

## 재발성 횡단성 척수염 환자의 한방치험 1례

이옥재, 이동근, 이주희, 이정훈, 김선욱, 신정철\*

동신대학교 한의과대학 침구의학교실



### [Abstract]

#### A Case Report of a Patient with Relapsing Transverse Myelitis Treated by Korean Medical Treatment

Ook Jae Lee, Dong Geun Lee, Ju Hee Lee, Jung Hun Lee, Seon Wook Kim and Jeong Cheol Shin

Department of Acupuncture & Moxibustion Medicine, College of Oriental Medicine, Dongshin University

**Objectives** : The purpose of this study is to report the effect of Korean medical treatment on a patient with relapsing transverse myelitis.

**Methods** : The patient was treated using acupuncture, pharmacopuncture, herbal medicine and other treatments including moxibustion and therapeutic exercise for 8 weeks. We evaluated the patient's motor grade with medical research council(MRC) scale and evaluated active range of motion in the hip, knee, and ankle joint.

**Results** : Through treatment the patient's motor grade and active range of motion all improved. Other symptoms such as lower limb hypoesthesia and residual urine sensation also showed improvement.

**Conclusions** : We concluded that Korean medicine treatment had respectable effect in improving symptoms on the patient with relapsing transverse myelitis.

#### Key words :

Transverse myelitis;  
 Relapsing transverse  
 myelitis;  
 Wei symptom

Received : 2014. 10. 04.  
 Revised : 2014. 11. 25.  
 Accepted : 2014. 11. 28.  
 On-line : 2014. 12. 20.

\* Corresponding author : Department of Acupuncture & Moxibustion Medicine, Mokpo Oriental Hospital of Dongshin University, 313, Baengnyeong-daero, Mokpo-si, Jeollanam-do, 530-822, Republic of Korea  
 Tel : +82-61-280-7903 E-mail : fire-sjc@hanmail.net

## I. 서 론

횡단성 척수염은 급격한 비외상성 염증성 경과로 인한 척수병변으로 나타나는 척수의 기능장애 증후군으로 일정 척수 분절 이하의 운동장애, 감각장애, 배뇨 및 배변장애와 같은 자율신경계 이상 등의 증상을 특징으로 한다. 단발성 혹은 재발성의 임상적 경과가 있는 것은 물론 다양한 예후를 나타내는 질환이다<sup>1)</sup>.

횡단성 척수염은 매년 100만 명 중에 1.34~4.6명이 발병하는 보기 드문 질환으로 모든 연령대에서 발생하며 10~19세, 30~39세에 가장 흔하게 나타난다<sup>2)</sup>. 그 발병 원인과 기전은 아직 정확하게 밝혀지지 않았지만 자가 면역 질환이나 탈수초성 질환과 연관되어 나타나기도 하며, 전신성 감염이나 백신 접종에 대한 자가 면역 반응, 척수의 직접적인 감염 등에 의해 다양하게 나타나며, 많은 사례가 그 원인이 알 수 없는 특발성으로 발병한다<sup>3)</sup>.

현재 양방치료로는 스테로이드, 혈장교환 등이 이루어지며, 대개 스테로이드 정주 및 경구 투여가 널리 사용되고 있으나, 증상의 중한 정도에 비해 효과적인 완치법은 아직 없는 실정이다<sup>4)</sup>.

횡단성 척수염에 대한 한방치료는 횡단성 척수염의 주증상이 운동소실과 감각장애로, 운동소실에 중점을 두어 痿證<sup>5-8)</sup>으로 변증하거나, 감각장애에 중점을 두어 痺證<sup>9-11)</sup>으로 변증하여 양호한 치료효과를 얻은 증례들이 보고되었으나 아직까지 재발성 횡단성 척수염에 대해서는 보고된 바가 없었다. 이에 저자는 재발성 횡단성 척수염으로 진단되어 4개월간 양방치료만으로는 호전이 미비하였던 환자에게 2012년 8월 9일부터 2012년 10월 22일까지 본원에서 한방치료를 병행하여 양호한 치료 효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

