

요추 추간판 탈출증과 신경초종을 동반한 요각통 환자를 대상으로 한 한방 보존적 치료 치험 1례

우재혁 · 이한 · 정호석 · 김은석 · 한경완 · 이준석 · 김창연

자생한방병원 침구과

The Clinical Case Report on a Patient with HIVD(Herniated Intervertebral Disc) and Schwannoma, Treated by Conservative Oriental Medical Treatment

Jae-hyuk Woo, O.M.D., · Han Lee, O.M.D., · Hosuk Jung, O.M.D., · Eun-seok Kim O.M.D., · Kyung-wan Han O.M.D.,
Junsuk Lee O.M.D., · Kim Chang-youn O.M.D.

Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Jaseng Hospital of Oriental Medicine

Objectives : The purpose of this study is to report clinical effects of oriental medicine with conservative treatments including acupuncture, Chuna treatment and herbal medicine on a patient with low back pain and lower limb numbness caused by HIVD and schwannoma.

Methods : The patient was diagnosed with HIVD and schwannoma through the MRI scan. This case was treated with acupuncture, Chuna treatment and herbal medicine during the whole admission period. We evaluated the progress of the symptoms with objective criteria such as NRS(Numerical Rating Scale), SLRT(Straight Leg Raising Test), ODI(Oswestry Disability Index) score and MMT(Manual Muscle Testing).

Results and Conclusions : After weeks of conducting conservative treatment on patient with low back pain and lower limb numbness caused by HIVD and schwannoma occurred at the lumbar spine, significant improvements of the symptoms were seen. These results suggest that in the case of low back pain and lower limb numbness caused by HIVD and schwannoma, conservative treatments can be considered as one of the options of treating the symptoms beside surgical way.

Key Words : Conservative oriental medical treatment, HIVD, Schwannoma

I. 서 론

요통은 직립보행을 함과 동시에 허리에 부하가 많이 가는 삶의 형태를 가진 현대인들에게 있어서 가장 흔하게 겪는 증상이다. 요통은 인간에게서 일생 중 80%에서 한번은 발생하는 것으로 알려져 있다¹⁾. 요통을 일으키는 원인 중 가장 큰 부분을 차지하는 것은 요추 추간판 탈출증에 의한 것이다. 요추 추간판

탈출증(Herniated Lumar Intervertebral Disc)은 요추추간판의 퇴행성 변화나 혹은 외력에 의해서 섬유륜의 내측 또는 외측섬유의 파열로 수핵의 일부 또는 전부가 탈출을 일으켜 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 신경증상을 유발하는 질환이다¹⁾.

요추 추간판 탈출증과 그 빈도수는 현저히 떨어지거나 간헐적으로 요통을 야기시키는 원인으로 신경초종이 있다. 신경초종은 신경초에서 발생하는 양성종

■ 교신저자 : 김창연. 서울특별시 강남구 신사동 636번지 자생한방병원 침구과
TEL : (02) 3218-2000 FAX : (02) 3445-6644 E-mail : kcn1020@jaseng.co.kr

양으로 시신경과 후각신경을 제외한 뇌신경 교감신경 및 말초신경이 분포된 곳들에서 무작위로 발생한다. 그중에 사지의 굴곡면, 경부, 종격동, 후복강, 척수 신경근 및 소뇌 교각부에서 많이 발생한다. 발생 연령분포는 젊은층에서 중년층까지 다양하나 40세부터 50세까지의 중년기에 많고 두 개강내에는 여자에서 많이 발생되고 척추강내에는 남자에서 많이 발생한다.

신경초종은 서서히 자라며 대부분 단독으로 발생하며 경계가 잘 지워지며 막으로 싸여 있다²⁾. 신경초종의 재발은 낮은 것으로 알려져 있으며 전이를 하지 않고 거의 항상 양성이다³⁾.

요추 추간판 탈출증과 신경초종의 병발에 의해 야기된 요통의 치료법은 수술적 요법과 비수술적 요법이 있다. 수술적인 치료법에 의한 증상의 개선과 관련된 연구는 많이 진행되어 있으나 비수술적인 치료법인 한방적인 처치에 의한 증상의 개선과 관련된 연구는 부족한 실정이다.

이에 저자들은 요추 추간판탈출증으로 의심되어 입원치료 받고 있는 환자 중 자기 공명 영상촬영장치상 요추 추간판 탈출증과 요부에 신경초종이 진단된 환자에게 추나, 침구치료, 한약치료, 약침치료 등의 한방적 요법 시행 후 환자의 증상 개선에 있어 유의한 결과를 얻었기에 환자 1례를 보고하는 바이다.

II. 증 례

1. 환자

이○○ (M/35)

2. 치료기간

2010년 4월 29일 부터 2010년 5월20일 까지 입원

치료 22일간

3. 주소증

요통, 좌요각통, 좌하지 비감

4. 발병일

2010. 04월 중순 일상생활 중 發

5. 과거력

別無

6. 가족력

別無

7. 현병력

상기 환자 184cm 98kg의 31세 남환으로 10.04월 중순 일상생활 중 요통 및 좌요각통 發하여 '10. 04. 27일 청주 서울 우리병원 내원하여 Special test후 "MRI 찍어보고 수술을 하자" 후 refuse 하시고 2010년 04월 29일 본원외래 경유하여 입원함.

