

증례

체침과 동씨침을 시행한 요각통 환자 38례의 임상고찰 (적외선체열촬영으로 치료효과 비교)

진경선 · 임태형* · 김종욱 · 최성용 · 황우준 · 도금록* · 강성도*

원광대학교 전주한방병원 침구과

*원광대학교 대학원 한의학과

Abstract

A Clinical Study on the Effects of the Dong-Si Acupuncture treatment for the patients with lumbago(by Analysing Digital Infrared Thermographic Imaging)

Jin Kyong-son, Lim Tae-hyung*, Kim Jong-wuk, Choi Sung-yong,
Hwang Woo-jun, Do Keum-rok* and Kang Sung-do*

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

*Department of Oriental Medicine,
Graduate School Won-Kwang University

Objective : The purpose of this study is to evaluate clinical effect of oriental treatment for lumbago patients by comparing of Improvement index, Visual analog scale, DITI gap between common acupuncture with Dong-Si acupuncture treatment group and common acupuncture treatment group.

Methods : The 38 patients who had a diagnosis of lumbago were observed from June 2002 to February 2003, were divided into two classes ; the A group was 19 cases practised Dong-Si acupuncture with common

· 접수 : 2003년 2월 28일 · 수정 : 2003년 3월 15일 · 채택 : 2003년 3월 22일
· 교신저자 : 진경선, 전북 전주시 덕진구 덕진동 2가 142-1 원광대 부속 전주한방병원 침구과
Tel. 063-270-1022 FAX. 063-270-1199 E-mail : aro31@hanmail.net

acupuncture, B group 19 cases only common acupuncture. Then the time of 2 weeks after, I compared Improvement index, Visual analog scale, DITI gap of two groups.

Results: In Improvement Index, Group A is 0.4442 ± 0.1165 and Group B is 0.3061 ± 0.1402 . So Group A is thought to be significant ($P=0.002$). In VAS(visual analogue scale), Group A is 7.4737 ± 1.1239 and Group B is 6.3684 ± 1.0116 . So Group A is thought to be significant ($P=0.003$). In DITI, temperature difference of Group A is lower than Group B after treatment.

Key words: Dong-Si Acupuncture, Improvement Index, Visual Analog Scale, DITI, Oriental Therapy

I. 서론

요각통이란 요부 및 하지에 나타나는 동통의 총칭으로 이는 단순하게 증상을 표현할 뿐 특정한 병명이나 중후군을 말하는 것은 아니다¹⁾.

요각통에 대한 최초의 기록은 腰痛이라 하여 黄帝内經素問 氣交變大論²⁾에서 찾아볼 수 있으며, 그 후 巢元方³⁾이 腰脚痛十候論中 “腰脚疼痛候”로 지칭하여 처음으로 요각통을 기술하였다. 소원방 이후의 諸家들은 腰膀疼痛, 腰連膀痛, 腰腿痛, 腰脚疼痛 등으로 표현하였는데 모두 요각통의 범주에 들어간다고 할 수 있다⁴⁾⁻⁷⁾.

요각통의 원인에 대하여 巢³⁾는 腎氣不足而風邪所乘이라 하고, 謝⁸⁾는 寒氣痰濕 入於膀胱及膽 二經所致라하여 風寒濕三氣가 腎氣不足을 乘하여 膀胱經과 膽經에 침입한 것이 주된 것이라고 보았다. 서양의학적인 요각통의 원인에 대하여는 요추추간판탈출증이 대표적이며, 척추 전방전위증, 횡돌기의 假關節을 동반한 요추의 천추화, 골관절염 등으로 기인된다¹⁾.

요각통의 진단에 있어서 적외선체열촬영은 교감신경계의 혈관운동 활성도에 의해 조절되는 체표면의 온도를 측정하는 검사로서 통증 즉 신경계 질환, 혈관 질환, 근골격계 질환, 스포츠손상, 말초신경손상

등에 유용하게 활용할 수 있는 방법이다⁹⁾.

인체는 정상적으로 3~10 μ m의 파장을 가지는 적외선을 방출하며, 적외선 체열촬영은 이러한 적외선의 미묘한 온도차를 감지하여 이를 색깔로 나타내어 각 부위의 한열차를 시각적으로 나타내주는 것으로 한의학에서 감각적으로 파악해온 한열개념을 가시화하여 질병의 부위를 진단하고 임상적으로도 한열진단의 객관성 부여에 큰 도움을 줄 수 있을 것으로 생각된다^{10,11)}.

요각통의 치료는 보존적 요법과 수술적 요법으로 대별되며 한의학적인 치료방법으로는 침구요법, 약물요법, 물리요법 등의 방법이 주로 활용되고 있으며, 침구치료에는 체침, 사암침, 동씨침, 팔체질침 등의 다양한 침법 등이 활용되고 있는 추세다¹²⁾.

