

한방치료를 받은 출산 초기 산모의 요통 경과 고찰

우석대학교 한의과대학 부인과교실
이은희

ABSTRACT

Short-term Clinical Observation of the Early Postpartum Low Back Pain in the Korean Medical Hospital

Eun-Hee Lee

Dept. of Korean Medicine, Graduate School of Woo-Suk University

Objectives: The purpose of this study was to observe the early postpartum low back pain and pelvic girdle pain in the Korean medical hospital for 2-weeks.

Methods: Fifty-one postpartum women who admitted for postpartum care in Korean hospital from December 3rd, 2011 to January 31st, 2012 had written out pain measurement questionnaires(SF-MPQ, VAS, ODI) three times for 2-weeks. SPSS 18.0 for Windows was used to analyse the data and the independent samples t-test, paired T-test were used to verify the results.

Results:

1. Evaluation of low back pain within the first week after birth was as follows: SF-MPQ sensory area was 5.06 ± 4.41 points; SF-MPQ emotional areas was 0.86 ± 1.34 points; VAS mean was 3.79 ± 2.02 points; and ODI mean was 10.27 ± 6.69 .
2. Early postpartum low back pain and pelvic girdle pain were significantly decreased in SF-MPQ, VAS, and ODI after 2-weeks($p < 0.01$).
3. Age, birth type, parity, weight, and BMI increased during pregnancy does not affect the postpartum low back pain and pelvic girdle pain.

Conclusions: The top 10% of postpartum low back pain scale was 10.8 points or more in the sensory area of SF-MPQ, and 3 points or more in the affective area of SF-MPQ. In the case of VAS, it was more than 7 points, and ODI was more than 21.8 points. Postpartum back pain with oriental medical treatment was significantly improved.

Key Words: Postpartum, low back pain, pelvic girdle pain, Korean medicine

“이 논문은 2012년 우석대학교 교내학술연구비 지원에 의하여 연구되었음”

I. 서 론

출산 후 여성의 67%이상에서 요통을 경험한다¹⁾. 임신 중 발생한 요부 및 골반대의 통증은 종종 출산 후 만성요통으로 이어지고, 실제 만성요통을 가지고 있는 여성의 10~20%는 임신이 그 기원이다. Ostgaard HC²⁾에 따르면, 출산 후 요통을 경험한 산모의 37%는 추후 검사 및 치료를 받기도 하나 대부분 6개월 이내에 통증이 사라진다고 하였다.

임신과 출산이라는 특수한 상황에서 발생한 요통은 상황의 종결과 함께 정상적으로 회복이 되기도 하고 일부에서는 만성적인 장애로 남아 삶의 질을 떨어뜨린다. 우리나라의 경우 요통은 10대 만성질환으로 분류되었으며, 인구 100명당 요통으로 인한 활동제한 일수는 남자의 경우 81.5일, 여자의 경우 129.7일로 여자의 경우가 훨씬 높다. 이로 인한 경제적 손실액은 3,602억 원으로 국내 총생산의 0.07%에 달하는 것으로 보고되었다³⁾.

이처럼 임신과 출산은 요부와 골반대의 통증을 지속시키는 원인이 되고, 만성으로 이어진 요통은 여성의 삶의 질을 떨어뜨릴 뿐만 아니라 사회적, 경제적 손실도 상당하다. 임신 중 혹은 출산 후의 요통을 경감시키기 위한 침치료^{1,4)}, 운동법 및 교정법의 유효성에 관한 치료 임상 연구⁵⁾가 보고되었으며, 출산 후 요부통증을 지속시키는 요인들^{2,6-7)}, 출산 후 골반대 통증에 대한 회복 진단요인 보고⁸⁾가 있었다. 국내에서는 출산 직후 여성의 요통과 임신 분기별 요통의 연관성을 조사한 연구⁹⁾가 있었다. 이처럼 임신과 출산관련 요통의 치료법, 관련위험

요인, 연관 요소 등에 관한 보고들이 있었으나, 진단의 기준이나 경과에 대한 연구는 없었다.

한의학에서는 산후에 발생하는 요부의 통증을 주증으로 하는 경우를 산후요통이라 하고, 산후 요부의 重感, 疼痛, 痠楚 등이 나타나면 산후요통으로 진단한다¹⁰⁾. 그러나 산후요통의 진단 시기나 근거, 요부 통증의 경과에 대한 자료는 미흡하다. 일반적인 산후 요통의 강도나 경과양상에 대한 자료는 적극적인 치료 개입의 시기와 치료 방향을 제시해 줄 것이다.

따라서 우리나라 여성의 실제 출산 후의 요통 및 골반대 통증 경과에 관한 고찰이 필요하고, 이는 산후요통의 진단 및 치료에 기초자료가 될 것이므로, 준비 연구의 단계로 출산 직후 산모의 2주간의 요통 경과 고찰을 시도하였다.

