

원저

十種腰痛 증 食積 · 濕熱 腰痛의 증례보고

성수민 · 박민제 · 김정옥 · 황민섭 · 윤종화

동국대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

A Case Report of Lumbago due to Retention of Undigested Food(食積) and Damp-heat(濕熱) in Ten Kinds of Lumbago

Sung Su-min, Park Min-je, Kim Jung-uk, Hwang Min-sub and Yoon Jong-hwa

Dept. of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Dong Guk University

What we want to report is the oriental medical treatment of eleven patients with lumbago. The patients had several features in common. First, the source of the lumbago was related to overdrinking or overeating, which is something like food damage(食傷) in oriental medicine. Second, they had symptoms of digestive trouble as well as lower back pain. Third, the R.O.M of lumbar spine was limited but there was no another special abnormality in physical examination. Fourth, singly they had muscular tenderness of Iliopsoas muscle and symptoms by Myofascial pain of Iliopsoas muscle was appeared. We assumed this sort of lumbago to be one due to retention of undigested food(食積) or damp-heat(濕熱) in oriental medicine, similar to Myofascial pain syndrome of Iliopsoas muscle in western counterpart.

Acupuncture treatment was done to improve the digestive troubles according to oriental medical theory, and we saw the improvement in VAS score of lower back pain, degree of lumbar flexion, Iliopsoas muscle's tenderness and also digestive troubles.

But an objective researches on the relation of lumbago due to retention of undigested food(食積) or damp-heat(濕熱) and myofascial pain syndrome of Iliopsoas muscle are quite lacking. However we think such a clinical approach could be useful in practices of oriental medicine and increase in curative effect.

Key words : lumbago due to retention of undigested food(食積), lumbago due to damp-heat (濕熱), myofascial pain syndrome, Iliopsoas muscle

- 접수 : 2005년 7월 8일 · 수정 : 2005년 7월 23일 · 채택 : 2005년 7월 23일
· 교신저자 : 성수민, 경상북도 경주시 석장동 1090-1번지 동국대학교 부속경주한방병원 침구과
Tel. 054-770-1341 E-mail : gohijjang@hanmail.net

I. 緒 論

활동과 관련된 척추 질환 중 많은 부분을 차지하는 요통의 병인은 아직 분명하게 밝혀지지 않았다. 디스크 탈출에 의한 신경근의 압박이 좌골 신경통을 일으킬 수 있다는 Mixer와 Barr의 발견 이후, 의학계는 허리와 다리 통증의 병리 해부학적 근거가 신경근 압박이라고 믿어오며, 구조적 진단(Structural diagnosis)을 강조해 왔다.¹⁾ 하지만 척수강 조영술, CT스캔, 또는 MRI와 같은 진보적 영상 기술을 사용하더라도, 정상적이고 아무런 증상이 없는 사람의 28-50%에서 같은 양성 소견이 나타났다. 퇴행의 영상학적 징후와 임상 증상 사이의 관련성 역시 적다. 반면, 요통을 갖는 대부분의 환자들은 증상의 원인이라고 확실하게 결정할 만한 구조 병리학적 상태를 갖지 않는다. 이러한 경우의 대부분이 “비특정 요통(non-specific back pain)”으로 분류된다.

Frymoyer²⁾에 따르면, “대부분 진단은 추리적이며, 객관적인 검사에 의해 확진되지 않는다.”고 하였다. 이러한 결과로, 보존적 (비외과적) 치료의 영역에서는 대체로 징후(sign)와 증상(symptoms)이 치료법을 결정하는 근거가 된다.

병리 기전과 병인에 대한 개념은 다르지만, 한의학에서도 이같은 방법으로 고유 이론에 입각하여 요통을 분류, 진단하여 치료해 왔다. 《素問·刺腰痛論》³⁾에서는 足太陽, 少陽, 陽明, 足少陰, 厥陰 등 經絡別로 腰痛을 분류하고, 각 經絡別 痛症 양상을 서술하고 있다. 이 내용은 후대 각종 鍼灸書에 인용되어 治療 原則의 근거가 되고 있다. 《東醫寶鑑》⁴⁾에는 風, 寒, 濕, 濕熱, 瘀血, 挫閃, 氣, 食積, 痰飲, 腎虛 등 원인별로 요통을 분류하여 症狀의 특징과 치료법을 기재하였다. 즉 갑작스런 用力의 과도나 타박상 이외에 食積, 痰飲, 濕熱 등 內傷에 의해서도 근골격계 질환인 腰痛이 유발될 수 있다고 하였다.

이에 본 저자는 갑자기 발생한 요통중 그 始發이 暴食, 飲酒와 관계있다고 판단된 11명 환자의 치료 경과를 보고하고자 한다. 이들은 食積 內傷에 준한 針刺 치료로 호전을 보였으며, 특히 이들이 호소하는 통증의 양상이 대부분 장요근 문제에 의한 것과 일치하는 특징이 있었음을 보고하고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 관찰대상

2004년 5월부터 2004년 11월까지 동국대학교 부속 경주 한방병원에 갑자기 발생한 요통을 주소로 내원한 환자중 Table 1.의 항목에 부합하는 11례를 대상으로 하였다. 방사선 소견상 W.N.L이 1명이었고, 나머지는 특별한 방사선 검사를 의뢰하지 않았다. 모든 례에서 요추 굴곡·신전각의 제한 외, 기타 이학적 검사상의 이상은 관찰되지 않았다.

