

뇌출혈을 동반한 만성골수성백혈병 환자 1례에 대한 임상적 고찰

곽정진, 이영수, 최창원, 이강녕, 김희철
동신대학교 한의과대학 간계내과학교실

A Case of Chronic Myeloblastic Leukemia with Intracerebral Hemorrhage

Jeong-Jin Kwack, Young-Soo Lee, Chang-Won Choi, Gang-Nyoung Lee, Hee-Chul Kim

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dong-Shin University

Chronic Myeloblastic Leukemia(CML) is characterised by excessive production of neoplastic myeloid cell, reciprocal translocation between chromosome 9 and 22 called 'Philadelphia chromosome'.

This one case of CML with Intracerebral Hemorrhage(ICH) patient is thought of Kidney-Yin and Yang deficiency, by the first clinical symptoms, at admission. So the nourishing Yin and Tonifying kidney, warming and tonifying kidney-yang is used. After the increasing of WBC count, the nourishing Yin and Tonifying kidney, invigorating-Yin and reducing fire is used for treatment of the essence-of-life and blood deficiency, fever due to Yin deficiency.

Key Words: Chronic Myeloblastic Leukemia(CML), Intracerebral Hemorrhage(ICH)

I. 緒 論

백혈병이란 뚜렷한 원인 없이 혈액성분 중 비정상적인 백혈구의 증식으로 조혈기능의 장애와 여러 조직침윤을 특징으로 하는 조혈모세포들로부터 유래되는 악성종양이며 임상경과의 진행속도에 따라 급성 혹은 만성으로 나누며 세포의 기원에 따라 임파구성 혹은 골수성 백혈병으로 분류된다.^{1,6}

이 중 만성골수성백혈병(Chronic Myeloblastic Leukemia : CML)은 청장년층에서 주로 이환되며 피로, 권태, 발열감, 체중감소, 비장종대 등을 나타내는

질병으로 검사소견상 성숙된 골수구계 세포의 현저한 증가와 특이한 염색체 이상을 동반하게 된다.^{1,6}

한의학에서는 백혈병이란 병명은 사용되지 않았고, 다만 주요증상에 근거하여 '虛勞', '陰虛', '極虛' 등으로 辨證해 볼 수 있으며^{6,8} 《內經》^{20,21}에서의 "腎主骨, 骨者髓之附, 腎生骨髓"에 근거하여 치료는 主症을 중심으로 補腎爲主의 扶正固本하는 법을 사용하였다.^{6,8}

산업사회의 발전으로 환경공해와 화학물질로의 노출이 잦아지면서 백혈병에 대한 발병율이 갈수록 증가추세에 있으며 환자들의 연령의 고령화되고 새롭고 쉬운 진단법의 개발 등으로 만성백혈병에 대한 비율이 늘어나고 있다. 이러한 상황에서 동종골수이식법과 인터페론 등의 약물요법으로 백혈구수의 감소와 백혈병세포의 감소만을 목표로 하는 양방치료

· 접수 : 2002년 4월 29일 · 채택 : 2002년 7월 31일
· 교신저자 : 곽정진, 503-230 광주광역시 남구 월산동 377-12
동신대학교 부속 한방병원 간계내과학교실
(Tel : 062-350-7282, 016-680-3774, FAX : 062-366-1882, E-mail : kwackjj@hanmail.net)

에 대하여 환자 개개인의 체질에 맞추어 골수환경개선과 주요증상의 완화에 대한 한방치료에 관심이 높아지고 있는 실정이다.

이에 저자는 2001년 2월 12일부터 동신대학교 부속광주한방병원에 입원한 뇌출혈을 동반한 CML 환자 1례에 대하여 한의학적인 辨證施治에 입각한 치료에서 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 성명 (성별/나이): 정 ○ ○ (M/57)

2. 진단명 : ICH on Rt basal ganglia

Chronic Myeloblastic Leukemia(CML)

3. 주소증 : Lt hemiplegia (上下 Gr I/II)

Dysphasia Gr sl

左上下肢 強直

疲勞感

顔面微紅潮

4. 발생시기(on set) : 1999년 12월 8일

5. 가족력 : 別無所見

6. 기왕력 : 1999. 12. 8 IMP) ICH on Rt basal ganglia, R/O) AVM(arteriovenous malformation)으로 조대Hosp.에서 OP(Crani ectomy, Hematoma evaluation)

7. 현병력 : 현 57세의 급한 성격의 少陽人型 男患으로 평소 嗜好飲酒, 嗜好吸煙 해 오심. 상기 환자는 1999. 12. 8 上記 C/C 發하여 당일 조대병원에서 Brain OP하시고 2000. 1. 13까지 조대병원에서 입원 치료 후 본원에서 2000. 1. 13부터 2000. 4. 13까지 입원치료 후 퇴원하셨다가 2001. 2. 12부터 본원에서 재입원하시어 치료 중이심.

