

원저

牽引療法을 병용한腰痛 및 腰脚痛 환자 40例의 임상적 고찰

이동현 · 박은주 · 신정철 · 나건호 · 위통순 · 이삼로 · 류충열 · 조명래 · 채우석 · 윤여충

동신대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

The clinical effects of Low Back Pain and Sciatica with Traction treatment

Lee Dong-hyun, Park Eun-ju, Shin Jung-chul, Na Gun-ho, Wei Tung-shuen, Lee Sam-ro, Lyu Chung-yeol, Cho Myung-rae, Chae Wu-suk and Yoon Yeo-choong

Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Dong-Shin University

Objectives : The purpose of this report is to use more Traction treatment clinically by comparing th Improvement of Low Back Pain and Sciatica between Common treatment Group and Common treatment with Traction treatment.

Methods : This study was carried out on 40 patients with Low Back Pain and Sciatica who were hospitalized in Dongshin Univ. Oriental Hospital from January, 2003 to May, 2004. Group A of 20 patients were taken both common treatment and Traction treatment. And Group B of 20 patients were only taken common treatment. And at discharge day, we checked and compared VAS(Visual Analogue Scale) and ODI(Oswestry disability index) out of these two groups. SPSS(Statistical Program for Social Science) for Window was used for a statistical analysis and the independent T-test was performed to gauge the improvement of VAS(Visual Analogue Scale) and ODI(Oswestry disability index) out of these two groups, in which case, value of P below 0.05 is considered as useful.

- 접수 : 2004년 8월 30일 · 수정 : 2004년 9월 18일 · 채택 : 2004년 9월 18일
· 교신저자 : 이동현, 전남 순천시 조례동 1722-9 동신대학교 부속순천한방병원 침구과
Tel. 061-729-7280, 011-9600-7412 E-mail : mir0830@hanmail.net

Results : The result of the VAS(Visual Analogue Scale) and ODI(Oswestry disability index) of comparison analysis between two groups at discharge day, shows that the improvement of Low Back Pain and Sciatica in common treatment with Traction treatment Group is more effective than that in Common treatment.

Key words : Common treatment, Common treatment with Traction treatment, Low Back Pain and Sciatica, VAS, ODI

I. 서 론

腰痛이란 腰部에서 기원하는 모든 통증을 말하며, 腰脚痛은 요추부와 천골부의 동통과 하지로 방산되는 동통을 동반하는 통증으로 단순하게 증상을 표현할 뿐 어떤 특정한 병명이나 증후군을 지칭하는 것은 아니다¹⁾. 그리고腰痛은 현대 인류에게 가장 커다란 고통 중의 하나로 전 인구의 60~80%의 인구가 평생동안 한번 이상 경험하며 전체 인구의 20~30%가腰痛에 시달리고 있다고 보고되고 있다²⁾.

서양의학적으로腰痛 및 下肢放散痛의 가장 흔한 원인은 요추추간판탈출증이며³⁾ 추간판의 팽윤이나 수핵의 탈출로 후종인대가 신장되어 경막신경을 자극하거나 추간공을 통해 척추강내로 들어가는 도중에 압박이나 자극을 받게 되면 통증이 나타나는데⁴⁾ 수핵의 protrusion이 척추관의 중앙부로 빠져나오면腰痛을 일으키고 외측으로 나오면 좌골신경통을 일으킨다⁵⁾.

腰痛 및 腰脚痛의 치료는 보존적 요법과 수술적 요법으로 대별되며 한의학적인 치료방법으로는 침구요법, 약물요법, 물리요법 등의 보존적

방법이 주로 활용되고 있다. 임상에서 실시되는 다양한 보존적 치료법 가운데 직접 척추에 작용하여 탈출된 추간판의 복원을 가능케 하고 척추의 안정성을 기할 수 있는 이론적 근거를 가진 치료법으로 추나요법의 요추신연법과 물리치료의 견인요법이 있다. 추나에서의 요추신연교정법은 견인력이 시술자가 접촉하는 척추의 특정부위에만 작용하여 추간판내 음압을 유도하고 후종인대를 견인하여 뒤쪽으로 밀려있던 추간판의 탈출된 부분을 안으로 들어가게 하는 기법으로 비수술적인 치료법이면서도 척추에 발생한 구조적 변위를 교정 가능케 하는 효과가 있다⁶⁾. 견인요법 또한 척추에 견인력이 작용하여 추간과 추간이 넓어지고 상, 하추간 관절면에 가해지는 힘은 감소하고 추핵은 음압이 생김으로써 후종인대에 대한 압력과 이상 긴장을 완화시키는 요법이다⁷⁾.

