

SOUTH BAYLO UNIVERSITY

**Acupuncture Treatment on the Hypertension based on Body Constitutional Medicine:
Case Series**

체질의학을 바탕으로 한 고혈압의 침술 치료

by

Ho Suk Han, L.Ac.

**A RESEARCH PROJECT SUBMITTED
IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE**

Doctor of Acupuncture and Oriental Medicine

September 2018

DISSERTATION OF HO SUK HAN
APPROVED BY RESEARCH COMMITTEE



Shan Qin Cui, OMD, L.Ac, Professor



Suhkyung D. Kim, MD, OMD, L.Ac, Professor



Soo Gyung Kim, OMD, L.Ac, Doctoral Program Student Advisor



Seong Hwa Hue, DAOM, L.Ac, Doctoral Clerkship Coordinator



Joseph H. Suh, Ph.D, OMD, L.Ac, Professor, Doctoral Research Coordinator

South Baylo University

Los Angeles, California

September 06, 2018

Copyright

By

Ho Suk Han

2018

Acupuncture Treatment on the Hypertension based on Body Constitutional Medicine:

Case Series

체질의학을 바탕으로 한 고혈압의 침술 치료

HO SUK HAN, L.Ac.

SOUTH BAYLO UNIVERSITY, LOS ANGELES, 2018

RESEARCH ADVISER: HAN OK LEE, DAOM, L.Ac.

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the effect of Five Element acupuncture on the treatment of patients with hypertension after 10 acupuncture treatments. This study included five patients with systolic blood pressure of 140mmHg or higher and diastolic blood pressure of 90mmHg or higher.

Sa-sang medicine classifies the human constitution into four kinds of constitution: TaeYangIn, TaeEumIn, SoYangIn, and SoEumIn. This study is aimed at the TaeEumIn who has the highest incidence of hypertension.

Eight constitution medicine classifies the TaeEumIn into two kinds of constitution: Hepatonia and Cholecystonia. The pulse diagnostic method in constitution medicine was used to diagnose Hepatonia and Cholecystonia constitution.

According to Hepatonia's Jang-Fu organs' deficiency-excessiveness, four kinds of acupuncture prescriptions were designed. LI01(+), GB44(+), UB66(-) and GB43(-) were used to sedate Gall Bladder meridian, SP03(+), LU09(+), LV01(-) and LU11(-) were used to tonify Lung meridian,

LU08(+), LV04(+), KD10(-) and LV08(-) were used to sedate Liver meridian, and LU08(+), SP05(+), KD10(-) and SP09(-) were used to tonify Spleen meridian.

According to Cholecystonia's Jang-Fu organs' deficiency-excessiveness, four kinds of acupuncture prescriptions were designed. KD10(+), HT03(+), LV01(-) and HT09(-) were used to sedate Heart meridian, KD10(+), LU05(+), LV01(-) and LU11(-) were used to tonify Lung meridian, LU08(+), LV04(+), HT08(-) and LV02(-) were used to sedate Liver meridian, and LU08(+), KD07(+), HT08(-) and KD02(-) were used to tonify Kidney meridian.

The blood pressure measurement was made before and after each treatment using blood pressure gage (model: Omron BP786N). It was measured under the same posture and the same environment and was determined by the average value of three measurements.

As a result of measuring blood pressure before and after treatment, blood pressure began to drop after a period of initial treatment, and thereafter continuous decreases in blood pressure were observed. In addition, cumulative treatment analysis showed more significant effect and statistical significance was confirmed. The linear correlation between systolic and diastolic blood pressure was clear, and each regression equation showed statistical significance.

TABLE OF CONTENTS

ABSTRACT	
I. INSTRUCTION	1
II. OBJECTIVES	4
III. LITERATURE REVIEW	5
IV. MATERIALS AND METHODS	40
V. RESULTS AND DISCUSSION	48
VI. CONCLUSION	72
REFERENCES	74
APPENDICES	79

I. INSTRUCTION

高血壓은 가장 發生 頻度가 높은 慢性疾患으로써, 全世界的으로 약 10 억명 이상이 高血壓 환자이며, 1 년에 7 백만 명 이상이 이 疾病으로 早期 死亡하는 것으로 알려져 있다^[2]. 高血壓은 慢性 循環器系 疾患 중 發生 頻度가 매우 높고 뇌중풍, 心不全, 冠狀動脈 疾患 등의 合併症을 誘發할 수 있어서, 積極的인 管理와 治療가 중요한 疾患이다^[3].

高血壓은 心血管系 疾患의 主要 危險因子로 死亡率을 높이고 疾病자체의 有病률도 높기 때문에 醫療·保健·看護에서 管理되어야만 하는 重要的 慢性疾患으로 관련 학계의 關心이 높다. 매년 전 世界人口의 약 1/3 은 心血管系 疾患으로 死亡하고 있고 心血管系 疾患 原因의 50%를 차지하고 있으며, 전 世界 成人의 약 15-37%가 高血壓과 관련되어 있다(WHO, 2002). 美國은 20-74 세 年齡層의 高血壓 發生率을 1988-1994 년 23.0%에서 1999-2000 년 28.8%로 報告하였으며(Centers for Disease Control and Prevention, 2002), 우리 나라는 30 세 이상 高血壓 有病률이 2001 년 29.8%에서 2006 년 27.9%으로 (Ministry of Health and Welfare, 2002, 2006) 報告하였다^[39].

그 危險性을 言及해보면, 收縮期 血壓이 20mmHg, 弛緩期 血壓이 10mmHg 씩 오를 때마다 뇌졸중, 허혈성 심부전으로 인한 死亡率이 무려 두배가 된다고 報告하였으며, Framingham Heart Study 에서 報告된 바에 의하면, 血壓 120/80mmHg 以下일 때와

比較하였을 때, 130~139/85~89 mmHg 範圍에 있는 경우에는 심뇌혈관계 질환과 관련 된 危險度가 두 배 이상 증가한다고 報告하였다^{[2][4]}.

한편, 血壓 管理와 高血壓 治療를 위한 多樣한 韓醫學의 시도가 이루어지고 있다. 그 중에 體質醫學에 기초한 시도는 환자의 體質別 診斷과 治療法을 제시함으로써 差別化된 韓醫學的 方案을 모색하고 있다.

東武 李濟馬(1837~1900 년)에 의해서 創案된 四象體質醫學은 우리나라 韓醫學 歷史에 큰 劃을 긋는 독창적인 醫學이다. 李濟馬는 그의 著書인 ‘東醫壽世保元’에서 臟腑 大小에 따라서 사람의 體質을 네가지로 분류하였는데, 太陽人, 太陰人, 少陽人, 그리고 少陰人이다. 또한 각 體質마다의 身體的, 精神的, 社會的 特性, 생리와 병리의 차이를 제시하였다. 李濟馬는 ‘東醫壽世保元’의 ‘病證論’에서 생리와 병리의 차이로 인해서, 각 體質의 체질증과 체질병증이 다르게 나타난다고 기술하였다^[17].

그러므로 高血壓의 유병률이 體質에 따라서 다른 것도 당연한 것이다. 따라서 조기에 四象體質을 診斷하여 養生法과 高血壓의 豫防에 積極的인 노력을 기울일 수 있다는 점에서 高血壓에 대한 四象體質醫學的인 接近이 필요하다^[18]. 2007 년도에 김민중에 의해 진행된 ‘四象體質에 따른 高血壓의 유병률과 危險因子’의 분석결과와 1970 년도에 이기태에 의해서 進行된 ‘本態性 高血壓의 체질적 분포에 관한 조사 연구’의 조사결과에 의하면, 전체 조사인원 중에 太陰人이 다른 체질에 비하여 월등히 높은 占有率을 나타냈다^{[18][27]}. 그러므로 본 임상연구에서는 高血壓 誘發 頻度가 가장 높은 太陰人을 대상으로 하고자 한다.

體質醫學에서 가장 重要한 段階는 患者의 體質을 正確히 알아내는 것이다. 患者의 體質을 잘못 診斷했을 때에는 이후의 治療과정을 기대할 수 없음은 勿論이고 病증을 더욱 惡化시킬 수 있기 때문이다. 四象醫學에서는 體質을 구분하기 위하여 주로 체격, 체형, 그리고 성정 등을 觀察하였고, 治療를 위해서는 주로 藥物을 사용하였으며 침치료를 위한 내용은 그리 많이 언급되지 않았다.

最近에 이르러 권도원은 李濟馬의 四象醫學으로부터 출발하여 독자적인 八體質醫學을 발표하게 되었다. 八體質醫學은 四象醫學의 臟腑大小 이론에서 출발하였으며, 藥物處方 중심인 四象醫學과 침치료 위주인 八體質醫學은 치료면에서 접근 방법이 다르나 四象醫學의 장부개념에서 八體質醫學의 臟腑概念으로 分化된 형태로 나타내고 있다^[32]. 본 臨床研究의 대상인 太陰人의 장부대소는 八體質醫學의 목양.목음체질의 그것과 일치하며, 오히려 八體質醫學은 四象醫學에서 언급하지 않았던 장부의 대소까지도 언급하고 있다. 따라서 太陰人에 대한 體質鑑別과 高血壓 침치료를 위해서 八體質醫學을 사용하는 것이 無理가 없다고 判斷된다.

八體質醫學에서는 ‘체질감별 脈診法’이라 불리는 독특한 脈診을 근거로 正確한 體質을 鑑別한다^[20]. 따라서 본 臨床研究에서는 체격, 체형 그리고 성정 등을 基準하여 太陰人을 鑑別하는 대신에, ‘體質鑑別 脈診法’을 사용하여 목양.목음체질을 鑑別하고 이를 근거로 침처방을 구상하기 위해서 八體質醫學을 採擇하고자 한다.

한편, 四象醫學을 基礎로 한 여러 形態의 體質鍼法들이 提案되고 있기 때문에, 八體質醫學의 鍼法과의 比較도 필요할 것으로 사료되어진다.

II. OBJECTIVES

본 臨床研究의 目的은 高血壓이 患者의 體質과 密接한 關係가 있다는 假定 하에 四象體質 중 太陰人을 對象으로 하여, 臟腑虛實에 따른 體質鍼 療法이 血壓 降下에 미치는 效果를 알아보는 것이다. 본 臨床研究의 수행을 위한 細部 目標은 아래와 같다.

Objective 1. 高血壓 發生 頻도가 가장 높은 太陰人을 대상으로 體質鍼을 施術한 후, 매회 施術 前과 施術 後의 血壓을 測定하여 血壓 降下の 效果를 分析하기 위함이다.

Objective 2. 高血壓이 臟腑 간의 不均衡으로 發生한다는 假定 하에, 그 不均衡을 최대한 回復시키는 것이 血壓 降下에 어느 정도 影響을 미치는지를 分析하기 위함이다.

Objective 3. (1)測定 및 治療 시각을 同一하게 하고 (2)환자의 生活 패턴, 投藥 기준, 食生活 등을 最大한 類似하게 유지하며 (3)治療室의 環境(溫度, 照度, 소음 등)도 동일하게 하여, 매회 얻어지는 血壓 data 의 信賴度를 確保하기 위함이다.

Objective 4. 短期間 集中的인 治療(10 회/월)를 통하여 얻어진 血壓 data 를 plotting 하여 治療 效果를 研究한다. (1)持續적인 血壓 降下 效果 (2)治療期間 동안의 血壓 累積 治療 效果 (3)收縮期 血壓과 弛緩期 血壓들에 대하여 相關分析과 回歸分析 등을 통하여 有意한 效果를 확인하기 위함이다.

III. LITERATURE REVIEW

3.1. 高血壓의 定義

혈압(血壓)은 血管을 따라 흐르는 血液이 血管의 벽에 주는 壓力이다. 주요한 生命 徵候이기도 하다. 心臟 搏動에 따라 血壓은 最高血壓 (收縮期 血壓)과 最低血壓 (弛緩期 血壓)을 넘나들며 변한다^[41]. 血壓은 心搏出量과 血流의 저항에 기인하며, 心臟으로부터 멀어질수록 낮아진다. 血壓은 小動脈을 지나면서 가장 급격하게 떨어지며, 毛細血管과 靜脈을 지나면서 血壓은 더욱 떨어진다^[42]. 중력의 힘에도 불구하고 循環이 계속적으로 일어나는 것은 靜脈의 판막과 筋肉의 수축 덕분이다. 일반적으로, 血壓은 팔 윗부분에서 측정된 壓力을 의미한다. 정확히 말하자면, 혈압은 팔꿈치 안쪽의 상완 동맥에서 측정된 값이다. 상완 동맥은 심장에서 나온 혈액을 전달하는 팔 윗부분의 큰 血管이다.

血壓이란 脈搏에서 收縮期の 최고혈압과 弛緩期の 최저혈압을 측정하여 그 수치로 정의한다. 定常血壓은 수축시 100~140mmHg 과 이완시 60~90mmHg 의 사이를 의미한다. 고혈압(高血壓, hypertension)은 혈압이 정상 범위보다 높은 慢性 질환을 지칭하는데, 지속적으로 140/90mmHg 이상인 狀態를 高血壓이 있다고 정의한다. 高血壓은 혈액이 혈관을 순환하는 데 심장이 더 많은 일을 하게 한다. 약 90~95%의 경우 명확한 根本的인 醫學的 원인이 없는 '本態性 高血壓'으로 분류된다^[1]. 나머지 5~10%의 경우(二次性 高血壓)는 신장, 동맥, 심장 또는 내분비계에 영향을 주는 다른 건강 상태에 기인한다.

本態性 高血壓은 가장 흔한 高血壓이지만 醫學的 原因이 明確하지 않다^[1]. 血壓은 일반적으로 나이가 들면서 함께 상승한다^[5]. 高血壓의 原因은 遺傳的 요소와 環境적 요소의 복잡한 相互作用이다. 특히, 血壓에 영향을 주는 여러가지 유전 변종이 확인되었는데, 高血壓에 큰 영향을 주는 稀貴한 유전 변종도 확인되었다^{[6][7]}. 本態性 高血壓의 경우에 生活 習慣을 개선함으로써 血壓을 낮출 수 있다. 일상 食生活에서 소금의 攝取量을 줄이거나,^{[8][9]} 과일과 저지방 제품을 많이 攝取하거나, 運動, 體重 減量, 알콜 섭취 감소 등을 통하여 血壓을 改善할 수 있다^{[10][11][12][13]}.

二次性 高血壓은 分명한 原因이 인식되는 高血壓이다. 신장질환이 가장 흔한 高血壓의 2차 原因이다^[14]. 高血壓은 또한 쿠싱 症候群, 甲狀腺 機能 亢進症, 甲狀腺 機能 低下症, 末端肥大症, 콘증후군, 고(高)알도스테론증, 부(副)甲狀腺 機能 亢進症, 크롬친화 세포종과 같은 내분비 상태에서 기인하기도 한다. 다른 二次性 高血壓의 原因으로는 糖尿病, 수면무호흡, 임신, 대동맥축착, 감초의 과잉 소비나 특정 處方箋 藥, 漢方 治療, 불법 마약이 포함된다^{[14][15][16]}.

3.2. 高血壓의 基準

收縮期 血壓이 120mmHg 미만이고 弛緩期 血壓이 80mmHg 미만일 때는 ‘定常 血壓’으로, 收縮期 血壓 140mmHg 이상 또는 弛緩期 血壓 90mmHg 이상일 때는 ‘高血壓’으로 정의된다. 定常 血壓은 臨床的으로 심뇌혈관질환 危險度가 가장 낮은 最適血壓으로서, 高血壓의 危險性을 평가할 때 기준으로 사용된다^[22]. 한편, 收縮期 血壓이 120~139mmHg 또는 弛緩期 血壓이 80~90mmHg 이면 ‘고혈압 전단계’로 분류한다. ‘高血壓 前段階’는 다시 ‘1 기 高血壓 前段階’ (120~129mmHg / 80~84

mmHg)과 ‘2 기 高血壓 前段階’(130~139 mmHg / 85~89 mmHg)로 나누어진다. 弛緩期 血壓이 90mmHg 미만 인데 收縮期 血壓만 140mmHg 이상이면 ‘收縮期 單獨 高血壓’이라고 한다^[23].

3.3. 高血壓 基準別 특성

3.3.1. 2 기 高血壓 前段階: 血壓에 따른 심뇌혈관질환의 死亡率은 115/75 mmHg 에서 收縮期 血壓이 20mmHg, 弛緩期 血壓이 10mmHg 씩 증가함에 따라 2 배씩 계속 증가한다.^{[2][4]} 따라서 血壓이 120/80mmHg 이상인 경우에는 高血壓 발생과 심혈관 사고를 예방하기 위해 비약물치료를 시행할 것을 勸告한다.^[23] 이 단계에서 약물 치료를 시행하면 高血壓으로 進行되는 速度를 늦출 수는 있지만^{[24][25]} 大部分의 연구에서 조기 藥物治療가 효과가 있다는 증거는 부족하다^[26]. 그러므로 이 단계에서 血壓을 낮추기 위하여 藥物治療를 시행할 때는 비용효과적인 측면에서 고려하여야 한다^[23].

3.3.2 1 기 高血壓 段階: 이 단계의 高血壓은 (다른 위험인자가 없는 한) 저위험군 이어서 治療에 대한 效果가 크지 않을 수 있다. 그러나 시간이 지나면서 全體危險도가 증가하여 가역적인 치료 시기를 놓칠 수 있다. 또한 심뇌혈관계질환 危險도가 낮아서 高血壓 藥物治療를 시작하기 전에 生活療法을 積極的으로 시행할 수 있다. 하지만 이에 따른 效果가 크지 않다고 判斷되거나, 시행 중에 다른 위험 인자가 나타나거나, 혹은 환자가 자주 방문하여 지도를 받을 수 있는 여건이 許諾되지 않는다면 藥物治療를 가급적 빨리 시작하는 것이 좋다. 일반적으로 生活療法은 藥物治療의 대체 수단이다

아니라 보조적인 수단이다. 최근 藥物들은 값이 低廉하고 安全하며, 대부분 生活療法 개선이 이루어지지 않으므로 藥物治療는 費用 대비 效果 측면에서 바람직하다.

3.3.3. 2 기 高血壓 段階: 대부분의 無作爲 임상연구에 따르면 160/100 mmHg 이상의 高血壓 환자군에서 藥物治療 효과가 뚜렷하게 나타나므로 生活療法과 함께 바로 藥物治療를 시행하는 것이 요구된다. 특히, 老人性 高血壓은 나이와 상관없이 藥物治療 효과가 뚜렷하다. 노인은 收縮期 血壓이 160mmHg 를 넘으면 藥物治療를 시행하고, 140~159 mmHg 인 경우에는 藥物治療에 잘 적응한다면 藥物治療를 고려할 수 있다.

3.4. 四象醫學

3.4.1. 四象醫學의 概念

李濟馬(1837-1900)는 朝鮮 후기 性理學者이며, 醫學者로 性理學과 醫學을 聯關지어 새로운 학문인 四象醫學을 創始하였다. 그렇기에 四象醫學의 개념 중에는 哲學的 개념이 많이 내포되어 있으며 이는 "天. 人. 性. 命"이라는 절대적인 관계에 근거.입론 하여, 구조적으로 표현한 것이 事心身物論觀^[48] 四維之四象也이다. 이 둘은 가장 깊이 있고, 간명하게 四象醫學의 概念을 표현해 주는 것이다. 또한 臟腑論과 연계시켜 체의 구조는 물론, 그 生命 현상과 病理, 生理까지도 바르게 이해할 수 있게 된다^[46]. [靈樞·通天] "五態人"의 기초에서 발전시킨 학문으로, 陰陽의 多少에 따라 사람을 분류한 것으로써, 그 중 陰陽和平之人을 제외한 네 가지를 기준을 시초로 사람마다 각각의 다른 特徵이 있으며, 완벽한 인간은 없다고 주장하며 자기 스스로가 修鍊을 통해 자기 스스로를 같고 닦아야한다고 하였다. 四象醫學의 시작은 無極이라는

상태에서 陰과 陽이 움직이며 太極으로 나누어지는 기운에서 시작하여 온 우주의 만물이 활동한다고 설명하고 있으며, 그 중심에는 인간이 있다고 하여 일상생활과 결부하여 太極과 陰陽 思想을 기초 바탕으로 臟腑의 大小 偏差에 의해 太陽人, 太陰人, 少陽人, 少陰人으로 구분 하였다^[47].

3.4.2. 臟腑에 대한 시각

四象醫學은 기존 韓醫學의 五臟개념에서 벗어나 肝, 腎, 脾, 肺인 사장의 개념으로 先天的으로 타고난 臟局의 大小 偏差에 의해 나타나는 現狀으로 각 體質마다 나타나는 病症이 다르다는 주장을 하였다. 四臟의 概念은 事心身物의 구조를 통해 나타나는데 48)心臟이 중앙에 있어, 네 개의 장부를 주재함으로 心의 통제를 받으며 營爲해간다고 하였다. 四腑는 胃脘, 胃, 大腸, 小腸을 말하며, 水穀의 消化와 聯關되어 있다. 食物을 받아들인 胃脘은 胃→小腸→大腸을 거쳐 나가는데, 食物이 위에 모여 薰蒸되면 熱氣가 生成되어, 이 熱氣가 上昇하여 胃脘으로 올라가면 溫氣가 되고, 食物이 小腸으로 가게 되면 消導되어 평담하게 되면서 冷氣가 생성되는데, 이 冷氣가 下降하여 大腸으로 가면 寒氣로 된다^[47]. 脾-腎은 水穀之氣가 되며, 肝-肺는 氣液之氣가 된다고^[47] 하였는데 이는 肺氣는 곧게 뻗는 작용이 있고, 肝氣는 느슨하게 하는 작용이 있기에 肺로 숨을 내쉬고 肝으로 液을 받아들일 수 있으므로 肺와 肝은 氣液을 呼吸하는 門戶가 되었고, 脾氣는 짝 끌어안는 작용이 있고, 腎氣는 따뜻하게 備蓄하는 작용이 있기 때문에 腎으로 水를 내보내고 脾로 食物을 받아들일 수 있기에 脾와 腎은 水穀을 出納하는 門戶가 되기 때문이다^[47]. 또한, 四臟과 四腑에 聯關을 四焦에 配屬시킴으로 上焦, 中上焦, 中下焦, 下焦로 구분하였다^[47].

