

# 腰脚痛 患者에 推拿療法을 同伴한 保存治療에 對한 臨床的 考察

(Lumbar CT 및 X-ray 所見 爲主로 考察)

李秉烈\* · 金演鎮\*\*

## I. 緒 論

全 人口의 80% 이상에서 腰痛을 經驗한다는 統計에서도 보듯이 많은 수의 患者가 腰痛에 시달리고 있으며, 많은 慢性 疾患中에서도 腰痛이 日常生活에 지장을 초래하는 흔한 原因으로 알려져 있다<sup>1-3</sup>.

腰脚痛이란 第二, 第三腰椎間에서 腰薦關節 및 薦腸關節까지의 部位<sup>4,5</sup> 즉 腰部에 連하여 下肢部에 나타나는 疼痛의 總稱으로 腰痛과 下肢放射痛이 同時에 나타나지만 單純히 症狀를 表現한 것이다<sup>6-7</sup>. 이의 原因으로 脊椎椎間板 脫出症(Herniated Intervertebral Disc; 이하 HIVD라 함)이 가장 흔한 것으로 알려져 있다<sup>4-7</sup>.

HIVD는 臨床에서 비교적 흔하게 접할수 있는 疾患들 中의 하나로 腰椎部의 脊椎間板이 纖維輪을 破고 나가 hernia를 일으키는 경우를 말한다<sup>8-10</sup>. 그 症狀는 腰痛, 臀痛, 下肢放散痛, 罹患된 皮膚節의 異常感覺과 感覺鈍麻, 運動制限, 筋力減退, 體幹膜樣의 變化 등이다<sup>10-11</sup>.

腰椎椎間板 脫出症의 治療는 크게 手術的 治療와 非手術的 治療로 나눌 수 있으며, 근래에 와서는 점차 保存的 治療의 適用範圍가 擴大되어 왔다<sup>12</sup>. 韓醫書에는 腰痛의 原因과 分類에 관한 記錄이 豊富하며, 근래에 韓醫學的 辨證의에 多樣한 現代的 診斷 機器를 利用한 臨床 發表가 이루어지고 있다<sup>13-15</sup>. 이 중 최근 推拿治療法이라는 非手術的 治療法이 있는데, 腰椎 屈曲-伸軟法<sup>16-19</sup>이 여기에 該當한다.

이에 著者는 1997年 4月 1일부터 1997年 8月 31

일까지 大田大學校 附屬 韓方病院 鍼灸科에 入院한 患者들에 對한 推拿治療中 腰椎 屈曲-伸軟法<sup>16-19</sup>을 施行한 結果 若干의 知見을 얻었기에 이에 報告하는 바이다.

## II. 研究對象 및 方法

### 1. 觀察 對象

1997年 4月 1일부터 1997年 8月 31일까지 大田大學校 附屬 韓方病院 鍼灸科에 入院한 腰脚痛 患者들에 對한 推拿治療中 腰椎 屈曲-伸軟法<sup>16-19</sup>을 施行한 13名을 對象으로 하였다.

### 2. 方法

#### 1) 研究方法

觀察 對象 13名을 다음과 같은 項目으로 나누어 分析 觀察하였다.

- (1) 性別
- (2) 年齡別
- (3) 診斷別
- (4) 治療期間
- (5) 推拿治療回數
- (6) 下肢直舉上檢査의 分析
- (7) 症狀別 分類

症狀別 分類는 일본정형외과학회가 초안한 腰痛 評價表의 분류 方式을 사용하였으며, 분류상 순번(가,나, 다....)로 정도를 표시 하였다.

#### 표 1. 腰痛評價表

### 2) 治療方法

#### (1) 鍼治療 方法

腰脚痛의 治療穴을 金<sup>36</sup> 등의 分類方法에 따라 膀胱經型, 膽經型, 中間型, 混合型 등으로 分類하

\* 大田大學校 韓醫科大學 針灸學科教室

\*\* 大田大學校 附屬韓方病院

요통평가표

1. 자각증상

A. 요통

가. 없음      나. 가끔 경미한 통증      다. 자주 또한 지속적인 심한 통증

B. 하지 통증 및 저림

가. 없음      나. 가끔 경미한 증상      다. 자주 경미한 증상, 또는 가끔 심한 증상      라. 자주 또는 지속적인 심한 증상

C. 보행

가. 정상      나. 통증, 저림, 및 또는 그 약증이 오더라도 500m 이상 걸을 수 있음

다. 통증, 저림, 및 또는 그 약증이 오더라도 500m 이상 걸을 수 없음.

라. 하지 통증 저림, 및 또는 근 약증 때문에 100m 이상 걸을 수 없음.

2. 임상증상

A. 하지직각검사

가. 정상      나. 30-70도      다. 30도 미만

B. 감각장애

가. 없음      나. 경미한 장애      다. 심한 장애

C. 운동장애

가. 정상(Grade 5)      나. 경미한 약증 (Grade 4)      다. 심한 약증 (Grade 0-3)

여 施術하였고 최<sup>20)</sup>, 이<sup>21)</sup> 등의 報告에 따라 腰脚痛에 應用頻도가 높은 經穴들을 選用하여 다음과 같이 基本取穴하고 患者 狀態에 따라 隨證加減하였다.

