

원저

井穴의 導電量 측정에 의한 繆刺 및 巨刺法の 유용성에 관한 임상 고찰

안규범 · 왕오호 · 임진강 · 장형석

자생한방병원 침구과

Abstract

Clinical Study of Acupuncture Effect by Measuring Amperage from Chong points

Kyu-Beom, Ahn · Wu-Hao, Wang · Jin-Kang, Lim · Hyoung-Seok, Jang

Department of Acupuncture & Moxibustion, Ja-Seng Oriental Medicine Hospital

Objective : This study is performed to evaluate the clinical effect of acupuncture to acu-points in the normal side by means of amperage measured from chong points.

Methods : Among the outpatients with ankle sprain who visited to Department of Acupuncture & Moxibustion, Jaseng oriental medicine hospital from 21, December 2000 to 10, February 2001, we selected 11 persons who showed normal finding in the X-ray. They were divided into two groups. One group was treated with acupuncture to acu-points in the painful side and the other was treated with acupuncture to acu-points in the normal side. Before and after acupuncture, we measured the amperage from their chong points. We selected 10 persons who we thought they were healthy as a control group. We also measured the amperage from their chong points.

Results : Between the control and the ankle sprain group, there were significant differences of differences between the amperages of Rt. chong point and Lt. chong point of the same name. Between the group treated with acupuncture to acu-points in the painful side and the group treated with acupuncture to acu-points in the normal side, there were no significant differences of differences between the amperages of Rt. chong point and Lt. chong point of the same name.

Conclusion : This result indicated that the acupuncture to acu-points in the painful side was not less effective than the acupuncture to acu-points in the normal side, and so the more study is needed continuously.

Key words : amperage, ankle sprain, acupuncture, chong point, acu-point

· 접수 : 7월 10일 · 수정 : 7월 20일 · 채택 : 7월 21일

· 교신저자 : 안규범, 서울특별시 강남구 신사동 635 자생한방병원 (Tel : 02-3218-2000)

E-mail : kbhan@jaseng.co.kr

I. 서론

침구요법은 직접 經穴에 작용하여 經絡의 전도작용과 반응작용을 통하여 인체의 영위기혈과 장부기능을 조절하고 불균형의 음양상태를 균등화시켜 질병을 치료, 예방, 완화, 회복시키는 방법이다. 그러므로, 침구요법에서 經絡과 經穴은 질병치료의 기초가 된다¹⁾.

실제 임상에서 經穴의 상대적인 특이성을 잘 운용하여 선택하는 것이 충분한 치료 효과를 얻을 수 있는 관건이 된다¹⁾.

이런 經穴의 선택방법은 近位取穴法, 遠位取穴法, 隨症取穴法 등으로 나누어 볼 수 있다²⁾.

선혈방법 중 遠位取穴法에서 左病에 右取하고 右病에 左取하는 繆刺 및 巨刺法이 있다. 繆刺는 淺刺하여 絡에 있는 병변을 주치하고, 巨刺는 深刺하여 經에 있는 병변을 주치한다³⁾.

최근 임상에서 董氏奇穴⁴⁾과 사암침법⁵⁾을 활용할 때 繆刺 및 巨刺法 즉 건측자침이 많이 응용되고 있는데 그 치료효과에 대해서는 확실한 결론을 내릴 수 없는 실정이다. 또한 자침에 있어 무조건적으로 건측자침을 하는 경향을 보이기도 한다.

이에 저자는 건측자침과 환측자침의 효과에 차이가 있는지 알아 보기로 하였다. 그래서, 연구의 대상으로 족관절 염좌 환자를 선택하여 환측자침군과 건측자침군으로 분류하여 자침한 후, 그 차이를 비교하여 보았다. 비교적 객관적인 결과를 얻기 위하여 經穴의 전기적 특성을 이용한 經穴測定器를 이용하여 자침전후에 足經 井穴의 導電量을 측정하는 방법을 택하였다.

일반적으로 導電量을 측정하는 혈위는 原穴을 채용하는데, 여기서 井穴을 사용한 것은 井穴이 혈위를 정하기 쉽고, 족관절 염좌시 原穴은 손상받는 위

치에 속해 있는 경우가 많기 때문이다.

