

坐骨神經痛에 對한 鍼灸療法上的 臨床的 考察

成 樂 箕*

1. 緒 論

鍼灸臨床에 있어서 數없이 接하는 疾病의 하나로서 坐骨神經痛症候群을 들 수가 있다. 坐骨神經痛에는 日常의인 活動이 可能한 가벼운 것도 있지만, 步行·動作等이 크게 障害되어 때로는 安靜을 하고 있어도 疼痛이 激甚하여 睡眠까지 取할 수가 없을 만큼의 苦痛에 시달리는 것도 있어서 그 段階는 極히 넓다. 이들을 어떻게 處置하여 苦痛에서 解放시키느냐 하는 것은 우리 臨床醫에 주어진 興味있는 問題라 하겠다.

神經痛은 一種의 症候群으로서 單位疾患으로 볼 수 없는 性質의 것이라고 생각되고 있으나, 原疾患의 確定이 어려운 것이 많기 때문에, 神經痛이라는 言語를 病名에서 除外할 程度에 이르지 못하고 있다. 그렇다면 神經痛이란 어떤 症狀을 나타내는 것인지를 살펴본다면, (1) 痛症이 末梢神經의 分布領域에 一致해서 나타나는 것, (2) 痛症이 關歇性으로 增減하는 것, (3) 神經經路에 特定한 壓痛點을 證明할 수 있는 것 등을 들 수가 있다. 이들 主症候에 對하여 坐骨神經痛을 考察하여 보면, (1)(3)은 그대로 適用되지만, (2)의 關歇性的 疼痛에 對해서는 반듯이 一致하고 있지 않다. 오히려 坐骨神經痛의 아픔은 持續性으로서, 아침 5時에서 8時傾까지와 하루의 日課後 疲勞했을 때에 아픔이 增幅하는 것이 一般的이다. 지금 하나의 問題로서, 神經痛과 神經炎은 어떤 差異가 있는가? 라고 하는 疑問이 있다. 學者에 따라서 多少 異說이 있으나, 神經痛과 神經炎은 程度의 差異를 認定하는데 不遇한 것으로, 本質의으로는 境界를 놓을 수가 없는 것으로 알려져 있다. 그것은 神經痛에 있어서도 當該 神經이 直接 壓迫을 받아서, 血行障害·營養障害·中毒等의 結果로서, 輕微한 神經炎을 일으키고 있다고 생각되고 있기 때문이다.

坐骨神經痛의 原因에 對해서는, 最近 急速하게 發達한 X線檢査·外科의 所見에 依하여, 脊

* 大田大學校 韓醫科大學

椎周邊의 實際論的인 病變이 分明하게 되고, 顯著한 症狀을 나타내는 것은, 適確한 處置가 施行되게끔 되었다. 그러나 一面에 있어서는, 그같은 處置에도 아무런 反應이 없을 뿐만 아니라, 外科的 後遺症이 添加되었을 뿐 症狀은 治癒되지 않고, 醫原病으로서의 問題가 發生하고 있을 程度다. 또한 坐骨神經痛의 臨床檢査에 依하여, 모든 原疾患이 判定이 可能한 것이 아니고, 또한 變形性脊椎症·脊椎骨粗鬆症·脊椎骨多孔症等の 病名이 붙었다 하여도 그것이 坐骨神經痛으로서의 唯一한 原因인지 아닌지도 疑問을 남기고 있다. 그것은 正常人의 老人變化와 發病者사이에, 統計的인 差異를 確認할 수가 없기 때문이다.

