

노인성 식욕부진 환자 1례에 대한 한방치료 증례보고

이영주, 홍정화, 석은주, 이진영, 유재혁, 정지천
동국대학교 일산한방병원 한방내과

A Case Report of Korean Herbal Treatment for an Elderly Patient with Anorexia

Youngju Rhee, Junghwa Hong, Eun-joo Seok, Jin-young Lee, Jae-hyuk You, Ji-Cheon Jeong
Dept. of Oriental Internal Medicine, Dongguk University Il-san Oriental Medicine Hospital

ABSTRACT

The purpose of this study was to report the clinical effects of Korean herbal medicine on an elderly patient with anorexia of unknown aetiology. The patient was diagnosed with Qi Yin Yang He and treated with relevant Korean herbal medicines, mainly acupuncture and moxibustion, in combination with fluid therapy. Over a period of approximately 2 weeks, we observed improvement in anorexia and other clinical symptoms, such as dizziness, nausea, and vomiting. Therefore, Korean herbal medicine treatment may be effective in improving anorexia symptoms in elderly patients in combination with additional treatments, such as acupuncture, moxibustion, and fluid therapy.

Key words: anorexia, herbal medicine, case report

1. 서론

우리나라의 입원 환자 중에서 65세 이상 노인 환자의 영양 불량률은 전체 영양 불량률에 비하여 10% 이상 높다. 65세 이상의 노인 입원 환자의 영양 평가 결과는 정상 영양 상태가 22.3%에 불과하며, 40.7%는 영양 불량 위험군이고 37%는 영양 불량 상태라고 할 수 있다. 이렇게 영양 불량으로 가게 되는 주요 원인들 중 하나가 '노인증후군'의 증상 중 하나인 다양한 원인으로 일어나는 식욕부진이라고 할 수 있다. 65세 미만의 비교적 젊은 환자들의 식욕부진은 주로 특정한 악성 질환이나 심각한

한 대사성 질환과 동반하여 같이 오는 경우가 많다. 하지만 65세 이상의 노인의 경우 이런 질환을 동반하지 않아도 맛이 없거나 기운이 없고 점차 체중이 감소한다고 호소하는 경우가 많다¹. 이렇듯 노인에게서 식욕부진과 체중감소는 비교적 흔한 증상이라고 할 수 있다. 식욕부진은 노인에서 흔히 관찰되는 영양결핍상태의 원인이 되며 체중 감소로 이어질 수 있는 증상이다. 영양결핍과 연관된 체중감소는 인지기능 저하와 우울증으로 이어져 삶의 질을 떨어뜨릴 수 있으며, 2차적 의학적인 문제를 유발하여 입원치료와 기타 의료비의 상승까지 유발할 수 있다².

노인 환자의 식욕부진에는 매우 다양한 요인이 관여하므로 각종 질병 이외에 사회적, 심리적 문제까지 포괄적인 평가가 필요하다. 문진이나 선별도구 적용을 통하여 식욕부진이나 영양불량 현상이

· 투고일: 2024.09.13, 심사일: 2024.10.18, 게재확정일: 2024.10.21
· 교신저자: 정지천 경기도 고양시 일산동구 동국로 27
동국대학교 일산한방병원 한방내과
TEL: 031-961-9046 FAX: 031-961-9049
E-mail: kyjjc1931@daum.net

확인된다면 기존 질병의 악화나 새로운 노인성 질환의 발생을 확인하는 과정이 선행되어야 하고 그에 따른 치료가 우선이지만, 만약 특정 원인을 찾아내지 못한다고 하더라도 질병과 노쇠현상의 예방을 위하여 즉각적이고 적극적인 대처를 하는 것이 바람직하다³.

한의학에서는 식욕부진의 원인을 다양한 이론으로 설명하고 있다. 전통적인 문헌에서는 脾虛, 즉 脾胃의 허약을 식욕부진의 주된 원인으로 보았고, 脾臟은 음식물의 運化作用을 담당하는 장부로 여겨지며, 비장의 기능이 약해지면 체내 영양이 충분히 흡수되지 못하고 기력 저하와 체중 감소로 이어진다고 보았다⁴. 이는 현대 의학에서 노인의 근감소증과 대사 저하로 인한 식욕 감퇴와 유사하다⁵. 또한 肝氣鬱結, 胃陰不足 등으로 진단되어지기도 하는데 각각 현대의학의 우울증 및 탈수나 전해질 불균형 등의 상태와 대응된다고 볼 수 있다⁶. 이처럼 한의학적 병인병리는 현대 의학의 식욕부진 원인들과 밀접하게 연관될 수 있다.

