

경추 신연요법을 적용한 연성 경추 추간판 탈출증 환자 치험 1례

이아라 · 정원석 · 이준환 · 송미연

경희대학교 동서신의학병원 한방재활의학과교실

A Case Report on Herniated Intervertebral Cervical Disc Using Chuna Manual Therapy

Ara Lee, Won-Suk Chung, Jun-Hwan Lee, Mi-Yeon Song

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, East West Neo Medical Hospital, Kyunghee University

Objectives: The object of this study is to report a clinical effect of chuna manual therapy for the soft herniated intervertebral cervical disc.

Methods: The patient was treated by cervical traction technique which is one of the chuna manual therapy with other conservative treatments including acupuncture, herbal mixture, bee-venom therapy and TENS(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation). Visual analogue scale(VAS) have been used for result report.

Results: After the cervical traction technique, the VAS was significantly improved.

Conclusions: It is thought that the chuna manual therapy might be effective to the patient with soft herniated intervertebral cervical disc.

Key Words: Cervical Traction Technique, Herniated Intervertebral Cervical Disc, Chuna Manual Therapy

I. 서 론

경추 추간판 탈출증은 연령의 증가에 따른 퇴행성 변성으로 인하여 추간판의 일부가 후방 또는 후측방으로 탈출되어 척수나 경추 신경근을 압박하여 생기는 신경근증상 및 목과 어깨 및 상지의 통증을 보이는 연성 추간판 탈출과 구척추 관절, 추체 후방관절에 형성되는 골극에 의해서 척수나 신경근이 압박되는 경성 추간판 탈출의 두가지로 구별된다¹⁾.

경추 추간판 탈출증에 대해 『內經』에서 “頭項痛”,

“項痛”, “頭項肩痛”, “項筋急”, “頸項痛”이라 언급하였고, 『傷寒論』에서는 “頭項强痛”, “項背强”, “頸項强”이라 하여 경추 추간판 탈출증을 대다수 頭項强, 項强痛, 痺證, 筋痺, 肩痺痛의 범주에 넣고 있다²⁾.

경추 추간판 탈출증에 대한 한의학적 치료방법으로는 침치료, 한약치료, 봉독요법, 추나요법 등이 보고되고 있다³⁾. 추나요법이란 시술자의 손 및 지체의 다른 부분 또는 보조 기구 등을 이용하여 인체의 특정 부위인 체표의 경혈, 근막의 압통부위 및 척추 및 전신의 관절 등을 조작하여 인체의 생리, 병리적 상

황을 조절함으로써 치료 효과를 얻는 방법이다⁴⁾.

요추 추간판 탈출증에 대한 추나요법의 증례들은 많이 보고되고 있지만⁵⁻⁷⁾, 아직까지 경추 추간판 탈출증의 추나 치료에 대해선 보고가 미비하며, 또한 추간판의 탈출 종류나 단계에 따라 적용한 증례는 전무한 실정이다.

저자는 2007년 6월 22일부터 경희대학교 동서신의 학병원 한방재활의학과에 상지저림을 주소로 입원한 연성 경추 추간판 탈출증 환자에 대해 추나 치료 중 경추 신연기법을 위주로 한 한방치료 결과 현저한 호전을 경험하였기에 다음과 같이 보고하는 바이다.

II. 증 례

1. 환자

정OO, F/61

2. 주소증

좌상지 저림

3. 발병일

2007년 1월

4. 입원기간

2007. 6. 22~2007. 7. 13(22일간)

5. 과거력

별무

6. 가족력

별무

7. 사회력

- 1) 직업: 주부
- 2) 음주, 흡연: 별무

8. 현병력

평소 별무대병 중인 61세 여환으로 가사와 손녀를 돌봐주는 일을 하던 중 07.1월경 좌상지 저림 발생하여 2007.2.23일 A대학 병원에서 자기공명영상법(magnetic resonance imaging, 이하MRI)상 C5-6, C6-7 Lt. foraminal disc 진단 받고 약 2주간 A대학 병원 통증클리닉에서 입원 치료 받았으나 증세 호전 없어 퇴원 후 별무치료하다 증세 지속되어 본원 한방재활의학과 2007. 6. 22일 입원함.

