

요통을 호소하는 ALS환자에 대한 한의학적 치료 효과 증례 보고

연창호 · 박현건* · 조용기 · 정재영 · 이상민 · 김성수

경희대학교 한의과대학 한방재활의학과교실
*경희대학교 부속한방병원

The Clinical Case of Oriental Medical Treatment at Tender Point for Patient with Lower Back Pain Suggesting of Amyotrophic Lateral Sclerosis

Chang-Ho Yeon · Hyun Gun Pak* · Yoong-Ki Jo · Jae-Young Jung · Sang-Min Lee and Sung-Soo Kim

Department of Oriental Rehabilitation Medicine, Hospital of Oriental Medicine, Kyung-hee University
*Hospital of Oriental Medicine, Kyung-hee University

Objectives : This study was performed to report the effect of oriental medical treatment in the lower back pain(LBP) with amyotrophic lateral sclerosis(ALS).

Methods : A 32-years-old man who diagnosed as ALS was admitted with LBP. We treated him by burning acupuncture, herbal medicine, acupuncture, electroacupuncture, moxibustion, cupping therapy and physical therapy from 11th May 2010 to 10th June 2010.

Results : After treatment, there was improvement in LBP. Pain Intensity estimated by visual analog scale(VAS) as percentile Pain Intensity Difference(PID), Korean Oswestry Disability Index(KODI) was also improved. Korean version of Amyotrophic lateral sclerosis Functional rating scale-revised(K-ALSFRR-R) shows that the patient's physical ability has been improved.

Conclusions : Our study suggests that oriental medical treatment are significantly effective in the LBP due to ALS. And further studies will be aid to identify underlying mechanism of treatment.

Key words : oriental medical treatment, lower back pain, amyotrophic lateral sclerosis

I. 서 론

근위축성측삭경화증(amyotrophic lateral sclerosis, ALS)은 운동신경원 질환의 하나이다. 운동신경원 질환은 신경계의 여러 부위의 운동신경세포가 손상 받는 일련의 질환군으로서, 특히 피질척수로와 전각

세포가 혼합되어 퇴행성 병변을 보일 경우 ALS로 부른다. 2-4년의 짧은 기간 내에 점진적이고 심한 근력 마비를 보이고 종국에는 호흡근 마비로 사망하는 신경계 퇴행성 질환 중 가장 파괴적인 형태라 할 수 있다^{1, 2)}.

ALS는 전체적으로 남자에서 1.5배 정도 높게 나

타나는 경향을 보인다. 발병 연령은 16~77세로 다양하다. ALS의 국내 발병율과 유병율은 명확하게 밝혀져 있지 않지만 2005년 조사된 추정자료에 의하면 국내에는 1,300명 정도가 이환된 것으로 추정된다⁶⁾. 50%에서는 3년 정도 생존한다고 하나 경우에 따라서는 10년 이상 생존하는 경우도 있다. 인후두부근육, 상하지, 몸통 근육 등의 약화가 ALS의 특징적인 임상양상이다²⁾. 다른 신경근육계 환자에 비해, ALS에서 통증을 호소하는 환자의 비율이 61%로 높으며, 가장 주된 통증 부위는 허리, 어깨, 목이었다⁴⁾. 관절의 아탈구, 신전근의 약화에 의한 견인 등이 통증 발생과 관련이 있을 것으로 생각되나 인과 관계에 대한 체계적인 연구는 부족한 상태이다.

한의학에서腰痛의 증상은 『黃帝內經』에서는 “是動則病衝頭痛, 目似脫, 項如拔, 脊痛, 腰似折, 髀不可以曲”이라 하였고 그 외 허리의 관절가동범위가 감소하는 양상에 대하여 “病在此者, 主癰瘦及瘰, 在外者不能伸, 在內者不能仰.”이라 표현하였다⁵⁾.腰痛의 원인으로서는 여러 의가에 의해腎虛, 濕, 風, 氣 등도 원인으로 거론되었고, 그에 대한 처방 또한 언급되었다⁶⁾.

