

원저

## 急性期 腰痛의 治療에 刺絡療法의 竝行이 미치는 影響

송형근 · 송민식 · 김정호 · 강재희 · 김영화 · 김영일 · 홍권의 · 이현\* · 이환동\*\*

\*대전대학교 부속한방병원 침구과

\*\*유민한방병원 침구과

### Abstract

#### The Effect of the Treatment with Venesection on Treating Low Back Pain of Acute Stage

Song Hyong-gun, Song Min-sik, Kim Jeong-ho, Kang Jae-hui, Kim Young-hwa,  
Kim Young-il, Hong Kwon-eui, Lee Hyeon\* and Lee Hwan-dong\*\*

\*Department of Acupuncture & Moxibustion, Orient Medical Hospital, Daejeon University

\*\*Department of Acupuncture & Moxibustion, Yumin Orient Medical Hospital

**Objective** : This study is designed in order to evaluate the therapeutic effect of venesection on acute low back pain.

**Methods** : From Nov. 1st 2003 to Apr. 30th 2004, 40 cases of low back pain patients at acute stage were divided into 2 groups; one group(control group) took only acupuncture therapy, and the other group(test group) took acupuncture and venesection therapy. Pain rating score(PRS) was used to assess the pain for its intensity, frequency, duration, and aggravating factors. And visual analog scale(VAS) was used, too. PRS and VAS was checked twice, before the treatment and after the treatment. Treatment was done twice a day.

- 접수 : 2004년 7월 26일 · 수정 : 2004년 9월 18일 · 채택 : 2004년 9월 18일  
· 교신저자 : 이현, 충청남도 천안시 구성동 476-8 대전대학교 부속 천안한방병원 침구과  
Tel. 041-560-8763 E-mail : lh2000@hanmir.com

**Results** : Both acupuncture therapy and acupuncture with venesection therapy showed good effect on low back pain of acute stage. And the latter group showed better effect on decreasing pain than former. It was proved by the difference between PRS and VAS checked before treatment and what checked after treatment. But it was not proved statistically.

**Conclusion** : Only acupuncture and acupuncture with venesection can be recommended as a useful therapy to treat low back pain of acute stage.

**Key words** : Low back pain of acute stage, Acupuncture, Venesection, Pain rating score(PRS), Visual analog scale(VAS)

## I. 서 론

요통이란 요부에 나타나는 모든 통증을 일괄하여 사용하는 용어로서 단순하게 증상을 표현할 뿐 어떤 특정한 병명이나 증후군을 지칭하는 것은 아니다<sup>1)</sup>, 통증을 호소하는 환자들 중에서 대부분을 차지할 정도로 높은 발생빈도를 나타내고 있다.

요통은 인류의 역사와 더불어 생겨난 것이며 일어서서 두발로 다니는 영장류는 다른 동물과 달리 생리학적인 부담을 허리에 받게 된다. 요통은 국제적인 관심사가 되어 있고 전 인류의 약 80%는 일생동안 한번 이상의 요통을 경험하는 것으로 알려져 있으며, 미국에서는 45세 이하에서 가장 흔한 활동제한을 일으키는 원인으로 알려져 있다<sup>2)</sup>.

일반적으로 갑작스럽게 나타나는 급성기 요통의 경우 80~90%의 환자에서 통증의 원인을 알 수 없으며, 치료의 유무와 종류에 관계없이 80% 이상이 6주 이내에 호전되지만<sup>3)</sup>, 치료기간이 길어지면 만성화될 수 있다. 이를 방지하기 위하여

통증을 빨리 감소시켜 활동 능력과 기능을 회복시키는 것이 급성기 요통의 치료의 목적이 된다.

한의학에서는 요통의 원인에 대해 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕熱, 氣<sup>4)</sup> 등을 원인으로 제시하고 있으며, 鍼灸, 推拿, 氣功, 電氣, 磁氣, 溫熱, 運動, 藥物療法 등을 주로 활용하여 요통을 치료하고 있다.

