

원저

## 추간판탈출증환자의 침구치료에서의 아시혈 병행에 대한 임상적 고찰

윤기봉 · 조마리나 · 정홍

춘천한방병원 침구과

### Abstract

## The Clinical Study on the Efficiency of the A-Shi Point

Yoon, Ki- Boong · Cho, Ma-Lee-na · Jung, Hong

Department of Acupuncture & Moxibustion,  
Chun-Chon Oriental Medical Hospital

**Objects :** To evaluate clinical efficiency of The A-Shi point for the herniated lumbar intervertebral disc.

**Methods :** The patients who had a diagnosis of herniated lumbar intervertebral disc by lumber CT and MRI, and were observed from the twentieth March 2000 to the tenth November 2000, were divided into two classes ; the "A" group was 15 cases practiced with Acupuncture treatment used of A-Shi point and the twelve-Meridian, the "B" group 15 cases only Acupuncture treatment used of twelve-Meridian,

**Results :** the most type of low back pain was, the Gall bladder channel of Foot-souyang 15 cases (50%) and the Gall-Bladder Meridian Muscle was 45 cases the most in the existence part of A-Shi point

On the result of treatment due to clinical symptoms , the "A" group was 57.9% as excellent and "B" group 19.8%.

On the measurement of Lumber flexion, the "A" group proceed more excellent result than the "B" group at the whole grade.

**Conclusion :** These results suggest that The A-shi point was effective treatment of herniated intervertebral disc

**Key word :** A-shi point, low back pain, herniated intervertebral disc

- 접수 : 1월 12일 · 수정 : 1월 16일 · 채택 : 1월 17일  
· 교신저자 : 정홍, 강원도 춘천시 석사동 166 춘천한방병원 침구과(Tel. 033-260-7313)  
E-mail : seodoc@hanmail.net

## I. 서론

下部腰痛과 神經症狀를 일으키는 腰椎 椎間板病證은 現代産業社會에서 가장 흔한 問題중 하나이다.<sup>1)</sup> 腰部에 가해지는 生理的 負擔과 重要性은 매우 커서 韓醫學에서는 腰는 腎의 府이고 外候로서 一身이 허리의 힘에 依支해서 轉移하고 行動 屈伸하는 것이라 했던 바,<sup>2)</sup> 成人의 50~60%가 一生동안 한 번쯤 腰痛을 經驗하며<sup>3),4),5)</sup> 특히 腰部에 連해 下肢部에 痛症을 同伴하는 腰脚痛의 경우 甚한 日常 動作의 制限을 받으며 正常生活을 營衛할 수 없게 된다.

韓醫學에서 腰脚痛은 《素問 氣交變大論》<sup>6)</sup>에 “歲水不足...民病腹滿 身重濡泄 寒瘍流水 腰膝痛發”이라 처음 表現된 이래 多樣한 名稱으로 불리어 왔다.

그 原因에 대하여 巢<sup>7)</sup>는 “腎氣不足而 風邪所乘”이라 했고 謝<sup>8)</sup>는 “寒氣痰濕 入於膀胱及膽 二經所致”라 하였다.

解剖學的 構造에 依據한 西洋醫學의 腰部痛症과 神經根病症을 일으키는 原因중 整形外科의 疾患이 가장 많으며<sup>9),10),11)</sup> 그 中 腰椎椎間板脫出症이 가장 多數를 차지한다.<sup>12)</sup>

主로 好發 年齡은 靑·長年이고 好發 部位는 L<sub>4-5</sub> level, L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> level이며 脫出된 椎間板에 의해 神經根이 壓迫당하여 下肢放散痛 및 感覺異常, 筋力低下 등의 神經學的 徵候가 나타나게 된다.<sup>13)</sup>

重要한 診斷檢査로는 脊髓造影術이나 CT가 있으나 最近에는 MRI가 登場하면서 選好하는 診斷的 檢査가 되고 있다.<sup>1)</sup> 洋方的 治療로는 保存的 療法이 主로 施行되는데 數週間の 寢床安靜侯 運動治療를 받게 되며 때로 藥物治療를 并行하기도 하고 手術療法이 10%未滿에서 實施된다.<sup>14)</sup>

