만성 오심 구토 증후군 환자의 한의치료 1례

김학겸, 박지윤, 문지성, 김예슬, 민선우, 안 립, 임성우
동국대학교 일산불교한방병원 한방내과

A Case Report on Korean Medical Treatment for a Patient with Chronic Nausea and Vomiting Syndrome

Hakkyeom Kim, Jiyeon Park, Jiseong Moon, Yeseul Kim, Seonwoo Min, Lib Ahn, Seong-woo Lim
Dept. of Oriental Internal Medicine, Dongguk University, Ilsan Oriental Medicine Hospital

ABSTRACT

This study investigated the case of a nineteen-year-old female patient with chronic nausea, vomiting, and abdominal distension, who was diagnosed with CNVS and Spleen-Qi deficiency. Subjective symptoms were recorded with the Numerical Rating Scale (NRS) every morning, and the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) was used on the days of admission and discharge. For eleven days following admission, she took *Bojungikki-tang-gagam* and received acupuncture and moxibustion therapy. After three days of treatment, her nausea and vomiting ceased, and abdominal distension improved from NRS 3 to 0 after seven days of treatment. The GSRS score for the specific symptoms improved from 3 to 2; however, the total score remained largely unchanged (from 20 to 21). This case suggests that Korean medical treatment may improve CNVS.

Key words: nausea, vomiting, functional gastrointestinal disorder, Korean traditional medicine, case report

1. 서 론

오심은 주관적인 증상으로, 주로 목 혹은 상복부에서 느껴지는 곧 구토할 것 같은 불쾌한 감각으로 정의할 수 있으며, 구토는 복부 및 흉벽 근육의 수축과 연관된 위장관 내용물의 구강을 통한 분출로 정의할 수 있다¹. 오심과 구토는 다양한 원인에 의해 나타날 수 있는데, 소화기 질환 뿐 아니라 다른 비-소화기 질환에서도 동반되어 나타날 수 있다². 급성 오심 구토가 특정한 원인이 있는 경우가

많아 치료가 수월한 반면, 만성적인 오심과 구토는 위마비 혹은 기능성 위장장애와 연관되는 경우가 많으며, 치료하기 쉽지 않다³.

2016년 발표된 로마 기준 IV에서는 다른 원인을 찾을 수 없는 기능성 오심 구토 증후군에 대하여 만성 오심 및 구토 증후군(Chronic nausea and vomiting syndrome, CNVS), 주기성 구토 증후군(Cyclic vomiting syndrome, CVS), 카나비노이드 구토 증후군(Cannabinoid hyperemesis syndrome)의 3가지로 나누고 있다¹. 이 중 CNVS는 과거 로마 기준 III에서 각각 만성 특발성 오심과 기능성 구토로 나누어져 있던 것을 하나로 합친 것으로, 일상생활이 힘들 정도의 불편한 오심이 일주일에 적어도 1회 그리고/또는 일주일에 1회 이상 구토가 있고, 자발적 구토, 섭식장애

· 투고일: 2021.09.17, 심사일: 2021.10.25, 게재확정일: 2021.10.25
· 교신저자: 임성우 경기도 고양시 일산동구 동국로 27
동국대학교 일산불교한방병원 한방내과
TEL: 031-961-9046 FAX: 031-961-9049
E-mail: omdsw@naver.com

등이 없으면서 구조적 장애가 없는 경우를 말한다⁴ (Table 1). CNVS의 유병률은 아직까지 알려진 바 없으며, 임상 연구와 진료 지침도 마련되지 않은 상태이다⁵.

본 증례에서는 만성적인 오심, 구토가 지속되어

타원 소화기내과에서 기질적 원인을 찾지 못하고 호전을 보이지 않은 CNVS 진단 기준에 부합하는 환자에게 보중익기탕 가감 위주의 한의학적 처치를 시행하여 호전을 보였기에 보고하는 바이다.

