

요추추간판탈출증환자 49례의 탈출양상에 따른 한방치료에 대한 임상적 고찰

이기하 · 김기억 · 김우영 · 김창연 · 이현종 · 엄태웅*

자생한방병원 침구과

*자생한방병원 재활의학과

The clinical study on difference of sex, age, medical history, part, or type in patients with lumbar spine herniation of nucleus pulpous

Lee Ki-ha, Kim Ki-yuk, Kim Wo-young, Kim Chang-youn, Lee Hyun-jong, Eom Tae-woong*

Department of Acupuncture & Moxibustion, Hospital of Jaseng Oriental Medicine

*Department of Oriental Rehabilitation, Hospital of Jaseng Oriental Medicine

Objective : In treatment of lumbar spine herniation of nucleus pulpous, the different result in accordance with difference of sex, age, medical history, part, or type

Methods : After 49 patients who were diagnosed as HNP of L-spine were grouped by sex, age, medical history, part, or type, they were compared and analyzed on the basis of difference between measuring VAS and ODI as they were hospitalized and as they were discharged.

Results : 1. In terms of differences by gender, males' average degree of VAS improvement was 63.92 and females' average degree of VAS improvement was 59.8. Also, Males' average ODI improvement index was 12.36 and females' average ODI improvement index was 12.5
2. In terms of differences by age, Teens recorded highest degree of VAS improvement and ODI improvement index.
3. In terms of differences by medical history, Most acute or acute patients showed higher degree of VAS improvement and ODI improvement index than subacute or chronic patients.
4. There were no significant distinguishing markscomparing between one diseased part and other.
5. As the research that focused on different type, Extrusion type had better improvement by medical treatment than Protrusion type.

Conclusion : This research drew the result as above, but recognizable statistical relation could not be found in the result. Therefore there needs much sustainable research to deduce meaningful result.

Key Words : herniation of nucleus pulpous, protrusion, extrusion

I. 서 론

요통은 세계적으로 많은 사람들이 경험하는 증상으로 약 80~90%의 사람이 일생 중 한번은 요통을 경험한다고 하며, 가장 흔한 원인으로 추간판 탈출증은 중요한 위치를 차지하고 있다¹⁾.

추간판 탈출증은 추간판의 퇴행성 변화에 의해 수핵을 싸고 있는 섬유륜의 내측 또는 외측섬유의 파열로 수핵의 일부 또는 전부가 그 사이로 돌출되어 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 요통 및 신경 증상을 유발하는 질환으로, 그 정도에 따라 섬유륜이 추간판의 정상범위 바깥쪽으로 3mm이상 대칭적으로

■ 교신저자 : 이가하. 경기도 부천시 원미구 상동 414 자생한방병원 침구과
TEL : (032)320-8834 E-mail : amane99@nate.com

밀려나는 팽윤 추간판(Bulging disc), 제자리를 벗어난 수핵이 파열된 내측 섬유륜 사이를 뚫고 외부로 탈출하려하나 외측 섬유륜의 일부가 파열되지 않은 돌출된 추간판(Protruded disc), 내측뿐만 아니라 외측 섬유륜까지 파열되어 수핵의 일부가 섬유륜의 전층을 뚫고 돌출되었으나 수핵과 연결되어 있는 경우 탈출된 추간판(Extruded disc), 탈출된 수핵이 모체와 완전히 단절되어 격리된 격리된 추간판(Sequestrated disc)로 나눌 수 있으며 탈출된 추간판의 경우 후종인대를 통과했는지에 따라 인대하 탈출(Subligamentous extrusion)과 경인대 탈출(Transligamentous extrusion)로 세분하기도 한다²⁾.

한의학에서 요추 추간판 탈출증은 요각통의 범주에 속하며 주로 ‘腎氣不足而 風邪所乘’, 또는 ‘寒氣痰濕入於膀胱及膽二經所致’ 등으로 보았으며 風寒濕三氣가 腎氣不足을 乘하여 膀胱經과 膽經에 침입한 것이 주된 원인이라 할 수 있고³⁾, 문⁴⁾ 등은 腰痛을 하지방산성 요통과 일치하며 十種 腰痛 중 風腰痛에 해당된다고 하였다.

