

요추추간판탈출증의 동·서의학적 협진연구

이건목* · 이강창* · 황유진*

ABSTRACT

Collaborative Study of Oriental-Western Medicine on HIVD

geon-mok, Lee* · kang-chang, Lee* · yoo-jin, Hwang*

* Dept. of third medicine, professional graduate school of Oriental Medicine,
WonKwang University

Herniated lumbar intervertebral disc(HIVD) is the most common reason causing low back pain and leg radiating pain. The purpose of this study is to see the good of Oriental-Western medicine on HIVD. In order to this syudy, HIVD patients divided into two groups: Group with Oriental medicine(GOM) and Group with Oriental-Western medicine(GOWM).

The results of treatments were summarized as follows.

1. If We investigate a state of patients, GrIII type is 17 cases in GOM and is 16 cases in GOWM. In the GOM, Gr II shows better than the others and in the GOWM, GrI, III shows better than the others.
2. The results of treatments in GOM and GOWM is the good in a general way. It shows excellent type at 10 cases in the GOM, and shows excellent type at 14 cases in GOWM.
3. In Acute stage(in one month), subacute stage(one month ~ six months) and chronic stage(over six months), the therapic point of GOM and GOWM is 2.9 ~ 3.5 on the average.
4. If we notice the effect point of HIVD, in GOM, the point of bulging type is 3, protruded type is 3.5 extruded type is 3. But in GOWM, the point of bulging type is 3.7, protruded type is 3.5 extruded type is 2.7.

Key words : HIVD, Oriental medicine, Oriental-Western medicine

이 논문은 원광대학교 교내 연구비 지원사업에 의하여 연구되었음

*원광대학교 한의학전문대학원 제3의학과

I. 緒論

요추간판탈출증은 요추부의 추간판이 섬유륜을 뚫고 나가 요통 및 하지 방사통을 일으키는 질환으로 한의학의 風腰痛 및 腰脚痛에 해당되며 이로 인한 경제적 손실이 클 뿐만 아니라 신체의 기능 장애를 초래한다.^{1,2)} 요통 및 하지 방사통은 추간판탈출에 의한 기계적인 압박보다는 수핵이나 섬유륜이 경막내로 탈출되면서 나타나는 화학적 자극에 의한 염증 또는 자가면역 반응으로 생각된다.⁶⁾ Saal¹⁶⁾ 등은 수핵의 탈출로 인한 염증 반응은 먼저 수핵 물질내 포함된 독성 물질이 신경근에 직접 염증 반응을 일으켜, 신경막 내에서 부종이 일어나면서 혈행장애와 신경차단이 일어나고, 탈출된 추간판 물질이 수화되어 크기가 증대됨에 따라 국소적 혈행 장애와 신경압박을 일으킨다고 하였다.

요추간판탈출증의 치료방법은 크게 수술적 요법과 보존적 요법으로 나눌 수 있는데, 보존적 치료로 80~90% 정도의 치료율을 보인다고 보고^{16,20)} 되고 있고 한의학적인 치료방법은 보존적 방법이 주를 이루고 있다.

보존적 치료로는 침상안정, 온열요법, 약물치료, 견인요법, 도수요법, 침구요법 등 다양한 방법이 사용되고 있다.^{17,18)} 이러한 보존적 치료방법은 증상을 완화시키고^{7,9)}, 탈출된 추간판의 소실을 가져오는 것으로 알려져 있다.^{19,20)}

현재 본 원광대학교 군포병원·한방병원에서는 양·한방 협진체계하에 환자를 치료하고 있다. 요추간판탈출증의 치료에도 한의학적인 침구치료 및 약침치료와 서양의 통증클리닉 기술을 병행하여 치료하였다.

통증 클리닉이란 주로 신경블록법을 시험해서 통증의 진단과 치료를 하고 있는 서양 임상 의 한 진료분야이다.⁴⁾ 특히 본 병원 통증클리닉에서는 요추간판탈출증의 치료방법으로 경막외 카테타를 거치하여 지속적인 경막외 차단 기술을 시행하여 치료하고 있으며, 한방의 침구 및 약침요법과 병행하면서 좋은 효과를 보고 있다.

경막외 차단술(Epidural catheterization)이란

보존요법 중의 하나로 금세기초에 시작되어 Goebert²⁷⁾, Cyriax²⁹⁾ 등에 의하여 발달 확산되었다. 1953년 Lievre²⁴⁾ 가 처음으로 스테로이드를 경막외강에 주입하였으며, 1957년 Cappio³⁰⁾가 80명의 환자에게 경막외강으로 hydrocortisone을 투여함으로써 67%에서 좋은 결과를 얻었으며 Geobert와 그의 동료들은 Cleveland clinic에서 113명의 좌골신경통 환자에게 hydrocortisone과 procaine을 투여함으로써 72%에서 좋은 결과를 얻었다고 한다.

