

원저

척추전방전위증의 한방 치료에 관한 임상적 고찰

김현중 · 이삼로 · 변재영 · 안수기

원광대학교 한의과대학 부속 광주한방병원 침구과

Abstract

Clinical Study of the Treatment of Spondylolisthesis

Hyun-Jung, Kim · Sam-Ro, Lee · Jae-Young, Byun · Soo-Gi, Ahn

Department of Acupuncture & Moxibustion, KwangJu Oriental Medical Hospital,
College of Oriental Medicine, WonKwang University

Objectives : This study was performed to evaluate the clinical results of the spondylolisthesis patients treated with oriental medical methods.

Methods : We diagnosed spondylolisthesis by L-spine simple x-ray. 28 patients with spondylolisthesis were hospitalized at WonKwang University KwangJu Oriental Medical Hospital from April 1997 to January 2000 and treated by acupuncture, moxibustion, bed rest, herb-medicine and physical therapy.

Results : 1. Distribution showed female predominance(82.1%) in general.
2. In the duration of symptoms, the largest group was the group of "acutest" (32.1%).
3. In the distribution of causes, the largest group was "overwork" (35.7%).
4. Isthmic type is the most common(75%) in etiology.
5. Isthmic type involved the 5th lumbar vertebra in 57.1% and degenerative type involved the 4th lumbar vertebra in 57.1%.

* 본 논문은 2000년도 원광대학교의 교비 지원에 의해서 연구됨
· 접수 : 2000년 8월 8일 · 수정 : 8월 21일 · 채택 : 8월 26일
· 교신저자 : 김현중, 광주광역시 남구 주월동 543-8 원광대학교 한의과대학 부속 광주한방병원 침구과
(Tel. 062-670-6726, 6442)

6. Most of cases were grade I(96.4%) in degree of slipping.
7. The common symptoms were radiating pain(92.9%) and low back pain(78.6%).
8. Therapeutic efforts above "good" by Kim's criteria was 20 cases(71.4%).

Conclusions : The result of treatment by oriental medical methods is satisfactory for the treatment of spondylolisthesis.

Key words : Spondylolisthesis, Acupuncture, Herb-medicine

I. 서론

척추전방전위증은 하요추부 병변의 하나로 요통을 유발하는 주요한 원인 중의 하나이다. 대부분의 경우 척추궁 관절간부의 결함이나, 척추후방관절의 퇴행성 변화로 인하여 추체가 전방으로 전위된 상태를 말한다¹⁾.

요통의 유발원인은 요추간판탈출증, 요추척추증, 압박골절 등 여러 가지가 있으며 척추전방전위증도 요통으로 내원하는 환자의 7.14%를 차지한다²⁾.

양방에서는 현재까지 척추전방전위증에 대한 많은 임상적 연구 및 다양한 치료법이 연구되었다. 특히 치료법에 있어서는 수술의 필요성 여부로부터 다양한 수술 방법에 이르기까지 많은 논란이 있어 왔지만 아직 확고한 정론은 수립되지 않고 있다.

이에 저자는 1997년 4월 1일부터 2000년 1월 31일까지 요통을 주소로 원광대학교 부속 광주한방병원에 입원 치료한 환자 중 요추추부 단순 방사선 소견상 척추전방전위증을 진단받은 환자를 대상으로 하여 한방적 치료결과를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 관찰대상

1997년 4월 1일부터 2000년 1월 31일까지 요통 및 하지방산통을 주소로 원광대학교 부속 광주한방병원에 입원하여 요추추부 단순 방사선 소견상 척추전방전위증을 진단받고 입원 치료한 28명의 환자를 대상으로 하였다.

2. 관찰방법

입원 치료한 환자 28명을 대상으로 다음과 같은 항목으로 나누어 분석, 관찰하였다.

