

## ACKNOWLEDGMENTS

지난 2010년 석사를 마치고 박사과정을 시작했던 것이 엇그제 같은데 논문 마무리하고 박사학위를 받으며 느끼는 감정은 뿌듯함과 당황스러움입니다. 무엇보다 저는 아직까지 한의사와 학자로서 여러모로 부족한 점이 많기 때문입니다. 임상을 하며 여러 한계에 부딪치며 학문에 깊이 대해 목말라 하던 중 박사과정을 통해 깊은 한의학의 진수를 알게 되었고 부족하지만 박사라는 칭호가 부끄럽지 않도록 앞으로 더 정진하겠습니다.

논문을 잘 마무리 할 수 있도록 잘 이끌어 주신 모든 분들께 감사 드립니다.

코디네이터 이셨던 윤성환, 김선옥 선생님 감사드립니다. 박사과정에서 훌륭한 강의로 가르침을 주시고 이 논문을 쓰면서 큰 도움을 주신 최선금 교수님께 큰 감사드립니다. 박사 과정 중에 학업에 소홀하지 않도록 도움 주신 허성화, 김수경, 웨인 쉐 선생님께도 깊은 감사드립니다.

마지막으로 바쁜 일상 속에서 슬픔과 행복을 나누며 따뜻한 사랑을 준 아내 권유미, 아들 정신원과 기쁨을 나누고 싶습니다. 제 인생의 올바른 지표이신 아버지와 제가 한의학자로서 꿈을 키울수 있게 해주시고 제 삶에 영감을 주신 지금은 하늘 나라에 계신 사랑하는 어머니께 이 논문을 바칩니다.

**SOUTH BAYLO UNIVERSITY**

**Comparison of Effect between Traditional Acupuncture Treatment and Five  
Elements Acupuncture Treatment on Shoulder Pain.**

**오행침 치료와 체침치료가 견비통에 미치는 효과 비교**

**by**

**Samuel Chung**

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

**Doctor of Acupuncture And Oriental Medicine**

**LOS ANGELES, CALIFORNIA**

**June 2015**

**Copyright**

**by**

**Samuel Chung**

**2015**

**Comparison of Effect between Traditional Acupuncture Treatment and Five  
Elements Acupuncture Treatment on Shoulder Pain.**

오행침 치료와 체침치료가 견비통에 미치는 효과 비교

**Samuel Chung**

**South Baylo University**

**Research Advisor: Shan Qin Cui, O.M.D.**

**Abstracts**

This research is to compare Five elements acupuncture treatment with Traditional acupuncture treatment about Shoulder Pain. The Five elements acupuncture treatment is a kind of remote acupuncture using The Five Transporting Points. It is also called ‘Ohaeng Acupuncture’. Combination of other Five transporting points with representative points can relieve pain and improve movement.

This study is a protocol for randomized, patient-assessor-blinded trial(to the type of treatment). 30 participants with shoulder pain (pain duration : 3 weeks ~ 3 months) were assigned to the Traditional acupuncture treatment group (n = 15) or Five elements acupuncture treatment group (n = 15). The participants assigned to

Traditional acupuncture treatment group received Traditional acupuncture at 9 standard acupuncture points (LI15, LI16, SJ14, SJ15, SI09, SI10, LI11, SJ06, SI07) twice per week for 4 weeks (a total of 8 sessions). Five elements acupuncture treatment group received Five elements acupuncture at 9 standard acupuncture points (GB41, LI03, SJ03, SI03, UB66, SJ02, SI02, LI05, SI05) twice per week for 4 weeks (a total of 8 sessions).

For evaluating change of pain, Visual Analog Scale (VAS) and clinical evaluation grade and Range of Motion were checked before and after Treatment.

There were significant decreasing pain levels in both groups (FA and TA  $p < 0.05$ ), and there was statistics difference between FA group and TA group (unpaired  $p$ -value  $< 0.05$ ) in VAS.

Comparing changes of ROM, There was improvement of ROM in flexion, abduction and external rotation. However, there was no statistic difference between two groups.

There was no difference in extension, adduction and internal rotation, and there was no statistic difference between two groups.

This study showed that there were differences to relieve pain and improve the movement on shoulder between Five element acupuncture and Traditional acupuncture.

## TABLE OF CONTENTS

I.	INTRODUCTION	1
II.	METHODOLOGY	13
III.	RESULTS	20
IV.	DISCUSSION	37
V.	CONCLUSION	43
VI.	REFERENCES	44
	APPENDIX	55

## I. INTRODUCTION

견비통은 견갑부를 포함한 견관절을 구성하고 있는 주위조직과 견박부에 연관되어 나타나는 제반 통증을 포괄적으로 포함하는 질환을 말한다.<sup>1)</sup> 조사 연구에 따르면 미국 내 중년층(45-64세)의 21-25%가 급성과 노화로 인한 통증을 포함한 견비통을 앓고 있으며 청소년층(12-18세)의 12-57% 이상 그 외 다른 원인으로 인한 견비통을 앓고 있으며<sup>15)</sup> 2009년도 한국 건강보험 통계지표에서는 질병 소분류별 다발생 순위별 한방기관 외래 요양급여실적 중 견비통이 요통에 다음가는 다빈도 질환으로 그 비율이 매우 크다 할 수 있다.<sup>21)</sup> 해부학 구조를 기초로 견비통의 원인을 살펴보자면 외상성 질환 (골절, 건 파열, 근육 파열, 타박상, 탈구, 아탈구, 염좌), 척추 및 척수질환 (경추추간판탈출, 경추추간판염), 골질환 (골수염, 골육종, 골암), 퇴행성질환 (극상근건손상, 동결근, 변형성관절증), 내과계 질환 (내장성관련통, 류마토이드 관절염, 판코스트 증후군), 건염이나 관절나염으로 트리거포인트의 2차적인 활성화, 척수신경근의 압박, 황격막 주위의 질환이 있다. 일반적인 증상으로 견관절의 동통 및 운동통으로 인한 활동장애, 환부의 열, 냉, 마목, 통등의 감각이 있고 경추 및 견갑부 혹은 주비부로의 방사통이 있으며, 환부의 압통점이 있다. 오래 되면 기육이 관절에 고착되어 운동이 제한되거나 불능하여진다.<sup>6)</sup>

대체의학 중에서 침 치료는 현재까지 활발한 노력으로 과학적인 연구방법을 이용하여 다양한 조건하에서의 침 치료 효과에 대한 증거들을 확립해 가고 있다. 이러한 연구중에 침구의 근거가 되는 경락에 대해서도 다양한 연구가 활발하게

이루어지고 있으며 서양 의학에서도 치료를 일반적으로 할 수 없는 질병인 만성 통증과 약물 중독 등의 침 치료 효과가 긍정적임을 보여 주는 등의 다양한 연구 결과를 제시하고 있다. 한국을 포함하여 미국에서도 통증 환자들이 침치료를 원하는 경우가 많아 졌으며, 상해 보험 환자(Worker's compensation)의 경우를 보면 90% 이상이 통증환자가 주를 이루고 있다.<sup>17)</sup>

현대인들의 핸드폰, 컴퓨터 사용 증가로 인한 자세의 불균형과 반복적인 사무업무로 인해 근골격계를 위주로 한 통증 문제가 나타나고 있다.<sup>18)</sup> 이런 문제는 경견완장애나, 반복운동성 장애, 또는 누적외상성 장애나, 근골격계 장애 등으로 불리는데, 주로 목, 어깨, 손목 및 손의 만성적인 동통과 감각 이상을 호소하는 경우<sup>19)</sup>가 대부분이며 주요 원인은 작업의 환경 및 작업시간과 스트레스 요인 등이다.

그 중 어깨통증은 동결견, 회전근개염, 석회성건염, 점액낭염 등으로 나눌 수 있다.<sup>1)</sup>

동결견은 유착성 관절낭염(adhesive capsulitis) 또는 견관절주위염(periarthrititis of shoulder)으로도 불리며 일반적으로 오십견으로 알려져 있다. 독립된 질환이 아닌 견관절의 능동적, 수동적인 운동 범위의 제한이 있고 확인된 다른 원인이 없을 때 진단된다. 동결견은 지속적 고정(prolonged immobilization), 연령, 당뇨병, 외상 등이 유발인자가 될 수 있으며 관절낭의 비후, 수축, 상완골두 주위로 관절낭의 유착과 관절활액의 감소 소견을 보인다. 증상으로는 어깨의 통증과 함께 관절 운동의 제한이 나타난다.<sup>2)</sup>



회전근개란 극상근·극하근·소원근·견갑하근 등 4개 근육의 견으로 이루어진 구조물로 상완의 회전을 담당하며 견관절의 안정성을 부여하는 역할을 한다.

회전근개 파열은 견관절 통증과 장애를 일으키는 가장 흔한 원인 중 하나로 45~65세 사이에 호발하며 회전근개의 허혈, 마멸, 충돌로 인해 발생된다. 견관절 전방탈구나 외상 병력도 발생 요인이 된다.<sup>3)</sup> 파열의 정도에 따라 치료 방법 및 예후는 달라지며 부분파열은 보존적 치료의 대상이나 보존적 치료에 호전이 없거나 파열의 크기가 큰 완전파열의 경우 수술 치료의 적응증이 된다. 회전근개 파열의 수술 치료 목적은 통증의 감소, 기능향상, 관절운동범위의 증가이다. 그러나 수술은 성공적으로 시행되었음에도 불구하고 잘못된 재활치료로 인하여 관절강직 및 통증이 발생하는 경우가 종종 있다.

석회성건염은 근육의 힘줄에 염증이 생겨서 단단한 석회 가루가 쌓이는, 즉 화학적인 종기가 생기는 증상이다. 오십견과는 둘 다 염증이 원인이나 그 위치가 달라서 오십견은 관절을 감싸고 있는 주머니에 염증이 생겨 관절이 굳어지는 병이고 석회성 건염은 어깨 회전을 담당하는 근육의 힘줄 안쪽에 상처가 반복되어 나타나는 병이다. 무엇보다 오십견은 통증이 서서히 심해지는 반면 석회성 건염은 극심한 통증이 주기적으로 나타나는 차이가 있다.<sup>4)</sup> 석회성 건염의 특징 가운데 하나는 10명 중 7명꼴로 여성, 특히 주부 환자가 많다는 점이다. 야간통이 심하다. 낮에는 대개 팔을 밑으로 내리고 있지만, 밤에는 누우니까 어깨 부위에 가해지는 자극이 강해지기 때문이다.

삼각근하 점액낭은 삼각근 근위부와 견봉 하방에 위치하는 활액막으로 둘러

쌓인 물주머니로 삼각근, 극상건 등의 반복된 움직임에 의한 마찰을 줄이는 역할을 한다. 정상 삼각근하 점액낭은 두께가 2mm를 넘지 않으며, 두께가 2mm보다 커져 있는 경우 삼각근하 점액낭염으로 진단한다. 점액낭염은 점액낭의 염증성 변화로 통증, 부종, 발열, 점액낭 활액막의 비후, 점액낭 벽의 섬유화, 관절운동 장애 등을 동반한다. 그 원인에 따라 외상성, 감염성으로 구분된다. 외상성 점액낭염은 직접적 급성 외상과 반복되는 만성 외상이 원인이며, 감염성은 결핵, 류마티스 관절염, 통풍 등으로 발병하는데 화농성염증을 동반한 급성과 만성감염성으로 나눌수 있다. 급성 삼각근하 점액낭염은 전방 통증과 삼각근 측면통증, 경추 5번의 피부분절(dermatome)을 따라 상지의 방사통을 유발하며 능동적 및 수동적인 굴곡과 신전, 내 외전과 내 외회전을 제한하는 경향이 있고 촉진시 압통을 유발할 수 있다.<sup>5)</sup>

한의학에서 견비통이란 어깨부위 통증, 즉 견배부를 포함한 어깨관절, 완관절과 견부사이의 노비부(臑臂部)까지, 견비에 나타나는 제반 통증을 포괄적으로 지칭하는 증상을 말한다.<sup>20)</sup> 동양의학에서 견비통은 비증의 범주에 속하고 견비루건풍(漏肩風), 견응증(肩凝症), 동결견(冻结肩), 근비(筋痹), 오십견(五十肩)이라고도 하고 한다.<sup>31, 37, 43, 68, 73, 75)</sup> 비증의 병인은 과로나 연로로 인한 장부경락의 기혈부족과 그로 인한 풍한습 등 사기의 침입, 음식실조나 안일과도로 인한 근맥의 영양실조, 기체어혈 또는 질타손상으로 인한 경락의 기혈조체 등이 있고 전반적인 병리기전은 견비에서 “불통즉통”이 있다.<sup>31, 43, 68, 75)</sup> 그러므로 《소문(素問). 비론(痺論)》에는 “풍한습삼기잡지, 합이위비.

기풍기성자위행비, 한기성자위통비, 습기성자위습비야 (風寒濕三氣雜至, 습而為痺. 其風氣勝者為行痺, 寒氣勝者為痛痺, 濕氣勝者為濕痺也)”고 하였고 《소문(素問). 거통론(舉痛論)》에는 “한기입경이계지, 음이불행, 객우맥외즉혈소, 객우맥중즉기불통, 고졸연이통 (寒氣入經而稽遲, 泣而不行, 客于脈外則血少, 客于脈中則氣不通, 故卒然而痛)”고 하였고 또한 “인중중어한, 즉통구야 (因重中於寒, 則痛久也)”고 하였다.

견비통의 원인으로 풍한습 외사가 경락에 응체되는 외인, 기혈허손, 혈액의 응체, 담음 등의 내인, 외력에 의한 타박이나 손상에 의한 불내외인 등으로 발생된다. 외인은 《동의보감(東醫寶鑑)》 외형편의 수(手)에서는 견비병인(肩臂病因)을 “비위풍한습소박혹수후수재피외위한사소습수령비통(臂爲風寒濕所搏或睡後手在被外爲寒邪所襲遂令臂痛)”라 하여 풍한습외사를 원인으로 보았고 내인은 인체정기허약의 소치에 의한 것으로 이는 장부와 관계된 내적인 원인에 의한 것으로 《영추(靈樞). 사객(邪客)》에서는 “폐심유사기기유우양주(肺心有邪其氣流于兩肘)”라 하여 장부의 문제를 원인으로 보았다. 또한 《동의보감(東醫寶鑑)》 담음다위비통(痰飲多爲臂痛)에서는 “치비통불능거혹좌우시부전이유복담재중완정체비기불득류행상여기박(治臂痛不能舉或左右時復轉移由伏痰在中腕停滯脾氣不得流行上與氣搏)”이라 하여 담음을 원인으로 보았다.<sup>8)</sup>

Kim<sup>9)</sup>은 그의 저서에서 견비통의 원인을 복담이 중완에 정체되어 비기가 순행하지 못하여 담기가 상박하여 발생하는 담음비통, 기혈응체경락하여 발생하는

기체비통, 흉추병변에 의한 비통 등으로 보기도 하였다.