요추 추간판 탈출증의 치료방법은 크게 수술적 방법과 보존적 방법으로 나눌 수 있는데, 여러 보고에 의하면 수술의 절대 적응증이나 마미 증후군 등으로 수술을 하는 경우는 1~3%에 불과하며²⁾ 보존적 치료로 80~90% 정도의 치료율을 보인다고 보고되고 있으며 한의학적인 치료방법은 보존적 방법이 주를 이루고 있다⁵⁾.

한의학적인 치료방법에는 전통적으로 사용되어 오던 침구요법, 약물요법 외에 여러 가지 다양한 치료법들이 한의학적 원리에 따라 시행되는데 별독 추출법을 침법과 연관시킨 봉독요법, 한약성분추출물을 침법과 결합시킨 약침요법, 시술자의 손과 지체의 다른 부분을 사용하거나 보조기기등을 이용하여 인체의 특정부위를 조작하여 인체의 생리 병리적 상황을 조절함으로써 치료효과를 발생시키는 추나요법등이 사용되고 있으며 신⁶⁾ 등의 보고에 의하면 탈출된 추

간판 탈출증은 일반적으로 수술적 요법이 우선되지만, 응급수술을 요하는 경우가 아니면 한방적인 보존적 치료가 유효하다고 하였다.

요추 추간판 탈출증의 형태가 한방치료 결과에 미치는 영향에 관해서는 변⁷⁾, 장⁸⁾ 등의 논문에서 언급된바가 있으며 돌출된 추간판이 탈출된 추간판에 비해 보존적 치료결과가 양호하다는 결과가 나온 바 있다.

이에 저자는 2007년 1월 1일부터 2007년 3월 31일까지 부천 자생한방병원에서 입원치료를 받은 환자 중 요추 추간판 탈출증으로 진단받은 49명을 대상으로 성별, 연령, 탈출부위, 탈출양상에 따른 치료성적을 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 치료방법

1. 연구대상

2007년 1월1일부터 2007년 3월 31일까지 부천자생한방병원에서 입원치료를 받은 환자중 본원 협진 영상진단학과 또는 타병원에서 자기공명영상(이하 MRI)상 추간판 탈출증을 진단받은 환자중 추간판 탈출 위치가 L4-5, L5-S1 level이고 추간판 탈출로 인한 하지 방산통 양상이 압박된 신경근의 피부분절과 일치하는 환자를 대상으로 추간판 탈출형태에 따라 당시 진료기록을 수집 및 분석하였으며 하지 방산통이 없거나 MRI상 팽윤디스크인 환자는 포함시키지 않았다. 또한 방광과 내장기능의 장애, 심한 운동근력약화, 심한 신경학적 기능상실등의 수술적응증을 보이는 환자, 설문에 응하지 않았거나 도중에 치료를 중단한 환자는 배제하였다.

2. 치료방법

1) 시술방법

① 침치료

침시술에는 동방침구제작소의 0.25mm×30mm의 일회용 stainless steel 毫鍼을 사용하였으며 환자에 따라 원위취혈로는 사암침의 담정격, 방광정격, 신정격, 담정격중 선용하였으며 근위취혈시에는 주로 양측의 신수, 기해수, 대장수, 관원수, 지실혈등을 선용하였다. 그밖에 요방형근, 장요근, 중둔근, 이상근등의 부위에 압통점이 있는 경우 동방침구제작소의 0.35mm×60의 장침을 사용하였다.

② 추나치료

주로 요추 굴곡신연법을 일주일 2회에서 3회 시술하였으며 추나 신연의 장치로는 Auto flexion-distraction의 기능을 하는 Lenader Eckard Table MK-90(웰니스 시스템, 한국)을 사용하였으며 환자 상태에 따라 복와위 하지거상 장골교정법, 복합 후하방 장골교정법, 굴곡신연법, 양위 경추교정법등을 시행하였다.

2) 약물치료

환자에 따라 변증시치하였으며 원내 추간판 탈출증에 쓰이는 처방인 활혈거어, 통락지통의 효과가 있는 청파전(우슬, 모과, 오가피, 현호색, 강활, 창출, 당귀, 건지황, 적작약, 위령선, 독활, 진피, 몰약, 유향, 홍화, 사인, 감초, 생강, 대조)이 주로 사용되었다.