- 1) 성별 및 연령별 분포
- 2) 병력기간별 분포
- 3) 발병동기별 분포
- 4) 원인별 분포
- 5) 이환부위별 분포
- 6) 전위도
- 7) 임상증상 및 동반질환
- 8) 입원증상 등급별 분포
- 9) 유형에 따른 치료성적
- 10) 병력기간별 치료성적

11) 발병동기별 치료성적

3. 평가방법

1) 병력기간 분류기준

병력기간은 김 등³⁾의 방법에 따라서 발병 후 1주일 이내는 최급성기, 발병 후 1주일~1개월은 급성기, 발병 후 1개월~6개월은 아급성기, 발병 후 6개월 이상은 만성기 등으로 각각 분류하였다.

2) 환자의 증상별 판정기준

환자의 자각증상의 경중도를 객관화하기 위하여 김 등³⁾의 방법인 동통의 정도 및 활동의 제한정도에 따라 5단계로 구분하였다.

- (1) grade 0 : 동통이 전혀 없는 경우
- (2) grade I : 경도의 동통이 있는 경우로 안정시에는 동통이 없으나 동작시에만 미약한 동통이 있는 상태
- (3) grade II : 중등도의 동통이 있는 경우로 동작시에는 제한이 없으나 동통으로 불편한 상태
- (4) grade III : 심한 동통이 있는 경우로 동작시 동통으로 활동이 제한되며 조심하면 가동할 수 있는 상태
- (5) grade IV : 극심한 동통이 있는 경우로 동작시 극렬한 통증이 발생하여 자력으로는 거동이 불가능한 상태

4. 치료방법

침구 및 부항치료, 약물치료를 실시하였으며 환자의 상태에 따라 물리치료 및 운동요법을 병행하였다.

1) 침구부항 치료

침치료에 사용된 침은 동방침구침 제품인 0.3×40mm인 1회용 호침을 사용하였고 자침의 심도는 경혈에 따라 5~10mm로 하였다. 유침은 15~20분간 하였고, 환자의 상태에 따라 시침회수 및 유침시간은 조정하였다.

치료는 환측의 요통 상용혈인 요추협척혈, 신수, 지실, 기해수, 대장수, 요양관, 관원수, 팔요, 환도, 위중, 양릉천, 족삼리, 비양, 절골, 곤륜, 속골혈 등을 수증가감하였다.

환자의 상태에 따라서 전침을 병행하였다. 전침은 NEW POINTER(TENS) SJ-106을 사용하여 주파수는 14Hz 연속파로 하였다. 자극강도는 환자가 참을 수 있는 범위로 하였다.

유침하는 동안 적외선을 환측에서 40~50cm 거리를 두고 조사하였다.

초기 통증이 심한 경우는 요양관, 위중 및 기타 압통점에 습부항을 시행하였고, 통증의 완화에 따라 건부항을 요배부의 독맥경 및 방광경 상에 시술하였다.

구치료는 신허나 기혈허, 한습, 풍습 증을 수반하였을 경우 신수, 명문, 기해, 관원을 기본으로 하고 증상에 따라 아시혈에 시구하였다.

2) 약물치료

약물치료는 증상에 따라 변증시치하였다. 초기에는 활혈통락, 행기지통의 통증완화 위주의 표치에 중점을 두었고, 말기에는 강근골, 보간신의 본치법에 따라 치료하였다.

3) 침상안정

모든 환자에게 합판(hard board)을 침상 밑에 깔고 무릎 아래에 무릎 베개를 고정시켜 고관절과 슬관절을 굴곡시킴으로써 장요근의 긴장을 완화시키고 요추에 대한 스트레스를 적게 하여 요추의 전

만이 감소되고 척추관이 확대되도록 하였다.

4) 물리치료

환자의 상태에 따라 온찜질, 간섭파치료, 초음파 치료, 극초단파치료, 전기자극치료, 수치료 등을 선택하여 시술하였다. 통증이 조절된 환자는 Willams 체조를 교육하여 1일 3회 시행하도록 하였다.

