척추신경추나의학회지 제2권 제2호(2007년 12월 30일)
The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine for Spine & Nerves 2007;2(2):79-88

요추 추간판 탈출증 환자의 굴곡신연기법 치료효과에 대한 임상적 고찰

이길재 · 이병이 · 장건 · 송윤경 · 임형호

경원대학교 한방재활의학과교실

A Clinical study on the Effect of Chuna to Herniated Lumbar Disc Patients

Gil-Jae Lee, O.M.D., Byeong-Yee Lee, O.M.D., Gun Jang, O.M.D., Yun-Kyung Song, O.M.D., Hyung-Ho Lim, O.M.D.

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine College of Oriental Medicine, Kyungwon University

Objectives : This research is aimed to confirm the treating patients with herniated lumbar disc using Chuna treatment.

Methods : Out of patients who were confirmed to have a herniated lumbar disc by MRI among the patients in oriental medical hospital of Kyungwon University from July 2005 to Dec 2006, we dived 15 people was treated common treatment, 15 people was treated both common treatment and Chuna treatment. We measured Visual Analog Scale(VAS) and symptom grade before and after treatment in each groups. Statistical analysis was performed by using SPSS program.

Results : The result of the Visual Analog Scale(VAS) and symptom grade before and after treatment between two group, shows that the improvement of Back pain and Sciatica in common treatment with Chuna treatment group is more effective than that in only common treatment group.

Keywords : Herniated Lumbar Disc, Chuna, Visual Analog Scale(VAS)

Ⅰ. 서 론

요통은 통증질환 중 가장 많은 질환의 하나로, 전 인구의 70~80%가 일상 생활에서 흔히 경험하게 된다[1].

요통을 동반한 방사통의 가장 흔한 원인은 추간판 탈출증으로[2] 추간판 탈출증은 추간판의 퇴행성 변화에 의해 수핵을 싸고 있는 섬유륜의 내측 또는 외측 섬유의 파열로 수핵의 일부 또는 전부가 그 사이로 돌출되어 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 요통 및 신경 증상을 유발하는 질환을 일컫는다[3].

섬유륜의 균열을 통한 수핵의 탈출은 척추의 굴신 운동, 회전 운동, 갑작스런 자세의 변동 등 주로 척추의 가벼운 외상에 의해 발생하며 때로는 뚜렷한 원인이 없이 일어날 수 있다[4].

치료 방법으로는 보존적 요법과 수술적 요법으로 나눌 수 있는데 보존적 요법으로는 침상 안정, 약물 치료, 물리 치료, 운동 요법, 보조기 치료, 요통학교, 경막상 부신피질 호르몬 주사 등이 있다[3].

수술적 요법은 보존적으로 치료하여 효과가 없는 참기 어려운 동통이 있거나 하지 마비, 대소변 기능 장애, 일상 생활에 지장을 초래할 정도의 재발성 동

■ 교신저자 : 임형호, 서울특별시 송파구 송파동 20-8 경원대학교 부속 한방병원 재활의학과 교실
TEL :(02)425-3456(교200) FAX:(02)425-3560 E-mail : omdlimhh@chollian.net

통이 발생하였을 때 시행하며 방식에 따라 수핵 용해술, 수핵 제거술, 추간판 절제술 등으로 분류된다[4].

한방에서는 요추 추간판 탈출증을 腰脊强, 腰尻痛, 腰底痛, 腰腿痛 등의 범주로 인식하여[5] 다양한 辨證施治로 針, 灸, 韓藥物療法을 통해 치료해 왔으며, 최근에는 추나요법을 응용하여 좋은 치료효과를 나타내고 있다.

추나 요법은 전통 추나 이론의 기초위에 동·서양의 수기요법을 수용하여 체계화 한 것으로 비수술적 치료법이면서도 척추에 발생한 구조적 변위를 교정하여 질환의 근본을 치료해 줄 수 있다[6].

