

증례

## 봉약침요법으로 치료한 요추부 척수강내 낭종 1례에 대한 증례보고

황옥 · 김정신 · 전형준 · 남상수 · 김용석

경희대학교 강남경희한방병원 침구과

### Abstract

## Case Report of spinal meningeal cyst patient treated with by bee venom therapy

Hwang Ook, Kim Jung-sin, Jun Hyung-joon, Nam Sang-soo and Kim Yong-suk

Department of Acupuncture & Moxibustion,  
Kang-Nam Hospital of Oriental Medicine, Kyung-Hee University

**Objective** : Spinal meningeal cysts can be the cause of the low back pain and sciatica. We tried to manage the low back pain and sciatica caused by other disease besides intervertebral disc herniation.

**Methods** : We treated the patient who was diagnosed as spinal meningeal cyst and hospitalized. And we investigated the progress of physical condition, VAS, modified VAS, PRS by treatment and MRI before and after treatment.

**Results** : There was remarkable improvement in condition of the patient who had spinal meningeal cyst after bee venom therapy. We found the size of cyst decreased in MRI and also progress in VAS·modified VAS·PRS·physical view improved.

**Conclusions** : We think that the result of this case can be a pilot study that proves the effect of bee venom therapy the low back pain and sciatica caused by variable disease.

**Key words** : bee venom therapy, spinal meningeal cyst, low back pain and sciatica

- 접수 : 2003년 5월 12일 · 수정 : 2003년 5월 15일 · 채택 : 2003년 5월 17일  
· 교신저자 : 황옥, 서울특별시 강남구 대치2동 994-5 강남경희한방병원  
Tel. 02-3457-9180 E-mail : hook56@nate.com

## I. 서론

척수 수막 낭종은 천추부 및 흉요추부의 척수강내에서 흔히 발생되며 대부분 증상이 동반되지 않으나 드물게 주위 신경을 압박해 방사통 및 신경증상을 유발할 수 있다. 특히 요통을 일으키는 다른 질환의 진단을 위한 자기공명영상 소견에서 다른 병변과 함께 낭종이 발견될 수 있으며 방사통 및 신경 증상이 낭종에 의한 것인지 다른 병변에 의한 것인지 감별을 요한다<sup>1)</sup>. 낭종이 척수강내에서 발생할 경우 주위의 신경근(nerve root)을 압박하여 신경학적 증상을 유발해 추간판 탈출증과의 감별이 어려우며, 본 저자가 경험한 1예의 경우는 타병원에서 이미 자기공명영상 및 척수강 조영술로 확인된 소견이다.

봉약침요법은 꿀벌의 독낭에 들어있는 봉독을 추출, 가공하여 질병과 관련한 부위 및 혈위에 주입함으로써 자침효과와 봉독의 생화학적 특이물질이 인체에 미치는 약리작용을 동시에 이용하여 생체기능을 조정하고 병리상태를 개선시켜 질병을 치료하고 예방하는 신침요법의 일종이다<sup>2)</sup>.

본 증례는 자기공명영상 및 척수강조영술로 요추부 척수강내 낭종을 진단 받고 수술을 권유받았으나 환자 및 보호자가 거부하고 한방치료를 위해 봉약침요법과 함께 침구요법, 한약요법, 부항요법, 물리요법 등을 시행한 후 증상이 소실된 경우로, 자기공명영상 추적 검사상 크기의 감소가 확인되어 이에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

## II. 증례

### 1. 환자

최○○, M/21세.

### 2. 주소

- ① 하요추부 동통.
- ② 우측 하지 방사통.

### 3. 발병일

2002년 2월 군복무 중 하요추부 동통 발생, 5월 하요추부 동통 심화 및 우측 하지 방사통 발생.

### 4. 가족력

None.

### 5. 과거력

- ① Appendectomy : 6년전.
- ② 기관지 천식 : 어렸을 때 앓은 적 있으며 이후 재발은 없었음.
- ③ 수족다한증 : 1년전 경희대학교 한방병원 Herb-Med Tx.
- ④ 고혈압 경향 : 1년전 경희대학교 한방병원에서 소견 들음.

