

추나 치료를 포함한 복합 한의치료로 호전된 만성 파열형 요추 추간판 탈출증 환자 2례에 대한 증례 보고

Combined Korean Medicine Treatment Including Chuna Therapy for Chronic Extruded Lumbar Disc Herniation: A Report of Two Cases

Received: 23 May, 2026. Accepted: 8 June, 2026

송아현^{1,2*}, 김주엽¹, 안은정^{2,3}, 박지원³, 전영주³

¹강남 모커리한방병원 한방재활의학과 전문수련의

²경희대학교 대학원 한의과대학 임상한의학과 학생(석사과정)

³강남 모커리한방병원 침구의학과 전문수련의

Ahyeon Song, K.M.D.^{1,2*}, JuYeob Kim, K.M.D.¹, Eunjung An, K.M.D.^{2,3}, Jiwon Park, K.M.D.³, YoungJu Jeon, K.M.D.³

¹Resident, Department of Rehabilitation Medicine of Korean Medicine, Gangnam Mokhuri Korean Medicine Hospital

²Master's Student, Department of Clinical Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University

³Resident, Department of Acupuncture & Moxibustion Medicine, Gangnam Mokhuri Korean Medicine Hospital

Objectives This study reports the effectiveness of combined Korean Medicine treatment, including Chuna manual therapy, for patients with chronic ruptured lumbar disc herniation (LDH) who were recommended for surgery.

Methods Two patients with chronic extruded LDH received acupuncture, pharmacopuncture, herbal medicine, and Chuna manual therapy (flexion-distraction, myofascial release, and muscle energy technique) for six to seven weeks. Clinical outcomes were assessed using the Numeric Rating Scale (NRS), Oswestry Disability Index (ODI), and Pain-Free Walking Distance (PFWD).

Results Both patients showed significant recovery. NRS scores decreased from 8 to 2, and ODI improved from 75.5% to 35.5% (Case 1) and 71.1% to 20.0% (Case 2). PFWD increased from 10m to over 700m. Analgesic injections were discontinued, and improvements were maintained during the follow-up period.

Conclusions Combined Korean Medicine treatment incorporating Chuna manual therapy provides an effective non-surgical option for chronic ruptured LDH, leading to substantial pain relief and functional restoration even when surgical intervention was previously indicated.

Key words Intervertebral Disc Displacement, Chuna Manual Therapy, Combined Korean Medicine Treatment, Case reports

1. 서론

요추 추간판 탈출증(Lumbar Disc Herniation, 이하 LDH)은 파열된 섬유륜 사이로 탈출한 수핵이 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 요통 및 신경 증상을 유발하는 질환이다¹⁾. LDH는 탈출된 정도에 따라 팽윤 추간판(Bulging disc), 돌출 추간판(Protruded disc), 탈출 추간판(Extruded disc), 그리고 격리된 추간판(Sequestered disc)으로 분류되며²⁾, 이 중 탈출 추간판과 격리된 추간판을 파열형 LDH로 정의한다³⁾. 파열형 LDH는 수핵이 섬유륜 밖으로 탈출한 상태로, 신경근 압박이 심하여 임상적으로 보다 적극적인 치료가 요구된다²⁾.

LDH의 치료는 증상 발생 후 6주에서 최대 12주 동안

보존적 치료가 우선적으로 권장된다⁴⁾. 발병 후 12주가 경과하여도 보존적 치료에 반응하지 않는 경우를 만성 단계로 규정하며, 이 시기 이후에도 지속되는 통증에 대해서는 수술적 처치를 고려하도록 권고하고 있다. LDH에 시행되는 보존적 한의 치료로는 침, 한약, 약침, 추나 요법 등이 활용되고 있으며, 수술적 치료와 비교하여 유사한 회복률을 보이면서도 보다 짧은 기간 내 증상 개선이 보고된 바 있다¹⁾. 이 중 추나요법은 척추 주변 조직의 긴장을 이완시키고 신경근 압박을 완화하여 대표적인 치료로 활용되고 있다⁵⁾.

추나요법은 한의사가 보조기구를 활용하여 신체 구조 및 기능적 문제를 해결하는 한방 수기요법으로, 정골추나기법과 근막추나기법으로 구분되며 근골격계 및 신경

*Corresponding to Ahyeon Song, Gangnam Mokhuri Korean Medicine Hospital, 4F, 338, Seocho-daero, Seocho-gu, Seoul, Republic of Korea

TEL. +82-2-526-0804, FAX. +82-2-526-0888, E-mail. ahyeon0476@naver.com

Copyright © 2026. KSCMM All Rights Reserved.

근육계 질환 치료에 널리 적용되고 있다⁶⁾. 정골추나기법의 일환인 굴곡신연기법은 추골 간격을 넓혀 추간판 내 압을 감소시키고 통증 완화 및 구조적 개선을 유도한다⁷⁾. 근막추나기법의 술기인 근막이완술(Myofascial Release, 이하 MFR)은 근막의 구축을 해결하기 위해 움직임이 제한된 근육에 수동적 신장을 가함으로써 근막 이완과 기능 이상 교정 및 통증 감소를 도모하며⁸⁾, 근에너지기법(Muscle Energy Technique, 이하 MET)은 긴장된 근육의 이완을 유도하여 통증 호전, 관절 가동 범위 확대, 통증 유발점 비활성화 등의 효과를 나타낸다⁹⁾. 이러한 추나 기법들은 LDH 치료에서 활발히 활용되고 있으며¹⁰⁾, Yu 등⁷⁾은 급성 파열형 LDH 환자에게 굴곡신연기법을 단독 적용하여 유의미한 치료 결과를 확인하였다. 근막추나기법 역시 복합 한의치료와 병행 시 통증 감소 및 기능 회복에 유의미한 효과가 보고된 바 있다¹¹⁾.

이처럼 LDH의 치료에 있어 추나요법을 병행한 복합 한의치료의 유효성은 지속적으로 보고되었다. 그러나 만성 단계에 접어든 파열형 LDH 환자의 보존적 치료에 관한 임상적 근거는 여전히 부족한 실정이다. 이에 본 연구에서는 만성 파열형 LDH 환자 2례를 대상으로 추나요법을 포함한 복합 한의치료의 경과를 보고하고, 그 임상적 유용성을 고찰하고자 한다.

