

건강정보

- 건강문제
- 치료방법
- 검사방법
- 생활습관 관리

심뇌혈관질환정보

약품/식품정보

장애/재활정보

희귀질환정보

암정보

응급상황정보

해외감염병정보

정신건강정보

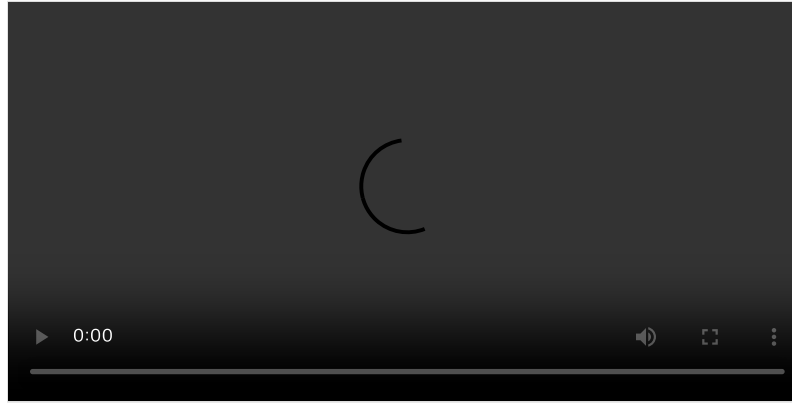
척추관 협착증

개요

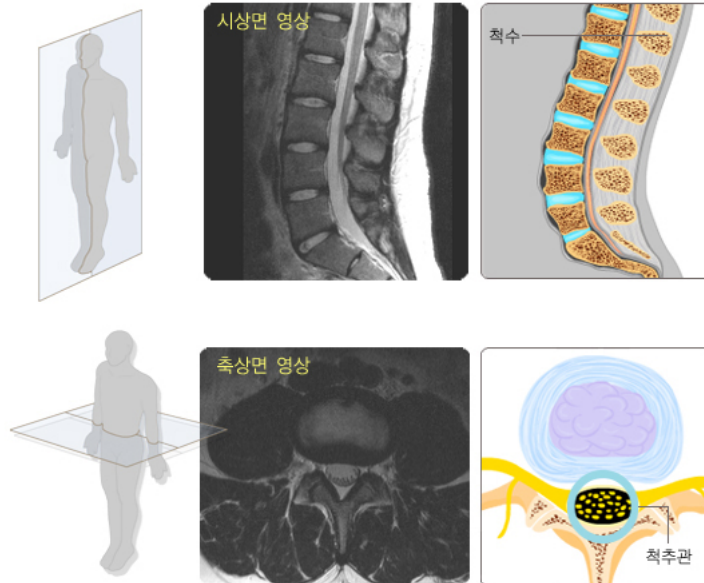
등록일자 : 2020-05-05 업데이트 : 2023-09-12 조회 : 39823 정보신청 : 108

개요

척추관(spinal canal)이란 앞으로는 척추뼈의 앞부분인 추체(vertebral body), 추간판(디스크, intervertebral disc), 뒤로는 척추뼈의 뒷부분인 추궁판으로 둘러싸여 있는 공간입니다. 척추관(spinal canal)은 두개골 하부로부터 경추, 흉추, 요추, 천추로 연결되며 척추관 내에는 상요추까지는 연수에서 연장되는 척수가, 그 하부에는 척수에 연결되는 신경근의 다발인 마미(cauda equine)가 존재합니다.

