

원저

## 경추 추간판 탈출증 환자 88례에 대한 임상적 고찰

이효은 · 조재희 · 문자영 · 임명장 · 강인 · 이한 · 정호석 · 장형석

자생한방병원 침구과

### Abstract

## The Clinical Study on 88 Patients of Cervical Disc Herniation

Lee Hyo-eun, Cho Jae-hee, Moon Ja-young, Lim Myung-jang,  
Kang In, Lee Han, Jung Ho-suk and Jang Hyoung-seok

Department of Acupuncture & Moxibustion, Jaseng Oriental Medicine Hospital

**Objectives** : This study is to survey the effectiveness of the oriental medicine treatment on cervical disc herniation.

**Methods** : The clinical study was done on 88 cases of patients with cervical disc herniation diagnosed by M.R.I, symptoms and physical test who admitted in Ja-seng Oriental Medicine Hospital from January 2006 to March 2008. After treatment, the efficacy was evaluated according to the criteria of Robinson et al.

**Results** : The clinical results were satisfactory as excellent in cases, good in cases, fair in cases, 92.05% of all were improved above good state

**Conclusions** : Oriental medicine treatment is effective on the recovery of cervical disc herniation.

**Key words** : non surgical oriental medicine treatment, cervical disc herniation

## I. 서론

경추 추간판 탈출증이란, 경추 신경근이 전위된 추간판에 의하여 압박 또는 자극됨으로써 경부와 상지에 연속적인 동통 및 신경증상을 나타내는 질환이다<sup>1)</sup>.

경추부 디스크 탈출증은 경추 5, 6레벨과 6, 7레벨을 가장 흔히 침범하며<sup>2)</sup> 수핵 성분이 탈출이 되면 환자의 통증은 단순한 목의 통증에서 팔의 증상을 동반한 목의 통증으로 변화된다. 상지의 증상은 감각저하(paresthesia), 감각이상(dysesthesia), 통증, 그리고 근력의 약화를 포함한다<sup>3)</sup>.

· 접수 : 2008. 11. 17. · 수정 : 2008. 11. 28. · 채택 : 2008. 12. 3.  
· 교신저자 : 장형석, 서울시 강남구 신사동 635번지 자생한방병원 침구과  
Tel. 011-259-0812 E-mail : jymoon21@hanmail.net

통상적으로 추간판 탈출증은 탈출된 정도에 따라서 돌출 또는 팽윤된 디스크(protruded or bulging disc), 탈출된 디스크(extruded disc), 부골화된 디스크(sequestered disc)로 나눌 수 있다<sup>2)</sup>.

한의학적으로 경추 추간판 탈출증은 項強, 肩背痛, 肩臂痛, 頸項痛, 頸椎症, 頸椎勞損의 범위에 속하는데<sup>4)</sup> 《黃帝內經·素問·痺論》<sup>5)</sup>에서는 外傷, 勞傷, 外感風寒濕, 氣血運動不暢, 氣滯血瘀 등이 이 원인이 된다고 보았고, 현대에는 선천적 기형, 직업적 스트레스가 포함되어 脈絡不通, 氣血運行不暢, 經絡痙攣되어 筋, 骨, 關節에 疼痛과 麻木을 나타내는 것으로 보고 있다<sup>6)</sup>. 경추 추간판 탈출증의 한의학적 치료법으로는 약물요법, 침구요법, 한방물리요법, 추나요법 등이 이용되고 있으며 최근에는 봉독약침요법을 병행하여 유효한 결과를 얻은 보고가 있다<sup>7)</sup>. 주요 治療穴로는 天柱, 風池, 大杼, 肩井, 巨骨, 天膠, 天宗, 肩貞, 肩髃, 臑會, 曲池, 手三里, 外關, 合谷, 中渚, 後谿 등이 있다<sup>8)</sup>.

