

## 요추 추간판 탈출증과 대퇴 비구 충돌 증후군 진단 받은 환자를 대상으로 시행한 고관절 부위 봉약침 치료 및 한방 보존적 치료 치험 1례

김해솔<sup>1</sup>, 이종환<sup>1</sup>, 전재윤<sup>1</sup>, 임수진<sup>1</sup>, 배영현<sup>1</sup>, 김호선<sup>1</sup>, 송주현<sup>1</sup>, 김문휘<sup>2</sup>, 조창영<sup>3</sup>, 정유화<sup>4</sup>

<sup>1</sup>강남자생한방병원 침구의학과,  
<sup>2</sup>해운대자생한방병원 침구의학과,  
<sup>3</sup>강남자생한방병원 한방재활의학과,  
<sup>4</sup>강남자생한방병원 한방부인과

Received : 2014. 10. 15 Reviewed : 2014. 10. 16 Accepted : 2014. 11. 03

### A Case Report on a Patient with lumbar HIVD(Herniated Intervertebral Disc) and Femoroacetabular Impingement, Treated by Bee Venom Pharmacopuncture and Conservative Oriental Medical Treatment

Hae-Sol KIM, K.M.D.<sup>1</sup>, Chong-Hwan Lee, K.M.D.<sup>1</sup>, Jae-Yoon Jeon, K.M.D.<sup>1</sup>, Su-Jin Lim, K.M.D.<sup>1</sup>, Young-Hyeon Bae, K.M.D.<sup>1</sup>, Ho-Sun Kim, K.M.D.<sup>1</sup>, Ju-Hyun Song, K.M.D.<sup>1</sup>, Moon-Hwi Kim, K.M.D.<sup>2</sup>, Cho Changyoung, K.M.D.<sup>3</sup>, You-Hwa Jung, K.M.D.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Acupuncture and Moxibustion of Korean Medicine, Gang-nam Jaseng Korean Medicine Hospital

<sup>2</sup>Dept. of Acupuncture and Moxibustion of Korean Medicine, Haeundae Jaseng Korean Medicine Hospital

<sup>3</sup>Dept. of Rehabilitation medicine of Korean medicine, Gang-nam Jaseng Korean Medicine Hospital

<sup>4</sup>Dept. of Gynecology of Korean Medicine, Gangnam Jaseng Korean Medicine Hospital

**Objectives** : The Purpose of this study is to investigate the clinical application of Bee venom pharmacopuncture and conservative treatment for lumbar HIVD(Herniated Intervertebral Disc) and Femoroacetabular Impingement.

**Methods** : Patient is hospitalized at Dept. of Oriental Internal Medicine, Jaseng Oriental Medicine Hospital, diagnosed as lumbar HIVD(Herniated Intervertebral Disc) and Femoroacetabular Impingement and treated by Bee venom pharmacopuncture, herbal medicine, acupuncture and moxibustion. This study was measured by NRS(Numerical Rating Scale), ODI and EQ-5D.

**Results** : After Bee venom pharmacopuncture and conservative oriental medical treatment, the patient's pain was controlled and NRS score was decreased. ODI and EQ-5D also were improved.

**Conclusions** : As seen in this one case, Oriental conservative treatment and Bee venom pharmacopuncture have a positive effect to control pain with lumbar HIVD(Herniated Intervertebral Disc) and Femoroacetabular Impingement.

**key words** : Herniated Intervertebral Disc, Femoroacetabular Impingement, Bee Venom pharmacopuncture

## I. 서 론

요통은 현대인에게 흔하게 겪는 증상으로 사람이 일생동안 약 80%가 적어도 한번은 경험하게 된다. 그리고 현재 전 인구의 20-30%가 요통에 시달리고 있다고 보고되고 있다<sup>1,2)</sup>.

요추 추간판 탈출증(herniated lumbar intervertebral disc)은 요추부 추간판의 퇴행성 변화나 혹은 외력에 의해서 섬유륜의 내측 또는 외측 섬유외각으로 수핵의 일부 또는 전부가 탈출을 일으켜 척추의 경막이나 신경근을 압박하여 신경증상을 유발하는 질환이다<sup>3)</sup>.

최근 원인을 알 수 없는 고관절의 통증, 비구순 파열 및 마모, 초기 고관절염의 원인으로 대퇴골이나 비구의 형태학적인 이상이 유발 인자로 작용 할 수 있다는 것으로 알려져 있다<sup>4)</sup>. 이는 비구와 대퇴골의 골성 변형은 비구의 가장자리와 대퇴골 근위부와의 반복적인 접촉으로 유발되며 대퇴 비구 충돌 증후군으로 발전 할 수 있음을 보여준다<sup>4,5)</sup>. 대퇴골 근위부와 비구사이의 충돌을 일으키는 해부학적 이상으로는, 대퇴 골두의 Pistol grip 변형, Asphericity, 외반고, 내반고, 비구의 후굴(retroversion), 비구의 골반내 돌출 등이 있다. 이중 대퇴 경부 직경과 비교하여 작은 대퇴 골두의 직경(작은 골두-경부 offset)이 대퇴 비구 충돌 증후군의 일차적인 원인이 될 수 있다고 알려져 있다<sup>6)</sup>. 최근에 과거에는 잘 인식되지 않았던 대퇴의 비구의 골성 변형, 즉 이러한 대퇴비구 충돌이 고관절의 일차적 관절염의 중요한 원인 중의 하나로 알려져 있다<sup>7,8)</sup>. 임상적으로 고관절의 통증을 호소하는 환자에서 대퇴 비구 충돌 증후군을 의심할 수 있는 소견은 전방 서혜부의 통증과 고관절의 굴곡, 내전, 내회전 운동 범위의 감소 등의 병력 청취 및 충돌 유발 검사 등의 이학적 검사로 진단될 수 있다<sup>6)</sup>.