3. 평가방법

입원시와 퇴원시의 Visual Analog Scale(이하

VAS)와 Oswestry Disability Index(이하 ODI)를 측정하여 호전지수를 비교하였으며 VAS의 경우 호전율((입원시 점수-퇴원시 점수)/입원시 점수×100)을 계산하여 비교하였고, ODI의 경우 개선지수(입원시 점수-퇴원시 점수)를 계산하여 비교하였다.

1) VAS

환자가 느끼는 주관적인 통증의 객관화를 위해 현재 가장 많이 쓰이는 방법중의 하나로서, 통증이 없는 상태를 0으로 하고 참을수 없는 통증을 10으로 하여 표시해 놓고 피시술자가 숫자를 선택하도록 하였다. 수집이 편리하고 단기간의 변화에 따른 신뢰성도 비교적 좋다.

입원시와 퇴원시 측정하였으며 환자 스스로 안정된 시간을 통해 체크하도록 하였다⁹⁾.

2) ODI

Oswestry Disability Index는 Fairbank 등에 의해 발전된 것으로 환자에 의해 작성되는 선다형 설문문으로서 일상생활의 각각의 동작과 관련된 10개 항목으로 구성되어 있다. 각 항목에서는 일상생활의 장애를 0~5점으로 6단계로 기술한다. 이 방법은 통증 정도보다 일상생활에서의 장애 정도를 평가하는데 더 유의한 것으로 요통을 평가하는데 기능적인 상태를 수치로 나타낸 것이다¹⁰⁾. 성생활같은 답하기 모호하고 우리나라 실정에 맞지 않는 항목은 생략하여 9개의 항목을 이용하였다. (appendix 1)

ODI측정은 입원시, 퇴원시 VAS측정과 동시에 시행하였다.

Appendix 1. Oswestry Low-back Pain Disability Index(ODI)

1. 통증의 정도는 어떻습니까?	0) 가벼운 통증이 있다 없다 한다. 1) 약간의 통증이 있지만 심하지 않다. 2) 중정도의 통증이 있지만 견딜만 하다. 3) 치료를 받아야 할 정도로 통증이 심하다. 4) 치료를 받아도 통증이 심해 견디기 힘들다. 5) 통증이 너무 심해 일상생활을 할 수 없다.
2. 주위의 도움을 필요로 하는 정도는 어떻습니까?	0) 거동에 불편함이 없다. 1) 거동에 불편함이 없지만 통증이 따른다. 2) 거동하기 불편하므로 조심해서 천천히 해야 한다. 3) 거동할 때 다른 사람의 도움을 받지만 웬만한 것은 스스로 한다. 4) 다른 사람의 도움을 받아야만 거동을 할 수 있다. 5) 전혀 거동을 할 수 없다.
3. 물건을 들 때는 어느 정도입니까?	0) 도움없이 무거운 물건을 들 수 있다. 1) 무거운 물건을 들고나면 통증이 따른다. 2) 통증 때문에 바닥에 있는 물건을 들지 못한다. 3) 통증 때문에 바닥에 있는 물건을 들지 못하지만, 적당한 위치에 있는 물 건은 들 수 있다. 4) 가벼운 물건만을 들 수 있다. 5) 아무것도 들을 수 없다.
4. 걸을 때는 어느 정도입니까?	0) 걸어나는데 전혀 지장이 없다. 1) 통증 때문에 1시간 이상은 못 걷는다. 2) 통증 때문에 30분 이상은 못 걷는다. 3) 통증 때문에 10분 이상은 못 걷는다. 4) 지팡이나 보조기가 있어야 걸을 수 있다. 5) 거의 누워지내고 화장실에 다니기도 힘들다.
5. 앉아 있을 때는 어느 정도입니까?	0) 아무 곳에서나 원하는 만큼 계속 앉아 있을 수 있다. 1) 편안한 의자에 원하는 만큼 계속 앉아 있을 수 있다. 2) 통증 때문에 1시간 이상 계속 앉아 있기 힘들다. 3) 통증 때문에 30분 이상 계속 앉아 있기 힘들다. 4) 통증 때문에 10분 이상 계속 앉아 있기 힘들다. 5) 통증 때문에 전혀 앉아 있을 수 없다.
6. 서있을 때는 어느 정도입니까?	0) 원하는 만큼 계속 서 있을 수 있다. 1) 원하는 만큼 계속 서 있을 수 있지만 통증이 따른다. 2) 통증 때문에 1시간 이상 계속 서 있기 힘들다. 3) 통증 때문에 30분 이상 계속 서 있기 힘들다. 4) 통증 때문에 10분 이상 계속 서 있기 힘들다. 5) 통증 때문에 서 있을 수 없다.

