

측두하악 증후군에 대한 침치료 군과 추나치료 군의 임상적 고찰

김태수 · 김창연 · 이기하 · 엄태웅* · 정영훈* · 고영탁†

하나한방병원 침구과
*하나한방병원 재활의학과
†하나한방병원 신경정신과

Comparative Clinical Study between the Acupuncture Treatment and the Chuna Treatment on Temporomandibular Disorder

Tae-Soo Kim, O.M.D, Chang-Yun Kim, O.M.D, Ki-Ha Lee, O.M.D,
Tae-Woong Um, O.M.D*, Yung-Hoon Jung, O.M.D*, Yung-Tak Kho, O.M.D†

Department of Acupuncture & Moxibustion, Hospital of Ha-na Oriental Medicine
*Department of Oriental Rehabilitation Medicine, Hospital of Ha-na Oriental Medicine
†Department of Oriental Neuropsychiatry, Hospital of Ha-na Oriental Medicine

Objectives : The purpose of study was to compare and analyze the effects of the distance Acupuncture and the Chuna on Temporomandibular Disorder.

Methods : Clinical studies were done on 31 patients who were treated with Temporomandibular Disorder at Dept. of Acupuncture & Moxibustion of Hospital of Ha-na Oriental Medicine from May 23 2005 to Apr 30 2006. Subjects were divided into two group, Distance acupuncture group and Chuna group.

In Distance acupuncture group, we treated patients with Wijungyug(胃正格) or Damjungyug(膽正格). In Chuna group, we treated patients with Distraction & Translation technique.
For evaluating Function of Temporomandibular joint of Patients, we use the Modified Craniomandibular Index(mCMI) before treatment and after 6th treatment.

Results : In Mandibular Movement(MM) of patients, the patients of Acupuncture Group were more effective than Chuna group. In TMJ noise(TN) of patients, the patients of Chuna Group were more effective than Acupuncture group.

Conclusions : The Distance acupuncture may be better effect on Mandibular Movement and The chuna maybe better effect on TMJ noise.

Key words : Temporomandibular Disorder(TMD), Acupuncture, Chuna

I. 서 론

측두하악 증후군(temporomandibular disorder, TMD)은 측두하악 관절 부위의 동통, 악관절 잡음, 하악운동 제한 등을 주 증상으로 하는 질환으로 저작

근의 질환, 악관절 내장, 외상성 질환, 퇴행성 질환, 염증성 질환, 만성 저기능증, 발육성 질환으로 대별되는 질환이다^{1), 2)}.

이러한 측두하악 증후군(TMD)은 저작근, 측두하악 관절 부위 및 그와 관련된 구조물의 많은 임상적

인 문제를 포함하는 포괄적 용어로 두개하악 증후군 (Craniomandibular Disorder, CMD)과 동의어로 사용되고 있으며 다양한 평가와 진단명이 존재하나 1993년 미국 구강안면동통학회(American Academy of Orofacial Pain, AAOP)에서 측두하악 장애의 분류, 평가 및 치료를 위한 지침서가 만들어지면서 용어의 통일과 진단과 평가의 지침이 만들어 지게 되었다³⁾.

이러한 측두하악 증후군은 역학적으로 일반인의 50%에서 발견되며 약 25%가 증상을 자각하고 있으며 전인구의 약 5%에서 일상생활 중 측두하악 증후군(TMD)을 치료받아야 되는 것으로 알려져⁴⁾ 있으며 Scicchitano 등⁵⁾은 여성보다 남성이 약 3배정도의 유병률을 보인다고 하였다.

측두하악 증후군의 치료는 치의학계에서 행동치료, 정형적 안정, 약물치료, 물리치료와 수술치료로 대별되며⁶⁾ 보존적 요법이 가능한 경우 측두하악 부위의 전기침술 자극이 유효한 것으로 알려져 있다⁷⁾.

한의학적으로 측두하악 증후군은 頰車失欠, 下頰脫落, 面痛 등의 범주에 포함되며⁸⁾ 주로 소양경, 양명경, 수태양경의 혈자리와 근위부의 혈자리를 응용한 침구치료와 추나 치료를 병행하여 치료하고 있다.