## II. 증 례

### 1) 환자

남성, 52세

### 2) 주소증

- 右下肢 無力
- 腰部 以下 感覺低下
- 小便不利

### 3) 발병일

2012년 04월

### 4) 과거력

- 1972년 폐결핵
- 2012년 1월 서울○○병원 횡단성 척수염 진단 후 1개월간 입원 치료

### 5) 가족력

별무

### 6) 현병력

환자는 만 52세의 보통 체격에 성격이 조금 예민한 남성 환자로 2012년 1월 서울○○병원에서 transverse myelitis 진단을 받고 1개월 입원치료 후 증상이 호전되어 퇴원하였다가 집에서 안정가로 중 2012년 4월 右下肢 無力, 兩下肢 感覺低下, 小便不利 등의 증상이 악화되어 2012년 4월 24일부터 2012년 6월 2일까지 서울○○병원에서 transverse myelitis, relapsing 진단을 받고 입원치료 한 이후 집에서 약물치료를 하며 안정가료를 함에도 증상에 호전이 없어 보다 적극적인 한방 치료를 위하여 2012년 08월 29일 본원 외래를 경유하여 입원하였다.

### 7) 초진소견

- 睡眠 : 淺眠
- 面 : 面色 微紅
- 腹 : 腹滿
- 腰背部 : 腰背痛
- 四肢 : 右下肢 無力, 兩下肢 感覺低下, 兩下肢 浮腫
- 消化, 食慾, 口渴 : 消化良好, 食慾良好, 口渴 有
- 大便 : 1회/일(硬함)
- 小便 : 7~8회/일, 殘尿感, 夜尿(2~3회/1일)
- 脈 : 脈滑
- 舌 : 舌淡紅 苔微黃膩

### 8) 검사소견

(1) 방사선 검사

- Chest postero-anterior : blunting of both C-P angle
- 심전도 검사 : normal
- Spine MRI(2012년 4월 서울○○병원) : transverse

myelitis(T8-T12)

(2) 임상병리소견(Table 1)

Table 1. Clinical Laboratory Test Findings

|                       | 2012. 8. 30 | 2012. 10. 16 |
|-----------------------|-------------|--------------|
| ESR(mm/hr)            | 17          | 11           |
| RBC(10 <sup>6</sup> ) | 3.72        | 3.75         |
| 헤마토크리트(%)             | 34.5        | 33.6         |
| LYM(%)                | 48.4        | 35.6         |
| TG mg/dl)             | 285         | 269          |

ESR : erythrocyte sedimentation rate.  
RBC : red blood cell.  
LYM : lymphocytes.  
TG : triglycerides.

(3) 신경학적검사

- SLR test : -/-
- Deep tendon reflex(knee jerk) : ++(향진)/++(향진)
- Babinski's sign : -/-

(4) 운동 및 감각 검사

① 도수근력검사(右/左)

- 상지(V/V), 하지(I-II/V)

② 능동적 ROM 검사(右下肢)

- 고관절부(외위 측정) : flexion 0°
- 슬관절부(외위 측정) : flexion 0°
- 발목관절부(외위 측정) : dorsiflexion 0°, plantar flexion 0°

③ 감각검사

- 배꼽 이하 부위에서 감각저하 소견을 나타냄.

9) 치료기간

입원치료 : 2012년 08월 29일~ 2012년 10월 22일(55일)

10) 치료방법

(1) 침치료

침은 0.3 × 30 mm인 stainless steel 毫鍼(동방침구제작소, 한국)을 사용하여 입원기간 매일 1회씩 시행하였으며, 자세는 穴의 위치에 따라 복와위 혹은 양와위를 취하여 15분간 留鍼하였고, 曲池(LI11) · 合谷(LI4) · 梁丘(ST34) · 足三

里(ST36) · 解谿(ST41) · 尺澤(LU5) · 陰陵泉(SP9) · 三陰交(SP6) · 肝俞(BL18) · 膽俞(BL19) · 脾俞(BL20) · 胃俞(BL21) · 三焦俞(BL22)와 腰部的 夾脊穴을 위주로 취혈하였다.

(2) 뜸치료

中脘 · 關元에 왕뜸을 1일 1회 시행하였다.

(3) 약침치료

약침치료는 이틀에 한 번 시행하였으며, 자하거약침(대한약침학회, 한국)과 sweet bee venom(SBV, 10%, 25%) 약침(대한약침학회, 한국)을 번갈아 시행하였고 1회용 0.5 cc insulin syringe(B Braun, Inc)를 사용하여 肝俞 · 膽俞 · 脾俞 · 胃俞에 한 혈위당 0.05 cc씩 시행하였다.

