

급성 횡단성 척수염으로 진단된 비증 환자의 치험 1례

이승현* · 필감흔¹ · 조은희

원광대학교 전주한방병원 침구과, 1: 한방재활의학과

Clinical Study on 1 Case of Patient with Arthralgia Syndrome Diagnosed as Acute Transverse Myelitis

Seung Hyun Lee*, Kam Heun Phil¹, Eun Heui Jo

Department of Acupuncture & Moxibustion,

1: Department of Oriental Rehabilitation Medicine, Jeonju Oriental Medicine Hospital, Wonkwang University

Acute transverse myelitis(ATM) is defined as an acute intramedullary dysfunction of the spinal cord, ascending or static involving both halves of the cord and appearing without any history of previous neurological diseases due to traumatic accident, tumor of all kind, encephalitis and of course excluding all possible viral, bacterial and fungal infection. It is mainly characterized by acute motor disorder of both limbs in respect to which spinal segments are affected as well as sensory disorder and dysuria & dyschezia. The exact cause is unknown, however it is recently suggested that immunological factors are highly involved. It has been reported by several reliable sources that it is often accompanied by immunological diseases such as systemic lupus erythematosus(SLE). As treatments non steroid anti-inflammatory drugs(NSAIDS) are primarily recommended as to steroids, limited doses are injected only with the proper prescription from the physician. Operative methods are not options as traumatic accidents and tumors are excluded as factors. To enhance muscle strength and prevent articular contracture physical therapy and passive exercise is imperative. The following patient whose chief complaints were mainly about hypoesthesia of Rt. lower limb and stiffness of phalanges of both fingers as well as to weakness of lower extremity. Therefore it has been diagnosed as arthralgia syndrome. In oriental medicine factors such as wind evil heat-evil, dampness-heat evil, cold evil cause the arthralgia syndrome. In this case the patient was diagnosed as dampness-heat evil and herbal medicine Chunglijagam-Tang and Dong-Qi acupuncture was applied to treat bladder disorder.

Key words : acute transverse myelitis(ATM), arthralgia syndrome(痺症), dampness-heat evil(濕熱邪), Chunglijagam-Tang (清離滋坎湯), Dong-Qi acupuncture(董氏針法)

서 론

급성 횡단성 척수염(Acute transverse myelitis)은 일정 척수 분절 이하의 급성, 양측성 운동장애, 감각 장애, 배뇨 및 배변장애를 특징으로 하는 질환으로 다발성 경화증이나 뇌염 같은 기존의 신경계 질환이 존재하거나 종양, 외상 등의 압박성 병변으로 인한 경우는 그 진단 기준에서 제외된다¹⁾.

발병 빈도는 인구 100만명당 연간 1.34명에 불과하나 증상의

중한 정도에 비하여 일반적인지지 요법(supportive treatment) 외에 특별한 치료법이 없으며 예후는 3분의 1정도에서 비가역적인 신경학적 후유증을 남긴다고 보고되고 있다²⁾.

횡단성 척수염의 주된 증상은 감각 소실과 운동 장애로서 비록 척수 분절 이하에서 일어난다 해도 완전히 무감각해지는 경우는 드물다. 처음에는 이완성 마비(flaccid paralysis)가 되지만 점차 경련성 마비(spastic paralysis)로 진행한다. 침범된 신경학적 레벨을 평가하여 병변의 한계를 지을 수가 있다. 감각 소실의 최상위 레벨은 보통 척수 병변의 레벨과 상응한다³⁾.

痺證이란 인체의 氣血虛弱 榮衛不和 등으로 인해 外邪의 침입을 받아 氣血의 운행이 沮塞되어 야기되는 것으로 肌肉·筋

* 교신저자 : 이승현, 전주시 덕진동 2가 142-1 원광대학교 전주한방병원

· E-mail : lsh130489@hanmail.net, · Tel : 010-3012-8494

· 접수 : 2007/09/10 · 채택 : 2007/10/29

骨·關節 등의疼痛, 麻木, 重着, 關節腫脹, 屈伸不利 등 운동장애 및 감각이상을 나타내는 병증이다⁸⁾.

痺證에 대해 처음 언급된 《素問·痺論》에 “風寒濕三氣雜至合而爲痺也”라고 하여 각 病位에 따라 行, 痛, 着의 三痺로 나누었고 각 각 계절과 발병부위를 연결시켜 皮, 脈, 肌, 筋, 骨의 五痺로 분류하였으며, 五臟의 神이 藏한즉 邪가 침입치 못하고 神氣를 消亡시키면 邪가 침입하여 五臟痺를 이루게 되고 飲食不節, 起居失常 등으로 邪氣의 侵襲을 받기 쉬워져서 六腑痺를 이루게 된다고 하여 痺證의 발생에 있어 七情, 飲食 및 생활 환경이 그 本이 된다고 하였다⁹⁾.

實證의 경우에는 行痺(風痺), 痛痺(寒痺), 着痺(濕痺), 熱痺, 瘀血痺 등으로 나누고 虛證인 경우에는 임상적으로 氣血虛痺, 陽虛痺, 陰虛痺 등으로 나누어 清熱利水, 滋陰清熱, 散風祛濕, 溫通溫散하는 方劑로 치료하고 있다¹⁰⁾.

