

간비불화증(肝脾不和證)으로 변증된 체중감소 환자 치험례

사공종원, 김동희, 김보경

동의대학교 부속한방병원 한방신경정신과

A Case Report of a Patient with Weight Loss Diagnosed with Pattern of Liver-Spleen Disharmony

Jong-Won Sakong, Dong-Hee Kim, Bo-Kyung Kim

Department of Oriental Neuropsychiatry, Dong-Eui University Korean Medical Hospital

Received: March 6, 2018

Revised: March 14, 2018

Accepted: March 19, 2018

Correspondence to

Bo-Kyung Kim
Department of Oriental
Neuropsychiatry, Dong-Eui University
Korean Medical Hospital, 62
Yangjeong-ro, Busanjin-gu, Busan,
Korea.
Tel: +82-51-860-8809
Fax: +82-51-850-8744
E-mail: npjolie@deu.ac.kr

Objectives: The aim of this report is to suggest that severe weight loss diagnosed with a pattern of liver-spleen disharmony can be effectively treated with Korean Medicine (acupuncture and herbal medication).

Methods: This is a clinical case report of a patient with severe weight loss diagnosed with a pattern of liver-spleen disharmony. The patient was treated with Samryungbeakchul-san (Canlingbaizhu-san), Hyangsayangyi-tang (Xiangshayangwei-tang), and Haewoolhwajoong-tang (Jieyuhezong-tang) two to three times a day and with acupuncture and moxibustion two to three times a week.

Results: After the short-term treatments described above, the patient was gradually recovering from severe weight loss and many accompanying symptoms, such as diarrhea, insomnia, insufficient food intake, and others.

Conclusions: The results show the possibility that severe weight loss diagnosed with a pattern of liver-spleen disharmony could be effectively treated with Korean Medicine (acupuncture and herbal medication).

Key Words: Weight loss, Pattern of liver-spleen disharmony, Acupuncture.

I. 서론

체중감소는 의학적으로 체수분이나 체지방, 근육이나 기타 조직량 등 신체의 질량이 감소하는 것을 말한다. 의도되지 않는 체중 감소는 식이 조절이나 운동 등 체중 조절의 자의성이 없는 상태에서 체중이 빠지는 것을 의미하며, 6개월 이내에 체중이 적어도 10% 이상이 감소하거나 한 달간 5% 이상의 속도로 감소하는 경우를 의학적으로 문제되는 것으로 간주한다¹⁾.

의도되지 않는 체중감소는 종종 의학적, 정신과적 질환을 의미한다. 기관 계에 영향을 주는 모든 만성질환은 식욕부진과 체중감소를 일으킬 수 있다. 갑상선 기능항진증, 당뇨병과 같은 내분비 질환, 만성 일차성 부신기능과 같은 기타 내분비 질환과 위장관 질환, 악성 종양, HIV나 감염, 만성 심폐신장 질환, 뇌경색, 파킨슨, 치매와 같은 신경계 질환, 전신성 염증성 질환과 우울증, 신경성 식욕부진과 같은 정신과적 질환 등 많은 경우에서 체중감소가 나타날 수 있다²⁾.

다양한 국가, 인구, 나이를 기준으로 한 여러 연구를 고찰한 논문에서 체중감소를 보이는 원인 중 악성종양이 6~36%, 위장관계 질환 6~19%, 정신과적 질환이 9~33%의 비율로 나타났다. 감염의 경우 2~8%로 상대적으로 낮은 비율로 나타났고 원인을 찾을 수 없는 경우가 11~28%였다³⁾.

한의학에서 체중감소는 《동의보감(東醫寶鑑)》 위부분(胃腑門) 위상증(胃傷證)의 “위상지증(胃傷之證) 불사음식(不思飲食) 흉복창통(胸腹脹痛) 구열오심(嘔噦惡心) 애기탄산(噯氣吞酸) 면황기수(面黃肌瘦) 태타기와(怠惰嗜臥) 상다자리(常多自利)”와, 위부분(胃腑門) 위병허실(胃病虛實)의 “비허즉기육삭(脾虛則肌肉削)과 같이 비위 장부와 연관하여 나타났다. 또한 “기실혈허즉수(氣實血虛則瘦)라 하여 기가 실하고 혈이 허하면 체중이 감소한다고 하였다⁴⁾.

최근 체중감소와 관련한 국내 연구에서 주로 비만 환자의 체중감소 효과를 논한 연구는 많았으나 체중감소를 주요 증상으로 하여 이루어진 연구는 유 등⁵⁾이 발표한 ‘칠정토(七情吐)로 의한 체중감소 증례보고’ 외에 찾아보기 어려웠다.

본 증례에서는 특별한 이유 없이 몸무게가 10 kg 자연 감량되고 체중감소, 설사, 섭취량 절대 부족을 주소로 한 간 비불화증(肝脾不和證) 환자를 치료하여 증상이 호전되었기에 보고하고자 한다.

II. 증례

1. 대상

2010년 0월 0일-2010년 0월 0일(29일간) ○대학교 부속 한방병원 한방신경정신과에 내원한 환자 J○○(F/47).

2. 주소증

1) 체중감소

5개월 사이 체중이 10 kg 자연 감소하여 키 154 cm, 33 kg.

2) 설사(泄瀉)

1일 10~15차례 죽양성 설사하며, 죽 이외의 음식을 섭취하였을 경우 소화되지 않은 음식물이 그대로 나옴.

