『韓國韓醫學硏究院論文集』第3卷 第1號
(通卷 第3號): 321~333, 1997
韓國韓醫學硏究院

Korean J Ori Med 3: 321~333, 1997
ISSN 1226-0835

# 推拿治療로 完治된 HIVD 및 慢性腰痛患者의 再發率에 대한 硏究

신준식*

## Ⅰ. 緖論

요통은 매우 만연된 질환으로서 여러 역학 조사에 의하면 성인의 60-80%가 생애 중 어느 한 시기에 요통을 겪게 된다고 한다.[1)2)3)] 韓醫學에서는 腰部를 『黃帝內經』『素問』「脈要精微論」에서 "腎之府"[4)]라고 지칭하고, 朱[5)]는 "腰者 …… 一身所恃而轉移闔闢者也"라고 腎氣와 관련이 있고 一身의 根幹이 됨을 기술하고 있다. 요통의 원인은 다양하고, 정확한 원인을 알 수 없는 경우가 많아서, 좌상, 염좌 또는 요통증(lumbago)이라는 불분명한 진단을 내리는 경우가 50-90%에 이르고 있다고 한다.[6)] 또한, 이에 대한 정확한 진단을 내리는 것이 대단히 難解한 것은 사실이다. 따라서, 대부분의 한의사나 의사들은 원인측면에서 보다는 치료측면에 더욱 중점을 두고 있으며, 본 발표자도 이러한 측면에 착안하여 본 연구를 시행하는 바이다.

1934년 Mixter와 Barr[7)]는 요통 및 좌골 신경통의 가장 중요한 원인이 추간판 탈출증이라 하였고 처음으로 추간판 절제술을 발표하였다. 또한 요통의 치료 성적도 저조하여, 수술적 방법으로 치료한 환자들에게서도 5년간의 경과를 보면 10%를 제외하고는 만족할 만한 동통소실을 보이지 못했다는 보고도 있다.[8)] 그러나 환자 중 많은 수는 보존적 치료만으로도 좋은 결과를 얻고 있으며 단지 추간판 탈출증 환자의 10% 미만만이 3개월 후까지 증상을 지속한다고 한다.[9)] 특히 Kraemer[10)]는 추간판탈출증으로 인한 통증은 3주이내에 개선되기 시작하고 1년안

* 자생한의원 원장

1) Gottlieb, H, Strite, L.C and Koller, R., et. 「Comprehensive rehavilitation of patients having chronic low back pain」. 『Arch. Phys. Med. Rehabil.』 1977: 58: 101-108.
2) 민병우. 「요통」. 『대한통증학회지』 1988: 1(2): 145-153.
3) 한태륜 외. 「동통질문서를 이용한 주관적 동통 및 동통형태에 대한 분석」. 『대한재활의학회지』 1993: 17(3): 406-412.
4) 南京中醫學院醫經教研組. 『黃帝內經素問譯釋』. 上海: 上海科學技術出版社, 1983: 59·197·246·658.
5) 朱丹溪. 『丹溪心法』. 北京市中國書店, 1986: 38·299-302.
6) 李定均·鄭範謨·陳渭教. 『MMPI 檢查要綱』. 서울: 코리언테스팅센터, 1967.
7) Mixter,W. J. and Barr, J. S. 「Rupture of the intervertebral disc with the invilvement of the spinal canal」. 『New Engl. J. Med.』 1934: 211: 210-215.
8) Gottlieb, H, Strite, L.C and Koller, R., et. 「Comprehensive rehavilitation of patients having chronic low back pain」. 『Arch. Phys. Med. Rehabil.』 1977: 58: 101-108.
9) Stephen IE. 『Textbook of Spinal Disorders』. Phil. J. B. Lippincott Company, 1995: 135-141·185·191.
10) Kraemer J. 「Presidental address.natural course and prognosis of intervertebral disc disease Spine」 1995: 20(6): 635-639.

에 99%가 경감된다 하여 수술적 치료가 불필요하다고 하였다. 또한 추간판 탈출증으로 인한 요통과 하지방사통은 보존적 치료를 받게 되면 발병 10-12주 이내에 회복된다고 한다.[11] 보고에 따르면 추간판 탈출증으로 인한 통증을 호소하는 환자 중 5-10%만이 보존적 치료에 실패하여 수술이 필요한 것으로 알려지고 있다.[12] 보존적 치료방법으로는 침상안정과 온열요법·약물치료·견인요법과 추나요법등을 포함한 물리치료 및 침구요법 등 다양한 방법이 사용되고 있다.[13] 이러한 보존적 치료방법은 증상을 완화시키고 탈출된 추간판의 소실을 가져오는 것으로 알려져 있으며, 수술적 치료법에 뒤지지 않는 효과를 가지는 것으로 보고되고 있다.[14][15] 한의학에서는 수술을 하지 않고 추간판 탈출증을 치료하는데 있어서, 추나요법을 이용하여 효과를 보고 있다.

