

청소년기의 구조적 척추 측만증 치험 2례

홍상준 · 최가혜 · 송인선 · 이철휘*

동서한방병원 소아과, *동서한방병원 침구과

Abstract

A Clinical Trial for Two Adolescent Patients with Structural Spinal Scoliosis

Hong Sang Joon · Choi Ka Hye · Song In Sun · Lee Chul Hwi

Department of Pediatrics, Dong-seo Oriental Medical hospital

* Department of Acupuncture & moxibustion, Dong-seo Oriental Medical hospital

Objectives

The purpose of this study is to report two cases of adolescent patient with structural spinal scoliosis treated by Chuna therapy.

Methods

We examined two adolescent patients with an X-ray examination. These patients were diagnosed with structural scoliosis, and we used acupuncture and Chuna method at these patients.

Cobb's angle and VAS(Visual Analogue Scale) were used to evaluate effects of the treatment.

Results and Conclusions

After the treatment, we got these improvement results : In one case, the Cobb's angle was improved by 8.4° (19° to 10.6°) at thoracic level (44.2% correctability) and VAS has been changed from 5 to 1-2. In another case, the Cobb's angle was improved by 4.3°(11.3° to 7°) at lumbar level(38.0% correctability) and VAS has been changed from 7 to 1-2.

Key words : Adolescent scoliosis, Structural scoliosis, Chuna

I. 緒 論

척추 측만증은 척추가 정상 범위를 벗어나 휘는 질환으로, 해부학적인 정중앙의 축(axis)으로부터 척추가 측방으로 만곡 또는 편위되어 있는 관상면 상의 기형 뿐 아니라, 대개 추체의 회전 변형도 동반하며, 시상면 상에서도 정상적인 만곡 상태가 소실되는 3차원적인

기형이다. 외관상의 문제뿐만 아니라, 변형이 심한 경우에는 주위의 장기를 전위시키거나 압박하여 기능 장애를 초래하고, 수명을 단축시킬 수도 있다는 데에 그 심각성이 있다¹⁾.

일반적으로 Cobb's angle 10° 이상의 만곡을 측만증으로 정의한다. 원인별로 측만증을 분류하면 구조적인 원인과 비구조적인 원인으로 구조적 측만증 80-90%가 특발성 측만증이고 특발성은 대개 청소년기 초기에 혼

하며 치료가 필요할 정도의 심한 측만증은 여자에서 7배 더 많다²⁾.

그간의 국내 보고를 보면 측만각이 10° 이상을 나타낸 중고생의 척추 측만증 유병률이 1977년 2.35%, 1983년 2.16%였으나^{3, 4)} 1995년에 6.0%로 상승하고⁵⁾ 최근에는 10% 내외로 보고⁶⁾되는 등 과거에 비해 청소년의 측만증이 증가 추세에 있다.

이와 같은 척추변형은 초기에는 증상이 없으나 통증을 유발할 정도에 이르게 되면 치료에 어려움이 많으므로 척추를 포함한 근골격계의 성장이 빨리 진행되는 청소년기에 척추 측만증의 조기 발견과 치료가 중요하다고 강조되어왔다.

오늘날 척추 측만증 환자의 다수는 중고생으로, 부적절한 학습환경과 운동부족에 의해 유발되는 자세이상과 체력저하는 측만증의 유발원인인 동시에 치료의 저해요인이 되며, 과중한 학업량으로 인한 여유시간의 부족은 적절한 치료기회를 빼앗아 청소년기 측만증 치료의 어려움을 더하고 있는 실정이다.

성장과 함께 진행되는 특성을 지닌 청소년기 측만증의 치료에는 견인, 보조기, 전기자극요법, 운동요법 등의 보존적 치료와 수술적 치료가 있으며, 수술요법은 측만각도가 40° 이상 일 때 주로 고려되며 대부분의 측만증 환자의 경우 조기에 발견하여 치료하면 수술적 치료는 필요로 하지 않는다²⁾.

