

증례

침도침 기술을 통한 요추추간판탈출증 환자 4명의 증례보고

곽병민 · 홍권의

대전대학교 부속대전한방병원 침구과

Abstract

Four Case of HIVD-Lumbar Spine Patient Treated with Acupotomy

Kwak Byung-min and Hong Kwon-eui

Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Oriental Medicine Hospital, Daejeon University

Objectives : The purpose of this study is to report the effect of acupotomy for patients with Lumbar intervertebral disc Herniation

Methods : We treated Four patients who have HIVD of L-spine with acupotomy. Visual analog scores(VAS) and Oswestry Low-back pain Disability Index(ODI) were compared before-treatment with after-treatment. When the patients is discharged, the satisfaction of acupotomy were graded by Five-point Likert scale.

Results : VAS and ODI were decreased at all case. Likert scale point were checked as grade 4 at all case.

Conclusions : This study shows acupotomy has useful effect on HIVD of L-spine.

Key words : Acupotomy, HIVD-lumbar spine, VAS, ODI, 5-point Likert Scale

I. 서론

요추추간판탈출증은 추간판의 팽윤이나 수핵의 탈출로 후종인대가 신장되어 경막신경을 자극하거나 추

간공을 통해 척추강내로 들어가는 도중에 압박이나 자극을 받게 되면 통증이 나타나고¹⁾, 신경근이 수핵의 탈출로 압박을 받게 되면 초기에는 미세혈관의 혈행장애, 부종, 화학적 자극, 염증, 신경의 유합 및 자가면역반응 등이 일어나 통증이 발생하는 것으로 알

· 접수 : 2008. 7. 17. · 수정 : 2008. 7. 21. · 채택 : 2008. 7. 21.

· 교신저자 : 홍권의, 대전광역시 중구 대흥동 22-5번지 대전대학교 부속대전한방병원 침구과
Tel. 042-229-6816 E-mail : dakuan21@naver.com

려져 있다²⁾.

추간판탈출증의 치료는 크게 보존적 요법과 수술적 요법으로 구분되며 가장 효과적인 치료 방법에 대해서는 의견이 일치되지 않고 있다. 보존적 방법은 효과에 한계가 있을 수 있고 전통적인 수술방법은 침습성 때문에 수술 후 다양한 합병증을 유발할 수 있다³⁾.

침도침 시술이란 연부조직손상으로 인한 유착, 결절, 반흔을 제거하기 위해서 개발된 시술법으로 1987년 중국에서 처음 소개된 후 다양한 통증 질환에 사용되고 있다. 침도침 시술의 치료기전은 기혈의 소통을 목적으로 하는 기존 침의 치료기능에 수술요법을 병합하여 연부조직의 유착을 박리하거나 절개 또는 절단하여 만성적이고 고질적인 병변을 제거하는 것이다⁴⁾.

최근 침도침 시술과 요추 추간판 탈출증에 관한 연구로는 梁⁵⁾, 武⁶⁾ 등의 임상연구가 있으나 국내에서는 이에 관한 연구를 찾아보기가 어려운 실정이다. 이에 저자는 요통과 요각통을 주소로 내원하거나 입원상태에 있는 환자들을 대상으로 침도침 시술을 시행하여 양호한 치료 효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 대상 및 방법

1. 대상

2008년 6월 9일부터 2008년 7월 10일까지 요통과 요각통을 주소로 대전대학교 부속대전한방병원에 내원하거나 입원상태에 있는 환자 4명을 대상으로 하였다. 시술 전 시술자는 환자에게 침도침 시술에 대하여 충분히 설명하였고 이에 동의를 한 사람들에게 한해서 침도침 시술을 시행하였다.

2. 시술방법

시술자는 환자로 하여금 복와위나 측와위를 취하도록 하였고 환자의 요통과 요각통이 발하는 쪽의 장요인대와 근육의 경결 부위를 치료점으로 하였다. 시술자는 무균장갑을 끼고 환자의 시술부위에 포타딘 용액으로 소독을 한 후 환자의 장요인대에 침도(漢章鍼刀, 北京華夏鍼刀醫療器械廠, 中國)를 사용하여 부분파열 시키거나 손상을 주어 인대 부착부의 부분적