基本取穴 : 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞(兩側), 八髎穴 中 選擇, 環跳, 臀三點, 委中, 承山, 崑崙(患側), 或은 腎正格, 後谿, 申脈加減

a) 膀胱經型 : 基本取穴 + 承扶, 股門, 承筋 或은 膀胱正格(患側)

b) 膽經型 : 基本取穴 + 風市, 陽陵泉, 絕骨 或은 膽正格(患側)

c) 中間型 : 基本取穴 + 承扶, 股門, 風市, 陽陵泉(患側)

d) 混合型 : 基本取穴 + 承扶, 承筋, 風市, 陽陵泉, 絕骨(患側)

(2) 施術方法

上記 經穴에 東方鍼具製作所 製品인 0.30×40mm의 1回用 毫鍼을 使用하고 刺鍼深度는 經穴에 따라 多少의 差異는 있으나 一般的으로 8-20mm로 董氏鍼治療에서는 直刺法, 動氣鍼法, 倒馬鍼法을, 體鍼治療에서는 直刺法 또는 患者 狀態에 따라 迎隨補瀉, 捻轉補瀉 등을 選擇하였으며, 臀部의 穴位에 는 0.40×80mm의 1回用 長鍼을 使用하고 刺鍼深度는 50-60mm로 症狀에 따라 燒山火法, 透天涼法, 直刺法을 選擇하였다.

① 董氏<sup>22-23)</sup> 鍼治療

上記 經穴에 1日 1回 對側으로(단, 患側이 兩側 일 境遇 兩側) 施術을 하고, 動氣鍼法을 利用하여 留鍼時間 20-30分동안 急性期에는 臥床 狀態에서 患側 下肢의 伸展擧上運動을 爲主로 다음의 運動을, 痛症과 下肢伸展擧上制限이 好轉되어 步行制限이 甚하지 않은 狀態에서는 起立姿勢에서 腰部의 屈曲, 伸展, 回轉, 側屈運動을 持續시켰다.

② 體鍼治療

患側上方의 側臥位 또는 伏臥位로 上記 經穴을 中心으로 施術하였으며, 痛症이 심한 境遇 電鍼을 活用하였고 電鍼器로는 Point-3를 利用하여 波型은 疎密波 또는 連續波, 周波數는 2.3-3.6Hz, 電壓은 2-6V사이에서 제일 좋은 感覺을 選擇하고, 患者의 症狀에 따라 4-8個의 壓痛을 많이 呼訴하는 經穴을 爲主로 約 15-25分間 固定하였다.

(3) 藥物治療

初期에는 標本緩急의 原理에 따라 活血通絡, 止痛消散, 行氣血의 療法으로 痛症緩和에 重點을 두었고, 後期에는 強筋骨, 補肝腎, 補血益氣의 本治法에 따라 辨證施治하였다.

(4) 寢床安靜(平床療法)

觀察對象이 되었던 全 患者에게 合板(hard board)을 寢床 밑에 깔고 股關節과 膝關節을 屈曲시킨 狀態에서 무릎아래 Knee Pillow를 固定시켜 腸腰筋의 緊張을 緩和시키고 腰椎에 對한 Stress를 적게함과 同時에 腰椎의 前彎을 減少시키고 脊

椎管의 擴大 效果를 노렸다.

(5) 物理治療 및 體操療法

患者의 狀態에 따라 Hot pack, 附缸, Interferrential current theraphy, Electrial stimulation treatment, Lumbar traction, 및 其他의 物理治療를 施行하였고, 體操療法을 安靜期의 患者에게 施行하였다.

(6) 矯正療法

矯正療法은 Zenith Table(Model 440, Standex company의 製品)을 使用한 腰椎 屈曲-伸軟法을 施行하였다. 方法은 患者를 伏臥位를 取하게 하고 兩 발목을 묶어 5-10cm를 Traction을 한 다음, HIVD가 發生한 部位에 該當하는 部位를 손의 두 상골로 눌러 固定한 後, 若 5cm을 屈曲한 後 3-4 초 정도 維持後 伸展을 하였다. 이러한 方法을 若 9回 施術後 바로 밑의 椎間板 部位를 다시 9回 反復 施術하였다.

3) 治療 成績

治療效果의 判定은 아래와 같이 分類하였다.

①. 優秀: 自覺症狀 및 理學的 檢査上 正常回復 되어 日常生活에 별다른 障礙가 없는 狀態 혹은 腰痛評價上에 2種目 以上 및 2段階 以上으로 好轉 되었을 때.

②. 良好: 自覺症狀 및 理學的 檢査上 모두 初診時에 비하여 明白한 好轉을 보인 狀態 혹은 腰痛評價上에 2種目 以上 및 1段階 以上 好轉되었을 때.

③. 好轉: 自覺症狀 및 理學的 檢査上 어느 한쪽 만 좋아지거나 公히 若干의 好轉만 보인 狀態 혹은 腰痛評價上 1種目 以上 및 1段階 以上 好轉되었을 때.

④. 不良: 自覺症狀 및 理學的 檢査上 모두 無變化이거나 惡化된 狀態 혹은 腰痛評價上 變化가 없거나 오히려 段階가 떨어질 때.

