

## 대퇴신경지각이상증 환자에 대한 한의학적 치료 효과: 증례보고

안재서 · 강도현 · 민태운 · 이현준 · 이한솔 · 김한결 · 이성민 · 조소현 · 지형욱 · 고일환  
김지원 · 윤정민 · 정혁진  
자생한방병원 한방재활의학과

### Effects of Korean Medicine Treatment for a Meralgia Paresthetica Patient: A Case Report

Jaeseo Ahn, K.M.D., Dohyeon Kang, K.M.D., Taewoon Min, K.M.D., Hyunjun Lee, K.M.D.,  
Hansol Lee, K.M.D., Hankyul Kim, K.M.D., Seongmin Lee, K.M.D., Sohyun Cho, K.M.D.,  
Hyungwook Ji, K.M.D., Ilhwan Ko, K.M.D., Jiwon Kim, K.M.D., Jungmin Yun, K.M.D.,  
Hyukjin Jeong, K.M.D.

Department of Korean Medicine Rehabilitation, Jaseng Hospital of Korean Medicine

RECEIVED June 20, 2022

REVISED July 5, 2022

ACCEPTED July 8, 2022

#### CORRESPONDING TO

Jaeseo Ahn, Department of Korean  
Medicine Rehabilitation Jaseng  
Hospital of Korean Medicine, 536  
Gangnam-daero, Gangnam-gu,  
Seoul 06110, Korea

TEL (02) 2222-2247

FAX (02) 2222-2244

E-mail ajd301@naver.com

Copyright © 2022 The Society of  
Korean Medicine Rehabilitation

Meralgia paresthetica is a rare femoral disease and various symptoms appear such as pain, numbness, and paresthesia in the anterolateral thigh due to entrapment of the lateral femoral cutaneous nerve. We treated the meralgia paresthetica patients with Korean medicine treatment including herbal medicine, acupuncture, Chuna manual therapy and pharmacopuncture during 12 days. Numerical rating scale (NRS), Euroqol five dimension (EQ-5D) index, and the changes of symptoms were measured for assessment. After 12 days inpatient treatment, NRS decreased from 7 to 4, EQ-5D index and the symptoms of the patient also were improved. In conclusion, this case shows Korean medicine treatment might be an effective treatment for Meralgia paresthetica. (*J Korean Med Rehabil* 2022;32(3):171-178)

**Key words** Femoral neuropathy, Nerve compression syndromes, Korean traditional medicine

## 서론»»»»

대퇴신경지각이상증은 허벅지의 외측대퇴피신경(lateral femoral cutaneous nerve, LFCN) 분포의 허벅지 외측면과 전면에 국소적으로 나타나는 감각 이상과 저림 증상을 보이는 질환이며, 허벅지 외측면과 전면에 저림 증상 외에 통증, 화끈거림, 근육통, 냉증, 번개통 또는 진동감각을 호소할 수도 있다<sup>1)</sup>. 생명에는 지장이 없지만 환자에게는 불편함을 유발할 수 있고<sup>2)</sup>, 야간통이 심하여 밤

에 깰다고 호소하고 강한 진통을 필요로 하는 경우가 있다<sup>2)</sup>. 허벅지의 외측면과 전면에 주로 증상이 생기고, 총 120명의 환자 중 외측면에 88건(73%), 전면부에 32건(27%)으로 부위별로 비율을 나눈 연구도 있다<sup>3)</sup>. 일부 환자들에서 허벅지 인대를 두드려서 증상이 생길 수 있고 장시간 서 있거나 허벅지를 펴고 앉으면 LFCN의 긴장을 증가시켜 증상을 유발할 수 있고 반대로 고관절을 굴곡하면 이러한 힘이 감소되어 증상이 개선된다<sup>1)</sup>.

