

원저

直接灸 療法을 竝行한 腰脚痛 患者 治驗 3例

• 강준혁 · 김세종 · 박장우 · 홍서영 · 허동석 · 윤일지 · 오민석
• 대전대학교 한의과대학 한방재활의학과교실

The Clinical Report on the 3 Cases of Sciatica treated on Direct Moxibustion

Jun-hyuk Kang, O.M.D., Se-jong Kim, O.M.D., Jang-woo Park, O.M.D., Seo-Young Hong, O.M.D., Il-Ji Yoon, O.M.D., Dong-seok Heo, O.M.D., Min-Seok Oh, O.M.D.

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Orinetal Medicine, Daejeon University

ABSTRACT

Objectives	The purpose of this report is to examine the effects of direct moxibustion on the Low back pain and Lowerlimb radiating pain.
Methods	The patients were hospitalized in Daejeon Univ. Oriental Hospital and treated with acupuncture treatment, physical treatment and direct moxibustion. After treatments, we measured the VAS(Visual Analogue Scale) and PRS(Pain Rating Scale).
Results & Conclusions	VAS(Visual Analogue Scale) and PRS(Pain Rating Scale) scores were improved in 3 cases of Low back pain and Lowerlimb radiating pain treated with direct moxibustion. So it is suggested that direct moxibustion have the possibility to treat on sciatica.

Key word Sciatica, Direct moxibustion, VAS, PRS

1. 서론

요각통은 요추부와 천골부의 동통과 하지로 방산되는 동통을 동반하는 통증으로 단순히 증상을 표현할 뿐 어떤 특정한 병병이나 증후군을 지칭하는 것은 아니다¹⁾. 한의학에서의 요각통은 요추간판탈출증을 의미하는 것으로 주로 ‘腎氣不足而風邪所乘’ 또는 ‘寒氣痰濕入於膀胱及膽二經所致’ 등으로 보았으며 風寒濕 三氣가 腎氣不足을 乘하여 膀胱經과 膽經에 침입한 것이 주된 원인이라 할 수 있고^{2,3)}, 문 등⁴⁾은 요각통을 하지방산성 요통과 일치하며 十種腰痛 중 風腰痛에 해당된다고 하였다.

서양의학적으로 요통 및 하지방산통은 요추추간판탈출증의 주 증상⁵⁾으로 추간판의 팽윤이나 수핵의 탈출로 후종인대가 신장되어 경막신경을 자극하거나 추간공을 통해 척

추강내로 들어가는 도중에 압박이나 자극을 받게 되면 통증이 나타나는데⁶⁾, 수핵의 protrusion이 척추관의 중앙부로 빠져나오면 요통을 일으키고 외측으로 나오면 좌골신경통을 일으킨다⁷⁾. 요각통의 치료는 보존적 요법과 수술적 요법으로 대별되며 한의학적인 치료방법으로는 침구치료, 한약치료,推拿치료, 운동요법 등의 보존적 방법이 주로 활용되고 있다.

그 중에서 灸法이란 艾絨 혹은 기타 약물을 체표의 穴位상에 놓고 燒灼溫熨하여 灸火의 熱力을 피부에 투입시켜 經絡의 작용을 통하여 氣血을 溫通시킴으로써 치병과 보건목적에 도달하는 일종의 外治法으로⁸⁾, 열자극을 이용하여 경혈자극과 함께 손상조직 회복을 촉진시키는 뛰어난 치료법이나 宋代 이후 鍼이 중시되는 경향이 두드러져 왔고, 현대에 이르러서는 시술의 번거로움과 화상에 대한 기피로 인해 鍼에 비해 상대적으로 활용도가 낮은 상태이다⁹⁾.

요각통에 대한 기존의 연구로 전 등¹⁰⁾이 요추간판탈출증 환

자에게 봉약침을 사용하였으며, 이 등¹⁰이 견인요법을 사용하여 요각통에 유의한 효과를 보고하였으며, 직접구에 대한 연구로는 황 등¹², 신 등¹³, 위 등¹⁴의 연구가 있었으나 요각통 환자에 직접구를 사용한 임상보고는 많지 않았다.

이에 저자는 요통 및 하지방산통을 호소하는 요각통 환자 3례에서 직접구 요법을 병행하여 유의한 임상경과를 경험하였기에 본 증례들을 보고하고자 한다.

II. 본론

1. 치료방법

1) 침치료

침은 0.25×30 mm 일회용 stainless호침(Zeus Korea Acupuncture develop co., 한국)을 사용하였으며, 자침의 深度는 經穴에 따라 차이가 있었으나 일반적으로 10-20

mm로 시행하였고 1일 2회, 留針시간은 15분으로 하였다.

治療穴은 요추간판탈출부위로 腎俞, 大腸俞, 關元俞, 八髎穴을 基本穴로 하고 足太陽膀胱經과 足少陽膽經 중 環跳, 足三里, 委中, 承山, 崑崙을 취혈하였다.

