

## 五行鍼과 六氣鍼을 응용한 뇌경색환자 치험 1례

나건호<sup>1</sup> · 이동현<sup>1</sup> · 정영표<sup>1</sup> · 김현수<sup>1</sup> · 류충열<sup>1</sup> · 조명래<sup>1</sup> · 채우석<sup>1</sup>

<sup>1</sup>동신대학교 한의과대학 침구학교실

### A case of a Patient with Cerebral Infarction Treated by Sa-Am's Ohaeng-Acupuncture and Liuqi-Acupuncture

Gun-Ho Na<sup>1</sup>, Dong-Hyun Lee<sup>1</sup>, Yeong-Hyo Jeong<sup>1</sup>, Hyeon-Hu Kim<sup>1</sup>, Chung-Ryul Ryu<sup>1</sup>,  
Myung-Rae Cho<sup>1</sup>, U-Seok Chae<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Dong-Shin University

#### Abstract

**Objectives:** The purpose of this case is to report the improvement after treatment about a patient with cerebral infarction by Sa-Am's Ohaeng-acupuncture and Liuqi-acupuncture.

**Methods:** We treated the patient with acupuncture therapy from 6th September 2004 to 15th November 2004 by reinforcing Dadun(Liv 1)·Zusan Li(S 36)·Quchi(Li 11) and reducing Taibai(Sp 3) on the basis of Etiological Analysis and Differentiation of Endogenous Wind caused by Damp Phlegm and heat.

#### Results :

1. Right hemiplegia improved Gr. I to Gr. IV after acupuncture therapy.
2. we interpreted 'reinforcing Dadun(Liv 1) and reducing Taibai(Sp 3)' as using Simjeonggyeok in conjunction with Simseunggyeok on the basis of Sa-Am's Ohaeng-acupuncture.
3. we interpreted 'reinforcing Dadun(Liv 1) and reducing Taibai(Sp 3)' as Excreting Dampness in Spleen on the basis of Liuqi-acupuncture.
4. we interpreted 'reinforcing Zusan Li(S 36) and Quchi(Li 11)' as Eliminating Wind-dampness and Menstrual Regulation.

**Key words :** Sa-Am's Ohaeng-acupuncture, Liuqi-acupuncture, cerebral infarction, Dadun, Taibai

## I. 緒 論

中風은 半身不遂, 口眼歪斜, 舌強語蹇, 昏 卒 然昏仆, 不省人事 등을 초래하며, 半身不遂와 口眼歪斜를 主症으로 하는 뇌혈관 질환으로 卒中이라고도 한다. 中風은 西醫學적으로 출혈성 뇌혈관질환 및 허혈성 뇌혈관질환에 해당하는

데, 腦出血, 腦栓塞, 腦血栓, 一過性腦虛血發作, 高血壓性腦病 및 蜘蛛膜下出血 등을 포괄한다<sup>1)</sup>.

中風 病因에 대해 漢唐 시대의 醫家들은 《內經》의 이론을 답습하여 대부분 外風이 침입하여 발병한다는 견해를 가졌으나, 金元 시기의 劉河間·李東垣·朱丹溪 등은 外風이 침입하여 발병한다는 內因學說을 주장하였고 이후 역대 醫家들은 火氣·痰·濕·瘀血 등의 발병요인에 대

·교신저자: 나건호 광주광역시 남구 월산동 동신대학교 부속한방병원  
침구과, Tel. 062-350-7281, Fax. 062-366-1882,  
E-mail : nabigun@hanmail.net

·투고: 2006/03/06 ·심사: 2006/03/10 ·채택: 2006/03/24

하여 논술해놓았다<sup>2)</sup>.

中風은 기본적으로 本虛標實하고 上實下虛한 疾患이다. 卒中期에는 비록 本虛之證이 함께 있더라도 風陽·痰熱·腑實·血瘀 等の 標實이 爲主가 된다. 恢復期에는 本虛와 標實의 緩急을 감안하여 빠른 회복과 후유장애의 최소화를 목표로 치료하며, 後遺症期에는 재발방지와 지속적인 후유증 관리를 대상으로 하여 치료에 임한다. 中風 患者는 中風으로 인한 基本 證候類型外에도 다양한 兼證을 보이므로, 治療는 언제나 患者의 體質·病因·病理·病性·病情 등을 종합하여 辨證診斷한 後 이에 가장 적합한 治法을 선택해야 한다<sup>3)</sup>.