대퇴신경지각이상증은 다양한 원인으로 발병하여 직

접적인 원인을 특정하기 힘들다<sup>4)</sup>. 이전 연구에는 대퇴 신경지각이상증의 원인을 특발성 또는 의원성 질환으로 분류했으며, 그중 특발성 질환은 기계적 또는 대사적으로 다시 분류했고, 이 중 기계적 요인으로 LFCN이 압박 될 수 있고, 벨트, 코르셋, 지갑에 의한 복부 압박도 원인이 될 수 있다고 보고하였다<sup>5)</sup>. 비만(BMI≥30), 임신, 청바지, 군용 갑옷 및 경찰복과 같은 꽉 끼는 옷, 안전 벨트, 외상, 근육 경련, 척추측만증, 장요근 혈종, 다리 길이 차이 등과도 관련이 있다는 보고가 있었다<sup>6)</sup>. 이렇듯 다양한 병인이 있지만 직접적으로 허벅지의 외측면과 전면에 감각 이상과 저림을 유발하는 기전은 LFCN의 포착으로 여겨진다. 대사적인 요인으로는 당뇨병, 알코올 중독, 납 중독 등이 있다<sup>7)</sup>. 대퇴신경지각이상증은 고관절치환술, 척추 수술 후 합병증으로 발생할 수도 있고, 장골 채취, 개복 및 복강경 맹장수술, 제왕절개 등의 산부인과 수술의 합병증으로 발생할 수도 있고<sup>8)</sup>, 그 외에 신장절제술, 맹장절제술, 담낭절제술, 인공 탈장술, 횡격막 탈장술 등도 원인이 될 수 있다<sup>9)</sup>. 대퇴신경지각이상증의 유병률은 일반 인구에서 10,000명당 4.3명으로 기술되었으며<sup>2)</sup>, 모든 연령에서 발생 가능하지만 보통 30~40대에서 자주 발생한다<sup>1)</sup>. 여성보다는 남성에게 더 잘 발생하고 환자 중 10%는 양쪽 하지에서 함께 생긴다<sup>2)</sup>. 대퇴신경지각이상증은 철저한 임상 기록과 신체검사만으로 정확한 질환 진단에 충분한 경우가 많다<sup>5)</sup>.

대퇴신경지각이상증은 종종 물리치료, 대증치료, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) 처방 등이 치료로 사용되고, 리도카인과 코르티코스테로이드의 조합을 사용하는 LFCN block도 치료에 사용된다<sup>5)</sup>. 비수술적 치료로 호전되지 않는 경우 신경 박리술이나 절제술이 이용된다<sup>1)</sup>. 다만 표준화된 치료방법에 대한 논의는 아직까지 진행 중인 것으로 보인다<sup>3)</sup>. 대퇴신경지각이상증에 대한 국내 한의학계 연구에서는 침 치료와 습식부항을 이용한 치료 증례 1건<sup>6)</sup>, 침 치료와 근막이완요법을 이용한 치료 증례 1건<sup>4)</sup>, 침 치료와 한약을 이용한 치료 증례 1건<sup>7)</sup>이 보고되었으며, 한방치료를 통한 증례보고는 부족한 실정이다.

본 연구에서는 대퇴신경지각이상증을 진단받아 본원에 내원한 환자에게 12일간의 한의학적 치료를 시행한 후 환자의 호소 양상과 임상적 지표에 호전이 있어 보고하는 바이다.

## 증례»»»

### 1. 환자

2021년 12월 강남구 자생한방병원에 좌측 대퇴 외측 및 전면부 통증, 저림, 감각 저하, 작열감 및 소양감 증상을 호소하며 입원한 161 cm, 58 kg의 68세 여성 환자를 대상으로 12일간 한방치료를 시행하였다. 본 연구는 단일 증례 보고로 자생한방병원 임상연구 윤리심의위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인으로 심의 면제를 받았다(IRB approval no. 2022-04-004).

### 2. 주소증

좌측 대퇴 외측 및 전면부 통증, 저림, 감각 저하, 작열감, 소양감 증상을 주소로 내원하였다.

### 3. 발병일

2021년 10월경 일상생활 중 발병하였다.

### 4. 치료 기간

2021년 12월 경에서 1월경까지 총 12일간 입원치료를 시행하였다.

### 5. 과거력

별무

### 6. 가족력

아들 당뇨병

### 7. 현병력

2021년 10월경 일상생활 중 주소증이 발병하여 2021년 10월경 타 정형외과병원에서 해당 증상으로 진통주

사 및 진통제를 복용하였으나 호전 없이 본원에 내원하였다. 환자는 주소 증상과 더불어 기립 유지 시 저림 악화, 좌측 대퇴 외측과 전면부 이상감각을 호소하였고 요통은 없었다.

## 8. 이학적 검진 소견

하지부 근력 검사의 경우 모두 별무 소견이었고, 하지의 건 반사(patellar, achilles)도 별무 소견이었다. 추가인 이학적 검진으로 Patrick test 시행 시 좌측 양성하였고, 퇴원일에는 음성이었다. Femoral stretch test 시 양측 모두 음성하였고, straight leg raise test (SLR test) 결과 좌측 80°, 우측 80°로 측정되었다. Tinel sign과 pelvic compression test<sup>3)</sup>도 입원 시 좌측에서 양성하였으나 퇴원 시 음성이었다.