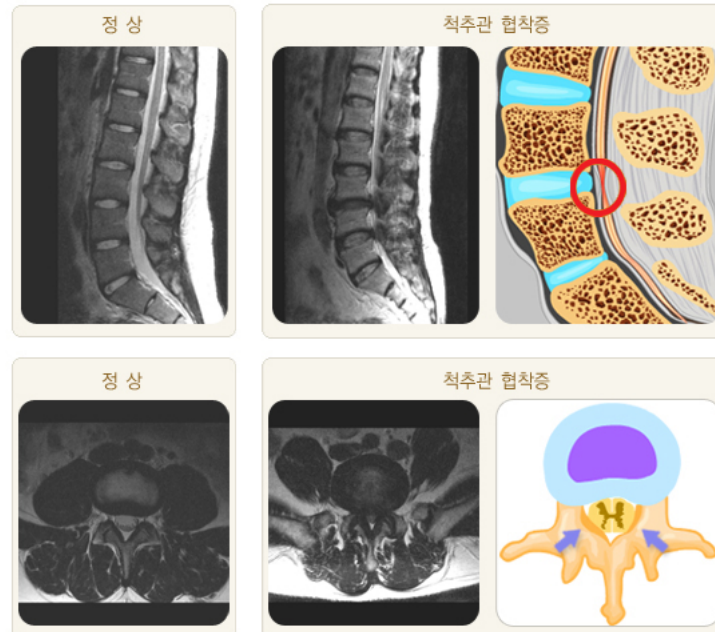


〈그림. 정상 요추부 자기 공명 영상(MRI)〉



척추관 협착증이란 신경이 지나가는 통로인 척추관이 좁아진 상태를 말하며 척추관 협착증이란 용어는 주로 요추부(허리)에서 사용합니다. 아래 그림은 척추관 협착증 환자의 자기 공명 영상(MRI) 사진으로, 정상에 비하여 척추관이 좁아져 신경이 압박받고 있는 것을 볼 수 있습니다.

〈그림. 척추관 협착증 환자의 요추부 자기 공명 영상(MRI)〉



개요-정의

척추관 협착증은 척추관, 혹은 추간공(intervertebral foramen)의 협착으로 인해 마미(馬尾, 척수 하단의 말꼬리 형태의 신경근 다발) 혹은 신경근을 압박하여 간헐적 파행(intermittent claudication)을 포함하는 여러 가지 신경 증상을 일으키는 질환으로 정의됩니다.

개요-종류

중심성 척추관 협착증의 절대적 기준은 전산화 단층 촬영(Computed tomography, CT) 검사에서 척추관의 전후방 길이가 10mm보다 작은 경우로 정의하며, 상대적 협착증은 13mm보다 작은 경우로 정의합니다.

요추의 한 분절은 3개의 관절 복합체로 구성되어 있는데 이는 두 개의 후관절과 한 개의 추간판(디스크)입니다. 먼저 추간판의 퇴행성 변화가 발생하여 추간판 간격이 좁아지고 이로 인하여 후관절에 가해지는 하중 특성이 변화하게 됩니다. 이후 후관절막이 변성되어 비정상적 운동이 일어나고, 이것은 후관절의 퇴행성 변화, 비후 및 황색 인대의 비후를 유발하게 됩니다. 이러한 일련의 퇴행성 변화로 척추관의 용적이 감소하게 됩니다.

중심성 척추관 협착증은 황색 인대 비후, 추간판 돌출, 척추 전방 전위증, 후관절 비후, 퇴행성 후관절 낭종 등으로 발생합니다. 보통 중심성 척추관 협착증은 추간판 부위에서 비후된 후관절이 척추관 내로 침입하여 발생하는데 상위 척추의 하관절 돌기가 비후된 것이 주요인입니다. 연부 조직 비후로 인한 척추관 협착증은 중심성 척추관 협착증의 40%를 차지하는데, 추간판 간격이 좁아지며 후관절의 아탈구가 발생하여 척추관의 상하 길이가 감소한 결과로 기인합니다. 즉, 황색 인대, 후관절막, 후궁 인대 등의 연부 조직이 척추관 횡단면의 상당 부분을 차지하여 척추관 협착증을 유발합니다. 상기한 **연부 조직**에 의한 척추관 협착증 환자는 허리를 펼 때 황색 인대가 척추관내로 감입하여 협착의 정도가 심하게 되므로 허리를 펼 때 증상이 악화됩니다.

외측 요추부 척추관 협착증은 전체 요추부 신경근병증의 8~11%를 차지하며, 외측 요추관 협착증은 다음과 같은 세 부분으로 나눌 수 있습니다.