경근 이론의 관점으로 볼 때 《영추(靈樞). 경근(經筋)》에서는 수태음지근 행촌구외측(手太陰之筋 行寸口外側), 상순비(上循臂), 결 주중(結 肘中), 상노내렴(上臑內廉), 입액하(入腋下), 출결분(出缺盆), 결견전우(結肩前髃). 수궐음지근 여태음지근병행(手厥陰之筋 與太陰之筋並行), 결우주내렴(結于肘內廉), 상비음(上臂陰), 결액하(結腋下). 수소음지근 상결주내렴(手少陰之筋 上結肘內廉), 상입액(上入腋), 교태음(交太陰). 수태양지근 상순비내렴(手太陽之筋 上循臂內廉), 결우주내예골지후 기지자(結于肘內銳骨之後 其支者), 후주액후렴(後走腋後廉), 상요견갑(上繞肩胛). 수소양지근 상순비(手少陽之筋 上循臂), 결우주(結于肘), 상요노 외렴(上繞臑 外廉), 상견(上肩), 주경합수태양(走頸 合手太陽). 수양명지근 상순비(手陽明之筋 上循臂), 상결우주외(上結于肘外), 상노(上臑), 결우우(結于髃), 기지자(其支者), 요견갑(繞肩胛), 협척(挾脊). 족태양지근 기지자(足太陽 之筋 其支者), 종액후외렴(從腋後外廉), 결우견우(結于肩髃)라 하여 수삼음경근 · 수삼양경근 · 족태경양근이 견비부에 분포하며 특히 수삼양경근과 족태양경근이 견부에 분포한다<sup>10)</sup>고 하였다.

한의학에서는 낙상, 타박, 질박, 축혈, 골절, 탈구 등의 외과적 증후군들을 어혈이라는 병적개념을 도입하여 인식<sup>11)</sup>하였는데 Kim<sup>12)</sup>, Lee<sup>13)</sup>은 어혈의 병증으로 외상환자에 대한 치험례를, Kwon<sup>14)</sup>은 어혈변증으로 견비통 치료에 대한 평가를 보고 하기도 하였다.

치료원칙에는 주요하게 거풍산한, 온경통락, 보간신, 강근골, 행기활혈, 서근통락, 산어지통 등<sup>43, 74)</sup> 이 있고 치료방법에는 침구치료, 약물치료, 물리치료, 부항치료, 약침치료, 수술치료 등 여러가지가 있지만 미국에서 사용하는 치법에는 주로 침구치료, 약물치료, 추나치료, 물리치료, 부항치료 등이 있다. 그리고 비약물치료는 약물치료에 비하여 일정한 우세를 점하고 있다.<sup>75)</sup>

전통 약물 치료에는 내복법과 외부법이 있고 내복방에는 황씨건강탕<sup>71)</sup>, 서견지통탕<sup>58)</sup>, 견비탕<sup>62)</sup>, 갈근탕<sup>59)</sup>, 대활락환<sup>42)</sup>, 독활기생탕<sup>50)</sup>, 당귀사역탕<sup>46)</sup> 등이 있으며 견비통 치료 진전 개황<sup>65)</sup>을 보면 내복약들은 국소의 혈액순환을 활발하게 하고 염증 흡수를 촉진하는 등 장점이 있지만 효과가 느리고 지속적이 되지 못하고 외부약은 피부과민이나 색소가 침착도 등 단점이 있다. 또한 다수의 약물치료는 침치료와 함께 진행되고 있다.<sup>50, 71, 62, 58)</sup>

추나법은 공인된 치료방법이지만 수법치료는 완미하지 않고 단순한 수법치료는 시술과정에 통증으로 인하여 부분적인 환자는 받아들이기 힘들다. 물리치료법에는 온열식저주파과 저주파 저빈맥충전류 등이 있는데 신경의 흥분성을 약화하고 통역을 높여주며 견관절 주위 조직의 긴장을 풀어주고 유착을 완화시키는 등 장점이 있지만 치료 효과가 제한되어 보조 요법으로만 사용하고 있다.<sup>65)</sup>

침구는 전통의학의 치료법의 하나로서 통증치료에 효과가 뛰어나고 안전하고 부작용이 없어 통증치료에서 가장 상용하는 치법이다.<sup>34)</sup>

침구치료의 취혈을 보면 크게 근위혈와 원위혈 및 기타 혈위들이 있다.

상용하는 근위혈에는 아시혈 즉 “이통위수(以痛为腧)”과 견우, 견료, 견정, 견전, 견정, 천중 등이 있다.<sup>31, 33, 50, 51, 52, 55, 60)</sup> 이 중에서 견우, 견료와 견정 또는 견우, 견료와 견전 또는 견우, 견정과 견전 또는 견우, 견전와 견후는 전통적으로 말하는 “견삼침”이다.<sup>66)</sup>

원위혈에는 경락에 따르는 침혈들이 있다. 즉 “경락소과(经络所过), 주치소급(主治所及)”의 원칙에 근거하여 상용하는 경락 상의 수혈을 자침하며 “통기경맥(通其经脉), 조기혈기(调其血气)”의 작용을 발휘한다.<sup>50)</sup>

상용하는 원위혈에는 오수혈, 극혈, 조구혈과 승산혈, 양릉천 및 경락에 따르는 혈위가 있다.

오수혈 점자법은 유침을 하지 않는다. 수태음경의 병증에는 어제, 태연을 취하고 수양명경의 병증에는 삼간, 양계를 취하며 수태양경의 병증에는 완골, 후계를 취하고 수소양경의 병증에는 액문, 중저를 취하며 견주비외측의 통증에는 견료, 회중, 외관, 중저혈을 취하고 견부비내측의 산통에는 태연, 경거, 열결, 천부, 중부를 취하며 비후외렴 및 견갑의 견인통에는 후계, 소해, 견정, 천중, 견외유을 취하고 견봉 및 견전염의 동통에는 합곡, 양계, 수삼리, 곡지, 견우을 취하며 견내측의 통증에는 척택, 소해을 배합하고 견전측의 통증에는 곡지, 합곡을 배합하며 견외측의 통증에는 견료, 외관을 배합하고 견후측의 통증에는 후계, 천중을 배합한다.<sup>66)</sup>

극혈은 견전의 통은 수태음폐경의 공최을 선택하고 견중통에는 수양명대장경의 온류을 취하며 견후측통에는 수태양소장경의 양로을 취하고 견관절주위의 여러

개의 극혈을 동시에 선택한다.<sup>66, 67)</sup> 순경취혈에서 본경의“극혈”은 단시간내에 통증을 완화하는 효과가 있다.<sup>67)</sup>

또한 경락에 따르는 혈위는 수양명경혈은 비노, 수오리, 곡지, 수삼리, 합곡 및 아시혈을 선택하고 수태양경형은 곡원, 천중, 병풍, 후계을 선택하며 수소양경혈은 외관, 중저을 선택하고 수태음경형은 척택, 열결을 선택하고 다경혼합은 상응하는 경락의 수혈은 종합하여 운용한다.<sup>50)</sup>

조구는 임상에서 가장 일찍이 견주염에 우선적으로 사용한 경험혈위이다. 조구는 다기다혈한 위경의 혈위로서 기혈을 보하고 서근통락하는 작용이 있으며<sup>66)</sup> 승산은 족태양방광경의 경혈이고 태양은 일신의 표를 주관하고 거풍산한 거어지통을 한다.<sup>66)</sup>

양릉천은 족소양경의“합”혈이고 팔맥교회혈이다. 고로 《침구대성(鍼灸大成)》에서는 《난경(難經)》을 인용하여 “근회 양릉천”이라고 하였다. 많은 자료에는 양릉천이 견주염에 유효하다고 하였다.<sup>66, 69)</sup>

기타 혈위에는 경외기혈 및 경험혈인 견강혈, 견통혈, 동씨침혈인 사화중혈, 반후절혈, 신관<sup>60, 66)</sup>, 특수 침혈인 완과침<sup>64)</sup>, 견경부의 기육의 기지점<sup>54)</sup>, 그리고 해부학적인 이론에 따르는 화타협척<sup>68)</sup> 이외에도 이침<sup>65)</sup>과 변증에 따르는 혈위<sup>66)</sup>, 그리고 복침료법<sup>57)</sup>에 사용하는 중완, 상곡, 활육문 등이 있다.

자침법에는 상용하는 단자침법 외에 다침배자<sup>41)</sup>, 《영추(靈樞)》의 오자법의 하나인 관자법<sup>32)</sup>, 원리침을 사용한 선형사자법<sup>40)</sup>, 거자법, 제자법, 합곡자<sup>65)</sup>,

회자법<sup>70)</sup>, 부침료법<sup>45)</sup>, 전침법<sup>50, 52, 54)</sup>, 온침법<sup>37, 46, 47)</sup>, 부황침<sup>60)</sup>, 봉침<sup>61)</sup>, 약침<sup>65)</sup> 등 여러가지 있다.

자침의 보사법에는 평보평사법이 가장 많고 이외에도 소산화, 열보침법<sup>49)</sup>, 온통침법<sup>68)</sup> 등이 있다.

오수혈은 인체의 주관절과 슬관절 이하에 존재하는 정, 형, 수, 경, 합의 다섯 혈을 말한다. 오수혈을 사용하는 치료법에는 사암오행침, 육기침, 8체질침, 총통침 등 여러 침법들이 있다. 각 침법의 의미에 따라 오행혈, 장부혈이라고 명명을 하기도 한다.

사암오행침은 오행에서 상생과 상극 관계를 이용하여 오수혈에 자침하여 경락 간 기혈의 허실과 성쇠를 조정하여 음양평혈을 이루는 침법으로서 ‘허즉보기모, 실즉사기자’의 원칙을 기본으로 자경과 타경보사법을 결부시켜 창안되었다. 치료원칙은 허실보사법과 한열보사법으로 대별하는데, 허증은 정격으로 실증은 승격으로 한열 보사는 한격, 열격으로 치료에 있어서 네가지 처방을 한다.<sup>22)</sup>

육기침법은 사암오행침법과 오수혈을 치료혈위로 하고 장부의 허실을 오행의 상생, 상극관계를 이용한 자타경보사를 통해 조정한다. 사암침법과 다른 점은 상생관계에 의한 자경 취혈시에 자경의 모혈(母穴)과 자혈(子穴)을 사하지 않고 자경(自經)의 자혈(自穴)을 보하거나 사한다. 즉 간경의 경우 사암침법의 정격에서 곡천을 보하고 승격에서는 행간을 사하는데 비해 육기 침법의 간풍보방에서는 대돈(목)을 보하고, 신경의 음곡(수)을 보하며 간풍사방에서는 대돈(목)을 사하고, 심경의 소부(화)를 사한다. 또 다른점은 사암침법은 삼음삼양과 육기를 결합하여



각 경락이 하나의 기운을 가지고 이것을 조정하여 장부의 허실을 조정하는데 비해 육기침은 오장의 경락이 서를 제외한 풍, 열, 습, 조, 한의 기운을 가지고 있어서 경락오기의 조정을 통해 장부의 병증을 치료한다.<sup>23)</sup>

체질침은 장부혈 곧 오수혈을 이용하여 장기의 강약을 조절하는 치료법이다. 장기 간에는 해당 장기의 고유한 특성을 서로 주고 받는데, 체질침은 이 주고 받는 특성을 조절하는 것에 계산을 붙인 것이다. 선천적인 인간의 내장배열이 8종류가 있어 8개의 서로 다른 상황의 장을 형성하고 각 장들의 서로 다른 요청에 부응하여 만든 침 처방이다. 개개의 장방은 완전한 치료능력을 가지지 못하므로 기본방과 부방을 배합하여 처방을 성립하였다. 기본방, 부방, 장방은 모두 오수혈로 이루어져 있으며 복합처방으로 영수침자법과 반복자침법을 이용한다.<sup>24)</sup>

총통침 또한 오수혈을 사용하며 오행혈이라 하여 한방 생리와 병리에 근거 복모혈과 배수혈을 진단법으로 활용 처방하는 침법이다. 다른 침법과는 다르게 오행의 획일적인 상생상극을 배제하고 각 장부의 병리상에 적합한 오행혈 조합으로 처방을 제시한다. 보사법은 치료효과를 배가 시키기 위한 보조적 수단이며 단순한 보사법을 사용한다. 허즉보기모 실즉사기자의 원칙을 사용하지 않으며 각 장부를 대표하는 오행혈과 특수한 혈성을 근거로 삼는다. 오장에서는 간의 대표 목혈인 대돈, 심장의 대표 화혈인 소부, 심포의 대표 화혈인 노궁, 비장의 대표 토혈인 태백, 폐의 대표 금혈인 경거, 신장의 대표 목혈인 음곡이 대표 오행혈이다. 육부에서는 대장의 대표 금혈인 상양, 방광의 대표 수혈인 통곡, 담의 대표 목혈인 임읍, 소장의 대표 화혈인 양곡, 삼초의 대표 화혈인 지구, 위장의 대표