2. 관찰방법

1) 치료내용

① 針刺治療

10례 모두에서 1회의 針治療만이 시행되었다. 원위혈중 食傷에 사용되는⁵⁾ 足三里, 內關, 公孫, 合谷, 太衝을 기본으로 하고, 환자에 따라 舍岩針의 胃正格·勝格을 배합하였다.

② 재료

0.25×30mm 東方 鍼灸社의 1회용 毫針을 사용하였다. 舍岩鍼法은 九六補瀉를 시행하였고 15분 留針을 기본으로 하였다.

2) 치료 결과의 평가 방법

① 언어숫자 통증 등급(Verbal Numerical Rating Scale, VNRS)

통증의 정도를 환자로 하여금 0에서 10까지의 숫자로 말하도록 하는 방법이다.⁶⁾ 환자의 주관적 통증의 객관화를 위하여 현재 많이 쓰이고 있는 시각적 상사 척도(Visual Analogue Scale, VAS)와 유사하나, 시력이나 운동기능이 굳이 필요하지 않아 좀 더 유용하며 이해 및 사용이 쉽다. 치료 후 心窩部 壓痛과 痞悶感 등 소화기 증상 호전도 평가를 위해 사용하였다.

② L-spine ROM (Flex./Ext.)

모든 례에서 요추 굴곡·신전의 제한이 있었으므로, 치료 전후 요추의 굴곡 범위를 측정하여 호전도를 평가하고자 하였다.

Table 1. Inclusion Criteria

1.	발병진 醉酒, 飽食 하였다.
2.	腹診上 心窩部 壓痛.
3.	脈診上 沈弦, 沈緊脈.
4.	舌診上 舌苔 黃白, 黃白厚膩.
5.	痞悶, 胸滿, 惡心欲吐, 噯氣, 食慾減退, 泄瀉등의 症狀 隨伴

Table 2. Classification Of Muscular Tenderness

0	동통이 없는 상태
1 (mild)	찡그림, 움찔함, 회피 등이 없는 동통 호소
2 (moderate)	찡그림이나 움찔함이 있는 동통
3 (severe)	현저하게 움찔함이나 회피를 보이는 동통
4 (unbearable)	촉진하지 않아도 피하려고 하는 '손댈 수 없는 정도'의 통증

③ 시각적 상사 척도 (Visual Analogue Scale, VAS)

통증이 없는 상태를 0으로 하고, 참을 수 없는 통증을 10으로 하여, 피시술자가 자신의 상태를 표시하도록 하였다. 치료후 환자가 느끼는腰部痛症 호전도의 평가를 위해 사용하였다.

④ Pressure Algometer를 이용한 근육 압통 정도 평가.

모든례에서 유사한 양상의 통증을 호소하였기에, 요통 유발과 관계있는 요추 주위 근육의 압통정도 유사하게 나타나는지 살펴보고자, 또한 치료 후 그 압통점의 민감도 변화를 관찰하고자 압력 통각기를 사용하였다. Pressure Algometer를 관찰 부위에 대고 3kg/cm²가 될 때까지 압력을 가해 그 심도에 따라 각각 다음과 같은 등급으로 평가했다. Algometer는 이태리 Wagner사의 제품을 이용하였다.

Ⅲ. 증례

각례의 발병동기와 현병력을 위주로 하였다. 치료 결과의 평가 지수들은 증례분석에서 별도로 다루었다.

1. 증례 1

이○○ M/49

주소증 : 左腰腎部 鈍痛

진료일 : 2004년 7월 27일

발병일 : 2004년 7월 27일

발병동기 : 점심 식사 이후, 허리 굽혀 신발 신던 중 발생

현병력 : 은행원으로 점심식을 칼국수로 하고 나오던 중 증상이 발하였다. 통증은腰部에서 좌측 장골능 내측과 좌 하지에 걸쳐 나타났다. 환자는 보행시 허리를 약간 앞으로 숙이고, 둔부가 우측 후방으로 튀어나온 자세를 취했다. 보행시 지속적으로 좌측 장골능 부위 내측의 통증을 호소하였고, 좌위에서 기립으로 자세 변환시 통증이 심하였다. 평소 과식이 잦고 잘 체하는 편인데, 발병일로부터 약 1주일 전에도 야간에 국수 먹은 뒤 심하게 체한 적이 있다. 약간의 惡心 및 食後 痞悶感 동반하였고 心窩部 壓痛있었다. ROM: Flex./Ext 50/5.

치료경과 : 환자는 양와위에서, 고관절 신전이 힘들었는데, 刺針후 補瀉 手技하면서 좌측 고관절이 풀어지는 듯한 느낌이 있다 하였으며, 心窩部 壓痛도 감소하였다. 拔針후 보행 자세도 자연스러워졌다. ROM: Flex./Ext 70/20.

