

원저

挫閃·瘀血 腰痛에 動氣鍼法 및 複合治療의 有效性 및 安定性 研究

김기현·임형호*·황현서·송호섭·송영상*·권순정·김경남*·
안광현·이성노·강미숙·전임정

경원대학교 한의과대학 침구학교실
*경원대학교 한의과대학 재활의학과교실

Abstract

The Study of Effect and Safety related to Dong-gi Acupuncture(DGA) and Complex therapy on Lumbago due to blood stasis and sprain

Kee-Hyun, Kim · Hyung-Ho, Lim^{*} · Hyeon-Seo, Hwang · Ho-Sueb, Song^{*} ·
Young-Sang, Song · Soon-Jung, Kwon · Kyung-Nam, Kim^{*} ·
Koang-Hyun, Ahn · Seong-No, Lee · Mi-Suk, Kang · Im-Jung, Gyun

Department of Acupuncture & Moxibustion College of Oriental Medicine
Kyung-Won University

^{*}Department of Rehabilitation Medicine College of Oriental Medicine
Kyung-Won University

Objective : This study was designed to find the most effective and safest way to overcome Lumbago due to blood stasis and sprain involved in a few Meridian Tendino-musculatures by evaluating the effect of two kinds of Dong-gi(Dong-qi) Acupuncture(DGA) and by reporting their side effects.

※ 본 연구는 형애장학회 지원 연구비에 의하여 작성됨.

· 접수 : 2002년 5월 10일 · 수정 : 5월 14일 · 채택 : 2002년 5월 18일

· 교신저자 : 김기현 서울시 송파구 송파동 20-8 경원대 부속 한방병원 침구과 (Tel. 02-425-3456)

E-mail : keehyun1@hananet.net

Material : 97 patients of out and admission patients were selected, who were diagnosed with lumbar sprain caused by repetitive bending, heavy weight lifting, unsuitable posture, concussion and falling down and whose Lumbago due to blood stasis and sprain in the concept of oriental medicine.

Methods :

97 patients were divided into three groups. One is exclusive DGA group to which DGA and the method retaining needles on the acupoints for about 20 minutes were applied, the other is DGA combined active exercise group in which patients stretched their Meridian Tendino-musculatures with their hips moving up and downward repeatedly during DGA, the third is DGA combined passive exercise group in which patients were made to flex or extend their bodies on the auto flexion-distraction table in a prone position, from 10 to 20 degree, during DGA. In each group, bed rest, physical therapy and herbal medicine were used according to symptoms, in addition to DGA.

In DGA method, "Su(Shu)" points of the meridian related to the involved Meridian Tendino-musculature were mainly chosen, that is, Sokkol(Shugu, B65), Huye(Houxi, SI3), ChungJo(Zhongzhu, TE3) were used, for most LBP belonged to Bladder and Gallbladder Meridian Tendino-musculature disorders. Pyong-Bo-Pyong-Sa(Ping-Bu -Ping-Xie) such as Dong-Gi and Yeom-Jeon(Nian-Zhuan) was applied as Bo-Sa method.

For evaluation of effectiveness, new score system was devised by severity of pain and range of movement. the score was given twice at patients' first and last visit and the difference between first and last score was regarded as a evaluation scale. the effectiveness was classified into four grade by evaluation scale.(scale : 12-15; excellent, 8-11; good, 4-7; fair, 0-3; bad)

Results :

1. Exclusive DGA, DGA combined active exercise and DGA combined passive exercise group showed 97, 87 and 89% in effectiveness.

2. Exclusive DGA, DGA combined active exercise and DGA combined passive exercise group showed no aggravation of pain, range of movement.

3. In blood test of 34 patients, only one patient showed abnormal rise of sGOT, sGPT and γ -GTP at his first visit and the others didn't show any detrimental change. DGA had no bad influence upon BUN and creatinine of patients.

Conclusion :

For complex therapy combining DGA, exercise, physical therapy and Herbal medicine proved to be highly effective on treating lumbago due to blood stasis and sprain, this is expected to be available for clinical use.