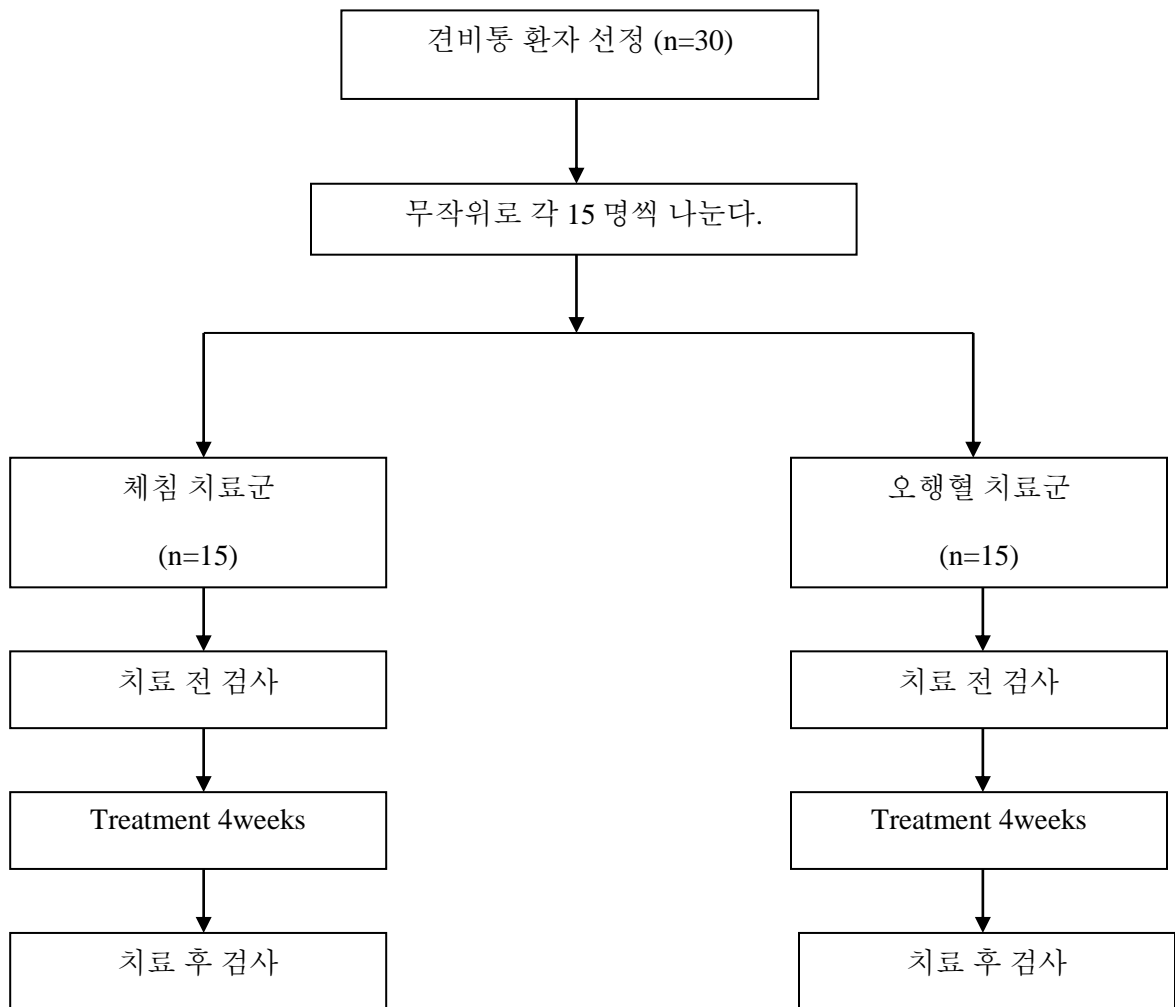
토혈인 삼리가 대표 오행혈이다. 대표 오행혈은 오행에 맞춰 특수한 혈성을 가지며 그 혈성으로 타경에 문제가 생겼을 경우에 대표 오행혈과 타경의 오행혈의 조합으로 치료를 한다.<sup>25)</sup>

이와 같이 오수혈은 서로 명명이 다를 뿐 한방 치료에 빈번하게 사용되고 있으며, 효과 또한 많은 논문 자료들로 증명되었다.<sup>12, 22)</sup>

오수혈과 오행침을 이용하여 요통과 요각통을 치료한 연구 자료<sup>28, 30)</sup>를 보고 다른 통증 질환에도 오행침이 어떤 효과를 기대할 수 있는 학문적 호기심에서 연구를 시작하게 되었다. 오행혈의 속성으로 견비통을 치료하는 오행침 자료는 찾아 볼 수 없었으므로 임상적으로 검증된 체침과 대표 오행혈과 오수혈의 조합을 견비통이라는 병증을 통하여 임상 비교하기로 하였다.

## II. METHODOLOGY

무작위로 선별된 견비통 30명을 오행침군 15명, 체침군 15명 씩 두 군으로 나눈다.  
한군은 체침 치료를, 한군은 오행침 치료를 4주간 총 8회 치료 후 경과를 관찰했다.



## 연구 목적

무작위로 선발된 3주이상 3개월 미만의 견비통 환자 30명을 대상으로 체침과 오행침이 미치는 효과를 측정하여 비교하였다.<sup>15)</sup>

## 연구 설계

견비통 환자 중 자발적 실험 참가자를 모집하였다. 선별된 수는 최소 10명이 넘도록 모집하고 최대한 많이 모집하되 30명이 되면 모집을 중단하였다. 체비뿍기를 통해 무작위로 체침 치료군과 오행침 치료군으로 분류하였다. 1주일에 2회 치료를 4주간 시행하며 치료 전과 치료 후의 결과를 비교하였다.

견갑통, 견관절통, 오십견, 회전개염 등 어깨와 관련된 통증을 호소하고 움직임 장애가 있는 환자들을 포함하였으며 한방적으로 어깨 부위의 경락 통증을 호소하는 환자도 포함하였다.

통증을 3주이상 3개월 미만으로 제한을 두었으며<sup>15)</sup> 견비통과 관련하여 다른 치료를 받는 환자 혹은 통증약을 복용 중이거나 외상이나 골절로 인한 어깨 통증 환자는 제외하였다.

선정된 견비통 환자 중 다른 병의 합병증세가 아닌지도 관찰하였다.

모집군의 연령, 인종, 성별 등에 따른 결과를 관찰하고 견비통에 해당되는 경락과의 관계도 비교하였다.

## A군 - 체침

견우(LI15), 거골(LI16), 견료(SJ14), 천료(SJ15), 견정(SI09), 노수(SI10), 곡지(LI11), 지구(SJ06), 지정(SI07)

## B군 - 오행침

임읍(GB41), 삼간(LI03), 중저(SJ03), 후계(SI03), 통곡(UB66), 액문(SJ02), 전곡(SI02), 양계(LI05), 양곡(SI05)

## 치료 과정

모집된 두 군 모두 일주일에 2회, 4주간 총 8회 치료를 실시하도록 하였다.

자침방법은 단자법으로 체침의 근위취혈은 환측의 경혈에 취혈하여 평보평사 하였으며 체침의 원위취혈과 오행혈은 건측의 경혈에 취혈하여 평보평사 하였다.

자침의 심도는 각 경혈의 부위에 따라 결정하였으며 유침 시간은 각 군 모두 동일하게 30분으로 하였다.

## 부작용시

치료 후 혈압 상승이나 빈맥 및 발열을 유발 할 수 있다. 이 때는 치료를 중단 하였다.

## 재료 및 혈위

침은 동방침구제작소의 0.25x30mm, 0.25x40mm를 사용 하였다.

체침은 어깨 부위 경락에 해당하는 혈위 9자리를 선정하였다.<sup>26)</sup>

수양명대장경(전) 견우 거골 곡지

수소양삼초경(중) 견료 천료 지구

수태양소장경(후) 견정 노수 지정

오행침은 다음 경락에 해당 되는 관절의 움직임 완화와 염증과 통증을 제어하는 오행침을 사용하였다.<sup>25)</sup>

수양명대장경(전) [삼간,임읍][양계,양곡]

수소양삼초경(중) [중저,임읍][액문,통곡]

수태양소장경(후) [후계, 임읍][전곡,통곡]

임읍과 통곡은 중복이 되기 때문에 혈위의 수는 9자리로 같다.

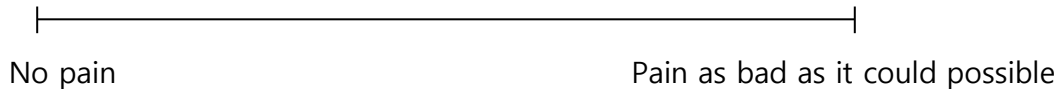
오행침에서 대표혈의 의미는 관절과 움직임을 오행의 목에서 담당을 하기에 목의 대표혈은 임읍이 된다. 대표혈 임읍은 다른경, 예를 들면 대장경에 관절과 근육 움직임을 이상이 있을 때, 대장경의 목혈인 삼간혈과 같이 사용하여 병증을 치료한다.

## 치료 판별

환자의 증상에 대한 평가를 위해 VAS (Visual Analogue Scale), ROM 측정 결과를 임상 치료 전과 치료 후의 상태를 판정하여 기록하였다.

## VAS 치료 효과의 산출

통증이 없는 상태를 ‘No pain’으로 하고 참을 수 없는 통증을 ‘Pain as bad as it could possible’으로 하여, 피시술자가 자신의 상태를 표시하도록 하였다. VAS 측정은 치료전, 후 환자의 자각적 통증 정도를 측정하며 통증의 호전 정도를 평가하기 위해 사용하였다.



VAS (Visual Analog Scale) to evaluated the level of pain

치료후 VAS 통증도가 3이하로 감소하였는지를 확인하여 완치여부를 판단하고 이분법적인 방법으로 분석하였다.

$$\text{VAS 치료율} = \frac{[(\text{치료 전 VAS}) - (\text{치료 후 VAS})]}{\text{치료 전 VAS}} \times 100$$

## ROM 측정

환자의 환측(우측)견관절의 운동 범위와 가동 시 통증여부를 측정하였다. 측정 항목은 견관절의 굴곡(flexion), 신전(extension), 외전(abduction), 내전(adduction),

외회전(external rotation), 내회전(internal rotation) active ROM 범위를 측정하여, 매 치료 전, 후에 환자의 안정 상태에서 측정하였다.

$$\text{ROM 개선율} = \frac{[(\text{치료 전 ROM}) - (\text{치료 후 ROM})]}{\text{치료 전 ROM}} \times (-100)$$

### 연구 측정 기간

매 치료 후에 결과를 측정하였으며 총 치료 기간인 4주간 결과를 측정하였다. 치료 간격은 4일을 넘지 않도록 하였다.

### 통계 처리

통계 처리는 t-test를 사용하였다. 이 중 오행침군과 체침군은 unpaired samples t-test를 같은 군은 paired samples t-test를 사용하였다.

### 자료의 기록, 운영 및 감시

자료의 기록형식, 운영 체계, 감시 체계는 사우스베일로 한의과 대학 부설 한방병원 차트폼에 맞추어 하였다.

### 특별 주의 사항

환자는 침 치료 이후에 다른 질환이 생기면 연락을 하게 하였다.

환자가 다른 한약이나 양약을 복용하였을 시 연락을 하게 하였다.



## **IRB 심사 및 Informed Consent Form**

본 연구의 개요와 Informed Consent Form (Appendix)을 South Baylo University의 IRB에 제출하여 승인을 받은 후 환자 개인별로 서명을 받아 시험을 수행하였다.

### III. RESULTS

#### 연구 대상자의 일반적 특성

##### 1. 성별과 연령에 따른 분포

참여자 중 남자 18명 여자 12명으로 남성이 60%를 차지하였으며, 연령별로는 40대와 50대가 각각 9명으로 30%씩 가장 높게 나타났다.

Table 1. Distributions of Gender and Age

Age	Male	Female	Total
21 ~ 30	2	1	3
31 ~ 40	3	4	7
41 ~ 50	7	2	9
51 ~ 60	4	5	9
61 ~ 70	2	0	2
	18	12	30

오행침군 (FA)와 체침군 (TA)의 연령 분포를 비교한 결과 Table 2와 같이 나왔으며 오행침군 (FA)의 평균 연령은 47.7세, 체침군 (TA)의 평균 연령은 42.3세로 나타났다.

Table 2. Distributions of Age between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA)

Age	FA	TA	Total
21 ~ 30	1	2	3
31 ~ 40	2	5	7
41 ~ 50	6	3	9
51 ~ 60	4	5	9
61 ~ 70	2	0	2
	15	15	30

## 2. 인종과 경락에 따른 분류

참여자 30명 중 22명이 라틴계(73.3%) 였으며, 4명이 아시아인(13.3%), 4명이 아프리카 아메리칸(13.3%)이었다.

통증이 있는 경락에 따른 분포에서는 대장경 9명(30%), 소장경 12명(40%), 삼초경 9명(30%)으로 소장경이 가장 높은 비율을 차지하였다.

## VAS (Visual Analog Scale of pain)를 통해 견비통 치료 효과 비교

오행침군(Five element acupuncture : FA)과 체침군(Traditional acupuncture : TA)의 VAS 설문 측정값을 Paired sample t-test로 분석한 결과 두 군 모두 유의한 치료

효과를 가졌다( $p < 0.05$ ).

두 군의 치료율을 Unpaired sample t-test로 분석한 결과 두 군 치료율에 유의한 차이가 있었다(\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ ).

Fig 2를 보면 총 8번의 치료 후에 오행침군(FA)은 평균  $71.92 \pm 3.37\%$  치료율을 보였으며, 체침군(TA)는  $50.81 \pm 2.96\%$  치료율을 보여 두 군간의 유의한 차이를 보였다.

Table 3. The change of VAS between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA)

Group	N	1 <sup>st</sup>		2 <sup>nd</sup>		3rd		4th	
		Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
FA	15	8.80±0.14	6.16±0.34	7.30±0.27	5.46±0.31	6.52±0.36	4.80±0.34	5.80±0.38	4.11±0.22
TA	15	8.87±0.17	7.18±0.27	8.16±0.22	6.42±0.25	7.52±0.20	5.92±0.19	7.28±0.66	5.54±0.15
p-value < 0.05									
Group	N	5 <sup>th</sup>		6 <sup>th</sup>		7th		8th	
		Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
FA	15	5.18±0.40	4.02±0.35	4.56±0.29	3.11±0.22	3.64±0.32	2.76±0.27	3.64±0.30	2.44±0.26
TA	15	6.66±0.21	5.01±0.21	6.17±0.19	4.64±0.24	5.93±0.29	4.58±0.21	5.68±0.25	4.33±0.23
p-value < 0.05									

Table 4. Relative treatment rate of VAS between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA).

