

다발성 경화증에 대한 한방치료 치험 1례

전용태¹, 박상훈¹, 고연석¹

¹우석대학교 한의과대학 한방재활의학과교실

Received : 2014. 10. 01 Reviewed : 2014. 10. 04 Accepted : 2014. 10. 07

A Clinical Case Report on Multiple Sclerosis Treated by Korean Medicine

Yong-Tae Jeon, K.M.D.¹, Sang-Hun Park, K.M.D.¹, Youn-Seok Ko, K.M.D.¹

¹Dept. of Rehabilitation Medicine of Korean Medicine, College of Korean Medicine, Woo-Suk University

Objectives : This study was to report the improvement of the patient with multiple sclerosis treated by Korean Medical treatment.

Methods : The patient diagnosed as multiple sclerosis treated by acupuncture, bee venom pharmacupuncture, chuna manual therapy, and herbal medicine. To evaluate the effects of korean medicine, we used manual muscle test(MMT), the standard for assessment of the effect of stroke treatment, functional system(FS), visual analog scale(VAS).

Results : 1. The patient's pain and optic dysfunction were reduced by the above therapy.
2. There was no change in manual muscle test(MMT), but there was mild improvement in finger joints function in the standard for assessment of the effect of stroke treatment.
3. In functional system(FS) scale, there was enhancement in optic function within a range. And there was improvement in expanded disability statue scale(EDSS) from 4.0 to 3.0.
4. In visual analog scale(VAS), there was considerable improvement from 9 to 6.

Conclusions : The korean medical treatment was reduced pain and optic dysfunction.

Key words : Multiple sclerosis(MS), Korean medical treatment, Functional system(FS), Expanded disability statue scale(EDSS), Visual analog scale(VAS)

I. 서 론

다발성 경화증(Multiple sclerosis)은 국소적인 수초의 변성과 축삭 손상이 특징인 중추신경계의 염증성 질환이다¹⁾. 대표적인 자가면역질환으로 병리학적으로

는 중추 신경계의 염증, 말이집탈락(demyelination) 그리고 아교세포흉터형성(glialscarring)을 보인다.

다발성 경화증의 정확한 발병기전은 아직 밝혀지지 않았지만 유전적으로 감수성이 있는 사람에서 어떤 환경 인자에 의해 면역조절기능이 깨졌을 경우 유

■ 교신저자 : 고연석, 전북 전주시 완산구 중화산동 2가 5번지 우석대학교 전주한방병원 한방재활의학과
Tel : (063) 220-8626 Fax : (063) 227-6234 E-mail : koyan@hanmail.net

발되는 질환으로 생각된다. 병소는 중추신경계의 어느 부위에도 생길 수 있기 때문에 증상은 모두 비특이적이며²⁾, 주로 운동기능마비, 감각이상, 자율신경의 이상, 시신경 장애, 운동 실조, 복시 및 현훈, 배뇨 배변 장애 등이 흔한 증상으로 나타난다¹⁾.

다발성 경화증은 크게 재발-관해 혹은 진행성 과정과 중추신경계 염증, 탈수초화, 그리고 신경교증(반흔) 등의 병리적 3대 징후에 의해 특징지어진다³⁾. 진단의 기본 개념은 중추 신경계 증상의 시간적, 공간적 산재(dissemination)를 확인하는 것으로, 중추신경계의 장애가 적어도 다른 두 영역에 두 차례 이상 나타나고, 증상을 설명할 수 있는 다른 가능한 질환이 모두 배제되었을 경우를 기본으로 한다.

다발성 경화증의 치료는 크게 급성기 치료와 장기적인 질환 조절치료(disease modifying therapy), 그리고 대증요법(symptomatic therapy)으로 나눌 수 있다. 다발성 경화증에 대한 질환 조절 치료를 시행함으로써 새로운 병변의 발생을 늦출 수 있지만, 이미 발생한 병변과 관련된 증상을 경감시키지는 못한다. 흔히 간과되기 쉽지만 다발성 경화증에서 적절한 대증요법은 환자의 삶의 질을 높이는 데 매우 중요하다²⁾.

다발성 경화증은 주로 근력약화와 강직성하지마비, 또는 저린감을 호소하므로 한의학적으로는 痿症과痺症의 범주에 속한다. 痿症은 근맥이 이완되어 手足이 痿軟無力한 것을 말하며, 痺症은 風寒濕熱에 감수되어 肢體, 關節, 肌肉에 疼痛, 酸, 麻, 重着이 나타나는 것을 말한다⁴⁾.

현재까지 다발성 경화증에 대한 한의학적 연구는 임상 증례보고가 이루어지고 있으며⁴⁻⁷⁾, 아직까지 연구는 활발하지 않은 것으로 보인다. 이에 본 저자는 2014년 7월 21일부터 2014년 8월 14일까지 요배통, 견통, 다발성 관절통, 안구증상 등을 주소증으로 내원한 다발성 경화증 환자를 대상으로 침구치료, 약침, 추나요법, 한약치료 등을 시행하여 유의한 효과를 얻은 증례가 있어 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 환자

임○○, F/38세

2. 주소증

- 1) Low Back Pain (Both)
- 2) Shoulder pain (Both)
- 3) Multiple joints pain
- 4) Optic dysfunction

3. 과거력

- 1) 2005년 양쪽 무릎 관절 관절강 Op.
- 2) 2006년 비염으로 ○○대학교 병원 ENT OPD Tx.
- 3) 2008년부터 ○○대학교 병원으로부터 HTN med p.o 복용 중.
- 4) 2010년부터 Asthma med 흡입제 복용(self).
- 5) 2013년 ○○대학교 병원에서 담낭염, 자궁적출 Op.