Key words : Dong-gi(Dong-qi) Acupuncture(DGA), Lumbago due to blood stasis and sprain, Safety, Meridian Tendino-musculatures, Chuna

I. 서론

人體는 오랜 시간 동안 앉고, 서고, 걷거나 지속

적으로 올바르지 못한 자세를 유지, 잘못된 힘이 급하게 주어지는 경우, 선천적인 요인 및 교통사고 등으로 脊柱 및 그 주위 筋肉 등을 포괄하는 經筋에 다양한 痛症이나 疾病을 야기할 수 있다. 더구나 農

耕社會, 産業社會에서 情報社會로 進行되면서 脊柱를 중심으로 無理를 할 수 있는 환경에 노출되는 기회가 많은 반면 몸의 중심을 유지하는 筋肉의 不均衡과 筋力이 低下되어 발생하는 腰痛, 腰脚痛, 頸項痛, 肩臂痛, 背痛 등의 臨床 症例가 늘고 있는 실정이다.

이 脊柱 주위의 痛症에 대한 管理 및 治療가 臨床에서 主要한 과제가 되고 있는 현실에서 督脈, 足太陽膀胱經, 足少陽膽經, 足太陽經筋 및 足少陽經筋 등에 대한 適切한 治療 與否가 보다 效果的인 治療方法중의 하나라 볼 수 있다. 이 腰痛에 대한 治療方法으로는 鍼灸, 推拿, 氣功, 電氣, 磁氣, 溫熱, 運動, 藥物, 安靜 療法 및 外科的 處置 등이 있는데, 이들을 單獨 또는 複合 方法으로 적용하여 급성과 만성, 기능과 구조적 질환에 따른 有效하면서 安全한 方法을 찾는 것은 임상적으로 중요하다.

이에 本 研究에서는 足太陽, 足少陽 經筋 中心의 不調和로 나타나는 病症中 發生 頻도가 높은 挫閃·瘀血 腰痛에 有效하고 安全한 治療 方法을 찾고자 患者 97例를 對象으로 平補平瀉의 鍼治療 時 留鍼을 행한 群, 鍼治療 時 患部를 患者가 직접 運動한 群 및 鍼治療 時 患部를 器機에 의하여 運動한 群으로 구분하고, 症狀에 따라 藥物, 物理治療 및 安靜 등 方法을 適用하여 治療 效果 및 異狀反應을 評價하여 有意한 結果가 있어 보고하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 對象

腰部의 督脈, 足太陽膀胱經, 足少陽膽經, 足太陽經筋 및 足少陽經筋을 중심으로 발생하는 挫閃 및 瘀血 腰痛으로 來院한 入院 또는 外來 患者 97例를 對象으로 하였다. 挫閃腰痛¹⁾은 무거운 물건을 들거나 가벼운 물건이라도 잘못된 자세로 들거나 몸을

屈伸하는 과정에서 갑자기 발생한 요통으로 물건을 드는 誘發因子에, 瘀血腰痛¹⁾은 打撲이나 墜落으로 인하여 痛症 部位가 固定的이며 夜間에 더 심하고 壓力을 줄 경우 통증이 심해지는 요통으로 외부적인 충격에 통증부위가 고정적이고 야간에 더 심해지는 통증과 압력에 의하여 통증이 심해지는 조건 등이 있을 경우 挫閃 또는 瘀血 腰痛의 판단 근거로 삼았다.

2. 治療 方法

治療群을 無作為로 선택된 鍼治療한 患者 中에 鍼治療時 留鍼을 행한 留鍼法群, 留鍼中 患者가 患部인 腰部의 足太陽經筋을 중심으로 屈伸하는 동작을 5초에 1회 반복한 能動動氣鍼法群 및 留鍼中 腰部를 auto flexion-distracton table(Eckard MK-90 III, Wellness System, Ltd. Korea))로 屈曲-伸延하는 동작을 반복한 受動動氣鍼法群으로 구분하였다. 留鍼中 모든 治療群의 患部에 赤外線 照射를 시행하였으며, 或 症狀에 따라 活絡湯 등의 藥物이나 物理 治療, 安靜 등의 方法^{2, 3)}을 適用하였다.

留鍼法群은 側臥位나 伏臥位 상태에서 兩側 大腸俞, 腎俞, 腰陽關, 腰眼과 片側 委中, 束骨, 後谿를 主穴로 하고, 足少陽膽經 및 足少陽經筋 부위까지 통증이 있을 경우에 環跳, 陽陵泉, 臨泣, 中渚를 취하였다. 刺鍼과 拔鍼 時에 平補平瀉法으로 약 20초 정도 捻轉 手技를 시행하였고, 약 20분간 留鍼하였다.

