

요추 추간판 탈출증 환자 44례에 대한 임상고찰

남지환¹ · 김원우² · 한경완¹ · 김은석¹ · 우재혁¹ · 이준석¹ · 이슬지¹ · 김기원¹ · 이민정¹ · 송주현¹

¹자생한방병원 침구과, ²자생한방병원

Received : 2011. 11. 28 Reviewed : 2011. 12. 01 Accpeted : 2011. 12. 11

Clinical Observation on 44 Patients with Lumbar Herniated Intervertebral Disc Treated by Conservative Oriental Medical Treatment.

Ji-hwan Nam, O.M.D.¹ · Won-woo Kim, O.M.D.² · Kyung-wan Han, O.M.D.¹ · Eun-seok Kim, O.M.D.¹ · Jae-hyuk Woo, O.M.D.¹
Joon-seok Lee, O.M.D.¹ · Seul-ji Lee, O.M.D.¹ · Kie-won Kim, O.M.D.¹ · Min-jung Lee, O.M.D.¹ · Ju-hyun Song, O.M.D.¹

¹Department of Acupuncture & Moxibustion, Jaseng Hospital of Oriental Medicine, ²Jaseng Hospital

Objectives : The purpose of this study was to evaluate the effect of Oriental medical treatment in patients with acute lumbar Herniated Intervertebral Disc(HIVD).

Methods : This clinical study was carried out on 44 patients with acute lumbar HIVD, who had been admitted from Oct. 2011 to Nov. 2011. All of 44 patients were treated with acupuncture, Chuna treatment and herbal medicine during the whole admission period. Verbal numerical rating scale(VNRS) and Oswestry disability index(ODI) were used to evaluated the effectiveness of the Oriental medical treatment.

Result : Significant improvement of the symptoms was seen when evaluated with VNRS and ODI.

Conclusions : These results suggest that in the case of low back pain and lower limb numbness caused by acute HIVD, conservative treatments can be considered as one of the options of treating the symptoms beside surgical way.

Key words : lumbar HIVD, Conservative oriental medical treatment, VNRS, ODI.

I. 서 론

요통은 사람이 일생동안 약 80%가 적어도 한번은 경험하게 되는 증상이며 이중 약 40%가 하지방사통 혹은 좌골신경통을 경험한다. 그리고 현재 전 인구의 20~30%가 요통에 시달리고 있다고 보고되고 있다^{1,2)}.

현대의학에서는 이러한 요통과 하지방사통을 일으키는 가장 흔한 원인이 추간판 탈출증이라 하며 그 외에도 척추관협착증, 골반내종양, 당뇨병성 신경증, 이상근증후군 등을 제시하고 있다³⁾.

요추 추간판탈출증(herniated lumbar intervertebral disc)은 요추부추간판의 퇴행성 변화나 혹은 외력에 의해서 섬유륜의 내측 또는 외측섬유의 파열로 수핵

■ 교신저자 : 남지환. 서울특별시 강남구 신사동 635번지 강남자생한방병원 4동 3층 의국
Tel : (02) 3218-2000 Fax : (02) 3445-6644 E-mail : sweesen@naver.com

의 일부 또는 전부가 탈출을 일으켜 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 신경증상을 유발하는 질환이다³⁾.

이로 인하여 신경근의 압박, 염증 등이 발생하여腰痛과 下肢放射痛이 발생하게 되고, 이학적 검사상 SLR 제한, 감각이상, 운동능력 저하 등이 발생하게 된다⁴⁾.

한의학적으로는 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風寒, 濕, 濕熱, 氣의 十種의 원인으로 구분하여 진단하고 그에 따른 치료가 진행되게 된다⁵⁾.

요추 추간판 탈출증의 치료는 수술적 요법과 비수술 요법으로 나눌 수 있는데, 신⁶⁾ 등에 따르면 파열형 요추 추간판 탈출증은 수술적 요법이 우선 고려되지만 응급 수술을 요하는 경우가 아니면 한방적인 보존적 치료가 유효하다고 한다. 한방적인 보존적 치료로는 한약 치료, 침구 치료, 약침 치료, 추나 치료 등이 주로 쓰인다⁷⁾.

