

원저

요추 추간관 탈출증의 재발에 관한 통계적 연구

신영일 · 이 현 · 이병렬

대전대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

Clinical Study on Reattack of HIVD

Young-Il, Shin · Hyun, Lee · Byung-Ryul, Lee

Department of Acupuncture & Moxibustion Oriental Medicine,
Tae-Jon University

Objective : This study had been done to develop treatment and prevention on HIVD by using this result.

Methods : To obtain this result, we examined 51 case of patients who visit Dept. of Acupuncture and Moxibustion. Oriental Medical Hospital. Taejon University. diagnosed HIVD.

Results : As a result of this examination, we detected the fact that reattack rate is 3.9% and it is important to exercise physically to prevent growing worse symptoms. And we develop further method of treatment to treat people more effectively. Detailed contents are as followed.

Conclusion : We want to be put this knowledge to practical use on treating HIVD and think the study like this must be go on continuously.

key words : Reattack, HIVD, Physical exercise, Clinical study

- 접수 : 10월 30일 · 수정 : 11월 7일 · 채택 : 11월 24일
· 교신저자 : 신영일, 대전시 중구 대흥동 대전대학교 부속 대전한방병원 의국2(Tel. 042-229-6859)
E-mail : doorsss@hanmail.net

I. 서론

腰痛은 우리가 일상생활에서 가장 흔하게 경험하는 증상중의 하나일 것이다. 정상인의 약 80% 정도가 평생동안 한차례 이상의腰痛을 경험한다고 하며, 대개의 경우 적절한 치료로 회복되기에 그 중요성에 대한 인식이 떨어지고 있으나 한편으로는 평생동안 재발과 통증에 고통받을 수 있는 증상이기에 그 중요성은 강조되고 있다¹⁾.

腰痛이란腰部에 나타나는 모든 통증을 일괄하여 표현하는 용어로서 특정한 병명이나 증후군을 말하는 것은 아니며, 일반적으로腰椎部와薦骨部の 통증, 그리고腰脚痛과腰脅痛을 포함하는 개념으로 사용된다²⁾.

韓醫學에서의腰痛에 대한 최초의 기록은《內經·氣交變大論》³⁾에서 찾아볼 수 있으며 그 내용은“歲水不足…民病腹滿身重流泄寒傷流水腰膂痛發”이라 하였고,《內經·六元正紀大論》³⁾에서는“太陽所至爲腰痛”이라 하였으며,《內經·刺節眞邪論》³⁾에서는“腰脊者從大椎至尾胝乃身之大關節”이라言及하고 있다. 이후의 문헌에서巢⁴⁾는少陰, 風痺, 腎虛, 寢臥濕地의原因으로腰痛을分類했으며,龔⁵⁾은腎虛, 瘀血, 濕痰 등으로許⁶⁾는十種腰痛으로分類하였다.

腰椎는 다른脊椎와 비교하여 상대적으로 과부하가 걸리는 부분이며 따라서 압박과 긴장을 가장 많이 받음으로 인해서 손상과 변성의 기회가 그만큼 많아지는 부분이기도 하다⁷⁾.

서양의학적으로腰痛의 원인은 크게 정신적 원인과 기질적 장애로 나눌수 있으며 손상부위별로는추체성 요인, 추간관성 요인, 맥관성 요인, 신경계성 요인, 정신신경성 요인으로 구분하고 있는데 대개의腰痛의 경우 추체와 추간관성 요인으로 통증이 유발되는 경우가 많다^{1,7)}.

그중에서 요각통에 해당하는 요추 추간관 탈출증은 추간관의 퇴행성 변화에 의해서 섬유륜의 내측, 또는 외측 섬유외의 파열로 수핵이 일부 또는 전부가 탈출을 일으켜 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 신경 증상을 유발하는 질환으로 크게 보존적 요법과 수술적 요법으로 치료하고 있으나 퇴행성 변화를 일으킨 추간관과 돌출된 수핵에 대한 근본적 치료는 할수 없는 실정으로 많은 환자가 치료와 재발을 반복하고 있는 실정이다⁸⁾. 이처럼 임상상 상당수의 환자가 재발의 위험에 노출되어 있지만 아직까지 재발율에 관한 어떠한 통계자료도 접할 수가 없었다.

