

원저

요추간판탈출증 환자의 체질침과 체침에 의한 자각적 통증감소 비교

채상진 · 김남옥 · 박영철 · 손성세

분당차한방병원 침구과

Abstract

Comparison of the Improvement of Subjective Symptoms between Body Acupuncture Group & 8 Constitution Acupuncture Group

Chae, Sang-Jin · Kim, Nam-Ok · Park, Young-Chul · Son, Sung-Se

Department of Acupuncture & Moxibustion, Bundang Cha Oriental Medical Hospital

Objective : The main cause of back pain & sciatica is HNP of L-spine. Recently, 8 Constitution Acupuncture is largely used for it, but the effects isn't announced. So we studied. The perceived pain diminishment is compared with Body acupuncture and 8 Constitution acupuncture.

Methods : VAS(Visual analogue scale) was used for this research, with the pain indicator of 10 and 0 which represents a patient admission to a hospital and a status of no pain respectively. Two groups, consisting of Body acupuncture group with 17 persons and 8 Constitution acupuncture group with 12 persons, was randomly allocated for this research. SPSS(Statistical Program for Social Science) for window is used for a statistical analysis, and the independent T-test is performed to gauge the improvement of VAS, in which case, value of P below 0.05 is considered as useful.

Results : The result of the VAS of comparison analysis between two groups after 10 days, shows that the improvement of subjective symptoms in Body acupuncture group is more effective than that in 8 Constitution acupuncture group. (independent T-test, P=0.009)

Key words : 8 Constitution acupuncture, Body acupuncture, HNP, Back pain

· 접수 : 5월 7일 · 수정 : 5월 10일 · 채택 : 5월 19일

· 교신저자 : 채상진, 경기도 성남시 분당구 야탑동 351번지 분당차한방병원 침구과(Tel : 031-780-6050)

E-mail : chae404@hanmail.net

I. 서론

요통 및 하지방산통은 요추간판탈출증에 의하여 가장 흔히 나타나며¹⁾ 일생동안 50~80%의 사람이 한번 이상의 요통을 경험한다²⁾.

추간판의 팽윤이나 수핵의 탈출로 후종인대가 신장되어 경막신경을 자극하거나 추간공을 통해 척추강내로 들어가는 도중에 압박이나 자극을 받게 되면 통증이 나타나고³⁾ 신경근이 수핵의 탈출로 압박을 받게 되면 초기에는 미세혈관의 혈행장애, 부종, 화학적 자극, 염증, 신경의 유합 및 자가면역반응 등이 일어나 통증이 발생하는 것으로 알려져 있다⁴⁾.

양방에선 Mixer 와 Barr⁵⁾에 의해 요추간판탈출증의 실체가 밝혀진 이래 수술로서 환자들을 치료할 수 있게 되었으나, 수술이 꼭 필요한 경우는 드물고 대부분의 환자는 보존적 치료를 하고 있다.

한의학적인 치료 방법으로는 鍼灸療法, 藥物療法, 物理療法 등의 방법이 주로 활용되고 있으며, 침구요법에는 體鍼, 舍岩針, 董氏針, 五行鍼, 八體質針 등 다양한 鍼法들이 이용되고 있다. 특히 8체질침의 등장 이후 임상에서 8체질침을 많이 사용하고 있지만, 이에 대한 치료효과에 관하여 연구되어진 바는 많지 않다.

이에 저자는 요추간판탈출증의 환자를 8체질침에 의하여 치료한 군과 기존의 체침에 의한 치료군을 비교하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

1999년 6월 1일부터 2000년 12월 31일까지 요

통을 주소로 본원 침구과에 입원한 환자중 MRI 상 요추간판탈출증으로 진단된 환자를 대상으로, 체침에 의해 치료한 17명(A군)과 체질침에 의해 치료한 12명(B군)의 두 군으로 무작위 배치하여 연구를 시행하였다.

