임상진료지침 개발연구

최종보고서

요추부질환

차례

<첨부>

1. 요추부 질환 임상 진료 지침 사전 설문 조사 ····· 7
1) 요추 질환별 치료방법에 대한 설문 조사 결과 ····· 8
2) 요추 질환별 치료 기간에 대한 설문 조사 결과 ····· 19

<임상 진료 지침>

요추부 질환의 개요 ····· 1
1. 요추의 해부학적 구조의 이해 ····· 2
1) 뼈(Bone) ····· 2
(1) Lumbar Spine ····· 2
(2) Sacrum과 Coccyx ····· 2
(3) Pelvis : Ilium, Ischium, Pubis ····· 2
2) 추간판(Intervertebral disk) ····· 2
3) 관절(Joint) ····· 3
(1) Facet Joint ····· 3
(2) 천장관절(S-I joint) ····· 3
4) 인대(Ligament) ····· 3
(1) L-Spine ····· 3
(2) S-I Joint ····· 3
5) 신경(Nerve) ····· 3
(1) 요신경총 ····· 3
(2) 천골신경총 ····· 3
6) 근육(Mucle) ····· 3
2. 요추부위의 진단 및 검사법에 대한 이해 ····· 5
1) 병력청취 ····· 5
(1) 발병일 ····· 5
(2) 발병 당시 상황 ····· 5
(3) 통증의 양상 ····· 5
(4) 병력청취 중 주의해야 할 환자상태 ····· 5
2) 시진 ····· 5
(1) 자세분석 ····· 6
3) 촉진 ····· 6
4) 관절운동 범위 ····· 6
(1) 굴곡 ····· 6
(2) 신전 ····· 7
(3) 측굴 ····· 7

(4) 회선 ····· 8
5) 신경학적 검사 ····· 8
(1) 신경학적 레벨 T12, L1, L2, L3 ····· 9
(2) 신경학적 레벨 L2, L3, L4 ····· 9
(3) 신경학적 레벨 L4 ····· 9
(4) 신경학적 레벨 L5 ····· 10
(5) 신경학적 레벨 S1 ····· 11
(6) 표재 반사 ····· 11
(7) 병적 반사 ····· 12
6) 특수 검사 ····· 13
(1) 대퇴 신경 신장 검사(Femoral nerve Stretching Test) ····· 13
(2) 하지 직거상 검사(Straight Leg Raising Test) ····· 13
(3) Beevor' sign ····· 13
(4) Kernig test ····· 14
(5) Patrick 검사 (Patric sign) ····· 14
7) 진단검사 ····· 14
(1) 단순방사선(Simple Radiology) ····· 14
(2) 척수강 조영술(Myelograpphy) ····· 15
(3) 근전도 검사(Electromyography) ····· 15
(4) 전산화 단층 촬영(CT) ····· 15
(5) 자기 공명검사(MRI) ····· 15
(6) Bone Scan ····· 15
3. 요추 질환의 서양의학적 분류 ····· 16
1) 분류 ····· 16
(1) Congenital disorders ····· 16
(2) Tumor ····· 16
(3) Trauma ····· 16
(4) Toxicity ····· 16
(5) Metabolic disorder : Osteoporosis ····· 16
(6) Inflammatory disease ····· 16
(7) Degenerative disease ····· 16
(8) Infection ····· 16
(9) Circulatory disease ····· 16
2) 감별진단 ····· 17
(1) 요천추부 염좌(Lumbosacral Sprain) ····· 17
(2) 추간판 탈출증(Herniated Intervertebral Lumbar Disc) ····· 17
(3) 척추관 협착증(Spinal Stenosis) ····· 19

(4) 척추 분리증과 척추 전위증(Spondylolysis and Spondylolisthesis)…19
(5) 골다공증(Osteoporosis) …… 20
(6) 퇴행성변화(Degenerative change) …… 21
4. 요추 질환의 한의학적 분류와 치료 …… 23
1) 변증 …… 23
(1) 병인변증에 따른 분류 …… 23
2) 한약물 치료 …… 23
3) 침구치료 …… 32
(1) 일반적인 鍼灸治療 …… 30
(2) 양방적 분류에 따른 十種腰痛의 침구치료 …… 33
(가) 腎虛腰痛 …… 33
(나) 痰飮腰痛 …… 33
(다) 食積腰痛 …… 33
(라) 挫閃腰痛 …… 34
(마) 瘀血腰痛 …… 34
(바) 風腰痛 …… 34
(사) 寒腰痛 …… 34
(아) 濕腰痛 …… 35
(자) 濕熱腰痛 …… 35
(차) 氣腰痛 …… 35
(3) 經絡辨證에 따른 침구치료 …… 35
(4) 董氏鍼 療法 …… 36
(5) 藥物療法 …… 36
(가) 經絡藥鍼療法 …… 36
(나) 八綱藥鍼療法 …… 37
(다) 蜂毒藥鍼療法 …… 39
(6)기타 침구요법 …… 40
(가) 刺絡拔罐法 …… 40
(나) 耳鍼療法 …… 40
(다) 舍岩鍼療法(五行鍼療法) …… 41
(라) 電鍼療法 …… 41
(마) Laser鍼療法 …… 42
3) 附缸療法 …… 42
(1) 取穴 …… 42
(2) 方法 …… 42
(3) 注意事項 …… 42

4) 推拿療法 ····· 43
(1) 요추 신전법 ····· 44
(2) 측와위 요추 교정법 ····· 46
(3) 복와위 요추 교정법 ····· 46
(4) 좌위 요추 교정법 ····· 47
(5) 굴곡 신연 도인추나 ····· 47
5) 韓方物理療法 ····· 49
(1) 通經絡 療法 ····· 49
(2) 溫經絡 療法 ····· 50
(3) 整經絡 療法 ····· 50
6) 灸療法 ····· 50
(1) 取穴 ····· 50
(2) 方法 ····· 50
(3) 注意事項 ····· 51
7) 요추 견인요법 ····· 52
8) 其他療法 ····· 52
(1) 經筋貼帶療法 ····· 51
(가) 선 자세, 허리를 굽힐 때 통증이 있는 경우 ····· 51
(나) 선 자세, 허리의 신전에서 통증이 있는 경우 ····· 51
(다) 선 자세, 측굴, 또는 회전에 통증이 있는 경우 ····· 51
(라) 선 자세에서 앉을 때와 앉았다 일어날 때 통증이 있는 경우 ····· 52
(마) 누운자세, 한쪽다리 들기에서 통증이 있을 때 ····· 52
(바) 누운자세, 양쪽다리 들기에서 통증이 있을 때 ····· 52
(사) 누운자세, Patric test에서 통증이 있을 때 ····· 52
(2) 침상휴식 ····· 52
(3) 요통 예방을 위한 자세와 주의점 교육 ····· 52
(4) 급성요통에서의 자세 유지방법 ····· 53
(5) 근력강화 운동요법 ····· 53
(6) 스트레칭 ····· 55
(7) 보조기 사용 ····· 56
(8) 식이영양요법 ····· 56

<부록> ····· 58
1. 요추부 질환 임상 진료 지침 개발을 위한 사전 설문지 ····· 60
2. 요추질환의 경과평가를 위한 척도 ····· 61
(1) JOA Score ····· 61
(2) SF-8 ····· 62

5. 참고문헌 ····· 64

1. 요추부 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 및 요추부 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 및 요추부 치료수단, 경추부 및 요추부 진료 시 설정하는 치료기간 등 총 4가지 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.)

요추부 질환은 염좌, 추간판탈출증, 척추관협착증, 척추분리증과 척추전위증, 압박골절, 외상, 퇴행성변화, 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 구분하였다.

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 설정 시 통상 활용되는 1개월 내, 3개월, 6개월, 6개월 이상 등 총 4개로 임의 분류하여 선택하게 하였다.

1) 요추 질환별 치료방법에 대한 설문 조사 결과

치료수단에 대한 설문 응답자는 55명이었다. 해당 질환의 경과별로 선택한 치료방법을 선택빈도에 따라 1순위, 2순위, 3순위, 4순위로 분류하였다.

각 질환별 최빈도 치료방법은 모든 질환별 단계분류에서 침(자락술, 도침술, 산침술(산자법), 사암침법, 오행침법,체질침법, 화침, 온침 등)치료가 선택되었다(표2)(그림8).

표 1. 각 질환 경과별 침 치료의 1순위 선택율

질환	경과	선택율
류마치스	급성	34
	아급성	29
	만성	29
요추압박골절	급성	38
	아급성	35
	만성	32
요추염좌	급성	47
	아급성	46
	만성	37
요추외상	급성	43
	아급성	38
	만성	33
요추척추간협착증	급성	40
	아급성	36
	만성	30
요추척추분리증과 척추전위증	급성	39
	아급성	35
	만성	31
요추추간판탈출증	급성	38
	아급성	35
	만성	30
요추퇴행성변화	아급성	37
	만성	32

단위 : 백분율(%)

그림 1. 질환 경과별 침 치료의 선택율

표 2. 요추염좌 병기별 치료 선택 순위

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

표 3. 요추추간판탈출증 병기별 치료 선택 순위

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

표 4. 요추척추관협착증 병기별 치료 선택 순위

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

표 5. 요추척추분리증과 척추전위증 병기별 치료 선택 순위

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

표 6. 요추압박골절 병기별 치료 선택 순위

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

표 7. 요추외상 병기별 치료 선택 순위

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

표 8. 요추퇴행성변화 병기별 치료 선택 순위

요추퇴행성변화	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
아급성기	침	약물	봉독	뜸	약침
만성기	침	약물	봉독	뜸	약침

표 9. 요추류마티스관절염 병기별 치료 선택 순위

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

류마치스 관절염, 요추척추 분리증, 척추 전위증, 요추 추간판 탈출증의 모든 단계 및 아급성 요추압박골절, 요추염좌와 급·아급성 요추간 협착증에서는 침치료에 이어 봉독 치료가 1순위 치료로 많이 선택되었다.

요추외상과 요추 퇴행성 변화의 모든 단계, 급·만성 요추 압박 골절, 만성 요추염좌, 만성 요추 척추간 협착증에서는 약물 치료가 침치료 다음으로 1순위 치료로 선호되고 있는 것으로 나타났다.

급성 요추 염좌에서는 약침 요법이 침치료에 이어 두 번째 1순위 치료로 지목되었다.

각각의 선택 순위에 따라 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 10. 각 질환 경과별 치료방법 선택율

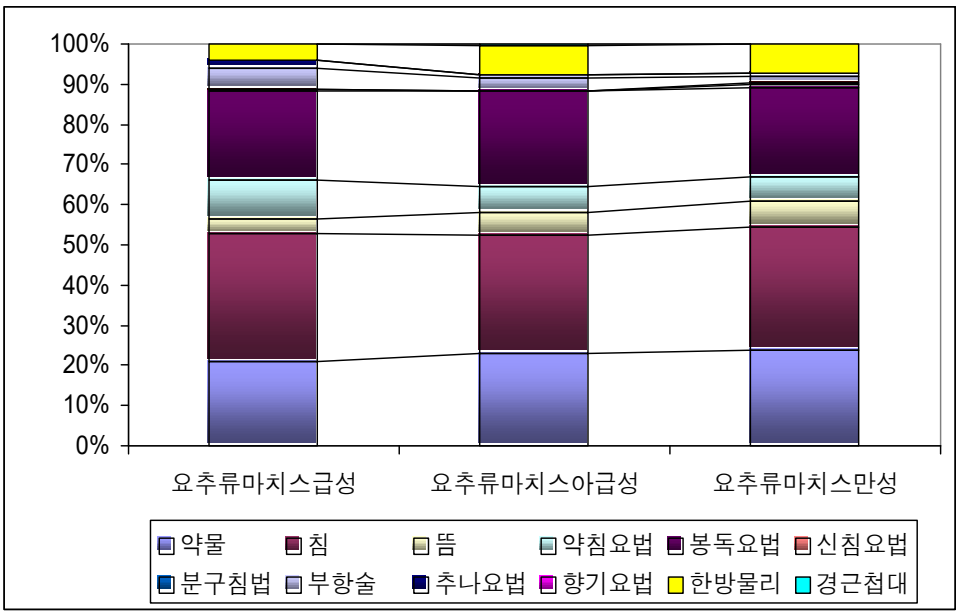
	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
급성기 요추염좌	침(41.1%)	부항(22.3%)	약물(9.7%)	한방물리요법(8.7%)	봉독(8.5%)
아급성기 요추염좌	침(39.7%)	봉독(13.6%)	부항(13.2%)	약물(12.3%)	약침(7.9%)
만성기 요추염좌	침(36.8%)	약물(18.2%)	봉독(13.6%)	뜸(10.7%)	약침, 부항(7.1%)
급성기 요추추간판탈출증	침(37.7%)	봉독(17.0%)	약물(14.8)	부항(9.5%)	약침(8.1%)
아급성기 요추간판탈출증	침(34.8%)	봉독(16.8%)	약물(15.8%)	추나(9.5%)	약침, 부항(7.1%)
만성기 요추추간판탈출증	침(32.4%)	봉독,약물(19.0%)	추나(9.9%)	뜸(8.5%)	한방물리요법(8.1%)
급성기 척추관협착증	침(36.0%)	약물(15.6%)	봉독(14.8%)	추나(8.1%)	약침,한방물리요법(7.9%)
아급성기 척추관협착증	침(34.8%)	봉독(18.0%)	약물(17.4%)	뜸(7.1%)	한방물리요법(6.9%)
만성기 척추관협착증	침(31.4%)	약물(20.0%)	봉독(17.8%)	추나(10.9%)	한방물리요법(8.5%)
급성기 척추분리증과 척춘전위증	침(36.8%)	약물(14.4%)	봉독(14.0%)	약침(10.1%)	부항(8.5%)
아급성기 척추분리증과 척춘전위증	침(34.4%)	봉독(17.4%)	약물(15.6%)	추나,한방물리요법(7.9%)	약침(7.3%)
만성기 척추분리증과 척춘전위증	침(33.0%)	약물(17.6%)	봉독(15.2%)	추나(9.1%)	한방물리요법(8.3%)
급성기 압박골절	침(24.8%)	약물(23.8%)	한방물리요법(12.9%)	봉독(9.9%)	부항(9.4%)
아급성기 압박골절	침(33.8%)	약물(19.2%)	뜸(13.0%)	봉독(12.6%)	부항(9.5%)
만성기 압박골절	침(34.2%)	약물(26.1%)	봉독(12.3%)	뜸(11.1%)	한방물리요법(9.1%)
급성기 외상	침(40.7%)	약물(22.1%)	부항(14.6%)	한방물리요법(9.1%)	약침(7.1%)
아급성기 외상	침(36.2%)	약물(22.9%)	부항(12.3%)	한방물리요법(9.5%)	약침(7.1%)
만성기 외상	침(33.8%)	약물(25.7%)	봉독(9.3%)	한방물리요법(8.7%)	부항(8.3%)
아급성기 퇴행성 변화	침(36.0%)	약물(23.5%)	봉독(14.4%)	뜸(12.3%)	약침(7.3%)
만성기 퇴행성 변화	침(33.8%)	약물(26.3%)	봉독(14.2%)	뜸(13.2%)	약침(7.5%)
급성기 류마티스 관절염	침(32.0%)	봉독(22.3%)	약물(21.2%)	약침(9.9%)	부항(5.2%)
아급성기 류마티스 관절염	침(29.2%)	봉독(23.6%)	약물(22.7%)	한방물리요법(7.4%)	약침(6.5%)
만성기 류마티스 관절염	침(30.9%)	약물(24.0%)	봉독(22.3%)	한방물리요법(7.4%)	뜸(6.3%)

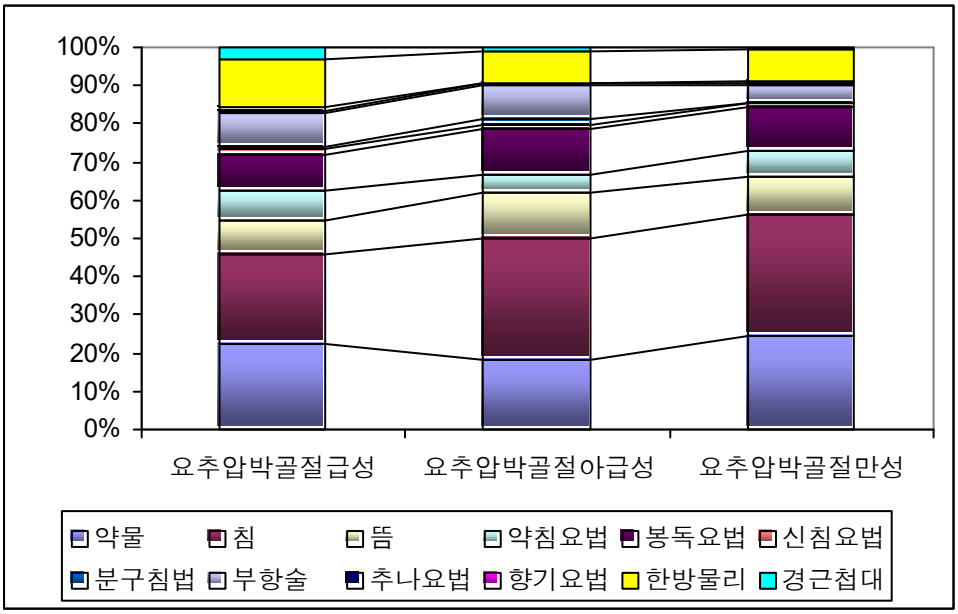
단위 : 백분율(%)

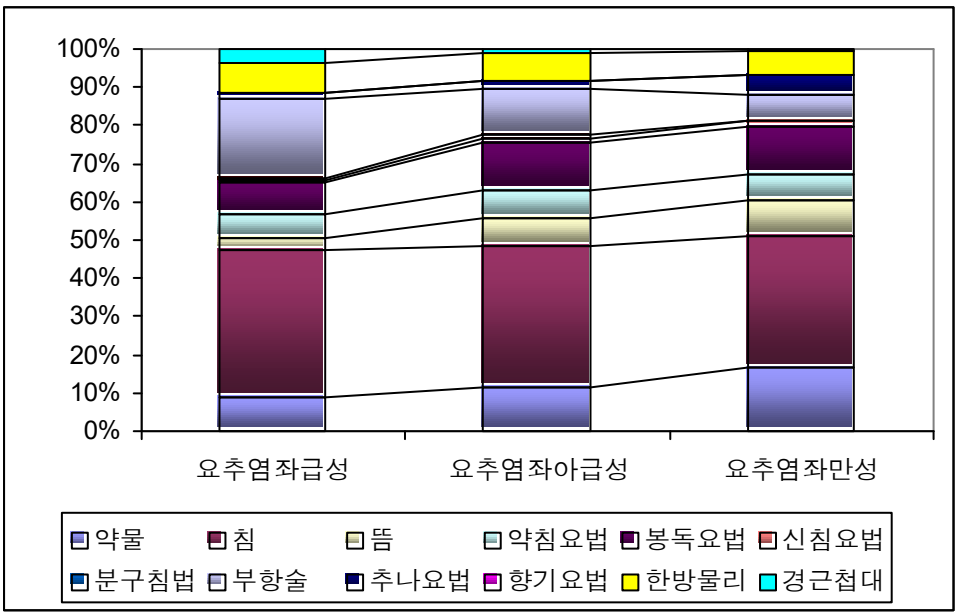
표 11. 각 질환별 최빈도 치료방법

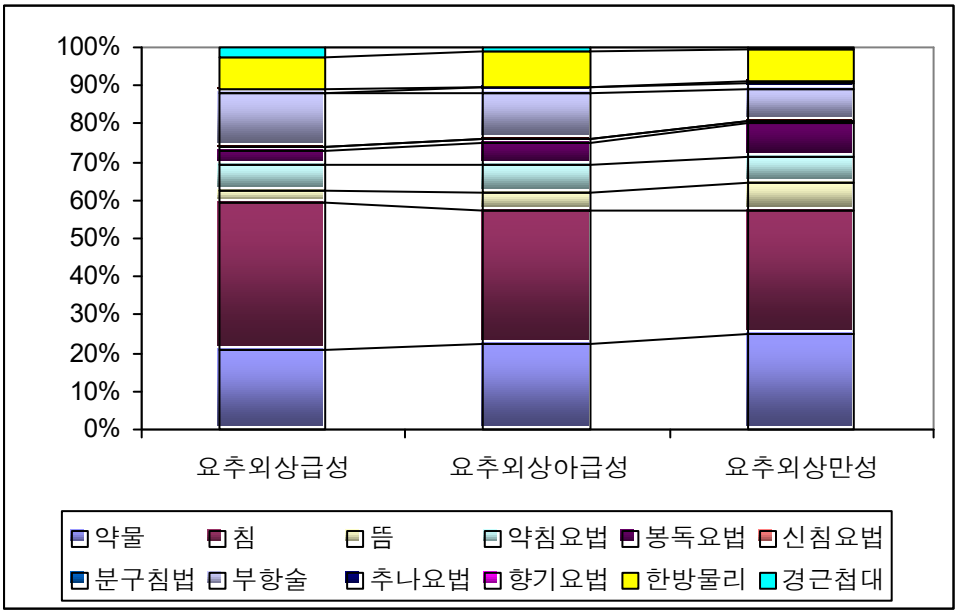
	약물	침	뜸	약침요법	봉독요법	신침요법	분구침법	부항술	추나요법	향기요법	한방물리	경근첩대
요추류마치스급성	21.2	32.0	3.7	9.9	22.3	0.4	0.0	5.2	2.0	0.0	4.1	0.0
요추류마치스아급성	22.7	29.2	5.6	6.5	23.6	0.0	0.0	3.4	0.6	0.0	7.4	0.2
요추류마치스만성	24.0	30.9	6.3	6.1	22.3	0.6	0.4	1.9	0.6	0.0	7.4	0.0
요추압박골절급성	23.8	24.8	8.9	8.4	9.9	1.5	1.0	9.4	0.5	1.0	12.9	3.5
요추압박골절아급성	19.2	33.8	13.0	4.9	12.6	1.2	1.4	9.5	0.8	0.0	8.5	1.2
요추압박골절만성	26.1	34.2	11.1	7.1	12.3	1.2	0.0	4.7	1.0	0.4	9.1	0.4
요추염좌급성	9.7	41.1	3.4	6.7	8.5	1.0	0.4	22.3	1.4	0.0	8.7	3.8
요추염좌아급성	12.3	39.7	7.3	7.9	13.6	1.2	0.8	13.2	2.2	0.0	7.5	1.2
요추염좌만성	18.2	36.8	10.7	7.1	13.6	1.4	0.2	7.1	5.7	0.0	6.7	0.8
요추외상급성	22.1	40.7	3.6	7.1	3.6	1.2	0.2	14.6	0.2	0.8	9.1	2.6
요추외상아급성	22.9	36.2	5.1	7.1	6.1	1.0	0.2	12.3	1.4	0.4	9.5	1.0
요추외상만성	25.7	33.8	7.5	6.7	9.3	0.8	0.0	8.3	2.0	0.4	8.7	0.4
요추척추관협착증급성	15.6	36.0	5.7	7.9	14.8	1.2	0.0	6.9	8.1	0.0	7.9	1.4
요추척추관협착증아급성	17.4	34.8	7.1	6.1	18.0	2.2	2.4	6.3	5.5	0.0	6.9	0.2
요추척추관협착증만성	20.0	31.4	7.5	6.1	17.8	2.2	0.0	3.6	10.9	0.0	8.5	0.2
요추척추분리증과 척추전위증 급성	14.4	36.8	5.7	10.1	14.0	2.0	0.6	8.5	7.5	0.0	8.1	1.2
요추척추분리증과 척추전위증 아급성	15.6	34.4	6.9	7.3	17.4	2.0	0.6	6.7	7.9	0.0	7.9	1.2
요추척추분리증과 척추전위증 만성	17.6	33.0	7.9	7.9	15.2	1.2	0.2	4.3	9.1	0.0	8.3	1.0
요추추간판탈출증급성	14.8	37.7	3.8	8.1	17.0	1.6	0.2	9.5	4.3	0.2	7.3	1.6
요추추간판탈출증아급성	15.8	34.8	5.5	7.1	16.8	1.6	0.2	7.1	9.5	0.0	6.7	0.6
요추추간판탈출증만성	19.0	32.4	8.5	4.9	19.0	1.6	0.0	4.2	9.9	0.0	8.1	0.6
요추퇴행성변화아급성	23.5	36.0	12.3	7.3	14.4	2.6	0.4	3.4	2.0	0.0	3.2	0.4
요추퇴행성변화만성	26.3	33.8	13.2	7.5	14.2	1.0	0.2	2.8	1.2	0.0	6.1	0.2