또한 근간 사회가 현대화되면서 과도한 업무와 운동부족, 스트레스 등으로腰痛이 전반적으로 증가되는 추세를 보이고 있으며 따라서腰痛의 중요성은 점차 그 비중이 증가하고 있는 실정이다^{9,10)}.

이에 著者は 1999년 1월 1일부터 2000년 12월 31일까지 大田大學校 附屬 大田 韓方病院에 來院한 入院患者中 요추 추간관 탈출증을 主所症으로 하는 51名の 환자를 대상으로 하여 추간관 탈출증의 재발율, 재발율과 생활환경과의 관계, 한방치료의 선호도 및 문제점을 추적조사하여 보고하며, 향후 요각통의 예방과 치료에 임상자료로 활용되기를 바라는 바이다.

II. 관찰대상 및 방법

1. 관찰대상

1999년 1월 1일부터 2000년 12월 31일까지 24개월간 대전대학교 한방병원 침구과에 요추 추간관 탈출증을 진단받고 입원치료 하였던 환자중 추적조사가 가능하였던 51例의 환자를 관찰대상으로 하였다.

2. 관찰방법

요통환자의 성별, 연령별, 직업별 분포, 퇴원당시

및 퇴원후의 상태, 퇴원후의 재발여부 및 재발회수, 퇴원후 치료여부 및 방법, 생활체육 및 기타 재발방지를 위한 행위여부, 한방치료의 선호도 및 문제점에 관하여 관찰하였으며 주요기준은 다음과 같다.

1) 연구방법

연구 대상자 51명을 아래와 같이 나누어 관찰, 분석하였다.

- ① 성별 및 연령별 분포(Table I)
- ② 직업별 분포(Table II)
- ③ 퇴원시의 상태(Table III)
- ④ 현재의 상태(Table IV)
- ⑤ 퇴원후 기간에 따른 상태변화(Table V)
- ⑥ 운동 종류별 상태변화(Table VI)
- ⑦ 퇴원후 치료방법별 분포(Table VII)
- ⑧ 재발회수별 분포(Table VIII)
- ⑨ 재발후 치료방법별 분포(Table IX)
- ⑩ 한방치료의 선호도(Table X)
- ⑪ 선호 및 비선호에 대한 이유(Table XI)

2) 환자의 상태

症狀의 정도를 객관화하기 위하여 아래의 방법에 따라 5단계로 분류하였다.

- ① Grade 0 : 동통 및 동작제한이 전혀 없는 경우.
- ② Grade I : 경도의 동통(Slight Pain)이 있는 경우. 안정시에는 동통이 없고 동작시에만 미약한 동통이 있는 경우.
- ③ Grade II : 중등도의 동통(Moderate Pain)이 있는 경우. 동작에는 제한이 없으나 통증으로 불편한 상태.
- ④ Grade III : 심통(Severe Pain)이 있는 경우. 통증으로 동작이 제한되나 거동은 어느정도 가능한 상태.
- ⑤ Grade IV : 극심통(Extremely Severe

Pain)이 있는 경우. 통증으로 인해서 자력으로는 거동이 불가능한 상태.

3) 연구도구

본 연구의 도구는 문헌 고찰과 선행 연구를 통하여 연구자가 직접 제작한 자기기입식 질문지법을 사용하였으며, 사전 조사를 통해 얻어진 결과를 수정, 보완하여 최종적 도구로 사용하였다.

4) 용어의 정의

Pain Grade가 증가되고 방사선 소견상 수핵탈출이 심화되거나 새로운 탈출소견을 보이는 경우로 재발의 범위를 한정하였다.

5) Difference of Pain Grade의 산출

현상태와 기존의 상태를 비교하기 위하여 현재(2001.10.1)의 Pain Grade-퇴원시의 Pain Grade의 방법으로 산출하였다.

3. 연구의 제한점

본 연구는 다음과 같은 제한점을 가지고 있다.

- 1) 2000년도 대전대학교 부속 대전 한방병원 침구과에 입원치료한 환자중 요추 추간판 탈출증으로 진단받은 환자 51예만을 대상으로 하였기 때문에 전체 요추 추간판 환자들에게 일반화하는데 어려움이 있다.
- 2) 요추 추간판 탈출증의 재발에 미치는 다양한 변수들을 모두 통제하지는 못하였다.

