

# 임상 진료 지침 개발 연구

최종 보고서

경추부 질환

## -목차-

### <첨부>

1. 경추부 질환 임상 진료 지침 사전 설문 조사 .....	2
1) 경추 질환별 치료방법에 대한 설문 조사 결과 .....	3
2) 경추 질환별 치료 기간에 대한 설문 조사 결과 .....	20

### <임상 진료 지침>

1. 경추의 해부학적 구조의 이해 .....	1
1) 뼈와 관절 .....	1
2) 신경 .....	4
3) 결합조직 .....	4
4) 근육 .....	5
5) 척수분절 .....	8
2. 경추 부위의 진단 및 검사법에 대한 이해 .....	9
1) 임상적 검사 .....	9
(1) 시진 .....	9
(2) 촉진 .....	10
(3) 관절 운동 범위(ROM, range of motion) .....	13
2) 신경학적 검사 .....	15
(1) 감각 분포 .....	15
(2) 신경학적 레벨 검사 .....	15
(3) 특수 검사 .....	16
(4) 기타 검사법 .....	18
3) 진단검사 .....	19
(1) 단순방사선(Simple Radiology) .....	19
(2) 자기 공명검사(MRI) .....	19
(3) 근전도 검사(Electromyography) .....	19
(4) 전산화 단층 촬영(CT) .....	19
(5) 척수강 조영술(Myelography) .....	19
(6) Bone Scan .....	19
3. 경추 질환의 서양의학적 분류 .....	20
1) 원인 .....	20
2) 유형 .....	20
(1) 신경뿌리형(또는 癱瘓型) .....	20
(2) 척수형(또는 痿瘓型) .....	20
(3) 교감신경형(또는 五官型) .....	20
(4) 척추동맥형(또는 眩暈型) .....	20
(5) 경추형(또는 落枕型) .....	21
3) 증상 .....	21
(1) 신경뿌리형(또는 癱瘓型) 경추 척추증 .....	21

(2) 척수형 경추 척추증 .....	22
(3) 교감신경형 경추 척추증 .....	22
(4) 척추동맥형 경추 척추증 .....	23
(5) 경추형 경추 척추증 .....	23
4. 경추 질환의 한의학적 분류 .....	24
1) 辨證 .....	24
(1) 病因辨證에 따른 內治法 .....	24
(2) 經絡辨證 .....	25
2) 침구치료 .....	28
(1) 일반적인 침구치료 .....	28
(2) 양방적 분류에 따른 침구 치료 .....	29
(3) 經絡辨證에 따른 침구치료 .....	30
(4) 동씨침법 .....	30
(5) 藥鍼療法 .....	30
(6) 其他 鍼灸療法 .....	34
(7) 古典鍼灸治療 .....	35
3) 부항요법 .....	37
4) 추나치료 .....	37
(1) 경추 신진법 .....	38
(2) 경추 교정법 .....	39
(3) 경추에서의 추나치료의 금기증(상대적, 절대적) .....	39
5) 韓方物理療法 .....	40
(1) 通經絡 療法 .....	40
(2) 溫經絡 療法 .....	41
(3) 整經絡 療法 .....	41
6) 灸療法 .....	41
7) 경추 견인요법 .....	42
5. 기타 요법 .....	42
1) 經筋貼帶療法 .....	42
(1) 전굴시 통증이 있는 경우 .....	42
(2) 신진시 통증이 있는 경우 .....	43
(3) 회전시 통증이 있는 경우 .....	43
(4) 측굴시 통증이 있는 경우 .....	43
2) 운동 요법 .....	43
(1) 경추부 질환시 일반적 운동법 교육 .....	43
(2) 경추부 질환의 예방을 위한 자세 교정법 교육 .....	44
3) 보조기 사용 .....	44
4) 식이영양요법 .....	44
6. 기타 감별진단이 필요한 질환 .....	45
1. 落枕(Crick in the neck) .....	45
1) 개요 .....	45

2) 원인	45
3) 分類	46
(1) 근육경련형	46
(2) 윤회막끼임형	46
(3) 신경자극형	46
4) 臨床症狀	46
5) 病因病機	46
6) 臨床診斷	47
7) 辨證	47
8) 鍼灸治療	47
(1) 一般的 鍼灸治療	47
(2) 經絡辨證에 따른 침구치료	48
(3) 其他療法	48
2. 斜頸 (Wry Neck)	50
1) 선천성 근성사경	50
(1) 증상	50
(2) 보존요법	50
(3) 도수근절제술(manual myotomy)	50
2) 후천성 사경(Acquired Torticollis)	50
(1) 외상	50
(2) 급성감염	50
(3) 만성감염 질환	51
(4) 관절염	51
(5) 종양	51
(6) 반흔성 구축	51
(7) 마비	51
3) 경련성 사경	51
(1) 정신적 요인	51
<부록>	52
1. 경추부 질환 임상 진료 지침 개발을 위한 사전 설문지	52
2. 경추질환의 경과평가를 위한 척도	55
(1) JOA Score	55
(2) SF-8	56
<참고문헌>	58

## 1. 경추부 질환 임상 진료 지침 사전 설문 조사

2007년 2월 5일부터 2월 28일까지 대한침구학회 회원, 전국 대학부속 한방병원 경추 및 요추질환 유관부서(한방재활의학과, 침구과) 교수 및 수련의 200명을 대상으로 경추부 질환 진료 시 현행 사용 중인 치료 수단 및 설정 치료기간에 대한 설문지를 발송하였다. 이 중 총 55명이 우편으로 응답하여 결과를 분석하였다.

설문지는 진료 시 사용 중인 경추부 치료수단, 경추부 진료 시 설정하는 치료기간 등 총 2가지 문항으로 대분류하였다. 경추부 질환은 염좌, 추간판탈출증, 경추 척추증, 낙침, 사경, 외상, 퇴행성 변화, 류마티스 관절염 등 총 8개의 질환으로 세분하였으며 각 질환은 급성, 아급성, 만성의 3가지로 단계를 구분하였다. (단 퇴행성 변화는 아급성, 급성의 2가지로 구분하였다.) 급성은 발병 1개월 내, 아급성은 발병 1개월에서 6개월 내, 만성은 발병 6개월 이후로 정의하였다.

각 질환의 치료수단은 현재 건강보험요양급여비용 청구 시 사용하는 치료법으로 기재된 약물, 침(자락술, 도침술, 산침술(산자법), 사암침법, 오행침법, 체질침법, 화침, 온침 등), 뜸(직접구, 간접구 등), 약침요법, 봉독요법, 신침요법(침전기자극술, 전자침술, 레이저침술, 수침 등), 분구침법(이침, 두침, 족침, 수침, 수지침, 면침, 비침, 완과침, 피부침, 자석침 등), 부항술(건식부항, 습식부항), 추나(경추신전법, 경추교정법, 경추견인요법 등), 향기요법, 한방물리요법(운동요법, 경근중주파요법(ICT), 경근저주파요법(TENS), 경피경혈자극요법(SSP), 혈위온열요법(Hotpack), 극초단파요법(microwave), 초음파요법(ultrasound), 단파요법(short wave), 혈위적외선조사요법(infrared), laser 광선, 水치료 요법, magnetic field, 종합가시광선, 원적외선, TDP 등), 경근첩대요법(Taping 요법 등) 등 총 12개로 분류하여 선택하게 하였다.

각 질환의 치료기간은 근골격계 질환의 보존적 치료기간 설정시 통상 활용되는 1개월 내, 3개월, 6개월, 6개월 이상 등 총 4개로 임의분류하여 선택하게 하였다.

1) 경추 질환별 치료 방법에 대한 설문 조사 결과

치료수단에 대한 설문 응답자는 55명이었다. 해당 질환의 경과별로 선택한 치료방법을 선택빈도에 따라 1순위, 2순위, 3순위, 4순위로 분류하였다. 1순위 선택빈도수에는 4점, 2순위에는 3점, 3순위에는 2점, 4순위에는 1점의 가산점수를 곱하였다. 이를 총합하여 백분율로 환산하여, 각 질환의 경과별 치료방법에 대한 선택율을 치료방법별로 계산하였다. 또한 각 질환별 단계분류에 따라 어떤 치료방법이 가장 많이 선택되었는지 조사하여 백분율로 환산하였다.

표 1. 경추염좌 병기별 치료 선택 순위

경추염좌	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
급성기	침	부항	약물	한방물리요법	봉독
아급성기	침	부항	봉독	한방물리요법	약물
만성기	침	약물	봉독	뜸	약침

표 2. 경추추간판탈출증 병기별 치료 선택 순위

추간판탈출증	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
급성기	침	부항	봉독	약물	약침
아급성기	침	약물, 봉독	추나	부항	약침, 한방물리요법
만성기	침	약물	봉독	추나	한방물리요법

표 3. 경추척추증 병기별 치료 선택 순위

경추척추증	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
급성기	침	부항	약물	봉독	한방물리요법
아급성기	침	약물	추나	약침	뜸
만성기	침	약물	봉독	뜸	한방물리요법

표 4. 낙침 병기별 치료 선택 순위

낙침	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
급성기	침	부항	한방물리요법	약침	약물
아급성기	침	부항	약물	한방물리요법	추나
만성기	침	약물	한방물리요법	봉독	부항

표 5. 사경 병기별 치료 선택 순위

사경	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
급성기	침	부항	추나	약물	약침
아급성기	침	약물	추나	약침, 부항	봉독
만성기	침	약물	추나	봉독	한방물리요법

표 6. 사경 병기별 치료 선택 순위

외상	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
급성기	침	약물	부항	한방물리요법	약침
아급성기	침	약물	부항	한방물리요법	약침
만성기	침	약물	한방물리요법	뜸, 부항	봉독

표 7. 퇴행성 변화 병기별 치료 선택 순위

퇴행성 변화	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
아급성기	침	약물	봉독	뜸	약침
만성기	침	약물	봉독	뜸, 한방물리요법	약침

표 8. 류마티스관절염 병기별 치료 선택 순위

류마티스관절염	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
급성기	침	봉독	약물	약침	한방물리요법
아급성기	침	봉독	약물	한방물리요법	약침
만성기	침	약물	봉독	뜸, 한방물리요법	약침

아급성기 퇴행성 변화, 만성기 퇴행성 변화, 급성기 외상, 아급성기 외상, 만성기 외상, 아급성기 사경, 만성기 사경, 만성기 류마티스 관절염, 만성기 낙침, 만성기 경추 추간판 탈출증, 아급성기 경추척추증, 만성기 경추척추증, 만성기 경추염좌의 경우 1순위 치료법으로 침치료, 2순위 치료법으로 약물치료가 선택되었다.

급성기 사경, 급성기 낙침, 아급성기 낙침, 급성기 경추 추간판탈출증, 급성기 경추척추증, 급성기 경추염좌, 아급성기 경추염좌의 경우 1순위 치료법으로 침치료, 2순위 치료법으로 부항술(건식부항, 습식부항)이 선택되었다.

표 9. 각 질환 경과별 치료방법 선택율

	약물	침	뜸	약침 요법	봉독 요법	신침 요법	분구 침법	부항 술	추나 요법	향기 요법	한방 물리	경근 첩대
급성기 경추염좌	9.3	40.9	3.0	6.7	7.5	1.4	0.6	20.0	0.8	0.6	9.1	5.5
아급성기 경추염좌	7.3	39.5	6.9	7.1	10.3	2.0	0.8	13.4	3.4	0.6	7.7	1.6
만성기 경추염좌	18.6	35.2	11.3	6.5	13.4	2.6	0.2	5.9	3.2	0.0	5.9	1.4
급성기 경추추간판탈출증	12.8	37.7	3.6	7.5	13.0	1.6	0.0	14.0	6.7	0.4	6.1	1.4
아급성기 경추추간판탈출증	11.7	36.2	5.7	6.1	11.7	2.0	0.4	10.1	10.7	0.0	6.1	0.8
만성기 경추추간판탈출증	18.8	35.2	7.3	4.7	14.6	1.6	0.2	4.5	9.7	0.0	8.1	0.6
급성기 경추척추증	13.4	38.7	5.3	5.7	8.7	1.8	0.2	15.8	6.3	0.0	6.5	0.8
아급성기 경추척추증	16.6	54.7	6.3	6.7	3.8	1.0	0.2	4.0	7.3	0.0	6.1	0.2
만성기 경추척추증	17.4	33.4	9.7	4.3	13.2	1.6	0.2	7.5	8.3	0.0	8.9	0.4
급성기 낙침	6.1	38.9	2.2	6.9	2.8	3.4	0.2	21.1	4.9	0.8	11.3	3.4
아급성기 낙침	9.9	39.3	3.2	7.5	5.3	2.6	0.2	16.4	7.7	0.6	9.7	3.2
만성기 낙침	14.0	37.5	4.5	8.5	9.3	2.4	0.2	8.9	8.1	0.6	10.1	2.0
급성기 사경	8.9	40.1	1.2	8.1	7.1	3.0	1.6	12.5	9.9	0.2	6.5	6.3
아급성기 사경	12.3	35.6	3.8	9.5	6.9	2.2	1.0	9.5	9.7	0.2	6.3	5.1
만성기 사경	14.6	35.2	7.7	7.7	10.3	0.8	0.6	4.5	10.9	0.0	7.9	3.6
급성기 외상	20.6	34.4	4.0	7.7	4.2	1.6	0.4	13.4	1.8	0.0	9.1	3.0
아급성기 외상	20.0	37.0	6.3	7.7	4.3	1.2	0.4	12.3	1.8	0.0	8.7	1.0
만성기 외상	20.9	35.0	8.9	7.1	8.7	0.8	0.4	8.9	2.6	0.0	9.1	0.6
아급성기 퇴행성 변화	21.6	34.3	9.5	8.4	13.2	1.1	0.2	3.4	2.8	0.0	5.2	0.4
만성기 퇴행성 변화	24.3	27.7	12.9	8.4	13.4	1.0	1.0	5.0	2.5	0.5	12.9	0.0
급성기 류마티스 관절염	17.8	34.2	5.3	10.5	21.7	0.4	1.4	4.2	0.8	0.0	7.3	0.0
아급성기 류마티스 관절염	22.5	35.0	4.9	7.7	23.1	0.8	0.0	3.4	0.8	0.0	8.5	0.0
만성기 류마티스 관절염	24.1	33.8	8.1	6.7	22.1	0.0	0.2	2.0	0.8	0.6	8.1	0.6

단위 : 백분율(%)