1) 입구(entrance zone, lateral recess, 외측 함요부)의 협착증

2) 중간부(mid zone)의 협착증

3) 출구(exit zone, 추간공)의 협착증

외측 함요부

외측 함요부는 후면은 상관절 돌기, 내측은 경막, 외측은 척추경, 전방은 추체 및 추간판으로 둘러싸인 공간으로 이 공간에서 신경근이 뇌척수액과 신경근막에 둘러싸여 나오기 시작합니다. 정상 외측 함요부는 최소 높이가 5mm 이상이며 3~4mm만 되어도 외측 함요부 협착증입니다.

중간부는 후방은 협부(pars interarticularis), 상부는 척추경, 전방은 추체, 내측은 척추관으로 이루어진 공간으로 신경근이 하외측에 있는 추간공을 향하여 주행합니다. 이 부위에서 신경근의 압박은 협부의 결손으로 비후된 섬유연골 조직에 의하여, 추체의 회전 변형이 있는 경우 척추경에 의하여, 또는 추간판 간격이 비대칭적으로 감소된 경우에 발생합니다.

출구인 추간공은 상, 하부는 척추경, 전방은 추체, 추간판, 후방은 후관절 및 황색 인대로 둘러싸이며, 정상 추간공의 높이는 20~30mm이고 폭은 8~10mm이며 넓이는 40~160mm²입니다. 추간공의 높이가 15mm 이하이거나 후방 추간판 높이가 4mm 이하이면 추간공 내 신경근 압박이 발생합니다.

추간공 협착의 원인은 정적인 경우와 동적인 경우가 있으며, 정적인 원인은 퇴행성 척추증으로 추간판 간격의 감소, 하위 후관절의 전방 및 상방으로의 전위에 의하여 추간공 협착이 발생합니다. 또한 전방에서는 추간판 돌출에 의하여 또는 추체 연골 종판의 골극(퇴행성 변화로 인한 가시같이 자라난 뼈) 형성에 의하여 추간공 협착이 발생할 수 있습니다. 일반적으로 허리를 구부릴 때 추간공의 용적은 12% 증가하나, 허리를 펼 때 추간공의 용적은 15%감소하기 때문에 허리를 구부릴 때보다는 펼 때 추간공에서 신경근 압박이 발생되기 쉽다는 점에서 동적인 원인을 설명할 수 있습니다.

추간공 협착은 척추 수술 실패 증후군의 주요 원인으로 수술 후 증상이 남아있는 경우의 60%가 수술할 때 추간공 내에서 신경근이 압박되는 것을 알지 못하여 추간공 내 압박되는 신경근의 감압(눌리는 것을 풀어줌)을 하지 못하였기 때문입니다.

개요-원인

가장 널리 사용되는 척추관 협착증의 발생 원인에 따른 분류는 다음과 같습니다.

<div> <div>1. 선천성, 발육성 척추관 협착증</div> <div> <div>° 특발성</div> <div>° 연골 무형성증</div> </div> </div>
<div> <div>2. 후천성 척추관 협착증</div> <div> <div>1) 퇴행성</div> <div> <div>° 척추관 중심부</div> <div>° 척추관 주변부</div> <div>- 외측 함요부, 신경근관</div> <div>- 추간공</div> <div>° 퇴행성 전방 전위증</div> </div> </div> <div> <div>2) 혼합형 (선천성, 퇴행성, 또는 추간판 탈출증의 혼합)</div> </div></div>
<div> <div>3) 척추 분리형 척추 전방 전위증</div> </div>
<div> <div>4) 의인성</div> <div> <div>° 추궁판 절제술 후</div> <div>° 척추 고정술 후</div> </div> </div>
<div> <div>5) 외상성</div> </div>
<div> <div>6) 기타</div> <div> <div>° Paget 씨 병</div> <div>° 불소 침착증</div> </div> </div>