요추추간판탈출증환자 49례의 탈출양상에 따른 한방치료에 대한 임상적 고찰

7. 잠을 잘 때는 어느 정도 입니까?	0) 잠을 자는데 불편함이 없다. 1) 통증 때문에 잠을 자다가 1회 깬다. 2) 통증 때문에 잠을 자다가 2-3회 깬다. 3) 통증 때문에 잠을 자다가 3-5회 깬다. 4) 통증 때문에 수시로 깬다. 5) 통증 때문에 거의 잠을 잘 수 없다.
8. 사회 활동을 할 때는 어느정도입니까?	0) 정상적인 사회생활에 지장이 없다. 1) 정상적인 사회활동을 할 수 있지만 통증이 있다. 2) 심한 활동을 할 때를 제외하고는 사회활동에 제약을 받을 정도는 아니다. 3) 통증 때문에 사회활동에 제약을 받는다. 4) 통증 때문에 사회활동을 거의 할 수 없다. 5) 통증 때문에 사회활동을 전혀 할 수 없다.
9. 바깥 출입 시 어느 정도 입니까?	0) 바깥 출입을 하는데 전혀 지장이 없다. 1) 바깥 출입을 하면 통증이 따른다. 2) 통증 때문에 2시간 이상은 무리가 온다. 3) 통증 때문에 1시간 이상은 무리가 온다. 4) 통증 때문에 30분 이상은 무리가 온다. 5) 통증 때문에 거의 집에 있다.

Ⅲ. 결 과

1. 대상자의 일반적 특징

전체 성별분포는 총 49명중 여자 27명, 남자 22명이었으며 남녀의 비는 1.2:1로 여자가 많았다.

연령별 분포에서는 30대가 16명으로 가장 많았고, 40대가 14명, 20대가 8명, 50대가 6명 60대가 3명, 10대가 2명 순으로 나타났다. (Table 1)

2. 추간판 탈출증 양상과 부위.

전체 환자 중에서 Extrusion type의 환자는 23명이었으며 Protrusion type의 환자는 26명이었다.

Extrusion 양상의 환자 중 L4-5 level의 추간판 탈출증 환자는 14명이었고, L5-S1 level의 추간판 탈출

증 환자는 9명이었다

Protrusion 양상의 환자중 L4-5 level의 추간판 탈출증 환자는 16명이었고, L5-S1 level의 추간판 탈출증 환자는 10명이었다. (Table 2)

3. 입원기간

1) 병력에 따른 입원기간

병력기간은 최¹⁴⁾ 등의 분류방법에 따라 발병 1주 이내인 경우를 최급성기, 1주~1개월 이내를 급성기, 1~6개월을 아급성기, 6개월 이상은 만성기로 분류하였다.

전체 환자중 급성기가 21명으로 제일 많았고, 최급성기가 16명, 아급성기 7명, 만성기 5명순이었다. (Table 3)

요추추간판탈출증환자 49례의 탈출양상에 따른 한방치료에 대한 임상적 고찰

Table IV. 평균 입원기간

병변타입	인원	평균	표준편차
Protrusion	26	21.77	9.06
Extrusion	23	22.43	9.80
전체	49	22.08	9.32

4. 치료결과 분석

환자 치료결과 VAS 호전율과 ODI 호전지수가 성별, 연령별, 병력별, 탈출부위별, 탈출양상에 따라 차이가 있는지를 검정하였다. 자료의 분석은 SPSS K12.0 for Windows를 이용하였으며, 환자 특성의 집단 구분이 2개인 경우는 t 검정(t-test)으로, 3개 이상인 경우는 일원분산분석(Oneway ANOVA)으로 분석하였다. 검정 결과의 통계적 유의성은 유의도(p)가 0.05 이하인 경우를 기준으로 분석하였다.

