

강직성척추염 환자의 1례 증례보고

김 용 · 윤제필 · 이정훈 · 김성용

자생한방병원 재활의학과

A Case Report on the Ankylosing Spondylitis Patient

Yong Kim, O.M.D., Jeong-Hun Lee, O.M.D., Je-Pil Yun, O.M.D., Sung-Yong Kim, O.M.D.

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, Hospital of Jaseng oriental medicine

Objectives : Ankylosing Spondylitis, inflamatic disease, appeared symostosis, pain and dyscinesia in spine and sacroic joint. It repeated an improvement and a depravation. We observed one patient with Ankylosing Spondylitis .

Methods : This patient was juged incurable in points of western medical's view. But he was improved by treating oriental medical therapy. The therapies which used in this patient was acupuncture, bee venom, korean chuna therapy and kinesiatrics etc. We measured the R.O.M, special test and degree of pain every day.

Results : The R.O.M of extension in lumbar vertebrae(0. →5.) and patrick sign(++/- → -/-) was improved a little. Degree of pain was improved better than admission.

Conclusions : This case has demonstrsted that the Ankylosing Spondylitis treated by oriental medical therapies proved good results.

Key words : Ankylosing Spondylitis, Degree of pain, R.O.M. Korean chuna

I. 緒 論

강직성 척추염이란 아직 그 원인이 확실히 밝혀지지 않았지만 HLA-B27항원의 유전적인 결함이나 미생물에 대한 항원의 부재에 의한 것이라는 이론이 유력한 것으로¹⁻²⁾ 주로 젊은 남자에게 호발하는 만성 염증성 질환으로 1691년 Bernard O'Connor가 처음 보고한 이래, Marie-Strumpell's disease라고도 불려졌는데, 류마티스 관절염이 사지의 작은 관절을 침범하는 것과는 달리 척추 및 천장관절등을 빈번하게 침범하고, 특히 척추 천장에 걸쳐 활막 관절을

침범하여 골유합을 일으키며, 척추의 종인대를 따라서 골화 현상을 일으켜 고관절, 둔부 및 천장관절등의 동통과 함께 척추의 강직이나 운동장애를 초래할 수 있다. 또한 장기간에 걸쳐 증상의 호전과 악화를 반복하며 척추와 천장관절등의 골격계와 주위 관절의 침범 이외에도 심폐기관, 신장 및 포도막 등의 조직에도 침범하여 기능적 장애뿐만 아니라 생명에 치명적인 영향을 미칠 수도 있다.³⁻⁵⁾

한방적으로 보면 痺證으로 후세에는 歷節風, 百節風, 痛風등으로 불리었으며 명칭과 분류방법은 일정하지 못하였지만, 지금도 實證인 경우에는 주로 『黃帝內經』의 병인 분류방법인 行痺(風痺), 痛痺

■ 교신저자 : 김 용, 서울시 강남구 신사동 635번지 자생한방병원
Tel : (02)3218-2378 Fax : (02)3445-6644 E-mail : love2u1006@hotmail.com

(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 나눈다. 그러나 이러한 분류방법들은 학습을 위한 기초적인 것이고 임상에서는 복합되어 나타나는 것이 대부분이다.

1963년 로마에서 개최된 Council for International Organization of Medical Science in Rome의 기준 (Table I)³⁾에 홍채염과 그 후유증을 제외하고는 모두 속하고, 방사선 결과상에서도 골 침식이 보이며 혈액검사 상에서도 HLA-B27의 (+)과 ESR 상승, CRP (+), RA factor (-)의 결과가 있으며 한의학적으로 낮보다는 밤과 새벽에 아프고 굴신제한으로 瘀血痺와 膀胱經과 腎經의 문제로 판단하여 蜂針 및 治療를 하였고, 運動治療도 병행하였다. 그리고 추나의 금기 중의 하나였지만 추나요법을 시행하였다.