III. 觀察成績

1. 性別分析

患者의 性別에 따른 分類를 보면 男子 5名, 女子 8名으로 男子對 女子의 比率은 1 : 1.6으로 女子가 많았다.

Table 1. 性別別

性別	男	女	總
名	5명	8명	13

2. 年齡別 分析

年齡에 따른 分析으로 20歲 以下와 51-60歲를 除外하고 모두 3名으로 高된 分布를 나타내었다.

Table 2. 年齡別

年齡	20以下	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	總
名	1	3	3	3		3	13

3. 診斷別 分析

診斷에 따른 分析으로 HNP 4-5가 腰椎電算化 斷層攝影(Lumbar Computered Tomography; 이하 Lumbar CT라 함), 一般 放射線 攝影(X-ray)상 4名으로 가장 많았으며, 그 다음으로 HNP L5-S1, Bulging Disc L4-5, L5-S1이 CT상 各各 2名으로 많았다.

CT上 異常所見이 있는데 X-ray상 異常所見이 없던 것은 3件으로 나타났다.

Table 3. 診斷別

診斷別	LUMBAR CT	X-ray (L-S SPINE)
HNP L4-5	4	4
HNP L5-S1	2(1명은 MRI)	
HNP L3-4 L4-5 L5-S1	1	
Bulging Disc L4-5 L5-S1	2	
Bulging Disc L2-3-4-5-S1	1	
Bulging Disc L4-5 HNP L5-S1	1	
Spondylosis		3
Lumbar sprain		1

Compression Fracture		1
WNL	1	4
Non scan	1	
總	13	13

4. 治療期間別 分析

治療期間別 分析을 해보면 2-3周, 4周 異常이 各各 4名으로 가장 많았고, 2周 以內가 3名이며 3-4周가 2名의 順으로 나타났다.

Table 4. 治療期間

治療期間	名數
2周以內	3
2-3周	4
3-4周	2
4周以上	4
總	13

5. 治療回數別 分析

治療回數에 따른 分析을 보면 6-10회가 5名으로 가장 많았고 16-20회가 3名, 11-15회가 2名, 21-25회와 25回 以上이 各各 1名씩을 나타내었다.

Table 5. 治療回數

治療回數	名
5回以下	1
6-10	5
11-15	2
16-20	3
21-25	1
25이상	1
總	13

6. 하지직거상검사(SLR)의 分析

理學的 檢査증 下肢直舉上檢査(SLR)上 入院時 40度 以下, 41-50度가 各各 4名씩으로 많았고, 71-80度가 3名, 51-60度와 61-70度가 各各 1名이었다.

退院時에는 正常範圍가 7名으로 가장 많았고 71-80度가 3名, 81-90度가 2名의 順으로 나타났다.

Table 6. 入, 退院時 下肢直舉上 檢査(SLR)

SLR角度	入院時	退院時
40度以下	4	
41-50度	4	
51-60度	1	
61-70度	1	
71-80度	3	3
81-90度		2
正常範圍		7
總	13	13

7. 症狀別 分析

症狀에 따른 分類를 보면 入院時 腰痛이 13名, 步行不利 11名, 起立不利 10名, 右下肢 引痛 및 脹痛이 8名, 筋無力感이 7名, 右臀痛이 6名, 左下肢 引痛 및 脹痛이 4명, 左臀痛이 3名의 順으로 나타났다으며, 退院時에 腰痛이 7名, 右下肢 引痛 2명, 左下肢 引痛 및 脹痛, 步行不利, 筋無力感이 各各 1名씩 이었다.

Table 7. 症狀別 分類

症狀	入院時	退院時
腰痛	13(다)	7(나)
左下肢引痛 및 脹痛	4(라)	1(나)
左臀痛	3(다)	
右下肢引痛 및 脹痛	8(라)	2(나)
右臀痛	6(다)	
步行不利	11(라)	1(다)
起立不利	10	
筋無力感	7(나)	1(나)
其他		

\* 複數處理한 것임

\* ( )안의 가, 나, 다, 라는 表1의 腰痛分類表에 의한 것임.

\* 臀痛의 경우 일본정형외과학의 분류에는 없어 治療成績時 段階에 下肢放散痛의 범위에 넣었음.

8. 治療成績別 分析

治療成績에 따른 分析을 보면 優秀가 9名, 良好이 2名, 好轉과 別無가 各各 1名씩 이었다.

Table 8. 治療成績

治療成績	名
不良	1
好轉	1
良好	2
優秀	9
總	13

#### IV. 總括 및 考察

全人口의 80% 以上에서 腰痛을 經驗한다는 統計에서도 보듯이 많은 수의 患者가 腰痛에 시달리고 있으며, 많은 慢性 疾患中에서도 腰痛이 日常生活에 支障을 초래하는 흔한 原因으로 알려져 있다<sup>1-3)</sup>.

腰痛이란 第二, 第三腰椎間에서 腰薦關節 및 薦腸關節까지의 部位<sup>4-5)</sup> 즉 腰部에 連하여 下肢部에 나타나는 疼痛의 總稱으로 腰痛과 下肢放射痛이 同時에 나타나지만 單純히 症狀를 表現한 것이다<sup>6-7)</sup>. 이의 原因으로 脊椎椎間板 脫出症(Herniated Intervertebral Disc; 이하 HIVD라 함)이 가장 흔한 것으로 알려져 있다<sup>4-7)</sup>.