박리와 이를 통한 신경압박의 감압을 유도하였다. 추가적으로 시술자는 환자 척추의 횡돌기와 극돌기에서 기시하거나 연접한 심층부 근육에 경결점이 있으면 침도를 사용하여 근육의 경결을 풀었다. 시술자는 정상조직의 손상을 최소한으로 줄이고 치료효과를 극대화시키기 위하여 침도를 자입할 때에 근육, 혈관, 신경의 주행방향과 일치하게 자입하였고, 시술 시에는 근육이나 인대와 수직 방향으로 시술하였다. 시술자는 침도침 시술을 시행한 이후에 포타딘 용액으로 시술부위를 소독하였고, 시술부위에 부항요법을 실시하여 피하의 어혈을 제거하였다. 이후에 또다시 포타딘 용액으로 시술부위를 소독한 이후에 무균된 거즈를 부착한 후 환자로 하여금 시술한 곳이 오염되지 않도록 교육하였다.

침도는 전체 길이 7cm, 鍼柄 길이 2cm, 鍼體 길이 5cm이며 鍼體는 원주형에 직경이 1mm이고 鍼尖에 편평한 날이 붙어 있고 날끝선은 0.8mm인 I-4형을 사용하였다. 침도침 시술은 한 사람의 시술자에 의해 시행되었고 시술자는 효과의 평가에 관여하지 않았다.

3. 평가방법

증상의 호전도에 관한 평가는 시각적 상사척도(이하 VAS)⁷⁾와 Oswestry Low-back pain Disability Index(이하 ODI)⁸⁾와 5-point likert scale을 통하여 평가하였다. VAS는 통증의 호전도를 평가하기 위해 측정하였고 ODI는 환자의 일상생활의 장애에 관한 평가하기 위해 측정하였다. 5-point likert scale은 치료에 대한 만족도를 평가하기 위해 측정하였다.

1) 시각적 상사척도(VAS)

VAS는 참을 수 없는 정도의 최고의 통증 상태의 값을 10으로 하고 통증이 없는 상태를 0으로 표시해 놓고 환자가 숫자를 선택하도록 하였다. 측정은 시술 전과 시술 1일 후에 측정하였다.

2) 요통장애지수(ODI)

Fairbank 등에 의해 발전된 것이며 환자에 의해 작성되는 선다형 설문으로서 일상생활의 각각의 10개의 항목으로 구성되어 있으며, 각 항목에서 일상생활의 장애를 0-5점으로 6단계로 기술하였다(Table 1). 측정은 시술전과 시술 1일 후에 측정하였다.

Table 1. Oswestry Low-back Pain Disability Index (ODI)

