

MRI상 격리된 디스크(Sequestrated disc) 소견을 보인 환자를 대상으로 시행한 한방 보존적 치료 호전 치험 4례

민관식 · 이진혁 · 김수영 · 한창우

자생한방병원 내과

The Clinical Report on 4 Cases of Sequestrated Disc Patients Treated by Conservative Oriental Medical Treatment.

Kwan-Sik Min · Jin-Hyuk Lee · Su-Young Kim · Chang-Woo Han

Dept. of Oriental Internal Medicine, Jaseng Hospital Of Orient Medicine

Objectives : This study is to investigate the clinical application of conservative oriental medical treatment to a patient who were diagnosed as 'Sequestrated disc' on MRI.

Methods : We evaluated 5 patients, who were diagnosed as 'Sequestrated disc' on MRI, after conservative oriental medical treatment by Numeric Rating Scale(NRS), Straight Leg Rasing Test(SLRT) and MRI follow-up.

Result : 5 patients showed significant improvement in Numeric Rating Scale(NRS), Straight Leg Rasing Test(SLRT) after conservative oriental medical treatment. Also their sequestrated disc were significantly dissapeared or decreased in volume on MRI after the treatment.

Conclusion : Conservative oriental medical treatment can be effective for improving pain and volume of herniated disc for patients with sequestrated disc.

Key Words : Conservative oriental medical treatment, Sequestrated disc,

I. 서 론

요통은 사람이 일생동안 약 80%가 경험하게 되는 증상이며 이중 약 40%가 하지방사통 혹은 좌골신경통을 경험한다.¹⁾²⁾

현대의학에서는 이러한 요통과 하지방사통을 일으키는 가장 흔한 원인은 추간판 탈출증이라 하며 그 외에도 척추관협착증, 골반내종양, 당뇨병성 신경증, 이

상근증후군 등을 제시하고 있다.¹⁾

추간판 탈출증은 추간판의 퇴행성변화로 인해, 수핵을 싸고 있는 섬유륜의 내측 또는 외측의 섬유파열로 수핵의 일부 또는 전부가 그 사이로 돌출되어 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 요통 및 신경증상을 유발하는 질환으로 수핵의 돌출양상에 따라 돌출추간판, 탈출추간판, 격리된 추간판으로 분류하고 있다.¹⁾³⁾

■ 교신저자 : 한창우, 서울특별시 강남구 신사동 635번지 자생한방병원 내과
TEL : (02) 1577-0006 FAX : (02) 3445-6644 E-mail : yeast10@hanmail.net

한의학적으로는 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風寒, 濕, 濕熱, 氣의 十種의 원인으로 구분하여 그에 따른 치료가 진행되게 된다.⁴⁾

추간판 탈출증의 치료는 크게 수술적과 보존적 치료로 나누어 볼 수 있다. 그 중 후종인대파열을 동반한 추간판 탈출증과 격리된 추간판 탈출증은 보존적 치료에 잘 반응하지 않고 조기에 관혈적 수핵제거술을 시행하는 것이 바람직하다고 보고되어왔으나^{5),6)} 박⁷⁾ 등의 보고에 따르면 격리된 추간판 환자들의 양방 보존적 치료 후 자기공명영상검사(Magnetic Resonance Imaging, 이하 MRI)상의 부골화된 추간판의 부재와 시각적 상사 척도(Visual analogue scale, 이하 VAS)상의 호전도를 동시에 확인한 것과 같은 결과들을 고려해왔을때 격리된 추간판 탈출증이 수술적 치료가 바람직하다는 주장은 논란의 여지가 있다고 본다.

또한 최근 추간판 탈출증에 대한 한방 보존치료의 효과에 대해 많은 연구가 이루어지고 있지만 수술요법이 다수 권장되는 격리된 추간판 탈출증의 한방 보존치료효과에 관한 연구는 많지 않다.