能動動氣鍼法群은 仰臥位에서 水溝, 束骨, 後谿, 中渚, 靈骨을 主穴로 하여 이중 1~2개 穴을 선택하여 刺鍼時, 留鍼中, 拔鍼時에 각각 1분 정도 平補平瀉法으로 捻轉 手技를 시행하였고, 刺鍼中 薦腸部 舉上運動 등을 통하여 腰部의 足太陽經筋과 足少陽經筋을 屈曲-伸延하는 동작을 반복하게 하였다.

受動動氣鍼法群은 自動屈曲-伸延推拿機에서 伏臥位를 유지하게 하고, 後谿, 靈骨, 委中, 中渚, 束骨을 主穴로 하여 이중 1~2개 穴을 선택하여 刺鍼時, 留鍼中, 拔鍼時에 각각 1분 정도 平補平瀉法으로 捻

轉 手技를 시행하였다. 약 20분의 留鍼中 推拿機를 약 10~20 의 屈曲 각도로 腰部의 足太陽經筋과 足少陽經筋을 屈曲-伸延하는 동작을 반복하게 하였다. 이 群은 요통의 상태에 따라 阿是 部位의 穴中 大腸俞, 腰眼, 腎俞에서 1~2개의 穴을 선택한 例가 있었다.

3. 有效性 評價 方法

1) 痛症과 運動에 따른 評價 基準

挫閃·瘀血 腰痛에 대한 痛症과 運動의 輕重에 따른 點數의 基準을 <表 I>과 같이 구분하여 臨床 症狀의 단계를 細分化하였다.

2) 有效性 評價 基準

有效性 評價는 <表 I>의 內容에 의하여 初診과 終診 點數를 算定하고 <表 II>와 같이 이들의 差異를 4段階로 구분하여 顯效, 良好, 有效 및 無效로 評價하였다. 有效率은 顯效, 良好 및 有效의 평가를 받은 例를 합하여 각 群의 總 症例로 나누어 百分率로 표기하였다.

4. 安全性 評價 方法

<表 I>에 의하여 初診과 終診의 點數를 算定하고, <表 III>과 같이 初診과 終診 점수의 差異가 -로 계산되고, 治療 中 異狀反應이 있거나 SGOT, SGPT, BUN, creatinine의 有害한 變動 등이 있으면 安全性이 확보되지 않는 것으로 보았다. 또한 初診과 終診의 痛症과 運動의 評價 點數가 +로 계산되고, 異狀反應이 없거나 SGOT, SGPT, BUN, creatinine의 有害한 變動 등이 없으면 安全性이 있는 것으로 評價하였다.

<표 I> 挫閃·瘀血 腰痛에 대한 痛症과 運動 輕重에 따른 點數 基準

痛症과 運動 區分	輕重 區分	點數
夜間 痛症	甚하다	2
	輕微하다	1
	없다	0
壓痛	중간정도 患部 壓力에 甚한 痛症	2
	중간정도 患部 壓力에 輕微한 痛症	1
	중간정도 患部 壓力에 無痛	0
腰部의 運動 및 痛症	前屈 角度가 20 °未滿 또는 屈伸時 痛症으로 참을 수 없다	3
	前屈 角度가 20~50 ° 또는 屈伸時 痛症이 참을 만하다	2
	前屈 角度가 50 °초과 또는 屈伸時 痛症이 輕微하다	1
坐位狀態 維持	前屈 角度가 50 °초과하고 屈伸時 痛症이 없다.	0
	1分 未滿 維持	3
	1分~5分 未滿 維持	2
	5分~50分 未滿 維持	1
步行時 腰痛 發生정도	50分 以上 維持 可能	0
	腰痛이 甚하며, 步行이 不可하다	2
누워서 伸展된 兩側下肢 同時 舉上後 維持 時間	腰痛이 참을 정도이고, 步行은 可能하다	1
	腰痛이 없고, 步行이 可能하다	0
兩側下肢 同時 舉上後 維持 時間	兩側下肢 舉上이 不可能하다	3
	兩側下肢 舉上後 10초 未滿 維持된다	2
兩側下肢 同時 舉上後 維持 時間	兩側下肢 舉上後 10초~20초 未滿 維持된다	1
	兩側下肢 舉上後 30초 以上 維持된다	0