3.4.3. 體質 區分과 病症

四象醫學의 변증은 病症을 辨別하는 것이 아니라 타고난 사상인의 體質을 그 특성에 의거하여 정확하게 鑑別하는 것을 말하며, 단순히 병을 치료하는 목적이 아니라 개개인의 容貌邪氣, 體形氣象, 性質才幹등 여러 방면 위주를 참고하여 변증을 하여, 體質이 症狀에 따라 經病人지 重病인지 알 수 있으며, 그에 맞는 治法을 選擇하여야 한다. 각 체질은 表와 裏로 나누고 또 實과 虛로 구분할 수 있다.

表病과 裏病의 차이점은, 表病이란 耳目鼻口의 작용에 의해 津膏油液이 賦膜血精으로 化하는 과정과 동시에 賦膜血精의 濁滓가 皮筋肉骨을 이루는 과정이 원활치 못할 때 생기며, 이를 주도하는 것은 天機의 작용이며 이는 知의 心慾에 의하여 영향 받는다.

裏病이란 肺脾肝腎之氣의 작용에 의하여 賦膜血精의 清汁이 津膏油液으로 化하는 과정과 津膏油液이 胃脘/胃/小腸/大腸을 補益하는 과정이 원활치 못할 때 생기며, 이를 주도하는 것은 人事의 작용이며 이는 怠行에 의하여 영향 받는 것으로 사료된다고 하였다^[43]. 이렇게 크게 表病과 裏病으로 병증론을 설명하고 있다.

(1) 少陽人과 少陰人은 水穀을 조절하는 脾와 腎의 大小에 의해 구분된다.

첫째, 少陰人은 腎大脾少^[44]한 體質이라, 腎局의 陰氣는 과하고, 脾局의 陽氣는 부족하여 일반적으로 음이 실하면 寒冷이 나타나고, 陽이 虛하면 溫熱의 현상이 나타난다. 하지만 정상적인 상태일 때는 腎局의 陽氣가 상승하여 脾局의 陽氣에 더해짐으로 부족한 부분을 채워준다. 少陰人이 寒邪의 영향을 받으면 脾局의 陽氣는 억눌리고, 腎局의 陽氣는 寒氣에 의해 상승하지 못하여 腎局의 陽氣가 表로 나오게

되거나 방광에 울축 되어 熱症의 현상이 나타나고, 陰氣가 더해짐으로 더욱 寒冷해져 裏에 한증의 현상이 나타난다. 前者는 腎受熱表病이고, 後者는 胃受寒裏寒病으로 少陰人 병증은 두 가지로 크게 구별할 수 있다. 腎受熱表病은 鬱狂證, 亡陽證, 厥陰病으로 나눌 수 있다. 腎局의 양기가 표로 나오지 못하고 방광에 울축되어 나타난 현상이 鬱狂證이고, 방광을 통하여 밖으로 나감으로 汗出하는 병증이 亡陽證이며, 鬱狂證과 亡陽證은 汗出의 여부에 따라 구별된다. 厥陰病은 처음에는 發熱과 汗出이 나는 증상을 보이다 경과한 후 수족이 냉해지는 병증이다. 胃受寒裏寒病은 太陰病證과 少陰病證으로 나눌 수 있는데, 太陰病證은 왕성해진 대장의 한기가 熱氣를 내쫓고자 올라가는데 만약 熱氣가 쇠약하지 않으면 太陰病證이 나타나고, 熱氣가 쇠약하면 少陰病證이 나타난다. 의미를 포괄적으로 말하면 下焦가 대하고 中上焦가 소한 기능 體系를 가진 體質이라고 이해 해야 한다고 하였다^[45].

둘째, 少陽人은 脾大腎少^[44]하여 脾局의 陽氣가 왕성하고, 신국의 陰氣가 부족한데, 비록 불균형을 이루고는 있으나, 정상적인 상태일 때 脾局의 陰氣가 하강하면서 腎局의 陰氣에 더해짐으로 부족한 부분을 보완해 주기 때문이다. 少陽人이 熱邪의 영향을 받으면, 腎局의 陰氣가 熱邪에 의해 下陷해 버려 脾局의 陰氣는 腎局의 陰氣에 더해지지 못함으로 脾陰이 손상되어 머물러 있거나 나가버림으로 脾受寒表寒證이 발생되며, 양이 실한 상태에서 外邪에 가려 대장의 淸陽之氣가 상승하지 못하여 위의 양열이 더욱 과해져 胃受熱異熱病이 나타난다. 脾受寒表寒證은 少陽傷風證과 亡陰證으로 구분할 수 있다. 少陽傷風證은 陰氣 하강이 되지 않아 생기는 병증이며, 양이성한 少陽人에게 양이 과해지면 陰氣가 막혀 背로 거슬러 올라가 胸膈 속으로 달아나게 되어 설사를

하는 증상이 나타나는데, 주의할 점은 다른 체질과 달리 설사를 하는 것은 한증이 아니라 양이 성하여 음을 내몰기 때문이라 다른 體質과의 차이가 있다. 胃受熱異熱病은 腎小하여 생기는 병증으로, 대장의 淸陽之氣가 中上焦를 충족시키지 못해 식체 비만과 대변불통이 주 증상으로 火氣가 나타나는 병증이 胸膈熱證이고, 이 이양(원기,청양)이 하초인 대장국에서 무겁고 濁하게 下陷되고 이것이 열로 下陷과 동시에 陰虛하기 쉬운 체질적인 소인이 가미되어 나타나는 병증이 陰虛午熱證이다^[46].

(2) 太陽人과 太陰人은 氣液을 조절하는 肝과 肺의 大小에 의해 구분된다^[46].

첫째, 太陰人은 肝大肺小^[44]한 臟局으로 肺의 呼散之氣가 약한데, 정상적인 상태에서는 肺의 呼散之氣가 胃脘의 상승지력의 도움을 받아 肺元을 滋潤하고 濁陽을 표출함으로 인체 내부를 청정하게 할 수 있다. 하지만 균형이 깨지면, 肝의 吸取之氣가 강하여 胃脘의 上昇之力과 肺의 呼散之力이 부족하여 표출하는 기운이 적기 때문에 온기를 體表로 發散하지 못하여 나타나는 胃脘受寒表寒證과 肝大한 특징으로 인해 吸取之氣가 왕성하여 안으로 모으는 기운이 강한 반면, 배출을 못하여 체내에 濁陰이 과다해져 열이 생기는 병증인 肝受熱異熱證으로 구분할 수 있다^[40].

太陰人은 肺小하여 肺가 胃脘의 기능을 보완해주지 못하며 胃脘의 溫氣도 부족하여, 寒邪의 침범을 받을 수 있어 胃脘受寒表寒病이 나타날 수 있고, 胃脘의 上昇之力이 약하여 濁陽을 표출시키지 못하여 나타날 수 있다. 胃脘受寒表寒病은 背椎表病, 長感病, 瘟疫으로 분류할 수 있다. 背椎表病은 風寒邪가 胃陽이 억제되고 營陰이 울체되어 태양경의 氣가 불리하게 된 상태에서 邪가 肺를 범하여 나타나는 증상이며, 長感病은 表局이 허하여 寒邪를 이기지 못하고 바깥에 포위된 채 正과 邪가 서로

싸우는 형국이며, 여러 번 汗出하여 풀리는 증상이고, 肝受熱裡熱證은 간의 吸取작용이 강해져 熱해지고 肺는 氣液이 부족하여 생기는 燥해지므로 肝熱肺燥하게 되어 病症을 야기 시키는데 肝受熱裡熱證을 燥熱病이라고도 한다^[40].

둘째, 太陽人의 병증론은 體質 병증론의 귀결에 해당하는 부분으로 내용이 대단히 含蓄적이고 集約된 것이라 그 해석이 容易하지 않다고 하였다^[45]. 이런 바탕 하에 알려진 太陽人의 병증은 肺大하여 胃脘에서의 上昇之力和 肺에서의 呼散之력이 강하여, 小腸에서의 疏導之力和 간에서의 吸聚之력이 약하기 때문에 淸陽과 淸陰이 모두 虛한 체질로, 허약한 腰脊은 더 허약해져서 상체는 건강하나 하체는 무력해지는 外感腰脊病이 발생하며, 疏導之力和 吸聚之력이 약하여 胃脘으로부터 음식물을 잘 받아들이지 못하고 토해내는 內觸小腸病으로 구분할 수 있다. 外感腰脊病이 重症으로 되면 解休病이 나타나며, 內觸小腸病이 重症으로 되면 噎膈反胃病^[47]이 나타난다.

3.4.4. 四象醫學의 體質 鑑別法

體質 분류 시 容貌邪氣, 體形氣象, 性質才幹등을 參考로 하여 분류, 判別한다.

1) 容貌邪氣 : 용모는 생김새를 말하는 것으로 太陽人은 두상이 크고 果斷性이 있으며, 小陽人은 눈이 매섭고 強忍한 모습이며, 太陰人은 코끝이 발달하여 의젓하고, 少陰人은 코끝이 작고 순하다. 사기는 말하는 기운인데, 일반적으로 陽人은 거침없이 말하고, 陰人은 果斷性이 없는 것이 특징이다.

2) 體形氣象 : 體形은 몸의 전체적인 모양으로 상체가 발달되어 있으면 陽人으로 하체가 발달되어 있으면 陰人으로 본다. 氣象은 이목구비를 비롯하여 얼굴 전체에 풍기는

기품을 말하는 것으로, 양인은 얼굴 색이 밝으며, 활달한 반면, 음인은 양인에 비해 어두운 편이다^[47].

3) 性質才幹 : 太陽人의 성질은 활달하여 교우에 능하고, 少陽人의 성질은 용맹스럽고 사무에 능하며, 太陰人은 성취력이 강하고, 거처에 능하고, 少陰人은 단정하고, 당여에 능하다. [擴充論]에서 사상체질과喜怒哀樂과의 관계를^[47] 정리해 볼 수 있다. 太陽人의 性은 哀가 되고, 情은 怒가 되며, 太陰人의 性은 喜가 되고, 情은 樂이 되며, 少陽人의 性은 怒가 되고 情은 哀가 되며, 少陰人의 性은 樂이 되고 情은 喜가 되어 장부 편차에 대한 설명이 더 자세하게 되었다. 이제마는 臟腑大小의 편차에 의해 性情역시 결정된다고 하였다.喜怒哀樂의 기가 順動하면 性으로 작용하고,喜怒哀樂의 기가 逆動하면 情으로 작용하여喜怒哀樂의 性情과 天機人事와의 관계를 확대하여 봄으로喜怒哀樂의 개념이 보다 넓게 擴充되었다^[47].

3.4.5. 四象醫學과 八體質醫學의 관계

四象醫學에서는 體質을 구분하기 위하여 주로 체격, 체형, 그리고 성정 등을 관찰하였고, 治療를 위해서는 주로 방제를 사용하였으며 침치료를 위한 내용은 그리 많이言及되지 않았다. 그리고 최근에 이르러 권도원은 李濟馬의 四象醫學으로부터 出發하여 獨自의인 八體質醫學 이론을 발표하게 되었다.

권도원은 四象醫學의 네 가지 체질을 다시 여덟 가지로 세분화하였는데 四象醫學에서의 太陰人 體質을 八體質醫學에서 목양.목음체질로 다시 細分化하였다. 권도원의 논문은 “팔체질의 연구가 東醫壽世保元에서 시작했으며, 본래 두 장부 간의 관계뿐만 아니고 그 두 臟腑이외의 나머지 臟器가 가지는 강, 약의 편차에도 관계되어 있음을 알

수 있었다.”고 했다. 김용옥은 “八體質醫學은 四象醫學에서 발전된 형태가 아니고 四象醫學과 관련이 없다.”고 하였다. 그러나 八體質醫學은 비록 四象醫學의 臟腑大小 이론에서 출발하였으며, 약물처방중심인 四象醫學과 침치료위주인 八體質醫學은 치료 면에서 접근방법이 四象醫學과는 다르나 四象醫學의 臟腑 概念에서 八體質醫學의 臟腑 概念으로 分化된 형태로 나타내고 있고 體質 분류 방법에 있어서도 그 淵源을 같이 하고 있다고 생각된다. 그러므로 八體質醫學은 四象醫學과 관련이 없는 것이 아니며, 四象醫學에서 分化된 형태로 생각된다^[32].

권도원은 1965년 ‘The Study of Constitution-Acupuncture’을 통해서 八體質醫學을 발표하였으며 ‘體質을 오장오부의 大小關係로 정의한다’고 하였다^[19]. 한편 八體質醫學은 ‘體質鑑別 脈診法’이라 불리는 독특한 脈診을 근거로 體質을 鑑別한다^[20].

3.5. 體質에 따른 高血壓 유병률

李濟馬에 의하여 創案된 獨創的인 의학인 四象醫學 에서는 사람의 體質을 肺, 脾, 肝, 腎의 네 가지 장기의 大小에 따라서 네 가지로 나뉜다고 설명하였다. 또한 이를 바탕으로 생리, 병리, 치료, 양생에 대한 方法이 體質에 따라 다르다고 하였다^[17]. 따라서 대사증후군 중의 하나인 高血壓의 유병률이 체질에 따라서 다른 것도 당연한 것이다. 2007 년도에 김민중에 의해 진행된 ‘四象體質에 따른 高血壓의 유병률과 위험인자’의 分析 結果에 의하면, 四象體質別 高血壓 유병률은 太陰人 166 명(63.1%), 少陰人 59 명(22.4%), 少陽人 38 명 (14.4%)이었다^[18]. 또한 1970 년도에 이기태에 의해서 진행된 ‘本態性 高血壓의 체질적 分布에 관한 조사연구’의 조사결과에 의하면,

전체 조사인원 175 명 중에 太陰人에 해당하는 八體質醫學의 목양체질과 목음체질이 111 명(63.4%)으로 나타났다^[27].

3.6. 體質에 따른 高血壓 발생기전

高血壓은 太陰人 외에도 少陽人과 太陽人에서도 자주 發生하지만, 가장 빈번하게 발생하는 체질은 太陰人이기 때문에 太陰人의 高血壓 발생기전에 대하여 기술하고자 한다. 太陰人은 폐소하여 폐가 위완의 기능을 補完해주지 못하며 위완의 온기도 부족하여, 寒瀉의 侵犯을 받을 수 있어 위완수한표한병 이 나타나게 된다. 또한 심장의 열이 있어서 생냉한 음식을 즐기게 되는데 이같은 현상들은 강한 肝을 더욱 강하게 만들어서 肝濕熱을 極甚하게 만드는 기전이 된다. 간수열이열증은 간의 흡취작용이 강해져 열해지고 폐는 기액이 不足하여 건조해지므로 肝熱肺燥하게 되어 병증을 야기 시키는데 이 간수열이열증을 燥熱病이라고도 한다^[40]. 다시 말해서 肝濕熱이 심해지고 肺는 乾燥해진다는 말인데, 肝에 濕熱이 蓄積됨으로 인해서 肝動脈이 亢進되고 血管의 內皮가 膨脹하면서 動脈血의 進行을 방해하게 된다. 또한 간이 강하기 때문에 貯藏해둔 血液을 送出하려는 힘이 相對的으로 약하게 된다. 이로써 全體的인 血行을 저해하게 되고 肝鬱血과 動脈鬱血이 발생되어 肝動脈 內皮의 狹窄이 가중되게 된다. 더우기 肺가 乾燥해지면서 폐기능이 저하되고 肝濕熱을 제거하기가 점점 더 힘들어지는 경향이 있다. 이로써 高血壓이 발생되게 된다.

3.7. 體質과 五行鍼法

體質과 五行針法을 결합하여 사용하는 방법이 여러 形態로 시도되고 있다. (1)이 결합을 위해서 가장 基本과 근간이 되는 舍岩鍼法 (2)박지우의 ‘五行針 四象醫學 해설’

의 내용, (3)권도원의 ‘八體質醫學’의 치료와 처방 내용, 그리고 (4)이의원과 이중길의 소위 ‘經絡과 經穴의 開闢이론’에 근거를 두고 제안한 ‘심신동치 처방’을 간략히 정리한다. 특히, ‘심신동치 처방’은 四象醫學에 기초하여 畝岩鍼法과 팔체질의학 처방의 장점을 택한 새로운 시도라고 사료된다.

3.7.1. 畝岩鍼法

畝岩鍼法은 [難經] 69 難에 있는 “虛者補基母，實者瀉基子，當先補之，然後瀉之”^[30]의 원리와, [難經] 75 難에 있는 “子能令母實，母能令子虛”^[30]의 원리를 자경과 타경에 응용한 것이다. 한 처방이 주로 4 개의 혈자리로 구성된 畝岩鍼을 사용할 경우에, 상이한 두, 세 처방을 사용한다면 혈자리가 8 ~ 12 개로 다소 많아진다. 따라서 동일한 처방 개념을 유지하며 송혈과 수혈의 개념을 接木한 후 選擇的으로 사용한다면, 혈자리 수를 충분히 줄일 수 있게 된다. 최근 들어서 畝岩鍼法에 대한 연구가 매우 活潑하게 이루어지고 있는데, 그 중에서 畝岩鍼法의 基本原理, 혈성, 基本處方(정승격, 열한격)의 의미, 변용방의 運用基準 등에 대하여 比較的 자세한 소개를 하는 자료중 하나로 ‘김관우 원장의 實戰 畝岩鍼法’을 소개하고자 한다. 體質醫學的 觀點에서 高血壓과 관련된 經絡과 臟腑(肝, 心, 脾, 肺, 腎, 그리고 膽)를 중심으로 선별하여 다음과 같이 요약하였다^[38].

3.7.1.1. 手太陰肺經

(1)폐정격: 呼吸器系 병증시 급만성을 가리지 않고 一次的으로 운영될 수 있다. 속강 기능의 正常化를 통해서 大小便의 원활한 排出을 유도할 수 있다. 종기의 推動力을 強化

시켜 하행하는 것을 돕는다. 하지의 循環障礙에 의한 냉증이나 기능약화, 족냉, 관절계의 退行性 병변 등에 광범위하게 운용될 수 있다.

(2)어혈방[태백+ 태연+ 곡지-(외관-)]: 打撲이나 外傷으로 인한 損傷, 기능장애 등 過去의 肉體的 손상여부가 정황 근거가 된다. 또한 宗기 推動力 저하에서 유발되는 末梢 循環系의 障礙에도 운용된다. 여성의 골반강내 病症에도 많이 운용된다. 혈맥에서 벗어나 있는 혈은 瘀血이 된다. 사암은 咯血증의 치법으로 어혈방을 제시하였다.

(3)주담방[태백+ 태연+ 대돈-은백-]: 소화가 안되며. 음주 후에 차를 많이 마셨거나, 술 마신 다음날 食慾이 없고 신물을 토하는 '주담증'의 치법으로 제시되었다. 숙취로 인한 頭痛, 경항강, 속쓰림, 메스꺼움, 구역, 대변불리, 泄痢下重(설사, 아랫배 무거움), 痔疾에 운용할 수 있다. 코와 얼굴에서 나타나는 血管擴張症이나 鼻腔 내의 充血이 심한 코막힘에도 운용될 수 있다. 過敏性大腸症候群의 병기와도 관련이 있다.

(4)폐승격(1) [소부+ 어제+ 음곡-척택-]: 痰飲, 수음의 정류를 改善시키는 것인데 폐승격은 폐열보의 구성과 同一하게 화보수사하도록 構成되어있다. 宗기의 推動力이 制約을 받으면 血脈 내에서 영혈의 疏通이 원활하지 않게 되는데, 그 결과 내부가 한랭해지며 제반 代謝機能은 침체되고 末梢의 循環障礙가 나타난다. 폐승격은 이러한 循環障礙, 대사장애, 근골격계의 통증성 병변을 다스린다. 또한, 폐승격은 형한이나 한음의 상황에서 초래된 근골격계의 통증성 병변에 운영한다. 보통 상초의 胸廓 이상에서 발생한 肩臂痛, 항강, 背痛, 胸脇痛 등에 운용할 기회가 많으며 흔히 환자들이 답 걸린다고 호소하는 통증성 병변에 좋은 효능을 보인다.

(5)담현방 [소부+ 어제+ 태백-태연-]: 痰飲에 의해 야기된 어지림과 그 종반 증상들에 廣範圍하게 이용된다. 偏頭痛이나 그 전조증으로 嘔逆感이 들고, 머리가 무거워 들지 못하는 경우, 藥物 服用 이후 발생하는 어지림, 전정신경염, 양성돌발성 체위성 어지림, 메니에르병, 小腦 理想性 均衡感覺 障礙, 사고나 타박시 뇌진탕으로 인한 後遺症 등 痰暈과 관련되는 代表的 症狀에 사용한다. 癩疾도 痰暈의 범주로 보기도 한다. 담현방이 狂症과 眩暈의 治療法으로 상당히 치료율이 높다고 하였다.

(6)기울방 [소부+ 어제+ 경거-삼리-]: 흉양 고양시키고 폐의 負荷를 덜어 폐기 속강을 正常化시킨다. 慢性 氣管支炎, 慢性 閉鎖性 肺疾患(COPD)등에 運用할 수 있고, 呼吸器系 疾患에서 유래한 胸脇痛에도 사용할 수 있다. 憂鬱이나 불안장애시 발생하는 呼吸困難 상황에도 적용이 可能하다.

(7)울담방 [태백+ 태연+ 음곡-척택-]: 울담은 완고한 담연으로서 빛깔이 어둡고 갓풀처럼 걸쭉해져서 잘 뱉어지지 않는다. 폐의 울열을 해소하고 그에서 유발된 燥熱을 다스리려면 폐정격을, 燥痰에 중점을 둔다면 울담방이 타당하다. 한편 울담방은 점조한 分泌物이 排出되는 만성 비염이나 부비동염에도 운용할 수 있다.

(8)습담방 [척택+ 음릉천+ 태백-태연-]: 척택+ 음릉천+ 는 폐한보의 변용이다. 사암은 下齒痛을 폐화라 하여 [척택+ 음릉천+] 處方을 提示하였다. 담이 비에 있으면 濕痰 이라고 하는데 습담방을 運用할 수 있고 비정격, 비승격, 위정격도 함께 考慮한다.