8. 검사소견

① 입원당시 vital sign : BP 130/80mmHg, T.P.R 36.6℃/ 76/ 20

② EKG : complete Lt BBB

③ X-ray(Chest) : Hypertensive heart disease, Bronchitis

④ Brain CT : ICH on Rt basal ganglia

⑤ 韓方四診 : 面色紅潮, 舌紅少苔, 脈細澁無力

9. 혈액 및 골수 검사소견

① Chromosome Analysis Report

검시일시	2001. 1. 19	2001. 7. 2
Specimen	Peripheral Blood	Bone Marrow
Karyotype	46,XY,t(9;22)(q34.1;q11.2)(q34.1;q11.2)[10]	46,XY,t(9;22)(q34.1;q11.2)[8]/46,XY[12]
Comment	말초혈액의 단핵구세포를 배양하여 염색체 검사를 시행한 결과 10개의 분열세포 모두에서 Philadelphia chromosome이 관찰되었다.	의뢰된 골수검체를 배양하여 염색체 검사를 실시한 결과 관찰된 20개의 분열세포 중 8개에서 Philadelphia chromosome이 관찰되었고 12개의 세포는 정상 핵형이었다

② CBC (Complete Blood cell Count)

날짜	2.12	3.5	3.26	4.2	4.19	5.4	5.22	6.1	6.2
WBC	10.9	8.9	13.9	15.9	13.9	10.4	12	38.7	36.5
LYM	21	16	18	15	17	16	21	11	9
RBC	3.46	3.59	3.79	3.66	3.63	3.77	3.82	4.45	3.98
HGB	11.7	12.6	14.5	12.8	12.1	11.6	13.6	14.6	13.5
HCT	33.5	35.6	38.6	37.3	36.7	38.3	38.3	44.6	39.7
PLT	415	657	445	592	440	360	405	519	511

날짜	6.8	6.15	6.22	6.29	7.6	7.26	9.17	Normal	단위
WBC	48.2	29.4	25.4	14.4	8.3	10.6	7.7	4-10	10 ⁹ /μL
LYM	10	10	13	17	23	21	22	20-45	%
RBC	4.14	4.04	3.75	3.73	3.54	4.08	4.24	3.8-6.2	10 ¹² /μL
HGB	14.2	14	13.8	14	12.8	11.8	13.8	12-18	g/dL
HCT	41.3	40.5	37.5	38	35.9	41.3	43.5	37-54	%
PLT	528	459	441	328	336	369	384	150-450	10 ⁹ /μL

③ Blood Morphology

검시일시	2001. 4. 3	2001. 6. 2
RBC	normocytic normochromic anisocytosis(+), poikilocytosis(-), polychromasia(-)	normocytic normochromic anisocytosis(+), poikilocytosis(+), polychromasia(-)
WBC	increased in number promyelocyte 6%, myelocyte 8%	increased in number promyelocyte 2%, myelocyte 18%, metamyelocyte 17%
Plateletes	increased in number giant plateletes(-)	increased in number giant plateletes(-)

8. 양방치료* (Self ; 조선대학교 병원)

발핀연질캡셀¹⁾ (Valpronic acid) 250mg 2T # 2

- 가스피로³⁾ (Cianocobalamin) 1T # 3
- 다이놀정³⁾ (Disodium etidronate) 1T # 3
- 애드칼⁴⁾ (Calcium carbonate) 1T # 2
- 마그밀정⁵⁾ (Magnesium hydroxide) 1T # 3
- 애나폰⁶⁾ (Amytryptiline HCl) 10mg 1T # 2
- 하이드리아⁷⁾ (Hydroxyurea) 500mg 1T # 1
- 페리놀⁸⁾ 1.5mg 2T # 1

- 1) 간질, 부분발작과 간질에 뒤따르는 성격, 행동장애의 예방과 치료.
- 2) 위염 또는 위절제에 의한 소화이상증상의 개선, 식욕부진, 소화불량
- 3) 뼈의 파제트씨 병(변형성 골염)의 치료, 이상부위의 골화의 예방 및 치료.
- 4) 칼슘결핍 및 기타 칼슘보급을 필요로 하는 경우.
- 5) 위, 십이지장궤양, 위염, 위산과다시 제산작용 및 증상의 개선, 변비.
- 6) 우울증, 우울상태, 야뇨증.
- 7) 흑색종, 내성이 있는 만성 골수성 백혈병, 재발성 전이성 또는 수술이 불가능한 난소암, 방사선 요법과 병행하여 입술을 제외한 두부 및 경부의 유평피암의 국소치료.
- 8) 정신분열증, 조증, 정신병적 장애의 증상

9. 한방치료¹⁰⁻¹³⁾

1) 침구치료

鍼治療：百會⁹⁾, 曲池¹⁰⁾, 外關¹¹⁾, 合谷¹²⁾, 足三里¹³⁾, 懸鐘¹⁴⁾, 太衝¹⁵⁾

溫鍼治療：關元¹⁶⁾, 氣海¹⁷⁾

灸治療：關元, 氣海

2) 附缸治療

乾附缸 (腰背部)