Table 1. Diagnostic Criteria of Chronic Nausea and Vomiting Syndrome (CNVS)¹

Must include all of the followings :
1. Bothersome (ie, severe enough to impact on usual activities) nausea, occurring at least 1 day per week and/or 1 or more vomiting episodes per week
2. Self-induced vomiting, eating disorders, regurgitation, or rumination are excluded
3. No evidence of organic, systemic, or metabolic diseases that is likely to explain the symptoms on routine investigations (including at upper endoscopy).
aCriteria fulfilled for the last 3 months with symptom onset at least 6 months before diagnosis

II. 증 례

1. 환자 정보

19세 여성 환자로, 약 5년 전부터 변비, 오심, 구역감이 간헐적으로 발생하였다. 본원 내원 6개월 전부터 식후 더부룩함, 오심, 변비 증상이 심화되어 타원 소화기내과 내원하여 위내시경, 복부 X선 검사를 시행하였으나 특이 소견이 없었다. 이후 지역 내과의원 방문하여 약물을 지속 복용하였으나, 오심, 구역, 변비 지속되어 본원에 내원하였다.

2. 임상적 발견

입원 초기 평가에서 신장 168 cm, 체중 59.5 kg, 체질량지수 21 kg/m²로 저체중을 보이지 않았으며, 복부 팽만감이 NRS 3 정도로 일중 지속되며, 지속적으로 오심이 있었다. 평소 식사는 일반식으로 1인분의 절반 정도 점심, 저녁 두 끼를 먹는다고 하였으며, 식간에 간식을 섭취한다 하였다. 주로 식후에 구역감을 동반하여 구토가 발생하는 경우가 있고, 구토 후 오심, 구역감은 완화되는 경향을 보인다 하였다. 입원 전 마지막 구토는 2일 전, 저녁 식사 후 발생하였다. 하루 4~5시간가량 불규칙하

게 잠을 자고, 평소 추위를 타 여름에도 긴 소매 옷을 입는다고 하였다. 대변은 주 1~2회가량 경변을 배변하였고, 평소 아침을 거르고 식간에 간식을 먹는다 하였다. 설진 및 맥진 상 설은 담홍(淡紅)하였으며, 맥은 세활(細滑)한 양상을 보였다. 복진 상 중완혈, 양측 천추혈, 중극혈에 NRS 2의 압통을 호소하였다.

과거력으로 고혈압, 당뇨, 심장질환, 간질환은 없었으며, 입원 6개월 전 아토피성 피부염, 다낭성 난소 증후군을 진단받았다. 사회력으로 매일 평균 1갑씩 7갑년 흡연하였으며, 지역 내과의원에서 금연 치료를 위하여 약물을 처방받아 복용하고 있었다.

3. 진단 및 평가

입원 6개월 전부터 오심, 구역, 더부룩함이 지속되었으며, 당시 시행한 위내시경, 복부 X선 촬영상 특이소견 없었으며, 입원 후 3일차 시행한 검사실 검사상 다른 기저 질환을 시사하는 소견은 보이지 않았다(Table 2). 따라서 종합적으로 보았을 때 본 환자는 로마 기준 IV의 CNVS의 진단 기준¹(Table 1)에 부합한다 보았다.

환자가 호소하는 오심, 구토, 복부 팽만감은 위

마비의 증상으로도 볼 수 있으나, 위마비에서 가장 흔한 특발성 위마비는 보통 바이러스 감염 후에 발생하며, 1년 정도 안에 호전된다고 알려져 있어⁶ 수년 전부터 증상이 지속되고 있는 본 환자에 부합하지 않았다. 당뇨병성 위마비 및 수술후 위마비 또한 당뇨, 수술 이력이 없기 때문에 배제되었다. 비록 위배출시간을 측정하지 않아 완전히 배제할 수는 없었으나 입원 중 증상 호전을 보여 추가 검사를 의뢰하지 않았다.

섭식장애는 CNVS 진단에서 배제되어야 하는데¹, 섭식장애에는 신경성식욕부진(Anorexia nervosa, AN), 신경성거식증(Bulimia nervosa, BN), 폭식장애(Binge eating disorder, BED) 등이 주로 포함된다⁷. 이들 질환은 비정상적인 식이 혹은 체중 조절을 위한 행동을 특징으로 하는데, 왜곡된 신체상(body image)과 체중 증가에 대한 두려움이 기저에 있다⁷. 본 환자의 경우 체중 및 BMI가 정상 범위에 있으며, 금식이나 특정 음식 제한, 섭취 열량 제한을 하는 모습이 없어 AN은 배제하였고, BN과 BED에 대해서는 입원 중 폭식 경향이 나타나지 않았으며, 스스로 구토하거나 이뇨제, 변비약 등을 남용하는 모습이 나타나지 않아 배제하였다.

