

원저

腰痛 및 腰脚痛 환자에 있어 藥鍼治療의 호전도에 대한 임상적 고찰

위통순 · 이동현* · 김효수**

* 동신대학교 한의과대학 침구과

** 동신대학교 한의과대학 사상체질학과

The Clinical Studies about improvement rate in managing patients who had lumbago and pain in loin & feet with herbal-acupuncture therapy

Wei Tung-Shuen · Lee Dong-Hyun* · Kim Hyo-Soo**

* Department of Acupuncture & Moxibustion College of Oriental Medicine, Dong-Shin University

** Department of Sasang Constitutional Medicine College of Oriental Medicine, Dong-Shin University

Abstract

Objectives : The purpose of this study is to compare the improvement rate in managing patients who had lumbago and pain in loin & feet by herbal-acupuncture therapy with conservative treatment.

Methods : 40patients who invited from March. 2003 to May. 2004 with lumbago and pain in loin & feet inve, were divided into two classes. A class was managed with conservative treatment(acupuncture, herb med, negative therapy, bed rest and physical therapy) and herbal-acupuncture therapy, the other class was managed with conservative treatment only. Two classes were distributed by sex and age, therapeutic periods, radiographic results and therapeutic results that checked with VAS(visual analog scale) and ODI(Oswestry disability index).

Results : According to VAS and ODI results, A class was managed with conservative treatment and herbal-acupuncture therapy shows the improvement in controlling the pain of lumbago etc. comparing with the other class.

Key words : Lumbago(腰痛), Pain in loin & feet(腰脚痛), Herbal-acupuncture therapy(藥鍼療法)

1. 緒 論

腰痛은 인체에 고통을 주는 모든 요인들 중에서 가장 많은 부분을 차지하고 있는 질환으로 腰部 및 下肢에 나타나는 疼痛을 總稱한다¹⁾. 즉, 腰痛은 신체 뒤쪽의 제

12肋骨과 後腸骨稜 사이의 통증을 지칭하는 동시에 兩側下肢의 방산통과 함께 감각이상과 근력 감소 등의 신경증상도 포함하는 광범위한 통증의 집합체인 것이다. 한의학적으로 腰痛은 腰背痛, 腰骶痛, 腰脚痛 등을 포함하고 있다²⁾.

일상생활에서는 腰痛과 腰脚痛이 흔히 혼용되어 쓰이고 있다. 腰部란 “膀之上 脇之下 爲腰”³⁾라 하며, 제2 및 제3腰椎間으로부터 腰薦관절 및 腸薦관절까지의 부위를 일컫는다⁴⁾. 腰痛은 腰部에 나타나는 諸痛症을 일

* 교신저자 : 위통순, 전남 순천시 조례동 1722-9번지
동신대부속순천한방병원 침구과
(Tel. 061-729-7133, E-mail : tiger-tung@hanmail.net)

괄하여 사용하는 용어로서 단순히 증상을 표현한 것이며, 腰脚痛은 腰部에 연하여 下肢部에 나타나는 疼痛의 총칭으로 대개 腰痛과 下肢放散痛이 동시에 나타나지만, 이학적 검사 및 요추추부 X-선 촬영소견상 요추추부의 기질적 변화에 기인된 동통으로 인정되는 下肢痛도 腰脚痛이라 칭한다. 이들 모두는 단순한 증상을 표현할 뿐 어떤 특정 병명이나 증후군을 말하는 것은 아니다⁷⁾.

腰脚痛은 서의학적으로 좌골신경통에 상이하며 동양 의학의 문헌에서는 腰脚痛의 언급을 찾기가 어렵다. 腰痛 및 좌골신경통은 운동기 질환 중 흔히 볼 수 있는 질환⁸⁾으로 그 원인에 대해서 Mixer와 Barr⁹⁾는 추간관 탈출이 중요한 원인이라고 보고하였고, 우리나라에서도 腰痛을 유발시키는 원인은 요추간관 탈출증이 대부분을 차지하며 대부분에서 腰痛과 下肢痛이 동시에 나타난다고 보고하였다⁷⁾.

한의학에서 腰痛치료는 보존적 요법에 해당하는 것으로 변증에 따른 한약치료, 침구치료, 물리치료, 추나치료, 전침치료, 운동요법 등이 있으며 침치료법에도 솜岩鍼, 頭鍼, 耳鍼, 手指鍼, 手鍼, 足鍼, 藥鍼 등의 新鍼療法도 시행되고 있다.

新鍼療法 중 水鍼치료법이라고 하는 藥鍼療法은 인체의 질병에 대하여 가장 치료율이 높을 수 있는 약물을 선정하여 유효성분을 추출한후 약물을 해당 질병에 가장 효과적으로 작용할 수 있는 경혈 또는 통처에 주입하는 방법으로서 經絡經穴의 치료작용과 약물의 약리작용을 혼합한 치료방법이다⁹⁾.

藥鍼療法을 사용한 연구는 金¹⁰⁾은 酸棗仁, 朴¹¹⁾은 紅花, 川練, 姜¹²⁾은 大戟, 朴¹³⁾은 當歸, 李¹⁴⁾는 人蔘, 宋¹⁵⁾은 丹蔘, 李¹⁶⁾는 防風, 金¹⁷⁾은 鹿茸, 高¹⁸⁾는 理中湯水鍼이 각각 鎮痛효과가 있었다고 밝히고 있으며 약침학회에서 공급하는 약침제제의 鎮痛효과에 대한 실험연구로 崔¹⁹⁾등은 手足藥鍼자극이 급성 독성 및 효능에 미치는 영향에서 5종 약침제제(V, OK, HO, I, B)에 모두 鎮痛효과가 있다고 하였다.