근위축성측삭경화증의 경우 한의학적 임상 보고가 드물며 한방적 치료가 어떤 효과를 미치는지에 대한 보고가 거의 없는 실정이다⁷⁾. 이에 본 저자는 2010년 5월 11일부터 2010년 6월 10일까지 본원에서 입원치료 중인 ALS로 진단받은 요통 환자 1명을 대상으로 질병진행의 정지 또는 증상의 호전을 목적으로 침치료, 한약치료, 전침치료, 화침치료, 부항치료, 뜸치료 및 기타 이학요법을 통해 유효한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 증 례

32세의 남성 환자로 2008년도부터 진행성의 근력 약화가 발생하여 모 병원 방문하여 영상의학적 및 전

기신경학적 검사상 운동신경원질환으로 진단받고 보존적 치료 중 2010년 3월경 요통 발생하여 본원 외래를 통해 입원하였다. 본원 내원당시는 약화된 근력은 다소 회복되어 구음장애의 수준이 경미하였으나 보행이 불안정하여 계단을 오르내리거나 빠른 속도로 보행할 때 낙상의 위험이 높은 상태였고, 그밖에도 요통, 경항통, 근연축 양상이 보였다.

환자는 얼굴이 붉은 편이었고 평소 수면은 양호하였으나 입원 후 주변 환경에 의해 깊이 잠들지 못하는 양상 보였다. 또한 오심, 구역감, 두통 등의 증상을 자주 호소하였으며 동작을 시도하는 때 순간 허리에 통증이 발한다고 하였다. 복용하는 약물이나 기타 기저질환은 없었다. 본원 입원 당시 생화학적 검사, 혈액학적 검사, 심전도 검사, 요추, 흉부의 방사선 검사 결과는 정상이었다. 신경학적 검사 소견으로는 양측 주관절과 슬관절의 심부건반사가 항진되어 있었으며, 족관절에서는 양측성으로 간대성 경련 양상을 보였다. 수지부 근육은 위축 및 약화되어 있었다. 사지에서 불규칙적인 연축반응이 간헐적으로 발하였다.

2010년 5월 11일부터 2010년 6월 10일까지 본원 입원기간동안의 치료는 침구치료, 화침요법, 전침치료, 약물요법 및 부항요법, 기타 물리치료 요법으로 병행하여 이루어졌다.

침구치료에서 침은 호침(동방침구제작소, 0.25×40mm)을 사용하였으며, 주로 手太陽經, 足太陽經, 足陽明經, 足少陰經, 督脈經상의 穴들을 取穴하였고 경우에 따라 阿是穴을 병행하여 1일 1-2회, 호침은 약 10-30 mm, 장침은 약 30-40 mm의 깊이로 자침 후 30분간 留鍼하였다. 화침은 장침(동방침구제작소, 0.40×50mm)을 사용하였으며, 주로 요부의 압통점 및 경결점을 취혈하였고 점화기로 가열하여 뜨거운 감각을 느끼기 시작한 후 3-4초간 가열을 지속한 뒤 발침하였다. 전침치료는 요방형근의 발통점과 양측 대퇴사두근 및 전경골근에 전침을 연결하였으며 전침은 제주파치치료기(STN-111, Stratek Co., Korea)

로 하였고 환자가 자극을 느끼고 근육에 가벼운 수축이 일어나는 정도까지 증가시켜 유지하였다. 약물치료는 증상의 원인을 水濕 및 濕熱으로 보고 澤瀉, 山藥, 葛根, 熟地黃, 白茯苓, 蓮子肉, 藁本, 人參, 豬苓, 天門冬, 黃芩, 車前子, 肉桂, 麥門冬, 升麻, 山茱萸, 知母, 白朮, 遠志, 白芷, 石膏, 石菖蒲, 蘿菘子, 黃連, 羌活, 酸棗仁炒, 桔梗, 獨活, 甘菊, 防風, 竹茹, 荊芥 등의 祛風濕, 通經絡, 強筋骨 등의 효능이 있는 약재를 증상에 따라 加減配合하여 활용하였다. 이외 환자의 膀胱經을 따라 유주부항을 시행하였고, 통증 호소 부위를 위주로 직접수술을 1일 1회 시행하였고, 본원 척추재활치료실에서 정형추나, 극초단파, 기능적 전기자극치료를 주5회 퇴원 시까지 시행하였다.

