

원저

화타협척혈에 대한 문헌적 고찰

안수기 · 이삼로 · 양유선

원광대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

The Treatise Research on Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue(華佗夾脊穴)

Soo-Gi, Ahn · Sam-Ro, Lee · You-Sun, Yang

Department of Acupuncture & Moxibustion
College of Oriental Medicine, Won Kwang University

Objectives : Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue(華佗夾脊穴) is the Jing-Wai-Qi-Xue(經外奇穴) that is widely used in clinic and effective in Acupuncture and Moxibustion. But the location, number, acupuncture method, clinical application of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue have not been explained clearly and consistently; moreover, studies or clinical reports about this are insufficient. The purpose of this study is to investigate the location, number, acupuncture method, clinical application of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue.

Methods : We investigated Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue through survey of 11 books and 26 relevant journals published in China

Results :

1. Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue is located in about 0.5 Cun(寸) at both sides of spinous process of each vertebra.
2. There is differ as the number of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue is 34, 48, 56, 58 in each documents. Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue located in first, second cervical vertebra and first sacrum is low in application frequency, Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue located from third cervical vertebra to fourth lumbar vertebra is high in application frequency. Therefore, all of the acupoints located in about 0.5 Cun(寸) both sides of spinous process of cervical, thoracic, lumbar and sacral vertebrae are regarded as Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue in wide meaning.

* 본 연구는 1999년도 원광대학교 교내연구비지원사업에 의해 지원되었음.

· 접수 : 2000년 11월 3일 · 수정 : 11월 13일 · 채택 : 11월 15일

· 교신저자 : 안수기, 광주광역시 남구 주월동 543-8 원광대 광주한방병원 침구과 (Tel: 062-670-6442)

3. There are Kou-Ci-Fa(叩刺法), Qian-Ci-Fa(淺刺法), Yan-Pi-Ci-Fa(沿皮刺法), Shen-Ci-Fa(深刺法) in acupuncture method of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue. Acupuncturing depths, directions is differ in each location(cervical, thoracic, lumbar vertebra, sacrum) and have something to do with therapeutic effect of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue. The feelings that patient receive after acupuncture is the key to the treatment of disease.

4. The clinical application of each Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue is mainly selected by distribution of meridians, nerve roots, vertebral segments which are attacked with a disease. The musculoskeletal diseases in treatment of disease by Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue are the most common as 12 cases. Second, there are many reports about nervous system diseases. In addition, good therapeutic results by application of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue are reported in some diseases, for instance, disease of five viscera and six entrails, organ, tissue.

Conclusions : Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue is located in about 0.5 Cun(寸) at both sides of spinous process of each cervical, thoracic, lumbar and sacral vertebra. Therapeutic effect of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue has something to do with acupuncturing depths, directions and feelings. Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue is mainly selected by distribution of meridians, nerve roots, vertebral segments which are attacked with a disease and is mainly applied musculoskeletal diseases, nervous system diseases

Key words : Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue(華佗夾脊穴), acupuncturing depths, direction

I. 서론

화타협척혈(華佗夾脊穴)은 협척혈(夾脊穴) 또는 타척혈(佗脊穴)로 (이하 夾脊穴) 불려지고 있으며, 현대 중국의 의료잡지에서 자주 접할 수 있으면서, 실제 임상에서 사용되어지는 경외기혈(經外奇穴)로 그 활용이 매우 광범위 할뿐만 아니라 침이나 뜸에 있어서 많은 유효한 효과가 보고되어지고 있다.

협척혈에 대한 최초의 기재는 《內經 素問·刺瘡論》의 “十二瘡者, ……又刺項以下夾脊者必已”¹⁾ 와 《素問·繆刺論》의 “從項始數 脊椎 夾脊 疾按之 應手如痛 刺之 旁三痛 立已”²⁾에서 보여지고 있다. 그러나 晉代醫家 葛洪의 《肘後備急方》에서 “夾背脊大骨完(穴)中, 去脊各一寸”³⁾ 하여 협척혈이 흉요추 극돌하 함몰처 양방 1촌(胸腰椎 棘突下 陷沒處 兩傍 1寸)에 구체적인 위치를 명시하고 있다.

또한 “華佗治 癰亂已死, ……已扰不差者, 可灸肘椎已試數百人, 皆灸畢即起坐”³⁾라고 기술하고 있는데 여기서 주추혈(肘椎穴)은 대략 제 2요추에 해당한다고 보고하고 있다. 《後漢書》의 《華佗別傳》^{1,4)}에 “有人病脚臂不能行 佗切脈 便使解衣 点背數十處 相去一寸 或 五寸(分) 從邪不相當 言灸此各七壯 灸瘡癒即行也 後灸癒 灸處夾脊 一寸上下 行端直均勻 如引繩”의 내용을 인용하여 이를 근거로 사람들은 화타가 이 혈을 처음 사용했다하여 화타협척혈이라고 기원을 밝히고 있다.