3.7.1.2. 족태음비경

(1)비정격: 중기의 運行을 正常化시키고 청양의 上昇을 도모하는 것이 運用의 目標이다. 간기로 억눌린 상황도 改善한다. 간기의 橫逆에 의한 중기의 損傷을 막고 간비불화의

상태를 안정화시키는 役割을 한다. 심하비는 명치 부위에서 막혀 통하지 않음을 느끼는 자각증이다. 基本的으로 '중기허약, 불능운화정미' 하여 發生한 심하비에 運用된다.

(2)비승격: 습의 정류를 다스리는 處方이다. 습체로 비의 운화력이 저하되어 있는 상태를 改善시키는데, 一時的으로 유발된 濕盛이나 本態的인 濕盛을 모두 治療한다. 특히, 습탁, 食積에 의한 비의 過負荷 상태를 완화시켜주는 처방이다. 비승격은 체형이 肥大, 肥厚한 사람들에게 運用될 기회가 많다. 이 경우 一般的인 증상은 피곤해서 활동하기 싫어하고 눕기를 좋아하고 아침 기상시 몸이 잘 붓고 무겁다고 호소한다. 한편, 風과 濕은 함께 결부되어 병변을 초래하기도 하는데, 이 경우에 주로 關節이나 筋骨格系의 痛症이 주가 된다. 관절의 屈伸이 편치 못하며 뻣뻣한 느낌을 호소하거나 전신이 두드러 맞은 것처럼 아프기도 하는데 습한 날씨에 증세가 가중되는 경향이다. 특히, 몸을 굽히고 일하다가 일으키거나 펼때 힘들어 한다. 승모근의 상부와 후두부의 조직들이 肥厚되어 어깨나 목뒤부위가 잘 뭉치고 항상 머리가 맑지 못하다고 호소한다. 또한 하지의 병증시 膝蓋骨 周圍가 붓거나 周圍가 肥厚되어 있고 계단을 오를 때, 체중이 膝蓋骨의 앞으로 실리면서 통증이 심해지는 경향도 있다. 비승격은 습에 의한 착비의 중요한 處方이다.

(3)비열보 [소부+ 대도+ 음곡(혹은 곡천)-음릉천-]: 脾胃 無力을 다스릴 수 있다. 비가 작은 少陰人들에게 運用될 기회가 많다. 진수음(腹鳴) 주로 胃腸에 정체)의 여부를 통하여 胃下垂 경향을 보이는 환자, 少陰人에게 적용된다.

(4)현음방 [소부+ 태백+ 심해-음곡-단전迎]: 眩暈의 처방으로 제시된 폐승격(2)형과 함께 어지럼에 運用될 기회가 많다. 회전성 眩暈에 효능 있다. 보통 급격히 발생한

어지럼, 심한 멀미에 有效하며, 노인들에게 運用될 때도 많다. 血虛에 基因한 어지럼에는 間接格을 사용한다. 현음방은 慢性的인 냉성泄瀉에도 사용된다. 식사를 하고난 지 얼마되지 않아 변의를 느끼고 설사를 하며, 심한 장명음과 腹痛이 동반되기도 한다.

3.7.1.3. 수소음심경

(1)심정격: 藥物중 계지를 積極적으로 運用할 경우와 유사하다. 또한 화의 장기인 심의 약화와 不安定은 수기(수음)의 동요와 충역을 동반할 수 있을 때에 有效하다. 基本的으로 상충에 의한 頭痛, 어지럼증(주로 起立性이나 체위성), 잦은 動悸, 멀미 등에 運用될 수 있다. 이 경우 사지의 저림, 마목감, 냉감을 호소하고 추위를 잘 나는 경우가 많다. 실질 장기로서의 心腸機能 이상시에도 運用된다. 따라서 심근비대, 狹心症, 심폐의 鬱血로 인한 呼吸困難, 천증 등에도 運用될 수 있다. 혈기의 上向的 偏重으로 인한 하지의 순환장애나 약화증상에 運用되기도 한다. 하지정맥에서 환류부전과 鬱血이 초래된 靜脈瘤, 하퇴통, 하지경련, 하지부종의 輕症에서 重症까지 가능하다. 심기불리에 의해 수음이 정류하게 되면 腎主水の 機能에 지장을 초래하여 泌尿生殖器系의 병증을 야기한다. 상충이 소화기계에 영향을 미칠 경우, 逆流症이 발생하기도 한다. 呑酸, 조잡과 위-식도 逆流症에 의한 胸部灼熱感, 인후불리감, 이물질증에도 運用된다. 여성들의 更年期에 나타나는 상기감, 안면홍조, 心悸亢進, 발한과다(주로 두면부), 머리에 무언가 썩은 느낌으로서 정신이 맑지 못하는 두모감, 건망 등도 상충의 징후에 해당한다.

(2)심신俱허방 [대돈+소충+(혹 복유+)태백-태계-]: 기의 上向的 편중의 結果, 경계, 정충, 不眠, 상기감, 頭痛 등이 나타나고 상충에 의해 초래된 하허의 결과, 남성의 성기능 저하, 여성의 생리불순, 末梢部의 냉감, 하지 무력감 등이 나타나기도 한다. 또한

얼굴에 광택이 없으며 도한이 나타나고 심하면 가슴이 아프고 목구멍이 붓기도 한다. 이런 병변에는 심신구허방이 적절하다.

(3)심승격: 壯火를 抑制시키는데 심승격이 運用된다. 심의 본기는 衞氣, 심승격은 火의 주동 經絡인 심의 亢進에서 유발된 제반 심실증을 다스린다. 이 때의 열은 結聚된 列缺의 양상을 보인다는 것이다. 심승격은 심열증시, 심하의 영역과 제상에서 列缺이 촉진되는 것을 目標로 삼아 運用하는 것이 가장 適合하다.

(4)군화방 [단전 迎 / 음곡+ 심해+ 대돈-소충-]: 火熱에 의한 病症의 基本 병기로서, 무계(어두울 무, 미칠 계), 暴음(병어리 음)은 주로 열성병변의 高熱期에 나타나는 症狀이다. 狂越, 罵리(욕할 때, 꾸짖을 리)는 火熱에 의해 유발된 신지의 병증으로 조증이나 精神分裂症 과 같은 정신질환부터 過剩行動障礙 등을 포함한다. 심승격이나 군화방 모두 심화항염으로 인한 제반 병증에 廣範圍하게 運用된다. 比較的 체구가 있는 편이고 상열감, 안구나 안면의 충혈, 불면, 焦燥感과 不安, 頭痛, 녹혈, 口瘡, 口乾, 心悸 등이 나타나는 것을 다스린다.

(5)열담방 [대돈+ 은백+ 신문-태백-]: 열결에 의한 병변에 대처할 수 있는 처방으로 열결에 의한 심하, 상복부의 경결을 目標로 삼아 運用된다. 甲狀腺 機能亢進症과 같은 代謝亢進症, 中風의 전조증이나 後遺症, 高脂血症과 같은 순환기계의 병증, 탄산, 조잡과 같은 소화기계의 병증, 근골격계의 병증 등으로 다양하게 나타난다. 소화성 궤양시 나타나는 呑酸과 조잡에 적용된다. 신트립은 위 안의 화나 담에 의해서 발생한다.

(6)풍담방 [경거+ 중봉+ 신문-태충-]: 간울의 實證이면서 심실의 상황이 동반되었을 때 運用할 수 있다. 뇌혈관계 질환이나 관련된 신경학적 障礙의 실증 상황에도 유효하다.

3.7.1.4. 족소양담경

(1)담정격: 심담허로 유발된 경계, 정충을 비롯한 제반 病變을 다스린다. 담 衰弱은 筋骨과 皮毛에 대한 자운 기능의 부전일 때 담정격을 사용한다. 虛勞나 老化로 인한 제반 근골격계의 退行性 병변과 인대의 弛緩이나 弱화로 유발된 병증에 운용될 수 있다. 담기 소통을 통해서 담탁의 生成을 抑制한다.

(3)담승격과 편두통: 담승격이 가장 많이 運用되는 곳이 측후두부 頭痛이다. 偏頭痛에 [풍지-현종-]을 사용하고, 귓속통과 耳鳴에 [풍지+ 현종+ 풍부-아문-]를 提示한 대로, 담승격 운용시 양보 대신에 현종을 취하는 것이 좋다. 또한 早急하고 多血質, 神經質的이고 예민, 감정상의 激怒나 不安定, 精神的인 衝擊 등에 운용된다. 이 경우에는 상초의 痰飲을 다스리는 폐승격의 변용인 담음방[소부+ 어제+ 척택-함곡-]을 運用할 수 있다.

(4)담과 관절통: 담정격은 주로 관절계 退行이나 弱화에서 基因하는 關節痛에 운용되는 편인데, 老人이나 虛弱者, 마른 체형인 사람들이 關節痛과 뼈속까지 시리다는 느낌을 호소하는 것을 근거 삼아 運用하기도 한다. 특히, 관절면 자체나 周圍 靱帶가 손상된 경우에 多角度로 운용된다. 痛風은 원래 관절계의 심한 통증성 병변을 總稱하는 표현으로 歷節風, 통비 등과 유사한 의미로 사용되었다. 여기서 痛風은 Gout 를 의미하지는 않으나 담정격이 Gout 에도 상당한 유효성이 있다고 한다. 한편, 풍사에 의해 유발되는 비증을 통비는 이동하는 流動性을 보인다. 多發性關節炎, 류마토이드성 關節炎, 多發性 筋炎 등의 질환시 근골격계 통증이 행비의 범주에 해당한다고 볼 수 있다.

3.7.1.5. 족소음신경

(1)신정격: 금생수의 기전의 正常化를 통해 신수의 산생을 돕고 신기를 強化시키는 作用을 한다. 신정격은 신양허와 신음허를 區分하지 않고 신허의 제반병증에 널리 運用되나 변용을 運用할 수 있다. 음허의 경우, 복유 대신 음곡을 취할 수 있고, 양허의 경우, 곤륜과 삼초정격의 중저를 併用할 수 있다. 腎主水 기능의 실조로 수습이 정류하여 발생한 병증에도 運用된다. 喘咳시, 경거와 복유는 폐경과 신경의 경금혈로서 '천해한열'을 주치하는 조합이다. 이들의 拜晤는 기의 수렴을 유도하고 신의 납기작용을 強化시킨다. 특히, 虛症의 久嗽(오래된 기침)에 신정격이 널리 運用된다. 腎咳의 증상에 대해 '기침을 하면 허리와 등이 서로 땅기고 아프며 심하면 담연이 많이 나온다'고 하였다. 신해처럼 기침시 腹壓 增加에 의한 것으로 주로 虛弱者나 老人들, 尿失禁을 앓는 사람이 심하게 기침할 경우 발생한다. 사암은 신해에 신정격을 제안했다. 肺咳의 증상에 대해 '기침을 하고 가쁜 숨소리가 나며 심하면 피를 뺀다'고 하였다. 허열이 있고 견해의 傾向을 보이면 [경거+복유+(혹은 음곡+)지구-연곡-] 혹은 신한보를 運用한다.

(2)歷節風에 대한 신정격의 運用

신정이 휴손되면 신주근, 生髓하는 기능이 減退되어 골통이 發生한다. 이런 통증은 退行性疾患과 歷節風으로 發現되기도 한다. 歷節風 치법으로 [삼리迎, 완골迎, 경거+대돈-]가 提示되었다. 結果적으로 금극목의 기전을 極大化시킨 것이라 할 수 있다.

(3)腰痛에 대한 신정격의 運用

허리는 腎之府로서 신기의 이상은 허리에 반영된다. 족소음경근이 脊柱의 내외로 분포하며 외측은 족태양경근과 연계됨을 의미하여 족소음경근은 내외가 拮抗關係이다.

족소음경근 外側에 이상이 있으면 굽히기 힘들며 內側에 이상이 있으면 펴기가 힘들다. 허리 굽힐 때 통증이 가신 후 나른한 느낌이 발생하는 경우도 신허요통에 포함된다. 退行性이나 노인들의 요통시에는 요슬산연하거나 하지 약화가 동반된다. 無節制한 성관계로 신허가 招來된 결과이다.

(4)신승격: 신기의 運行에 부하가 걸려 非正常的으로 亢進되어 작동하는 상황을 다스리기 위한 치법이다. 소음의 영역에서 울체된 혈기가 非正常的으로 충역하는 상황을 다스리는 것으로 정리한다. 신기가 不安定하면 하초에서는 혈기가 울체되고 소음의 영역을 타고서 상초로 충역하는데, 이러한 상태가 신실증이다. 소음의 영역에서 혈기가 충역하여 유발되는 頭痛, 두정부의 熱感이나 상기감, 안면통, 齒痛, 咽喉痛, 동계, 흉심통, 번조, 수족열 또는 手足厥冷 등을 다스린다.

3.7.1.6. 족궤음간경

(1)간정격: 陰血의 損傷과 관련된 제반탈증을 다스리며 陰血을 充足시킨 상태에서 간기의 正常的 선통을 가능케 하여 간울을 해소한다. 간울로 인해 혈기가 不安定해지고 동요되어 發生한 제반 풍증을 다스린다. 肝主筋하므로 근육의 緊張度가 증대되어 뻣뻣해진 拘攣의 상태를 緩和시킨다. 근의 拘攣에 의해 유발된 주요 경근의 통증성 병변이나 순환장애를 다스린다. 간정격은 一般的으로 견실하지 않는 홍맥이 나타나는 것을 목표로 운용하나, 肝腎맥에서 全般的인 맥의 彈力이 저하되어 늘어지는 느낌의 침완맥이 나타날 때도 있다. 견실한 홍맥이 나타나면 간승격을 運用한다.

(2)간승격: 간양화풍, 열극생풍의 기전을 遮斷한다. 濕熱의 내열에서 기인하는 간열과 간풍으로 耳聾, 건구, 痙攣, 痺證이 발생하면 사용한다. 간실로 인한 풍현(오풍, 자한을 동반한 眩暈, 高血壓 동반)을 다스린다.

(3)간한격 [음곡(척택)+ 곡천+ 소부-행간-]: 간음부족으로 화가 항성(水가 不足하여 생기는 간양상항. 수불함목으로 간양상항증)할 때 適用하며, 간울이 慢性化된 상황에서 근골격계의 통증성 병변(즉, 精神的, 肉體的 스트레스성 통증)에도 사용한다.

(4)간계어혈방 [음곡+ 곡천+ 간사-현종-]: 간기가 오르지 못하고 하함하면 瘀血을 초래할 수 있다. 주로 하초에 울체되므로 골반강 내 부속 장기나 조직 병변을 초래하는데, 좌협부나 장골극 內側이나 치골 인접부위에 抵抗, 압통, 종괴 등이 나타난다. 간울성 瘀血은 靜脈계의 鬱血性, 出血性 병변이나 림프계 순환의 이상 병변을 초래한다.

(5)간승격(2) [경거+ 중봉+ 음곡-곡천-]: 下腹部에서의 족궤음경의 유주와 비슷하게 이상반응이 나타나며 拘急이나 硬結이 주변조직과 구분된다. 健實한 환자가 하지구련감과 聯關痛을 동반하는 腰痛, 鈍痛을 호소할 때 運用된다.

3.7.2. 박지우의 ‘五行鍼 四象醫學의 解說’

그는 1987 년 ‘五行鍼 四象醫學의 解說’을 통해 舍岩鍼法을 運用함에 있어 체질별로 정해진 원칙을 사용하는 방식을 발표하였다. 이 침법은 대단히 체계적인 모습은 아니지만 舍岩鍼法의 정격과 승격이 四象醫學과 결합하여 운용되는 방식의 초기적인 모습이다^[21]. 박지우는 체질별 장부대소에 따라 각각 기본방 1 개, 부방 3 개, 시술불가방 4 개를 제시하였다. 그 原理는 體質別 장부대소에 따라 金土木水에 해당되는 表裏經을 시술하는 것으로 보이며, 그 방식은 舍岩鍼法의 정격과 승격을 그대로

따른다. 기본방은 體質만 맞으면 어떠한 疾患이든 증세가 호전되고 副作用이 일어나지 않으므로 가장 많이 사용되는 처방으로 제시되었다. 부방은 기본방으로 치료효과가 부진할 때 邪가 타경락에 客한 것으로 보고 사용하는데, 효과가 잘 나기도 하지만 副作用도 잘 난다고 한다. 각 치료별 치료 처방은 다음과 같고, 그 외에 심경, 소장경, 심포경, 삼초경을 二火之經으로 제시하였는데, 體質과 무관하게 쓰인다고 하였다^[28].

太陽人:기본방(간정격)/부방(대장승격,폐승격)/불가(신정격,대장정격,위정격,간승격)

少陽人:기본방(신정격)/부방(위승격,비승격,방광정격)/불가(위정격,대장정격,간정격,신승격)

太陰人:기본방(대장정격)/부방(간승격,담승격,폐정격)/불가(간정격,신정격,위정격,대장정격)

少陰人:기본방(위정격)/부방(신승격,방광승격,비정격)/불가(신정격,간정격,대장정격,위승격)

체질별 치료 처방에서 太陽人, 少陽人은 臟經이 기본방이고, 太陰人과 少陰人은 腑經이 기본방이다. 이에 대해 박지우는 “반드시 症狀과 痛症이 緩和되고”, “반드시 惡化되고 副作用이 난다”. “이는 한치의 誤差도 없는 正確한 사실이므로 診斷 結果가 확인되는 것이다”라고 부언하고 있다^[28]. 박지우의 체질별 맥상은 팔체질맥상과 유사한 점이 많다. 太陽人의 맥상은 금양체질과 같으며, 少陽人 맥상은 토양체질과 같다. 太陰人 맥상은 목양체질과 목음체질의 맥상을 합쳐놓은 모양이다^[21]. 기본방을 施術하여 호전 반응이 있으면 體質이 맞는 것이고 惡化나 副作用이 일어나면 틀린 것이라고 한다^[28].

3.7.3. 이의원과 이중길의 ‘경락과 경혈의 개합이론과 심신동치 처방’

혈이 열린다거나 經絡이 열린다는 概念은 ‘자오유주침법’에서 주로 이용되는 개념이다, 자오유주침법에서는 시간에 따라서 特定 經絡이 열리고, 나머지 經絡은 닫히는 것으로 認識했다. 따라서 원하는 經絡을 치료하기 위해서는 該當 經絡이 열리기를 기다렸다가 치료해야하는 번거로움이 있었다^[31]. 臨床에서 舍岩鍼法과 체질

침법을 사용하다 보면, 어떤 때는 매우 뛰어나 효과를 보이다가도, 또 어떤 때는 동일한 治療法을 사용했음에도 불구하고 치료효과가 계속 이어지지 않거나, 간혹 전날 좋았던 治療法이 오히려 증상을 惡化시키는 경우가 있다. 이런 경우, 우리는 보통 진단의 誤謬를 상정하는 경우가 많지만, 수많은 施行錯誤를 겪다 보면 이러한 問題點은 진단의 誤謬인 경우도 있지만, 무언가 다른 變數가 있을 거라는 느낌을 지울 수 없는데 이것이 바로 ‘經絡과 經穴의 개합’과의 連繫性이다^[31]. 開闔의 이론에는 ‘時間에 따른 開闔’과 ‘空簡에 따른 開闔’이 있는데 實際적으로 ‘時間에 따른 開闔’은 지나치게 번거로움이 있어서 ‘空簡에 따른 開闔’이 더욱 합당하다고 사료된다.

3.7.3.1. 공간에 따른 경락의 개합

환자를 東이나 西로 눕게 하면, 태양의 영향이 最小化되고, 오히려 달의 영향만이 뚜렷하게 드러나기 때문에, 陰曆 상순과 하순의 변화가 가장 두드러진다. 동서를 중심으로 치료할 때는 陰曆 상순과 하순에 따라서 열리는 經絡이 달라진다. 또한 체위에 따라 개합되는 경락이 달라지게 되는데 仰臥位에서는 臟經이 열리고 伏臥位에서는 腑經이 열린다. 동쪽과 서쪽을 바꾸어 누우면 열리는 경락이 대칭적으로 바뀌기 때문에 실제 임상에서는 南北 축에서보다 東西 축에서 時間의 制約을 덜받아 활용이 보다 편하다고 할 수 있다^[31]. 아래 표는 十二經脈의 開闔을 정리한 표이다.

Table 1. 십이경맥 개합표

주체질 (우선성)	East				West			
	상순		하순		상순		하순	
	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt
	비	폐	간	심포	간	심포	비	폐
	삼초	담	대장	위	대장	위	삼초	담
		심	신		신		심	
		방광	소장		소장		방광	

주체질 (좌선성)	East				West			
	상순		하순		상순		하순	
	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt
	폐	비	심포	간	심포	간	폐	비
	담	삼초	위	대장	위	대장	담	삼초
	심			신		신	심	
	방광			소장		소장	방광	

3.7.3.2. 경락개합에 근거한 처방개념과 처방

동서방향에서 經絡의 開闔이 固定된다는 것은 사암침법과 오수혈을 사용하는 여러 鍼法을 연구함에 있어서 固定된 座標를 얻게 되었다는 것을 의미한다. 좌우 24 개 경락의 固定座標는 臨床的 效과의 再現性도 極大化되고, 각종 鍼法의 연구 및 검증에서도 매우 의미가 큰 經絡의 기능 구조적 특성이라고 할 수 있다. 위의 표를 사용하면, 上旬과 下旬, 서쪽과 동쪽, 장경은 仰臥位, 부경은 복와위라는 조건만 지켜주면 늘 同一한 經絡에 施術하는 固定座標를 얻게 된다^[31]. Table 2 는 십이 경락개합표를 근거로 하여 만든 ‘體質別 處方 概念’을 要約한 것이다. 주체질과 객체질, 우선성과 좌선성에 대한 설명은 생략한다.

사암침법에서는 마음의 병에 주로 心經과 心包經을 활용한다. 그리고 팔체질침법에서는 心經과 心包經을 자화와 상화, 즉 交感 副交感 神經系로 분류하였고, 그 處方에서는 정신방을 정립하여 心經과 心包經을 주로 活用하고 있다. 이의원과 이중길의 오수혈 침법에서는 마음의 經絡에 脾經, 胃經, 心包經, 그리고 三焦驚을 분류시킨다.