8. 내원 당시 초진 소견

- 1) 좌측 소퇴부위의 방광경상 통증
- 2) 좌측 족무지 통증
- 3) 좌측 PSIS부위의 통증
- 4) 좌측 환도혈 부위 통증
- 5) 좌측 하지 소력감

9. 검사소견

1) 이학적 검사(입원당시)

ROM

Flexion	15
Extension	10
Lat. bending	30/30
Rotation	45/45

Special test

SLR	70/20
Bragard	-/+
Laseque	-/-
KCCT	-/-
Peyton	-
Milgram	10'
Patrick	-/-
Kernig	-
Valsalva	-
Dorsiflexion	-/-
Plantaflexion	-/-
Big toe extension	-/-
Walking on the toe	-/-
Walking on the heel	-/-

2) lab finding (2010. 04. 30)

- Normal

3) X-ray finding

(1) Chest PA view (2010. 04. 29)

Unrevealing study on chest.

4) MRI finding (Fig. 1-6)

(1) L-Spine MRI (2010. 04. 29)

- Lumbarization of S1.
- Mild diffuse disc bulging at L4/5.
- Extruded intervertebral disc at L5/S1(L6) into central to Lt. lateral recess.
- About 11mm size의 ovoid mass-like lesion이 L5/S1 아래에서 보이며, thecal sac을 compression함.
- D/Dx neurogenic tumor(Schwannoma)
- Others, unremarkable.

10. 치료방법

1) 침구치료

침은 0.30×40mm 및 0.30×60mm 일회용 Stainless 호침(동방침구사, 한국)을 사용하였으며 자침의 깊이는 경혈에 따른 차이는 있었으나 일반적으로 10-30mm로 시행하였고 腰陽關穴, 命門穴, 環跳穴, 委中, 陽陵泉, 絕骨, 太衝 등에 자침하고 20분간 유침 하였다.

2) 뜸치료

中脘, 關元에 신기구를 1일 1회 30분간 시술하였다.

3) 부항요법

환자 상태에 따라 요부 및 환부에 건식부항과 습식 부항을 매일 시행하였다.