추나요법이란 한의사가 수기를 통하여 관절이나 골격 또는 환자의 특정부위를 교정함으로서 인체의 부정렬 및 부조화로 인한 제반 증상들을 개선하는 치료법으로 주로 척추관절의 변위와 유관조직의 해부학적 위치이상으로 인한 동통질환에 탁월한 효과가 있다. 추나약물요법은 변위된 추골로 인한 연조직손상과 염증으로 나타나는 제 증상에 현저한 효과가 있는 것으로 추나요법과 병행하여 치료효과를 배가 시킬 수 있다. 따라서 추간판 탈출증의 치료에 있어 보존적 치료의 시행이 적극적으로 강구되어야 할 것이다.

이에 본 연구에서는 보존적 치료방법 중에서 추나요법과 추나약물요법의 치료를 통하여 호전된 내원환자들의 재발율에 대하여 추적관찰하여 다음과 같은 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

## Ⅱ. 硏究對象 및 方法

### 1. 연구대상

본 자생한의원에서는 1994년 8월부터 1997년 6월까지 요통과 좌골신경통을 주소로 내원한 환자중에서 척추전산화단층촬영, 자기공명영상장치상에 요추간판 탈출증소견을 보이거나, 임상적 소견으로 추간판 탈출증이 의심되어, 추나 및 약물치료를 받은 후 증상이 소실되거나 호전된 119명의 환자를 대상으로 하여, 환자의 연령 및 성별, 추나치료 및 추나약물요법의 단계별

11) Shavartman L. Weingarten E, Sherry H. Levin C. and Persaud A. 「Cost-effectiveness analysis of extended conservative therapy versus surgical intervention in the management of herniated lumbar intervertebral disc」. 『Spine』 1992: 17(2): 176-182.

12) Shavartman L. Weingarten E, Sherry H. Levin C. and Persaud A. 「Cost-effectiveness analysis of extended conservative therapy versus surgical intervention in the management of herniated lumbar intervertebral disc」. 『Spine』 1992: 17(2): 176-182.

13) 김한식·유근식·이양균. 「보존적 치료로 성공하였던 추간판 탈출증 환자의 추적 관찰」. 『대한재활의학회지』 1994: 18(4): 809-816.

14) 유종운·권도윤·이수아·성인영. 「요추 추간판 탈출증 환자의 보존적 치료후 경과 관찰」. 『대한재활의학회지』 1994: 18(3): 618-628.

15) 고차환·권희규·오정희. 「요통의 보존적 치료효과」. 『대한재활의학회지』 1989: 13(2): 160-169.

호전율, 치료기간별 호전율 및 완치 및 호전 후의 재발율 등을 분석하였다.

## 2. 연구대상의 평가방법

연구대상의 평가방법과 만족도를 객관화함에 있어서 환자의 만족도는 Hudgin[16]의 분류를 이용하였고,(Fig. 1) 연구대상의 추출기준으로서의 평가방법은 치료 전과 후에 각각 Macnab's criteria[17][18]를 이용하여(Fig. 2), 치료전후 각각의 통증 및 기능장애를 평가하는 4분야의 점수를 모두 더해서 치료 후의 점수에서 치료전 점수를 빼서 그 차이가 9-12인 경우를 Excellent, 5-8을 Good, 1-4를 Fair, 0을 Poor로 평가하여 Excellent와 Good에 해당되는 환자를 추출하였다.

## 3. 조사설계

본 연구에서의 모든 통계자료는 (주)코리아 리서치에서 본원의 호전 및 완치환자를 대상으로 하여, 환자들을 치료단계에 따른 비비례적 층화추출한 후 계통 표집으로 119명을 추출하여 전화면접조사의 방법으로 1997년 9월 24일부터 26일까지 조사한 내용이다.

<퇴원시 환자의 만족도>
Excellent : 증세가 완전히 없어져 치료전 종사하던일에 복귀가능하다
Good : 부분적 증세의 호전으로 치료전 종사하던 일에 복귀가능하다
Fair : 부분적인 증세의 호전은 있으나 치료전 종사하던 일에 복귀불가능하다.
Poor : 증세의 호전이 없거나 악화되었다.

Fig. 1. Hudgins의 분류

16) Hudgins WR. 「The role of microdiscectomy」. 『Orthop. Clin. North Am』 1983: 14: 589-603.
17) 이예철. 「통증 치료실에서의 D.I.T.I. 응용」. 『대한통증학회지』 1992: Vol.5 No.2: 199-205.
18) macnab, I. 「Negative disc exploration」. 『J. bone and joint surg.』 1971: 53-A: 891.

