

# 요추 추간판 탈출증으로 3차례 수술적 처치를 시행한 수술 실패 증후군 환자에 대한 보존적 치료 치험 1례

임광묵<sup>1</sup> · 문수정<sup>2</sup> · 전규상<sup>2</sup> · 신흥균<sup>3</sup> · 고연석<sup>1</sup>

<sup>1</sup>우석대학교 한의과대학 한방재활의학과, <sup>2</sup>원광대학교 한의과대학 한방재활의학과, <sup>3</sup>중화한방병원 한방재활의학과

Received : 2011. 10. 31 Reviewed : 2011. 11. 25 Accpeted : 2011. 12. 5

## A Clinical Case of Oriental Medical Treatment on Failed Back Surgery Syndrome

Gwang-Mook Lim, O.M.D.<sup>1</sup> · Su-Jeong Moon, O.M.D.<sup>2</sup> · Kyu-Sang Jun, O.M.D.<sup>2</sup>  
Hong-Kyun Shin, O.M.D.<sup>3</sup> · Youn-Seok Ko, O.M.D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, Woo-Suk university

<sup>2</sup>Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, Won-Kwang university

<sup>3</sup>Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, Joong-hwa Oriental Medicine Hospital

**Objectives** : This study was performed to report the effect of oriental medical treatment for the failed back surgery syndrome(FBSS) patient after three times surgical operation treatment on herniated nuclues pulposus(HNP) L5-S1.

**Methods** : A 70-year old patient after three times surgical operation treatment was admitted with low back pain and left leg radiation pain. We treated her by oriental medical treatment and measured McGill Pain Questionnaire-Short Form(SF-MPQ), visual analogue scale(VAS) and Oswestry disability index(ODI).

**Results** : After treatment, most symptoms decreased, SF-MPQ changed 36 to 17, VAS score changed 9 to 4, ODI changed 39 to 27.

**Conclusions** : In this study, oriental medical treatment was effective in failed back surgery syndrome patient. But the rigorous studies will be needed to define clearly that oriental medical treatment is effective in failed back surgery syndrome.

**Key words** : oriental medical treatment, failed back surgery syndrome(FBSS), herniated nuclues pulposus(HNP)

## I. 서 론

요추 추간판 탈출증은 요부 추간판내의 핵 일부가 척추관내로 팽윤이나 탈출을 일으켜서 신경근이나 경막(또는 섬유륜이나 인대)을 압박하는 상태가 되어 그 압박부위에 염증이 생기고 요통이나 좌골신경통

을 초래하는 질환이다<sup>1)</sup>.

요추 추간판 탈출증의 치료는 보존적 방법과 전통적인 수술 방법이 있으며, 보존적 방법은 효과에 한계가 있을 수 있고 전통적인 수술 방법은 그 침습성 때문에 합병증이 많을 수 있어 가장 효과적인 치료법에 대해서는 아직까지 통일된 의견이 없는 상황이다.

■ 교신저자 : 고연석, 전북 전주시 완산구 중화산동 우석대한방병원 재활의학과.

Tel : (063)220-8300, Fax : (063) 227-6234, E-mail : koyan@hanmail.net

\* 이 논문은 2011학년도 우석대학교 교내학술연구비 지원에 의하여 연구되었음.

일반적으로 신경학적 결손이 진행되는 경우, 수차례에 걸쳐 참을 수 없는 통증이 재발되는 경우, 3개월 정도의 보존적 치료로 호전이 없는 경우, 마미 증후군이나 족하수가 발생하는 경우 전통적인 수술 치료의 절대적 적응증이 된다<sup>2)</sup>. 하지만 여러 문헌에서 이러한 환자에서도 수술적 치료 없이 신경학적 호전이 될 수 있음이 보고되었으며<sup>3,4)</sup>, 탈출된 수핵이 수술 없이 보존적 치료를 통해 자연적으로 흡수되었다는 증례<sup>3,5-10)</sup> 등이 보고되고 있다.

