

원저

腰痛 환자에 대한 針治療와 直接灸 並行治療에 대한 比較 研究

위종성* · 원승환* · 황정수* · 선승호** · 안영민*** · 손승현*** · 박기철*** · 박희수*

*상지대학교 부속한방병원 침구과

**상지대학교 부속한방병원 내과

***상지대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

The Comparison of Effectiveness between Acupuncture and Its Cotreatment with Direct moxibustion to Low back pain patient

We Jong-sung*, Won Seung-hwan*, Hwang Jung-soo*, Sun Seung-ho**, Ahn Young-min***, Sohn Seung-hyun***, Park Ki-chul*** and Park Hee-soo*

*Department of Acupuncture & Moxibustion, Oriental Medical Hospital, Sang-Ji University

**Department of Internal Medicine, Oriental Medical Hospital, Sang-Ji University

***Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Sang-Ji University

Objective : The purpose of this report is to examine the effects of direct moxibustion in the Low back pain patient.

Methods : Clinical studies were done 30 patients who were treated with low back pain to Dept. of Acupuncture & Moxibustion, of Oriental Medical Sang-Ji University from September 1, 2003 to August 31, 2004. We treated them by Oriental medical therapy(including direct moxibustion)for 10 days. The evaluation was performed five times(admission day, before and after each twice).

- 접수 : 2004년 11월 20일 · 수정 : 2004년 11월 27일 · 채택 : 2004년 11월 30일
· 교신저자 : 위종성, 강원도 원주시 우산동 상지대학교 부속한방병원 침구과
Tel. 033-741-9380 E-mail : hanbangman@empal.com

Results : 1. VAS was decreased after direct moxibustion for 10 days significantly(P<0.01).
2. After direct moxibustion, S.L.R.T angle of patients were increased.

Conclusions : We brought to the conclusion that direct moxibustion has possibility to the efficient to cure the Low back pain. So we suggest the possibility to use this treatment for Low back pain.

Key words : Direct moxibustion, Low back pain, VAS(Visual Analogue Scale), S.L.R.T.

I. 서 론

일생에 한번쯤은 겪게 되는 요통은 요부에 나타나는 모든 통증을 일괄하여 사용한 증상명이다¹⁻²⁾. 양방에서는 요통의 원인으로 내장기성, 혈관성, 신경성, 척추성, 심인성 등으로 대별되며, 그 중에서도 가장 흔한 원인은 연령이 증가함에 따라 생기는 추간판의 퇴행성 변화이고, 흔히 디스크라고 불리는 추간판 탈출증이 가장 큰 원인으로 사료되고 있으며, 각각의 원인에 따른 원발질환의 치료 및 보존적 요법과 수술적 요법을 적절히 사용한다³⁻⁵⁾.

한의학에서 腰는 『素問·脈要精微論』⁶⁾에서 “腰脊腎之府 轉搖不能 腎將憊矣 兩腎任於腰內 故腰爲腎之外府”라 하였고, 요통의 원인에 대하여 『素問·病能論』⁶⁾에서 “少陰脈貫腎絡肺 今得肺脈 腎爲之病 故腎爲腰痛之病也”라고 하였으며, 요통의 원인은 寒, 濕, 濕熱, 腎虛, 氣滯, 瘀血, 痰飲, 挫閃, 虛 등으로 다양하며, 그중 주요 원인이 되는 것은 腎虛, 寒濕, 濕熱, 挫閃(瘀血)이라고 보는 견해가 있다⁸⁾.

한의학에서 요통치료는 보존적 요법에 해당하

는 것으로 변증에 따른 한약치료, 침구치료, 추나치료, 운동요법이 있다.

그 중에서 灸法이란 艾絨 혹은 기타약물을 체표의 穴位상에 놓고 燒灼溫熨하여 灸火의 熱力을 피부에 투입시켜 經絡의 작용을 통하여 氣血을 濫通시킴으로써 치병과 보건목적에 도달하는 일종의 外治法으로, 처음에는 단순한 艾灸였는데 후에는 여러 종류의 灸法으로 다양화되었다. 대체로 灸法을 艾炷法, 艾卷灸, 溫筒灸, 天灸(약물에 의한 發疱法)의 4종류로 나눌 수 있으며 그 중 艾炷法은 다시 直接灸와 間接灸등으로 나뉘며 그 중 直接灸는 化膿灸와 非化膿灸, 間接灸는 隔薑灸, 隔蒜灸, 隔鹽灸, 隔餅灸, 黃蠟灸, 硫黃灸, 黃土灸등으로 나뉜다¹⁾.

灸法 중에서 특히 艾灸法은 艾葉을 사용하여 인체 피부상의 일정부위에서 점화연소시켜 애엽 특유의 방향을 발생하게 하여 온열적 자극으로 각종 기능을 조절하고 신체건강을 증진시켜 질병 치료와 진통, 완화, 회복, 예방효과를 가지는 치료 방법으로 영혈, 위기의 장애로 기인한 氣血失調로 발생한 질환 및 동통이 발생한 경우에 생체 반응을 이용하여 영위를 소통시키고 경락순환을 조화롭게 하여 질병을 치료하는데 이용되고 있다¹⁾.