이에 저자는 1999년 9월 1일부터 2000년 3월 31일까지 원광대학교 군포한방병원 침구2과에 내원하여 MRI상 요추간판탈출증의 진단을 받고 입원 치료한 60명의 환자를 대상으로 한방 치료군과 양·한방 협진치료군으로 나누어 치료 전후에 따른 변화 양상을 관찰한 바 소정의 성과를 거두었기에 다음과 같이 보고하는 바이다.

II. 研究對象 및 結果

1. 研究對象

MRI상 요추추간판탈출증으로 진단받은 환자로 1999년 9월 1일부터 2000년 3월 31일까지 원광대학교 군포한방병원 침구2과에 입원치료한 60명의 환자를 대상으로 한의학적인 보존치료인 침구치료와 약침치료를 한 군과 한의학적인 치료방법 및 서양의학적인 치료방법인 통증치료를 병행한 군으로 나누어 연구대상을 삼았다.

2. 觀察方法

1) 환자상태의 평가

입원한 환자상태는 다음의 분류방법을 이용하였다.

① Gr. I : 경도의 동통 혹은 저린감 등 증상이 있는 경우, 안정시에는 동통 혹은 저린감 등 증상이 없고, 동작시에만 미약한 동통 혹은 저린감 등 증상이 있는 경우

② Gr. II : 중등도의 동통 혹은 저린감 등 증상이 있는 경우, 동작시에는 제한이 없으나 동통 혹은 저린감 등 증상으로 불편한 상태

③ Gr. III : 동통 혹은 저린감 등의 증상이 심한 경우, 동작시 동통 혹은 저린감 등의 증상으로 제한이 있어 조심하면 가동할 수 있는 상태

④ Gr. IV : 동통 혹은 저린감 등의 증상이 극심한 경우, 동작시 동통 혹은 저린감 등 증상이 심하여 자력으로는 가동이 불가능한 상태

2) 치료 성적 평가 기준

치료효과의 판단기준은 다음의 분류방법을 이용하였다. 또한 우수를 4점, 양호를 3점, 호전을 2점, 불량을 1점으로 하여 점수화하였다.

① 우수(excellent)-4점 : 자가증상 및 이학적 검사상에 정상 회복되어 일상생활에 별다른 장애가 없는 경우.

② 양호(good)-3점 : 자각증상 및 이학적 검사상 모두 초진시에 비하여 명백한 호전을 보인 경우.

③ 호전(fair)-2점 : 자각증상 및 이학적 검사상 어느 한쪽만 좋아지던지, 약간의 호전을 보인 경우.

④ 불량(poor)-1점 : 자각증상 및 이학적 검사상 무변화나 악화된 경우.

3) 이병기간 분류

이병기간은 3단계로 나누어 분류하였다.

- ① 급성기 : 발병하여 1개월내에 입원한 경우
- ② 아급성기 : 발병하여 1~6개월내에 입원한 경우
- ③ 만성기 : 발병하여 6개월이 지나서 입원한 경우

3. 치료방법

(1) 치료군 분류

A. 한방 치료군(주로 침치료와 약침치료)

침은 동방침구제작소의 0.25×30mm 일회용 stainless 호침을 사용하고, 자침의 심도는 경혈에

따라 5~10mm로 하였다. 1일 1회 시행하였고 유침시간은 15-20분으로 하였다.

약침은 홍화유, 봉독 등을 재료로 하였으며 약침 치료는 주 5회 이상 실시하였다.

취혈은 양측 신수, 지실, 대장수, 관원수, 둔삼점, 환도, 위중, 양릉천, 절골을 기본혈로 하고 경락과 증상에 따라 곤륜, 족삼리, 삼음교를 가하였다.