Table 2. 사상체질별 처방개념

주체질 우선성 처방개념

Body Type	East				West			
	상순		하순		상순		하순	
	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt
태양	비-	폐-	간+	심포+	간+	심포+	비-	폐-
	삼초+	담+	대장-	위-	대장-	위-	삼초+	담+
태음	비+	폐+	간-	심포-	간-	심포-	비+	폐+
	삼초-	담-	대장+	위+	대장+	위+	삼초-	담-
소양	비-	심-	신+	심포-	신+	심포-	비-	심-
	삼초-	방광+	소장-	위-	소장-	위-	삼초-	방광+
소음	비+	심+	신-	심포+	신-	심포+	비+	심+
	삼초+	방광-	소장+	위+	소장+	위+	삼초+	방광-

주체질 좌선성 처방개념

Body Type	East				West			
	상순		하순		상순		하순	
	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt
태양	폐-	비-	심포+	간+	심포+	간+	폐-	비-
	담+	삼초+	위-	대장-	위-	대장-	담+	삼초+
태음	폐+	비+	심포-	간-	심포-	간-	폐+	비+
	담-	삼초-	위+	대장+	위+	대장+	담-	삼초-
소양	심-	비-	심포-	신+	심포-	신+	심-	비-
	방광+	삼초-	위-	소장-	위-	소장-	방광+	삼초-
소음	심+	비+	심포+	신-	심포+	신-	심+	비+
	방광-	삼초+	위+	소장+	위+	소장+	방광-	삼초+

經絡의 開闔에서 몸과 마음이 하나라는 단서는, 열리는 經絡이 늘 몸의 經絡과 마음의 經絡이 조합을 위루어 열린다는 점과 마음의 經絡과 몸의 經絡이 表裏 經絡처럼 긴밀하게 연계된다는 점에서 찾아볼 수 있다. 몸 經絡 處方은 (우선성과 좌선성을 분류 하여) 사암침법과 팔체질침법 처방에서 自經의 穴들을 채택한 것으로 보이고, 마음 經絡 處方은 같은 방법으로 脾, 胃, 心包, 삼초의 處方을 採擇하였다.

이의원과 이중길은 이 오수혈처방이 既存의 사암침법의 정격.승격, 팔체질침법의 처방 보다 效果가 광범위하고 특히 머리 부위와 心因性 症狀에 대한 效果가 뛰어났다고 기술 한다^[31]. Table 3는 이의원과 이중길이 제안한 ‘심신동치 처방표’이며 이것은 오수혈 침법의 일종이다.

Table 3. 사상체질별 처방표

주체질 우선성 처방표

Body Type	East				West			
	상순		하순		상순		하순	
	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt
태양	상구-은백+ 중저+액문-	척택-어제+ 협계+규음-	곡천+중봉- 이간-양계+	중충+곡택- 여태-함곡+	곡천+중봉- 이간-양계+	중충+곡택- 여태-함곡+	상구-은백+ 중저+액문-	척택-어제+ 협계+규음-
태음	대도+은백- 천정-액문+	태연+어제- 양보-규음+	행간-중봉+ 곡지+양계-	대릉-곡택+ 해계+함곡-	행간-중봉+ 곡지+양계-	대릉-곡택+ 해계+함곡-	대도+은백- 천정-액문+	태연+어제- 양보-규음+
소양	상구-은백+ 천정-액문+	신문-심해+ 지음+위중-	복유+태계- 소해-전곡+	대릉-곡택+ 여태-함곡+	복유+태계- 소해-전곡+	대릉-곡택+ 여태-함곡+	상구-은백+ 천정-액문+	신문-심해+ 지음+위중-
소음	대도+은백- 중저+액문-	소충+심해- 속골-위중+	용천-태계+ 후계+전곡-	중충+곡택- 해계+함곡-	용천-태계+ 후계+전곡-	중충+곡택- 해계+함곡-	대도+은백- 중저+액문-	소충+심해- 속골-위중+

주체질 좌선성 처방표

Body Type	East				West			
	상순		하순		상순		하순	
	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt	Rt
태양	태연-소상+ 양보+양릉-	대도-음릉+ 천정+관충-	대릉+간사- 해계-내정+	행간+태충- 곡지-삼간+	대릉+간사- 해계-내정+	행간+태충- 곡지-삼간+	태연-소상+ 양보+양릉-	대도-음릉+ 천정+관충-
태음	척택+소상- 협계-양릉+	상구+음릉- 중저-관충+	중충-간사+ 여태+내정-	곡천-태충+ 이간+삼간-	중충-간사+ 여태+내정-	곡천-태충+ 이간+삼간-	척택+소상- 협계-양릉+	상구+음릉- 중저-관충+
소양	소충+영도+ 속골+곤륜-	대도-음릉+ 중저-관충+	중충-간사+ 해계-내정+	용천+연곡- 후계-소택+	중충-간사+ 해계-내정+	용천+연곡- 후계-소택+	소충+영도+ 속골+곤륜-	대도-음릉+ 중저-관충+
소음	신문+영도- 지음-곤륜+	상구+음릉- 천정+관충-	대릉+간사- 여태+내정-	복유-연곡+ 소해+소택-	대릉+간사- 여태+내정-	복유-연곡+ 소해+소택-	신문+영도- 지음-곤륜+	상구+음릉- 천정+관충-

3.7.4. 권도원의 ‘八體質醫學’

3.7.4.1. 八體質醫學의 치법과 처방

八體質醫學에서의 治療法은 過度한 最強와 最弱 장부를 찾아 강한 장부는 抑制하고, 약한 장부를 촉진하여 ‘先天的인 不均衡狀態’로 恢復시키는 것^[29] 으로 오수혈을 이용한 체질침 처방을 사용한다. 다음 Table 4 은 체질별 장부기능의 비교와 體質別 治法을 정리한 것이다^[19]. 八體質醫學의 단위처방은 10 가지가 있는데 장계단위 처방 5 개와 부계단위 처방 5 개로 구성되어있다. Table 5 는 각 체질별 단위처방과 처방 개념을 정리한 것이다^[19].

권도원의 논문에는 오행의 相剋相生 원리를 이용하여 經絡을 抑制 (瀉)하거나 促進 (補)하는 방법을 제시하고 있는데, 母子穴과 鬻穴의 개념을 採擇하고 있다. 그리고 이러한 처방들이 더 가치가 있는 것은 권도원이 臨床的인 확인을 거쳐서 確立했기 때문이다.

Table 4. 팔체질별 장부배열과 치법

체질별	장부배열	치법
금양	폐.대장>비.위>심.소장>신.방광>간.담	간보비사
금음	폐.대장>신.방광>비.위>심.소장>간.담	폐사심보
토양	비.위>심.소장>간.담>폐.대장>신.방광	신보심사
토음	비.위>폐.대장>심.소장>간.담>신.방광	비사간보
목양	간.담>신.방광>심.소장>비.위>폐.대장	간사비보
목음	간.담>심.소장>비.위>신.방광>폐.대장	폐보심사
수양	신.방광>폐.대장>간.담>심.소장>비.위	신사심보
수음	신.방광>간.담>심.소장>폐.대장>비.위	비보간사

Table 5. 팔체질별 단위처방의 개념

장계	금양/목양	금음/목음	토양/수양	토음/수음
기본방	보간/사간	사폐/보폐	보신/사신	사비/보비
부계염증부방	사비/보비	보심/사심	사심/보심	보간/사간
정신부방	사심포/보심포	보심/사심	사심/보심	보심포/사심포
장계염증부방	사폐/보폐	보간/사간	사비/보비	보신/사신
퇴행부방	보신/사신	사신/보신	보폐/사폐	사폐/보폐
부계	금양/목양	금음/목음	토양/수양	토음/수음
제 2 기본방	보담/사담	사대장/보대장	보방광/사방광	사위/보위
살균부방	사위/보위	보소장/사소장	사소장/보소장	보담/사담
제 2 정신부방	사삼초/보삼초	보소장/사소장	사소장/보소장	보삼초/사삼초
활력부방	사대장/보대장	보담/사담	사위/보위	보방광/사방광
2 퇴행부방	보방광/사방광	사방광/보방광	보대장/사대장	사대장/보대장

권도원의 처방 중 사암침법의 정격/승격과 배혈이 다른 처방 들은 母子穴과 髀穴을 이용하여, 補子 瀉髀, 瀉母 補髀, 瀉子 補髀, 그리고 補母 瀉髀의 원리로 구성되었다^[31]. 아래 Table 6 은 八體質醫學 單位處方을 정리한 것이다.

Table 6. 팔체질별 단위처방

단위처방	금양(--++)/목양(++--)	금음(--++)/목음(++--)	토양(--++)/수양(++--)	토음(--++)/수음(++--)
기본방(K)	경거, 중봉, 음곡, 곡천	음곡, 척택, 대돈, 소상	태백, 태계, 경거, 부류	경거, 상구, 음곡, 음릉
부계염증(F)	경거, 상구, 음곡, 음릉	음곡, 소해, 대돈, 소충	태백, 신문, 경거, 영도	경거, 중봉, 음곡, 곡천
정신부방(P)	대릉, 곡택	영도, 소충	신문, 소해	간사, 중충
장계염증(Z)	태백, 태연, 대돈, 소상	경거, 중봉, 소부, 행간	소부, 대도, 음곡, 음릉	태백, 태계, 대돈, 용천
퇴행부방(D)	태백, 태계, 대돈, 용천	경거, 부류, 소부, 연곡	소부, 어제, 음곡, 척택	태백, 태연, 대돈, 소상
마비면역(K')	상양, 규음, 통곡, 협계	통곡, 이간, 임읍, 삼간	삼리, 위중, 상양, 지음	상양, 여태, 통곡, 내정
살균부방(B)	상양, 여태, 통곡, 내정	통곡, 전곡, 임읍, 후계	삼리, 소해, 상양, 소택	상양, 규음, 통곡, 협계
2정신부(P')	천정, 액문	소택, 후계	소해, 전곡	관충, 중저
활력부방(V)	삼리, 곡지, 임읍, 삼간	상양, 규음, 양곡, 양보	양곡, 해계, 통곡, 내정	삼리, 위중, 임읍, 속골
2퇴행부(D')	삼리, 위중, 임읍, 속골	상양, 지음, 양곡, 곤륜	양곡, 양계, 통곡, 이간	삼리, 곡지, 임읍, 삼간

3.7.4.2. 八體質醫學의 진단

팔체질의학에서 진단은 四診^[33]을 통하여 환자의 몸의 상태를 살펴서 병의 상태를 판단하는 것이다. 권도원^[34]은 진단을 治療處方을 선택하기 위한 8가지의 병증중의 하나를 찾는 방법으로 사용했으며, 장, 부-기질을 또는 체질을 판별해내는 방법이 될 수도 있다고 했다. 그러므로 八體質醫學에서 진단은 환자의 질병 상태를 判斷하는 것은 아니라, 脈診을 통하여 팔체질을 찾는 것이다. 권은 이 맥을 病脈처럼 시간에 따라 달리 나오는 것이 아니고, 나서부터 죽는 시간까지 변하지 않는 체질별 固有脈^[35]이며, 팔체질에서 脈診은 좌우 손목 각각 세 곳, 양손 6처에서 8종류의 脈을 찾아내는

것이라고 했다. 권도원은 “체질침” 논문에서 體質 脈診法과 맥상도를 발표했으며, 그 脈診法^[36]과 脈象圖는 아래와 Figure 1과 같다^[32].

體質 脈診은 一般的으로 행해지는 傳統的인 脈診法과 다르며, 손목의 좌.우 각각 3곳씩, 총 6곳의 脈診 부위에서 8가지의 脈象을 찾는 것이다. 의사가 제1지(즉, 검지)로 脈을 짚는 위치는 환자의 손바닥 쪽 고골 즉, 요골경상돌기 옆으로 지나가는 요골동맥으로, 의사의 제1지를 고골부위의 경사면과 요완골근 사이에 살짝 올려놓으며, 손가락의 끝이 거의 환자의 장장근에 닿을 정도로 해야 한다. 그런 후에 손끝의 감각으로 손가락 아래의 橈骨動脈을 관찰할 수 있도록 알맞게 맞추고, 제2지와 제3지를 같은 요령으로 차례대로 올려놓는다. 환자를 仰臥位 자세로 하며, 침대는 의사의 허리띠 정도의 높이로 하여 맥진을 하는 것이 좋다.

의사의 오른 손가락은 환자의 왼 손목에, 또 의사의 왼손가락은 환자의 오른 손목에 올려놓는다. 그런 후에 의사는 환자의 근육 (요완골근)과 맥을 세 손가락의 同一한 壓力으로 壓迫하여야 한다. 환자의 筋肉에 彈力이 있을 때는 수직방향으로 최대한 壓迫하며, 근육의 彈力이 약할 때는 환자의 橈骨動脈 방향으로 筋肉을 당겨서 똑 같은 방식으로 압박하는 데, 의사는 끝까지 눌러서 마지막까지 남는 맥을 찾아야 한다. 그리고 그 맥이 어느 손가락 아래에 뛰는 맥인지를 알아야 한다. 좌수맥과 우수맥을 이런 방법으로 두세 번 반복해서 같은 맥이 나오면, 그것이 그 환자의 맥이며 이 맥을 통하여 체질을 판단하게 된다. 또 다른 방법은 팔체질의 脈診은 의사가 食指(제1지), 中指(제2지), 및 藥指(제3지)를 사용하여 橈骨動脈을 강하게 압박하여 맥이 없어질 때까지 누른 후, 힘을 서서히 빼면서 제일 먼저 강하게 솟는 맥을 찾는 것이다^[32].

목양체질은 좌.우맥이 제2지에서 뛰되 제1지 쪽으로 약간 느껴지며 좌맥이 뚜렷하고, 목음체질은 좌.우맥이 모두 제2지에서 뛰되 제3지 쪽으로 약하게 느껴지며 우맥이 뚜렷하다. 一般的인 脈診은 맥의 빠르기와 強弱, 血壓, 血管의 충실도, 不整脈의 유무 등을 살펴서 진단하는 것이다.

하지만 八體質脈診法은 橈骨動脈의 脈診處에서 세손가락으로 脈을 최대한 눌렀을 때, 세 곳 중에 어느 부위의 脈이 끝까지 殘存하는지 與否와, 혹은 눌러서 脈이 없어진 후에, 손을 약간 떼었을 때 최초로 나타나는 脈을 찾는 것이다. 이것은 相對的으로 강한 脈을 찾는 것이다^[32].

권도원은 正確한 診斷이 이루어지지 않으면 體質鍼 處方을 사용할 수가 없기 때문에, “8개의 病症을 진단하기 위해서 질병명, 發熱과 惡寒의 形態, 嘔吐, 大便, 身體의 좌우측에 따른 症狀의 현상, 음식과의 相關性, 藥物學的인 반응, 계절변화의 相關性, 그리고 환자의 체형과 성격에 따라 발현되는 相異點 등을 배열해 놓고 상호 대조해가면서 研究하였다.”고 하였다^[36].

3.7.4.3. 八體質醫學의 治療法

八體質醫學에서 치료법은 과도한 최강 또는 최약 臟器를 찾아 지나치게 강한 臟器를 억제하고, 또 지나치게 약한 臟器를 촉진하여 先天的인 불균형상태로 恢復시키는 것^[29]으로 치료는 五輸穴을 이용한 체질침 처방을 사용한다. 八體質醫學의 治療法이 기존증치의학의 치료나 다른 체질치료와 구분되는 특징은 침으로만 시행하는 것이며, 또한 五輸穴만을 사용하는 것이다. 치료에는 根本調節과 局所調節이 있으며,

모든 체질침 치료는 迎隨補瀉法을 사용하여야 한다. 권도원은 근본조절과 국소조절, 영수보사법을 논문에서 아래와 같이 설명하고 있다.

(1) 根本調節과 局所調節: 人體의 疾病을 豫防하거나 治療하기 위해서는 生命 影響力(五輸穴을 제외한 全體 經穴을 통해)을 調節하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 內臟穴의 送穴과 受穴을 통해서 출입하는 각 臟腑의 영향요소를 조절하는 것이 필요하다. 이로써 상호영향력을 조절하게 되며, 상호영향력은 생명영향력을 조절한다. 內臟穴을 조절하는 것을 根本 調節이라 하고 五輸穴을 제외한 여타 經穴을 조절하는 것을 局所 調節이라 부른다^[37].

(2) 迎隨補瀉法: 內臟穴에서 치료는 迎隨補瀉法으로 하며, 經脈을 흐름을 順하는 방향에 따라 치료하는 隨法은 補法이 되며, 그 혈을 드나드는 영향요소가 강해지고, 경락의 흐름을 逆방향으로 치료하는 迎法은 瀉法이 되며, 그 혈을 드나드는 영향요소가 약화된다^[37].

(3) 鍼 施行方法: 八體質鍼에는 유침의 개념이 없고 단자를 반복해서 시행한다. 八體質鍼 치료에는 시행 횟수와 질병의 부위에 따라 上. 中. 下로 보내는 시행방법이 중요하다. 시행 횟수에서 부계염증부방이나 慢性疾患은 4회 반복하고, 장계염증부방이나 急性疾患은 5회를 반복한다. 예를 들어 위염은 기본방:부계염증부방을 4:2회로 시행하며, 간염은 기본방:장염방을 5:1회로 시행한다. 그리고 디스크인 경우는 통증이 심한 急性에는 기본방:장계염증부방:정신부방을 5:5:1회로 시행하고, 慢性으로 저리고 시린 경우에는 4:4:2회로 시행한다. 2단계의 복합처방에서는 질병의 부위에 따라 시행을 달리 하는데, 질병이 上焦에 있으면, 부방의 瀉하는 穴을 두 번 반복하고,

질병이 中焦나 전신에 있으면 반복하지 않으며, 질병이 下焦에 있으면 補하는 穴을 두 번 반복한다. 예를 들면, 금음체질의 扁桃腺炎에 기본방+ 부계염증부방을 시행할 때, 기본방을 순서에 맞추어 4회 반복한다. 다음에 부계염증부방을 2회 반복하되, 扁桃腺炎처럼, 上焦에 질병이 있으면, 瀉穴을 반복하여 2회 시행한다. 방광염으로 하초에 질병이 있으면, 補穴을 반복하여 단자 2회 시행한다. 권도원은 질병이 발현되는 반대 쪽에 침을 시행해야 하며 영수보사를 정확히 해야 하고, 영수법을 시행할 때 침기울기는 대체로 45도로 한다고 하였다. 또한 일반적으로 臟의 질환은 左側에, 腑의 질환은 右側에 나타난다고 하였다^[37].

IV. MATERIALS AND METHODS

4.1. Materials

4.1.1. 毫鍼

연구에 사용되는 毫鍼은 Dongbang Acupuncture Inc. 에서 市販하는 0.20mm X 15mm (직경 X 길이) 규격의 것으로 滅菌處理된 1회용 Stainless Steel 제질의 것을 사용하고자 한다. 사용된 침은 미국 CNT(Clean Needle Technique) 처리 규정에 根據하여 사용 후 즉시 침 폐기통에 폐기할 것이다.

4.1.2. 혈압계

본 연구에 사용되는 血壓測定 기구는 Omron 의 標準 電子式 血壓計이다. 모델명은 Omron BP786N 이고 Cuff 규격은 상완용 標準型으로 採擇하며, 보다 信賴性 있는 Data 를 얻기 위해서 TruRead™ Mode 를 사용하기로 한다. TruRead™ Mode 는 세번을 연속으로 측정하여 (측정 사이에 15 초의 여유를 두고) 그 平均值를 제공해준다.

(1)The first measurement is complete, waiting to start the next measurement. The interval will appear on the display.

(2)The second measurement is complete, waiting to start the next measurement. The interval will appear on the display.

(3)The third measurement is complete, the average for the 3 measurements appears on the display.

4.2. Methods

4.2.1. 研究對象

본 연구는 測定 血壓이 140/90mmHg 이상이면서 高血壓藥을 服用하지 않는 患者나 혹은 이미 高血壓 診斷을 받아 현재 약을 服用하고 있는 患者로서, 四象體質 중 太陰人 으로 判定된 5인의 患者를 대상으로 한다. 2018년 3월부터 2018년 6월까지 본 Clinic 에 내원하는 高血壓 患者들을 대상으로 하며, 실험내용에 대한 자세한 설명을 듣고 Informed Consent Form에 自發적으로 서명한 參與者들을 性別, 나이, 人種, 職業에 상관없이 배정하여 실시한다.

4.2.1.1. 제외기준

- 測定 血壓이 180/110mmHg 이상이거나 高血壓性 위기가 있는 자
- 심혈관계질환으로 手術을 받은 경험이 있는 자
- 妊産婦 및 授乳 중인 자
- 體質이 극도로 虛弱하거나 深刻한 질병을 앓고 있는 자

4.2.2 연구설계

본 研究는 다음 Figure 1에서와 같이 Screening을 통해서 선정된 5명의 太陰人 高血壓 患者를 대상으로 한다. 募集된 5명의 患者를 대상으로 Informed Consent Form에 서명을 받는다. 脈診을 통해서 體質을 診斷하고, 장부 虛實을 決定하며, 虛實의 狀態를 定常 狀態로 恢復시키기 위하여 八體質鍼法을 사용한다. 주 2~3회 총 10회의 침치료를 施行하되 치료전과 후에 血壓을 측정하여 八體質鍼法이 血壓 降下에 미치는 效果를 확인한다.