이에 저자는 2007년 10월부터 2009년 3월까지 자생한방병원 본원에 내원한 환자중 MRI 소견상 격리된 추간판 탈출증을 진단받은 후 한방요법을 통해 호전된 케이스의 치료 전후 MRI의 비교를 통해 격리된 추간판 탈출증의 한의학적 치료 효과에 대해 보고하는 바이다.

II.연구대상 및 방법

1. 대상

2007년 10월부터 2009년 3월까지 자생한방병원 본원에 내원한 외래환자 중 MRI 소견상 격리된 추간판 탈출증(Sequestered disc)을 진단받고 일정기간

의 한방 보존치료 후 MRI 영상을 follow-up한 환자를 대상으로 하였다.

2. 평가방법

1) MRI(Magnetic Resonance Imaging)

사용된 MRI 기기는 GE 1.5T 모델 2기이며 HDX 1.5T(2008년), SIGNA EXCITE 1.5T(2005년)로 촬영한 후 내원당시와 보존치료 후 재촬영하여 치료 전후 차이를 영상의학과 전문의에게 영상판독을 의뢰하였다.

2) SLR(Straight Leg Raising Test)

입원당시 SLR Test를 시행 후 치료기간 동안 내원시 매번 검사하여 환자의 호전도를 측정하였다.

3) NRS(Numerical Rating Scale)

NRS(Numerical Rating Scale)는 환자가 자각적으로 느끼는 통증의 강도를 측정하는 방법으로, 0-10까지의 일련의 숫자로 구성되는데 0은 통증이 없음을 10은 상상할 수 있는 가장 큰 통증으로 분류한다. 환자는 측정시 그 순간에 가장 일치하는 통증의 강도를 선택한다.¹³⁾ 내원시부터 치료과정 중 통증정도를 NRS를 통해 내원시 매번 검사하여 환자의 호전도를 측정하였다.

3. 치료방법

1) 침치료

0.30×40mm, 0.30×60mm의 일회용 Stainless 호침(동방침구제작소, 한국)을 사용하여 주 2회 자침하

는 것을 원칙으로 하였고 취혈은 0.30×60mm 호침을 이용하여 환도를 자침하였으며 0.30×40mm 호침을 이용하여 신수, 지실, 기해수, 대장수 및 환측의 위중, 양릉전, 태계혈에 자침하였다. 유침시간은 1회당 15분으로 하였다.

2) 봉침치료

봉약침(약침학회에서 제조한 2000:1의 봉약침을 Clean bench 속에서 생리식염수와 8000:1로 희석하고 10cc 유리병에 멸균, 밀봉한 것)을 1.0ml 1회용 인슐린 주사기(주사침29G×1/2", 신아양행, 한국)로 피부반응시험을 거쳐 협척혈 부위에 한 지점당 0.1cc씩 시술하였고 수혈의 탈출부 주변에 0.5cc를 시술하는 방법으로 1회당 총용량은 1.0cc로 주2회 시술하였다. 추후 0.2cc의 용량을 증량하면서 시술하여 최대 4000:1의 비율로 1.0cc까지 시술하였다.

3) 약물치료

한약으로는 자생한방병원 원내처방인 活血祛瘀, 通絡止痛의 효과가 있는 청파전(백굴채 9g, 우슬·모과·오가피·현호색·강활 각 8g, 창출·당귀·견지황·적작약·위령선·독활·진피·몰약·유향 각 3g, 홍화·사인·감초 각 2g, 생강·대조 각 6g)을 사용하였으며 2첩을 1일 3회, 水煎 食後 복용하였다.

4) 물리치료

원내 물리치료실에서는 HERKEN MD RF(HR 900N)을 이용한 고주파요법 및 전기요법으로 T.E.N.S.(HL-III)를 시행하고 온열요법으로 Hot Pack 요법을 주 2회, 10~15분씩 시행하였다.

Ⅲ. 증 례

[증례 1]

1. 환자

박○○ (M/41)

2. C/C

Low back pain-Right leg pain

3. O/S

2007년 7월 26일 별무동기 發

4. P/H, F/H

None

5. P/I

상기 환자 89년 'L4/5 HIVD(Herniated intervertebral disc, 이하 HIVD)' 진단 후 보존 치료 후 호전되어 별무치료 중 상기 발병일에 상기 주소증 재발하여 2007년 7월 29일에 본원에 내원함.