坐骨神經痛이라는 부르는 名稱은 1754年 Cotugas가 처음으로 使用한 後 一般에게 普及된 것으로 알려져 있으나, 東洋에서도 그같은 病像이 없었던 것은 아니었던 것이다. 東洋醫學의 原典인 “素問”痺論에는 神經痛이라 생각되는 症狀을 論하고 있다. 痺에는 몇개의 層別이 存在, 그중에서의 痛痺는 寒氣가 筋肉에 作用하여 接觸조차도 할 수 없는 만큼의 아픔의 疾患이며, 着痺는 濕氣가 強하게 作用하여 肢體가 무겁고 아플 뿐만 아니라, 여기에 知覺, 運動의 障害를 일으키는 疾病으로 定義하고 있다. 이들 中에는 神經痛과 完全히 同一한 病像을 包含하고 있다는 것을 생각할 수가 있다. 또한 7世紀初에 記述된 것으로 알려진 “病源候論”에는 “그 아픈 곳이 붓거나 색이 다르지 않고 但只 肉裏掣痛하여 錘力으로 찢리는 것과 같다”고 하는 句節은, 틀림 없이 神經痛을 表現하고 있는 것이라 하겠다. 또한 東洋醫學上에 坐骨神經痛이라는 病名이 없다고 하여도, 腰脚痛·腰脚痠痛·胯痛·股痛·股肝痛·脚跟痛·脚膝疼痛等이 病名이 여러 醫書에 記載되고 있다는 것은, 같은 模樣의 疾病의 存在를 立證하는 것으로서 이들에 對한 治療를 論하고 있는 點을 생각할 때, 옛사람들도 坐骨神經痛의 治療에 對하여 많은 努力을 기울였다는 것을 推測할 수가 있다.

2. 本 論

1. 症狀에 對하여

坐骨神經痛의 病狀을 檢査할 境遇에, 一次的으로 問題가 되는 것은 自發痛이다. 自發痛은 患者가 發病을 깨닫는 警告反應이며 또한 가장 괴로운 主要한 症狀인 것이다.

그 아픔을 呼訴하는 部位에 對해서 살펴보면, 坐骨神經의 分布領域 全般에 걸쳐서 오는 境遇도 드물게는 있지만, 大部分은 어떤 範圍內에 限定되고 있다. 500例에 對해서 調査를 한 記錄을 整理하여 보면, 臀部가 가장 많고, 다음으로 大腿後側部의 頻도가 높았다. 이어서 腰部·下腿後側·下腿外側 順으로 呼訴하고 있었다. 또한 疼痛의 程度에 對해서 살펴보면, 安靜時에도 아

픈 것이 17%, 가벼운 運動으로 아픈 것과 강한 運動으로 아픈 것이 각각 37%, 重壓感 또는 緊張感을 呼訴하는 것이 9%였다. 神經痛으로서 다음으로 重要的 病狀은 壓痛點의 存在라 하겠다. 壓痛點은 神經의 走行에 따라서 認定되지만, 極히 甚한 아픔을 呼訴하는 新鮮한 症例에서는, 神經直上の 어느 곳을 눌러도 강한 壓痛을 檢出할 수가 있다. 慢性化한 症例, 或은 數年來 再發을 反復하고 있는 症例에서는, 自發痛만으로 壓痛點이 證明되지 않는 것도 있다. 上記의 500 例에 對해서, 論者가 壓痛을 調査한 成績을 보면은, 70%以上으로 壓痛點이 檢出될 수가 있는 部位는, 臀部의 中央, 大腿後面의 中央(股門), 腓腹筋의 筋腹(外承筋)이었다. 其他 部位로서 50%以上の 壓痛을 認定된 곳은, 上後腸骨棘의 外側(上胞育), 臀部의 外上方(外胞育), 腓腹筋 筋腹의 조금 아래(飛陽), 下腿前面의 上方(三里)였다. 이들의 著名한 壓痛點은, 治療點을 選擇 하는데 있어서 重要的 端緒가 되는 것이다. 이같은 壓痛點을 檢出하는 手段으로는 指頭를 使用 했으며, 壓痛의 程度가 어느 程度인가를 알기 爲하여, 感覺的으로 가벼운 것은(+), 中程度의 것은(++), 강한 것은(+++)로 設定하여 測定하였다. 壓痛의 情報를 重量으로서 表示하는 것은 病狀을 正確히 理解되는 便利함이 있다. 또한 研究症例를 많이 收集하는 데는 많은 努力과 時間을 必要로 하지만, 可能한 限 計測的인 資料를 만드는데 努力을 기울이면, 研究例數가 비록 적다고 하여도 結論을 낼 수가 있다는 最大의 魅力이 있다. 또한 坐骨神經痛에는 몇개의 獨特한 病狀이 있다. 그 가운데 主要한 것을 列舉하면 다음과 같다.