현재 한의학적인 침구치료는 근위취혈을 통해 근육의 긴장을 풀고, 경락유주상의 혈자리를 보조적으로 사용하여 치료하고 있으나, 경락론과 장부론에 따라 원위취혈을 통한 치료효과에 대한 검증이 없는 상태이며, 현재까지의 추나 치료에 관한 임상보고에서도 객관적인 장애지수를 통한 증상의 호전도를 평가하기보다 환자의 주관적인 통증을 평가지수로 삼아 침구치료와 추나 치료에 대한 객관적인 근거가 부족한 실정이다.

이에 저자는 본원에서 측두하악 증후군을 가진 입원 환자 및 외래 환자를 대상으로 Helkimo의 Anamnestic Dysfunction Index(Ai, 기왕장애지수)⁹⁾로 분류하고, 사암침을 사용한 침치료군과 추나 요법의 신연이행

기법²⁾을 사용한 군으로 나누어, 치료의 효과를 기왕 장애지수 변형두개하악장애지수¹⁰⁾를 사용하여 평가하고 그 치료 효과를 통계적 방법으로 비교하려한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 대상

2005년 5월 23일부터 2006년 04월 30일까지 본원 추나치료실을 내원한 입원 및 외래 환자 중 일반 두개하악 검사로 측두하악 증후군으로 진단된 환자 53명중 주 2회 6회 이상 치료하고 안정용 교정기를 사용하지 않은 31명을 대상으로 하였다.

2 연구방법

1) 연구방법

측두하악 증후군 환자의 성별, 연령별 분포, 내원 전 치료현황을 파악하고 초기 내원 시 기왕장애지수, 변형두개하악장애지수를 평가하였으며, 침치료 군과 신연이행기법 시행 군으로 동전을 던져 무작위로 나누 뒤 일주일내 2회 침구치료를 실시하여 6회 치료 이후 침치료 군과 신연이행기법 시행 군의 기왕장애지수, 변형두개하악장애지수를 비교하였다.

(1) 무작위화

외래 데스크에서 측두하악 증후군으로 진료를 받는 환자 내원 시 사전에 시술자에게 알려주고 시술자는 환자를 진료하기 전 동전을 던져 침치료 군과 신연이행기법시행 군으로 나누었다.

(2) 악관절 장애의 진단.

일반 두개하악 검사로 하악의 기능 및 운동 범위검

사, 악관절 잡음, 근육 및 관절 압통을 평가와 단순방사선촬영을 통하여 측두하악 증후군으로 진단하며 근골격계 질환, 악관절 내장증, 퇴행성 관절질환, 염증성 관절 질환, 및 외상에 의한 악관절 질환을 모두 포괄하며 세부적인 진단 분류는 MRI, Arthroscope를 시행하지 않고서는 불가능하여 구분하지 않기로 한다.

2) 측두하악증후군의 기능장애 및 활동제한 분석

본 연구에서 측두하악 증후군으로 진단된 환자는 내원 초기 기왕장애지수(Table I)로 나누어 분류하고 측두하악 장애 정도는 변형측두하악장애지수(Table II)로 평가한다.

본 연구에서 치료효과의 비교는 6회 치료 이후 기왕장애지수의 변화를 비교하고 각 군의 변형측두하악장애지수를 통계 처리하여 비교하기로 한다.

3. 치료방법

설상근 교근 측두근에 대한 근 이완 수기요법을 공통적으로 시행하였으며 무작위로 나누어진 두 군에 따라 침구치료와 신연이행기법을 각각 시술하였다. 본 임상연구에선 안정용 교정기를 사용하는 환자는

제외하기로 하였다.

1) 침치료 군

동방침구제작소 제품인 0.3×40mm의 일회용호침을 사용하여 건측의 俠谿 通谷 商陽 巖陰의 膽正格과 解谿 陽谷 足臨泣 陷谷의 胃正格을 선택적으로 자침하여 염전보사한 뒤 20분간 유침 하였다.

2) 신연이행기법 시행 군

장축신연기법²⁾을 공통으로 3회 시행하고 이후 환자의 상태에 따라 이행기법을 선택하여 시술하였다.

4. 통계처리

본 연구는 SPSS(Stastical program for Social Science) Ver12.0 for windows를 사용하여 자료 분석을 실시하였다. 침치료 군과 신연이행기법 시행 군 각각의 호전도는 Wilcoxon signed rank test를 통하여 검증하였으며, 두 군 간의 치료효과 비교를 위하여 paired-samples T-test를 활용하였다.