(4) 한약치료

2첩 3팩을 기준으로 하루 3번 복용하도록 하였으며, 입원 1~2일까지는 본원처방인 加味檳蘇散(蒼朮 8 g, 威靈仙 6 g, 羌活 · 大棗 · 木瓜 · 檳榔 · 生薑 · 蘇葉 · 牛膝 · 陳皮 · 香附子 각 4 g, 甘草 2 g), 입원 3~13일까지는 滋血養筋湯(熟地黃 6 g, 白芍藥 · 當歸 · 麥門冬 · 黃柏 · 牛膝 · 杜仲 · 蒼朮 · 薏苡仁 · 生薑 · 大棗 각 3 g, 五味子 · 人蔘 · 川芎 · 防風 · 知母 각 2 g, 羌活 · 甘草 각 1 g), 입원 14~28일까지는 加味四物湯合五苓散(澤瀉 10 g, 熟地黃 8 g, 白朮 · 茯苓 · 豬苓 각 6 g, 當歸 · 麥門冬 · 黃柏 · 蒼朮 각 4 g, 白芍藥 · 川芎 · 杜仲 각 2.8 g, 桂枝 · 五味子 · 人蔘 · 黃連 각 2 g, 知母 · 牛膝 각 1.2 g), 입원 29~42일까지는 加味檳蘇散合五苓散(蒼朮 12 g, 澤瀉 10 g, 香附子 8 g, 豬苓 · 茯苓 · 白朮 각 6 g, 牛膝 · 檳榔 · 橘皮 · 羌活 · 木瓜 · 紫蘇葉 · 生薑 · 蔥白 각 4 g, 桂枝 · 甘草 각 2 g) 입원 43 ~ 50일까지는 加味四物湯合五苓散(澤瀉 10 g, 熟地黃 8 g, 茯苓 · 豬苓 각 6 g, 當歸 · 麥門冬 · 黃柏 · 蒼朮 각 4 g, 白芍藥 · 川芎 · 杜仲 각 2.8 g, 桂枝 · 五味子 · 人蔘 · 黃連 각 2 g, 知母 · 牛膝 1.2 g), 입원 51~55일까지는 實脾飲(蒼朮 · 白朮 · 厚朴 · 赤茯苓 · 豬苓 · 澤瀉 · 砂仁 · 香附子 · 枳殼 · 陳皮 · 大腹皮 · 木香 각 4 g, 燈心 3 g)을 처방하였다.

(5) 부항치료

背部에 건식 유관법을 매일 1회 시행

(6) 물리치료

Hot pack(HP), transcutaneous electrical nerve stimulation(TENS), ultrasound(US), 공기압, electrical stimulation therapy(EST) 등을 1일 1회씩 주 6일 시행

(7) 재활치료  
운동요법을 30분 정도 1일 1회씩 주 5회 시행

### 11) 평가방법

(1) Motor grade

Medical research council(MRC) scale를 사용하여 우측 하지의 motor grade를 평가하였다(Table 2).

Table 2. Medical Research Council(MRC) Scale for Muscle Strength

| Grade     |  |
|-----------|--|
| Grade 0   | No movement is observed  |
| Grade I   | Only a trace or flicker of movement is seen or felt in the muscle or fasciculations are observed in the muscle                             |
| Grade II  | Muscle can move only if the resistance of gravity is removed   |
| Grade III | Muscle strength is further reduced such that the joint can be moved only against gravity with the examiner's resistance completely removed |
| Grade IV  | Muscle strength is reduced but muscle contraction can still move joint against resistance  |
| Grade V   | Muscle contracts normally against full resistance  |

(2) Active range of motion(ROM) 검사

우측 하지의 hip flexion, knee flexion, ankle dorsiflexion의 능동적 운동범위를 측정하였다. Ankle dorsiflexion은 foot drop된 상태에서 dorsiflexion할 때의 각도를 측정하였다.