9. 전신평가

- 1) 睡眠: 頻覺
- 2) 食慾, 消化: 普通
- 3) 大便: 1日 1行 普通
- 4) 夜間尿: 1회
- 5) 脈: 左澁 右緊
- 6) 左脇痛, 上肢 痺
- 7) 惡寒, 好熱飲

10. 검사소견

1) 초진시 이학적 소견

(1) ROM

Flexion : 45°

Extension : 50°

Lateral bending : 30°/30°

Rotation : 45°/45°

(2) Special Test

Compression test : -

Distraction test : -

Spurling Test : -/+

Valsalva test : -

(3) Neurologic Test

Motor : intact

Sensory : C6, C7 hyperesthesia

2) MRI(2007.02.23)

C5-6 Lt. foraminal bulging, C6-7 Lt. foraminal protrusion(Fig. 1,2).

3) Lab findings(2007.6.23)

ESR이 24(mm/h)로 약간 상승 외에 CBC, D/C, E-lab, U/A에서 특이 소견 없음.

11. 치료방법

1) 鍼治療

0.25×40mm 1회용 stainless steel 멸균 호침(동방 침구제작소)을 사용하여 경관상근, 흉쇄 유돌근, 견갑거근, 족태양방광경의 경근과 경혈을 따라 자침하였다. 1일 1회 TDP를 적용한 상태로 25분 유침하였다.



Fig. 1. Cervical spine MRI(2007.02.23).



Fig. 2. Cervical spine MRI(2007.02.23).

2) 藥物治療

(1) 2007. 6. 23~2007. 6. 29

麻桂溫經湯

(桑枝, 桂枝, 羌活 10g, 防風, 白芷 8g, 赤芍藥, 甘草, 麻黃, 紅花 6g, 桃仁, 細辛, 附子 4g, 乾薑 3g. 1일 2첩 3회, 水煎 食後服)

(2) 2007. 6. 30~2007. 7. 13

黃芪桂枝五物湯加減

(桂枝, 黃芪 20g, 薏苡仁12g, 薑黃, 當歸, 海桐皮, 白朮 8g, 赤芍藥, 羌活, 山查, 神曲 4g, 甘草 2g. 1일 2첩 3회, 水煎 食後服)

3) 推拿治療

2007년 6월 25일부터 경추 추나요법 중 양와위 수 건이용 경추 신전법, 복와위 경추 신전법, JS 경추 신연기법⁸⁾을 동일 시술자가 약 5분간, 1일 1회, 주5회에 걸쳐 시술하였다.

4) 蜂毒治療

첫날 20,000:1로 희석한 봉침약침액 0.02cc를 피하에 test한 후 20,000:1 0.1cc 부터 1000:1 0.2cc까지

농도와 용량을 1회/2days씩 증량하여 C5-6, 6-7의 督脈선상극돌기 사이에 피하주입 하였다.

5) 한방이학요법

건부항, 경피적 전기신경자극치료(TENS)를 목과 팔에 1일 1회 시행하였다.

12. 평가방법

하룻동안의 저림이 나타난 횟수, 지속시간, 저림의 강도를 측정하고, 전체적인 불편함의 정도를 VAS로 평가하였다.

13. 치료경과

2007. 6. 22부터 2007. 7. 13까지 22일의 입원기간을 증상변화에 따라 5단계로 구분하여 정리하였다 (Table I, Fig. 3).

1) 2007. 6. 22(입원일)~2007.6.24

입원시 환자는 경항부의 통증이나 상지의 방사통, 경추의 운동범위 이상은 전혀 없었으며, 손가락 끝부분만을 제외한 좌상지 전체의 저림이 하루 3-4차례,

Table I . The Change of VAS, Frequency, Lasting Time, Intensity of Symptom

	6/22	6/28	7/2	7/4	7/9	7/10	7/13
Frequency	3-4	10	20	25	20	10	4
Lasting Time(s)	30-60	10	5-7	3-5	1-3	1-3	1-2
Intensity	10	5	4	3	2	2	2
VAS	10	5	5	5	3	2	1

VAS: Visual Analogue Scale

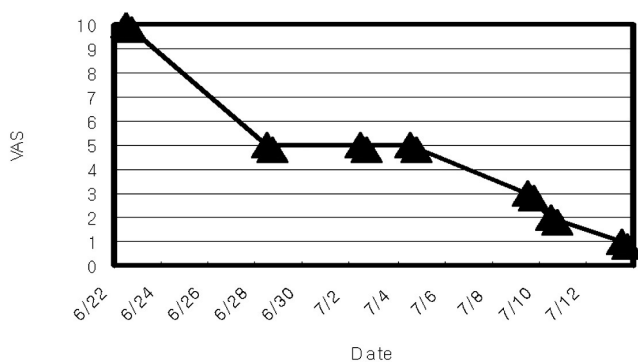


Fig. 3. The Change of VAS.