2. 증례 2

조○○ M/36

주증상 : 腰部鈍痛

진료일 : 2004년 9월 28일

발병일 : 2004년 9월 24일 기상후 통증 자각.

발병동기 : 발병전일 고기와 술등을 과식했다.

현병력 : 회사원으로 발병일 이후 腰部 鈍痛 있다
가, 9월 26일 장시간 운전한 이후 통증이 심
해졌다. 한의원에서 허리에 電針등 치료받았
으나 통증은 더욱 심해지고 L-spine ROM은
Flex./Ext: 10/5 로 심한 屈伸 不利를 보였다.
근래 泄瀉와 같은 무른변을 보는 것 외에, 惡
心, 嘔逆感, 속쓰림등 소화기의 특별한 증상
은 없었다. 발병 전일 고기와 술을 과식하고
수면한 사실이 있었으며, 내원 전일 명절 음
식을 또 과식하였다고 한다.

치료경과 : 留針 중 噁氣가 크게 한 번 있었고,
拔針후 통증의 감소와 함께 요추의 굴곡과
신전이 원활하게 이루어졌다. ROM. Flex./
Ext 70/20.

3. 증례 3

박○○ M/22

주증상 : 右側 腰臀 大腿痛, 步行 難

진료일 : 2004년 10월 13일

발병일 : 2004년 10월 13일 기상후.

발병동기 : 과음

현병력 : 대학생으로 발병 전일 친구들과 새벽녘
까지 음주하다 잠들었다. 기상후 右側 腰臀部
痛症으로 일어나 앉기가 힘들었으며 자세변
환(sit to stand)이 힘들고, 보행자세는 구부
정하며 힘들다. 頭痛 및 惡心 痞悶感 동반하
였다. L-spine Flex./Ext. 10/5.

치료경과 : 留針중 頭痛 및 惡心, 痞悶感 가라앉
고, 누워있는 자세도 편안해졌다. L-spine
Flex./Ext. 50/15로 증가하였으며, 곧은 자세
로 보행 가능하였다.

4. 증례 4

이○○ M/37

주증상 : 惡心, 嘔逆感. 左腰臀 大腿痛

진료일 : 2004년 9월 10일

발병일 : 2004년 9월 10일 아침 식사후

현병력 : 회사원으로 갑자기 3-4일 정도 과음하
다, 전일 11pm.경 라면, 금일 아침 곰국 섭취
이후 증상 발생. 내원 전 3회가량 嘔吐하였으
며, 嘔吐가 멎으면 右側 臀部로부터 右下肢쪽
으로 당기는 듯한 통증 자각하였다. L-spine
R.O.M Flex./Ext 30/5.

치료경과 : 惡心 · 痞悶感이 경감하였고, L-spine
R.O.M Flex./Ext 70/20.

5. 증례 5

하○○ M/33

주소증 : 右側 腰 · 臀 · 大腿痛 - 臀部 外側痛 甚.

진료일 : 2004년 5월 11일

발병일 : 2004년 5월 3일 기상후.

발병동기 : 특별히 무거운 물건을 거상하거나, 과
도한 운동을 한 일은 없다. 발병 전일 점심을
거르고, 오후 10시경 면류 섭취한 채 수면한
이후부터 증상이 나타났다.

현병력 : 약간 비만한 체격의 회사원이다. 발병
당일 통증이 심하여, 침상에서 일어나기, 보
행하기, 세면대에서 腰椎 屈曲 자세로 세수하
기 등이 모두 불리하였다. 정형외과 방문, X-
ray상 이상 소견 없었고, 한원에서 腰部에
鍼治療 등 받았으나 변화 없었다. 기상 직전
새벽에 통증이 가장 심하고, 누운 자세에서
일어나기 힘들다. 발병 이후 3일간 배변을 못
했고, 식사량 줄었다. ROM: Flex./Ext. 20/5,
Bending 25/20.

치료 경과 : 留針중 噁氣 및 失氣 크게 있었다.
ROM: Flex./Ext. 70/15.

6. 증례 6

이○○ M/36

주소증 : 左腰部 및 大腿部痛

진료일 : 2004년 6월 25일

발병일 : 약 일주일전

발병동기 : 근래 업무상 스트레스 심하고, 과음하
는 일이 잦았다.

현병력 : 업무상 운전시간 많은 회사원으로 통증
은 발병 후 계속 심해지는 양상이다. 환자는
'왼쪽 허리와 복부 사이'의 체간 안쪽이 아픈

것 같다고 하였다. 운전석에서 일어설 때 특히 통증이 심하다. 평소 食後痞悶, 속쓰림 등 소화기 증상 있어, 수년전부터 양약 복용중이다. 心窩部 壓痛이 있고, 腸鳴도 심하다.
ROM: Flex./Ext. 60/10.

치료 경과 : 拔針 이후 기립시 통증이 경감되었다. ROM 80/20.

7. 증례 7

김○○ F/21

주증상 : 左側 腰臀痛, 步行不利

진료일 : 2004년 9월 15일

발병일 : 2004년 9월 15일

발병동기 : 전일 친구들과 늦게까지 음주.