坐骨神經을 伸展시키는 運動을 하면, 神經에 牽引刺激이 添加되어 아픔이 增強한다. 여기에는 몇개의 方法을 들 수가 있으니, 그 代表的인 것은 S.L.R(리시구)現象이다. 이 Test는 病者를 仰臥시킨 狀態에서, 患肢의 膝關節을 伸展한 채로 下肢를 舉上하여 坐骨神經經路에 아픔을 呼訴하는지 與否를 Test하는 方法인 것이다. 이때 아픔을 呼訴하지 않을 境遇에는, 足關節을 背屈하여 보았을 때도 아픔을 呼訴하지 않으면 비로소 S.L.R現象이 陰性으로 하여야 된다는 學者도 있다. 論者가 調査한 足關節의 背屈까지 添加한 S.L.R現象의 陽性率은 94%였다. 이같은 發現率을 보고 이 現象의 檢査가 極히 重要하다는 것이 理解할 수가 있었다.

다음으로 坐骨神經의 分布領域에 종종 知覺의 鈍麻가 나타난다. 이것을 簡單하게 檢査하는 方法으로서, 指頭로 가볍게 皮膚를 쓰다듬어서 異常感覺이 있는지를 確認하였다. 이 境遇, 健側과 患側의 對照部를 同時에 接觸하여 感覺의 差異를 檢査하면 明確하다. 感覺의 異常은 足部に 많이 나타나고 있었다. 이같은 知覺鈍麻를 隨伴하는 것은, 原因으로서 重大한 病變이 있다는 것을 意味하고 있다. 이 知覺鈍麻가 나타나는 部位에 따라서 어느 程度 腰椎部의 病變의 높이를 推測할 수가 있다. 知覺의 障害가 足背小趾側에서 下腿外側에 있으면 第5腰椎와 仙骨間에, 足背母趾側에서 下腿前外側에 있으면 第4.5椎間에, 下腿前內側에 있으면 第3.4腰椎間에 原因이 있는 것으로 알려져 있다. 論者가 500例에 對해서 調査한 바로는, 知覺鈍麻가 證明된 것을 約 20%로서 그가운데 小趾側에서 下腿外側의 것이 約 5割, 母趾側에서 下腿前外側의 것이 約 5割, 足部全體가 1割, 下腿前內側이 若干있었다.

坐骨神經에 큰 障害를 加해지면, 이 神經은 腓腹筋의 運動을 支配하고 있기 때문에 Achilles腱 反射가 나타난다. 이거 亦是 坐骨 神經痛의 症狀으로서 重要한 것으로, 期必 檢査하지 않으면 不된다. 檢査方法은 膝關節을 直角으로 屈曲, 寢床위에 무릎을 세운 다음에 足關節의 힘을 빼고 足部를 空間에 下垂시킨다. 그리고 다시 Achilles腱을 打診槌로 叩打하면, 健康한 사람은 腓腹筋의 收縮에 依하여 足關節이 伸展된다. 이것이 障害되면 腱反射의 減退 또는 消失하거나 때로는 亢進된다. 論者가 調査한 바로는, 坐骨神經痛의 16%에 Achilles腱反射障害가 나타났으며, 그 가운데 反射의 減退와 消失이 約 50%였고, 極히 少數에 亢進이 있었다.

坐骨神經痛患者를 直立시켜서 腰椎의 位置를 後方에서 보면은, 脊椎側灣을 보는 境遇가 있다. 이것은 仙棘筋 spasm에 依한 것으로 알려져 있으며, 灣曲方向에 따라서 患側(反對側性側灣), 健側(同側性側灣), 變換性(左右交換性側灣)의 3種으로 分類된다. 이것은 神經根을 壓迫하는 病變의 位置에 依하는 것으로, 病變이 神經根의 外側에 있으면 患側, 內側에 있으면 健側, 바로 뒤에 있으면 變換성이 된다고 한다. 論者가 調査한 結果에서는 約 10%에 脊椎側灣이 認定되었고, 그 가운데 5割이 患側, 3割이 健側으로, 變換성이 極히 少數보였다.