2. 연구대상 및 방법

1) 연구대상

본 연구는 만성 단계의 파열형 LDH 환자 2례에 대한 의무기록을 후향적으로 분석한 증례 보고이다. 본 연구는 공용기관생명윤리위원회(IRB)의 심의를 거쳐 윤리적 적합성을 승인받았다(승인번호: P01-202605-01-039).

2) 굴곡신연기법

파열된 추간판의 물리적 압박을 해소하고, 추간판 내 압의 감소 및 구조적 안정화를 유도하기 위해 시행하였다. 환자는 복와위 자세를 취하고, 시술자는 골반대 측면

에 위치한다. 시술자는 두방수를 치료하고자 하는 추간판의 위쪽 척추 극돌기에 장근부를 접촉한 뒤 고정하고, 치료대의 자동 굴곡신연 장치를 이용하여 분절 당 4초에 1회의 속도로 굴곡과 신연을 유도한다. 한 분절 당 4~6회 시행하며, 하부 요추에서 상부 요추 순으로 시행한다¹²⁾. 본 연구에서는 환자의 요추 전만 각도와 통증 민감도를 고려하여, 하부 요추부에서 가벼운 전인력이 느껴지는 정도로 시작하여 점진적으로 가동 범위를 확대하였다.

3) MFR

추간판 탈출에 따른 염증 및 통증 회피 반응으로 과긴장된 연부조직의 단축 및 긴장을 이완하여 통증유발점을 비활성화하고자 시행하였다. 시술자는 촉진을 통해 요방형근, 흉요근막, 둔근 등 요추 및 골반 주변 조직에 존재하는 압통점을 찾아 수장부, 수배부를 통해 압박하고 이완하는 과정을 진행한다¹²⁾. 특히 제한이 발생한 연부조직에 지속적인 수동적 신장을 가하여 근막의 유연성을 회복시키고 기능 이상 교정 및 통증 감소를 도모하였다. 환자가 적절한 압력을 느끼는 수준으로 90~120초간 지속적인 압박을 가하여 근막의 이완을 유도하였다.

4) MET

단축된 장요근을 능동적으로 이완시켜 비정상적인 요추 전만을 완화하고, 하부 요추부에 집중되는 부하를 분산시키고자 시행하였다. 환자는 복부 아래 쿠션을 받친 복와위 자세를 취하고 슬관절을 굴곡한다. 시술자는 두방수로 둔부를 지그시 눌러 골반을 고정하고, 족방수로 슬개골 상부를 받친다. 이때 환자는 시술자의 저항에 대항하여 고관절을 굴곡시키려는 등척성 수축을 7~10초간 진행한다. 이후 시술자가 근육을 10초간 신장하며 해당 과정을 3~4회 반복한다¹²⁾. 환자의 능동적 수축 시 최대 근력의 20~30% 정도로 약한 강도를 유지하도록 지시하여, 통증 유발 및 근육의 보상 작용을 최소화하면서 등척성 수축 후 이완 효과를 극대화하였다.

5) 평가 지표 및 방법

환자가 지참한 타병원 MRI 영상을 North American Spine Society(이하 NASS)의 Lumbar Disc Nomenclature 분류 기준에 따라 추간판 탈출의 형태 및 정도를 평가하였다¹³⁾. 통증 정도 측정을 위해 Numeric rating scale(이하 NRS)을 사용하였다. 환자는 0(통증 없음)부터 10(상상 가능한 가장 심한 통증)의 숫자 중에서 본인의 통증 수준을 선택하였다. NRS는 입원 당일, 입원 3주차, 퇴원 당일 및 외래 추적 관찰 시점에 평가하였다. 요통으로 인한 기능 저하를 평가하기 위해 Oswestry Disability Index(이하 ODI)를 사용하였다. ODI는 일상생활 중 10개의 항목을 기능에 따라 0~5점으로 평가하는 설문지로, 항목별 점수를 백분율로 환산한다. 항목은 개인위생(씻기, 옷 입기 등), 물건 들기, 걷기, 앉기, 서있기, 잠자기, 성생활, 사회생활, 여행 등으로 구성되어 있다. 합산한 점수를 답한 항목의 수와 5를 곱한 것으로 나누고, 100을 곱하여 계산한다¹⁴⁾. 계산한 결과에 따라 0~20%를 경미한 장애, 21~40%를 중등도의 장애, 41~60%를 중증 장애, 61~80%를 극심한 장애, 81~100%를 침상 생활 또는 완전 의존 상태로 해석하며, 점수가 높을수록 요통으로 인한 신체 활동의 어려움이 있음을 나타낸다. 보행 능력의 저하를 겪는 환자의 통증 없이 보행 가능한 거리를 평가하기 위해 Pain-Free Walking Distance(이하 PFWD)를 활용하였다. ODI 및 PFWD는 입원 당일, 입원 3주차, 퇴원 당일에 평가하였다.

3. 증례

1) <증례 1>

(1) 환자 정보 및 임상 소견

환자는 만 25세 남성으로, 2024년 10월 운동 중 요통 및 좌측 둔부와 하지, 족부 통증이 발생하였다. 당월 타병원에서 시행한 요추 MRI 검사 상 ‘L4-L5 추간판 파열’ 소견으로 신경차단술 3회 및 경구 약물 치료를 받았으나, 2025년 2월 증상이 악화되었다. 재시행한 요추 MRI 검사 결과, 이전 영상 대비 수핵의 탈출 정도가 심화된 것으로 확인되었다. 이후 신경차단술 1회 및 경구 약물 처방에도 불구하고 극심한 통증이 지속되어 2025년 5월 말 본원에 내원하였으며, 약 7주간의 입원 치료를 시행하였다.

본원 초진 시 환자는 2024년 10월 타 병원에서 촬영한 MRI 영상만을 지참하였으며(Fig. 1), 주소증과 관련된 기존 복용 약물 및 과거력은 없었다. 사진(四診) 소견 상 소화, 식욕, 대소변 상태는 양호하였으나, 통증으로 인한 간헐적 수면 장애 및 삼맥(滯脈)이 관찰되어 최종적으로 혈어증(血瘀證)으로 변증(辨證)하였다. 입원 2일 차에 시행한 혈액학적 검사 상 임상적으로 유의미한 이상 소견은 관찰되지 않았다.

