

요통 치료를 위한 흉요추 이행부(Thoracolumbar junction)와 背俞穴, 華佗夾脊穴과의 상관성에 관한 연구

김대필 · 박영희 · 금동호

동국대학교 한의과대학 한방재활의학과교실

A Study on the Correlation between Thoracolumbar Junction and Back-su points(背俞穴), Hwatahyeopcheok points(華佗夾脊穴) for Treatment of Low Back Pain

YDae-feel Kim, O.M.D., Young-Hoi Park, O.M.D., Dong-Ho Keum, O.M.D.

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, Dong-Guk University

Objectives :

This study was designed to investigate the correlation between thoracolumbar junction and back-su points, Hwatahyeopcheok points for treatment of low back pain in the thoracolumbar junction syndrome that was suggested by Maigne R.

Method :

We investigate the acupuncture points that was correlated with the location of thoracolumbar junction area. And We tried to find out a common point between thoracolumbar junction and back-su points, Hwatahyeopcheok points for treatment of low back pain.

Results and Conclusion :

1. It is considered that these points such as BL₂₀, BL₂₁, BL₂₂, and Hwatahyeopcheok points that are located from 11th thoracic spinous process to 2nd lumbar spinous process are correspond to the thoracolumbar junction area.
2. It is suggested that acupuncture treatment on BL₂₀, BL₂₁, BL₂₂, and Hwatahyeopcheok points can release the tenderness of the muscles, recover autonomic nervous function and release smooth muscles and vascular contraction, so it can treat low back pain caused by thoracolumbar junction.

Key Words : Thoracolumbar junction, Back-su points(背俞穴), Hwatahyeopcheok points(華佗夾脊穴), Low back pain

I. 서론

요통은 전 인구의 80% 이상이 일생에 한 번쯤은 경험하는 흔한 질환으로써 제 12흉추 극돌기에서 후상장골극의 횡단면까지의 체간의 후방 부위에 시

작하는 통증을 말한다¹⁾. 요통 환자의 대부분은 X선 검사나 검사실 소견 또는 조직 검사 등으로도 특정한 병리적 원인을 밝혀내지 못하는 비특이성 요통을 호소하며²⁾, 과반수 이상이 허리띠 자리에 해당하는 후장골류 근처에 국소화된 증상을 특징으로 한다³⁾.

■ 교신저자 : 김대필. 경기도 성남시 분당구 수내동 87-2 동국대학교 분당한방병원 한방재활의학과교실
Tel : (031) 710-3734 Fax : (031) 710-3780 E-mail : kimhanbang@naver.com

Maigne⁴⁾은 이 부위의 통증이 제 12흉수신경의 후지를 통해서 후장골릉에 방사되는 흉요추 이행부(Thoracolumbar junction)의 병변에 의한 요통인 경우가 많다고 주장하고 있으며, 이를 일컬어 흉요추 이행부 증후군(Thoracolumbar junction syndrome)으로 정의하고 이에 해당하는 임상진찰법 및 치료방법을 제시하고 있다.

韓醫學에서는 臟腑마다 제각각의 背俞穴이 있는데, 背俞穴은 背部 양방에 위치하며 대부분 本臟腑와 서로 근접해 있다. 그리하여 어떤 臟腑에 病이 있으면 臟腑의 氣가 통하는 背俞穴 상에 이상반응이 나타나게 되며 여기에 출현하는 壓通點 등의 반응을 통해 인체의 질병을 진단하고 이곳에 적절한 자극을 하여 內部の 臟腑 疾患을 치료하게 된다⁵⁾. 또한 華佗夾脊穴은 經外奇穴로 第1頸椎下에서 第5腰椎下까지의 兩傍 各 5分處로 左右 합하여 48穴이 수직으로 配列되어 있으며 해당 척추분절의 內部臟器와 연관된 효능을 가진다⁶⁾.

이들 중 흉요추 이행부에 해당하는 背俞穴로는 脾俞(BL₂₀), 胃俞(BL₂₁), 三焦俞(BL₂₂) 등과 第11胸椎와 第2腰椎部位 사이에 있는 華佗夾脊穴(Hwatahyeopcheok points)들이 있는데 이 穴들은 요통을 치료하는 經穴로 이용되어 왔다.