이후 근대에 이르러서는 《中國鍼灸學》에서 제일 먼저 화타협척혈이 인용되고 있으며 “경외기혈로 제 1흉추에서 第 5요추의 척중선(脊中線) 양방 5분에 위치한다”고 말하고 있다³⁾. 이후 현대 의가들의 임상보고 자료에서 그들의 임상 경험에 따라 경추 양방(兩旁)과 천추 양방의 협척혈에 대해서도 질병치료에 응용하여 역시 많은 좋은 효과를 얻어낸 결과

경추와 천추 양방의 혈들도 포괄해 협척혈의 범주에 넣고 있다.

그러나 이러한 협척혈에 대한 명명(命名), 정위(定位), 혈수(穴數), 침자법(針刺法) 등에 대해서는 중국에서조차 오랫동안 일관된 설명이 부족하다. 한국에서도 협척혈에 대한 연구나 임상보고는 아직 발표되지 않고 있는 실정이다. 이에 중국에서 출판된 문헌과 관련자료를 통해 1. 정위(定位), 2. 혈수(穴數), 3. 침자법(針刺法), 4. 임상응용(臨床應用) 등을 분석하고 정리해 보고자 본 연구를 시도하였다.

II. 자료조사와 연구방법

1. 자료조사

중국서적 11종과 중국잡지 26종을 선정하여 협척혈의 위치, 혈의 수, 침자법(針刺法), 임상응용이 수록된 부분을 발췌하여 연구 대상으로 삼았다.

2. 연구방법

협척혈의 위치와 혈수, 침자법, 임상응용을 문헌 조사하여 정리하였다.

III. 본 론

1. 협척혈의 위치

협척혈의 위치는 척추극돌기 양방으로 0.3~1촌 정도 떨어져 위치하나, 문헌상 0.5寸(=5分)이 가장 많았다(Table 1).

2. 협척혈의 수

협척혈의 수는 제1흉추에서 제5요추까지 총 34개라고 밝힌 문헌이 9개이고, 제1경추에서 제5요추까지 총 48개라고 밝힌 문헌이 9개이며, 기타 56개와 58개라고 하였다(Table 2).

3. 刺法

직자(直刺)의 심도(深度)는 약 0.3~3.0촌인데, 0.3~0.5촌이 가장 많았다(Table 3). 사자(斜刺)의 심도는 약 0.5~3.0촌으로 다양했다(Table 4). 평자(平刺)는 2.0~3.0촌이었다(Table 5).

Table 1. The location of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue

Location	Reference No.
5 fen at B	2, 4~16
0.5~1.0 cun at B	17, 18
5~8 fen at B	19
8 fen at B	1, 20
0.3~1.0 cun at B	3
1 cun at B	21
0.5~1.0 cun at B	22
0.5 cun at B	

(B : both sides of spinous process, fen : 分, cun : 寸)

Table 2. The number of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue

Number	Reference No.
34 acupoint (first thoracic~fifth lumbar)	2, 4~11
48 acupoint (first cervical~fifth lumbar)	15, 17, 18, 20, 23~27
56 acupoint (first cervical~fourth sacral)	3, 13, 22
58 acupoint (above 56 acupoint + Huiyang)	16
Huiyang : 會陽	

Table 3. The Zhi-Ci(直刺) depths of Hua-Tuo -Jia-Ji-Xue

Depth	Reference No.
0.3~0.5 cun	2~5, 9, 11
0.6~1.0 cun	10
0.7~2.0 cun	17
1.0~1.2 cun	16
1.0~1.5 cun	35
1.2~1.5 cun	23
about 1.5 cun	25
1.5~2.0 cun	8, 31
1.5~2.5 cun	18
1.5~3.0 cun	14
2.0~3.0 cun	21

Table 4. The Xie-Ci(斜刺) depths of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue

Depth	Reference No.
0.5~0.8 cun	7
0.5~1.0 cun	6
0.7~1.2 cun	22
1.0~1.5 cun	18, 21
1.0~2.0 cun	6
1.5~2.5 cun	5
1.5~3.0 cun	1

Table 5. The Ping-Ci(平刺) depths of Hua-Tuo-Jia-Ji-Xue

Depth	Reference No.
2.0~3.0 cun	5, 18, 35

4. 임상응용

협척혈은 12종의 운동계통질병, 9종의 신경계통질병, 2종의 비뇨기계통질병, 기타 4종의 장부·조직·기관의 질병에 응용되었다.

1) 運動系統 疾病 …… 12種

頸椎病^{20,23,26-28}, 頸椎骨增殖症²², 頸·腰椎骨增殖症⁵, 脊椎肥大症²⁹, 急性腰部捻挫²¹, 腰椎間板突出症³⁰, 強直性脊椎炎³¹, 增殖性 脊椎炎²⁴.

2) 神經系統 疾病 …… 9種

대상포진¹⁵, 유행성 B형 뇌염³², 腦性麻痺¹⁶, 延髓空洞症²², 薦椎空洞症^{4,22}, 精神分裂症¹⁹, 感染性多發性神經炎³³, 下肢多發性神經炎³⁴, 半身不遂^{4,14,22}.

3) 泌尿器系統 疾病 …… 2種

神經性 尿頻¹³, 産科手術後 尿瀰留¹³, 遺尿症³⁵.