III. 성 적

1. 성별, 연령별 분포

性別에 따른 발생빈도를 살펴보면 남자는 32例(62.8%), 여자는 19例(37.2%)로 그 비율이 1.7:1

Table.1. Age & Sex Distribution

Sex\Age	10~19(%)	20~29(%)	30~39(%)	40~49(%)	50~59(%)	60~69(%)	70~79(%)	80~(%)	Total(%)
Male(%)	2(3.9)	6(11.9)	7(13.7)	5(9.8)	7(13.7)	2(3.9)	2(3.9)	1(2.0)	32(62.8)
Female(%)	0(0.0)	4(7.8)	3(5.9)	2(3.9)	3(5.9)	3(5.9)	4(7.8)	0(0.0)	19(37.2)
Total(%)	2(3.9)	10(19.7)	10(19.6)	7(13.7)	10(19.6)	5(9.8)	6(11.7)	1(2.0)	51(100.0)

Table.2. Job Distribution

Sex\Job	Commerce(%)	Agriculture(%)	Household Matters(%)	Industry(%)	Service(%)	None(%)	Total(%)
Male(%)	9(17.6)	6(11.8)	0(0.0)	4(7.8)	7(13.7)	6(11.8)	32(62.7)
Female(%)	5(9.8)	3(5.9)	7(13.7)	1(2.0)	3(5.9)	0(0.0)	19(37.3)
Total(%)	14(27.4)	9(17.7)	7(13.7)	5(9.8)	10(19.6)	6(11.8)	51(100.0)

Table.3. The Pain Grade at Discharge

No\Grade	Gr IV(%)	Gr III(%)	Gr II(%)	Gr I(%)	Gr 0(%)	Total(%)
Male(%)	3(5.9)	6(11.8)	5(9.8)	18(35.2)	0(0.0)	32(62.7)
Female(%)	1(2.0)	2(3.9)	5(9.8)	11(21.6)	0(0.0)	19(37.3)
Total(%)	4(7.9)	8(15.7)	10(19.6)	29(56.8)	0(0.0)	51(100.0)

Table.4. The Pain Grade at Present(2001.10.1)

No\Grade	Gr IV(%)	Gr III(%)	Gr II(%)	Gr I(%)	Gr 0(%)	Total(%)
Male(%)	0(0.0)	4(7.8)	8(15.7)	20(39.2)	0(0.0)	32(62.7)
Female(%)	1(2.0)	3(5.9)	4(7.8)	10(19.6)	1(2.0)	19(37.3)
Total(%)	1(2.0)	7(13.7)	12(23.5)	30(58.8)	1(2.0)	51(100.0)

이었다.

年齡別 발생빈도는 10대가 2예(3.9%), 20대가 10예(19.6%), 30대가 10예(19.6%), 40대가 7예(13.7%), 50대가 10예(19.6%), 60대가 5예(9.8%), 70대가 6예(11.7%), 80대 이상이 1예(2.0%)로 관찰되었다(Table 1).

2. 직업별 분포

직업별 발생빈도를 살펴보면 상업 14예(27.4%), 농업 9예(17.7%), 가사 7예(13.7%), 산업 5예(9.8%), 서비스업 10예(19.6%), 무직 6예(11.8%)로 관찰되었다(Table 2).

3. 퇴원시의 상태

퇴원시의 상태에서는 Gr I인 경우가 29예(56.8%)로 가장 많았고, Gr II는 10예(19.6%), Gr III 8예(15.7%), Gr IV 4예(7.9%)로 관찰되었

고 Gr 0은 없었다(Table 3).

4. 현재의 상태

현재의 상태별 분포를 살펴보면 Gr I인 경우가 30예(58.8%)로 가장 많았고, Gr II는 12예(23.5%), Gr III 7예(13.7%), Gr IV, Gr 0이 각각 1예(2.0%)로 관찰되었다(Table 4).

5. 퇴원후 기간에 따른 상태변화

본 항목은 HIVD의 기간별 상태를 좀더 객관적으로 조사하기 위하여 총례에서 퇴원후에 수술치료를 받은 환자 4예를 제외한 47예의 환자를 대상으로 하였다.