본 연구는 최근 임상에서 널리 사용되어지는 추나요법이 기존의 針과 灸 등을 중심으로 한 한방 보존요법과 병용될 때 요추 추간판 탈출증의 치료에 미치는 영향을 상호 비교·관찰 함으로써 그 효과를 검증해 보기 위해 실시되었다. 이에 저자는 MRI 상 요추 추간판 탈출증이 확진된 환자 30명을 추나 요법 실시군과 비실시군으로 나누어 그 치료 효과를 살펴본 바 유효한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 연구 대상 및 방법

1. 연구 대상

2005년 7월부터 2006년 12월까지 약 18개월간 경원대학교 서울 한방병원에 내원하여 입원치료 받은 환자 중 다음 기준에 맞는 30명을 대상으로 하였다.

이는 ① 요통, 둔통, 하지방사통의 임상증상을 보이며 MRI 상 요추 추간판 탈출증으로 확진 받은 환자. ②연령이 30~60세(입원 당시) 이내인 자로서 추나 치료를 5회 이상 시술 받은 환자. ③ 치료를 지연시키거나 증상을 악화시킬 수 있는 다른 의학적 문제가 없는 환자. ④ 이전에 요추 수술을 받은 적이 없는 환자 등이다.

2. 연구 방법

1) 관찰방법

30명의 환자를 한방 보존요법만 시술한 일반치료군(15명)과 추나요법과 기타 한방 보존요법을 병행하여 시술한 추나신연군(15명)으로 나누어 연구하였다.

2) 시술방법

모든 입원환자는 1일 1회의 부항, 한방 물리요법, 1일 2회의 침구치료, 1일 3회의 한약물요법을 시행하였다. 침과 부항요법은 환자의 정황에 따라 선혈하였고, 한약물요법은 각각의 변증상태에 따라 처방되었으며, 침과 부항요법 및 처방의 내용은 본 논문에서 고려치 않았다.

추나신연군은 자동 굴곡-신연 테이블인 Leander Echkard table MK((주)웰니스시스템, 한이메디코상사, 서울, 대한민국)을 사용하여 1회 20분, 주 4회로 실시하였다. 속도는 2, 환자가 근육의 이완을 느끼지만 통증을 느끼지 않는 강도로 추나요법을 실시하였다. 적용된 추나기법은 다음과 같다.

① 굴곡신연기법 중 굴곡전환기법.

② 대후두공 순환기법.

3) 평가 방법

(1) 치료 성적의 평가

본 연구에서는 치료 성적의 평가를 위해 시각적 상사척도(VAS)를 이용하였다. 직선위에 무증상부터 참을 수 없는 통증까지를 0에서 10의 숫자로 표시해 놓고 피시술자가 숫자를 선택하도록 하였다. 가장 많이 쓰이는 방법 중의 하나이며, 수집이 간편하고 단기간의 변화에 따른 신뢰성도 비교적 좋다[7].

(2) 환자 상태의 평가

입원 당시 환자의 자각증상의 경중을 객관화하기 위하여 김[8] 등의 동통 호소 양상의 5단계 평가법을 이용하였다.

① Grade 0 : 동통이 전혀 없는 상태

② Grade Ⅰ : 경도의 동통으로 안정기에는 동통이 없으나 동작시에만 미약한 동통이 있는 상태

③ Grade Ⅱ : 중등도의 동통으로 동작시에는 제한이 없으나 동통으로 불편한 상태

④ Grade Ⅲ : 심한 동통으로 동작시 활동이 제한되며 조심하면 가동할 수 있는 상태

⑤ Grade Ⅳ : 극심한 동통으로 자력으로는 거동이 불가능한 상태

4. 통계 처리 방법

치료 성적에 대한 통계 처리는 한글 SPSS 12.0 for windows를 이용하여 처리하였다. 각 치료군의 성별 및 연령, 병력기간, 증상의 경중 등에 대해서는 단순 통계를 내서 비교하였고, 통증의 경중에 따른 치료 후의 시각적 상사척도(VAS) 비교는 paired t-test를 이용하였으며, 일반치료군과 추나신연군 사이의 비교는 student t-test를 실시하여 p값이 0.05 이하인 경우 통계적으로 유의하다고 판정하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 환자 분포

1) 연령 및 성에 따른 분포

대상 환자의 남녀비는 2:1로 남성이 많았으며, 각 군에서의 남녀비는 일반치료군이 1.5:1, 추나신연군이 2.75:1로 일반치료군에서 여성의 비율이 상대적으로 높은 분포를 보였다(Table Ⅰ).