봉약침요법이란 꿀벌의 독낭에 들어있는 봉독을 추출, 가공하여 질병과 유관한 부위 및 혈위에 주입함으로써 자침효과 봉독의 생화학적 특이 물질이 인

체에 미치는 약리작용을 동시에 이용한 신침요법의 일종으로 각종 동통질환에 응용되어왔다<sup>9)</sup>.

양방에서는 대퇴 비구 충돌이 있는 환자의 치료는 우선 이상적인 활동의 수정, 심한 운동의 제한 및 고관절의 과도한 움직임의 제한등과 함께 비스테로이드성 진통 소염제(NSAIDs)를 사용하는 것이 갑자기 시작된 고관절의 동통에 효과가 있으며<sup>10)</sup>, 해부학적 골성 변형의 교정은 수술 외에는 방법이 없는 상태<sup>11,12)</sup>로 비침습적 치료에 대한 관심이 증가되고 있으나<sup>13)</sup> 유효한 치료 방법은 없는 상황이다.

현재까지 대퇴 비구 충돌증후군 환자를 대상으로 한 한의학적 치료 및 연구는 보고된 바가 없다. 이에 저자는 좌측 요부 통증과 좌측 고관절 부위 통증으로 자생한방병원에 입원한 요추 추간판 탈출증을 동반한 대퇴 비구 충돌증후군 진단을 받은 환자에게 봉약침을 포함한 한방적인 보존적 치료 후 호전사례를 관찰하게 되어 보고하는 바이다.

## II. 본 론

### 1. 환자

이○○ (M/61)

### 2.치료기간

2014년 05월 24일~2014년 06월 27일(35일간)

### 3.주소증

좌측 하부 요통과 좌측 고관절 부위의 견인통으로 인하여 요부 굴곡과 신전 제한 및 하지거상이 힘든 상태였으며, 안정시 좌측 고관절 부위의 통증을 호소하였다.

### 4.발병일

2014년 05월 23일 골프치다가 넘어진 후 발생

## 5. 과거력

파킨슨 진단(2009년)

## 6. 가족력

None

## 7. 현병력

2014.05.23일경 골프치다 넘어진 후 요통 및 좌측 고관절 부위 통증 발생하여 '14.05월경 local OS L-spine X-ray 상 "이상 없으나 통증 지속시 MRI 촬영 해야 한다"는 진단 받고 물리치료 후 별무호전하여 2014년 05월 24일경 본원 외래 치료 후 본인 및 보호자 본격적인 한방치료 원하여 2014년 05월 24일경 본원에 입원하였다.

## 8. 입원시 검사 소견

### 1) 이학적 검사(입원당시)

ROM(L-SPINE)

Flexion : 10

Extension : 10

Lateral bending : 10/10

Rotation : 30/30

SPECIAL TEST(L-SPINE)

SLR : 40/40

Patrick : -/-

DTR

patellar : (+/+)

achilles : (+/+)

근력장애

Dorsiflexion : (G5, 100%) / (G5, 100%)

Plantaflexion : (G4, 80%) / (G4, 80%)

Big toe extension : (G4, 80%) / (G5, 100%)

### 2) X-ray finding

① L-SPINE AP/LAT(14.05.24)

-Disc space narrowing at L4-5,5-S1.

-Degenerative spurs vs. diffuse skeletal hyperostosis.

② Both hip AP/LAT(14.05.28)

-R/O femoroacetabular impingment, Lt.

### 3) MRI finding

① L-spine MRI(14.05.24)

-L1-2; mild Lt. foraminal protruded disc.

-L4-5; diffuse bulging and mild central protruded disc.

-L5-S1; diffuse bulging and mild central protruded disc.

-Disc desiccated change at L4-5,5-S1.

-Neural foraminal narrowing at L4-5.

-Perineural cysts at S1-2 level.

## 10. 윤리적 검토

본 연구는 자생한방병원 임상시험 심사위원회 (Institutional Review Board)의 시행 승인을 받았다.

## 11. 치료방법

### 1) 침치료

① 침의 형태 : 0.30×40mm 일회용 stainless 호침(동방침구사, 한국)

② 혈위 : L2-L5레벨의 華佗夾脊穴, 腎腧(BL23), 氣海腧(BL24), 大腸腧(BL25), 腰陽關(GV3), PSIS 주변 阿是穴, 環跳(GB30), 좌측 대퇴 비구 부위 및 대퇴근막장근 부위 阿是穴 등을 이용

③ 자침깊이 : 20-30mm



Fig. 1. L-spine x-ray(14.05.24)



Fig. 2. Both hip joint x-ray(14.05.28)



Fig. 3. L-spine MRI(sagittal view, 14.05.04)

