동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 16. No. 2, 2005

하지마목으로 진단된 환자 치험 1例

이수정 , 강형원 , 류영수 , 김태헌
원광대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

Treatment of Acute Transverse Myelitis : a case report

Su-Jeong Lee, Hyung-Won Kang, Yeong-Su Lyu, Tae-Heon Kim
Department of Neuropsychiatry Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University

ABSTRACT

Acute Transverse Myelitis is a syndrome, not a disease, in which acute inflammation affects gray and white matter in one or more adjacent thoracic segments. Almost all patients will develope ascending weakness and numbness of feet and leg, difficulty voiding, urinary retention, and loss of bowel control.

We concluded this case to MAMOK(마목) due to Qi ascent, Qi deficiency, Qi stoppage(상기, 기허, 기체). So we used herbal medication, acupunture, and homeopuncture according to oriental medical theory.

Weakness and numbness of feet and leg, difficulty voiding, urinary retention, and loss of bowel control are reduced.

Herbal medication, acupunture, and homeopuncture helped the care of this syndrome and further studt will be investigated in oriental medicine for this syndrome.

Key word : Acute Transverse Myelitis, inflammation, thoracic segments

◆ 투고:10/19, 수정:11/9, 채택:11/10
교신저자: 이수정, 광주광역시 남구 주월동 543-8 원광대학교 광주한방병원 신경정신과학교실
TEL. 062-670-6472 FAX. 062-670-6767 E-mail: crystalom@naver.com

Ⅰ. 緖 論

급성 횡단성 척수염이란 질병이 아닌 하나의 증후군으로서, 급성 염증이 하나 혹은 그 이상의 인접한 흉추 분절들에 있는 백질과 회백질을 침범하는 것을 말하는 것으로[1] 병변이 척수의 횡단면상으로 퍼져 종적인 연결이 차단되어 나타나는 척수의 기능장애 증후군이다. 발병은 거의 모든 연령에서 남녀성별의 구별 없이 발생하며[2] 건강한 사람에게서 갑자기 양측하지 근육의 마비와 배뇨, 배변 장애등 다양한 지각 장애가 나타난다[3,4]. 증상의 중한 정도에 비해 일반적인 지지요법 외에는 특별한 치료법이 없으며 예후는 3분의 1정도에서 비가역적인 신경학적 후유증을 남긴다고 보고 되고 있다[5]. 횡단성 척수염은 주증상이 감각장애와 운동소실로서 운동소실에 초점을 맞춰 痿症으로 辨證한 증례보고[5,6]와 상하지 저린감을 위주로 감각장애에 초점을 맞춘 痺症으로 辨證한 증례보고[7]가 있다.

한의학에서 痲는 "雖不知痒痛이나 尙覺氣微流行"하고, 木은 "氣亦不覺流行하며, 혹은 風邪走注皮膚中如蟲行"하는 것으로서 痲木은 四肢 혹은 전신의 감각장애를 일으키는 상태를 말하며, 원인으로는 榮衛氣虛, 外感風寒濕, 七情氣鬱, 氣不行, 氣虛 등이 있다.

본 증례의 경우는 심한 스트레스가 있은 뒤 운동장애와 감각장애, 배변, 배뇨 장애의 증상이 보였으며 각종 이학적 검사상 별다른 특이소견을 보이지 않았으나 신경해부구조에 따른 증상과 일치하여 양방병원에서 횡단성 척수염 의증으로 진단받고 본원에 내원한 환자로서 韓醫學的으로는 上氣와 氣虛, 氣滯로 인한 痲木으로 辨證되어 2005년 5월 21일부터 29일간 침구치료와 약물요법을 사용하여 유의한 효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 症 例

1. 환자

주**, F/44

2. 주소증

1) 제 7흉추신경 이하부위에서의 감각마비, 운동기능저하
2) 大小便不利 (殘尿感, 殘便感)
3) 背心一點痛
4) 上熱感, 心悸, 怔忡, 眩暈, 口乾, 口渴, 口苦, 不眠

3. 발병일

2005년 5월 14일

4. 과거력

1) 고3학년 : 정신과 상담치료
2) 2004년 : 과로로 W병원에 3일간 입원치료
3) 2005년 : 5월16일 상기 증상으로 J병원에 6일간 입원치료

