

腰痛의 保存的 治療法을 시행한 患者群에 대한 청파전의 臨床的 效果

김동우* · 김 용** · 신준식

*자생한방병원 내과학교실 **재활의학과교실

The clinical effect of Cheongpa-jeon on the group of patients who were treated under conservative remedies for LBP(Low Back Pain)

Dong-Woo Kim, Yong Kim, shin jun shik

Dept. of Intenal Medicine and Rehabilitation Medicine

Hospital of Jaseng oriental medicine, Seoul, Korea

Low back pain(LBP) is known as one of the diseases that produce severe pains with 80% of the whole population having experienced it and reported that, even at this moment, 20-30% of the world population is suffering from it.

The writer has performed 'Conservative remedies (non-surgical procedures taken)' from 1st of January 2003 to 31st of December the same year for 76 cases who have been hospitalized in Jaseng Hospital and adopted as having been diagnosed either HIVD L4-5 or HIVD L5-S1 or as having both.

The clinical analysis was made through statistical researches which include : the changing degree in SLR test of the Cheongpa-jeon(CP) taking patient group and the non-taking group, the change of VAS(Visual analogue scale) against pains, and the days of hospital treatment.

The result demonstrated that the CP taking group showed higher changes in SLR test, bigger reduction in VAS changes and the days for hospitalization shorter than the group that didn't take CP.

Key Words : Low back pain, LBP, HIVD, Conservative remedies, Cheongpa-jeon

I. 緒 論

腰痛이란腰部에 나타나는 모든痛症을 一括하여 사용하는 용어로서 단순히 症狀을 표현할 뿐 어떤 特定한 病名이나 症候群을 指稱하는 것은 아니며,^{1,6)} 腰椎部와 薦骨部の 疼痛 및 腰脚疼痛에 대한 主訴症이 곧 腰痛으로 取扱된다. 腰椎는 다른 椎體

와 비교하여 體重을 支持하는데 수반되는 緊張이나 壓迫을 가장 많이 받으며 運動範圍도 넓고 筋肉發達도 다른 部位보다 월등하므로 損傷과 變性の 기회가 그만큼 많아 腰痛은 흔히 볼 수 있는 疾患中의 하나이다²⁾ 현재, 腰痛은 인류에게 苦痛을 주는 痛症 疾患 중 가장 많은 부분을 차지하는 疾患의 하나로 전 인구의 80% 이상에서 경험하며 현재 이 순간에도 20~30%의 사람들이 腰痛에 시달리고 있

■ 교신저자 : 김동우, 서울시 강남구 신사동 635번지 자생한방병원
Tel : 011-9786-1211 E-mail : porsche-t@hanmail.net

다고 報告되고 있다.^{1,47)}

이에 필자는 2003년 1월 1일부터 2003년 12월 31일 까지 자생한방병원에 入院했던 腰痛 患者 76例를 대상으로 보존적 치료법을 시행하고, 臨床統計를 分析하여 腰痛治療效果에 대한 결과를 報告하고자 한다.

Ⅱ. 研究 및 治療方法

1. 연구대상

2003년 1월 1일부터 2003년 12월 31일까지 자생한방병원에 입원했던 요통 환자 중 방사선 진단상 HIVD L4-5 혹은 HIVD L5-S1, 혹은 두가지 모두를 진단받은 환자 76例를 對象으로 하였다.

2. 연구 기준

입원일 1개월(30일)을 기준으로, 1개월 이내에 퇴원한 환자 혹은 입원한지 1개월째 되는 환자자중 상기 연구대상에 부합하는 환자를 기준으로 하였다.

- 1) 실험군 : 상기 진단을 받은 환자 중 입원시부터 퇴원시까지 청파전만을 복용한 환자 55례
- 2) 대조군 : 상기 진단을 받은 환자 중 입원시부터 퇴원시까지 청파전을 복용하지 않은 환자 21례

3. 치료평가의 기준

환자의 자각증상에 대한 호전정도 평가에 대한 참고는 문진을 통해 이루어졌다.