### 12) 치료경과

(1) 右下肢 無力

입원 당시에는 양측 상지와 좌측 하지의 기능은 정상이고 우측다리는 미세하게 움직일 수는 있었으나 중력을 이겨 다리를 거상할 수 없었으며, 고관절과 슬관절, 발목관절을 능동적으로 굴곡할 수 없었다. 환자는 양측 상지와 좌측 다리로 목발을 사용하여 이동할 수 있었으나 불편함을 많이 느껴 주로 wheelchair로 이동하는 경우가 많았다. 입원치료 1주일 이후 다리를 수평으로 끄는 힘은 조금 더 생겼으나 아직까지 중력을 이겨 다리를 거상할 수 없었고,

고관절과 슬관절, 발목관절도 아직 능동적으로 굴곡할 수 없었다. 입원치료 2주일 이후 다리는 중력을 이겨 거상할 수 있게 되었고, 고관절 15°, 슬관절 45°, 발목관절 5°의 능동적 굴곡을 할 수 있었다. 입원치료 3~5주 동안에는 다리에 힘이 조금씩 증가하였으며 환자는 walker로 이동이 가능하게 되었고, 입원치료 5주 이후에는 고관절 50°, 슬관절 90°, 발목관절 15°까지 능동적으로 굴곡이 가능하였다. 입원치료 6주 이후부터 환자는 압력을 지탱하며 다리를 거상할 수 있었고, 치료 6~8주까지 다리의 힘이 조금씩 증가하였으며 cane으로 보행이 가능하게 되었다(Table 3).

Table 3. Changes in Motor Grade and Active ROM

| Period    | Rt leg weakness (grade) | Hip flexion (°) | Knee flexion (°) | Ankle dorsiflexion (°) |
|-----------|-------------------------|-----------------|------------------|------------------------|
| Admission | I - II                  | 0°              | 0°               | 0°                     |
| 1 week    | II                      | 0°              | 0°               | 0°                     |
| 2 weeks   | III                     | 15°             | 45°              | 5°                     |
| 3 weeks   | "                       | 20°             | 45°              | 10°                    |
| 4 weeks   | "                       | 45°             | 90°              | 15°                    |
| 5 weeks   | "                       | 50°             | 90°              | 15°                    |
| 6 weeks   | IV                      | 70°             | 100°             | 20°                    |
| 7 weeks   | "                       | 80°             | 100°             | 20°                    |
| 8 weeks   | "                       | 80°             | 100°             | 20°                    |

ROM : range of motion.

(2) 腰部 이하 感覺低下

입원 당시에는 배꼽 이하 부분에서 정상일 때의 5/10 정도로 감각저하 소견을 보였으며, 우측으로의 감각저하가 조금 더 심하였다. 입원치료 3~4주 이후 환자는 정상의 6/10 정도로 감각에 호전을 보였으며 이후 컨디션에 따라 호전 악화를 반복하는 경향을 보였다. 입원치료 6주 이후에는 7/10까지 감각을 회복하는 모습을 보였으나, 퇴원할 때까지 컨디션에 따라 호전과 악화가 바뀌는 경향은 있었다.

(3) 小便不利

입원 당시에는 소변볼 때 잔뇨감을 항상 느꼈고, 야뇨를 하루에 2~3회 이상 보았는데 거동이 낮에 비해 어려운 밤에는 소변을 참기 힘들어 실금하는 경우도 간혹 있었다. 입원치료 3주 이후부터 잔뇨감이 입원 당시보다 30% 정도 경감되었고 야뇨를 보는 횟수도 1~2회로 평균 1회 정도 감

소하였다. 이후 컨디션에 따라 잔뇨감이 악화되는 날도 있었으나 대체로 호전된 양상을 유지하였으며 컨디션이 좋은 날은 잔뇨감이 더 경감되기도 하였다.

### III. 고찰 및 결론

횡단 척수염은 척수에 생기는 국소적인 염증성 질환으로 병변 척수 분절 이하의 운동장애, 감각장애 및 자율신경계 이상 등 척수 신경로의 다양한 증상을 특징으로 하는 질환으로 매년 100만 명 중에 1.34~4.6명이 발병하며 모든 연령층에서 발생하나 10~19세, 30~39세의 연령에서 가장 흔히 발생하며, 성별이나 가족력 혹은 인종에 따른 차이는 없는 것으로 알려져 있다<sup>2,4)</sup>.

