

원 제

委中穴 刺絡의 腰痛에 對한 治療效果

이상훈 · 정병식 · 윤형석 · 조성규 · 이윤호* · 김성욱**

*경희대학교 한의과대학 침구학교실

**유민한방병원 침구과

Abstract

Therapeutic Effect of Weizhong(BL40) Venepuncture on Low Back Pain

Sang-Hoon, Lee · Byung-Shik, Cheong · Hyoung-Seok, Yun · Seong-Gyu, Cho
Yun-Ho, Lee* · Sung-Uk, Kim**

*Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Kyung-hee University

**Department of Acupuncture & Moxibustion, Yu-Min Oriental Hospital

Objective : Since ancient times venepuncture has been widely used as a useful treatment for low back pain. This study is made in order to objectively evaluate the therapeutic effect of Weizhong(BL40) on low back pain.

Methods : Total 46 cases of low back pain patients were divided into 2 groups; one group took only acupuncture therapy, and the other group took acupuncture and venepuncture therapy together. Each patient's pain was evaluated before the treatment and the 3 or 4 days later after the treatment. Pain rating score(PRS) was used to assess the pain for its intensity, frequency, duration, and aggravating factors.

Results : Both acupuncture therapy group and acupuncture & venepuncture group showed good effect on low back pain. Though the latter group showed better pain release effect than the former, there was no statistical significance between pain rating score of two groups. Sciatica group showed no significant difference from non-sciatica group in pain rating score. Palpation on Weizhong(BL40) group showed significant difference only in pain duration from non-palpation group. Exposed vessel around Weizhong(BL40) group showed significant difference in pain rating score from non-exposed vessel group.

- 접수 : 2001년 10월 27일 · 수정 : 12월 22일 · 채택 : 2002년 1월 7일
- 교신저자 : 이상훈, 인천시 남동구 간석동 207-1 나사렛한방병원 침구과(Tel. 032- 435-2031)
E-mail : unidoc@korea.com

Conclusion : Weizhong(BL40) venepuncture can be highly recommended as a useful therapy for low back pain patients especially who show exposed vessels on the popliteal area.

Key Words : acupuncture, venepuncture, low back pain, Weizhong(BL40)

I. 서 론

요통은 인류의 직립보행의 역사와 더불어 생겨난 질환으로 일생동안 대다수의 사람들이 한번이상 요통으로 고통을 받는다¹⁾. 또한 인류의 수명이 연장되고 활동이 빈번해진 근래에는 요통의 빈도가 더 옥 증가하고 있어, 요통은 현대 산업사회에서 가장 값비싼 대가를 치르는 장애 중의 하나이며, 45세 이하에서 일상생활의 장애를 유발하는 첫째 원인이 된다²⁾.

이러한 요통은 현재 한의학의 치료영역에서 큰 비중을 차지하며, 그 원인이 다양할 뿐 아니라 여러 가지 치료법이 시술되고 있는 광범위한 임상 증후군이다.

그 중 刺絡療法은 <靈樞·九鍼十二原>과 <小鍼解>에서 “宛陳則除之”³⁾라 하여 鍼刺出血로서 壓滯된 痘邪를 排除한다는 치료원칙과 <靈樞·官鍼>에서 “絡刺”, “攢刺”, “豹文刺” 等³⁾의 구체적인 시술방법에 대해 언급한 이래, 清熱瀉火, 祛瘀除痺, 開竅通閉, 拔毒消腫의 작용을 가지고 있어 각종 질환의 치료에 널리 이용되어 왔다.

또한, <素問·刺腰痛論篇>에서는 “腰痛挾脊而痛至頭, 几几然, 目眴眴欲僵仆, 刺足太陽隙中出血”⁴⁾이라하여 고대로부터 委中穴 刺絡法이 중요한 요통 치료방법으로서 많이 활용되고 있기에 요통에 대한 委中穴 刺絡의 치료효과를 객관적 통증 평가법을 이용하여 관찰하고 그 결과를 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2001년 9월 3일부터 2001년 9월 28일까지 나사렛한방병원에 요통을 주소로 내원한 환자 중 46명을 무작위로 선정하여 실험군 25명, 대조군 21명을 연구대상자로 하였다.

2. 연구방법

1) 대조군의 치료

21명의 대조군에는 L2~L5 사이의 督脈과 양측 방광 1,2선의 경혈인 命門, 腰陽關, 脾俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞, 志室과 제2 천골공에 위치한 양측 次髎穴에 자침 및 摶轉提插 手技하여 得氣 시킨 후 20분간 유침하였으며, 침은 행림의료기 제작의 30mm×0.25mm 1회용 침을 사용하였다.

2) 실험군의 치료

25명의 실험군에는 대조군과 동일하게 자침을 한 후 행림사의 무통사혈침으로 委中穴 및 주변의 血絡을 刺絡하여 출혈이 저절로 멎을 때까지 방혈시켰다.