전체 환자의 VAS호전율은 평균 61.13, 표준편차

22.75였으며 ODI개선지수는 평균 12.24, 표준편차 8.92로 나타났다. (Table 5)

1) 성별에 따른 비교.

환자의 성별에 따른 VAS 호전율은 여자 평균 58.86, 남자평균 63.92로 남자에서 다소 높은 호전율을 보였으며 ODI 개선지수는 여자 12.15, 남자 12.36으로 비슷하게 나타났다. 성별에 따른 차이는 통계적 유의성이 없었다. (Table 6)

Table V. 전체 환자의 VAS호전율과 ODI호전지수

구분	평균	표준편차
VAS호전율	61.13	22.75
ODI호전지수	12.24	8.92

Table VI. VAS 호전율과 ODI개선지수의 성별 차이

	성별	인원	평균	표준편차	t	p
VAS호전율	여자	27	58.86	25.36	-.794	.431
	남자	22	63.92	19.29		
ODI개선지수	여자	27	12.15	9.24	-.084	.934
	남자	22	12.36	8.82		

2) 연령에 따른 비교.

환자의 성별에 따른 VAS 호전율은 10대에서 100, 20대에서 46.28, 30대에서 60.27, 40대에서 64.56, 50대에서 67.59, 60대에서 50.46으로 나타났으며 연령에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 10대의 호전율이 가장 높았으며, 20대의 호전율이 가장 낮았다. 그러나 10대의 경우 환자수가 2명에 불과하여 평균이 100이고 표준편차가 0인 점을 감안하면 10대가 다른 연령대에 비해 현저하게 치료효과를 보였다고 단정할 수는 없을 것으로 판단된다. ODI개선지수는 10대 18.0, 20대 11.13, 30대 9.63, 40대 14.57, 50대 13.33, 60대 12.33으로 나타나 10대에서 제일 높았고 30대에서 제일 낮았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. (Table 7)

3) 병력에 따른 비교.

환자의 병력에 따른 VAS 호전율은 최급성기에서

62.53, 급성기에서 65.91, 아급성기에서 50.48, 만성기에서 51.5로 나타나 급성기에서 제일 높고 아급성기에서 제일 낮게 나타났으며 최급성기와 급성기에서의 VAS 호전율이 아급성기와 만성기에서의 VAS 호전율보다 높게 나타났다. ODI 개선지수의 경우 최급성기에서 15.44, 급성기에서 12.71, 아급성기에서 5.0, 만성기에서 10.2로 나타나 최급성기에서 제일 높고 아급성기에서 제일 낮게 나타났으며 ODI 개선지수의 경우도 최급성기와 급성기가 아급성기와 만성기보다 ODI 개선지수가 높았으나 통계적 유의성은 검증되지 않았다. (Table 8)

4) 탈출부위에 따른 비교

환자의 탈출부위에 따른 VAS 호전율은 L4-5에서 60.57, L5-S1에서 62.01로 큰 차이가 없었으며 ODI 개선지수의 경우 L4-5에서 13.50, L5-S1에서 10.26으로 L4-5에서 다소 높았으나 통계적 유의성은 없는 것으로 나타났다. (Table 9)

Table Ⅷ. VAS 호전율과 ODI개선지수의 연령별 차이

	연령	인원	평균	표준편차	F	p
VAS호전율	10대	2	100.00	0.00	2.476	.047
	20대	8	46.28	35.36		
	30대	16	60.27	17.81		
	40대	14	64.56	16.65		
	50대	6	67.59	13.96		
	60대	3	50.46	24.55		
ODI개선지수	10대	2	18.00	8.49	.652	.661
	20대	8	11.13	10.13		
	30대	16	9.63	5.45		
	40대	14	14.57	9.80		
	50대	6	13.33	12.56		
	60대	3	12.33	11.68		

요추추간판탈출증환자 49례의 탈출양상에 따른 한방치료에 대한 임상적 고찰

5) 탈출양상에 따른 비교

통계적 유의성은 없었다. (Table 10)