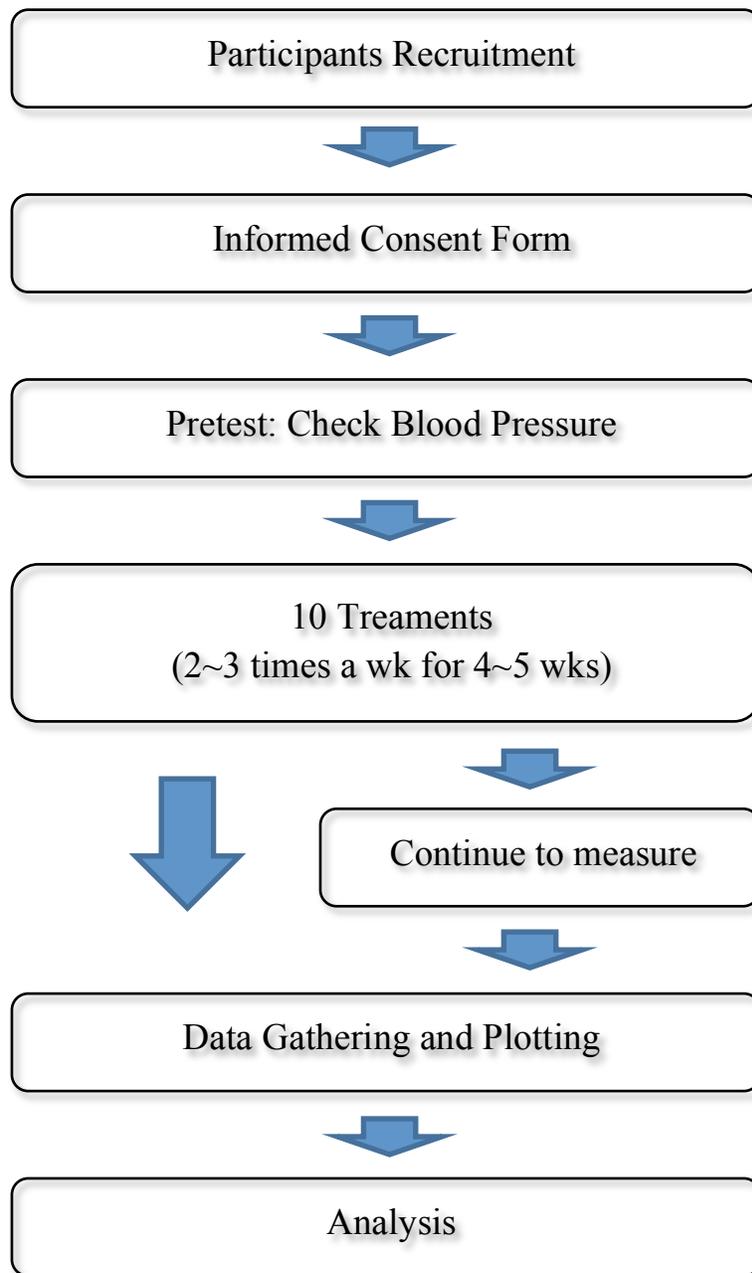


Figure 2. Schematic Diagram of Research Design

4.2.3. 治療 方法

4.2.3.1. 鍼法의 比較 및 選擇

前述한 대로, 박지우의 ‘體質 舍岩鍼法’은 舍岩鍼法의 정격과 승격을 사상의학과 결합하여 운용되는 방식의 初期적인 모습이다^[23]. 박지우는 體質別 장부대소에 따라 각각 기본방 1 개, 부방 3 개, 시술불가방 4 개를 제시하였다. 기본방은 體質만 맞으면 어떠한 疾患이든 症勢가 호전되고 副作用이 일어나지 않으므로 가장 많이 사용되는 處方으로 제시되었다. 부방은 기본방으로 治療 效果가 부진할 때 邪가 타경락에 客한 것으로 보고 사용하는 處方이다.

또한, 八體質醫學은 過度한 最强 또는 最弱 장기를 찾아 지나치게 강한 장기는 抑制하고, 또 지나치게 약한 장기를 促進하여 先天的인 不均衡상태로 恢復시키는 것^[27]으로 치료는 오수혈을 이용한 체질침 단위처방을 사용한다. 單位 處方은 총 10 가지가 있는데 장계단위처방 5 개와 부계단위처방 5 개로 구성되어 있다. 八體質醫學의 단위처방도 舍岩鍼法의 概念에 根據하고 있기는 하지만 同一하다고 볼 수 없다. 傳統的인 舍岩鍼法은 체질에 따른 장부의 대소나 장부기능의 강약에 無關하며, 모든 병증에 劃一的인 處方을 적용한다. 따라서 12 개의 정격, 12 개의 승격, 12 개의 열격 그리고 12 개의 한격이 採擇되어졌다. 하지만 이 48 개 處方 이외에도 수많은 경험방 혹은 변용방이 제안되었는데, 이는 환자의 體質을 감안하지 않았기 때문에 惹起되는 문제를 해결하기 위한 강구라고 사료된다. 다시 말해서 舍岩鍼法은 ‘간->심->비->폐->신’이라는 確固한 五行의 순서와 古典的인 ‘相生相剋’의 原理를 기초로 하여 탄생되었기 때문에 48 개의 기본 침처방으로 처리할 수 없는 부분이 야기될 수 밖에 없었던

것이고, 따라서 경험방이나 변용방의 출현은 불가피하였을 것이라고 생각된다. 이에 반하여, 八體質鍼法은 基本的으로 여덟 가지의 體質을 바탕으로 하고 있는데, 이것은 단순히 사람의 유형을 여덟 가지로 나누었다는 水準이 아니라, 여덟 가지의 五行 構造를 제안한 것이다. 그리고 단방향성 相生相剋의 원리를 벗어나서 양방향성 相生相剋의 원리를 적용하여 새로운 鍼法의 세상을 열었다.

그리고 이의원과 이증길의 ‘經絡과 經穴의 開闔理論과 심신동치 처방’은 基本的으로 舍岩鍼法/八體質鍼法과 같은 선 상에 있고, 이들 침법에 경락의 개함을 연결 시켜서 臨床的 효과와 그 再現成을 向上시켰다고 볼 수 있다. 동서방향으로 환자를 눕게 할 경우에, 經絡의 開闔이 일정한 방식으로 固定된다는 것은 사암침법과 오수혈을 사용하는 여러 침법을 연구함에 있어서 固定된 기준을 얻게 되었다는 것을 의미한다. 上旬과 下旬, 서쪽과 동쪽, 장경은 仰臥位, 부경은 복와위라는 조건만 지켜주면 同一한 經絡에 시술하는 固定 基準를 얻게 된다. 특히, 본 처방은 既存의 舍岩鍼法과 팔체질침법의 장점을 연결하였고 몸 經絡 處方과 마음 經絡 處方을 서로 연결하여 한 처방을 만든 점이 합당하다고 볼 수 있다.

이상과 같이 네가지 鍼法을 요약하였으나, 傳統 舍岩鍼法과 이를 四象醫學에 接木한 박지우의 鍼法은 우선 排除하고자 한다. 왜냐하면 舍岩鍼法은 체질적 接近에 基礎를 두고 있지 않고, 박지우의 鍼法은 體質과 舍岩鍼法을 연결한 매우 初期的인 모습이기 때문이다^[21]. 또한 이의원과 이증길의 ‘심신동치 처방’은 (1)환자의 눕는 방향을 制限함으로써 適用上 난점이 있고 (2)체질의학에서 脾에 배속되는 경락이 脾經이 아니라 心經이라는 異見에 대하여 심도있는 연구가 필요하다는 점^[21] 과 (3)이

처방이 舍岩鍼法과 팔체질침법의 處方보다 효과가 廣範圍하고 특히 머리와 心因性 症狀에 대한 효과가 뛰어나다고 주장하지만 敗症도 강하므로 진단이 확실치 않은 경우에 신중하게 사용해야 한다는 점^[21] 으로 인하여 排除하였다. 본 臨床 研究에서는 권도원의 八體質鍼法을 사용하기로 한다.

4.2.3.2. 鍼法の 구상

太陰人の 臟腑配列(肝大肺小)을 기준으로하여 處方과 鍼法을 구상할 수도 있겠으나 보다 的確한 處方을 만들기 위하여 八體質醫學의 臟腑配列을 採擇하고자 한다. 사상체질에서의 太陰人은 八體質醫學에서의 목양.목음체질로 다시 細分할 수 있다. 목양.목음 체질의 臟腑配列은 Table 7 과 같다.

Table 7. 태음인(목양/목음체질)의 장부배열

체질별	장부배열	치법
목양	간.담>신.방광>심.소장>비.위>폐.대장	간사비보
목음	간.담>심.소장>비.위>신.방광>폐.대장	폐보심사

우선 주처방은 最强臟腑와 最弱臟腑의 虛實을 改善할 處方으로 하고, 부처방은 次强臟腑와 次弱臟腑의 虛實을 치료할 處方으로 한다. 그러므로 목양체질에서는 瀉肝, 瀉膽, 補肺, 補脾하고, 목음체질에서는 瀉肝, 瀉心, 補肺, 補腎하면 된다. 두 體質의 處方 概念은 大同小異하여, 주처방 概念은 같으나 부처방은 다르다. 하지만 주처방 概念이 같다고 하여도 목양/목음의 臟腑配列이 다르기 때문에 사용하는 혈자리는 다르게 될 것이다. 이를 정리하면 Table 8과 같다.

Table 8. 태음인(목양/목음체질)의 처방표

체질별	치법	혈자리	
태음	목양	瀉肝	경거(LU08)+ 중봉(LV04)+ 음곡(KD10)-곡천(LV08)-
		瀉膽	상양(LI01)+ 규음(GB44)+ 통곡(UB66)-협계(GB43)-
		補肺	태백(SP03)+ 태연(LU09)+ 대돈(LV01)-소상(LU11)-
		補脾	경거(LU08)+ 상구(SP05)+ 음곡(KD10)-음릉(SP09)-
	목음	瀉肝	경거(LU08)+ 중봉(LV04)+ 소부(HT08)-행간(LV02)-
		瀉心	음곡(KD10)+ 소해(HT03)+ 대돈(LV01)-소충(HT09)-
		補肺	음곡(KD10)+ 척택(LU05)+ 대돈(LV01)-소상(LU11)-
		補腎	경거(LU08)+ 부류(KD07)+ 소부(HT08)-연곡(KD02)-

體質醫學에서 사용하는 治法概念은 문제가 있는 臟腑(target organs)나 經絡治療에 집중하지 않고 장과 부의 과도한 ‘病的 不均衡’을 先天的 ‘初期 不均衡’으로 恢復시켜서 병을 치료하는 것을 追求한다. 특히, 高血壓과 같은 대사증후군은 한 두가지 治法으로 쉽게 치료되지 않는 難治病 중의 하나이므로 상기 네 가지 치법을 모두 사용하여 보다 根源的인 治療를 하고자 한다. 하지만 중복되는 혈자리를 감안하더라도 자침할 혈자리(14혈)가 多少 많아진다. 송혈과 수혈의 개념을 考慮하여 타경에 있는 송혈 하나(사하는 송혈)를 省略해도 좋을 것이다. 10혈의 자침으로 줄게 되는데, 본 臨床研究에서는 14혈을 모두 자침하고자 한다.

4.2.3.3. 施術 方法

목양체질의 경우에는, 右側에서 경거(LU08), 중봉(LV04), 음곡(KD10), 곡천(LV08) 과 상구(SP05), 음릉천(SP09)을 취혈하고, 左側에 상양(LI01), 규음(GB44), 통곡(UB66),

협계(GB43)와 태백(SP03), 태연(LU09), 대돈(LV01), 소상(LU11)을 취혈한다. 목음체질의 경우에는, 右側에서 경거(LU08), 중봉(LV04), 소부(HT08), 행간(LV02)과 부류(KD07), 연곡(KD02)을 취혈하고, 左側에 음곡(KD10), 소해(HT03), 대돈(LV01), 소충(HT09)과 음곡(KD10), 척택(LU05), 대돈(LV01), 소상(LU11)을 취혈한다. 0.20X15mm의 滅菌 處理된 칩으로 영수보사 자침한다. 자침 깊이는 혈자리에 따라 다르지만 10mm 내외로 하고, 정혈은 천자하되 보사의 方向은 正確히 유지한다. 30분 간 유침하고 Infrared Lamp를 適用한다. 前述한 바 있지만, 원래 八體質鍼法의 施術은 4~5회를 반복해서 단자하는 것을 基本으로 하지만, 본 臨床 研究에서는 유침한다. 이는 본래 八體質醫學의 基本 施術原則을 벗어나는 것이기는 하지만 向後에 既存 體鍼과 연계하여 持續的인 연구를 진행하기 위해서, 기존 체침의 유침법을 택하고자 한다.

4.2.3.4. 측정방법

본 研究에서 治療效果의 測定은 전자식 상완형 혈압계를 이용한다. 對象者의 상완에 血壓計를 설치하여 治療 前과 後, 두 차례에 걸쳐 收縮期 血壓 / 弛緩期 血壓를 측정한다. 治療 前 측정시에는 對象者를 10분 간 반듯이 눕게 하여 安定狀態를 유지하는 것이 重要하다. 治療 後 측정은 治療가 끝난 5분 후에 측정하는 것을 原則으로 한다. 그리고 세 번을 連續으로 측정하되 측정 사이에 15초의 여유를 두며 測定值의 平均値를 택한다.

4.2.3.5. 統計分析

研究 結果는 SPSS for Window, Version 22.0을 이용하여 統計 處理를 하고, 收集된 자료의 平均과 標準偏差를 算出한다. 對象者의 수가 적으므로 정규성 檢定結果에 따라 모수 혹은 비모수 統計 處理를 施行하였다.

V. RESULTS AND DISCUSSION

본 研究는 太陰人 高血壓 환자에게 해당 五行鍼(八體質鍼法 사용)을 施術하여 不均衡의 상태를 최대한 初期 상태로 恢復시켜서, 五行鍼이 高血壓에 미치는 영향을 평가하는데 그 목적이 있다. 이를 위하여 치료 전후의 血壓을 측정하여 (1)收縮期 血壓과 弛緩期 血壓의 변화를 평가하고 (2)치료 전후의 累積 治療 效果를 평가하고 (3)集中的인 10 회 치료 후의 最終 研究 結果를 比較 分析하였다. 분석 결과는 收集된 자료에 대하여 각 段階別로 정규성 검정을 시행한 후 算出하였으며, 모든 統計分析은 $\alpha=0.05$ 수준에서 平均 간 차이에 대한 有意性(statistical significance)을 검정하였다.

5.1. 研究 對象者の 一般的 特性

본 研究에 參與한 총 5 인의 研究 對象者들의 一般的 特性(나이, 性別, 人種, 體質, 結婚, 職場, 吸煙 및 藥物 服用 與否)의 내용을 Table 9 와 같이 나타내었다. 5 명의 年齡 분포는 56 세에서 83 세 사이로 平均年齡은 65.8 세이었으며 男性은 2 인이고 女性이 3 인이었다. 人種은 Caucasian 1 인과 Asian 4 인이었으며, 太陰人 중 목양체질이 2 인이고 목음체질이 3 인이었다. 현재 血壓 調節을 위한 藥物 服用者가 3 인이었고 나머지 2 인은 이에 관련된 약물 복용을 하지 않고 있었다.

모든 變數에 대한 分析은 정규성 검정결과에 따라서 모수와 비모수의 통계를 시행하였다.

Table 9. Demographic Characteristics of the Subjects

Characteristic		Score
Mean Age(years)		65.8
Gender	Male	2
	Female	3
Married/Living together		3 out of 5
Employed		3 out of 5
Smoking		1 out of 5
Medication Use	Yes	3 out of 5
Ethnicity	Caucasian	1
	Asian	4

5.2. 測定値 變化 및 分析

5.2.1. 血壓 測定값의 變化 및 分析 (각 회수별 치료 전후)

血壓 降下 效果를 알아보기 위하여 매회 치료 전 후의 血壓을 測定한 값에 대해서 검정을 實施하였다. 收縮期 血壓이 1 차 치료에서 정규성(normality)을 滿足하지 못하였으므로 비모수적 검정 방법(nonparametric test)인 Wilcoxon Signed Rank Test 를 적용하여 $p=0.034$ 의 結果를 얻었다. 이후 10 회까지의 치료에서 收縮期 血壓의 정규성이 認定되었으므로 Paired t-Test 로 降壓 效果의 有意性을 Table 10 에 나타내었다. 弛緩期 血壓이 1 차 치료와 4 차 치료에서 정규성(normality)을 滿足하지 못하였으므로 비모수적 검정 방법(nonparametric test)인 Wilcoxon Signed Rank

Test 를 適用하여 $p=0.083$ 과 0.034 의 結果를 얻었다. 나머지 치료에서 弛緩期 血壓의 정규성이 認定되었으므로 Paired t-Test 로 降壓 效果의 有意性を Table 11 에 나타내었다.

收縮期 血壓의 매차 치료시 平均 變化量을 分析해 보면 아래와 같다. 1 차 치료 후 血壓은 147.2 ± 6.42 mmHg 에서 144.6 ± 5.46 mmHg 으로 2.6 ± 1.34 의 減少가 있었고 ($p=0.034$), 2 차 치료 후 血壓은 145.0 ± 6.28 mmHg 에서 145.0 ± 6.48 mmHg 으로 0.0 ± 2.12 , 變化가 있었고 ($p=1.000$), 3 차 치료 후 血壓은 143.6 ± 4.45 mmHg 에서 141.6 ± 4.28 mmHg 으로 2.0 ± 2.83 의 減少가 있었고 ($p=0.189$), 4 차 치료 후 血壓은 142.2 ± 4.15 mmHg 에서 138.0 ± 5.61 mmHg 으로 4.2 ± 1.92 의 減少가 있었고 ($p=0.008$), 5 차 치료 후 血壓은 139.6 ± 6.73 mmHg 에서 133.8 ± 5.36 mmHg 으로 5.8 ± 2.17 의 減少가 있었고 ($p=0.004$), 6 차 치료 후 血壓은 139.8 ± 5.26 mmHg 에서 134.4 ± 5.27 mmHg 으로 5.4 ± 2.07 의 減少가 있었고 ($p=0.004$), 7 차 치료 후 血壓은 139.4 ± 5.59 mmHg 에서 130.2 ± 7.29 mmHg 으로 9.2 ± 2.77 의 減少가 있었고 ($p=0.002$), 8 차 치료 후 血壓은 135.4 ± 5.68 mmHg 에서 127.8 ± 4.15 mmHg 으로 7.6 ± 3.65 의 減少가 있었고 ($p=0.010$), 9 차 치료 후 血壓은 134.8 ± 5.40 mmHg 에서 123.6 ± 4.72 mmHg 으로 11.2 ± 3.70 의 減少가 있었고 ($p=0.002$), 10 차 치료 후 血壓은 134.6 ± 4.16 mmHg 에서 123.8 ± 2.86 mmHg 으로 10.8 ± 3.83 이 減少하여 ($p=0.003$), 2 차와 3 차 치료를 제외하고 매회 침치료에서 有意한 減少를 確認할 수 있었다.

弛緩期 血壓의 매차 치료시 평균 變化量을 分析해 보면 아래와 같다. 1 차 치료 후 血壓은 82.8 ± 9.42 mmHg 에서 82.2 ± 9.60 mmHg 으로 0.6 ± 0.55 의 減少가 있었고 ($p=0.083$), 2 차 치료 후 血壓은 82.6 ± 10.45 mmHg 에서 82.8 ± 9.34 mmHg 으로 -0.2 ± 1.30 로 變化가 있었고 ($p=0.749$), 3 차 치료 후 血壓은 84.4 ± 8.56 mmHg 에서 81.4 ± 9.79 mmHg 으로 3.0 ± 3.32 의 減少가 있었고 ($p=0.113$), 4 차 치료 후 血壓은 81.8 ± 9.04 mmHg 에서 78.4 ± 9.71 mmHg 으로 3.4 ± 1.34 의 減少가 있었고 ($p=0.034$), 5 차 치료 후 血壓은 82.6 ± 8.32 mmHg 에서 78.6 ± 8.62 mmHg 으로 4.0 ± 1.87 의 減少가 있었고 ($p=0.009$), 6 차 치료 후 血壓은 83.0 ± 7.65 mmHg 에서 78.4 ± 8.05 mmHg 으로 4.6 ± 1.14 의 減少가 있었고 ($p=0.001$), 7 차 치료 후 血壓은 80.0 ± 8.78 mmHg 에서 76.8 ± 7.56 mmHg 으로 3.2 ± 2.68 의 減少가 있었고 ($p=0.056$), 8 차 치료 후 血壓은 77.2 ± 9.01 mmHg 에서 74.6 ± 7.70 mmHg 으로 2.6 ± 1.82 의 減少가 있었고 ($p=0.033$), 9 차 치료 후 血壓은 78.0 ± 8.86 mmHg 에서 73.8 ± 3.83 mmHg 으로 4.2 ± 5.17 의 減少가 있었고 ($p=0.143$), 10 차 치료 후 血壓은 76.6 ± 9.61 mmHg 에서 74.2 ± 7.79 mmHg 으로 2.4 ± 3.21 이 減少하여 ($p=0.170$)로 2 차 치료를 除外하고 매회 減少하는 有意性を 보였다. [Table 10, Table 11, Figure 3, Figure 4]

Table 10. Change of Systolic Blood Pressure

Number of Tx	Paired Samples Statistics		Paired Differences	<i>p</i> -value
		Mean ± SD	Mean ± SD	
Pair 1	Sys1B	147.2 ± 6.42	2.6 ± 1.34	0.034 *
	Sys1A	144.6 ± 5.46		
Pair 2	Sys2B	145.0 ± 6.28	0.0 ± 2.12	1.000
	Sys2A	145.0 ± 6.48		
Pair 3	Sys3B	143.6 ± 4.45	2.0 ± 2.83	0.189
	Sys3A	141.6 ± 4.28		
Pair 4	Sys4B	142.2 ± 4.15	4.2 ± 1.92	0.008
	Sys4A	138.0 ± 5.61		
Pair 5	Sys5B	139.6 ± 6.73	5.8 ± 2.17	0.004
	Sys5A	133.8 ± 5.36		
Pair 6	Sys6B	139.8 ± 5.26	5.4 ± 2.07	0.004
	Sys6A	134.4 ± 5.27		
Pair 7	Sys7B	139.4 ± 5.59	9.2 ± 2.77	0.002
	Sys7A	130.2 ± 7.29		
Pair 8	Sys8B	135.4 ± 5.68	7.6 ± 3.65	0.010
	Sys8A	127.8 ± 4.15		
Pair 9	Sys9B	134.8 ± 5.40	11.2 ± 3.70	0.002
	Sys9A	123.6 ± 4.72		
Pair 10	Sys10B	134.6 ± 4.16	10.8 ± 3.83	0.003
	Sys10A	123.8 ± 2.86		