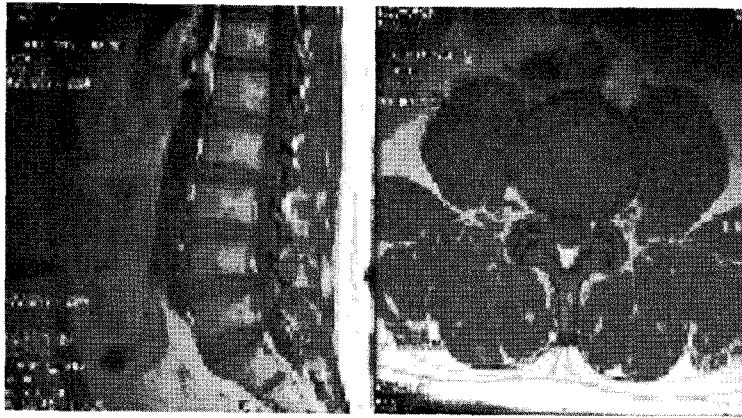


Fig. 1. T1-weighted image with Bulging disc at L4-5

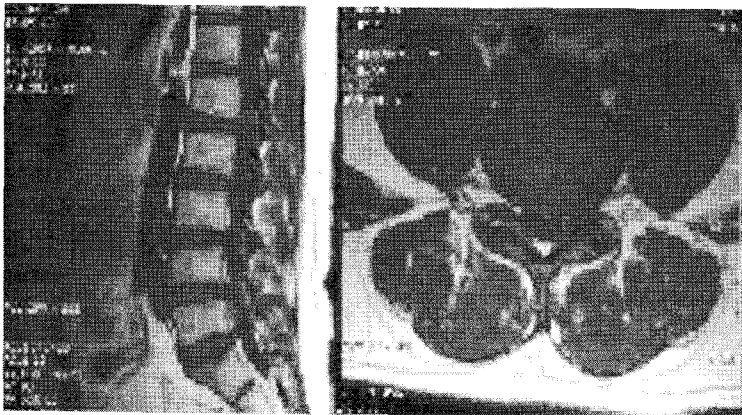


Fig. 2. T2-weighted image with Bulging disc at L4-5

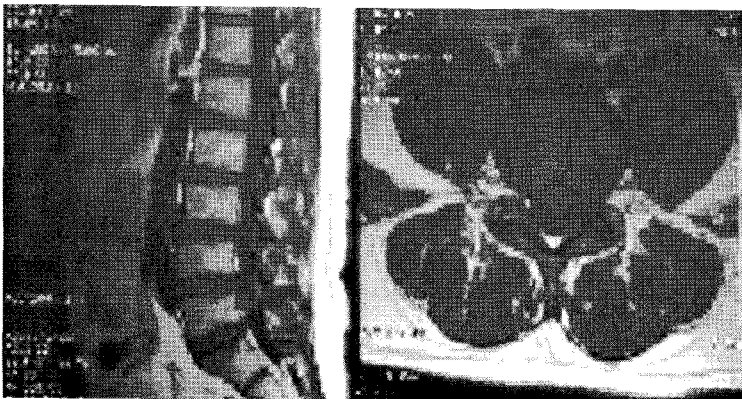


Fig. 3. T1-weighted image with Extruded disc at L5-S1

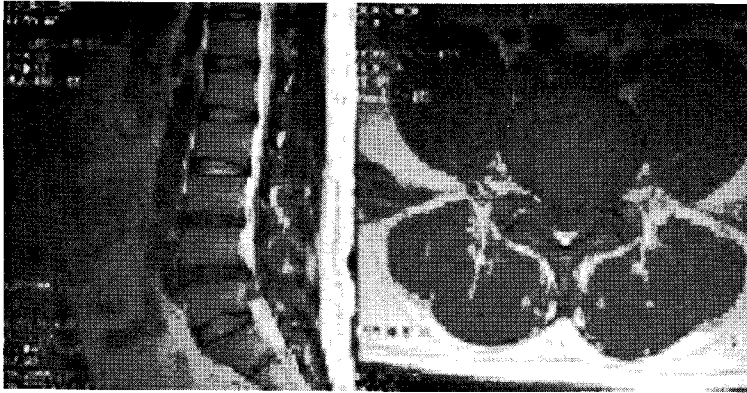


Fig. 4. T2-weighted image with Extruded disc at L5-S1

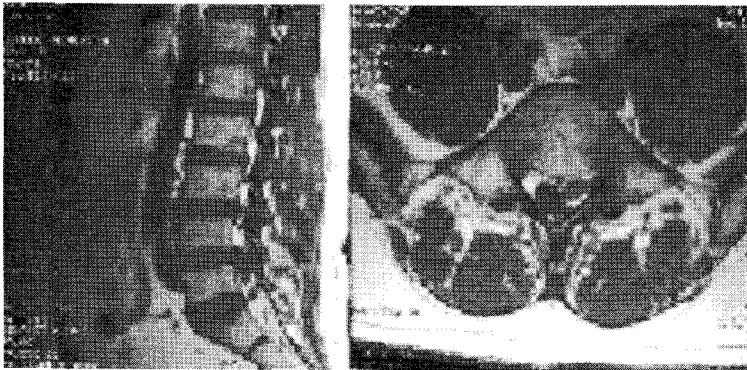


Fig. 5. T1-weighted image with Schwannoma at L5-S1

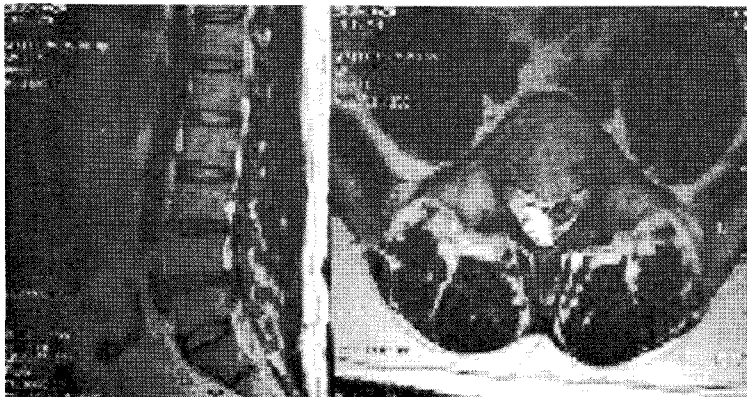


Fig. 6. T2-weighted image with Schwannoma at L5-S1

4) 약침치료

약침은 약침학회에서 제조한 황련해독탕과 자하거 약침을 환자의 증상과 압통 부위에 따라 종류와 양(0.4cc~1.0cc)을 조절하여 사용하였다.

5) 한방이학요법

腰部와 下肢部에 경근저주파요법(TENS), 초음파 요법, 고주파, 약점 치료를 1일 1회 물리치료실에서 실시하였다

6) 약물요법

한약치료는 자생한방병원 원내처방으로 推拿藥物療法中 活急祛瘀通絡止痛의 효과가 있어 아급성기와 만성기의 요통및 요각통 을 주치하는 청파전(白屈菜 9g, 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 2010년4월 29일부터 2010년 5월 20일까지 처방하였다. 매일 3첩 3포로 3회에 걸쳐 水煎, 食後服하였다.

7) 추나요법

추나치료는 입원기간 중 입원일로부터 퇴원일까지 매일 시행하였다. 추나 신연의 장치로는 Auto flexion-distraction의 기능을 하는 Lenader Eckard Table MK-90(웰니스 시스템, 한국)을 이용하였으며, 환자 상태에 따라 복와위 하지거상 장골 교정법, 복합 후하방 장골교정법, 굴곡신연법 등을 시행하였다.

11. 평가방법

입원기간 동안 주관적인 통증의 정도를 객관화하고 계량화하기 위해 NRS, SLRT, ODI 그리고 환자의 근력상태를 파악하는 도수 근력 테스트(MMT)를 이용하여 환자의 호전 상태를 파악하였다.

1) NRS (Numerical Rating Scale)

주관적인 통증의 정도를 객관화하고 계량화하기 위한 방법으로 0에서 10 혹은 100까지 숫자로 통증 정도를 표현하는 방법이다. 1일1회 환자의 진술에 따라 기록하였다¹⁾.

2) SLRT (Straight leg raising test)

SLR⁵⁾는 환자를 바로 눕히고 검사자는 환자의 종골을 잡고 환자의 다리를 들어올린 후 하지를 신전할 수 있는 범위를 각도로 측정하는 것으로 1일 1회 기록하였다.