추나요법은 최근 측만증의 치료에 유용성이 있는 것으로 보고되고 있다. 추나요법은 전통 추나이론의 기초 위에 동·서양의 수기요법을 수용하여 체계화한 것으로 비수술적 치료법이면서도 척추에 발생한 구조적 변위를 교정해 주는 효과가 있으며 측만증의 경우 측만각 20° 이하에서 주로 시행된다^{7, 8)}.

이에 저자는 현재 임상에서 널리 시술되고 있는 추나요법을 청소년기 구조적 척추 측만증 환아에게 시술한 뒤, 임상증상 개선과 Cobb's angle 교정에 유의한 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 本 論

1. 연구방법

1) 측정방법

기립 자세에서 흉·요추의 전후면(AP view) 방사선 촬영을 시행하여 척추측만곡의 균형여부, 척추체의 회

전 정도를 확인하였다. 척추 측만각도는 Cobb's angle 측정 방법⁹⁾으로 측정하였다.

(1) Cobb's angle

척추 만곡 정도를 측정하는 가장 신뢰도 있고 정확한 방법으로서, 만곡의 크기를 재기 위하여 가장 기울어져 있는 상하의 끝 척추를 택한 후, 각기 상단 및 하단에 선을 그은 뒤 이와 직각이 되는 선을 그어 서로 교차되는 각을 구한다.

2) 시술방법

(1) 추나 요법

(주)아이웰니스 사의 IWS-7000 Leander Table을 이용하여 아래와 같이 시술하였다.

(1) 흉·요추의 측만 및 회전변위에 따라 전체 척추를 바르게 하는 위치로 시술대를 조작한다. 즉, 흉·요추를 반전(derotation)시키고 요추의 만곡측으로 측굴시킨다.

(2) 고정띠를 사용하여 환자의 발목을 고정한다.

(3) 흉·요추부위의 측만을 펴는 방향으로 측굴기법과 회전기법을 시행한다.

(단, 증례 1에서는 흉추부에 대해서 반시계방향(굴곡-우측굴-중립위치)의 회전기법을 중점적으로 사용하였고 증례 2에서는 요추부에 대해서 시계방향(굴곡-좌측굴-중립위치)의 회전기법을 중점적으로 사용하였다.)

(4) 주동수와 보조수의 두상골부를 상방변위된 횡돌기에는 하방으로, 하방변위된 횡돌기에는 상방으로 접촉 후, 환아에게 숨을 들이쉬 후 내쉴 때 내쉬는 숨을 쫓 따라가 완전히 내쉬었을 때 하방에서 상방으로, 상방에서 하방으로, 양손 모두 약간 후방에서 전방으로 주동수와 보조수를 교차하며 교정한다.

(5) 복와위를 취하게 하고 환자의 장골 측면에서 주동수의 두상골부로 환자의 장골결절에 접촉하고 보조수로 주동수의 손목을 잡고 지지한다. 족방에서 두방으로, 저항 가동점까지 이동 후 테이블의 낙차를 이용하여 교정한다.

(2) 침 치료

침 시술에 사용된 침은 동방침구제작소(동방메디컬 Co. Korea)에서 제작된 직경 0.25mm 길이 40mm의

stainless steel 호침 규격품을 사용하였다. 환아의 양측 腎俞, 大腸俞, 氣海俞, 委中, 崑崙, 阿是穴 등의 穴位에 자침 후 20분 동안 留鍼하였다.

3) 평가방법

(1) 교정도 (correctability)

치료 효과에 대한 평가 지표로는 교정도(correctability)를 산출하였으며 이는 치료전의 Cobb's angle을 분모로 하고 치료전과 치료후의 각도의 차를 분자로 하여 백분율을 산출한 것이다.

$$\text{교정도(\%)} = \frac{\text{치료전 각도} - \text{치료후 각도}}{\text{치료전 각도}} \times 100$$

(2) 시각적 유사척도(Visual Analog Scale, VAS)

주관적인 현상인 통증을 객관화하고 계량화하기 위한 방법으로 시각적 유사척도(Visual Analog Scale, VAS)를 이용하였다. 본 연구에서는 처음 내원시의 통증 정도를 기준으로 검사시 남아 있는 통증의 정도를 십분율로 환산하게 하였다.