Table I. Rome Criteria for Ankylosing Spondylitis

1. 요통과 강직이 3개월 이상 지속되며 안정으로도 치유되지 않는 경우
2. 흉부의 동통과 강직
3. 요추부의 운동제한
4. 흉곽확장제한
5. 홍채염과 그 후유증
6. 방사선상으로 양측성인 薦腸關節염의 변화 위의 다섯 개의 症狀중 네개를 충족시키거나 또는 여섯 번째 기준과 다른 하나의 症狀이 가산될 때 확진을 한다.

II. 證例

1. 환자

홍 ○ ○ 40세 남자

2. 주소

우측 천장관절동통

우측 서혜부 통증
요통
우측 고관절 통증

3. 발병일

1991년부터 별무동기로 기상시 腰痛發
(발병당시 좌측 고관절 통증이 있었다함)

4. 과거력

특이소견 없음.

5. 가족력

부 - 고혈압
조모 - 슬관절염

6. 사회력

3녀를 둔 가장으로 가락시장에서 장사를 하시면서 밤낮이 바뀌어서 생활하시고 운동으로는 수영을 하시면서 생활함.

7. 현병력

상기 환자는 40세된 소양인형의 남환으로 평소 별무음주, 소흡연(1일 반갑), 별무기호식하던 환자로서 별무대병하던 중 상기 발병일에 상기 주소증이 發하여 Local 병원서 X-ray상 별무진단후 Tx(양한 방치료)하여 호전되었으나 1993년경 재발후 별무호전되던 중 1994년 6월경 삼성의료원에서 X-ray와 혈액검사상 강직성 척추염 진단 후 간헐적 물리치료 받았으나 증상 진행되어 1997년경 강동성심병원에서 CT상 강직성 척추염 재진단후 1개월간 입원 치료하였으며 1999년말에 안세병원에서 MRI상 뼈가 약하다하여 운동(수영)을 해오던중 2001년 2월

27일에 갑자기 심(오른쪽 다리를 들지 못하고 걸을 수 없었다함)해져 경찰병원에서 X-ray상 염증소견 보인다하여 9일간 입원 치료받고 호전되었으나 환자 및 보호자 적극적인 한방치료 원하여 본원 재활 1과 OPD경유하여 2002년 3월 20일 PM 4:30경 자가보행으로 입원하여 2001년 4월 6일에 퇴원하심.

현재 재활1과 에서 외래 치료를 1개월에 1번씩 받고 계심.

8. 이학적 검사소견

※ Flexion은 가능하나 요추부의 신전 없이 고관절로 굴곡

Extension은 거의 안됨

Lat. bending은 직선형태로 옆으로 숙여짐

Rotation은 몸전체가 같이 돌아가려는 경향이 있음

흉곽확장검사 입원 : 1cm

퇴원 : 1cm

Schober 검사 입원 : 1cm

퇴원 : 1cm

Gaenslen's test : +/-

종골 Pain : -

안구 이상 : -

관절 ROM은 다음과 같다(Table II).

Table II. R.O.M

	L-spine	Hip joint	C-spine
Flexion	90	Flexion 120 / 120	Flexion 10
Extension 0 → D.C.	5	Extension 10 / 10	Extension 25
Lat. bending	5 / 5	Abduction 40 / 40	Lat. bending 10 / 10
Rotation	30 / 30	Adduction 25 / 5	Rotation 25 / 25
SLR	90 / 90	External rotation 45 / 40	
Milgram	30'	Internal rotation 25 / 20	
Patrick → D.C.	++/- -/-		

9. 검사실 소견

검사실 소견은 Table III과 같다.

Table III. Laboratory finding

	WBC	RBC	Hb	Hct	ESR	CRP	ASO	RA factor	HLA-B27
3/21	10.3	4.56	13.2	40.0	44	+	+	-	+
4/3	10.0	4.55	13.4	40.1	69	+	+		

10. 방사선 소견

방사선 검사 소견은 다음 그림과 같다(Fig. 1-5).

CT(L-spine, Hip joint)

: Compatible with Ankylosing spondylitis, involving lumbar spine(all levels) bilateral sacroiliac joint, right hip joint.)

X-ray(C-&T-spine AP/Lat, KUB, Pelvis AP/Frog leg view, Both SI joint view, Chest PA)

: Ankylosing spondylitis, T-L spine, both SI joints, right hip joint, both ischial tuberosities.