통증은 시각적 상사척도(VAS)를 사용하여 평가하였으며⁸⁾, VAS는 눈금이 없는 10.7cm의 선상에 표시한 거리를 측정하여 소수점 아래 한 자릿수로 반올림하여 계측하였다. 최근 연구 결과에 따르면 통증 변화의 추이를 관찰할 때에는 VAS의 수치 자체보다 백분율로 환산하는 것이 증상의 변화를 보다 분명하게 반영할 수 있다는 연구 결과에 근거하여⁹⁾, 다시 백분율로 환산하여 변화의 추이를 관찰하였다.(percentage pain intensity difference, Percentile PID) 통증에 의한 기능장애의 정도는 K-ODI를 사용하였다¹⁰⁾. ALS 증상의 정도는 Korean version of ALS functional rating scale-revised(K-ALSFRS-R)를 활용하였다¹¹⁾. 치료경과는 다음과 같다(Figure 1-3, Table 1).

2010년 5월 11일 본원 내원 당시, 환자는 경도의 근력저하로 인해(motor grade IV+) 장시간 보행 및 계단 오르내리기가 어려운 양상을 보였으며, 침대에서 자세를 바꾸거나 누운 자세에서 일어나거나 다시 앉는 등의 동작을 시행할 때 매번 허리에 통증을 느끼는 양상이 보였다. 수면 중 자세를 바꿀 때도 요통이 발생하여 몇 차례 잠에서 깨어난다고 하였다. 환자가 요통을 가장 강하게 느끼는 시기는 앉아서 식사

한 직후라고 하였다. 대소변 장애나 호흡장애는 보이지 않았으나, 구강근육의 미세한 근력저하로 인해 약간의 구음장애가 나타나고 있었다. 근육의 위축은 주로 수지부에서 나타났으며, 하지부나 상완, 전완부위에는 특별히 보이지 않았다. 주관절, 슬관절에서 간헐적 속상연축이 하루 4-6회 정도 관찰되었다. 후두부 혹은 전두부의 통증을 다소 호소하고 있었다. 요통의 강도는 VAS 2.4이었다. K-ALSFRS-R은 39점이었으나 4개의 항목(웃입기와 위생, 누운 자세에서 몸돌리기 침대모포 정리하기, 걷기, 계단오르기)에 대한 K-ALSFRS-R 점수는 16점 만점에 7점으로 걷기, 계단오르기, 누운 자세에서 몸돌리기가 1점으로 비교적 어려웠고 웃입기와 위생이 2점이었다. 다른 8개의 항목에서는 결함이 보이지 않았다. K-ODI는 16점으로 물건 들기, 앉기, 서있기의 점수가 3점으로 비교적 높았다. 한약처방은 利水除濕을 목적으로 澤瀉, 山藥, 熟地黃, 白茯苓, 蓮子肉, 藁本, 人參, 豬苓, 天門冬, 黃芩, 車前子, 肉桂 등의 약재를 증상에 따라 가감배합하여 이루어졌다.

2010년 5월 16일 후두통 및 요통이 발생하였다. 후두통에 대하여는 飛揚, 至陰穴에 원위취혈 하였고, 요통에 대하여는 요부 압통점에 화침 시술하였다. VAS는 1.7로 감소하였다. K-ALSFRS-R는 총점 43, 결함이 있는 상기 4가지 항목에서는 16점 만점에 11점으로 전체적으로 기능수행능력이 향상되었으며 웃입기와 위생 영역에서 특히 점수가 상승했다. ODI는 14점으로, 점수가 높았던 앉기와 서있기 영역에서 점수가 감소하였다. 그러나 물건 들기의 점수는 호전되지 않았다.