요통에 관한 많은 임상논문들 중에서 침구치료에서 신침요법에 관한 연구는 많지만 구법을 위

주로 한 연구는 적은 것이 사실이었다. 침구치료와 다른 치료등과의 비교연구에서 전 등⁸⁾, 황 등⁹⁾, 신 등¹⁰⁾, 이 직접구를 사용하였고, 서 등¹¹⁾, 하 등¹²⁾, 이 등¹³⁾, 김 등¹⁴⁾, 김 등¹⁵⁾, 박 등¹⁶⁾, 장 등¹⁷⁾, 배 등¹⁸⁾이 간접구를 시행하긴 하였으나, 직접적으로 침치료와 구치료를 병행하였을 때를 비교한 연구는 없었다.

이에 저자는 2003년 9월 1일부터 2004년 8월 31일까지 상지대학교 부속한방병원 침구과에 요통으로 입원한 추간판 탈출증 환자 중에서 5일간 침 단독치료 후 증상호전이 미미한 환자를 대상으로 직접구 치료를 병행한 30례의 환자를 통해 통계적의 유의한 호전을 보였기에 보고하고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구대상은 2003년 9월 1일부터 2004년 8월 31일까지 총 12개월동안 상지대학교 부속한방병원 침구과에 입원한 환자 중 추간판탈출증으로 진단을 받고 심한 요통 및 요각통을 호소하는 환자로 거동이 불편하여 침상 안정을 해야 하며, 기타 기저질환(단, 당뇨, 고혈압 제외)이 없고, 입원 후 침 치료로 호전이 미미한 환자, 그리고, 미리 환자에게 고통 및 흉터가 남는 것에 대한 내용 및 탁월한 직접구의 효과를 설명한 후 환자의 동의를 한 환자를 대상으로 하였다. 감염증 등의 열성 질환자, 당뇨, 고혈압을 제외한 기타 기저질환이 있는 환자, 예민하여 직접구 시술 중 견디기 어렵거나 거절환자, 그리고, 직접구 시술 후 3도 화상이거나, 시술 부위에 감염 등의 심각한 부작용이 생긴 환자의 경우는 제외하였다.

2. 치료방법

1) 침치료

제우스에서 제작한 0.30×40mm의 1회용 호침을 사용하였고, 시술 시간은 아침 10시에서 11시 사이고, 유침시간은 30분 동안 하였으며 환자의 상태에 따라 시침회수 및 유침시간을 조정하였다. 취혈은 腎俞, 大腸俞, 地室, 關元俞, 小腸俞, 三焦俞, 委中, 崑崙, 太谿 등의 督脈, 膀胱經, 膽經 상혈을 기본혈로 취혈하였으며, 상태에 따라 合谷, 上白, 下白, 次三 등을 사용하였다.

2) 직접구치료

이화당 제애소에서 제작된 강화뜸쑥을 米粒大로 말아서 직접구 非化膿灸로 독맥상 환자가 통증을 호소하는 곳을 찾아 모지로 눌러본후 환자가 가장 통증을 호소하는 독맥상을 혈을 중심으로 위, 아래 각 1혈씩 총 3혈과, 만약 환자가 요양관 주위의 통증을 호소할 경우 요양관 주위 통증이 가장 심한 통처를 찾은 후 통처와 함께 상하좌우 1촌씩 총 5곳을 7장씩 5일에 한번 씩 총 2회 시술하였다. 시술시간은 발침 후 3시간 이후로 실시하였다.

3) 약물치료

모든 환자들에게 동일하게 疏通 利水 補益筋骨의 效能이 있는 加味檳蘇散(蒼朮, 玄胡索, 五加皮, 鹿角 各 8g 牛膝, 木瓜, 元杜沖, 乾地黃, 當歸, 川芎, 白芍藥 各 6g, 破故紙, 骨碎補, 鎖陽, 續斷, 羌活, 獨活, 威靈仙, 木香, 檳榔, 香附子, 甘草 各 4g, 山楂, 神麩, 麥芽, 砂仁 各 3g, 草烏, 全蝎 各 2.5g, 乳香 2g, 生薑 6g) 2ch#3 tid po 로 투여하였다.

4) 침상안정

급성기에는 절대적 침상안정을 시켜 hard board를 깔고 仰臥 屈膝자세나 側臥屈膝자세를 취하였으며 통증이 감소되어 보행이 가능하면

어느 정도의 座位 및 보행을 하도록 하였다.