이에 저자는 최근 임상에서 널리 이용되어지는 추나 요법의 요추신연법 및 물리치료의 견인치료가腰痛 및 腰脚痛 환자의 치료에 미치는 영향을 알아보기 위하여 보존요법에 요추신연법 혹은 견인요법을 병행치료한 군과 보존요법으로 치료한 군을 비교하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 관찰대상 및 치료방법

1. 관찰대상

2003년 1월부터 2004년 5월까지腰痛 및 腰脚痛을 주소로 본원에 입원한 환자를 대상으로 보존요법(침구치료, 약물치료, 부항요법, 침상안정)에 요추 신연교정법과 물리치료의 견인요법을 병용치료한 20명(A군)과 보존요법에 의해 치료한 20명(B군)을 대상으로 하였다.

2. 치료방법

A군과 B군 모두 침구치료, 약물치료, 부항요법, 물리치료, 침상안정을 실시하였고, A군은 요추 신연교정법 혹은 견인요법을 1일 1회 시행하였다.

1) 요추 신연교정법

Zenith COX FLEXION TABLE에서 탈출된 추간관 바로 위의 극돌기를 접촉하여 굴곡전환기법, 측굴, 회전기법을 2일 1회로 1회 4초정도의 속도로 6회정도 시행하였다⁶⁾. (환자의 통증 정도에 따라 시행속도와 회수를 조절하였다.)

2) 견인요법

견인대(traction table) 위에서 누워서 실시하며 체중의 25% 정도의 견인력으로 간헐적 견인법을 격일로 사용하였다. 단, 견인력은 환자의 상태에 따라 가감하였다⁷⁾.

3) 침치료

① 취혈
최⁸⁾, 이⁹⁾ 등의 보고에 따라腰痛 및 腰脚痛에 응용빈도가 높은 經穴들을 참고선택하였고 下

肢放散痛이 있을 경우는 經絡의 流走에 따라 隨證加減하였다.

- ① 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 次膠, 環跳, 志室
- ② 환측하지 : 放散痛이 있는 부위의 經絡을 따라 膀胱經의 承山, 中脈, 崑崙, 膽經의 陽陵泉, 丘墟, 懸鍾과 阿是穴을 取穴하였다.
- ③ 상기 經穴에 동방침구제작소 제품인 0.30×40mm의 1회용 毫針을 사용하고 穴位에 直刺하였으며, 환자의 상태에 따라 捻轉, 提插의 수기법을 시행하고 20~30분간 留針하였다.

4) 약물치료

초기에는 活血通絡止痛하는 獨活湯을 기본방으로 乳香, 沒藥, 桃仁, 紅花 등의 약물을 가미했으며 후기에는 補肝腎, 強筋骨, 補血益氣하는 獨活寄生湯을 기본으로 木瓜, 五加皮 등을 가미하였다. 환자에 따라 기본방이 아닌 처방으로 변증시하였다.

5) 물리치료

거동이 불편한 경우는 병실에서 Hot-pack, TENS, Ultrasound를 시행하였고, 보행이 가능한 경우는 물리치료실에서 Hot-pack, TENS, Ultrasound, Microwave, ICT 등을 환자의 상태에 따라 시행하였다.

6) 부항 및灸요법

환자의 상태에 따라 압통점에 습부항과 건부항을 1일 1회 시행을 원칙으로 환자의 상태에 따라 시행하였으며 腎俞에 溫灸를 1일 1회 시행하였다.

7) 침상안정

급성기에는 절대적 침상안정을 시켜 환자의 상태에 따라 hard board를 깔고 仰臥屈膝자세나 側臥屈膝자세를 취하도록 하였으며 통증이 감소되

어 거동이 가능하면 어느 정도 座位 및 步行을 하도록 하고 상태에 맞는 腰痛체조를 시행하였다.

수로 표현하였다.

$$\text{개선지수} = (\text{치료후점수} - \text{치료전점수}) / \text{치료후점수}$$

3. 환자상태의 평가

1) 시각적 통증 등급(Visual analog scale 이하 VAS)¹⁰⁾

초기 입원 당시의 통증을 10으로 하고 통증이 없는 상태를 0으로 지정하여 환자 스스로 매일 통증지수를 표기하였고, 호전도는 입원 당시 값과 퇴원시의 점수차로 하였다.

