

강직성척추염(Ankylosing Spodylitis)에 대한 한의학적 이해

慶熙大學校 韓醫科大學 原典學教室¹ · 韓醫學古典研究所²
金鍾鉉^{1,2} · 尹銀卿^{1,2} · 白裕相^{1,2*} · 丁彰炫^{1,2} · 張祐彰^{1,2} · 柳姪我^{1,2}

A Study on Ankylosing Spodylitis in Traditional Korean Medical Perspective

Kim Jong-hyun^{1,2} · Yoon Eun-kyung^{1,2} · Baik You-sang^{1,2*}
Jeong Chang-hyun^{1,2} · Jang Woo-Chang^{1,2} · Lyu Jeong-ah^{1,2}

¹Dept. of Oriental Medical Classics, College of Oriental Medicine, Kyunghee University

²Institute of Oriental Medical Classics, Kyunghee University

Objective : Ankylosing Spodylitis(AS) is a chronic inflammatory disease that is notorious for its difficulty to cure. This study aims to interpret the mechanism of AS in the Traditional Korean Medical(TKM) perspective, and to understand the role of the spine.

Method : Clinical manifestations of AS, epidemiological data and clinical cases were interpreted by traditional methodology.

Result : The young age group of patients suffering from this condition suggests that the cause of this condition is not solely linked to deficiency of the Kidney[腎], which is a general cause for bone disease. Its symptoms are linked to obstruction in the upper body, which results in disturbance of Jeong(精) collection in the lower body. Based on other accompanying symptoms, together with its character as an autoimmune disease, a strong link to the spirit of the heart[心神] can be suggested.

Conclusion : AS is closely linked not only to essence of kidney[腎陰], but to the spirit of the heart[心神] as well. From the TKM analysis of the spine, we can understand it as the basic pathway for the fundamental Gi(氣) circulation.

Key Words : Ankylosing Spodylitis(AS), Spine(脊椎), Mechanism of Disease(病機)

I. 序 論

강직성척추염(Ankylosing Spodylitis, AS)은 척추를 포함한 축성 골격에 발생하는 염증질환으로, 관절부위의 강직에 의한 통증과 운동 제한이 대표적인 증상이다. 이 질환은 자가면역질환 중 하나로 현재 완치 방법이 없는 것으로 알려져 있다. 최근 사용되

* 교신저자 : 白裕相, 慶熙大學校 韓醫科大學 原典學教室
E-mail : baikys@khu.ac.kr Tel : (02) 961-0326
접수일(2012년 5월 16일), 수정일(2012년 7월 25일),
게재확정일(2012년 8월 17일)

는 서양의학의 치료 방법은 면역인자의 활동을 차단하기 위한 약물투여와 보조적인 운동요법으로, 모두 근본적인 해결책이 아닐 뿐만 아니라 약물의 경우 부작용의 위험도 매우 높다¹⁾. 이러한 문제는 자가면역 질환을 면역반응의 물질적인 기전으로만 파악하기 때문에 생긴다. 자가면역질환의 대부분에 보이는 점막부위의 염증과, 빈번히 관찰되는 심장 이상 및 말초의 혈액순환 장애는²⁾ 심혈관의 연관성을 추정할 수 있는 부분이다. 강직성척추염 역시 심장이상과 상당한 연관이 있음을 보여주는 연구 결과가 이미 보고되었다³⁾. 심혈과 관련된 병증의 발생과 악화는 스트레스나 심리적 요인과 밀접하게 연관된다. 따라서 물질적 요인과 더불어 심리적 요인에 대한 이해가 필요하며 이러한 것들을 통합적으로 이해할 수 있는 한의학적 접근이 상당히 유효할 것으로 생각된다.

일반적으로 한의학에서 보는 척추질환은 腎精의 虛證과 관련이 깊다. 그러나 강직성척추염의 경우 주로 젊은 나이에 발병하므로 老化나 虛勞가 주된 원인이 되는 일반적인 腎虛의 범주에 포함시키기 어려운 점이 있다. 한편 心은 腎과 더불어 인체 순환의 축을 이루므로 생리와 병리에 있어 서로 밀접한 연관을 갖는다. 心의 문제는 腎의 병을 유발하는

원인이 될 수 있으며 반대의 경우 역시도 가능하다. 앞서 말한 자가면역질환의 특성을 감안할 때 이 질환의 척추 문제가 腎 뿐만 아니라 心과 긴밀하게 연관될 것이라는 가설을 세울 수 있었으며, 따라서 腎精과 그 대척점인 心神이 상호 연계하는 관점에서 이 질환을 파악해보고자 하였다.

본 논문은 강직성척추염이라는 서양의학적 질환을 한의학의 방법론을 통해 해석해보려 하였다. 기존의 한의학 연구에서는 이러한 방법으로 서양의학의 특정 질환을 분석한 경우가 흔치 않다. 그러나 강직성척추염과 같은 현대의 질병 또한 지금의 한의사들이 직면하는 질환이며 이에 대한 한의학적 해석이 필요하다고 생각되었다. 또한 이러한 연구는 기초 이론과 임상 의 연계와 고전의 해석범위의 확대에 도움이 될 것이라 생각한다. 이 같은 목표에 따르면 논문에서는 현재 보고된 증상, 통계, 증례 등을 한의학의 시각에서 해석하려 노력하였다.

II. 本論

1. 연구방법

국내에서는 강직성척추염에 대한 한의학적 연구가 활발하게 이루어졌다고 보기 어렵다. 현재 한방재활의학 교과서에서는 강직성척추염을 骨痺證으로 분류하였으나⁴⁾ 질환의 특성에 따른 해석이나 변증을 별도로 제시하지 않았다. 문헌연구로는 한의학의 유사 질병들의 문헌을 정리한 연구⁵⁾가 있었고, 임상 연구로는 진경선⁶⁾, 채진석⁷⁾, 조윤철⁸⁾, 유은경⁹⁾, 서동민¹⁰⁾이 각각 증례를 보고하였다. 그러나 한의학

- 1) 서양의학의 자가면역질환에 대한 최근의 치료법은 종양괴사인자(TNF- α)의 활동을 차단하는 약물을 투여하는 것이다. 이는 면역반응을 억제하여 염증과 같은 증상의 발현을 감소시킨다. 부작용으로는 파종성 결핵, 빈혈구감소증, 심부전증, 심각한 간질환 등이 나타난다. (Fauci 외, 대한내과학회 해리내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010. p2540)
- 2) 자가면역질환의 대표적인 질환인 베체트병, 쇼그렌 증후군, 전신성 홍반성 낭창, 경피증은 모두 인체 점막 부위의 염증을 대표 증상으로 하며, 감정 변화와 寒溫에 따른 사지의 급성 허혈 증상인 레이노현상은 말초 혈액 순환 장애의 대표적인 증상이다. 또한 류마티스 관절염에서는 동반증상으로 혈관염이 빈발한다.
- 3) 강직성척추염의 동반 증상으로 대동맥 폐쇄 부전, 충혈성 심부전 등이 나타나는 경우가 있으며(Fauci 외, 대한내과학회 해리내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010. p.2538.), 이영호 등의 논문에서는 강직성척추염 환자에게서 나타나는 심장 이상의 빈도와 종류에 대한 연구를 발표한 바 있다. (이영호 외 6명. 강직성척추염과 비분류성 척추관절증 환자의 심장 이상에 대한 연구. 대한류마티스학회지. vol.4. No.1. 1997. pp.54-55.)

- 4) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울. 군자출판사. 2008. pp.110-111.
- 5) 朱振源, 崔容泰. 강직성 척추염에 대한 한의학적 고찰. 대한침구학회지. 15(1). 1998. pp.99-122.
- 6) 진경선 외 4명. 강직성 척추염환자 2례에 대한 증례보고. 대한한의학정보학회지. 8(2). 2002. pp.1-10.
- 7) 채진석 외 4명. 無痛性 強直性 脊椎炎患者 1例에 관한 考察. 대한한의학정보학회지. 8(3). 2002. pp. 148-157.
- 8) 조윤철 외 3명. 고관절 전치환술을 시행 후 내원한 만성 강직성 척추염 환자 치험 1례. 대한추나의학회지. 5(1). 2004. pp.141-150.
- 9) 柳銀景 외 4명. 強直性脊椎炎의 臨床的 觀察. 대한한학회지. 11(1). 1990. pp.151-155.
- 10) 서동민 외 6명. 증례 : 초기 강직성 척추염 약침치료 1례

적 관점에서 증상을 관찰하거나 해석했다고 보기는 어렵고, 임상례는 그 대상이 1-2명에 불과할 뿐만 아니라 대부분鍼치료에 국한되어 있어 전반적으로 미흡한 상황이라 할 수 있다. 중국의 자료에서는 강직성척추염의 변증 유형 분류와 증례 보고를 찾을 수 있었다. 閻小萍¹¹⁾, 馮兴华¹²⁾, 刘雪梅¹³⁾ 등은 증상 양상에 따른 변증 분류를 제시하였고 이를 바탕으로 郭玉梅¹⁴⁾, 梁冰¹⁵⁾, 尙娟¹⁶⁾ 등이 임상례를 보고하였다. 또한 赵蕾와 曹向阳은 최근까지의 결과들을 비교하고 정리한 연구¹⁷⁾를 발표하기도 하였다.

본 연구에 있어 병의 증상과 통계에 관한 내용은 서양의학의 생리학 서적 및 류마티스 내과, 재활의학과 등의 논문을 검색하였다. 국내 통계에 관한 자료는 국민건강보험공단 통계를 활용하였다¹⁸⁾. 또한 직접 인터뷰한 증례(2건), 경희의료원 한방병원 진료기록(1건), 강동경희대학교 한방병원 진료기록(9건)을 임상자료로 참고했다.

본 논문의 본론에서는 먼저 척추질환에 접근하는 한의학적 방식의 대강을 살핀 후 강직성척추염의 특징적 증상을 중심으로 病機를 분석하였다. 이어서 이 질환의 발병에 주요한 요인으로 추정되는 심리적 요인과 체질적 요인을 파악해보았으며, 앞선 사실과 관련해 가능한 치료법을 분석하였다. 考察에서는 강직성척추염에 대한 연구 결과를 바탕으로 한

의학에서 바라보는 척추의 의미에 대해 고찰하였다.