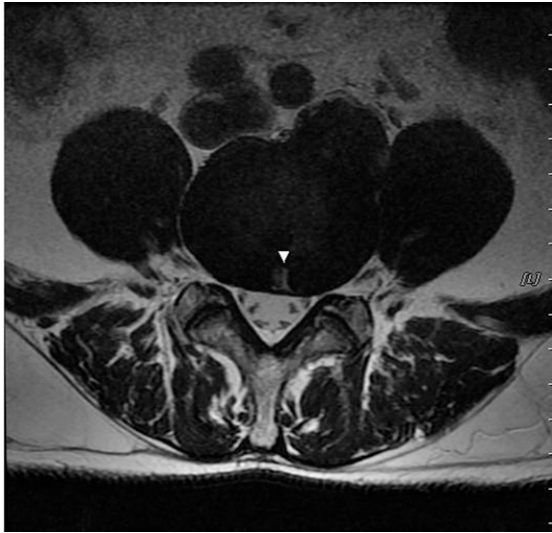


Fig. 4. L-spine MRI(L4-5 axial view,14.05.24)



Fig. 5. L-spine MRI(L5-s1 axial view,14.05.24)

④ 유침시간 : 15분

⑤ 침자극의 형태 : 복와위 및 측와위에서 염전을 통해 자극

## 2) 약침치료

신바로약침(ShinBaro Pharmacopuncture)은 요통을 주소증으로 하는 환자에게 活血祛風止痛, 化濕消腫, 祛風止痛의 효능이 있는 자생한방병원 고유 처방인 청파전의 약재를 가감한 뒤 증류법을 통해 제작한 약침이다. 우슬, 오가피, 방풍, 두충, 흑두, 구척 등으로 구성된 청파전의 약재를 가감한 GCSB-5의 경구투여로 항염증 효과와 신경재생효과를 동물실험으로 증명된 연구가 이루어진 바 있다. L2-L5 레벨의 夾脊穴 부위에 한 부위당 0.1~0.3ml씩 총 1.0ml를 일회용 주사기(신창메디컬, 1ml, 29G×1/2 syringe)를 이용하여 근육 내로 부위에 따라 2cm 깊이 내외로 직자하였다. 치료 횟수는 일 1회로 입원부터 퇴원시까지 시행하였다.

## 3) 약물요법

2014년 5월 24일부터 5월 29일까지 자생한방병원 원내처방인 推拿藥物療法中 活急祛瘀通絡止痛의 효과가 있어 아급성기와 만성기의 요통 및 요각통을 치료하는 청파전가감방(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 처방하였다. 매일 2첩 3포로 3회에 걸쳐 水煎, 食後服하였다. 2014년 5월 30일부터 6월 21일까지 신허로 인해 근골격계가 허약해지고 힘이 없는 것을 튼튼하게 하며 소염효과 및 진통효과에 우수한 熟地養筋湯(熟地黃12g, 山藥4g, 山茱萸4g, 牡丹皮4g, 白茯苓4g, 澤瀉4g, 當歸4g, 牛膝4g, 肉桂4g, 附子4g, 威靈仙4g, 枸杞子4g, 白芷4g, 羌活4g, 杜沖4g, 木瓜4g, 白芍藥4g, 甘草4g)을 2첩 3포로 3회에 걸쳐 복용하게 하였다. 2014년 6월 21일부터 6월 27일까지는 活血祛瘀하여 止痛에 효과적인 活血止痛湯(狗脊20g, 杜沖8g, 續斷6g, 牛膝6g, 破古紙6g, 羌活4g, 當歸4g, 獨活4g, 麥芽4g, 山查4g, 蘇木4g, 神曲4g, 五加皮4g, 赤芍藥4g, 陳皮4g, 川芎4g, 威靈仙3.2g,

沒藥2g, 乳香2g, 紅花1.2g)을 처방하여 2첩 3포로 3회에 걸쳐 복용하게 하였다.

#### 4) 봉약침치료

좌측 環跳(GB30) 및 좌측 대퇴골두 주변, 대퇴근 막장근 경결점 및 중둔근 부위에 자생한방병원에서 제조한 1:10000 봉독 약침액을 0.1~0.3cc씩 양을 조절하여 주입하였다. 주사기는 일회용 Insulin syringe(1cc)를 사용하였다.

#### 5) 뜸치료 및 부항요법

복부 중완혈에 신기구를 1일 1회 30분간 시술하였으며 요부 양측 방광경상 및 좌측 고관절 부위에 건식 부항을 매일 시행하였다.

### 12. 평가방법

환자의 경우 고관절 가동범위의 제한은 크게 없었고, patrick test상 음성이었으며, 활동시보다 안정시에 좌측 고관절 부위의 견인통을 호소하였다. 치료의 평가를 위하여, 가동범위나 이학적 검사보다 치료 전후의 통증 정도를 평가하였다. 주관적 통증의 정도를 객관화하고 계량화 하기 위해 NRS, SLR, ODI, EQ-5D 척도를 이용하였다. 6년간의 한의학 교육을 거쳐 학위를 취득한 후 본 병원에서 수련의로 근무하는 평가자가 일정기간에 따라 호전상태를 평가하였다.

#### 1) NRS (Numerical Rating Scale, 숫자평가 척도)

여러 가지 통증 평가 방법 중에서 임상적으로 가장 널리 채택되는 것이 NRS와 VAS이다. NRS는 0에서 10 혹은 100까지 숫자로 통증 정도를 표현하는 방법이며, VAS는 눈금이 없는 10cm 길이의 선 위에 환

자가 주관적으로 평가하는 통증의 정도를 그려 넣는 방법이다. VAS에 비해 NRS는 민감도가 떨어지지만 VAS와의 값 차이가 임상적으로 큰 의미가 없고<sup>14)</sup> VAS의 임상적용의 불편함을 고려하여 NRS를 채택하였다. 입원기간 중 1일 1회 평가하였다.