본 연구에서는 요통 치료를 위해 Maigne이 주장한 흉요추 이행부 증후군(Thoracolumbar junction syndrome)에서의 흉요추 이행부와, 그와 유사한 위치에 분포하고 있는 背俞穴과 華佗夾脊穴에 대한 取穴과의 상관성에 관하여 비교 연구하고자 한다.

II. 본 론

1. 흉요추 이행부 증후군(Thoracolumbar junction syndrome)

1) 해부학적인 특징

면관절(Facet joint) 형태와 방위는 분절마다 달라서 어떤 동작은 쉽게 해주고 어떤 동작은 방지해 주도록 되어 있다. 흉추부위 면관절의 방위는 수평면에서 60도를 이루고 있고 요추부위 면관절은 90도를 이루고 있다. 요추에서는 관절 돌기가 다소 이마면으로 누워있다. 이는 흉추의 동작에는 돌림이 허용되지만 요추는 돌림이 근본적으로 불가능하다는 것을 뜻한다.

그러므로 등허리 연결부는 상당한 돌림성 긴장을 받는 이행부위이다. 이곳은 또 압박골절이 잘 일어나는 곳이기도 한다.

T₁₂는 해부학적으로나 생리학적으로나 이행 척추이다. 위쪽 관절돌기는 인접한 흉추와 같이 흉추로 행동하는 반면, 아래쪽 관절 돌기는 요추와 같이 행동한다. 따라서 동작의 하모니가 깨어지고, 이로써 분절성 기능장애를 초래하게 된다. 정상적으로는 대부분의 몸 돌림이 등허리 연결부에서 일어난다. 그 위 부위에서는 이 동작이 늑골에 의해서 제약을 받고, 아래 부위에서는 요추부위의 면관절 방위 때문에 이 동작이 불가능하거나 어렵기 때문이다⁷⁾.

Maigne⁸⁾은 1972년에 처음으로 흉요추 이행부 병변에 의한 하부 요통 환자를 발견하고 1981년에 이를 흉요추 이행부 증후군(Thoracolumbar junction syndrome)이라고 하였다. 그는 하부 요통의 원인은 약 30%는 요천추부 병변에 의한 것이며, 나머지 40%는 혼합형이라고 하였다. 이중 흉요추 이행부 병변에 의한 하부 요통을 흉요추 연결부 증후

군이라고 하고 만성 요통 환자의 많은 부분을 차지함을 강조하였다. 흉요추 이행부 병변은 약 60%가 한 척추 분절의 병변에 의하며, T₁₂-L₁이 가장 많고, 이외 T₁₁-T₁₂, L₁-L₂에 의해서도 발생된다. 요추 위쪽과 흉추 아래쪽에서는 Posterior ramus가 Spinal nerve root로부터 거의 직각으로 빠져 나온다. 이는 관절 기둥 주위를 주행하며 인접 아래 척추의 위관절돌기의 돌출에 의해서 눌리게 된다. 이는 Intercostal muscle의 안쪽 부분 뒤에서 바로 안쪽 분지와 바깥쪽 분지로 갈라진다. 바깥쪽 분지는 운동 섬유와 지각 섬유를 다같이 가지고 있으며, 나오는 척추로부터 약 세 분절 아래쪽에서 피하로 나오게 된다. 안쪽 분지는 거의가 운동신경 축삭으로 이루어져 있으며 Multifidus muscle과 Interspinalis muscle의 아래, 뒤, 바깥쪽을 지나며 이 근육들을 지배한다⁷⁾

2) 임상 징후

만성에서만만 아니라 급성의 경우에도 통증은 항상 천장관절, 허리 아래쪽, 또는 볼기 지역에서 느껴진다. 때로는 바깥쪽이나 뒤쪽으로 넓적다리로 방사된다. 실질적으로 신경이 기시하는 부분, 즉 등허리 연결부에서는 통증이 느껴지는 일이 결코 없다. 대개는 한쪽만 아프지만 양쪽이 아픈 경우도 있다.

이 통증은 급성으로 오는 수가 있어서 흔히 운동이나 세찬 돌림 뒤에 일어나기도 하지만, 거의 전부가 만성이다. 만성 천장관절 요통과 거의 구별하기 어려워서 혼동하는 일이 많다.