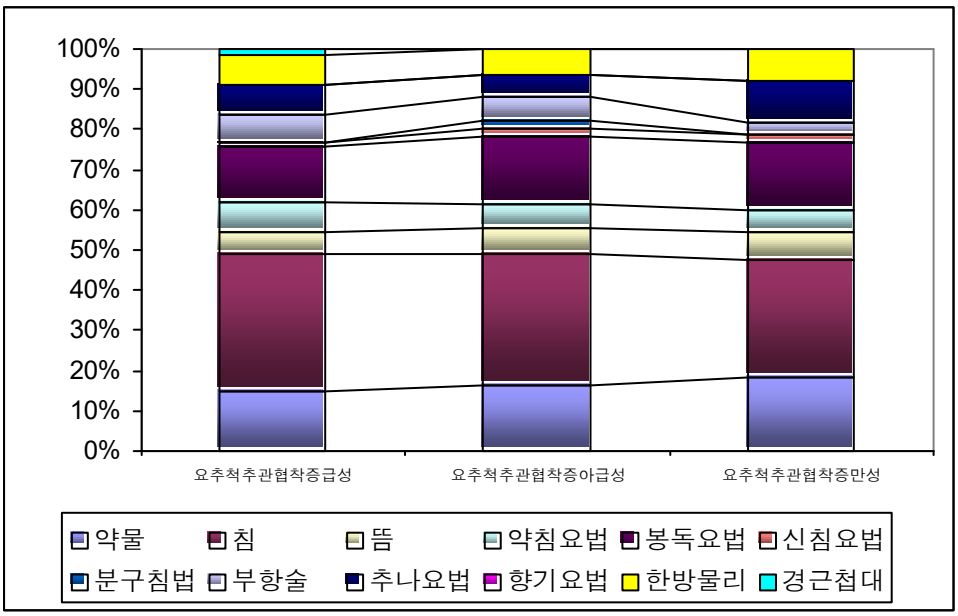
단위 : 백분율(%)

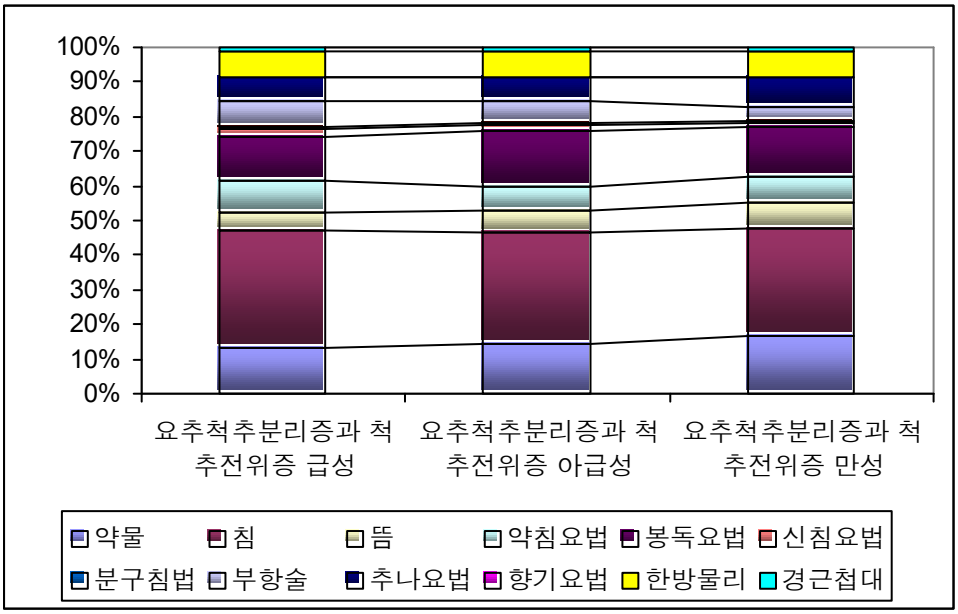


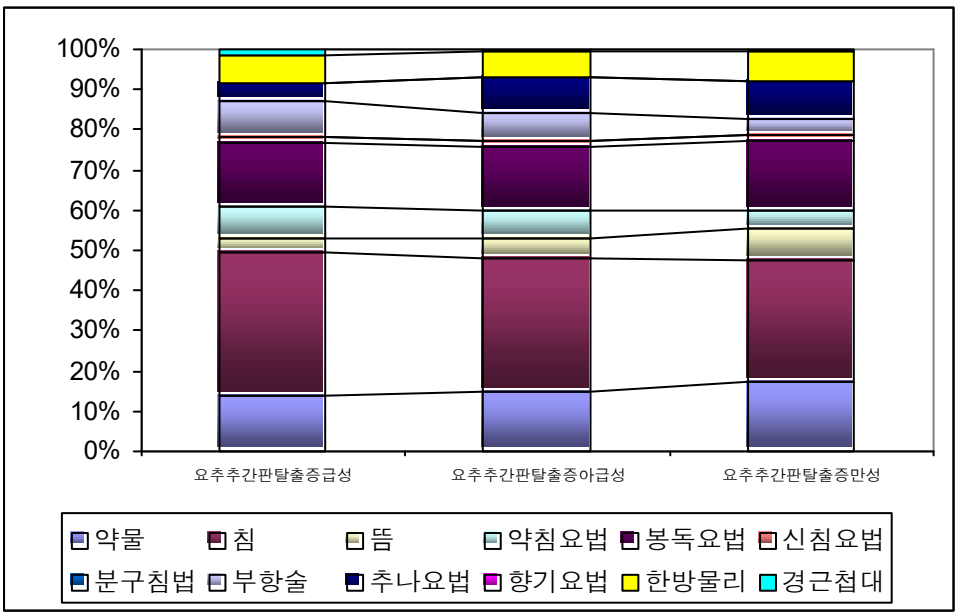

100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
요추압박골절급성
요추압박골절아급성
요추압박골절만성
약물
침
뜸
약침요법
봉독요법
신침요법
분구침법
부항술
추나요법
향기요법
한방물리
경근첩대

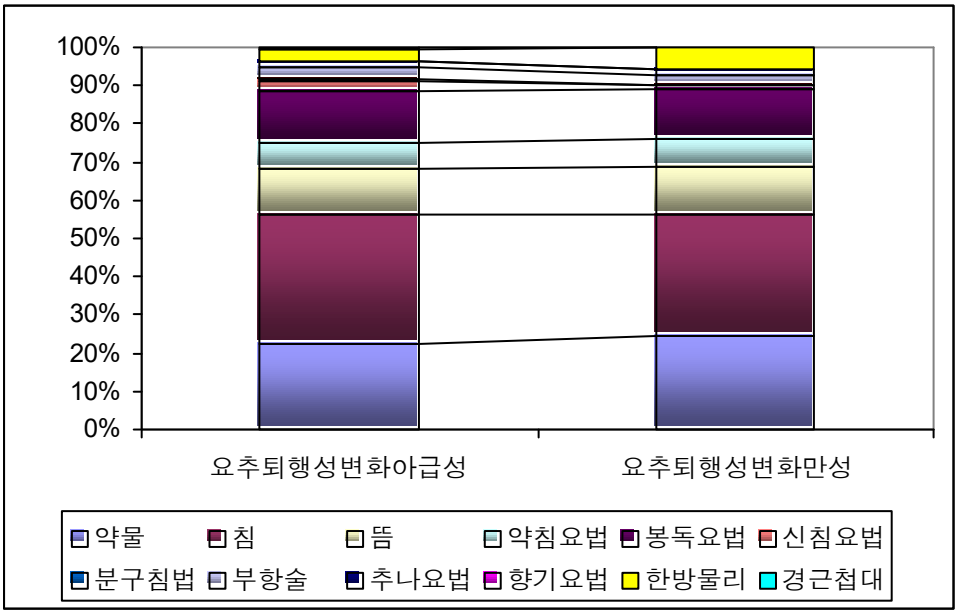

100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
요추염좌급성
요추염좌아급성
요추염좌만성
약물
침
뜸
약침요법
봉독요법
신침요법
분구침법
부항술
추나요법
향기요법
한방물리
경근첩대


100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
요추외상급성
요추외상아급성
요추외상만성
약물
침
뜸
약침요법
봉독요법
신침요법
분구침법
부항술
추나요법
향기요법
한방물리
경근첩대


100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
요추척추관협착증급성
요추척추관협착증아급성
요추척추관협착증만성
약물
침
뜸
약침요법
봉독요법
신침요법
분구침법
부항술
추나요법
향기요법
한방물리
경근첩대


100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
요추척추분리증과 척추전위증 급성
요추척추분리증과 척추전위증 아급성
요추척추분리증과 척추전위증 만성
약물
침
뜸
약침요법
봉독요법
신침요법
분구침법
부항술
추나요법
향기요법
한방물리
경근첩대


100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
요추추간판탈출증급성
요추추간판탈출증아급성
요추추간판탈출증만성
약물
침
뜸
약침요법
봉독요법
신침요법
분구침법
부항술
추나요법
향기요법
한방물리
경근첩대


100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
요추퇴행성변화아급성
요추퇴행성변화만성
약물
침
뜸
약침요법
봉독요법
신침요법
분구침법
부항술
추나요법
향기요법
한방물리
경근첩대

2) 요추 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(표4).

표 12. 요추부 질환 내 경과별 설정 치료기간 설문응답내용

	1개월내	3개월내	6개월내	6개월
요추외상급성	71.7	22.6	5.7	0.0
요추외상아급성	22.6	52.8	22.6	1.9
요추외상만성	5.7	34.0	35.8	24.5
요추류마치스급성	23.6	43.6	16.4	16.4
요추류마치스아급성	3.1	18.8	43.8	34.4
요추류마치스만성	1.8	5.5	16.4	76.4
요추압박골절급성	42.9	42.9	10.7	3.6
요추압박골절아급성	7.4	48.1	35.2	9.3
요추압박골절만성	1.8	27.3	32.7	38.2
요추염좌급성	96.4	3.6	0.0	0.0
요추염좌아급성	58.2	40.0	1.8	0.0
요추염좌만성	14.5	54.5	23.6	7.3
요추척추관협착증급성	23.6	50.9	20.0	5.5
요추척추관협착증아급성	3.6	36.4	40.0	20.0
요추척추관협착증만성	1.8	9.1	32.7	56.4
요추척추분리증과척추전위증급성	36.4	41.8	14.5	7.3
요추척추분리증과척추전위증아급성	10.9	36.4	30.9	21.8
요추척추분리증과척추전위증만성	1.8	25.5	18.2	54.5
요추추간판탈출증급성	47.3	47.3	5.5	0.0
요추추간판탈출증아급성	5.5	61.8	29.1	3.6
요추추간판탈출증만성	1.8	25.5	36.4	36.4
요추퇴행성변화아급성	9.1	38.2	36.4	16.4
요추퇴행성변화만성	3.6	12.7	23.6	60.0

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

단위 : 백분율(%)

표 13. 요추염좌 병기별 치료기간

요추염좌	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
*급성기	96%	4%	0%	0%
**아급성기	58%	40%	2%	0%
***만성기	15%	54%	24%	7%

*급성기 : 발병 1개월 내. **아급성기 : 발병 1개월 - 6개월내. ***만성기 : 발병 6개월 이후.

표 14. 요추추간판탈출증 병기별 치료기간

요추추간판탈출증	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
*급성기	47%	47%	6%	0%
**아급성기	5%	62%	29%	4%
***만성기	2%	26%	36%	36%

*급성기 : 발병 1개월 내. **아급성기 : 발병 1개월 - 6개월내. ***만성기 : 발병 6개월 이후.

표 15. 요추척추관협착증 병기별 치료기간

요추척추관협착증	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
*급성기	24%	51%	20%	5%
**아급성기	4%	36%	40%	20%
***만성기	2%	9%	33%	56%

*급성기 : 발병 1개월 내. **아급성기 : 발병 1개월 - 6개월내. ***만성기 : 발병 6개월 이후.

표 16. 요추척추분리증과 척추전위증 병기별 치료기간

요추척추분리증과 척추전위증	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
*급성기	36%	42%	15%	7%
**아급성기	11%	36%	31%	22%
***만성기	2%	26%	18%	54%

*급성기 : 발병 1개월 내. **아급성기 : 발병 1개월 - 6개월내. ***만성기 : 발병 6개월 이후.

표 17. 요추압박골절 병기별 치료기간

요추압박골절	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
*급성기	43%	43%	11%	3%
**아급성기	8%	48%	35%	9%
***만성기	2%	27%	33%	38%

*급성기 : 발병 1개월 내. **아급성기 : 발병 1개월 - 6개월내. ***만성기 : 발병 6개월 이후.

표 18. 요추외상 병기별 치료기간

요추외상	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
*급성기	72%	22%	6%	0%
**아급성기	23%	53%	22%	2%
***만성기	6%	34%	36%	24%

*급성기 : 발병 1개월 내. **아급성기 : 발병 1개월 - 6개월내. ***만성기 : 발병 6개월 이후.

표 14. 요추퇴행성변화 병기별 치료기간

요추퇴행성변화	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
**아급성기	9%	38%	37%	16%
***만성기	4%	13%	23%	60%

**아급성기 : 발병 1개월 - 6개월내. ***만성기 : 발병 6개월 이후.

표 15. 요추류마티스관절염 병기별 치료기간

요추류마티스관절염	1개월내	3개월	6개월	6개월이상
*급성기	24%	44%	16%	16%
**아급성기	3%	19%	44%	34%
***만성기	2%	6%	16%	76%

*급성기 : 발병 1개월 내. **아급성기 : 발병 1개월 - 6개월내. ***만성기 : 발병 6개월 이후.