#### 2) ODI(Oswestry Disability Index)

Oswestry Disability Index는 Fairbank등에 의해 발전된 것으로 환자에 의해 작성되는 선다형 설문이다. 일상 생활에 대하여 10개의 항목으로 구성되어 장애정도를 파악한다. 각 항목에서는 일상 생활의 장애의 정도를 0-5점 6단계로 나누어 장애가 없는 상태를 0점으로, 장애가 가장 극심한 상태를 5점으로 하여 피시술자가 선택하도록 하였다. 이 단계는 통증 정도보다 일상생활에서의 장애정도를 평가하는데 더 유의한 것으로, 기능적인 상태를 수치로 나타낸 것이다<sup>15)</sup>. ODI 측정은 입원기간동안 2주에 1회로 진행하였다.

#### 3) SLRT (Straight leg raising test)

Straight leg raising test는 환자를 바로 눕히고 검사자는 환자의 종골을 잡고 환자의 다리를 들어올린 후 하지를 신전할 수 있는 범위를 각도로 측정하는 것으로 입원당시와 퇴원시 총 2회 측정하였다.

#### 4) EQ-5D

EQ-5D는 EuroQol group에서 개발한 일반적 건강상태를 측정하기 위한 도구이다. 5개 항목에 대한 질문과 전체적인 건강상태에 대한 질문으로 구성되어 간단하게 빨리 평가할 수 있는 장점이 있다. 또한, EQ-5D는 한국인에게서 유효성을 검증한 측정도구로 건강 관련 삶의 질 평가에 객관성과 신뢰도 측면에서 중요한 요인으로 보여진다<sup>16)</sup>. 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울 등 5개의 객관

식 문항을 3가지 수준의 척도인 '전혀 문제없음', '다소 문제 있음', '심각한 문제 있음' 등의 형태로 답하도록 구성되어 있다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 평가하였다. 입원기간 동안 2주에 1회로 측정하였다.

### 13. 치료경과(Table I, Fig. 6.)

#### 1) NRS

2014년 5월 24일 입원당시 요부대맥선상 통증 NRS 8, 좌측 고관절 부위 통증 NRS 8로 측정되어 좌위 후 기립시 요부통증이 심하였다. 보행시에는 요부에 통증이 있었고 좌측 고관절 부위에는 통증이 없었으나 보행 후 누우려 할 때 견인통을 호소하였으며, 야간통이 있어 수면장애를 호소하였다. 5월 29

일경에는 좌위 후 기립시 통증이 감소하였고 야간통이 감소하여 NRS 7로 다소 감소하였다. 6월 1일경에는 요부와 고관절 통증 NRS 5로 감소하였고 야간통은 거의 소실되었으며 요부 통증은 많이 감소하였으나 좌측 와위시 좌측 고관절 부위의 통증을 호소하였다. 6월 6일부터 6월 27일 퇴원시까지 요부와 고관절 통증 NRS 4로 입원시에 비해 50% 감소하였으며 좌위 후 기립시 요부 통증은 거의 없으나 고관절 부위에서 잔존하였다. 좌하지에 체중을 실어 기립시 통증이 있었으나 와위시 고관절부 통증은 감소하였다.

#### 2) SLRT

2014년 05월 24일 입원당시 SLRT 40/40이었고 6월 27일 측정한 SLRT에서 40/60으로 좌측의 범위가 증가하였다.

Table I. After Treatment Change the ODI and EQ-5D, SLRT

	2014/05/24	2014/06/07	2014/06/21	2014/06/27
ODI	42.22	33.33	22.22	22.22
EQ-5D	12	12	12	10
SLRT	40/40			40/60

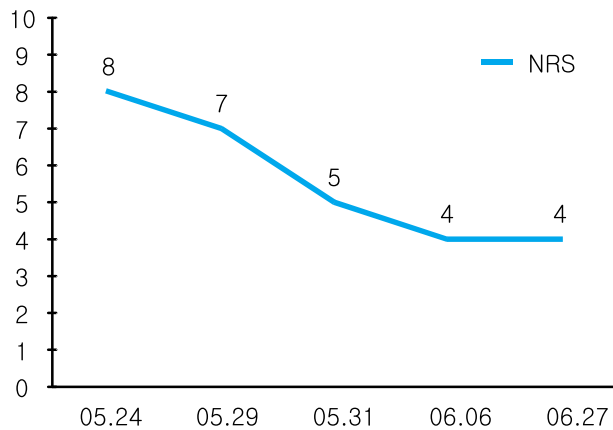


Fig. 6. After treatment change the NRS

### 3) ODI

2014년 05월 24일 입원당시 42.22점, 입원 2주 후인 6월 7일경 33.33점, 6월 21일경 22.22점, 퇴원당시인 6월 27일경 22.22으로 지속적으로 감소하였다.

### 4) EQ-5D

2014년 05월 24일 입원당시 12점으로 측정되었으며 2주 후마다 검사한 EQ-5D상 12점으로 동일하였으나 6월 27일 퇴원당시에는 10점으로 감소하였다.