3) ODI (Oswestry Disability Index) score (Appendix 1)

Oswestry Disability Index는 Fairbank 등에 의해 발전된 것으로 환자에 의해 작성되는 설문이다. 일상 생활에 있어서 각각의 동작과 관련된 10개 항목으로 구성되어 있으며 각 항목에서는 일상생활의 장애를 0~5점으로 6단계로 기술한다. 이 방법은 통증 정도보다 일상생활에서의 장애 정도를 평가하는데 더 유의한 것으로 요통을 평가하는데 기능적인 상태를 수치로 나타낸 것이다⁶⁾. 성생활 항목은 생략하여 9개의 항목을 이용하였다. ODI측정은 입원기간동안 매주1회 시행하였다.

4) 근력 평가

족관절의 근력을 평가하기 위해 도수 근력 테스트 (Manual Muscle Testing이하 MMT)인 5 point scale을 이용하였다(Table I).

Table I. 5 Point Scale (Manual Muscle Testing : MMT)⁷⁾

점수	평가기준
0	근육 수축이 없다.(전혀 수축되지 않는다)
1	근육수축은 보이지만 운동효과는 없다. 수평방향으로 움직일 수 있지만, 중력에는
2	저항하지 못해서 수직방향으로 움직이지 못한다.
3	중력에 간신히 이길 수 있다. (힘중력작용은 있지만 약하다)
4	보통보다는 힘이 약하다. 사용할 수 있는 정도의 힘은 있다.
5	정상으로 full power다.

12. 치료경과

1) 2010년 4월 29일~2010년 5월 5일

입원 당시 SLRT 70/20, 좌측 소퇴부위의 방광경상 통증(NRS 7), 좌측 족무지 통증(NRS 8), 좌측 PSIS부위의 요부동통(NRS 7), 좌측 환도혈 부위 통증(NRS 7), 좌측 하지 소력감(건측에 비해 60%정도)을 호소하였고 족배굴 근력정도는 MMT Grade 4로 평가되었다. 요부 ROM상 Flexion 15, Extension 10, Lat. Bending 30/30, Rotation 45/45이었고 보행가능 시간은 20분 정도였다. ODI는 29로 체크되었다. 1주일 치료 시행 후 좌측 소퇴부위의 방광경상 통증(NRS 3), 좌측 족무지 통증(NRS 4), 좌측 PSIS부위의 요부동통(NRS 3), 좌

측 환도혈 부위 통증(NRS 3), 좌측 하지 소력감(건측에 비해 70%정도)이 호전을 보였으나 MMT Grade는 4로 입원당시와 비슷한 수치를 기록하였다. 요부 ROM상 Flexion 30, Extension 20, Lat. Bending 30/30, Rotation 45/45이었고 SLRT 80/40 정도의 호전을 보였다. ODI는 15로 확인되었다.

2) 2010년 5월 6일~2010년 5월 13일

2주 정도의 입원 치료 후 좌측 소퇴부위의 방광경상 통증(NRS 1), 좌측 족무지 통증(NRS 2), 좌측 PSIS부위의 요부동통(NRS 2), 좌측 환도혈 부위 통증(NRS 1)에 있어서 전반적인 호전 양상을 보였고 요부 ROM상 Flexion 40, Extension 20, Lat. Bending 30/30, Rotation 45/45이었고 보행가능 시간은 30분 정도였다. 좌측 하지 소력감(건측에 비해 70%정도)은 경미하게 호전되었고 족배굴 근력은 MMT Grade 4로 별무 변화기록하였다. ODI는 10으로 체크되었다. SLRT는 80/60으로 확인되었다.

3) 2010년 5월 14일~2010년 5월 20일

3주의 입원치료 후 좌측 소퇴부위의 방광경상 통증(NRS 0), 좌측 족무지 통증(NRS 0), 좌측 PSIS부위의 요부동통(NRS 0), 좌측 환도혈 부위 통증(NRS 0), 좌측 하지 소력감(건측에 비해 80%정도) 등의 제반 증상은 호전양상을 보였으나 족배굴 근력은 MMT Grade 4로 입원당시와 변함이 없었다. 요부 ROM상 Flexion 70, Extension 20, Lat. Bending 30/30, Rotation 45/45이었고 보행가능 시간은 1시간 이상 정도였다. SLRT는 90/90으로 호전양상으로 보였다. ODI는 8로 최종 체크되었다(Table II, III).

Table II . The Changes of the NRS, SLRT, ODI and MMT

	4/29	5/6	5/13	5/20
Low BackPain(NRS)	7	3	2	0
Left Hip Pain(NRS)	7	3	1	0
Left Leg Pain(NRS)	7	3	1	0
Left Leg Weakness	60%	70%	70%	80%
SLRT	70/20	80/40	80/60	90/90
ODI	29	15	10	8
MMT	4	4	4	4

Table III . The Changes of the ROM of the L-spine

	4/29	5/6	5/13	5/20
Flexion	15	30	40	70
Extension	10	20	20	20
Lat. Bending	30/30	30/30	30/30	30/30
Rotation	45/45	45/45	45/45	45/45

IV. 고찰 및 요약

본 증례의 경우처럼 요통을 야기하는 원인이 요추 추간판 탈출증 뿐만 아니라 요추부에 생긴 신경초종 일수도 있음에도 불구하고 자기공명영상 장치나 각종 정밀한 진단을 가하지 않았을 경우 단순 요추부 추간판 탈출증에 의한 증상의 발현이라 오진할 수 있다. 신경초종은 대부분 양성이며 전이가 쉽게 되지 않지만 간혹적으로 악성의 양상으로 나타날 수도 있으므로 요통 진단의 정밀함을 가하지 않으면 차후 좋지 않은 예후를 불러일으킬 수 있어 만전을 기해야 한다고 생각한다.

