

한방 치료로 중증 보행 장애를 회복한 경추증성 척수증 환자: 증례 보고

권혜성* · 김우영[†] · 정선영[‡] · 오은수[†] · 정유진[†] · 김민정[†] · 김소정* · 최지은* · 이경환[†] · 이태걸*
울산자생한방병원 한방재활의학과*, 침구의학과[†], 한방신경정신과[‡]

A Patient with Cervical Spondylotic Myelopathy Who Recovered from Severe Gait Disturbance with Korean Medicine Treatment: A Case Report

Hye-Seong Kwon, K.M.D.*, Woo-Young Kim, K.M.D.[†], Seon-Yeong Jeong, K.M.D.[‡],
Eun-Su Oh, K.M.D.[†], Yu-Jin Jung, K.M.D.[†], Min-Jung Kim, K.M.D.[†], So-Jung Kim, K.M.D.*,
Ji-Eun Choi, K.M.D.*, Kyeong-Hwan Lee, K.M.D.[†], Tae-Geol Lee, K.M.D.*

Departments of Rehabilitation Medicine of Korean Medicine*, Acupuncture and Moxibustion Medicine[†], and Oriental Neuropsychiatry Medicine[‡], Ulsan Jaseng Hospital of Korean Medicine

RECEIVED December 17, 2025

REVISED December 31, 2025

ACCEPTED January 13, 2026

CORRESPONDING TO

Tae-Geol Lee, Department of
Rehabilitation Medicine of Korean
Medicine, Ulsan Jaseng Hospital of
Korean Medicine, 51 Samsan-ro,
Nam-gu, Ulsan 44676, Korea

TEL (052) 1577-0007

FAX (052) 701-3001

E-mail max0417@jaseng.org

Copyright © 2026 The Society of
Korean Medicine Rehabilitation

Cervical spondylotic myelopathy causes gait disturbance, sensory loss, and muscle weakness from spinal cord compression. This case is of a 78-year-old female patient who was recommended surgery for cervical spondylotic myelopathy but declined. She presented with decreased sensation and severe gait disturbance, and T2-weighted magnetic resonance imaging demonstrated a intramedullary high-signal lesion at the C3/4 level consistent with cervical spondylotic myelopathy. After 30 days of Korean medicine treatment, the clinical outcomes showed marked improvements in Japanese Orthopaedic Association scoring system, Nurick grade, and numerical rating scale, indicating a meaningful recovery of micro-movement and gait ability. This case indicates that Korean medicine treatment could be a possible conservative option for cervical spondylotic myelopathy. (*J Korean Med Rehabil* 2026;36(1):107-115)

Key words Spinal cord disease, Gait disorder, Korean traditional medicine, Case report

서론»»»»

경추증성 척수증은 경추의 압박으로 인한 척수 기능 장애를 의미하며 흔히 사지의 통증과 무감각, 협응력 저하, 불균형, 방광 문제와 같은 신경학적 증상을 호소한다¹⁾.

척수증은 선천적으로 척추관이 좁은 환자에서의 심한 변성, 심각한 추간판 탈출증, 후종 인대 또는 황색 인대 골화증, 척추 중양 등의 원인들로 척수가 손상되어 발생하게 된다²⁾.

영상 촬영은 척수증 진단의 중요한 방법으로, x-ray와 magnetic resonance imaging (MRI) 모두 척추관 협착 및 병리학적 척추 변화를 평가하는 데 사용할 수 있다. 그 중에서도 높은 해상도와 연조직을 시각화에 효과적인 MRI가 주로 선호된다³⁾.

척수증의 자연 회복은 기대하기 어려우며, 발병 초기에는 물리치료 및 약물치료를 관리할 수 있지만 치료가 부재하거나 치료가 지체될 경우 사지 마비와 휠체어 의존 생활 등 기능 저하의 영구적 장애로 이어질 수 있다. 보존적 치료에도 지속 및 심화되는 경추증성 척수증, 신

경학적 결손의 진행, 영상 검사상 정상 두께의 40% 이하로 얇아질 정도의 심각한 압박 또는 MRI T2 영상에서의 고신호 강도, T1의 저신호 강도와 같은 명확한 척수 압박 소견에서는 조기 진단 및 수술적 치료가 필요하다. 그러나 수술적 감압 역시 질병의 진행을 중지할 수는 있어도 척수의 재생 능력이 제한되고 손상이 영구적인 경우가 많이 발생한다^{1,2,4)}.

척수증 증상들은 한의학적 개념의 痿症으로 볼 수 있다. 痿症은 精氣가 손상된 후 邪毒이 침습하여 나타나는 肢體筋脈弛緩, 軟弱無力, 手不能握物 足不能任身, 久則肌肉萎縮, 不能隨意運動 등의 증상을 일컫고, 그 증상으로 보아 척수의 손상, 운동신경원 질환, 말초신경 질환, 근신경 접합부 질환 등에 의한 이완성 마비와 유사하다⁵⁾.