이를 요약하면 痺證이란 風寒濕邪가 經絡에 침입하여 氣血의 흐름을 가로막음으로 인해 關節과 肌肉에 痠痛, 拘急 등이 발생하는 질병이다⁷⁾. 痺證 발생의 대부분은 陽氣陰精不足이 內因이 되고 風寒濕熱之邪가 外因이 되며 일반적으로 발병 시에는 邪實이 주가 되고 病位는 肢體皮肉經絡에 있으며 久病에는 대부분 正虛邪變 또는 虛實挾雜하며 病位는 深部の 筋骨과 臟腑에 있다⁸⁾.

본 환자는 우측 하지 감각 저하, 양측 수지 관절의 구축을 주된 증상으로 하고 족하수로 인한 보행장애 및 배뇨 배변 곤란을 부수적 증상으로 수반하였다. 이에 2007년 2월 14일 본원 외래에 내원하여 2007년 2월 21일부터 2007년 5월 18일까지 입원 치료를 실시하여 약물치료, 침구치료 등 한방치료 단독으로 들어가서 전반적인 호전을 보인 환자 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증 례

1. 환자 : 나 ○ ○, F/62세

2. 주소

- 1) restriction of range of motion in flexion of both phalanges (fingers)
- 2) gait disturbance accompanied by foot drop
- 3) Rt. leg hypoesthesia
- 4) dysuria & dyschezia

3. 발병일 : 2006년 07월 24일경

4. 초진일 : 2007년 02월 14일

5. 현병력

2006년 07월 24일 오후 외출하고 귀가 후 상기 증세 갑작스럽게 발생하여 당일 저녁 타병원 ER에 내원하여 처치 받았으나 gait disturbance 악화되어 self gait 불가하여 07월 25일 서울 ○

○병원 이송되어 Lumbar MRI 촬영 및 제반 생화학적 검사 통하여 척수 염증 소견 확인하고 대략 1달 동안 입원하며 injection, medication 및 기타 physical therapy 등의 제반 치료를 받았다. 이후 대략 2개월간 자택에서 요양하다가 안양○○한방병원에서 한방 手技療法 및 鍼灸治療 받았으며 본원 내원 당시 foley 제거한 상태로 dysuria & dyschezia 증세는 호전되었으며 Rt. leg hypoesthesia를 포함한 기타 제반 증세 점진적인 호전 보였으나 gait disturbance 및 restriction of range of motion in both phalanges of fingers에 대한 호전이 未盡하여 보다 전문적인 한방진료를 원하시어 2007년 02월 21일 원광대학교부속 전주 한방병원에 wheel chair로 입원하심.

6. 과거력 : hepatitis type B carrier

7. 초진시 환자소견

상기환자는 현 62세의 음주와 흡연 경력이 없고 別無嗜好食하며 예민한 성격의 여자 환자이다. 내원 당시 wheel car ambulation이었으며 Rt. leg foot drop으로 15°정도, Rt. lower limb은 0°에 가깝게 힘겹게 거상이 가능하였으며 흉부 이하로 Rt. side로 광범위한 hypoesthesia 호소하였다. Both phalanges of fingers는 갈고리 모양으로 굳어진 상태로 있었으며 관절 운동이 사실상 불가능한 상태로 passive exercise시 통증 호소하였다. 消化는 정상이었으나 食欲不振으로 일반식으로 1/3 정도 밖에 못 드셨으며 mild한 dysphagia로 사래가 종종 들렸으며, 大便은 평균 3일에 1회 변비 양상으로 힘겹게 보았으며 小便은 self urination 가능하였으나 빈뇨의 양상으로 자주 보되 그것도 힘써서 겨우 보는 정도였다. 舌苔는 黃苔이고 口乾 증상이 동반해서 나타났으며, 脈狀은 浮數緊했다. 수면은 보통이었고 腹診時 臍部 動悸와 눈을 감을 경우 眼瞼의 痙攣이 있었다.

8. 초진시 검사소견

1) 방사선 검사

(1) chest PA, Abdomen supine: within normal limit

(2) C-spine MRI: T1강조영상(T1 weighted image)과 gadolinium 증강 영상(gadolinium enhanced image)에서 non-specific, T2강조영상(T1 weighted image)에서 C4-6 high signal intensity 보임

2) 임상검사(Laboratory test)

(1) Complete blood count: Hb 10.7 RBC 3.12 WBC 4.9 MCV 97 PLT

(2) general chemistry: non-specific

(3) routine urine analysis: non-specific

3) 신경학적검사

(1) SLRT(80/80)

(2) DTR(+ /++)

(3) B/S(- /-)

(4) Patric sign(- /+)

9. 진단명 : acute transverse myelitis

10. 치료 내용

입원기간동안 관절 동통감소, 감각 저하 회복, 운동장애 개선, 소변불리 완화 등을 목적으로 韓藥處方과 董氏鍼法을 병행하였다.

1) 치료 내용

(1) 한약 처방

한약처방은 龔信의 《萬病回春》¹⁹⁾에 처음 수록되어 陰虛火動이나 虛癆, 腎虛脾弱으로 인한 諸證을 치료하는 처방인 淸離滋坎湯(熟地黃, 生乾地黃, 天門冬, 麥門冬, 當歸, 白芍藥, 山藥, 山茱萸, 白茯苓, 白朮 각각 7 g 牧丹皮, 澤瀉, 知母, 黃柏, 炙甘草 각각 0.5 g)을 사용하였으며 滋陰, 養血, 淸熱瀉火하는 작용에 중점을 두었다.

(2) 침구 처방

침구처방은 短針(동방침구침, 0.3×30 mm)으로 董氏奇穴인 肩中, 木火, 木枝, 水金, 水通, 下三皇穴, 四花上穴에 刺鍼하였다. 長針(동방침구, 0.3×60 mm)으로는 中極, 氣海, 關元에 자침하였다.