식욕부진과 관련해 현대 의학에서는 영양 결핍 상태를 개선하기 위해 영양 보충제나 메게스테롤과 같은 식욕 자극제를 사용할 수 있다. 또한, 우울증이 있는 경우에는 항우울제를 처방하거나, 체중 감소를 막기 위해 고칼로리 식사를 제공하기도 한다. 하지만 이러한 치료는 때로 부작용을 동반하거나 일시적인 효과에 그칠 수 있다⁷⁻⁹. 이때 양방 치료와 더불어 한의학적 치료를 병행할 경우 노인의 영양 상태와 전반적인 건강을 개선하는 데 시너지 효과를 기대할 수 있다.

외국의 경우, 고령자의 체중감소와 함께 식욕부진에 대한 연구가 이루어지고 있으나 국내의 경우 아직까지 이에 대한 체계적인 연구가 거의 없으며, 한의계에서는 식욕부진에 대한 문헌적 고찰 및 젊은 여성에서 나타난 신경성 식욕부진의 증례 보고만 있을 뿐 고령자의 식욕부진에 대한 보고 및 고찰은 부족하다¹⁰. 이에 본 증례의 기력저하를 동반한 노인성 식욕부진 환자의 경우 양방 치료를 동

반한 한방 치료를 진행한 결과 호전을 보였고 이에 저자는 관련 사례를 보고하는 바이다.

II. 윤리적 고려

본 증례는 후향적 증례 보고로서, 동국대학교 한방병원 기관생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 심의면제 판정을 받았다(IRB File No. DUIOH 2024-09-003).

III. 증례

1. 환 자 : F/90
2. 신장/체중 : 149 cm/42.5 kg
3. 주소증
 - 1) R630 Anorexia
 - 2) R53 General weakness
 - 3) U626 기음양허증(氣陰陽虛證)
 - 4) U791 비위양허증(脾胃陽虛證)
4. 발병일 및 발병 동기 : X년 05월 25일 별무계기로 발병함.
5. 현병력

X년 5월 25일부터 별다른 이유 없이 구고와 함께 식사량이 감소하였으며 X년 6월 4일에 인근 종합병원 응급실 입원하여 검사하였으나 혈액검사 및 영상 검사 등에서 정상 소견을 받고 퇴원하였다. 3일 뒤인 X년 6월 7일에 지역병원에 방문하여 수액 치료까지 받았으나 증상이 호전되지 않아 X년 6월 9일부터 6월 21일까지 13일간 ○○대학교 한방내과에 입원하였다.
6. 과거력
 - 1) 고혈압
 - 2) 당뇨
 - 3) 고지혈증
 - 4) 치매
 - 5) 위 염 : 지속적 복통 및 구토, 설사를 호소하

여 2011년 동국대 한방내과 내원 후 치료

7. 가족력 : 아들 - 당뇨
8. 사회력 : 별무
9. 계통적 문진(Review of System)
 - 1) 수 면 : 수면시간 14-15시간
 - 2) 대 변 : diaper state, 2~3일에 1회 자력 배변, 보통변
 - 3) 소 변 : 주간 6회, 야간 2회
 - 4) 식사 및 소화 : 불량, 심한 식욕부진 있으며 일반식으로 매끼 1스푼가량 섭취, 구고를 동반
 - 5) 복 진 : 中脘(CV12), 兩 天樞(ST25), 關元(CV4), 氣海(CV6) 복진시 NRS 2-3정도의 통증
10. 검사 소견
 - 1) 입원 시 체성분 검사 : 입원 시 시행한 체성분 검사 상 체중(Weight) 42.5 kg, 체질량지수(body mass index, BMI) 19.2 kg/m², 체수분(Total Body Water) 20.3 L, 단백질 5.2 kg로 측정되었다.
 - 2) 입원 시 SA6000 검사
 - (1) 자율신경 안정도
 - ① 활성화도 : 150.0(매우 좋음)
 - ② 균형도 : 38.0(균형)
 - (2) 스트레스
 - ① 스트레스 저항도 : 150(매우 좋음)
 - ② 스트레스 지수 : 54(매우 좋음)
 - ③ 피로도 : 50.0(매우 좋음)
 - (3) 심 장
 - ① 평균 심박동수 : 58(낮음)
 - ② 심장 안정도 : 150.0(매우 좋음)
 - ③ 이상 심박동수 : 39회
 - (4) 혈관 상태 분석
 - ① 평균 심박수 : 58
 - ② Wave Type : 4단계
 자율신경 안정도에서 활성화도가 150.0으로 매우 좋음으로 나타났으며 균형도는 38.0으로 균형으로 나타났다. 스트레스 부분에서도 저항도