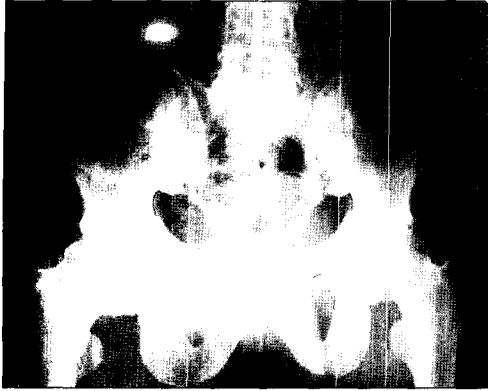


Fig. 1. Pelvis AP view

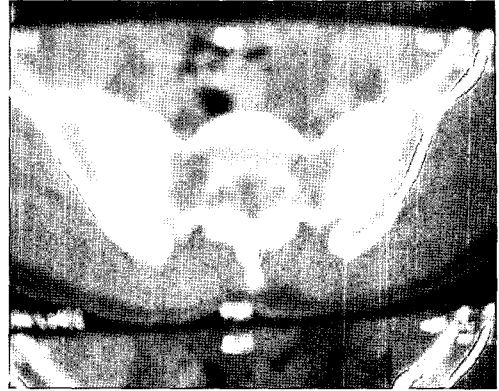


Fig. 4. CT Flim(Axial view)

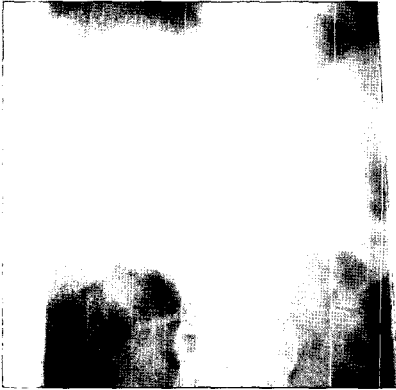


Fig. 2. T-L junction AP view



Fig. 5. Cervical spine Lat. view



Fig. 3. Lumbar spine AP view

11. 치료 및 경과

본 환자의 입원 기간 중 시술된 치료로는 한약치료, 물리치료, 봉침요법, 추나요법, 테이핑요법, 운동요법 등이 이루어졌다.

2. 임상양상변화

2001. 3. 20. (입원 1일)

증상 : 우측 천장관절 통증과 우측 서혜부 통증, 우측 고관절통은 200m이상 歩行시 통증(+>+)과 압진시 통증(+>+)이 있고, 背痛은 T12 ~ L5까지

빠근한 통증호소(+)를 호소하였으며, 項部는 간헐적인 뻣뻣한 통증(±)이 있었으며 舌淡黃苔, 脈弦滑하였다.

3. 21. (입원 2일)

증상 : 우측 서혜부 통증은 추나후 조금 증가되고(++), 項部の 통증은 소실되었다.

치료 : 봉침을 방광경 1선상에 흉추부터 요추까지 0.1cc씩 처치하고 원장님 회진시 추나치료받았다.

3. 22. (입원 3일)

증상 : 원장님 추나치료후 보행시 통증의 감약이 보였다.

치료 : 봉침을 대장수, 신수, 기해수, 관원수 양측에 0.1cc과 우측 천장관절의 압통점 0.2cc씩 치료하고 추나치료를 계속하였다.

3. 23. (입원 4일)

증상 : 별무변화하였다.

치료 : 대추혈에 0.1cc의 봉침을 추가하고, 물리치료실에서 양측 척추기립혈과 둔부의 Taping을 하였다.

3. 24. (입원 5일)

증상 : 우측 천장관절 압진시, 보행시 통증 감약(+)되고, 우측 고관절도증이 減弱되었다.

치료 : 추나 및 상기 치료를 반복하였다.

3. 25. (입원 6일)

증상 : 과도한 운동으로 우측 肩部の 통증을 호소하였다.

치료 : 추나 및 상기 치료를 반복하였다.

3. 26. (입원 7일)

증상 : 우측 肩部 통증 감약되었다.

치료 : 추나 및 상기 치료를 반복하였다.