5. 치료성적의 평가기준

김 등⁴⁾의 방법을 이용하여 임상증상의 호전에 중점을 두어 4단계로 나누어 구분하였다. 증상이 완전히 소실되어 일상생활에 지장이 없는 경우를 excellent, 요통 및 하지방산통이 대부분 소실되고 일상생활에 가벼운 장애가 있으나 발병 이전의 직업에 복귀할 수 있는 경우를 good, 일부 동통의 호전은 있으나 일상생활에 장애가 있고 지속적인 치료를 요하는 경우를 fair, 증상의 호전이 없으며 일상생활에 장애가 심한 경우를 poor로 구분하였다(Table 1).

Table 1. Criteria for Clinical Results(Kim's, 1986)

excellent	Complete relief of pain in back and lower limbs No limitation of physical activity Analgesics not used at all
good	Relief of most of pain in back and lower limbs Able to return to accustomed employment Physical activities slightly limited Analgesics used only infrequently
fair	Partial relief of pain in back and lower limbs Able to return to accustomed employment with limitation or return to lighter work Physical activities definitely limited Mild analgesics medication frequently
poor	Little or no relief of pain in back and lower limbs Unable to return to accustomed employment Physical activities greatly limited Analgesics medication used regulary

III. 증례분석

1. 성별 및 연령별 분포

연령분포는 29세에서 82세로 평균 58세였으며 여자가 23례(82.1%)로 호발하였고, 50세 이상의 여자가 19례(67.9%)로 많았다(Table 2).

Table 2. Distribution of Sex and Age

	Female	Male	Total(%)
~40	1	1	2(7.1)
41~50	3	2	5(17.9)
51~60	8	1	9(32.1)
61~70	6	0	6(21.4)
71~	5	1	6(21.4)
Total	23	5	28(100)

2. 병력기간별 분포

최급성기가 32.1%이며 남자는 최급성기가 80%이고, 여자는 각 유형별로 고른 분포를 보였다(Table 3).

Table 3. Duration of Symptoms

	Female	Male	Total(%)
acutest	5	4	9(32.1)
acute	6	0	6(21.4)
subacute	6	1	7(25)
chronic	6	0	6(21.4)
Total	23	5	28(100)

3. 발병동기별 분포

과로로 인한 경우가 35.7%로 가장 많았다. 여자는 과로가 많았고 남자는 과로 및 용력거중이 대부분이었다(Table 4).

Table 4. Distribution of Causes of Symptom

	Female	Male	Total(%)
overwork	8	2	10(35.7)
heavy lifting	1	3	4(14.3)
after sleeping	3	0	3(10.7)
fall down	3	0	3(10.7)
over walking	1	0	1(3.6)
in sleeping	1	0	1(3.6)
long sitting	1	0	1(3.6)
traffic	1	0	1(3.6)
accident	4	0	4(14.3)
unknown			
Total	23	5	28(100)

4. 원인별 분포

Wiltse⁵⁾의 분류에 따르면 협부형이 21례(75%)로 가장 많았고, 퇴행형이 7례(25%)이며 이형성형, 외상형, 병적형은 없었다.

성별 분포는 협부형은 전체 21례 중 여성이 16례(76.2%)였으며, 퇴행형은 전체 7례 중 여성이 7례(100%)였다(Table 5).

Table 5. Classification

	Female	Male	Total(%)
dysplastic	0	0	0
isthmic	16	5	21(75)
degenerative	7	0	7(25)
pathologic	0	0	0
traumatic	0	0	0
Total	23	5	28(100)

5. 이환부위별 분포

제5요추가 50%, 제4요추가 46.4%로 대부분이었다. 협부형은 제5요추가 12례(57.1%), 퇴행형은

Table 6. Distribution of Involved Site

	isthmic	degenerative	Total(%)
L3	0	1	1(3.6)
L4	9	4	13(46.4)
L5	12	2	14(50)
Total	21	7	28(100)

제4요추가 4례(57.1%)였다(Table 6).

6. 전위도

Meyerding⁶⁾의 방법에 따라 구분하였는데, grade I이 27례(96.4%)로 거의 대부분이었고, 협부형에 grade II가 1례(3.6%) 있었다(Table 7).