2. 척추병증에 대한 한의학적 접근 방식

강직성척추염의 병기를 파악하기 위해 참고할 수 있는 病證으로는 骨痺, 骨萎, 脊强, 附骨疽 등이 있다. 그 증상은 대부분 척추주변부의 통증과 屈伸不利와 같은 운동장애를 공통적으로 나타내지만 내포된 원인과 기전의 범위는 상당히 넓다. 따라서 세부적인 내용을 살펴보기에 앞서 기존의 한의학 이론에서 척추질환을 어떠한 방식으로 접근하였는지 그 접근방식을 먼저 살펴보고자 한다. 척추 병증 중 물리적 손상을 제외한 내과적 문제를 經絡과 臟腑로 나누어 정리해보면 다음과 같다.

1) 經脈

척추와 가장 관련이 깊은 經脈은 衝脈, 任脈, 督脈과 足太陽, 足少陰의 經脈을 들 수 있다. 먼저 인체의 중앙선에 위치한 衝脈, 任脈, 督脈은 척추와 가장 밀접한 관계가 있다. 이 중 任脈은 인체 前面을 순행하여 상대적으로 관련이 적고 背面에서 척추를 따라 순행하는 督脈이 가장 밀접한 관련을 갖는다. 衝脈의 경우는 任脈과 마찬가지로 전면을 순행하는 것으로 보기도 하지만 腹裏를 순행하여 척추의 앞쪽에 위치하는 것으로 보는 견해도 있다¹⁹⁾. 마찬가지로 足太陽脈과 足少陰脈도 척추와 근접한 부위를 순행하며, 足太陽脈이 가장 긴밀한 관계에 있다. 그런데 이들과 관련된 설명을 살펴보면 衝脈, 任脈, 督脈은 대부분 生理와 循行經路에 관한 서술로 病症을 자세히 구분하지는 않았다. 반면 病의 診斷과 病理은 대체로 十二經脈을 기준으로 설명돼 왔다²⁰⁾. 때문에 보다 세밀한 분류는 足太陽脈과 足少

에 관한 기능적 평가와 유용성에 관한 연구. 大韓鍼灸學會誌. Vol.19. No.6. 2002.

11) 閻小萍. 强直性脊柱炎. 北京. 中国医药科技出版社. 2004.
12) 张显彬, 王海隆. 冯兴华教授治疗强直性脊柱炎的经验. 四川中医. 25(1). 2007. pp.4-5.
13) 刘雪梅. 中医分期辨证治疗强制性脊柱炎52例. 辽宁中医药大学学报. 9(2). 2007. p.89.
14) 郭玉梅. 中医辨证治疗强直性脊柱炎78例临床观察. 中国医学指南. 25. 2011. pp.123-124.
15) 梁冰. 中医辨证治疗强直性脊柱炎临床分析. 中国现代药物应用. 20(5). 2011. pp. 63-34.
16) 尙娟. 痛痺止痛汤治疗强直性脊柱炎 54例. 中医药临床杂志. 19(8). 2007. p.399.
17) 赵蕾, 曹向阳. 中医内治强直性脊柱炎概况. 中医临床研究. 24(3). 2011. pp.119-120.
18) 이 자료는 2006년부터 2010년까지 강직성척추염 진단 코드(M45.0-M45.9)로 보고된 진료인원, 진료비, 급여비를 남녀와 연령대 별로 분류한 것이다.

19) 丁彰炫. 『素問·骨空論』의 “足少陰之經”에 대한 考察. 대한한의학원전학회지. 21(1). 2008. p.231. “충맥에는 척추 뼈 안쪽을 따라 올라가는 배부 노선과 배꼽 양옆을 끼고 올라가는 복부 노선이 있다고 했다……논자는 둘 사이의 標本의 관계라고 생각한다. 즉 배부 노선이 원래 충맥의 기가 흐르는 본선이고, 복부 노선은 충맥의 기가 외부로 발현 되는 곳을 이은 것이다.”

20) 任脈, 督脈, 衝脈 등이 넓은 범주에서 인체의 음양을 총괄

陰脈에 관련한 서술에서 찾을 수 있다. 『靈樞·經脈』에서는 足太陽經脈의 병을 ‘項如拔, 脊痛, 腰似折’이라 하였으며, 足少陰經脈의 병을 ‘脊股內後廉痛’이라 하였다²¹⁾. 또한 『靈樞·經筋』에서는 足太陽經筋의 병을 ‘脊反折, 項筋急’, 足少陰經筋의 병을 ‘故陽病者, 腰反折不能仰, 陰病者不能仰.’²²⁾과 같이 표현하였다.

척추와 등 부위 순환에 가장 관련이 깊은 것은 督脈과 足太陽經이다. 督脈과 足太陽經은 중앙선과 양변을 순행하여 척추와 가장 가까운 곳에 위치한다. 또한 인체에서 背面은 陽에 속하여 陽氣의 不足이나 不通이 증상의 중요한 원인이 되는데,²³⁾ 督脈은 전신의 陽氣를 감독하는 역할을 하고 太陽 역시 가장 분화된 陽氣이므로 이 둘은 척추와 그 주변의 순환에 가장 밀접한 관련을 갖는다. 한편 少陰은 太陽과 表裏가 되며 督脈 및 衝脈과도 연관이 깊다. 『靈樞·逆順肥瘦』 등의 篇에서는 少陰의 經脈, 大絡과 衝脈의 관계를 말하였고,²⁴⁾ 『素問·骨空論』 등에서는 足少陰과 督脈의 연관성을 언급하였다.²⁵⁾

하는 것에 비해 十二經脈은 기능이 보다 분화되어 있어 명확하므로 진단과 치료는 십이경맥을 위주로 이루어진다. 白裕相은 논문에서 “藥의 효능도 그것이 인체에 작용하는 氣의 영향에 의한 것이며 針의 효능도 이와 마찬가지로 12 經絡을 순환하는 經氣의 흐름을 조절함으로써 인체 생리에 변화를 주는 것이다. 두 가지 모두 객관성을 가진 氣의 운동변화에 바탕을 두고 있다. 물질적 특성을 지닌 藥의 효능과 氣를 운행시키는 針의 작용은 극도로 분화된 객관성을 지닌 氣의 상태에 바탕을 둘 수밖에 없다. 왜냐하면 氣가 분화를 할수록 형이하학적인 규율을 띠게 되므로 이를 바탕으로 해야 객관적이고 정확하며 재연성 있는 치료가 가능하기 때문이다.”(白裕相, 一元氣와 精氣神의 關係에 대한 考察, 선&도국제학술대회논문집(下), 2009. p36.)라고 하였다.

- 21) 洪元植, 精校黃帝內經靈樞. 서울, 동양의학연구원 출판부, 1985. pp.81.
22) 洪元植, 精校黃帝內經靈樞. 서울, 동양의학연구원 출판부, 1985. pp.102-103.
23) 척추 주변의 經脈과 연관된 가장 흔한 증상은 주변근육의 문제로, 傷寒 表病의 項強이나 癱瘓과 유사한 양상을 띠는 경우가 많다. 또한 이러한 증상들은 흔히 陽氣와 관련지어 설명되었다.
24) 洪元植, 精校黃帝內經靈樞. 서울, 동양의학연구원 출판부, 1985. p189. “夫衝脈者……其下者, 注少陰之大絡, 出于氣街……其下者, 並於少陰之經……”
25) 洪元植, 精校黃帝內經素問. 서울, 동양의학연구원 출판부, 1985. p209. “督脈者, 起於少腹……其絡循陰器, 合篡間,

따라서 十二經脈 중 足少陰과 足太陽의 經脈은 척추를 진단과 치료에서 중심적인 위치를 갖는다. 또한 少陰과 太陽은 인체순환에서 上下의 極이 되어 순환의 축을 이룬다. 三陰三陽은 시간변화뿐 아니라 공간구조를 표상하는데, 少陰과 太陽은 순환에서 上下의 極을 형성하여 순환이 발생하는 場을 형성한다²⁶⁾. 少陰과 太陽의 상하관계에 대해 『素問·陰陽離合論』에서는 “聖人南面以立, 前曰廣明, 後曰太衝, 太衝之地, 名曰少陰, 少陰之上, 名曰太陽.”²⁷⁾이라 하였으므로 少陰과 太陽은 각각 上下의 極이 됨을 유추할 수 있다. 따라서 少陰과 太陽의 순환을 돕는 것은 척추 부위의 氣結滯를 해결할 뿐만 아니라 전신 순환의 축을 잡아주는 의미로 활용될 수 있다.

2) 臟腑

五藏에서 太陽-少陰의 관계와 마찬가지로 상하의 兩端을 이루는 것은 心和 腎이다. 그 중 척추를 비롯한 뼈의 生理와 病理에 가장 밀접한 臟腑는 腎이다. 모든 뼈들은 藏精의 주체인 腎에 배속되며, 腎의 기능에 따라 精이 잘 간수되면 뼈대가 견고해진다. 따라서 腎을 ‘作強之官’이라 하였다²⁸⁾. 척추는 인체의 중축이 되는 뼈이므로 腎과 밀접한 관계임은 분명하며, 때문에 척추 자체의 병증은 腎과 관련지어 해석하는 것이 일반적이다.

腎과 相對가 되어 인체 순환의 極을 이루는 것은 心이다. 腎과 心은 각각 精과 神을 갈무리하는데 神은 精의 견고함을 기반으로 人身의 氣를 規律할 수 있고, 神의 規律에 따라 氣가 잘 운행되면 그 결과로써 精이 모이게 된다. 精은 形의 本으로서 가장

繞纂後, 別繞腎至少陰, 與巨陽中絡者合.”

- 26) “太陽과 少陰은 小宇宙가 스스로 場을 형성하는 데 필요한 極性 즉, 일정한 공간과 위치 에너지를 만드는 역할을 한다.”(白裕相, 朴贊國, 內經 運氣篇의 標本·中 개념에 대한 研究, 대한한의학회지. 11(2), 1998. p128.)
27) 洪元植, 精校黃帝內經素問. 서울, 동양의학연구원 출판부, 1985. p29.
28) ‘作強之官’의 의미에 대해서는 다양한 의견이 있으나 張介賓의 의견을 참고하자면, “腎屬水而藏精, 精爲有形之本, 精盛形成則作用強, 故爲作強之官.”(張介賓, 類經(上), 서울, 대성문화사, 1988. p.45.)이라 하여 精이 잘 갈무리되면 形이 견고해지고 作用이 강해지는 것으로 볼 수 있다.