그림 1. 급성기 경추염좌 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

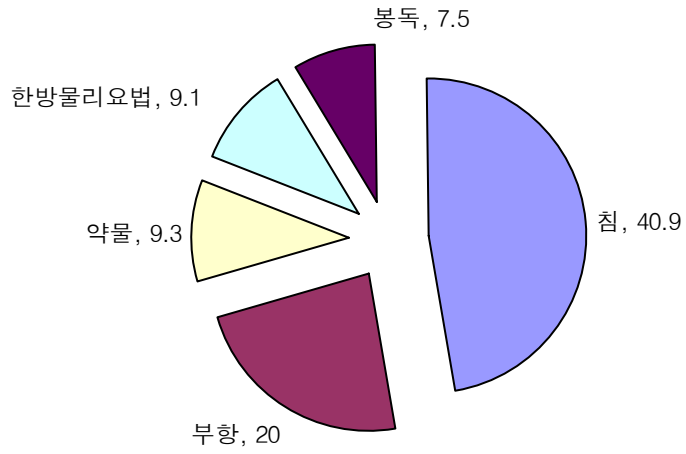


그림 2. 아급성기 경추염좌 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

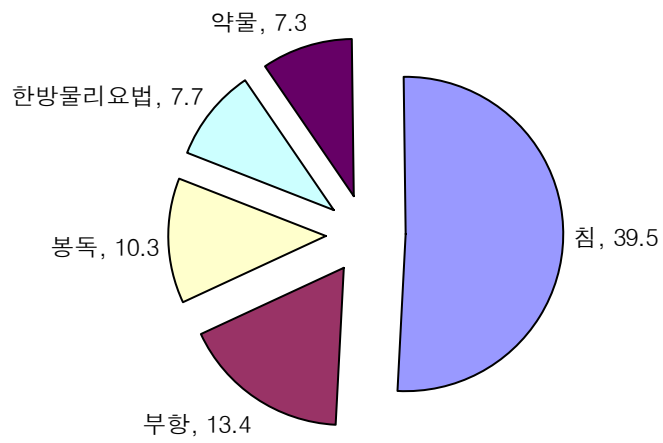


그림 3. 만성기 경추염좌치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

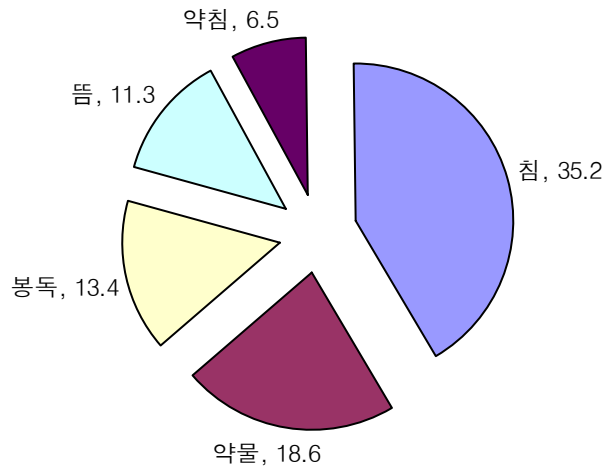


그림 4. 급성기 경추 추간관탈출증 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

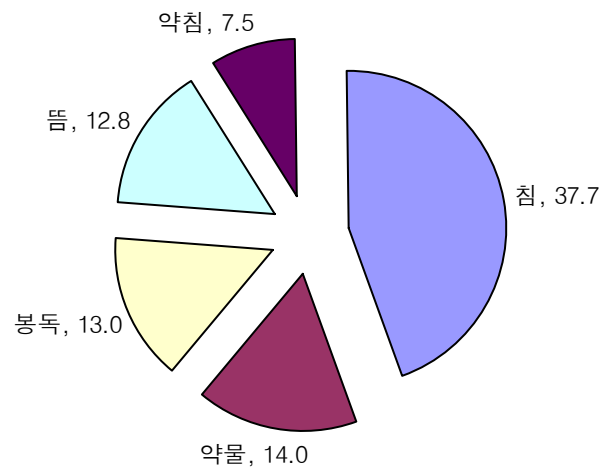


그림 5. 아급성기 경추 추간판탈출증 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

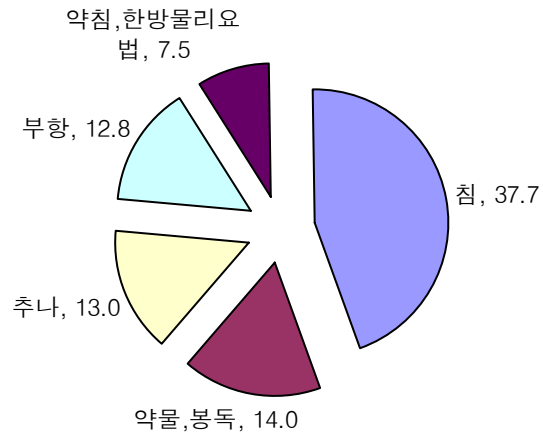


그림 6. 만성기 경추 추간판탈출증 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

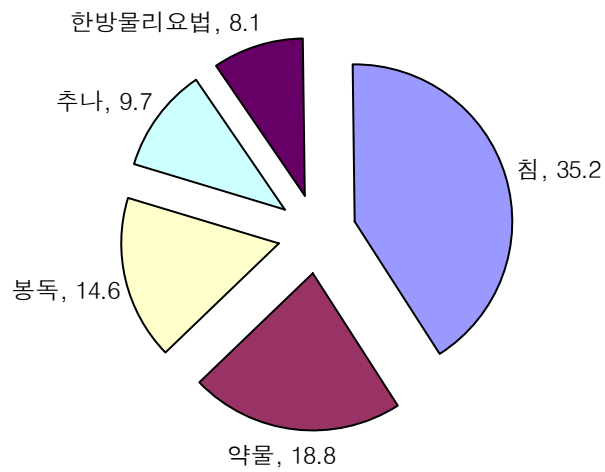


그림 7. 급성기 경추척추증 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

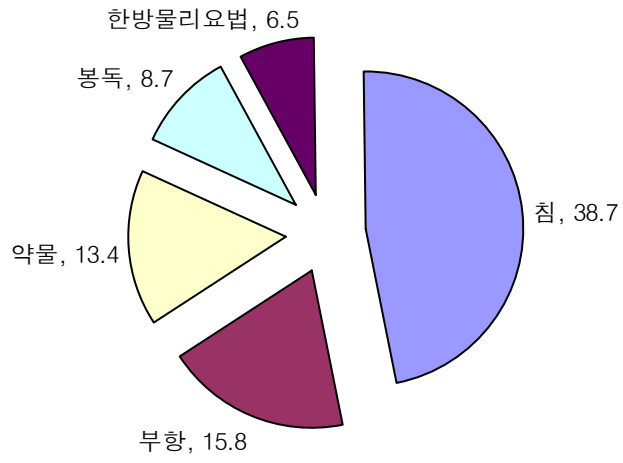


그림 8. 아급성기 경추척추증 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

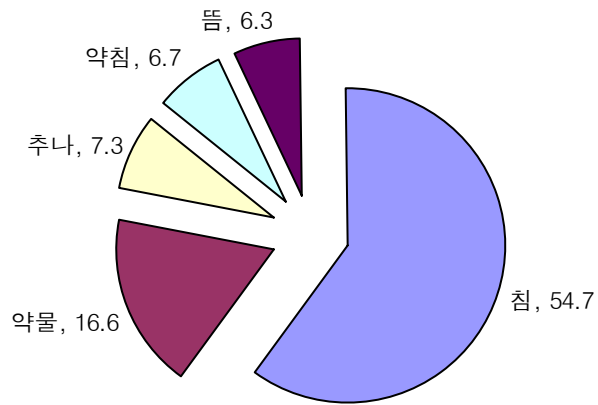


그림 9. 만성기 경추척추증 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

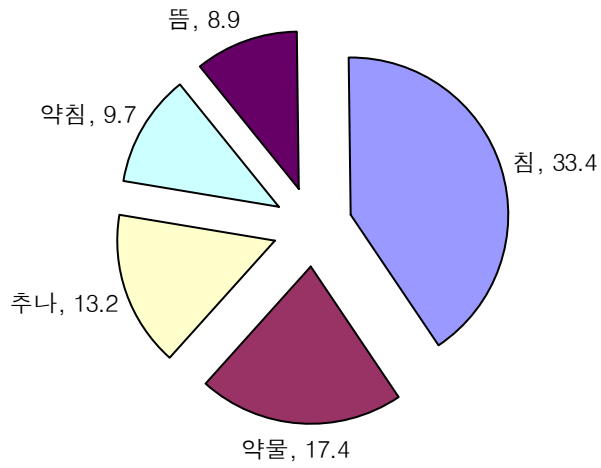


그림 10. 급성기 낙침 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

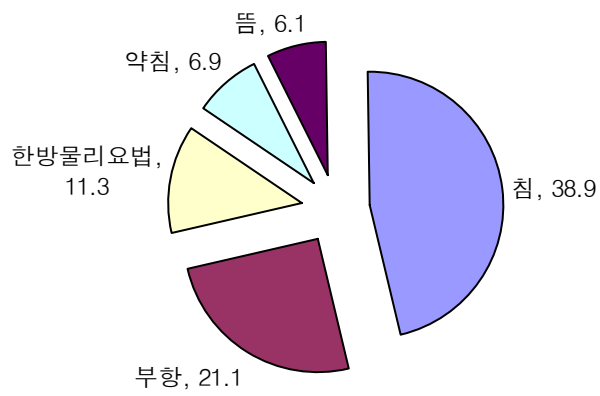


그림 11. 아급성기 낙침 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

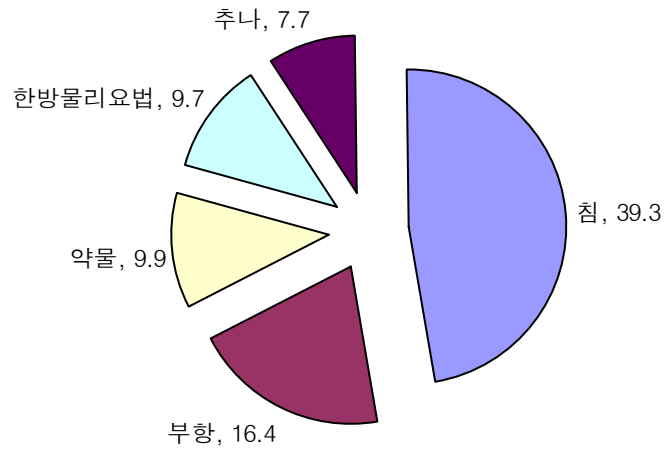


그림 12. 만성기 낙침 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

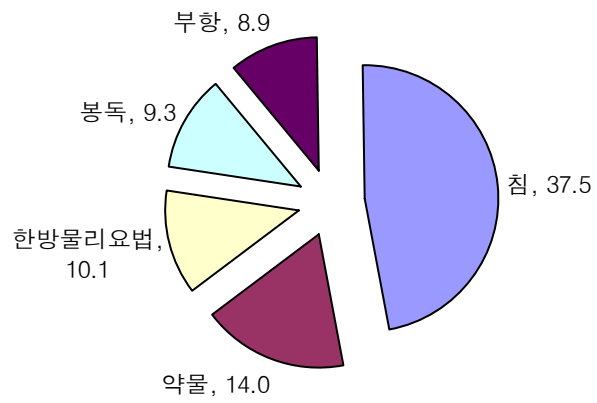


그림 13. 급성기 사경 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

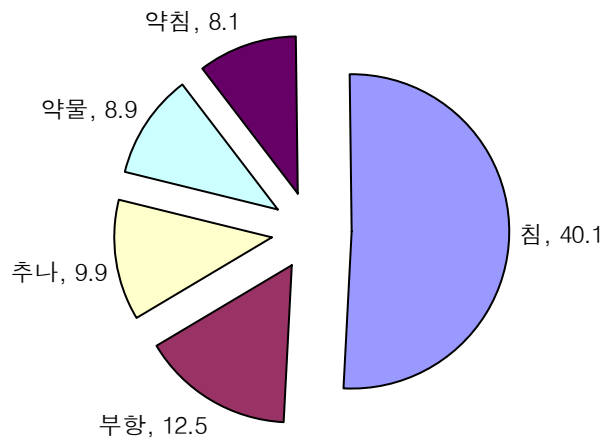


그림 14. 아급성기 사경 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

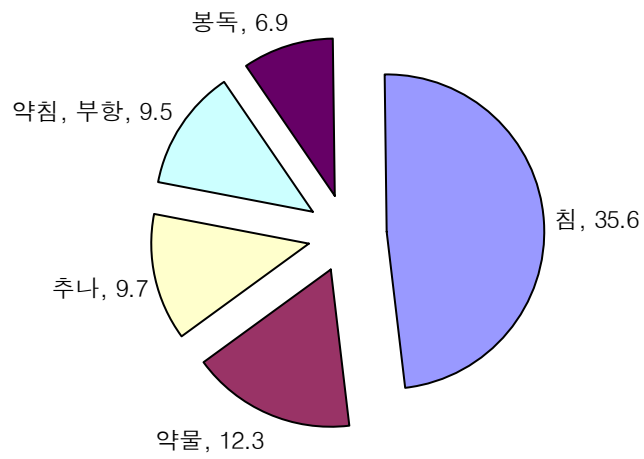


그림 15. 만성기 사경 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

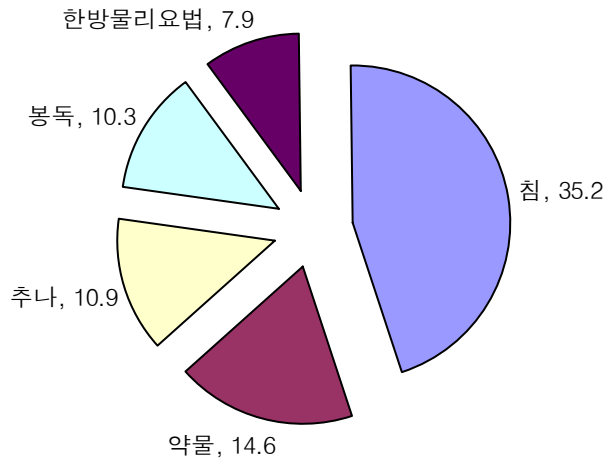


그림 16. 급성기 외상 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

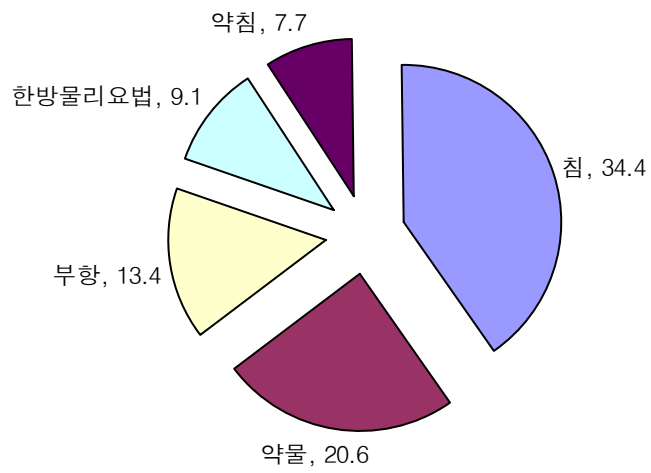


그림 17. 아급성기 외상 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

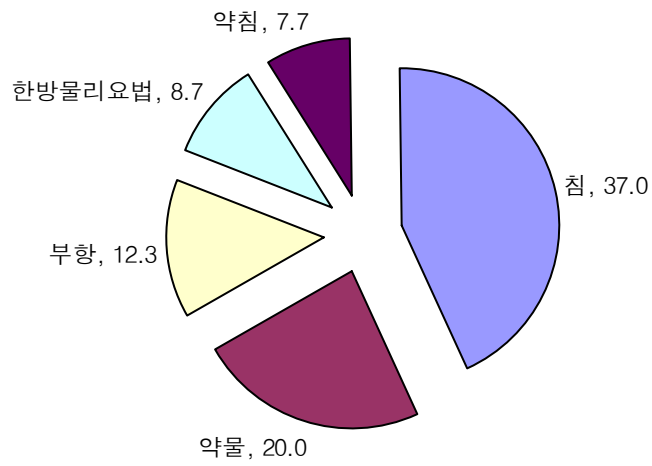


그림 18. 만성기 외상 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

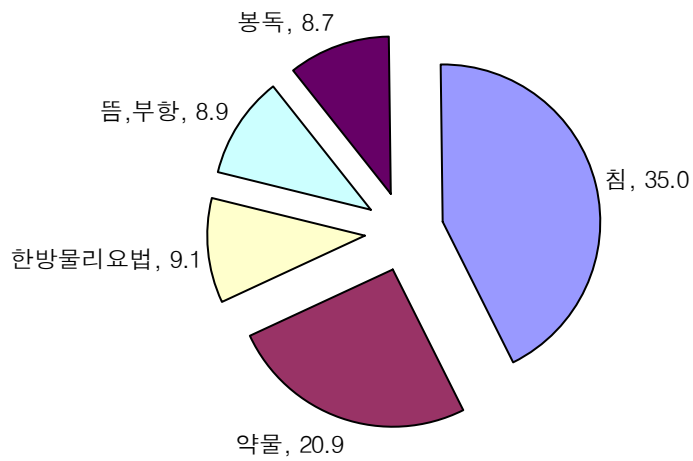


그림 19. 아급성기 퇴행성 변화 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

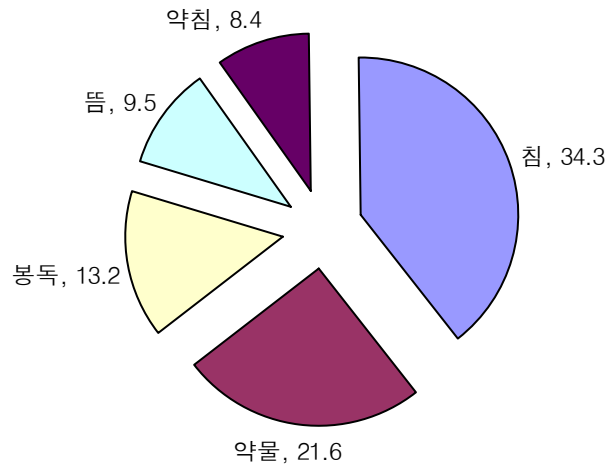


그림 20. 만성기 퇴행성 변화 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

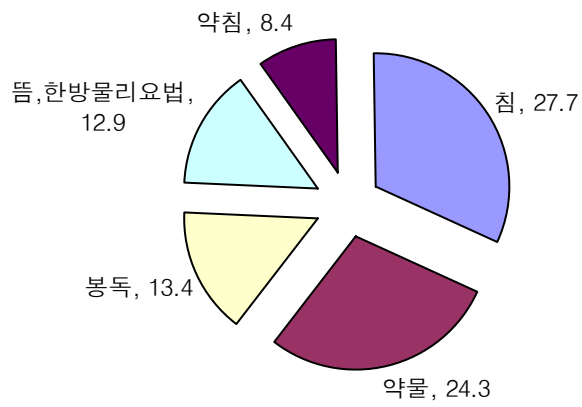


그림 21. 급성기 류마티스 관절염 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

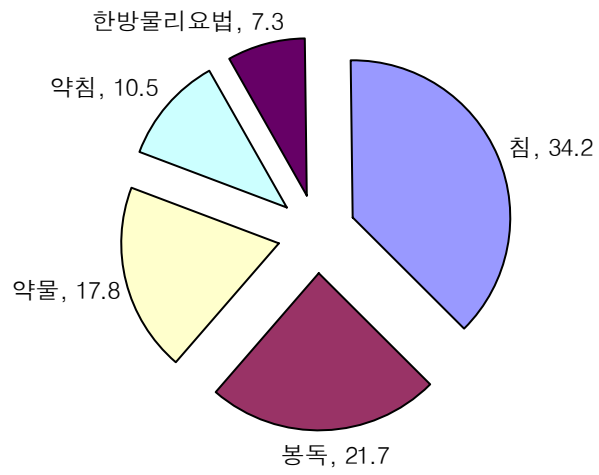


그림 22. 아급성기 류마티스 관절염 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))

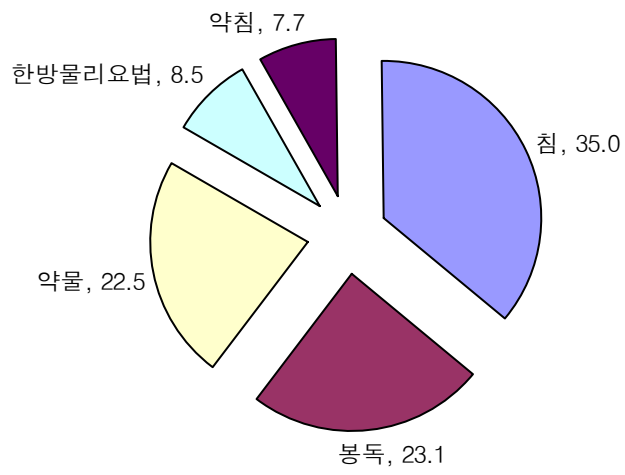
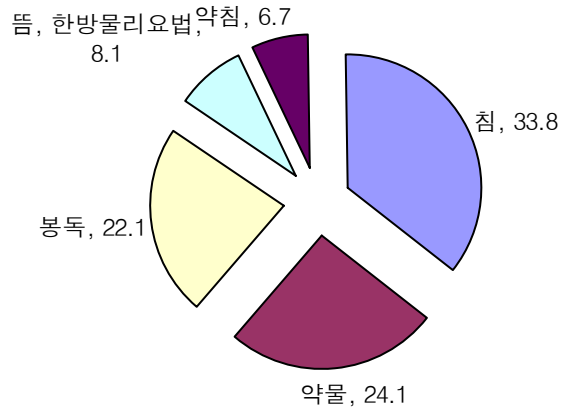


그림 23. 만성기 류마티스 관절염 치료방법 선택율(단위 : 백분율(%))



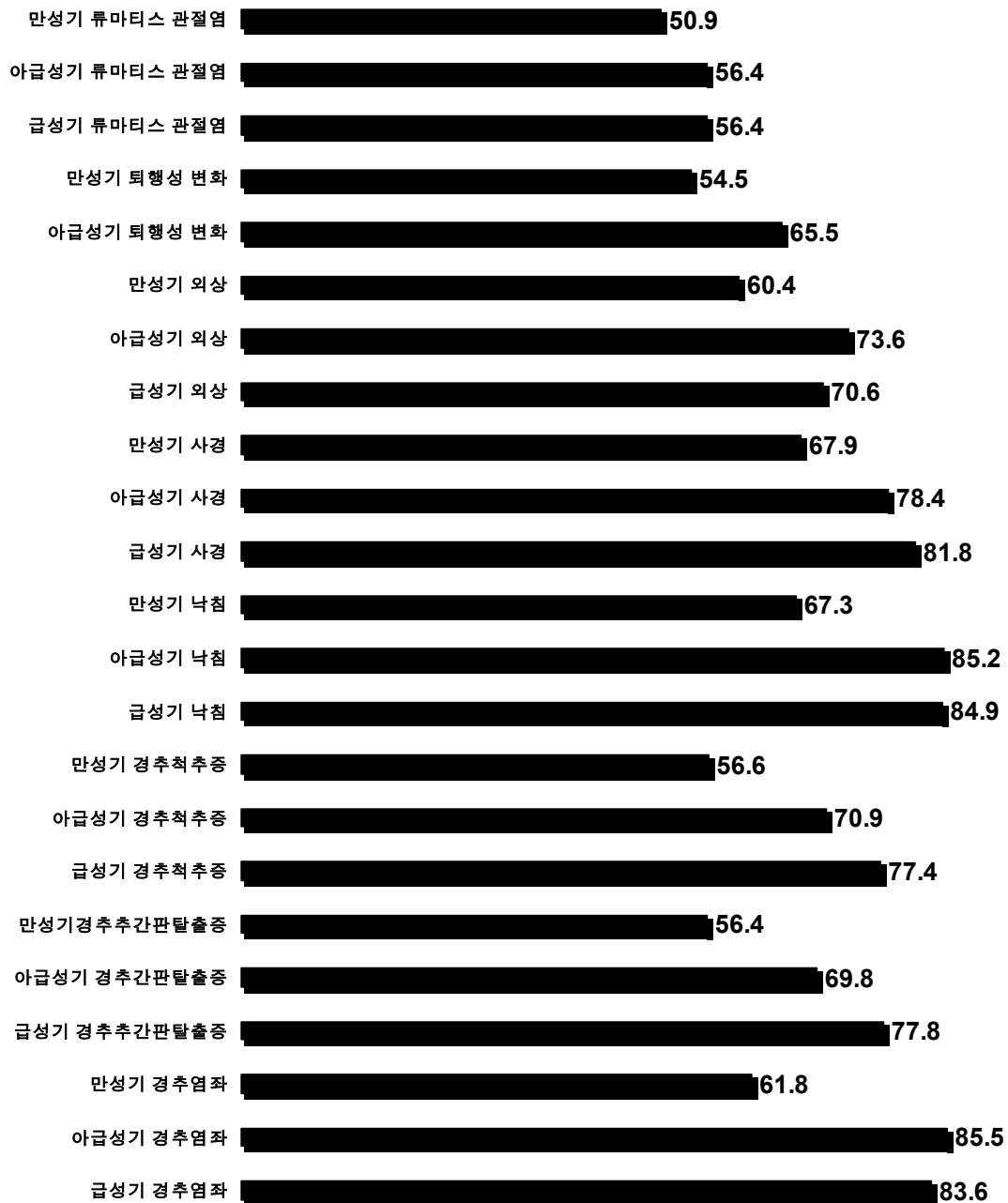
각 질환별 최빈도 치료방법은 모든 질환별 단계분류에서 침(자락술, 도침술, 산침술(산자법), 사암침법, 오행침법, 체질침법, 화침, 온침 등)치료가 선택되었다. (표 7)

표 10. 각 질환별 최빈도 치료방법

	최빈도 치료방법 : 침치료
급성기 경추염좌	83.6
아급성기 경추염좌	85.5
만성기 경추염좌	61.8
급성기 경추추간판탈출증	77.8
아급성기 경추추간판탈출증	69.8
만성기 경추추간판탈출증	56.4
급성기 경추척추증	77.4
아급성기 경추척추증	70.9
만성기 경추척추증	56.6
급성기 낙침	84.9
아급성기 낙침	85.2
만성기 낙침	67.3
급성기 사경	81.8
아급성기 사경	78.4
만성기 사경	67.9
급성기 외상	70.6
아급성기 외상	73.6
만성기 외상	60.4
아급성기 퇴행성 변화	65.5
만성기 퇴행성 변화	54.5
급성기 류마티스 관절염	56.4
아급성기 류마티스 관절염	56.4
만성기 류마티스 관절염	50.9

단위 : 백분율(%)

그림 24. 각 질환별 최빈도 치료방법(침치료 선호도)



2) 경추 질환별 치료 기간에 대한 설문 조사 결과

치료기간에 대한 설문 응답자는 총 55명이었다. 해당 질환의 경과별로 가장 많이 선택한 설정치료기간을 응답자에 대한 백분율로 계산하여 최빈도 설정 치료기간을 파악하였다. (표 8)

표 11. 경추염좌 병기별 치료 기간

경추염좌	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
급성기	95%	5%	0%	0%
아급성기	58%	35%	7%	0%
만성기	16%	51%	22%	11%

\*급성기 : 발병 1개월 내. \*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후.

표 12. 경추추간판탈출증 병기별 치료 기간

경추추간판탈출증	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
급성기	49%	47%	4%	0%
아급성기	7%	56%	33%	4%
만성기	2%	26%	38%	34%

\*급성기 : 발병 1개월 내. \*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후.

표 13. 경추척추증 병기별 치료 기간

경추척추증	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
급성기	57%	36%	7%	0%
아급성기	13%	55%	27%	5%
만성기	2%	31%	36%	31%

\*급성기 : 발병 1개월 내. \*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후.

표 14. 낙침 병기별 치료 기간

낙침	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
급성기	95%	5%	0%	0%
아급성기	69%	26%	5%	0%
만성기	30%	49%	21%	0%

\*급성기 : 발병 1개월 내. \*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후.

표 15. 사경 병기별 치료 기간

사경	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
급성기	65%	31%	2%	2%
아급성기	16%	56%	26%	2%
만성기	4%	33%	38%	25%

\*급성기 : 발병 1개월 내. \*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후.

표 16. 외상 병기별 치료 기간

외상	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
급성기	75%	21%	4%	0%
아급성기	25%	58%	17%	0%
만성기	4%	41%	34%	21%

표 17. 퇴행성변화 병기별 치료 기간

퇴행성변화	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
아급성기	10%	46%	33%	11%
만성기	2%	6%	39%	53%

\*급성기 : 발병 1개월 내. \*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후.

표 18. 류마티스관절염

류마티스관절염	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
급성기	24%	47%	11%	18%
아급성기	7%	18%	42%	33%
만성기	2%	5%	17%	76%

\*급성기 : 발병 1개월 내. \*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후.