아울러 족관절 염좌 소견이 없는 비교적 건강하다고 생각되는 사람들의 井穴의 導電量을 측정하여 족관절 염좌 환자와 비교하였다. 이에 약간의 지견을 얻은 바가 있어 보고하는 바이다.

II. 대상 및 방법

1. 대상

2000년 12월 21일부터 2001년 2월 10일까지 자생한방병원 침구 2과에서 족관절염좌로 외래치료를 받은 사람 중 단순 방사선 촬영상 정상 진단을 받은 11명에 대해 내원할 때마다 새로운 1 예로 간주하여 측정하였다. 내원한 횟수가 사람에 따라 다르므로 측정에는 총 19예가 되었다.

그리고, 자생한방병원에서 2000년 12월 현재 근무하고 있는 직원으로 족관절 염좌 소견이 없는 비교적 건강하다고 생각되는 남자 5명과 여자 5명을 정상대조군으로 하였다.

2. 방법

1) 사용기기

한국의 침구사에서 만든 십사경백조절기를 사용하였다. 측정단위는 μA 이고, 비교적 일정한 힘을 측정도자에 주기 위해 볼펜스프링과 뚜껑을 사용하

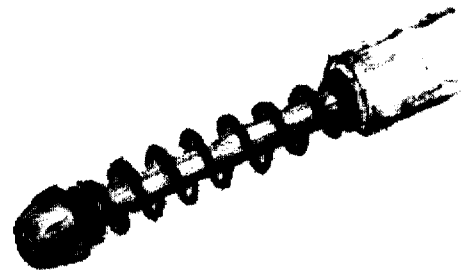


Figure 1. Transformed conductor

여 측정도자를 변형시켰다(Figure 1).

2) 사용침

0.30×30mm의 호침(동방침구제작소)

3) 측정부위

足經의 左右 井穴⁶⁾(隱白, 大敦, 厲兌, 竅陰, 至陰, 湧泉)

4) 측정방법

(1) 정상대조군

① 피험자로 하여금 측정전 10~15분정도 안정을 취하게 하고 手足에서 금속성 물질을 제거하도록 하였다⁷⁾.

② 좌측 손으로 쥐는 도체⁸⁾를 잡도록 한 다음 足經의 井穴을 좌측 隱白穴부터 측정도자를 피부에 직각이 되도록 대어 3~5초 정도에 눈금 바늘의 움직임이 최소로 될 때 눈금을 읽어 기록하였다.

③ 좌측 隱白穴 측정 후 우측 隱白穴을 전과 동일한 방법으로 측정하여 계속해서 大敦, 厲兌, 竅陰, 至陰, 湧泉穴의 순서로 左右 번갈아 측정하였다.

④ 좌측 손으로 쥐는 도체를 잡고 측정한 것이 끝난 다음 우측 손으로 쥐는 도체를 잡고 동일한 방법으로 다시 井穴의 導電量을 측정하였다.

(2) 족관절 염좌 환자군

① 쥐는 도체를 환측의 손으로 잡도록 하고 정상대조군과 동일한 방법으로 측정하였다.

② 족관절 염좌의 患部를 경락이 유주하는 부위에 따라 분류하여 취혈할 경락을 선택하되 足陽經은 同一經에서 혈위를 취하고 足陰經은 같은 이름의 手經에서 혈위를 취하였다⁹⁾. 족소양경락이 유주하는 부위가 손상을 입었을 때는 風池穴을 취하고, 족양명경락의 경우는 地倉穴을, 족태양경락의 경우는 攢竹穴을, 족궤음경락의 경우는 大陵穴을, 족소음경락의 경우는 神門穴을, 족태음경락의 경우

는 太淵穴을 취하였다^{5,9)}.

자침하는 혈수는 손상 부위에 따라 1~2 개로 하되 건측과 환측은 임의로 정하였다. 자침은 補瀉없이 平補平瀉하였다.

③ 유침 후 5분이 지난 다음 쥐는 도체를 환측의 손으로 잡도록 하고 전과 동일한 방법으로 측정하였다.