2) 직접구 치료

직접구를 米粒大로 말아 非化膿灸로 督脈 및 膀胱經 상의 穴을 중심으로 환자가 통증을 호소하는 곳을 찾아 위, 아래 각 1혈씩 총 3혈과, 하지방산통의 위치에 따라 環桃, 承山, 足三里 등을 선별적으로 택한 후, 5장씩 2일에 한번 시술하였다. 시술은 침치료 및 물리치료가 시행된 후 3시간 이후에 실시하였다.

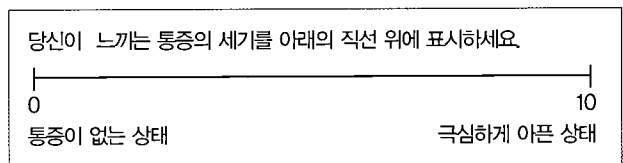


Fig. 1. Visual analogue scale(VAS)

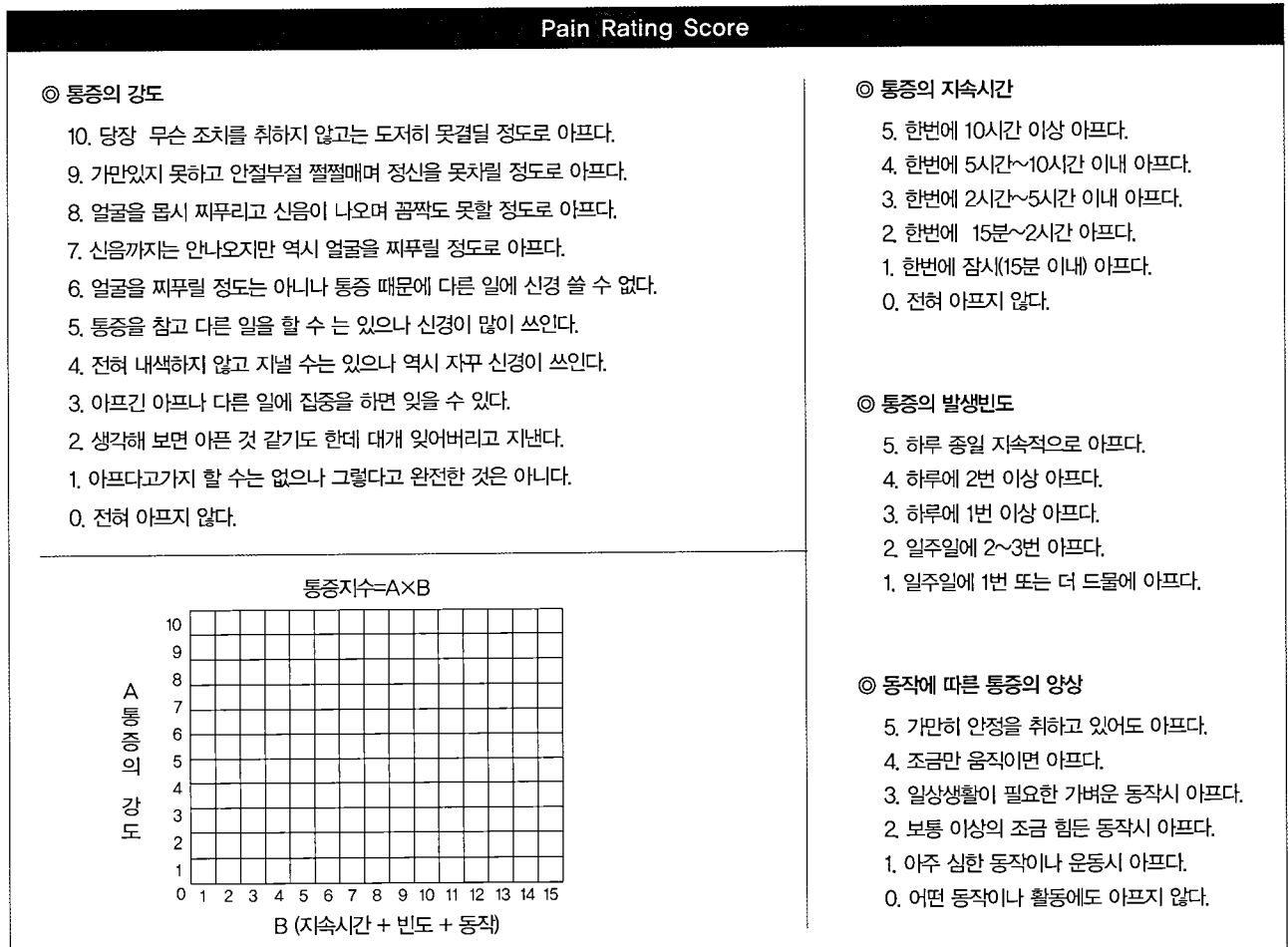


Fig. 2. Pain Rating Score(PRS)

3) 이학요법

환자의 상태에 따라 Hot-pack, TENS, ICT 등을 시행하였다.

