부침법: 임상활용 및 동향과 시술법을 중심으로

박정수^{1,a}, 오지은^{1,a}, 박성준¹, 윤소영¹, 김청수², 추홍민³, 김재효^{2,*}

¹원광대학교 한의과대학, ²원광대학교 한의과대학 경혈학교실, ³인천광역시 옹진군 보건소 대청보건지소

Fu's Subcutaneous Needling: Focusing on Clinical Usage and Treatment Protocol

Jeongsu Park^{1,a}, Jieun Oh^{1,a}, Seongjun Bak¹, Soyeong Yun¹, Cheongsu Kim², Hongmin Chu³, Jaehyo Kim^{2,*}

¹College of Korean Medicine, Wonkwang University, Iksan, ²Department of Meridian & Acupoint, College of Korean Medicine, Wonkwang University, Iksan, ³Daecheong Public Health Subcenter, Incheon, Korea

Received September 10, 2021

Revised September 15, 2021

Accepted September 30, 2021

*Corresponding Author

Jaehyo Kim

Department of Meridian & Acupoint,
College of Korean Medicine, Wonkwang
University, 460 Iksan-daero, Sin-dong,
Iksan 54538, Korea

Tel: +82-63-850-6448

Fax: +82-63-857-6458

E-mail: medicdog@wku.ac.kr

^aThese authors contributed equally to this work.

Background: Fu's subcutaneous needling (FSN) was developed in May 1996 and is a new acupuncture therapy that mainly reduces localized pain using subcutaneous acupuncture. In China, FSN is actively used. However, among acupuncture therapies, FSN is unfamiliar in Korea, has low interest, and is not used in clinical practice. Also, there are no Korean reviews on FSN.

Purpose: The purpose of this study is to introduce FSN in Korea through literature analysis and treatment examples of FSN.

Methods: To introduce FSN, we referred to the Korean translation book of 符仲華 (Fu), the founder of FSN. An electronic literature search of CNKI's Chinese database was conducted 浮針 AND 符仲華 is the search expression. In the FSN procedure stage was performed by a doctor of TCM with extensive experience.

Results: We consulted 21 literatures with clear explanations of FSN. As a result of consultation, FSN is based of traditional theories such as <THE YELLOW EMPEROR'S CLASSIC OF MEDICINE>'s acupuncture, near acupuncture, and 以痛為腧. In addition, for FSN, a trocar that overcame the limitations of acupuncture was used to facilitate the FSN procedure. Starting with tennis elbow, FSN was expanding the range of indications such as limb diseases, trunk and non-intestinal diseases, and visceral diseases. As a result of FSN procedure, we were able to obtain examples of FSN for the knee areas, and summarized them with photographic data.

Conclusions/implications for Practice: Starting with this study, it is expected that research and clinical use of FSN will increase in Korea.

Keywords: Fu's subcutaneous needling, Acupuncture, Pain treatment, Procedure

INTRODUCTION

한국인구의 대다수가 한의의료기관에서 치료를 받아본 경험이 있으며 절반 이상이 근골격계 또는 통증 질환으로 내원 환자 수는 꾸준히 증가하고 있다¹⁾. 한의의료기관에서 통증을 관리하기 위해 활용하는 대표적인 치료도구로는 침을 들 수 있다. 침의 종류에는 일반침(호침) 이외에도 조선침, 장침, 수지침,

레이저침 등을 사용하고 있으며 침도, 매선, 약침, 봉독약침 등 다양한 침 치료 도구가 활용되고 있다²⁾.

현재 국내에 잘 알려지지 않은 침법 중 하나로, 1996년 5월, 푸중화(符仲華) 교수에 의해 개발된 부침요법(浮鍼療法)이 있다. 부침요법은 일회성 부침(浮鍼)기구를 사용하여 국한적인 통증(주로 근근막발통점, myofascial trigger point, MTrP) 주위 혹은 인근 사지의 피하조직에 소산(掃散)수법을 진행하는

침자법으로써 일종의 침자치료방법(needling therapy)이며 신침요법의 일종에 속한다.

부침요법이 개발되기 전, 1972년 장심서(張心曙) 교수에 의해 완과침요법(腕踝鍼療法)이 창조되었는데, 완과침은 양측 수근힘줄과 발목관절에서 각각 2寸, 3寸 올라간 자리에 각 6개의 진침점(進鍼點)을 정하여 횡격막을 경계로 병증이 나타나는 구역에 따라 대응점을 선택하는 침법으로 해당 침법이 손목 발목 부위에만 활용한다는 한계점을 극복하고, 치료 대상 부위를 확대하는 과정에서 부침요법이 개발되었다.

실제로 기존 침법 이론들이 한의학의 경락학설이나 득기론 등 전통침구이론에서 영향을 받은 바가 많으나, 실제 임상에서는 득기감을 목표로 하지 않는 레이저침법이나 경락학설에 기반하지 않고 해부학적인 부위에 기인해서 치료를 하는 침도치료등이 활용되고 있다. 실제로 한의 고전문헌인 <黃帝內經>에서도 다양한 침자법에 대해 제시하고 있는데, <靈樞.官鍼>에는 26종류의 특수침자방법에서 구자(九刺) 중의 모자(毛刺), 십이자(十二刺) 중의 직침자(直鍼刺)와 부자(浮刺), 그리고 오자(五刺) 중의 반자(半刺)는 모두 천자(淺刺)하는 방법으로 경맥 혹은 락맥의 이론이 아닌 국소의 동통을 해결하기 위한 침법이 존재한다. 이 침법들은 천표(淺表)로 진침하거나 혹은 근위부에서 진침하거나 혹은 유침하는 시간이 길다는 특성이 있다. 푸중화 교수는 이러한 고전 침구법에 대한 계승과 반성을 바탕으로 1996년 5월 부침요법을 발명 및 탄생시켰다.