침구요법 중 刺絡療法은 《靈樞·九鍼十二原》과 《小鍼解》에서 “宛陳則除之”<sup>5)</sup>라 하여 침자출혈로서 壅滯된 病邪를 排除한다는 치료원칙과 《靈樞·官鍼》에서 “絡刺”, “攢刺”, “豹文刺” 등<sup>5)</sup>의 구체적인 시술방법에 대해 언급한 이래, 淸熱瀉火, 祛瘀除痺, 開竅通閉, 拔毒消腫의 작용으로 많은 질환의 치료에 이용되었다. 특히 《素問·刺腰痛論篇》에서는 “腰痛挾脊而痛至頭, 凡凡然, 目眩眩欲僵仆, 刺足太陽腓中出血”<sup>6)</sup>이라 하여 요통의 치료방법으로서 足太陽膀胱經에 대한 刺絡療法을 오랫동안 이용해 왔음을 알 수 있다.

이에 본 연구에서는 급성기 요통의 치료를 위해 刺絡療法을 병행하였으며, 그 치료효과를 일반적인 體鍼治療만 시행한 경우와 객관적 통증 평가법을 통해 비교, 평가하고자 한다.

## II. 研究對象 및 方法

### 1. 연구대상

2003년 11월 1일부터 2004년 4월 30일까지 요통을 주소로 대전대학교 한방병원에 입원한 환자를 대상으로 하였다. Andersson<sup>7)</sup> 등의 분류방법을 참조하여 발병 후 6주 이하를 급성, 6주~12주를 아급성, 12주 이상을 만성으로 분류하였다. 발병 후 6주 이내의 급성기 환자를 선택하였으며, 진단명, 발병원인, 과거력 등을 배제하고 입원을 요하는 직접적인 통증이 나타난 지 6주가 경과하지 않은 환자들을 선택하였다. 이들 중 5일 이상 입원한 환자 40명을 실험군과 대조군으로 각각 20명씩 배정하였다.

### 2. 치료방법

대조군은 側臥位 또는 伏臥位의 상태에서 1일 1회로 體鍼治療를 시행하였고, 실험군은 側臥位 또는 伏臥位의 상태에서 1일 1회로 體鍼治療를 시행하고 이에 더하여 2일에 1회씩 刺絡療法를 시행하였다. 대조군과 실험군 모두 기본적으로 약물치료, 침상안정, 물리치료를 시행하였다.

#### 1) 鍼治療

鍼治療는 최<sup>8)</sup>, 이<sup>9)</sup> 등의 보고에 따라 요통치료에 응용빈도가 높은 경혈들을 참고 선혈하여 體鍼治療하였으며, 특히 督脈, 足太陽膀胱經의 경혈을 선택하여 치료하였다. 대조군의 환자에게는 命門, 腰陽關, 腎俞, 氣海俞, 人腸俞, 關元俞, 次膠, 志室에 자침하고 捻轉提插의 수기법을 시행하여 得氣시킨 후 30분간 유침하였고, 침은 행림의료기 제작의 0.25mm×30mm 1회용 호침을 사용하였다. 실험군의 침치료는 대조군과 동일하게 시행하였

으며, 2일에 1회씩 刺絡療法를 2회 시행하였다. 刺絡療法는 《素問·刺腰痛論篇》 “腰痛挾脊而痛至頭, 几几然, 目眩眩欲僵仆, 刺足太陽隙中出血”<sup>6)</sup>에 근거하여 足太陽膀胱經의 穴을 선택하였다. 행림사의 무통사혈침으로 委中, 崑崙穴을 刺絡하여 출혈이 저절로 멎을 때까지 放血시키는 방법으로 하였다.

#### 2) 藥物治療

대조군과 실험군 모두 급성기 요통에 대한 치료를 위하여 대전대학교 한방병원 처방집에 나오는 加味活血湯(Table 1)을 처방하였으며, 3첩을 3회에 나누어 먹도록 하였다.

Table 1. 加味活血湯

生	香	烏	當	赤	川	枳	大	桃	蘇	紅
地	附	藥	歸	芍	芎	殼	黃	仁	木	花
黃	子		尾	藥						
					6g				4g	2g

#### 3) 物理治療

입원 초기 거동이 불편한 점을 감안하여 대조군과 실험군 모두 병실에서 건부향, TENS를 1일 1회 시행하도록 하였다.

### 3. 환자상태의 평가

#### 1) 평가시기

평가시기는 대조군, 실험군 모두 입원 당일 시술 전에 처음 측정된 다음, 입원 5일째 되는 날에 다시 측정하기로 하였다.