전체 환자 30예의 평균 연령은 40.9세였으며 이중 일반치료군 환자의 평균 연령은 44.7세, 추나신연군 환자의 평균 연령은 37.1세로 나타났다. 연령별로는 20대가 11명(36.7%)으로 가장 많았고, 30대와 50대가 각각 7명(23.3%), 40대가 5명(16.7%)으로 나타났다. 양쪽 군 모두 20대가 많았으며 각 대조군 별로 50대는 일반치료군이, 30대는 추나신연군이 약간 많았으나 특이한 차이는 보이지 않았다(Table Ⅱ).

2)원인에 따른 분포

원인에 따른 요추 추간판 탈출증 환자의 분포를 보면, 원인 불명(Unknown)이 11예(36.7%)로 가장 많았고, 과로(장시간의 운전이나 보행)가 6예(20%), 무거운 물건을 들어 올리다가 발생한 경우가 6예(20%)로 관찰되었다. 앉았다가 일어서던 도중 발생한 환자가 4예(13.3%), 외상(교통사고, 낙상, 스포츠 손상)에 의해 발생한 환자도 3예(10%)있었다(Table Ⅲ).

Table Ⅰ. Sex Disrtibution in 30 Patients

sex	Common group	Chuna group	Total No. of case(%)
Male	9	11	20(66.7)
Female	6	4	10(33.3)
Total	15	15	30(100)

Table Ⅱ. Age Distribution in 30 Patients

Age	Common group	Chuna group	Total No. of case(%)
21-30	5	6	11(36.7)
31-40	2	5	7(23.3)
41-50	3	2	5(16.7)
51-60	5	2	7(23.3)
Total	15	15	30(100)

Table Ⅲ. Cause of Lumbar HIVD

Cause	Common group	Chuna group	Total No. of case(%)
Unkown	7	4	11(36.7)
Overwork	4	2	6(20)
Lifting	2	4	6(20)
Stand up	1	3	4(13.3)
Trauma	1	2	3(10)
Total	15	15	30(100)

3) 병력기간에 따른 분포

병력기간은 1주 이내를 최급성기, 1주에서 1개월간을 급성기, 1개월에서 6개월간을 아급성기, 6개월 이상을 만성기로 분류한 김[9]의 분류법을 따랐다. 30예 중 급성기가 17예(56.6%)로 가장 많았고, 6개월 이내의 아급성기가 6예(20%), 1개월 이내의 급성기가 5예(16.7%)로 나타났다. 각 대조군간에 유의성 있는 차이는 관찰되지 않았다(Table Ⅳ).

4) 탈출 부위 및 형태와 방향에 따른 분류

총 30예의 환자중 2분절 탈출이 12예(40%)로 가장 많았고 1분절 탈출이 11예(36.7%), 4분절 탈출이 4예(13.3%), 3분절 탈출은 3예(10%)로 관찰되었다.

Case별로는 L4-L5와 L4-L5/L5-S1이 7예(23.3%)로 가장 많았고, L3-L4, L4-L5가 5예(16.7%), L2-L3/L3-L4/L4-L5/L5-S1이 4예(13.3%)로 나타났다. 추나신연군과 일반치료군사이

Table Ⅳ. Duration of Symptom

Stage	Common group	Chuna group	Total No. of case(%)
Hyperacute	8	9	17(56.6)
Acute	1	4	5(16.7)
Subacute	4	2	6(20)
Chronic	2	0	2(6.7)
Total	15	15	30(100)

의 분절별 탈출양상은 별다른 차이를 보이지 않았다(TableⅤ).