추간판 탈출증의 치료는 크게 보존적 요법과 수술적 요법으로 구분되며 가장 효과적인 치료 방침에 대해선 여전히 의견이 일치되지 않고 있다. 보존적 방법은 효과에 한계가 있을 수 있고 전통적인 수술방법은 그 침습성 때문에 합병증이 많을 수 있다<sup>9)</sup>. 경추의 추간판 탈출증은 요추와 마찬가지로 퇴행변성의 과정에 의한 것이나 병리적 특성상 골극형성을 많이 동반하여 수술적 치료시 전방감압술로 골극 및 추간판을 제거하는 방법이 널리 이용되고 있다<sup>10)</sup>. 많은 비수술적 방식들도 경추 추간판탈출 질환의 치료로 소개되고 있지만 대부분은 면밀한 과학적 조사가 시행되지 않은 상태이고 보조기 사용에 의하든지 침상안정에 의하든지 환자를 고정시키는 방법이 널리 사용되고 있다<sup>3)</sup>.

이에 본 저자는 2006년 1월부터 2008년 3월까지 자생한방병원에 경추 추간판 탈출증으로 입원한 환자들을 대상으로 비수술적 한방요법을 시행하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

## II. 대상 및 방법

### 1. 연구대상

2006년 1월부터 2008년 3월까지 자생한방병원에서 임상증상과 이학적 소견, MRI상 경추 추간판 탈출증

으로 진단하고 입원 치료한 환자를 대상으로 하였다. 외부 x-ray, CT, MRI를 지참한 환자는 연구 대상에서 제외하였으며, 자생한방병원내 자생의원에서 Cervical x-ray, Cervical MRI를 촬영하고 방사선과 전문의의 판독을 받은 88명을 대상으로 연구를 진행하였다.

### 2. 추간판 탈출 형태의 분류

추간판의 분류는 섬유륜의 형태와 탈출된 추간판 물질의 모추간판과 연계여부 후종 인대의 파열 여부에 따라 4가지로 분류하고 2개 이상이 동시에 있는 경우를 mixed type으로 정했다(Fig. 1-3).



Fig. 1. Bulging disc  
Bulging disc at C5/6.



Fig. 2. Protruded disc  
Central disc protrusion at C5/6.



Fig. 3. Extruded disc  
Central disc extrusion at C5/6 with cord compression.

- ① 팽윤형(bulging disc) : 섬유륜이 퇴행성 변화에 의해 추간판이 전체적으로 팽윤되는 경우
- ② 돌출형(protruded disc) : 수핵이 파열된 내측 섬유륜 사이로 밀고 나온 형태로 외측 섬유륜은 온전한 상태
- ③ 탈출형(extruded disc) : 외측 섬유륜까지 파열되어 수핵이 섬유륜의 전층을 뚫고 탈출되었으나 탈출된 수핵이 추간판 중심부의 수핵과 연결되어 있는 상태
- ④ 분리형(sequestered disc) : 추간판의 일부가 자유분절로 떨어져 나온 형태를 말하고 후종인대의 파열이 동반된 상태
- ⑤ 혼합형(mixed disc) : 위의 4개 형태 중 2개 이상이 동시에 있는 경우

### 3. 치료방법

#### 1) 봉독약침치료

봉독약침(약침학회에서 제조한 1 : 2,000의 봉독약침을 Clean bench 속에서 생리식염수와 1 : 8,000, 1 : 4,000으로 희석하고 10cc 유리병에 멸균, 밀봉한 것)을 1.0ml 1회용 인슐린 주사기(주사침 29G×1/2", 신이양행, 한국)로 환자에게 피부반응 시험을 거친 다음 병소부위의 阿是穴(독맥경과 방광경상의 압통점)에 3-6mm 깊이로, 초기용량 0.2cc부터 0.2cc의 용량을 증량하면서 시술하여 최대 1 : 4,000 0.8cc까지 사용하였다.