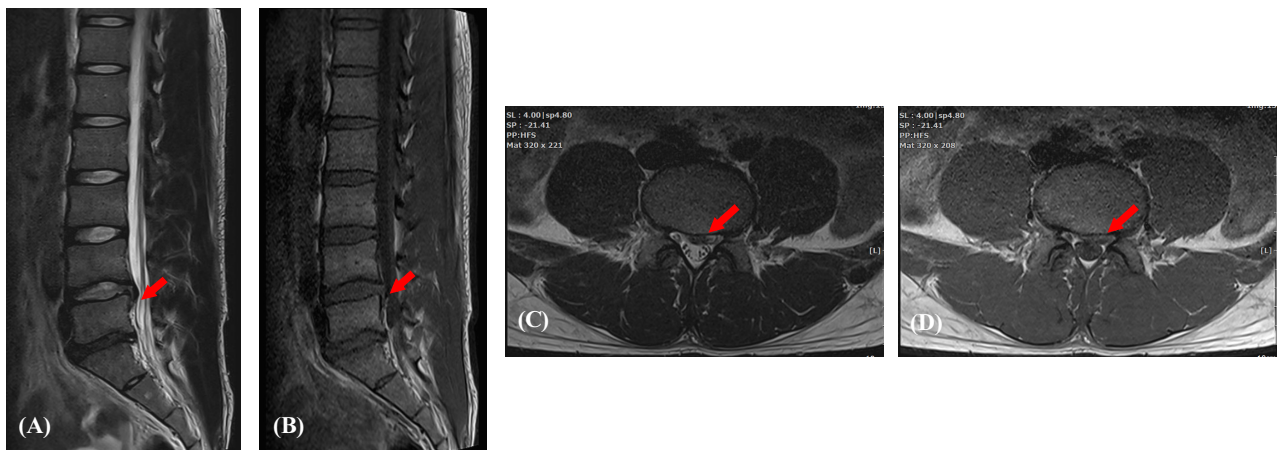


Fig. 1. Lumbar spine MRI of case 1 (October 2024). (A) Sagittal T2-weighted image (B) Sagittal T1-weighted image (C) Axial T2-weighted image (D) Axial T1-weighted image.

(2) 치료적 중재

침 치료는 0.25×40mm 침을 사용하여 1일 1~2회, 15분간 시행하였다. 취혈은 족태음비경의 삼음교(SP6)를 비롯하여, 족태양방광경의 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 승근(BL56), 승산(BL57), 곤륜(BL60), 족소음신경의 태계(KI3), 족소양담경의 환도(GB30), 양릉천(GB34), 현종(GB39)을 선택하였으며, 독맥의 요양관(GV3) 및 경외기혈인 요추 협척혈(EX-B2)을 병행하였다. 약침 치료는 요추 협척혈(EX-B2) 및 환도(GB30)에 1일 1회씩 주 2회, 봉침 치료는 동일한 혈위에 1일 1회씩 주 5회 시행하였다. 또한 요추부 압통처에는 점관법을 1일 2회, 5분간 시행하였다.

입원 당일부터 퇴원일까지 강척제통탕(强脊制痛湯, *Gangchukjetong-tang*)과 강추환(强椎丸, *Gangchoo-hwan*)을 1일 3회 처방하였으며, 추나요법을 주 5회(총 20회) 실시하였다. 또한 물리치료사에 의한 도수치료를 주 1회 병행하여 하요추부와 둔부 및 하지부의 근긴장 완화를 보조하였다. 입원 기간 중 증상 호전 양상에 맞추어 한의사가 단계별 자가 운동 프로그램을 교육하고 시행하도록 하였다. 초기에는 양외위 발목 및 골반 운동을 수행하게 하였으며, 이후 통증이 완화됨에 따라 좌위 유지 및 워커를 이용한 복도 보행 훈련을 실시하였다.

(3) 경과

입원 시 지참한 2024년 10월 요추 MRI 영상은 NASS 분류 기준에 따라 탈출 추간판(Extruded disc)으로 확인되었다. 통증 강도는 입원 당일 NRS 8의 극심한 수준이었으나, 입원 3주차에 NRS 4, 퇴원 시 NRS 2로 유의미하게 감소하였다. 퇴원 약 6개월 후 시행한 외래 추적 관찰에서는 NRS 1까지 완화된 상태를 유지하였다(Fig. 2). 입원 초기 극심한 통증 조절을 위해 입원 2일 차부터 진통 주사제(트라마돌염산염, tramadol hydrochloride, 50mg/1mL) 1앰플을 근육 주사하였다. 초기 일주일간은 8시간 간격으로 1일 3회 처치하였고, 이후 통증이 완화됨에 따라 2주 동안 1일 1회(20:00)로 횡수를 감량하였으며, 입원 4주차부터는 주사 처치를 중단하였다. 한편, 외래 추적 관찰 당시 환자의 요청으로 요추 MRI 재검사를 시행하

였으나 수핵의 크기 변화는 뚜렷하게 관찰되지 않았다.

ODI는 입원 시 75.5%(극심한 장애)에서 입원 3주차 44.4%(중증 장애)로 감소하였고, 퇴원 시에는 35.5%(중등도 장애)로 개선되었다(Fig. 3). 보행 능력의 경우, 입원 당시에는 자가 보행이 불가능하여 워커를 사용하더라도 통증 없이 보행 가능한 거리가 10m 내외에 불과하였다. 그러나 입원 3주차에는 워커를 사용하여 약 350m(복도 5회 왕복)까지 통증 없이 보행하였고, 퇴원 시에는 동일 조건에서 약 980m(복도 14회 왕복)까지 보행이 가능해졌다(Table I). 치료 과정 중 임상적으로 유의미한 이상 반응(Adverse Event)은 나타나지 않았다.