4) 그 외 臟腑·組織과 器官의 疾病 ……4種

腹瀉¹³, 過敏性 大腸 症候群¹², 急性 上腹痛症(急性胃痙攣, 慢性膽囊炎의 急性發作, 急性膽囊炎)³⁶, 冠狀 動脈硬化性 心臟病²².

IV. 고찰 및 총괄

협척혈에 대한 구체적인 위치는 晉代醫家 葛洪의 《肘後備急方》^{1,3}에서 “夾脊背大骨完(穴)中, 去脊各一寸”라고 하여 협척혈이 흉요추 극돌하 함몰처 양방 1촌(胸腰椎 棘突下 陷沒處 兩傍 1寸)에 위치함을 처음으로 밝히고 있다. 그러나 이후 현대에 이르러서는 그 위치가 0.3寸에서 1寸에 이르기까지 다양하게 인식되어지고 있다. 이상의 조사에서 대다수의 醫家들이 협척혈의 정위(穴位)가 척추 극돌하 정중선 양방 각 0.5촌(脊椎 棘突下 正中線 兩傍 各 0.5寸)에 위치하는데 일치된 견해를 보이고 있다 (Table 1). 이는 현대 해부학상에서 추체상에서 추판(椎板) 옆면까지의 너비가 약 1.2~2.0cm에 이르며 가장 좁은 곳의 너비가 약 1.01cm에 이르는 것을 참작하면 위의 0.5寸의 위치는 협척혈을 직자(直刺)할 때 흉강(胸腔)이나 복강(腹腔)의 장기를 상(傷)하지 않고 안전하게 자침할 수 있으며 심자시(深刺時)에도 추판(椎板)이 침침(針尖)을 가로막아 협척혈에 대해 안전하게 치료 할 수 있는 위치로 보여진다^{1,3}.

협척혈의 수(數)에 있어서 첫째, 제 1흉추에서 제 5요추 각 양방 좌우 합해서 34穴, 둘째, 제 1경추에서 제 5요추까지 각 극돌기(棘突起)의 양방 좌우 합해서 48穴, 셋째, 제 1경추에서 제 4천추까지의 夾脊穴을 포함하여 左右 合 56穴, 넷째, 장강(長強) 양방 5분(分)의 족태양방광경(足太陽膀胱經)의 회양(會陽)을 협척혈의 범주에 포함시켜 좌우 합 58穴의 견해에 이르기까지 다양하다(Table 2). 그러나 인용문헌 25종에서 언급된 질병치료에 쓰인

협척혈에 대한 분석 결과 제 1경추에서 제 2경추 협척혈과 천추 협척혈(薦椎 夾脊穴)에 대한 사용 빈도가 비교적 적고, 제 3경추에서 제 4요추 협척혈에 대한 응용이 많음을 알 수 있다. 다만 이것은 조사에 활용된 문헌의 편중에 따른 결과이며 경추, 흉추, 요추, 천추 양방(兩旁)에 소속된 협척혈 모두 넓은 의미에 있어서 협척혈의 범주에 넣고 임상 활용에 응용할만한 가치가 있다고 생각된다.

上海中醫學院編의 《鍼灸學》¹⁸⁾에 신경근(神經根)을 자(刺)할 때는 침침(針尖)을 약간 내측(內側)으로 향해, 경추·흉추에서는 1.5촌(寸), 요추에서는 2.5촌을 자입(刺入)하여 마전감(麻電感)이 사지(四肢)나 늑간(肋間)으로 방산(放散)되게 하고, 척추관 절염에는 극간인대(棘間靱帶)를 향해 1~1.5촌 자입(刺入)하거나 횡자(橫刺)로 하향(下向)하여 2~3촌 투자(透刺)한다. 또한, 任氏의 보고²²⁾에 의하면 1.5~3.0촌의 호침(毫針)을 사용하여 척중선 양방(脊中線 兩傍) 0.5~1.0촌의 위치에 45°의 각도로 척추의 내상방(內上方)을 향해 사자(斜刺)해야 하지만 경협척(頸夾脊)의 경우에는 제 2경추돌기를 기준으로 양방 0.5촌의 위치에 0.7~1.2촌의 깊이로 직자(直刺)한다. 이는 내상방(內上方)으로의 침자(針刺)로 인해 야기될 수 있는 연수(延髓)의 손상을 방지한 것으로 이와 같이 협척혈의 부위가 서로 다른 까닭에 깊이와 방향도 구역에 따라 구별됨을 말하고 있다. 歐氏¹⁵⁾는 추판골막(椎板骨膜)까지 침침(針尖)이 일정하게 도달하게 하는 심자법(深刺法)을 사용하여 침감(針感)이 손상된 피부 구역까지 도달하게 함으로써 대상포진을 치료한 것을 보고하고 있고, 張氏 등¹²⁾은 매화침(梅花針) 또는 칠성침(七星針)을 사용하여 협척혈 부위를 고자(叩刺)하여 과민성 장중후군의 치료를 보고하고 있다. 이와 같이 협척혈의 자침 깊이와 방향 등이 치료효과와 밀접한 관계가 있음을 알 수 있으며 이에 대해 인용문헌 22종을 통해 살펴본 바 다음과 같이 요약된다.