B. 양·한방 협진치료군

양·한방 협진치료군은 요추 추간판 탈출 1혹은 2레벨 하부에 경막의 카테타를 거치하여 주입기를 이용하여 지속적인 경막외 차단술 시행하였다. 경막외 카테타를 거치하기 위해 17Gauge tuohy 천자바늘을 이용하여 저항소실법으로 경막외강임을 확인한 후 카테타를 상부로 3-4cm 위치시킨 후 좌우측으로 터널을 만들어 카테타를 위치시킨 후 0.5% bubivacaine 2cc와 0.9% 생리식염수 4cc와 초산메틸프레드니솔론 40mg-(주)신평-혼합액을 카테타를 통해서 주입한 후 자기통증 조절기인 Accufusor[®]-(주)우여 메디칼-에 feutanyl 12μg/kg와 0.5% bubivacaine 12cc+0.9% 생리식염수 33cc 혼합액을 넣어서 시간당 0.5ml를 지속 주입하고 환자가 통증을 느낄 때 버튼을 누르면 0.5ml가 추가로 들어가게 하였다. 카테타는 통증이 거의 없어졌을 때 주입을 끊고 나서 관찰한 후 계속 통증이 없음을 확인한 후 카테타를 제거하였다.

(2) 치료

① 약물치료

초기에는 活血祛瘀, 止痛, 舒筋活絡, 祛風濕의 요법으로 통증의 완화 및 鎮痛, 消炎에 중점을 두어 當歸蠶散이나 五積散 등을 사용하였고, 만성기에는 補肝腎, 強筋骨, 氣血雙補의 요법으로 加味大補湯, 大營煎 加味, 獨活寄生湯 등의 근본적인 치료에 중점을 두었다. 2침을 1일 3회 식간에 복용하게 하였다.

② 물리치료

환자의 상태에 따라서 ICT, US, TENS,

L-traction, Hot pack, Ice pack을 시행하였다.

4. 치료성적

1) 성별 및 연령별 임상평가 성적

환자의 성별은 남 25명, 여 35명으로 남녀의 성비는 5:7의 분포를 나타내었고, 한방 치료군에서는 남자가 11명 여자가 16명이었고, 양·한방 협진치료군에서는 남자가 14명 여자가 19명이었다. 치료성적은 한방 치료군에서는 남자가 평균 2.5점, 여자가 평균 3.1점을 나타내었으며, 양·한방 협진치료군에서는 남자가 평균 3.5점, 여자가 평균 3.1점을 나타내었다. (Table. 1)

연령별로 살펴보면 한방 치료군에서 40·60대에서 가장 치료효과가 좋게 나타났으며, 양·한방 협진치료군에서는 20·30대에서 가장 치료효과가 높게 나타내었다. (Table. 2)

Table. 1

성별	한방 치료군(%) -평균 치료성적	양·한방 협진치료군(%) -평균치료성적	계(%)
남	11(40.7)-3.2	14(42.4)-3.5	25(41.7)
여	16(59.3)-3.1	19(57.6)-3.1	35(58.3)
계(%)	27(45)	33(55)	60(100)

Table. 2

연령별	한방 치료군(%) -평균 치료성적	양·한방 협진치료군(%) -평균 치료성적	계(%)
20대미만	1(3.7)-1	1(3.3)-4	2(3.3)
21~30대	1(3.7)-3	5(15.2)-3.4	7(11.7)
31~40대	4(14.8)-3	11(33.3)-3.4	15(25)
41~50대	5(18.5)-3.2	7(21.2)-3.3	12(20)
51~60대	10(37)-2.7	5(15.2)-2.6	15(25)
60대이상	5(18.5)-3.2	4(12.1)-3.3	9(15)
계(%)	27(45)	33(55)	60(100)

2) 환자상태별 임상평가 성적

환자의 통증정도에 따른 상태별 분류를 살펴보면 한방 치료군에서는 Gr III형이 17례로 가장 많았으며, Gr II형이 4례, Gr IV형이 16례, Gr I형 0례였다. 양·한방 협진치료군에서도 Gr III형이 16례로 가장 많았으며, Gr II형이 7례, Gr IV형이 10례, Gr I형은 0례였다. 치료성적면에서는 양·한방 협진치료군은 Gr II,IV형에서 평균 3.4점으로 우수한 성적을 나타내었고, 한방 치료군에서는 Gr II형에서 평균 3.8점으로 우수한 성적을 나타내었다. (Table. 3)

Table. 3

환자상태별	한방 치료군(%) -평균 치료성적	양·한방 협진치료군(%) -평균 치료성적	계(%)
Gr I	0	0	0
Gr II	4(14.8)-3.8	7(21.2)-3.4	11(18.3)
Gr III	17(63)-2.8	16(48.5)-3.2	33(55)
Gr IV	6(22.2)-2.5	10(30.3)-3.4	16(26.7)
계(%)	27(45)	33(55)	60(100)