1) VAS assessment (Visual analogue scale을 이용한 일차원적인 평가)

증상의 자각정도를 초진시 10으로, 증상이 소실되

었을 때 0으로 하여, 0에서 10까지로 구분하여 증상의 자각정도를 표현하게 하였다.

이학적 검사상 호전도 평가는 SLR에 대한 망진을 통하여 이루어졌다.

2) S.L.R test (straight leg raising test)

- (1) 입원당시와 퇴원 혹은 1개월째 Test한 수치를 측정하였다. 정상치를 80도로 하여, 이를 4등분한 후, 최소 1/4(20도) 이상의 변화가 발생한 환자의 경우에만 측정치를 기록하였으며, 20도 미만의 변화나 “기록이 미비한 경우”는 배제하였다.
- (2) 단측장애(장애가 발생한 부위가 단측(좌 혹은 우)일 경우), 좌 양측장애(장애가 발생한 부위가 양측(좌우 모두)일 경우)로 나눔
- (3) 양측장애일 경우, 좌 혹은 우의 SLR변화 중 낮은 수치를 취함.

3) ADM date

대상 환자들 중 퇴원당시 VAS측정치가 0이상 5이하인 환자들의 입원일수를 조사하였다.

4. 치료방법

1) 약물치료

- ① 치료군 : 청파전 (牛膝, 五加皮, 杜仲, 防風 등) 2첩을 하루 3번 나누어 입원일부터 퇴원시까지 복용시킴.
- ② 대조군 : 청파전 이외의 처방을 복용시킴.

2) 추나치료

추나요법의 경우, 모두 동일한 수기법을 사용하

였으며, 2회/週로 시술하였다.

3) 침료법

통기침구침 일회용 0.30x0.40mm stainless steel 호침을 사용

III. 考 察

1. 한의학에서의 요통

腰痛은 인간의 생명을 위협하지는 않으나 日常生活에 障碍를 초래하는 흔한 疾患 중의 하나로 그 原因이 다양하며 또한 腰痛이 수개월 또는 수년간 지속되면서 心理的, 社會的 要因이 작용하는 경우가 많아 腰痛이 더욱 악화되어 慢性 腰痛으로 발전되는 경우가 많다.³⁻⁵⁾

韓醫學의으로는 腰는 腎之府이므로 外邪를 感受하거나 勞倦內傷, 跌撲閃挫하면 모두 腰部經絡을 阻滯하여 氣血運行이 不暢하거나 혹은 筋脈失養하게 되어 腰痛을 發生함을 알 수 있다.⁹⁾ 許⁸⁾는 腰痛을 그 原因에 따라 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風寒, 濕, 濕熱, 氣의 十種으로 分類하였으며 巢¹⁰⁾는 腰痛의 原因을 五種으로 分類하였는데 “一曰少陰, 少陰腎也, 十月萬物陽氣傷, 是以腰痛, 二曰風痺, 風寒著腰, 是二腰痛, 三曰腎虛, 役用傷腎, 是以痛, 四曰腰, 墜墮傷腰, 是以痛, 五曰寢臥濕也, 是以痛” 이라 하였으며 腎은 腰脚을 主管하는데 腎經虛損하고 風冷乘之하여 腰痛이 된다고 하였다. 王¹¹⁾은 腰痛의 原因을 本證과 表證으로 나누었는데 表證은 風, 寒, 濕, 熱, 閃挫, 瘀血滯氣, 痰積이고, 本證은 腎虛라고 하였다.

