

동작 침법을 시행한 요추부 척추관 협착증 환자의 치험 2례 보고

김기역 · 이기하 · 김우영 · 이현종 · 김창연

부천자생한방병원 침구과

The Clinical Report on 3 cases of the patient of lumbar stenosis Treated with Motion Style Treatment

Ki-yuk Kim, Ki-ha Lee, Wu-young Kim, Hyun-jong Kim, Chang-yeon Kim

Dept of Acupuncture & Moxibustion, Bu-cheon Jaseng Oriental Medicine hospital

Objectives : the purpose of this study is to report the improvement of stenosis patients, who treated by M.S.T.(Motion Style Treatment)

Methods : the clinical study was done on 2 cases of patients with lumbar stenosis who admission in Jaseng Oriental Medicine hospital. We checked VNRS score after the treatment of M.S.T.(Motion Style Treatment) each day, and checked ODI score at admission and discharge.

Results : VNRS score and ODI score decreased after the treatment of M.S.T.(Motion Style Treatment)

Key Words : M.S.T (Motion Style Treatment), stenosis

I. 서 론

척추관 협착증은 여러 원인에 의해서 요추부 중앙의 척추관, 신경근관, 추간공이 좁아져서 마미 또는 신경근을 침범하여 요통과 간헐적 파행을 포함하는 여러 가지 신경 증상을 일으키는 질환이다. 주로 추궁관, 황색인대, 후방돌기의 비후, 추체의 변위, 추간판의 팽윤과 돌출에 의해 발생한다¹⁾. 고령화 사회가 되어감에 따라 척추관 협착증 환자의 수가 점차 늘어나고 있고²⁾ 이에 따른 치료 방법도 다양하게 제시되고 있다³⁾. 일반적으로 심한 운동장애나 배변 장애가 있지 않은 경우에 보존적 치료를 한다. 보존적 치료

로는 안정, 물리치료, 보조기 착용, 경구용 진통제를 복용하는 등의 고식적인 치료를 하거나 스테로이드 주입 등의 치료법을 사용한다³⁾.

한의학에서의 척추관 협착증은 筋骨痠症, 腰腿痛의 범주에 속하며 진은 經絡이 虛하여 風寒濕邪가 침범한 소치로 평소 體虛한 상태에서 장기간 邪氣의 침습을 받거나 外傷 혹은 勞損등으로 발병하여 肢體, 筋肉, 關節 등의 酸楚, 痲木, 重着, 屈伸不利 등의 등의 증상을 일으키는 腰腿痛을 痺症의 범위에 속한다고 하였다⁴⁾.

근래 한의학에서는 침구 치료 방법이 개량, 발전되어 전통적인 침구치료 방법 외에도 전기, 전열기구,

약물, 레이저 및 각종 新針요법이 임상에 응용되고 있다⁵⁾.

동작 침법(M.S.T.)이란 Motion Style Treatment의 약어로 자침을 한 후 환자로 하여금 자침부위를 움직이게 하는 치료법으로 근골격계 질환의 환자에게 유효한 치료 성과를 보이는 기법으로 급성요통 환자뿐만 아니라 최근에는 그 적응증이 요추간판 탈출증으로 인한 하지 방사통, 목디스크, 좌골신경통 등으로 확대되고 있다⁶⁾. 본 연구에서는 MRI 상 요추부 척추관 협착증으로 진단받은 입원 환자를 대상으로 동작 침법을 시행하여 유효한 결과를 얻은 2례가 있어 이를 보고하고자 한다.

II. 본 론

1. 치료방법과 평가

1) M.S.T.

M.S.T. 요법 시 사용되는 행간(행간 LR2), 곡지(곡지 LI11), 풍부(풍부, GV16)혈을 자침한 후 의사의 구령에 맞춰서 보행시켰다. 자가 보행이 힘든 경우 부축하여 견인 보행으로 시행하다 자가 보행이 가능한 경우 견인을 생략하였다. 보행 시간은 20분으로 제한하고 20분이 지난 후 발침하였다.

2) 언어숫자통증등급 (Verbal Numerical Rating Scale : VNRS)

통증의 정도를 환자로 하여금 10까지의 숫자로 말하도록 하는 방법이다. 시각통증등급과 유사하지만 보다 이행 및 사용이 쉽고 환자가 말을 못할 가능성도 적다⁷⁾.