II. 본 론

1. 연구대상

2011년 12월 3일부터 2012년 1월31일까지 우석대학교 부속 한방병원 부인과에 입원한 재태기간 37~42주에 단태분만, 임신 시 합병증이나 산과적 문제점이 없는, 출산 후 일주일 이내의 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여를 수락한 산모 67명을 대상으로 하였다. 그 중 임신 이외에 요통을 일으킬만한 과거력을 갖고 있는 자(교통사고 1명, 추간판탈출증 2명, 치골결합분리 1명, 미골골절 1명, 요통치료의 과거력 6명), 입원기간이 2주 이내로 경과관찰기간을 채우지 못하였거나 설문지가 누락된 산모5명 총

16명을 제외한 51명을 대상으로 하였다.

2. 연구방법

1) 산후 요통의 경과 관찰

입원 당일, 입원 7일째, 입원 14일째 3차례에 걸쳐 산후 요통의 평가가 이루어졌다. 피험자용 설문지는 요부와 골반대의 통증정도를 표시하도록 하였으며, McGill pain questionnaire-short form(이하 SF-MPQ)의 문항척도 검사와 시각적 상사척도검사(Visual analog scale, 이하 VAS), Oswestry disability index(이하 ODI)의 세 가지 평가를 하였다.

2) 산후요통의 평가도구

(1) SF-MPQ¹¹⁾

몬트리올 대학의 McGill 박사가 개발한 설문으로 질문지에 제시된 낱말 가운데 환자가 겪고 있는 통증의 강도나 느낌을 가장 잘 표현한 낱말을 고르게 하여 통증의 강도를 평가한다. 통증의 부위, 기간, 열, 압력 같은 특성에 따라 통증을 여러 가지 형용사로 나누어 놓았다. 15문항의 다차원적 척도로서 감각적 영역(sensory)의 11문항과 정서적 영역(affective)의 4문항으로 이루어져 있으며 각각의 문항은 통증 정도에 따라, 0=전혀 없음, 1=약한 통증, 2=보통 통증, 3=심한 통증의 4점 Likert 척도에 따라 표기된다. 감각적 영역(sensory)은 최고 33점, 최저 0점이고 정서적 영역(affective)은 최고 12점, 최저 0점이 된다.

(2) VAS¹²⁾

동통의 강도를 측정하는데 있어서 간단하고, 효과적이며 연구자의 관여가 최소화 되는 측정법으로 10 cm의 수평선의 양쪽 끝에 '무통(no pain)'과 '최악의 통증(worst pain)'이라고 표시한 후 현재

자기가 느끼는 동통 강도 수준에 해당하는 지점에 표시를 하는 방법이다.

(3) ODI¹³⁾

선다형 질문문으로서 일상생활의 각각의 10개의 항목으로 구성되어 있다. 각 항목에서는 일상생활의 장애를 0~5점으로 6가지 단계로 기술한다. 이 방법은 요통을 평가하는데 기능적인 상태를 수치로 나타낸 것으로, 한국어버전의 ODI를 이용하였다.

3) 산욕기 한방 치료

입원 기간 중 生化湯加味方을 기본방으로 투약하였다. 부증이 심한 경우는 체질처방을 2~3일정도 투여하였고, 산후 신통이 있는 경우 白屈菜, 羌活, 獨活 등을, 자궁수축이 늦어지는 경우는 益母草, 蒲黃, 五靈脂 등을, 변비가 심하면 麻子仁, 肉蓯蓉 등을, 유즙과소인 경우 通草, 天花粉 등을, 발열이 있는 경우 柴胡, 葛根 등을, 유방울혈이 있는 경우는 芫貝散을 가하는 등 증상에 따른 기본방의 운용이 있었다.

침치료는 한방부인과 전공의에 의해 하루 1차례 이루어졌다. 三陰交, 太衝, 血海, 足三里, 中極, 關元 등을 산모의 변증에 따라 산후 회복을 위한 경혈을 선택하여 시술하였고, 요통, 견비통, 슬통, 손목관절통 등에 따른 아시혈을 시술하기도 하였다. 산모의 의지에 따라 개인에 맞는 요통 및 골반통, 견비통에 관한 스트레칭 방법을 재활의학과 전공의가 1~2회 정도 teaching하였으며, 봉래구(관원)와 부항요법(방광경 1~2선), 물리치료(ICT, Rolling chair)를 매일 실시하였다.