요추 추간판 탈출증은 대부분 요통과 방사통을 동반하지만 그러한 통증들이 있다고 반드시 추간판 탈출증이라고 할 수는 없다. MRI, CT 등의 영상학적 소견과 증상이 일치할 경우 탈출된 추간판으로 인한 통증이라고 본다.

이에 저자들은 자생한방병원에 입원한 환자 중 요추 MRI상 추간판 탈출 소견이 뚜렷하고 그 소견과 방사통, 요통 등이 일치하는 환자 44례를 대상으로 한방적인 보존적 치료를 시행한 후 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 대상 및 치료방법

1. 연구대상

2011년 10월부터 2011년 11월까지 ○○한방병원에서 입원 치료를 받은 환자 중에서 자기공명영상상 요추 추간판 탈출증으로 진단된 환자 중 요통, 방사통을 모두 호소하고 한방 병원 초진 당시 발병일로부터 6개월이 경과되지 않은 44명을 대상으로 하여 당

시 진료 기록을 수집 및 분석하였다. 추간판 탈출증의 임상증상은 요통이나 하지 방사통 또는 두 곳 모두에서 일어나는 통증으로 시작할 수 있으나, 그 통증이 실제 탈출된 추간판으로 인한 통증이 아닌 염좌에 의해서 생기는 통증일 수도 있으므로 요통과 방사통 모두를 호소하는 환자를 대상으로 하였다⁸⁾.

2. 치료방법

1) 침구치료

침은 0.30×40mm 일회용 Stainless 호침(우전침구사, 한국)을 사용하였으며 자침의 깊이는 경혈에 따른 차이는 있었으나 일반적으로 10-30mm로 시행하였고 腰陽關穴, 命門穴, 環跳穴, 委中, 陽陵泉, 絕骨, 太衝 등에 자침하고 15분간 유침 하였다. 뜸치료로 복부 中脘穴에 신기구를 1일 1회 30분간 시술 하였다.

2) 부항요법

요부 양측 방광경상에 건식부항을 매일 시행하였다.

3) 약침 및 봉침치료

약침은 황련해독탕 약침, 10000:1 봉침을 사용하여 환자의 증상과 압통 부위에 따라 종류와 양(0.4cc~1.0cc)을 조절하여 사용하였다. 약침은 대한약침학회의 '약침 시술 및 조제지침서'를 바탕으로 하여 자생한방병원약침연구소에서 조제하여 사용하였다.

4) 한방이학요법

腰部와 下肢部에 경근저주파요법(TENS), 초음파요법, 고주파, 약찜 치료를 1일 1회 물리치료실에서

실시하였다.

5) 약물요법

한약치료는 자생한방병원 원내처방으로 推拿藥物療法中 活急祛瘀通絡止痛의 효과가 있어 아급성기와 만성기의 요통 및 요각통을 주치하는 靑波煎(白屈菜 9g, 牛膝9g, 木瓜9g, 五加皮8g, 玄胡索8g, 羌活8g, 蒼朮3g, 當歸3g, 乾地黃3g, 赤芍藥3g, 威靈仙3g, 獨活3g, 陳皮3g, 沒藥3g, 乳香3g, 紅花2g, 砂仁2g, 甘草2g, 生薑6g, 大棗6g)을 처방하였다. 매일 2첩 3포로 3회에 걸쳐 水煎, 食後服하였다.

6) 추나요법

추나치료는 입원기간 중 입원일로부터 퇴원일 까지 매일 시행하였다. 추나 신연의 장치로는 Auto flexion-distraction의 기능을 하는 Lenader Eckard Table MK-90(웰니스 시스템, 한국)을 이용하였으며, 환자 상태에 따라 복와위 하지거상 장골 교정법, 복합 후하방 장골교정법, 굴곡신연법 등을 시행하였다.

3. 평가방법

1) 언어숫자통증등급(VNRS:Verbal Numerical Rating Scale)

주관적인 통증의 정도를 객관화하고 계량화하기 위한 방법으로 0에서 10 혹은 100까지 숫자로 통증 정도를 표현하는 방법이다. 입원 시와 퇴원 시에 환자의 진술에 따라 기록하였다. 시각적 통증등급(VAS)과 유사하지만 시력이나 운동기능이 굳이 필요하지 않기 때문에 좀 더 유용하며 이행 및 사용이 쉽고, 환자가 답을 못할 가능성(2%)도 적다⁹⁾.