30초-60초 사이로 지속되는 상태로, VAS 10을 호소하였다. 입원 이후 24일까지는 횟수나 지속시간의 큰 변화는 없었으며 저림 강도는 8로 감소하였으며 VAS는 9였다.

2) 2007. 6. 25-2007. 6. 28

여전히 통증은 없었으며 저림 부위도 큰 변화 없었으나, 25일부터 견인 치료를 실시한 이후로 저림 횟수는 10번 정도로 증가하였으며, 지속시간은 10초 정도로 줄었고, 강도 또한 절반정도로 줄었다. 환자는 처음에 비해 VAS 5의 불편함을 표현했다.

3) 2007. 6. 29-2007. 7. 4

팔 전체에서 나타나던 저림이 상완부와 손가락의 저림은 거의 소실되었고, 주로 하완부에서 손바닥으로 국한되었다. 횟수는 점차 증가하여 25회 까지 증가하였으나, 지속시간은 점차 짧아져 3-5초로 잠깐 나타나는 정도였으며 강도 또한 절반이하로 감소한 상태로 유지되어 VAS 5의 불편함을 표현했다.

4) 2007.7.5-2007.7.10

하완에서의 저림증상도 나타나지 않았으며 오직 손바닥에만 국한된 저림증상이 25회에서 점차 감소하여 10회 내외로 줄었다. 지속시간은 더 짧아져 하루 1회 정도 7초 의 저림이 있었으나 보통 1-3초 동안 지속되었으며, 저림 강도는 처음의 1/4 이하로 줄어 불편함을 VAS 3으로 표현했다.

5) 2007. 7. 11-2007. 7. 13

손바닥에서의 저림만 나타났으며 횟수는 5회 내외로 줄었고 지속시간도 1-2초 정도로 줄어 환자 표현에 의하면 '잠깐 따끔하는 정도예요' 라고 표현할 정도로 호전되어 VAS1로 퇴원하였다.

Ⅲ. 고 찰

경추 추간판 탈출증은 경추 신경근이 전위된 추간판에 의하여 압박 또는 자극됨으로써 경부와 상지에

계속적인 동통 및 신경증상을 나타내는 질환으로, 경추간판의 퇴행성 병변이 존재하거나 외상이 가해졌을 때 잘 발생하며, 추간판의 변성 및 전위에 의한 연성 탈출증과 추골체에서 발생하는 골증식체에 의한 경성 탈출증으로 나눌 수 있다³⁾.

섬유륜의 팽윤이나 수핵의 탈출은 퇴행성 변화의 초기에 볼 수 있는 현상이므로 연성 추간판 탈출은 30-40대에 호발하나 경성 추간판 질환은 대체로 50세 이후에 많다⁹⁾.

연성 추간판 탈출은 추간공 내 또는, 후외측 정후방으로 발생될 수 있으며, 외측인 추간공내 탈출은 일차적으로 신경근을 압박하고 신경근증에 의한 증상을 유발한다. 후외측부로 탈출된 추간판은 신경근과 함께 척수도 압박시킬 수 있기 때문에 신경근증과 척수증을 함께 유발시킬 수 있고, 추간판의 정후방탈출은 일차적으로 척수증을 유발하게 된다¹⁰⁾.

증상은 연성과 경성 추간판 탈출증에 따라서는 차이가 없으며, 신경근 증상인지, 척수 증상인지에 따라 다르게 나타난다.

경추 신경근증의 증상은 침범되는 신경근에 따라 달라지지만 신경근의 지배 영역이 중첩되기 때문에 고유 영역을 결정하기 힘든 경우가 많다¹⁰⁾. 3대 증상은 일측의 경부동통과 상완부의 방사통, 수부나 수지의 지각이상으로, 경부의 동통(neck pain, axial pain)은 주로 목덜미 부위의 동통과 견갑 상부(suprascapular)의 동통, 견갑간(inter scapular) 또는 견갑부(scapular)의 동통을 호소한다. 환자의 초진시 약 93%는 경부 동통을 호소하며, 93%가 상완부의 동통을, 83%에서 손가락의 저린감을 보인다. 주로 침범되는 신경근은 C7, C6, C8, C5의 순서이다^{10,11)}.

경추 척수증은 신경근증과는 다르게 통증은 흔한 증상이 아니며, 초기에 손의 근력약화, 부자연스러운 손놀림과 감각이상, 하지의 근력 약화로 인한 보행장애가 나타나고, 수개월에 걸쳐 서서히 진행된다¹²⁾.

