

M.S.T로 호전된 요통 환자 1례 보고

김규태* · 권승로* · 유혜경**

*자생한방병원 한방신경정신과교실 **자생한방병원 한방부인과교실

Case Report of Low Back Pain patient treated with Motion Style Treatment.

Kim, Kyu-tae · Kwon, Seung-ro · You, Hye-kyung

*Department of Oriental NeuroPsychiatry, Hospital of Ja-Seng Oriental Medicine
Department of Oriental Obstetrics and Gynecology, Hospital of Ja-Seng Oriental Medicine*

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. 서 론

요통은 '허리가 아프다'는 말로 표현되는 요추부에 존재하는 동통을 말하며, 주로 하요추부 병변에 의한다.¹⁾

구미 선진국의 통계에 의하면 전 국민의 70-80%가 일생 중 한번은 요통을 가진다고 하며, 이들 중 2주 이상 증상을 가진 경우가 13.8%이고, 증상의 정도는 심한 증상을 가졌던 경우가 약 22-35%였다. 또 한 해 동안 새로 발생하는 환자가 5%라고 보고

되고 있다.²⁾

요통의 원인으로 내장기성, 혈관성, 신경성, 척추성(요추 골성 원인, 연부 조직의 이상), 심인성등으로 분류할 수 있다.¹⁾ 요통 환자의 검사에서 검사자의 목표는 신경학적 이상에 의한 통증인지 근골격계 이상에 의한 통증인지, 척추 외적 요인에 의한 통증인지를 구별하는 것이다. 비록 수술적 치료의 가능성은 근골격계 이상보다는 신경학적 이상을 가진 환자에서 훨씬 더 필요할 수 있지만, 이들 두 경우 모두에서 수술이 필요한 경우는 1%미만이다.³⁾ 급성 요통 환자에서 보존적 치료는 통증의 조기

■ 교신저자 : 김규태, 서울시 강남구 신사동 635번지 자생한방병원 한방신경정신과 교실
Tel : 02)3218-2000, 011-799-1120 E-mail : yskiteam@hanmail.net

감소와 신체 기능의 조기 회복, 재발과 만성화를 방지하는데 그 목적이 있고, 이를 위하여 가장 안전하고 경제적인 보존적 치료방법들을 먼저 시행하고, 이것이 효과가 없을 때 다른 치료 방법의 사용을 고려하는 것이 바람직하다.²⁾

요통환자가 차도가 없거나 별로 좋아지지 않을 때는 환자는 물론 치료사나 의사의 마음에도 불가피하게 수술을 해야 될 것이라는 생각이 떠오르게 될 것이다. 수술을 해야 할 것인지 혹은 하지 말아야 할 것인지를 문제는 항상 그에 대한 전문의가 결정해야 한다.¹²⁾

M.S.T(동작요법)란 'Motion Style Treatment'의 약어로서(이후 M.S.T로 표기) 자침을 한 후 환자로 하여금 자침부위를 움직이게 하는 새로운 기법으로 본 연구에서는 일반 보존적치료인 침치료와 약물치료, 추나요법을 행하였으나, 별무호전인 요통환자를 대상으로 M.S.T를 시행하여 유효한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 증 례

1. 환자

한 ○ ○, 여자 33세

2. 주소증

하부요추부 통증과 좌측 하지 통증

3. 발병일

2003년 12월 말 일 무리하다 초발

2004년 3월 18일 인라인스케이트 타신 후 악화

4. 과거력

별무

5. 가족력

강직성 척추염(동생)

6. 현병력

2003년 12월 말 일 무리한 후 하부요추부 통증과 좌측 하지 통증이 초발하여 인근병원에서 X-ray 촬영 후 별무진단. 치료 후 별무 호전하여 2004. 2. 25 MRI 촬영하여 HIVD 진단받으시고 수술 권유 받았으나 거절하심. 이후 인근 한의원에서 한방 처치 하셨으나 증상이 심해져 2004년 3월 26일 본원 신경정신과로 입원함.

7. 검사소견

1) 일반혈액검사 및 생화학 검사(04.3.27)

별다른 이상 소견 없음

2) Chest PA(04.3.27)

별다른 이상 소견 없음

3) L-spine MRI(04.2.25)

disc degeneration,

L3-4, L4-5, L5-S1

bulging disc and annular tearing,

L3-4, L4-5

HIVD(right paracentral to central),

L5-S1

4) 이학적 검사(L-spine check;04.3.26)

(1) R.O.M

Flexion 40
 Extension 20
 Lat. bending 20/30
 Rotation 45/45

(2) Special Test

S.L.R 90/40
 Bragard -/+
 Laseque -/+
 Peyton -
 Milgram 0'
 Kcct -/-
 Patrick -/-
 Dorsiflexion -/-
 Plantaflexion -/-

8. 치료

1) 침치료

동방침구침 0.30X40mm로 팔료혈 및 요양관, 명문에 자침하였으며, 통증의 변화시 변증시치 하였다.