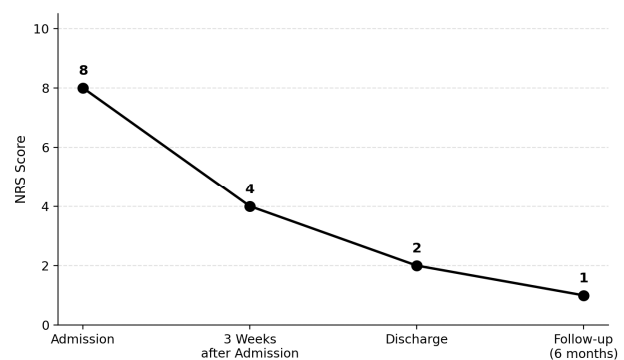


Fig. 2. Changes in numeric rating scale (NRS) score of case 1.

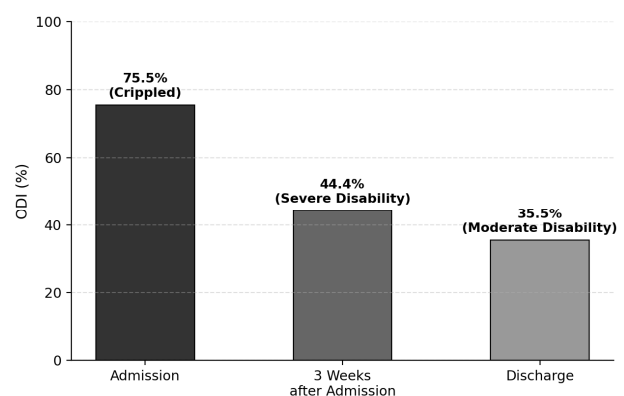


Fig. 3. Changes in Oswestry disability index (ODI) of case 1.

Table I. Changes in Pain-Free Walking Distance of Case 1

	Admission	3 Weeks after Admission	Discharge
PFWD (m)	10	350	980

PFWD: Pain-Free Walking Distance

2) <증례 2>

(1) 환자 정보 및 임상 소견

환자는 만 27세 남성으로, 2024년 말 갑작스럽게 요통 및 좌측 둔부, 하지, 족부 통증이 발생하였다. 2025년 1월 타 병원에서 요추 X-ray 및 MRI 촬영 후 “L5-S1 추간판 탈출증” 진단 받은 후, 경구 약물 치료를 시행하였다. 2025년 4월 통증이 심화되어 2025년 5월 타 병원에서 요추 MRI 촬영 후 ‘L5-S1 추간판 탈출증, 이전보다 심화되었다’ 소견으로 수술을 권유받았으며, 이후 신경차단술 2회와 경구 약물 치료 및 물리치료를 시행하였다. 그러나 2025년 8월 증상이 급격히 악화되어 2025년 8월 중순 본원에 내원하였으며, 약 6주간 입원 치료를 진행하였다.

본원 초진 시 환자는 2025년 5월 타 병원에서 촬영한 MRI 영상을 지참하였으며(Fig. 4), 주소증과 관련된 기존 복용 약물 및 과거력은 없었다. 사진(四診) 소견 상 식욕과 소화, 대소변 상태는 양호하였으나, 불면 및 맥진상 삼맥(澹脈)이 관찰되어 최종적으로 혈어증(血瘀證)으로 변증(辨證)하였다. 입원 3일 차에 시행한 혈액학적 검사 결과, T-Bilirubin 1.25 mg/dL(참고치 0.2~1.2 mg/dL)로 소폭 상승되어 있었으며, 공복 혈당은 65.0 mg/dL(참고치 70~110 mg/dL)로 확인되었으나 그 외에 임상적으로 유의미한 이상 소견은 관찰되지 않았다.

(2) 치료적 중재

침 치료는 0.25×40mm 침을 사용하여 1일 1~2회, 15분간 시행하였다. 취혈은 족태음비경의 삼음교(SP6), 족태양방광경의 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 승근(BL56), 승산(BL57), 곤륜(BL60), 족소음신경의 태계(KI3), 족소양담경의 환도(GB30), 양릉천(GB34), 현종(GB39)을 선택하였으며, 독맥의 요양관(GV3) 및 경외기혈인 요추 협척혈(EX-B2)을 병행하였다. 약침 치료는 요추 협척혈(EX-B2) 및 환도(GB30)에 1일 1회씩 주 2회, 봉침 치료는 동일 혈위에 1일 1회씩 주 5회 시행하였다. 요추부 압통처에는 점관법을 1일 2회, 5분간 시행하였다.

한약은 입원 당일부터 퇴원일까지 강척제통탕(強脊制痛湯, Gangchukjetong-tang) 및 강골단(強骨丹, Gangoldan)을 1일 3회 처방하였으며, 불면 조절을 위해 취침 전 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯, Shihogayonggolmoryo-tang) 1포를 처방하였다. 추나요법을 주 5회(총 23회) 실시하였고, 물리치료사에 의한 도수치료를 하요추부 및 둔부를 중심으로 주 1회 병행하였다. 입원 기간 중 증상 호전 양상에 맞추어 자가 운동을 교육하고 수행하도록 하였다. 초기에는 앙와위 골반 운동을 지도하였으며, 통증이 완화됨에 따라 좌위 유지 및 워커를 이용한 복도보행 훈련을 실시하였다.

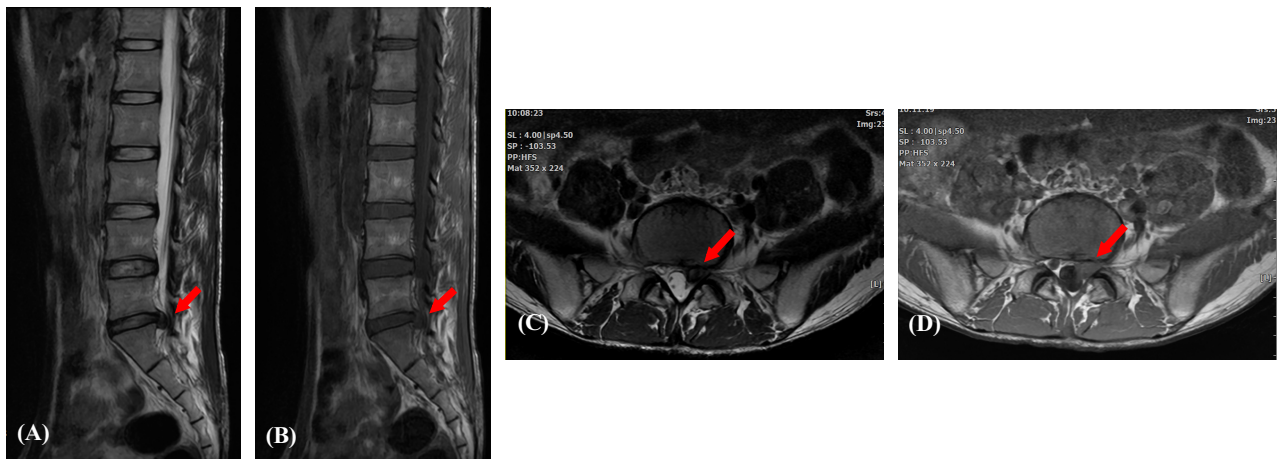


Fig. 4. Lumbar spine MRI of case 2 (May 2025). (A) Sagittal T2-weighted image (B) Sagittal T1-weighted image (C) Axial T2-weighted image (D) Axial T1-weighted image.