## 9. 영상 소견

L-spine magnetic resonance imaging (MRI) 결과 L2/3, L3/4에서 disc herniation 소견, L4/5와 L5/S1에서 양측 neural foraminal stenosis 소견과 전방 전위증 소견이 관찰되었다(Fig. 1).

## 10. 치료 방법

### 1) 침 치료

침 치료는 스테인리스 스틸(stainless steel) 재질로 된

0.25×40 mm, 0.30×60 mm의 멸균 호침(동방침구제작소, 보령, 한국)을 사용하였다. 매일 2번씩 오전과 오후로 나누어 시행하였고, 10~50 mm 정도 깊이로 10-15개의 침을 자침하며 20분 이내로 유침하였다. 침 치료 시 경피적외선조사요법과 침전기자극술을 병행하였고, 침전기자극술의 경우 2 Hz로 유침시간과 동일하게 진행하였다. 혈위는 양측 요추부와 골반 부위의 협척혈과 大腸俞(BL25), 環跳(GB30), 陽陵泉(GB34), 風市(GB31) 및 좌측 허벅지의 아시혈에 자침하였다<sup>2)</sup>.

### 2) 약침 치료

약침 치료는 매일 2회로 오전과 오후 침 치료와 함께 시행했다. 일회용 주사기(Kovax-Syringe 2 mL, 26 G×1 1/2)를 사용하여 자생 원외탕전원에서 조제한 신바로약침액(자생약침연구소, 남양주, 한국)으로 약침 시술을 하였다. anterior superior iliac spine (ASIS) 근처와 LFCN의 주행 경로를 촉진한 후 압통점을 4포인트씩 나누어 0.5 cc으로 총 2 cc 시술하였다<sup>8)</sup>.

### 3) 추나 요법

추나요법은 장골, 요추를 중심으로 하여 복와위 장골 교정기법(Fig. 2), 측와위 요추 신연기법(Fig. 3), 장요근 경근이완/강화기법(Fig. 4) 등을 환자의 상태에 맞춰 시행했고, 시술 후 재평가를 통해 교정 여부를 확인하였다. 1일 1회 침 치료 전 회당 10분가량 실시하였다.

### 4) 한약 치료

한약은 근골격계 질환에 사용하는 신바로 한약(木瓜



Fig. 1. L-spine magnetic resonance imaging (December 23, 2021).



Fig. 2. Ilium correction technique with prone position.



Fig. 3. Lumbar extension technique with side lying lateral position.



Fig. 4. Iliopsoas relaxation/strengthen technique.

9 g, 牛膝 9 g, 白屈菜 9 g, 羌活 8 g, 玄胡索 8 g, 五加皮 8 g, 大棗 6 g, 生薑 6 g, 蒼朮 3 g, 乾地黃 3 g, 赤芍藥 3 g, 當歸 3 g, 獨活 3 g, 威靈仙 3 g, 陳皮 3 g, 乳香 3 g, 沒藥 3 g, 砂仁 2 g, 紅花 2 g, 甘草 2 g)에 가감하여 처방하였고, 매일 식후 30분에 3회 기준으로 복용하였다. 양약을 포함하여 한약을 제외한 다른 약물은 복용하지 않았다.

#### 5) 부항 치료

부항은 LFCN의 주행 경로 부위 압통처 2곳에 대하여 멸균 소독된 부항컵(2호; 동방메디컬, 성남, 한국)을 사용하여 1일 2회 침 치료와 함께 10분간 유관법으로 시행하였다.

### 11. 평가 도구

#### 1) Numerical rating scale (NRS)

의료기관에서 일상적으로 사용되는 통증 평가 척도이다. 0점은 통증이 없는 상태이고 10점은 가장 심한 통증이라고 가정하고 환자의 통증 강도를 숫자로 표시하는 방법이다<sup>9)</sup>. NRS는 입원일부터 퇴원일까지 매일 측정하였다.

#### 2) EuroQol five dimension index (EQ-5D index)

EQ-5D index는 건강에 관한 삶의 질을 평가하는 도구로 자기 관리 능력, 운동능력, 일상 활동, 불안 및 우울 항목, 통증 및 불편감 총 5개 영역으로 구성되어 있다<sup>10)</sup>. 본 연구에서는 3개의 보기를 주는 EQ-5D-3L에 비해 우수한 측정도를 가진 5개의 보기를 주어 삶의 질을 평가하는 EQ-5D-5L index를 이용하였으며<sup>10)</sup> 점수가 높을수록 삶의 질이 높다. 측정된 시점은 입원일과 퇴원일 2차례 측정하였다.