증상의 변화가 없는 경우가 35예(74.6%)로 가장 많았고, 1인 경우가 5예(10.6%), -1이 4예(8.5%), 3, 2, -2가 각각 1예(2.1%)로 관찰되었다.

Table.5. Difference of Pain Grade according to Duration

Duration\Difference	3(%)	2(%)	1(%)	0(%)	-1(%)	-2(%)	Total(%)
10 ~ 15 (%)	1(2.1)	0(0.0)	1(2.1)	8(17.1)	0(0.0)	0(0.0)	10(21.3)
16 ~ 20 (%)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.1)	6(12.8)	0(0.0)	0(0.0)	8(14.9)
21 ~ 25 (%)	0(0.0)	0(0.0)	2(4.3)	7(14.9)	1(2.1)	1(2.1)	14(23.4)
26 ~ 30 (%)	0(0.0)	1(2.1)	1(2.1)	7(14.9)	1(2.1)	0(0.0)	11(21.2)
over 31 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(14.9)	2(4.3)	0(0.0)	8(19.2)
Total (%)	1(2.1)	1(2.1)	5(10.6)	35(74.6)	4(8.5)	1(2.1)	47(100.0)

Table.6. Difference of Pain Grade on Physical Activities

Exercise\Difference	3(%)	2(%)	(%)	0(%)	-1(%)	-2(%)	Total(%)
William's Exercise(%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(14.9)	0(0.0)	0(0.0)	8(14.9)
McKenzie's Exercise(%)	0(0.0)	1(2.1)	0(0.0)	4(8.5)	0(0.0)	0(0.0)	5(10.6)
Walking(%)	1(2.1)	0(0.0)	2(4.3)	6(12.8)	0(0.0)	0(0.0)	10(19.2)
Running(%)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.1)	3(6.4)	0(0.0)	0(0.0)	4(8.5)
Swimming(%)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.1)	5(10.6)	1(2.1)	0(0.0)	8(14.8)
None(%)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.1)	10(21.4)	3(6.4)	1(2.1)	16(32.0)
Total(%)	1(2.1)	1(2.1)	5(10.6)	35(74.6)	4(8.5)	1(2.1)	47(100.0)

Table.7. The Method of Treatment after Discharge

No\Treatment	Oriental Medicine (Hospital)(%)	Oriental Medicine (Local)(%)	Western Medicine (Hospital)(%)	Western Medicine (Local)(%)	over 2 Methods(%)	None(%)	Total(%)
No	7(13.7)	12(23.5)	3(5.9)	10(19.6)	4(7.8)	15(29.5)	51(100.0)

기간별 분포에서는 기간이 지날수록 증상의 악화가 호전에 비해 많은 것으로 관찰되었다(Table 5).

6. 운동의 종류별 상태변화

본 항목 역시 좀더 객관적인 통계자료의 산출을 위하여 총례에서 퇴원후에 수술치료를 받은 환자 4례를 제외한 47례의 환자를 대상으로 하였다.

William's Exercise, Mckenzie's Exercise, Walking, Running, Swimming등 운동의 종류별 상태변화는 큰 차이가 보이지 않았으며 악화율은 2.9%로 관찰되었고, 운동을 하지않은 대상군에서는 악화율 25.0%로 증상의 악화가 보다 심함을 알수 있었다(Table 6).

7. 퇴원후 치료방법별 분포

퇴원후 치료방법별 분포에서는 치료를 받지 않은 경우가 15례(29.5%)로 가장 많았고, 한의원 12례(23.5%), 양방의원 10례(19.6%), 한방병원 7례(13.7%), 양방병원 3례(5.9%)로 조사되었다(Table 7).

8. 재발회수별 분포

재발회수별 분포에서는 1회 재발이 2례로 총례의 3.9%로 관찰되었다(Table 8).

Table.8. The Number of Reattack

No\Reattack	1 Time(%)	2 Times(%)	Over 3 Times(%)	Total(%)
No	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(100.0)

9. 재발후 치료방법별 분포

재발후 치료방법별 분포에서는 2례에서 모두 수

술요법을 선택하였다(Table 9).