#### 2) 침치료

治療穴은 風池·曲池·後谿·合谷을 患側取穴하여 動氣시켰고, 頸部와 肩部의 阿是穴에 刺鍼하였다. 침은 0.30×40mm 일회용 Stainless 호침(동방침구제작

소, 한국)을 사용하였으며, 刺鍼의 深度는 經絡에 따라 다소의 차이는 있으나 일반적으로 10-30mm로 시행하였고 直刺法 또는 환자의 상태에 따라 捻轉을 하여 1일 1회 15-20분간 유치하였다.

#### 3) 약물치료

한약으로는 活血祛瘀, 通絡止痛의 효과가 있어 亞急性期和 急性期の 腰痛 및 腰脚痛을 主治하는 자생한방병원 원내 처방인 청파전(牛膝 9g, 木瓜 9g, 五加皮 8g, 玄胡索 8g, 羌活 8g, 蒼朮 3g, 當歸 3g, 乾地黃 3g, 赤芍藥 3g, 威靈仙 3g, 獨活 3g, 陳皮 3g, 沒藥 3g, 乳香 3g, 紅花 2g, 砂仁 2g, 甘草 2g, 生薑 6g, 大棗 6g)을 응용하였으며, 큰 통증이 가라앉고 치료가 3개월 이상이 되면, 청파전에 補肝腎, 強筋骨 약제가 가減된 청파양근탕을 사용하였다. 처방은 3첩을 1일 3회, 水煎 食後服하였다.

#### 4) 추나치료

추나 신연의 장치로는 Flexion-distraction의 기능을 하는 Lenader Eckard Table MK-90(웰니스시스템, 한국)을 이용하여 양와위 양손 경추 신전법과 양와위 경추 교정법을 시술하였으나 환자가 경추에 이환되어 있는 상태이므로 최대한 부드럽게 시술하였고 통증이 심한 경우에는 신전법만을 사용하였다.

#### 5) 한방이학요법

이학요법은 hot pack, 경근저주과요법(TENS)을 1일 1회 시행하였다.

### 4. 최종치료성적의 평가기준

Robinson 등의 결과 판정 기준에 준하여 4단계로 나누어 평가하였다.

- ① 우수(Excellent) : 이학적 소견의 호전과 함께 동통의 소실로 환자의 불편감이 없을 경우
- ② 양호(Good) : 치료를 요하지 않을 정도의 경미한 동통 및 증상이 남아있고 이학적 소견의 호전 혹은 변화가 없는 경우
- ③ 보통(Fair) : 일부 동통 및 증상의 호전이 있으나 치료를 요하는 상태로 이학적 소견의 변화가 없는 경우
- ④ 불량(Poor) : 동통 및 이학적 소견의 변화가 없는 경우

### III. 증례분석

#### 1. 성별 및 연령분포

치료 대상 중 남자가 34명 여자가 54명으로 여자의 비율이 5:3 정도로 높았다. 20대 11명, 30대 30명, 40대 22명, 50대 18명, 60대 5명, 70대 1명으로 30대의 비율이 34.09%로 가장 높았다. 이들 30명 중 남자 15명, 여자 15명으로 비율은 1:1로 같았다. 30대를 제외한 연령대에서는 모두 여자의 발병 비율이 높았다 (Table 1).

Table 1. Age and Sex Distribution

Sex	Age	M(%)	F(%)	Total(%)
	21-30	4(4.55%)	7(7.95%)	11(12.50%)
	31-40	15(17.05%)	15(17.05%)	30(34.09%)
	41-50	8(9.09%)	15(17.05%)	22(25.00%)
	51-60	7(8.00%)	11(12.50%)	18(20.45%)
	61-70	0(0.00%)	5(5.68%)	5(5.68%)
	71-80	0(0.00%)	1(1.13%)	1(1.13%)
Total(%)		34(38.64%)	54(61.36%)	88(100%)

#### 2. 발병원인

발병원인으로 특별한 원인이 없는 경우가 42례 (47.73%), 과로가 26례(29.55%), 외상성으로 발생한 경우가 15례(17.05%), 낙상으로 인한 경우가 5례 (5.58%)로 특별한 원인없이 발생한 경우가 전체 47.73%로 가장 높았다(Table 2).