X-ray檢査는 論者가 研究한 全症側에 施行하지 않았지만, 脊椎의 異常에 依하여 坐骨神經痛이 發症한 것으로 推定된 것이 78例 있었다. 그 가운데서 가장 많은 것은 變形性脊椎症(38%)이며, 그 다음으로 椎間板 hernia가 많고(32%), 椎間板變性(8%), 腰椎 Karies(6%)도 多少있었으며, 그 밖에 것은 적었다.

2. 病型과 治療點

論者는 坐骨神經痛의 鍼灸治療에 있어서, 初期는 東洋醫學的인 診斷에 依하여 異常經絡을 判定하고, 거기에 따라서 治療를 하였다. 그러나, 東洋醫學診察方法은 거의 全部가 官能檢査로서, 그 再現性·客觀性의 缺如에 疑問을 가지게 된 것은 事實이나 100餘例의 臨床觀察을 하는 가운데에 比較的 單純한 所見에 依해서도 治療的인 層別은 可能하였다. 그 層別을 施行하는 所見으로서, 먼저 첫째로 選擇된 것은 自發痛을 呼訴하는 場所와 壓痛點이 檢出되는 部位다. 이 自發痛 또는 壓痛點이 下肢의 後面 即 膀胱經의 一部 또는 全體에 있는 것을 後側型이라고 命名하였다. 後側型과 同時에 下腿의 外側 即 膽經에 따라서 自發痛 또는 壓痛點이 있는 것을 外側型으로, 後側型과 同時에 自發痛 또는 壓痛點이 下腿의 前面 即 胃經에 따라 있는 것을 前側型이라 하였다. 또한 以上の 3型이 合한 것을 綜合型으로 하였다. 다음은 痛症의 部位에 關係 없이 足部 또는 下腿에 知覺鈍麻를 나타내는 것 或은 Achilles腱反射에 障害가 있는 것은 器質型으로 設定하였다. 이처럼 坐骨神經痛을 鑑別이 容易한 症狀에 依據하여 5型으로, 鑑別하면, 各型에 따라서 治療點이 共通性이 높다는 것을 알 수가 있다.

다음 研究는 앞서 말한 100餘例를 5型으로 分類하여, 50%以上 共通된 治療點만을 選擇하여,

이 經穴만을 使用하여 治療하는 追試試驗을 하여 보았다. 그 結果는 治療點의 數가 約 50%以下 減少하고 있는데도 不拘하고, 처음 試圖하였던 研究와 그 成績이 거의 同一하였다는 것이 判明되었다. 換言하면, 처음에 研究하였던 使用頻도가 높았던 治療點은, 그것 만으로도 坐骨神經痛의 治療效果를 低下시키지 않는다는 것을 理解할 수가 있었다. 繼續해서 臨床觀察한 것은, 追試研究로서 選擇한 治療點을 再吟味하는 것이었다. 最初의 臨床觀察은 異常이라고 생각되는 經絡을 診斷하고, 그 經絡을 中心으로 해서, 壓痛·硬結等의 病態反應을 나타내고 있는 것은 治療點으로 하였으나, 이같은 方法은 施術者의 嗜好 또는 習性으로서의 經穴選擇上의 偏向이 存在하고 있다고 하겠다. 이같은 根據에서 이들 經穴에 對해서 一穴 一穴의 作用을 研究 檢討를 試圖하여 보았다. 그 方法으로서 一個穴마다 單純적으로 取穴하여 坐骨神經痛에 對한 效用을 確認하고, 有效한 治療點을 組合하면 合理的인 治療가 될 수가 있지 않는가라고 생각되지만, 그것은 잘못된 思考方式이었다. 왜냐하면, 生體의 構造라는 것은 複雜微妙한 것으로, 一個穴씩 效果가 있다고 하여도, 有效한 治療點을 몇個 組合해서 使用하게 되면, 相殺作用 또는 相乘作用에 依하여 效果가 低下하거나 上昇하는 境遇가 생기기 때문이다. 그래서 各經穴의 研究方法으로서, 各型에 對應한 經穴群中에서 研究하려고 생각한 經穴을 처음에는 除外하여 몇일간 治療하고, 그 뒤에 研究對象의 經穴을 追加하여 治療成績을 觀察하여, 前後의 成績을 比較하여 有効性을 判定하는 方法을 試圖하였다. 이 研究方法은 同時對照試驗方法이 없는 現在로서는 完璧하지는 못하지만 아쉬운대로 價値가 있다고 생각된다. 이 研究로 成績이 分명한 經穴數는 14穴이었지만, 各 使用經穴에 對한 30例前後의 研究症例를 集約하는데는 約 2年餘의 歲月이 所要되었다.