그러나, 현재 中風의 鍼灸施術에 있어서 실제로 治療 穴位의 選定이 辨證診斷에 의거한 精確한 方法에 의해 이루어지고 있는지에 대해서는 의문을 가지지 않을 수 없다. 이와 관련하여 朴 등의 연구<sup>4)</sup>는 治療 機轉에 대한 初步的 단계의 많은 試圖와 具體的 方法論을 提示하는 中國의 연구 경향에 비추어 우리의 針灸學界에서도 中風 등 各種 疾病에 대한 많은 臨床的, 實驗的 研究가 요구된다고 하였다.

최근 들어, 자료의 부족과 응용상의 난해함으로 연구가 미진하였던 五行鍼과 六氣鍼에 관련된 다양한 論文이 提出되고 있지만, 五行鍼과 六氣鍼을 응용한 임상 증례는 발표된 바가 없었다. 이에 저자는 辨證診斷에 입각한 鍼灸治療에 의해 현저한 호전을 보인 뇌경색환자 1례를 대상으로 五行鍼法과 六氣鍼法의 측면에서 사용된 穴位의 治療機轉을 探究하고, 이를 바탕으로 향후 中風 등의 각종 난치병 치료를 위한 精確한 鍼灸施術의 활용에 도움이 되고자 본 症例를 보고하는 바이다.

## II. 證 例

1. 姓 名 : 강 ○ ○ (F/80)
2. 診 斷 : Imp) Cb-inf.
3. 主訴症 : 우측 운동 부전 마비(상지: Gr IV, 하지: 완전)
4. 發病日 : 2004년 9월 1일
5. 家族歷 : 別無所見
6. 過去歷 : ① 2000년 腰痛, 下肢無力 Sx. 으로 ○○병원 L-spine MRI 상 HNP Dx. 받고 2주 Adm Tx. 후 호전.  
② 2004년 9월 1일 HTN(+) detect 하였으나 observation 함.
7. 現病歷 : 現 80歲의 성격 활달한 太陰人型의 女患으로 平素 過多飲酒(소주2병/回4-5回/周), 別無吸煙, 別無嗜好食 해오심. 上記患者는 2004년 9월 1일 갑자기 상기 주소 증상 나타나 2004.9.2 광주△△병원 Brain-MRI 상 Cb-inf. Dx.(spinal cord의 myelopathy 등을 배제하고자 척추 MRI 등을 촬영하였으나 특이소견 없었음)받고 04.9.1 - 9.6 Adm Tx. 하였으나 別無好轉하고 discharge 후 적극적인 한방 Tx. 위해 2004.9.6 본원 OPD(침구 2) 경유하여 by-wheel chair로 521호에 Adm하심.
8. 韓方診斷(脈·舌) : 脈浮滑數有力, 舌淡紅苔白燥

9. 檢査所見

- ① 入院 當時 Vital sign: 血壓 110/70 mmHg, 脈搏數 72回/分, 體溫 36.2℃, 呼吸數 20回/分
- ② EKG 소견 : Negative T, ST-T abnormality
- ③ Chest PA : R/O Hypertensive heart disease
- ④ Lab : GOT 40.0(0.0-40.0) GPT 68.0H(0.0-42.0) ALP 139.0H(53.0-128.0) GGT 279.0H(7.0-50.0)

10. 漢方治療

- 1) 鍼灸治療 : 鍼灸治療에 사용된 鍼은 0.30 x 30mm 1回用 毫鍼을 使用하여 健側 大敦 補, 太白 瀉, 三里 補, 曲池 補, 百會 등의 穴位를 매일 1회 자침하였다.
- 2) 藥物治療 : <Table 1>

Table 1. 기간에 따른 한약처방 및 구성약물

| 기간                           | 한약처방                     | 구성약물  |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 2004.9.6~<br>2004.9.7        | 祛風除濕湯                    | 白朮 5g 白茯苓 當歸(酒洗) 陳皮 赤芍藥 半夏 蒼朮 陳皮 枳殼 羌活 黃連 黃芩(酒炒) 4g 人參 川芎 桔梗 防風 白芷 3g 甘草(炙) 2g 生薑 5片          |
| 2004.9.8~<br>2004.9.20       | 養榮湯<br>(9.15~9.16 : 甘豆湯) | 當歸 川芎 白芍藥 生地黃 麥門冬 遠志 石菖蒲 陳皮 烏藥 白茯苓 枳實 黃連 防風 羌活 秦艽 半夏 南星 甘草 3g 生薑 3片 竹茹 1塊                     |
| 2004.9.<br>20~<br>2004.11.15 | 加味行氣萬<br>金湯              | 蘇葉 香附子 8g 薏苡仁 蒼朮 6g 白茯苓 續斷 葛根 杜沖 4g 羌活 防風 細辛 桂枝 牛膝 獨活 陳皮 3g 紅花 川芎 當歸 秦艽 威靈仙 甘草 2g 生薑 3片 大棗 2枚 |