이에, 저자는 腰痛 및 腰脚痛 환자에 대하여 약침학회에서 공급하는 약침제제를 사용하여 치료해 본 바 다음과 같은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 연구방법

1. 연구대상

2003년 3월부터 2004년 5월까지 腰痛 및 腰脚痛을 주소증으로 동신대학교 부속순천한방병원에 입원한 40명의 환자중 보존요법(침구치료, 약물치료, 부항요법, 침상안정, 물리치료)에 약침치료를 한 환자 20명(약침치료군)과 약침치료를 하지 않은 환자 20명(비약침치료군)을 분류하여 그 치료 성적을 비교하였다.

2. 연구방법

腰痛 및 腰脚痛 환자의 성별 및 연령별 분포, 병력기간 및 입원기간별 분포, 방사선 소견별 분포, 치료성적 등을 조사관찰하였다.

1) 병력기간별 판정기준

병력기간에 관하여 최²⁰⁾ 등의 분류방법을 참조하여 1주 이내를 최급성기, 1주~1개월 이내를 급성기, 1~6개월을 아급성기, 6개월 이상은 만성기로 분류하였다.

2) 방사선 소견별 분류

腰痛의 진단은 요추부위 단순 방사선 촬영 및 CT, MRI 촬영 등에 의하여 HNP, spondylosis, comp. fx., osteoporosis, 기타로 분류하였다.

3) 치료성적의 판정기준

① 시각적 통증 등급(Visual analog scale 이하 VAS)²¹⁾
초기 입원 당시의 통증을 10으로 하고 통증이 없는 상태를 0으로 지정하여 환자 스스로 매일 통증지수를 표기하였고, 호전도는 입원 당시 값과 퇴원시의 점수로 하였다.

② Oswestry disability index(이하 ODI)²²⁾

ODI는 환자에 의해 작성되는 선다형 설문으로서 일상생활의 각각의 동작과 관련된 10개의 항목으로 구성되어 있다. 각 항목에서는 일상생활의 장애를 0~5점으로 6가지 단계로 기술한다. 이 방법은 腰痛을 평가하는데 기능적인 상태를 수치로 나타낸 것이다. 치료성적의 판정기준으로는 치료 전후의 점수를 다시 다음과 같은

개선지수로 표현하였다.

$$\text{개선지수} = (\text{치료후점수} - \text{치료전점수}) / \text{치료후점수}$$

4) 통계처리 방법

통계처리는 SPSS(Statistical Program for Social Science) for window를 이용하였다. 모든 자료는 mean±SD로 나타내었고 VAS상 호전도와 ODI 지수는 independent T-test를 시행하여 p값이 0.05 미만인 경우 유의한 것으로 간주하였다.

3. 치료방법

약침치료군은 약침치료, 침구치료, 약물치료, 부항요법, 물리치료, 침상안정을 실시하였고, 비약침치료군은 약침을 제외한 모든 치료를 동일하게 시행하였다.

1) 약침치료

약침을 통증 및 경결 등을 호소하는 부위 및 주위 국부 經穴과 經絡上 치료혈을 취하여 1ml 일회용 주사기(주사침 26gauge, 녹십자·의료공업사·한국)를 사용하여 0.5~1.0cm 깊이로 총 0.4~1.0ml 정도 시술하였다. 시술회수는 2일 간격으로 1주일에 3회 정도 환자의 상태에 따라 반복적으로 시술하였다. 약침은 潤劑중 鹿茸(냉장보관하였음)를 위주로 발병초기에는 活血通絡止痛하는 溫性瘀血 및 中性瘀血을, 후기에는 補腎陰·腎陽하는 腎陰虛, 腎陽虛를 동시에 시술하였다. 취혈은 주로 腎俞, 志室, 氣海俞, 大腸俞, 壓通點 등을 선정하였다.

2) 침치료

腰痛 및 腰脚痛에 이용빈도가 높은 經穴들을 이용하였고¹⁾, 환자의 상태에 따라 經絡의 流走에 의거하여 加減하였다.

- 기본취혈 : 腎俞, 志室, 氣海俞, 大腸俞, 環跳, 崑崙, 委中.
- 보조취혈 : 통증의 상태에 따라 환자의 膀胱經의 承山, 承筋, 申脈, 膽經의 風市, 陽陵泉, 絕骨, 丘墟 등과 阿是穴을 취혈하였다.

상기 經穴에 동방침구제작소 제품인 0.30×40mm의 1

회용 毫鍼을 사용하고 자침깊이는 5~20mm로 하였으며 15~25분간 留鍼하면서 환자의 상태에 따라 捻轉, 提插 등의 수기법을 시행하였다.

3) 약물치료

약물치료는 환자의 상태에 따라 변증시치하여 標本緩急의 원리에 따라 초기에는 活血通絡止痛, 行氣血의 요법으로 痛症緩和에 중점을 두었고 후기에는 強筋骨, 補肝腎, 補血益氣의 기본치료에 따라 처방하였다.

4) 물리치료

거동이 불편한 경우는 병실에서 Hot-pack, TENS, Ultrasound를 시행하였고, 보행이 가능한 경우는 물리치료실에서 Hot-pack, TENS, Ultrasound, Microwave, ICT 등과 환자의 상태에 따라 요추견인치료를 시행하였다.

5) 부항 및灸요법

손상부위 및 국소 통증부위, 경결부위 등에 1일 1회 견부항 또는 습부항을 督脈線과 膀胱經線상의 腰背部에 시술하였으며, 腎俞에 1일 1회 溫灸를 시행하거나 腰部경혈에 직접구를 시행하였다.