3) 치료후 임상평가 성적

임상 평가상 치료 효과의 정도에 따라 우수(excellent), 양호(good), 호전(fair), 불량(poor)으로 나누어 살펴본 결과 전체적으로 26례(43.3%)에서 양호한 변화를 보였고, 24례(40%)에서 우수한 변화, 7례(11.7%)에서 호전, 3례(5%)에서 불량한 결과를 보였다. 각 치료군별로 살펴보면, 한방 치료군과 양·한방 협진치료군 모두에서 양호한 변화를 보인 예가 가장 많았으나 한방 치료군에서는 10례(37%)의 우수한 변화를 보인 반면 양·한방 협진치료군에서는 16례(42.4%)에서 우수한 변화를 보였다. (Table. 4)

Table. 4

임상평가	한방 치료군(%)	양·한방 협진치료군(%)	계(%)
우수(excellent)	10(37)	14(42.4)	24(40)
양호(good)-3점	10(37)	16(48.5)	26(43.3)
호전(fair)-2점	5(18.5)	2(6.1)	7(11.7)
불량(poor)-1점	2(7.4)	1(3)	3(5)
계(%)	27(45)	33(55)	60(100)

4) 이환기간에 따른 임상평가 성적

이환기간별로 살펴보면 발병후 1개월 이내의 급성기 환자가 가장 많았다. 치료 효과별로 살펴보면 발병 후 1개월 이내의 급성기에서는 한방 치료군에서는 평균 2.9점, 양·한방 협진치료군에서는 평균 3.4점의 치료효과를 나타내었으며, 발병 후 1개월에서 6개월 사이의 아급성기에서는 한방 치료군에서는 평균 2.8점, 양·한방 협진치료군에서는 평균 3.5점의 치료효과를 나타내었다. 발병 후 6개월 이상의 만성기에서는 한방 치료군에서는 평균 3점, 양·한방 협진치료군에서는 평균 2.9점의 치료효과를 나타내었다. (Table. 5)

Table. 5

이환기간	한방 치료군(%) -평균 치료성적	양·한방 협진치료군(%) -평균 치료성적	계(%)
급성기	7(25.9)-2.9	16(48.5)-3.4	23(38.3)
아급성기	11(40.7)-2.8	10(30.3)-3.5	21(35)
만성기	9(33.3)-3	7(21.2)-2.9	16(26.7)
계(%)	27(45)	33(55)	60(100)

5) 요추 추간판 탈출형태별 효과 분류

요추 추간판 탈출형태별 효과를 살펴보면 양·한방 협진치료군에서는 팽윤형(bulging disc) 형태에서 가장 효과가 좋아서 평균 3.7점을 나타내

었으며, 돌출형(protruded disc) 형태에서 평균 3.5점을, 정출형(extruded disc) 형태에서 평균 2.7점을 나타내었다. 반면 한방 치료군에서는 돌출형(protruded disc) 형태에서 가장 높은 점수를 나타내서 평균 3.5점을 나타내었으며, 팽윤형(bulging disc) 형태에서 평균 3점을, 정출형(extruded disc) 형태에서 평균 3점을 나타내었다. (Table. 6)

Table. 6

탈출형태	한방 치료군(%) -평균 치료성적	양·한방 협진치료군(%) -평균 치료성적	계(%)
팽윤형 (bulging disc)	10(37)-3	3(9.1)-3.7	13(21.7)
돌출형 (protruded disc)	12(44.4)-3.5	17(51.5)-3.5	29(48.3)
정출형 (extruded disc)	5(18.5)-3	13(39.4)-2.7	18(30)
부골분리형 (sequestered disc)	0	0	0
계(%)	27(45)	33(55)	60(100)

Ⅲ. 考 察

요추추간판탈출증은 추간판의 퇴행성변화에 의해서 수핵을 싸고 있는 섬유륜의 내측 또는 외측 섬유륜의 파열로 인하여 나타난다.^{3,6)} 섬유륜은 분자구조가 다른 2개의 교원섬유로 구성되어 있으며 환상으로 배열된다. 추간판에 압력이 계속 가해지면 섬유륜의 파열과 추간판의 변성이 일어나면서 수핵이 탈출되게 된다. 특히 섬유륜을 구성하고 있는 섬유가 환상으로 배열되어 있고 전종인대보다 후종인대가 약하기 때문에 대부분 추간

판탈출증의 60%이상은 후측방으로, 30%는 정후방으로, 10%는 측방으로 돌출된다.¹⁷⁾ 대부분 추간판탈출증은 하부 요추간판에 발생하여 L4-5, L5-S1 추간판이 전체의 90%를 차지하며 L3-4에 10%정도이며 L1-2, L2-3 추간판탈출증은 드물다.⁵⁾