5. 현병력

1) 가족, 직장 문제로 심각한 정신적 스트레스 있었으며, 폭식(특히 육식)으로 인한 급격한 체중의 증가(4-5kg)
2) 05년 5월14일 :남편과 언쟁도중 顴中과 至陽穴부위에서 갑작스런 극심한 통증이 발생하여 W양방병원에서 진통제(모르핀) 주사 맞았으나 통증 호전 없음. 심전도 및 혈액검사상 정상으로 진단받고 귀가 후 수면.
3) 05년 5월15일 : 기상 후 下腹部 痲木感, 하지부 운동·감각의 저하 - 步行不可, 尿閉 증상 발생
4) 05년 5월16일-21일 : J병원 입원, C-T spine MRI 검사상 정상. 횡단성

척수염의증으로 진단. 스테로이드 주사 제 3회, 양약, fluid 처치 – 보행과 배뇨장애 약간 호전, 감각 저하는 호전 없음.

6. 다축진단체계

Axis 1 : 300.11 전환장애(감각 증상 또는 결함이 있는 것)
Axis 2 : No diagnosis
Axis 3 : 횡단성 척수염 의증
Axis 4 : 경제적 문제로 인한 가정불화와 직장 내 스트레스
Axis 5 : GAF : (입원시) Rt. leg= 0점, Lt. leg=10점, Back=10점, Abdomen= 0점
(퇴원시) Rt. leg=35점, Lt. leg=80점, Back=80점, Abdomen=25점

7. 전신상태

1) 體形 :복부 및 하지부위 비만, 하체가 발달
2) 面色 : 委黃하고 얼굴에 기미가 多, 顔色微暗
3) 手足 : 冷
4) 腹證 : 腹診時 心下部, 中脘部에 통증호소. 臍下 冷感 심함.
5) 食欲 : 不好, 먹는 것으로 스트레스 해소
6) 消化 : 不好, 惡心 증상시 두통 병발하는 경향 있으나 현재는 안보임.
7) 睡眠 : 不好, 睡眠中 易醒
8) 大小便 :배변, 배뇨시 무력(배뇨 5분이상, 배변 20분 이상), 殘便感, 殘尿感 있음.
9) 舌 : 色淡黃, 苔薄白, 아침 기상시 口中 唾液 많음.
10) 脈 : 沈活

8. 진단명

1) 下肢痲木
2) 횡단성 척수염 의증

9. 치료기간

2005년 5월 21일부터 2005년 6월 18일까지 29일간 입원치료

10. 韓醫學的 辨證

大小便不利(殘尿感, 殘便感), 背心一點痛, 上熱感, 心悸, 怔忡, 眩暈, 口乾, 口渴, 口苦, 不眠 憂鬱 不安, 食慾 不好, 消化 不好, 睡眠 不好手足冷, 腹冷, 心下痛, 中脘壓痛, 面色 委黃, 舌淡黃 苔薄白, 脈沈滑하여 上氣, 氣虛, 氣滯로 인한 下肢痲木으로 辨證

11. 이학적 검사소견

1) 5월 22일 : Vital SignBP : 120/80,BT : 36.0℃,P : 72,R : 20, Chest, EKG : normal
2) 5월 23일 : CBC) Hb : 12, Hct : 35.6, MPV : 11.3
Chemi) A/G ratio : 2.1,T/G : 356,
UA) RBC : many(생리중), Ph : 5,occult blood : 2,Leukocytes : 2, WBC : 5-7
3) 5월 26일 : UA) protein : 10-20,RBC : 1-3,Epitherial cell : some,
occult blood : 0.15,Leukocytes : 500,WBC : many
4) 5월 27일-29일 : 3회 잔뇨량검사
5월 27일 100cc, 5월 28일 100cc, 5월 29일 10cc

12. 치료내용

1) 침구치료
(1) 體針 : 동방침 0.3*40mm 일회용 毫針으로 肝俞, 膽俞, 脾俞, 胃俞, 三焦俞, 膀胱俞, 腎俞, 足至陰 양측에 매일 자침
(2) 灸 :巨灸산업의 죽염쑥뜸으로 中脘, 關元, 神闕에 매일 뜸
(3) 藥針 : 대한 약침학회에서 제조하여 공급하는 紫河車 藥針 0.8-1cc를 25게이지 인

슐린주사기를 이용하여 穴位에 자입

5월25일 - 5월29일 : 격일로 三焦兪, 膀胱兪, 腎兪에 각 0.2cc 시술

6월02일 - 6월18일 : 매일 膽兪, 脾兪, 胃兪에 각 0.2cc 시술

2) 부항요법

膀胱經 1,2선상으로 대건부항을 이용하여 건부항, 至陽穴, 膻中穴 放血.

