

증례

鍼灸治療를 爲主로 施行한 複合治療가 特發性 神經因性 膀胱에 對한 證例報告

안광현 · 김기현 · 이운호*

경원대학교 한의과대학 침구학교실

*경원대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

A clinical Study on the case of Neurologic bladder Treated with Korean Medicine, especially Acupuncture & Moxibustion

Ahn Koang-hyun, Kim Kee-hyun and Lee Yun-ho*

Department of Acupuncture & Moxibustion
College of Oriental Medicine Kyung-Won Universty
*Department of Acupuncture & Moxibustion
College of Oriental Medicine Kyung-Hee Universty

Objective : By process of treatment for a case which diagnosed as Unknown Neurologic bladder and admitted from the 15th, April, 2002 to the 27th, June, 2002, the result is as follows.

Methods : The change in clinical symptom of Urinary Retention was described when this patient was treated with Korean Medicine, especially Acupuncture & Moxibustion.

Results : Acute Urinary Retention at admission is improved remarkably.

- 접수 : 2002년 10월 30일 · 수정 : 2002년 11월 20일 · 채택 : 2002년 11월 23일
· 교신저자 : 안광현, 서울시 송파구 송파동 20-8 경원대학교 부속 서울 한방병원 침구과
Tel. 02-425-3456 E-mail : omdahn@hanmail.net

Conclusions : We could get the effective result that case of Neurologic bladder treated with Korean Medicine, especially Acupuncture & Moxibustion.

Key words : Neurologic bladder, Acupuncture & Moxibustion, Acute Urinary Retention.

I. 서론

膀胱은 腎에서 생성된 尿를 일정량까지 집합 수용한 다음 이를 배출하는 排尿의 臟器로서 그 기능이 합리적으로 수행되는 데는 膀胱 自體의 健全과 그 神經 支配의 正常이라는 두가지 조건을 요한다. 그중 膀胱의 神經 支配 障礙로 생기는 排尿 障礙를 일반적으로 神經因性 膀胱이라하며 한의학적으로는 癰閉, 小便不通 혹은 尿閉의 범주에 속한다고 할 수 있다.¹⁾ 神經因性膀胱의 治療目標은 적절한 膀胱 排尿로 上部 尿路를 보호하고 가능하면 尿失禁을 방지하는 것이다.²⁾ 만일 이에 대한 적절한 치료를 받지 못할 경우에 수신증, 신장기능저하 등의 이차적인 합병증으로 이환되기 쉽고 재활치료에도 상당한 장애를 초래함으로 입원기간의 연장 및 사회적, 경제적 손실을 야기하므로 적절한 치료가 필요하다. 서양의학에서는 이에 대한 치료로써 항콜린제나 진경제를 사용하나 항콜린성 부작용을 동반하게 되어 이 약물들을 직접 주입하는 국소요법이 시도되기도 한다.³⁾ 한의학에서는 尿閉의 원인을 腎陽不足으로 氣化作用이 不足되거나, 津液不足 혹은 氣虛不足으로 氣機運行의 장애가 發하거나, 혹은 腎陰이 虧損되어 惹起된다 하여 膀胱과 腎臟 그리고 三焦, 肺의 機能障礙로 보고 藥物 및 鍼灸治療를 시행하고 있다. 이에 대해 張⁴⁾은 實驗論文에서 姜⁵⁾, 李⁶⁾, 朱⁷⁾는 臨床論文에서 각각 灸療法이 排尿障礙에 유효한

효과가 있음을 보고하였다. 이들 尿閉 患者들에 대한 지속적인 연구 및 효과적인 治療方法이 연구되는 실정이다. 이에 特發性 神經因性膀胱으로 인한 急性 尿閉로 膀胱穿刺術을 시행한 후 泌尿器科의 處置에 변화를 보이지 않던 神經因性 膀胱 患者 1예에 대하여 鍼灸, 藥物 등의 複合治療를 시행하여 유효한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 姓名 및 性別

손○○, 67세, 남자.

2. 診斷

神經因性膀胱.

3. 治療期間

2002년 4월 15일부터 2002년 6월 27일까지 入院 治療하였고 이후 外來 治療를 하였다.