한의학에서는 요추 추간판 탈출증의 증상을 주로腰痛, 麻木症, 痺症, 萎症의 범주<sup>9)</sup>로 하여 임상에서 다양한 보존적 치료법을 적용하고 있으며, 수술적 치료 후 재발되거나 수술적 치료를 권유받은 후 한의학적 치료를 통해 호전된 증례<sup>10-12)</sup> 등이 보고되고 있다.

본 증례는 2010년 4월 제5요추와 제1천추 분절 사이의 추간판 탈출증으로 수핵제거술을 받고 난 후 증상 재발하여 2010년 7월 척추경 나사못 후방고정술로 재수술을 받았던 분으로 2차 수술 부위의 불안정으로 인해 2011년 5월 경피적 척추 성형술을 받고 난 후 본원에서 한의학적 보존적 요법으로 치료받아 호전된 환자 증례이다. 3차례의 수술적 치료 후 증상 개선되지 않은 환자에게 한의학적 보전치료를 증상 호전된 증례로 임상적인 가치가 있다고 사료되어 이를 보고하는 바이다.

## II. 연구 대상 및 방법

제5요추와 제1천추 분절의 수핵탈출증으로 2010년 4월 수핵제거술을 받고 난 후 요통 증상 개선되지 않아 2010년 7월 척추경 나사못 후방고정술로 재수술 받으신 분으로, 2번째 수술 후에도 수술 부위의 불안정으로 인하여 요통 증상 지속되어 2011년 5월 경피적 척추 성형술을 받으신 분으로 3번의 수술적 처치 후에도 요통 증상 개선되지 않고 통증 지속되어 일상생활 제한 및 보행 불편 하여 ○○대학교 부속 ○○한방병원 한방재활의학과에서 2011년 7월 7일

부터 2011년 8월 1일까지 입원 치료한 70세 여자 환자를 대상으로 하였다.

### 1. 환자

나○○, 여자/70세

### 2. 주소증

허리 하부 제5요추와 제1천추 부위의 통증과 함께 양쪽 환도혈과 대퇴후면부로 저리는 통증을 호소하였으며, 증상은 좌측하지가 우측 하지에 비해 더 심하였다. 통증으로 인하여 자유로운 보행 불가능하여 휠체어를 통해 내원하였으며, 야간에 수면 시 양와위를 오랜 시간 취할 수 없고 침상에서 위치 변경 시 요부로 통증 심하게 호소하여 야간 수면 불량한 상태였다. 좌위를 취할 때 통증 증가하여 식사 시 큰 불편함을 호소하였다. 통증으로 인하여 요부 관절가동범위를 평가할 수 없었으며, 하지 직거상 검사 시 20°에서 하부 요추부위의 심한 통증을 나타내었다. 또한 통증으로 화장실을 갈 수 없을 정도로 일상생활 제한된 상태였다.

### 3. 발병일

2011년 5월 3번째 수술적 처치 받으신 후 통증 지속되어 일상생활 제한되는 상태임.

### 4. 과거력

2010년 4월 요통증상 나타나 요추 자기 공명 영상 촬영한 결과 제5요추와 제1천추 분절 사이의 추간판 탈출증 확인되어(Fig. 1.) 수핵제거술 후(Fig. 2.) 증상 개선되지 않아(Fig. 3.) 2010년 7월 척추경 나사못 후방고정술을 받았으나(Fig. 4.) 2011년 4월 경요추부의 통증 다시 발생하여(Fig. 5.) 양방적 검사 시행한 결과 수술 부위 불안정으로 판단되어 척추경 나사못 제거하고 2011년 5월 경피적 척추 성형술을 받으심(Fig. 6.).

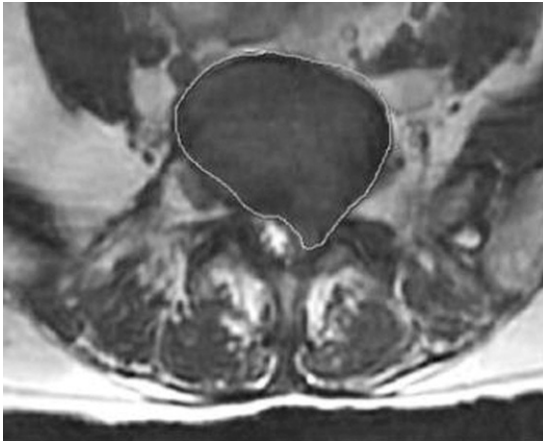


Fig. 1. Pre-first surgical operation.