3. 평가방법

1) 평가시기

통증평가는 대조군, 실험군 모두 초진 당일 시술 전에 처음 측정한 다음 3,4일후 재진시 다시 측정

하였다.

2) 통증의 척도

통증의 변화를 보다 예민하고 포괄적으로 표현할 수 있어 유용한 평가법으로 인정받고 있는 통증평정지수(Pain Rating Score, PRS)⁵⁾를 이용하여 하지 방사통, 委中穴 압통, 委中穴 부근에 푸르게 노출된 혈관(이하 青筋⁶⁾)의 유무에 따른 통증 강도와 지속시간, 빈도, 동작과의 연관성 등을 포괄적으로 평가하였다(Figure 1.).

4. 통계분석

통계분석은 SPSS 10.1 for windows를 이용하여 실시하였다. 기술통계학적인 분석을 통해 측정값을 평균±표준편차로 요약하였으며, 각 그룹내의 치

료 전후 변화에 대한 유의성은 Wilcoxon signed rank test로 분석하였고, 각 그룹간 차이에 대한 유의성은 Mann-Whitney U test로 분석하였다. 유의수준은 0.05로 하였다.

III. 결 과

1. 연구 대상의 일반적인 특성

1) 연령 및 성별 분포

연구 대상자의 연령은 19세부터 72세까지로 평균 43.9세였고 남자는 20명 여자는 26명이었으며, 실험군은 남자 11명, 여자 14명으로 구성되었고, 대조군은 남자 9명, 여자 12명으로 구성되었다(Table 1).

Figure 1. Pain Rating Score (PRS)

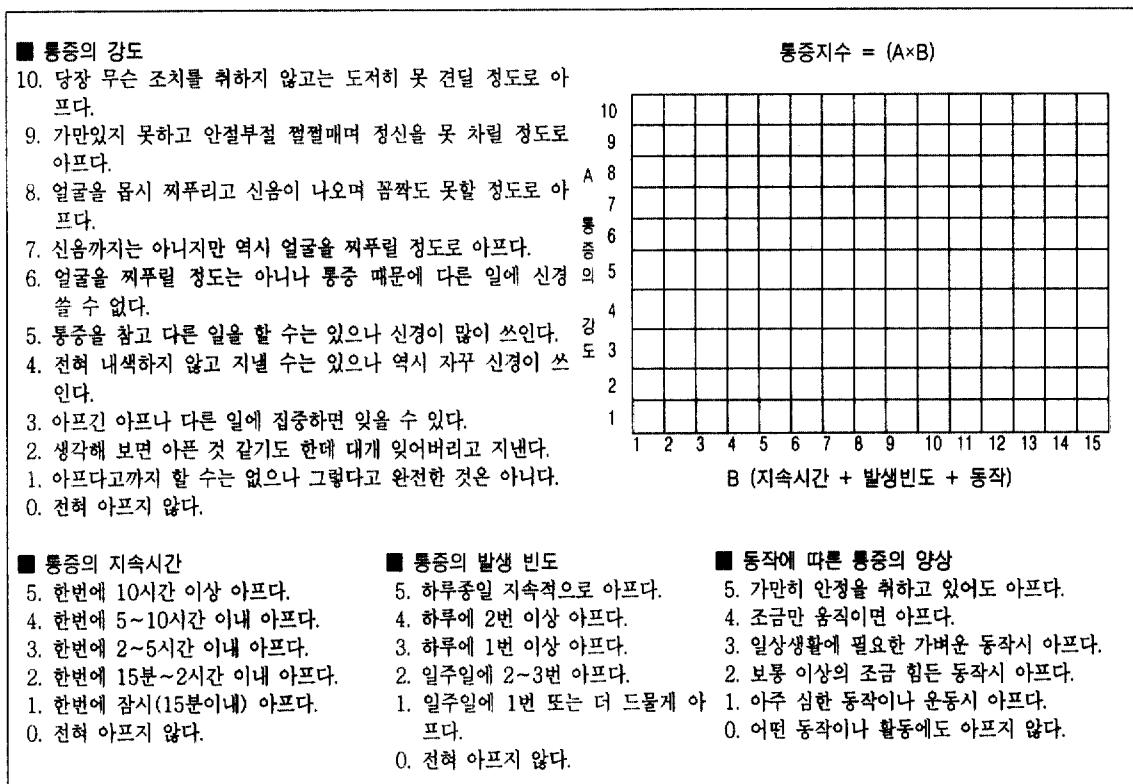


Table 1. Characteristics of Subjects

	Test group (%)	Control group (%)
Male / Female	11 / 14	9 / 12
Age (mean±SD)	44.8 ± 15.8	42.9 ± 16.8
Duration		
less than 6 weeks	12 (48)	13 (62)
6 weeks~12 weeks	3 (12)	2 (9)
more than 12 weeks	10 (40)	6 (29)
Total	25 (100)	21 (100)

Test group : Acupuncture + venepuncture on Weizhong (BL40) treated group

Control group : Acupuncture treated group

2) 요통의 발생 시기

Andersson 등⁷⁾의 분류에 따라 발병후 6주이하를 급성, 6주~12주를 아급성, 12주이상을 만성으로 분류하였을 때 환자의 분포는 다음과 같다 (Table 1).