아래에 위치하며 神은 主宰者로서 가장 높은 곳에 위치하는데 각각을 藏하는 주체인 腎과 心은 인체순환의 兩極이 된다. 氣循環에 있어 心과 腎은 서로를 통제하는 동시에 돕는 관계를 이룬다. 心의 陽氣는 하강하여 수렴되어야 하며 腎의 陰氣는 상승하여 발산되어야 한다. 이러한 과정은 인체의 기가 순환하는 기본 틀이며, 정상적으로 轉化하여 陰陽이 조화를 이루는 상태를 가리켜 水火既濟라 한다. 이처럼 心腎은 循環의 兩端으로써 서로 긴밀한 관계에 있으며, 서로의 문제는 상대의 원인 혹은 결과가 될 수 있다. 心火가 항진하여 아래로 내려가지 못하거나 腎水가 상승하지 못하면 陰陽을 서로 통제하지 못하여 心腎의 交濟가 파괴되므로 병리 현상이 일어날 수 있다²⁹⁾. 때문에 心腎의 병을 인식함에 있어 상대 문제를 고려해야 할 필요성이 있으며, 骨의 病이라 하더라도 腎뿐 아니라 心의 문제도 관찰의 대상이 된다. 하나의 예로 『東醫寶鑑·內景篇·精·夢泄屬心』에서는 “心家氣虛不能主宰, 或心受熱邪, 陽氣不收, 此泄如瓶之側而出者, 人多有之……”³⁰⁾라 하였는데, 心의 虛證이나 熱證이 精을 泄하는 결과로 나타날 수 있음을 말한다. 특히 心腎이 기준이 되는 氣循環은 升降運動이며, 形體의 관점에서 척추는 上下의 축이 되므로 척추와 心腎의 관련은 매우 밀접할 것으로 추측할 수 있다³¹⁾.

29) 朴贊國編譯. 臟象學. 경기도 성남시. 성보사. 2008. p.210.

30) 정행규, 백근기 외 감수. 對譯東醫寶鑑. 경남 하동. 동의보감출판사. 2005. p47.

31) 척추와 心神의 관계는 고전에 기록된 척추의 마디 수를 통해서도 엿볼 수 있다. 전통적으로 한의학에서는 척추를 총 21개의 마디로 인식하였다. 『靈樞·骨度』에 “脊骨以下至尾骶二十一節, 長三尺.”이라 하였으며, 『東醫寶鑑·外形編·背·背脊骨節有數』에서는 “二十一椎長三尺, 校之則上七椎共九寸八分七釐, 中七椎, 下七椎, 共二尺一分三釐合爲三尺.”이라 하였다. 척추를 이처럼 七數로 표현했다는 것은 척추가 神의 활동과 긴밀한 관련이 있음을 암시한다. 한의학에서 七數를 사용해 표현한 것으로는 七星(曜), 七竅, 七情 등이 있다. 七星은 사람에게 직접적 영향을 미치는 火는 아니지만 시간변화의 規律로서 인체 순환의 理致인 神과 유사하다. 七竅는 人神이 天地變化를 관측하는 통로이며, 七情도 역시 神의 변화와 밀접한 관련이 있다. 이처럼 한의학에서 척추는 神의 활동과 밀접하게 연관된 것으로 인식되었으며 神과 연관성으로 볼 때 心 역시 척추병증의 중요한 요소로 볼 수 있다.

3. 강직성척추염의 概觀³²⁾

1) 임상양상

강직성척추염(Akylosing Spondylitis, AS)은 척추의 염증질환 중 하나로, 주로 골반과 척추를 포함한 축성골격(Axial joint)의 인대와 관절부위를 침범하여 동통과 진행성 강직을 일으키는 만성 염증성 질환이다³³⁾. 기존 염증 부위 없이 발생하는 원발성 염증소견을 나타내며 기타 장기로 염증이 전이되는 경우 역시 드물다.

염증은 주로 천장관절(Sacro-iliac joint)에서 시작되며 염증은 점차 上向으로 진행된다. 염증은 인대, 연골, 활액막 등에서 발생하며 회복과정에서 병변부위의 섬유화와 골화가 발생한다. 이러한 과정이 종료되면 각각의 관절이 폐쇄되고, 관절강직으로 인한 척추관절의 운동범위 축소(특히 屈伸에서)가 발생한다. 진행과정에서 척추체를 건너뛰는 경우는 거의 없으며 심한 경우에는 강직이 경추까지 이르게 된다. 진행 말기에 척추가 대나무처럼 하나로 이어져 보이는 특징적 영상소견이 나타나는데, 이를 가리켜 竹狀脊椎(bamboo spine)라 한다.

환자가 주로 호소하는 증상은 관절 강직으로 인한 통증과 운동범위제한이다. 병의 진행 과정에서 섬유화가 심장이나 폐까지 이어져 사망에 이르는 경우도 존재하지만, 대부분 생명에 위협이 될 만큼 치명적이지는 않다. 그러나 환자들은 지속적인 통증과 젊은 나이에 발생하는 운동제한으로 인해 심한 고통을 느끼게 된다.

32) 이 단락에서 설명할 질병의 임상양상과 역학조사결과와 한의학적인 해석을 위한 토대로 사용할 수 있다. 예로, 한의학에서는 연령에 따른 신체변화를 남녀로 구분하여 설명하는데, 발병률 변화와의 비교를 통해 질환의 속성과 기전을 설명하는 근거로 삼을 수 있을 것이다.

33) 서양의학에서 척추의 염증질환은 염증의 원발 부위, 동반되는 증후, 호발 연령 등에 따라 크게 여섯 가지 정도로 분류된다. 강직성척추염 외에도 반응성관절염(Reactive Arthritis, Reiter's Syndrome), 건선관절염(Psoriatic Arthritis), 장병성관절염(Enteropathic Arthritis), 연소형 강직성척추염(Juvenile-onset Spondyloarthritis), 비분류성척추관절염(Undifferentiated Spondyloarthritis) 등이 있다.

2) 역학

강직성척추염의 유병률에 대한 국내 통계자료는 찾을 수 없었다. 다만 국민건강보험공단의 진료인원수와 치료비 및 보험청구비용 통계를 통해 간접적으로 확인할 수 있었다. 2006년부터 2010년까지의 자료를 검토해본 결과 매년 3만 명 이상이 이 질환으로 치료를 받고 있으며³⁴⁾, 지출되는 비용은 꾸준히 상승하는 것으로 나타났다.(표1, 표2 참고)

추간판탈출증(척추디스크증)과 같은 일반적인 척추질환은 연령에 따라 환자가 증가하며 남녀 비율에 별다른 차이가 없다. 이에 반해 강직성척추염은 20대 초반의 발병 빈도가 높고 50대 이후로는 오히려 감소한다³⁵⁾. 또한 남성이 여성에 비해 2-3배 많이 발병하는 것으로 알려져 있다³⁶⁾. 또한 유전학적으로는 전체 환자의 90% 이상이 HLA-B27 유전자 양성으로 나타났다³⁷⁾.

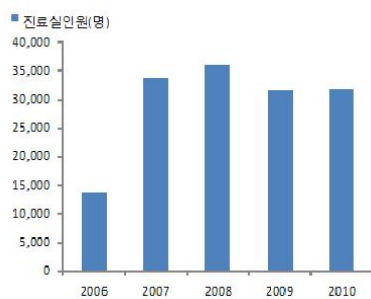


표1. 국민건강보험공단 강직성척추염 연도별 진료실인원 통계 (2006-2010)

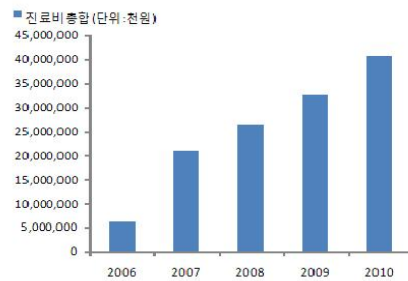


표2. 국민건강보험공단 강직성척추염 연도별 진료비통계 (2006-2010)

3. 강직성척추염의 病機

이 단락에서는 강직성척추염의 증상과 역학 자료를 중심으로 病機를 추론해 보고자 하였다. 가장 먼저 염증질환으로서의 특성을 알아보고, 동반 증상과 합병증, 心神과의 관련성을 살폈다. 이러한 과정을 통해 기타 척추질환과 비교해 특징을 찾고, 예상되는 핵심적 원인에 집중하여 病機를 유추하려 하였다. 이어서 예상 가능한 원인들을 심리적 요인과 체질적 요인으로 나누어 분석을 시도하였다.

1) 강직성척추염과 유사한 한의학적 病證

강직성척추염과 유사한 한의학 病證으로는 脊強, 骨痠, 附骨疽 등이 있다. 이들과 관련된 내용을 『東醫寶鑑』에서 찾아보면 다음과 같다. 「外形·背·脊強」에서는 “督脈之別, 名曰長強, 其病實則脊強.”, “脊痛項強背痛, 不可回顧, 此足太陽手太陽經, 中濕氣鬱不行也……”³⁸⁾이라 하였다. 「外形·骨·骨萎」에서는 “腎氣熱, 則腰脊不舉, 骨枯而髓減, 發爲骨痠.”³⁹⁾라 하였으며, 「雜病·癰疽·附骨疽」에서는 “附骨疽, 筋骨之內痛如錐刺, 外則全無赤腫突起, 初因露臥風冷, 或乘涼浴水寒濕襲深, 初起痛不能轉, 寒熱無汗, 經久寒鬱爲熱, 變而爲膿……”⁴⁰⁾이라 하였

34) 강직성척추염의 치료제는 상당히 고가이며 염증반응이 대부분 종료되는 중년 이후에는 약물 치료가 불가능하므로 실제 환자의 수는 이보다 많을 것으로 추정할 수 있다.

35) 김기택. 강직성척추염. 류마티스 건강학회지. vol.6. No.1. 1999. p.157.

36) Fauci 외, 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010. p.2537.

37) Fauci 외, 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010. p.2539.

38) 정행규, 백근기 외 감수. 對譯東醫寶鑑. 경남 하동. 동의보감출판사. 2005. p646.

39) 정행규, 백근기 외 감수. 對譯東醫寶鑑. 경남 하동. 동의보감출판사. 2005. p770.