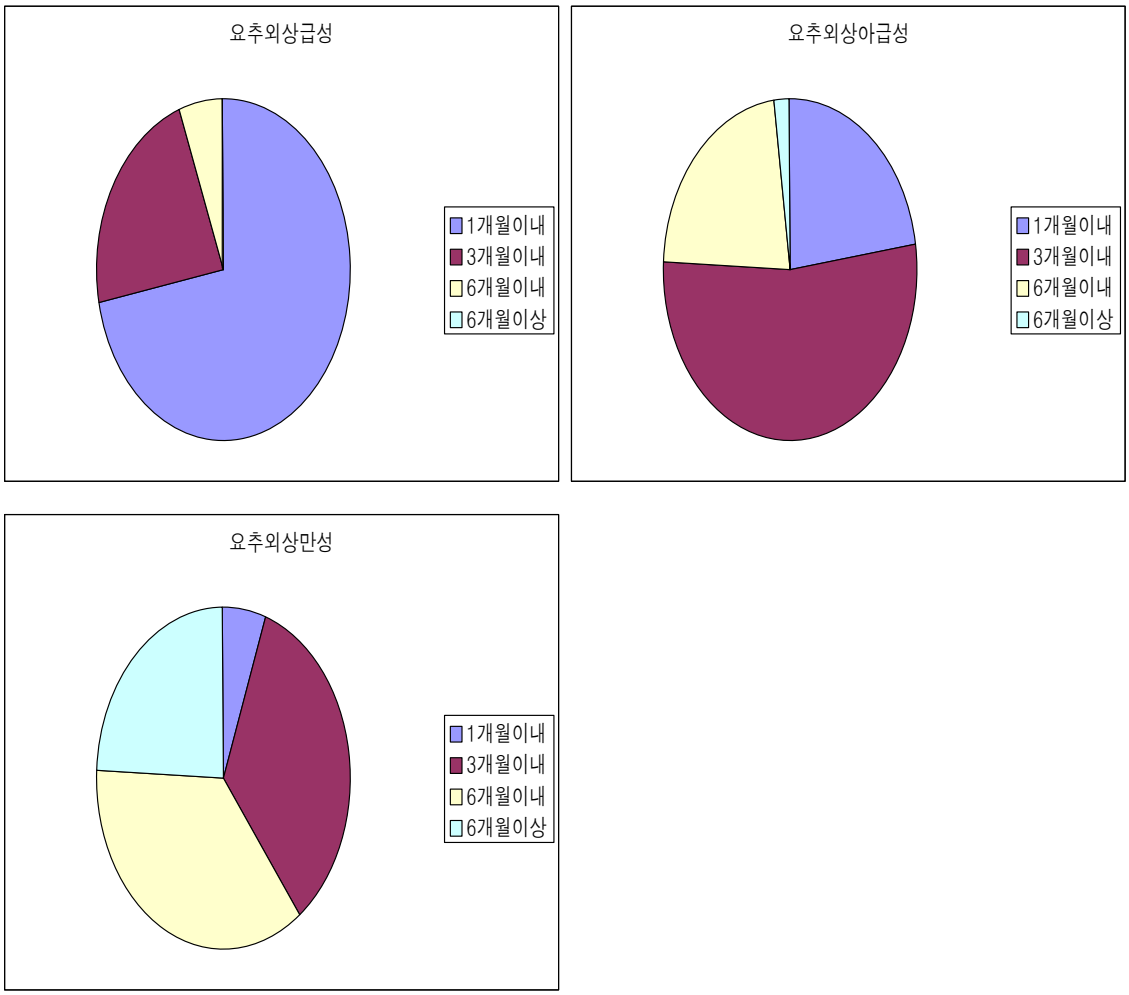


그림 10. 요추 외상 병기별 치료 기간

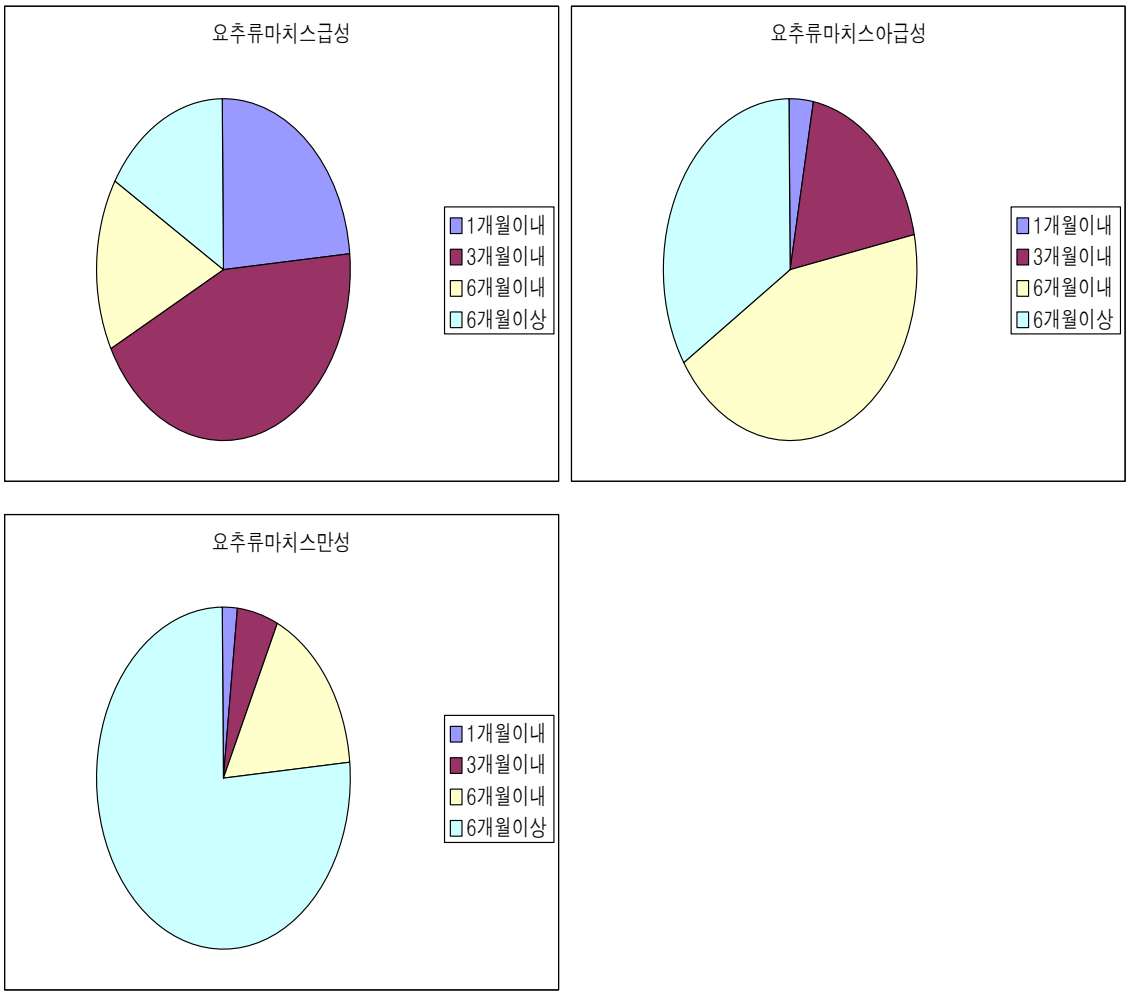


그림 11. 요추 류마치스 병기별 치료 기간

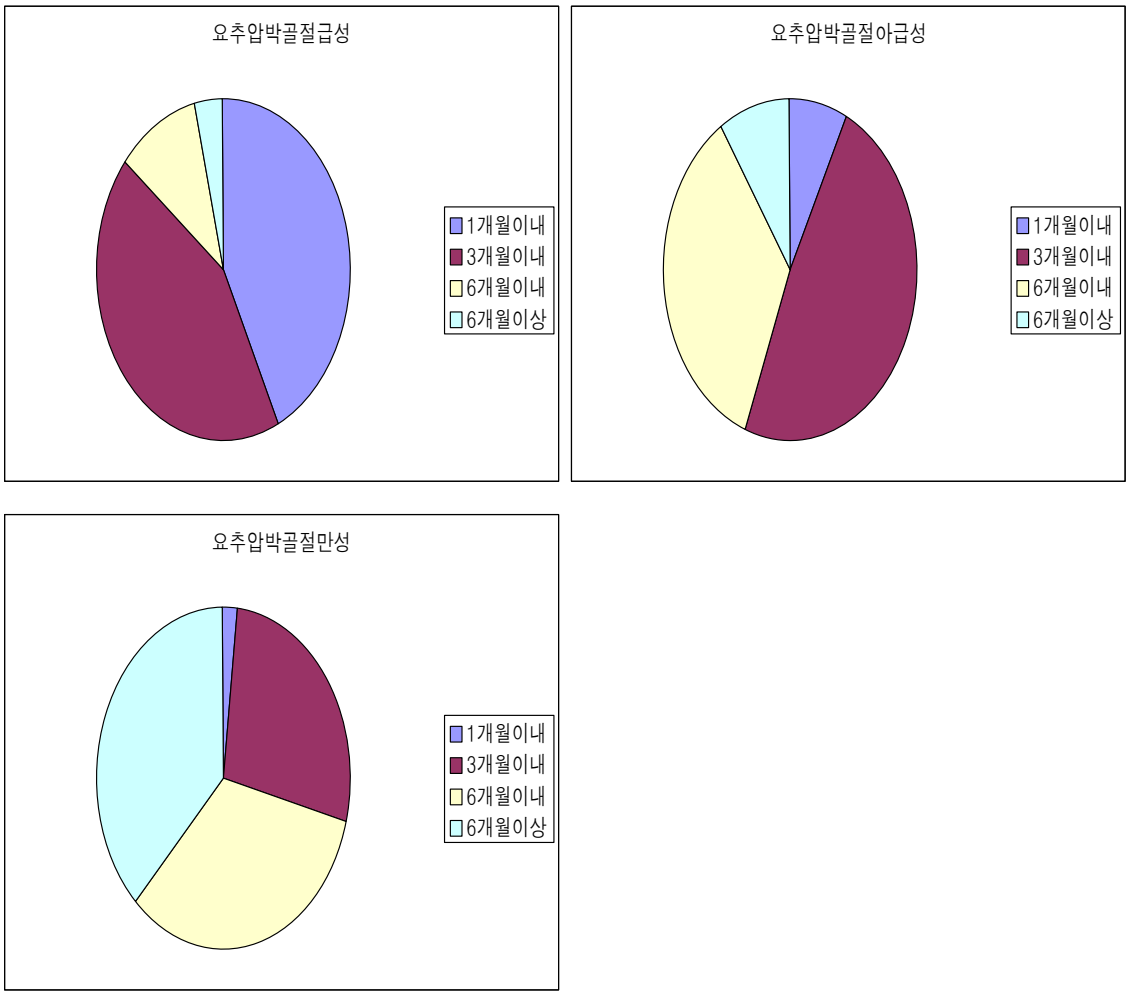


그림 12. 요추 압박골절 병기별 치료 기간

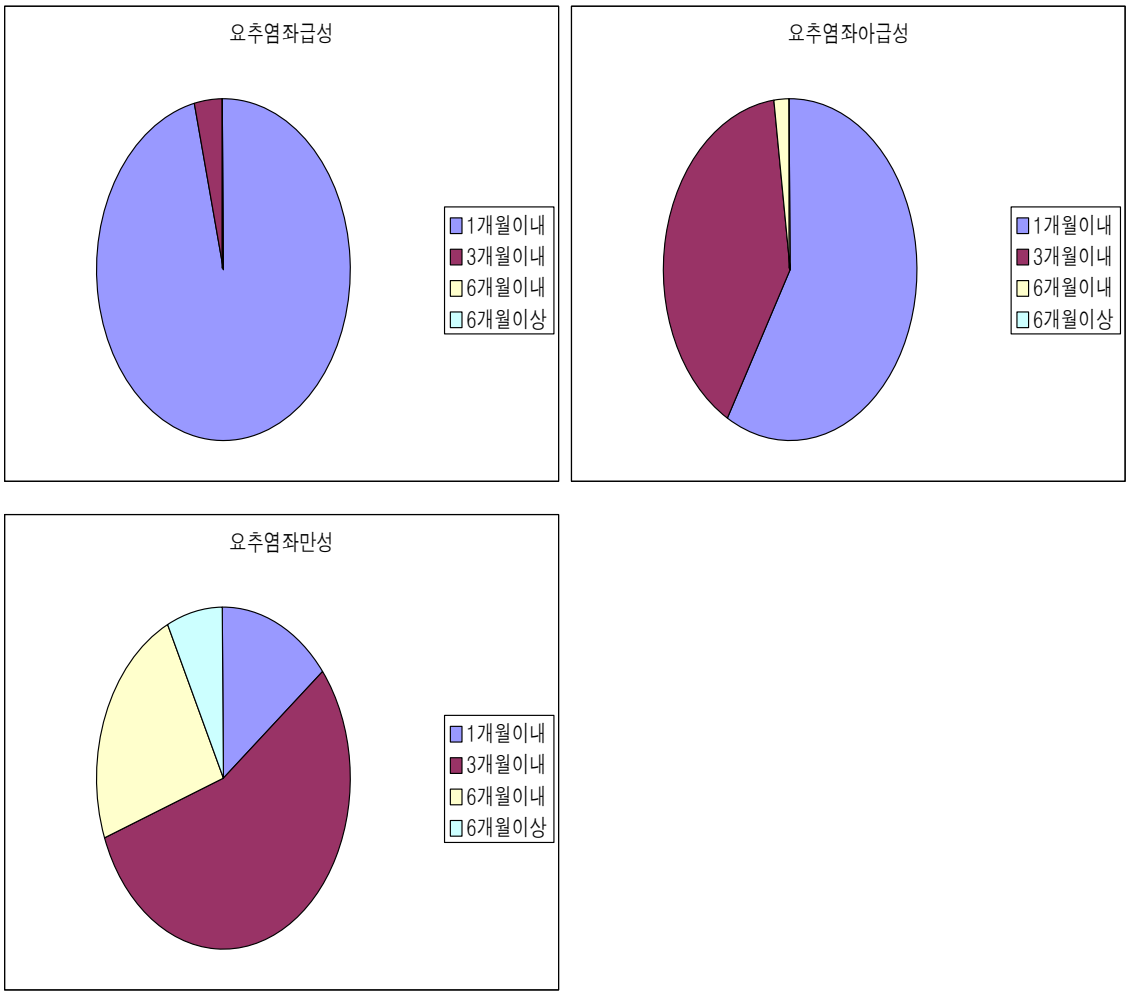


그림 13. 요추 염좌 병기별 치료 기간

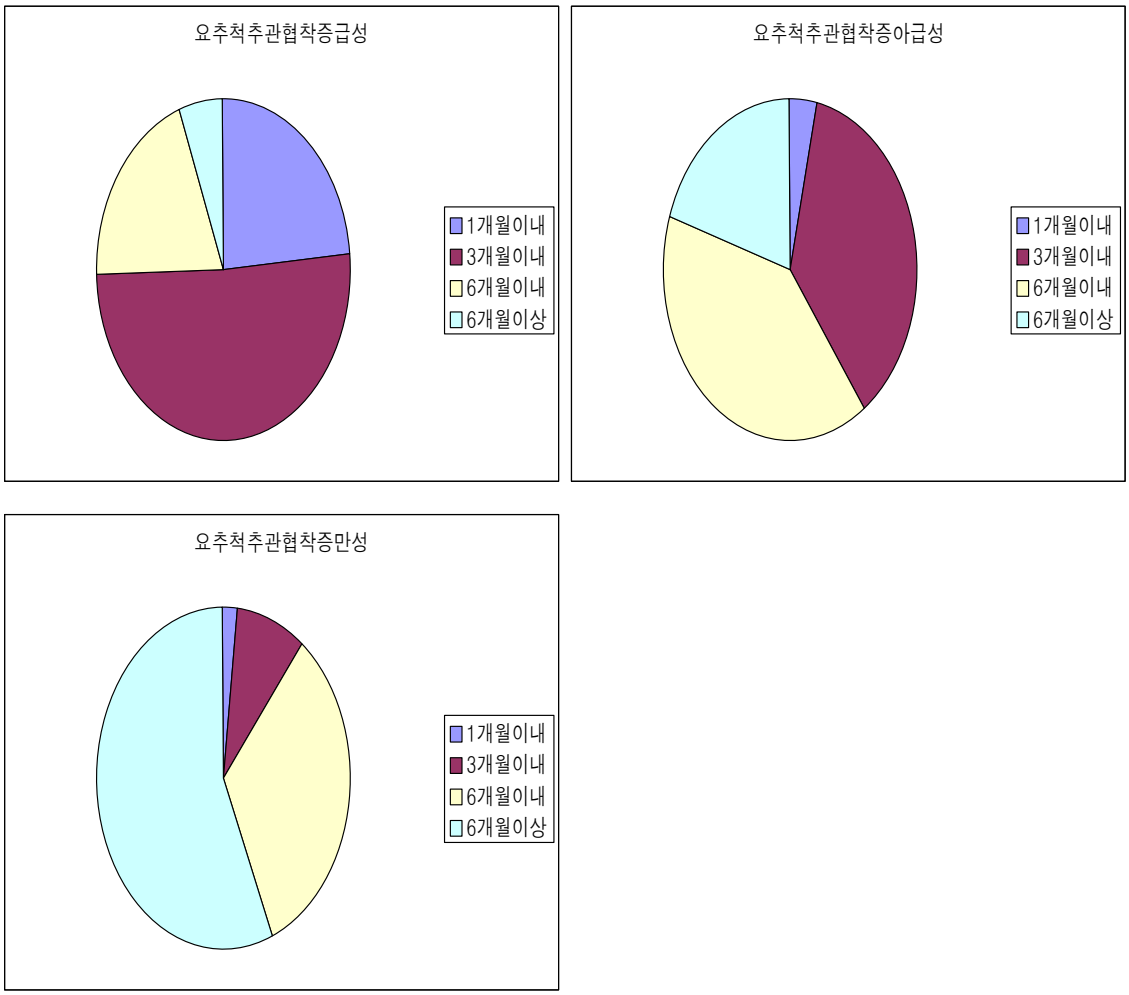


그림 14. 요추 척추관협착증 병기별 치료 기간

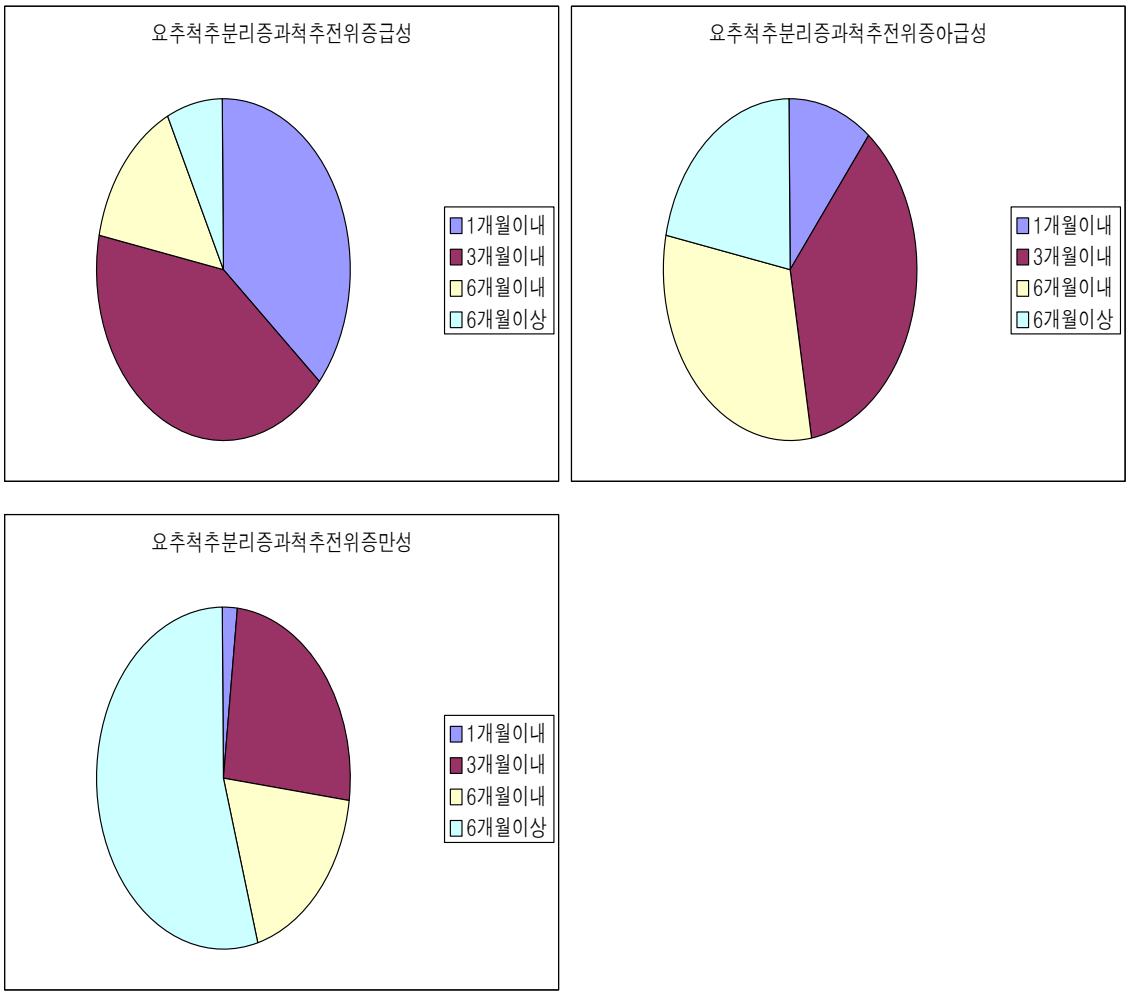


그림 15. 요추 척추분리증과 척추전위증 병기별 치료 기간

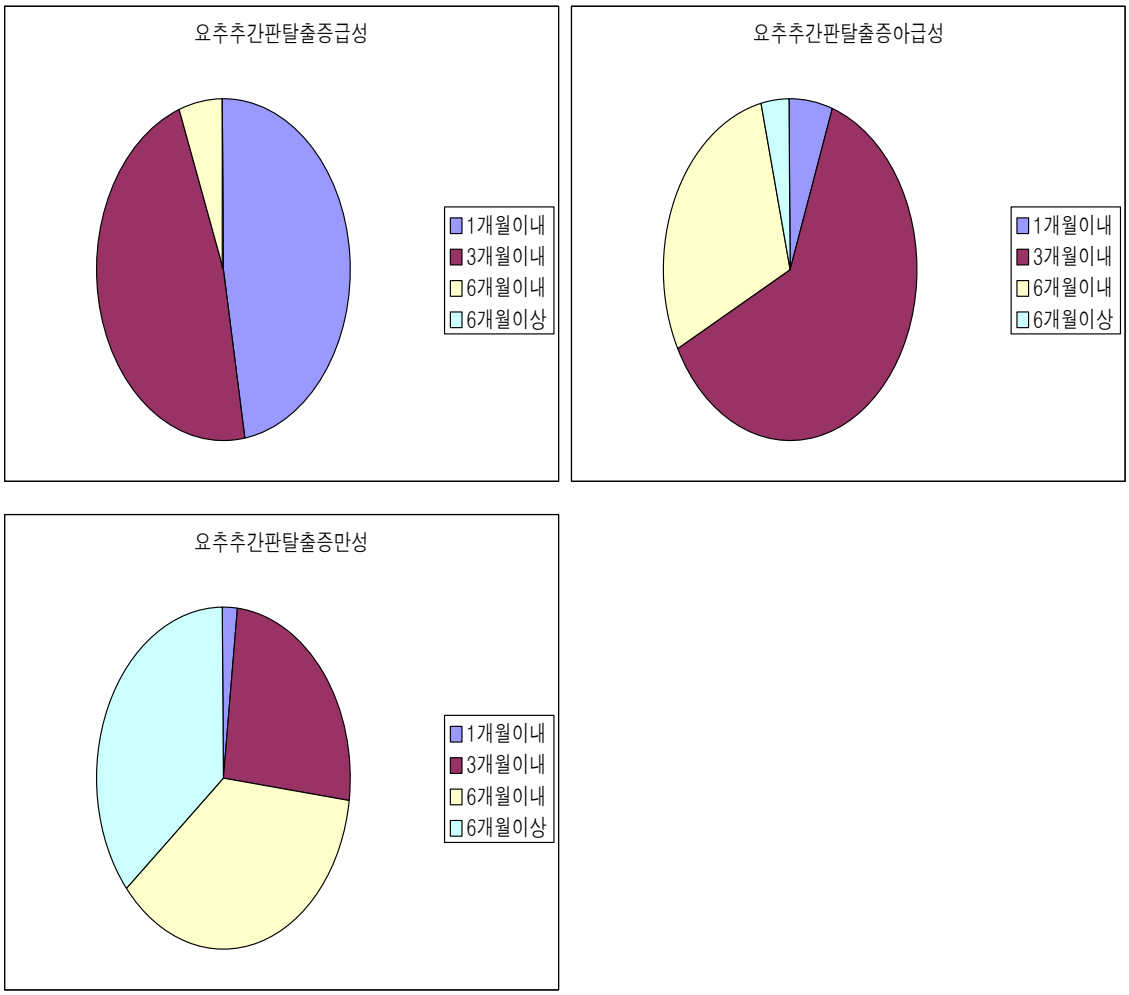


그림 16. 요추 추간판 탈출증 병기별 치료 기간

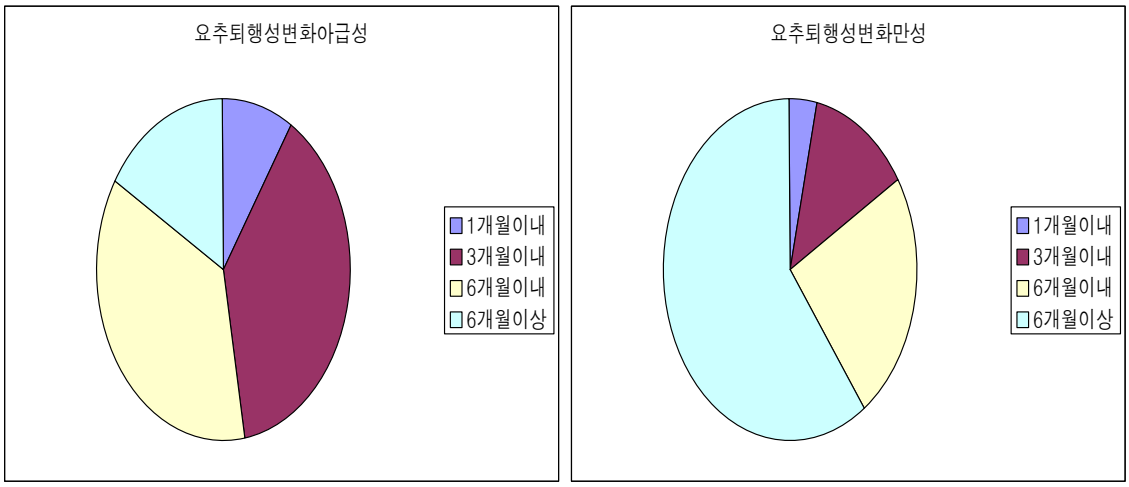


그림 17. 요추 퇴행성 변화 병기별 치료 기간

본 사전 설문 조사를 통하여 현재 임상에서 한의사들이 각 요추부 질환에 대하여 어떤 치료 수단을 선택하며, 각 병기별로 치료 기간은 얼마로 설정하는지 분석하였다. 요추부 질환에 대한 한의학 치료 표준화 작업의 일환으로 임상 진료 지침 개발 작업을 진행하면서 본 조사 결과를 토대로 지침서에 포함시킬 치료 내용과 제외할 내용, 또한 치료 방법의 우선순위를 정하였다. 같은 방법으로 각 질환의 병기에 따른 치료 및 관리 기간을 설정하여 정리하였다. 그리하여 완성된 임상 진료 지침을 다음과 같이 보고하는 바이다.

요추부 질환 임상 진료 지침

요추부 질환의 개요

腰痛은 다른 동물과 달리 인간이 진화하여 두발로 서서 활동하기 때문에 생겨난 숙명적 질환으로 남녀노소 구별 없이 전 인구의 약 80%이상이 요통을 앓은 경험이 있다고 보고 되어 있다. 腰痛이란 질환의 특징적인 용어가 아니라 腰部에 나타날 수 있는 동통 증후군을 광범위하게 표현하는 것으로 주로 하부 요추 즉 요추신경이 끝나는 제 2 요추 이하부터 천장골관절까지의 범위에서 기인하는 동통을 총칭하는 것이라 할 수 있다. 요추는 다른 척추와 비교하여 체중을 지지하는데 수반되는 긴장과 압박을 가장 많이 받으며, 운동범위가 넓고 근육발달도 다른 부위보다 월등하므로 손상과 변성의 기회도 많아 동통 질환 중 가장 흔한 질환중의 하나이다. 근골격계 환자 가운데 1/3이상이 요통을 호소할 만큼 많은 환자가 병원을 방문하고 있지만, 그 동안 꾸준한 치료연구에도 불구하고 아직 우리 인간이 정복하지 못한 질환 중의 하나이다. 그 이유는 원인과 증상이 매우 복잡하고 다양하기 때문이다.

한의학적으로는 腰部란 《辭源》에서 “胯之上 脊之下 爲腰”라 하고, 『素問 · 脈要精微論』 에 “腰者腎之府 轉搖不能 腎將憊矣”라 하여 腰痛이 腎의 기능과 밀접한 관계가 있음을 나타내었다

1. 요추의 해부학적 구조의 이해

1) 뼈(Bone)

(1) Lumbar Spine

한개의 추체(椎體, Vertebral body)와 2개의 척추경(脊椎莖, Pedicle), 2개의 추궁판(椎弓板, Lamina), 1개의 극돌기(棘突起, Spinous process), 2개의 횡돌기(橫突起, Transverse process) 및 상하 관절돌기(關節突起, Articular process)로 구성되어 있다.
요추는 5개로 구성되며, 생후 1년에 보행을 시작할 때 2차 곡선이 형성된다.
상체를 지지하며, 그 체중을 골반과 하지로 전달한다.
다른 척추골에 비하여 추체가 크고 무거운 편이며 콩팥모양인데, 추공은 삼각형으로 작은 편이고 비교적 넓은 운동범위를 갖는다.
요추의 굴곡과 신전은 주로 L4와 S1사이에서 가장 큰 운동성을 나타낸다.

(2) Sacrum과 Coccyx

5개의 천추(薦椎)가 융합해서 된 것으로 척주를 구성하는 척추 중에서 가장 크다.
상부가 넓고 하부가 좁은 설형(楔形)을 이룬다. 넓은 상면을 천골저, 뾰족한 하단을 천골첨이라고 한다.
천골첨의 하단면은 제1미추와 관절을 이룬다.
천골에는 성차(性差)가 있으나, 반드시 뚜렷하지는 않다. 남성의 천골은 비교적 길고 폭이 좁으나, 만곡이 심하다. 여성은 비교적 짧고 폭이 넓으며, 만곡이 작다.

(3) Pelvis : Ilium, Ischium, Pubis

치골(恥骨) 위를 지나는 분계선에 의하여 위쪽의 넓은 복강 하부로 이어지는 곳을 대골반, 아래쪽의 약간 좁고 원통형으로 밑이 골반격막(骨盤隔膜)이라는 근판(筋板)에 의하여 막혀 있는 곳을 소골반이라 구별하며, 보통 이 소골반강(小骨盤腔)을 골반강이라 하고, 그 안에 들어 있는 장기를 골반내장(骨盤內臟)이라 한다.
골반은 남녀의 차가 가장 뚜렷한 부분으로, 남자의 골반은 높고 좁으나 여자의 골반은 낮고 넓어 수태·임신·분만에 적합한 형태를 이루고 있다.

2) 추간판(Intervertebral disk)

추체 사이에 위치하는 초자질의 연골로써, 섬유륜으로 둘러싸여 있고, 그 내부에는 88%의 수분과 다당류를 함유하고 있는 gel 형태의 수핵이 들어 있다.
수행은 충격을 흡수하고 추체가 운동할 수 있는 모티브를 제공한다.

3) 관절(Joint)

(1) Facet Joint
척추의 과신전, 과회전, 과측굴을 방지한다.

(2) 천장관절(S-I joint)
장골과 천골이 만나서 이루어지는 관절로서, 매우 강력한 인대로 연결되어 있다.

4) 인대(Ligament)

(1) L-Spine
척추체를 전후방에서 상하로 연결시켜 주는 전종인대, 후종인대와 척추의 후방부를 연결시켜 주는 극상인대, 극간인대, 황색인대로 구성된다.
황색인대와 극간인대는 통증수용기를 포함하지 않으며, 인대의 강도는 전종인대가 가장 강하다.

(2) S-I Joint
전후천장인대, 전후천미인대, 천결절인대, 천극인대가 있다.

5) 신경(Nerve)

(1) 요신경총
L1부터 L4의 전지로 구성되며, 요추의 양측에서 대요근 내에 위치한다.
근지는 복벽하부, 내관골근, 대퇴의 신근과 내전근 등의 골격근을 지배하고, 피지는 서혜부, 외음부, 대퇴의 전면, 하퇴의 내측 등의 피부에 분포한다.

(2) 천골신경총
L4부터 S3의 전지로 형성되며, 이상근의 전면에 있다. 골반의 후벽에서 대좌골공을 향해 비스듬히 하행하는 큰 신경총이며 신체에서 가장 큰 신경이 나오는 곳이다.
근지는 고관절의 외회전근군, 대퇴굴근, 하퇴 및 발의 모든 근육을 관장하고, 피지는 둔부, 대퇴부의 뒤쪽, 하퇴 및 발의 피부로 보낸다.

6) 근육(Mucle)
척추기립근군, 요방형근, 후하거근, 복근군, 장요근, 둔근군, 이상근, 골반의 바닥근군, 고관절외회전근군, 고관절내전근 등 (표 1).