<표 II> 初診·終診 點數 差異에 따른 有效性 評價 基準

初診 點數 合計-終診 點數 合計	有效性 評價 基準
12~15	顯效
8~11	良好
4~7	有效
0~3	無效

〈표 III〉 初診·終診 點數의 差異에 따른 安全性 評價 基準

初診 點數 合計·終診 點數 合計	異狀 反應	SGOT, SGPT, BUN, Creatinine	安全性 評價 基準
1~15	無	無害한 變動	安全
-15~0	有	有害한 變動	不安全

17例(38%), 有效 21例(47%) 및 無效 5例로 (11%) 나타났고, 有效率은 89%를 보였다(表. VI).

〈표 VI〉 留鍼法의 效果 例(%)

顯效	良好	有效	無效	合計
2(4)	17(38)	21(47)	5(11)	45(100)

III. 성적

1. 痛症과 運動에 대한 動氣鍼法 效果

1) 能動動氣鍼法의 效果

能動動氣鍼法을 施行한 37例에서 顯效 5例(14%), 良好 11例(30%), 有效 20例(54%) 및 無效 1例(3%)로 나타났고, 有效率은 97%로 나타났다(表. IV).

〈표 IV〉 能動動氣鍼法의 效果 例(%)

顯效	良好	有效	無效	合計
5(14)	11(30)	20(54)	1(3)	37(101)

2) 受動動氣鍼法의 效果

受動動氣鍼法을 施行한 15例에서 顯效 1例(7%), 良好 3例(20%), 有效 9例(60%) 및 無效 2例(13%)로 나타났고, 有效率은 87%를 보였다(表. V).

〈표 V〉 受動動氣鍼法의 效果 例(%)

顯效	良好	有效	無效	合計
1(7)	3(20)	9(60)	2(13)	15(100)

3) 留鍼法의 效果

留鍼法을 施行한 45例에서 顯效 2例(4%), 良好

2. 動氣鍼法과 留鍼法의 安全性

1) 異狀反應 觀察

能動動氣鍼群, 受動動氣鍼群 및 留鍼法群 모두에서 初診부터 終診 때까지 痛症이나 運動 범위의 惡化나 大便, 小便, 皮膚, 消化 狀態 등의 全身 異狀反應을 보이지 않았다(表. VII).

〈표 VII〉 初診·終診 點數 差異 및 全身 異常反應의 觀察

治療群 異常反應	能動動氣鍼法群 受動動氣鍼法群		留鍼法群
	初診 點數-終診 點數	+	+
全身 異狀反應	無	無	無

2) 肝臟과 腎臟 機能에 미치는 影響

能動動氣鍼法群, 受動動氣鍼法群 및 留鍼法群은 鍼 施術뿐만 아니라 증상에 따라 藥物, 物理治療, 安靜 療法 등을 시행한 複合治療가 肝臟과 腎臟機能에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 SGOT, SGPT, γ -GTP, BUN, creatinine 含量을 初診과 終診 때를 중심으로 測定하여 SGOT, SGPT 및 γ -GTP 含量이 1例(2.9%)에서 有害하였고, 33例(97.1%)에서 無害한 變動을 보였으며, BUN 및 creatinine 含量이 有害한 變動을 나타내는 例가 없었다(表. VIII).

〈표 VIII〉 初診·終診의 SGOT, SGPT, γ -GTP, BUN, Creatinine 含量을 통한 安全性 觀察 例(%)

治療群	SGOT		SGPT		γ -GTP		BUN		Creatinine	
	有害	無害	有害	無害	有害	無害	有害	無害	有害	無害
能動動氣鍼法群	1(3.7)	26(96.3)	1(3.7)	26(96.3)	1(3.7)	26(96.3)	0(0)	26(100)	0(0)	23(100)
受動動氣鍼法群	0(0)	3(100)	0(0)	3(100)	0(0)	3(100)	0(0)	3(100)	0(0)	3(100)
留鍼法群	0(0)	4(100)	0(0)	4(100)	0(0)	4(100)	0(0)	4(100)	0(0)	4(100)
合計	1(2.9)	33(97.1)	1(2.9)	33(97.1)	1(2.9)	33(97.1)	0(0)	33(100)	0(0)	30(100)

IV. 토 론

十二經筋은 經絡系統의 外連 部分으로서 十二經脈의 氣가 筋肉, 關節에 모이고 흩어지는 體系를 말한다. 이는 經絡系統의 연속 部分으로 經絡 氣血의 營養을 받아 十二經脈의 體表 通路와 기본적으로 일치하고, 循行 方向은 모두 四肢末端에서 軀幹으로 가서 머리와 몸에서 끝나며, 體表를 沿하여 行하며 臟腑에는 進入하지 않는다⁴⁾.