그중 중국의 董景昌氏가 창안한 동씨침법¹³⁾은 동통질환에 많은 효과를 나타내고 있어 임상가들이 많이 애용하고 있는 침법으로, 최근 이¹⁴⁾, 박¹²⁾, 하¹⁵⁾ 등은 요각통 환자의 치료에 있어서 동씨침을 응용하여 유의한 결과를 얻었다고 보고하였다.

이에 저자는 이러한 간단하고 비침습적이고도 요통의 진단 및 치료평가에 대하여 효과적일 것으로 사료되는 적외선 체열촬영을 실시하여 침치료시 체침과 동씨침을 병행하여 시술한 19례와 체침만을 시행한 환자 19례를 비교 고찰하여 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 관찰대상 및 치료방법

1. 관찰대상

2002년 6월부터 2003년 2월까지 요각통을 주소로 본원에서 치료받은 환자를 대상으로 침치료시 체침과 동씨침법을 병행하여 시행한 19례(A군)와 체침만을 시행한 19례(B군)를 대상으로 하였다.

2. 치료방법

A군은 1일 2회로 체침치료와 동씨침치료를 병행하고, B군은 1일 1회의 체침치료를 기본으로 하였으며, A군과 B군 모두 기본치료법으로 약물치료, 침상안정을 실시하였으며, 안정기에는 환자상태에 따라서 체조요법, 물리치료 등을 실시하였다. A군의 경우 동씨침만 시행하였을 때는 환자의 치료에 대한 만족도가 적어서 체침과의 병행이 불가피하였다.

1) 침치료

① 동씨침치료

동씨기혈침구학¹⁰⁾에 수록된 요각통에 이용되는 혈위 중 비교적 이용빈도가 높은 靈骨, 大白, 上白, 中白, 腕順 1, 2穴을 건측취혈하였고, 증상이 양측으로 나타날 경우 양측취혈하였다. 20~30분 유침하면서 動氣法을 시행하였다.

② 체침치료

요각통에 이용빈도가 높은 경혈들을 이용하였고 고¹⁾ 환자상태에 따라 경락의 유주에 의거하여 가감하였다.

· 기본취혈 : 腎俞, 志室, 氣海俞, 大腸俞, 環跳, 崑崙, 委中.

· 보조취혈 : 통증의 상태에 따라 환자의 방광경의 承山, 承筋, 申脈, 담경의 風市, 陽陵泉, 絕骨, 丘墟 등과 아시혈을 취혈하였다.

상기 경혈에 동방침구제작소 제품인 0.30×40mm의 1회용 호침을 사용하였고 자침깊이는 5~20mm로 하였으며 20~30분 유침하면서 환자의 상태에 따라 捻轉, 提插 등의 수기법을 시행하였다.

2) 약물치료

五積散과 獨活寄生湯을 기본방으로 두고 환자상태에 따라 처방을 선용하였다. 초기에는 活血通絡止痛하는 약물을 가미하고 후기에는 補肝腎, 強筋骨하는 약물을 가미하였다.

3) 침상안정

관찰대상이 되었던 전 환자에게 hard board를 침상 밑에 깔고 슬관절을 굴곡시킨 상태에서 무릎아래 베개로 고정시켜 요추압박을 덜게 하였다.

4) 물리치료

HP, ICT, US를 기본으로 환자의 상태에 따라 요추견인치료 및 레이저를 실시하였고 체조요법을 시행하였다.

5) 부항 및灸치료

환자의 상태에 따라 압통점에 습부항 또는 건부항 및 뜸을 1일 1회 시행하였다.

3. 환자상태의 평가

1) 적외선 체열촬영(DITI)

적외선 체열촬영은 컴퓨터 적외선 체열촬영장치(Digital Infrared Thermographic Imaging, Dorex, DTI-16UTI, USA)를 사용하였다. 검사는 외부로부터 빛과 열이 차단되고 습도가 낮으며 실내기류가 일정한 습도(60~65%), 항온(21~23℃)에서 실시하였으며 환자에게 검사 전 주의사항으로 시행 전 1시간 이내에 진통제 복용금지, 2시간 이내에 금연, 24시

간 이내에 음주 및 뜨거운 목욕물로 목욕 또는 근전도 시행금지, 1주일 이내 일광욕 금지 등을 지키도록 하여 가능한 여러 외적요인을 배제하여 검사의 정확도를 기하였고 검사실내에서 전신 탈의상태에서 15분간 실내온도에 적응하도록 한 후 시행하였다¹¹⁾.