한의학적으로는 발병이 오래되었고 만성적 경과를 띠고 있었기 때문에 허증(虛症)으로 보았으며, 비위 기능의 실조로 인한 허토(虛吐)로 진단하였다.

입원 중 환자 호소 증상을 다음과 같은 두 가지 방법으로 평가하였다.

1) 위장관 증상 등급산정 척도 설문지(Gastrointestinal Symptom Rating Scale, GSRS)

위장관 증상 등급산정 척도 설문지는 Svedlund 등⁸이 1988년 보고한 이후, 위장관 증상 평가를 위하여 널리 사용되고 있는 설문지이다. 환자의 위장관 증상 평가를 위하여 입원 직후, 퇴원 전 각각 1회 GSRS 설문을 시행하였고, 위장관증상의 호전 여부를 확인하였다.

Table 2. Initial Laboratory Test Findings

Test item	Value	Reference value
WBC* ($\times 10^3/\mu\text{l}$)	7.38	4.0~10.0
Hemoglobin (g/dL)	12.8	12.0~16.0
Hematocrit (%)	37.7	36~48
ESR† (mm/hr)	19	0~20
ALT‡ (IU/L)	33	0~33
AST§ (IU/L)	18	0~32
Sodium (mmol/L)	140	136~145
Potassium (mmol/L)	4.5	3.5~5.5
BUN (mg/dL)	10.6	6.0~20.0
Creatinine (mg/dL)	0.68	0.50~0.90

*WBC : white blood cell, †ESR : erythrocyte sedimentation rate, ‡ALT : alanine aminotransferase, §AST : aspartate aminotransferase, ||BUN : blood urea nitrogen

2) 숫자 등급 척도(Numerical Rating System, NRS)

입원 중 매일 오전 7시경 일정한 시간에 수면 시간, 식이 사항, 배변 여부와 함께 오심, 구역, 구토 발생 여부와 복부 팽만감이 가장 심한 것을 10점, 전혀 없는 것을 0점으로 하였을 때 팽만감의 정도를 숫자 등급 척도를 이용하여 기록, 평가하였다.

4. 치료적 중재(Fig. 1)

1) 한의 치료

입원 1일차 한풍소전중탕엑스과립 2 g(한풍제약)을 투약 시도하였으나, 구역감 심화로 환자 복용 거부하여 투약되지 않았다. 입원 2일차 저녁분부터 보중익기탕연조엑스(한풍제약, Table 3) 1포 하루 3회 식후 2시간 후 복용으로 투약하였고, 입원 3일차 저녁부터 보중익기탕가감(Table 4) 2침을 1포 100 ml, 총 3포로 본원 탕전실에서 탕전하여 하루 3회 식후 2시간 후에 투약하였다. 이후 퇴원시까지 동일하게 투약하였다.

입원 기간 중 하루 1~2회 1회용 스테인리스 침(0.25×30 mm, (주)동방메디컬)을 사용하여 CV12(中脘), ST25(天樞), LR3(太衝), LI4(合谷), ST36(足三里), PC8(內關) 등의 혈위에 직자하여, 15분 정도 유침하였다. 유침 기간 중 적외선조사요법(IR-770,

주식회사 아이티시)을 함께 적용하였다. 또한 CV12 (中脘)에 온구기((주)동방메디컬)를 이용하여 1일 20분 뜸 치료를 시행하였다.

2) 양약 치료

입원 기간 동안 기존 투약하던 지참 약물은 같은 용법으로 투약 유지하였다. 지역 내과의원 처방 변비약인 마그밀정(Magnesium hydroxide), 웰콘정(Polycarbophil calcium)을 각각 1정씩 하루 3회 식 후 30분에 투약하였고, 위장관계 진경제인 제스라-제트연질캡슐(Alverine citrate, Simethicone)을 1캡슐씩 하루 3회 식 후 30분에 투약하였다. 또한, 같은 병원 처방약인 금연 보조제인 챔픽스정 1 mg(Varenicline tartrate)를 하루 2회 아침 식 후 30분, 자기 전에 1정씩 투약 유지하였다.