2. 통증의 변화

1) 통증의 강도

치료 전후 통증 강도의 평균값은 실험군은 7.0에서 5.2로 감소하였고, 대조군은 6.7에서 5.1로 감소하여, 두 군 모두 통계적으로 유의한 변화를 나타내었다(Table 2).

Table 2. Pain Intensity

	Before Tx	After Tx	p-value*
Test group	7.0±1.9	5.2±1.8	.000
Control group	6.7±2.2	5.1±2.1	.001

Test group : Acupuncture + venepuncture on Weizhong (BL40) treated group

Control group : Acupuncture treated group

values represent mean±SD.

* Statistical significance was evaluated by Wilcoxon signed rank test.

2) 통증의 지속시간

치료 전후 통증 지속시간의 평균값은 실험군은 3.3에서 2.2로 감소하였고, 대조군은 2.5에서 1.9로 감소하여, 두 군 모두 통계적으로 유의한 변화를 나타내었다(Table 3).

Table 3. Pain Duration

	Before Tx	After Tx	p-value*
Test group	3.3±1.8	2.2±1.5	.005
Control group	2.5±1.8	1.9±1.6	.037

Test group : Acupuncture + venepuncture on Weizhong (BL40) treated group

Control group : Acupuncture treated group

values represent mean±SD.

* Statistical significance was evaluated by Wilcoxon signed rank test.

3) 통증의 발생빈도

치료 전후 통증 발생빈도의 평균값은 실험군은 4.6에서 3.9로 감소하였고, 대조군은 4.4에서 4.0로 감소하여, 두 군 모두 통계적으로 유의한 변화를 나타내었다(Table 4).

Table 4. Pain Frequency

	Before Tx	After Tx	p-value*
Test group	4.6±0.9	3.9±1.1	.000
Control group	4.4±0.7	4.0±0.7	.021

Test group : Acupuncture + venepuncture on Weizhong (BL40) treated group

Control group : Acupuncture treated group

values represent mean±SD.

* Statistical significance was evaluated by Wilcoxon signed rank test.

4) 동작에 따른 통증의 양상

치료 전후 동작에 따른 통증 양상의 평균값은 실험군은 3.3에서 2.6로 감소하였고, 대조군은 3.4에서 2.8로 감소하여, 두 군 모두 통계적으로 유의한 변화를 나타내었다(Table 5).

Table 5. Pain Aggravating Activity

	Before Tx	After Tx	p-value*
Test group	3.3±1.2	2.6±0.8	.002
Control group	3.4±1.0	2.8±1.1	.004

Test group : Acupuncture + venepuncture on Weizhong (BL40) treated group

Control group : Acupuncture treated group

values represent mean±SD.

* Statistical significance was evaluated by Wilcoxon signed rank test.

5) 통증 평정 지수

치료 전후 통증 평정 지수의 평균값은 실험군은 80.6에서 48.3으로 감소하였고, 대조군은 73.4에서 50.3으로 감소하여, 두 군 모두 통계적으로 유의한 변화를 나타내었다(Table 6).

Table 6. Pain Rating Score

	Before Tx	After Tx	p-value*
Test group	80.6±35.2	48.3±29.3	.000
Control group	73.4±41.2	50.3±36.4	.001

Test group : Acupuncture + venepuncture on Weizhong (BL40) treated group

Control group : Acupuncture treated group

values represent mean±SD.

* Statistical significance was evaluated by Wilcoxon signed rank test.

6) 실험군과 대조군의 통증 변화의 비교

각 통증 항목의 치료 전후 나타난 차이를 실험군과 대조군의 그룹별로 비교해 본 결과, 통증의 강도, 지속시간, 발생빈도, 동작에 따른 통증의 양상, 통증 평정 지수 모두에서 실험군과 대조군간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 7).

Table 7. Comparison of Test Group & Control Group

	Δ Tx		p-value*
	Test group (n=25)	Control group (n=21)	
Pain intensity	-1.8±1.9	-1.5±1.5	.873
Pain duration	-1.0±1.6	-0.5±1.2	.132
Pain frequency	-0.8±1.0	-0.4±0.8	.141
Pain by activity	-0.8±0.9	-0.7±0.9	.726
Pain rating score	-32.3±30.6	-23.1±28.3	.336

Δ Tx : after treatment - before treatment

Test group : Acupuncture + venepuncture on Weizhong (BL40) treated group

Control group : Acupuncture treated group

values represent mean±SD.

