

少陽人 上消證으로 진단한 배뇨장애를 호소하는 신경인성 방광 남환 1례

오지원 · 강민수 · 양성필 · 이의주*

경희대학교 대학원 임상한의학과

Abstract

A Case Report on Neurogenic bladder by Frontotemporal dementia Treated with Yanggyuksanhwa-tang

Ji-Won Oh · Min-Su Kang · Sung-Pil Yang · Eui-Ju Lee*

Dept. of Clinical Korean Medicine, Graduate School, Kyunghee University

Objective

The purpose of this study is to investigate the effect of Yanggyuksanhwa-tang on Neurogenic bladder by Frontotemporal dementia in a 65-year-old male patient.

Method

Patient was treated with Yanggyuksanhwa-tang. Patient's symptom was assessed Total Frequency of urination, Frequency of nocturia, single voided volume. The treatment was executed three times everyday from March, 21th to March 29th of 2018. Patient was observed from March, 20th to March, 30th.

Results

During 8 days of Yanggyuksanhwa-tang, patient's symptoms were evaluated by Total Frequency of urination, Frequency of nocturia, single voided volume. After the treatment, Total Frequency of urination, Frequency of nocturia decreased. Single voided volume increased.

Conclusion

The results suggest that Yanggyuksanhwa-tang can be a valuable option in treating Neurogenic bladder by Frontotemporal dementia.

Key Words: Soyangin, Frontotemporal dementia, Yanggyuksanhwa-tang, Neurogenic bladder, Dysuria

I. 緒論

신경인성 방광은 신경계의 손상 또는 질환에 의해 발생하는 배뇨장애로 빈뇨, 야간뇨 등의 저장기능의 상실과 배뇨지연, 세뇨, 불완전 배뇨감, 복부 힘주기 등의 배출기능의 상실로 나눌 수 있다. 여러 신경계 질환에서 신경인성 방광이 나타날 수 있는데 그 중 알츠하이머병이나 Lewy body 치매, 전두측두엽 치매(Pick 병)와 같이 치매가 나타나는 질환들에서 흔히 나타난다. 치매에 의해 야기되는 배뇨장애는 다른 동반질환에 의해 야기되는 방광 기능장애와 감별하기 쉽지 않기 때문에 실제 유병률은 알려져 있지 않지만 치매 환자들에서 배뇨 장애의 발병 위험도는 치매가 없는 환자보다 2~3배 높게 된다².

신경인성 방광은 신경계 질환 환자의 삶의 질에 적지 않게 영향을 미치며 특히 신경계 질환 환자들에게 상부요로기능의 보존이 매우 중요하기 때문에 배뇨 장애의 치료는 중요하다³. 치료로는 행동치료를 우선으로 하게 되며 약물치료로는 주로 항콜린제를 사용하게 되지만 주 환자층이 노인이고 인식장애 등의 부작용이 나타날 수 있기 때문에 주의하여 치료해야 한다. 또한 도뇨법은 그 자체가 요로 감염의 원인이 될 수 있다⁴.

한의학에서 배뇨장애는 癃閉, 尿不利, 尿失禁, 遺尿 등의 범주에 속한다. 치법으로는 虛實을 구분하여 實證일 경우에는 淸熱利濕, 淸肺熱 등의 치법을 사용하고 虛證의 경우에는 補腎, 溫陽益氣 등의 치법을 사용하였다⁵. 신경인성 방광의 한방 치료에 대한 논문으로는 당뇨병성 신경인성 방광 환자를 腸胃積熱로 보고 當歸承氣湯을 투여한 치험례⁶, 虛勞性 질환에 동반된 신경인성 방광 환자에게 補益氣血의 치법을 사용한 치험례², 수술 후 발생한 신경인성 방광 환자에게 補法을 사용한 치험례⁷ 등이 있었다. 사상방을 사용한 치험례는 신경인성 방광 환자 2명을 각각 少陽人 身寒腹痛亡陰證, 少陰人 太陰證으로 진단하여 사상방 및 침구치료를 함께 사용한 복합 치료 치험례⁸가 있었다. 그러나 아직 치매로 인한 신