<통증 및 기능장애>

A. 요통

a. 없음 3_____

b. 가끔 경미한 통증 2_____

c. 자주 경미한 통증 또는 가끔 심한 통증 1_____

d. 자주 또는 지속적은 심한 통증 0_____

B. 하지 방사통 및 저림

a. 없음 3_____

b. 가끔 경미한 하지 방사통 및 저림 2_____

c. 자주 경미한 하지 방사통 및 저림
또는 가끔 심한 하지 방사통 및 저림 1_____

d. 자주 또는 지속적인 심한 하지 방사통 및 저림 0_____

C. 보행능력

a. 정상, 보행에 제한이 없음 3_____

b. 500m(버스 1정거장 정도의 거리)이상 걸을 수
있으나 통증이나 저림, 근력의 약화가 있는 경우 2_____

c. 통증이나 저림, 근력의 약화로 500m이상 걸을 수 없음 1_____

d. 통증이나 저림, 근력의 약화로 100m이상 걸을 수 있음 0_____

D. 일상생활에서의 동작제한

| | 정상 | 보통제한 | 심한제한 |
|---|---|---|---|
| * 잠자리에서의 돌아눕기 | 2___ | 1___ | 0___ |
| * 세수하기 | 2___ | 1___ | 0___ |
| * 의자에 앉아있기 | 2___ | 1___ | 0___ |
| * 계단 오르내리기 | 2___ | 1___ | 0___ |
| * 쭈그리고 앉기 | 2___ | 1___ | 0___ |
| * 서있기 | 2___ | 1___ | 0___ |

a. 9--12 3_____

b. 5--8 2_____

c. 1--4 1_____

d. 0 0_____

Fig. 2. 요각통 검사표

## Ⅲ. 症例 分析

### 1. 성별 및 연령분포

요통의 남녀간 발생빈도는 남자 39명(32.8%) 여자 80명(67.2%)으로 여자가 많았다. 연령분포는 30대 이하가 19명(16.0%), 40대가 30명(25.2%), 50대가 42명(35.3%), 60대 이상이 28명(23.6%)으로 나타났다.(Table. 1)

### 2. 치료방법 및 치료단계별 호전율

#### 1) 치료방법

① 추나치료

추나요법은 인체의 특정부위를 조작하여 인체의 생리, 병리적 상황을 개선시키는 치료법이다. 추나기법은 추법과 나법으로 크게 대별할 수 있다. 추법은 연령층이 낮거나 척추관절의 변위와 관절가동역(R.O.M)이 제한적일 때 주로 적용하였다. 나법은 연령층이 높거나 척추의 긴장을 완화시키거나 척추의 특정부위(추골간 간격)를 견인시키고자 할 때 적용하였다.

② 추나약물치료

추나약물 요법은 Ⅰ·Ⅱ·Ⅲ단계로 나눠 증상·호전상태·연령등에 따라 구분 적용하였다. 처방은 기본방에 체질과 증상에 따라 가감하였으며, 기본방도 증상과 체질에 따라 용량이 다르게 구성되었다. Ⅰ단계약물은 한약 중 실증에 사용되는 祛風除濕·淸熱解毒 및 活血化瘀의 효능이 있는 약들을 주로 사용하여 核歸療法에 치중하였다. Ⅱ단계약물은 통증이 감소된 후에 補肝腎强筋骨의 효과가 있는 약들을 주로 사용하여 養筋을 목적으로 하였다. Ⅲ단계는 Ⅱ단계약물보다 補肝腎 强筋骨의 효과와 퇴행성 치료에 중점을 두는 보골요법에 치중하였다.

#### 2) 치료단계별 호전율

추나치료 Ⅰ단계에서 호전된 경우는 29명(24.0%)이고, Ⅱ단계에서 호전된 경우는 53명(44.5%)이고, Ⅲ단계에서 호전된 경우는 31명(26.1%)이고, 그 이후 계속해서 추나치료를 받아서 호전된 경우는 6명(5%)에 불과했다.(Table. 2) 추나치료 기간별 호전율을 보면, 3개월 이내에서 호전된 경우는 33명(27.7%)이고, 4개월에서 6개월동안 치료받아서 호전된 경우는 54명(45.4%)이고, 7개월이상 치료받아 호전된 경우는 32명(26.9%)이었다.(Table. 3) 추나약물 단계별 호전율을 보면, 3회 이하에서 호전된 경우가 35명(29.4%)이고, 4회-6회에서 호전된 경우가 61명(51.3%)이고, 7회이상 넘어간 경우는 23명(19.3%)이었다.(Table. 4) 추나치료후 완치 및 호전환자의 기간별 재발율을 보면, 재발환자는 15명(12.6%)이었고, 3개월 이내에 재발한 경우는 6명(40%)이고 4-6개월 사이에 재발한 경우는 4명(26.7%)이고 6개월 이후에 재발한 경우는 5명(33.3%)이었다. 15명의 재발환자 중 13명(86.7%)은 49세 미만이었고, 2명(13.3%)은 50대 이상인 것으로 보아, 50대 이후에 퇴행성척추질환 환자가 오히려 재발율이 낮은 것으로 나타났다. 이러한 원인은 50대 이후에는 지속적인 운동요법과 자기관리를 철저하게 한 것으로 사료된다.(Table. 5)