40) 정행규, 백근기 외 감수. 對譯東醫寶鑑. 경남 하동. 동의보감출판사. 2005. p1573.

다. 살펴보면 기본적으로 督脈, 足太陽脈, 足少陰脈 및 腎과 관련되며 骨萎의 경우는 腎氣의 熱證으로, 脊強과 附骨疽는 濕으로 인해 발생한 氣鬱을 원인으로 인식하였음을 알 수 있다.

1) 염증

강직성척추염은 일반적인 骨질환과 달리 퇴행성 경향이 나타나지 않는다. 이 질환의 호발연령은 20대 초반이며, 50대 이후로는 대부분 병이 진행되지 않는다. 보통 腎陰虛, 精虛의 원인으로 지목되는 것은 老化, 房事, 過勞 등이며 나이가 들어감에 따라 약화되거나 고착되는 것이 대부분이다. 때문에 이 병은 흔히 말하는 腎虛證만으로 설명하기 어렵다. 척추에 발생하는 병으로서 腎精과의 연관성을 배제할 수 없지만 精이 손상되는 다른 이유, 혹은 선행하는 기전이 있을 것이라 예상할 수 있다.

病機를 파악하는 데에 있어 단서가 되는 것 중 하나는 천장관절로부터 시작되는 염증이다. 염증이란 인체의 조직이 썩는 것을 말한다. 썩는다는 것은 몇 가지 환경조건을 요하는데 이를테면 온도나 습도가 그것이다. 때문에 많은 醫家가 관절의 염증에 去濕熱을 치법으로 제시했다. 그러나 濕과 熱이 발생하는 선행조건은 氣의 不通이다. 이는 氣血運行이 멈춘 死體가 부패하는 것과 같다. 따라서 염증질환은 기본적으로 氣의 停滯라는 관점에서 이해할 필요가 있다. 표3에서는 연령에 따른 남녀의 진료인원을 확인할 수 있는데, 남성의 경우 30대가 지나면 확연히 줄어들지만 여성의 경우는 50대 이후에 오히려 증가하는 것을 볼 수 있다. 척추의 염증이라는 것은 陰이 부패하는 것으로 볼 수 있는데, 젊은 여성의 경우 月事를 통해 정기적으로 陰血이 배출되므로 상대적으로 그 수가 적지만, 폐경 후 증가되는 것으로 해석할 수 있다.

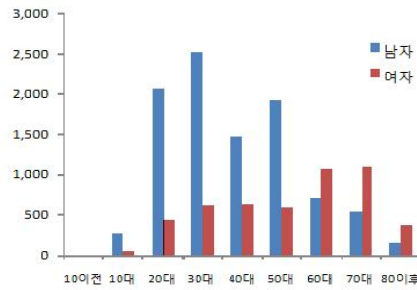


표3. 연령별 남녀 진료 인원수(2010년)

이처럼 강직성척추염은 腎자체에서 시작된 虛證이라기 보다는 순환부전으로 인해 유발된 것에 가깝다⁴¹⁾. 이 병의 염증 시작 부위는 천장관절이다. 천장관절은 인체 골격구조의 뿌리이며 陰의 本處이다. 따라서 천장관절의 염증은 하부의 陰이 소통되지 못하는 상태로 볼 수 있으며, 이는 下焦의 升發이나 上焦 肅降과정의 不全에서 시작되었을 것이다. 만약 문제의 근원이 下焦에 있다면 下部에 鬱滯로 인한 증상이 보일 것이고, 반대로 肅降에 문제가 있다면 上部에 鬱證과 그로 인한 熱證이 발견될 것이라 예상할 수 있다. 이러한 문제가 있는지 확인하기 위해서 강직성척추염의 관절外 증상과 빈발하는 합병증들을 살펴보았다.

2) 관절外 증상

강직성척추염에서 가장 흔히 발병하는 합병증은 眼질환이다. 그중 가장 많은 것은 포도막염으로 40% 이상에서 나타나며, 백내장과 녹내장 역시 빈발한다⁴²⁾. 포도막염은 포도막 염증으로 인한 통증, 시력장애, 충혈, 눈 주위의 고름이 발생하는 병이다. 안질환뿐만 아니라 수집한 임상례 중 다수에서는 안면부, 혹은 七竅와 관련된 증상을 찾을 수 있

41) 강직성척추염의 진행단계에 따라 변증을 구분한 冯兴华는 염증의 활성기를 濕熱痺阻로 분류하였으며, 고착단계에 대해서는 腎虛로 분류하였는데 유사한 면이 있다. (张显彬, 王海隆. 冯兴华教授治疗强直性脊柱炎的经验. 四川中医. 25(1). 2007. pp.4-5.)

42) Fauci 외, 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010. p.2538.

었다. 안구건조, 구내염, 혀의 궤양, 비염을 가지고 있는 경우가 있었으며 頭痛과 項強도 빈발하였다⁴³⁾. 이러한 증상들은 모두 熱을 동반한 血證으로 판단할 수 있다. 이처럼 안면부와 두부에 熱證이 많이 보이는 까닭은 胸部的 氣血이 말초로 펼쳐지지 못하여 압력이 높아지고 위로 치받기 때문이라 생각된다⁴⁴⁾. 안면부를 제외한 관련 증상으로는 心臟 증상, 肺 증상을 볼 수 있다. 心臟 증상 중 가장 많은 수를 차지하는 것은 대동맥폐쇄부전⁴⁵⁾이며, 심한 경우 충혈성 심부전으로 이어지기도 한다⁴⁶⁾. 임상례에서는 結胸이나 怔忡도 확인할 수 있었다. 肺에서는 肺上部的 滲유화가 발생한다⁴⁷⁾. 기타 증상으로 소화기증상과 신장질환이 있다. 소화기증상은 만성위염이나 대장부위의 염증 질환이며⁴⁸⁾, 임상례에서는 瘧疾도 발견할 수 있었다.

이러한 증상들을 정리해 추론해보면 다음과 같다. 心과 肺는 가장 上部에 위치한 臟腑로 肅降이 시작되는 곳이다. 대동맥의 혈류가 사지로 뻗어지는 것은 인체의 가장 상부까지 상승한 氣가 肅降되며 발생하는 결과로 볼 수 있으며, 이는 肺의 작용과 皮膚의 호흡에서 도움을 받는다⁴⁹⁾. 지금 환자에게서

는 結胸이나 怔忡과 같은 심장증상이 보이며, 심한 경우 心血이 순조로이 박출되지 못하거나 심장자체가 충혈된다. 이는 心氣가 펼쳐지지 못하고 있음을 의미하며, 肺 조직에 발생한 滲유화는 宣發肅降에 대한 肺의 협조에 장애를 유발할 것으로 생각된다. 따라서 胸部的 압력이 높으므로 혈류가 두면부로 치받고, 氣血의 鬱은 熱이 되어 血을 傷하므로 점막의 궤양과 염증이 발생하는 것으로 이해할 수 있다. 이는 앞서 추측한 인체 상부의 鬱結과 熱狀에 해당된다. 따라서 下部의 陰이 썩는 이유는 上部의 鬱結이 氣의 肅降을 어렵게 만들고, 그 때문에 陰이 모이지 못하기 때문으로 판단할 수 있다⁵⁰⁾.

3) 자가면역질환과 심장이상

上部의 문제 중에서도 특히 심장과의 연관성에 주목하게 되는 이유는 자가면역질환이라는 특성 때문이다. 자가면역질환이란 면역기능의 이상으로 스스로를 공격하는 것이며, 한의학적으로는 衛氣의 失常으로 볼 수 있다⁵¹⁾. 일반적으로 면역의 기전은 한의학에서 衛氣에 의한 것으로 설명되며 衛氣의 虛證은 外邪의 침입이나 감염을 유발한다. 그러나 자가면역질환의 경우는 면역력저하가 아니므로 強弱

43) 직접 조사한 11개의 증례 중 9건에서 이 중 하나 이상의 증상을 찾을 수 있었다.

44) 『東醫寶鑑·外形·眼·眼病無寒』에서는 “아마 寒은 血을 쫓고 쉽게 할 뿐 위로 치밀어 오르게 하지는 못하기 때문일 것이다(豈寒盡血而不上攻歟)”라 하였고, 『東醫寶鑑·外形·口舌·口糜』에서는 입에 발생하는 염증을 돌로 나누어 “입이 혈이 벌겍게 된 것은 심열이 있기 때문이다……회개된 것은 폐열이 있기 때문이다.(口瘡赤者, 心熱……白者, 肺熱)”이라 하였다. (정행규, 백근기 외 감수. 對譯東醫寶鑑. 경남 하동. 동의보감출판사. 2005. p489, 580.)

45) 심장의 대동맥관이 완전히 닫히지 못하여 대동맥의 혈류가 심장으로 역류하는 경우를 말한다.

46) Fauci 외, 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010. p.2538.

47) Fauci 외, 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010. p.2539.

48) Fauci 외, 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010. p.2538.

49) “심장이 전신의 氣를 총괄하는 동시에 혈액의 운행을 추동하며, 이 추동기능은 心氣에 의해 완성됨을 알 수 있다. 肺가 氣를 주관하고, 血은 氣의 추진운동에 의하여 운행하

므로 肺의 宣發作用은 심장을 도와 血을 외부와 상부로 확산시키며, 肺의 肅降은 血의 하부와 내부로 향한 운행을 돕는다.” (朴贊國編譯. 臟象學. 경기도 성남시. 성보사. 2008. p67.)

50) 이는 脊強에 쓰인 처방을 통해서도 간접적으로 확인할 수 있다. 『東醫寶鑑·外形·背·脊強』에서 제시한 治方 두 가지는 烏沈湯과 羌活勝濕湯이다. 烏沈湯은 膀胱과 腎 사이의 冷氣가 척추를 뻗뻗하게 하는 경우 사용하였고, 太陽經의 中濕으로 氣鬱이 있을 때는 羌活勝濕湯을 사용하였다. 그런데 烏沈湯의 主治는 ‘諸氣, 背脊心腹痛’이며, 羌活勝濕湯의 主治는 ‘項強或似拔, 不得回顧’이다. 烏沈湯을 쓰는 경우는 하부의 陰氣가 鬱하여 도리어 上逆하는 것인데 치료에 心腹部 氣痛에 쓰이는 方을 사용하였다. 한편 太陽經 寒濕으로 인한 증상에는 項強에 쓰이는 羌活勝濕湯을 사용하였다. 두 경우 모두 脊強이 上部의 氣鬱과 관련 있는 것으로 이해했음을 알 수 있다.