4. 가족력

Non specific

5. 현병력

2004년경 ○○의료원에서 다발성 관절통으로 입원치료 받았고, 이후 2006년 동일 병원에서 다발성 경화증 진단 받음. 이후 ○○대학교병원, ○○한방병원 등에서 수차례 입원치료. 최근에 상기 증상 및 안구증상 심해져 2014년 7월 21일 본원 한방재활의학과를 방문하여 입원치료 시행.

6. 초진소견

입원 당시 의식은 명료하였고 흉추와 요추 기립근을 따라 굳어가는 듯한 통증과 양 하지 외측으로 방산통을 호소하였다. SLR Test(20+/20+)이었으며, Patrick test는 통증으로 인해 불가능하였다. 양측

수지관절, 손목, 팔꿈치, 족지관절, 발목, 무릎, 고관절, 어깨, 경추에서도 굳어가는 듯한 통증을 호소하는 다발성 관절통이 나타났으며, 안구 증상으로는 시력저하 및 시야장애와 함께 간헐적으로 눈앞이 캄캄해지면서 아무것도 보이지 않는 증상을 호소하였다. 口苦, 多汗, 不眠 증상이 있었고, 脈弦하였다. 대소변은 정상 소견이었으나 소화는 잘 되지 않고 자주 체한다고 호소하였다.

7. 검사소견

2014년 7월 21일 X-ray C-spine, L-spine, Knee 촬영 결과 경추와 요추에서 정상적인 lordotic curve가 소실되고 straightening되어 있었고, 오른쪽 무릎 관절에서 osteoarthritis이 보였다. 2014년 7월 21일 혈액검사에서 WBC 수치는 103,000, ESR 수치는 16이었고, Triglyceride수치가 243을 나타내는 것 이외에는 정상 소견을 보였다. 소변검사 및 EKG 검사는 정상소견을 보였다. 2014년 8월 4일 혈액검사, 간기능검사, 소변검사 재검사 시행결과 CBC에서 ESR 수치는 16에서 20으로 상승하였으나 이외에는 이상 소견을 보이지 않았다. 2014년 8월 6일 흉통 호소로 응급으로 EKG 재검사 시행 결과 정상 소견을 보였다.

8. 치료

1) 침구치료

동방침구제작소(한국)에서 제작된 0.30×40mm stainless steel 호침을 1일 2회 15분간 유침하였다. 혈자리로는 다발성 관절 증상에 百會(GV20), 合谷(LI4), 曲池(LI11), 外關(TE5), 足三里(LR10), 懸鐘(GB39), 太衝(LR3)을, 안구 증상에 上星(GV23), 攢竹(BL2), 睛明(BL1), 瞳子髎(GB1) 등을 선혈하여 자침하였다. 또한 어깨관절과 요배부의 관절 통증에 견관절 주위혈(肩井, 肩外俞, 肩中俞, 天宗, 肩髃, 肩髃) 및 요배부 주위혈(三焦俞, 腎俞, 氣海俞, 大腸俞) 위

주로 선혈하여 자침하였다. 또한 뜸 치료로서 무연구(동방온구기, 한국)를 關元, 中脘 주변부에 1일 1회 시행하였다.

2) 약침치료

Bee Venom 25%(자생원외탕전, 한국)을 1cc 일회용 주사기(30G, 정림의료기산업)를 어깨관절 주변의 압통점 및 요배부 협척혈 등에 0.6-1cc를 나누어 피내 및 피하에 주입하였으며 주 4-5회 시행하였다.

3) 추나치료

환자가 요배통, 견통, 다발성 관절통을 호소함에 따라 국소 연부조직에 근막추나 치료를 적용하였다. 전통적 수기요법인 捏脊法⁹⁾의 방법을 응용하여 척추 기립근부 및 요배부의 Trigger point와 근긴장부에 Rolfing요법과 Graston Technique을 주 4-5회 시행하였다.

4) 한약치료

탕제(120cc, 2첩 분량을 3포로 분복) 및 한방 엑스제(한풍제약⁹⁾, 한국)를 투여하였다. 입원일인 7월 21일부터 7월 22일까지 영선제통음가감(麻黃 赤芍藥 4g, 葛根 羌活 桔梗 獨活 防風 白芷 威靈仙 枳實 蒼朮 川芎 荊芥 黃芩 當歸 升麻 甘草 2g)을 복용케 하였다. 7월 23일부터 8월 4일까지 오적산 엑스제를 복용케 하였고, 8월 5일부터 14일까지 가미온담탕 엑스제를 사용하였다.

5) 부항요법

환자의 방광경을 따라 요배부 주변의 통증 부위와 승모근부의 압통점을 중심으로 1일 1회 16-20개의 건식부항(대견부항, 한국)을 시행하였다.