Table. 1. Age & Sex distribution

| Age(yrs) | Male | Female | Total(%) |
|---|---|---|---|
| -29 | 8(%) | 11(%) | 19(16.0%) |
| 30-39 | 8(%) | 22(%) | 30(25.2%) |
| 40-49 | 15(%) | 27(%) | 42(35.3%) |
| 50- | 8(%) | 20(%) | 28(23.6%) |
| Total | 39(32.8%) | 80(67.2%) | 119(100%) |

Table. 2 Duration of Treatment in a Step

| duration | Cases | (%) |
|---|---|---|
| I Step Tx. | 29 | 24(%) |
| II Step Tx. | 53 | 44.5(%) |
| III Step Tx. | 31 | 26.1(%) |
| Over III Step Tx. | 6 | 5.0(%) |
| Total | 119 | 100(%) |

Table. 3 Duration of Chuna Treatment

| duration | Cases | (%) |
|---|---|---|
| -3 Months | 33 | 27.7(%) |
| 3-6 Months | 54 | 45.4(%) |
| 7 Months- | 32 | 26.9(%) |
| Total | 119 | 100(%) |

Table. 4 Duration of Chuna Herb-Medicine Treatment

| duration | Cases | (%) |
|---|---|---|
| under 3 Times | 35 | 29.4(%) |
| 4-6 Times | 61 | 51.3(%) |
| over 7 Times | 23 | 19.3(%) |
| Total | 119 | 100(%) |

Table. 5. Recurrence rate in a period

| | Total | -3 Mon | 4-6 Mon | 6-Mon | Total(%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Total | 15 | 40.0 | 26.7 | 33.3 | 100 |
| ▣Sex | | | | | |
| Male | 2 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| Female | 13 | 30.8 | 30.8 | 38.5 | 100 |
| ▣Age | | | | | |
| -29 | 4 | 25.0 | 25.0 | 50.0 | 100 |
| 30-39 | 4 | 25.0 | 25.0 | 50.0 | 100 |
| 40-49 | 5 | 40.0 | 40.0 | 20.0 | 100 |
| 50- | 2 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| ▣Duration | | | | | |
| 4-6 Mon | 12 | 41.7 | 16.7 | 41.7 | 100 |
| 7- Mon | 3 | 33.3 | 66.7 | 0 | 100 |

## Ⅳ. 考察

요통은 産業化된 社會의 경우 全 人口의 약 80%가 요통으로 고통받는 것으로 알려지고 있으며[19][20] 생명을 위협하는 경우는 거의 없으나[21] 痛症으로 인한 작업능률의 저하는 환자자신의 경제적인 문제는 물론 사회생활로부터의 고립으로 정신적인 문제까지 야기할 수 있으며 이로 인한 국가적인 경제적 손실 또한 막대하다.[22][23]

요통의 원인은 크게는 정신적 요인과 기질적 장애로 나눌 수 있으며 기질적 장애가 있는 경우 무엇보다도 요부구조 및 주위지지조직의 병적상태 및 병변에 기인하는 것이 대부분을 차지한다.

과거 요통 및 좌골신경통의 발생원인에 대한 기술로써 1934년 Mixter와 Barr[24]에 의해 대부분이 추간판탈출로 인한 신경근압박에 기인한다는 보고가 있고, 많은 이들이 척추관 협착의 구체적인 개념과 척추관 협착증의 비특이적 증상 및 소견을 보다 구체적으로 정의하기까지, 요통 및 좌골신경통은 복합적인 측면에서 이해되지 못하고 그 저조한 치료효과에도 불구하고 주로 고식적인 치료에 의존해 왔다.[25]

---

19) 민병우. 「요통」. 『대한통증학회지』 1988: 1(2): 145-153.

20) 한태륜 외. 「동통질문서를 이용한 주관적 동통 및 동통형태에 대한 분석」. 『대한재활의학회지』 1993: 17(3): 406-412.

21) 고차환 외. 「요통의 보존적 치료효과」. 『대한재활의학회지』 1989: 13(2): 160-169.

22) 강긍모 외. 「요통에 대한 통증관리」. 『대한통증학회지』 1988: 1(2): 181-187.

23) 민병우. 「요통」. 『대한통증학회지』 1988: 1(2): 145-153.

24) Mixter,W. J. and Barr, J. S. 「Rupture of the intervertebral disc with the invilvement of the spinal canal」. 『New Engl. J. Med.』 1934: 211: 210-215.

25) 노약우·송재의·변창세·백창현. 「요통에 관한 임상적 고찰」. 『대한정형외과학회지』 1985: Vol.20 No.3.