* Statistical significance was evaluated by Mann-Whitney U-test.

7) 실험군중 하지방사통 유무에 따른 통증의 변화
실험군중 하지방사통을 동반한 환자와 동반하지
않았던 환자로 구분하여, 각 통증 항목의 치료 전후
나타난 차이를 비교해 본 결과, 통증의 강도, 지속
시간, 발생빈도, 동작에 따른 통증의 양상, 통증 평
정 지수 모두에서 각 군간에 통계적으로 유의한 차
이는 없었다(Table 8).

Table 8. Pain with/without Sciatica

	Δ Tx		p-value*
	Sciatica group (n=16)	Non-sciatica group (n=9)	
Pain intensity	-1.9±2.1	-1.6±1.5	.655
Pain duration	-0.9±1.6	-1.3±1.6	.411
Pain frequency	-0.8±1.2	-0.7±0.5	.582
Pain by activity	-0.5±0.8	-1.2±0.8	.671
Pain rating score	-30.6±32.2	-35.3±29.3	.692

Δ Tx : after treatment - before treatment

values represent mean±SD.

* Statistical significance was evaluated by Mann-Whitney U-test.

8) 실험군중 委中穴 壓痛 유무에 따른 통증의 변화
실험군중 委中穴 壓痛을 동반한 환자와 동반하지

않았던 환자로 구분하여, 각 통증 항목의 치료 전후 나타난 차이를 비교해 본 결과, 통증의 발생빈도에서 압통 환자군이 비압통 환자군보다 통계적으로 유의한 차이를 나타내었고, 통증의 강도, 지속시간, 동작에 따른 통증의 양상, 통증 평정 지수에서는 각 군간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 9).

Table 9. Pain with/without Palpation Pain on Weizhong(BL40)

	ΔTx		p-value*
	Palpation pain (n=14)	Non-palpation pain (n=11)	
Pain intensity	-1.8±1.8	-1.7±2.1	.736
Pain duration	-1.2±1.6	-0.8±1.7	.342
Pain frequency	-0.9±0.4	-0.6±1.5	.014
Pain by activity	-1.0±0.9	-0.5±0.8	.105
Pain rating score	-37.6±31.4	-25.5±29.6	.344

ΔTx : after treatment - before treatment

values represent mean±SD.

* Statistical significance was evaluated by Mann-Whitney U-test.

9) 실험군중 委中穴 青筋 유무에 따른 통증의 변화
실험군중 委中穴 青筋을 동반한 환자와 동반하지 않았던 환자로 구분하여, 각 통증 항목의 치료 전후 나타난 차이를 비교해 본 결과, 통증의 강도, 지속시간, 발생빈도, 동작에 따른 통증의 양상에서 각 군간에 통계적으로 유의한 차이는 없었으며, 통증의 전반적 상태를 포괄하는 통증 평정 지수에서는 청근 환자군이 비청근 환자군보다 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다(Table 10).

Table 10. Pain with/without Exposed Vessel around Weizhong(BL40)

	ΔTx		p-value*
	Exposed vessel (n=13)	Non-exposed vessel (n=12)	
Pain intensity	-2.5±2.2	-0.9±0.8	.061
Pain duration	-1.5±1.8	-0.5±1.2	.071
Pain frequency	-1.0±1.3	-0.5±0.5	.262
Pain by activity	-0.9±1.0	-0.6±0.8	.371
Pain rating score	-46.2±35.7	-17.2±13.5	.041

ΔTx : after treatment - before treatment
values represent mean±SD.

* Statistical significance was evaluated by Mann-Whitney U-test.

IV. 고찰

요통은 인류의 직립보행의 역사와 더불어 생겨난 질환으로 인류의 수명이 연장되고 활동이 빈번해진 근래에는 요통의 빈도가 더욱 증가하고 있으며, 특히 45세 이하에서 일상생활의 장애를 유발하는 첫 째 원인이 된다²⁾. 그리고, 이러한 요통의 특징중 하나는 33~60%에서 재발을 하며 나이가 증가함에 따라 만성화되는 경향이 있다.

대다수의 사람들은 요통이 생기면 추간판 탈출증이라고 생각하는 경우가 많으나, 실제로는 디스크에 의한 요통은 생각만큼 많지는 않고 대부분 부적절한 자세 또는 허리의 과부하 등에 의한 요추부 염좌 등이 원인인 경우가 많기 때문에 대부분의 요통은 특별한 치료 없이도 2주 이내에 좋아지는 경향이 있고, 만성적으로 재발되는 요통 중에서 수술이나 전문적인 치료가 필요한 경우는 약 2%에 지나지 않으나, 재발되는 특징으로 인해 일상 기능과 삶의 질을 저하시키는 문제가 있다⁸⁾.

이러한 요통에 대해 한의학에서는 일반적 침구요법이외에 다양한 치료법이 있는데, 그 중 고대로부터 널리 시술되는 중요한 방법으로서 刺絡療法이 있다.