3) 식욕부진(食慾不振)

섭식량 절대 부족. 아침, 점심은 굶고 저녁에만 1~2회 나누어 죽이나 미음을 평균 3~4숟갈 가량 섭취함.

4) 동반 증상

(1) 소화불량(消化不良)

기름진 음식과 단단한 음식을 섭취하는 경우 복만(腹滿) 호소.

(2) 불면(不眠)

총 수면시간: 4~5시간

평균 입면시간: 오후 11시

입면지연: 입면시도 이후 1시간 이상의 지연 보임.

중도각성: 야간뇨 및 야간 설사로 인하여 3~4회 가량 수면 도중 각성함.

재입면지연: 중도각성 후 재 입면 시 30분 이상 지연 나타남.

(3) 입마름

1일 1리터 이상의 물을 수시로 마시며 시원한 물이나 얼음물 선호함. 속이 타는 느낌에 아이스크림 섭취함.

3. 과거력

공황장애, 강박장애, 우울증: ○○병원 정신건강의학과

에서 진단 받고 약물 복용 중.

불면증: 정신건강의학과에서 진단받고 수면약 복용 중.

4. 현병력

상기 환자는 153 cm, 35 kg의 여자 환자로 내원 1년 전 경부터 체중 43 kg에서 지속적으로 체중이 자연 감소하여 내원 6개월 전 경에는 33 kg에 달하였으며 하루 수차례 설사하여 지역 ○○병원 내과에 입원하여 위·대장 내시경, 복부 초음파 등 각종 검사 받았으나 별다른 이상이 없음을 확인 후, ○○병원 정신건강의학과에서 공황장애, 강박장애, 우울증, 불면증 진단받고 약물 복용하였으나 증상 지속 되어 본원에 내원하였다.

5. 사회력

- 1) 흡연(-), 음주(-)
- 2) 직업: 개인 비서직 10년 이상 근무 후 퇴직
- 3) 기혼, 배우자는 장기간 무직 상황

6. 정신과적 개인력

10여 년 간 우수기업 회장 부인의 개인 비서직을 지내는 동안 매일 새벽 5시에 출근하여 거의 24시간을 대기하다시피 하면서 지내고 일주일에 하루만 쉬었음. 조금이라도 일이 틀어지면 심하게 혼나는 등 스스로가 완벽주의가 되어야만 하는 상황이었음.

남편은 퇴직하여 환자가 가장 역할을 함.

7. 망문문절(望聞問切)

- 1) 망진: 안면부는 전체적으로 백색이며, 피부 건조하여 각질이 몸에 전반적으로 관찰됨.
- 2) 설진: 설담(舌淡) 태박백(苔薄白)
- 3) 복진: 복직근 긴장 뚜렷함. 중완부, 전중부 압통 있음.
- 4) 맥진: 세약(細弱), 식(數)
- 5) 기타: 무월경

8. 복용 약물

Azolac 0.5 mg 1 T 하루 3회 아침, 점심 식후, 자기 전 복용
 Razepam 1 T 하루 1회 자기 전 복용
 A-Xat CR 12.5 mg 1 T 하루 3회 아침, 점심 식후, 자기 전 복용
 Rivotril 0.25 T 하루 2회 아침, 점심 식후, 2.5 T 하루 1회 자기 전 복용
 Jeil Almax suspension 1 Pk 하루 3회 아침, 점심, 저녁 식후 복용

9. 검사소견

1) 일반혈액검사

입원 2일: BUN 5.0 ↓ Uric acid 1.9 ↓ K 2.9 ↓ Glu(r)

Table 1. Change of Body Weigh and BMI

	2 days after	8 days after	15 days after	25 days after	52 days after
Muscle-fat analysis					
Weight (kg)	35.3 ↓ *	38.6 ↓	38.2 ↓	36.9 ↓	41.5 ↓
Skeletal Muscle Mass (kg)	14.5 ↓	16.9 ↓	15.7 ↓	15.6 ↓	16.2 ↓
Body Fat Mass (kg)	6.9 ↓	5.6 ↓	7.3 ↓	6.6 ↓	10.0 ↓
Obesity Diagnosis					
BMI (kg/m ²) †	14.8 ↓	16.1 ↓	16.1 ↓	15.6 ↓	17.5 ↓
Percent Body Fat (%)	19.6 N	14.4 ↓	19.2 ↑	18.0 ↓	24.2 N
Lean Analysis					
Right Arm (kg)	0.94 ↓	1.30 ↓	1.07 ↓	1.09 ↓	1.19 ↓
Left Arm (kg)	0.95 ↓	1.33 ↓	1.07 ↓	1.08 ↓	1.20 ↓
Trunk (kg)	11.8 ↓	13.5 ↓	12.3 ↓	12.5 ↓	13.2 ↓
Right Leg (kg)	4.22 ↓	4.69 ↓	4.78 ↓	4.43 ↓	4.73 ↓
Left Leg (kg)	4.23 ↓	4.68 ↓	4.72 ↓	4.43 ↓	4.78 ↓
ECW Ratio (%)	0.394 ↑	0.403 ↑	0.401 ↑	0.392 ↑	0.396 ↑
Visceral Fat Area	33.7	36.7	40.3	33.7	48.5

* ↑ : Over the Standard, N: Within Normal Limit, ↓ : Under the Standard. †BMI: Body Mass Index.

141 ↑ HbA1c 5.1 (WNL) TP 6.2 ↓

입원 5일: K 2.8 ↓ TCO2 32 ↑

입원 8일: K 4.5 (WNL) TCO2 32 ↑

입원 15일: K 4.0 (WNL)

2) 방사선학적 소견

Chest PA: No remarkable abnormal finding.