2) Oswestry disability index(이하 ODI)¹¹⁾

ODI는 환자에 의해 작성되는 선다형 설문으로서 일상생활의 각각의 동작과 관련된 10개의 항목으로 구성되어 있다. 각 항목에서는 일상생활의 장애를 0~5점으로 6가지 단계로 기술한다. 이 방법은 腰痛을 평가하는데 기능적인 상태를 수치로 나타낸 것이다. 성생활 같은 답하기 모호하고 우리나라 실정에 맞지 않는 항목은 생략하고 9개의 항목을 이용하였다. 치료성적의 판정기준으로 는 치료 전후의 점수를 다시 다음과 같은 개선지

3) 통계처리 방법

통계처리는 SPSS(Statistical Program for Social Science) for window를 이용하였다. 모든 자료는 mean ± SD로 나타내었고 VAS상 호전도와 ODI 지수는 independent T-test를 시행하여 p값이 0.05이하인 경우 유의한 것으로 간주하였다.

III. 연구결과

1. 성별 및 연령별 분포

A군은 남자가 12명, 여자가 8명이었고 이들의 평균연령은 44.6세이며, B군은 남자가 6명, 여자가 14명이었고 이들의 평균연령은 49.1세였다.

표 1. 성별 및 연령별 분포

		20대 이하	30대	40대	50대	60대		
A	M	1	5	3	2	1	12	20
	F	2	2	1	2	1	8	
B	M	1	1	3		1	6	20
	F	1	2	3	4	4	14	

2. 병력기간별 및 입원기간별 분포 주~1개월 이내를 급성기, 1~6개월을 병력기간에 관하여 최¹²⁾ 등의 분류방법을 참조하여 1주 이내를 최급성기, 1~6개월을 아급성기, 6개월 이상은 만성기로 분류하였다.

표 2. 병력기간별 분포

	최급성기	급성기	아급성기	만성기	계
A군	11	5	4	0	20
B군	12	4	3	1	20

표 3. 입원기간별 분포

	2주 이하	2주~4주	4주 이상	계
A군	12	7	1	20
B군	12	6	2	20

3. 방사선 소견별 분포

방사선 소견상 A군의 경우 HNP가 15예(75%)로 가장 많았으며, 그 밖에 spondylosis가 2예(10%), disc space narrowing, spondylolisthesis,

기타가 각 1례(5%)였다. B군의 경우 spondylosis가 7례(35%)로 가장 많았으며, HNP가 2례(10%), comp. fx., osteoporosis 가 각 3례(15%), 기타가 5례(25%)였다.

표 4. 방사선 소견별 분포

	HNP	spondylosis	disc space narrowing	comp. fx.	spondylolisthesis	osteoporosis	기타	계
A군	15	2	1		1		1	20
B군	2	7		3		3	5	20

4. 시각적 상사척도(VAS)와 Oswestry disability index(ODI)

A군과 B군의 입원시와 퇴원시의 시각적 상사척도와 ODI 지수를 비교하였다.

표 5. 시각적 상사척도(VAS)와 Oswestry disability index(ODI)

	A						B					
	VAS			ODI			VAS			ODI		
	입원시	퇴원시	차이값	입원시	퇴원시	개선 지수	입원시	퇴원시	차이값	입원시	퇴원시	개선 지수
1	10	4	6	23	40	0.425	10	4	6	17	32	0.469
2	10	5	5	25	42	0.405	10	6	4	21	33	0.364
3	10	1	9	23	41	0.439	10	6	4	21	32	0.343
4	10	2	8	18	35	0.486	10	5	5	16	26	0.385
5	10	3	7	17	32	0.469	10	5	5	20	33	0.394
6	10	3	7	17	35	0.514	10	4	6	16	27	0.407
7	10	5	5	26	44	0.409	10	5	5	17	29	0.414
8	10	4	6	21	37	0.432	10	4	6	17	28	0.392
9	10	5	5	19	40	0.525	10	5	5	15	24	0.375
10	10	4	6	22	37	0.405	10	5	5	21	35	0.4
11	10	4	6	23	38	0.395	10	4	6	20	31	0.355
12	10	5	5	21	39	0.462	10	4	6	12	23	0.478
13	10	3	7	28	45	0.378	10	5	5	16	26	0.385
14	10	4	6	21	36	0.417	10	4	6	20	32	0.375
15	10	1	9	23	45	0.489	10	6	4	19	29	0.345
16	10	5	5	21	37	0.432	10	4	6	18	28	0.357
17	10	2	8	22	43	0.488	10	7	3	17	31	0.452
18	10	5	5	21	38	0.447	10	5	5	18	29	0.379
19	10	4	6	20	35	0.428	10	4	6	22	35	0.371
20	10	3	7	20	38	0.474	10	5	5	16	26	0.385

5. 두 군간의 호전도 비교

두 군간의 치료 효과는 A군과 B군의 시각적 상사척도와 퇴원시의 ODI 개선지수를 비교하였

으며, 비교결과 시각적 상사척도(P=0.00883)와 ODI 개선지수(P=0.00015) 모두 유의하게 호전도가 높은 것으로 나타났다.