6) 침상안정

급성기에는 절대적 침상안정을 시켜 환자의 상태에 따라 hard board를 깔고 仰臥屈膝자세나 側臥屈膝자세를 취하도록 하였으며 통증이 감소되어 거동이 가능하면 어느 정도 座位 및 步行을 하도록 하고 상태에 맞는 腰痛체조를 시행하였다.

III. 연구결과

1. 성별 및 연령별 분포

약침치료군은 남자가 10명, 여자가 10명이었고 이들의 평균연령은 45.6세이며, 비약침치료군은 남자가 6명, 여자가 14명이었고 이들의 평균연령은 49.1세였다.

2. 병력기간별 및 입원기간별 분포

약침치료군은 최급성기가 13명, 급성기 4명, 아급성기 3명이었고, 비약침치료군은 최급성기가 12명, 급성기 4명, 아급성기 3명, 만성기 1명이었다.

표 1. 성별 및 연령별 분포

		20대 이하	30대	40대	50대	60대	
비약침 치료군	M	1	1	3	0	1	20
	F	1	2	3	4	4	
약침 치료군	M	3	2	2	2	1	20
	F	2	2	1	2	3	

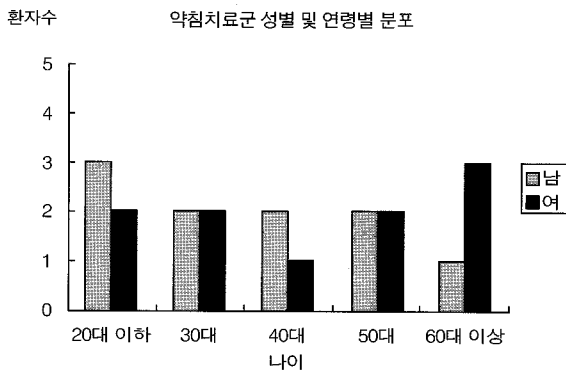
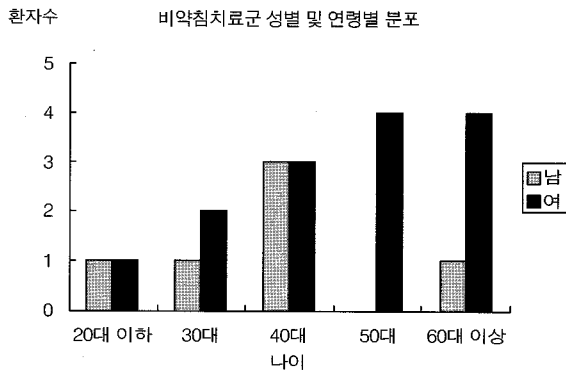
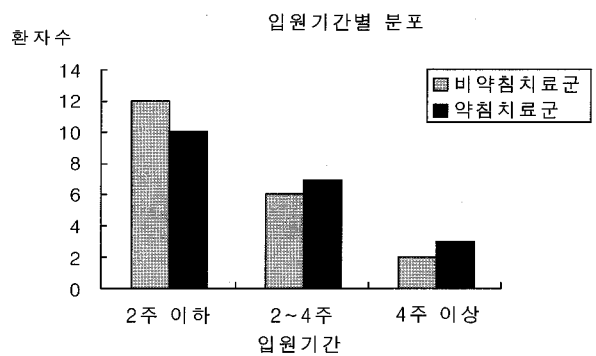
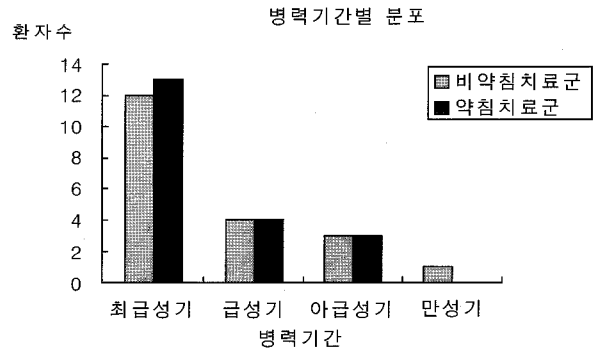


표 2. 병력기간별 분포

	최급성기	급성기	아급성기	만성기	계
비약침치료군	12	4	3	1	20
약침치료군	13	4	3	0	20

표 3. 입원기간별 분포

	2주 이하	2주~4주	4주 이상	계
비약침치료군	12	6	2	20
약침치료군	10	7	3	20



3. 방사선 소견별 분포

방사선 소견상 약침치료군의 경우 HNP가 9예(45%)로 가장 많았으며, 그 밖에 spondylosis가 1예(5%), comp. fx.가 3예(15%), osteoporosis가 1예(5%), 기타가 6예(30%)였다. 비약침치료군의 경우 spondylosis가 7예(35%)로 가장 많았으며, HNP가 2예(10%), spondylosis가 7예(35%), comp. fx., osteoporosis 가 각 3예(15%), 기타가 5예(25%)였다.