(3) 경과

입원 시 지참한 2025년 5월 요추 MRI 영상은 NASS 분류 기준에 따라 탈출 추간판(Extruded disc)으로 확인되었다. 통증 강도는 입원 당일 NRS 8에서 입원 3주차 NRS 4, 퇴원 시 NRS 2로 감소하였으며, 퇴원 약 2개월 후 외래 추적 관찰 시에는 NRS 1로 완화된 상태를 유지하였다(Fig. 5). 입원 초기 극심한 통증 제어를 위해 입원 당일부터 일주일간 진통 주사제(트라마돌염산염, tramadol hydrochloride, 50mg/1mL) 1앰플을 근육 주사하여 8시간 간격으로 1일 3회 투여하였고, 이후 4일간은 1일 2회(07:00, 20:00)로 감량하였다. 입원 12일 차부터 4일간은 1일 1회(07:00) 투여하였으며, 이후 중단하였다.

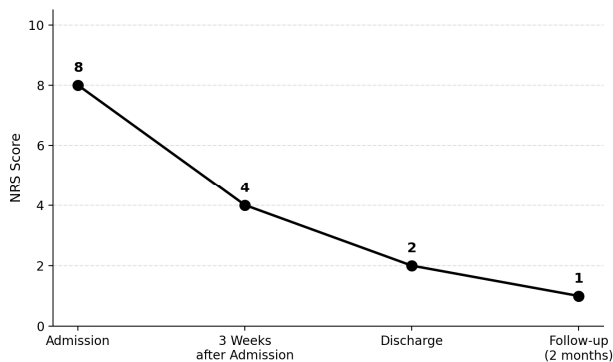


Fig. 5. Changes in numeric rating scale (NRS) score of case 2.

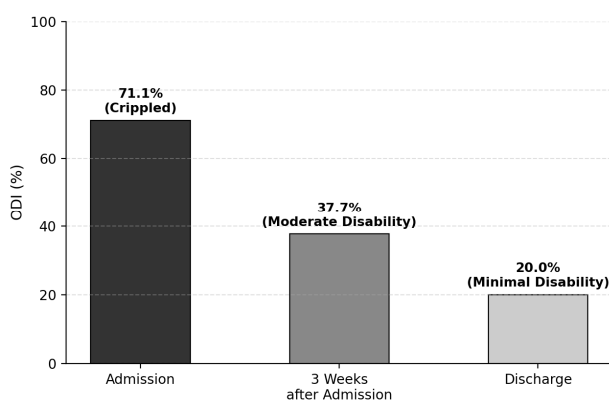


Fig. 6. Changes in Oswestry disability index (ODI) of case 2.

Table II. Changes in Pain-Free Walking Distance of Case 2

	Admission	3 Weeks after Admission	Discharge
PFWD (m)	10	280	700

PFWD: Pain-Free Walking Distance

ODI는 입원 시 71.1%(극심한 장애)에서 입원 3주차에 37.7%(중등도 장애), 퇴원 시 20.0%(경미한 장애)로 개선되었다(Fig. 6). 보행 능력의 경우, 입원 당시에는 자가 보행이 불가하였으며 워커를 사용하여 통증 없이 보행 가능한 거리는 10m 내외였다. 입원 3주차에는 워커를 사용하여 약 280m(복도 4회 왕복), 퇴원 시에는 워커를 사용하여 약 700m(복도 10회 왕복)까지 보행 거리가 연장되었다(Table II). 치료 과정 중 이상 반응(Adverse Event)은 나타나지 않았다.

4. 고찰

본 증례는 만성 파열형 LDH 환자 2례를 대상으로 추나요법을 포함한 복합 한의치료를 시행하였다. 그 결과, 입원 시 극심한 통증을 호소하던 두 환자 모두 약 6~7주간의 치료를 통해 NRS 8에서 2로 유의하게 감소하였으며, ODI는 증례 1의 경우 75.5%에서 35.5%로, 증례 2는 71.1%에서 20%로 개선되었다. 두 증례 모두 입원 당시 통증으로 독립 보행이 불가하여 워커를 이용한 PFWD가 약 10m 내외로 측정되었으나, 퇴원 당일에는 증례 1이 약 980m, 증례 2가 약 700m로 증가하였다. 또한, 퇴원 후 추적 관찰 시 두 증례 모두 NRS 1 수준으로 호전된 상태를 유지하였다.

LDH는 탈출된 수핵의 형태학적 특성에 따라 팽윤, 돌출, 탈출, 격리 추간판으로 분류된다. 이 중 본 증례에 해당하는 탈출 추간판(Extruded disc)은 수핵이 섬유륜 전층을 뚫고 탈출한 상태를 의미하며, 탈출된 원위부의 폭이 기저부보다 넓게 관찰되는 점이 특징이다. 시상면(Sagittal images)에서 탈출된 추간판 물질이 해당 추간판 높이(Level)를 벗어나 상하로 전위되어 나타나는 경우에도 탈출 추간판으로 진단한다¹⁵⁾.