11. 임상 경과

1) 입원 3일째(2월 23일): Rt. leg foot drop은 15°정도로 유지중이며, Rt. lower limb은 0°에 가깝게 미약하게 거상이 가능하였으며 흉부이하로는 Rt. side로 광범위한 hypoesthesia 여전히 호소하였다(vas10). Both phalanges of fingers는 갈고리 모양으로 여전히 굳어진 상태로 관절 운동이 사실상 불가능하며 passive exercise시 심한 통증(vas10) 호소하였다. 소변은 1200cc, 하루 총 8회로 여전히 자주 그리고 힘겹게 보았다. walker에 의존하여 보행중이다.

2) 입원 7일째(2월 27일): Rt. leg foot drop은 30°정도로 다소 호전 보이며 Rt. lower limb elevation도 15°로 변화 보이나 외력에 저항하여 거상하지는 못하였다. 흉부이하 Rt. side로의 광범위한 hypoesthesia는 다소 호전되어 vas8(시작 당시를 10으로 기준하여) 정도로 호전 양상 보이고 있다. Both phalanges of fingers는 갈고리 모양으로 여전히 굳어진 상태이나 수지 근위관절부(PIP)는 우측은 10°, 좌측도 10°정도로 수동적 신전 운동이 가능하며 좌측은 특히 움직임이 우측(반면 우측 수지 원위관절부는 신전불가)에 비하여 양호하여 원위관절부(DIP)가 15°로 운동 가능하였다. phalanges 통증은 vas 10으로 별다른 변화를 보이지 않았다. 소변은 1350cc로 다소 늘었으나 하루 총 7회로 횡수에는 별반 차이가 없다. walker에 의존 보행중이다.

3) 입원 12일째(3월 4일): Rt. leg foot drop은 45°로 호전되었으며 walker 보행시 발을 끌지 않는다. Rt. lower limb elevation도 30°로 호전되고 있으나 아직 외력에는 저항하지는 못한다. 흉부이하 Rt. side로의 광범위한 hypoesthesia는 vas8정도로 유지되고 있다. Both phalanges of fingers의 수지 근위관절부(PIP)는 우측 15°, 좌측은 20°이며 원위관절부(DIP)의 좌측은 더욱 호전되어 30°도 움직임이 한층 부드러워졌으며 우측 또한 미약하나 15°로 움직임이 가능하다. phalanges 통증은 10으로 여전히나 수동 운동 지속시 다소 줄어드는 기미가 보인다. 소변은 1260cc로 다소 줄었으며 횡수는 하루 총 8회로 자주 짙끔짙끔 본다.

4) 입원 19일째(3월 11일): Rt. leg foot drop은 65°로 화장실 정도는 부축 보행시 발을 끌지 않고 걸으며 Rt.leg elevation도 40°로 눈에 띄게 호전되고 있다. 흉부이하 Rt. side로의 광범위한 hypoesthesia는 다소 호전되어 주로 하지에 집중되며 vas7정도이다. Both phalanges of fingers의 수지 근위관절부(PIP)는 우측 30°, 좌측은 35°이며 원위관절부(DIP)의 경우 우측은 30°, 좌측은 40° 정도로 좌측이 여전히 우측에 비하여 호전도가 빠르며 움직임 또한 부드러워졌다. phalanges 통증은 다소 줄어들어 vas 9이며 수동 운동 중이나 본인 의지로 손목부위는 능동운동이 가능하다. 소변은 1550cc로 시원하게 보며 하루 총 6회로 줄었다. 야간에 배뇨 위하여 깨는 것이 줄었다.

5) 입원 49일째(4월 10일): Rt. leg foot drop은 65°로 올리는 속도(+)가 늘었으며 Rt. lower limb elevation도 45°로 올리는 속도(+)가 늘었으며 외력에 저항한다. 계단 난간 잡고 부축하고 연습중이다. Rt.side hypoesthesia는 하지에 국한되며 vas 5정도로 줄었다. Both phalanges of fingers는 부분적 능동적인 운동 가능하며 수지 근위관절부(PIP)의 우측은 50°, 좌측은 45°이며 원위관절부(DIP)는 우측의 경우 30°, 좌측은 40°로 운동 가능하다. 소변은 1500cc로 하루 총 6회로 유지중이다.

6) 입원 55일째(4월 16일): Rt. leg foot drop은 65°(올리는 속도 +)로 유지중이며 Rt. lower limb elevation도 50°(올리는 속도 ++)로 계단 연습중이며 난간 없이 부축하고 연습중이다. 하지에 국한된 Rt. side hypoesthesia vas3으로 미미하게 호소하였다. Both phalanges of fingers는 우측 수지 근위관절부(PIP)는 55°, 좌측은 55°로 유지중이며 원위관절부(DIP)는 우측 45°, 좌측 45°로 움직임이 좋아지고 있다. 손끝의 느낌 살아나고 있으며 악수시 살짝 쥐어진다. 소변은 1600 cc로 하루 총 5회로 시원하게 본다.