Table 7. Degree of Displacement

Grade(%)	No. of cases(%)
I(0~25)	27(96.4)
II(25~50)	1(3.6)
III(50~75)	0
IV(75~100)	0
Total	28(100)

7. 임상증상 및 동반질환

대부분의 환자에서 심한 요통 및 하지 방산통을 호소하였다(Table 8).

Table 8. Common Symptoms

	No. of cases(%)
low back pain	22(78.6)
leg radiating pain	26(92.9)

동반질환으로는 요추간판탈출증이 18례(64.3%)로 가장 많았다(Table 9).

Table 9. Accompanied Illness

	No. of cases(%)
HNP at L-spine	18(64.3)
spondylosis	8(28.6)
osteoporosis	7(25)
compression fracture	4(14.3)
spinal stenosis	1(3.6)

8. 입원증상 등급별 분포

grade III 이상의 통증이 심한 환자가 25례

(89.3%)로 거의 대부분이었다(Table 10).

Table 10. Grade of Clinical Symptoms

Grade	Female	Male	Total(%)
I	0	0	0
II	2	1	3(10.7)
III	13	0	13(46.4)
IV	8	4	12(42.9)
Total	23	5	28(100)

9. 유형에 따른 치료성적

협부형은 17례(81%)가 good 이상의 성적을 보였고, 퇴행형은 3례(42.9%)가 good 이상의 성적을 보였다. 전체적으로 good 이상의 결과가 28례 중 20례(71.4%)였다(Table 11).

Table 11. Effects of Treatment on Types

	isthmic	degenerative	Total(%)
Excellent	2	1	3(10.7)
Good	15	2	17(60.7)
Fair	3	4	7(25)
Poor	1	0	1(3.6)
Total	21	7	28(100)

10. 병력기간별 치료성적

good 이상의 성적이 최급성기는 55.6%, 급성기는 66.7%, 아급성기는 85.7%, 만성기는 83.4%였다(Table 12).

Table 12. Effects of Treatment on Duration of Symptoms

	E	G	F	P	Total
acutest	2	3	3	1	9
acute	0	4	2	0	6
subacute	0	6	1	0	7
chronic	1	4	1	0	6
Total(%)	3(10.7)	17(60.7)	7(25)	1(3.6)	28(100)

(E : excellent G : good F : fair P : poor)

11. 발병동기별 치료성적

과로로 인한 경우는 good 이상의 성적이 60%였으며 용력거중은 good 이상의 성적이 75%였다(Table 13).

Table 13. Effects of Treatment on Causes

	E	G	F	P	Total(%)
overwork	2	4	3	1	10(35.7)
heavy lifting	0	3	1	0	4(14.3)
after sleeping	0	1	2	0	3(10.7)
fall down	0	2	1	0	3(10.7)
over walking	0	1	0	0	1(3.6)
in sleeping	0	1	0	0	1(3.6)
long sitting	0	1	0	0	1(3.6)
traffic accident	0	1	0	0	1(3.6)
unknown	1	3	0	0	4(14.3)
Total	3	17	7	1	28(100)

IV. 고찰

척추전방전위증은 벨기에의 산부인과 의사였던 Herbineaux가 1782년 일부 분만장애를 나타내는 산모들 가운데 천골 전방에 생긴 골융기(bony prominence)가 원인으로 작용하는 것을 알아낸 후 척추하수증(spondyloptosis)이라고 보고한 이래 1854년 Kilian에 의해 척추전방전위증이라고 명명되었고 1881년 Neugebauer의 광범위한 해부학적 연구에 의해 그 원인이 척추궁관절간부에 있음이 알려졌다⁷⁾.

척추전방전위증의 분류는 Newman의 분류에 근거한 Wiltse⁵⁾의 분류가 가장 널리 이용되고 있다. 전위를 일으키는 원인에 따라 이형성형(dysplastic), 협부형(isthmic), 퇴행형(degenerative), 병적형(pathologic), 외상형(tramatic) 등으로 분류하는데 그 중 퇴행형 및 협부형이 가장 많다. 본 임상고찰에서도 협부형과 퇴행형이 각각 21례(75%)와 7례(25%)로 대부분을 차지하였다(Table 5).