국내에서는 2013년 8월 당시 매선요법학회 회장이었던 정금용 한의사가 매선요법(埋線療法)과의 유사점이 많았던 부침요법(浮鍼療法)에 대해 관심을 가지고 <The Manual of Fu's subcutaneous Needling for Painful problems, 符仲華 著>를 연구 및 번역을 하여 <埋線浮針療法>이라는 책을 출간한 바 있으나, 중국내에서 부침법이 활발하게 사용되고 있음에도 불구하고 국내에는 실제로 이러한 침법을 활용하거나 소개하는 연구가 이어지지 않은 실정이다. 이에 본 연구진은 부침법에 대한 개발과정과 임상활용 및 동향, 실제 시술 방법에 대해 소개함으로써 국내 한의의료기관에서 부침법의 활용과 대상 질환에 대한 적용에 도움이 되고자 한다.

METHOD

부침요법에 대한 소개 및 연구동향은 <埋線浮針療法, 符仲華 著>를 참고하였고, CNKI (China National Knowledge Infrastructure, <https://www.cnki.net>)의 중문 데이터베이스를 浮針 AND 符仲華를 검색하였다. 부침법 혹은 FSN 자침과 관련된 연구를 선정하며, 1996년 푸중화 교수가 개발한 FSN과 연관이 없는 동일한 이름의 침법에 관한 연구와 부침법에 대한 설명이 없이 신침요법의 일부로만 소개하는 연구는 제외하였다. 또한 부침의 시술법을 소개하기 위해 무릎부위에 시

술과정을 재현하였다.

RESULT

1. 부침요법의 개념

부침요법은 일회성 부침(浮鍼)기구를 사용하여 국한적인 통증(주로 근근막발통점, myofascial trigger point, MTrP) 주위 혹은 인근 사지의 피하조직에 소산(掃散)수법을 진행하는 침자법으로써 일종의 침자치료방법(needling therapy)이다. 전통침자법과 다른 점은 부침요법은 통증주위 혹은 사지에서 멀리 떨어진 건강한 부위에 진침(進鍼)하는 것을 특성으로 하며, 일반적으로 통증부위에서는 직접 침체의 자입을 진행하지 않는다.

2. 부침요법의 형성과 개발

부침법은 1996년 5월 푸중화(符仲華) 교수에 의해 개발된 침법이다. 부침법은 <靈樞.官鍼>에 등장하는 毛刺, 直針刺, 浮刺, 半刺와 완과침요법(腕踝鍼療法)에 기인하고 있으며, 이와 같은 전통 침구이론에 대한 의문 및 반성을 통해 만들어졌다. 1996년 6월, 테니스 엘보(외측상과염)를 앓고 있는 광주의 증상에 사는 35세 여성 환자에게 호침(毫鍼)으로 부침(浮鍼)의 시술방법으로 치료를 시도하였으며 좋은 효과를 내어 FSN의 첫 번째 성공적인 사례가 되었다. 그 후 1997년 11월에 부침법의 침구도구인 제1대 연투관침(軟套管鍼)을 개발하였으며, 일련의 임상 실험을 통해 사지부의 국한적인 통증에서 체간부 비내장성 병변, 내장통, 비동통성 질병으로 적응증을 확대하였으며, 부침법에 관한 연구는 지금도 꾸준히 이어지고 있다.

1) 완과침요법(腕踝鍼療法)

완과침요법은 장심서(張心曙) 교수가 1972년에 창조한 새로운 치료법이다. 완과침은 병증이 나타나는 부위를 신체의 6개 구역 안에 귀납시키고, 양측 수근힘줄에서 2寸 올라간 자리와 발목관절에서 3寸 올라간 자리에 각 6개의 진침점(進鍼點)을 정하여 횡격막을 경계로 구역에 따라 대응점을 선택하는 방법이다. 하지만 임상 현장에서 완과침은 사지 원위부위의 통증에 대하여 뚜렷한 치료효과를 나타내는 반면, 손목, 발목관절에서 멀리 떨어져 있는 병증에 대해서는 치료효과가 좋지 않다는 한계점이 지적되었다. 또한 발생학적, 해부학적으로 손목, 발목관절 부위의 피하와 기타부위의 피하조직은 구조상 큰 차이가 없음에도 자침 시 발목, 손목관절 부위만 치료해야 한다는 의문점이 제기되었다. 이러한 의문점이 피하 통증부위의 근위부에 침을 놓고 진침을 시행한다는 부침법의 개발에 시초가 되었다고 한다. 완과침혈의 위치는 Fig. 1에 표시하였다³⁾.

Figure 1. Wrist ankle acupuncture point; 완과침혈(腕踝針穴) 참고.