경추증성 척수증의 대표 증상 중 하나인 보행 장애는 단순한 이동의 불편감 그 이상을 의미를 가지고 있다. 특히 노년기 보행 장애는 낙상으로 인한 외상의 위험, 근감소와 허약으로 인한 일상생활의 기능 및 독립성 상실, 인지 기능 저하, 합병증 발생률 증가 등과 밀접한 관련이 있고, 더 나아가 사망률 상승의 결과를 초래할 수 있다⁶⁾. 그러므로 경추증성 척수증으로 보행 장애를 호소하는 환자에게서도 보행 장애를 넘어 더 심각한 문제들이 발생하기 전에 조기치료 및 지속적인 경과 관찰을 필요로 한다.

이에 저지는 경추증성 척수증 진단하에 중증 보행 장애로 보행이 불가하여 수술을 권유받은 환자가 울산자생한방병원에서 30일간 입원 치료 후 자가 보행이 가능할 정도로 개선된 증례에 대해 보고하는 바이다.

증례»»»»

1. 연구 대상

경추증성 척수증 진단하에 수술 권유받고 중증 보행 장애로 보행이 불가하던 중 울산자생한방병원에서 2025년 10월경부터 2025년 11월경까지 30일간 입원한 환자를 대상으로 한다. 자생한방병원 임상연구심의위원회 (institutional review board, IRB) 심의 면제 승인(IRB No. 2025-11-009)으로 본 증례보고를 작성하였다.

1) 환자 및 현병력

78세 여성 환자로, 양측 하지부부터 족지부까지 무력감 및 보행 불리, 양측 상지 하완부부터 수지부까지 저림·감각저하 및 무력감, 후경부부터 양측 승모근까지 통증을 주소증으로 치료받은 환자이다. 일상생활 중 2025년 9월 초경 부엌에서 넘어지면서 하요추부 통증 및 양하지부터 발끝까지의 무력감, 보행 불리가 발생하였다. 사고 당일 local 한의원에서 침치료, 물리치료 받았으나, 이후 증상 여전하여 ○○종합병원에서 x-ray 검사상 “골절없다”라는 소견 듣고, 20일간 입원치료를 받았다. ○○종합병원 입원 중, cervical spine (C-spine) MRI 검사상 경추증성 척수증 진단받고 중증 보행 장애로 수술 치료를 권유받았으나, 환자 본인 의사로 refuse 후 주사, 도수치료, 경구약 투여 등의 치료를 받았다. 2025년 10월 경 △△종합병원 신경외과 근전도 검사 및 경구약 투여하였으나 보행 불리 증상 지속되어 보호자의 부축 및 휠체어로 본원 외래를 통해 입원하였다. 본원 방문 당시, 주소증 관련 타 병원 경구약은 이미 복용 완료하여 더 이상 복용하지 않고 있었다.

2) 과거력, 가족력 및 사회력

2006년경 양측 슬관절 인공치환 수술, 2015년경 양측 팔꿈치 인대 파열 수술 과거력이 있으며, 고혈압으로 혈압강화제를 복용 중이다. 가족력, 직업력, 흡연 및 음주 관련하여 별무하였고, 생선 복용 시 소양감이 발생하는 알레르기가 있다. 2025년 5월경 배우자의 사망으로 극심한 스트레스를 받고 있었다.

3) 검사 소견

(1) 이학적 소견

① C-spine range of motion (ROM) test

Flexion 25, extension 25, lateral bending 25/25, rotation 30/30

② Lumbar spine (L-spine) ROM test

Flexion 30, extension 0, lateral bending 10/10, rotation 15/15

③ Deep tendon reflex (DTR)

Biceps ++, triceps ++

④ Special tests

Spurling (+/+)

Hoffmann sign (-)

Finger escape sign (-)

⑤ Manual muscle test (MMT)

Elbow flexion (C5): G3/G3

Wrist extension (C6): G1/G1

Elbow extension (C7): G3/G3

(2) 방사선적 소견

① C-spine MRI (일반)+T2-weighted sagittal

(September 13, 2025)

C3/4: compressive myelopathy, central and right sub-articular protrusion, right severe neural foraminal stenosis, intervertebral disc space narrowing, degenerative endplate changes (Figs. 1~3).