6. 초진소견

- 우측 장골능선통증
- 우측 소퇴부 후면 통증 및 비증
- SLR 30/50
- NRS 10

7. MRI 검사 소견

1) 2007-07-29

L-SPINE MRI + ENHANCEMENT

1. Desiccated disc change at L1/2, 2/3, 4/5, and L5/S1.
2. Central to left paracentral disc protrusion with annular tear at L4/5.
3. Central disc protrusion at L5/S1.
4. L5 body의 right paracentral aspect에 low signal lesion이 관찰됩니다. sequestered disc, tumor등의 가능성이 있습니다. → Enhanced image에서 조영증강 되지 않아서 sequestered disc로 생각됩니다.
5. Straightening of lumbar lordotic curve.

2) 2008-05-19

L-SPINE MRI:

As compared with previous MRI taken on 2007-07-29,

Sequestrated disc in L5 level is disappeared.

No interval change,

- Disc desiccation change in L1/2, L2/3, L4/5 and L5/S1.
- Left central to subarticular disc protrusion with left foraminal narrowing in L4/5 and L5/S1.

8. 치료 경과

2007. 8. 1일 통증으로 인한 보행장애 및 수면장애 호소. SLR 30/60 NRS 10

2007. 8. 5일 야간통 호전. SLR 40/60 NRS 8

2007. 8. 13일 통증 크게 호전, 둔부 비증 호소. SLR 40/60 NRS 5

2007. 9. 3일 하지통 호전에 따른 보행장애 호전. SLR 80/80 NRS 4

2007. 10. 1일 평소에는 통증 없고 2~3분 간 기립 시 증상 발현. SLR 80/80 NRS 2

2007. 11. 9일 지방 출장 후 통증 미약증가. SLR 80/80 NRS 4

2007. 11. 30일 출장 후 심화된 통증 호전. SLR 80/80 NRS 2

2008. 5. 19일 치료종결 SLR 80/80 NRS 0 (Fig.1, 2)

[증례 2]

1. 환자

박○○ (M/38)

2. C/C

Low back pain

3. O/S

2007년 8월 20일 장기간 좌위후 發

4. P/H, F/H

None

5. P/I

상기 환자 02년 로컬신경외과 L-Spine MRI상 'HIVD' 진단 후 보존 치료 후 호전되어 별무치료중



Fig. 1. T2-weighted image of case 1 before treatment



Fig. 2. T2-weighted image of case 1 after treatment.

상기 발병일에 상기 주소증 재발하여 07.8.30일 본원에 내원함.

6. 초진소견

- 요추 양측 협착혈 주변 통증
- 좌위시 증상 심화
- SLR 80/80
- NRS 5

7. MRI 검사 소견

1) 2007-08-30

L-SPINE MRI

1. Partial lumbarization state of S1.
2. Right paracentral disc extrusion or sequestration / Central disc protrusion at L5/S1.
3. Desiccated disc change at L5/S1.

2) 2007-11-08

L-SPINE MRI

- As compared with previous MRI on 2007-08-30
- 1. Partial lumbarization state of S1.
- 2. Central & right paracentral disc protrusion at L5/S1
- Previously noted extruded or sequestered disc material on the right paracentral aspect is not seen on this study.
- 3. Desiccated disc change at L5/S1.

8. 치료 경과

2007. 9. 4일 요추 양측 협착혈부위 통증 미약호전, 30분 보행가능. SLR 80/80 NRS 4

2007. 9. 14일 일상생활복귀. SLR 80/80 NRS 1

2007. 9. 29일 일본 출장후 통증 미약 심화. SLR 80/80 NRS 3

2007. 9. 29일 출장시 심화된 요통 호전. SLR 80/80 NRS 1

2007. 11. 8일 치료종결. SLR 80/80 NRS 1 (Fig.3, 4)

[증례 3]

1. 환자

박○○ (M/43)

2. C/C

Low back pain-Left leg pain

3. O/S

2008년 8월 13일경 무거운 것 들다 빼앗하여 發.

