項强환자에게 氣功外氣療法을 응용한 경우의 ABR-2000측정 결과로 분석한 임상적 유효성

정은영*·나삼식**·이기남***

* · ** : 대한의료기공학회, *** : 원광대학교 예방의학교실

大韓醫療氣功學會

ABSTRACT

Clinical effect of Gigong therapy by measuring ABR-2000 on Neck Stiffness Patients

Eun-Young, Jung ▪ Sam-sik, Na ▪ Ki-Nam Lee

Objective : This study is performed to evaluate the clinical effect of Gigong therapy by measuring ABR-2000 on neck stiffness patients.

Methods : Among the outpatients with neck stiffness who visited to Wolgot Oriental Medical Clinic from 16 to 26, June 2003, we selected 22 persons. They were divided into two groups. One group was treated with acupuncture, cupping therapy added to Gigong therapy and the other was treated with the two formers. Before and after therapy, we measured ABR-2000 from the head, two hands and two feet. We selected 11 persons without specific conditions as a control group.

Results : Between the control and the Gigong therapy, there were significant difference of differences. Gigong therapy plays role in relaxing inner and outer of the body.

Conclusion : This result indicated that Gigong therapy is to regulate autonomic nerve and to relax the inner and outer of the body.

Key words : Gigong 0therapy, ABR-2000, Neck Stiffness

I. 서론

項强은 頸項部에 風寒外傷勞損 등으로 피로가 누적되어 경추의 생리적 만곡이 변화하여 경부근육이 경련통증을 일으키거나 추간판, 관절 등이 퇴행성 변화를 일으켜 신경근을 압박하여 나타나는 것으로 임상에서 자주 나타나는 질환이다.[1)]

경추부는 체중의 약10%에 해당하는 머리를 지지하는 구조로 項强은 척추 전체 및 골반부의 이상만곡으로 이어져 내장기능의 이상긴장을 초래하기도 한다. 보통 오래 목을 구부리고 일하는 경우에 경부근육이 종창경결되어 초기에는 두경부, 견배부의 통증과 운동제한이 점차 頸肩部, 上肢部, 上背部에도 통증이 나타나며 경항부의 피로누적으로 두통과 상지무력 등이 겸하기도 한다.[2)]

이러한 項强의 근본원인은 생활습관 및 자세, 직업, 스포츠, 체질, 성격, 식생활, 기후, 환경 등의 각종 stressor의 복합작용이므로 전신 구조와 기능의 평형을 바로잡아 주는 방법으로 회복되며 이는 다양한 원인에 의한 증상이므로 상용치법 또한 다양화하는 것이 임상에서 효과적일 수 있다.

같은 맥락에서 상용되는 자침, 부항, 추나요법과 마찬가지로 기공외기요법 또한 응용범위에서나 효능면에서 유용할 것으로 보인다. 이런 측면에 대해 문헌상에서도 기공외기요법은 增補元氣 平衡陰陽 通經活絡 調和氣血의 효능이 있다고 기록되어 있다.[3)]

기공외기요법은 수년간의 기공수련으로 체내에 氣功態를 형성한 자가 의념으로 내기운행을 조동시켜 신체의 어떤 穴位 또는 部位에 일정한 강도와 밀도로 내기를 체외로 방출하여 외기로 바꾸어 치료하는 요법으로 刺鍼, 附缸, 打法, 擦法 등 他요법에 다양하게 응용할수 있다는 장점이 있다.[4)5)6)7)]

이에 스트레스 진단기인 ABR-2000을 이용하여 項强症에 刺針, 附缸을 시술한 경우와 外氣發功을 응용한 경우의 시술 전후의 상태를 비교하여 의미있는 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 실험방법

1.실험군과 대조군의 선정

2003년 6월16일부터 2003년 6월 26일까지 김포 월곶한의원에 項强과 타 수

1) 경항통 환자치료의 임상적 고찰, 대한침구학회지 15-1, 서울, 1998년

2) 문상은:전신조정술,현문사,서울,1994년 p90-91

3) 上揭書, p156-157

4) 이강호 외:수기요법을 이용한 견관절질환치료의 임상적 연구, 대한의료기공학회지 제4권 2호, 2000년, p34-35

5) 이병주 외:외기치료에 의한 영아성 뇌성마비의 치험례보고 대한의료기공학회지 제3권 2호, 1999년 p114

6) 왕가림: 기공학기초연구와 응용, 북경, 북경출판사, 2001

7) 왕인 편: 기공외기치료법, 산서성, 산서과학교육출판사, 1991

반증상을 주소로 내원한 환자 22명을 대상으로 하였다.

대상자 선정기준은

1)만 18세이상의 성인으로서 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한자

2)정신병 약물 알콜의존 등 정신장애를 가지지 않은 자

이중 22명을 무작위추출하여 실험군, 대조군을 선정하였다.

1) 실험군

이름	성별	연령	병력기간	환부	수반증상
김**	여	27	2개월	양	매핵기, 무기력
정**	여	50	3개월	좌	후두통
김**	여	38	3개월	좌	두통, 견비통
박**	여	59	1개월	양	두통, 불면
이**	여	64	6개월	우	견비통, 속쓰림
이**	남	35	2년	양	견비통, 소화장애
송**	남	36	6개월	양	해수, 인통
한**	남	36	2년	좌	2년전 중풍이후 좌측사지저림
정**	남	44	15일	우	좌측요통
김**	남	45	2년	양	2년전 교통사고이후양쪽 견비통
김**	남	45	1개월	양	양측 견비통

2) 대 조 군

이름	성별	연령	병력	환부	수반증상
이**	여	28	6개월	양	심계, 불면, 수근관증후군
이**	여	42	1년	우	우측 요각통
안**	여	43	3개월	우	견비통
민**	여	51	오래전	양	
김**	여	67	6개월	양	전두통, 수전증
김**	여	69	20일	양	당뇨, 고혈압
손**	남	33	수년동안	양	2일전부터 좌측 어깨통증, 과로
이**	남	37	2개월	우	우측수지마목
이**	남	43	6개월	좌	좌측 요각통
방**	남	54	불명확	우	담마진
윤**	남	56	5개월	양	견비통, 평소에 심한 정신적 긴장

3) 성별분포

	남	여	합계
실험군	6	5	11
대조군	5	6	11
합계	11	11	22

4) 연령별 분포

	20대	30대	40대	50대	60대	합계
실험군	1	4	3	2	1	11
대조군	1	2	3	3	2	11
합계	2	6	6	5	3	22

2. 실험군과 대조군에게 ABR 2000으로 검진한다.