醫學史上 鍼刺放血하는 것은 오래되었을 뿐만 아니라 널리 민간에 전하여 왔다. 멀리는 석기시대에서부터 醫療專用의 石制工具인 砧石을 이용하여 본 요법으로 질병을 치료하기도 하였다. 銅이나 鐵器의 출현과 의학의 발전으로 泰漢時期에는 금속제의 鍼具가 출현하였다. 이를 <靈樞·九鍼十二原>에서는 “九鍼”³⁾이라 하였는데, 그 중 鍼刺放血하여 瘡腫,

發熱, 止痛 등의 疾病을 治療하는 “鋒鍼”³⁾은 現代에 鍼刺放血에 사용하는 三陵鍼을 가리키는 것이다.

<靈樞>와 <素問>에서 침자치료와 관련된 것 중 반수이상에서 鍼刺放血이란 문구를 찾아볼 수 있고, 예를 들면 <素問·血氣形志篇> “凡治病 必先去其血”⁴⁾, <靈樞·九鍼十二原> “宛陳則除之”⁵⁾, <素問·陰陽應象大論篇> “血實宜決之”⁶⁾라고 말했듯이, 162 편중에 40여편에서 鍼刺放血療法의 名稱, 鍼具, 鍼法, 取穴, 主治範圍, 禁忌症 및 治病機理 등의 내용을 논술하였으며, 상세하게 經絡과 氣血이론 체계를 완성하였다.

다시 말해, 刺絡療法은 “啓脈療法”, “刺血療法”, “三陵鍼療法”이라 하며, 혹은 “強痛法”이라고도 하는데, 이는 일종의 독특한 침자치료방법으로, 三陵鍼이나 小眉刀, 皮膚鍼 等의 기구를 이용하여 환자 신체상의 穴位, 痘變處, 病理反應點 혹은 濕表靜脈을 刺破 또는 叩刺하여 적당량의 혈액을 유출시킬 때 생기는 유기체의 반응으로 經絡中에 塹滯된 氣血을疏通시키며, 虛實 및 臟腑의 機能紊亂을 調整하며, 氣滯血瘀의 病理變化를 正常으로 回復케 하여, 泄熱祛邪, 止痛, 解毒, 急救開竅醒神, 鎮靜, 消腫化瘀, 鴻火, 祛風止痒, 治癆 등의 다양한 작용을 가지고 있어 각종 질환의 치료에 널리 이용되어 왔다⁹⁾.

이러한 刺絡療法의 치료 효과를 객관적으로 평가해 보고자 저자는 刺絡의 대표적 적용증인 요통 환자를 대상으로 일반 체침자극만을 실시한 대조군과 대조군 치료법에 委中穴 刺絡을 겸한 실험군으로 나누어 초진시 시술직전과 3,4일후 재진시 통증 평가 지수를 이용하여 통증의 변화여부를 관찰하였다.

연구 대상자의 연령은 19세부터 72세까지로 평균 43.9세였고 남자는 20명 여자는 26명이었다. 요통환자의 남녀의 비에 대하여 여자가 더 많을 수 있는 원인으로써 첫째, menstruation 등의 신체 현상이 요통증가에 기여할 수 있으며, 둘째로는 신체적으로 남자보다 약하며, 셋째로는 통증에 대한 예

민도가 높다는 것 등이 이유가 될 수 있다¹⁰⁾.

Andersson 등⁷⁾의 분류에 따라 발병후 6주이하를 급성, 6주~12주를 아급성, 12주이상을 만성으로 분류하였을 때 환자의 분포는 급성 25례, 아급성 5례, 만성 16례로 나타났는데, 일반적으로 요통 환자의 약 90%에서는 6주 이내에 직장 복귀가 가능하고, 나머지 4~5%는 3개월 이상, 2~3%에서는 6개월 이상, 1%에서는 1년 이상 증상이 지속된다. 또한 증상의 호전이 있더라도 60~85%에서 2년 이내에 증상의 재발을 보인다¹¹⁾.

급성 요통의 경우에는 약 80~90%의 환자에서 통증의 원인을 알 수가 없으며, 치료의 유무 또는 종류에 관계없이 80%이상이 6주 이내에 호전되므로 급성 요통 환자에서의 치료는 통증을 빨리 감소시켜 활동 능력과 기능을 아프기 이전 상태로 회복시키고, 재발과 만성화를 방지하는데 그 목적이 있다. 현재 서양의학에서는 수술 이외의 기존의 보존적 치료방법들로 안정, 견인(Traction), 물리치료, 요천추 보조기(Corset and Braces), 척추교정(Manipulation), 운동치료, 요통 교실이 있고, 약물치료로서 비스테로이드성 소염제, 진통제, 근이완제를 주로 사용하고, 최근 국소 주사요법(Injection therapy)으로 동통유발점 주사(trigger point injection), 경막외 스테로이드 주사(epidural steroid injection)을 시행하고 있다¹²⁾. 그러나 다양한 치료에도 불구하고 만성요통환자는 증가하고 이로 인한 장애가 급격히 증가하고 있는 추세이므로 한의학적 치료법의 개발과 다양화가 절실히 한다고 할 수 있다.