3) 그 외 치료

- ① 直接灸 : 三里, 曲池, 外關, 陽陵泉, 絕骨, 坵墟, 商丘
- ② 물리요법 : Complex exercise, T/T, EST, Laser

11. 治療經過

- 1) 2004. 9. 6 ~ 2004. 9. 7 (입원 1~2일) :  
내원 당시 右側上肢는 손가락을 움직일 정도, 右側下肢는 수의적으로나 불수의적으로 전혀 못 움직이는 상태(Gr I)였으며 가만히 앉아 있는 자세에서도 자꾸 몸이 오른쪽으로 기울어져서 지지가 필요한 상태였다. 매일 소주 2병 정도의 과도한 음주로 인한 간기능장애 소견(상기 검사 결과 참조) 보여 간기능손상에 쓰이는 hepatic protector인 silymarin 3T를 tid로 3주 정도 투여한 후 재검사 하기로 하였다. 氣虛와 濕痰으로 인한 右側의 半身不遂에 쓰이는 處方인 祛風除濕湯<sup>5)</sup>을 투여하였으며 침구치료는 左側 大敦 補, 太白 瀉, 三里 補, 曲池 補, 百會 등의 穴位를捻轉하였다.
- 2) 2004. 9. 8 ~ 2004. 9. 14 (입원 3~9일) :  
이 기간 동안 환자의 생체활력징후가 안정적이고 증상의 변화가 없으며 증풍 급성기가 지났다고 판단되어 中風에 있어서 六經의 形證과 大小便障礙가 없고, 단지 四肢의 運動障礙가 있을 때 쓰이는 養榮湯<sup>5)</sup>을 사용하였다. 환자는 입원 4일째부터 足三里 穴의 자극에 불수의적인 근육 수축(Gr I/II)을 나타내었으며 입원 일주일째부터 대변볼 때 엉덩이를 살짝 들어올리는 등의 고관절부위의 미세한 움직임을 보이기 시작하였다(Gr I/II).

- 3) 2004. 9. 15 ~ 2004. 9. 16(입원 10~11일) : 14일 오후 소고기를 생으로 먹은 후 부터 右側 背部와 脇部에 癢痒感을 동반한 發疹이 나타나 15일 antiallergic 제제인 peniramin을 근육주사(2일)하였더니 癢痒感은 호전되었고 百藥白物의 毒을 解하는 甘豆湯<sup>6)</sup>을 같은 기간 투여하였더니 發疹이 거의 소실되었다.
- 4) 2004. 9. 17 ~ 2004. 9. 20(입원 12~15일) : 입원 후 2주 지난 시기에는 臥位에서 다리를 수평으로 평행이동시킬 수 있었으며 서 있는 상태에서 다리를 지상 10cm 정도 끌어올리는 동작이 가능하여 Tilting을 시작하였다(Gr II). 頭鍼療法の 足運動區를 병행하여 시술하기도 하였다.
- 5) 2004. 9. 21 ~ 2004. 9. 25(입원 16일~20일) : 입원 16일 째부터 누운 상태에서 무릎을 당겨 세우는 동작을 하기 시작했으며 17일 째는 무릎을 세워서 버티기가 가능했으나 저항에 반해서 지지하지는 못했으며 반대편 무릎에도 다리를 올리지 못하였다. 이 시기부터 하지의 운동 능력 향상에 중점을 두어 처방을 加味行氣萬金湯<sup>5)</sup>으로 변경하였다. 9월 25일부터 9월 29일까지 추석 연휴 관계로 가퇴원하였다.
- 6) 2004. 9. 30 ~ 11. 15(입원 25일~71일) : 재입원 당시 누운 자세에서 반대편 무릎 위에 오른쪽 다리를 들어 올려 버티는 정도(Gr II/III)였으며 입원 4주 째부터 부축보행 및 지팡이 보행이 겨우 가능한 상태였다(Gr III). Lab F/U 결과 GOT 25.0, GPT 27.0 ALP 137.0 GGT 89.0H로 간기 능도 개선된 상태였다. 이후 하루하루 현저히 호전되어 입원 후 31일부터 선 자세

에서 우측 하지를 수월하게 무릎 높이까지 들어올리고 아주 미세한 발목의 움직임이 보였으며 혼자서 지팡이를 짚고 평지에서 100m 정도 보행이 가능한 상태로 증상의 호전을 보였다(Gr III/IV). 입원 35일 째 지팡이 없이 self-walking이 가능했으며 계단 오르내리기도 보호자의 주시하에 가능한 상태였다(Gr IV). 입원 40일 째 공원을 두 바퀴 정도 혼자 보행하였으며 46일 째에는 발목을 수의적으로 움직임이 가능하였다(Gr IV). 입원 60일 째(11월 4일)에는 발목의 움직임이 현저히 호전되어 의지대로 까닥거릴 수 있게 되었다(Gr IV). 이후 보행연습 중에 나타나는 둘째, 셋째 발가락의 疼痛을 호소하기 시작하면서 입원 68일째(11월 12일)부터 발가락을 본인의 의지대로 움직이기 시작하였으며 입원 71일째(11월 15일) 통원치료 원하여 퇴원하였다.