추간판은 연골단판·섬유륜과 수핵으로 구성되어 있으며 정상인의 척추에는 제1경추와 제2경추간 관절을 제외한 추체사이에 23개의 추간판이 존재하며 충격흡수제로서 작용한다. 정상적으로 성인에서 추간판은 혈관이 없는 조직으로 세포들은 연골단판의 중심부에 있는 구멍(central pore)를 통한 영양분의 확산(diffusion)에 의해서 영양공급을 받는다. 또한 척추운동과 체중부하가 이러한 확산을 유지하는데 도움을 준다고 보고 있다. Bywater[26]는 척추구조물 중 가장 중요한 것은 추간판이며, 이러한 추간판이 운동분절의 핵심적인 구조가 되며, 여기에 파열, 탈출 및 변성변화 등의 병변이 생기면 다른 운동분절 구조물에도 영향을 끼친다고 하였고, 추간판의 변성은 연령의 증가와 함께 일어나며, 이는 기계적 장애와 외상의 결과라고 하였다. 추간판 탈출증의 발병원인으로 퇴행성 변화와 외상 중 어느 것이 선행되느냐에 대해서는 불분명하나 조[27]는 추간판의 퇴행성 변화가 일차적 원인이라고 보고하였다. 모든 결합조직은 나이가 증가함에 따라 퇴행성 변화를 가져오는데, Yamadam[28]에 의하면 30대부터 연골·골 및 건-인대의 강도가 각각 30%·20% 및 18%가 감소된다고 하였다.

요추 추간판 탈출증은 섬유륜의 파열로 인하여 나타난다. 섬유륜은 분자구조가 다른 2개의 교원섬유로 구성되어 있으며 環狀으로 배열된다. 추간판에 압력이 계속 가해지게 되면 섬유륜의 파열이 먼저 일어나고 이후 추간판의 변성이 일어나면서 수핵이 탈출하게 된다. 특히 섬유륜을 구성하고 있는 섬유가 環狀으로 배열되어 있고 전종인대보다 후종인대가 약하기 때문에 많은 경우 추간판탈출증은 후측방으로 일어나게 된다고 한다.[29] 추간판 자체는 통증을 자각하지 못하고 섬유륜에 분포된 신경도 통각을 전달하지 못한다. 그러나 추체에는 척수신경과 경막신경이 분포하고있어 통증을 전달하게 된다. 경막신경은 척수신경의 전지에서 분지되어 추간공을 통하여 척추강내로 들어와 척수신경 후근의 감각긴경과 회색교통지로부터 교감신경 섬유를 받아 척추강내의 조직과 골막·경막전후·척수·섬유륜 및 후종인대 접합부에 분포하게 된다.[30] 따라서 추간판의 팽윤이나 수핵의 탈출로 후종인대가 신장되어 경막신경을 자극하거나 경막신경이 추간공을 통해 척추강내로 들어가는 도중에 압박이나 자극을 받게 되면 통증이 발생한다.[31] 신경근이 수핵의 탈출로 압박을 받게 되면 초기에는 미세혈관의 혈행장애·부종·화학적 자극·염증·신경의 유합 및 자가면역반응등이 발생하며 이로 인하여 통증이 발생한다. 그러나 CT나 MRI 또는 척수강조영술에서 추간판 탈출증으로 확인된 환자의 경우에도 아무런 임상증상을 호소하지 않는 경우가 많음을 들어 추간판 탈출증에 의한 신경근의 기계적인 압박이

26) Bywaters. E.G.L. 『The pathological anatomy of idiopathic low back pain. Academy of Orth. Surgeons』. Saint Louis: CV. Mosby, 1982: 152-153.

27) 조덕연. 「요추간판 탈출증 100례의 외과적 치료성적」. 『대한정형외과학회지』 1969: 제4권 3호: 41-45.

28) Yamadam. H. 『Strength of Biological Materials』. 1970: 255-282.

29) Stephen IE. 『Textbook of Spinal Disorders』. Phil. J. B. Lippincott Company, 1995: 135-141·185·191.

30) macnab, I.. 「Negative disc exploration」. 『J. bone and joint surg.』 1971: 53-A: 891.

31) 최종립. 「근긴장성요통의 치료에 대한 새로운 소견」. 『대한통증학회지』 1993: 6(1): 83-95.