2. HIVD (Lumbar intervertebral disc herniation)

Mixter와 Barr의 초기 논문에서 발표된 바와 같이, 좌골신경통의 가장 많은 원인은 요추간판 탈출로 알려져 왔고, 현재에는 이외에도 외측 함요부 협소(lateral recess stenosis), 추간공협소(intervertebral foraminal stenosis), 경막외 출혈(epidural hemorrhage), 농양, 종양등이 원인이 될 수 있는 것으로 밝혀졌다. 척수강조영술, 전산화단층촬영, 자기공명 영상등의 방법으로 일반 대중을 대상으로 한 조사에서 성인 인구의 30%가 요통이나 좌골신경통 없이 팽윤이나 추간판 탈출 소견을 보인다.

추간판 탈출증은 추간판의 병리 혹은 퇴행성 변화에 의해, 수핵을 싸고 있는 섬유륜의 내측 또는 외측 섬유외의 파열로 수핵의 일부 또는 전부가 그 사이로 돌출되어 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 요통 및 신경증상을 유발하는 질환으로, 통상적으로 다음의 세단계로 나뉜다.¹³⁻¹⁴⁾

- ① 돌출 또는 팽윤된 추간판 : 수핵이 파열되어 섬유륜의 내부 틈 사이로 밀고 나온 상태로 외측 섬유륜은 온전하다.
- ② 탈출된 추간판 : 이 경우는 외측 섬유륜까지 파열되어 수핵이 섬유륜의 전층을 뚫고 돌출되었으나, 탈출된 수핵이 아직 추간판중심부의 수핵과 연결되어 있는 상태이다.
- ③ 부골화된 추간판 : 한 개 이상의 탈출된 종물이 유리되어 척수강 내로 빠져 나와 상하좌우로 이동하는 상태이다.

이상의 세가지 단계 중 첫 번째 단계는 불완전 탈출이라 하며, 두 번째와 세 번째는 완전한 탈출이라 한다. 돌출된 크기와 방향에 따라 임상증상이나 신경증상이 좌우되거나 환자가 경험하는 증상은 이와는 상관없이 무증상에서 마미증후군까지 다양할 수 있다.^{13-14,16)}

1) 발생 빈도 및 위험 요소

(가) 유병률 및 이환률

역학적 조사에 의하면 일생동안 겪는 요통의 이환율은 50-70%, 높게는 80%까지 보는 사람도 있으며, 요통의 연간 발생빈도는 대략 5-20%정도이며, 좌골신경통의 연간 발생빈도는 1-5% 정도로 보고되고 있다. 그러나, 이 중에서 본격적인 입원 치료나 수술적 치료를 요하는 경우는 더욱 드물다.

(나) 성별

대부분의 조사에서 비록 차이는 있지만 남자에게서 1.6배 정도 많이 발생한다고 알려져 있다. 그러나 요통 및 좌골신경통에 대한 위험인자는 남녀간에 동일하다고 보고되고 있다.

(다) 연령

추간판 탈출증에 의한 좌골신경통은 20세 이하나 60세 이상에서는 드물며, 대개 활동성이 가장 많은 20대에서 40대 사이에 많이 발생한다. 이러한 연령 분포는 추간판 탈출증에 의해 수술받는 연령분포와도 일치한다.

전 연령을 대상으로 보면 제 4-5요추간에서 가장 많이 발생하나 연령에 따른 발병위치를 살펴보면, 비교적 젊은 연령에서는 제 4-5요추간보다는 제5요추-제1천추간에서 많이 발생하고 제3-4요추나 제2-3요추간과 같은 상위 추간판에서는 나이트 연령층에서 발생한다. 이러한 현상은 자기 공명 영상에서 볼 수 있듯이 요추간판의 퇴행성 변화가 아래쪽에서 위로 진행된다는 것을 보여준다.¹³⁻¹⁴⁾

2) 병리적 소견

수핵의 탈출은 수핵의 퇴행성 변화 외에도 운상 섬유질의 퇴행성 변화에 기인한다. 교원 섬유질의 탄

력성이 감퇴되고 섬유륜의 판구조에 병행하거나 내외측으로 향하는 방사상 균열이 생겨 수핵이 외부로 탈출된다. 탈출된 수핵은 신경근을 자극하여 그 신경근이 구성하는 대퇴 신경이나 좌골 신경을 따라 심한 방사통을 유발한다. 마미 전체를 눌러는 경우 대소변 기능이나 성 기능 장애를 초래하기도 한다.¹³⁻¹⁴⁾