51) 면역학 이론에서 TNF- α 는 대상을 식별하는 역할을 하는데, 때문에 TNF- α 의 활동을 억제하는 TNF- α inhibitor가 현재 주된 치료제로 사용되고 있다. 이 약의 부작용으로는 면역 반응 저하, 발진을 구별하지 못하게 됨, 심장과 간의 손상 등이 있는데, 역할과 부작용에서 衛氣와의 분명한 연관성이 보인다.

이나 虛實의 문제로 볼 수 없으며 대상을 식별하는 능력, 혹은 조절 기능의 문제로 볼 수 있다. 衛氣 또한 氣의 一種임을 생각할 때 식별 능력⁵²⁾과 조절 기능⁵³⁾은 氣의 主宰者인 神의 문제와 연관시켜 볼 수 있다. 때문에 『素問·生氣通天論』에서는 “蒼天之氣, 清淨則志意治, 順之則陽氣固, 雖有賊邪, 弗能害也. 此因時之序. 故聖人傳精神, 服天氣, 而通神明. 失之則內閉九竅, 外壅肌肉, 衛氣散解, 此謂自傷, 氣之削也.”⁵⁴⁾이라 하였다. 또한 神은 形과 더불어 自他の 존재를 구분하는 요소가 된다. 따라서 자가면역반응은 神의 異常과 밀접하다고 생각된다.

神의 이상과 가장 밀접하게 관련되는 臟腑는 心이다. 강직성척추염과 심장이상의 관련성에 대해 이영호 등은 조사한 강직성척추염 환자의 42.1%에서 다양한 종류의 심장이상이 발견되었음을 보고하였다⁵⁵⁾. 비록 질환 사이의 선후관계를 밝히지는 않았으나 둘 사이에 밀접한 연관이 있음을 알 수 있다. 앞서 언급한 소화기 질환의 빈발 역시 심장의 문제를 추정할 수 있는 근거가 된다. 수집한 임상례 12건 모두에서 만성위염이나 소화 장애 병력을 확인할 수 있었으며, 柳銀景⁵⁶⁾의 논문에서도 환자 5명 중 3명이 소화불량 증상이 있음을 보고하였다. 이

는 환자 대부분이 예민한 성격이거나 스트레스 요인이 존재함을 말하는데, 스트레스는 심장 이상을 촉발하는 주요한 원인이다. 이러한 점들로 미루어 볼 때 강직성척추염의 원인이 되는 上部의 氣鬱은 심장의 문제와 밀접한 관련이 있을 것으로 추정할 수 있다.

자가면역질환 중 강직성척추염과 심장의 특이적 연관성은 기타 자가면역질환⁵⁷⁾과의 비교를 통해 좀 더 구체화 할 수 있다. 강직성척추염(AS)과 가장 유사한 자가면역질환은 사지 관절의 염증을 유발하는 류마티스 관절염이다(Rheumatoid Arthritis, RA). 두 질환은 대부분의 임상증상에서 큰 차이가 없으며,⁵⁸⁾ 가장 큰 차이는 염증부위이다. AS가 척추와 축성골격만을 대상으로 하는 반면 RA는 사지의 말단 관절에 주로 발생하여⁵⁹⁾ 말초 血脈病과 유사한 특성을 보인다. 염증이 좌우대칭으로 발생하는 RA의 횡적인 특징은⁶⁰⁾ 絡脈의 성격과 연관을 지을 수 있는데,⁶¹⁾ 絡脈의 病證은 주로 말초의 血證과 관련된다⁶²⁾⁶³⁾. 따라서 RA는 말초혈맥의 이상으로

52) 『靈樞·本神』에서는 ‘所以任物者, 謂之心’이라 하였는데 이를 통해 萬物에 感應하는 시작이 心임을 알 수 있으며, 張志聰은 “心爲君主之官, 神明出焉, 天地之萬物, 皆吾心之所任.”이라 하여 그것이 모두 神明의 활동과 관련됨을 말하였다. (張志聰著, 孫國中, 方向紅 點校. 黃帝內經名家評注選刊黃帝內經靈樞集注. 北京. 學苑出版社. 2008. p64.)

53) 衛氣는 邪氣를 식별하여 인체를 보호하는 것 외에도 수면이나 체온 등을 조절하는 역할을 한다. 이러한 조절의 기능은 모두 神의 規律에 의해 가능하다. 丁彰炫은 논문에서 “인간의 神明은 감각, 지각, 인식, 사유 등의 정신활동을 포괄하는 하는 생명활동의 근원 또는 그 법칙을 말한 것이다……《內經》의 精神은 위의 신명이나 神氣와 마찬가지로 인간의 정신활동 뿐만 아니라 육체적인 생명활동까지도 조절하고 통제한다.”라 하였다.(丁彰炫, 朴贊國. 神에 대한 研究-《黃帝內經》을 중심으로. 경희대학교논문집. 19(2). 1996. p188, 190.)

54) 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울. 동양의학연구원 출판부. 1985. p16.

55) 이영호 외 6명. 강직성척추염과 비분류성 척추관절증 환자의 심장이상에 대한 연구. 대한류마티스학회지. vol.4. No.1. 1997. pp.54-55.

56) 柳銀景 외 4명. 強直性脊椎炎의 臨床的 觀察. 대한한의학회지. 11(1). p.153.

57) 자가면역질환의 대표적인 예로는 류마티스 관절염(Rheumatoid Arthritis), 전신성 홍반성 낭창(Systemic Lupus Erythematoses), 쇼그렌 증후군(Sjogren's Syndrome), 베체트병(Behcet's Disease), 경피증(Systemic Sclerosis) 등이 있다.

58) 관절의 염증으로 인한 강직성 변형이라는 주증상이 일치하며 안질환, 심장질환 같은 부증상과 유전적 소인 등에서 거의 유사한 양상을 보인다.

59) AS의 염증이 사지관절을 침범하거나 RA의 염증이 축성골격을 침범하는 경우는 드물다.

60) Fauci 외, 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010. p.2510.

61) 『靈樞·脈度』에서는 ‘經脈爲裏, 支而橫者爲絡’이라 하여 絡脈의 횡적인 특징을 설명하였다. 또한 絡病의 치료에 사용되는 繆刺는 이러한 특징을 근거로 환부의 반대편을 자침하는 방법이다.

62) 『素問·三部九候』에서는 “歧伯曰 經病者治其經, 孫絡病者治其孫絡血, 血病身有痛者治其經絡. 其病者在奇邪, 奇邪之脈則繆刺之.”이라 하여 絡病이 기본적으로 血證과 관련되며 繆刺로써 좌우를 치료함을 말하였다. 『素問·繆刺論』의 치료법 중 다수는 드러난 血脈을 출혈시키는 방법을 사용하였다.

63) 또한 RA환자에게서 자주 나타나는 레이노 현상(Raynaud's Phenomenon) 역시 말초 血證의 특징과 부합된다. 레이노 현상은 주변 온도 저하와 감정상태에 의해 유발되는 手足指의 발작적인 허혈 증상으로 말초의 혈액순환

인한 염증질환으로 그 범위를 규정할 수 있다. RA가 말초질환인 것에 비해 AS는 중심축의 문제이다. 두 질환의 유사성을 감안할 때 말초혈맥의 병증에 대비되는 강직성척추염은 상대적으로 혈맥이 모이는 중심의 문제로 볼 수 있다. 따라서 心(혹은 衝脈)의 문제에 보다 무게를 둘 수 있을 것이다.

4) 심리적 요인

앞서 강직성척추염이 心神의 문제와 밀접하게 연관됨을 설명하였다. 心神 이상의 강력한 유발요인 중 하나로 정서적 문제를 들 수 있는데, 참고자료로 사용한 임상례 중 직접 확인 할 수 있었던 3명의 환자에게서 모두 공통적인 심리상태가 보여 검토해 볼 필요가 있다고 생각되었다. 환자들은 모두 불안, 긴장과 같은 심리상태를 경험했거나 현재 보이고 있었는데, 이는 청소년기의 경제 문제나 가정불화로 유발된 것이었다. 청소년기 가정환경이 강직성척추염의 직접적 원인이 될 수 있는지를 연구한 결과는 찾을 수 없으나 심리학 통계(64)를 통해 간접적인 관련성은 엿볼 수 있었다. Rand D. Conger 등의 연구에서는 경제적 어려움으로 인한 부모의 갈등이 불안심리에 영향을 끼치는 것으로 나타났으며(65), 16세 이전의 가정환경과 성인의 신체질병의 관련성을 평가한 Lundberg O의 연구에서는(66) 경제적 문

장애를 의미한다.

- 64) 대부분 20세 이전의 가정환경을 평가한 다음 성인이 된 이후 정신적, 신체적 질병과의 연관성을 평가하는 코호트 방식으로 진행되었다.
- 65) 부모-중학교 재학 청소년(女198, 男180)과 4살 이내의 터울이 나는 형제로 구성되며, 경제적 하향곡선을 그리는 지역에 거주하는 378개의 가정을 1989년에서 1991년까지 3년에 걸쳐서 인터뷰를 실시하였다. 인터뷰에서는 경제적 부담, 강압적인 가정 분위기, 그리고 아이들의 발달 상태에 대한 문답이 이루어졌으며, 이를 통하여 요인들 간의 관계를 밝혀려 하였다. (Rand D. Conger et al. Economic stress, coercive family process and developmental problems of adolescents. Child Development. 1994. 65. p541-561.)
- 66) 1906-1951 사이에 스웨덴에서 태어난 표본 집단을 상대로 1968년에 어린 시절 가정환경에 대한 인터뷰가 진행되었다. 질문한 4가지의 요소 중에서 두 가지는 가정의 경제적 상황을 반영했고 나머지 둘은 사회적 상황을 반영했으며, 13년 후 질환에 유의미한 영향력이 있는지 조사하였다. (Lundberg O. The impact of childhood living conditions

제, 결혼가정, 가정불화가 전체적 신체건강, 통증, 순환, 정신 질환에 모두 악영향이 있음을 밝혔다.(67) 앞서 이 질환의 病機가 상부의 氣鬱結과 연관됨을 말하였는데, 七情 중 氣를 鬱結시키는 정서로는 憂와 思가 있다. 척추질환을 유발할 수 있는 것은 일시적 감정이라기보다 지속적인 심리상황일 가능성이 높다고 생각되며, 따라서 해결할 수 없는 상황에 대한 근심이나 비애감으로 보는 것이 타당하다.(68) 이에 대해 『靈樞·本神』의 서술을 참고할 수 있다.