3. 통계처리

SPSS 18.0 for Windows(SPSS Inc, IL, USA)를 이용하였고, p-value가 0.01이하 또는 0.05이하인 경우를 통계적으로 의미있게 간주하였으며, 결과 표시는 평균 ± 표준편차로 하였다. 요통의 경과는 대응표본 T검정을 사용하여 평균비교 하였고, 산과력과 출산방식에 따른 요통의 차이는 독립표본 T검정을 사용하여 평균비교 하였다. 나이와 증가한 체중(Kg) 및 BMI(Kg/m²)는 상관분석을 하였으며, 요통 강도의 분포를 보기위해 빈도 분석을 하였다.

III. 결 과

1. 대상 산모들의 일반적 특성

대상 산모 51명의 평균 연령은 31.03

±3.35세, 분만횟수는 1.49±0.61회, 임신 중 증가한 몸무게는 13.41±3.62 Kg, 임신 중 증가한 BMI(Kg/m²)는 5.22±1.36였다.

자연분만한 산모는 35명(68.6%)으로 평균연령 31.06±3.55세, 임신 중 증가한 몸무게 14.19±3.01 Kg, 임신 중 증가한 BMI(Kg/m²)는 5.44±1.11, 제왕절개한 산모는 16명(31.4%)으로 평균연령 31.00±2.99세, 임신 중 증가한 몸무게 11.69±4.29 Kg, 임신 중 증가한 BMI(Kg/m²)는 4.73±1.72로 두 그룹간의 차이는 없었다.

초산부는 29명(56.9%)로 평균연령 29.90±2.99세, 임신 중 증가한 몸무게 14.11±3.24 Kg, 임신 중 증가한 BMI(Kg/m²)는 5.51±1.15, 경산부는 22명(43.1%)으로 평균나이는 32.55±3.26세, 임신 중 증가한 몸무게 12.49±3.94, 임신 중 증가한 BMI(Kg/m²)는 4.83±1.53로 두 그룹간의 차이는 없었다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Mode of Delivery and Number of Delivery

	N	Age(yr)	ΔBMI(Kg/m ²)	ΔWeight(Kg)	
		mean±SD	mean±SD	mean±SD	
Total	51(100%)	31.03±3.35	5.22±1.36	13.41±3.62	
Mode of delivery	Normal Delivery	35(68.6%)	31.06±3.55	5.44±1.11	14.19±3.01
	Caesarean Delivery	16(31.4%)	31.00±2.99	4.73±1.72	11.69±4.29
Number of delivery	primipara	29(56.9%)	29.90±2.99	4.73±1.72	14.11±3.24
	multipara	22(43.1%)	32.55±3.26	4.83±1.53	12.49±3.94

2. 출산 초기 요통의 강도

입원 당시 산모의 요통의 강도는 SF-MPQ의 감각적 영역(이하 S1)은 5.06±4.41점이었고, 입원당시 정서적 영역(이하 A1)은 0.86±1.34점 이었다. VAS(이하 VAS1)는 3.79±2.02였으며 ODI(이하 ODI1)점수는 10.27±6.69이었다(Table 2).

3. 산후 2주간의 요통의 변화

SF-MPQ 문항척도검사 중 S1은 5.06±4.41점이었으며, 1주 후 3.71±3.67점, 2주 후 2.41±2.46점으로 각각 유의한 감소를 보였다(p=0.010, 0.001). 2주 후 감각적 영역의 점수(이하 S3)가 증가를 보인 산모는 6명(11.8%)이었으며 S1이 5점 이하로 평균이하의 감각적영역의 점수를 보

인 산모였으며, 증가 점수는 1점 이내였다.

A1은 0.86±1.34점에서 1주 후 0.69±1.03점, 2주 후 0.41±0.85점으로 첫 일주일간의 감소는 유의성이 없었으나 2주 후에는 유의한 감소를 보였다(p=0.022). 2주후 정서적 영역의 점수(이하 A3)가 증가를 보인 산모는 1명(2%)이었으며 A1이 0점에서 2주후 1점으로 증가하였다.

VAS1은 3.79±2.02 였으며, 일주일 후 2.97±2.09, 2주 후 2.13±1.86으로 각각 유의한 감소를 보였다(p=0.003, 0.000) 2주

후 VAS(이하 VAS3)가 증가한 산모는 3명(5.8%),초기 VAS 4점 이하인 산모들이었으며 증가 점수는 2점 이내였다.

ODI1은 10.27±6.69 였으며, 일주일 후 8.75±5.71로 감소하였으나 유의성은 없었으며, 2주후 6.37±5.17로 유의한 감소를 보였다(p=0.000). 2주후 ODI(이하 ODI3)가 증가한 산모는 7명(13.7%)이었으며 초기 ODI 10점 이하인 산모들이었으며 증가 점수는 1점에서 19점사이로 다양하였다(Table 2).