### 6. 사회력

- ① 직업 : 대학생, 휴학 후 군복무 중 상기 주소로 의가사 제대함.
- ② 결혼력 : 미혼
- ③ 흡연 : 2~3개피 / 1일, 5년
- ④ 음주 : 소주 반병 / 1주, 5년

### 7. 현병력

상기 환자는 활발한 성격의 건장한 체격을 가진 비교적 건강한 남자 환자로 2002년 2월 군대에서 하요추부 동통 발생하여 파스 붙이며 지내던 중 증상 호전없어 2002년 4월 아산병원에서 척수강조영술,

L-spine MRI 찍고 제3요추 뒤쪽에 낭종이 신경을 누르고 있다는 진단받은 후 2002년 5월 하요추부 동통 심화 및 우측 하지 방사통 발생하여 대전육군통합병원에 입원하여, 2002년 6월 재차 L-spine MRI 찍고 의가사 제대 후 수술권유 받았으나 거부하고 한방치료 원하여 2002년 8월 21일 본원에 입원하였다. 問診상 食慾, 消化, 大便, 小便, 睡眠 등에 특이 사항은 없었고, 手足多汗, 舌紅苔白, 脈緩하였다.

## 8. 이학적 소견 및 검사 소견

### ① ROM

Flexion/Extension(70°/10°)

Lat. bending(요추부 빠른 통증 발생하며 우측 굴곡시에는 하지비중 발생함)

Rotation(45°/45°)

② SLR test(45°/70°)

③ Bragard test : +

④ Peyton test : +

⑤ DTR : Knee joint(++/++)

Ankle joint(++/++)

⑥ Babinski s sign(-/-)

⑦ Ankle clonus(-/-)

⑧ 대소변 장애(-/-)

⑨ motor & sensory function(-/-)

## ⑩ Lab finding

<Routine Chemistry>

ALT : 60U/L(8.22), 66U/L(9.18),

T-G : 212(8.22), 164(9.18),

HBs Ag/Ab : Neg/Neg

## ⑪ 방사선학적 검사

환자 본인이 가져온 Myelogram 및 L-spine MRI 상 L2-3 level Rt. lateral recess에 cystic lesion이 확인되었다<Fig. 1-1, 1-2, 2-1, 3-1>.

## 9. 치료

### 1) 봉약침요법

봉독은 마이크로침을 이용한 전자파 발생장치로 벌을 자극하여 채집·가공한 건조 봉독을 정선하여 Clean bench 속에서 생리식염수에 6000 ; 1로 희석하여 1회용 주사기를 사용하여 피하로 매 혈위마다 0.02cc의 용량을 시술하였다. 1주일에 3회, 腎俞·氣海俞 평행선상의 兩 夾脊穴 총 4곳을 시술혈위로 선정하여 치료하였다.

### 2) 鍼치료

침치료에 사용된 침은 직경 0.25mm 길이 30mm인 동방침구 제작소에서 제작된 Stainless steel 호침을 사용하였으며 심도는 환자의 상태에 따라 5~20mm

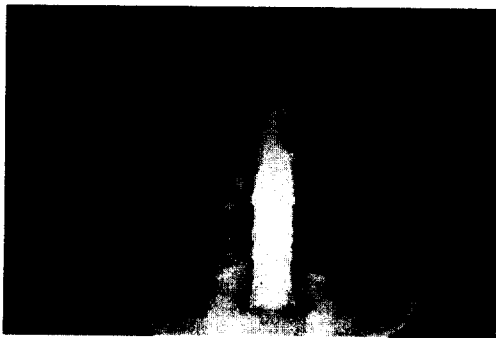


Fig. 1-1. AP view of Myelogram



Fig. 1-2. Rt. obl. view of Myelogram

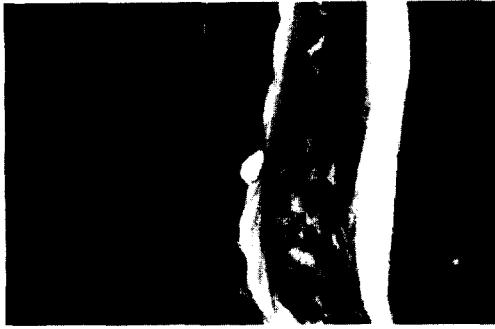


Fig. 2-1. view of L-spine MRI  
<before the treatment>

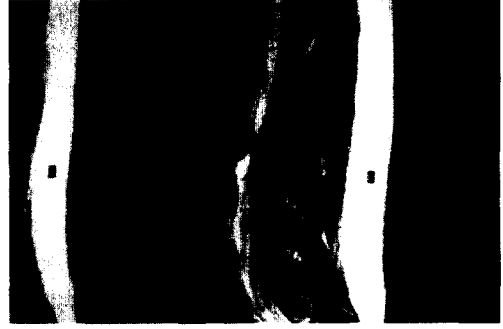


Fig. 2-2. view of L-spine MRI  
<after the adm. treatment for 40days>

로 선택적으로 사용하였으며 오전 및 오후에 1일 2회씩 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞, 小腸俞, 環跳, 居膠, 陽陵泉, 承山, 懸鍾, 崑崙 등의 足太陽膀胱經 및 足少陽膽經의 穴位에 15분간 留鍼하였다.