이러한 탈출 추간판은 섬유륜 전층의 파열을 전제로 하기에 임상적으로 파열형 LDH로 정의된다. 파열형 LDH는 비파열형에 비해 초기 통증과 부종이 극심하지만, 역설적으로 높은 자연 흡수율을 나타낸다. 이는 섬유륜 파열을 통해 탈출한 수핵이 경막외 공간의 혈류와 접촉하

면서 급성 면역 반응이 활성화되는 것에 기인한다. 이 과정에서 유입된 염증 세포는 효소 분비를 통해 추간판 물질의 분해 및 흡수를 가속한다. 특히 격리된 추간판의 경우 약 96%에 달하는 높은 자연 흡수율이 보고된 바 있다¹⁶⁾.

파열형 LDH에서 통상적으로 증상 발현 후 12주가 지나도록 보존적 치료에 반응하지 않는 경우를 만성 단계로 규정하며, 이 시기 이후에도 지속되는 신경근 압박과 통증에는 수술적 처치를 적극적으로 고려해야 한다. 만성 단계까지 보존적 치료에 반응하지 않는 경우, 장기적인 신경 압박으로 인한 축삭 변성 등 비가역적 손상이 초래될 수 있다. 또한, 수핵의 섬유화 및 석회화는 신경근 유착으로 이어져 난치성 통증의 원인이 되며, 척추 분절의 불안정성 등 이차적 구조 변화를 동반할 수 있어 적절한 시기의 수술적 치료가 권고된다¹⁷⁾.

본 증례의 환자들이 시행 받았던 신경차단술은 주로 스테로이드 주사(Epidural Steroid Injection, ESI)를 통해 이루어진다. ESI는 초기 염증 억제에는 효과적이나, 6개월 이상의 장기적 예후에는 유의미한 영향을 미치지 못한다는 한계가 지적되어 왔다¹⁸⁾. 특히 반복적인 스테로이드 사용은 국소 조직의 퇴행을 가속하거나 신경 주변 조직의 유착을 유발할 우려가 있어 만성 단계 환자에게는 신중한 접근이 요구된다¹⁹⁾. 이러한 ESI의 한계와 대조적으로, 본 증례의 복합 한의치료는 퇴원 후 진행된 추적 관찰 결과 최소 2개월에서 최대 6개월까지 호전된 상태를 유지하였다. 이는 본 치료법이 단순히 일시적인 염증 제어에 그치지 않고, 척추 분절의 동적 안정성을 회복시키고 신경 감각의 저하를 유도함으로써 만성 단계 환자에게 장기적인 재발 방지 가능성을 시사한다.

이는 수술적 처치를 고려해야 하는 만성 파열형 LDH 환자에게 조직 손상을 최소화하면서도 근본적인 증상 개선을 도모할 수 있는 비수술적 대안이 될 수 있다. 본 증례의 환자들은 만성 단계의 추간판 탈출증 환자로, 타 의료기관에서 수술적 처치를 권유받은 상태였다. 그러나 환자들이 비수술적 보존 요법을 강력히 희망하였고, 의료진 역시 복합 한의치료를 통해 임상적 호전을 기대할 수 있다고 판단하여 복합 한의치료를 시행하였다.

추나요법은 한의사가 신체의 일부분이나 추나 테이블

등의 보조기구를 활용하여 환자의 신체 구조에 유효한 자극을 가함으로써 구조 및 기능적 문제를 해결하는 한 방 수기요법이다. 추나요법은 크게 신체 관절 구조물에 시행하는 정골추나기법과 연부조직을 대상으로 하는 근막추나기법으로 대별된다. 정골추나는 뼈와 관절의 부정렬을 교정하고 신체 균형을 회복시키는 것을 목적으로 하며, 근막추나는 근육과 근막의 긴장을 해소하여 국소 순환을 개선하고 연부조직의 신장성 향상을 목적으로 한다¹²⁾.

굴곡신연기법은 추나 테이블을 이용하여 척추 분절을 수동적으로 견인함으로써 극돌기 사이의 공간을 확보하고 추간판 내부에 음압을 형성한다. 이 과정에서 탈출한 수핵에 의한 신경근 압박이 감압되고, 후종인대의 견인을 통해 수핵을 전방으로 밀어주는 효과를 유도한다⁸⁾. 또한, 서근통락(舒筋通絡)의 효과를 통해 울체된 기혈의 순환을 촉진함으로써 초기 통증 완화에 기여한다. MFR은 혈관운동성 반응을 유도하여 혈류량을 증가시키고, 대사 폐기물의 배출을 증진하여 손상된 근막 체계의 가동성 회복을 목적으로 한다. MET는 환자의 능동적인 등척성(isometric) · 등장성(isotonic) 수축을 조절하여 과긴장된 근육의 이완을 유도하고 근육을 적절히 신장시켜 통증 유발점 비활성화 및 제한된 관절 가동 범위 회복을 도모한다¹²⁾.

본 연구에서는 환자의 통증 민감도와 회복 상태를 고려하여 굴곡신연기법, MFR, MET 순으로 추나 기법을 단계적으로 적용하였다. 입원 초기 NRS 8의 극심한 통증과 신경근 부종이 관찰되는 상태에서는 물리적 자극을 최소화하면서 척추 내압을 낮추기 위해 하부 요추를 중심으로 굴곡신연기법을 우선적으로 시행하였다. 통증이 초기 대비 약 20~30% 감소한 시점부터는 장기적인 신경 압박으로 경직된 요방형근, 흉요근막, 둔근 등에 MFR을 적용하여 안전한 가동 범위를 제공하고, 조직의 유연성을 확보하였다. 통증이 50~60% 이상 호전되어 능동적 움직임이 가능해진 회복기에는 장요근 및 둔부 근육을 대상으로 MET를 시행하여 약화된 근육을 활성화하고 척추의 동적 안정성을 도모하였다.

이러한 단계별 접근은 만성 단계 환자에게 빈번한 신경근 유착과 연부조직의 섬유화에 대응하여 부작용을

최소화하면서 가동성을 점진적으로 확보하는 데 효과적이었다. 또한, 추나 치료와 병행된 앙와위 발목 및 골반 운동, 워커 보행 훈련 등은 확보된 관절 가동 범위를 유지하고 정렬된 척추 구조가 동적 안정성을 유지하도록 작용하였다.