그림 25. 급성기 경추염좌 치료기간

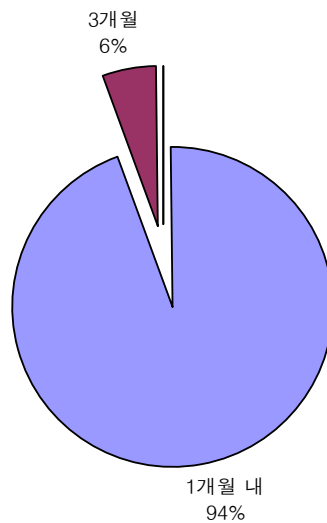


그림 26. 아급성기 경추염좌 치료기간

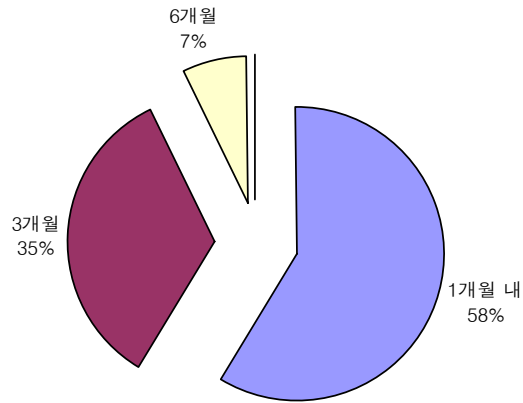


그림 27. 만성기 경추염좌 치료기간

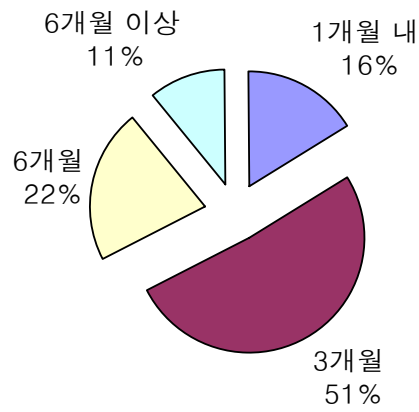


그림 28. 급성기 경추 추간판탈출증 치료기간

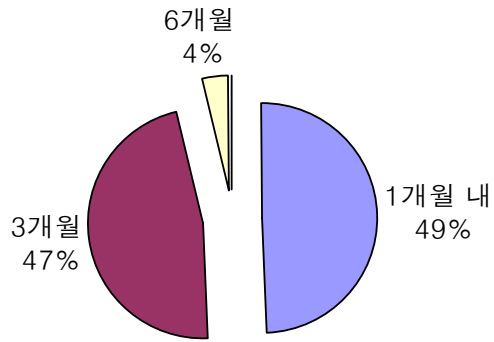


그림 29. 아급성기 경추 추간판탈출증 치료기간

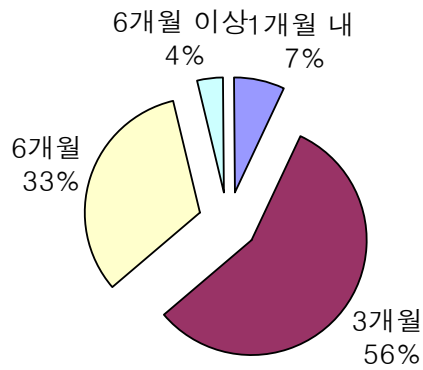


그림 30. 만성기 경추 추간판탈출증 치료기간

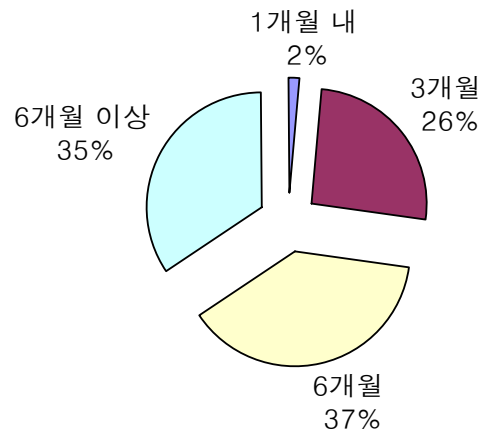


그림 31. 급성기 경추척추증 치료기간

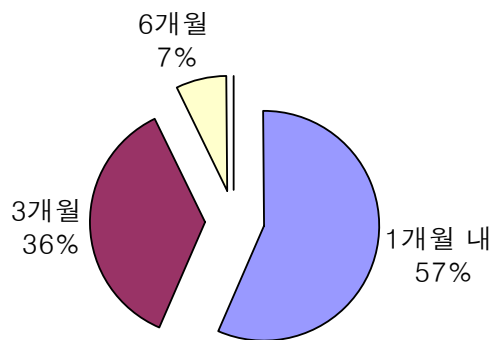


그림 32. 아급성기 경추척추증 치료기간

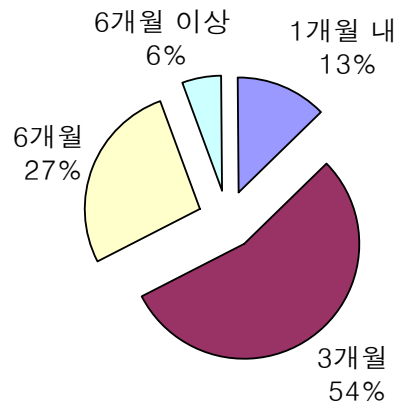


그림 33. 만성기 경추척추증 치료기간

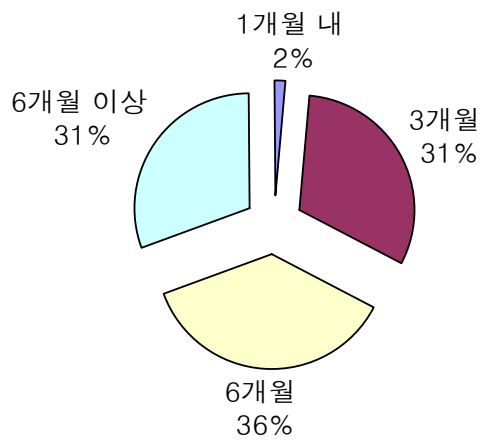


그림 34. 급성기 낙침 치료기간

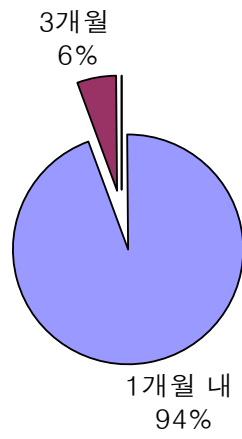


그림 35. 아급성기 낙침 치료기간

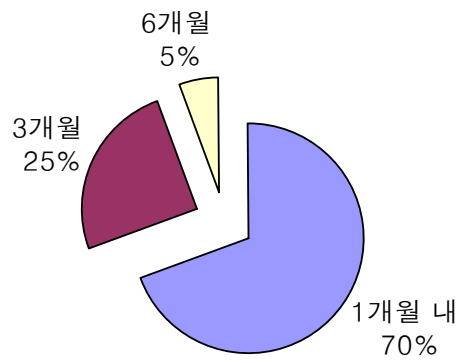


그림 36. 만성기 낙침 치료기간

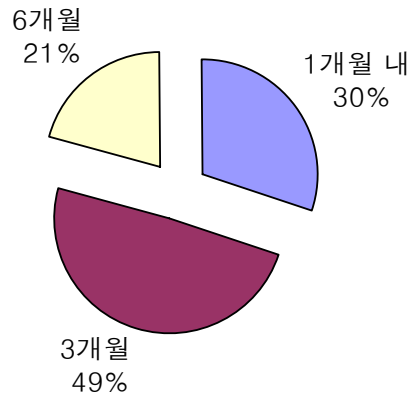


그림 37. 급성기 사경 치료기간

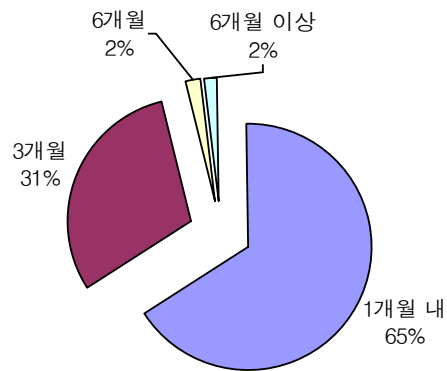


그림 38. 아급성기 사경 치료기간

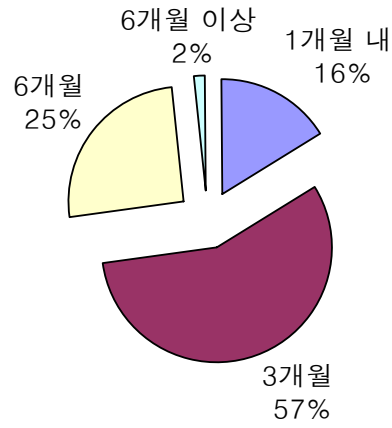


그림 39. 만성기 사경 치료기간

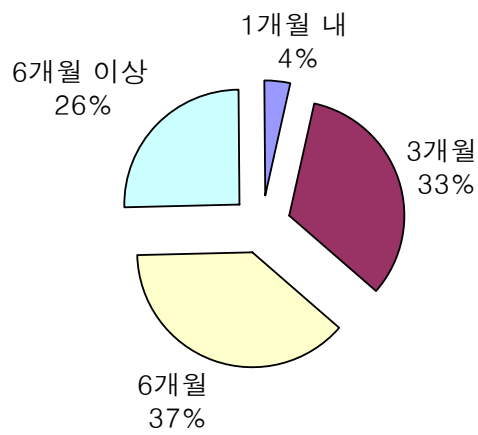


그림 40. 급성기 외상 치료기간

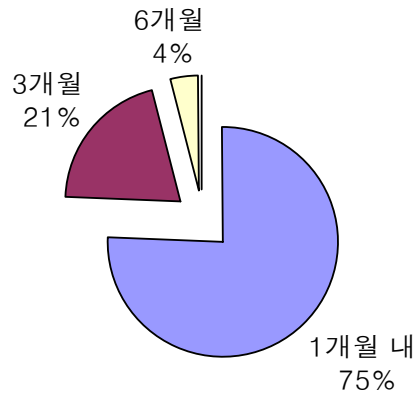


그림 41. 아급성기 외상 치료기간

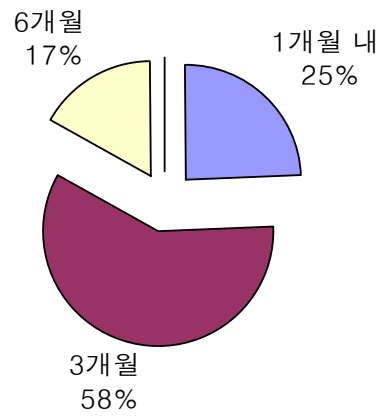


그림 42. 만성기 외상 치료기간

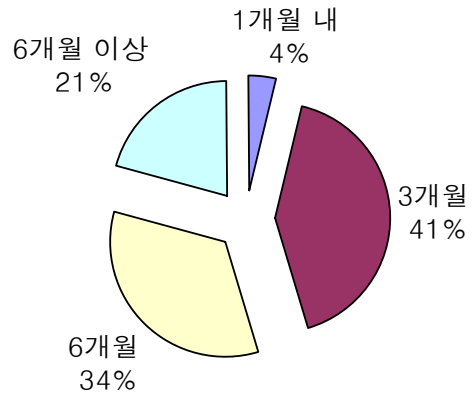


그림 43. 아급성기 퇴행성 변화 치료기간

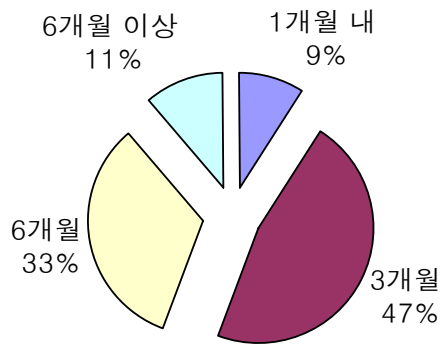


그림 44. 만성기 퇴행성 변화 치료기간

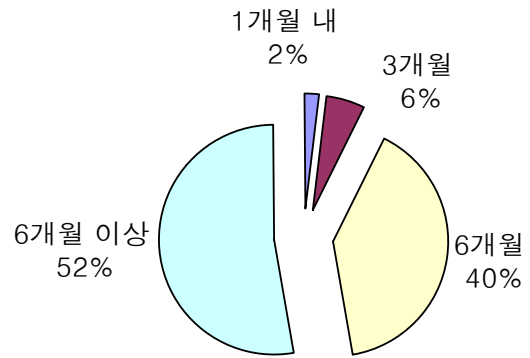


그림 45. 급성기 류마티스 관절염 치료기간

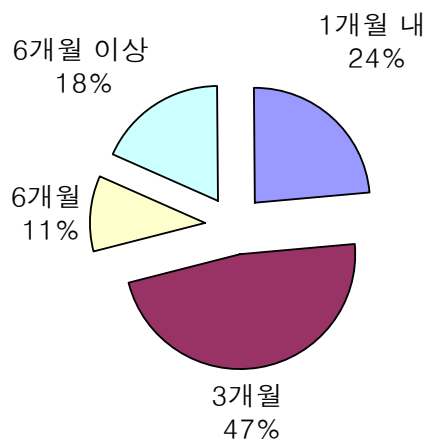


그림 46. 아급성기 류마티스 관절염 치료기간

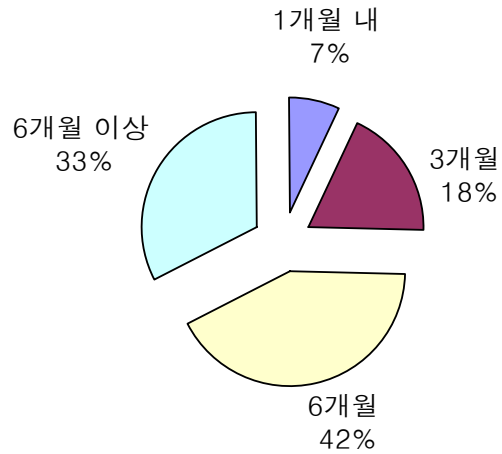
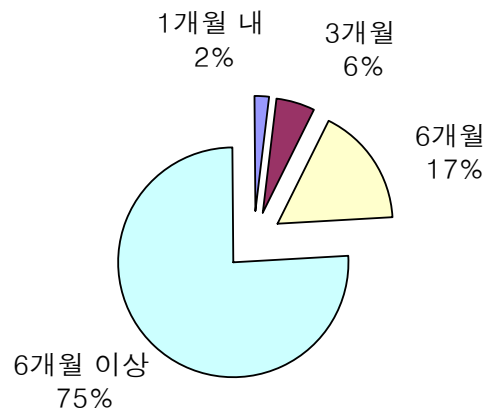


그림 47. 만성기 류마티스 관절염 치료기간



급성기 경추염좌의 최빈도 설정 치료기간은 1개월 내(94.5%)였다. 아급성기 경추염좌의 최빈도 설정 치료기간은 1개월 내(58.2%)였다. 만성기 경추염좌의 최빈도 설정 치료기간은 3개월(50.9%)였다.

급성기 경추추간판탈출증의 최빈도 설정 치료기간은 1개월 내(49.1%)였다. 아급성기 경추추간판탈출증의 최빈도 설정 치료기간은 3개월(56.4%)였다. 만성기 경추추간판탈출증의 최빈도 설정 치료기간은 6개월(38.2%)였다.

급성기 경추척추증의 최빈도 설정 치료기간은 1개월 내(56.4%)였다. 아급성기 경추척추증의 최빈도 설정 치료기간은 3개월(54.5%)였다. 만성기 경추척추증의 최빈도 설정 치료기간은 6개월(36.4%)였다.

급성기 경추척추증의 최빈도 설정 치료기간은 1개월 내(56.4%)였다. 아급성기 경추척추증의 최빈도 설정 치료기간은 3개월(54.5%)였다. 만성기 경추척추증의 최빈도 설정 치료기간은 6개월(36.4%)였다.

급성기 낙침의 최빈도 설정 치료기간은 1개월 내(94.5%)였다. 아급성기 낙침의 최빈도 설정 치료기간은 3개월(69.1%)였다. 만성기 낙침의 최빈도 설정 치료기간은 3개월(49.1%)였다.

급성기 사경의 최빈도 설정 치료기간은 1개월 내(65.5%)였다. 아급성기 사경의 최빈도 설정 치료기간은 3개월(56.4%)였다. 만성기 사경의 최빈도 설정 치료기간은 6개월(38.2%)였다.

급성기 외상의 최빈도 설정 치료기간은 1개월 내(75.5%)였다. 아급성기 외상의 최빈도 설정 치료기간은 3개월(58.5%)였다. 만성기 외상의 최빈도 설정 치료기간은 6개월(41.5%)였다.

아급성기 퇴행성 변화의 최빈도 설정 치료기간은 3개월(46.3%)였다. 만성기 퇴행성 변화의 최빈도 설정 치료기간은 6개월 이상(52.8%)였다.

급성기 류마티스 관절염의 최빈도 설정 치료기간은 3개월 (47.3%)였다. 아급성기 류마티스 관절염의 최빈도 설정 치료기간은 6개월(41.8%)였다. 만성기 류마티스 관절염의 최빈도 설정 치료기간은 6개월 이상(75.9%)였다.

표 19. 경추부 질환내 경과별 설정 치료기간 설문응답내용

	1개월 내	3개월	6개월	6개월 이상
급성기 경추염좌	94.5	5.5	0.0	0.0
아급성기 경추염좌	58.2	34.5	7.3	0.0
만성기 경추염좌	16.4	50.9	21.8	10.9
급성기 경추추간판탈출증	49.1	47.3	3.6	0.0
아급성기 경추추간판탈출증	7.3	56.4	32.7	3.6
만성기 경추추간판탈출증	1.8	25.5	38.2	34.5
급성기 경추척추증	56.4	36.4	7.3	0.0
아급성기 경추척추증	12.7	54.5	27.3	5.5
만성기 경추척추증	1.8	30.9	36.4	30.9
급성기 낙침	94.5	5.5	0.0	0.0
아급성기 낙침	69.1	25.5	5.5	0.0
만성기 낙침	30.2	49.1	20.8	0.0
급성기 사경	65.5	30.9	1.8	1.8
아급성기 사경	16.4	56.4	25.5	1.8
만성기 사경	3.6	32.7	38.2	25.5
급성기 외상	75.5	20.8	3.8	0.0
아급성기 외상	24.5	58.5	17.0	0.0
만성기 외상	3.8	41.5	34.0	20.8
아급성기 퇴행성 변화	9.3	46.3	33.3	11.1
만성기 퇴행성 변화	1.9	5.7	39.6	52.8
급성기 류마티스 관절염	23.6	47.3	10.9	18.2
아급성기 류마티스 관절염	7.3	18.2	41.8	32.7
만성기 류마티스 관절염	1.9	5.6	16.7	75.9

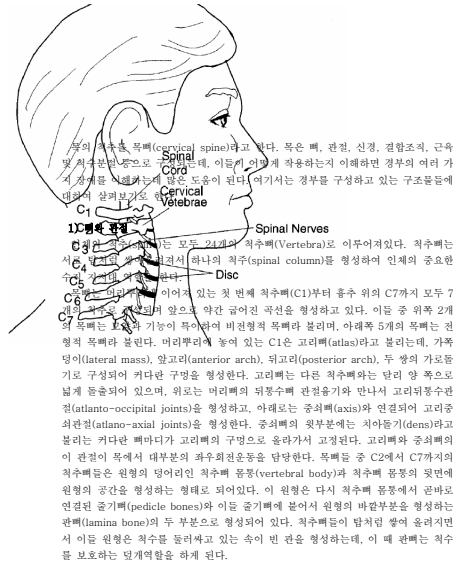
\*급성기 : 발병 1개월 내. \*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후.

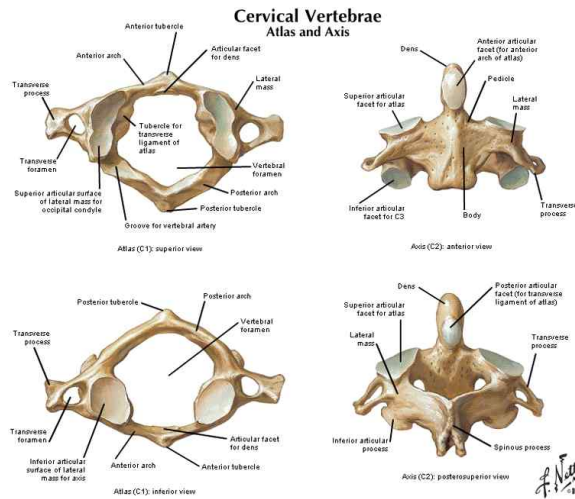
단위 : 백분율(%)

본 사전 설문 조사를 통하여 현재 임상에서 한의사들이 각 경추부 질환에 대하여 어떤 치료 수단을 선택하며, 각 병기별로 치료 기간은 얼마로 설정하는지 분석하였다. 경추부 질환에 대한 한의학 치료 표준화를 위하여 임상 진료 지침을 개발하는 과정에서 본 조사 결과를 토대로 한의사들이 자주 접하게 되는 경추 질환을 선택하고 그에 따른 치료 방법과 그 우선 순위를 반영하였다. 또한 각 경추 질환의 병기별로 설정하게 되는 치료 기간을 설정하여 추후 환자를 관리함에 있어서 예후 설명 시 참고할 수 있도록 하였다. 이런 노력을 바탕으로 본 임상 진료지침을 개발하여 보고하는 바이다.

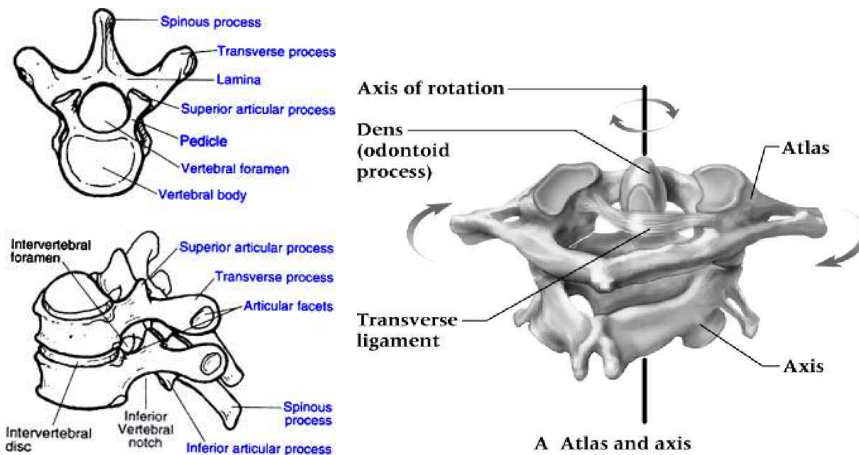
경추부 질환 임상 진료 지침

# 1. 경추의 해부학적 구조의 이해



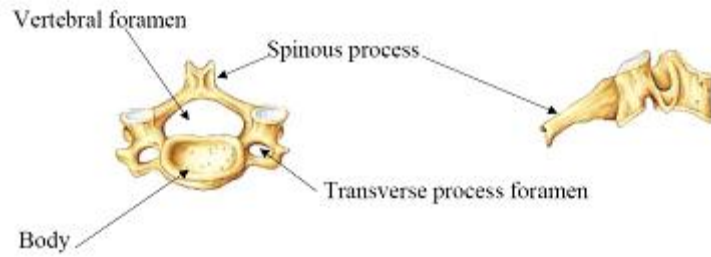


두 개의 관뼈가 만나는 척추의 후면에는 척추를 축진할 때 잘 만져지는 가시돌기뼈 (spinous processes)라고 불리는 뼈마디가 돌출되어 있다. 목뼈의 가장 윗부분에서 커다랗게 만져지는 덩어리가 바로 C2의 가시돌기뼈이며, 목뼈와 흉추가 연결되는 부분에서 관찰되는 커다란 융기가 C7의 가시돌기뼈이다.

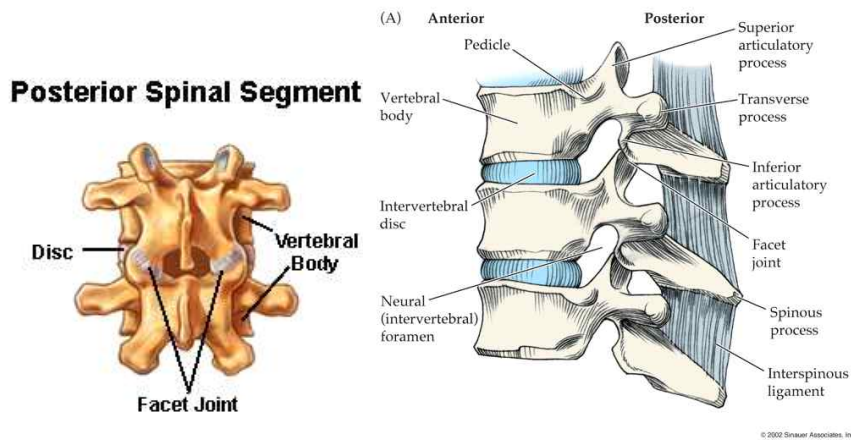


각 척추뼈에는 가로돌기라고 불리는 좌우로 돌출된 두 개의 뼈마디가 있다. 고리뼈가 목뼈에서 가장 넓은 가로돌기를 가지고 있다. 다른 척추와는 달리는 목뼈의 가로돌기에는 목의 옆면을 통해서 뇌의 뒷부분에 혈액을 공급하는 동맥이 지나가는 가로구멍(transverse foramen)이라고 불리는 구멍이 위아래로 뚫려 있다.

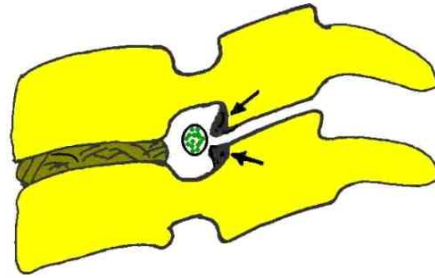
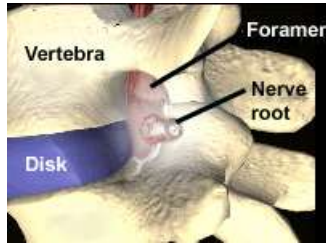
## Distinguishing Characteristics of Typical Cervical Vertebra



척추뼈에는 사슬과 같이 척추뼈들을 서로 연결시켜주는 두 개의 후관절(facet joint)이 있다. 척추뼈는 맨 위와 맨 아래를 제외하고 각각 위쪽과 아래쪽에 있는 척추뼈들과 연결될 수 있도록 한 쪽에 두 개씩 모두 네 개의 후관절을 가지고 있다. 목뼈의 후관절은 목을 여러 방향으로 움직일 수 있도록 비스듬한 형태를 가지고 있다. 다른 관절들과 마찬가지로 관절의 관절표면은 마찰 없이 부드럽게 움직일 수 있도록 관절연골(articular cartilage)로 덮여 있다.



두 개의 척추뼈가 만나서 형성된 양 쪽 두 개의 척추뼈사이구멍(Intervertebral foramen)으로는 척추신경이 빠져 나온다. 구멍 바로 앞에는 척추원반(intervertebral disc)이 있어서 척추원반이 팽창하거나 탈출하게 되면 구멍을 좁혀서 신경이 압박받게 된다. 또한 척추사이구멍의 뒷면은 후관절에 의해 형성되는데, 후관절에 형성된 골주(Bone spurs)가 척추뼈사이구멍이나 척주관 쪽으로 돌출하게 되면 신경을 압박하게 된다.



## 2) 신경

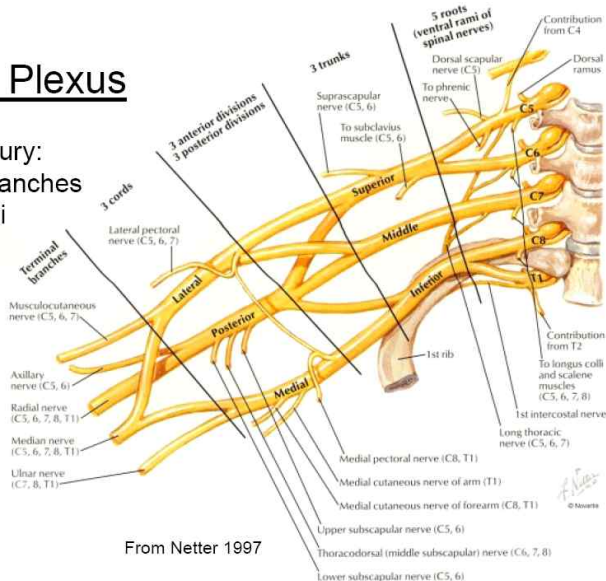
뇌가 머리뼈에 의해 보호받듯이 긴 철사줄 같은 신경섬유로 형성된 척수는 척주 뒷면에서 척수를 둘러싸고 있는 원형의 골조직인 척주관에 의해 보호받고 있다.

척수는 뇌로부터 척주관을 통해 아래로 내려가면서 각 척추뼈에서 좌우의 척추뼈사이구멍으로 두 개씩의 신경가지들을 내보내게 된다. 이들 척추신경은 사지와 기관으로 가는 중요한 신경을 형성하며 목뼈에서 나온 신경들은 팔과 손으로 내려가게 된다.

### Brachial Plexus

Traumatic injury:  
 • Terminal branches  
 • Ventral rami

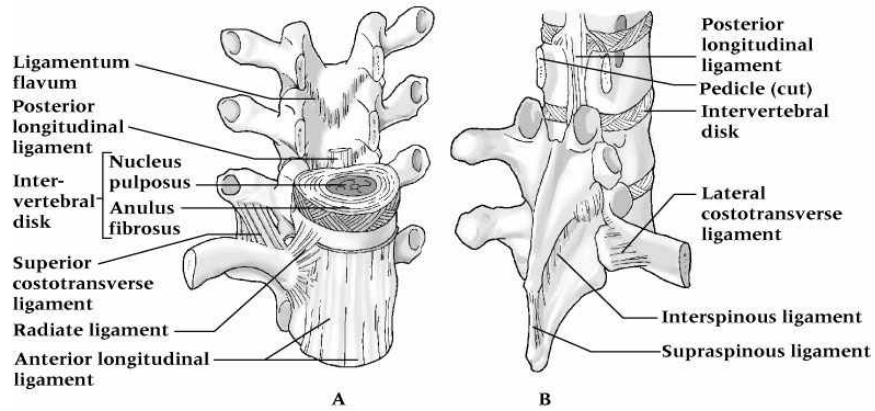
brachial plexus injuries



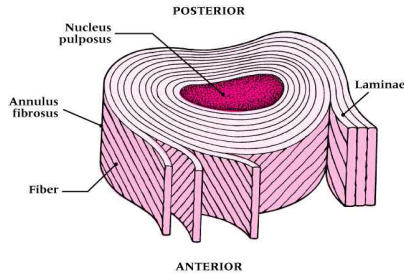
From Netter 1997

## 3) 결합조직

인대는 뼈와 뼈를 이어주는 강한 결합조직이다. 척추뼈의 앞과 뒤에는 각 부분을 연결시켜주는 몇 개의 긴 인대들이 있다. 척추뼈 몸통의 앞면에는 척추뼈를 세로로 연결시켜주는 앞세로인대 (anterior longitudinal ligament)가 붙어있다. 척주관(spinal canal) 내부에는 후세로인대 (posterior longitudinal ligament)가 척추뼈 몸통의 뒷면에 붙어있고, 황색인대 (Ligamentous flavum)가 관뼈 (lamina bones)의 앞면에 붙어있다.



척추뼈 사이에 자리 잡고 있는 결합조직인 척추 원반(intervertebral disc)은 척추에서 대부분의 충격을 흡수시켜주는 속질핵(nucleus)이라고 불리는 중심부의 조직과 핵 바깥에서 이들을 둘러싸고 있는 섬유테(annulus)라고 불리는 강한 인대조직의 두 부분으로 이루어져 있다.