표 4. 방사선 소견별 분포

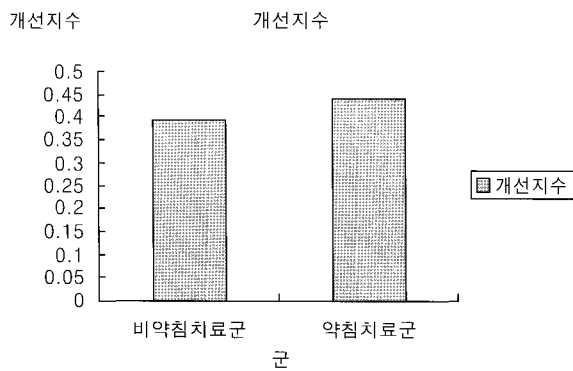
	HNP	spondylosis	comp. fx.	osteoporosis	기타	계
비약침치료군	2	7	3	3	5	20
약침치료군	9	1	3	3	1	20

4. 시각적 상사척도(VAS)와 Oswestry disability index(ODI)

비약침치료군과 약침치료군의 입원시와 퇴원시의 시각적 상사척도와 ODI 개선지수를 비교하였다.

표 5. 시각적 상사척도(VAS)와 Oswestry disability index(ODI)

	비약침치료군						약침치료군					
	VAS			ODI			VAS			ODI		
	입원시	퇴원시	차이값	입원시	퇴원시	개선지수	입원시	퇴원시	차이값	입원시	퇴원시	개선지수
1	10	4	6	17	32	0.469	10	4	6	15	29	0.483
2	10	6	4	21	33	0.364	10	4	6	11	27	0.5
3	10	6	4	21	32	0.343	10	4	6	15	25	0.4
4	10	5	5	16	26	0.385	10	3	7	21	35	0.4
5	10	5	5	20	33	0.394	10	2	8	14	32	0.563
6	10	4	6	16	27	0.407	10	6	4	18	28	0.357
7	10	5	5	17	29	0.414	10	3	7	18	41	0.561
8	10	4	6	17	28	0.392	10	4	6	18	34	0.471
9	10	5	5	15	24	0.375	10	4	6	28	47	0.404
10	10	5	5	21	35	0.4	10	3	7	18	37	0.514
11	10	4	6	20	31	0.355	10	4	6	20	37	0.459
12	10	4	6	12	23	0.478	10	5	5	22	38	0.421
13	10	5	5	16	26	0.385	10	6	4	17	28	0.393
14	10	4	6	20	32	0.375	10	4	6	28	41	0.317
15	10	6	4	19	29	0.345	10	2	8	22	43	0.488
16	10	4	6	18	28	0.357	10	4	6	16	27	0.407
17	10	7	3	17	31	0.452	10	2	8	30	50	0.4
18	10	5	5	18	29	0.379	10	5	5	19	28	0.321
19	10	4	6	22	35	0.371	10	4	6	20	35	0.429
20	10	5	5	16	26	0.385	10	3	7	13	26	0.5



5. 두 군간의 호전도 비교

두 군간의 치료 효과는 A군과 B군의 시각적 상사척도와 퇴원시의 ODI 개선지수를 비교하였으며, 비교결과 시각적 상사척도(P=0.000264)와 ODI 개선지수(P= 0.011199) 모두 유의하게 호전도가 높은 것으로 나타났다.

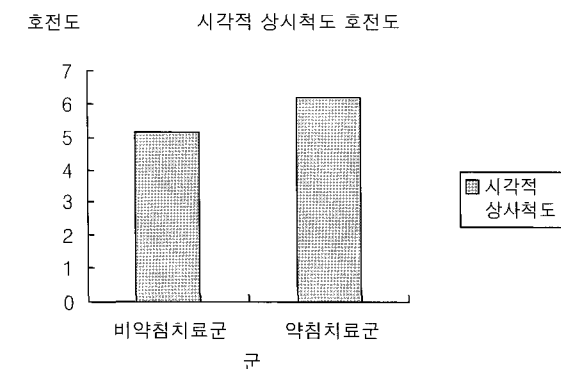


표 6. 두 군간의 호전도 비교

	환자수	개선지수	시각적 상사척도
비약침치료군	20	0.391 ± 0.0377	5.15 ± 0.8751
약침치료군	20	0.439 ± 0.0703	6.2 ± 1.1517

IV. 고찰

腰痛은腰部에 나타나는 제반 통증을 총칭하는 것으로 단순히 증상을 표현한 것이며 腰脚痛은腰部에 연하여 下肢부에 나타나는 동통으로 대개 腰痛과 下肢

放散痛이 동시에 나타나지만 이학적 검사 및 요천추부 X-선 촬영 소견상 요천추부의 기질적 변화에 기인된 동통으로 인정되는 下肢痛도 腰脚痛이라 칭한다. 이들 모두는 단순한 증상을 표현할 뿐 어떤 특정 병명이나 증후군을 말하는 것은 아니다. 腰痛은 대부분의 경우 근육골격계의 병변인 역학적 요인에 기인되어 야기되므로 치료는 역학적 장애를 교정하는 방향으로 수행되어야 하며 간혹 내장인성이나 심인성 요인에 의하기도 하므로 내과 혹은 정신과적 치료의 대상이 되기도 한다²³⁾.

腰痛은 어떤 연령층에서도 발생할 수 있으나 약 25~50세에 호발하며 초발연령은 남자에서는 28~29세 경이고 腰痛을 겪한 좌골신경통은 35~36세경에 흔히 시작하며 여자는 남자보다 수년 늦게 나타난다고 한다. 통증의 성질을 살펴보면 보편적으로 젊은 사람에게서 경하고 기간도 짧는데 비해 연령이 증가할수록 심하고 오랫동안 지속되는 편이다²⁴⁾.

腰痛을 유발시키는 원인은 Macnab에 의해 내장기성 요인(Viscerogenic factor), 혈관성 요인(Vasculogenic factor), 신경계성 요인(Neurogenic factor), 척추성 요인(Spondylogenic factor) 및 정신신경성 요인(Psychoneurotic factor)의 5가지로 분류하였다^{24,25)}.