환자의 탈출양상에 따라 VAS 호전율은 Protrusion type에서 55.06이었고 Extrusion type에서 67.99로 Extrusion type이 높았으며 ODI의 개선지수도 Protrusion type에서 10.58, Extrusion type에서 14.13으로 Extrusion type의 개선지수가 높았으나

5. 분석 요약

전체 환자에 대한 분석 결과 VAS 호전율이 연령에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 점을 제외하고 모든 특성별 차이에서 통계적 유의

Table Ⅷ. VAS 호전율과 ODI개선지수의 연령별 차이

	병력	인원	평균	표준편차	F	p
VAS호전율	최급성기	16	62.53	15.58	1.150	.339
	급성기	21	65.91	22.47		
	아급성기	7	50.48	34.43		
	만성기	5	51.5	23.59		
ODI개선지수	최급성기	16	15.44	9.41	2.559	.067
	급성기	21	12.71	8.72		
	아급성기	7	5.0	3.42		
	만성기	5	10.2	9.20		

Table Ⅸ. VAS 호전율과 ODI개선지수의 탈출부위별 차이

	부위	인원	평균	표준편차	t	p
VAS호전율	L4-5	30	60.57	25.30	-2.229	.820
	L5-S1	19	62.01	18.64		
ODI개선지수	L4-5	30	13.50	69.56	1.311	.197
	L4-S1	19	10.2	7.61		

Table Ⅹ. VAS 호전율과 ODI개선지수의 탈출양상별 차이

	양상	인원	평균	표준편차	t	p
VAS호전율	Protrusion	26	55.06	17.83	-2.004	.052
	Extrusion	23	67.99	25.99		
ODI개선지수	Protrusion	26	10.58	9.50	-1.422	.162
	Extrusion	23	14.13	8.00		

성이 나타나지 않았다. 그러나 10대의 VAS 호전율의 경우 환자수가 2명에 불과하고 그 2명의 평균이 100이기 때문에 환자수가 많은 다른 연령대에 비해 현저하게 치료효과를 보였다고 단정하는 데에는 무리가 있을 것으로 판단된다.

IV. 고 찰

요통은 인류 역사와 더불어 생겨난 것이며, 일어서서 두 발로 다니는 영장류는 다른 동물과는 달리 몸의 하중이 허리에 모이게 되고 이에 동반된 여러 가지 질환으로 고통받게 되었다. 전 인류의 80~90%는 일생동안 한 번 이상의 요통을 경험하는 것으로 알려져 있으며 허리에 이상이 생기게 되면 요통 뿐만 아니라 하지로 뻗어내려가는 방사통이 생기게 되는데 이러한 좌골신경통의 가장 많은 원인은 요추 추간판 탈출로 알려져 왔다²⁾.

추간판 탈출증은 섬유륜의 파열에 의해 수핵이 파열된 섬유륜 사이를 뚫고 외부로 탈출되는 질환으로 수핵의 탈출은 수핵 자체의 퇴행성 변화 외에도 윤상 섬유륜의 퇴행성 변화로 인한 교원 섬유질의 탄력감소에 기인한다. 척추의 굴신운동, 회전운동, 갑작스런 자세의 변화등 주로 척추의 가벼운 외상에 의해 발생하며, 때로는 뚜렷한 원인 없이 일어날 수도 있다¹²⁾.

주증상은 요통 및 방사통으로 천장관절이나 둔부, 서혜부, 대퇴부로 방사되는 관련통과 이환된 신경근을 따라 방사되는 대퇴 신경통 및 좌골신경통으로 구분된다¹⁾.

추간판 탈출증은 그 형태에 따라서 팽윤 또는 돌출 추간판, 탈출된 추간판, 그리고 부골화된 추간판으로 분류되며 대부분 추간판 탈출증은 하부 요추간판에 발생하여 전 연령에 걸쳐 제 4-5요추간에서 가장 많이 발생하고 L4-5, L5-S1 추간판이 전체의 90%를 차지하며 L3-L4에 10%정도이며 L1-L2, L2-L3 추

간판은 드물다¹³⁾.

