

과민성 방광 환자 치험 2례

대전대학교 한의과대학 부인과교실

유정은, 최경희, 임현정, 유동열

ABSTRACT

A Case Report on 2 Cases of Overactive Bladder

Jeong-Eun Yoo, Kyung-Hee Choi, Hyun-Jung Lim, Dong-Youl Yoo
Dept. of Oriental Gynecology, College of Oriental Medicine, Dae-Jeon University

Purpose: The purpose of this study is to report the clinical effectiveness of oriental medicine on overactive bladder.

Methods: The patients suffering from overactive bladder were treated by oriental medical treatment such as herbal medication, acupuncture and moxibustion therapy.

Results: After Oriental medical treatments, the symptoms of overactive bladder disappeared and the patients' quality of life improved.

Conclusions: This case report shows that the oriental medical therapy is effective against overactive bladder.

Key Words: Overactive bladder, Urinary frequency, Urgency incontinence, Oriental medicine.

I. 緒 論

국제요실금학회의 정의에 따르면, 과민성 방광은 절박성 요실금의 유무와 관계없이 요절박이 있는 증상을 말한다. 대개 빈뇨와 야간뇨를 동반하고 이러한 증상을 일으킬 수 있는 감염이나 다른 기저질환은 없어야 한다. 과민성방광은 임상적이고 증상적인 진단이 우선시되며, 평활근으로 구성된 배뇨근의 과활동성을 일으키는 기전에 대해서는 여러 가지 가설이 있지만 명확히 확인된 것은 없다. 과민성 방광은 국내에 약 600만명 가량의 환자가 있는 것으로 추정되는데 개인의 삶의 질을 떨어뜨리고 상당한 사회적 비용을 발생시키는 것으로 조사되어 적극적인 치료가 요구되는 질환이다¹⁾.

과민성방광을 위한 일차 치료방법으로는 생활습관 교정, 골반저운동, 방광훈련, 약물치료가 있다. 약물치료에는 대표적으로 항 콜린성제와 항 무스카린제를 사용하는데 약효가 비노기제로 선택적으로 작용하지 못하고 구강 건조, 시력 혼탁, 변비, 어지러움, 두통, 요 저류 등의 부작용이 흔히 발생해서 치료에 어려움을 겪고 있다²⁾.

과민성 방광은 한의학에서 빈뇨, 절박뇨의 증상 상 失禁, 遺尿의 범주에 해당하며, 질환의 병인병기는 濕熱下注, 下焦虛寒, 脾肺氣虛, 心腎不交, 下焦蓄血 등으로 파악할 수 있다³⁾. 기존에 과민성 방광에 대한 연구로는 심박변이도와 관련한 연구⁴⁾, 한방치료의 효능에 대한 임상보고⁵⁾가 있었으나 증례 논문은 부족한 실정이다⁶⁾.

양방병원에서 검사 상 감염이나 기저

질환이 없는 것으로 확인되어 과민성 방광으로 진단받은 후 치료를 위하여 본원에 내원한 환자에게 약물요법, 침구요법을 시행한 결과 호전된 사례를 보고하고자 한다.

II. 본 론

<증례 I >

1. 환 자 : 신 ○○ (F/29)
2. 내원일 : 2011년 5월 11일
3. 주소증
빈뇨, 절박뇨, 지뇨, 잔뇨감, 야간뇨 0~1회, 스트레스 받으면 증상 우심
4. 초진소견
面色-微白, 食慾-不良 1일 3회 1/2공기/1회, 消化-不良 食後服滿, 大小便-大便不快 1회/2~3일, 小便數, 睡眠-入眠困難, 脈-微細, 舌-舌苔薄白 舌淡齒痕
5. 진 단
과민성방광, 脾氣虛, 心脾虛損
6. 발병일 : 2011년 3월경
7. 현병력
상기 증상으로 양방 산부인과에 내원하였으나 검사 상 하부요로의 감염소견은 없었으며 행동요법 티칭받고 별 무처치 하시다가 한방치료를 받고자 본원에 내원함.
8. 과거력 : 별무
9. 월경력
LMP - 2011년 5월 1일 (30일주기, 4~5일간 월경, 月經量 보통, 허리가 빠근한 양상의 月經痛 약간, 時 血塊出, 月經色 黑濁)
10. 산과력 : 0-0-0-0

11. 치료내용

1) 한약치료

10첩 21팩 분량으로 1일 식후 3회로 일주간 복용하도록 하였다. 총 4회 한약 치료를 시행하였다. 처방내용은 다음과 같다(Table 1).