척추성 요인(Spondylogenic factor)은 척추체의 감염, 염증, 종양, 골절 등의 원인에 기인한 척추골성 원인과 척추의 부속물인 추간관, 후관절, 근육, 인대의 퇴행 등 연부 조직상의 병변에 의한 腰痛으로 추간관성 腰痛이라고 불린다²⁶⁾. 추간관성 腰痛은 임상적으로 추간관의 퇴행성 변화를 동반하기도 하며 신경근의 압박증상이 없이 腰痛을 주로 호소하는 경우, 추간관의 퇴행으로 인한 척추상 혹은 외측부를 침범하여 放散痛을 호소하는 경우가 있다. 일반적으로 통증이 활동시에 증가하고 안정시 감소하므로 기계적 腰痛이라고도 불린다고 한다²⁷⁾. 척추성 腰痛은 전형적인 추간관 탈출증이나 척추관 협착증에서 신경근의 자극에 의해서 다리가 저리고 원위부까지 날카롭게 찢치면서 저리고 아픈 방사통 증후군과 후관절 및 추간관 등의 자극에 의해서 우리하면서 정확하게 위치를 파악하기 힘든 전이통증증후군으로 분류할 수 있다고 한다²⁸⁾.

급성 腰痛환자의 80~90%에서 통증의 원인을 알 수 없으며 질병의 자연 치유과정에 의해 치료의 유무에 관계없이 80% 이상이 6주 이내에 호전된다고 하나 급성 腰痛시 보전적 치료는 통증의 조기 감소와 신체기

능의 조기회복, 재발과 만성화를 방지하는데 그 목적이 있다고 한다²⁹⁾.

보존요법으로 서양의학에서는 급성기 2일~7일간의 침상안정이 기본이며, 병소 부위의 하중을 줄여주는 골반견인요법, 소염제, 진통제, 근이완제 등의 약물치료요법, 경막외 스테로이드 주입이나 동통유발점 주사, 후관절 주사를 이용하는 국소주사요법, 만성 腰痛환자나 외상후 발생하는 통증에 효과가 있는 경피적 전기신경자극을 통한 신경차단요법 등이 있다. 또한 요추에 미치는 하중을 줄이며 불량한 척추를 교정하기 위한 목적으로 급성 및 아급성 腰痛 환자에게 사용되는 요천추 보조기요법, 척추운동 가동력의 감소와 척추 주변 연부 조직에 외력을 가해 척추관절의 정상 운동범위를 회복시키려는 기계적 치료법인 척추교정요법, McKenzie의 4단계 운동요법, 腰痛학교 등을 통한 단계별 근육운동 치료요법, 표재성 및 심부 온열치료, 한냉치료, 마사지 등이 있다²⁹⁾.

수술요법은 6~12주의 보전요법으로 효과가 없고 신경증세가 점점 심해지거나 추간판핵 탈출 및 척추관 협착증으로 신경압박이 심하여 방광 및 괄약근 혹은 下肢에 마비를 초래하는 경우, 1개월에 1회 이상 증상 악화가 발현되는 경우, 업무결손이 4개월 이상인 경우, 증상이 6개월 이상 지속되는 경우 등이 있을 때에 고려된다²⁶⁾.

〈素問·脈要精微論〉²⁷⁾에서 腰는 腎의 府로서 허리를 轉腰하지 못하는 것은 腎의 困憊에 기인한다고 하였다. 腰는 腎의 外候로서 一身이 허리의 힘에 의지해서 轉移하며 행동하고 轉屈하는 것이다. 모든 經이 腎을 관통해서 腰脊에 연결되어 있으므로 비록 外感과 內傷이 각양으로 相異하지만 반드시 腎虛한 틈을 타서 病邪가 침입하여 발병되는 것이다.

腰痛의 원인에 대하여 〈素問·病態論編〉에서 “少陰脈貫腎絡肺今得肺脈 腎爲之病 故腎爲腰痛之病也”, 〈素問·刺腰痛論編〉에서 “足太陽之脈令人腰痛 人項脊背如重狀..”라고²⁷⁾ 하여 經絡에 따라 분류를 시작한 이후 巢元方²⁸⁾은 少陰傷腎, 風寒着腰, 役用傷腎, 腎腰墜, 寐臥濕地 등으로 李²⁹⁾는 腎虛, 濕, 風, 內傷, 七情, 食積, 挫閃, 作勞 등으로 許³⁰⁾는 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕熱, 氣 등 十種으로 분류하여 腰痛을 원인에 따라 분류하여 설명하였다²⁴⁾.

문헌적으로 清代 이전까지 內經, 諸病源候論의 원인을 근거로 寒, 濕, 風, 濕熱, 瘀血, 痰飲, 氣滯血瘀, 肝鬱, 食

積, 挫閃 등 다양한 원인을 들고 있으며 현대의 서적에서는 風寒, 濕熱의 外感과 血瘀氣滯, 挫閃의 外傷과 腎虛의 內傷으로 분류하였는데 크게 腎虛, 寒濕, 濕熱, 瘀血의 4가지가 가장 많이 사용된다²⁹⁾.

치료는 보전적 요법에 해당하는데 “腎虛宜益腎活絡, 風寒濕邪宜祛風散寒化濕, 血瘀宜行氣活血, 挫閃宜行氣通絡散瘀”한다는 기본원칙에 따라 치료를 행한다³⁰⁾.