2010년 5월 21일 보행시 체중의 중심이 흔들리는 정도가 감소하였다. VAS는 1.7로 유지되었다. 그러나 아직 수면을 방해할 정도의 통증이 나타나고 있다. K-ALSFRS-R은 44점으로, 4가지 항목에 대하여는 12점으로 상승하였고, K-ODI는 13점으로 감소하였다.

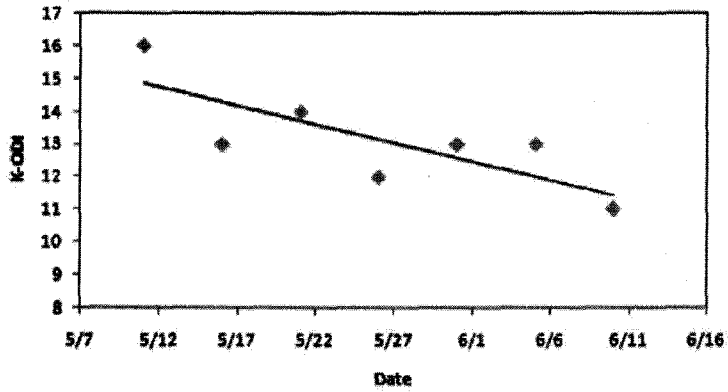


Fig. 1. Change on K-ODI*.
*K-ODI : Korean Oswestry disability index

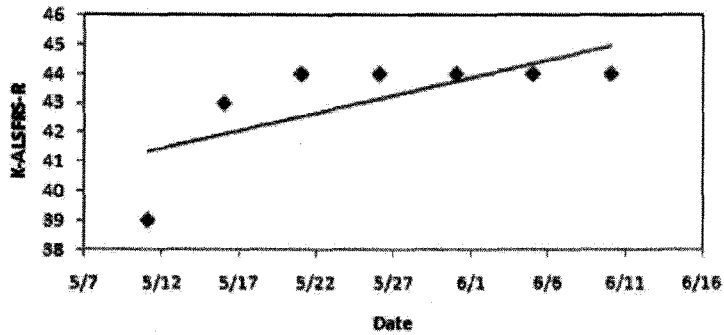


Fig. 2. Change on K-ALSFRS-R*.
*K-ALSFRS-R : Korean version of amyotrophic lateral sclerosis functional rating scale-revised

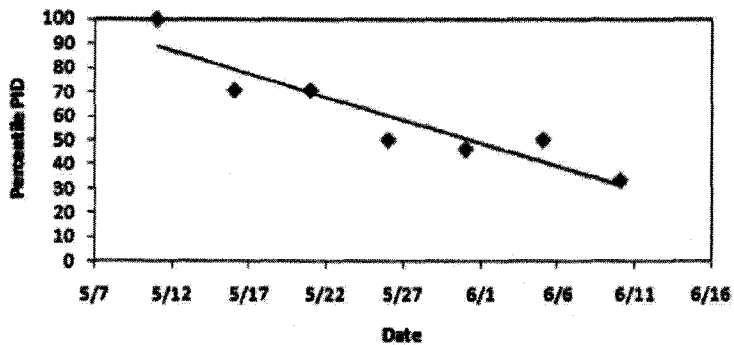


Fig. 3. Change on VAS as percentile PID*.
*PID : Pain intensity difference

Table I. Change of the Patient's K-ALSFRS-R

	5/11	5/16	5/21	5/26	5/31	6/5	6/10
Speech	4	4	4	4	4	4	4
Salivation	4	4	4	4	4	4	4
Swallowing	4	4	4	4	4	4	4
Handwriting	4	4	4	4	4	4	4
Cutting Food and Handling Utensils	4	4	4	4	4	4	4
Dressing and Hygiene	1	3	3	3	3	3	3
Turning in Bed and Adjusting Clothes	2	3	3	3	3	3	3
Walking	2	3	3	3	3	3	3
Climbing Stairs	2	2	3	3	3	3	3
Breathing	4	4	4	4	4	4	4
Orthopnea	4	4	4	4	4	4	4
Respiratory Insufficiency	4	4	4	4	4	4	4
Total	39	43	44	44	44	44	44

2010년 5월 26일 상반신이 좌우로 흔들리는 양상은 거의 관찰되지 않는다. 하지의 속상연축이 한동안 나타나지 않고 있다. VAS는 1.2로 처음의 1/2로 감소하였다. K-ALSFRS-R은 44점으로, 기능수행이 온전하지는 않지만 기존에 비해 기능수행에 소요되는 시간이 단축되는 양상을 보였다. ODI는 12점으로 감소하였다.