DITI의 분석은 요부, 양하지부, 족저부를 촬영하여 요천골의 좌우 요부의 온도차를 비교하였고 둔부, 대퇴부, 하퇴부, 족저부 사진에서 각각 좌우의 온도차를 비교하였다. 온도차이의 기준은 대한체열학회와 Dr. Pierre. L.Leroy에 의해 작성된 표준도표를 참고하여 요천골부, 요부, 둔부, 하지부에서는 $\Delta T \geq 0.5$ 을, 족저부에서는 $\Delta T \geq 1$ 을 기준으로 유의성 있는 온도차로 삼았다⁷⁾.

2) 시각적 상사척도(VAS, visual analogue scale)¹⁶⁾

초기 입원환자의 통증을 10으로 하고 통증이 없는 상태를 0으로 지정하여 환자 스스로 통증지수를 표시하였고 호전도는 치료 전의 값과 치료 후의 점수차로 하였다.

3) 요통평가지수

여러 평가법 중에서 치료 전후의 숫자표기법이 보다 객관적인 측면이 있어 김¹⁷⁾ 등의 요통평가지수를 응용하였고 치료성적 판정기준은 치료전후의 점수를 다음과 같은 개선지수로 표현하였다.

$$\text{개선지수} = (\text{치료후 점수} - \text{치료전 점수}) / \text{치료후 점수}$$

4) 통계처리방법

통계처리는 SPSS(Statistical Program for Social Science)for window를 이용하였다. 모든 자료는 mean±SD로 나타내었고 ANOVA 분석방법을 사용하였다. 검정방법은 One-Way Analysis of Variance를 이용하여 p값이 0.05 이하인 경우 유의한 것으로 간주하였다.

III. 연구 결과

1. 성별 및 연령별 분포<Table 1>

전체 38명 중에서 체침과 동씨침법을 병행하여 시행한 A군은 남자가 10명, 여자가 9명이었고 이들의 평균연령은 46.3세이며, 체침만을 시행한 B군은 남자가 11명, 여자가 8명이었고 이들의 평균연령은 48.6세였다. 성별분포나 연령에 있어서 두 군간의 유의한 차이는 없었다.

2. 병력기간 및 치료기간 분포<Table 2, 3>

병력기간에 관하여 최¹⁸⁾ 등의 분류방법을 참조하여 1주 이내를 최급성기, 1주~1개월 이내를 급성기, 1~6개월을 아급성기, 6개월 이상은 만성기로 분류하였다. A, B군 각각 0.68%, 0.63%로 아급성기가 가장 많았다.

Table 1. Distribution of Sex & Age

		20~30	30~40	40~50	50~60	60~70	
A	M	1	3	3	1	2	10
	F	1	1	5	2	0	9
B	M	2	3	3	2	1	11
	F	0	2	3	3	0	8

Table 2. Distribution of History days

	A	B
Most Acute stage	2	2
Acute stage	3	2
Subacute stage	13	12
Chronic stage	1	3
Total	19	19

Table 3. Distribution of Admission days

	A	B
8~14 days	7	4
15~21 days	5	5
22~28 days	4	8
29~35 days	3	2
Total	19	19

3. 요통평가지수 및 VAS<Table 4>

환자의 치료기간을 고려하여 A군과 B군의 입원 2주 후의 개선지수와 시각적 상사척도를 비교하였다.

4. DITI 에 의한 부위별 온도 비교<Table 5, 6, Figure 1, 2, 3>

부위별 좌우 온도차는 건측과 환측의 온도차로써 A군의 경우 최급성기 2명, B군의 경우 최급성기 1명을 제외하고는 모두 환측이 저온을 나타냈다. A, B군을 요천골부, 둔부하지부, 족저부로 나누어 치료 전·2주후의 좌우 온도차이를 온도별로 환자수를 보았을 때 A군에서는 2주 치료후 부위별 온도증가가 각각 18명 19명 19명, B군에서는 17명 18명 19명이었다. A군의 치료전 좌우온도차이의 평균은 요천골부 0.81℃ 둔부하지부 0.65℃ 족저부 1.01℃였고, 치료후 평균은 요천골부 0.21℃ 둔부하지부 0.25℃ 족저부 0.40℃였다. B군의 치료전 좌우온도차이의 평균은 요천골부 0.76℃ 둔부하지부 0.53℃ 족저부 1.02℃였고, 치료후 평균은 요천골부 0.40℃ 둔부하지부 0.30℃ 족저부 0.56℃였다. 단, 온도차이기준²⁾을 요천골부 둔부 및 하지부에서는 $\Delta T \geq 0.5$, 족저부에서 $\Delta T \geq 1$ 을 기준으로 보았다.