鍼刺放血治療後에는 일반적으로 두 가지 반응이 나타날 수 있는데, 하나는 刺血後에 환자가 즉시 부드러워지고 통증의 소설을 느끼는 것이고, 다른 하나는 刺血後에 증상이 도리어 잠시 가중되며, 일반적으로 2~4일 후에 점차 완화되는 것이다⁹⁾. 이에 근거하여 본 연구에서는 치료전과 치료후 3,4일 후에 재측정을 실시하였다.

刺絡治療중 부작용에 대하여 全身倦怠無力, 頭昏, 口渴, 嗜睡, 寒熱往來, 일시적 痛症增加 등의 현상이 있을 수 있으며, 이때에는 생선, 육류 등의 고영양 식품을 많이 섭취하며, 휴식과 수면을 충분히 취하게 해야 한다⁹⁾고도 알려져 있으나, 본 연구에서는 별다른 부작용 사례는 없었다.

통증의 평가를 위해 비교적 최근에 개발되어 이해와 기록이 쉽고, 통증의 변화를 보다 예민하게 평가하고, 통증의 강도와 지속시간, 빈도, 동작과의 연관성 등을 포괄적으로 표현할 수 있는 통증평정지수(Pain Rating Score; PRS)⁵⁾를 사용하였다. 즉, 통증의 강도, 통증의 지속시간, 통증의 발생빈도, 동작에 따른 통증의 양상의 4가지 측면에서 통증을 측정하고, 통증 평정 지수는 통증강도×(시간+빈도+동작)를 산출한 값으로 평가하였다.

통증의 강도, 지속시간, 발생 빈도, 동작에 따른 통증의 양상 4가지 항목의 치료 전후의 차이에서 실험군과 대조군 모두 통계적으로 유의성있는 감소를 나타내었으며, 통증 평정 지수 역시 통계적으로 유의성있는 감소를 나타내어 자침 및 刺絡 모두 요통의 전반적 통증 치료에 빠른 효과를 나타내었다. 또한, 실험군과 대조군의 치료 전후 통증 감소에 대한 각 그룹간 비교에서는 모든 항목에 대하여 실험군이 대조군에 비하여 큰 치료 전후의 편차를 나타내어 침치료와 더불어 委中穴 刺絡을 한 경우가 전반적으로 더 우수한 효과를 나타낸다고 볼 수도 있으나, 통계적 유의성이 있을 정도는 아니었다. 그러나, 어떤 환자의 경우는 刺血治療을 6~8회 받은 후에 효과가 나타나기 시작하기도 하였다⁹⁾는 보고가 있으므로, 鍼刺放血治療 1~2회 후에 효과가 보이지 않는다고 치료를 쉽게 중단해서는 안되며, 장기적 치료효과의 추적도 향후 필요할 것으로 사료된다.

하지 방사통은 요통 환자의 40%정도에서 발생하는 증상이며 단순한 방사통과 신경의 압박에 의해

발생하는 좌골신경통으로 분류된다. 진성 좌골신경통은 신경근의 압착(nerve root entrapment) 등으로 인하여 요통 및 하지의 방사통을 호소하는 중후군으로 일반적으로 다리 및 발에 저리는 감각이상을 호소한다. 또한 운동신경 감각신경 반사작용 등의 이상을 동반할 수가 있으며, 주로 추간판 탈출증, 중심성 척추관 협착증, 신경관 척추관 협착증으로 유발되며¹³⁾, 2주이상 지속된 심한 요통환자의 경우에 16%에서 발생하며 전체 요통환자의 1%를 차지한다. 따라서 요통환자 수에 비하여 좌골신경통과 같은 신경학적 증상을 보이는 경우는 상대적으로 드물다고 할 수 있다¹²⁾.

실험군중 하지방사통이 동반된 환자 16례와 동반되지 않은 환자 9례를 대상으로 통증의 변화를 그룹간 비교해 본 결과, 하지 방사통의 유무에 따른 각 통증의 변화가 통계적으로 유의한 차이는 없어, 하지 방사통이 刺絡療法의 필수 요건은 아니라고 판단 할 수 있겠다.