1. 고자법(叩刺法)

매화침 또는 칠성침을 사용하여 협척혈의 분포 구역을 따라 고자(叩刺)하여 척신경(脊神經) 순행 분포 구역을 자극하여 원하는 치료효과를 얻는다^{3,5,12)}.

2. 천자법(淺刺法)

0.3~0.5촌의 1촌 내외의 자법(刺法)으로 직자(直刺)·사자(斜刺), 또는 평자(平刺)를 막론하고 가장 안전한 방법으로 대개 국부에 산창감(酸脹感)을 느끼며 주위로 방산된다⁵⁾. 李氏는 신경쇠약(神經衰弱) 등의 질병과 강자극을 할 수 없는 환자에게 이 자법(刺法)을 채용한다고 보고하고 있다¹⁾.

3. 연피자법(沿皮刺法)

즉 피부층을 따라 투자(透刺)하는 방법으로 2~3촌 가량 자입(刺入)하여 한번에 수개의 혈을 자극할 수 있다⁵⁾. 진전마비(震顫麻痺)의 치료시에 제 6경추 협척혈, 제 5흉추 협척혈, 제 4요추 협척혈을 취해 이 자법(刺法)을 채용하여 비교적 양호한 효과를 얻었음을 보고하고 있다¹⁾. 仲氏는 제 2요추 협척혈에 먼저 직자(直刺)하여 득기(得氣)후 둔부(臀部)를 향해 피부를 따라 자입(刺入)하여 요저부(腰骶部)와 소복부(小腹部)에 침감(針感)을 전도(傳導)시켜 유뇨증(遺尿症)을 치료하였다고 보고하고 있다³⁵⁾. 또한 척추염(脊椎炎), 척수막염(脊髓膜炎) 치료시에 아문하(啞門下) 1촌, 제 2흉추와 제 10흉추의 극돌하 양방 0.5촌을 취하여 본 자법(刺法)을 사용하였다¹⁰⁾.

4. 심자법(深刺法)

요추골자(腰椎骨刺), 신경근염(神經根炎), 좌골신경통증(坐骨神經痛症)의 치료에 이 자법(刺法)을 많은 의사들이 사용하고 있다. 馬氏¹⁴⁾는 반신불수의 치료시에 제 4, 제 5경추 협척혈과 제 3, 4, 5요추

협척혈을 사용하여 빨리 자침한 후 서서히 진침(進針)시켜 약 1.5~3촌의 깊이까지 자침(刺針)하여 침감(針感)이 족부(足部)에 이르도록 하였다. 이를 위해 환자를 측외위(側臥位)로 누이고 요부를 궁자형(弓字形)으로 취하게 하고 하지를 굴곡시킨 후 자침한다고 보고하고 있다. 析氏³⁰⁾는 腰椎間板突出症에 患側 夾脊穴에 3寸을 直刺하여 針感이 下肢에 이르게 하였고, 王氏²¹⁾는 急性腰部捻挫에 內側을 향해 2~3寸을 刺入하여 下肢로 針感을 放散시켜 治療한 예를 보고하였는데 棘間靱帶 捻挫의 治療時에는 棘間靱帶를 향해 1~1.5寸을 刺入하여 針感을 局部와 그 주위에 퍼지게 하였다. 李氏¹⁾는 第3頸椎 夾脊穴을 사용하여 半身不遂를 치료하는데 6cm 정도의 깊이로 直刺하여 환자가 麻電感을 느끼면 정지하는 방법을 사용하였다. 그러나 頸椎上段 夾脊穴의 深刺時 針尖을 아래로 하여 延髓의 손상을 방지하고, 胸部 夾脊穴의 深刺時 針尖의 방향을 內側으로 하여 氣胸의 조성을 막고, 胸腹腔 臟器의 손상을 방지하기 위해 直刺時 2寸을 초과하지 말 것을 경고하고 있다.

그러나, 疾病治療의 關鍵은 針刺의 深度에 국한된 것이 아니라, 精確한 取穴과 그에 따르는 환자가 느끼는 得氣感을 고려할 때, 부단한 노력으로 얻어진 醫師의 숙달된 醫術이 중요하다고 생각된다.

다음으로 협척혈의 임상응용에 대해 살펴보면 다음과 같다.