Table 2. Contributory Factors

Factor	No. Patients(%)
Unknown	42(47.73%)
Over work	26(29.55%)
Trauma	15(17.05%)
Slip down	5(5.58%)
Total(%)	88(100%)

#### 3. 병력기간

환자의 병력기간은 며칠에서 수 년까지 다양하였다. 그 중 3주 이내는 19명, 3주에서 8주 사이가 32명

으로 가장 많았으며 그 외 2개월에서 6개월 사이가 21명, 6개월 이상이 16명이었다(Table 3).

Table 3. Duration of Symptoms

Duration of Symptoms	No. Patients(%)
Lesser than 3weeks	19(21.60%)
3weeks~2months	32(36.36%)
2months~6months	21(23.86%)
Over 6months	16(18.18%)

#### 4. 증상, 이학적, 방사선적 소견

경부통과 견배통은 2명의 환자를 제외한 전체 환자에서 나타났다. 상지 방사통은 47명, 손가락 감각이상 은 18명에게서 나타났다. 척추증 증상이 관찰된 예는 없었다. 이학적 소견상 경부 신전 검사에서 100% 양성, Spurling 검사에서 100% 양성이 나타났으며 근력

Table 4. Symptoms & Physical Finding

	No. Patients(%)
Symptoms	
Neck and shoulder pain	86(97.73%)
Radiationg pain	47(53.41%)
Finger Paresthesia	18(20.46%)
Physical Finding	
Neck Extension Test	88(100.00%)
Spurling Test	88(100.00%)
Motor Weakness	54(61.36%)
Sensory Change	63(71.59%)

Table 5. Radiographic Finding of Cervical Spine

Finding	No. Patients
Normal	14
Abnormal	74
Straightening	53
Spondylosis	3
Retrolitsthesi	4
Kyphosis	3
Disc Narrowing	42
Foraminal Stenosis	0
Scoliosis	4
Osteoporosis	1

검사에서 54명이 해당 신경이 지배하는 근육의 약화를, 63명에게서 감각둔화가 나타났다(Table 4).

경추부 단순방사선적 소견상 정상인 경우가 14명, 비정상인 경우가 74명이었다. 비정상군에서 만곡소실이 53명, 디스크 공간이 좁아진 경우가 42명, Spondylosis 3명, Retrolisthesis 4명, Kyphosis 3명, Scoliosis 4명, Osteoporosis 1명으로 나타났다(Table 5).

### 5. 형태 및 이환부위

탈출 형태는 protruded type이 44명으로 가장 많았고 extruded type 9명 bulging disc 8명과 protruded type이 동반된 mixed type이 27명으로 나타났다. sequestered type은 한 명도 없었다.

이환부위로는 단일성 탈출이 16명, 다발성 탈출이 72명이었다. 탈출 부위는 C5/6 레벨에서 76명으로 가장 많았으며 C6/7 레벨이 53명, C 4/5 level이 52명, C3/4 레벨이 33명, C7/T1 레벨이 8명, C2/3 레벨이 5명 순으로 나타나 C5/6, C6/7, C4/5 레벨에서 가장 많은 호발 형태를 나타내었다(Table 7).

Table 6. Type of Disc on Magnetic Resonance

Type	No. Patients(%)
Protrusion	44(50.00%)
Extrusion	9(10.23%)
Bulging	8(9.09%)
Mix(Bulging+Protrusion)	27(30.60%)
Total (%)	88(100%)

Table 7. Level of Disc on Magnetic Resonance

Level	No. Patients(%)
C2/3	5
C3/4	33
C4/5	52
C5/6	76
C6/7	53
C7/T1	8
Single	16(18.18%)
Multiple	72(81.82%)

### 6. 입원기간

입원 치료 기간은 1-3주 사이가 44명으로 가장 많

았으며 다음으로 3-5주 21명, 1주 이하 17명, 5주 이상 6명 순으로 나타났다(Table 8).