5) 평가방법

(1) 정상대조군과 자침 전·후의 족관절 염좌 환자군의 각각의 左右 井穴 導電量 측정값 차이를 구하였다. 左右 井穴 導電量 차이값은 同名의 좌측 井穴 導電量 측정값에서 우측 井穴 導電量 측정값을 빼서 얻은 값의 절대값으로 정의하였다. 본 논문은 左右 井穴 導電量 차이값을 가지고 비교 분석하였다.

(2) 정상대조군에서 쥐는 도체를 잡은 손에 따른 左右 井穴 導電量 차이값에 대해 평균과 표준편차 등을 구하여 각각 비교 분석하였다.

(3) 정상대조군에서 성별에 따른 左右 井穴 導電量 차이값에 대해 평균과 표준편차 등을 구하여 비교 분석하였다.

(4) 정상대조군과 족관절 염좌 환자군의 자침전 左右 井穴 導電量 차이값을 비교 분석하였다.

(5) 족관절 염좌 환자군의 자침전과 자침후의 左右 井穴 導電量 차이값을 비교 분석하였다. 1~2 개의 자침이 6개의 足經에 모두 유효한 영향을 준 경우와 1개의 자침이 적어도 영향을 주려고 한 井穴 1개 이상에 유효한 경우로 나누었다. 1개의 자침이 적어도 영향을 주려고 한 井穴 1개 이상에 유효한 경우, 자침전에 비해 자침후가 左右 井穴 導電量 차이값이 4 μ A 이상 작아졌거나 자침후의 값이 정상대조군 값으로 추정된 모평균 μ 의 95% 신뢰구간에 포함될 때 유효하다고 가정하였다.

3. 통계처리

통계처리는 Microsoft Excel 2000 program을 이용하였고, 평균과 표준편차는 평균±표준편차로 표시하였다. 숫자는 소수점 셋째자리에서 반올림하였다. 분석은 t-분포를 사용하여 유의성을 검정하였으며 P-value가 0.05 미만(P<0.05)인 경우에 유의성이 있는 것으로 인정하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 성별, 연령별 분포

정상대조군의 성별분포는 남자 5명, 여자 5명이었다(Table 1).

Table 1. Sex and Age Distribution in Control Group

Age	Male	Female	Total
20~29	1	4	5
30~39	4	1	5
Total	5	5	10

족관절 염좌 환자군의 성별 분포는 남자 5명, 여자 6명이었다(Table 2).

Table 2. Sex and Age Distribution in Ankle Sprain Group

Age	Male	Female	Total
20~29	4	5	
30~39	2	3	
40~49		1	
50~59		1	
over 60		1	
Total	5	6	11

2. 정상대조군에서 쥐는 도체를 잡은 손에 따른 左右 井穴 導電量 차이값의 비교

정상대조군에서 쥐는 도체를 잡은 손의 좌우 차

이에 따른 左右 井穴 導電量 차이값의 차이를 유의수준 5%에서 인정할 수 없었다(Table 3).

Table 3. Comparison of Differences between the Amperages of Rt. Chong Point and Lt. Chong Point of the Same Name due to the Hand Grasping the Conductor

Point Name	Lt. Hand	Rt. Hand
Unbaek(Yinbai)	2.1±1.52	2.1±2.60
Taedon(Dadun)	3.2±3.01	4±4.71
Yotae(Lidui)	2.6±4.22	2.6±2.12
Kyuum(Qiaoyin)	2±1.63	2.1±1.79
Chium(Zhiyin)	3±2.71	1.8±1.93
Yongchon(Yongquan)	4.6±2.67	2.6±3.53

3. 정상대조군에서 성별에 따른 左右 井穴 導電量 차이값 비교

정상대조군에서 성별에 따른 左右 井穴 導電量 차이값의 차이를 유의수준 5%에서 인정할 수 없었다(Table 4).