### 3) 한약

祛風除濕, 補益筋骨, 活絡止痛의 효능이 있는 약들을 주로 사용하였다.

### 4) 찰치료

懸樞, 命門, 腰陽關에 직접구를 3장씩 매일 시술하였다.

### 5) 부항요법

夾脊穴, 膀胱經을 위주로 5~10분 동안 매일 건식 부항을 시술하였다.

### 6) 물리요법

하요추부 통증 부위 및 우측 하지 방사통 부위에 전기요법으로 ICT(Interferential Current Therapy), TENS(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)를 매일 각각 10분 동안 시행하고, 온열요법으로 Hot pack 요법을 30분 동안 매일 3회 시행하였다.

## 10. 임상증상경과

입원시 환자는 요둔부 및 膽經과 胃經 혼합형으로 무릎 위까지 하지의 통증을 호소하였으며 허리를 굽히거나 앉아 있을 때 하요추부 통증과 우측 하지 방사통이 심해져 식사, 독서와 컴퓨터 작업 등 앉아서 하는 활동과 세안, 세발과 신발 및 양말 신기 등 허리를 굽혀서 하는 활동이 힘든 상태였다.

입원 치료 이후 우측 하지 방사통은 지속적으로 감소하여 10일째 증상을 심화시키는 굴곡, 신전, 하지직거상 각도가 호전되기 시작하였고 Bragard 및 Peyton test상 음성 반응이 확인되었으며 입원 15일째 완전히 소실되었다.

이후에는 통증을 심화시키는 坐位 유지시간을 위주로 확인하여 보았는데, 입원 20일째에는 10분, 25일째에는 20분, 40일째에는 30분 정도 통증없이 坐位를 유지할 수 있었다.

퇴원시(입원 49일째)에는 3시간 정도 통증의 심화없이 坐位를 유지할 수 있어 일상생활에 큰 불편함이 없는 상태였다.

## 11. 치료 평가 및 결과

치료성적에 대한 평가는 크게 세가지로 나누어서 평가하였다.



Fig. 3-1. view of L-spine MRI  
<before the treatment>



Fig. 3-2. view of L-spine MRI  
<after the adm. treatment for 40days>

첫째, 입원기간 동안에 physical examination을 5일 간격으로 측정하였다.

둘째, Visual Analogue Scale<Appendix 1><sup>3)</sup>(이하 VAS), modified VAS<Appendix 2><sup>4)</sup>, Pain Rating Score<Appendix 3><sup>3)</sup>(이하 PRS)를 5일 간격으로 측정하였다.

셋째, 입원시 환자가 가져왔던 L-spine MRI와 치료 시작 40일 후의 L-spine MRI의 변화를 추적 조사하여 비교하였다.

그 결과는 다음과 같았다.

첫째, physical examination에서 유의한 호전을 보였다<Table 1>.

둘째, VAS scale, modified VAS scale, PRS에서도 유의한 호전을 보였다<Table 2, 3>.

셋째, 2002년 9월 30일 L-spine MRI를 2002년 6월 4일 L-spine MRI와 비교 판독한 결과는 slightly decreased cystic lesion in Rt. lateral recess on L2-3 level since Jun. 4th 2002 sug-

Table 1. physical examination의 변화

	ROM			Special test		
	Flexion	Extension	Lat bending	SLR	Bragard	Peyton
8월 21일	70°	10°	10°/15°	45°/70°	+	+
8월 26일	70°	10°	10°/15°	45°/70°	+	+
8월 31일	80°	15°	10°/15°	50°/70°	-	-
9월 5일	80°	15°	10°/15°	50°/70°	-	-
9월 10일	80°	15°	10°/15°	50°/70°	-	-
9월 15일	80°	15°	10°/15°	50°/70°	-	-
9월 20일	80°	15°	10°/15°	50°/70°	-	-
9월 25일	80°	15°	10°/15°	50°/70°	-	-
9월 30일	80°	20°	15°/15°	60°/70°	-	-
10월 5일	80°	20°	15°/15°	60°/70°	-	-
10월 9일	80°	20°	15°/15°	60°/70°	-	-