2. 환자상태의 평가

1) 시각적 상사척도(Visual Analog Scale, VAS)¹⁵⁾

초기 입원 당시의 통증을 10으로 하고 통증이 없는 상태를 0으로 지정하여 환자 스스로 매회 직접구 시술 전후에 통증지수를 표기하게 하였다(Fig. 1).

2) 통증평정지수(Pain Rating Scale, PRS)¹⁵⁾

통증 강도의 변화 뿐만 아니라 시간, 빈도, 동작의 값들 중 어떠한 변화라도 예민하게 표현되며, 신뢰도가 높고, 이해하기 쉽고 기록하기 용이하여 임상적으로 유용한 PRS를 사용하여 직접구 시술전과 시술 종료 이후 평가하였다(Fig. 2).

3) 이학적 검사

본원 Chart에 의거해 S,L,R.(Straight leg raising) Test, Bragard Test, Laseque Test, Peyton Test, A,D,F(Ankle dorsiflexion), A,P,F(Ankle plantarflexion) 등의 이학적 검사를 시행하였다.

3. 증례보고

<증례 1>

1. 환자 병력 및 소견

- 1) 환자 : 진○○, 40세, 남자
- 2) 주소증 :腰痛, 左下肢痺感 및 放散痛, 歩行不利, 屈伸不利
- 3) 발병일 : 2005. 5.29.

4) 과거력 : 95년 TA, 04년 高血壓, 05년 胃炎 진단 받고 현재 치료 중

5) 가족력 : 父-胃癌

6) 사회력 : 기혼, 사무직 종사, 급한 성격

7) 현병력 : 2005년 5월 29일 사무실에서 앉아서 작업하고 일어나다가 상기 증상 발하여 별무치료 중 증상 지속되어 05년 6월 1일 본원 래원하여 안정 및 적극적인 한방치료 위해 입원함.

8) 진신평가

- (1) 의식상태 : 양호
- (2) 두 부 : 頸項痛
- (3) 호흡기계 : 양호
- (4) 소화기계 : 소화불량
- (5) 비뇨기계 : 양호
- (6) 맥 진 : 滑細
- (7) 설 진 : 舌淡紅 苔薄白
- 9) 이학적 소견
 - (1) 腰椎部 검사
SLR : 80°/70°
Bragard Test : -/-

Fig. 3. VAS changes of the clinical symptoms (Low back pain and buttock pain)(Case 1).

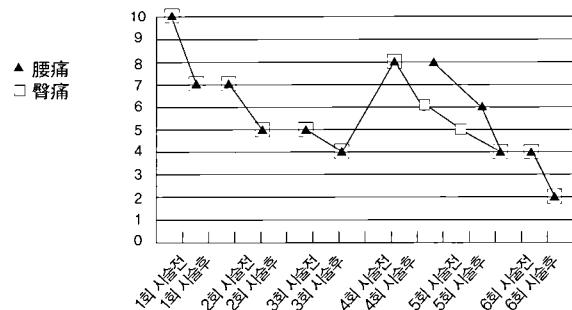


Table 1. Changes of The Clinical symptoms of Case 1 by treatment

Date	No.	Changes of symptoms
05. 6. 4.	1st	입원 후 요통 및 좌하지방산통, 우둔통 등으로 증상 악화된 상태였으나 1회 시술 후 우측요둔통 및 좌하지방산통 감소(VAS 7). SLR 75°/85°. PRS 104점.
05. 6. 6.	2nd	요통 및 우둔통은 감소(VAS 5)하였으나 좌하지방산통은 지속상태. 통증 감소로 인해 돌아눕는 동작과 굴신불리 등의 호전을 보임. SLR 75°/85°.
05. 6. 8.	3rd	요통 및 우둔통은 VAS 4, 좌하지방산통은 VAS 5로 호전. 보행 및 동작시 불편감 호전. SLR 85°/85°.
05. 6.10.	4th	시술 전일 자의적인 보행연습 후 VAS 8로 통증 악화된 상태에서 직접구 시술후 요통 및 좌하지방산통은 VAS 6으로 감소양상 있었으나 우둔통은 악화된 상태 지속.
05. 6.12.	5th	요통, 좌하지방산통 및 우둔통 VAS 4로 감소. SLR 85°/85°.
05. 6.14.	6th	요통, 우둔통은 VAS 2, 좌하지방산통은 VAS 3으로 호전되었으며, 보행 및 요부굴신 등의 동작시 미약한 통증 호소하는 상태로 통증 감소. SLR 85°/85°. PRS 55점.

Laseque Test : -/-

Peyton sign : -

ADF : ++/++(normal : ++)

APF : ++/++

10) 방사선소견

(1) L-spine MRI(05.06.01.) : HNP L4-5 paracentral area without interval change.