요통 및 하지방사통의 절대적인 원인이 아니라는 설이 논의되고 있다.[32]

추간판 탈출증에 의한 요통의 치료는 이전에는 탈출된 추간판의 수술적 제거가 유일한 방법이라고 생각되기도 하였으나,[33][34] 최근에는 보존적 치료만으로도 80%이상에서 좋은 결과를 얻고 있다.[35][36][37] 따라서 최근에는 보존적 치료의 적용범위가 확대되어 가는 추세이다. 도수요법(manipulation)은 통증의 인식 변화·근육의 신전·아탈구 개선·관절 유착 개선 및 활액주름의 잠김현상 개선 등의 효과가 있으며,[38] 요추추간판의 팽융이나 척추분리증·추간관절증 및 척추측만증의 치료나 이로 인한 요통의 치료에 이용되고 있으며, 요통의 통증을 경감시키는 기전으로는 근경련 완화·가동성 회복 및 교원조직의 조직액에 대한 변화 등이 거론된다.[39] 특히 요통증상이 발현한 최초 수 주간에 효과가 있다고 한다.[40]

龔등[41]도 추간판 탈출증 환자에서 추나요법은 요부근육의 긴장을 완화시키고 혈액순환을 촉진시켜 염증 및 부종을 소실시켜 이를 실시한 환자에서 91%의 유효율을 얻었다고 보고하였다. 沈등[42]은 이의 기전에 대해서 탈출된 추간판의 위치를 개변시키고 신경근 유착을 분리시키며, 추간판 탈출에 의한 측부협착(lateral stenosis)을 개선시켜 신경근 통로를 넓히고, 탈출된 추간판을 축소시키거나 흡수하도록 하며, 섬유륜이 파열되지 않은 상태에서는 탈출된 추간판을 되들어가도록 한다고 주장하였다.

성별 및 연령분포에 대해 Epstein(1976)[43]은 추간판 탈출증은 30-40세 사이의 남자에 많으

32) 송봉근. 「요추 추간판 탈출증의 보존적 치료에 관한 연구」. 『대한한의학회지』 1995: 제16권 제2호: 64-65.

33) Mixter,W. J. and Barr, J. S. 「Rupture of the intervertebral disc with the invilvement of the spinal canal」. 『New Engl. J. Med.』 1934: 211: 210-215.

34) Berg A. 「Clinical and myelographic studies of conservatively treated cases of lumbar intervertebral disc protrusion」. 『Acta Chir Scand』 1952: 104: 124-129.

35) Saal JA and Saal JS. 「Nonoperrated treatment of herniated lumbar intervertebral disc with radiculopathy : An outcom study」. 『Spine』 1989: 14(4): 431-437.

36) Saal JA, Saal JS and Herzog RJ. 「The natural history of lumbar intervertebral disc extrusions treated nonoperatively」. 『Spine』 1990: 15(7): 683-686.

37) 유종운·권도윤·이수아·성인영. 「요추 추간판 탈출증 환자의 보존적 치료후 경과 관찰」. 『대한재활의학회지』 1994: 18(3): 618-628.

38) Stephen IE. 『Textbook of Spinal Disorders』. Phil. J. B. Lippincott Company, 1995: 135-141·185·191.

39) Onel D. Tuzlack M. Sari H. and demir K. 「Computed tomographic investication of the effect of traction on lumbar disc herniation」. 『Spine』 1989: 14(1): 82-90.

40) Stephen IE. 『Textbook of Spinal Disorders』. Phil. J. B. Lippincott Company, 1995: 135-141·185·191.

41) 龔金德·樓惠軍·吳謂貂·吳文豹. 「推拿治療腰椎間盤突出證180例療效分析」. 『新中醫』 1985: 10: 30-32.

42) 沈景允·錢明山·張志橋. 「요추추간판 돌출증의 안마요법 치료효과에 대한 CT검사관찰」. 『중국중서의 결합잡지』 한글판 1993: 6: 55-57.

43) Epstein, J. A., Epstein, B. S., Lavine, L. S. Carras, R. and Rosenthal, A. D. 「Degenerative

며 척추관 협착증은 40-50세에 가장 많다고 하였으며, Finnesom(1973)[44][45]은 14세에서 79세 사이의 추간판 탈출증 환자를 보고하고 추간판탈출증의 77%가 남자로서 여자보다 많다고 하였다. 본 통계에서의 남녀간 발생빈도는 남자 39명(32.8%) 여자 80명(67.2%)으로 여자가 많았다. 연령분포는 30대 이하가 19명(16.0%), 40대가 30명(25.2%), 50대가 42명(35.3%), 60대 이상이 28명(23.6%)로 나타났다. 치료단계별 호전율을 보면, 추나치료 Ⅰ단계에서 호전된 경우는 29명(24.0%)이고, Ⅱ단계에서 호전된 경우는 53명(44.5%)이고, Ⅲ단계에서 호전된 경우는 31명(26.1%)이고, 그 이후 계속해서 추나치료를 받아서 호전된 경우는 6명(5%)에 불과했다. 추나치료 기간별 호전율을 보면, 3개월 이내에서 호전된 경우는 33명(27.7%)이고, 4개월에서 6개월동안 치료받아서 호전된 경우는 54명(45.4%)이고, 7개월이상 치료받아 호전된 경우는 32명(26.9%)이었다. 추나약물 단계별 호전율을 보면, 3회 이하에서 호전된 경우가 35명(29.4%)이고, 4회-6회에서 호전된 경우가 61명(51.3%)이고, 7회이상 넘어간 경우는 23명(19.3%)이었다.