3. 환자상태의 평가

1) 시각적 상사척도(VISUAL ANALOGUE SCALE)¹⁹⁾

시각적 상사척도(VISUAL ANALOGUE SCALE)로 평가하였다. 입원시와 입원5일 후 1차 직접구를 시술하기 전과 직접구 시술 30분 후, 입원 10일 후 2차 직접구 시술하기 전과 시술 후 30분 후 총 5회에 걸쳐서 시각적 상사척도 설문지(Fig. 1)에 의한 평가를 통해 통증이 없는 상태를 0으로 하고 10을 최고점으로 하여 환자 스스로 초기 입원당시와 시술 전후 등의 통증지수를 그래프에 표기하게 하였고, 호전도는 입원당시와 1차 시술 전, 1차시술 전과 후, 2차 시술 전과 후의 값과의 점수차로 하였다.

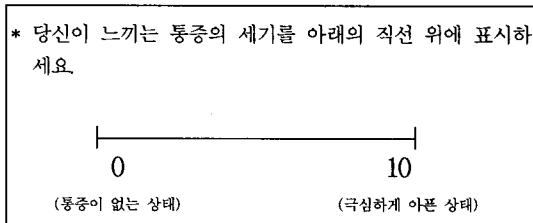


Fig. 1. Visual analogue scale(VAS)

2) 이학적 검사

본원 Chart에 의거해 운동제한 개선을 객관적으로 파악하기 위해 S.L.R.T(Straight leg raising test), Lumbar extention, Lumbar flexion, Peyton. test, A.D.F(Ankle dorsiflexion), A.P.F (Ankle plantarflexion)등의 이학적 검사소견의 양성반응의 호전도를 관찰하였다.

4. 통계처리방법

통계처리는 SPSS(Stactistical Program for

Social Science) for Windows version 10.0을 이용하였다. VAS의 변화에 대한 치료 전후의 비교 자료는 paired t-test를 사용하였으며, P<0.05를 유의성 있는 것으로 간주하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 성별, 연령 및 이환기간 분포

총 환자 30명중 남자가 12명(40%), 여자가 18명(60%)이었다. 연령적 분포는 남자, 여자 모두 60대가 4명(33%), 6명(33%)로 가장 많았으며 평균연령은 남자는 57.83±14.12세이고, 여자는 57.16±14.39세 였다. 金²⁰⁾의 분류에 따른 이환기간별로는 급성기가 18명(60%), 아급성기가 3명(10%), 만성기가 9명(30%)이었다(Table 1, 2).

Table 1. Distribution by Sex & Age

Age	Sex		Total
	Male	Female	
30대 이하	2	3	5
40-49	1	3	4
50-59	3	2	5
60-69	4	6	10
70대 이상	2	4	6
Total	12	18	30

Table 2. Distribution by Duration

Duration	Sex		Total(%)
	Male	Female	
Chronic stage	8	10	18(60%)
Subacute stage	1	2	3(10%)
Acute stage	3	6	9(30%)
Total	12	18	30

2. 직접구 치료 경과에 따른 VAS 비교
 입원 당시의 VAS의 평균값은 9.5 ± 0.68 이었고, 입원 5일 후 첫 번째 직접구 시술 전 VAS의 평균값은 8.83 ± 0.7 , 첫 번째 직접구 시술 30분 후 VAS의 평균값은 5.47 ± 1.38 , 입원 10일 후 두 번째 직접구 시술 전 VAS의 평균값은 5.4 ± 0.81 , 두 번째 직접구 시술 30분 후 VAS의 평균값은 2.97 ± 1.45 이었다. 그리고, 첫 번째 직접구 시술

전과 후의 VAS의 평균값, 그리고, 두 번째 직접구 시술 전과 후의 VAS의 평균값이 각각 유의성 있게 큰 감소를 보여, 자각적으로 느끼는 환자의 통증상태가 직접구 시술 후에 크게 감소함을 알 수 있다. 입원 당시와 첫 번째 직접구 시술 전 VAS의 평균값은 유의성 있게 차이를 보였으나, 직접구 시술 전과 후와 비교하여 볼 때, 매우 호전이 적음을 알 수 있다(Fig. 2)

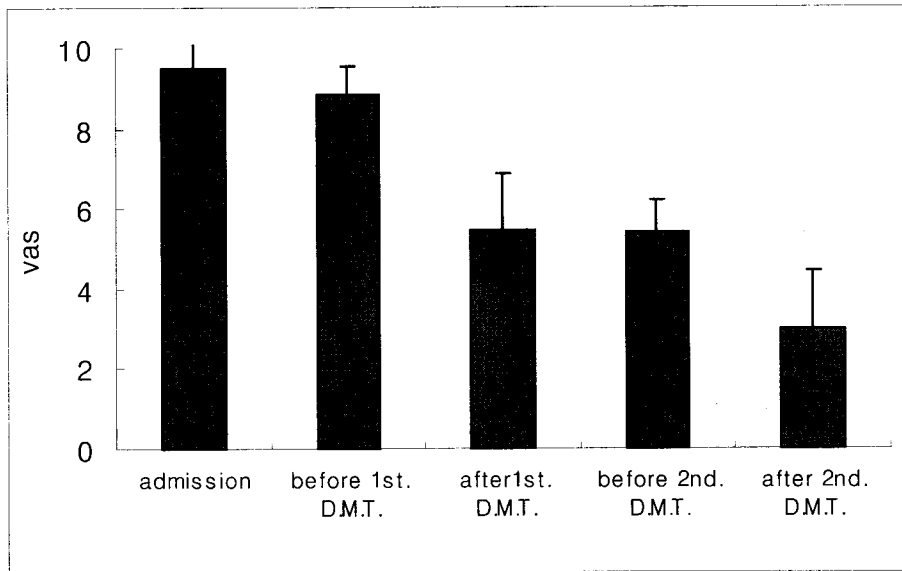


Fig. 2. Effect of direct moxibustion on Low back pain patient

D.M.T. : direct moxibustion treatment

Admission vs before 1st D.M.T., : $P < 0.001$ by paired t-test.