현병력 : 꽃집 운영하고 있다. 痞悶感和 함께 통증으로 보행이 불안하다. L-spine ROM. Flex./Ext. 20/5로 통증이 생길 것 같은 불안감으로 굴신각도가 더욱 저하되어 있었다.

치료경과 : 양와위에서 좌측 대퇴 굴곡이 힘들었으나, 留針 도중 원활해졌다. L-spine ROM. Flex./Ext. 70/20.

8. 증례 8

정○○ M/33

주증상 : 右側 腰臀痛

진료일 : 2004년 11월 10일

발병일 : 2004년 11월 8일 기상 이후.

발병동기 : 특별한 동기 없음

현병력 : 현재 시험을 준비하고 있다. 통증으로 장시간 좌위가 힘들고, 기울어진 기립자세를 취하고 있다. 발병일 전후로 계속 泄瀉한다.
L-spine ROM. Flex./Ext. 40/5.

치료경과: L-spine ROM. Flex./Ext. 70/20.

9. 증례 9

김○○ M/32

주증상 : 右側 腰部 鈍痛

진료일 : 2004년 10월 26일

발병일 : 2004년 10월 27일

발병동기: 근래 식사는 계속 불규칙하고 음주가 잦았다.

현병력 : 통증은 편측성으로 심한 상태는 아니었으나 앉았다 일어설 때 불편감을 호소하였다. 心窩部 壓痛은 있었으나 소화상태는 양호한 편이었다. ROM. Flex./Ext 60/10.

치료경과 : L-spine ROM. Flex./Ext. 80/20.

10. 증례 10

이○○ F/30

주증상 : 腰臀痛 (左) 右

진료일 : 2004년 11월 1일

발병일 : 2004년 10월 30일경

현병력 : 제빵사로 발병 전일 업무가 끝나는 9시경 귀가하여, 라면등의 야식을 과하게 섭취했다. 痞悶感和 軟便 및 後重感이 있었고, 起床時와 자세변환(sit to stand)시 통증이 심했다. L-spine Flex./Ext 60/10.

치료경과 : L-spine ROM. Flex./Ext. 80/20.

11. 증례 11

윤○○ F/45

주증상 : 腰痛 및 伸展 不利

진료일 : 2004년 11월 19일

발병일 : 2004년 11월 19일 아침

현병력 : 가정 주부로 전일 도너츠와 칼국수를 과하게 섭취했다. 痞悶感和 噯氣가 심하고 허리 퍼기가 힘들어 구부정한 자세로 보행하였다.
L-spine Flex./Ext 50/5.

치료경과 : L-spine R.O.M Flex./Ext 70/20.

IV. 증례분석

1. 성별 및 연령 분포

전체 11례중 남자가 8명, 여자가 3명으로 남자가 많았고, 연령은 20대가 2명, 30대가 7명, 40대가 2명으로 평균연령은 34±8.35였다.

2. 원인별 분포

발병전 과음이 6례, 라면등 과식(야식)이 4례, 동

기 모르겠음이 1례로 원인은 대부분 음식과 관계되었다. 이중 잦은 음주로 소화기 불편감 있는 상태에서 과식하여 증상이 촉발된 경우가 2례였다. 발병 시점은 익일 기상후가 8례(73%)였다.

3. 직업별 분포

은행원 및 회사원이 6(54.5%)명, 학생이 2(18.2%)명, 기타 3(27.3%)명으로 은행원과 회사원의 비율이 높았다.

4. 임상증상

소화기계 증상으로 모든 례에서 心窩部 壓痛이 나타났다. 食慾 低下 및 大便의 이상은 발병한지 3일 이상된 환자들에서 주로 볼 수 있었다.

요통은 주로 편측성을 보였으며, 전례에서 굴곡·신전각의 감소와 좌위에서 기립자세로의 이동시 통증이 심하게 유발됨을 호소하였다.

5. Algometer를 이용한 압통점 검사

요통과 관련, 척추 기립근, 요방형근, 장요근, 소둔근의 압통점을 검사하였다. 편측성의 경우 환측만, 양측성의 경우 양측 모두 검사하여 압통점 심도에 따른 등급상(Table 2) 2이상인 경우를 양성으로 하였다.

6. 치료성적

心窩部 壓痛과 痞悶感에 대한 측정 결과 (Table 7)과 같은 좋은 호전도를 보였다. 요추 굴곡 범위의 호전 정도는 50°이상 증가한 경우가 4례로 36%였고, 30°이하 증가의 경우가 5례였다. 치료전 굴곡 범위의 제한이 심했던 환자들에서 50°이상 호전되는 결과가 있었다.

치료 후 전반적인 자각통은 시각적 상사 척도로 측정된 결과 1회 침 치료로 8.18±1.54에서 2.18±0.87로 감소하였다. 한편 치료 전후 Algometer를 이용한 압통점 측정은 전례에서 압통점이 나타난 장요근에 시행되었는데, 압통점 심도에 따른 등급상 치료전 2.91±0.54에서 치료후 1.36±0.67로 grade 1 이상의 호전을 보였다.