Table.9. The Method of Treatment after Reattack

No\Treatment	Oriental Medicine(%)	Western Medicine(None Operation)(%)	Operation(%)	Total(%)
No(%)	0(0.0)	0(0.0)	2(100.0)	2(100.0)

10. 한방치료의 선호도

한방치료의 선호도에서는 38예(74.5%)에서 한방 치료를 선호하는 것으로 나타났고, 13예(25.5%)에 서는 선호하지 않는 것으로 조사되었다(Table 10).

Table.10. Likeness on Oriental Medicine

No\Likeness	Likeness(%)	Unlikeness(%)	Total(%)
No(%)	38(74.5)	13(25.5)	51(100.0)

11. 선호 및 비선호에 대한 이유

선호 및 비선호에 대한 구체적인 이유로는 선호 하는 경우, 치료효과의 우수가 17예(33.3%)로 가 장 많았고, 양방치료에 대한 불신이 13예(25.5%), 친절한 서비스가 6예(11.8%), 기타 2예(3.9%)로 관찰되었다. 선호하지 않는 경우에는 통증제어의 부족이 5예(9.9%), 명확한 치료대책의 부재가 4예 (7.8%), 불친절함이 2예(3.9%), 기타 2예(3.9%) 로 조사되었다(Table 11).

Table.11. The Reason of Likeness or Unlikeness on Oriental Medicine

	Reason	No(%)	Total(%)
Unlikeness	Absence of Pain Control	5(9.9)	13(25.5)
	Absence of Clear Treatment Plan	4(7.8)	
	Unkindness	2(3.9)	
	Others	2(3.9)	
	Excellent Effect of Treatment	17(33.3)	
Likeness	Unbelief to Western Medicine	13(25.5)	
	Kindness	6(11.8)	
	Others	2(3.9)	
			51(100.0)

IV. 총괄 및 고찰

腰痛이란腰部에서 나타나는 諸痛症을 말하는 것으로 요부란 제2및 제3腰椎間으로부터 腰薦및 薦腸關節까지의 부위로 膀之上 膂之下의 부분을 말한다¹⁾

腰部는 인체의 여러 관절중에서도 많은 부하를 받는 부분이며 직립보행을 하는 인간에 있어서 요통은 80% 정도의 사람들이 일생에 한번이상은 경험하는 증상으로 그 중요성이 강조되고 있다¹⁾.

韓醫學에서의腰痛에 대한 최초의 기록은 《內經氣交變大論》³⁾에서 찾아볼 수 있으며 이후의 여러 문헌에서腰痛에 관한 내용을 다루고 있으나 대개 腎氣不足이나 風寒濕등의 外邪의 侵襲으로 보는 경향이 많았고 許⁶⁾는 十種腰痛으로 분류하여腰痛에 관한 내용을 집대성하였다.

서양의학적으로 요통을 유발할 수 있는 인자들은 무수히 많은 것으로 알려져 있으나 대별하여 보면 기질성 요인과 정신적 요인으로 나눌 수 있다. 그중에서도 요통을 가장 많이 유발시키는 인자로는 추간판성 요인과 추체성 요인으로 생각할 수 있으며⁷⁾ Mixer¹²⁾, 林¹³⁾ 등은 요통을 유발시키는 원인의 대부분은 요추 추간판 탈출증이라고 말하고 있다.

요추 추간판 탈출증이란 추간판의 퇴행성 변화에 의해서 섬유륜의 내측, 또는 외측 섬유외의 파열로 수핵이 일부 또는 전부가 탈출을 일으켜 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 신경 증상을 유발하는 질환으로 크게 보존적 요법과 수술적 요법으로 치료하고 있으나 퇴행성 변화를 일으킨 추간판과 돌출된 수핵에 대한 근본적 치료는 할수 없는 실정이다⁸⁾. 따라서 상당수의 환자가 임상상 재발의 위험에 노출되어 있으며 재발방지를 위한 많은 노력이 필요하리라 생각된다.

요통 환자는 환자 자신 뿐만 아니라 그 가족도

정신적인 고통과 경제적인 부담을 안게 되며 더 나아가 사회적으로는 인력 손실과 능률의 저하, 생산성 저하라는 결과를 초래하게 된다¹⁴⁾.