Table 1. Herb Medicine of Case I

처방명	한약구성 (한첩용량)
歸脾湯加減方	人蔘 2, 白朮 6, 白茯苓 6, 甘草 炙 2, 木香 2, 黃芪, 蜜炙 6, 當歸 6, 龍眼肉 6, 白芍藥, 酒炒 6, 酸棗仁 炒 6, 遠志 2, 厚朴 4, 半夏 4, 陳皮 4, 桔梗 4, 枳殼 4, 山查肉 6, 神曲 4, 砂仁 4, 生薑 12, 大棗 8, 桂枝 3, 黃芩 1, 梔子 炒 2, 益智仁 4, 烏藥 4, 車前子 6 (단위 g)

2) 침

1회용 호침 (0.25*0.30mm, stainless, 동방침구사)을 足三理 三陰交, 氣海, 水道,

關元, 中極穴에 10~20mm 깊이로 자침하였다.

3) 뜸

關元穴을 중심으로 하여 황토뜸 5구 (간접구)를 시행하였다.

12. 치료기간

2011년 5월 11일부터 2011년 7월 18일 까지 외래에 내원하여 5회의 침구요법과 4회의 약물요법을 받았다.

13. 경과

빈뇨, 절박뇨, 지뇨, 잔뇨감, 야간뇨의 증상 호전정도는 환자의 주관적인 진술을 근거로 문진하였다. 증상의 호전도를 평가하기 위해 2008년도에 한국어의 타당성이 입증된 과민성 방광증상점수설문지(Overactive Bladder Symptom Score : OABSS)의 기준을 따라 점수화하였다. OABSS는 최근 일주일간의 증상으로 평가하였으며 평가 간격은 약 1개월 정도로 하였다. 경과는 다음과 같다(Table 2).

Table 2. The Progress and Treatment of Case I

날 짜	치 료	경 과	OABSS
2011.5.11	歸脾湯加減方 +침, 뜸	주간빈뇨 : 15회/일, 야간뇨 : 1회/일 절박뇨 : 7~8회/일, 절박성 요실금 : 1~2회/주	10
2011.5.14	침, 뜸		
2011.5.17	침, 뜸		
2011.5.26	歸脾湯加減方 +침, 뜸	복창만, 방기 다, 변비, 경항통	
2011.6.22	歸脾湯加減方 +침, 뜸	주간빈뇨 : 10회/일, 야간뇨 : 0회/일 절박뇨 : 2~3회/일, 절박성 요실금 : 1~2회/주	7
2011.7.18	歸脾湯加減方 +침, 뜸	주간빈뇨 : 6~7회/일, 야간뇨 : 0회/일 절박뇨 : 0~1회/주 절박성 요실금 : 0회/주	1

<증례 II>

- 환 자 : 한 ○○ (F/50)
- 내원일 : 2011년 5월 17일
- 주소증 : 빈뇨, 절박뇨, 야간뇨 1~2회

- /일, 시 동계, 좌측 이명, 양 슬통, 음부소양감
- 초진소견
面色-微黃, 食慾-良好, 消化-良好, 大

小便-大便良好 1회/1~2일, 小便數, 睡眠-不熟眠, 脈-微細, 舌-舌苔薄白

5. 진 단
과민성방광, 心脾虛損, 肝腎虧虛

6. 발병일 : 2011년 1월경

7. 현병력
상기 증상으로 양방 산부인과에 내원하여 검사 상 방광염으로 진단 받고 약 한달 간 항생제 치료받음. 이후 검사 상 염증 소견은 발견되지 않으나 증상은 지속됨. 절박뇨가 점점 심해져서 한방치료 받고자 본원 내원함.