요추 추간판 탈출의 형태별 분류에서 팽윤형(bulging disc)은 섬유륜의 퇴행성변화에 의해 추간판이 전반적으로 팽윤되어 추체 변연 주위로 추간판이 평활한 동심형 팽창을 보인다. 돌출형(protruded disc)은 수핵이 파열된 내측 섬유륜(inner annulus)사이로 밀고 나온 상태이며 외측 섬유륜(outer annulus)은 온전한 상태로 추간판 변연부위에서 수핵물질이 국소적으로 평탄하게 탈출된다. 정출형(extruded disc)은 외측 섬유륜까지 파열되어 수핵이 섬유륜의 전층을 뚫고 탈출되었으나 탈출된 수핵이 추간판 중심부의 수핵과 연결되어 있는 상태이며, 수핵물질이 국소적으로 불규칙한 경계를 이루면서 추간판 변연부위에서 탈출된 상태이거나 또는 탈출된 수핵물질과 무추간판(parent disc)이 여과를 이루면서 탈출된 수핵물질이 후종인대 아래에 있거나, 후종인대를 관통하는 형태를 보인다. 부골 분리형(sequestered disc)은 수핵의 일부가 모체에서 분리되어 연결이 없는 상태 후종인대의 파열을 동반된 경우이다. 혼합형(mixed type)은 위의 4개의 형태 중 2개 이상이 동시에 있는 경우를 말한다.^{21,22)}

추간판의 탈출이 통증을 일으키는 원인은 추간판의 팽윤이나 수핵의 탈출로 후종인대가 신장되어 경막신경을 자극하거나 경막신경이 추간공을 통해 척추강내로 들어가는 도중에 압박이나 자극을 받게 되면 통증이 나타나고¹⁰⁾, 신경근이 수핵의 탈출로 압박을 받게 되면 초기에는 미세혈관의 혈행장애, 부종, 화학적 자극, 염증, 신경의 유합 및 자가면역 반응 등이 일어나 통증이 발생한다.⁵⁾

요추 추간판 탈출의 치료는 보존적 치료와 수술적 치료로 대별할 수 있다. Mixer와 Barr²³⁾가 탈출된 추간판은 수술에 의해 제거되어야 한다고

주장한 이후 추간판의 수술적 제거가 유일한 치료방법으로 여겨지기도 하였으나 수술적 치료는 그 적응증이 6~12주의 보존요법으로 효과가 없고, 신경증세가 더욱 심해지거나 추간판 탈출 및 척수관협착 등으로 신경 압박이 심하여 방광 및 팔약근 혹은 하지에 마비가 초래하는 경우 및 견딜 수 없는 통증이 있는 경우 등으로 제한되며, 수술 후의 회복과 재활등의 문제로 현재에는 환자의 많은 수는 보존적 치료만으로도 좋은 결과¹²⁻¹⁵⁾를 얻고 있으며, 단지 추간판탈출증 환자의 10%미만이 3개월 후까지 증상이 지속된다고 한다.¹⁷⁾ Kraemer¹⁹⁾는 추간판탈출증으로 인한 통증은 3주 정도에 개선되기 시작하고 1년 안에 99%가 경감되므로 수술적 치료가 불필요하다고 하였다. 또한 추간판탈출증으로 인한 요통과 하지방산통은 보존적 치료를 받게 되면 발병 10~12주 이내에 회복된다고 한다. 대부분의 추간판탈출증은 3주 또는 10~12주 이내에 호전되기 시작하며, 보존적 치료만으로도 80%이상의 증상 호전이 있는 것으로 보고되고 있다.

서양의 보존적 치료방법으로 경막외강에 약제를 투입하여 요통을 치료하고자 하는 노력은 1901년 Cathelin²⁵⁾, Pasquier와 Leri²⁶⁾ 등에 의해 각각 시도되어 보고된 바 있다. 그 이후 많은 약제들이 요통의 치료에 사용되어 오다가 1957년 Lievre²⁴⁾ 등이 Hydrocortisone을 경막외강으로 주입하는 첫 시도를 하였다. 그들은 매일 혹은 격일로 3회에 걸쳐 투여하고 하지직거상 운동을 실시하여 239명의 환자에서 58%의 환자에서 통증의 완화를 볼 수 있었다고 보고하였다.²⁷⁾

1975년 Green은 추간판탈출증환자에서 dexamethasone 64mg을 7일간 점감(tapering)하면서 근육주사하여 80%의 환자에서 요통을 완화하였다고 보고한 적이 있다. 감량과정에서 증상이 다시 발현하는 경향을 보였으며, 증상이 이전처럼 심해지지는 않았다²⁸⁾고 한다. 이와같이 전신적으로 투여된 스테로이드는 경막외강으로 직접 투여된 경우보다 쿠싱증후군(Cushing's syndrome) 등의 부작용이 많을 것은 명백히 추측된다. 이에 비해 경막외강으로 직접 투여된 경

우의 이론적 장점은 보다 적은 용량으로써 적은 부작용과 장기간의 안정적 지속효과를 볼 수 있다는 것이다.