Paired Sample T-Test *Wilcoxon Signed Rank Test

Table 11. Change of Diastolic Blood Pressure

Number of Tx		Paired Samples Statistics	Paired Differences	<i>p</i> -value
		Mean ± SD	Mean ± SD	
Pair 1	Dia1B	82.8 ± 9.42	0.6 ± 0.55	0.083*
	Dia1A	82.2 ± 9.60		
Pair 2	Dia2B	82.6 ± 10.45	-0.2 ± 1.30	0.749
	Dia2A	82.8 ± 9.34		
Pair 3	Dia3B	84.4 ± 8.56	3.0 ± 3.32	0.113
	Dia3A	81.4 ± 9.79		
Pair 4	Dia4B	81.8 ± 9.04	3.4 ± 1.34	0.034*
	Dia4A	78.4 ± 9.71		
Pair 5	Dia5B	82.6 ± 8.32	4.0 ± 1.87	0.009
	Dia5A	78.6 ± 8.62		
Pair 6	Dia6B	83.0 ± 7.65	4.6 ± 1.14	0.001
	Dia6A	78.4 ± 8.05		
Pair 7	Dia7B	80.0 ± 8.78	3.2 ± 2.68	0.056
	Dia7A	76.8 ± 7.56		
Pair 8	Dia8B	77.2 ± 9.01	2.6 ± 1.82	0.033
	Dia8A	74.6 ± 7.70		
Pair 9	Dia9B	78.0 ± 8.86	4.2 ± 5.17	0.143
	Dia9A	73.8 ± 3.83		
Pair 10	Dia10B	76.6 ± 9.61	2.4 ± 3.21	0.170
	Dia10A	74.2 ± 7.79		

Paired Sample T-Test *Wilcoxon Signed Rank Test

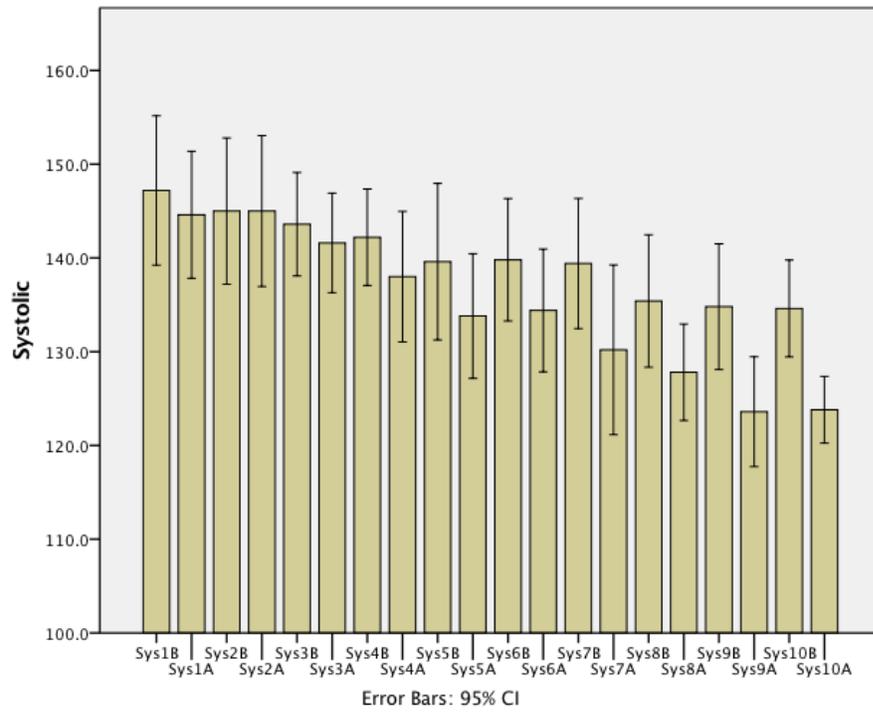


Figure 3. Change of Systolic Blood Pressure

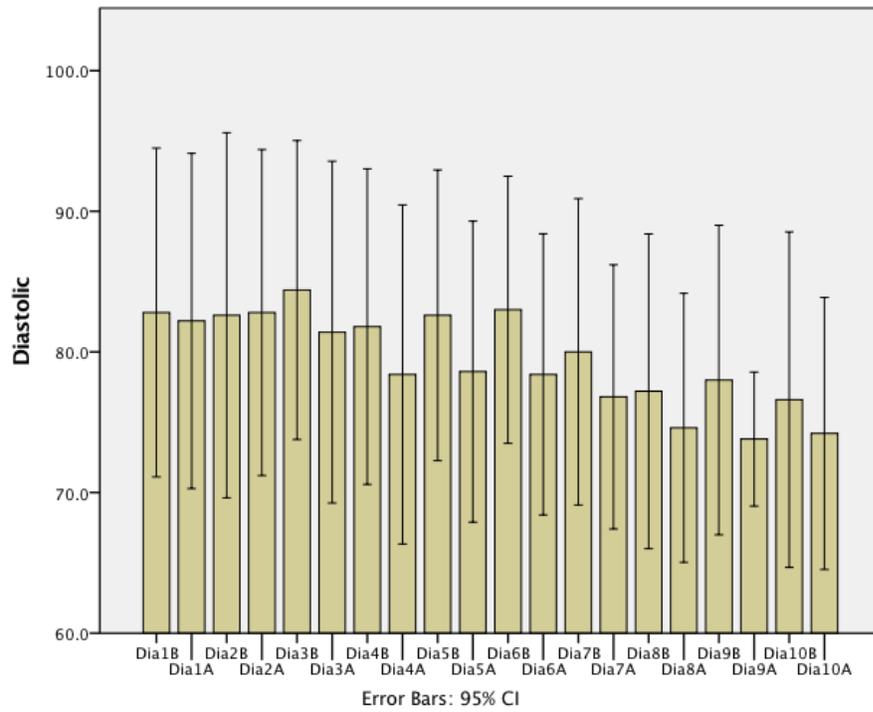


Figure 4. Change of Diastolic Blood Pressure

5.2.2. 血壓 累積 治療 效果 變化 및 分析 (각 회수별 치료 전후)

血壓 累積 治療 效果는 1 차 치료 전 (초기) 血壓 測定값을 基準하여 각 회차별 치료 후 血壓의 變化를 分析한 것이며 다음의 식과 같이 정의한다.

$$\underline{N \text{ 차 누적 치료 효과} = 1 \text{ 차 치료 전 혈압} - N \text{ 차 치료 후 혈압}}$$

이와 같이 1 차 치료 전 收縮期 血壓 測定값에서 각 회차별 치료 후 血壓의 變化를 통하여 累積 效果를 分析하였다. 1 차 치료 전 收縮期 血壓으로부터 1 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $2.6 \pm 1.34 \text{ mmHg}$ ($p=0.034$), 2 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $2.2 \pm 2.05 \text{ mmHg}$ ($p=0.074$), 3 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $5.6 \pm 3.65 \text{ mmHg}$ ($p=0.042$), 4 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $9.2 \pm 4.21 \text{ mmHg}$ ($p=0.008$), 5 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $13.4 \pm 5.77 \text{ mmHg}$ ($p=0.007$), 6 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $12.8 \pm 5.22 \text{ mmHg}$ ($p=0.005$), 7 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $17.0 \pm 6.71 \text{ mmHg}$ ($p=0.005$), 8 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $19.4 \pm 4.77 \text{ mmHg}$ ($p=0.001$), 9 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $23.6 \pm 5.22 \text{ mmHg}$ ($p=0.001$), 10 차 치료 후 收縮期 血壓의 變化는 $23.4 \pm 5.98 \text{ mmHg}$ ($p=0.001$)으로 나타났다. 2 차 치료를 제외한 나머지 침치료에서 유의한 收縮期 血壓의 減少를 나타내었다.

한편, 1 차 치료 전 초기 弛緩期 血壓 測定값에서 각 회차별 치료 후 血壓의 差異를 통하여 累積 效果를 分析하여 다음과 같은 結果를 얻었다. 1 차 치료 전 弛緩期 血壓으로부터 1 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 $0.6 \pm 0.55 \text{ mmHg}$ ($p=0.083$), 2 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 $0.0 \pm 1.00 \text{ mmHg}$ ($p=1.000$), 3 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 $1.4 \pm 1.82 \text{ mmHg}$ ($p=0.160$), 4 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 $4.4 \pm$

1.52 mmHg ($p=0.039$), 5 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 4.2 ± 1.52 mmHg ($p=0.003$), 6 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 4.4 ± 1.52 mmHg ($p=0.020$), 7 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 6.0 ± 2.55 mmHg ($p=0.006$), 8 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 8.2 ± 2.49 mmHg ($p=0.002$), 9 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 9.0 ± 5.66 mmHg ($p=0.024$), 10 차 치료 후 弛緩期 血壓의 變化는 8.6 ± 2.30 mmHg ($p=0.001$)으로 나타났다. 1, 2, 3 차 치료를 除外한 나머지 침치료에서 有意한 收縮期 血壓의 減少를 나타내었다. 弛緩期 血壓의 累積 效果치는 相對적으로 收縮期 血壓보다 낮게 보였다. 그리고 1, 2, 3 차 치료까지는 큰 變化를 보이지 않았으며 4 차 치료에서 선명한 變化를 보였다. 하지만 5, 6 차에서는 다시 유지 상태를 보이다가 7 차 이후로 有意할 만한 減少를 확인할 수 있었다.

이상과 같이 收縮期 血壓과 弛緩期 血壓의 累積 治療 效果를 비교한 結果, 全體적으로 $p=0.001$ 까지 減少하는 效果를 보였다. 收縮期 血壓은 2 차 치료를 제외한 모든 치료에서 血壓 減少 效果와 統計的 有意성을 확인할 수 있었다. 弛緩期 血壓은 1, 2, 3 차 치료를 나머지 치료에서 血壓 減少 效果와 統計的 有意성을 확인하였다. [Table 12, Table 13, Figure 5, Figure 6] 또한 收縮期 血壓과 弛緩期 血壓의 累積 治療效果에 대한 Boxplot 는 Figure 7, Figure 8 과 같다.

Table 12. Cumulative Effect of Systolic Blood Pressure

Number of Tx	Paired Samples Statistics		Paired Differences	<i>p</i> -value
		Mean ± SD	Mean ± SD	
Pair 1	Sys1B	147.2 ± 6.42	2.6 ± 1.34	0.034*
	Sys1A	144.6 ± 5.46		
Pair 2	Sys1B	147.2 ± 6.42	2.2 ± 2.05	0.074
	Sys2A	145.0 ± 6.48		
Pair 3	Sys1B	147.2 ± 6.42	5.6 ± 3.65	0.042*
	Sys3A	141.6 ± 4.28		
Pair 4	Sys1B	147.2 ± 6.42	9.2 ± 4.21	0.008
	Sys4A	138.0 ± 5.61		
Pair 5	Sys1B	147.2 ± 6.42	13.4 ± 5.77	0.007
	Sys5A	133.8 ± 5.36		
Pair 6	Sys1B	147.2 ± 6.42	12.8 ± 5.22	0.005
	Sys6A	134.4 ± 5.27		
Pair 7	Sys1B	147.2 ± 6.42	17.0 ± 6.71	0.005
	Sys7A	130.2 ± 7.29		
Pair 8	Sys1B	147.2 ± 6.42	19.4 ± 4.77	0.001
	Sys8A	127.8 ± 4.15		
Pair 9	Sys1B	147.2 ± 6.42	23.6 ± 5.22	0.001
	Sys9A	123.6 ± 4.72		
Pair 10	Sys1B	147.2 ± 6.42	23.4 ± 5.98	0.001
	Sys10A	123.8 ± 2.86		

Paired Sample T-Test *Wilcoxon Signed Rank Test

Table 13. Cumulative Effect of Diastolic Blood Pressure

Number of Tx		Paired Samples Statistics	Paired Differences	<i>p</i> -value
		Mean ± SD	Mean ± SD	
Pair 1	Dia1B	82.8 ± 9.42	0.6 ± 0.55	0.083*
	Dia1A	82.2 ± 9.60		
Pair 2	Dia1B	82.8 ± 9.42	0.0 ± 1.00	1.000
	Dia2A	82.8 ± 9.34		
Pair 3	Dia1B	82.8 ± 9.42	1.4 ± 1.82	0.160
	Dia3A	81.4 ± 9.79		
Pair 4	Dia1B	82.8 ± 9.42	4.4 ± 1.52	0.039*
	Dia4A	78.4 ± 9.71		
Pair 5	Dia1B	82.8 ± 9.42	4.2 ± 1.52	0.003
	Dia5A	78.6 ± 8.62		
Pair 6	Dia1B	82.8 ± 9.42	4.4 ± 1.52	0.020
	Dia6A	78.4 ± 8.05		
Pair 7	Dia1B	82.8 ± 9.42	6.0 ± 2.55	0.006
	Dia7A	76.8 ± 7.56		
Pair 8	Dia1B	82.8 ± 9.42	8.2 ± 2.49	0.002
	Dia8A	74.6 ± 7.70		
Pair 9	Dia1B	82.8 ± 9.42	9.0 ± 5.66	0.024
	Dia9A	73.8 ± 3.83		
Pair 10	Dia1B	82.8 ± 9.42	8.6 ± 2.30	0.001
	Dia10A	74.2 ± 7.79		

Paired Sample T-Test *Wilcoxon Signed Rank Test

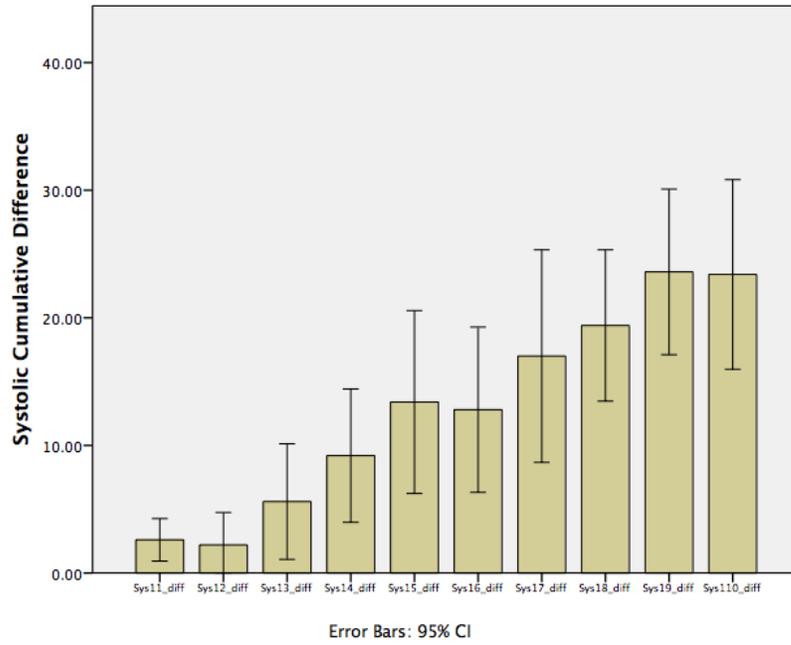


Figure 5. Systolic Cumulative Difference

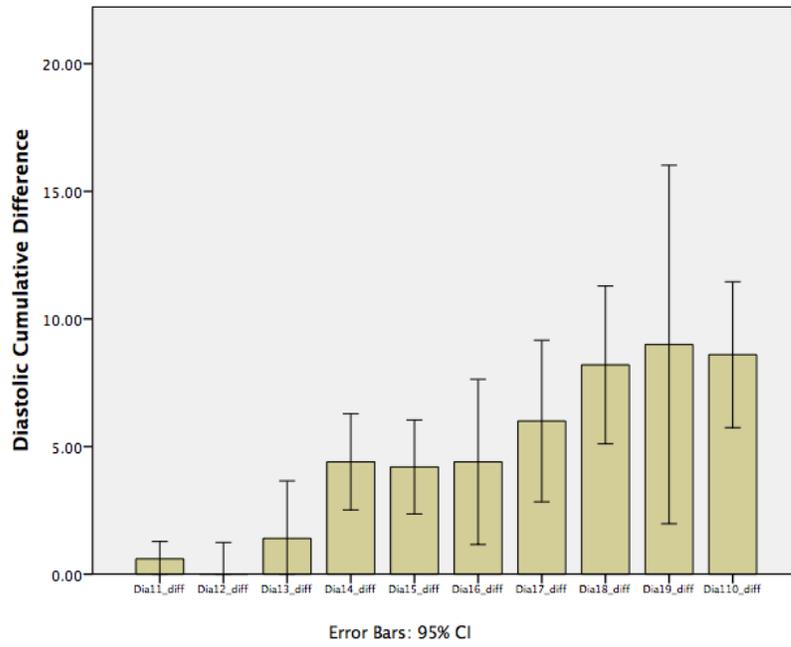


Figure 6. Diastolic Cumulative Difference

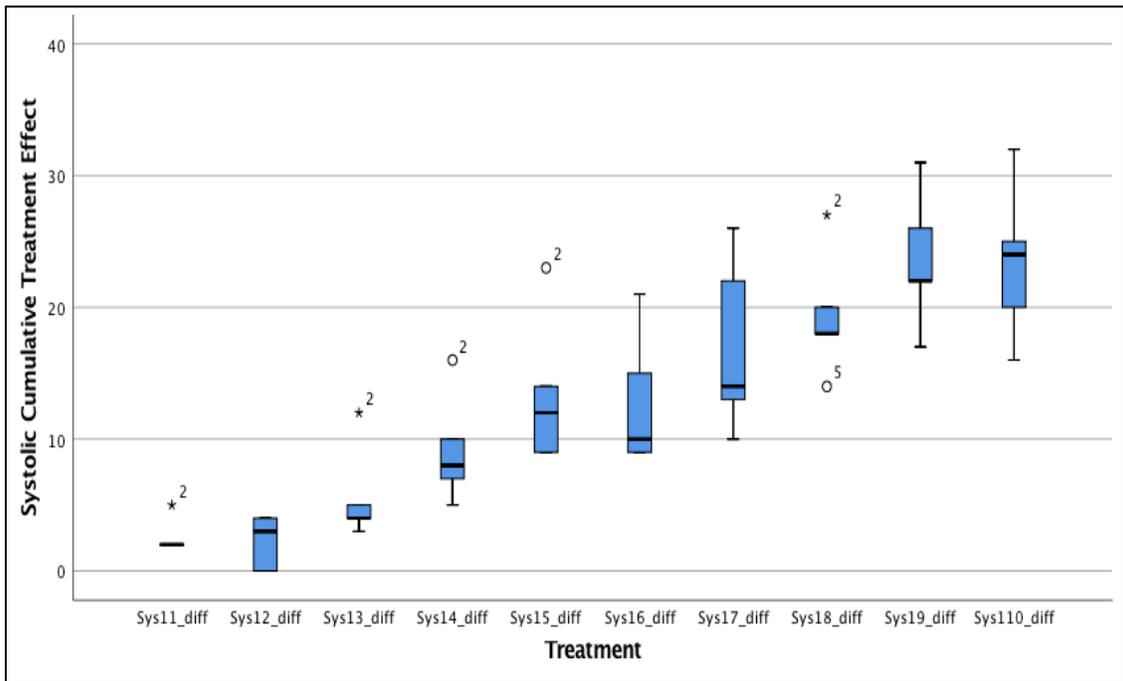


Figure 7. Boxplot of Systolic Cumulative Treatment Effect

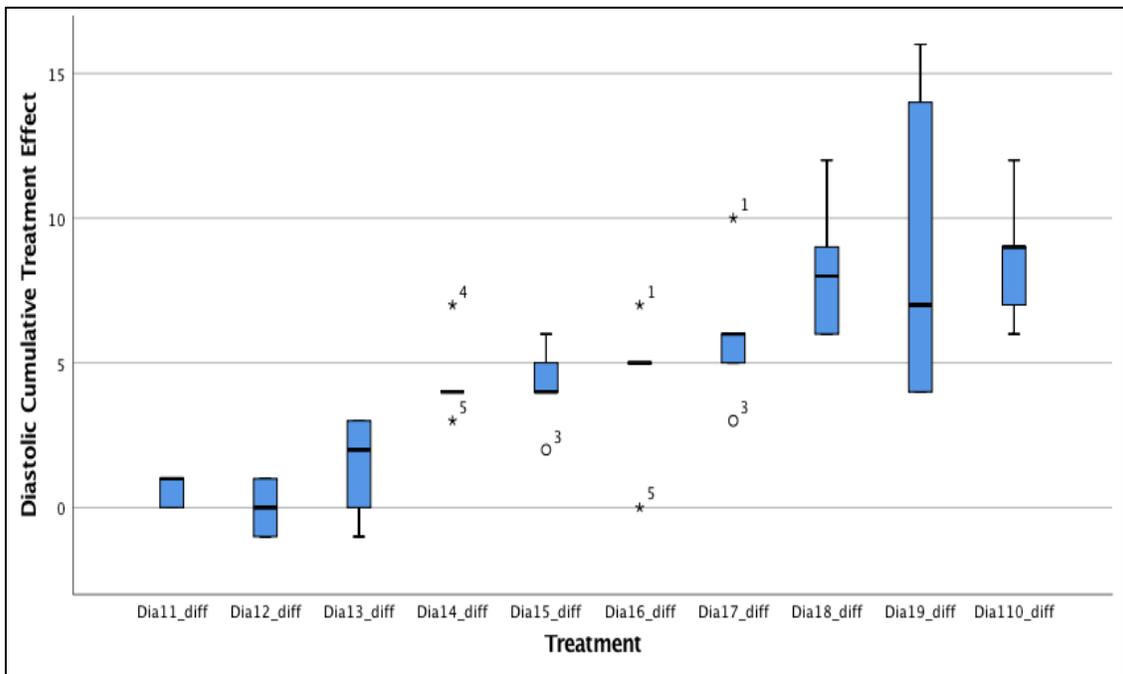


Figure 8. Boxplot of Diastolic Cumulative Treatment Effect

5.2.3. 血壓 累積 治療率 變化 및 分析 (각 회수별 치료 전후)

血壓 累積 治療率(%)은 1 차 치료 전 (초기) 血壓 測定값과 각 회차별 치료 후 血壓 測定값의 차이를 1 차 치료 전 (초기) 血壓 測定값으로 나눈 百分率이다.