- 9) 熄肝風, 潛肝陽, 清神志, 回陽固脫, 舉陽氣下陷, 清熱開竅
- 10) 疏邪熱, 利關節, 祛風濕, 調氣血
- 11) 祛六淫表邪, 疏三焦壅熱, 通經絡氣滯, 疎風解表
- 12) 發表解熱, 疎風解表, 清泄肺氣, 通降腸胃, 鎮痛安神, 通經活絡
- 13) 理脾胃, 調中氣, 和腸消滯, 疎風化濕, 通調經絡, 調和氣血, 扶正培元, 祛邪防病, 強健脾胃
- 14) 泄膽火, 清髓熱, 驅經絡風濕
- 15) 清熄肝火肝陽, 疏泄下焦濕熱, 舒肝理氣, 通絡活血
- 16) 培腎固本, 補益元氣, 回陽固脫, 溫調血, 實情宮, 祛除寒濕陰冷, 分清別濁, 調元散邪
- 17) 調氣益元, 培腎補虛, 和營血而經帶, 溫下焦, 祛濕振陽固精

3) 韓藥治療

投藥期間	處方 및 加減
2001.2.12	加味地黃湯(熟地黃 16g 黃芪 蜜炙 白朮 山藥
- 2001.3.23	山茱萸 元肉 各 8g 當歸 牡丹皮 澤瀉 白茯苓 杜虫 巴戟 枸杞子 五味子 各 4g 人蔘 炙甘草 各 2g) 加 鎖陽, 兔絲子, 黃精 各 4g
2001.3.24	濟川煎(當歸 12g 肉從蓉 牛膝 8g 澤瀉 6g
- 2001.3.29	升麻 枳殼 2g)
2001.3.30	加味四六湯(熟地黃 山藥 8g 山茱萸 牡丹皮 澤瀉 當歸 川芎 白芍藥 牛膝 續斷 木瓜 杜虫炒 破故紙 各 6g 狗脊 砂仁 陳皮 4g 甘草 2g) 加 麻子仁 大黃酒蒸 各 4g
- 2001.4.2	
2001.4.3	三一腎氣丸(熟地黃 生乾地黃 山藥 各 8g
- 2001.5.29	山茱萸 牡丹皮 白茯苓 澤瀉 鎖陽 龜板 各 6g 牛膝 枸杞子 人蔘 麥門冬 天門冬 各 4g 知母 鹽酒炒 黃柏鹽酒炒 五味子 肉桂 各 2g) 加 麻子仁 大黃酒蒸 厚朴 枳實 各 4g
2001.5.30	固真陰子(熟地黃 6g 山藥 人蔘 當歸 黃芪 蜜炙 黃柏鹽酒炒 各 4g 陳皮 白茯苓 杜虫炒
- 2001.6.4	炙甘草 各 3g 白朮 澤瀉 山茱萸 破故紙炒各 2g 五味子 十粒)
2001.6.5	加味地黃湯(熟地黃 16g 黃芪 蜜炙 白朮
- 2001.6.11	山藥 山茱萸 元肉 各 8g 當歸 牡丹皮 澤瀉 白茯苓 杜虫 巴戟 枸杞子 五味子 各 4g 人蔘 炙甘草 各 2g)
2001.6.12	三一腎氣丸(熟地黃 生乾地黃 山藥 各 8g
- 2001.9.17	山茱萸 牡丹皮 白茯苓 澤瀉 鎖陽 龜板 各 6g 牛膝 枸杞子 人蔘 麥門冬 天門冬 各 4g 知母 鹽酒炒 黃柏鹽酒炒 五味子 肉桂 各 2g)

Ⅲ. 고찰

백혈병이란 조혈모세포들로부터 유래되는 암으로서 이들 조혈모세포들은 골수에서 증식되어 나중에는 말초혈액, 비장, 임파절 등으로 퍼져나가게 된다. 일차적으로 임파절에서 발생하여 말초혈액과 골수로 파급되어 백혈병 단계까지 진행하는 림프종과는 구별된다.^{1,6)}

Leukemia라는 용어는 Virchow가 처음 사용했던 말로 순환혈액에 백혈구가 많이 증식하여서 적혈구와의 비가 정상과 반대로 바뀌는 경향을 표현하기 위한 것이다.²⁾ 백혈병은 이를 유발시킨 백혈세포의 형태와 성숙도에 근거하여 분류된다. 급성백혈병은 미성숙 모세포의 출현과 급격히 경과가 나빠지는 것

을 특징으로 하는 반면 만성백혈병은 적어도 처음에는 성숙된 백혈구와 비교적 완만한 경과를 보인다.²

만성골수성백혈병은 골수구계 세포가 과잉 생산되는 것을 특징으로 하는 골수증식성 질환이다. 이들 골수구계 세포는 분화할 능력을 가지고 있으며 초기에는 정상 골수기능이 유지된다. 이 질환은 보통 수년간은 안정적으로 유지되나 이후에는 보다 뚜렷한 악성질환으로 변환된다.¹