이에 저자는 본 병원의 양·한방 협진이라는 특성을 살려 MRI상 요추추간판탈출증으로 진단 받은 환자로 1999년 9월 1일부터 2000년 3월 31일까지 원광대학교 군포한방병원 침구2과에 입원 치료한 60명의 환자를 대상으로 한의학적 보존치료인 침구치료와 약침치료를 한 군과 한의학적 치료방법 및 서양의학적인 치료방법인 통증치료를 같이 받은 군으로 나누어 연구대상을 삼아 다음과 같은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

성별 및 연령별로 살펴보면 환자의 성별은 남 25명, 여 35명으로 남녀의 성비는 5:7의 분포를 나타내었고, 한방 치료군에서는 남자가 11명 여자가 16명이었고, 양·한방 협진치료군에서는 남자가 14명 여자가 19명이었다. 치료성적에 있어서 한방 치료군에서는 남자가 평균 3.2점 여자가 평균 3.1점을 나타내었으며, 양·한방 협진치료군에서는 남자가 평균 3.5점 여자가 평균 3.1점을 나타내었다.(Table. 1) 이와 같이 성별로 살펴보면 여자환자가 남자보다는 더 많게 나타났으며 치료효과면에서는 남자가 더 우수한 것으로 나타났다. 연령별로 살펴보면 한방 치료군에서 40·60대에서 가장 치료효과가 좋게 나타났으며, 양·한방 협진치료군에서는 20·30대에서 가장 치료효과가 높게 나타내었다.(Table. 2)

환자의 통증정도에 따른 상태별 분류를 살펴보면 한방 치료군에서는 Gr III형이 17례로 가장 많았으며, Gr II형이 4례, Gr IV형이 6례, Gr I형은 0례였다. 양·한방 협진치료군에서도 Gr III형이 16례로 가장 많았으며, Gr II형이 7례, Gr IV형이 10례, Gr I형은 0례였다. 치료성적면에서는 양·한방 협진치료군은 Gr II,IV형에서 평균 3.4점으로 우수한 성적을 나타내었고, 한방 치료군에서는 Gr II형에서 평균 3.8점으로 우수한 성적을 나타내었다.(Table. 3) 이것은 일반적으로 MRI를 촬영하는 환자들은 일반적으로 통증이 심한 환자의 경우가 많았으며, 양·한방 협진치료군에서는 특히 통증 정도가 심한 Gr III형 이상의

환자가 많게 나타내었다.

임상 평가상 치료 효과의 정도에 따라 우수(excellent), 양호(good), 호전(fair), 불량(poor)으로 나누어 살펴본 결과 전체적으로 50례(83.3%)에서 양호이상의 변화를 보였다. 각 치료군별로 살펴보면, 한방 치료군과 양·한방 협진치료군 모두에서 양호한 변화를 보인 예가 가장 많았으나 (한방 치료군 10례-37%, 양·한방 협진치료군 16례-48.5%) 한방 치료군에서는 10례(37%)의 우수한 변화를 보인 반면 양·한방 협진치료군에서는 14례(42.4)에서 우수한 변화를 보였다. (Table. 4) 이와 같이 전체적으로 보면 양·한방 협진치료군이 한방 치료군에서보다 우수한 치료결과를 나타내었다.

이환기간별 효과를 살펴보면 발병후 1개월 이내의 급성기 환자가 가장 많게 나타내었다. 치료 효과별로 살펴보면 발병 후 1개월 이내의 급성기에서는 한방 치료군에서는 평균 2.9점, 양·한방 협진치료군에서는 평균 3.4점의 치료효과를 나타내었으며, 발병 후 1개월에서 6개월 사이의 아급성기에서는 한방 치료군에서는 평균 2.8점, 양·한방 협진치료군에서는 평균 3.5점의 치료효과를 나타내었다. 발병 후 6개월 이상의 만성기에서는 한방 치료군에서는 평균 3점, 양·한방 협진치료군에서는 평균 2.9점의 치료효과를 나타내었다.(Table. 5) 이와 같은 급성기, 아급성기에서는 양·한방 협진치료군에서 우수한 치료효과를 보였으며, 만성기에서는 한방 치료군에서 약간 더 우수한 치료효과를 보였다.