Table I . Anamnestic Dysfunction Index

Ai0	Includes patients free of symptoms of dysfunction in masticatory system; they have not reported any of symptoms in Ai1 and Ai2
Ai1	Includes patients with mild symptoms of dysfunction which may include: TMJ sounds, fatigue jaw, stiffness of jaws on awakening or on movement of lower jaw; none of the symptoms listed for Ai2 was reported
Ai2	Includes patients with severe symptoms of dysfunction which may include: difficulty in opening mouth; locking, luxation, or pain on movement of mandible; pain in region of Tmj or masticatory muscles.

Table II . Modified Craniomandibular Index

Mandibular Movement(MM)

1. Maximum opening(incisor to incisor) ()mm
 - 0: above 40mm 1.: 37-39mm 2: 34-36mm
 - 3: 31-33mm 4: 28-30mm 5: 25-27mm
 - 6: 22-24mm 7: 19-21mm 8: 16-18mm
 - 9: 13-15mm 10: below 12mm
 2. Passive stretch opening ()mm
 - 0: if not positive in restriction 1: above 10mm
 - 2: 9mm 3: 8mm 4: 7mm 5: 5mm
 - 6: 5mm 7: 4mm 8: 3mm 9: 2mm
 - 10: below 1mm
 3. Restriction () NRS () Point: 10-NRS
 4. Pain on opening Rt () NRS () 5. Pain on opening Lt () NRS ()
 6. Asymmetry mandibular movement
 - 0: straight opening ()
 - 2: S. deviation on opening(<2mm) ()
 - 4: S. deviation on opening(>2mm) ()
 - 6: L. deviation on opening(<2mm) ()
 - 8: L. deviation on opening(>2mm) ()
 - 10: jerky opening
 7. Protrusion pain Rt() NRS() 8. Protrusion pain Lt() NRS()
 9. Protrusion limitation () ()mm
 10. Right laterotrusion pain Rt() NRS ()
 11. Right laterotrusion pain Lt() NRS ()
 12. Right laterotrusion limitation() ()mm
 13. Left laterotrusion pain Rt() NRS ()
 14. Left laterotrusion pain Lt() NRS ()
 15. Left laterotrusion limitation() ()mm
 - limitation 0: above 7mm 3: 4-7mm 6: 2-4 mm 10: below 2mm
- MM total ()

TMJ Noise(TN)(Check no more than two on each side)

1. Reciprocal click Rt() Lt()
 2. Reproducible opening click Rt() Lt()
 3. Reproducible laterotrusive click only Rt() Lt()
 4. Reproducible closing click Rt() Lt()
 5. Nonreproducible click Rt() Lt()
 6. Cerpitus (fine) Rt() Lt()
 7. Cerpitus (coarse) Rt() Lt()
 8. Popping Rt() Lt()
- if positive than 10 point
- TN total ()

Ⅲ. 결 과

1. 성별 및 연령 분포

본원 추나 치료실에서 측두하악 증후군으로 진단된 환자 중 남자는 7명, 여자는 24명이었으며 전체적인 남녀 비율은 1:3.4이었다.

연령에서는 10대가 5명이었으며 20대 5명, 30대 9명, 40대 4명, 50대 2명, 60세 이상이 1명이 있었으며 연령에서는 30대가 제일 많았다(table III).

2. 처치별 분포

측두하악 증후군 기왕장애지수 Ai1은 26명, Ai2는 5명이었으며 침치료 군의 경우 Ai1은 14명, Ai2는 2

명이었다.

신연이행기법 시행 군의 경우 Ai1은 12명, Ai2는 3명이었다(table IV).

3. 초기 내원 시 측두하악장애 정도

측두하악 증후군 환자 중 침치료 군 환자의 초진 시 Ai1은 14명으로 변형측두하악장애지수는 평균 39.07 ± 7.56 이었으며 Ai2는 2명으로 평균 40.00 ± 5.66 이었다.

신연이행기법 시행 군 환자의 초진 시 Ai1은 12명이었으며 변형측두하악장애지수 평균 34.58 ± 6.29 이 있었으며 Ai2은 3명이었으며 변형측두하악장애지수는 평균 62.33 ± 20.79 이었다(Table V).