2) 득기(得氣) 및 기존 경락침법에 대한 재해석과 확대

득기는 전통 한의학이론에서 매우 중요한 이론으로 <素問. 離合眞邪論>에 처음 언급되고 있다. “숨을 들이킬 때 진침하여 기(氣)가 거스르지 않게 하고, 마음을 안정시키고 오래 유침(留鍼)하여 사기(邪氣)가 퍼지지 않게 하고 숨을 들이킬 때 침을 돌려서 득기하는 것이 오랜 규칙이다.”라고 언급된 이후 <靈樞. 九鍼十二原>에 “자침에서 중요한 점은 기지(氣至)하여야 효과가 있다.”고 하였으며, <鍼灸大成. 經絡迎隨說爲問答>에는 “득기만을 치료의 정도로 삼으며 이러한 것이 결국 이르지 않으면 치료할 수 없다.”고 하며 득기의 중요성에 대해 더욱 명확하게 강조하였다. 그러나 임상에서 득기가 되지 않아도 동일한 치료 효과가 나타나는 현상도 많다. 특히 레이저침법, 같은 경우 환자에게 득기감(得氣感)이 없으며 이침(耳鍼) 혹은 이압(耳壓) 시에는 단지 통감(痛感)만 있을 뿐이고 구법(灸法)은 대다수의 경우 온열감만 나타냄에도 임상적 효과를 보여주는 것이 그 예라고 할 수 있다.

<황제내경>에서는 득기감과 밀접한 관련이 있는 경락(經絡)과 상관없이, 피하 혹은 통증 부위에 자침하는 방법들도 제시하고 있다. 예를 들면, <靈樞. 官鍼>에는 구자(九刺), 십이자(十二刺), 오자(五刺)라는 26종류의 특수 침자방법들이 있다. 그중에서 부침법과 유사한 것으로 제시되는 구자 중의 모자(毛刺), 십이자 중의 직침자(直鍼刺)와 부자(浮刺), 그리고 오자 중의 반자(半刺)가 있다⁴⁾. “毛刺者 刺浮痺皮膚也”, “直針刺者 引皮乃刺之 以治寒氣之淺者也”, “浮刺者 傍入而浮之 以治肌急而寒者也”, “半刺者 淺內而疾發鍼 無鍼傷肉 如拔毛狀 以取皮氣 此肺之

應也”라 하여 모두 천자(淺刺)하는 방법으로 경락과 긴밀하게 연계되어 있지 않으며 모두 국한성 병증을 해결하기 위해 만들어진 침자치료방법이다. 이러한 침법은 천표(淺表)로 진침하거나 혹은 근위부에서 진침하거나 혹은 유침하는 시간이 긴데, 부침(浮鍼)의 주요 특징 또한 상기 침법들과 유사하다는 점에서 부침요법의 피하진침이론의 근거가 된다. 이러한 기존 침구요법에 대한 해석이 부침요법을 발명하게 된 주요 이유로 알려져 있다.

3) 부침법의 근거가 되는 관련 전통 이론

부침법은 관련된 전통이론은 크게 3가지로 보인다.

먼저, 부침법은 피하에 자침하는 침법으로 피부와 밀접한 관련이 있다. <素問. 湯液醪醴論>에 “夫病之始生也 極微極精 必先入結於皮膚”라 하여 피부는 인체의 문호(門戶)이자 질병의 발생과 발전의 중요한 경로라고 하였다. 또한 “皮毛者 肺之合也” <素問. 咳論>, “肺朝百脈” <素問. 經脈別論>에서 피모(皮毛)와 폐장(肺臟)은 밀접한 관계가 있으며, 폐장은 전신의 경락계통과 밀접한 관계가 있다는 것을 알 수 있다. 따라서 피부를 통한 치료는 경맥의 기혈운행을 촉진시켜 장부의 기능을 건강하게 할 수 있으며, 이러한 점에서 피하에 작용하는 부침법은 전통 이론과 부합한다고 할 수 있다.

또한, 부침법은 ‘근위취혈’의 원리에 부합한다. 근위취혈은 질병이나 통증이 있는 국소부위를 취혈하는 방법으로 주로 체표부위가 명확하고 비교적 국한적인 증상을 치료하는데 사용된다. 이러한 근치(近治)원리는 각 수혈(腧穴)마다 모두 소재부

위의 국소 혹은 인근 부위의 병증을 치료할 수 있다는 보편적 규칙에 근거하여 제시된 것으로 구안와사에는 협거혈(頰車穴)과 지창혈(地倉穴)을, 위통에는 중완혈(中腕穴), 양문혈(梁門穴) 등을 취하는 것이 이에 해당한다.

마지막으로 부침법은 '이통위수'의 원리에 부합한다. <靈樞經筋>에 중춘비(仲春痹), 맹춘비(孟春痹), 중추비(仲秋痹), 계추비(季秋痹) 등 십이경근(十二經筋)의 비증(痹證)에 대한 기록이 있는데 이에 대한 치료원칙으로 이통위수(以痛爲輸)를 제시하고 있다. 이통위수란 통증이 있는 곳이 수혈(腧穴)이 된다는 의미로, 이는 아시혈 방법의 최초 기록이라 할 수 있다. 부침법에서 진침점을 선택하는 곳은 통증이 있는 국소부위가 아닌 동통점의 주위지만 유사한 부분이 있으며, 이는 동통 부위를 진침점으로 선택하는 근거가 된다.