<p>1. 통증의 정도는 어떻습니까?(Pain)</p>	<p>0. 가벼운 통증이 있다 없다 한다. 1. 약간의 통증이 있지만 심하지 않다 2. 중정도의 통증이 있지만 견딜 만하다 3. 치료를 받아야 할 정도로 통증이 심하다 4. 치료를 받아도 통증이 심해 견디기 힘들다 5. 통증이 너무 심해 일상생활을 할 수 없다</p>	<p>6. 서 있을 때는 어느 정도입니까?</p>	<p>0. 원하는 만큼 계속 서 있을 수 있다 1. 원하는 만큼 계속 서 있을 수 있지만 통증이 따른다 2. 통증 때문에 1시간 이상 계속 서 있기 힘들다 3. 통증 때문에 30분 이상은 계속 서 있기 힘들다 4. 통증 때문에 10분 이상은 계속 서 있기 힘들다 5. 통증 때문에 전혀 서 있을 수 없다</p>
<p>2. 주위의 도움을 필요로 하는 정도는 어떻습니까? (Personal)</p>	<p>0. 거동에 불편함이 없다 1. 거동에 불편함이 없지만 통증이 따른다 2. 거동하기 불편하므로 조심해서 천천히 해야 한다 3. 거동할 때 다른 사람의 도움을 받지만 웬만한 것은 스스로 한다 4. 다른 사람의 도움을 받아야만 거동을 할 수 있다 5. 전혀 거동을 할 수 없다</p>	<p>7. 잠을 잘 때는 어느 정도입니까?</p>	<p>0. 잠을 자는데 불편함이 없다 1. 통증 때문에 잠을 자다가 1회 깬다 2. 통증 때문에 잠을 자다가 2-3회 깬다 3. 통증 때문에 잠을 자다가 4-5회 깬다 4. 통증 때문에 수시로 깬다 5. 통증 때문에 거의 잠을 잘 수 없다</p>
<p>3. 물건을 들 때는 어느 정도입니까?</p>	<p>0. 도움없이 무거운 물건을 들 수 있다. 1. 무거운 물건을 들고나면 통증이 따른다. 2. 통증때문에 바닥있는 물건을 들지못하지만, 적당한 위치에 있는 무거운 물건을 들 수 있다 3. 통증 때문에 바닥에 있는 물건을 들지못하지만, 적당한 위치에 있는 가벼거나 중간 정도 무게의 물건이라면 들 수 있다. 4. 가벼운 물건만 들 수 있다. 5. 아무 것도 들 수 없다</p>	<p>8. 부부관계(성관계)를 가질 때는 어느 정도입니까?</p>	<p>0. 정상적인 부부관계를 유지하는데 지장이 없다 1. 부부관계를 갖고 나면 약간의 통증이 있다 2. 부부관계를 갖고 나면 통증이 심하다 3. 통증 때문에 부부관계에 제약을 받는다 4. 통증 때문에 부부관계를 거의 할 수 없다 5. 통증 때문에 부부관계를 전혀 할 수 없다</p>
<p>4. 걸을 때는 어느 정도입니까?</p>	<p>0. 걸어다니는데 전혀 지장이 없다 1. 통증 때문에 1시간 이상 못 걷는다 2. 통증 때문에 30분 이상은 못 걷는다 3. 통증 때문에 10분 이상은 못 걷는다 4. 지팡이나 보조기가 있어야 걸을 수 있다 5. 거의 누워지내고 화장실에 다니기도 힘들다</p>	<p>9. 사회활동을 할 때는 어느 정도입니까?</p>	<p>0. 정상적인 사회생활에 지장이 없다 1. 정상적인 사회활동을 할 수 있지만 통증이 있다 2. 심한 활동을 할 때를 제외하고는 사회활동에 제약을 받을 정도는 아니다 3. 통증 때문에 사회활동에 제약을 받는다 4. 통증 때문에 사회활동을 거의 할 수 없다 5. 통증 때문에 사회활동을 전혀 할 수 없다</p>
<p>5. 앉아 있을 때는 어느 정도입니까?</p>	<p>0. 아무곳에서나 원하는 만큼 계속 앉아 있을 수 있다 1. 편안한 의자에 원하는 만큼 계속 앉아 있을 수 있다 2. 통증 때문에 1시간 이상은 계속 앉아 있기 힘들다 3. 통증 때문에 30분 이상은 계속 앉아 있기 힘들다 4. 통증 때문에 10분 이상은 계속 앉아 있기 힘들다 5. 통증 때문에 전혀 앉아 있을 수 없다</p>	<p>10. 바깥 출입시는 어느 정도입니까?</p>	<p>0. 바깥 출입을 하는데 전혀 지장이 없다 1. 바깥 출입을 하면 통증이 따른다 2. 통증 때문에 2시간 이상은 무리가 온다 3. 통증 때문에 1시간 이상은 무리가 온다 4. 통증 때문에 30분 이상은 무리가 온다 5. 통증 때문에 거의 집에 있다</p>

3) 5-point likert scale

침도 시술에 대한 만족도를 5 point likert scale로 퇴원 시 측정하여 기록하였다.(Table2)

Table 2. Five-point Likert scale

점수	항목
5	나는 이번 시술이 매우 만족스럽다
4	나는 이번 시술이 만족스럽다
3	나는 이번 시술이 그저 그렇다
2	나는 이번 시술이 불만족스럽다
1	나는 이번 시술이 매우 불만족스럽다

III. 증례

1. 증례 1

1) 환자

배OO, 여자, 68세

2) 진단명

HNP of L-spine(L4-5)

3) 주소증

1. Low back pain
2. Gait disturbance

4) 발병일

2007. 6월경

5) 과거력

1. 2007. 6. HNP of L spine(4, 5번)으로 을지병원에서 op받음
2. 1997년경 HTN,DM, Fatty liver으로 po med중임

6) 현병력

현 68세 여자 환자로 2008년 5월 22일부터 R/O Parkinson disease으로 본원에서 입원치료중이며 2007년 7월경부터 발생한 고질적 요통이 호전 양상 보이지 않아 보다 적극적인 처치를 위하여 2008년 6월 9일 침도침 시술을 받기로 하였다.

7) 치료경과

2008년 6월 9일 침도침 시술을 시행하였다. 시술 후 걸을 수 있는 시간과 거리가 증가되어 호전양상을 보였으며 통증은 VAS 10에서 VAS 5로 감소하였다.