Before 1st D.M.T. vs after 1st D.M.T. : $P < 0.001$ by paired t-test.

Before 2nd D.M.T vs after 2nd D.M.T : $P < 0.001$ by paired t-test.

3. 직접구 치료 경과에 따른 S.L.R.T (Straight leg raising test) 각도 분포

입원 당시의 S.L.R.T에서는 30° 이하가 13명 (43%)으로 가장 많았고, 다음으로는 30° - 60° 로

12명(40%)이고 60° 이상의 환자는 5명(17%)였으나, 1차 직접구 시술후엔 60° 이상의 환자가 11명 (37%), 2차 시술후엔 60° 이상인 환자가 17명 (57%)으로 시술시 마다 호전됨을 볼 수 있다.

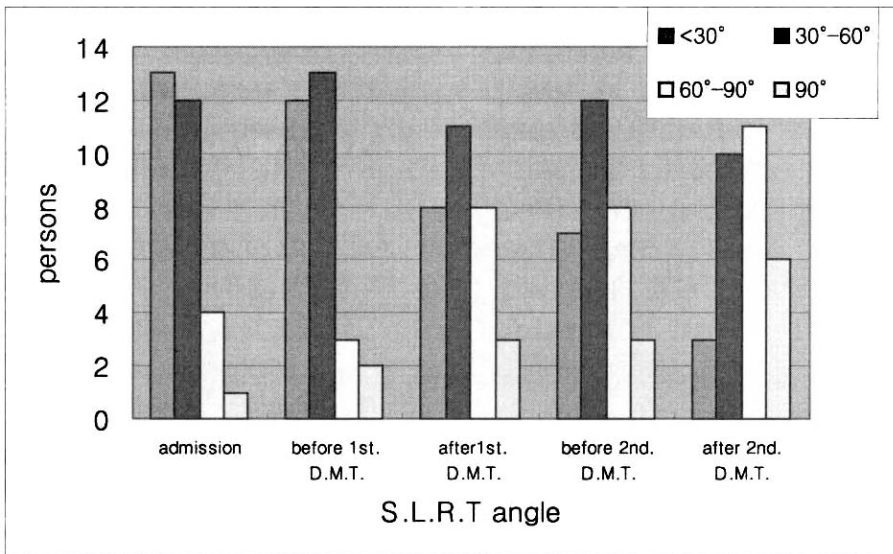


Fig. 3. Distribution of S.L.R.T angle(during Direct moxibustion treatment)(D.M.T. : direct moxibustion treatment)

4. 직접구 치료 경과에 따른 이학적 검사상 양성반응자 분포

이학적 검사상 분포는 입원시에 extension, flexion의 양성반응이 각각 29명(97%), 25명(83%)였으나, 2회 직접구 시술후 14명(47%) 10명(33%)로 각각 호전된 양상을 보였으며, peyton sign 양성반응자는 입원시엔 15명(50%)에서 2회

시술후엔 4명(13%)으로 줄었고, A.D.F(Ankle dorsiflection)검사에서의 양성반응자 수는 입원시에 6명(20%)에서 2회 시술후엔 2명(7%)으로 줄었으며, A.P.F(Ankle plantarflexion)검사에서의 양성반응자수는 입원시엔 4명(13%)에서 2회 시술후엔 2명(7%)로 줄어 유의성 있는 변화를 보였다.