3) Oswestry Low-Back Pain Disability Index (ODI)

ODI는 환자에 의해 작성되는 선다형 질문으로 일상생활에서 각각의 동작과 관련된 10개의 항목으로 구성되어 있다. 각 항목에서는 일상생활의 장애를 0-5점으로 6가지 단계로 기술한다. 이 방법은 통증 정도보다 일상생활의 장애를 평가하는데 기능적인 상태를 수치로 나타낸 것이다⁸⁾.

2. 증례

[증례1]

1) 환자

백○○

2) 치료기간

2008년 1월 22일 ~ 2008년 2월 12일까지
(21일간) 입원 치료

3) 주소증

#1. Low Back pain; 허리 뻣근함, 보행 & 좌위
힘듦

#2. Lt. leg numbness; 둔부~대퇴후면~하퇴후
면~발바닥으로 저리고 당김, 종아리로 둔한느낌

4) 발병일

2008년 1월 18일

5) 과거력

별무

6) 가족력

별무

7) 현병력

상기 환자는 마른체격의 44세 남환으로 몇 년전부터 허리통증으로 간헐적으로 한의원치료, 통증클리닉, 정형외과 치료 받아오시다 상기 O/S에 상기 C/C나타나 목동자생한의원 방문 후 입원치료 위하여 급일 걸어서 본원에 입원함.

8) 이학적 소견

1. R.O.M 전굴(60) : 후굴(20) : 측굴 Rt. Lt (20/25)

2. SLR : (90/30)

3. Kernig : (-)

4. walking on the toe : (-/-)

5. walking on the heel : (-/-)

6. Babinski : -

7. DTR : (+/+)

8. sensory change : (++)

9. millgram (3sec)

10. valsalva (+)

11. patrick : (-/-)

12. dorsi flexion : (++) 좌측이 75%정도

13. plantar flexion : (++) 좌측이 90%정도

9) 검사소견 (L-spine MRI. Fig. 1.)

Lt. paracentral disc extrusion with severe spinal stenosis and Lt. S1 nerve root compression at L5/S1, suggested.

Disc bulging with annular tear at L4/5.

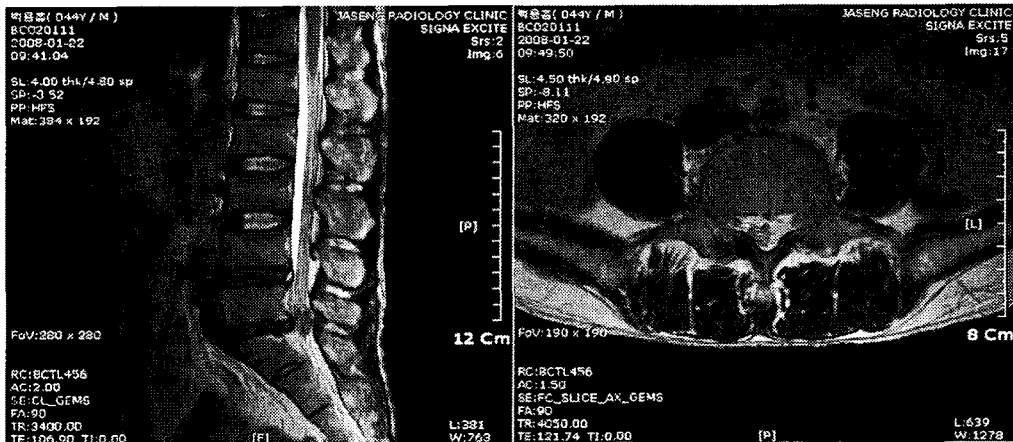


Fig. 1. L-spine MRI T2-weighted image of case1

10) 치료 경과 (Fig.2. Fig.3.)

(1) 입원 1주 째

M.S.T 시행 NRS 10 → 5, 입원 시 ODI 29
10분 정도의 자가 보행이 가능하게, 족지 저림 소
실되었다.

(2) 입원 2주 째

NRS 5
보행 시 절뚝거리는 양상이 소실되며 보행 중 통증
거의 소실되었으며, 족저부 저림이 소실되었다.