Table 2. Level of Pain at Baseline(Day 1), Day 7 and Day 14(SF-MPQ, VAS, ODI)

		Day 1	Day 7	Day 14	P-value		
					Day1 vs. Day7	Day7 vs. Day14	Day1 vs. Day14
SF-MPQ (score)	sensory	5.06±4.41	3.71±3.67	2.41±2.46	.010**	.001**	.000**
	affective	0.86±1.34	0.69±1.03	0.41±0.85	.328	.022*	.005**
VAS(score)		3.79±2.02	2.97±2.09	2.13±1.86	.003**	.000**	.000**
ODI(score)		10.27±6.69	8.75±5.71	6.37±5.17	.053	.000**	.000**

* :p< 0.05, ** : p< 0.01 (By paired T-test)

4. 요통의 정도 분포

입원당시 S1의 분포는 5점 이하의 산모는 32명(62.7%), 5점 초과 10점 이하의 산모가 14명(27.5%), 10점 초과 15점 이하의 산모가 5명(9.8%)이었으며 최고 점수는 21점이었다(Fig. 1). A1의 분포는 0점이 27명(52.9%), 1점 이하가 42명(82.4%) 1점 초과 2점 이하가 18명(35.3%), 그 이상이 6명(11.9%)로 3점 4명, 4점, 7점 각각 1명이었다(Fig. 2). VAS1의 분포는 4점 이하가 35명(68.6%), 5점 이상 6점 이하가 9명(17.7)%, 7점 이상 8점 이하가 7명(13.7%)이었다(Fig. 3). ODI1의 점수 분포는 10점 이하가 31명(60.8%) 10점

초과 20점 이하가 14명(27.4%), 20점 초과가 6명(11.8%)이었으며 32점이 최고 점수였다(Fig. 4). 입원당시의 통증 상위 10%의 cut-off 점수는 S1은 10.8점, A1은 3점, VAS는 7점, ODI는 21.8점이었다.

2주후 S3의 분포는 2점 이하가 31명(60.8%), 3점 이상 4점 이하가 15명(29.4%) 6점 이상이 5명이었고(9.8%)(Fig. 1), A3의 분포는 0점이 36명 (70.6%), 1점이 12명(23.5%) 2점 이상이 3명(5.9%)이었고(Fig. 2), VAS3의 분포는 2점 이하가 33명(64.7%), 3점이상 5점이하가 13명(25.5%), 6점 이상이 5명(9.8%)이었고(Fig. 3), ODI3의 분포는 6점 이하가 33명(64.7%), 7점

이상 12점 이하13명(25.5%), 13점 이상이 5명(9.8%)이었다(Fig. 4). 2주후 통증상위 10%의 cut-off 점수는 S3는 5.6점, A3는 1점, VAS 5.8점, ODI는 13.6점이었다.

