

## 胃切除術을 施行한 以後 發生한 少陽人 惡性貧血 患者의 치험 1례

신동윤\* 김정호\* 송정모\*

### Abstract

### A clinical case study of Pernicious Anemia patient who had performed total gastrectomy

Shin Dong Yoon\* · Kim Jeong Ho\* · Song Jeong Mo\*

Dept. of Sasang Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Woosuk University

Pernicious anemia is a pathologic state due to lack of Vit.B12 or folic acid. Pernicious anemia is due to metabolic disorder including poor absorption of stomach through gastrectomy. We experienced a 76 year old male patient diagnosed as pernicious anemia for performed total gastrectomy. Herbal medicine that we had was mainly treated and several remarkable changes have been showed. This is a clinical report of that patient.

Key words : Dokhualjihwangtang, Shaoyangin(少陽人), Pernicious anemia, Gastrectomy

### I. 緒 論

貧血이란 혈액속의 적혈구나 혈색소의 양이 정상이하로 감소한 상태, 즉 적혈구내의 헤모글로빈양이 불충분한 상태를 말한다. 적혈구는 골수에서 만들어지는데 그 수명은 120일간으로, 이 기간을 지나면 간장이나 비장에서

파괴된다. 골수에서 적혈구가 만들어지기 위해서는 Vit.B<sub>12</sub>와 엽산의 도움이 필요하며, 산소와 결합하는 적혈구 속의 혈색소가 만들어지기 위해서는 철분이 필요하다. 따라서 빈혈은 골수에서 생산되는 적혈구가 저하되거나, 체내의 Vit.B<sub>12</sub>, 엽산, 철분이 부족하거나, 간장과 비장에서의 적혈구 파괴가 지나치게 활발

\* 우석대학교 한의과대학 사상체질과  
교신저자 : 신동윤(13319) 주소) 전주시 완산구 중화산동 2가 5번지 전화)063-220-8415, Fax)063-220-8616  
E-mail)ssmtid@hanmail.net

해지는 등의 원인에 의해서 발생한다.<sup>1)</sup> Vit.B<sub>12</sub> 결핍증은 채식주의자의외에는 영양성으로 오는 경우는 매우 드문편이므로 Vit.B<sub>12</sub>결핍증의 가장 흔한 원인은 유전성 자가면역질환이 대부분이며 이외에 특이한 형태로 위절제술, 회장절제술 등 복부수술 후 흡수장애에 의해 발생하는 경우가 있다.<sup>1)2)</sup> 이러한 Vit.B<sub>12</sub>결핍에 의한 빈혈을 惡性貧血이라하며 이는 DNA합성장애를 초래하여 거대적아구성 빈혈을 일으키며, 중추신경과 말초신경에 아급성 변성을 일으켜 감각장애, 운동장애, 지능의 황폐화, 치매 등 다양한 신경증상이 나타나기도 한다.<sup>3)</sup>

이에 본문에서는 본원 사상체질과 입원환자 중 2003년 4월 본원에 입원하여 惡性貧血로 진단받고 少陽人 陰虛午熱證의 범주에서 2003년 4월 24일부터 2003년 5월 23일까지 少陽人 獨活地黃湯 加味方으로 치료하는 과정에서 좋은 결과를 얻은 1례를 보고하는 바이다.

## II. 症 例

### 1. 患 者

김○○ ( M / 76 )

### 2. 主呼訴症

顔面蒼白, 無氣力, 食慾低下, 齒齦出血(양치시 잇몸사이로 미약하게 출혈되며 수분되되 지혈), 起床時 침이나 악물을 토함.

### 3. 發病日

2003년 4월 18일경

### 4. 臨床 診斷命

- A. 양방 진단명 : 惡性貧血
- B. 한방 진단명 : 少陽人 陰虛午熱證

### 5. 入院 治療期間

2003년 4월 24 ~ 2003년 5월 24일

### 6. 過去歷

1996년 胃潰瘍, 胃穿孔으로 김제 우석병원에서 胃切除手術(total gastrectomy)  
2002년 10월 전신무력감으로 本院 四象體質

科 입원치료

HTN(-) DM(-)

### 7. 現病歷

상기 76세의 남환은 1996년 위천공으로 김제 우석병원에서 위절제수술을 시행하였던 환자로 4월 12일경 상기도감염 증상이후 상기 주소증 발하여 적극적인 한방 체질과 치료 위하여 본원 체질과 외래 경유하여 사상체질과에 입원하였다.