Table 2. VAS · PRS의 변화

3-1, 3-2>

	VAS	PRS		
		A	B+C+D	A×(B+C+D)
8월 21일	5.5	7	5+5+3	91
8월 26일	3.5	5	4+4+2	50
8월 31일	4	5	1+4+2	35
9월 5일	4	5	1+4+2	35
9월 10일	4	5	1+4+2	35
9월 15일	3.8	5	1+4+2	35
9월 20일	3.8	5	1+4+2	35
9월 25일	3.9	5	1+4+2	35
9월 30일	3	4	1+3+2	24
10월 5일	3	4	1+3+1	20
10월 9일	2	3	1+2+1	12

### Ⅲ. 고 찰

척수 수막 낭종은 천추부 및 흉요추부의 척수강 내에서 흔히 발생되며 대부분 증상이 동반되지 않으나 드물게 주위 신경을 압박해 방사통 및 신경증상을 유발할 수 있다<sup>1)</sup>.

이와 같은 수막 낭종은 신경근을 싸고 있는 신경근초가 여러 원인에 의해 탈출되면서 척수액이 고여 낭종이 형성되며 발견되는 부위 및 위치에 따라 다양한 병명으로 불리우고 있어 혼돈을 일으키기 쉽다. Nabors 등은 수막 낭종을 제1형 : 낭종이 신경섬유를 포함치 않는 경막외 낭종, 제2형 : 낭종내 신경섬유가 있는 경막외 낭종, 제3형 : 경막내 낭종 등으로 분류된다. 제2형 중 천추강내에서 발생돼 지주막하강과 척수액의 유통이 이루어지지 않는 낭종을 Tarlov cyst (Perineural cyst)라고 불리며 혼

gesting lymphocele caused by outer annular tear, disc degeneration & diffuse bulging, L4-5w/outer annular tear로 진단되었으며 1.2×0.9×2.0(가로×세로×높이)cm에서 0.8×0.6×1.6cm으로의 크기의 감소가 확인되었다<Fig. 2-1, 2-2,

Table 3. modified VAS의 변화

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	평균
8월 21일	5	4.2	6	3.2	5.5	2.9	2.9	4.9	5.6	6.8	6.9	5	4.6	4.6	4.6	4.84
8월 26일	3.4	2.1	4.6	2.8	3.9	2.3	2.5	3.3	3.8	5.4	5.6	3.2	3.5	3.5	3.4	3.55
8월 31일	2.9	1.9	4.2	2.5	3.7	2	2.2	3	5.1	5	5.2	2.9	3.1	3.1	3.2	3.33
9월 5일	2.7	1.5	3.8	2.4	3.5	1.9	2	2.8	4.6	4.9	5	2.7	3	3	3	3.12
9월 10일	3.9	3.8	4.6	4.0	3.8	3.2	3.0	2.6	3.3	5.6	5.7	3	3.6	3.6	3.5	3.81
9월 15일	3.5	3.0	4.3	3.7	3.5	2.9	2.8	2.3	3.0	5.6	5.7	2.8	3.3	3.3	3.2	3.52
9월 20일	3.5	3.0	4.3	3.7	3.5	2.9	2.8	2.3	3.0	5.6	5.7	2.8	3.3	3.3	3.2	3.52
9월 25일	5.2	3.1	3.4	2.9	2.5	2.5	2.5	2.3	2.4	3.2	3.2	2.2	2.5	2.5	2.5	2.86
9월 30일	3.1	3.0	3.3	2.8	2.4	2.4	2.4	2.1	2.2	3.1	3.1	2.1	2.4	2.5	2.5	2.62
10월 5일	3.0	2.9	3.3	2.7	2.3	2.3	2.3	2.1	2.2	3.1	3.1	2.1	2.3	2.4	2.5	2.57
10월 9일	2.4	2.1	3.1	2.2	1.8	1.8	1.8	1.4	1.6	2.8	2.8	1.8	2.1	2.1	2.1	2.12

히 방사통 및 배뇨 배변 장애를 일으킬 수 있다<sup>1)</sup>.