(3) 입원 3주 째

NRS 5 → 3 퇴원 시 ODI 17
1시간 정도 보행 가능하며, 좌위 시 통증은 남아있
으나 기타 통증 소실되었다.

[증례2]

1) 환자

김○○

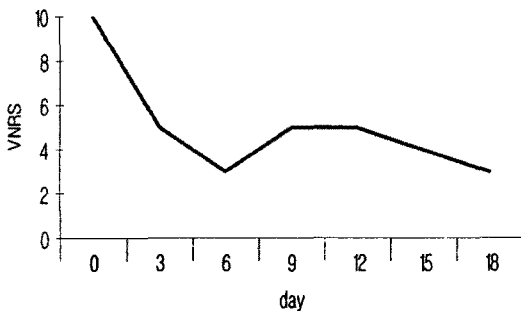


Fig. 2. The Change of VNRS after treatment. case1

2) 치료기간

2008년 3월 3일 ~ 2008년 3월 29일까지(27일간)
입원 치료

3) 주소증

- #1. Back pain : 기침 시 좌측 골반 심한 통증, 좌위 힘들
- #2. Lt. leg pain : 좌위시나 좌위 후 기립 시 엉치, 발목 전체로 통증. 좌측 와위 시 심화

4) 발병일

2007년 12월 경

5) 과거력

- #1. 50여 년 전 우측 다리 화상

6) 가족력

별무

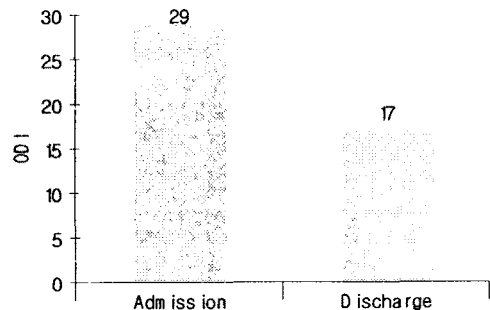


Fig. 3. The Change of ODI Score after treatment. case1

7) 현병력

상기환자는 보통 체격 65세 남환으로 상기환자 4 개월 전부터 상기증상 발생하여 Lacal 한의원에서 물리치료, 한약복용 하였으나 호전 없어 07년 12월 18일 시흥 종합병원에 MRI상 L2~5 협착증 진단 받고 수술 권유받았으나 refuse하고 시흥병원에서 1차례 물리치료 약물치료 받았는데도 호전 없어 본원 OPD경유하여 걸어서 입원함.

7. DTR :(+/+)

8. sensory change : (++)

9. millgram (0sec)

10. valsalva (-)

11. patrick : (-/-)

12. dorsi flexion : (++)

13. plantar flexion : (++)

8) 이학적 소견(L-spine check)

1. R.OM 전굴:80 후굴:10 측굴 Rt.45 Lt.45

2. SLR : (90/90)

3. Kernig : (-)

4. walking on the toe : (/)-uncheckable(좌측 하지 무력)

5. walking on the heel : (/)-uncheckable(좌측 하지 무력)

6. Babinski :(-/-)

9) 검사소견 (L-spine MRI, Fig. 4)

Spinal stenosis at L4/5

10) 치료 경과(Fig5, Fig6)

(1) 입원 1주 째

NRS 10 입원 시 ODI 31

전반적 통증 호전 없으며 보행과 좌위 시 즉시 좌측 둔부 통증 발생한다.