3)물리치료

(1) 5월28일 - 6월01일 : NDT(Bobath), Gait training, FES(경근 저주파요법)

(2) 6월02일 - 6월18일 : FES, US, ICT(경근 중주파요법)

4) 향기치료

라벤더 향을 이용하여 顔面部, 頭部 마사지와 함께 비강 흡입

5) 韓藥

(1) 5월21일 - 5월23일 : 秘傳降氣湯 (桑白皮 4g, 陳皮, 枳殼, 元柴胡, 甘草 各 2g, 地骨皮, 五加皮, 骨碎補, 茄子, 草果, 桔梗, 半夏 各 1.2g, 生薑 6g, 香附子 4g)

(2) 5월23일 - 5월26일 : 補中益氣湯 (黃芪 12g, 甘草, 白朮, 人蔘 各 8g, 當歸, 陳皮 各 4g, 升麻酒洗, 柴胡酒洗 各 3g, 木瓜, 烏藥, 香附子, 靑皮, 元防風, 川芎, 桂枝 各 4g)

(3) 5월26일 - 5월30일 : 蔘蘇飮加減 (桑白皮, 元柴胡 各 6g, 葛根, 甘草, 款冬花, 桔梗, 半夏薑制, 山査, 山藥, 蘇葉, 紫苑, 白茯苓, 前胡, 枳殼, 陳皮, 貝母薑制, 杏仁炒, 黃芩 各 4g, 生薑 3g, 大棗 2g, 玄蔘, 牛蒡子 各 3g, 白灼藥 8g, 桂枝, 神麴 各 6g, 竹茹 4g)

(4) 5월30일 - 6월03일 : 補中益氣湯

(5) 6월03일 - 6월07일 : 上下分消導氣湯 合 交感丹 (枳殼, 桔梗, 桑白皮, 川芎, 白茯苓, 厚朴, 靑皮, 香附子, 童便炒 各 8g, 半夏薑制, 黃連酒炒, 瓜蔞仁, 澤瀉, 木通, 檳榔, 麥芽炒 各 4g, 甘草 2g, 白茯神, 蒼朮, 黃柏 各 4g)

(6) 6월07일 -6월18일 : 三合湯 (葛根, 半夏薑制, 蘇葉, 香附子 各 7g, 羌活, 烏藥, 陳皮, 蒼朮 各 5g, 桔梗, 大棗, 麻黃湯浸, 白殭蠶, 白芷, 生薑, 赤茯苓, 枳殼, 川芎 各 3g, 甘草, 乾薑 各 2g)

6) 洋藥

(1) 5월21일 - 6월03일 : 조선대병원처방

리피토 10mg(한국화이자)1T#1, 마그밀(삼남제약)2T#2, 타메진캅셀(한일약품)2cap#2, 큐란 75mg 2T#2

(2) 6월03일 - 6월18일 : 본원처방

리피토 10mg(한국화이자)1T#1, 마그밀 (삼남제약)2T#2, 타메진캅셀(한일약품)2cap#2, 마루틴 150mg(한서)2T#2

13. 치료 경과

1) 5월 21일 : 입원당시 self walking. 하지무력감과 함께 흉추7번(T7) 이하로 온각, 통각 없음. 압각은 背部와 좌측 하지 외측에 미약하게 있는 정도, 胸悶, 心中悸

2) 5월 23일 : 하지무력증은 거의 없어지고 T7 이하의 감각 장애는 약간 호전. 압각, 촉각 미약하게 있음. 외상에 의한 상처가 背部에 3개 있으나 인지 못함. 背部 GAF 10, 腹部 GAF 10, Rt. leg GAF 10, Lt. leg GAF 50(온각, 냉각 약간 구별, 자침시 약간의 통각), 조금만 움직이면 汗出, 현훈 있으며, 소화불량, 胸悶

3) 5월 25일 : T7-T12 까지 자침시 통각과 온각, 냉각이 GAF 30으로 호전. T12-둔부 GAF 10, Rt. leg GAF 15, Lt. leg GAF 70, T7-T12까지 방광경1,2선상에 자하거약침 주사

4) 5월 26일 : 傷寒 咽痛, 頭痛의 外感 증세 있어 蔘蘇飮加減을 처방

5) 5월 28일 : 外感 증상 약간 호전.