1934년 Mixter와 Barr가 하지 방사통이 추간판 탈출로 인한 기계적 신경 압박이라고 발표한 후 수술을 통한 신경감압이 중요한 치료법으로 여겨지기도 하였으나 수술적 치료는 그 적응증이 추간판의 심한 탈출이나 견딜수 없는 통증이 지속되는 경우, 점차로 악화되는 신경증상, 하지 직거상 검사에 상당한 제약이 있으면서 심각한 신경증상이 있는 경우, 마미증후군 같이 방광, 장의 마비를 동반하는 경우, 3개월 이상의 보존적 치료에도 불구하고 호전이 없는 요통이나 하지방사통이 계속 재발하는 경우, 동통으로 인해 활동에 심한 장애를 초래하는 경우에 수술적 치료를 고려할수 있다¹⁴⁾.

수술후의 회복과 재활등의 문제로 현재에는 환자의 많은 수는 보존적 치료만으로도 좋은 결과를 얻고 있으며⁵⁾ Kraemer¹⁵⁾는 추간판 탈출증으로 인한 통증은 3주 정도에 개선되기 시작하고 1년내 99%가 경감되므로 수술적 치료가 불필요하다고 하였다.

또한 90년대 이전에는 Extrusion형과 Sequestered형은 보존적 치료로 잘 호전이 되지 않는다고 보았으나^{16), 17), 18)}, 최근 연구에서는 Extrusion형과 Sequestered형에서 초기에 임상증상이 심한경우가 많지만 초기 통증이 심한 시기만 넘기면 수술을 해야 하는 경우가 Protrusion형보다 줄어든다¹⁹⁾고 하였다.

이에 저자는 요추 추간판 탈출증의 탈출 양상이 치료에 미치는 영향을 알아보고자 2007년 1월 1일부터 2007년 3월 31일까지 부천 자생한방병원에서 입원치료를 받은 환자중 요추 추간판 탈출증으로 진단받은 49명을 대상으로 성별, 연령, 탈출 부위 및 양상을 비교분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

전체 환자의 VAS 호전율은 평균 61.13이었으며 ODI 개선지수는 평균 12.24였다. VAS 호전율과 ODI개선지수의 성별에 따른 차이는 VAS의 경우 여자 58.86, 남자 63.92로 남성에게서 높은 호전율을 보였으나 통계적 유의성은 크게 없었고 ODI 개선지수

는 여자 12.15, 남자 12.36으로 큰 차이가 없었다.

연령에 따른 비교에서 VAS 호전율은 10대에서 가장 높았으며 20대의 호전율이 가장 낮은 것으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으나 10대의 경우 환자수가 2명에 불과하여 다른 연령대에 비해 현저하게 치료효과를 보였다고 단정할 수는 없을 것으로 판단된다.

병력에 따른 비교에서 VAS 호전율과 ODI 개선지수에 차이가 있는지를 분석한 결과에서는 VAS 호전율의 경우 최급성기 62.53, 급성기 65.91로 아급성기 50.48, 만성기 51.5의 평균호전율보다 높았고 ODI 개선지수의 경우 최급성기 15.44, 급성기 12.71, 아급성기 5.0, 만성기 10.2로 VAS 호전율과 ODI 개선지수에서 최급성기와 급성기가 아급성기와 만성기보다 높은 호전율과 개선지수를 보였으나 통계적 유의성은 검증되지 않았다.

탈출 부위에 따른 비교에서 VAS 호전율은 L4-5에서 60.57, L5-S1에서 62.01로 큰 차이를 보이지 않았으며 ODI 개선지수는 L4-5에서 13.50, L5-S1에서 10.26으로 L4-5에서 높았으나 통계적 유의성은 없었다.

탈출양상에 따른 비교에서는 VAS 호전율의 경우 Extrusion이 평균 67.99로 Protrusion 평균 55.06보다 높았으며 ODI 개선지수에서도 Extrusion이 평균 14.13으로 Protrusion 평균 10.58보다 높았다. 하지만 통계적 유의성은 크게 없는 것으로 나타났다.