3. 평가 방법

1) Standard for assessment of the effect of stroke treatment

환자가 입원한 후 증상의 변화를 관찰하기 위해 운동기능 평가를 할 수 있는 검사로 '중풍환자 치료효과 판정표준'을 채택하였다¹⁰⁾(Appendix 1).

2) 시각적 유사척도(Visual Analogue Scale, VAS)

VAS는 통증이 없는 상태를 0, 참을 수 없는 통증을 10으로 하여, 환자가 자신의 상태를 표시하도록 하였다. 치료 후의 전체적인 통증 호전도를 평가하기 위해 사용하였다¹¹⁾.

3) 도수 근력검사 (Manual Muscle Test, MMT)

상지와 하지의 근력을 평가하기 위해 도수근력검사(Manual Muscle Test : MMT)를 이용하였다¹²⁾.

4) FS(Functional System), EDSS(Expanded Disability Statue Scale)

환자의 임상적인 상태를 정량화하기 위해 EDSS를 이용하였다. EDSS는 전형적인 신경학적 검사에서 특정 증상의 유무에 기초한다. 관찰은 각각의 FS에 기반하여 점수를 1에서 9까지 매겨 평가된다. EDSS 점수가 높을수록 환자의 장애도가 깊다¹³⁾ (Appendix 2, 3).

4. 치료 경과

중풍환자 치료효과 판정표준 검사결과 신지상태에서는 뚜렷함으로 나타났고 언어 표현은 정상 상태로 지속되었다. 견관절은 어깨 높이까지 이르지 못하는 불편함을 지속적으로 호소했고, 고관절의 경우 15°에서 45°로 운동 범위가 증가되었다. 손가락 관절은 주먹을 쥐고 손가락을 펼 수 있는 정도에서 손가락만 굽히고 주먹을 쥐지 못함으로 악화되기도 하였으나 이후 기능이 향상되어 개개의 손가락 움직임이 구분 가능해졌다. 발가락관절은 펴고 굽히기는 자유로우나 힘이 약한 양상이 지속되었다(Table I).

도수근력검사(Manual Muscle Test : MMT)에서는 하지 근력의 개선은 나타났으나 유의미한 변화는 보이지 않았다. 환자의 주관적인 통증 정도를 평가하는 Visual Analog Scale(VAS)에서는 입원 당시에는 VAS 9를 가리켰고, 치료 경과 중 호전과 악화를 반복하다가 점차적으로 개선되어 2014년 8월 14일에 VAS 6으로 호전되는 양상을 보였다(Table II).

Table I . Change on Standard for Assessment of the Effect of Stroke Treatment

	7/21	7/29	8/6	8/14
Mental	4	4	4	4
Language	4	4	4	4
Shoulder joint	1	1	1	1
Finger joint	2>1	3>2	2>1	3>2
Hip joint	2	2	2	3>2
Knee joint	2	2	2	3
Foot/Toe	3	3	3	3
Total	3	3	3	3

환자의 입원 당시 EDSS 점수는 보조나 휴식 없이 500m이상 보행 가능한 4.0 상태로 일상생활에 경미한 장애가 있는 상태였다. 치료 결과 FS의 시각 기능은 악화와 호전을 반복하였으나 환자의 시력은 향상되면서 주관적인 시야장애의 호소 빈도는 감소하는 양상을 보였고, EDSS는 3.0으로 호전되면서 일상생활의 삶의 질이 개선되는 경과를 보였다(Table III).

III. 고찰

다발성 경화증(Multiple sclerosis)은 국소적인 수초의 변성과 축삭 손상이 특징인 중추신경계의 염증성 질환이다¹⁾. 대표적인 자가면역질환으로 병리학적으로는 중추 신경계의 염증, 말이집탈락(demyelination) 그리고 아교세포흉터형성(glialscarring)을 보인다²⁾.

다발성 경화증의 유병율은 여성이 남성보다 2-3배 정도 높고, 백인에서 월등히 높다. 위도가 높을수록

증가하기도 하거나 지리적, 인종별 등으로도 매우 다양하며 동양권과 서구권 사이에서 그 증상에 몇 가지 차이점을 보인다. 서구형 다발성 경화증은 대뇌 및 소뇌를 포함한 중추 신경계 백질의 광범위한 탈수초성 병변을 보이는데 반해, 아시아형 다발성 경화증은 주로 척수와 시신경에 국한되어 나타나는 심한 염증반응을 특징으로 한다^{4,14-16)}. 그리고 사춘기 이전에는 드물고 10대 이후 35세까지 발생율이 일정하게 증가하다가 감소하며, 최다 발생연령은 20-40세이다¹⁴⁾.

다발성 경화증을 발병 초기에 발견하여 적절한 치료를 시작할 경우 진행을 늦출 수 있을 뿐만 아니라 거의 정상적인 생활을 할 수 있다는 점에서 조기 진단 및 치료는 매우 중요하다. 진단의 기본 개념은 중추신경계 증상의 시간적, 공간적 산재를 확인하는 것으로 뇌, 척수, 시신경 등 중추신경계의 장애가 적어도 다른 두 영역에 두 차례 이상 나타나고, 증상을 설명할 수 있는 다른 가능한 질환이 모두 배제되었을

Table II. Change on VAS, MMT

		7/21	7/29	8/6	8/14
VAS		9	9	8	6
MMT	U/Ex	2<3	2<3	2<3	2<3
	L/Ex	2<3	2<3	2<3	3

Table III. Change on FS, EDSS

		7/21	7/29	8/6	8/14
FS	Pyramidal func.	2	2	2	2
	Cerebellar func.	2	2	2	2
	Brainstem func.	1	1	1	1
	Sensory func.	3	3	3	2
	Bowel&Bladder func.	0	0	0	0
	Visual(optic) func.	4	3	3	3
	Cerebral for mental func.	1	1	1	1
	Other func.(spasticity)	0	0	0	0
	EDSS	4.0	3.5	3.5	3.0

경우를 기본으로 한다²⁾.