Group	Relative Treatment Rate							
	1 <sup>st</sup>	2 <sup>nd</sup>	3 <sup>rd</sup>	4 <sup>th</sup>	5 <sup>th</sup>	6 <sup>th</sup>	7 <sup>th</sup>	8th
FA	29.72±4.00%*	37.49±4.01%*	44.9±4.30%*	53.05±2.77%**	53.98±4.30%*	64.34±2.86%**	68.31±3.56%**	71.92±3.37%**
TA	18.91±2.96%*	27.42±2.98%*	33.03±2.38%*	37.19±2.22%**	42.98±3.06%*	47.37±3.02%**	47.94±2.73%**	50.81±2.96%**

\*=p-value < 0.05 \*\*= p-value < 0.01

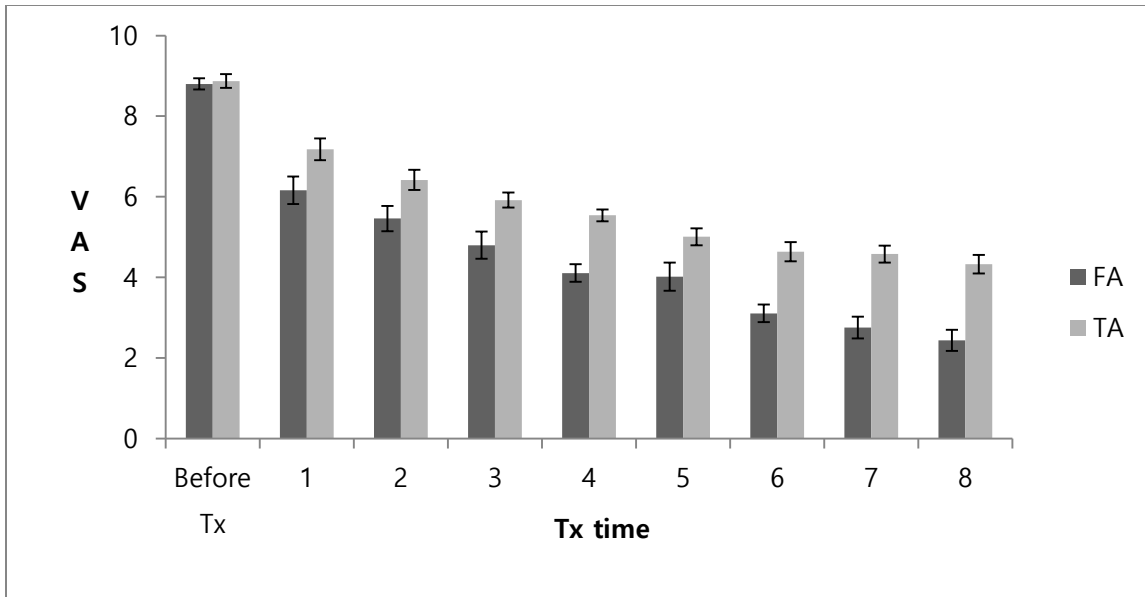


Fig 1. Comparison of VAS between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder pain.

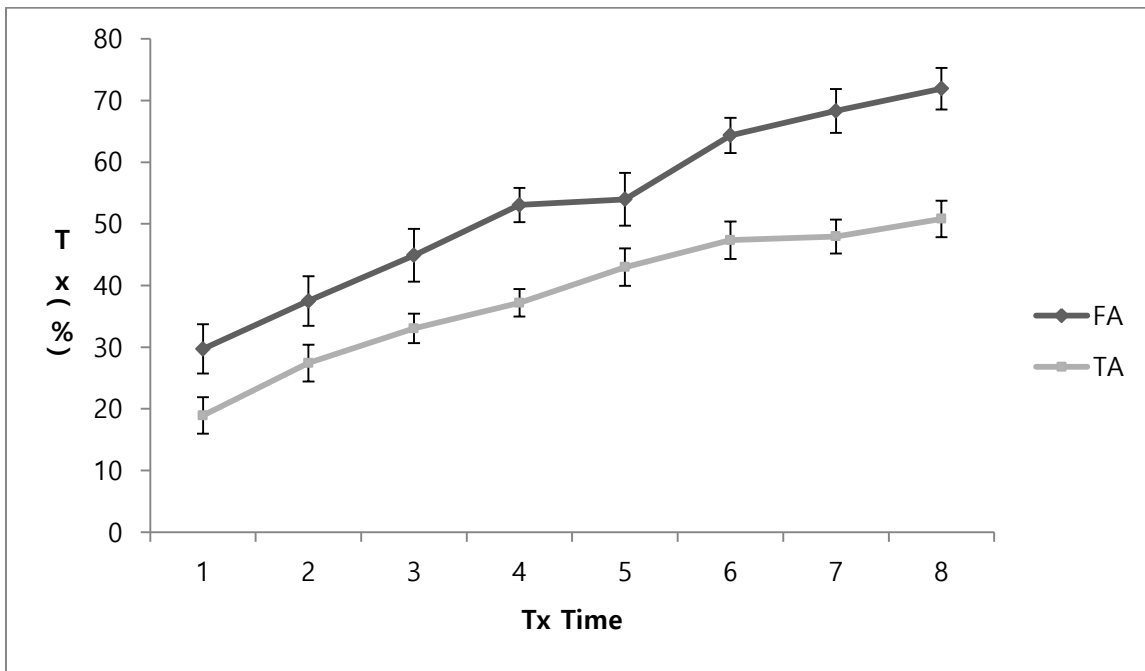


Fig 2. Comparison of treatment efficiency (%) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder pain. There was significant decreasing pain level in both groups (FA and TA  $p < 0.05$ ), and there was statistics difference between FA group and TA group (unpaired  $p$ -value  $< 0.05$ ).

## ROM (Range Of Motion)를 통한 견비통 치료 효과 비교

어깨 운동 범위인 굴곡(Flexion), 신전(Extension), 외전(Abduction), 내전(Adduction), 외회전(External rotation), 내회전(Internal rotation)을 측정하였다.

대상 환자 30명 중 ROM 장애가 있는 환자는 총 18명이었으며 오행침군(Five element acupuncture : FA)에 10명, 체침군(Traditional acupuncture : TA)에 8명 이었다. 각 군의 통계 측정 후 결과 값은 다음과 같다.

### 1. 굴곡(Flexion)

치료 전 오행침군(FA) ROM 평균값은  $100.80 \pm 2.00$ 에서 총 8회 치료 후  $125.30 \pm 6.07$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $24.00 \pm 4.81\%$  였다.

치료 전 체침군(TA) ROM 평균값은  $103.62 \pm 1.42$ 에서 총 8회 치료 후  $125.25 \pm 4.23$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $20.90 \pm 3.97\%$  였다.

각 군간의 치료 전 후를 Paired 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과를 나타내었다( $p < 0.05$ ).

그러나 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

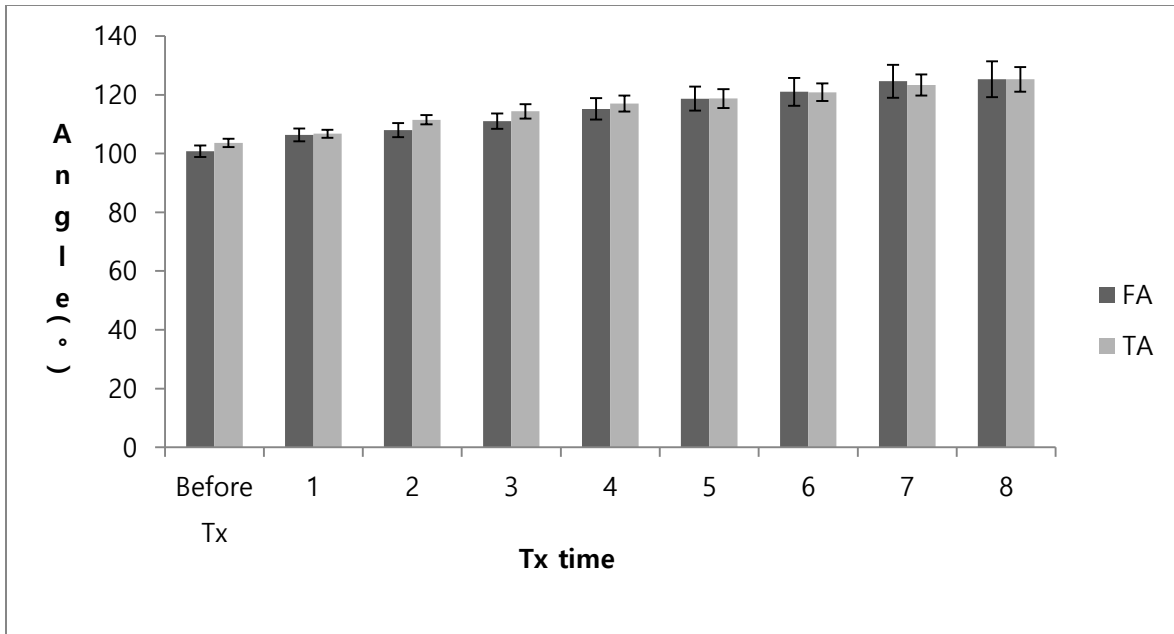


Fig 3. Comparison of ROM (flexion) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder.

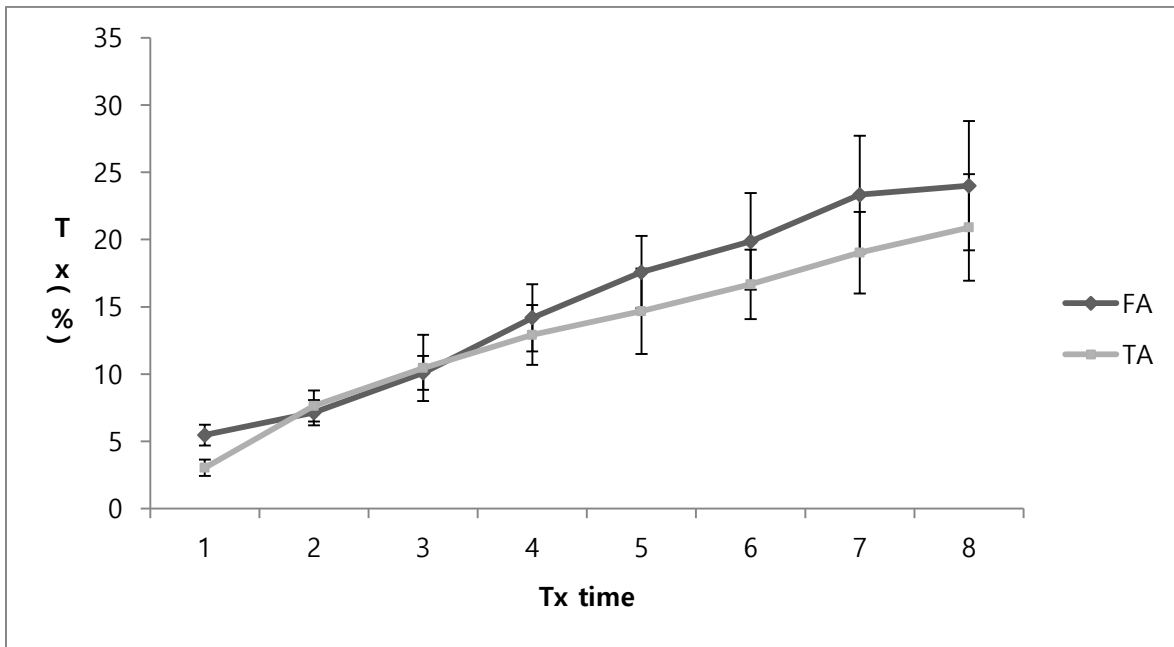


Fig 4. Comparison of ROM (flexion) efficiency (%) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder. There was significant increasing angle on flexion shoulder movement in both groups (FA and TA  $p < 0.05$ ), but there was no statistics difference between FA group and TA group (unpaired  $p$ -value  $> 0.05$ ).



## 2. 신전(Extension)

치료 전 오행침군(FA) ROM 평균값은  $37.20 \pm 0.77$ 에서 총 8회 치료 후  $39.50 \pm 1.44$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $6.00 \pm 2.27\%$  였다.

치료 전 체침군(TA) ROM 평균값은  $36.87 \pm 0.66$ 에서 총 8회 치료 후  $38.62 \pm 1.58$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $4.57 \pm 3.00\%$  였다.

각 군간의 치료 전 후를 Paired 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과가 없었다( $p > 0.05$ ).

또한 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

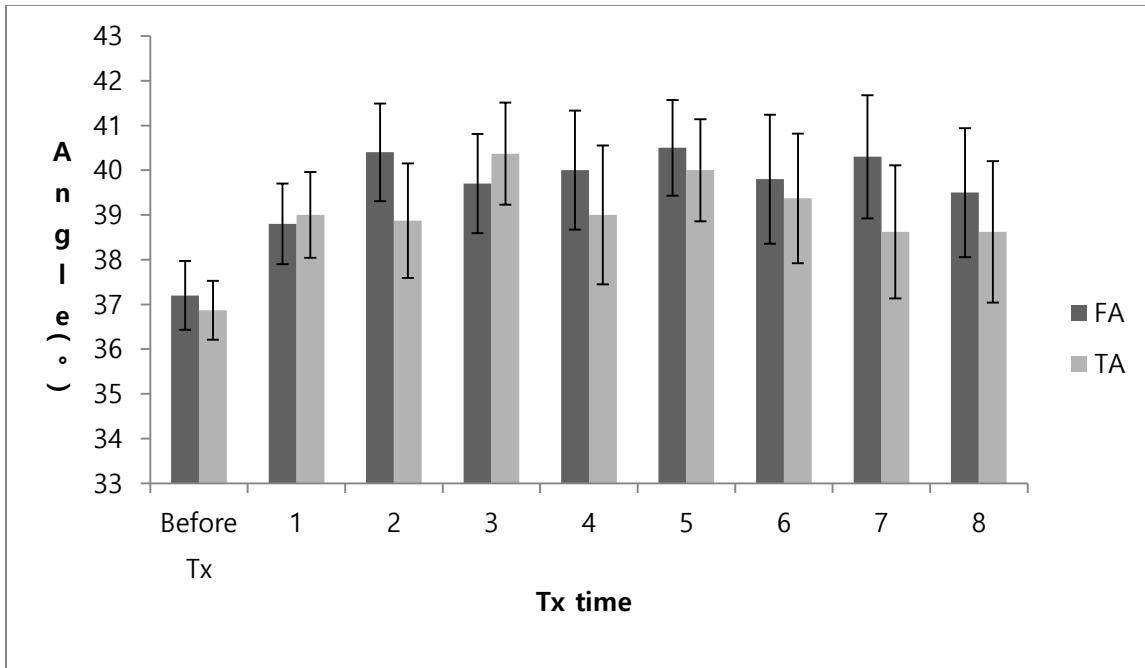


Fig 5. Comparison of ROM (extension) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder.