- 150, 지수 54, 피로도 50.0으로 매우 좋음으로 나타났다. 심장 부분에서는 평균 심박동수가 58로 낮게 나타났으며 심장 안정도가 150.0으로 매우 좋음으로 나타났고 이상 심박동수는 39회 정도로 측정되었으나 환자분 심장 관련한 과거력은 없었고 심계, 정충 등의 이상 증상도 없어 이후 입원 기간 동안 이상 증상 나타날 시 다시 검사해보기로 하였다. 혈관 상태 분석에서 평균 심박수는 앞과 같이 58정도로 낮게 나타났으며 wave type이 4단계인 소견을 보였는데 이는 노화로 인한 것으로 보였다.
- 4) 입원 시 ABR(Automatic Bioelectric response recoder) 2000
 - (1) Regulation : 1SL 2SL 3SL 4(-) 5(-) 6SL 7SL
 - (2) Gragh
 - A) 1L! 2L! 3L! 4LR 5L 6L! 7L
 - R) 1L! 2L! 3L! 4LR 5L 6L 7L
 Regulation에서 4-5에는 특별한 이상이 보이지 않았지만, 1-3, 6-7구역에서 SL(Slope Low)로 전체적인 기능실조 소견을 보여주었다. Graph A에서는 表의 寒證의 소견을 보여주었다. Graph R에서는 裏의 虛證의 소견을 보여주었다.
 - 5) 입원 시 MMSE-K : 17
 - 6) 혈액 검사 : 입원 다음날 시행한 혈액검사 상 극심한 식욕부진으로 빈혈 소견이 의심되었으나 Total protein수치가 약간 낮게 나온 것 외에 RBC, Hb, Hct 등의 빈혈 관련 수치는 모두 정상으로 나왔으며 염증 소견도 정상이었다. 단, BUN이 37.1로 나와 신기능 관련하여 이상이 있는지 확인하기 위하여 Creatinine과 eGFR, 소변 검사를 살폈으나 BUN 외 모두 정상으로 나왔다. 이외 간수치나 다른 수치에 큰 이상은 없는 것으로 보아 RBC, Hb, Hct, BUN의 증가는 체내 수분 부족으로 인한 상대적인 정상수치로 보인 것으로 사료되었다(Table 1).

Table 1. Laboratory Test

	Normal range	06/10	06/15	06/21
RBC (x10 ⁶ /uL)	4.0~5.4	4.00	3.71 ▼	3.30 ▼
Hemoglobin (g/dL)	12.0~16.0	12.3	11.3 ▼	10.1 ▼
Hematocrit (%)	36~48	36.6	33.5 ▼	30.9 ▼
Erythrocyte sedimentation rate (mm/hr)	0~20	14	21 ▲	-
CRP (mg/dL)	0~0.5	<0.06	<0.06	-
Total Protein (g/dL)	6.4~8.3	5.3 ▼	5.1 ▼	-
Albumin (g/dL)	3.4~5.1	3.7	3.5	-
Total bilirubin (mg/dL)	0.2~1.3	1.5 ▲	0.7	-
BUN (mg/dL)	6.0~20.0	37.1 ▲	12.6	-
Creatinine (mg/dL)	0.50~1.20	0.85	0.62	-
eGFR (MDRD) (mL/min/1.73 m ²)	>60	>60	>60	-
eGFR (CKD-EPI) (mL/min/1.73 m ²)	>60	61.2	80.5	-
AST (GOT) (IU/L)	0~37	15	15	-
ALT (GPT) (IU/L)	0~41	10	10	-
ALP (IU/L)	35~104	44	40	-
Calcium (Serum) (mg/dL)	9.0~10.5	8.9 ▼	9.2	-
Sodium (Serum) (mmol/L)	135~145	135 ▼	139	-
Potassium (Serum) (mmol/L)	3.5~5.5	4.5	3.9	-
Chloride (Serum) (mmol/L)	97~107	102	107	-
Total cholesterol (mg/dL)	0~199	99	100	-

7) 영상 검사 : X년 06월 12일 시행한 Abdomen supine X-RAY 상 “Mild ileus” 소견을 보였다 (Fig. 1). X년 06월 16일 시행한 Abdomen CT 상 대장 게실증을 동반하며 대장 및 소장 벽이 약간 두꺼워진 것으로 “R/O enterocolitis” 소견을 들었으며 췌관의 미세한 확장을 동반하며 담낭에 약간의 담석이 보였으나 이는 노화로 인한 것으로 보였다. 좌측 신장으로 작은 신결석이 보인다는 소견도 있었다(Fig. 2).