7) 입원 64일째(4월 25일): Rt. leg foot drop은 65°(올리는 속도 ++)이며 Rt. lower limb elevation도 50°(올리는 속도 ++)로 유지중이다. 평지보행시 걸는 속도가 늘었으며 하지에 국한된 Rt. side hypoesthesia도 vas 2로 감각이 거의 돌아왔다. Both phalanges of fingers의 수지 근위관절부(PIP)는 우측은 60°, 좌측은 60°이며 원위관절부(DIP)는 우측 50° 좌측은 60°로 악수 정도는 가능하며 문고리 및 기타 물건을 잡는 등의 행위는 아직 불가능하다. 소변은 1700cc로 하루 총 5회로 잔뇨감 없이 시원하게 본다.

8) 입원 87일째(5월 18일): Rt. leg foot drop은 65°(올리는 속도 ++)로 유지되며 Rt. lower limb elevation은 50°(올리는 속도 +++로) 거상 속도가 정상 가깝게 회복되었다. 평지보행시 걸는 속도는 앞에서 부축하면 거의 정상인처럼 걸지만 화장실 가는 정도만 가능하다. 하지에 국한된 Rt.side hypoesthesia도 vas2로 유지중이다. 온도감, 촉감 돌아오고 있다. Both phalanges of fingers의 수지 근위관절부(PIP)는 우측 65°, 좌측 70°, 원위관절부(DIP)는 우측 60°, 좌측 60°로 수지 DIP, PIP정상 굴곡 운동범위인 100°, 80°에 미치지 못하나 입원 당시와는 괄목할 만하다. 지팡이를 쥐는 것 정도는 가능하다. 소변은 1750cc로 하루 총 5회로 잔뇨감 없이 시원하게 본다.

상기증례 환자의 치료경과는 Table 1, Table 2, Table 3에 정리하였다.

Table 1. VAS scale for pain and hypoesthesia in passage of time

	02/23	02/27	03/04	03/11	04/10	04/16	04/25	05/18
phalanges pain (both side)	10	10	10	9	8	8	6	5
Hypoesthesia of Rt.leg	10	8	8	7	5	3	2	2

통증의 정도를 객관화하기 위해서 재현성이 인정되며 신뢰성이 비교적 높은 시각적 상사 척도(Visual Analog Scale:VAS)를 이용하였다. 입원일 기준으로 vas10으로 시작하여 변화를 측정하였다.

Table 2. Assessment for range of motion in passage of time

	02/23	02/27	03/04	03/11	04/10	04/16	04/25	05/18
Rt.Foot drop	15°	30°	45°	65°	65° (+)	65° (+)	65° (++)	65° (++)
Rt. leg self elevation	0°	15°	30°	40°	45° (+)	50° (++)	50° (++)	50° (+++)
Gait disturbance	0/0/0	0/0/0	0/0/1	0/1/1	0/1/2	0/1/2	0/1/2	0/1/2
Both phalanges Flexion (DIP/PIP)	Rt. (0/0)°	Rt. (0/10)°	Rt. (15/15)°	Rt. (30/30)°	Rt. (30/50)°	Rt. (45/55)°	Rt. (50/60)°	Rt. (60/65)°
Lt. phalanges Flexion (DIP/PIP)	Lt. (0/0)°	Lt. (15/10)°	Lt. (30/20)°	Lt. (35/35)°	Lt. (40/45)°	Lt. (45/55)°	Lt. (60/60)°	Lt. (60/70)°

R.O.M.(range of motion) of DIP(Distal Inter-Phalangeal joint) / PIP(Proximal Inter-Phalangeal joint) Flexion-80°/100°

Foot drop은 足下垂 된 상태에서 dorsiflexion할 때 측정된 각도를 표시하였고, '+'의 개수로서 운동속의 정도를 나타내었다. Gait disturbance의 정도는 달리기/계단보행/평지보행 순으로 표기하고 달리는 빨리 달리기를 2점, 가볍게 달리기를 1점, 달리기불가능을 0점으로 하고, 계단보행은 난간을 붙잡지 않고 가능을 2점, 난간을 잡고 가능을 1점, 난간을 잡고도 불가능을 0점으로 하고, 평지보행은 30분 이상 가능을 3점, 30분 이상 불가능을 2점, 보장구없이 보행 가능을 1점, 보행불능을 0점으로 해서 표기했다.

Table 3. Changes in daily urinating quantity and frequency

	02/23	02/27	03/04	03/11	04/10	04/16	04/25	05/18
urinating quantity (cc)	1200	1350	1260	1550	1500	1600	1700	1750
daily urinating frequency	8	7	8	6	6	5	5	5

고찰

황단성 척수염은 일정 척수분절 이하의 급성, 양측성 운동장애, 감각장애 및 배뇨장애를 특징으로 하는 질환으로 일반적으로 단발성(monophasic)으로 나타난다. 원인은 매우 다양하여 바이러스 감염, 예방 접종, 루프스와 같은 교원-혈관성 질환, 부수종양성 질환 및 다발성 경화증과 같은 탈수초성 질환 그리고 백혈병, 쇼그렌 증후군에서도 그 연관성이 보고되어지고 있으나 그 원인을 찾을 수 없는 경우가 대부분이다. 이처럼 다양한 임상 증상과 원인을 가질 수 있는 임상증후군으로서 오래전부터 이에 대한 기술이 있어 왔지만 아직까지 정확한 원인 및 병태 생리가 밝혀져 있지 않다. 하지만 다발성 경화증의 실험 모델과 유사한 병

리학적 소견을 보인다는 보고 등을 통해 아마도 척수의 탈수초성 또는 염증성 병변에 의한 결과일 것으로 추정하고 있다¹¹⁾.

발병 연령 및 성별분포에 있어서는 거의 모든 연령층에서 나타나며 남녀구별이 따로 없으며 10세에서 19세까지는 물론 40세 이후에도 나타날 수가 있다¹²⁾.