횡단성 척수염의 발생기전 및 원인에 관해서는 아직까지 정확하게 밝혀지지 않았고 바이러스 감염, 폐렴 미코플라즈마, 주혈흡충증, 백신 접종, 전신성 홍반성 낭창, 쇼그렌 증후군, 혼합결합조직병, 다발성 경화증 등과 그 연관성이 보고되어 있으나 10~45 %까지는 원인을 알 수 없는 특발성으로 발생을 하며<sup>2)</sup>, 특발성 횡단성 척수염에 대한 진단 기준은 2002년 transverse myelitis consortium working group(TMCWG)에 의해 제시된 것이 있다(Appendix)<sup>1)</sup>.

임상소견은 선행감염이 있으면 1~3주 후 신경학적 증상이 나타나는데 거의 모든 환자에서 운동신경마비, 감각마비, 자율신경마비가 나타나며, 요통 및 방사통도 나타날 수 있다. 운동신경마비의 정도는 1/3에서는 경도 내지 중등도, 2/3에서는 중증의 마비를 보인다. 주로 하지마비가 나타나지만, 상해성 혹은 하행성으로 마비가 나타나기도 한다. 급성기에 심부 건반사는 감소되어 있고, 발병 2주경 이완성 마비가 경직성 마비 형태로 변하고, 심부 건반사는 증가하고 병적 반사도 나타나게 된다. 감각마비는 주로 통각, 온도각, 가벼운 촉각 상실이 나타나며, 위치각 및 진동각은 주로 보존된다. 감각 결손 수준은 흉추, 경추, 요추 수준 순의 빈도를 보인다. 자율신경장애는 대부분 나타나며 방광팽만, 요실금, 변비, 배변실금 등의 증상이 나타난다<sup>6)</sup>.

횡단성 척수염의 진단에는 척수의 염증을 증명하는 것이 필요한데 척수 MRI와 뇌척수액 검사로 가능하다. 척수 MRI는 척수강 조영술과 같은 기존의 방사선검사보다 척수 병변을 비침습적이면서도 민감하게 볼 수 있는 촬영법으로 횡단척수염의 진단에 중요성이 강조되고 있는데 횡단척수염의 MRI 소견은 T1 강조영상에서 척수부종의 소견과 저신호 또는 등신호 강도를 나타내고 T2 강조영상에서는 고신호 강도를 나타내는 것이 특징적인 소견으로 이는 병리

학적으로 광범위한 염증과 탈수축화를 반영하는 것으로 여겨진다<sup>4)</sup>.

예후는 완전히 회복하여 후유증을 남기지 않는 것에서부터 방광 직장장애를 동반한 사지의 완전마비를 나타내는 중증 장애까지 다양하다. 성인에서보다 소아에서 예후가 더 좋은 것으로 보고되고 있으며, 환자의 대부분은 발병 4주에서 3개월 사이에 회복되고, 3개월 이내에 기능회복의 기미가 없으면 이후로도 회복의 기미가 없다고 하지만, 드물게는 18개월 후 회복된 사례도 있다고 한다<sup>2)</sup>. 대체로 1/3은 완전히 회복하거나 경미한 후유증이 남고, 1/3은 중증도의 후유증이 남고, 1/3은 심각한 장애가 남는 예후를 보인다<sup>2)</sup>. 특발성 횡단성 척수염은 단상성으로만 일어나는 것으로 알려져 있었고, 횡단성 척수염의 재발은 감염이나 자가 면역 질환과 관련되어 발생하는 것으로 알려져 있었으나, 지금은 특발성 횡단성 척수염에도 많게는 25%의 환자에서 재발되는 것으로 알려졌다<sup>1)</sup>.

양방향적 치료는 현재 대증적 치료가 주된 것으로 스테로이드, cyclophosphamide, methotrexate, 혈장교환 등이 사용되는데 대개 스테로이드 정주 및 경구 투여를 기본으로 한다. 횡단척수염에 대한 methylprednisolone의 기전은 명확하게 밝혀지지 않았지만 항염증, 면역 억제의 효과가 있어서 T 림프구의 면역 반응을 억제하고 병의 진행을 억제하는 것으로 추정된다<sup>4)</sup>.