치료에 있어서는 크게 급성기 치료와 장기적인 질환 치료, 그리고 대증요법으로 나눌 수 있다. 급성기 치료는 일반적으로 고용량의 글루코코르티코이드를 3-5일간 정맥 투여하는데, 이러한 스테로이드는 증세를 완화하고 회복은 빠르게 하지만, 장기적으로 병의 진행에 영향을 주는지에 대해서는 밝혀지지 않았다. 장기적인 질환 조절치료에서는 인터페론 베타, 글라티라머 아세테이트, 미토산트론, 나탈리주맙 등을 사용하고 있다. 하지만 이미 발생한 병변과 관련된 증상을 경감시키지는 못하고 오직 적절한 대증요법으로 환자의 삶의 질을 높이는 것이 매우 중요하다²⁾.

위에서 언급했던 증상들을 토대로 한의학에 다발성 경화증을 대비하여 생각해보면 “痿證”, “肌痺”, “風痺”, “眩暈”, “風懿” 등의 질병에서 나타나는 임상양상들과 잘 부합된다¹⁵⁾. 또한 다발성 경화증의 병변 위치는 肝, 腎, 心, 腦, 脾와 밀접한 연관성을 가지며 병리적인 원인은 痰, 瘀, 濕, 風邪, 毒邪에 의해 발작될 수 있지만 肝, 脾, 腎의 기능실조에 그 근본을 두고 있다¹⁶⁾.

각 증상에 대한 한의학적 기전과 연관된 臟腑를 樊 등¹⁷⁾은 아래와 같이 설명하고 있다. 頭暈에 있어서는 『素問·至真要大論』에서 언급한 “諸風掉眩, 皆屬於肝”에 따라 우선적으로 肝을 고려해야한다. 肝陽에 痰濁이 끼고 風으로 변해 위로 올라가는 것이 제일 많이 보이며, 여기에 橫逆反胃하여 胃氣上逆하면 멈추지 않는 嘔吐증상이 나타나게 된다. 이는 다발성 경화증이 頸髓상부 및 延髓부위에 위치하였을 때 나타날 수 있다.

눈에 있어서는 『靈樞·大惑論』에서 “五臟六腑之精氣, 皆上注於目而爲之精”, “目者, 心之使也. 心者, 神之會也. 故神經亂而不轉.”라 하였으며, 『靈樞·脈度』에서는 “肝氣通於目, 肝和則目能辨五色也.”라고 말하였다. 그러므로 눈의 病變은 五臟六腑와 모두 관련이 있겠지만 그중에서도 肝腎心에 중심을 두어야 한다. 그러므로 眼脹·痛(肝陽上亢 혹은 肝火上炎), 斜視(肝陽化風 혹은 陰虛風動), 視歧(腎精不足), 凝視

(腎虛精虧), 視力減退 혹은 失明(肝腎陰虧, 腎精不足), 眼震과 사물이 빙빙 도는 것(肝陽化風 혹은 肝腎陰虛風動), 眼睛乾澀(肝腎陰虛), 모두 肝腎을 같이 다스려줘야 한다¹⁷⁾.

頸肩腰背의 疼痛, 僵硬, 脹에 대해서는 그 곳을 지나간 陽脈之海의 督脈의 문제로 발생할 수 있는데, “陽氣者, 精則養神, 柔則養筋”이라하여, 만약 陽虛하여 督脈이 空虛해지면 瘀血이 內阻해지며 經絡이 不通해지면서 僵硬疼痛이 나타나는 것이다. 이는 『金匱要略』에서 언급한 “痿證”과 비슷하다. 手指節腫이나 手顫과 같은 증상은 『金匱要略』의 “跌蹶手指臂腫轉筋陰狐疝蛔厥”편에서 언급한 바와 같이 風勝則動하고, 濕勝則腫하며, 濕痰凝滯關節해도 腫하고 風濕이 侵襲하여 經絡을 손상해도 動해진다. 그리하여 風痰濕邪阻絡하면 필히 손가락 마디는 腫, 痛, 拘攣 또는 떨게 되어 파악하는 힘이 약하게 된다. 다발성 경화증은 보행장애나 근력약화등 四肢에 관한 증상들이 많이 나타나고 본 환자 역시 四肢와 관련해서 통증과 불편함을 많이 호소하였다. 脾가 사지근육을 주관하고 있기에 사지근육의 무력은 脾와 연관이 있다. 『素問·痺論』에 의하면 “脾痺者, 四肢懈墮.”라 하였다. 또한 肝藏血하며 筋을 주관하고 있고 그 筋은 運動을 주관하고 있기에 四肢無力은 肝이 筋을 주관하지 못함과 연관이 있어 “肝爲罷極之本”이라는 말이 있는 것이다. 그리고 “髓海不足, 脛酸眩冒”한다하여 脛酸의 증상 역시 腎虧髓少에 연관이어서 생각할 수 있다. 결론적으로 다발성 경화증은 臟腑系統에서 주로 肝腎에 연관되어 있으며 그 다음으로는 脾肺가 된다는 것이다¹⁷⁾.