척추 후관절 근접 낭종(Juxta-facet cyst)이라는 단어는 척추 후관절 주위에 생긴 활액 낭종과 결절성 낭종을 함께 기술할 때 사용된다. 결절성 낭종은 이론적으로 관절주위에 어디서나 발생할 수 있다. 가장 흔히 발생하는 부위로는 수근 관절의 배부이고, 척추 주위 조직에 생긴 경우 배부쪽으로 증식하며 증상을 나타내지 않는 경우가 많다. 척수강에서 발생하였을 경우에는 신경근을 압박할 정도의 크기가 되어 신경학적 증상을 나타내는 경우는 매우 드물다. 발생원인으로는 주위조직으로부터 활액막이 탈출(herniation)되어 발생한다는 설과 발생(embryogenesis) 도중에 활액막 조직이 전이되어 발생한다는 가설과 외상 후 결합조직의 변성(degeneration)에 의한다는 가설 등이 있으나, 밝혀진 것은 없다. 최근 후관절에 불안정성이 있을 경우 반대쪽 후관절에 낭종이 발생한다는 주장이 있어 논란이 되고 있다<sup>5)</sup>. 그리고, Eggert 등<sup>6)</sup>은 척수강내에 결절성 낭종이 후궁인대에 부착되어 발생한다고 보고하고 있으며, Ogawa 등<sup>7)</sup>은 결절성 낭종의 경우에 장액성의 액체를 함유하고 있음을 보고하였다. 임상소견으로는 주로 하요추부의 동통 및 하지로의 방사통으로 급성 추간판 탈출증과 유사한 임상양상을 보이고, Ogawa 등<sup>7)</sup>은 밤에 특히 동통을 호소한다고 보고하였고, Kao 등<sup>8)</sup>에 의하면 환자가 앙와위로 자세를 취하게 되면 중력에 의해 뇌척수액이 배부를 향하게 되어 결국 낭종이 커지면서 신경근을 압박하여 특히 밤에 동통을 호소한다고 하였다. 수술 전 검사에서 발견되는 경우는 드물고, 대부분이 수술시에 발견하게 된다. 조직 병리 소견에 있어서는 조직 변화의 비특이적인 양상 때문에 종양이나 감염성 질환과의 감별이 필요하다. 특히 동결 절편생검(frozen section biopsy)을 하였을 경우에는 조직 소견상 석회화 침착이나 점액성 변화(myxomatous degeneration)가 동반되는 경우가 많으므로 오진의 가능성이 많다. 지금까지는 양성 종양으

로 분류하고 있으나, 상당히 파괴적인 양상을 가질 수 있어 심한 골 파괴와 관절 주위 조직의 파괴 뿐만 아니라 척수에 압박을 가하기도 한다. 그러므로 낭종의 특성을 수술 전에 평가하는 것이 필요하며 척수강 조영술 후 컴퓨터 단층 촬영 및 최근의 자기공명영상(MRI) 촬영이 신경근의 압박 정도나 낭종의 형태와 그 범위에 대해 많은 정보를 주고 있다. 컴퓨터 단층 촬영 및 자기공명영상 소견을 보면 척추 후관절 낭종인 경우 척수강의 함몰이 신경근의 후방에 있고 기저부는 후관절 부위에 있으나, 추간판 탈출증의 경우는 전방부에 척수강 함몰이 나타난다. 이러한 소견이 수술 전의 진단에 있어서 가장 믿을만한 소견이라고 할 수 있다. 감별 진단하여야 할 질환으로는 지주막 낭종(arachnoid cyst), 유피 낭종(dermoid cyst), 낭종성 변화를 동반한 신경 섬유종(neurofibroma) 등이 있고, 조직학적으로는 척색종(chondroma)과 연골육종(chondrosarcoma)과도 감별하여야 한다<sup>5)</sup>.

《素問·脈要精微論》<sup>9)</sup>에서 “腰脊 腎之府 轉腰不能 腎將憊矣 兩腎任於腰內 故腰爲腎之外府”라 하였고, 요각통에 대해서는 《素問·氣交變大論》<sup>9)</sup>에 “歲水不足……民病腹滿 身重泄瀉 寒涼流水 腰膝痛發”이라 하여 표현되었고, 《入門》<sup>10)</sup>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 하였으며, 腰痛<sup>11)</sup>, 腰膝痛, 腰膝疼痛<sup>12)</sup>, 腰連膝痛<sup>13)</sup>, 腰脚疼痛<sup>14)</sup> 등으로 표현되었고, 十種 요통 중에서 風腰痛, 濕腰痛, 風濕腰痛에 있어 대개 腰痛兼下肢牽引痛症이 나타난다고 하여 요각통에 대하여 간접적으로 설명하며, 十種 요통의 모든 병인이 만성화되면 下肢放散性疼痛을 유발시킬 수 있다고 하였다<sup>15), 16)</sup>.