### 8. 家族歷

특이 사항 없음

### 9. 初診所見

V/S (내원시) : 체온 36.5℃, 맥박수 74회, 호흡수 20회/분, 혈압 130/80mmHg

全身狀態 : 전신무기력감 호소 및 面萎黃白

精神狀態 : 양호

舌診 : 舌淡白

脈診 : 細微弱

大便 : 1회/1 ~ 2day이고

小便 : 10회/1day

睡眠 : 양호

### 10. 體質判定

少陽人型

|         |                                     |
|---------|-------------------------------------|
| QSCC II | 노령으로 불가                             |
| 體形氣像    | 왜소하지만 다부짐. 가슴과 어깨가 상대적으로 발달.        |
| 容貌詞氣    | 매사 적극적인 성격                          |
| 藥物反應    | 2002년 10월경 Adm 당시 少陽人 處方에 반응이 양호하였음 |

### 11. 檢査所見

Table 1. Laboratory Findings

|     |                       | Findings | Reference range |
|-----|-----------------------|----------|-----------------|
| CBC | Hb (g/dl)             | 4.60     | 13~18           |
|     | Hct (%)               | 15.80    | 40~54           |
|     | RBC (M/ $\mu$ L)      | 1.16     | 4.50~6.20       |
|     | WBC (K/ $\mu$ L)      | 10.60    | 4.0~10.0        |
|     | Platelet (K/ $\mu$ L) | 272.00   | 150~500         |
|     | MCV (fl)              | 137.00   | 80.0~95.0       |
| LFT | Total Protein (g/dl)  | 5.19     | 6.4~8.3         |
|     | Albumin (g/dl)        | 3.08     | 3.5~5.2         |

12. 치료 경과

① 내원당시 : 환자는 全身無力感과 함께 중등도의 食欲不振으로 식사는 1/2 이하로 섭취하였다. URI가 있으며 望診上 顔面部가 전반적으로 萎黃白色을 띠었다. 입원 첫 날 혈액검사상 Hb 4.6g/dl, Hct 15.8%로 빈혈 소견을 보였고 대변은 3일째 못보고 있었다. 즉시 24일 26일 27일 세 차례에 걸쳐 RBC Pack cell 4 pint를 수혈하였다. 少陽人 獨活地黃湯 加味 I 투여 5일 후 환자는 食欲不振이 好轉되면서 식사는 2/3공기를 섭취하였으며 全身無力感은 약간 호전되었으나 여전히 顔面萎黃白과 齒齦出血, 大便燥結은 나타났다.

② 입원 7일째 : 鼻漏 咽痛 咳嗽 등의 상기도감염 소견을 보여 처방을 少陽人 荊防敗毒散으로 변경하였다. URI 소견은 3일 후 소실되었고 다시 少陽人 獨活地黃湯을 투여하였다.

③ 입원 11일째 : 全身無力感은 호전 중에 있었으며 眩暈症이 소실되었으나 顔面部萎黃白과 齒齦出血은 여전히 나타났다. 大便燥結은 호전과 악화를 반복하였으며 식욕은 호전되어 전량을 섭취하였다. Hb 9.3g/dl, Hct 31.1%까지 상승하였으나 Platelet는 오히려 101.0K/uL으로 감소하였다.

④ 입원 24일째 : 여전히 齒齦出血이 나타나 地榆와 荊芥를 炒한 獨活地黃湯을 加味II를 투여하였다. 全身無力感은 거의 소실되었으며 顔面部萎黃白도 조금 호전되었다. 食慾은 거의 정상에 가깝게 되어 매 식사마다 전량을 섭취하였다. 大便燥結은 약간 호전되었으나 증상이 약간 남아있었다. Hb 9.9g/dl, Hct 33.4%까지 상승하였으나 Platelet는 오히려 50.0K/uL으로 더욱 감소하였다.

⑤ 입원 31일째 : 환자는 全身無力感은 소실되었으며 식욕도 거의 호전되어 매 식사마다 전량을 섭취하였다. 大便燥結도 거의 호전되었으나 顔面部萎黃白은 여전히 남아 있었다. 퇴원 시에 Hb 9.9g/dl, Hct 31.9%였고 Platelet는 270.0K/uL으로 정상으로 회복하였다.