### Ⅲ. 總括 및 考察

상기 症例에서 하지의 근육운동력의 단계(motor grade)는 임의적으로 Table 2와 같은 평가 기준에 의해 평가하였다.

좀 더 객관적인 평가를 위하여 평가가 용이하고 운동성, 일상생활동작 등을 포괄적으로 평가할 수 있는<sup>7)</sup> Activity Index(AI) 중 후측 하지의 운동성 평가 항목과 일상생활기능 중 보행의 항목을 이용하여 다음과 같은 결과를 얻었다.(Table 3, 4참조)

半身不遂는 中風에 수반되어 나타나는 주요 症狀으로써 몸의 한 쪽 또는 上下肢 모두 운동할 수 없으며 감각이 없고 사용하지 못하는 것으로 偏廢 或 癱瘓이라고도 한다. 手는 움직일 수 있는데 足은 사용할 수 없거나 혹은 그 반

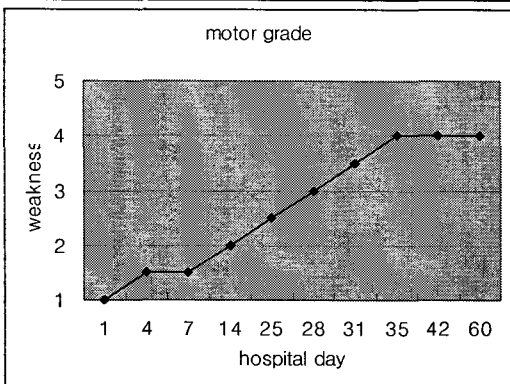
五行鍼과 六氣鍼을 응용한 뇌경색환자 치험 1례

Table 2. 하지의 근육운동력의 단계(motor grade)

| grade  | 비                               | 고 |
|--------|---------------------------------|---|
| I      | 꼬집어도 못 움직이고 반응이 없는 경우           |   |
| I/II   | 꼬집으면 발가락을 까딱까딱 움직이는 경우          |   |
| II     | 지상면에서 다리를 잡아당길 수 있는 경우          |   |
| II/III | 무릎을 꼬을 수 있는 정도 (Tilting 가능)     |   |
| III    | 보행가능(발을 아직 들지는 못한다)             |   |
| III/IV | 걸음 가능 (발을 어느 정도까지는 들 수 있다)      |   |
| IV     | 잘 걷는 편(self-walking 가능), 발목 움직임 |   |
| IV/V   | 발가락 움직임 가능하고 혼자 신발을 신을 수 있음     |   |
| V      | 정상 운동                           |   |

Table 3. 후측하지의 운동성 평가(A)

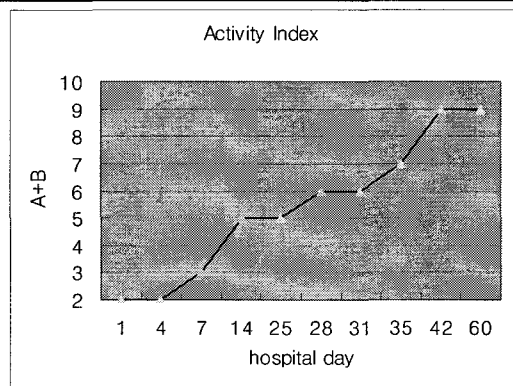
| 점수 | 비                      | 고 |
|----|------------------------|---|
| 4  | 정상 또는 정상에 가까움          |   |
| 3  | 기능적인 운동이 가능함           |   |
| 2  | 기능성을 가지지는 못하나 움직일 수 있음 |   |
| 1  | 움직일 수 없음               |   |



대의 경우도 있다. 과거에는 “偏枯”, “偏風”, “偏身不用”, “痺風” 등의 다른 명칭이 있었으며 현

Table 4. 일상생활기능(보행)(B)

| 점수 | 비                                 | 고 |
|----|-----------------------------------|---|
| 6  | 보행가능                              |   |
| 4  | 타인이 보조해 주면 보행가능하며 의자차를 스스로 이동이 가능 |   |
| 3  | 타인이 보조해 주면 설 수 있으며 의자차에 의존함       |   |
| 1  | 타인이 보조해 주어도 설 수 없으며 침대나 의자차에 의존적임 |   |