5. AB군 호전도 비교<Table 7>

두 군간의 치료효과는 A군과 B군의 입원 2주 후의 개선지수와 시각적 상사척도를 비교하였으며, 비교

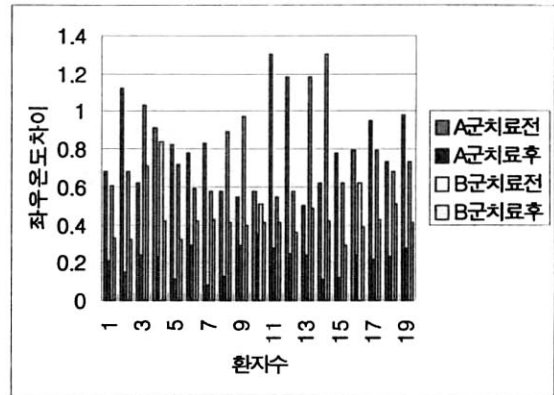


Figure 1. 요천골부 체열분포

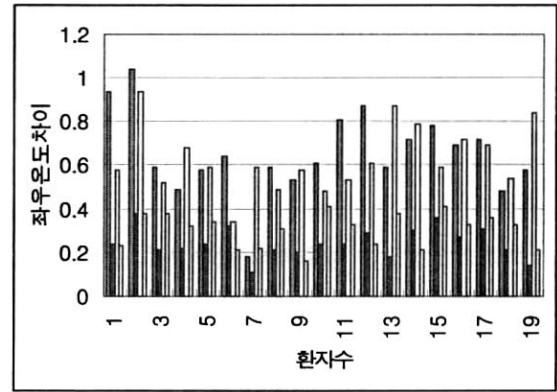


Figure 2. 둔부하지부 체열분포

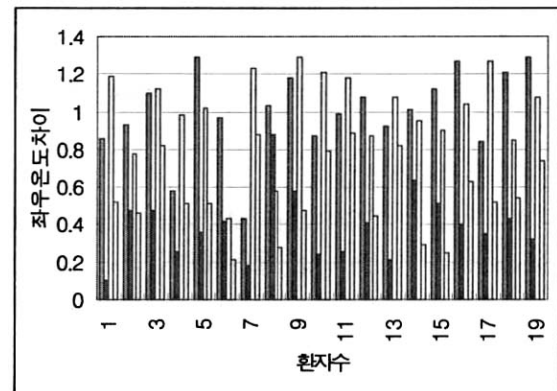


Figure 3. 족저부 체열분포

Table 4. Improvement Index & VAS of patients of 2 groups

	A Group						B Group					
	Improvement Index			VAS			Improvement Index			VAS		
	AD	2 weeks after	Index	AD	2 weeks after	Index	AD	2 weeks after	Index	AD	2 weeks after	Index
1	33	67	0.49	10	2	8	58	72	0.19	10	3	7
2	48	71	0.32	10	2	8	48	70	0.31	10	3	7
3	41	68	0.39	10	4	6	49	68	0.28	10	4	6
4	25	46	0.46	10	2	8	32	72	0.56	10	3	7
5	11	36	0.69	10	2	8	48	68	0.29	10	6	4
6	30	73	0.59	10	1	9	60	82	0.27	10	4	6
7	39	80	0.51	10	2	8	23	67	0.66	10	2	8
8	42	66	0.36	10	1	9	54	68	0.21	10	3	7
9	55	78	0.29	10	4	6	49	65	0.25	10	5	5
10	28	63	0.56	10	2	8	56	68	0.18	10	4	6
11	50	75	0.33	10	1	9	55	74	0.26	10	4	6
12	44	80	0.45	10	2	8	48	71	0.32	10	3	7
13	18	32	0.44	10	3	7	46	72	0.36	10	4	6
14	53	74	0.28	10	4	6	32	68	0.53	10	2	8
15	30	73	0.59	10	1	9	49	70	0.30	10	4	6
16	33	70	0.52	10	3	7	48	68	0.29	10	3	7
17	34	62	0.45	10	5	5	52	75	0.31	10	3	7
18	56	79	0.29	10	3	7	62	74	0.16	10	5	5
19	31	50	0.38	10	2	8	61	67	0.09	10	4	6

Table 5. Thermal difference by Digital Infrared Thermographic Imaging

부 위	A Group						B Group					
	요 천 부		둔부하지		족 저 부		요 천 부		둔부하지		족 저 부	
	전*	후**	전	후	전	후	전	후	전	후	전	후
온 도												
0~0.29	0	15	1	14	0	6	0	1	0	7	0	4
0.3~0.49	0	3	2	5	1	10	0	16	3	11	1	3
0.5~0.69	8	1	10	0	1	3	10	1	11	1	1	6
0.7~0.99	9	0	5	0	7	1	6	1	5	0	6	6
1 이상	3	0	1	0	10	0	3	0	0	0	11	0
합 계(명)	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19