또한 요통을 유발시키는 많은 질병중에서 요추 추간판 탈출증은 앞에서 언급한 바와 같이 병소에 대한 근본적인 치료가 현실적으로 불가능한 상태이기 때문에 치료뿐 아니라 그 관리가 매우 중요하다 할 수 있겠다. 따라서 환자가 평소 자세와 습관, 운동, 허리를 보호하는 방법 등을 통한 꾸준한 통증관리를 해준다면 큰 문제가 되지 않을 것이지만 아직도 많은 사람들은 가볍게 시작한 통증으로 오랜 세월동안 고생하고 있으며, 결국 평생동안 곤란을 겪게 된다¹⁵⁾. 이¹⁶⁾ 등은 생활체육의 여부가 동통의 증감에 큰 영향이 있음을 보고한바 있다.

현재 의학이 고도로 발달함에도 불구하고 요통은 점점 늘어나는 추세인데도 많은 환자들이 아직까지 통증의 관리의 중요성을 인식하지 못하고 있으며 요추 추간판 탈출증의 재발에 관한 보고는 찾아볼 수 없었다. 이에 본 연구에서는 요추 추간판 탈출증 환자에게 대한 추적조사를 통하여 일상생활에서의 관리가 증상의 경감에 미치는 영향과 재발에 관한 내용을 비교 분석하고자 하였다.

본 연구에서 임상관찰하여 분석한 바는 다음과 같다.

성별에 따른 발생빈도를 살펴보면 남자는 32예(62.8%), 여자는 19예(37.2%)로 그 비율이 1.7:1로 남자가 많았으며, 이는 윤¹⁷⁾의 1:1.3의 비율로 여자가 많았던 결과와는 상이한 결과로 이는 대상 환자중 추적조사가 가능하였던 환자를 대상으로 하였다는 연구의 한정성에 기인한 결과로 사료된다.

年齡別 발생빈도는 10대가 2예(3.9%), 20대가 10예(19.6%), 30대가 10예(19.6%), 40대가 7예(13.7%), 50대가 10예(19.6%), 60대가 5예(9.8%), 70대가 6예(11.7%), 80대 이상 1예(2.0%)의 순이었다. 대개 20~50대의 청장년층에

서 높은 분포를 보였는데, 이는 추간판의 퇴행성 변화가 이루어지는 시기와 왕성한 사회생활을 하는 시기가 겹쳐서 이루어진 결과로 생각된다.

직업별 발생빈도를 살펴보면 상업 14예(27.4%), 서비스업 10예(19.6%), 농업 9예(17.7%), 가사 7예(13.7%), 무직 6예(11.8%), 산업 5예(9.8%)의 순으로 나타났다.

퇴원시의 상태에서는 Gr I인 경우가 29예(56.8%)로 가장 많았고, Gr II는 10예(19.6%), Gr III 8예(15.7%), Gr IV 4예(7.9%)로 관찰되었고 Gr 0은 없었다. Gr IV에 해당하는 4예의 경우는 증상의 호전이 없이 퇴원후 수술적 치료를 받은 환자로 추적조사결과 확인되었고, 대개의 경우에 Gr I, Gr II의 정도의 통증이 남아있는 상태에서 퇴원하였던 것으로 관찰되었다.

현재의 상태별 분포를 살펴보면 Gr I인 경우가 30예(58.8%)로 가장 많았고, Gr II는 12예(23.5%), Gr III 7예(13.7%), Gr IV, Gr 0이 각각 1예(2.0%)로 관찰되었다. 퇴원시의 상태와 큰 차이는 없었으나 Gr IV에 해당되었던 환자들이 수술요법으로 증상의 호전을 보여 그 수가 줄어든 것이 관찰되었다.

퇴원후 기간별 상태변화에서는 HIVD의 기간별 상태를 좀더 객관적으로 조사하기 위하여 총례에서 퇴원후에 수술치료를 받은 환자 4예를 제외한 47예의 환자를 대상으로 하였는데, 상태의 변화가 없는 경우가 35예(74.6%)로 가장 많았고, 1인 경우가 5예(10.6%), -1이 4예(8.5%), 3, 2, -2가 각각 1예(2.1%)로 관찰되었다. 전반적으로 약간씩의 호전이 발견되었으나 뚜렷한 변화는 아니었으며, 기간별 분포에서는 기간이 지날수록 증상의 악화가 호전에 비해 많은 것으로 관찰되었다. 이는 대다수의 사람들이 질병 관리의 중요성을 인식하지 못하고 있음에 기인한 결과라 사료된다.