대의학적으로 볼 때 腦出血, 腦血栓, 腦栓塞 등에서 모두 정도는 다르지만 癱瘓이 발생한다. 中風半身不遂는 風邪가 經絡에 侵入하여 發生하며 外風과 內風의 구별이 있는데 外風에 屬하는 경우는 正氣不足으로 인하여 經絡이 空虛하여 風邪가 侵入하여 發生하고 內風에 屬하는 경우는 평소 환자가 氣血虧虛하고 心, 肝, 腎의 三臟의 陰陽이 失調된데다가 근심이나 怒氣가 중되거나 혹은 飲酒飽食, 房室勞累하거나, 外邪侵襲하여 氣血運行이 阻滯되어 肌膚筋脈이 濡養함을 잃게 되어서 주로 발생한다<sup>8)</sup>.

본 症例의 경우 內風에 속하는 것으로 그 病機는 과도한 飲酒(소주 2병/1회, 4-5회/周)와 勞倦內傷으로 脾失健運하여 濕痰이 生成되고 痰鬱化熱하여 經絡을 阻滯하여 中風이 發生된 것<sup>8)</sup>으로 파악하였다. 이에 대한 論述로 朱丹溪

는 『丹溪心法』에서 ‘대개 濕土에서 痰이 생겨나는데, 痰은 熱을 생성하고 熱은 風을 일으킨다(多是濕土生痰, 痰生熱, 熱生風也).’고 하여 濕痰이 熱을 생겨나게 하여 中風이 온다고 여겼다<sup>2)</sup>.

이러한 病機로 이해하게 된 근거로 환자의 脈象과 舌象을 중요시하였는데 환자의 脈은 浮滑數有力하였고 舌은 淡紅苔白燥하였다. 『醫學入門』에 ‘數而有力 則爲熱, 數而帶滑 痰火盛’ ‘中風脈浮 滑兼痰氣’, ‘舌淡而苔燥, 則是濕邪鬱遏陽氣, 氣不化津以布于舌’, 『瀕湖』에 “滑主痰飲 浮滑風痰”, 『東洋醫學大辭典』에 ‘滑脈 ... 兼數者爲熱結 ... 見右關者脾熱, 口臭, 吐逆, 宿食不化, 兼實者胃熱.’<sup>9)</sup> 등의 記載가 있고 실제로 便秘(1回/3-4일), 口臭 등의 症狀이 脈象 및 舌象과 일치하였다.

상기 症例의 針灸治療에 있어서 健側 大敦補, 太白瀉, 三里補, 曲池補, 百會 등의 穴位를 매일 1회 자침하였으며 입원 2주 후부터는 간혹 足運動區를 並行하여 施術하기도 하였다. 본 症例에서는 五行鍼과 六氣鍼의 이론에 의거하여 五俞穴을 이용하여 4個의 穴位(百會 제외)만을 取穴하였는데 주요 치료 목표는 祛濕痰 및 清熱에 의해서 祛風하고자 함이었다.

五行鍼과 六氣鍼의 이론에 관련된 論說은 原典이 될만한 근거 자료의 희소와 실제 응용상의 난해함으로 인하여 그동안의 연구가 미진한 것이 사실이다. 五行鍼과 六氣鍼에 대한 연구로는, 五俞穴을 이용한 사암침법, 태극침법, 팔체질침법을 비교고찰한 논문<sup>10)</sup>, 임상에서 多用되는 五行鍼法의 정립과정에 대해 역대의 한의서를 바탕으로 한 연구<sup>11)</sup>, 五行鍼을 응용한 六氣鍼에 관한 연구<sup>12)</sup> 등이 있으며, 五行鍼(舍岩鍼法)을 응용한 임상 症例 報告는 腰痛 및 腰脚痛의 치료에 있어서 體鍼만을 사용하는 것보

다 體鍼과 舍岩鍼法의 腎正格을 并用하는 것이 증상의 好轉 및 치료기간의 단축에 도움이 된다는 보고<sup>13)</sup>, 복합 부위 통증 증후군 환자 1례에 대하여 舍岩鍼法의 瘀血方을 시술한 후 VAS상 유의한 변화를 보고한 논문<sup>14)</sup>, 당뇨를 동반한 편측부정위운동 환자에 대하여 舍岩鍼法의 肝正格을 시술하여 양호한 효과를 얻은 치험을 보고한 논문<sup>15)</sup>, 舍岩 瘀血方과 홍화약침 요법을 병행하여 Duverney Fracture 1례에 대하여 일반 보존적 요법보다 현저한 치료기간의 단축 및 증상 호전을 보고한 논문<sup>16)</sup>, 卒中風不語 患者 20례에 대해 舍岩鍼法이 일반 體鍼에 비해 조음정확도·교호속도·문장발화속도면에서 유의성 있는 우위가 인정됨을 보고한 논문<sup>17)</sup>, 뇌졸중 환자 중 血壓이 높은 60명을 대상으로 舍岩鍼(膀胱正格)을 시술한 결과 침상안정을 시킨 대조군에 비하여 유의한 혈압강하 효과가 있음을 보고한 논문<sup>18)</sup> 등이 있다.