표 6. 두 군간의 호전도 비교

	환자수	개선지수	시각적 상사척도
A군	20	0.446 ± 0.0408	6.1 ± 1.5861
B군	20	0.391 ± 0.0377	5.15 ± 0.8751

IV. 고찰

腰痛을 동반한 방산통의 가장 흔한 원인은 추간판탈출증에 의하여 일어나며, 인간은 직립보행을 하므로 일생동안 50~80%의 腰痛을 경험하며, 40%가 下肢放散痛을 호소한다^{3,13)}. 요추는 다른 척추와 비교하여, 체중을 지지하는데 수반한 긴장과 압박을 가장 많이 받으며, 운동범위가 넓고 근육발달도 타 부위보다 월등하므로 손상과 변성의 기회도 그만큼 많다. 특히 腰痛은 통증 질환 중 가장 많은 질병의 하나로 현재 이 순간에도 20~30%의 사람이 고통받고 있다고 보고되고 있다¹⁴⁾.

腰痛의 원인은 여러 가지가 있으며 그 중 무엇보다도 腰部구조 및 주위 지지조직의 병적상태 및 병변에 기인된 것이 대부분을 차지한다. 서양 의학에서는 그 원인을 다양하게 세분하였으며 주로 腰痛만 호소할 때는 척추전방전위증, 척추분리

증, 이행척추, 척추후방관절부의 이상, 요척부조직 단열, 척추이분증 등의 선천적 기형과 요천부 각종 연부조직 특히 근, 근막 및 인대의 염좌 및 긴장, 자세이상으로 기인하는 소위 자세불량성 긴장, 요추의 퇴행성 변화, 관절염의 경한 예, 류마티스성 관절염, 노인성 혹은 폐경기성 골조송증, 척추근의 염증 및 타장기성 관련통, 일반염증성 골성질환 등으로 기인하며, 腰脚痛을 호소할 때에는 요추간판탈출증이 대표적이며, 척추전방전위증, 황돌기의 가관절을 동반한 요추의 천추화, 골관절염 등으로 기인되며, 腰痛만을 호소할 때에는 척수 및 척추강내의 기질적인 질환이 대부분이며, 신경근에 직접 간접적으로 압박 또는 자극을 유발할 수 있는 척추전방전위증, 요추간판탈출증, 척추황색인대비후, 척추강의 기형 또는 기타 일차성 신경질환 등이 원인이 될 수 있다¹⁵⁾.

한의학에서, 腰部는 膀之上脇之下爲腰¹⁶⁾를 지칭하며, 《素問·脈要精微論》¹⁷⁾에서 “腰者腎之府 轉腰不能 腎將憊矣 …骨者 髓之府 不能久立

行則振掉 骨將憊矣”라 하고, 《靈樞·經脈篇》¹⁸⁾에서 “肝足厥陰之脈…是動則病腰痛不可以俛仰”이라 하였으며, 李¹⁹⁾는 《醫學入門》에서 “風牽脚膝 強難 風傷腎腰痛 左右無常 牽連脚膝 強急不可 俛仰以顧”라 하고, 許²⁰⁾는 《東醫寶鑑》에서 “風傷腎而腰痛者 或右痛無相所引兩足強急…”이라 하여 ‘風腰痛’이 兩足으로 強急하여 下肢放散痛을 잘 표현하고 있다고 한다¹⁴⁾.

여기에서 ‘轉腰不能’, ‘腰痛 不可以俛仰’, ‘不能久立 行則振掉’, ‘腰痛 腰痛 左右無常 牽連脚膝 強急不可 俛仰以顧’, ‘腰痛者 或右痛無相所引兩足強急’ 등의 표현은 腰痛뿐만 아니라 腰部的 屈伸, 轉側 등의 운동장애와 下肢牽引으로 인한 下肢放散痛, 下肢擧上, 屈伸, 步行障礙 등이 동반됨을 알 수 있다.

腰痛과 下肢放散痛은 腰脚痛으로 볼 수 있는데, 腰脚痛의 원인으로 巢²¹⁾는 腎氣不足而 風邪所乘이라 하고, 謝²²⁾는 寒氣痰濕 入於膀胱及膽 二經所致라 하여, 風寒濕三氣가 腎氣不足을 乘하여 膀胱經과 膽經에 침입한 것이 주된 원인이라 할 수 있다.