Table 3. Distribution of Sex & Age

	Male	Female	Total
20-30	1	1	2(18.2%)
30-40	6	1	7(63.6%)
40-50	1	1	2(18.2%)
Total	8(72.7%)	3(27.3%)	11(100%)

Table 4. Distribution of Source of Lumbago

	Male	Female	Total
過飮	5	1	6(54.5%)
過食(夜間)	2	2	4(36.4%)
동기없음	1	0	1(9.1%)

Table 5. Distribution of Symptoms before Treatment

Symptom		case(%)
消化器系	心窩部 壓痛	11(100%)
	痞悶感	7(63.6%)
	食慾低下	3(27.3%)
	大便異常	6(54.5%)
腰痛樣相	굴곡·신전각 감소	11(100%)
	편측성	9(81.8%)
	서혜·대퇴통	7(63.6%)
	통증 유발(sit to stand)	11(100%)

Table 6. Number of Patients with Tenderness over Grade 2 by Main Muscles

요추 주위 근육	Case
척추기립근	0
요방형근	3(27.3%)
장요근	11(100%)
중둔근	1(9.1%)

Table 7. Changes of VNRS score in digestive troubles

	치료전(Average)	치료후(Average)
心窩部 壓痛	7.82 ± 1.33	3.45 ± 0.93
痞悶感	5.73 ± 3.90	2.64 ± 1.96

Table 8. Increase in degree of Lumbar Flexion

굴곡 범위의 변화	case
50°이상 증가	4(36%)
40°~50°	1(9.1%)
30°~40°	1(9.1%)
30°이하	5(45.4%)

Table 9. Changes of VAS score and Grade of Muscular Tenderness

	치료 전	치료 후
VAS score	8.18 ± 1.54	2.18 ± 0.87
장요근 압통 등급	2.91 ± 0.54	1.36 ± 0.67

V. 고찰

현대 의학적인 요통의 원인은 여러 가지가 있으며, 그 분류 방법 또한 다양하다.⁶⁾ 주로 척추 내인성 원인과 외인성 원인으로 나누는데, 내인성 원인 중 역학적 원인에는 골절·염좌와 같은 외상, 추간관의 변성이나 탈출 등의 추간관 이상, 척추 협착증이나 분리증, 전방 전위증과 같은 척추 자체의 이상등이 있고, 기질적 원인에는 종양, 강직성 척추염이나 결핵등의 감염, 퇴행성 관절염, 골다공증과 같은 대사성 질환등이 있다. 척추 외인성 원인에는 내장인성, 심인성, 혈관성, 근육성 원인 등을 들 수 있다.

외인성 원인에 해당하는 근막통 증후군은 임상에서 자주 경험하는 문제로⁷⁾ 경추부, 요추부와 견갑부에 발생하는 근골격계 질환 중에서 가장 많은 부분을 차지하며, 통증 때문에 장애를 일으키는 가장 흔한 원인이다. 이는 골격 근육(myo)과 근육을 감싸는 근막(fascia)에 존재하는 유발점(trigger point)에서 유래하는 통증을 주증상으로 하고, 그 외 다양한 증상과 기능 이상이 나타나는 통증 증후군이다. 이에 대해 객관적인 방법으로 진단하기에는 어려움이 있다. 검사실 검사, 병리 조직학적 검사도 확실하지 않고, 초음파 검사를 이용한 연구 결과들이 서로 엇갈리고 있어 영상 검사로도 확진을 할 수 없으므로 임상적인 기준에 따라 진단을 한다.

이학적 검사로는 단단한 띠와 유발점을 촉진 검사로 확인한다.⁷⁾ 때로는 단단한 띠를 촉진할 때, 환자가 평소에도 느끼는 것과 같은 전이통이나 통증이 심해지는 것을 느낄 수 있다. 유발점을 가진 근육으로 운동 기능을 수행할 때 통증을 호소하면 진단을 할 수 있다. 유발점이 압력에 예민하여 압통을 호소하는 현상을 기구(Algometer)를 이용하여 압력 역치를 측정하고 객관적인 수치로 표현할 수 있다. 압력 통각계(pressure algometer)는 1911년 Maloney와 Kennedy에 의해 의학문헌에 도입된 후에 Keele, Fisher⁸⁾ 등에 의해 제작되어 근막통증 증후군의 압통점에 특히 유용하게 사용되고 있다.

한편 한의학적으로는 한의학 고유의 병리적 원인 및 經絡에 따라 腰痛을 분류한다. 《素問·刺腰痛篇》³⁾에는 陽明, 少陽, 足太陽, 足少陰, 厥陰 腰痛의 분류가 있다. 《素問·刺腰痛篇》³⁾ “足太陽脈令人腰痛, 引項脊尻背如重狀, 刺其郄中, 太陽正經出血. 春無

見血. 少陽令人腰痛, 如以針刺其皮中, 循循然不可以俛仰, 不可以顧, 刺少陽成骨之端出血, 成骨在膝外廉之骨獨起者, 夏無出血. 陽明令人腰痛, 不可以顧, 顧如有見者, 善悲, 刺陽明於脗前三痛, 上下和之出血, 秋無見血. 足少陰令人腰痛, 痛引脊內廉, 刺少陰於內踝上二痛, 春無見血. 出血太多, 不可復也. 厥陰之脈令人腰痛, 腰中如張弓弩弦. 刺厥陰之脈, 在臑踵魚腹之外, 循之累累然, 乃刺之, 其病令人善言默默然不慧, 刺之三痛.”라 하여 각 經別 요통의 양상을 설명하고, 상응 四肢 遠位 部位의 出血을 통한 치료법을 밝히고 있다.