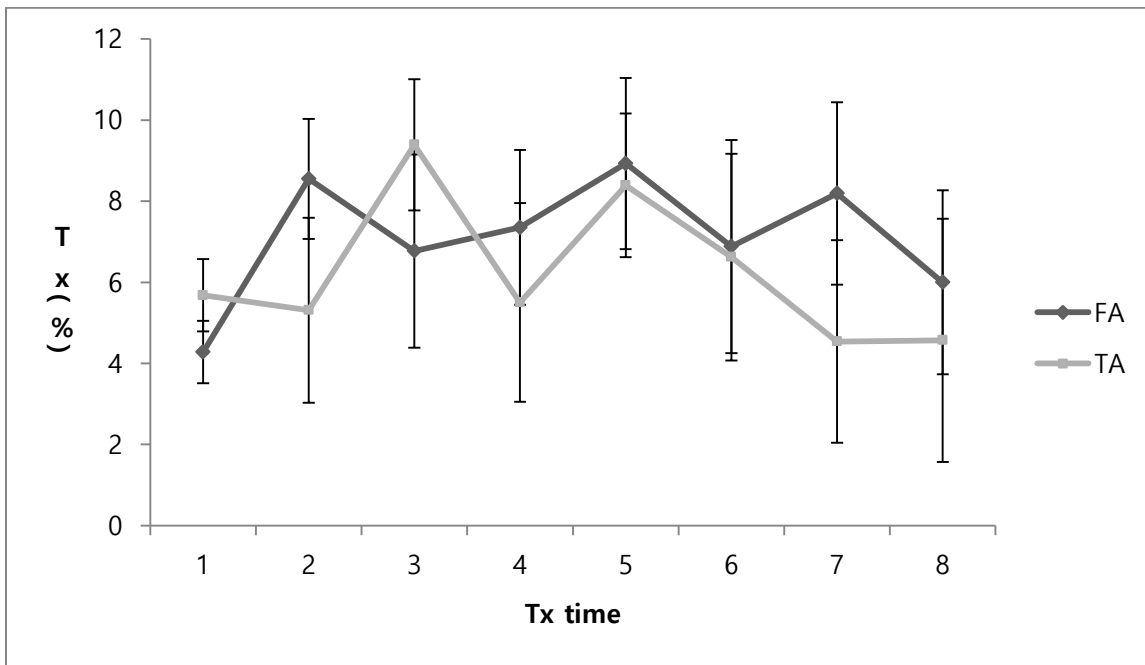


Fig 6. Comparison of ROM (extension) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder. There were no significant increasing angle on extension shoulder movement in both groups (FA and TA  $p > 0.05$ ), and there was no statistics difference between FA group and TA group (unpaired  $p$ -value  $> 0.05$ ).

### 3. 외전(Abduction)

치료 전 오행침군(FA) ROM 평균값은  $79.50 \pm 1.33$ 에서 총 8회 치료 후  $101.70 \pm 4.60$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $27.73 \pm 4.92\%$  였다.

치료 전 체침군(TA) ROM 평균값은  $79.37 \pm 0.70$ 에서 총 8회 치료 후  $94.87 \pm 5.82$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $19.71 \pm 7.79\%$  였다.

각 군간의 치료 전 후를 Paired 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과를 나타내었다( $p < 0.05$ ).

그러나 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

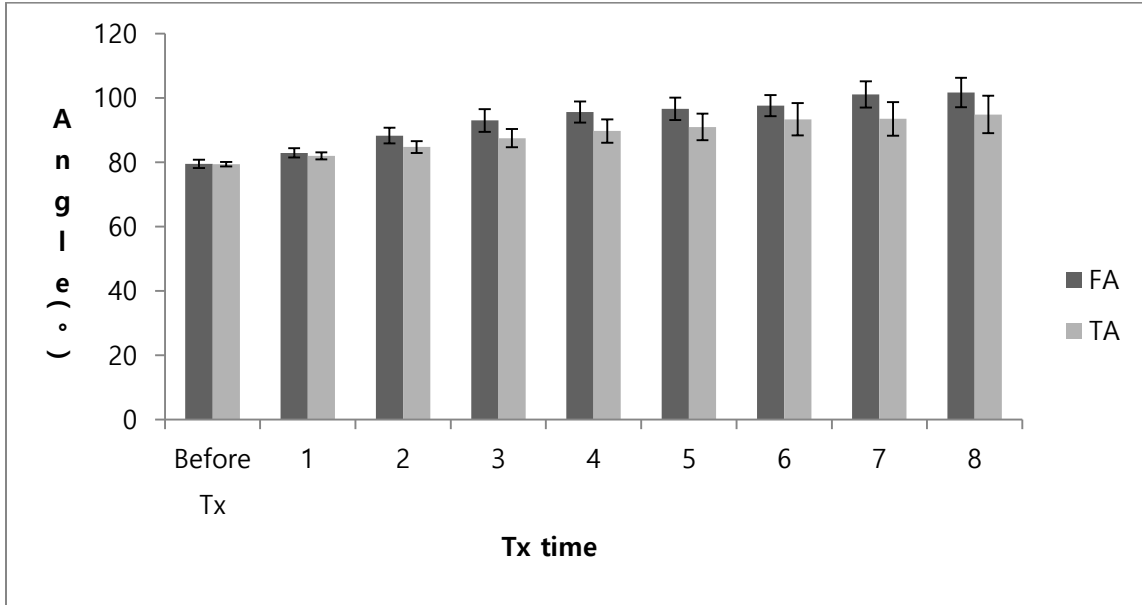


Fig 7. Comparison of ROM (abduction) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder.

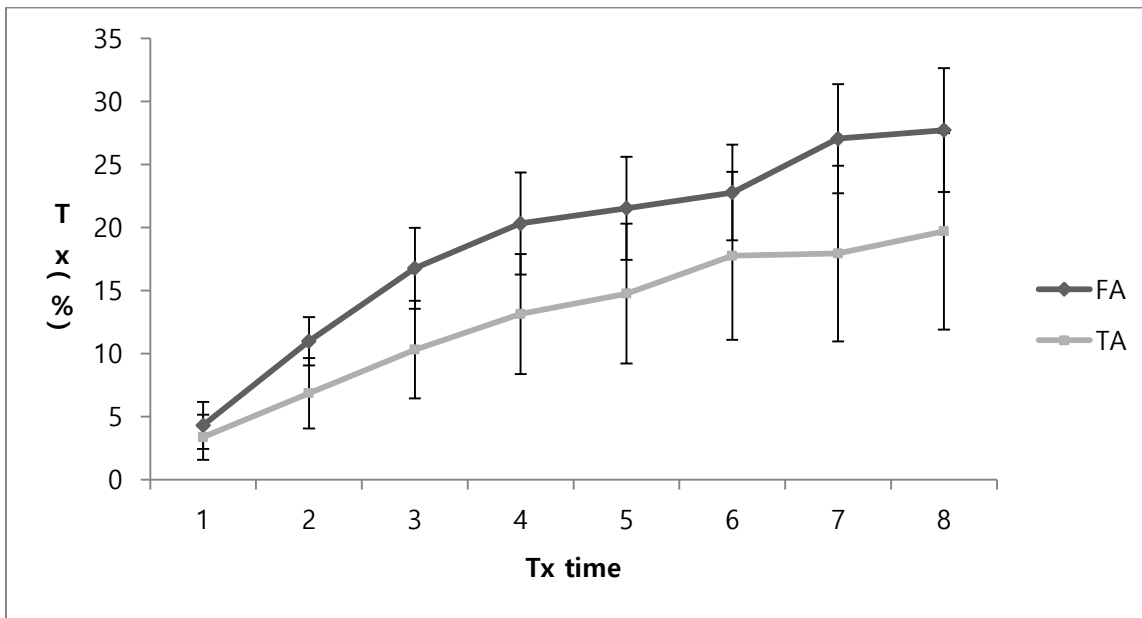


Fig 8. Comparison of ROM (abduction) efficiency (%) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder. There was significant increasing angle on abduction shoulder movement in both groups (FA and TA  $p < 0.05$ ), but there was no statistics difference between FA group and TA group (unpaired  $p$ -value  $> 0.05$ ).

#### 4. 내전(Adduction)

치료 전 오행침군(FA) ROM 평균값은  $27.20 \pm 0.96$ 에서 총 8회 치료 후  $28.10 \pm 1.00$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $3.53 \pm 2.35\%$  였다.

치료 전 체침군(TA) ROM 평균값은  $25.75 \pm 0.77$ 에서 총 8회 치료 후  $26.25 \pm 0.59$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $2.16 \pm 1.72\%$  였다.

각 군간의 치료 전 후를 Paired 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과가 없었다( $p > 0.05$ ).

또한 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

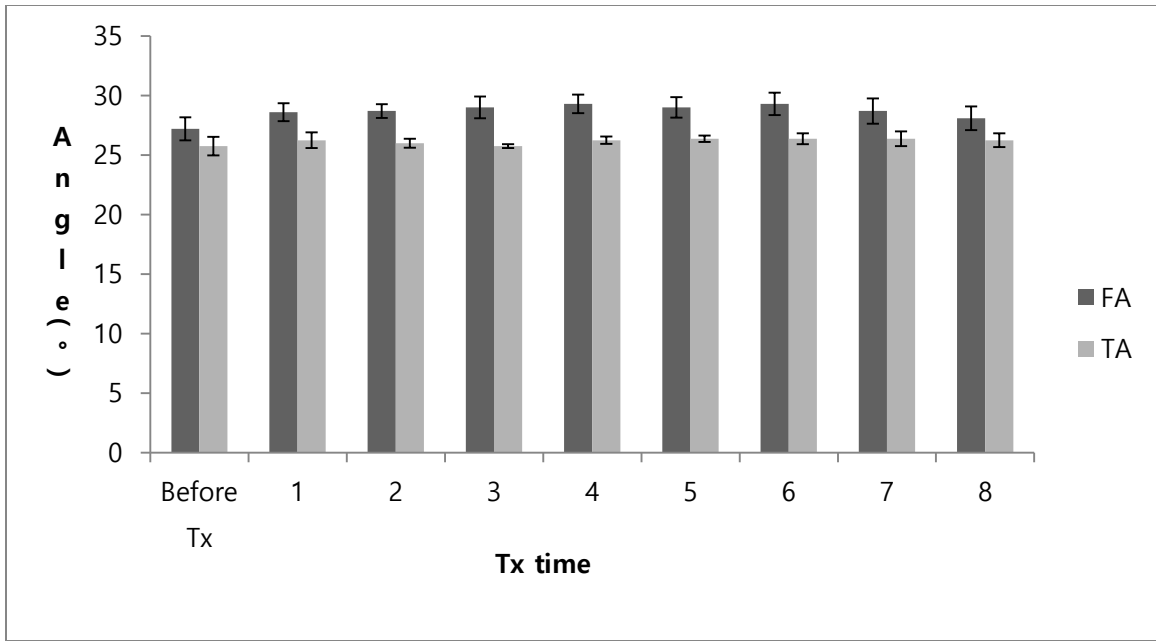


Fig 9. Comparison of ROM (adduction) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder.

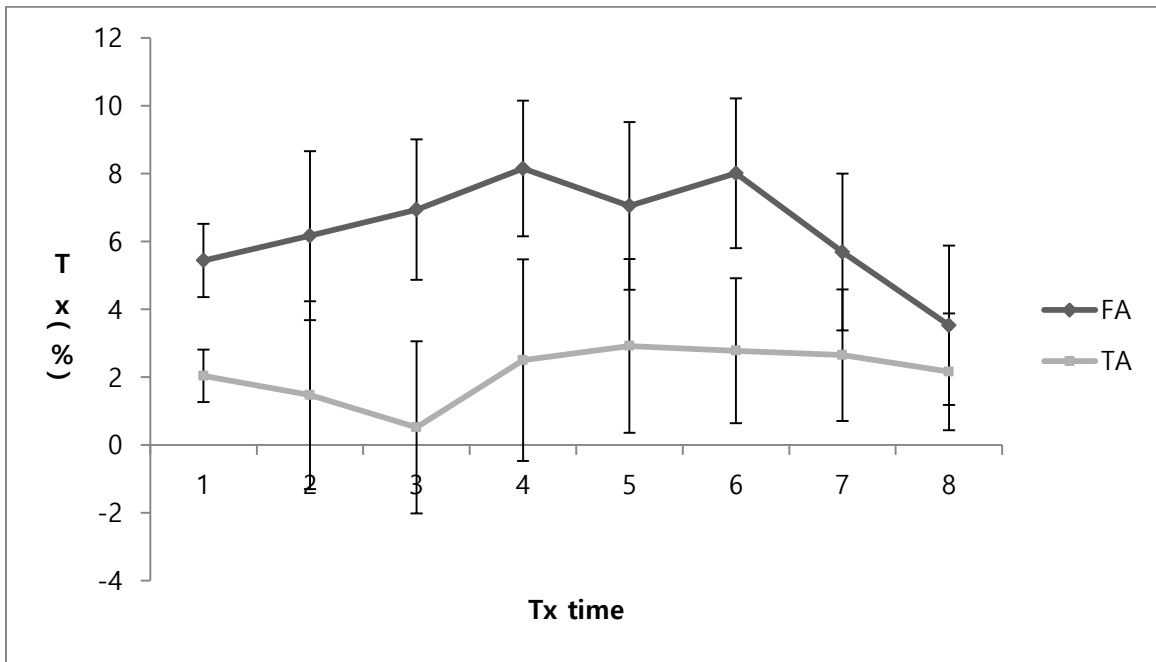


Fig 10. Comparison of ROM (adduction) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder. There was no significant increasing angle on adduction shoulder movement in both groups (FA and TA  $p > 0.05$ ), and there was no statistics difference between FA group and TA group (unpaired  $p$ -value  $> 0.05$ ).

## 5. 내회전(Internal rotation)

치료 전 오행침군(FA) ROM 평균값은  $50.90 \pm 1.50$ 에서 총 8회 치료 후  $51.50 \pm 1.51$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $1.22 \pm 0.87\%$  였다.