Fig. 2. Post-first surgical operation.



Fig. 3. Pre-second surgical operation.



Fig. 4. Post-second surgical operation.



Fig. 5. Pre-third surgical operation.



Fig. 6. Post-third surgical operation.

## 5. 현병력

2011년 5월 경피적 척추 성형술 후 자택에서 요양 하던 중 통증으로 인하여 일상생활이 제한되는 상태로 2011년 7월 7일부터 8월 1일까지 입원 치료 받으 심.

## 6. 검사소견

### 1) 초진 시 이학적 소견

통증으로 인하여 요추부의 관절 가동범위는 확인 하기 불가능하였다. 하지 직거상 검사 시 양쪽 모두 20° 부근에서 통증을 호소하는 양성 소견을 보였다. 족배굴 근력은 정상에 가까웠으나 족무지 신전 근력은 저하되어 있었으며, 대퇴부와 종아리 부위 근육에 위축 소견이 있었다.

### 2) 임상병리 소견

임상병리 검사에서 적혈구침강속도 50을 나타내었고, 소변검사에서 Bacteria가 많이 검출 되었으며

Glucose가 250 정도 확인되었다. 그 외의 검사 소견 은 정상이었다.

### 3) 영상의학검사

L-S spine series 상에서 L5와 S1추체의 경피적 척추 성형술이 확인되었다.

## 7. 치료 내용

### 1) 침치료

0.30×40mm (동방침구제작소, 서울, Korea)의 stainless steel 호침으로 양측의 腎俞, 志室, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞, 腰陽關 및 둔부 阿是穴과 양측 하지 방사통의 위치에 따라 後谿, 中渚, 環跳, 委中, 陽陵泉, 承筋, 承山, 崑崙, 足臨泣 등의 經穴을 取穴 하였으며 자침의 깊이는 경혈에 따라 다소 차이는 있으나 일반적으로 5-20mm로 하였고 留針시간은 20 분을 기준으로 하여 1일 1회 자침하였다. 유침 시간은 환자의 상태에 따라 조정한 경우도 있었으며, 침 전기자극술을 병행하였다.

## 2) 약침치료

냉장 보관한 蜂藥鍼(대한약침학회, 한국)을 1ml 일회용 주사기(주사침 30gauge, 에스아이알 메디칼, 한국)를 사용하여 5.0-7.0mm 깊이로 한 경혈에 0.05-0.1 ml씩 초기에 1% 蜂藥鍼 0.6 ml 부터 시작하여 환자의 상태에 따라 점차 증량하여 25% 蜂藥鍼 0.6 ml까지 시술하였다. 시술 횟수는 2일 간격으로 1주일에 3-4회 시술하였고, 압통을 가장 심하게 느끼는 요부와 둔부의 아시혈 부위 및 경혈을 선택하여 취혈하였다.

## 3) 약물치료

요부 근골격계 강화를 위하여 肝腎虛弱으로 인한 筋攣 骨痛에 효능이 있는 獨活寄生湯(獨活, 當歸, 白芍藥, 桑寄生 3g, 熟地黃, 川芎, 人蔘, 白茯苓, 牛膝, 杜仲, 秦艽, 細辛, 防風, 肉桂 2g, 甘草 1.2g, 生薑 4g)을 기본 방으로 하여 환자 상태에 맞게 가감하여 입원기간 동안 사용하였다.

## 4) 물리치료

ICT(Interferential Current Therapy), Micro Wave, Hot Pack을 요부와 둔부 부위로 1일 1회 시행하였다.

## 5) 추나치료

Wellness社의 Leander table을 이용하여 치료 적부 검사를 먼저 시행한 후 굴곡 신연 기법을 변형하여 auto-flexion으로 치료하였다.

## 6) 기타치료

요부 통증 부위와 둔부에 건식부항을 1일 1회 5~10분간 시행하였고, 환자의 상태에 따라 요둔부 통증

부위에 습식부항을 병행하였다. 또한 관원혈에 뜸치료를 시술하였으며, 둔근과 척추기립근 강화운동을 병행하게 하였다.