각 Case의 분절을 합쳐서 비교하면 총 60분절 중 L4-L5가 26분절(43.3%), L5-S1이 16분절(26.7%), L3-L4가 12분절(20%)로 3분절을 합하면 전체 탈출 분절의 90%였고, L4-L5와 L5-S1의 2분절을 합하면 전체 탈출분절의 70%를 차지하였다(TableⅥ).

탈출의 형태로는 Extrusion이 25예(41.7%)로 가장 많았고, Protrusion이 20예(33.3%), Bulging이 15예(25%)로 나타났으며 일반치료군과 추나신연군 사이에 주목할 만한 차이는 관찰되지 않았다(TableⅦ).

5) 증상의 경중에 따른 분포

치료 전 증상의 경중에 따른 분포를 보면, 심한 동통으로 동작시 활동이 제한되는 GrⅢ이 18예(60%)로 가장 많았고, 극심한 동통으로 자력으로 거동이 불가능한 GrⅣ와 중등도의 동통으로 동작시에 제한이 없는 GrⅡ가 각각 9예(20%) 있었다. 두 군 간에 경중에 따른 분포 차이로는 일반치료군에서 GrⅣ의 예(4예)가 다수 있었던 반면, 추나신연군에서는 GrⅡ의 예(4예)가 비교적 많았다(TableⅧ).

Table Ⅴ. Distribution of Herniated Lumbar Disc Level

Level	Common group	Chuna group	Total No. of case(%)	
L1-L2	1	0	1(3.3)	
L4-L5	3	4	7(23.3)	11(36.7)
L5-S1	1	2	3(10)	
L3-L4/L4-L5	1	4	5(16.7)	12(40)
L4-L5/L5-S1	4	3	7(23.3)	
L2-L3/L3-L4/L4-L5	1	0	1(3.3)	3(10)
L3-L4/L4-L5/L5-S1	1	1	2(6.7)	
L2-L3/L3-L4/L4-L5/L5-S1	3	1	4(13.4)	4(13.3)
Total	15	15	30(100)	

Table Ⅵ. Distribution of Total Segment

segment	Common group	Chuna group	Total No. of case(%)
L1-L2	1	0	1(1.7)
L2-L3	4	1	5(8.3)
L3-L4	6	6	12(20)
L4-L5	13	13	26(43.3)
L5-S1	9	7	16(26.7)
Total	33	27	60(100)

Table Ⅶ. Distribution of Disc Herniation Type(Total Segment)

Type	Common group	Chuna group	Total No. of case(%)
Bulging	9	6	15(25)
Protrusion	9	11	20(33.3)
Extrusion	15	10	25(41.7)
Total	33	27	60(100)

Table Ⅷ. Distribution of Symptom Grade before Treatment

Grade	Common group	Chuna group	Total No. of case(%)
Gr 0	0	0	0(0)
Gr Ⅰ	0	0	0(0)
Gr Ⅱ	2	4	6(20)
Gr Ⅲ	9	9	18(60)
Gr Ⅳ	4	2	6(20)
Total	15	15	30(100)

2. 치료 성적

1) 시각적 상사척도 변화

VAS 변화를 관찰한 결과 일반치료군에 있어서는 치료 전에 8.33±1.50, 치료 후에는 3.50±1.82를 나타냈으며, 추나신연군에 있어서는 치료 전에 8.50±1.45, 치료 후에는 2.67±1.29로 나타났다. 각 그룹 모두 치료 전과 후는 유의성 있는 차이를 보였다($P<0.001$). 그룹간의 치료 전 VAS는 통계학적으로 유의한 차이가 있지 않았으나, 치료 후의 VAS는 유의한 차이가 있음이 나타났다. 치료 전과 후의 VAS 차이에 있어서도 일반치료군은 4.83±1.91,추나신연군은 5.83±2.26으로 유의한 차이가 있었다($P<0.05$)(Fig. 1).