* 치료 전 ** 치료 후

Table 6. The mean of thermal difference

부 위	A Group						B Group					
	요 천 부		둔부하지		족 저 부		요 천 부		둔부하지		족 저 부	
	전*	후**	전	후	전	후	전	후	전	후	전	후
평균†	0.81	0.21	0.65	0.25	1.01	0.40	0.76	0.40	0.53	0.30	1.02	0.56

* 치료 전 ** 치료 후

†평균 : A, B Group간 부위별 좌우온도차이의 평균

Table 7. Comparison of Improvement Index, VAS, DITI of 2 groups

	The number of patients	Improvement Index*	Visual Analogue Scale*	Lumbosacral TD*†	Buttock & thigh TD*†	Plantar TD*†
Group A	19	0.4442±0.1165	7.4737±1.1239	0.5795±0.2418	0.4100±0.1487	0.6032±0.2243
Group B	19	0.3061±0.1402	6.3684±1.0116	0.3468±0.1999	0.3268±0.1622	0.4453±0.1791
P-Value		0.002	0.003	0.003	0.108	0.022

* Mean±S.D.

†TD : Thermal Difference

결과 개선지수(P=0.002)와 시각적 상사척도(P=0.003)로 A군이 통계적으로 유의하게 호전도가 높은 것으로 나타났다. 또한 치료 전후의 온도차에 있어 요천부와 족저부의 치료전후의 온도차만이 통계적으로 유의하였고(P=0.003, 0.022), 둔부하지부의 온도차는 유의한 결과를 내지 못했다.(P=0.108)

IV. 고 찰

인간은 직립보행을 하므로 일생 동안 60~90%가 요통을 경험하며 40%가 하지방사통을 호소한다. 요추는 다른 척추와 비교하여 체중을 지지하는데 수반한 긴장과 압박을 가장 많이 받으며, 운동범위가 넓고 근육발달도 타부위보다 월등하므로 손상과 변성

의 기회도 그만큼 많으며, 특히 요통은 통증질환 중 가장 많은 질병의 하나로 현재 이 순간에도 20~30%의 사람이 고통받고 있다고 보고되고 있다¹²⁾.

요각통이란 요부에서 요천관절 및 천장관절까지의 부위에連하여 하지에 나타나는 동통의 총칭으로¹⁾ 黃帝內經素問 氣交變大論²⁾에 “臧水不足……民病腹滿 身重濡泄 寒瘍流水 腰膝痛發”이라 표현되었고,巢元方³⁾의 腰脚痛十候論中 “腰脚疼痛候”로 요각통이 기술된 이래, 腰膝疼痛 腰連膝痛 腰腿痛 腰脚痛 腰脚疼痛 등으로 표현되었다^{4)~7)}.

요각통의 서양의학적인 개념은 요추추간판탈출증, 척추 전방전위증, 횡돌기의 假關節을 동반한 요추의 천추화, 골관절염 등이 있다¹⁾.

요각통 환자의 진단에 있어서 컴퓨터적외선체열촬영장치(Digital Infrared Thermographic Imaging, DITI)는 보다 정확하고 객관적으로 환자의 증상을

표현해 주고, 많은 정보를 제시해 줄 수 있기 때문에 가치가 높다. 통증이나 질병 등 신체에 이상이 생기면 자율신경계에 영향을 주어 병변부위 및 자율신경의 영향을 미치는 원위 부위에 미세 혈관의 변화를 초래하게 되고, 이러한 변화가 인체의 체표면에 발산되는 눈에 보이지 않는 열선 방사에 변화를 일으켜 정상보다 온도가 증가하거나 감소하게 되고, DITI는 자율신경계에 의해 조절되는 피하의 말초 혈관의 확장이나 수축의 변화에 따른 피부의 온도 변화를 측정할 수가 있다^{7),19),20)}.

한의학에서 체온의 내부적인 조절과 평형은 腎水와 心火의 昇降既濟관계가 담당하며 榮衛氣의 순환을 통하여 전신피부의 온양과 조절이 이루어지고 榮氣의 성쇠는 체온의 형성에 중요한 관건이 된다. 이런 체온의 변화가 질병의 유무와 진퇴를 판단하는 중요한 지표가 되어 왔던 것이다^{11),21)}. 체표온도를 측정하는 의의는 비교적 천층의 혈관과 신경의 변화에 의하여 나타나는 온도의 변화를 통하여 통증부위나 염증의 상태, 암종의 유무, 근골격계의 이상을 감지할 수 있다는 데 있다²²⁾.