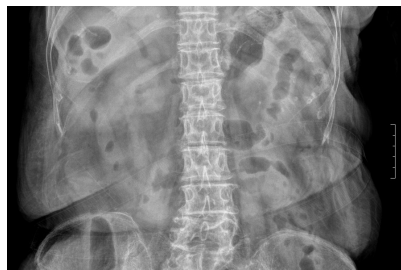


Fig. 1. X-RAY, abdomen supine : mild ileus.

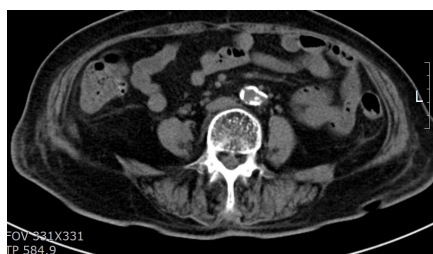


Fig. 2. Computerized tomography, abdomen : mild diffuse small and large bowel wall thickening, R/O enterocolitis.

A few sandy stone in GB lower body and neck portion. A tiny left renal stone. Colonic diverticulosis. Minimal diffuse pancreatic duct dilatation, likely senile change. No other remarkable finding in the abdomen or pelvis.

11. 치료내용

- 1) 입원기간 : X년 06월 09일 ~ X년 06월 21일
- 2) 치료방법

(1) 한약치료 : 입원일부터 山査, 麥牙, 砂仁, 白朮 등을 위주로 한 補脾胃, 益氣健脾 목적의 임의처방을 1일 2첩 3포로 하여 매끼당 1포씩, 90 cc로 식후 2시간 이후에 투약하였다. 입원 6일째부터 通經行氣하여 心腹痞滿脹痛 등을 치료하는 薑黃을 2 g에서 4 g으로 증량하고 芳香化濁하여 濕濁中阻 등을 치료하는 藿香을 추가하였으며 용량이 너무 많아 복용하기 힘들다고 하여 1일 1첩 2회로 하여 매끼당 1포씩, 60 cc로 변경하여 투약하였다.

또한 식욕부진 및 구역, 구토의 호전을 위해 清胃-丹(한국신약)을 하루 매끼당 1포씩, 식후 2시간 이후로 추가 투약하였다. 입원 7일째부터는 行氣溫中하여 不思飲食 등을 치료하는 白豆蔻, 益智仁을 추가하여 1일 1첩 2회로 하여 아침, 저녁 각각 1포씩 60 cc, 식후 2시간 이후로 복용하도록 하였고(Table 2) 기력저하의 빠른 회복을 위해 小拱辰-丹을 매일 아침 식전 30분-1시간에 1환 같이 투약하였다.

Table 2. Composition of Herbal Medicine

	Herbal name	Scientific name	Amount (g/day)
6/9-6/14	龜板	<i>Chinemys reevesii</i> Gray	8
	兔絲子	<i>Cuscutae Semen</i>	6
	薑黃	<i>Curcuma longa</i>	6
	白何首烏	<i>Cynanchum wilfordii</i> (Maxim.) Hemsl.	6
	白朮	<i>Atractylodes macrocephala</i> Koidzumi	8
	白芍藥(炒)	Fried root of <i>Paeonia albiflora</i> Pallas	8
	白茯苓	Root of <i>Poria</i> (Hoelen)	8
	當歸身	Body of <i>Angelica gigas</i> Nakai	8
	黃耆	<i>Astragalus membranaceus</i>	8
	枸杞子(唐)	<i>Lycii Fructus</i>	8
	木香	<i>Aucklandiae Radix</i>	6
	甘草(炙)	Broiled root of <i>Glycyrrhizae Radix et Rhizoma</i>	6
	山査	<i>Crataegus pinnatifida</i> Bunge	8
	麥芽	<i>Hordei Fructus Germinatus</i>	8
	砂仁	<i>Amomi Semen</i>	6
6/14	增 薑黃	<i>Curcuma longa</i>	4→8
	加 藿香	<i>Pogostemonis Herba</i>	6
6/15-6/21	加 白豆蔻	<i>Amomum kravanh</i> Pierre ex Gagnep.	6
	加 益智仁	<i>Alpinia oxyphylla</i> Miq	6
	去 枸杞子(唐)	<i>Lycii Fructus</i>	8