치료에 있어서는 크게 보존요법과 수술요법으로 나누는데 보존요법으로는 침상안정, 골반견인, 물리치료, 보조기 착용, 신경차단 및 경막 외 스테로이드 주입, 레이저 치료, 근육 운동 및 자세 교정, 소염진통제의 투여가 있다. 그리고 수술요법은 6~12주의 보존요법으로 효과가 없고, 신경증세가 점점 심해지거나, 추간판핵 탈출 및 척추관 협착 등으로 신경압박이 심하여 방광 및 팔약근 혹은 하지에 마비를 초래하는 경우 및 견딜 수 없는 통증이 있을 때에 적용된다²³⁾. 그러나 아직까지도 수술 적응증과 보존적 치료의 적응증의 정확한 구분점에 관하여는 논란이 많은 실정이다. 다만 현재까지 알려져 있는 결과로는 보존적 치료만으로 80% 이상에서 좋은 결과를 얻고 있을 뿐 아니라²⁴⁾, 추간판 탈출증 환자 중 5~10%만이 보존적 치료에 실패하여 수술이 필요한 것으로

알려지고 있다.⁶⁾

임상에서 실시되는 다양한 보존적 치료법 가운데 직접 척추에 작용하여 탈출된 추간판의 복원을 가능케 하는 이론적 근거를 가진 치료법으로 추나요법의 요추신연법과 물리치료의 견인치료가 있다. 추나는 밀고 당기는 다양한 기술로서 형태를 바르게 하는 방법이라는 단어적 의미를 가진 한의학의 외치법의 하나로서⁶⁾, 시술자가 손 및 지체의 다른 부분을 사용하거나 보조기구 등을 이용하여 인체의 피부 근골격계에 자극을 줌으로써 질병을 치료하는 방법을 총괄하여 지칭하는 것이다³⁾. 본 연구에서 사용된 굴곡신연기법은 측굴기법, 회선기법, 대후두공순환기법 등을 포함하는 요추신연교정법의 한가지 형태로서 요추의 특정부위를 견인시켜주며, 특히 골단 관절을 집중적으로 운동시킴으로써 전종인대 및 후종인대를 신전시켜 추간판이 스스로 재배열되도록 하고, 고착되었던 후관절이 열림으로써 요추 자체도 재배열될 수 있도록 해준다²⁵⁾. 즉, 요추신연법은 추골간의 간격을 넓혀 통증을 느끼는 변연부의 섬유륜 섬유외의 왜곡을 제거하며, 수핵이 섬유륜내에서 중심부로 자리잡게 하여 통증을 느끼는 섬유륜 섬유외의 자극을 제거할 뿐만 아니라 척추관절의 생리적 운동을 회복시켜주는 동시에 통증을 제거하고 신체기능을 향상시킴으로써 추간판 탈출에 의한 腰脚痛을 감소시킴과 동시에 구조적 변화를 일으키는 치료법이다²⁶⁾.

물리치료의 견인치료는 척추에 견인력이 작용하여 추간과 추간이 넓어지고 상, 하추간 관절면에 가해지는 힘은 감소하고, 추핵은 음압이 생김으로써 후종인대에 대한 압력과 이상긴장을 완화시키고 신경근 압박과 근(根) 주위에서의 순환장애 등의 자극인자를 제거할 뿐만 아니라 근의 불균형 상태를 제거하고 신경계와 근육 간의 악순환을 차단시키며 근육, 건, 인대에 대한 일종의 맛사지 효과에 의한 종창제거와 순환개선의 효과가 있다⁷⁾. 이러한 견인치료는 척추관절, 종양, 급

성 염좌 및 좌상, 심한 골다공증, 식도열공 헤르니아, 밀실공포증, 척추분리증, 임신 3-4개월 경의 임신부에는 금기²⁷⁾이므로 적절한 감별진단 후 치료가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서는 치료성적 평가를 위해 시각적 상사척도¹⁰⁾(Visual Analog Scale, VAS)와 Oswestry disability index¹¹⁾(ODI)를 이용하였다. VAS는 10cm 길이의 직선 위에 '별무통증'으로부터 '경험한 가장 심한 통증'까지를 0에서 10의 숫자로 표시해 놓고 피검자가 숫자를 선택하게 되어 있었는데, 적용이 쉽고 간단하며 신뢰성도 비교적 우수하여 가장 많이 쓰이는 방법 중에 하나이다. 또한 ODI는 통증 정도보다는 일상생활에서의 장애 정도를 평가하는데 더 유의한 것으로, 본 연구에서는 입원시와 퇴원시에 이를 평가하였다.