표 1. 요부 근육의 기시·정지부와 작용들

근육	기시	정지	작용	지배신경	협동근	길항근
복직근	치골	검상돌기, 제 5~7 늑연골	체간을 전방으로 굴곡시키고 호기시 늑골을 아래로 당긴다.	늑간신경(T5~T12)	외/ 내복사근	척추기립근
외복사근	제 5~12 늑골의 외측면	장골능, 백선	한쪽만 작용 : 체간을 반대편으로 회전시키고 동측으로 외측굴곡시킨다. 양측이 작용 : 체간을 전방으로 굴곡시킨다. 호기, 복압을 형성	늑간신경(T5~T12)	복직근, 횡복사근, 내복사근	횡격막, 척추기립근
내복사근	서혜인대의 외측 ½과 장골능	제 10~12 늑골의 하방면, 백선	한쪽만 작용 : 동측으로 외측굴곡 양측이 작용 : 체간을 전방으로 굴곡시킨다. 기, 복압을 형성	늑간신경(T7~T12)	복근	횡격막, 척추기립근
횡복사근	제 7~12 늑연골의 내측면, 장골능, 서혜인대	백선	복부내 장기들을 압박하고 지지한다. 호기	늑간신경(T7~T12)	내/ 외복사근	횡경막
장늑근 Ⅰ. 경장늑근 Ⅱ. 흉장늑근 Ⅲ. 요장늑근	천골, 장골능, 모든 늑골각	제 4~6 경추의 횡돌기, 제 1~12 늑골	척추를 신전시키고 외측굴곡시킨다.	척수신경의 후부 1차 가지	척추기립근, 최장근	복근
최장근 Ⅰ. 두최장근 Ⅱ. 경최장근 Ⅲ. 흉최장근	하위 경추와 모든 흉, 요추, 천골과 장골능	유양돌기 제2~12 늑골, 제 2~5 경추, 모든 흉, 요추	척추와 머리를 신전, 외측굴곡시킨다.	척수신경의 후부 1차 가지	장늑근, 척추기립근	복근
요방형근	장요인대, 장골능	마지막 늑골의 하방경계, 상위 4 요추의 횡돌기	체간을 외측굴고시킨다. 마지막 늑골을 고정, 하강시킨다.	요신경총(T12~L3)		

2. 요추 부위의 진단 및 검사법에 대한 이해

1) 병력청취

모든 질병과 마찬가지로 이학적 검사에 엎서 중요한 것은 세밀한 병력 청취이다. 신체적 인자(고령, 성별), 질방과 관련된 인자(다발성 증상, 비기질적 질환, 하지통, 초기 증상의 장기화, 반복적인 증상 발현 및 입원 치료 기왕력), 직업적 인자(육체노동자, 중노동, 직업에 대한 불만), 보상에 대한 기왕력(직업이나 사고와 연관된 보상), 사회경제적 인자(저학력, 언어장애, 저소득, 가족불화), 심리적인자(우울증)등에 관해 자세한 문진을 한다.

(1) 발병일

발병 시점에 따라 급 만성 요통을 분류한다.

(2) 발병 당시 상황

물건을 들어 올리는 동작을 수행하는 중에 발생한 손상이나 추락 또는 교통사고의 경우와 같이 큰 물리적 충격이 원인인지, 동작을 수행한 이후나 자고 일어난 후와 같이 작은 물리적 충격 등이 원인인가를 파악한다.

(3) 통증의 양상

요통의 성격이 계속되는 것인지 아니면 간헐적인 통증인가, 또한 어떠한 자세에서 특히 악화되는지 완화되는지(예를 들면 누워 있을 때, 기침할 때, 걸을 때, 대변보는 자세 등) 하지로 방사되는 통증이 있는지 파악한다.

(4) 병력청취 중 주의해야 할 환자상태

빈도는 드물지만 원인이 되는 심각한 질환이나 신속하게 치료받아야 될 질환은 주의해야 한다.

암의 과거력이 있거나, 기존에 골다공증이 있으면서 넘어지거나 교통사고 등의 외상력이 있는 경우, 고열, 오한 및 체중감소가 동반되는 경우, 심한 통증의 지속과 누울 때 심해지는 통증 혹은 야간 통증이 있는 경우, 안장마비, 최근 발생한 배뇨장애, 하지의 심한 또는 점진적으로 진행되는 신경장애, 항문괄약근의 이완, 항문주위부/회음부 감각 소실 등이 있는 경우는 위험징후에 속한다.

위험징후는 척추압박골절, 척추 및 척수종양, 감염 혹은 마미총증후군을 시사하므로 신속한 의뢰와 검사를 통하여 치료시기를 놓치지 말아야 한다.

2) 시진

요추를 확실히 검사하기 위해 환자는 옷을 벗어야 하며, 환자가 옷을 벗을 때 동

작의 흐름을 자세히 관찰한다.
허리에 발적이나 이상반점은 감염이나 장기간 열을 조사하였음을 나타낸다.
지방종, 털이 난 반점, 밀크 커피 반점 또는 모반 같은 피부 반점은 신경계 또는 골 질환이 존재하고 있다는 것을 의미한다.

(1) 자세분석
자세는 많은 척추 질환을 그대로 나타내기 때문에 철저히 분석해야 한다.
어깨와 골반의 뼈와 연부조직은 수평으로 되어야 있어야 하며 양쪽이 대칭으로 되어 있어야 한다.
환자가 서 있을 때 한쪽이 기울어져 있거나 쏠려 있으면 요방형근의 경축이나 추간판 탈출증에 의한 척추측만을 의심할 수 있다.
측면에서 볼 때 완만한 요추전만은 정상이다. 그러나 전방 복근이 약하게 되면 비정상적으로 과도한 척추전만이 나타나게 된다.

3) 촉진
환자를 복와위로 하고 요배부의 근육의 긴장성 유무를 좌우로 관찰하고, 극돌기, 극상인대, 천극인대 천결절인대 부착부위, 좌골 등을 촉진한다.
또한 환자를 앙와위로 하고 복부내의 장기를 관찰하고, 고관절 및 슬관절의 굴신운동을 하면서 동통의 유무를 확인하고, 치골, 장골, 서혜부인대, 대전자 등을 촉진한다.

4) 관절운동 범위
요추의 운동은 굴곡, 신전, 측굴, 회선이 있다. 요추의 운동범위를 평가하기 위한 검사는 주로 커다란 운동 제한을 조사하기 위한 것이다(표 2).

(1) 굴곡
요추의 굴곡에 의해 전종인대가 이완되며 극상인대와 극간인대, 황색인대와 후종인대는 신장된다.
굴곡을 검사하려면 환자의 양쪽 무릎을 똑바로 펴고 가능한 한 앞으로 구부려서 환자의 양손이 발끝에 닿도록 한다. 지면에서 손가락 끝까지의 거리를 측정한다.
부척추근의 경축, 기립근의 경축, 요방형근의 경축, 기타 원인에 의한 통증에 의해 굴곡이 제한 될 수 있다.

그림 33 굴곡검사

(2) 신전

요추의 신전에 의해 전종 인대를 신장시키며 후종인대는 이완시킨다.

신전은 척추의 내재근에 의해서 움직여지며, 복직근은 요추의 과도한 전만을 방지해준다.

척추전방전위증이 있으면 신전할 때 요통이 심해지며, 장요근이나 척추기립근의 문제시에도 신전할 때 문제를 유발한다.

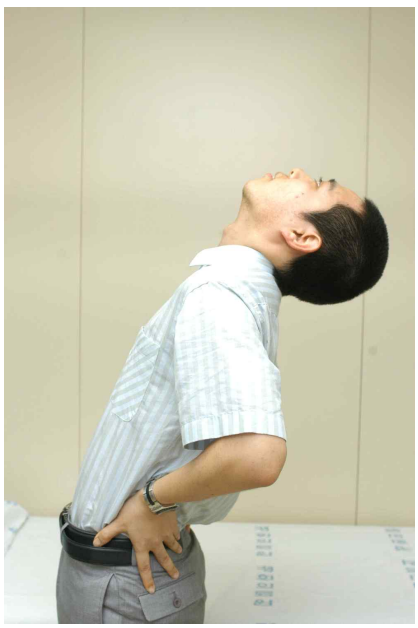


그림 34 신전검사

(3) 측굴

요추의 외측굴곡은 척추 회전운동과 함께 일어나며 주위의 인대에 의해 제한된다.

장골능을 고정하고 환자에게 될 수 있는대로 왼쪽으로 기울이게 한 다음 오른쪽으로 기울이라고 한다. 양 옆으로 얼마나 기울이는지를 살펴보고 운동 범위를 비교해 본다.

그림 35 측굴검사

(4) 회선

환자의 뒤에 서서 장골능 위에 한 손을 놓고 골반을 고정시키고 다른 한 손은 반대측 어깨 위에 올려 놓은 다음 골반과 어깨를 후방으로 회선시켜 몸통을 돌린다.

표 2. 요추 분절에서 동작에 따른 평균적인 가동범위

추골	굴곡과 신전의 결합	편측 측굴	편측 축 회전
L1-L2	12	6	2
L2-L3	14	6	2
L3-L4	15	8	2
L4-L5	16	6	2
L5-S1	17	3	1

그림 36 회선검사

5) 신경학적 검사

요추의 신경학적 검사는 하지 전체의 검사도 포함해야 한다. 왜냐하면 추간판탈출증, 종양, 신경근은 손상과 같은 척수 또는 마비의 병변은 때때로 하지에 반사, 감각, 근력의 변화를 나타내기 때문이다. 그러므로 이 검사를 통해 여러 가지 근육들, 반사, 하지의 감각 부위 사이의 임상 관계, 척수 병변의 발견과 그에 대한 정확한 위치를 알 수 있다.

(1) 신경학적 레벨 T12, L1, L2, L3

(가) 근육 검사
장요근(고관절의 주된 굴곡근) : 환자를 진찰대 끝에 양쪽 다리를 늘어뜨린 채로 걸터앉는다. 먼저 검사자는 한 손으로 환자의 장골능 위를 잡아 골반을 고정하고 환자에게 대퇴부를 위로 올려보라고 한다. 검사자는 다른 한 손을 환자의 무릎 위(대퇴 근위부)를 잡고 환자에게 좀 더 무릎을 위로 올려보라고 한 다음 그 운동의 반대 방향으로 저항을 준다. 환자가 이겨낼 수 있는 최대 저항을 결정한 후에 반대편 장요근에 대한 검사를 반복하고 좌우의 근력을 비교한다.

(나) 감각 검사
L1, L2, L3 의 감각지는 서혜 인대와 슬관절 사이의 대퇴 전면부를 지배한다. L1의 피부절은 서혜 인대의 바로 밑에서 대퇴 상부 전면을 비스듬히 달리고, L3는 슬개골의 바로 위에서 대퇴 전면을 비스듬히 달린다. L2는 대퇴 중앙 전면에서 L1과 L3의 피부절은 그 사이를 달린다.

(2) 신경학적 레벨 L2, L3, L4

(가) 근력 검사
대퇴 사두근(L2, L3, L4 대퇴 신경) : 환자는 진찰대 끝에 앉게 하여 대퇴의 원위단을 고정하고 환자에게 슬관절을 신전하라고 지시하고 검사자는 그 동작에 저항을 가한다.
고관절 내전근군(L2, L3, L4 폐쇄신경) : 환자는 앉은 자세나 바로 누운 자세에서 하지를 외전시킨 후 검사자의 손을 양쪽 무릎 내측을 잡고 환자에게 다리를 안으로 오무리도록 하고 검사자는 반대방향으로 힘을 가한다.

(3) 신경학적 레벨 L4

(가) 근력 검사
전경골근(L4 심비골 신경) : 환자를 진찰대 끝에 앉게 한 후 환자의 하퇴를 지지하고 환자에게 배측굴곡과 내반을 하게 하고 검사자는 환자의 발등 위에 한 손을 올

려 놓고 엄지 손가락을 제 1 중족골 골두와 골체에 놓은 다음 환자의 발을 저측 굴곡과 외반의 방향으로 힘을 가한다. 전경골근이 약한 환자는 기능적인 굴곡과 내반 검사를 시행할 수 없으며 하수족(drop foot)과 계상 보행(steppage gait)을 나타내게 된다.

(나) 반사 검사
슬개건 반사 : 환자에게 다리를 늘어뜨리고 진찰대에 걸터앉게 한다. 또는 의자에 앉아 다리를 꼬아 앉으라고 한다. 환자가 침상에 누워있는 환자라면 슬관절을 어느 정도 굴곡시킨다. 이러한 자세에서 슬개 인대를 신장시킨다. 그 다음 슬개 인대의 위치를 확인하기 위하여 슬개 인대의 양옆에 오목한 곳을 만져 본다.손목을 부드럽게 그리고 신속하게 움직여서 해머로 슬개 인대를 “톡” 쳐서 반사를 유발한다. 같은 방법으로 반대측 다리도 시행하여 반사의 정도를 정상, 항진, 저하 , 소실로 평가하여 기록한다. 슬개건 반사는 심부건 반사로서 L2, 3, 4의 신경학적 레벨에서 나오는 신경에 의하여 지배 받지만 L4가 그 중심이 된다. 임상적으로는 슬개건 반사는 L4의 반사라고 생각할 수 있다. 그렇다 하더라도 L4의 신경근이 병변에 침범되어도 반사는 아직 나타나게 된다. 왜냐하면 슬개건 반사는 한개의 신경학적 레벨에서 지배받는 것이 아니라 많은 신경락적 레벨에 의하여 지배 받고 있기 때문이다. 슬개건 반사의 저하는 흔히 있는 일이지만 반사가 완전히 소실되는 경우는 거의 없다.

(다) 감각 검사
하퇴 내측

(4) 신경학적 레벨 L5

(가) 근력 검사
장모지 신근(L5 심비골 신경) : 환자에게 엄지 발가락을 배측 굴곡시키고 검사자의 엄지 손가락을 환자의 발등에 놓고 검사자는 환자의 엄지 발가락의 발톱에서 저항을 가한다.
중둔군(L5 상둔신경) : 환자를 옆으로 눕히고 검사자는 한 손으로 골반을 고정한 후 환자에게 다리를 벌리라고 지시하고 완전히 외전했을 때 검사자는 그 동작에 반대 방향으로 대퇴의 외측을 잡고 힘을 가한다.
장지 신근과 단지 신근(L5 심비골 신경) : 환자는 진찰대 끝에 앉게 한다. 먼저 종골을 잡고 환자의 발가락을 배측 굴곡하게 하고 검사자는 다른 한 손의 엄지 손가락을 환자의 발가락에 올려 놓고 환자의 발가락을 족저 굴곡 방향으로 힘을 가한다.
(나) 반사 검사

L5를 정확하게 나타내는 반사는 없다. 후경골근이 L5의 반사를 나타내기는 하지만 반사를 일으키기가 어렵고 반사가 일어나도 매우 미약하다.

(다) 감각 검사
 하퇴 외측과 발등

(5) 신경학적 레벨 S1

(가) 근력 검사
장비곡근과 단비골근(S1 천비골 신경) : 족관절을 고정하고 환자에게 발을 족저굴곡과 외반을 하게 하고 검사자는 손바닥을 제 5 중족골두에 저항을 가하면서 시행한다.
비복근과 가자미근(S1, S2 경골 신경) : 비복근 그룹은 근력이 너무 강하기 때문에 그에 대한 적당한 도수 근력 검사는 없다. 그러므로 이 근육들은 기능적으로 관찰해야 한다. 먼저 환자에게 발끝으로 걸어보라고 한다. 그 다음 환자에게 한발을 들고 서서 뒷꿈치를 올렸다 내렸다 하게 한다. 이 때 하퇴 삼두근은 체중의 거의 두배 반의 힘을 받게 된다.
대둔근(S1 하둔 신경) : 대둔근의 근력을 검사하려면 환자를 진찰대에 엎드려 누운 자세로 하고 무릎을 굴곡시켜서 고관절을 신전시킨다. 검사자는 고관절 신전의 반대방향으로 힘을 주고 대둔근의 근 긴장을 촉지한다.

(나) 반사 검사
아킬레스 건 반사: 아킬레스 건 반사는 비복근, 가자미근을 중재하는 심부 건반사이다. 이것은 S1신경근이 절단되었거나 압박을 받게 되면 아킬레스 건 반사는 소실된다. 환자를 진찰대 끝에 걸터앉아 다리를 늘어뜨리게 하고 발을 적당히 배측 굴곡시켜 건을 약간 신장시킨다. 다음에 검사자의 엄지 손가락과 또 한 손가락을 환자의 아킬레스 건 양측의 연부조직의 함몰부에 놓고 아킬레스건을 정확히 찾은 다음 반사 해머의 편평한 부분으로 아킬레스건을 두드리면 불수의적으로 족관절 족저굴곡이 일어난다. 아킬레스건을 때릴 때 환자에게 자신의 양손을 마주잡게 하고 양옆을 잡아당기면(또는 양손을 안으로 밀면) 아킬레스 건 반사는 좀더 쉽게 나타나게 된다.

(다) 감각 검사
외과와 발의 외측면과 발바닥

(6) 표재 반사
(가) 표재성 복부근 반사

방법 : 환자를 진찰대 위에 똑바로 눕게 한 다음 반사 망치 손잡이의 뾰족한 끝을 이용해서 복부를 4등분하여 한 부분을 긁으면 배꼽이 긁은 쪽으로 움직이는지를 주의해서 살펴본다.
해석: 복부근 반사의 소실은 상위 운동 신경원의 병변을 나타낸다.

(나) 표재성 거고근 반사
방법: 반사 망치 손잡이의 뾰족한 끝으로 대퇴 상부의 내측면을 긁어보면 나타나게 된다.
해석: 반사가 정상일 경우에는 거고근(T2)이 수축할 때 동측의 음낭이 위쪽으로 당겨지게 된다. 양쪽 거고근 반사의 소실이나 감소는 상위 운동신경의 병변을 의미하며 한쪽 거고근 반사의 소실은 L1과 L2 사이의 하위 운동 신경원의 병변을 암시하는 것이다.

(다) 표재성 항문 반사
항문 주위의 피부를 자극한다. 외괄약근과 항문 괄약근(S3, S4, S5)을 자극하면 그에 대한 반응으로 괄약근은 수축하게 된다.

(7) 병적 반사
병적 반사도 역시 표재 반사이며 중추 신경계(대뇌 피질)을 통해 전달된다. 그러나 이러한 반사들의 유무에 대한 의미는 정상 표재 반사에서 나타나는 것과는 반대로 나타나는 것이다. 병적 반사의 출현은 상위운동신경원의 병변을 의미하며 병적 반사가 나타나지 않는 것은 정상을 의미한다. 한편 정상 표재 반사가 나타날 때는 병변이 없다는 것을 의미하며 나타나지 않을 때는 상위 운동신경원에 병변이 있다는 것을 의미한다.

(가) 바빈스키 테스트
방법: 끝이 뾰족한 기구로 발바닥을 종골부 위에서 외측면을 따라 전족부를 향하여 자극한다.
해석: 음성 반응은 발가락이 전혀 움직이지 않거나 동시에 모든 발가락이 구부러지게 된다. 양성 반응은 엄지 발가락은 신전되고 다른 발가락들은 족저 굴곡되고 벌어지게 된다. 양성의 바빈스키 반사는 보통 외상 후의 뇌 손상이나 뇌의 종양과 같은 상위 운동신경원의 병변이 있을 때 나타나게 된다. 신생아는 양성은 바빈스키 반사가 정상이다. 그러나 출생 후에는 곧 사라져야 한다.

(나) 오펜하임 테스트
방법: 검사자는 손톱으로 환자의 경골능을 따라 무릎 위로 향하여 긁어 본다.
해석: 정상적으로는 전혀 아무 반응이 없거나 환자는 동통을 호소하게 될 것이다.

비정상일 때의 반응은 바빈스키 검사 때와 같다. 엄지 발가락은 신전되고 다른 발가락들은 족저 굴곡되고 벌어지게 된다.

6) 특수 검사

(1) 대퇴 신경 신장 검사(Femoral nerve Stretching Test)

대퇴 신경의 긴장성을 관찰하는 검사로 환자를 엎드리게 한 후 슬관절을 90도 이상 구부린 후 고관절을 과신전 시킬 때 허리나 대퇴부 전면에 통증을 느끼게 되면 대퇴 신경을 주로 구성하는 제 3, 4 요추 신경근의 압박이 있는 것을 암시한다.

(2) 하지 직거상 검사(Straight Leg Raising Test)

허리와 하지의 동통을 재현하기 위한 검사법으로 무릎을 신전시키고 다리를 들어 올린다. 환자가 통증을 느끼는 지점에서 다리를 약간 내린 다음(5도정도) 족관절을 배측 굴곡시킨다. 통증이 있으면 좌골신경의 병변이나 신경근의 병변이며 통증이 없으면 슬굴곡근의 긴장이다. 반드시 건측부터 시행하며, 80-90도는 정상, 40-60도는 신경근의 긴장된 상태, 40도 이하는 신경근의 심한 압박 상태를 나타낸다. 급성 요추 염좌의 경우에도 30도 이하인 경우가 많다.

그림 37 하지직거상검사

(3) Beevor' sign

복직근과 척추기립근의 수절지배를 알아보기 위한 검사로 환자에게 팔짱을 낀 채로 상체를 1/4정도 세우게 했을 때 배꼽의 위치변화를 알아보는 것이다. 정상이라면 배꼽은 움직여지지 않으며, 배꼽이 움직인다면 정상이나 힘이 강한 쪽으로 이동한다.

(4) Kernig test

척수를 신장시키고 통증을 재현하기 위한 검사로 환자는 바로 누운 후 양손을 머리 뒤로 깍지 낀 후에 머리를 가슴 쪽으로 힘차게 구부리게 한다. 이때 환자는 경추, 때로는 요부나 하퇴부에 통증을 호소한다. 이는 뇌막자극증상, 신경근의 손상 또는 신경근을 싸고 있는 경막에 이상이 있음을 나타낸다.

그림 38 Kernig Test

(5) Patrick 검사 (Patric sign)

고관절과 천장관절의 병변을 감별 진단하는 것으로, 환자를 똑바로 눕히고 한쪽 발을 반대쪽 무릎 위에 올리고 고관절을 굴곡, 외전, 외회전 시킴으로서 서혜부에 통증을 호소하면 고관절의 병변을 의미한다. 한 손을 굴곡된 슬관절 위에 다른 손은 반대편 전상장골극 위에 올려놓고 두 지점을 아래로 압력을 가하여 통증이 증가하면 천장관절의 병변을 의미한다.

그림 39 Patrick 검사

7) 진단검사

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

1) 단순방사선(Simple Radiology)

척주의 이상 유무(이상 만곡, 후만, 측만)를 확인하며, 퇴행성 변화의 골극 형성, 추

간판의 간격협소 등을 관찰하여야 하며, 척추결핵, 척추종양, 천추화, 척추분리증, 척추 전방 전위증 등 척추뼈 자체의 이상을 감별하는데 도움을 준다. 순수한 추간판 탈출증이나 염좌의 경우 도움이 되지 못한다.

(2) 척수강 조영술(Myelograpphy)
과거 추간판 탈출증이나 척추강내의 병변을 진단하기 위하여 많이 사용되어 왔으나 최근에는 단독으로 사용하는 경우는 극히 드물며 조영제 투여후 전산화 단층촬영으로 진단의 정확도를 높게하고 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 볼수 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) 자기 공명검사(MRI)
단면뿐 아니라 시상면으로도 관찰이 가능하여 좀 더 정확한 해부학적인 진단이 가능하다. 가장 최상의 진단방법으로 대두되고 있다.

(6) Bone Scan
염증성 질환에 유효. Tbc, Cancer 및 화농성 질환

3. 요추 질환의 서양의학적 분류

1) 분류

(1) Congenital disorders

- **Facet tropism(asymmetry)**
- **Sacralization**
- **Lumbarization**

(2) Tumor

- **Benign tumor**
- **Malignant tumor**

(3) Trauma

- **Strain**
- **Compression fracture**
- **Spondylolysis**
- **Spondylolisthesis**
- **Facet syndrome**

(4) Toxicity

(5) Metabolic disorder : Osteoporosis

(6) Inflammatory disease

- **RA**
- **Ankylosing spondylitis**

(7) Degenerative disease

- **Spondylosis**
- **Osteoarthritis**
- **HIVD of L-spine**
- **Spinal stenosis**

(8) Infection

(9) Ciculatory disease

2) 감별진단

(1) 요천추부 염좌(Lumbosacral Sprain)

(가) 개요
염좌란 근육, 인대 등의 이완 또는 파열을 말하는 것으로, 요추 염좌는 요통을 일으키는 가장 흔한 빈도를 보이고 있으며 어느 연령에서나 발생할 수 있으나 20~50대에 흔히 발생한다.

(나) 원인
임상적으로 급성과 만성으로 나눌 수 있다. 급성 염좌는 요추에 직접적인 외상을 받거나, 혹은 무거운 물건을 좋지 않은 자세로 들어올리거나, 운동 등으로 연부조직에 손상을 입었을 때, 생기는 증상으로 주로 인대나 건조직의 과신전 또는 파열을 일으키는 것이다. 만성 염좌는 확실히 인지되는 경우도 있지만, 대부분은 뚜렷하지 않은 여러 요인이 복합적으로 작용하여 허리에에 지속적인 스트레스가 가해져서 발생한다. 선행요인으로는 과도한 체중, 직업저긍로 부적장한 자세, 척추구조의 선천적 이상을 들수 있다.