## 8. 평가방법

### 1) 임상적 증상의 평가

환자의 임상적 증상에 대한 평가를 위해 McGill Pain Questionnaire-Short Form13)(이하 SF-MPQ)의 문항척도 검사와 시각적 상사 척도 검사 14)(Visual Analogue Scale, 이하 VAS), 그리고 Oswestry Disability Index15)(이하 ODI)를 사용하여 측정하였다.

#### (1) SF-MPQ의 문항척도 검사

15문항의 다차원적 척도로서 감각적 영역(Sensory)의 11문항과 정서적 영역(Affective)의 4문항으로 이루어져 있으며 각각의 문항은 통증 정도에 따라, 0=전혀 없음, 1=약한 통증, 2=보통의 통증, 3=심한 통증의 4점 Likert척도에 따라 표기 된다. 감각적 영역(Sensory)은 최고 33점 최저 0점이고 정서적 영역(Affective)은 최고 12점 최소 0점이다.

#### (2) VAS

환자가 느끼는 주관적인 통증의 객관화를 위해 현재 가장 많이 이용되고 있는 VAS를 사용하였다. 통증이 없는 상태를 0으로 하고 가장 심한 통증을 10으로 정해 놓고 환자가 숫자를 선택하도록 하였다.

#### (3) ODI

ODI는 환자에 의해 작성되는 선다형 설문으로서 일상생활의 각각의 동작과 관련된 10개의 항목으로 구성되어 있다. 각 항목에서는 일상생활의 장애를 0~5점으로 6가지 단계로 기술한다. 이 방법은 요통을 평가하는데 기능적인 상태를 수치로 나타낸 것으로, 한국어 버전의 ODI를 이용하였다. 이 중 성생활

항목은 생략하고 9개의 항목을 이용하였다.

## 9. 치료경과

치료 경과에 따른 증상의 변화는 다음과 같다 (Table I).

### 1) 2011.07.07-07.13

침상 안정을 기본으로 하여 침치료, 봉약침 치료를 1% 봉약침 0.6cc부터 시작하였으며 물리치료를 병행하였다. 환자 단독 보행 불가능하고 통증으로 움직이기 불편하여 환자 스스로 화장실 가는 횟수를 하루 2번으로 줄인 상태였다. 식사도 앉은 자세로 하기 힘들어 한손으로 바닥을 짚고 몸을 이리저리 움직이면서 힘들게 식사를 하는 상태였으며, 통증으로 인해 바로 누운 자세에서 3분 이상 자세를 유지하기 힘든 상태였으며 옆으로 자세를 변경할 때 허리 수술부위와 환도혈 부위의 통증을 심하게 호소하였다. 특히 왼쪽 대퇴부로 누르는 통증 심하게 호소하였으며, 통증으로 인하여 야간에 수면이 불량한 상태였다. 또한 자세 변경의 어려움으로 인하여 양쪽 고관절부위에 정도의 욱창 증상이 나타나 소독 처치를 시행하였다. 운동 부족으로 식후 혈당이 200이상으로 나타났다. 적부 검사에서 통증이 나타나 추나 치료는 시행하지 않았다.

### 2) 2011.07.14-07.20

침상 안정을 기본으로 하여 기존 치료를 지속하였으며 통증의 경감을 위해 굴곡 신연 기법의 추나 치료를 시행하였다. 단독 보행은 아직 불가능 하였으나, 보조기를 이용하여 보행은 약간 가능하여 용변 등의 일상생활 능력 향상되었다. 그러나 하지의 무력감으로 인해 중심을 잃고 넘어질 듯 한 모습을 보여서 보행 운동 시간은 10분 정도로 제한하였다. 누운 자세에서 자세 변경 시 계속해서 통증을 호소하였으나 전보다 움직임이 좋아져 욱창 증상을 걱정하지 않을 정도였다. 환자 일상 동작 수행과 통증 호전되는 것으로 보이나 그 정도는 확연하게 나타나지 않았고, 좌위로 식사 시에도 계속해서 불편함을 호소하였다. 주 후반부터 25% 봉약침을 시술 하였다.