是故怵傷思慮者則傷神, 神傷則恐懼流淫而不止。
心怵傷思慮則傷神, 神傷則恐懼自失, 破腦脫肉, 毛悴色夭, 死於冬。
恐懼而不解則傷精, 精傷則骨痠痿厥, 精時自下(69)。

의미를 살펴보면, 해결할 수 없는 상황에 대한 불안과 근심은 神을 상하게 하며, 경계하고 두려워하는 상태로 이어진다(70). 또한 이 같은 상태가 지속 되면 精을 傷하게 되어 骨에 病이 생기는 지경에 이를 수 있다. 즉 지속적인 압박과 긴장이 心氣가 宣暢하는 것을 저해하여 종래에 精과 骨을 상하는 것으로 정리할 수 있다.

강직성척추염이 호발하는 20대 초반은 성인이 되어 자립하는 시기로, 홀로 선다는 것은 척추의 상징적 의미와도 연관된다. 자립의 시기에 대면하게 되

on illness and mortality in adulthood. Soc Sci Med 1993. 36. p1047-52.)

- 67) 그 중 가정불화가 가장 큰 영향력이 있는 것으로 나타났으며, 가정불화가 순환계 질환을 43% 상승 시켰다는 결과는 주목할 만하다.
- 68) 이러한 심리상태는 때때로 분노나 슬픔의 감정을 유발할 수 있겠지만 전체로 보면 불안감이나 지속적인 압박감에 가깝다.
- 69) 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 서울. 동양의학연구원 출판부. 1985. p68.
- 70) ‘怵傷’이란 두려움을 말하며 ‘思慮’라는 것은 근심하는 것이다. 이는 해결책을 고민한다기보다 현재상황을 두려워하면서 전전긍긍하는 것에 가깝다. ‘恐懼’ 역시 두려워하는 것이지만 ‘怵傷’의 결과로서 先後의 차이가 있다. ‘恐’은 마음이 움츠린 것을 말하고, ‘懼’는 두 눈을 뜨고 경계하는 것을 형상한다. 또한 두 번째 문장에서 ‘恐懼自失’라 한 것으로 보아 자존감을 잃고 외부 세계를 경계하는 심리상태로 볼 수 있다.

는 외부 세계에 대한 두려움은 상당한 스트레스 요인이 될 수 있다⁷¹⁾. 심리적 불안과 긴장은 心氣를鬱結하게 하여 순환과 관련된 질환의 원인이 될 수 있다.

강직성척추염의 심리적 요인은 연령에 따른 유병률 차이에서도 드러난다. 앞서 염증에 대한 해석 부분에서는 남녀에 따라 연령별 유병률에 차이가 있음을 지적하였다.(표3 참고) 남성은 주로 20대에 발병하여 40대 이후 줄어드는 반면 여성은 50대 이후 환자수가 증가하는 경향이 있다. 남성 환자가 주로 발병하는 20대는 사회생활을 시작하는 시기이다. 사회생활이 시작됨에 따라 정신적 스트레스의 노출 빈도는 증가하고 神의 긴장도 따라서 심화된다. 반면 50대가 되면 은퇴시기가 가까워지면서 스트레스의 강도와 빈도는 모두 감소하고 따라서 神의 긴장 역시 경감된다. 이처럼 남성의 Life Cycle에 따른 神의 긴장 정도는 강직성척추염의 변화경향과 합치되는 것을 볼 수 있다. 반면 여성의 경우 20-30대에 상대적으로 적게 발병하고 50대가 되면 오히려 환자수가 증가한다. 현대사회에서 여성의 사회진출 또한 활발해졌으나 개인이 체감하는 압박감과 빈도에 있어서는 여전히 차이가 있으며 여성은 폐경과 맞물려 오히려 심리적 불안감이 증대되는 것으로 볼 수 있다⁷²⁾.

5) 체질적 요인

강직성척추염 환자들 중 다수는 가족력을 가지고 있다. 임상례와 환우회를 통해 알아본 결과 특히 아버지와 아들이 같은 병을 앓고 있는 경우가 많았다. 서양의학에서는 이 병이 특정 유전자와 밀접한 연

관이 있는 것으로 보고 있다. 유전학적 조사 결과 전체 환자의 대부분이 특정 유전자 양성으로 나타났다. 이로써 판단할 때 병의 원인 중 선천적 요인이 있음은 분명해 보인다.

강직성척추염 환자들에 대한 체질로 분류는 근거가 부족하나 病機, 症狀, 藥物으로써 추정해 볼 가치가 있다고 생각된다. 앞서 살펴보았듯이 이 병은 상부의 氣가 肅降되지 못하는 것에서 시작된다. 또한 胸部에 鬱滯는 熱證을 유발하고 결과적으로 腎陰이 傷하는 결과를 초래한다. 이러한 病機는 四象人 중 少陽人과 유사하다. 관절외 증상으로 예시했던 結胸과 怔忡 역시 少陽人에게 자주 나타나는 증상이다. 유사한 점은 本草에서도 찾을 수 있다. 『東醫寶鑑』에서는 脊強을 포함한 관절염의 증상에 羌活과 獨活을 증용하였는데, 『東醫壽世保元』에서 羌活과 獨活은 少陽人 處方의 대표적인 本草이다⁷³⁾. 이러한 면들을 볼 때 체질적 접근을 시도해볼 만한 가치가 있으며, 치료에도 활용할 수 있을 것으로 생각된다.

4. 강직성척추염의 치료

강직성척추염에 대한 한의학적 치료에 증례보고는 현재 매우 부족한 상황이다⁷⁴⁾. 때문에 현재 상황에서 분명한 처방을 제시하기에는 한계가 있으며, 다만 앞서 살펴본 病機 해석을 중심으로 가능한 치료법을 분석해보고자 한다.

강직성척추염은 心胸部의 氣鬱結에 의한 肅降不全

73) 『東醫寶鑑·外形·背』에서는 羌活과 獨活이 각각 風濕과 濕을 제거하며 모두 목이 뻣뻣한 것을 치료한다고 기록하였다. 반면 『東醫壽世保元』에서는 “荊芥, 防風, 羌活, 獨活, 俱是補陰藥.”이라 하였다.

74) 중국에서는 몇 가지 변증유형에 따른 치료 경험을 찾을 수 있는데, 대부분 痺症의 범주에서 치료(三痺湯, 蠲痺湯, 혹은 그와 유사한 구성을 가진 처방들이다.)하거나 補腎하는 처방을 사용하였다. 그러나 강직성척추염에 대한 치료가 대부분의 관절염의 치료와 차별되는 특이성이 없다고 보이며, 또한 이들을 보고한 논문들의 대부분이 치료 결과를 세밀하게 분석하지 않고 호전된 경우의 비율을 제시하는 정도에 그쳐있어 실제 자료로 활용하기에 어려운 점이 있다. 검색한 중국의 치험례들의 내용을 살펴본 결과 본 논문에서 살펴본 바와 같이 心의 鬱證이나 肅降의 문제에 주목하지는 않았던 것으로 보인다.

71) 이것을 견뎌내기 위해서는 어느 수준의 자신감과 자존감이 필요한데 그러한 것들은 유년기와 청소년기에 형성된다. 가정의 보호와 부모의 관심이 자신감과 자존감의 바탕이 되기 때문이다.

72) 남녀성의 기본적인 陰陽屬性의 차이 또한 이러한 결과를 낳는 원인으로 생각된다. 여성의 유병률이 증가하는 50대는 精이 衰하기 시작하는 시기로 남성과 달리 여성의 발병은 精의 盛衰와 오히려 밀접한 것으로 볼 수 있다. 精과 神이 각각이 가지는 상태는 서로에게 미치는 영향이 밀접한데, 여성의 경우는 精의 衰退가 보다 우선적인 원인이 되는 것으로 판단해볼 수 있다.

이 주된 원인으로 보인다. 따라서 치료는鬱結된 氣를 풀어주는 것을 목표로 삼을 수 있다.

먼저 『東醫寶鑑』의 神, 氣, 胸, 背의 목차를 대상으로 心胸部 관련 처방을 검토한 결과 주로 쓰인 처방을 크게 3가지로 구분할 수 있었다. 첫째는 桂枝, 人蔘 등을 통해 心의 陽氣를 補하는 방법이고, 둘째는 散鬱하는 방법이고, 셋째는 心血을 식혀주는 것이다. 첫 번째 방법은 이 병의 주된 病機와 방향성이 다르므로 생략한다. 두 번째로 氣鬱에 쓰인 處方은 七氣湯과 四七湯을 들 수 있다. 이들은 半夏나 枳殼을 위주로 痰을 제거하는 데 주안점을 두었다. 마지막으로 心을 식혀주는 처방들에서는 生地黃을 多用하였다. 生地黃은 성질이 涼하고 血熱을 내리는 데⁷⁵⁾, 「內景·心」에서는 心血을 補하는 동시에 心熱을 치료한다고 하였다⁷⁶⁾. 여기에 遠志, 石菖蒲 등을 배합해서 心氣를 열어주고, 黃連이나 朱砂를 가감하여 사용한 것을 볼 수 있다. 대표적으로 靜神丹⁷⁷⁾은 憂愁思慮로 傷心하여 ‘惕然心跳動, 驚悸不安’한 것을 치료한다. 胸膈 이상의 부위에서 熱證이 두드러지는 경우에는 涼心하는 방법이 우선적으로 고려할 수 있는 治法이라 생각되며, 부가적인 증상에 따라 半夏, 瓜蒌仁 등을 가감할 수 있다고 판단된다. 또한 앞서 남성과 여성의 차이에 대해 언급하였는데, 중년이후 발병하는 여성에 있어서는 補血을 겸한 養血安神湯⁷⁸⁾과 같은 처방을 고려할 수 있을 것이다.