치료 전 체침군(TA) ROM 평균값은  $49.00 \pm 1.32$ 에서 총 8회 치료 후  $49.62 \pm 1.49$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $1.23 \pm 0.96\%$  였다.

각 군간의 치료 전 후를 Paired 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과가 없었다( $p > 0.05$ ).

또한 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

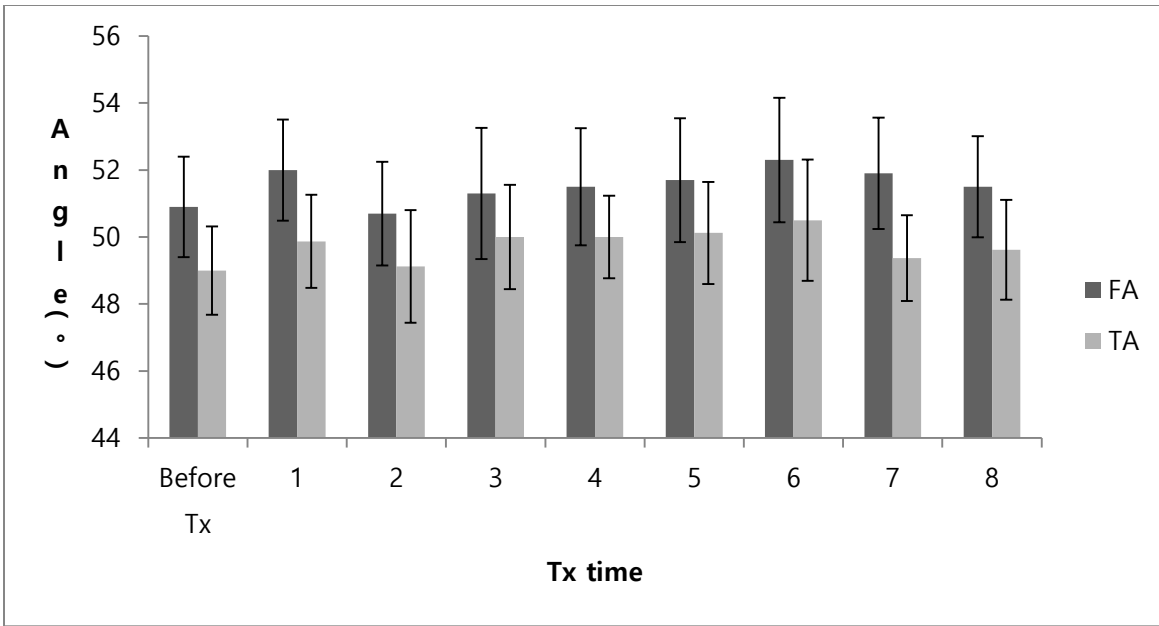


Fig 11. Comparison of ROM (internal rotation) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder.

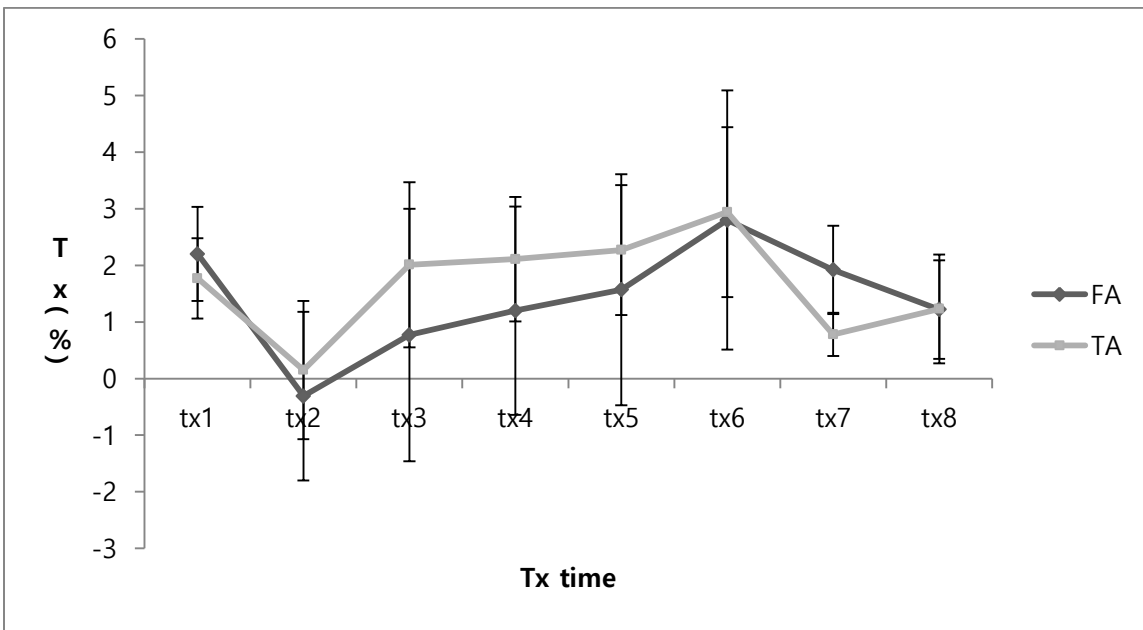


Fig 12. Comparison of ROM (internal rotation) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder. There was no significant increasing angle on internal rotation shoulder movement in both groups (FA and TA  $p > 0.05$ ), and there was no statistics difference between FA group and TA group (unpaired  $p$ -value  $> 0.05$ ).



## 6. 외회전(External rotation)

치료 전 오행침군(FA) ROM 평균값은  $79.50 \pm 1.33$ 에서 총 8회 치료 후  $101.70 \pm 4.60$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $27.73 \pm 4.92\%$  였다.

치료 전 체침군(TA) ROM 평균값은  $79.37 \pm 0.70$ 에서 총 8회 치료 후  $94.87 \pm 5.82$ 으로 변화 하였으며 개선율은  $19.71 \pm 7.79\%$  였다.

각 군간의 치료 전 후를 Paired 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과를 나타내었다( $p < 0.05$ ).

그러나 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

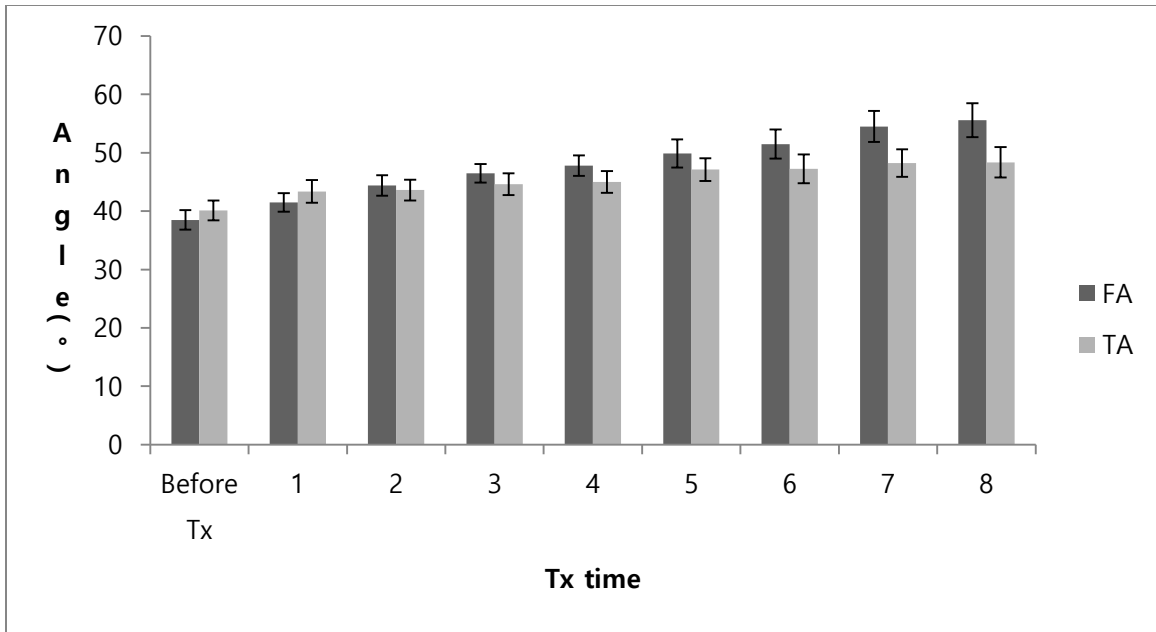


Fig 13. Comparison of ROM (external rotation) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder.

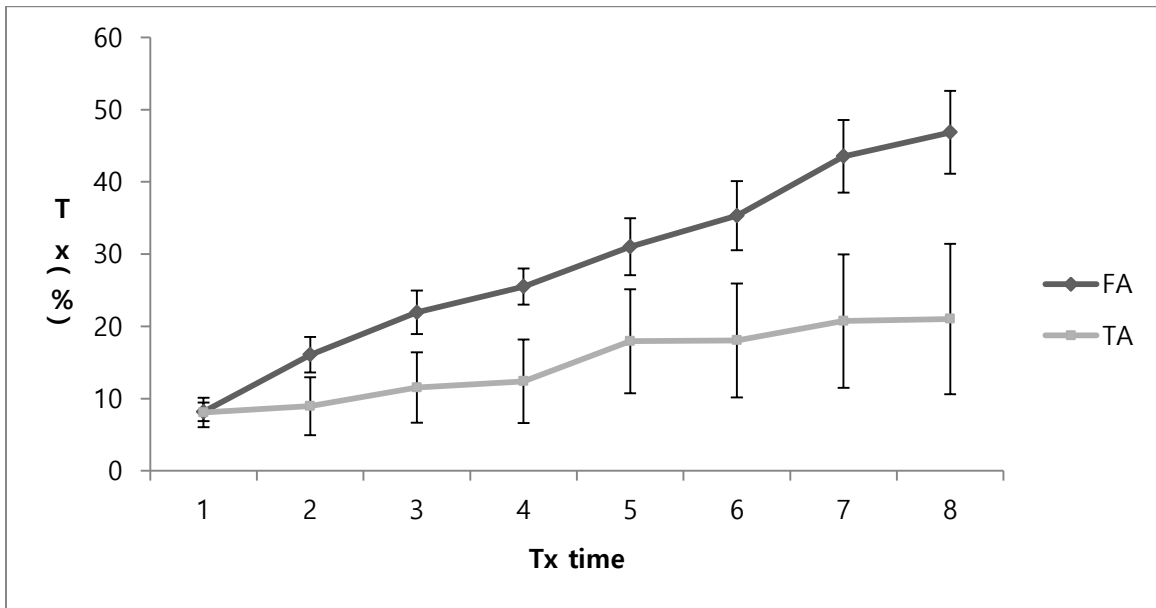


Fig 14. Comparison of ROM (external rotation) efficiency (%) between Five element acupuncture group (FA) and Traditional acupuncture group (TA) on shoulder. There was significant increasing angle on external rotation shoulder movement in both groups (FA and TA  $p < 0.05$ ), but there was no statistics difference between FA group and TA group (unpaired  $p$ -value  $> 0.05$ ).

## IV. DISCUSSION

견비통을 주소로 내원한 환자 중 자발적 참여의사를 밝힌 이들을 대상으로 무작위로 오행침군(Five element acupuncture group) 15명과 일반 체침군(Traditional acupuncture group) 15명으로 나누어 30명의 환자를 치료 관찰하였다. 치료 효과를 알기 위해 매 치료시 치료 전과 후에 환자에게 VAS표를 직접 체크하게 하였으며 ROM 장애가 있는 환자를 대상으로 굴곡(flexion), 신전(extension), 외전(abduction), 내전(adduction), 외회전(external rotation), 내회전(internal rotation)을 측정하여 결과를 산출하였다. 본 연구에서의 결과는 다음과 같다.

### (1) VAS 결과

VAS를 통해 1차 치료부터 8차 치료 종료까지 효과를 비교해 보면 두 군 모두 효율적인 치료 효과를 보였다( $p=0.0000$ ). 오행침군(FA)은 1차 치료 전 평균 VAS가  $8.80\pm 0.14$ 에서 8차 치료 후  $2.44\pm 0.26$ 으로 호전 되어 평균  $71.92\pm 3.37\%$  치료율을 보였으며, 체침군(TA)은 1차 치료 전 평균 VAS가  $8.87\pm 0.17$ 에서 8차 치료 후  $4.33\pm 0.23$ 으로 호전 되어  $50.81\pm 2.96\%$  치료율을 보여 두 군간의 유의한 차이를 보였다. 각 군의 치료율을 기반으로 unpaired t-test 를 시행 한 결과 두 군간의 치료율이 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<0.05$ ).

### (2) ROM 결과

ROM 변화에 따른 호전율을 살펴 보면

굴곡(flexion)에서 오행침군(FA)의 개선율은  $24.00 \pm 4.81\%$ , 체침군(TA)의 개선율은  $20.90 \pm 3.97\%$ 였다. 각 군간의 치료 전 후를 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과를 나타내었다( $p < 0.05$ ). 그러나 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

신전(Extension)에서 오행침군(FA)의 개선율은  $6.00 \pm 2.27\%$ , 체침군(TA)의 개선율은  $4.57 \pm 3.00\%$ 였다. 각 군간의 치료 전 후를 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과가 없었다( $p > 0.05$ ).

또한 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

외전(Abduction)에서 오행침군(FA)의 개선율은  $27.73 \pm 4.92\%$ , 체침군(TA)의 개선율은  $19.71 \pm 7.79\%$ 였다. 각 군간의 치료 전 후를 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과를 나타내었다( $p < 0.05$ ).

그러나 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

내전(Adduction)에서 오행침군(FA)의 개선율은  $3.53 \pm 2.35\%$ , 체침군(TA)의 개선율은  $2.16 \pm 1.72\%$ 였다. 각 군간의 치료 전 후를 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과가 없었다( $p > 0.05$ ).

또한 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

내회전(Internal rotation)에서 오행침군(FA)의 개선율은  $1.22 \pm 0.87\%$ , 체침군(TA)의 개선율은  $1.23 \pm 0.96\%$ 였다. 각 군간의 치료 전 후를 통계 측정한 결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과가 없었다( $p > 0.05$ ).