經筋은 사지관절의 부위와 근육이 풍부한 곳에 많이 집중되었으며, 筋肉, 筋腱, 筋膜의 국소적 구조로 골격의 결합을 주관하고^{4, 5)} 사지와 관절의 운동을 관리하는 작용을 행한다. 主動筋과 協力筋이 陰의 經筋이라면 拮抗筋은 陽의 經筋이 되고, 이 반대 의 경우도 相對的이다. 이들이 陰陽 調和를 이루면 對立과 協調를 보일 때는 屈과 伸, 俯와 仰, 外轉과 內轉, 外旋과 內旋 등의 정상적인 운동을 영위 한다⁴⁾. 그러나 陰陽의 調和가 유지되지 못하고 經筋에 障碍가 발생하면 牽引, 拘縮, 搖擗, 弛緩, 強直, 痙攣⁴⁾, 壓痛⁶⁾ 등의 근육, 關節의 운동 장애와 阿是 穴⁶⁾ 등으로 나타나게 된다.

經筋의 病候로 運動 障碍와 痛症을 치료할 경우에는 發病 部位를 중심으로 近位 治療를 하거나 부위보다 먼 거리에 관련되는 穴이나 經筋을 치료하는 遠位 治療가 있다. 近位治療로는 阿是穴⁷⁾에 分

刺, 浮刺, 合谷刺, 恢刺, 關刺 등⁹⁾의 方法을 적용하거나 燔鍼 또는 焮刺, 火鍼, 溫鍼, 毫鍼, 藥鍼 등의 方法⁸⁾을 사용하여 왔고, 遠位 治療로는 通經法, 接經法, 臟腑相通法 등과 巨刺를 중심으로 動氣鍼法¹⁰⁾을 활용하고 있다.

動氣鍼法¹⁰⁾은 止痛, 通經, 活絡의 효과가 현저한 鍼法으로 奇穴과 十四經脈의 經穴을 중심으로 한 穴에서 數 個의 穴을 交經巨刺法으로 選擇하여 刺鍼時 得氣에 주력하고 留鍼中 捻轉法과 患部를 가볍게 活動하게 하는 方法을 주로 사용하는 鍼治療法이다.

挫閃·瘀血 腰痛에 대한 鍼灸治療 중심의 複合治療에 대한 有效性和 安全性의 評價를 위하여 痛症과 運動의 輕重에 따른 點數로 腰痛의 기준을 설정하여(表. I) 初診과 終診의 점수 차이를 기준으로 有效성을 평가하였으 며(表. II), 初診과 終診 點數의 差異와 異常反應, SGOT·SGPT·BUN·creatinine 등을 통하여 安全 또는 不安全的 기준을 설정하였다(表. III). 부연하자면 요통의 痛症, 障碍 등에 대하여 다양한 평가 方法이 있지만 명확한 기준이 없는 실정이라¹¹⁾ 痛症, 運動 및 韓醫學의 觀點을 중심으로 評價基準을 定하였고, 有效性 評價에서 는 점수의 차이가 3점일 경우 症狀이 緩和되었다는 것인데도 평가의 기준을 강화한다는 의미에서 3點 差異는 無效한 것으로 설정하였다. 또한 安全性 評價에서 는 初診과 終診의 點數 差異에서 變動과 異狀反應이 有無, 肝機能과 腎機能의 중심적인 血清成分을 측정하는 方法으로 鍼灸治療 중심의 複合治療

가 안전한지를 살펴보고자 하였다.