Table III. Age & Ai Distribution of Patients

Age	Male(%)	Female(%)	Ai1(%)	Ai2(%)
under 19	2(28.57)	3(12.50)	5(19.23)	0(0.00)
20 to 29	2(28.57)	7(29.17)	5(19.23)	4(80.00)
30 to 39	2(28.57)	7(29.17)	9(34.62)	0(0.00)
40 to 49	0(0.00)	5(20.83)	4(15.38)	1(20.00)
50 to 59	1(14.29)	1(4.17)	2(7.69)	0(0.00)
over 60	0(0.00)	1(4.17)	1(3.85)	0(0.00)
Total(%)	7(100)	24(100)	26(100)	5(100)

Table IV. Ai Distribution of Acupuncture Group and Distraction & Translation Group

	Acupuncture Group(%)	Distraction & Translation Group(%)	Total(%)
Ai1	14(53.85)	12(46.15)	26(100)
Ai2	2(40.00)	3(60.00)	5(100)

Table V. Mean of Modified Cranimandibular Index(mCMI) of Acupuncture Group and Distraction & Translation Group

	Acupuncture Group	Distraction & Translation Group
Ai1	39.07 ± 7.56	34.58 ± 6.29
Ai2	40.00 ± 5.66	62.33 ± 20.79

4. 6회 치료 후 각 치료군의 치료효과

Wilcoxon signed rank test의 결과 침치료 군의 변형측두하악장애지수의 MM과 TN, mCMI의 Z는 변화는 다음과 같다. Ai1의 경우 MM, TN, mCMI의 Z는 각각 -3.300, -2.375 및 -3.297로 감소하였으며 이러한 변화는 통계적으로 유의하였다. 그러나 Ai2의 경우에는 통계적으로 유의한 변화가 나타나지 않았다(Table VI).

Wilcoxon signed rank test의 결과 신연이행기법시행 군의 변형측두하악장애지수의 MM과 TN, mCMI의 Z는 변화는 다음과 같다. Ai1의 경우 MM, TN, mCMI의 Z는 각각 -2.937, -2.687 및 -3.062로 감소하였으며 이러한 변화는 통계적으로 유의하였다. 그러나 Ai2의 경우에는 통계적으로 유의한 변화가 나타나지 않았다(Table VII).

5. 침치료 군과 신연이행기법시행 군의 치료효과 비교

침치료 군과 신연이행기법시행 군 중 치료의 호전도가 통계적으로 유의하지 않은 Ai2를 제외하고, Ai1에 대해서만 호전도를 확인하기 위하여 T-test를 실시하였다.

침치료 군에서 초기MM, TN, mCMI 지수와 6회 치료 후 지수의 평균 차이의 95% 신뢰구간이 모두 0을 포함하고 있지 않으므로 6회 치료 후 호전되었다고 판단할 수 있으며, 유의수준 0.05에서 초기와 6회 치료 후의 평균 차이가 유의하다고 볼 수 있다. 또한 신연이행기법시행 군에서도 초기MM, TN, mCMI 지수와 6회 치료 후 지수의 평균 차이의 95% 신뢰구간이 모두 0을 포함하고 있지 않으므로 6회 치료 후 호전되었다고 판단할 수 있다(Table VIII).

Table VI. The Changes of MM, TN and mCMI in Acupuncture Group

		MM2 - MM	TN2 - TN	mCMI2 - mCMI
Ai1	Z	-3.300	-2.375	-3.297
	p-value	0.001*	0.018 †	0.001*
Ai2	Z	-1.342	-1.342	-1.414
	p-value	0.180	0.180	0.157

a. Based on Positive Ranks.

b. Wilcoxon Signed Rank Test(*:P<0.01, †:P<0.05)

Table VII. The Changes of MM, TN and mCMI in Distraction & Translation Group

		MM2 - MM	TN2 - TN	mCMI2 - mCMI
Ai1	Z	-2.937	-2.687	-3.062
	p-value	0.003*	0.007*	0.002*
Ai2	Z	-1.604	-1.414	-1.604
	p-value	0.109	0.157	0.109

a. Based on Positive Ranks.

b. Wilcoxon Signed Rank Test(*:P<0.01, †:P<0.05)

Table VIII. The Change of MM, TN and mCMI after 6 Treatment of Acupuncture Group and Distraction & Translation Group

		Acupuncture Group	Distraction & Translation Group
MM-MM2	Paired Differences	17.5 ± 10.01	14.00 ± 7.24
	95% Confidence Interval of the Difference	11.794~23.348	9.402~18.598
	p-value	0.000	0.000
Ai1 TN-TN2	Paired Differences	1.71 ± 2.27	2.17 ± 1.95
	95% Confidence Interval of the Difference	0.405~3.024	0.930~3.403
	p-value	0.014	0.003
mCMI-mCMI2	Paired Differences	19.29 ± 11.34	16.17 ± 8.20
	95% Confidence Interval of the Difference	12.740~25.832	10.957~21.377
	p-value	0.000	0.000