최근 임상에서 널리 이용되어지는 추나요법의 요추신연법과 물리치료의 견인치료가 腰痛과 腰脚痛 환자의 치료에 미치는 영향을 알아보기 위하여 2003년 1월부터 2004년 5월까지 腰痛 및 腰脚痛을 주소로 본원에 입원치료한 환자를 대상으로 보존요법(침구치료, 약물치료, 부항요법, 물리치료, 침상안정)에 요추 신연교정법과 물리치료의 견인치료를 격일로 병용 치료한 20명(A군)과 보존요법에 의해 치료한 20명(B군)을 대상으로 시각적 상사척도와 ODI 지수를 통해 치료 호전도를 비교한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

연구대상에서 A군은 남자가 12명, 여자가 8명 이었고 이들의 평균연령은 44.6세이며, B군은 남자가 6명, 여자가 14명이었고 이들의 평균연령은 49.1세였다.

병력기간별 분포는 A군의 경우, 최급성기가 11례(55%), 급성기가 5례(25%), 아급성기가 4례(20%)이고 만성기는 없었다. B군의 경우 최급성기가 12례(60%), 급성기가 4례(20%), 아급성기가 3례(15%), 만성기가 1례(5%)였다.

입원기간별 분포는 A군의 경우 2주 이하가 12례(60%), 2주~4주가 7례(35%), 4주 이상이 1례

(5%)였으며, B군의 경우 2주 이하가 12례(60%), 2주~4주가 6례(30%), 4주 이상이 2례(10%)였다.

방사선 소견상 A군의 경우 HNP가 15예(75%)로 가장 많았으며, 그 밖에 spondylosis가 2예(10%), disc space narrowing, spondylolisthesis, 기타가 각 1례(5%)였다. B군의 경우 spondylosis가 7례(35%)로 가장 많았으며, HNP가 2례(10%), comp. fx., osteoporosis 가 각 3례(15%), 기타가 5례(25%)였다.

두 군간의 치료 호전도는 A군과 B군의 입원시와 퇴원시의 시각적 상사척도의 호전도와 ODI 지수의 개선지수를 비교하였으며, 비교결과 A군은 시각적 상사척도의 호전도가 6.1 ± 1.5861 , ODI 개선지수가 0.446 ± 0.0408 이었고, B군은 시각적 상사척도의 호전도가 5.15 ± 0.8751 , ODI 개선지수가 0.391 ± 0.0377 로 A군이 B군보다 시각적 상사척도의 호전도와 ODI 개선지수 모두 호전도가 높은 것으로 나타났다.

이상에서 살펴본 바와 같이 腰痛 및 腰脚痛을 주소로 하는 환자의 치료에 있어 기존의 보존요법만을 사용하는 것보다 추나요법의 요추신연법과 물리치료의 견인치료 등의 견인요법을 병용하는 것이 증상의 호전에 도움이 되리라 사료되며 향후 많은 응용과 지속적인 연구가 필요하리라 사료된다.

V. 결 론

2003년 1월부터 2004년 5월까지 腰痛 및 腰脚痛을 주소로 본원에 입원치료한 환자를 대상으로 보존요법(침구치료, 약물치료, 부항요법, 물리치료, 침상안정)에 요추 신연교정법과 물리치료의 견인치료를 병용 치료한 20명(A군)과 보존요법에 의해 치료한 20명(B군)을 대상으로 시각적 상사

척도와 ODI 지수를 통해 치료 호전도를 비교한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 성별 및 연령별 분포는 A군은 남자가 12명, 여자가 8명이었고 이들의 평균연령은 44.6세이며, B군은 남자가 6명, 여자가 14명이었고 이들의 평균연령은 49.1세였다.
2. 병력기간별 분포는 A군의 경우, 최급성기가 11례(55%), 급성기가 5례(25%), 아급성기가 4례(20%)이고 만성기는 없었다. B군의 경우 최급성기가 12례(60%), 급성기가 4례(20%), 아급성기가 3례(15%), 만성기가 1례(5%)였다.
3. 입원기간별 분포는 A군의 경우 2주 이하가 12례(60%), 2주~4주가 7례(35%), 4주 이상이 1례(5%)였으며, B군의 경우 2주 이하가 12례(60%), 2주~4주가 6례(30%), 4주 이상이 2례(10%)였다.
4. 방사선 소견상 A군의 경우 HNP가 15예(75%)로 가장 많았으며, 그 밖에 spondylosis가 2예(10%), disc space narrowing, spondylolisthesis, 기타가 각 1례(5%)였다. B군의 경우 spondylosis가 7례(35%)로 가장 많았으며, HNP가 2례(10%), comp. fx., osteoporosis가 각 3례(15%), 기타가 5례(25%)였다.
5. 보존요법(침구치료, 약물치료, 부항요법, 물리치료, 침상안정)에 요추 신연교정법과 물리치료의 견인치료를 병용 치료한 A군의 경우 퇴원시 시각적 상사척도의 호전도는 6.1 ± 1.5861 , ODI 개선지수는 0.446 ± 0.0408 이었다.
6. 보존요법(침구치료, 약물치료, 부항요법, 물리치료, 침상안정)으로 치료한 B군의 경우 퇴원시 시각적 상사척도의 호전도는 5.15 ± 0.8751 , ODI 개선지수는 0.391 ± 0.0377 이었다.