실험군중 委中穴 압통이 있는 환자 14례와 압통이 없는 환자 11례를 대상으로 통증의 변화를 그룹간 비교해 본 결과, 통증의 발생빈도 항목에서 委中穴 압통을 동반한 그룹은 -0.9의 평균값 차이를 나타내었고, 압통을 동반하지 않은 그룹은 -0.6의 평균값 차이를 나타내었으나, p-value가 0.014로 통계적으로 높은 유의성을 나타낸 것은 표본이 정규분포를 하지 않아 비모수검정으로 평균값이 아닌 순위를 이용한 결과로 생각되며, 기타 다른 통증 항목과 통증 평정 지수에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

실험군중 委中穴이 있는 슬관부에 청근을 동반한 환자 13례와 동반하지 않은 환자 12례를 대상으로 통증의 변화를 그룹간 비교해 본 결과, 통증의 강도, 지속시간, 발생빈도, 동작에 따른 통증의 양상에서 각 군간에 통계적으로 유의한 차이는 없었으며, 통증 평정 지수에서 청근 환자군이 비청근 환자군

보다 통계적으로 유의한 차이($p=0.041$)를 보인 것은 통증 평정 지수가 통증 강도에 제일 민감한 반응을 나타내는데, 두 군간 통증 강도의 p 값이 0.061로 비교적 작은 값을 보여, 이의 영향이 반영된 것으로 보인다.

따라서 요통에 동반되는 여러 증상중 하지 방사통, 委中穴 壓痛 보다는 委中穴 부위에 青筋이 노출되어 있을 경우를 刺絡療法의 보다 적극적인 적용증으로 판단하여 응용할 수 있겠다. 이는 董氏鍼法¹⁴⁾에서 좌골신경통, 요통, 하지 풍습병, 치창 등의 질환에 委中穴 청근을 중시하여 委中穴 방혈을 기본으로 시술하는 것과 일맥상통한다.

요통환자에 대한 刺絡療法에 관련한 기존 문헌으로서, 중국의 許는 32례의 급성요통환자에게 환측 양로혈 침자와 委中穴 방혈치료를 배합하여 96.88%의 치료효과가 있었다¹⁵⁾고 보고하였으며, 국내의 최 등은 174례의 각종 동통환자에게 阿是穴 위주로 瘀血하여 총 142명(81.61%)에서 호전이상의 효과가 있었으며, 이중 특히 요통환자의 경우 89.12%로 가장 높은 치료효과를 나타내어¹⁶⁾, 역시 요통이 刺絡療法의 주된 적용증이 될 수 있음을 밝혔다.

鍼刺放血의 치료 기전으로는 체표의 어혈을 없애고 심장의 부담을 덜어주어 전신의 혈류를 좋게 하 고 혈압과 혈류량, 체온, 자율신경을 조절하는 치료 효과가 있다고 보고 있다.

郭은 刺絡療法의 작용기전에 대해 혈액성분에 대한 영향, 혈관기능에 대한 영향, 신경-肌肉에 대한 영향, 면역방어기능에 대한 영향, 체온조절기능에 대한 영향, 소화기능에 대한 영향으로 나누어 설명하였으며, 구체적으로 刺絡療法은 혈액성분에 대하여 백혈구의 증감을 조절하며, 혈중 K^+ , Na^+ , Ca^{++} 의 함량에 대해 영향을 미치고 혈관기능에 대해서는 혈류량을 개선시켜 순환장애를 개선하며 혈관경련을 완화하고 혈액순환을 촉진시킨다고 하였다. 신

경-肌肉에 대한 영향으로는 국부조직에 대한 자극으로 특유한 생화학적 변화를 일으켜 신경-체액의 종합조절을 통하여 질병을 예방 및 치료하며, 면역방어기능에 관한 영향으로는 刺絡치료후에 임파세포, 단백구 및 보체C3 등의 지수들이 현저히 증가한다고 하였고, 체온조절에 대한 영향으로는 刺絡療法이 체온조절증추에 작용하여 현저한 退熱작용을 보인다고 하였으며, 소화기능에 대한 영향으로는 刺絡療法이 위산과 소화효소의 증감을 조절한다¹⁷⁾고 하였다.

丸山과 工藤은 刺絡療法의 치료작용의 기전을 전신적으로는 순환기능의 개선, 빈혈의 회복, 자율신경계의 조정, 출혈인자의 개선으로 설명하고 국한적으로는 혈액의 성상변화, 근육경련의 완화, 통통의 소실내지는 경감, 피부색의 변화라고 하였으며 이상을 요약하여 刺絡療法의 기전을 말초순환을 호전시켜 국부의 대사를 조정하고 水力學적으로 원격부위 순환계통도 호전되어 그 부근의 대사를 정상화시키며 대사의 호전에 수반하여 신경계, 호르몬계통의 제어계통을 조절하는 것이라고¹⁸⁾ 설명하였다. 이상의 설명들을 총괄하여 볼 때 刺絡療法은 혈액성상, 혈류, 근육, 신경계, 호르몬대사 등에 전반적으로 영향을 준다고 사료된다.