두군 간의 호전도를 비교해 보면, MM 지수에 대한 호전도는 침치료 군에서 더 높은 것으로 나타나고 있으며, TN지수에 대한 호전도는 신연이행기법시행 군에서 더 높게 나타나고 있다. 그러나 종합적인 mCMI 지수를 기준으로 하면, 침치료에 의한 호전도가 신연이행기법시행보다 더욱 높은 것으로 보여진다.

IV. 고 찰

악관절은 저작을 주운동으로 하는 관절로 저작 시 아주 복잡한 복합운동이 이루어지는 관절이다. 악관절은 단순한 Hinge로 작용하는 관절은 아니며 과두 사이의 Horizontal axis를 따라 회전이 발생하며 이 axis는 개구나 폐구 시 위치가 변하게 된다¹¹⁾. 이러한 악관절은 치아, 저작근 및 신경계등과 함께 저작계를 구성하며 이들 요소들은 상호 협력관계에 있다¹²⁾.

이러한 악관절의 이상인 측두하악 증후군은 만성 구강안면 동통의 가장 흔한 형태로 미국치과의사협회는 두통, 관절염, 개구의 곤란, 턱과 볼부위의 피로

감, 저작근은 포함하는 안면과 턱의 통증, 하악의 과두걸림이나 탈구, 하악운동 시의 동통, 저작의 어려움, 현기증, 이명등을 자각증상이나 징후로 나타내고 있는 장애의 집합체로서 정의하고 있다¹³⁾.

측두하악 증후군은 1934년 Costen이 저작기관의 기능성장애를 Costen Syndrome이라고 기술한 이래 그 원인에 대해 기계 변위설, 근육설, 정신생리설, 심리학설등 많은 학설들이 제기되고 있으나 아직 확정된 바 없으며 막연히 다인성이라 언급되고 있다. 근래에 이르러서 일반적으로 악관절 내적 원인과 악관절 외적 원인으로 진단학적 범주를 나누고 있으며, 악관절 내적 원인은 관절내장, 관절의 퇴행성 질환, 관절낭염, 원판후 조직염등이 있으며, 외적장애는 대개가 근육에 관한 것으로 근육의 동통과 근막동통장애등이 있다^{2,12)}.

측두하악장애는 매우 흔한 장애로 역학적으로 일반인의 50%에서 발견되며 약 25%가 증상을 자각하고 있으며, 전인구의 약 5%에서 일상생활 중 측두하악 증후군(TMD)을 치료받아야 되는 것으로 알려져 있는 장애로 현재 스트레스 등에 의해 증가하는 추세이다⁴⁾.

측두하악 증후군은 보존적 요법으로 부적응 습관 및 행동을 변화시키기 위한 행동치료, 위치안정성을 부여하고 악관절, 근육, 치아를 보호하도록 하는 교합장치치료, 동통에 대한 치료법으로 약물치료, 동통과 압통을 개선시키고 측두하악 구조의 운동범위제한을 개선시키기 위한 물리치료 등이 있다. 이외에 1974년 Arthroscopy로 개발된 이후 수술적인 요법도 적용되고 있는 실정이다.

측두하악 증후군은 단순한 측두하악 관절의 동통과 운동제한 뿐 아니라 이로 인해 발생하는 정신 심리적인 문제, 전신의 근골격계 문제를 동반하는 복합적인 질환으로 그 장애의 중요성이 간과되고 있는 질환으로 치의학계이외에 미국 등에서는 Chiropractic계에서도 연구가 진행되고 있다.

한의학적으로 측두하악관절은 頰車骨, 下牙床骨, 牙鈞 등으로 기술하였으며 측두하악 증후군은 頰車失欠, 下頰脫落, 面痛 등의 범주에 포함되며⁸⁾, 『東醫寶鑑』에서 “「失欠脫頰」...凡欠伸頰車蹉跌 但開不能合...”이라 하여 측두하악 관절의 탈골에 대한 기본적인 언급이 있으며, 또한 “「胃風證」...一人患鼻頰角痛或麻痺不仁 脣口 頰車 髮際 連牙腫痛 口不得開 頰與頰車常如糊繩 手觸則痛 此陽明經絡 受風熱毒氣而然 宜犀角升麻湯”이라 하여 측두하악장애와 유사한 증상을 기술하였다¹⁴⁾. 이외에 汪은 『醫林改錯』에서는 “頰骨脫 令患人坐定 用手揉臉百十遍 將患人口張開 用兩大拇指 入患人口內 拿定牙外 用兩手指 將下頰往上兜 卽入口正矣”이라 하여¹⁵⁾ 현대에 있어 초기 측두하악 증후군에 적용되는 하악골신연조작(Mandibular distraction maneuver)과 유사한 수기법을 제시하고 있다.