#### 3) 호소 증상의 변화

본 환자가 호소하는 저림, 작열감, 감각 저하, 소양감 등의 증상은 매일 환자가 진술하는 것을 토대로 측정했다.

## 12. 치료 경과

2021년 12월경 입원일 당시 대퇴부 외측면과 전면부의 통증의 NRS는 7이었으며 입원 2일차에 6으로 감소하였고 10일차에 5로 감소하였고 11일차에 4로 감소하였으며 퇴원 시점까지 4로 유지되었다(Fig. 5).

EQ-5D의 경우 입원 시 0.73에서 퇴원 시 0.837로 증가하여 환자의 삶의 질 개선을 확인하였다. 입원 시 저림, 감각 저하를 강하게, 소양감의 경우 중간 정도로, 작열감은 미약하게 호소하였다. 그런데 입원 다음날 작열감은 다소 증가하였고 나머지 증상들은 별무 변화였다. 입원 6일차 시 환자 호소 증상 중 작열감이 가장 빠르게 소실되었고, 8일차에 소양감도 사라졌다. 11일차에 저림이 거의 소실되었으며, 감각 저하는 퇴원 일까지 + 정도로 약하게 잔존하였다(Table I).

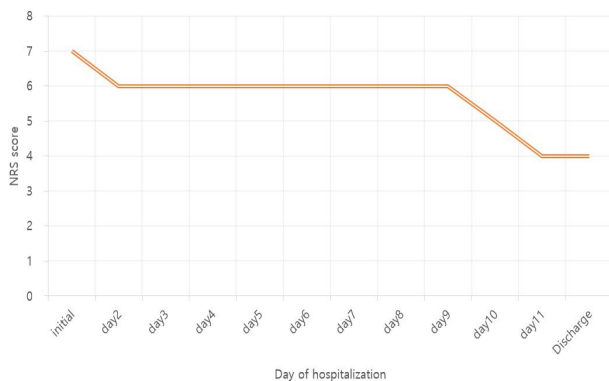
이 외에도 환자에게 추가적인 이학적 검진을 시행하였다. Patrick test는 입원 시 -/+ 였으나 퇴원 시 patrick sign -/-로 퇴원하였다. 추가적으로 ASIS 1 cm 내측에서

의 tincl sign과 pelvic compression test<sup>3)</sup>도 입원 시 좌측에서 양성이었으나 퇴원 시 음성으로 퇴원하였다.

## 고찰»»»»

대퇴신경지각이상증은 베른하르트-로스 증후군이라고도 불리며 다양한 원인으로 LFCN이 포착되어<sup>2)</sup> 대퇴부의 외측면과 전면에 통증, 저림, 작열감 등을 호소하는 특징이 있으며 해당 부위에 감각장애가 보이지만 근력이 떨어지는 증상은 없어 요추 추간판탈출증과 구별된다<sup>3)</sup>. 대퇴신경지각이상증의 원인으로는 주로 허리띠 압박, 비만, 임신, 수술 부작용, 복부 및 골반 종괴, 하지 길이의 차이 등으로 인해 LFCN이 압박을 받은 경우가 대부분이다<sup>2)</sup>.

대퇴신경지각이상증의 국내 유병률에 대해서는 정확히 연구된 바 없고, 네덜란드의 일반 진료 데이터베이스 인구에서 10,000명당 4.3명으로 알려져 있다<sup>2)</sup>. 주로 30~65세에서 발병하며, 여성에 비해 남성에게 자주 발생하고, 대부분의 환자에서 한쪽으로 발생하는 경향이 있다<sup>2)</sup>. 대퇴신경지각이상증은 건강보험심사평가원의 질병세분류에 따르면 이상감각성 대퇴신경통(G571)에 해당하며, 이상 감각성 대퇴신경통으로 양방의료기관을 찾은 환자는 2017년에 23,589명, 2018년에 21,384명, 2019년에 19,853명, 2020년에 16,294명, 2021년에 16,116명으로 점차 감소 추세에 있다. 성별로 보면 남성에 비해 여성이, 연령별로는 중년과 노년층이 높은 것으로 보인다. 동일 상병으로 한방의료기관을 내원한 환자는 2017년에 1,437명, 2018년에 1,457명, 2019년에 1,516명이었으며, 2020년에 1,134명, 2021년에 1,052명으로 2017년