운동의 종류별 상태변화를 살펴보면 William's

Exercise, McKenzie's Exercise, Walking, Running, Swimming 등 운동의 종류별 상태변화는 큰 차이가 보이지 않았으며 악화율은 2.9%로 관찰되었다. 다만, 운동을 하지 않은 대상군에서는 악화율 25.0%로 증상의 악화가 심하여짐을 알 수 있었다. 이는 이¹⁵⁾의 보고와 같은 결과로 생활체육의 경험이 요통의 감소에 크게 기여함을 알 수 있는 결과라고 사료된다. 또한 일반적으로 요통환자에 많이 시행되고 있는 윌리암스의 굴곡운동과 매켄지의 신전운동과의 증상변화의 차이점은 크게 나타나지 않았는데, 이는 Zylbergold¹⁸⁾의 연구와 유사한 결과이며 신전운동이 더 효과가 있음을 보고한 Ponto¹⁹⁾의 연구와는 다른 결과로 향후 이에 대한 보다 정확한 연구가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

퇴원후 치료방법별 분포에서는 치료를 받지 않은 경우가 15예(29.5%)로 가장 많았고, 한의원 12예(23.5%), 양방의원 10예(19.6%), 한방병원 7예(13.7%), 양방병원 3예(5.9%)로 조사되었다. 병원급보다는 의원급의 의료기관을 주로 이용하는 것으로 나타났으며 한방병원에 입원했던 환자만큼 한방선호도가 양방선호도보다는 높게 나타났다.

재발회수별 분포에서는 1회 재발이 2례로 조사되었으며 2회, 또는 3회의 재발은 없었다. 따라서 재발율은 3.9%로 나타났으며 이번 연구의 조사대상이 51례로 한정되었던 점을 감안한다면 향후 보다 많은 자료를 축적하고 지속적인 연구로 보다 정확한 수치가 산정되어야 할 문제라고 생각된다.

재발후 치료방법에서는 2예에서 모두 수술요법을 선택하였다.

한방치료의 선호도에서는 38예(74.5%)에서 한방치료를 선호하는 것으로 나타났고, 13예(25.5%)에서는 선호하지 않는 것으로 조사되었다. 대개 증상의 호전이 있었던 환자들에서는 한방치료를 선호하는 것으로 조사되었으며 그렇지 않은 환자들에서는 한방치료에 대한 불신이 높았다.

선호 및 비선호에 대한 구체적인 이유로는 선호하는 경우, 치료효과의 우수가 17예(33.3%)로 가장 많았고, 양방치료에 대한 불신이 13예(25.5%), 친절할 서비스가 6예(11.8%), 기타 2예(3.9%)로 관찰되었다. 선호하지 않는 경우에서는 통증제어의 부족이 5예(9.9%), 명확한 치료대책의 부재가 4예(7.8%), 불친절함이 2예(3.9%), 기타 2예(3.9%)로 조사되었다. 역시 치료효과의 유무가 선호 및 비선호를 구별짓는 주된 기준이었으며, 비선호 집단의 수치에서 보이는 것처럼 한방적인 통증제어 및 명확한 치료방법의 확립이 향후 한방치료의 발전에 중요한 위치를 차지할 것으로 사료된다.

이상에서 살펴본 바와 같이 요추 추간판 탈출증 환자의 경우 그 재발 가능성으로 인해 보다 적극적인 치료 및 관리가 필요하리라 생각되며 운동요법의 병행은 그 하나의 방편이 될 수 있음을 살펴보고, 또한 한의학적인 치료방법에서 나타나는 여러 문제점을 보완한다면 보다 완전한 의학으로 거듭날 수 있는 계기가 될 수 있을 것이다. 다만 본 연구에서는 제한된 자료에서 도출된 결과였던 만큼 그 오차의 범위가 크리라 사료되며 향후 이에 대한 다각적인 연구와 분석이 필요하리라 생각된다.