4. 主訴症

小便不通(膀胱穿刺術 施行 狀態).

5. 過去歷

1) 1977년 금촌의료원에서 당뇨병 진단받고 현재 insulin(NIH) 40U sc inj.

2) 2000년 인근 의원에서 고혈압 진단받고 혈압 강하제 복용중.

3) 2001년 7월 뇌경색으로 일산 백병원에서 10일간 입원치료 후 호전됨.

6. 現病歷

현 69세의 비만체격의 남환으로 1977년 금촌의료원에서 당뇨병 진단받고 현재 insulin(NIH) 40U sc inj. 하시고 2000년 인근 의원에서 고혈압 진단받고 혈압강하제 복용 중이시며 2001년 7월 뇌경색으로 일산 백병원에서 10일간 입원치료 후 호전 중 2002년 3월 7일 갑자기 상기 증상이 발하여 일산 백병원에서 유치도뇨관을 7일에 1회씩 교환하여 총 4회 시행하였고, 2002년 4월 8일 동 병원에서 膀胱穿刺術을 시행한 후 집에서 안정을 취하시던 중 본인 및 보호자가 적극적인 한방치료를 원하시어 2002년 4월 15일 경원대학교 부속 서울한방병원에 입원함.

7. 初診 所見

1) 望診

面赤, 舌質乾暗紫無苔.

2) 聞診

發音微弱.

3) 問診

便秘, 小便不通, 或 不眠, 神經銳敏.

4) 切診

脈緊滑.

8. 臨床病理檢査 및 心電圖 檢査

1) 臨床病理檢査

입원시 신장기능 검사에서 BUN은 7.3, Creatine

2.6이었고, 간기능 검사상 GOT 24, GPT 22, rGTP 73, TG 332였고 Glucose 241이었다 <Table 1>.

2) 心電圖 檢査

Abnormal ECG—Low voltage(limb lead), inferior infarction.

9. 患者管理

감염 방지를 위해 膀胱穿刺 부위를 1일 1회 소독을 시행하고, Bladder irrigation을 1일 1회 실시하였다.

10. 鍼灸治療

① 鍼施術은 동방침구제작소의 0.35×30mm의 일회용 Stainless steel 毫鍼을 사용하였으며 刺鍼深度는 經穴部位에 따라 5~20mm로 하여 足太陽膀胱經과 任脈의 中極, 關元을 爲主로 필요에 따라 足少陰腎經과 手太陰肺經의 經穴을 선택하여 오전, 오후 하루에 2회씩 매일 시술하였다. 中極에 刺針시 得氣를 하였으며, 平補平瀉를 爲主로 하였다.

② 灸施術은 間接灸를 氣海, 關元, 中極에 1일 3壯씩 매일 시술하였다.

11. 藥物治療

藥物은 滋補腎陰하는 六味地黃湯을 基本方으로 知母, 黃柏, 五味子, 丹蔘, 麥門冬 등을 加減하여 하루에 3회씩 투여하였다.

12. 附缸治療

附缸은 乾式으로 腰背部의 膀胱經 1線과 2線을 매일 1회씩 시술하였다.

13. 膀胱의 機能評價

李⁶⁾와 朱⁷⁾의 小便不通時 膀胱機能 評價標를 참고하여 自家排尿回數를 기준으로 評價하였다<Fig 1>.

Table 1. Laboratory of Patient

		4/16	4/22	5/15	5/28	6/18
U/A	Albumin	+	+	+	+	-
	Glucose	+	-	±	-	-
	Blood	+	+	+	+	-
	Bacteria			many	some	
Micro	RBC	10~25	many	10~25	3~5	3~5
	WBC	1~3	0~1	3~5	10~15	0~1
	EP cell				1~3	
CBC	RBC	3.81×106	3.37×106	3.46×106	3.39×106	3.98×106
	WBC	10.4×103	4.3×103	9.6×103	9.0×103	4.5×103
	Hgb	12.0	11.0	11.0	10.5	9.8
	Lymphocyte	28	19	27	20	29
RFT	BUN	7.3	17	33	42	18
	Creatine	2.6	1.1	2.2	3.0	2.8
LFT	GOT	24	36	18	34	26
	GPT	22	20	18	30	10
	rGTP	73	62	93	74	30
	TG	332		181	275	272
	Glucose	241	118	89	152	63