여러가지 형의 백혈병은 연령에 따라 그 발생빈도에 차이가 있다. 출생 후 5년간 백혈병의 발생률이 가장 높으며 20세 까지는 대부분이 급성이며 특히 급성림파성백혈병은 소아에 많다. 20세 이후부터 45세까지는 만성골수성백혈병(발병시 중앙 연령 42세)¹이 가장 많고 45세 이후에는 만성림파성백혈병이 많이 발생한다.⁸ 모든 형의 백혈병은 남성에 약간 많다.⁸

한국에서의 통계(3000명)에 의하면 만성백혈병 13%를 차지하고 있으며 이 중 골수성은 95%, 림파성은 5%이었는데 이는 미국이나 서구의 발생빈도와는 어느 정도 차이가 있다는 보고이다. 청장년에 있어서 만성골수성이 가장 많았고 노인의 경우 만성림파성백혈병이 가장 많이 나타났다.⁸

확실한 원인은 불명이나 몇가지 인자가 추정되는데 가장 의심되는 것은 방사선으로 방사선을 취급하는 의사나 기사 또는 치료조사를 받는 환자, 일본의 원폭 피폭자에서 백혈병의 발생빈도가 높으며 이 발생률은 피폭량과 깊은 관계가 있다.^{3,8} 다음은 화학물질로 Benzen에 접촉한 사람에서 백혈병이 발생했다는 증거가 많으며 chloramphenicol, phenylbutazone, arsenic 등의 약제도 급만성골수성백혈병의 발생관여 인자로 인정되고 있다.⁸ 또한 최근 virus에 의한 발생 가능성이 생각되어지고 있는데 특히 종양원성 바이러스(oncogenic virus)와 깊은 관계가 있는 것이 확인되고 있다.⁸ 어떤 증례에서는 유전적 영향이 시사되고 있는데 21번째 염색체의 상염색체를 특징으로 하는 Down 증후군 환자에서는 정상 소아에 비해 3배 이상의 빈도로 급성골수성백혈병이 발생한다.⁸ 선천적 요인으로는 일란성 쌍생아에서(백혈병이 생후 1년

이내 발생한 경우)^{3,8} 급성백혈병의 발생빈도가 훨씬 높으며 염색체의 불안정성(chromosomal instability)과 관련된 선천성 질환인 Fanconi's anemia(가족성 무형성빈혈) 등에서도 발생률이 높다.^{3,8}

임상증상으로는 대개 빈혈의 정도가 경하여 疲勞, 倦怠, 夜間發汗과 發熱(백혈구 과잉 생산에 의한 과대사 상태와 관련이 있는) 體重減少 등이 나타나며 다른 경우에는 비종대에 의한 복부팽만감을 호소하기도 하고 드물게 시각장애, 두통, 호흡곤란 또는 음경강직증 등 백혈구저류증(leukostasis)과 관련된 임상증후군을 보이는데 이런 경우 백혈구수는 보통 500,000/mm³ 이상이다.¹ 신체검사상 비장은 종대되어 있으며(90% 이상)³ 흉골압통이 골수과팽창으로 관찰될 수 있다.¹ 대체로 급성에 비하여 증상이 가볍다. 가속기에는 때때로 감염이 없는데도 열이 있거나 뼈 통증 및 비종대 등이 동반된다.¹

검사실 소견은 만성골수성백혈병의 두드러진 특징인 백혈구증다증이 보이는데 대개 진단시 중앙 백혈구수는 150,000/mm³이다.¹ 말초혈액에서는 특징적인 소견이 보이는데 백혈구계 세포들은 성숙된 세포들이 주가 되며 각 단계 세포들이 모두 관찰된다. 모세포는 대개 5% 미만이며 과립구 중 호염기구증가가 관찰될 수 있다.¹ 혈색소량은 경도 내지 중등도의 감소(8-10g/dl)를 나타내며 혈소판은 진단시 자주 증가(50%)되어 있거나 정상이며 야구성발증이 없으면 심한 혈소판감소가 나타나는 일은 드물다.⁸ 골수에서는 과립구계의 현저한 증식을 나타내고 거핵구계도 증가되어 있다.⁸

필라델피아 염색체는 CML의 가장 두드러지는 특징인데 9번 염색체에 존재하는 Abelson(abl) 원종양 유전자가 22번 염색체의 breakpoint cluster region(bcr)에 전이되어 bcr-abl이라고 하는 융합유전자를 이룬 것을 가리킨다.³ 약 5%의 만성골수성백혈병 환자에서는 필라델피아 염색체가 관찰되지 않는다. 광학현미경 수준에서는 특징적인 핵형 이상이 발견되지 않더라도 분자유전학적 검사를 시행하면 abl이 22q로 전좌된 것을 관찰할 수 있다. 필라델피아 염색체 음성 질환은 예후가 불량하다.¹