그 외: C2-7, T12-L1, L1-S1 stenosis, 전반적 disc degeneration, diffuse bulging disc, osteophyte, endplate irregularity

② Brain carotid+brain MRI+magnetic resonance angiography (MRA)+diffusion weighted imaging (DWI) (September 13, 2025)

DWI: unremarkable

Diffuse brain atrophy

Nonspecific T2 and Flair hyperintensities in the sub-cortical and periventricular white matter of the brain parenchyma

MRA: unremarkable

2. 치료방법

1) 침치료

오전, 오후 각 1회씩, 1일 2회 시행하고, 주 2회 도수 치료를 시행하는 날에는 환자의 컨디션에 따라 침치료를 1일 1회 시행하였다. 침은 일회용 멸균침(0.20×30 mm, 주식회사 행림) 사용하고, 자침 깊이는 10~20 mm, 초기에는 복와위로 양측 경부 天柱 (BL10), 肩髃 (TE14), 風府 (GV16), 脊中 (GV6)을 포함한 후경부, 양측 승모근, 양측 견갑 내연 부위의 阿是穴 및 양측 상·하지부 신경 주행 경로를 따라 자침하고 이후 증상이 호전됨에



Fig. 1. Cervical spine magnetic resonance imaging sagittal T2-weighted fast spin echo. The arrow shows intramedullary high signal in C3/4 (cervical spondylotic myelopathy).

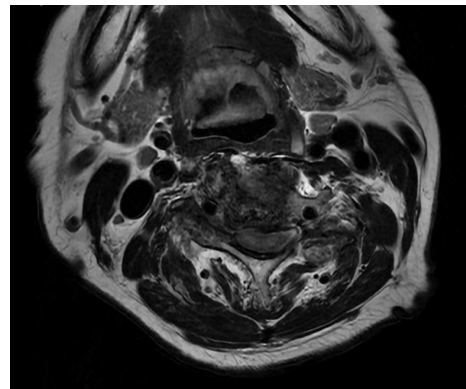


Fig. 2. Cervical spine magnetic resonance imaging axial T2-weighted image of C3/4 (cervical spondylotic myelopathy).

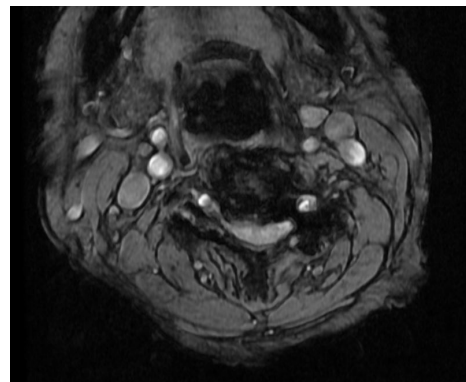


Fig. 3. Cervical spine magnetic resonance imaging axial T2*-weighted multi-echo recalled gradient echo of C3/4 (cervical spondylotic myelopathy).

따라 양와위로 양측 상·하지부 신경 주행 경로를 따라 자침하였다. 유침시간은 10분가량 하였고, 유침하는 동안 신경 주행 경로를 따라 자침 부위에 전침(STN-111, CellMac)을 3 Hz의 세기로 적용하며 유침 부위에 10분간 경피 적외선조사 요법을 병행하였다. 감염방지를 위해 시술 전후 알콜스왑(뉴클린스왑에이, ㈜메디탑)으로 소독하였다.

2) 봉/약침 치료

침치료와 함께 오전, 오후 각 1회씩 1일 2회 진행하였으며, 침치료 1회 받는 날에는 약침치료도 1일 1회 시행하였다. 신바로2 약침(자생한방병원 성남약침원의 탕전실)은 芍藥, 羌活, 獨活, 杜仲, 牛膝, 狗脊, 防風, 五加皮, 蜈蚣 등을 추출한 약침으로, 活血祛風止痛, 化濕消腫, 強筋骨 효능이 있다. 신바로2 약침을 편측 2 cc씩, 양측 4 cc를 일회용 주사기(3 mL, 26 G×38 mm; KOVAX-SYRINGE)를 사용하여 경부 척수증이 병변 부위 후관절부에 2 cm 또는 1 cm 깊이로 주입하였다.

봉약침 10% (자생한방병원 성남약침원의 탕전실)를 skin test 음성 확인 후, 편측 2 cc씩, 양측 4 cc를 일회용 주사기(1 mL/cc, 29 G×13 mm; INSULINE SYRINGE)로 상·하지부 신경 주행 경로를 따라 피하 주사하였다.

감염방지를 위해 시술 전후에 각각 포비돈(10% povidone iodine), 알콜스왑(뉴클린스왑에이, ㈜메디탑)으로 소독하였고, 시술 후 모아랩밴드(20 mm, MOALAB)를 부착하였다.

3) 부항 치료

환자의 컨디션에 따라 습식 부항 또는 건식 부항으로 肩井 (GB21), 肩髃 (LI15)에 시행하였으며, 유침 시 10분간 함께 시행하였다.

4) 한약치료

靑波煎H (狗脊, 杜仲, 防風, 五加皮, 牛膝 각 2 g, 白朮, 砂仁, 玄草, 天首根) 각 1 g, 甘草 0.7 g, 乾薑 0.5 g, 蜈蚣 0.1 g)와 신경바로환(人蔘, 茯苓, 牛膝, 狗脊, 附子, 萆薢 등)을 식후 30분, 1일 3회 복용하였다.