또한 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과 유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

외회전(External rotation)에서 오행침군(FA)의 개선율은  $27.73 \pm 4.92\%$ ,  
체침군(TA)의 개선율은  $19.71 \pm 7.79\%$  였다. 각 군간의 치료 전 후를 통계 측정한  
결과 총 8회 치료 후 ROM 개선율은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과를  
나타내었다( $p < 0.05$ ). 그러나 두 군간의 개선율 차이를 Unpaired 통계 측정 결과  
유의성이 없었다( $p > 0.05$ ).

굴곡(flexion)과 외전(abduction), 외회전(external rotation)에서 두 군의 ROM 개선은  
각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과를 나타내었으나 두 군간의 통계적으로  
유의한 차이는 없었다.

신전(Extension), 내전(Adduction), 내회전(Internal rotation)에서 두 군의 ROM 개선은  
효과를 입증하지 못하였다. 각 군 모두 통계학적으로 유의 하지 않았으며 두 군간의  
비교 또한 통계적으로 유의하지 않았다.

오행침군 (FA)의 평균 연령은 47.7세, 체침군 (TA)의 평균 연령은 42.3세로 평균  
연령의 차이가 5.4세 오행침군이 많았으며, 남성의 비율이 60%를 차지 했다.

통증 완화 측정 방법에는 VAS 외에 여러 설문 조사가 있었으나 연구 결과가  
주관적으로 편향되는 것을 막기 위해 배제 하였으며 4주간 한주에 2회 씩 총 8번의  
치료를 하면서 부작용은 나타나지 않았다.

통증을 호소하는 기간이 3개월 미만으로 정했기 때문에 통증만 호소하며 ROM  
장애가 없는 대상자의 수가 12명이였고, ROM 장애가 있는 대상자들도

오행침군(FA)에 10명, 체침군(TA)에 8명이였다. 표본 수 부족으로 각 ROM에 대해

t-test를 시행 하는데 유의성의 상관 관계를 찾기 어려웠다.

오행침은 오수혈을 이용하였지만 각 경락의 대표혈과 자경의 혈을 조합하여 효율적인 치료를 이끌어 내는 치료법으로 볼 수 있다. 여기서 오행의 의미는 음양오행학설의 이론적 의미가 아니라 기능적 의미를 가지고 있다.

### 오행혈 설명

임읍 - 담의 대표 목혈로 육부의 경락과 경근을 소통시키며 육부의 하강운동을 추동한다. 근관 절의 수축과 이완을 시킨다. 대장, 삼초, 소장의 목혈인 삼간, 중저, 후계와 조합하여 타경의 근관절 수축과 이완을 돕는다.

삼간 - 대장경의 유목혈로 오수혈 의미로는 체중절통으로 대장이 주관하는 계통의 무겁고 마디마디가 아픈 것을 치료한다는 것이다. 오행혈의 의미로 대장의 경락과 경근을 소통 시키는 역할을 한다. [삼간, 임읍] 조합은 대장운동이 무력하거나 경락과 경근이 울체되 있을 때 이를 소통해준다.

중저 - 오수혈 의미로는 체중절통을 치료 오행혈 의미로는 목혈로서 삼초의 운동을 추동하며, 삼초의 경락과 경근을 소통시키는 역할을 한다. [중저, 임읍]을 활용하여 삼초의 운동을 추동하여 수도를 지나가는 물의 흐름이 막힘없이 원활하도록하여, 삼초의 경락과 경근을 소통 시켜서 ROM의 감소와 통증을 호소하는 삼초의 근골격계 질환을 치료한다.

후계 - 소장경의 유목혈로 오수혈 의미로 소장의 체중절통을 치료하며, 오행혈

의미로 소장경의 경락과 경근을 소통시키는 역할을 한다. 독맥의 통혈로 균화를 조절하여 어혈과 혈허를 치료한다. [후계, 임읍]은 소장의 경락 경근을 소통시키고 균화를 조절 한증과 열증을 치료한다.

양곡, 지구 - 양곡은 소장의 대표 화혈이고, 지구는 삼초의 대표 화혈이다. 양곡과 지구는 육부의 열을 해소하여 염증과 통증을 치료한다. 이들의 효능은 육부의 경화혈과의 조합으로 두드러지는데, 본 장부인 소장과 삼초의 열을 조절하는 데에는 효과적이지 못하다. 소장의 열을 치료할 때는 양곡을 사하는 것이 아니라 [전곡, 통곡]을 사용하며 삼초의 열을 치료는 [액문, 통곡]을 사용한다.

양계 - 대장경의 경화혈이다. 오수혈 의미로는 천해한열을 주치한다. 오행혈의 의미로는 화혈로서 대장의 한열을 조절하는 역할을 한다. [양계, 양곡.지구]는 대장에 생긴 열의 울체를 풀어서 통증과 염증을 다스리며 국소부위에 생긴 한증을 따뜻하게 해준다.

통곡 - 방광의 대표 수혈로 육부에 혈성은 육부에 진액을 보충하며 열을 내려주는 자음강화의 효능을 지닌다.

전곡 - 소장경의 형수혈이다. 오수혈 의미로 소장의 신병발열을 치료하며 오행혈 의미로 소장의 열기를 조절하는 역할을 한다. 소장은 화를 대표하는 장기로 소장의 화혈인 양곡이 다른 육부의 열을 조절하는 대표혈로 특화되어 소장의 열을 조절하기 위해서 수혈인 전곡을 주혈로 활용한다. [전곡,통곡]은 소장의 열을 치료한다.

액문 - 오수혈 의미로는 신병발열을 치료 오행혈 의미로는 수혈로서 자음강화의

효능을 지닌다. [액문, 통곡]은 삼초의 열을 해소하여 염증과 통증을 치료하는 역할을 한다.<sup>25)</sup>

견비통의 경우 근육을 이완시키며 신경을 자극하는데 전통적인 취혈 방법인 체침을 사용하는 경우가 많으며 그 효율성 또한 여러 연구를 통해 알려져 있다.<sup>31)</sup>

오십견으로 인해 ROM 장애가 있는 다른 연구 조사에서는 체침치료가 본 실험보다 높은 치료율을 나타내는 경우가 많았으나 본 실험에서는 표본 수 부족으로 인해서 인지 그보다 낮은 치료율을 나타내었다.

오십견은 동결견으로도 불리우며 50대에 증상이 많이 나타난다고 하여 붙여진 병명으로 움직임과 통증을 수반하며 그 의미가 견비통의 의미에 포함되고 있다.

이번 연구를 통해 견비통에 있어서 체침과의 비교를 통해 통증완화에 있어서 오행침의 우수성을 살펴보았으며 앞으로 다른 근골격 질환이나 내상 질환에서 오행침의 효율성을 연구 과제를 삼을 수 있게 되었다. 견비통의 경우 삼양경(대장, 소장, 삼초)을 세분화 하여 조금 더 효율적인 치료법을 찾는 것과 만성 견비통에 대한 오행침과 다른 침법과의 효율성 비교도 좋은 연구 과제가 될 수 있다고 사료된다.



## V. CONCLUSION

2014년 12월 20일부터 2015년 5월 8일까지 무작위로 선별된 견비통 환자중  
오행침군 15명과 일반 체침군 15명에 대한  
VAS와 ROM 변화를 관찰한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. VAS를 사용한 통증 측정 실험에서 두 군 모두 효율적인 통증 감소 효과를  
보였으며 통계적으로 유의한 치료효과를 나타내었다. 오행침군이 치료효과가  
체침군보다 컸으며 통계적으로 유의하였다.

2. 치료 전후의 ROM 변화는 굴곡(flexion)과 외전(abduction), 외회전(external  
rotation)에서 두 군의 ROM 개선은 각 군 모두 통계학적으로 유의한 효과를  
나타내었으나 두 군간의 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

신전(Extension), 내전(Adduction), 내회전(Internal rotation)에서 두 군의 ROM 개선은  
효과를 입증하지 못하였다. 각 군 모두 통계학적으로 유의하지 않았으며 두 군간의  
비교 또한 통계적으로 유의하지 않았다.

## VI. REFERENCES

1. Robert K Snider. (2003). *Essentials of musculoskeletal. Carep*
2. MI Jayson. (1981). *Frozen shoulder adhesive capsulitis. BMJ.*
3. Cofield RH. (1985). *Current concepts review: Rotator cuff disease of shoulder. J Bone Joint surg. 67A, 974-9*
4. Beag EE. (1995) *The shoulder a structure of subtlety. Journal of South Orthopedic Assoc. 4 : 167-8.*
5. Trojian T, Stevenson J. H. & Agraval N. (2005) *What can we expect from nonoperative treatment options for shoulder pain, Fam Pract. 54(3):216*
6. Brotzman, S. B. & Wilk, K. E. (2005). *Clinical Orthopaedic Rehabilitation. Seoul : Hanmi medical.*
7. Kim, K. S. (1984). Clinical Study on Effect of Herbal acupuncture therapy on shoulder pain. *The Journal of Korean Oriental Med. 5(1), 28-61.*
8. Heo, J. (2005) *Donguibogam. Gyeongnam : Donguibogam Chulpansa.*
9. Kim, G. S. (2008) *Cimguchiryoyogam. Seoul : Esdamg..*
10. Department of Acupuncture & Moxibustion College of Oriental Medicine. (2007). *The theory of acupuncture and moxibustion. Seoul : Jipmoondang.*
11. An editorial office of Sintaejangsa. (1991). *The great medical encyclopaedia. Seoul : Taeyangsa.*
12. Kim, J. S. & Lee, Y. K. (2007). One Case of Ankle Fracture Treated with Sa-am Acupuncture and GamigungguitangGaNokyong after Short Leg Casting. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 24(6) : 207-13.*
13. Lee, K. H., Mun, K. S. & Kim, T. W. (2004). A Clinical Study on the Effects of

- EoHyeol Bang for Patients with Lumbago Due to Traffic Accident. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society*. 21(6) : 151-8.
14. Kwon, S. A., Lee, J. W. & Kim, M. J. (2011). A Study of Blood Stasis Pattern for Frozen Shoulder Using Blood Stasis Pattern Questionnaires(BSPQ) and the Relationship of Pain, Shoulder Range of Motion and BSPQ Score. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society*. 28(4) : 49-55.
15. Pribicevic, Mario. (2012) *The Epidemiology of Shoulder Pain: A Narrative Review of the Literature*. Pain in Perspective.,148-188.
16. Sommerich, C. M., McGlothlin, J. D. & Maras, W. S. (1993) *Occupational risk factors associated with soft tissue disorders of the shoulder: a review of recent investigations in the literature*. Ergonomics. 36(6), 697-717.
17. Croft, P., Pope, D. & Silman, A. (1996). *The clinical course of shoulder pain: prospective cohort study in primary care*. Primary Care Rheumatology Society Shoulder Study Group. 313, 601-602.
18. Jensen, C., Borg, V., Finsen, L., Hansen, K., Juul-Kristensen, B. & Christensen, H. (1998). *Job demands, muscle activity and musculoskeletal symptoms in relation to work with the computer mouse*. Scand J Work Environ Health. 24, 418-424.
19. Bergenudd, H., Lindgarde, F., Nilsson, B. & Petersson, C. J. (1987). *Shoulder pain in middle age a study of prevalence and relation to occupational work load and psychosocial factors*. Clinical Orthopaedics and Related Research. 231, 234-237.
20. Leclerc, A., Chastang, J. F., Niedhammer, I., Landre, M. F. & Roquelaure, A. (2004) *Incidence of shoulder pain in repetitive work*. Occup Environ Med. 61(1), 39-44.
21. 국민건강보험공단. (2009) *통계연보*. <http://www.nhic.or.kr>

22. 김달호 & 김중환. (1996). 사암 침법의 저작시기 및 형성 배경에 관한 연구. *대한 원전 의사학회지*. 제 2권 :337-380.
23. 김재홍 & 조명래. (2003) 오행침을 응용한 육기침에 관한 연구 ; 동신대학교 침구학교실. *대한침구학회지*. 제 20권 제1호.
24. 주석원 (2007) *8 체질 의학의 원리*. 서울 : 통나무출판사.
25. 이치웅 (2012) *총통침법*. 서울 : 총통출판 선.
26. 이현, 홍권의, 김영일, 임윤경, 안택원, 강위찬 & 최선미. (2006). Frozen shoulder에 대한 임상연구. *대한침구학회지*. 제 20권 제1호.
27. 대한 정형 학회. (1993). *대한 정형외과 학회*, 제4판. 서울 : 최신의학사.
28. 이현 & 황우준. (1999). 요각통 환자 28례의 체침요법과 사암침법에 대한 비교. *대한침구학회지*. 제 16권 제1호.
29. 장병선, 김경선, 김종욱, 양명복, 김일두, 문형철, 조은희, 황우준 & 도금록. (2002). EAV(MERIDIAN)을 이용한 요추간판탈출증 환자의 한방치료효과에 대한 임상소견. *대한침구학회지*. 제 19권 제6호.
30. 김재홍, 박은주, 박춘하, 조명래, 유충렬 & 채우석. (2002). 요통 및 요각통 환자의 체침과 오행침의 위정격사용에 의한 증상호전 비교. *대한침구학회지*. 제19권 제1호
31. 杨晓全. (2012). “肩三针”配合“条口透承山”治疗肩周炎急性发作疗效观察

中国中医急症 JETCM. Vol. 21, No. 9. 1498-1499.

32. 苏丹. (2012). 运用《灵枢》关刺法配合电针治疗肩周炎29例. *内蒙古中医药* (24). 21-22.

33. 林飞等. (2013). 上下配穴治疗肩周炎30例临床疗效观察. *中医临床研究* 第5卷第5期.49-50.

34. 丛文杰等. (2008). 不同针灸疗法治疗肩周炎临床进展. *光明中医* Vol 23.12. 2070-2072.

35. 李杰. (2014). 五步推拿手法治疗肩关节周围炎50例. *现代中医药*. Vol.34 No.2. 51-53.

36. 刘莉. (2013). 交叉取穴法治疗肩周炎临床疗效观察. *中医临床研究* 第5卷第1期. 36-37.

37. 谭跃飞. (2013). 关刺加温针灸对改善肩周炎的疗效分析. *Contemporary Medicine*, Vol.19 No.3 Issue No.302. 154-155.

38. 陈雄杰. & 刘洋. (2013). 从解剖角度浅谈单刺养老穴的临床运用. *针灸临床杂志* 年第29 卷第1 期. 38-39.