2010년 5월 31일 계단을 내려오는 시간이 단축되고, 하지근육의 강직 정도가 감소하였다. 통증의 강도는 VAS 1.1로 감소하였고 수면 중에 잠을 깰 정도의 통증이 발생하는 빈도는 4-5회에서 1-2회로 감소하였다. K-ALSFRS-R은 44점이었으며, ODI는 13점이었다.

2010년 6월 5일 보행양상, 기능수행능력은 향상된 상태를 유지하고 있다. 통증은 VAS 1.2이다. K-ALSFRS-R은 44점, ODI는 13점으로 큰 변화가 없었다.

2010년 6월 10일 통증이 더 감소하여 VAS 0.8이었으며, K-ALSFRS-R, ODI는 점수상 큰 변화가 없

었다. 보행기능 호전을 통한 일상생활 복귀는 물론, 통증에 대한 입원치료의 목적을 달성했다고 판단하여 입원치료 종결 후 가료하기로 하였다.

Ⅲ. 고 찰

ALS는 대뇌와 척수의 상위운동신경세포와 하위운동신경세포의 사멸에 의한 난치성, 비가역 신경퇴행성 변화를 특징으로 하는 운동신경원성 질환으로 초기 침범 부위에 따라 연수형, 사지형, 혼합형으로 나누기도 하고¹²⁾, 운동신경의 경로 기준으로는 전두엽치매, 가성연수마비, 진행성 연수마비, 원발성 축삭경화증, 진행성 근위축증으로 나누기도 한다¹⁾.

원인에 대해 아직 정확히 밝혀진 것은 없으나 면역, 염증인자, 글루탐산 독성, 산화성 손상, 유전적 요인, 칼슘 매개성 손상, 세포내 비정상적인 단백질 침착 및 신경성장인자 결핍 등의 상호작용을 통하여 발병하는 것으로 추정된다. 치료로서는 항글루타메이

트 체계인 Riluzole이 유일하게 병의 진행을 늦춘다는 보고가 있지만 유병기간이 길수록 효과가 떨어지고 부작용으로 폐기능 저하, 간효소장애, 오심, 무력, 복통 등이 복용 후 3개월부터 발생할 위험이 있어 최근에는 줄기세포에 의한 치료법이 시도되고 있다³³⁾. 그 밖에도 항산화약물, 항염증 및 세포독성억제 약제들이 시도되거나 임상시험중에 있다⁴⁾.

ALS의 임상양상은 전두엽성 치매, 가성 연수마비, 진행성 연수마비, 원발성 측삭경화증, 진행성 근위축증으로 크게 다섯 가지로 나눌 수 있다. 전두엽성 치매 증상은 ALS 환자의 3~5%에서 관찰되며 가족성 ALS에서 빈번하다. 가성 연수마비는 외신경을 지배하는 피질연수경로의 변성에 기인하며, 연하, 표정, 저작에 어려움이 생기며 간헐적으로 자발적인 울음과 웃음의 폭발이 나타난다. 구역반사는 항진된다. 진행성 연수마비는 가성 연수마비와 달리 하부운동 신경원성 징후가 나타나, 특징적으로 혀가 위축되고 접히는 양상을 보인다. 원발성 측삭경화증은 상지 신전근, 하지 굴곡근에서 현저한 근력약화가 나타나며, 근긴장도와 반사항진이 나타난다. 진행성 근위축증은 속상수축, 근위축, 근경련이 흔하게 나타난다. 이를 초기 증상 중심으로 보면 크게 사지증상과 구마비 증상으로 구분할 수 있으며, 사지증상이 75%, 구마비 증상이 25%에서 초기에 나타난다. 진행이 되면 두 증상이 같이 나타날 수 있다.