한편 近來에 筋膜症候群의 概念이 擡頭되어 筋骨格系 痛症 疾患治療에 應用되고 있는데 그 理論을 살펴보면 Stress, Trauma 등이 筋活動에 필요한 Ca<sup>++</sup>遊離를 調節하는 Sarcoplasmic reticulum에 損傷을 입히고 그 結果 Ca<sup>++</sup> 遊離의 統制가 안되어 Sarcomere가 ATP energy 枯渴時까지 持續的인 收縮活動을 하고 筋纖維가 단단하게 緊張되어 壓痛點이 形成되고 그 壓通點은 마치 방아쇠처럼 作用하여 一定部位에, 痛症을 惹起한다. 그 壓痛點, 즉 Trigger point의 解消로 一定한 治療 效果를 거두고 있다.<sup>15),16)</sup> 腰脚痛의, 韓醫學적 治療方法으로는 鍼灸療法, 藥物療法 및 物理療法 등이 主로 活用되는데<sup>17),18)</sup> 그중 鍼灸療法의 體鍼療法은 主로 膽經과 膀胱經의 經穴들을 運用한다<sup>19)</sup>. 아울러 韓醫學의 經筋理論은 運動器官의 總括인 筋의 作用을 有機的으로 連結하는 하나의 體系로서 經脈의 外周部分이면서 筋骨格系 疾患 治療에 應用될 수 있다.<sup>20)</sup> 經筋의 治療部로는 以痛爲臚<sup>21)</sup>라 하여 阿是穴이 提起되었던 바<sup>22)</sup> 穴位發展의 初期段階에 該當하는 阿是穴에 대해 《千金方》<sup>21)</sup>에서 사람에게 病痛이 있으면 그 위를 按壓하여라. 만약 그 裏府가 病痛處에 該當하면 孔穴을 不問한다. 卽得하면 곧 快혹은 痛하는데 이를 阿是라 한다. 灸刺에 모두 效驗이 있다. 라 하여 名稱과 그 治療 效用성을 처음 言及한 바 있다.<sup>22)</sup>

韓醫學의 經筋理論은 筋肉系統과 相當히 密接한 關係를 가지고 있으며 經筋의 治療點은 阿是穴이고 筋膜症候群의 治療點은 Trigger point로서 阿是穴과 Trigger point는 壓痛點과 有關하다 하겠다.<sup>20)</sup>

이에 著者는 2000年 3月20日부터 2000年 11月 10日까지 春川韓方病院 針灸科에 腰脚痛을 主訴로 入院한 患者中 Lumber CT 및 MRI上 腰椎椎間板脫出症을 確診 받은 患者 30例를 對象으로 鍼治療時 經穴과 阿是穴을 并行하여 施術한 15例와 阿是穴을 施行하지 않은 15例를 比交 考察하여 有效한

結果를 얻었기에 報告하는 바이다.

## II. 관찰대상과 치료방법

### 1. 觀察對象

3月20일부터 2000年 11月10일까지 春川漢方病院 針灸科에 腰脚痛을 主訴로 入院한 患者中 Lumber CT 및 MRI上 腰椎椎間板脫出症을 診斷 받은 患者中 經穴과 阿是穴을 并行하여 施術한 15例와 阿是穴을 施行하지 않은 15例를 對象으로 하였다.

### 2. 治療方法

A群은 1日2회로 經穴과 阿是穴을 并行하고, B群은 1日1회의 經穴治療를 基本으로 하였으며 A群과 B群 모두 基本 治療法으로 藥物治療, 寢床安靜을 實施하였으며 安靜期에는 患者狀態에 따라서 腰脚痛 體操療法 物理治療 등을 實施하였다.

#### 1) 鍼治療 方法

##### (1) 施鍼部位

① 腰脚痛을 金<sup>23)</sup>등의 分類方法에 따라 膀胱經型, 膽經型, 中間型, 混合型 등으로 分類하고 崔,<sup>18)</sup> 李<sup>19)</sup>등의 報告에 따라 腰脚痛에 應用頻도가 높은 經穴들을 選用하여 다음과 같이 基本取穴을 하고 患者狀態에 따라 隨證加減하였다.

基本取穴 : 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞(兩側), 八膠穴中 選擇, 環跳, 委中, 承山, 崑崙(患側)

a) 膀胱經型 : 基本取穴, 加, 承扶, 殷門, 承筋

b) 膽經型 : 基本取穴, 加, 風市, 陽陵泉, 絕骨

c) 中間型 : 基本取穴, 加, 承扶, 殷門, 風市, 陽陵泉(患側)

d) 混合型 : 基本取穴, 加, 承扶, 承筋, 風市, 陽陵泉, 絕骨(患側)

##### ② 阿是穴

韓醫學의 經筋理論에 따라 腰部와 下肢部の 筋肉을 이루는 足三陰, 三陽經筋들의 經路上 臨床上 壓痛이 多發한 곳을 다음과 같이 取穴하였다.

足太陽經筋-關元俞 兩傍, 腰陽關 兩傍, 腰俞 兩傍, 殷門 兩傍,

足少陽經筋-環跳 附近, 風市~中瀆 附近, 外丘 附近, 陽輔 附近

足陽明經筋-天樞 附近, 髀關 附近, 伏兔 附近, 足三里~上巨虛 附近

足太陽經筋-漏谷~地機 附近, 箕門 附近, 衝門 附近, 腹結 附近,

足厥陰經筋-陰廉 附近

足少陽經筋-築賓 附近

##### (2) 施術方法

上記 經穴 및 阿是穴에 韓日鍼灸製作所 製品인 1.30×40mm의 1回用 毫鍼을 使用하고 刺鍼深度는 穴에 따라 多少의 差異는 있으나 一般적으로 8~20mm로 施行하였고 補瀉方法으로는 直刺法 또는 患者狀態에 따라 迎隨補瀉, 捻轉補瀉를 選擇하였으며 臀部의 穴位에는 0.30×80mm의 1回用 長鍼을 使用하고 刺鍼深度는 50~60mm로 症狀에 따라 直刺法으로 燒山火法 또는 透天涼法을 選擇하였다.