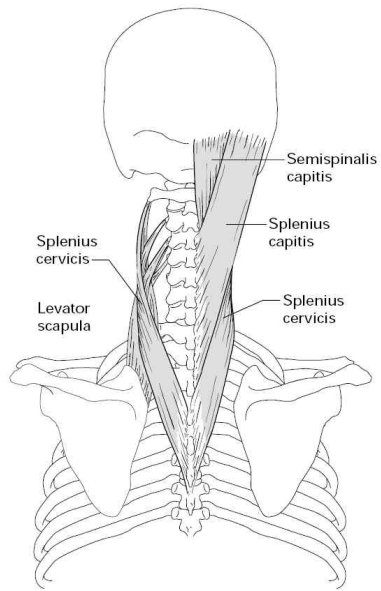
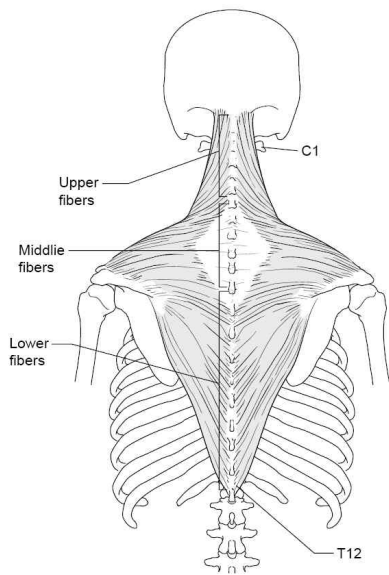
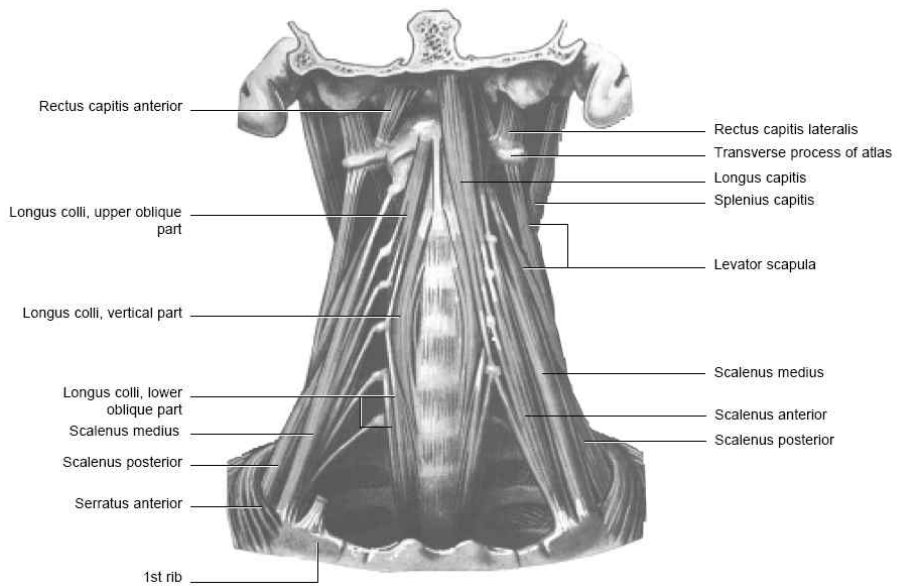
#### 4) 근육

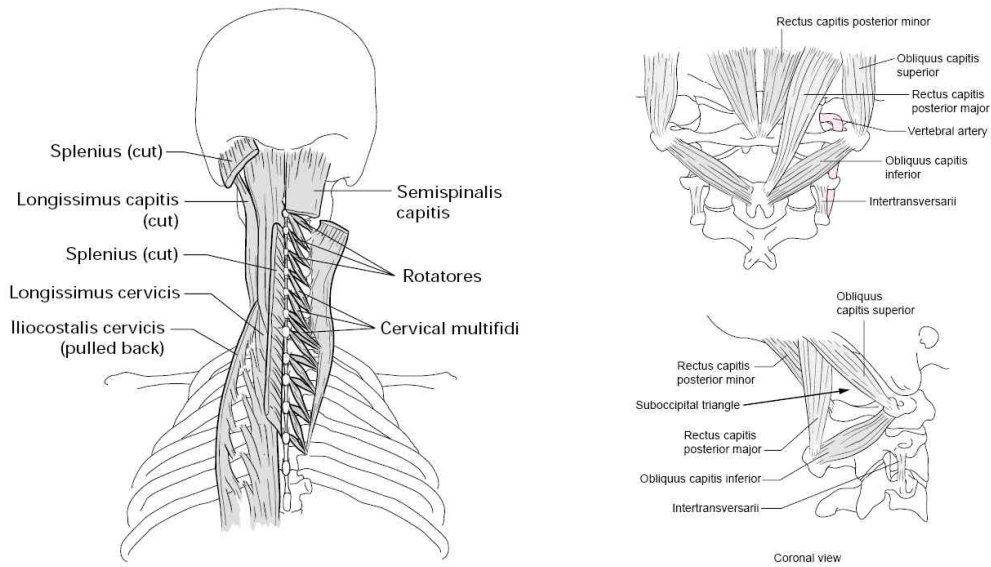
목의 앞부분을 덮고 있는 근육들은 갈비뼈와 빗장뼈(collar bone)에서 시작되어 목뼈와 머리뼈로 연결된다. 목의 뒷면의 근육들은 목뼈의 뒷면을 덮어 목의 뒷면을 형성한다.

목에 있는 근육들의 작용과 신경지배를 살펴보면 다음과 같다(표 1).

표 1. 경추의 근육과 작용, 신경지배

CERVICAL MUSCLES	FUNCTION	NERVE
Sternocleidomastoid 목빗근	Extends & rotates head, flexes vertebral column	C2, C3
Scalenus 목갈비근	Flexes & rotates neck	Lower cervical
Spinalis Cervicis 목가시근	Extends & rotates head	Middle/lower cervical
Spinalis Capitus 머리가시근	Extends & rotates head	Middle/lower cervical
Semispinalis Cervicis 목반가시근	Extends & rotates vertebral column	Middle/lower cervical
Semispinalis Capitus 머리반가시근	Rotates head & pulls backward	C1 - C5
Splenius Cervicis 목널관근	Extends vertebral column	Middle/lower cervical
Longus Colli Cervicis 긴목근	Flexes cervical vertebrae	C2 - C7
Longus Capitus 긴머리근	Flexes head	C1 - C3
Rectus Capitus Anterior 앞머리곧은근	Flexes head	C2, C3
Rectus Capitus Lateralis 가쪽머리곧은근	Bends head laterally	C2, C3
Iliocostalis Cervicis 목엉덩갈비근	Extends cervical vertebrae	Middle/lower cervical
Longissimus Cervicis 목가장긴근	Extends cervical vertebrae	Middle/lower cervical
Longissimus Capitus 머리가장긴근	Rotates head & pulls backward	Middle/lower cervical
Rectus Capitus Posterior Major 큰뒤머리곧은근	Extends & rotates head	Suboccipital
Rectus Capitus Posterior Minor 작은뒤머리곧은근	Extends head	Suboccipital
Obliquus Capitus Inferior 아래머리빗근	Rotates atlas	Suboccipital
Obliquus Capitus Superior 위머리빗근	Extends & bends head laterally	Suboccipital



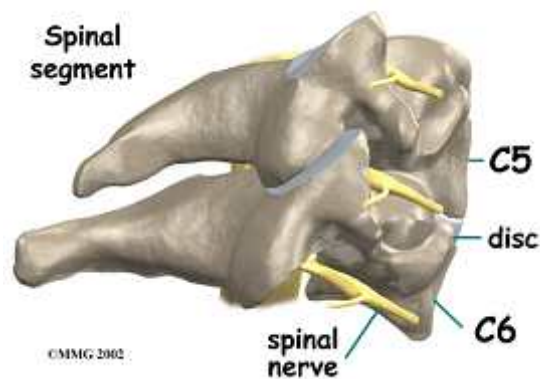


## 5) 척수분절

척추의 해부학적 구조를 이해하기 위해서는 척수분절들을 잘 알고 있어야 한다. 각 척수분절은 척추원반으로 분리된 두 개의 척추뼈와 척수에서 척추뼈사이구멍으로 빠져 나오는 신경, 그리고 각각의 척추를 연결해주는 후관절로 구성된다.

척수분절에서 두 개의 척추뼈를 분리하는 척추원반은 충격 흡수 장치처럼 작용하여 중력으로부터 척추를 보호하며, 척추에 강한 힘이 주어지는 도약, 달리기, 들어올리기 등과 같은 활동으로부터 척추를 보호한다.

척수분절들은 후관절로 연결되어 있고, 이들 후관절이 함께 움직이면 목을 구부리거나 돌릴 수 있게 된다.



## 2. 경추 부위의 진단 및 검사법에 대한 이해

척추는 신체의 기둥을 이루며 대사적, 역학적, 그리고 환경적인 스트레스에 노출되어 있다. 이들 대부분의 스트레스는 급성 또는 만성적인 증후군을 야기할 수 있다.

경추는 정상에서 전만곡 상태로 굽어 있는 부위로 일상의 자세가 거의 직립위이기 때문에 체중부하를 많이 받아 기계적인 마모가 심하며 운동범위도 척추 중 가장 큰 부분이므로 연령이 증가함에 따라 퇴행성 변화가 나타나기 쉽고 또한 경한 외상에도 쉽게 손상을 받을 수 있다. 이러한 경추의 퇴행성 변화는 경추의 구조적 변화과정에서 발생할 수 있는 추간관 탈출증, 추간관 내장증, 퇴행성 척추증, 척추증성 척수증 등과 같은 다양한 종류의 질환을 야기시킨다.

### 1) 임상적 검사

척추에 대한 기본 검사는 다른 근골격계 검사의 절차와 유사하나, 이학적 검사와 신경학적 검사는 보다 중요한 역할을 한다. 일어선 자세, 앉은 자세, 그리고 엎드린 자세에서 시진, 측진, 그리고 관절가동범위 검사를 한다. 대기석에서 환자의 이름이 호명될 때부터 검사는 시작된다. 환자가 의자에서 어떻게 일어서는지 관찰하고, 똑바로 서 있는지 또한 환자의 걸음걸이가 어떤지 관찰한다. 신음 또는 얼굴의 찌푸림과 같이 통증과 관련된 어떠한 행동이 있는지 관찰하고, 보행 보조기를 사용하는지도 눈여겨 본다. 이 때의 관찰과 평가는 검사실 밖에서 환자의 기능이 어떠 했는지에 대한 정보를 제공하기 때문에 매우 중요하며 관찰한 내용을 기록할 수 있는 노트를 만든다.

정식 검사는 병력 조사부터 시작하며 진단에 대한 중요한 자료를 제공한다. 다음으로 환자의 뒤쪽에서 환자의 몸통과 경추를 시진한다. 이 때는 환자가 탈의한 상태여야 하며, 수직 배치상의 이상 즉, 어깨 또는 골반 기울어짐, 이상한 자세, 척추측만증, 그리고 근육 윤곽을 기록한다. 화자를 정면에서 볼 때는 얼굴과 목, 그리고 흉곽의 비대칭과 근육 윤곽과 피부 주름을 기록한다. 검사의 다음 단계는 척추의 후방면에서 측진하는 것으로, 극상돌기, 척추간관절, 횡돌기, 인대, 그리고 등근육에 압통점이 있는지 눌러본다. 측진으로 척추 주위의 경축을 확인할 수 있다. 척추 이외의 다른 관절을 검사하여 이곳에 의한 방사성 통증 증후군을 배제하는 것 또한 중요하다.

#### (1) 시진

환자가 진찰실에 들어올 때부터 시작되며 들어올 때 환자의 자세와 머리의 위치를 잘 살펴본다. 정상적으로 머리는 지면과 수직으로 되어있고 신체의 동작과 협조되어 부드럽게 움직인다.

머리를 검사할 때 : 상지에 증상이 나타나는 일이 있기 때문에 환자는 허리까지 옷을 벗어 머리와 상지를 노출시켜야 한다.

옷을 벗을 때 : 신체의 동작과 더불어 머리를 자연스럽게 움직이는 지를 본다( 동통부위를 고정하거나 보호하기 위하여 머리를 한쪽으로 뺏뺏하게 기울이고 있다면 그와 같은 자세는 병변을 가지고 있다는 것을 의미한다).

목 주위의 물집, 반흔, 변색과 같은 비정상적인 징후 뿐 아니라 정상적인 특징도 살펴보아야 한다. 목 앞쪽의 수술 자국은 과거에 갑상선 수술을 받았던 흔적을 나타내는 것이며, 목 앞의 전삼각부에 있는 불규칙한 반흔은 결핵성 임파선염의 흔적을 나타내는 것이다.

## (2) 촉진

촉진은 처음에는 표층부의 구조물들을 평가하기 위해 가볍게 시행되어야 한다. 그리고 난 후에는 밑에 있는 해부학적 구조를 평가하기 위해 더 깊게 실시한다. 후면에서는 후두용기를 만져본 다음 각 극돌기와 극돌기 사이의 레벨을 느껴본다. 양쪽 척추주위의 근육경련, 경직, 종괴에 대한 탐색을 하도록 한다. 전면에서는 흉쇄유돌근에 경결이 있는지 확인해 본다. 이 근육의 전면에 손가락을 천천히 가볍게 움직여 앞쪽의 척추를 촉진하는 것이 가능하다. C6의 횡돌기의 돌출부인 경동맥 결절은 쉽게 만져진다. 이것은 각 레벨에 대한 기준으로 삼음으로써 압통과 돌출된 큰 골극과 관련된 경추 전면부를 평가할 수 있다. 경부를 움직여 보면서 촉진 상 염발음을 감지할 수도 있다. “Clunk” 검사는 굴곡과 신전하는 동안 상부경추를 촉진하여 알게 된다. 이렇게 하는 동안에 덜컹거림이 감지되었다면 C1-C2의 불안정성이 잠재함을 의미하기도 한다. 경추의 검사는 액와의 검사와 함께 시행되어야 한다. 상완신경총의 신경근은 팔을 30-50도 정도 외전시켜 액와를 가볍게 촉진함으로써 만져볼 수 있다.

(가) 뼈의 촉진(bony palpation) : 근육을 이완시킨 후 뼈의 구조를 만진다.

**전면** : 환자의 옆에 서서 한 손으로 목뒤를 받쳐주고 다른 한손으로 촉진한다. 목의 기저부에서 확실하게 잘 받쳐주어야 환자는 편안하게 느끼게 되고 완전히 이완할 수 있게 된다.

① 설골 : 수평면에서 볼 때 C3의 척추체와 대응한다.

② 갑상연골 : 연골의 튀어나온 부분은 Adam's apple이라고 하며 C4 추체 level에 표시되고 하부는 C5 level에 표시되며 cephalad-caudad direction으로 길다.

③ 제 1 윤상연골 : 갑상 연골의 뾰족한 하연의 바로 밑에 위치하고 있으며 C6와 대칭이다.

④ 경동맥 결절 : 제 1 윤상연골에서 약 2.5cm외측으로 움직이면 C6의 횡돌기의 전결절인 경동맥 결절을 만져 볼 수 있다. 경동맥 결절은 흔히 C5, C6의 수술을 위한 전방 진입로의 해부학적 표적이 되기도 하고 성상 경부 신경절의 주사를 놓는 부위로도 이용된다.

**후면** : 누워있는 환자의 머리 위쪽에 서서 양손을 환자의 목 밑에 넣어 손가락을 맞닿게 하면 경부후방의 뼈들을 좀 더 쉽게 만져볼 수 있다. 근육이 긴장하게 되면 심부에 있는 경추 후면의 뼈는 잘 만져지지 않기 때문에 머리를 고정하여 받치고 있는 동안 목의 근육들을 사용하지 못하도록 환자에게 힘을 빼라고 지시한다.

① 후두 : 두개골의 후면인 후두에서 시작한다.

② 외후두 융기점 : 후두부의 정중선 상에 있고 상항선의 중앙에 있다.

③ 상항선 : 외후두 융기점에서 양쪽으로 뻗어 있는 작고 횡으로 놓여있는 융기다.

④ 유양돌기 : 상항선의 외측단에서 좀 더 외측으로 만져보면 두개골의 등근 유양돌기를 만져 볼 수 있다.

⑤ 경추극돌기 : 손을 컵 모양으로 하고 목옆을 감싸고 손가락으로 정중선을 탐색해 본다. 정중선을 가로지르는 근육은 없기 때문에 극돌기는 울퉁불퉁하게 되어 있다. 극돌기 외측에 볼록 나온 근육은 부척주근과 표층의 승모근으로 되어있다. 두개골의 기저부에서 축진을 시작하면 C 2극돌기가 제일 먼저 만져진다. C 2~T 1까지 극돌기를 만져보면서 경추의 정상적인 척추전만을 살펴본다. 환자에 따라서는 돌로 나누어진 C 3~C 5극돌기를 발견할 수도 있다.

⑥ 추간 관절 (facet joint)

#### (나) 연부 조직의 축진

목의 연부조직은 축진상 2개의 임상구역으로 나눈다. 1) 전면(전삼각부), 2) 후면으로 나누어

중요한 뼈의 표적(bony landmark)을 먼저 찾은 후 연부조직을 검사하면 도움이 된다.

**전면** : 전면 구역은 측방이 두 개의 흉쇄 유돌근이며, 상방이 하악골이고, 하방이 흉골 상부 절흔에서 경계를 이룬다. 환자가 바로 누워 있을 때 근육이 이완되므로 경부 전면의 삼각지역은 축진이 용이하다.

① 흉쇄 유돌근 : 흉쇄 관절로부터 유양돌기에 뻗어 있는 이 근육은 흔히 교통사고로 목이 과신전되어 손상되었을 때 간혹 늘어난다. 흉쇄 유돌근 축진은 환자에게 검사하는 근육의 반대측으로 얼굴을 향하게 한다. 환자가 그렇게 했을 때 이 근육은 건 모양의 기시부 근처에서 명확해진다. 흉쇄 유돌근은 길고 관 모양으로 기시부 근처에서 명확해진다. 흉쇄 유돌근은 길고 관 모양으로 기시부에서 정지부까지 축진 가능하다. 반대측 흉쇄 유돌근과 형태, 크기, 근 긴장 정도에 대한 차이가 없는가를 검사한다. 근육내에 만져 볼 수 있는 국한된 종창은 혈중에 의한 것일지도 모른다. 그것은 비정상적으로 머리가 한쪽 방향으로 돌아가는 사경을 일으킬 가능성이 있다. 축진 시 유발되는 압통은 목의 과신전 손상에 관련되는 수가 있다.

② 림프절 체인 : 림프절 체인은 흉쇄 유돌근의 내측연을 따라 존재한다. 정상 상태에서는 림프절을 만져 볼 수 없으나 종대해지면 작은 혹처럼 만져 볼 수 있고 때로 만지면 압통을 느끼게 된다. 흉쇄 유돌근에서 종창된 림프절은 보통 상기도 감염을 의미한다. 이것 역시 사경의 원인이 된다.

③ 갑상선 : 갑상 연골은 C4-C5의 전방에 있는 목의 전면 정중선을 따라 중심에 위치하고 있다. 갑상선은 H형태로 연골위에 덮혀 있고 연골 양쪽으로 두 개의 확장된 갑상선체가 있으며 그 가운데는 가느다란 협부로 되어 있다. 정상적인 갑상선은 그 부위를 만져 보아도 밋밋하고 아무것도 만져지지 않지만 비정상적인 갑상선은 낭종이나 결절로 인한 특이한 국소 종창이 느껴지며 때로 압통을 호소하게 된다. 실제로 촉진하는 방법이 익숙해지면 갑상 연골을 촉진할 때 함께 만져 볼 수가 있다.

④ 경동맥 맥박 : 경동맥은 경동맥 결절부근에 있다. 경동맥의 맥박은 검사자가 검지와 중지 끝으로 이 부위를 눌러보면 경동맥 맥박을 느낄 수 있다. 양측의 경동맥의 맥박을 동시에 만져보면 경동맥 반사를 일으키기 때문에 좌우 별도로 촉진한다. 목의 양쪽의 맥박은 거의 같다. 양쪽의 맥박을 검사하여 맥박의 감도를 비교한다.

⑤ 이하선 : 이하선은 예리한 하악각을 부분적으로 덮고 있다. 이하선 자체는 분명히 만져 볼 수는 없지만 이하선이 정상일 때, 하악각을 만져 볼 수는 없지만 이하선이 정상일 때, 하악각을 만져보면 예리한 뼈를 명확히 만져 볼 수 있다. 그러나 만일 이하선이 종창되어 있을 때는 이하선이 퉁퉁부어 가려져 있어서 하악각은 만져 볼 수 없게 된다.

⑥ 쇄골 상와 : 쇄골 상와는 상방, 흉골상 절흔의 외측에 위치한다. 이곳에 비정상적인 종창이나 혹이 있는지 유무를 만져 보아야 한다. 광경근은 쇄골 상와를 가로질러 가지만 이 근육의 윤곽은 나타나지 않는다. 따라서 정상적인 쇄골 상와는 보통 밋밋하게 패어 들어가 있고 피하의 쇄골은 두드러져 있어서 이 깊이를 더욱 잘 나타나게 해주고 있다. 쇄골 상와의 종창은 쇄골 골절과 같은 외상으로 인한 이차적인 부종에 의하여 생길지 모르며, 작은 혹은 그 안의 림프선의 종창일지도 모른다. 종창이나 종류가 촉진되지 않을 때 폐의 침부는 쇄골 상와까지 확장되어 있고 때로 자상, 쇄골 골절, 종창된 림프절의 생검시에 손상을 받는다. 만일 경추 늑골이 있을 때 이것은 동부위 쇄골 상와에서 만져 볼 수 있다. 경추 늑골에 의해 상지 순환 이상이거나 신경 증상이 발생될 수 있으므로 주위해야 한다.

**후면** : 경부의 후면의 촉진은 검사자는 앉아 있는 환자의 뒤에 서서 촉진한다. 환자가 앉는 자세가 경부 후면의 연부조직 촉진에 가장 좋다.. 그러나 환자가 앉은 자세에서 동통이 있을시 바로 누운 자세에서 실시하는 것이 좋다.

① 승모근 : 승모근의 기시부는 넓으며 외후두 용기점에서 T12까지 미친다. 그리고 외측으로는 쇄골, 견봉, 견갑골극에 정지하고 있다. 승모근이 두드러진 목의 상부에서부터 촉진을 시작하여, 견봉쪽으로 손가락을 움직이면서 기시에서 정지까지 승

모근을 만져본다. 승모근의 상면은 교통사고로 인하여 발생하는 경추의 굴곡 손상이 있으면 간혹 신장된다. 견봉의 배측표면까지 검지로 촉진한 후 견갑극까지 손가락을 따라간다. 승모근의 정지부는 명확히 만져 볼 수는 없지만 이 부위에 이상한 압통이 있으면 보통 경추의 굴곡 또는 신전 손상으로 인한 결손, 또는 혈종에 의하여 일어난다. 다음에 경추 극돌기의 양측에서 승모근이 종주하는 불룩한 것을 손가락 끝으로 상항선에 있는 기시부까지 촉진한다. 승모근은 즉시 비교할 수 있기 때문에 양쪽으로 동시에 만져보는 것이 좋다. 크기나 형태의 불균형 압통은 주의해서 살펴보아야 한다. 압통은 상측면에 가장 잘 나타난다. 승모근과 흉쇄 유돌근은 두개골 기시부에 따라서 이 근육이 분리되는 유양돌기에서 함께 기시부를 공유하지만 한쪽 쇄골에서는 개별적으로 정지하고 있다. 발생학적으로 보면 승모근과 흉쇄 유돌근은 한 개의 근육으로 형성되어 있으며 후에 성장하여 둘로 분리된다. 이러한 공통적 기원 때문에 이 근육들은 같은 신경인 척수 부신경, 제 XI 뇌신경에 의해 지배된다.

② 림프절 : 승모근의 전외측면에 있는 림프절은 정상일 때는 만져볼 수 없다. 그러나 감염이 된 병적 상태에서는 붓게 되고 누르면 아프게 된다. 경험이 많아지면 림프절 체인은 승모근 촉진 때 함께 만져볼 수 있다.

③ 대후두 신경 : 승모근에서부터 두개골의 기저부까지 손가락을 움직여 외후두 용기저의 양측에서 대후두 신경을 촉진한다. 염증이 있을 때(보통 말채찍 손상, whiplash injury)로 인하여 이 신경은 명확하게 촉진할 수 있다. 대후두 신경의 염증은 일반적으로 두통을 일으킨다.

④ 상항 인대 : 상항 인대는 두개골 기저부의 외후두 용기점에서부터 시작되며 C7 극돌기까지 연장된다. 각 경추의 극돌기를 덮고, 섬유조직으로 그 자체가 부착되어 덮혀 있으며 극돌기 촉진할 때 검사자의 손가락 끝의 바로 밑에서 만져진다. 분명하게 만져지지 않는 않지만 그 부위를 촉진할 때 압통이 있을 때가 있다. 이러한 압통은 목의 굴곡 손상의 결과로 인대가 늘어났거나 또는 인대 자체의 외상성 결손을 나타내는 것이다.

### (3) 관절 운동 범위(ROM, range of motion)

경추 운동범위의 평가는 굴곡, 신전, 좌우의 회전, 좌우의 측굴이 포함된다. 일반사람들에서 이러한 동작들은 충분히 넓은 운동범위를 나타낸다. 나이가 들어감에 따라 운동 범위는 감소하는 경향이 있다. 그래서 이러한 동작을 평가할 때는 측정된 수치만을 보기보다는 한 쪽과 반대편의 운동을 비교하는 것이 중요하다. 수동운동의 감소는 통증이 있음을 의미하기도 하고 수동과 능동 운동범위가 모두 감소하는 것은 부정렬이 있음을 의미하기도 한다.

기본동작 : 굴곡, 신전, 좌우의 회전 및 좌우의 측굴이 서로 결합하여 머리와 목은 여러 가지 변화된 동작을 할 수 있는 능력을 갖게 된다.

### (가) 능동관절 운동 검사

#### ① 굴곡과 신전

목의 능동 굴곡과 신전을 검사하려면 환자에게 “그래 그래”하는 동작으로 머리를 끄덕이도록 한다. 정상적인 환자는 턱을 가슴에 닿을 수 있고, 그리고 바로 천장 위를 쳐다 볼 수 있다. 머리를 움직일 때 호(弧)를 이루는 동작으로 부드럽게 완전히 움직이는지 불완전하게 중간에서 정지하는지를 관찰한다. 교통사고는 경추 주위의 연부 조직의 외상을 일으킬 수 있으며 관절 운동 범위를 제한시키고 정상적인 호(弧)의 운동에 제한을 보인다.

#### ② 회전

환자에게 머리를 좌우로 흔들도록 한다. 머리를 충분히 양쪽으로 움직이면 턱은 거의 어깨선까지 올 수 있다. 다시 머리의 회전운동을 완전히 움직일 수 있는지 없는지를 결정하기 위하여 머리의 회전운동을 잘 살펴본다. 사경은 흔히 목의 운동을 제한하는 원인이 된다.

#### ③ 외측 굴곡

능동 외측 굴곡을 검사하려면 환자의 귀를 어깨에 닿도록 목을 옆으로 구부리게 한다. 외측 굴곡이 제한되었을 때 어깨를 들어올려 귀에 닿으려고 하는 대응 작용을 하지 못하게 해야 한다. 정상적으로 외측 굴곡은 어깨를 향하여 약 45도 머리를 기울일 수 있다. 종창된 경추 림프절은 특히 외측 굴곡 운동을 제한하기도 한다.