그 結果, 坐骨神經痛의 治療로서 有效하다고 判斷된 治療點은 다음과 같다. 腰部에서는 腎俞·大腸俞의 2穴, 臀部에서는 胞育, 殿壓外胞育의 3穴, 大腿部에서는 股門, 下腿에서는 三里, 承筋의 2穴이 型的 差異에 關係없이 共通的으로 有效한 治療點이 있다. 또한 外側, 綜合, 器質의 3型에 對해서는 前述한 經穴外에도 附陽·外丘의 2穴이 必要한 治療點인 것을 確認할 수가 있었다. 以上과 같은 研究를 進行한다면, 앞으로 鍼灸治療學을 構築하기 爲한 Key point가 掌握되리라 생각된다. 그것은 어떤 病像(症候群)을 對象으로 하여 臨床的 研究를 하면, 그 基本的인 病像, 예를 들면, 坐骨神經痛에 있었는데, 그 經路의 自發痛·壓痛 乃至는 S.L.R現象이라고 하는 一連의 Pattern에 對하여, 共通的으로 有效한 治療를 發見할 수가 있다. 이것은 어떤 病像을 鑑別하는 標識因子(大區分)에 對하여 그것에 適應하는 治療를 發見하는 結果가 되는 것이다. 論者는 이같은 處置를 共通治療(Common treatment)라 呼稱하고 있다. 또한 病者를 자세히 觀察하여 보면, 仔細한 症狀의 差異에 따라서 他의 治療를 付加하지 않으면 안되는 것을 볼 수가 있다. 이것은 基本病像과는 別途로 細別된 枝別의 病狀 例를 들면 坐骨神經痛에 있어서는, Achilles 腱反射障害, 足部の 知覺鈍麻等의 症狀이 付隨되는 患者에 있어서는, 共通治療에 付加하는 治療가 必要하게 된다. 이것은 標識因子가 되는 基本病像과는 달리, 細別된 層

別因子(小區分)에 對하여 有效한 治療를 追加하는 것이나, 論者は 이와 같이 附加하는 處置를 類別治療(Classified)라 命名하였다.

여기에 研究한 坐骨神經痛에서는 治療點으로서 共通治療點과 類別治療가 存在하고 있다는 것을 나타내고 있다. 이같은 治療의 階層性은, 治療點에 對해서도, 또한 거기에 施術하는 手技에 對해서도, 많은 疾病을 對象으로 研究할수록 分明해지며, 이것이 鍼灸의 治療學을 順次樹立하는 길이라고 생각한다.

3. 治療點의 取穴

以上の 研究로, 坐骨神經痛에 對해선 有效라고 認定된 治療點은, 前述한 腎俞·大腸俞·胞育·臀壓·殷門·承筋, 三里等이 共通治療點으로, 外丘·附陽이 類別治療이다. 이들 治療點에 對하여 그 部位를 正確하게 說明한다는 것은 쉽다고 하여도 實際 臨床에서 取穴하여 보면 說明하는 것처럼 容易하지 않다. 特히 틀리기 쉬운 것이 臀部의 取穴이기 때문에 施術前에 充分한 練習이 必要하다. 治療穴中 經穴外穴인 臀壓은 臀部壓點을 臀壓으로 略稱한 것으로 그 部位는 上後腸骨棘의 外下緣과 大腿骨大轉子の 內上緣을 連結한 中間에 位置한 것으로 取穴은 大轉子の 內上緣을 假點으로 하여, 胞育의 中間에서 定한다.