T7-T12 GAF 30, T12-둔부 GAF 10, Rt. leg GAF 20, Lt. leg GAF 75

6) 5월 29-30일 : 외출 후 과로

7) 5월30일 : 귀원시 상태가 입원당시와 거의 동일하게 악화. T7-둔부 GAF 10(통각, 온각 없고 촉각만 미세하게 있음), 복부 GAF 0, Rt. leg GAF 0,Lt. leg GAF 20 (압각만 있음), 자하거 약침 시술 후 뻣뻣한 느낌만 약간 호전

8) 6월 2일 : 금일부터 매일 약침 시술. T7-L2 GAF 20, L2-둔부 GAF 10, 복부 GAF 10

9) 6월 3일 : 외출직전의 상태로 호전,Lt. leg GAF 70, Rt. leg GAF 20(통각 촉각 온각 약간씩 회복), 小便不利, 殘尿感, 殘便感은 약간 악화. 1분이상의 배뇨지연 있음.

10) 6월 5일 : Rt. leg GAF 20, Lt. leg GAF 75

11) 6월 7일 : 거의 변화 없음.

12) 6월 13일 : 복부 GAF 25, 배부 GAF 25(전체적으로 통각, 촉각은 호전. 온각, 냉각장애는 동일. Lt. leg GAF 75(온각 통각 촉각 모두 있음. 약간 둔하다고 느끼는 정도), Rt. leg GAF 25, 背心一點痛은 GAF 50으로 감소, 咳嗽 감소하였으나 한번 시작하면 발작적으로 5-6회정도 연거푸 함.

13) 6월 16일 : T7-L2 GAF 80, L2-둔부 GAF 30, Rt. leg GAF 35(냉온의 차이 미약하게 느낌), Lt. leg GAF 80, 기침의 정도나 횟수 감소.

14) 6월 18일 : 背心一點痛 GAF 70으로 감소, 감각장애는 6월 16일과 큰 변화 없음. 殘尿感, 殘便感은 여전하나 배뇨지연은 30초 이하로 감소하였고, 消化障碍와 痞塞感, 胸悶은 50%이상 호전되었음.

환자의 호전양상을 표로 정리하면 다음과 같다.

GAF	Rt. Leg	Lt. Leg	Back(T7-T12)	Back(T12-L2)	Back(L2-)	Abdorminal
05.5.21.	0	10	10	10	10	0
05.5.23.	10	50	10	10	10	10
05.5.25.	15	70	30	10	10	10
05.5.28.	20	75	30	10	10	10
05.5.30.	0	20	10	10	10	0
05.6.02.	0	20	20	10	10	10
05.6.03.	20	70	20	10	10	10
05.6.05.	20	75	20	10	10	10
05.6.07.	20	75	20	10	10	10
05.6.13.	25	75	25	25	25	25
05.6.16.	35	80	80	80	30	25
05.6.18.	35	80	80	80	30	25

