

강직성 척추염에 대한 봉약침요법 증례보고

이 승 교 · 인 창 식

1. 서 론

강직성 척추염 혹은 Marie-Strumpell 관절염은 척추와 천장관절을 가장 빈번하게 침범하며, 척추 전장에 걸쳐 활막관절을 침습하며 골유합을 유발하고, 골격외 증상을 동반하는 경우가 있으며, 20대에 주로 발생되고, 조직적합항원 HLA B-27이 검출된다는 점 등에서 류마티스성 관절염과는 다른 만성 염증성 질환으로 생각되고 있다. 현대의학적으로는 뚜렷한 원인이거나 치료방법이 제시되고 있지 않은 상황이다. 한의학적으로는 脊強의 범주에 가장 근접하며, 유 등¹⁾이 강직성 척추염에 대한 임상적 관찰을 제시하였고 주 등²⁾이 강직성 척추염에 대한 문헌고찰을 보고한 바 있다.

봉약침요법은 일찍이 기원전 168년 매장된 馬王堆醫書에도 봉약침요법 처방 2례가

수록되어 있는 등³⁾ 오래된 요법이며, 일반적으로 관절염 등 동통성, 염증성 질환에 널리 쓰여 온 요법이다. 근래 들어서면서 봉독을 위생적으로 대량 채취하는 방법이 고안되고 봉독의 성분 및 효능에 대한 현대과학적 연구가 진행되면서 그 응용범위가 넓어지고 있다. 하지만 봉약침요법을 활용한 강직성 척추염에 대한 임상보고는 아직 제시되지 않았다. 강직성 척추염 환자에 대해 봉약침요법으로 치료하면서 초보적으로 관찰한 결과 양호한 성적을 거두었고 앞으로의 연구에 시사하는 바가 있다고 생각되어 이에 보고하는 바이다.

2. 연구대상 및 방법

2.1. 연구대상

1997년 10월부터 1999년 2월까지 명인한의원내 내원한 환자 중 타 의료기관에서 임상증상 및 방사선 사진 소견 혹은 혈액·면역혈청학적 검사상 강직성 척추염으로 진단받고 치료받은 병력을 가진 환자를 봉

1. 유은경, 정석희, 이종수, 김성수, 신현대 (1990), 강직성 척추염의 임상적 관찰, 대한한의학회지 11(1): 151-155
2. 주진원, 최용태(1998), 강직성 척추염에 대한 한의학적 고찰, 대한침구학회지 15(1): 99-122

3. 인창식, 고흥균(1998), 봉약침요법에 대한 한의학 최초의 문헌기록: 마왕퇴의서의 봉독요법 2례, 대한침구학회지 15(1): 143-147

약침요법으로 처치하였는데, 5회 이상 치료한 환자 14명을 증례분석 대상으로 하였다.

2.2. 연구방법

14례의 환자에서 내원시와 발병시의 성별 및 연령별 분포, 증상을 겪어온 기간, 내원시 주로 호소한 동통과 강직의 부위를 살펴보고, 문진을 통해 양성 HLA-B27 검사 결과를 인지하고 있는지를 확인했으며, 봉약침처치횟수와 기간, 치료성적, 또 봉약침처치횟수와 치료기간에 따른 치료성적을 살펴보았다. 치료성적은 문진을 통해 환자의 자각증상을 확인하고 운동범위를 확인하여 초진시에 비해 동통 및 강직의 명백한 호전을 보인 경우를 양호(Good)로 하였고, 미약한 호전을 보인 경우를 미호전(Fair)으로 하였으며, 차도를 보이지 않은 경우를 불량(Failure)으로 하였다. 아울러 봉약침처치기간의 과민반응을 살펴보았다.

2.3. 치료방법

봉약침 치료(Bee Venom Therapy, BVT)는 전기추출법으로 채취한 건조봉독 1:1000 희석 봉독액을 사용하였다. 초진시 0.05cc를 피내에 주입하는 피부검사를 통해 과민성을 테스트하여 이상유무를 확인하고 환자에게 봉약침요법시 나타날 수 있는 과민반응에 대해 설명하고 동의를 구한 후, 다음에 0.3cc를 한 혈위에 0.1cc씩 방광경 및 독맥경을 중심으로 하여 大椎, 腎俞, 大腸俞, 腰陽關 등 혈위를 중심으로 하고 환자에 따라 環跳, 風池, 肩髃, 肩井, 委中 등 혈위를 겸하여 그 중에서 환자의 증상에 따라 적절히 선혈하여 주입하였다. 방문 추가시마다 0.2cc를 추가하여 주입하였고 2.0cc가 된 이후에는 주입량을 늘리

지 않았다. 또 환자의 체력저하시 혹은 과민반응이 관찰될 때에는 주입 혈위와 주입량을 줄이며 환자의 상태에 따라 다시 가감하는 방법으로 하였다. 봉약침 치료는 1주에 2회를 원칙으로 하였으나 환자의 증상이 심하고 또 환자의 체력저하나 과민반응이 그리 없는 경우에 치료빈도를 높이거나, 환자의 체력이 저하되고 과민반응이 심해 치료빈도를 낮추는 경우도 있었고, 또 환자의 사정으로 외래로의 방문이 정기적으로 이루어지지 않은 경우도 있었다.