(2) 뜸 : 足三里(ST36), 三陰交(SP6), 陰陵泉(SP9)에 각각 직접구를 하루 3번, 2-3분간 시행하였으며 따로 中脘(CV12)에 다른 직접구를 하루 1번, 10분간 시행하였다.

(3) 침 : 입원일부터 퇴원일까지 총 13일간 식욕

부진, 구역, 구토 등의 호전을 위해 合谷(LI1), 太衝(LR3), 足三里(ST36) 등의 穴位를 選穴하여 일회용 0.25×30 mm stainless steel 毫鍼(동방침구제작소)으로 하루 2회 자침 후 15분간 유침하였다.

(4) 양약치료 : 입원 기간 동안 지참한 약제 유지하였으며 입원 7일 차 소화기내과 진료 이후 소량 미연변 관련 Bioflor 250 powder 1 pkg 을 추가하여 1일 2회 복용으로 퇴원 시까지 유지하였다. 입원 이후 지속적으로 저혈압 및 빈뇨 등의 소견 보이시어 체내 수분량 부족으로 인한 것으로 보여 개선시키기 위해 입원일부터 입원 3일 차까지 Cafsol 10% 500 ml 및 M.V.H 5 ml로 수액 처치를 진행하였다. 하지만 이후에도 식욕부진이 호전되지

않아 추가로 정맥영양요법을 시행하기로 하고 입원 4일 차부터 Cafsol 10% 500 ml만 제외하고 Omapone peri 724 ml를 M.V.H 5 ml에 더해 투약하였다. 또한 NS 1 L 1 bag 도 추가로 수액 처치 진행하였다. 이후 저혈압 소견은 더 이상 보이지 않았으며 구역, 구토를 동반한 식욕부진 및 기력저하도 점차 호전되어 입원 11일 차에 수액 및 정맥영양요법 중단 후 퇴원 시까지 진행하지 않았다(Table 3).

Table 3. The Component of Western Medicine (per Oral-Medications & Fluid)

Duration	Western medicine	Taking method
6/9-06/21	omega-3-acid ethyl esters 90 1000 mg	1C bid* pc†
06/10	Amlodipine Besylate 6.935 mg, Telmisartan 40 mg	1T qd‡ pc
06/11-06/21	Ezetimibe 2 mg, Pitavastatin calcium hydrate 10 mg	1T qd pc
	calcium carbonate 1250 mg	1T qd pc
	Donepezil hydrochloride 5 mg	1.5T qd pc
	pioglitazone hydrochloride 16.53 mg	1T bid pc
	metformin hydrochloride 50 mg, vildagliptin 500 mg	1T bid pc
06/15-06/21	saccharomyces boulardii 282.5 mg	1 pkg bid pc
06/10-06/11	Cafsol 10% 500 ml	IV dropping 40 cc/h
	M.V.H 5 ml	
06/12-06/19	Omapone peri 724 ml	IV dropping 30 cc/h
	M.V.H 5 ml	
	Tamipool	
	NS 1 L	

* bid (bis in die) : twice daily (morning, dinner), † pc(post cibum) : after meals, ‡ qd (quaquedie) : once daily (morning)

(5) 기 타 : 기력저하로 CARBON을 양하지에 시행하였으며 ICT(Interferential current therapy) 를 양측 하요추부에 시행하였다.

12. 평가 방법

- 1) 임상 증상 : 매일 오전 8시 환자분의 주소증과 연관된 임상증상에 대하여 문진을 실시하였다. 특히, 식사량 관련하여서는 상주 보호자가 파악하여 문진 시 답변하였다.
- 2) 체성분 검사 : 입퇴원 시 체수분량 및 근골격

계량 관련한 변화추이를 살폈다.

- 3) 혈액검사 : 입퇴원 시 관련 혈액검사를 진행하였고 변화추이를 살폈다.