입원 6일차부터 컨디션 저하 호소하시어 雙敗湯 (甘草, 羌活, 桂枝, 桔梗, 當歸, 獨活, 薄荷, 防風, 芍藥, 生地黃, 柴胡, 前胡, 枳殼, 川芎, 荊芥) 식후 30분, 1일 3회 병

용하였다.

5) 물리, 도수치료

양방 협진하에 주 7회 물리치료(경피적전기신경자극 치료, 심층열치료, 표층열치료), 주 2회 전기 도수치료를 상완신경총 부위 위주로 시행하였다.

3. 평가 방법

1) Japanese Orthopaedic Association scoring system (JOA score)

JOA score는 1975년 JOA에 의해 개발되어 척수증 환자의 기능 상태를 평가하는 데 가장 흔히 사용되는 평가 도구이다. 상·하지 운동 기능, 상·하지 감각 기능, 체간 감각 기능, 방광 기능 평가로 구성되며 최소 0점, 최대 17점으로 구성된다. 13점 이상이면 경증, 9점 이상 13점 미만이면 중등도, 9점 미만이면 중증이다⁷⁾(Table I).

2) Nurick grading system

Nurick grading system은 1972년 Nurick이 만든 보행 평가 도구이다. 이 평가 도구는 환자의 자가 보행 능력에 초점을 두고 척수 압박으로 인한 장애 정도를 평가한다. 0등급(척수 병증 증상 없음)부터 5등급(중증 장애, 걸을 수 없음)으로 나뉘어져 있다⁸⁾(Table II).

3) Numerical rating scale (NRS)

NRS는 환자의 통증 정도를 평가하는 척도로, 환자가 직접 0~10 범위의 숫자를 이용해 통증 강도를 평가하는 도구이다. 본 연구에서는 환자의 감각 저하 및 방사통과 같은 자각 증상에 대해 매일 오전 8시, 동일한 시간대에 평가를 시행하였다.

4) 이학적 검사

ROM, DTR, Spurling test, Hoffmann sign, finger escape sign, MMT를 시행하였다. 본 연구에서는 입원 당일, 입원 8일차, 퇴원 날 시행하였다.

Table I. Criteria for Evaluation of the Cervical Spondylotic Myelopathy by the Japanese Orthopaedic Association Scoring System

Function	Score	Criteria
Upper extremity function	0	Impossible to eat with either chopsticks or spoon
	1	Possible to eat with spoon, but no with chopsticks
	2	Possible to eat with chopsticks, but inadequately
	3	Possible to eat with chopsticks, but awkwardly
	4	Normal
Lower extremity function	0	Impossible to walk
	1	Needs cane or aid on flat ground
	2	Needs cane or aid only on stairs
	3	Possible to walk without cane or aid, but slowly
	4	Normal
Sensory function		
Upper extremity	0	Apparent sensory loss
	1	Minimal sensory loss
	2	Normal
Lower extremity	0	Apparent sensory loss
	1	Minimal sensory loss
	2	Normal
Trunk	0	Apparent sensory loss
	1	Minimal sensory loss
	2	Normal
Bladder function	0	Complete retention
	1	Severe disturbance
		Inadequate evacuation of the bladder
		Straining
		Dribbling of urine
	2	Mild disturbance
		Urinary frequency
		Urinary hesitancy
	3	Normal

Table II. Nurick Grading System

Grade	Criteria
0	Signs/symptoms of root involvement but without evidence of spinal cord disease
1	Signs of spinal cord disease but no difficulty in walking
2	Slight difficulty in walking which did not prevent full time employment
3	Difficulty in walking which prevented full-time employment or the ability to do all housework, but which was not so severe as to require someone else's help to walk
4	Able to walk only with someone else's help or with the aid of a frame
5	Chair bound or bedridden

4. 임상적 경과

1) 보행 장애

타 병원에서 경추증성 척수증 진단을 받고 중증 보행 장애로 수술적 치료를 권유받았으나 보존적 치료를 희망하여 본원에 방문한 환자로, 입원 당일 양측 하지 근력 저하로 인해 자가 기립 및 보행이 불가하여 휠체어로 방문하였다. JOA score 7점(상지기능, 0; 하지기능, 0; 상·하지 및 체간 감각, 0, 1, 2; 방광기능, 4), Nurick grade 5등급을 확인하였다.

입원 2일차에 양측 하지로 힘이 조금씩 들어가는 느낌이이라며 보행기를 사용하여 약 10~12걸음 보행이 가능해졌다. JOA score 8점(상지기능, 0; 하지기능, 1; 상·하지 및 체간 감각, 0, 1, 2; 방광기능, 4), Nurick grade 4등급으로 향상되었다.

입원 8일차 Nurick grade 4등급으로 유지되었으나, 보행기 없이 자가 기립이 가능해졌고, 보행기로 복도 약 50~60걸음 보행이 가능해졌다.