### (나) 수동 관절 운동 범위 검사(표 2)

근육 긴장은 운동 동작을 제한하므로 수동적으로 관절 운동 범위를 검사할 때 환자에게 안정감을 주어 근육을 이완시킨다.

#### ① 굴곡과 신전

경추의 굴곡과 신전을 수동 검사로 시행하려면 검사자의 양 손을 두개골의 양쪽에 놓고 머리를 앞으로 구부린다. 굴곡의 정상 운동 범위는 턱이 가슴에 닿아야 한다. 그 다음 환자의 머리를 들어서 뒤로 젖힌다. 신전의 운동 범위가 정상이면 똑바로 천정을 올려다 볼 수 있다. 정상적으로 머리는 경추의 극돌기에 닿도록 신전할 수 없다는 것을 알아야 한다.

#### ② 회전

회전을 검사하려면 머리를 중립 위에 두고 “아니요”라고 부정할 때처럼 머리를 좌우로 움직인다. 정상적으로 머리를 완전히 돌리면 턱이 어깨선까지 갈 수 있다. 그리고 양쪽의 회전 각도를 서로 비교한다.

#### ③ 외측 굴곡

중립위에서 머리를 어깨쪽으로 향하여 외측으로 구부린다. 정상 외측 굴곡의 범위는 어깨를 향하여 약 45도 기울일 수 있다. 외측 굴곡의 결과를 서로 비교하고 운동의 제한이 있지 않은가 살펴본다.

표 2. 경추의 전반적인 동작 범위

동작	정상적인 범위	손상이 없는 범위
굴곡	60°- 90°	60°
신전	75°- 90°	75°
외측 굴곡	45°- 55°	45°
회전	80°- 90°	80°

\* 주의 : 외상으로 인한 탈구로 경수를 압박할 때는 24시간 내에 응급수술이 필요하다. 척추가 불안정하다고 생각되면 신경 손상을 입힐 수 있으므로 척추의 수동관절 운동 검사는 시행하지 않는 것이 좋다.

## 2) 신경학적 검사

### (1) 감각 분포

C5에서 T1까지의 각 신경학적 레벨에 의해 상지의 피부 감각은 지배된다. 상완 신경총에서 나오는 지각 신경은 다음과 같다(표 3).

표 3. 경추의 신경과 지각

C5	상완의 외측, 액와 신경
C6	전완의 외측, 엄지, 검지, 가운데 손가락의 절반, 근피 신경의 감각지
C7	가운데 손가락
C8	반지 손가락과 새끼 손가락, 전완의 내측, 내측 전완피 신경
T1	상완의 내측, 내측 상완피 신경

### (2) 신경학적 레벨 검사(표 4)

표 4. 경추의 신경학적 레벨 검사

추간	신경근	반사	지배 근육	감각 지배
C4-C5	C5	상완이두근 건반사	삼각근 상완이두근	상완 외측 액와 신경
C5-C6	C6	완요골근 반사	수근관절 신전 상완이두근	전완 외측 근피 신경
C6-C7	C7	상완삼두근 건반사	수근관절 굴곡근 손가락 신전근 상완삼두근	가운데 손가락
C7-T1	C8		손가락 굴곡 손의 내재근	전완 내측 내측전완피신경
T1-T2	T1		손의 내재근	상완 내측 내측 상완피신경

신경	근력 검사	감각 검사
요골 신경	수근관절 신전 엄지 손가락 신전	엄지와 검지 사이의 등쪽 손가락 사이
척골 신경	외전-손가락	원위척골-새끼 손가락
정중 신경	엄지 손가락의 집기 엄지 손가락의 대립 엄지 손가락의 원전	원위요측-검지 손가락
액와 신경	삼각근	상완 외측-삼각근부
근피 신경	상완 이두근	전완 외측

### (3) 특수 검사

① L'Hermitte 징후 : L'Hermitte 징후는 경추를 강하게 굴곡시켰을 때 생기는 팔이나 다리로 방사되는 통증이나 이상감각이다. 이것은 대개 척수전방의 종괴로 인한 척수의 압박을 의미한다. 때때로 L'Hermitte 징후의 양성은 탈수초 질환을 의미한다.

#### ② Compression-Traction Test

압박검사를 하기 위해서 검사자는 양손을 환자의 머리 위에 얹은 다음 강하게 아래로 압력을 가한다. 환자에게 한 쪽 팔에 통증이나 따끔거림이 나타나는지 물어본다. 그 다음에 검사자는 한 손을 턱 아래쪽에, 다른 손은 후두부를 받친다. 머리를 위쪽으로 들어올리면서 부드럽게 견인을 한다. 환자에게 이것이 팔 아래쪽에서의 따끔거림이나 통증을 완화시키는지 물어본다. 이 검사는 팔의 통증이나 마비가 신경공 레벨에서의 신경근 압박에 의한 결과인지를 판단하는 데 이용된다. 압박시키면 목이 짧아지면서 경추의 전만이 증가한다. 압박검사는 추간공을 좁게 만들어 신경근의 압박을 증가시키도록 한다. 견인검사는 목을 신장시킴으로써 경추의 전만을 크게 만들고 후면의 추간관절을 넓혀 추간공의 공간을 증가시킨다.

③ Jackson 압박검사 : 의자에 앉히고 환자의 목을 측굴시킨 채 머리를 압박한다. 양쪽 모두 해본다. 목을 측굴시킨 채 머리를 압박하면 그 쪽의 추간공이 막히게 되는데 이때는 방산통이 일어난다.

④ Spurling 검사 : 가장 정확도가 높고 추간공을 압박하여 좁히는 방법이다. 의자에 앉히고 턱을 어깨에 닿도록 목을 돌린 상태에서 뒤로 젖힌다. (신전시킴) 좌우 모두 해본다. 젖힌 쪽의 통증은 신경근이나 소관절면에 이상이 있는 것이며, 젖힌 쪽의 반대쪽(즉, 늘어나 쪽)의 통증은 좌상이 있는 것을 말한다. (비틀어서 누르는 방법이다.)

⑤ 어깨 누르기 검사 : 의자에 앉히고 한손으로 환자의 어깨를 누르면서 다른 손으로 측두부를 눌러 반대쪽으로 측굴시킨다. 검사한 쪽에 통증이 있으면 신경혈관속에

압박이 있음을 의미한다. 또, 경막유착이나 근육의 구축도 생각해야 한다. (목과 어깨를 서로 벌림), Ex) 액와동맥 같은 것을 늘린다.

#### ⑥ Distraction test

견인 검사는 경추 견인으로 동통이 경감되는 결과를 입증하는 것이다. 신경근 압박을 초래하는 좁아진 추간공을 넓히므로 동통을 감소시킨다. 또한 견인은 추간 관절 주위의 관절낭의 압력을 견인에 의해 감소하는 것으로 경부의 동통을 경감시킨다. 그리고 긴장된 근육을 이완시켜서 근육의 경축을 경감시킨다. 경추의 견인 검사를 시행할 때 검사자의 한쪽 손바닥은 환자의 턱 밑에 받치고 다른 한 손은 후두부를 받친다. 그 다음 서서히 머리를 잡아 당겨 올리면 경추에서 머리의 중량이 감소된다.

#### ⑦ 경부 신경 신전 검사( Nerve stretching test)

환자의 후방에 서서 한편 손을 턱에 걸고 경부를 회전 신전하며 또 한편 손으로 환자의 상지를 신전시켜 두부의 신경근, 신경총을 끌어 펴는 검사. 신경손상이 있으면 통증을 가져오고 양성으로 된다. ( 동작이 아주 크다.)

### <경추부 혈관이상 검사>

⑧ George 검사 : 의자에 낮은 자세에서 환자의 좌우 혈압을 측정하고 기록한다. 좌우의 요골동맥 맥박을 만져본다. 좌우 수축기 혈압에 10mmHg 이상 차이가 있거나 맥박이 약하거나 없을 때는 쇄골하 동맥의 협착이나 폐색일 가능성이 있다.

⑨ Adson test : 이 검사는 압박된 쇄골하 동맥의 상태를 관찰하기 위하여 이용된다. 동맥이 상지에 주행하는 도중에 특히 경늑과 긴장된 전사각근, 중사각근 사이를 통과하는 그 부위에서 동맥이 압박되는 일이 있다. Adson 검사를 시행하려면 환자의 손목에서 요골 동맥의 맥을 잡아가며 환자의 견관절을 외전, 신전, 외전시킨다. 그 다음 환자에게 검사하는 팔쪽으로 머리를 돌리고 깊은 숨을 들이쉬게 지시한다. 만일 쇄골하 동맥이 압박되어 있다면 검사자는 요골 동맥의 맥박이 현저하게 감소되었거나 전혀 맥이 뛰지 않는 것을 느끼게 될 것이다.

⑩ Barre-Leiou징후 : 자극받는 경우(추골동맥이 압박된다.) 눈을 돌리면서 어질어질하거나 눈이 희미해지고, 구역질, 실신, 안구진탕( 심한사람 →배, 차멀미를 함. 안구가 비정상적으로 많이 운동) 등이 나타나면 검사는 양성으로 판정된다. ⇨ 추골동맥 증후군이라 함

⑪ 추골뇌저동맥 기능검사 : 의자에 앉히고 환자의 총경동맥과 쇄골하동맥을 촉진과 청진하여 박동과 이상잡음이 있는지를 알아본다. 양쪽 모두 확실치 않은 경우에는 목을 좌우로 돌리고 젖혀 늘여서 다시 한번 검사한다.

..돌려 젖혀서 나타나는 징후는 추골동맥이 압박되어서 어지럽거나 눈이 흐려지거나, 구역질, 실신, 안구진탕 등의 증상이 동반되면 양성이라는 것을 의미한다.→ 경추추나요법금기( ★ 어지러움 수반)

..추골, 뇌저동맥기능검사 및 George's test는 [George의 대뇌혈관과 두개골 및

경부기능검사법]의 일부분이다.

#### <경추부 좌상과 염좌>

⑫ O'Donoghue : 의자에 앉히고 환자에게 될 수 있는 한 한쪽으로 머리를 기울게 하고 저항(검사자가 반대쪽 머리를 누른다.)을 이겨내도록 지시한다. 환자에게 힘을 빼게 하고 검사자가 최대의 운동범위 만큼 측굴을 하게 한다. 저항을 이겨내려고 할 때의 통증은 좌상을, 제자리로 수동자세를 취할 때의 통증은 염좌를 의미한다.

\* 주의 : 근육조직(좌상), 인대(염좌)

#### <경추 골절>

⑬ 극돌기 타진검사 : 의자에 앉히고 목을 약간 숙이게 한다. 각각의 경추극돌기와 관련 근육조직을 타진기를 이용해서 타진한다. 국소통증은 추체의 파괴를, 방산통은 추간판손상일 가능성을 말한다.

#### <점거성 병변>

⑭ Valsalva test : 이 검사는 척수내압을 증가시킨다. 만일 추간판 탈출증이나 종양과 같은 공간 점유 질병이 경추관 내에 있다면 압력이 증가하여 2차적으로 경추에 동통이 발생된다. 이 동통은 또 경추 병변의 신경학적 레벨에 일치하는 피절 분포에 따라 방사될 것이다. Valsalva 검사를 시행하려면 환자에게 화장실에서 애쓸 때처럼 숨을 들이쉬고 아랫배에 힘을 주도록 한다. 그 다음, 어떤 동통이 증가되는 느낌이 드는지를 물어보고 만일 증가된다면 위치가 어디쯤인지를 묻는다. Valsalva 검사는 환자로부터 정확한 반응이 필요한 주관적 검사라는 점을 염두에 두어야 한다.

⑮ Swallowing test : 삼키기가 어렵거나 삼킬 때의 동통은 때로 뼈의 돌출, 뼈의 골돌기체와 같은 경추 자체의 병변, 또는 경추 전방부의 혈종, 감염, 종양으로 인한 연부 조직의 종창 등이 원인이 된다.

#### (4) 기타 검사법

① Soto-Hall검사 : 반듯이 눕히고 목을 전굴시킨다. 이때 흉골 위쪽을 눌러준다(흉부는 누르고 목은 올린다). 국소통증이 있으면 경추의 뼈나 인대손상 또는 병변을 의미한다.

\* 검사할 때 환자가 무릎을 굽히면 수막자극 증상이 의심된다.

② Brudzinski's sign : 무릎을 펼 때 통증이 자극된다(disc가 심하거나 소아의 뇌척수염시에 양성).

③ Kernig sign : disc치료가 잘되었나의 여부를 판단한다. 다리를 쭉 펴고 앉은 상태에서 허리를 굽혀 팔을 발끝을 향해 짝 편다. 이때 disc치료가 잘 안되면 무릎이 구부러진다.

④ Hoffman reflex(상지에서 시행) : 중지를 잡고 가볍게 튀길 때 무지가 내전 굴

곡되는 경우를 positive로 한다. 그러나 CNS의 장애가 없어도 positive로 나오는 경우가 있으므로 경수 증상을 검사할 때는 Wartenberg reflex를 시행한다( 4개의 손가락을 서로 땅기면 엄지 손가락도 따라서 구부린다). 좌우차가 있는 경우는 Barbinski reflex도 positive로 나오는 경우에 병적 소견으로 생각하면 좋다.

### 3) 진단검사

경추질환의 원인을 찾고자 할 때 해부학적인 구조의 이상 유무를 알아보하고자 여러 가지 검사를 의뢰할 수 있으며, 주로 쓰이는 진단검사의 방법은 다음과 같다.

#### (1) 단순방사선(Simple Radiology)

경추배열의 이상 유무(이상 만곡, 후만, 측만)를 확인하며, 퇴행성 변화의 골극 형성, 추간판의 간격협소 등을 관찰하여야 하며, 척추결핵, 척추종양, 경추의 탈위, 탈구 등 척추뼈 자체의 이상을 감별하는데 도움을 준다. 순수한 추간판 탈출증이나 염좌의 경우 도움이 되지 못한다.

#### (2) 자기 공명검사(MRI)

단면뿐 아니라 시상면으로도 관찰이 가능하여 좀 더 정확한 해부학적인 진단이 가능하다. 연부조직의 해상대비능이 높고 병변의 감별진단이 용이하여 가장 최상의 진단방법으로 대두되고 있다.

#### (3) 근전도 검사(Electromyography)

신경이 압박을 받게 됨으로 나타나는 근력의 변화를 전기를 이용하여 검사하는 방법으로 손상된 신경의 정도 및 예후 판정에 도움이 된다.

#### (4) 전산화 단층 촬영(CT)

척추와 척추 주위의 구조물에 대하여 아주 세밀히 볼 수 있고 척추의 단면도를 볼 수 있어 척추체의 파괴 유무, 추간판의 돌출 상태, 신경관 내의 이상유무, 척추 주위의 구조물의 변화 등에 대한 많은 정보를 준다.

#### (5) 척수강 조영술(Myelography)

과거 추간판 탈출증이나 척추강내의 병변을 진단하기 위하여 많이 사용되어 왔으나 최근에는 단독으로 사용하는 경우는 극히 드물며 조영제 투여후 전산화 단층촬영으로 진단의 정확도를 높게 하고 있다.

#### (6) Bone Scan

염증성 질환에 유효. 결핵(Tbc), Cancer 및 화농성 질환

### 3. 경추 질환의 서양의학적 분류

#### 1) 원인

경추 척추증은 목뼈(Cervical spine), 척추원반(Intervertebral disc), 주위 섬유조직들에 퇴행성 변화가 일어나는 중년 또는 노년에 주로 나타난다. 퇴행성 변화로 척추원반의 간격이 좁아지고, 관절주머니가 늘어나 안정성이 감소되어 頸項과 肩臂에 疼痛, 麻木 및 活動制限 등의 증상이 나타나게 된다.

목은 활동이 무척 많은 부위이다. 앞굽힘은 목의 아래 부위에서, 뒷굽힘은 목의 중심 부위에서, 좌우돌림은 정중고리중쇠관절(Median atlantoaxial articulation)에서, 옆굽힘은 여러 목뼈들의 협동작용으로 이루어진다. 정상인들은 앞굽힘 및 뒷굽힘이 35도, 옆굽힘이 45도, 좌우 돌림이 30도의 범위로 나타난다. 목 운동의 이러한 특징 때문에 척추원반의 퇴행성 변화, 척추원반의 탈출, 인대의 석회화 및 근막의 만성염증 등과 같은 연부조직의 손상들이 쉽게 발생된다.

목뼈의 위치나 형태의 변화가 척추동맥(Vertebral artery)에 영향을 미치게 되면 뇌조직에 공급되는 혈류량이 부족해지고, 목뼈의 척수(Spinal cord)나 척수신경(Spinal nerves)에 영향을 미치게 되면 頸部와 肩臂部에 기능장애가 나타나게 된다. 이와 같이 頸項部에 나타나는 여러 가지 임상증상 들은 頸部の 연부조직이 손상되어 속발된 것이라 할 수 있다.

#### 2) 유형

경추 척추증은 손상받은 조직에 따라 각기 다른 임상증상을 나타낸다. 임상에서는 경추 척추증을 손상조직에 따라 신경뿌리형, 척수형, 척추동맥형, 교감신경형, 혼합형의 5가지 유형으로 분류한다.

##### (1) 신경뿌리형(또는 痺證型)

척추사이구멍(intervertebral foramen)을 통해 뒤로 나오는 목척추신경들 중 C1-2 신경은 뒤통수부위에 분포하고, C3-4 신경은 목 부위에 분포하며, C5-8신경은 아래로 내려가서 팔신경얼기(brachial plexus)를 형성하는데, 이들 신경뿌리의 분포 영역에 麻木, 感覺鈍化 등과 같은 증상을 나타내는 경추 척추증을 말한다.

##### (2) 척수형(또는 痿證型)

목뼈의 골주나 목뼈의 가운데로 돌출된 척추원반이 척수를 압박하여 증상을 나타내는 경추 척추증을 말한다.

##### (3) 교감신경형(또는 五官型)

머리와 목 및 팔의 교감신경의 기능장애로 임상증상을 나타내는 경추 척추증을 말한다.

##### (4) 척추동맥형(또는 眩暈型)

척추동맥이 목뼈의 불안정, 척추원반의 측방 돌출, 갈고리척추관절(uncovertebral joint)의 증식 등으로 자극을 받거나 압박을 받게 되면 바닥동맥(Basal artery)에 공

급되는 혈류량이 부족해진다. 이에 따라 일련의 증상을 나타내는 경추 척추증을 말한다.

(5) 경추형(또는 落枕型)

목뼈 관절주머니의 이완, 인대의 석회화, 척추원반의 퇴화, 골주의 형성 등과 같은 퇴행성 변화로 인하여 반복적으로 頸背部에 동통이 나타나는 경추 척추증을 말한다.

### 3) 증상

(1) 신경뿌리형(또는 癱瘓型) 경추 척추증

(가) 증상

① 30세 이상에서 주로 발생한다. 발병이 완만하며 병정이 길고 반복적으로 발생된다.

② 지속적인 隱痛, 酸痛 또는 발작적인 劇痛이 목과 肩背部에 나타난다. 손상이 목뼈의 아래부위에 발생된 경우에는 아래팔로 동통이 방산되는데, 신경뿌리의 해당 피부분절(Dermatome)에 麻木과 疼痛이 나타나기도 한다. 때로는 환측의 팔과 손에 근력이 저하되어 물건을 놓치는 경우도 발생한다.

대부분 한 쪽에 발생하나 간혹 양측에 발생되기도 하며, 頭痛, 頭暈, 視物模糊, 耳鳴의 증상을 동반하기도 한다.

③ 목에 강직이 나타나 활동에 제한을 받는다. 목을 움직이거나 재채기 할 때 증상이 더욱 심해진다.

(나) 임상진단

① 목의 형태 변화, 강직, 근육 긴장, 활동 제한 등이 나타난다. 활동 제한은 주로 목을 뒤로 젖히거나 환측으로 굽힐 때 명확하게 나타난다.

② 척추신경이 손상을 받은 경우에는 해당 척추사이구멍의 아래부위와 가시돌기의 양 쪽 그리고 귀 뒤, 어깨, 팔 외측, 가슴 앞, 어깨뼈의 위쪽각 등과 같은 등쪽가지(Dorsal branch)의 지배영역에 압통이 나타난다. 그리고 척추원반이 손상받은 경우에는 해당 가시돌기에 압통이 나타나며, 때로는 동통이 멀리 방산되기도 한다. X-선 검사가 진단에 도움이 된다.

다.

③ 특수검사 : 척추뼈 사이 구멍이 좁아진 경우에는 Compression test, Distraction test 및 Spurling test 등의 특수 검사에서 양성반응이 나타난다.

④ 감각의 변화 : 원위부에 감각의 변화가 나타난다. 초기에는 동통에 과민하게 되고 손상이 장기화되면 감각이 저하된다. 감각이 저하된 피부분절로 손상된 신경뿌리를 추측할 수 있다.

⑤ 힘줄반사의 변화 : 위팔두갈래근과 위팔세갈래근 힘줄반사가 초기에는 활성화되어 있지만 오래되면 감퇴 또는 소실된다. 검사할 때는 양 쪽을 서로 비교한다.

⑥ 근력의 변화 : 손상된 신경뿌리의 지배를 받는 근육의 힘이 약해진다.

(다) 감별진단

① 목뼈척추원반 탈출증 : 경추 척추증과는 달리 척추원반탈출증은 청장년에 주로 발생하고, 발병이 급작스러우며, 때로는 외상의 경력이 있다. X-선 상 심한 퇴행성 변화가 나타나지는 않는다.

② 류머티스 관절염과 근막통증 증후군 : 목과 어깨의 통증, 목의 활동 제한, 손의 麻木 이외에 상지 등 다른 여러 부위에 동통이 나타나고, 방사통이 없으며, 힘줄반사에서 변화가 없다.

③ 흉곽출구증후군 : 환측의 빗장윗오목에 압통이 나타난다. Adson test와 과외전 검사 등에서 요골동맥의 박동이 감소되는 양성반응이 나타난다. 근전도 검사와 방사선 검사가 진단에 도움이 된다.

(2) 척수형 경추 척추증

(가) 증상

① 팔다리의 증상을 동반한 목과 어깨의 동통 : 초기에는 한 쪽 또는 양 쪽의 팔에 운동장애나 감각장애가 단독으로 나타나거나 함께 나타난다. 점차 한 쪽 또는 양 쪽 다리에 신경기능 장애가 나타나서 걸기가 서툴러지고 심해지면 서있거나 걸을 수 없게 된다. 일부의 환자에서는 가슴과 배부위에 조이는 느낌을 갖기도 한다.

② 머리 부위 증상 : 頭痛과 頭暈 혹은 頭皮痛이 나타나기도 한다.

③ 대소변증상 : 大便失禁이나 排尿困難이 나타나며, 小便頻數이나 小便急迫이 나타나기도 한다.

④ 병정이 길고 점차 심해지거나 반복 발작하게 된다.

(나) 임상진단

① 통각에 대한 감각이 저하되거나 소실된다. 일부의 환자에서는 다리 감각이 소실되기도 한다.

② 팔다리의 근육에 긴장력이 증가하고 무릎의 힘줄반사가 항진되며, 복벽반사(abdominal reflex)나 거고반사(cremasteric reflex)가 약화되거나 소실된다. 또한 바빈스키반사(Babinski's reflex)나 Hoffman 반사와 같은 병적반사가 나타난다.

(3) 교감신경형 경추 척추증

(가) 증상과 임상진단

① 대부분의 경우 목과 어깨에 가벼운 통증과 함께 신경뿌리의 자극증상이 나타난다.

② 교감신경의 흥분증상 : 편두통이나 후두통 등 頭痛이 나타나고 頭暈과 頭脹의 증상이 나타난다. 瞳孔이 散大되고, 눈을 크게 뜨며, 眼窩가 脹痛하고, 물건이 명확하

게 보이지 않는다. 눈이 乾澀하거나 눈물이 흐르며, 한 쪽의 얼굴, 머리, 목, 손, 발에 多汗이 나타난다. 손이 麻木하거나, 붓거나, 차갑거나, 아프게 되며, 혈압은 상승한다.

③ 교감신경의 억제증상 : 頭昏眼花하고 眼瞼이 下垂하고 눈물이 흐르거나 코가 막히며, 심박수가 느려지고 혈압이 내려가게 된다. 胃의 연동운동이 증가하여 噯氣가 나오게 된다.

#### (4) 척추동맥형 경추 척추증

##### (가) 증상과 임상진단

① 頭暈, 惡心, 嘔吐, 四肢麻木 및 筋力弱화가 나타나고, 심하면 졸도하나 의식장애는 나타나지 않는다.

② 목의 움직임에 따라 나타나는 증상이 변한다.

③ 다른 형태의 경추 척추증과 함께 발생하여 진단이 비교적 어려우므로 종합적으로 분석하여 진단하여야 한다.

④ 만약 빗장밑동맥과 척추동맥이 교차하는 곳에서 혈관잡음이 있거나, 한 쪽 팔의 동맥압력이 다른 편에 비해 현저하게 낮으면 흉곽출구증후군과 감별하여야 한다.

#### (5) 경추형 경추 척추증

##### (가) 증상과 임상진단

① 목에서 어깨뼈의 윗부분으로 뻗치는 동통이 나타난다. 동통과 강직으로 앞굽힘, 좌우돌림을 할 수 없다. 발생한지 3-5일 후에는 발작적인 동통이 줄어들어 짧은 완해기가 있다.

② 일부 환자에서 眩暈 또는 偏頭痛이 나타난다.

③ 목뼈의 가시돌기 부위와 가시돌기의 양 쪽 옆에서 압통이 나타난다.

##### (나) 감별진단

본 증은 落枕과 구별해야 한다. 落枕은 청장년층에 많고 외상의 경력이 없으며, 반복 발작하는 경우가 드물다. 이에 반하여 경추형 경추 척추증은 30세 이상의 중년과 노년층에 주로 발생하며, 대부분 외상의 경력이 있고, 증상이 지속되어 낫지 않거나 반복 발작한다. 또한 X-선 상 목뼈 부위에 퇴행성 변화가 관찰된다.