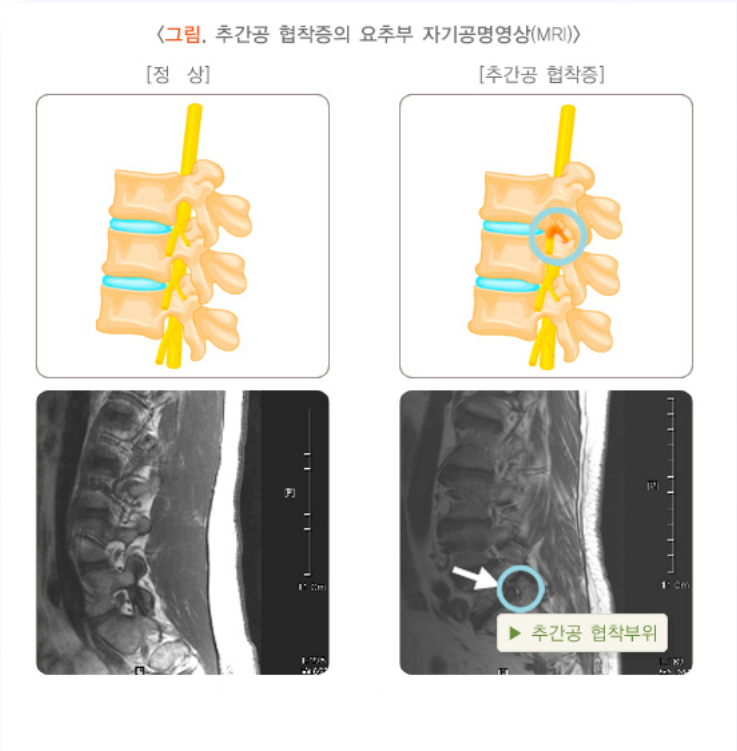
선천성, 발육성 척추관 협착증은 연골 무형성증의 왜소증에서와 같이 척추경 사이 거리가 요추 **원위부**로 가면서 좁아지는 특징적인 형태를 보이면서 나타나거나 짧은 척추경을 가진 정상 키의 사람에서도 나타납니다. 이러한 선천성 척추관 협착증은 짧은 척추경으로 인하여 정상인의 척추관이 원형인데 비하여, 삼엽성(三葉性) 척추관을 가지며 전후간 척추경의 감소로 중심성 협착을 일으킵니다. 선천성, 발육성 척추관 협착증은 척추관에 여유 공간이 없기 때문에 퇴행성 변화가 시작되는 연령인 30대 초반에 흔히 그 증상을 나타냅니다.

가장 많은 퇴행성 척추관 협착증은 50대와 60대에 시작되며 중심성 협착 외에도 외측 함요부 및 추간공 협착이 흔한 증상입니다. 제 4~5 요추 사이에 가장 많이 발생하며 제 3~4 요추 사이 및 제 5 요추~제 1천추 사이에도 호발합니다.

이러한 퇴행성 척추관 협착증은 과거에는 남자에서 많은 것으로 보고되었으나 최근의 보고는 여성에 좀 더 호발하는 경향을 보여주며 우리나라에서도 비슷한 양상을 보이고 있습니다. 특히 퇴행성 척추 전방 전위증의 경우 여자에서 4~6배 호발하며 이것은 호르몬의 영향으로 인해 인대가 이완되기 때문에 유발되는

것으로 이해되고 있습니다.

많은 질환이나 증후군이 척추관 협착증의 발생에 관여될 수는 있으나 대부분이 직접적인 원인으로 작용하는 경우는 드물며, 이러한 질환들에 의한 척추관 협착증에서는 통상적인 협착증보다는 좀 더 이른 연령에 퇴행성 변화를 수반하여 그 증상이 나타나게 됩니다.



역학 및 통계

요추 척추관 협착증의 정확한 유병율은 알려져 있지 않으나 미국에서 수행된 한 연구에서는 전체 인구의 22.5%가 상대적인 척추관 협착증이 있으며, 60대로 인구 집단을 한정했을 때에는 47.2%가 상대적인 요추관 협착증에 해당한다고 보고하였습니다. 그 외 다른 연구들에서도 요추 척추관 협착증의 발생율이 약 10% 정도에 해당한다고 보고하였으며, 나이가 많아질수록 발생율은 증가하는 것으로 나타났습니다.

증상

척추관 협착증은 대부분 퇴행성에 의한 것이기 때문에 초기의 증상은 퇴행성 척추염과 비슷하여 서서히 시작됩니다. 허리에 막연한 무지근한 통증과 뻣뻣함이 나타나는데 습하고 찬 기후에 악화되고 따뜻하게 해 주면 완화됩니다. 또한 활동에 의하여 악화되고 안정을 취하면 호전되는 것이 전형적인 양상입니다.