2) ODI(Oswestry Disability Index)

Oswestry Disability Index는 Fairbank¹⁰⁾ 등에 의해 발전된 것으로 일상생활 각각의 동작과 관련된 10개의 항목으로 구성되어 있다. 각 항목에서는 일상생활의 장애를 0~5점으로 6가지 단계로 기술하고 있다. 이 방법은 통증 정도보다는 일상생활에서의 장애 정도를 평가하는데 더 유의한 것으로 통증을 평가하는데 기능적인 상태를 수치로 나타낸 것이다. 성생활과 같은 답하기 모호하고 우리나라 실정에 맞지 않는 항목은 생략하여 총 9개의 항목을 이용하였다.

3) 환자 상태의 평가

환자 상태의 객관화를 위해 동통의 정도 및 동작의 제한에 따라 채¹¹⁾ 등의 분류 방법을 따랐다.

- ① Grade I : 정도의 疼痛 혹은 痺感 등 증상이 있는 경우, 안정 시에는 疼痛 혹은 痺感이 없고 동작 시에만 미약한 疼痛 혹은 痺感 등의 증상이 있는 상태
- ② Grade II : 중등도의 疼痛 혹은 痺感 등 증상이 있는 경우, 동작 시 제한은 없으나 疼痛 혹은 痺感 등의 증상으로 불편한 상태
- ③ Grade III : 疼痛 혹은 痺感 등 증상이 심한 경우, 동작 시에는 疼痛 혹은 痺感 등의 증상으로 제한이 있으나 조심하면 가동할 수 있는 상태
- ④ Grade IV : 疼痛 혹은 痺感 등 증상이 극심한 경우, 동작 시 疼痛 혹은 痺感 등의 증상이 극심하여 자력으로서는 거동이 불가능한 상태

4) Five-point likert scale

치료에 대한 만족도를 알기 위하여 five-point likert scale로 평가하였다(Table I).

Table I . Five-point Likert Scale

score	item
5	나는 이번 치료가 매우 만족스럽다
4	나는 이번 치료가 만족스럽다
3	나는 이번 치료가 그저 그렇다
2	나는 이번 치료가 불만족스럽다
1	나는 이번 치료가 매우 불만족스럽다

5) 자료분석

당시 진료기록에 의거하여 입원 시와 퇴원 시의 VNRs와 ODI를 측정하여 호전지수를 비교하였으며, 그 결과는 SPSS(Statistical program for social science) 12.0 for Windows program을 이용하여 통계처리를 하였다. 모든 통계 분석은 paired-sample t-test를 통해 검정하였으며, 통계학적 유의성은 $p < 0.05$ 로 하였다.

III. 결 과

1. 성별 및 연령별 분포

전체 성별분포는 총 44명 중 남자 18명(40.91%), 여자 26명(59.09%)이었으며, 남녀의 비는 1:1.44로 여자가 많았다. 연령별 분포에서는 30대가 20명(45.45%)으로 가장 많았고, 50대가 11명(25.00%), 40대가 6명(13.64%), 20대가 5명(11.36%), 60대 이상이 2명(4.55%) 순으로 나타났다. 전체 평균연령은 40.77 ± 11.64 세이었다(Table II).

2. 병력기간별 분포

병력기간은 최¹²⁾ 등의 분류방법에 따라 발병 1주 이내인 경우를 급성기, 1주~1개월 이내를 급성기, 1~6개월을 아급성기로 분류하였다. 이 연구에서는 급성기 및 아급성기 환자를 대상으로 하였으므로 만

성기 환자는 제외하였다. 전체 분포에서 아급성기 21례(47.73%), 급성기 13례(29.55%), 최급성기 11례(25.00%) 순이었다(Table II).