2) 추나요법

추법 및 나법을 병행하였으며 추법은 척추관절의 변위와 관절가동범위가 제한적일 때에 주로 사용하였고 나법은 척추의 특정부위(추골간간격)를 견인시키고자 할 때 주로 사용하는 것을 원칙으로 하였으며 내원시 증상에 따라 경추신전법, 경추교정법, 요추수기법, 요추신연교정법, 장골교정법, 선골교정법 등을 병행하였다.

3) M.S.T 요법

M.S.T 요법시 사용되는 행간(行間, LR2), 곡지

(曲池, LI11), 풍부(風府, GV16) 혈을 자침한 후 환자의 양 옆에서 두 명의 의사가 환자를 견인한 체로 보행시켰다. 환자가 스스로 보행이 가능할 경우 의사의 견인은 생략하였다.

9. 약물치료

1) 탕약

(1) 청파전 (04.3.26~3.29, 4.17~5.6)

본원 처방으로 거풍제습, 청열해독 및 활혈화어의 효능이 있는 약들로 구성되어 있으며 3첩을 3회에 나누어 식후 1시간에 복용토록 하였다.

(2) 숙지양근탕(04.3.29~4.1)

본원 처방으로 보익신정시키는 약들로 구성되어 있으며 3첩을 3회에 나누어 식후 1시간에 복용토록 하였다.

(3) 오적산 (04.4.1~4.17)

蒼朮, 麻黃, 陳皮, 厚朴, 桔梗, 枳殼, 當歸, 乾薑, 白芍藥, 白茯苓, 川芎, 白芷, 半夏, 桂皮, 甘草, 生薑, 葱白으로 구성되어 있으며 3첩을 3회에 나누어 식후 1시간에 복용토록 하였다.

2) 환약 및 산제

(1) 청웅바로(04.3.26~4.13)

본원 처방으로 신바로메틴 및 청열해독의 작용이 있는 약제가 포함된 환약으로 2포를 2회에 나누어 아침, 저녁에 복용토록 하였다.

(2) 육미지황환(04.4.13~4.19)

熟地黃, 山藥, 山茱萸, 牡丹皮, 澤瀉로 구성된 환약으로 2포를 2회에 나누어 아침, 저녁에 복용토록

하였다.

(3) 보로(보증익기) (04.4.19~5.6)

제일약품에서 시판하고 있는 쓰므라 한방과립제로 黃芪, 蒼朮, 白朮, 當歸, 柴胡, 大棗, 陳皮, 甘草, 升麻, 乾薑으로 구성된 산제로 2포를 2회에 나누어 아침, 저녁에 복용토록 하였다.

10. 증상의 평가

1) 통증

환자가 느끼는 주관적인 통증의 객관화를 위해 시각적 유사척도(Visual Analogue Scale, 이후 VAS로 표기)를 이용하였다.¹³⁻¹⁴⁾

2) 보행 가능 정도

환자가 침대에서 일어나 걷기 시작할 때부터 통증이 심해져 걸을 수 없을 때까지 보행한 발자국 수를 측정하였다.

3) M.S.T요법 시행 시 보행거리

M.S.T요법 시행 시 환자가 느끼는 통증이 극심하여 보행이 불가능할 때까지의 보행 발자국 수를 측정하였다. 환자 스스로 보행이 가능할 경우 'Self'를 표기해 발자국 수를 측정, 기록하였다.

4) 이학적 검사 (L-spine check)

요추의 이학적 검사인 R.O.M(Flexion, Extension, Lat. bending, Rotation)측정과 Special Test(S.L.R, Bragard, Laseque, Peyton, Milgram, Kcct, Patrick, Dorsiflexion, Plantaflexion)⁵⁻⁶⁾를 환자 입원시와 퇴원시 2회에 걸쳐 측정하였다.