**Fig. 5.** Changes of every day NRS score. NRS: numerical rating scale.

**Table I.** Changes of EQ-5D, Symptoms

| Time point        | Initial | Day 2 | Day 3 | Day4 | Day 5 | Day 6 | Day 7 | Day 8 | Day 9 | Day 10 | Day 11 | Discharge |
|-------------------|---------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-----------|
| EQ-5D             | 0.73    |       |       |      |       |       |       |       |       |        |        | 0.837     |
| Numbness          | +++     | +++   | ++++  | +++  | +++   | ++    | ++    | ++    | +     | +      | -      | -         |
| Paresthesia       | +++     | +++   | ++    | ++   | ++    | +     | +     | +     | +     | +      | +      | +         |
| Burning sensation | +       | ++    | ++    | +    | +     | -     | -     | -     | -     | -      | -      | -         |
| Pruritus          | ++      | ++    | ++    | ++   | ++    | +     | +     | -     | -     | -      | -      | -         |

EQ-5D: EuroQol five dimension index.



부터 2019년까지는 꾸준히 증가하다가 2020년부터 감소하는 추세로 바뀌었다. 그러나 내원 횟수가 매년 증가 추세에 있다가 2020년부터 감소하는 추세로 꺾인 것은 코로나바이러스감염증-19가 의료 이용에 미친 영향으로도 해석할 수 있다<sup>11)</sup>. 양방의료기관과 마찬가지로 남성에게 비해 여성이, 연령으로는 중노년층의 내원 비율이 높은 것으로 보고되어 남성의 유병률이 높다는 기존 연구<sup>2)</sup>와는 다르게 여성 중노년층에서 자주 발생하는 것으로 추정하고 있다. 대퇴신경지각이상증은 LFCN 경로의 유형이 많기 때문에<sup>1)</sup> 일반적으로 근전도 검사를 통해 신경의 활동전위를 파악하기 어렵다<sup>4)</sup>. 그래서 대퇴신경지각이상증의 진단은 외측 또는 전면부 허벅지 통증 및 저림이 있는 환자에서 상부 요추 추간판탈출증, 대전자점액낭염 같은 공간점유 병변을 배제하기 위한 근력 검사 및 반사 검사<sup>5)</sup>, SLR test 등의 이학적 검사<sup>1)</sup> 및 영상 평가를 수행하고, 그 이후 LFCN를 압박하여 허벅지 전면부와 외측면의 통증 및 저림 등 환자의 증상이 심해지는지를 확인하기 위해 이학적 검진을 시행한다<sup>3)</sup>. LFCN의 압박을 확인하는 검사로는 tincl sign, pelvic compression test, nerve block test 등이 있으며 대퇴신경지각이상증의 치료에 관한 연구는 다른 고관절 질환에 비해 드물다<sup>3)</sup>.

대퇴신경지각이상증의 기존 양방 치료는 종종 NSAIDs, 통증 부위 보호, 물리치료 등의 보존적 치료를 우선 적용하여 증상 호전을 기대한다<sup>5)</sup>. 추가적으로 리도카인과 코르티코스테로이드의 조합을 사용하는 신경차단술도 대퇴신경지각이상증 치료에 사용한다<sup>3)</sup>. 그러나 코르티코스테로이드 주사의 부작용으로 감염, 피부 위축, 여드름, 궤양, 스테로이드 중독, 다모증, 알레르기 반응, 상처 치유 손상, 혈관 생성 억제 등이 있어<sup>12)</sup> 얇거나 벗겨진 피부, 노인이나 소아에게 사용하는 경우 부작용이 증가하고 특히 살고랑 부위같이 땀이 많이 나고 옷에 감춰진 부위에서 더 자주 발생한다<sup>12)</sup>. LFCN이 살고랑 부위를 주행하기 때문에 국소 스테로이드 주사의 부작용을 더욱 유념해야 할 것이다. 장기간의 보존적 치료로 환자의 증상을 관리하지 못한 경우 수술적 치료를 고려할 수 있다<sup>1)</sup>. 수술치료의 종류로는 LFCN의 신경박리술과 절제술이 있다<sup>3)</sup>. 그러나 신경박리술의 경우 치료 후 대퇴신경지각이상증이 재발하였다는 연구가 있으며, 신경절제술은 신경박리술과 비교하였을 때 재발률이 낮다는