3) 임상소견

가장 많이 나타나는 증상은 요통이며 요추추부를 중심으로 생기지만 범발성인 경우가 많고 심할 때는 자세를 바꾸기도 힘들다. 천장 관절 부위, 둔부, 서혜부 또는 대퇴부까지 옮겨다니는 관련통으로 국한되는 경우도 있으나, 전형적인 경우는 신경근이 자극을 받게 되어 무릎 밑으로 발가락 끝까지 방사되는 방사통이 있다.^{13-14,16)}

추간판 탈출증의 대부분이 제4-5요추간에서 발생하며 상대적으로 제 4 요추이상에서 발생하는 경우는 5-10%로 흔치 않다. 제 4요추 신경근의 압박일 때는 방사통이 대퇴부앞쪽으로, 제 5요추 신경근에 의한 통증은 하퇴부의 바깥쪽, 발등, 엄지발가락쪽으로, 제1 천추신경근의 압박 때는 대퇴부의 뒤쪽, 오금, 하퇴부, 발뒤꿈치의 뒷면과 새끼발가락의 바깥쪽으로 방사된다. 제2 천추 신경근에서 부터 제4 천추 신경근까지는 감각저하나 근력약화 같은 신경증상이 주증을 이루며 동통의 정도나 분포는 일정치 않다.^{13-14,16)}

신경근 압박 증상 가운데 근력약화는 진단적 가치나 예후판정에 중요하므로 주의를 요한다. 근력은 초기에는 비교적 정상이나 시간이 경과함에 따라 점차로 약해지고 근육의 위축도 생기게 되는데 이는 침범된 신경근의 분포에 따라서 일어난다. 제 5요추신경근이 침범되면 주로 족배굴근과 족무지 신전근력의 약화를 가져오는데 약 30-40%의 환자에서는 다른 부분의 근육도 침범된다. 반대로 제 1천추 신경근이 침범되면 슬관절 굴곡근이나 족척굴

및 족부지 굴곡근의 근력약화가 오지만 다른 부분의 근육도 침범된다. 제 5요추 신경근에는 중둔근, 제 1천 추 신경근일때는 대둔근의 이완을 발견할 수 있다.^{13-14,16)}

감각이상은 약 70%에서 나타나는데, 이환된 신경근이 분포하는 부위를 바늘로 찌르면 대개는 지각저하나 지각소실이 나타나게 되는데 간혹 이와는 반대로 통각과민인 형태로도 나타난다. 가장 흔한 제 5요추 신경근의 압박시에는 발등의 내측과 엄지발가락에 지각 감소나 지각이상이 나타나고, 엄지발가락 관절의 감각도 소실된다. 제 1천추 신경근의 압박시에는 발의 외측과 발뒤꿈치에 감각이상을 호소한다.^{13-14,16)}

심부건반사는 제 1천추 신경근 압박 때는 족건반사가 감소 또는 소실되고 제 4요추 신경근이나 제 3요추신경근이 압박될때는 슬개건반사가 감소되지만 제 5요추 신경근 압박때는 특별한 변화가 없다.^{13-14,16)}