3. 부침법 도구 연투관침(軟套管鍼)의 발전

부침요법은 초기 호침(毫鍼)을 부침요법의 도구로 삼아 시행하였으나 탄성이 큰 호침은 부침법의 중요한 치료수단인 소산(掃散)수법에 적합하지 않았다. 또한 병변의 부위가 작고 동통이 경미할 때 치료효과가 비교적 정확하게 관찰되었으나 병변부위가 크거나 깊을 때 호침을 사용할 경우 치료효과가 뚜렷하지 않았으며, 종종 여러 개의 호침이 필요했고 심지어 여러 개의 침을 사용하여도 나은 것이 없었다는 문제가 제기되었다. 그리고 부침요법은 비교적 긴 시간동안 유침해야 하므로 호침을 사용했을 때 신체활동이나 침체이동으로 인해 동통을 유발하거나 조직손상, 금속 침을 체내에 남겨두는 것으로 인해 의료인도 시술의 부담이 있었으며 환자 또한 시술에 두려움을 표하는 경우가 있었던 것으로 전해진다. 실제로, 부침요법의 창시자 푸중화 교수 또한 초기 시술시에는 호침을 부침요법의 도구로 삼았을 때 많은 환자들이 금속 침이 체내에 남아 있음으로 인해 혼자 있을 때 조치할 방법이 없는 일이 벌어질까 두려워 퇴근할 때까지 남아 있다가 발침하는 경우도 있었다고 전해진다.

이렇게 호침이라는 도구의 한계점을 극복하기 위해서 일정 정도의 강도를 가지고 있어 신속하게 피부를 뚫고 들어가 그 진행방향과 속도를 제어할 수 있어야 하며, 부드러운 질감을 갖고 있어 체내에서 비교적 장시간 남아있어도 이물감을 일으키지 않아야 한다는 두 가지 기능을 가지고 있는 침의 개발을 위해 부침요법에 활용할 수 있는 연투관침(軟套管鍼)이 개발되었으며 1997년 이후 4차례의 변형을 거쳐 현재의 연투관침이 완성되었다.

부침은 복식구조로 3부분으로 나뉘게 되며, 각각 침심, 연투관 및 관좌, 보호투관으로 나뉘게 된다. 침심(鍼芯)은 스테인리스 침과 경질플라스틱으로 된 침좌(鍼座)로 구성되어 있다. 침침은 경사진 언덕 형태로 되어 있다. 침좌에는 점상돌기가

있어 점상돌기면이 위를 향하면 침침의 경사진 언덕도 위를 향하게 된다. 침좌의 앞단에는 세로방향으로 파인 요조가 있다. 요조의 한쪽에는 가로방향으로 패인 부분인 잡조가 있어 소산(掃散)할 때, 연투관(軟套管)을 고정시키는 역할을 한다. 연투관(軟套管)은 밖에서 스테인리스 침을 감싸며 내장리벳을 통해 관좌에 고정시킨다. 이 때 관좌에는 돌기가 있어 침좌의 요조와 짝이 된다. 평상시에는 관좌의 돌기가 요조의 기저부에 위치하고 소산 시에는 잡조에 위치해야 한다. 보호투관(保護套管)은 침과 연투관이 다른 물질과 닿지 않게 보호하며 무균상태를 유지하는데 사용한다. 소산(掃散)이 끝나고 나서는 보호투관에 다시 넣어서 버리거나 시술자 및 주변사람이 다치지 않게 해야 한다. 부침의 세부 구성은 Fig. 2에 표시하였다.

4. 부침의 시술법

부침법의 시술은 크게 '시술 전 준비단계', '부침 시술', '시술 후 마무리'로 구분할 수 있으며 시술 전에는 '병통점 확인', '진침점(進鍼點) 확정', '혈위 소독'으로 구성된다. 부침 시술 단계는 '진침(進鍼)', '퇴침(退鍼)', '운침(運鍼)', '소산(掃散)'으로 구성되게 되며 시술 후에는 '유관(留管)'과 '출침(出鍼)' 이후 시술 부위 소독을 통해 마무리되게 된다. 침침은 반드시 먼곳에서 가까운 곳으로 통처를 향해야 하며 조금이라도 편차가 생기면 치료효과가 좋지 않다. 각 세부 프로토콜의 시행 규칙은 아래와 같으며, 부침 시술은 부침 시술의 경험이 풍부한 중의사가 직접 시행하였다.

1) 시술 전 준비단계: 병통점 확인

시술에 들어가기 앞서, 환자가 느끼는 근근막발통점(myo-

Figure 2. FSN Needle. (a) Needle case; 보호투관(保護套管) (b) Soft tube handle; 관좌(管座) (c) Process; 돌기(突起) (d) Soft tube; 연투관(軟套管) (e) Needle core handle; 침좌(鍼座) (f) fixing hole; 잡조(卡槽) (g) Needle core; 침심(鍼芯) (h) Needle tip; 침침(鍼尖).

fascial trigger point, MTrP)를 확인해야 한다. 동통부위가 광범위하게 분포하거나, 정지상황에서는 통증이 없고 몸을 움직이다가 어느 한 자세를 취했을 때 통증이 나타나거나, 동통이 매우 극심할 때는 MTrP검사를 하지 않는다. 동통범위가 넓은 때는 의사는 반드시 환자에게 가장 아픈 곳이 어디인지를 가리키게 하거나 증상을 확인한다. 동통의 범위가 작을 때는 뚜렷한 동통점을 찾고 동통을 일으키는 관절자세를 유지하게 하여 치료한다. 환자가 특수한 자세를 취했을 때 동통을 느낀다면 환자에게 특정자세를 유지하게 하거나 혹은 동통이 나타나는 동작을 반복적으로 취하게 하며 치료한다. 병통점 확인은 Fig. 3의 (A)에 표시하였다.