1) ABR2000의 작동은 "대기 - 1차반응검사 - 휴지 및 1차기록 - 2차반응검사 - 2차기록 및 종료" 의 순으로 이루어진다.

2) 치료실로 들어온 환자를 일단 5분간 안정시킨다.

3) 환자에게 진단기의 측정봉과 헤어밴드를 접촉시킬 양 손, 양 발, 이마부분을 노출하도록 지시한다.-양말과 장갑, 안경,모자 등을 벗도록 지시한다.

4) ABR2000 앞에 앉게 한 후 양 팔이 옆구리에 닿지 않도록 주의하면서 측정봉을 양손에 쥐게 하고 이마에 헤어밴드를 두른 후 양 발은 진단기의 양 발의 접촉면에 올려둔다. 이때 2차 반응 검사가 끝날 때까지 자세를 바꾸지 않도록 한다.

5) 측정부위는 다음과 같다.

1상한: 오른쪽 손-오른쪽 머리
2상한: 오른쪽 머리-왼쪽 머리
3상한: 왼쪽 머리-왼쪽 손
4상한: 왼쪽 손-오른쪽 손
5상한: 오른쪽 손-오른쪽 발
6상한: 오른쪽 발- 왼쪽 발
7상한: 왼쪽 발- 왼쪽 손등

각 상한에서 나타나는 전기반응의 형태를 차례로 측정한 후 인체자율반응이 이루어질 수 있도록 휴식을 취하게 하고 자동2회 시행한다

3.실험군과 대조군에게 각 치료법을 시술한다.

실험군: 수지침 유침 후 외기발공-화관법 후 외기발공-수기요법
대조군: 수지침 유침-화관법

1) 수지침 시술

(1) 침종류: 동방침구침의 0.25 × 40mm 일회용 스테인리스호침과 0.15×15mm 스테인리스 수지침
(2) 자침깊이: 호침은 5mm
수지침은 0.5-1mm[8)]
(3) 취혈: 체침은 人中, 崑崙, 懸鍾, 肩井[9)]

수지침은 상초기본방 A16 A18
중초기본방 A6 A8 A12
하초기본방 A1 A3
(남자는 A5, A8 여자는 A4, A8)

상응요법을 이용한 上白, 中白, 次白, 下白혈부위를 중수골과 평행하게 橫刺透鍼

2) 화관법 시술[10)]

8) 장진영 외: 상응이론의 고찰과 수지상응부위 자침후 체표온도변화에 대한 연구, 대한의료기공학회제5권, 2001년, p68-69

9) 허준:동의보감, 법인문화사, p659-660

(1) 유리제 부항관자의 종류: 입구의 외경 45mm, 내경 39mm, 용적 75cc의 2호 부항
(2) 閃火法 시술법: 직경 16mm, 길이 20mm의 탈지면과 거즈로 만든 면봉을 99% 메틸알콜을 적당량 적셔 점화하여 0.5±0.1초 동안 罐子 안에 넣었다 빼서 0.5±0.1초 만에 환자의 체표에 흡착시켰다.
(3) 흡착부위: 薦骨部, 大椎穴 上下左右, 양쪽 膏肓, 膈兪, 腎兪, 志室 등 督脈經과 膀胱經線上

3) 수기요법 시술[11]

頸項部의 手氣는 환자를 편안히 앉게 하고 양손은 勞宮을 위로 향하게 하여 무릎 위에 얹게 하고 의사는 환자의 왼쪽에서 왼손은 환자의 머리 윗부분을 잡아 고정시키고 오른손으로 목부위의 積을 위에서 아래로 찾아서 풀어낸다. 肌肉이 뭉친 곳을 푼다. 이때 시술자의 어깨와 손끝의 힘을 빼고 손가락이 구부러지지 않게 한다. 엄지 끝마디보다 작은 積은 중심부부터 가장자리로 엄지손가락으로 시계방향으로 원을 그리며 바로 풀고 큰 積은 가장자리부터 뿌리를 흔든다는 생각으로 푼다. 시술시간은 1, 2분에서 5분정도이고 氣波가 서로 잘 맞으면 10-20분정도이다. 경추와 天門은 항상 기본적으로 풀어 준다. 이때 사용된 手氣術의 종류는 點按法, 摩法, 柔法이다.

4)자침 후 외기발공법[12]

수련경력 5년이상의 한의사가 피시험자의 勞宮穴에 3분동안 실험자의 양 勞宮과 피실험자의 勞宮과의 거리는 3-5cm로 하여 照射한다.

5)기공부항요법 시술[13]

留罐하여 시술자가 피시험자의 無心穴을 통해 外氣를 放射하고 會陰과 湧泉을 통해 邪氣를 쓸어내린다는 意念으로 쓸어내리거나 邪氣가 특정부위에 응결되어 있는 경우 祛邪法을 이용해 사기를 뽑아낸 다음 부항을 떼어낸다. 1회 시술은 5분 내외로 한다.

4.시술이 끝난후 다시 ABR 2000로 검진한다.