그 진단적 가치는 이²³⁾ 등의 정상인 합곡자침을 통한 합곡과 곡지의 온도변화를 관찰한 것과 김²⁴⁾ 등의 구안와사 환자의 안면을 체열촬영하여 치료후 체열편차가 감소함을 증명한 것 등에서 볼 수 있다.

또한 적외선 체열 촬영의 장점은 환자가 편안히 검사를 받을 수 있고 방사선 노출의 위험성이 없고 결과를 쉽게 분석할 수 있다는 것이다. 더욱이 적외선 체열 촬영은 인체의 표면에 자극을 주지 않는 비침습적인 방법이며 촬영이 매우 간단하다. 검사는 외부로부터 빛과 열이 차단되고 습도가 낮으며 실내기류가 일정한 습도(60~65%), 항온(21~23℃)에서 실시하였으며 환자에게 검사전 주의 사항으로 시행전 1시간 이내에 진통제 복용금지, 2시간이내에 금연, 24시간 이내에 음주 및 뜨거운 목욕물로 목욕 또는 근전도 시행금지, 1주일 이내 일광욕 금지 등을

지키도록 하여 가능한 여러 외적요인을 배제하여 검사의 정확도를 기하였고 검사실내에서 전신 탈의상태에서 15분간 실내온도에 적응하도록 한 후 시행하였다¹¹⁾.

DITI의 분석은 요부, 양하지부, 족저부를 촬영하여 요천골의 좌우 요부의 온도차를 비교하였고 둔부, 대퇴부, 하퇴부, 족저부 사진에서 각각 좌우의 온도차를 비교하였다. 온도차이의 기준은 대한체열학회와 Dr. Pierre. L.Leroy에 의해 작성된 표준도표를 참고하여 요천골부, 요부, 둔부, 하지부에서는 $\Delta T \geq 0.5$ 을, 족저부에서는 $\Delta T \geq 1$ 을 기준으로 유의성 있는 온도차로 삼았다⁷⁾.

요부에 있어서 적외선 체열촬영의 정상소견은 좌우가 비슷한 대칭을 보이며 고온현상이 대칭적으로 극돌기를 따라 선상으로 있으며 대개 4~5요추부위에서 끝이 나며, 이런 체열촬영은 뺨어나가지 않으며 완만하고 둥글거나 점상의 끝을 보여준다²¹⁾.

적외선 체열촬영의 비정상적인 소견은 요추, 천추 신경 이상시에는 특징적인 체열분포의 비정상적인 양상이 나타나며 신경통, 다발성 신경통인 경우 부분적으로 또는 불완전하게 나타난다. 중추신경 손상시에는 손상받은 중추신경의 level 이하는 저온현상이 나타나며 그 부위의 level 이상은 고온현상이 나타나고, 근막 통증 증후군 또는 골격계 근육 위축시는 국소적으로 또는 여러 부위에 지협적인 고온현상이 나타나며, 관절 질환시에는 급성기에 국소적으로 고온현상을 보이고, 만성기에는 저온현상을 보인다고 한다²⁵⁾.

요각통의 치료는 보존적 요법과 수술적 요법으로 대별되며 한의학적인 치료방법으로는 침구요법, 약물요법, 물리요법 등의 방법이 주로 활용되고 있으며, 침구치료에는 체침, 사암침, 동씨침, 팔체질침 등의 다양한 침법 등이 활용되고 있는 추세다¹²⁾.

그중 중국의 董景昌氏가 창안한 동씨침법¹³⁾은 동통질환에 많은 효과를 나타내고 있어 임상가들이 많

이 애용하고 있는 침법으로, 최근 이¹⁴⁾, 박¹²⁾, 하¹⁵⁾ 등은 요각통 환자의 치료에 있어서 동씨침을 응용하여 유의한 결과를 얻었다고 보고하였다.

이 동씨침법은 자침시술이 간편하고 실용적이며 또 遠隔에 있는 穴位를 취혈하는데 이것은 병변부위를 안마하거나 자유로이 움직일 수 있도록 하기 위함이며 인체의 자연적 저항력과 상대적 평형을 이용하여 巨刺法을 주로 사용하는 것이 가장 큰 특징으로 건측을 자침하며 자침후 痠, 麻, 脹, 전기감 등의 감각이 있으면 得氣가 된 것으로 염전하면서 환자의 환부를 움직이게 하는 動氣法을 쓴다¹⁴⁾.