신경초종은 신경초에서 발생하는 양성종양으로 1910년 Verocay⁸⁾에 의해 최초로 Neuroma라고 기술된 이래 단발성 신경섬유종(solitary neurofibroma), 말초성 신경교종(peripheral glioma), 슈반

종(schwannoma),신경섬유종(neurofibroma)등 여러 가지 명명으로 불리워 왔으나 1932년 Masson과 1935년 Stout등이 schwannoma 또는 Neurilimoma로 명명한 것이 현재까지 가장 흔히 사용되는 용어이다. 이 두 용어는 현재 거의 같은 의미로 통용되어지나 미세구조, 조직학적 관찰에서 Schwann세포는 단지 신경초의 내층을 구성하고 있으며 외층은 특별한 명명이 없으므로 neurilemmoma라는 말은 신경초의 양층으로부터 기원한 종양을 나타낼 때 사용되어진다⁹⁾.

신경초종의 발생부위는 시신경과 후각신경을 제외한 뇌신경 교감신경 및 말초신경이 분포된 곳들이다. 특히 사지의 굴곡면, 경부, 종격동, 후복강, 척수 신경근 및 소뇌 교각부에서 많이 발생한다. 두개강내에서는 원발성 뇌종양의 약 8%를 차지하고 대부분 청신경의 전정부에서 발생하며 척수강에서는 원발성

종양의 약 29%를 점하고 있고 요추부에서 그 빈도가 가장 높다. 발생 연령분포는 젊은층에서 중년층까지 다양하나 40세부터 50세까지의 중년기에 많고 두 개강내에는 여자에서 많이 발생되고 척추강내에는 남자에서 많이 발생한다.

척추에서 발생한 신경초종의 가장 흔한 증상은 등통이며 특히 와상에서 심해지는 양상이다¹⁰⁾. 이러한 통증양상은 디스크 질환에 의한 신경압박 때와는 달리 종종 밤에 더 심해지는 경향성을 보인다. 척추에서 발생한 신경초종은 척수내, 경막하, 지주막하 출혈을 유발할 수 있으며 종양내 국소출혈 또한 발생할 수 있다¹¹⁾. 이 들의 원인으로는 유리질화된 종양혈관에 특발성으로 혈전이 생성되어 종양의 괴사 및 출혈이 발생하거나 종양과 정상조직 사이의 외상 또는 급격한 종양의 성장 그리고 악성종양으로 변성등이 보고되고 있다.

신경초종에서 종물에 의한 추간공의 확장 및 척추경의 미란은 쉽게 관찰 될 수 있으나 드물게 척추경과 척추체까지 포함한 광범위한 주위 골조직 파괴를 동반 할 수 있다. INAOKA¹²⁾ 등은 신경막종양에서 나타나는 다양한 MRI소견은 골외종양에 의해 이차적으로 골조직의 미란이 발생할 수 있으며 골조직 내부의 중심부에서 종양이 발생하여 골조직을 파괴하는 경우 그리고 영양관내에서 발생하여 Dumbbell형태를 띄고 자라는 종양이 골조직을 파괴할 수 있음을 보고 하였다.

신경초종은 서서히 자라며 대개 단독으로 발생하고 경계가 잘 지워지며 막으로 싸여 있으므로¹³⁾ 육안적으로 주위의 조직과 잘 구분이 되고 정상 신경섬유와 분명한 경계를 가지고 있어 신경전도 검사 상 이상소견이 나타나는 경우는 적다. 하지만 종물이 자라서 커지는 경우 주위 조직에 압박괴사를 일으킬 수 있어 위험해 질수도 있다. 대부분 단발성으로 발생하지만 다발성으로 발생하는 경우 신경섬유종과 관련되는 경우가 많다. 신경초종의 경우 약 70~75%는

경막내 척수외에 위치하며 약 15%는 경막외에 약 15%는 경막내외에 dumbbell모양으로 위치하며 약 1%미만에서 척수 내에 위치한다.

신경초종은 일반적으로 원형의 형태를 가지며 피막에 싸여 있고 신경근에 근접하여 위치한다. 조직학적으로 높은 세포 충실성(high cellularity)와 cytologic atypia를 동반한 세포분열 활성이 관찰되며 방추형 세포가 주를 이루는 형(Antoni A pattern)과 loose texture를 나타내며 점액 변성된 세포가 주를 이루는 형(Antoni B pattern)이 혼재하는 경향을 보인다¹⁴⁾. 이들 두 가지 형태는 대부분의 신경초종에서 항상 발견되고 국소재발이나 악성화의 빈도와는 관계가 없는 것으로 알려져 있다.