4. P/H, F/H

None

5. P/I

상기 환자 상기 발병일에 상기 주소증 발한 후 08년 로컬정형외과 L-Spine X-Ray상 'HIVD 의심된다.' 진단 후 물리치료 받았으나 별무호전하여 2008



Fig. 3. T2-weighted image of case 2 before treatment.



Fig. 4. T2-weighted image of case 2 after treatment.

년 8월 15일 본원에 내원함.

6. 초진소견

- 요부 통증 경미
- 좌측 둔부~하지 담경상 인통, 저림
- SLR 80/45
- NRS 10

7. MRI 검사 소견

1) 2008-08-16

L-SPINE MRI

1. Desiccated disc change at L4/5 and L5/S1.
 2. Right asymmetrical disc bulging at L4/5.
 3. Left central etrusion with inferior migration and R/O sequestered disk at L5/S1.
- D/D Less likely, tumor.

2) 2009-03-11

L-SPINE MRI

As compared with previous MRI taken on 8-16, 2008,

1. Desiccated disc change at L4/5 and L5/S1.
2. Right asymmetrical disc bulging at L4/5.
3. Left central etrusion with inferior migration at L5/S1, more improved state. 현재는 mild protrusion 정도로 보임.

8. 치료 경과

2008. 8. 16일 좌측 소퇴부 및 둔부의 통증 호소. SLR 80/45 NRS 10

2008. 8. 22일 야간통 미약호전에 따른 수면시간 증가(3시간->5시간). SLR 80/45 NRS 8

2008. 8. 29일 보행 30분, 좌위 1시간 가능. SLR 80/50 NRS 5

2008. 9. 8일 좌측 둔부 통증 거의 소실, 좌측 소퇴부 통증 호전. SLR 80/50 NRS 4

2008. 9. 18일 일상생활복귀. SLR 80/60 NRS 3

2008. 10. 9일 요부 및 하지통. SLR 80/80 NRS 0

2008. 12. 26일 무리한 운동후 통증 미약 증가. SLR 80/80 NRS 2

2009. 2. 3일 심화된 통증 호전, 치료완료. SLR 80/80 NRS 0

(Fig.5, 6)

[증례 4]

1. 환자

임○○ (M/38)

2. C/C

Right leg pain

3. O/S

'08.1월 별무동기로 發

4. P/H, F/H

None

5. P/I

상기 환자 07년부터 Both leg pain 호소하던중 '2007년 10월 로컬정형외과 L-Spine CT(Computed Tomography, 이하 CT)상 '별무이상' 진단 후 별무



Fig. 5. T2-weighted image of case 3 before treatment.



Fig. 6. T2-weighted image of case 3 after treatment.

치료중 상기 발병일에 상기 주소증 발하여 2008년 1월 14일 본원에 내원함.

6. 초진소견

- 우측 하지 방광경상 통증(소퇴)대퇴)
- 우측 소퇴부 열감 및 감각이상 호소
- Dorsi flexion 및 Big toe extension 장애 有 (건축의 30%)
- SLR 40/80
- NRS 10

7. MRI 검사 소견

1) 2008-01-14

L-SPINE MRI

1. Central disc protrusion at L3/4.
2. Right paracentral disc extrusion with inferior migration / Central & left paracentral disc protrusion at L4/5.
3. Left paracentral disc extrusion at L5/S1
 - Hypointense (on both T1 & T2WI) nodular lesion in the anterior epidural space on left paracentral aspect at L5 level (arrows)
 - Extruded or sequestered disc material, more likely.
 - DDx with Intraspinal tumor.
4. Desiccated disc change at L3/4, L4/5 & L5/S1.