치료는¹ 백혈구수가 200,000/mm³을 넘더라도 대부분의 순환세포는 원시백혈병 모구보다 작고 변형이 자유로운 성숙된 골수구계 세포들이기 때문에 응급 치료는 보통 필요하지 않다. 드물게 극심한 과백혈구 증다증 때문에 증상(음경강직, 두통, 호흡곤란, 시각 장애, 의식상태 변화 등)이 발생하는 경우에는 백혈구 분반술을 골수억제 요법과 함께 응급시행하여야 한다. 표준치료는 하이드록시유레아를 투여하는 것이다. 초기 용량은 보통 1일 2-4g 경구투여하고 이 약을 중단하면 수일안에 백혈구 수가 증가되기 때문에 중단없이 투여하여야 한다. 유전자 재조합 알파 인터페론이 최선의 초기 치료로 대체될 수 있으며 만성기의 기간과 전체생존율을 모두 증가시킬 수 있다. 만성기의 골수억제요법은 반응이 만족스럽기는 해도 이 치료는 단지 질병을 완화시킬 뿐이다. 동종골수이식은 만성골수성백혈병 환자에게 가용한 유일한 완치의 수단이다. 조직적합성항원이 일치하는 골수공여자를 찾아내는 것이 중요하므로 모든 형제자매들을 대상으로 조직적합성항원 형별검사(HLA typing)를 실시한다. 만성기에서 조직적합성항원이 일치하는 형제로부터 동종골수이식을 받은 환자들의 50-70%가 장기간의 무병생존을 나타냈다. 이처럼 양호한 치료성적은 처음 진단 후 1년 안에 이식받는 환자들에서 가능하다. 골수이식 후 재발하는 만성골수성백혈병 환자들에서는 골수공여자의 T 림프구를 주입해 주는 면역요법으로 장기간 지속되는 관해를 유도할 수 있다. 가속기에 이식된 환자들은 좀 더 나쁜 예후를 보였으며 모세포성기에 이식한 환자들은 10% 이하의 치유를 보였다. HLA 일치 형체공여자가 없는 젊은 환자들은 알파인터페론으로 치료하며 세포유전상 반응이 없으면 HLA 일치 비혈연간 동종골수이식을 고려해야 한다. 만성골수성백혈병의 만성기에 있는 환자의 일반적인 치료목적은 골수성 조절을 감소시킴으로써 질병과 증상을 조절하는 데 있다. 많은 화학요법약물들로 이러한 목적을 이룰 수 있으나 어떠한 약물도 필라델피아 염색체-양성클론에 선택적으로 작용하지 못한다.

만성골수성백혈병의 가장 흔한 사인은 아구성발증

(blastic crisis)이다. 이것은 말초혈액과 골수에 골수아구나 임파아구가 급격히 출현하여 급성기로 악성 전환(malignant transformation)하는 것인데 아구성발증이 출현하면 임상증상과 혈액소견이 급성골수성백혈병과 유사하게 나타나게 되고(모세포가 골수세포의 30% 이상일 때) 치료에 반응이 없으며 예후가 불량해져 3개월 이내에 사망하게 된다.⁸ 만성골수성백혈병은 평균생존기간은 3년이다.⁸

한의학에서 '백혈병'이라는 병명은 없지만 주요증상인 피로, 권태, 발열 등의 증후에 관한 기록을 역대 문헌에서 찾아보면 '虛勞', '陰虛', '極虛' 등의 범주에 속한다고^{6*} 할 수 있으며 근대 국내에서도朴⁷은 만성골수성백혈병을 예후가 불량하고 난치에 속하는 '極虛症'으로 보아야 한다고 하였다.

《黃帝內經》에서 《宣明五氣篇》²⁰, 《九鍼論》²¹에서 "腎主骨"이라 하였고 《脈要精微論》²⁰에서는 "骨者髓之附", 《陰陽應象大論》²⁰에서 "腎生骨髓", 《逆調論》²⁰에서 "腎者水也, 而生於骨, 腎不生, 則髓不能滿"라고 하였고 《五常政大論》²⁰에서는 "腎養骨髓"라고 하였다. 이는腎과骨髓가 밀접한 관계가 있으며腎의 기능이 원활해져야 골수가 충만된다는 것을 의미한다.