또한 다발성 경화증을 치료하기 위해서는 “治痿獨取陽明”의 법칙을 준수해야한다고 말하였다. 『素問·痿論』에서는 “陽明者, 五臟六腑之海, 主潤宗筋, 宗筋主束骨而利關節也.”라고 언급하여, 역시 다발성 경화증과의 밀접한 연관성을 언급하고 있다⁶⁾.

지금까지 연구결과와 의서에서 제시한 원문들에 의거 한의학에 대입한 다발성 경화증을 충분히 치료할 수 있으며 증상 호전에 유의한 효과로 발표되고

있다. 하지만 다발성 경화증은 그 병리기전이 복잡하고 원인이 불분명하여 임상에서 다양한 양상으로 나타나고 있으며 증상이 때로는 가벼우면서도 심하고 재발과 완해를 거치는 특징을 보이고 있기에 단순히 한의학적인 “痿證”이나 “痺證” 뿐 아니라 “肌痺”, “風痺”, “眩暈”, “風懿” 등의 질병까지 폭넓게 고려해야 할 것으로 보인다.

환자가 다발성 경화증을 진단받은 후 재발과 완해를 반복적으로 거쳐왔고 증상이 비정형적으로 나타나는 바, 환자가 때마다 호소하는 현증에 따라 적절한 대증요법으로 환자의 삶의 질을 높이는 것이 가장 중요하다고 판단되어 이에 준하여 치료를 시행하였다.

다발성 경화증의 양상이 한의학의 “痿證”, “痺證”과 유사하고 그 병리가 肝, 脾, 腎의 기능실조와 陽明經을 고려해야한다는 점, 그리고 환자의 안구 증상이 심하다는 점 등을 감안하여 혈자리를 선혈하였고, 환자의 소화기능이 저하된 점 등을 종합적으로 고려하여 환자의 관절증상과 안구증상 완화 및 소화장애 개선을 목적으로 침구치료를 시행하였다.

그리고 강 등⁴⁾이 다발성 경화증 환자 5례에 봉약침을 사용하여 증상 감소를 보인 것에 착안하여 Bee Venom 25%를 어깨 주변의 압통점 및 요배부 협척혈 등에 투여하였다. 봉약침의 자극은 동물실험 결과 면역기능에서 가장 주된 역할을 하는 백혈구, T림프구, B림프구를 유의하게 증가시킨다고 보고되고 있다¹⁸⁾. 이에 근거하여 자가면역질환인 다발성 경화증 환자의 면역계에 조절작용이 있을 것이라 유추하여 환자의 관절통 감소 및 면역력 강화를 위하여 봉약침을 사용하였다.

捏脊法은 捏皮法 또는 疎皮法이라고 하는데 『肘後備急方』에는 “拈(=捻)取其脊骨皮, 深取通引之以龜尾至頂乃止, 未癒更爲之”라고 기록되어 있다. 시술자는 미골에서 항배부까지 척추부의 피부를 손가락으로 힘을 주어 잡고 잡아당기면서 위로 이동하는데 이 捏脊法은 소아과의 여러 질병에 응용하였다. 오늘날에는 예방의학의 측면에서 성인에게도 사용한다⁹⁾.

이 捏脊法의 현대적인 응용의 일환으로 환자의 통증 부위 및 감각이상 부위에 근막이완 및 통증 개선을 목적으로 Rolfing요법과 Graston Technique을 시행하였다. Rolfing요법은 근막 수기요법 중 하나로 근막 조직의 긴장을 감소시켜 이완시켜 근육의 기능을 다시 회복될 수 있게 하고¹⁹⁾, Graston Technique은 stainless steel로 된 도구를 사용하여 손상 조직을 이완시키고 근막의 제한과 유착을 이완시키는 연부 조직 치료법으로 Trigger point에 적용하여 치료효과가 있음²⁰⁾이 보고되었다.

또한 환자가 보이는 증상에 따라 탕약 및 한방 엑스제를 투여하였다. 초기에 통증 조절을 목표로 영선제통음가감 탕제를 투여하였으나 환자가 탕약 소화 에 어려움이 있어 엑스제로 바꾸어 투여하였다. 요통 및 관절통 치료를 목적으로 오적산 엑스제를, 수면장애 및 불안감 해소를 목적으로 가미온담탕 엑스제를 투여하였다. 이외에 經氣 소통과 소화기능 개선을 목적으로 부항요법과 뜸치료를 병행하였다.