2) 2008-09-01

L-SPINE MRI

As compared with previous MRI taken on 1-14,

2008,

1. Central disc protrusion at L3/4.
2. Right paracentral disc extrusion with inferior migration at L4/5, decreased in extent.
3. Left paracentral disc sequestration at L5/S1, disappeared sequestered disk. Left central to subarticular disc protrusion on this study.
4. Claw osteophytes at T12/L1.
5. Desiccated disc change at L3/4, 4/5, and L5/S1.

8. 치료 경과

2008. 1. 15일 근력저하 증상 지속시 수술 권유 가능성에 대해 언급. SLR 40/80 NRS 10

2008. 1. 19일 야간통 및 보행장애 지속, 근력저하 지속. SLR 40/80 NRS 10

2008. 1. 22일 통증 미약호전. SLR 40/80 NRS 8

2008. 1. 29일 통증 호전 요추부 Flexion 30 -> 50. SLR 50/80 NRS 8

2008. 2. 5일 하지 비증 50%호전, 인통 소실, 족배굴력 호전(건축의 40%). SLR 50/80 NRS 5

2008. 2. 19일 하지 비증 소실, 야간통 소실, 요추부 Flexion 50 -> 70, SLR 60/80 NRS 0

2008. 3. 21일 야근후 통증 미약 심화. SLR 60/80 NRS 3

2008. 5. 16일 야근후 심화된 통증 호전, 족배굴력 호전(건축의 40%) SLR 80/80 NRS 0

2008. 6. 27일 족배굴력 호전 유지(건축의 50%) SLR 80/80 NRS 0

2008. 9. 1일 족배굴력 호전(건축의 70%), 치료 완료. SLR 80/80 NRS 0

(Fig. 7, 8, Table I)

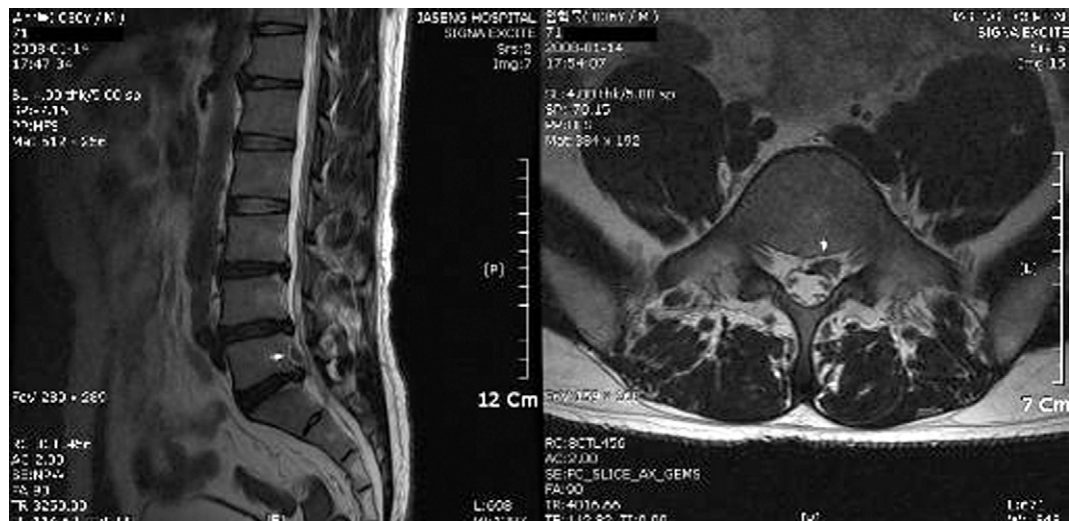


Fig. 7. T2-weighted image of case 4 before treatment.



Fig. 8. T2-weighted image of case 4 after treatment.