2. 증례

증례 1)

1) 환자 : 이○○, F/13

2) 주소증

- (1) 척추측만
- (2) Lumbago
- (3) Nuchal pain
- (4) Bending and stretching discomfort

3) 발병일 : 불명확

4) 과거력 및 가족력

(1) 틱장애 : 2006년 8월 local 소아과 Dx.

5) 현병력

환아의 어머니가 양 어깨 높이의 차이, 등에서의 척추의 휘어짐을 발견하여 한방치료 및 자세 교정 위해 본원 외래 내원하였다.

6) 초진소견

기립시 우측 어깨선이 좌측 어깨선에 비해 올라와 있고 요추 90° 굴곡시 양 견갑골의 높이의 약 3cm의 차이를 보였다.

직선 보행시 우측 골반이 뒤로 나오는 불균형 자세를 취하였다.

Lumbago, Nuchal pain VAS 5 호소하였다.

책상에 오래 앉아 있을 때 불편감이나 피로를 호소하였다.

요추 최대 굴곡, 최대 신전시 불쾌감 호소하였다.

T-spine X-ray 상 Cobb's angle 19° 로 중등도의 만곡을 보여 추나 치료를 시작 하였다.

7) 경과(Table 1)

(1) 진료일자 및 횟수

2010년 7월 26일 ~ 2010년 9월 11일 (총 17회 진료)

(2) 7월 30일 ~ 8월5일

평소 책상에 앉아 있을 때 자세 교정을 위해 노력하고 있다.

책상에 오래 앉아 있을 시에 요부 묵직한 불편감이 비슷한 정도이다.

(3) 8월 10일 ~ 8월 18일

책상에 앉아 있는 시간이 늘어나고 묵직한 불편감 호전 중이다.

기립시 양 어깨선의 차이가 줄어들었고 요추 굴곡시 양 견갑골의 높이의 차가 2cm로 줄어들었다. 초진 시에 비해 직선 보행시 안정된 자세를 취하였다.

Lumbago VAS 3, Nuchal pain VAS 3 으로 통증 호전되었다.

Table 1. Change of Lumbago VAS, Nuchal Pain and Cobb's Angle

	2010.7.26	2010.8.5	2010.8.18	2010.9.11
Lumbago VAS	5	4	3	0
Nuchal pain	5	3	3	1-2
Cobb's angle	19°(2010.7.26) → 10.6° (2010.9.11)			
Correctability	44.2%			