추나치료후 완치 및 호전환자의 기간별 재발율을 보면, 재발환자는 15명(12.6%)이었고, 3개월 이내에 재발한 경우는 6명(40%)이고 4-6개월 사이에 재발한 경우는 4명(26.7%)이고 6개월 이후에 재발한 경우는 5명(33.3%)이었다. 15명의 재발환자 중 13명(86.7%)은 49세 미만이었고, 2명(13.3%)은 50대 이상인 것으로 보아, 50대 이후에 퇴행성척추질환 환자가 오히려 재발율이 낮은 것으로 나타났다.

## Ⅴ. 結論

본원에서는 1994년 8월부터 1997년 6월까지 내원한 환자 중에서 단순 방사선 사진 및 전산화 단층촬영 등으로 요추 추간판 탈출증이 확진되었거나, 신경학적 이상소견으로 추간판 탈출증이 의심되어, 추나 및 약물치료를 받은 후 Macnab's criteria와 Hudgin의 분류상에서 Excellent와 Good 판정을 받은 119례의 환자를 대상으로 추적관찰하여 재발율 등을 증례분석하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 요통의 남녀간 발생빈도는 총 119례 중 남자가 39례(32.8%) 여자가 80례(67.2%)로 여자가 많았다.
2. 연령분포는 30대 이하가 19례(16.0%), 40대가 30례(25.2%), 50대가 42례(35.3%), 60대 이상이 28례(23.6%)로 나타났다.
3. 치료단계별 호전율을 보면, 추나치료 Ⅰ단계에서 호전된 경우는 29례(24.0%)이고, Ⅱ단계에서는 53례(44.5%)이고, Ⅲ단계에서는 31례(26.1%)이고, 그 이후 계속해서 추나치료를 받아서 호전된 경우는 6례(5%)에 불과했다.
4. 추나치료 기간별 호전율을 보면, 3개월 이내에서 호전된 경우는 33례(27.7%)이고, 4개월에서

---

lunbar spondylolisthesis with an neural arch (pseudospondylolisthesis)」. 『J. Neurosurg』. 1976: 44: 139-147.

44) Finneson, B. E. 「A lumbar disc surgery predictive score card」. 『Spine』 1978: 3(2): 186-188.

45) Finneson, B. E. 『Low Back Pain』. 2nd Ed. Phil., J. B. Lippincott Co., 1980: 320-326.

6개월 동안 치료받아서 호전된 경우는 54례(45.4%)이고, 7개월 이상 치료받아 호전된 경우는 32례(26.9%)이었다.

5. 추나약물 단계별 호전율을 보면, 3회 이하에서 호전된 경우가 35례(29.4%)이고, 4회-6회에서 호전된 경우가 61례(51.3%)이고, 7회이상 넘어간 경우는 23례(19.3%)이었다.

6. 추나치료후 완치 및 호전환자의 기간별 재발율을 보면, 재발환자는 119례 중 15례(12.6%)이었고, 3개월 이내에 재발한 경우는 6례(40%)이고 4-6개월 사이에 재발한 경우는 4례(26.7%)이고 6개월 이후에 재발한 경우는 5례(33.3%)이었다.

**【색인어】** 재발율, HIVD, 만성 요통, 추나 치료

## 參考文獻

1. 강긍모 외.「요통에 대한 통증관리」.『대한통증학회지』, 1988.
2. 고차환·권희규·오정희.「요통의 보존적 치료효과」.『대한재활의학회지』, 1989.
3. 김한식·유근식·이양균.「보존적 치료로 성공하였던 추간판 탈출증 환자의 추적 관찰」.『대한재활의학회지』, 1994.
4. 노약우·송재의·변창세·백창현.「요통에 관한 임상적 고찰」.『대한정형외과학회지』 1985: Vol.20 No.3: June.
5. 민병우.「요통」.『대한통증학회지』 1988: 1(2): 145-153.
6. 송봉근.「요추 추간판 탈출증의 보존적 치료에 관한 연구」.『대한한의학회지』 1995: 제16권 제2호.
7. 유종운·권도윤·이수아·성인영.「요추 추간판 탈출증 환자의 보존적 치료후 경과 관찰」.『대한재활의학회지』 1994: 18(3): 618-628.
8. 이예철.「통증 치료실에서의 D.I.T.I. 응용」.『대한통증학회지』 1992: Vol.5 No.2.
9. 이정균·정범모·진위교.「MMPI 檢査要綱」.『코리언테스팅센터』, 1967.
10. 조덕연.「요추간판 탈출증 100례의 외과적 치료성적」.『대한정형외과학회지』 1969: 제4권 3호.
11. 최종립.「근긴장성요통의 치료에 대한 새로운 소견」.『대한통증학회지』 1993: 6(1): 83-95.
12. 한태륜 외.「동통질문서를 이용한 주관적 동통 및 동통형태에 대한 분석」.『대한재활의학회지』 1993: 17(3): 406-412.
13. 龔金德·樓惠軍·吳謂韶·吳文豹.「推拿治療腰椎間盤突出證180例療效分析」.『新中醫』 1985: 10: 30-32.
14. 南京中醫學院醫經教研組.「黃帝內經素問譯釋」.『上海科學技術出版社』, 1983.
15. 沈景允·錢明山·張志橋.「요추추간판 돌출증의 안마요법 치료효과에 대한 CT검사관찰」.『중국중서의 결합잡지 한글판』 1993: 6: 55-57.
16. 朱丹溪.「丹溪心法」.『北京市中國書店』, 1986.