문화적 배경이나 관습, 개인의 경험적인 요소나, 통증에 대한 민감도에 따라 병원에 오지 않고 수년간 지내기도 하며 증상이 악화되었을 때 의사를 찾기도 하지만, 대부분은 증상에 따라 자연적인 현상으로 받아들이고 불편함을 받아들입니다. 일반적으로 증상이 자주 발생하고 심해질 때, 특히 보행이나 시장에 가는 등의 일상적인 활동이 지장 받을 때 의사를 찾아오게 되며 이 시기가 되면 증상은 신경성 간헐적 파행(걸으면 아프고 멈추면 통증이 덜해지는 증상)에 좀 더 가까워지고 통증, 마비, 경련, 저림, 근력 약화 등이 나타납니다.

환자의 85%는 둔한 쓰시는 통증을, 57%는 감각 이상을, 47%는 하지 근력의 약화를, 15%는 쥐가 나는 감각을 느낍니다. 증상은 요배부(허리)와 둔부(엉덩이)에서 시작하며 점차 무릎 쪽으로 퍼져가며 흔히 피부 신경 분포의 양상과는 일치하지 않습니다. 하지의 증상은 일반적으로 비대칭적으로 한쪽 다리에 나타나지만 양쪽 다리에 나타날 수도 있습니다. 한쪽 피부 신경 분포에 따라 나타나는 증상은 전형적인 신경근 병변으로 심한 추간공 혹은 외측 함요부 협착에서 흔히 볼 수 있습니다. 좌골신경통 증상이 갑자기 나타나거나 심해지는 것은 기존 척추관 협착증에 수핵(디스크) 탈출증이 함께 있을 가능성을 시사합니다.

척추관의 크기는 자세에 따라 달라지기 때문에 일반적으로 허리를 펴 때 증상은 악화되고 구부릴 때 호전됩니다. 서거나 허리를 편 자세에서 증상이 나타나는 환자의 경우 앉아서 허리를 구부리면 80%가, 단지 허리를 구부리는 것만으로도 75% 이상이 그 증상이 완화되는 것을 경험합니다. 환자들은 대부분 그들의 증상을 분명하게 설명은 못하지만 구부리고 앉거나 의자나 전봇대에 혹은 벽을 짚고 구부리면 증상이 완화된다는 것을 알고 있습니다. 많은 환자는 수개월에 걸쳐 쉬지 않고 걸을 수 있는 거리가 점차 감소하는 것을 경험합니다. 얼마 걷지 못한다 할지라도 허리를 구부리게 되는 자전거 타기는 지장을 받지 않습니다. 나이가 많은 협착증 환자에서 유인원처럼 구부정한 자세를 하는 것을 흔히 볼 수 있습니다.

진단 및 검사

척추관 협착증의 진단에서 가장 중요한 것은 병력 청취입니다. 즉 환자의 주 증상이 무엇인지 그리고 척추관 협착증의 가장 중요한 증상인 신경인성 파행이 있는지 확인하여야 합니다.

신경인성 파행이란 보행을 하면 하지의 통증이 발생하는 것으로 첫째, 얼마나 멀리 걸을 수 있는지, 둘째, 걷지 못하게 하는 직접적인 증상이 무엇인지, 셋째, 이때 나타나는 증상은 어떠한 것이고 움직이지 않을 때 증상과는 어떤 관계인지, 넷째, 쉬고 나서 다시 걸을 수 있는지, 다섯째, 얼마 동안 쉬어야 되는지와 이때의 증상 완화 정도가 어떠한지 등의 질문을 하여 환자의 증상을 자세히 기술하고 분석하여야 합니다.

신체 검진으로 하지의 감각, 근력, 반사 신경의 이상 등의 신경 기능을 확인하여야 합니다. 방사선학적 검사로는 단순 방사선 검사(x-ray)에서 요추부의 퇴행성 병변, 추간판 간격의 협소, 척추관 전후방 거리의 감소, 측만증, 후만증, 척추 전위증, 분절간 불안정성 등의 동반 여부를 확인할 수 있습니다. 척수강 조영술은 경막 내로 조영제를 주사하여 척수강 내로 조영제가 잘 통과하는지를 확인하는 유용한 검사 방법이지만 침습적 검사이고 두통, 오심, 발작 등의 부작용이 있는 단점이 있습니다.