8. 과거력 : 별무

9. 월경력
LMP - 2011년 4월 28일 (최근 주기가 불규칙함, 3개월 만에 月經來, 평소 4~5일간 月經, 4월에는 약 2주간 漏下, 月經量 少, 月經痛 보통)

10. 산과력 : 2-0-1(자연유산)-2

11. 치료내용
1) 한약치료
20첩 42팩 분량으로 1일 식후 3회로 일주간 복용하도록 하였다. 총 4회 한약 치료를 시행하였는데 歸脾湯加減方を 2회, 經驗方P092를 2회 처방하였고 처방 내용은 다음과 같다(Table 3).

Table 3. Herb Medicine of Case II

처방명	한약구성 (한첩용량)
歸脾湯加減方	人蔘 2, 白朮 6, 白茯苓 6, 甘草 炙 2, 木香 2, 黃芪, 蜜炙 6, 當歸 6, 龍眼肉 6, 白芍藥, 酒炒 6, 酸棗仁 炒 6, 遠志 2, 厚朴 4, 半夏 4, 陳皮 4, 桔梗 4, 枳殼 4, 山查肉 6, 神曲 4, 砂仁 4, 生薑 12, 大棗 8, 桂枝 3, 黃芩 1, 梔子 炒 2, 益智仁 4, 烏藥 4, 車前子 6, 鷄血藤 8 (단위 g)
經驗方P092	黃芪 10, 人蔘 4, 白朮 8, 熟地黃 6, 山藥 8, 山茱萸 6, 杜仲 8, 續斷 4, 牛膝 4, 木瓜 4, 五加皮 4, 破故紙 4, 兔絲子 4, 肉桂 2, 烏藥 4, 益智仁 4, 生薑 12, 大棗 8, 麥門冬 4, 五味子 2, 鷄內金 4, 黃芩 1 (단위 g)

2) 침
1회용 호침(0.25*0.30mm, stainless, 동방침구사)을 足三理 三陰交, 氣海, 水道, 關元, 中極, 兩 膝眼, 足三里, 左 耳門, 廳宮穴에 10~20mm 깊이로 자침하였다.

3) 뜸
關元穴을 중심으로 하여 황토뜸 5구 (간접구)를 시행하였다.

12. 치료기간
2011년 5월 11일부터 2011년 7월 15일까지 외래에 내원하여 19회의 침구요법과 4회의 약물요법을 받았다.

13. 경 과
환자의 주관적인 진술을 근거로 문진 하였으며, 평가방법은 증례 I 과 동일하다(Table 4).

Table 4. The Progress and Treatment of Case II

날 짜	치 료	경 과	OABSS
2011.5.17	침, 뜸	주간빈뇨 : 15회/일, 야간뇨: 1회/일 절박뇨 : 7~8회/일, 절박성 요실금: 1~2회/일 LMP - 4월 28일 (월경 후 2주간 누하)	11
2011.5.18	歸脾湯加減方 + 침, 뜸		
2011.5.20	침, 뜸		
2011.5.25	침, 뜸		
2011.5.27	침, 뜸	인파가 많은 곳에서 뇨급 심	
2011.6.1	歸脾湯加減方 + 침, 뜸	LMP - 5월 29일, 불안감 호전	
2011.6.3	침, 뜸		
2011.6.8	침, 뜸	지난 주말에 일한 후에 증상 우심(뇨급)	
2011.6.10	침, 뜸	월경 후 누하일구, 하복통	
2011.6.15	침, 뜸	누하 지, 하복통	
2011.6.17	침, 뜸	주간빈뇨 : 12회/일, 야간뇨 : 0회/일 절박뇨 : 3~4회/일 절박성 요실금 : 1~2회/주	8
2011.6.22	침, 뜸	누하, 하복통(빠근한 느낌)	
2011.6.24	침, 뜸		
2011.6.29	經驗方P092 + 침, 뜸	외출시 뇨급	
2011.7.1	침, 뜸	두훈	
2011.7.6	침, 뜸		
2011.7.8	침, 뜸		
2011.7.13	침, 뜸		
2011.7.15	經驗方P092 + 침, 뜸	주간빈뇨 : 10회/일, 야간뇨 : 0회/일 절박뇨 : 1~2회/일, 절박성 요실금 : 0회/주	5

III. 고 찰

과민성 방광은 이전에는 요역동학검사에서 확인되는 배뇨근 과활동성의 개념을 중심으로 진단했지만, 최근에는 2002년 국제요실금학회가 제시한 새로운 기준에 따라 요절박을 주요 증상으로 하여 빈뇨(24시간동안 8회 이상), 야간뇨(밤에 두 번 이상 요의를 느껴 잠에서 깨는 경우), 절박성요실금이 동반될 수 있는 증상군으로 정의한다¹⁾.