2) 시술 전 준비단계: 진침점(進鍼點) 확정

부침요법은 진침점 선택에 있어 동통부위에 근거하여 치료할 부위를 확정한다. 동통부위의 주위 혹은 인근 사지의 피하조직을 혈위로 설정하는데, 작은 범위의 동통에는 진침점이 가까운 것이 적합하고 범위가 크고 동통점이 여러 개일 때는 진침점이 먼 것이 적합하다. 진침점을 먼곳에서부터 시작하여 가까운 곳으로 선택하며 이와 반대로 할 수는 없다. 다양한 상황에서 동통부위의 상, 하, 좌, 우를 선택하며 피부 상의 반흔, 결절, 손상, 함몰, 돌기 등은 피한다. 진침점 확정은 Fig. 3의 (B)에 표시하였다.

3) 시술 전 준비단계: 혈위 소독

시술 전에 의사는 두손을 씻고 다시 75% 알코올 솜으로 닦는다. 그리고 침자해야할 부위를 알코올솜으로 닦아내고 마른 후에 진침해야 한다. 또는 2.5% 요오드팅크로 닦아낸 후 다시 알코올솜으로 닦아낸다. 진침점을 소독한 후에는 중복감염을 막기 위해 이물이 닿지 않도록 주의한다. 혈위 소독은 Fig. 3의 (C)에 표시하였다.

4) 부침 시술: 진침(進鍼)

먼저 진침(進鍼) 전에 의사는 왼손과 오른손의 엄지와 식지로 각각 침좌(鍼座)와 관좌(管座)를 잡고 서로 반대방향으로 힘을 주어 두 개를 약간 분리시켰다가 원위치 시킨다. 이는 침좌

와 관좌가 서로 자유롭게 분리되게 하기 위함이다. 침체는 피부와 15-20도 각도를 취하고 진침시 손목관절의 힘을 이용하여 신속하게 투자(透刺)하는데 5 mm 정도 자입하여야 한다. 진침 시술은 Fig. 4의 (A), (B)에 표시하였다.

5) 부침 시술: 퇴침(退鍼)

진침(進鍼) 시 침침은 근육층을 뚫고 들어가는 것이 아니라 피하조직으로만 자입하는 피하천자(皮下淺刺)를 해야 한다. 침을 신속하게 자입하면 종종 피하조직을 투과하여 근육층까지 닿는 경우가 있는데, 이때 침침이 피하조직에 위치하도록 퇴침(退鍼)하여야 한다. 퇴침은 Fig. 4의 (C)에 표시하였다.

6) 부침 시술: 운침(運鍼)

퇴침(退鍼)한 후 침침이 피하에 있는 것이 확인되면 침체를 피하에 따라 앞쪽으로 전진시킨다. 침을 밀어 넣을 때 침체를 약간 들어올려 완전히 수평이 되지 않게 해야 침침이 깊은 근육층으로 들어가지 않는다. 퇴침은 Fig. 4의 (D)에 표시하였다.

7) 부침 시술: 소산(掃散)

운침한 후 침침(鍼芯)을 빼기 전까지 침신(鍼身)을 좌우로 흔들려주는 일련의 동작이다. 소산 전 침침을 뒤로 물려 관좌의 돌기를 침좌의 요조 안에 놓는다. 의사는 침좌를 엄지와 중지로 잡고 식지와 무명지를 중지 양측에 둔다. 그리고 엄지를 거점으로 하여 식지와 무명지를 이용하여 지렛대 운동을 하며 침체가 부채꼴 운동을 하도록 한다. 소산 시간은 약 2분 내외이며 약 200회 정도 시행한다. 이 때 환자로 하여금 스스로 동통이 있는 관절부위를 움직이게 하거나 혹은 의사나 간호사가 옆에서 동통이 있는 관절을 움직여주는 등의 보조동작을 통해 연조직 상통(傷痛)을 치료한다. 소산은 Fig. 4의 (E)에 표시하였다.

8) 시술 후 마무리: 유관(留管)

소산(掃散)이 끝나면 침침을 빼서 보호투관에 넣는다. 그리고 반창고를 관좌에 붙여 피하에 연투관을 고정하여 남겨둔다. 침자치료의 전과정에서 중요한 단계이며 진통효과를 유지하기

Figure 3. Pre-procedure stage. (A) Searching MTrPs (B) Confirmation of Needle Insertion site (C) sterilizing.

Figure 4. Procedure stage. (A) Needling insertion, Topical view (B) Needling Insertion, Lateral view, (C) Retreating Needle to the subcutaneous (D) Reinsertion Needle (E) Completion of Needle Insertion to the subcutaneous (F) Moving the needle parallel to the skin.

위한 목적이다. 유관은 대략적으로 24-48시간 정도 유지한다. 유관은 Fig. 5의 (A)-(C)에 표시하였다.

9) 시술 후 마무리: 출침(出鍼) 및 소독

유관(留管)시간이 다되면 연투관 부분을 빼낸다. 이 때 왼손의 엄지, 식지로 침공(鍼孔) 주위의 피부를 누르고 오른손으로 연투관의 관좌를 잡은 다음 천천히 빼낸다. 이후 소독된 면솜으로 눌러주어 출혈을 방지한다. 출침 및 소독은 Fig. 5의 (D), (E)에 표시하였다.

5. 부침법의 적응증과 임상활용

1996년 부침요법으로 테니스엘보우를 치료한 후 부침요법의 적응증에 대해 연구가 시작되었으며 사지부질환, 체간부 및 비내장성 질환, 내장질환 등 점차 적응증이 확대되어나가고 있다.