3. 27. (입원 8일)

증상 : 우측 肩部 통증(±)은 더욱 감약되었으며 서혜부의 통증(+)도 감약되어 상대적으로 천장관절의 통증을 더 심하게 느꼈다.

치료 : 추나 및 상기치료를 반복하였다.

3. 28. (입원 9일)

증상 : 보행시 통증으로 발이 외반된 상태로 보행하였으나 보행이 자연스러워짐.

우측 천장관절의 통증(±), 우측 서혜부 통증(±), 背痛(±), 우측 고관절의 통증(±)은 감약되고, 우측 肩部の 통증은 소실되었다.

치료 : 추나 및 상기치료를 반복하였다.

3. 29. (입원 10일)

증상 : 별무변화하였다.

치료 : 추나 및 상기치료를 반복하였다.

3. 30. (입원 11일)

증상 : 통증은 거의 못 느끼고, 우측 협통(+)은 새로 생겼다.

치료 : 추나 및 상기치료를 반복하였다.

3. 31. (입원 12일)

증상 : 협통은 소실되었으나 전날 과도한 운동(계단보행을 계속하심)으로 어제보다 약간 통증이 증가되어 보행이 약간 힘들어졌다.

치료 : 추나 및 상기치료를 반복하였다.

4. 1. (입원 13일)

별무변화

4. 2. (입원 14일)

증상 : 背痛이 감약되었다.

4. 3. (입원 15일)

증상 : 배통이 소실되었다.

치료 : 혈액검사를 F/U하였다.

4. 4. (입원 16일)

별무변화

4. 5. (입원 17일)

별무변화

4. 6. (입원 18일 : Discharge함)

증상 : 강직감은 입원당시 보다 70-80%정도 호전되었고, 통증은 입원 당시 보다 50-60%정도 호전되었다(Table IV).

Ⅲ. 考察

강직성 척추염은 초기 1-2년간은 현저한 X선 변화가 없는데 천장관절의 연골하골의 불선명(blurring)과 주위골의 침식과 경화가 나타난다. 시간이 지남에 따라 점차 섬유화 석회화되어 골간 다리(interosseous bridge)를 형성하고 골화가 일어나 완전한 골성강직이 일어나게 된다.

종골, 좌골결절, 척추의 극돌기 등 건이나 인대의 부착부위에는 골의 침식이나 골염소견이 나타난다.⁶⁾

척추에서는 척추골단관절의 병변, 섬유륜의 골화, 전방과 측방척추인대가 석회화된다. 인접척추체의 골경화와 침식으로 척추체의 사각화가 나타나고, 섬유륜이 점차 골화되어 척추체사이에 골성다리를 형성하고 동시에 척추 후방관절과 주위 인대의 골화와 골성강직으로 척추가 완전히 융합하게 되는데 이를 대나무 척추(bamboo spine)라 부른다.

고관절과 견관절은 대칭적이며, 일정한 관절 간격 감소가 나타나고 연골하골의 경화와 함께 관절의 외측으로 골극이 나타나며, 궁극적으로는 골성강직으로 진행한다.

많은 경우에 혈침속도(ESR)가 증가되고, 저혈색소성 빈혈이 발생할 수 있으며 RA Factor는 음성인 경우가 대부분이다.⁶⁾

HLA항원에 대한 조직형 검사시 B27항원이 95%

Table IV. Degree of pain

	3/20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	4/1	2	3	4	5	6
iliosacral joint pain	+>+	+>+	+>+	+>+	+	+	+	+	±	±	±	+	+	±	±	±	±	±
Inguinal pain	+>+	++	+>+	+>+	+>+	+>+	+>+	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
Back pain	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	±	±	±	-				
Neck pain	±	-																
Hip pain	+>+	+>+	+>+	+>+	+	+	+	+	±	±	+	+	+	±	±	±	±	±
Shoulder pain						+>+	+	±	-									
Frank pain											+	-						

에서 양성을 보여 정상인의 6-10% 양성에 비해 매우 높은 출현 빈도를 보이므로 이 질환의 진단에 상당한 도움이 된다.

CT에서는 천장관절면의 침식과 경화도 조기에 진단할 수 있다⁷⁾.