7. 두 군간 치료효과는 A군과 B군의 입원시와 퇴원시의 시각적 상사척도의 호전도와 ODI 개선지수를 비교하였으며, 비교결과 A군이 B군보다 시각적 상사척도의 호전도와 ODI 개선지수 모두 유의하게 호전도가 높은 것으로 나타났다.

VI. 참고문헌

1. 최익선.腰痛증의 침구치료에 관한 문헌적 고찰. 경희한의대논문집. 1978 ; 1 : 159-187.
2. Biering-Sorensen F. A prospective study of low back pain in general population. I. Occurrence, recurrence and etiology. Scand J Rehabil. Med. 1983 ; 15 : 71.
3. 전국한의과대학 재활의학과교실. 동의재활의학과학. 서울 : 서원당. 1995 : 323-326, 407.
4. 최종립. 근긴장성腰痛의 치료에 대한 새로운 소견. 대한통증학회지. 1993 ; 6(1) : 83-95.
5. 대한신경회과학회. 신경외과학. 서울 : 중앙문화사. 1998 : 398-403.
6. 신준식. 한국추나학. 서울 : 대한추나학회부설출판사. 1995 : 96-103.
7. 구봉오 외. 물리치료학개론. 서울 : 도서출판 대학서림. 1999 : 308-309.
8. 최익선 외.腰痛증의 침구치료에 관한 문헌적 고찰. 경희대의대논문집 제1권. 1978 : 159-187.
9. 이윤호. 腰脚痛의 침구치료와 치험례. 월간행림 제2권. 1977 : 22-24.
10. 허수영.腰痛환자의 동통평가에 관한 고찰. 동서의학. 1999 ; 24(3) : 17-29.

11. Fairbank JCT, Davis J, Couper J, O'Brien J. The Oswestry Disability Questionnaire. *Physiotherapy*. 1980; 66 : 271-273.
12. 최용태. 침구과 영역에 있어서 腰痛증의 치료효과에 관한 임상적 연구. 경희대학교 30주년 기념 논문집. 1979 : 883-902.
13. 김중길, 송봉근, 정인석. 한·양약의 병행투여가 요추간판탈출증의 보존적 치료에 미치는 영향. *대한내과학회지*. 2000 ; 21(1) : 1-6.
14. 박현선, 이병렬. 동씨침을 이용한 腰脚痛 환자의 운동제한 개선에 대한 임상적 고찰. *대한침구학회지*. 1997 ; 14(2) : 15-34.
15. 전국한외과대학 침구학교실. 침구학. 서울 : 집문당. 1993 : 1243-1261.
16. 臺灣中華民國編輯部. 亂海(下). 台北 : 中華書局. 1974 : 2375.
17. 홍원식 편찬. 精校黃帝內經素問. 서울 : 東洋醫學研究院出版部. 1985 : 153-154, 231, 248, 256, 267.
18. 홍원식 편찬. 精校黃帝內經靈樞. 서울 : 東洋醫學研究院出版部. 1985 : 83, 183, 214.
19. 李梴. 醫學入門. 明代. 台聯國風出版社印行. 1966 : 416.
20. 許俊. 東醫寶鑑. 서울 : 남산당. 1983 : 278-280.
21. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 台北 : 국립의학연구소 권5. 1964 : 5.
22. 謝觀. 中國醫學大辭典. 서울 : 김영출판사. 1977 : 83, 3590.
23. 채상진, 김남옥, 박영철, 손성세. 요추간판탈출증 환자의 체질침과 체침에 의한 자각적 통증 감소 비교. *대한침구학회지*. 2001 ; 18(3) : 48-55.
24. Shvartsman L, Weingarten E, Sherry H, Levin C, Persaud A. Cost-effectness analysis of extended conservative therapy versus surgical intervention in management of H.I.V.D. *Spine*. 1992 ; 17(2) : 176-182.
25. 이명중, 김성수, 신현대. 카이로프랙틱의 개요와 腰痛치료에서의 응용. *한방물리요법과학회지*. 1991 ; 1(1) : 51-58.
26. 이명중, 이종수, 신현대. 카이로프랙틱 기법에 관한 문헌적 고찰. *한방물리요법과학회지*. 1994 ; 4(1) : 159-170.
27. 민경옥, 김순희, 박래준. 질환별 물리치료 (I). 도서출판 대학서림. 1997 : 385.