Table 4. Comparison of Differences between the Amperages of Rt. Chong Point and Lt. Chong Point of the Same Name due to Sex in Control Group

Point Name	Male	Female
Unbaek(Yinbai)	1.9±1.66	2.3±2.50
Taedon(Dadun)	4.8±4.54	2.4±2.80
Yotae(Lidui)	3.8±3.94	1.4±1.90
Kyuum(Qiaoyin)	2.1±2.02	2±1.33
Chium(Zhiyin)	2.5±1.96	2.3±2.83
Yongchon(Yongquan)	3.4±2.99	3.8±3.58

4. 정상대조군과 족관절 염좌 환자군의 차이

정상대조군에서 쥐는 도체를 잡은 손이 좌측인 것과 우측인 것의 左右 井穴 導電量 차이값을 합하여 평균과 표준편차를 구한 결과와

족관절 염좌 환자군의 자침전 左右 井穴 導電量

차이값을 비교하였다(Table 5).

Table 5. Comparison of Differences Between the Amperages of Rt. Chong Point and Lt. Chong Point of the Same Name in Control Group and Ankle Sprain Group

Point Name	Control Group	Ankle Sprain Group
Unbaek(Yinbai)	2.1±2.07	9.58±10.76
Taendon(Dadun)	3.6±3.87	7.37±4.86
Yotae(Lidui)	2.6±3.25	9.95±9.01
Kyuum(Qiaoyin)	2.05±1.67	7±6.87
Chium(Zhiyin)	2.4±2.37	4.47±3.92
Yongchon(Yongquan)	3.6±3.22	5.63±6.95

隱白, 大敦, 厲兌, 竅陰, 至陰 등의 경우 유의수준 5%에서 족관절 염좌 환자군이 정상대조군보다 左右 井穴 導電量 차이값이 유의하게 높은 것을 인정할 수 있었으나, 湧泉穴은 그것을 인정할 수 없었다.

5. 족관절 염좌 환자군에서 자침 전·후의 차이

족관절 염좌 환자군에서 건측 자침군은 12예였고, 환측 자침군은 7예였다. 각각의 예에 대해 1~2 개의 자침이 6개의 足經에 모두 유효한 영향을 준 경우를 알아 보기 위해 t-분포를 이용하여 쌍체표본의 모평균 차에 대한 검정¹⁰⁾을 하였을 때 건측 자침군에선 2예(16.67%)에서 자침전·후에 유의한 효과를 인정할 수 있었고, 환측 자침군에선 1예(14.28%)에서 유의성을 인정할 수 있었다.

1개의 자침이 적어도 영향을 주려고 한 井穴 1개 이상에 유효한 경우, 각각의 刺鍼穴이 해당 경락에 우선적으로 영향을 주었다고 가정하고 각각의 刺鍼穴을 하나의 예로 삼았을 때 건측 자침군은 17예였고, 환측 자침군은 10예였다. 그 중 가정한 유효조건을 만족하는 경우는 건측 자침군에선 12예

(70.59%)였고, 환측 자침군에선 8예(80%)였다.

IV. 고찰

左病右取 右病左取의 選穴規律의 근거는 일찍부터 繆刺 및 巨刺法에서 살펴 볼 수 있다. 《素問·繆刺論》¹¹⁾에서 “黃帝問曰 余聞繆刺, 未得其意, 何謂繆刺. 岐伯對曰 夫邪之客於形也, 必先舍於皮毛, 留而不去, 入舍於孫脉, 留而不去, 入舍於絡脉, 留而不去, 入舍於經脉, 內連五藏, 散於腸胃, 陰陽俱感, 五藏乃傷, 此邪之從皮毛而入, 極於五藏之次也. 如次則治其經焉. 今邪客於皮毛, 入舍於孫絡, 留而不去, 閉塞不通, 不得入於經, 流溢於大絡, 而生奇病也. 夫邪客大絡者, 左注右, 右注左, 上下左右, 與經相干, 而布於四末, 其病無常處, 不入於經俞, 命曰繆刺. 帝曰 願聞繆刺, 以左取右, 以右取左, 奈何. 其與巨刺, 何以別之. 岐伯曰 邪客於經, 左盛則右病, 右盛則左病, 亦有移易者, 左痛未已, 而右脉先病, 如此者, 必巨刺之, 必中其經, 非絡脉也. 故絡病者, 其痛與經脉繆處, 故命曰繆刺.” 라고 하였고, 《素問·調經論》¹¹⁾에선 “病不知所痛, 兩蹻爲上. 身形有痛, 九候莫病, 則繆刺之. 痛在於左而右脉病者, 巨刺之.” 라고 하였다. 繆刺 및 巨刺法은 건측에 자침하는 방법으로 현재 우리가 인식하고 있는 繆刺 및 巨刺法에 대한 내용은 이미 素問에서 거의 다 언급하였고 明代의 《鍼灸大成》¹²⁾에서는 “巨刺者經脈, 繆刺者絡脈, 所以別也. 岐伯曰痛在於左而右脉病者, 巨刺之. 邪客於經, 左盛則右病, 右盛則左病, 亦有移易者, 左痛未已, 而右脉先病, 如此者, 必巨刺之, 必中其經, 非絡脉也.” 라 하여 素問의 내용을 부연 설명하고 있을 뿐이다.