2008년 6월 12일 퇴원 시 ODI는 시술 전 50에서 시술 후 26으로 감소하였다. 5-point Likert scale은 4로 측정되었다.

2. 증례 2

1) 환자

안OO, 여자, 59세

2) 진단명

HNP of L-spine

3) 주소증

1. Low back pain
2. Lt. Buttock pain
3. Lt. lower limb radiating pain

4) 발병일

2008. 2월경

5) 과거력

별무

6) 현병력

현 59세 여자 환자로 2008년 2월부터 발생한 요통과 좌둔통과 좌하지통증으로 2008년 3월 24일부터 꾸준히 외래치료 받은 환자분으로 보다 적극적인 치료차 2008년 7월 7일 침도침 시술을 받기로 하였다. 환자의 요추 X-ray 상 L4-5의 추간판 공간이 좁아져 있는 소견을 보였으며 임상적 증상상 전형적인 요추 추간판 탈출증의 소견을 보였다.

7) 치료경과

2008년 7월 7일 침도침 시술을 시술받았다. 시술직 후에 커다란 변화를 느끼지는 못하였다.

2008년 7월 8일 기침 시 천추, 미추부위의 통증이 VAS 5로 감소되었다. ODI는 시술 전 6에서 5로 다소 감소되었다.

2008년 7월 10일 퇴원 시 측정된 5-point Likert

scale은 4로 측정되었다.

3. 증례 3

1) 환자

오OO, F, 68

2) 진단명

HNP of L-spine

3) 주소증

1. Low back pain
2. Rt. lower limb radiating pain

4) 발병일

2008년 3월경

5) 과거력

별무

6) 현병력

현 68세 여자 환자로 2008년 봄부터 발생한 요통과 우하지통증으로 2008년 6월 20부터 외래에서 치료받던 환자보다 적극적인 치료차 2008년 7월 2일 침도침 시술을 받기로 하였다. 환자의 요추 X-ray상 L4-5와 L5-S1의 척추체 사이의 간격이 좁아져 있는 소견을 보였으며, 임상적 증상상 전형적인 요추 추간판 탈출증 소견을 보였다.

7) 치료경과

2008년 7월 2일 침도침 시술을 받았다. 시술직후에 요통과 우하지통증이 크게 감소되었다.

2008년 7월 3일 퇴원시 환자의 통증은 VAS 0으로 소실되었다. ODI는 시술 전 14에서 시술 후 0으로 크게 호전되었다. 5-point Likert scale은 4로 측정되었다.

4. 증례 4

1) 환자

장OO, F, 38

2) 진단명

HNP of L-spine

3) 주소증

1. Lt. buttock pain
2. Lt. lower limb radiating pain

4) 발병일

2008. 4월경

5) 과거력

1. 1991, 1993년경 청주 로컬 병원에서 Cesarean section을 2차례 받음

6) 현병력

현 38세 여자 환자로 2008년 4월경 발생한 좌둔통과 좌하지통증으로 로컬정형외과에서 L-spine MRI상 HNP진단을 받고 수술을 권유받았으나 거부한 환자로 보다 적극적인 치료차 2008년 7월 2일 침도침 시술을 받기로 하였다. MRI 소견상 L4-L5의 돌출형 추간판 탈출증 소견을 보였다.

7) 치료경과

2008년 7월 2일 시술후 통증이 VAS 7로 감소하였다.

2008년 7월 3일 퇴원 시 요통은 VAS 7로 감소하고 좌하지통증은 VAS 6으로 감소하였다. 또한 시술 전 ODI는 18점에서 시술후 5점으로 호전양상을 나타내었다. 5-point Likert scale은 4로 측정되었다.

2008년 7월 7일 외래 내원 시 통증은 VAS 7에서 VAS 3으로 감소되었다.

IV. 고 찰

요추추간판탈출증은 요추부의 추간판이 섬유륜을 뚫고 나가 요통 및 하지 방사통을 일으키는 질환으로 이로 인한 경제적 손실이 크며 신체의 기능장애를 초래하기도 한다⁹⁾. 추간판탈출증의 수핵이 탈출하는 것은 수핵 자체의 퇴행성 변화 외에도 윤상 섬유륜의 퇴행성 변화로 인한 교원섬유질의 탄력감소에 기인한다. 척추의 굴신운동, 회전운동, 갑작스런 자세의 변화 등 주로 척추의 가벼운 외상에 의해 발생하며, 때로는 뚜렷한 원인 없이 일어날 수도 있다¹⁰⁾. 대부분의 추간판탈출증은 하부 요추간판에 발생하여 L4-L5, L5-S1

추간판이 전체의 90%를 차지하며, L3-L4는 10% 정도이며, L1-L2, L2-L3 추간판 탈출은 드물다¹¹⁾.