Ⅲ. 考 察

급성 횡단성 척수염이란 질병이 아닌 하나의 증후군으로서, 급성염증이 하나 혹은 그 이상의 인접한 흉추 분절들에 있는 백질과 회백질을 침범하여 발생한 질환을 말한다. 원인은 알려져 있지 않으나 일부 예에서 비특이적 바이러스 감염 또는 천연두, 광견병 등 예방 접종 후에 발생하여 면역학적 원인을 시사하며 다른 한편으로는 혈관염, 혈관 기형, amphetamine 복용이나 heroine의 정맥주사, Lyme 병, 매독, 결핵 또는 기생충이나 진균제제등과도 관련이 있다[1,2]. 어떤 경우에서는 이미 염증이 퇴행되고 있는 도중 척수에 바이러스가 감염되어 일어나기도 한다[2]. 증상은 일반적으로 수일내에 발과 다리들의 상행성 위약과 저린감, 지각이상 그리고 배뇨장애가 발생하며, 이 증상들은 수일정도 더욱 진행하면서 심해져 병변 아래로 전반적인 감각운동 대마비, 뇨정체, 장 조절의 소실이 나타날 수 있다[1]. 지각이상은 대칭적으로 나타나고 감각이 둔하며 타진통, 혹은 핀이나 바늘로 찌르는 듯한 느낌을 호소하기도 한다. 지각이상은 발가락이나 발에서 가장 먼저 시작되어 하지, 체간, 마지막으로 상지의 순서로 나타나며 호발부위는 제6흉수 - 제12흉수이지만 경수에 따라서는 경수에까지 발생된다.

또한 심한 통증이 갑작스럽게 발생할 수 있는데 발생부위는 척수의 병변부위와 일치하며 흔히 양 견갑골 사이에서 통증을 동반하고 진행성으로 하지 위약감이 나타난다. 소변정체가 먼저 나타나고 하지위약이 그 후에 나타난다. 침범한 부위의 신경학적 수준은 감각, 근력, 국소적 요통, 두통, 목의 경직이 나타날 수 있다. 증상은 때때로 재발하기도 한다[1].

침범한 부위의 신경학적 수준은 감각, 근력, 반사에 따라 결정되며 감각장애가 있는 최고 부위와 척수병변의 분절부위와 일치하여 제3경수이상까지 손상되면 호흡장애가 유발된다[2].

급성 횡단성 척수염은 Guillain-Barre 증후군, 전척추 동맥의 폐쇄, 경막외 농양, 혈종 또는 종양에 의한 급성 척수 압박과 구별되어야한다. 급성 횡단성 척수염의 치료 가능한 원인으로 급성 뇌막혈관성 매독, 마이코플라즈마 감염, 다발성 경화증 등을 고려해야 한다. 요추 천자를 통해 뇌척수액 검사를 하고 임상소견상의 특징으로 진단을 하며[2] 때로는 뇌척수액 검사상 단핵세포와 단백질양의 소량증가를 보이기도 한다. 자기공명영상으로 커지고 있는 수외병변을 배제할 수 있다. 자기공명영상 또는 척수조영술로 척수의 부종, 때때로 병변 부위의 지주막하폐쇄를 알 수도 있다.

횡단성 척수염은 바이러스에 의한 수막뇌염을 제외한 대부분의 환자에서 장애가 많이 남으며, 일반적으로 더 급속히 진행할수록 예후는 좋은 편이다[1].확실한 원인이 발견되지 않으면 치료는 특이한 것이 없으며 물리치료를 포함한 대증적 치료를 하고 고식적인 스테로이드 투여 이외에 cyclophophamide와 혈장교환 등이 있다. 스테로이드의 효과에 대해서는 아직 논란이 많으나 고용량의 스테로이드 pulse 요법을 사용하기도 한다[5].

한의학에서 痲는 “雖不知痒痛이나 尙覺氣微流行”하고, 木은 “氣亦不覺流行하며, 혹은 風邪走注皮膚中如蟲行”하는 것이라고 하였는데, 이는 痲木이 四肢 혹은 전신의 감각장애를 일으키는 상태를 말하는 것으로서 상기 환자가 호소하는 下肢의 무력감과 감각장애는 한의학의 下肢痲木의 범주에서 관찰해야할 것으로 보인다.