##### ① 經穴鍼治療法

患側上方의 側臥位 또는 腹臥位로 上記한 經穴을 中心으로 施術하였으며, 痛症이 甚한 境遇는 電鍼을 活用하였고, 電鍼機로는 Point F-3를 利用하여 波型은 疏密波, 또는 連續波, 周波數는 2.3~3.6Hz에서 選擇하고, 患者의 症狀에 따라 壓痛을 많이 呼訴하는 4~8個의 經穴을 爲主로 約 15~25分間 留鍼하였다.

##### ② 阿是穴治療法

患側上方의 側臥位 또는 腹臥位로 上記한 經穴을

中心으로 施術하였으며, 痛症이 甚한 境遇는 電鍼을 活用하였고, 電鍼機로는 Point F-3를 利用하여 波型은 疏密波, 또는 連續波, 周波數는 2.3~3.6Hz에서 選擇하고, 患者의 症狀에 따라 壓痛을 많이 呼訴하는 4~8個의 經穴을 爲主로 約 15~25分間 留鍼하였고 아울러 分刺, 恢刺, 關刺 등의 刺法을 應用했다..

## 2) 藥物療法

初期에는 標本緩急의 原理에 따라 活血通絡, 止痛, 行氣血의 療法으로 痛症緩和에 重點을 두었고 後期에는 強筋骨, 補肝腎, 補血益氣의 治法에 따라 辨證施治하였다.

## 3) 寢床安靜

觀察對象이 되었던 모든 患者에게 經板을 寢床 밑에 깔고 股關節과 膝關節을 屈曲시킨 狀態에서 무릎아래 膝枕을 固定시켜 腸腰筋의 緊張을 緩和시키고 腰椎에 壓迫을 적게함과 同時에 腰椎의 前彎을 減少시키고 脊椎管의 擴大效果를 期待했다.

## 4) 物理治療 및 體操療法

患者의 狀態에 따라 溫水泡, 附缸, I.C.T, E.S.T, 腰椎牽引治療, 推拿治療(Cox), 및 기타의 物理治療를 施行하였고, 體操療法을 患者에게 施行하였다.

## 3. 患者狀態의 評價

患者의 自然症狀의 輕重度를 客觀化하기 위하여 疼痛의 程度 및 治療의 制限에 따라 蔡<sup>24)</sup> 등의 分類를 따랐다.

- 1) Grade I : 輕度の 痛症이 있는 境遇, 安靜時에는 疼痛이 없고 動作時에는 微弱한 疼痛이 있는 境遇
- 2) Grade II : 中等度の 痛症이 있는 境遇, 動作

時에는 制限이 없으나 痛症으로 不便한 狀態

- 3) Grade III : 甚痛이 있는 境遇, 動作時 痛症으로 收限하여 操心하면 可動할 수 있는 狀態
- 4) Grade IV : 劇甚痛이 있는 境遇, 動作時 劇痛而驚으로 自力으로는 舉動이 不可한 狀態

## 4. 治療成績의 評價基準

治療 成績의 評價基準은 患者 自身の 好轉度에 대한 應答과 함께 本院 Chart에 依據해 運動制限 改善을 客觀的으로 把握하기 위하여 S.L.R Test, Lumber flexion, Lasegue Test, Peyton Sign, Milgram Test, Ankle Dorsiflexion, Ankle Plantarflexion 등의 理學的 檢查所見의 陽性反應 好轉度로 觀察하였고 治療效果의 判定은 蔡<sup>24)</sup> 등의 分類方法을 取하였다.

- 1) 優秀(Excellent) : 自覺症狀 및 理學的 檢查上 正常回復되어 自然生活에 別다른 障礙가 없는 境遇
- 2) 良好(Good) : 自覺症狀 및 理學的 檢查上 모두 初診시에 比하여 明白한 好轉을 보인 狀態
- 3) 好轉(Fair) : 自覺症狀 및 理學的 檢查上 어느 한 쪽만 좋아지거나 共히若干의 好轉만 보인 狀態
- 4) 불량(Poor) : 自覺症狀 및 理學的 檢查上 모두 無變化하거나 惡화된 狀態

## 5. Lumber Flexion 好轉程度에 따른 評價基準

腰部 屈曲檢査는 兩足を 서로 붙이고 膝關節은 완전히 神殿시킨 起立姿勢에서 허리를 앞으로 굽혀

指尖과 地面사이의 距離를 測定하는 것으로 地上에서 72cm가 되면 Grade III, 地上에서 36cm가 되면 Grade II, 地面에 닿으면 Grade I으로 分類하였다.

### III. 치료성적

#### 1. 性別 및 年齡別 分布

性別 分布는 男子 13例(43%), 女子 17例(57%)로 測定되어 女性의 比率이 男性의 比率보다 多少 많이 차지하였고, 年齡別 分布로는 30代가 11例(36.7%)를 차지하였고, 다음으로 40代가 7例(23.3%), 50代가 5例(16.7%), 20代가 4例(13.3%), 60代가 3例(10%)의 順이었다.