〈膀胱機能評價標〉

- G0 : 도뇨없이 自家排尿 가능한 상태
- G1 : 하루 5회 이상 自家排尿 가능한 상태로 도뇨관 유치상태
- G2 : 하루 3~4회 自家排尿 가능한 상태로 도뇨관 유치상태
- G3 : 하루 1~2회 自家排尿 가능한 상태로 도뇨관 유치상태
- G4 : 自家排尿가 불가능한 상태

Fig 1. Assesment of Bladder function

14. 臨床 經過

1) 3월11일~4월 8일

3월 8일 갑자기 小便不通이 발생하여 3월 11일

일산 백병원에서 응급으로 유치도뇨관을 삽입하였다. 동병원에서 전립선암의 표지인 PSA 검사에서 2.64로 정상수치를 나타내었고 3.15일 초음파 검사상 전립선이 18cc로 정상으로 확인되었으며, 또한 다량의 殘尿가 확인되어 特發性 神經因性 膀胱으로 진단하였다. 3월 8일부터 한달간 3회의 유치도뇨관 교환 후 요로 감염의 우려와 유치도뇨관의 자극에 의한 요도의 출혈로 4월 8일 膀胱 穿刺術을 시행하였다.

2) 4월 15일~5월 2일

본 병원 입원시 小便不通으로 膀胱痿 유치상태로 도뇨관을 통한 排尿만 가능하셨으며 5월 2일에는 1일 2회 정도 自家排尿 가능한 상태로 호전되었으나 排尿痛 및 殘尿感은 지속되었다.

3) 5월 14일~5월 23일

5월 14일에는 膀胱痿 유치상태가 지속되었고 殘尿感이 있었으며 1일 2회 정도 自家排尿 가능한 상태였으나 5월 23일에는 1일 4회로 自家排尿 回數가 증가하였고 排尿痛 및 殘尿感이 호전되었다.

4) 5월 27일~6월 3일

5월 27일에는 膀胱痿 유치상태가 지속되었으며 1일 4회 정도 自家排尿 가능하고 排尿痛 및 殘尿感이 있었으나 6월 3일에는 1일 5~7회 정도로 自家排尿 횟수가 증가하였고 排尿痛 및 殘尿感은 소실

되었으며, 膀胱痿의 제거를 위해 일시 퇴원하였다.

5) 6월 17일~6월 27일

6월 17일에는 膀胱痿를 제거한 상태였으며(일산 백병원 6월 17일, <Fig 2>, <Fig 3>) 6월 27일에는 정상적인 排尿 可能하며 殘尿感 및 排尿痛은 없는 상태로 퇴원하였다.

이후 10월 10일 현재까지 외래로 1~2주일에 1회 내원하여 진찰하고 있으며 정상적인 自家排尿를 유지하고 있으며 殘尿感 및 排尿痛의 증상은 나타나지 않고 있다.

Table 2. Assesment of Bladder function

	4/15	5/2	5/14	5/23	5/27	6/3	6/17
Grade	Grade 4	Grade 3	Grade 3	Grade 2	Grade 2	Grade 1	Grade 0

Fig 2. Before Treatment

Fig 3. After Treatment

Ⅲ. 총괄 및 고찰

膀胱은 腎에서 생성된 尿를 일정량까지 집합 수 용한 다음 이를 배출하는 排尿의 臟器로서 그 기능이 합리적을 수행하는데는 膀胱 自體의 健全과 그 神經 支配의 정상이라는 두가지 요건을 요한다. 그 중 膀胱의 神經 支配 障導로 생기는 排尿장애를 일반적으로 神經因性 膀胱이라 부르며, 본 증의 원인이 되는 神經病變의 대다수가 척수에 있으므로 脊髓膀胱이라고도 하며, 이에 대해서 뇌의 병변으로 인한 경우를 腦膀胱이라고 부르기도 한다. 널리 알려져 있는 분류를 보면 척수병변의 부위와 그 정도에 따라 세분되고 있는데 즉, 척수분절 상위 반사로서 그 원심로의 병변으로 오는 非抑制性 神經因性 膀胱, 그 원심로 및 구심로 양자의 병변으로 오는 反射性 神經因性 膀胱, 또는 自動的 神經因性 膀胱 및 膀胱의 척수 반사로서 중 그 원심로 및 구심로 양자의 파괴로 오는 自律的 神經因性 膀胱, 그리고 그 구심로 또는 원심로 만의 파괴로 오는 知覺痲痺性 神經因性膀胱 또는 運動痲痺性 神經因性 膀胱의 5종으로 분류하고 있다.¹⁾