장점이 있지만 신경을 자른 후 대퇴 외측면의 감각이 상실된다는 분명한 단점이 존재하며<sup>13)</sup>, 두 치료법 모두 연구가 진행되고 있다<sup>3)</sup>. 대퇴신경지각이상증의 재활치료에 관한 연구로는 만성 대퇴신경지각이상증을 환자를 카이로프랙틱으로 치료한 연구<sup>14)</sup>, 물리치료에 반응이 없던 대퇴신경지각이상증 환자에게 침 치료를 통해 성공적인 치료를 한 연구<sup>15)</sup>와 10명의 대퇴신경지각이상증 환자에게 전침치료의 효과를 확인한 연구<sup>2)</sup>가 있다.

대퇴신경지각이상증의 주요 증상으로는 저림, 감각 저하가 있는데 한의학적으로 저림은痺證의 범주에 속하고 ‘痺證’은 몸이 虛할 때 風寒濕 등의 邪氣에 感하여 근육이나 피부 등에 시린 느낌이 드는 것을 뜻하고 주로 감각 변화와 동반되는 경향이 많다. 감각 저하는 한의학적으로 ‘不仁’, ‘麻木’의 범주로 보는데 麻木 중 麻는 非痒非痛한 것으로 蟲行의 느낌을 말하고, 木은 나무와 같이 전혀 不知痛癢한 것을 의미한다. <入門>에서는 ‘麻是氣虛, 木是濕痰死血. 盖麻猶痺也’라고 하여 麻는痺와 유사하고 麻와 木의 원인이 다름을 설명하였다<sup>16)</sup>. <東醫寶鑑>에서는 ‘爲病多重痛沈着, 患者難易得去’라 하여痺證은 치료하기 어렵다는 것을 알 수 있다.

본 증례는 68세 환자로 좌측 대퇴부 외측면 및 전면부 저림, 통증, 작열감 및 감각 저하를 주소로 내원하였다. 초진 시에 요통은 별무였고, 아침 기상 시 요추부의 움직임 방향에서 통증은 없었으며 좌측 하지의 근력은 모두 정상이었고, femoral stretch test 결과 음성, SLR test는 양쪽 모두 80°까지 가능했으며, Patrick test는 좌측에서 양성이었다. 영상 소견으로는 L2/3, L3/4에서 추간판탈출증과 L4/5, L5/S1에서 신경공 협착과 전방 전위증이 확인되었다. 대퇴 외측면과 전면부로 통증과 저림, 감각 저하 등의 증상을 보이는 환자에서 L1~3의 신경근 문제 같은 일반적인 진단이 배제되었을 경우 대퇴신경지각이상증을 잠재적 원인으로 고려할 수 있다는 연구가 있다<sup>3)</sup>. 본 증례의 경우 MRI 결과 상부 요추에 추간판탈출 소견이 보이거나 femoral stretch test 결과 음성, SLR test 결과 양측 80°로 추간판탈출증을 보인 영상 소견과 이학적 검진 결과가 일치하지 않는 상태였다<sup>1,5)</sup>. 만약 본 증례의 증상이 상부 요추 추간판탈출증에 기인했다면 대퇴사두근이나 장요근에 근력감소가 보였을 것이지만<sup>5)</sup>, 본 증례의 경우 대퇴사두근과 장요근의 근력은 모두 정상이었다. 그러므로 환자 진단 시 상부 요추 추

간판탈출증과 증상 호소의 인과성을 배제하였다. 대퇴신경지각이상증의 경우 철저한 환자 호소 양상과 이학적 검진만으로 정확한 질환 진단에 충분한 경우가 많다는 이전 연구<sup>5)</sup>와 초진 시 tinel sign과 pelvic compression test에서 양성<sup>3)</sup>이라는 점을 종합해 대퇴신경지각이상증으로 진단하였다.