횡단성 척수염은 한의학적으로 감각장애와 운동소실이 나타나 운동소실에 중점을 두어 痿證으로 변증하거나, 감각장애나 통증에 중점을 두어 痺證으로 변증하기도 한다. 痿證은 肢體筋脈弛緩, 軟弱無力, 手不能握物, 足不能任身, 久則肌肉萎縮, 不能隨意運動 등의 증상을 가리키는 것으로 심하면 癱瘓에까지 이르는 병증을 말하는데<sup>5)</sup>, 역대의 痿證은 弱而不用하면서 不痛이라고 하여 통증의 유무로 痺證과 구분하나 후대로 오면서 痿證에도 통증이 발생할 수 있으며 이때는 반드시 火·痰·濕·瘀 등을 끼고 있다고 하여 痺證과 유사하게 통증과 麻木이 발생할 수 있다고 하였다<sup>7)</sup>. 이에 따라 본 증례의 환자는 右下肢의 운동소실이 주된 호소였으며 실제적인 motor grade의 저하도 심하였고, 兩下肢의 感覺低下는 있었으나 환자가 느끼는 불편은 운동소실에 비해 적었던 관계로 운동소실의 회복에 중점을 두어 痿證으로 변증하여 치료하였다.

痿에 관한 내용이 최초로記載되어 있는 곳은 《黃帝內經·素問·痿論篇》으로 “五臟肺熱葉焦 發爲痿躄”이라 하여 痿證의 原因을 肺熱로 보았으며 “夫五臟皆有爲與肺熱爲皮毛痿 心熱爲脈痿 肝熱爲筋痿 脾熱爲肉痿 腎熱爲骨痿”라 하여 五臟에 따른 五痿로 분류하여 설명하였다. 이후 諸家에서 이를 추종하였으며 火熱之邪로 인해 肺津이 灼傷되는 것을 주원

인으로 보았다. 이는 횡단성 척수염에서 초기에 나타날 수 있는 선형감염에 의한 증상으로 볼 수 있으며 溫病의 범주로 보기도 한다<sup>5)</sup>. 誘引으로는 外氣의 영향, 情志의 失調, 攝食不良, 攝生不良, 外傷 등으로 대별할 수 있고 病因病機는 熱傷肺津, 濕熱浸淫, 脾胃損傷, 肝腎虧虛, 瘀血阻絡 등으로 인식할 수 있는데, 丹溪 이후로 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 陰虛, 死血, 食積 등으로 구분되는 경향이 있었으며, 張景岳에 이르러 元氣虛弱에 의한 원인도 있음을 지적하였고 脾胃肝腎을 장부관계상 중요한 작용을 하는 것으로 보았다<sup>7)</sup>.

治法으로는 《黃帝內經》에서는 獨取陽明을 위주로 하여 脾胃의 調理에 중점을 두고 後天을 補益하고 陽明濕熱을 清化하는 것이 중요하고 滋陰清熱함으로써 肺熱을 除하고 肝腎을 補하며 胃를 實하게 한다고 하였다. 이와 함께 그 원인에 따라 清熱潤燥, 清利濕熱, 益氣健脾, 補益肝腎, 益氣活血 등의 치법을 적절히 응용한다<sup>7)</sup>. 辨證施治로는 肺熱傷津에 甘寒清上, 清熱潤燥, 肝腎虧虛에 滋陰清熱, 補益肝腎, 脾胃虛弱에 健脾益氣, 濡養胃陰, 濕熱浸淫에 清熱化濕, 瘀阻脈絡에 益氣養營, 活血行瘀 시키는 치법을 사용한다<sup>3)</sup>.

본 증례의 환자는 52세의 남성으로 右下肢無力, 腰部以下 感覺低下, 小便不利의 증상이 악화되어 서울소재병원에서 transverse myelitis, relapsing 진단을 받고 입원 및 통원 치료로 steroid 치료 및 보존적 치료 받던 중 별다른 호전이 없어 적극적인 한방치료를 위해 본원에 입원하였다. 환자는 右下肢無力, 腰部 이하 感覺低下, 小便不利 증상과 더불어 身體困重, 兩下肢微腫하였고 面色微紅, 脈滑數, 舌苔黃膩 하였다. 증상을 종합해 볼 때 본 환자는 濕濁이 下肢에 유입하여 經絡氣血의 운행이 막혀 있고 濕邪로 인하여 內熱까지 발생한 것으로 보아 痿證 중에서 濕熱浸淫으로 변증하였다.