張²²은 "眞陰腎水不足, 不能滋溉營衛, 漸至衰羸, 或虛熱往來, 自汗盜汗, 或神不守舍, 血不歸原, 或勞損傷陰, 或遺淋不禁, 或氣虛昏, 或眼花耳聾, 或口燥舌乾, 或腰痠腿軟.....腎之元陰."라 하여腎수가 부족하면 여러 증상이 발생할 수 있다고 하였고 張²³은 "然眞陰所居, 惟腎爲主....所以腎爲五臟之本. 故腎水虧, 則肝失所滋而血燥生 腎水虧, 則水不歸原而脾痰起; 腎水虧, 則心腎不交而神色敗, 腎水虧, 則盜傷肺氣而喘咳頻; 腎水虧, 則孤陽無主而虛火熾.", "陰虛者多熱, 以水不濟火, 而陰虛生熱也.", "陰虛者, 多熱以水不濟火而陰虛生熱也. 此病多得於酒色嗜慾, 或憤怒邪思流蕩狂勞, 以動五臟之火, 而先天元陰不足者, 久多此病. 凡患虛損而多熱多燥, 不宜熱食者, 便是陰虛之候, 欲滋其陰, 惟宜甘涼酸靜之物. 凡陰中火者, 大忌辛溫之品. 蓋恐陽狂則, 陰愈消, 熱增則水益涸耳. 然陰虛者, 因其水虧而水虧者, 又忌寒涼, 蓋若劣之流斷非資補之物, 其有火盛之甚, 不得不從清涼者, 亦當兼壯水之劑, 相機間用

而可止, 則止以防其敗斯, 得滋補之大法.”라 하여 腎水가 不足하여 생기는 癸反증상과 치법에 대하여 설명하였는데 陰虛生熱하면 壯水之劑로 滋補하라고 했다. 龔²⁴은 “虛勞者, 陰虛而相火動也.”라 하여 滋陰降火하는 치법을 사용하라고 하였다.

백혈병의 발병원리는 正氣가 不足한 상태에서 毒邪의 侵襲을 받아 甚한 正虛邪盛으로 인해 病邪가 入裏하여 營陰을 傷하고 陰精을 受損하여 骨髓을 傷하여 造혈기능을 파괴하여 발생하는데 만약 內熱이 薰蒸하면 陰虛生內熱하고 血熱妄行하여 上溢하면 衄血, 齒血, 吐血 등을 야기하고 下溢하면 造血 便血 崩漏不止 등이 되며 肌膚粘膜으로 妄行하면 瘀斑이 된다. 病程이 稍久하면 氣血이 大虧하고 氣滯血瘀하며 脈絡이 瘀滯되어 脇下에 積塊가 形成되고 元氣가 不足하고 外衛가 不固하면 쉽게 外邪가 侵入하여 高熱과 함께 病程이 加重되면서 출혈하고 만약 邪毒이 衰退하면 正氣가 점차 回復되어 病勢가 寬解된다.⁸

좀 더 구체적인 변증을 살펴보면 중국에서는 氣滯血瘀型, 正虛瘀結型, 熱毒熾盛型으로 分類하였고 14 국내에서는 氣不攝血, 陽虛瘀斑, 血瘀內阻, 陰虛血熱, 邪盛出血 등으로 구분하였다.^{8,15}

특히 陰虛血熱의 症狀은 午後發熱이나 夜間潮熱 五心煩熱 頭痛 或 盜汗이나 遺精 등의 陰虛生內熱의 증후가 나타나고 舌質은 紅絳하며 舌苔剝落하고 細數脈이 나타난다. 或 血熱로 皮膚瘀斑이나 衄血, 衄血을 나타내기도 한다. 治法은 滋陰降火 涼血止血으로 知柏地黃丸이나 左歸飲, 滋陰降火湯, 大補陰丸 등을 使用한다.⁸

상기 환자는 현 57세의 少陽人型 남환으로 1999.12.8 외출 후 귀가하던 중 ‘Dysphasia, Drowsy mental state 발생하여 조대병원 ER로 옮겨진 후 ICH on Rt basal ganglia, Chronic Myeloblastic Leukemia(CML) 진단 받으시고 당일 Brain OP 하신 후 조대병원 신경외과에서 입원치료 중에 1999.12.21 CML 진단 받으시고 내과에서 치료하시다가 2000.1.13 부터 2000.4.13 까지 본원에서 재활치료 받으시던 중 2000.4.13 오후 7시경 갑자기 Seizure attack 으로 다시 조대병원 Transfer 되셨었고 재활치료와 더

불어 CML 치료로는 Interferon 500만 unit inj. 받아오셨고 2001.2.12 까지 조대병원에서 치료 받으셨다.

2001.2.12 본원 재입원시 상태는 Lt hemiplegia (上下 Gr I/II), Dysphasia Gr sl, 左上下肢 強直, 步行不利, 疲勞感, 肌膚瘦瘠, 嗜眠 등이었고 당시 LAB 소견은 WBC 10.9, LYM 21, RBC 3.46, HGB 11.7, HCT 33.5, PLT 415 등이었다. 양방치료로는 본원으로 전원되면서 Interferon 치료에서 PO med로 바뀌었고 한방치료는 針灸治療와 附缸, 溫灸治療를 매일 1회 시행하였다. 舌淡少苔, 脈細無力하여 ‘虛’의 範疇에서 腎陰, 腎陽의 不足으로 判斷하고 處方을 ‘加味地黃湯’에 鎖陽, 兔絲子, 黃精을 加하여 투여하였는데 환자는 재 활치료시 피로감과 이로 인한 嗜眠症狀은 줄어들었으나 左上下肢의 운동능력과 강직은 크게 변한 것이 없었다. 2001.3.5일 LAB 所見은 WBC 8.9, LYM 16, RBC 3.59, HGB 12.6, HCT 35.6, PLT 657 등으로 WBC는 normal 수치였고 RBC, HGB, HCT 등은 정상수치에는 못 미치지만 호전되었고 LYM는 약간 하강하고 PLT는 상승하였다.