본 증례에서 대퇴신경지각이상증으로 진단받은 환자에게 침 치료, 추나 치료, 한약 치료, 약침 치료 등의 한의학 치료를 시행하였다. 신바로 약침의 경우 기존 연구에서 항염증 작용, 신경 재생 등의 효과를 보이는 것으로 알려져 있다<sup>7)</sup>. 본 증례에서는 약침 치료와 침 치료<sup>2,15)</sup>를 통해 압박된 LFCN의 포착을 풀어주고<sup>8)</sup> 장요근, 대퇴사두근 등의 긴장을 줄여주고 환자의 제반 증상을 조절하였다. 대퇴신경지각이상증의 한의학적 치료에 대한 이전 연구<sup>4,6,7)</sup>를 보면 침 치료, 부항 치료 및 한약 치료에 중점을 둔 것을 알 수 있다. 그러나 본 증례의 경우 관절의 가동성을 늘려주고 근육 이완을 통해 기혈 윤택을 해소할 수 있는 추나치료<sup>18)</sup>도 함께 시행하였다. 측와위 요추 신연기법으로 장요근의 기시점인 요추 분절을 요동하면서 신연시킴으로써 가동성을 높이고 장요근 경근이완/강화기법을 통해 수축 후 이완 효과를 이용하여 근육을 이완시켰다. 족지 분석을 통해 우측 장골의 후방변위로 진단하고 복와위 장골 교정기법을 이용해 골반 변위로부터 기인하는 구조적 불균형을 맞춰 근막 긴장을 해소하고 골반의 가동성을 높이며 기능 부전을 해결하고<sup>14)</sup> 불일치한 양측 하지 길이를 맞춤으로써<sup>19)</sup> 증상을 호전시켰다. 본 연구의 주요 평가 지표에서 NRS는 입원 기간 중 꾸준히 감소하였다. 입원 시 NRS 7에서 퇴원 시 4로 3점의 호전을 보였고 일반적으로 10점 만점의 NRS 점수 상 2점의 차이가 발생하면 의미 있는 변화<sup>9)</sup>로 보기 때문에 치료의 효과를 확인할 수 있었고, 환자의 주관적 호소로는 “한번씩 따끔거리는 것 외에는 통증이 없어졌다”고 하면서 NRS 4점으로 표시한 것은 NRS에 대한 설명이 미흡하였거나 기준점이 애매하다는 NRS 지표의 한계로<sup>9)</sup> 인한 결과라 여겨진다. EQ-5D 점수가 올라간 것으로 보아 삶의 질 지표도 입원 전에 비해 증가했다는 것을 알 수 있었다. 추가로 저림, 작열감, 감각 저하, 소양감 또한 입원 기간 감소한 것을 확인하였다. 본 연구에서 환자의 12일간의 입원 기간 중 이상반응은 발생하지 않았다. 이전 연구<sup>8)</sup>

에 따르면 대퇴신경지각이상증의 주사치료 시 가장 흔한 합병증은 혈종과 상처 감염으로 본 증례에서는 침 치료 및 약침 치료 시 해당 환자의 건강과 안전을 위해 clean needle technique을 준수하여 이상반응의 발생을 미연에 방지했다<sup>20)</sup>.

본 연구의 강점으로는 첫째, 수기치료로 대퇴신경지각이상증 환자를 치료한 해외 연구는 많으나 추나 치료를 적용한 증례연구는 전례가 없었다. 좌우 골반의 불균형과 병리적인 근막에 의해 신경이 압박되는 대퇴신경지각이상증에 대한 추나치료 효과의 단초를 제공했다. 둘째, 입원일부터 퇴원일까지 정량적 지표를 사용하여 증상의 호전도를 추적하였다. 본 증례에서는 NRS, EQ-5D 결과 임상적 개선이 있었고, 이것은 통증뿐 아니라 삶의 질이 향상되었다는 것을 의미한다.

본 연구의 한계로는 첫째, 본 연구는 단일 증례로 근거 수준이 낮다. 둘째, 약침 치료, 부항 치료, 침 치료, 추나 치료 등을 함께 실시하였기 때문에 각 치료법에 대한 개별적 평가가 불가능하다. 셋째, 퇴원 후 추적관찰이 정량적 지표로 이루어지지 않아 대퇴신경지각이상증에 대한 장기간 치료 효과를 증명하기 어렵다. 따라서 향후 대퇴신경지각이상증에 관한 다수의 증례 보고, 한의학적 치료 간 효과를 비교한 무작위 대조군 연구, 장기적인 치료 효과를 입증할 수 있는 추적관찰 연구 등이 이루어질 필요가 있다.

이번 증례 보고는 대퇴신경지각이상증 환자에게 다각적인 한의학 치료를 시도하여 그 효과와 안전성에 관한 근거를 제공하였다. 추후 관련 연구에 대한 자료로 활용되며 임상치료의 방향을 제시할 것으로 생각한다.

## 결론»»»

본 연구는 대퇴신경지각이상증으로 진단받은 환자에게 한의학 치료를 실시하여 12일간의 입원기간 중 치료 후 NRS, EQ-5D, 호소 증상의 변화 등 여러 지표에서 호전을 확인하고 이를 보고하는 바이다.