진단에 있어서 기존에는 병력, 이학적검사, 근전도 검사 초음파 검사, 골주사 검사 등이 사용되어 왔지만 이러한 방법들로는 진단이 힘들었고 대개 연부 조직 종양 또는 지방종 등으로 간주되어 수술하다가 조직 현미경 검사상 신경초종으로 확진되는 경우가 많았다. 하지만 자기공명영상의 작용으로 진단에 결정적인 도움을 받게 되었다. 척추 엑스레이 상에서도 척추의 변형이 관찰되기도 하며 컴퓨터 단층 촬영상 신경초종은 근육과 비슷한 저밀도 음영을 보이며, 조영제 증강이후에는 주변부의 고밀도 음영을 보인다. TIW1에서는 저신호강도 소견을 보이며 T2W1에서도 고신호강도의 종물로 보인다¹⁵⁾.

신경초종은 방사선 치료에 저항성이 있으므로 서양의학에서 추천되는 치료는 외과적 절제술이다¹⁶⁾. 과거에는 종양의 재발방지 위해 모 신경섬유를 비롯하여 종양 전절제술을 시행하였으나 근래에 들어서 신경기능 보존을 위해 피막 내 종양절제술을 시행한다. Sepp¹⁷⁾은 187예에서 척추관내 신경초종의 수술적 치료후 장기적 예후에 관하여 보고 하였는데 수술 후 지속되는 증상으로는 국소동통과 신경근성 동통이 많았고 신경학적 결손은 적다고 하였다. 또한 지연성 합병증으로 거미막염(arachnoiditis), 낭서 척수 병증

(cystic myelopathy) 등이 있지만 발생할 가능성은 낮다고 하였다.

신경초종의 재발은 낮은 것으로 알려져 있으며 전이를 하지 않으며 거의 항상 양성이기 때문에 가능한 보존적 치료를 시행해야 한다¹⁶⁾. 그러나 간혹적으로 악성화할수도 있기때문에 지속적인 추가관찰이 필요하다.

요추부 추간판 탈출증은 요통을 야기시키는 가장 큰 원인으로 반복적인 기계적인 자극이나 자가면역 반응 등에 의하여 수핵이나 섬유륜이 생화학적 혹은 대사성으로 인한 퇴행성 변형을 일으켜 수핵의 일부 혹은 전부가 탈출하여 신경근이나 주위 통증감각기를 자극하여 동통을 유발하는 질환이다. 수핵의 돌출된 정도에 따라 섬유륜이 추간판의 정상범위 바깥쪽으로 3mm 이상 대칭적으로 밀려나는 팽윤 추간판(Bulging disc), 제자리를 벗어난 수핵이 파열된 내측 섬유륜 사이를 뚫고 외부로 탈출하려하나 외측 섬유륜의 일부가 파열되지 않은 돌출된 추간판(Protruded disc), 내측뿐만 아니라 외측 섬유륜까지 파열되어 수핵의 일부가 섬유륜의 전층을 뚫고 돌출되었으나 수핵과 연결되어 있는 경우 탈출된 추간판(Extruded disc), 탈출된 수핵이 모체와 완전히 단절되어 격리된 격리된 추간판(Sequestered disc)로 나눌 수 있으며 탈출된 추간판의 경우 후중인대를 통과했는지에 따라 인대하 탈출(Subligamentous extrusion)과 경인대 탈출(Transligamentous extrusion)로 세분하기도한다.

요추부 추간판 탈출증의 발생연령은 다양하나 일반적으로 성장과 발육이 완성된 20대 이후에 빈발하며, 수핵의 탈수가 일어나는 50대 이상의 고령층에서는 오히려 드물게 발생하는 경향을 보인다. 일반적인 증상은 요통과 함께 하지로 방사되는 좌골신경통인데, 이는 흔히 요통 발생 수일 내지 수주 내에 나타나며 때로는 요통과 동시에 나타나기도 한다.

요추 추간판 탈출증을 가진 환자에 있어서의 치료

법은 크게 수술적 요법과 비수술적 요법이 존재한다. 서양의학에서는 요추 추간판 탈출증을 가진 대부분의 환자에게 있어 수술적 요법을 시행하나 통증이 3개월 이상 지속되거나, 마미증후군으로 악화되거나 혹은 진행성으로 근력이 약해지는 환자들의 경우에 한에서만 수술적 치료를 고려해야한다고 보고 되고 있으며¹⁸⁾ Saal 등²⁰⁾은 추간판탈출증의 보존적 치료 결과에 대한 논문에서 90%에서 보존적 치료가 우수한 결과를 보였다고 보고하였다.

한의학에서는 일반적으로 요추 추간판 탈출증을腰痛,痺症, 癱木症, 脚氣등으로 본다. 신경초종도 추간판 탈출증과 비슷한 요추부에 위치한 점거성 병변으로 간주해 각기 혹은 요각통에 범주에 준하여 치료하였다. 요각통에 대한 최초의 기록은腰痛이라 하여 『黃帝內經素問·氣交變大論』에서 찾아볼 수 있으며, 그 후 巢元方이 『腰痛十候論』중 “腰脚疼痛候”로 지칭하여 처음으로 腰脚痛을 기술하였다²¹⁾. 『東醫寶鑑』에서 허준은 요통의 원인을 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕熱, 氣의 十種으로 나누고 그에 따른 치법을 제시하고 있다.