Table I . Characteristics of the patients

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
성별	남	남	남	남
연령	41	38	43	38
F/U MRI 촬영기간	10개월	3개월	7개월	8개월
내원시 NRS	10	5	10	10
퇴원시 NRS	0	1	0	0
내원시 SLR	30/50	80/80	80/45	40/80
퇴원시 SLR	80/80	80/80	80/80	80/80

IV. 고찰 및 결론

인간은 직립보행을 하는 결과, 일생동안 약 80%가 요통을 경험하게 된다.¹⁾ 요통은 증상을 유발시키는 요인에 따라 내장기성, 혈관성, 추체성, 추간판성 및 정신신경요인 등으로 분류되며 이중 요추 추간판 탈출증이 가장 빈번한 빈도를 나타낸다.⁸⁾

요추 추간판 탈출증이란 수핵이 파열된 섬유륜 사이를 뚫고 외부로 탈출되는 질환으로 수핵의 탈출은 수핵 자체의 퇴행성 변화 외에도 윤상섬유의 퇴행성 변화로 인한 교원질 섬유탄력감소에 기인한다. 척추의 굴신운동, 회전운동, 갑작스런 자세변화 등 주로 척추의 가벼운 외상에 의해 발생하며, 때로는 뚜렷한 원인 없이 일어날 수도 있다.⁹⁾

요추 추간판 탈출증은 형태별로 팽윤형, 돌출형, 탈출형, 격리형으로 구분 되어 질 수 있다. 팽윤형(Bulging type)은 섬유륜의 퇴행성 변화에 의해 추간판이 전반적으로 팽윤되어 추체 변연 주위로 추간판이 평활한 동심형 팽윤을 보이는 상태를 말하는 것이고, 돌출형(Protruded type)은 수핵이 파열된 내측 섬유륜 사이로 밀고 나온 상태를 말하는 것으로 외측섬유륜은 온전한 상태로서 추간판 변연부위에서 수핵물질이 국소적으로 평탄하게 돌출된 상태를 말하는 것이고, 탈출형(Extruded Type)은 외측 섬유륜까지 파열되어 수핵이 섬유륜 전층을 뚫고 돌출되

었으나 탈출된 수핵이 추간판 중심부의 수핵과 연결되어있는 상태로서, 수핵물질이 국소적으로 불규칙한 환경을 이루면서 추간판 변연부위에서 탈출된 상태이거나 또는 탈출된 수핵물질과 모추간판이 예각을 이루면서 탈출된 수핵물질이 후종인대 아래에 있거나, 후종인대를 관통하는 상태를 보이는 것을 말한다. 격리형(Sequestered Type)은 수핵의 일부가 모체에서 분리되어 연결이 없는 상태, 즉 후종인대의 파열이 동반된 경우이다. 이와같이 분리된 추간판은 척추관 내에서 상하 또는 외측으로 이동하여 다른 신경근을 압박할 수 있으므로 진찰소견이 일반적인 추간판 탈출증과 다를수 있다.^{2),9)-12)}

요추 추간판탈출증을 진단하는 데에 있어서, 1977년 처음으로 MRI가 소개된 이래 MRI의 우수한 조직간의 대조도와 조영제의 주입 없이 가능한 척추내의 각종 연부구조의 구별, 또한 다양한 면에서의 영상을 얻을 수 있는 장점이 MRI를 가장 정확한 검사 방법으로 인식되었다.⁹⁾ 또한 본 연구에서 중심이 되는 격리된 추간판(Sequestered disc)의 같은 경우 MRI상 경막외 종괴가 있으면서 섬유륜의 모든 층이 절단되었을시 이와 같이 진단할 수 있으며 이때는 반흔조직유착(Postoperative scar adhesion) 및 활액낭종들과 감별해야 한다.^{2),9)}

한의학에서 요추추간판 탈출증은 요통, 비증, 마목증, 위증의 범위에 속하며 각기에도 유사한 증상들이

있으며 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕熱, 氣의 十種의 원인에 따른 치료가 활용되었다.⁴⁾

이러한 요추 추간판탈출증의 치료는 크게 보존적 치료와 수술적 치료로 구분할 수 있는데 보존적 치료로는 절대안정, 소염진통제의 복용, 골반견인, 열치료, 초음파 치료, 피하 신경 전기 자극(TENS), 마사지, 코르셋이나 보조기의 착용, 복근 강화운동, 올바른 허리사용에 대한 교육 등이 있다. 한의학적 치료인 침치료, 뜸치료, 약물치료 등도 보존적 요법에 속한다.¹⁾