13. 치료 결과

- 1) 임상 증상 : 환자 평소 식사량이 입원 당시 끼니 당 0.5-1숟가락 정도로 제한되어 있었으나 치료를 받으며 점차 식사량이 증가하면서 입원 9일 차에는 끼니 당 밥 1/3공기 정도로 호전을 보였으며 삼계탕을 드시거나 중간에 계

란, 바나나, 건빵 등의 간식을 찾기도 하였다. 퇴원 당일날 아침에는 밥 3/5공기 섭취할 정도로 증가되었으며 구역감, 소화불량 등의 증상은 입원 6일 차 이후부터는 호소하지 않았다. 기력저하의 문진 시 Grade 정도는 큰 변화가 보이지 않았으나 자주 호소하시던 현훈을 입

원 6일 차부터는 보이지 않았고 퇴원 시에 병동 산책까지 가능할 정도로 호전을 보여 기력저하 증상 또한 좋아진 것으로 보였다. 구고는 입원 2일 차에 소실되는 모습을 보였다가 입원 8일 차부터 다시 나타났으나 이후 다시 점차 호전되는 양상을 보였다(Fig. 3, 4).

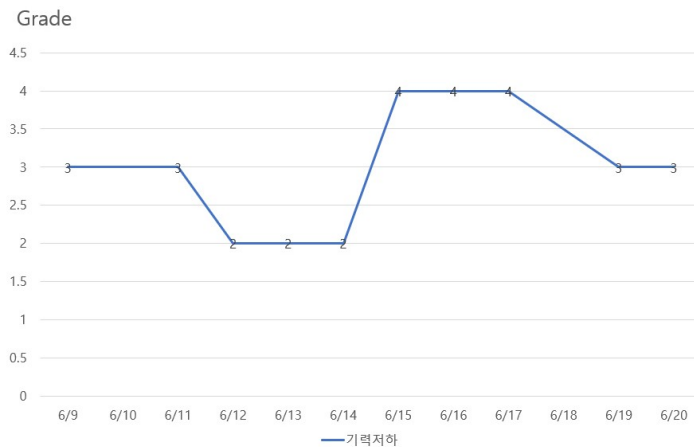


Fig. 3. The change of general weakness grade.

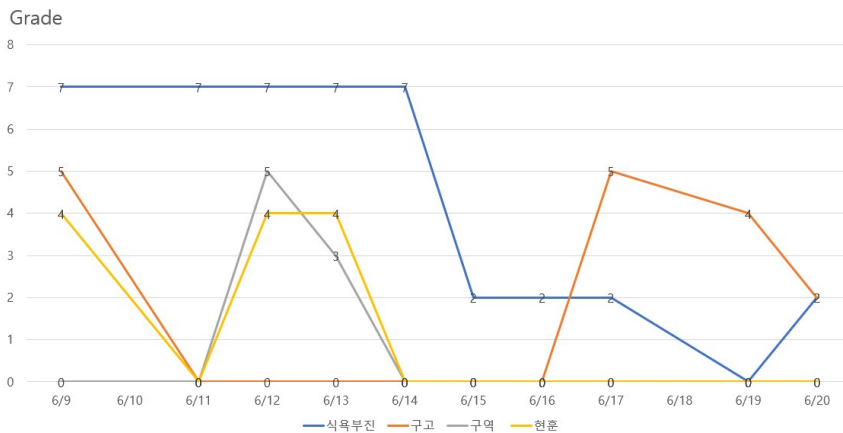


Fig. 4. The change of anorexia, bitter sweat, nausea, dizziness grade.

2) 체성분 검사 : 퇴원 전날 시행한 체성분 검사 상 체중(Weight)은 42.5 kg에서 45.7 kg로 증가되었으며, 체질량지수(body mass index, BMI)도 19.2 kg/m²에서 20.6 kg/m²으로 증가되었다.

체수분(Total Body Water)이 20.3 L에서 24.2 L로 증가되었으며, 단백질도 또한 5.2 kg에서 6.0 kg으로 증가되었다.

3) 혈액학적 검사 : 입원 7일 차 및 퇴원일 진행

한 혈액검사 상 RBC, Hb, Hct 등의 빈혈수치가 이전보다 점차 감소되는 소견 보였으나 퇴원일 진행한 체성분 검사 상 근골격량, 체수분량 호전 및 환자분의 전체적인 증상 완화를 볼 때 체내 탈수가 교정되면서 나타난 상대적인 감소 소견으로 보였다. 입원 시 이상을 보였던 BUN도 입원 7일 차에 12.6으로 측정되어 앞의 소견의 근거가 되었다. 그 외 환자분의 증상과 연관된 다른 수치 관련하여서는 별다른 소견이 보이지 않았다(Table 1).