神經因性 膀胱을 가진 환자는 정상적인 排尿가 불가능 할 뿐만 아니라 요로 감염군의 배지가 될 수 있는 殘尿量의 증가와 膀胱壁의 저항성의 저하로 인한 尿路 感染의 가능성이 높으며, 심할 경우 근경직 증가와 自律神經 異常 亢進證 및 생명을 위협하는 敗血症을 초래할 수 있다.²⁾ 이와 같은 합병증은 神經因性 膀胱을 가진 환자의 재발 치료에 상당한 지장을 초래하여 입원 기간의 연장 및 사회적, 경제적 손실을 야기 시키므로 유효 적절한 치료법이 요구된다.³⁾

이는 한의학적으로 小便不通 및 小便失禁의 범위에 속하는데 본 환자의 경우는 小便不通의 범주에

속하는 것으로 이는 尿가 阻滯되어 排尿가 困難하여 소변이 잘 나오지 않는 것을 말하며 癱閉 혹은 尿閉라고도 한다. 尿道의 저항이 膀胱 頸部의 閉塞 등의 이유로 심히 커졌거나 또는 尿道의 저항이 정상일지라도 膀胱의 배출력이 筋性 또는 神經性으로 약해지면 排尿가 나타날 수 없으며 따라서 膀胱內에 오줌이 貯溜된다. 이 상태를 尿閉라 부르며, 외관상 완전 尿閉는 無尿性처럼 보이지만 카테타를 膀胱內에 삽입하면 다량의 尿貯溜가 도뇨되는 것으로 眞性 無尿와는 다르다. 이 尿閉에는 急性 尿閉와 慢性 尿閉로 나누어지는데 急性 尿閉는 갑자기 오는 尿閉를 말하는 것이다. 이는 급성 전립선염, 전립선 농양, 精阜의 염증 등이 있을 때 일어난다. 尿道 狹窄이 염증으로 腫脹 浮腫되어 협착부가 더 좁아져서 갑자기 尿閉가 오는 수가 있고, 때로는 膀胱石이 尿道內에 嵌入되거나 包皮輪의 염증성 狹窄으로 急性尿閉가 초래되는 수도 있다. 慢性 尿閉는 환자 자신이 모르는 사이에 차츰 膀胱內에 오줌이 貯溜되는 것인데, 가령 尿道 狹窄이나 전립선 비대증 또는 中間堤 등이 있으면, 초기에는 膀胱壁이 대상성으로 충분히 수축하기 때문에 좁아진 尿道의 저항을 이겨서 排尿가 가능하므로 단지 소량의 殘尿가 膀胱內에 있을 뿐이나, 이 상태가 장기간 계속되면 膀胱壁이 이완되어 殘尿의 반복 축적으로 대량의 오줌이 膀胱內에 貯溜하게 된다. 尿道나 膀胱頸部의 폐쇄는 환자로 하여금 소변을 보도록 한 후 膀胱內의 殘尿量을 측정하면 알 수 있다.¹⁾

急性 尿閉는 심한 恥骨部의 통증을 유발할 수 있고, 만성적인 尿閉는 통증은 없는 것이 보통이나 膀胱은 매우 늘어나 있을 수 있다. 尿閉는 전립선 비대증, 요도협착, 그리고 神經因性 膀胱으로 인한 폐색등이 가장 흔한 원인이며 드물게는 전립선 또는 요도의 악성 종양이나 이물질에 기인한다.⁸⁾ 그러므로 본 환자의 경우 면역검사상 PSA가 2.64로 정상 범위에 있고, 전립선 역시 18cc로 정상이며, 다량의

殘尿를 가지고 있는 것으로 미루어 特發性 神經因性 膀胱으로 진단되었다.