현재까지 보고된 결과에 따르면 유¹⁴⁾ 등은 요추추간판 탈출증 환자중 80% 이상이 보존적 치료만으로 좋은 결과를 얻고 있으며 Kraemer¹⁶⁾는 추간판 탈출증에 의한 통증은 3주 정도에 개선되기 시작하고 1년 내에 99%가 경감되므로 수술적 치료가 불필요하다 하였다. 또한 이¹⁵⁾ 등의 발표에 따르면 137명의 요추 추간판 탈출증 환자중 91%가 한방 보존 치료 후 유효한 호전도를 보였다 하였다.

반면 수술이 필요한 적응증에 관해서는 아직 많은 논란이 이루어지고 있는 상황이며 이¹⁷⁾ 등의 연구에 따르면 보존적인 치료에도 효과가 없거나, 진통제로 제어되지 않는 통증이 있는 경우, 하지마비가 초래되어 호전되지 않거나 진행되는 경우, 대소변장애가 초래되는 경우, 동통이 재발하여 일상생활이 어려운 경우 등을 들었다.

또한 요추 추간판 탈출증 유형중 후종인대파열을 동반한 추간판 탈출증과 격리된 추간판 탈출증은 보존적 치료에 잘 반응하지 않고 조기에 관혈적 수핵제거술을 시행하는 것이 바람직하다고 보고되어 왔으나^{5),6)} 박⁷⁾ 등의 보고에 따르면 격리된 추간판 환자들의 양방 보존적 치료 후 MRI상 64%에서는 탈출된 추간판의 부재를 확인하였고 또한 36%에서는 75% 이상 크기의 감소를 확인하였다. 또한 임¹⁸⁾, 신¹⁹⁾ 등도 한방 보존 치료를 통해 격리된 탈출증 환자의 MRI 및 VAS score 상의 호전된 증례를 발표하였

다.

MRI상 추간판의 흡수에 관한 많은 연구와 보고가 이루어지고 있으나 그 자세한 기전에 대해서는 아직 정확하게 규정되지 않았다. Komori³⁰⁾ 등은 보존적 치료를 받은 추간판탈출증 환자를 대상으로 MRI를 follow-up한 결과 수핵이 흡수되는 것을 보고하였으며 그 원리에 대해서는 수핵물질이 경막외강으로 유출되면 이물질로 인식되어 자가면역반응이 일어나서 염증반응을 초래하기 때문이라고 보았다. 또한 추간판이 탈출되어 일부가 분리되어 나온 경우에 분리되지 않고 크게 탈출된 경우보다 탈출된 추간판의 감소하는 정도가 크다 하였으며 이는 탈출된 수핵물질이 클수록 경막외강의 혈류공급에 더 많이 노출되어 염증반응과 신생혈관형성이 더 잘 발생하여 대식세포의 식세포 활동과 수핵 물질의 흡수가 더 잘 일어나기 때문이라 보고하였다.^{7),17),20)}

이와 같은 점을 고려해본다면 격리된 탈출증 단계의 환자의 경우에도 수술적응증이 나타나지 않는다면 보존치료로 충분히 환자의 호전이 가능하다 사료된다. 특히 이 연구에서 시행한 침치료, 봉침치료, 한약치료와 같은 한방 보존치료를 통해 MRI상 디스크의 흡수뿐만이 아닌 통증완화와 SLR(Straight Leg Raising Test) 검사상으로도 유효한 호전을 보였다.

하지만 본연구의 제한점으로는 대상 환자의 수가 적었으며 follow-up 촬영 시기를 환자의 통증이 거의 소실된 시점에서 진행하였으므로 MRI상 디스크의 흡수가 치료중 이루어졌는지, 아니면 통증이 사라진 시점에 이루어졌는지 정확한 시점에 대해서도 한계가 있다고 사료된다.