IV. 고 찰

본 증례의 노인 환자는 기력 저하와 식욕 부진을 호소하며 입원했다. 초기 검사에서는 심한 탈수와 영양 불량 소견이 보였으나, 혈액검사 상으로는 영양 상태가 상대적으로 정상이었다. 이는 탈수로 인한 일시적 정상 소견으로 판단되었다. 혈액 검사를 포함한 양방 진료에서는 별다른 이상이 발견되지 않았으며 기력저하에 대해 우려하면서 보호자가 거부하여 위내시경과 같은 추가 검사를 시행하지 않았다(Table 4). 이에 한방 진단을 바탕으로脾胃陽虛와氣陰兩虛로 변증하였고, 한약 및 침구 치료를 병행하였다. 입원 12일 동안 한방 치료를 진행한 결과, 환자의 식욕과 기력이 점차 호전되었고, 퇴원 시까지 전반적인 증상이 개선되었다.

Table 4. Laboratory Test Asked for Gastroenterology

	Normal range	06/15
AFP (ng/ml)	0~7.0	<2.00
CEA (ng/ml)	0~5.20	3.51
CA19-9 (U/ml)	0~27.0	13.10
CA125 (U/ml)	0~35.0	13.10
TSH (ulU/mL)	0.27~4.20	0.36
Free T4 (ng/dL)	0.93~1.70	1.41
HBsAg	-	Negative
Anti-HBs	-	Positive
Anti-HCV	-	Negative

기존 연구에서는 주로 압, 위염, 신경성 식욕부진과 같은 질환에 동반된 식욕부진에 대한 사례가 보고된 바 있다. 예를 들어, 유 등은 七情損傷으로 인한 신경성 식욕부진을 대상으로 귀비탕과 보생탕을 투여하여 증상을 호전시킨 바 있다¹¹. 주 등은 또한 미란성 위염 및 요로 감염을 동반한 환자에게 보심건비탕을 처방해 식욕부진을 개선하였다¹². 이와 달리 본 증례는 특정 기질적 원인이 없는 고령자의 노인성 식욕부진을 대상으로 했으며, 양방 치료로 명확한 원인을 규명하지 못한 상태에서 한방 치료를 통해 호전된 사례라는 점에서 차별성을 지닌다. 특히,脾胃의 허약과 기력 저하를 동시에 개선하는 맞춤형 처방을 통해 긍정적 결과를 얻었다는 점에서 기존 연구와의 차별성을 가진다.

상기 환자를 변증해보면 기력저하를 호소하며 식욕부진, 소화불량, 中脘(CV12)의 압통을 호소하고 있다. 즉, 식사 및 소화기능이 저하되어 있다는 점을 통해脾胃陽虛로 변증할 수 있다. 또한 입원 이후 지속적인 저혈압 및 핏뇨 등의 체내 심한 탈수소견도 보였으므로氣陰兩虛로 변증할 수 있다. 이에 관련 한방 치료에 수액치료 및 정맥영양 요법을 병행하여 환자를 치료하였다.

한방 치료 중 한약으로는 환자 변증에 맞게 구성된 임의처방으로 진행하였으며 健脾益氣, 健脾開胃, 行氣消食, 開胃指嘔 등의 효능이 있는 白朮, 山查, 麥芽, 木香, 砂仁, 藿香, 白豆蔻, 益智仁으로 구성하였고 補血化血, 養血柔肝, 肝腎陰虧, 補肝腎, 滋陰陽 등의 효능이 있는 白芍藥, 白何首烏, 當歸身, 薑黃, 兔絲子, 龜板, 枸杞子 등으로 구성하였다. 전체적으로 兔絲子, 白朮, 白豆蔻 등의脾胃의 기운을 따뜻하게 하면서 복돋지만 枸杞子, 白芍藥, 當歸身 등의陰血을 소모시키지 않게 補陰하는 약재도 같이 사용하였으며 연세가 많은 노인 환자로 白何首烏, 龜板 등을 통해 肝腎을 보하는 것도 잊지 않았다(Table 2). 여기에 추가적으로 입원기간 중간에 乾薑, 藿香, 薄荷, 莢朮, 山椒 등으로 구성된脾胃의 기능 회복을 추가로 돕는 淸胃-丹(한국 신

약)을 하루 세 번 복용하도록 하였으며 전반적인 기력 회복을 위해 小拱辰-丹도 추가 투약하였다.脾胃의 기능 활성화를 돕기 위해 뜸치료, 침치료 등 여러 한방치료도 같이 진행하였고 이에 환자의 식욕부진, 기력저하 등의 전체적인 증상은 퇴원일 까지 점차 개선되었다(Fig. 3, 4).