위와 같이 이번 임상 결과에서 요추 추간판 탈출의 치료에 있어 한방치료를 통한 보존적 치료가 의미가 있음을 확인하였으며 아급성기와 만성기보다는 최급성기와 급성기의 치료효과가 더 좋았고 탈출양상에 따라 extrusion type이 protrusion type보다 다소 치료성적이 좋았던 것을 볼 수 있었다. 탈출 양상에 따른 비교에서 비록 통계적 유의성은 없었으나 이는 양군에서의 치료결과 차이가 크지 않았기 때문이라 사료되며 수술적 적응증이 없고 초기 통증이 심한 시기

만 넘기면 탈출 부위, 양상에 관계없이 한방적 보존 치료로 만족할만한 호전을 기대할수 있을 것으로 보이며 향후 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 결 론

본원 2008년 1월 1일부터 2008년 3월 31일까지 입원치료한 요추 추간판 탈출증 환자를 대상을 비교분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 환자 남녀의 성별에 따른 VAS 호전율은 여자에서 59.86, 남자에서 63.92였으며 ODI개선지수는 여자에서 12.15, 남자에서 12.36이었다.
2. 연령에 따른 VAS 호전율에서 10대가 가장 높게 나타났으나 10대 환자수가 2명에 불과하여 다른연령에 비해 현저한 치료율을 보였다고 단정하기 힘들며 ODI개선지수 역시 10대에서 높았으나 통계적 유의성은 없었다.
3. 이환기간별로 살펴보면 VAS 호전율과 ODI개선지수에서 최급성기, 급성기가 아급성기, 만성기보다 높았으나 통계적 유의성은 검증되지 않았다.
4. 탈출 부위에 따른 비교에서는 VAS 호전율과 ODI개선지수에서 큰 차이를 보이지 않았다.
5. 탈출 양상에 따른 비교에서는 VAS 호전율과 ODI개선지수에서 extrusion type 이 protrusion Type에 비해 치료결과가 좋았으나 통계적 유의성은 없었다.

VI. 참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형외과학. 제6판. 서울:최신의학사. 2006:617-30
2. 석세일. 척추외과학. 개정신판. 서울:최신의학사. 2004:218-47
3. 巢元方. 諸病源候論. 台北 : 國立醫學研究所. 1694:5.
4. 문석재, 나상호, 최현. 하지방산성 요통에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1983;5:16-26
5. 이견목, 이강창, 황유진. 요추추간판탈출증의 동서의학적 협진연구. 대한침구학회지. 2000; 17(2):1-10
6. 신민섭, 노정도, 최석우, 이동호, 송범룡, 육태한. 파열형 요추추간판탈출증에 대한 임상적 연구. 대한침구학회지. 2001;16(6):84-91
7. 변재영, 이종덕. 요추 추간판 탈출증의 탈출형태별 보존적 치료에 관한 임상적 연구. 대한침구학회지. 1998;12(1):364-379
8. 장석근, 황규정, 이현, 이병렬. 요추 추간판의 탈출형태와 한방치료의 상관성에 관한 임상고찰. 대한침구학회지. 2001;18(4):68-81
9. 허수영. 요통환자의 동통평가에 대한 고찰. 동서의학 1999;24(3):17-29
10. Fairbank JCT, Davis J, Couper J, O'bren J. The Oswestry Disability Questionnaire. Physiotherapy. 1980;66:271-3
11. 최용태. 침구과 영역에 있어서 요통증의 치료 효과에 관한 임상적 연구. 경희대학교 30주년 기념 논문집 1979:883-902.
12. 이환모, 박문수. 요추부 추간판 탈출증의 분류 및 영상진단. 대한척추외과학회지. 2001;18(3):314-320
13. 송봉근. 요추 추간판 탈출증의 보존적 치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1995;16(2):62-78
14. 방덕영, 윤승호. 요추 추간판 탈출증의 비수술적 치료효과에 관여하는 요인에 대한 검토. 대한재활의학회지. 1992;15(1):55-64
15. Kraemer J. Presidential address, natural course and prognosis of intervertebral disc disease. Spine. 1995;20(6):635-639
16. Thomas JC, Wiltse LL. Patient selection for artomated percutaneous discectomy. In Automated percutaneous discectomy. San Francisco:University of California Printing Department. 1985:549-603
17. Nordy EJ, Lucas L. A comparative analysis of lumbar disc disease treated by laminectomy or chemounucleolysis. Clin Orthop. 1973;90:110-129
18. Smith L. Failure with chemonucleolysis. Orthop Clin N Am. 1975;6:255-258
19. 박창일, 문재호. 재활의학. 서울:한미의학. 2007:914-920