경인성 방광에 관한 치험례는 거의 없었다. 이에 본 치험례에서는 전두측두엽 치매 환자를 少陽人으로 진단하고, 병증와 소증을 토대로 上消證으로 진단하였으며, 그에 따라 양격산화탕을 처방한 결과, 의미 있는 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 證例

1. 환자: 박○○(M/65year)

2. 발병일: 2013년 5월

3. 치료기간: 2018년 3월 5일 ~ 2018년 5월 3일

4. 진단명: 少陽人 上消證, Frontotemporal Dementia

5. 주소증

1) 배뇨 장애

내원 당시 1회 배뇨량 100ml 미만의 소량으로 1시간 간격으로 요의를 호소하였으며 하루 10회 이상 빈뇨를 호소하였다. 급박뇨 및 요실금의 증상은 보이지 않았다. 의사소통 문제로 잔뇨감은 확인할 수 없었다.

6. 과거력

1) Frontotemporal Dementia[17.12.]

2) r/o Parkinsonism

7. 사회력: 소주 1병/매일, 과거 30갑년

8. 현병력

상기 환자 특별한 과거력 없는 자로, 2013년 5월 경 갑작스런 호흡곤란 이후 어색 증상 나타났으나 별 무 처치하던 중 점차 증상 악화되었으며 운동능력도 점점 떨어져 일을 휴직한 후 apathy 증상까지 발생하여 2017년 12월 서울 삼성병원에서 Br-MRI 및 PET/CT 상 전두측두엽 치매 진단 받음. 이후 2018년 2월 20일

배뇨 곤란 증상 악화되어 서울 삼성병원 응급실에서 유치 도뇨관 삽입하였으나 환자가 불편함 호소하여 3일 만에 제거하였고 상기 증상 지속되어 적극적인 한방처치 받고자 2018년 3월 5일 본원 사상체질과에 입원하였다.

10. 체질소견

1) 體形氣象

신장 162cm, 체중 58kg으로 키가 큰 편이나 전체적으로 살집이 없어 마른 형태였다. 체간측정 결과는 37-33-30-28-30으로 제 5선에서 제 1선을 향하여 역사 다리꼴 형태를 유지하였다.

2) 容貌詞氣

이마가 돌출되었고 눈 끝이 올라간 인상이었으며 광대뼈가 푹 튀어나와서 두드러져 보였고 턱이 좁고 뾰족한 역삼각형 안면이었다 (Figure 1).



Figure 1. Anterior view of face

3) 性質材幹

평소에도 병실에 가만히 앉아있는 것을 답답해하여 돌아다녔으며 조금한 성질로 이동을 하려고 하면 앞장서서 나서는 모습을 보였다.

4) 素症

- (1) 睡眠: 하루에 6-8시간 수면을 취하고 쉽게 잠들며, 수면의 질이 양호한 편이다.
- (2) 食慾消化: 평소 소화 잘 되는 편으로 빨리 먹는 편이다.
- (3) 口渴 飲水: 口渴이 있어 평소 물을 잘 마시는 편으로 의식적으로 미지근한 물을 선호한다.
- (4) 大便: 1일 1회 꼴로 배변하며, 나올 때는 잘 나오는 편이다.
- (5) 小便: 배뇨횟수는 약 1시간에 1번 꼴로 자주 보는 편이며, 야간뇨는 5회이다. 소변을 시원하게 보지 못하고 양이 적으며 색은 맑은 편이다.
- (6) 汗出, 寒熱: 평소 가만히 있을 때도 땀을 많이 흘리는 편으로 머리 쪽으로 땀이 많다. 평소 더위에 민감하고 서늘한 바람을 좋아한다.
- (7) 舌, 脈: 舌淡紅, 脈緩
- (8) 腹診: 복진 상 복부 압통은 나타나지 않았으며 흉골각은 예리한 예각을 이루고 있었다.
- (9) 기타: 얼굴 및 상체부위에 전체적으로 지루성 피부염이 발생하여 노란색의 진물 및 가피가 보이고 있었다.

