒證, 胃氣上逆證이 같이 나타난 것으로 볼 수 있었 다^{19,20)}. 발병 정황을 고려해 과로(時祭, 김장)로 脾胃氣虛와 胃寒 이 발생하여 脾胃의 升降機轉에 문제가 발생하였고, 특히 胃主降 濁의 기전에 문제가 생겨 胃氣逆上의 증상이 함께 나타난 것으 로 사료되어 최종적으로 胃氣虛證과 胃寒證을 함께 고려하여 胃 中虛寒證으로 최종 辨證하였다. 이에 따라 溫中散寒, 下氣降逆의 효능이 있는 丁香柿蒂湯을 투여하였고, 胃氣가 不降하면 脾氣의 上升에도 영향을 미치게 되므로¹⁷⁾ 消積, 消食, 行滯, 溫中하는 健 脾丸을 보조적으로 투여하였다. 주소증 중 양 하지 쪽으로 아픈 것도 아니고 저린 것도 아니고 이상 감각도 아닌 무릎 이하로 안 절부절 못하겠다는 비전형적인 증상은 Brain CT 소견, 신경학적 이학적 검진 소견, 동인천길병원 신경과와의 협진을 통해 말초신 경병증, 하지불안증후군 등의 질환을 배제한 소견, 환자 개인의 병력(뇌중풍)과 최근 상황 등을 고려하였을 때, 심리적ㆍ정서적

불안정(七情傷)에 기인한 것으로 판단할 수 있었다. 아울러 최근 더 나빠진 수면 상태도 같은 경우로 판단할 수 있었다. 이러한 심리적 상태는 식욕에도 영향을 미쳐 더욱 증상을 악화시켰을 것이라 판단되었다. 따라서 환자와의 지속적인 대화를 통해 환자본인이 가지고 있는 병에 대한 잘못된 생각을 교정하여 불안감을 감소시키고자 하였고 수면 전 安神藥인 酸棗仁湯 Extract 8 g을 투약하였다. 아울러 해당되는 침치료와 뜸치료를 입원 기간동안 병행하였다(Table 1).

본 환자의 경우 급격한 체중감소가 없었고 양방 3차 의료기관의 검사를 비롯한 검사 결과에서 특별한 기절적 이상은 없었다. 다만 복부 X-ray에서 mildly paralytic ileus 소견이 보였다. 그러나 환자가 10일 이상 oral intake가 좋지 못했으므로 동인천 길병원 양방 내과에 진료 의뢰하여 fluid therapy와 대중 치료를 병행하였다(Table 1).

환자의 경과 평가는 음식 섭취량(diet volume)을 조사하고, 식욕부진(anorexia) 정도와 오심(nausea) 정도는 환자의 주관적 인 호소를 측정하여 식욕에 대한 연구에서 광범위하게 사용되는 VAS(Visual analogue scale)를 사용하였고²¹⁾ 구토와 배변의 경우 는 그 횟수를 측정하였다. 이와 함께 환자가 호소하고 있는 피로, 양 하지의 불편감, 불안감 등은 환자의 주관적 호소를 VAS를 이 용해 표현하였고, 수면의 경우 수면 시간을 측정하고 수면의 질 을 3단계로 평가(good, not bad, bad)하였다(Table 2). 식욕과 관 련된 증상 외의 호소 증상을 함께 평가한 것은 전신적인 환자의 상태 개선을 평가하는데 유용하리라 생각되었기 때문이다. 아울 러 고령의 환자군과 젊은 환자군에서 hunger, fullness, nausea, drowsy, calm, desire to eat의 항목을 VAS를 이용해 평가하고 이에 따른 food intake와의 상관성을 조사한 연구에서 각각의 항 목과 food intake사이에 유의성 있는 연관이 있는 것으로 보고된 바 있어²¹⁾, 식욕부진의 개선과 함께 동반되는 제반 증상들도 좋 아지리라 생각되어 함께 평가하였다.

입원 기간 환자는 한약 투약 후 점차적으로 oral intake가 좋아지기 시작했으며, 치료 후 일주일이 되는 퇴원 당일은 일반 밥을 평소의 70% 섭취할 정도로 호전되었다(Fig. 1). 이와 함께 오심과 구토 등의 胃氣가 逆上하는 증상들도 함께 개선이 되었다. 아울러 환자가 지속적으로 호소하였던 피로와 자꾸 졸립고 걷기힘들 정도로 기운이 없었던 증상도 개선되어 자가 보행을 할 정도로 회복되었다. 한약 복용 후 식사량이 점차 늘어나고 지속적인 면담을 통해 생각이 바뀌면서 환자가 회복에 대한 자신감을 갖게 되었고 그 결과 불안감, 兩 下肢의 불편감 및 수면 상태가 개선되었다(Table 2). 한방적인 진찰 소견에서는 畏寒, 喜熱飲의정도가 줄었으며, 蒼白했던 面色이 밝아졌고, 脈診 上 微弱했던 맥이 좀더 有力해졌으며, 腹診 上 兩 天樞의 압통이 줄어들었고, 舌診에서는 별다른 큰 변화를 보이지는 않았다. 퇴원 후 2주간의외래 통원치료에서도 지속적 호전을 보인 점에서 효과적인 치료였음을 확인할 수 있었다.