요추 추간판 탈출형태별 효과를 살펴보면 양·한방 협진치료군에서는 팽윤형(bulging disc) 형태에서 가장 효과가 좋아서 평균 3.7점을 나타내었으며, 돌출형(protruded disc) 형태에서 평균 3.5점을, 정출형(extruded disc) 형태에서 평균 2.7점을 나타내었다. 반면 한방 치료군에서는 돌출형(protruded disc) 형태에서 가장 높은 점수를 나타내서 평균 3.5점을 나타내었으며, 팽윤형(bulging disc) 형태에서 평균 3점을, 정출형(extruded disc) 형태에서 평균 3점을 나타내었다.(Table. 6) 그러나 통증 및 방산통이 심한 경

우는 MRI상 정출형(extruded disc) 상태에서 많이 보였으며 따라서 양·한방 협진치료군에서는 정출형(extruded disc) 형태의 디스크 소견을 가진 환자가 13례로 가장 많았다. 효과면에서도 양·한방 협진치료군에서는 급성기 bulging disc 나 protruded disc 형태에서 좋은 효과를 보였고, 한방 치료군에서는 만성기 protruded disc 형태에서 좋은 효과를 보였다.

이와 같은 임상연구를 통하여 저자는 요추 추간판 탈출의 치료에 있어서 보존적 치료의 우수성을 다시 한번 확인하는 결과를 낳았으며, 또한 그 방법에 있어서도 기존의 한방적인 방법만을 고집하는 것 보다는 앞으로 동서양의 만남에 있어서 양·한방 협진을 통한 방법 또한 아주 좋은 보존적 치료방법임을 인지 할 수 있었다.

IV. 結 論

요추 추간판탈출증의 동·서의학적 협진연구를 통하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 환자 남녀의 성비는 5:7이었고, 한방 치료군에서는 남자가 11명 여자가 16명이었고, 양·한방 협진치료군에서는 남자가 14명 여자가 19명이었다. 치료성적은 한방 치료군에서는 남자가 평균 3.2점, 여자가 평균 3.1점을 나타내었으며, 양·한방 협진치료군에서는 남자가 평균 3.5점, 여자가 평균 3.1점을 나타내었다.

2. 이환기간별로 살펴보면 급성기에서는 한방 치료군에서는 평균 2.9점, 양·한방 협진치료군에서는 평균 3.4점의 치료효과를 나타내었으며, 아급성기에서는 한방 치료군에서는 평균 2.8점, 양·한방 협진치료군에서는 평균 3.5점의 치료효과를 나타내었다. 만성기에서는 한방 치료군에서는 평균 3점, 양·한방 협진치료군에서는 평균 2.9점의 치료효과를 나타내었다.

3. 요추 추간판 탈출형태별 효과를 살펴보면

양·한방 협진치료군에서는 bulging disc 형태에서 평균 3.7점을 나타내었으며, protruded disc 형태에서 평균 3.5점을, extruded disc 형태에서 평균 2.7점을 나타내었다. 반면 한방 치료군에서는 protruded disc 형태에서 평균 3.5점을 나타내었으며, bulging disc 형태에서 평균 3점을, extruded disc 형태에서 평균 3점을 나타내었다.

4. 환자의 통증정도에 따른 상태별 분류를 살펴보면 한방 치료군에서는 Gr III형이 17례로 가장 많았으며, Gr II형이 4례, Gr IV형이 6례였다. 양·한방 협진치료군에서도 Gr III형이 16례로 가장 많았으며, Gr II형이 7례, Gr IV형이 10례였다. 치료성적면에서는 양·한방 협진치료군은 Gr II,IV형에서 평균 3.4점으로 우수한 성적을 나타내었고, 한방 치료군에서는 Gr II형에서 평균 3.8점으로 우수한 성적을 나타내었다.

5. 임상 평가상 치료 효과의 정도에 따라 전체적으로 50례(83.3%)에서 양호(good)이상의 변화를 보였다. 각 치료군별로 살펴보면, 한방 치료군에서는 20례(74%)에서 양호(good)이상의 변화를 보인 반면 양·한방 협진치료군에서는 30례(86.9%)에서 양호(good)이상의 변화를 보였다.