황단성 척수염의 가장 일반적인 증상은 지각이상인 대칭적으로 나타나고 감각이 둔하며 타진통 혹은 편이나 바늘로 찌르는 듯한 느낌을 호소하기도 한다. 지각이상은 발가락이나 발에서 가장 먼저 시작되어 하지, 체간, 마지막으로 상지의 순서로 나타나며, 호발부위는 제6-12 흉수이지만 경우에 따라서는(22%정도) 요수나 경수에까지 발생하기도 한다¹³⁾.

또한 심한 통증이 발생할 수가 있는데 발생부위는 척수의 병변부위와 일치하며 흔히 양 견갑골 사이에서 통증을 유발하고 진행성으로 하지위약감이 나타난다. 하지위약감에 앞서 소변정체가 먼저 나타나기도 한다. 비록 감각이나 운동장애가 병소이화로 나타난다고는 하나 완전한 마비는 드물고 초기에는 이완성 마비가 있지만 곧 경련성 마비로 변한다. 침범한 부위의 신경학적 수준은 감각, 근력, 반사에 따라 결정되며 감각장애가 있는 최고 부위와 척수 분절부위는 일치하며 제3경수 이상까지 손상되면 호흡장애가 유발되기도 한다¹³⁾.

이 질환의 진단은 확진을 위한 검사소견이 없기 때문에 주로 임상 소견에 의존하게 되는데 최근 자기공명영상(MRI)이 발달함에 따라 이 질환의 상당수에서 이상 소견이 있음이 발견되고 이에 신경학적인 손상 및 예후와의 상관관계를 파악하는데 이용하고 있다⁴⁾. 황단성 척수염의 진단은 MRI나 척수조영술을 통하여 경막의 농양이나 종양을 배제시키고 요추천자를 통하여 뇌척수액 검사를 하고 임상소견상의 특징으로 진단한다¹³⁾.

검사소견은 비특징적이며 확진할 수 있는 것이 없고 자기공명영상으로는 T2 강조 영상에서 병변이 미만성 고 신호를 보이면서 양쪽 끝이 점감하는 smooth tapering하는 모양을 하는 형상을 나타내고 조영이 증강되는 부분을 예측할 만한 신호의 부분변화가 종양성 병변과는 달리 보이지 않고 척수공동이나 낭종변성이 보이지 않을 때는 황단성 척수염의 가능성이 높다고 할 수 있다¹⁴⁾.

본증의 임상적 진단 기준으로는 첫째, 급격히 발생한 척수적인 운동장애, 감각장애, 배뇨장애가 있고 둘째, 상기 증상들이 4주 이상 진행하지 않으면서 셋째, 종양이나 퇴행성 척추 병변과 같은 압박성 병력, 다발성 경화증, 동정맥 기형과 같은 척수의 혈관성 병변, HTLV(human T-cell lymphotropic virus-1) 감염과 같이 척수증을 일으킬 수 있는 기존의신경계 질환에 의하지 않는 경우에 한하였다¹⁵⁾.

양방적인 치료는 현재 특이한 것이 없으며 물리치료를 포함한 대증적 치료가 주된 것이고 고식적인 스테로이드 투여 이외에 cyclophosphamide와 혈장교환 등이 있다. 스테로이드의 효과에 대해서는 아직 논란이 많으나 고용량의 스테로이드 pulse 요법을 사용하기도 한다. 이밖에 관리에 있어서는 침상안정을 시키고 2시간마다 자세를 바꿔 욕창을 방지시키며 방광은 인위적인 도뇨법을 시행하고 요배양을 통하여 균의 유무를 추적한다. 만약

감염이 있을 경우에는 적절한 항생제를 투여하며 대장은 2일 1회 관장시키고 적절한 용적의 식이로 대변 정체를 방지시키고 모든 관절을 수동적으로 1일 2회 정도 운동시킨다. 하지에 rubber pillow를 사용하여 구축을 방지시키고 상지에 침범할 경우 부목을 대어준다¹³⁾.

예후는 완전히 회복하여 후유증을 남기지 않는 극히 정도의 장애에서 방광, 직장 장애를 동반한 사지의 완전 마비를 나타내는 중증장애에까지 다양하고 성인보다 소아에서 예후가 더 좋은 것으로 보고 되고 있으며 환자의 대부분은 4주에서 3개월 사이에 회복되기 시작하고 일반적으로 3개월 이내에 기능 회복의 기미가 없으면 이후에도 회복 가능성이 없다고는 하지만 드물게 18개월 후 회복되는 경우도 있다고 한다. 예후를 결정하는 중요한 지표로 발병이 급성일수록 예후가 불량하다고 보여진다¹⁵⁾.

痺症이란 風寒濕邪가 經絡에 침범하여 氣血의 흐름을 가로 막음으로 인해 關節과 肌肉에 酸痛, 拘急 등이 발생하는 질병이다⁷⁾. 痺邪의 특성에 따라서 風痺·寒痺·濕痺·熱痺 등으로 분류되며 발병 부위에 따라서 皮痺·脈痺·肌痺·筋痺·骨痺 등 五痺로 나눌 수 있으며 발병 양상 및 증상에 따라서는 着痺·痛痺·습비의 三痺로 구분이 가능하다¹⁶⁾.