⑥ 퇴원 후 18일째 : 외래로 내원당시 全身無力感, 大便燥結은 소실되고 식욕은 회복되었으며 顔面部萎黃白은 조금 남아 있었다. Hb 10.2g/dl, Hct 36.0%으로 상승하였고 Platelet는 150.0K/uL으로 다시 감소하였다.

혈액학적 소견의 변화

Table 2. Hematologic Findings

|                | 4.25   | 4.28   | 5.2    | 5.6    | 5.15   | 5.22   | 6.9    | Reference range |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------|
| Hb(g/dl)       | 6.60   | 9.40   | 9.30   | 8.50   | 9.90   | 9.90   | 10.20  | 13~18           |
| Hct(%)         | 22.70  | 32.00  | 31.10  | 28.60  | 33.40  | 31.90  | 36.00  | 40~54           |
| RBC(M $\mu$ L) | 2.04   | 3.03   | 2.88   | 2.64   | 3.17   | 2.96   | 3.42   | 4.50~6.20       |
| WBC(K $\mu$ L) | 10.70  | 8.60   | 8.60   | 8.40   | 7.90   | 12.70  | 10.30  | 4.0~10.0        |
| Platelet(K/uL) | 192.00 | 167.00 | 101.00 | 70.00  | 50.00  | 270.00 | 150.00 | 150~500         |
| MCV(fL)        | 111.00 | 105.00 | 108.00 | 108.00 | 105.00 | 108.00 | 105.00 | 80.0~95.0       |

Table 3. Clinical Symptoms Progress

| 症狀    |        | 4.25 | 4.28 | 5.2 | 5.6 | 5.15 | 5.22 | 6.9 |
|-------|--------|------|------|-----|-----|------|------|-----|
| 貧血症狀  | 全身無力感  | ++   | +    | +   | +   | -    | -    | -   |
|       | 眩暈症    | +    | +    | -   | -   | -    | -    | -   |
|       | 顔面部萎黃白 | ++   | ++   | ++  | +   | +    | +    | +   |
| 齒齦出血  | 齒齦出血   | +    | +    | +   | +   | +    | -    | -   |
|       | 胃腸痞症狀  |      |      |     |     |      |      |     |
| 胃腸痞症狀 | 食欲不振   | ++   | -    | -   | -   | -    | -    | -   |
|       | 大便燥結   | +++  | ++   | ±   | ±   | ±    | -    | -   |

+++ 매우 심하게 지속됨 (severe) ++ 중간 정도 심한 상태 (moderate) + 경미한 상태 (mild) ± 간헐적이고 경미한 상태 - 소실

13. 치료

(1) 약물치료

1) 少陽人 獨活地黃湯 加味 I

熟地黃 16g 山茱萸 8g 白茯苓 6g 澤瀉 6g 牡丹皮 4g 防風 4g 獨活 4g 白茅根 20g 枸杞子 4g

2) 少陽人 獨活地黃湯 加味 II

熟地黃 16g 山茱萸 8g 白茯苓 6g 澤瀉 6g 牡丹皮 4g 防風 4g 獨活 4g 荊芥(炒) 4g 地榆(炒) 6g

3) 少陽人 荊防敗毒散

羌活 獨活 柴胡 前胡 荊芥 防風 赤茯苓 生地黃 地骨皮 車前子 各 4g

(2) 기타치료

침치료는 足三里 三陰交 血海 太衝 章門 등의 혈과 砭鍼法의 腎正格(經渠 復溜 補, 太白 太谿 瀉)을 시술하였고 기타 물리치료와 부항요법 등을 시술하였다.

(3) Transfusion

|                         |        |        |        |        |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|
|                         | 4. 24  | 4. 26  | 4. 27  | 5. 7   |
| RBC Pack cell Rh+O type | 2 pint | 1 pint | 1 pint | 1 pint |