11. 치료경과

1) 입원 중 환자 상태 변화(Table 1)

- (1) 2004년 3월 26일 환자입원하여 하부요추부 통증과 좌측 하지 통증을 호소하였고, 야간통이 있었다. R.O.M 상 Flexion 40, Lat. bending 20/30, Special Test 상 S.L.R 90/40, Bragard -/+, Laseque -/+의 이상 소견을 보였고, 외부 양방 병원에서 MRI를 찍고 HIVD 진단을 받은 상태였다. 보행은 4발자국정도 가능한 상태였다.
- (2) 2004년 4월 18일까지 입원 후 24일이 지났으나, 환자 증상의 통증정도는 VAS 10중 8이었다. 환자는 하부요추부 통증과 좌측 하지 통증을 호소하였고, 야간통이 있었다. 보행은 8~9발자국정도 가능한 상태로 별무호전된 상태였다.
- (3) 2004년 4월 19일부터 침치료, 추나요법, 약물치료등의 치료와 함께 M.S.T 요법을 시행하였다.
- (4) 2004년 4월 21일부터 M.S.T요법시 의사가 환자를 견인한 채로 400발자국정도 보행할 정도로 보행능력이 증가되었다.
- (5) 2004년 4월 22일부터 낮동안의 환자의 통증정도가 VAS 10중 4~5로 변화였다.
- (6) 2004년 4월 24일부터 야간통이 없어졌다.
- (7) 2004년 4월 28일부터 의사의 도움없이(self) M.S.T요법이 가능하게 되었다.

Table 1. 한방처치 및 치료경과 관찰

날 자	27	28	29	30	31	4/ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	5/ 1	2	3	4	5	6																			
경과	초파진	오작산																														초파진																												
환	숙지양근양																																																											
현	청운바로																									육미지환															보로(보종약기)																			
맥																																																												
및																																																												
신																																																												
경																																																												
간																																																												
동																																																												
모																																																												
현	2-3 발자국										8-9 발자국										64 발자국 이상 보행										280 발자국 이상 보행										800 발자국 이상 보행																			
가	10 발자국										4 발자국 이상										40 발자국 이상										80 발자국 이상										8 발자국 이상										800 발자국 이상 보행									
능																																																												
정																																																												
도																																																												
V	10	10	10	10	9	7	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	7	8	8	8	7	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3																
A																																																												
S																																																												
M	시행하지 않음																																																											
S	200 발자국										200 발자국										6 발자국										280발 self 자국후 360 self 발 자국										self 400발자국																			
T																																																												

* M.S.T 난의 self는 환자 본인이 주위의 도움없이 M.S.T요법을 시행함을 표기.

2) 퇴원 시 환자 상태

2004년 10월 현재 별무증상임.

- (1) 2004년 5월 6일 환자의 통증부위는 비슷한 상태로 통증정도가 VAS 10중 3으로 호전되었고, 800발자국이상 보행이 가능하였으며, 야간통도 없었다.(Table 1)

Ⅲ. 고 찰

요통은 이학적 검사를 통해서 요통의 특정 원인을 밝혀낼 수는 없지만 보존적인 치료만 해도 되는 환자군을 알아낼 수 있기 때문에 이상소견이 있는지 찾아보아야 한다.⁴⁾

- (2) 퇴원시 이학적 검사 변화 (L-spine check)

① R.O.M

Flexion	40	->	80
Extension	20	->	20
Lat.bending	20/30	->	30/30
Rotation	45/45	->	45/45

② Special Test

S.L.R	90/40	->	90/90
Bragard	-/+	->	-/-
Laseque	-/+	->	-/-
Peyton	-	->	-
Milgram	0'	->	0'
Kcct	-/-	->	-/-
Patrick	-/-	->	-/-
Dorsiflexion	-/-	->	-/-
Plantaflexion	-/-	->	-/-

하지의 신경학적인 검사를 통해 추간판 탈출증에서 볼 수 있는 경한 소견과 마미 증후군에서 나타나는 심한 소견을 구별해 낼 수 있다. 신경근이 자극되면 S.L.R(straight leg raising) test 상 양성으로 나타난다. 검사자는 환자를 반듯이 눕힌 다음 천천히 다리를 들어올리면서 환자의 반응을 살피는데, 60° 이하에서 방사통이 나타나면 양성으로 판정한다. 양성인 경우 4번과 5번 요추 사이, 5번 요추와 천골 사이의 추간판 탈출증을 의심할 수 있다.⁴⁾ 대퇴후근의 동통은 단순히 대퇴 후면에만 관련되어 있는 반면에 좌골 신경통은 신경 주행을 따라서 하퇴까지 뻗칠 수 있다. 또한 요통을 호소하는 경우도 있으며 반대측 하지에도 동통을 호소하는 수도 있다.⁶⁾ Bragard test는 양와위에서 통증이 나타나는 위치까지 하지를 거상한다. 그리고 나서 5도 내리고 재차 족관절을 배굴시키는데, 족관절 배굴은 좌골신경을 견인하는 것이며, 대퇴 후면과 하지중 한쪽 또는 양쪽에 통증이 있을 때는 좌골신경근증을 시사한다. Laseque test는 양와위에서 슬관절과 고관절을 굴곡시켜 놓고, 그대로 무릎만을 신전시킨다. 고관절과 무릎의 양편 굴곡시에는 통증이 없고, 그 위치에서 무릎만을 펴면 통증이 발생할 때는 양성이라고 간주한다. Milgram test는 양와위에서 무릎을 뺀고 하지를 진찰대에서 5~7cm 들어올린다. 정상이라면 30초간은 요통을 야기시키지 않으며 지속이 가능하다. 통증이 있으면 척추관 안이나 혹은 다른