과민성 방광은 남성에 비해 여성에게 다발하는 것으로 알려져 있는데, 최근 대한배뇨장애요실금학회에서는 만 30세

이상 성인 2,000명을 대상으로 ‘대한민국 과민성방광 유병율과 삶의 질에 미치는 영향 조사’에서 OABSS(OverActive bladder Symptom Score)로 설문한 결과, 성인 2,000명중 458명(남 19%, 여 26.8%)이 과민성방광이 있어 22.9%의 유병률을 보였고, 과민성방광이 있는 경우 37.6%가 직장생활이나, 집안일 등 일상생활에 지장을 받는다고 답하였다. 또한 HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)로 설문한 결과 불안증과 우울증 점수가 과민성방광이 있는 경우 각각 22.7%, 39.3%로 질환이 없는 경우에 비해 높게 나타났다⁷⁾. 이처럼 과민성방광은 삶의 질에

심각한 영향을 미치며 환자의 일상생활 및 사회적 활동에 많은 문제를 발생시킬 수 있기 때문에 적극적인 치료가 필요한 질환이다.

방광은 평활근으로 구성되어 있고, 그 기능은 신경계에 의해 조절되기 때문에 과민성방광은 평활근이나 신경계의 이상으로 발생할 수 있다. 정상적인 상태에서 방광이 채워지면, 골반 근육을 타고 척추 신경으로 방광과 요도에 정보를 전달한다. 이 정보는 교감신경을 활성화시켜서 배뇨근을 이완시키고 요도괄약근을 수축시킨다. 이렇듯 소변의 저장은 방광출구의 교감신경, 체신경의 경로를 활성화시키는 척수반사, 방광에서 부교감신경을 억제하는 대뇌의 억제작용에 의해 이루어진다. 만일 소변이 차지 않았는데도 방광의 배뇨근이 불수의적으로 수축하면 과민성 방광의 증상이 유발된다⁸⁾.

배뇨근의 과활동성은 myogenic origin으로 발생할 수 있는데, 어떠한 원인으로 인해 배뇨근이 부분적으로 탈신경화되면 배뇨근에 변화가 와서 세포 간 흥분도나 전기결합이 증가한다. 이러한 상태에서 배뇨근의 한부분에 수축이 일어나면 이 수축은 방광벽을 따라 전달되어 방광 전체의 통합된 근수축을 야기한다. 또한 배뇨근의 수축력이 저하되면, 방광내 소변이 남아있게 되고 이로 인해 방광의 기능적 용량이 감소하여 빈뇨가 유발된다¹⁾. 신경인성으로 인해서도 배뇨근 과활동성이 유발될 수 있는데 뇌혈관질환, 파킨슨병 등으로 대뇌나 억제성 경로에 손상을 받는 경우, 다발성경화증과 같이 원시 척수-방광반사를 일으키는 축삭이 손상된 경우가 대표적이다. 또한 정상 방광 기능 상태에서는 비활성화 되

어있는 C 신경섬유가 천수신경의 새로운 반사회로를 형성하는 것, 구심성신경말단의 감각 등도 원인이 될 수 있다¹⁾. 이 밖에 자율성방광의 가설에서는 배뇨근이 각각의 신경절이 담당하는 영역으로 구성되어 있는데 병적상태에서 방광충전기동안 과도한 흥분 신호로 모듈들의 자율성이 병적으로 증가하기 때문에 배뇨근 과활동성이 나타난다고 설명하고 있다¹⁾.

아세틸콜린은 배뇨근의 muscarin 수용체에 작용하여 근육을 수축시키는 말초신경의 신경전달 물질인데, 여러 가지 병리적 상황에서 muscarinic stimulation에 대한 민감도가 변할 수 있다. 아세틸콜린은 방광이 늘어나는 동안 요로상피에서 더 많은 양이 유리되고 요로상피에 있는 감각수용체는 유리된 아세틸콜린에 의해 더 예민해진다. 반면 아드레날린은 배뇨근을 이완시키고, 세로토닌은 교감신경을 강화시키는 작용을 한다⁹⁾.