#### 2) 통증의 척도

통증의 변화를 보다 예민하고 포괄적으로 표현할 수 있어 유용한 평가법으로 인정받고 있는 통

중평정지수(Pain Rating Score, PRS)<sup>10)</sup> (Table 2) 는 시술 전에 측정된 값을 10으로 하고 통증이  
와 시각적 상사척도(VAS)<sup>11)</sup>를 이용하였다. VAS 없는 상태를 0으로 표시하였다.

Table 2. Pain Rating Score(PRS)

통증의 강도	점수
당장 무슨 조치를 취하지 않고는 도저히 못 견딜 정도로 아프다.	10
가만있지 못하고 안절부절 찢찢 매며 정신을 못 차릴 정도로 아프다.	9
얼굴을 몹시 찌푸리고 신음이 나오며 꿈쩍도 못할 정도로 아프다.	8
신음까지는 안나오지만 역시 얼굴을 찌푸릴 정도로 아프다.	7
얼굴을 찌푸릴 정도는 아니나 통증 때문에 다른 일에 신경 쓸 수 없다.	6
통증을 참고 다른 일을 할 수는 있으나 신경이 많이 쓰인다.	5
전혀 내색하지 않고 지낼 수는 있으나 역시 자꾸 신경이 쓰인다.	4
아프긴 아프나 다른 일에 집중을 하면 잊을 수 있다.	3
생각해 보면 아픈 것 같기도 한데 대개 잊어버리고 지낸다.	2
아프다고까지 할 수는 없으나 그렇다고 완전한 것은 아니다.	1
전혀 아프지 않다.	0
통증의 지속시간	
한번에 10시간 이상 아프다.	5
한번에 5~10시간 이내 아프다.	4
한번에 2~5시간 이내 아프다.	3
한번에 15분~2시간 이내 아프다.	2
한번에 잠시(15분 이내) 아프다.	1
전혀 아프지 않다.	0
통증의 발생빈도	
하루 종일 지속적으로 아프다.	5
하루에 2번 이상 아프다.	4
하루에 1번 이상 아프다.	3
일주일에 2~3번 아프다.	2
일주일에 1번 또는 더 드물게 아프다.	1
전혀 아프지 않다.	0
동작에 따른 통증의 양상	
가만히 안정을 취하고 있어도 아프다.	5
조금만 움직이면 아프다.	4
일상생활에 필요한 가벼운 동작시 아프다.	3
보통 이상의 조금 힘든 동작시 아프다.	2
아주 심한 동작이나 운동시 아프다.	1
어떤 동작이나 활동에도 아프지 않다.	0

### 3) 호전도의 측정

대조군과 실험군에서 치료전 점수와 치료후 점수를 비교하여 각 치료방법의 유의성을 평가하였다. 또한 대조군과 실험군에서 치료전, 치료후 점수의 차이를 구하여 서로 비교함으로써 어떤 치료방법이 더욱 효과적인지 알아보기도 하였다.

### 4. 통계처리방법

통계분석은 SPSS for Windows(version 11.0)를 이용하였다. 모든 자료는 '평균±표준편차'로 표현하였다. 각 항목에서 대조군과 실험군의 호전도의 유의성은 Paired sample T-test를 이용하여 검정하였고,  $p < 0.05$ 일 때 유의한 것으로 평가

하였으며, 대조군과 실험군의 호전도의 차이는 Unpaired sample T-test를 통해 검정하였으며, 역시  $p < 0.05$ 일 때 유의한 것으로 평가하였다.

## III. 研究結果

### 1. 성별 및 연령별 분포

대조군은 남자가 13명, 여자가 7명이었고 이들의 평균연령은 50.0세이며, 실험군은 남자가 10명, 여자가 10명이었고, 이들의 평균연령은 44.1세였다(Table 3).

Table 3. Distribution of Sex and Age

		20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79		
A	남	2	3	3	2	1	2	13	20
	여	0	1	2	1	1	2	7	
B	남	3	3	2	1	1	0	10	20
	여	3	1	0	3	0	3	10	

A : Control group, B : Test group

### 2. 대조군과 실험군 내의 통증의 변화

#### 1) 통증의 강도

통증의 강도에 대한 치료전과 치료후의 점수는 아래와 같으며, 대조군은  $p=0.000$ , 실험군은  $p=0.000$ 으로 모두 통계적으로 유의한 호전을 보였다(Table 4).

#### 2) 통증의 지속시간

통증의 지속시간에 대한 치료전과 치료후의 점수는 아래와 같으며, 대조군은  $p=0.000$ , 실험군은

$p=0.000$ 으로 모두 통계적으로 유의한 호전을 보였다(Table 4).