3) 퇴원 후 환자 상태

- (1) 2004년 5월 12일부터 매주 1회 외래 치료. 퇴원 후 일주일간은 통증이 말끔히 가시지 않았음. 일주일 후부터 통증 경감되어 아침, 저녁에 약간씩 뻣근함을 느끼는 정도로 일상생활 및 직장 생활에 별무리 없었음.
- (2) 2004년 6월부터 한 달에 2회, 9월부터 한 달에 1회 정기적으로 내원하여 치료하였으며,

점거성 병변이 의심된다. 보통 추간판헤르니아 증례로는 양성이 된다.⁵⁾

요통환자의 진단에서 CT 및 MRI가 없이는 흔히 많은 정보를 놓친다. 그러면서 필요 이상의 정보를 얻을 때도 있다. 그렇지만 이들을 이용한 진단 결정이 가장 이상적인 것은 아니라는 점을 명심할 필요가 있다.⁷⁾ 이 임상례에서 환자 증상의 호전도를 단순히 MRI상 결과로 비교하지 않고 이학적검사와 환자의 통증정도, 보행 발자국수를 측정하여 비교한 이유가 여기에 있다.

요통의 치료는 보존적인 방법과 수술적인 방법이 있다. 보존적인 요법으로는 절대 안정, 소염 진통제의 복용, 골반 견인, 열치료, 초음파 치료, 등장성 재할트레이닝, 스포츠 마사지, 스트레칭, 요가운동, 테이핑요법 등이 있다.^{1,15-19)} 수술적 요법은 보존적으로 치료하여 효과가 없는 참기 어려운 동통이 있거나, 하지마비가 초래되어 호전되지 않거나 진행되는 경우, 대소변 기능의 장애가 초래되는 경우, 동통이 자주 재발하여 일상 생활이 어렵고 여가 선용에 지장이 있는 경우에 시행한다. 일반적으로 보존적인 요법으로 치료할 경우, 치료에 실패하여 수술을 시행하는 경우는 10%미만이다.¹⁾ 보존적인 요법으로 치료할 경우적극적인 치료는 수동적인 치료보다 더욱 효과적이다. 그러므로 동통을 조절하고 기능을 개선하려는 시도에서 적극적인 비수술적 개입의 과정을 추구하는 것이 필요하다.⁸⁾

M.S.T는 현재 자생한방병원에서 주로 급성요각통환자에게 시행되며 동작요법이라고도 부른다. 동작요법은 자침을 한 후 환자로 하여금 자침부위를 움직이게 하는 새로운 기법으로 근골격계질환의 환자에게 유효한 치료성적을 보인다. 적응증은 운동제한이 있으며 참기 어려울 정도로 극심한 통증이 있는 허리디스크, 목디스크, 항강통, 낙침, 급성 요부염좌, 추간판 탈출 및 파열로 인한 극심한 요통, 좌골 신경통등이다. 이 중 요통에 쓰이는 M.S.T의 혈위

는 침의 調氣治神을 통한 內營과 外衛의 효과를 거두기 위해 사용하게 되는데 行間, 曲池, 風府를 사용한다. 요통의 M.S.T요법 시행시 환자는 스스로 보행이 불가능한 경우가 많기 때문에 이를 위해 양쪽에 보조치료자가 견인을 하여 환자가 보행할 수 있도록 도와준다.

M.S.T에는 3가지 이론적 배경이 있다.