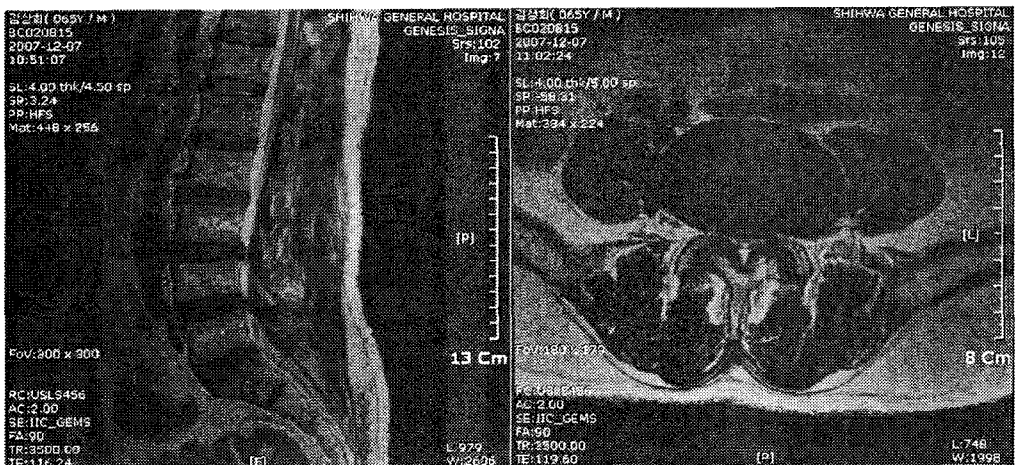


Fig. 4. L-spine MRI T2-weighted image of case2

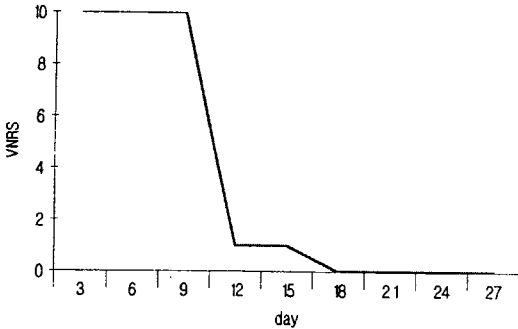


Fig. 5. The Change of VNRS after treatment. case2

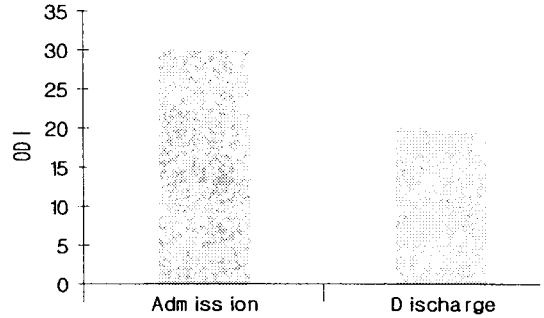


Fig. 6. The Change of ODI Score after treatment. case2

(2) 입원 2주 째

M.S.T 시행 NRS 10 → 1

50m 가량 보행 가능하여 병동내 자가 보행이 가능하다. 요부 통증 및 족과 관절 부위 통증이 확인하게 감소하였다. 보행 시 좌측 하지 근력저하가 나타난다.

(3) 입원 3주 째

NRS 1

200m 가량 보행 가능하게 되었다. 좌위 시 족과관절 통증이 남아있으며, 보행 시 좌측 근력저하 증상이 유지된다.

(4) 입원 4주 째

NRS 1 → 0 되원 시 ODI 20

1000m 가량 보행 가능하게 되었다. 요통은 완전 소실되었으나 족과 관절부 통증이 약하게 남아있다. 하지 근력이 건측과 비교하여 거의 같은 정도로 회복하였다.

Ⅲ. 고 찰

척추관 협착증은 척추관, 외측 함요부 추간공이 좁아져서 마미 또는 신경근을 압박하여 요통, 하지로의 방사통, 보행장애 배뇨 및 배변 장애, 운동 및 감각 기증의 저하, 간헐적 파행 등의 신경 장애를 일으키는 질환이다⁹⁾.

척추관 협착증의 진단은 방사선 상에 짧고 두꺼운 추궁관 혹은 추근근이 나타나거나 척추후관절의 변성변화 또는 관절 돌기가 정상보다 크고 중앙선 쪽으로 가까우며 척추관의 전후경이 감소되어 있는 것에 의해 내져지게 되며 자기 공명 영상 장치 및 근전도, 체성 감각 유발 전위 검사로 확진할 수 있다¹⁰⁾.

증상은 요통이 빈번히 생기는데 추간판 탈출증과는 달리 통증이 둔부 주위로 전이되는 점이 특징이며 보행 시 발생하는 신경원성 파행은 하지를 조이는 듯한 통증으로 잠시 구부리고 앉으면 증상이 경감된다. 환자의 일부에서는 신체 체위와 관계없이 신경학적 증상이 지속된다¹⁰⁾.