## Ⅲ. 고찰

요통은 인류 역사와 더불어 생겨난 것이며, 일어서서 두 발로 다니는 영장류는 다른 동물과는 달리 몸의 하중이 허리에 모이게 되고 이에 동반된 여러 가지 질환으로 고통받게 되었다. 전 인류의 80~90%는 일생동안 한 번 이상의 요통을 경험하는 것으로 알려

져 있으며 허리에 이상이 생기게 되면 요통뿐만 아니라 하지로 내려가는 방사통이 생기게 되는데 이러한 좌골신경통의 가장 많은 원인은 요추 추간판 탈출로 알려져 왔다<sup>3)</sup>.

요추 추간판 탈출증(herniated lumbar intervertebral disc)은 요추부 추간판의 퇴행성 변화나 혹은 외력에 의해서 섬유륜의 내측 또는 외측 섬유외파열로 수핵의 일부 또는 전부가 탈출을 일으켜 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 신경증상을 유발하는 질환이다<sup>4,3)</sup>. 수핵의 탈출은 수핵 자체의 퇴행성 변화 외에도 윤상 섬유의 퇴행성 변화로 인한 교원 섬유질의 탄력감소에 기인한다. 척추의 굴신운동, 회전운동, 갑작스런 자세의 변화 등 주로 척추의 가벼운 외상에 의해 발생하며, 때로는 뚜렷한 원인 없이 일어날 수도 있다<sup>7)</sup>.

고관절을 움직일 때, 특히 고관절을 과도하게 굴곡 및 내회전 시에 비구부와 대퇴골 경부가 서로 닿아 충돌하게 되어 고관절 주위 통증을 일으키는 질환을 대퇴 비구 충돌 증후군이라 한다. 대퇴골이 변형된 Cam과 비구골이 변형된 Pincer형으로 나눌 수 있다. Cam형에는 대퇴골두 골단 분리, 대퇴 경부의

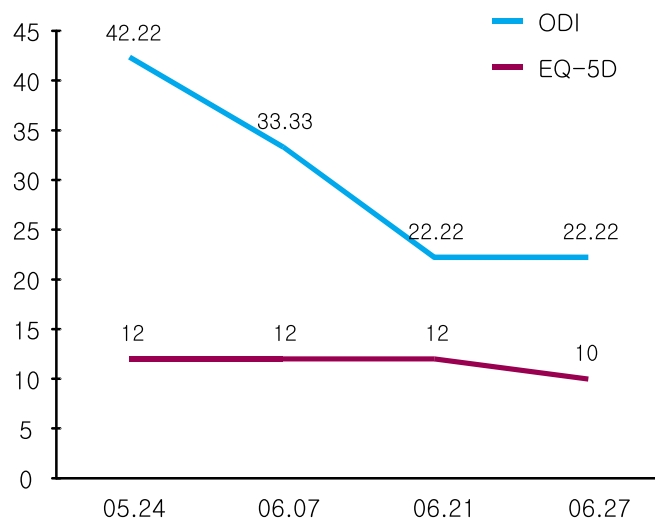


Fig. 7. After treatment change the ODI and EQ-5D



pistol grip 변형, 대퇴 골두 무혈성 괴사 등이 있고, Pincer형에는 비구 후염전, 골반 내 비구 돌출 등이 있다<sup>18)</sup>. 대퇴 비구 충돌 증후군을 의심할 수 있는 소견은 전방 서혜부의 통증과 고관절의 굴곡, 내전, 내회전 운동시 통증 발생 및 내회전 운동범위 감소 등의 병력 청취 및 충돌 유발 검사 등의 이학적 검사로 관찰된다<sup>6)</sup>.

대퇴골 근위부와 비구사이의 충돌을 일으키는 해부학적 이상으로는, 대퇴 골두의 Pistol grip 변형, Asphericity, 외반고, 내반고, 비구의 후굴(retroversion), 비구의 골반내 돌출 등이 있다. 이중 대퇴 경부 직경과 비교하여 작은 대퇴 골두의 직경(작은 골두-경부 offset)이 대퇴 비구 충돌 증후군의 일차적인 원인이 될 수 있다고 알려져 있다<sup>6)</sup>.

최근 원인을 알 수 없는 고관절의 통증, 비구순 파열 및 마모, 초기 고관절염의 원인으로 대퇴골이나 비구의 형태학적인 이상이 유발 인자로 작용할 수 있다는 것으로 알려져 있다<sup>6)</sup>. 이는 비구와 대퇴골의 골성 변형은 비구의 가장자리와 대퇴골 근위부와와의 반복적인 접촉으로 유발되며 반복되어 대퇴 비구 충돌 증후군으로 발전할 수 있다<sup>4,5)</sup>. 또한 Ganz 등은 대퇴비구 충돌이 고관절의 일차적 관절염의 중요한 원인 중의 하나로 제시하였다<sup>7,8)</sup>.

전방 대퇴 비구 충돌이 있는 환자들은 전방 비구순 파열이 있는 경우 나타나는 증상으로, 초기에는 간헐적 통증으로 시작되며 오래 앉아 있다가 일어나면서 발생하는 통증이나, 운동이나 오랜 도보 등으로 악화되는 양상의 통증을 호소한다. 신체 검사에서 환측의 고관절의 운동 제한이나 충돌 검사에 대부분 양성으로 반응한다<sup>19)</sup>.