요추부 병변으로 인해 하지부에 방사통이 발생되는데 이는 각 요추신경근의 분절에 일치하는 피부분절(dermatome)에 따라 일어나게 되며 방사통은 작은 형태 혹은 독립된 형태, 연결된 형태로 나타난다고 하였으며<sup>15), 16)</sup>, 이러한 피부분절에 따른 신경근의

방사통 양태는 한의학의 下肢 經絡의 流注 樣態와 중복되는 것이 많다<sup>17)</sup>. 천추 1번, 2번 신경근의 侵襲은 足太陽膀胱經, 요추 5번 신경근 侵襲은 足少陽膽經, 요추 4번 신경근 侵襲은 足陽明胃經의 流注 경로에 따라 방사통의 樣態를 보이며, 요추 3번, 2번 신경근 侵襲은 足少陰腎經, 足厥陰肝經, 足太陰脾經 등과 混在되어 방사통이 나타나는 樣態를 보인다<sup>15),16),18)</sup>.

經筋의 분포를 요각통의 증상과 결합해 보면, 足太陽經筋, 足少陽經筋, 足陽明經筋, 足太陰經筋, 足少陰經筋과 관련이 된 것으로 足太陽經筋의 “其下循足外側結于腫上循跟”은 가재미근과 “與臑中并上結于臂”은 둔근과 “上脰脊上項”은 부극근 및 요방형근과 유사하며, 足少陽經筋의 “其支者 別其外輔骨上走髀…後者結于尻”는 둔근과 이상근에 대비되고, 足陽明經筋의 “上循脇屬脊”은 하후거근에, “上腹而胞至缺盆而結”은 복직근에 해당되며, 足太陰經筋의 “聚于陰氣 上腹結于臍”는 요장근과, 足少陰經筋의 “并太陰之筋 而上循陰股 結于陰氣循脊內”도 요장근과 유사하다고 볼 때, 가재미근, 부극근, 요방형근, 둔근, 이상근, 복직근 및 요장근 등이 요각통과 관련이 있는 근육이다<sup>19),20),21)</sup>.

한의학적인 치료방법으로는 침구치료, 약물치료, 물리치료 등의 방법이 주로 활용되고 있으며, 침구치료에는 체침, 사암침, 동씨침, 팔체질침, 약침, 봉약침 등의 다양한 침법이 활용되고 있는 추세이다.

봉약침요법이란 꿀벌의 독낭에 들어있는 봉독을 추출, 가공하여 질병과 관련한 부위나 압통점 및 혈위에 주입함으로써 자침효과와 더불어 봉독의 생화학적인 특이물질이 인체에 미치는 약리작용을 동시에 이용하여 생체의 기능으로 조정하고 기혈을 소통시켜 병리상태를 개선시켜 질병을 치료하고 예방하는 신침요법의 일종이다<sup>2)</sup>.

봉약침액의 채취가 어려웠던 과거에는 벌의 침을 뽑아서 취혈하는 발침법과 벌을 혈위에 놓아 자극하는 직침법이 활용되었으나, 최근에는 전기추출법

이나 전자파자극법으로 봉약침액을 추출, 가공하여 건조한 봉약침액(freeze-dried venom)을 주사용 ampule, 연고 등으로 만들어 임상 및 연구용으로 사용하고 있다<sup>22)</sup>.

봉약침액은 꿀벌의 독낭에 들어있는 약 40여가지의 성분으로 구성된 물질로 봉독의 性味는 苦, 辛, 平, 有毒하고, 임상에서는 鎮痛, 解熱, 消炎, 鎮痙, 免役 增強 및 抗癌效果 등의 효능이 있는 것으로 알려져 있다. 이의 적응증으로는 근육통, 급만성관절염, 신경통, 통풍, 화농성 질환, 고혈압, 류마티스성 관절염, 피부병, 두통, 요통, 좌골신경통, 타박상, 기관지 천식, 과민성비염, 결절성 홍반, 담마진, 갑상선기능 항진 등이 있다<sup>22),23)</sup>.