## 4. 경추 질환의 한의학적 분류와 치료

頭痛, 項強痛, 肩臂와 手에 疼痛과 麻木 또는 運動障礙가 주요 임상증상이다. 이와 유사한 증상은 《靈樞·經脈篇》에 “小腸手太陽之脈, ……是動則病噎痛, 頷腫, 不可以顧, 肩似拔, 臑似折. 是主液所生病者, 耳聾目黃, 頰腫, 頸頷肩臑肘臂外後廉痛.”이라고 처음 기재되어 있다. 또한 《靈樞·五邪篇》에 “邪在腎, 則病骨痛, 陰痺. 陰痺者, 按之而不得, 腹脹腰痛, 大便難, 肩背頸項痛, 時眩. 取之湧泉, 崑崙, 視有血者, 盡取之.”이라고 하였고, 《素問·長刺論》에 “病在骨, 骨重不可舉, 骨髓酸痛, 寒氣至, 名曰骨痺”이라 하여 본 증이 陰痺, 骨痺에 해당된다는 것을 알 수 있다. 韓醫學에서는 노화로 인해 筋骨이 氣血의 滋養을 받지 못하거나, 外傷으로 頸項部의 經絡이 阻塞되어 氣血運行이 원활하지 못하게 되어 感覺異常과 運動障礙가 발생하는 것으로 생각한다. 또한 腎主骨하는데 腎이 虛하면 筋骨을 滋養하지 못하면 風寒의 邪氣가 쉽게 侵入하여 병증을 일으키는 것으로 생각하였다.

### 1) 辨證

경추질환은 복잡한 증후군의 하나로 상응하는 병명이 한의학에는 존재하지 않는다. 본 병의 증상이 나타나는 부위는 목의 경락과 밀접한 관련이 있어서, 치료할 때는 病因에 따른 변증과 더불어 經絡에 따른 변증도 중요하다. 病因辨證은 藥物과 같은 內治法을 사용할 때 주로 이용하고, 經絡辨證은 鍼灸나 推拿와 같은 外治法을 사용할 때 주로 이용한다. 그러나 이 둘은 서로 補完的이어서 치료의 방침을 정하는데 기본적으로 사용된다.

#### (1) 病因辨證에 따른 內治法

##### (가) 주요 원인

- ① 風, 寒, 濕, 痰熱 (外感이 원인)
- ② 大腸經, 三焦經의 所生病 (經絡이 원인)
- ③ 小腸經, 膀胱經의 是動病, 所生病 (經絡이 원인)
- ④ 肝腎의 허약 (臟腑가 원인)

##### (나) 한약물 치료

경추질환에 대응되는 治方으로는 급성기에는 身痛逐瘀湯, 加味活血湯 등의 活血祛瘀劑와 烏藥順氣散, 回首散, 舒經湯 등의 理氣順氣劑가 많이 활용되고, 만성기에는 雙和湯, 大補陰丸, 六味地黃湯, 補中益氣湯 등의 補氣血之劑가 대응된다(표 5).

표 5. 원인에 따른 변증, 처방

風 (行痺)	疼痛이 이동, 時作時止	祛風通絡, 散寒祛濕	烏藥順氣散
寒 (痛痺)	疼痛이 甚하고 皮膚의 냉감, 筋脈이 긴장	散寒止痛, 祛風除濕	烏頭湯加味
濕 (着痺)	疝痛, 疼痛腫脹, 무거운 통증	除濕通絡, 祛風勝濕	羌活勝濕湯
熱(六氣皆從化熱)	疼痛灼熱, 局部紅腫	清熱通絡, 祛風勝濕	白虎加桂枝湯加味

① 氣血不足臂痛

肢體無力 肌肉不澤 頭暈目眩

補益氣血, 調理脾胃

八物湯, 參朮健脾湯, 補中益氣湯加味

② 外傷血瘀臂痛

外傷病歷, 국부의 종창, 肌肉不仁, 혀가 전체적으로 암자색, 어반

活血通絡, 祛瘀生新

桃紅四物湯, 當歸鬚散 加味

③ 痰濕流經臂痛

脾腎兩虛로 痰飲이 停滯하여 氣血運行을 방해하여 발생

소화불량, 小腹冷, 전신의 관절통

健脾化飲, 祛瘀和絡, 溫腎助陽, 化痰

金匱腎氣丸

(2) 經絡辨證

經絡은 안으로는 臟腑와 연결되어 있고, 밖으로는 肢體에 絡하여 있다. 이에 따라 經絡辨證을 통하여 疾病이 發生된 經絡과 臟腑 및 病因, 病性, 虛實을 판단하여 임상 치료의 방침을 정하게 된다.

(가) 手陽明大腸經 :

① 循行部位

《靈樞·經脈》 “大腸手陽明之脈, 起於大指次指之端, 循指上廉, 出合谷兩骨之間, 上入兩筋之中, 循臂上廉, 入肘外廉, 上臑外前廉, 上肩, 出髃骨之前廉, 上出於柱骨之會上, …… 其支者, 從缺盆上頸, 貫頰, 入下齒中, 還出挾口, 交人中, 左之右, 右之左, 上挾鼻孔.”

② 病證

《靈樞·經脈》 “是主津液所生病者……肩前臑痛, 大指次指痛不用.”

(나) 手太陽小腸經 :

① 循行部位

《靈樞·經脈》：“小腸手太陽之脈，起於小指之端，循手外側上腕，出踝中，直上循臂骨下廉，出肘內側兩筋之間，上循臑外後廉，出肩解，繞肩胛，交肩上，……其支者，從缺盆循頰，上頰，至目銳眦，却入耳中，其支者，別頰上頰，抵鼻，至目內眦，斜絡於顴。”

② 病證

《靈樞·經脈》

“是動則病噤痛，頰腫，不可以顧，肩似拔，臑似折。”

“是主液所生病者 耳聾，目黃，頰腫，頸頰肩臑肘臂外後廉痛。”

(ㄊ) 手少陽三焦經：

① 循行部位

《靈樞·經脈》，“三焦手少陽之脈，起於小指次指之端，上出兩指之間，……上貫肘，循臑外上肩，而交出足少陽之後，……其支者，從臑中上出缺盆，上項，系耳後直上，出耳上角”。

“三焦手少陽之脈，起於小指次指之端，上出兩指之間，……上貫肘，循臑外上肩，而交出足少陽之後，……其支者，從臑中，上出缺盆，上項，系耳後，直上出耳上角，以屈下頰至頰。”

② 病證

《靈樞·經脈》

“是主氣所生病者，……頰痛，耳後肩臑肘臂外皆痛，小指次指不用。”

(ㄊ) 手太陰肺經：

① 循行部位

《靈樞·經脈》

“肺手太陰之脈，……從肺系，橫出腋下，下循臑內，行少陰心主之前，下肘中，循臂內上骨下廉，入寸口，上魚，循魚際，出大指之端。”

② 病證

《靈樞·經脈》

“是動則病肺脹滿，……缺盆中痛，甚則交兩手而瞀，此為臂厥。”

“是主肺所生病者，……臑臂內前廉痛厥，掌中熱。”

(ㄊ) 手少陰心經：

① 循行部位

《靈樞·經脈》

“心手少陰之脈，……下出腋下，下循臑內後廉，行太陰心主之後，下肘內，循臂內後廉，抵掌後銳骨之端，入掌內後廉，循小指之內出其端。”

“心手少陰之脈，……下出腋下，下循臑內後廉，行手太陰心主之後，下肘內，循臂內後廉，抵掌後銳骨之端，入掌內後廉，循小指之內，出其端。”

② 病證

《靈樞·經脈》

“是主心所生病者，…… 臑臂內後廉痛厥，掌中熱痛。”

(마) 手厥陰心包經：

① 循行部位

《靈樞·經脈》：“心主手厥陰心包絡之脈，……上抵腋，下循臑內，行太陰少陰之間，入肘中，下臂行兩筋之間，入掌中，循中指出其端”。

“心主手厥陰心包絡之脈，…… 上抵腋下，循臑內，行太陰少陰之間，入肘中，下臂，行兩筋之間，入掌中，循中指，出其端。”

② 病證

《靈樞·經脈》

“是動則病手心熱，臂肘攣急……”

목과 어깨의 疼痛 部位는 위에서 언급한 手三陰經과 手三陽經 이외에 足三陽經 및 督脈經과도 관련이 있다. 즉 經絡辨證을 통해서 증상이 頸 部位에 국한되면 주로 督脈經, 足太陽膀胱經과 관련이 있고, 어깨에 증상들이 주로 나타나는 경우는 手三陽經과 밀접한 관련이 있다. 만약 목, 어깨, 상지에 모두 증상이 나타나면 督脈經, 足太陽膀胱經, 手三陰三陽經과 밀접한 관련이 있다.

## 2) 침구치료

표. 경추부 질환 침법의 종류

치료법 분류	적응증	선혈
일반적 치료	경향통 일반	華佗夾脊穴, 風池, 天柱, 大椎
양방 분류별	신경뿌리형 경추 척추증 척수형 경추 척추증 교감신경형 및 척추동맥형 경추 척추증	HIVD of C-spine, Cervical spondylosis, 기타 외상질환 Cervical spondylosis, 각종 퇴행성 질환
경락 변증별	督脈과 足太陽膀胱經 手陽明大腸經 手太陽小腸經 手少陽三焦經	後谿, 手三里, 尺澤, 小海, 華佗夾脊穴 絕骨, 崑崙, 足三里, 陽陵泉, 次膠, 腎俞, 大杼 內關, 神門, 三陰交, 太谿, 陰維, 陽維 等
동씨 침법	項強證 落枕 頸椎骨刺 頸項扭傷	大椎, 陶道, 風府, 天柱, 督俞, 崑崙 曲池, 手三里 天宗, 肩中俞, 肩外俞, 小海 天膠, 天井, 支溝, 懸鍾, 丘墟
약침 요법	腎陽虛 1號 腎陰虛 1號 肩井 1號 八綱藥鍼 中性瘀血 1號 溫性瘀血 1號 風寒濕痺 寒痺 蜂毒藥鍼	免疫機能이 低下된 慢性腰痛 신음허 및 항진성 질환 급성염증, 熱, 火로 인한 모든 病理 만성 타박상, 관절염좌, 골절부위 동통 氣滯血瘀, 환부냉감 腰脚甚重疼痛 患部冷感, 痛症麻木
기타 요법	刺絡放血 皮膚鍼 耳鍼 芒鍼 溫鍼灸 LASER鍼	腎俞, 志室 腎俞, 志室 肝俞, 膽俞, 心俞, 肩井, 大椎, 風池中脘, 會陰, 膝關節 周圍穴 관절주위 主要穴, 阿是穴, 경결 및 압통점 관절주위 主要穴, 阿是穴, 경결 및 압통점 患部周圍要穴, 阿是穴 患部周圍要穴, 阿是穴 大椎, 天柱, 大抵, 風府, 阿是穴 阿是穴(목의 압통점) 또는 大椎, 大杼, 風門 大椎, 大杼, 肩中俞, 肩外俞 頸, 肩, 頸椎, 交感, 腎上腺, 神門 肩背, 風池, 大椎 病變部位의 夾脊穴, 大椎, 肩髃, 曲池, 足三里, 絕骨 頸椎夾脊, 風府, 大椎, 天柱, 大杼, 風池, 肩井 및 해당 阿是穴

### (1) 일반적인 침구치료

#### (가) 選穴

##### ① 主穴

頸椎 第 2-7椎의 華佗夾脊穴, 啞1-4<sup>1)</sup>, 風池, 天柱, 大椎

##### ② 備用穴

##### ㉠ 分類에 따른 穴位

신경뿌리형 加 : 肩井, 胛縫, 曲池, 合谷, 後谿, 養老

척추동맥형 加 : 百會, 四神聰, 太陽, 頭維, 三陰交, 太谿, 行間

1) 啞1-4의 위치 : 啞1과 啞2 및 啞4는 모두 督脈에 있다. 啞1은 제 2, 3목뼈 가시돌기 사이 (瘻門穴下 1寸), 啞2는 제 3, 4목뼈 가시돌기 사이, 啞4는 제 6, 7목뼈 가시돌기 사이(大椎穴上 1寸)이며, 啞3은 啞2의 옆 0.5寸에 두 개 있다.

교감신경형 加 : 百會, 四神聰, 心俞, 肝俞, 膽俞, 太衝

경추형 加 : 足三里, 太陽, 外關, 委中, 陽陵泉, 環跳.

㉞ 經絡辨證에 따른 穴位

大腸經 : 天鼎, 肩髃, 曲池, 合谷

三焦經 : 肩髃, 臑會, 外關, 中渚

小腸經 : 肩中俞, 肩外俞, 小海, 後谿

#### (나) 施術方法

症狀이 나타나는 피부분절에 근거하여 상응하는 頸椎部の 華佗夾脊穴을 선택하고, 4-5개의 備用穴을 加한다. 主穴은 2寸짜리 毫鍼으로 脊椎方向으로 45°로 刺入하고 鍼感이 患部로 전달되도록 運鍼하며, 備用穴은 進鍼하여 得氣시킨다.

1분간 平補平瀉法을 시행한 후 電鍼을 연결하는데, 陰極을 主穴에 연결하고 陽極을 配穴에 연결한다. 연속과, 120-250회/分の 빈도로, 환자가 편안함을 느낄 정도의 자극량을 가한다. 매 회 20-30분간 1일 1회 한번 시행하며, 15회를 1療程으로 하고 療程 間隔은 4-5일로 한다.

#### (2) 양방적 분류에 따른 침구 치료

##### (가) 신경뿌리형 경추 척추증

HIVD of C-spine, Cervical spondylosis나 기타 외상 질환 등에 해당되는 것으로 분류할 수 있다.

##### ① 治療原則

疏通經絡, 活血化瘀를 爲主로 한다.

##### ② 選穴

落枕穴<sup>2)</sup>, 後谿, 手三里, 尺澤, 小海, 華佗夾脊穴 等

##### (나) 척수형 경추 척추증

Cervical spondylosis나 각종 퇴행성 질환에 해당되는 것으로 분류할 수 있다.

##### ① 治療原則

補骨填髓, 益腎填精을 爲主로 한다.

##### ② 選穴

絕骨, 崑崙, 足三里, 陽陵泉, 次髎, 腎俞, 大杼 等

##### (다) 교감신경형과 척추동맥형 경추 척추증

2) 落枕穴 : 손목에서 손등 쪽으로 식지와 중지의 손허리뼈사이공간(Interosseous metacarpal spaces)을 훑어 내려오다가 손허리뼈 머리(Head of metacarpal bones)부위의 움기 바로 전에 압통이 심하게 나타나는 곳이 落枕穴이다.

Cervical spondylosis나 각종 퇴행성 질환에 해당되는 것으로 분류할 수 있다.

① 治療原則

滋補腎陰, 調和陰陽을 爲主로 한다.

② 選穴

安眠1,2, 內關, 神門, 三陰交, 太谿, 陰維, 陽維 等

(3) 經絡辨證에 따른 침구치료

(가) 治療原則

祛風散寒, 舒筋活絡, 理氣止痛

(나) 選穴

① 主穴 : 落枕穴, 阿是穴, 頸椎夾脊, 風府, 大椎, 天柱, 大杼, 風池, 肩井, 天膠, 天宗

② 備用穴

㉠ 督脈과 足太陽膀胱經의 分布領域에 疼痛

大椎, 陶道, 風府, 天柱, 督俞, 崑崙

㉡ 手陽明大腸經의 分布領域에 疼痛

曲池, 手三里

㉢ 手太陽小腸經의 分布領域에 疼痛

天宗, 肩中俞, 肩外俞, 小海

㉣ 手少陽三焦經의 分布領域에 疼痛

天膠, 天井, 支溝, 懸鍾, 丘墟

(4) 동씨침법

(가) 項強證 : 人皇穴, 中九里穴, 正筋, 正宗, 失枕穴, 手五金穴, 手千金穴, 上白穴, 木一, 木二, 木三穴, 偏肩穴, 腎關穴, 腕順穴, 七虎穴 등을 자침한다.

(나) 落枕 : 人皇穴, 失枕穴, 正筋, 正宗, 正土穴 등을 자침한다.

(다) 頸椎骨刺 : 正脊一·二·三穴, 肺心穴, 水源穴, 腕順穴, 正筋, 正宗穴

(라) 頸項扭傷 : 失枕穴, 偏肩穴, 腕順三穴, 天皇穴, 火菊穴, 水曲穴, 對側 七虎穴 同側 腕順三穴 등을 자침한다.

(5) 藥鍼療法

(가) 經絡藥鍼療法

주로 潤劑를 사용하여 紅花藥鍼液과 紅花鹿茸藥 鍼液을 사용한다. 紅花藥鍼液은 척추 및 근골격계 질환 (요통, 견비통, 근육경결, 척추과민증), 사지신경통, 관절질환, 타박상, 월경불순, 복중어혈, 변비에 사용되고, 紅花鹿茸藥針液은 각종 퇴행성관절질환, 노인성 근골격계질환(요통, 대퇴통, 골반통)에 사용된다.

\*대한침구학회지 제 18권 6호에서 이진목외 9인은 “경추성 두통에 대한 임상적 연구”에서 홍화 약침 요법의 유의한 효과를 보고하였다.

\* 대한침구학회지 제 23권 3호에서 이진목외 6인은 “경추추간판 탈출증 환자의 홍화약침치료에 대한 임상적 고찰”에서 홍화 약침 요법의 유의한 효과를 보고하였다.

#### ① 취혈 및 방법

阿是穴 및 硬結部 혹은 주위 局部 經穴과 經絡上 치료혈 1.0ml 일회용 주사기(주사침 26gauge)를 사용하여 주입총량은 0.5-1.0cc 로 하고, 각 경혈당 주입량은 0.03-0.1cc로 한다. 시술시 자침깊이가 너무 얕으면 오히려 통증이 더 심하므로 주사기 바늘이 0.5-1.0cm정도 피부에 들어가도록 시술하는 것이 좋다. 보통 3회 정도의 시술에도 반응이 없으면 효과가 없거나 시술 경락 또는 약침액 선택이 잘못된 것이므로 약침액을 바꾸어야 한다. 한 곳에 많은 양을 주입하는 것보다 여러 곳에 조금씩 나누어서 注入하는 것이 더 효과가 있다.

#### (나) 八綱藥鍼療法

##### ① 腎陽虛 1號

우슬, 차전자, 여정실, 숙지황, 산약, 산수유, 속단, 두충, 복령, 목단피, 택사, 육계, 부자, 녹용

##### ㉠ 적응증

腎陽虛의 제반 증상 : 腎虛腰痛, 陽氣不足, 小便不利, 腰脚無力, 腰膝酸重, 畏冷, 手足冷.

腎陽虛로 인한 과급 증상 : 五更泄瀉, 項强, 食慾不振, 消化不良, 背冷疼痛, 疲勞, 耳聾

##### ㉡ 應用疾患

甲狀腺機能低下, 慢性腎炎, 慢性胃炎, 慢性前立腺炎 등 免疫機能이 低下된 慢性疾患

##### ㉢ 刺針穴位

주로 左側 腎俞, 志室 또는 左右 腎俞, 志室(혹은 京門)

##### ㉣ 용량

각 경혈당 0.2~0.3 cc

##### ② 腎陰虛 1號

우슬, 차전자, 숙지황, 여정실, 산약, 산수유, 구기자, 복령, 목단피, 택사

##### ㉠ 적응증

腎陰虛의 諸般症狀: 腎虛腰痛, 腰脚無力, 月經不調, 午後潮熱, 骨蒸熱.

腎陰虛로 인한 과급 증상: 肝陽上亢, 上逆, 項强, 咳喘.

##### ㉡ 응용질환

폐결핵, 갑상선기능항진, 만성간염, 고혈압.

㉠ 刺針穴位

주로 右側 腎俞, 志室 또는 左右 腎俞, 志室.(三焦 調節시 주로 左八右六이 많다.)

㉡ 용량

각 경혈당 0.3~0.5 cc

③ 肩井 1號

㉠ 적응증

清熱解毒, 黃連解毒湯의 제반 적응증(三焦實熱, 虛火上衝의 標治)에 응용 가능.  
頭痛, 項強, 不眠, 心火, 肝膽火, 肺火, 熱性皮膚病,

㉡ 응용질환

급성위염, 관절염 등의 급성염증, 화상, 치질, 熱性 Shock 등.

小兒의 解熱劑로 服用 또는 熱性眼疾, 鼻疾患 등에 외용약으로도 사용가능  
熱, 火로 인한 모든 病理에 標治로 응용 가능.

㉢ 자침혈위

火熱이 발생하는 부위: 肝俞, 膽俞, 心俞

火熱이 상충하는 부위: 肩井, 大椎, 風池

급성염증과 관련된 부위: 中腕, 會陰, 膝關節 周圍穴

㉣ 용량

臟腑의 염증: 0.5cc

슬관절염증: 전체 1cc

피부염증일 경우 부위의 크기에 따라 1-2cc를 阿是穴에 나누어 주입

④ 中性瘀血 1號

㉠ 적응증

溫性瘀血과 적응증이 같으며 微熱感이 있을 때(또는 冷感이 없을 때) 사용

㉡ 응용질환

오래된 타박상, 관절염좌, 골절부위 동통 등에 사용.

㉢ 자침혈위

관절주위 主要穴, 阿是穴, 경결 및 압통점

㉣ 용량

전체 1~2 cc 정도

㉤ 瘀血藥 구분적용의 예

凉性瘀血, 中性瘀血 : 타박, 염좌, 근육경결부위에 초기 열감, 통증의 정도에 따라 사용.

溫性瘀血 : 환부에 熱感이 消失되거나 冷感이 있을 때

體質과 病變 部位에 따라 구분하여 사용하되 心肝火가 上衝하여 肩部에 硬結點이

있을 때는 주로 凉性, 中性瘀血 사용. 冷性體質 또는 上熱下寒者의 下體 등에는 溫性瘀血 多用.

⑤ 溫性瘀血 1號

㉠ 적응증

氣滯血瘀로 인한 제반 통증. 주로 환부에 냉감이 있거나 부위에 따라 열감이 없을 때 사용.

㉡ 응용질환

오래된 타박상, 관절염좌, 골절부위 동통 등에 사용.

㉢ 刺針穴位

관절주위 主要穴, 阿是穴, 경결 및 압통점

㉣ 용량

전체 1~2 cc 정도

⑥ 風寒濕痺

㉠ 적응증

風痺, 寒痺, 濕痺가 兼하여 있을 경우의 通治方으로 腰脚甚重疼痛을 개선 저리다, 시리다, 아프다

㉡ 응용질환

신경통, 근육경결

㉢ 刺針穴位

患部周圍要穴, 阿是穴

㉣ 용량

각 경혈당 0.2cc

㉤ 燥症이나 熱痺(風·寒·濕痺가 오래 經絡에 머물러 鬱以化熱할 경우)에는 사용치 못함

⑦ 寒痺

㉠ 적응증

부분적으로 시리고 患部冷感, 痛症麻木을 兼하기도 함.

㉡ 응용질환

産後風, 大病後 不調, 직업병에서 많이 보인다.

㉢ 刺針穴位

患部周圍要穴, 阿是穴

㉣ 용량

각 경혈당 0.2cc

(다) 蜂毒藥鍼療法

① 취혈

阿是穴 및 大椎, 天柱, 大抵, 風府, 白勞四穴, 崇骨穴 등

② 방법

건조 봉독을 精選하여 생리식염수에 1:1,000-1:30,000의 비율로 희석한 蜂毒液을 자침 혈위에 피하 혹은 근육내로 주입한다. 처음 시작할 때는 1 point에 0.1ml씩 2point로 시작하여 매 번 주사수를 2point씩 증가한다. 한 번 치료점이 20 point를 넘지 않도록 하고 주 2-3회, 총 15-16회 치료한다. 가려움증, 통증, 부종 등의 증상 및 부작용에 대한 설명을 충분히 한 후 시술한다.

\* 대한침구학회지 제 22권 3호에서 이길승 외 2인은 “경추 신경근증 환자에 있어서 봉약침 치료의 효과에 대한 임상적 고찰”을 통해 봉약침 요법이 경추부 질환에 유의한 효과를 보고하였다.

(6) 其他 鍼灸療法

(가) 刺絡放血療法

① 選穴

㉠ 主穴

第 1 方 : 阿是穴(목의 압통점) 또는 大椎

第 2 方 : 大杼, 風門

㉡ 備用穴

天宗, 肩井, 肩貞

② 施術方法

皮膚를 적절하게 소독한 후, 主穴과 備用穴 각 한 부위씩 三稜鍼으로 出血이 될 정도로 點刺 또는 挑刺하고 나서 부항요법을 시행한다. 부항을 제거하고 머리를 회전 운동시킨다. 일반적으로 3-5일 마다 1회씩 3회 시행하며, 10회를 시행하여도 효과가 없는 경우에는 다른 치료법을 시행한다.

(나) 皮膚鍼

① 選穴

大椎, 大杼, 肩中俞, 肩外俞

② 施術方法

2-3개의 穴位를 선택하여 皮膚를 적절하게 소독한 후, 皮膚鍼으로 皮膚가 빨갱게 되거나 소량 출혈될 정도로 叩刺하고 부항요법을 시행한다. 약간 출혈되는 것이 효과가 좋다.

(다) 耳鍼療法

① 選穴

頸, 肩, 頸椎, 交感, 腎上腺, 神門

② 施術方法

2-3개의 穴位를 선택하여 강자극을 주고 20-30분간 留鍼한다. 매일 또는 격일에 한 번 시행한다.