#### 3) 통증의 발생빈도

통증의 지속시간에 대한 치료전과 치료후의 점수는 아래와 같으며, 대조군은  $p=0.004$ , 실험군은  $p=0.000$ 으로 모두 통계적으로 유의한 호전을 보였다(Table 4).

#### 4) 동작에 따른 통증의 양상

동작에 따른 통증의 양상에 대한 치료전과 치

료후의 점수는 아래와 같으며, 대조군은 p=0.000, 실험군은 p=0.000으로 모두 통계적으로 유의한 호전을 보였다(Table 4).

5) 통증평정지수

통증평정지수에 대한 치료전과 치료후의 점수는 아래와 같으며, 대조군은 p=0.000, 실험군은 p=0.000으로

모두 통계적으로 유의한 호전을 보였다(Table 4).

6) 시각적 상사척도(VAS)

시각적 상사척도에 대한 치료전과 치료후의 점수는 아래와 같으며, 대조군은 p=0.000, 실험군은 p=0.000으로 모두 통계적으로 유의한 호전을 보였다(Table 4).

Table 4. Pain intensity, Pain duration, Pain frequency, Pain aggravating activity, Pain raging score, VAS

		Before Tx.	After Tx.	p-value
Pain intensity	A	6.800±0.748	3.950±0.921	0.000
	B	7.150±0.853	3.800±1.288	0.000
Pain duration	A	2.650±0.654	1.800±0.678	0.000
	B	2.850±0.726	1.650±0.572	0.000
Pain frequency	A	4.250±0.433	3.800±0.400	0.004
	B	4.350±0.477	3.500±0.500	0.000
Pain aggravating activity	A	4.050±0.218	2.650±0.572	0.000
	B	4.200±0.400	2.450±0.669	0.000
Pain raging score	A	74.800±13.548	33.400±11.578	0.000
	B	82.400±18.559	30.300±15.359	0.000
VAS	A	10±0.000	3.850±1.388	0.000
	B	10±0.000	3.750±1.374	0.000

A : Control group, B : Test group

3. 대조군과 실험군 간의 통증의 변화

1) 통증의 강도

치료 전후 통증 강도의 변화는 실험군에서 대조군보다 점수차가 더 컸으나 p=0.1637로 통계적인 유의성은 없었다(Table 5).

2) 통증의 지속시간

치료 전후 통증 지속시간의 변화는 실험군에서 대조군보다 점수차가 더 컸으나 p=0.1136로 통계적인 유의성은 없었다(Table 5).

3) 통증의 발생빈도

치료 전후 통증 발생빈도의 변화는 실험군에서 대조군보다 점수차가 더 컸으나 p=0.0549로 통계적인 유의성은 없었다(Table 5).

4) 동작에 따른 통증의 양상  
 치료 전후 동작에 따른 통증 양상의 변화는 실험군에서 대조군보다 점수차가 더 컸으나 p=0.1017로 통계적인 유의성은 없었다(Table 5).

5) 통증평정지수

치료 전후 통증평정지수의 변화는 실험군에서

대조군보다 점수차가 더 컸으나 p=0.0577로 통계적인 유의성은 없었다(Table 5).

6) 시각적 상사척도(VAS)

치료 전후 시각적 상사척도의 변화는 실험군에서 대조군보다 점수차가 더 컸으나 p=0.8246로 통계적인 유의성은 없었다(Table 5).

Table 5. Pain intensity, Pain duration, Pain frequency, Pain aggravating activity, Pain raging score, VAS

		Before Tx. - After Tx.	p-value
Pain intensity	A	2.85±0.0933	0.1637
	B	3.35±1.2680	
Pain duration	A	0.85±0.5871	0.1136
	B	1.20±0.7678	
Pain frequency	A	0.45±0.6048	0.0549
	B	0.85±0.6708	
Pain aggravating activity	A	1.40±0.5982	0.1017
	B	1.75±0.7176	
Pain raging score	A	41.40±13.8617	0.0577
	B	52.10±20.1361	
VAS	A	6.15±1.4244	0.8246
	B	6.25±1.4096	

A : Control group, B : Test group

### IV. 考 察

요통이란 요부에 나타나는 모든 통증을 일괄하여 사용하는 용어로서 단순히 증상을 표현할 뿐 어떤 특정한 병명이나 증후군을 지칭하는 것

은 아니다<sup>1)</sup>. 요추는 다른 척추와 비교하여, 체중을 지지하는데 수반한 긴장과 압박을 가장 많이 받으며, 운동 범위가 넓고 근육발달도 타 부위보다 월등하므로 손상과 변성의 기회도 그만큼 많다. 특히 요통은 통증질환 중 가장 많은 질병의 하나로 현재 이 순간에도 20~30%의 사람들이 고통받고 있다고 보고되고 있다<sup>12)</sup>.