II.실 험 결 과

7개 상한중에서 항강증의 병위와 일치하는 1, 2, 3상한의 치료전후의 검사결과

10) 박종웅 외 :적외선촬영을 통한 화관부항법과 배기관부항법, 기공부항요법 시술시 피부체온변화 관찰 , 대한의료기공학회지 제5권, 2001년, p3

11) 이강호 외:수기요법을 이용한 견관절질환 치료의 임상적 연구, 대한의료기공학회지 제4권 제2호,200년, p35-36

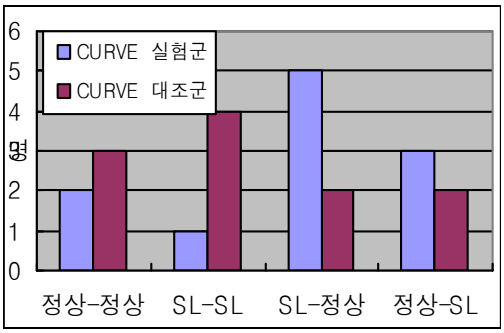
12) 박병준 외: 합곡혈에 외기요법후 발생하는 천추혈의 온도변화에 대한 비교연구, 대한의료기공학회지 제5권, 2001년, p162

13) 대한의료기공학회지 제5권, 2001 , p3-9

만을 취합하여 분석한 결과 아래와 같았다.

1.CURVE

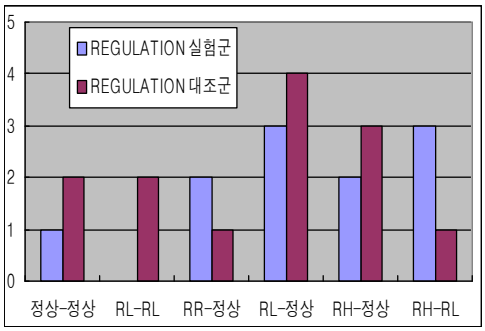
	정상-정상	SL-SL	SL-정상	정상-SL	합계
실험군	2 (18.18)	1 (9.09)	5 (45.45)	3 (27.27)	11
대조군	3 (27.27)	4 (36.36)	2 (18.18)	2 (18.18)	11
합계	5	5	7	5	22



SH-급성 SL-만성 SI-이상

2.REGULATION

	정상정상	RL-RL	RR-정상	RL-정상	RH-RL	RH-정상	정상-RH	합계
실험군	1 (9.09)	0 (0.00)	2 (18.18)	3 (27.27)	3 (27.27)	2 (18.18)	0 (0.00)	11
대조군	2 (18.18)	2 (18.18)	1 (9.09)	2 (18.18)	1 (9.09)	2 (18.18)	1 (9.09)	11
합계	3	2	3	5	4	4	1	22



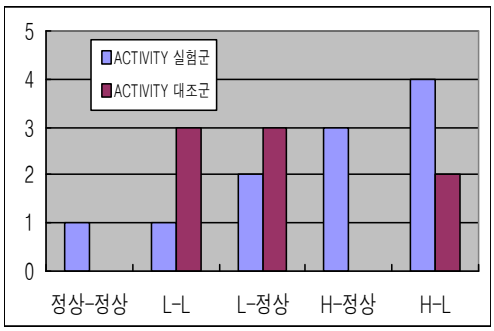
RH: 자율조절반응이 정상보다 크다-과민반응

RL: 자율조절반응이 정상보다 적다-기능실조

RR: 자율조절반응이 역전된 상태-조절착란

3.GRAPH중 ACTIVITY

	정상-정상	L-L	L-정상	H-정상	H-L	합계
실험군	1 (9.09)	1 (9.09)	2 (18.18)	3 (27.27)	4 (36.36)	11
대조군	0 (0.00)	3 (27.27)	3 (27.27)	0 (0.00)	2 (18.18)	11
합계	1	4	5	3	6	22

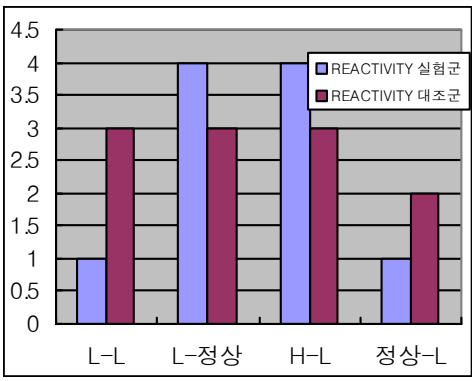


H :교감항진으로 인한 과도활동 및 과긴장상태

L :지나친 이완이나 미주항진으로 인한 비활동성상태

4. GRAPH중 REACTIVITY

	L-L	L-정상	H-L	정상-L	합계
실험군	1 (9.09)	5 (45.45)	4 (36.36)	1 (9.09)	11
대조군	3 (27.27)	3 (27.27)	3 (27.27)	2 (18.18)	11
합계	4	8	7	3	22



H- 교감항진으로 인한 과긴장상태

L- 미주항진으로 인한 과이완 상태

Hi-과긴장상태면서 1, 2차 반응의 결과가 변화가 없음

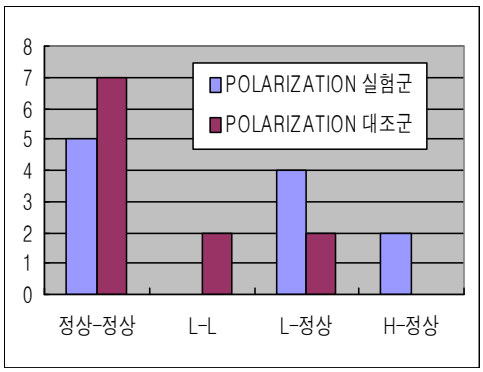
Li-과이완상태면서 1, 2차 반응의 결과가 변화가 없다.