11. 주요 검사소견

1) Brain MRI(2017년 12월 12일)

Mild brain atrophy and a few UBOs in the subcortical white matter.

2) F-18 FDG brain PET(2017년 12월 19일)

Mild hypometabolism in the bilateral anterior mesial frontal cortex, bilateral temporal cortex, bilateral basal ganglia and bilateral thalamus, equivocal clinical significance.

3) U/A(2018.3.6.): w.n.l.

4) 일반 혈액학검사(2018.3.6.)

- Bun/Cr: 7/0.67
- CRP: <0.5

5) 단백면역검사(2018.3.6.)

- Total PSA: 0.937
- Free PSA: 0.177

6) 잔뇨량 초음파 측정(2018.3.9.): 5ml

7) 요속 측정 검사(2018.3.9.)

- 최대 요속 9.6ml/s
- 총 소변량 106.8ml

III. 治療 및 經過

1. 治療 方法

1) 한약치료

한약은 ○○대학교한방병원 약제실에서 조제한 탕약을 사용하였다. 탕약은 2첩을 3회에 나누어 120cc의 용량으로 10시, 15시, 20시에 환자가 복용하도록 하였다. 2018년 3월 5일부터 2018년 3월 20일까지는 獨活地黃湯, 2018년 3월 21일부터 5월 3일까지는 涼膈散火湯을 사용하였다.

(1) 獨活地黃湯

환자를 소양인 陰虛午熱證의 범주에서 접근하여 『東醫壽世保元』 처방인 獨活地黃湯(熟地黃 16g, 山茱萸 8g, 茯苓·澤瀉 6g, 牡丹皮·防風·荊芥 각 4g)을 사용하였다. (2018년 3월 5일~3월 20일)

(2) 涼膈散火湯

환자를 소양인 上消證의 범주에서 접근하여 『東醫壽世保元』 처방인 涼膈散火湯(生地黃·忍冬藤·連翹 각 8g, 山梔子·薄荷·知母·防風·荊芥 각 4g, 石膏 20g)을 사용하였다. (2018년 3월 21일~5월 3일)

2) 침치료

2018년 3월 5일부터 입원치료 기간 동안 직경 0.25mm, 길이 40mm인 일회용 stainless steel 毫鍼을 사용하여 매일 1회 시술하였다. 20분간 유침하였다. 合谷(LI4), 曲池(LI11), 足三里(ST36), 大敦(LR1), 隱白(SPI), 商陽(LI1), 完骨(GB12), 太陽, 百會(GV20), 水溝(GV26) 및 아시혈을 취혈하였으며 90도로 직자하였다.

3) 뜸치료

2018년 3월 5일부터 입원치료 기간 동안 氣海(CV6), 關元(CV4), 中極(CV12)에 직접구를 시행하였다. 사용한 직접구는 경희대학교 한방병원에서 자원 봉사자가 만드는 원뿔 모양의 쑥뜸이며, 氣海(CV6), 關元(CV4), 中極(CV12)에 각각 3장씩 직접구를 시행하였다.

2. 평가 方法

1) 배뇨일지

배뇨일지는 공식화된 양식은 없지만 환자의 주관적인 하부요로증상을 객관적으로 측정하는데 유용하며 배뇨횟수, 배뇨간격, 배뇨량, 요절박의 횟수, 절박요실금의 횟수 등을 평가할 수 있도록 만들어 사용할 수 있다.