정상적인 고관절 단순 전후방 사진에서 대퇴골 두와 경부의 이행부에서의 측면이 오목한 모양으로 보여야 하나 Cam 충돌군에서는 대퇴골 두와 경부의 이행부분이 평평하거나 약간 볼록한 모양으로 관찰되며 대퇴골두의 골단이 골두의 외측으로 돌출된 소견이 관찰된다<sup>20)</sup>. 황<sup>6)</sup> 등이 한 대퇴 비구 충돌 증후군으로 진단되어 관절경적 술식을 시행받은 환자군과

고관절의 통증이 없으며, 이학적 검사상 충돌 징후를 보이지 않는 동일 연령군을 대조군으로 한 연구에서 고관절의 동통을 주소로 내원한 환자에서 단순 전후방 방사선 사진은 pistol grip 변형을 의심할 수 있는 객관적인 지표가 될 수 있으며, 대퇴골 두 길이와 골두와 경부 중간부위 길이 비율이 0.8 이상인 경우 대퇴 비구 충돌증후군을 진단하는데 일차적인 지표로 유용하게 사용될 수 있다 하였다.

양의학에서는 증상이 심하지 않을 때에는 보존적 치료로 치유가 될 수 있으나, 장기간 증상이 지속되어 생활이 불편하거나, 거동이 불편할 정도의 심한 통증이 지속되는 경우에는 수술적 치료가 필요하다. 수술은 충돌을 일으키는 병변이 경미할 경우에는 관절경으로도 가능할 수 있으나, 심한 경우에는 튀어나온 비구골과 대퇴 경부 골을 제거하고, 손상된 비구순을 봉합하는 관절적 수술을 시행한다<sup>19)</sup>. 우선 이상적인 활동의 수정, 심한 운동의 제한 및 고관절의 과도한 움직임의 제한등과 함께 비스테로이드성 진통소염제(NSAIDs)를 사용하는 것이 갑자기 시작된 고관절의 동통에 효과가 있으며<sup>10)</sup>, 해부학적 골성 변형의 교정은 수술 외에는 방법이 없는 상태<sup>11,12)</sup>이다. 또한 대퇴 비구 충돌 증후군 환자의 고관절 관절경 수술에 대한 만족도는 60-70%에 불과하고<sup>21)</sup>, 비침습적 치료에 대한 관심이 증가되고 있다<sup>3)</sup>. 김 등<sup>24)</sup>이 수행한 연구에서 평균 연령은 21.6세의 젊은 태권도 선수에서 대퇴비구 충돌의 관절경적 수술 후 2년 내 15%의 선수가 태권도를 중단하였다 하였다. 이 등<sup>13)</sup>이 시행한 대퇴 비구 충돌로 진단받고 비구순 제거술, 대퇴 성형술, 비구 성형술을 시행한 82명, 91예를 대상으로 2-5년 추시한 연구에서는 골성 변형의 제거술은 임상적 및 방사선적 결과의 호전을 기대할 수 있으나 고령, 특히 65세 이상인 경우와 테니스 2등급 이상의 관절염, 다른 부위의 질환을 동반할 경우 관절경적 수술 시행한 후에도 임상적 결과의 호전 및 방사선적 관절염 진행의 방지는 기대할 수 없다 하였다. 또한 이, 김 등<sup>25)</sup>은 대퇴 비구 충돌로 진단받고 관절경적 수술을 시행받은 10예의 환자를 대상으

로 한 유한요소분석 모델 연구에서 대퇴 오프셋 및 알파각이 정상 범위와 큰 차이를 보일 경우 수술 후에도 증상의 호전이 적었다 하였다. 기존 양의학계에서 대퇴비구충돌증후군의 관절경적 수술에 대한 연구가 대부분으로 수술을 하기에 증상이 경미하거나 고령 등으로 인해 관절경 수술을 통한 호전을 기대할 수 없을 때 시행할 수 있는 보존적 치료에 대한 연구는 전무한 실정이다.

한의학에서 요추 추간판 탈출증은 요통, 비증, 마목증, 위증의 범위에 속하며 각기에도 유사한 증상들이 있으며 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕, 熱, 氣의 十種의 원인에 따른 치료가 활용되었다.

대퇴 비구 충돌 증후군은 그 발생기전 및 임상양상에 근거하여 한의학적으로는 關節痺症 및 痺에 속한다고 볼 수 있다. 痺란 閉, 즉 막혀서 잘 통하지 않음을 말하며 이를 『景岳全書』에서는 “蓋痺者閉也, 以血氣爲邪所閉不得通行而痛也”라고 설명하였고, 黃帝內經 『黃帝內經·素問·痺論』에서는 “風寒濕三氣雜至合而爲痺也其風氣勝者爲行痺寒氣勝者爲痛痺濕氣勝者爲着痺也”라 언급하여 風寒濕熱의 邪氣가 인체의 正氣虛弱한 틈을 타고 經絡으로 침입, 凝滯하여 血氣運行을 저해하여 肌肉, 筋骨, 關節에 麻木, 重着, 酸楚, 疼痛, 腫脹, 屈伸不利등을 나타내는 것이라 설명하였다. 痺症의 주요한 임상증상은 痛症이며 병리적으로는 氣血不通하여 나타나는 것이므로 宣通은 각종 痺症의 공통된 치법이 되고, 氣血과 營衛가 順行하면 痺痛은 자연스럽게 소실된다.