Table II . General Characteristics of This Study(n=44)

Characteristics	n(%)
Proportion of sex	
Male	18(40.91)
Female	26(59.09)
Proportion of years	
21~30	5(11.36)
31~40	20(45.45)
41~50	6(13.64)
51~60	11(25.00)
61~70	2(4.55)
Proportion of duration	
< 1 week	11(25.00)
1 week ~ 4 weeks	13(29.55)
4 weeks ~ 6 months	21(47.73)

3. 입원기간별 분포

입원 기간별 분포는 21~30일이 14례(31.82%), 31~40일이 12례(27.27%), 11일~20일이 11례(25.00%), 1~10일, 41~50일이 각각 3례(6.82%), 51~60일이 1례(2.27%)의 순으로 나타났다. 전체 평균 입원기간은 26.39 ± 11.39 일이었다(Table III).

Table III . Distribution of Admission Days (n=44)

	n(%)
1-10	3(6.82)
11-20	11(25.00)
21-30	14(31.82)
31-40	12(27.27)
41-50	3(6.82)
51-60	1(2.27)

4. 탈출부위에 따른 분석

MRI를 통해 진단받은 요추 추간판 탈출증의 부위를 조사한 결과 두 부위인 경우는 24례(54.55%), 한 부위인 경우는 11례(25.00%), 세 부위인 경우는 7례(15.91%), 네 부위인 경우는 2례(4.55%)이었다. 한 부위 탈출의 경우 제5요추~제1천추부 탈출이 8례(18.18%), 제4~5요추부 탈출이 2례(4.55%), 제2~3요추부 탈출이 1례(2.27%)의 순으로 나타났다. 두 부위 탈출의 경우 제4~5요추부와 제5요추~제1천추부 동시 탈출이 21례(41.73%), 제3~4요추와 제4~5요추부 동시 탈출이 3례(6.82%)순으로 나타났다. 세 부위 동시 탈출의 경우 제3~4요추와 제4~5요추, 제5요추~제1천추부 탈출이 6례(13.64%)이었고, 제2~3요추와 제3~4요추, 제4~5요추부 동시 탈출이 1례(2.27%)의 순으로 나타났다. 네 부위 동시 탈출의 경우 제2~3요추, 제3~4요추, 제4~5요추와 제5요추~제1천추부 탈출이 2례(4.55%)로 나타났다.

5. 치료 성적

1) VNRS 평가

전체 환자 44례의 입원 시 요통의 VNRS 평균은 6.24 ± 2.56 , 방사통의 VNRS 평균은 7.05 ± 1.82 였으며 퇴원 시 요통의 VNRS 평균은 2.29 ± 1.25 , 방사통의 VNRS 평균은 2.61 ± 1.54 로 나타났다. 요통

과 방사통 모두 각각 평균 3.63 ± 2.39 , 4.43 ± 1.95 의 VNRS 감소를 보이는 것으로 나타났으며 p-value도 각각 0.002, 0.025로 치료 성적의 유의한 증가($p < 0.05$)를 나타내었다(Table IV).

2) ODI 평가

전체 환자 44례의 입원 시 ODI의 평균은 54.84 ± 22.01 이었으며 퇴원 시 ODI의 평균은 31.36 ± 12.75 로 23.48 ± 17.74 의 변화를 보였으며 p-value 0.001의 유의한 결과를 얻었다(Table IV).

3) 객관적 증상 단계 평가

입원 시와 퇴원 시 두 차례에 걸쳐 단계를 매겼으며 그 차이는 1.95 ± 0.78 로 약 2단계의 증상 단계가 내려간 것으로 나타났다.

4) Five-point likert scale

Five-point likert scale은 4 point가 24명(54.55%)으로 가장 많았으며, 그다음으로 3 point가 10명(22.73%), 5 point가 7명(15.91%), 2 point가 3명(6.82%)의 순이었으며 전체 평균은 3.80 point였다.

Table IV. Distribution of VNRS and ODI Improvement

	Admission	Discharge	p-value*
VNRS † of Low Back Pain	6.24 ± 2.56	2.29 ± 1.25	0.002
VNRS of Radiating Pain	7.05 ± 1.82	2.61 ± 1.54	0.025
ODI ‡	54.84 ± 22.01	31.36 ± 12.75	0.001

* : p-value. Paired-sample t-test $p < 0.05$.

† : VNRS, Verbal Numeric rating scale.

‡ : ODI, Oswestry disability index.