V. 결론

2000년 1월 1일부터 2001년 12월 31일까지 24개월간 요추 추간판 탈출증을 진단받고 대전대학교 한방병원에 입원한 환자 51명을 대상으로 임상적 관찰을 한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 性別分布에서 남자는 62.8%, 여자는 37.2%로 그 비율이 1.7:1로 여자가 많았으며 연령별로는 20, 30, 50대가 가장 많았다.

2. 직업별 분포에서는 상업이 27.4%로 가장 많았고 서비스업, 농업, 가사, 무직, 산업의 순이었다.

3. 퇴원시의 상태로는 Gr I이 56.8%로 가장 많았고, Gr II, Gr III, Gr IV의 순으로 조사되었다.
4. 현재의 상태로는 Gr I이 58.8%로 가장 많았으며 Gr II, Gr III, Gr IV, Gr 0의 순으로 조사되었다.
5. 퇴원후 기간별 상태변화에서는 시간이 지날수록 증상의 악화가 심해지는 것으로 관찰되었다.
6. 운동의 종류별 차이는 발견되지 않았으며 운동을 하지않은 대상군은 증상의 악화율이 25.0%로 증상의 악화가 심하였다.
7. 퇴원후 치료를 받지 않은 경우가 29.5%로 가장 많았고, 그 다음으로 한의원, 양방의원, 한방병원, 양방병원의 순으로 의료기관을 이용하였다.
8. 재발율은 3.9%로 조사되었다.
9. 한방치료의 선호도는 74.5%로 나타났다.
10. 한방치료의 문제점은 통증 제어의 부족, 명확한 치료대책의 부재로 조사되었다.

VI. 참고문헌

1. 康命吉. 濟衆新編. 서울:杏林書院. 1975:146.
2. 全國韓醫科大學 鍼灸經穴學教室. 鍼灸學(下). 서울:집문당. 1988:1243.
3. 張馬合註. 黃帝內經素問. 서울:成輔社. 1975:289-295,322-323,560-562.
4. 巢元方. 巢氏諸病源候總論. 臺灣:昭人出版社. 1976:1-5.
5. 龔廷賢. 萬病回春(下). 서울:杏林出版. 1974:47-48.
6. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:南山堂. 1987:278-281.
7. 박병문. 요통의 원인과 치료. 대한정형외과학회지. 1977;12:1-8.
8. 대한정형외과학회. 정형외과학. 서울:최신의학사. 1989:377-381.
9. 하권익 외. 요추간판탈출증 154례의 수술적 가료에 대한 고찰. 대한정형외과학회지. 1980;15:218-222.
10. 崔容泰 外. 鍼灸科 領域에 있어서의 腰痛症의 治療效果에 關한 臨床的 研究. 慶熙大學校 30周年 紀念論文集. 1979;9:883-902.
11. 안중철. 성인요통환자의 요천부 X선 소견에 의한 통계적 고찰. 대한정형외과학회지. 1976;11:29-30.
12. Mixer, W.J. and Barr, J.S. Rupture of the Intervertebral Disc with Involvement of the Spinal Canal. N. Eng. J. Med. 1934:211:210.
13. 임광세. 요추간판 탈출증. 대한의학협회지. 1976;19:48.
14. McKenzie R.A. Treat your own back. Waikanae:Spinal Publications LTD. 1985:23-50.
15. 김명준. 요추추간판 탈출증에 대한 상체견인의 치료효과 연구. 대한물리치료사학회지. 1995;2:11-23.
16. 이준희. 생활체육 경험 유무가 요통환자의 회복에 미치는 영향. 인천대학교 교육대학원 석사학위논문. 1997.
17. 윤기봉. 추간판탈출증 환자의 침구치료에서의 아시혈 병행에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2001;18:226-236.
18. Zylbergold R.S. Piper M.C. Lumbar disk disease:Comparative analysis of physical therapy treatment.Arch.Phys. Med. Rehab. 1981;62:176-179.
19. Ponto J.D. Jensen G.J. & Kent B.E. A preliminary report on the use of the Mckenzie protocol versus Williams protocol in the treatment of low back pain. J. Orthop. Sports. Physio. 1984; 6:130-139.