

좌골신경통

개요

• 등록일자 : 2020-04-22 • 업데이트 : 2023-08-14 • 조회 : 44141 • 정보신청 : 102

개요

좌골(坐骨)은 의자나 바닥에 앉았을 때(坐) 바닥에 닿는 부위로, 허리뼈 아래 엉치뼈(천골[薦骨]) 옆으로 넓게 모양으로 붙어있는 장골(髌骨), 엉부를 둘러싸는 치골(恥骨)과 함께 골반을 둘러싸는 골반뼈를 이룹니다. 좌골신경은 좌골 안쪽으로 제4허리뼈부터 제3엉치뼈에 걸쳐 척수에서 나오는 신경뿌리(신경근[神經根])들이 모여서 만드는 말초신경으로 몸 전체에서 가장 길고 굵은 신경입니다. 좌골 안쪽을 지나서 다리로 내려가기에 좌골신경이라는 이름이 붙여졌습니다. 제2, 3, 4허리뼈의 신경뿌리들이 모이는 넓적다리신경[대퇴신경(大腿神經)]과 함께 다리의 가장 중요한 두 신경 중 하나입니다. 넓적다리신경은 넓적다리의 앞쪽으로 내려와 안쪽 장딴지에서 끝나는 신경이며, 넓적다리 신경을 제외한 모두는 실질적으로 좌골신경에 지배한다고 할 수 있습니다.

개요-정의

좌골신경통은 의학용어임에도 불구하고 일반인들 스스로 잘 알고 있다고 생각할 만큼 익숙하게 쓰이는 용어입니다. 좌골신경통은 요통(腰痛)과 서로 혼동되어 쓰이는 경우가 있지만, 요통은 허리에 국한되어 아픈 경우를 말하고, 좌골신경통은 허리나 엉덩이에서 시작하여 다리로 뻗어 가는 듯한 아픈 것을 말합니다. 좌골신경통을 우리말로 순화하여 공동신경통이라고도 합니다. 좌골신경통은 글자 그대로 '좌골신경이 아프다'라고 볼 수도 있겠지만, 정확하게는 '좌골신경'(坐骨神經, 혹은 공동신경)과 '신경통'(神經痛)이 합쳐진 용어라 할 수 있습니다.

〈그림. 좌골신경과 좌골신경통〉



그럼 신경통(神經痛)이란 무엇일까요?

외상으로 골절이나 타박상을 입거나, 감기몸살로 발열이 있을 때 생기는 통증은 정상적인 생리 반응으로 몸통증이라 합니다. 염증의 신호를 감각신경이 받아 통증을 느끼는 것입니다. 이와 달리, 신경 자체에 병이 발생하여 신경에서 자발적으로 비정상적인 통증 신호를 지속적으로 발생하는 경우를 신경병증성 통증, 줄여서 신경통이라고 합니다. 신경통의 통증은 만성적으로 지속되며 상대적으로 몸통증에 비해 관리가 어려운 경우가 많습니다. 신경에 병이 생기는 원인은 매우 다양하지만, 좌골신경통의 경우엔 대부분 신경이 압박되어 발생하는 경우가 많습니다.

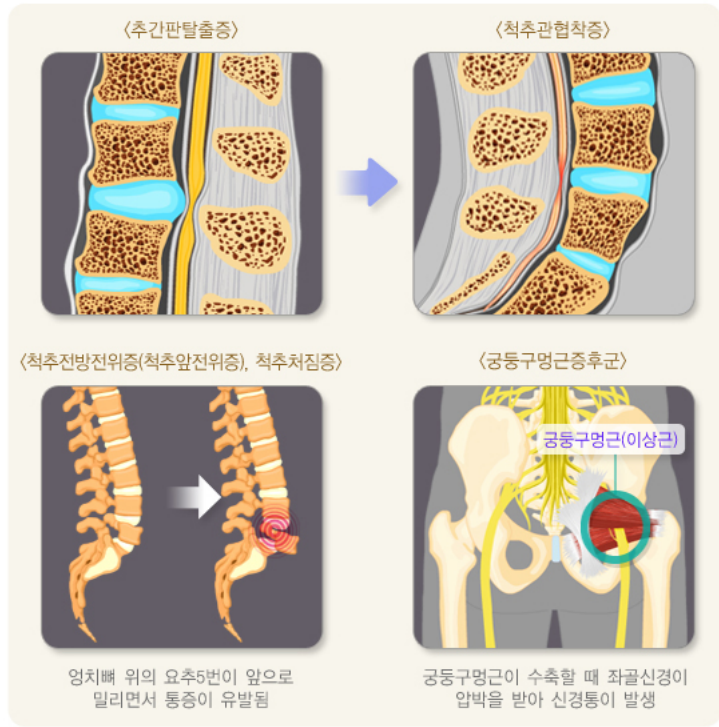
좌골신경통을 이야기할 때, 주의할 점으로 단순 요통과는 분명 구분 되어야 합니다. 요통은 매우 흔해 전체 인구의 70% 이상이 일생 동안 한번씩은 경험하는 것으로 알려져 있습니다. 요통 환자의 85%정도에서 검사를 해도 원인이 될 만한 질환이 없으며, 이를 단순 요통이라 합니다. 나머지 10여%에서는 다양한 질환을 확인할 수 있는데 1~3%에서 허리추간판탈출증이 있습니다.