IV. 고찰 및 결론

요추 추간판 탈출증은 요통을 유발하는 가장 큰 원인으로 주로 반복적 기계적인 자극, 또는 자가면역반응 등에 의하여 수핵이나 섬유륜이 생화학적 혹은 대사성으로 인한 퇴행성 변형을 일으켜 수핵의 일부 혹은 전부가 탈출하여 신경근이나 주위 통증감각기를 자극하여疼痛을 유발하는 질환이다³⁾.

성장이 끝난 20세 전후부터 수핵의 수분 함량이 점차 감소하면서 농축되고, 수핵을 둘러싸고 있던 섬유륜은 탄력성을 잃고 균열이 생겨 후외측과 후방의 약한 곳을 통해 수핵이 돌출된다. 탈출된 수핵의 임상표현은 허리나 다리 또는 두 곳 모두에서 일어나는 통증으로 시작할 수 있다. 많은 환자들에서 처음에는 요통으로 시작하여 좌골신경통이 나타나고, 좌골신경통이 증가함에 따라서 요통이 감소한다. 신경근 방사통은 특정 신경근의 분포상에 있는 통증이다. 요추 수핵탈출의 가장 흔한 부위는 제4~5요추간과 제5요추~제1천추간이다. 이 때문에 신경근 증상은 무릎 아래 L5, S1의 피부분절에 나타나는 증상과 관련되어 있다. 다리의 증상은 보통 허리와 가까운 곳에서 뚜렷하고 허리에서 멀어질수록 희미하다. 다리의 증상은 무감각부터 이상감각, 통증까지 다양하다⁸⁾.

추간판 탈출증은 한의학에서 보통腰痛, 腰脚痛, 痺症, 麻木症, 脚氣 등으로 본다. 요각통에 대한 최초의 기록은腰痛이라 하여『黃帝內經·素問·氣交變大論』에서 찾아볼 수 있으며, 그 후巢元方이『腰脚痛十候論』중“腰脚疼痛候”로 지칭하여 처음으로腰脚痛을 기술하였다¹⁴⁾.『東醫寶鑑』에서 허준은 요통의 원인을腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕熱, 氣의十種으 나누고 그에 따른 치법을 제시하고 있다⁶⁾.

요추 추간판 탈출증 환자의 치료법은 크게 수술적 요법과 비수술적 요법으로 나누어진다. 서양의학에서는 대부분의 요추 추간판 탈출증 환자에게 수술적 요법을 시행하나 통증이 3개월 이상 지속되거나, 마미증후군으로 악화되거나 혹은 진행성으로 근력이

약해지는 환자들의 경우에 한해서만 수술적 치료를 고려해야한다고 보고되고 있다¹⁵⁾. Saal¹⁶⁾ 등의 추간판탈출증의 보존적 치료 결과에 대한 논문에 따르면 90%이상의 환자가 보존적 치료로 호전되었다고 한다.

한방보존치료로는 침치료가 있으며 요통에 응용되는 침치료에 관하여 최¹⁷⁾, 이¹⁸⁾ 등의 연구로 효과가 있음이 보고되었다. 본 연구에서는 근위 취혈로 腰陽關穴, 命門穴 등을 포함한 阿是穴 요법과 원위 혈로 委中, 陽陵泉, 絕骨, 太衝 등의 경혈을 사용하였다.

약침은 자생한방병원에서 제조한 황련해독탕을 탈출된 추간판의 부위에 따라 적절하게 조절하여 자입하였다. 이와 더불어 특히 요추 추간판 탈출증 등에 유효하다고 보고된¹⁹⁾ 봉약침을 사용하여 탈출된 추간판 부위나 통증이 심한 부위에 자입하였다.

추나요법은 시술자가 손 또는 신체의 일부분을 이용하여하거나 보조기구 등을 이용하여 추나테이블에서 환자의 신체표면에 자극을 가하여 관절, 근육, 인대 및 신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하고 예방하는 한의학 치료기술이다²⁰⁾.