3. S.L.R test (straight leg raising test)

이 검사는 허리와 하지의 동통에 대한 원인을 결정하기 위하여 동통을 재현하도록 만들어진 검사이다. 환자는 진찰대 위에서 바로 누운 자세에서 검사한다. 검사자는 환자의 종골을 잡고 발을 받쳐서 환자의 다리를 들어올린다. 이때 슬관절을 신전상태로 유지해야 한다. 검사를 확실히 하기 위해서 환자의 무릎이 구부러지는 것을 방지하기 위해 검사자의 다른 한 손으로 무릎의 양쪽은 고정해 준다. 불쾌감이나 동통없이 다리를 들어 올릴 수 있는 운동범위는 개인 차이가 있기는 하지만 정상적으로 하지와 진찰대의 각도는 약 80도이다. 만일 이 검사를 할 때 동통이 있다면 좌골 신경에 병변이 있는 것인지 대퇴후근의 긴장 때문인지를 결정해야 한다. 대퇴후근의 동통은 단순히 대퇴 후면에만 관련되어 있다. 반면에 좌골 신경통은 신경 경로를 따라서 하퇴까

지 뻘어갈 수가 있다. 또한 요통을 호소하는 경우도 있으며 반대측 하지에도 동통을 호소하는 수도 있다.(교차성 하지 신전 거상 검사 양성반응). 환자가 동통을 느끼는 지점에서 다리를 약간 내린 다음 족관절을 배측 굴곡시켜 좌골 신경을 신장시키면 좌골 신경통을 재현시킬 수 있다. 검사자가 환자의 발을 배측 굴곡시켜도 동통을 느끼지 않으면 하지 신전 거상검사 때의 동통은 단지 대퇴후근의 긴장 때문이라고 할 수 있다. 하지 신전 거상검사와 족관절 배측 굴곡에 양성반응이 나타날 경우에는 환자에게 가능한 동통의 근원에 대한 정확한 위치를 말하도록 한다. 그것은 요추나 좌골신경이 지나가는 경로를 따라 어느 곳에서든지 나타날 수 있다.¹⁵⁻¹⁶⁾

腰痛에 대한 治療는 手術的 治療와 保存的 治療로 大別할 수 있는데, 保存的 治療法에는 針灸療法, 藥物療法, 物理療法, 運動療法 및 精神治療法 등이 該當된다.^{14,6)} 이러한 保存的 治療法에 重點을 두고 腰痛 및 腰脚痛을 主訴로 방사선 진단상 HIVD 진단을 받고, 자생한방병원에 입원한 患者 76名을 對象으로 臨床觀察하여 調査, 分析하였다.

실험군에 활용한 처방은 淸과전(牛膝, 五加皮, 杜仲, 防風等)으로서, 腰脚痛을 主訴症로 하는 患者에게 活血祛風止痛, 化濕消腫, 強筋骨, 祛風止痛의 效능으로 腰膝痠軟, 筋骨無力, 寒濕脚氣등을 主治한다. 淸과전에 쓰인 藥物구성 中 牛膝은 活血祛瘀, 補肝腎, 強筋骨, 利尿通淋, 益血, 下行血작용으로 肝腎不足, 腰膝痠軟, 筋骨無力등에 쓰이고, 五加皮는 祛風濕, 強筋骨, 化濕消腫하여 風濕痺痛, 腰膝疼痛, 筋骨痠軟, 寒濕脚氣등을 치료하며, 杜仲은 補肝腎, 強筋骨, 安胎하여서 腰膝痠痛 혹은 軟弱無力, 陽萎頻尿등을 치료고, 防風은 祛風解表하여 外感風寒, 風熱表證, 風疹瘙癢證을 치료하고 勝濕止痛하여 風寒濕痺證에 止痛하고 祛風止癢하여 破傷風, 抽搦痙攣證을 치료한다.¹²⁾

2003년 1월 1일부터 2003년 12월 31일까지 자생 한방병원에 入院했던 腰痛 患者 중 방사선 진단상 HIVD L4-5 혹은 HIVD L5-S1, 혹은 두가지 모두 를 진단받은 환자 76例를 對象으로 VAS assessment, S.L.R test, ADM date를 분석하였다.