척추전방전위증의 원인에 대하여는 많은 연구가 있었으나, 현재 가장 인정되고 있는 것은 Newman 등⁸⁾이 주장한 피로골절설(stress factor theory)이다. 이는 유전적 요인에 의한 척추발생의 이상이 선행되고 여기에 지속적인 기계적 긴장이 가해져 피로골절이 발생한다는 것이다. 그러나 이러한 주장은 이형성형이나 협부형의 설명에는 적합하나, 외상형, 퇴행형, 병적형인 경우는 다른 원인이라고 할 수 있을 것이다. 퇴행형의 원인으로 Macnab 등⁹⁾은 하관절 돌기와 척추경 사이의 각도가 증가되어 이로 인한 주위의 인대와 근육의 긴장으로 전방전위가 일어난다는 것으로 보고하고 있다.

협부형은 후궁 협부의 섬유성 결손으로 인하여 상위 추체가 전방으로 전위되고 신경궁으로부터 추체의 전면이 분리된 상태이다¹⁰⁾. 퇴행형은 척추경 협부의 결합이 없이 척추 후관절의 마모, 비후 및 아탈구에 의한 추체의 전방전위로 인하여 척추관의 분절 협착과 불안정성을 나타내는 퇴행성 관절질환으로 정의된다¹¹⁾. 협부형은 주로 제5요추에 발생하는 것으로 알려져 있다. 본 고찰에서도 57.1%가 제5요추에서 발생하였고, 제4요추에서도 42.9%가 발생하고 여성이 76.2%로 호발하였다. 퇴행형은 Wiltse⁸⁾에 따르면 40세 이상에서 대부분 발견되며 여자에서 4배 호발하고 제4요추에서 흔히 발견되며, 전위도는 33%를 넘지 않는 것이 대부분이라고 하였다. 본 연구에서도 임상례가 적지만 7례 모두 40세 이상의 여성이었고, 이 중 4례(57.1%)가 제4요추에 발생하였고 7례 모두 grade I에 속하여 이들의 보고와 일치하였다(Table 5, 6). 퇴행형이 여성에게 주로 발생하는 원인에 대하여는 정확히 밝혀져 있지는 않으나, 골조송증이 여자에서는 빠르고 심하기 때문이라는 설과, 월경이나 임신기간 중에 내분비 계통의 변화로 인대의 이완이 오기 때문이라는 설 등이 있다⁸⁾. 제4요추에 호발하는 원인에 대해 Allbrook¹²⁾은 제5요추는 장골능 사이에서 여

러 가지 인대에 의해 강화되어 있으므로 비교적 안정성이 유지되나, 제4요추에 가해지는 힘과 운동은 오히려 증가되기 때문에 제4요추에 전위가 흔히 발생된다고 하였다.

전위정도를 측정하는 방법으로는 측면 방사선상에서 전위를 보는 Meyerding⁶⁾의 4등분법이 가장 널리 사용되며, 이외에도 Taillard 법¹³⁾, Boxall 등¹⁴⁾의 slip angle 측정법 등이 있다. 저자는 Meyerding의 방법을 이용하였으며 이에 따르면 전체 28례 중 grade I이 27례로 96.4%이었고, 협부형에서 grade II가 1례 있었다(Table 7).