추나요법과 함께 침, 약침, 봉침 치료를 병행하였다. 침 치료는 족태음비경의 삼음교(SP6)를 시작으로 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 승근(BL56), 승산(BL57), 곤륜(BL60) 등의 족태양방광경, 태계(KI3)의 족소음신경, 환도(GB30), 양릉천(GB34), 현종(GB39)의 족소양담경, 그리고 요양관(GV3) 및 요추 협척혈(EX-B2)을 취혈하여 기혈 순환과 근육 이완을 도모하였다. 봉침과 약침 치료는 요추 협척혈(EX-B2) 및 환도(GB30)에 시행하여 국소 혈류 개선과 항염 작용을 유도하였다. 그 외 보조 치료로 부항 및 기기구술을 병행하였다.

환자들은 사진(四診) 결과 삼맥(滲脈)이 확인되었으며, 야간에 심화되는 통증 및 특정 부위에 자통(刺痛)을 호소하는 등 혈어증(血瘀證)의 임상 소견을 보였다. 이에 기혈(氣血)의 정체를 해소하고 염증 및 통증을 조절하기 위해 본원 원내 처방인 강척제통탕(強脊制痛湯, *Gangchukjetong-tang*)을 공통 처방하였다²⁰⁾. 강척제통탕은 강척탕(強脊湯, *Gangchuk-tang*)에 항염 및 진통 효과가 있는 장미근(*Root of Rosa multiflora* THUNB.)이 가미된 처방으로, 신경과 척추 주위 염증을 해소하고 신경 재생과 인대 회복을 촉진하여 통증 감소를 유도한다. 본 연구에서는 환자의 임상적 특성에 따라 처방을 차별화함으로써 치료 효과를 극대화하고자 하였다. 척추 주변 인대와 근육의 긴장이 두드러졌던 증례 1의 경우 강추환(強椎丸, *Gangchoo-hwan*)을 병용하였다. 강추환은 강척탕에 강력한 소염·항균 효과가 있는 황금(*Root of Scutellaria baicalensis* GEORGI)과 황련(*Rhizome of Coptis japonica* MAKINO)을 가미하여 고(膏) 형태로 농축 후 환제로 조제한 처방이다. 강척제통탕과 강추환의 병용 투여는 신경근 염증과 부종을 신속히 억제하여 통증을 효과적으로 제어하였다. 반면, 파열된 수핵으로 인해 연골 조직의 손상 회복이 시급하다고 판단된 증례 2의 경우에는 뼈와 연골의 자생력을 높이는 강골단(強骨丹, *Gangol-dan*)을 병용 투여하였다. 강골단은 경옥고(瓊玉膏, *Gyeongok-go*)에 녹

각교(*Processed antler gelatin of Cervus elaphus* L.)를 가미한 처방으로, 전신 기능 활성화 및 통증 완화에 효과적이다. 강척제통탕에 강골단을 병용함으로써 척추의 구조적 안정성을 확보하고, 이를 통해 염증 해소 및 재발 방지 효과를 도모하였다. 또한, 입원 시부터 불면을 호소한 증례 2에게는 취침 전 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯, *Shihogayonggolmoryo-tang*)을 투여하여 수면 장애의 개선을 도모하였다.

증례 1의 경우, 퇴원 6개월 후 시행한 추적 MRI 상 수핵 크기의 변화가 뚜렷하지 않았음에도 임상 증상은 NRS 1 수준으로 유지되었다. 이는 파열형 LDH의 회복 기전이 단순한 수핵의 부피 감소에만 의존하는 것이 아니라, 화학적 염증 해소와 신경 감각의 저하, 그리고 단계별 추나 치료와 운동을 통한 기능적 안정성 회복이 복합적으로 작용한 결과로 사료된다.

본 연구는 만성 파열형 LDH 환자에 대한 복합 한의치료의 유효성을 확인하였으나, 다음과 같은 한계점을 갖는다. 첫째, 본 연구는 소수의 증례를 대상으로 한 보고로 표본이 제한적인 동시에 대조군이 설정되지 않아 자연 경과에 의한 호전 가능성을 완전히 배제하기 어렵다. 특히 본 증례의 대상자는 회복 탄력성이 높은 20대 남성으로 국한되어 있으므로, 복합 한의치료의 유효성을 일반화하기 위해서는 향후 다양한 인구통계학적 특성을 가진 환자군을 대상으로 한 무작위 대조군 연구(RCT)가 수반되어야 한다. 둘째, 본 연구는 여러 치료법이 병행된 복합 치료이므로 각 중재의 개별적 기여도를 명확히 산출하기 어렵다. 특히, 본 증례에서 강조된 추나요법의 단독 효과를 파악하는 데 한계가 있다. 셋째, 임상 환경의 현실적인 제약으로 모든 증례에서 체계적인 영상학적 및 혈액학적 검사의 추적 관찰이 이루어지지 못하였다. 특히 증례 1에서 확인된 바와 같이 영상학적 변화와 임상적 호전이 반드시 일치하지 않을 수 있으므로, 향후 연구에서는 이를 보완한 체계적인 연구 설계가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서는 수술적 처치가 권고되는 만성 단계의 파열형 LDH 환자를 대상으로 약 6~7주간의 복합 한의 치료를 시행하여 유의미한 임상적 호전을 확인하였다. 특히 극심한 통증 관리를 위해 시행한 진통 주사제 투여

를 점진적으로 감량 및 중단한 점은 한의 비수술 치료의 유효성을 뒷받침하는 임상적 지표라 할 수 있다. 결론적으로, 본 연구는 만성 파열형 LDH 환자에 대한 복합 한의치료를 임상적 적용 가능성을 확인한 사례로서 의의가 있다.

5. 결론

본 연구는 수술적 처치가 권고되는 만성 파열형 요추 추간판 탈출증 환자 2례를 대상으로 추나요법을 중심으로 한 복합 한의치료를 시행하고, 그 효과를 관찰한 증례 보고이다. 치료를 통해 극심한 통증의 유의미한 감소, 일상생활 기능 개선, 보행 능력 향상이 확인되었으며, 퇴원 후 추적 관찰에서도 호전 상태가 유지되어 지속적인 임상 개선 가능성을 확인하였다. 치료 과정에서 이상 반응은 관찰되지 않았다. 이러한 결과는 수술이 권고된 상황에서도 복합 한의치료가 안전하고 효과적인 비수술적 대안이 될 수 있음을 시사하며, 향후 체계적인 임상 연구의 기반이 되는 근거를 제공한다.