또한 《東醫寶鑑·腰問》⁴⁾에는 한의학 고유의 원인에 따라 요통을 상세히 분류하였는데 모두 十種으로, 五臟(특히 脾와 腎)의 문제, 병리적 산물인 瘀血·痰飲·食積, 外感 邪氣인 風·寒·濕등이며, 腰痛의 양상은 각각 특징적이다. 腎虛腰痛은 脈大하고 房慾傷腎 精血不足 養筋陰虛하여 발생하며 悠悠痛不能舉하는 양상이다. 痰飲腰痛의 脈은 滑, 伏하며 痰飲이 流走 經絡하기에 腰背疼痛한다. 食積腰痛은 醉飽入房이 원인으로 濕熱이 乘虛入腎하여 難以俛仰하는 腰痛이 생기며, 挫閃腰痛은 舉重勞傷이나 挫閃墜落에 의해 痛이 생긴 것이다. 瘀血腰痛은 跌撲墜墮이 원인으로 痛症은 晝輕夜重하며 轉側如錘之所刺하다. 風腰痛은 風傷腎하여 腰痛이 發한 것이며 或左或右로 痛의 위치는 일정하지 않고 兩足의 強急이 일어난다. 寒腰痛은 寒傷腎經한 것이며 腰痛으로 不能轉側하고, 따뜻하게 하면 減하고 차게 하면 發한다. 脈像은 沈弦急하다. 濕腰痛은 久處卑濕하거나 雨露浸淫으로 腰重痛한 것으로 如石冷如冰 하다. 濕熱腰痛은 平상시 膏梁厚味를 과다 섭취한 자의 요통으로 陰虛한 것이다. 天陰을 만나거나 久坐이후 發하며 脈은 緩, 沈하다. 氣腰痛은 사람이 失志하여 心血不旺으로 不養筋脈하여 발생하며 病者는 不能久立遠行한다.

본 논문에서 다룬 11례의 요통은 과음(54.5%), 과식(36.4%)이 주된 발병 동기였다. 心窩部 壓痛, 痞悶感, 食慾 및 大便의 異常등 소화기계의 증상도 동반하고 있었다. 따라서 原因面에서 위의 十種 腰痛중 醉飽入房이 원인인 食積腰痛이나 膏梁厚味가 원인인 濕熱腰痛의 범주에 든다고 생각할 수 있다. 또한 특징적으로 굴곡, 신전 범위의 제한이 전례에서 나타나, “腰痛難以俛仰”의 食積腰痛의 양상과 밀접함을 볼 수 있었다. 치료에 있어서도 食傷에 사용되는 足三里, 內關, 公孫, 合谷, 太衝을 기본으로 하고, 환자

에 따라 舍岩針의 胃正格·勝格을 배합 운용한 결과, 소화기계 증상인 心窩部 壓痛과 痞悶感은 언어 숫자 통증 등급(Verbal Numerical Rating Scale, VNRS)상 각각 치료전 7.82±1.33에서 치료후 3.45±0.93, 치료전 5.73±3.90에서 치료후 2.64±1.96으로 호전되었고, 요추의 굴곡·신전각도는 모든례에서 증가함을 보였으며, 요통의 시각적 상사 척도(Visual Analogue Scale, VAS) 역시 치료전 8.18±1.54에서 치료후 2.18±0.87로 감소하는등 양호한 경과를 볼 수 있었다.

한편 본 논문에서 다룬 11례의 요통은 자세적 문제나, 과도한 힘쓰기, 지속적 신체적 무리등이 없는 상태에서 갑자기 발생하였으며, 연령은 20·30·40대에 국한되고, 요추 가동 범위의 제한 외, 다른 신경학적·이학적 검사상 이상 징후는 없었다. 따라서 척추 외인성 원인중 근육성에 의한 통증으로 판단, 촉진과 Algometer를 통한 압통 측정으로 이를 진단하고자 하였다. 대퇴 및 서혜부로 파급되는 통증과, 앉았다 일어설 때 특히 심해지는 등의 증상에 따라 환측의 장요근과, 근막통 증후군의 호발 근육인 척추 기립근, 요방형근, 둔부의 중둔근을 대상으로 하여, Pressure Algometer를 관찰 부위에 대고 3kg/cm²가 될 때까지 압력을 가해, 환자의 반응에 따라 Table 2의 등급으로 평가하였다. 각 근육별로 등급 2이상의 반응은 Table 6에서와 같이 장요근 11례(100%), 요방형근 3례(27.3%), 중둔근 1례(9.1%)로 전례에서 장요근의 압통점이 민감하게 나타났다. 즉 한의학적으로 食積, 濕熱腰痛의 범주로 진단, 치료한 이 논문의 모든례에서 장요근의 압통점과 함께, 장요근 근막통 증후군에 의한 증상을 볼 수 있었다. 또한 치료후 Algometer를 이용한 평가시에도 장요근 압통의 민감도는 치료전 2.91±0.54에서 치료후 1.36±0.67로, 요통의 시각적 상사 척도(VAS)는 치료전 8.18±1.54에서 치료후 2.18±0.87로 감소함이 관찰되었는데, 이 역시 통증의 구조적 요인이 장요근에 있음을 나타낸다 하겠다.