(라) 芒鍼療法

① 選穴

肩背, 風池, 大椎

② 施術方法

환자를 伏臥位로 엎드리게 한다. 肩背穴에 刺鍼할 때는 鍼尖을 아래로 하여 胸椎 2-3 가로돌기 部位로 刺入하는데, 局部에 酸脹感이 생길 때까지 완만하게 捻轉하며 3-4寸 刺入한다. 때로는 麻痺되는 感覺이 背部로 방산되기도 한다.

風池穴은 鍼感이 서서히 아래로 내려가 患者가 麻, 脹, 快感을 느낄 정도로 1.5-2寸 刺入한다. 大椎穴은 鍼感이 督脈에 전해질 정도로 약 1寸 刺入한다.

(마) 溫鍼灸

① 選穴

㉠ 主穴 : 病變部位의 夾脊穴, 大椎, 肩髃, 曲池, 足三里, 絕骨

㉡ 備用穴 : 身主, 腎俞, 肩井, 陽陵泉, 陽池穴

② 施術方法

4-6개의 穴位를 선택하여 毫鍼으로 刺鍼한 후, 留鍼과정에서 약 2cm가량의 艾絨을 鍼柄에 매달아 태운다. 매일 또는 격일에 한 번 시행한다.

(바) Laser 鍼

① 選穴

頸椎夾脊, 風府, 大椎, 天柱, 大杼, 風池, 肩井 및 해당 阿是穴

② 施術方法

毫鍼으로 자침 시와 동일한 穴位를 선택하여, 한 개 혈위 당 3-10초 간 7-40mW 의 출력으로 혈위 체표면에 레이저를 照射한다. 매일 또는 격일에 한 번 시행한다.

(7) 古典鍼灸治療

《靈樞·五邪篇》

邪在腎, 則病骨痛, 陰痺. 陰痺者, 按之而不得, 腹脹腰痛, 大便難, 肩背頸項痛, 時眩. 取之湧泉, 崑崙, 視有血者, 盡取之.

《甲乙經》

項痛不可俯仰，刺足太陽，不可顧，刺手太陽

頸項痛：肝俞

《千金要方》

少澤，前谷，後谿，陽谷，完骨，崑崙，小海，攢竹 主項強痛不可以顧

消灤，本神，通天，強間，風府，風門，天柱，風池，齬交，天衝，陶道，外丘，通谷，玉枕  
主項如拔，不可以左右顧

天容，前谷，角孫，腕骨，支正 主 頸腫，項痛不可顧

《鍼灸資生經》

腕骨，陽谷 治頸項腫寒熱

丘墟 治頸腫

消灤，竅陰 治項痛

風門 治傷寒頸項強

京骨，大杼 治頸項強，不可俛仰

魄戶，肩井 治頸項不得顧

天牖，後谿 治項強不得顧

完骨，頷厭 治頸項強痛

本神 治頸項強痛

通天 治頸項轉側難

頰車，大椎，氣舍，腦空 治頸項強，不得顧

曲差 療心煩滿汗不出，頭項痛，身熱，目視不明

天井 療項強及肩背痛

《鍼灸大成》

頸項痛：小海，天井，消灤，完骨，本神，外丘，大椎

項痛：足通谷

《鍼灸銅人》

頸項痛：前谷，小海，附分，通谷，頷厭，完骨，風池，外丘

頸痛：大迎

項痛：消灤，頭竅陰

《鍼灸集成》

頸項痛：小海，消灤，頷厭，風池，外丘，絕骨，前頂

頸痛：天窓，附分，湧泉，肩井

項痛：足三里，通谷，京骨，足通谷，本神，顛會

### 3) 부항요법

부항요법은 拔罐法, 吸筒療法, 吸角療法이라 하며 관내의 공기를 배제하여 음압을 발생시키는 것으로 체표에 흡착시켜 질병의 진단, 예방과 치료의 작용을 가지고 있다.

罐法(坐罐法), 閃罐法, 走罐法, 自旋罐法, 提罐法, 響罐法, 提按罐法, 搖罐法, 震顛罐法 등을 응용할 수 있으며, 시술방식에 따라 건식부항과 습식부항으로 나뉘는데 각각의 경부 관련 경혈이나 경락을 따라 건식부항이나 습식부항술이 모두 가능하다.

중등도 및 중증의 심장병, 전신성 부종, 출혈 경향이 있는 환자, 백혈병, 高熱, 전신의 극열한 抽搐과 痙攣, 예민도가 높은 자, 활동성 폐결핵, 婦女의 월경기, 피부의 탄력이 결여된 자, 극도로 쇠약자, 음주, 과도한 피로, 過飢, 過飽, 過渴, 전신성 피부병과 시술 부위의 정맥 돌출, 癌腫, 피부과민, 피부 파손 및 과거에 疝氣가 있던 곳, 骨折部에는 모두 부항 시술을禁한다.

### 4) 추나치료

경추에 시행되는 추나요법은 **신전법**과 **교정법**이 있으며, 경추부 질환에 대한 자세 분석, 정적 촉진, 동작 촉진, 관절가동역 검사, 방사선 검사, 정형의학적 검사와 신경의학적 검사 등의 소견을 종합하여 적절한 경추 신전법 및 교정법을 선택하여야 한다.

치료 목표는 통증을 감소시키고 전체 및 분절의 가동범위를 증가시키며 염증이 있으면 염증의 완화 및 재발 위험을 감소시키는데 있다. 治療原則은 舒筋經絡, 活血祛瘀, 疎利關節하여 痺症이나 疼痛除去에 목표를 둔다.

急性期에는 주로 一指禪推法, 滾法, 摩法, 擦法의 經筋手法을 활용하여 舒筋通絡, 活血止痛하고, 慢性期에는 伸展手法과 斜扳矯正手法을 사용한다. 筋肉의 경결부위를 一指禪推法 등을 활용하여 풀어주므로서 신경반사의 紊亂을 조정하고, 순환을 촉진시켜 出血이나 水腫을 신속히 흡수하고, 嵌頓이나 錯位를 제거하여 癒着形成을 방지하므로서, 痛症이 소실되도록 한다.

자세는 측와위, 복와위, 양와위, 좌위 등에서 실시한다. 근육성인 경우는 해당되는 근육의 압통점(筋結, 筋粗, 筋強)이나 반대측에 軟組織推拿手法을 사용하고 椎骨의 偏歪인 경우는 척추부 전체를 신전시킨 후 부위별로 正形推拿法을 사용한다.

경추 추나요법은 환자를 양와위, 좌위, 복와위의 상태에서 주로 시행하게 되는데, 경추부에는 과도한 힘이 가해지기 쉬우므로 경추 교정의 시행에 있어서 반드시 주의할 해야 하며, 경추의 무게가 실리지 않아 체중부하에서 자유로운 양와위가 선호된다.

추나 교정치료는 기능부전이 있는 경추의 부위에 따라서 행한다. Mobilisation은 통증이 극심하여 교정치료 방법을 환자가 견디지 못하는 경우에 유용하다.

Mobilisation은 제한적인 가동범위와 자유 가동범위를 통하여 반복적인 수동과 능동 움직임의 형태로 행해진다. 경추의 추나치료가 추골동맥과 기저동맥의 혈류를 증가시키는 효과에 의하여 뇌로의 혈류순환에도 긍정적 효과를 기대할 수 있다.

연부조직 치료는 교정전 치료로서 응용되는데, 경추 후관절 아탈구의 치법은 正骨, 舒筋, 拔縫, 止痛을 위주로 한다. 취혈부위는 風池, 風府, 扶突, 肩井, 天宗, 頸部 등을 택하며, 수기법은 滾, 捏, 拿, 推, 拔伸, 旋轉法을 적용한다. 어떤 형태의 관절 기능 부전은 적절한 연부조직 치료에 의하여 완전히 제거될 수 있다.

추나치료시 주의사항은 추골뇌저의 순환장애의 징후나 신전-회전 검사시 양성반응이 나타나면 경추의 신전과 회전을 이용하는 교정기법 치료는 금기이다. 그 밖에 골절, 불안정, 신생물, 골결핍 그리고 급성 관절피진 등도 금기이다. 경추 교정(고속, 저진폭 스트러스트에 바탕을 둔 치료)의 금기는 이 교정법을 사용했을 때의 위험성이 얻을 수 있는 유익함보다 클 경우이다. 그리고 환자가 교정기법을 견디지 못하거나 극심한 통증이 있는 경우에는 교정법의 변경이나 절차의 변화가 있어야 한다.

또한 류마티스 관절염(RA), 후종인대 골화증(OPLL), 강직성척추염(AS) 등의 질환에 대한 추나치료는 주의가 요망되며, 교통사고 환자의 경우 방사선 사진에 의한 골절의 감별에 주의해야 한다.

## (1) 경추 신전법

### (가) 양와위 수건이용 경추 신전법

<적응증>

- 경추에 대한 일반적인 신전기법
- 과전만(Hyperlordosis) - 수건의 각도를 좀더 예각으로 한다.
- 경추증(cervical spondylosis)
- 경추추간관 탈출증 - 탈출된 Level 이상의 척추를 견인한다.
- 흉곽출구 증후군

### (나) 복와위 경추 신전법

<적응증>

- 경추에 대한 일반적인 신전기법
- 落枕
- 경추증(cervical spondylosis)
- 경추추간관 탈출증 등

### (다) 양와위 양손 경추 굴곡 신전법

<적응증>

- 경추에 대한 일반적인 신전기법

- 과전만(Hyperlordosis) - 굴곡방향으로 양손에 힘을 준다.
- 과소전만(Hypolordosis) - 신전방향으로 양손에 힘을 준다.
- 경추증(cervical spondylosis)
- 경추추간관 탈출증 - 탈출된 Level 이상의 척추를 견인한다.

## (2) 경추 교정법

### (가) 양와위 경추 교정법

#### <적응증>

- 경추 2-7 Level의 측방변위(좌측, 우측), 상하변위(좌상하, 우상하), 회전변위(좌후, 우후)의 치료
- 과소전만(Hypolordosis)
- 경추증(cervical spondylosis)

#### <금기증>

- 추골뇌저 동맥부전(VBI)
- 심한 염좌, 좌상

### (나) 양와위 환추 교정법

#### <적응증>

- 환추의 좌, 우 측방변위, 좌, 우 회전변위

#### <금기증>

- 류마티스 관절염에 의한 C1과 C2의 불안정 관절
- 추골뇌저 동맥부전(VBI)

### (다) 복와위 경추 교정법

#### <적응증>

- 경추 2-7 Level의 회전변위(좌후, 우후)의 치료
- 과소전만(Hypolordosis)
- 경추증(cervical spondylosis)

### (라) 좌위 경추 교정법

#### <적응증>

- 경추 2-7 Level의 회전변위(좌후, 우후)의 치료
- 경추증(cervical spondylosis)

## (3) 경추에서의 추나치료의 금기증(상대적, 절대적)

1. Dens 형성부전, 치돌기 불안전성 등과 같은 이상 (Abnormalities such as dens

hypoplasia, unstable of odontoideum, etc.).

2. 급성 골절 (Acute fracture)
3. 척수 종양 (Spinal cord tumor)
4. 척추 결핵, 골수염, 패혈성 추간관염 등의 급성 감염 (Acute infection such as osteomyelitis, septic discitis, and tuberculosis of the spine)
5. 뇌막내 종양 (Meningeal tumor )
6. 척수 또는 세관내의 혈종 (Hematomas whether spinal cord or intracanalicular)
7. 경추의 악성종양 (Malignancy of cervical spine)
8. 진행성의 신경학적 결손 증후를 동반한 Frank disc herniation (Frank disc herniation with accompanying signs of progressive neurological deficit).
9. 상부경추에 있어 뇌저부의 함몰 (Basilar invagination of the upper cervical spine)
10. 상부경추에 있어 Arnold-Chiari 기형 (Arnold-Chiari malformation of the upper cervical spine)
11. 경추 탈구 (Dislocation of a cervical vertebrae)
12. 동맥류의 골낭종, 거대세포 종양, 골모세포종, 유골골종과 같은 양성종양의 진행형 (Aggressive types of benign tumors such as an aneurysmal bone cyst, giant cell tumor, osteoblastoma or osteoid osteoma).
13. 내부 고정물 (Internal fixation/stabilization devices)
14. 근육 및 다른 연부조직의 신생물 질환 (Neoplastic disease of muscle or other soft tissue)
15. Kernig's or Lhermitte's sign의 양성반응 (Positive Kernig's or Lhermitte's sign)
16. 잘 조절되지 않는 고혈압 (Uncontrolled hypertension)
17. 선천적인 과운동성 (Congenital, generalized hyper-mobility)

## 5) 韓方物理療法

경추질환 급성기에는 냉습포, 전기자극을 阿是穴부위나 경락의 치료원칙에 따라 선정된 經穴 부위에 실시한다. 만성기에는 온습포를 치료부위에 사용할 수 있으며, 장시간 사용시에는 근육의 약화를 초래하므로 주의를 요한다.

### (1) 通經絡 療法

통경락 요법은 주로 氣의 疏通異狀과 관련되어 나타나는 국소 및 전신의 통증과 중창 등을 치료하는 방법으로 經絡의 氣疏通을 주 목적으로 한다. 경추부 질환에 적용될 수 있는 요법으로 경근 중주과요법(I.C.T), 경근 저주과요법(T.E.N.S), 경피경혈 자극요법(S.S.P), 附缸(局所), 磁石(局所) 등이 있다.

## (2) 溫經絡 療法

온경락요법은 經絡과 經穴을 溫하게 하여 이와 관련된 내부 장기 및 각종 기관에 일반적인 온열효과는 물론 통경락 할 수 있는 조건을 얻을 수 있는 점이 있다. 적용 가능한 요법으로 혈위 온열요법(Hot Pack), 극초단파요법(microwave), 초음파요법(ultra sound), 단파요법(short wave), 혈위 적외선조사요법(infra red), laser光線, 수치료 요법 등이 있다.

## (3) 整經絡 療法

정경락 요법은 동시에 여러 경락에 자극을 주어 체내의 음양균형을 맞추는데 그 목적이 있으며 이는 동양의학의 整體觀念과 標本同治 및 扶正祛邪의 한 방법에 해당된다고 할 수 있다. 적용가능한 요법으로 magnetic field, 종합가시광선, 원적외선, T.D.P, 附缸(全身), 磁石(全身) 등이 있다.

## 6) 灸療法

艾灸는 針治療와 같이 생체의 氣血 運行과 神氣의 활동을 강화하여 치료효과를 얻는 것이며 調氣治神作用과 분리할 수 없고 다만 針療法과 다른 점은 온열자극이 있다는 것 뿐이다.

역대문헌에 기재된 바에 따른 灸法의 응용범위는 다음과 같이 요약할 수 있다.

① 外感表症 ② 咳嗽痰喘 ③ 咯血衄血 ④ 脾腎虛症 ⑤ 氣滯積聚 ⑥ 風寒濕痺 ⑦. 上盛下虛 ⑧ 厥逆脫症 ⑨ 婦兒諸疾 ⑩. 頑癬瘡瘍, 癰癤腫毒

따라서 灸法은 寒熱虛實 諸症에 모두 응용할 수 있는데 임상에서는 주로 寒症, 慢性病, 일체의 陽虛久病에 주로 사용하며 일종의 實熱症의 치료에도 사용할 수 있다.

### (1) 取穴

癰門 風府 腦戶 肩貞 天柱 大椎 肩中俞

### (2) 方法

환자의 상태에 따라 直接灸, 間接灸등을 선택한다.

환자를 침상에 伏臥位로 눕힌 후 안정시키고 選穴한 혈자리가 잘 드러나도록 탈의를 시킨다.

艾炷를 단단하게 만들어 穴位를 깨끗하게 소독하고 穴位上에 艾炷를 잘 부착한다. 穴位上에 艾炷가 안정되면 향으로 艾炷에 불을 붙이고 절반정도 타면 즉시 눌러서 끈다.

2壯째는 절반정도 타서 환자가 열감을 느낄 때쯤 끈다.

3장 째는 거의 다 타서 환자가 통증을 느낄 때쯤 즉시 끈다. 동시에 穴位주위를 손으로 두드리면 痛感이 감소된다.

1차 치료 시에는 選穴한 혈자리에 가급적 5장 미만의 久치료를 시행한다.

2차 치료부터 환자의 상태를 지켜보며 壯數를 조절한다.

### (3) 注意事項

기본적으로 刺法禁忌와 일치하여 過飢, 過飽, 酒醉, 大驚, 심한 탈수, 대출혈, 극심한 쇠약자, 久病虛脫者, 노인·소아 등 鍼灸의 극심한 자극을 감내하기 어려운 자, 정신적 충격, 극렬운동 및 극도로 피로할 때 등의 상황, 脈이 微數하거나 脈浮熱甚者, 脈數疾者, 임신부 등은 灸法을 금한다.

시술시 환자의 상태를 잘 관찰하며 화상 및 화재에 주의한다.

## 7) 경추 견인요법

경추 질환의 급성기에는 안정과 휴식이 중요하며, 경추 견인요법을 비교적 초기부터 실시할 수 있다. 견인은 척추구조물을 늘어나게 해서 근육의 경력을 감소시키고, 관절낭이나 인대에서 오는 유해 자극을 감소시키고, 후궁 인대를 긴장시켜 추간판을 정상위치로 오게 하여 신경근의 압박과 자극을 감소시키고, 국부 혈액 순환을 개선시키고 부종을 흡수시킨다. 따라서 경추견인은 경추추간판 탈출증, 협착증, 근육질환에 광범위하게 사용될 수 있다.

교통사고로 인한 편타손상 환자의 경우 경추견인은 초기에서 시작되어야 한다. 손상된 근육과 인대는 48시간 후에 치유되기 시작하기 때문에 그리고 모든 기능과 장력은 치유과정에서 섬유질 형성방향의 선을 따라가는 긴장현상의 적용에 의해 촉진되기 때문에 2-4 등급의 환자가 악화요인이 있거나 환자가 견인치료를 견딜 수 없는 경우가 아니라면 발생 후 셋째 날부터 권고된다.

그러나 견인요법은 척추의 불안정성으로 인한 통증이나 골절이 의심되는 경우에는 시행해서는 안된다.

## 5. 기타 요법

### 1) 經筋貼帶療法

병력이나 가동력 검사에서 통증이 있는 경우 접촉하면서 다시 가동력 검사를 시행하여 통증이 줄어드는 부위를 찾아내어 테이핑한다.

#### (1) 전굴시 통증이 있는 경우

흉쇄 유돌근, 사각근, 견갑거근 외측부 또는 판상근 외측부, 하설골근, 상설골근, 하부경추와 상부흉추 사이의 판상근

(2) 신전시 통증이 있는 경우

흉쇄 유돌근, 하설골근, 후경근, 승모근 상부, 견갑거근, 광배근

(3) 회전시 통증이 있는 경우

흉쇄 유돌근, 후경근, 사각근, 견갑거근, 승모근, 하설골근

(4) 측굴시 통증이 있는 경우

흉쇄 유돌근, 판상근, 사각근, 견갑거근, 승모근

## 2) 운동 요법

각각의 환자의 특성에 따라 적합한 운동을 한다. 주목적은 추간판에 영양공급을 원활하게 해주며, 굴곡신전에 의한 근력강화로 척주에 부담을 적게 준다는 것이다. 능동 운동, 수동 운동, 저항 운동이 있다. 다양한 저항방향을 통해 6개의 운동면(좌우 외측굴곡, 좌우 회전, 그리고 굴곡과 신전)의 등척성 운동을 시행할 수 있다.

(1) 경추부 질환시 일반적 운동법 교육

급성기가 지나면 운동을 시작한다. 환자는 어깨 힘을 뺀 상태에서 뒤통치를 들면서 목의 뒤통수를 전상방을 향해 잡아 뺀다. 힘이 들어가지 않도록 하고 고무줄을 늘린다는 느낌으로 운동을 한다. 처음에는 가볍게 하고, 한번에 6-7회 운동하고, 문제가 없으면 차츰 횟수를 늘려간다. 환자는 턱을 가볍게 앞으로 내밀었다가 약간의 견인과 함께 목 뒤쪽을 향해서 부드럽게 민다. 이때 목의 뒷부분이 뒤쪽을 향해 밀려나가는 것 같은 느낌을 갖도록 한다. 또한 윗가슴도 함께 뒤로 밀려 나가도록 하면 무리하게 힘이 들어가는 것을 막을 수 있다.

(강화 운동)

1. 경추의 굴곡근 강화
2. 경추의 신전근 강화
3. 경추의 측굴근 강화
4. 경추의 회전 근육 강화

(이완 운동)

1. 경추의 신전근 이완(기립 자세)
2. 경추의 신전근 이완(앉은 자세)
3. 경추의 굴곡 이완
4. 경추 측굴근 이완
5. 경추의 측굴근 이완
6. 경추의 측굴근 이완

## (2) 경추부 질환의 예방을 위한 자세 교정법 교육

허리와 목에 통증이 있는 사람들의 대부분은 흉추의 후만곡이 심하고 턱은 앞으로 지나치게 나와 있는 자세를 가진 사람이 많다. 이런 경우 부위별로 치료에 잘 반응을 하지 않거나 통증이 없어도 쉽게 재발한다. 따라서 자세를 바로 잡아야 하는데 가장 중요한 방법은 흉곽 호흡법이다.

### (가) 운동법

① 몸을 바로 하고 어깨의 힘을 뺀다. 명치위의 흉곽을 부풀려 올리면서 숨을 코로 들이쉬는다.

② 참을 수 있는 만큼 참은 후 흉곽은 그대로 앞으로 밀어낸 자세를 유지시키면서 배를 집어 넣으면서 숨을 천천히 끝까지 내 쉰다.

### (나) 주의 사항

① 호흡량이 적어진 사람들은 처음에는 가볍게 해야 한다.

② 장기간 허리가 굽은 자세를 하고 있는 사람은 흉곽과 그 내부의 연부조직에서도 변화가 있고 폐활량에도 영향을 미치고 있다. 따라서 호흡운동은 허리, 목 등의 병적인 문제 해결이 중요하다.

## 3) 보조기 사용

일반적으로 보조기의 사용은 신중히 검토되어야 한다. 경추 보조기는 급성기나 경추의 운동을 제한하여야 될 때에 한하여 제한적으로 사용되어야 한다. 지속적으로 사용되는 보조기는 척추주위 근육들에 위축현상을 유발시킨다. 그러나 짧은 기간의 사용에서 근육위축이 발생한다는 증거는 미약하다.

경추 보조기의 형태는 요구하는 관절운동 범위의 제한 정도에 따라 결정된다. 보통 연성 경추 칼라(collar)의 움직임 제한이 가장 작으며, 더욱 강한 제한을 주기 위해선 경성(hard) 칼라와 필라델피아 보조기 등의 사용을 고려한다.

특히, 교통사고로 인한 편타손상 환자의 경우 딱딱한 종류의 경성 플라스틱 경추보조기는 주요한 인대의상에 부가적인 지지를 제공한다. 부드러우며 velco로 조절하는 연성경추 보조기는 최소한의 지지가 요구될 때 많이 사용된다.

## 4) 식이영양요법

한방에서는 어혈을 제거하고 혈액순환을 촉진하며, 活血, 强筋骨, 止痛 작용이 있는 약물을 이용한 食養, 藥膳, 藥酒療法을 사용하는데, 續斷, 海桐皮, 威靈仙, 木瓜, 牛膝, 葛根, 五加皮, 薏苡仁 등이 흔히 사용된다.

몇 종류의 비타민, 미네랄과 필수 아미노산들은 교원질 합성을 위한 요소들이며 이

러한 것들에는 비타민 B, C, 철분, 아연, 구리, 마그네슘, 망간 등이 있다.

Simons은 만성적 근막동통 증후군(MPD) 관리를 위해 의뢰된 환자들의 절반이상 이 비타민 B12 또는 엽산(folate)의 결핍증을 실증하였다. 그는 모든 MPD 환자들은 B1, B6, B12 그리고 엽산(folic acid)의 결핍증에 대해 평가받아야 한다고 권고하였다. 비타민 중 어느 것의 결핍증도 거의 대부분이 심각한 근막 trigger point의 악화 요인으로 작용하였다. 일반적으로 불충분한 영양소들은 악성요인이다. 따라서 근막통 증 기원의 경추질환에 상기의 영양은 권장될 수 있다.

## 6. 기타 감별진단이 필요한 질환

### 1. 落枕(Crick in the neck)

#### 1) 개요

일반적으로 잠에서 깨어나서 머리를 들거나 숙일 때 아프고, 목의 활동이 곤란하며, 머리를 돌릴 수 없이 뻣뻣하게 되는 것을 落枕이라 한다.

한의학에서는 落枕을 목의 연부조직 손상 중의 하나로 인식하였으며 古典에는 “失枕”이라고도 하였다. 落枕의 發病部位와 治療方法에 대하여 《素問·骨空論》에서는 “失枕在肩上橫骨間, 折使揄臂齊肘正, 灸脊中”이라 하였다. 落枕의 病因病機에 대하여 清代 胡廷光의 《傷科匯纂·旋台骨》에서는 “有困挫閃及失枕而頸強痛者”이라 하였다.

落枕은 단순한 頸項強痛과 活動 제한을 증상으로 하는, 가장 자주 발생하는 傷筋疾患으로 대부분 성인에서 나타나는데, 침구치료가 매우 좋은 효과를 나타낸다.

#### 2) 원인

목의 筋肉痙攣은 落枕의 病理變化 중의 하나이다. 목의 근육은 그 수가 많고 주행이 복잡하다. 또한 목은 활동이 많아서 근육과 신경이 비틀리거나, 당겨지거나, 눌러지기 쉽다. 만약 근육과 신경이 손상을 받으면 목의 근육이 痙攣을 일으켜서 頸項強痛과 活動制限이 나타난다.

목뼈부위는 움직임이 많고, 활동범위가 크며, 관절주머니가 이완되어 있어서 구조물들이 정상위치에서 벗어나기 쉽다. 이렇게 해부학적 구조물들이 정상위치를 벗어나는 것이 落枕의 원인으로 생각되고 있다.