과민성방광의 치료는 진단이 임상에 기반을 두기 때문에 감염이나 방광출구 폐색, 방광결석, 당뇨병, 방광암 등 가능한 원인을 배제하고 시작하는 것이 중요하다. 치료원칙은 1회 배뇨량을 증가시켜 빈뇨와 야간뇨를 줄이는 것이고, 요절박을 감소시켜 절박성요실금의 빈도를 줄이는 것이다. 과민성방광의 일차적 치료는 행동치료와 약물치료로 나누어지는데 병용하는 것이 효과적이기 때문에 동시에 또는 단계적으로 병용하여 치료하고, 이러한 치료로 약 70%이상의 환자에서 치료효과가 보고되고 있다. 일반적으로 3~6개월 약물치료에 반응하지 않는 난치성 과민성방광인 경우 이차적으로 신경조절치료, 수술적 치료, 방광내

주입 등의 치료방법을 사용하고 있다¹⁰⁾. 행동치료로는 수분섭취 조절, 지연배뇨, 배뇨일지 기록, 골반저운동, 바이오피드백, 방광기능 교육, 시간제 배뇨 등을 종합적으로 시행하여 생활습관을 교정한다. 약물치료로는 과민성방광의 기전을 고려하여 방광평활근, 원심성운동신경, 구심성감각신경, 중추신경계를 표적으로 하는 약물들을 사용한다. 대표적으로 항무스카린제, 요 저장을 촉진하는 삼환계항우울제가 사용되고, 이 밖에 β -아드레날린작용제, α -1차단제, 칼륨통로개방제 등이 새로운 약물치료제로 사용되고 있다¹¹⁾.

과민성방광 치료에 널리 이용되는 약물치료는 간단하고 빠른 효과를 기대할 수 있지만 효과가 불완전하고 부작용을 동반한다. 예로 가장 효과가 좋은 것으로 알려져 있는 항무스카린성 약물은 방광 평활근에만 선택적이지 않기 때문에 구갈, 동공 조절 능력의 감소로 인한 시력장애, 변비, 빈맥, 어지러움, 인지능력 감소 등의 부작용이 나타나게 된다¹¹⁾. 이러한 이유로 방광평활근에 선택적인 효능이 있는 신약개발을 위한 연구가 활발하게 이루어지고 있다.

한의학에서 과민성 방광은 失禁, 遺尿의 범주에 해당하는데, 《素門·宣明五氣》에서는 “膀胱不約爲遺尿”라 하였고, 仲景은 “下焦竭則遺尿失便 其氣虛 不能自禁制也”라 하였다. 또한 朱丹溪는 “小便不禁 屬熱屬虛 熱者 五苓散合解毒湯 虛者 五苓散合四物湯 加山茱萸 五味子”라 하였고, 《東醫寶鑑》에는 “下虛內損而不禁 宜補膀胱陰血 瀉火邪爲主”라 하였다¹²⁾. 이를 종합해보면 失禁, 遺尿는 下焦虛寒, 脾肺氣虛, 心腎不交 등의 병기로 파악해

볼 수 있으며 처방으로는 縮泉丸, 蓼芩湯, 補中益氣湯, 六味地黃元, 理中湯, 歸脾湯, 右歸飲, 八味元 등이 활용되었다¹³⁾.

최근에는 과민성 방광으로 한방치료가 이루어진 64명의 환자를 대상으로 한 후향적 연구에서 증상 소실률은 43.08%, 증상 호전율은 85.15%를 나타내었고 소변횟수도 유의성 있게 감소하였다는 보고가 있어 한방치료의 유효성이 확인된 바 있다⁵⁾.