입원 14일차 보행기 없이 자가 보행으로 약 12~15걸음 보행이 가능해졌으며, 혼자서 일어서고 앉기 및 화장실 사용 등 가벼운 일상생활이 가능할 정도로 보행 기능이 호전되었다. JOA score 11점(상지기능, 1; 하지기능, 2; 상·하지 및 체간 감각, 1, 1, 2; 방광기능, 4), Nurick grade 3등급, 감각저하 및 방사통 NRS 4점을 보였다.

입원 22일차부터 보행기 없이 자가 보행 및 일상생활을 하며 Nurick grade 2등급으로 호전되었고, 퇴원 시까지 유지되었다. 자력으로 차 타고 내리기, 계단 오르내리기가 가능하게 되었고, 이후 하지 근력 저하 증상을 더 이상 호소하지 않았다.

2) 이학적 검사

입원 당시, 보행 장애 외에도 양측 하완부터 수부까지 저림·따끔거림 및 감각이상을 호소하였으며, 악력 저하로 젓가락질, 단추 잠그기, 글씨 쓰기, 주먹 쥐기가 불가능하였다. C-spine, L-spine ROM은 현저히 감소되었고, 양측 Spurling test 양성, Hoffmann sign, finger escape sign은 음성, DTR 검사상 biceps 및 triceps 반사 ++로 퇴원 시까지 유지되었다. MMT에서 양측 elbow flexion (C5), elbow extension (C7) G3/G3 (우/좌), wrist

extension (C6) G1/G1을 보이고, 감각 저하 및 방사통 NRS 10점이었다.

입원 8일차부터 상지 근력이 점차적으로 회복되며 물건 잡기와 단추 빼기가 가능해졌다. JOA score 9점(상지기능, 1; 하지기능, 1; 상·하지 및 체간 감각, 0, 1, 2; 방광기능, 4), 감각저하 및 방사통 NRS 5점으로 호전을 보였다. MMT에서 wrist extension (C6)이 G2/G2로 개선되었다. C-spine, L-spine ROM이 퇴원때까지 지속적으로 개선되었다(C-spine ROM test flexion 30 to 35, extension

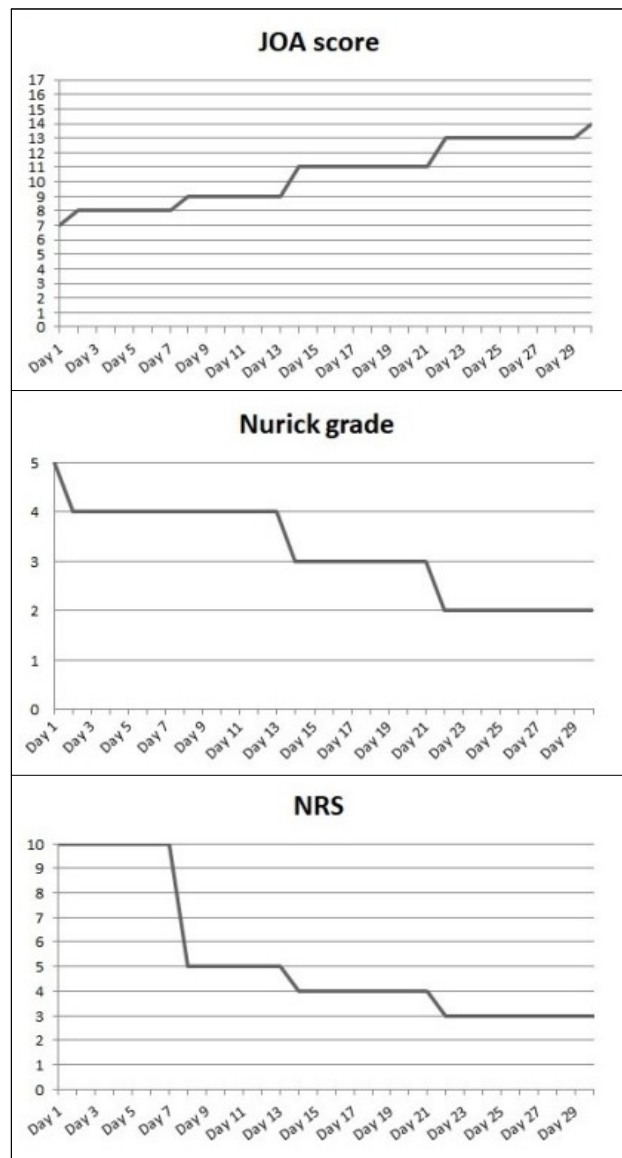


Fig. 4. Changes of JOA score, Nurick grade, NRS of the case. JOA score: Japanese Orthopaedic Association scoring system, NRS: numerical rating scale.

30 to 45, lateral bending 30/30 to 35/35, rotation 45/45 to 60/60, L-spine ROM test flexion 40 to 60, extension 10 to 10, lateral bending 10/10 to 20/20, rotation 20/20 to 20/20).