전산화 단층 촬영(Computed tomography, CT)은 중심성 척추관의 형태, 크기를 정확하게 알려 줄 뿐 아니라 외측 함요부와 추간공의 상태를 직접적으로 보여주며 수핵 탈출, 골극, 후관절의 퇴행과 비후, 황색 인대 비후 등의 협착을 일으키는 병리 조건을 바로 알 수 있게 해줍니다.

자기 공명 영상(MRI)은 방사선 피폭이 없고 비침습적 검사 방법으로 경막 내 및 경막 외의 구조물을 포함한 여러 연부 조직의 해부학적 형태뿐만 아니라 추간판(디스크) 및 골수의 형태학적 및 병태 생리학적 판정을 가능하게 해줍니다.

치료

1. 보존적(비수술적) 치료

척추관 협착증 환자는 급격한 증상의 악화나 기능의 저하는 드물기에 보존적 치료를 먼저 시행합니다. 보존적 치료 방법에는 일상 활동의 변화, 적절한 운동, 물리 치료, 요추 보조기, 비스테로이드성 소염 진통제, 항우울제, 비강 분무 칼시토닌 등 다양한 약물 치료, 유발점 주사, 경막 내 스테로이드 주사, 도수 치료, 침, 초음파, 전기 자극 치료, 열 치료 등 다양한 방법이 사용됩니다.

2. 수술적 치료의 적응증

급격히 다리의 힘이 약해지고 대소변 기능의 장애가 발생하는 등 신경 증상이 악화되는 환자가 아니면 척추관 협착증 환자에서 수술은 응급하게 시행하지 않아도 됩니다.

수술을 해야 하는 경우는 신경 증상이 악화되는 경우, 보존적 치료로 통증이 완화되지 않는 경우, 지속적인 장애, 일상생활의 제한이 있는 경우입니다. 요통 그 자체만으로는 수술의 적응증이 되지 않습니다. 그러나 이러한 적응증을 정확하게 적용하는 데는 많은 어려움이 있습니다

수술적 치료의 절대적 금기증은 없습니다. 내과적 질환이 동반된 경우는 수술적 치료의 결과에 영향을 미치지만 고령 그 자체는 수술의 금기증이 아닙니다. 그러나 척추관 협착증에 해당하는 증상의 과거력, 신체 검진 조건, 방사선학적 소견이 없는 환자는 비수술적 치료를 우선적으로 시행하여야 합니다.

3. 수술적 치료의 원칙

수술의 목표는 기능을 향상시키고, 통증을 감소시키며 신경 증상의 악화를 막는 것입니다. 이러한 목표를 달성하기 위하여 압박 받는 신경을 감압(눌리지 않게)하여야 합니다. 감압의 범위는 환자의 병변의 해부학적 부위에 따라 결정하여야 합니다. 예를 들면 증상이 한쪽에만 있다 할지라도 방사선학적 검사에서 척추관 협착이 양쪽에 모두 있으면 한쪽만 감압하여서는 안 됩니다. 한쪽만 감압할 경우 곧 반대쪽 증상이 나타날 것입니다. 또한 감압할 분절은 절대 과소 평가해서는 안되며 가능하면 협착이 있는 모든 분절을 충분히 감압하여야 합니다. 신체 감진에서 어느 한 분절로 국한하는 것이 쉽지는 않습니다.

가장 중요한 충분한 감압을 하면서도 척추의 안정성을 보존하여야 후기 수술 실패를 예방할 수 있습니다. 이를 위해서는 첫째로 각진 도구를 이용하여 후관절의 아래 부분을 절제하여(undercutting) 후관절을 보존하여야 하며, 둘째로 협부(pars)를 보존하여야 수술 후 골절로 인한 요통 및 불안정성을 예방할 수 있으며, 셋째로 감압술 중 예측하지 못한 문제에 부딪혔을 때는 과감하게 척추 분절을 연결시켜주는 유합술을 추가로 시행하여야 합니다.