Abdomal Erect & Supine: Non specific bowel gas pattern.

3) 심전도 소견

Normal ECG - Normal sinus rhythm.

4) 체성분검사

체성분검사는 바이오스페이스(Biospace)사의 체성분분석기(Inbody 3.0)를 사용하였다. 입원 2일째, 8일째, 15일째, 25일째에 시행하였고, 퇴원 한 달 후인 52일째 외래에 내원하여 1회 시행하였다(Table 1).

5) 기질 및 성격검사(The Temperament and Character Inventory, TCI)

입원 22일 짜 시행하였다.

기질 중, 인내력(Persistence, P)에서 높은 점수 보임 (Fig. 1).

하위 척도 중 의미 있는 항목 및 점수는 다음과 같다(원점수/규준집단의 평균).

: 근면(P1, 18/12.7) 끈기(P2, 16/10.7) 완벽주의(P4,

15/9.9) (Fig. 2).

10. 치료

1) 침치료

호침(동방침 0.20 mm×30 mm)을 사용하여 사관(四關) 혈인 합곡(LI4)과 태충(LR3)을 자침하고, 사암침법의 대장정격인 족삼리(ST36) 곡지(LI11)를 영수보사상 보법(補法)으로 자침하고, 양곡(SI5) 양계(LI5)를 사법(瀉法)으로 자침하여 하루에 2회 20분간 유침하였다. 또한 간헐적으로 비정격을 추가로 시술하였다.

2) 구(灸)치료

일주일에 4회 제하(臍下)에 왕뜸을 시행하였다.

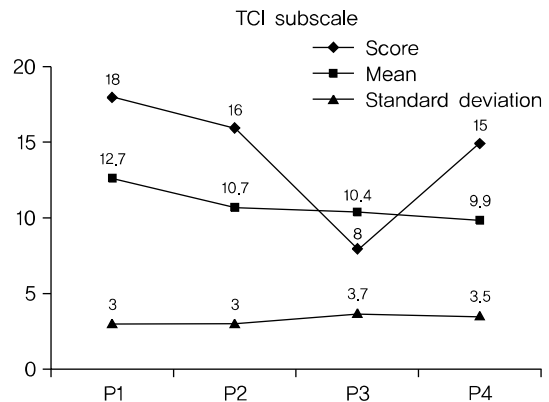


Fig. 2. TCI-RS - Score of Subscale. P: Persistence.

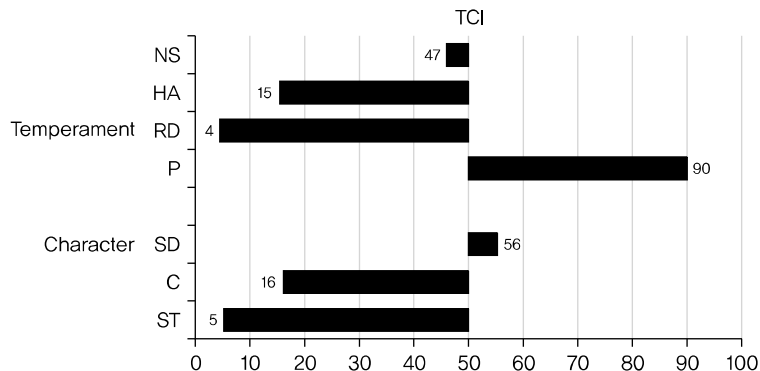


Fig. 1. TCI-RS (The Temperament and Character Inventory-Revised Short). NS: Novelty Seeking, HA: Harm Avoidance, RD: Reward Dependence, P: Persistence, SD: Self Directedness, C: Cooperativeness, ST: Self Transcendence.

3) 한약치료

(1) 초진~입원 15일: 삼령백출산(參苓白朮散) TID
 《동의보감(東醫寶鑑)》 인삼(人蔘) 백출(白朮) 복령(白茯苓) 산약(山藥) 감초(炙)(甘草) 각 12 g, 의이인(薏苡仁) 연자육(蓮子肉) 길경(桔梗) 사인(砂仁) 백편두(白扁豆) 각 6 g, 생강(生薑) 3 g, 대조(大棗) 2 g

(2) 입원 15일~23일: 향사양위탕(香砂養胃湯) TID
 《동의보감(東醫寶鑑)》 백출(白朮) 4 g, 백복령(白茯苓) 백두구(白豆蔻) 창출(蒼朮) 사인(砂仁) 후박(厚朴) 진피(陳皮) 각 3 g, 감초(甘草) 목향(木香) 인삼(人蔘) 각 1.2 g, 생강(生薑) 3 g, 대조(大棗) 2 g

(3) 입원 23일~26일: 향사양위탕 BID, 해울화중탕(解鬱和中湯) QD

해울화중탕: 《동의보감(東醫寶鑑)》 진피(陳皮) 5 g, 향부자(香附子) 적복령(赤茯苓) 지각(枳殼) 치자(炒)(梔子炒) 각 4 g, 반하(半夏) 전호(前胡) 각 3 g, 황련강즙초(黃連薑汁炒) 신국초(神麴炒) 후박(厚朴) 청피(靑皮) 소자초(蘇子炒) 각 2 g, 감초(甘草) 1.5 g, 생강(生薑) 6 g

(4) 입원 26일~29일: 향사양위탕 QD, 해울화중탕 BID

(5) 퇴원 후 외래치료: 해울화중탕 TID

11. 임상경과

1) 입원 1일~7일

(1) 설사: 입원 4일~5일째 1일 15회의 빈도로 설사하여 3일간 Normal Saline 1 L 수액 처치함.