11) 약물처방

活絡湯(木瓜 白屈菜 玄胡索 8g, 威靈仙 6g, 羌活 獨活 當歸 熟地黃 赤芍藥 蒼朮 陳皮 乳香 沒藥 紅花 3g, 砂仁 甘草 2g, 生薑 大棗 6g)을 매일 2첩 분량으로 3회, 식후 30분에 120cc로 복용케 하였다.

12) 치료경과

환자의 임상적 치료경과는 다음과 같았다.(Table I, Fig. 3, 4)

<증례 2>

1. 환자 병력 및 소견

1) 환자 : 양○○, 40세, 남자

2) 주소증 :腰痛, 左臀痛, 左下肢痺感 및 放散痛, 歩行不利, 屈伸不利

3) 발병일 : 2005. 5.27.

4) 과거력 : 87년경 右側 脛骨骨折

5) 가족력 : 별무

6) 사회력 : 기혼, 학원 강사, 완만한 성격

7) 현병력 : 2005년 5월 27일 학원에서 책정리를 하면서 책을 들어올리다가 허리를 삐끗하여 별무치치 후 2005년 5월 28일 local 의원에서 물리치료 받았으나 증상 미호전상태로 2005년 6월 1일 본원래원하여 안정 및 적극적인 한방치료 위해 입원함.

8) 전신평가

(1) 의식상태 : 양호

(2) 두 부 : 별무증상

(3) 호흡기계 : 별무증상

(4) 소화기계 : 양호

(5) 비뇨기계 : 별무증상

(6) 맥 진 : 滑數

(7) 설 진 : 舌質紅 苔薄白

9) 이학적 소견

(1) 腰部部 검사

SLR : 80°/50°

Bragard Test : -/+

Laseque Test : -/+

Peyton sign : -

ADF : ++/++(normal : ++)

Fig. 4. VAS change of the clinical symptom (Lowerlimb radiating pain)(Case 1).

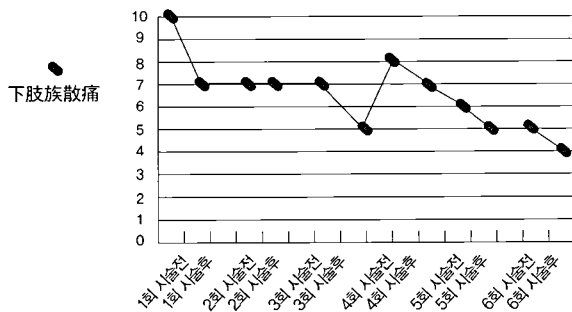


Fig. 5. VAS change of the clinical symptoms (Case 2).

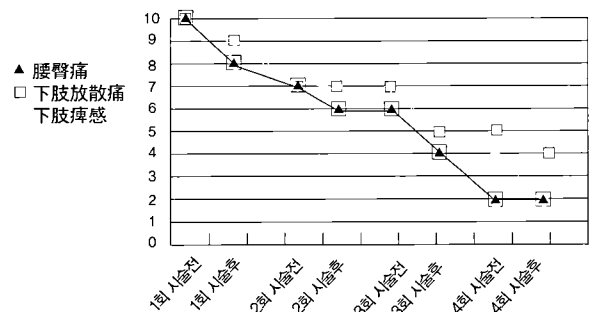


Table II. Changes of The Clinical symptoms of Case 2 by treatment

Date	No.	Changes of symptoms
05. 6. 2	1st	입원 후 좌하지비감 및 방산통, 좌둔통 지속되고 요통 및 둔통 심해짐을 호소하고 있는 상태에서 직접구 시술후 요통 및 좌둔통은 VAS 8, 좌하지비감 및 방산통은 VAS 9로 큰 변화 없음. SLR 80°/40°, Bragard Test -/+, Laseque Test -/+, PRS 77점.
05. 6. 4.	2nd	요통 및 우둔통 VAS 6으로 감소하였으나 좌하지비감 및 방산통은 VAS 7로 지속. 보행시 발생하는 통증의 미약한 감소를 표현
05. 6. 6.	3rd	요통 및 좌하지방산통 VAS 4로 호전되고 오부 굴곡시 좌하지비감의 발생정도와 좌하지 비감 및 방산통이 VAS 5로 호전됨. SLR 80°/70°, Bragard Test -/+, Laseque -/.
05. 6. 8.	4th	요둔통 VAS 2, 좌하지비감 및 방산통은 안정시에는 거의 호소하지 않았으나 보행시 VAS 4 정도의 통증을 호소함. 오부굴곡시 통증 발생 정도가 감소함을 호소함. SLR 80°/75°, PRS 40점.

APF : ++/++

10) 방사선소견

(1) Lumbar spine CT(05.06.02.) : HNP L5-S1 rt. paracentral type.

11) 약물처방

活絡湯(木瓜 白屈菜 玄胡索 8g, 威靈仙 6g, 羌活 獨活 當歸 熟地黃 赤芍藥 蒼朮 陳皮 乳香 沒藥 紅花 3g, 砂仁 甘草 2g, 生薑 大棗 6g)을 매일 2첩 분량으로 3회, 식후 30분에 120cc로 복용케 하였다.