‘大敦補, 太白瀉’의 의미를 밝혀보고자 선행논문을 참고하였다. 五行鍼의 취혈원칙은 『靈樞經脈篇』의 ‘盛則瀉之, 虛則補之’에서 유래되어 『靈樞』의 迎隨補瀉를 통해 취혈의 원칙으로 발전되어 秦越人の 『難經』에서 정립되기 시작한다. 『難經·五十難』에서 五邪의 개념으로 오행의 병리상태를 상생, 상극관계의 부조화로 보고 『難經·六十四難』에서는 五俞穴을 五行配合하였다. 상생관계에 의한 他經補瀉는 明代의 張世賢이 『校正圖註難經』에서 제시하였고 李梴에 의해 五行鍼法과 유사한 형태를 띠게 되었다. 心病을 예로 들어서 實證에는 脾胃經을 瀉하고 虛證에는 肝膽經을 補한다고 하였으나 구체적으로 脾胃經의 土穴, 肝膽經의 木穴이라는 기재는 보이지 않는다<sup>19)</sup>. 이에 의하면, ‘大敦補, 太白瀉’는 心病의 虛證과 實證을 목표로 쓰였다는 것을 알 수 있다. 이것

## 五行鍼과 六氣鍼을 응용한 뇌경색환자 치험 1례

을 舍岩五行鍼法의 正勝格에 대입하여 해석을 달리해보면, 心病의 虛證에는 心正格(大敦 補, 少衝 補, 陰谷 瀉, 少海 瀉)을 사용하고 心病의 實證에는 心勝格(陰谷 補, 少海 補, 太白 瀉, 神門 瀉)을 사용하는데 ‘大敦 補, 太白 瀉’는 心正格 중의 他經 母穴과 心勝格 중의 他經 子穴만을 취한 것이라고도 해석할 수도 있다. 한편, 『舍岩道人鍼灸要訣』에서는 半身不遂를 心虛로 보고 ‘大敦 補, 太白 瀉’를 사용하였다<sup>20)</sup>. 半身不遂의 病因病理를 心虛로 파악한 근거는 찾을 수 없으나, 『校正圖註難經』과 『舍岩道人鍼灸要訣』을 종합해보면 ‘大敦 補, 太白 瀉’는 半身不遂를 心病으로 파악하여 心正格과 勝格을 并用했다고 판단된다. 그렇다면, 六氣鍼法에 의하면 ‘大敦 補, 太白 瀉’는 어떤 해석을 할 수 있을 것인가? 六氣鍼法은 舍岩五行鍼法과 같이 五俞穴을 治療穴位로 하고 장부의 허실을 오행의 상생, 상극관계를 이용한 自他經보사를 통해 조정하는데 舍岩五行鍼法과 달리 상극관계에 의한 취혈은 舍岩五行鍼法과 같지만 상생관계에 의한 취혈은 他經은 같지만 自經은 다르다. 상생관계에 의한 自經취혈시에는 自經의 母穴을 보하거나 子穴을 사하지 않고 自經의 自穴을 보하거나 사하며 경락 안 風, 熱, 濕, 燥, 寒의 보사방의 열 개 처방으로 구성된다<sup>21)</sup>. 六氣鍼法에 의하면 ‘大敦 補, 太白 瀉’는 脾濕瀉方(大敦 補, 隱白 補, 經渠 瀉, 太白 瀉)에 해당된다. 脾濕을 瀉해주기 위해서 五行鍼法에서 自經의 子穴(金穴)인 商丘를 瀉하여 五行의 相生, 相克의 부조화를 조절하지만 六氣鍼法에서는 自經의 自穴인 太白을 瀉해서 脾經이 속한 本臟腑의 六氣의 부조화(즉, 본 증례에서는 濕의 過多)를 조절하는 것이다.

‘三里 補, 曲池 補’는 舍岩鍼法의 大陽正格(三里 補, 曲池 補, 陽谿 瀉, 陽谷 瀉) 중에서

自他經의 補하는 穴位를 取한 것으로 12經絡 중에서 상대적으로 燥性이 강한 手陽明大腸經의 기운을 이용하여 濕을 除去하고자 하는 의도에서 選穴하였다. 足三里는 疏風化濕 通調經絡 調和氣血하며 曲池는 疏邪熱 祛風濕 調氣血하여<sup>22)</sup> 모두 半身不遂에 쓰일 수 있는 穴位이다.