(2) 섭식량: 1일 중 3술갈.

아침에 식사를 받아놓고 오후까지 그대로 비치하며 아침, 점심은 먹지 않음. 따뜻하게 식사할 필요성을 설명하고 매끼니 식사를 할 것을 권유하였고 환자는 이에 동의함.

(3) 체중: 입원 2일째 35.3 kg.

(4) 전해질: 입원 2일째 Lab상 K 2.9↓로 3일간 오렌지 주스 섭취함.

입원 5일째 Lab상 K 2.8↓로 3일간 오렌지주스+KCL 1amp mix하여 수시로 섭취함.

(5) 수면: 밤 12시에 입면 하여 아침 6시에 기상하고 수면 도중 설사로 인해 3회 각성하고 30분 이상의 재입면 지연 있었음.

(6) 기타 증상: 입원 5일째 수차례 설사한 이후 몸이 떨리면서 팔과 다리에 근육경련이 나며 분출형 양상으로 섭취한 음식을 토함. 이 날 퇴직 전에 모시던 회장 부부가 병문안을 오기로 하여 오전부터 긴장감 및 불안감을 보여 심리적인 원인이 작용한 것으로 보임.

기상 직후 계단을 오르내리고 요가나 스트레칭을 하는 등 늘 움직이며 주간에 낮잠은 자지 않음.

2) 입원 7일~14일

(1) 설사: 입원 11일째 죽양성 설사 그친 후 무른 변으로 1회 배변함.

(2) 섭식량: 입원 10일째 1일 중 1/3공기.

(3) 체중: 입원 8일째 38.6 kg로 일주일간 3.3 kg 증가하였으나 체지방량은 감소(1.3 kg)하고, 골격근량이 증가(2.4 kg)하고, 세포외수분비가 증가(0.009%)하여 부종으로 인한 결과로 보이며 실제로 안면부와 상지부에 부종이 관찰됨.

(4) 전해질: 입원 8일째 Lab상 K 4.5 (WNL)로 갈륨 경구 투여로 정상 수치로 회복하여 KCL 투여 중단함.

(5) 수면: 입원 11일째 밤 10시에 입면 하여 아침 5시에 기상하며 야간뇨로 2회 수면 도중 각성하고 재입면 시 지연 없이 숙면함.

3) 입원 14일~23일

(1) 설사: 입원 16일째 정상변 100 cc 1회 배변하였으나 개운하지 않고 잔변감으로 복부 불편함을 크게 호소하여 소풍순기원 1포 투약함.

(2) 섭식량: 1일 중 1/3공기 지속됨.

(3) 체중: 입원 15일째 38.2 kg로 무게 상으로는 변화가 크게 없으나 체지방량이 증가(1.7 kg)하고, 골격근량(1.2 kg) 및 세포외수분비(0.002%)가 경미하게 감소함.

(4) 전해질: 입원 15일째 Lab상 K 4.0 (WNL)로 바나나, 오렌지 주스 등의 식이 섭취만으로 정상 범위 유지됨.

(5) 수면: 입면지연, 재입면지연 관찰되지 않으며 야간뇨로 인하여 1~2회 중도 각성함.

수면 양상은 퇴원 시까지 유지됨.

4) 입원 23일~29일

(1) 설사: 입원 24일째 1일 1회 정상변으로 100 cc 배변 하나 경미한 잔변감 동반됨.

(2) **섭식량:** 입원 24일째 즉 1/2공기 섭취하며 식후 더 부룩함 소실됨.

입원 27일째 밥 1공기 섭취하며 소화 양호함.

(3) **체중:** 입원 25일째 36.9 kg로 초진 당시의 무게와 비슷해지고 부종 소실됨.

(4) **기타증상:** 입원 23일째 섭식량이 점차 증가하면서 아침, 점심은 굵고 저녁을 1~2회로 나누어 섭취하던 식습관을 개선하기 위하여 아침에 가벼운 식사를 권함. 그러나 환자는 이에 거부반응을 나타내며 과를 변경하겠다고 말했으나 이내 철회하였고 담당 과장에게는 비밀로 해달라고 함. 환자의 생활에 제한을 가한 데에 대한 거부반응 확인 후 '원하는 대로 하라'라고 환자의 의지대로 생활할 수 있도록 하였음.

입원 29일째 설사가 중단되고 대변 양상 횡수 및 양상 양호하며 섭식량이 점차 증가하여 일상생활을 불편함 없이 유지할 수 있어 퇴원하겠다는 환자의 뜻에 따라 퇴원하도록 하였으며 한 달 가량 후 외래로 내원하기로 함.

5) 퇴원 후 외래치료

퇴원 후 23일째 외래 방문함.

(1) **설사:** 1~2일 1회 정상변 배변함.

(2) **섭식량:** 밥 1공기 유지함.

(3) **체중:** 치료 52일째 41.5 kg로 퇴원 시 보다 4.6 kg 증가하였으며 체지방량은 3.4 kg 증가함.