봉약침의 약리작용은 면역계를 활성화시키고, 항염증, 세포용해, 신경독 효과, 항세균 및 항진균, 방사선 보호작용이 있는 것으로 알려졌으며, 실험적으로 항염, 진통, 해열, 항경련 등의 작용이 보고되었다<sup>24),25)</sup>.

봉약침요법에 관하여 권 등<sup>26)</sup>은 항염, 진통효과가 있다고 하였고, 이<sup>27)</sup>에 의해 탈출된 디스크 환자를 봉약침을 이용하여 치료한 결과 유의성이 높았다는 보고가 있으며, 김 등<sup>28)</sup>은 요통평가지수를 이용하여 봉약침요법이 요추간판탈출증 환자의 통증, 기능장애 및 임상 징후의 호전에 효과적인 방법이라는 보고가 있었고, 임 등은 봉약침요법으로 과열형 추간판탈출증 환자에게서 방사선학적 호전을 확인하였다는 보고가 있었다.

본 증례의 환자는 양방병원에서 척수강 조영술, L-spine MRI 촬영상 요추부 척수강내 낭종이라 진단 받고 수술권유 받았으나 보존적 치료를 위하여 본원에서 입원 치료했던 환자로서 치료 초기부터 적극적으로 봉약침요법을 시술하여 점차 통증 및 일상 생활에서의 장애 감소, 이학적 검진상의 호전을 보이는 등 증상의 호전을 보였다.

봉약침의 면역계를 활성화시키는 작용과 항염증, 세포용해 효과를 이용하여 과거에 한방치료를 잘 찾



지 않았던 요추부 척수강내 낭종의 치료에 응용하여 유효한 효과를 거둔 1례로서 의미가 있으며 통증 및 일상생활에서의 장애, 이학적 검진 및 방사선적 검사 등 호전 여부를 보여주는 다양한 지표 모두에서 증례에 보고한 바와 같이 현저한 변화를 보였다. 이미 요각통을 일으키는 원인 중 가장 흔한 원인인 요추추간판탈출증에 대한 봉약침요법의 효과가 실험 및 치료 평가에서는 보고가 되고 있지만 흔하지 않은 기타 원인에 대해서는 보고가 많지 않은 점이 있었다. 이에 본 저자는 다양한 요각통의 원인에 대한 봉약침요법의 효과를 뒷받침해 줄 수 있는 자료를 추가로 제시하게 되었다. 본 증례에서 제시한 요추부 척수강내 낭종 이외에도 요각통을 일으키는 다양한 원인들에 대해 봉약침요법을 적극적으로 이용하여 임상적 효과를 보고하는 노력이 지속적으로 필요하리라 생각된다.

#### IV. 결 론

2002년 8월 21일 강남경희한방병원에 입원한 요추부 척수강내 낭종 환자 1례에 대해 봉약침요법을 시행하여 유효한 호전을 보인 환자에서 통증 및 일상생활에서의 장애, 이학적 검진 및 방사선적 검사를 Follow up 하였을 때 다음과 같은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

1. 8월 21일부터 낭종 부위의 夾脊穴에 봉약침요법을 시술한 결과 이학적 검사상의 유의한 호전을 보였으며 주관적으로도 통증 및 일상생활에서의 장애 역시 거의 소실되었다.

2. 양방병원에서 치료 방법으로 수술을 선택한 환자였으나 봉약침요법을 시행하여 VAS, modified VAS, PRS에서 유의한 호전을 보였으며 실제로

MRI 촬영에서도 크기의 감소가 확인되었다.

3. 종합적으로, 호전을 확인하는 다양한 지표에서 모두 유효한 치료효과를 확인하였다.

본 증례는 요각통의 다양한 원인들에 대한 봉약침요법의 유효한 효과를 보여주는 자료로 앞으로도 요각통의 다양한 다른 원인들에 대한 봉약침요법의 효과에 대한 지속적인 연구 및 보고가 있어야 할 것으로 사료된다.