입원 14일차부터 느리지만 글씨 쓰기, 단추 잠그기가 가능해졌고, 양측 하완부 찌릿한 통증과 하지 소퇴부 감각 저하가 완화되어 JOA score 11점(상지기능, 1; 하지기능, 2; 상·하지 및 체간 감각, 1, 1, 2; 방광기능, 4)이었다.

입원 22일차 콩을 까서 옮기는 운동을 하며 전반적 근력의 호전을 보여 JOA score 13점(상지기능, 2; 하지기능, 2; 상·하지 및 체간 감각, 1, 2, 2; 방광기능, 4), 감각저하 및 방사통 NRS 3점으로 호전되어 퇴원 시까지 유지되었다.

입원 30일차(퇴원) 젓가락질은 여전히 서툴지만, 글씨 쓰기, 양손 주먹 쥐기, 단추 잠그기 및 풀기가 가능해졌고, 양측 하완부부터 수지부까지의 감각 이상은 사라지고, 경미한 저림 증상만 남아 JOA score 14점(상지기능, 3; 하지기능, 2; 상·하지 및 체간 감각, 1, 2, 2; 방광기능, 4)을 보였다. MMT에서 elbow flexion (C5), elbow extension (C7), wrist extension (C6) 모두 G4/G4로 개선되었다. 보행 장애뿐 아니라, 전반적인 경추증성 척수증 증상이 완화된 상태로 퇴원하였다(Fig. 4).

고찰

척수증은 척추관협착증, 추간관 탈출증, 퇴행성 추간관 질환, 자가면역장애, 감염, 외상 등으로 인한 척수 압박으로 발병할 수 있다. 주로 경추증성 척수증으로 나타나고, 나이가 들며 퇴행성으로 많이 발생하게 된다^{1,2,3,9}.

경추증성 척수증의 초기 증상인 감각 이상과 근력 저하는 비특이적이어서 다른 신경학적 질환과의 감별이 어렵고, 이로 인해 정확한 유병률 추정에 한계가 있다. 그러나 Smith 등¹⁰의 연구에 따르면 60세 미만의 경추 척수 압박의 유병률은 7%, 60세 이상은 35%로 연령 증가가 경추 척수 압박 발생과 관련이 있음을 알 수 있다.

척수증 환자들은 상·하지의 감각 이상과 근력 저하로 인해 젓가락질이나 단추 잠그기와 같은 세밀한 손 동작에 어려움을 겪고, 균형 저하와 보행 장애를 동반한

다. 질환이 진행되면 대·소변 기능 장애나 때때로 경·요추부 통증이 나타나기도 한다.

척수증 치료는 보존적 치료는 약물, 주사, 견인, 운동, 온열치료 등을 포함한 보존적 치료와 척수의 감압, 정렬 유지 및 회복을 목적으로 하는 수술적 치료로 나뉜다. 보존적 치료에도 지속 및 심화되는 증상, 신경학적 결손의 진행, 명확한 소견의 척수 압박이 보일 때 수술적 치료가 요구된다. Matz 등¹¹의 연구에 따르면 중증의 경추척수증은 수술적 치료를 고려해야 하며, 경증의 경추척수증도 수술적 감압술, 비수술적 치료를 시행한다. 본 증례 환자는 입원 당일 보행이 전혀 불가하여 보호자들의 부축 및 휠체어로 내원하였고 JOA score 7점으로 중증 경추증성 척수증임을 알 수 있다.

MRI T2 영상에서 압박되지 않는 부위와 비교하여 압박되는 부위에 고신호 강도가 보이면, 척수 내 신호 강도 변화가 있는 것으로, 척수의 손상을 의미하고, 이 경우에는 치료 후 회복률도 낮게 나타난다².

JOA score 7점, Nurick grade 5등급, C-spine MRI T2 영상에서 압박 부위의 척수 내 고신호 강도를 보인 점을 고려하면 본 증례 환자가 수술 적응증 환자임을 알 수 있다. 그러나 고령의 환자로, 수술 후 회복 지연, 감염 위험, 부작용 및 합병증 위험, 섬망, 인지 저하 등 여러 위험 요인들로 인해 수술적 치료를 선택하는 데 있어서 어려움이 있으며, 본 증례의 환자 역시 그러한 점에서 수술적 치료 대신 보존치료를 희망하여 치료를 진행하게 되었다.

척수증 증상은 精氣가 손상된 후 邪毒이 침습하여 나타나는 肢體筋脈弛緩, 軟弱無力, 手不能握物 足不能任身, 久則肌肉萎縮, 不能隨意運動 등으로, 한의학적 개념의 痿症으로 볼 수 있다. 痿症은 皮膚麻木, 肢體痿軟無, 외상 등에 의한 氣血不足과 근육의 失養으로 인한 肢節痛 및 활동 장애, 筋急, 筋攣, 骨枯髓減를 포함하며, 脾胃 運化 장애로 津液과 氣血이 부족해져 脈道不利, 肌肉消燬, 軟弱無力, 萎弱不用한 증상을 의미한다⁵.