요통이 있는 환자에서 감염, 류마티스질환, 종양 등의 기질적인 원인 질환을 의심해야 할 경우로, 20세 이하이거나 55세 이상, 최근의 심한 외상, 침상 안정에도 호전되지 않는 통증, 중부 통증, 과거 악성 종양의 병력, 스테로이드의 장기 사용, 약물 남용, 전신 쇠약, 설명되지 않는 체중 감소, 말초증후군을 포함한 신경학적 증상, 구조적인 이상, 발열 등이 있습니다. 단순 요통은 90%이상에서 6주 이내에 자발적으로 회복하며, 2~7%의 환자가 3개월 이상의 만성 요통으로 진행합니다.

개요-원인

좌골신경통의 90% 이상이 허리추간판탈출증(일반인들이 흔히 하는 말로 '허리디스크')으로 추간판이 신경뿌리를 눌러서 발생하게 되며, 허리척추 4번째 및 5번째 사이 혹은 허리척추 5번째 및 엉치척추 1번째 사이에서 잘 생깁니다. 허리뼈관협착증('허리척추협착증'), 공동구멍근증후군(piriformis syndrome, 좌골신경이 공동구멍근이 수축할 때 압박을 받아 신경통이 발생한다)이나 드물게 종양 등의 원인으로 발생할 수 있습니다.

〈그림. 좌골신경통의 주요 원인〉



좌골신경통은 추간판탈출증으로 어느 정도 압박되는가에 따라 발생하는 것이 아니라, 국소 염증 및 면역학적 과정이 주로 관여한다고 알려져 있습니다. 그래서 추간판탈출증의 정도와 좌골신경통은 직접적인 상관 관계가 뚜렷하지 않습니다.

개요-경과 및 예후

일반적으로 자연 회복되는 경우가 많습니다. 아무런 조치 없이도 50%는 10일 이내에, 75%는 4주 이내에 통증이 호전됩니다. 그러나 약 30%의 환자는 1년 이상 지속적인 통증을 경험하게 되며 이들에게는 좌골신경통으로 인해 업무나 취미 활동에 어느 정도 제약이 있는 경우가 흔합니다.

자연적으로 회복되지 않고 증상이 더 악화되는 일부 환자의 경우 척추관을 지나는 신경뿌리를 압박하여 말총증후군, 신경뿌리병증이 발생하여 양 다리의 힘이 빠지고, 감각이 무뎌지며, 배뇨 곤란이 발생할 수 있습니다. 물론 이런 경우는 수술적 치료를 적극적으로 고려해야 합니다. 척추관협착증 환자들은 오래 걸다 보면 다리의 통증과 힘빠짐이 발생하고, 쉬면 다시 회복되는 간헐적파행 증상이 발생할 수 있습니다.

역학 및 통계

좌골신경통의 발생빈도는 매우 흔하여, 요통이 있는 환자의 5~10%에서 좌골신경통도 함께 있는 것으로 알려져 있습니다. 일 년 기간 동안에는 전체 인구의 2% 정도가, 평생에 걸쳐 보자면, 전체 인구의 13~40%가 적어도 한번쯤은 좌골신경통을 경험하는 것으로 추정하고 있습니다. 많은 환자들이 과거(예를 들어 20대)에 허리 통증이 있었다고 기억하는 경우가 많습니다.