夾脊穴은 經外奇穴에 속하며 督脈과 膀胱經의 사이에 위치하고 어느 穴이나 脊骨의 하방에는 脊髓神經後肢의 내측지가 나와 있으며, 그에 따른 動脈과 靜脈叢이 분포하고 있다. 따라서 夾脊穴의 활용 범위는 비교적 광범위하며 대개 1. 經脈의 분포, 2. 神經根이나 脊髓分節의 분포, 3. 穴位의 壓痛 유무와 반응물 등을 판단해서 穴位를 선택 운용할 수 있다^{5,18)}. 즉 C1~C4의 夾脊穴을 사용해 頭部의 疾患을 治療하고 C1~C7의 夾脊穴을 사용해 頸部의

疾患을 治療하며, C4~T1의 夾脊穴을 사용해 上肢의 疾患을, C3~T9의 夾脊穴을 사용해 胸廓·胸腔의 內臟 疾患을, T5~L5의 夾脊穴을 사용해 腹腔의 內臟 疾患을, T1~S2의 夾脊穴을 사용해 腰部部·薦骨部의 疾患을, L2~S2의 夾脊穴을 사용해 下肢의 疾患을, L1~S4의 夾脊穴을 사용해 骨盤腔의 疾患을 治療한다¹⁸⁾. 또한 동물실험을 통해 夾脊穴의 電針 刺戟이 內臟 痛症을 抑制하는 것을 관찰하여 臨床에서 夾脊穴의 사용으로 內臟 病變으로 惹起된 疼痛을 抑制할 수 있음을 설명할 수 있다¹⁷⁾. 脊椎 兩傍의 壓痛과 陽性 反應物은 항상 臟腑의 病變과 밀접한 關聯을 보이며 이의 取穴은 治療의 效果를 높일 수 있다고 報告하고 있다³⁾. 臨床效果 또한 매우 肯定的이며, 그 내용을 살펴본 바 다음과 같다.

馮勝軍²⁹⁾는 夾脊穴을 爲主로 取穴하여 23例의 脊椎肥大症을 治療하여 良好한 效果를 얻었다. 病程이 最長 10年, 最短 半年이었고 모두 X-ray검사로 確診하였다. 治療 結果 원증상이 소실된 경우가 15例로 65%를 차지하였고, 원증상이 현저하게 완화된 경우가 6例로 26%를 차지하여 총 有效率이 91%에 달하였다.

呂雅芝¹⁹⁾는 背俞穴과 夾脊穴을 이용하여 100例의 精神分裂症을 治療하였는데 그 중 完治率이 59%, 현저한 好轉이 24%, 精神症狀이 부분 消失된 경우가 6%, 完治나 현저한 好轉 뒤 다시 再發된 경우가 7%, 그 외 無效率이 4%로 總 有效率이 96%였다.

宋毅勤²⁰⁾은 夾脊穴에 溫針을 시술하여 46例의 神經根型 頸椎病을 治療하여 33%의 顯著한 效果를 얻었고 56%의 有效한 效果를 얻었다. 그 외 無效가 5例로 11%를 차지해 總 有效率이 89%였다. 彭秀菊²⁸⁾도 頸部 夾脊穴을 取穴해 針을 垂直刺入後 針感이 患側에 傳導되는 즉시 拔針하는 방법으로 頸椎病 85例를 治療한 結果 100%의 有效率을 얻었

음을 보고했다.

王樹年²¹⁾은 華佗夾脊穴을 사용해 急性腰部捻挫를 治療하여 滿足할 만한 治療效果를 얻었다. 患者를 俯臥位로 하게하고 針尖을 약간 內側 方向으로 2~3寸을 刺針하여 局部酸脹感이나 麻電感을 下肢로 放散시켰다. 棘間韌帶捻挫의 治療 時에는 棘間韌帶 方向으로 1~1.5寸을 刺入하여 局部酸脹感을 주위로 放散시켰다. 結果 308例의 患者 중 293例에서 顯著的 效果를 얻어 95.1%를 차지하였고 나머지 15例에서도 有效한 效果를 얻어 總 有效率이 100%였다.

單秋畢 등²³⁾은 夾脊穴에 레이저침을 사용하여 102例의 頸椎病을 治療했는데 그 중 診斷上 神經根型, 椎動脈型, 脊髓型으로 分類하여 比較하였다. X-ray 또는 CT 촬영과 臨床症狀를 근거로 頸椎 4~7 夾脊穴을 取하여 約 1.2~1.5寸의 깊이로 直刺後 15분간 留針시켜 매일 治療하여 6일 治療를 1次 治療 過程으로 하였다. 그 결과 完治가 59例, 顯著的 效果를 보인 것이 27例, 好轉이 7例로 91.2%의 總 有效率을 보였다. 그 중 神經根型이 68例 中 98.5%의 有效率로 가장 治療 效果가 좋았고 椎動脈型이 26例 中 92.3%의 有效率을 보였으며 脊髓型의 경우 단지 好轉의 경우만 25%로 비교적 治療效果가 좋지 않았다.

李建山 등²⁶⁾은 夾脊穴을 爲主로 頸椎病 438例를 치료한 結果를 報告하였다. 그 중 臨床症狀과 体征, X-ray 診斷에 의거하여 神經根型 318例, 椎動脈型 36例, 混合型 84例로 分類하여 治療한 結果 神經根型의 경우 232例에서 完治, 53例에서 顯著的 治療 效果를 보였으며 21例에서 有效한 結果를 얻어 總 96.32%의 有效率을 보여 가장 높은 有效率을 나타내었고, 椎動脈型의 경우 18例에서 完治, 8例에서 顯著的 治療 效果, 71例에서 症狀이 改善되어 總 91.67%의 有效率을 보였으며, 混合型에선 43例의 完治, 13例에서 顯著的 治療 效果, 20例에서 症狀

이 改善되어 總 90.48%의 有效率을 보였다. 李씨는 治療의 關鍵을 精確한 取穴로 神經幹을 따라 傳導되는 得氣感에 따라 左右된다고 보았다.