### 3) 2011.07.21-07.27

침상 안정을 기본으로 하되 보행운동 시간을 1회 20분정도로 증가시켰다. 주 후반으로 갈수록 개호인의 도움으로 손을 잡고 보행 가능하였으며, 하루 10여 차례 복도를 왕복할 수 있을 정도로 증세 개선되었으나, 보행 시 대퇴부의 무력감은 계속해서 호소하였고, 한번 씩 중심을 잃는 모습이 나타났다. 침대에서 식사 시 두 손을 바닥에서 떼고 식사를 하실 정도로 증세가 호전되었으나 자세 변경 시에는 아직도 약간의 통증이 남아있었다. 통증의 정도는 줄어들었으

Table I . Change of Symptoms by Treatment

|        |           | 2011.07.08 | 2011.07.15 | 2011.07.22 | 2011.08.01 |
|--------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| SF-MPQ | sensory   | 23         | 21         | 9          | 7          |
|        | affective | 13         | 11         | 11         | 10         |
|        | total     | 36         | 32         | 20         | 17         |
| VAS    |           | 9          | 8          | 6          | 4          |
| ODI    |           | 39         | 36         | 29         | 27         |

SF-MPQ : McGill Pain Questionnaire-Short Form

VAS : Visual Analogue Scale

ODI : Oswestry Disability Index

나 요부와 환도혈, 양쪽하지의 통증 양상은 비슷한 정도였다. 또한 누운 상태에서 엉덩이 들어올리기 가능하여 5 cm 정도 들어 올릴 수 있을 정도로 호전되었다. 야간의 통증도 많이 줄어들어 수면 취하기 편한 상태였으며 누운 상태에서 자세 변경이나 앉은 상태에서 누울 때 큰 불편함을 호소치 않았다. 하지 직거 상 검사에서 60°로 호전되었다.

#### 4) 2011.07.28-08.01

침상에서의 생활은 많이 호전 되었으나, 아직 자세 변경 시 간헐적으로 요부로 통증을 호소하였다. 보행 시 대퇴부의 무력감은 계속 호소하였으나 화장실 가는 등의 일상생활에는 큰 불편함 없었으며 좌위로 식사하거나 주위 분들과 이야기 나눌 정도로 상태 호전되었다. 환자 개인 사정으로 퇴원하였다.

### Ⅲ. 고 찰

요추 추간판 탈출증이란 수핵이 파열된 섬유륜 사이를 뚫고 외부로 탈출되는 질환으로 수핵의 탈출은 수핵 자체의 퇴행성 변화 외에도 윤상섬유의 퇴행성 변화로 인한 교원질 섬유륜의 탄력감소에 기인하는데, 추간판 수핵의 퇴행성 변화와 충격 흡수 기능 약화는 섬유륜에 반복적 손상을 주게 되어 섬유륜의 미세 파열과 퇴행성 변화를 초래하게 된다. 약해진 섬유륜과 충격 흡수 능력이 떨어진 수핵은 영양공급 및 대사장애와 반복되는 외부의 심하지 않은 충격이나 누적된 압박에 의해 수핵 탈출이 발생하게 된다. 주로 후측방 추간판 탈출이 흔하며, 탈출된 수핵이 신경근을 압박하게 되면, 자극을 받는 신경근의 피부 신경절을 따라 저리고 당기고 우리하고 따가운 통증을 호소한다. 자극을 받은 신경근이 지배하는 근육의 근력 약화가 동반되기도 한다. 이러한 증상은 바닥에 앉아 있을 때나 허리를 숙일 때, 오래 서있을 때, 허리에 무리가 가는 활동, 기침, 재채기 등의 자세에서 악화

되고, 몸을 안정시키거나 걸을 때 완화되는 특징을 가진다. 수핵 탈출증은 20대와 40대 사이에서 많이 발생하고, 제4-5요추 간에서 가장 많이 발생한다. 대표적인 위험인자는 흡연, 진동, 무거운 물건을 들거나 반복적인 미세 손상이며, 그 외에도 정신적 문제 등 다양한 요인들이 복합적으로 작용할 것으로 추측하고 있다<sup>16)</sup>.