39. 李承球. (2004). 肩周炎的分类诊断和治疗. *颈腰痛杂志* 第25卷 第3期. 144-145.

40. 周伟杨松. (2013). 圆利针治疗肩周炎的疗效观察. *中医中药指南*. 第 11卷 29期. 186-187.

41. 齐 山等. (2009). 多针环刺法治疗肩周炎56例. *中国中医基础医学杂志*. 15 卷第9 期. 494-495.

42. 尚录增等. (2012). 大活络丸配合痛点注射治疗肩周炎 1 0 0 例. *陕西中医*

第33卷第8期. 1014-1015.

43. 王珊玺等. (2012). 新腕踝针与传统腕踝针对痛症疗效的比较观察. *中医临床研究*.

年第4卷第24期. 37-38.

44. 李湘. (2013). 针刺条口穴配合运动针治疗肩周炎74例疗效观察. *湖南中医杂志*. 第

29卷第7期. 85-86.

45. 李新伟. (2012). 浮针疗法配合功能锻炼治疗肩周炎60例观察.

*浙江中医杂志*. 第47卷第1期. 40-41.

46. 卓廉佳. (2013). 温针灸结合当归四逆汤加减治疗肩周炎36例临床观察. *中医药导报*

第19卷第2期. 78-79.

47. 王平等. (2010). 温针灸治疗风寒型肩周炎60例. *针灸临床杂志*. 第26卷第01期, 33-34.

48. 郭红波. (2012). 潘洁玲. 热敏灸治疗肩周炎临床疗效观察. *新中医*. 第44卷第5期

112-113.

49. 丁青. (2013). 热补针法配合痛点灸法治疗寒湿性肩周炎疗效观察. *中国疗养医学*.

第22卷第5期, 433-434.

50. 朱建红 & 朱小娟. (2012). 电针结合独活寄生汤加减治疗肩周炎40例临床观察.

*中医药信息*. 第29卷第2期, 93-94.

51. 陈建军. (2009). 电针加刺络拔罐治疗肩周炎疗效观察. *针灸临床杂志* 第25卷第01期.

27-28.

52. 吴光富. (2013). 电针加阿是穴拔罐治疗肩周炎 1 0 0 例. *云南中医中药杂志*.  
第 3 4 卷第 1 期, 42-43.
53. 闫立等. (2010) 综合疗法治疗肩周炎临床观察. *现代中西医结合杂志*. 19(28), 3596-  
3597.
54. 王艳杰. (2009). 针刺肩颈部肌肉起止点治疗肩周炎的临床疗效观察. *时珍国医国药*.  
第20卷第3期, 717-718.
55. 陈克军. (2012). 针刺肩三针穴及夹脊穴治疗肩周炎9 4 例. *西部中医药*. Vol.25 No.5  
92-93.
56. 马升觅. (2013). 腕踝针治疗肩周炎研究进展. *山西中医*. 第29 卷第3 期, 52-52.
57. 张彩荣. (2010). 腹针治疗肩周炎24 例. *中国中医急症* 第19 卷第11 期JETCM, 1993-  
1994.
58. 郭平 & 曾建军. (2012). 舒肩止痛汤治疗肩周炎84 例. *实用中医药杂志* 第28 卷5 期  
372-373.
59. 杨周平等. (2013). 葛根汤加味配合电针疗法治疗肩周炎60 例. *实用中医内科杂志*.  
第27 卷 第1 期, 55-56.
60. 刘权. (2014). 针刺董氏奇穴联合刺络拔罐治疗肩周炎的疗效. *实用临床医学*. 第15

卷第8 期, 65-66.

61. 董立平. (2013). 蜂针治疗肩周炎49 例. *内蒙古中医药*. 43-44.

62. 李凤珠. (2013). 蠲痹汤配合针刺理疗治疗肩周炎52 例. 12期. 14-15.

63. 陈滢如(中国中医科学院针灸研究所)等. (2012).

近5年国内针灸治疗肩周炎临床疗效评价指标应用概况分析. *针灸临床杂志*. 第28

卷第4 期, 73-74.

64. 胡惠民 & 谢勇琼. (2013) 肩关节周围炎误诊分析. *中国实用医药*. 第8卷第32期, 188-189.

65. 佟 欣 & 孙忠人. (2008). 肩关节周围炎的治疗进展概况. *针灸临床杂志*. 第24卷第8期. 61-62.

66. 梁兴森等. (2010). 针灸治疗肩周炎选穴的现状. *针灸临床杂志*. 第26卷第04期, 73-74.

67. 栾继萍. (2005). 针刺“郄穴”治疗肩周炎疗效观察. *针灸临床杂志*. 第21卷第11 期. 35-36.

68. 权可等. (2014). 针刺治疗肩周炎近况. *现代中医药*. Vol. 34 No. 3, 83-86.

69. 康明明等. (2013). 针刺阳陵泉结合刺络拔罐治疗肩周炎的临床观察. *WORLD CHINESE MEDICINE* Vol.8, No.4, 442-443.

70. 朱晓红 & 陈立钢. (2012). 阿是穴恢刺法埋线治疗肩周炎临床护理45 例. *Chinese journal of ethnomedicine and ethnopharmacy*. 0148 - 02.



71. 张浩. (2013). 黄氏肩康汤联合针刺、按摩治疗肩周炎随机平行对照研究.

*实用中医内科杂志*. 第27 卷 第6期上. 29-30.

72. 序 枉. (2009). 针刺结合手调疏密波治疗肩脚痛疗效观察. *中国针灸*. 增刊, 25-26.

73. 临床痛症诊疗学. 河南省中医院 肖国士 等. *人民卫生出版社*. ISBN 7-117-05085-3/R.

5086

74. 中医内科学. 高等医药院校教材 张伯臬 等 主编. *上海科学技术出版社* ISBN 978-7-

5323-0226-0/R. 66K

75.唐宏亮等.(2015)“肩三针”治疗肩周炎临床研究的系统评价.*辽宁中医杂志*

第 4 2 卷第 5 期 933-935

## **Informed Consent Form**

You are invited to participate in a research study about Additional Effect of 5 element Acupuncture Treatment to Traditional Acupuncture Treatment on shoulder Pain.

The goal of this research study is to compare the additional of 5 element's Acupuncture treatment to traditional acupuncture on shoulder Pain.

The study design is that the patients with shoulder pain in control group will receive Common Acupuncture treatment on acupoints and the patients in experimental group will receive 5 element's Acupuncture treatment on the acupoints, respectively.

The treatment will last for two times per week intervals.

This study is being conducted by Samuel Chung L.Ac.

Your participation in this research is entirely voluntary. It is your choice whether to participate or not. Whether you choose to participate or not, all the services you receive at this clinic will continue and nothing will change. If you choose not to participate in this research project, you will be offered the treatment that is routinely offered in this clinic. You may change your mind later and stop participating even if you agreed earlier.

Participating in this study may not benefit you directly, but it will help to enrich the knowledge on Acupuncture.

By participating in this research it is possible that you will be at greater risk than you would otherwise be. There is, for example, a risk that your condition will not get better and that the new medicine or treatment doesn't work even as well as the old one. If, however, the medicine or treatment is not working, we will give the medication or treatment routinely offered to make you more comfortable. While the possibility of this happening is very low, you should still be aware of the possibility.

The information you will share with us if you participate in this study will be kept completely confidential to the full extent of the law. The information that we collect from this research project will be kept confidential. Information about you that will be collected during the research will be put away and no-one but the researchers will be able to see it. Any information about you will have a number on it instead of your name. Only the researchers will know what your number is and we will lock that information up with a lock and key. It will not be shared with or given to anyone except Samuel Chung L.Ac.

If you have any questions about this study, please contact Samuel Chung L.Ac., at 714-887-4942(cell phone) and shindori79@hotmail.com

### **Certificate of Consent**

I have read the foregoing information, or it has been read to me. I have had the opportunity to ask questions about it and any questions that I have asked have been answered to my satisfaction. 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: Day/Month/Year

---

Date: Day/Month/Year

**Statement by the researcher/person taking consent**

I have accurately explained the information sheet to the potential participant. I confirm that the participant was given an opportunity to ask questions about the study, and all the questions asked by the participant 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.

---

Print Name of Researcher (Print)

---

Signature of Researcher

---

Date: Day/Month/Year

## **Formulario de Consentimiento**

Tu estas invitado a participar en un studio acerca de efecto de la acupuntura 5 element, en pacientes con dolor de hombro.

Nuestra meta es estudiar e investigar esta clase de acupuntura(5 element's) en pacientes con dolor de hombro.

El estudio es solamente para pacientes con dolor de hombro. Será un grupo experimental que recibirá esta clase de acupuntura (5 element). El tratamiento será continuo por 3 veces (con intervalo de días).

El estudio será conducido por Samuel Chung L.Ac. (Licenciado en Acupuntura).

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Es su decisión si desea participar o no. Si usted decide participar o no, todos los servicios que recibe en esta clínica continuará y nada cambiará. Si usted decide no participar en este proyecto de investigación, se le ofrece el tratamiento de manera rutinaria en la clínica para el dolor de hombro baja, y yo le diré más sobre esto más adelante. Usted puede cambiar de opinión y dejar de participar aunque haya aceptado anteriormente.

La participación en este estudio puede que no le beneficie a usted directamente, pero ayudará a mejorar el conocimiento en el tratamiento de la acupuntura.

Al participar en este estudio, es posible que usted tenga un riesgo mayor de lo que podría ser. Por ejemplo, riesgo de que su dolor de hombro baja no va a mejorar y que la nueva técnica no funciona aún, así como la actual. Sin embargo, si la nueva técnica no funciona le ofreceremos un tratamiento de rutina para que este más cómodo. La posibilidad de que esto ocurra es muy baja, usted debe ser consciente de la posibilidad. Intentaremos disminuir las posibilidades de que esto ocurra.

La información que obtenemos de este proyecto se mantendrá confidencial. La información que sobre usted se recoga durante el estudio serán guardados y nadie, solo el conductor del proyecto será capaz de verlo. Cualquier información sobre usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo el conductor del proyecto sabrá cuál es su número y se bloqueará esa información con una llave. No va a ser compartida con nadie, excepto con Samuel Chung L.Ac.

Si tiene cualquier pregunta usted me puede preguntar ahora o más tarde, incluso después de que el estudio se ha iniciado. Si desea hacer preguntas más tarde, usted puede comunicarse con cualquiera de los siguientes : Samuel Chung 714-887-4942,

Shindori79@hotmail.com

## **Formulario de Consentimiento**

I have read the foregoing information, or it has been read to me. I have had the opportunity to ask questions about it and any questions that I have asked have been answered to my satisfaction. I consent voluntarily to participate as a participant in this research.

Yo, He leído la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto y todas las preguntas que he hecho sido contestadas a mi satisfacción. Consiento voluntariamente a participar como participante en esta investigación.

---

Name of Participant (Print)

---

Name of Witness (Print)

---

Signature of Participant

---

Signature of Witness

---

Date: Day/Month/Year

---

Date: Day/Month/Year

**Declaracion del conductor / persona tomando consentimiento**

He leído con precisión la hoja de información para el participante potencial. Confirmando que el participante se le dio la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y todas las preguntas formuladas por los participantes han sido contestadas correctamente y con lo mejor de mi capacidad. Confirmando que la persona no ha sido obligada a dar su consentimiento, y el consentimiento ha sido dado libremente y voluntariamente.



---

Imprimir Nombre de Conductor

---

Firma del Director del Conductor

## 환자 동의서

이 연구에 참여하게 되는 환자는 본 클리닉을 찾은 급성, 아급성 견비통 환자이며 오행침 치료와 체침 치료시 치료효과를 비교하기 위함입니다.

이 연구의 설계는 견비통을 주로 호소하는 환자들에게 오행침과 체침으로 매 주 2회, 4주간 총 8회 실시할 것입니다.

본 연구는 연구설계자인 한의사 정사무엘에 의해서 시행되어집니다.

이 연구에 참여하시는 것은 본인의 전적인 뜻에 따르며 본 클리닉에서 제공하는 침 치료를 받는 것입니다. 만약 귀하가 본 연구에 참여하지 않기로 결정했다면 귀하는 기존의 치료법으로 서비스가 제공될 것입니다. 비록 귀하가 연구참여를 결정했다 할지라도 언제든지 마음을 바꾸어 그 결정을 번복할 수 있습니다.

본 연구에 참여함으로써 인해 귀하는 보다 큰 문제에 이를 가능성이 있습니다. 예를 들어 새로운 침 치료가 기존의 것만큼 효과가 없을 수가 있습니다. 만약 그런 경우가 발생한다면 기존의 침 치료법으로 제공할 것입니다. 한편, 이러한 가능성은 매우 희박하지만 귀하는 그 가능성만큼은 인지할 필요가 있습니다.

연구 중 수집한 정보는 모두 기밀을 보장하며 연구 중 수집된 귀하에 대한 개인정보는 연구 집행자 외에는 누구도 볼 수 없는 곳에 보관될 것입니다. 어떠한 정보도 본인 이외에는 어느 누구에도 공유하지 않을 것입니다.

만약 귀하가 본 연구에 질문이 있다면 714-887-4942 또는 [shindori79@hotmail.com](mailto:shindori79@hotmail.com) 으로 연락을 주십시오.

### 동의 확인서

나는 이 연구에서 가질 수 있는 혜택과 치료과정을 선택할 수 있다는 설명을 들었고 질문할 기회를 가지며 주어진 정보를 이해하고 나의 치료 결과에 대한 정보가 연구에 사용되어지는 것에 동의하시면 아래에 서명합니다.

---

참여자 이름 (Print)

목적자 이름 (Print)

---

---

참여자 서명      목적자 서명

---

---

날짜 : Day/Month/Year

날짜 : Day/Month/Year

### 연구 집행자/ 피험자 동의서 수령인 선서

본인은 잠정적 피험자에게 정확하게 전술한 내용을 설명해주었다. 본인은 피험자에게 연구에 대한 질문할 기회를 부여하였고, 모든 질문에 본인 지식 내에서 가능한 정확하게 답변하였습니다. 이에 본인은 그/그녀가 동의서에 서명하도록 강요하지 않았으며, 동의는 자의적이고 자발적으로 이루어졌습니다.

---

연구자 이름(Print)

---

연구자 서명

---

날짜 : Day/Month/Year