12) 치료경과

환자의 임상적 치료경과는 다음과 같았다.(Table II, Fig. 5)

〈증례 3〉

1. 환자 병력 및 소견

- 1) 환자 : 오○○, 46세, 남자
- 2) 주소증 : 右髯痛, 右下肢放散痛 및 痺感
- 3) 발병일 : 2005. 2월 중순, 2005. 5월경 증상 우심해짐.
- 4) 과거력 : 86년, 05년 腰痛, 00년 高血壓
- 5) 가족력 : 父-高血壓, 母-腦出血
- 6) 사회력 : 기혼, 자영업(인테리어 관련), 활발한 성격
- 7) 현병력 : 2005년 2월 중순경부터 별무동기로 증상 발생하기 시작하여 별무 치료 받다가 2005년 5월경 증상 우심해지면서 2005년 6월 3일부터 본원 재활의학과 외래에서 치료

중 2005년 6월 7일 적극적인 한방 치료위하여 입원함.

8) 전신평가

- (1) 의식상태 : 양호
- (2) 두 부 : 별무증상
- (3) 호흡기계 : 별무증상
- (4) 소화기계 : 양호
- (5) 비뇨기계 : 별무증상
- (6) 맥 진 : 沈滑
- (7) 설 진 : 舌淡紅 苔薄白

9) 이학적 소견

- (1) 腰椎部 검사
SLR : 80°/85°
Bragard Test : -/-
Laseque Test : -/-
Peyton sign : -
ADF : ++/++(normal : ++)

APF : ++/++

10) 방사선소견

(1) L-spine MRI(05.06.08) : Right posterolateral disc herniation of bulging L4-5 intervertebral disc, with compressed right nerve root and thecal sac. Mild bulging disc of the L3-4 and L5-S1

11) 약물처방

活絡湯(木瓜 白屈菜 玄胡索 8g, 威靈仙 6g, 羌活 獨活 當歸 熟地黃 赤芍藥 蒼朮 陳皮 乳香 沒藥 紅花 3g, 砂仁 甘草 2g, 生薑 大棗 6g)(05.06.08.~05.06.10)와 獨活寄生湯(續斷 4g, 獨活 當歸 白芍藥 桑寄生 3g, 熟地黃 川芎 人蔘 白茯苓 牛膝 杜冲 秦朮 細辛 防風 肉桂 甘草 附子 2g, 生薑 6g)(05.06.11~05.06.25)을 매일 2첩 분량으로 3회, 식후 30분에 120cc로 복용케 하였다.

12) 치료경과

환자의 임상적 치료경과는 다음과 같았다.(Table III, Fig. 6)

Fig. 6. VAS change of the clinical symptoms (Case 3).

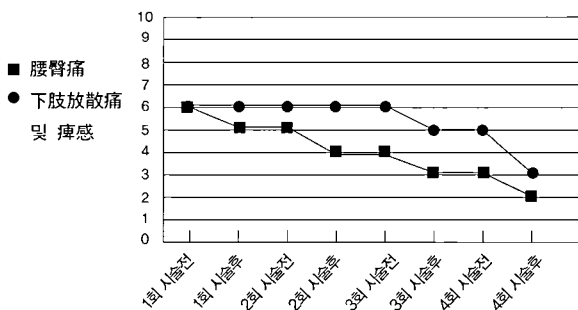


Table III. Changes of The Clinical symptoms by treatment

Date	No.	Changes of symptoms
05. 6.16.	1st	입원 후 右髯痛, 右下肢放散痛 및 痺感이 미호전 상태로 약 10m 보행시 下肢痺感 호소하며 증상에 특별한 변화가 없는 상태로 직접구 요법을 병행하기로 함. 최초 시술 후 右髯痛은 VAS 5의 미약한 감소를 보였으나 동작시 불편감은 지속되었으며 右下肢放散痛은 VAS 6으로 지속. SLR 80°/85°, PRS 60점.
05. 6.18.	2nd	右髯痛 VAS 4 으로 감소하였으나 右下肢痺感 및 放散痛은 VAS 6 으로 지속. 약 10m 보행시 下肢痺感의 발생정도가 감소하였음을 표현.
05. 6.20.	3rd	右髯痛은 VAS 3, 右下肢痺感 및 放散痛은 VAS 5 로 감소. 보행시 下肢痺感이 발생하는 거리가 약 50m로 늘어남.
05. 6.22	4th	右髯痛은 VAS 2, 右下肢痺感 및 放散痛은 VAS 3으로 호전. 안정시 통증 거의 없는 상태로 보행 및 동작시 간헐적으로 통증이 발생함을 표현. PRS 32점.