痲木의 원인으로, <內經>에서는 不仁을 痺症의 일개 증후로 기술하고 不仁의 원인을 榮衛氣虛로 인한 經絡不通으로 보았고, <諸病源候論>에서는 內經說에 外感風寒을 더했으며, <備急千金要方>에서는 外感風邪를 不仁의 원인으로 보았다. 金元代에서부터 비로소 痲木이란 용어가 나오기 시작했는데, <儒門事親>에서 “痺症의 증상인 痲木不仁은 風寒濕三氣가 합하여 이루어진다”고 하여 外感風寒濕이 원인이라 하였다. <東垣十種醫書; 蘭室秘錄>에서는 “如繩縛之久釋之覺痲作以不敢動 良九則自己以此驗之 非有風邪 乃氣不行”, “補肺中之氣 痲木自去矣”, “皮膚間痲木 乃肝氣不行”이라 하여 痲木의 원인을 外感風邪가 아닌 氣不行, 氣虛의 소치로 보았다. <萬病回春>에서는 幾許를 위주로 하여 濕痰死血, 外感風濕, 七情氣鬱등을 痲木의 원인으로 말하였고, 특히 “婦人手足痲木者는 七情六淫이 經絡鬱滯한 것이다”라 하여 痲木의 원인에 七情을 포함시켰다. <東醫寶鑑>에서는 朱丹溪의 說을 따라 痲는 氣虛,, 木은 濕痰死血이라 하고, 手十指痲는 胃中有濕痰死血, 渾身痲는 氣虛라 하고, 婦人手足痲痺에 대해서는 萬病回春의 주장을 인용하여 七情六鬱이 經絡을 凝滯한 까닭이라 하였다.

痲木의 治法은 이러한 원인분류에 따라 外感風寒濕으로 기인한 경우에는 逐風寒濕發散하고, 濕痰死血로 발병한데는 活血淸痰하며, 虛로 인한 경우에는 補氣 혹은 補氣血, 七情鬱結로 기인한 것은 通氣解鬱, 外感과 體虛가 兼한 경우에는 先逐邪 後補養하여야 할 것으로 思料된다[8].

상기 환자는 본원 입원 전에 J대 s병원에서 C-T spine MRI 검사상 NS로 진단받았으나 양 하지의 운동능력상실과 함께 통각, 온각, 촉각의 상실과 小便不通, 大便難 등의 일련의 증상으로 보아 횡단성 척수염 의증으로 진단받고 스테로이드 주사 3회, 양약, fluid 처치 후 보

행과 배뇨는 약간 호전되었으나, 감각 저하는 별무 호전된 상태로 05년 5월 21일 본원에 입원하였다.

환자는 제7흉추신경 이하 부위의 감각마비, 운동기능저하, 大小便不利(殘尿感, 殘便感), 背心一點痛, 上熱感, 心悸, 怔忡, 眩暈, 口乾, 口渴, 口苦, 不眠을 호소하다. 체형은 복부 및 하지부위로 비만하고, 하체가 발달하였으며, 얼굴 표정이 그리 밝지는 않았다. 특히 발병이후 우울 불안함을 보였고, 이로 인해 식욕 不好, 소화 不好, 수면 不好로 밤에 여러 번 깬다하였다. 手足冷, 腹冷하여 臍下로는 점점 차가워지고 臍上으로는 따뜻해지는 등 상하의 온도차이가 확연하였으며 감각저하부위부터 차가워지는 모습을 보였다. 배뇨지연은 5분 이상이 걸리고 배변지연은 20분 이상이 걸리며 軟便을 보았고 배뇨, 배변 후에도 불쾌감과 잔뇨감, 잔변감이 있었다. 복진상 심하부 통증과 중완부위 통증을 호소하였으며, 面色 委黃하고, 얼굴에 기미가 가득하며, 舌淡黃 苔薄白, 脈沈滑하였다. 辨證으로는 전체적으로 氣虛증상을 보이며 心氣鬱滯, 上氣도 겸하여 보이기에 上氣, 氣虛, 氣滯로 인한 下肢麻木으로 진단하여 치료하였다. 본 환자의 경우 남편과의 언쟁도중 증상이 발현한 것으로 인해 전환장애의 소지가 있으나 전환장애란 심리적 갈등 욕구가 원인이 되어 신경계 증상, 즉 감각기관(예; 실명이나 감각상실)이나 수의 운동기관(예;마비)의 증상이 하나 이상 오는 경우를 말하며 의학적으로나 병리생리적으로 설명되지 않는 것을 말하며 수의적 근육운동 및 감각기관의 갑작스런 기능변화로 인한 장애가 나타나지만 해부학적, 신경학적부위와 일치하지 않으며, 환자가 증세를 가짐으로서 악화된 환경이나 불리한 상황에서 벗어나려는 이차적 이득이 발견되고 증세에 무관심한 태도를 보일 때 전환장애로 진단된다. 또한 전환장애는 증세가 갑자기 나타나 갑자기 소실되는[11] 경향을 보인다. 그러나 본 환자의 경우 증상이 갑자기 소실되거나 하지는 않았으며 이차적 이득이 발견되거나 증세에 무관심한 태도를 보이지는 않았고 게다가 호소하는 증상이 흉추의 병변과 일치한 바에 따라 전환장애의 가능성은 배제되었다.