<별첨>

오스웨스트리 요통장애 지수(Oswestry disability index)

항목 1 - 통증강도

1. 통증 없음
2. 통증 매우 약함
3. 통증이 보통임
4. 통증이 확실하게 심함
5. 통증이 최악의 상태

항목 2 - 개인적 관리(씻기, 옷입기 등)

1. 큰 통증 없이 정상적으로 자신을 돌볼 수 있다.
2. 자신을 정상적으로 돌볼 수 있으나 매우 통증이 있다.
3. 통증으로 자신을 돌보는데 느리고 조심스럽다.
4. 약간의 도움이 필요하나 대부분 자신을 돌볼 수 있다.
5. 매일 자신을 돌보는데 대부분 도움이 필요하다.
6. 옷을 입거나 씻을 수 없고 침대에서 지내기가 힘들다.

항목 3 - 들기

1. 통증 없이 무거운 물건을 들 수 있다.
2. 무거운 물건을 들 수 있으나 통증이 있다.
3. 바닥에서 무거운 물건을 들어올릴 때는 통증이 있으나 책상에서 물건을 들어올릴 때는 편하다.
4. 매우 가벼운 물건만 들 수 있다.
5. 전혀 물건을 운반할 수 없다.

항목 4 - 걷기

1. 걷는데 지장이 없다.
2. 1.6km 이상 걸을 수 없다.
3. 400m 이상 걸을 수 없다.
4. 100m 이상 걸을 수 없다.
5. 자판이나 목발을 사용해서만 걸을 수 있다.
6. 대부분의 시간을 침대에서 보내고 화장실은 기어서 간다.

항목 5 - 앉아 있기

1. 어떤 의자에도 앉아 있고 싶은 만큼 앉아 있을 수 있다.

1. 편안한 의자에 앉아 있고 싶은 만큼 앉아 있을 수 있다.
2. 1시간 이상은 통증으로 앉아 있을 수 없다.
3. 30분 이상은 통증으로 앉아 있을 수 없다.
4. 10분 이상은 통증으로 앉아 있을 수 없다.
5. 전혀 앉아 있을 수 없다.

항목 6 - 서 있기

1. 통증없이 원하는 만큼 서 있을 수 있다.
2. 원하는 만큼 서 있을 수 있으나 통증이 있다.
3. 통증으로 1시간 이상 서 있을 수 없다.
4. 통증으로 30분~1시간 이상 서 있을 수 없다.
5. 통증으로 10분 이상 서 있을 수 없다.
6. 통증으로 전혀 서 있을 수 없다.

항목 7 - 잠자기

1. 통증으로 잠을 깨는 일이 없다.
2. 통증으로 때로 잠을 깬다.
3. 통증으로 6시간 이상 잘 수가 없다.
4. 통증으로 4시간 이상 잘 수가 없다.
5. 통증으로 2시간 이상 잘 수가 없다.
6. 통증으로 전혀 잘 수가 없다.

항목 8 - 성생활(적용된다면)

1. 통증 없이 정상 성생활을 한다.
2. 정상 성생활을 하나 간혹 통증이 있다.
3. 거의 정상적 성생활을 하나 매우 통증이 있다.
4. 통증으로 성생활에 상당한 장애가 있다.
5. 통증으로 성생활을 거의 할 수 없다.
6. 통증으로 성생활을 전혀 할 수 없다.

항목 9 - 사회생활

1. 사회생활이 정상이고 통증도 없다.
2. 정상적 사회생활을 하나 약간의 통증이 있다.
3. 통증이 사회생활에는 별 문제가 없으나 스포츠 같은 좀 더 활동적인 것은 제한된다.
4. 통증이 사회생활을 제한하고 자주 외출을 못한다.
5. 통증이 집안의 활동도 제한한다.
6. 통증으로 사회생활을 전혀 하지 못한다.

항목 10 - 여행

1. 통증없이 어느 곳이든지 여행할 수 있다.
2. 어느 곳이든지 여행할 수 있으나 통증이 있다.
3. 통증으로 2시간 이상의 여행은 힘들다.
4. 통증으로 1시간 이상의 여행은 힘들다.
5. 통증으로 30분 이상의 여행은 힘들다.
6. 통증으로 치료받으러 가는 것을 제외하고는 여행이 힘들다.