요통을 유발시키는 원인으로 양방에서는 내장 기성 요인(Viscerogenic factor), 혈관성 요인(Vasculogenic factor), 신경계성 요인(Neurogenic factor), 추체성 요인(Spondylogenic factor), 추원판성 요인(Discogenic factor), 및 정신신경성 요인(Psychoneurotic factor) 등으로 분류하였다<sup>13)</sup>.

요통의 치료는 수술적 요법과 보존적 요법으로 대별할 수 있다. 과거에는 수술적 요법이 광범위하게 적용되었지만, 현재의 추세는 보존적 요법이 첫 번째 방법으로 고려되며, 회복이 지연되면 수술적 요법을 생각하게 된다<sup>14)</sup>. 보존적 치료방법에는 안정, 견인(Traction), 물리치료, 요천추보조기(Corset and Braces), 척추교정(Manipulation), 운동치료 등이 있고, 약물치료로는 비스테로이드성 소염제, 진통제, 근이완제 등을 주로 사용한다. 최근 국소 주사요법(Injection therapy)으로 동통유발점 주사(Trigger point injection), 경막외 스테로이드 주사(Epidural steroid injection)등을 시행하고 있다<sup>3)</sup>.

한의학에서는 요통의 원인에 대하여 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕熱, 氣<sup>4)</sup> 등의 원인이 제시되었고, 《素問·脈要精微論》<sup>6)</sup>의 “腰脊 腎之府 轉搖不能 腎將憊矣 兩腎任於腰內 故腰爲腎之外府”라는 문구와 이<sup>15)</sup>의 “腰者 腎之候 一身所恃 以轉移闔關 然 諸經 貫於腎 而絡於腰脊 雖外感內傷 種種不同 必腎虛而後 邪能湊之”라는 기재에서는 腎虛한 상태에서 각종 원인에 의해 요통이 발생한다고 보고 있다.

이러한 요통에 대해 한의학에서는 일반적 침구 요법 이외에 다양한 치료법이 있는데, 그 중 오랫동안 중요하게 사용된 방법이 刺絡療法이다. 《靈樞·九鍼十二原》에서는 “九鍼<sup>5)</sup>을 말하였는데, 그 중 鍼刺放血하여 癰腫, 發熱을 치료하고 止痛작용을 하는 “鋒鍼<sup>5)</sup>은 현대에 鍼刺放血에 사용하는 三稜鍼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<sup>6)</sup>”, 《靈樞·九鍼十二原》 “宛陳則除之<sup>5)</sup>”, 《素問·陰陽應象人論篇》 “血實宜決之<sup>6)</sup>”라고 말했듯이, 162편 중에 40여 편에서 鍼刺放血療法의名稱, 鍼灸, 鍼法, 取穴, 主治範圍, 禁忌症 및 治病機理 등의 내용을 논술하였으며, 상세하게 경락과 기혈이론 체계를 완성하였다.

다시 말해, 刺絡療法은 “啓脈療法”, “刺血療法”, “三稜鍼療法”, “強痛法”이라고 하며, 이는 일종의 독특한 침자치료방법으로, 三稜鍼이나 小眉刀, 皮膚鍼 등의 기구를 이용하여 환자 신체상의 穴位, 病變處, 病理反應點 혹은 淺表靜脈을 刺破 또는 卽刺하여 適當량의 血액을 유출시킬 때 생기는 유기체의 반응으로 경락 중에 壅滯된 기혈을 소통시키며, 虛實 및 臟腑의 機能紊亂을 조정하며, 氣滯血瘀의 병리변화를 정상으로 회복케 하여, 泄熱祛邪, 止痛, 解毒, 急救開竅醒神, 鎮靜, 消腫化痰, 瀉火, 祛風止痒, 治麻 등의 다양한 작용을 가지고 있어 각종 질환의 치료에 널리 이용되어 왔다<sup>16)</sup>.