장요근은 장기의 바닥을 형성하며, 요추의 추체관절과 장골 및 대퇴골을 연결하는 근육으로⁹⁾, 대요근, 소요근 및 장골근으로 구성된다. 이것은 고관절의 강력한 굴근이다. 장요근의 방사통은 동측의 요추를 따라 생기고 아래로 천장 관절 지역을 내려가 천골과 근위내측 둔부에 퍼지며, 동측 서혜부 및 대퇴의 전내측 상부에도 존재한다. 깊숙한 의자에 앉아 있다가 일어나기가 힘들고

심한 경우는 전혀 일어날 수가 없다.

압통점은 최근의 추간판 탈출증이나 흉요추부(10번 흉추에서 1번 요추까지) 관절 기능 이상외, 임신이나 약한 복근을 보상하기 위하여 활성화된다.¹⁰⁾ 이는 골반을 둘러싼 대립 근육으로 설명할 수 있다.¹¹⁾ 장요근은 척추 기립근 요방형근 등 후방 허리 근육과, 외복사근 복직근등 전방 복부 근육, 대둔근, 슬건근 등 둔부 및 후방 대퇴근육과 대립근육군을 이루어 골반의 전후방, 측면, 회전 방향으로의 움직임에서 대립하거나 조화를 이루어 작용한다. 따라서 의자에 오래 앉아 있는 직업등 복근을 격렬하게 사용해야 하는 활동이 거의 없는 경우, 허리의 전면에서 골반을 상부로 들어올리는 힘은 약화되고, 골반은 전방 경사되며, 장요근 등 고관절 굴근과 허리 후면 근육은 긴장하게 되는 것이다.

본 논문에서 다룬 11명 환자의 직업별 분포는 회사원 6명, 학생이 2명으로 73.7%가 복근의 약화 및 장요근 긴장이 호발할 수 있는 환경에 있었다. 하지만 한의학적 식적, 습열 요통에서 왜 장요근이 통증 유발 조직이 될 수 있는가에 대한 현대의학적 명확한 상관관계를 찾기는 힘들다. 복근 문제에 의해 복부 팽만감, 속쓰림, 소화불량 및 소화성 궤양과 비슷한 심외부 통증¹⁰⁾등이 발생할 수 있으므로 고관절 근육과 길항관계에 있는 복근군의 문제가 병발했던 것으로 추측해 볼 수는 있다. 하지만 이에 대하여는 전적으로 보다 객관적인 추후 연구가 필요하다.

한편 經筋理論은 經筋의 분포 및 이와 연관된 疾病의 病因, 病機, 診斷, 治療에 관한 理論으로 《靈樞·經筋》¹²⁾편에 十二經筋의 循行, 病候, 治療에 대해 상세하게 기재되어 있다. 十二經筋은 經絡계통의 肢體外周에 존재하는 연속 부분으로, 經絡과 體表 부분과의 연계로서 중요한 부분이다. 十二經脈과 絡脈속 氣血에 의해 자양되는 기근, 근건, 근막, 인대 등이 이에 해당한다 할 수 있으며, 十二經脈 循行 部位상 분포된 體表筋肉系統의 총칭이다.¹³⁾ 한편 한¹⁴⁾ 등은, Travell과 Simons가 근막통증증후군이라는 용어를 처음 사용하여 하나의 독립된 질환으로 설명한 근막통증증후군이, 근육이나 연조직에 민감한 통증과 단단한 소결절을 가지고 운동 범위의 제한, 근약증과 피로감, 압박시 원위부로의 관련통을 동반하는 증후군이라는 점과 주동근, 길항근, 협력근과 같은 근육군의 상호작용을 중시한다는 점에서 경근이론과 관련이 깊은 것으로 보인다고 하였다.

이¹³⁾ 등은 현대 해부학적 근육 분포와 비교하여

經筋에 관한 내용을 이해하고자 한 그의 논문에서 《靈樞·經筋》¹²⁾“足陽明之筋…直上結于脾樞，上循脅屬脊.”，“足太陰之筋，…結于脾，聚于陰器，上腹，結于齊”，“足少陰之筋，…竝太陰之筋而上循陰股，結于陰器，循脊內.” 부분들의 經筋 走行이 장요근을 포괄한다고 하여, 脾·胃의 足陽明·足太陰 經筋 및 《東醫寶鑑·腰問》⁴⁾食積 腰痛의 병리인 “濕熱 乘虛入腎”에서의 腎 經筋의 주행이 장요근과 관계된다고 설명하였다. 韓醫學으로는 이와 같이 五臟의 五行的 屬性和 病理 및 經筋을 포함하는 經絡系統의 循行 路線등에서 食積 및 濕熱 腰痛과 장요근의 연관성을 볼 수 있다.