감사의 글

본 연구는 별도의 연구비 지원 없이 수행되었습니다. 연구의 수행 및 연구 환경을 지원해 주신 강남 모커리한방병원 관계자분들께 깊은 감사를 드립니다. 아울러 유익한 조언을 주신 강남 모커리한방병원 최지수 원장님께 감사드립니다.

References

- Kim YS, Kim DH, Oh JA, Woo HJ. An analysis of domestic research trends on Korean medicine treatments for foot drop patients with lumbar herniated intervertebral disc. *J Korean Med Rehabi.* 2025;35(2):11-25. <https://doi.org/10.18325/jkmr.2025.35.2.11>
- Lee HM, Park MS. Classification and imaging study of the lumbar disc herniation. *J Korean Soc Spine Surg.* 2001;8(3):314-20. <https://doi.org/10.4184/jkss.2001.8.3.314>
- Kwon HK, Park SA, Ahn CB. The case study on 1 case of patients with ruptured intervertebral lumbar disc, treated with Korean medicine. *The Journal of East-West Medicine.* 2014;39(4):21-32. UCI: I410-ECN-0102-2015-500-002166947
- Kögl N, Petr O, Löscher W, Liljenqvist U, Thomé C. Lumbar disc herniation. *Dtsch Arztebl Int.* 2024;121:440-8. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0074>
- Kwon OM, Jung SM, Chang SJ, Lee JM. Safety and efficacy of Korean medicine treatment including chuna manual therapy for patients with spinal, pelvic, or hip fractures: A retrospective chart review. *J Korean Med Rehabi.* 2025;35(4):143-53. <https://doi.org/10.18325/jkmr.2025.35.4.143>
- Yoon KS. A case report on pediatric patient with a tendency of scoliosis improved by chuna manual therapy. *J Korean Chuna Man Med Spine Nerves.* 2025;20(1):49-55. <https://doi.org/10.30581/jcmm.2025.20.1.49>
- Yu S, Lee MJ. A clinical case study using only flexion-distraction technique for ruptured intervertebral lumbar disc. *J Oriental Rehab Med.* 2004;14(1):177-83. UCI: I410-ECN-0102-2015-500-000605103
- Jung WH, Jung JE, Seo SK, Kang JH, Lee CH. The clinical studies for the effects of MyoFascial releasement on patients with nuchal pain caused by traffic accidents. *J Korean Chuna Man Med Spine Nerves.* 2009;4(2):21-9.
- Cho DI, Park DS, Jeong SH, Kim SJ. The effects of MET and ICT in patients with lumbago by meridian muscle electrography. *Korean Med Rehab.* 2014;24(3):121-30. UCI: I410-ECN-0102-2015-500-000300434
- Yim MY, Park HB, Kim JS, Lee HJ, Lim SC, Lee YK. A review of studies on chuna manual therapy for low back pain through Korean database search. *J Korean Chuna Man Med Spine Nerves.* 2021;16(2):55-67. <https://doi.org/10.30581/jcmm.2021.16.2.55>
- Kim GY, Park GE, Park SH, Sung WS, Seo BK, Yang HC, Kim EJ. Clinical application of fascia chuna therapy in the Korean medicine treatment of lumbar compression fractures: Two case reports. *J Korean Chuna Man Med Spine Nerves.* 2025;20(2):1-12. <https://doi.org/10.30581/jcmm.2025.20.2.1>
- Korean Society of Chuna Manual Medicine. Chuna manual medicine. 2.5th ed. Seoul:Korean Society of Chuna Manual Medicine. 2022:168.
- Fardon DF, Williams AL, Dohring EJ, Murtagh FR, Rothman SLG, Sze GK. Lumbar disc nomenclature: Version 2.0: Recommendations of the combined task forces of the North American spine society, the

- American society of spine radiology and the American society of neuroradiology. *Spine J.* 2014;14(11):2525-45. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.04.022>
14. Lee SH, Park JW. The study of factors affecting functional disability of low back pain patients using oswestry disability index (ODI) assessment tool. *Korean J Orthop Manu Ther.* 2007;13(1):18-25.
 15. Waldt S, Gersing A, Brügel M. Measurements and classifications in spine imaging. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2014;18(3):219-27. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1375565>
 16. Zhao Y, Jia Z, Aili A, Muheremu A. Mechanisms and management of self-resolving lumbar disc herniation: bridging molecular pathways to non-surgical clinical success. *J Orthop Surg Res.* 2025;20(1):528. <https://doi.org/10.1186/s13018-025-05959-x>
 17. Golubović J, Jelača B, Rodić D, Torbica S, Stošić S, Đilvesi Đ. Spontaneous resorption of lumbar disc herniation: A narrative review of pathophysiology, predictive factors, and clinical decision-making. *NeuroSci.* 2026;7(2):30. <https://doi.org/10.3390/neurosci7020030>
 18. Curatolo M, Rundell SD, Gold LS, Suri P, Friedly JL, Nedeljkovic SS, Deyo RA, Turner JA, Bresnahan BW, Avins AL, Kessler L, Heagerty PJ, Jarvik JG. Long-term effectiveness of epidural steroid injections after new episodes of low back pain in older adults. *Eur J Pain.* 2022;26(7):1469-80. <https://doi.org/10.1002/ejp.1975>
 19. Jung JH, Ignatius MI, Davis JM, Jim L. Long-term complications of epidural steroid injections. *Curr Phys Med Rehabil Rep.* 2014;2:55-60. <https://doi.org/10.1007/s40141-013-0038-6>
 20. Kim MC, Seo YH, Lee SM, Kim YJ, Hong JR, Yoo DH, Kim JS, Kim TG, Choi JY, Kim TH. The correlation between cross-sectional area of lumbar paraspinal muscles and walking ability in the patients with lumbar spinal stenosis. *J Korean Med Rehabi.* 2016;26(3):109-117. <https://doi.org/10.18325/jkmr.2016.26.3.109>

ORCID

송아현	https://orcid.org/0009-0008-3232-8437
김주엽	https://orcid.org/0009-0001-2806-2794
안은정	https://orcid.org/0009-0009-8966-5124
박지원	https://orcid.org/0009-0009-3399-8915
전영주	https://orcid.org/0009-0005-5016-9634