배뇨일지에 치료시작 1일 전부터 치료 종료일까지 매일 기상시각과 취침시각, 배뇨 직후 배뇨 시각과 마려운 정도를 야간뇨까지 빠짐없이 기입할 수 있도록 기록의 목적에 대해 충분히 설명하였으며 환자가 치매를 앓고 있는 점을 고려하여 상주하고 있는 보호자와 문답형식으로 진행하였다. 기상, 취침, 배뇨시각은 시, 분 단위까지 작성하였고, 마려운 정도는 5단계로 분류하여 1단계는 증상없음(일반적인 배뇨감각. 하던 활동을 계속하다가 편한 시간에 소변을 본다), 2단계는 경증 요절박(요절박을 느끼지만 쉽게 참을 수 있음. 하던 활동이나 업무를 빨리마친 후 화장실에

간다), 3단계는 중등도 요절박(요절박이 있어 하던 활동이나 업무를 중단하고 바로 화장실에 가야 함), 4단계는 심한 요절박(소변이 마려운 느낌이 매우 심해서 하던 활동이나 일을 갑자기 중단해야 한다.), 5단계는 요실금(소변이 마려운 느낌을 참지 못하고, 의지와 무관하게 소변을 보게 된다.)에 해당한다.

3. 치료경과

1) 배뇨 횟수

배뇨 횟수는 입원날짜인 3월 5일에 총 배뇨 횟수 13회, 야간뇨 횟수 5회였으며 獨活地黃湯을 사용하는 기간 동안 횟수에 큰 변화가 없었다. 3월 21일부터 涼膈散火湯을 사용하였으며 이후 배뇨 횟수가 감소했다가 3월 27일에 다시 증가하고 3월 30일부터 배뇨 횟수가 다시 감소하였다. 3월 30일 이후부터는 퇴원 시까지 총 배뇨 횟수 8회, 야간뇨 1~2회로 유지하였다 (Table 1).

Table 1. Change of Frequency of Urination

Date	Total frequency of urination	Frequency of nocturia
03.05-03.20	13	5
03.21-03.22	13	5
03.23	10	4
03.24	9	3
03.25	8	3
03.27	13	5
03.29	10	2
03.30	10	2
03.31-05.03	8	1~2

2) 1회 배뇨량

1회 배뇨량은 입원날짜인 3월 5일에 100ml에서 獨活地黃湯을 사용하는 기간 동안 1회 배뇨량에 큰 변화가 없었다. 3월 21일부터 涼膈散火湯을 사용하였으며 이후 증가했다가 3월 27일에 다시 감소하고 치료 시작 10일 후인 3월 30일에 1회 배뇨량이 다시 감소하였다. 3월 30일 이후부터는 퇴원 시까지 배뇨량이 200ml로 유지되었다 (Figure 2).

IV. 考察

정상적인 배뇨 기전은 방광에 소변이 충만하게 되면 전두엽 내측에 존재하는 배뇨 증추(medial frontal micturition center)로 신호가 전달되어 배뇨반사(void-

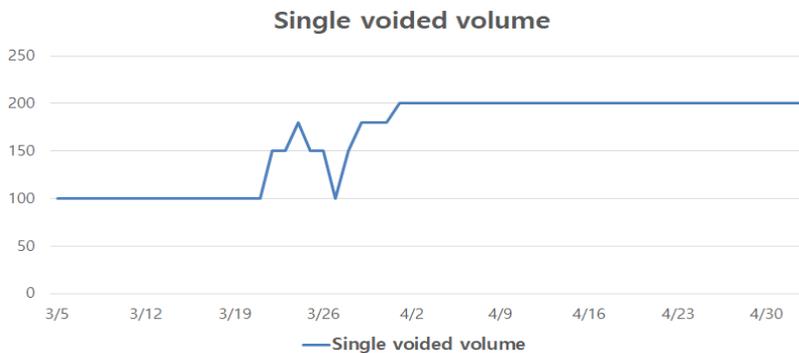


Figure 2. Change of single voided volume

ing reflex)가 자극된다. 이후 외요도 괄약근에 수의적인 이완이 일어나게 되고 교감신경이 억제되어 부교감 신경의 구심성 신경을 통해 S2-S4(배뇨반사 중추)로 전달되어 배뇨근이 수축한다¹⁰.