Table 8. Duration of Treatment

Duration	No. Patients(%)
Lesser than 1week	17(19.32%)
1~3 weeks	44(50.00%)
3~5 weeks	21(23.86%)
Over 5weeks	6(6.82%)
Total(%)	88(100%)

### 7. 평가항목

입원 치료 후 환자의 상태는 Robinson 등의 결과 판정기준에 따라 'Excellent' 26명, 'Good' 55명, 'Fair' 7명, 'Poor' 0명으로 나타났다. 전체 88명 중 81명 (92.05%)에서 Excellent와 Good의 결과를 얻었다 (Table 9).

Table 9. Result of Treatment

Result	No. Patients(%)
Excellent	26(29.55%)
Good	55(62.50%)
Fair	7(7.95%)
Poor	0(0.00%)
Total(%)	88(100%)

## IV. 고찰

경추의 척추골은 요추나 흉추와는 다른 해부학적 구조를 가지고 있어서 후두부의 무게를 지지하고 생명 유지기관인 척수와 신경근, 혈관을 보호하는 기능을 가지고 있다. 그러나 최근 사회적 요인으로 인해 경부통증의 유병률이 커지고 있는 상태이다<sup>11)</sup>.

경추 추간판 탈출증은 경추신경근이 전위된 추간판에 의하여 압박 또는 자극됨으로써 경부와 상지에 계속적인 동통 및 신경증상을 나타내는 질환으로 흔히 경추간관의 퇴행성 병변이 존재하거나 또는 여기에 외상이 가해졌을 때 잘 발생한다. 비교적 젊은 층에 호발하는 연성 추간판 탈출증과 퇴행성으로 노년에 호발하는 경성 추간판 탈출증으로 나눌 수 있는

데<sup>1)</sup> 연성 추간관 탈출증은 주로 30-40대에 호발하며 주로 섬유륜의 팽윤이나 수핵의 탈출로 인한 증상이 나타나는 반면 경성 추간관 탈출증은 50세 이후에 호발하며 엄밀한 의미의 추간관 탈출이 아니고 퇴행성 변화인 추간공 골극(foraminal osteophyte)에 의해 일어나므로 경추 척추증(spondylosis) 및 Luschka 관절의 비대가 동반되며 후측방 돌출에 의한 신경근 압박이 많다<sup>6)</sup>.

대부분의 경추 추간관 탈출증 환자들은 수핵성분의 탈출에 의한 신경근 압박이 일어나기 때문에 단순한 목의 통증에서 팔의 증상을 동반한 목의 통증으로 변화한다. 상지의 증상은 감각저하(paresthesia), 감각이상(dysesthesia), 통증 그리고 근력의 약화를 포함한다<sup>3)</sup>. 증상은 침범되는 신경근에 따라 달라지지만 신경근의 지배영역이 중첩되기 때문에 고유영역을 결정하기 힘든 경우가 많다. 견관절의 통증, 견갑골 내측을 따라 방사되는 통증, 전흉부의 통증, 상완부 및 전완부의 동통과 근력약화, 수지감각의 둔화 등이 있다<sup>1)</sup>.

경추부 추간관 탈출증은 제5-6경추, 제6-7경추 사이에서 호발하고 다음은 제4-5경추의 순서이다<sup>2)</sup>. 제5-6경추 추간관 질환의 경우 제6경추 신경근이 압박되며 전박부의 배면과 상지의 상단 측방으로 방사되는 통증과 지각 이상을 볼 수 있다. 특히 동통과 지각 이상은 무지와 시지에서 관찰되며 이두근과 상완요골근의 운동약화가 있다. 제6-7경추 추간관 질환의 경우 제7경추 신경근이 압박되어 시지와 제3지에 지각 이상이 나타나고 삼두근의 운동약화와 삼두근 반사가 감퇴된다. 제5경추 신경근이 압박될 경우에 이두근의 반사의 저하가 나타난다<sup>1)</sup>.