#### 2. 병력기간별 분포

1周内를 最急性期, 1周~1個月 以內를 急性期, 1~6個月 以內를 亞急性期, 6個月 以上은 慢性期로 分類하였다.

病歷期間別 分布는 最急性期가 13例(43.3%)로 가장 많았고, 다음으로 急性期가 7例(23.3%), 亞急性期가 6例(20.0%), 慢性期가 4例(13.3%)의 順으로 나타났다.

<表 1. 性別 및 年齡別 分布>

年齡	男		女		計(%)
	A群	B群	A群	B群	
20-29	1	1	1	1	4(13.3)
30-39	3	2	1	5	11(36.7)
40-49	1	1	2	3	7(23.3)
50-59	2	1	2	0	5(16.7)
60-	0	1	2	0	3(10)
計(%)	7		8		30(100.0)
	13(43.3)		17(56.7)		

<表 2 : 病歷期間別 分布>

分類	A群	B群	計(%)
最急性期	6	7	13(43.3)
急性期	4	3	7(23.3)
亞急性期	3	3	6(20.0)
慢性期	2	2	4(13.3)
計(%)	15(50.0)	15(50.0)	30(99.9)

#### 3. 腰脚痛 類型別 分布

腰脚痛 類型別 分布를 보면 膽經型이 15例(50.0%)로 가장 많았고, 다음으로 膀胱經型이 11例(36.7%), 混合型이 3例(10.0%), 中間型이 1例(3.3%)로 나타났다.

<表 3 : 腰脚痛 類型別 發生 頻度>

分類	A群	B群	計(%)
膀胱經型	5	6	11(36.7)
膽經型	8	7	15(50.0)
中間型	1	0	1(3.3)
混合型	1	2	3(10.0)
計(%)	15(50.0)	15(50.0)	30(100.0)

#### 4. 入院當時 阿是穴의 位置別 分布

足太陽經筋에서 殷門兩方 11(7.8%) 腰俞兩傍, 關元俞附近이 各 9(6.4%) 足少陽經筋에서 風市-中瀆附近이 14(9.9%) 陽輔附近이 13(9.2%) 環跳附近이 9(6.4%) 등 多數를 나타냈다. 아울러 足陽明經筋에서 天樞附近 10(7.1%) 足三里-上巨虛 附近13(9.2%) 足太陰經筋에 腹結10(7.1%) 등을 나타냈고 足厥陰經筋, 足少陰經筋에서도 小數나마 阿是穴을 나타냈다.

<表4.入院當時 阿是穴의 位置別 分布>

經筋	部位	個數	經筋	部位	個數
足太陽經筋	關元俞	9	足太陰經筋	伏兔	5
	腰陽關	8		足三里-上巨虛	13
足少陽經筋	腰俞	9	足厥陰經筋	箕門	3
	股門	11		衝門	4
	環跳	9		腹結	10
	風市-中都	14		足厥陰經筋	陰廉
足陽明經筋	外丘	5	足少陰經筋	築賓	4
	陽輔	13			
	天樞	10			
	髀關	5			

5. 入院當時 臨床症狀의 等級別 阿是穴의 個數

入院當時 臨床症狀의 等級別 阿是穴의 個數 平均은 Grade IV가 10.33個로 가장 많고, Grade III가 9.83個, Grade II가 9個, Grade I이 7.5個의 順으로 나타났다.

區分	性積	治療前陽性反應數(%)	好轉經過에 따른 平均 最小 治療日數(日)			治療後陰性反應數(%)
			Gr I	Gr II	Gr III	
A群		15(100.0)	17.2	9.4	8.3	13(86.7)
B群		15(100.0)	27.3	17.3	10.6	11(73.3)

6. A群의 治療成績別 阿是穴의 痛感 無變化 個數

A群의 治療成績別 阿是穴의 痛感 無變化平均 個數를 보면 優秀에서 1個 良好에서 2.6個, 好轉에서 3.25個의 順이었다.

<表 6 : A群의 治療成績別 阿是穴의 痛感 無變化 個數>

形態	個數							
	6	7	8	9	10	11	12	13
Grade I		1	1					
Grade II			1	2	1			
Grade III				2	3	1		
Grade IV				1	1		1	

7. Lumbar Flexion 好轉程度에 따른 平均 最小 治療日數

Lumbar Flexion 好轉程度에 따른 平均 最小 治療日數 및 陰性反應의 數를 보면 A群에서는 Grade I이 17.2日 Grade II이 9.4日 Grade III가 8.3日로 13(86.7%)을 나타냈고 B群에서는 Grade I이 27.3日 Grade II이 17.3日 Grade III가 10.6日로 12(73.3%)에서 陰性을 나타냈다.