한약 요법은 자생한방병원 원내처방으로 推拿藥物療法中 活急祛瘀, 通絡止痛의 효과가 있어 아급성기와 만성기의 요통 및 요각통을 주치하는 靑波煎(白屈菜9g, 牛膝9g, 木瓜9g, 五加皮8g, 玄胡索8g, 羌活8g, 蒼朮3g, 當歸3g, 乾地黃3g, 赤芍藥3g, 威靈仙3g, 獨活3g, 陳皮3g, 沒藥3g, 乳香3g, 紅花2g, 砂仁2g, 甘草2g, 生薑6g, 大棗6g)을 처방하였다.

본 보고는 급성 요추 추간판 탈출증으로 인해 한방병원에 입원한 환자 44명의 치료경과를 바탕으로 한 의학적 보존적 치료의 호전도를 연구한 논문이다. 한방보존치료의 방법으로는 요각통 환자의 요통, 하지 이상감각, 하지 방사통증에 효과가 있다고 보고된 침구요법, 한약요법, 약침요법, 추나요법 등이 활용되었다²¹⁾.

이에 저자들은 급성 추간판 탈출증으로 인해 2011년 10월부터 11월까지 ○○한방병원에 입원한 환자

중 MRI상 요추 디스크 탈출 소견이 있고 방사통이 뚜렷한 환자 44명을 대상으로 한방보존치료의 효과에 대해 연구하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

총 환자 44명 중 1:1.44의 비로 여자가 많았고 연령별 분포에서는 30대가 20명(45.45%)으로 가장 많았으며 60대 이상이 2명(4.55%)으로 가장 적었고 전체 평균 연령은 40.77 ± 11.64 세이었다. 2~30대가 전체 환자의 56.82%를 차지하고 있는데 이는 요추 추간판의 노화가 20대 이후부터 진행되고 좌위시간의 증가와 연관되어 있기 때문이라고 사료된다.

병력기간별 분포는 증상 발현의 시점을 중심으로 조사한 결과 전체적으로 아급성기 환자가 21례(47.73%)로 가장 많았다. 입원 기간별 분포는 21~30일이 14례(31.82%)로 가장 많았고 21일 이상 입원한 환자수가 전체 68.18%로 주로 3주 이상 입원을 하는 것으로 나타났다.

요추 MRI상 추간판 탈출 부위를 살펴보면 두 부위 탈출이 54.55%, 한 부위 탈출이 25.00%, 세 부위 탈출이 15.91%, 네 부위 탈출이 4.55%로 진단되었다. 이는 먼저 탈출된 추간판이 요추의 완충효과를 충분히 하지 못 해 다른 부위의 추간판에 부하가 걸려 두 부위 이상의 추간판이 탈출된 것이라 사료된다. 한 부위 탈출의 경우 제5요추~제1천추부 탈출이 8례(18.18%), 제4~5요추부 탈출이 2례(4.55%), 제2~3요추부 탈출이 1례(2.27%)의 순으로 나타났는데 이는 김²²⁾ 등의 결과와 다르다. 그 이유는 만성기 환자를 제외한 급성기와 아급성기 환자만을 대상으로 연구하였기 때문이라고 사료된다. 두 부위 탈출의 경우 제4~5요추부와 제5요추~제1천추부 동시 탈출이 21례(41.73%)로 가장 많았다. 이는 인체의 중력 부하를 가장 많이 받는 부위가 제4~5요추부와 제5요추~제1천추부이기 때문이라고 사료된다.

정형이학적 검사에서 하지 직거상 검사의 제한은 44명 중 31명이었으며 이 중 정상범위로 회복된 환자는 8명, 정상범위는 아니지만 각도의 증가를 보인 환자는 15명으로 나타났다. 이는 한의학적 보존적 치료가 단지 통증만을 줄이는 치료가 아닌 신경압박감

소를 유도하는 치료이기 때문이라고 사료된다.

VNRS 평가에서는 Paired-sample t-test로 통계 처리한 P-value가 요통과 방사통 모두 0.05이하의 값을 나타내어 한의학적 보존적 치료가 요통 및 방사통을 유의적으로 감소시킨다는 것을 알 수 있었다.

ODI 평가에서도 Paired-sample t-test로 통계 처리한 P-value가 0.005이하의 값을 나타내어 한의학적 보존적 치료가 일상생활의 동작 기능의 회복에 있어 유의성을 가짐을 알 수 있었다.