尿閉의 病因은 다양하여 杜¹⁾에 의하면 熱結於 下焦, 津液澁少, 氣化不能, 肝經의 疝瘕, 結石 등으로 辨別되니 膀胱 尿道의 病變으로 야기되는데에는 實證이 많으며, 腎臟이나 三焦의 장애에는 虛症이 많으니 무릇 腎陽이 부족하여 氣化 作用이 부족하거나 津液不足 혹은 氣虛不足으로 氣機運行의 장애가 發하거나, 혹은 腎陰이 虧損되어 야기되는 것이다.¹⁾

그러므로 이의 治療는 虛實을 구분하여 實證일 경우에는 清熱利濕, 清肺熱 通利小便 等の 治法을 사용하고, 虛症일 경우에는 溫陽益氣, 補腎利尿, 利水行氣등의 治法을 사용하여 藥物療法이나 鍼灸治療를 시행하여야 하는데 만일 效果적이지 못하면 尿道에 카테타를 삽입하여 導尿함으로써 尿閉를 치료한다. 이에 관하여 특히 朱丹溪 및 張介賓은 排尿障礙의 外治법으로 현재 서양의학에서 제시하는 導尿法과 유사한 방법으로 가느다란 관을 이용하여 소변을 배출시키는 방법을 제시하였고 또한 吐法을 이용한 排出方法을 제시하기도 하였다.^{9),10)}

상기의 환자는 1977년에 금촌의료원에서 당뇨병 진단받은 이후 현재 insulin(NIH) 40U sc inj. 하시고 2000년 인근 의원에서 고혈압 진단받고 혈압강하제 복용중이시며 2001년 7월 뇌경색으로 일산 백병원에서 10일간 입원치료 후 호전되었으며 그 당시에 小便不通은 없었다. 그러던 중 2002년 3월 7일 갑자기 상기 症狀이 發하여 일산 백병원에서 急性 尿閉로 유치도뇨관을 7일에 1회씩 교환하여

총 4회 시행하였고, 膀胱 頸部와 尿道의 感染의 우려와 유치도뇨관 삽입시의 出血 때문에 2002년 4월 8일 동병원에서 膀胱穿刺術을 시행하였다. 이후 집에서 안정을 취하시던 중 自家排尿가 이루어지지 않아 환자가 憂鬱症 증세까지 보이고 지속적인 양방의 처치(주로 양약치료 : Cravit(100mg)¹⁾, Klimain(370mg)²⁾, Tiropa(100mg)³⁾, Hytrin(2mg)⁴⁾, Besacolin(5mg)⁵⁾)에도 불구하고 호전을 보이지 않아 본인 및 보호자가 적극적인 한방치료를 원하시어 2002년 4월 15일 경원대학교 부속 서울한방병원에 입원하였다. 본 환자의 경우 特發性 神經因性 膀胱으로 인한 急性 尿閉로 진단되었고 한의학 적 辨證의 개념으로 볼 때 腎虛하여 膀胱의 氣化作用이 안되는 것으로 판단하여 鍼灸治療, 附甕治療 및 藥物治療를 시행하였다.

排尿障礙의 鍼灸治療에 있어서 治療 經絡과 經穴을 문헌적으로 살펴보면 任脈, 督脈, 膀胱經, 脾經, 胃經, 肝經의 5개 經絡의 經穴들이 대부분 차지하고 있었고, 그외 經絡의 穴들은 補助的으로 사용되고 있다.⁶⁾ 이를 근거로 鍼施術은 膀胱經 중 至陰과 任脈의 氣海, 中極, 關元을 爲主로 필요에 따라 脾經의 陰陵泉과 三陰交, 肝經의 曲泉, 太衝 및 腎俞, 膀胱俞 經穴을 선택하여 오전, 오후 하루에 2회씩 매일 시술하였다. 中極에 자침시에는 반드시 得氣를 하였으며, 平補平瀉를 爲主로 하였다. 灸施術은 문헌의 내용을 근거로 氣海, 關元, 中極의 穴位를 選定하여 間接灸를 1일 3壯씩 매일 시술하였다. 그 治療穴인 氣海는 任脈氣所發處로서 元氣之海 男子