증례 I의 환자분은 빈뇨, 절박뇨, 지뇨, 잔뇨감을 주소로 내원하셨으며 직업상 관광지 안내를 해야 하는데 잦은 요의감으로 인해 업무에 지장을 받고 일상생활이 불편하다고 호소하였다. 평소 식후 포만감이 심하고 종종 소화 장애가 나타난다고 하였으며, 舌淡하고 舌邊에 齒痕이 있었던 것으로 보아 脾氣虛의 상태로 판단하였다. 또한 신경이 예민하여 스트레스를 잘 받는 편이며 스트레스를 받을 때 절박뇨의 증상이 심해진다고 하였고 숙면을 취하지 못하는 증상으로 미루어 증례 I 환자의 과민성 방광이 心脾가 虛損한 원인으로 인한 遺尿증으로 진단하고 歸脾湯加味方을 투여하였다.

歸脾湯은 엄용화의 《濟生方》¹⁴⁾에 최초로 기재된 이래로 薛己가 本方에 遠志와 當歸를 가감하였으며 이후로도 여러 의가들의 가감에 의해 활용범위가 넓혀져 현재까지 임상에서 다용되는 처방이다. 특히 월경부조, 폐경기 장애, 산후풍, 불임 등 부인과 질환에서 활용빈도가 높다¹⁵⁾.

歸脾湯 구성약물의 효능을 살펴보면, 人蔘, 白朮, 白茯苓, 甘草는 四君子湯으로써 甘溫하여 補脾하고, 木香을 左藥으로 하여 脾氣를 覺醒시키며, 龍眼肉은

脾血을 조화시켜 우선적으로 中央土氣를 조절하는 方劑가 되고, 또 黃芪는 肺로 주행하여 魄의 작용을 堅固하게 하며, 酸棗仁은 心으로 주행하여 神氣를 수렴하여 竅격막 상부의 二臟인 肺, 心을 안정시키고 固密하게 하며, 當歸는 肝에 들어가 그 향기로써 魂을 和悅하게 하고, 遠志는 腎에 들어가 辛味로써 志를 통달하게 하여 竅격막하부의 二臟인 肝, 腎을 通達調和시키니, 心, 腎, 肝, 肺 四臟이 안정되고 조화되면 그 神, 志, 魂, 魄이 자연히 脾로 歸向하게 되며 脾도 또한 수곡의 기를 받아 사방으로 灌溉하여 氣血을 영양할 수 있다¹⁶⁾. 여기에 肝脾血分으로 入하는 白芍藥을 가하여 龍眼肉 當歸를 佐하고 半夏 厚朴을 가하여 脾氣虛로 인한 濕痰을 제거하고 陳皮 桔梗 枳殼을 가하여 行氣시키고 山查肉 神曲 砂仁을 가하여 消食建脾하는 효능을 강화하였다. 또한 梔子와 黃芩을 가하여 心肺의 煩熱을 瀉하고 桂枝를 가하여 藥性を 전신으로 通하게 하고 生薑 大棗를 가하여 藥性を 조화롭게 하였다. 烏藥, 益智仁, 破古紙를 가하여 下焦를 따뜻하게 하여 固澁시키고 溫固하는 중에도 車前子를 가하여 水道를 通利시키는 효능을 꾀하였다¹⁷⁾.

침구치료는 下焦를 잘 소통하게 하고 脾氣를 補益하기 위하여 任脈, 足陽明經, 足太陰經의 穴을 위주로 選穴하였다. 穴位를 살펴보면 足三理 三陰交는 建脾益氣, 理下焦하는 효능이 있고, 天樞 水道는 理氣血, 調經脈 疎下焦하는 효능이 있어 부인과에서 비뇨생식기질환에 다용한다. 關元은 培腎固本, 補益元氣, 分清別濁하는 효능이 있고, 中極은 방광의 募穴로서 足三陰經과 任脈의 交會穴이

되어 利膀胱, 理下焦하는 효능이 있어 遺尿, 頻尿, 尿急증에 활용한다¹⁸⁾. 침 시술은 양측을 좌우의 순서에 관계없이 자침하였으며, 1회용 호침(0.25*0.30mm, stainless, 동방침구사)을 10~20mm 깊이로 약 20분간 유침하였다. 소변빈삭에 次膠, 膀胱俞 등의 배수혈을 이용하는 것이 효과적이라는 보고가 있으나¹⁹⁾ 양와위로 침치료와 함께 황토흔을 동시에 시행하는 외래치료의 특성상 양와위에서 시술이 불가능한 배수혈은 선혈에서 제외하였다. 뜸은 關元穴을 중심으로 하여 황토흔 5구(간접구)를 30분가량 시행하였다. 최근에 발표된 과민성방광과 관련한 후향적 연구에서도 關元穴을 중심으로 한 灸法을 활용하였고 침구치료의 횟수와 증상의 호전도가 밀접한 연관이 있다는 내용이 보고된 바 있다⁵⁾.