Ⅲ. 考察 및 結論

빈혈은 평균 적혈구 용적에 따라 소구성, 정구성, 대구성 빈혈로 나뉘며 이 중 대구성 빈혈은 다시 Non megaloblastic anemia와 Megaloblastic anemia로 나누게 된다. Non megaloblastic anemia는 重症肝疾患이나 粘液浮腫 등에서 나타나는 빈혈이며, Megaloblastic anemia는 Vit.B<sub>12</sub>결핍과 엽산 결핍에 의해서 야기된다. 임상적으로 惡性貧血은 거대적아구성 빈혈 중 Vit.B<sub>12</sub>를 흡수하는데 필요한 내인자가 위벽세포에서 분비되지 않는 것이 원인인 경우를 말하지만 본 경우처럼 위절제술, 회장절제술 등 복부수술 이후에 나타나는 흡수장애에 의한 경우도 해당된다.<sup>1,2)</sup> 惡性貧血의 진단으로는 빈혈에 의한 臨床症狀, 상피세포 위축에 의한 胃腸症狀과 末梢神經症, 脊髓症狀, 腦症狀 등의 다양한 신경학적 증상이 있는 환자에게서 의심되어지며, 검사소견은 말초 도말표본에서 부동적혈구증과 변형적혈구증 등의 이상 소견과 난형 거대적혈구의 특징을 보인다. 혈청내 Vit.B<sub>12</sub>의 감소 및 골수 검사상 거대적아구성의 형태가 나타난다. 이외 Schilling test에서 양성이며 혈청 LDH가 증가한다.<sup>1,3)</sup> 본 증례의 경우 상기의 진단법으로 확진할 수 없었으나 기본적인 본원 임상병리결과상만으로 판단하였을 때 혈액검사상 Hb, Hct, RBC의 수치가 정상수치에 미달하여 기본적으로 빈혈로 추정할 수 있

었으며 MCV가 정상수치보다 높아 혈구세포가 대구성인 것으로 알 수 있었고 또한 7년전 위의 완전절제술(total gastrectomy)의 과거력을 통해 Vit.B<sub>12</sub> 흡수부전으로 인한 악성빈혈로 진단할 수 있었다.<sup>9,10)</sup> 그러나 혈소판 수치의 현저한 저하가 동반되어 악성빈혈의 일반적인 증상보다 다소 심각한 상태를 보이고 있는데 이러한 증상에 해당하는 빈혈에 서의학적 범주는 없었다. 하지만 혈소판의 감소를 제외하고는 환자의 병력과 나머지 증상들이 악성빈혈과 가장 유사한 상태를 띠고 있어 악성빈혈의 범주로 접근하여 치료하였다.

證治醫學적인 관점에서 본다면 상기 환자는 胃潰瘍으로 인한 穿孔으로 胃切除術을 시행한 자로 《東醫寶鑑》에서는 陰血生於水穀이라하여 “靈樞曰, 中焦受氣, 變化而赤, 是爲血. 又曰 榮出於中焦. 又曰, 穀入於胃, 脈道乃行, 水入於經, 其血乃成.”<sup>7)</sup>이라 하였다. 이는 이 환자가 위절제술로 水穀을 받아들이지 못함이 日久하여 陰血을 만들지 못하여 惡性貧血에 이르게 되었음을 시사한다. 또한 氣生於穀이며 이는, “靈樞曰, 人受氣於穀, 穀入於胃, 以傳與肺, 五藏六府, 皆以受氣, 其清者爲榮, 其濁者爲衛, 榮在脈中, 衛在脈外…….”<sup>7)</sup>이라 하여 상기 환자가 위절제로 인한 惡性貧血 이후 疲倦 無力感의 증상을 호소하게 된 기전을 설명하고 있다. 또한 東醫寶鑑에서 生氣之原이라하여 “難經疏曰, 十二經脈者, 皆係於生氣之原, 所謂生氣之原者, 謂腎間動氣也, 此五藏六府之本, 十二經脈之根, 呼吸之門, 三焦之原, 一名守邪之神, 故, 氣者, 人之根本也.”라 한 바, 이는 이 환자가 脾胃陰虛로 인하여 貧血에 이르게 되었다 설명할 수 있겠다.<sup>7)</sup>

四象醫學의 견해에 따르면 少陽人의 陰虛午熱證에 해당하는데 《東醫壽世保元》에서 “若夫陰虛午熱 飲水 背寒而嘔者 表裏陰陽 俱爲虛損 所以爲病尤險 與下消 略相輕重”이라 밝히고, “巽信曰 凡陰虛證 每日午後 惡寒發熱 至晚 亦得微汗而解 誤作瘧治 多致不救”라 하였다. 이는 안으로는 大腸局의 清陽之氣가 가볍