2. 치료방법

체침에 의하여 치료한 A군은 최⁶⁾, 이⁷⁾등의 보고에 따라 腰痛에 응용빈도가 높은 경혈들을 選用하여 基本取穴하고 환자의 상태에 따라 隨證加減하였다.

B군은 8체질맥에 의해 체질을 감별한 후 체질침만을 시행하였다.

두군 모두 입원 초기 5일간은 하루 2회 施針하였으며, 6일째부터 하루 1회 施針하였다.

(1) A군 치료 혈위

基本取穴 : 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞(兩側), 八膠穴 중 선택·環跳, 臀三点, 委中, 承山, 崑崙(患側), 혹은 腎正格, 後谿, 申脈 加減

隨證加減 : 放散痛이 있는 부위의 경락을 따라 承扶, 殷門, 承筋, 風市, 陽陵泉, 絕骨, 膀胱正格, 膽正格 등을 加減함

(2) B군 치료 혈위

각 환자의 체질을 맥으로 구분한 후 체질에 따라 디스크방이라 알려진 기본방 5회, 장계염증방부방 5회, 정신방 1회를 체질측에 施針함.

3. 자각증상변화측정

초기 입원당시의 통증을 10으로 하고 통증이 없는 상태를 0으로 지정한 시각적 유사척도(VAS, visual analogue scale)를 이용하였다. 환자 스스로 매일 통증지수를 표기하였고, 호전도는 입원당시값과 10일째되던 날의 점수차로 하였다.

4. 통계처리방법

통계처리는 SPSS(Statistical Program for Social Science) for Window 를 이용하였다. 모든 자료는 mean ± SD로 나타내었고 VAS 상 호전도는 independent T-test를 시행하여 p값이 0.05이하인 경우 유의한 것으로 간주하였다.

III. 연구결과

1. 대상환자들의 일반적 특징

연구대상에서 체침에 의한 치료군 17명중 남자는 11명, 여자 6명이었고 이들의 평균연령은 45 세였으며, 체침에 의한 치료군 12명중 남자는 9명, 여자 3명, 이들의 평균연령은 42세였다. 이로써 볼때, 성별분포나 연령에 있어서 두군간의 유의한 차이는 없었다(Table 1).

Table 1. General characteristics in patients.

	체침군	체질침군	P-value
나이	40.4±13.1	40.1±11.7	no significance ^{A)}
성별(남/여)	17(11/6)	12(9/3)	no significance ^{B)}

A) Statistical significance test was done by Mann-Whitney U-test

B) Chi-Square test

또한, MRI 상 추간판탈출의 부위는 L2~S1 사이에 다양하게 분포했으며 L4~5의 추간판탈출이 45.7%(16예)로 가장 많다(Table 2).

Table 2. Sites of HNP

탈출부위	A군	B군	계 (%)
L2-3	1	1	2 (5.7)
L3-4	3	2	5 (14.3)
L4-5	10	6	16 (45.7)
L5-S1	7	5	12 (34.3)

2. 체침군의 자각증상 호전정도

요추간판탈출증 환자를 체침에 의해 치료한 군의 입원당시 통증정도를 시각적 상사척도(VAS)상 10이라 할 때, 입원 10일후엔 평균 3.29±1.83 였고, 호전된 정도는 평균 6.71±1.83 이었다(Table 3).

Table 3. The improvement of subjective symptoms in Body acupuncture group

	입원당시	입원 10일후	차이값
1	10	3	7
2	10	5	5
3	10	3	7
4	10	4	6
5	10	1	9
6	10	3	7
7	10	4	6
8	10	6	4
9	10	0	10
10	10	3	7
11	10	4	6
12	10	7	3
13	10	1	9
14	10	2	8
15	10	5	5
16	10	2	8
17	10	3	7
평균	10	3.29±1.83*	6.71±1.83*

*Mean ± S.D.