(다) 진단
요추부의 단순 방사선 사진상에 척추의 측만이나, 측면상에서 전만의 감소를 볼 수 있으나 척추체의 변화는 보이고 있지 않으며 뚜련한 진단법은 없다.

(라) 증상
급성 염좌는 근육경직으로 심한 통증이 발생하여 허리 및 다리의 운동이 제한되고 경직이 있는 쪽으로 허리가 옆으로 휘는 측만된 자세를 취하게 된다. 심한 경후 허리를 전혀 움직이지 못할 정도의 심한 통증이 나타난다.
만성 염좌는 급성기보다 경미한 동통을 호소하나 불규칙적이고 자주 재발되며 오래 지속된다. 항상 요추부에 피로감을 느끼며 자세에 따라 통증이 악화되기도 한다. 병변 부위를 압박하면 그곳에 통증을 호소하나 때로는 불확실하며 허리 부위에 모호한 불편감이나 통증을 호소하며 둔부에 막연한 통증을 호소하기도 한다. 방사통은 둔부나 대퇴부의 뒤 또는 외측으로 연장되고 무릎이하까지 방사되는 경우는 드물며, 하지의 근육 약화, 감각 둔화 등의 신경증세는 나타나지 않는다.
근육 경직은 대로 무릎 뒤 근육(hamstring muscle)에 나타나나 무릎을 편 상태에서 고관절을 굴곡시킬 때 대퇴 후방에 심한 통증을 야기시키기도 한다.

(2) 추간판 탈출증(Herniated Intervertebral Lumbar Disc)

(가) 개요
추간판 탈출증은 추간판의 퇴행성 변화에 의해서 섬유륜의 내측 또는 외측 섬유의 파열로, 수핵이 일부 또는 전부가 탈출을 일으켜, 척수의 경막이나 신경근을 압박하여 신경 증상을 유발하는 질환으로, 20대 초반부터 발생되어 30대를 전후하여 호발하며 50이상 고령층에서는 발생이 드물다. 제4-5 요추간에 가장 많이 발생하나 어느 부위에서도 발생할 수 있다.
탈출되는 정도에 따라서 팽륜된 추간판(bulging disc), 돌출된 추간판(protruded disc), 탈출된 추간판(extruded disc), 부골화된 추간판(sequestrated disc)로 나눌 수 있다.

(나) 원인
외상, 허리를 굽혔다 펴는 가벼운 운동과 무거운 물건을 들어 올리는 동작 등을 들 수 있으나 이러한 원인 없이 퇴행성 변화나 지속적으로 부적절한 자세로 강한 하중이 계속해서 요추부에 가해져 발생될 수도 있다. .

(다) 증상
처음 나타나는 증상은 요통이며 외상경험을 갖고 있는 경우가 많다. 외상으로 요부에 갑작스런 파열감을 느끼게 되는데 이는 섬유륜이 파열될 때 나타날 수 있다. 요통과 더불어 근육 경직을 동반하여 요추의 정상 전만도가 감소하고 측만을 일으키기도 한다.
하지로 방사되는 좌골 신경통은 흔히 요통 발현 후 수일 내지 수주일 후 나타나며, 좌골신경통이 심해져 요통이 경감되거나 소실되기도 한다. 좌골신경통은 처음에는 둔부에 나타나고 점차 대퇴후방, 무릎뒤 하지의 전외측 및 족부까지 방사되는데 대부분 한쪽에서 나타나고 허리 운동, 기침, 배변 시에 심해지며 대퇴 혹은 하퇴 후방에 경련이 나타나기도 한다. 증상은 간헐적으로 경감 악화를 반복한다.
이환된 부위에 신경근에 따라 감각력, 근력, 심건반사의 저하 소견이 있다.

(라) 진단
신경학적 레벨에 따른 신경근의 근력, 감각력, 건반사 등을 검사하여야 한다(검사법 참조).
하지 직거상 검사가 가장 중요하며, 30-70도 사이의 감소된 소견이 있으며, 간혹 하지 직거상 검사 시에 건측의 다리를 들어 올릴 때 환측의 다리에 통증을 느끼게 되는데 이를 well leg raising sign이라 하며 이는 아주 큰 추간판의 탈출이나 부골화된 추간판이 있음을 의미한다.
단순 방사선검사는 전후방 사진상 요추의 측만 소견이 나타나기도 하며, 측방 촬영상 추간판의 간격이 좁아 보일 수 있으나 대부분의 경우 초기에 나타나지 않으므로 별로 도움이 되지 않는다. MRI는 가장 좋은 진단법으로 추간판의 퇴행성 유무, 추

간판의 돌출 및 파열 상태를 파악하여 치료 방법의 선택에 결정적인 역할을 한다.

(3) 척추관 협착증(Spinal Stenosis)

(가) 개요
어떤 원인에 의해, 중앙의 척추관(spinal canal), 신경근이 주행하는 돌기관절 전내측의 신경근관(nerve root canal) 또는 추간공(intervertebral foramen)이 좁아져서, 요통이나 하지에 여러 가지 복합된 신경 증상을 일으키는 것을, 척추관 협착증이라고 한다.
신경이 압박되는 부위에 따라 척수관, 즉 중심성, 신경근관, 추간공 등으로 나눌수 있으며, 선천성 또는 발육성과 후천성으로 구분한다.

(나) 원인
척수 신경이 압박되는 것은 견고한 골조직에 둘러싸여 있는 신경 조직이, 황색 인대의 비후 또는 척추벽과 관계된 연골, 추간판의 탈출증에 의해서, 좁아지거나, 관절 돌기의 골극의 형성으로 좁아졌기 때문이다. 요부나 하퇴부에 나타나는 감각 이상은 척추 신경이나 혈관의 압박 또는 자극에 의해 생긴다. 운동신경 이상은 마미의 중심부 압박이나 신경근관의 외측 함요부 압박 또는 신경근에 가는 불충분한 혈액 공급 등으로 생긴다.

(다) 진단
평면 단순 방사선 사진에서 추간판 간격의 협소, 후관절의 퇴행성 변화, 추체의 퇴행성 변화, 퇴행성 척추 측만증, 척추 전방 전위증, 극돌기의 접촉, 척추경간 거리의 감소 등을 볼 수 있다.
정확한 진단을 위해 CT나 MRI 검사가 유용하다.

(라) 증상
요통이 빈번히 생기는데, 추간판의 탈출증과 달리 둔부나 항문 부위레 전이도는 점이 특징인 동통이다. 걷거나 서있을 때 땡기고 찌르는 듯하고 쥐어짜는 듯하고, 타는 것 같은 통증도 생겨 걸을 때 다리의 아픔을 경감시키기 위해서 허리를 굽하고 걷는 수가 많다. 간헐적 동통성 파행은 특징적인 임상소견이다. 뚜렷한 신경증상이 없으면서도 하지가 차고 시리며 쪼이는 느낌을 호소한다. 요부의 전굴할 때보다 신전할 때 척추관이 더 좁아지므로 신경자극이 더 심해져 증상이 악화된다. 하지 직거상 검사는 대체로 음성이다.

(4) 척추 분리증과 척추 전위증(Spondylolysis and Spondylolisthesis)

(가) 개요
척추 후궁의 협부에 편측 혹은 양측성 결손이 있는 경우를 척추분리증이라고 하고, 상부의 척추체가 전방으로 전위될 대를 전방전위증이라 한다. 제5요추에서 85%, 제4요추에서 15%가 발생한다.

(나) 원인
척추 분리증에 대한 원인은 확실치 않으며 협부 결손에 제5요추로 체중이 집중되면서 외상, 불량한 자세 및 운동으로 계속적인 stress가 가해져 전방으로 서서히 전위된다.

(다) 진단
협부 결손이 커서 전위가 심하거나, 퇴행성 변화가 심하여 전위 정도가 심할 때에는, 요추부의 전후면과 측면 방사선 사진에서 쉽게 발견된다. 사면 방서선 사진에서 결손부는 소위 "Terrier dog" 음영의 목부분에 해당하며, 마치 개 목부분에 연결일 끊어진 경우에는 척추 분리증으로 확진할 수 있다.

(라) 증상
소아와 어른의 증상이 서로 다른데, 소아는 대체로 사춘기 까지는 증상이 없는 경우가 많고, 증상이 생기면 주로 성장이 촉진되는 시기에 시작되는 일이 많다. 요통, 좌골 신경통 등이 생기는 경우 장애를 일으킬 만큼 심한 경우는 드물다.
성인에게 주로 나타나며 요부 및 둔부의 동통과 하지의 방사통이 주증상이며, 근력 약화, 감각의 둔화 등이 빈번하고 또 하지로 방사되는 방사통이 하퇴부나 족부에까지 이른다. 요추 배부 근육에 강직이 생기고 슬근의 긴장이 특징적으로 나타나 서거나 걸을 때 무릎을 굽히게 되며 보행시 보폭이 좁고 비척이는 걸음(waddling gait)을 걷게 되며 하지 직거상 검사에서 강한 양성을 보인다. 병소부의 촉진시에 전위로 인해 극돌기가 낮아져 층이 느껴지며 누르면 압통을 호소한다.

(5) 골다공증(Osteoporosis)

(1) 개요
동일 연령과 성별의 정상인에 비해 골기질의 침전 감소에 의하여 야기된 골농도의 감소를 말하며, 골대사성 질환 중에 가장 흔한 것이다. 척추의 골다공증은 요통과 척추의 압박 골절을 자주 일으키다.

(2) 원인
폐경기의 에스트로겐 분비 부족 및 기타 호르몬 분비 불균형, 식이 요인 중 칼슘 및 단백질 섭취 결핍, 노년기의 운동부족, 유전과 노화 등이 요인이다.

(3) 진단
단순 방사선 촬영과 혈액검사, 노검사 등과 골량측정 또는 골생검 등의 방법이 있다.
방사선 소견으로 골의 조밀도 변화, 골 소주의 모양, 추체의 변화 등이 있다. 골 조밀도의 변화는 적어도 골량의 30% 이상이 감소되어야 방사선 소견을 볼 수 있다. 골소주의 모양은 가늘어지고 때로는 소실되어 골의 희박화 현상을 보이는데, 횡 골소주가 더욱 뚜렷하게 소실되고 종 골소주는 비교적 오래까지 지속된다. 추체연골판은 경화상을 보이며, 골단연골직하부의 골량이 감소될 때 조잡한 소견을 보이고, 마치 수세미같은 모양을 볼 수 있다. 척추체의 변화는 골량의 감소와 소실로 추체가 약해짐에 따라, 압박으로 인해 소위 어추모양의 골절을 일으키고, 이것은 전후면 및 측면 사진에서 붕어입모양의 압박 골절 현상을 가져온다.

(4) 증상
여자에게 6배 이상 호발되며 보통 폐경기 이후에 요통과 배부통증, 가벼운 외상에도 척추의 압박골절이 생길 수 있다. 대체로 신장의 감소가 나타나며 종종 흉부 후만이 증가하거나 요추 전만의 소실로 후만이 증가된다.
특히 흉추부에 변화가 생기면 가슴으로 뻗쳐가는 늑간 신경통을 호소하고, 심할 때에는 뱃가죽이 아프다고 한다. 대체로 피로감을 느끼고 아랫대와 둔부에 전이되는 연관통을 호소한다.

(6) 퇴행성변화(Degenerative change)

요추의 추간판에는 퇴행성 병변이 빈번하다. 또 청년기의 격렬한 운동 등으로 인해, 관절 돌기 관절도 특별히 많은 부하를 받게 되어 척추에의 변화, 관절돌기의 변화가 생긴다. 추간판의 퇴행성 변화는 척추증(Spondylosis)이라 하고 후부관절면의 퇴행성 변화는 골관절염(osteoarthritis)라 한다.

(1) 원인
반복적인 사소한 외상, 자세의 이상 등이 원인이 되며 골절과 탈구, 추간판의 소실, 추체의 기형 및 선행하는 질환, 퇴행 등이 요인이다.

(2) 진단
방사선 소견상 추체와 돌기 관절에 골극이 형성되고 심한 경우에는 상하 추체간 골교를 형성하는 경우를 볼 수 있다. 또 관절 간격의 협소, 추간공의 협소, 관절내의 공기 충진 현상, 척추 전만의 소실, 척추체의 변위, 후관절의 아탈구, 운동 분절의 불안정 등을 볼 수 있다.

(3) 증상

증상은 주로 요통이고 하지로 방사되거나 둔부나 대퇴부로 전이되는 연관통도 호소하나 하지까지 방사되는 통증은 드물다. 특히 무거운 물건을 들거나 주저앉거나 넘어진 후에 요통이 생기며, 대부분 양측성이고 때로는 편측으로 증상이 생기는 경우도 있다. 동통은 기침을 하거나 보행을 하면 더욱 심해지고, 때로는 저린 감각도 호소한다. 피로, 비만, 근긴장, 경직으로 증상 악화되기도 한다.

이른 아침에 요부가 뻣뻣한 느낌이 든다.

4. 요추 질환의 한의학적 분류와 치료

1) 辨證

(1) 病因辨證에 따른 분류

(가) 十種腰痛

① 腎虛腰痛

② 痰飮腰痛

③ 食積腰痛

④ 挫閃腰痛

⑤ 瘀血腰痛

⑥ 風腰痛

⑦ 寒腰痛

⑧ 濕腰痛

⑨ 濕熱腰痛

⑩ 氣腰痛

(나) 한약물치료

① 腎虛腰痛

原因症狀: 腰者 腎之府 轉搖不能 腎將憊矣. 腎虛腰痛 多由素體稟賦不足 久病體虛 過勞或年老體衰等 致使腎臟精血虧損 經脈失養 脈絡空虛. 腎陽虛證 多伴有手足不溫 小便頻數淸長 舌淡苔白 脈沈細 腎陰虛證 多伴心煩失眠 面色潮紅 五心煩熱 舌紅 脈細數

治法 : 補腎

房慾傷腎 精血不足 養筋陰虛 悠悠痛不能擧者 六味地黃元 或八味元方 加鹿茸 當歸 木瓜 續斷(東垣).

腎虛腰痛 宜靑娥元 加味靑娥元 壯本丹 局方安腎丸 補髓丹.

陽虛腰軟 不能運用 宜九味安腎丸 百倍丸 杜沖丸 補腎湯.

腰軟者 肝腎伏熱 治用黃栢 防己(醫鑒).

【六味地黃元】治虛勞 腎氣衰弱 久新憔悴 寢汗發熱 五藏齊損 瘦弱虛煩 骨蒸痿弱 脈沈而虛

熟地黃300g 山藥 山茱萸各150g 澤瀉 牧丹皮 白茯苓各112.5g 爲末蜜丸梧子大 溫酒塩湯 空心呑下五七十丸

【八味丸】治命門火不足 陽虛.

熟地黃300g 山藥 山茱萸各150g 牧丹皮 白茯苓 澤瀉各112.5g 肉桂 附子炮各37.5g. 爲末 蜜丸梧子大 空心 溫酒 或塩湯 下五七十丸.

若 加五味子 名曰【腎氣丸】(仲景)

【八味丸加減】專補腎水兼補命門火.

熟地黃75g 山藥微炒 山茱萸各37.5g 澤瀉酒蒸 牧丹皮 白茯苓各30g 五味子略炒56.5g 肉桂18.75g. 爲末 蜜丸梧子大 五更初 未言語時 塩湯 或溫酒 下五七十丸. 又晩間 空腹 再服.

【加味補腎丸】治虛勞 補腎 滋陰

熟地黃 兎絲子各320g 當歸身150g 肉蓯蓉200g 山茱萸100g 黃栢 知母並酒炒各40g 破故紙酒20g 爲末 酒糊和丸 梧子大 溫酒 或塩酒 呑下50~70丸(丹心).

【青娥元】治腎虛腰痛

杜冲薑汁炒 破故紙炒各160g 胡桃肉30箇

爲末 生薑100g取汁入煉蜜和 丸梧子大 空心 溫酒 或塩湯 呑下100丸(丹心).

【加味青娥元】治腎腰 或風寒血氣 相搏爲痛

破故紙240g脂麻同炒變色去脂麻 杜冲240g薑汁浸炒 胡桃肉 沈香 乳香 沒藥各120g 爲末 以肉蓯蓉240g酒浸成膏 和藥 擣千杵 丸如梧子大 溫酒 或塩湯下50~70丸(醫鑒).

【壯本丹】治腎虛腰痛甚妙

杜冲酒炒 破故紙塩水炒 茴香炒各40g 肉蓯蓉酒洗 巴戟酒浸 青塩各20g

爲末 將猪腰子分開 入藥在內 縫住紙包煨熟 每一箇 作一服 以黃酒 送下(醫鑒).

【局方安腎丸】治腎虛腰痛 下元虛冷 小便滑數

桃仁 白蒺藜 巴戟 肉蓯蓉 山藥 破故紙 白茯苓 石斛 萆薢 白朮各56g 川烏炮 肉桂各52g. 爲末 蜜丸梧子 空心酒下50~70丸(入門).

【補髓丹】

治腎虛腰痛

破故紙200g以脂麻100g同炒去脂麻 杜冲薑汁炒200g 鹿茸40g 沒藥20g

爲末 胡桃肉15箇 軟膏入麪 少許 酒煮爲糊 作丸梧子大 空心 塩湯下100丸(東垣).

【九味安腎丸】

治腎虛腰痛 目眩 耳聾 面黑 羸瘦

胡蘆巴 破故紙 川練肉 茴香 續斷各60g 爲末 蜜丸 梧子大 空心塩湯下50~70丸(三因).

【百倍丸】

治腎虛腰腿痛 及折傷 挫閃有百倍之攻

破故紙炒 牛膝酒洗 龜板酥灸各40g 肉蓯蓉 虎骨各20g 木別子 乳香 沒藥 自然銅火煆醋淬9次 各8g 爲末 蜜丸梧子大 空心溫酒或塩湯下30~50丸(入門).

【杜冲丸】

治腎虛腰痛 動止軟弱 脈大虛 疼不已

杜冲薑汁炒 龜板酥灸 黃栢 知母並塩水炒 枸杞子 五倍子 當歸 白芍藥 黃芪 破故紙炒各40g 爲末 煉蜜和 丸梧子大 空心 塩湯 呑下80丸~100丸(入門).

【補腎湯】

治腎虛腰痛

破故紙炒 茴香塩酒炒 玄胡索 牛膝酒洗 當歸酒洗 杜冲酒炒 黃栢 知母並塩酒炒各40g 入薑三片 水煎 空心服(醫鑒).

② 痰飮腰痛

原因症狀: 脈滑或伏 痰飮流注經絡腰背疼痛 頭痛眩暈 惡心嘔吐 流注刺痛 等症

治法 : 化痰飮

脈滑者 伏者 是痰飮痛也(丹心).

痰飮 流走經絡 腰背疼痛 二陳湯 或芎夏湯 加南星 蒼朮 黃栢 或用控涎丹方見痰飮 痰飮腰痛 宜南星 半夏 加快氣藥佐之

【加味二陳湯】通治痰飮諸疾 或嘔吐惡心 或頭眩心悸 或發寒熱 或流注作痛.

半夏製8g 橘皮 赤茯苓各4g 甘草灸2g 剉作一貼 入薑三棗二 水煎服(正傳).

【加味芎夏湯】逐水 利飮通用

川芎 半夏製 赤茯苓各4g 陳皮 青皮 枳殼各2g 白朮 甘草各1g 剉作一貼 薑五片 水煎服(直指).

【控涎丹】治痰飮流注作痛

甘遂 紫大戟 白芥子各等分 爲末 糊丸梧子大 晒乾 臨臥 薑湯 或溫水下7丸至10丸 神效. 驚痰 加朱砂爲衣 痛甚 加全蝎 酒痰 加雄黃 臂痛 加木鱉子 桂心 驚痰成塊 加穿山甲 玄胡索 蓬朮(河間).

③ 食積腰痛

原因症狀: 醉飽入房, 濕熱乘虛入腎, 腰痛 難以面仰

治法 : 去食積

四物湯合二陳湯 加麥芽 神麴 葛花 縮砂 杜冲 黃栢 官桂 枳殼 桔梗 煎服

痛甚者 宜速效散(入門)

【速效散】治腰痛不可忍

川練肉以巴豆肉5粒同炒赤去巴豆 茴香塩炒 破故紙炒各40g 爲末 每40g 空心服 熱酒調下(入門).

【四物湯合二陳湯加味】 治痰飮腰痛

熟地黃 白芍藥 川芎 當歸各5g.半夏製8g 橘皮 赤茯苓 麥芽 神麴 葛花 縮砂 杜冲 枳殼 桔梗各4g 黃栢 官桂 甘草灸各2g 剉作一貼 入薑三棗二 剉作一貼 水煎服(正傳)

④ 挫閃腰痛

原因症狀 : 重勞傷 或挫閃墜落 以作痛

治法

宜獨活湯 乳香趁痛散 如神湯 舒筋散 立安散 神麴酒.

【獨活湯】治勞役腰痛如折

當歸 連翹各6g 羌活 獨活 防風 澤瀉 肉桂各4g 防己 黃栢 大黃 甘草各2g 桃仁留尖9粒 爲剉作一貼 酒水各半煎 空心服(東垣).

【乳香趁痛散】治挫閃 打墮腰痛

骨碎補炒 蒼耳子炒 自然銅火煆醋淬 白芷 桂皮 防風 當歸 赤芍藥 血竭 沒藥 白附子各12g 虎脛骨酒炙 龜板酒炙各10g 牛膝 天麻 檳榔 五茄皮 羌活各4g 加全蝎4g. 爲末 每7.5g 溫酒 調下(東垣).

【如神湯】治挫閃腰痛

玄胡索 當歸 桂心 杜冲薑汁炒 各等分 爲末 每8g 溫酒 調下(雲岐).

【舒筋散】治挫閃 血瀝腰痛

玄胡索 當歸 桂心各等分 爲末 每7.5g 溫酒調下 空心 或加牛膝 桃仁 續斷亦效(得效).

【立安散】治挫閃 氣滯腰痛

白牽牛頭末半生半炒8g 當歸 肉桂 玄胡索炒 杜冲薑汁炒 茴香炒各4g 木香2g 爲末 空心 以溫酒 調下2匙(醫鑒).

【神麴酒】治挫閃腰痛

神麴一塊約如拳大 燒令通赤 好酒2大盞淬 酒中 便飮之 令盡 仰臥少頃 卽安 或以此酒 呑靑娥元 尤妙(得效).

⑤ 瘀血腰痛

原因症狀: 跌撲墜墮 以致血瘀腰痛. 晝輕夜重者 是瘀血痛也. 血瀝則腰痛 轉側如錘之所刺. 腰部疼痛如錐刺 痛處固定不移 拒按 輕則俯仰不便 重則不能轉側 或伴有大便黑色 秘結不通 舌紫暗 或有瘀點 瘀斑 脈沈澁

治法 : 破血

瘀血腰痛 宜破血散瘀湯 川芎肉桂湯 地龍散 實者 桃仁承氣 久者 五積散 去麻黃 加桃仁 紅花 木香 檳榔 茴香炒 或四物湯 加桃仁 蘇木 酒紅花.

腰連脇痛者 復元通氣散 加木香服之(入門).

【破血散疼湯】治墮落損傷跌 其腰脊惡血留於脇下痛 楚不能轉側

水蛭12g炒令烟盡令細研 連翹 當歸 柴胡各8g 蘇木6g 羌活 防風 桂心各4g 麝香2g 令研 爲剉 分2貼 每服 酒2盞水1盞 煎至1盞 去滓 調 水蛭 麝香末 空心服 兩服 卽愈(東垣).

【川芎肉桂湯】治瘀血在足太陽 足少陰 足少陽三經 以作腰痛

羌活6g 肉桂 川芎 柴胡 當歸梢 蒼朮 甘草炙各4g 神麴 獨活各2g 酒防己 防風各1g

桃仁5箇. 剉作一貼 酒3盞 煎至1盞 空心服(東垣).

【地龍散】治瘀血在太陽經令腰脊痛

羌活8g 獨活 黃栢塩酒炒 甘草各4g 蘇木3g 麻黃 地龍 中桂各2g 當歸梢1g 桃仁6箇 剉作一貼 水煎服(東垣).

【桃仁承氣湯】治血結膀胱 小腹結急 便黑譫語 漱水宜此攻之.