한의학에서는 요추 추간판 탈출증을腰痛 및 腰脚痛의 범주로 보았으며, 『素問·氣交變大論』에 “歲水不足 … 民病腹滿 身重濡泄 寒瘍流水 腰脚痛發”이라 처음 표현된 이래 다양한 명칭으로 불리어 왔다.巢<sup>17)</sup>는 “腎氣不足而 風邪所乘”이라 하고, 謝<sup>18)</sup>는 “寒氣痰濕 入於膀胱及膽 二經所致”라 하여, 風寒濕 三氣가 腎氣不足을 乘하여 膀胱經과 膽經에 침입한 것이 주된 원인이라 하였다.李<sup>19)</sup>는 醫學入門에서 “風牽脚膝 強難 風傷腎要痛 左右無常 牽連脚膝 強急不可 俛仰以顧”라 하였고 東醫寶鑑에서는 “風傷腎而腰痛者 或左或右痛無相所引兩足強急”이라 하여 “風腰痛”이 兩足으로 強急하다 하여 하지 방사통을 잘 표현하고 있으며, 그 원인을 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕熱, 氣의 십종으로 분류하였다<sup>20)</sup>.

이러한 요추 추간판 탈출증의 치료는 크게 보존적 치료와 수술적 치료로 구분할 수 있는데 환자의 많은 수는 보존적 치료만으로도 좋은 결과를 얻고 있으며, 단지 추간판 탈출증 환자의 10%미만이 3개월 후까지 증상이 지속된다고 한다<sup>21)</sup>. Kraemer<sup>22)</sup>는 추간판 탈출증으로 인한 통증은 3주 정도에 개선되기 시작하고 1년 안에 99%가 경감되므로 수술적 치료가 불필요하다고 하였고, Saal 등<sup>23)</sup>은 대부분의 추간판 탈출증은 보존적 치료만으로도 80%이상의 증상 호전이 있는 것으로 보고하고 있다.

이런 보존적 치료에는 마약성 및 비마약성진통제, 근육 이완제, 진정제, 안정제 및 스테로이드의 경막 외 주입 등을 포함하는 약물요법과 침상안정, 온열요법, 전기치료, 견인치료, 수기요법 등의 물리치료와 침구치료 등이 있다<sup>24)</sup>. 특히 한방 임상에서 침구치료, 약물치료, 약침치료, 추나치료 등 다양한 보존적

치료법을 적용하고 있으며, 수술적 치료 후 재발되거나 수술적 치료를 권유받은 후 한의학적 치료를 통해 호전된 증례들이 보고되고 있다<sup>10-12)</sup>.

또한, 최근 요추 수술 후의 요추 추간판 변화에 대한 연구가 다양하게 진행되고 있다. 요추 유합 수술 후 인접 분절의 퇴행성 변화가 가속화된다는 임상 연구들이 보고되었으며<sup>25,26)</sup>, 강 등<sup>27)</sup>은 요추부 한 분절 유합술 이후 발생한 추간판 탈출증 환자에 보존적 치료를 시행한 증례를 보고하기도 하였다. 수핵제거술 후 요추의 퇴행성 변화에 대한 연구<sup>28)</sup> 및 수핵제거술 후 반대 측에 발생한 추간판 탈출증에 대한 연구<sup>29)</sup>가 보고되기도 하였다. 본 증례는 3차례의 수술적 처치를 시행한 요추 추간판 탈출증 환자에 대한 한의학적 치료 증례로서 상기의 연구 흐름 속에서 학술적, 임상적 의미가 있다고 사료되어 이를 보고하는 바이다.

본 증례의 환자는 70세 여환으로 2010년 4월 제5 요추와 제1천추 분절 사이의 요추간판 탈출증으로 수핵제거술을 받고 난 후 증상 개선되지 않고 수술 부위에 퇴행성 변화가 나타나 2010년 7월 척추경 나사못 후방고정술을 받고 난 후 2011년 4월 경 요추부의 통증 다시 발생하여 양방적 검사 시행한 결과 수술 부위의 불안정으로 인해 2011년 5월 경피적 척추성형술을 받으신 후 자택에서 요양하시던 중 통증이 지속되어 일상생활과 보행 불편하여 본원에서 입원 치료 받으신 분이다.