HR-과긴장상태인데 2차반응도 정상범위 위로 벗어남

LR-과이완상태인데 2차반응도 정상범위 아래로 벗어남

5. GRAPH중 POLARIZATION

	정상-정상	L-L	L-정상	H-정상	합계
실험군	5(45.45)	0(000)	4(36.36)	2(18.18)	11
대조군	7(63.63)	2(18.18)	2(18.18)	0(0.00)	11
합계	12	2	6	3	22



Ⅳ.고 찰

1. 項强症에 대한 이해

頸項部는 椎骨에 해당되며 大椎의 상부에서 腦下에 접속되는 곳이라고 하였고 동양의학대사전에서는 “肩胛上肢頸骨隆起近候者”라 하여 그 위치를 설명하고 있으며 頭身이 서로 연접하는 위치의 前部가 頸으로 後部는 項으로 달리 표현하고 있다.

仲景이 ‘項强 卒口噤 背反張爲 痓’라 하고 동의보감에서 ‘傷寒項强 結胸項强

痓病亦項强'라고 표현한 項强은 서양의학의 경추추간판탈출증, 경추의 골관절염, 경부척추증, 척추종양, 사경증 경추부의 경근의 유통성손상 경부염좌 경부신경성 긴장 등이 속하고 교통사고 등으로 인한 이상에 의해서도 빈번하게 나타날 수 있다.

문헌상에서 項强의 원인을 살펴보면 內經에서는 '諸頸項强皆屬於濕' 本事에서는 "頸項乃足太陽膀胱之經 足少陰腎經與膀胱經 爲表裏 故太陽感風濕 爲頸項强痛 身腰反張 爲痓"이라 하였으며 丹溪는 "一人 項强不能回顧 動卽而痛 脈弦數實作痰熱 用太陽經" 王肯堂은 "發熱惡風項强者 屬太陽 太陽傷寒 項背强 其或 太陽中風 加之寒濕而 成硬者 亦項强也 頭下項 頭項上痛者 太陽表病也 張或間上條所云 頭項强痛 此邪氣仍在表也" 入門에서는 項硬하여 좌우회전을 못하는 것은 太陽初證이라하고 王肯堂은 夫頭頸强痛而硬 汗下 而不解 心下滿 而微痛 小便不利 此爲水飮內蓄邪不在表"라 보고 있다.

河間六書에서는 "膺腫頸痛 胸滿腹脹은 上實下虛로 氣厥하여 逆해서 陽氣가 風中에 鬱滯"된 것으로 보고 傷寒明理論은 "傷寒項强은 太陽脈이 目內眥에서 일어나 위로 額部로 올라가 巔頂에서 만나고 腦로 絡하고 다시 項部로 나와 肩臂를 循하고 脊部를 끼고 腰中에 抵하기에 생긴다."라고 하였다. 東醫寶鑑에서는 어떤 이가 午時이후에 발병하되 黃昏이 되면 안정되었다는 문구가 있는데 원인을 腎氣絶하고 肝氣弱하여 肝腎二臟이 陰氣를 받아 생기는 것이라 보고 있다.

이를 다시 임상에서 쉽게 볼 수 있는 질환별로 나누어 그 원인을 살피면 다음과 같다.[14]

1) 頸部損傷:

(1) 跌撲挫閃 등으로 頸項部 經絡筋脈肌肉이 손상받아 氣血瘀沮한 경우

(2) 본래 몸이 허약하고 榮衛氣가 부족하며 腠理가 치밀하지 못하여 風寒濕 外邪가 侵襲한 경우

(3) 熱病久病으로 眞血을 耗損하여 筋脈經絡肌肉의 濡潤작용을 하지 못한 경우

(4) 年老하여 肝腎不足하거나 脾胃虛弱하여 氣血化生이 不足하여 筋脈經絡肌肉의 濡潤작용을 하지 못한 경우

2) 落枕

(1) 수면시 頸部의 위치가 부적당하거나 베개가 너무 높거나 낮아서 장시간 頭頸部가 偏轉된 위치로 있어 頸部의 氣血運行이 不暢한 경우

(2) 수면시 寒을 받거나 濕地에 오래 있거나 汗出當風하여 風寒濕邪가 項背에 侵襲한 경우.

3) 急性頸임파절염:

風熱邪가 少陽陽明之絡에 蘊結하여 氣血瘀沮하거나 肝胃火毒이 上攻하여 痰結

14) 경항통에 대한 동의학적 병리 및 임상자료, 대한동의병리학회지 10-1, p6-10

이 되거나 乳蛾 口疳 蟲齒 등 頭面部瘡癰이 頸項部의 피부로 전이되어 발생한다.

2. ABR2000의 진단원리

ABR2000(생체전기 자율반응 분석기 혹은 스트레스 분석기)[15]은 인체 자극시 조절반응능력을 분석하여 이를 장기에 대한 기능적인 정보로 사용하는 Bioelectronic Regulatory technique의 일종으로 인체의 특정상한에 전극을 두고 미약한 전기자극을 주고 피부의 전도도와 피부자극에 대한 방어력 등을 측정하는 원리이다.

아래는 각 상한별 구분 및 진단기능영역을 나타낸 것이다.

1상한-신경계 순환계 이비인후과

2상한-중추신경계 이비인후과

3상한-신경계 순환계 이비인후과

4상한-심장 폐 상복부 비위 대장 갑상선

5상한-간 담 오른쪽 신장 폐 좌골관절

6상한-비뇨생식계 내분비계 골반 척추관절

7상한-비위 왼쪽 신장 폐 좌골관절

이때 인체에 유입된 전류량을 측정하여 인체의 저항값이 작다면 흘러 들어간 전류량이 많아지고 반대의 경우에는 전류량이 작아지는 원리에 의하여 Curve, Regulation, Graph의 세 가지 지표로 결과를 출력한다.

Curve는 음양의 전류를 4초간 인가했을 때 나타나는 인체반응을 1, 2차로 나누어 직선과 곡선의 형태로 그려주며 Regulation, Graph부분의 연산은 이를 바탕으로 한다. 1차반응검사는 파란색, 2차반응검사는 빨간색으로 나타나고 기울기가 35도이상이면 SH, 기울기변화가 거의 없으면 SL, 측정 도중 움직이면 기울기에 한번이상의 굴곡이 생기는 이상반응이거나 해당상한의 질환유무를 나타내는 SI가 나타난다.