경추 추간판 탈출증은 대부분의 경우 보존적 치료를 우선적으로 시행하게 되는데, 서양의학에서는 침상 안정, 냉·온찜질, 경추 고정을 위한 보조기 착용, 소염진통제 투여로 신경 조직의 자극과 주위 연부 조직의 부종 및 염증을 감소시키며, 또한 경추 견인법, 열찜질, 초음파 치료, 마사지 등의 물리치료, 운동 요법 등을 실시한다²⁾. 일반적으로 3개월 이상의 보존적 치료에도 불구하고 지속적 또는 반복적 상지 동통이 있어 일상생활이 불가능 할 경우 수술적 방법을 고려하게 되지만²⁾, 경추 척수증은 보존적 치료보다는 척수의 불가역적인 변화가 오기전 조기의 수술적 치료를 요한다¹²⁾.

한방에서는 경추 추간판 탈출증을 項强, 項痛의 범주로 인식하여 변증시치를 통한 침, 뜸, 한약물 요법 등을 사용하여 치료해 왔으며, 최근에는 추나요법을 응용한 시술을 통해 좋은 치료효과를 보인 임상례가 보고되고 있다^{3,13)}.

추나요법은 척추관절계의 모든 구조적 변위에 의하여 발생하는 병리적 현상을 다양한 추나 기법을 통하여 경결 또는 위축된 근육 등에 피동적 운동을 통한 자극을 주거나 변위를 바르게 교정함으로써 기관의 조절기능을 정상적인 상태로 회복시키는 기법이다¹⁴⁾. 특히 경추 추간판 탈출증은 추나의 치료원리인 舒筋通絡, 理筋整復, 活血祛瘀가 모두 응용될 수 있는데, 탈출로 인해 발생한 근육간의 비협조적인 역학관계 및 척추의 변위, 신경근의 압박 등이 추나요법을 통해 교정되고, 그 결과로 증상이 경감 및 소실된다⁴⁾.

경추 신연요법이란 추나요법의 한 방법으로 척추 주위 인대 및 근육을 이완시키고 병소 부위에 하중을 줄여주어, 추간간격을 넓혀주는 동시에 추간판 내압을 감소시켜 수핵의 탈출과 신경근의 압박을 줄여주는 치료법이다³⁾. 실제적 치료에 있어서는 한 손 또는 두 손으로 사지 원위 부위를 잡고 지속적 반복적으로 당겨서 견인하는 것으로, 관절 변위나 근육손상 및

肢體變通, 癱木 등에 응용할 수 있는데, 특히 견인하에서 각종 수기법을 함께 진행하면 치료효과는 더욱 우수해진다⁸⁾.

현재까진 추간판 탈출증의 유형이나 탈출 단계에 따른 추나의 적용기법에 대한 보고는 없었으나 각 추나 기법의 특성을 고려하여 추간판 탈출의 유형에 따라 적합한 추나기법을 적용하는 것이 필요하다고 생각된다. 기존의 문헌들을 고찰해보면, 연성 추간판 탈출은 경근추나나 견인요법을 위주로 한 방법이 적당할 것이며, 경성 추간판 탈출은 정골추나 위주의 방법을 적용하는 것이 보다 좋은 치료효과를 보일 것으로 생각된다.

본 증례의 환자는 좌상지저림을 주소로 하여 2007년 6월 22일부터 7월 13일까지 경희대학교 동서신의 학병원 한방재활의학과에서 입원치료를 받았다. 치료에 대한 임상증상의 개선 여부는 저림의 강도, 횟수, 지속시간을 관찰하고, 전체적인 불편감을 시각적 상사척도(VAS)를 사용하여 평가하였다.

상기 환자는 좌상지저림을 주소로 내원한 환자로, MRI상 C5-6 bulging, C6-7 protrusion의 연성 경추 추간판 탈출증을 진단 받았으며, 이학적 검진과 병력 청취상 경추 추간판 탈출증으로 인한 증상으로 최종 진단하였다.

치료 경과를 살펴보면, 6월 22일 입원후 24일까지는 침치료, 한약치료, 부항치료, 봉독치료, 경피적 전기신경자극치료를 실시하였고, 25일부터는 경추 견인치료를 함께 실시하였다. 환자는 경추 추나치료를 시작하기 전까지 저림의 강도가 10에서 8정도로 준 것 이외에 저림의 횟수나, 지속시간에서 큰 증상의 변화가 없었으나, 경추 추나치료를 시술한 이후부터 강도와 저림횟수, 지속시간에서 큰 증상의 변화를 보이기 시작했다. MRI상 연성 추간판 탈출증으로 진단하였기에 경추 교정은 실시하지 않은 채 양와위 수건이용 경추 신전법, 복와위 경추 신전법, JS 신연 기법을 실시하였다. 이상의 기법들은 경추에 대한 일반적인