4. 治療의 手技

鍼灸의 臨床的 研究는 어떤 病像에 對한 治療點을 어떻게 選擇하는가, 거기에 對한 鍼灸의 手技는 어떤 方法을 施行하여야 하는 것인가? 가 가장 重要한 研究課題라 하겠다. 手技에 對한 것은 鍼의 刺法과 灸를 뜨는 方法을 研究하는 形態的인 面과 施術者가 施術中에 鍼에 느끼는 一種의 抵抗(感覺)에 依하여 手技를 調整하는 感覺的인 面等의 兩者가 있다. 이같은 感覺的인 要因은 그 사람 個人만이 理解할 수가 있는 것으로, 이것을 筆舌로 表現하거나 또는 그 感覺을 比較研究하는 것도 容易한 일은 아니다. 刺鍼의 感覺的 要因은 그 手技를 어떻게 有效하게 連結시키는 重要한 因子이지만, 表現도 研究도 어려운 問題이기 때문에 이것은 一應同一하다고 假定을 하고, 形態的인 手技에 對하여 臨床實驗을 하였다.

1) 刺激의 強度

먼저 첫째로 實施한 것은 刺激強度를 強·中·弱의 3種으로 分類하고 一定期間 同一對象에 施術하여 어느 刺激이 보다 有效하였는지를 比較研究하였다. 그러나 이같은 方法은 余效의 作用이 問題가 되기 때문에 刺激의 種類는 患者에 따라서 前後關係가 같지 않게 큰 配慮를 하였다. 弱刺激이란 2番(0.19mm)의 Stainless steel鍼을 使用, 臀部는 2~3cm, 下肢는 1~2cm를

조용히 刺入하고 內部에서 若干 留鍼시킨 다음, 조용히 拔鍼한 後, 拔鍼部位를 가볍게 눌러 놓은 方法이다. 中刺激이란 弱刺激과 完全하게 同一한 手技로서, 다만 使用鍼이 3番(0.21mm) Stainless steel鍼이 다를 뿐이다. 强刺激이란 鍼의 刺入深度는 弱刺激과 같지만, 5番(0.25mm) Stainless steel鍼을 使用하여, 若干 急速하게 刺入하고, 內部에서 가볍게 雀啄을 加하고, 拔鍼은 急速하게 한 後, 拔鍼部位를 壓迫하지 않고 放置하는 方法이다. 이같은 세가지의 手技 以外の 한가지 것은, 有效하다고 認定된 治療點에 米粒大의 灸를 5壯 追加한 것이다. 이같은 施灸는 研究期間을 通하여 끊임없이 施行하였기 때문에 强·中·弱의 刺激方法에는 同一한 影響을 주었다고 보고 있다.

이 研究는 28例의 坐骨神經痛에 對해서 實驗하였다. 이 研究에 있어서 成績을 判定하는 主要한 目標은 S.L.R角度였었다. 그 3種類刺激方法에 依한 成績을 各患者마다 比較하여, 가장 成績이 좋았던 手技를 上, 다음을 中, 最低를 下로 하여 評價하였다. 그 結果 弱刺激에서는 上·中·下의 例數가 同數였고, 中刺激에서는 上이 大端히 많았고, 中이 그 다음이고, 下는 1例도 없었다. 强刺激에서는 下가 極히 많았고, 中이 小數例있었고, 上은 더욱 적었다. 따라서 이 세가지 手技中에서 中刺激이 가장 坐骨神經痛에 適應되고 있다는 結論을 얻게 되었다.

2) 置鍼의 影響

坐骨神經痛에 對하여 刺激의 強度研究로 中刺激이 가장 適應된다는 事實을 確認할 수가 있었으나, 中刺激의 方法中, 內部에서 留鍼한 境遇와, 刺鍼後 곧 拔出한 境遇와는 어떤 差異가 있는지를 살펴 보았다. 鍼을 內部에 放置한 時間은 20分으로 하였다. 이 研究는 置鍼群과 單鍼群으로 分類해서 研究하는 實驗計劃을 세운 다음, 가장 著名한 壓痛點과 그 다음으로 著名한 壓痛點에 對해서 測定한 壓痛量과 S.L.R角度를 指標로 하여 兩群의 成績을 比較하는 가장 近代의 臨床實驗方法을 選擇하였다.

研究된 症例는 置鍼群 31例, 單刺群 30例였으나, 壓痛量 및 S.L.R角度의 改善은 置鍼群에 있어서 뛰어난게 優秀했으며, 그 改善의 數値를 統計의 으로 解析하였드니 有意差가 認定되었다. 이 研究에 依하여 判明된 것은, 中刺激의 方法으로 單刺하는 것 보다도 置鍼을 한 것이 보다 效果의이라는 것이 實證되었다.