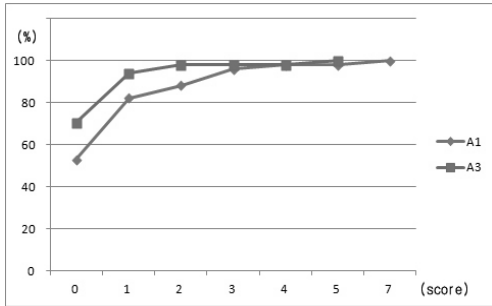


Fig. 1. The Cumulated Percentage of Pain Score in Sensory Area of SF-MPQ

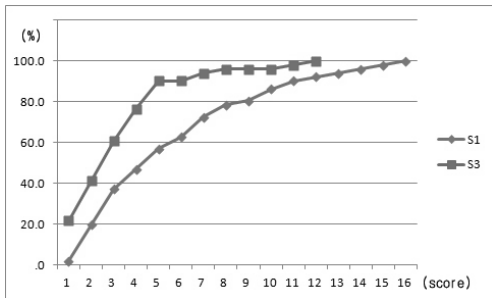


Fig. 2. The Cumulated Percentage of Pain Score in Affective Area of SF-MPQ

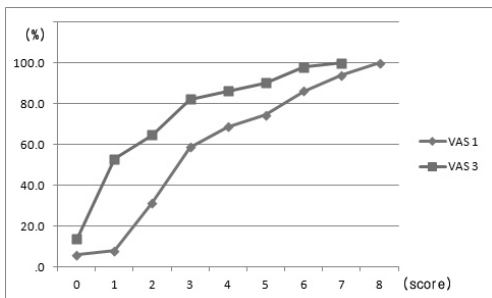


Fig. 3. The Cumulated Percentage of VAS Score

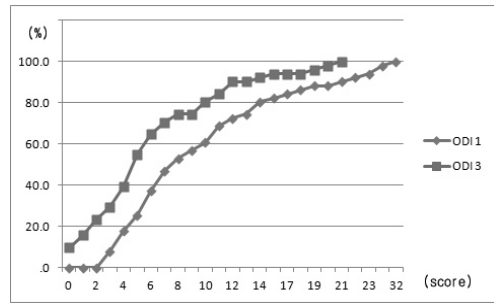


Fig. 4. The Cumulated Percentage of ODI Score

5. 산과력, 분만방식, 나이, 임신 중 BMI 증가와 요부의 통증

자연분만한 산모의 S1은 5.66 ± 4.86 점, 제왕절개한 산모의 S1은 3.75 ± 2.93 으로 제왕절개한 군이 낮은 점수를 보였으나 통계적 유의성은 없었고, 자연분만한 산모의 A1은 0.88 ± 1.47 점, 제왕절개한 산모의 A1은 0.81 ± 1.05 으로 제왕절개한 군이 낮은 점수를 보였으나 통계적 유의성은 없었고, 자연분만한 산모의 VAS1은 3.96 ± 2.12 , 제왕절개한 산모의 VAS1은 3.44 ± 1.79 으로 제왕절개한 군이 낮은 점수를 보였으나 통계적 유의성은 없었고,

자연분만한 산모의 ODI1은 11.14 ± 6.85 , 제왕절개한 산모의 ODI1은 8.38 ± 6.10 로 제왕절개한 군이 낮은 점수를 보였으나 통계적으로 유의성은 없었다.

초산부의 S1은 5.24 ± 4.52 점, 경산부의 S1은 4.82 ± 4.35 로 경산부가 낮은 점수를 보였으나 통계적 유의성은 없었고, 초산부의 A1은 1.00 ± 1.20 점, 경산부의 A1은 0.68 ± 1.52 으로 제왕절개한 군이 낮은 점수를 보였으나 통계적 유의성은 없었고, 초산부의 VAS1은 4.05 ± 2.17 , 경산부의 VAS1은 3.45 ± 1.79 으로 제왕절개한 군이 낮은 점수를 보였으나 통계적 유의성은 없었고, 초산부의 ODI1은 10.31 ± 7.06 , 경산부

의 ODI1은 10.23 ± 6.33 로 제왕절개한 군이 낮은 점수를 보였으나 통계적으로 유의성은 없었다.

그 외의 나이, 임신 중 증가한 BMI 정도 또한 출산 직후 요통의 강도와 상관성이 없었으며, 산과력, 나이, 임신 중 증가한 BMI 정도는 2주간의 요통의 호전도에 영향을 미치지 않았다.

IV. 고찰

임신 중 여성의 25%, 출산 후 여성의 5%정도에서 요부와 골반통으로 인해 진료를 받는다¹⁴⁾. 임신 중 발생한 요통은 그 양상에 따라 다르지만, 골반통은 임부 3명중 1명, 요통은 9명중 1명으로 발생하며, 산후에 대부분의 골반통은 완화되나 요통은 분만 후 통증의 정도가 더 심해지는 경향이 있는 것으로 보고되고 있다^{15,16)}.

요통은 현대인에게 자주 발병하는 통증 중 하나로 질환의 특징적인 용어가 아니라 요부에 나타나는 동통증후군을 광범위하게 표현하는 증상명¹⁷⁾으로 개인의 주관적인 불편감이다. 이러한 요통은 직장인이 결근하거나 조퇴를 하는 가장 많은 원인이 되고 있어 개인적인 건강문제 뿐 아니라 사회경제적인 측면에서도 중요한 문제라고 할 수 있다¹⁸⁾. 특히, 여성의 만성요통의 10~20%는 임신과 출산이 원인이라 보고되었다. 따라서 적극적인 출산 후 요통의 진단 및 관리는 중요하다. 임신과 출산 후의 요통의 발생 요인, 연관요인에 관한 다양한 연구들이 이루어져 온 반면 산후요통의 진단 시기나 근거, 요부 통증의 경과에 대한 자료

는 미흡하다.

한의학에서는 산후 요부의 重感, 疼痛, 痠楚 등이 나타나면 산후요통으로 진단한다. 출산이나 유산 후에 調攝을 제대로 하지 못하여 얻은 각종의 증상 집합군들을 총칭하여 민간에서 사용해온 속어인 產後風과 관련된 대표적인 한방병증에는 產後身痛과 產後腰痛이 있으며, 產後腰痛은 산후에 발생하는 요부의 통증을 주증으로 하는 경우를 말한다¹⁰⁾.

서양의학에서는 산후요통이라 하여 특별히 감별하고 있지 않으며 다만 골반내 장기에 어떠한 이상이 있을 경우에 부인과적 치료를 하며, 일반 요통의 범주에서 산후요통을 치료한다⁴⁾. 한의학에서 요통은 "腎主腰"하므로 腎虛할 때 외감과 내상 등의 원인에 의하여 발생하는 데, 산후에는 多虛多瘀한 특수한 상황이고 腎은 胞와 밀접하게 연결되어 있으므로 산후요통은 산욕기라는 특수한 상황을 고려하여 치료하여야 한다⁴⁾.