추간관 탈출증은 탈출된 정도에 따라 팽윤(bulging), 돌출(protrusion), 탈출(extrusion), 부골화(sequestration)로 나누어지는데 팽윤 추간관은 퇴행성 변화에 의하여 섬유륜이 추간관의 정상범위 바깥쪽으로 3mm 이상 밀려나는 것을 말하며, 섬유륜의 파열은 없고, 돌출 추간관은 제자리를 벗어난 수핵이 파열된 내측 섬유륜 사이를 뚫고 외부로 탈출하려 하나, 외측 섬유륜은 파열되지 않아 수핵이 외부로 빠져나오지 않는 상태이다. 탈출 추간관은 섬유륜이 내측에서 외측에 이르기까지 전층에 걸쳐 파열된 것으로 수핵의 일부가 파열된 부위를 따라 빠져나온 상태이나 빠져나온 수핵이 아직 모체와 연결되어 있는 경우이다. 부골화 추간관은 탈출된 수핵이 모체와 완전히 단절된 상태로 이 조각이 척추관내에서 이동하여 다른 신경근을 압

박할 수도 있어서 일반적인 추간관 탈출증과는 다른 유형의 증상이 나타날 수 있다<sup>6)</sup>.

경추 추간관 탈출증 환자의 확진과 호전도를 보기 위하여 사용한 도구인 MRI는 추간관 탈출증을 보여주는 가장 좋은 영상법으로 최대의 장점은 척수조영술에서 보지 못하고 넘어가는 가장 외측의 추간관 탈출을 쉽게 알아낼 수 있다는 점이다. 게다가 부골화된(sequestered) 추간관탈출증과 추간관 돌출(protrusion) 및 탈출(extrusion)을 감별하는 것이 가능하다.

추간관 탈출증의 치료는 크게 보존적 요법과 수술적 요법으로 구분되며 가장 효과적인 치료에 대해선 여전히 의견이 일치되지 않고 있는데<sup>9)</sup> 대부분의 경우 보존적 치료로 증상이 호전된다. 침상안정, 온찜질, 보조기를 착용하여 경추를 고정함으로써 신경조직의 자극뿐만 아니라 주위 연부 조직의 부종 및 염증을 감소시킨다. 급성기가 지나 동통이 경감되는 대로 경추부의 근육운동을 시행한다. 수술은 일반적으로 3개월 이상의 보존적 치료에도 불구하고 지속적으로 또는 반복되는 상지의 동통이 있을 때<sup>1)</sup> 척수의 기능이상이나 상지의 심각한 약화, 격렬한 상지부의 통증 등을 일으킬 때 외과적인 수술이 요구된다<sup>3)</sup>. 그러나 전통적인 수술방법은 그 침습성 때문에 합병증이 많을 수 있어서 전방감압술 후 골유합술 유무는 아직 논란의 여지가 많고 기구를 이용한 골유합 방법도 여러 가지 소개된 바 있다<sup>3,9,10)</sup>.

본 연구에서 환자들은 개인 사정이나 병실 현황에 따라 차이가 있으나 대부분 첫 내원 후 1주일 내에 입원하여 매일 침치료를 받았으며 봉침치료는 2일에 1회 시행하였다. 한방이학요법치료, 추나치료는 매일 시행되었다. 퇴원 후 1주일에 1회 외래치료를 하였으며, 그 기간은 1개월 미만-12개월까지 다양하였다. 외래에서는 같은 방식의 보존적 치료로 침치료, 봉독약침치료, 약물치료, 추나치료, 한방이학요법을 실시하였다.