중심성 협착증으로 유발된 마미의 압박은 신경인성 파행으로 나타나는데 이는 특징적으로 짧은 거리를 걸은 후에 나타나는 하지 양측의 통증으로 나타난

다. 보행 시 파행이 나타나는 거리의 정도가 척추관 협착증의 진행을 나타내는 중요한 지표가 된다. 신경학적 검진에서는 아무 이상이 없는 경우도 있으며 요통, 방사통이 심한 경우에도 하지직거상 검사가 음성인 경우가 많으며 심부건 반사는 일반적으로 저하된 소견을 보인다¹⁾.

척추관 협착증의 환자의 치료는 보존적 치료와 수술적 치료로 나눌 수 있다. 보존적 치료에는 보존적 치료로는 안정, 물리치료, 보조기 착용, 약물 치료 및 경막 외 부신피질 호르몬 주입 등이 있다. 안정은 각 환자에 따라 다르지만 2주 이상의 절대안정은 피해야 한다. 약물로는 소염제, 진통제, 근이완제 등이 사용되고, 물리치료는 심부열치료, 초단파치료, 마사지 등을 사용한다. 수술적 치료는 보존적 치료로 효과가 없거나 미미한 경, 마미 증후군이 발생한 경우, 지속적인 근력저하가 나타는 경우, 심한 신경학적 증상으로 일상생활에 지장이 있는 경우 시행하는 것이 원칙이다¹⁾.

한의학에서 요추관 협착증은 筋骨痺症, 腰腿痛의 범주에 속한다⁴⁾. 南은 痺症의 증상을 皮, 肌肉, 筋骨, 臟腑의 부위별로 나누어 皮, 肌肉 부위에서는 癱木, 不仁 등의 감각 장애가 주로 나타지며 비교적 易治라고 하였고, 筋骨부위에서는 筋攣, 骨重, 關節疼痛 등의 운동장애가 주로 나타나며 難治라 하였다¹⁾.

『靈樞·本神篇』¹²⁾에 “腎藏精”, 『素問·宣明五氣篇』¹³⁾에 “腎主骨”, 『素問·六節藏象論』¹³⁾에 “腎者···其充在骨”, 『素問·五臟生成論』¹³⁾에 “腎之合骨也”, 『素問·陰陽應象大論』¹³⁾에서는 “腎在骨髓···在體爲骨”이라 하여 골격발육불량으로 인한 변이가 한의학 이론상 腎精不足에 속하는 것으로, 선천성 혹은 발육성 척추관 협착증과 腎氣不足과의 관계를 설명하였다. 『素問·脈要精微論』¹³⁾에서는 “腰者, 腎之府.” 巢元方の 『諸病源候論·腰痛候』¹⁴⁾에서 “夫腰痛, 皆由傷腎氣所爲”, 孫思邈의 『千金方』¹⁵⁾에 “腎虛, 役用傷腎是以痛”이라 하여 중년 이후의 腎氣의 쇠퇴와 만성

손상이 척추관 협착증을 조성하는 주요 원인임을 언급하였다. 『素問·氣交變大論』¹³⁾에 “歲火不及 寒乃大行···民病, ···胸腹大, 脇下與 腰背相引而痛, 甚則屈不能伸, 髀痺如別”, 『素問·至真要大論』¹³⁾에 “太陽之泉, 寒復內餘, 則腰尻痛, 屈伸不利, 股脛足膝中痛”, “濕淫所勝, ···病沖頭痛, 目似脫, 項似拔, 腰如折, 痺不可以回, 臑如結, 腦如別”이라 하여 風寒濕邪가 腰腿痛을 일으키는 주요 外邪로 척추관 협착증이 風寒濕邪의 침범과 관계가 있음을 보여준다.