腰椎椎間板 脫出症은 椎間板의 退行性 變化에 의해서 纖維維이 內側 또는 外側 纖維의 破裂로, 水核이 일부 또는 전부가 탈출을 일으켜, 脊髓의 硬膜이나 神經根을 압박하여 神經 症狀를 誘發하는 疾患으로, 脫出되는 程度에 따라서 다음과 같이 3段階로 나눈다. 첫째, 突出 또는 膨輪된 椎間板(protruded or bulging soft disc) 둘째, 脫出된 椎間板(extruded disc) 셋째, 부골화된 椎間板(sequestrated disc)로 나타난다<sup>24-26)</sup>.

腰痛의 여러가지 原因中 力學的 要因이 가장 重要時 되어 腰部에 가하여지는 力學的 負荷를 分析하려는 많은 노력이 있었는데 Morris와 Nachemson<sup>10,27)</sup>은 脊椎에 加해지는 負荷를 評價하는 方法으로써 腰椎의 椎間板에 特殊製作된 침전극을 挿入하여 椎間板내 壓力을 測定하였으며 Andersson 등<sup>10,28-29)</sup>은 身體의 姿勢에 따른 椎間板 內壓, 腹腔內壓 및 腰部 筋 活動度의 變化를 比較分析하였는데 이는 腰痛을 豫防하는데 重要한

方法으로서 腰部에 加해지는 負荷를 減少시키는 바른 姿勢를 추천해 주어야 한다고 提案하였다. 또 Schultz 등은 물건을 들어 옮길 때의 姿勢와 脊椎에 負荷를 加하는 中의 椎間板 內壓, 腹部內壓 및 腰部 筋活動度 사이의 相關關係를 測定하였다<sup>10)</sup>. Cartas 등은 成人 男子에서 直立狀態, 半直立狀態 및 앉은 姿勢에서의 體幹 筋力을 測定하여 각 姿勢에서 體幹의 運動 修行能力을 比較分析하였다<sup>10)</sup>. 이는 腰痛의 原因이 多樣하게 그 構造物의 不調和를 나타나게 하는 것을 分析하려 努力한 것들을 나타낸 것이다.

推拿란 것은 一名 카이로프랙틱이라고도 하는데 이는 人體의 骨格構造中 대들보 역할을 하고 있는 脊椎와 骨盤에 나타나는 異常位置狀態(subluxation)를 주로 施術者의 손을 이용한 物理的인 方法으로 矯正하여, 身體의 神經機能 障礙를 回復하고 均衡있는 健康狀態를 維持하게 하는 治療法으로서 그 根本元利는 生體力學에 根據하고 있다<sup>30)</sup>.

그러나 카이로프랙틱에서 언급하는 subluxation이란 關節의 解剖學的 位置異常을 意味하는 것 뿐만 아니라 關節의 機能異常까지를 包含하므로, 解剖學이나 現代醫學에서 指稱하는 subluxation 즉 부전탈구 또는 아탈구와는 概念上的 차이가 있다. 대체로 카이로프랙틱에서 보는 概念은 다음의 2가지로 大別할 수 있다. 첫째, 古典의인 意味의 subluxation은 關節의 비정렬(misalignment)로 볼 수 있으니, 이는 카이로프랙틱 假說의 始初가 된다. 그러나 이 概念 마저도 解剖學에서 意味하는 부전탈구의 意味와는 거리가 있으며 微細한 位置異常을 意味하는 것으로 x-ray film에 선긋기(line drawing)시 發見할 수 있다. 둘째로는 機能異常(dysfunction)의 意味이며 이는 各 關節의 固有 運動範圍(R.O.M)에 未達하는 고정(fixation)을 뜻한다. 이를 診斷하려면 x-ray檢査 보다는 各 關節의 運動促進(motion palpation)檢査를 施行하여 上下左右를 比較하여 發見할 수 있다. 現代의인 意味에서는 subluxation이 비정렬보다는 오히려 關節의 固着意味로 概念附與가 되어가고 있는 實情이며, 이러한 廣義의 概念을 包含하여 subluxation

complex(SC) 또는 vertebral subluxation complex(VSC) 라는用語로서正義를 내리기도 한다<sup>31-32</sup>.

韓醫學에서는 이와 類似한 原理로 手技治療法이 按摩란 名稱으로 傳承되었는데 《素問》〈血氣形志篇〉<sup>33</sup>에 “形數驚恐하여 經絡이 不通하면 病生於不仁으로 이의 治療는 按摩藥으로 한다”고 記錄되어 있으며 內容上 人體 心身の 狀態를 5가지 形志로 區分하며, 이에 따른 治療方法을 各各 說明한 內容中에서 按摩에 關한 最初의 記錄이 난타난 以來<sup>33-35</sup>, 清代에 이르러 醫宗金鑒에 正骨8法이 記錄되었고 이후 主로 小兒에게 많이 이용된 小兒推拿에 根據하여 推拿法이란 이름으로 普遍化 되었다<sup>34-35</sup>. 특히 清代의 醫宗金鑒 正骨心法要旨에서는 正骨八法을 記錄하여 體系의인 發展을 이룩하였고 骨과 軟組織 創傷의 手技治療法도 比較的 詳細히 記錄되어 있다<sup>36</sup>.