1) 사지부 및 관절질환에 부침법 적용

테니스엘보우, 골프엘보우, 요골경돌협착성건초염, 굴지근 건건초염, 요측수근신근건주위염, 극상근근건염, 견봉하활액낭염, 슬개골하활액낭염, 만성슬관절염, 근건염, 건성좌골신경통 등과 같은 통증의 병리변화가 상대적으로 간단하고 통증의

부위가 국한적인 사지부 상통을 치료했을 때, 부침법의 치료횟수가 적었음에도 불구하고 좋은 효과를 보였다.

黃의 연구에서는 부침으로 테니스엘보 48례를 치료해본 결과, 치료 효과가 기존 침술에 비해 더 우수하며 치료 횟수도 감소되었다고 보고하였으며⁵⁾ 符의 손목건초염 환자를 대상으로 한 연구에서도 기존 침에 비해 치료 효과가 우수하며 치료 목표까지의 횟수가 더 적었다고 보고되었다⁶⁾. 李와 朱의 연구에서는 모두 슬관절염 환자를 대상으로 부침치료를 진행하였는데 李는 근육 긴장, 경련 및 무릎 통증 완화, 운동범위 개선 및 환측의 혈류량 증가가 관찰되었다고 보고하였으며⁷⁾ 朱는 통증 개선 속도가 빠르고 진통시간의 지속시간이 기존 침술에 비해 부침치료군에서 더 길었다고 보고하였다⁸⁾.

견관절의 질환에 대한 연구도 발표되었는데, 陆 등이 오십견에 대해 부침치료를 적용 후 활동 시 통증, 유연함, 관절 가동성의 개선에서 부침치료가 기존침술군에 비해 더욱 유효한 효과가 관찰되었다고 보고하였으며⁹⁾, 符 등이 견봉하 활액낭염 치료에 대한 부침요법과 기존침술의 효능을 비교해 보았을 때, 진통효과면에서 기존침술에 비해 부침치료군에서 더 우수하며, 치료횟수가 유의미하게 적다고 보고하였다¹⁰⁾. 曾은 고관절에 대해 부침치료를 진행하여 44명의 대상자중 31명에서 증상 개선을 관찰하기도 하였다¹¹⁾.

Figure 5. Post-procedure stage. (A) Removing the core needle, Topical view (B) Finishing the removing core needle and keeping in the needle cage (C) Fixing and attaching the needle with the strap. (D) Removing needle after 24 to 48 hours. (F) Sterilizing.

2) 체간부 및 비내장성 질환에 부침법 적용

부침요법이 사지부 동통 치료에 활발하게 응용된 후 체간부의 동통에도 적용이 시도되었다. 주요 병종으로는 급성요부염 좌상, 만성요추퇴행성병변, 경추병, 섬유근염, 부종양증후군, 강직성척추염, 대상포진후유통 등과 같은 체간부의 동통을 예로 들고 있다.

주로 요추 부위의 질환에 대한 임상 적용이 많았는데, 刘 등은 국소통증 환자 중 급성 요통 12예, 요추 추간판 탈출증 9예, 이상근증후군 8예, 위완통 4예, 외상성 흉통 2예, 견주염 11예에 부침요법을 적용하여 유효율 85% 이상을 얻었다고 보고하였으며¹²⁾, 陆 등은 만성 요추 연부조직 통증 치료에 대한 부침을 적용하여 기존 침치료 군에 비해 효과를 확인하였다고 하였다¹³⁾. 그 외에도 만성요추긴장에 부침을 적용한 黄의 연구¹⁴⁾나 신경근 경추 병증 치료에 부침을 적용한 符의 연구¹⁵⁾가 있었다. 符의 연구에서는 치료 유효율은 기존 침치료군과 차이가 없었으나 통증 개선 속도에서 부침이 빠른 효과를 보였다.

3) 내장통 및 내장질환에 부침법 적용.

부침법은 내장질환에도 드물게 활용된 사례들이 보고되었는데, 刘와 符¹⁶⁾ 등이 발표한 연구에서 부침요법으로 위완통

및 위염을 치료한 증례보고가 존재한다. 譚는 기능성 변비에 대해 일반침 치료군과 부침치료군의 효과를 비교하였는데 부침치료군에서 환자의 신체적 불편감과 불안 등의 증상이 더욱 개선되었음을 보고하였다¹⁷⁾.

4) 두면부 동통과 비동통성 질병의 치료

그 외에도 부침법은 두면부의 측두하악관절염, 부비동염, 삼차신경통 등으로 인한 통증, 두개골 외의 만성 두통등에 적용되었다. 姚는 부침요법이 긴장형 두통에 효과가 있다는 증례를 보고하였으며¹⁸⁾, 또한 긴장형 두통에서 부침치료를 적용하여 무작위대조군 연구를 시행한 결과 진통효과가 부침치료군에서 기존 침치료군에 비해 우수함을 확인하였다¹⁹⁾. 秦는 강직성 말초 안면마비 환자에게 부침치료를 적용하여 완치율 14.8%, 유효율 70.4%의 효과를 보고하였으며²⁰⁾, 李는 여성 복압성 요실금에서 부침치료를 받은 환자 25명 중 80%에서 유효한 효과를 관찰하였고 경증일수록 부침치료를의 효과가 좋았다고 보고하였다²¹⁾.

호흡기 질환에도 부침법이 적용되었는데, 周의 연구에서 단중(膻中), 정천(定喘), 고맹(膏肓)에 부침요법을 적용하여 치료 전후의 폐호흡음, 천식점수, 혈액가스 분석, 폐기능 검사의 결

과를 비교했다. 그 결과, 치료 후 폐호흡음, 천식점수는 모두 유의미하게 감소하였으며, 이산화탄소분압(PaCO_2)도 현저히 감소하였고, 폐기능 검사 모두 대폭 상승하여 만성폐쇄성폐질환의 급성악화 20례에서 효과를 확인하였다²²⁾.