게 위로 올라가 胃局의 熱氣를 제어하고 頭面四肢에 충족되어야 하는데 大腸局 자체의 陽氣가 손상되어 근본적으로 올려주는 힘이 없어 胃局의 熱을 식혀주지 못하고 밖으로는 脾局의 陰氣 또한 하강하지 못하여 발생한다. 상기 환자의 齒齦出血의 증상은 《東醫壽世保元》에서 “凡 少陽人 間有鼻血少許 或 口鼻間痰涎中 有血 雖細微 皆吐血之屬也”, “少陽人病 中風·吐血·嘔吐·腹痛·食滯痞滿 五證同出一屬而 自有輕重”라 하여 齒齦出血과 吐血은 자체에 경증이 있을 뿐 같은 등속으로 분류할 수 있다. 嘔吐의 증세를 살펴보면 《東醫壽世保元》에서 “口中暗有冷涎 逆上者 雖不嘔吐 亦嘔吐之屬也”라 하여 아침에 일어나면 침을 흘리는 것이 少陽人 嘔吐症에 해당한다고 볼 수 있다. 이러한 증에 “嘔吐 宜用 獨活地黃湯”라 하였다. 더불어 少陽人은 陰清之氣가 寶命之主가 되므로 大便而 宣通即 完實無病이라 하였는데, 상기 환자는 대변을 3일 동안 못보는 등 大便燥結이 있어 이는 “少陽人 胃受熱則 大便燥也”라 하였고, “少陽人 表裏病結解 必觀於大便而 少陽人大便 頭燥尾滑 體大而疏通者 平時無病者之 大便也 其次大便滑 一二次 快滑泄 廣多而止者 有病者之病快解之大便也 其次 一二次 尋常滑便者 有病者 病勢不加之大便也 其次 或 過一晝夜有餘不通 或 一晝夜間 三四五次 小小滑利者 將溢之候也 非好便也 宜預防”, “少陽人 裡病 大便 過一晝夜有餘而 不通則 自是裡病明白 易見之初證也 若復 大便 過三晝夜有餘而 不通則 危險矣”등의 조문에서 대변의 상태가 少陽人의 表裏病이 풀리는 것의 주요한 진단근거가 됨을 알 수 있다.” 따라서 少陽人의 胃受熱裏熱病은 裏陽升氣의 원칙에 따라 清陽을 上升시켜야하고 이에 獨活地黃湯이나 十二味地黃湯類가 적합하다 하겠다.<sup>8)</sup> 이에 입원기간동안의 환자의 증상에 따라 少陽人 荊防敗毒散과 獨活地黃湯의 加減方을 투여하였다. 치료기간동

안 임상증상은 개선되어갔지만 5월 7일 마지막 수혈이후에도 Hb platelet RBC 등의 혈액검사상의 수치는 감소의 추세를 보였다. 그러나 지속적인 치료의 연속으로 少陽人 獨活地黃湯 加減 II가 투여된 시점부터는 상기 수치들이 상승세를 보이기 시작하여 더 이상 수혈등의 양방처치를 실시하지 않았으며 퇴원후에도 계속적인 한방치료만으로도 증상의 악화없이 정상생활이 유지됨을 관찰할 수 있었다.

이상과 같이 우석대학교 부속한방병원 사상체질과에 食滯痞滿, 無氣力, 貧血 등을 호소한 환자에 대하여 少陽人 陰虛午熱症으로 진단하고 少陽人 獨活地黃湯을 투여한 결과 臨床症狀의 호전을 확인하였으므로 이를 보고하는 바이다.

## V. 參考文獻

1. Robert E, Rakel, M.D. 최신실전 임상가이드, 서울; 한국의학 1998; p557-599.
2. J.Isselbacher, 해리슨내과학, 서울; 정담출판사 1997; p1860-1866, p2517-2518.
3. 내인자 결핍에 의한 악성빈혈 1례, 대한내과학회잡지 1989; 36(6), p838-844.
4. 이기억, 장수경 공저, 식이요법, 보성문화사 1983; p398.
5. 허준, 동의보감, 서울; 대성문화사 1992; 내경편 p33, p34, p70.
6. 전국한의학대학교 사상학교실, 사상의학, 집문당; p465-479.
7. 독활지황탕의 위장관 및 중추신경에 미치는 효능에 관한 실험적 연구, 사상의학회지, 1997; 9(2) p188.
8. 서울대학교 의과대학, 혈액학, 서울; 서울대학교출판부 1997; p77-83.
9. 전국한의학대학교 간계내과학교수공저, 간계내과학, 서울; 동양의학연구원 1989; p384-389.