腰痛에 사용되는 침치료 穴은 주로 근위혈인 腰背部에 있는 穴이 주로 사용되며 近位穴은 經絡에 따라 選穴되어 진다. 經絡別로 살펴보면 崔³¹⁾의 보고에서와 같이 膀胱經, 膽經, 肝經 등의 穴들이 多用되고 있다. 일반적으로 腰痛에는 주로 督脈經과 足太陽膀胱經의 穴들이 주로 사용되어지는데 腎虛에는 足少陰腎經穴들이 配穴되며 寒濕에는 灸法의 併用이, 濕熱에는 足陽明胃經의 穴들이 配穴되며 挫閃에서는 委中穴의 瀉血요법에 併用된다. 공통적 주치혈은 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞, 環跳, 殷門, 委中, 承山, 崑崙, 八膠穴 등이며 腎虛腰痛에는 益腎시키는 腎俞, 關元俞, 命門, 委中, 志室, 太溪穴을 寒濕腰痛에는 腰陽關, 命門, 陰陵泉, 風府, 委中을, 濕熱腰痛에는 足三里, 陰陵泉, 合谷, 內庭, 三陰交를, 挫閃腰痛인 경우 人中, 長強, 後谿, 危重을 주로 常用한다³²⁾. 약물요법으로 腎虛, 寒濕, 濕熱, 瘀血의 각각 변증에 따라 한약을 투여하고 통증정도에 따라 물리치료와 운동요법을 병행한다.

이런 치료 외에 현재 腰痛에 시술되고 있는 新鍼療法에는 頭鍼, 面鍼, 耳鍼, 手指鍼, 手鍼, 足鍼, 電鍼, 藥鍼 등이 있다.

藥鍼療法은 일정한 방법으로 제조한 각종 약물을 경락학설의 원리에 의거하여 유관한 穴位, 압통점 혹은 체표의 축진으로 얻어진 양성반응점에 주입함으로써 刺針과 약물작용을 동시에 발현시켜 생체의 기능을 조정하고 질병을 치료하는 新鍼療法 중 하나이다³³⁾.

藥鍼療法은 침의 효과와 약물의 효과를 결합한 치료 방법이라는 면에서 일맥상통하며 약효의 신속함, 치료용량의 적음, 약물이 위장관에서 파괴되는 것을 방지하고 내복하기 힘든 환자에게 사용할 수 있다는 장점 등이 있으나 국소 자극, 전신 작용의 발현 등의 단점도 있다고 한다³⁴⁾.

鹿茸은 사슴과에 속한 척추동물인 梅花鹿 또는 馬鹿 및 同屬 근연동물의 雄鹿頭上的 未骨化된 帶毛茸의 幼角으로 性味는 甘·鹹, 溫·無毒하여 肝腎 二經에 작용한다.

補腎陽·益精髓·強筋骨 등의 효능이 있어 腎虛陽萎·遺精·元氣不足·畏寒乏力·崩漏·帶下·四肢痿軟·小兒發育不全 등의 병증을 주치한다³⁵⁾.

이에 저자는 2003년 3월부터 2004년 5월까지 동신대학교 부속순천한방병원에 요통 및 요각통을 주소로 내원하여 입원치료한 40명의 환자를 비약침치료군과 약침치료군으로 나누어 치료효과에 대한 유의성 있는 결과를 얻었기에 이를 보고하고자 한다.

성별·연령별 분포는 비약침치료군은 남자가 6명, 여자가 14명이었으며 이들의 평균연령은 49.1세이며, 약침치료군은 남자가 10명, 여자가 10명이었으며 이들의 평균연령은 45.6세였다.

병력기간별 분포는 비약침치료군의 경우, 최급성기가 12례(60%), 급성기가 4례(20%), 아급성기가 3례(15%), 만성기가 1례(5%)였다. 약침치료군의 경우 최급성기가 13례(65%), 급성기가 4례(20%), 아급성기가 3례(15%)이고 만성기는 없었다.

입원기간별 분포는 비약침치료군의 경우 2주 이하가 12례(60%), 2주~4주가 6례(30%), 4주 이상이 2례(10%)였으며, 약침치료군의 경우 2주 이하가 10례(50%), 2주~4주가 7례(35%), 4주 이상이 3례(15%)였다.

방사선 소견상 약침치료군의 경우 HNP가 9예(45%)로 가장 많았으며, 그 밖에 spondylosis가 1예(5%), comp. fx.가 3예(15%), osteoporosis가 1례(5%), 기타가 6예(30%)였다. 비약침치료군의 경우 spondylosis가 7례(35%)로 가장 많았으며, HNP가 2례(10%), spondylosis가 7예(35%), comp. fx., osteoporosis가 각 3례(15%), 기타가 5례(25%)였다.

두 군간의 치료 호전도는 비약침치료군과 약침치료군의 입원시와 퇴원시의 시각적 상사척도(VAS)의 호전도와 ODI지수의 개선지수를 비교하였으며, 비교결과 비약침치료군은 VAS 호전도가 5.15 ± 0.8751 , ODI 개선지수가 0.391 ± 0.0377 이었고, 약침치료군은 VAS 호전도가 6.2 ± 1.1517 , ODI개선지수가 0.439 ± 0.0703 으로 약침치료군이 비약침치료군보다 VAS 호전도와 ODI 개선지수 모두 유의성있게 호전도가 높은 것으로 나타났다.

이상의 결과로 보아 腰痛 및 腰脚痛 치료에 있어 약침요법을 병행할 경우 기존의 보존요법만을 사용하는 것보다 증상의 호전에 도움이 되리라 사료되며 향후 임상에 보다 적극적인 활용이 필요할 것으로 사료된다.