SH-급성 SL-만성 SI-이상

Regulation은 자율신경조절반응 상태를 나타내며 자극을 받은 부교감신경이 활성화되는 방향으로 반응을 하는 것이 정상으로 1, 2, 3상한에서는 상승하고 4, 5, 6, 7상한에서는 하강한다.

RH: 자율조절반응이 정상보다 크다-과민반응

RL: 자율조절반응이 정상보다 작다-기능실조

RR: 자율조절반응이 역전된 상태-조절착란

Graph는 체표의 전기적 자율반응의 제반특성을 나타내며 생체자율반응의 변화로서 활용하는 도전도, 용량, 전위차에 대한 연산이 이루어진다. 이때 1, 2, 3상한은 스트레스여부를 알 수 있는 신경계의 반응으로 나타내고 4, 5, 6, 7상한은 원인이 되는 장기의 陰陽表裏寒熱虛實의 상태를 제시해준다.

이중 Activity는 汗腺의 활동과 밀접한 외피층에서 측정되는 것으로 표피로 드

12)동의신경정신과학회지 12-2, 2001, p118-119

러나는 교감활동상태를 나타낸다. 汗腺의 활동이 강하면 高도전도, 低저항값를 나타내며 汗腺의 활동이 약하면 低도전도, 高저항값를 나타낸다.

H :교감항진으로 인한 과도활동 및 과긴장상태

L :지나친 이완이나 미주항진으로 인한 비활동성상태 .

Reactivity은 어떤 펄스도 공급받지 않은 상태에서 이미 받은 자극에 대해 인체에서 방출되는 전류량을 측정한 것으로 내부상태의 저항력을 알 수 있다. 이는 진피층의 상태와 밀접한 것으로 해부학적으로 모세혈관과 림프세관이 풍부한 진피층에 충진된 체액과 표피의 전극이 일종의 용량을 형성한다. 체액의 충진이 많으면 높고 값을 충진이 적으면 낮은 값을 나타낸다.

H- 교감항진으로 인한 과도활동, 과긴장상태

L- 미주항진으로 인한 지나친 이완, 비활동성상태

Hi-정상범위보다 위로 벗어나면서 1, 2차 반응의 결과가 변화가 없음

Li-정상범위보다 아래로 벗어나면서 1, 2차 반응의 결과가 변화가 없다.

HR-정상범위보다 높게 벗어난 상태에서 2차반응 또한 정상범위를 역행해서 정상범위보다 더 위로 벗어남

LR-정상범위보다 낮게 벗어난 상태에서 2차반응 또한 정상 범위를 역행해서 더 아래로 벗어남

Polarization은 +·-펄스에 대한 인체저항값의 비율인데 인체의 생리작용에 균형을 잃게 되면 이상전위차가 형성되어 -H나 L로 표시-좌우(2, 4, 6상한) 상하(1,3,5,7상한)가 비정상적으로 분극되어 비대칭이 된다.

3. 수지침과 選穴원리

수지침은 全息이론의 鍼法중 하나로 우리나라에서 연구된 것으로 인체를 手에 상응배합시켜서 기존의 14正經과 이론체계를 手에 그대로 적용시켰으며 진단방법은 三一體質, 陰陽脈診論에 의해 판별하는 새로운 이론체계를 개발한 新鍼療法중의 하나이다.[16]

특히 수지침에서는 상초 중초 하초에 해당하는 각각의 기본방이 있어 三焦를 모두 다스려 정상적인 水升火降(小周天)을 유도하여 인체의 氣를 정상적으로 순환하게 해준다고 사려된다. 項强 또한 내장의 병과 관계되는 경우가 많으므로 내장의 기능을 원활하게 하는 방법을 함께 활용하는 것이 대단히 중요하다. 三焦의 기본방[17]은 아래와 같고 기본방의 효능은 각주에 있는 참고문헌을 인용하였다.

1) 下焦기본방 A1 A3(남자는 A5 A8 여자는 A4 A8)

정력이 허약해지면 매사에 의욕이 없고 피곤을 쉽게 느끼고 약해져서 잔병이 자주 일어난다. 그러므로 하초를 건실하게 하는 것은 대단히 중요하다.

16) 장진영 외: 대한의료기공학회지 5-1, 2001,, 상응이론의 고찰과 수지상응부위 자침후 체표온도변화에 대한 연구 pp.68-69

17) 上揭書, p85-86

2) 中焦기본방 A6 A8 A12

생활활동에 제1차적 요소는 소화작용이다. 대개의 모든 병은 소화작용이 원활치 못해서 일어나고 있다.

3)上焦기본방 A16 A18

사람은 건강상태가 나빠지면 반드시 心肺에 부담이 되어 순환기계통에 질병을 일으키게 된다.

4. 全息이론[18)]

수지침이론에 따르면 手指는 全身의 축소된 상응부위로 본다. 全身에 병이 있으면 그 영향이 手指에 나타나고 手指자극으로 말미암아 그 병이 치료된다. 그러므로 病位의 상응부에는 반드시 반응점이 나타나는데 이는 조금만 눌러도 통증이 속에서부터 우러나오는 강한 압통점으로 이 점을 정확히 찾아내야 수지침의 즉효를 얻을 수 있다.

또한 左手右手 각각 人身전체의 상응이 나타나며 手掌정중선이 任氣脈 手背 제3중수골을 따른 정중선이 督氣脈이 되므로 左側病은 左手左側인 小指側 右側病은 右手右側인 小指側만을 치료하고 정중선에 병이 있으면 左右手 모두 치료한다.

그 상응부위는 아래와 같다.