요각통에 사용한 동씨기혈에 대해 살펴보면 靈骨穴은 手背側 제 1 中手骨과 제 2 中手骨의 연결부의 직하 함몰부에 위치하며 요각통, 반신불수, 배통, 편두통을 치료하고, 大白穴은 手背側 제 1 中手骨과 제 2 中手骨의 중간함몰부로 이는 正經에 있어서 수양명대장경의 二間穴과 같은 위치이며 小兒氣喘, 고열, 좌골신경통 등을 치료하며, 上白穴은 手背側 제 2 中手骨과 제 3 中手骨間으로 결막염, 좌골신경통 등을 치료하고, 中白穴은 手背側 제 4 中手骨과 제 5 中手骨間으로 正經에서 수소양삼초경의 中渚穴과 같은 위치로 요각통, 배통, 사지부종 등을 치료하고, 婉順 1, 2穴은 소지측 적백육제상의 손목횡문에서 전방으로 1.5寸과 2.5寸에 있는데 요각통, 배통 등을 치료한다고 하였다^{13), 14)}.

이상과 같은 근거에서 靈骨, 大白, 上白, 中白, 婉順 1, 2穴을 요각통 치료에 選穴하였다.

이에 저자는 이러한 간단하고 비침습적이고도 요통의 진단 및 치료평가에 대하여 효과적일 것으로 사료되는 적외선 체열촬영을 실시하여 침치료시 체침과 동씨침을 병행하여 시술한 환자 19례와 체침만을 시행한 환자 19례를 비교 고찰하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

연구대상은 2002년 6월부터 2003년 2월까지 요각통을 주소로 본원에서 치료받으신 환자로서 전체

38명 중에서 체침과 동씨침법을 병행하여 시행한 A군은 남자가 10명, 여자가 9명이었고, 체침만을 시행한 B군은 남자가 11명, 여자가 8명으로 성별분포나 연령에 있어서 두군간의 유의한 차이는 없었다.

병력기간에서는 A, B군 모두 아급성기가 13, 12례로 가장 많았고 평균입원기간은 A군은 20.8일, B군은 25.3일이었다.

호전도에 있어서 치료 2주 후 요통평가지수는 A군이 0.4442 ± 0.1165 , B군이 0.3061 ± 0.1402 ($P=0.002$)이고 시각적상사척도는 A군이 7.4737 ± 1.1239 , B군이 6.3684 ± 1.0116 ($P=0.003$)이다. 비교 결과 A군이 통계적으로 유의하였다.

온도차에 있어서는 최급성기가 가장 크고, 그후에는 병력기간이 길어질수록 온도차가 심해졌다. 치료 전·2주 후 온도차에서 A군의 치료전 평균온도차는 요천부 $0.7926 \pm 0.2404^{\circ}\text{C}$ 둔부하지부 $0.6542 \pm 0.1901^{\circ}\text{C}$ 족저부 $0.9984 \pm 0.2267^{\circ}\text{C}$ 였고, 치료 후 평균온도차는 각각 0.2131 ± 0.0753 , 0.2442 ± 0.0699 , $0.3952 \pm 0.1820^{\circ}\text{C}$ 였으며, B군의 치료전 평균온도차는 요천부 $0.7616 \pm 0.2219^{\circ}\text{C}$ 둔부하지부 $0.6300 \pm 0.1499^{\circ}\text{C}$, 족저부 $1.003 \pm 0.0302^{\circ}\text{C}$ 였고, 치료 후 평균온도차는 각각 0.4147 ± 0.0903 , 0.3032 ± 0.0783 , $0.5574 \pm 0.2165^{\circ}\text{C}$ 였다. 요천부 온도차와 족저부온도차는 A군이 통계적으로 유의한 결과가 나왔지만 ($P=0.003$, 0.022), 둔부하지부의 온도차는 통계적으로 유의하지 않았다. ($P=0.108$)

둔부하지부의 온도차가 유의한 결과를 내진 못했지만 A, B군간 요각통환자의 병력기간 및 통증의 정도와 치료판정에 적외선 체열촬영이 어느 정도 유의성이 있었음을 알 수 있었다.

이로써 요각통의 치료에 있어서 체침만을 사용하는 것보다 체침과 동씨침을 병용하는 것이 증상의 호전 및 치료기간의 단축에 효과적임을 알 수 있었다. 다만, 동씨침 단독치료와 체침치료와의 효과비교에 대해 임상적으로 더 유의한 효과가 있는지는 계속적

인 연구가 필요할 것으로 사료되며, 효과 판정에 있어서도 적외선체열촬영, 요통평가지수, VAS 및 보다 나은 객관적으로 가시화할 수 있는 진단에 대한 발전과 다양한 치료법에 대한 많은 임상적인 연구가 필요하다고 사료된다.