이러한 치료에 앞서 일반적인 산후 요통의 강도나 경과양상에 대한 자료는 적극적인 치료개입의 시기와 치료 방향을 제시해 줄 것이므로, 준비 연구의 단계로 출산 직후 산모의 2주간의 요통 경과 고찰을 시도하였다. 임신 전 요통의 과거력은 임신중과 출산 후에 요통과 골반통을 악화시키는 주요한 요인이 되므로²⁾ 출산 후 일주일 이내에 한방병원에 입원한 산모 중 임신 전 요통의 과거력이 없는 51명의 산모를 대상으로 요통 및 골반통의 경과를 관찰해 보았다.

입원 당시 산모의 요통의 강도는 SF-MPQ의 S1은 5.06 ± 4.41 점이었다. 평균 5점 이하의 산모가 32명으로 62.7%를 차지하였으며 상위10%의 cut-off 점수는 10.8점이

었다. A1은 0.86 ± 1.34 점 이었으며, 평균 1점 이하의 산모가 42명으로 82.4%를 차지하였으며 상위 10%의 cut-off점수는 3점이었다. VAS1은 3.79 ± 2.02 로 평균 4점 이하가 35명으로 68.6%를 차지하였으며 상위 10%의 cut-off점수는 7점이었다. ODI1은 평균 10.27 ± 6.69 점이었으며, 평균 10점 이하가 31명으로 60.8%를 차지했으며, 상위 10%의 cut-off점수는 21.8점이었다.

보고마다 다소의 차이는 있지만, 출산 직후 여성의 5~10% 정도의 여성에서 요통의 치료를 받으므로^{2,14)}, 출산 직후 상위 10%(5명)를 적극적인 경과 관찰 대상의 cut-off로 가정을 하였다. 新産後나 産褥期에 산모에게 발생하는 분만이나 산욕과 관련된 질병을 '産後病'이라 하는데 '新産後'는 원전에서 산후 1개월 이내를 언급하였으나, 최근에는 분만 후 7일 이내를 가리킨다. 경과의 관찰결과 新産後 SF-MPQ의 S1은 10.8점 이상일 경우, A1은 3점 이상일 경우, VAS는 7점 이상일 경우, ODI는 21.8점이 이상일 경우 되었을 경우 적극적인 요통관찰의 대상으로 삼을 수 있을 것이다.

産後病의 치료는 多虛, 多瘀, 易寒, 易熱의 특징에 따라 본래 “勿拘于産後, 亦勿忘于産後”라는 원칙으로 補虛하되 滯邪하지 않게 하고, 攻邪하되 傷正하지 않는 요강을 이해하여야 한다¹⁰⁾. 이러한 원칙에 따른 부인과 전공의의 2주간의 침, 뜸, 한약의 치료가 있었으며, 그 결과 SF-MPQ 문항척도검사 중 S1은 5.06 ± 4.41 점에서, 1주 후 3.71 ± 3.67 점, 2주 후 2.41 ± 2.46 점으로 각각 유의한 감소를 보였다. A1은 0.86 ± 1.34 점에서 1주 후 0.69 ± 1.03 점, 2주 후 0.41 ± 0.85 점으로 첫 일주일간의 감소는 유의성이 없었으나 2주 후는 유의

한 감소를 보였다. VAS1은 3.79 ± 2.02 였으며, 일주일 후 2.97 ± 2.09 , 2주 후 2.13 ± 1.86 으로 각각 유의한 감소를 보였다. ODI1은 10.27 ± 6.69 였으며, 일주일 후 8.75 ± 5.71 , 2주 후 6.37 ± 5.17 로 각각 유의한 감소를 보였다.

골반의 뼈와 인대는 임신상황에 맞춰 적응해가며 주로 임신 초반기에 골반관절과 치골결합의 이완이 일어나며 대개 분만 3~5개월 후까지 퇴축이 완료된다¹⁰⁾. 산욕기에 임신으로 인한 이완이 퇴축되면서 요통은 서서히 감소되기 시작하므로 이러한 요통경과에 미친 한방치료의 영향을 알기 위해서는 대조군의 설정이 필수적이다. 본 연구에서는 자연경과를 볼 수 있는 대조군의 설정이 없었으므로 한방치료 효과의 정도를 정량적으로 파악할 수는 없다. 그러나 본 연구의 경과로 알 수 있는 것은 출산 후 수유 및 활동들이 이루어지는 상황에서 요통은 호전되어간다는 것이다. 출산 후 회복 과정 중에 부가되는 육아와 가사 활동등에 의한 부가적인 과사용과 역학적 긴장은 산후요통의 배경적 인자로 작용을 하게 되는데 어느 시점이건 산후에 증가되는 요통은 비정상적 범주로 볼 수 있다. 즉, '출산 후 증가하는 요통은 비정상적이다'는 것이다.