$$\text{N 차 누적 치료율(\%)} = \frac{(\text{1 차 치료 전 혈압} - \text{N 차 치료 후 혈압}) \times 100}{\text{1 차 치료 전 혈압}}$$

收縮期 血壓의 累積 治療率을 비교한 결과, 1 차 치료 후에 0.75%, 2 차 치료 후에 -0.01%, 3 차 치료 후에 1.73%, 4 차 치료 후에 5.38%, 5 차 치료 후에 5.03%, 6 차 치료 후에 5.19%, 7 차 치료 후에 7.10%, 8 차 치료 후에 9.8%, 9 차 치료 후에 10.38%, 그리고 10 차 치료 후에 10.30%로 2 차, 5 차, 10 차 치료를 제외하고 나머지 치료에서 收縮期 血壓의 減少 效果를 보였다. [Table 14, Figure 9]

弛緩期 血壓의 累積 治療率을 비교한 결과, 1 차 치료 후에 1.75%, 2 차 치료 후에 1.49%, 3 차 치료 후에 3.75%, 4 차 치료 후에 6.21%, 5 차 치료 후에 9.04%, 6 차 치료 후에 8.64%, 7 차 치료 후에 11.51%, 8 차 치료 후에 13.11%, 9 차 치료 후에 15.97%, 그리고 10 차 치료 후에 15.80%로 2 차, 6 차, 10 차 치료를 제외하고 나머지 치료에서 弛緩期 血壓의 減少 效果를 보였다. [Table 15, Figure 10]

Table 14. Systolic Treatment Rate (Descriptive Statistics)

	Number of Tx	N	Mean(%)	Std. Deviation
Pair 1	Dia1B-Dia1A	5	0.75	0.69
Pair 2	Dia1B-Dia2A	5	-0.01	1.20
Pair 3	Dia1B-Dia3A	5	1.73	2.35
Pair 4	Dia1B-Dia4A	5	5.38	2.07
Pair 5	Dia1B-Dia5A	5	5.03	1.57
Pair 6	Dia1B-Dia6A	5	5.19	2.99
Pair 7	Dia1B-Dia7A	5	7.10	2.40
Pair 8	Dia1B-Dia8A	5	9.80	2.21
Pair 9	Dia1B-Dia9A	5	10.38	5.49
Pair 10	Dia1B-Dia10A	5	10.30	2.02

Table 15. Diastolic Treatment Rate (Descriptive Statistics)

	Number of Tx	N	Mean(%)	Std. Deviation
Pair 1	Sys1B-Sys1A	5	1.75	0.82
Pair 2	Sys1B-Sys2A	5	1.49	1.38
Pair 3	Sys1B-Sys3A	5	3.75	2.26
Pair 4	Sys1B-Sys4A	5	6.21	2.62
Pair 5	Sys1B-Sys5A	5	9.04	3.55
Pair 6	Sys1B-Sys6A	5	8.64	3.23
Pair 7	Sys1B-Sys7A	5	11.51	4.28
Pair 8	Sys1B-Sys8A	5	13.11	2.77
Pair 9	Sys1B-Sys9A	5	15.97	3.08
Pair 10	Sys1B-Sys10A	5	15.80	3.42

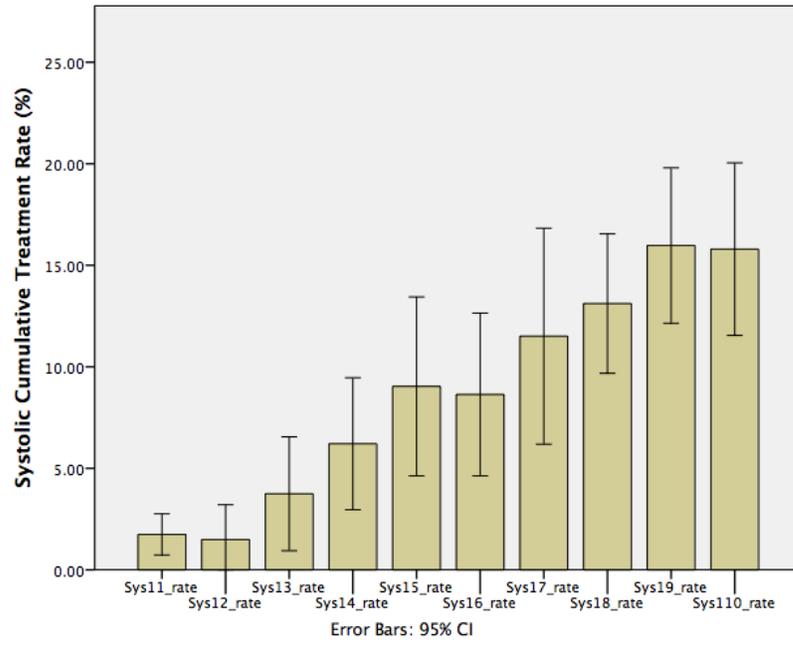


Figure 9. Systolic Cumulative Treatment Rate(%)

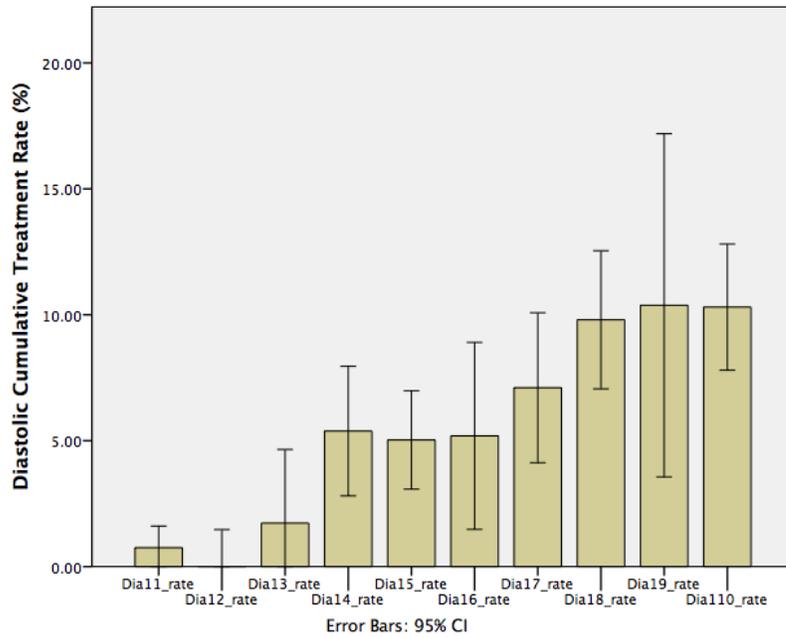
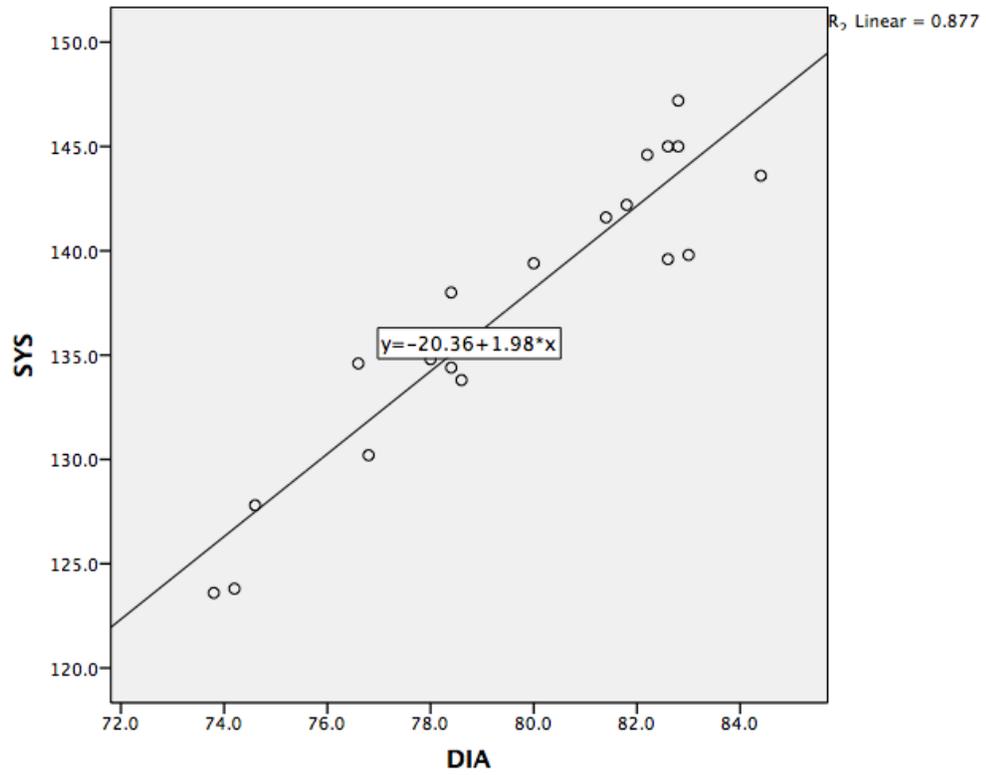


Figure 10. Diastolic Cumulative Treatment Rate(%)

5.2.4. 相關分析과 回歸分析

관찰된 收縮期 血壓과 弛緩期 血壓의 연속형 변수들에 대하여, 두 혈압 사이의 모형을 구한 뒤 適合度를 측정하기 위하여 相關分析과 回歸分析을 실시하였다.

- (1) 만약, 두 血壓을 그래프 상에 점으로 표시하고(산점도), 이 점들이 퍼져 있는 모습이 一定한 패턴으로 모여 있는지를 보고, 서로 간 相關이 있는지를 判斷한다.
- (2) 이 一定한 相關 패턴을 公式으로 바꿀 수 있다면, 이 패턴 公式(回歸式)을 活用해서 豫測 分析이 가능하다(回歸分析).
- (3) 相關分析 결과, 有意 確率 $p=0.000$ 으로 有意水準 $\alpha=0.01$ 미만으로, 이는 두 變數 간에 線形的으로 相關關係가 있고, 그 相關關係의 정도를 나타내는 相關係數 $R=0.937$ 로서 두 變數는 높은 相關關係가 있음을 알 수 있다. 아래 그래프의 右側 상단을 보면 $R^2=0.877$ 이 표시되어 있다. 이것은 87.7%의 說明力을 가지고 있다는 것을 의미한다. [Figure 11, Figure 12]
- (4) 參考로, R 係數는 $-1.0 \sim +1.0$ 사이의 값이고, ± 1.0 에 가까워 질수록 線型 相關關係가 分明해진다는 것을 의미한다.



Correlations

		SYS	DIA
SYS	Pearson Correlation	1	.937**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	20	20
DIA	Pearson Correlation	.937**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	20	20

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Figure 11. Correlations between Systolic and Diastolic Blood Pressure

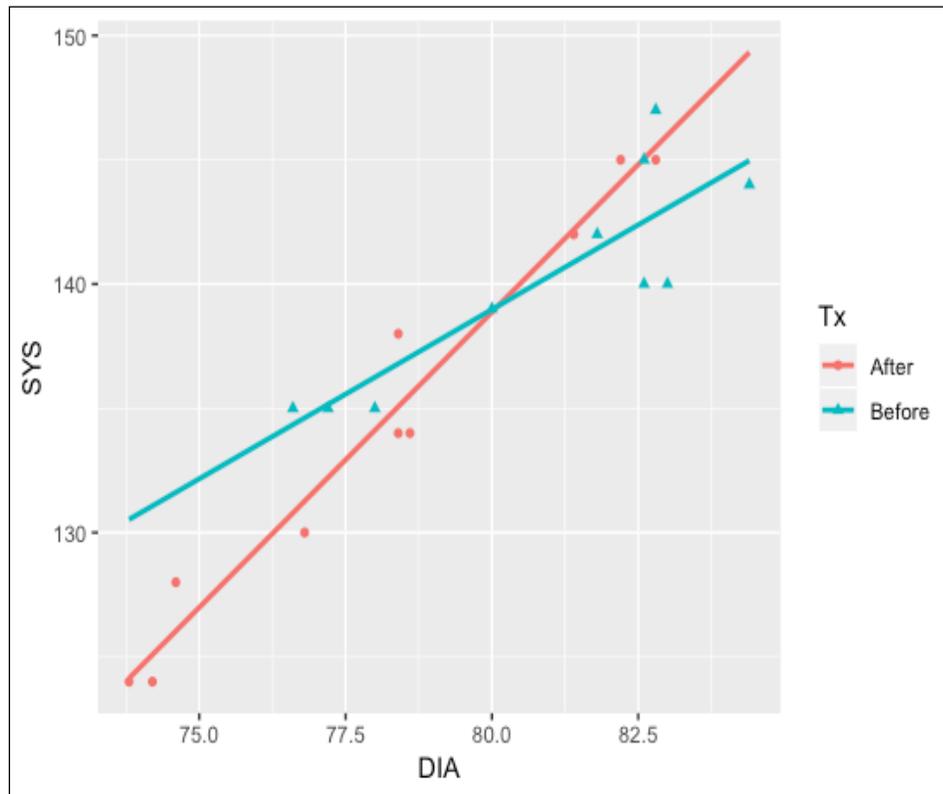


Figure 12. Comparison of Linear Models of Diastolic - Systolic before and after treatment

(5) 收縮期 血壓의 分散分析表에서 統計量 $F=66.075$, $P=0.000$ 으로서 有意水準 0.05 미만이므로 回歸式은 統計的으로 有意한 것이다. 다시 말해서 해당 回歸式은 쓸모가 있다는 것을 意味한다. 아래의 結果를 기초로 하여 回歸模型을 구성해보면 $y=148.149-1.041x$ 의 回歸式이 될 것이며, x 가 한단계씩 增加하면 y 의 크기는 1.041 만큼 減少한다는 것을 알 수 있다. [Figure 13]

Model Summary and Parameter Estimates

Dependent Variable: SYS

Equation	Model Summary					Parameter Estimates	
	R Square	F	df1	df2	Sig.	Constant	b1
Linear	0.786	66.075	1	18	.000	148.149	-1.041

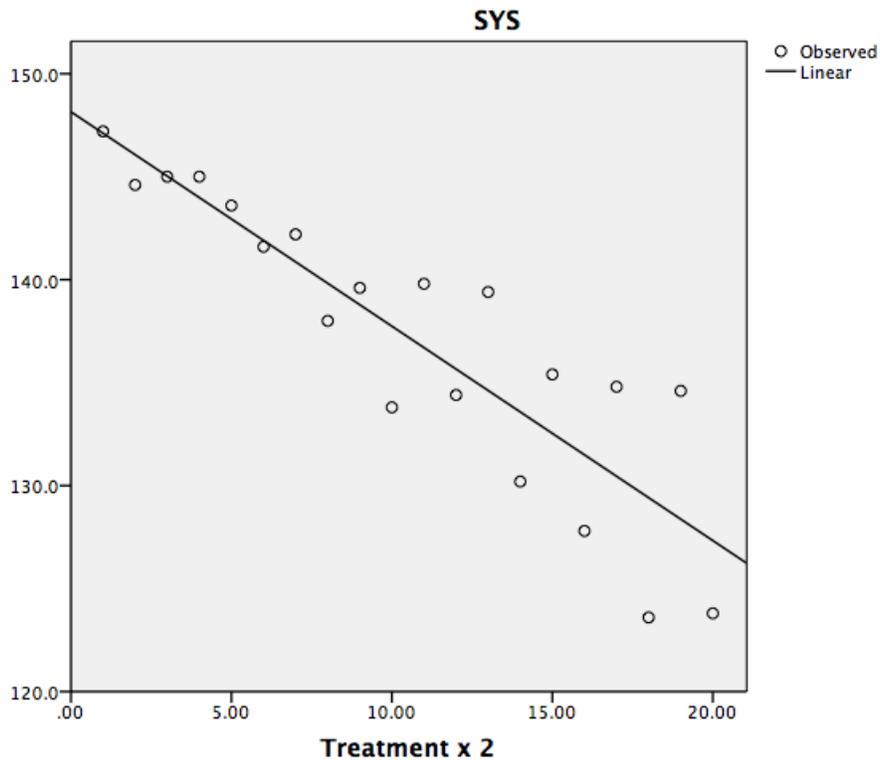


Figure 13. Systolic Model and Parameter Estimates

(6) 弛緩期 血壓의 分散分析表에서 統計量 $F=50.58$, $P=0.000$ 으로서 有意水準 0.05 미만이므로 回歸式은 統計적으로 有意한 것이다. 다시 말해서 해당 回歸式은 쓸모가 있다는 것을 意味한다. 아래의 結果를 기초로 하여 回歸模型을 구성해보면 $y=84.514-0.477x$ 의 回歸式이 될 것이며, x 가 한 단계씩 增加하면 y 의 크기는 0.477 만큼 減少한다는 것을 알 수 있다. [Figure 14]

Model Summary and Parameter Estimates

Dependent Variable: DIA

Equation	Model Summary					Parameter Estimates	
	R Square	F	df1	df2	Sig.	Constant	b1
Linear	0.738	50.58	1	18	.000	84.514	-0.477

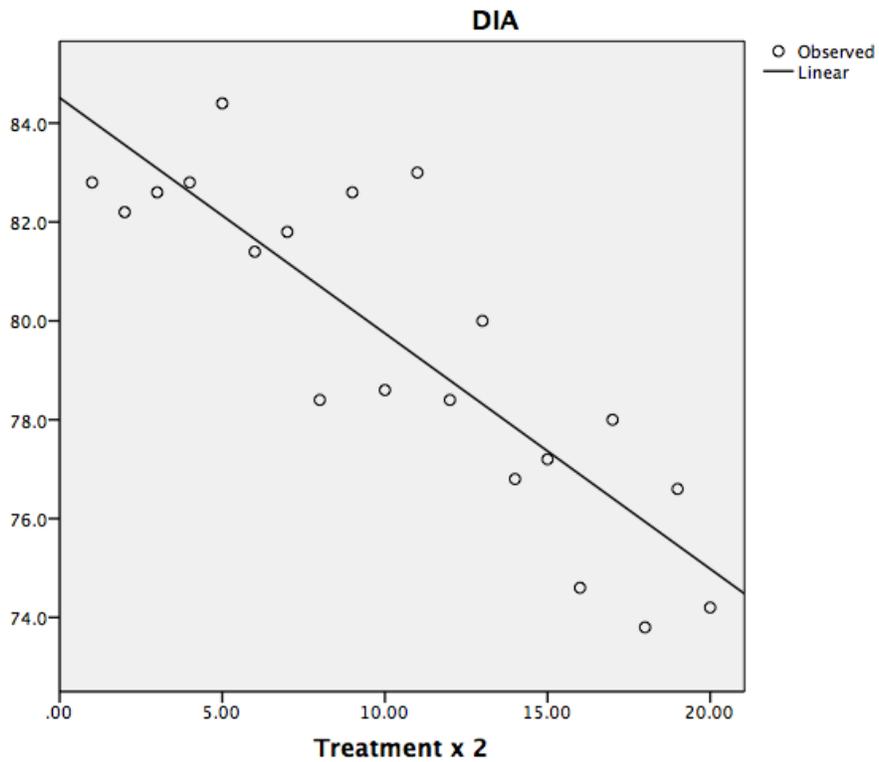


Figure 14. Diastolic Model and Parameter Estimates

5.3. 結果 考察

본 臨床研究에서는 太陰人(목양/목음 체질)을 대상으로 하여 10 회에 걸친 集中的인 치료(2~3 회/주, 연속 4 주간)를 施行하였다. 體質醫學과 연계된 여러 五行鍼 중에서 八體質鍼法을 採擇하였고, 最強臟腑, 最弱臟腑, 次強臟腑 그리고 次弱臟腑를 대상으로 한 처방을 사용하여 高血壓 치료를 施行한 결과, 이들 처방이 太陰人의 高血壓에 有意한 結果를 만들어 내었다는 것을 몇몇 分析을 통해서 確認하였다.

첫째, 매차 치료 전과 치료 후의 血壓을 測定하여, 收縮期 血壓과 弛緩期 血壓을 分析한 결과, 치료 초기 단계보다는 어느 정도 치료가 진행된 후부터 血壓 降下가 始作되었으며, 이후 持續的인 血壓 降下 效果를 觀察할 수 있었다. 이같은 현상은, 血壓 降下 始作을 위해서 臟腑의 病的 不均衡이 어느 정도 改善되는 치료기간이 필요하다는 사실과, 그 기간이 經過되어야 비로소 血壓의 호전 반응이 나타난다는 사실을 알게 되었다. 원래 八體質鍼法에서는 해당 침자리를 4~5 차례 단자하지만, 본 臨床研究에서는 같은 침자리에 유침을 하는 방식을 택했기 때문에 그에 따른 結果일 수도 있다고 판단하며, 이 차이점에 대한 追加 研究가 필요할 것이다.

둘째, 침치료에 의한 收縮期와 弛緩期 血壓 降下 效果가 나타났다. 收縮期 血壓의 매차 치료시 平均 變化量은 2, 3 차 치료를 제외하고 나머지 8 회의 침치료에서 有意한 減少를 確認한 반면, 弛緩期 血壓의 매차 치료시 平均 變化量은 절반의 침치료에서만 有意한 減少를 確認하였다.

셋째, 1 차 치료 전에 측정된 最初 血壓과 각 치료 후 측정된 血壓과 비교하는 방법으로, 收縮期 血壓과 弛緩期 血壓의 平均값을 1 차 전과 1 차 후, 1 차 전과 2 차 후,

1 차 전과 3 차 후, …… 1 차 전과 10 차 후의 차이를 비교하여 血壓 累積 治療 效果를 分析하였다. 累積 治療 效果는 相對的으로 明確한 結果를 보여주었다. 收縮期 血壓 累積 治療 效果는 2 차 治療를 제외하고 나머지 9 회의 침치료에서 有意한 減少를 확인하였고, 弛緩期 血壓 累積 治療 效果도 1, 2, 3 차 治療를 제외하고 나머지 7 회의 침치료에서 有意한 減少를 확인하였다. 한편, 血壓 累積 治療率을 分析해 본 結果에서도 뚜렷한 降壓 效果를 나타내었다. 收縮期 血壓 累積 治療率은 2, 5, 10 차 治療를 除外하고 나머지 治療에서, 弛緩期 血壓 累積 治療率은 2, 6, 10 차 治療를 除外하고 나머지 治療에서 有意한 降壓 效果를 確認하였다.