이러한 측두하악 증후군은 『靈樞』¹⁶⁾에서 밝힌 바와 같이 “胃足陽明之脈, 起於鼻之交頰中, 旁納太陽之脈, 下循鼻外, 入上齒中, 還出挾口, 環脣, 下交承漿, 却循頰後下廉, 出大迎, 循頰車, 上耳前, 過客主人, 循髮際, 至額顛”, “足陽明之本, 在厲兌, 標在人迎頰挾頰

類也.”로 측두하악 관절부위는 위경의 순행부위이며, 교근의 병변은 또한 『靈樞』¹⁶⁾에서 밝힌 바와 같이 “足陽明之筋, 起於中三指...陽明爲目下綱. 其支者, 從頰結於耳前...腹筋急, 引缺盆及頰, 卒口僻...頰筋有寒, 則急引頰移口”로 足陽明胃經의 경근의 병변으로 파악할 수 있다. 또한 『東醫寶鑑』에서 밝힌 바와 같이 “「面病專屬胃」...手足六陽之經 雖皆上至頭而 足陽明胃之脈 起於鼻 交頰中 入齒 挾口 環脣 倚頰車 上耳前 過客主人(穴名) 維絡于面上 故面病專屬於胃 其或風熱乘之 則令人面腫 或面鼻色紫 或風刺 癩疹 或面熱 或面寒 隨其經證而治之”이며 “「胃風證」...一人患鼻頰角痛 或麻痺不仁 脣口 頰車 髮際 連牙腫痛 口不得開 頰與頰車常如糊繩 手觸則痛 此陽明經絡 受風熱毒氣而然 宜犀角升麻湯”으로¹⁴⁾ 측두하악증후군의 증후를 묘사하고 있으므로胃病證으로 파악할 수 있다.

또한 膽經의 순행부위가 “膽足少陽之脈, 起於目銳眦, 上抵頭角, 下耳後, 循頰, 行手少陽之前, 至肩上 却交出手少陽之後, 入缺盆. 其支者, 從耳後入耳中, 出走耳前, 至目銳眦後. 其支者, 別銳眦, 下大迎, 合於手少陽, 抵於頰下, 加頰車, 下頰”으로 측두하악부를 순행하며, 『東醫寶鑑』에서는 “足少陽膽經行身之側”이라 하였으며¹⁴⁾, 膽經의 是動病所生病중 所生病을 “是主骨所生病者, 頭痛頰痛”이며, 소관절과 측두하악의 질병을 膽經의 질환으로 파악할 수 있다.

현재 한의학적으로 측두하악 증후군은 氣機疏通과 저작근의 긴장완화를 위해 근위부의 취혈과 측두하악 관절부의 순행경락인 少陽經과 陽明經, 手太陽經의 경혈을 사용하고 있으며, 추나 치료를 통하여 보존적 치료방법을 사용하고 있으나, 장부론적 경락학적 분석을 통한 원위취혈과 추나 치료 치료효과의 비교가 이루어지지 못한 상태이다.

본 임상연구에서는 기본적인 근이완요법을 시행하고, 측두하악 증후군의 장부론적 경락론적 분석을 통하여 침치료와 추나 치료의 신연이행기법으로 나누어 6회의 치료 후, 치료효과를 기왕장애지수(Ai)와

변형측두하악장애지수(mCMI)로 비교하여 양군의 치료효과를 비교하였다.

본 임상연구 결과 원위 침구치료는 기능적 측면이라 할 수 있는 측두하악관절의 운동(MM)에 있어 추나 치료보다 우수한 것으로 나타났으며, 추나 치료 경우 구조적 측면인 측두하악 관절의 연발음(TN)에 있어 침구치료보다 우수한 것으로 나타났다.