본 증례는 한방 보존 치료가 추간판 탈출증에 있어 임상적으로 높은 호전도를 보인다는 여러 발표 중 격리된 추간판 탈출증 환자의 경우도 마미증후군과 같은 수술 적응증이 나타나지 않는 한, 한방 보존 치료를 통해 MRI상이나 통증의 호전이 가능하다는 점을 피력하고자 보고하였다. 추후로도 이러한 내용에 대

한 지속적인 연구 및 보고를 통해 추간판 탈출증에 대한 한방 보존 치료의 우수성을 입증해야 한다 생각 된다.

참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형외과학. 제 6판. 서울: 최신의학사
2. 김기용, 김영태, 이춘성, 이수호, 김용정. 파열된 요추추간판 탈출증의 자기공명영상 소견. 대한정형외과학회지. 1991;26(6):1779-87.
3. 석세일. 척추외과학. 개정신판. 서울: 최신의학사. 2004:218-9
4. 요추간판탈출증의 동의학적 고찰-동의보담을 중심으로. 대한한의학회지. 1995, 16(1):160-71.
5. Grenier, N., Greselle, J.F., Vital, J.M., Kien, P., Baulny, D., Broussin, J., Senegas, J. and Caille, J.M. : Normal and Disrupted Lumbar Longitudinal Ligaments: Correlative MR and Anatomic Study. Radiology, 171:197-295, 1989.
6. Kirkaldy-Willis, W.H. : Managing Low Back Pain. 2nd ED. pp. 307-314, New York, Churchill Livingstone Co, 1988.
7. 박해운, 안상호, 변우목, 조윤우, 박승민. 부골화 및 크게 탈출된 요추간판 탈출증의 보존적 치료에 대한 경과 비교. 대한재활학회지. 2001;25(3)
8. Deyo RA, Loeser JD, Bigos SJ. Herniated lumbar intervertebral disk. Ann Int Med. 1990;112:598-603
9. 이환모, 박문수. 요추부 추간판 탈출증의 분류 및 영상진단. 대한척추외과학회지. 2001;8(3):314-20
10. 서진석. 척추 질환의 C.T 및 M.R.I. 진단법. 대한통증학회지. 1996;9(2):307
11. Modic MT, Masaryk TJ, ROSS JS. magnetic resonance imaging of spine, chicago : yearbook Medical Publisher, 1989
12. Lee SH, Cileman PE, Hahn FJ. Magnetic resonance imaging of degenerative disc disease of the spine. Radio Clin North Am. 1988;26(50):949-64
13. Patrick D. wall, Ronald Mozack. 통증학. 서울:도서출판 정담. 2002:483-4
14. 유중윤, 권도윤, 이수아, 성인여. 요추 추간판 탈출증 환자의 보존적 치료 후 경과관찰. 대한재활학회지. 1994;18(3):618-28
15. 이은경, 최은희, 이지은, 전주형, 이성환, 이재민, 김연미, 광병민, 양기영, 김영일. 요추추간판 탈출증 환자 137례에 대한 한의학적 임상고찰. 대한 침구학회지. 2008;25(3) 136-8
16. Kraemer J, Presidential address. natural course and prognosis of intervertebral disc disease. Spine. 1995;20(6):635-9
17. 이진목. 요통의 예후와 수술적응증 판단. 대한침구학회지. 2001;18(2):237-44.
18. 임진강, 조계창, 박유나, 왕오호, 장형석. 파열형 추간판 환자의 봉독약침에 의한 치험 1례에 관한 고찰 -방사선적 검사에 의한 변화를 중심으로. 대한침구학회지. 2002;19(6):261-3.
19. 신민섭, 노정두, 최석우, 이동호, 송범룡, 육태한. 파열형 추간판 탈출증에 대한 임상적 연구. 대한침구학회지. 2001;18(6):88-91.
20. Komori H, Dhinomiya K, Nakai O, Yamaura I, Takeda S, Furuya K, The natural history of herniated nucleus pulposus with radiculopathy. Spine. 1996;21:225-9.