입원 후 다낭성 난소 증후군 검진 및 1주전 심화된 외음부 불편감 관련하여 산부인과 진료 희망

하여 입원 2일차 외래 진료 진행하였으며, 골반 염증성 질환 소견으로 항생제인 세프트리악손주 0.5 g(Ceftriaxone) 250 mg 1회 주사 후 독시사이클린 100 mg 캡슐(Doxycycline) 1캡슐 하루 2회 아침 저녁 식 후 30분, 후라시닐정(Metronidazole) 2정 하루 2회 12시간마다 1주일간 투약하였고, H2 차단제인 가스터디정 20 mg(Famotidine) 1정 하루 2회로 함께 처방받아 이후 지속 투약하였다. 1주 뒤 산부인과 협진 재시행하였고, 후라시닐은 중단하였으며, 독시사이클린은 용량 유지하였다. 여기에 추가로 오엔지연질캡슐(Neomycin sulfate, Nystatin, Polymyxin B sulfate) 1정 주에 2회 질내 투약하였으며 항바이러스제인 팜비어정(Famciclovir) 250 mg 1정 하루 3회 8시간마다 투약하였다. 이들 약물은 퇴원시까지 투약 유지하였다.

Fig. 1. Timeline of treatment.

* IV : Intra-Venous, p.o. : per os (by mouth), b.i.d. : bis in die (twice a day), t.i.d. : ter in die (three times a day)

† Therapies include acupuncture, cupping, moxibustion, interferential current therapy

‡ ONG vaginal soft capsule : Neomycin sulfate 50.2 mg, Nystatin 100,000 I.U., Polymyxin B sulfate 3500 I.U.

Table 3. Composition of *Bojungikki-tang* Extract, Concentrate (per 1 Package)

Herbal name	Latin name	Amount (g)
黃耆	Astragali Radix	1.88
人參	Ginseng Radix	1.25
白朮	Atractylodis Rhizoma Alba	1.25
甘草	Glycyrrhizae Radix et Rhizoma	1.25
當歸	Angelicae Gigantis Radix	0.63
陳皮	Citri Unshius Pericarpium	0.63
柴胡	Bupleuri Radix	0.38
升麻	Cimicifugae Rhizoma	0.38
Total		7.65

Table 4. Composition of *Bojungikki-tang-gagam* (per Package)

Herbal name	Latin name	Amount (g)
黃耆	Astragali Radix	4
人參	Ginseng Radix	3
白朮	Atractylodis Rhizoma Alba	3
甘草	Glycyrrhizae Radix et Rhizoma	3
當歸	Angelicae Gigantis Radix	3
陳皮	Citri Unshius Pericarpium	2
柴胡	Bupleuri Radix	1.5
升麻	Cimicifugae Rhizoma	1.5
厚朴	Magnoliae Cortex	3
白茯苓	Poria Sclertum Cum Pini Radix	3
酸棗仁	Zizyphi Semen	3
Total		30

5. 추적 관찰 및 결과

입원 중 식사는 일반 식으로 제공되었으며, 1회 제공량의 1/3가량을 하루 2~3회 섭취하였고, 간식으로 커피, 과자 등을 시간에 섭취하였다. 그 양은 입원 기간 중 비슷하게 유지되었다. 입원 후 1일차에 평소 섭취량의 점심 식사 직후 오심 발생하였다. 이후 증상 지속되었고, 2시간가량 지나 1회 구토 발생하였다. 내용물로 직전 섭취한 음식물을 토출하였다. 이후 오심 일중 지속되었으나, 이후

입원기간 중 추가적인 구토는 없었으며, 입원 3일차부터 오심 증상도 소실되었다. 입원 3일차까지 복부 팽만감 NRS 3 정도로 유지되었으나, 이후 점차 감소하여 입원 6일차 복부 팽만감 NRS 2로 감소하였고, 입원 7일차 이후 소실되었다(Fig. 2). 이후 재발없이 유지되었고, 입원 11일차 입원 중 투약했던 한약 15일분을 퇴원약으로 지참하여 자택으로 퇴원하였다.