신경인성 방광은 방광과 괄약근을 지배하는 중추 신경 또는 말초신경의 질환 등으로 초래되는 배뇨기능의 장애를 말한다. 신경인성 방광을 나타내는 원인 질환으로는 뇌종양, 치매, 정신지체, 파킨슨 병, 뇌혈관 질환, 척수병변, 추간관 질환 등이 있다¹¹. 특히 전두측두엽 치매에서는 배뇨 중추가 있는 전두엽 부분이 손상되어 spino-bulbo-spinal 배뇨반사를 억제하는 대뇌의 역할이 손상되어 배뇨근 과활동성이 나타날 수 있다는 사실이 밝혀졌다⁴.

신경인성 방광의 분류 체계는 아직 확실하게 정해진 것은 없으나 배뇨 기전의 기능적 분류에 따라 국제요실금학회(International continence society; ICS)에서는 신경인성 방광을 크게 저장 장애와 배출 장애로 구분하여 치료하고자 하였다. 진단을 위해서는 병력청취, 신체 검사와 신기능검사, 뇨검사, 배뇨일지, 요역동학 검사 등을 시행한다².

신경인성 방광의 치료는 원인 질환의 치료와 함께 상부요로기능의 보존 및 향상, 요로감염 방지, 요자제 향상, 하부요로기능의 회복, 삶의 질 향상을 목표로 한다. 치료법으로는 골반저 운동 및 전기자극치료, 행동요법 등의 비약물치료, 약물치료, 도뇨법이 있다. 그러나 도뇨법은 그 자체로 요로 감염의 위험인자로 여겨지며, 약물로 인한 부작용도 보고되고 있다. 특히 전두측두엽 치매의 경우 공인된 약물요법이 없어 대증 치료로 항콜린제를 사용하게 되는데 항콜린제는 노인에게 있어 인식장애 등의 부작용이 나타나기 때문에 주의해서 사용해야 한다⁴.

한방 치료로는 당뇨병성 신경인성 방광 환자를 實證인 腸胃積熱로 보고 當歸承氣湯을 투여한 치험례⁶ 이외에는 대부분 虛證으로 본 치험례가 많았다. 사상방을 사용한 치험례는 신경인성 방광 환자 2명을 각각 少陽人 身寒腹痛亡陰證, 少陰人 太陰證으로 진단하여 사상방 및 침구치료를 함께 사용한 복합

치료 치험례⁸가 있었다. 신경인성 방광의 경우 그 원인이 방광에만 국한된 것이 아니기 때문에 전체적인 몸 상태를 조절하는 것이 중요하다. 특히 사상의학을 통하여 환자의 체질을 판단하고 그에 맞는 처방을 사용하여 좀 더 근본적인 치료를 하고자 하였다.

상기 환자는 2017년 12월 서울 삼성병원에서 Br-MRI 상 Frontotemporal lobe degeneration 소견을 들은 후 FDG-PET 상 Frontotemporal Dementia를 진단받은 환자로 2018년 2월 20일 경 배뇨 곤란 증상이 악화되어 서울 삼성병원 응급실에서 유치 도뇨관 삽입하였으나 환자가 불편함을 호소하여 3일 만에 제거한 후 증상 지속되어 본원으로 입원하였다. 요의는 있으나 잘 배출되지 않아 자주 소변을 보러가는 증상을 호소하였다. 특히 야간에 5회 이상 소변을 보러가 삶의 질이 굉장히 낮아져 있었기 때문에 이에 맞추어 치료 목표를 정하였다.