III. 고찰 및 결론

체중은 칼로리의 섭취, 흡수 및 활용의 복잡한 상호 작용에 의해 결정된다. 즉, 영양 공급과 에너지의 소비가 균형을 이룰 때 적정 수준을 유지한다. 따라서 식사가 충분하지 못하거나, 식사는 충분해도 에너지가 과잉 소비되는 경우, 많이 먹어도 제대로 흡수가 안 될 때 체중이 감소된다. 임상적으로 중요하게 여겨지는 체중 감소는 6개월에서 12개월 사이에 평상시 체중의 5% 이상 점진적으로 감소하는 경우다. 10% 이상의 체중 감소는 단백질 에너지 영양실조(protein energy malnutrition (PEM))로 간주되며 그것은 세포대개성 및 체액성 면역 손상과 같은 생리적 기능 장애와 관련이 있다. 20%가 넘는 체중 감소는 심각한 단백질 에너지 영양실조를 의미하며 분명한 장기 기능 장애와 관련이 있다⁶⁾.

체중 감소는 지방분의 감소를 가져올 뿐만 아니라 상당한 양의 단백질과 수분의 소실도 동반한다. 체중 감소 시 수분 소실과 함께 상당한 양의 나트륨, 칼륨, 마그네슘, 칼슘, 인 이 같이 소실될 수 있는데, 이러한 무기질은 소실의 정도에 따라 적절하게 보충되어야 한다. 만약 보충이 없을 경우에는 무기질의 결핍이 일어나게 되고 이러한 결핍은 심장이나 다른 조직에 문제를 일으킬 수 있다. 체중 감소가 일어나면 혈청 요산의 수치도 증가하여 1주 내지는 2주에 최고도에 이른다. 이외에 다른 부작용들로는 심하지는 않으나 변비, 설사, 저혈압, 추위에 견디기 어려움이나 머리카락이 빠지는 것과 같은 부작용이 나타날 수 있다⁷⁾.

체중감소의 기저원인이 무엇이든 영양결핍의 임상적 증상과 징후가 관찰되면 영양섭취(nutrient intake)를 증가시키는 것이 치료의 시작이다. 영양실조를 예방하고 식이섭취를 향상시키려는 다양한 영양학적 중재들이 시도된다. 튜브 영양(tube feeding), 비경관영양(parenteral nutrition), 식욕의 억제 없이 총에너지 섭취를 증가시키기 위한 추가적인 보조제로서의 영양보충제가 있다. 이 외에 위장 팽만을 최소화하고 식욕을 증가시키며 일일 총 음식 섭취량을 늘리기 위해 세 번 식사 중에 가장 많은 식사를 하는 아침에 고칼로리 음식을 제공하기, 적은 양을 자주 먹기, 맛나게 요리된 음식, 씹기 쉽고 잘 넘어 가는 음식제공하기 등 다양한 방법들이 시행되고 있다. 약물적인 치료로서 식욕촉진제(orexigenic agents), 단백질화제(anabolic agents), 사이토카인 억제제 등 다양한 약물들이 사용되어왔다. 하지만 이들 약물치료의 효과를 지지하는 증거들은 제한적이며 약물들의 부작용은 유용성을 제한하는 또 다른 요인이다⁸⁾.

의도되지 않은 체중감소를 일으키는 많은 원인 중 본 증례의 환자와 관련하여 신경성 식욕부진, 우울증, 위장관계질환을 고려해볼 수 있다. 섭식장애의 한 범주인 신경성 식욕부진은 거식증이라고도 불리며, 체중과 음식에 몰두해서 체중감소를 위한 행동과 독특한 음식 다루기, 체중증가에 대한 극심한 두려움, 무월경, 환자 스스로 유발하거나 의도적으로 지속시키는 체중감소, 심각한 신체상(body image)의 장애, 과도한 날씬함을 추구하는 것 등을 특징으로 하며, 종종 기아상태에까지 이르는 병이다⁹⁾.

우울증에서 보이는 무관심, 스스로를 돌볼 능력 부족, 식사 필요성에 대한 인식 감소는 모두 체중 감소로 이어질 수 있다¹⁰⁾. DSM-5의 주요우울장애는 진단을 위해 우울 기분,

흥미 저하, 체중 변화, 수면 변화, 정신운동성 초조 혹은 지연, 에너지감소, 무가치함 혹은 죄책감, 주의집중력 감소, 자살 사고 및 시도 중 5가지 이상의 진단기준을 충족해야 하며 이러한 증상이 개인의 사회, 직업, 일상생활의 기능을 현저하게 손상하여 고통을 초래해야한다¹¹⁾.

위식도역류질환의 특이적인 증상은 가슴 쓰림이나 신물이 넘어오는 증상이다. 위식도역류질환은 구토, 위장관출혈, 빈혈, 체중감소, 삼킴 곤란 혹은 흉통 등의 경고 증상이 없으면서 전형적인 증상이 있는 경우 진단할 수 있다¹²⁾.

본 증례에서 환자는 음식 섭취 절대량이 부족하고 체중이 6개월 내에 10 kg가량 감소하며 월경이 중단되었다는 점에서 신경성 식욕부진과 공통점이 있으나 신체상에 대한 과한 집착과 비만해지는 것에 대한 공포심을 가진 신체이미지 왜곡이 없고 의도적으로 음식 섭취 제한한 것이 아니므로 신경성 식욕부진이라 보기 어렵다¹³⁾. 또한 환자는 개인 정신건강의학과에서 우울증 진단을 받고 약물 복용 중이나 새벽 6시경부터 계단 오르내리고 병실에서 요가를 하는 등의 운동을 꾸준히 하며 라면, 아이스크림, 빵 등을 섭취하는 모습을 보였다는 점에서 우울 기분 및 흥미 저하가 나타나지 않아 우울증으로 인한 체중 감소라고 보기 어렵다. 그리고 위식도역류질환에서 볼 수 있는 가슴 쓰림이나 신물이 넘어오는 특이적인 증상이 없고 내시경 검사 등 검사 상 이상이 없어 기저질환에 의해 체중이 감소되었다고 보기 어려워 신경성 식욕부진, 우울증, 기저질환에 의한 체중 감소 배제하였고 섭식장애의 범주인 신경성 식욕부진과 신경성 폭식증에는 해당하지 않으나 섭식량이 절대적으로 감소하여 임상적으로 체중 감소로 인해 장애가 있으므로 달리 분류되지 않는 섭식장애에 포함된다고 진단하였다¹³⁾.