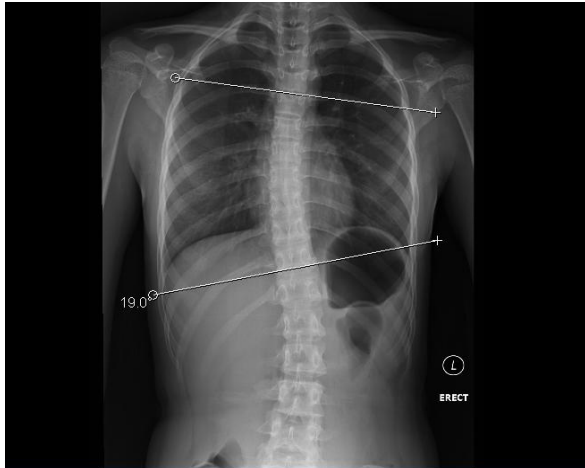


Figure 1. L-spine X-ray 2010-7-26 Cobb's angle 19°

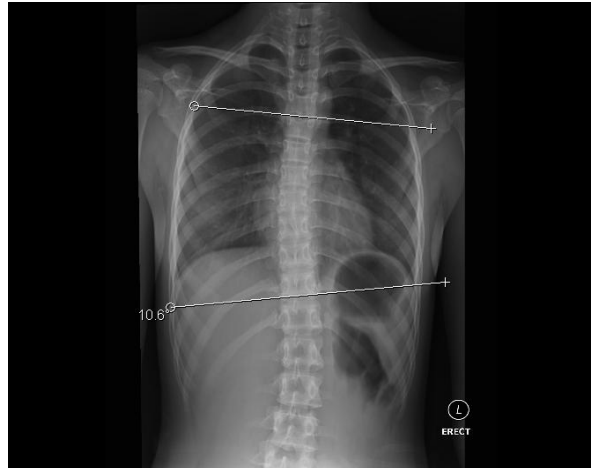


Figure 2. L-spine X-ray 2010-9-11 Cobb's angle 10.6°

(4) 9월 5일 ~ 9월 11일

Lumbago VAS 0, Nuchal pain VAS 1-2로 생활시 거의 느끼지 않을 정도로 호전되었다.

T-spine X-ray 상 Cobb's angle 10° 로 흉추 만곡도의 호전을 보였다.

통증 관련 증상 없어져 치료 종료하였다.

8) 방사선 검사

(1) L-spine X-ray (2010.7.26, 2010.9.11, Figure 1, 2)

증례 2)

1) 환자 : 임○○, F/14

2) 주소증

- (1) Lumbago
- (2) 척추측만

3) 발병일 : 2010년 1월 6일

4) 과거력 및 가족력 : 특이 사항 없음

5) 현병력

상기 환자는 2010년 1월 6일 학교에서 책상 모서리에 허리를 부딪친 후 둔한 통증 양상을 호소해왔다. 본원에 2010년 1월 27일 내원하여 MRI 촬영 이후 상기 결과가

나타났으며 후에 본원 입원치료를 받았다. 입원치료 기간 동안 침구치료, 한약치료, 견인치료를 받고 Lumbago VAS 3 정도의 통증 양상으로 2월 17일 퇴원하였다.

후에 2월 18일부터 3월 3일까지 통원치료를 하면서 견인 요법 및 침구 치료(대장수, 신수, 곤륜, 아시혈)를 받았으나 통증의 호전이 없어 측만증 관련하여推拿 치료 시작하였다.

6) 초진소견

입원치료 받으면서 요통 많이 경감되었으나 퇴원 후 학교 생활하며 통증 다시 시작되었다. 누웠다 일어날 때 VAS 7의 통증 호소와 함께 양반다리를 하기 힘들 정도의 당기는 통증 호소하였다. L-spine X-ray 상 Cobb's angle 11.3° 가 기록되었다. (Figure 2).

7) 경과(Table 2)

(1) 진료일자 및 횟수

2010년 3월 5일 시작 4월 6일 종료 (총 13회 진료)

(2) 3월 5일 ~ 3월 15일

주간 통증은 VAS 5로 감소하였으며 당기는 통증의 호소도 줄어들었다. 양반 다리 자세를 좀 더 수월히 할 수 있게 되었다.

Table 2. Change of Lumbago VAS and Cobb's Angle

	2010.3.5	2010.3.15	2010.4.1	2010.4.6
Lumbago VAS	7	5	3	1-2
Cobb's angle		11.3°(2010.3.5) → 7° (2010.4.6)		
Correctability		38.0%		

평상시 의자에 앉을 때 자세 교정을 신경 쓰고 있으며 바르게 앉아 있으려는 노력을 한다.

(3) 3월 20일 ~ 4월 1일

주간 통증은 VAS 3로 감소 하였으며 장시간 앉아 있거나 걸었을 때에 통증을 호소하였다. 양반다리 자세의 불편감은 느끼지 않았다.

자세 교정에 항상 신경쓰고 있으며 이학적 검사 상에서도 모두 정상범위이다.

(4) 4월 2일 ~ 4월 6일

요통은 VAS 1-2의 간헐적 통증을 호소하였다.

F/U L-spine X-ray 검사상 Cobb's angle 7° 로 요추 만곡도 호전을 보였다(Figure 3).

8) 방사선 검사

(1) L-Spine MRI (2010.1.27)

Central disc protrusion at L4-5.



Figure 3. L-Spine MRI 2010-1-27

R/O Mild bulging disc at L5-S1.

Schmorls; node at upper end plate of S1 body(Figure 3).