4. 수술적 치료 방법

추궁판 절제술(laminectomy)이 요추부 척추관 협착증의 수술적 치료의 표준입니다. 그 이외에 추궁판 부분 절제술(laminotomy)은 한쪽 또는 양쪽으로 시행할 수 있으며 한쪽으로 도달하여 양쪽 감압을 하는 추궁판 성형술의 방법도 있습니다.

수술 전 불안정성이나 변형이 없는 척추관 협착증 환자에서 안정성을 해치지 않는 범위 내에서 감압술을 시행하는 경우 척추 분절의 유합술, 기기 고정술을 추가할 필요는 없습니다. 그러나 수술 전 변형이나 불안정성이 있는 척추관 협착증 환자에서는 감압술 후 유합술을 추가하는 것이 수술 후 결과가 더 좋다는 보고가 많습니다. 수술 전 변형이나 불안정성이 없는 척추관 협착증 환자라도 광범위 감압술 및 후관절 절제술이 필요하여 시행하는 경우 수술로 인한 요추 불안정성이 발생할 수 있으므로 추가적인 유합술 또는 척추경 나사못 고정술을 하여야 한다는 의견도 많습니다.

자주하는 질문

Q. 허리 디스크와 척추관 협착증은 어떻게 다릅니까?

A.

척추관 협착증은 종년 이후에 흔한 질환의 하나로 말 그대로 신경이 지나가는 공간인 척추관이 좁아져서 신경을 누르는 병입니다. 목의 척추관이 좁아지면 경추관 협착증이라고 하고, 허리의 척추관이 좁아지면 요추 척추관 협착증이라고 합니다. 허리에서 다리로 내려가는 요추 신경이 눌러 다리가 저리고 보행에 지장을 초래한다는 점에서 허리 디스크와 척추관 협착증의 증상이 비슷할 수도 있지만, 허리 디스크에서는 말랑말랑한 젤리와 같은 디스크 물질이 신경을 누르는데 척추관 협착증에서는 주로 뼈, 관절과 같은 딱딱한 조직이 신경을 누릅니다. 통증의 양상을 보면, 허리 디스크는 빠른 시간 내에 진행되는 경우가 많고 척추관 협착증은 오랜 시간에 걸쳐 서서히 나타나는 경우가 많습니다. 또한 척추관 협착증의 특징적인 증상으로 간헐적 파행이 있습니다. 이는 허리 디스크의 증상과 구별되는 것으로 앉아 있을 때는 괜찮은데 조금만 걸어도 다리가 저리고 아파서 앉아 쉬었다가 다시 걸어야 하는 보행 장애 증상을 말합니다.

Q. 척추관 협착증 진단을 받으면 모두 치료하거나 수술해야 합니까?

A.

나이가 들면 누구나 척추관이 조금씩 좁아지게 됩니다. 척추관 협착은 어느 순간 갑자기 일어나는 것은 아닙니다. 척추관 협착증이라는 진단을 받게 되면 병명도 생소하고 어려워 상당히 걱정하게 됩니다. 하지만 허리 디스크와 마찬가지로 척추관 협착증도 일상 생활에 지장이 없다면 수술까지 필요하지는 않습니다.

Q. 척추관 협착증은 어떤 경우에 치료가 필요합니까?

A.

통증이 심해 허리를 제대로 펼 수 없거나 걷는데 장애가 따를 정도라면 치료를 해야 합니다. 이런 경우에도 바로 수술을 하기 보다는 일단 물리 치료와 약물 치료, 운동 처방 등으로 치료를 시작하는 것이 일반적입니다. 약 50%의 환자에서는 수술하지 않고 증상의 호전을 가져옵니다. 하지만 증상이 호전된다고 해서 좁아진 척추관이 다시 넓어지는 것은 아니기 때문에 재발의 가능성은 항상 있게 됩니다.

Q. 척추관 협착증은 언제 수술적 치료가 필요합니까?

A.