입원 당시 요통과 함께 양쪽 환도혈과 대퇴후면부로 저리는 통증을 호소하였으며, 증상은 좌측하지가 우측 하지보다 더 심하였다. 통증으로 인하여 관절 가동범위 확인은 불가능하였으나 하지 직거상 검사 시 양쪽 모두에서 20° 정도에서 양성 소견을 보였으며, 족무지 신전근력이 저하 되어 있었으며, 대퇴부와 종아리 근육의 위축 소견이 있었다. 통증으로 인하여 자유로운 보행이 불가능하여 휠체어를 통해 이동하였으며, 야간에 수면 시 바로 누운 자세를 취하면 통증을 심하게 호소하였으며, 침상에서 자세 변경 시 통증 나타나 야간 수면 불량하였다. 통증으로 인해 화장실을 가는 등의 일상생활 능력 제한된 상태였

고, 식사 시 앉아 있기 힘들어 한손으로 몸을 지탱하고 간신히 식사를 하는 상태였다.

환자 입원 초기에 요통과 하지 방사통을 호소하여 阿是穴 위주로 침구요법을 시행하고, 소염 진통 작용이 있는 봉약침을 사용하였다. 또한, 근골격계 강화와 함께 진통 작용으로 요통, 좌골신경통 치료에 효과가 있는 獨活寄生湯을 기본 방으로 약물요법을 시행하였으며 굴곡 신연 기법의 추나요법을 시술하였다. 이런 보존적 치료를 시행하여 환자의 요통과 양측 하지 방사통의 경우 SF-MPQ수치 36에서 17로 VAS 9에서 4로 ODI 39에서 27로 감소하였다. 통증의 감소와 함께 보행, 수면, 배변, 배뇨 등 일상생활 동작 수행 능력 또한 현저히 개선되었으며, 하지의 무력과 위약으로 인해 보행 시 넘어지려 하는 모습이 나타났으나 입원 후기로 갈수록 증상 호전되었다. 신경학적 검사에 있어서 하지 직거 상 검사 20°에서 60°로 호전되었으며, 족무지 신전근 또한 완전치는 않으나 회복되는 양상이 확인되었다.

본 증례는 3차례의 양방적 수술 치료에도 불구하고 지속적으로 요통과 하지 방사통을 호소하는 제5 요추와 제1천추 분절의 요추 추간판 탈출증 환자에게 한방 보존적 처치를 시행하여 증상의 호전을 보였다는 점에서 의미가 있으나 증례가 1례에 불과한 한계점이 있다. 향후 다양한 임상 경험의 축적과 함께 활발한 연구를 통하여 한의학적 보존적 치료의 효과에 대한 지속적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

## IV. 요 약

본 논문은 3차례의 양방적 수술 치료를 받은 후에도 지속적으로 요통과 함께 하지 방사통을 호소하며 일상생활 수행에 장애가 따르던 70세 여환에 대한 증례로 침구치료, 약물치료, 추나치료, 봉약침치료 등의 한의학적 보존적 치료방법으로 통증의 감소와 함께 일상생활 능력 개선에 유의한 효과를 보였다. 향후 요추 추간판 탈출증 환자의 한방적 보존적 치료

에 대한 보다 다양한 연구와 임상적 고찰이 이루어져야 한다고 사료된다.