침치료는 《黃帝內經》의 “治痿獨取陽明”과 清熱化濕을 치료하는 관점에서 手足陽明經穴의 曲池(LI11) · 合谷(LI4) · 梁丘(ST34) · 足三里(ST36) · 解谿(ST41)와 陽明經과 表裏關係인 太陰經의 經穴인 尺澤(LU5) · 陰陵泉(SP9) · 三陰交(SP6)와 肝俞(BL18) · 膽俞(BL19) · 脾俞(BL20) · 胃俞(BL21) · 三焦俞(BL22), 腰部의 夾脊穴 등의 天應穴을 위주로 취혈하였다. 뜸치료는 1일 1회 和胃氣, 化濕滯, 理中焦의 효능이 있는 中脘穴(CV12)과 補益元氣, 分清別濁의 효능이 있는 關元穴(CV14)에 왕뜸을 시행하였다. 藥鍼療法은 Choi et al<sup>6)</sup>이 횡단성 척수염 환자에게 사용하여 우수한 효과를 얻었는데, 이에 따라 소염진통작용과 면역계 조절작용을 하는 봉약침과 조직 재생을 촉진시키는 자하거약침을 2일에 1회 번갈아 시행하였다.

약물치료로는 《東醫寶鑑·足門》에 濕熱痿弱을 치료하도록 수록된 처방으로 “治氣血兩虛, 兩足痿軟, 不能行動”의 효능이 있는 滋陰養筋湯과 “治濕熱, 兩脚痿軟無力”의 효능이 있

는 加味四物湯 위주로 사용하였고<sup>14)</sup>, 小便不利의 증상을 개선하기 위해 加味四物湯에는 五苓散을 合方하여 사용하였다. 檳蒼散加味는 환자의 양측 하지 浮腫이 증가하여서 사용하였고, 實脾飲은 환자에게 양측 하지 浮腫과 더불어 식욕저하, 설사 증상이 발생하여 사용하였다.

치료에 대한 호전도를 평가하기 위해 우측하지의 Motor grade와 고관절, 슬관절, 발목관절의 능동적 ROM을 측정하였고 腰部 이하의 감각저하와 小便不利 증상은 문진을 통하여 그 호전도를 파악하였다. 환자는 입원 당시 motor grade I~II에서 퇴원시 grade IV까지 호전되었고, 고관절, 슬관절, 발목관절의 능동적 ROM은 각각 0°, 0°, 0°에서 80°, 100°, 20°까지 증가하였다. 腰部 이하의 감각저하는 5/10에서 7/10까지 호전되었으며 소변의 잔뇨감은 30% 이상 경감되었으며 야뇨 횟수는 하루 평균 2~3회에서 1~2회로 1회 정도 경감되었다.

본 증례는 양방 약물치료에 의한 치료 반응의 영향을 완전히 배제하지는 못하였으며, 단지 1례만을 시행했다는 점과 퇴원 이후 지속적인 치료와 관찰이 이루어지지 못한 한계가 있다. 그러나 재발성 횡단성 척수염에 대한 한방치료 증례가 없는 가운데, 4개월간의 양방치료를 받았지만 호전이 미비하였던 환자를 痿證으로 변증하여 한방치료를 시행해서 유효한 효과를 거두었다는 데 의의를 둘 수 있겠다. 추후 양방치료를 배제한 한방치료만을 시행한 연구들이 이루어져야 할 필요가 있겠으나, 질환의 특성상 양방치료를 중단하고 한방치료만을 시행하는 데 분명 어려움이 있으며, 한·양방 병행치료와 양방치료만 시행하였을 때의 치료효과 비교연구도 이루어질 필요가 있겠다. 향후 더 많은 증례와 한의학적 임상경험의 축적이 필요하리라 사료된다.

## IV. References

1. Borchers AT, Gershwin ME. Transverse myelitis. Autoimmunity Reviews, 2012; 11(3) : 231-48.
2. Bhat A, Naguwa S, Cheema G, Gershwin ME. The epidemiology of transverse myelitis. Autoimmunity Reviews, 2010; 9(5) : A395-9.
3. Shahbaz NN, Amanat S, Soomro S, Hasan Y, Abdullah M. Idiopathic transverse myelitis: an experience in a tertiary care setup. Journal of the Dow University of Health Sciences Karachi, 2012; 6(1) : 12-6.
4. Nam V, Mun HS, Kim JH, Kim DS, Sung CH.