그리고, 근래에 와서 《鍼灸經緯》¹³⁾에서 董氏對應鍼法이나 董氏寄穴을 통해 巨刺法의 효과가 뛰어난 것을 강조하고 있다.

繆刺 및 巨刺法과 같이 건측에 자침하는 방법이

유용하다는 것은 이렇듯 여러 문헌을 통하여 언급되어져 왔으며, 실험적 측면에선 林¹⁴⁾의 白鼠足에 Freund's Complete Adjuvant를 투여하여 足部腫脹을 유발시킨 후에 환측, 건측, 양측 자침군으로 분류하여 懸鍾穴에 施鍼하여 足部腫脹 및 혈청 cholinesterase 활성에 미치는 영향을 측정하는 것이었다. 朴¹⁵⁾의 巨刺法에 근거한 전침자극이 흰쥐의 formalin 유도 통증에 미치는 영향을 관찰한 것도 실험적 측면에서 건측 자침의 유용성을 살펴보는 노력이었다. 그러나, 이것은 어디까지나 흰쥐를 이용한 동물실험의 차원이었지 실제의 사람에게 적용한 것은 아니었다. 그래서, 저자는 족관절 염좌 환자를 대상으로 하여 건측에 자침하는 繆刺 및 巨刺法의 유용성에 대하여 살펴 보기로 하였다.

관찰결과가 비교적 객관성을 유지하도록 하기 위해서 혈위부위의 피부는 전기저항이 일반적으로 낮다^{2,16)}는 것을 이용한 經穴測定器를 사용하여 足經井穴의 導電量을 측정하기로 하였다. 또한 左右同一經의 수치 차이가 2배 이상이면 그 경에 병변이 있음을 표시한다는 내용²⁾과 井穴과 背俞穴의 知熱感度測定法을 이용한 赤羽幸兵衛氏의 씨소 이론¹⁷⁾으로부터 左右井穴의 導電量 차이를 비교하는 방법을 채택하였다. 아울러 10명의 정상대조군을 설정하여 족관절 염좌 환자군과 비교 분석해 보기로 했다.

연구대상의 성별·연령별 분포를 살펴 보면, 정상대조군의 경우 성별분포는 남자 5명, 여자 5명이었고, 남자는 20대가 1명, 30대가 4명이었으며, 여자는 20대가 4명, 30대가 1명이었다. 족관절 염좌 환자군의 성별 분포는 남자 5명, 여자 6명이었다.

족관절 염좌 환자군의 연령별 분포는 남자의 경우 20대 1명, 30대 1명, 40대 1명, 50대 1명, 60대 1명이었고, 여자의 경우 20대 4명, 30대 2명이었다.