2.4. 진단기준

강직성 척추염의 진단은 임상증상과 방사선 영상소견을 통한 Modified New York 기준으로 하였다.⁴⁾(Table 1)

Table 1. Modified New York Criteria for Ankylosing Spondylitis, 1984

Criteria of ankylosing spondylitis	
Low back pain at least 3 months' duration improved by exercise and not relieved by rest	
Limitation of motion of lumbar spine in sagittal and frontal planes	
Decreased chest expansion relative to normal values for age and sex	
Bilateral sacroiliitis grade 2 to 4	
Unilateral sacroiliitis grade 3 to 4	
Grading of radiograph	
normal 0; suspicious 1; minimal sacroiliitis 2; moderate sacroiliitis 3; ankylosis 4	
Definite ankylosing spondylitis	
As is diagnosed if any clinical criterion and either radiologic criterion are present	

4. van der Linden, S.M., Valkenburg, H.A., Cats, A.(1984), Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria, *Arthritis & Rheumatism* 27: 361-368

3. 증례분석

3.1. 내원시의 성별 및 연령별 분포

총 14명의 환자 중 14명 모두 남자였으며, 최소연령은 16세, 최대연령은 49세였고, 10대와 20대가 각각 29%와 50%로 높은 비중을 차지했다. 평균연령은 27세였다.(Table 2)

Table 2. Sex & Age distribution at visit

Years	Male	Female	Total(%)
~20	4	0	4(29)
21~30	7	0	7(50)
31~40	2	0	2(14)
41~	1	0	1(7)
Total	14	0	14(100)

3.2. 발병시의 성별 및 연령별 분포

총 14명의 환자 중 14명 모두 남자였으며, 최소 발병연령은 13세, 최대 발병연령은 33세였고, 10대와 20대가 각각 64%와 29%로 높은 비중을 차지했다. 평균 발병연령은 20세였다.(Table 3)

Table 3. Sex & Age distribution at onset

Years	Male	Female	Total(%)
~20	9	0	9(64)
21~30	4	0	4(29)
31~40	1	0	1(7)
41~	0	0	0(0)
Total(%)	14	0	14(100)

3.3. 내원 전 병력기간

내원 전 증상을 겪은 기간은 최소 1년에서 최대 28년의 분포를 보였고, 1~5년이 29%, 6~10년이 57%로 높은 비중을 차지했으며, 평균 병력기간은 7년이였다.(Table 4)

Table 4. Duration of symptoms

Years	No. of Pts(%)
<1	0(0)
1~5	4(29)
6~10	8(57)
11~20	1(7)
21~30	1(7)
Total(%)	14(100)

3.4. 내원시 동통의 주요 부위

내원시 주로 호소한 동통부위를 보면, 흉요추부와 경추를 포함한 전체 척주에 걸쳐 증상을 호소하는 사람이 50%로 가장 많았으며, 다음은 요추부, 둔부의 순서였다.(Table 5) 그리고 단측성 보다는 양측성 동통을 호소하는 사람이 93%로 대부분을 차지했다.(Table 6)

Table 5. Location of pain

Location	No. of Pts(%)
Buttock	3(21)
Low back	4(29)
Mid back	0(0)
Whole spine	7(50)
Total(%)	14(100)

Table 6. Localization of pain

	No. of Pts(%)
Bilateral	1(7)
Unilateral	13(93)
Total(%)	14(100)

3.5. 내원시 강직의 주요 부위

내원시 주로 호소한 강직부위를 보면, 흉요추부와 경추를 포함한 전체 척주에 걸쳐 강직을 호소하는 사람이 36%, 요추부에 강직을 호소하는 사람이 29%로 높은 비중을 차지했다.(Table 7)

Table 7. Location of stiffness

Location	No. of Pts(%)
Hip joint	3(21)
Lumbar spine	4(29)
Dorsal spine	1(7)
Cervical spine	1(7)
Whole spine	5(36)
Total(%)	14(100)