3. 체질침에 의한 자각증상의 호전정도

요추간판탈출증 환자를 체질침에 의해 치료한 군의 입원당시 통증정도를 시각적 상사척도(VAS)상 10이라 할 때, 입원 10일후엔 평균 1.58±1.24 였고, 호전된 정도는 평균 8.42±1.24 였다(Table 4).

Table 4. the improvement of subjective symptoms in 8 Constitution acupuncture group

	입원당시	입원 10일후	차이값
1	10	2	8
2	10	1	9
3	10	0	10
4	10	2	8
5	10	3	7
6	10	4	6
7	10	1	9
8	10	1	9
9	10	0	10
10	10	1	9
11	10	3	7
12	10	1	9
평균	10	1.58±1.24*	8.42±1.24*

*Mean ± S.D.

4. 두 군간의 호전도 비교

두 군간의 치료효과는 통증의 감소정도를 시각적 상사척도(VAS)에 의해 환자본인이 표시하도록 하였으며, 입원당시와 10일후의 척도값을 체침군과 체질침군을 비교한 결과 체질침이 통계적으로 유의하게 호전도가 높은 것으로 나타났다(p= 0.009) (Table 5).

Table 5. The result of the VAS of comparison analysis between two groups

Group	환자수	호전도*	Std. Error Mean	P-Value
체침군의 호전도	17	6.71±1.83	0.36	0.009
체질침군의 호전도	12	8.42±1.24	0.44	

*Mean ± S.D.

IV. 고찰

腰痛을 동반한 放散痛의 가장 흔한 원인은 椎間板脫出證에 의하여 일어나며, 인간은 直立步行을 하

므로 일생동안 50~80%의 腰痛을 경험하며, 40%가 下肢放散痛을 호소한다^{1),2)}. 腰椎는 다른 척추와 비교하여, 체중을 지지하는 데 수반한 긴장과 압박을 가장 많이 받으며, 운동범위가 넓고 근육발달도 타 부위보다 월등하므로 損傷과 變成의 기회도 그만큼 많다. 특히 腰痛은 痛症疾患 중 가장 많은 疾病의 하나로 현재 이 순간에도 20~30%의 사람이 고통받고 있다고 보고되고 있다⁸⁾.

椎間板의 팽윤이나 수핵의 탈출로 후종인대가 伸張되어 경막신경을 자극하거나 추간공을 통해 척추강내로 들어가는 도중에 압박이나 자극을 받게 되면 통증이 나타나고⁹⁾ 신경근이 수핵의 탈출로 압박을 받게 되면 초기에는 미세혈관의 혈행장애, 부종, 화학적 자극, 염증, 신경의 유합 및 자가면역반응 등이 일어나 통증이 발생한다¹⁰⁾.

그러나 腰痛 및 下肢放散痛은 椎間板脫出에 의한 기계적인 압박보다는 수핵이나 섬유륜이 경막내로 탈출되면서 화학적 자극에 의한 염증 또는 자가면역 반응으로 생각된다. Saal 등¹¹⁾은 수핵의 탈출로 인한 염증 반응은 먼저 수핵 물질내 포함된 독성 물질이 신경근에 직접 염증 반응을 일으켜, 신경막 내외에서 浮腫이 일어나면서 血行障礙와 신경차단이 일어나고, 탈출된 추간판 물질이 수화되어 크기가 증대됨에 따라 국소적 血行障礙와 신경압박 현상을 일으킨다고 하였다.

腰椎間板脫出症의 치료에 있어서는 크게 保存療法과 手術療法으로 나누는 데 保存療法으로 침상안정, 골반견인, 물리치료, 보조기 착용, 신경차단 및 경막의 스테로이드 주입, 레이저 치료, 근육 운동 및 자세 교정, 소염진통제의 투여가 있다. 그리고 手術療法은 6~12주의 보존요법으로 효과가 없고, 신경증세가 점점 심해지거나, 추간판핵 탈출 및 척추관협착 등으로 신경압박이 심하여 방광 및 괄약근 혹은 하지에 마비를 초래하는 경우 및 견딜수 없는 통증이 있을 때에 적용된다. 하지만 수술후의

회복과 재발 등의 문제로 保存療法이 권장되고 있으며, 최근에는 새로운 보존적 치료법이 발표되고 있다¹²⁾¹³⁾.