양측성이며 천장관절의 장골면에 현저한 골미란과 골경화등의 소견을 보이고 감염성 천장골염의 경우 일측성이며 관절의 천골과 장골면에 대칭적인 골미란, 종창과 농양등의 주위 연부 조직의 변화 등의 특징적인 CT소견을 보인다. 초기에는 전산화단층조영술로만 천장관절의 방사선 촬영상의 변화를 관찰 할 수 있지만 나중에는 관절의 부식과 경화증이 일반적인 방사선 촬영으로도 관찰된다.

골주사(Bone scan)의 경우는 질환의 초기부터 양성인 경우가 많고, 천장골염에 비교함으로써 조기진단을 높일 수 있다⁸⁾.

MRI로는 천장골염의 조기진단은 치료를 곧바로 시작하고 환자와 의사에게 확신을 준다는 점에서 중요한 반면, 임상 症狀과 촉진을 비롯한 검사의 민감도와 특이도가 낮아 방사선학적 검사가 중요한 역할을 한다.

시상면 T1강조 영상에서 척추체의 네 귀퉁이와 전면부에 국소적 고신호강도들이 있는 경우가 많고, 시상면 T2강조영상에서는 이들 부위에 국소적 고신호강도들이 있고, 상하로 길쭉한 췌기모양과 띠모양 그리고 둥근점 모양등이 있다⁹⁻¹⁰⁾.

강직성척추염의 확진은 (Table V)와 같다.

Clinical Criteria

1. Low back pain > 3months improved by exercise and not relieved by rest
2. Limitation of Lumbar spine in the frontal and sagittal planes
3. Reduced(corrected for age and sex) chest expansion

Radiologic Criteria

1. Bilateral sacroiliitis, grade 2-4
2. Unilateral sacroiliitis, grade 3-4

AS is diagnosed if either radiologic criterion plus any clinical criterion are present

강직적 척추염의 부위별 症狀을 다음과 같다.

천장관절의 병리적 변화는 천장관절의 활막염으로부터 시작되고 인대나 근육 연접 부위의 골막에서도 또한 염증양 세포의 침윤이 있다. 이 연접부위를 enthesitis라고 하고 enthesopathy란 이 부위에 새로운 골형성이 일어남을 뜻한다. 이 질병이 지속되면 만성 염증이 되며 섬유화가 일어나고 점차 석회화되어 골화된다. 이러한 변화는 이 병이 지속됨에 따라 척추에 진행하고 척추활막과 섬유연골관절구조에 일어난다. 이 병은 진행되어 천장관절, 흉골병연접부위에 골강직이 일어난다. 이러한 변화는 악화되고 호전되면서 진행된다.

요추는 초기에 모호한 요추부의 통증을 호소하나 대체로 통증은 경미하다.

추간관은 연변부터 골화가 진행되면서 요추곡선의 굴곡구축으로 장전방인대가 유연성을 상실하며 요추의 전만은 줄어들고 만곡이 편평해지며 골반 후방경사가 된다.

경추는 진행됨에 따라 목이 앞으로 밀려나오고 자세가 나빠지며 모든 방향으로의 목의 움직임이 제한되고 결국에는 완전히 움직임이 없어지게 되면서 근육통이 생기고 목과 어깨의 긴장력이 커진다.

흉부는 늑골척추관절의 골화로 인해 가슴운동이 감소되어 호흡시 흉부팽창의 저하가 일어난다. 그러므로 환자는 호흡을 하기 위해 횡격막에 의존하게 되고 폐활량은 감소하게 된다.

늑골척추관절, 흉골늑골관절의 염증, 늑골신경의 압박이 있으면 숨을 쉴 때나 기침을 할 때 통증을 호소한다.

심장병증세와 유사하게 가슴을 조이는 듯한 기분을 느끼며 이는 심혈관계합병증으로 진행되는 수도 있다.

폐상부염의 섬유화로 점진적인 공동화, 기관지 확장증이 나타날 수가 있다.

하지는 관절자체의 변화에 더해서 변형된 자세의

보상을 위해 비정상적인 부하가 고관절과 무릎의 굴곡시에 걸린다.