III. 고찰

요통을 동반한 방산통의 가장 흔한 원인은 추간판탈출증에 의하여 일어나며, 인간은 직립보행을 하므로 일생동안 50~80%에서 요통을 경험하며, 40%가 하지방산통을 호소한다¹⁶⁾. 추간판탈출증은 외력이나 퇴행성 변화에 의해 섬유륜이 부풀어 오르거나 내부의 수핵이 섬유륜을 뚫고 탈출되어 척수의 경막이나 신경근을 압박함으로써 요통과 함께 하지방산통, 근력약화 및 감각저하 등을 일으킬 수 있는 질환으로 임상에서 비교적 흔하게 접할 수 있다¹⁷⁾. 요통 및 하지방산통은 추간판탈출에 의한 기계적인 압박보다는 수핵이나 섬유륜이 경막내로 탈출되면서 화학적 자극에 의한 염증 또는 자가면역반응으로 생각되며¹⁸⁾, 수핵의 탈출로 인한 염증 반응은 먼저 수핵 물질 내 포함된 독성 물질이 신경근에 직접 염증 반응을 일으켜, 신경막 내외에서 부종이 일어나면서 혈장 장애와 신경압박현상을 일으키는 것이다¹⁹⁾.

한의학에서 요통과 하지방산통을 요각통으로 볼 수 있는데, 요각통의 원인으로 巢³⁾는 腎氣不足而風邪所乘이라 하고, 謝²⁾는 寒氣痰濕入於膀胱及膽二經所致라 하여, 風寒濕三氣가 腎氣不足을 乘하여 膀胱經과 膽經에 침입한 것이 주된 원인이라 할 수 있다.

치료에 있어서는 크게 보존요법과 수술요법으로 나누는데 보존요법으로는 침상안정, 골반견인, 물리치료, 보조기 착용, 신경차단 및 경막의 스테로이드 주입, 레이저 치료, 근육 운동 및 자세교정, 소염진통제의 투여가 있다. 그리고 수술요법은 6~12주의 보존요법으로 효과가 없고, 신경증세가 점점 심해지거나, 추간판핵 탈출 및 척추관 협착 등으로 신경압박이 심하여 방광 및 괄약근 혹은 하지에 마비를 초래하는 경우 및 견딜 수 없는 통증이 있을 때에 적용된다²⁰⁾. 그러나 아직까지도 수술 적응증과 보존적 치료의 적응증의 정확한 구분점에 관하여는 논란이 많은 실정이다. 다만 현재까지 알려져 있는 결과로는 보존적 치료만으로 80% 이상에서 좋은 결과를 얻고 있을 뿐 아니라²¹⁾, 추간판탈출증 환자 중 5~10% 만이 보존적 치료에 실패하여 수술이 필요한 것으로 알려지고 있다²²⁾.

한의학에서의 灸法이란 보존적 요법에 해당하는 것으로 艾絨 혹은 기타약물을 체표의 穴位상에 놓고 燒灼溫熨하여 灸火의 熱力을 피부에 투입시켜 經絡의 작용을 통하여 氣血을 溫通시킴으로써 치병과 보건목적에 도달하는 일종의 外治法으로, 처음에는 단순한 艾炷였는데 후에는 여러 종류의

灸法으로 다양화되었다. 대체로 灸法을 艾炷法, 艾卷法, 溫筒灸, 天灸의 4종류로 나눌 수 있으며, 그 중 艾炷法은 다시 直接灸와 間接灸 등으로 나뉘며 그 중 直接灸는 化膿灸와 非化膿灸, 間接灸는 隔薑灸, 隔蒜灸, 隔鹽灸, 隔餅灸, 黃蠟灸, 硫黃灸, 黃土灸 등으로 나뉜다⁸⁾.

灸法 중에서 특히 艾炷法은 艾葉을 사용하여 인체 피부상의 일정부위에서 점화연소시켜 艾葉 특유의 방향을 발생하게 하여 온열적 자극으로 각종 기능을 조절하고 신체건강을 증진시켜 질병 치료와 진통, 완화, 회복, 예방효과를 가지는 치료 방법으로 營血, 衛氣의 장애로 기인한 氣血失調로 발생한 질환 및 동통이 발생한 경우에 생체 반응을 이용하여 營衛를 소통시키고 경락순환을 조화롭게 하여 질병을 치료하는데 이용되며, 《東醫寶鑑》에서는 “凡 着灸得瘡發, 所患即差, 不得瘡發, 其疾不愈”라 하였으며, 실제 임상에서 外科 創傷 및 아물지 않는 癰疽에 많이 사용되어져 왔다²³⁾.

본 증례를 살펴보면, 직접구 시술은 요각통으로 입원한 환자들 중 통증 및 일상생활의 제한이 심하거나 다른 보존적 치료 시 증상의 호전도가 경미한 환자들을 대상으로 시술 시 고통 및 시술 후 흉터가 남는 것에 대한 내용, 시술부위의 관리 및 직접구의 효과를 설명한 뒤에 환자의 동의를 받은 후 시행하였다.