입원 직후 시행한 GSRS 설문지에서 총 20점을, 퇴원 전 시행한 GSRS 설문지에서 총 21점으로 조사되었다. 세부적으로 살펴보면, 복통(Q1)이 2점에서 1점으로, 산 역류(Q3)이 1점에서 0점으로, 오심과 구토(Q5), 복명(Q6), 복창(Q7)에서 3점에서 2점으로 하락하여 호전을 보였다. 하지만 대변과 관련된 항목인 무른 변(Q12)가 0점에서 2점으로, 경변(Q13)이 2점에서 3점으로, 배변 긴급(Q14)가 0점에서 1점으로, 불완전한 배출 감각(Q15)가 1점에서 2점으로 변화하였다(Table 5).

Fig. 2. Changes in subjective symptoms during admission.

* NRS (numerical rating system): 0 is no bloating and 10 is the worst bloating imaginable.

Table 5. Changes in Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) after Treatment

GSRS items	Day of admission	Day of discharge
Q1 Abdominal pains	2	1
Q2 Heartburn	1	2
Q3 Acid regurgitation	1	0
Q4 Sucking sensation in the epigastrium	1	1
Q5 Nausea and vomiting	3	2
Q6 Borborygmus	3	2
Q7 Abdominal distension	3	2
Q8 Eructation	0	0
Q9 Increased flatus	2	2
Q10 Decreased passage of stools	1	1
Q11 Increased passage of stools	0	0
Q12 Loose stools	0	2
Q13 Hard stools	2	3
Q14 Urgent need for defecation	0	1
Q15 Feeling of incomplete evacuation	1	2
Total	20	21

III. 고찰 및 결론

4주 이상으로 증상이 지속되는 만성 오심 구토²는 남성에 비해 여성에게 더 자주 나타나는 것으로 알려져 있으며⁹, 만성 오심 구토에 대한 정확한 역학 자료는 아직 알려진 바가 없다². 이 질환은 유사한 증상을 호소하는 위마비 환자 연구에 미루어 볼 때 상당한 삶의 질 저하와 경제적 영향을 준다고 볼 수 있다².

만성 오심 구토의 원인으로 소화기계의 문제와 소화기계 외적인 문제로 나눌 수 있으며, 심혈관계, 내분비계, 신경계, 전정 기관 등 비-소화기계의 문제인지, 약인성인지, 혹은 소화기계의 기계적 문제인지 감별이 우선 필요하다². 다른 기질적 문제가 배제된 경우 기능성 구역과 구토로 정의할 수 있는데, 로마 기준 IV에서는 이를 CNVS, CVS, CHS의 3가지로 분류하였다.

이 중 CNVS는 일상 생활에 지장을 줄 정도로 불편한 오심이 주에 하루 이상 나타나거나 주당 한 번 이상의 구토가 발생한 경우, 스스로 구토를 하거나 섭식 장애, 역류, 반추가 아닌 경우, 다른 기질적 문제나 전신질환, 대사 질환이 배제된 경우에 진단할 수 있는데, 지난 3개월간 기준에 부합하여야 하며 진단 전 최소 6개월 전에 증상이 발생하여야 한다¹(Table 1). CNVS 환자에서 오심 구토 증상은 위배출시간 지연, 위 바닥의 조절 반사 이상과는 상관 관계가 뚜렷하지 않으며 정신질환과의 상관관계도 뚜렷하지 않다¹. 이에 대한 치료로 삼환계 항우울제, 위 전기 자극, 인지-사회 기술 훈련 등이 효과가 있었다는 보고가 있으며, 대증적으로 항구토제를 사용할 수 있다¹. 하지만 유병률 및 진단과 치료에 있어서 연구가 부족한 상황이다¹⁰. 또한 국내외 데이터베이스(PubMed, CNKI, CiNii, NDSL)에서 “만성 오심구토”(NDSL), “慢性 漢方 惡心”(CiNii), “慢性惡心嘔吐”(CNKI), “(chronic AND nausea) AND (“korean” or “japanese” or “kampo” or “chinese” or “herbal” or “traditional”)” (PubMed)의 검색어로 조사하였을 때 한의학적 연구는 발견할 수 없었다.