이러한 刺絡療法 竝行治療가 급성기 요통의 치료에 미치는 영향을 객관적으로 평가하기 위하여 요통으로 대전대학교 부속 한방병원에 입원한 환자 중에 급성기에 해당하는 환자를 대상으로 일 반적인 體鍼자극만을 실시한 대조군과 이에 倏中 및 崑崙에 刺絡療法을 함께 실시한 실험군으로 나누어 입원당일 시술 직전과 입원 5일째의 통증 평정지수(PRS)와 시각적 상사척도(VAS)를 이용하여 통증의 변화여부를 관찰하였다. 통계처리는 SPSS for windows를 이용하였다. 대조군에서 치료전후의 변화와 실험군에서 치료전후의 변화는 Paired sample T-test를 이용하였고, 대조군과 실험군의 호전도의 차이는 Unpaired sample T-test를 이용하였다.

연구 대상자의 연령은 22세부터 79세까지였으며 대조군의 경우는 남자 13명, 여자 7명이었고, 평균연령은 50세였다. 실험군은 남자 10명, 여자



10명이었고, 평균연령은 44.1세였다(Table 1). 남자가 조금 더 많은 이유는 작업장에서의 사고, 교통사고 등에 노출된 정도나 노동의 시간, 강도 등에서 남자가 여자보다 더 위험요인에 많이 노출되었기 때문으로 사료된다.

통증의 평가를 위해 사용된 통증평정지수(PRS)는 비교적 최근에 개발된 것으로 이해와 기록이 쉽고, 통증의 변화를 보다 예민하게 평가할 수 있으며, 통증의 강도와 지속시간, 빈도 동작과의 연관성 등을 포괄적으로 표현할 수 있다. 즉, 통증의 강도, 통증의 지속시간, 통증의 발생빈도, 동작에 따른 통증의 양상의 4가지 측면에서 통증을 측정하고, 통증평정지수는 '통증강도×(시간+빈도+동작)'의 값으로 평가하였다. 통증의 강도, 지속시간, 발생빈도, 동작에 따른 통증의 양상, 통증평정지수 5가지 항목을 전체적으로 살펴보면 각 항목에서 실험군과 대조군 모두 통계적으로 유의한 효과를 보여 體鍼治療만 시행하는 것과 體鍼治療와 刺絡治療을 병행하는 것이 모두 급성요통의 치료에 효과가 있음을 나타내었다(Table 4). 그리고 실험군에서 대조군보다 더욱 높은 수치를 보여 급성요통의 치료에서 刺絡治療을 병행하는 것이 단순히 體鍼治療을 하는 것보다 더욱 효과가 있음을 가정하였으나, Unpaired sample T-test를 통하여 검정한 결과 신뢰수준 95%에서는 유의성을 확인할 수 없었다(Table 5).

시각적 상사척도(VAS)의 비교에서는 실험군과 대조군에서 모두 유의한 효과를 얻었으나(Table 4), PRS에서와는 달리 실험군과 대조군의 성적 차이가 크지 않았고, p-value도 PRS와 달리 오차범위를 훨씬 벗어나 있었다(Table 5). 이는 VAS의 경우 통증의 정도, 양상과 관계없이 시술 전의 상태를 10으로 하여 시술 후의 상태를 비례적으로 표현한 것으로서 PRS에 비해 통증이나 호전도에 대한 표현력이 떨어지기 때문이라고 사료되며, VAS만으로는 치료효과를 정확히 판단하기 어렵다는 것을 보여주는 것이다.

이<sup>17)</sup> 등은 요통환자를 일반 體鍼자극만을 실시한 대조군과 일반 體鍼자극에 委中穴 刺絡療法을 겸한 실험군으로 나누어 대조군과 실험군 모두 통계적으로 유의한 치료효과가 있다고 하였으나, 실험군과 대조군의 치료효과의 차이에 대해서는 통계적 접근을 하지 않았다. 본 연구에서는 Unpaired sample T-test를 통하여 실험군과 대조군이 차이가 있음을 밝히고자 하였으며, 전체적으로 대조군보다는 실험군이 성적이 좋았음에도 통계적으로 유의성을 확인하지 못하였다. 그러나 PRS의 경우에 p-value가 오차범위에 근접한 것으로 보아 급성요통의 치료에 刺絡治療을 병행하는 것이 일정부분 더욱 효과적임을 확인하였다.