이에 研究者는 腰部의 督脈과 足太陽膀胱經, 足少陽膽經, 足太陽經筋, 足少陽經筋 중심^{12, 13)}으로 挫閃·瘀血腰痛에 障礙 經筋에 따른 循經取穴을 중심으로 한 留鍼法群과 水溝, 束骨, 後谿, 靈骨 등을 중심으로 交經巨刺와 平補平瀉로 捻轉하면서 薦腸部를 擧上하여 足太陽經筋의 屈曲-伸延을 시키거나 少陽經筋을 가볍게 捻轉하는 운동을 시킨 能動動氣鍼法群 및 腰部 足太陽經筋과 足少陽經筋 등을 屈曲-伸延할 수 있는 推拿機 위에서 伏臥位로 後谿, 靈骨, 中渚, 委中, 束骨 등에 交經巨刺와 平補平瀉로 捻轉하면서 腰薦部를 약 10~20°屈曲-伸延하게 한 受動動氣鍼法群으로 구분하여 이들의 有效率과 異狀反應을 살펴보아 더욱 有效한 方法을 찾고자 이 研究를 수행하였다.

能動動氣鍼法은 留鍼中 鍼을 捻轉하면서 患部 活動을 시키는 방법으로 腰痛이 심하여 요부를 사용할 수 없는 사람은 仰臥位 자세로 腹部 深呼吸를 시켰으며, 환부 활동을 할 수 있는 환자는 骨盤擧上 運動이나 무릎을 세우고 좌우로 반복하여 이동하여 足太陽經筋과 足少陽經筋을 가볍게 捻轉하는 운동을 서서히 실시하였다. 이 방법을 통한 효과는 有效率이 97%로 나타났고, 無效로 평가된 1例도 운동과 통증이 減少되었지만 有効의 기준에 미흡하여 효과가 없는 것으로 평가된 경우이므로 전체적으로 有效한 評價가 가능하다고 본다.

受動動氣鍼法은 推拿機에 伏臥位로 누워 鍼 施術을 받고 留鍼中 捻轉을 시행한 방법으로 환자가 推拿機에 올라 누울 정도의 환자를 대상으로 한 방법이기 때문에 움직이지 못할 때까지는 能動動氣鍼法이나 留鍼法을 一時的으로 적용한 치료방법이다. 이 방법을 통하여 有效率이 87%로 나타났고, 無效로 평가된 2例도 운동과 통증의 평가에서 경미한 호전이 있었기에 전반적인 평가로는 全體 症例에 有效

하다고 볼 수 있다.

留鍼法은 循經取穴을 중심으로 留鍼만 시행한 방법이다. 留鍼法을 적용한 대상의 선택은 腰部의 통증과 운동 제한이 심하여 운신할 수 없는 경우나 요부를 운동할 수 있으나 能動이나 受動動氣鍼法을 적용한 환자와 유사한 통증이나 운동 제한을 나타내는 환자를 무작위로 선택하고자 노력을 하였다. 이 방법을 통하여 89%의 有效率을 보였고, 無效 5例의 경우도 통증이나 운동에 대한 점수가 減少되는 경향을 보여 전반적으로 有效하다고 判定할 수 있다. 이 결과는 송¹⁴⁾이 腰部 經筋의 急性捻挫에 經筋 刺鍼 및 經筋弛緩療法으로 100%로 有效率을 보였고, 박 등¹⁵⁾이 捻挫 腰痛에 刺鍼을 중심으로 複合治療를 시행하여 有效率이 약 94%로 나타났다고 報告한 내용과 類似하였다.

動氣鍼法과 留鍼法에 藥物, 物理, 安靜 療法 등을 複合 適用한 각 治療法의 初診에서 終診에서 통증이나 운동 범위의 惡化나 大便, 소변, 피부, 소화 상태 등의 異狀 反應을 보이지 않았다. 또한 대상자중 肝臟과 腎臟 機能을 初診과 終診의 血清 檢査 比較에서 SGOT, SGPT 및 γ -GTP는 총 34例중 1例에서 有害한 數値를 보였고, BUN과 creatinine 測定에서는 有害한 結果를 보이지 않았다. 肝機能 數値가 有害하게 나타난 1例은 初診에서부터 肝機能 이 正常 範圍보다 높은 수치였고, 終診에서도 初診보다 數値가 높아져 肝機能이 좋지 않은 患者들에게 鍼과 藥物 등의 複合治療에 있어 肝機能에 호전시키는 약물 등을 선택하면서 祛瘀, 止痛, 通經, 活絡하는 방법을 선택함이 요구된다 하겠다.