痺證이 처음 언급된 문헌인 《素問·痺論》에 “風寒濕三氣雜至合而爲痺也”라고 하였고 그 勝한 바에 따라서 五痺, 三痺로 분류하였는데 즉, 발병부위에 따라서 皮痺, 脈痺, 肌痺, 筋痺, 骨痺로 발병 원인에 따라서 風痺·寒痺·濕痺로, 증세의 표현 양상에 따라서 行痺·痛痺·着痺로, 또 五臟 配屬에 따라서 肝痺·心痺·脾痺·肺痺·腎痺·腸痺·胞痺로 구분할 수가 있는 것이다. 《素問今釋》에서 張志聰은 “痺者閉也, 邪閉而爲痛也”라 하였으며 이는 邪氣가 체내에 축적되어 氣血이 운행불리해지는 것을 의미한다. 內經으로부터 시작하여 巢元方은 風濕痺, 風不仁, 風痺, 風冷 등으로 분류하였고 王壽는 白虎病이라는 이름을 지었으며 陳無擇은 風寒濕 三痺로 분류하였으며 이동원은 痛風이라는 용어를 사용하였으며 朱丹溪는 痛風의 원인을 痰風, 熱風, 濕, 血虛라고 하였다. 黃文東은 痺證을 분류함에 있어 實痺와 虛痺로 나누고 實痺에는 風痺(行痺), 寒痺(痛痺), 濕痺(着痺), 熱痺, 頑痺로, 虛痺에는 氣血虛痺, 陰虛痺, 陽虛痺로 나누고 있다¹⁷⁾.

각각의 특징을 살펴보면 風痺는 風의 성질이 가볍고 잘 돌아다니니 그 통증이 遊走性을 나타내게 되어 때로는 肩, 肘, 上肢, 下肢로 한군데 고정된 곳 없이 돌아다니면서 아프며 舌苔가 薄白하고 脈浮하다. 《靈樞》에 “身半以上者, 邪中之也”라 하여 임상에서 風邪는 일반적으로 上肢肩背에 많이 나타난다. 따라서 요약하자면 行痺는 風邪가 偏勝한 것이 원인적인 면이라 할 수가 있고 또한 그 風의 성질은 “先行而數變”이라 하여 일정한 곳에 머물지 않는 遊走性 동통의 양상을 보이고 있으면서 上肢에 주된 병변이 있는 것이다¹⁸⁾.

寒痺는 寒의 성질이 凝滯하여 痛處가 固定, 拘引하여 疼痛이 極烈하다. 왕왕 갈로 자르는 것 같고 침으로 찌르는 것 같아 寒을 만나면 통증이 極烈하고 溫暖하게 되면 통증이 減해지고 舌苔는 白하고 脈緊하다. 즉, 痛痺는 風寒濕 邪氣 중 寒邪가 치우친 것이 원인이 되며 그 성질은 “收縮, 凝滯”라 하여 “不通則痛”하

여 固定된 痛處를 갖게 되는 것이다¹⁸⁾.

濕痺는 濕의 성질이 粘滯하고 저리고 무겁고 둔탁한 통증이 있는 것은 濕邪가 關節에 흘러 腫大되고 舌苔가 白膩하고 脈濡하니 “半身以下者, 濕中之也”라 하여 痺證이 下肢腰膝에 많이 발병한다. 따라서 着痺는 濕瀉가 지나친 것으로 그 성질이 “重着, 粘濁”이라 하여 일정한 부위에 固定되어 腫痛하며 무겁고 무언가 씌운 것처럼 무지근한 느낌으로 膝部 以下 부위로 지속되는 통증을 호소하게 되는 것이다¹⁸⁾.

熱痺는 《素問·玉機眞藏論》에 “皮膚가 閉하여서 熱이 된다.”고 하여 陰邪인 寒濕의 邪가 筋骨 등에 오랫동안 鬱滯되어 熱로 化하여 熱痺가 된다고 인식한 것으로 보여 지고 있다. 이는 熱의 성질이 急迫하고 津液을 가장 쉽게 손상시키며 동시에 정상적인 津液의 흐름을 막아서 筋脈을 營養시키지 못하고 拘急케 하니 關節이 紅腫하며 熱痛이 極烈하여 손을 가까이 할 수 없을 정도의 통증을 나타내며 高熱, 口渴 등의 전신 증상 수반 및 舌紅, 舌苔黃乾, 脈滑數하는 등 전반적인 熱象을 띠게 된다¹⁸⁾.

본 환자는 우측 하지 감각 저하, 양측 수지 관절의 구축을 주된 증상으로 하고 족하수로 인한 보행장애 및 배뇨 배변 곤란을 부수적 증상으로 수반하였으며 大便은 평균 3일에 1회 변비 양상으로 힘겹게 보았으며 小便은 self urination 가능하였으나 oliguria의 양상으로 힘써서 겨우 보는 정도였다. 舌苔는 黃苔이고 口乾 증상이 동반해서 나타났으며, 脈狀은 浮數緊했다. 이에 저자는 위의 증상으로부터 발생 양상이 급작스럽고 진행이 빠르며 손발이 뻣뻣하며 온몸이 무겁고 나른한 점을 근거로 유추한 결과 濕熱이 경락의 氣血疏通을 阻滯하여 발생한 濕熱痺로 辨證하고 치료를 시작하였다.

급성 횡단성 척수염을 치료함에 있어서 朴²³⁾은 調理脾胃를 위주로 祛濕熱, 通經活絡, 舒筋骨之法을 원칙으로 하여 병소이하의 운동 근육의 이완성 마비, 척수반사소실, 지각마비, 배뇨 및 배변의 체류성 장애 등이 나타나는 척수 쇼크 상태는 淸熱利濕하는 처방을 사용하고 회복기에는 補益肝腎하고 滋陰淸熱시키는 知柏八味丸이나 四物湯을 加減하여 사용한다고 하였다.