2) 치료 후 임상 증상 등급별 분포

일반치료군에서는 GradeⅠ이 7예(46.7%)로 가장 많았고, GradeⅡ이 6예(40%), Grade 0과 GradeⅢ이 각각 1예(6.6%) 있었으며 GradeⅣ는 없었다. 추나신연군에서는 GradeⅠ이 8예(53.3%)로 가장 많았고, GradeⅡ이 5예(33.3%), Grade 0이 2예(13.3%) 있었으며 GradeⅢ과 GradeⅣ는 없었다(Table Ⅸ).

Ⅳ. 고 찰

요통은 통증질환 중 가장 많은 질환 중 하나로, 사람의 70~80%가 일상생활에서 흔히 경험하게 되며 인간의 활동에 있어서 큰 장애의 요인이 되어 경제적 손실은 물론, 정신적인 문제까지 야기할 수 있다[1].

요통이란 요부에 나타나는 모든 통증을 일괄하여 사용하는 용어로서 단순하게 증상을 표현할 뿐 특정

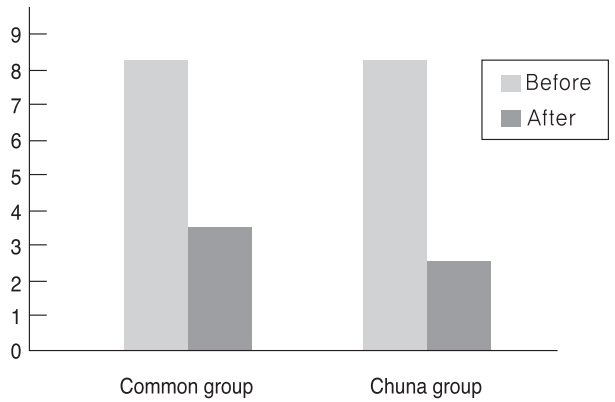

Fig. 1. Comparison of Visual Analog Scale between two group before and after treatment.

Table Ⅸ. Distribution of Symptom Grade after Treatment

Grade	Common group	Chuna group	Total No. of case(%)
Gr 0	1	2	3(10)
Gr Ⅰ	7	8	15(50)
Gr Ⅱ	6	5	11(36.7)
Gr Ⅲ	1	0	1(3.3)
Gr Ⅳ	0	0	0(0)
Total	15	15	30(100)

한 병명이나 증후군을 말하는 것은 아니며, 요추부와 천골부의 동통 및 요각통에 대한 주소증이 곧 요통으로 취급된다[10].

요각통은 요추 추간판 탈출증, 척추관 협착증, 갑작스런 외상 및 연부조직손상, 골관절염, 기타 감염성 질환, 악성 종양, 대사성 골질환 등에서 유발될 수 있으나 그 중에서도 요추 추간판의 탈출은 요각통의 가장 빈번한 요인이 된다[11].

추간판 탈출증은 추간판의 퇴행성 변화에 의해 수핵을 싸고 있는 섬유륜의 내측 또는 외측 섬유의 파열로 수핵의 일부 또는 전부가 그 사이로 돌출 되어 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 요통 및 신경 증상을 유발하는 질환을 말한다[3].

수핵의 탈출은 척추의 굴신 운동, 회전 운동, 갑작스런 자세의 변동 등 주로 척추의 가벼운 외상에 의해 발생하며, 때로는 뚜렷한 원인이 없이 일어날 수 있다. 30세와 50세 사이의 남자에서 호발하고, 제4-5요추간 및 제 5요추-제1천추간 추간판에 호발한다. 주 증상은 요통 및 방사통으로 방사통은 천장관절이나 둔부, 서혜부, 대퇴부로 방사되는 관련통과 이환된 신경근을 따라 방사되는 대퇴 신경통 및 좌골 신경통으로 구분한다. 관련통은 그 동통이 주로 양측

하지의 근위부로 방사되나, 신경통은 무릎을 지나 발끝까지 방사되는 특징을 갖는다. 이학적 소견 상 요추부 근육의 경직, 압통, 운동 제한 등이 보이고 체간이 한쪽으로 기울어지기도 한다[4].