2001.3.24 부터 2001.3.29 까지 복부팽만감과 대변 불쾌통을 호소하였는데 舌紅乾燥, 脈細滑無力하여 潤腸通便 病涉虛損而便秘된 것을 治하는 ‘濟川煎’을 使用하여 복부팽만감과 대변을 원활히 통하게 하였다. CML 환자에서 자주 나타나는 비장종대로 인한 복부팽만감을 구별하기 위해 Abd. sono를 시행한 결과 특이한 병변은 보이지 않았는데 이는 CML 환자 약 10% 정도에서는 비장종대가 관찰되지 않는 경우에 속한다고 할 수 있었다. 2001.3.26 시행한 LAB 결과는 WBC 13.9로 상승하였고 RBC 3.79, HGB 14.5, HCT 38.6 등으로 정상수치로 호전되었고 PLT는 445로 정상수치가 되었다. 하지만 vital sign은 WBC 상승으로 인한 Fever sign은 없었고 본인도 열감은 느끼지 못하였으며 백혈구 상승으로 야기된 혈류장애로 인해서 생기는 두통 등의 증상은 없었고 피로감과 嗜眠症狀이 더 심해지지는 않은 상태였으며 운동능력이나 강직감은 여전하였다.

2001.3.30부터 2001.4.2 까지 과도한 운동치료로 右肩痛과 腰背痛 등을 호소하고 여전히 大便不爽하

며 脈細澁無力, 舌淡少苔하여 處方을 '加味四六湯'으로 바꾸고 麻子仁和 大黃을 加하여 右肩部和 腰背部的 통증은 많이 완화가 되었다.

2001.4.2 LAB F/U한 결과 WBC 15.9로 더욱 상승하였고 RBC 3.66, HGB 12.8, HCT 37.3으로 약간 하강하였고 PLT 592로 많이 상승하였다. 환자의 증상은 fever나 두통 증상은 없었지만 간혹 夜間發熱感은 느끼고 있었으며 지속적인 피로감, 嗜眠狀態는 유지되고 있었다. 이는 CML의 전형적인 夜間發熱, 疲勞感 등이라고 할 수 있었으며 韓醫學的인 辨證에서 '虛熱' 또는 '陰虛發熱'로 辨證하여 虛勞를 治하고 心腎을 補하며 나머지 臟의 精血을 補하고 心腎의 虛火와 諸臟의 化濕을 瀉하는¹⁸⁾ '三一腎氣丸'으로 處方을 바꾸고 大便潤通을 目的으로 麻子仁 大黃 厚朴 枳實을 加하였다. 2001.4.3 실시한 Blood Morphology에서도 WBC increased in number하여 promyelocyte 6%, myelocyte 8%가 관찰되었다.

이후 LAB F/U 하였더니 2001.5.4와 5.22일 WBC 10.4, 12로 하강하였고 RBC 3.77, 3.82 HGB 38.3, 38.3으로 상승하였다. 환자 자신도 夜間發熱感이 줄어들었으며 피로감과 嗜眠症狀는 여전히 잔존하고 있으나 그 정도는 호전되었다고 하였다.

하지만 지속적인 大便通下之劑의 사용으로 2001.5.30은 설사증상이 나타나 處方을 陰陽兩虛 氣血不足 潮熱自汗 或泄瀉 脈弱을 治하는 '固眞陰子'로 바꾸어 투여하였다.

2001.6.1 설사증상은 조금씩 호전되었으나 夜間發熱感과 疲勞感이 심해지고 약간의 두통과 嗜眠症狀이 심해지고 顏面紅潮 증상이 심하게 나타나서 LAB을 시행한 결과 WBC 38.7로 상당한 상승이 관찰되어 다음날인 2001.6.2 다시 LAB 시행한 결과 WBC 36.5로 여전히 매우 높게 나타났다. 환자의 vital sign에서는 fever, BP, Pulse, Resp. 등은 normal의 범주에 있었으나 夜間發熱과 盜汗症狀, 疲勞感과 嗜眠症狀, 顏面紅潮 증상이 심하게 나타났고 脈細澁, 舌紅少苔而微黃이 진찰되었고 몸은 훨씬 수척해 보였다. 그리고 CBC와 같이 시행한 Blood Morphology에서도 WBC increased in number하여 promyelocyte 2%,

myelocyte 18%, metamyelocyte가 17%가 보고되었는데 이는 2001.4.3의 결과에 비하여 myelocyte가 2배 이상 증가한 것이었다.