(2) L-spine X-ray (2010.3.5, 2010.4.6, Figure 4, 5)

Ⅲ. 考察 및 結論

척추 측만증은 해부학적인 척추 정중앙의 축으로부터 측방으로 만곡 혹은 편위되어 있는 관상면 상의 기형일 뿐만 아니라, 추체의 회전 변형이 동반되고, 시상면상에서도 정상적인 만곡 상태가 소실되는 3차원적인 기형 상태로, 외관상의 문제뿐만 아니라, 변형이 심한 경우에는 주위의 장기를 전위시키거나 압박하여 기능장애를 초래하고, 수명을 단축시킬 수도 있다¹⁾.

척추측만증의 만곡의 가역성에 따라 비구조적 측만증과 구조적 측만증으로 나눌 수 있다. 비구조적 측만증은 만곡이 가역적이며 만곡내의 추체의 회전이나 비대칭적인 변화가 동반되지 않은 경우로서 대개 요부의 통증, 일시적인 자세 불량, 또는 양하지 길이의 차이에 따른 골반경사 등에 의하여 발생하며 따라서 치료가 불필요하거나 원인에 대한 치료만 하면 된다. 구조적 측만증은 비구조적 측만증과는 달리 형태학적 이상이 있는 것으로 그 원인에는 여러 가지가 있으나 대다수의 환자에서는 원인을 알 수 없으며 따라서 특발성 측만증(idiopathic scoliosis)으로 분류된다. 대다수의 환자에게서 척추 측만증의 원인을 알 수 없으며, 따라서 특발성 측만증으로 분류된다. 이는 구조적 측만증의 가장 흔한 형태로서 전체 측만증 환자의 85%가 여기에



Figure 4. L-spine X-ray 2010-3-5 Cobb's angle 11.3°

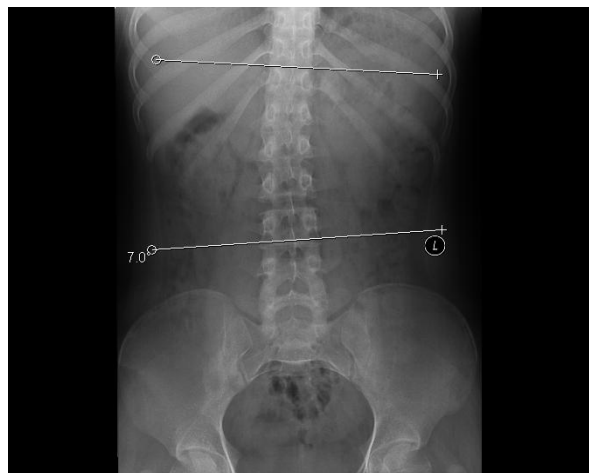


Figure 5. L-spine X-ray 2010-3-5 Cobb's angle 7°

해당한다¹⁰⁾.

특발성 측만증의 원인으로는 첫째, 성장하는 동안에 뼈가 변형될 가능성, 둘째, 비대칭적인 근육약화, 셋째, 전정계 혹은 고유감각계에 의해 야기되는 비정상적인 자세조절, 넷째, 척추 주변 근육군에 있는 근방추의 비정상적인 분포 등 많은 가설이 제시되어 있다¹¹⁾.

척추 측만증의 호발연령은 근골격계의 성장이 빨리 진행되는 청소년기에 가장 많이 나타나며 남녀의 비는 1:5로 여성에서 호발한다는 보고¹²⁾가 있으며 국내에서는 1:3.5로 여성에서 많다고 보고되어 있다. 측만증은 일반적으로 10~16세 사이에 주로 발생하고 남자보다 여자에게서 3~5배 정도로 많이 발견된다¹³⁾.

임상적으로 척추 측만증이 있는지의 여부는 서 있는 위치에서 견갑 높이 차이, 유방 크기 차이 등을 보아야 하고, 등 뒤에서는 척추의 만곡과 견갑의 돌출, 배부 돌출고(rib hump) 등을 보아 알 수 있다. 특히, 환자를 전방으로 90° 구부리게 했을 때 더욱 뚜렷하게 알 수 있다. 임상적 증상은 간혹 등의 통증이나 피로를 호소하기도 하지만 소아에서는 통증이 없는 것이 보통이다¹⁾.