## V. 참고문헌

1. 석세일. 척추외과학. 개정신판. 서울:최신의학사. 2004:218-9.
2. 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. 2005:61.
3. 김영훈, 문동언, 박종민, 윤재원. 요추 추간판탈출증의 자연적 흡수. 대한통증학회지. 2005; 18(1):56-9.
4. 김우영, 한상엽, 김기역, 이재훈, 이현중, 김창연. 요추 추간판탈출증으로 유발된 족무지 신전 근력 약화 환자 17례의 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2009;26(4):19-27.
5. 임명장, 송주현, 문자영, 강인, 이효은, 조재희, 왕오호, 장형석. MRI로 관찰한 요추 추간판탈출증 환자의 호전례 보고. 척추신경추나의학회지. 2007;2(2):89-104.
6. 김우영, 한상엽, 김기역, 공덕현, 이현중, 김창연, 남항우. 한의학적 치료법으로 호전된 요추 추간판 탈출증 환자의 영상의학적 변화. 척추신경추나의학회. 2009;4(1):31-42.
7. 박정구, 권원안. 유출된 요추부 추간판의 시간에 따른 변화. 대한통증학회지. 2009;22(1):99-103.
8. 황우준, 이건목, 조남근, 강성도, 조재운, 장병선, 진경선, 문형철. 조기 한방치료를 시행한 요추 수핵탈출증 환자의 CT 상 5-7년 후의 추간판의 변화. 대한침구학회지. 2001;18(4):1-12.
9. 박수영, 김정식. 요추간판탈출증의 동의학적 고찰-동의보감을 중심으로. 대한한의학학회지. 1995; 16(1):160-71.
10. 이진혁, 민관식, 김수영, 김상주. 요추 추간판탈출증 수술 실패 증후군 환자에 대한 보존적 치료 치험 3례. 척추신경추나의학회지. 2010;5(2): 57-68.
11. 김지용, 김선민, 김태현, 박병윤, 전병철, 최우성. 하지 근력 저하를 동반한 만성기 요추 추간판탈출증 환자 치험 1례. 척추신경추나의학회. 2010; 5(2):159-68.
12. 김지현, 이세민, 신화영, 최이정, 김성진, 정태영, 이봉효, 이윤규, 김재수, 이경민, 임성철. 요추 추간판탈출증 수술 후 호전되지 않은 족하수 환자 치험 1례. 대한침구학회지. 2011;28(2): 173-81.
13. Melzack, R. The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain. 1987;30:191-7.
14. 이배환, 손진훈. 실험 및 임상 장면에서의 동통 측정법에 관한 고찰. 한국심리학회지. 1996; 15(1):163-88.
15. Fairbank JCT, Davis J, Couper J, O'Brien J. The Oswestry Disability Questionnaire. Physiotherapy. 1980;66:271-3.
16. 박창일, 문재호. 재활의학. 서울:한미의학. 2007 :908-10.
17. 巢元方. 諸病源候論. 台北:國立醫學研究所. 1964:5.
18. 謝觀. 中國의학대사전. 서울:금영출판사. 1977:88.
19. 李昶. 醫學入門. 台聯國風出版社印行. 1966:416.
20. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:남산당. 1983:278-80.
21. Stephan IE. Testbook of Spinal disorder. Philadelphia:J.B. Lippincott Company. 1995:135-141, 185, 191.
22. Kraemer J. Presidential address : natural course and prognosis of intervertebral disc disease. Spine. 1995;20(6):635-9.
23. Saal JA, Saal JS, Herzog RJ. The natural history of lumbar intervertebral disc extrusions treated nonoperatively. Spine. 1990;15(7):683-6.

24. 송봉근. 요추 추간판탈출증의 보존적 치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1995;16(2):62-78.
25. Gelalis ID, Kang JD. Thoracic and lumbar fusions for degenerative disorder. Orthop Clin N AM. 1998;29:829.
26. 정남수, 전창훈, 정구영, 박정욱. 요추 요합술 후 인접 분절 추간판의 퇴행성 변화에 대한 자기공명영상 추시. 대한척추외과학회지. 2008; 15(2):81-6.
27. 강명진, 공덕현, 김우영, 조태영, 남향우. 요추부한 분절 유합술 이후 발생한 추간판 탈출증 환자에 대한 보존적 치료 치험 1례. 척추신경추나의학회지. 2010;5(2):127-134.
28. 이준규, 안재성, 홍창화, 이정범. 요추부 추간판 탈출증 환자에서 퇴행성 변화와 추간판 높이의 변화. 대한척추외과학회지. 2005;12(1):58-62.
29. 심대무, 김태균, 송하현, 김영진, 김상수, 채수욱, 소안수, 신새론. 동일 분절 반대측에 재발한 요추 추간판 탈출증에 대한 임상적 특징. 대한척추외과학회지. 2002;9(3):184-90.