大黃12g 桂心 芒硝各8g 甘草4g 桃仁留尖10枚. 剉作一貼 水煎 入芒硝 溫服 以瘀血盡下爲度(丹心).

【五積散加味】治感傷風寒 頭痛身疼 四肢逆冷 胸腹作痛 嘔吐泄瀉 或內傷生冷 或外感風冷 瘀血腰痛 並皆主之

蒼朮8g 桃仁 紅花 木香 檳榔 茴香炒 陳皮各4g 厚朴 枳殼 桔梗 當歸 乾薑 白芍藥 白茯苓 白芷 半夏 川芎 桂皮各3g 甘草2g 剉作一貼 入薑三片葱白三莖 水煎服(入門).

【復元通氣散加味】治氣不宣通 周身走痛.

白丑頭末80g 小茴香炒 穿山甲火胖各60g 陳皮去白 玄胡索 甘草各40g 靑木香20g 細末每8g 薑湯或溫酒 調下(局方).

【四物湯加味】通治瘀血腰痛

熟地黃 白芍藥 川芎 當歸各5g. ∴ 瘀血腰痛 加桃仁 蘇木 酒紅花 剉作一貼水煎服(局方).

⑥ 風腰痛

原因症狀: 風傷腎 或左或右痛無常所引兩足强急, 歷節疼痛不可忍 屈伸不得 或短氣自汗出 脈狀浮弦 或沈弱

治法: 祛風

風傷腎而腰痛者 或左或右 痛無常 所引兩足强急 五積散 加防風 全蝎 或烏藥順氣散加五茄皮 痛勢甚者 加味龍虎散(入門)

風(風門熱)腰痛 敗毒散 加續斷 天麻 木瓜 薄荷(得效)

【五積散加味】治風腰痛 又治感傷風寒頭痛 身疼 四肢逆冷 胸腹作痛.

蒼朮8g 麻黃 陳皮 防風 全蝎各4g 厚朴 枳殼 桔梗 當歸 乾薑 白芍藥 白茯苓 白芷 半夏 川芎 桂皮各3g 甘草2g 剉作一貼 入薑三片葱白三莖 水煎服(入門)

【烏藥順氣散加味】治一切風疾 先服 此疏通氣道 進以風藥 又治歷節風

麻黃 陳皮 烏藥各6g 川芎 白芷 白薑蠶 枳殼 桔梗各4g 乾薑2g 甘草1g 剉作一貼 入薑三片棗二枚 水煎服(局方)風門轉載 ∴ 加五加皮 治風腰痛(入門).

【人蔘敗毒散】(<一名> 敗毒散) 治傷寒時氣 發熱頭痛 項强 肢體煩疼 及傷風咳嗽鼻塞聲重

羌活 獨活 柴胡 前胡 枳殼 桔梗 川窮 赤茯苓 人蔘 甘草各4g 剉作一貼 入薑三片 薄荷少許 水煎服. 寒門轉載

【加味龍虎散】治風寒腰痛 筋骨拳攣

蒼朮40g 全蝎20g 草烏 附子並炮製各8g 天麻12g 爲末 每4g 空心 豆淋酒 調下(得效)

⑦ 寒腰痛

原因症狀: 寒傷腎經 腰痛 不能轉側 見熱卽減 遇寒卽發 脈沈弦急. 肢體關節痛甚 痛有定處 腫脹 局部畏寒 觸之不溫 舌胖 淡 苔白膩或滑 脈弦緊或弦緩

치법 : 祛寒

寒傷腎經 腰痛不能轉側 見熱 則減 遇寒則發 脈沈弦急 五積散 加吳茱萸 杜冲 桃仁, 痛甚 加黑丑頭末4g 調服.

痛甚 服加味龍虎散.

代灸膏 貼腰眼穴.

【五積散加味】治寒傷腎經 腰痛不能轉側 見熱則減 遇寒則發 脈沈弦急

五積散(蒼朮8g 麻黃 陳皮各4g 厚朴 枳殼 桔梗 當歸 乾薑 白芍藥 白茯苓 白芷 半夏 川芎 桂皮各3g 甘草2g剉作一貼入薑三片葱白三莖水煎服) 加吳茱萸 杜冲 桃仁, 痛甚 加黑丑頭末4g 調服.

【代灸塗臍膏】治痼冷臍腹痛

附子 馬藺子 蛇床子 吳茱萸 肉桂 木香 爲細末 用白麪一匙 薑汁調成膏 攤紙上圓三寸許. 貼劑 下關元 氣海 自晩至曉 其力可 代灸100壯(海藏).

⑧ 濕腰痛

原因症狀: 久處痺濕 雨露浸淫 腰重痛 如石冷如氷. 肢體重着 或歷節或膝關節腫痛 肌膚麻木 手足笨重 活動不便 疼痛固定 脈沈細或濡緩 苔白膩.

治法 : 祛濕

久處卑濕 雨露浸淫 腰重痛 如石冷如氷 五積散 加桃仁 吳茱萸最妙(得效).

濕腰痛 宜朮附湯 通經散.

川芎肉桂湯 治露宿寒濕之地 腰痛不能轉側(醫鑒).

【朮附湯】**治濕傷腎經 腰痛冷重**

白朮 附子炮各8g 杜冲4g 剉作一貼 薑三片 水煎服(濟生).

【通經散】治腰痛下水濕

陳皮 當歸 甘遂各等分 爲末 每12g 臨臥 溫酒 調下(子和).

【治腰痛方】坐臥濕地 濕入腎經 外腎腫 腰背曲痛 楚甚

用五苓散 煎水 入胚子少許 呑下 靑木香元30~50粒 數服 藏府微動 腫消腰直 其痛立止(得效).

【五苓散】治太陽證入裏 煩渴而小便不利.

澤瀉10g 赤茯苓 白朮 猪苓各6g 肉桂2g. 爲末,每7.5g,白湯調下,或剉作一貼,水煎服.

寒門轉載

【川芎肉桂湯】治瘀血在足太陽 足少陰 足少陽三經 以作腰痛

羌活6g 肉桂 川芎 柴胡 當歸梢 蒼朮 甘草炙各4g 神麴 獨活各2g 酒防己 防風各1g 桃仁5箇. 剉作一貼 酒3盞 煎至1盞 空心服(東垣).

⑨ 濕熱腰痛

原因症狀: 平日高粱厚味之人 腰痛 皆是濕熱陰虛. 遇天陰 或 久坐而發. 腰部疼痛 伴有發熱感 頭暈頭重 小便短赤 兩足痠軟 舌苔黃膩 脈緩或沈

治法: 祛濕熱

濕熱腰痛 實者 二炒蒼栢散 虛者 七味蒼栢散 或當歸拈痛湯 如諸藥不效 用三花神祐丸 或煨腎散下之

【二炒蒼栢散】治濕熱脚氣 令手足膝痛 或赤腫 脚骨間作熱痛 雖一點能 令步履艱苦 令人痿躄 百用百效

蒼朮泔浸一日夜塩炒 黃栢酒浸一日夜焦炒各160g 爲剉作20g 水煎服 或水和 丸服亦可(入門).

【七味蒼栢散】治濕熱腰痛 虛者

蒼朮 黃栢 杜冲 破故紙 川芎 當歸 白朮各4g 剉作一貼 空心 水煎服(入門).

【當歸拈痛湯】治濕熱脚氣腫痛

羌活 茵陳酒炒 黃芩酒炒 甘草炙各4g 知母 澤瀉 赤茯苓 猪苓 白朮 防己各3g 人蔘 苦蔘 升麻 乾葛 當歸 蒼朮各2g 剉作一貼 水2盞浸藥 少時 煎至1盞 空心 臨臥 各一服(寶鑑)

【三花神祐丸】治一切水濕腫滿

黑丑頭末80g 大黃40g 芫花 甘遂 大戟各20g 輕粉4g 爲末 水丸 小豆大 初服5丸 每服 加5丸(宣明).

【煨腎散】治水濕停蓄 作腰痛

甘遂末12g 猪腰子細批破 着少 塩椒淹透 糝藥在內 以荷葉包裹 慢火煨熟 空心細嚼 溫酒送下 無荷葉則用濕紙(子和).

⑩ 氣腰痛

原因症狀: 凡人失志 卽 心血不旺 不養筋脈 氣滯腰痛. 不能久立達行. 憂思傷脾卽腰. 忿怒傷肝 亦作腰痛

治法: 順氣調氣

凡人失志則心血不旺 不養筋脈 氣滯腰痛 不能久立遠行 七氣湯 倍加茯苓 加沈香 乳香各少許煎服

憂思傷脾 則腰痛 忿怒傷肝亦作腰痛 俱宜沈香降氣湯 合調氣散 入薑三片棗二枚煎服(直指).

【七氣湯】治七情鬱結 心腹絞痛

半夏製12g 人蔘 肉桂 甘草炙各3g 爲剉 生薑三片 煎服(局方).氣門轉載

【沈香降氣湯】治氣不升降 上氣喘促.

便香附子160g 甘草炙48g 砂仁20g 沈香16g. 爲細末 每服8g 以蘇鹽湯 調下(正傳). 氣門轉載

【調氣散】治諸氣

藿香 甘草炙各24g 縮砂16g 白豆蔻 丁香 白檀香 木香各8g 爲末 每7.5g 塩湯 點服 不拘時(丹心).

(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 임상치료의 방침을 정하게 된다.

(가)足太陽膀胱經

《靈樞·經脈》"膀胱足太陽之脈, 起于目內眥, 上額, 交巔. 其支者, 從巔至耳上角; 其直者, 從巔入絡腦, 還出別下項, 循肩髆內, 挾脊, 抵腰中, 入循膂, 絡腎, 屬膀胱; 其支者, 從腰中, 下挾脊, 貫臀, 入腘中; 其支者, 從髆內左右別下貫胛, 挾脊內, 過髀樞, 循髀外, 從後廉下合腘中, 以下貫踹內, 出外踝之後, 循京骨, 至小指外側."

《靈樞·經脈》"是動則病衝頭痛, 目似脫, **項如拔, 脊痛, 腰似折, 髀不可以曲, 腘如結, 踹如裂, 是爲踝厥.**"

《靈樞·經脈》"是主筋所生病者, 痔, 瘧, 狂, 癲疾, 頭顱項痛, 目黃, 淚出, 鼽衄, **項背腰尻腘踹脚皆痛, 小指不用.**"

(나)足少陽膽經

《靈樞·經脈》"膽足少陽之脈, 起于目銳眥, 上抵頭角, 下耳後, 循頸, 行手少陽之前, 至肩上, 却交出手少陽之後, 入缺盆. 其支者, 從耳後入耳中, 出走耳前, 至目銳眥後. 其支者, 別銳眥, 下大迎, 合于手少陽, 抵于頗, 下加頰車, 下頸, 合缺盆, 以下胸中, 貫膈, 絡肝, 屬膽, 循脅裏, 出氣街, 繞毛際, 橫入髀厭中; 其直者, 從缺盆下腋, 循 , 過季脅, 下合髀厭中, 以下循髀陽, 出膝外廉, 下外輔骨之前, 直下抵絶骨之端, 下出外踝之前, 循足跗上, 入小指次指之間. 其支者, 別跗上, 入大指之間, 循大指歧骨內, 出其端, 還貫爪甲, 出三毛."

《靈樞·經脈》"是動則病口苦, 善太息, 心脅痛, 不能轉側, 甚則面微有塵, 體無膏澤, 足外反熱, 是爲陽厥."

《靈樞·經脈》"是主骨所生病者, 頭痛, 頷痛, 目銳眥痛, 缺盆中腫痛, 腋下腫, 馬刀俠

癭, 汗出振寒, 瘧, **胸脅肋髀膝外至脛絶骨外踝前及諸節皆痛, 小指次指不用.**”

(다) 足少陰腎經

《靈樞·經脈》“腎足少陰之脈, 起于小指之下, 邪走足心, 出于然谷之下, 循內踝之後, 別入跟中, 以上踹內, 出膕內廉, 上股內後廉, 貫脊, 屬腎, 絡膀胱; 其直者, 從腎上貫肝膈, 入肺中, 循喉嚨, 挾舌本; 其支者, 從肺出, 絡心, 注中.”

《靈樞·經脈》“是動則病饑不欲食, 面如漆柴, 欬唾則有血, 喝喝而喘, 坐而欲起, 目眩眩如無所見, 心如懸若饑狀. 氣不足則善恐, 心惕惕如人將捕之, 是爲骨厥.”

《靈樞·經脈》“是主腎所生病者, 口熱, 舌乾, 咽腫, 上氣, 嗌乾及痛, 煩心, 心痛, 黃疸, 腸澼, **脊股內後廉痛**, 痿厥, 嗜臥, 足下熱而痛.”

(라) 足厥陰肝經

《靈樞·經脈》“肝足厥陰之脈, 起于大指叢毛之際, 上循足跗上廉, 去內踝一寸, 上踝八寸, 交出太陰之後, 上膕內廉, 循股陰, 入毛中, 過陰器, 抵小腹, 挾胃, 屬肝, 絡膽, 上貫膈, 布脅肋, 循喉嚨之後, 上入頏顙, 連目系, 上出額, 與督脉會于巔; 其支者, 從目系下頰裏, 環唇內. 其支者, 復從肝, 別貫膈, 上注肺.”

《靈樞·經脈》“是動則病**腰痛不可以俛仰**, 丈夫癪疝, 婦人少腹腫; 甚則嗌乾, 面塵, 脫色.”

《靈樞·經脈》“是肝所生病者, 滿, 嘔逆, 飧泄, 狐疝, 遺溺, 閉癃.”

2) 침구치료

표. 요추부 질환 침법의 종류

치료법 분류			적응증	선혈
일반적 치료			요통 일반	背俞穴, 八髎, 環跳, 秩邊, 風市, 承扶, 殷門, 委中, 足三里, 陽陵泉, 懸鍾, 承筋, 承山, 崑崙, 十七椎下
병인 변증별	腎虛腰痛		골다공증, 퇴행성변화(관절염), 척추관 협착증, 만성 요천추부염좌	命門 志室 腎俞 涌泉 復溜 陰谷 太溪 委中 關元 등
	痰飮腰痛		요천추부 염좌(Musculotendinous strain), 근섬유염	後谿 太谿 足臨泣 崑崙 中脘 豊隆 등
	食積腰痛		소화기질환	合谷 太衝 足三里 內關 崑崙 등
	挫閃腰痛		T10, 11, 12에서 통증 급성 요천추부염좌, 추간판탈출증	尺澤 委中 人中 陽陵泉 崑崙 下髎 氣海 後谿 太衝 臨泣 委中 등
	瘀血腰痛		급성 요천추부 염좌,압박골절	膈俞(血會) 委中(血郄) 次髎(瀉血療法, 點滴出血) 瘀血方(太淵 太白 外關曲池) 등
	風腰痛		Central type 의 추간판 탈출증, L4-L5 left와 L5-S1 right의 양측성 추간판탈출증, 근육성 통증, 좌골신경통, 근인대성 통증	風市 膀胱經穴 膽經穴
	寒腰痛		퇴행성관절염, 근긴장성 요통	腎俞 足三里 陰陵泉 關元 (灸3-5壯)
	濕腰痛		重, 冷痛	風市 陽陵泉 등
	濕熱腰痛		膏粱 厚味 常食者	委中 腎俞 合谷 內庭 足三里 陰陵泉 등
	氣腰痛		所願不遂 意志喪失者	太極鍼法
경락 변증별	足太陽膀胱經			至陰, 通谷, 束骨, 京骨, 金門, 申脈, 崑崙, 承山, 承筋, 委中, 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞, 小腸俞, 膀胱俞, 上髎, 次髎, 中髎, 下髎 등
	足少陽膽經			足竅陰, 俠谿, 臨泣, 丘墟, 懸鐘, 陽輔, 光明, 陽陵泉, 環跳 등
	足少陰腎經			涌泉, 然谷, 太溪, 復溜, 陰谷 등
	足厥陰肝經			大敦, 行間, 太衝, 中封, 蠡溝, 中都, 曲泉 등
동씨 침법	腰痛			水金, 水通, 耳角明, 委中(放血), 下三皇, 馬金水, 靈骨, 大白
	腎虛腰痛			中白, 腕順一, 水金, 水通, 腎關, 復溜
	閃腰岔氣			馬金水, 水通, 耳角明, 委中(放血)
	尾椎痛			大都(海豹)
약침 요법	經絡藥鍼	紅花 紅花鹿茸	척추 근골격계 질환, 어혈성질환, 노인의 퇴행성 근골격계 질환	阿是穴 및 硬結部 혹은 주위 局部 經穴과 經絡上 치료혈
		腎陽虛 1號	免疫機能이 低下된 慢性腰痛	腎俞, 志室
		腎陰虛 1號	신음허 및 항진성 질환	腎俞, 志室
		坐骨 1號	요통, 좌골신경통	環逃, 殷門, 委中, 陽陵泉, 承山, 崑崙
	八綱藥鍼	中性瘀血 1號	만성 타박상, 관절염좌, 골절부위 동통	관절주위 主要穴, 阿是穴, 경결 및 압통점
		溫性瘀血 1號	氣滯血瘀, 환부냉감	관절주위 主要穴, 阿是穴, 경결 및 압통점
		風寒濕痺	腰脚甚重疼痛	患部周圍要穴, 阿是穴
		寒痺	患部冷感, 痛症麻木	患部周圍要穴, 阿是穴
	蜂毒藥鍼		腰痛	阿是穴 및 腰陽關, 命門, 大腸俞, 腎俞, 關元俞, 環跳등
기타 요법	刺絡拔罐		瘀血性 病症	阿是穴, 委中 혹 腎俞, 腰陽關, 次髎
	舍岩鍼 (五行鍼)		項脊如錘, 筋骨如傷, 屈身刺痛, 張弓努弦	五腧穴
	耳鍼			腰薦椎, 骶椎, 臀, 坐骨神經, 腎, 命門, 神門
	電鍼			腰4-5夾脊穴, 陽陵泉 혹 委中, 阿是穴
	LASER鍼			腰部夾脊穴, 腰部 足太陽膀胱經穴, 阿是穴 등

(1) 일반적인 鍼灸治療

(가) 穴位

頻用治療穴位 로서, 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞, 腰陽關, 八髎, 環跳, 秩邊, 風市, 承扶, 殷門, 委中, 足三里, 陽陵泉, 懸鍾, 承筋, 承山, 崑崙, 十七椎下 등이 사용된다.

(나) 施術方法

症狀이 나타나는 부위에 근거하여 상응하는 腰椎部의 穴을 선택한다. 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.

(2) 양방적 분류에 따른 十種腰痛의 침구치료

(가) 腎虛腰痛

골다공증, 퇴행성변화(관절염), 척추관 협착증, 만성 요천추부염좌으로 볼 수 있다.

房勞過多로 腎을 傷하여 精血이 부족하며, 宗筋을 保養하지 못하면 陰虛해져서 항상 통증이 계속되고 거동하기가 어려운 것이다.

① 治療原則 : 偏陽虛者는 補腎助陽하고, 偏陰虛者는 補腎滋陰한다. 足太陽經과 足少陰經의 穴을 위주로 하고 腎陽虛한 경우에는 뜸을 병행한다.
② 選穴 : 命門 志室 腎俞 涌泉 復溜 陰谷 太溪 委中 關元 등

(나) 痰飮腰痛

요천추부 염좌(Musculotendinous strain), 근섬유염으로 볼 수 있다.

脈이 活하고 伏한 것은 痰飮痛으로서 痰飮이 經絡에 유주하여 腰背가 疼痛하며 상하로 유주하는 것이다.

① 治療原則 : 化痰飮, 疏通經絡한다. 足陽明胃經, 足太陽膀胱經의 穴을 위주로 한다.
② 選穴 : 後谿 太谿 足臨泣 崑崙 中脘 豊隆 등

(다) 食積腰痛

허리보다는 소화기질환에 중점을 두어야 하며 특히 T10, 11, 12에서 통증이 나타난다.

酒醉 飽食하고 犯房하면 濕熱이 腎의 虛한 틈을 타서 침입하여 腰痛이 되어 俯仰하지 못한다.

① 治療原則 : 化食, 祛食積에 중점을 두며, 痛症部位치료를 겸한다.
② 選穴 : 合谷 太衝 足三里 內關 崑崙 등

(라) 挫閃腰痛
급성 요천추부염좌, 추간판탈출증으로 볼 수 있다.
무거운 것을 들다가 挫閃되어 腰痛이 된다.

① 治療原則 : 疏通經絡한다. 足太陽經과 督脈經의 穴을 위주로 한다.
② 選穴 : 尺澤 委中 人中 陽陵泉 崑崙 下髎 氣海 後谿 太衝 臨泣 委中 등

(마) 瘀血腰痛
급성 요천추부 염좌(Acute musculotendinous strain) 또는 압박골절로 볼 수 있다. 打撲傷 혹은 墜落傷으로 인한 것을 瘀血腰痛이라고 하는데, 瘀血腰痛은 주간에는 통증이 輕하고 야간에는 甚痛하며 按하면 又痛한다.

① 治療原則 : 活血化瘀 理氣和絡한다. 足太陽經 穴을 위주로 하고 三稜鍼을 사용하여 瀉血을 병행한다.
② 選穴 : 膈兪(血會) 委中(血郄) 次髎(瀉血療法, 點滴出血) 瘀血方(太淵 太白 外關 曲池) 등

(바) 風腰痛
Central type 의 추간판 탈출증, L4-L5 left와 L5-S1 right의 양측성 추간판탈출증, 근육성 통증, 좌골신경통, 근인대성 통증을 의미하며 통처가 좌우로 일정치 않고, 심하면 양측 족부까지 견인하여 强急하기 때문에 좌골신경통과 風腰痛은 관계가 깊다.
風邪가 腎에 침입하여 腰痛을 發하면 좌로 혹은 우로 정처가 없이 轉移疼痛하며, 심하면 兩足部를 견인하여 强急하기도 한다.

① 治療原則 : 疏風通絡한다. 통증이나 저림증상이 방사되는 經絡(膀胱經, 膽經)의 방향에 따라 자침한다.
② 選穴 : 風市 膀胱經穴 膽經穴

(사) 寒腰痛
퇴행성관절염과 근긴장성 요통으로 볼 수 있다.

寒邪가 腎에 침범하여 腰痛을 야기하는 것이며, 轉側하지 못하고 溫暖하게 하면 점점 감소되고, 寒冷하게 하면 발작하며 脈이 沈而弦急한 것이다.

① 治療原則 : 散寒, 溫經通絡한다. 足太陽經과 督脈經의 穴을 위주로 한다.
② 選穴 : 腎俞 足三里 陰陵泉 關元 (灸3-5壯)

(아) 濕腰痛
卑濕한 곳에 오래 머물거나 兩露의 濕氣가 腎에 浸淫되면 腰痛이 발하는데, 그 증상은 허리가 돌을 얹은 것같이 무겁고 얼음을 댄 것같이 冷痛한 것이다.

① 治療原則 : 祛濕, 溫經通絡한다. 足太陽經과 督脈經의 穴을 위주로 한다.
② 選穴 : 風市 陽陵泉 등

(자) 濕熱腰痛
평소에 膏粱 厚味 常食한 사람의 腰痛은 모두가 濕熱로 인한 陰虛證이며, 그 증상이 天陰한 기후나 久坐하면 발하는 예가 많다.
① 治療原則 : 淸熱利濕, 舒筋止痛한다. 手足陽明經의 穴을 위주로 한다.
② 選穴 : 委中 腎俞 合谷 內庭 足三里 陰陵泉 등

(차) 氣腰痛
所願不遂로 意志가 喪失되며 心血이 왕성하지 못하므로 筋脈을 영양하지 못하게 되어 氣가 澁滯하여 腰痛이 야기되는데 그 증상은 久立하거나 遠行하면 腰痛이 심해진다.
② 選穴 : 太極鍼法

(3) 經絡辨證에 따른 침구치료

요추와 그 주변의 병변으로 발생하는 통증은 허리와 다리의 통증, 이상감각, 위약 등의 증상을 유발하는데, 足太陽膀胱經과 足少陽膽經과 밀접한 관련이 있다. 이외 足少陰腎經, 足厥陰肝經 등과도 관련이 있다. 經絡辨證은 병변의 부위를 파악하고 經絡의 운행경로의 일치여부와 經絡의 특이병증을 파악하여 이뤄진다. 주로 방사통이 인체 후면부에 나타날 경우 足太陽膀胱經을 위주로 하고, 인체 측면부에 나타날 경우 足少陽膽經을 위주로 하여 치료한다.