2주 후 S3의 분포에 있어서 평균 2.41 ± 2.46 점을 기준으로 2점 이하가 31명(60.8%)이었으며, 상위 10%의 cut-off점은 5.6점이었다. A3의 분포는 평균 0.41 ± 0.85 점을 기준으로 하여 0점이 36명으로 70.6%를 차지하였으며, 상위 10%의 cut-off점은 1점이었다. VAS3의 분포는 평균 2.13 ± 1.86 을 기준으로 2점 이하가 33명(64.7%)이었으며, 상위 10%의 cut-off점은 5.8점이

었다. ODI3의 분포는 평균 6.37 ± 5.17 을 기준으로 하여 6점 이하가 33명(64.7%)이었으며 상위 10%의 cut-off점수는 13.6이었다. 적극적인 한방산후치료가 행하여진 다음의 분포이므로 일반적인 산후 요통의 경과로 이상의 cut-off를 활용하기에는 다소 문제가 있을 것으로 보이며, 新産後 상위10%의 기준에 따라 2주 후의 요통강도를 살펴보았을 때 S3는 10.8점 이상일 경우가 1명, A3가 3점 이상일 경우가 1명, VAS3가 7점 이상일 경우가 1명, ODI3가 21.8점이 이상일 경우가 0명으로, 상당한 호전이 있었음을 볼 수 있었다.

SF-MPQ 문항척도검사 중 S1에 비해 S3가 증가를 보인 산모는 6명(11.8%)이었으며, 이들은 S1이 5점 이하로 평균 이하의 감각적영역의 점수를 보인 산모였으며, 증가 점수는 1점 이내였다. 또한 A1에 비해 A3가 증가를 보인 산모는 1명(2%)이었으며 A1이 0점에서 2주후 1점으로 증가한 경우였다. VAS1에 비해 VAS3가 증가한 산모는 3명(5.8%)이었는데 VAS1이 평균 4점 이하인 산모들이었으며 증가 점수는 2점 이내였다. ODI1에 비해 ODI3가 증가한 산모는 7명(13.7%)이었으며 초기 ODI 10점 이하인 산모들이었으며 증가 점수는 1점에서 19점사이로 다양하였다. 즉, 평균이상의 요부통증을 가지고 있던 산모들은 모두 2주간의 한방산후치료를 받으며 일정의 호전을 보였으며, 일부 평균이하의 요부통증을 갖고 있던 산모들에 있어서 약간의 악화가 있었다는 것을 볼 수 있다. 이는 앞에서 서술하였던 산욕기한방치료부분에 있어서 주소로 호소하는 부분에 있어 처방 및 침치료, 운동지도 등 적극적인 치료

의 부분의 비중이 달랐기 때문이었을 것으로 보인다.

산후 요통에 영향을 미치는 요인들로 는 임신 전 요통, 임신 중 요통, 육체적 노동, 다산력 특히 육체적 과중한 노동과 가장 관계가 깊다^{19,20}. 본 연구에서는 임신 전 산과력과 산후요통은 관련성이 없는 것으로 나타났다. 이는 초산부가 29명, 22명의 경산부 중 한명만 세 번째 출산이었고, 나머지는 두 번째 출산으로 산과력이 다양하지 못하였기 때문이었을 것으로 보인다. 또한 나이, 출산방식, 임신 중 증가한 체중 및 BMI는 출산 후 요통에 별다른 영향을 미치지 않는 것으로 이전의 보고와 일치한 결과를 보였다.

통증의 위치는 산후 요통 및 골반통의 회복에 중요한 영향을 미친다. 출산 직후 골반통과 요통이 동반되어 있는 경우 출산 후 3개월 이상 통증이 지속될 가능성이 있으며 치골결합과 양측천장관절부분의 통증이 함께 있는 경우는 회복이 더욱 늦다^{21,22}. 앞으로의 연구에서는 기간의 연장과 대조군의 설정 이외에 통증의 부위에 따른 경과와 진단의 객관화를 위해 통증유발검사(pain provocation test), 압통촉지검사(pain palpation tests), ASLR 검사(active straight leg raise test)가 함께 이루어져야 할 것이라 생각한다.