Five-point likert scale은 4 point가 24명으로 가장 많았으며 전체 평균은 3.80 point로 본 연구에서 대상으로 한 환자 대부분이 만족스런 치료였다고 평가하였다. 대상 환자 중 28명이 양방병원을 거쳐서 내원하였고 그 중 16명이 수술권유를 받았다고 볼 때 한의학적 보존적 치료 만족도에 있어서 비교적 높은 수치라 할 수 있겠다.

이상에서 침구요법, 추나요법, 한약요법 등이 결합된 한의학적 보존적 치료가 요추 MRI상 추간판 탈출증으로 진단된 환자의 치료와 일상생활의 동작 기능의 회복에 있어 유의성 있는 결과를 나타내었다. 통계 결과를 통하여 급성 요추 추간판 탈출증 환자에게 예후 설명 및 치료에 도움이 될 수 있을 것으로 사료된다. 그러나 본 연구는 단일군 연구이고 피험자의 수가 적었다는 한계가 있다. 또한 전체 남녀비가 1:1.44로 차이가 있었으며 연령분포 또한 2~30대에 특히 많았으며 치료 방법이 한약요법, 봉독약침요법, 침요법, 추나요법으로 이루어진 복합 치료이므로 각각의 치료 효과를 분석하기 힘들다는 한계가 있다. 이에 대한 지속적 연구가 필요할 것으로 사료된다.

VI. 참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형외과학 제 6판. 서울:최신의학사. 2006:617-30.
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. 김미정, 남용현, 성인영, 신명진. 요통환자에 있어서의 임상양상과 자기공명영상소견과의 비교 연구. 대한재활의학회지. 1992;16(4):407-17.
5. 허준. 동의보감. 김해:동의보감출판사. 2005:705.
6. 신민섭, 노정두, 최석우, 이동호, 송범룡, 육태한. 파열형 요추간판탈출증에 대한 임상적 연구. 대한침구학회지. 2001;16(6):285-93.
7. 김호준. 미세전류 전침이 요통에 미치는 영향. 서울:경희대학교 대학원. 2001.
8. Stephen I. Esses. 척추질환의 이해. 서울:군자출판사. 2005:188-9.
9. Patrick D wall, Ronald Melzack. 통증학. 서울:도서출판 정담. 2002:483-4.
10. Fairbank JCT, Davis J, Couper J, O'Brien J. The Oswestry Disability Questionnaire. Physiotherapy. 1980;66:271-3.
11. 채우석, 김양식. 요척추증으로 인한 요통의 전침 효과에 관한 임상적 연구. 대한침구학회지. 1989;6(1):113-28.
12. 최용태. 침구과 영역에 있어서 요통증의 치료 효과에 관한 임상적 연구. 경희대학교 30주년기념 논문집. 1979:883-902.
13. 우재혁, 이한, 정호석, 김은석, 한경완, 이준석, 김창연. 요추 추간판 탈출증과 신경초종을 동반한 요각통 환자를 대상으로 한 한방 보존적 치료 치험 1례. 척추신경추나의학회지. 2010;5(1):111-24.
14. 소원방. 소씨제병원후론. 대북:국립의학연구소. 1975:55.
15. 신준식. 한국추나학. 서울:KCA PRESS. 1995:286-315.
16. Saal JA, et al. The natural history of lumbar intervertebral disc herniations treated nonoperatively. Spine. 1989;15:683-6.
17. 최우선. 요각증의 침구치료에 관한 문헌적 고찰. 경희대학교 논문집. 1978:1:159-87.
18. 이윤호. 요각통의 침구치료와 치험례. 월간행림 2. 1989:22-4.
19. 이성환, 강민완, 이 현, 이소열. 요각통에 대한 단침치료군, 봉약침병행치료군, 중성어혈약침병행치료군의 비교 연구. 대한침구학회지. 2007;24(5):197-205.
20. 신준식 외 21명. 추나의학. 서울:척추신경추나의학회. 2011:3-4.
21. 오승규. 요추 추간판 탈출증 환자 33례의 보존적 치료에 대한 보고. 척추신경추나의학회지. 2005;6(1):41-50.
22. 김석주, 이현. 요추 추간판 탈출증 입원환자 193명에 대한 임상적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2010;19(1):119-28.