DISCUSSION

부침요법(浮針療法)은 연투관(軟套管)침이라는 특수한 침을 도구로 활용하여 국한적인 통증 주위 혹은 인근 사지의 피하 조직에 소산수법을 진행하는 방식으로 사지부 연조직 상통(傷痛), 체간부 비내장성 병변으로 인한 통증, 내장통, 두면부 동통 및 비동통성 질환에 효과를 보이는 침법이다.

부침요법은 기존에 있던 완과침요법에 대한 의문과 함께 황제내경의 直針刺, 浮刺, 아시혈, 이통위수 등의 전통이론에 기인하여 상술한 침구현상에 대한 반성과 해석을 통해 중국의 푸중화 교수에 의해 개발되었다. 기존의 경락침법과 득기이론에 대한 반성을 통해 발전했다는 점은 부침요법이 기존침법 이론을 고찰하여 정립되었다는 것을 시사한다. 따라서 부침요법은 침구학 연구의 분야를 새롭게 개척하며, 연투관(軟套管)침의 개발을 통해 침구학에도 영향을 끼쳤다고 할 수 있다.

중국에서 푸중화(符仲華)의 주관절 외상과염 치료로 전통 침구 방법에 비해 우수한 효과를 보인다는 것을 발견하고 연구가 활발히 이루어지고 있다. 하지만 한국의 한의학계에서는 매선(埋線) 등 subcutaneous에 시술하는 분야가 지속되어왔음에도 불구하고 국내에 부침요법이 잘 알려지지 않아 연구가 미흡하고, 한의 임상 현장에서도 호침을 이용한 침법이 대부분을 이루고 있어 임상에서의 활용도 부족한 실정이다.

따라서 이 연구는 부침요법에 대한 발전 동향 및 실제 시술 방법에 대한 소개를 통해 실제 한의치료 현장에서 부침 적용에 도움을 주고자 하였다.

본 연구에서는 부침요법을 임상 경험이 풍부한 중의사와 함께 부침요법을 이용한 시술을 진행하여 병통점 확인, 진침점 확정, 혈위소독, 진침, 퇴침, 운침, 소산, 유관, 출침 및 소독의 단계로 부침의 시술법을 소개하였다. 기존침법과 구별되는 특징은 통증을 일으키는 자세를 취하게 한 상태에서 치료를 한다는 것, 근육층에 침이 닿으면 퇴침을 한다는 것, 침심(鍼芯)을 빼기 전까지 침신(鍼身)을 좌우로 흔들려주는 소산(掃散), 그리고 피하에 연투관을 고정하여 24-48시간을 유지하는 유관을 들 수 있다. 이러한 구분점들을 사진자료와 함께 명확히 기술하여 의료현장에서 부침요법을 쉽게 적용할 수 있도록 하였다.

본 연구를 통해 부침요법과 기존침술의 유효율은 비슷하지만 부침요법이 기존침술에 비해 상대적으로 치료횟수가 적으며, 통증 억제 효과가 신속하고 우수하다. 특히 일차 처치 후 통증 제거 효과가 뛰어나다는 것을 알 수 있었다.

또한 문헌 검색 결과, 부침요법을 이용한 임상연구가 점차

증가하고 있음을 볼 수 있다. 근골격계와 관련된 체성통증을 주로 치료하고 있으며 그 외에도 만성인두염, 급성 맹장염 등 많은 질병에 좋은 치료효과가 있다고 보고되었다. 그러나 符의 〈浮針医学綱要〉²³⁾에선 부침이 근육과 관련이 없거나 명확하게 관련되지 않은 감염성 질환, 피부 질환, 정신 질환에 효과가 없다는 점을 분명히 지적하고 있으며, 賈는 2018년까지 발표된 통증질환을 제외한 내장질환 등에 대한 부침법의 문헌과 연구들은 대부분 작은 표본을 사용한 연구로, 보고 횟수가 적어 치료 효과의 반복성과 신뢰성에 대한 판단을 내리기 어려운 실정이다²⁴⁾. 이에 내장통, 비동통성 질환에 관한 부침의 효과를 입증하기 위해선 추가적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

또한 국내에서는 아직 부침요법에 대한 임상연구 보고는 미비하기 때문에 부침요법에 대한 효과성 판정, 부작용 발생 및 시술 시 주의점에 대한 추가 전향적 연구가 필요할 것으로 보인다.

CONCLUSION

부침요법의 발전 동향과 시술법에 관한 연구를 통하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 부침요법은 일회성 부침 기구를 사용하여 국한적인 통증 주위 혹은 인근 사지의 피하 조직에 침을 자입한 후 침신(鍼身)을 좌우로 흔들여주는 침자법이다.
2. 부침요법은 원위부에 자침하는 완과침요법의 단점을 보완하여 발전시킨 침자법이다.
3. 부침요법은 〈靈樞. 官鍼〉의 구자(九刺) 중의 모자(毛刺), 십이자(十二刺) 중의 직침자(直鍼刺)와, 부자(浮刺), 오자(五刺) 중의 반자(半刺) 등의 특징이 반영되었다.
4. 부침요법은 〈素問. 湯液醪醴論〉, 〈素問. 咳論〉 등에서 바라본 폐와 피부의 장상적 원리를 중요하게 다루고, 근위치혈(近衛治穴)과 이통위수(以痛爲輸)의 방식을 활용하였다.
5. 치료효과를 극대화 하기 위해 연투관침이 개발되어 부침요법에 활용되고 있다.