한의학에서 구토는 위기상역(胃氣上逆)하여 나타난다 하였는데, 외감(外感), 내상(內傷), 기타 요인을 가리지 않는다 하였고, 오심과 병리 기전이 유사하여 변증시치 할 때 구별하지 않는다¹¹. 그 병인으로 외사에 의한 경우(外邪犯胃), 음식물 조절이 부적절한 경우(飲食失調), 비위의 운화기능이 손상되어 담음이 발생한 경우(停痰留飲), 정지(情志)가 거슬려 간기가 울체하여 위를 침범한 경우(情志不和), 신양부족(腎陽不足) 및 한랭물 과다섭취 등으로 비위가 허한(虛寒) 한 경우가 있다고 보았다¹¹.

본 증례의 환자의 경우, 오심, 구역감이 처음 발생한지 수 년이 지났으며, 6개월 전부터 심화되는 양상을 보였다. 6개월전 시행한 내시경을 비롯한 검사에서 이상이 없었으며, 일상생활에 불편한 정

도의 오심이 지속되어 CNVS 진단 기준에 부합하였다. 한의학적으로는 식사를 하면 곧 오심이 심해지며, 소화가 잘 되지 않는다 하고, 추위를 타는 모습, 복부 팽만감이 있는 모습, 맥진상 세맥(細脈)을 보이는 등 허증, 특히 비위허한(脾胃虛寒)에 부합하는 모습을 보였다. 비위허한에 대하여 온중건비(溫中健脾), 화위강역(和胃降逆)의 처방을 쓰며, 대표적인 처방으로 이중환(理中丸), 육군자탕(六君子湯) 등이 있다¹¹.

본 연구에서 처방한 보중익기탕은 《비위론(脾胃論)》에서 처음 등장한 처방으로, 비위허증에 두루 사용되는 처방이다¹². 보중익기탕은 황기, 인삼, 백출, 감초, 당귀, 진피, 시호, 승마로 구성되는데, 보비약(補脾藥) 위주에 소량의 승제약(升提藥)을 조합한 처방으로, 비위기허(脾胃氣虛)와 기허가 더욱 진행된 중기하陷(中氣下陷)에 사용된다¹³. 보중익기탕에 대한 기존 연구로 기능성 소화불량에 대한 연구¹², 기능성 변비에 대한 연구¹⁴ 등이 있었고, 소화 질환에 대한 연구들 뿐만 아니라 노인의 기력저하에 대한 연구¹⁵, 암성 피로에 대한 연구¹⁶, 알레르기성 비염에 대한 연구¹⁷ 등 보중익기탕은 기허증상 전반에 응용되고 있어 본 환자에게 적용할 수 있다 보았다.

본 연구의 환자는 만성적인 오심 구토로 위기가 상역한 상태였으나 맥이 세활하고 추위를 잘 타는 등 전반적인 기허 소견이 두드러져 있어 전형적인 비기허 상태로 볼 수 있었다. 이에 먼저 중기를 보함으로써 비의 운화와 승청(升淸) 기능을 정상화하여 결과적으로 위장의 강탁(降濁) 작용의 회복을 돕는 것을 목적으로 보중익기탕을 처방하였다. 보중익기탕이 승마와 시호를 소량 포함하여 승제(升提)하는 의미를 갖고 있으나, 이는 비위허로 비장(脾臟)의 승청기능(升淸機能)의 실조가 발생하여 돕는다는 것이지 이 자체가 위기(胃氣)를 끌어올려 구토를 심화시킬 것으로 보기는 어렵다. 《동의보감(東醫寶鑑)》에도 구토하고 소변이 나오지 않는 관격증(關格證)에서 보중익기탕을 중초의 기

운이 허한데 사용하여 기의 승강(升降)을 돕는 예가 있었으며, 술로 두통과 구토, 현훈이 있을 때 보중익기탕을 가감하여 사용한 예가 있었다¹⁸.

본 증례에서 사용한 보중익기탕 가감은 비기허 개선을 위한 보중익기탕 처방에 수면 개선을 위하여 백복신과 산조인을 가하고 복부 팽만감 개선을 위하여 후박을 가한 것이다. 이 중 후박은 성미(性味)가 苦·辛·溫·無毒하고 化濕導滯, 行氣溫中 작용이 있어 脾胃氣滯, 脘痞吐瀉 등의 병증에 사용되고 있는 약으로, 동의보감 처방을 분석한 이 등의 연구에 의하면, 주로 寒에 의한 병증과 기체(氣滯)에 의한 병증에 군약(君藥)으로 사용된 약제이다¹⁹. 본 환자에서도 복부 팽만감을 호소하여 탕약에 추가하였고, 실제 개선을 보인 바 있다.