3.6. 내원시 HLA-B27 검사소견

문진에 의해 내원 전 타 의료기관에서 행한 검사 중 양성 HLA-B27 검사소견을 인지하고 있던 사람이 71%로 높은 비중을 차지했다.(Table 8)

Table 8. Known Lab finding

	No. of Pts(%)
Positive HLA-B27	10(71)

3.7. 봉약침약침 치료 횟수의 분포

봉약침 치료횟수는 최소 14회, 최대 59 회였으며, 평균 31회였다. 환자의 봉약침 치료횟수는 다음과 같다.(Table 9)

Table 9. Number of BVT

No. of BVT	No. of Pts(%)
~20	4(29)
21~30	5(36)
31~40	0(0)
41~50	3(21)
51~	2(14)
Total(%)	14(100)

3.8. 치료기간

외래로 봉약침치료를 시행하며 관찰한 기간은 최소 6주에서 최대 10개월이었으며, 평균 5.5개월이었다.(Table 10)

Table 10. Duration of Therapy

Duration(months)	No. of Pts(%)
<2	1(7)
<3	2(14)
<6	3(21)
6≤	8(57)
Total(%)	14(100)

3.9. 봉약침 치료성적

봉약침 치료를 시행하며 환자를 관찰한 결과 통증 및 강직의 명백한 호전이 나타

난 경우가 43%, 미약한 호전이 나타난 경우가 29%, 별무호전이었던 경우가 29%였다.(Table 11)

Table 11. Results of BVT

	No. of Pts(%)
Good	6(43)
Fair	4(29)
Failure	4(29)
Total(%)	14(100)

3.10. 봉약침 치료기간에 따른 치료성적
치료기간이 3개월 미만인 경우는 별무호전인 경우가 14%로 높은 비중을 차지했고, 치료기간이 6개월 이상인 경우는 명백한 호전이 나타난 경우가 29%로 높은 비중을 차지했다.(Table 12)

Table 12. Results of BVT according to Tx. duration

Tx. duration (months)	Good (%)	Fair (%)	Failure (%)	Total (%)
<3	0(0)	1(7)	2(14)	3(21)
<6	2(14)	0(0)	1(7)	3(21)
6≤	4(29)	3(21)	1(7)	8(57)
Total(%)	6(43)	4(29)	4(29)	14(100)

3.11. 봉약침 치료횟수에 따른 치료성적
치료횟수가 30회 이하인 경우는 치료성적이 별무호전인 경우도 14% 나타난 반면 치료횟수가 41회 이상인 경우 치료성적이 별무호전인 경우가 나타나지 않았다. 치료횟수가 많아짐에 따라 치료성적이 좋아지

는 경향은 나타나지 않았다.(Table 13)

Table 13. Results of BVT according to Number of Tx.

No. of Tx.	Good (%)	Fair (%)	Failure (%)	Total (%)
~20	1(7)	1(7)	2(14)	4(29)
21~30	2(14)	1(7)	2(14)	5(36)
31~40	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
41~50	2(14)	1(7)	0(0)	3(21)
51~	1(7)	1(7)	0(0)	2(14)
Total	6(43)	4(29)	4(29)	14(100)

3.12. 봉약침치료 기간의 과민반응

Müller grade⁵⁾에 따라 증상이 없는 경우, 피부증상, 소화기증상, 호흡기증상, 순환기증상을 각각 Grade 0, 1, 2, 3, 4로 하여 관찰한 결과 모든 예에서 Grade 1 반응이 나타났고, 3례에서 Grade 2 반응이 나타났다.(Table 14)

Table 14. Müller Grade of reactions during BVT

Müller Grade	No. of Pts(%)
0	0(0)
1	14(100)
2	3(21)
3	0(0)
4	0(0)

5. Müller, H.L.(1966), Diagnosis and treatment of insect sensitivity, J Asthma Res 3: 331-333

4. 총괄 및 고찰

강직성 척추염은 대표적인 음성혈청성 (seronegative) 척추관절병증으로, 특히 발병초기에는 New York critetia에 대한 감수성이 낮고 특이적인 혈청학적 표지 (serological marker)가 없는 등의 이유로 진단이 어렵다. 음성혈청성 척추관절병증이란 다양한 임상증상상, 방사선소견상, 유전적 특성을 공유하는 일군의 염증성 병증을 일컫는 말로, 강직성 척추염, 건선성 관절염, 라이터 병, 그리고 염증성 장 질환과 연관된 관절염 등이 이에 속한다. 백인에서는 1973년⁶⁾ 이후 강직성 척추염이 HLA B-27과 강한 연관성을 지니고 있다는 사실이 주목받게 되었다. 즉 Schlosstein 등은⁷⁾ 백인의 경우 정상인 대조군의 8%가 양성을 보였던 것에 비해 강직성 척추염 환자의 88%가 양성을 보였다고 보고한 바 있고, HLA B-27 항원은 인종에 따라 코카서스 인종보다는 미국 흑인들에서 양성인 사람이 적고, 또 그보다는 아프리카 흑인이나 일본인에서 양성인 사람들이 적은 것으로 알려져 있으며,⁸⁾ 그와 유사하게 발병도 백인보다 흑인에서 적은 것으로 알려져 있다.⁹⁾ 하지만 강직성 척추염 환자의