상기 症例에서 매 1일 1회 상기 穴位를 健側에 取穴하였는데 초반 1개월 정도는 증상이 지속적으로 하루가 다르게 조금씩 호전을 보였으며 간혹 別無進退를 보이는 경우에는 때때로 頭鍼을 병행하였다. 頭鍼療法은 皮質의 機能定位과 상응하는 頭皮에 刺針하는 것인데, 中風에서 運動障礙가 나타나면 반대측 運動區에 刺針하고, 感覺障礙가 발생하면 반대측 感覺區에 刺針한다<sup>2)</sup>. 運動區의 윗 點은 前後正中線 가운데 점 후방 0.5cm 부위에 있고, 아래 點은 眉枕線과 鬢角髮際前緣이 만나는 부위에 있는데, 上下 두 點의 연장선이 바로 運動區이다. 運動區의 위쪽 1/5은 下肢·몸통 運動區로서 反對側 下肢 癱瘓을 주로 治療한다<sup>23)</sup>. 頭鍼에 대한 기존의 연구 논문으로는 體鍼群과 頭鍼·體鍼을 竝行하는 群으로 나누어 시술하여 본 결과 治療成績에 있어서 頭鍼·體鍼竝行群의 優秀度(57.14%)가 體鍼群(20%)보다 높았다는 연구 결과<sup>24)</sup>, 頭鍼을 시행한 요추간판탈출증 환자 30례에 대하여 83.3%의 치료율이 있음을 보고한 연구 논문<sup>25)</sup>, 경막하혈종환자가 나타내는 주소증을 頭鍼시술과 導痰除濕湯의 한방 처치만으로 호전시킨 증례 보고<sup>26)</sup>가 있었다.

頭鍼시술이 본 症例의 치료에 있어서 어느 정도 유의한 영향을 미쳤다고 보여지나 치료 穴位의 穴性이나 치료 機轉을 밝혀놓은 자료는 찾아볼 수 없었고, 치료의 전반기 약 3주 정도가 지나 頭鍼 시술을 시작하였으며 그 이전의

기간 동안 사용한 五行鍼과 六氣鍼을 응용한 치료법에 의하여 지속적인 호전의 양상을 보인 것을 고려해 볼 때 상기 네 개의 穴位(大敦, 太白, 三里, 曲池)의 선택이 유의하였다고 생각된다.

鍼灸治療에 관한 많은 연구 결과에 비추어 보면 임상상 鍼灸治療의 유의성이 인정된다는 것은 주지의 사실이나 治療機轉을 밝혀내거나 望聞問切의 四診에 근거하여 辨證을 하고 이와 부합하는 치료 穴位의 선정을 하기까지는 많은 어려운 점이 있는 것 또한 사실이다. 향후 五行鍼과 六氣鍼과 관련하여 보다 많은 임상 연구가 필요하며 餘他 鍼法과의 비교고찰이나 選穴 과정의 辨證理論 등 다양한 각도에서의 접근이 필요하리라 사료된다.

#### IV. 結 論

저자는 △△대학병원에서 Brain-MRI 상 뇌 경색 진단받은 후 본원에 내원하여 五行鍼과 六氣鍼, 頭鍼을 施術하고 韓藥處方을 并用하여 현저한 호전을 보인 환자 1례를 대상으로 사용된 穴位의 穴性和 治療機轉에 대하여 연구하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 朱丹溪의 '濕土生痰, 痰生熱, 熱生風'의 病理機轉에 의거하여, 濕痰이 원인이 된 內風患者에 대하여 「舍岩道人鍼灸要訣」에記載된 '大敦 補, 太白 瀉'를 응용하여 AI(Activity Index)상 현저한 효과를 보았다.
2. 「校正圖註難經」, 「舍岩道人鍼灸要訣」에 의거하여 '大敦 補, 太白 瀉'는 半身不遂를 心病으로 파악하여 心正格과 勝格을 并用한다는 의미로 해석할 수 있다.
3. 六氣鍼法에 의하여 '大敦 補, 太白 瀉'는 脾濕瀉方(大敦 補, 隱白 補, 經渠 瀉, 太白

瀉)의 의미로 해석할 수 있다.

4. '三里 補, 曲池 補'는 舍岩鍼法의 大腸正格(三里 補, 曲池 補, 陽谿 瀉, 陽谷 瀉)의 일부로 疏風化濕 調氣血의 의미가 있어 中風治療에 응용할 수 있다.