M.S.T란 자침을 한 후 환자로 하여금 자침부위를 움직이게 하는 새로운 기법으로 현재 본원에서 주로 급성 요각통과 족하수 환자에게 시행되며 동작침법이라고도 부른다. M.S.T.에는 세 가지 이론적 배경이 있다. 첫째로 M.S.T 시행 시 침을 맞은 환자는 침을 맞은 부위와 환부에 酸, 脹, 重, 癱, 緊, 感, 快, 熱, 和 등의 느낌을 받는데 이것이 氣至感應이론이다. 둘째로 침을 맞은 후 환자를 움직이게 하여 효과를 극대화하는 것이 動氣針法의 이론이다. 셋째로 환자로 하여금 움직일 수 있다는 자신감을 의사가 곁에서 보충, 설득, 재교육 등으로 안정시켜서 자신을 되찾도록 용기를 주는 것이 바로 至言高論療法이다. 이 모든 이론을 하나로 집목한 것이 바로 M.S.T. 이다⁶⁾.

본 증례 2례에서는 MRI상 요추부 척추관 협착증을 진단받고 본원에서 입원치료를 시행한 환자들로 입원 후 보존적인 치료로 큰 호전이 없다 M.S.T.를 시행한 후부터 자각적 통증과 보행시간 등의 유의한 호전을 보였다. 기존의 M.S.T.는 급성 요통 발생 시 주로 시행되었으나 척추관 협착증의 경우에도 양호한 효과가 있다고 사료되어 한의학적 보존적 치료의 일환으로 이용될 수 있다고 생각된다. 하지만 본 증례 2례로는 증례가 부족하므로 좀 더 많은 증례와 임상연구가 필요하다고 사료된다.

IV. 결 론

본 증례 3례는 MRI 상척추관 협착증 소견을 받고 요통과 하지 방사통으로 일상생활이 불가능한 상태로 입원 치료 후 보존적 요법에 잘 반응하지 않은 상황에서 동작침법(M.S.T.)을 시행하여 자각적 통증 및 보행 시간의 호전이 있어 이를 보고하는 바이다.

참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형외과학. 5판. 서울 : 최신의학사. 2005 : 460-2
2. Ciol MA, Deyo RA, Howell E, Kleiff S : An assessment of surgery for spinal stenosis : time trends, geographic variations, complication, reoperations. J AM Geriatr Soc : 1996 : 44 : 285-90
3. Tadokoro K, Miyamoto H, Sumi M, Shimomura T : prognosis of conservative treatments for lumbar spinal stenosis : analysis of patients over 70 years age. Spine 2005 : 30 : 2458-63
4. 張安楨, 武春發. 中醫骨傷科學. 제6판. 북경 : 인민위생출판사. 1996 : 564-71
5. 이은용, 이병렬. 요추 추간관 탈출증이 동반된 요추 추간관협착증 환자 2예에 대한 임상적 고찰. 혜화의학. 1998 : 7(1) : 32-51
6. 조재희, 이효은, 송주현, 문자영, 임명장, 강인, 장형석, 박영은 : 동작침법(M.S.T.)을 시행한 요추간관 탈출증 환자 보행곤란 환자 치험 3례 보고 : 척추신경추나의학회지 2007 : 2(2) : 131-140
7. 대한통증의학회. 통증의학(둘째판). 서울 : 군자출판사. 2000:36
8. Fairbank JCT, Davis J, Couper J, O'brien J. The Oswestry Disability Questionnaire. Physiotherapy. 1980 : 66 : 271-3
9. 강용호 : 요추부 축추관 협착증의 해부학적 특성 : 대한척추외과학회지 2000 : 7(1) : 94-99
10. 민경옥, 이태용, 요통. 서울 : 현문사, 1989 : 127-133
11. 남상경, 예경옥. 비증의 분류 및 증상에 대한 문헌적 고찰. 동서의학. 1992 : 17(3) : 36-56
12. 홍원식. 교감직역황제내경 영추. 서울 : 전통문화연구회. 1995 : 98-102
13. 楊維傑. 黃帝內經素問譯解. 서울 : 성보사. 1980 : 42-61, 81-103, 131-44, 206-11, 455-68, 455-68, 529-48, 624-69.
14. 巢元方. 諸病源候論校釋. 북경 : 인민위생출판사. 1983 : 141-7
15. 孫思邈. 備急千金要方. 서울 : 여강출판사. 1987 : 605-8.
16. 김규태, 권승로, 유혜경. M.S.T.로 호전된 요통 환자 1례 보고. 대한추나의학회지. 2004 : 5(1) : 93-100