VAS assessment의 경우, 증상의 자각정도를 초진시 10으로, 증상이 소실되었을 때 0으로 하여, 0에서 10까지로 구분하여 증상의 자각정도를 표현하게 하였다. 분석결과, 치료군이 대조군보다 감소정도가 크게 나타났다.(Figure 1.) 또한, 퇴원당시 VAS assessment가 1~5에 해당되는 환자의 비율은 치료군 (94.5%)이 대조군(61.9%)보다 높게 나타났다(Table I.)

S.L.R test의 경우, 입원당시와 퇴원 혹은 1개월째 Test한 수치를 측정하였다. 정상치를 80도로 하여, 이를 4등분한 후, 최소 1/4(20도) 이상의 변화가 발생한 환자의 경우에만 측정치를 기록하였으며, 20도 미만의 변화나 기록이 불확실 한 경우는 배제하였으며, 단측장애(장애가 발생한 부위가 단측(좌 혹은 우)일 경우)와 양측장애(장애가 발생한 부위가 양측(좌우 모두)일 경우)로 나누어 측정하였다. 이때, 양측장애일 경우, 좌 혹은 우의 SLR변화 중 낮은 수치를 취하였다. 분석결과, 단측장애일 경우, 치료군이 대조군보다 변화의 폭이 다소 작게 나타났으며, 양측장애일 경우, 치료군이 대조군보다 변화의 폭이 월등히 크게 나타났다. (Table II.)

Table I . Change of VAS score

	VAS 1-5	VAS 6-10	total
CP	52(94.54%)	3(5.46%)	55
NCP	13(61.9%)	8(38.1%)	21

Self-perceptual degree of the symptoms. Measured "10" in the first medical examination. Measured "0" when the symptoms have faded away.

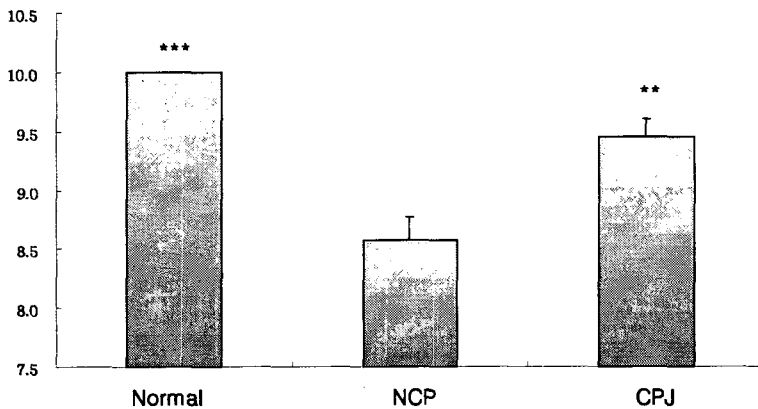


Figure 1. The result above was statistically settled after each VAS figure measured for CPJ treatment group and Control group was subtracted from 10. Normal : Non-treatment group, NCP : Control group, CP : CPJ treatment group. *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $P < 0.001$ (by Student's t-test)

Table II. Change of SLR

	CP	NCP
Single		
20-40	17(89.4%)	7(77.8%)
41-60	2(10.6%)	1(11.1%)
61-80	0	1(11.1%)
Both		
20-40	12(48%)	7(100%)
41-60	5(20%)	0
61-80	8(32%)	0

The figure measured on the 30th day after hospitalization. the angle change shown less than 20 degree in raising leg. classified into a disorder in one leg and a disorder in both legs. When judged the disorder was appeared in both sides, took the lower figure from the SLR test.

ADM date의 경우, 퇴원당시 VAS측정치가 1~5인 환자들의 입원일수를 조사하였다. 분석결과, 치료군이 대조군보다 전반적으로 짧은 입원일수를 나타내었다. (Figure 2.)

IV. 結 論

2003년 1월 1일부터 2003년 12월 31일까지 자생 한방병원에 入院했던 腰痛 患者 76例를 대상으로 보존적 治療法을 시행한 후, VAS assessment, S.L.R test, ADM date의 분석을 시행한 결과, 대분

Comparison with the contro groups and combination medication groups Of CPJ for VAS.