2001.6.2 제반증상을 '精血虧虛 陰虛發熱'로 辨證하고 處方을 다시 '三一腎氣丸'으로 바꾸고 泄瀉症狀를 對備해 麻子仁 大黃 等の 藥物을 加減하지 않고 本方만을 사용하였고 출혈과 감염을 예방하기 위하여 상당한 주의를 요하였다.

2001.6.8 LAB에서 WBC 48.2로 상승하였으나 환자의 증상이 여전히 있었고 脈과 舌苔가 如前하여 處方을 계속해서 사용하였다.

2001.6.15 WBC 29.4로 떨어지면서 환자의 제반증상들이 조금씩 호전되었고 이후 꾸준한 LAB F/U에서 2001.6.22, 6.29에는 WBC 25.4, 14.4로 수치가 떨어졌으며 2001.7.6에는 정상수치인 WBC 8.3으로 되었다. 疲勞感, 顏面紅潮와 嗜眠症狀는 확연한 호전이 있었으며 夜間發熱, 頭痛과 盜汗症狀는 소멸되었다.

이후에도 2001.7.26, 9.17 검사에서도 WBC 10.6, 7.7 등으로 정상 또는 거의 정상에 가까운 수치에 머물러 있었으며 운동능력도 Lt side weakness 上下 Gr III/IV로 호전되고 부측보행이 가능한 상태가 되었으며 肩痛과 腰痛도 많은 호전이 있었다.

IV. 結 論

저자는 뇌출혈을 동반하며 만성골수성백혈병을 진단 받은 환자를 대상으로 입원당시에는 腎陰陽兩虛로 보아 滋陰補腎, 溫補腎陽의 治法을 活用하였고 WBC가 상승되면서는 精血虧虛, 陰虛發熱로 보아 補腎滋陰, 育陰降火를 목표로 한방치료를 하여 자각증상, 운동능력 및 혈액검사상 현저한 호전을 보인 1례를 경험하였기에 이에 보고하는 바이다.

參考文獻

1. 전국의과대학교수 역. 오늘날의 진단 및 치료. 서울: 한우리; 2000, pp.566-76.
2. 대한병리학회. 병리학. 서울: 高文社; 1998, pp.520-27.

3. Kurt J. Isselbacher. 해리슨내과학. 서울: 도서출판 정담; 1997, pp.1896-1915.
4. Forbes. Jackson. Color Atlas 임상의학. 서울: 도서출판 한우리; 2000, pp.447-52.
5. 권헌영 외. 혈액학. 서울: 고려의학; 1993, pp.261-65.
6. 주정효. 급성골수성백혈병 환자 1례에 대한 임상보고. 해화의학 2000;19(2).
7. 朴炳昆. 韓方臨床四十年. 서울: 書苑堂; 1996, pp.331-32.
8. 全國韓醫科大學 肝系內科學教授. 肝系內科學. 서울: 東洋醫學研究院; 2001, pp.564-79.
9. 메디메디아 코리아 편집부. KIMS. 2000; 14(1): pp.28, 29, 141, 142, 234, 254, 261.
10. 全國韓醫科大學 鍼灸經穴學教室. 鍼灸學(上). 서울: 集文堂; 1993, pp.323, 331, 382, 588, 657, 667, 705, 722, 724.
11. 강병수 외. 本草學. 서울: 永林社; 1991, pp.242, 246, 291, 350, 568, 571, 594.
12. 東新大學校 附屬韓方病院. 韓方病院處方集. 2000, pp.166, 186, 404.
13. 黃度淵. 方藥合編. 서울: 南山堂; 1996, pp.158, 208.
14. 陳貴廷, 楊思樹. 實用中西醫結合診斷治療學. 北京: 中國醫藥科技出版社; 1991, pp.577-94.
15. 임준규. 韓方臨床總論. 서울: 도서출판 정담; 1993, pp.50-51.
16. 윤용갑. 東醫方劑와 處方解說. 서울: 醫聖堂; 1998, pp.344-55.
17. 東醫科學院. 東醫處方大全. 서울: 麗江出版社; 1993, pp.97-98.
18. 南京中醫學院. 中醫處方大辭典. 北京: 人民衛生出版社; 1993, p.604.
19. 백태현 외. 만성골수성백혈병의 치험례-시험탕합보. 폐원당, 보폐원탕가감방. 대한한의학회지 1989; 10(2): pp.86-89.
20. 裒秉哲. 今釋 黃帝內經素問. 서울: 成輔社; 1999, pp.84-103, 185-202, 275, 343-48, 639-75.
21. 裒秉哲. 今釋 黃帝內經靈樞. 서울: 成輔社; 1995, pp.296-99, 588-604.
22. 張介賓. 類經附翼. 서울: 大星文化社; 1992, pp.275-80.
23. 張景岳. 景岳全書(四庫全書). 서울: 大星文化社; 1995, pp.321-48.
24. 龔廷賢. 萬病回春. 서울: 杏林書院; 1975, pp.203-10(上), 88-90(下).