手內側 -人身前面

手外側 -人身後面

手掌-腹部

手背-背部

中指頭-頭部 제3절이상-面部

제2,3절사이-頸部

제1절-명치

제2, 4지-兩手 제3절-腕關節

제2절-肘關節

제1절-肩關節

제1, 5지-兩足

1지의 제2절과 5지의 제3절-足關節

1지의 제1절과 5지의 제2절 -膝關節

제5지의 제1절-股關節

5. 외기요법

기공을 이용한 치료법은 크게 內氣療法과 外氣療法으로 나뉘고 이중 外氣療法은 의사의 內氣를 사용하여 환자에게 外氣로 발공하여 정기를 북돋아주고 사기를 몰아내는 방법이다.[19)20)21)]

이를 發放外氣療法 發氣療法 導氣發放療法 超巨發功療法 布氣療法 組場療法 運氣療法라고도하며 唐代의 奇經에서는 布氣라고 하여 기공수련을 오래하여 자신의 內氣가 충족되면 運氣療法에 의하여 外氣를 發出하여 사람의 질병을 치료할 수 있다고 한 기록이 있다.[22)23)]

여러 문헌을 통해 기공요법의 효능을 정리해보면 增補元氣작용 平衡陰陽작용 通經活絡 調和氣血작용을 한다고 하며

18) 前揭書: 대한의료기공학회지 제5권, 2001p74-75

19) 上揭書, 대한의료기공학회지 2-1, 1998

20) 왕가림: 기공학 기초연구와 응용 ,북경, 북경출판사, 2001

21) 왕인: 기공외기치료법, 산서성, 산서과학교육출판사, 1991

22) 박병준 외:合谷穴에 外氣療法후 발생하는 天樞穴의 온도변화에 대한 비교연구, 대한의료기공학회지 제5권, 2001년 p163-165

23) 이은미: 의료기공에 대한 고찰, 대한의료기공학회지 제2권 제2호, 1998, p155

이런 원리에 의해 현재 외기요법을 사용 가능한 한의사들이 외기요법을 쓰는 방법은 다음과 같다.[24)25)]

1) 침, 부항 등을 외기요법의 매개체로 하는 방법

2) 진동자를 이용하여 환자 고유의 기파를 감지하여 진단, 치료하는 방법

3) 외기자체를 환자에게 직접 발공하는 방법

4) 여러 사람에게 동시에 外氣를 발공하는 방법

5) 의사가 노궁혈로 외기를 환자의 無心穴을 통해 넣어주는 방법

6) 의사의 손에서 발출되는 外氣를 이용하여 打法 擦法 등을 통해 환자를 치료하는 방법 등을 쓰고 있다.

이런 방법에 의해 외기가 발공되는 경로는 다음과 같다.

1) 丹田-膻中-勞宮-病因

臍下 一寸三分處의 丹田內氣를 끌어올려 胸部의 膻中穴로 이어서 上肢內側으로 手三陰經을 따라 手掌의 勞宮穴, 다시 기를 밖으로 발하여 病人의 몸에 도달하게 한다.

2) 命門-大椎-外勞宮-病因

命門穴의 內氣를 推動시켜 大椎 上肢外側手三陽經을 따라 손등의 外勞宮 氣를 밖으로 발하여 病人의 몸에 도달하게 한다.

3) 勞宮- 手指十宣- 病因

위의 두가지를 하는 도중 조건반사적인 意念으로 勞宮에서 手指十宣穴의 內氣를 病人의 體上에 發放하는데 丹田과 命門의 氣를 손끝에 이르게 하여 발한다.

4) 一側手指十宣穴- 大椎- 別一側 手指十宣穴- 病因

기공사가 氣功態에 진입한후 意念으로 外氣의 淸陽之氣를 한쪽의 手指十宣穴에 끌어들여서 手臂外側陽經을 따라 大椎穴에 이르게 하고 다시 다른 한쪽의 手臂外側陽經을 따라 手指十宣穴에 이르러 기를 病人의 體上에 發한다.이런 경로에 의한 外氣는 기공사의 元氣가 아니므로 기공사의 氣運소모가 전자의 방법들보다는 적다.

5) 丹田-長强- 命門- 大椎- 玉枕-百會-印堂-素髎-中府-膻中穴-手三陰經을 따라 勞宮穴에 이른다.

또한 외기요법시의 손의 자세도 다음과 같이 몇가지로 나뉘며 나름의 特長이 있다.

1) 鴨嘴式

2-5번째 손가락을 펴서모으고 엄지는 죽 펴서 나머지 四指와 마주보게 하여 外氣를 손의 바깥으로 發放하거나 氣를 모을 때 開闔하는 동작으로 손가락에 氣感이 강하다.

2) 五指分開半球式

다섯손가락 끝을 벌려서 半圓球형태를 만들어 拇指와 小指가 마주보게 한다. 이 자세는 勞宮혈의 氣感이 강하며 整體發功이나 順經發功때에 사용한다. 발출시 기의 흐름은 물이 흐르듯 끊어지지 않게

24) 이병주 ,지정옥, 이기남: 외기치료에 의한 영아성뇌성마비의 치험례보고, 대한의료기공학회지 제5권, 2001, p109, p114

25) 이현경:기공외기치료의 개관과 득기감에 대한 임상적 고찰, 대한의료기공학회지2-1, 98,

한다.

3) 推掌式

五指를 조금 벌려서 열고 腕관절을 손등쪽으로 45도 뻗고 勞宮穴을 밖으로 향해서 氣를 發하는데 氣場의 면적이 넓으므로 전신적으로 氣를 發功할 때 이용한다.

4) 劍指式

食指, 中指를 자연스럽게 펴서 모으고 엄지와 무명지 소지를 자연스럽게 굴곡시킨다. 이런 자세에서 發하는 外氣는 비교적 집중적이고 방향성이 강하여 환자의 혈위나 국소병변부위에 發할 때 상용한다.

5) 單指式

食指, 中指를 조금 펴고 나머지 손가락은 주먹을 쥐는 형태로 하는데 氣流의 방향성이 강하고 집중적이므로 혈위나 국소병변부위에 상용한다.