이상 발병 동기와 동반 증상으로 食積 및 濕熱腰痛으로 진단, 食傷에 대한 鍼治療를 시행한 11례에서 소화기계 증상 및 요통의 VAS score와 요추 굴곡각 및 요통 유발과 관련된 것으로 사료된 장요근 압통점 민감도에서 모두 유의할 만한 호전이 관찰되었다. 이들은 직업적, 연령적 특성상으로도 장요근 문제가 호발할 수 있는 환경에 있었다. 그러나 醉飽나 膏粱厚味에 의한 급성 요통과 장요근의 관계에 대해서는 더 많은 연구가 뒷받침 되어야 할 것이다. 아울러 經別 腰痛이나 각각의 十種 腰痛을 현대 의학적으로 어떻게 볼 수 있는가에 대한 연구는 韓醫學 古典의 재해석 및 韓醫學의 治療面에서 가치를 얻을 것으로 생각된다.

VI. 결 론

2004년 5월부터 2004년 11월까지 갑자기 발생한 腰痛을 주소로 내원한 환자중 過飲 및 過食이 腰痛의 발생과 밀접하다고 판단되는 등, Table 1의 항목에 부합하는 11례의 腰痛 환자에 대하여 食傷의 治療穴인 足三里, 內關, 公孫, 合谷, 太衝과 舍岩針의 胃正格·勝格을 배합하여 針刺 治療한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 성별 및 연령 분포는 전체 11례중 남자가 8(72.7%)명, 여자가 3(27.3%)명으로 남자가 많았고, 연령은 20대가 2(18.2%)명, 30대가 7(63.6%)명, 40대가 2(18.2)명으로 평균연령은 34±8.35였다.

2. 원인별 분포는 발병전 과음이 6례(54.5%), 과식(야식)이 4례(36.4%), 동기 모르겠음이 1례(9.1%)로 원인은 대부분 飲食과 관계되었다.
3. 직업별 분포는 은행원 및 회사원이 6(54.5%)명, 학생이 2(18.2%)명, 기타 3(27.3%)명으로 사무직 종사자의 비율이 높았다.
4. 다수에서 心窩部 壓痛(100%), 痞悶感(63.6%)등 소화기계 증상을 동반하였고, 신체적 검진상 요추 굴곡 및 신전각의 감소(100%)가 현저하였으며, 모든 례에서 Algometer를 이용한 근육 압통 검사상 장요근 압통이 특징적으로 관찰되었다.
5. 요통의 발생과 밀접하다고 생각된 食傷의 鍼治療를 통하여, 소화기 증상, 요추 굴곡 범위, 요통의 시각적 상사 척도(VAS) 및 장요근의 압통 정도가 모두 호전되었다.

이상 발병 동기와 동반 증상으로 食積 및 濕熱腰痛으로 진단, 食傷에 대한 鍼治療를 시행한 11례에서 소화기계 증상 및 요통의 VAS score와 요추 굴곡각 및 요통 유발과 관련된 것으로 사료된 장요근 압통점 민감도에서 모두 유의할 만한 호전이 관찰되었다. 이들은 직업적, 연령적 특성상으로도 장요근 문제가 호발할 수 있는 환경에 있었다. 그러나 醉飽나 膏粱厚味에 의한 급성 요통과 장요근의 관계에 대해서는 더 많은 연구가 뒷받침 되어야 할 것이다.

VII. 참고문헌

1. Craig liebenson. Rehabilitation of the spine. 도서출판 푸른솔. 2000 : 15-16.
2. Frymoyer JW. Predicting disability from low back pain. Chin Orthop. 1992 ; 279, 103.
3. 王琦 외 편저. 黃帝內經素問今釋. 서울 : 정보사. 1983 : 159, 197.
4. 許浚. 東醫寶鑑. 서울 : 南山堂. 2001 : 131, 278-280, 492.
5. 전국한의학대학교 침구·경혈학교실. 침구학(下). 서울 : 집문당. 1998 : 1315.
6. 대한통증학회. 통증의학. 서울 : 군자출판사. 2000 : 36, 126.

7. 김진호, 한태륜. 재활의학. 서울 : 군자출판사. 2003 : 479, 485.
8. Fisher AA. Pressure threshold measurement for diagnosis of myofascial pain and evaluation of treatment results. The Clinical Journal of Pain. 1987 ; 2 : 207-214.
9. 이복동. 근육과 통증. 서울 : 정담. 2003 : 417, 453, 463.
10. 최호영. 임상근육학. 서울 : 대성의학사. 1999 : 369- 71, 399.
11. Florence Peterson Kendall 외. 근육평가를 통한 자세교정 및 통증치료. 서울 : 도서출판 푸른솔. 2001 : 147-152, 214-215.
12. 楊維傑. 皇帝內經靈樞釋解. 서울 : 일중사. 1991.
13. 이석모, 정현영, 금경수. 靈樞·經筋篇에 대한 연구. 대한한의학진단학회지. 1999 ; 3(1) : 294-332.
14. 한정우, 육태환. 經筋과 筋肉과의 比較. 대한침구학회지. 1999 ; 16(1) : 87-106gf.