오행이론 중에서 목(木)은 “소설(疎泄)을 좋아하나 풍한의 사기와 거슬리고 억압된 일을 만나면 간(肝)이 곧장 기가 울체되어 퍼지지 않게 되고 간이 울체 되면 반드시 아래로 비위(脾胃)를 극(克)하고 토(土)를 제압하는데 힘을 쓰면 목기가 저절로 손상된다”고 하였다¹⁴⁾. 목극토(木克土)의 병리 상태에서 간기울결(肝氣鬱結)이 극심하면 흉민(胸悶), 협통(脇痛), 복창(腹脹) 등의 증후가 있고 기체가 위(胃)를 화강(和降)하지 못하면 애기(噯氣)가 나타나고 음식의 사감(思感)이 없고 간기가 비(脾)를 승(乘)하면 복통(腹痛), 구토(嘔吐), 대변부조(大便不調)가 오니 소화기에 장애를 일으키게 되는 것이다. 간기(肝氣)가 횡역승비(橫逆乘脾)하면 비기(脾

氣)가 상승하지 못하는 병리현상이 나타나는데, 이것을 간비불화(肝脾不和) 또는 간기승비(肝氣乘脾)라고 하며 복창(腹脹), 복통(腹痛), 장명(腸鳴), 설사 등의 증이 간기울결과 함께 나타난다. 간비불화의 임상표현은 흉협창만동통(胸脇脹滿疼痛), 선태식(善太息), 정신억울(精神抑鬱) 혹 성정급조(性情急躁), 납식감소(納食減少), 복창변당(腹脹便溏), 흑대변불윤(大便不潤), 장명실기(腸鳴失氣) 혹 복통(腹痛), 설사(泄瀉), 태백(苔白), 맥현(脈弦) 등이 있고 대개 위장의 자율신경실조, 만성장염, 만성간염 등에서 나타난다¹⁵⁾.

입원 기간 중 환자의 성격과약을 위해 기질 및 성격검사(The Temperament and Character Inventory; TCI)를 시행하였는데 기질 및 성격검사는 C. R. Cloninger의 정신생물학적 모델에 기초하여 개발된 검사로서, 기질에 해당하는 자극추구(Novelty Seeking, NS), 위험회피(Harm Avoidance, HA), 사회적민감성(Reward Dependence, RD), 인내력(Persistence, P)의 4개 척도와 성격에 해당하는 자율성(Self Directedness, SD), 연대감(Cooperativeness, C), 자기초월(Self Transcendence, ST)의 3개 척도로 구성되어 있고, 각 척도별로 3~5개의 하위척도를 평가할 수 있다. 4가지 기질차원은 행동 활성화 체계, 행동 억제 체계 및 행동 유지 체계의 세 가지 근본적인 신경생물학적 구조의 개인차를 반영하며, 기질 차원에서 드러나지 않는 자기 개념에 의한 성격 발달의 차이는 자기에 대한 자각, 타인과의 상호관계, 외부 세계와의 상호 관계라는 3가지 성격차원에서 드러나도록 하여, 성격의 성숙과 미성숙 정도를 확인할 수 있도록 구성되어 있다^{16,17)}.

입원 22일째 시행한 기질 및 성격검사(The Temperament and Character Inventory; TCI)상에서 기질에 해당하는 항목 중, 인내력(Persistence, P)에서 백분위 90%에 해당하는 높은 점수를 보였으며 하위 척도 중에서 근면, 끈기, 완벽주의의 항목에서 평균보다 높은 점수를 보인 점이 10여 년 간 개인 비서직을 수행하면서 스스로의 생활을 제한하고 완벽에 가깝도록 일을 해야만 했다는 점과 일치한다.

환자의 성격과 관련된 부분을 살펴보았을 때 치료 도중 환자의 의지에 반해 제한을 가하였을 때 즉시 거부반응을 보였고 기질 및 성격검사 상 인내력에서 높은 점수를 보였다는 점에서 알 수 있듯이 자신이 하고 싶은 일이 무엇인지 잘 알고 있으며 그 일을 하고자 하는 특성을 가졌으나 10여 년 간 기업 회장부인 개인비서직을 수행하면서 자신의 의지

대로 행동하지 못하고 스스로를 제한하는 생활을 해야만 했다. 본 저자는 이러한 환자의 상황과 개인적 특성에 주목하여 억지로 눌러야만 했던 자신의 성정이 기의 울체를 일으켜 간기가 비를 승(乘)하게 되어 간비불화(肝脾不和)의 병리 상태를 유발하였고 목기(木氣)가 비토(脾土)를 극하는 형국이 오랜 기간 지속되어 설진 상 설담(舌淡) 태박백(苔薄白)하고 맥진 상 세약(細弱)한 허증을 겸하며 체중이 감소하였다고 판단하여 간비불화증(肝脾不和證)으로 변증하여 치료하였다.