6. 기공부항요법의 원리와 작용

기공부항요법은 유리제 화관식 부항요법에 외기발공요법을 겸하는 치료방법이다.

부항요법자체는 罐子라고 칭하는 작은 항아리모양의 기구를 陰壓을 이용하여 인체표면에 흡착시켜 이때 발생하는 물리적인 기압차를 이용하여 인체의 비생리적 체액인 담음 및 어혈을 제거하고 通經絡시켜서 체액을 정화시킴으로써 체질을 개선하고 질병을 치료 예방하는 효과가 있다. 이에 더해 일정정도 이상의 수련으로 기운발출능력이 있는 의사의 내기를 사용하여 환자에게 발공함으로써 장부 및 경락의 사기를 제거하여 정기의 운행을 촉진시키고 신진대사를 원활하게 하는 부항의 작용을 倍加시킬수 있다.[26]

그러므로 폐결핵, 늑막염, 폐렴, 감모, 해수, 류마티즘, 복통, 소화불량, 두통, 고혈압, 동맥경화증, 요배통, 월경통, 자궁위치이상, 갱년기장애, 안적종통 등의 내과분야, 독사 교상, 창양 등의 외과분야, 체질개선과 같은 질병예방에 광범위하게 쓰이고 있다.[27]

이에 이번 연구에서 項强證에 背部 膀胱經과 督脈經上에 부항을 부착시킨 이유는 項强증이 督脈經과 膀胱經 등이 지배하는 頸項부의 硬結이 주원인이기 때문이다. 한의학에 있어 膀胱經상에 背兪穴이 위치하고 부항시술시 이는 해당 背兪穴에 연관된 장부의 병적반응 즉 부항을 부착한 피부표면에 피하출혈로 인한 색소반응으로 나타나는데 여기에는 장부상태를 판단할 수 있는 진단적 가치를 가지기도 하기 때문이다.

7. 수기요법[28]

수기요법은 의사가 內氣를 수련한 外氣를 발공할 수 있는 상태에서 한의학 이론에 따라 서로 다른 病情에 근거하여 수지로 환자의 적합한 혈위에 點按 등의 수법을 사용하여 자극을 가하므로서 경락을 잘 소통케 하여 체내의 氣血이 通

19) 前揭書, 대한의료기공학회제5권, 2001, p2-4

27) 上揭書, p7-8

28) 前揭書, 이강호외 대한의료기공학회지4-2, 200 0, p29

暢되어 빠르게 통증과 긴장, 피로 뿐아니라 질병으로 인한 기타증상을 해소하게 되는 기공점혈요법이다. 이에 項强證의 경우 경항부 근육, 인대의 경결로 인한 통증이나 운동이상이 나타나므로 적합한 치법이라고 할 수 있다.

1) 點按法: 指頭를 이용하여 積이 형성된 부위와 주요 穴자리에 압력을 가하고 氣를 주입한다는 意念을 사용한다. 관절부위에 작은 積을 풀고자 할 때 사용한다.
2) 摩法: 가볍게 누르면서 돌리는 방법으로 胸腹背 등에 조작해 氣血의 순환을 돕는다.
3) 柔法: 摩法과 유사하나 좀더 강한 압력으로 돌리는 것으로 주로 통증이나 肌肉이 뭉친 곳을 푼다.

8. 실험결과에 대한 고찰

각 항목에서 치료전후의 검사결과를 조합했을 때 더 다양한 결과가 나올 수도 있지만 이번 실험에서는 몇가지 특정 패턴만으로 나타났다.

1) 급·만성을 평가하는 CURVE곡선

급·만성을 평가하는 CURVE곡선은 앞서 환자들의 병력에서 볼 때 거의 급성인 낙침환자들은 아니므로 SL과 정상을 오가는 결과만 나타났는데 치료후 만성에서 정상반응을 나타낸 것이 실험군이 45.45%로 대조군의 18.18%보다 훨씬 높은 것이 특기할만하다. 그러나 정상에서 만성반응을 나타낸 것도 27.27%이므로 외기발공요법이 만성적인 항강증에 우세하다고 단언할 수는 없다.

2) REGULATION

REGULATION의 경우 자율신경의 조절상태를 나타내고 있는데 호전반응 중 과민반응과 조절착란, 기능실조 상태에서 각각 정상으로 회복되는 패턴이 18.18% (대조군: 36.36%-이하 대조군결과는 괄호로 표시) 27.27% (9.09%) , 18.18% (27.27%) 로 모두 합쳐서 63.63% (72.72%) 로 실험군, 대조군 모두 자율신경조절상태가 호전되었으나 외기발공요법을 시행한 경우보다 대조군이 조금 더 우세한 것으로 나타났다. 그러나 과민반응이 기능실조상태로 바뀐 경우가 실험군이 27.27%(9.09%)인 것까지 감안한다면 외기발공요법은 자율신경조절능력을 정상화하면서도 다소 이완의 양상을 띠게 한다고 볼수 있다.

3) ACTIVITY

ACTIVITY의 경우에도 表部의 항진상태와 저하상태가 정상으로 회복되는 경우가 실험군이 각각 18.18%(27.27%), 27.27%(0.0%)로 表部이상을 정상화하는 효능이 대조군보다 높았으며 특히 실험군에 있어서항진상태가 정상상태로 회복되는 경우가 실험군 11례중 8례를 차지해 項强증의 경우 외기요법을 적용할 때 表部의 긴장을 이완시키는 측면 또한 강한 것으로 보인다.

4) REACTIVITY

REACTIVITY의 경우에는 저하상태가 정상이 되는 경우와 항진상태가 저하상

태가 되는 경우 모두 45.45%(27.27%)로 나타났다. 이중 항진상태가 저하상태로 변한 경우는 환자개개인의 체력차가 있어 동일한 양의 치료를 했을 때 지나친 이완상태가 된 것으로 볼 수도 있고 앞서의 결과와 같이 裏部의 상태 또한 이완하는 경향이 있음도 보여준다고 할 수 있다.