신경인성 방광은 크게 저장 장애와 배출 장애로 나누어 진단할 수 있다. 상기 환자는 1회 소변량이 100ml 정도 되며 한 시간에 한 번씩 소변을 보지만 요절박 및 요실금 증상은 보이지 않았다. 혈액 검사 상 염증 수치 및 BUN/Cr 수치, PSA 수치 정상이며 초음파로 측정된 잔뇨량이 5ml(30ml이하 정상)이었다. 또한 최대 요속이 9.6ml/s으로 정상에 비해 약간 느린 편이며 총 소변량이 106.8ml로 충분한 배뇨량에 도달하지 못하였다. 그러나 잔뇨량이 5ml밖에 안 되었기 때문에 배출장애보다는 방광에 소변을 저장하지 못하는 저장 장애로 고려할 수 있었다. 이후 저장 장애 중에서도 기침 등 복압이 올라가는 상황에서 요실금 증상이 나타나지 않는 것으로 보아 골반저 및 요도 지지의 결손이 나타나지 않은 것으로 보았다. 결론적으로 상기 환자는 전두측두엽 치매로 인하여 전두엽 내측에 존재하는 배뇨 중추 이상으로 인한 배뇨근 과활동성을 나타내는 신경인성 방광으로 진단하였다.

상기 환자는 체형기상을 보았을 때 전체적으로 마른 체형이며 역사다리꼴 형태로 흉부가 복부에 비해 발달되어 있다는 점에서 소양인의 '胸襟之包勢 盛壯而膀胱之坐勢 孤弱'한 특징을 관찰할 수 있었

다. 전체적인 얼굴형을 봤을 때 턱이 좁고 뾰족한 역삼각형 안면이며 이마 및 광대뼈가 발달하여 소양인의 특징을 확인할 수 있었다. 또한 평소에 앉아 있기만 하는 것을 답답해하여 병실에 가만있지 못하고 돌아다니는 것이 여러 번 보였으며 조금한 성질로 남들보다 앞서서 걷거나 식사 역시 빠르게 하려고 하였으며 이는 소양인의 '恒欲舉而不慾措' 하는 性氣를 확인할 수 있었다. 소증으로는 더위에 민감한 편이며 상열감이 있고 식사를 빨리 하는 편이며 음수량이 많았다. 약간 얇은 잠을 자는 경향이 있으며 대변 및 소화기 양호하였다. 결론적으로 소양인이라고 진단하였다.

소양인은 脾大腎小하여 胃局의 熱氣가 응축되어 이로 인하여 陰의 소모가 많아지게 된다. 胃局 熱氣가 항진되어 脾局 陰氣가 下降하지 못하고 表로 밀려나 寒症이 나타나는 경우 脾受寒表寒病으로 진단할 수 있다. 胃局 熱氣가 더욱 항진되어 이와 상대되는 淸陽이 大腸局에서부터 頭面四肢로 상승하는 것이 약화되어 熱症이 나타나는 경우 胃受熱裏熱病으로 진단할 수 있다²⁾. 상기 환자는 피부색이 붉은 편이며, 평소 답답하여 여기저기 돌아다니는 것을 좋아하고 변비 경향이 있으므로 身熱, 胸煩悶燥, 大便難으로 보고 胃受熱裏熱病으로 진단할 수 있으며 소증을 살펴보았을 때 땀을 많이 흘리며 갈증이 있어 물을 많이 마시므로 渴而多飲, 多汗出의 증상이 있으며 背寒, 嘔 등의 증상이 없으므로 胸膈熱證으로 진단하였다. 또한 현증으로 소변을 자주 보나 양이 적으면서 맑기 때문에 胸膈熱證 輕證을 배제하였고 熱症이 나타나지만 消穀善飢 등의 증상이 나타나지 않는 것으로 보아 中消證을 배제하여 上消證으로 진단하였다.