그동안 委中穴 刺絡療法을 활용하여 본 바 실제 접하게 되는 임상상의 문제로서, 하절기에는 슬피부의 경우 외부로 노출되는 경우가 많아 刺絡후 2,3일에서 길게는 1주일정도 피하출혈의 흔적이 남는 등 외관상의 문제 때문에 여러차례의 시술을 회피하는 경우가 많았으며, 동절기의 경우에는 두꺼운 하의나 여러 겹의 의복을 입는 경우가 많아 委中穴까지 하의를 걷거나 벗는데 어려움이 있어, 확실한 적용증을 가지고 시술에 임하는 것이 치료의 효율성 제고를 위해 요구되며, 이를 위해 다양한 패턴의 요통에 대한 각 증상별 刺絡 치료 효과에 대하여 보다 장기적인 추적 연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 결 론

2001년 9월 3일부터 9월 28일까지 요통으로 나 사렛한방병원에 내원한 요통 환자를 대상으로 일반 체침자극만을 실시한 대조군과 대조군 치료법에 委中穴 刺絡을 겸한 실험군으로 나누어 초진시 시술 전과 3,4일후 재진시 통증평정지수(Pain Rating Score, PRS)를 사용하여 하지 방사통, 委中穴 壓痛, 委中穴 부근 靑筋(푸르게 노출된 혈관)의 유무에 따른 통증 강도와 지속시간, 빈도, 동작과의 연관성 등을 관찰하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 통증의 강도, 통증의 지속시간, 통증의 발생 빈도, 동작에 따른 통증의 양상 4가지 항목 및 통증 평정 지수에서 자침만을 시행한 대조군과, 자침과 함께 委中穴 刺絡을 시행한 실험군 모두에서 통계적으로 유의한 치료 효과를 나타내었다.
2. 실험군과 대조군의 각 그룹간 비교에서는 각 통증 항목 모두에서 실험군이 대조군에 비하여 더 큰 치료 전후 편차를 나타내었으나, 통계적 유의성은 없었다.
3. 하지방사통의 유무는 통증 평가에 통계적으로 유의한 차이가 없었다.
4. 委中穴 압통의 유무는 통증 발생빈도에서만 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 기타 항목에서는 유의한 차이가 없었다.
5. 委中穴 청근이 있는 환자군이 청근이 없는 환자군보다 전반적 통증의 상태를 반영하는 통증 평정 지수에서 통계적으로 유의한 치료효과를 나타내

어 委中穴 부근 靑筋을 刺絡療法의 주요한 적응증으로 볼 수 있다.

VI. 참고문헌

1. Deyo RA, Tsui-Wu JY. Descriptive epidemiology of low back pain and its related medical care in the United States. Spine. 1987; 12: 264-8.
2. Robert JG, Peter BP, Tom GM. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. Spine. 1995; 20(24): 2702-9.
3. 홍원식. 精校 黃帝內經 靈樞. 서울: 동양의학 연구원. 1985; 11-13, 32, 62-3.
4. 홍원식. 精校 黃帝內經 素問. 서울: 동양의학 연구원. 1985; 25, 95, 154.
5. 김철, 김창효, 전세일. 새로운 자가통증평가법의 유용성. 대한재활의학회지. 1998; 22(2): 305-11.
6. 楊維傑. 董氏奇穴鍼灸學. 北京: 中國古籍出版社. 1995: 204-5, 213-4.
7. Andersson GBJ, Brown MD, Dvorak J, Herzog RJ, Malter A, McCulloch JA, Saal JA, Spratt KF, Weinstein JN. Consensus summary on the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation. Spine. 1996; 21: 75-8.
8. Crenshaw AH. Campbell's operative orthopedics. 8th ed. USA: Mosby, 1992: 3515-790.
9. 박희수, 방재성. 韓醫療法匯通·人. 서울: 새천년. 2000: 404-19, 421, 423, 428.

10. Nagi SZ, Riley LE, Newby LG. A social epidemiology of back pain in a general population. *J Chron Dis.* 1973; 26: 769-79.
11. Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med.* 1988; 318: 291-300.
12. 김경철. 일차진료의를 위한 요통 관리 전략. *가정의학회지.* 1999; 20(5): 634-46.
13. 안면환. 만성요통의 감별과 치료. *가정의학회지.* 1994; 15(1): 42-50.
14. 최문범, 박동욱, 이정훈. *실용동씨침법.* 서울: 대성의학사. 2000: 31.
15. 許建軍. 鍼刺養老配委中放血治療急性腰扭傷 32例. *天津中醫.* 2001; 18(3): 35.
16. 崔賢, 文錫哉. 瀉血療法에 依한 疼痛減除 效果의 臨床的 考察. *대한한의학회지.* 1983; 4(1): 40-45.
17. 郭劍華. 中醫實用刺血療法. 重慶: 科學技術出版社重慶分社. 1990: 27-30, 234-238.
18. 丸山昌郎, 工藤訓正. 刺絡治療法. 東京: 醫道の日本社. 昭和三十二年: 6,24,32,34,38.