#### V. 참고문헌

1. Kyu-Sung Lee, Jun-Chul Choi, Yong-Jung Kim, Uck Jin and Yu-Jin Jung. Spinal Meningeal Cysts in Low Back Patient. J. of Korean Orthop. Assoc. 1998 ; 33(6) ; 1600-1606.
2. 권기록. 봉침에 대한 고찰. 대한침구학회지. 1994 ; 11(1) ; 160.
3. 신승우, 정석희, 이종수, 신현대, 김성수. 痛症의 臨床的評價法에 관한 考察. 東國韓醫學研究所 論文集. 2000 ; 8(2) ; 25-46.
4. 왕진만, 김동준. Visual Analogue Scale(VAS)을 이용한 동통평가의 유용성. 대한척추외과학회지. 1995 ; 2(2) ; 177-184.
5. 이은우, 강수용, 장의찬, 이성락. 요추부 척수강내 경막외 낭종. 대한정형외과학회지. 1994 ; 29(4) ; 1180-1184.
6. Eggert H.R., Arnoli A.L. and Mennel H.D. Lumbar intraspinal ganglion cyst. Acta Neurochiurgica. 1981 ; 59 ; 163-266.
7. Y. Ogawa, K. Kumano, S. Hirabayashi and

- Y. Aota. A ganglion cyst in the lumbar spinal canal. *Spine*. 1992 ; 17 ; 1429-1431.
8. Kao C.C., Uihlein A., Bickel W.H. and Seoule E. Ganglion cyst of the spinal canal. *J. Neurosurg*. 1968 ; 29 ; 168-172.
9. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울 ; 東洋醫學研究院出版社. 1981 ; 57-59, 145-148, 153-156.
10. 李梃. 醫學入門. 台聯國風出版社印行. 1966 ; 416.
11. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 台北 ; 國立醫學研究所. 1964 ; 5.
12. 王燾. 外臺秘要(上). 서울 ; 成輔社. 1975 ; 453-454.
13. 楊繼洲. 鍼灸大成. 서울 ; 大星文化社. 1985 ; 12-14, 417-419.
14. 張從正. 儒門事親. 上海 ; 人民衛生出版社. 1975 ; 141, 171, 340.
15. 金在圭. 鍼灸科 영역에 있어서의 腰脚痛에 關한 臨床的 觀察. 慶熙大論文集. 1980 ; 3 ; 175-190.
16. 文錫哉. 下肢放散性腰痛에 대한 臨床的 考察. 大韓韓醫學會誌. 1983 ; 4(2) ; 16-26.
17. 이호근. 微細電流電氣鍼을 통한 腰脚痛(腰椎椎間板脫出症) 治療의 韓醫學的 臨床應用에 關한 研究, 韓方再活醫學會誌. 1996 ; 6(1) ; 564.
18. 全國韓醫科大學 鍼灸經穴學教室. 鍼灸學(上). 서울 ; 集文堂. 1988 ; 159-170.
19. 金容奭. 腰痛 및 腰脚痛의 鍼灸治療에 經筋理論活用을 위한 考察. 大韓韓醫學會誌. 1992 ; 13(1) ; 489-496.
20. 성인영. Myofascial Trigger Point Syndrome 에 關한 臨床的 考察. 大韓再活醫學會誌. 1986 ; 6(2) ; 79-85.
21. 金正坤. 腰脚痛에 對한 臨床的 考察. 大韓鍼灸學會誌. 1991 ; 8(1) ; 85-94.
22. 김문호. 봉독요법과 봉침요법. 서울 ; 한국교육기획. 1992 ; 20-37.
23. 이승훈, 이봉효, 이경민, 조현열, 김영옥, 방재선, 서정철, 한상원. 蜂藥鍼液이 細胞活性에 미치는 影響. 대한침구학회지. 2002 ; 19(5) ; 57-72.
24. 황유진, 이건목 외. 봉약침을 이용한 류마티오이드 관절염의 임상적 연구. 대한침구학회지. 2001 ; 18(5) ; 33-41.
25. 정혜윤, 고흥균. 봉독약침 병행 치료한 요추추간판탈출증 환자의 임상고찰. 대한침구학회지. 2002 ; 19(1) ; 41-63.
26. 권기록, 고흥균. 봉독약침요법이 항염 진통작용에 미치는 효능에 관한 실험적 연구. 대한침구학회지. 1998 ; 15(2) ; 97-103.
27. 이병철. Extrusion type의 요추추간판탈출증 환자의 봉독요법을 병행한 한의학적 치료의 임상보고. 대한침구학회지. 1999 ; 16(2) ; 285-293.
28. 김지훈, 이재동. 요추추간판탈출증 환자 22례에 대한 봉독약침 치료의 요통 평가지수를 이용한 임상보고. 대한침구학회지. 1999 ; 18(2) ; 200-207.