- 1) 성분명 Levofloxacin으로 항균작용으로 절종증, 절, 단독, 봉소염, 항문주위 농양, 급만성 기관지염, 신우신염, 방광염, 요도염, 담낭염, 중이염 등에 쓰이는 화학요법제.
- 2) 성분명 Talmiflumate으로 류마티오이드관절염, 골관절염, 좌골신경통, 수술 후 염증 및 동통, 건초염, 염좌, 자궁부속기염, 인두염, 편도염 등에 쓰이는 해열·진통·소염제.
- 3) 성분명 Tiropramide HCl으로 간담도 산통, 신장 요관의 산통, 위장관 이상 운동증, 담석증, 담낭염, 수술후 유착 등의 경련성 동통에 쓰이는 진경제.
- 4) 성분명 Terazosin HCl으로 고혈압 및 양성 전립선 비대증에 의한 배뇨장애에 쓰이는 혈압강하제.
- 5) 연하곤란, 마비성 장폐색, 수술후·분만후 요정체, 방광아토니, 배뇨곤란에 쓰이는 신경근장애 개선제.

生氣之海에 해당하며, 調氣益元, 培腎補虛, 和營血利, 經滯, 滯下焦하는 穴性으로 虛脫, 遺精, 遺尿, 月經困難, 陰痿의 主治穴이며, 關元은 足小陰經與任脈之會穴로서 三焦의 氣가 所生하는 곳으로 培腎固本, 補益元氣, 回陽固脫, 滯調血하는 穴性을 가지고, 陽萎, 遺精, 泌尿生殖器 疾患에 다용되는 穴이다. 膀胱의 募穴이며 足少陰經과 任脈이 모이는 穴인 中極은 培元調氣化, 調血室, 滯精窩하는 穴性으로 月經不調, 遺精, 陽萎, 淋病, 小便不利, 遺尿, 小便不通이다.^{5),11)-14)} 이에 대한 排尿障礙시 灸治療의 효능에 관한 보고를 보면 朱⁷⁾는 中風에 수반된 排尿障礙에 미치는 電鍼 및 灸療法の 임상적 효과에 관한 연구를, 李⁶⁾는 中風後遺症으로 발생된 排尿障礙에 대한 灸療法の 임상적 연구를, 姜⁵⁾은 中風 患者의 排尿障礙에 대한 灸療法の 효과에서 灸療法을 氣海, 關元, 中極의 穴에 시행하여 유의한 결과를 얻었다고 보고하고 있다. 또한 張⁴⁾은 實驗論文에서 家兔의 三焦俞와 腎俞에 灸療法을 시행하여 腎臟機能과 血壓에 일정한 효능이 있음을 보고하고 있다. 藥物治療는 滋補腎陰하는 六味地黃湯을 基本方으로 五味子, 麥門冬, 知母, 黃柏 등을 加味하여 사용하였다.

이러한 치료에 대한 임상경과를 발병 당시부터 살펴보면 3월 8일 갑자기 小便不通이 발생하여 3월 11일 일산 백병원에서 응급으로 유치도뇨관을 삽입하였다. 동병원에서 전립선암의 표지인 PSA 검사에서 2.64로 정상수치를 나타내었고, 3월 15일 초음파 검사상 전립선이 18cc로 정상으로 확인되었고, 또한 다량의 殘尿가 확인되어 特發性 神經因性 膀胱으로 진단하였다. 3회의 유치도뇨관 교환 후 尿路感染의 우려와 유치도뇨관의 자극에 의한 요도의 出血로 4월 8일 膀胱 穿刺術을 시행하였다.

본 병원 입원시 小便不通으로 膀胱痿 유치상태로 도뇨관을 통한 排尿만 가능하였으며 5월 2일에는 1일 2회 정도 自家排尿 가능한 상태로 호전되었으나 排尿痛 및 殘尿感은 지속되었다.

5월 14일에는 膀胱痿 유치상태가 지속되었고 殘尿感이 있었으며 1일 2회 정도 自家排尿 가능한 상태였으나 5월 23일에는 1일 4회로 自家排尿 回數가 증가하였고 排尿痛 및 殘尿感이 호전되었다.