한의학에서 腰部는 膀之上脇之下爲腰¹²⁾를 지칭하고 《素問·氣交變大論》¹³⁾에서 “歲水下足..民病腹滿身重濡泄 寒瘍流水 腰膀痛發”이라 처음 표현되었다. 그 후에 腰脚疼痛候, 腰膀痛, 腰胯疼痛, 腰連膀痛, 腰脚痛, 腰腿疼痛, 腰脚疼痛 등으로 다양하게 표현되고 있다¹⁴⁾.

巢¹⁵⁾는 腰脚痛의 원인을 “腎氣不足而風邪所乘”이라고 하고 謝¹⁶⁾는 “寒氣痰濕 入於膀胱及膽 二經所致”라 하였다.

요추추간판탈출증의 치료에 있어서는 크게 보존적 요법과 수술적 요법으로 나뉜다. 보존적 요법으로는 침상안전, 골반견인, 물리치료, 보조기 착용, 신경차단 및 경막 외 스테로이드 주입, 레이저 치료, 근육 운동 및 자세 교정, 소염진통제의 투여가 있다. 수술적 요법의 적응증은 6-12주 동안의 보존적 요법으로 효과가 없고, 신경증세가 점점 심해지거나, 추간판 핵탈출 및 척추관 협착 등으로 신경압박이 심하여 방광 및 괄약근 혹은 하지에 마비를 초래하는 경우 및 견딜 수 없는 통증이 있을 때에 적용된다¹⁷⁾.

한방에서는 보존적 요법으로 침구치료와 약물요법, 온열요법, 견인요법과 도수요법, 약침요법 등 그 치료 효과가 많이 보고되고 있으나 침도침 시술에 대한 연구는 중국을 중심으로 이루어지고 있는 실정이다.

침도침 시술은 한의학의 침법과 서양의학의 수술이 결합된 형태의 새로운 치료법으로, 치료 기전은 조직의 유착을 박리하여 원래의 동적 상태로 회복시켜 주는 것으로 회복된 조직은 활동 시 자유롭게 체내에서 위치를 변화할 수 있게 된다. 동시에 병소 부위를 소통시켜 기혈을 순조롭게 통하게 한다. 막힌 것이 소통되고 기혈이 순조롭게 통하여 동통이 제거되고 기능이 회복된다¹⁸⁾.

침도침 시술은 조작방법이 간단하고 조직 손상이 적으며 개방성 수술에 비하여 감염도 잘 일어나지 않으며, 환자가 느끼는 통증과 공포감도 비교적 덜하다. 또한 치료시간과 치료과정도 비교적 짧아 정확한 병변의 위치와 그에 따른 해부학적 지식만 있다면 비교적 쉽고 안전하게 시행될 수 있다는 장점을 지니고 있다^{4,19)}.

침도침 시술은 각종 연부조직의 癥着, 攣縮, 結疤로 인한 四肢, 軀幹의 완고성 동통에 사용할 수 있으며, 부분 골극이나 골화성 근염의 초기에도 사용할 수 있다. 또한 각종 腱鞘炎, 근육과 인대의 重疊性 손상이

나 외상성 근경련과 근긴장, 사지나 구간의 손상으로 인한 후유증에 사용할 수 있다. 수술로 인한 손상후유증과 병리적 손상후유증, 骨幹骨折 奇形愈合과 粘液囊炎에도 침도침요법을 사용할 수 있다^{4,20,21,22)}. 침도침 시술의 급기증으로 다음과 같은 증상은 시술을 피하는 것이 좋다. 급성 열성환자인 경우, 급성으로 관절 부위의 부종이 심한 경우, 시술부위가 염증 등으로 청결하지 못한 경우, 시술부위의 심부조직에 결핵이나 농양, 암 등이 발생되어 있는 경우, 지혈에 문제가 있는 혈액질환환자의 경우에는 시술을 피하는 것이 좋다^{4,20,21,22,23)}.