또한, 王衛紅²⁷⁾은 患側의 夾脊穴을 取穴해 神經根型 頸椎病 70例를 治療해 97.1%의 有效率을 報告하였다.

嚴愉芬²⁴⁾은 增殖性 脊椎炎 105例에 夾脊穴을 取하여 電針 治療하고 針治療後 隔薑灸를 施術하여 治療한 結果 만족스러운 效果를 얻었다. 1~3차례의 治療過程後 68例에서 顯著的 效果를 나타내었고 33例에서 好轉되었으며 나머지 4例에서만 效果가 없어 總 有效率이 96.2%에 달하였다.

蔡紅²⁵⁾은 夾脊穴을 爲主로 頸椎·腰椎 骨增殖症 100例(頸椎骨增殖症이 41例, 腰椎骨增殖症이 59例)를 治療하여 比較의 良好한 效果를 얻었다. 病程은 最長 20年, 最長 1日이었다. 頸椎 5~7夾脊穴과 腰椎 2~5夾脊穴을 取穴해 約 1.5寸 內外로 刺入하여 得氣後 電針을 刺戟하여 20~30分間 留針시켰다. 治療結果 100例 中 57例에서 完治되고 21例에서 顯著的 效果를 보였고 15例에서 好轉된 症狀를 보였으며 無效는 7例에 불과하여 總 有效率이 93%를 나타내었다. 頸椎와 腰椎의 部位에 따른 治療效果의 차이는 頸椎에서 76%, 腰椎에서 80%의 總 有效率을 보여 유의성있는 차이가 없었다.

張偉范 등¹²⁾은 梅花針으로 夾脊穴을 叩刺하여 68例의 過敏性 腸 症候群을 治療하여 만족할 만한 效果를 얻었다. 第5胸椎에서 第5腰椎의 夾脊穴을 取하여 매일 2차례 10日을 한 治療過程으로 하고 약물 복용군을 대조군으로 세워 비교 관찰하였다. 結果 針刺戟群에서는 100%의 有效率을 보인 반면 약물 복용군에서는 總 50%의 有效率을 보여 針刺戟群에서 훨씬 有效한 結果를 보였다.

劉鳳花¹³⁾는 腰部夾脊穴(第1腰椎~第1薦椎 夾脊穴)을 取하여 强刺戟後 不留針하는 刺法으로 腹瀉, 小兒神經性 尿頻, 産科手術後 尿滯留를 치료하여 만

족할 만한 治療效果를 얻었다.消化不良 156例, 급성장염 110例, 만성장염 27例, 결장염 3例, 급성이질 1例, 만성이질 1例, 五更瀉 2例 총 300例를 치료해 그 중 297例에서 完治, 3例에서 有效한 效果를 나타내 總 100%의 有效率을 보였다. 小兒神經性 頻尿 56例에서 腰部夾脊穴에 關元穴을 配用하여 100%의 治療率을 나타내었다. 帝王切開 手術후 尿滯留 33例, 子宮切除手術後 47例, 모두 80例를 치료해 100%의 治療率을 얻었다.

趙健 등³⁶⁾은 夾脊穴을 爲主로 입원환자 8例, 외래환자 40例, 總 48例의 급성 상복통증을 치료하여 만족할 만한 결과를 얻었다. 그 중 급성 위경련이 21例, 만성담낭염의 급성발작 및 급성담낭염 23例, 만성위염 및 재발성 궤양병 3例, 만성췌장염의 급성발작 1例를 治療하여 만성위염 및 재발성 궤양병과 만성 췌장염의 급성발작의 4例를 제외하고 顯著的 效果를 얻었고 급성위경련의 경우 21例에서 모두 完治되는 등 總 91.67%의 治療效果를 報告하였다.

金鏡 등³⁴⁾은 夾脊穴을 爲主로 下肢 多發性 神經炎 32例를 치료한 결과를 보고하였다. 임상증상과 体征, 뇌척수액 검사를 근거로 매일 1차례, 연속 10일을 治療하고 1~2日 쉬는 것을 한 治療過程으로 總 6번의 治療過程後 통계를 낸 결과 15例에서 治癒되고 10例에서 顯著的 治療 效果를 나타내었으며 3例에서 有效한 效果를 얻었고 4例의 경우에서 無效하여 總 有效率이 87.5%를 보였다. 단, 증상이 돌연 악화되는 것을 방지하기 위해 휴식일 동안 양약을 복용시켰다.

王偉 등³¹⁾은 夾脊穴을 爲主로 撥火罐法을 配用하여 強直性 脊椎炎 52例를 治療하여 顯著的 效果를 얻었다. 1.5~2寸 정도의 깊이로 深刺한 후 침을 빼고 局部에 撥火罐을 사용하여 약간의 瘀血을 제거함으로 그 결과 23例에서 治癒되고 21例에서 顯著的 效果를 보였으며 6例에서 증상이 개선됨을 보여 總 有效率이 96.15%였다. 그 중 연령별로 유의성

있는 차이를 보였는데 26세~40세의 환자에서 비교적 좋은 效果를 얻었다.