증례 I의 환자분은 직장일로 인해 내원이 어려워 침구요법보다는 약물요법 위주로 치료를 진행하였다. 총 6회의 침구요법과 10첩 분량의 약물요법 4회를 시행하였는데, 10첩 분량의 약물요법 3회를 시행한 후 빈뇨증상이 확연하게 호전되는 것을 확인 할 수 있었다. 치료과정에서 복창만, 변비, 소화 장애의 증상이 때때로 나타나서 음식섭생에 주의할 것을 티칭 하였고 차후에 소화계통의 기능회복을 위해 치료를 지속할 것을 권유하였다.

증례 II의 환자분은 빈뇨, 절박뇨의 증상으로 내원하였으며 시 동계, 좌측 이명, 양 슬통, 음부소양감의 증상도 호소하였다. 환자분은 4개월 전에 방광염을 앓았을 때 양방산부인과에서 항생제 치료를 받은 후 배뇨통, 잔뇨감의 증상은 호전되었으나 빈뇨, 절박뇨의 증상은

지속되었다고 한다. 이후 검사 상 염증 소견은 없었으나 절박뇨 증상이 점점 심해져서 한방치료 받고자 본원 내원하신 경우였다. 환자분은 인파가 많은 곳에서 절박뇨 증상이 심해지며 때때로 가슴이 두근거리는 증상과 불안감을 호소하여 일차로 心脾의 안정을 위해 歸脾湯加減方을 2차례 투여하였다. 처방은 증례 I 과 거의 유사하며 월경 후 漏下 증상의 호전을 위해 行血補血 調經止痛의 효능이 있는 鷄血騰을 추가하였다¹⁷⁾. 약 한 달간의 치료 후에 환자분이 사람이 많이 모여 미사를 드리는 한 시간 가량 절박뇨 증상이 나타나지 않을 정도로 호전되자 심리적으로 안정감을 갖게 되었고 치료에 자신감을 갖게 되었다. 이후에는 본래 가지고 있었던 耳鳴, 膝痛, 월경 후 漏下 증상을 고려하여 肝腎을 補益할 수 있는 방향으로 처방을 변경하여 經驗方 P092를 투약하였다. 經驗方 P092는 氣虛遺尿에 활용하는 蓼芪湯에서 白茯苓, 當歸, 陳皮, 升麻를 祛하고 益腎固精의 효능이 있는 山藥 山茱萸와 補益肝腎 強筋壯骨의 효능이 있는 杜仲 續斷 牛膝 木瓜 五加皮 그리고 補腎固精縮尿의 효능이 있는 破故紙 免絲子를 加한 처방이다. 여기에 藥性の 조화와 흡수를 위해 生薑 大棗 鷄內金을 加하고 補氣, 補陽藥의 燥熱한 성질을 누그러뜨리기 위해 麥門冬 五味子 黃芩을 加하였다¹⁷⁾. 침구 치료로는 증례 I 과 동일한 혈자리에 兩膝眼, 좌 이부주변의 聽宮, 耳門穴을 추가하여 자침하였다. 이는 환자분의 증상을 고려하여 阿是穴의 범주에서 選穴한 것이다. 또한 증례 I 과 동일하게 關元穴을 중심으로 황토뜸 5구(간접구)를 시행하였다. 총 19회의 침구요법과 20첩 분

량의 약물요법 4회를 시행하여 2개월 정도 치료하였다. 2개월 후 문진 결과, 주간뇨 10회 정도로 정상인 보다는 다소 빈번한 배뇨를 보이나 절박뇨 증상은 거의 사라져 환자분이 일상생활에 큰 불편을 느끼지 않을 정도가 되어 치료를 종료하였다.