이 환자의 경우 원인 질환에 대한 검사에도 불구하고 특정한 원인을 찾을 수 없었던 상태로 정황 상 과로와 양방 병원 입원 후 여러 검사들로 인해 脾胃의 氣가 극도로 虛해져 식욕부진

의 증상이 극심해지지 않았나 생각한다. 아울러 특정 질병에 대해 환자 본인이 가지고 있는 불안과 독감주사로 인한 발병이라는 잘못된 믿음 등의 심리적 요인들이 증상을 더 악화시키지 않았나 생각한다. 심리적 요인과 관련해서 전형적인 우울증의 양상은 아니지만 어느 정도 고령자의 신경성 식욕부진인 'anorexia tardive' 및 한방의□□七情傷'과의 관련성을 추가적으로 함께 생각해 볼 수 있지 않을까 생각한다.

본 증례는 양방 3차 의료기관에 입원해서 검사 및 치료를 받았으나 호전되지 않은 고령 환자의 원인을 알 수 없는 극심한 식욕부진을 한의학적인 변증을 통해 치료하였다는 점에 그 의의가 있다고 사료되며 향후 고령자의 식욕부진에 대한 한의학적인 임상 보고 및 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

- 1. Morley, J.E., Silver, A.J. Anorexia in the elderly. Neurobiol Aging. 9: 9-16, 1988.
- 2. Marcus, E.L., Berry, E.M. Refusal to eat in the elderly. Nutrition Reviews. 56(6):163-171, 1998.
- Morley, J.E. Anorexia, body composition, and ageing. The Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic care. 4: 9-13, 2001.
- 4. Huffman, G.B. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. American Family Physician. 65(4):640-650, 2002.
- 5. Morley, J.E. Anorexia and weight loss in older persons. The Journals of Gerontology. 58A(2):131-137, 2003.
- 6. Gazewood, J.D., Mehr, D.R. Diagnosis and management of weight loss in the elderly. The Journal of Family Practice. 47(1):19-25, 1998.
- 7. 신현기, 류봉하, 박동원, 류기원, 장인규. 食慾不振에 對한 文獻的 考察. 대한한의학회지 8(1):82-87, 1987.
- 8. 최수덕, 원진희. 食慾不振에 對한 韓醫學的 考察 病因病理를 中心으로. 대한한의학회지 19(2):194-210, 1998.

- 9. 박귀영, 이상룡. 神經性 食慾不振 患者 1例에 對한 臨床的 硏究. 동의신경정신과학회지 6(1):115-119, 1995.
- 10. 유병찬, 김종원, 심재철, 김민상, 오병열, 이지영, 조현경, 최영, 김윤식, 설인찬. 신경성 식욕부진 유사 환자 1례에 대한 증례보고. 대한한방내과학회지 25(3):655-661, 2004.
- 11. Morley, J.E. Decreased food intake with aging. The Journals of Gerontology. 56A: 81-88, 2001.
- Inagaki, T., Horiguchi, J., Tsubouchi, K., Miyaoka, T., Uegaki, J., Seno, H. Late onset anorexia nervosa: Two cases reports. International Journal of Psychiatry in Medicine. 32: 91-95, 2002.
- Paquet, C., St. Arnaud McKenzie D., Kergoat, M.J. Ferland, G., Dube, L. Direct and indirect effects of everyday emotions on food intake of elderly patients in institutions. The Journal of Gerontology. 58A(2):153-158, 2003.
- Spiller, R.C. ABC of the upper gastrointestinal tract Anorexia, nausea, vomiting, and pain. British Medical Journal. 323: 1354-1357, 2001.
- 15. 박숙영, 문구, 문석재. 脾胃와 七情에 관한 文獻的 考察-東西 醫學의 比較-. 대한한의학회 13(1):140-151, 1992.
- 16. 강형욱. 脾胃와 神志에 관한 文獻的 考察. 동의신경정신과학 회지 1(2):100-108, 1990.
- 17. 김현희, 김완희. 脾主升淸 胃主降濁과 脾胃의 消化器能系統 과의 關係. 동의생리학회지 7(1):173-176, 1992.
- 18. 원진희, 문구, 문석재. 脾胃의 氣機升降의 生理·病理·治法에 대한 考察 및 臨床例. 한국전통의학지 7(2):108-115, 1997.
- 19. 대한한의사협회. 한국한의표준변증분류. 서울, p 36, 37, 2004.
- 20. 전국한의과대학 병리학교실 編. 한방병리학. 서울, 한의문화사, pp 359-364, 2001.
- 21. Parker, B.A., Strum, K., MacIntosh, C.G., Feinle, C., Horowitz, M., Chapman. Relation between food intake and visual analogue scale ratings of appetite and other sensations in healthy older and young subjects. European Journal of Clinical Nutrition. 58: 212-218, 2004.