이상의 내용으로 보아 挫閃·瘀血 腰痛 患者에게 動氣鍼法과 留鍼法, 藥物, 物理治療 등의 複合 治療는 有效率과 安全性이 顯著하게 높은 것으로 判定되었으며, 임상에서 적합한 치료라고 判定되어 널리 活用되기를 기대한다.

V. 결론

挫閃·瘀血腰痛患者에게 交經巨刺로 選穴된 穴에 留鍼中 平補平瀉로 捻轉을 시행하면서 환자 스스로 患部 活動을 하게 한 能動動氣鍼法 37例, 推拿機에서 腰薦部 屈曲-伸延運動을 시킨 受動動氣鍼法 15例 및 循經取穴로 選穴된 穴에 留鍼만을 시행한 留鍼法 45例, 總 97例를 對象으로 각각의 鍼法을 시행하며 症狀에 따라 藥物, 物理, 安靜 療法을 適用하여 痛症과 運動 評價를 통하여 有效率을 살펴보고, 症狀의 惡化, 異狀反應 및 肝臟·腎臟 機能을 30 餘例의 血清 檢査를 통하여 安全性을 관찰하여 아래와 같은 結果를 얻었다.

1. 能動動氣鍼法, 受動動氣鍼法 및 留鍼法을 중심으로 시행한 複合治療의 有效率은 각각 97, 87 및 89%로 나타났다.

2. 能動動氣鍼法, 受動動氣鍼法 및 留鍼法을 중심으로 시행한 複合治療는 初診·終診 사이에 痛症과 運動의 惡化, 異狀反應을 보이지 않았다.

3. 複合治療를 통한 血清檢査에서 SGOT, SGPT, γ -GTP 含量은 1例에서 初診時 非正常인 數值가上昇하였고, 33例에서 有害한 變動이 없었으며, BUN과 creatinine 含量은 有害한 變動을 보이지 않았다.

V. 참고 문헌

- 許浚. 東醫寶鑑(二). 서울. 大星文化社. 1981: 370-371
- 임정은, 송호섭, 권순정, 이성노, 강미숙, 변임정, 황현서, 김기현. 鍼灸 치료와 活絡湯 투여가 급성요통 및 간기능에 미치는 영향에 관한 臨床적 고찰. 대한침구학회지. 2001;18(5):43-49
- 반숙경, 임형호. 요통환자에 대한 임상적 관찰. 한방재활의학과학회지. 1996;6(1):341-349
- 이학인, 김양식, 김연섭. 臨床經絡腧穴學. 초판. 서울:법인문화사. 2000:89-91.
- 한정우, 육태한. 경근과 근육과의 비교. 대한침구학회지. 1999;16(1):87-106
- 김용석, 고흥균, 김창환. 요통 및 요각통의 침구치료에 경근이론 활용을 위한 고찰. 한의학회지. 1992;13(1):222-233
- 정선희, 이재동, 박동석. 요통의 원인 및 침구치료에 대한 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1996; 13(1):262-282
- 全國韓醫科大學鍼灸·經穴學教室 編著. 鍼灸學(下). 再版. 서울:集文堂. 1991:1103-4
- 張馬合註. 黃帝內經靈樞. 北京. 北京中西醫學研究總會藏版. 1919:57-62
- 楊維傑. 針灸經緯. 台北:樂群出版事業有限公司. 1985:60-1
- 이준환, 이종수, 김성수, 신현대, 정석희. 요통의 장애, 장애, 불구 측정 지표에 대한 문헌 조사. 한방재활의학과학회지. 2001;11(1):17-28
- 하치홍, 조명래. 요통의 침치료와 구치료에 대한 문헌적 비교연구. 대한침구학회지. 1999 ;16(1):161-179
- 최종호, 채우석. 요통의 침구치료에 관한 문헌적 고찰. 해화의학. 1991;2(1):10-25
- 송호섭, 강미정, 임정은, 권순정, 강미숙, 이성노, 변임정, 황현서, 김기현. 腰部 經筋의 急性 捻挫에 經筋刺鍼 및 經筋弛緩療法이 미치는 影響. 대한침구학회지. 2001;18(6):12
- 박상준, 조명래, 김종석. 요통환자 100예에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1999; 16(4): 119-135