參 考 文 獻

1. 김진수 외 : 신경국소진단학, 서울, 과학서적, pp. 64, 1990
2. 박수영, 김경식 : 요추 추간판탈출증의 동의질 환으로 한의학적 고찰, 대한한의학회지, 16(1), pp. 169, 1995
3. 대한정형외과학회 : 정형외과학, 서울, 중앙문화사, pp. 403-411, 1989
4. 오홍근 편저 : 통증클리닉 신경블록법, 서울, 군자출판사, pp. 102, 1995
5. 송봉근 : 요추 추간판탈출증의 보존적 치료에 관한 연구, 대한한의학회지 1995, 16(2), pp.

- 62-78
6. 변재영, 이종덕 : 요추 추간판탈출증의 탈출형 태별 보존적 치료에 관한 임상적 연구, 대한 침구학회지 1998, 15(1), pp. 55-63
 7. 김한식, 유근식, 이양균 : 보존적 치료로 성공 하였던 추간판탈출증 환자의 추적 관찰, 대한 재활의학학회지 1994, 18(4), pp. 809-816
 8. 김형균, 권영달, 이연정 : CT로 확진된 요추 추간판탈출증 30예에 대한 임상 보고, 동의물 리요법과학회지 1994, 4(1), pp. 249-257
 9. 이병렬, 안병철, 박동석 : 요추 추간판탈출증 에 대한 임상적 관찰, 대한침구학회지, 1995, 12(1), pp. 364-379
 10. 최종립 : 근긴장성 요통의 치료에 대한 새로운 소견, 대한통증학회지 1993, 6(1), pp. 83-95
 11. 김남현 외 : 요추전방유합술에 의한 추간판 탈출증의 치료효과, 대한정형외과학회지, 21(2), pp. 202-210, 1992
 12. 유종운 외 : 요추 추간판탈출증환자의 보존 적 치료 후 경과 관찰, 대한재활의학회지, 18(3), pp. 618-628, 1994
 13. 송병재, 정석희, 이종수, 김성수, 신현대 : 추 나요법이 HNP에 의한 요각통에 미치는 영 향, 한방재활의학회지 7(1), pp. 228-241, 1997
 14. 신준식 : 추나치료로 완치된 HIVD 및 만성 요통 환자의 통계학적 고찰, 추나저널, No.12, pp. 3-10, 1997
 15. 신준식 : 요추 추간판탈출증에 관한 추나, 약 물요법의 기간별 임상 치료 효과, 추나저널, No.8, pp. 2-14, 1996
 16. Saal JA and Saal JS : Nonoperated treatment of herniated lumbar intervertebral disc with radiculopathy. An outcom study, Spine : 14(4), pp. 431-437, 1989
 17. Stephen IE : Textbook of Spinal Disorders, Philadelphia, J.B. Lippincott Company. 1995, pp. 135-141, 185, 191
 18. Carron H and Mclaughlin RE Management of Low Back Pain, London, John Wright PSG Inc, 1982, pp. 156-157
 19. Kraemer J : Presidential address : natural course and prognosis of intervertebral disc disease, Spine 1995, 20(6), pp. 635-639
 20. Saal JA, Saal JS and Herzog RJ : The natural history of lumbar intervertebral disc extrusions treated Nonoperatively, Spine 1990, 15(7), pp. 683-686
 21. William AL, Haughton VM, Syvertsen A : computed tomography in diagnosis of herniated nucleus pulpous, Radiology 135, pp. 95-96, 1980
 22. Teplick JH, Haskin ME : CT of lunbar spine, RCNA Vol. 27, No.2, 1983
 23. Mixter WJ and Barr JS : Rupture of the intervertebral disc and involvement of the spinal canal. N Engl j Med. 1934, pp. 211, 210-215
 24. Liver J, Michel BH, Attali P. L'injection transsacree:Etude clinique et radiologique. Bull Soc Med H6p(Paris) 1957, 73, pp. 1108-1111.
 25. Carthelin F. Mode d'action de la cpcaine inject e daus l'escape eidural par le procédé du canal sacr e. 1901, pp. 142-151.
 26. Pasquir MM, Leri D. Injection intra-et extradurales de cocaine a dose minime daus le treatment de la sciatique. Bull Gen Ther 1901, pp. 142, 196.
 27. Goebert HW, Jallo ST, Gardner WS, et al. Sciatica:treatment with epidural injections of procaine and hydrocortisone. Cleve Clin Q 1960, 27, pp. 191-7.
 28. Green LN. Dexamethasone in the management of symptoms due to herniated lumbar disc. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1975, 38, pp. 1211-7.
 29. Cyriax J. Epidural anesthesia and bed rest in sciatica. Br Med J 1961, 1, pp. 428.

30. Cappio. Il trattamento idrocortisonic per via epidurale sacrale delle lombosciatalgie. *Rheumatism* 1957, 9, pp. 60-70.