痿症 치료는 病因 제거를 위한 약물, 침구 치료와 함께 재활 훈련을 병행하여 사지 기능의 회복을 목표로 해야 한다. 《素問·痿論》의 “治痿獨取陽明”은 脾胃의 調理를 위증 치료의 핵심으로 보고 있음을 알려주고, 脾胃의 기능이 건전하면 氣血津液이 충족되고 臟腑經絡과 皮肉筋骨이 濡養되어 痿症이 회복된다고 한다. 이에 따라

痿症 침구치료의 원칙은 調理脾胃, 補益後天, 強筋壯骨, 通經活絡, 陽明과 침범된 臟腑의 取穴이다⁵⁾.

Byun 등⁹⁾의 연구에 따르면 경추증성 척수증의 침구 치료에서 肩貞 (SI9), 肩外俞 (SI14), 肩中俞 (SI15), 足三里 (ST36), 風池 (GB20), 合谷 (LI4), 夾脊 (EX-B2), 後谿 (SI3), 曲池 (LI11), 手三里 (LI10), 申脈 (BL62), 陽陵泉 (GB34) 및 阿是穴이 많이 사용되고, 그 외에도 大椎 (GV14), 腎俞 (BL23), 天宗 (SI11), 방광경선상 부위로 부항, 수기치료 등이 사용된다. 본 증례에서는 환자 호소 증상에 따라 상·하지 방사통의 치료를 위해 신경 주행 경로를 따르는 阿是穴 중심으로 치료하였다.

약침요법은 한약재를 추출 및 정제하여 만든 약물을 병변 부위 또는 압통 부위 피하, 근육, 인대, 관절 및 관련 혈위 등에 주입하는 치료법이다. 신바로2 약침은 자생한방병원 원내처방 靑波煎을 바탕으로 개발된 약침으로, 羌活, 防風, 五加皮, 牛膝, 芍藥, 蜈蚣 등의 한약재 성분을 추출하여 만들어졌다. 羌活의 nodakenin, 防風의 imperatorin, 五加皮의 acantoside D, 牛膝의 20-hydroxyecdysone, 芍藥의 paeoniflorin, albiflorin 등의 성분들을 포함하여 항염증, 면역조절, 진통, 항산화 효과가 있다. 염증 부위를 직접 자극하여 손상된 신경, 인대, 근육의 회복을 돕고, 약해진 조직을 강화하여 척추 질환, 근골격계 질환, 신경계 질환 등에 활용할 수 있다¹²⁾.

蜂藥鍼 요법은 약침요법 중 하나로, 꿀벌의 蜂毒을 추출, 정제하여 통증 부위 또는 관련 혈위에 주입함으로써 소염, 진통, 항경련 등의 효과를 내는 치료 요법이다. 蜂毒의 성분 중, mellitin은 너하수체와 부신피질을 자극하여 catecholamine과 cortisone 분비를 촉진한다. Apamin은 신경계에 작용하여 부조화된 운동 항진에 영향을 미친다. 이 외에도 40여 가지 약성의 작용으로 항염증, 면역기능 조절, 신경계 흥분 조절을 통한 신경장애 개선, 혈액순환 개선, 동통 억제 등의 효과가 있다. 한방적으로는 苦, 辛, 有毒한 性味를 가져 祛風除濕, 止疼痛, 解癰平喘, 消腫降壓하는 효능이 있다¹³⁾. 임상적으로 퇴행성·류마티스 관절염, 자가면역계·골관절계·근육계·신경계 질환, 요각통, 오십견 등 각종 통증 질환에 활용할 수 있다.

靑波煎H는 harpagoside 성분이 있는 天首根을 포함한 당약으로 관절염과 혈액순환 장애에 효과적이며, 活血祛風止痛, 化濕消腫, 強筋骨의 효능을 가진다. 신경마로 환은 추간관 탈출증과 척추 관절 질환에서 근육과 인대

강화를 돕고, 補陽 작용을 통해 퇴행성 변화의 진행을 억제한다.

보행 장애는 경추증성 척수증의 핵심적인 임상증상으로, 보행 속도 저하, 보폭 조절의 어려움, 한 발 지지 시간 감소 등의 양상을 보인다¹⁴⁾. 보행 장애는 노년기에 특히 치명적이며, 단순한 이동 불편을 넘어 낙상, 골절, 외상 및 뇌 손상 위험을 증가시킨다. 또한 근육 감소, 일상생활 기능과 독립성 상실, 인지 기능 저하, 장기간 침상 생활로 인한 합병증 발생이 동반될 수 있다. 이러한 변화는 가동성 감소와 보행에 대한 두려움을 심화시켜 보행 의지 저하, 타인 의존적 생활, 부정적 감정 등 정신적 문제로까지 이어진다. 궁극적으로 보행 장애는 사망률 증가와도 관련된다⁶⁾. 본 증례의 경추증성 척수증 환자는 주사치료, 도수치료, 경구약 투여 등 보존적인 치료를 꾸준히 받았음에도 지속적인 감각 이상 및 중증의 보행 장애를 보여 수술적 치료를 권유받은 상태였다. 본원 외래 방문 당시 JOA score 7점, Nurick grade 5등급으로, 보행 장애를 주증상으로 하는 중증의 경추증성 척수증 환자였다. 또한 C-spine MRI T2 영상에서 명확한 척수 압박 및 병변 부위 척수 내 고강도 신호를 확인하여 신경학적 손상의 동반을 확인하였다. 그러나 이후 지속적인 한방치료로 JOA score 14점, Nurick grade 2등급으로 일상생활이 가능할 정도로 보행 기능 회복을 보였다.