腰椎間板脫出症 治療의 手術的 治療와 非手術的 治療에 대하여 Mixter와 Barr<sup>37</sup>가 처음으로 研究報告를 發表한 이래 50년이 넘도록 手術的 治療에 대한 適應症의 論難이 對象되어 왔다. 以前의 研究<sup>38-39</sup>에 의하면 手術的 治療에 대한 適應症으로 椎間板의 甚한 脫出, 神經學的 弱證, 그리고 保存的 治療에 效果가 없는 경우라고 發表하였고 或者는 絶對的인 手術 適應症으로 括約筋 혹은 下肢에 麻痺를 招來한 경우, 急性으로 아주 甚한 不全麻痺가 있는 경우, 그리고 견딜수 없는 痛症이 있는 경우를 들기도 했다. 그러나 Saal 등<sup>40</sup>은 以前의 手術適應症으로 分類되는 患者를 對象으로 非手術的 治療를 하여 90%에서 좋은 또는 아주 좋은 結果를 얻어냄으로 非手術的 治療의 範圍가 더욱 넓어지게 되었다. 뿐만 아니라 脊椎磁氣共鳴影像術의 發達로 纖維輪의 破裂部位와 壓迫性 病變與否를 더욱 저명하게 볼 수 있게 되어 治療前 病變의 程度를 豫測하는 것이 더욱 正確하게 되었다<sup>41</sup>.

既存의 非手術的 療法中 脊椎牽引<sup>10,42-43</sup>이 腰椎 屈曲-伸軟法<sup>16-19</sup>과 서로 類似한 面을 찾아볼 수 있는데 脊椎牽引의 窮極的인 目標은 牽引으로 脊椎構造物을 늘어나게 하여 神經根의 刺戟이나 壓迫을 除去시키므로써 痛症을 緩和시키는데 있다.

牽引에 의한 脊椎構造物의 주된 變化는 大體로 다음과 같이 작용함을 알 수 있다. 脊椎周圍 韌帶 및 筋肉이 늘어나고 椎體間孔이 커지며 椎體間隔이 넓어지고 Facet joint가 벌어진다.

脊椎構造物중 뼈와 關節이 벌어지려면 周圍 韌帶 및 筋肉이 伸展되어야 한다. 脊椎의 構造物이 어떤 順序로 늘어나는 지는 확실하지 않다. 다만 Cailliet<sup>44</sup>의 研究에 의하면 頸椎牽引을 實施하면서 cineradiography로 觀察한 바에 의하면 먼저 頸椎前彎이 減少되면서 脊椎孔이 넓어지며 前彎이 完全히 사라지고 頸椎가 곧아진 후 椎體間이 間隔이 넓어진 후 椎體間의 間隔이 넓어지기 시작하였다.

또한 facet joint에서는 下部椎體의 上側關節이 上方 및 前方으로 미끄러지는데, 양쪽에서 동시에 일어나지만은 않는다<sup>45-46</sup>. 한편 椎體間 間隔은 脊椎屈曲時 後方은 벌어지고 前方은 좁아지며 또한 脊椎牽引時에도 椎體間隔은 前方에 비하여 後方이 더 늘어난다. 따라서 脊椎牽引時 頸部를 屈曲시키거나, 骨盤이 위로 돌아가게 하여 頸椎部나 腰椎部의 前彎을 減少시키는 것은 生體力學上 매우 重要하다<sup>47</sup>. Mathews(1968)는 腰椎間板脫出症 患者에게 腰椎牽引을 하면서 epidurography를 실시한 바 後方으로 튀어나왔던 部分이 다시 편편해지고 椎間板內로 造影物이 들어가는 것이 觀察되었다고 하였는데 이는 脊椎牽引時 後方縱韌帶가 팽팽해져 annulus fibrosus를 앞으로 밀게되며, 또한 椎間板內 壓力이 減少되어 빨아들이는 힘이 생겨, 나왔던 수액(nucleus pulposus)이 吸收되었기 때문인 것으로 생각되는데<sup>48</sup>, 體重의 60%의 무게로 牽引할 때 椎間板內 壓力이 25%로 減少하였다는 Nachemson과 Elfstrom<sup>10</sup>의 報告가 이러한 作用機轉을 뒷받침해주고 있다.

오늘날 推拿를 찾는 患者의 折半 以上이 腰痛 때문이란 점을 감안 한다면, 腰痛 治療에 最大의 關心을 두고 있는 이 技法은 매우 臨床活用 價値가 높은 편이다. 腰椎 屈曲-伸軟法은 腰椎가 退行性 病變을 나타낼 때 이 病變은 반드시 後關節과 椎間板에 同時에 나타난다는 점에 基本 背景을 두고 있다. 따라서 이 技法은 椎間板이 튀어 나온