신연기법들이며, 경추 추간판 탈출증외에 경추증에도 적용하고 있다⁸⁾. 치료하는 과정중에 오히려 저림의 횟수가 늘었으나, 지속시간과 강도는 현저히 감소한 상태였고, 증가한 횟수도 5회 내외로 다시 감소하였으며 전체적인 불편감도 입원당시에 비교하여 VAS1로 호전을 보이며 퇴원하였다. 환자에게 다른 한방 치료들도 시행되었기 때문에 증상의 호전이 추나치료의 효과라고 단정 지을 수는 없으나, 추나치료를 실시한 이후부터 저림의 횟수와 지속시간, 저림 부위에 큰 변화가 있었다는 것은 주목할 만하며, 신연요법으로 추간판 내압이 감소되고, 추간공이 넓어져 신경근의 압박이 주는 동시에 주위 인대 및 근육이 이완되어 증상이 호전되었을 것으로 사료된다.

감각평가에 있어 VAS 이외의 다른 객관적인 평가도구가 없었던 점, 퇴원 후의 병가추적이나, 증상 개선후의 진단방사선학적 영상의 변화를 확인하지 못한 점 등이 본 연구의 한계점으로 지적된다.

경추부 추나치료의 부작용에 대한 사례보고가 증가하고 있기 때문에¹⁴⁻¹⁶⁾, 경추부 추나 치료시의 주의사항과 함께, 경추부 추간판 탈출의 유형별 각 추나 기법의 적용기준에 대한 추후 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결 론

연성 경추 추간판 탈출증으로 인한 좌상지저림을 주소로 한 환자에게 경추부 추나치료 및 보존적 한방치료의 시행으로 증상의 현저한 개선을 보였다. 추나치료가 증상 개선에 있어서 유효하게 작용한 것으로 생각되며, 추후 경추부 추나치료의 적용기준을 마련하기 위해 이에 대한 많은 후속연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 노성만, 정재윤, 문은선, 송은규. 흔히 보는 정형외과 질환62. 서울:군자출판사. 2002:179-83.
2. 이옥자, 김홍훈, 소기숙, 김성남, 조남근. 연성 경추 추간판 탈출증에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2004;21(4):84-92.
3. 김상돈, 김미영, 임양의, 이수영, 신병철, 권영달, 송용선, 김형균. 경추 추간판 탈출증 환자의 견인요법과 추나요법의 치료효과에 대한 임상적 연구. 한방재활의학과학회지. 2001;12(4):39-48.
4. 신준식. 한국추나학 임상 표준지침서. 서울:대한추나학회출판사. 2001:7-12.
5. 유석, 이명중. 굴곡신연기법만으로 호전된 파열형 요추추간판탈출증 치험 1례. 한방재활의학과학회지. 2004;14(1):177-83.
6. 배상식. 요추간판돌출증에 대한 추나수법이 통증 완화에 미치는 효과. 서울:고려대학교 의용과학대학원. 2003.
7. 김수장. 요추간판탈출증 환자의 추나치료효과에 대한 임상적고찰. 대한추나학회지. 2001;2(1):93-109.
8. 신병철, 신준식, 이종수, 임형호. 정형추나의학. 서울. 척추신경추나의학회. 2006:155, 180, 181, 188.
9. 안재성. 경추증성 신경근증. 대한척추외과학회지.1999;6(2):185-93.
10. 이길승, 이건목, 염승철. 경추 신경근증 환자에 있어서 봉약침 치료의 효과에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2005; 22 (3):201-13.
11. Tanaka Y, Kokubun S and Sato T. Cervical radiculopathy and its unsolved problems, Currents Orthopedics, Harcourt Brace & Co. Ltd, 1998:12:1-6.
12. 장한. 경추증성 척수증. 대한척추외과학회지. 1999;6(2):194-200.
13. 오세춘, 박원형. 추나요법의 경향통 치료에 대한 임상적 고찰. 대한추나학회지. 2005; 6(1):1-9.
14. 고연석, 박태용, 공재철, 오원교, 송용선, 신병철. 경추추나치료의 안정성에 대한 임상보고. 한방재활의학과학회지. 2006;16(4):83-95.
15. 이상호, 이종립, 김성수. 경추 추나치료 후 발생한 뇌졸중 1례. 대한한의학회지. 2000;21(4)264-70.
16. 공재철, 박태용, 고연석, 원재균, 박단선, 신병철. 경추 추나치료 후 발생한 경막파열 환자 1례 보고. 척추신경추나의학회지. 2006;1(1):45-50.