3) 임상 진찰

의사는 둘째 손가락으로 장골 능선을 따라서 안쪽에서 바깥쪽으로 가로 세로로 작게 문질러 간다. 대개 정중선에서 7-8cm 바깥쪽의 정확한 지점에서 매우 압통이 심한 곳을 만나게 된다. 이 지점은 자

극을 받고 있는 피부 분지가 압박을 받고 있는 부분에 해당된다. 이 지점을 능선 지점(crestal point)이라고 한다. 해당 가지(T₁₁, 때로는 T₁₂)가 능선을 교차하고 있지 않으면 이 지점이 없는 수도 있으며, 대개는 일측성이다. 이 지점과 인접하고 있는 허리나 볼기 지역은 집어올려 감아보기(pinch roll)로 통증이 있다. 이곳은 봉와염으로 침윤되어 있으며, 대개 손바닥이나 주먹만한 크기의 지역이 두꺼워져 있고, 때로는 볼기 위쪽 전체나 허리 아래쪽에 퍼져 있기도 하며, 능선 위에 수 입방 센티미터로 조그맣게 자리잡고 있는 경우도 있다(Fig. 1).

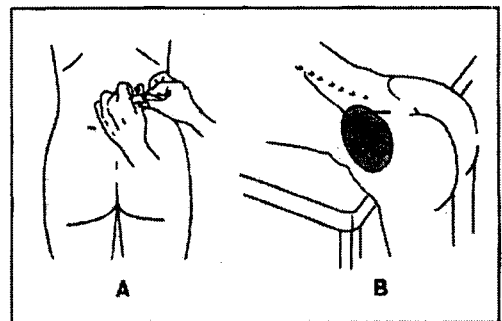


Fig. 1. (A) Pinch-roll test examining the superior gluteal region. (B) The cellulalgic zone corresponds to the territory of the posterior rami of the thoracolumbar junction. This zone may be supplied by two or three segments from this region of the spine.

등허리 연결부에서는 한 두 분절의 과민 반응이 명료하게 나타난다. 이 부분의 분절을 진찰하려면 환자는 테이블을 가로질러 엎드려서 배 밑에 쿠션을 받치도록 한다. 가시돌기를 향해서 가로로 눌러 보는 것과 면관절 지점을 찾는 것이 두 가지 기본 진찰법이다. 면관절 통증은 한쪽에만 있고, 항상 허리가 아픈 쪽과 같은 쪽이다. 양쪽 허리가 아프면 면관절 지점도 양쪽에 있을 수 있다⁷⁾.

3. 흉요추 이행부의 背俞穴 및 華佗夾脊穴

1) 脾俞(BL₂₀)

位置 : 第11胸椎棘突起의 外傍 1.5寸

解剖 : 廣背筋이 있고, 最長筋과 腸骨肋筋의 사이. 第11肋間動.靜脈後枝의 內側皮枝가 있다. 第11胸神經後枝의 內側皮枝가 분포되어 있으며, 深層에는 同神經後枝의 外側枝가 있다.

效能 : 調脾氣, 助運化, 除水濕, 和營血

主治 : 위염, 궤양병, 위하수, 신경성구토, 소화불량, 간염, 장염, 부종, 빈혈, 간비종대, 만성출혈성질병, 자궁탈수, 심마진, 치제핍력 등(Fig. 2).

效能 : 調氣化, 利水濕

主治 : 위염, 장염, 심염, 복수, 뇨저유, 유뇨, 신경쇠약, 요통 등⁹⁾(Fig. 4).

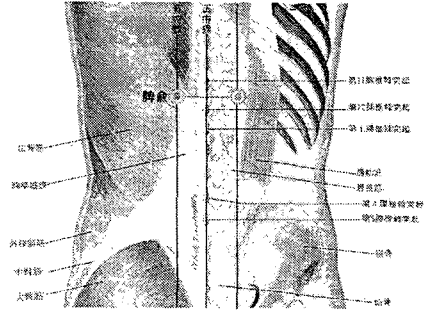


Fig. 2. 脾俞(BL₂₀).

2) 胃俞(BL₂₁)

位置 : 第12胸椎棘突起의 外傍 1.5寸

解剖 : 腰背筋膜이 있으며, 最長筋과 腸骨肋筋의 사이. 肋下動.靜脈後枝의 內側皮枝가 있다. 第12胸神經後枝의 內側皮枝가 분포되어 있으며, 深層에는 同神經後枝의 外側枝가 있다.

效能 : 調胃氣, 化濕消滯

主治 : 위통, 위염, 위확장, 위하수, 궤양병, 궤장염, 간염, 장염, 식욕부진, 불면, 척배통 등(Fig. 3).