한의학에서, 요부는 膀之上脇之下爲腰¹⁴⁾를 지칭하며, <<素問>> <<脈要精微論>>¹⁵⁾에서 “腰者 腎之府 轉腰不能 腎將憊矣…骨者 髓之府 不能久立 行則振掉 骨將憊矣”라 하고, <<靈樞>> <<經脈篇>>¹⁶⁾에서 “肝足厥陰之脈…是動則病腰痛不可以俛仰”이라 하였으며, 李¹⁷⁾는 <<입문>>에서 “風牽脚膝強難 風傷腎腰痛 左右無常 牽連脚膝 強急不可 俛仰以顧”라 하고, 許¹⁸⁾는 <<동의보감>>에서 “風傷腎而腰痛者 或右痛無相所引兩足強急……”이라 하여 '風腰痛'이 兩足으로 強急하여 下肢放散痛을 잘 표현하고 있다고 한다⁸⁾.

여기에서 '轉腰不能', '腰痛 不可以俛仰', '不能久立 行則振掉', '腰痛 左右無傷 牽連脚膝 強急不可 俛仰而顧', '腰痛者或左或右痛無相所引兩足強急' 등의 표현은 요통뿐만 아니라 요부의 屈伸, 轉側 運動障礙와 下肢牽引으로 인한 下肢放散痛, 下肢舉上, 屈伸, 步行障礙 등이 동반됨을 알 수 있다.

腰痛과 下肢放散痛은 腰脚痛으로 볼 수 있는 데, 腰脚痛의 원인으로 巢¹⁹⁾는 腎氣不足而風邪所乘이라 하고, 謝²⁰⁾는 寒氣痰濕 入於膀胱及膽 二經所致라 하여, 風寒濕三氣가 腎氣不足을 乘하여 膀胱經과 膽經에 侵入한 것이 주된 원인이라 할 수 있다.

腰椎間板脫出症에 의한 腰脚痛은 腰痛, 腰背痛, 下肢放散痛, 運動制限, 罹患된 皮膚節의 異常感覺 및 感覺鈍麻, 筋力減退, 體幹模樣的 변화, 심한 경우 膀胱이나 直腸障礙 등의 다양한 증상²¹⁾으로 비록 거의가 생명을 위협하지는 않으나, 보편적으로 환자에게 심한 통증과 이로 인한 장애로 정상적인 활동능력 및 운동력을 현저히 감퇴시키므로 이의 치료는 여러 측면에서 매우 중요하다.

한의학적인 치료방법으로는 針灸療法, 藥物療法 및 物理療法 등의 방법이 주로 활용되고 있으며, 침

치료의 방법은 매우 다양하게 제시되고 있는 데²²⁾ 그 중 8체질침법을 이용한 치료가 유효한 효과를 나타내 임상에 많이 쓰이고 있다. 8체질침은 권도원 박사님으로부터 創始된 것으로, 1965년 10월 日本東京에서 개최된 제 1회 世界鍼學術大會에서 發表됨으로 最初로 소개되었다. 8체질이란 5개의 중실내장(中實內臟-Solid Organ)과 5개의 중공내장(中空內臟-Hollow Organ) 등 10개장기의 강약배열이 다른 8가지 내장구조를 말한다. 이 내장 강약구조로 인하여 사람의 체질은 金陽, 金陰, 土陽, 土陰, 木陽, 木陰, 水陽, 水陰으로 나뉘고, 각 체질별로 過不均衡에 의한 몸의 異常狀態를 체질침을 통해 適不均衡의 생리적 상태로 바꾸는 치료법이 체질침법이다.²³⁾