HLA B-27과 건강한 사람의 HLA B-27 유전자 염기서열상의 구조적 차이는 아직 확인되지 않았고, 따라서 강직성 척추염이나 다른 음성혈청성 척추관절병증은 주요 조직적합 복합체(major histocompatibility complex, MHC) class I, HLA B-27과 관련이 깊지만, 단일요인에 의한 발병기전을 가지기 보다는 다요인성, 즉 다른 유전적 혹은 환경적 요인들과의 상호작용 속에 발병되는 것으로 생각되며, 이런 사실은 일란성 쌍둥이에서의 발병 일치도가 낮은 것에 의해 뒷받침되고 있다. 또 36kD 항원이라는 HLA B-27과 별개의 혈청학적 표지가 발견되었는데, 이것은 강직성 척추염이 자가면역성 질환임을 시사하였다.¹⁰⁾

북아메리카 백인의 경우 강직성 척추염은 가족성의 경향을 보이며, 유병율은 0.1~0.2% 정도이고, 남녀비는 4:1에서 10:1 정도인 것으로 알려져 있다. 임상상은 대개 청소년기 후반에서 성년 초반에 걸쳐 나타나며, 40세 이후에 시작하는 경우는 매우 드물다. 성인의 강직성 척추염환자는 전형적으로 요통을 호소하지만 청소년기 환자의 경우 척주의 증상, 즉 고관절, 견관절, 슬관절의 증상을 많이 호소한다. 천장관절을 침범하지 않는 경우에 강직성 척추염으로 진단되는 경우는 거의 없을 정도로 천장관절을 많이 침범한다. 따라서 방사선 소견상 천장관절의 미란, 경화, 골증식, 유

6. Brewerton, D.A., Caffrey, M., Hart, F.D., James, D.C.O., Nicholls, A., Sturrock, R.D.(1973), Ankylosing spondylitis and HLA B-27, Lancet 1:904-919

7. Schlosstein, L., Terasaki, P.I., Bluestone, R., Pearson, C.M.(1973), High association of an HL-A antigen, W27, with ankylosing spondylitis, NEJM 288(14): 704-706

8. Good, A.E., Kawanishi, H., Schultz, J.S.(1976), HLA B-27 in blacks with ankylosing spondylitis or Reiter's disease, NEJM 294: 166

9. Baum, J., Ziff, M.(1971), The rarity of ankylosing spondylitis in the black race, Arthritis & Rheumatism 14: 12-19

10. Lakomek, H-J., Plomann, M., Specker, C., Schwochau, M.(1991), Ankylosing spondylitis: an autoimmune disease?, Annals of rheumatic disease 50: 776-781

합 등의 소견을 보이며, 간혹 좌우 비대칭인 경우가 있을 수 있지만 이런 경우도 곧 대칭적인 양상을 띤다. 척추염은 강직성 척추염 환자의 50% 정도에서 관찰되며, 흉요추 경계부, 요천추부 경계부에서 시작하는 경우가 많고, 점차 상부흉추, 경추쪽으로 병소가 확장된다. 이런 점은 라이트 병이나 건선성 관절염과 다른 강직성 척추염의 특징이다. syndesmophyte가 진행됨에 따라 추골의 융합이 일어나 대나무 척추 양상을 띠게 된다. 미관과 골신생에 의해 추체가 사각형 모양을 띠게 되는 것도 강직성 척추염의 특징인데, 추체 전연이 똑바른 흉추에서보다는 추체 전연이 오목한 모양을 하고 있는 요추부에서 용이하게 관찰된다 추체의 융합이 진행되고 나면 통증은 줄어드는 반면 골다공증이 악화되어 추골의 골절이 일어날 가능성이 커진다. 척추의 골격으로는 고관절, 견관절, 슬관절, 종족족지관절 등이 종종 침범되며, 특히 21세 이전에 발병하는 경우에 잘 나타난다.¹¹⁾