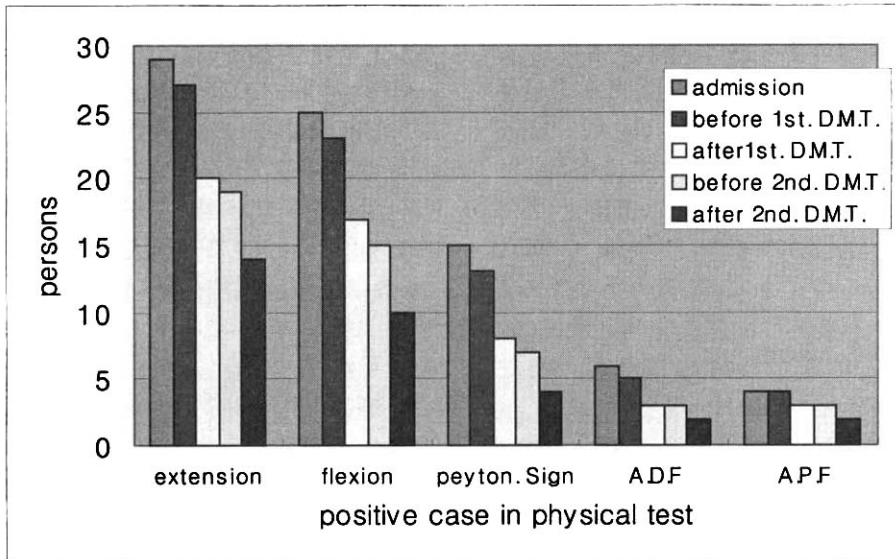


Fig. 4. Distribution of positive case in physical test(during direct moxibustion treatment) (A.D.F : Ankle dorsiflexion, A.P.F : Ankle plantarflexion, D.M.T. : direct moxibustion treatment)

IV. 고찰

요통은 인체에 고통을 주는 모든 요인들 중에서 가장 많은 부분을 차지하고 있는 질환으로 요부 및 하지에 나타나는 동통을 총칭하며, 일생에 한번은 꼭 겪게 되는 증상명이다.

양방에서는 요통을 유발시키는 원인으로 크게 비기질적인 요통(Nonorganic pain)과 기질적인 요통(Organic spinal pain)으로 나누며, 기질적 요통의 경우 내장인성 요통(Viscerogenic apinal pain)과 혈관인성 요통(Vascular low back pain), 신경인성 요통(Neurogenic low back pain), 추간판성 요통(spondylogenic low back pain) 및 추간판성 요통(Discogenic low back pain)으로 분류하며²¹⁾ 각각의 원인에 따른 원발질환의 치료

및 보존적 요법과 수술적 요법을 적절히 사용한다²²⁾.

요통은 한의학에서 腰痛, 腰脊痛, 腰背痛, 腰尻痛, 腰腿痛 등으로 표현되며, 그 원인에 대해서도 여러 가지 설이 있지만 가장 일반적으로 外感風寒濕邪, 內傷神氣精氣, 外傷筋骨血脈 등으로 대별되며²³⁾, 許는 腎虛, 痰飲, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕熱, 濕, 氣의 10종 요통으로 분류하여 각각의 증상, 치법을 망라하였다²⁴⁾. 그중 주요 원인이 되는 것은 腎虛, 寒濕, 濕熱, 挫閃(瘀血)이라고 보는 견해가 있다⁷⁾.

한의학에서의 요통의 치료는 보존적 요법에 해당되는데 “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” 등의 기본원칙에 따라 시행된다. 치료방법으로는 침구요법, 약물요법, 물리요법, 신침요법등의 방법이 활용되고 있다¹⁾.

그 중에서 灸法이란 艾絨 혹은 기타약물을

체표의 穴位상에 놓고 燒灼溫熨하여 灸火의 熱力을 피부에 투입시켜 經絡의 작용을 통하여 氣血을 溫通시킴으로써 치병과 보전목적에 도달하는 일종의 外治法으로, 처음에는 단순한 艾灸였는데 후에는 여러 종류의 灸法으로 다양화되었다. 대체로 灸法을 艾炷法, 艾卷灸, 溫筒灸, 天灸(약물에 의한 發疱法)의 4종류로 나눌 수 있으며 그 중 艾炷法은 다시 直接灸와 間接灸등으로 나뉘며 그 중 直接灸는 化膿灸와 非化膿灸, 間接灸는 隔薑灸, 隔蒜灸, 隔鹽灸, 隔餅灸, 黃蠟灸, 硫黃灸, 黃土灸등으로 나뉜다¹⁾.

구법 중에서 특히 애구법은 애엽을 사용하여 인체 피부상의 일정부위에서 점화연소시켜 애엽 특유의 방향을 발생하게 하여 온열적 자극으로 각종 기능을 조절하고 신체건강을 증진시켜 질병 치료와 진통, 완화, 회복, 예방효과를 가지는 치료 방법으로 영혈, 위기의 장애로 기일한 기혈실조로 발생한 질환 및 동통이 발생한 경우에 생체 반응을 이용하여 영위를 소통시키고 경락순환을 조화롭게 하여 질병을 치료하는데 이용되고 있다¹⁾.

애구법은 현재 한의학에서 치료의학적 접근 방식에 의해 실시하는 것 이외에도 민간에서 다용하고 있는 이는 다른 치료방법에 비해 비교적 간단하고 부작용이 적은 데에서 기인한다고 보여진다. 송대이후 침이 중시되는 경향이 두드러지면서 오늘에 이르러 현재 구법은 침에 대해 상대적으로 활용도가 낮은 실정이다²⁵⁾.