증례 1은 2005년 5월 29일 자리에서 일어나면서 요통 및 둔통, 하지방산통 발하여 2005년 6월 1일 본원에 입원하였다. 입원 후 침상 안정 및 보존적 치료 시행하였으나 통증 심하여져 1일 1회 Trodone(Tramadol HCL 50mg, 아주, 한국) 1A IM으로 투여하였으나 지속적으로 증상 악화되어 양하지방산통 및 제반 통증 심해진 상태에서 직접구 시술을 하였다. 최초 시술 후 요둔통 및 하지방산통이 VAS 7로 감소하였으나 앉은 자세나 동작 시 통증은 지속되었다. 2회 시술 후 부터는 요둔통이 VAS 5로 감소하면서 돌아눕는 동작 및 요부 굴신에서 통증 감소의 변화가 있었다. 3회 시술 후 부터는 요둔통은 VAS 4, 하지방산통은 VAS 5 으로의 감소를 보였으며 보행 및 일상생활 동작의 수행에 있어서 통증의 감소가 나타났다. 그러나 3회 시술 후 환자의 지나친 활동으로 인해 6월 9일 통증이 VAS 8로 악화되었으며 다시 보행 및 동작 시 통증이 심해짐을 호소하였다. 4회 시술 후 요통 및 하지방산통은 VAS 6 으로 감소하였으나 우둔통은 지속되었으며 5회 시술 후부터 전체적인 통증이 VAS 4으로 감소하였으며 6회 시술 후에는 요통 및 우둔통이 VAS 2로 감소되고 하지방산통도 VAS 3으로 호전되어 보행 및 요부 굴신 동작 시 미약한 통증을 느끼는 정도로 호전되어 직접구 시술을 중단하였으며, PRS로 평가한 결과 시술전 104점에서 55점으로 감소하

었다. 이후 통증 VAS 2 정도의 상태를 유지하며 경과 관찰을 위해 입원치료 받다가 6월 25일 퇴원하였다. 본 증례의 경우 치료 기간 중 무리한 활동으로 인해 통증이 다시 악화되어 치료 기간이 연장된 단점이 있으나 통증이 직접구 시술 후 매회 호전되는 양상을 나타내었으며, 직접구 시술이 요둔통 및 하지방산통의 감소에 양호한 효과가 있었다고 사료된다(Table I, Fig. 3, 4).

증례 2는 2005년 5월 27일 허리를 삐끗하면서 통증이 나타나기 시작한 환자로 local 의원에서 치료받던 중 증상 심하여 6월 1일 본원 래원하여 안정 및 적극적인 한방치료 위해 본원에 입원하였다. 입원 후 요둔통 및 하지비감 및 방산통이 악화되어 직접구를 시술하였다. 1회 시술 다음 날부터 통증이 VAS 7로 감소하였으나 동작 시 통증은 지속되었으며, 2회 시술 후부터 요둔통이 VAS 6으로 감소하면서 보행 시 통증 감소양상이 나타났다. 2회 시술 후 이학적 검사상의 호전 양상이 나타났으며, 3회 시술 후 요통과 좌하지방산통이 VAS 4으로 감소하였다. 3회 시술 후부터는 동작 시 통증 및 비감의 호전이 현저히 나타났으며, 4회 시술 후에는 요둔통이 VAS 2 정도로 호전되면서 보행 및 요부 굴곡 시 통증 감소되어 시술을 중단하기로 하였다. PRS는 시술 전 77점에서 40점으로 개선되었다. 이후 경과 관찰위해 3일간 추가 입원 후 증상 악화 없이 퇴원하였다(Table II, Fig. 5)

증례 3은 2005년 2월경부터 별무동기로 증상 발생하여 추간판탈출증 진단 받고 본원 외래에서 치료 중 증상 지속되어 2005년 6월 7일 보다 적극적인 한방치료 위해 입원하였다. 입원 후 특별한 증상 변화가 없는 상태가 지속되어 6월 16일부터 직접구를 시행하였다. 시술 전 우둔통 및 하지방산통 및 비감이 VAS 6정도 호소하였고 약 10m 보행 시 하지비감이 발생하는 상태였으며, 2회 시술 후 우둔통이 VAS 4로 감소하고 보행 시 하지비감의 발생 정도가 호전되기 시작하였다. 3회 시술 후에는 우둔통은 VAS 3, 하지비감은 VAS 5로 감소하였으며 약 50m 보행 시 비감이 발생하는 정도로 호전되었다. 4회 시술 후 안정시에는 통증이 거의 없는 정도까지 증상이 호전되었으며 보행 및 동작 시 둔부 통증은 VAS 2, 하지비감 및 방산통은 VAS 3 정도로 호소하여 직접구 시술을 중단하기로 하였으며 PRS는 시술 전 60점에서 32점으로 감소하였다. 이후 경과 관찰위해 3일간 추가 입원 후 퇴원하였다. 증례 3의 경우는 증상의 큰 변화가 없는 상태에서 시행하였음에도 통증 및 보행, 동작 제한 등에 대한 평가에서 VAS와 PRS의 감소에 유의한 효과를 보인 것으로 사료된다(Table III, Fig. 6).