3) 置鍼時間

單刺보다도 置鍼이 優秀하다는 事實은 證明되었으나, 그 置鍼時間은 어느 程度가 가장 適合한 것인가를 分明하게 할 必要가 있다. 이를 爲하여 置鍼時間을 10分, 20分, 30分等의 3種類로 分類하여 刺激의 強度를 刺激의 強度를 研究하였을 때와 같이 各患者에게 세가지 種類의 手技를 一定期間 施行하여 各手技間의 成績을 上·中·下의 3段階로 分類하는 方法으로 比較하였다. 그 研究症例는 28例였지만, 10分置鍼에서는 上은 1例 뿐으로, 大多數가 中으로, 下는 中

의 約 50%였다. 20分置鍼에서는 下는 全無하였고, 中이 1例뿐으로 나머지는 全部 上의 成績이었다. 30分置鍼에서는 上은 1例도 없었고, 下가 大部分으로 中이 그 約 50%였다. 以上の 結果에서 置鍼時間은 三者中에서 20分이 가장 適合하였으며, 지나친 長時間이나 短時間은 共히 效率이 低下된다는 事實이 判明되었다.

4) 刺鍼의 深度

刺鍼의 深度는 靈樞에서도 言及되고 있는 바와 같이 補瀉에 重要한 問題인 것이다. 刺激의 強度研究에서 中刺激에 依한 20分間의 置鍼이 가장 適合하다는 結論을 얻었지만, 鍼의 刺入深度를 變更했을 境遇에는 어떤 影響이 存在하는가를 試驗하였다.

그 研究方法은, 中刺激으로 20分間 置鍼하는 것을 深刺群으로 하고, 같은 手技로 刺入深度를 約 5mm로 하는 것을 淺刺群으로 하여 兩群의 成績을 比較하였다. 研究症例는 深刺群과 淺刺群다 같이 16例였으며, 成績의 評價는 置鍼의 影響을 研究한 境遇와 같이 壓痛量과 S.L.R角度였다. 그 成績은 壓痛量에 있어서나 S.L.R角度에 있어서나 深刺群의 改善値가 著名하였다, 兩群의 成績을 統計적으로 解析하면은 壓痛에 對해서는 有意差가 認定되었다. S.L.R角度는 測定된 例數가 적었기 때문에, 兩群의 數値의 差異는 顯著하였으나 有意差는 볼 수가 없었다. 그러나 이같이 同時對照試驗, 結果를 綜合하면, 鍼을 約 5mm 刺鍼한 淺刺群보다도 鍼을 1~3cm(腰臀部 2~3cm, 下肢 1~2cm) 刺鍼한 深刺群이 보다 有效하다는 結論을 얻을 수가 있었다.

5) 施灸의 壯數

施灸의 壯數를 많이 하거나 적게 하거나에 따라서 補瀉가 된다고 古典 “千金方”에는 記載되고 있다. 壯數의 多少에 依한 臨床的 意味를 追究하기 爲하여 米粒大의 뜰쑥에 對해서 3壯·5壯·10壯의 세가지 手技를 坐骨神經痛의 對照群에 實驗을 試圖하여 보았다. 그 研究方法은 鍼의 刺激強度를 研究하였을 때와 같이 各 患者에 세가지 手技를 一定期間 交互적으로 施行하였다. 成績의 評價는 上·中·下의 3段階로 分類하는 것도 前述한 刺激의 強度의 方法에 準했다. 또한 이 試驗에 있어서의 鍼은 全例一律적으로 中刺激의 方法을 施行하였다.

施灸의 壯數를 研究한 患者는 31例였지만, 3壯에서는 中의 成績이 가장 많았고, 下가 그 約 50%였으며, 上은 僅少하였다. 5壯에서는 大部分의 例가 上으로, 中은 若干이며, 下는 1例도 없었다. 10壯에서는 下의 例數가 最高로, 中이 그 約半數, 上은 若干 있었을 뿐이었다. 以上の 成績에서 5壯施灸가 坐骨神經痛에 가장 適應하다는 結論을 얻을 수가 있다.