체질침에는 臟腑穴이라 불리는 五俞穴만 사용되는 데, 臟腑穴들은 2가지의 기능을 갖는다. 한 가지는 各 經絡의 自穴이 가지고 있는 기능으로, 소속된 臟器가 분비하는 영향력을 他臟器에 보내어 그것을 促進시키기도 하고 抑制도 하는 임무를 하는 것으로 이를 送穴이라 일컫는다. 다른 한가지 기능은 自穴을 제외한 나머지 穴들로, 他臟器들이 분비하는 영향력을 받아들여 自臟器가 促進당하게 하고 또 抑制도 하는 임무를 하는 것으로 受穴이라 일컫는다²⁴⁾.

체질침은 침법이 각 체질에 따라 달라질 뿐 아니라 질병에 따라 달라지기 때문에 체질의 정확한 구분 및 질병의 정확한 진단을 필요로 한다. 요추간판탈출증에 있어선 디스크방이라 불리는 처방을 사용하는 데 이는 각체질의 기본방 5회, 장계염증방부방 5회, 정신방 1회를 양체질은 右側, 음체질은 左側에 施鍼하는 것이다(Table 6).

디스크방은 척추와 관련된 제 질환에 사용되는데, 대표적인 것이 추간판탈출증이라 할 수 있다. 이에 일반적인 체침에 의한 치료법과 체질침에 의한 치료법으로 자각증상의 호전정도를 비교하고자 본 연구를 시행하였다.

Table 6. Formula of 8 Constitution acupuncture

체 질		기본방		
金陽	經渠 瀉	中封 瀉	陰谷 補	曲泉 補
金陰	陰谷 瀉	尺澤 瀉	大敦 補	少商 補
土陽	太白 瀉	太谿 瀉	經渠 補	復溜 補
土陰	經渠 瀉	商丘 瀉	陰谷 補	陰陵泉 補
木陽	經渠 補	中封 補	陰谷 瀉	曲泉 瀉
木陰	陰谷 補	尺澤 補	大敦 瀉	少商 瀉
水陽	太白 補	太谿 補	經渠 瀉	復溜 瀉
水陰	經渠 補	商丘 補	陰谷 瀉	陰陵泉 瀉

체 질		장계염증방 부방		
金陽	太白 瀉	太淵 瀉	大敦 補	少商 補
金陰	經渠 瀉	中封 瀉	少府 補	行間 補
土陽	少府 瀉	大都 瀉	陰谷 補	陰陵泉 補
土陰	太白 瀉	太谿 瀉	大敦 補	湧泉 補
木陽	太白 補	太淵 補	大敦 瀉	少商 瀉
木陰	經渠 補	中封 補	少府 瀉	行間 瀉
水陽	少府 補	大都 補	陰谷 瀉	陰陵泉 瀉
水陰	太白 補	太谿 補	大敦 瀉	湧泉 瀉

체 질		정신방 부방	
金陽	大陵 瀉	曲澤 補	
金陰	靈道 瀉	少衝 補	
土陽	神門 瀉	小海 補	
土陰	間使 瀉	中衝 補	
木陽	大陵 補	曲澤 瀉	
木陰	靈道 補	少衝 瀉	
水陽	神門 補	小海 瀉	
水陰	間使 補	中衝 瀉	

본 연구에서 자각증상의 호전도는 체침에 의한 치료군의 경우 99.4%(17명중 16명)의 유효율을 보였으며, 8체질침에 의하여 치료한 군에서도 100%의 유효율을 보여 김²⁵⁾이 보고한 10일후의 유효율과 비슷하였다. 그러나 8체질침에 의하여 치료한 군과 기존의 체침에 의한 치료군의 자각적 통증감소를 비교하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