V. 결 론

2003년 3월부터 2004년 5월까지 동신대학교 부속순천한방병원에 腰痛 및 腰脚痛을 주소로 내원하여 입원 치료한 40명의 환자를 비약침치료군과 약침치료군으로 나누어 치료효과에 대한 유의성 있는 결과를 얻었기에 이를 보고하고자 한다.

1. 성별·연령별 분포는 비약침치료군은 남자가 6명, 여자가 14명이었으며 이들의 평균연령은 49.1세이며, 약침치료군은 남자가 10명, 여자가 10명이었으며 이들의 평균연령은 45.6세였다.
2. 병력기간별 분포는 비약침치료군의 경우, 최급성기가 12례(60%), 급성기가 4례(20%), 아급성기가 3례(15%), 만성기가 1례(5%)였다. 약침치료군의 경우 최급성기가 13례(65%), 급성기가 4례(20%), 아급성기가 3례(15%)이고 만성기는 없었다.
3. 입원기간별 분포는 비약침치료군의 경우 2주 이하가 12례(60%), 2주~4주가 6례(30%), 4주 이상이 2례(10%)였으며, 약침치료군의 경우 2주 이하가 10례(50%), 2주~4주가 7례(35%), 4주 이상이 3례(15%)였다.
4. 방사선 소견상 약침치료군의 경우 HNP가 9예(45%)로 가장 많았으며, 그 밖에 spondylosis가 1예(5%), comp. fx.가 3예(15%), osteoporosis가 1례(5%), 기타가 6예(30%)였다. 비약침치료군의 경우 spondylosis가 7례(35%)로 가장 많았으며, HNP가 2례(10%), spondylosis가 7예(35%), comp. fx., osteoporosis가 각 3례(15%), 기타가 5례(25%)였다.
5. 두 군간의 치료 호전도는 비약침치료군과 약침치료군의 입원시와 퇴원시의 시각적 상사척도(VAS)의 호전도와 ODI지수의 개선지수를 비교하였으며, 비교결과 비약침치료군은 VAS 호전도가 5.15 ± 0.8751 , ODI 개선지수가 0.391 ± 0.0377 이었고, 약침치료군은 VAS 호전도가 6.2 ± 1.1517 , ODI 개선지수가 0.439 ± 0.0703 으로 약침치료군이 비약침치료군보다 VAS 호전도와 ODI 개선지수 모두 유의성 있게 호전도가 높은 것으로 나타났다.

참고문헌

1. 최용태 외. 침구학. 서울 : 집문당. 1993 : 1242-1261.
2. 백태윤. 외과영역에서의 요통. 대한의학협회지 1975 ; 18(7) : 28-39, 46.
3. 박겨울, 이현, 이병렬, 침구과에 입원한 요통환자의 요추 안정성에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지 1999 ; 16(1) : 41-56.
4. 정현우, 나창수, 윤여충, 정주열. 요통에 대한 동의학적 병리 및 임상치료(1). 대한동의학회지 1996 ; 10(2) : 28-39
5. 臺灣中華書局編輯部. 亂海(下). 中華書局. 2375. 中華民國53. 台北
6. 안중철. 성인요통환자의 요추추부 X선 소견에 의한 통계적 고찰. 대한정형외과학회지 1976 ; 11(1) : 29-30
7. 박병문. 요통의 원인과 치료. 대한정형외과학회지 1977 ; 12 : 1
8. Mixter, W. J. and Barr J.S. : Rupture of the Intervertebral Disc with Involvement of the spinal Canal. N. Med. 1934 ; 211 : 210-215
9. 육태한. 약침치료를 통한 요통환자의 호전도에 관한 임상적 고찰. 대한한의학회지 1995 ; 16(1) : 184-197.
10. 김한성. 酸棗仁의 진통효과에 미치는 수침요법의 실험적 연구. 경희대학교석사학위논문 1980.
11. 박영배. Mouse의 진통효과에 미치는 수침요법의 실험적 연구. 경희대학교석사학위논문 1980
12. 강성길. 大戟수침이 진통 및 수은중독에 미치는 영향에 관한 연구. 경희대학교박사학위논문 1981
13. 박영환. 當歸수침이 진통효과에 미치는 영향. 경희대학교 석사학위논문 1984.
14. 이필웅. 人蔘수침이 진통 및 혈압에 미치는 영향. 경희대학교 석사학위논문 1984.
15. 송춘호. 丹蔘수침이 진통 및 혈압강하에 미치는 영향. 경희대학교 석사학위논문 1984.
16. 이종국. 防風수침이 진통, 소염, 해열 및 진경에 미치는 영향. 경희대학교 석사학위논문 1985.
17. 김영진. 鹿茸수침이 진통효과에 미치는 영향. 경희대학교 석사학위논문 1986.
18. 고경석. 理中湯水鍼이 진통 항산화 및 Uropepsin치에 미치는 영향. 경희대학교 석사학위논문 1987.