한의학적으로 요추 추간판 탈출증은 腰脊强, 腰尻痛, 腰底痛, 腰腿痛 등의 범주로 인식되었으며[5] 다양한 辨證施治를 통해 針, 灸, 韓藥物療法을 통해 치료해 왔다.

요추 추간판 탈출증의 치료방법은 크게 수술적 치료와 보존적 치료의 두 가지로 대별된다.

보존적 치료로는 침상 안정, 약물 치료, 물리 치료, 운동 요법, 보조기 치료, 요통학교, 경막상 부신피질 호르몬 주사 등이 있으며[3] 한의학적 치료요법은 대부분 보존적인 치료법에 포함된다.

수술적 요법은 보존적으로 치료하여 효과가 없는 참기 어려운 동통이 있거나, 하지 마비가 초래되어 호전되지 않거나 진행되는 경우, 대소변 기능의 장애가 초래되는 경우, 동통이 자주 재발하여 일상생활이 어렵고 여가 선용에 지장이 있는 경우에 시행하며 수핵 용해술, 수핵 제거술, 추간판 절제술 등이 있다4).

추나는 밀고 당기는 다양한 기술로서 형체를 바르게 하는 방법이라는 단어적 의미를 가진 한의학의 외치법의 하나로서, 현재는 동서양의 수기법을 총칭하는 용어로 사용되고 있다. 즉, 시술자가 손 및 지체의 다른 부분을 사용하거나 보조기구 등을 이용하여 인체의 피부근골격계에 자극을 줌으로써 질병을 치료하는 방법을 총괄하여 지칭하는 것이다[5].

이 중 요추의 굴곡신연법은 요추의 굴곡신연시 척추강을 열어주고 추간공을 넓게 하여 신경근의 압박을 해소시키는 효과를 이용하여 통증을 유발하는 섬유륜의 왜곡을 제거하며, 수핵을 섬유륜의 중심쪽으로 오게 하여 통증을 유발하는 섬유륜의 장애를 감소시킬 뿐 아니라 운동을 통하여 인체역학적인 척추관절을 정상적인 상태로 되돌려 주며, 통증의 감소와 잘못된 자세 및 전위를 개선함으로 신체 기능을 향상시키고 항상성을 유지시키는 치료방법으로 요추 추간판 탈출증에 의한 요각통의 치료에 이용할 수 있다[13].

본 연구에서 사용된 굴곡신연기법은 굴곡전환기법, 대후두골순환기법 등을 포함하는 요추신연교정법의 한 가지 형태로서 요추의 특정부위를 견인시켜주며, 특히 골단 관절을 집중적으로 운동시킴으로써 전종인대 및 후종인대를 신전시켜 추간판이 스스로 재배열되도록 하고, 고착되었던 후관절이 열림으로써 요추 자체도 재배열 될 수 있도록 해준다[14].

본 연구에서는 2005년 7월부터 2006년 12월까지 약 18개월간 경원대학교 서울 한방병원에 요통, 요각통, 둔통을 주소로 내원한 환자들 중 MRI로 요추 추간판 탈출증으로 확진한 30명의 환자를 대상으로, 15명의 추나신연군과 15명의 일반치료군으로 나누어 그 치료성적을 비교하였다.

본 연구에서는 치료 성적 평가를 위해 시각적 상사척도(Visual Analog Scale, VAS)를 이용하였다. 이는 10cm 길이의 직선 위에 '별무 통증'으로부터 '경험한 가장 심한 통증'까지를 0에서 10의 숫자로 표시해 놓고 피검자가 숫자를 선태하게 되어 있는데, 적용이 쉽고 간단하며 신뢰성도 비교적 우수하여 가장 많이 쓰이는 방법 중 하나이다[15].