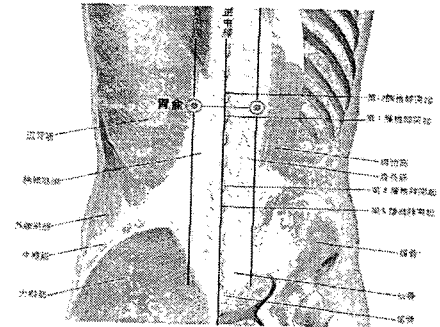


Fig. 3. 胃俞(BL₂₁)

3) 三焦俞(BL₂₂)

位置 : 第1腰椎棘突起의 外傍 1.5寸

解剖 : 腰背筋膜이 있으며, 最長筋과 腸骨肋筋과의 사이. 第1腰動.靜脈後枝의 內側枝가 있다. 第10胸神經後枝의 內側皮枝의 末梢가 분포되어 있으며, 深層에는 第1腰椎神經後枝의 外側枝가 있다.

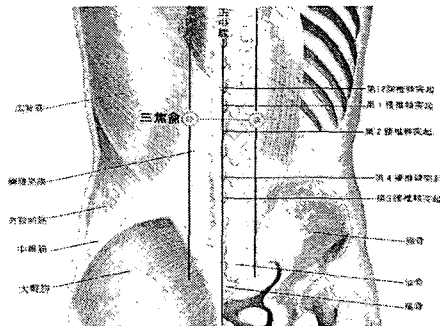


Fig. 4. 三焦俞(BL₂₂)

4) 華佗夾脊穴(經外奇穴)

位置 : 第1頸椎에서 第5腰椎까지 각 棘突起의 兩傍 0.5-1寸. 左右 합해서 48穴. 흉요추부 이행부와 관련된 華佗夾脊혈로는 第11胸椎에서 第2腰椎사이의 穴들이 해당.

解剖 : 棘突起와 橫突起 사이의 筋肉 속에 있다. 穴位の 부위가 다르므로 筋肉도 다르다. 보통 三層으로 이루어져 있으며, 淺層에는 僧帽筋, 廣背筋이, 中層에는 上後學筋, 下後學筋이, 深層에는 脊椎起立筋, 橫突刺筋 등이 있다. 어느 穴이나 椎骨의 하방에는 脊髓神經後枝의 內側枝가 나와 있으며, 그에 따른 動·靜脈이 있다.

主治 : 해당 척추분절의 内部臟器와 연관된 효능을 가진다. 특히 第11胸椎에서 第2腰椎사이의 華佗夾脊穴들은 腰椎部, 薦椎部의 질환을 치료하는 효능을 가진다. 胃양성질환, 만성출혈성질환, 신염, 뇨저유, 척추병 등⁹⁾(Fig. 5).

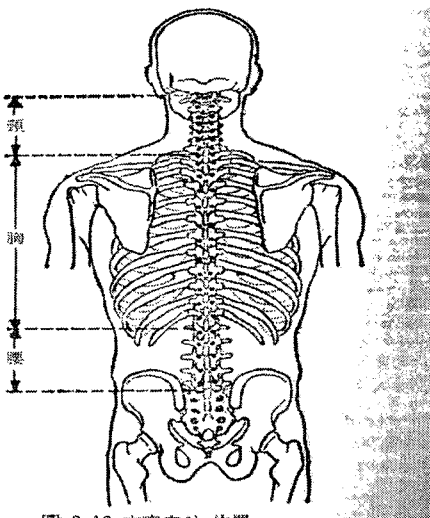


Fig. 5. 華佗夾脊穴
(Hwatahyeopcheok points)

Ⅲ. 고찰

흉요추 이행부(Thoracolumbar junction)는 일차적인 만곡(후만)에서부터 이차적인 만곡(전만)으로 이행하면서 흉추에서 관상면으로 향했던 후관절면이 요추에서는 시상면으로 향하는 변화를 가지는 중요한 구조적인 특징이 있다. 이 전환은 T₁₂-L₁ 분절에서 발생한다고 일반적으로 여겨졌지만, T₁₀과 L₁사이 분절에서도 발생한다는 것이 증명되었다. T₁₂, L₁ 그리고 L₂ 척수의 신경근 외측지의 분포 상태는 임상적으로 한층 더 중요하다. 이들 신경들은 둔피신경(cluneal nerve)을 형성하여 피부의 신경지배를 하고, 둔부의 상부 후외측, 장골능 후방 그리고 서혜부의 천층 구조들의 신경지배를 한다.