침치료는 경추부위의 穴位인 風池와 방사통이 있는 患側의 後谿, 惝谷에 刺鍼하여 동기요법을 이용하여 動氣시켰다. 봉독약침치료는 봉독액을 1:8,000, 1:4,000으로 희석하여 환자에게 피부반응 시험을 거친 다음 병소부위의 阿是穴(독맥경과 방광경상의 압통점)에 초기용량 0.2cc부터 0.2cc씩 용량을 증량하면서 시술하여 최대 1:4,000 0.8cc까지 사용하였으며 아시혈은 주로 이환된 경추의 협척혈 위주로 선택되었다. 약물치료는 모든 환자에게 活血祛瘀, 通絡止痛의 효과가 있는 자생한방병원 원내 처방인 청과전을 처방

하였고 큰 통증이 가라앉고 치료가 3개월 이상이 되면, 청과전에 補肝腎, 強筋骨 약제가 가감된 청과양근탕을 사용하였다. 추나요법은 환자의 자세와 근골격상의 변위를 잡아주는 방법으로 양와위 양손 경추 신전법과 양와위 경추 교정법<sup>12)</sup>을 주로 이용하였으나 환자의 경추가 이환되어있는 상태이므로 무리한 자극이 가지 않도록 최대한 부드럽게 시술하였다. 한방 이학요법으로는 hot pack, 경근저주파요법(TENS)을 1일 1회 시행하였다. 각각의 치료법은 디스크의 치료와 통증제어에 광범위하게 시술되는 방법이기때 이를 선택하여 환자의 치료에 사용하였다.

이상의 방법으로 경추 추간관 탈출증으로 진단된 88명의 환자들을 치료하고 분석한 결과는 다음과 같다.

성별 및 연령분포에 있어 남자가 34명 여자가 54명으로 여자의 비율이 5:3 정도로 높았다.

20대 11명, 30대 30명, 40대 22명, 50대 18명, 60대 5명, 70대 1명으로 30대의 비율이 34.09%로 가장 높았다(Table 1).

발병 원인으로 특별한 원인이 없는 경우가 42례(47.73%), 과로가 26례(29.55%), 외상성으로 발생한 경우가 15례(17.05%), 낙상으로 인한 경우가 5례(5.58%)로 특별한 원인없이 발생한 경우가 전체 47.73%로 가장 높았다(Table 2).

환자의 병력기간은 며칠에서 수 년까지 다양하였다. 그 중 3주 이내는 19명, 3주에서 8주 사이가 32명으로 가장 많았으며 그 외 2개월에서 6개월 사이가 21명, 6개월 이상이 16명이었다(Table 3).

경부통과 견배통은 2명의 환자를 제외한 전체 환자에서 나타났다. 상지 방사통은 47명, 손가락 감각이상은 18명에게서 나타났다. 척수증 증상이 관찰된 예는 없었다. 이학적 소견상 경부 신전 검사에서 100% 양성, Spurling 검사에서 100% 양성이 나타났으며 근력검사서 54명이 해당 신경이 지배하는 근육의 약화를, 63명에게서 감각둔화가 나타났다(Table 4).

경추부 단순방사선적 소견상 정상인 경우가 14명, 비정상인 경우가 74명이었다. 비정상군에서 만곡소실이 53명, 디스크 공간이 좁아진 경우가 42명, Spondylosis 3명, Retrolisthesis 4명, Kyphosis 3명, Scoliosis 4명, Osteoporosis 1명으로 나타났다(Table 5).

MRI상으로 진단한 추간관 탈출 형태는 protruded type이 44명으로 가장 많았고 extruded type 9명 bulging disc 8명과 protruded type이 동반된 mixed type이 27명으로 나타났다. sequestered type은 한 명도 없었다.