임상증상은 일반적으로 요통, 둔부나 대퇴부 동통 및 하지방산통 등이 나타난다. 본 연구에서도 요통이 78.6%, 하지방산통이 92.9%를 차지하였다(Table 8). 이러한 임상증상의 유발요인은 관절간부 결합으로 인한 불안정성으로 신경근 자극 및 압박, 추간판 등의 퇴행성 변화에 기인한다고 한다¹⁵⁾. 동반질환으로 박 등¹⁶⁾은 척추협착증이 52%로 가장 많았고, 요추간판탈출증이 31%라고 보고하였다. 본 연구에서는 요추간판탈출증이 64.3%로 가장 많았으며 척추협착증은 3.6%였다(Table 9). 협부형은 증상이 없는 경우가 많지만 성인에서는 전위부의 불안정성과 이에 따른 퇴행성 변화로 신경이 압박되어 요통보다는 하지의 신경성 통증이 심하게 나타난다¹⁷⁾. 하지의 신경성 통증을 일으키는 주된 원인은 추간공 협착인데¹⁸⁾, 협착의 대부분은 근위 협부의 골성비후 때문이나, 협부결손부에 형성된 연부 조직 종괴가 원인이 되기도 한다¹⁹⁾. 퇴행형에서도 요통과 하지의 신경성 통증을 주 증상으로 하는데 수술적 치료의 대상이 되는 하지통은²⁰⁾ 후관절의 비후 또는 아탈구로 인한 측외부 협착이 주된 원인이다. 후관절의 비후와 추체의 전위로 인한 중앙부의 협착도 그 원인의 하나라고 한다²¹⁾.

김 등¹⁾은 보존적 치료시 67.4%에서 good 이상의 만족할 만한 결과를 보였고, 병인별 분류에 따르

면 협부형이 70.5%, 퇴행형이 62.5%에서 만족할 만한 결과를 보여 원인에 따른 특별한 차이는 보이지 않았다고 하였다. 본 고찰에서는 71.4%에서 good 이상의 만족할 만한 결과를 보였으며, 유형별로 보면 협부형에서 81%, 퇴행형에서 42.9%의 만족할 만한 결과를 보였다(Table 11).

많은 학자들은 Meyerding 분류에서 grade I과 grade II 및 퇴행형에서는 대체로 보존적 치료를 하고 수술적 치료는 환자와 상의하여 결정하도록 권유하고 있다²²⁾. 일반적으로 증상이 경미하거나 전위의 정도가 25% 이내인 경우에는 침상안정, 운동제한, 보조기 착용 등의 보존적 치료가 가능하고²³⁾, 수술적응증은 6개월 이상 보존적 요법으로 치료해도 증상의 호전이 없는 경우, 방사선학적 전위정도가 계속 진행된 경우, 지속적인 방산통이 있는 경우이다⁸⁾. 석 등²⁴⁾은 척추관 협착증을 보이면서 보존적 치료에 반응하지 않는 경우를 주된 수술 적응증으로 보았다.

보존적 요법으로는 침상안정, 투약, 물리치료 및 보조기 착용 등을 병용할 수 있다. 김 등²⁴⁾은 발병 제1주에는 침상안정과 물리치료, 진통제, 전기치료, 구간근육의 등장성 운동을 시행한다. 제2주에는 제1주에 하던 것을 계속 시행함과 아울러 골반견인(자기체중의 1/8)을 하고, 제3주에는 간헐적 골반견인(체중의 1/2까지)과 척추근육의 긴장운동 및 구간근육의 역동운동을 시작하고, 제4주~6주에는 근육운동요법을 하고, 동통이 없어지면 하루 20~30분간 수영을 하도록 하였다. 특히 전방전위증이 불안정할 때는 요추부 콜셋을 수개월 동안 착용하도록 하였다.

수술적 요법은 크게 척추고정술과 감압술로 구분되며 척추고정술의 적응증²⁵⁾은 6개월 이상의 보존적 치료 후에도 요통이 지속되는 경우²⁶⁾, 하지직거상검사 양성으로 좌골신경의 긴장이 증가된 경우²⁷⁾ 및 정상적으로 기립 및 보행이 어려운 경우이다. 감

압술식의 적응증으로는 좌골신경이 심한 긴장도를 보일 때, 하지방산통이 심한 경우, 마미중후군을 보이는 경우라고 한다⁷⁾.