침도침 시술과 요추 추간판 탈출증에 관한 연구로 梁⁵⁾ 등은 요추 추간판 탈출증 환자 360례를 대상으로 침도침 시술을 시행하여 98%의 호전율을 보고하였고, 武⁶⁾ 등은 요추 추간판 탈출증 환자 350례를 대상으로 침도침 시술을 시행하여 100%의 호전율을 보고하였다. 그러나 우리나라에서는 침도침 시술과 요추 추간판 탈출증에 관한 임상연구가 부족한 실정이다.

이에 저자는 2008년 6월 9일부터 2008년 7월 10일까지 요통과 요각통을 주소로 대전대학교 부속대전한방병원에 내원한 환자 중 임상증상이나 MRI상 요추 추간판 탈출증으로 진단된 4명의 환자를 대상으로 침도침 시술을 시행하였다.

침도침 시술의 부위는 환자의 장요인대와 척추의 심층부 근육으로 침도침 시술을 통해 인대 부착부의 부분적 박리와 이를 통한 신경압박의 감압을 유도하여 환자의 통증을 경감시키는 것을 목적으로 하였다.

통증의 측정은 간단하고 통증에 대한 민감도가 높은 VAS를 사용하였고, 통증으로 인한 환자의 일상생활에서의 장애정도를 평가하기 위해서 ODI를 측정하였다. VAS와 ODI는 시술하기 전과 시술 후 그 다음 날 아침에 측정이 이루어졌다. 시술이 끝나고 그 다음 날 퇴원을 할 때 시술에 대한 만족도를 알기 위하여 5-point Likert scale을 사용하였다.

증례 1에서 환자는 요통과 파킨슨보행을 하는 상태로 2007년 6월경 L4-5번의 추간판 탈출증 진단으로 수술적 처치를 받은 후 다시 요통이 발생된 상태이다. 2008년 6월 9일 침도침 시술을 처치받은 후 통증이 VAS 10에서 VAS 5로 감소하였다. ODI는 시술 전 50으로 일상생활에서 큰 장애를 받고 있었으나 시술 후 26으로 감소하여 큰 호전반응을 보였다. 퇴원 시 측정된 likert scale에서는 4점으로 치료에 대해서 만족하였다.

Table 3. VAS Score and Likert Scale after Treatment

	증례 1	증례 2	증례 3	증례 4
VAS score After Treatment	VAS 5	VAS 5	VAS 0	VAS 3
Likert scale After Treatment	4	4	4	4

Table 4. ODI Score before Treatment and after Treatment

	증례 1	증례 2	증례 3	증례 4
ODI score Before Treatment	50/50	6/50	14/50	18/50
ODI score After Treatment	26/50	5/50	0/50	5/50

증례 2에서 환자는 2008년 2월경부터 발생한 요통과 좌둔통과 좌하지인통이 주소증인 환자이다. 2008년 3월경부터 외래치료를 받았으나 증상에 큰 호전이 없어 2008년 7월 7일 침도침 기술을 시행하였다. 시술 후 통증은 VAS 5로 감소하였으며, ODI는 시술 전 6에서 시술 후 5로 감소하였다. 퇴원 시 측정된 likert scale에서는 4점으로 치료에 대해서 만족하였다.

증례 3에서 환자는 2008년 3월경 발생한 요통과 우하지인통이 주소증인 환자이다. 2008년 7월 2일 침도침 기술을 시행한 이후 통증은 VAS 10에서 VAS 0으로 크게 감소하였다. 또한 ODI는 시술 전 14에서 시술 후 0으로 크게 감소하였다. 퇴원 시 측정된 likert scale에서는 4점으로 치료에 대해서 만족하였다.

증례 4에서 환자는 2008년 4월경부터 발생한 좌둔통과 좌하지인통이 주소인 환자이다. L-spine MRI상 L4-5의 추간판이 돌출된 상태로 당시 로컬정형외과에서 수술을 권유 받았으나 이를 거부하고 2008년 7월 2일 침도침 기술을 처치받았다. 이 후 2008년 7월 3일 통증은 VAS 10에서 VAS 7로 감소하였으며 그 후 2008년 7월 7일 외래 래원 시 통증은 VAS 3으로 감소하였다. 또한 ODI는 시술 전 18에서 시술 후 5로 큰 감소를 보였으며 퇴원 시 측정된 likert scale에서는 4점으로 치료에 만족하였다.