정상대조군에서 피험자가 쥐는 도체를 어느 쪽

손으로 잡고 측정했는지에 따라 차이가 있는가를 살펴보면, 정상대조군에서 쥐는 도체를 좌측에 쥐었을 때 각각의 左右井穴 導電量 차이값은 隱白穴은 2.1 ± 1.52 , 大敦穴은 3.2 ± 3.01 , 厲兌穴은 2.6 ± 4.22 , 竅陰穴은 2 ± 1.63 , 至陰穴은 3 ± 2.71 , 湧泉穴은 4.6 ± 2.67 이었다. 쥐는 도체를 우측에 쥐었을 때는 隱白穴은 2.1 ± 2.60 , 大敦穴은 4 ± 4.71 , 厲兌穴은 2.6 ± 2.12 , 竅陰穴은 2.1 ± 1.79 , 至陰穴은 1.8 ± 1.93 , 湧泉穴은 2.6 ± 3.53 이었다. 비록 井穴의 導電量 측정값이 쥐는 도체를 어느쪽 손으로 잡는가에 따라 일치하진 않았으나, 각각의 左右井穴 導電量 차이값은 유의수준 5%에서 차이를 인정할 수 없었다.

정상대조군에서 성별에 따른 차이를 살펴보면, 남자의 경우 隱白穴은 1.9 ± 1.66 , 大敦穴은 4.8 ± 4.54 , 厲兌穴은 3.8 ± 3.94 , 竅陰穴은 2.1 ± 2.02 , 至陰穴은 2.5 ± 1.96 , 湧泉穴은 3.4 ± 2.99 이었고, 여자의 경우 隱白穴은 2.3 ± 2.50 , 大敦穴은 2.4 ± 2.80 , 厲兌穴은 1.4 ± 1.90 , 竅陰穴은 2 ± 1.33 , 至陰穴은 2.3 ± 2.83 , 湧泉穴은 3.8 ± 3.58 이었다. 정상대조군에서 성별에 따른 左右井穴 導電量의 차이값은 유의수준 5%에서 그 차이를 인정할 수 없었다.

이것으로 볼 때, 정상대조군에서 左右井穴의 導電量 차이값은 쥐는 도체를 잡는 쪽이나 성별에 따라 차이를 인정할 수 없는 것으로 보인다.

정상대조군과 족관절 염좌 환자군을 비교하기 위하여 정상대조군에서 쥐는 도체에 따른 좌측과 우측의 左右井穴 導電量 차이값을 합하여 평균과 표준편차를 내 보았다. 그 결과 隱白穴은 2.1 ± 2.07 , 大敦穴은 3.6 ± 3.87 , 厲兌穴은 2.6 ± 3.25 , 竅陰穴은 2.05 ± 1.67 , 至陰穴은 2.4 ± 2.37 , 湧泉穴은 3.6 ± 3.22 이었다. 그리고, 족관절 염좌 환자군의 자침전의 左右井穴 導電量 차이값의 경우 隱白穴은 9.58 ± 10.76 , 大敦穴은 7.37 ± 4.86 , 厲兌穴은 9.95 ± 9.01 , 竅陰穴은 7 ± 6.87 , 至陰穴은 4.47 ± 3.92 , 湧

泉穴은 5.63 ± 6.95 이었다. 이 두 결과를 비교분석하기 위해서 t-검정통계량을 이용하여 두 모평균의 차에 대한 가설 검정을 단측검정으로 시행하였다. 그 결과 隱白, 大敦, 厲兌, 竅陰, 至陰穴의 경우는 유의수준 5%에서 족관절 염좌 환자군이 정상대조군보다 左右 井穴 導電量 차이값이 유의하게 높은 것을 인정할 수 있었으나, 湧泉穴은 그것을 인정할 수 없었다. 이것은 족관절 염좌시 손상 부위 經絡의 左右 井穴 導電量 차이값이 커졌음을 의미하고, 湧泉穴에서 그 차이가 인정되지 않은 것은 측정대상 족관절 염좌 환자 중에 족소음신경을 손상받은 예가 적었음을 의미한다고 볼 수 있다.

족관절 염좌 환자군에서 건측에 자침한 경우는 12예였고, 환측에 자침한 경우는 7예였다. 족관절 염좌 환자군에서 건측 자침군과 환측 자침군의 유효성의 차이를 비교 분석해 보기 위해서 두 가지 경우로 나뉘 보았다.