강직성 척추염에서의 요통은, 40세 이하에서 서서히 발생하는 하부요통, 아침에 나타나는 강직, 3개월 이상 지속되는 요통 및 운동에 의해 이런 증상이 호전되는 특성을 가지고 있으며, 대개 음성 RAF를 보인다. 그리고 이것은 대개 말단의 작은 관절을 침범하고 양성 RAF를 보이는 류마티스성 질환이나, 활동시 통증이 악화되는 추간판 탈출증 등의 공간점유성 질환과 구별되는 특징이다. 병리학적으로는 류마티스성 관절염이 활막(synovium) 원발성 염

증을 보이는데 비해, 강직성 척추염의 경우는 인대나 건 등이 골에 부착되는 골부위(enthesi)의 병변이 나타나는 특징이 있다. 천장관절을 비롯한 척추 전반에 걸쳐 화골화 변성이 나타날 수 있으며, 그 외에 흉곽에 강직이 생겨 호흡에 장애를 줄 수 있고, 전신증상으로는 피로, 식욕감퇴, 체중감소, 열감, 빈혈 등을 유발하며 홍채염을 동반하는 경우도 있고, 그외에 심맥관 질환, 폐첨부 섬유소증 등의 폐질환, 척추골절에 의한 척수압박, 마미증후군 등이 생길 수 있다.¹²⁾

강직성 척추염 환자의 20% 이하에서 유의한 장애로까지 진행되며, 수명은 거의 정상을 보이고, 강직성 척추염으로 인한 사망은 심장의 병변, 경추부 골절 혹은 아탈구, 유전분증 등으로 일어나며, 초기부터 말단관절병증, 홍채염, 폐섬유증, 지속적 ESR 상승 등이 보이면 예후가 좋지 않다. 강직성 척추염에 있어서 의학적 처치의 목적은 통증과 강직의 감소, 강직성 척추염으로 인한 변형의 지연 혹은 방지, 그리고 독립적 기능수행을 유지시키는 것 등이다.¹³⁾

한의학적으로 강직성 척추염은 脊强, 脊痛의 범주에 해당한다. 『素問·骨空論』에서는 督脈에 병이 들면 脊强反折이 생기게 된다고 하였고, 『靈樞·經脈』에서는 足太陽膀胱經의 병증으로서 項痛, 脊痛을 언급하

11. El-Khoury, G.Y., Kathol, M.H., Brandser, E.A.(1996), Seronegative spondyloarthropathies, Radiologic clinics of north america 34(2):343-357

12. 김남현, 강성수(1988), 강직성 척추염에 대한 임상적 연구, 대한정형외과학회지 23(3): 815-822

13. Oh, T.H., Brander, V.A., Hinderer, S.R., Alpiner, N.(1995), Rehabilitation in Joint and Connective Tissue Diseases. 2. Inflammatory and Degenerative Spine Diseases, Arch Phys Med Rehabil 76: s41-46

고 아울러 項·背·腰·尻·腳 등을 지적했다. 즉 강직성 척추염은 주로 척주를 침범하고 아울러 고관절, 견관절, 슬관절, 중족족지관절 등이 침범되는 병증으로, 그 순행노선상 주로 독맥이나 방광경의 이상과 관련이 깊다. 또한 자가면역질환적 성질을 띠고 있기 때문에, 특이적인 외부적 조작보다는 신체 스스로 음양조화를 회복할 수 있도록 도와주는 치료적 접근을 시도해 보는 것이 타당할 것이다.

『素問·異法方宜論』에서 의사가 병을 치료할 때 사용하는 것으로 언급한 砭石, 毒藥, 灸熯, 九鍼, 導引按蹻 등 5가지 중 毒藥이라는 말에서도 엿볼 수 있듯이, 한의학에는 기본적으로 毒과 藥이 별개의 것이 아니며, 어떠한 것이라도 적절하게 쓰이면 약이지만 그렇지 못하면 독이라는 관점이 있어 왔다. 파라셀수스는 모든 물질은 독이며, 용량의 차이가 독과 약을 구분한다고 했는데, 실제 독물도 어느 범위 내에서는 사용할 가치가 있으며 의약품으로 이용되기도 한다. 독에 대한 학문적인 관심은 크게 2가지 방향으로 생각해 볼 수 있는데, 첫째는 독에 쏘였을 때 체내에서 일어나는 임상적, 병리적 문제점들에 대한 연구를 통해 공중보건에 기여하는 측면이고 둘째는 독물을 의학적, 산업적, 생물학적 연구에 있어서 일종의 잠재적인 유용한 물질로 간주하여 그에 대해 약리학적, 신경약리학적 연구를 수행하는 측면을 들 수 있다.¹⁴⁾ 봉독에 있어서 첫째 측면으로는 주로 알려지와 면역요법과 관련해 많은 연구가 진행되었고 둘째 측면으로는 봉독의 성분을

응용해 각종 염증, 세포막활성 실험등 기초과학연구를 수행하거나 봉독의 특정성분 혹은 전체봉독을 질병치료에 응용하기 위한 연구 등이 있어왔다.