消渴證은 陰淸之氣가 大腸局에서 胃局, 胃局에서 頭面四肢로 충분히 오르지 못해서 발생하는 것으로 그중에서도 上消證은 陰淸之氣가 頭面四肢까지 충분히 오르지 못한 상태로 “熱氣上騰 胸中煩躁 舌赤脣紅 此渴 引飲常多 小便數而少 病屬上焦 謂之消渴” 라고 설명하고 있다. 즉, 상기 환자는 흥격에 몰린 胃局의 熱氣 때문에 熱을 끄기

위하여 小便數而少라는 소변 증상이 나타나게 된다. 또한 상기 환자는 상체 부위로 지루성 피부염 증상을 호소하고 있는데 이는 일시적으로 上焦의 陰이 소모되어 상체 부위로만 지루성 피부염 증상이 나타났다고 볼 수 있다. 『東醫壽世保元』에 上消證에는 涼膈散火湯을 쓴다고 되어 있다. 상기 환자는 위로 陰이 소모되어 피부 증상까지 호소하고 있어 上消證에서도 熱氣가 더욱 항진된 것으로 보아 석고를 16g 추가하여 사용하였다.

涼膈散火湯 처방을 살펴보면 生地黃·忍冬藤·連翹 각 8g, 山梔子·薄荷·知母·石膏·防風·荊芥 각 4g으로 구성되어 있다. 주로 쓰이는 약제를 살펴보면 生地黃은 甘苦寒하여 中上焦에 쌓여있는 熱을 淸熱하면서 生津한다. 忍冬藤·連翹은 上焦에 쌓여있는 熱로 인하여 瘡毒이 생긴 것을 治한다. 梔子は 心胸, 즉 中上焦에 쌓여있는 熱을 제거하면서 熱을 내려 小便으로 나오게 한다. 薄荷는 그보다 더 위인 頭面部에서 淸熱작용을 한다. 知母와 石膏는 짝이 되어 火熱을 제거하고 補陰의 역할을 한다. 특히 熱이 치성할 때에 석고를 증량하여 淸熱의 작용을 강화할 수 있기 때문에 본 증례에서는 석고를 16g 더 가미하여 총 20g을 사용하였다. 마지막으로 荊芥와 防風은 表까지 발산하여 表陰을 내려주는 역할을 한다. 상기 환자는 熱氣가 胸膈에 쌓여 있으면서 일시적으로 陰이 소모되어 頭面部에 피부 증상까지 나타났기 때문에 결론적으로 涼膈散火湯이 본 환자에게 적합하다고 보았다.

치료 결과, 涼膈散火湯을 사용한 이후 총 배뇨 횟수 및 야간뇨 횟수에서 횟수가 감소하여 호전 양상을 보였으며 1회 배뇨량에서도 호전되는 양상을 보였다. 다만 3월 27일 경 입원 시와 비슷하게 악화되는 경향을 보였는데 당일 야간에 병실 내에서 소란이 있어 외부 요인에 의하여 수면을 취하지 못해 증상이 악화된 것으로 판단된다. 따라서 상기 환자가 호소하던 주소증이 전반적으로 증상이 호전되는 양상이었다. 또한 소증 및 현증으로 호소하던 지루성 피부염 역시 호전되는 양상을 보였으며 배뇨 장애로 인한 불

면 증상 역시 개선되는 양상을 보였다.

이 기간 동안 Input/Output은 $\pm 1000\text{ml}$ 로 일정하게 유지하여 외부적인 요인을 최대한 배제할 수 있도록 하였다.

본 임상례에서는 초반에 상기 환자를 健忘, 午熱의 증상에 초점을 맞추어 熱이 치성한지 오래되어 陰虛가 심한 陰虛午熱證으로 보고 獨活地黃湯을 투여하였으나 증상이 호전되지 않았다. 이에 다시 한번 진단한 결과 胃局熱氣가 치성하여 裏熱증상을 보이고 있으나 素證을 살펴보았을 때 逆證의 素證인 口乾, 背寒 등의 증상을 보이고 있지 않아 熱氣가 치성하여 胃局陰氣까지 손상된 逆證인 陰虛五熱證이 아닌 順證인 胸膈熱證 중에서도 上消證으로 진단할 수 있었다.