경우에 따라서는 아킬레스건의 부착부나 족저심부건막이 붙는 종골 부위에 자발통과 압통이 나타나기도 한다.

그 외에는 안구증상으로 가끔 눈이 충혈 되거나, 통증, 눈물이 많이 나거나, 물체가 두 개로 보이거나, 햇빛을 보기가 힘들거나 하는 증상이 발생할 수 있다.

이는 급성전방포도막염(acute anterior uveitis), 홍채모양체염(iritocyclitis)으로 강직성척추염환자의 25-30%에서 흔하게 발생하며 심장증상으로 Spondylitic heart disease(3-5%), 대동맥판폐쇄부전증(atrioventricular conduction defect)이 발생할 수 있고, 피부는 건선과 관련이 있으며 대장질환으로 궤양성 대장염과 관련이 있을 수 있고, 신경질환으로는 척추의 골절로 인해 척추가 손상될 위험이 있다.

또한 병의 진행에 따른 증상은 천장관절의 변화가 일어났고, 요추전만의 소실, 후척추관절의 미란이 나타나고, 심한 경우에 죽추(Bamboo spine)도 나타났다.

조기에 급성 또는 만성요통이 나타나며 통증이 주증상이고, 피로감, 식욕부진, 체중감소, 미열 등이 동반되는 것이 다른 요통과 다르다. 천장관절과 척추의 심부 압통이 관찰될 수 있으며, 척추근육의 경련성 수축과 정상적인 요추부 전만의 소실이 나타나기도 한다. 고관절이 침범되면 회전 운동시 통증을 느끼게 되며, 고관절 부위에 압통이 있다. 이러한 통증은 점차 상행성으로 상부 척추에까지 파급되고 말초관절에까지 파급되면서 관절 강직이 진행되어, 후에는 Kyphosis, 고관절과 슬관절의 굴곡 강직이 발생된다. 늑골척추관절의 이환으로 흉부확장의 감소는 후기에만 나타나는 소견이 아니고 초기에도 자주 나타나는 소견이다.⁵⁾

강직성 척추염이 더 진행되면 2차적으로 유전분증이나 유산을 야기하기도 한다. 활성화된 염증세포 특히 대식세포는 염증을 조절하는 중간 물질을 생성하고, 이는 빈혈과 단백질분해 작용을 일으킨다. 이화작용이 생기면 강직성 척추염환자는 일차적으로 근육과 피부가 위축, 골다공증이 생기고 피로감을 느끼게 된다.

진행이 매우 심한 경우에는 모든 척추가 완전히 강직 되고 굴곡되어 환자는 앞을 보지 못하고 땅만을 쳐다보게 되며 이때 경부의 운동제한이 나타나고 자세의 변화가 나타날 수 있으며 더구나 양쪽 고관절까지 강직되면 보행에 극심한 지장을 초래하게 된다. 강직성 척추염의 말기에는 드물지만 마미중후군이 나타나기도 하는데 하지의 저림과 허약감을 갑자기 호소하고 발기불능, 요실금 등을 호소하기도 한다. 환추-축추간 아탈구, 급성 전방 홍채염, 신장 유분증, 폐섬유화증, 심장의 폐동맥 부전증과 전도장애가 발생할 수가 있고, 강직성 척추염 환자의 약 10%정도가 이러한 질환으로 사망하게 된다.

이 질병의 경과에는 다양하여 몇몇 환자는 관절강직이 매우 심하지만 대부분환자는 어느 정도의 척추 운동범위의 감소를 나타낼 뿐이라서 접촉성 운동을 제외한 거의 모든 활동적인 삶을 누릴 수 있다. 오랜 기간 증상이 없기도 하고 갑자기 동통과 근련축의 악화가 있기도 한다.

진행 과정이 스스로 정지하는 경우도 있으나 수년 내지 수십년에 걸쳐 서서히 진행되는 것이 보다 흔해, 결국 약 1/3의 환자에게서는 척추가 완전히 굳어버리게 된다. 일시적인 증상의 완화나 재발이 어느 단계에서나 일어날 수 있고 강직이 척추 전체에 모두 오는 경우도 있으며 보통은 고관절이 심각하게 침범되지 않는 한 예후가 좋다.