V. 결론

MRI 상 요추간판탈출증으로 진단된 환자를 체침에 의해 치료한 군과 체질침에 의해 치료한 군으로 나누어, 시각적 상사척도(VAS)를 이용하여 두 군간의 통증감소정도를 비교한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 체침에 의한 요추간판탈출증의 치료에 있어서 10일후의 시각적 상사척도(VAS)상 초기에 비해 평균 3.29 ± 1.83 이고 호전된 정도는 평균 6.71 ± 1.83 였다.
2. 체질침에 의한 치료에서는 10일후의 시각적 상사척도값의 평균이 1.58 ± 1.24 이고 호전된 정도는 평균 8.42 ± 1.24 였다.
3. 두 군간의 10일후 호전된 정도를 시각적 상사척도(VAS)에 의해 비교한 결과 체질침치료군이 체침치료군보다 자각증상의 호전에 더 효과적인 것으로 나타났다.(independent T-test, P=0.009)

VI. 참고문헌

1. 전국한의대재활의학교실. 동의재활의학과학.

서울 : 서원당. 1995:323-6.

2. 김종길, 송봉근, 정인석. 한·양약의 병행투여가 요추간판탈출증의 보존적 치료에 미치는 영향. 대한내과학회지. 2000;21(1):1-6.
3. 최종립. 근긴장성 요통의 치료에 대한 새로운 소견. 대한통증학회지. 1993;6(1):83-95.
4. 송봉근. 요추 추간판탈출증의 보존적 치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1995;16(2):62-78.
5. Mixter WJ and Barr JS : Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal cord. New Engl J Med. 1934 ;211:210-5.
6. 최익선 외. 요통증의 침구치료에 관한 문헌적 고찰. 경희대한의대논문집 제1군. 1978: 159-87.
7. 이운호. 요각통의 침구치료와 치험례. 월간행림 제2권. 1977:22-4.
8. 박현선, 이병렬. 동씨침을 이용한 요각통 환자의 운동제한 개선에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1997;14(2):15-34.
9. 최종립. 근긴장성 요통의 치료에 대한 새로운 소견. 대한통증학회지. 1993;6(1):83-95.
10. 송봉근. 요추 추간판탈출증의 보존적 치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1995;16 (2):62-78.
11. Saal JA and Saal JS. Nonoperated treatment of herniated lumbar intervertebral disc with radiculopathy : an outcome study. Spine 1989;14(4):431-7.
12. 오홍근. 통증의학. 서울:군자출판사. 1995: 83, 91-4.
13. 송선옥, 안상호, 여정은, 이경숙, 김동욱. 제2요부신경 차단에 의한 추간판탈출성 요통의 완화, 통증. 1998;8:117-24.

14. 臺灣中華民國編輯部. 辭海(下). 台北 : 中華書局. 1974:2375.
15. 洪元植編纂. 精校黃帝內經素問. 서울:東洋醫學研究院出版部. 1985:153-4, 231, 248, 256, 267.
16. 洪元植編纂. 精校黃帝內經靈樞. 서울:東洋醫學研究院出版部. 1985:83, 183, 214.
17. 李梴. 醫學入門. 明代. 台聯國風出版社印行. 1966:416.
18. 許俊. 東醫寶鑑. 서울:南山堂. 1983:278-80.
19. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 台北 : 國立醫學研究所 권5. 1964:5.
20. 謝觀. 中國醫學大辭典. 서울:김영출판사. 1977: 83, 3590.
21. 대한정형학회. 정형외과학. 제3판. 서울:대한정형외과학회. 1992:264-9.
22. 박현선, 이병렬. 동씨침을 이용한 요각통 환자의 운동제한 개선에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지 1997;14(2):27.
23. 정인기, 강성길, 김창환. 오수혈을 이용한 침법의 비교 고찰. 대한침구학회지 2001;18(2):191.
24. 권도원. 체질침에 대한 연구. 대한한의학회지. 1966;4:1.
25. 김근모. 요각통에 대한 임상적 고찰. 대한한의학회지. 1992;9(2):91-6.