75) 「湯液·草部·生地黃」 “性寒味甘(一云苦), 無毒, 解諸熱, 破血, 消瘀血, 通利月水, 主婦人崩中血不止, 及胎動下血, 并衄血, 吐血.”, “本經不言生乾及蒸乾, 蒸乾則溫, 生乾則平宜”(정행규, 백근기 외 감수. 對譯東醫寶鑑. 경남 하동. 동의보감출판사. 2005. p2146.)

76) “補心血, 又治心熱, 取汁服, 或煎服”(정행규, 백근기 외 감수. 對譯東醫寶鑑. 경남 하동. 동의보감출판사. 2005. p246.)

77) 「內經·神·驚悸」에 보인다. 구성은 當歸身酒洗, 生乾地黃酒洗, 遠志薑製, 茯神, 各5錢, 石菖蒲, 黃連, 各2錢半, 辰砂2錢, 牛黃1錢, 金箔15片이다. 이것을 가루 내어 猪心血로 黍米크기의 환을 만든 후 金箔을 입혀서 燈心煎湯에 15환씩 복용한다.

78) 역시 「內經·神·驚悸」에 보인다. ‘補血安神, 靜神’하는 처방으로 방제의 내용은 다음과 같다. “生芩, 茯神 各一錢, 白朮, 酸棗仁炒 各七分, 當歸身, 川芎, 白芍藥, 陳皮, 栝子仁, 黃連酒炒 各五分, 甘草灸三分, 右剉作一貼, 水煎服”

앞서 체질적 요인에서는 강직성척추염의 病機가 少陽人의 그것과 유사함을 지적하였는데, 치료에서도 응용이 가능할 것으로 생각된다. 結胸은 강직성척추염 환자에게 자주 나타나는 증상으로 少陽人 表病의 주요 病症 중 하나이다. 처방으로는 荊防導赤散⁷⁹⁾이 대표적이다. 李濟馬는 荊防導赤散의 主治에 대해 ‘胸膈煩熱’이라 하였으며 結胸을 ‘壓之’한다 하였다⁸⁰⁾. ‘導赤’이라는 方名에서 볼 수 있듯이 心氣를 인도하여 내리는 목적이 있으므로 강직성척추염의 病機와도 부합한다. 그 외에 石膏를 활용해 胸膈의 熱을 내리는 방법 역시 응용할 수 있다. 대표적으로 上消에 主方인 涼膈散火湯⁸¹⁾를 활용할 수 있을 것이다. 사진자료를 참고한 결과 강직성척추염 환자들은 상부 熱證 뿐 아니라 炒黑한 面色을 보이는 경우가 대부분이었다. 이는 血과 津液이 傷한 消渴의 形證과 유사하며, 앞서 살펴본 강직성척추염의 심리상태와 李濟馬가 설명한 上消의 심리도 비슷한 면이 있다⁸²⁾. 따라서 환자의 증상에 따라 消渴의 治方을 활용하는 것도 가능할 것으로 생각된다.

III. 考察

강직성척추염은 척추가 경직되는 질환으로 上部의 氣循環 장애가 주요한 원인으로 생각된다. 이 단락에서는 다양한 층위의 순환 중 어떠한 循環이 이러한 문제를 야기하며 또한 心神은 그와 어떠한 관련을 가질 수 있는지 조금 더 깊이 살펴보려 한다.

모든 인간은 그 형태와 움직임에서 기본적인 동일함을 갖는다. 움직임은 내부의 氣運動을 포함하는

79) 荊防導赤散의 구성은 다음과 같다. 生地黃 3錢, 木通 2錢, 玄蔘, 瓜蒌仁 各1錢半, 前胡, 羌活, 獨活, 荊芥, 防風 各1錢.

80) 전국 한의과대학 사상의학교실. 四象醫學. 서울. 集文堂. 2005. p.702.

81) 涼膈散火湯의 구성은 다음과 같다. 生地黃, 忍冬藤, 連翹 各2錢, 山梔子, 薄荷, 知母, 石膏, 防風, 荊芥 各1錢.

82) 李濟馬는 消渴에 대한 설명에서 “소갈(消渴)이라는 것은 환자의 마음이 너그럽고 원대하고 활달하지 못하고, 견문이 좁고 완고하며, 작은 일에 집착하여 보는 바가 얇고, 하고자 하는 바는 조급하며 계획은 골똥한데 생각은 모자라니……(論曰 消渴者 病人胸次 不能寬遠闊達 而陋固膠小 所見者淺 所欲者速 計策鶻突 意思艱乏……)”라 하였다. (전국 한의과대학 사상의학교실. 四象醫學. 서울. 集文堂. 2005. p.595.)

것이며, 형태라는 것은 그 形의 본질이 같음을 말한다. 이 중 氣運動의 유사성은 주재자인 神으로부터 비롯한다. 반면 형태의 본질은 뼈대에 드러나며⁸³⁾, 뼈대의 구조는 그 설계와 생명력을 함축하고 있는 씨앗이 결정한다. 이 씨앗을 일컬어 精이라 한다⁸⁴⁾. 이는 비단 후손의 생산에만 국한되지 않으며, 살아가는 동안 생명활동의 원동력으로서 형성과 사용을 반복한다. 생명은 主宰者인 神과 원동력인 精이 혼용되어 움직이는 상태를 말하며, 神과 精은 屬性에 따라 각각 공간과 뼈대를 기반으로 한다. 한편 인체 순환의 실체는 모두 氣를 통해 나타나는데, 神이 응축된 에너지를 促發시키면 精은 氣로 化하여 운행한다. 氣의 운행은 다양한 차원으로 분화되어 하나로 설명하기 어려우나 그 핵심은 精이 氣化하여 운행하고 五行變化에 따라 정제된 氣가 다시 精으로 돌아오는 과정으로 요약할 수 있다⁸⁵⁾. 생명의 근원이 되는 氣를 대개 眞氣나 原氣라 부르는데, 『靈樞·刺節眞邪』에서는 眞氣에 대해 “所受於天, 與穀氣并而充身也.”⁸⁶⁾라 하였다. 이 문장을 통해 眞氣의 순환이 先天으로부터 부여받은 것임을 알 수 있으며, 동시에 그 외의 氣運행이 공존함을 알 수 있다. 별도의 순환이 필요한 이유는 形質을 가진 인간이 활동하기 위해서 물질에너지의 공급이 꾸준히 요구되기 때문이다⁸⁷⁾. 氣를 획득하고 사용하는 과정을 앞선 것과 대비하여 후천적 순환이라 부를 수 있다. 이처럼 인체는 서로 간섭이 가능한 여러 방향의 氣循環이 혼재되어 있다. 이 같은 순환의 성격은 방향성(縱과 橫)으로 나누어 볼 수 있다. 결론부터 말

하자면, 縱의循環이 橫의循環에 비해 중심적이며, 橫은 縱을 축 삼아 左右로 분화된 것이다⁸⁸⁾. 이러한 차이는 經脈에도 나타난다. 經脈을 크게 十二經脈과 奇經八脈으로 나누어보면 橫(四肢)으로 뻗은 十二經脈에 비해 奇經八脈은 帶脈을 제외하고는 모두 縱으로 순환한다. 특히 衝脈과 任督脈은 사지까지 뻗지 않고 體幹과 頭面部만 순회한다. 한편, 奇經八脈에 대한 역대의 서술을 살펴보면 대부분 生理와 관계되며 진단이나 치료에는 많이 활용되지 않았다. 또한 그 기능이 주로 妊娠, 睡眠과 같은 인체의 가장 단순하고 기본적인 활동에 집중되어 있다. 반면 十二經脈의 기능은 세분화되어 의학의 진단과 치료는 주로 十二經脈을 대상으로 하였다. 미루어볼 때 從으로 순행하는 奇經八脈은 橫으로 움직이는 十二經脈에 비해 단순하고 근본적인 역할을 수행하는 것으로 추측할 수 있다. 이처럼 縱軸이 근본이 되는 이유는 陰陽循環의 핵심이 升降運動에 있기 때문이다⁸⁹⁾.

정리하자면 인체순환의 핵심은 氣化와 精化의 과정이며, 이는 縱軸을 기준으로 하는 升降運動이라 할 수 있다. 升降運動에는 방향전환이 일어나는 上下의 두 극점이 존재하는데 陽極은 神의 자리이고, 陰極은 精의 자리이다. 또한 앞서 말했듯 神은 공간에, 精은 뼈대에 기반을 둔다. 결국 上部의 空間인 胸部가 순환의 上端이며, 下部에 위치한 뼈대의 뿌리가 下端이 된다. 이러한 순환과 가장 깊은 관련이 있는 經脈은 衝脈이다. 衝脈은 十二經脈과 五藏六府의 海로서 人身의 순환을 총괄한다. 모든 經脈循環과 마찬가지로 衝脈의 흐름 역시 骨度를 따르기 마련인데, 脊椎는 衝脈이 흐르는 축으로 볼 수 있다⁹⁰⁾. 衝脈의 前後로 흐르는 任督脈 역시 인체 음

83) 형태의 본질은 구조에 따라 정해진다. 예를 들어, 팔의 長短이나 肥瘦는 근본적 차이가 아니지만 그것이 하나인지 분절된 것인지, 혹은 다섯으로 갈라지는지 셋으로 갈라지는지는 근본적인 차이이다.

84) 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울. 동양의학연구원 출판부. 1985. p79. 「經脈」 “人始生, 先成精, 精成而骨髓生, 骨爲干”

85) 『素問·陰陽應象大論』에서는 이러한 精-氣의 轉化에 대해 설명하였다.

86) 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 서울. 동양의학연구원 출판부. 1985. p317.

87) 飲食과 呼吸에서 기원한 氣는 활동의 재료이며 그것을 소화, 흡수, 저장하는 또 다른 체계가 필요하게 된다. 이는 그것을 사용하는 과정에서도 마찬가지이다.

88) 나무는 근원인 뿌리와 그로부터 자라난 줄기가 곧 根幹이며, 거기에 뻗어 나온 가지와 잎(枝葉)은 광합성과 증산작용의 범위를 넓혀 더 많은 재료[氣]를 만들어내기 위함이다.

89) 특히 인간의 입장에서 머리위의 태양과 발아래의 땅 사이를 수직으로 서 있기 때문에 인체의 순환도 자연스럽게 乘降運動의 모습이 된다.

90) 서술에 따라 차이가 있으나 일반적으로 下腹部(會陰, 혹은 氣衝)에서 기시하여 胸部나 입까지 닿으며, ‘服裏’, 혹은 ‘脊內’라 하여 체간의 중심을 관통한다.