치료면에서 치료의 기본 목적은 좋지 않은 자세로의 척추 융합예방, 통증과 경직의 경감 그리고 최상의 척추 가동성을 유지하는 것이다.¹¹⁾

규칙적인 척추의 신전운동과 마사지, 보행시에 척추의 굴곡을 막는 보조기사용, 휴식으로 절대적인 침상 전신안정과 관절안정 및 고관절과 무릎의 굴곡성 구축을 방지하는 것도 중요하며 물리치료와 재활의 주요목적은 기능적인 장애 즉, 관절의 강직, 척추와 관절움직임의 제한, 근력약화, 통증 등을 방지하는 것으로 열치료, 현수고정법치료, 온냉치료, 보조기구를 사용할 수 있다.

운동요법과 전신 이완과 스트레칭을 활용하기도 한다.

강직성척추염 환자가 운동을 할 때 주의해야 할 점은 접촉성 운동을 피해야만 한다는 것과 매일 운동을 해야 한다는 점이다. 만일 환자가 아프다면 운동시 주의를 기울이는 것이 한층 더 중요하다. 독서나 텔레비전시청, 운전 등의 앉아서 하는 여가활동시에는 척추신전을 15-30분마다 수행해야 한다.

한방적 고찰으로는 강직성 척추염은 痺, 歷節風 등의 범주에 속한다고 할 수 있으며, 요천부 병변을 중심으로 볼 때는 脊強이나 脊痛으로 표현되기도 한다.

한의학에서 볼 때 강직성 척추염은 선천적으로 허약한 체질, 혹은 腎氣의 不足으로 말미암아 허리 부위나 뼈가 튼튼하지 못한 상태에서 風이나 濕한 환경 같은 나쁜 기운에 접촉하게 될 때 발생한다고 할 수 있다.

痺란 閉, 즉 막혀서 잘 통하지 않음을 말한다. 骨關節痺症은 風寒濕熱의 邪氣가 인체의 營衛失調, 腠理空疏 혹은 正氣虛弱한 틈을 타고 經絡으로 침입하거나 관절에 凝滯됨으로써 血氣運行이 순조롭지 못하여 肌肉, 筋骨, 관절에 麻木, 重着, 痠楚, 疼痛, 重脹, 屈伸不利 심하면 관절의 강직성 변형을 초래하는 병증의 하나이다.

痺證의 가장 오래된 문헌은 『黃帝內經』 《素問：痺論篇》이다. 후세에는 歷節風, 百節風, 痛風 등으로 불리었으며 명칭과 분류방법은 일정하지 못하였지

만 기본적인 내용은 《內經》의 범주를 벗어나지 못하였다. 지금도 實證인 경우에는 주로 『黃帝內經』의 병인 분류방법인 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 나눈다. 그러나 이러한 분류방법들은 학습을 위한 기초적인 것이고 임상에서는 복합되어 나타나는 것이 대부분이다¹²⁻¹³⁾. 『東醫寶鑑』에 따르면 허리의 정중선인 督脈이나 그 옆을 지나가는 足太陽經脈이 병들면 등뼈가 뻣뻣해지고, 膀胱과 腎 사이에 冷氣가 攻衝하면 背脊와 腰脊이 강하고 俯仰이 불편하다. 背痛, 項強, 背痛으로 因하여 돌아보지 못하는 症은 足太陽經과 手太陽經에 中濕되고 氣가 鬱해서 運行하지 못하는 症이니 羌活勝濕湯을 쓴다.¹⁴⁾ 경우에 따라서는 烏頭桂枝湯을 쓰기도 한다고 한다.¹³⁾

통증의 완화와 강직에 대한 효과적인 대처를 위해 鍼治療를 行하고, 관절의 운동 범위를 유지하기 위해 물리치료와 신전운동을 하는 것이 중요하다.

추나요법(經筋推拿) 염증이나 기타 감염의 질환에서는 추나를 금기하고 있지만¹⁵⁾ 추나치료를 받고 처음에는 약간의 통증은 가중되기도 하였지만 크게 심하지 않았고, 지속적인 추나요법으로 통증이 많이 감소가 되고 보행시 통증이 호전이 되었다.