(가) 足太陽膀胱經
治療穴 : 至陰, 通谷, 束骨, 京骨, 金門, 申脈, 崑崙, 承山, 承筋, 委中, 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞, 小腸俞, 膀胱俞, 上髎, 次髎, 中髎, 下髎 등

(나) 足少陽膽經

治療穴 : 足竅陰, 俠谿, 臨泣, 丘墟, 懸鐘, 陽輔, 光明, 陽陵泉, 環跳 등

(다) 足少陰腎經

治療穴 : 涌泉, 然谷, 太溪, 復溜, 陰谷 등

(라) 足厥陰肝經

治療穴 : 大敦, 行間, 太衝, 中封, 蠡溝, 中都, 曲泉 등

(4) 董氏鍼 療法

요추의 병변에 의해 발생하는 증상에 따라 아래 혈위를 선택한 후, 자침한다.
자침 후 동기요법을 시행하며 증상의 변화를 살핀다.

(가) 腰痛

水金, 水通, 耳角明, 委中(放血), 下三皇, 馬金水, 靈骨, 大白

(나) 腎虛腰痛

中白, 腕順一, 水金, 水通, 腎關, 復溜

(다) 閃腰岔氣

馬金水, 水通, 耳角明, 委中(放血)

(라) 尾椎痛

大都(海豹)

(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.

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 26gage)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 주입하

는 것보다 여러 곳에 조금씩 나누어서 注入하는 것이 더 효과가 있다.

대한침구학회 19권 3호에 수록된 고강훈의 “오공약침을 이용한 요추간판탈출증 치료의 임상적 연구”와 21권 5호에 수록된 김상남의 “요추간판 탈출형태별 오공약침의 효과에 관한 임상적 연구”에 오공약침액 주입이 요추병변에 유의한 효과가 있다고 보고되었다.
대한침구학회지 19권 3호에 윤민영의 “요통환자의 홍화약침치료에 대한 임상적 연구”에 홍화약침요법이 요통에 유효한 효과가 있음이 보고되었다.

(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 파급 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 파급 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 中性瘀血 1號
치자, 현호색, 유향, 몰약, 도인, 적작약, 단삼, 소목
㉠ 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

④ 溫性瘀血 1號
현호색, 유향, 몰약, 당귀, 2. 황기, 현호색, 유향, 몰약, 소목, 당귀, 3. 황기, 현호색, 소목, 당귀, 유향, 몰약, 천오, 4. 천오, 부자, 현호색, 홍화, 황기, 당귀, 유향, 몰약, 소목

㉠ 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
㉤ 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 風寒濕痺
속단, 골쇄보, 구척, 위령선, 오가피, 당귀(미), 우슬, 현호색, 몰약, 유향, 홍화, 강

활, 독활, 진교, 육계, 부자, 계지, 천오
㉠ 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
㉤ 주의
燥症이나 熱痺(風·寒·濕痺가 오래 經絡에 머물러 鬱以化熱할 경우)에는 사용치 못함

⑥ 寒痺
천오, 위령선, 오가피, 홍화, 현호색, 부자, 육계, 계지, 당귀미, 유향, 몰약, 강활, 독활
㉠ 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

⑦ 좌골 1호
속단, 구척, 골쇄보, 해동피, 강활, 독활, 진교, 계지, 우슬, 두충, 현호색, 유향, 몰약
㉠ 적응증
요통, 좌골신경통
㉡ 응용질환
신경통, 요부염좌
㉢ 刺針穴位
環逃, 殷門, 委中, 陽陵泉, 承山, 崑崙
㉣ 용량
環跳는 0.5-0.8cc, 다른 경혈에는 0.2cc

(다) 蜂毒藥鍼療法

① 취혈
阿是穴 및 腰陽關, 命門, 大腸俞, 腎俞, 關元俞, 環跳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 22권 6호 김경운의 “요추간판탈출증에 봉약침의 근위 취혈과 근위 및 원위취혈의 비교”에서는 봉독약침의 근위 및 원위 취혈 모두 효과가 있음이 보고되었다.
대한침구학회지 20권 5호 전형준의 “봉약침으로 치료한 요추간판탈출증 환자의 임상적 평가”에서는 봉독약침이 주관적, 객관적인 평가상 요추간판탈출증에 효과가 있었다고 보고되었다.
이외 다수의 임상 논문에서 요추병변에 의한 증상에 대한 봉독약침의 효과가 보고되었다.

(6) 기타 침구요법

(가) 刺絡拔罐法

① 取穴
阿是穴, 委中 혹 腎俞, 腰陽關, 次髎

② 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. 일반적으로 3-5일 마다 1회씩 3회 시행하며, 10회를 시행하여도 효과가 없는 경우에는 다른 치료법을 시행한다.

대한침구학회지 19권 1호에 이상훈의 “위중혈 자락의 요통에 대한 치료효과”논문에 위중혈 자락요법이 요통에 유의한 효과가 있음이 보고되었다.

(나) 耳鍼療法

① 혈위
腰薦椎, 骶椎, 臀, 坐骨神經, 腎, 命門, 神門, 皮質下

② 刺法
刺鍼한 후 잠시 동안 捻鍼한 다음, 15-20분간 留鍼한다. 매일 1회 시행을 기준으로 하고, 일반적으로 5-10회 혹은 10-20회를 一療程으로 하고 每療程마다 5~7일간 휴식하면서 시행한다. 유효한 경우에는 3-5일간 埋鍼한다.

(다) 舍岩鍼療法(五行鍼療法)

① 項脊如錘
項脊部에 錘를 매달아 둔 것처럼 무거울 경우 膽經이 손상된 것이다.
膽正格 : 通谷 俠谿 補, 商陽 竅陰 瀉
② 筋骨如傷
腰脊部의 筋骨이 끊어질 듯 아플 경우에는 心이 悲哀로 손상된 것이다.
大腸正格 : 三里 曲池 補, 陽谷 陽谿 瀉
③ 屈身刺痛
허리를 구부릴 때 고통스러우면서 펼 때 신음하는 것은 腎이 허약해진 것이다.
腎正格 : 經渠 復溜 補, 太白 太谿 瀉
④ 張弓努弦
활을 매어 둔 것이나 석궁의 시위 같은 것(곱사등)은 肺가 손상된 것이다.
肺正格 : 太白 太淵 補, 少府 魚際 瀉

(라) 電鍼療法

① 取穴
腰4-5夾脊穴, 陽陵泉 혹 委中, 阿是穴
② 方法
침을 자입한 후 通電한다. 密波 혹 疏密波를 사용하며, 자극량은 中度에서 强度로 점점 올린다. 매일 한차례 10-15분씩 10일을 치료한다.

대한침구학회지 14권 1호에 수록된 조남근, 김경식의 “요추 추간판탈출증의 전침치료와 단순자침치료시 적외선체열촬영상의 임상비교연구”에 따르면 전침치료군의 임상적 평가에 있어 호전이상이 86.3%와 DITI평가에 있어 호전이상이 95.4%의 효과가 있으며, 이는 단순 자침치료군과의 비교에 있어 각각 11.5%, 6.5% 정도 높았다.

(마) Laser鍼療法

① 選穴

腰部夾脊穴, 腰部 足太陽膀胱經穴, 阿是穴 등

② 施術方法

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

3) 附缸療法

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, 震顫罐法 등을 응용할 수 있으며, 시술방식에 따라 건식부항과 습식부항으로 나뉘는데 각각의 요부 관련 경혈이나 경락에 건식부항이나 습식부항술이 모두 가능하다.

(1) 取穴

腰部夾脊穴, 腰部 足太陽膀胱經穴, 阿是穴 등

(2) 方法

적절한 체위를 취하고 해당 경혈에 소독한 후 부항을 시행한다.

(3) 注意事項

적절한 체위를 취하여 罐이 탈락되지 않도록 한다.

피부, 근육부위의 凹凸를 잘 살피고, 부위의 크기에 따라 적합한 罐을 선택한다.

처음에는 약자극부터 시작해야 한다.

피로감이 심할 경우에는 2~3일 휴식을 취하도록 한다.

일정부위에 지나치게 많은 罐을 부착하거나, 留罐시간을 길게 하는 것을 삼가해야 한다.

골절된 부위에는 삼가해야 한다.

임신부의 하복부에는 시술을 삼가해야 한다.

火罐法으로 시술시, 화상을 입히지 않도록 주의한다.

鍼罐 시술시, 근육수축에 의해 彎鍼되지 않도록 한다.

刺絡罐(濕式附缸)시술시, 瀉血量은 병변상태에 따라 다르지만 10㎖를 넘지 않도록 한다.

(流)走罐 시술시, 뼈 돌출부에서 이동시키지 않으며 피부가 손상되지 않도록 주의한다.

罐을 發落시킬 때는 인공 합성소재 罐의 경우 배기 밸브를 당기면 되고, 유리 부항의 경우 罐口 주위 피부를 약간 눌러 공기가 들어가게 하면 된다.
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 피부병와 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) 推拿療法

요추부의 추나치료에는 신전법과 교정법이 있으며, 자세관찰, 정적 촉진, 동작 촉진, 관절가동 범위, 방사선 검사, 이학적 검사 등의 소견을 종합하여 질환의 감별과 적절한 요추의 신전법이나 교정법을 선택하여야 한다.
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. 요추부 추나요법은 측와위에서 주로 시행하며, 복와위, 좌위의 교정기법을 상황에 따라 응용하게 된다.
요추 추간판 질환, 척추의 퇴행성 질환, 척추소관절 증후군, 척추관 협착증, 척추분리증, 척추 전방전위증, 요부 근막동통 등의 질환에 요추 신전법과 교정법의 추나요법은 폭넓게 사용될 수 있으며, 특히 굴곡신연기법은 매우 유용한 기법이다. 연부조직 치료시 만일 운동이상이 여러 분절에 걸쳐져 있다면 장요근의 이완이 필수적이다. 이는 L1-3의 교정, 반사기법 혹은 정적 신장(stretching)에 효과적으로 반응한다.
요추 전만증이나 후만증에 대한 만곡교정이 체중부하의 분산을 위하여 필요할 수 있는데 운동요법과 병행하여 치료하여야 하며, 인접 척추와 천골의 만곡을 평가하여 전척추를 고려한 추나치료가 필요하다.
요추추간판 탈출증의 치료에서 James Cox는 급성 좌골신경통 시에 굴곡신연법의 사용을 옹호하였다. 사실, 그는 그 방법만이 급성기에 사용될 수 있는 유일한 매니플레이션 기법이라고 믿었다. 요추 추간판 탈출증에서 측와위 회전교정법에 의해 디스크 탈출이 악화될 수 있으므로 방향과 힘의 적절한 조절이 필수이다. 전통적 추나기법의 사용시 치법은 祛風散寒, 舒筋活絡, 整復關節, 解除壓迫을 위주로 한다. 취혈부위는 承扶, 殷門, 委中, 承山, 崑崙, 背, 腰, 臀, 下肢, 足跟 등을 택하고, 수기법은 揉背, 封腰, 放通, 搬按, 撥筋, 指揉, 牽抖, 斜搬, 滾迭, 宣泄, 壓牽, 起伏, 背法, 旋轉法을 선택한다.
척추분리증과 전방전위증의 치료는 무증상성 전방전위증 환자를 치료할 때는 예방적 관리가 매우 중요하다. 복부근육을 강화하고 hamstring과 장요근을 신장시킨다. 이환된 부위의 매니플레이션은 척추의 전방전위를 감소시키지는 않을 것이다. 방산통 증상을 지닌 진행성의 불안정성 전방전위증은 매니플레이션의 금기 조건이다.

그러나 매니플레이션은 안정된 전방전위 분절에는 조심스럽게 행해질 수 있다. 추나교정은 통증이 없는 방향으로 그리고 안정성이 있는 방향으로 행해져야 하며, 이환된 부위의 불안정한 방향으로의 교정은 피해야 된다. 환자는 복부 근육과 부척추근을 강화하고 아킬레스와 장요근을 강화시켜 요추 전만을 감소시키고, 이환된 부위로의 전단 스트레스를 감소시켜야 한다. 심각한 요통인 경우 좌골신경통 혹은 심각한 요통이 있을 때 치료법은 변형되어야 한다. 침상안정, 진통제, 굴곡 신연기법, 코르셋 그리고 운동은 각 상태에 따라 적절하게 적용될 수 있다.

척추관 협착증의 추나치료의 목표는 통증의 완화와 기능의 향상이다. 추나치료시에는 척추관 협착증의 경우 노인 환자인 경우가 많아 시술시 주의해야 한다. 전통적 추나치료의 치법은 祛散外邪, 舒筋活絡, 調和氣血을 위주로 한다. 취혈부위는 腎俞, 關元俞, 膀胱俞, 中膂俞, 命門, 陽關, 志室, 秩邊, 環跳, 委中, 腰, 臀, 하지 후외측 등을 취하며, 수기법은 揉背, 封腰, 指按, 指揉, 宣泄, 搬按, 牽抖, 斜搬, 壓牽, 起伏法을 적용한다.

굴곡신연 기법은 척추측만증, 척추전방전위증, 요추 추간판 질환, 만성요통 등의 질환에 폭넓게 이용되며, 그 효과 또한 좋다.

추나 교정기법의 주의사항으로 과운동성 분절에 대하여는 교정을 실시해서는 안된다. 이는 증상의 완화보다는 악화를 야기할 뿐이다. 골다공증이나 퇴행성 변화가 심한 경우 과격한 교정기법의 시행은 불안정성(instability)을 조장할 수 있으므로 주의를 요하며, 급성의 요부 염좌의 경우 정확한 시술이 이루어지지 않으면 더욱 증상을 악화시킬 우려가 있다. 또한 골다공증이나 척추 압박골절, 척추의 전이성 질환(예 : metastatic tumor, 골결핵), 척추 종양 등은 추나요법의 금기증이나 주의가 요망되는 질환이므로 반드시 감별되어야 한다.

(1) 요추 신전법

(가) 복와위 요천관절 신전법

본 교정기법은 요추의 후면을 전체적으로 견인시키며 근육의 긴장을 풀어주는 기법이다.

<적응증>

요부근의 일반적인 긴장

척추소관절 증후군

요추 과전만

(나)앙와위 양수 신전법

본 교정기법은 척주를 움직이기 위해 요추에 견인을 가하는 기법이다.

<적응증>

요부근의 일반적인 긴장

척추교정기법 시행하기 전 사용되는 이완기법
<금기증>
견관절, 주관절 또는 완관절의 이상이 있을 경우 조심하여 시행하거나 금한다.

(다) 측와위 요추 회전 신전법
본 교정기법은 요추의 후면 및 측면을 전체적으로 견인시키며 근육의 긴장을 풀어주는 기법으로 요추의 치료에 가장 일반적으로 사용되는 방법이다.
<적응증>
요부근의 일반적인 긴장
척추소관절 증후군
요추의 회전변위, 후방변위
<금기증>
급성요부염좌는 천천히 시행하거나 주의를 요한다.
압박골절환자

(라) 측와위 요추 신전법(무릎-삼각근 접촉)
본 교정기법은 요추부의 후면 및 측면을 전체적으로 견인시키며 긴장완화에 사용되는 기법이다.
<적응증>
요부근의 일반적인 긴장
척추소관절 증후군
요추의 회전변위
<금기증>
급성요부염좌는 천천히 시행하거나 주의를 요한다.
압박골절환자

(마) 측와위 요추 요동법
본 교정기법은 요추부의 후면 및 측면 전반의 긴장완화에 사용되는 기법으로 ④ 측와위 요추 신전법(무릎-삼각근 접촉)과 방법이 동일하나 시술방법만 교정하지 않고 요동하는 신전 이완법이다.
<적응증>
요부근의 일반적인 긴장
척추소관절 증후군
요추의 회전변위
<금기증>
급성요부염좌는 천천히 시행하거나 주의를 요한다.
압박골절환자

(2) 측와위 요추 교정법

(가) 측와위 요추 교정법
본 교정기법은 가장 보편적인 요추 교정기법이다.
<적응증>
전반적 요추변위(하부 흉추와 모든 요추)
척추소관절 증후군
요추의 우후방변위, 좌후방변위
<금기증>
급성요부염좌는 천천히 시행하거나 주의를 요한다.
압박골절환자
척추전방전위증의 경우 주의를 요한다.
척추종양

(나) 측와위 손가락 교정법
<적응증>
요추의 좌상, 좌하, 우상, 우하변위
척추소관절 증후군
<금기증>
급성요부염좌는 천천히 시행하거나 주의를 요한다.
압박골절환자

(3) 복와위 요추 교정법

(가) 장골거상 요추 교정법
<적응증>
모든 요추와 제10-12흉추까지의 회전변위
척추소관절 증후군
<금기증>
급성요부염좌는 천천히 시행하거나 주의를 요한다.
압박골절환자
척추전방전위증의 경우 주의를 요한다.
Hyperlordosis
Tropism

(나) 복와위 엄지두상골 요추 교정법

<적응증>
요추의 좌, 우변위
<금기증>
압박골절환자

(4) 좌위 요추 교정법

(가) 좌위 요추 교정법
<적응증>
모든 요추와 제10-12흉추까지의 회전변위
척추소관절 증후군
<금기증>
급성요부염좌는 천천히 시행하거나 주의를 요한다.
압박골절환자
어깨관절 이상

(나) 좌위 척주-상박 교정법
<적응증>
모든 요추와 제10-12흉추까지의 회전변위
척추소관절 증후군
<금기증>
어깨관절 이상

(5) 굴곡 신연 도인추나

(가) 굴곡 신연 기법의 개요
굴곡 신연 기법은 도인추나의 한 분야로 한의사가 도인안교(導引按蹻)의 수기적 기법과 굴곡 신연 추나테이블을 이용하여 척추관절의 강제적 수동운동을 통하여 척추에 치료작용을 나타내는 기법으로 주로 요추질환과 척추측만증의 치료에 응용된다.

(나) 굴곡 신연 기법의 작용
굴곡 신연 기법은 극돌기 사이를 벌려서 추간판의 공간을 넓혀준다. 이때 추간판의 공간(intervertebral disc space)내에는 음압(negative pressure)이 생겨서 추간판 뒤쪽의 밀려나와 있던 부분이 안으로 들어가게 된다. 추간판의 바로 뒤에 위치한 후종인대가 견인되며 추간판을 안으로 밀어 넣는 작용을 하고 근육의 이완을 통한 舒筋通絡의 효과로 치료부위의 울체된 기혈의 순환을 도울 수 있다. 또한 치료

도중 자연스럽게 변위된 추골을 교정할 수 있으므로 利筋整復의 효과도 기대할 수 있다. 아래의 4가지 작용이 굴곡 신연 기법의 작용이다.

① 디스크내에 음압을 유도
② 후종인대를 견인
③ 舒筋通絡
④ 利筋整復

(다) 굴곡 신연 기법치료의 적응증
추간판 질환
척추소관절 증후군(facet syndrome)
퇴행성 관절질환(degenerative joint disease)
퇴행성 디스크 질환(degenerative disc disease)
부척추근막염(para-vertebral myofascitis)
척추수술후의 재활요법
급만성 요통
척추측만증
척추전방전위증, 척추분리증
근막통증 증후군 등

(라) 굴곡 신연 기법치료의 금기증(상대적, 절대적)
심한 골다공증
연부조직 손상
골극이 다리(bridge)를 형성한 경우
Metastic tumor(골을 파괴하는 종양)
급성 염좌, 급성 좌상
임신 4개월 이후에는 하지 않는다.
불안정한 고혈압(hypertension : 목의 긴장이 심한 경우)
골수염(골의 밀도가 엷다)
복대동맥 경화
류마티스 관절염
자동차 사고로 골절이 의심될 때
탈항, 탈장
급성 골절
Grade Ⅲ이상의 척추전방전위증 등

(마) 굴곡 신연 기법 치료시 주의사항
치료 적부검사(Tolerance Test) - 요추 굴곡 신연 기법의 시술에 앞서 환자가 이

치료를 견딜 수 있는지 여부를 평가하는 검사로 증상이 심한 환자나 상대적 금기증 환자를 치료할 경우 반드시 시행되어야 한다.
추간판의 문제인 경우에는 굴곡 신연 기법시에 추나테이블의 골반부분이 환자가 참을 수 있는 범위보다 2인치 이상 내려가지 않도록 한다. 지나친 굴곡 기법은 오히려 추간판의 수핵을 후방탈출시킬 수 있으며, 극상인대와 극간인대에 손상을 가할 수 있다.
측굴 기법의 경우 좌우 모두 15°이상을 측굴해서는 안된다. 과도한 측굴 기법의 적용 역시 환자에게 무리를 주어 연부조직의 손상이라든가 추간판의 측방 탈출을 유도할 수 있다.
수술을 한 경우 60일 이후부터 하는 편이 안전하다.
처음 3회는 매일 하는 것이 좋다.
치료 후 전신통과 같은 몸살이 날 수 있다(4~48시간). 이것은 긴장돼 있던 근육의 이완이나 척추골격의 역학적 변화에 대한 몸의 반응으로 2회나 3회 치료부터는 전신통증이 좋아져야 한다. 만일 2~3회 치료 후에도 몸살이 나아지지 않는다면 치료량을 줄이며 상태를 관찰한 후 치료 지속여부를 결정한다. 일반적으로 체질허약자나 긴장하고 치료를 받는 경우 흔히 나타날 수 있다.
요추 과전만(hyperlordosis)의 경우, 배꼽 부위에 복부 받침대 등을 받치고 시술하는 것이 굴곡 신연 기법의 치료에 도움이 된다.
요추과소전만(hypolordosis)을 조장할 수 있으므로 요추 과소전만인 환자에게는 주의를 요한다.

(바) 굴곡 신연 기법의 종류
굴곡 전환 기법(Flexion, Districtions)
측굴 기법(Lateral Flexion, Side Bending)
회선 기법(Circumduction)
대후두공 순환기법(Magnum Pump)
신전 기법(Extension)

5) 韓方物理療法
요추질환 급성기의 침상 안정 상태에서는 냉습포, 전기자극을 阿是穴부위나 장부 및 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 종창 등을 치료하는 방법으로 經絡의 氣疏通을 주 목적으로 한다. 요추부 질환에 적용될 수 있는 요법으로 경근 중주파요법(I.C.T), 경근 저주파요법(T.E.N.S), 경피경

혈 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. 적용가능한 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

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.
醫者는 세심히 관찰하고 진단한 후 病人의 연령과 체질을 감안하여 적당한 穴位와 施灸方法을 선택하여 합당한 補瀉手法과 灸量을 결정하여 太過나 不及이 없이 병증에 합당한 것을 원칙으로 하여야 한다.

(1) 取穴

命門, 腰陽關, 三焦俞, 腎俞, 大腸俞, 小腸俞, 膀胱俞, 夾脊穴 등

(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, 임산부 등은 灸法을 금한다.
시술시 환자의 상태를 잘 관찰하며 화상 및 화재에 주의한다.

대한침구학회지 23권 3호 황정수의 “요추 수술실패증후군 환자의 구법의 임상적 연구”에 따르면, 요추 병변에 대한 직접구의 효과가 보고되었다.
대한침구학회지 21권 6호 이종성 “요통 환자에 대한 침치료와 직접구병행치료에 대한 비교연구”에 따르면 침치료와 직접구를 병행치료하는 것이 요통환자의 통증과 일상생활에서의 장애정도를 감소시키는데 더욱 유용한 방법이라고 보고되었다.

7) 요추 견인요법

요추 질환의 급성기에는 안정과 휴식이 중요하며, 누운 자세에서 시행할 수 있는 견인요법을 비교적 초기부터 실시할 수 있다. 견인은 척추구조물을 늘어나게 해서 근육의 경력을 감소시키고, 관절낭이나 인대에서 오는 유해 자극을 감소시키고, 후종 인대를 긴장시켜 추간판을 정상위치로 오게 하여 신경근의 압박과 자극을 감소시키고, 국부 혈액 순환을 개선시키고 부종을 흡수시킨다. 그러나 견인요법은 척추의 불안정성으로 인한 통증이나 골절이 의심되는 경우에는 시행해서는 안된다.