양조절의 중추적 역할을 갖고 있는데, 모두 會陰에서 發源하지만 다시 만나는 곳은 百會가 아니라 입이다. 입의 높이는 척추의 上端과 같고 會陰의 높이는 척추의 下端과 같다. 이는 순환의 기준이 척추가 된다는 단서로 볼 수 있다. 살펴보았듯이 척추의 길이와 방향은 인체 原氣循環의 그것과 일치한다. 때문에 『東醫寶鑑·內景編·身形·背有三關』에서는 척추를 가리켜 ‘精氣升降往來之道路’라 하였다⁹¹⁾.

이처럼 척추는 神의 자리와 精의 자리를 잇는 축이며 精氣가 升降하는 도로이다. 따라서 척추의 병증은 心神과 腎精의 연관 내에서 이해할 수 있으며, 질환의 양상에 따라 둘 중 어느 쪽의 문제가 선행하는 것인지 파악할 필요가 있다. 이미 지적했듯이 강직성척추염은 호발 연령, 심리적 긴장감, 빈발하는 심장이상의 예를 통해 心神의 문제에 보다 무게를 둘 수 있다. 심리적 긴장이 유발하는 척추의 문제는 비단 강직에만 국한되는 것은 아니다. 김은영은 논문⁹²⁾에서 척추측만증과 소화장애 및 스트레스 반응의 통계적 유의성을 밝혔는데⁹³⁾ 이는 강직성척추염 외의 척추질환에서도 심리적 문제가 원인이 될 수 있음을 보여준다. 이처럼 神의 문제는 척추의 장애를 유발하는 주요한 원인이다. 『靈樞·九鍼十二原』에서는 “所言筋者，神氣之所遊行出入也，非皮肉筋骨也.”⁹⁴⁾라 하였는데 모든 관절은 神이 움직이는 通路로서 神이 속박되는 것은 모든 관절 활동에 영향을 미칠 수 있다. 그 중 척추는 인체의 大關節로써 神의 활동에 가장 큰 영향을 받는다고 할 수 있다. 강직성척추염은 神의 문제로 인해 精 또한 유연

성을 잃는 병증이라 할 수 있다.

IV. 結論

강직성척추염은 젊은 나이에 호발하는 특징상 단순 腎虛에 의한 질병은 아니라고 생각되며, 분석한 결과 心을 비롯한 胸部의 氣鬱이 원인으로 추정된다. 정리하자면, 上部의 鬱滯는 氣가 收斂되지 못하는 원인이 되고, 그로 인해 하부의 陰이 모이지 못하는 것으로 볼 수 있다. 上部의 氣鬱結이 시작되는 중요한 원인으로서는 심리적 문제를 꼽을 수 있으며, 동반 질환, 자가면역질환이라는 특징 등을 살펴볼 때 心神의 문제와 긴밀함을 추론할 수 있었다. 척추는 인체의 精氣가 升降하는 도로로서 순환의 양극에 해당하는 心神과 腎精에 밀접하게 관계된다.

강직성척추염의 治療는 心胸部의 鬱結을 풀어주는 處方들과 體質方을 활용할 수 있다. 心胸部의 열을 내리기 위해 生地黃, 石膏 등의 약물을 주로 사용할 수 있으며 瓜蒌仁和 같이 去痰하는 약물을 배합하는 것도 가능하다. 또한 중년이후의 여성에 있어서는 補陰을 겸할 수 있는 처방을 사용할 수 있다.

현재 치험례가 부족하여 명확한 치료방법을 제시할 수 없었던 것은 본 연구의 가장 아쉬운 점이다. 강직성척추염을 비롯한 자가면역질환들은 현재 서양의학의 난치질환으로 남아 있다. 앞서 언급했듯이 자가면역질환은 면역체계의 미시적 관점만이 아닌 心神과의 연계에서 접근할 필요가 있으며, 한의학은 神의 변화와 감정에 대해 이미 많은 방법론을 가지고 있다. 따라서 보다 적극적인 연구와 임상적 접근이 이루어진다면 근본적인 치료에 접근할 수 있을 것으로 예상된다.

서두에 언급했듯이 이 논문은 강직성척추염이라는 현대의 질병을 전통적인 방법론으로 해석하려는 목적에서 시작하였다. 기존의 한의학 병증에는 이 질환과 일치하는 것을 찾을 수 없기 때문에 증상, 통계, 증례를 활용하여 통합적으로 분석하는 형식을 취하였다. 그 결과, 비록 명확한 치법을 제시할 수는 없었으나 병기를 해석함에 있어 방향을 추론하는 것은 가능했다. 또한 임상자료 및 역학 자료를 활용할 수 있는 연구 방법론에 있어 미흡하나마 성

91) 정행규, 백근기 외 감수. 對譯東醫寶鑑. 경남 하동. 동의보감출판사. 2005. p16. “仙經曰背後有三關，腦後曰玉枕關，夾脊曰軛轆關，水火之際曰尾閭關。皆精氣升降往來之道路也。”

92) 김은영. 흉배부 척추 측만과 위장장애와의 연관성. 대전대학교 보건스포츠대학원 대체의학과 석사학위논문. 2004. pp.24-33.

93) 이 논문의 목표는 척추측만증이 소화장애와 스트레스에 영향을 준다는 가정에서 시작하였으나 그 기전에 대한 연구가 아니며, 척추측만증이 없는 대조군과의 비교를 통해 서로의 통계적 연관성만 밝혔으므로 연관성에 대해서는 파악할 수 없다.

94) 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 서울. 동양의학연구원 출판부. 1985. p12.

과가 있었다고 생각된다. 앞으로 보다 많은 질환에 대한 해석이 이루어지고 임상에서 활용될 수 있다면 축적된 임상 결과들이 다시 세밀한 분석을 가능하게 하는 선순환이 가능할 것이라 기대된다.

參考文獻

1. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울. 동양의학연구원 출판부. 1985.
2. 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 서울. 동양의학연구원 출판부. 1985.
3. 정행규, 백근기 외 감수. 對譯東醫寶鑑. 경남 하동. 동의보감출판사. 2005.
4. 張介賓. 類經(上). 서울. 대성문화사. 1988.
5. 전국 한의과대학 사상의학교실. 四象醫學. 서울. 집문당. 2005.
6. 윤창열, 김용진. 難經研究集成. 대전. 주민출판사. 2007.
7. 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울. 군자출판사. 2008.
8. 朴贊國編譯. 臟象學. 경기도 성남시. 성보사. 2008.
9. Fauci 외, 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회 역. Harrison's Principles of Internal Medicine 17th Edition. 서울. 도서출판 MIP. 2010.
10. 張志聰著, 孫國中, 方向紅 点校. 黃帝內經名家評注選刊黃帝內經靈樞集注. 北京. 學苑出版社. 2008.
11. 閻小萍. 強直性脊柱炎. 北京. 中國醫藥科技出版社. 2004.
12. 白裕相, 朴贊國. 內經 運氣篇의 標·本·中 개념에 대한 研究. 대한한의학회지. 11(2). 1998. p128.
13. 丁彰炫. 『素問·骨空論』의 “竝少陰之經”에 대한 考察. 대한한의학회지. 21(1). 2008. p.231.
14. 丁彰炫, 朴贊國. 神에 대한 研究-《黃帝內經》을 중심으로. 경희대학교논문집. 19(2). 1996. p188, 190.
15. 朱振源, 崔容泰. 강직성 척추염에 대한 한의학적 고찰. 대한침구학회지. 15(1). 1998. pp.99-122.
16. 진경선 외 4명. 강직성 척추염환자 2례에 대한 증례보고. 대한한의정보학회지. 8(2). 2002. pp.1-10.
17. 채진석 외4명. 無痛性 強直性 脊椎炎患者 1例에 관한 考察. 대한한의정보학회지. 8(3). 2002. pp. 148-157.
18. 조윤철 외 3명. 고관절 전치환술을 시행 후 내원한 만성 강직성 척추염 환자 치험 1례. 대한추나의학회지. 5(1). pp.141-150. 2004. pp.151-155.
19. 柳銀景 외 4명. 強直性脊椎炎의 臨床的 觀察. 대한한의학회지. 11(1).
20. 서동민 외 6명. 증례 : 초기 강직성 척추염 약침치료 1례에 관한 기능적 평가와 유용성에 관한 연구. 大韓鍼灸學會誌. Vol.19. No.6. 2002.
21. 張显彬, 王海隆. 冯兴华教授治疗强直性脊柱炎的经验. 四川中医. 25(1). 2007. pp.4-5.
22. 刘雪梅. 中医分期辨证治疗强制性脊柱炎52例. 辽宁中医药大学学报. 9(2). 2007. p.89.
23. 郭玉梅. 中医辨证治疗强直性脊柱炎78例临床观察. 中国医学指南. 25. 2011. pp.123-124.
24. 梁冰. 中医辨证治疗强直性脊柱炎临床分析. 中国现代药物应用. 20(5). 2011. pp. 63-34.
25. 尙娟. 痛痺止痛湯治疗强直性脊柱炎 54例. 中医学临床杂志. 19(8). 2007. p399.
26. 赵蕾, 曹向阳. 中医内治强直性脊柱炎概况. 中医临床研究. 24(3). 2011. pp.119-120.
27. 김기택. 강직성척추염. 류마티스 건강학회지. vol.6. No.1. 1999. p.157.
28. 한수홍. 한국에서의 류마토이드 관절염 발생 분포에 관한 역학조사. 경희대학교 대학원 석사학위논문. 1997. p.5.
29. 이영호외 6명. 강직성척추염과 비분류성 척추관절증 환자의 심장이상에 대한 연구. 대한류마티스학회지. vol.4. No.1. 1997. pp.54-55.

30. 김은영. 흉배부 척추 측만과 위장장애와의 연관성. 대전대학교 보건스포츠대학원 대체의학과 석사학위논문. 2004. pp.24-33.
31. Rand D. Conger et al. Economic stress, coercive family process and developmental problems of adolescents. Child Development. 1994. 65. p541-561.
32. Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. Soc Sci Med 1993. 36. p1047-52.
33. 국민건강보험통계자료. 2006-2010년 강직성척추염(상병코드M.45.0-M45.9)의 성별, 연령별에 따른 진료실인원수, 진료비, 급여비 통계.