한의학에서는 요부를 '膀之上脅之下爲腰'라 지칭하며, 이곳에서 발생하는 제반 통증을腰痛이라 하였다. 『素問』의 <脈要精微論>²⁸⁾에서는 "腰者腎之府 轉腰不能 腎將憊矣"라 하여腰痛과腎과의 관련성을 제기하였다. 李²⁹⁾는 腰脊部の 병변은 모두腎虛의 상태에서 邪氣가 침입한 것이라고 하였다.

척추전방전위증의 주된 임상증상은 요통, 둔부통 및 하지방산통이며 그 발병원인과 증상유발요인을 살펴보면 선천적인 골격에 이상이 있는 상태에서 지속적인 기계적 자극이 가해지므로 발생한다⁸⁾. 또한 추체의 퇴행성 변화로 인한 협착¹⁷⁾ 등으로 하지방산통 등이 발생한다. 許 등³⁰⁾의 腰門을 보면 "風傷腎而腰痛者 或左或右 痛無常所 引兩足強急"이라 하여 '風腰痛'이 兩足으로 強急하는 하지방산통을 일으킨다고 표현하였다. '挫閃腰痛'은 "舉重勞傷 或挫閃墜落"이라 하여 用力舉重이나 外傷이 요통을 유발한다고 하였다. '腎虛腰痛'은 "房慾傷腎 精血不足 養筋陰虛 悠悠痛不能舉"라 하여 腎虛로 인해 腰部를 영양하지 못하여 요통이 발생한다고 하였다. 이러한 통증양상 및 원인을 고찰해보면 척추전방전위증을 許 등³⁰⁾의 분류에 따르면 10種腰痛 모두에 해당할 수 있겠으나, 그 중 風腰痛, 腎虛腰痛, 挫閃腰痛과의 연관성이 더 높으리라 사료된다.

V. 요약

1997년 4월 1일부터 2000년 1월 31일까지 요통 및 하지통을 주소로 원광대학교 부속 광주한방병원에 척추전방전위증을 진단받고 입원 치료한 환자 28례를 분석하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 성별은 여성에 호발(82.1%)하였고, 원인에 따른 성별 분포는 협부형은 여성이 16례(76.2%)였고, 퇴행형은 여성이 7례(100%)였다.
2. 병력기간별 분포로는 최급성기가 32.1%로 가장 많았다. 남자는 80%가 최급성기 환자였고, 여자는 각 유형별로 고른 분포를 보였다.
3. 발병동기별 분포는 과로가 35.7%로 가장 많았다.
4. 원인별 분류에 따르면 협부형이 75%였고, 퇴행형이 25%였다.
5. 병변의 발생부위는 협부형의 경우 57.1%가 제5요추, 퇴행형의 경우 57.1%가 제4요추이다.
6. 전위정도는 대부분(96.4%)이 grade I이다.
7. 증상은 요통이 78.6%, 하지방산통이 92.9%이고, grade III 이상의 통증이 심한 환자가 25례(89.3%)로 거의 대부분이었다.
8. 치료성적은 71.4%에서 good 이상의 만족스런 결과를 보였다.

이상의 결과로 보아 척추전방전위증 역시 요통의 범주로 놓고 볼 때 한방적인 치료만으로도 만족할 만한 효과를 거둘 수 있음을 알 수 있으며 앞으로 척추전방전위증의 한방적 치료에 대한 더 깊이 있는 연구가 필요하리라 사료된다.