<표 7: Lumbar Flexion 好轉程度에 따른 平均 最小 治療日數>

成績	阿是穴 個數					計(%)
	0	1	2	3	4	
優秀	1	4	1			6(40.0)
良好			3	1	1	5(33.3)
好轉				3	1	4(26.7)
不良						
計(%)	1 (6.7)	4 (26.7)	4 (26.7)	4 (26.7)	2 (13.3)	0 15(100.0)

8~9. 入院時 臨床症狀別 治療成績을 보면 A群에서는 優秀가 57.9%, 良好가 28.4% 好轉이 13.7%, 腰痛이 53.3%, 臀痛이 66.7%, 下肢引痛

<表 8 : A群의 入院時 臨床症狀別 治療成績>

症狀	A群 分類				計(%)
	優秀	良好	好轉	不良	
腰痛	8(53.3)	5(33.3)	2(13.3)		15(99.9)
臀痛	8(66.7)	3(25.0)	1(8.3)		12(100.0)
左	4(50.0)	2(20.0)	2(20.0)		8(100.0)
下肢 右	2(50.0)	2(50.0)			4(100.0)
引痛 兩		2(66.7)	1(33.3)		3(100.0)
小計	6(40.0)	6(40.0)	3(20.0)		15(100.0)
步行不利	10(66.7)	3(20.0)	2(13.3)		15(100.0)
轉倒不利	8(88.9)	1(11.1)			9(100.0)
屈伸不利	8(66.7)	3(25.0)	1(8.3)		12(100.0)
下肢痺痛	7(50.0)	5(35.7)	2(14.3)		14(100.0)
感覺異常		1(33.3)	2(66.7)		3(100.0)
計(%)	55(57.9)	27(28.4)	13(13.7)		95(100.0)

40.0%, 步行不利 66.7%, 轉側不利 88.9%, 屈伸不利 66.7%, 下肢痺痛 50.0%의 優秀를 나타냈다.

B群에서는 優秀가 19.8%, 良好가 33.7%, 好轉이 46.5%, 腰痛이 33.3%, 下肢引痛 13.3%, 步行不利 25.0%, 轉側不利 40.0%, 屈伸不利 21.4%, 下肢痺痛 9.1%의 優秀를 나타냈다.

〈表 9 : B群의 入院時 臨床症狀別 治療成績〉

分類	B群				計(%)
	優秀	良好	好轉	不良	
腰痛	4(33.3)	3(25.0)	5(41.7)		12(100.0)
背痛		4(40.0)	6(60.0)		10(100.0)
左	2(28.6)	3(42.9)	2(28.6)		7(100.1)
下肢 右		2(66.7)	1(33.3)		3(100.0)
引痛 兩		2(40.0)	3(60.0)		5(100.0)
小計	2(13.3)	7(46.7)	6(40.0)		15(100.0)
步行不利	3(25.0)	3(25.0)	6(50.0)		12(10.0)
轉側不利	4(40.0)	3(30.0)	3(30.0)		10(100.0)
屈伸不利	3(21.4)	4(28.6)	7(50.0)		14(100.0)
下肢痺痛	1(9.1)	4(36.4)	6(54.5)		11(100.0)
感覺異常		1(50.02)	1(50.0)		2(100.0)
計(%)	17(19.8)	29(33.7)	40(46.5)		86(100.0)

#### IV. 총괄 및 고찰

腰는 體幹과 下肢를 連結하는 人體 最大의 關節이며 이에 加해지는 生理的 負擔과 重要性은 매우 커서 韓醫學에서 腰는 腎의 府이고, 外候로서 一身이 허리의 힘에 依支해서 轉移하고 行動 屈伸<sup>2)</sup>하는 것이라 했으며, Morris<sup>26)</sup>는 곧바로 선 姿勢에서 腰薦關節이 負擔하는 무게를 言及했고 Strait<sup>27)</sup>는 體重 180lb의 사람이 體幹을 60° 屈曲時 5번째 腰椎에 加해지는 壓迫力은 450lb라 하였던 바 成人의 50~80%가 一生동안 한 번쯤 腰痛을 經驗하며<sup>3),4),5)</sup> 腰部 局部의 症狀으로 局限되기도 하나 때로는 下肢部에까지 臨床症狀을 나타내는 頻度도 높으

며 이 境遇 대개 病變이 前者보다 甚하며 病歷 또 한 긴 疾患인 境遇가 많다.<sup>28)</sup>

韓醫學에서 腰痛은 腰部에 連해 下肢部에도 나타나는 疼痛의 總稱이며 痛症뿐 아니라 多樣한 神經學的 徵候가 理學的 檢診이나 臨床症狀으로 나타난다.<sup>29)</sup>

《素問氣交變大論》<sup>6)</sup>에 “歲水不足...民病腹滿·身重濡泄 寒瘍流水 腰痛發”이라 처음 表現된以來 腰脚疼痛候<sup>7)</sup>, 腰疝痛,<sup>30)~32)</sup> 胯疼痛,<sup>32)~33)</sup> 腰連絞痛,<sup>34)</sup> 腰腿痛,<sup>35)</sup> 腰腿疼痛,<sup>36)</sup> 腰脚疼痛<sup>32),38)</sup> 등으로 多樣하게 表現되고 있으며, 原因에 대하여 巢<sup>7)</sup>는 “腎氣不足而 風邪所勝”이라 했고 謝<sup>8)</sup>는 “寒氣痰濕入於膀胱及膽 二經所致”라 하여 風寒濕三氣가 腎氣不足을 乘하여 膀胱經과 膽經에 侵入한 것이 主된 原因이라 하였다.<sup>23)</sup>