경우에만 活用되는 것이 아니라, 退行性 病變, 脊椎 前方轉位症, 側灣症, 後關節症候群, 脊髓腔 狹窄症 등에 폭넓게 活用할 수 있다<sup>19)</sup>. 이 技法은 腰椎의 特定部位를 牽引시키기 위해 考案된 것으로서, 여러 醫師들이 活用해 왔으나 現在는 Cox에 의해 가장 活潑히 研究되고 있다. 특히 特定部の 骨端 關節을 集中的으로 運動시킴으로써, 前縱靱帶 및 後縱靱帶를 伸展시켜 椎間板이 스스로 再配列되도록 하고 固着되었던 後關節이 열림으로써 腰椎 自體도 再配列될 수 있도록 한다. 一般的인 效果로 다음과 같은 작용이 있다<sup>17,19,49-50)</sup>. 첫째, 椎骨間의 間隙(disc space)을 넓혀 痛症을 느끼는 邊緣部의 纖維輪纖維의 歪曲(distortion)을 除去한다. 둘째, 水核이 纖維輪內에서 中心部로 자리잡게끔 하여 痛症을 느끼는 纖維輪 纖維에의 刺戟을 除去한다. 셋째, 脊椎關節의 生理的 運動을 回復시킨다. 넷째, 痛症을 除去하고, 身體機能을 向上시켜 健康狀態를 만들어 姿勢와 步行을 改善시킨다.

以上과 같은 이론과 機轉을 바탕으로 腰脚痛 患者를 保存治療한 結果 다음과 같은 臨床的 所見이 나타났다.

患者의 性別에 따른 分類를 보면 男子 5名, 女子 8名으로 男子對 女子의 比率은 1 : 1.6으로 女子가 많았다. 이는 金 등<sup>51)</sup>과 崔 등<sup>52)</sup>과 文 등<sup>53)</sup> 1 : 1.3과는 類似하게 나타났으며, 金 등<sup>54)</sup>의 2.7 : 1과 朴 등<sup>55)</sup>의 2.4 : 1과는 다르게 나타났다.

年齡에 따른 分析으로 20歲 以下와 51-60歲를 除外하고 모두 3名으로 高年 分布를 나타내었다. 이는 年齡層에 關係없이 腰脚痛이 發生함을 나타낸 것으로 思料된다.

診斷에 따른 分析으로 HNP 4-5가 CT, X-ray 상 4名으로 가장 많았으며, 그 다음으로 HNP L5-S1, Bulging Disc L4-5 L5-S1이 CT上 各各 2名으로 많았다. 이는 趙 등<sup>56)</sup>과 文 등<sup>43)</sup>의 李<sup>57)</sup>의 報告와 一致하며, CT上 異常所見이 있는데 X-ray上 異常所見이 없던 것은 3件으로 CT의 正確性이 더욱 確實時 되었다.

治療期間別 分析을 해보면 2-3周, 4周 以上이 各各 4名으로 가장 많았고, 2周 以內가 3名이며 3-4周가 2名の 順으로 나타났다. 朴<sup>58)</sup> 등의 報告

에 電針群과 刺鍼群의 治療期間 分布가 비슷하나 電鍼群의 境遇 1-2달이 36%로 가장 높고 20日-60日이 63%인 것과 比較하면, 治療期間이 다소 短縮된 것으로 思料된다. 또한 李<sup>57)</sup> 등의 報告보다도 期間이 短縮된 것으로 思慮된다. 이는 程度에 따라 患者의 治療期間에 多少 差異가 있음을 알수 있지만 全般的으로 期間이 短縮된 것으로 나타났다.

治療回數에 따른 分析을 보면 6-10회가 5名으로 가장 많았고, 16-20회가 3名, 11-15회가 2名, 21-25회와 25回 以上이 各各 1名씩을 나타내었다. 이는 寢床安定의 期間에 따라 治療回數가 多少 差異를 나타냈으나, 安定期間이 지나면서 빠른 속도로 回復되었다.

下肢直舉上 檢査(SLR)上 入院時 40度 以下, 41-50度가 各各 4名씩으로 많았고, 71-80度가 3名, 51-60度와 61-70度가 各各 1名이었다. 退院時에는 正常範圍가 7名으로 가장 많았고, 71-80度가 3名, 81-90度가 2名の 順으로 나타났다. 거의가 治療期間 동안 好轉을 보인 것으로 볼 수 있다.

症狀에 따른 分類를 보면 入院時 腰痛이 13名, 步行不利 11名, 起立不利 10名, 右下肢 引痛 및 脹痛이 8名, 筋無力感이 7名, 右臀痛이 6名, 左下肢 引痛 및 脹痛이 4名, 左臀痛이 3名の 順으로 나타났으며, 退院時에 腰痛이 7名, 右下肢 引痛 2名, 左下肢 引痛 및 脹痛, 步行不利, 筋無力感이 各各 1名씩 이었다. 이는 趙 등<sup>56)</sup>과 朴 등<sup>55,58)</sup>, 文 등<sup>53)</sup>, 李<sup>57)</sup>가 腰脚痛이 腰痛과 下肢 放散痛이 併發하다고 報告한 것과 一致한 것으로 思慮된다.

治療成績에 따른 分析을 보면 優秀가 9名, 良好이 2名, 好轉과 別無가 各各 1名씩 이었다. 文<sup>53)</sup> 등의 報告에 良好가 많았던과는 달리 優秀가 더 많았고, 李<sup>53)</sup> 등의 報告에 比較해서 好轉率이 높고, 朴<sup>58)</sup> 등의 電針群과 體鍼群의 治療成績과 比較하면 더욱 優秀한 것으로 思慮된다.