첫째로, M.S.T 요법 시행시 침을 맞은 환자는 침을 맞은 부위와 환부에 酸, 脹, 重, 麻, 緊, 或 快, 熱, 和 등의 느낌을 받는데 이것이 氣至感應이론이다.¹¹⁾

둘째로, 침을 맞은 후 보행을 하게 하여 환부를 활동시켜 효과를 극대화 하는 것이 動氣鍼法の 이론이다.⁹⁾

마지막으로 환자로 하여금 걸을 수 있다는 자신감을 의사가 환자 곁에서 보증, 설득 재교육 등으로 안정시켜서 자신을 되찾도록 용기를 주는 것이 바로 至言高論療法이다.¹⁰⁾ 이 모든 이론을 하나로 접목한 것이 바로 M.S.T 요법이다.

상기환자는 입원 후 보존적 치료인 침치료와 추나 요법, 약물치료를 시행한지 24일이 지났으나, 증상이 입원시와 비교해 크게 변화가 없었다. 이에 치료의 중단을 고려하던 중, 본원에서 시행되고 있는 M.S.T 요법을 추가로 시행해 보았다. 이에 높은 호전도를 보여 일반 보존적 치료에 쉽게 반응하지 않는 환자의 경우 M.S.T요법이 유효할 것으로 사료된다.

하지만 본 임상례는 1례에 그쳐 이후에 보다 많은 임상례의 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 요 약

본 증례는 요각통 환자에게 다양한 한방치료를 시술하였으나 별무호전인 경우 M.S.T요법을 추가로 시행함으로써 양호한 결과를 보인 임상례이다.

요통환자가 장기간의 치료에도 차도가 없거나 호전이 미미했을 때 환자는 물론 의사의 마음에도 불가피하게 수술을 해야 될 것이라는 생각이 떠오르게 된다. 하지만 수술을 해야 할 것인지 혹은 하지 말아야 할 것인지 결정을 내리기 전에 충분히 다른 치료법을 시행해 볼 필요가 있다.

이에 저자는 장기간의 치료에도 차도가 없거나 호전이 미미한 요통 환자에게 M.S.T 요법을 시행할 경우 양호한 결과를 얻으리라 사료되어 보고하는 바이다.

참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형외과학. 제 2 인쇄. 서울:최신의학사. 2001:449-68.
2. 석세일. 척추외과학. 제 3 인쇄. 서울:최신의학사. 1999:177.
3. 강병철. 응급 질환의 진단 및 치료. 초판. 서울:한우리. 2001:1994.
4. 강병철. 오늘의 진단 및 치료. 37판. 서울:한우리. 1999:887.
5. Joseph J. Cipriano. 정형외과 테스트법. 초판 7쇄. 서울:일중사. 2001:58.
6. Stanley Hoppenfeld. 척추와 사지의 검진. 3판. 서울:대학서림 2000:308.
7. James M.Cox. Low back pain Mechanism, Diagnosis and Treatment. fifth edition Baltimore: Williams & Wilkins. 1990:352.
8. Jeffrey A. Saal. Natural History and Nonoperative Treatment of Lumbar Disc Herniation. SPINE Volume 21, Number 245. pp 2S-9S.
9. 최문범, 곽동욱, 이정훈. 실용동씨침법. 1판. 서울:대성의학사 2000:14.
10. 황의완, 김지혁. 동의정신의학. 3판. 서울:현대의학서적사 1992:789.
11. 최용태의. 침구학. 1판 4쇄. 서울:집문당 1998:1077-80.
12. R.A. Mckenzie. 메켄지에 의한 요통의 진단과 치료. 초판. 서울:대학서림. 1992:225.
13. 이은옥, 송미순. 한국인을 위한 통증척도의 개발. Vol.2 No.1. 간호학논문집 1987:27-8.
14. 이은옥, 정면숙. 국어통증 척도와 시각적 상사 척도의 정확도 연구. 18권 3호. 대한간호학회지 1988:239-44.
15. 김종두. 스트레칭 운동이 요통감소에 미치는 영향. 석사학위논문. 경희대학교 체육과학대학원 1999.
16. 이경해. 만성요통 완화를 위한 요가운동의 효과. 석사학위논문. 경희대학교대학원. 1996.
17. 成箕錫. Sports Massage療法이 腰痛患者의 腰部 柔軟性에 미치는 影響. 석사학위논문. 경희대학교 체육과학대학원. 1998.
18. 박종민, 김용, 윤제필, 김성용, 임진강, 김영달. 등장성 재활트레이닝 및 스트레칭 프로그램이 요통의 감소 및 요부근력증가에 미치는 임상 보고. 4권 1호. 대한추나학회지. 2003:119-27.
19. 문상현, 윤유석, 이종수. 테이핑 요법으로 호전된 요통환자의 요추전만도 변화 1례. 제 4권 1호. 대한추나학회지. 2003:157-65.