IV. 결 론

과민성방광은 특이할 만한 기질적 원인 없이 배뇨기능에 이상이 생기는 것인데 배뇨의 기전에서 자율신경계가 중요한 역할을 하기 때문에 배뇨장애를 호소하는 환자에게서 HRV 검사 상 자율신경의 활성화도 특히 부교감신경계의 조절능력이 저하되어 있다는 보고가 있었다²⁰⁾. 따라서 歸脾湯 등의 처방을 이용한 과민성 방광의 한방치료가 자율신경에 어떤 영향을 미치는지에 대한 결과가 추가된다면 증상중심의 호전도 평가와 더불어 보다 신뢰성 있는 치험례가 될 것으로 생각된다. 또한 본 치험례는 2례에 불과하여 이후에 많은 수의 증례가 보충된다면 보다 객관성 있는 임상보고가 될 것으로 생각된다.

과민성방광으로 인해 빈뇨, 절박뇨를 주 증상으로 내원한 환자 2례에 대하여 침구 및 약물요법의 한방치료를 시행한 결과 증상이 호전되어 학회지에 보고하며, 향후로 과민성 방광의 변증 유형 및 치료처방, 침구 혈위, 약침의 활용 등에 대한 연구가 진행되어 과민성 방광에 대한 한방치료의 효과를 규명하는 노력이 필요하리라 사료된다.

- 투 고 일 : 2012년 1월 25일
- 심 사 일 : 2012년 2월 1일
- 게재확정일 : 2012년 2월 7일

참고문헌

1. 대한배뇨장애요실금학회. 배뇨장애와 요실금(제 2판). 서울:일조각. 2009:321-40.
2. 전명재, 배상욱, 김세광. 여성 배뇨장애 치료의 최신 지견. 대한산부회지. 2007;51(3):275-85.
3. 두호경. 東醫腎系學(上). 서울:성보사. 2006:54-7, 81-4.
4. 안인숙, 김동일. 과민성 방광의 발병 시기에 따른 심박변이도 특성 비교에 관한 연구. 대한한방부인과학회지. 2011; 24(3):116-26.
5. 정소영, 김동일. 과민성 방광에 대한 임상 결과 분석 후향적 연구. 대한한방부인과학회지. 2009;22(3):169-84.
6. 최진용, 서재호. 遺尿와 頻尿를 동반한 과민성 방광증후군에 대한 東醫寶鑑 加減地黃湯을 이용한 치험 1례. 대한한의진단학회지. 2010;14(1):96-100.
7. 인터넷 자료. <http://www.yakup.com/news/index.html?mode=view&cat=14&nid=143590>
8. 김용태. 과민성 방광. The Korean Journal of Nephrology. 2011;30:225-7.
9. ALFRED E.BENT 등. 비뇨부인과학. 가본의학서적. 2007:155-84, 293-306.
10. 두진경 등. 성공적인 항 콜린제 치료 종료 후 나타나는 과민성방광 증상의 변화: 전향적 연구. 대한비뇨기과학회지. 2005;26(7):713-8.
11. 박선영, 이의경. 과민성방광 환자 치료를 위한 항 무스카린성 약물의 경제성 평가. 한국임상약학회지. 2008; 18(1):28-37.
12. 許浚. 東醫寶鑑. 경남:동의보감출판사. 2005:354-7.
13. 黃度淵. 方藥合編. 서울:남선당. 1978: 90.
14. 嚴用和. 嚴氏濟生方. 北京:人民衛生出版社. 1980:117.
15. 박장경, 김동일. 동국대학교 일산한방병원 여성의학과에서의 歸脾湯 임상적용사례 분석연구. 대한한방부인과학회지. 2011;24(2):79-96.
16. 汪昂. 國譯醫方集解. 서울:대성문화사. 1992:263-4.
17. 한의과대학 본초학 편찬위원회. 本草學. 서울:영림사. 2004:156, 172, 209, 218, 357, 392, 396, 485, 612.
18. 대한침구학회 교재편찬위원회. 鍼灸學(上). 과주:집문당. 2008:56, 58, 63, 80, 299, 300.
19. 김경태 등. 排尿障礙에 대한 鍼灸治療의 研究動向. 대한침구학회지. 2005; 22(3):123-35
20. 박경선 등. 배뇨장애를 호소하는 여성의 자율신경계 특성과 요검사와의 상관관계 분석. 대한한방부인과학회지. 2011;24(1):74-86.