본 환자의 경우, 현재 주된 증상이 구마비증상보다는 사지증상에서 현저하다. 근긴장의 증가보다는 위축과 속상연축반응이 보다 자주 나타나므로, 진행성 근위축증 유형의 ALS로 시작되었다고 생각할 수 있다.

진단에는 침근전도, 신경전도검사, 자기공명영상, 갑상선 및 칼슘에 대한 검사 등을 필요로 하며, 본 환자는 2008년 당시 뇌 자기공명영상과 근전도, 신경전도 검사소견을 통해 ALS로 진단을 받았다¹⁾.

최근 6개월 내 요통을 앓은 사람이 인구의 40%에

달하며, 인구의 84%가 일생 중 요통을 경험하는 것으로 알려져 있다. 대부분의 급성 요통은 특별한 치료 없이도 호전되나, 만성화되면 요통으로 인한 장애를 일으키게 된다²⁾. 본 환자에서 나타난 요통은 비록 급성적이긴 하지만 ALS라는 기저질환의 특성상 근력의 진행성 약화에 의해 만성적 경과를 밟게 될 수 있다. ALS 환자에서 통증이 발생하는 원인은 비록 정확하게 밝혀진 것은 없으나, 근력의 약화로 인한 과신전이 근방추에 지속적인 장력부하를 줌으로써 발통점이 생기는 것으로 추측할 수 있다. ALS 환자의 경우 치료방침 자체가 대증치료를 위주로 하므로, 통증이 만성적 경과를 밟게 되는 것을 막기 어렵다고 볼 수 있다. 그런 측면에서 ALS 환자가 호소하는 요통은 한의학적 치료방법을 통한 접근을 고려해 볼 수 있는 영역이다. 또한 본 환자는 요통을 유발할 소지가 있는 다른 병변을 의심할 수 있는 근거가 없으며, 후두부와 경부의 통증이 동반되는 양상으로 미루어 보아 ALS로 인한 근력저하가 이완성 구축상태를 유발함으로써 통증이 나타나는 상태라고 생각할 수 있다.

기존 연구에 따르면 ALS는 한의학의 痿證과 유사한 병증이다. 痿證은 肢體의 筋脈이 弛緩되어 手足이 痿軟無力함으로 말미암아 隨意的 運動을 할 수 없는 것을 특징으로 하는 一種의 疾病이라고 할 수 있으며 갑자기 突發的으로 발생하거나 혹은 서서히 발병하며 輕者는 軟弱無力하나 重者는 廢不用하고 심하면 생명이 위협할 수 있는 질병이다³⁵⁾. 『東醫寶鑑』에 따르면 “腎氣熱爲骨痿則腰脊不舉”라 하여 痿證 자체에 腰痛이 발생할 수 있는 병리가 존재한다. 본 환자의 腰痛의 증상의 특징은 뒷목과 어깨, 슬와 의 통증이 동반되어 있으며 굴곡시 통증이 발생하여 굴곡에 제한이 발생하는 양상이 보이고 있다. 이런 양상에 대해 『黃帝內經·靈樞 第十·經脈篇』에 “是動則骨衝頭痛, 目似脫, 項如拔, 脊痛, 腰似折, 髀不可以曲, 膕如結, 蹠如裂, 是爲蹠厥. 是主筋所生病者, 痔,