요통에 관한 많은 임상논문들 중에서 침구치료에서 신침요법에 관한 연구는 많지만 구법을 위주로 한 연구는 적은 것이 사실이었다. 침구치료와 다른 치료등 과의 비교연구에서 전 등⁸⁾, 황 등⁹⁾, 신 등¹⁰⁾, 이 직접구를 사용하였고, 서 등¹¹⁾, 하 등¹²⁾, 이 등¹³⁾, 김 등¹⁴⁾, 김 등¹⁵⁾, 박 등¹⁶⁾, 장 등¹⁷⁾, 배 등¹⁸⁾이 간접구를 시행하긴 하였으나, 직접적으로 침치료와 구치료를 병행하였을 때를 비교한 연구는 없었다.

본 연구는 요통환자의 치료에 있어서 침치료와

직접구요법을 병행하였을때의 호전도 차이를 알아보기 위하여 실시하였다.

이에, 저자는 2003년 9월 1일부터 2004년 8월 31일까지 상지대학교 부속한방병원 침구과 입원한 요통 환자들 중에서 상태가 심하고, 5일간 침 단독 치료시에 VAS의 큰 변화를 보이지 않았던 환자 30명을 대상으로 입원 5일후에 환자가 가장 고통을 호소하는 독맥상의 한혈과 위, 아래 각1혈씩 총 3혈과, 만약 환자가 요양관 주위의 통증을 호소 할때엔 환자가 통증을 자각하는 가장 심한 통처 한곳과 상하좌우 각1곳씩 총 5곳을 미립대로 말은 직접구(비화농구)로 7회 시술하고 다시 5일 후 같은 곳을 역시 7회 시술한 후에 그 치료 성적을 조사하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

총 환자 30명중 남자가 12명(40%), 여자가 18명(60%)이었다. 연령적 분포는 남자, 여자 모두 60대가 4명(33%), 6명(33%)로 가장 많았으며 평균연령은 남자는 29세에서 75세까지 57.83 ± 14.12 세이고, 여자는 26세에서 74세까지 57.16 ± 14.39 세로 큰 차이는 보이지 않았다. 金²⁰⁾의 분류에 따른 이환기간별로는 급성기가 9명(30%), 아급성기가 3명(10%), 만성기가 18명(60%) 이었다 (Table 1, 2). 직접구는 만성적이고 허성이며, 50대 이상의 환자에서 큰 효과를 나타낸다는 것이라고 사료된다. 그러나, 급성기도 9명이나 되는데, 주로 20대에서 40대에 포함된다. 이것은 직접구가 만성 요통 뿐 아니라 급성 요통에도 큰 효과가 있으므로, 시사하는 바가 크다.

입원당시의 VAS의 평균값은 9.5 ± 0.68 이었고, 입원 5일 후 첫 번째 직접구 시술 전은 8.83 ± 0.7 , 첫 번째 직접구 시술 30분 후는 5.47 ± 1.38 , 입원 10일 후 두 번째 직접구 시술 전은 5.4 ± 0.81 , 두 번째 직접구 시술 30분 후는 2.97 ± 1.45 이었다. 첫 번째 직접구 시술 전과 후의 VAS의 평균값, 그리고, 두 번째 직접구 시술 전과 후의 VAS의 평균값이 각각 유의성 있게 큰 감소를 보여, 자각적으로 느끼는 환자의 통증상태가

직접구 시술 후에 크게 감소하였다. 입원 당시와 첫 번째 직접구 시술 전 VAS의 평균값은 유의성 있게 차이를 보였으나, 직접구 시술전과 후와 비교하여 볼 때, 매우 호전이 적었다 (Fig. 2).

입원당시의 S.L.R.T에서는 30°이하가 13명(43%)으로 가장 많았고, 다음으로는 30°-60°로 12명(40%)이고 60°이상의 환자는 5명(17%)였으나, 1차 직접구 시술후엔 60° 이상의 환자가 11명(37%), 2차 시술후엔 60°이상인 환자가 17명(57%)으로 시술시 마다 호전됨을 볼 수 있다 (Fig. 3).

이학적 검사상 분포는 입원시에 extension, flexion의 양성반응이 각각 29명(97%), 25명(83%)이었으나, 2회 직접구 시술후 14명(47%) 10명(33%)로 각각 호전된 양상을 보였으며, peyton. sign 양성반응자는 입원시에 15명(50%)에서 2회 시술후엔 4명(13%)으로 줄었고, A.D.F (Ankle dorsiflexion)검사에서의 양성반응자 수는 입원시에 6명(20%)에서 2회 시술후엔 2명(7%)으로 줄었으며, A.P.F(Ankle plantarflexion) 검사에서의 양성반응자수는 입원시에 4명(13%)에서 2회 시술 후엔 2명(7%)로 줄어 유의성 있는 변화를 보였다(Fig. 4).

이상의 결과에서 볼 때, 직접구 치료는 본 연구에서 치료의 효과가 매우 크며, 침치료 만의 효과가 없을 때 추천할 수 있는 방법이라고 사료된다. 또한, 본 연구에서는 침치료와 병행하였기 때문에 침치료와의 상승효과의 가능성도 생각해 볼 수 있다.