본 보고는 요추부 추간판 탈출증과 요추부에 발생한 신경초종으로 야기된 요각통 환자에게 한방적 보존치료를 실시하여 경과를 관찰한 1례이다. 본 병증에 있어서 신경초종과 요추 추간판 탈출증은 요각통에 준해 치료 하였고 그 방법으로는 요각통 환자의 요통, 하지이상감각, 하지 방사통증에 효과가 있다고 보고된 침구요법, 한약요법, 약침요법, 추나요법 등이 활용하였다²²⁾.

환자는 요추부 추간판 탈출증 의심되어 입원치료 받던 중 보다 정밀검사위해 자기공명영상촬영 후 요추부 추간판 탈출증과 더불어 요추부에 신경초종을 진단 받았다. 2010년 4월 29일 부터 2010년 5월20일 까지 입원치료 22일간 동안 한방적 보존적 치료를 실시하였고 치료 결과에 있어서 NRS, ODI, SLRT, MMT 로 결과를 측정하였으며 임상적으로 유의성

있는 증상의 호전을 보였다.

서양의학은 본례와 같은 경우처럼 증상의 발현이 일어나면 대부분 침습적인 수술을 통해 물리적으로 종양의 제거를 하는 경우가 많다. 그러나 서양의학에 서도 Marshall 및 Bradford 등은 신경초종은 대부분 전이를 하지 않으며 거의 양성이기 때문에 가능한 한 보존적 치료를 시행해야 한다고 주장하였다⁶⁾. 본 증례에서도 나타나듯이 신경초종과 요추부 추간판 탈출증으로 인한 요각통의 한방적 보존적치료가 단시 일내에 유의성이 있는 증상의 호전을 이끌어냈음을 알 수 있었다. 그러나 본 연구의 한계점으로는 요각통을 야기한 원인이 2가지이며 각 병인의 각각의 증상 기여도가 명확하지 않은 상태에서 각각의 병인에 대한 한방적인 치료의 의의를 입증하기에는 부족했다는 점과 증례의 절대적인 수의 부족함이 있었다. 한방영역의 경우 본례와 같은 요각통이 나타났을 경우 이학적 검사만을 통해 단순 염좌나 요추부 추간판 탈출증으로 진단하고 신경초종을 간과하는 경우가 많다. 요각통 치료에 있어서 그 발병원인이 추간판 탈출증뿐만 아니라 신경초종일 수 있다는 가능성과 그 위험성을 인지하는 것이 필요하다. 추후 요추 추간판 탈출증 뿐만 아니라 신경초종 단독에 의한 요각통의 한방치료의 의의를 찾을 수 있는 연구가 더욱 필요하다고 생각된다.

참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형 외과학 제6판. 서울 : 최신의학사. 2006:617-30.
2. 구희연, 이명준, 이창준, 유정현. 드문 부위에 발생한 신경초종: 2예 보고. 대한방사선의학회지. 2001;45:571-4.
3. 백승국, 최지훈, 김석현, 전병선, 우정수, 권순영, 정광윤. 경부에 발생한 신경초종의 임상적 고찰. 대한이비인후과학회지. 2005;48:362-6.
4. 김철, 전세일, 신정순, 심재호. 한국인에게 적용시킨 통증평가법의 유용성에 대한 비교 연구. 대한재활의학회지. 1991;15(1):101-8.
5. 한방재활의학회. 한방재활의학과학. 서울 : 군자출판사. 2003:43-4.
6. Fairbank JCT, Davis J, Couper J, O'bren J. The Oswestry Disability Questionnaire. Physiotherapy. 1980;66:271-3.
7. 村川裕仁 감수 최일생 역. Step to internal medicine 10권 신경질환. 서울 : 정담출판사. 2008:39.
8. Kim MS, Kim YH, Hong WP. A case of neurilemmoma of the posterior wall of the hypopharynx. Korea J Otolaryngol. 1998;41:274-7.
9. Park SY, Min JH, Park SJ, Ryu JW. Two cases of neurilemmoma of the cervical vagus nerve including intracapsular enulceation of nerve preservation. Korea J Otolaryngol. 2001;44:1350-4.
10. Shi CC, Yei MS. Neurilemmoma of the vagus nerve: A Case Report and Brief Literature Review. Laryngoscope. 1984; 94:946-9.
11. Parmar H, Pang BC, Lim CC, Chng SM, Tan KK. Spinal schwannoma presenting with acute subarachnoid hemorrhage: a diagnostic challenge. Am J Neuroradiol. 2004;25:846-50.
12. Inaoka T, Takahashi K, Hanaoka H, et al. Paravertebral neurinoma associated with aggressive intervertebral extension. Skeletal Radiol. 2001;30:286-9.
13. 구희연 · 이명준 · 이창준 · 유정현. 드문 부위에

- 발생한 신경초종: 2예 보고. 대한방사선의학회지. 2001;45:571-4.
14. Friedman DP, Tartaglino LM, Flanders AE. Intradural schwannomas of the spine: MR findings with emphasis on contrast-enhancement characteristics. AJR. 1992; 158:1347-50.
 15. Weber AL, Montandon C, Robson CD. Neurogenic tumors of the neck. Radiol Clin North Am. 2000;38:1077-90.
 16. Leu YS, Chang KC. Extracranial head and neck schwannomas: A Review of 8 years experience. Acta Otolaryngol. 2002;122:435-7.
 17. Seppl MT, Haltia MJ, Sankila RJ, et al. Long-term outcome after removal of spinal Schwannom : a clinicopathological study of 187 cases. J Neurosurg. 1995;83:621-6.
 18. Marshall JF, Bradford GE. Neurilemmoma of the pharynx. South Med J. 1956;49:347-8.
 19. 신준식. 한국추나학. 서울: KCA PRESS. 1986:286-315.
 20. Saal JA, et al. The natural history of lumbar intervertebral disc herniations treated nonoperatively. Spine. 1989;15:683-6.
 21. 소원방. 소씨재병원후론. 상해 : 소인출판사. 1975:55.
 22. 오승규. 요추 추간판 탈출증 환자 33례의 보존적 치료에 대한 보고. 척추신경추나학회지. 205:(1):41-9.