임상적으로 봉독은 첫째 補益精氣, 둘째 補腎壯陽, 셋째 祛風濕의 효능이 있어서 扶正祛邪를 통해 치료효과를 나타내게 된다. 補益精氣, 補腎壯陽 작용은 일찍이 마왕퇴의 서에서 봉독을 채취가공해 사용한 기록이 남아 있는데,¹⁵⁾ 『養生方』에서는 봉독을 통해 ‘令人多氣’, 즉 精氣를 補益할 수 있다고 했고 『雜療方』에서는 ‘舉, 去之’ 즉 발기가 되는 것을 봉약침요법의 효과가 나타나는 증표로 언급했다. 祛風濕은 민간에 가장 널리 오랫동안 알려져 있던 봉독의 효능으로 風濕 즉 관절염 등 병증에 대한 치료작용을 말한다. 『中藥大辭典』에서는¹⁶⁾ 봉독에 祛風濕하여 류마티스성 관절염을 치료하는 효능이 있다고 하였고, 아울러 봉독에는 부신피질 호르몬양 작용이 있어서 류마티스성 관절염, 담마진, 기관지천식 등의 치료에 응용된다고 하고, 진통작용이 있다고 하였다.

봉독을 경혈에 투여하면 첫째, 경혈을 물리적으로 자극함으로써 氣의 운행을 조절하는 경혈자극효과가 나타나게 된다. 봉독의 통증유발작용, 국소자극성 등의 약리작용은 경혈자극효과를 강화하는 의의가 있으며 經絡·穴位 이론에 대한 정확한 이해에 기초하여 처치함으로써 치료효과를 극대화할 수 있게 된다. 둘째, 봉독이라는 물질로 촉발되는 일련의 생화학적·생리적 반응이 일어나게 된

14. Zlotkin, E.(1996), The role of hymenopterous venom in nature; in Mizrahi A., Lensky Y. ed.(1996), Bee products, New York, Plenum press, pp185-201

15. 인창식, 고흥균(1998), 봉약침요법에 대한 한의학 최초의 문헌기록: 마왕퇴의 서의 봉독요법 2례, 대한침구학회지 15(1): 143-147

16. 江蘇新醫學院(1986), 中藥大辭典, 上海, 上海科學技術出版社, pp2479-2481

다. 봉약침의 치료적 작용기전으로는 주로 시상하부-부신피질 자극효과, 반대자극 효과, 유해산소 차단 등으로 일어나는 항염증작용과 면역조절작용 등이 알려져 있다. 셋째, 봉독을 투여함으로써 국소적으로 혈관투과성이 항진되고 혈액순환이 촉진되어 온열감을 느낄 수 있는데, 이것은 溫灸와 유사한 補益作用을 일으키게 된다.

본 임상연구에서는 독맥과 방광경상의 혈위에서 선혈하여 봉독을 주입하는 방법으로 처치를 하였다.

5회 이상 처치를 받은 환자들을 대상으로 하였으며, 대상 환자들은 모두 강직성 척추염으로 타 의료기관에서 진단·처치를 받은 경험이 있는 사람들이었다. 임상증상과 방사선사진 소견을 이용한 Modified New York criterior에 따라 강직성 척추염 환자를 진단하였다. 모두 남자였고, 내원시 연령은 20대가 50%로 가장 높았으며, 발병시 연령은 10대가 64%로 가장 많은 비중을 차지했다. 내원 전 병력기간은 1~5년이 29%, 6~10년이 57%로 높은 비중을 차지했으며, 평균 병력기간은 7년이었는데, 이렇게 병력기간이 긴 것은 환자들이 발병 후 다른 의료기관에서 이미 상당기간 진단·처치를 받고 나서 내원했기 때문으로 보인다.