봉침요법 2일에 한번씩 大椎, 大腸俞, 腎俞, 關元俞와 薦腸關節과 股關節부위의 통증부위에 0.1cc씩 刺鍼하여 통증이 있는 부위와 膀胱經과 腎經을 치료하였는데 첫날은 약간 통증이 가중되었다가 2회 시술이후부터는 통증이 조금씩 줄어들었다.

Taping 요법으로 양측 척추기립근과 둔근쪽으로 Taping 후 통증의 감약이 있었다.

운동요법으로는 관절 가동범위 운동, 등근육강화 운동, 심호흡운동, 이완운동 및 체간의 신전운동을 통해 바른 자세와 통증을 감소시키려고 시행하여 통증의 감소에 도움을 주었다.

IV. 結論

강직성 척추염이란 염증성 질환으로 척추 및 천장관절등을 빈번하게 침범하고, 특히 척추 천장에 걸쳐 활막 관절을 침범하여 골유합을 일으키며, 척추의 종인대를 따라서 골화 현상을 일으켜 고관절, 둔부 및 천장관절등의 동통과 함께 척추의 강직이나 운동장애를 초래할 수 있는 것으로 장기간에 걸쳐 증상의 호전과 악화를 반복하며 척추와 천장관절등의 골격계와 주위관절의 침범 이외에도 심폐기관, 신장 및 포도막 등의 조직에도 침범하여 기능적 장애뿐만 아니라 생명에 치명적인 영향을 미칠 수도 있는 질환이다. 본 증례는 강직성 척추염으로 통증이 심한 환자 1례의 18일간 입원 치료하면서 한약치료, 봉침치료, 주사치료 및 운동치료등을 하면서 능동범위는 미약하게 변화(Extension 0. → 5.)와 Patric sign ++/- → +/- 의 변화 그리고 천장관절의 통증과 요통과 배통, 항통의 소실로 결과를 얻었고 외래치료상에서도 빠른 호전을 보였기에 보고하는 바이다.

參考文獻

1. 대한정형외과학회. 정형외과학(5판). 서울:최신의학사. 2001:191-3.
2. 황미완. 한국인 강직성 척추염 환자에게서 HLA-B27 아형에 관한 연구. 고려대학교 대학원 의학과 석사학위. 1998년 12월.
3. 유명철. 강직성 척추염에 관한 임상적 분석. 경희대학교 대학원 정형외과학 석사학위. 1993년 2월.
4. 문재호, 서혜정, 장성구, 진미령. 강직성 척추염 환자에 대한 추적 관찰. 대한재활학회지. 1994;18:359-65.

5. 오정희. 재활의학. 서울:대학서림. 1997:316-7.
6. 羅昌洙. 두면척추사지병의 진단과 치료. 서울:대성문화사. 1995:229.
7. 박가영, 류경남, 윤엽, 이상언. 천장골염의 CT. 대한방사선의학회지 1994;30(5):943-6.
8. 이구, 강홍식, 안중모, 차상훈. 강직성 척추염에서의 천장골염. 대한방사선의학회지. 1991;27(3):399-402.
9. 박준균, 최정렬, 박진균. 흉요추를 침범한 강직성 척추염의 자기공명영상 소견. 대한방사선의학회지 1998;38:351-7.
10. 전의용, 주경빈, 구자홍, 문원진, 함창곡, 김태환. 강직성 척추염에 의한 천장골염의 자기공명영상 소견. 1997;37:739-44.
11. John EM, Clive JK. 요통과 도수치료. 서울:푸른솔. 1999:49, 331.
12. 전국한의과대학 재활의학과교실. 동의재활의학과학. 서울:서원당. 1995:95-6.
13. 경산대학교한의학부 제8기 졸업위. 痺證(관절계 질환). 서울:정담. 1993:271-3.
14. 허준. 동의보감. 서울:남산당. 1995:334.
15. Robert Maigne. 척추 통증의 진단과 치료. 서울:군자출판사. 2001:234-5.