落枕을 일으키는 상황은 다음과 같다.

(1) 두경부가 생리적인 범위를 넘어 움직이게 됨으로써 목의 후관절(facet joint)이 탈구되거나 잘못된 자리 잡게 되는 경우

(2) 두경부의 움직임으로 인해 주위의 神經, 血管, 筋肉 및 筋膜 등의 연부조직이 늘어나거나 두 관절사이에 끼이게 되는 경우

(3) 준비되지 않은 상태로 머리를 여러 방향으로 갑자기 움직여서 윤활막이 두 관절사이에 끼이게 되는 경우

이외에 목의 근막 파열, 국소의 종창 및 신경에 대한 자극 등이 落枕의 원인으로 생

각되고 있다.

落枕은 때로는 경추 척추증의 증상 중 하나이기도 한데, 목뼈의 기질적 병변이 주위의 연부조직에 자극을 가하여 무균성 염증을 일으켜서 頸項強痛과 運動障礙를 일으킨다고 인식되고 있다.

### 3) 分類

#### (1) 근육경련형

국소에 동통과 압통이 명확하다.

#### (2) 윤향막끼임형

동통이 극렬하나 압통이 명확하지 않고 기능장애가 심하여 頭頸部를 움직이지 않는 자세를 취한다.

#### (3) 신경자극형

임상증상이 근육경련형과 유사하나 목뼈의 후관절이 탈구된 것으로 관절주머니에 손상이 발생되어 능동적 및 수동적 운동 모두에서 활동의 제한이 나타난다.

### 4) 臨床症狀

落枕은 일반적으로 수면 시에 발생된다. 수면자세가 나쁘거나, 베개가 지나치게 높거나 낮아서 발생된다. 아침 기상 시에 頸項強痛, 肩背部로 이어지는 疼痛, 活動制限 및 머리를 돌리지 못하는 등의 症狀이 나타난다.

疼痛의 양상은 당겨지는 듯한 鈍痛, 뻣뻣한 痛症, 시큰거리는 痛症 및 찢어지는 듯한 痛症 등이다. 疼痛은 일반적으로 일정한 부위에 국한되어 나타나며, 간혹 後頭部나 肩背部로 방사되기도 한다. 목의 회전이 제한을 받아서 환측으로는 돌릴 수 없고, 頭頸部를 움직일 때 疼痛이 더욱 심해져 머리가 건측으로 돌려진 자세를 유지하려 한다.

### 5) 病因病機

落枕의 病因病機를 살펴보면 다음과 같다.

#### (1) 수면 자세 불량 또는 목의 근육이 비틀린 경우

수면 시의 베개 높이가 지나치게 높거나 낮을 때, 또는 베개가 지나치게 딱딱했을 때 발생한다. 대부분 수면 자세 불량으로 베개가 지나치게 높아 목의 근육들이 장시간 한 방향으로 당겨지는 상태에서 손상을 받게 되어 발생한다. 이러한 손상은 비교적 증상이 가볍고 예후도 양호하다.

#### (2) 風寒의 侵襲으로 발생된 경우

목, 어깨 부위가 風寒의 邪氣를 받아서 목 부위 근육의 氣血이 凝滯되고, 筋脈이 不舒하게 되어 목과 어깨에 통증이 발생하게 된다. 이 病症은 風邪가 偏盛한 경우와 寒邪가 偏盛한 경우의 두 가지로 나누어서 살펴볼 수 있다.

#### (3) 肝腎虧虛한데다 外邪를 받아서 발생된 경우

平素에 肝腎이 虧虛한 사람이 筋肉을 단련하지 않으면 身體가 衰弱해지고 氣血이 不足하게 되어 수축과 이완을 하는 근육이 정상기능을 잃게 된다.

혹은 頸椎가 손상된 후 오랫동안 치료되지 않아 근육이 약화되거나 과로로 피곤한 상태에서 다시 風寒의 侵襲을 받게 되면 經絡이 不舒하게 되어 肌肉의 氣血이 응체되고 막혀서 뻣뻣한 통증이 생기면서 落枕이 발생하게 된다.

#### 6) 臨床診斷

(1) 갑자기 목이 비틀린 후에 순간적으로 발병하거나 혹은 다음날 급성으로 발병한다.

(2) 일반적으로 목이 기울어지고, 목에 국한된 통증과 활동제한이 나타나며, 때로는 어깨와 팔로 통증이 방산되기도 한다. 머리와 어깨는 건측으로 기울어진 상태를 유지하며 환측으로 돌리려고 할 때 통증이 더욱 심해진다.

#### 7) 辨證

(1) 수면자세불량 또는 목의 근육이 비틀린 경우

수면자세가 나쁘거나 과로한 사람이 잠에서 깨어나 갑작스럽게 목에 刺痛을 느끼고 목을 돌리기 힘들며, 동통을 회피하기 위해 움직이지 않으려 한다. 목에 고정된 압통이 있으며, 혀는 紫하거나 瘀斑이 있고 씹는 薄白하며 脈은 緊하다.

(2) 風寒의 侵襲으로 발생된 경우

목에 통증이 목직하게 느껴지고 동통이 한 쪽으로 放射되는 경우가 많다. 때로는 목과 어깨 위로 麻木이 나타나기도 한다. 때로는 惡寒發熱과 頭痛이 있고, 有汗 또는 無汗하며, 몸이 목직하게 아프다. 혀는 淡白하고 씹는 薄白 또는 稍黃하고, 脈은 浮緊 또는 緩하다.

(3) 肝腎虧虛한데다 外邪를 받아서 발생된 경우

평소 몸이 쇠약하거나 오랫동안 목의 통증을 치료하지 않아서 목의 근육이 麻木不仁함과 동시에 허리가 酸軟無力하다. 五心煩熱하거나 몸이 목직하게 아프며, 추위를 많이 타게 된다. 혹은 心悸하고 氣短하기도 한다. 혀는 淡하고 씹는 白하며 脈은 細弱하다.

#### 8) 鍼灸治療

(1) 一般的 鍼灸治療

먼저 목뼈부위에 중양과 같은 危重한 질병을 배제한다. 단순한 落枕의 경우 먼저 循經取穴하여 瀉法으로 毫鍼療法을 施術한다. 아울러 驅風散寒하기 위하여 灸를 시행하거나, 疏通經氣시키기 위하여 부항요법을 시행한다.

(가) 選穴

① 主穴

大椎, 天柱, 肩外俞, 懸鍾, 後谿, 風池 等

② 備用穴

머리의 屈伸이 곤란할 때 :加 崑崙, 列缺

머리의 回轉이 곤란할 때 :加 支正

(나) 治療方法

매번 2 ~ 3개의 穴位를 선택하여 瀉法으로 刺鍼하고 20-30분간 留鍼시키며, 매 5분마다 運鍼을 시행한다.

(2) 經絡辨證에 따른 침구치료

(가) 主穴

落枕穴, 阿是穴

(나) 備用穴

① 太陽經 病變

診斷要點 : 頸項이 뻣뻣해지고 疼痛이 목과 등으로 뻗친다. 머리를 젖히거나 숙이기 힘들며, 좌우로 돌릴 수 없다. 목의 뒷부위에 壓痛이 명확하게 나타난다.

選穴 : 後谿, 崑崙, 天柱, 大杼

② 少陽經 病變

診斷要點 : 頸項이 뻣뻣해지고 疼痛이 어깨와 팔로 뻗친다. 머리를 옆으로 굽히거나 좌우로 돌리기 힘들다. 목의 옆면에 壓痛이 명확하게 나타난다.

選穴 : 懸鍾, 外關, 風池, 翳風

(3) 其他療法 :

(가) 耳鍼

① 選穴

神門, 頸, 肩, 腦, 交感(下脚端)

② 施術方法

2-3개의 穴位를 선택하여 中等度 자극으로 刺鍼하여 30분간 留鍼한다. 留鍼하고 있는 동안 환자로 하여금 목을 運動하게 한다.

(나) 刺絡放血療法

① 選穴

肩井, 阿是穴

② 施術方法

시행할 부위를 적절하게 소독하고, 三稜鍼으로 선택된 穴位에 叩刺를 시행한 후 이어서 放血요법을 시행하여 소량 출혈시킨다.

(다) 皮膚鍼

① 選穴

風府, 瘰癧, 風池, 天柱, 肩井, 肩外俞

② 施術方法

穴位의 皮膚를 적절하게 소독한다. 選擇된 穴位들을 皮膚鍼을 사용하여 위에서 아래로, 안에서 밖으로 皮膚가 紅潮될 정도로 叩刺한 후 부항요법을 시행한다. 본 방법은 發病이 약간 오래된 환자에게 적절한 방법이다.

(라) 藥鍼療法

① 選穴

天柱, 阿是穴, 肩井

② 施術方法

穴位의 皮膚를 적절하게 소독한다. 注射器로 해당 穴位를 直刺하여 得氣한 후 각 穴位에 0.5ml씩 藥침제제를 주입한다.

(마) 溫鍼灸

① 選穴

肩外俞

② 施術方法

毫鍼을 이용하여 瀉法으로 刺鍼하고 약 2cm가량의 艾絨을 鍼柄에 매달아 불을 붙여 다 태우고 난 후 拔鍼한다. 본 방법은 구급증상이 현저한 환자에게 적절한 방법이다.

(바) 鍼刺運動療法

① 選穴

絶骨 혹은 外關 혹은 落枕穴

② 施術方法

穴位 중 하나를 선택하여 刺鍼하고 得氣시킨 후 捻轉과 提插의 방법으로 運鍼시키며 환자로 하여금 목을 굽히거나 돌리는 등 운동을 하게하여 關節의 活動범위를 넓혀간다.

(사) Laser鍼療法

① 選穴

風府, 大椎, 天柱, 大杼, 風池, 肩井 및 해당 阿是穴

② 施術方法

毫鍼으로 자침 시와 동일한 穴位를 선택하여, 한 개 혈위 당 3-10초 간 7-40mW 의 출력으로 혈위 체표면에 레이저를 照射한다. 매일 또는 격일에 한 번 시행한다.

## 2. 斜頸 (Wry Neck)

어떠한 원인에 의해 경부를 수직으로 못 가누고 기울어지는 상태이다. 흉쇄유돌근의 단축에 의해 물리적으로 일어나는 선천성 근성사경, 염증성 질환에 의해 동통이나 긴장을 부드럽게 하기 위해 도피적으로 일어나기도 하고, 염증 그 자체가 경추에 머물러 일어나는 lymph성 사경, 원인은 불명이지만 정신적 외상이 원인이 되어 일어나는 것으로 생각되는 경련성 사경 등 [목을 기울인다.]라고 하는 표현은 갖지만 그 의미는 여러 가지가 된다.

### 1) 선천성 근성사경

(1) 증상 : 신생아기에 있어서 흉쇄유돌근의 종류는 없고 근비대와 경부의 운동 제한 및 환측에 머리를 기울여 건측에 얼굴을 향하는 사경위를 특징으로 갖는다. 종류는 생후 5일경에서 출현, 3주째에 최대가 되고, 그 후 서서히 축소된다. 그 중 90~95%는 생후 3~6개월에 자연 소실되어 치유된다.

(2) 보존요법 : 60년대 후반까지는 변창하게 massage 치료를 행하였으나 잘못된 것이다. 자연 방치해 놓은 것이 더 좋다.

### (3) 도수근절제술(manual myotomy)

\*적응증 : 종류가 모지 두 크기 이상으로 딱딱하고 아래턱과 견봉간의 거리가 3횡지 이상 되어 회전제한이 강하며 생후 3주전후의 증례일 때

\*방법 : 아이를 bed위에 앙와시키고, 두부를 bed끝에 나오게 해서 시술자는 이것을 양손으로 保持한다. 조력자는 양 어깨를 밀어 고정한다. 시술자는 아래턱이 환측 견봉에 닿게끔 서서히 회전 시킨다. 성공된 경우에는 흉쇄유돌근부에 둔한 잡음을 느끼는 동시에 운동 제한이 취해진다. 종류는 1~2개월로 소실되며 2~3개월로 치유된다.

\*부작용 : 외이도출혈, 쇄골골절, 비출혈, 지주막하출혈 등 3~5%에서는 1세가 지나도 사경위를 취하고 두개변형 증상이 나타나는데 이것은 수술이 필요하다.

2) 후천성 사경(Acquired Torticollis) : 외상, 감염, 정신적인 원인 등에 의해 출현하므로 원인 질환에 따라 치료법 선택해야 한다.

(1) 외상 : 경추의 아탈구, 탈구, 골절

(2) 급성감염 : 임파선의 급성감염(편도염 등으로 1주간 정도 후에 유아가 사경을 나타내는 일이 있다. X-ray 측방향으로 환추의 아탈구, 제 2/3경추간의 계단상 분리증이 보일 때가 있으나 그것이 원인으로 사경을 들어내는 것인지 아니면 사경의 결과로 이렇게 반영되는 것인지 단정할 수 없다.) 1~2주의 안정 또는 경추견인

으로 대부분 호전된다. 편도염 등의 원인질환을 과부족 없이 치료해 두는 것이 중요하다.

(3) 만성감염 질환 : 화농성 또는 결핵성 척추염

(4) 관절염 : rheumatoid arthritis, Ankylosing spondylitis, osteoarthritis

(5) 종양 : 척추 또는 척수 종양

(6) 반흔성 구축 : 화상

(7) 마비

3) 경련성 사경 : 중추신경계 또는 경추신경근의 병변으로 인하여 경부 근육들이 불수의적으로 주기적 또는 간헐적으로 수축됨으로써 발생하는 사경

(1) 정신적 요인 : 성인에 일어나는 사경으로 흉쇄유돌근을 중심으로 한 경부 제근의 경련에 해서 일어난다. 수면 중에는 증상이 소실되는 점이 다른 사경과 틀리는 점이다. 즉 원인으로서는 정신적 요인이 크게 관여되어 있다고 생각된다. 턱에 손가락을 가볍게 대기만 해도 교정되는 일이 있다. 치료로서는 정신적 외상으로 되는 원인을 제거시키는 것이 제 1 방법이 되나 뇌의 기질적 장애, Parkinson증후군 등에 의한 것이 있고, 이것들의 감별이 필요하게 된다.

<부록>

1. 경추부 질환 임상 진료 지침 개발을 위한 사전 설문지

경추부

I. 각 질환별로 선생님께서 먼저 사용하시는 순서대로 치료수단을 기재하여

주십시오. 각 질환별로 사각형 안에 기입례와 같이 번호를 기입하여 주십시오.

기입례 : 아래와 같이 사각형 안에 해당번호를 사용순서대로 번호를 적어주십시오.

염좌	①	③	⑤	⑧
----	---	---	---	---

- ① 약물
- ② 침(자락술, 도침술, 산침술(산자법), 사암침법, 오행침법, 체질침법, 화침, 온침 등)
- ③ 뜸(직접구, 간접구 등)
- ④ 약침요법
- ⑤ 봉독요법
- ⑥ 신침요법(침전기자극술, 전자침술, 레이저침술, 수침 등)
- ⑦ 분구침법(이침, 두침, 족침, 수침, 수지침, 면침, 비침, 완과침, 피부침, 자석침 등)
- ⑧ 부항술(건식부항, 습식부항)
- ⑨ 추나(경추신전법, 경추교정법, 경추견인요법 등)
- ⑩ 향기요법
- ⑪ 한방물리요법(운동요법, 경근중주파요법(ICT), 경근저주파요법(TENS), 경피경혈 자극요법(SSP), 혈위온열요법(Hotpack), 극초단파요법(microwave), 초음파요법(ultrasound), 단파요법(short wave), 혈위적외선조사요법(infrared), laser 광선, 水치료 요법, magnetic field, 종합가시광선, 원적외선, TDP 등)
- ⑫ 경근첩대요법(Taping 요법 등)

질환명	Stage	1순위치료법	2순위치료법	3순위치료법	4순위치료법
염좌	급성*				
	아급성**				
	만성***				
추간관탈출증	급성				
	아급성				
	만성				
경추 척추증	급성				
	아급성				
	만성				
낙침	급성				
	아급성				
	만성				

질환명	Stage	1순위치료법	2순위치료법	3순위치료법	4순위치료법
사경	급성				
	아급성				
	만성				
외상	급성				
	아급성				
	만성				
퇴행성 변화	아급성				
	만성				
류마티스관절염	급성				
	아급성				
	만성				

\*급성 : 발병 1개월 내.

\*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후

II. 각 질환별로, 선생님께서 진료 시 설정하시는 치료기간을 기재하여 주십시오.

① 1개월 내 ② 3개월 ③ 6개월 ④ 6개월 이상

질환명	Stage	설정 치료기간
염좌	급성*	
	아급성**	
	만성***	
추간판탈출증	급성	
	아급성	
	만성	
경추 척추증	급성	
	아급성	
	만성	
낙침	급성	
	아급성	
	만성	
사경	급성	
	아급성	
	만성	
외상	급성	
	아급성	
	만성	
퇴행성 변화	아급성	
	만성	
류마티스관절염	급성	
	아급성	
	만성	

\*급성 : 발병 1개월 내. \*\*아급성 : 발병 1개월 - 6개월내. \*\*\*만성 : 발병 6개월 이후

경추부 질환에 대한 설문에 답변해 주셔서 감사합니다.

2. 경추질환의 경과평가를 위한 척도

(1) JOA Score

Scores of in cervical myelopathy according to Japanese Orthopaedic Association(JOA)			
Contents	Score	Details	
1. Motor Function (Arms)	4	normal	
	3	writing is clumsy but practical	
	2	writing is possible but not practical	
	1	can manage to feed oneself	
	0	unable to feed oneself	
2. Motor Function (Legs)	4	normal	
	3	capable of fast walking but with some difficulty	
	2	needs support when going up and down stairs	
	1	requires walking aids	
	0	chairbound	
3. Sensation	I. Arms	2	normal
		1	mild sensory loss
		0	severe sensory loss
	II. Trunk	2	normal
		1	mild sensory loss
		0	severe sensory loss
	III. Legs	2	normal
		1	mild sensory loss
		0	severe sensory loss
4. Bladder Function	3	normal	
	2	urgency and hesitancy of micturition	
	1	sense of retention and/or incomplete continence	
	0	retention and/or incontinence	
Total Score of J·O·A		17	

\* 경도(Mild) : 14 ~ 17

\* 중등도(Moderate) : 6 ~ 13

\* 중증(Severe) : ~ 5

(2) SF-8

※ 다음의 모든 질문에 대하여 해당 칸에 ○ 또는 √ 표시를 해 주십시오.

1. 전반적으로 지난 한 달 동안, 귀하의 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?

더할 나위 없이 좋았다	매우 좋았다	좋았다	나쁘지 않았다	나빴다	매우 나빴다

2. 지난 한 달 동안, 신체적인 건강문제 때문에 일상적인 신체활동(걷기, 계단 오르기 등)에 얼마나 제한을 받았습니까?

전혀 제한을 받지 않았다	아주 약간의 제한을 받았다	어느 정도 제한을 받았다	상당히 제한을 받았다	몸을 움직일 수 없었다

3. 지난 한 달 동안, 신체적인 건강 때문에 집안이나 집 바깥에서의 일상적인 업무를 수행하는 데 얼마나 어려움이 있었습니까?

전혀 어려움이 없었다	약간 어려움이 있었다	어느 정도 어려움이 있었다	상당한 어려움이 있었다	일상적인 일을 할 수 없었다

4. 지난 한 달 동안, 신체적인 통증을 얼마나 느꼈습니까?

전혀 없었다	아주 약간 느꼈다	약간 느꼈다	어느 정도 느꼈다	심하게 느꼈다	매우 심하게 느꼈다

5. 지난 한 달 동안, 기운이 얼마나 있었습니까?

매우 많았다	상당히 많았다	어느 정도 많았다	약간 있었다	전혀 없었다

6. 지난 한 달 동안, 신체적인 건강 또는 감정적인 문제 때문에 친구나 가족과의 정상적인 사회활동에 얼마나 제한을 받았습니까?

전혀 제한을 받지 않았다	아주 약간의 제한을 받았다	어느 정도 제한을 받았다	상당히 제한을 받았다	사회적인 활동을 할 수 없었다

7. 지난 한 달 동안, 감정적인 문제(불안하거나 우울 또는 화가 남) 때문에 얼마나 괴로

전혀 괴롭지 않았다	약간 괴로웠다	어느 정도 괴로웠다	상당히 괴로웠다	매우 괴로웠다

왔습니까?

8. 지난 한 달 동안, 개인적 또는 감정적인 문제가 일상적인 업무나 학교 또는 다른 일상적인 활동을 얼마나 방해하였습니까?

전혀 방해를 받지 않았다	아주 약간의 방해를 받았다	어느 정도 방해를 받았다	상당히 방해를 받았다	일상적인 활동을 할 수 없었다

## 참고 문헌

1. 전국한의과대학 침구경혈학교실 편저: 침구학(하), 집문당, 서울, 1988
2. 김경식: 동의임상지침, 대성출판사, 서울, 1998
3. 석세일: 척추외과학, 최신의학사, 서울, 1997
4. 나창수 외3인: 두면 척추 사지병의 진단과 치료, 대성문화사, 서울, 1995
5. 대한정형외과학회: 정형외과학, 최신의학사, 서울, 1996
6. 어강; 근골격계 질환의 테이핑 요법, 우진출판사, 2000
7. 최훈 역, Robert Maigne 저. 척추통증의 진단과 치료, 군자출판사, 2001
8. 김진호, 한태륜. 재활의학. 서울: 군자출판사, 1997
9. 康鎖彬 主編. 中醫鍼灸通釋 針灸治療學, 河北科學技術出版社, 1995
10. 何廣新, 曲廷華 編著, 疼痛鍼灸治療學, 中國中醫藥出版社, 1997
11. 裘沛然, 陳漢平 主編, 新編中國鍼灸學, 上海科學技術出版社, 1992
12. 楊甲三 主編, 鍼灸學, 人民衛生出版社, 1990
13. 고희균, 권기록, 인창식, 봉독약침요법, 서울 경희대학교 출판국, 2005
14. 신병철, 신준식, 이종수, 임형호 공저. 정형 추나의학. 서울:척추신경추나의학회. pp.58-60,180-198. 2006.
15. 이종수, 임형호, 신병철. 정형추나학. 서울:대한추나학회출판사. 2002.
16. 신준식 주편. 한국추나학. 서울:대한추나학회출판사. 1995.
17. 신준식. 한국추나학임상표준지침서(제2판 제3쇄). 서울:대한추나학회출판사. 2003.
18. 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. pp.296-300. 2005.
19. TF Bergmann, DH Peterson, DJ Lawrence. [한국어판]카이로프랙틱 테크닉. 서울:대한추나학회출판사. 2000.
20. 박윤희, 이명중, 송용선. 頸椎病의 手技療法. 동의물리요법과학회지. 1991;1(1):45-49.
21. 류석현, 육상원, 이상룡. 落枕의 手技療法에 대한 고찰. 한방재활의학과학회지. 1998;8(2):347-357.
22. 고도일. 키네시오 테이핑요법(알기쉬운). 서울:푸른솔. 1999.
23. 전국키네시오 페이핑협회. 키네시오 테이핑요법. 서울:학고방. 1997.
24. 신병철, 신준식, 이종수, 임형호 공저. 정형 추나의학. 서울:척추신경추나의학회. pp.393-395. 2006.
25. 민경옥. 운동치료학 I. 서울:대학서림. pp.128,135-141. 1991.
26. 이재학. 운동치료학. 서울:대학서림. pp.258-260. 1990.
27. 김수범 편저. 먹으면 약이 되는 한방 체질약선 600가지. 서울:한방미디어. pp375-377. 2001.
28. 강인희 저. 한국인의 보양식. 서울:대한교과서주식회사. pp.92-93. 2000.
29. 류잉. 내 체질에 맞는 음식궁합. 서울:중명출판사. pp.166-170. 2003.

30. Kendall FP, McCreary EK, Provance PG, Rodgers MM, Romani WA. Muscles testing and Function with posture and Pain 5th Edition. 자세와 통증치료에 있어서 근육의 기능과 검사. 서울:한미의학. pp.141-164. 2006.
31. 이철완 편저. 이학적원리를 이용한 한방물리요법. 서울:일중사. 1991.
32. Stanley Hoppenfeld. Physical examination of the spine & extremities. East Northwalk:Appleton-Century-Crofts. 1976.
33. David J. Magee. Orthopedic physical assessment 4th edition. Philadelphia:Saunders. 2002.
34. Jeffrey Gross, Joseph Fetto, Elaine Rosen. Musculoskeletal examination 2nd edition. Williston:Blackwell. 2002.
35. William H.M. Castro, Jörg Jerosch. 근골격질환의 진단과 검사의 핵심 I, II. 서울:한미의학. 2002.
36. Smith WS, Johnston SC, Skalabrin EJ, Weaver M, Azari P, Albers GW, Gress DR. Spinal manipulative therapy is an independent risk factor for vertebral artery dissection. Neurology. 2003;13;60(9):1424-8.
37. Senstad O, Leboeuf-Yde C, Borchgrevink CF. Side-effects of chiropractic spinal manipulation: types frequency, discomfort and course. Scand J Prim Health Care. 1996 Mar;14(1):50-53.
38. Beatty RA. Dissecting hematoma of the internal carotid artery following chiropractic cervical manipulation. J Trauma. 1977; 17: 248-249.
39. Malone DG, Baldwin NG, Tomecek FJ, Boxell CM, Gaede SE, Covington CG, Kugler KK. Complications of cervical spine manipulation therapy: 5-year retrospective study in a single-group practice. Neurosurg Focus. 2002 Dec 15;13(6):ecp1.
40. World health organization. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic. Geneva. 2005.
41. 최문범 외 2인, 실용동씨침법, 서울 : 대성의학사, 2000