침치료는 肝俞, 膽俞, 脾俞, 胃俞, 三焦俞, 膀胱俞, 腎俞 등의 天應穴과 足至陰 양측에 매일 자침하고, 뜸치료는 '理中焦'의 효능이 있는 中脘과 '健運脾胃'하는 神闕, '調氣回陽'하는 關元에 1일 1회 왕뜸을 시행하였으며, 자하거 약침을 5월25일부터 29일까지는 격일로 三焦俞, 膀胱俞, 腎俞에 각 0.2cc씩, 6월2일부터 18일까지는 膽俞, 脾俞, 胃俞에 각 0.2cc씩 매일 穴位에 자입하였다. 자하거는 사람의 태반으로 건조한 것을 약으로 사용하며, 그 성미는 甘, 鹹, 溫, 無毒하고 肺, 脾, 肝, 腎經으로 귀경하며, 功效는 대부분 虛損을 補益하고 氣血과 精을 補한다[9]. 主治는 주로 虛損으로 인한 血氣羸瘦, 面黯皮黑, 癲癎, 失精恍惚, 五勞七傷, 骨烝潮熱, 盜汗, 腰痛膝軟, 夢遺, 陽痿, 不孕, 婦人勞損, 耳鳴, 頭暈眩暈, 面色委黃, 倦怠無力, 肺虛咳嗽, 咯血등에 사용한다[10]. 자하거에 함유된 성분에는 간세포증식인자, 상피세포증식인자. 신경세포증식인자, 코로니형성자극인자, 각종 인터루킨, 각종인터페론 및 글로부린(특히 면역글로부린)등 각종 세포증식인자가 있는 것으로 밝혀졌으며[12], 그 약리작용은 조직 재생작용, 항감염작용, 항체형성촉진작용, 저항력부활작용, 호르몬유사작용, 혈액응고증부활작용, 항알러지, 체질개선, 항스트레스, 신경안정화작용 등이 있다고 알려져 있다[13]. 부항요법으로는 '理機氣'작용이 있는 至陽과 '調氣降逆'하는 顴中을 격일로 放血하고 경락의 소통을 위해 背部 兪穴을 중심으로 1일 1회 시행하였다. 물리치료로는 FES, US, ICT를 시행하여 재활을 돕고, 안면부, 두부 마사지와 함께 비강흡입의 향기치료를 통해 심리적 안정을 도모하였다.

약물치료는 5월21일 上氣로 辨證하여 秘傳降氣湯을 23일까지 사용하였다.

5월 23일 입원 3일째, 하지무력증은 거의 없어지고 T7이하의 감각 저하는 약간 호전되었으며, 무언가 닿았을 때 누른다는 느낌이나 손이 등에 닿았을 때 미지근한 느낌이 약간있었지만 핫팩에의한 화상으로 의심되는 상처와 마사지 벨트에 의한 상처가 등에 3개 있었으나 모르고 계실 정도로 온각과 통각에 큰 변화가 없었다. 23일부터는 氣虛痲木으로 辨證하여 補中益氣湯을 사용하였는데 증세 호전 중 外感症狀이 보여 蓼蘇飮加減을 4일간 사용하여 증상이 완화된 후, 다시 補中益氣湯을 사용하였다.

5월 25일 입원 5일째, T7-T12까지 刺針時 통증을 약간 느꼈으며, 손의 미지근함과 펜라이트의 차가움을 약간이나마 구분할 수 있게 되었다. 5월28일, 감기증상 약간 호전되었고 T7-T12 兩傍 1.5寸 부근에 자하거 약침 시술시 통증이 있었다.

5월 29-30일, 외출하여 과로한 후, 귀원시 상태는 입원당시와 거의 비슷하여, 등이 뻣뻣하고 감각이 없었으며, 다리의 감각도 거의 없었으나 자하거 약침 시술 후 뻣뻣한 느낌만 약간 풀리고 감각 저하는 여전하였다.