입원 중 한의 처치 외에도 산부인과 처방 약물이 환자 증상에 영향을 줄 수 있었다. 산부인과 협진 후 골반염증질환 의심되어 항생제가 추가 투약되었고, 첫 협진 1주 뒤 항바이러스제와 항생제 병용으로 약물 변경하여 투약하였고, 퇴원까지 투약 유지하였다. 투약하였던 약물 중 항생제(Ceftriaxone, Metronidazole, Doxycycline)와 항바이러스제(Acyclovir) 모두 오심 구토를 유발 할 수 있는 약제로²⁰, 환자의 증상을 악화시킬 여지가 있었다. 통상적으로 골반염증질환은 무증상이거나 하복부의 통증 혹은 비뇨생식계 증상을 호소하는 경우가 많고, 발열, 오심, 구토 등 전신증상은 주요 증상은 아니다²¹. 입원 후 시행한 검사실 검사상 적혈구강하속도 19 mm/hr, 백혈구 7380/μl로 본원 참고치 안이었으며, 입원 중 발열이 없었던 점을 고려하면 이들 소견이 전신 감염을 시사한다 보기 어려웠다. 또한 입원 전 환자가 호소하던 오심, 구토 증상이 심화된 시점이 입원 6개월 전으로, 산부인과적 불편감이 심화된 시점보다 빠르기 때문에 인과적으로 산부인과적 원인으로 보기는 어려웠다. 따라서 입원 중 항생제 처치에도 불구하고 오심이 개선되었으며 입원 중 추가된 소화기 약물이 항히스타민제를 제외하고 없는 점에 미루어 보아 한의 치료가 유효했다

볼 수 있다.

본 증례의 환자에서 입원 기간 중 한의 치료를 시행한 결과, 입원 3일차부터 오심, 구토 증상이 소실되었으며, 복부 팽만감 증상 또한 입원 3일차까지 NRS 3으로 유지되었으나 점차 감소하여 입원 6일차 NRS 2, 입원 7일차에 증상이 사라지는 등 주관적 증상에서 호전을 보였다. 또한 GSRS 점수 상으로 입원시 총 20점, 퇴원시 총 21점으로 비슷하게 유지되었다. 각 세부 항목을 보았을 때, 주로 호소하던 복통, 산역류, 오심, 구토, 복명, 복창 부분에서 호전을 보여 점수가 감소하였으나, 대변 관련 증상에서 점수가 증가하여 총점은 비슷하게 유지되는 양상을 보았다(Table 5). 이에 대하여 실제 환자 배변 기록과 대조해보면, 입원 당시 주 1~2회 경변 배변한다 진술하였으며, 입원 기간 중 입원 1일차에 경변, 3일차에 보통변, 6일차에 3회 미연변, 7일차에 보통변 1회, 10일차에 보통변 1회 배변한 것으로 기록 되어있었다. 객관적 배변 기록과 주관적 감각 사이에 차이가 있어 GSRS 상 대변 관련 증상 점수가 증가한 것으로 보인다. 또한 GSRS 상 오심 및 구토, 복부 팽만감 항목 점수가 입원 시 3점에서 퇴원 시 2점으로 감소하여 개선을 확인할 수 있었지만 해당 증상이 소실 되었다는 입원 중 문진하였던 기록과 차이가 있는 결과이다. 이는 전날 하루를 회상하여 평가한 오전 문진과는 다르게 GSRS 설문 작성 시 입원 기간 전체를 회상하여 평가하였기 때문으로 보이며 본 연구 결과의 한계라 할 수 있다.