요통환자에 대한 刺絡治療에 관련한 문헌을 살펴보면, 최<sup>18)</sup> 등은 174례의 각종 동통환자에게 阿是穴 위주로 瀉血하여 총 142명(81.61%)에서 호전 이상의 효과가 있었으며, 이중 특히 요통환자의 경우 89.12%로 가장 높은 치료효과를 나타내어, 역시 요통이 刺絡治療의 주된 적응증이 될 수 있음을 밝혔다.

이상으로 보아 급성기 요통의 치료에 있어 刺絡治療을 병행하는 것이 體鍼만을 사용하는 것보다 효과적이라는 것을 알 수 있으며, 통계적 유의성을 확보하기 위한 노력이 더욱 필요하리라 사료된다. 앞으로 더욱 많은 임상응용을 통해 刺絡治療을 병행했을 때 입원기간의 변화 또는 요통의 원인, 환자의 연령, 자락부위에 따른 효과의 차이, 다른 증상과의 응용 등과 같은 더욱 세분화된 연구가 또한 필요하리라 사료된다.

## V. 結 論

2003년 11월 1일부터 2004년 4월 30일까지 급성기 요통을 주소로 대전대학교 부속 한방병원에

서 입원치료한 환자를 대상으로 일반적인 體鍼자극만을 실시한 대조군과 體鍼자극에 倏中, 崑崙刺絡療法을 함께 실시한 실험군으로 나누어 입원 당일 시술전과 입원 5일째에 통증평정지수(Pain Rating Score, PRS)와 시각적 상사척도(VAS)를 통해 통증의 호전정도를 관찰하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 통증의 강도, 통증의 지속시간, 통증의 발생 빈도, 동작에 따른 통증의 양상 4가지 항목 및 통증평정지수에서 대조군과 실험군 모두 통계적으로 유의한 치료효과를 나타내었다.
2. 시각적 상사척도에서 대조군과 실험군 모두 통계적으로 유의한 치료효과를 나타내었다.
3. 통증평정지수와 시각적 상사척도 모두 실험군이 대조군보다 치료효과가 뛰어난 것으로 나타났으나, 통계적으로 유의성을 확인할 수는 없었다.

## VI. 參考文獻

1. 전국한외과대학 침구학교실. 침구학. 서울 : 집문당. 1993 : 1132-1136, 1243-1261.
2. 김남현, 이환모. 요통치료의 평가지수. 대한정형외과학회지. 1990 ; 25(3) : 927-932.
3. 김경철. 일차진료의를 위한 요통 관리 전략. 가정의학회지. 1999 ; 20(5) : 634-646.
4. 허준. 동의보감. 서울 : 대성문화사. 1992 : 422-429.
5. 홍원식. 정교황제내경영추. 서울 : 동양의학연구원. 1985 : 11-13, 32, 62-63.
6. 홍원식. 정교황제내경소문. 서울 : 동양의학연구원. 1985 : 25, 95, 153-154.
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 : 75-78.
8. 최익선 외. 요통증의 침구치료에 관한 문헌적 고찰. 경희대한의대논문집 제1권. 1978 : 159-187.
9. 이운호. 요각통의 침구치료와 치험례. 월간행림 제2권. 1977 : 22-24.
10. 김철, 김창효, 전세일. 새로운 자가통증평가법의 유용성. 대한재활의학회지. 1998 ; 22(2) : 305-311.
11. 허수영. 요통환자의 동통평가에 관한 고찰. 동서의학. 1999 ; 24(3) : 17-29.
12. 박현선. 동씨침을 이용한 요각통 환자의 운동제한 개선에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1997 ; 14(2) : 15-34.
13. 김광희 외. 요통에 대한 임상적 고찰. 대한정형외과학회지. 1979 ; 14(3) : 523-540.
14. 김한식 외. 보존적 치료로 성공하였던 추간판탈출증 환자의 추적관찰. 대한재활의학회지. 1994 ; 18(4).
15. 이천. 의학입문. 서울 : 대성문화사. 1996 : 226-227.
16. 박희수, 방재성. 한의요법회통. 서울 : 새천년. 2000 : 404-419, 421, 423, 428.
17. 이상훈 외. 위중혈 자극의 요통에 대한 치료효과. 대한침구학회지. 2002 ; 19(1) : 65-75.
18. 최현, 문석재. 사혈요법에 의한 동통감제 효과의 임상적 고찰. 대한한의학회지. 1983 ; 4(1) : 40-45.