V. 결 론

2002년 6월부터 2003년 2월까지 요각통을 주소로 원광대학교 부속 한방병원에서 치료받으신 환자 38례중 체침과 동씨침을 병행하여 시술한 환자 19례(A군)와 체침만을 시행한 환자 19례(B군)를 대상으로 입원 2주 후 요통개선지수와 시각적 상사척도(VAS) 및 적외선체열촬영을 이용하여 호전 정도를 비교하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 요통평가지수는 A군이 0.4442 ± 0.1165 이고, B군이 0.3061 ± 0.1402 ($P=0.002$)이다.

2. 시각적 상사척도는 A군이 7.4737 ± 1.1239 , B군이 6.3684 ± 1.0116 ($P=0.003$)이다.

3. 적외선 체열촬영상 치료전·2주 후 온도차에 서, 요천부온도차와 족저부온도차는 A군이 통계적으로 유의한 결과가 나왔지만 ($P=0.003, 0.022$), 둔부 하지부의 온도차는 A군의 통계적 유의성이 보이지 않았다. ($P=0.108$)

VI. 참고문헌

1. 전국한의학대학교 침구학교실. 침구학. 집문당. 1993

: 1243-61.

2. 장마합주. 황제내경소문. 성보사. 1975 : 562.
3. 소원방. 소씨제병원후론. 소인출판사. 1975 : 5.
4. 왕도. 외대비요. 성보사. 1975 : 453-4.
5. 양계주. 침구대성. 행림서원. 1975 : 55.
6. 장중정. 유문사친. 천경당서국. 1975 : 141.
7. 김동일, 조명재, 박쾌환. 적외선체열촬영 분석을 통한 요각통 환자의 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2000 : 17(3) : 199-207.
8. 사관. 중국의학대사전. 김영출판사. 1977 : 83, 3590.
9. Abernhty. M, Uematus.S. Medical themology.1. Hanover : American Academy of The mology.1986 : 1-5.
10. 김정수, 최승훈, 안규석. 남자 고교생 체간전면의 적외선 체열촬영 유형분류에 관한 연구. 대한한의학회지. 1994 : 15(1) : 37-43.
11. 진재도, 한무규, 이정훈, 이승우, 한상원. 적외선 체열촬영을 이용한 요통환자의 임상적 관찰. 대한침구학회지. 2001 : 18(4) : 22-31.
12. 박현선, 이병렬. 동씨침을 이용한 요각통 환자의 운동제한 개선에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1997 : 14(2) : 15-34.
13. 양유걸. 동씨기혈침구학. 지원서국. 1992 : 4, 5, 25, 30-34.
14. 이병렬. 동씨침법을 이용한 요각통 환자 20례의 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1996 : 13(1) : 214-24.
15. 하치홍, 한상균, 박춘하, 조명래, 배은정, 신영일, 양기영, 황규정, 이현, 이병렬. 요각통환자의 동씨침 병행시술이 통증감소에 미치는 영향에 대한 임상고찰. 대한침구학회지. 2002 : 19(1) : 92-99.
16. 왕진만, 김동준. Visual Analogue Scale(VAS)을 이용한 동통평가의 유용성. 대한척추외과학

- 회지. 1995 : 2(2) : 177-82.
17. 김남현, 이환모. 요통치료의 평가지수. 대한정형외과학회지. 1990 : 25(3) : 927-32.
 18. 최용태. 침구과 영역에 있어서 요통증의 치료 효과에 관한 임상적 연구. 경희대학교 30주년 기념논문집. 1979 : 9 : 883-902.
 19. 조영은. 다발성 요추간판탈출증에서의 컴퓨터 적외선 전신체열촬영의 진단적 가치. 대한신경외과학회지. 1998 : 27 : 237-45.
 20. 전세일, 박은숙, 이창현. 정상 성인에서 컴퓨터 적외선 체열촬영 검사에 의한 체표온도측정. 대한재활의학회지. 1995 : 19(2) : 425-9.
 21. 김이화, 박동석, 송병철. 적외선 체열 촬영법의 기전과 진단적 가치에 대한 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1995 : 12(1) : 195-7.
 22. 김영수, 조용은, 오성훈. 요추간판탈출증환자에서 컴퓨터 적외선 전신체열 촬영의 의의. 대한신경외과학회지. 1990 : 19 : 1303-13.
 23. 이상훈, 이재동, 이윤호. 적외선체열촬영을 이용한 정상인의 합곡혈 자침시 피부온도 변화 관찰, 대한침구학회지. 1995 : 12(2) : 49-64.
 24. 김경호, 임성우. 구안와사의 적외선체열진단에 관한 임상고찰. 한의정보학회지. 1996 : 2(1) : 54-74.
 25. 권기록, 고흥균. 적외선 체열 측정 영상의 한방 임상 응용을 위한 표준화 연구 I. 대한침구학회지. 1996 : 13(2) : 8-9.