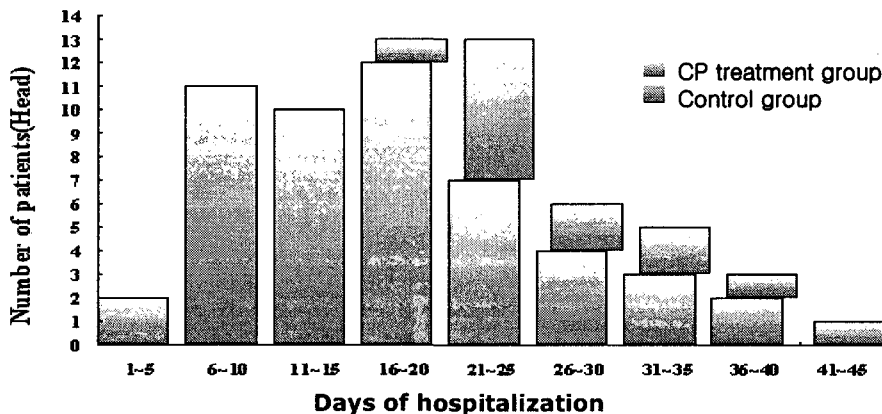


Figure 2. Took on the days of hospital treatment of patients whose VAS figure was between 0 and 5.

의 항목에서 청파전을 복용한 환자군이 비복용 환자군보다 양호한 결과를 나타내었다. 따라서, 요통의 보존적 치료법에서 창파전의 임상적 효과는 양호하다고 볼 수 있겠다.

참고문헌

1. 권 淑 外: EMI-480 治療를 통한 腰痛患者의 治療에 關한 臨床的 觀察, 한방물리요법과학회지, Vol.5, No.1, pp.213-21, 1995.
2. 金根模 : 腰痛에 對한 臨床的 考察, 大韓韓醫學會誌, Vol.13, No.2, pp.88-100, 1992.
3. 문재호 外 : 생활습관이 腰痛유발에 미치는 영향, 대한재활의학과학회지, Vol.15, No.3, pp.349-52, 1991.
4. 문재호 外 : 腰痛의 재활치료에 관한 고찰, 대한재활의학과학회지, Vol.9, No.2, pp.77-81, 1985.
5. 문재호 外 : 腰痛학교가 만성 腰痛의 치료에 미치는 영향에 대한 연구, 대한재활의학과학회지, Vol.14, No.2, pp.324-28, 1990.
6. 안미경 外 : 냉각에 의한 동통에서의 TENS의 효과 연구, 대한재활의학과학회지, Vol.17, No.2, pp.157-64, 1993.
7. Deyo RA : Conservative therapy for low back pain, JAMA 250, pp.1057-62, 1983.
8. 許俊 : 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, pp.278-80, 1980.
9. 李鳳教 外 : 韓方診斷學, 서울, 成輔社, p.200, 1988.
10. 南京中醫學院 : 諸病原候論橋釋(上冊), 北京, 人民衛生出版社, pp.141-7, 1964.
11. 王肯堂 : 六科俊繩, 서울, 大星文化社, p.235, 1992.
12. 동의대학교 본초학교수 康乘秀, 동의대학교 방제학교수 金永坂 共編著, 방제의 체계적 구성을 위한 임상 배합본초학, 도서출판 영림사, p125-6, 393-4, 459-62, 464-7, 628-9, 643-6
13. 석수일, 척추외과학, 도서출판 최신의학사, p190-211
14. 대한정형외과학회(長 石世一), 정형외과학 제5판, 도서출판 최신의학사, P451-5, 1995.
15. Stanley Hoppenfeld, 척추와 사지의 검진, 영문출판사, p258, 1999.
16. American Academy of orthopaedic surgeons, Essential of musculoskeletal care, 한우리출판사, p531-9, 2001.