瘡, 狂, 癲疾, 頭顛項痛, 目黃, 淚出, 魘衄, 項·背·腰·尻·腳蹠·脚皆痛, 小指不用.”라 하였고, 『靈樞第十三·經筋篇』에 “足少陰之筋, 起于小指之下, 竝足太陰之筋, 邪走內踝之下, 結于踵, 與太陽之筋, 合而上結于內輔之下, 竝太陰之筋而上循陰股, 結于陰器, 循脊內, 挾膂上至項, 結于枕骨, 與足太陽之筋合. 其病足下轉筋, 及所過而結者皆痛及轉筋. 病在此者, 主癰瘻及瘻, 在外者不能俛, 在內者不能仰. 故陽病者腰反折不能俛, 陰病者不能仰. 治在燔鍼劫刺, 以知爲數, 以痛爲輸, 在內者熨引飲藥. 此筋折紐, 紐發數甚者, 死不治, 名曰仲秋痺也.”라 하여, 足太陽膀胱經의 是動病, 所生病에서 허리의 통증이 나타날 수 있다고 하였으며, 足少陰經筋은 足太陰經筋과 足太陽經筋과 합하고, 足少陰經筋의 病이 陽에 있으면 허리를 숙이지 못한다고 하였다. 이에 따르면 본 환자의 요통은 위 증 중에서 골위의 병리에 기반을 두었을 것으로 추정되며, 증상상 뒷목과 어깨, 슬와의 통증이 있으며 굴곡시 통증이 발생하여 굴곡에 제한이 발생하는 양상으로 보아 足太陽經筋과 足少陰經筋 사이의 문제가 원인이 되었다고 볼 수 있겠다.

이에 저자들은 『靈樞·經筋篇』에 제시된 燔針의 치료법에 가장 가까운 화침치료를 시도하였으며, 한약치료도 이에 준하여 처방하였다. 또한 상기한 대로 ALS에서의 통증이 근력 약화에 기인할 수 있으므로 근육의 수축력을 강화할 수 있는 전침치료를 시행하였다. 그밖에도 침구, 한약 및 기타 이학요법을 통해 치료한 결과 유효한 결과를 얻었다.

증례에서 환자는 ALS를 진단받은 이후 보존적 치료를 통해 증상의 진행이 상당히 지연되어 왔으나 2010년 3월경 요통이 심화되었다. 입원 당시 VAS는 2.4, K-ALSFRS-R은 39점, K-ODI는 16점이었다. 입원기간동안 정해진 시간에 제반 시술을 시행하였으며, 매번 V/S를 점검하였고, VAS, K-ALSFRS-R, K-ODI 등을 객관적인 평가 도구로 활용하였다. 입원 기간 중 이러한 수치의 지속적인 변화 및 기타

다양한 임상양상이 관찰되었으며, 침구요법, 약물요법, 부항요법, 이학요법 등을 통해 점차 통증의 감소와 기능수행능력의 회복 등 기타 평가 척도상의 호전을 보였다. VAS는 2.4에서 0.8로 감소하였으며, percentile PID로는 70%의 통증이 감소했다고 볼 수 있다. K-ODI에서는 주로 앉는 기능과 서는 기능의 호전양상이 두드러졌다. K-ALSFRS-R에서는 불편감을 호소했던 네 가지 영역에서 고른 향상을 보였다. 이상의 문헌 고찰과 증례의 임상양상 및 검사소견을 종합하여 저자는 환자의 상태를 족태양경근의 병변의 범주로 보아 적절한 한약을 투여하였고, 침구치료를 통해 입원기간 내 1일 1-2회에 걸쳐 지속적으로 환부에 적절한 자극을 주었으며, 또한 통증에 효과가 있다 보고되었던 화침¹⁶⁾ 및 경직의 완화를 통한 운동기능 회복에 효과가 있다 보고되었던 전침¹⁷⁾을 병행하였던 방법이 보행장애 및 요통 등 환자가 호소하는 제반 증상을 호전시킨 주된 이유라 사료된다. 그러나 K-ALSFRS-R 점수의 상승이 ALS 병변의 호전에 기인했는지, 요통 증상의 호전에 기인했는지는 불분명하며, 이론적으로는 ALS 병변이 호전되었다기보다는 요통 증상이 호전되었기 때문이라는 것이 보다 유력할 것으로 보인다.

본 연구의 제한점은 증례가 단지 1례에 불과하며, 여러 복합적인 치료가 동시에 이루어졌기 때문에, 각각의 구체적 치료 기전을 밝히기에는 무리가 있다는 점이다. 보다 많은 증례가 보고된다면 ALS로 인한 요통에 대해 한의학적 치료가 적극적으로 이루어질 수 있으리라 생각되며, 향후 이에 좀 더 지속적인 연구가 있어야 할 것으로 사료된다.