본 증례는 다른 특정 양방적 원인을 동반하지 않은 노인성 식욕부진 유사 환자에 대해 삶의 질 개선을 목표로 한방치료를 적용하여 호전을 확인한 증례보고로, 관련하여 한방치료가 가지는 이점이 큼에도 불구하고 이에 대한 치료가 간과되어 넘어가는 경우가 많아 관련 한의학적인 연구 및 증례보고가 부족한 상황으로 보여 본 증례의 보고가 조금이나마 도움이 될 수 있을 것으로 생각된다. 다만 입원 일수가 12일 정도로 비교적 짧은 입원 기간으로 인해 환자분의 증상 호전 여부를 좀 더 장시간 지켜볼 수 없었다는 한계가 있으며 보호자의 거부로 위내시경 등의 추가적인 검진을 진행하지 못해 좀 더 기질적인 소화기 이상 여부를 확인하지 못했다는 것이 한계점으로 남는다. 또한 표본 수가 1명으로 제한된 단일 증례로, 위의 결과를 일반화하기 어렵다는 점도 또한 한계로 남는다.

이에 향후 연구에서는 다수의 환자를 대상으로 한 무작위 대조 연구를 통해 한방 치료의 효과를 객관적으로 평가할 필요가 있다. 또한, 양방 치료와 한방 치료의 병행 효과를 확인하는 장기 추적 연구가 필요하다. 이를 통해 한방 치료가 노인성 식욕부진의 예방과 관리에 있어 중요한 역할을 할 수 있음을 입증할 수 있을 것이다.

참고문헌

1. Baek HW. Symposium : Nutritional assessment and intensive nutrition support for the elderly. *The Korean Society of Internal Medicine* 2010; 79(2):517-8.
2. Kim JG. Anorexia and weight loss. *The Korean*

- Association of Internal Medicine* 2012;82(1):78-81.
3. Yoon JR. Appetite-stimulating pharmacotherapy in old age. *Journal of the Korean Medical Association* 2015;58(11):1027-33.
4. 신동원, 김남일, 여인석. 한권으로 읽는 동의보감. 파주: 들녘; 2013, p. 149-50.
5. Li X, Zhang L. The role of spleen qi deficiency in the development of sarcopenia: A traditional Chinese medicine perspective. *Journal of Integrative Medicine* 2015;13(4):235-40.
6. Leung AYL, Chen H, Jia Z, Li X, Shen J. Study protocol: Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome differentiation for heart failure patients and its implication for long-term therapeutic outcomes of the Qiliqiangxin capsules. *Chinese medicine* 2021;16(1):1-11.
7. Gay L, Sheth S, Horstman MJ. Things We Do for No Reason™: Prescribing appetite stimulants to hospitalized older adults with unintentional weight loss. *Journal of hospital medicine* 2022; 17(5):389-92.
8. Chowdhury IH, Rahman MS, Chowdhury MNK, Afroze YJ, Tabassum M, Marnush M, et al. Mirtazapine versus megestrol acetate in treatment of anorexia-cachexia in advanced cancer patients: a randomized, double-blind trial. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2024;54(5):530-6.
9. White R. Drugs and nutrition: how side effects can influence nutritional intake. *Proceedings of the Nutrition Society* 2010;69(4):558-64.
10. Shin HG, Ryu BH, Park DW, Ryu KW, Jang IK. The literature study on anorexia. *Journal of Korean Medicine* 1987;8(1):82-7.
11. Yu BC, Kim JW, Shim JC, Kim MS, Oh BY, Lee JY, et al. A clinical study of one patient suffering anorexia nervosa-like symptoms. *The Journal of Internal Korean Medicine* 2004;

- 25(3):655-61.
12. Joo SH, An SY, Hur SY, Jang EG, Kim YC, Lee JH. Two cases of elderly patients presenting with anorexia - the importance of checking

medication history and infection control. *The Journal of Internal Korean Medicine* 2019;40(3): 491-8.