기질적인 원인이 뚜렷하지 않은 만성적인 오심과 구토에 대하여, 현재까지 한의학 연구는 찾지 못하였으며, 뿐만 아니라 임상 연구, 역학 연구도 드물다. 본 연구는 입원 1례에 불과하며, 한의치료 외의 다른 중재가 함께 추가되었고, 또한 퇴원 후 외래를 통한 장기적 추적 관찰이 이루어지지 않아 한계점이 명확하나 현재까지 한양방적 연구가 모두 부족했던 기능성 오심 구토증후군에 대하여 한의 치료를 통하여 호전이 있었다는 점을 보고하였

다는 의미가 있다. 위 질환에 대한 한의 치료의 유효성을 확인하기 위하여 보다 장기간 시행되고 잘 설계된, 추가적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 윤리적 고려

본 연구는 동국대학교일산불교한방병원 기관윤리심의위원회(IRB)의 심의 면제 판정을 받았다. (IRB File No. DUIOH 2021-09-001)

참고문헌

1. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastrointestinal Disorders. *Rome IV - Funct GI Disord Disord Gut-Brain Interact* 2016;150(6):1380-92.
2. Lacy BE, Parkman HP, Camilleri M. Chronic nausea and vomiting: evaluation and treatment. *Am J Gastroenterol* 2018;113(5):647-59.
3. Heckroth M, Luckett RT, Moser C, Parajuli D, Abell TL. Nausea and Vomiting in 2021: A Comprehensive Update. *J Clin Gastroenterol* 2021; 55(4):279-99.
4. Kim GH, Jung KW. Vomiting. *Korean J Gastroenterol* 2017;70(6):283-7.
5. Popa SL, Chiarioni G, David L, Golea GI, Dumitrascu DL. Functional Emesis. *J Gastrointest Liver Dis JGLD* 2019;28(3):319-25.
6. Liu N, Abell T. Gastroparesis Updates on Pathogenesis and Management. *Gut Liver* 2017; 11(5):579-89.
7. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *The Lancet* 2020;395(10227):899-911.
8. Svedlund J, Sjödin I, Dotevall G. GSRS-A clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and

- peptic ulcer disease. *Dig Dis Sci* 1988;33(2): 129-34.
9. Törnblom H, Abrahamsson H. Chronic nausea and vomiting: insights into underlying mechanisms. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc* 2016;28(5):613-9.
10. Aziz I, Palsson OS, Whitehead WE, Sperber AD, Simrén M, Törnblom H. Epidemiology, Clinical Characteristics, and Associations for Rome IV Functional Nausea and Vomiting Disorders in Adults. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc* 2019;17(5):878-86.
11. Jeonguk-hanigwadaehak-Bigyenaegwahak-gyosil. Vomiting. In: Bigyenaegwahak. Paju: Koonja-chulpansa; 2008, p. 114-20.
12. Kim JH, Kim HH, Kim KH. Effects of Bu-Zhong-Yi-Qi-Tang for the treatment of functional dyspepsia: a feasibility study protocol. *Integr Med Res* 2017;6(3):317-24.
13. Lee KG. Elucidation of Bojungikgi-tang from the Pathological Point of View. *Korean J Orient Physiol Pathol* 2010;24(5):784-9.
14. Gong H, Qin F, He H. Herbal Formula Modified Buzhong-Yiqi-Tang for Functional Constipation in Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM* 2018;2018:9602525.
15. Satoh N, Sakai S, Kogure T, Tahara E, Origasa H, Shimada Y, et al. A randomized double blind placebo-controlled clinical trial of Hochuekkito, a traditional herbal medicine, in the treatment of elderly patients with weakness N of one and responder restricted design. *Phytomedicine Int J Phytother Phytopharm* 2005;12(8):549-54.
16. Jeong JS, Ryu BH, Kim JS, Park JW, Choi WC, Yoon SW. Bojungikki-tang for cancer-related fatigue: a pilot randomized clinical trial. *Integr Cancer Ther* 2010;9(4):331-8.
17. Lee JA, Jang S, Jun JH, Lee MS, Lee E, Kim N, et al. Herbal medicine (Bojungikki-tang) for allergic rhinitis: A protocol for a systematic review of controlled trials. *Medicine (Baltimore)* 2018;97(3):e9551.
18. Heo J. Dongeuibogam. Seoul: Bubin Munhwasa; 2015, p. 362, 1093.
19. Lee JC, Jung M, Lim KS, Yun YG. Study on the Applications of prescriptions including Magnoliae Cortex as a main component in Dongeuibogam. *Herb Formula Sci* 2015;23(1):55-66.
20. Katzung BG, Trevor AJ, Kruidering M, editors. Basic & Clinical Pharmacology. 13th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2015, p. 769-907.
21. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic Inflammatory Disease. *N Engl J Med* 2015;372(21):2039-48.