馬振文¹⁴⁾은 頸椎 4,5 夾脊穴과 腰椎 3,4,5 夾脊穴을 취해 半身不遂 환자를 치료했다고 보고하고있다. 이를 위해 환자를 臥位 또는 側臥位로 취하게 하고 腰部를 弓字形을 만들고 下肢를 굴곡시킨 후 1.5~3寸 內外의 깊이로 針尖의 각도와 깊이를 조절하여 針感이 足部에 이르게 하는 침법을 사용하였다.

牟秋榕³⁷⁾은 第3頸椎의 양측 夾脊穴을 취혈하여 49例의 偏癱(半身不遂)을 치료한 결과를 보고하였다. 6cm(약3촌) 깊이로 直刺 후 30분간 留針시키는 방법으로 치료한 결과 뇌일혈 8例중, 顯效 2例, 有效 3例, 無效 3例; 뇌경색 38例 중, 完治 16例, 顯效 8例, 有效 13例, 無效 1例; 뇌전색 3例 중, 完治 1例, 顯效 1例, 有效 1例로 總 91%의 有效率을 얻었음을 보고하였다.

歐陽群 등¹⁵⁾은 夾脊穴을 취혈해 대상포진 43例를 치료한 결과를 보고하였다. 손상된 피부구역에 해당되는 脊神經根部의 夾脊穴을 취혈하여 針尖이 椎板骨膜에 이르도록 深刺하여 針感이 손상된 피부구역에 이르게 하였다. 치료 결과 1차 치료에서 90%의 鎮痛率을 보였으며 1~3차 치료로 100%의 治療率을 나타내었다.

葉衡¹⁶⁾은 難産으로 야기된 腦性麻痺 女兒를 치료한 결과를 보고하였다. 第1胸椎 夾脊穴, 第7胸椎 夾脊穴, 會陽穴을 취해 沿皮刺法과 直刺法을 병용하여 두 침을 '十'자로 만드는 '十'刺針法(葉씨 가문의 전통침법)을 사용하고 그 외 手技는 하지 않는 방법으로 2~3일 간격으로 1번, 모두 10번을 한 치료 과정으로 하고 치료 과정 사이의 간격은 1주일, 그 사이 어떤 약물요법도 시행하지 않았다. 3번의 治療過程 後 症狀이 개선되기 시작하여 그 후 15개월 후에는 정상아동과 똑같은 생활을 하고 있음을 관찰하였다.

忻志平³⁰⁾은 華佗夾脊穴에 電針을 운용하여 腰椎間盤突出症 159例를 치료하여 98%의 有效率을 보고하였다. 患側 夾脊穴에 直刺爲主로 3寸 깊이로 深刺하여 하지로 麻電感이 전도되게 한 후 電針을 운용하는 침법을 채용하였다.

仲躋尙³⁵⁾은 第2腰椎 夾脊穴을 取穴해 遺尿症 20例를 치료하여 만족할 만한 치료효과를 얻었다. 兩側 穴을 취해 1~1.5寸 깊이로 直刺하여 得氣後 提針하여 재차 針尖이 둔부를 향하도록 針身과 脊柱가 평행이 되게 透刺하여 針感이 腰骶部와 小腹부에 전도되게 하는 방법으로 치료한 결과 95%의 有效率을 얻었음을 보고하였다.

IV. 결 론

화타협척혈에 대한 문헌적 고찰을 통해 1.부위, 2. 혈수, 3. 침자법, 4 임상응용에 대해 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 夾脊穴은 주로 脊椎 棘突下 兩傍 各 0.5寸 内外에 위치한다.
2. 좌우 합하여 34, 48, 56, 58개 등 문헌마다 협척혈의 수가 다양하며, 第1~2頸椎 夾脊穴과 薦椎夾脊穴에 대한 사용 빈도가 비교적 적고, 第3頸椎에서 第4腰椎 夾脊穴에 대한 응용이 많다. 그러므로 경추 흉추 요추 천추 양방 0.5촌의 혈을 넓은 의미의 협척혈로 볼 수 있다.
3. 협척혈의 침자법에는 叩刺法·淺刺法·沿皮刺法·深刺法이 있고, 협척혈의 위치(경추, 흉추, 요추, 천추)에 따라 刺針 깊이와 방향이 다르다. 또한 夾脊穴의 刺針 깊이와 방향이 治療效果와 밀접한 관계가 있으며, 患者에게 傳導되는 針感이 疾病治療의 關鍵이 된다.
4. 협척혈의 응용은 주로 疾病이 위치한 곳의 經脈의 분포와 神經根, 脊椎 分節의 분포에 따라 선택했다. 夾脊穴을 사용하여 치료한 疾病으로는 운동기

계통 질병이 12種으로 많았으며 신경계통 질병에도 많은 보고가 있었다. 그 밖에, 臟腑·組織·器官의 疾病에도 유효한 결과가 보고되었다.