환자가 입원하여 주로 호소하는 증상이 사지관절과 관련되므로 증상의 변화를 관찰하기 위해 운동기능을 평가할 수 있는 검사인 “중풍환자 치료효과 판정표준”을 채택하여 추적검사를 하였다^{4,10)}. 검사결과 신지상태에서는 뚜렷함으로 나타났고 언어 표현은 정상이었다. 견관절은 어깨 높이까지 이르지 못하는 불편함을 지속적으로 호소하였다. 슬관절 운동범위는 같았으나 움직임이 부드러워졌고, 고관절은 15°에서 45°로 운동 범위가 증가되었다. 손가락 관절은 주먹을 쥐고 손가락을 펼 수 있는 정도에서 손가락만 굽히고 주먹을 쥐지 못함으로 악화되기도 하였으나 이후 기능이 향상되어 개개의 손가락 움직임이 독립적으로 가능한 경과를 보였다. 발가락 관절은 펴고 굽히기는 자유로우나 힘이 약한 양상이 지속되었다. 종합적으로 전반적인 독립생활은 가능하지만 때로는 부분적인 기능 불완전함을 나타내는 경과를 보였다.

Kurtzke Expanded Disability Status Score (EDSS)는 신경계 기능 및 시각 기능 평가를 포함하고 있는 Functional System(FS)에 기반하여 다발

성 경화증의 신경학적 장애를 측정하는 데 가장 널리 알려진 것이다. EDSS가 3.5미만인 환자는 주로 RRMS로 정상적으로 보행이 가능하며, 5.5이상인 환자는 SPMS나 PPMS로 보행 장애를 보이며 직장 생활에도 제약을 받는다³⁾. 본 환자의 EDSS 점수는 보조나 휴식 없이 500m이상 보행 가능함인 4.0에서 하나의 기능평가에서 중등도의 장애를 보이거나 완전 보행이 가능할지라도 세 개 혹은 네 개의 기능 평가에서 경도의 장애를 보이는 3.0을 받은 것으로 보아 한방치료가 증상 유지나 호전에 있어 효과를 발휘한 것으로 볼 수 있다. FS의 시각 기능 또한 증상의 악화와 호전을 반복하였으나 환자의 시력은 향상되면서 주관적인 시야장애의 호소 빈도는 감소하는 양상을 보였다.

또한 환자의 주관적인 통증 정도를 평가하는 Visual Analog Scale(VAS)에서는 VAS는 입원 당시에는 9를 가리키다가 2014년 8월 14일에 VAS 6으로 호전되는 양상을 보였다.

본 증례의 다발성경화증은 우리나라에서 흔히 접할 수 있는 질병이 아니고, 양방적 진단명과 한방의 진단명이 달라 진단과 치료에 어려움이 있었다. 또 환자가 다발성 경화증의 확진을 받기까지 수많은 재발과 완해과정을 거치며 많은 검사와 치료로 심신이 지쳐있어 환자관리와 치료에도 어려움이 많았다. 그러나 침구치료, 약침, 추나요법, 한방약물치료 등은 환자의 주소증인 요배통과 견통, 다발성 관절통 및 안구 증상에 대증치료 효과가 있음을 볼 수 있었다. 하지만 다양한 증상과 경과의 변화에 대처할 만한 관련 연구결과가 절대적으로 부족하여 치료하는 데 미흡한 점이 있었다. 향후 다발성 경화증에 대한 지속적인 연구와 임상적 접근이 이루어진다면 한의학의 치료영역으로 평가될 수 있으리라 생각되며, 향후 많은 증례 연구와 다른 치료법과의 연구가 필요하리라 사료된다.

IV. 결 론

2014년 7월 21일부터 8월 14일까지 다발성경화증으로 인한 요배통과 견통, 다발성 관절통 및 안구 증상 등을 주소증으로 입원한 환자 1례의 임상경과와 치료를 통하여 다음의 결론을 얻었다.

1. 환자의 요배통과 견통, 다발성 관절통, 안구증상 등은 침구치료, 약침, 추나요법, 한약치료 등을 통하여 호전 경과를 보였다.
2. MMT측정에서는 수치상의 큰 변화는 없었지만, '중풍환자 치료효과 판정표준'에서는 수지관절에서 grade 향상이 있었고, 다른 관절부위에서는 grade의 변화는 없었지만 같은 grade 범위 내에서 기능의 향상이 있었다.
3. 다발성 경화증의 경과를 관찰하기 위한 평가척도인 FS에서는 시각기능에서 기능 향상을 보였으며, EDSS에서도 4.0에서 3.0으로 상태가 호전되었다.
4. 환자의 주관적 상태를 측정하는 VAS에서는 VAS9에서 VAS6으로 개선되었다.

V. 참고문헌

1. 한태륜, 방문석. 재활의학. 서울:군자출판사. 2008:627-9.
2. 김우준, 김호진. 다발성 경화증. 대한의사협회지. 2009;52(7):665-76.
3. 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회. HARRISON'S 내과학 제2권(제17판). 서울:도서출판 MIP. 2010:3136-47.
4. 강석일, 박원태, 구창모, 김연섭. 다발성경화증 환자 치험 1례에 대한 보고. 대한한의정보학회