측만증의 진단을 위해서는 대부분의 경우 Cobb의 방법으로 만곡의 크기를 측정하게 된다. 90% 정도는 특별한 치료를 필요로 하지 않으며 경과를 관찰하는 경우가 많다. 측만도가 20° 이하인 경우는 경과 관찰만 하며, 20°~40° 사이인 경우에는 성장이 끝나는 시기인 15~16세까지는 보조기를 착용한다. 40°~50° 사이인 경우에는 성장정도에 따라 수술적인 요법이 고려되며, 50° 이상인 경우에는 폐활량의 감소를 비롯하여 부작용이 많기 때문에 수술적인 요법이 필수적이다²⁾.

척추 측만증의 치료는 측만증의 원인, 환자의 나이, 만곡의 각도 및 유형에 따라 보존적 치료와 수술적 치료로 나눌 수 있다. 비교적 어린 나이부터 급격하게 진행되는 선천 척추 측만증인 경우는 조기에 수술적 치료를 요하는 경우가 많다. 특발 측만증에서는 성장이 거의 끝나는 시기의 정도의 만곡은 치료가 필요하지 않는 경우가 많으며, 잔여 성장이 어느 정도 남은 중증도의 만곡의 경우에 보조기(Milwaukee보조기, 흉요추추 보조기) 등 보존적 치료의 적용이 되기도 한다. 만곡의 정도가 심하여 보존적 요법으로 교정이 되지 않거나 계속되는 진행으로 유지가 어려운 경우에는 수술을 시행하게 된다¹⁾.

한방에서 주로 시술하는 침구요법, 부항요법, 물리요법 등도 보존적 치료에 속하게 되는데, 최근에는 서양의 카이로프랙틱 기법을 가미한 전통적인 추나요법을 통해

척추에 발생한 구조적 변위를 교정하고 있다¹⁴⁾.

추나요법이란 수기법을 통해 환자에게 시술하는 것으로 시술자의 손으로 밀고 당기는 다양한 기술로서 형태를 바르게 하는 방법이라는 단어적 의미를 가지고 있는데, 推는 발산을 의미하고 拿는 응집을 의미하는 바, 원심성의 推와 구심성의 拿가 나타내는 물리학적 역학을 동원하여 한의학적 기초이론으로 분석한 한의학의 외치법의 하나로서, 현재는 동서양의 수기법을 총칭하는 용어로 사용되고 있다. 즉, 시술자가 손 및 지체의 다른 부분을 사용하거나 보조기구 등을 이용하여 척추 및 전신의 관절 등 인체의 특정 부위를 조작하여 인체의 생리 병리 상황을 조절함으로써 질병을 치료하는 방법을 총괄하여 지칭하는 것이다¹⁵⁾.

특히, 측만증 치료시에는 굴곡신연기법, 측굴기법, 회전기법을 모두 사용하여 척추의 특정부위를 견인하여 골단관절을 집중적으로 운동시킴으로서 전종인대 및 후종인대를 신전시켜 고착되었던 관절을 열고 척추 자체가 재배열될 수 있게 해준다¹⁵⁾.

최근 정 등¹⁶⁾의 측만증의 보존적 치료에 관한 유의성에 관한 보고, 신 등¹⁷⁾의 추나요법을 실시하여 약 90%의 호전을 보았다는 보고, 허 등⁸⁾의 구조적 척추 측만증에서 추나치료를 실시하여 92%의 호전을 보인 보고, 강 등¹⁸⁾의 청소년 구조적 척추 측만증 환자에게 굴곡신연기법을 동반한 치료를 하여 흉요추 측만증의 호전을 보인 증례 보고 등에서 최근 척추 측만증에서도 추나요법을 비롯한 보존적 치료가 각광받고 있음을 보여준다.