考 察

어떤 種類의 疾病에 對해서도 豫後를 推測한다는 것은 容易한 일이 아니다. 그러나 坐骨神經痛의 研究症例를 集約하는 가운데 어느 程度는 豫後를 判定할 수가 있었다. 그것은 앞서 本論

에서 自·他覺症狀에 依해서 後側·前側·外側·綜合·器質等의 5型에 分類하였으나, 이 分類에 根據하면, 治療成績·治療回數·再發等에 對하여 어느 程度 豫測이 可能하다. 먼저 治療成績에 對해서 觀察하여 보면, 病狀이 消失하고 發病前 狀態로 復歸한 治癒例은 500例中, 後側型이 83%로 가장 많고, 다음으로 前側型이 70%이며, 外側型이 60%, 綜合型이 55%로 順次的으로 低下하고 있으며, 器質型이 49%로 가장 低調했다. 다음 治療回數에 對해서 治癒된 症例을 보면, 後側型이 14回, 前側型이 15回, 外側型이 19回, 器質型이 23回로 順次的으로 길어지고 있다.

이 治療成績과 治療回數를 綜合하여 考察하여 보면, 後側型의 治療率이 가장 높았고, 또한 治療回數가 적어도 治癒되는 輕症의 坐骨神經痛이며, 前側型 亦是 輕症의 神經痛으로 볼 수가 있다. 外側型·綜合型은 治療率이 低下하여 治療回數를 많이 要하는 重症型이며, 器質型은 더욱 恢復率이 낮은 最重症의 坐骨神經痛으로 定義할 수가 있다.

다음으로 治療後에 遠隔成績에서 보아서 型의 類別이 어떤 意味를 가지고 있는가를 調査한 結果, 鍼灸治療에 依해서 治癒 또는 藥治療로 된 것은 227例 中에서 再發狀態를 調査하였더니, 解答을 얻을 수 있었던 것은 164例였다. 그 가운데 再發症例은 28例로서 이것을 型別로 分類하였더니 後側型, 前側型이 約 1割, 外側型이 2割, 綜合型이 3割, 器質型이 2.5割로서, 後側·前側의 2型은 再發率이 낮은 傾向을 가지고 있고, 外側·綜合·器質等의 3型은 多少 再發이 많은 型이라고 할 수가 있었다. 이 成績에서 보아도 輕症과 重症의 關係가 거의 一致하고 있다는 것을 알 수가 있다.

以上の 諸點을 綜合해서 初診時에 坐骨神經痛을 5型에 分類하여 보면, 治療成績·治療回數·再發率等에 對하여 어느 程度 豫測이 可能하다.

3. 結 論

以上 坐骨神經痛症候群에 對한 臨床的 研究은 歸納的 推理에 依한 比較觀察의 結果가 主軸을 點하고 있지만, 여기에는 確率論에 根據한 統計的 推理에 依하여 結論한 研究結果도 多少 包含되고 있다. 앞으로 鍼灸治療學을 確立하기 爲해서는, 同時對照實驗에 依한 統計的으로 有效性을 確認한 業績을 내지 않으면 않된다는 것을 痛感한다.

坐骨神經痛은 坐骨神經의 走行路를 中心으로 한 數많은 原因疾患에 依하여 일어나는 아픔이지만, 만듯이 明確이 밝혀지는 것이 아니며, 비록 原因이 밝혀진다 하여도, 原疾患의 治療가 容易하지 않는 境遇가 많으며, 이 點이 많은 坐骨神經痛患者가 現代醫療에 滿足하지 않고 鍼灸治療를 찾는 理由인 것이다. 그러나 可能하면 原因을 明確하게 밝히고 여기에 가장 適合한 治療

法을 選擇하는 것이 理想的이라는 것은 말할 나위가 없다.

鍼灸治療가 비록 坐骨神經痛에 著效가 있다고 하여도 언제나 限界가 있으며, 모두 坐骨神經痛을 輕快하게 할 수가 있는 것은 아니다.

東洋醫學的인 坐骨神經痛의 治療法은, 痛症의 形態에 따라서, 關聯經絡을 適切하게 利用하는 것으로, 壓痛, 硬結等의 局所治療만을 依存하는 境遇보다 治療效果를 더욱 높일 수가 있다.