淸離滋坎湯은 龔信的 《萬病回春》¹⁹⁾에 처음 수록되어 陰虛火動이나 虛癆, 腎虛脾弱으로 인한 諸證을 치료하는 처방으로 咳嗽, 潮熱, 盜汗, 痰喘과 四肢困倦無力, 不思飲食, 大便泄瀉, 肚腹蟲脹腫 등에 활용된다. 구성 약물은 熟地黃, 生乾地黃, 麥門冬, 天門冬, 當歸, 白芍藥, 山茱萸, 散藥, 白茯苓, 白朮, 牡丹皮, 澤瀉, 黃柏, 知母, 甘草로 이루어져 있어서 滋陰, 養血, 淸熱瀉火하는 작용이 있다.

본 방제의 구성 약물 및 개별 약물간의 相互配合으로 살펴보면 六味地黃元을 그 基本方으로 하여 이에 知母, 黃柏이 配合되어 肝腎의 虛熱을 끄고 陰液을 보충하는 知柏地黃湯이 되며 여기에 川芎을 去한 四物之劑를 加味하여 補血補肝하는 동시에 理脾和中하는 白朮, 甘草(炙)와 潤肺止咳하는 天門冬, 麥門冬을 추가한 처방이다²⁰⁾.

동통, 운동장애 및 감각저하와 더불어 횡단성 척수염의 예후를 결정짓는 중요 합병증인 배뇨 장애를 鍼刺 치료함에 있어서 고전적 연구를 살펴보면 董氏²¹⁾는 尿滯留를 치료함에 氣海를 皮

下로 關元까지 刺入하거나 혹은 關元에서 中極까지 透刺하여 반 시간 내 배뇨한 경우가 8례, 반시간에서 두 시간 내에 배뇨한 경우가 7례, 무효 8례의 결과를 얻었다고 보고한 바가 있다.

이외에도 cheng PT²²⁾ 등은 척수 손상으로 인한 요저류에 있어 증극, 관원, 치료에 자침을 하여 간헐적 도뇨법과 방광 훈련만을 시행한 대조군에 비하여 80명중 대조군 28명(70%), 침치료군이 32명(80%)으로 통계학적으로 유의한 치료 결과를 도출하였다고 하는 보고를 한 바가 있다.

董氏鍼法은 東師 景昌 선생이 1975년 돌아가실 때까지 40년간의 임상을 통하여 만들어진 鍼法으로 740개의 穴자리로 이루어져 있으며 手掌部位, 手臂部位, 大臂部位, 足趾部位, 足掌部位, 小腿部位, 大腿部位, 耳廓部位, 頭面部位, 前胸部位, 後背部位 등 12개 부위로 나뉘어지며 穴位의 분포와 효용 방면에 있어서 十二經穴과 일정한 연계가 있다. 手法法은 매우 간편하여 倒馬鍼法, 動氣鍼法과 같은 手法法을 응용하여 불필요한 고통이나 量鍼을 감소시킬 수가 있다²¹⁾.

본 증례에서 환자는 하지무력, 동통, 감각 장애 및 배뇨 장애를 주소증으로 호소하였는데 하지무력, 동통, 감각 장애를 치료하기 위하여 董氏奇穴인 肩中, 木火, 木枝, 水金, 水通을 取穴하고 排尿障礙를 치료하기 위하여 下三皇穴, 四花上穴을 取穴하였다. 木火는 손등 중지 제3절 橫紋中央點에 위치한 穴로 皮下 橫刺로 0.5푼 정도 자침하며 半身不遂에 응용되며 肩中은 上腕의 바깥쪽 肩峰端에서 2.5촌처에 위치하며 삼각근 최고의 융기점으로 측면에서 直刺하되 5푼에서 1촌까지 자입하며 半身不遂, 小兒麻痺, 腿麻에 응용이 가능하다. 木枝는 곧 胃經의 下關穴로 요통 및 기타 하지통증에 응용이 가능하며 水通, 水金은 각각 口角의 아래 4푼, 그 안쪽 5푼처에 위치하며 一切 腎虧로 인한 질환을 다스리며 下肢無力에도 응용이 가능하다. 下三皇穴은 天皇副(腎關), 地皇, 人皇穴로 구성되며 주로 小便不利에 이용되는데 天皇副穴은 陰陵泉과 동일 위치인 天皇穴 直下 1.5촌이며 위산과 다, 신경병, 두통, 현훈, 좌골신경통을 치료하는 작용이 있으며 補腎의 要穴이다. 地皇穴은 足內踝上 7촌이며 人皇穴은 足內踝上 3촌으로 三陰交穴과 동일한 위치에 있으며 신장염, 癱閉, 淋證, 陽痿, 遺精, 월경부조 등에 응용될 수가 있다. 그리고 四花上穴은 外膝眼 下方 3촌으로 오래된 소화기 질환은 물론 순환기, 호흡기 및 비뇨생식기 계통 질환에 광범위하게 쓰일 수가 있다^{21,23)}.

歷代의 痺證은 痿證이 萎弱而不用하면서 不痛한 것과 대비하여 痛症의 존재가 명확하여 위증 또한 火痰濕癱 등의 증상이 있어 그 병리 양상에서 마땅히 구분되어야 하는 것이 원칙이나 임상에서는 麻木 등과 더불어 혼용되어 쓰이고 있는 것이 그 실정이다²⁵⁾.