본 증례의 환자는 하루에 15차례 50 cc가량의 죽양성 설사를 하였고 섭취량이 절대적으로 부족하며 약 5개월 동안 43 kg에서 체중의 20%가 넘는 10 kg가 감소하여 33 kg에 달했다. 브로카변형지수에서 신장의 차이에 따른 구분 없이 표준체중을 산출하는 공식(표준체중(kg)=신장(cm)-100)×0.9)¹⁸⁾에 의해 환자의 표준체중은 47.7 kg으로 환자의 입원 당시 체중은 표준체중의 기준에 비해 매우 낮은 수치라고 할 수 있다. 먼저 설사의 교정을 위해 《동의보감(東醫寶鑑)》에서 비위허약(脾胃虛弱)으로 음식을 잘 먹지 못하고 혹은 토하고 설사하거나 대변 후에 비위를 조리하는데 사용하는 삼령백출산(參苓白朮散)¹⁹⁾을 투여하였다. 입원 4일, 5일째 하루 15차례 설사하다 입원 11일째부터 죽양성 설사 그친 후 무른 변을 1일 1회 보기 시작했다. 입원 16일째 정상적으로 배변하기 시작하여 삼령백출산 투여를 중단하고 《동의보감(東醫寶鑑)》에서 위가 차서 음식 생각이 없고 속이 답답하고 편안하지 않은 증상에 사용하는 향사양위탕(香砂養胃湯)⁴⁾을 하루 세 번 투여하기 시작하였고 이후 정상적인 배변 상태를 유지하였다.

설사의 교정과 더불어 전해질 수치의 회복도 필요하였는데 입원 2일째 시행한 혈액검사 상 K 2.9↓로 3일 동안 오렌지 주스를 섭취하도록 하였으나 식이조절만으로 칼륨 수치 회복이 안 되어 3일간 KCL 40 mEq/20 mL/AMP (중외제약) 경구 투여하였고 3일 후 혈액검사 상 K 4.5로 정상 수치가 되어 KCL 경구 투여를 중단하였다. 입원 15일째 시행한 혈액검사 상 K 4.0으로 바나나, 오렌지 주스 등의 식이 섭취와 한약 치료만으로 칼륨이 정상 범위로 유지되었다.

입원 23일째부터 향사양위탕을 하루 두 번으로 감량하고 해울화중탕(解鬱和中湯)을 하루 한 번 점심에 투여하였다. 해울화중탕은 《만병회춘(萬病回春)》에서 최초로 언급된 처방으로 이기거담(理氣祛痰), 해울청열(解鬱清熱), 제번

소식(除煩消食)하는 효능이 있어, 울열(鬱熱)을 풀어줌으로써 “치비만(治痞滿), 내열야불안외(內熱夜不安臥), 외즉유민(臥則愈悶)”의 흉비(胸痞)를 치료하는 처방이다²⁰⁾. 환자가 지속적으로 받아온 스트레스로 인해 울체가 있고 속이 타는 느낌에 시원한 물을 수시로 마시며 아이스크림 섭취하는 모습에서 울열이 있다고 판단하여 해울화중탕을 처방하였다. 입원 23일째 섭취량이 점차 증가하면서 아침, 점심은 굶고 저녁을 1~2회로 나누어 섭취하던 식습관을 개선하기 위하여 아침에 가벼운 식사를 하도록 권하였다. 그러나 환자는 스스로가 아침에 식사를 하지 않고 공복 상태에서 가벼운 운동을 해온 지 오래되었고 큰 불편함을 겪지 않아 식습관을 바꾸어야 할 필요성을 느끼지 못하고 오히려 오후에 과를 변경하거나 퇴원하겠다고 하는 등 크게 거부반응을 보였다. 이에 TCI 검사 상 인내력과 그 하위 척도인 근면, 끈기, 완벽주의에서 높은 점수를 보였으며 오랜 기간 동안 자신의 의지에 제한을 두는 상황으로 과도한 스트레스를 받았다는 점을 참고하여 검사 익일 상담과 교육을 진행하여 지속적인 스트레스의 상황에서도 오랜 기간을 인내하면서 근면하였다는 점을 지지하고 환자에게 제한을 가하지 않고 환자가 원하는 대로 행동할 수 있도록 하였다. 이후 섭취량 즉 1/2공기로 증가하고 식후 더부룩함 소실되었고 입원 26일째부터는 향사양위탕을 하루 한 번으로 감량하고 해울화중탕을 하루 두 번으로 투여한 뒤에 밥 1공기 섭취하기 시작했으며 소화도 양호하였다. 입원 29일째 퇴원 시에는 향사양위탕을 중단하고 해울화중탕만으로 하루 세 번 복용할 수 있도록 처방하였다. 퇴원 후 23일째 외래 방문하여 시행한 체성분 검사 상 체중은 41.5 kg으로 퇴원 시 보다 4.6 kg 증가하고 체지방량은 3.4 kg 증가하였고 대변 및 식사량은 퇴원 시와 비슷하게 유지되었다.

본 증례에서 환자는 10여 년간 과도한 스트레스를 받아왔고 하루에 수차례 설사하고 섭취량이 절대적으로 부족하며 음식 섭취 후 더부룩함 등을 호소하였다는 점에 주목하여 환자의 극심한 체중감소를 간비불화증(肝脾不和證)으로 변증하였고 이에 대한 치료법으로 한약 및 침구 치료와 함께 환자의 생활을 제한하지 않고 원하는 대로 하게 돕으로써 억눌려 왔던 목기(木氣)가 순조롭게 행하게 하였다. 이와 함께 삼령백출산으로 설사를 그치게 하고 향사양위탕으로 비위기능을 도와 섭취량을 증가시키고 해울화중탕으로 이기거담(理氣祛痰), 해울청열(解鬱清熱), 제번소식(除煩消食)

하게 도와주니 비위가 제 기능을 하기 시작하여 식사량이 1일 죽 3~4숟가락에서 밥 1공기로 증가하였으며 식후 더 부룩한 증상 소실되었다. 또한 1일 10~15차례 하던 설사가 그치고 1일 1회 정상적으로 배변하기 시작했으며 체중 또한 35.3 kg에서 41.5 kg로 증가하여 임상적으로 양호한 호전을 보였다.