## References>>>>

1. Harney D, Patijn J. Meralgia paresthetica: diagnosis and management strategies. *Pain Medicine* (Malden, Mass). 2007;8(8):669-77.
2. Alexander RE. Clinical effectiveness of electroacupuncture in meralgia paraesthetica: a case series. *Acupuncture in Medicine: Journal of the British Medical Acupuncture Society*. 2013;31(4):435-9.
3. Cheatham SW, Kolber MJ, Salamh PA. Meralgia paresthetica: a review of the literature. *International Journal of Sports Physical Therapy*. 2013;8(6):883-93.
4. Lee EJ, Kim SA, Kwon MG, Kim ST, Shin HG, Cho HJ, Yang TJ, Kim SW, Jeong JY, Chiang SY. Meralgia paresthetica treated with acupuncture plus myofascial release technique: case report. *Korean Journal of Acupuncture Society for Meridian and Acupoint*. 2016;33(2):89-93.
5. Grossman MG, Ducey SA, Nadler SS, Levy AS. Meralgia paresthetica: diagnosis and treatment. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2001;9(5):336-44.
6. Na GH, Park EJ, Shin JC, Lee DH, Lee SL, Ryu CY, Yoon YC, Cho MR. A case report of meralgia paresthetica. *Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine Society*. 2005;22(1):109-15.
7. Lee JH, Lee JS, Chung SH. A clinical report about meralgia paresthetica treated with Sihogayonggolmoryo-tang. *J Oriental Rehab Med*. 2002;12(3):161-9.
8. Lu VM, Burks SS, Heath RN, Wolde T, Spinner RJ, Levi AD. Meralgia paresthetica treated by injection, decompression, and neurectomy: a systematic review and meta-analysis of pain and operative outcomes. *Journal of Neurosurgery*. 2021;62(2):75-9.
9. Lee C, Cho IH, Heo GY, Kang HK, Kim MH, Han CW, Kim SY, Choi JY, Park SH, Yoon YJ, Hong JW, Kwon JN, Park EY, Lee I. Analysis of the numeric rating scale (NRS) used in clinical studies based on randomized controlled studies. *J Int Korean Med*. 2021;42(4):510-31.
10. Thompson AJ, Turner AJ. A comparison of the EQ-5D-3L and EQ-5D-5L. *Pharmacoeconomics*. 2020;38(6):575-91.
11. Lee YR, Cha HJ, Choi HK, Kim MJ, Kim BS, Sung KJ, Jeon JH, Kim ES, Kim YI. Statistical analysis of patients visiting department of acupuncture and moxibustion in Korean medicine hospital before and after COVID-19-Focusing on a Korean medicine hospital in Daejeon. *The Journal of Korean Medicine*. 2021;42(2):31-49.
12. Lee JH, Park YM. Proper use of topical corticosteroids. *JKMA*. 2018;61(10):632-6.
13. de Ruiter GC, Wurzer JA, Kloet A. Decision making in the surgical treatment of meralgia paresthetica: neurectomy versus neurectomy. *Acta Neurochirurgica*. 2012;154(10):1765-72.
14. Houle S. Chiropractic management of chronic idiopathic meralgia paresthetica: a case study. *Journal of Chiropractic Medicine*. 2012;11(1):36-41.
15. Aigner N, Aigner G, Fialka C, Fritz A. [Therapy of meralgia paresthetica with acupuncture. Two case reports]. *Schmerz* (Berlin, Germany). 1997;11(2):113-5. Germany.
16. Chung SH. The literatural study on arthralgia syndrome. *The Journal of Korean Oriental Medical Society*. 1995;16(1):9-20.
17. Lee SY, Kwon HK, Lee SM. SHINBARO, a new herbal medicine with multifunctional mechanism for joint disease: first therapeutic application for the treatment of osteoarthritis. *Archives of Pharmacol Research*. 2011;34(11):1773-7.
18. Lee BY, Jang G, Lee GJ, Song YK, Lim HH. A case report on the scoliosis and Bertolotti syndrome treated by flexion-distraction technique. *The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine for Spine and Nerves*. 2007;2(1):1-9.
19. Goel A. Meralgia paresthetica secondary to limb length discrepancy: case report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1999;80(3):348-9.
20. Tian KY. [U. S. acupuncturists qualification tests of clean needle technique (CNT) examination]. *Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion*. 2011;31(12):1124-6. Chinese.