본 연구는 新産後 일반적인 요통의 정도를 제시하였다는 데 의의가 있었으며, 2주간의 긍정적인 요통의 경과를 산후한방치료의 효과의 가능성을 보여주었다. 그리고 지속적인 연구를 통한 산욕기의 시기별 pain scale의 cut-off 점수의 제시 는 산후요통의 진단 및 치료경과 판단의 기준이 될 것이다.

V. 결 론

우석대학교 부속 한방병원 부인과에 출산 후 일주일 이내에 입원한 산모 51명을 대상으로 임신과 출산으로 인한 요통의 경과를 관찰한 결과는 다음과 같다.

1. 출산 후 일주일 이내의 요통의 평가결과, SF-MPQ의 감각적영역은 평균 5.06±4.41점이었고, 정서적영역은 평균 0.86±1.34점이었으며, VAS는 평균 3.79±2.02점, ODI는 평균 10.27±6.69점이었다.
2. 산후요통의 2주간의 한방치료결과 SF-MPQ 문항척도검사 중 감각적영역은 5.06±4.41점에서 2.41±2.46점으로 유의한 감소를 보였고, 정서적영역은 0.86±1.34점에서 0.41±0.85점으로 유의한 감소를 보였고, VAS는 3.79±2.02에서 2.13±1.86으로 유의한 감소를 보였고, ODI는 10.27±6.69점에서 6.37±5.17로 유의한 감소를 보였다.
3. 新産後 상위 10%의 요통 scale의 cut-off 점수는 SF-MPQ의 감각적영역은 10.8점 이상, 정서적영역은 3점 이상, VAS는 7점 이상, ODI는 21.8점 이상으로 볼 수 있다.
4. 나이, 출산방식, 산과력, 임신 중 증가한 체중 및 BMI는 산후요통에 영향을 미치지 않는다.

- 투 고 일 : 2012년 04월 26일
- 심 사 일 : 2012년 05월 11일
- 게재확정일 : 2012년 05월 15일

참고문헌

1. Wang SM et al. Auricular acupuncture as a treatment for pregnant women who have low back and posterior pelvic pain: a pilot study. American journal obstetrics & gynecology. 2009; 271:1-9.
2. Ostgaard HC, Andersson GB. Postpartum low-back pain. Spine. 1992;17(1):53-5.
3. 김경모, 박소연, 이충휘. 요통환자의 일반적 특성에 따른 한국어판 오스웨스티리 장애 설문지의 라쉬분석. 한국전문물리치료학회지. 2011;18(2):35-42.
4. 양승정 등. 산후요통 환자 치험 1례. 대한한방부인과학회지. 2001;14(3):191-8.
5. Britt Stugea, Inger Holma, Nina Vllestad. To treat or not to treat postpartum pelvic girdle pain with stabilizing exercises? Manual Therapy. 2006;11:337-43.
6. Breen TW et al. Factors associated with back pain after childbirth. Anesthesiology. 1994;81(1):29-34.
7. Turgut F, Turgut M, Cetinsahin M. A prospective study of persistent back pain after pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998;80(1):45-8.
8. Hilde Stendal Robinson et al. Pelvic girdle pain: Potential risk factors in pregnancy in relation to disability and pain intensity three months postpartum. Manual therapy. 2010;15:522-8.
9. 심미정. 산후여성의 임신중 요통, 요통장애와 분만중 통증에 관한 연구. 여성건강간호학회지. 2004;10(1):8-14.

10. 대한한방부인과학회편저. 한방여성의학. 서울:의성당. 2012:692, 765, 775.
11. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*. 1987;30:191-7.
12. 김영욱 등. Pain disability index와 Visual analogue scale을 이용한 경항통에 대한 팔체질침의 효과. *대한침구학회지*. 2003;20(1):202-8.
13. Fairbank j, Pynsent P. The Owenstry disability index. *Spine*. 2000;25:2940-52.
14. Stuge B. Diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2010;130(21):2141-5.
15. Östgaard, H. C, Zetherström, G, Roos-Hansson, E. Reduction of back and posterior pelvic pain in relation to pregnancy. *Spine*. 1994;19:894-900.
16. Östgaard, H. C, Andersson, G. B. Low back pain postpartum. *Spine*. 1992;17:53-5.
17. 전국한외과대학 재활의학교실. 한방재활의학과학. 서울:성원당. 1995:307-13.
18. 박정율. 만성요통의 진단과 치료. *가정의학회지*. 2001;22(9):1349-62.
19. Breen TW et al. Factors associated with back pain after childbirth. *Anesthesiology*. 1994;81(1):29-34.
20. Turgut F, Turgut M, Cetinsahin M. A prospective study of persistent back pain after pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1998;80(1):45-8.
21. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancyrelated pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(6):505-10.
22. Gutke A, Ostgaard HC, Oberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy:a cohort study of the consequences in terms of health and functioning. *Spine*. 2006;31(5):149-55.