5월 27일에는 膀胱痿 유치상태가 지속되었으며 1일 4회 정도 自家排尿 가능하고 排尿痛 및 殘尿感이 있었으나 6월 3일에는 1일 5~7회 정도로 自家排尿 回數가 증가하였고 排尿痛 및 殘尿感은 소실되었으며, 膀胱痿의 제거를 위해 퇴원하였다.

6월 17일에는 膀胱痿를 제거한 상태였으며(일산 백병원 6월 17일) 6월 27에는 정상적인 排尿 가능하며 殘尿感 및 排尿痛은 없는 상태로 퇴원하였다. 이후 10월 10일 현재까지 외래로 1~2주일에 1회 내원하여 진찰하고 있으며 정상적인 自家排尿를 유지하고 있으며 殘尿感 및 排尿痛의 증상은 나타나지 않고 있다.

향후 보다 많은 증례를 통해 이와 같은 유효한 효과가 입증된다면 韓醫學的 處置가 神經因性 膀胱으로 인한 小便不通으로 인한 수신증, 신장기능 저하 등의 이차적인 합병증으로 罹患되는 것을 豫防함은 물론 재발치료에도 상당한 도움을 줌으로써 입원 기간의 단축 및 사회적, 경제적 손실을 방지할 수 있으리라 사료된다.

IV. 결 론

2002년 4월 15일부터 2002년 6월 27일까지 경원대학교 한의과대학 부속 서울한방병원에 입원하여 鍼灸治療를 爲主로한 複合治療를 시행한 特發性 神經因性 膀胱 患者 1例를 통하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 神經因性 膀胱은 韓醫學的으로 癱閉, 小便不

通, 尿閉의 범주에 속하며 膀胱과 尿道의 病變으로 인한 것은 實證이 많고, 腎臟이나 三焦의 障礙에는 虛症이 많다.

2. 鍼灸治療를 爲主로 한 複合治療가 特發性 神經因性 膀胱으로 膀胱穿刺術을 시행한 急性 尿閉에 膀胱痿를 제거하고 정상적인 自家排尿가 가능할 정도로 유효하였다.

V. 참고문헌

1. 두호경, 신계내과학. 서울 : 동양의학연구원, 1991 : 90-100.
2. 신희석. 신경인성 방광 기능평가. 경상대 논문집. 1995 ; 34(1) : 121-7.
3. 정재용, 노충희. 신경인성 방광에 대한 Oxibutinine chloride의 국소요법. 인제의학. 1992 : 13(1) : 13-72.
4. 장경전, 이경섭, 김경식. 三焦俞, 膀胱俞 艾灸가 家兔 腎臟機能 및 血壓에 미치는 영향. 대한침구학회지. 1995 ; 12(1) : 36-48.
5. 강경숙, 정은정, 문상관, 고창남, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. 中風 患者의 排尿障礙에 대한 灸療法의 效果. 대한한의학회지. 2000 ; 21(4) : 236-241.
6. 이경희, 고흥균, 김창환. 中風後遺症으로 발생된 排尿障礙에 대한 灸療의 臨床的 研究. 대한한의학회지. 1996 ; 17(1) : 247-258.
7. 주진원, 최용태. 中風에 隨伴된 排尿障礙에 미치는 電鍼 및 灸療法의 臨床的 效果에 關한 研究. 대한침구학회지. 1987 ; 14(2) : 1-11.
8. 전국 의과대학 교수. 오늘의 진단 및 치료. 서울 : 도서출판 한우리, 1999 ; 992-3.
9. 朱辰亨. 丹溪心法. 서울 : 大成文化社, 1993 : 341-3.
10. 張介賓. 景岳全書. 서울 : 여강출판사 1987 : 698-9.
11. 김창환, 김용석. 中風으로 발생된 小便不通에 대한 灸療法의 效果에 關한 臨床的 研究. 동서의학 연구소 논문집. 1997 ; 1997(1), 334.
12. 전국한의학대학 침구학교실. 침구학(상). 서울 : 집문당, 1993 : 721-725.
13. 이학인, 김양식, 김연섭. 臨床經絡俞穴學. 서울 : 법인문화사 ; 2000 : 355-7.
14. 楊甲三. 鍼灸學(上). 北京 : 知音出版社. 1982 : 406-410.