17. Berg A. 「Clinical and myelographic studies of conservatively treated cases of lumbar intervertebral disc protrusion」. 『Acta Chir Scand』 1952: 104: 124-129.
18. Bywaters. E.G.L. 「The pathological anatomy of idiopathic low back pain」. 『Academy of Orth. Surgeons』. Saint Louis, CV. Mosby, 1982.
19. Epstein, J. A., Epstein, B. S., Lavine, L. S. Carras, R. and Rosenthal, A. D. 「Degenerative lunbar spondylolisthesis with an neural arch (pseudospondylolisthesis)」. 『J. Neurosurg』. 1976: 44: 139-147.
20. Finneson, B. E. 「A lumbar disc surgery predictive score card」. 『Spine』 1978: 3(2): 186-188.
21. Finneson, B. E. 『Low Back Pain. 2nd Ed.』. Phil., J. B. Lippincott Co., 1980: 320-326.
22. Gottlieb, H, Strite, L.C and Koller, R., et. 「Comprehensive rehavilitation of patients having chronic low back pain」. 『Arch. Phys. Med. Rehabil.』 1977: 58: 101-108.
23. Hudgins WR. 「The role of microdiscectomy」. 『Orthop. Clin. North Am』 1983: 14.
24. Kraemer J. 「Presidental address」. 『natural course and prognosis of intervertebral disc disease Spine』 1995: 20(6): 635-639.
25. macnab, I.. 「Negative disc exploration」. 『J. bone and joint surg.』 1971: 53-A: 891.
26. Mixter,W. J. and Barr, J. S. 「Rupture of the intervertebral disc with the invilvement of the spinal canal」. 『New Engl. J. Med.』 1934: 211: 210-215.
27. Onel D. Tuzlack M. Sari H. and demir K. 「Computed tomographic investication of the effect of traction on lumbar disc herniation」. 『Spine』 1989: 14(1): 82-90.
28. Saal JA and Saal JS. 「Nonoperrated treatment of herniated lumbar intervertebral disc with radiculopathy : An outcom study」. 『Spine』 1989: 14(4): 431-437.
29. Saal JA, Saal JS and Herzog RJ. 「The natural history of lumbar intervertebral disc extrusions treated nonoperatively」. 『Spine』 1990: 15(7): 683-686.
30. Shavartman L. Weingarten E, Sherry H. Levin C. and Persaud A. 「Cost-effectiveness analysis of extended conservative therapy versus surgical intervention in the management of herniated lumbar intervertebral disc」. 『Spine』 1992: 17(2): 176-182.
31. Stephen IE. 『Textbook of Spinal Disorders』. Phil. J. B. Lippincott Company, 1995.
32. Yamadam. H. 『Strength of Biological Materials』, 1970: 255-282.

= ABSTRACT =

# A study of Recurrence rate in a period about patient who had HIVD and chronic back pain cured by chuna treatment

Shin Jun-Sik, OMD, PhD*

Clinical studies were performed on 119 cases who had HIVD and chronic back pain cured by chuna treatment from August 1984 to June 1997.

The results were as follows :

1. In 119 cases of HIVD and chronic back pain, 39 cases(32.8%) were male and 80 cases (67.2%) were female.
2. In 119 cases of HIVD and chronic back pain, 19 cases were under the age of 30 and 30 cases were under the age of 40 and 42 cases were under the age of 50 and 28 cases were older than 60 years old.
3. On Duration of Treatment in a Step, 29 cases were taken Ⅰ-step treatment and 53 cases were taken Ⅱ-step treatment and 31 cases were taken Ⅲ-step treatment.
4. In 119 cases of HIVD and chronic back pain, recurrent rate was 12.6%

**【Key Words】** Recurrence rate, HIVD, chronic back pain, chuna treatment

* *The chairman of Korean Chuna society, Head doctor of hospital of Ja-seng oriental medi cine*