5월 31일 입원 11일째 아침, 화상으로 의심되는 상처에서의 출혈을 인지하지 못하였다.

6월 2일 입원 13일째부터는 매일 약침을 시술한 결과 감각을 느끼는 부위의 경계선이 T7에서 T12로 약간 내려갔다.

6월 3일 입원 14일째, 외출직전의 상태로까지 호전되었고, 좌측하지의 통각, 촉각, 온각이 거의 회복되었다. 6월3일부터는 배뇨지연이 1분정도로 大小便不利 증상을 심하게 호소하여 七情으로 인한 氣鬱로 辨證하여 6월 7일까지 上下分消導氣湯 合 交感丹을 써서 배뇨를 조금씩 조절할 수 있게 되었으며, 잔변감은 그대로이나 殘尿感, 遲尿感은 어느 정도 호전되었다. 그러나 감각 장애는 증세 변화가 거의 없어 환자가 입원당시부터 꾸준하게 호소하시던 背心一點痛에 중점을 두고 6월 7일부터 6월 18일까지 三合湯을 사용하여 다시 증세가 조금씩 호전되는 결과를 보았다.

6월 13일 입원 24일째, 背部에서 전체적으로 통각(刺痛感, 鈍痛感), 촉각(옷이 스치는 것을 느낄 정도)로 호전되었으나 온도감각 저하는 여전하여 냉온 구분이 안되었다.

6월 16일 입원27일째, 背部에서는 전체적으로 화장지가 스치는 느낌까지 촉각이 호전되었고, 냉온의 차이는 우측 다리에서는 미약하게, 좌측 다리는 거의 호전되었다.

6월 18일, 背心一點痛은 감소하고, 잔뇨감은 여전하나 배뇨시간이 30초 이하로 감소하였으며,잔변감은 별다른 차도가 없었다. 소화장애는 여전히 있으며 막힌 느낌이 있으나, 胸悶感은 50%이상 감소하였다.

Ⅳ. 結 論

본 증례의 환자는 양방병원에서 횡단성 척수염 의증으로 진단받고 스테로이드 치료로 하지 운동장애는 어느 정도 호전되었으나 대소변 불금이나 하지 감각장애는 여전하여 2005년 5월 21일부터 6월 18일까지 본원에 입원하여 치료한 결과 침구치료 및 약물치료가 증상의 개선에 상당한 효과를 거두어 한방 치료의 가능성을 암시하였다. 그러나 양약과 물리치료 등 양방 치료의 영향을 완전히 배제하지는 못하였기에, 향후 이에 대한 더 많은 연구가 필요하리라 사료된다.

參 考 文 獻

1. The Merk Manual. Centennial Editional 제 17판 머크-임상의학 진단 및 치료 한국어 초판. 도서출판 한우리. 2002:1587

2. 김창환 외. 마비질환 클리닉. 서울: 도서출판 정담. 1996:139-143
3. Berman M, Feldman S, Alter M, Zilber N, Kahana E: Acute transvers myelitis; Incidence and etiologic consideration. Neurology 31: 966-971, 1981
4. Altrocchi PH: Acute transverse myelopathy. Arch Neurology 1963:112
5. 김민수 외. 횡단성 척수염 2례에 대한 증례보고. 한방재활의학과학회지. 2002;12(3): 129-139
6. 배원영. 횡단성 척수염에 대한 증례보고. 대한 침구학회지. 1993;10(1): 51-59
7. 신정철 외. 횡단성 척수염환자 치험 1례에 대한 임상적 고찰. 대한 침구학회 임상논문집. 160-168
8. 임재훈, 박재현. 경산대 제한동의학술원. 동서의학. 1989:32-40
9. 이상인. 본초학. 서울 염림사. 1993:99-100
10. 이시진. 본초강목. 서울: 의성당. 1993:2963-6
11. 대한한방신경정신과학회편. 한방신경정신의학. 집문당. 2005:541-543
12. 이상길외. 자하거 약침제제에 대한 고찰. 대한침구학회지. 2000:184-5
13. 대한약침학회. 약침요법 시술지침서. 서울: 대한약침학회. 2000:184-5