본 증례의 경우는 요통과 좌측 고관절부위 통증을 동반하여 본원에 내원하여 입원 치료받은 환자로서, 추간판 탈출증과 대퇴 비구 충돌증후군을 진단 받아 氣血을 宣通시키는 치료를 위주로 하고 祛瘀 및 強筋骨시키는 치료를 병행하였다. 약물치료는 청파전 가감방으로서, 腰脚痛을 主訴症으로 하는 환자에게 活血祛風止痛, 化濕消腫, 強筋骨, 風止痛의 효능으로 腰膝軟, 筋骨無力, 寒濕脚氣를 主治하여 痺症을 다스리는데 있어서 祛風活血止痛시키는 목적으로 활용하였다. 靑波煎의 약물구성을 살펴보면 牛膝은 活血祛

瘀, 補肝腎, 強筋骨, 利尿通淋, 益血, 下行血작용으로 肝腎不足, 腰膝軟, 筋骨無力등에 쓰이고, 五加皮는 祛風濕, 強筋骨, 化濕消腫하여 風濕痺痛, 腰膝疼痛, 筋骨軟, 寒濕脚氣등을 치료하며, 杜仲은 補肝腎, 強筋骨하여서 腰膝痠痛혹은 軟弱無力, 陽頻尿등을 치료하고, 防風은 祛風解表하여 外感風寒, 風熱表證, 風疹瘙癢證을 치료하고 勝濕止痛하여 風寒濕痺證에 止痛하고 祛風止癢하여 破傷風, 抽掣攣證을 치료한다. 또한 腎虛로 인해 근골격계가 허약해지고 힘이 없는 것을 튼튼하게 하며 소염효과 및 진통효과에 우수한 熟地養筋湯(熟地黃12g, 山藥4g, 山茱萸4g, 牡丹皮4g, 白茯苓4g, 澤瀉4g, 當歸4g, 牛膝4g, 肉桂4g, 附子4g, 威靈仙4g, 枸杞子4g, 白芷4g, 羌活4g, 杜冲4g, 木瓜4g, 白芍藥4g, 甘草4g)을 처방한 후 止痛에 보다 중점을 두기 위해 活血止痛湯(狗脊20g, 杜冲8g, 續斷6g, 牛膝6g, 破古紙6g, 羌活4g, 當歸4g, 獨活4g, 麥芽4g, 山查4g, 蘇木4g, 神曲4g, 五加皮4g, 赤芍藥4g, 陳皮4g, 川芎4g, 威靈仙3.2g, 沒藥2g, 乳香2g, 紅花1.2g)을 이용하였다.

침치료는 요통에는 L2-L5레벨의 華佗夾脊穴, 腎腧(BL23), 氣海腧(BL24), 大腸腧(BL25), 腰陽關(GV3), PSIS 주변 阿是穴 등을 사용하였고 고관절 통증부위에 유주하는 足少陽膽經상의 혈자리 중 滋補腎水와 強腰脊의 효능이 있는 環跳(GB30), 좌측 대퇴 비구 부위 및 대퇴근막장근 부위 경결점과 阿是穴 등을 이용하였다.

봉독요법은 꿀벌에게 전기자극을 가하여 벌독을 추출한 후 정제과정을 통해 만들어진 약액을 환자의 체질이나 질병에 따라 침치료점인 경혈에 주입하여 질병을 치료, 예방하는 방법이다. 봉독의 性味는 苦, 辛, 有毒하고 효능은 祛風除濕, 止疼痛, 解痲平喘, 消腫降壓한 것으로 알려져 있다<sup>22)</sup>. 현재까지 봉독의 이용은 주로 관절염, 결체조직질환, 기타 염증 및 동통성 질환이다<sup>23)</sup>. 봉독약침의 혈위선택에 대하여 모든 혈위는 국소적인 通經活絡의 작용이 있으며 특히 염증 및 동통질환에 있어서 不通則痛의 병리를 해소하기 위해 국소 혈위 및 아시혈의 활용이 중요하다. 이

러한 봉약침은 환도혈 및 좌측 대퇴골두 부위와 좌측 대퇴근막장근 아시혈 및 압통점에 0.1-0.4 cc가량 시술하였다.

본 증례에서 환자는 입원당시에는 좌위 후 기립시 요부 및 좌측 고관절 부위 통증을 호소하였고 야간통이 있어 수면 장애를 호소하였으며, 좌측 고관절 부위 통증의 경우 보행시보다 와위 같은 안정시 더 증가하는 경향을 보였다. 고관절 부위 봉약침 시술을 포함한 한방적 보존 치료 후 NRS는 입원당시 8점에서 퇴원시 4점으로 절반가량 감소하였다. ODI는 입원당시 42.22에서 퇴원 당시 22.22로 감소하였고 EQ-5D는 입원당시 12점에서 퇴원시 10점으로 다소 감소하였다. SLRT의 경우 입원시 40/40에서 퇴원시 40/60으로 좌측의 범위가 증가하였다. 퇴원시에는 야간통은 소실되었으며 좌위 후 기립시 요부 통증은 거의 사라지고 좌측 고관절 부위 통증만 잔존한 상태이나 입원시에 비하여 안정시 통증 또한 감소하게 되었다.

양의학계에서도 대퇴 비구 충돌 증후군에 관한 논문은 적은 실정이며 한의학계에서는 대퇴 비구 충돌 증후군 관련 연구는 전무한 실정이다. 본 증례가 한의학적 보존치료를 통한 통증관리에 대한 가능성을 보여주는 첫 사례가 될 것이다.