## V. 結 論

1997年 4月 1日부터 1997年 8月 31日까지 大田

大學校 附屬 韓方病院 鍼灸科에 入院한 患者들에 對한 推拿治療中 腰椎 屈曲-伸軟法을 施行하여 아래와 같은 結果를 얻었다.

1. 患者의 性別에 따른 分類를 보면 男子 5名, 女子 8名으로 男子對 女子의 比率은 1 : 1.6으로 女子가 많았다.

2. 年齡에 따른 分析으로 20歲 以下와 51-60歲를 除外하고 모두 3名으로 高齡 分布를 나타내었다.

3. 診斷에 따른 分析으로 HNP 4-5가 CT, X-ray상 4名으로 가장 많았으며, 그 다음으로 HNP L5-S1, Bulging Disc L4-5, L5-S1이 CT上 各各 2名으로 많았다.

4. 治療期間別 分析을 해보면 2-3周, 4周 以上이 各各 4名으로 가장 많았고, 2周 以內가 3名이며 3-4周가 2名의 順으로 나타났다.

5. 治療回數에 따른 分析을 보면 6-10회가 5名으로 가장 많았고, 16-20회가 3名, 11-15회가 2名, 21-25회와 25回 以上이 各各 1名씩을 나타내었다.

6. 症狀에 따른 分類를 보면 入院時 腰痛이 13名, 步行不利 11名, 起立不利 10名, 右下肢 引痛 및 脹痛이 8名, 筋無力感이 7名, 右臀痛이 6名, 左下肢 引痛 및 脹痛이 4名, 左臀痛이 3名의 順으로 나타났으며, 退院時에 腰痛이 7名, 右下肢 引痛 2名, 左下肢 引痛 및 脹痛, 步行不利, 筋無力感이 各各 1名씩 이었다.

7. 治療成績에 따른 分析을 보면 優秀가 9名, 良好이 2名, 好轉과 別無가 各各 1名씩 이었다.

### 參 考 文 獻

1. 오홍근 : 통증의학, 서울, 군자출판사, p.85, 1995.
2. 羅昌洙 氏 : 頭部 脊椎 四肢病의 診斷과 治療, 서울, 大星文化社, p.141, 1995.
3. Deyo RA : Conservative therapy for low back pain, JAMA 250:1057-1062, 1983.
4. 백태운 : 외과영역에 있어서 요통, 대한의학협회지, 18:7, p.46, 1975.
5. 안중철 氏 : 요통환자의 요추부 X-선 소견에 의한

통계학적 고찰, 대한정형외과학회잡지, 11(1):29,32, 1976.

6. 김재규 氏 : 침구과 영역에 있어서 요각통에 대한 임상적 관찰, 경희의학, 제4권, 제4호, pp.425-431, 1988.

7. 박병문 : 요통의 원인과 치료, 대한정형외과학회지, 12:1. p.1-8, Mar., 1977.

8. 김진수 氏 : 신경국소진단학, 과학서적센타, 서울, p.64, 1990.

9. 대한신경외과학회 : 신경외과학, 서울, 중앙문화사, pp. 403-405, 1989.

10. 민경옥 氏 : 요통, 서울, 현문사, p.14, pp.33-61, 69-74, 227-249, 1982.

11. 정진우 氏 : 척추와 사지의 검진, 서울, 대학서림, pp.286-315, 1986.

12. 윤승호 氏 : 요추간판 탈출증의 비수술적 치료효과에 관여하는 요인들에 대한 검토, 대한재활학회지 16(2):175-181, 1992.

13. 金慶鎬 氏 : 腰痛症의 原因과 脈象에 對한 文獻의 考察, 서울, 大韓鍼灸學會誌 7(1):155-176, 1990.

14. 朴東錫 氏 : 腰脚痛患者에 對한 臨牀的 觀察, 서울, 大韓鍼灸學會誌 8(1):85-94, 1991.

15. 韓相源 氏 : 腰痛에 對한 臨牀的 觀察, 서울, 大韓鍼灸學會誌 13(1):181-190, 1996.

16. 이명중 氏 : 카이로프랙틱의 개요와 요통치료에서의 응용, 서울, 동의물리요법학회지 1(1):51-58, 1991.

17. 金性洙 氏 : 腰椎間板脫出症에 對한 推拿療法과 CHIROPRACTIC의 文獻의 考察, 서울, 東醫物理療法科學會誌 2(1):127-139, 1992.

18. 이명중 氏 : 카이로프랙틱의 현황과 그 전망, 서울, 동의물리요법학회지 4(1):207-221, 1994.

19. 이명중 氏 : 카이로프랙틱 기법에 관한 문헌적 고찰, 서울, 동의물리요법학회지 4(1):59-170, 1994.

20. 최익선 氏 : 요통증의 침구치료에 관한 문헌적 고찰, 경희대한의대논문집, 제1권, pp. 159-187, 1978.

21. 이윤호 : 요각통의 침구치료와 치험예, 월간행림, 2 : 22-24, 1977.

22. 崔武煥 : 동씨침구학, 일증사, 서울, pp.53-61, 일증사, 1997.