- 지. 2002;8(1):34-45.
5. 황상일, 백동기, 임은경 외 7명. 다발성 경화증 환자 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2004; 25(3):609-14.
 6. 허은정, 김지현, 윤창준, 류희영. 우울증상을 동반한 다발성 경화증 재발 환자의 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2009;20(2):217-27.
 7. 강계성, 권기록. 다발성 경화증 환자 5례에 대한 임상보고. 대한침구학회지. 2003;20(1): 209-17.
 8. 척추신경추나의학회 편저. 추나의학. 서울:척추신경추나의학회. 2013:26.
 9. 복지부 분류. 개개의 기관계용 의약품. 2014. Available from: URL:http://www.hanpoong.co.kr/ab-1369
 10. 심형기, 박세기, 김동우, 전찬용, 한양희. 중풍 진단의 표준화방안 연구. 대한한방내과학회지. 1997;18(2):332-56.
 11. 왕진만, 김동준. VAS를 이용한 동통 평가의 유용성. 척추외과학회지. 1995;2(2):177-84.
 12. 대한침구학회 교재편찬위원회 편저. 針灸醫學. 집문당. 2012:643-55.
 13. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale(EDSS). Neurology. 1983;33(11):1444-52.
 14. 전국한외과대학 심계내과학교실. 한방 순환·신경내과학. 서울:군자출판사. 2013:509-14.
 15. De Vries DR' Van Herwaarden MA' Baron A'et al. Concomitant functional dyspepsia and irritable bowel syndrome decrease health - related quality of life in gastroesophageal refl ux disease. Scand J Gastroenterol. 2007;42:951-6.
 16. 關東升, 李迎霞. 多發性硬化辨證和辨病的思考. 遼寧中醫雜誌. 2013;40(7):1350-1.
 17. 樊永平, 張慶. 多發性硬化症狀的中醫詮譯, 臟腑屬性分析. 首都醫科大學學報. 2013;34(6): 885-90.
 18. 대한약침학회 학술위원회 약침의학연구소. 약침학. 서울:엘스비어코리아. 2011:192-3.
 19. Thomas W.Myers 저, 송윤경, 이종수, 임형호, 조남경 공역. 근막경선해부학. 서울:현문사. 2005:43-4.
 20. Debra Corum, Jennifer Kujawski, Terri Murphy, Rachel Rice. The effects of Graston technique on trigger point in the upper trapezius muscles. Logan College of Chiropractic. 2009:1-11.

[Appendix 1]

Standard for assessment of the effect of stroke treatment

분 류	판 정 기 준
신지상태	신지뚜렷(4) > 신지황홀-혼수, 깨어난 후 대화가능(3) > 신지미몽-혼수, 불러도 대답불확실(2) > 신혼(1) > 신혼과 동시에 탈증(0)
언어표현	정상(4) > 일반적표현, 명명불능(3) > 말하고 표현이 불완전(2) > 단어,절구만 가능(1) > 언어불능 기본불능(0)
견관절	정상(4) > 상지를 완전하게 올리나 근력부족(3) > 상지를 어깨와 나란히 또는 약간 높이(2) > 어깨 높이까지 이르지 못함(1) > 움직일수 없고, 혹은 전후로 약간흔들림(0)
지관절	정상(4) > 손가락분별동작되나 근력부족(3) > 주먹쥐고 손가락편다(2) > 손가락 굽힐수있으나 주먹이 쥐어지지않음(1) > 움직일수없다(0)
고관절	정상(4) > 45° 이상높이로 들(3) > 45° 에 못미친다(2) > 흔들어서 수평이동(1) > 움직일수없다(0)
슬관절	정상(4) > 무릎을 완전히 세울 수 있다(3) > 불완전하게 세울 수 있다(2) > 움직일 수 있다(1) > 움직일 수 없다(0)
지관절	정상(4) > 펴고 굽히기 자유로우나 힘이 약함(3) > 펴고 굽히기 불완전(2) > 약간움직임(1) > 움직이지 못함(0)
종합기능	생활을 스스로 처리하며 자유롭게 이야기함(4) > 독립생활 가능하고 부분적으로 기능이 불완전함(3) > 보행이 가능하나 수시로 사람의 보조필요(2) > 일어나 발걸음을 내디딜수 있으나 수시로 사람의 도움이 필요함(1) > 자리에 눕는다(0)

[Appendix 2]

Kurtzke Functional Systems(FS)

	Patient' s condition
Pyramidal func.	0 - Normal 1 - Abnormal signs without disability 2 - Minimal disability 3 - Mild to moderate paraparesis or hemiparesis (detectable weakness but most function sustained for short periods, fatigue a problem); severe monoparesis (almost no function) 4 - Marked paraparesis or hemiparesis (function is difficult), moderate quadripareis(function is decreased but can be sustained for short periods); or monoplegia 5 - Paraplegia, hemiplegia, or marked quadripareis 6 - Quadriplegia V - (Unknown)
Cerebellar func.	0 - Normal 1 - Abnormal signs without disability 2 - Mild ataxia (tremor or clumsy movements easily seen, minor interference with function) 3 - Moderate truncal or limb ataxia (tremor or clumsy movements interfere with function in all shpheres) 4 - Severe ataxia in all limbs (most function is very difficult) 5 - Unable to perform coordinated movements due to ataxia V - (Unknown)
Brainstem func.	0 - Normal 1 - Signs only 2 - Moderate nystagmus or other mild disability 3 - Severe nystagmus, marked extraocular weakness, or moderate disability of other cranial nerves 4 - Marked dysarthria or other marked disability 5 - Inability to swallow or speak V - (Unknown)
Sensory func.	0 - Normal 1 - Vibration or figure-writing decrease only in one or two limbs 2 - Mild decrease in touch or pain or position sense, and/or moderate decrease in vibration in one or two limbs; or vibratory (c/s figure writing) decrease alone in three or four limbs 3 - Moderate decrease in touch or pain or position sense, and/or essentially lost vibration in one or two limbs; or mild decrease in touch or pain and/or moderate decrease in all proprioceptive tests in three or four limbs 4 - Marked decrease in touch or pain or loss of proprioception, alone or combined, in one or two limbs; or moderate decrease in touch or pain and/or severe proprioceptive decrease in more than two limbs 5 - Loss (essentially) of sensation in one or two limbs; or moderate decrease in touch or pain and/or loss of proprioception for most of the body below the head 6 - Sensation essentially lost below the head V - (Unknown)