이 연구는 단일 환자를 대상으로 한 연구로, 경추증성 척수증으로 인한 보행 장애 환자 전체에 일반화하여 적용하기에는 한계가 있다. 추후 경추증성 척수증으로 인한 보행 장애 환자에 대한 보존적 한방치료의 예후에 대한 다양한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

결론>>>>

경추증성 척수증 진단하에 수술 권유받은 중증 보행 장애 환자가 30일간의 입원 한방치료로 보행 장애와 감각 저하가 점진적으로 호전되었다. 경추증성 척수증의 핵심 증상인 보행 장애는 심화되는 신체적·정신적 문제로 심각한 삶의 질 저하를 초래하므로 본 증례와 같이 수술적 치료가 부담되는 보행 장애 척수증 환자에서 한방 보존적 치료를 시도해볼 수 있을 것으로 보인다.

References>>>>

1. Davies BM, Mowforth OD, Smith EK, Kotter MR. Degenerative cervical myelopathy. *BMJ*. 2018;360:k186.
2. Kim WJ, Kang JW, Park JG, Kim SK, Choy WS. Prognostic factors affecting the surgical outcome of the cervical myelopathy. *Journal of the Korean Orthopaedic Association*. 2006;41(3):476-82.
3. McCormick JR, Sama AJ, Schiller NC, Butler AJ, Donnally CJ 3rd. Cervical spondylotic myelopathy: a guide to diagnosis and management. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2020;33(2):303-13.
4. Law MD Jr, Bernhardt M, White AA 3rd. Cervical spondylotic myelopathy: a review of surgical indications and decision making. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 1993;66(3):165-77.
5. The Society of Korean Medicine Rehabilitation. *Korean medicine rehabilitation*. 5th ed. Paju:Globooks. 2020: 173-80.
6. Park KW. Gait disturbances in elderly life. *Journal of the Korean Neurological Association*. 2017;35(4 Suppl): 10-5.
7. Kato S, Oshima Y, Oka H, Chikuda H, Takeshita Y, Miyoshi K, Kawamura N, Masuda K, Kunogi J, Okazaki R, Azuma S, Hara N, Tanaka S, Takeshita K. Comparison of the Japanese Orthopaedic Association (JOA) score and modified JOA (mJOA) score for the assessment of cervical myelopathy: a multicenter observational study. *PLoS One*. 2015;10(4):e0123022.
8. Aziz RA, Gotecha S, Chugh A, Punia P. Comparison of Nurick score and modified Japanese Orthopaedic Association score as prognostic indices for surgical outcome in cervical spondylotic myelopathy cases: a prospective observational study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2025;19(4):PC05-9.
9. Byun DY, Lee GE, Roh JA, Kim HJ, Huh SW, Han SH. A review of the Korean traditional medicine for cervical spondylotic myelopathy. *J Korean Med Rehabil*. 2019;29(2):149-58.
10. Smith SS, Stewart ME, Davies BM, Kotter MRN. The prevalence of asymptomatic and symptomatic spinal cord compression on magnetic resonance imaging: a systematic review and meta-analysis. *Global Spine Journal*. 2021;11(4):597-607.
11. Matz PG, Holly LT, Mummaneni PV, Anderson PA, Groff MW, Heary RF, Kaiser MG, Ryken TC, Choudhri TF, Vresilovic EJ, Resnick DK; Joint Section on Disorders of the Spine and Peripheral Nerves of the American Association of Neurological Surgeons and Congress of Neurological Surgeons. Anterior cervical surgery for the treatment of cervical degenerative myelopathy. *Journal of Neurosurgery: Spine*. 2009;11(2):170-3.
12. Kim Y, Han Y, Choi S, Jo J, Jeon B, Woo H, Ha W, Lee J. Domestic clinical research trends of Shinbaro pharmacopuncture: scoping review. *J Korean Med Rehabil*. 2023;33(4):125-44.
13. Lee JD. Bee-venom therapy: method of clinical approach. *Journal of Korean Oriental Medicine*. 2000;21(3):3-8.
14. Malone A, Meldrum D, Bolger C. Gait impairment in cervical spondylotic myelopathy: comparison with age- and gender-matched healthy controls. *European Spine Journal*. 2012;21(12):2456-66.