종합하여 살펴보면 모든 증례에서 VAS와 ODI의 감소를 확인할 수 있었으며, likert scale은 4점으로 모두 치료에 만족하였다(Table 3, 4). 이상 4례는 요추 추간판 탈출증 치료에 있어서 침도침 기술이 뚜렷한 치료 효과를 보여주었으나 본 증례의 숫자가 적고, 장기간의 추적관찰이 이루어지지 않은 점은 추후 이를 보완한 연구가 필요하리라 사료된다.

V. 결 론

2008년 6월 9일부터 2008년 7월 10일까지 요통과 방사통을 주소로 내원한 환자 4명을 대상으로 침도침 기술을 시행하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 요추추간판탈출증 환자의 통증을 평가하기 위해 VAS를 측정하였으며, 통증으로 인한 일상생활의 장애 정도를 평가하기 위하여 ODI를 측정하였으며, 치료의 만족도를 평가하기 위하여 Likert scale을 측정하였다.
2. 침도침 기술을 시행한 결과 모든 증례에서 VAS가 현저하게 감소하였으며 ODI도 현저히 감소하였다. 또한 치료에 대해서 모두 만족하였다.

VI. 참고문헌

1. 최종립. 근긴장성 요통의 치료에 대한 새로운 소견. 대한통증학회지. 1993 ; 6(1) ; 83-95.
2. 송봉근. 요추 추간판 탈출증의 보존적 치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1995 ; 16(2) ; 62-78.
3. 김영환, 문동언, 박종민, 윤재원. 요추추간판탈출증의 자연적 흡수. 대한통증학회지. 2005 ; 18(1) ; 56-9.
4. 朱漢章. 小鍼刀療法. 北京 : 中國中醫藥出版社. 1992 : 9-42.
5. 梁振聲. 針刀六聯療法治療腰椎椎間板脫出症 360

- 例. 科學之友-鍼刀醫學與國際化交流. 2008 ; 6 : 63-64.
6. 武杰. 針刀爲主治療腰椎椎間板脫出症 350例臨床觀察. 科學之友-鍼刀醫學與國際化交流. 2008 ; 6 : 83-4.
 7. 허수영. 요통환자의 동통평가에 관한 고찰. 동서의학. 1999 ; 24(3) : 17-29.
 8. Fairbank JCT, Davis J, Couper J, O'Brien J. The Oswestry Disability Questionnaire. Physiotherapy. 1980 ; 66 : 271-3.
 9. 박수영, 김경식. 요추간판탈출증의 동의학적 고찰-동의보감을 중심으로. 대한한의학회지. 1995 ; 16(1) : 160- 171.
 10. 이환모, 박문수. 요추부 추간판탈출증의 분류 및 영상진단. 대한척추외과학회지. 2001 ; 18(3) : 314-320.
 11. 송봉근. 요추추간판탈출증의 보존적 치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1995 ; 16(2) : 62-78.
 12. 臺灣中華民國編輯部 : 中藥四海(下). 台北 : 中華書局. 1974 : 2375.
 13. 張馬 合註. 黃帝內經素問. 서울. 成輔社. 1971 : 562.
 14. 이현, 황우준. 요각통 환자 28례의 체침요법과 사암침법병용에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1999 ; 16(1) : 1-16.
 15. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 台北 : 國立醫學研究所. 5권. 1964 ; 5.
 16. 謝觀. 中醫醫學大辭典. 서울 : 김영출판사. 1977 ; 83, 3590.
 17. 채상진, 김남옥, 박영철, 손성세. 요추간판탈출증 환자의 체질침과 체침에 의한 자각적 통증 감소 비교. 대한침구학회지. 2001 ; 18(3) : 48-55.
 18. 한국소침도학회 편. 소침도요법. 서울 : 도서출판 정담. 2003 : 81, 82, 87, 113.
 19. 黃龍祥. 中國鍼灸刺灸法通鑒. 青島 : 青島出版社. 1996 : 281-91.
 20. 梁繁榮. 中國民間奇特針法. 上海 : 上海科學技術出版社. 1999:28-30.
 21. 吳富樂 외 1인. 刺灸手法圖解. 濟南 : 山東科學技術出版社. 1997 : 63-7.
 22. 黃龍祥. 中國鍼灸刺灸法通鑒. 青島 : 青島出版社. 1996 : 281-91.
 23. 박희수. 韓醫療法匯通(人). 서울 : 새천년. 2000 : 223-7.