본 임상례에서는 여러 가지 한계점을 가지고 있었다.

첫째, 배뇨일지를 작성할 때 환자가 치매로 인하여 정확한 의사소통이 불가능하여 보호자가 대신 배뇨일지를 작성하여 잔뇨감, 요절박 등 주관적인 증상에 대하여 객관적으로 평가하기에 부족한 점이 있었다.

둘째, 기질적 질환이 있는 상태에서 초반에 환자의 호전 정도를 예측하기 힘들었으며 이에 따라 초기에 치료 기간 역시 선정하기 어려웠으며 퇴원 이후 Follow up을 할 수 없었다는 점이 한계이다.

셋째, 병행치료로 배뇨장애 증상에 효과가 있다고 알려진 氣海, 關元, 中極 직접구 치료가 입원날짜인 3월 5일부터 시행되어 증상의 개선에 뜬치료 효과를 완전히 배제할 수 없었다는 것이 한계이다.

본 증례에서는 전두측두엽 치매에 의한 신경인성 방광을 사상의학의 관점에서 환자를 진단하여 몸의 근본적인 상태까지 고려할 수 있었으며 배뇨일지를 활용하여 보다 객관적으로 환자의 상태를 파악하였다는 점에서 의의가 있다.

V. 結論

전두측두엽 치매에 의한 신경인성 방광을 호소하는 환자의 총 배뇨 횟수, 야간뇨 횟수, 1회 배뇨량에 대하여 사상의학적 접근을 통해 유의한 호전을 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

VI. References

1. Jang MW, Gwon YJ, Jo WG et al. Two Cases of Voiding Problem Treated with Oriental Medicine. Korean J. Oriental Physiology & Pathology. 2012; 6(2):241-247.(Korean)
2. Choi SH. Treatment of Common Non-cognitive Problems in Dementia. Korean Neurological Association. 2016; 11-214. Korean)
3. Kim DY, Kim TH, Kim HJ et al. Guidelines on Neurogenic bladder. Seoul:a+. 2011:1-118(Korean)
4. Choi JB. Dementia and Voiding Dysfunction. J Korean Continence Soc. 2008;12:10-17.(Korean)
5. Du HG. dong-uisingyehag. Seoul: dong-yang-ui-hag-yeonguwon. 1992: 173-203.(Korean)
6. Kim HS. One Case of Voiding Difficulty Patient Suggested Diabetic Cystopathy Treated by Danggui-seunggitang-gamibang. J. of Orietal. Chr. Dis. 2000; 6(1);1123-1129(Korean)
7. Park HJ, Sim HN Kim YK et al. Case Report of the Neurogenic Bladder after spine surgery. Korean J. Oriental Physiology & Pathology. 2005;19(6);1685-1688(Korean)
8. Jang MY, Gwon YJ, Jo WG et al. Two cases of voiding problem treated with oriental medicine. Korean J. Oriental Physiology & Pathology. 2012;26(2);241-247.(Korean)
9. Choi MS, Kim DI. A Study on Korean Medical Clinical Management of Female Overactive Bladder. The

- Journal of Korean obstetrics & gynecology. 2014;27(2); 083-102.(Korean)
10. Lee JW. Urinary incontinence; Anatomy and physiology of bladder and bowel. Korean Journal of Pediatrics. 2008; 51(11);1136-1139.(Korean)
 11. Kim YG. Urology. Seoul:Golyeouihag. 1992:319-328. (Korean)
 12. Lee JH, Lee EJ. Clinical Practice Guideline for Soyangin Disease of Sasang Constitutional Medicine;Diagnosis and Algorithm. J Sasang Constitut Med. 2014;26(3): 224-240.(Korean)