이환부위로는 단일성 탈출이 16명, 다발성 탈출이 72명이었다. 탈출 부위는 C5/6 레벨에서 76명으로 가장 빈번하였으며 C6/7 레벨이 53명, C 4/5 level이 52명, C3/4 레벨이 33명, C7/T1 레벨이 8명, C2/3 레벨이 5명 순으로 나타나 C5/6, C6/7, C4/5 레벨에서 가장 많은 호발 형태를 나타내었다(Table 7).

입원 치료 기간은 1-3주 사이가 44명으로 가장 많았으며 다음으로 3-5주 21명, 1주 이하 17명, 5주 이상 6명 순으로 나타났다(Table 8).

입원 치료 후 환자의 상태는 Robinson 등의 결과 판정 기준에 따라 'Excellent' 26명, 'Good' 55명, 'Fair' 7명, 'Poor' 0명으로 나타났다. 전체 88명 중 81명(92.05%)에서 Excellent와 Good의 결과를 얻었다(Table 9).

## V. 결 론

2006년 1월부터 2008년 3월까지 자생한방병원에서 임상증상과 이학적 소견, 자기공명영상상 경추 추간관 탈출증으로 진단 받고 입원 치료한 88명의 임상적 관찰결과 결론은 다음과 같다.

1. 여성의 발병률이 남성에 비해 5:3 정도로 높았으며 30대의 발병률이 다른 연령대에 비해 높았다.
2. 발병 원인으로 별무 동기와 작업상 과로가 높은 비율을 차지했다.
3. 탈출 유형 중 돌출형이 전체 44명(50.00%)으로 가장 많았다.
4. 다발성 탈출이 단일성 탈출보다 4:1 비율로 높았다. 이환부위로는 C5/6 레벨에서 76명으로 가장 많았으며 C6/7 레벨이 53명, C 4/5 level이 52명으로 가장 많은 호발 부위였다. 그 다음으로 C3/4, C7/T1, C2/3 레벨 순이었다.
5. 입원 기간은 1-3주 사이가 44명으로 가장 많았으며 다음으로 3-5주 21명, 1주 이하 17명, 5주 이상 6명 순으로 나타났다.
6. 치료 결과는 Robinson의 분류에 따라 Excellent 26명, Good 55명, Fair 7명, Poor 0명으로 나타났다.

## VI. 참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형외과학. 서울 : 최신의학사. 2002 : 431-3, 451-5.
2. Jörg Jerosch, William H.M. Castro. 근골격질환의 진단과 검사의 핵심 II. 서울 : 한미의학. 2002 : 520, 532.
3. Esses Stephen I. Textbook of Spinal Disorders. 서울 : 군자출판사. 2002 : 193, 201-3.
4. 上海中醫學院. 傷科學. 上海 : 商務印書館. 1982 : 321.
5. 王琦. 黃帝內經素問今釋. 北京 : 정보사. 1979 : 206-7.
6. 한방재활의학과학회. 한방재활의학과학. 서울 : 군자출판사. 2003 : 57-8.
7. 허윤경, 김숙경, 오수진, 문익렬, 서원희. 추간공협착을 동반한 경추추간판탈출증 환자의 봉독약침 요법에 의한 치험 1례에 관한 고찰. 서울 : 대한침구학회 임상논문집. 2003 : 135-43.
8. 전국한의과대학 침구경혈학교실. 鍼灸學(下). 서울 : 집문당. 1994 : 1232.
9. 김영훈, 문동연, 박종민, 윤재원. 요추추간판탈출증의 자연적 흡수. 대한통증의학회지. 2005 ; 18(1) : 56-9.
10. 김진환, 서정국, 주석규, 김병직, 고한석. 경추추간판 탈출증의 수술적 치료. 대한정형외과학회지. 1995 ; 30(3) : 454-50.
11. James A. Porterfield, Carl Derosa. 머리·목·어깨의 통증과치료. 서울 : 지성출판사. 1998 : 2-4.
12. 신병철, 신준식, 이종수, 임형호. 정형추나의학. 서울 : 척추신경추나의학회. 2006 : 182-4.