이상의 결론을 종합해보면 부침요법은 동통질환에 대해 효과적이지만 비동통 질환과 내장성 질환에 대해서는 추가적인 연구가 필요하다. 부침요법을 소개한 본 연구를 시작으로 부침요법에 관련한 한의학계에서의 연구가 더욱 활발히 이루어진다면 향후 임상에서 부침요법을 활용하기 더욱 용이할 것으로 기대한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

ORCID

Jeongsu Park, <https://orcid.org/0000-0002-4178-0520>
 Jieun Oh, <https://orcid.org/0000-0002-2982-616X>
 Seongjun Bak, <https://orcid.org/0000-0002-9851-8566>
 Soyeong Yun, <https://orcid.org/0000-0002-4038-7727>
 Cheoungsu Kim, <https://orcid.org/0000-0001-9033-5127>
 Hongmin Chu, <https://orcid.org/0000-0003-0171-0234>
 Jaehyo Kim, <https://orcid.org/0000-0002-5285-7765>

REFERENCES

1. Korea Institute of Oriental Medicine, Institute of Korean Medicine Education & Evaluation, Health Insurance Review & Assessment Service, Yonsei University Department of Health Administration, Seoul National University College of Nursing. A survey on the use of traditional Korean medicine. 2008; 11-1351000-000223-01.
2. CH Han, SW Shin, SW Ahn, and SM Choi. A Survey of Actual State of Treatment with Acupuncture and Moxibustion in Korea. *Journal of Acupuncture Research*, 2005;22(6):141-53.
3. 张心曙, 凌昌全, 周庆辉 著, 实用 腕踝针疗法, 人民卫生出版社, 2002.
4. 周春才 著 ;YS Baek 共譯 : Yellow Emperor's Inner Canon, 2007.
5. 符仲華 著 ;KY Jeong, TH Cho 共譯, 埋線浮針療法 :疼痛治療, Eui Seong Dang, 2013.
6. 黄泳, 符仲华. 浮针治疗网球肘48例临床观察[J]. *中国针灸*. 1998(09):51-2.
7. 符仲华, 黄泳. 浮针疗法对腕部腱鞘炎患者的疼痛治疗[J]. *中国疼痛医学杂志*. 1999(02):21-3.
8. 李康, 陆瑾, 田亚丽, 符仲华. 符仲华老师浮针疗法治疗膝骨关节炎经验[J]. *现代中西医结合杂志*. 2019;28(06):657-60.
9. 朱美华, 王宁, 李有焕, 陆军, 阮义峰, 刘莉, 符仲华. 浮针疗法缓解膝关节疼痛的临床研究[J]. *临床麻醉学杂志*, 2008;24(10):846-8.
10. 陆瑾, 孙建华, 符仲华, 袁锦虹, 李静, 吉安庆. 浮针治疗肩周炎的即刻疗效及安全性[J]. *中国针灸*. 2008(06):414-6.
11. 符仲华, 黄泳. 浮针疗法与传统针灸治疗肩峰下滑囊炎疗效比较[J]. *湖南中医学院学报*. 1999(03):60-1.
12. 曾馥馥, 王文涛, 孙健, 林弋力, 符仲华. 回顾性分析浮针治疗股骨头坏死44例[J]. *中国针灸*. 2017;37(07):722-4.
13. 刘宝华, 朱绪文. 浅析浮针疗法[J]. *针灸临床杂志*. 1998(04):31.
14. 陆丽娟, 林建, 朱美华, 施建中, 丁久红, 符仲华. 浮针治疗慢性腰部软组织痛的临床评价[J]. *临床麻醉学杂志*. 2005(12):827-8.
15. 黄泳, 符仲华, 王升旭, 魏朝晖. 浮针疗法治疗慢性腰肌劳损 52例[J]. *长春中医学院学报*. 2000(01):34-5.
16. 符仲华, 邓燕. 浮针治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. *中医研究*. 1999(06):53-4.
17. 符仲华, 周晓山. 浮针疗法治疗胃炎2例[J]. *中国中西医结合脾胃杂志*. 1999(04):238.
18. 谭毅, 袁龙健, 符仲华. 浮针疗法治疗功能性便秘的临床效果[J]. *中国医药导报*. 2019;16(27):155-8.
19. 姚斯韵, 向娇娇, 崔志忠, 林少琴, 刘玲玲, 招远祺, 符仲华. 符仲华运用浮针治疗紧张型头痛经验介绍[J]. *新中医*, 2018;50(08):238-40.
20. 姚斯韵, 向娇娇, 林少琴, 刘玲玲, 崔志忠, 冯曼莎, 符仲华, 招远祺. 浮针治疗频发紧张型头痛随机对照研究[J]. *针灸临床杂志*. 2019;35(03):42-6.
21. 魏旭, 王文涛, 冯智宏, 符仲华. 浮针治疗顽固性周围性面瘫27例[J]. *中国针灸*. 2018;38(11):1206-8.
22. 李康, 陆瑾, 田亚丽, 符仲华. 浮针疗法治疗女性压力性尿失禁25例[J]. *中国针灸*. 2018;38(10):1112-4.
23. 符仲华. 浮针医学綱要. 人民卫生出版社. 2016.
24. 贾文, 雒琳, 何丽云, 王钊, 刘保延, 刘佳, 符仲华, 李洪皎. 浮针疗法临床适宜病种的系统整理与分析[J]. *中国针灸*. 2019;39(01):111-4.