- Experience of epidural steroids in transverse myelitis, Korean J pain, 2009 ; 22(1) : 92-5.
5. Kim KO, Jung SM, Shin YW. One case report of patients with transverse myelitis. The Journal of Korea Chuna Manual Medicine, 2003 ; 4(1) : 11-17.
  6. Choi SW, Park MH, Lim ST. The clinical study on a case of transverse myelitis with bee venom and hominis placenta herbal acupuncture. Journal of Korean Institute of Pharmacopuncture, 2005 ; 8(2) : 17-22.
  7. Kim MS, Kim YW, Kim SJ, Seo HG, Cho HY, Lee JH. Two cases report of patients with transverse myelitis. J Oriental Rehab Med, 2002 ; 12(3) : 131-41.
  8. Song MY, Lee MJ. A case report of acute transverse myelitis managed in oriental medical hospital. The Journal of Korea Chuna Manual Medicine for Spine & Nerves, 2006 ; 1(1) : 15-25.
  9. Lee SH, Phil KH, Jo EH. Clinical study on 1 case of patient with arthralgia syndrome diagnosed as acute transverse myelitis. Korean J Oriental Physiology & Pathology, 2007 ; 21(6) : 1663-69.
  10. Shin JC, Kim JH, Wui TS et al. Clinical study on a case of transverse myelitis. The Journal of Clinical Thesis Korean Acupuncture & Moxibustion Society, 2003 ; 1(2) : 160-68.
  11. Kim JE, Kim SM, Yoon HM et al. Clinical study on a case of transverse myelitis. Journal of Korean Institute of Pharmacopuncture, 2008 ; 11(2) : 141-49.
  12. Berman M, Feldman S, Alter M, Zilber N, Kahana E. Acute transverse myelitis: incidence and etiologic considerations. Neurology, 1981 ; 31(8) : 966-71.
  13. Kim YJ, Kang JH, Cho E, Kwak KI, Lee H. A case report of undifferentiated somatoform disorder, *Wei* symptom patient. The Acupuncture, 2013 ; 30(5) : 193-201.
  14. Heo J. Cross-translated *Donguibogam*. Seoul : Bubin Publishers Co, 2002 : 785-87.

Appendix. TMCWG Criteria for Idiopathic ATM

| Inclusion criteria  | Exclusion criteria   |
|---|--|
| Development of sensory, motor, or autonomic dysfunction attributable to the spinal cord   | History of previous radiation to the spine within the last 10 years  |
| Bilateral signs and/or symptoms (though not necessarily symmetric)  | Clear arterial distribution clinical deficit consistent with thrombosis of the anterior spinal artery  |
| Clearly defined sensory level   | Abnormal flow voids on the surface of the spinal cord c/w AVM  |
| Exclusion of extra-axial compressive etiology by neuroimaging(MRI or myelography; CT of spine not adequate)   | Serologic or clinical evidence of connective tissue disease(sarcoidosis, Behcet's disease, Sjogren's syndrome, SLE, mixed connective tissue disorder, etc.) <sup>*</sup> |
| Inflammation within the spinal cord demonstrated by CSF pleocytosis or elevated IgG index or gadolinium enhancement. If none of the inflammatory criteria is met at symptom onset, repeat MRI and lumbar puncture evaluation between 2 and 7 days following symptom onset meet criteria | CNS manifestations of syphilis, Lyme disease, HIV, HTLV-1, Mycoplasma, other viral infections(e.g., HSV-1, HSV-2, VSV, EBV, CMV, HHV-6, enteroviruses) <sup>*</sup>      |
| Progression to nadir between 4h and 21day following the onset of symptoms(if patient awakens with symptoms, symptoms must become more pronounced from point of awakening)   | Brain MRI abnormalities suggestive of MS <sup>*</sup><br>History of clinically apparent optic neuritis <sup>*</sup>  |

ATM : acute transverse myelitis.  
 AVM : arteriovenous malformation.  
 CSF : cerebrospinal fluid.  
 CNS : central nervous system.  
 HIV : human immunodeficiency virus.  
 CMV : cytomegalovirus.  
 EBV : Epstein-Barr virus.  
 HHV : human herpes virus.  
 HSV : herpes simplex virus.  
 HTLV-1 : human T-cell lymphotropic virus-1.  
 SLE : systemic lupus erythematosus.  
 VSV : varicella zoster virus.  
 \* : do not exclude disease-associated acute transverse myelitis.