넷째, 관찰된 收縮期 血壓과 弛緩期 血壓들에 대하여 相關分析과 回歸分析을 실시한 結果, 有意 確率 $p=0.000$ 으로 有意水準 $\alpha=0.01$ 미만으로, 이는 두 變數 間に 線形的으로 相關關係가 있고, 相關關係의 정도를 나타내는 相關係數 $R=0.937$ 로서 두 變數는 매우 높은 相關關係가 있음을 알 수 있다. $R^2=0.877$ 은 87.7%의 說明力을 가지고 있다는 것을 意味한다. (R 係數는 ± 1.0 에 가까워 질수록 線形的 相關關係가 분명해진다)

다섯째, 收縮期 血壓의 分散分析表에서 統計量 $F=66.075$, $P=0.000$ 으로서 有意水準 0.05 미만이므로 回歸式은 統計的으로 有意한 것이다. 收縮期 血壓의 回歸式은 $y=148.149-1.041x$ 이다. 또한, 弛緩期 血壓의 分散分析表에서 統計量 $F=50.58$, $P=0.000$ 으로서 有意水準 0.05 미만이므로 이 回歸式도 통계적으로 有意한 것이다. 弛緩期 血壓의 回歸式은 $y=84.514-0.477x$ 이다.

여섯째, 統計的 分析을 施行하지는 못했지만 본 臨床研究를 進行하면서 副次的인 침치료 效果를 얻게 되었다. 5 인의 研究 對象者들 중에서 高血壓과 糖尿病을 同時에 가지고 있는 한 對象者가 있었는데 10 회 침치료를 施行한 이후에 血壓 降下의 效果와 함께 糖 數值 저하의 效果도 동반되었다. 이것은 最强臟腑, 最弱臟腑, 次強臟腑 그리고 次弱臟腑에 대한 치료를 통해서 全般的인 臟腑 間 不均衡 狀態를 改善한 結果라고 判斷되며, 八體質鍼法이 각종 대사 증후군에 미치는 全方位적 效果를 期待할 수 있는 部分이었다.

이상과 같이, 八體質鍼法이 臟腑間 病的 不均衡를 改善하는 과정을 통하여 高血壓 治療에도 有意한 治療 效果가 確認되었으며, 臟腑 狀態를 최대한 初期 狀態로 回復시킴으로써 다른 대사증후군에 미치는 全方位적 效果가 期待되는 바, 앞으로 본 臨床 研究를 土臺로 하여 (1)치료 횟수를 增加시켜서, 치료가 終了된 후에도 어느 정도 治療 效果가 持續 되는지에 대한 研究 (2)太陰人 高血壓을 비롯한 대사 증후군에 適합한 사상방제 (열다한소탕가감, 청폐사간탕가감방과 청심연자탕가감방)와 八體質鍼法의 竝行 治療에 대한 研究, 그리고 (3)既存 體鍼과 八體質鍼法의 竝行 治療에 대한 研究가 필요할 것으로 사료된다.

VI. CONCLUSION

본 臨床 研究에서는 太陰人(목양.목음체질)의 高血壓 降壓을 목적으로 體質 五行鍼 중 하나인 八體質鍼法을 10 회에 걸쳐 유침하여 施術하였다(2~3 회/주, 연속 4 주간). 研究 對象者는 총 5 인이었고, 매주 2~3 회씩 4 주간 連續으로 進行하였으며 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 매차 治療 前과 治療 後의 血壓을 측정하여, 收縮期 血壓과 弛緩期 血壓을 分析한 결과, 初期 治療 段階보다는 어느 정도 治療가 進行된 후부터 血壓 降下가 始作되었으며 이후부터 持續적인 血壓 降下 效果를 觀察할 수 있었다. 이같은 變化는 血壓 降下 始作을 위해서 臟腑의 病的 不均衡을 어느 정도 改善하는 治療 期間이 필요하다는 사실과, 그 期間이 經過되어야 비로소 血壓의 好戰 反應이 나타난다는 사실을 알게 되었다.

2. 收縮期 血壓의 매차 治療시 平均 變化量은 2, 3 차 치료를 제외하고 나머지 8 회의 침치료에서 有意한 減少를 確認한 반면, 弛緩期 血壓의 매차 치료시 平均 變化量은 절반의 침치료에서만 有意한 減少를 確認하였다

3. 1 차 치료 직전의 最初 血壓과 매회 치료 후의 血壓을 비교하여 累積 治療 效果를 分析한 결과, 매회 치료를 통한 收縮期와 弛緩期 血壓 降下 效果에 있어서 뚜렷한 有意성이 認定되었다. 收縮期 血壓 累積 治療 效果는 2 차 치료를 除外하고 나머지 9 회의 침치료에서, 弛緩期 血壓 累積 治療 效果는 1, 2, 3 차 치료를 除外하고

나머지 7 회의 침치료에서 有意한 減少를 確認하였다. 또한, 收縮期 血壓 累積 治療率과 弛緩期 血壓 累積 治療率에서도 각각 7 회에 걸쳐 有意한 降壓 效果를 確認하였다.

(1)Systolic Cumulative Differences (Mean \pm SD): 23.4 ± 5.98

(2)Diastolic Cumulative Differences (Mean \pm SD): 8.6 ± 2.3

(3)Systolic Cumulative Tx Rate: 15.80%

(4)Diastolic Cumulative Tx Rate: 10.30%

4. 收縮期 血壓과 弛緩期 血壓 變數 간의 關係는 매우 높은 線形的 相關關係가 있음을 알 수 있었다. 또한 收縮期 血壓의 回歸式과 弛緩期 血壓의 回歸式도 分명한 統計的 有意성을 나타내었다.

(1)Probability of significance: $p=0.000$

(2)Correlation coefficient: $R=0.937$, $R^2=0.877$

(3)Statistic of systolic blood pressure: $F=66.075$, $P=0.000$ (Less than 0.05)

(4)Regression equation of systolic blood pressure: $y=148.149-1.041x$

(5)Statistics of diastolic blood pressure: $F=50.58$, $P=0.000$ (Less than 0.05)

(6)Regression equation of diastolic blood pressure: $y=84.514-0.477x$

REFERENCES

1. Carretero OA, Oparil S (2000). “Essential hypertension. Part I: definition and etiology”. 《Circulation》 101 (3): p.329~35. doi:10.1161/01. CIR.101.3.329. PMID 10645931.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension.;42: p.1206-52
3. 전국한의학과대학심계내과학교실. 心系內科學. 2006: p.154-5
4. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, et al. (2001). Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. N Engl J Mod;345: p.1291-7.F
5. Vasan, RS; Beiser, A, Seshadri, S, Larson, MG, Kannel, WB, D'Agostino, RB, Levy, D (2002 년 2 월 27 일). “Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study”. 《JAMA: the Journal of the American Medical Association》 287 (8): p.1003-10. doi:10.1001/jama.287.8.1003. PMID 11866648.
6. Ehret GB; Munroe PB, Rice KM, Murielle Bochud, Andrew D. Johnson, Daniel I. Chasman, Albert V. Smith, Martin D. Tobin, Germaine C. Verwoert (2011). “Genetic variants in novel pathways influence blood pressure and cardiovascular disease risk”. 《Nature》 478 (7367): p.103~9. doi:10.1038/nature10405. PMC 3340926. PMID 21909115.

7. Lifton, RP; Gharavi, AG, Geller, DS (2001 년 2 월 23 일). “Molecular mechanisms of human hypertension”. 《Cell》 104 (4): p.545~56. doi:10.1016/S0092-8674(01)00241-0. PMID 11239411.
8. He, FJ; MacGregor, GA (2009). “A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes”. 《Journal of Human Hypertension》 23 (6): p.363~84. doi:10.1038/jhh. 2008.144. PMID 19110538.
9. He, FJ; Li, J; Macgregor, GA (2013 년 4 월 3 일). “Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials.” <BMJ (Clinical research ed.)> p.346: f1325. PMID 23558162.
10. Dickinson HO; Mason JM, Nicolson DJ, Fiona Campbell, Fiona R. Beyer, Julia V. Cook, Bryan Williams, Gary A. Ford (2006). “Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials”. 《J. Hypertens.》 24 (2): p.215~33. doi:10.1097/01.hjh.0000199800.72563.26. PMID 16508562.
11. DASH diet(Dietary Approach to Stop Hypertension), 국민고혈압사업단, 2005.10.27
12. Haslam DW, James WP (2005). “Obesity”. 《Lancet》 366 (9492): p.1197~209. doi:10.1016/S0140-6736(05)67483-1. PMID 16198769.
13. Whelton PK; He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA □ (2002). “Primary prevention of hypertension: Clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program”. 《JAMA》 288 (15): p.1882~8. doi:10.1001 / jama.288.15.1882. PMID 12377087.
14. O'Brien, Eoin; Beevers, D. G.; Lip, Gregory Y. H. (2007). 《ABC of hypertension》 . London: BMJ Books. ISBN 1-4051-3061-X.

15. Dluhy RG, Williams GH. Endocrine hypertension. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, eds. Williams Textbook of Endocrinology. 9 판. Philadelphia, Pa: WB Saunders, 1998: p.729~49.
16. Grossman E, Messerli FH (2012). “Drug-induced Hypertension: An Unappreciated Cause of Secondary Hypertension”. 《Am. J. Med.》 125 (1): p.14~22 doi:10.1016 / j.amjmed. 2011.05.024. PMID 22195528.
17. 송일병 외 16 인. 사상의학, 집문당, 2004: p.164.
18. 김민중, 사상체질에 따른 고혈압 유병률 및 위험인자. 상지대학교대학원 석사학위논문, 2007: p.1.
19. 주석원, ‘8 체질 의학의 원리’, 통나무, 2007: p.111, 122, 194.
20. 이강재, ‘학습 8 체질의학’, 행림서원, 2009: p.80, 286-304.
21. 박철한, ‘사암침법과 사상의학의 결합에 대한 비교 연구’, 경희대학교대학원 석사학위논문, 2010: p.23, 24, 59, 63.
22. Lawes CM, Rodgers A, Bennett DA, Parag V, Suh I, Ueshima H, et al. Blood pressure and cardiovascular disease in the Asia Pacific region, J Hypertension 2003;21: p.707-16.
23. 대한고혈압학회진료지침제정위원회, 대한고혈압학회 고혈압 진료지침, 2013.
24. Guideline Committee KSoH. Guideline for blood pressure monitoring 2007.
25. Luders S, Schrader J, Berger J, Unger T, Zidek W, Bohm M, et al. The PHARAO study: prevention of hypertension with the angiotensin-converting enzyme inhibitor ramipril in patients with high-normal blood pressure: a projective, randomized, controlled prevention trial of the German Hypertension League. J Hypertens 2008;26: p.1487-96.

26. Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens* 2009; 27: p.923-34.
27. 이기태, '본태성 고혈압의 체질적 분포에 관한 조사연구', 경희대학교대학원, 1970.
28. 박지우, '오행침 사상의학 해설', 체질의학연구회, 1987: p.65, 69.
29. 권도원, 체질이 맞는 음식법이 건강의 비결이다. 前掲書, 97년 2월호, 1997.
30. 難經, 69 難, 75 難.
31. 이의원, 이증길, 神針大要, 도서출판 의성당, 2008: p.43, 47~48, 59, 78~79, 86~88, 165~166, 190~193.
32. 이봉희, 팔체질의학론에 대한 고찰, 원광대학교 대학원, 2008: p.8, 17
33. 김정제, 診療要鑑, 동양의학연구원, 1983: p.70-96, 한의학에서 사용되는 망진(望診)·문진(聞診)·문진(問診)·절진(切診) 등 4 종류의 진단법
34. 권도원, 前掲論文, 1965: p.166.
35. 권도원, 체질을 압시다, 빛과 소금 94년 8월호, 1994.
36. 권도원, 체질침, 前掲論文, 1965, pp. 165-166.
37. 권도원, 체질침, 上掲論文, 1965, p. 159.
38. 김관우, 김관우 원장의 실전 사암침법, 2011: p.30-124
39. 안양희, 고혈압 관리를 위한 고혈압 환자 유형별 특성, 지역사회간호학회지 제 18 권 제 1 호, 2007: p.112

- 40.고정신. The Comparative Study of Constitutions of Traditional Chinese Medicine and Sasang Constitutional Medicine, 원광대학교 한의학전문대학원, 2009: p.27-30
41. “Normal Blood Pressure Range Adults”. Health and Life.
42. Klabunde, Richard (2005). 《Cardiovascular Physiology Concepts》. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: p.93-94
- 43.조황성, 사상의학의 원리와 방제, 서울, 집문당, 2003: p.45
- 44.박성식, 동의수세보원사상초보권, 서울, 집문당, 2003: p.54 [草本卷·第一統]
- 45.이정찬, (東醫壽世保元의 새註釋) 新사상의학론 I, 서울, 도서출판 목과토, 2001: p.232, p.560
- 46.김창민, 이제마 사상체질의학, 서울, 아카데미서적, 2002: p.53, p.527, p.585-645
- 47.전국 한의과대학 사상의학교실 엮음, 改訂增補 四象醫學, 서울, 집문당, 2008: p.106, p.637, p.638-639, p.645, p.720, p.721, p.728
- 48.박대식, 격치고-사상의학적 인간학-, 서울, 청계출판사, 2000, p.53-124

APPENDICES

Informed Consent Form

The primary purpose of this study is to investigate the effects of Sa-am acupuncture on the treatment of essential hypertension. The secondary purpose is to study a phase 2 treatment method for maintaining improved blood pressure after 10 acupuncture treatments have been completed.

This study will be conducted from March 2018 to June 2018. A total of 10 research trials will be conducted (twice a week) and you will receive acupuncture treatment provided by our clinic (Blessing Acupuncture & Herbs) in accordance with the research procedure. The treatment method does not use any drugs or utensils other than acupuncture treatment.

In the trials of this study, blood pressure will be measured twice before and after treatment. It will be measured under the same conditions with the same posture and is determined by the average of three measurements.

Participation in this study is entirely at your own initiative and all information collected during the study will be kept confidentially and personal information about you will be kept where no one but the researcher (Ho Suk Han L.Ac.) can see it.

During the treatment, there may be pain, bruising or temporary swelling in the area where the acupuncture has been inserted. If the pain is severe, you can stop the experiment at any time. In these cases, I will help you to relieve your pain immediately. Even if you decide to participate in the study, you can override the decision at any time

If you have any questions about this study please call 714-943-9900 or e-mail hosukhan58@gmail.com and contact the researcher (Ho Suk Han L.Ac.). If you have more questions or

concerns regarding as a subject in this study, you may contact Dr. Edwin D. Follick, Chair of the South Baylo University Institutional Review Board (IRB) at 714-533-6077 or edfollick@southbaylo.edu.

YOU WILL BE GIVEN A COPY OF THIS FORM WHETHER OR NOT YOU AGREE TO PARTICIPATE.

Certificate of Consent

I have read this consent form. The researcher has been explained to me, including risks, possible benefits, and other options for treatment. I have had the opportunity to ask questions. I consent voluntarily to participate as a participant in this research.

Name of Participant (print)

Name of Witness (print)

Signature of Participant

Signature of Witness

Date: / / 2018

Date: / / 2018

Statement by the researcher/person taking consent:

I have accurately explained the information sheet the potential participant. I confirmed that the participant was given an opportunity to ask about the study, and all the question asked by the participants have been answered correctly and to the best of my ability. I confirm that the individual has not been coerced into giving consent, and the consent has been given freely and voluntarily.

A copy of this ICF has been provided to the participant.

Name of Researcher/Person taking the consent (print)

Signature of Researcher/Person taking the consent

Date: Day / Month / Year

연구 참여 동의서

본 연구의 첫번째 목적은 사암침이 본태성 고혈압의 치료에 미치는 효과를 연구하기 위함입니다. 또한 두번째 목적은 10 회의 사암침 치료를 종료한 후에 개선된 혈압을 유지관리하기 위한 2 단계 치료방법을 연구하기 위함입니다.

본 연구는 2018년 3월부터 2018년 6월까지 시행될 예정입니다. 연구 실험은 1주에 2회씩 총 10회 실시되며 연구 절차에 따라 본 클리닉(Blessing Acupuncture & Herbs)에서 제공하는 침치료를 받게 되실 것입니다. 치료 방법은 침치료만 시행되며 어떠한 약물이나 기구를 사용하지 않습니다.

본 연구에서는 치료 전과 치료 후 두번에 걸쳐서 혈압을 측정하게 됩니다. 혈압은 동일한 자세와 동일한 조건 하에서 측정되며 3회 측정의 평균값으로 결정됩니다.

본 연구에 참여하시는 것은 전적으로 본인의 의사에 따르며 연구 중 수집한 정보는 모두 기밀이 보장되고 귀하에 대한 개인정보는 연구 집행자 외에는 누구도 볼 수 없는 곳에 보관될 것입니다.

치료 도중에 침을 맞은 부위에 통증, 멍이나 일시적인 부어 오름 등으로 인한 불편함이 있을 수 있으며, 통증이 심한 경우 언제든지 실험을 중단 할 수 있습니다. 이러한 경우에 통증을 완화할 수 있는 방법을 찾아서 도와 드리겠습니다. 귀하가 연구 참여를 결정했다 하더라도 언제든지 결정을 번복할 수 있으며 만약 귀하가 본 연구에 참여하지 않기로 결정했다면 귀하에게는 기존의 치료법으로 서비스가 제공될 것입니다.

만약 귀하가 본 연구에 관하여 질문이 있다면 714-943-9900 으로 전화를 하시거나 hosukhan58@gmail.com 으로 메일을 하셔서 연구 진행자에게 문의하시기 바랍니다. 본 연구 제안서에 대하여 더 자세히 알고 싶다면 714-533-6077 로 전화를 하시거나 edfollick@southbaylo.edu 로 메일을 하셔서 SBU IRB 위원회 의장인 Dr. Edwin D. Follick 에게 연락하실 수 있습니다.

귀하가 참가하는데 동의하는지 여부에 관계없이 이 양식의 사본이 귀하에게 제공됩니다.

동의 확인서

나는 이 동의서를 읽고 이 연구에서 가질 수 있는 이점과 치료 방법 및 측정방법에 대한 설명을 들었고 질문할 기회를 가졌으며 주어진 정보를 이해하며 나의 치료 결과에 대한 정보가 연구에 사용되는 것을 동의 합니다.

참여자 이름

목격자 이름

참여자 서명

목격자 서명

날짜: 일/월/년

날짜: 일/월/년

연구 집행자/피험자 동의서 수령인 선서

본인은 잠정적 피험자에게 정확하게 전술한 내용을 설명하였습니다. 본인은 피험자에게 연구에 대해서 질문할 기회를 부여하였고 모든 질문에 본인 지식 내에서 최선을 다하여 정확하게 답변하였습니다. 본인은 피험자가 동의서에 서명하도록 강요하지 않았으며 동의는 자의적이고 자발적으로 이루어졌습니다.

피험자 동의서(ICF) 복사본이 피험자에게 제공되었습니다.

연구자 이름(print)

연구자 서명

날짜: 일/월/년

Formulario de consentimiento informado

El objetivo principal de este estudio es investigar los efectos de la acupuntura Sa-am en el tratamiento de la hipertensión esencial. El objetivo secundario es estudiar un método de tratamiento de fase 2 para mantener la presión arterial mejorada después de que se hayan completado 10 tratamientos de acupuntura.

Este estudio se realizará entre marzo de 2018 y junio de 2018. Se realizarán un total de 10 ensayos de investigación (dos veces por semana) y recibirá tratamiento de acupuntura proporcionado por nuestra clínica (Blessing Acupuncture & Herbs) de acuerdo con el procedimiento de investigación. El método de tratamiento no usa ninguna droga o utensilio que no sea el tratamiento de acupuntura.

En los ensayos de este estudio, la presión arterial se medirá dos veces antes y después del tratamiento. Se medirá en las mismas condiciones con la misma postura y se determina mediante el promedio de tres mediciones.

La participación en este estudio es completamente bajo su propia iniciativa y toda la información recopilada durante el estudio se mantendrá de forma confidencial y la información personal sobre usted se mantendrá donde nadie más que el investigador (Ho Suk Han L.Ac.) pueda verla.

Durante el tratamiento, puede haber dolor, hematomas o hinchazón temporal en el área donde se insertó la acupuntura. Si el dolor es intenso, puede detener el experimento en cualquier momento.

En estos casos, lo ayudaré a aliviar su dolor de inmediato. Incluso si decide participar en el estudio, puede anular la decisión en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, llame al 714-943-9900 o envíe un correo electrónico a hosukhan58@gmail.com y contacte al investigador (Ho Suk Han L.Ac). Si tiene más preguntas

o inquietudes sobre una materia en este estudio, puede comunicarse con el Dr. Edwin D. Follick, presidente de la Junta de Revisión Institucional de la Universidad South Baylo (IRB) al 714-533-6077 o edfollick @ southbaylo.edu.

SE LE DARÁ UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO INDEPENDIENTEMENTE DE SI
ACEPTA PARTICIPAR.

Certificado de consentimiento

He leído este formulario de consentimiento. El investigador me ha sido explicado, incluidos los riesgos, los posibles beneficios y otras opciones de tratamiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Doy mi consentimiento voluntariamente para participar como participante en esta investigación.

Nombre del participante (imprimir)

Nombre del testigo (imprimir)

Firma del participante

Firma del testigo

Fecha: Día / Mes / 2018

Fecha: Día / Mes / 2018

Declaración del investigador / persona que toma el consentimiento:

He explicado con precisión la hoja de información del posible participante. Confirmé que el participante tuvo la oportunidad de preguntar sobre el estudio, y todas las preguntas formuladas por los participantes se respondieron correctamente y en la medida de mis posibilidades. Confirmo que el individuo no ha sido forzado a dar su consentimiento, y el consentimiento se ha otorgado libremente y de manera voluntaria.

Se ha proporcionado una copia de este ICF al participante.

Nombre del investigador / persona que toma el consentimiento (imprimir)

Firma del investigador / persona que toma el consentimiento

Fecha: Día / Mes / 2018