5) POLARIZATION

POLARIZATION은 저하, 항진상태가 정상이 되는 경우가 36.36%(18.18%), 18.18%(0%)로 나타났으나 좌우상한사이의 상태비교시 치료전후의 변화가 없었다. 이에 POLARIZATION의 의의는 치료전후 좌우상하 상한간의 비교시의 변화에 있으므로 별도로 기재하지 않았다.

Ⅴ. 결론

1. 급/만성을 평가하는 CURVE곡선은 이번 실험대상의 병력상 급성인 경우가 없었으므로 SL과 정상을 오가는 결과만 나타났고 치료후 만성에서 정상반응으로 변한 경우가 실험군이 대조군보다 많았다.

2. REGULATION은 자율신경의 조절상태를 나타내며 실험군과 대조군 모두 과민반응과 조절착란, 기능저하에서 각각 정상으로 회복된 경우가 63.63%(72.72%) 로 자율신경조절상태가 호전되었으며 과민반응이 반응저하상태로 바뀐 경우도 실험군이 더 높은 것으로 보아 외기발공요법은 자율신경조절능력을 정상화하며 때에 따라 이완시키는 측면이 강하다고 볼 수 있다.

3. ACTIVITY는 表部상태를 나타내며 실험군은 表部이상을 정상화하는 효능이 대조군보다 높았고 특히 실험군에 있어서 항진상태가 저하와 정상상태로 변한 경우가 실험군 11례중 8례를 차지해 項强증의 경우 외기요법을 적용할 때 表部의 긴장을 이완시키는 측면 또한 강한 것으로 보인다.

4. REACTIVITY의 경우에는 저하상태가 정상이 된 경우가 45.45%(27.27%)이었다. 이중 항진에서 저하상태로 변한 경우는 36.36%(27.27%)로 환자개개인의 체력차가 있어 동일한 양의 치료를 했을 때 지나친 이완상태가 된 것으로 볼 수도 있고 앞서의 결과와 같이 裏部의 상태 또한 이완시키는 경향을 보여주고 있다.

위의 결과를 종합해보면 항강증 환자에게 기공외기요법을 응용한 경우 생체전기자율반응 측정결과 상에 있어 자율신경을 조절하고 表裏의 긴장상태를 이완시키는데 상당한 효능이 있는 것으로 나타났다.

이로 볼 때 기공외기요법은 복합적인 병인에 의한 두통, 견비통 등의 근골격계 질환, 심하비 등의 소화기 증상 등에도 유효할 것으로 보이며 이에 임상에서도 기공요법이 보편적이고 계통적으로 쓰여질 수 있는 여건조성에 대한 노력이 좀 더 필요한 것으로 여겨진다.

Ⅵ.참고문헌

1. 정선희 박동석. 항통의 환자치료의 임상적 고찰.대한침구학회지. 1998년 6월; 제15권 제1호: 81-97
2. 최승훈 오민석 송태원. 교통사고로인한 경항통환자52례에 대한 이상연구. 한방재활의학과학회지. 2000년 7월;제10권 제1호: 45
3. 장진영. 상응이론의 고찰과 수지상응부위 자침후 체표온도변화에 대한 연구. 대한의료기공학회지.2001년;제5권:65-90
4. 나삼식. 견비통의 수지임상요법과 기공요법에 대한 임상적 연구.대한의료기공학회지. 1998년; 제2권 제1호:
5. 박종웅. 적외선체열촬영을 통한 화관부항법과 배기관부항법, 기공부항법 시술시 피부체온변화관찰대한의료기공학회지. 2001년;제5권:
6. 이현경 김경환. 기공외기치료의 개념과 득기감에 대한 임상적 고찰. 대한의료기공학회지.1998년; 제2권 제1호:
7. 이병주 이기남 지정옥. 외기치료에 의한 영아성 뇌성마비의 치험례보고.대한의료기공학회지.1999년;제3권 제2호:
8. 왕가림. 기공학기초연구와 응용. 북경: 북경출판사, 2001년:
9. 왕인편. 기공외기치료법. 산서성: 산서과학교육출판사
10. 멕켄지.맥켄지운동법 목의 동통과 치료
11. 장진영, 지정옥, 윤종화, 이기남. 상응이론의 고찰과 수지상응부위 자침후 체표온도변화에 대한 연구. 대한의료기공학회지. 2001년;제5권:
12. 박병준 지정옥 박재수 이기남. 合谷穴에 外氣療法후 발생하는 天樞穴의 온도변화에 대한 비교연구. 대한의료기공학회지. 2001년;제5권:
13. 이은미. 의료기공에 대한 고찰. 대한의료기공학회. 1998년;제2권 제2호:
14. 이강호.수기요법을 이용한 견관절 질환 치료의 임상적 연구.대한의료기공학회.2000년;4-2:
15. 경항통의 환자치료의 임상적 고찰.대한침구학회지.98년; 15-1:
16. 경항통에 대한 동의학적 병리 및 임상자료. 대한동의병리학회지; 10-1:
17. 심상민. 신경정신과를 내원한 두통환자에 대한 임상적 고찰. 동의신경정신과학회지.2000년; 제11권1호:
18. 이병준. 부항요법. 서울: 현대침구원. 1991
19. 임재덕 이철원. 부항요법의 略史 및 시술기법에 대한 연구. 대전대논문집2호
20. 하지용. 경항통에 대한 동의학적 병리 및 임상자료. 대한동의병리학회지. 1996년; 제10권1호:
21. 경항통의 환자치료의 임상적 고찰.대한침구학회지.98년; 제15권 제1호:
22. 문상은. 전신조정술, 서울:현문사, 1994년
23. 박준상. 유침발공시 득기감에 대한 임상적 연구보고. 대한의료기공학회지. 2000년;제 4권 제2호:p34-36