腰部의 解剖學的 構造는 腰椎와 椎間板, 神經根, 靭帶, 筋肉, 隣接臟器들로 構成되어 있으며<sup>1)</sup> 西洋醫學에서는 腰痛의 原因으로 內臟器性 要因(viscerogenic factor), 血管性 要因(vasculogenic factor), 神經系性 要因(neurogenic factor), 椎體性 要因(spondylogenic factor), 椎圓板性 要因(discogenic factor) 및 精神神經性 要因(psychoneurotic factor) 등으로 分類하였으며<sup>38)</sup> 約 85%가 整形外科的 疾患이며<sup>10),11)</sup> 腰椎椎間板脫出症이 가장 多數를 차지한다.<sup>12)</sup>

Mixer와 Barr에 의하면 椎間板이 年齡에 따른 形態學的 變化와 함께 器質的 變化 및 水分 含量의 減少를 일으켜 纖維輪의 破裂에 따라 後方으로 脫出되고 神經根을 壓迫하여 腰痛과 下肢放散痛이 나타난다고 하였고<sup>39)</sup> 한편 一般的인 神經壓迫의 徵候는 痛症보다는 痲痺症狀이며 痛症은 壓迫에 강한 神經이 壓迫의 持續에 의한 血行障導로 酸素와 營養供給이 圓滑치 못하게 되고 결국 損傷되어 浮腫, 充血, 癒着 등 炎症을 形成하여 이것이 刺戟에 대하여 過敏 反應을 일으켜 痛症이 야기된다.

洋方的 治療로는 保存的 療法이 主로 施行되는데 數周間의 寢床安靜後 運動治療를 받게 되며 그 目的은 腰部에 미치는 壓迫을 解消하고 筋緊張을 解消하며 周邊部의 筋力을 強化하는 것이다. 때로 藥物治療를 并行하기도 하고 手術療法이 10%未滿에서 實施된다.

한편 近來에 筋膜症候群의 概念이 擡頭되어 筋骨格系 痛症疾患의 治療에 利用되고 있는데 그 理論은 Stress, Trauma 등이 正常的인 筋活動에 필요한  $Ca^{++}$  遊離를 調節하는 Sarcoplasmic reticulum 에 損傷을 입히고 그 結果  $Ca^{++}$  遊離의 統制가 안 되어 Sarcomere가 ATP energy 枯竭時까지 持續的인 收縮活動을 하고 筋纖維가 단단하게 緊張되어 壓痛點이 形成되고 그 壓通點은 마치 방아쇠처럼 一定地域에 痛症을 야기하는 同時에 治療點이 되는 것이다.<sup>15),16)</sup>

腰脚痛의 韓醫學적 治療方法으로는 鍼灸療法, 藥物療法 및 物理療法 등이 主로 活用되는데<sup>17),18)</sup> 그 中에서도 鍼灸療法에 대해서는 <內經 靈樞·九鍼十二原論>에서 “欲而微鍼 通其經脈 調氣血氣”라 하여 經脈中의 氣血의 不均衡을 調節하여 疾病을 治療하며 單純한 作業보다는 得氣가 될 수 있는 作業을 要하고 있다.<sup>40)</sup> 腰脚痛에 使用되는 鍼灸療法中 體鍼療法은 主로 膽經과 膀胱經의 經穴<sup>19)</sup>들을 運用하는데 한편 韓醫學의 經筋理論은 運動器官의 總括인 筋의 作用을 有機的으로 連結하는 體系로서 經脈의 外周部分이며 筋骨格系疾患에 應用될수 있으며<sup>20)</sup> 經筋의 治療部로는 以痛爲腧<sup>21)</sup> 즉 阿是穴이 經脈論에 言及되었던바, 穴位發展의 初期段階에 該當하는 阿是穴에 대해 <千金方><sup>22)</sup>에서 사람에게 病痛이 있으면 그 위를 按壓하여라. 만약 그 裏部가 病痛處에 該當하면 孔穴을 不問한다. 卽得하면 곧 快 혹은 痛하는데 이를 阿是라 한다. 灸刺에 모두 效驗이 있다. 라 하여 名稱과 그 治療 效用性을 처음 言及한 바 있다.<sup>22)</sup>

韓醫學의 經筋理論은 筋肉系統과 相當히 密接한 關係를 가지고 있으며 經筋의 治療點은 阿是穴이고 筋膜症候群의 治療點은 Trigger point로서 阿是穴과 Trigger point는 壓痛點과 有關하다 하겠다.<sup>20)</sup>

이와 같은 鍼治療를 中心으로 2000年 3月20日 부터 2000年 11月10日까지 春川韓方病院 針灸科에 腰脚痛을 主訴로 入院한 患者中 Lumber CT 및 MRI上 腰椎椎間板脫出症을 診斷 받은 患者 30例를 對象으로 鍼治療時 經穴과 阿是穴을 并行하여 施術한 15例와 阿是穴을 施行하지 않은 15例를 比較考察한 結果는 다음과 같다.