첨부 1. Korean Version of the Oswestry Disability Index

제1항 - 통증 정도

- 나는 현재 통증이 전혀 없다.
- ① 현재 매우 가벼운 통증이 있다.
- ② 현재 통증이 조금 있다.
- ③ 현재 통증이 조금 심하다.
- ④ 현재 통증이 아주 심하다.
- ⑤ 현재 통증이 상상할 수 없이 심하다.

제2항 - 개인 위생 (씻기, 옷 입기 등)

- 나는 별다른 통증이 없이 나 자신을 챙길 수 있다.
- ① 보통 나 자신을 챙길 수 있으나, 통증이 있다.
- ② 나 자신을 챙기는데 고통스러워서, 천천히 조심스럽게 해야 한다.
- ③ 통증 때문에 어느 정도 도움이 필요하거나, 혼자서 할 수는 있다.
- ④ 매일 도움이 없이는 나 자신을 챙기기가 어렵다.
- ⑤ 옷을 입거나 씻는 게 어렵고, 보통은 누워있다.

제3항 - 물건 들기

- 나는 무거운 물건을 통증 없이 들 수 있다.
- ① 무거운 물건을 들 수 있으나, 약간 통증이 있다.
- ② 통증 때문에 바닥에 있는 무거운 물건을 들지 못하나, 들기 쉬운 곳에 있으면 들 수 있다.
- ③ 통증 때문에 무거운 물건을 들 수 없지만, 들기 쉬운 곳에 있는 무겁지 않은 물건은 들 수 있다.
- ④ 아주 가벼운 물건만 들 수 있다.
- ⑤ 아무것도 들거나 나를 수 없다.

제4항 - 걷기

- 나는 걷는데 아무런 지장이 없다.
- ① 통증 때문에 1 km 이상 걷지 못한다.
- ② 통증 때문에 500 m 이상 걷지 못한다.

- ③ 통증 때문에 100 m 이상 걷지 못한다.
- ④ 지팡이나 목발이 있어야만 걷는다.
- ⑤ 대부분 자리에 누워있으며, 화장실도 기어가야 한다.

제5항 - 앉기

- 나는 어떤 의자에서든지 오래 앉아 있을 수 있다.
- ① 편한 의자라면 오래 앉아 있을 수 있다.
- ② 통증 때문에 1시간 이상 앉아 있을 수 없다.
- ③ 통증 때문에 30분 이상 앉아 있을 수 없다.
- ④ 통증 때문에 10분 이상 앉아 있을 수 없다.
- ⑤ 통증 때문에 전혀 앉아 있을 수 없다.

제6항 - 나는 통증 없이 얼마든지 서 있을 수 있다.

- 오래 서 있을 수 있으나 약간 통증이 있다.
- ① 통증 때문에 1시간 이상 서 있을 수 없다.
- ② 통증 때문에 30분 이상 서 있을 수 없다.
- ③ 통증 때문에 10분 이상 서 있을 수 없다.
- ④ 통증 때문에 전혀 서 있을 수 없다.

제7항 - 잠자기

- 나는 통증 없이 잘 잔다.
- ① 통증 때문에 가끔 잠자는 데 방해를 받는다.
- ② 통증 때문에 6시간 이상 잠을 자지 못한다.
- ③ 통증 때문에 4시간 이상 잠을 자지 못한다.
- ④ 통증 때문에 2시간 이상 잠을 자지 못한다.
- ⑤ 통증 때문에 전혀 잠을 자지 못한다.

제8항 - 사회생활

- 나는 밖에서 사람들과 어울리는 데 지장이 없다.
- ① 밖에서 사람들과 어울리는데 지장은 없으나, 그로 인해 통증이 심해진다.
- ② 밖에서 사람들과 어울리는데 지장은 없으나, 통증

때문에 운동하는 데에는 지장이 있다(예: 스포츠 등).

- ③ 통증 때문에 밖에서 사람들과 어울리는데 지장이 있으며, 자주 외출하지 못한다.
- ④ 통증 때문에 집에서만 사람들과 어울린다.
- ⑤ 통증 때문에 사람들과 전혀 어울리지 못한다.

제9항 - 여행

- ① 나는 통증 없이 어디든 여행할 수 있다.
- ② 나는 통증 없이 어디든 여행할 수 있으나, 약간 통증이 있다.
- ③ 통증은 있으나, 2시간 이상 차를 탈 수는 있다.
- ④ 통증 때문에 1시간 이상 차를 탈 수 없다.
- ⑤ 통증 때문에 30분 이상 차를 탈 수 없다.
- ⑥ 통증 때문에 치료를 받으러 가는 일 외에는 차를 탈 수 없다.