23. 대전대학교 한의과대학 제6기 졸업준비위원회: 침구경위해석, pp.195-210, 1993.

24. 대한정형외과학회 : 정형외과학, 서울, 최신의학사,



- pp.377-380, 1993.
25. DAVID J. MAGEE : Orthopedic Physical Assessment. W.B. Saunders Company, pp.171-172, 1987.
  26. THE AGIVG SPINE Essentials of Pathophysiology, Diagnosis, and treatment BODEN, WIESEL, CAWS, ROTHMAN, p.29, 32, 1991.
  27. Morris J, Nachemson A : In Vivo Measurements of Intra-diskal preaaure. J Bone Joint surg 46 A:1077-1092, 1964.
  28. Andersson GBJ, Ortengren R, Herberts P: Quantitative electromyographic studies of back muscle activity related to posture and loading. Orth Clin North Am 8:85-97, 1977.
  29. Andersson GBJ, Ortengren R, Nachemson A : Intradiskal pressure, intraabdominal pressure and myoelectric back muscle activity related to posture and loading. Clin Orthop 129:157-164, 1977.
  30. Sportelli, L : Introduction to Chiropractic. 8th ed, Palmerton, p.5, 1986.
  31. McNamee, K.P. : The chiropractic colege admissions and curriculum directory, KM enterprises, pp.19-22, 1991.
  32. Schafer, R.C., Faye, L.J. : Motion Palpation and Chiropractic Technique, 2nd ed. Motion Palpation Institute, USA, pp.27-29, 1990.
  33. 洪元植 : 黄帝內經素問解釋, 서울, 高文社, pp.139, 1972.
  34. 上海中醫學院 : 推拿學, 香港, 商務仁書館, pp.3-4, 1980.
  35. 黃三元 : 推拿療法和醫療練功, 臺北, 八德教育文化出版社, p.1-3, 1983.
  36. 오민석 외 : 의종금감중 정골심법요지에 수록된 치료방법에 대한 고찰, 한방물리요법학회지, p88, 1991.
  37. Mixter WJ, Barr JS : Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal. N Engl J Med 211:210, 1934.
  38. Salenius P, Laurent L: Results of operative treatment of lumbar disc herniation. Acta Orthop Scand 48:630-634, 1977.
  39. Shannon N, Paul E: L4/5 and L5/S1 disc protrusions : Analysis of 323 cases operated on over 12 years. J Neurol Neurosurg Psychiatry 42:804-809, 1979.
  40. Saal JA, Saal JS : Nonoperative treatment of hermiated lumbar imtervertebral disc with radiculopathy: Am outcome study. Spime 5:431-437, 1988.
  41. 이광우 편 : 임상신경학, 서울, 고려의학, pp.69-74, 1997.
  42. 김명훈 외 : 물리치료학개론, 서울, 대학서림, pp.242-247, 1993.
  43. 姜世潤 : 척추견인치료, 서울, 대한재활의학회지 15(3):271-277, 1991.
  44. Cailliet R : Neck and Arm Pain(ed 2). Philadelphia, F A Davis Co, pp.1-124, 1981.
  45. Fielding JW : Cinerontgenography of the normal cervical spine. J bone Joint Surg 39:1280-1288, 1957.
  46. Bard G, Jones MD : cineradiographic recordingof traction of the cervical spine. Arch Phys Med Rehabil 45:403-406, 1964.
  47. Colachis SC Jr, Strohm BR : Effects of intermittent taction on separationof lumba vertebrae. Arhc Phys med Rehabil 50:251-258, 1969.
  48. Cryax JH : Discussion on the treatment of backache by traction. Pro R Soo Med 45:808-811, 1955.
  49. 신준식 : 한국추나학, 서울, KCA PRESS, pp.212-218, 1995.
  50. 신준식 : 한국추나학 임상 표준지침서, KCA PRESS, pp.96-103, 1995.
  51. 김연일 외 : 腰椎間板脫出症의 수술적 절제술과 예후, 순천향대학논문집 11(3):512-521, 1988.
  52. 최용태 외 : 針灸科 領域에 있어서 腰痛症 治療效果에 關한 臨床的 研究, 경희대학교 30주년 기념논문집 9:883-902, 1979.
  53. 문병우 외 : Lumbar CT상 요추간판탈출증으로 진단받은 환자에 대한 임상적 고찰, 혜화의학 1(1):141-159, 1992.
  54. 김 인 외 : 요추추간판탈출증의 임상적 고찰, 대한정형외과학회지, 5(4):701-706, 1980.

55. 박병문 외 : 요통 및 좌골신경통에 있어서 경막의 스테로이드 제재주입의 치료효과에 관한 연구, 대한정형외과학회지 19(3):45-46, 1984.

56. 조남근 외 : 요추 추간판탈출증의 전침치료와 단순 자침치료시 적외선체열촬영상의 임상비교연구, 대한침구학회지 14(1):21-30, 1997.

57. 李秉烈 외 : 腰椎 椎間板脫出症에 對한 臨床的 考察, 대한침구학회지 12(1):364-379, 1995.

58. 朴修永 외 : 腰椎間板脫出症의 電鍼治療와 單純 刺鍼治療의 臨床的比較 研究, 대한침구학회지 21(1):273-280, 1986.