性別 分布는 男子 13例(43%), 女子 17例(57%)로 測定되어 女性의 比率이 男性의 比率보다 多少 많이 차지하였고, 年齡別 分布로는 30代가 11例(36.7%)를 차지하였고, 다음으로 40代가 7例(23.3%), 50代가 5例(16.7%), 20代가 4例(13.3%), 60代가 3例(10%)의 順이었다.

病歷期間別 分布는 最急性期가 13例(43.3%)로 가장 많았고, 다음으로 急性期가 7例(23.3%), 亞急性期가 6例(20.0%), 慢性期가 4例(13.3%)의 順으로 나타났다.

腰脚痛 類型別 分布를 보면 膽經型이 15例(50.0%)로 가장 많았고, 다음으로 膀胱經型이 11例(36.7%), 混合型이 3例(10.0%), 中間型이 1例(3.3%)로 나타났다.

足太陽經筋에서 殷門兩方 11(7.8%) 腰俞兩傍, 關元俞附近이 各9(6.4%) 足少陽經筋에서 風市-中瀆附近이 14(9.9%) 陽輔附近이 13(9.2%) 環跳附近이 9(6.4%)등 多數를 나타냈다. 아울러 足陽明經筋에서 天樞附近 10(7.1%) 足三里-上巨虛 附近 13(9.2%) 足太陰經筋에 腹結 10(7.1%)등을 나타냈고 足厥陰經筋, 足少陰經筋에서도 小數나마 阿是穴을 나타냈다.

入院當時 臨床症狀의 等級別 阿是穴의 個數 平均은 Grade IV가 10.33個로 가장 많고, Grade III가



9.83個, Grade II가 9個, Grade I이 7.5個의 順으로 나타났다.

A 群의 治療成績別 阿是穴의 痛感 無變化平均 個數를 보면 優秀에서 1個 良好에서 2.6個 好轉에서 3.25個의 順이었다.

Lumbar Flexion 好轉程度에 따른 평균 최소치료 일수 및 陰性反應의 數를 보면 A群에서는 Grade I이 17.2日 Grade II이 9.4日 Grade III가 8.3日로 13 (86.7%)을 나타냈고 B群에서는 Grade I이 27.3日 Grade II이 17.3日 Grade III가 10.6日로 12(73.3%)에서 陰性을 나타냈다.

入院時 臨床症狀別 治療成績을 보면 A群에서는 優秀가 57.9% 良好가 28.4% 好轉이 13.7% 腰痛이 53.3%, 鈍痛이 66.7%, 下肢引痛 40.0%, 步行不利 66.7%, 轉側不利 88.9%, 屈伸不利 66.7%, 下肢痺痛 50.0% 의 優秀를 나타냈다.

入院時 臨床症狀別 治療成績을 보면 B群에서는 優秀가 19.8% 良好가 33.7% 好轉이 46.5% 腰痛이 33.3% 下肢引痛 13.3%, 步行不利 25.0%, 轉側不利 40.0%, 屈伸不利 21.4%, 下肢痺痛 9.1% 의 優秀를 나타냈다.

以上에서 살펴본 바와 같이 經穴만을 사용한 경우보다, 阿是穴의 竝行治療로 腰椎椎間板脫出症을 진단받은 腰痛患者의 運動制限改善 및 下肢痺證 등에 더욱 높은 有效率이 나타났으며, 臨床症狀의 好轉에 有意性이 있는 것으로 思料되어 향후 많은 研究가 必要하리라 본다.

## V. 결론

1. 性別分布는 男子 13例, 女子 17例로 測定되어, 性比는 1: 1.31이었고, 年齡別 分布로는 30代가 11例로 가장 많았다.

2. 病歷 期間別 分布는 最急性期가 43.3%였고 다음으로 急性期, 亞急性期, 慢性期の 順이었다.

3. 腰脚痛 類型別 分布는 膽經型이 15例로 가장 많고, 다음으로 膀胱經型이 11例였다.

4. 阿是穴의 存在部位는 足太陽經筋 37개, 足少陽經筋 42개로 多數를 차지했고, 특이하게 足陽明經筋에도 많은 阿是穴이 存在하였다.

5. 臨床症狀等級別 阿是穴의 平均個數는 Grade IV가 10.33個로 가장 많고, Grade III가 9.83, Grade II가 7個, Grade I이 7.5個의 順이었다.

6. 治療後 阿是穴의 痛感無變化 個數는 優秀에서 1個로 가장 적고 良好가 2.6개, 好轉이 3.25개의 順이었다.

7. Lumbar Flexion 好轉 정도에 따른 平均 最少 治療日數에서는 A群이 各 等級 모두에서 B群에 비해 優秀한 治療效果를 나타내었다.

8~9. 入院當時 臨床症狀의 治療성적은 A군에서 B군보다 우수하게 나타났다.