상기 환자의 경우 특별한 기질적인 이상 없이 극심한 체중감소를 호소하면서 공황장애, 강박장애, 우울증으로 진단 받고 양박적인 약물 치료를 받았으나 효과를 보지 못하고 본원에 내원한 환자로 간비불화증(肝脾不和證)으로 진단 후 한약 및 침 치료 등을 통해 체중감소 및 제반 증상에 호전을 보인 환자이다. 치료 과정에서 한약과 침 치료와 더불어 환자가 주증상을 호소하게 된 배경과 본래의 성정을 참고하여 호전되고 있던 증상을 악화되지 않도록 하였다. 점에서 치료 시에 환자의 성정을 제대로 파악하고 이를 활용한다면 치료를 제고에 도움이 될 것이라고 생각한다. 본 연구는 국내에서 잘 다루지 않았던 체중감소를 주증으로 하는 환자를 한의학적인 변증을 통해 한약 및 침구치료를 체중감소를 개선하였다는 점에서 의의가 있다고 볼 수 있다.

REFERENCES

- Huffman GB. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *Am Fam Physician*. 2002;65(4):640-50.
- Evans AT, Gupta R. Approach to the patient with weight loss. *UpToDate*, Basow, DS (Ed). 2013;1-16.
- Wong CJ. Involuntary weight loss. *Medical Clinics of North America*. 2014;98(3):625-43.
- Heo J. Interpreted treasured mirror of eastern medicine. Seoul :Bubin Publishers Co. 1999;523.
- Yoo JH, Kim JH, Kim GW, Koo BS. A Case of Psychogenic vomiting (七情吐) patient who showed loss of the weight due to Maladjustment in a Military life. *Journal of oriental neuropsychiatry*. 2006;17(3):131-41.
- Bouras EP, Lange SM, Scolapio JS. Rational approach to patients with unintentional weight loss. *Mayo Clin Proc*. 2001;76:923-29.
- Lee YH, Heo SY. The Benefits and Adverse Effects of Weight Loss. *Korean Journal of Family Medicine*. 2004;25(10):721-39.
- Kim MJ. Strategic weight gain in the elderly. *Korean journal of clinical geriatrics*. 2007;8(3):377-81.
- Jung DH, Shin WS, Park WH, Cha YY, Choi WJ. A Case Report for an Eating Disorders with Banhabaekchulchunma-tang and Acupuncture Treatment. *Journal of Society of Korean Medicine for Obesity Research*. 2015;15(1):45-50.
- Barrett-Connor E, Edelstein SL, Corey-Bloom J, Wiederholt WC. Weight loss precedes dementia in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44(10):1147-52.
- Jung SY, Kim SH, Park KH, Jaekal EJ, Lee WH, Choi YY, Lee SH, Choi KH. A systemic Review of Validation Studies on Depression Rating Scales in Korea, with a Focus on Diagnostic Validity Information : Preliminary Study for Development of Korean Screening Tool for Depression. *Anxiety and Mood*. 2017;13(2):53-9.
- Jung HK, Hong SJ, Jo YJ, Jeon SW, Cho YK, Lee KJ, Lee JS, Park HJ, Shin ES, Lee SH, Han SU. Updated Guidelines 2012 for Gastroesophageal Reflux Disease. *Korean J Gastroenterol*. 2012;60(4):195-218.
- Allen Frances. *Essentials of psychiatric diagnosis, responding to the challenge of DSM-5*. 2. Sigmappress. 2014:216-22.
- Lee BJ, Yoon CY. Pathology of Five Dynamics & Viscera, and Pathology of Five Dynamics & Miscellaneous Disease of Jin Si-tak. *The journal of korean medical classics*. 2005;18(2):121-36.
- Hong SE, Kim KS, Kang BK. The study of the influences that Chiljung exerts upon the Liver system, and Spleen-Stomach functions. *J. Int. Korean Med*. 1994;15(2):52.
- Min BB, Oh HS, Lee JY. Temperament and Character Inventory-Family Manual. Seoul. Maumsarang. 2007:6-14.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):975-90.
- Kim YN. A Study on Classification of Obesity for Koreans based on the Articles in the Korean Journal of Community Nutrition - Articles Enlisted from 1996 to 2011 -. *Korean J Community Nutrition*. 2013;18(5):525-38.
- Youn SS, Jung HY, Park SW, Kim JM, Cho CS, Kim CJ. A Case Series Report on 8 Patients of Chronic Renal Disease Treated by Samryungbaekchul-san gami. *Journal of korean oriental internal medicine*. 2011;32(3):465-72.
- Kim DH, Park SC, Cho MK, Kweon KT, Lee I, Hong JW, Park SH, Han CW, Choi JY, Kim SY, Kwon JN. Four Cases of Haewoolhwajoong-tang's Effect on Chest Pain and Chest Discomfort. *Korean J. Oriental Physiology & Pathology*. 2012;26(2):259-63.