본 연구 결과를 통하여 灸法이 조직손상 회복 촉진, 진통

작용 등의 효과를 나타내어 요각통 환자의 제반증상에 유의한 호전을 보였다고 생각되며, 급성 통증뿐만 아니라 아급성 통증에도 양호한 효과를 나타낼 수 있는 가능성이 있다고 사료된다.

연구의 제한점으로는 치험례가 3례에 불과하다는 것이 있으며 앞으로 많은 치험례를 통하여 요각통에 대한 직접구 요법의 효과를 검증할 필요가 있다고 생각된다. 또한 직접구 시술시 환자가 느끼는 고통이 심한 부작용이 있고 시술 후 흉터가 남아 미관상 좋지 않은 면이 있어 시술 전 미리 환자에게 시술 시 고통 및 흉터에 대한 설명이 필요하다.

이상의 결과에서, 직접구 치료가 요각통 환자의 요통 및 하지방산통 등 제반 증상을 호전시키는데 유의한 효과가 있다고 생각되며, 앞으로 직접구의 조직손상 회복과 진통 작용에 대한 임상 및 실험적인 연구가 진행되어 직접구의 활용범위가 더욱 확대되어야 할 것이라고 사료된다.

IV. 결론

요각통 환자에게 灸火의 熱力을 피부에 투입시켜 經絡의 작용을 통하여 氣血을 溫通시키는 작용을 하는 직접구 요법을 병행하여 제반 통증 및 동작 제한에 유의한 호전을 보인 임상례를 경험하였기에 이를 보고하는 바이다.

참고문헌

1. 최익선. 요통증의 침구치료에 대한 문헌적 고찰. 경희한 의대논문집. 1978;1:159-87.
2. 謝觀. 중국의학대사전. 서울:금영출판사. 1977:88.
3. 巢元方. 諸病源候論. 台北:國立醫學研究所. 권5. 1964:5.
4. 문석재, 나상효, 최현. 하지방산성요통에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1983;5:16-26.
5. 한방재활의학과학회. 한방재활의학과학. 서울:군자출판사. 2005:60-61.
6. 최종립. 근긴장성 요통의 치료에 대한 새로운 소견. 대한통증학회지. 1993;6(1):83-95.
7. 대한신경과학회. 신경외과학. 서울:중앙문화사. 1998:398-403.

8. 전국한외과대학 침구학교실. 침구학. 서울:집문당. 1993:1051-60, 1242-61.
9. 우현수, 이윤호, 김창환. 구법에 대한 문헌적 고찰 및 최근 연구 동향. 대한침구학회지. 2002;19(4):1-15.
10. 전형준, 황욱, 김정신, 남상수, 김용석. 봉약침으로 치료한 요추간판탈출증 환자의 임상적 평가. 대한침구학회지. 2003;20(5):63-72.
11. 이동현, 박은주, 신정철, 나건호, 위통순, 이삼로, 류충열, 조명래, 채우석, 윤여충. 牽引療法을 병용한 腰痛 및 腿脚痛 환자 40예의 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2004;21(5):163-77.
12. 황재연, 도원석. 요추간협착증의 한의학적 보존적 치료에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2000;17(3):116-24.
13. 신재관, 한상원. 腰痛에 對한 臨床的 觀察. 대한침구학회지. 1996;13(1):181-90.
14. 위중성, 원승환, 황정수, 선승호, 안영민, 손승현, 박기철, 박희수. 腰痛 환자에 대한 針灸療와 直接灸 竝行治療에 대한 比較 研究. 대한침구학회지. 2004;21(6):221-31.
15. 신승우, 정석희, 이종수, 신현대, 김성수. 痛症의 臨床的 評價法에 관한 考察. 동국한외과연구소논문집. 2000;8(2):25-46.
16. 김종길, 송봉근, 정인석. 한?양약의 병행투여가 요추간판탈출증의 보존적 치료에 미치는 영향. 대한내과학회지. 2000;21(1):1-6.
17. 김기택. 요통환자의 진단과 치료. 가정의학회지. 1997;18(2):338.
18. 변재영, 이종덕. 요추간판탈출증의 탈출형태별 보존적 치료에 관한 임상적 연구. 대한침구학회지. 1998;15(1):55-64.
19. Saal JA, Saal JS and Herzog RJ. The natural history of lumbar intervertebral disc extrusions treated nonoperatively. Spine. 1990;15(7):683-686.
20. 채상진, 김남욱, 박영철, 손성세. 요추간판탈출증 환자의 체질침과 체침에 의한 자각적 통증 감소 비교. 대한침구학회지. 2001;18(3):48-55.
21. Shvartsman L, Weingarten E, Sherry H, Levin C, Persaud A. Cost-effectness analysis of extended conservative therapy versus surgical intervention in management of H.I.V.D. spine. 1992;17(2):176-182.
22. 신준식. 한국추나학. 서울:대한추나학회부설출판사. 1995:96-103.
23. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:남산당. 1998:554-5, 756.