본 증례의 경우에는 추나요법을 위주로 하여 침치료를 병행한 치료법을 사용하였고, 추나요법은 증례 1에서는 17회, 증례 2에서는 13회를 각각 시행하였다.

치료 효과는 요통 및 경항통의 정도(VAS)와 척추 측만각(Cobb's angle)으로 평가하였다. 측만각은 치료시행시와 치료종결시의 X-ray 사진을 토대로 평가하였다.

본 증례 1은 13세 여환으로 어머니께서 평소 자세 이상과 등에서의 척추 만곡을 확인하고 본원에 내원하였다. 평소 책상에 오래 앉아 있을시 요통, 경항통을 호소하였으며 기립시 양어깨선의 높이 차이, 요추 굴신시 견갑골의 높이 차를 통해 구조적 척추 측만증으로 진단하였다. 이러한 변형의 정도를 객관적으로 측정하기 위하여 T-spine X-ray를 촬영하였으며 이를 평가하기 위하여 척추 측만증에 대해서는 보편적으로 많이 사용되는 Cobb's angle을 사용하였다. 약 1개월 뒤 동일한 방법으로 검사하여 전후의 차이를 비교하고 교

정도(correctability)를 계산하였다. 증례 1의 환자의 경우 T-spine X-ray 상 Cobb's angle 19°가 측정되어 중증도의 척추 측만증으로 진단하고 추나요법과 침치료를 병행하였다. 추나치료기법으로는 복와위에서의 흉요추에 대한 교정기법과 굴곡신연기법을 사용하였다.

2010년 7월 26일부터 9월 11일까지 총 17회의 치료 이후 Cobb's angle은 19°에서 10.6°로 교정도(Correctability) 44.2%로 호전되었고 이에 따라 기립시 어깨선의 차이는 육안으로 확인할 수 없을 정도로 호전되었으며, 경항부 통증은 VAS 5에서 VAS 1-2로 호전되었고 요통은 VAS 5에서 VAS 0으로 호전되었다. 이에 따라 처음 호소하였던 오랜 시간동안 책상에 앉아 있었을 때 발생하는 요추부 불편감도 사라졌다.

증례 2는 14세 여환으로 2010년 1월 6일 학교에서 책상 모서리에 허리를 부딪친 후 둔한 요부 통증 양상을 호소해 왔다. 본원에 2010년 1월 27일 내원하여 MRI 촬영 이후 Central disc protrusion at L4-5의 진단을 받고 20일간 본원 입원치료를 받았다. 입원 치료 기간 동안 침구치료, 한약치료, 견인치료를 받고 Lumbago VAS 3 정도의 통증 양상으로 2월 17일 퇴원하였다. 이후에 2월 18일부터 3월 3일까지 통원치료를 하면서 견인 요법 및 침구 치료를 받았으나 통증의 호전이 없어 측만증 관련하여 추나치료를 시작하였다.

다리 쪽으로 당기는 통증이 있어 양반다리를 하기 힘들음 호소하였으며 Lumbago VAS 7을 호소하였으며 평소 자리에 앉아 있는 자세가 불량하다고 하였다. 변형의 정도를 객관적으로 측정하기 위하여 L-spine X-ray를 촬영하였으며 이를 평가하기 위하여 척추 측만증에 대해서는 보편적으로 많이 사용되는 Cobb's angle을 사용하였다. 약 1개월 뒤 동일한 방법으로 검사하여 전후의 차이를 비교하고 교정도(correctability)를 계산하였다. 증례 2의 환자의 경우 L-spine X-ray 상 Cobb's angle 11.3°가 측정되어 경증도의 척추 측만증으로 진단하고 추나요법과 침치료를 병행하였다. 추나치료기법으로는 증례 1과 같은 방법으로 복와위에서의 요추에 대한 교정기법과 굴곡신연기법을 주로 사용하였다.

2010년 3월 5일부터 4월 6일까지 총 13회의 치료 이후 Cobb's angle은 11.3°에서 7°로 교정도(Correctability) 38%로 호전되었으며 요통은 VAS 7에서 VAS 1-2로 호전되었다. 이에 따라 처음 호소하였던 요추부 둔통도 사라졌으며 다리쪽으로 당기는 통증에 양반다리 자세를 하기 힘든 증상도 사라졌다.