연구 결과, 남녀간의 비율은 2:1로 남성이 많았으며, 평균 나이는 40.9세로 나타났고, 연령별로는 20대가 36.7%로 가장 많았고 30대와 50대가 각각 23.3%, 40대가 16.7%의 순으로 나타났다. 남녀간의 비는 일반치료군이 추나치료군로다 상대적으로 여성의 비율이 높았으며(Table Ⅰ), 그룹별 평균 연령은 추나신연군이 37.1세, 일반치료군이 44.7세로 나타났다(Table Ⅱ).

원인별 분류로는 원인 불명(Unknown)이 11예(36.7%)로 가장 많았고, 과로(장시간의 운전이나 보행)가 6예(20%), 무거운 물건을 들어 올리다가 발생한 경우도 6예(20%) 관찰되었다(Table Ⅲ).

병력기간으로는 급성기가 17예(56.6%)로 가장 많

았고, 6개월 이내의 아급성기가 6예(20%), 1개월 이내의 급성기가 5예(16.7%)로 나타났으며 각 대조군간에 유의성 있는 차이는 관찰되지 않았다(Table Ⅳ).

탈출 부위 및 형태와 방향에 따른 분류로 총 30예의 환자 중 2분절 탈출이 12예(40%)로 가장 많았고 1분절 탈출이 11예(36.7%), 4분절 탈출이 4예(13.3%), 3분절 탈출은 3예(10%)로 관찰되었다.

Case별로는 L4-L5와 L4-L5/L5-S1이 7예(23.3%)로 가장 많았고, L3-L4, L4-L5가 5예(16.7%), L2-L3/L3-L4/L4-L5/L5-S1이 4예(13.3%)로 나타났다. 추나신연군과 일반치료군사이의 분절별 탈출양상은 별다른 차이를 보이지 않았다(TableⅤ).

각 Case의 분절을 합쳐서 비교하면 총 60분절 중 L4-L5가 26분절(43.3%), L5-S1이 16분절(26.7%), L3-L4가 12분절(20%)로 3분절을 합하면 전체 탈출분절의 90%였고, L4-L5와 L5-S1의 2분절을 합하면 전체 탈출분절의 70%를 차지하였다(TableⅥ).

치료 전 증상의 경중에 따른 분포에서 심한 동통으로 동작시 활동이 제한되는 GradeⅢ이 18예(60%)로 가장 많았고, 극심한 도통으로 자력으로 거동이 불가능한 GradeⅣ와 중등도의 동통으로 동작시에 제한이 없는 GradeⅡ가 각각 9예(20%) 있었다. 두 군 간에 경중에 따른 분포 차이는 일반치료군에서 GradeⅣ의 예(4예)가 다수 있었던 반면, 추나신연군에서는 GradeⅡ의 예(4예)가 비교적 많았다(TableⅧ).

치료 후 임상 증상 등급별 분포를 보면 일반치료군에서는 GradeⅠ이 7예(46.7%)로 가장 많았고, GradeⅡ이 6예(40%), Grade 0과 GradeⅢ이 각각 1예(6.6%) 있었으며 GradeⅣ는 없었다. 추나치료군에서는 GradeⅠ이 8예(53.3%)로 가장 많았고, GradeⅡ이 5예(33.3%), Grade 0이 2예(13.3%) 있었으며 GradeⅢ과 GradeⅣ는 없었다(Table Ⅸ).

VAS 변화를 관찰한 결과 일반치료군에 있어서는 치료 전에 8.33±1.50, 치료 후에는 3.50±1.82를 타나냈으며, 추나치료군에 있어서는 치료 전에 8.50±1.45, 치료 후에는 2.67±1.29로 나타났다. 각 그룹 모두 치료 전과 후는 유의성 있는 차이를 보였다($P<0.001$). 그룹간의 치료 전 VAS는 통계학적으로 유의한 차이가 있지 않았으나, 치료 후의 VAS는 유의한 차이가 있음이 나타났다. 치료 전과 후의 VAS 차이에 있어서도 일반치료군은 4.83±1.91, 추나치료군은 5.83±2.26으로 유의한 차이가 있었다($P<0.05$)(Fig. 1).