19. 최용태 외. 수중약침자극이 급성 독성 및 효능에 미치는 영향. 대한한의학회지 1993 ; 14(2) : 106-132.
20. 최용태. 침구과 영역에 있어서 요통증의 치료효과에 관한 임상적 연구. 경희대학교 30주년 기념 논문집. 1979 : 883-902.
21. 허수영. 요통환자의 동통평가에 관한 고찰. 동서의학 1999 ; 24(3) : 17-29
22. Fairbank JCT, Davis J, Couper J, O'Brien J. The Oswestry Disability Questionnaire. Physiotherapy. 1980 : 66 ; 271-273
23. 이재동, 박동석, 정선희. 요통의 원인 및 침구치료에 대한 문헌적 고찰. 대한침구학회지 1996 ; 13(1) : 276-282
24. 박상준, 조명래, 김종석. 요통환자 100례에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지 1999 ; 16(4) : 119-135
25. 석세일. 척추외과학 서울 : 최신의학사 1999 : 173-177, 179-187.
26. 고도일. 테이핑 근이완자극요법. 서울 : 푸른솔 2000 : 25.
27. 楊維傑編. 黃帝內經素問譯解. 서울 : 성보사. 1980 : 7, 188, 210, 269, 352.
28. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 대만:조인출판사 권5 1976 : 1-5
29. 李挺. 醫學入門. 서울 : 성보사 1978 : 382
30. 許浚. 東醫寶鑑. 서울 : 남산당 1987 : 287
31. 육대한 외. DITI로 관찰한 경락약침액이 국소 체온 변화에 미치는 영향. 대한침구학회지. 2000 ; 17(3) : 57-68.
32. 김성수 외. 재활운동프로그램이 퇴행성 슬관절염 노인의 슬관절 기능에 미치는 효과. 한국사회체육학회지. 1999 ; 12 : 373-83.
33. 신민교. 임상본초학. 서울 : 영림사. 2000 : 204-5.

〈별첨자료〉

오스웨스트리 요통장애 지수(Oswestry disability index)

이름 () 성별/나이 (/) 날짜 _____

■ 항목 1-통증강도

1. 통증 없음
2. 통증 매우 약함
3. 통증이 보통임
4. 통증이 확실하게 심함
5. 통증이 최악의 상태

■ 항목 2-개인적 관리(씻기, 옷입기 등)

1. 큰 통증 없이 정상적으로 자신을 돌볼 수 있음
2. 자신을 정상적으로 돌볼 수 있으나 매우 통증이 있다.
3. 통증으로 자신을 돌보는데 느리고 조심스럽다.
4. 약간의 도움이 필요하나 대부분 자신을 돌볼 수 있다.
5. 매일 자신을 돌보는데 대부분 도움이 필요하다.
6. 옷을 입거나 씻을 수 없고 침대에서 지내기가 힘들다.

■ 항목 3-들기

1. 통증 없이 무거운 물건을 들 수 있다.
2. 무거운 물건을 들 수 있으나 통증이 있다.
3. 바닥에서 무거운 물건을 들어올릴 때는 통증이 있으나 책상에서 물건을 들어올릴 때는 편하다.
4. 매우 가벼운 물건만 들 수 있다.
5. 전혀 물건을 운반할 수 없다.

■ 항목 4-걷기

1. 걷는데 지장이 없다.
2. 1.6km 이상 걸을 수 없다.
3. 400m 이상 걸을 수 없다.
4. 100m 이상 걸을 수 없다.
5. 자팡이나 목발을 사용해서만 걸을 수 있다.
6. 대부분의 시간을 침대에서 보내고 화장실은 기어서 간다.

■ 항목 5-앉아 있기

1. 어떤 의자에도 앉아 있고 싶은 만큼 앉아 있을 수 있다.
2. 편안한 의자에 앉아 있고 싶은 만큼 앉아 있을 수 있다.
3. 1시간 이상은 통증으로 앉아 있을 수 없다.
4. 30분 이상은 통증으로 앉아 있을 수 없다.

5. 10분 이상은 통증으로 앉아 있을 수 없다.
6. 전혀 앉아 있을 수 없다.

■ 항목 6-서 있기

1. 통증없이 원하는 만큼 서 있을 수 있다.
2. 원하는 만큼 서 있을 수 있으나 통증이 있다.
3. 통증으로 1시간 이상 서 있을 수 없다.
4. 통증으로 30분~1시간 이상 서 있을 수 없다.
5. 통증으로 10분 이상 서 있을 수 없다.
6. 통증으로 전혀 서 있을 수 없다.

■ 항목 7-잠자기

1. 통증으로 잠을 깨는 일이 없다.
2. 통증으로 때로 잠을 깬다.
3. 통증으로 6시간 이상 잘 수가 없다.
4. 통증으로 4시간 이상 잘 수가 없다.
5. 통증으로 2시간 이상 잘 수가 없다.
6. 통증으로 전혀 잘 수가 없다.

■ 항목 8-성생활(적용된다면)

1. 통증 없이 정상 성생활을 한다.
2. 정상 성생활을 하나 간혹 통증이 있다.
3. 거의 정상적 성생활을 하나 매우 통증이 있다.
4. 통증으로 성생활에 상당한 장애가 있다.
5. 통증으로 성생활을 거의 할 수 없다.
6. 통증으로 성생활을 전혀 할 수 없다.

■ 항목 9-사회생활

1. 사회생활이 정상이고 통증도 없다.
2. 정상적 사회생활을 하나 약간의 통증이 있다.
3. 통증이 사회생활에는 별 문제가 없으나 스포츠 같은 좀 더 활동적인 것은 제한된다.
4. 통증이 사회생활을 제한하고 자주 외출을 못한다.
5. 통증이 집안의 활동도 제한한다.
6. 통증으로 사회생활을 전혀 하지 못한다.

■ 항목 10-여행

1. 통증없이 어느 곳이든지 여행할 수 있다.
2. 어느 곳이든지 여행할 수 있으나 통증이 있다.
3. 통증으로 2시간 이상의 여행은 힘들다.
4. 통증으로 1시간 이상의 여행은 힘들다.
5. 통증으로 30분 이상의 여행은 힘들다.
6. 통증으로 치료받으러 가는 것을 제외하고는 여행이 힘들다.