以上の 結論에서 보아 夾脊穴에 대한 실제 임상에서의 활용이 광범위하게 이루어지고 있으며 앞으로 운동계통 뿐만 아니라 臟腑, 器官의 疾病에 있어서도 足太陽膀胱經의 背俞穴과 配用하여 비교하는 임상적 연구가 필요하다고 생각된다.

V. 참고문헌

1. 李學武. 夾脊穴刺法當議. 遼寧中醫雜誌. 1996; (7):322.
2. 王德深 外. 中國鍼灸穴位通鑿. 青島出版社. 1994:1826~1827.
3. 程霞, 趙姆. 華佗夾脊穴綜術. 中國鍼灸. 1994; (1):50.
4. 南景禎 外. 經外奇穴臨床應用. 中國中醫藥出版社. 1992:100~103.
5. 康鎖彬 外. 鍼灸腧穴學. 河北科學技術出版社. 1995:235.
6. 金完成. 經絡穴位與鍼灸概要. 人民衛生出版社. 1996:177.
7. 鄭魁山. 鍼灸集錦. 醫聖堂. 1994:207.
8. 山東醫學院, 山東中醫學院. 鍼灸穴位解剖圖譜. 山東人民出版社. 1978:119.
9. 廣州中醫學院. 鍼灸學. 中醫古籍出版社. 1987: 97.
10. 楊錦森. 經絡穴位解說. 科學普及出版社. 1987: 107.
11. 王德深 主編. 中國鍼灸學. 天津科技翻譯出版公司. 1992:51.
12. 張偉范. 叩刺夾脊穴治療腸道激惹綜合征68例. 中國鍼灸. 1996;(7):4.
13. 劉鳳花. 腰部夾脊穴的臨床應用. 中國鍼灸. 19

- 96 ;(11):59.
14. 馬振文. 頸腰夾脊穴對治療半身不遂的體會. 遼寧中醫雜誌. 1985;(2):39.
 15. 歐陽群, 喻國雄. 針刺夾脊穴治療帶狀疱疹43例報告. 新中醫. 1993;(12):29.
 16. 葉衡. 夾脊穴“十”字刺治愈腦性癱瘓1例. 浙江中醫雜誌. 1990;(1):21.
 17. 上海中醫學院. 鍼灸學. 商務印書館香港分館. 1982:137.
 18. 上海中醫學院. 鍼灸學. 人民衛生出版社. 1977:168~169.
 19. 呂雅芝. 背俞夾脊穴治療精神分裂症 100例臨床報道. 中國鍼灸. 1988;(5):12.
 20. 宋毅勤, 浦蘊星. 溫針夾脊穴治療頸椎病46例. 中國鍼灸. 1988;(6):6.
 21. 王樹年. 針刺華佗夾脊穴治療急性腰扭傷 308例. 中國鍼灸. 1989;(6):22.
 22. 任寶琴. “夾脊穴”的臨床應用. 遼寧中醫雜誌. 1987;(12):37.
 23. 單秋華 外. 激光針刺頸夾脊穴治療頸椎病102例療效觀察. 中國鍼灸. 1993;(3):15.
 24. 嚴愉芬. 電針夾脊穴配合隔薑灸治療增生性脊椎炎105例療效觀察. 中國鍼灸. 1993;(3):23.
 25. 蔡紅. 夾脊穴治療頸腰椎骨質增生100例療效觀察. 中國鍼灸. 1994;(5):15.
 26. 李建山 外. 針刺夾脊穴配合牽引治療頸椎病 438例. 中國鍼灸. 1996;(2):42.
 27. 郭明芳, 王衛紅. 鍼灸夾脊穴爲主治療神經根型頸椎病70例. 山東中醫學院學報. 1993;(1):40.
 28. 彭秀菊. 針刺夾脊穴治療頸椎病85例. 中國鍼灸. 1996;(1):22.
 29. 馮勝軍. 華佗夾脊穴配合絮刺, 撥火罐治療脊椎肥大症23例. 中國鍼灸. 1988;(2):27.
 30. 忻志平. 電針華佗夾脊治療腰椎間盤突出症159例. 上海中醫藥雜誌. 1996;(10):223.
 31. 王偉. 深刺夾脊穴加撥罐治療強直性脊椎炎. 中國鍼灸. 1997;(11):691.
 32. 石信箴. 鍼灸治療乙腦後遺症16例觀察. 中國鍼灸. 1988;(5):6.
 33. 王迺鳳. 針刺華佗夾脊穴治療感染性多發性神經炎一例. 遼寧中醫雜誌. 1988;(11):18.
 34. 金鏡 外. 針刺夾脊穴爲主治療下肢多發性神經炎32例. 中國鍼灸. 1997;(3):138.
 35. 仲躋尙. 針刺第二腰椎夾脊穴治療遺尿症20例. 浙江中醫雜誌. 1989;(8):372.
 36. 趙健, 趙克英. 夾脊穴排針治療急性上腹痛症 48例. 中國鍼灸. 1997;(1):48.
 37. 牟秋榕. 針刺頸三夾脊治療偏癱49例. 浙江中醫雜誌. 1988;(3):131.