주로 호소한 동통부위는 전체 척주에 걸쳐 증상을 호소하는 사람이 50%로 가장 많았으며, 1례는 하지방산통을 함께 호소했다. 통증은 단측성 보다는 양측성 동통을 호소하는 사람이 93%로 대부분을 차지했다. 내원시 강직에 대해서는 흉요추부와 경추를 포함한 전체 척주에 걸쳐 강직을 호소하는 사람이 36%, 요추부에 강직을 호소하는 사람이 29%로 높은 비중을 차지했다. 1례는 아울러 발열, 구강건조, 두통

현훈 등을 함께 호소했다. 문진에 의해 내원 전 타 의료기관에서 행한 검사 중 양성 HLA B-27 검사소견을 인지하고 있던 사람이 71%로 높은 비중을 차지함을 확인했는데, HLA B-27 검사를 직접 해 보았다면 더 높은 비율의 양성소견이 확인되었을 가능성이 있다. 김 등¹⁷⁾은 강직성척추염 환자 62례 중 97%에서 양성 HLA B-27, 94%에서 음성 RAF 소견을 관찰했고, 김 등¹⁸⁾은 강직성척추염 환자 117례 중 97.7%에서 양성 HLA B-27, 96.8%에서 음성 RAF 소견을 관찰한 바 있다. 봉약침 치료횟수는 최소 14회, 최대 59회였으며, 평균 31회였고, 봉약침치료를 시행하며 관찰한 기간은 최소 6주에서 최대 10개월이었으며, 평균 5.5개월이었다.

통증 및 강직의 명백한 호전이 나타난 경우가 43%, 미약한 호전이 나타난 경우가 29%, 별무호전이었던 경우가 29%로 양호한 치료성적을 보였다. 치료기간이 3개월 미만인 경우는 별무호전인 경우가 14%로 높은 비중을 차지했고, 치료기간이 6개월 이상인 경우는 명백한 호전이 나타난 경우가 29%로 높은 비중을 차지했으며, 치료횟수가 30회 이하인 경우는 치료성적이 별무호전인 경우도 14%씩 나타난 반면 치료횟수가 41회 이상인 경우 치료성적이 별무호전인 경우가 나타나지 않았다. 하지만 치료횟수가 많아짐에 따라 치료성적이 좋아지는 경향은 나타나지 않았다. 즉 치료기간이 길어지고 치료횟수가 많아

17. 김남현, 강성수(1988), 강직성 척추염에 관한 임상적 연구, 대한정형외과학회지 23(3): 815-822

18. 김남현, 이석범(1992), 한국인에 발생한 강직성 척추염에 대한 임상적 고찰, 대한정형외과학회지 27(6): 1594-1605

짐에 따라 치료성적이 좋아진다고보다는 치료성적이 비교적 좋은 경우의 환자가 장기간의 여러 차례에 걸친 치료에 잘 응한 것이라 판단된다. 이 부분은 앞으로 보다 많은 수의 환자에 대한 관찰을 통해, 그리고 보다 지속적인 환자 추시가 가능한 임상환경에서 후속연구가 필요할 것으로 생각된다. 환자들이 통증감소를 경험할 때는 대개 아침 기상시의 통증감소를 먼저 경험하였으며, 간헐적으로 경험하는 심한 통증의 빈도나 강도가 줄어든다고 진술하였다.

아나필락시 반응의 정도를 평가하는 방법으로 널리 쓰이는 것 중의 하나는 Müller grade이다.¹⁹⁾ 'Grade 0'은 전신반응(국소와 떨어진 곳에 나타나는 반응)이 없는 것이다. 'Grade 1'은 피부증상(전신적 두드러기, 소양감, 발적 등)이나 불안·초조(anxiety)이다. 'Grade 2'는 소화기계증상(복통, 오심, 구토) 혹은 혈관부종이다. 'Grade 3'은 호흡기계 증상(호흡곤란, 연하곤란, 하성, 천명)이다. 'Grade 4'는 심혈관계 증상(평균 동맥압이 15 mmHg 이상 저하되는, 즉시 처치가 필요한 저혈압 혹은 청색증, 허탈, 부정맥, 협심증 등의 동반)이다. Grade 3-4는 심각한 반응으로 간주되며 내성을 기르기 위해 면역요법이 필요한 환자들을 선별하는 기준으로 고려되기도 한다. 치료기간에 모든 예의 환자들은 국소에 봉약침으로 인한 과민반응으로서 국소의 소양, 발적, 동통(Grade 1)을 경험하였으며, 모든 예에서 치료횟수가 거듭됨에 따라 상기 반응은 약화되는 경향을 보였다. 3례는(그 중 1례는 비강경결을 함께 경험함) 복통, 설사, 소화불량 등 위장관계 증상(Grade 2)으로 인해 봉약침 처치 간격

을 늘리고 주입량과 주입 혈위를 줄여야 했다. 그러나 모든 예에서 Grade 3 혹은 Grade 4의 반응은 관찰되지 않았다. 1례는 봉약침으로 인한 증상의 개선정도보다는 봉약침의 통증이 심하여 치료를 중단하였으며, 2례는 증상의 개선이 없어서 치료를 중단하였다. 모든 예에서 증상의 악화는 관찰되지 않았는데, 증상의 별무호전 내지는 악화시 재차 외래방문을 하지 않았기 때문일 수도 있다.