신 등¹⁷⁾의 특발성 척추측만증에서 추나요법을 실시

한 보고, 허 등⁸⁾의 구조적 척추 측만증에서 추나치료를 실시한 보고, 강 등¹⁸⁾의 청소년 구조적 척추 측만증 환자에게 굴곡신연기법을 실시한 보고 등 척추 측만증의 추나치료법을 사용한 증례가 보고되었으나 상기 증례는 소아 척추 측만증 환자를 대상으로 하여 비교적 단 시간에 증상 및 측만각의 호전을 보였다는데 의의가 있다.

이상의 결과에서 청소년기 특발성 척추 측만증 환자에게 추나치료를 병행한 상기치료가 증상 및 척추만곡도 개선에 효과적인 것으로 볼 수 있으며 본 증례가 2례에 불과하므로 보다 많은 치험례를 통해 치료효과를 검증할 필요가 있을 것으로 사료된다.

參考文獻

1. 홍창의. 소아과학. 서울:대한교과서. 2007:1091-2.
2. 대한정형외과학회. 정형외과학. 서울:대한정형외과학회. 1998:364-73.
3. 석세일, 조형오, 최인호, 임웅생. 한국에서의 척추 측만증 발생 빈도에 관한 연구. 대한정형외과학회지. 1977;12(4):693-8.
4. 조정현, 최장식, 조현오, 이여구, 석세일. 한국 중,고등 학생의 척추 측만증 발생 빈도에 관한연구 및 비교. 대한정형외과학회지. 1984;19(2):431-5.
5. 문재호, 강민정, 강종권, 강성용, 김진흠. 한국 여고생의 척추변형에 대한 조사. 대한재활의학회지. 1995;19(4):846-52.
6. 서승우, 이석현, 허창룡, 유재철, 강창석, 왕준호. 한국 중학생에서의 척추 측만증 유병률. 대한정형외과학회지. 2001;36(1):33-7.
7. 노영현, 금동호. 구조적 척추 측만증의 교정치료에 대한 임상적 연구. 한방재활의학회지. 1998;8(1):72-85.
8. 허수영. 구조적 척추 측만증 25예에 대한 추나치료 결과 고찰. 전국한의학학술대회 발표논문집. 1995:58-73.
9. Cobb J. Outline for the Study of Scoliosis; JW Edwards. vol 5 of Instructional Course Lectures, the American Academy of Orthopedic Surgeons. 1948:261-75.
10. 김남현, 이환모. 척추외과학. 서울:의학문화사. 1998;91-103.
11. 민경욱. 요통. 서울:현문사. 1994:141-90.

12. Dickson JH, Harrington PR. The evolution of Harrington instrumentation technique in scoliosis. *J Bone Joint Surg.* 1973;55(A):993-1002.
13. 이병규, 남기석, 이충휘. 남녀 대학생의 척추 만곡에 관한 연구. *한국전문물리치료학회지.* 1998;5(3):72-87.
14. 신준식. *한국추나학임상표준지침서*. 2판. 서울:대한추나학회출판사. 2002:13-5.
15. 이명중. 카이로프랙틱기법에 관한 문헌적 고찰. *한방물리요법학회지.* 1994;4(1):207-21.
16. 정승민, 이광호, 송윤경, 전찬용. 특발성 척추 측만증의 보존적 치료에 대한 최근 임상 연구. *대한추나학회지.* 2005;6(1):67-84.
17. 신영일, 양기영, 홍권의, 이현, 이병렬. 추나요법을 시행한 특발성 척추 측만증 환자 30례에 관한 임상적 고찰. *대한침구학회지.* 2001;18(6):27-34.
18. 강준혁, 홍서영, 윤일지, 오민석. 청소년기 구조적 척추 측만증 환자 치험 1례에 대한 보고. *대전대학교 한의학연구소 논문집.* 2006;15(1):117-24.