VI. 참고문헌

1. 김남현, 이우형. 척추전방전위증의 치료에 관한

- 임상적 고찰. 대한정형외과학회지. 1992;27:123~127.
2. 이승덕, 김갑성. 한방병원 요통환자의 요추부 X-선 소견에 관한 고찰. 대한침구학회지. 1999;16:57~86.
3. 김양식, 채우석. 요척추증으로 인한 요통의 전침효과에 대한 임상적 연구. 대한침구학회지. 1989;6(1):113~128.
4. 김남현, 서인교. 요추 전방융합술에 의한 추간판탈출증의 치료. 대한정형외과학회지. 1986;21:202~210.
5. Wiltse LL, Newman PH, Macnab I. Classification of Spondylolysis and Spondylolisthesis. Clin. Orthop. 1976;117:23~29.
6. Meyerding HW. Spondylolisthesis. Surg Gynecol Obstet. 1932;54:471~477.
7. Weinstein JN, Wiesel SW. Lumbar and Lumbosacral spondylolisthesis. The Lumbar Spine. WB Saunders Company. 1990:471~545.
8. Newman PH, Stone KH. The etiology of Spondylolisthesis. J. Bone and Joint Surg. 1963;45(B):39~59.
9. Macnab I. Spondylolisthesis with intact neural arch—the so called pseudospondylolisthesis. J. Bone and Joint Surg. 1950;32B:325~333.
10. Fredrickson BE, Baker D, Mcholic WJ, Yuan HA, Lubicky JP. The Natural History of Spondylolysis and Spondylolisthesis. J. Bone and Joint Surg. 1984;66(A):699~707.
11. Farfan HF. The pathological anatomy of degenerative spondylolisthesis. A cadaver study. Spine. 1983;5:412~418.

12. Allbrook D. Movement of lumbar spinal column. J. Bone and Joint Surg. 1957;39 (B):339.
13. Taillard WF. Etiology of spondylolisthesis. Clin. Orthop. 1976;117:30~39.
14. Boxall D, Bradford DS, Winter RB, Mae JH. Management of severe spondylolisthesis in children and adolescent. J. Bone and Joint Surg. 1979;61(A):479~495.
15. Hensinger RN. Spondylolysis and spondylolisthesis in children. The American Academy of Orthopaedic Surgeon. 1983; I.C.L. vol.XII:132~149.
16. 박주태, 신영식, 김형근, 정해전. 척추전방전위증에서 TSRH기기를 이용한 후측방고정술의 임상적 효과. 대한척추외과학회지. 1994;1(2):273~281.
17. 김홍태, 박봉훈, 변영수, 박준걸. 신경증상을 동반한 척추전방전위증의 수술적 치료. 대한정형외과학회지. 1984;19:946~954.
18. Davis IS, Bailey RW. Spondylolisthesis. Indication for nerve decompression and operation technique. Clin. Orthop. 1976; 117:129~134.
19. 김홍태, 박봉훈, 변영수, 이재구, 홍순만. 성인 협부결손형 요추전방전위증의 수술적 치료. 대한정형외과학회지. 1992;27:670~676.
20. 문명상, 이규성, 성진형. 척추 전방전위증의 수술적 치료-49례에 대한 분석. 대한정형외과학회지. 1988;23:1325~1340.
21. 김홍태, 변영수, 신두일, 천동욱. 퇴행성 요추 전방전위증에서 신경포착의 원인에 대한 임상적 고찰. 대한정형외과학회지. 1988;23:1341~1349.
22. 김남현, 이완모. 요추분리증 및 척추전방전위증. 척추외과학. 의학문학회. 1998:240~277.
23. Magora A. Conservative treatment in spondylolisthesis. Clin. Orthop. 1976;117: 74~79.
24. 석세일, 이춘기, 김기택, 김원중, 김한수. 척추 전방전위증의 수술적 치료. 대한정형외과학회지. 1991;26:6~11.
25. 강준순, 김남현. 요통에 있어서 전방추체 유합술의 효과에 관한 연구. 대한정형외과학회지. 1986;21:47~56.
26. 석세일, 김용훈, 황규엽. 척추전방전위증의 수술적 치료. 대한정형외과학회지. 1983;18: 1063~1074.
27. 정인희, 안화용, 김남현, 강웅식. 건강한국 청장년의 요천추부 이상소견에 대한 통계학적 관찰. 대한정형외과학회지. 1965;7:89.
28. 楊維傑編. 黃帝內經素問譯解. 초판. 서울:성보사. 1980:133.
29. 李樾. 編註醫學入門 外集卷2. 재판. 서울:대성문화사. 1990:115~117.
30. 許浚. 東醫寶鑑 外形篇. 3판. 서울:대성문화사. 1990:365~378