8) 其他療法

(1) 經筋貼帶療法

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

(가) 선 자세, 허리를 굽힐 때 통증이 있는 경우

복직근(상하전체), 내복사근(양쪽이 같이 작용할 때 허리의 굴곡에 기여), 외복사근(상하, 양쪽이 같이 작용할 때 허리의 굴곡에 기여), 장요근

(나) 선 자세, 허리의 신전에서 통증이 있는 경우
기립근, 요방형근, 대둔근, 광배근, 슬근

(다) 선 자세, 측굴, 또는 회전에 통증이 있는 경우

외복사근, 내복사근, 광배근, 기립근, 중둔근, 대퇴장막근, 장단 비골근, 후경골근

(라) 선 자세에서 앉을 때와 앉았다 일어날 때 통증이 있는 경우
광배근, 외복사근상부, 외복사근중부, 외복사근하부, 중둔근, 대퇴장막근

(마) 누운자세, 한쪽다리 들기에서 통증이 있을 때
복직근(상하전체), 내복사근, 외복사근(상하), 장요근, 봉공근, 대퇴직근, 대퇴근막장근(상부), 내전근

(바) 누운자세, 양쪽다리 들기에서 통증이 있을 때
복직근(상하전체), 내복사근, 외복사근(상하)

(사) 누운자세, Patric test에서 통증이 있을 때
장요근, 봉공근, 대퇴근막장근, 내전근, 슬근, 중둔근, 이상근, 대둔근

(2) 침상휴식
누운 자세가 척추의 하중을 감소시키며, 운동으로 악화될 수 있는 요인을 제거할 수 있으므로 급성기의 1~3일 정도의 안정을 권유하는 경우가 있다. 그러나 침상안정기가 길어지면 근육의 위축, 근력약화, 관절 구축, 정맥혈전증 등의 위험요인이 되므로 침상안정기간을 적절하게 조절해야 한다. 장기간 침상 안정을 필요로 하는 질환에는 사지관절에 2차적 장애가 발생하지 않도록 사지 관절 운동을 병행해야한다.

(3) 요통 예방을 위한 자세와 주의점 교육
서 있을 때나 앉아 있을 때 바른 자세를 취해야 하며, 앉아 있을 때에는 항상 허리 뒤에 등 받침대를 받쳐 주고 고관절이 슬관절보다 낮게 위치하는 것이 좋다. 오랫동안 서서 일을 할 때에는 발 받침대에 한발씩 교대로 올려놓으면 허리에 부담을 줄일 수 있으며, 여성에 있어서는 될 수 있으면 하이힐을 피하는 것이 좋다.
물건을 들어 올릴 대 무릎을 구부리고 가능한 한 물건을 몸에 가깝게 끌어 당겨서 들어올린다.
비만에 주의를 해야 하며 전체 영양의 균형을 생각하여 뼈를 강하게 하는데, 필요한 양질의 단백질과 칼슘을 충분히 섭취한다.
운동 부족과 스트레스는 요통 발생의 원인이 될 수 있으므로 꾸준히 적당한 운동을 한다. 수영이 좋은 운동으로 추천된다.
누워 있는 경우에는 가능한 쿠션이 적은 침상을 이용하고, 반듯이 누울 경우에 무릎 밑에 베게 같은 것을 고여 고관절이 약간 굴곡되는 것이 좋다.
복부, 배부 및 둔부 근육강화 운동법으로 복근과 허리근육을 강화시켜줌으로써 척

추 뼈에 부담을 줄일 수 있는 것이 좋으며, 이 운동은 아침, 저녁 15-20분씩 규칙적으로 시행하는 것이 이상적이다.

(4) 급성요통에서의 자세 유지방법

자세유지의 원칙은 통증이 유발되지 않아야 한다. 통증은 근긴장을 유발시키고, 근긴장은 원인 질환이 회복되는 것을 방해한다. 침대나 방바닥이 중요한 것이 아니고, 환자가 어떤 쪽에 누웠을 때가 편안한가에 따른다. 중요한 것은 환자의 느낌이다. 요통 환자에서 지나치게 딱딱한 바닥은 오히려 자주 자세를 바꾸어야 하며 이로 인해 안정이 아니고 오히려 통증이 증가시키는 경우도 있다.

(가) 이상적인 자세

누워서 양다리 도는 한쪽 다리 밑에 베게 등을 받쳐서 무릎을 약 45도 정도 굽혀 놓는다.
누워서 허리 밑에 적당한 타올을 말아 넣는다.
배에 얇은 베게를 깔고 엎드린다.
옆으로 누운자세에서 다리를 구부린다. 다리사이에 적당한 정도의 방석을 넣어 주는 것도 좋다.

(나) 급성기 이후 운동의 원칙

급성기가 지나고 수동 신전 자세에서 가동력 끝까지 도달하여 문제가 없으면 신전운동을 시작한다. 장기간의 안정은 허리 주변근의 근력 약화를 초래하므로 가능하면 조기에 걷는 것이 좋다는 것이 최근 경향이지만 정확히 언제가 걷기를 시작할 시기이냐에 대한 지침은 없다.
수동 신전운동 45도에서 통증이 없고, 10분간 걸어서 연관통이 없어야 걷기를 권할 것이며, 수동 신전운동의 가동력 끝에서 통증이 없거나 누운 자세에서 굴곡운동을 해도 통증이나 연관통이 없을 때에는 본격적으로 운동을 시작한다.

(5) 근력강화 운동요법

일반적으로 권장되는 운동요법으로 등척성 굴곡 운동과 과신전 운동이 있으며 굴곡 운동이 훨씬 많이 사용된다. 등척성 굴곡운동은 요추 전만을 감소시킴으로써 요통을 감소시킬 수 있다는 William의 이론에 근거를 두며 복근과 요추부 근육을 강화시킴으로써 근육에 의한 요추의 지지도를 높이는 것이다. 과신전 운동은 척추 주위근육을 강화시키는 것으로 통상 등장성 굴곡 운동 과정을 거친 후에 시행된다.

(가) 운동의 일반적인 몇 가지 원칙

환자가 시행할 수 있는 가장 쉬운 운동부터 시작한다.

각 운동은 다섯 번씩 실시하고 근력이 증가하면 횟수를 증가시킨다.
각 운동 사이에는 쉬는 시간을 갖도록 한다.
동통을 느끼는 정도를 지나서 운동을 실시해야 하지만 참을 수 없을 정도까지 해서는 안된다.
다섯 가지나 여섯 가지 운동을 실시한 후에는 복식호흡을 한다.
길이 50 cm, 폭 10 cm, 두께 5 cm 되는 베개를 똑바로 누운 자세에서 요천추 밑에 넣어 운동할 때나 쉬고 있을 때 척추 전만을 유지 해준다.
이 운동을 매일 연습해야 한다는 점을 깊이 인식해야 한다.
이 운동과정에는 요추의 굴곡운동은 없다.

(나) 자세별 운동요법
① 누운자세
굴곡운동 : 무릎후면을 양손으로 감싸면서 굴곡한후 머리를 든다(양측무릎을 번갈아 시행 후 양측 동시에 시행). 윗몸일으키기를 시행한다.
② 옆으로 누운자세
허리가 자연스럽게 신전되도록 하고, 옆으로 누워서 위의 다리를 옆으로 들어울린다(6-7초, 6-7회).
③ 엎드린자세
굴곡운동 : 고개를 숙이고 한다리를 뒤로 뻗었다가 무릎을 땅에 닿지 않도록 하면서 무릎을 가슴쪽으로 가져온다. 만약 통증이 있을 경우 통증이 유발되지 않을 정도에서 끝낸다. 그리고 차츰 가동력을 늘려간다. 배가 당기고 힘이 들 때까지 반복한다.
신전운동 : 양다리 들기, 상체들기 등을 시행한다(6-7초, 6-7회).
④ 앉은 자세
저항 신전운동 : 등받이가 있는 의자에서 양손을 목뒤에 깍지를 낀다. ts에 저항을 준 상태에서 목을 천천히 뒤로 신전시키며, 한편 흉추와 요추부도 따라서 신전시킨다(6-7초, 6-7회).

(다) 질환별 운동요법
① 퇴행성 디스크 (골다공증)
가벼운 관절운동과 요부의 신장운동이 질환의 예방과 진행속도를 늦출 수 있다. Golthwaite's exercise는 척추배부근육의 근력강화 운동으로 주로 만성요통과 추간판탈출증에 적합하다.
② 척주관 협착증
신경이 나오는 관이 막히거나 좁아져서 나타나는 질환으로 골극이 원인인 경우 수술요법이 필요하며 인대 비후인 경우는 약물요법과 운동요법을 병행하여야 한다. 역학적으로 굴곡과 측굴운동이 효과적이다.

③ 요추 추간판 탈출증

재발방지와 치료효과를 높이기 위해 운동요법이 필수적이다. Emblass exercise는 요추 신전을 위주로 한 운동으로 추간판 탈출증이나 일반적인 요통에 적응된다.

④ 요부 염좌(근육피로, 과긴장)

추간관절의 염좌 또는 요방형근의 긴장이 원인이며, 복근 배근의 강화운동과 함께 근지구력을 키우는 운동이 필요하다. 주의점은 반드시 운동 전후에 스트레칭을 해야 한다. Finennson exercise(3단계 운동법)가 도움이 된다.

⑤ 강직성 척추염

서서히 진행하는 후만변형에 대한 운동법이 필수적이며 신전운동을 주로 하는 것이 효과적이다.

⑥ 요추전방전위증(척추분리증)

복부를 눌러주어 앞으로 밀려나온 뼈를 뒤로 밀어 넣어주는 운동을 수시로 하여서 전방전위를 예방하거나 치료해야 한다.

⑦ 요추후관절 증후군

운동은 허리의 비틀림을 가한 부분을 신전시켜 관절의 유연성을 유지하여야 한다. 굴곡운동을 주된 운동법으로 이용한다.

⑧ 척추후만증

일자 허리 또는 후만된 허리는 디스크의 원인이 되거나 퇴행성 변화를 촉진시키는 질환으로 허리의 전만을 유지하는 운동법이 필요하다.

⑨ 척추전만증

과전만된 허리는 정상만곡을 유지하기 위한 운동법이 필요하다. William's exercise는 체간의 굴곡을 위주로 한 운동으로 요추전만의 감소를 목적으로 시행한다.

⑩ 척추측만증

척추를 전후방으로 봤을 때 비스듬히 휜 척추로 배부의 통증과 근육의 경직이 쉽게 발생하는 질환이며 운동 요법이 필수적이다. 주로 전척추의 발란스를 잡아주는 좌우, 전후의 굴곡, 신전, 회전 운동을 약 20분간 1일 1-2회 매일 진행한다.

(6) 스트레칭

요통이 사라지거나 감소된 후 대개의 환자에서 척추나 광배근, 슬근, 대퇴내전근, 비복근, 그리고 아킬레스의 긴장이 남으며, 이것을 방치하면 척추와 골반의 비대칭을 초래하여 또다시 요통을 일으키는 요소가 된다.

증상 소실 후 스트레칭을 함으로써 전신의 혈액순환과 컨디션을 회복시키며 척추와 관련 근육, 근섬유의 유연성을 가져옴은 물론이고 정신적으로 자신감을 준다.

(가) 누운자세

슬근스트레칭 : 다리를 펴고 양손으로 무릎 뒤쪽을 잡은 상태에서 다리를 발쪽으로

밀고 손으로 제자리에서 잡아 당긴다. 이때 무릎이 구부러지지 않게 한다. 충분히 스트레칭이 되기 시작하면 발복을 뒤로 젖힌 상태에서 6-7초간 유지한다.

(나) 선자세
굴곡 상태에서의 이완 : 서서 허리를 굽히고 온몸의 힘을 뺀다. 숨을 내쉴 때마다 머리와 몸통의 무게에 의해 서서히 손끝이 바닥을 향해 내려가도록 한다.

(다) 기타
아킬레스건 스트레칭, 광배근 스트레칭, 내전근 스트레칭을 시행한다.

(7) 보조기 사용

(가) 일반적으로 보조기의 사용은 신중히 검토되어야 한다. 척추 보조기는 급성기나 요추의 운동을 제한하여야 될 때에 한하여 제한적으로 사용되어야 한다.

(나) 척추보조기의 목적은 1) 외부의 힘으로 척추의 자세를 조절하고, 2) 연부 조직만으로 안전성이 유지가 안될 때 안정성을 추가하며, 3) 비정상적인 척추 굴곡을 교정하며, 4) 외상이나 수술 후 손상이 더 진행되는 것을 막기 위해 척추의 움직임을 제한하는 것 등이다.
(다) 척추 보조기 사용시 부정적 효과도 생길 수 있으며 이는 근육위축, 관절 구축, 심리적 또는 신체적 의존심 및 경제적인 부담이 그것이다.
(라) 급성기의 요추질환에 척추용 코르셋의 사용은 보조기의 사용이 제한하는 것보다 더 큰 이득을 줄 때, 혹은 이득을 줄 수 있는 기간에 사용되어야 한다.
(마) 일반적으로 사용되는 보조기는 척추용 코르셋이 있으며, 급성요추부 염좌, 추간판 질환에 사용될 수 있다. 경성요추 보조기에는 요천추 보조기(LSO; Lumbosacral orthosis), 흉요천추 보조기(TLSO; Thoracic Lumbar Sacral Orthosis)가 있으며 이는 요추, 흉요추 등의 골다공증에 의한 안정성 압박골절에 흔히 사용된다. 척추 측만증이 성장기에 있으면 측만각의 진행을 막기 위해 TLSO가 흔히 처방된다.

(8) 식이영양요법
한방에서는 腎水를 보하거나 强筋骨, 止痛 작용이 있는 약물을 이용한 食養, 藥饍, 藥酒療法을 사용하는데, 牛膝, 杜冲, 續斷, 桑寄生, 山茱萸, 葛根, 五加皮, 薏苡仁 등이 흔히 사용된다.
몇 종류의 비타민, 미네랄과 필수 아미노산들은 교원질 합성을 위한 요소들인데 이러한 것들에는 비타민 B, C, 철분, 아연, 구리, 마그네슘, 망간 등이 있다.
Simons은 만성적 근막동통 증후군(MPD) 관리를 위해 의뢰된 환자들의 절반이상이

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 악화요인으로 작용하였다. 일반적으로 불충분한 영양소들은 악성요인이다.

<부록>

요추부

I. 각 질환별로, 선생님께서 가장 먼저 사용하시는 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), 경피경혈자극요법(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

질환명	Stage	1순위치료법	2순위치료법	3순위치료법	4순위치료법
염좌	급성*				
	아급성**				
	만성***				
추간판탈출증	급성				
	아급성				
	만성				
척추관협착증	급성				
	아급성				
	만성				
척추분리증과 척추전위증	급성				
	아급성				
	만성				
압박골절	급성				
	아급성				
	만성				

외상	급성				
	아급성				
	만성				

질환명	Stage	1순위치료법	2순위치료법	3순위치료법	4순위치료법
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	
척추관협착증	급성	
	아급성	
	만성	
척추분리증과 척추전위증	급성	
	아급성	
	만성	
압박골절	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

설문에 응해주셔서 감사드립니다.

1. 요추질환의 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 Funtion		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 괴로웠습니까?

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

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

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

임상진료지침 개발연구
요추부 참고문헌

1. 해부학적 구조

1) Kendall FP, McCreary EK, Provance PG, Rodgers MM, Romani WA. Muscles testing and Function with posture and Pain 5th Edition. 자세와 통증 치료에 있어서 근육의 기능과 검사. 서울:한미의학. pp.165-244. 2006.

2. 요추병변의 진단

1) Thomas F. Bergmann, David H. Peterson, Dana J. Lawrence. Chiropractic Technique. 한국어판. 서울:대한추나학회출판사. pp.308-310,402-429. 2000.

2) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. pp.30-31,48-49,53-56,60-70. 2005.

3) Stanley Hoppenfeld. Physical examination of the spine & extremities. East Northwalk:Appleton-Century-Crofts. 1976.

4) David J. Magee. Orthopedic physical assessment 4th edition. Philadelphia:Saunders. 2002.

5) Jeffrey Gross, Joseph Fetto, Elaine Rosen. Musculoskeletal examination 2nd edition. Williston:Blackwell. 2002.

6) William H.M. Castro, Jörg Jerosch. 근골격질환의 진단과 검사의 핵심 Ⅰ, Ⅱ. 서울:한미의학. 2002.

7) Robert Maigne 저. 척추통증의 진단과 치료. 서울:군자출판사. 2001.

8) Stephen I. Esses. Textbook of spinal disorders. 서울:군자출판사. 2002.

3. 요추의 질병분류

4. 치료

가. 鍼灸治療

1) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. pp.73-74. 2005.

나. 藥物療法

1) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. pp.72-73. 2005.

다. 經筋貼帶療法

1) 대한첩대학회. 통증이 사라지는 테이핑 클리닉. 서울:대성의학사. 2001.
2) 고도일. 키네시오 테이핑요법(알기쉬운). 서울:푸른솔. 1999.
3) 전국키네시오 페이핑협회. 키네시오 테이핑요법. 서울:학고방. 1997.

라. 推拿療法

1) Thomas F. Bergmann, David H. Peterson, Dana J. Lawrence. Chiropractic Technique. 한국어판. 서울:대한추나학회출판사. pp.429-471. 2000.
2) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. pp.74,302-303. 2005.
3) 신병철, 신준식, 이종수, 임형호 공저. 정형 추나의학. 서울:척추신경추나의학회. pp.58-60,217-231,377-392. 2006.
4) 이종수, 임형호, 신병철. 정형추나학. 서울:대한추나학회출판사. 2002.
5) 신준식 주편. 한국추나학. 서울:대한추나학회출판사. 1995.
6) 신준식. 한국추나학임상표준지침서(제2판 제3쇄). 서울:대한추나학회출판사. 2003.
7) 上海中醫學院 編. 中醫推拿學. 서울:醫聖堂. 1993.
8) James M. Cox. low back pain. 서울:정담. 2002.
9) 이명종, 김성수, 신현대. 카이로프랙틱의 개요와 요통치료에서의 응용. 동의물리요법과학회지. 1991;1(1):51-58.
10) 한무규, 허수영, 최진만. 요추간판탈출증에 상용되는 중국추나 기법에 관한 연구. 대한추나의학회지. 2000;1(1):103-118.
11) 허수영, 김기호. 추나요법을 시행한 요통환자의 호전도와 Moire영상개선도와의 상관관계. 대한추나의학회지. 2000;1(1):55-66.
12) 신민식, 김성수, 신현대. 腰椎間板脫出症에 대한 推拿療法과 Chiropractic의 문헌적 고찰. 동의물리요법과학회지. 1992;2(1):127-139.
13) 이명종. 카이로프랙틱 척추 재활에 관한 임상연구. 한방재활의학과학회지. 1997;7(1):263-271.
14) 송윤경, 임형호. 推拿療法을 시행한 요추 추간판 탈출증 환자에 대한 임상적 고찰. 한방재활의학과학회지. 1997;7(2):84-98.
15) 신준식. 추나치료로 완치된 HIVD 및 만성요통환자의 재발율에 대한 연구. 한의학연구원논문집. 1997;3(1):321-333.
16) 이주강. 脊椎疼痛症候群에서 X선상 보이는 Chiropractic療法의 적응증과 부적응증. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 1996;4(2):299-307.
17) 이준구, 이연섭, 이병렬. 척추측만증을 동반한 요추 추간판탈출증환자에 대한 임상고찰 -추나치료를 병행-. 혜화의학. 2000;9(1):47-57.

18) 허수영, 강효신. 요각통에 대한 추나요법의 임상적 고찰. 동서의학. 1999;24(1):14-27.
19) 이병렬, 김연진. 요각통 환자에 추나요법을 동반한 보존치료에 대한 임상적 고찰(Lumbar CT 및 X-ray 소견 위주로 고찰). 대전대논문집. 1998;6(2):649-658.
20) 곽중문, 오민석. 요추 추간판탈출증환자에 대한 추나요법의 임상적 고찰. 대전대논문집. 1998;6(2):669-678.
21) 송병재, 정석희, 이종수, 김성수, 신현대. 推拿療法이 HNP에 의한 腰脚痛에 미치는 영향. 한방재활의학과학회지. 1997;7(1):228-241.
22) 허수영, 박재현. 요추간판 탈출증에 대한 견인요법과 추나신연법의 비교 고찰. 한방재활의학과학회지. 1999;9(1):1-11.
23) 허수영. 추나요법을 시행한 척추전방전위증의 증례보고. 한방재활의학과학회지. 2000;10(2):9-16.
24) 김수장, 장형석, 김성용, 신준식. 腰椎間板脫出症 환자의 추나치료 효과에 대한 임상적 고찰. 대한추나의학회지. 2001;2(1):93-110.
25) 김재홍, 조명래, 채우석. 요추 추간판 탈출증 환자 30예의 요추신연법 병용에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2003;20(3):229-237.
26) 김학선, 하중원, 박진오, 박희완, 한 대용, 허준혁. 추나 요법후 악화된 요추 추간판 탈출증. 대한정형외과학회지. 1998;33(5):1326-2658.
27) 노영현, 금동호. 구조적 척추측만증의 교정치료(Cox Technic)에 대한 임상적 연구. 한방재활의학과학회지. 1988;8(1):72-85.
28) 허수영. 추나요법이 척추측만증에 미치는 영향. 한방재활의학과학회지. 1999;9(1):12-23.
29) 최유석, 김대필, 허동석, 금동호. 굴곡신연기법만을 사용하여 치료한 Bertolloti 증후군 치험 1례. 한방재활의학과학회지. 2003;3(2):143-152.
30) 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.
31) World health organization. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic. Geneva. 2005.

마. 韓方物理療法

1) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. pp.317-319. 2005.
2) 전국한의과대학재활의학과학교실 편. 동의재활의학과학. 서울:서원당. pp.493-496. 2002.
3) 임준규, 신현대 편저. 동의물리요법과학. 서울:고문사. 1986.
4) 이철완 편저. 이학적원리를 이용한 한방물리요법. 서울:일중사. 1991.

바. 요추 견인요법

1) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. p.74. 2005.
2) 전국한의과대학재활의학과학교실 편. 동의재활의학과학. 서울:서원당. p.496. 2002.
3) 김진호, 한태륜. 재활의학. 서울:군자출판사. pp.121-123. 2003.

사. 其他療法

(1) 침상휴식

1) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. p.75. 2005.
2) 김진호, 한태륜. 재활의학. 서울:군자출판사. pp.433-434. 2003.

(2) 요통 예방을 위한 자세와 주의점 교육

(3) 급성요통에서의 자세 유지방법

(4) 근력강화 운동

(5) 스트레칭

1) Kendall FP, McCreary EK, Provance PG, Rodgers MM, Romani WA. Muscles testing and Function with posture and Pain 5th Edition. 자세와 통증 치료에 있어서 근육의 기능과 검사. 서울:한미의학. pp.206-232,242-243. 2006.
2) 신병철, 신준식, 이종수, 임형호 공저. 정형 추나의학. 서울:척추신경추나의학회. pp.395-412. 2006.
3) 이종수, 임형호, 신병철. 정형추나학. 서울:대한추나학회출판사. 2002.
4) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. p.74. 2005.
5) 민경옥. 운동치료학 Ⅰ. 서울:대학서림. pp.128,135-141. 1991.
6) 이재학. 운동치료학. 서울:대학서림. pp.258-260. 1990.

(6) 보조기 사용

1) 김진호, 한태륜. 재활의학. 서울:군자출판사. pp.211-212. 2003.
2) Pat McKee 외. 재활의학에서 필요한 보조기학. 서울:영문출판사. 2002.

(7) 식이양양요법

1) 김수범 편저. 먹으면 약이 되는 한방 체질약선 600가지. 서울:한방미디어.

pp375-377. 2001.
2) 강인희 저. 한국인의 보양식. 서울:대한교과서주식회사. pp.92-93. 2000.
3) 류잉. 내 체질에 맞는 음식궁합. 서울:중명출판사. pp.166-170. 2003.
4) Simons, David G., Travell, Janet G., Simons, Lois. Myofascial Pain and Dysfunction. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins. 1999.

<부록>

요추질환의 경과평가를 위한 척도

1) JOA Score

<부항요법 첨가>

1) 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. pp.355-359. 2005.
2) 임준규, 신현대 편저. 동의물리요법과학. 서울:고문사. 1986.
3) 이철완 편저. 이학적원리를 이용한 한방물리요법. 서울:일중사. 1991.
4) 高淶紋 著. 百病中醫撥罐療法. 서울:學苑出版社. 1995.
5) 전국한의과대학재활의학과학교실 편. 동의재활의학과학. 서울:서원당. pp.486-493. 2002.