이상에서 본 바와 같이 요추 추간판 탈출증 환자에게 기본적인 한방치료에 추나신연법을 병행하여 치료할 경우 보다 우수한 치료 효과를 나타냄을 알 수 있었다. 본 연구에서는 환자의 자각증상의 경중에 따른 치료 효과를 살펴보았으며, 향후에는 추간판과 수핵의 탈출 정도에 따른 추나 치료 효과 차이 및 추나 치료 방식에 따른 치료 효과 차이 등에 대한 연구가 추가적으로 필요할 것으로 사료된다.

Ⅴ. 결 론

경원대학교 서울 한방병원에 요통, 요각통, 둔통을 주소로 내원한 환자들 중 MRI로 요추 추간판 탈출증으로 확진한 30명의 환자를 대상으로, 15명의 추나신연군과 15명의 일반치료군으로 나누어 그 치료성적을 비교 관찰한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. VAS 변화를 관찰한 결과 일반치료군에 있어서는 치료 전에 8.33±1.50, 치료 후에는 3.50±1.82를 타나냈으며, 추나신연군에 있어서는 치료 전에 8.50±1.45, 치료 후에는 2.67±1.29로 나타났다. 치료 전과 후의 VAS 차이에 있어서 일반치료군은 4.83±1.91, 추나신연군은 5.83±2.26으로 유의한 차이가 있었다($P<0.05$).

2. 치료 후 임상 증상 등급별 분포에서 일반치료군에서는 GradeⅠ이 7예로 가장 많았고, GradeⅡ이 6예, Grade 0과 GradeⅢ이 각각 1예 있었으며 GradeⅣ는 없었다. 추나신연군에서는 GradeⅠ이 8예로 가장 많았고, GradeⅡ이 5예, Grade 0이 2예 있었으며 GradeⅢ과 GradeⅣ는 없었다.

참고 문헌

1. 김명훈. 요통 환자에 관한 통계적 고찰. 대한물리치료사 협회지. 1985;6(1):1.
2. Deyo RA, Loeser JD, Bigos SJ. Herniated lumbar intervertebral disc. Ann Int Med. 1990;112:598-603.
3. 석세일. 척추외과학. 서울:최신의학사. 1997:218, 243.
4. 대한정형외과학회. 정형외과학. 제5판. 서울:최신의학사. 2005:451-452,455.
5. 한방재활의학과학회. 한방재활의학과학. 서울:군자출판사. 2003:69, 223-4.
6. 신병철, 송용선. 추나의 역사적 고찰. 한방재활의학과학회지. 1995;2-47,192-6,212-8.
7. 대한통증학회. 통증의학. 서울:군자출판사. 1997:27-9.
8. 김양식, 채우석. 요척추증으로 인한 요통의 전침 효과에 관한 임상적 연구. 대한침구학회지. 1989;6(1):11.
9. 김근모. 요통에 대한 임상적 고찰. 한방물리요법과학회지. 1992;2(1):101-115.
10. 전국 한의과 대학 침구경혈학교실. 침구학(하). 서울:집문당. 2004:1243.
11. Rene Calliet, M.D. Low Back Pain Syndrome. 5th ed. Philadelphia:F.A.Davis Co. 1995:164-188,250-323.
12. 허준. 동의보감. 서울:남산당. 1976:278-281.
13. 이명종 외. 카이로프락틱의 기법에 관한 문헌적 고찰. 한방물리요법학회지. 1994;4(1):207-221.
14. Cox JM, 유성렬譯. Low Back Pain. 서울:푸른솔. 1997:486-493, 503-514
15. 왕진만, 김동준. Visual Analog Scale(VAS)을 이용한 동통평가의 유용성. 대한척추외과학회지. 1995;2(2):177-184.