남녀간에는 차이가 없으며, 40대에서 60대에 주로 발생합니다. 키가 클수록, 흡연자 일수록, 그리고 정신적인 스트레스가 많을수록 잘 생긴다고 합니다. 직업적으로는 무거운 물건을 들어야 하는 강한 육체적 강도의 직업, 운전을 직업으로 가진 이에서 보다 흔합니다. 특히 구부정하게 몸통을 구부리거나 비틀어 일하거나, 팔을 어깨위로 들어올리는 자세인 경우 좌골신경통의 빈도가 앞서서 일하는 사무직에 비해 2~3배 높습니다

증상

좌골신경은 허벅지 바깥쪽, 종아리의 바깥쪽과 뒤쪽, 그리고 발목 안쪽 복숭아뼈 주변을 제외한발의 거의 모든 부분의 감각을 지배합니다. 좌골신경이 손상되어 좌골신경통이 발생하면, 이 감각 지배 부위를 따라 통증이 발생합니다. 통증은 주로 띠 모양으로 엉덩이나 허벅지 바깥쪽에서 시작해서 종아리 바깥쪽과 뒤쪽으로 내려오는 것이 일반적입니다. 또한 통증은 주로 날카로운 양상으로, 환자마다 다양한 단어로 설명을 하는데, 주로 표현하기로는 ‘저리다’. ‘아리다’ ‘전기 오듯 찌릿하다’, ‘칼로 저미는 듯 하다’라고 합니다. 통증은 지속적인 경우도, 간헐적인 경우도 있습니다. 화장실에서 배변을 하거나 무거운 것을 들 때, 기침을 하는 등, 순간적으로 복압이 증가될 때 통증이 유발될 수 있습니다.

진단 및 검사

좌골신경통은 하나의 증상이지 최종적인 진단명은 아닙니다. 우선, 증상이 좌골신경통에 합당한가를 판단합니다. 앞에서 설명한 양상의 다리로 뻗치는 통증인지 의사는 환자의 설명을 듣고 판단합니다. 요통이 동반된 경우도 많으며 일부에서는 통증이 있는 부위로 감각 기능이 저하되어 있을 수도 있습니다.

이학적 검사로는 뻘은발울림검사(하지직거상검사)가 대표적입니다. 침대에 바로 누운 채 아픈 다리를 뻘은 채 들어 올리다 보면 올린 각도가 30도~70도 사이에서 허벅지 및 종아리 뒤쪽으로 통증이 유발됩니다. 이 때 뻘은발울림검사 양상으로 판단합니다. 이 검사는 많은 좌골신경통 환자에서 양상으로 나타나지만, 특이도가 떨어지는, 즉 좌골신경통이 없는 단순 요통 환자에서도 양상으로 나타나는 경우가 많은 단점이 있습니다.

〈그림. 뻘은발울림검사(하지직거상검사)〉

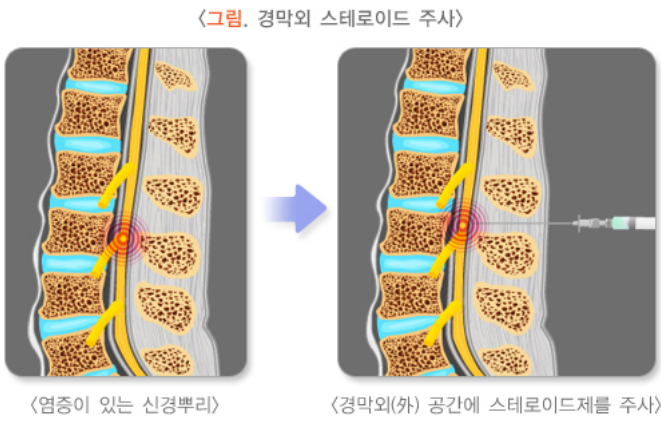


좌골신경통의 대부분의 원인은 허리추간판탈출증입니다. 다른 신경학적 장애가 동반되지 않고 병력에서 감염이나 종양 등의 다른 원인이 특별히 의심되지 않는다면, X선 검사, 허리의 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등의 더 이상의 검사 없이 보존적 치료를 하면서 경과를 볼 수 있습니다. 그러나, 보존적 치료를 2~3 개월간 한 뒤에도 통증이 지속되고, 다리의 힘 빠짐 등의 다른 신경학적 장애가 동반된다면 수술적 치료를 고려해야 하며 이 때는 추간판탈출증이 어느 부위에 어느 정도로 있는지 신경뿌리와의 상관 위치는 어떻게 되는지 판단하기 위해 CT나 MRI를 시행하게 됩니다.