본 증례에서는 요추 추간판 탈출증을 동반한 대퇴 비구 충돌 증후군을 진단 받은 환자에 대해 고관절 부위 봉약침 치료를 포함한 한의학적 보존치료를 시행하여 긍정적 효과가 있었다는데 의의가 있으나, 사례가 1례로 부족하고 추간판 탈출증을 동반한 사례이기 때문에 한계점이 있다.

그러므로, 대퇴 비구 충돌증후군에 대한 한의학적 치료방법 및 효과에 대한 추가적 연구가 필요할 것으로 생각된다.

## IV. 결 론

요추 추간판 탈출증을 동반한 대퇴 비구 충돌증후군을 진단받은 환자 1례에 대해 고관절 부위 봉약침 치료를 포함한 한방 보존적 치료를 시행하여 요부와 좌측 고관절 부위 통증 감소 및 ODI, EQ-5D 감소에 유의한 효과가 있어 보고하는 바이다.

## V. 참고문헌

1. 대한정형외과학회. 정형외과학. 제 6판. 서울: 최신행사 2006;617-30.
2. 김기용, 김영태, 이춘성, 이수호, 김용정. 파열된 요추 추간판 탈출증의 자기공명영상 소견. 대한정형외과학회지, 1991;26(6):1779-87.
3. 석세일. 척추외과학. 개정신판. 서울:최신행사. 2004;218-9.
4. Goodman DA, Feighan JE, Smith AD, et al: Subclinical slipped capital femoral epiphysis. J Bone Joint Surg, 1997; 79A:1489-97.
5. Tonnis D and Heinecke A: Current concepts reviewacetabular and femoral anteversion: relationship with osteoarthritis of the hip. J Bone Joint Surg, 1999;81A:1747-70.
6. 황득수, 남대철, 양재훈, 강태환. 대퇴 비구 충돌 진단에서 양측 고관절 단순 전후방 방사선 사진의 유용성. 대한고관절학회지, 2007; 19(2):105-11.
7. Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Notzli H, Siebenroc KA. Femoroacetabular impingement :a cause for osteoarthritis of the hip. Clin Orthop Relat Res. 2003;417: 112-20.
8. Ganz R, Bamert P, Hausner P, Isler B, Vrevc F. cervicoacetabular impingement after

- femoral neck fracture. *Unfallchirurg*. 1991;94:172-5.
9. 김문호. 봉독요법과 봉침요법. 서울:한국교육기획 1992;95-103.
  10. 황득수, 이창환, 이충희. 대퇴 비구 충돌을 일으키는 골성 변형의 관절경적 치료. *대한정형외과학회지*. 2006;41(5):778-84.
  11. Beaulé PE, Le Duff MJ, Zaragoza E. Quality of life following femoral head-neck osteochondroplasty for femoroacetabular impingement. *J Bone Joint Surg Am*. 2007;89:773-9.
  12. Expinosa N, Rothenfluh DA, Beck M, Ganz R, Leunig M. Treatment of femoroacetabular impingement: preliminary results of labral refixation. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88:925-35.
  13. 이정범, 황득수, 강찬, 연구웅. 대퇴 비구 충돌의 관절경적 치료: 2-5년 추시 결과. *대한정형외과학회지*. 2010;45(3):188-97.
  14. 하인혁, 박원상, 우인, 김하늘, 고동현, 윤유석. 요각통 환자의 통증 평가에 있어서 수직, 수평선 Visual Analogue Scale과 Numerical Rating Scale 간의 상관관계. *한방재활의학과 학회지*. 2006;16:125-33.
  15. 전창훈, 김동재, 김동준, 이환모, 박희진. 한국 어판 Oswestry Disability Index(장애지수)의 문화적 개작. *대한척추외과학회지*. 2005;12(2):146-52.
  16. Kim TS, Kim SW, Lee SD, Choi HJ, Kang BS, Bae SC. Follow up study about health-related quality of life in injury patients. *J Korean Soc Emerg Med*. 2006;17(6):637-45. (Korean)
  17. 이환모, 박문수. 요추부 추간판 탈출증의 분류 및 영상진단. *대한척추외과학회지*. 2001;18(3):314-20.
  18. 이수호. 고관절 주위 통증의 감별진단. *update on musculoskeletal pain*. 2008;8(2):8-9.
  19. 김영호. 고관절 주위 통증의 수술적 치료. *update on musculoskeletal pain*. 2008;8(2):20.
  20. Kassarian A, FRCPC, Cerezal L and Llopis E: Femoroacetabular impingement. *Top Magn Reson Imaging*, 2006;17:337-45.
  21. Robertson WJ, Kadrmas WR, Kelly BT. Arthroscopic management of labral tears in the hip: a systematic review of the literature. *Clin Orthop Relat Res*. 2007;455:88-92.
  22. 이재동. 봉독요법-임상활용방법을 중심으로. *대한한의학회지*. 2000;21(3):3-8.
  23. 이길승, 이건목, 염승철. 경추 신경근증 환자에 있어서 봉약침 치료의 효과에 대한 임상적 고찰. *대한침구학회지*. 2005;22(3):201-13.
  24. 김필성, 황득수, 강찬, 이정범, 이우용, 한순철. 젊은 태권도 선수에서 대퇴비구 충돌의 관절경적 치료. 2011;46:303-11.
  25. 이정범, 김원중, 황득수, 강찬, 연구웅. 대퇴비구 충돌의 관절경적 치료 후 불충분한 증상 호전의 원인: 유한요소분석 모델 연구. 2010;45:464-728.