수술적 치료는 지속적인 허리와 다리의 통증으로 인해 일상 생활에 어려움이 따르고 2~3개월 동안 비수술적 치료에도 효과가 없는 경우입니다. 또한 하지 마비 증상이 빠르게 진행되어 나타나거나 대소변 기능 장애가 나타난 경우에는 처음부터 수술적 치료를 생각할 수 있습니다.

Q. 척추관 협착증 진단을 받았는데 조심해야 할 것과 좋은 음식, 나쁜 음식, 빠른 쾌유를 위한 좋은 자세, 운동 등이 궁금합니다.

A.

척추관 협착증에서 음식은 특별히 가릴 필요는 없습니다. 하지만 담배는 요통에 좋지 못한 것으로 알려져 있습니다. 요통에 좋은 운동은 허리 근력 강화 운동, 스트레칭이나 수영 등이 도움이 됩니다. 또한 특별히 피해야 할 자세는 없지만 장기간 한 자세로 있는 것은 좋지 못합니다.

Q. 척추관 협착증 때문에 수술을 받아야 하는데 당뇨병이 있어서 걱정이 됩니다. 당뇨병 환자도 수술이 가능한지요?

A.

당뇨병은 척추 수술뿐 아니라 어떤 수술을 받든 조심해야 하는 질병입니다. 수술 후 염증이 생길 가능성이 높기 때문입니다. 그러나 당뇨병 때문에 꼭 필요한 수술을 안 할 수는 없습니다. 그러므로 수술 전후 각별한 주의만 한다면 별다른 부작용 없이 안전하게 수술을 받을 수 있으므로 크게 걱정할 필요는 없습니다.

Q. 척추 유합술은 척추를 굳히는 수술인데 척추를 굳혀도 허리를 움직일 수 있나요?

A.

척추 유합술이란 위아래 척추 뼈 사이에 뼈 이식을 하여 두 개의 뼈를 하나로 합치는 수술입니다. 그러나 남아있는 요추의 다른 분절과 골반의 보상 기능으로 척추 한두 마디를 굳히더라도 허리의 움직임이 가능합니다.

Q. 척추관 협착증의 치료로 척추 유합술에서는 금속 내고정술과 뼈 이식술을 함께 한다는데 나중에 금속을 다시 빼내야 하나요?

A.

요통 등의 증상이 없다면 굳이 금속을 빼내는 수술을 받을 필요는 없습니다. 간혹 나사못이 몸속에서 부러지는 경우가 있습니다. 금속 내고정 기계를 삽입한 환자의 10% 정도에서 이와 같은 나사못 파손이 발생하는데, 이 경우에도 아무런 증상이 없다면 반드시 금속을 제거할 필요는 없습니다. 하지만 최근의 연구 결과에 따르면 나사못 파손이나 이완이 없는 경우에도 금속 내고정 기계 주위로 미세한 금속 입자들이 발생하고 이로 인한 일련의 면역 반응에 의해 요통이 유발된다는 증거들이 많이 보고되고 있습니다. 따라서 증상이 있다면 금속 내고정 기계를 제거하는 것도 하나의 치료가 될 수 있습니다.

Q. 저희 어머니께서 열흘 전 쯤 척추관 협착증 수술을 받으셨습니다. 그런데 수술 후부터 지금까지 엄지 발가락 부분이 심하게 저리다 하시고 며칠 전부터는 종아리가 터질 듯 아프며 허벅지부터 다리 바깥쪽으로 뭉치 당기고 수술 전보다 더 심한 통증으로 무척 고통스러워하십니다. 수술 후 일반적으로 이런 저린 증상이 나타나는 것입니까?

A.

척추관 협착증 수술 후 저림 증세 회복에는 어느 정도 시간이 필요한 경우도 있습니다. 수술 전 협착의 상태가 심한 경우 더욱 그럴 수 있습니다. 이런 경우 약물로 치료하면서 재활 치료도 필요합니다. 그러나 통증이 더욱 악화되거나 마비 증세 등이 나타나면 자기 공명 영상(MRI) 등의 검사를 통해 이상 여부를

확인해야 할 것으로 생각됩니다.



본 공공저작물은 공공누리 "**출처표시+상업적이용금지+변경금지**" 조건에 따라 이용할 수 있습니다.

☰ 목록

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