첫 번째는 1~2 개의 자침이 6개의 足經에 모두 유효한 영향을 준 경우이고 두 번째는 1개의 자침이 적어도 영향을 주려고 한 井穴 1개 이상에 유효한 경우이다.

첫 번째 경우, 각각의 예에 대해 t-분포를 이용하여 쌍체표본의 모평균 차에 대한 검정¹⁰⁾을 단측검정으로 시행하였다. 그 결과 건측 자침군에선 12예 중 2예(16.67%)에서 자침전후에 유의한 효과를 인정할 수 있었고, 환측 자침군에선 7예 중 1예(14.28%)에서 유의성을 인정할 수 있었다.

두 번째 경우, 風池穴은 족소양담경에, 地倉穴은 족양명위경에, 攢竹穴은 족태양방광경에, 大陵穴은 족궤음간경에, 神門穴은 족소음신경에, 太淵穴은 족태음비경에 우선 영향을 주었을 것으로 가정하고 刺鍼穴 하나마다 하나의 예로 설정해 보았다. 자침한 혈 수는 측정예에 따라 하나 내지 둘이었으므로 건측 자침군 17예, 환측 자침군 10예로 모두 27예로 나누어 볼 수 있었다. 예를 들어, 하나의 측정예

에서 風池穴과 地倉穴을 자침하였을 경우, 風池穴은 竅陰穴에 영향을 준 1예로 地倉穴은 厲兌穴에 영향을 준 1예로 간주한 것이다.

그런데, 여기서 위 각각의 예에 대해 어떤 경우를 유효성이 있다고 인정하느냐 하는 문제가 생겨서 다음과 같은 가정을 하였다.

첫째, 자침전에 비해 자침후가 左右 井穴 導電量 차이값에서 $4\mu A$ 이상 작아졌을 때를 유효하다고 인정한다. 이것은 본 측정에 사용한 經穴測定器의 최소눈금이 $2\mu A$ 이므로 오차의 한계는 $1\mu A$ 이고 左右 井穴 導電量 차이값의 오차의 범위는 0보다 크거나 같고 4보다 작으므로 그렇게 가정한 것이다.

둘째, 자침후의 값이 정상대조군 값으로 추정된 모평균 μ 의 95% 신뢰구간에 포함될 때 유효하다고 인정한다.

t-분포를 이용하여 그 값을 계산하면, 隱白穴은 $1.10 \leq \mu \leq 3.04$, 大敦穴은 $2.06 \leq \mu \leq 5.68$, 厲兌穴은 $1.73 \leq \mu \leq 4.77$, 竅陰穴은 $0.89 \leq \mu \leq 2.45$, 至陰穴은 $1.26 \leq \mu \leq 3.48$, 湧泉穴은 $1.72 \leq \mu \leq 4.73$ 이었다. 이 범위에 속하는 경우는 정상 범위에 해당한다고 추정할 수 있기 때문이다.

셋째, 첫째와 둘째의 경우 중 하나만 만족하면 유효하다고 인정한다.

이러한 가정하에 유효한 것을 구하면, 건측 자침군에선 17예 중 12예(70.59%)에서 유효하였고 환측 자침군에선 10예 중 8예(80%)에서 유효하였다.

앞의 쌍체표본의 모평균 차에 대한 검정의 결과와 위 결과를 놓고 볼 때, 건측 자침과 환측 자침 중 어느것이 더 유효하다고 말할 수 없다. 다만 이상의 결과로 遠位取穴에 의한 選穴規律에 상당한 의의를 인정할 수 있다고 사료된다. 이러한 결과는 사람에게 繆刺 및 巨刺法을 적용할 때 저자가 인식하지 못한 고려해야 할 조건이 있다는 것을 시사해 주고 있다. 《素問·調經論》¹¹⁾에 보면 “病不知所痛, 兩蹻爲上. 身形有痛, 九候莫病, 則繆刺之. 痛在於左

而右脉病者, 巨刺之.” 라는 말이 있다. 이것은 繆刺 및 巨刺法을 시행할 때 脈診을 꼭 고려해야 한다는 것을 나타낸 것이라고 생각한다. 이것에 대한 임상적 연구가 필요할 것으로 사료된다. 그리고, 위에서 저자가 고려하지 않은 것이 있는데, 측정값의 오차의 문제, 자침의 補瀉문제, 手足經絡의 관계 등이 그것이다. 이 점에 대해서도 향후 임상적 연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 결론