주의할 점으로 좌골신경통 환자에서도 영상에서 추간판탈출증이 뚜렷하지 않은 경우가 많습니다. 또 이와는 반대로 좌골신경통의 증상이 전혀 없는 건강한 사람에서도 20~30%는 CT나 MRI에서 추간판탈출증이 확인됩니다. 그러므로, 추간판탈출증 수술을 할 것인가, 한다면 어느 부위를 할 것인가를 판단하는 과정은 면밀한 임상적 소견의 분석을 필요로 합니다.

치료

크게 비수술적 치료와 수술적 치료로 나눌 수 있습니다. 비수술적 치료로는 통증 자체를 경감시키기 위한 약제 복용, 경막외 스테로이드 주사 등의 약물 치료나 신경뿌리의 압박을 경감시키기 위한 침상 안정, 견인치료, 코르셋 착용, 척추 수기(手技) 등이 있습니다. 침상 안정과는 반대로 운동 등의 적극적인 물리치료를 시도하기도 합니다.



주로 사용되는 약물로 비스테로이드성 소염진통제, 근육이완제뿐만 아니라, 신경에 직접 작용하는 약물로 항경련제, 삼환계항우울제, 세로토닌-노르아드레날린 재흡수억제제, 마약성 진통제 등이 사용될 수 있습니다. 이런 다양하게 많은 비수술적 치료법들은 주로 소규모의 환자군을 대상으로 한 연구들이 대부분이며, 아직 좌골신경통 환자에서 대조군을 포함한 무작위배정 맹검 임상 시험으로 꾸준히 위약군에 비해 치료 성적이 우월하다는 근거를 보여주지 못했습니다. 오랫동안 실제 진료 현장에서 많이 적용되는 경막외 스테로이드 주사는 단기적인 통증 완화에 효과가 있습니다.

수술적 치료는 탈출된 추간판 조각을 제거하거나 신경뿌리가 나오는 척추사이구멍의 협착을 없애 좌골신경통과 그와 연관된 신경학적 장애의 개선을 목적으로 합니다. 간과해서는 안될 점으로 허리 통증의 완화를 일차 목적으로 하지는 않습니다. 배뇨곤란, 하지 위약 등의 증상을 가지는 말초증후군은 즉각적인 수술을 필요로 하며, 허리신경뿌리병증(요추신경근병증)의 소견, 즉, 다리의 위약이나 감각 이상 등의 신경학적 이상, 좌골신경통이 비수술적 치료를 받고도 4~6주 이상 지속될 경우 수술적 치료를 고려할 수 있습니다.

수술법은 매우 다양하여 미세 수술로 다양한 방법으로 신경을 압박하는 추간판만 제거하거나 전통적인 방법으로 척추후궁절제술, 척추유합술 등이 있습니다. 연구들에서 좌골신경통의 임상적 호전은 위약군에 비해 화학핵소체용해술(chemonucleolysis)에서, 그리고 화학핵소체용해술에 비해 수술적 치료군에서 보다 명백하였습니다. 그러므로, 적어도 4주 이상 지속적인 보존적 치료로도 호전되지 않는 환자들을 대상으로 수술적 치료는 효과적인 적용될 수 있는 치료법입니다. 그러나, 수술은 회복 기간의 단축 등의 단기적인 효과는 뚜렷하나 수 년 이상의 경과를 보았을 때는 비수술적 치료를 받은 군과 비교해서 차이가 없었습니다. 현재 다양한 수술법이 제시되고 있는데, 아직 특정 수술법이 다른 것과 비교해서 우월한지 여부는 확인되지 않았습니다. 그러므로 평균 1~3%의 출혈, 감염, 경막 손상 등의 수술 합병증을 포함하여 수술로 가질 수 있는 이득과 위험성을 치료자인 의사와 상의, 판단하고 최종적으로는 환자 스스로의 선택에 따라 치료 방침을 정하는 것이 바람직합니다.



본 공공저작물은 공공누리 “출처표시+상업적이용금지+변경금지” 조건에 따라 이용할 수 있습니다.

☰ 목록

[개인정보처리방침](#) [개인정보이용안내](#) [저작권정책 및 웹접근성](#)

[28159] 충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 187 오송보건의료행정타운 내 질병관리청
문의사항: 02-2030-6602 (평일 9:00~17:00, 12:00~13:00 제외) / 관리자 이메일 : nhis@korea.kr
COPYRIGHT © 2024 질병관리청. ALL RIGHT RESERVED

해외기관

유관기관

정부기관

※ 본 페이지에서 제공하는 내용은 참고사항일 뿐 게시물에 대한 법적책임은 없음을 밝혀드립니다. 자세한 내용은 전문가와 상담하시기 바랍니다.