## VI. 참고문헌

1. Frank H. Netter.M.D. CIVA원색도해 의학총서 정담출판사 pp.195~197 1983
2. 洪元植 편 : 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院出版社, pp.153~154, 1995.
3. 오홍근 : 痛症醫學, 서울, 君子出版社, p.83, 1995.
4. 羅昌洙외 : 頭部 脊椎 四肢病의 診斷과 治療, 서울, 大星文化社, p.141, 1995.

5. 안형준 외 :腰痛 患者의 診斷名에 따른 臨床的 考察, 大韓韓醫學會誌, 14(1), p.32, 1997.
6. 張馬合註 : 黃帝內經素問, 서울, 成輔社, p.5 62, 1971.
7. 巢元方 : 巢氏諸病原候論, 臺北, 國立醫學研究所, 권5, p.5, 1964.
8. 謝觀 : 中國醫學大辭典, 서울, 金泳出版社, p. 83,3590, 1977.
9. 전재관외1인:腰痛에 대한 臨床的 考察,大韓鍼灸學會紙 Vol.13, No.1,pp
10. 안종철 외2인:성인 요통 환자의 요추부 X-선 소견에 의한 통계학적 고찰,서울,대한정형외과학회지, Vol.11, No2, pp.33~41,1982
11. 김남현 외1인:요통치료의 평가지수, 서울, 정형외과학회지,Vol25,No3,pp.33~41,1982.
12. 이승덕 외1인:한방병원 요통환자의 요추부 X-선 소견에 관한 고찰
13. 최길주 : 가정의학 서울 의학교육연구소19 98, pp205~206
14. 민경수 이태용: Low back pain p.105~110
15. 최호영: 임상근육학 대성의학사 1999.11.25 p.27~37
16. Janet G. Travell Myofacial pain and Dysfunction The Trigger Point Manual, Baltimore, WILLIAMS & WILKINS, 1983, pp.184~186
17. 김혜남 외 :腰痛에 관한 臨床的 考察, 大韓韓醫學會誌, 15(1), p.131, 1994.
18. 최우선 외 :腰痛證의 針灸治療에 관한 文獻的 考察, 慶熙大學校論文集, 1, pp.159~187, 1978
19. 李潤浩 : 腰脚痛의 針灸治療와 治驗例, 월간행림, 2, pp.22~24, 1989
20. 유태성 외2인:경근이론의 임상응용을 위한 문헌적 고찰2,대한침구학회지1991,pp47~69
21. 장마 합주: 황제 내경 소문 영추 합편,台聯國風出版社,민국66,소문,p30p417,영추 p53
22. 최용태 외 : 침구학(상), 서울, 집문당, 19 91, pp159~170
23. 金在圭 외 : 針灸科 領域에 있어서 腰脚痛에 대한 臨床的 考察, 慶熙醫學, 4(4), pp.42 5~431, 1988.
24. 蔡禹錫 : 腰脊椎證으로 인한 요통의 電針效果에 대한 臨床的 研究, 大韓針灸學會誌, 6(1), pp.113~128, 1989.
25. 崔容泰 외 : 針灸科 領域에 있어서 腰痛證의 治療效果에 관한 臨床的 研究, 慶熙大學校 30周年 記念論文集, 9, pp.883~902, 1979.
26. Moris외 : Spinal Orthotics, NYU Postgraduate Medical School Prosthetics and Orthotics, New York, 1975
27. Strait 외: Malcolm Peat:Current Physical Therapy.B.C.. Decker Inc, 1988
28. 이영진 역:근 골격계 진단 및 치료의 핵심,한 우리.1988,pp526~542
29. 박병문 :腰痛의 原因과 治療, 大早整形外科學會誌, 12(1), pp.1~8, 1977
30. 戴源長 : 針灸治療集(上), 臺北, 眞善美出版社, pp.41~43, 1973..
31. 王濤 : 外臺秘要(上), 서울, 成輔社,pp. 453 ~454, 1975.
32. 張從正 : 儒門事親, 上海, 人民衛生出版社, p.141,171,340, 1975
33. 朱 橐외 : 普生方, 北京, 人民衛生出版社, 권 5, p.261, 1983.
34. 楊繼洲 : 鍼灸大成, 서울, 杏林書院, p.55, 83,304,325, 1975.
35. 朱子揚, 黃藝 : 實用針灸新鍼醫療法大全, 香港, 得利書局, pp.462~469, 1975.

36. 方賢 : 奇效良方, 香港, 商務印書館, p.573, 579,574, 1977.
37. 葉天士 : 臨証指南醫案, 上海, 大生書局, 권8, 1934.
38. Macnab,I: Low back pain : the hyper - extension syndrome, Canadian Medical Association Journal, 73 : 448~454,1955
39. Mixter WJ and Barr JS : rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal, New Engl. J. Med, pp.210~215, 1934.
40. 楊維傑 석 : 黃帝內經 靈樞解析, 서울, 大盛出版社, p.10, 1988.