繆刺 및 巨刺法の 유용성을 알아보기 위해 정상대조군 10명의 足經 左右 井穴 導電量과 2000년 12월 21일부터 2001년 2월 10일까지 자생한방병원 침구2과에 내원한 족관절 염좌환자 11명을 대상으로 자침전후에 左右 井穴 導電量을 측정한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 정상대조군에서 쥐는 도체를 잡은 손의 左右 차이에 따라서 左右 井穴 導電量 차이값이 다르다는 것을 인정할 수 없었다.
2. 정상대조군에서 성별에 따라서 左右 井穴 導電量 차이값이 달라짐을 인정할 수 없었다.
3. 족관절 염좌 환자의 자침전 左右 井穴 導電量 차이값이 隱白, 大敦, 厲兌, 竅陰, 至陰穴 등에서 정상대조군보다 유의하게 높았다.
4. 건측 자침과 환측 자침 모두 어느 정도 유효하다고 볼 수 있었으나, 건측 자침과 환측 자침의 유효성에 차이가 있다고 말할 수 없었다.

이상의 결과로 미루어 볼 때 遠位取穴 방법이 상

당한 의의가 있음을 알 수 있었으나, 繆刺나 巨刺法 같은 건측 자침법이 반드시 환측 자침법보다 그 효과가 좋다고 말할 수는 없을 것 같다. 건측 자침법과 환측 자침법 사이에는 고려해야 할 다른 조건이 존재하며, 그것에 대해서 앞으로 많은 연구가 필요할 것으로 사료된다.

VI. 참고문헌

1. 김경식, 이임근 편역. 鍼灸配穴事典. 서울:일중사. 1991:1.
2. 전국 한의과대학 침구경혈학 교실. 침구학(하). 서울:집문당. 1988:1166-1170.
3. 康鎖彬 外. 經典鍼灸學. 河北:河北科學技術出版社. 1995:173.
4. 채우석 편저. 동씨기혈집성. 서울:일중사. 1997:6-7.
5. 김홍경. 활투사암침법. 서울:도서출판 신농백초. 1992:23, 91-92
6. 전국 한의과대학 침구경혈학 교실. 침구학(상). 서울:집문당. 1988:392, 399, 527, 536, 657, 665.
7. 경희대학교 한의과대학 제45기 졸업준비위원회 학술부 편저. 한방진단의 실제적 접근. 서울:일중사. 1997:214
8. 한규언. 良導絡診斷을 實施한 痞滿患者 1068例에 對한 臨床的 觀察. 대한한의학회지. 1992;3(2):58.
9. 조남근, 김경식. 捻挫의 鍼治療에 관한 研究. 대한침구학회지. 1995;12(1):76
10. 이정규. EXCEL2000을 활용한 기초통계학. 서울도서출판 양지. 2000:235-268.
11. 홍원식 편. 정교황제내경소문. 서울:동양의학연구원 출판부. 1981:219, 224

12. 楊繼州. 鍼灸大成. 서울:대성문화사. 1984:67
13. 楊維傑. 鍼灸經緯. 臺北:樂群出版事業有限公司. 中華民國74:293-295.
14. 임사비나, 이해정. 選穴規律(膠刺 및 巨刺法)에 따른 刺鍼이 白鼠足部腫脹 및 血清 Cholinesterase 活性에 미치는 影響. 대한침구학회지. 1988;5(1):39-45
15. 박상균, 김재효, 김민선, 임병림, 손인철, 김경식. 巨刺法에 의한 電鍼刺戟이 흰 쥐의 formalin 誘導 痛症에 미치는 影響. 대한침구학회지. 2000;17(2):231-244.
16. 成樂箕, 金廷彦. 良導絡診斷法과 臨床治療. 부천:書苑堂. 1984:29-31.
17. 赤羽幸兵衛. 皮內침법. 대구:한국종합통신교육원. 1972:8-19.