기존의 pilot study에서 고혈압 또는 당뇨병 환자의 경우에 심각한 부작용을 우려하였으나 큰 부작용이 발생하지 않아, 본 연구의 선정 기준에 포함시켰다. 본 30례 중 8례의 환자에서 당뇨병이 있었고, 9례의 환자에서 고혈압이 있었으며, 양자 모두 가진 환자는 2례가 있었다. 모두 부작용은 발생하지 않았다. 이것은 많은

시술자들이 우려하는 당뇨병자에서도 적극적인 직접구 치료가 가능하다고 생각되며, 앞으로도 많은 치료 및 연구가 필요할 것이다.

배제 기준에서 직접구 시술 후 3도 화상이거나, 시술 부위에 감염 등의 심각한 부작용이 생긴 환자의 경우를 포함시켰지만, 2례에서 2도 화상이 있었고, 모두 직접구 시술 부위에 1일 이내 물을 접촉한 경우였다. 화상부위의 감염 방지 관리를 통하여 호전되었으므로, 향후 직접구 시술 시에 시술자와 환자 모두에게 주의가 필요하다 사료된다.

본 연구에는 몇 가지 제한점이 있다. 첫 번째로, 대조군이 없다는 것이다. 임상 연구 상 대조군이 꼭 필요하지만, 실제적으로 환자군과 대조군을 선정할 때 환자의 불만과 비협조, 그리고, 병원 사정상 등의 문제점으로 대조군을 설정하기 어려웠다. 그리고, 대조군의 부재로 침치료 5일후 직접구 치료를 하여 큰 효과를 보았지만, 지속적인 침 치료와 직접구 치료를 병행하여 이것이 직접구 만의 치료효과인지 불분명하다. 그러나, 본 연구 이전의 십여 례에서 본 pilot study에서 연구 선정기준에 해당되는 환자가 한 달이상 침치료만으로 큰 호전을 보이지 않아 본 연구의 직접구 시술 후 큰 호전을 보였으므로, 본 연구 5일 동안 큰 호전을 보이지 않은 환자도 이와 비슷할 것이라고 판단되며, 또한 침구 치료, 약물 치료와 침상안정은 30례 모두 동일하게 적용하였기 때문에 직접구 치료 후의 통증의 큰 차이의 감소는 직접구의 뛰어난 치료 효과라고 유추할 수 있다. 또한, 효과가 미비한 침 치료에 상승 효과도 있었을 것이라고 사료되며, 본 연구도 직접구의 치료 효과의 가능성을 알 수 있게 한 의미 있는 연구라고 생각된다. 그러나, 앞으로 대조군이 있는 체계적인 연구가 더 필요할 것이라고 사료된다. 두 번째는 직접구 시술 후의 흉터와 부작용이다. 시술시 환자가 느끼는 고통이 매우 심하였고, 시술후 직접

구 시술부위가 지름 약 7mm 정도 흉터가 남아서 미관상 안 좋은 면이 있었으며, 시술 후 1일 이내에 시술부위에 물이 묻으면, 시술부위가 덧나는 점이 있었다. 그래서, 시술 전 미리 환자에게 고통 및 흉터가 남는 것에 대한 내용, 시술 후 시술부위 관리 설명 및 탁월한 직접구의 효과를 설명한 뒤에 환자의 동의를 받은 후에만 시행하였다.

이상의 결과를 종합해 볼때 요통환자에 있어서 직접구의 효과가 탁월함을 엿볼 수 있으며, 앞으로 직접구에 관한 많은 연구가 진행되어 직접구의 활용범위가 더욱 확대되어야 할 것이라고 사려된다.

V. 결 론

2003년 9월 1일부터 2004년 8월 31일까지 임상적으로 요통 또는 요각통을 주소로 하여 상지대학교 부속한방병원에 입원한 추간판 탈출증 환자를 대상으로 5일간의 치료로도 별무 호전인 30명의 환자를 2차에 걸친 직접구 시술을 시행하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 입원당시의 VAS은 9.5 ± 0.68 이었고, 입원 5일 후 첫 번째 직접구 시술 전은 8.83 ± 0.7 , 첫 번째 직접구 시술 30분 후는 5.47 ± 1.38 , 입원 10일 후 두 번째 직접구 시술 전은 5.4 ± 0.81 , 두 번째 직접구 시술 30분 후는 2.97 ± 1.45 로 나와서 직접구 시술 때 마다 유의성있게 자각적으로 느끼는 환자의 통증상태가 감소하였다.
2. 입원당시의 S.L.R.T에서는 30° 이하가 13명(43%)으로 가장 많았고, 다음으로는 $30^\circ - 60^\circ$ 로 12명(40%)이고 60° 이상의 환자는 5

명(17%)였으나, 1차 직접구 시술후엔 60° 이상의 환자가 11명(37%), 2차 시술후엔 60° 이상인 환자가 17명(57%)으로 시술시 마다 호전되었다.