Bowel&Bladder func.	<p>0 - Normal</p> <p>1 - Mild urinary hesitance, urgency, or retention</p> <p>2 - Moderate hesitance, urgency, retention of bowel or bladder, or rare urinary incontinence (intermittent self-catheterization, manual compression to evacuate bladder, or finger evacuation of stool)</p> <p>3 - Frequent urinary incontinence</p> <p>4 - In need of almost constant catheterization (and constant use of measures to evacuate stool)</p> <p>5 - Loss of bladder function</p> <p>6 - Loss of bowel and bladder function</p> <p>V - (Unknown)</p>
Visual(optic) func.	<p>0 - Normal</p> <p>1 - Scotoma with visual acuity (corrected) better than 20/30</p> <p>2 - Worse eye with scotoma with maximal visual acuity (corrected) of 20/30.20/59</p> <p>3 - Worse eye with large scotoma, or moderate decrease in fields, but with maximal visual acuity (corrected) of 20/60.20/99</p> <p>4 - Worse eye with marked decrease of fields and maximal visual acuity (corrected) of 20/100.20/200; grade 3 plus maximal acuity of better eye of 20/60 or less</p> <p>5 - Worse eye with maximal visual acuity (corrected) less than 20/200; grade 4 plus maximal acuity of better eye of 20/60 or less</p> <p>6 - Grade 5 plus maximal visual acuity of better eye of 20/60 or less</p> <p>V - (Unknown)</p>
Cerebral for mental func.	<p>0 - Normal</p> <p>1 - Mood alteration only (does not affect EDSS score)</p> <p>2 - Mild decrease in mentation</p> <p>3 - Moderate decrease in mentation</p> <p>4 - Marked decrease in mentation (chronic brain syndrome . moderate)</p> <p>5 - Dementia or chronic brain syndrome . severe or incompetent</p> <p>V - (Unknown)</p>
Other func. (spasticity)	<p>a) spasticity</p> <p>0 - None</p> <p>1 - Mild (detectable only)</p> <p>2 - Moderate (minor interference with function)</p> <p>3 - Severe (major interference with function)</p> <p>9 - (Unknown)</p> <p>b) Others</p> <p>0 - None</p> <p>1- Any other neurological findings attributed to MS</p> <p>Specify _____</p> <p>V - (Unknown)</p>

〔Appendix 3〕

Kurtzke Expanded Disability Status Scale(EDSS)

Step	Patient' s condition
0.0	Normal neurological exam.
1.1	No disability, but minimal signs in one functional system (FS).
1.5	No disability, but minimal signs in more than one FS.
2.0	Minimal disability in one FS.
2.5	Mild disability in one FS or minimal disability in two FS.
3.0	Moderate disability in one FS or mild disability in three or four FS. However, the person is still fully ambulatory.
3.5	The person is fully ambulatory, but has moderate disability in one FS and mild disability in one or two FS; or moderate disability in two FS; or mild disability in five FS.
4.0	The person is fully ambulatory without aid, and is up and about most of the day (12 hours) despite relatively severe disability. He or she is able to walk 500 meters without aid or rest.
4.5	The person is fully ambulatory without aid, and is up and about much of day. He or she is able to work a full day, but may otherwise have some limitations of full activity or require minimal assistance. This is considered relatively severe disability. Able to walk 300 meters without aid.
5.0	The person is able to walk 200 meters without aid or rest. Disability impairs full daily activities, such as working a full day without special provisions.
5.5	The person is able to walk 100 meters without aid or rest. Disability precludes full daily activities.
6.0	The person needs intermittent or unilateral constant assistance (cane, crutch or brace) to walk 100 meters with or without resting.
6.5	The person needs constant bilateral support (cane, crutch or braces) to walk 20 meters without resting.
7.0	The person is unable to walk beyond five meters even with aid, and is essentially restricted to a wheelchair. However, he or she wheels self and transfers alone, and is active in wheelchair about 12 hours a day.
7.5	The person is unable to take more than a few steps and is restricted to wheelchair, and may need aid to transfer. He or she wheels self, but may require a motorized chair for a full day' s activities.
8.0	The person is essentially restricted to bed, a chair or a wheelchair, but may be out of bed much of day. He or she retains self care functions and has generally effective use of arms.
8.5	The person is essentially restricted to bed much of day, but has some effective use of arms and retains some self care functions.
9.0	The person is confined to bed, but still able to communicate and eat.
9.5	The person is totally helpless and bedridden and is unable to communicate effectively or eat and swallow.
10.0	Death due to MS.