V.결 론

본 임상연구에서는 2005년 5월23일부터 2006년 04월 30일까지 본원 추나 치료실을 방문하여 측두하악 증후군으로 진단된 환자 31명을 대상으로 침치료 군과 신연이행기법시행 군으로 나누어 그 치료효과를 비교한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 초기 내원 시 측두하악 증후군 환자 중 침치료 군 환자의 Ai1은 14명으로 변형측두하악장애지수는 평균 39.07 ± 7.56 이었으며 Ai2는 2명으로 평균 40.00 ± 5.66 이었다.
신연이행기법 시행 군 환자의 초진 시 Ai1은 12명이었으며 변형측두하악장애지수 평균 34.58 ± 6.29 이었으며 Ai2는 3명이었으며 변형측두하악장애지수는 평균 62.33 ± 20.79 이었다.
2. 침치료 군은 6회 치료 후 Ai1의 경우 MM, TN, mCMI의 Z는 각각 -3.300, -2.375 및 -3.297로 감소하였으며 통계적으로 유의하였다. 그러나 Ai2의 경우에는 통계적으로 유의한 변화가 나타나지 않았다
3. 신연이행기법 시행 군은 6회 치료 후 Ai1의 경우 MM, TN, mCMI의 Z는 각각 -2.937, -2.687 및 -3.062로 감소하였으며 통계적으로 유의하였다. 그러나 Ai2의 경우에는 통계적으로 유의한

변화가 나타나지 않았다

4. 양군 간의 치료효과에 대한 비교는 MM 지수에 대한 호전도는 침치료 군에서 더 높은 것으로 나타나고 있으며, TN지수에 대한 호전도는 신연이행기법시행 군에서 더 높게 나타났다. 그러나 종합적인 mCMI 지수를 기준으로 하면, 침치료에 의한 호전도가 신연이행기법시행보다 더욱 높은 것으로 나타났다.

본 연구는 측두하악 증후군을 대상으로 위정격과 담정격을 선택적으로 사용한 침구치료 군과 신연이행요법을 사용한 추나 치료 군의 치료 효과를 비교하여 위와 같은 결론을 얻었으며, 측두하악 증후군의 추나 치료와 침구치료에 대한 호전도에 대해서 보다 많은 환자를 대상으로 하고 원인에 따른 다양한 치료 방법의 적용한 비교 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 최숙희, 기우천. 악관절잡음 환자의 하악운동에 관한 연구. 전남치대논문집. 1991;3(1):311-9.
2. Thomas F. bergmann, David H.peterson, Dana J. lawrence. 카이로프랙틱 테크닉. 서울:대한추나학회. 2000:523-43.
3. 김경원. 두개하악장애환자에 대한 임상통계학적 연구. 충북의대학술지. 1995;5(2):49-60.
4. 김영구. 악관절 장애의 진단 및 치료(하). 대한치과의사협회지. 1991;29(6):419-40.
5. Schwart RA, Green CS, Laskin DM. Personality-characteristics of patients with myofacial pain dysfunction syndrome unresponsive to conventional therapy. Journal of Dent. 1979;58:1453.

6. 정성창. 두개하악장애의 진단 및 치료지침. 대한두개하악장애학회지. 1989;1(1):37-60.
7. 김기범, 김기석. 대영과 승장에 대한 전기침술 자극요법시 하악전치의 동통역치에 미치는 효과에 관한 연구. 대한두개하악장애학회지. 1994;6(2):64-75.
8. 양유연, 양사수. 실용중서의결합진단치료학. 북경:중의약과기출판사. 1991:1585.
9. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of masticatory system. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. Swed Dent J. 1974;67:101-21.
10. 송윤현, 김기석. 두개하악장애의 평가에 이용되는 두개하악장애지수의 개선에 관한 연구. 대한두개하악장애학회지. 1995;7(2):69-82.
11. 허성주. 저작시 하악의 운동 및 관련된 요소들. 대한두개하악장애학회지. 1991;3:58-63.
12. 김종원. 악관절 외상의 진단과 치료의 새 개념. 서울:나래출판사. 2000:1-124.
13. 나대현, 한경수. 두개하악장애환자의 경부운동 범위에 관한 연구. 대한두개하악장애학회. 1994;6(2):76-90.
14. 허준. 동의보감. 서울:남산당. 1996:1-800.
15. 왕청임. 의림개찰. 익산:원광대학교출판국. 1998:1-190.
16. 홍원식역. 황제내경영추. 서울:전통문화연구회. 1994:1-540.