IV. 요 약

ALS를 진단받았으며 2010.5.11부터 2010.6.10까지 OO한방병원에 입원한 요통을 호소하는 남환에 대해

여 화침치료, 전침치료, 침치료, 구치료, 약물치료, 이학요법 등을 시행한 결과 K-ODI, VAS, K-ALSFRS-R 등의 평가 항목에 대하여 호전 경향을 보였다.

ALS는 기본적으로 진행성 경과를 밟는 질환이기 때문에, 병의 진행을 늦추는 것과 대증치료를 통해 삶의 질을 높이는 것이 중심이 된다고 볼 수 있다. 본 환자의 경우 상기 한의학적 처치에 의해 일정한 효과가 나타났다. ALS에서 수반되는 요통의 호전에 의해 기능수행능력이 향상된 결과라고 볼 수 있다. 이는 한의학적 치료 방법이 ALS 환자의 치료에 있어서 통증을 감소시키고 일상생활에서의 기능수행능력을 향상시킴으로써 삶의 질을 높이는 대증치료의 역할을 수행할 수 있다는 단서라고 할 수 있다. 치료 효과의 검증을 위해서는 추후 지속적인 증례 연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 참고문헌

1. Kenneth W. Lindsay. 임상신경학. 서울:이퍼블릭. 2006:794-800.
2. 한태륜, 방문석. 재활의학. 서울:군자출판사. 2008:697-700, 761.
3. 김성철, 나원민, 임나라, 이도상, 장은하, 송봉근. 근위축성측삭경화증에 대한 한방 치료의 임상선행연구. 대한약침학회지 2009;12(1):53-4.
4. Jensen MP, Abresch RT, Carter GT, McDonald CM. Chronic pain in persons with neuromuscular disease. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2005;86:1155-63.
5. 김달호. 주해보주황제내경영추. 서울:의성당. 2002:328-32, 421-53.

6. 김재규. 침구과영역에 있어서의 요각통에 관한 임상적 관찰. 경희대 논문집. 1980;3:175-90.
7. 변미권, 김진영, 심성흠, 김기탁, 김종득, 박동일, 감철우. 근위축성측삭경화증의 한방적 치료에 대한 증례3례. 대한한방내과학회지. 2007;28(4):937-8.
8. 허수영. 요통환자의 동통평가에 대한 고찰. 동서의학. 1999;24(3):17-29.
9. Farrar JT, Polomano RC, Berlin JA, Strom BL. A comparison of change in the 0-10 numeric rating scale to a pain relief scale and global medication performance scale in a short-term clinical trial of breakthrough pain intensity. Anesthesiology. 2010; 112(6):1464-72.
10. Jeon CH, Kim DJ, Kim SK, Kim DJ, Lee HM, Park HJ. Validation in the cross-cultural adaptation of the Korean version of the Oswestry disability index. Journal of Korean Medicine Science. 2006;21(6):1092-7.
11. 김현영, 박기형, 고성호, 이승철, 남유현, 김주한, 김승현. 한글판 Amyotrophic lateral sclerosis functional rating scale-revised : 신뢰도와 타당도에 관한 예비연구. 대한신경과학회지. 2007;25(2):149-54.
12. 이광우. 신경과학. 서울:범문사. 2005:406-9.
13. 김현영, 백진영, 박희경, 최미란, 윤현수, 김경숙. 근위축성측삭경화증 환자에서 자가 골수유래 중간엽 줄기세포 치료의 유효성 및 안전성. 대한신경과학회지. 2009;27(4):163-9.
14. Kim SH. Diagnosis and therapeutic strategies of amyotrophic lateral sclerosis. Hanyang Medical Reviews. 2006;26(1):44-51.

15. 김용성, 김철중. 위증에 대한 동의학적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2000;8(2):211-43.
16. 김현석, 홍서영, 오민석. 천장관절증후군에 대한 화침치료 1례 보고. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2007;16(1):133-8.
17. Kang SK, Kim YS. Effectiveness of electroacupuncture on spasticity in stroke patients. Journal of Oriental medicine. 1997;2(1):25-32.