3. 이학적 검사상 분포는 입원시에 extension, flexion의 양성반응이 각각 29명(97%), 25명(83%)였으나, 2회 직접구 시술후 14명(47%) 10명(33%)로 각각 호전된 양상을 보였으며, peyton. sign 양성반응자는 입원시엔 15명(50%)에서 2회 시술후엔 4명(13%)으로 줄었고, A.D.F(Ankle dorsiflexion)검사에서의 양성반응자 수는 입원시에 6명(20%)에서 2회 시술후엔 2명(7%)으로 줄었으며, A.P.F(Ankle plantarflexion)검사에서의 양성반응자수는 입원시엔 4명(13%)에서 2회 시술후엔 2명(7%)로 줄어 유의성 있는 변화를 보였다.

이상의 결론으로 볼때 침치료만 시술하는 것보다 직접구를 병행치료하는 것이 요통환자의 통증과 일상생활에서의 장애정도를 감소시키는 데 더욱 유용한 방법이라고 사려된다.

VI. 참고문헌

1. 전국한외과대학 침구학교실. 침구학. 서울 : 집문당. 1993 : 1051-1060, 1242-1244.
2. 민경옥. 요통. 서울 : 현문사. 1991 : 7-31.
3. 석세일. 척추외과학. 서울 : 최신의학사. 1997 : 173-178.
4. 오홍근. 통증의학. 서울 : 군자출판사. 1995 : 83.
5. 대한 정형외과학회. 정형외과학. 서울 : 최신의학사. 1995 : 285.
6. 楊維傑 編 黃帝內經譯解. 서울 : 정보사. 1980 :

- 7, 84, 188.
7. 정선희, 이재동, 박동석. 요통의 원인 및 침구치료에 대한 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1996 ; 13(1) : 263-282.
 8. 전형준, 황욱, 김정신, 남상수, 김용석. 봉약침으로 치료한 요추간판탈출증 환자의 임상적 평가. 대한침구학회지. 2003 ; 20(5) : 63-72.
 9. 황재연, 도원석. 요추관협착증의 한의학적 보존적 치료에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2000 ; 17(3) : 116-124.
 10. 신재관, 한상원. 요통에 대한 임상적 관찰. 대한침구학회지. 1996 ; 13(1) : 181-190.
 11. 서보명, 윤종석, 김성웅, 이세연, 이경민, 배은정, 서정철, 임성철, 정대영, 한상원. 요통 환자의 한방단독치료와 한양방협진치료의 효과 비교. 대한침구학회지. 2003 ; 20(6) : 140-147.
 12. 하치홍, 한상근, 박춘하, 조명래, 배은정, 신영일, 양기영, 황규정, 이현, 이병렬. 요각통환자의 동씨침 병행시술이 통증감소에 미치는 영향에 대한 임상고찰. 대한침구학회지. 2002 ; 19(1) : 92-100.
 13. 이병렬, 안병철, 박동석. 요추 추간판탈출증에 대한 임상적 관찰. 대한침구학회지. 1995 ; 12(1) : 364-379.
 14. 김재홍, 조명래, 채우석. 요추 추간판 탈출증 환자 30예의 요추신연법 병용에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2003 ; 20(3) : 229-237.
 15. 김재홍, 박은주, 박춘화, 조명래, 유충렬, 채우석. 요통 및 요각통 환자의 체침요법과 오행침법의 현정격병용에 의한 증상호전 비교. 대한침구학회지. 2002 ; 19(1) : 84-91.
 16. 박상준, 조명래, 김종석. 요통환자 100 예에 대한 임상적 고찰. 1999 ; 16(4) : 119-135.
 17. 장병선, 진경선, 김종욱, 양명복, 김일두, 문형철, 조은희, 황우준, 도금록. EAV(MERIDIAN)을 이용한 요추간판탈출증 환자의 한방치료효과에 대한 임상연구. 대한침구학회지. 2002 ; 19(6) : 80-96.
 18. 배은정, 조현열, 진재도, 신민규, 한상근, 양기영, 황규정, 신영일, 이현, 이병렬. 봉독약침병행치료한 요추간판탈출증환자의 임상고찰. 대한침구학회지. 2002 ; 19(1) : 54-64.
 19. 신승우, 정석희, 이종수, 신현대, 김성수. 통증의 임상적 평가법에 대한 고찰. 동국한의학회연구논문집. 2000 ; 8(2) : 25-46.
 20. 김남현. 요추간판질환의 보존적 및 수술적 치료에 대한 임상적 연구. 대한의학협회지. 1978 ; 21(3) : 338.
 21. 안면환. 만성요통의 감별과 치료. 가정의학학회지. 1994 ; 15(1) : 123-145.
 22. 김광휘. 요통에 대한 임상적 고찰. 대한정형외과학회지. 1979 ; 14(3) : 523-540.
 23. 김호준. 미세전류 전침이 요통에 미치는 영향. 경희대학교 대학원 석사학위논문. 2001 : 1, 5, 25.
 24. 許俊 東醫寶鑑. 서울 : 남산당. 1983 : 178-180.
 25. 우현수, 이운호, 김창환. 구법에 대한 문헌적 고찰 및 최근 연구 동향. 대한침구학회지. 2002 ; 19(4) : 1-15.