비록 횡단성 척수염은 주증상이 감각 장애와 운동소실로 金⁹⁾과 裴⁷⁾가 운동 소실에 초점을 두어 痿證으로 변증한 증례보고가 있으나 본 증례환자의 경우 우측 하지의 감각 장애와 양측 수지 관절의 구축이 주된 호소였으며 운동 능력이 통증 및 관절구축으로 인한 제약된 바가 크고 비록 무력감은 존재하였으나 실제적인 motor grade의 저하는 미미하였던 관계로 痺證의 범주에서 다루어야 할 것으로 보인다.

하지만 무력감 및 제반 통증 증상이 위증의 증상과 겹치는 부분이 있으며 세세한 부분에 있어 혼동을 일으킬 소지가 다분하므로 이에 대한 구체적인 감별 진단이 필요할 것으로 사료된다.

결론

급성 횡단성 척수염으로 인한 우측 하지 감각 저하, 양측 수지 관절의 구축을 주된 증상으로 하고 족하수로 인한 보행 장애 및 배뇨 배변 곤란을 부수적 증상으로 수반하여 양방 병원을 경유하여 내원한 환자에 대하여 물리치료 외에는 일체의 양방 치료를 배제하고 淸離滋坎湯 및 董氏鍼法을 병행하여 시술한 결과 입원 당시 W/C로 내원한 환자가 퇴원 당시에는 비록 의존 보행이었으나 일정 거리 이상 보행이 가능하였으며 심한 통증으로 인하여 관절운동이 제한되었던 양수지 관절을 구부릴 있었던 점 등 전반적으로 호전 양상을 보았기에 이를 보고하며 향후 더 많은 임상 연구가 이루어져야 임상적인 대처 방법이 체계화 되어야 한다고 생각한다. 특히 진단적인 측면에 있어서 痿證, 癱木 등 유사 증세와의 감별이 필요하다고 본다.

감사의 글

이번 논문은 2007년도 원광대학교 교내연구비 지원에 의하여 이루어졌음.

참고문헌

1. Dawson, D.M., Potts, F. Acute nontraumatic myelopathy. Philadelphia WB Saunders, pp 551-603, 1991.
2. 이광우, 정희원. 임상신경학 1. 서울, 고려의학, p 815, 1997.
3. Stanley Hoppenfeld. 척수신경의 검진. 서울, 대학서림, p 129, 1991.
4. Barkos, J.A., Mark, A.S., Dillon, W.P., Norman, D. Magnetic resonance imaging of acute transverse myelitis and AIDS myelopathy, J comp Assist Tomography 14(1):45-50, 1990.
5. 김진호, 박동식 외. 재활의학. 서울, 군자출판사, pp 304-310, 2003.
6. 김민수 외. 횡단성 척수염 2례에 대한 증례 보고. 한방재활의 과학회지 12(3):129-139, 2002.
7. 裴元永. 횡단성 척수염에 대한 증례 보고. 대한침구학회지 10(1):51-59, 1993.
8. 전국 한의과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 서울, p 436, 451, 1999.
9. 양유걸. 황제내경소문석해. 서울, 정보사, pp 30, 95-99, 209, 268-269, 328-335, 1980.
10. 楊思樹. 中醫臨床大典. 북경, 북경과학출판사, pp 502-511, 1999.
11. 董祖平. 董氏의 刺針治療를 통한 尿瀦留治療. 河北中醫, p 105, 1986.
12. 중의연구원. 중의증상감별진단학. 북경, 인민위생출판사, p

- 191, 192, 1987.
13. 김창완 외. 마비질환클리닉. 서울, 도서출판정담, pp 139-143, 1996.
 14. 최혜영, 박형천, 정태섭. 횡단성 척수염의 자기공명영상소견: T2 강조 영상 중심으로. 대한방사선의학회지 34(2):193-199, 1996.
 15. Berman, M., Felman, S., Alter, M., Zilber, N., Kahana, E. Acute transverse myelitis: Incidence and etiologic consideration, Neurology 31: 966-967, 1989.
 16. 남상경 외. 비증의 분류 및 증상에 대한 문헌적 고찰. 동서의학, 17(3):36-56, 1992.
 17. 楊思樹, 중의임상대전, 북경, 북경과기출판사, pp 502-511 1991.
 18. 이재수 외, 내경의 원리를 기반으로 한 비증에 대한 연구. 동서의학 20(3):83-92, 1995.
 19. 龔信. 萬病回春. 香港, 人民衛生出版社, p 201, 1980.
 20. 尹用甲. 동의방제와 처방해설. 도서출판 醫聖堂, pp 342-343, 1998.
 21. 최무환. 동씨침구학. 서울, 일지사, pp 17-25, 48, 78, 158, 159, 1998.
 22. 김호진, 장기현, 김성훈, 김광기, 이용석, 이광우. 척수 자기공명영상을 통한 특발성 급성 횡단성 척수증과 척수다발성 경화증의 감별. 대한신경과학회지 17: 651-660, 1999.
 23. 양유걸. 양유걸 전집. 서울, 대성의학사, pp 435-451, 2003.
 24. 박창국. 위증의 치법에 대한 문헌적 고찰. 동서의학 17(4): 116-121, 1992.
 25. 김성수, 금동호. 위증에 대한 문헌적 고찰. 동국한의학연구소 논문집, 7(2):81-95, 1997.