몸살반응과 관련한 대조적인 사례가 있었는데, 1례는 2차례 치료 후 고관절 부위 통증의 상당한 개선을 진술하였으며, 이후 미열, 피로, 발한, 근육통 등 몸살반응을 현저히 겪고 그 이후 증상의 개선을 보았고, 30회 처치 후 처음으로 허리 굴곡 시 손끝이 땅에 닿을 정도로 회복되었다. 몸살반응 직후 증상의 개선을 진술한 사례가 2례 더 있었다. 1례는 13주, 23회에 걸친 치료기간 중 몸살반응을 전혀 경험하지 않았으며 봉약침처치로 인한 증상의 개선을 전혀 보지 못했다.

1례는 봉약침 처치를 12회 받고, 평소 지니고 있던 알리지성 비염증상이 함께 호전되었다고 진술하였다.

이번 임상관찰에서는 자각증상의 호전과 동작범위의 회복을 관찰할 수 있었으나 객관적으로 정밀한 관찰을 하지 못한 한계가 있었다. 앞으로의 임상연구에는 통증과 이환된 부위의 동작범위에 대한 보다 객관적인 측정이 정밀하게 이루어질 필요가 있을 것이다. 그리고 임상상과 관련있는 혈청학적 검사소견에 대해, HLA B-27이 양성인 경우는 C reactive protein(CRP)과 haptoglobin의 혈청농도와 질병의 임상상이 유의한 연관성을 나타내고, HLA B-27이 음성인 경우는 IgA 혈청농도가 질병의 임상

19. Müller, H.L.(1966), Diagnosis and treatment of insect sensitivity, J Asthma Res 3: 331-333

상과 밀접한 연관성을 나타내는 것으로 알려져 있는데,²⁰⁾ 향후의 연구에서는 혈청검사시 HLA B-27과 함께 IgA, CRP, haptoglobin도 측정하여 봉약침요법으로 치료했을 때의 임상상의 변화와 혈청검사상의 변화의 관련성을 평가해 보는 것이 필요할 것으로 생각된다. 그리고 무엇보다 환자 추시가 보다 양호한 환경에서, 보다 많은 수의 환자에 대한 임상연구가 필요할 것으로 생각된다.

5. 결론

1997년 10월부터 1999년 2월까지 강직성 척추염으로 명인한의원내 내원한 환자 중 5회 이상 치료한 환자 14명을 증례분석 대상으로 한 결과 다음의 결과를 얻었다.

- ① 모두 남자였으며, 내원시의 평균연령은 27세였다.(범위 16세~49세)
- ② 평균 발병연령은 20세였다.(범위 13세~33세)
- ③ 내원 전 평균 병력기간은 7년이었다.(범위 1년~28년)
- ④ 주로 호소하는 동통부위는 전체 척추가 50%로 가장 많았으며 93%가 양측성 동통을 호소하였다.
- ⑤ 주로 호소하는 강직부위는 전체 척추가 36%로 가장 많았다.
- ⑥ 봉약침은 膀胱經과 督脈의 혈위에서

選穴해 처치하였다.

- ⑦ 평균 치료횟수는 31회였다.(범위 14회~59회)
- ⑧ 평균 치료기간은 5.5개월이었다.(범위 6주~10개월)
- ⑨ 치료성적은 명백한 호전이 43%, 미약한 호전이 29%, 별무호전이 29%였다.
- ⑩ Müller Grade 1 과민반응은 모든 예에서 관찰되었고, Grade 2 과민반응은 3례에서 관찰되었으며, Grade 3, 4 과민반응은 모든 예에서 관찰되지 않았다.

이상 초보적인 임상관찰을 통해 봉약침요법은 강직성 척추염을 관리하는 데 유용한 처치방법의 하나로 개발될 수 있을 것으로 보이며, 앞으로 보다 많은 환자에 대한 장기간의 추시를 통한 임상연구가 필요할 것으로 생각되고, 또한 동통, 운동범위, 방사선학적, 혈청면역학적 검사소견에 대한 정밀한 측정이 병행되는 연구가 필요할 것으로 생각된다.

20. Reynolds, T.L., Khan, M.A., Sjeif van der Linden, Cleveland, R.P.(1991), Differences in HLA-B27 positive and negative patients with ankylosing spondylitis: study of clinical disease activity and concentrations of serum IgA, C reactive protein, and haptoglobin, Annals of rheumatic disease 50: 154-157