#### 參 考 文 獻

1. 楊思樹, 張樹生, 傅景華. 東醫臨床內科學. 서울 : 法人文化社. 1999 : 493.
2. 배병철, 곽동렬. 實用中風治療學. 서울 : 成輔社. 1997 : 24-7, 174.
3. 全國韓醫科大學心系內科學教室 編著. 心系內科學. 서울 : 書苑堂. 1999 : 427-8.
4. 朴鎮雄, 高炯均, 金昌煥. 中風의 針灸治療에 對한 小考. 大韓鍼灸學會誌. 1996 ; 13(1) : 350-64.
5. 蔡禹錫 編著. 母山醫囊. 대전 : 周珉出版社. 2001 : 168, 155, 182.
6. 黃度淵 著. 證脈方藥合編. 서울 : 남산당. 1978 : 263.
7. 조은희, 권정남, 김영균. 중풍의 예후 인자 및 기능 평가방법에 관한 문헌적 고찰. 대한한의학회지. 2000 ; 21(4) : 138-47.
8. 張茂珍 編著. 國譯 中風條辨. 서울 : 대성문화사. 1995 : 221-3.
9. 朴旻 譯釋. 入門診斷學譯釋. 서울 : 대성문화사. 1996 : 64, 257-64.
10. 정인기, 강성길, 김창환. 오수혈을 이용한 침법의 비교고찰-사암침법, 태극침법, 팔채질침법 중심으로-. 대한침구학회지. 2001 ; 18(2) : 186-99.
11. 신동훈, 김재홍, 조명래. 五行鍼法의 定立과정 에 대한 史의 연구. 대한침구학회지. 2002 : 19(4) ; 124-31.
12. 김재홍, 조명래. 五行鍼을 응용한 六氣鍼에 관



五行鍼과 六氣鍼을 응용한 뇌경색환자 치험 1례

- 한 연구. 대한침구학회지. 2003 ; 20(1) : 61-73.
13. 조명래, 유충열, 박춘하, 박은주, 김재홍, 채우석. 腰痛 및 腰脚痛 患者의 體鍼療法과 五行鍼法の 腎正格并用에 의한 증상호전 비교. 대한침구학회지. 2002 ; 19(1) : 84-91.
  14. 하지영 외. 畚岩 瘀血方 시술에 의한 I형 복합 부위 통증 증후군 환자의 치험 1례에 관한 보고. 대한침구학회 임상논문집. 2003(Feb) : 92-100.
  15. 박상민, 강중원, 김동훈, 김종덕, 인창식, 우현수 외. 당뇨를 동반한 편측무정위운동(Hemichorea-Hemiballism) 환자에 대한 사암침법 간정격 치험 1례. 대한침구학회지. 2003 ; 20(4) : 230-6.
  16. 문익렬 외. 畚岩 瘀血方과 홍화약침요법을 병행한 Duverney Fracture 1례에 관한 고찰. 대한침구학회 임상논문집. 2003(Sep) : 38-45.
  17. 송민식, 김영화, 장석근, 김정호, 임윤경, 강재희, 박영수외. 중풍 후 언어장애 환자 20례에 대한 체침과 사암침 치료의 임상적 비교 고찰. 대한침구학회지. 2003 ; 20(6) : 160-7.
  18. 박영수, 김은미, 김영일, 홍권의, 이현. 뇌졸중 환자에서 사암침의 혈압 강하에 대한 고찰. 대한침구학회지. 2004 ; 21(4) : 217-23.
  19. 신동훈, 김재홍, 조명래. 五行鍼法の 定立과정 에 대한 史의 연구. 대한침구학회지. 2002 : 19(4) ; 124-31.
  20. 畚巖道人 原著. 畚巖道人鍼灸要訣. 서울 : 행림서원. 1935 : 23.
  21. 김재홍, 조명래. 五行鍼을 응용한 六氣鍼에 관한 연구. 대한침구학회지. 2003 : 20(1) ; 61-73.
  22. 崔容泰 外. 鍼灸學(上). 서울 : 集文堂. 2001 : 330, 382.
  23. 朴喜守, 方載盛 著. 頭鍼學. 서울 : 醫聖堂. 1998 : 102.
  24. 하지홍, 한상균, 조명래, 이병열, 유충열. 頭鍼과 體鍼을 施行한 中風患者 29例의 臨床考察. 대한침구학회지. 2001 ; 18(4) : 82-90.
  25. 장석근, 김영화, 강재희, 김정호, 임윤경, 이현 외. 頭鍼을 시행한 요추간판탈출증 환자 30례에 대한 臨床考察. 대한침구학회지. 2003 : 20(5) ; 252-60.
  26. 이시섭, 김동원, 옥태한. 頭鍼을 시술한 硬膜下血腫 患者 1례에 관한 보고. 대한침구학회지. 2001 : 18(5) ; 195-203.