하부흉추 분절에서의 기능부전은 이들 부위에 동통을 나타내므로, 주로 이 부위에 통증을 나타내는 요천추 부위 또는 천장 부위의 질병들로 오인된다. Maigne⁴⁾은 이러한 증후가 일반적으로 요추 또는 천골 관절 변화의 결과로서 여겨지는 만성 요통과 급성 요통 가운데 60%까지의 원인이 될 수 있다고 생각하였다¹⁰⁾.

흉요추 이행부 증후군의 진단은 아직까지 확실한 기준은 없고 임상 소견에 의존하게 된다. 임상 소견은 T₁₂, L₁ 척수 신경근의 분지 분포에 따라 나타나게 되는데, 이들 신경의 후지가 상둔부와 하요부 피하 조직을 지배하고 있어 주로 이 부위에 증상을 나타내게 된다. 특징적인 증상 및 증후들로는 후장골릉 부근의 자발통과 피부의 감각과민(cellualgia, pinch-roll test), 흉요추 이행부 관절의 압통 및 후장골릉의 깊은 압통점(crestal point) 등의 소견과 의심되는 흉요추 이행부 관절의 치료로 후장골릉 부근의 통증 및 피부의 감각과민이 소실되는 소견 등이 있다⁸⁾.

자각 증상은 주로 하부 요통이고 흉요추 이행부

에 자발통이 없기 때문에 요천추부에 의한 허부 요통과 혼동되기 쉽다.

치료는 대부분 의심되는 흉요추 이행부 척추 관절의 치료로 충분하다고 하며, 후장골릉 부위 압통 점 주사 등이 효과를 보이는 경우도 있다고 한다¹¹⁾. 이러한 이론을 바탕으로 황 등¹²⁾은 흉요추 이행부 원인에 의한 후장골릉 부근의 요통 환자에 대한 치료법을 보고하였다.

韓醫學에서腰痛은《素問·脈要精微論》¹³⁾에 “腰者腎之府 轉搖不能 腎將癆矣”라 하여 腎虛에 본이 됨을 기본으로 하여 여러 문헌에 걸쳐 다양한 원인이 예거되고 있으며 치료는 十種腰痛의 분류에 따른 치료나,腰部 주위의 穴에 취하거나, 下肢放射痛時 膀胱經, 膽經, 混合形, 腎經 등의 經絡의 取穴에 준하여 치료하는 것이 일반적으로 사용되고 있다¹⁴⁾.

腰痛 치료를 위한 穴들 중, 특히 흉요추 이행부와 해부적인 위치가 유사한 穴들로는 足太陽膀胱經의 脾俞(BL₂₀), 胃俞(BL₂₁), 三焦俞(BL₂₂)가 있으며, 經外奇穴인 第11胸椎에서 第2腰椎사이에 해당하는 華佗夾脊穴 들이 있다.

흉요추 이행부에 해당하는 背俞穴 중, 脾俞(BL₂₀)는 五臟의 俞穴 중의 하나이며, 脾臟의 邪氣가 注入하는 곳이다. 第11胸椎棘突起의 外傍 1.5寸에 위치하여 해부적으로 廣背筋이 있고, 最長筋과 腸骨肋筋의 사이로 第11肋間動.靜脈後枝의 內側皮枝가 있고, 第11胸神經後枝의 內側皮枝가 분포되어 있으며, 深層에는 同神經後枝의 外側枝가 있다. 調脾氣, 助運化, 除水濕, 和營血하는 효능이 있어 위염, 궤양병, 위하수, 신경성구토, 소화불량, 간염, 장염, 부종, 빈혈, 간비종대, 만성출혈성질병, 자궁탈수, 심마진, 치제핍력 등을 치료하는 효과를 지닌다⁹⁾. 특히 脾臟의 기능이 저하되어 유발되는 腰痛을 치료하는데《鍼灸大成》¹⁵⁾에서는 “主腹脹, 引胸背痛, 多食身瘦, 痿癰積聚, 脇下滿, 泄利, 痰瘕寒熱, 水腫氣脹引脊痛, 黃疸, 善欠, 不嗜食”이라 하여 腰痛 治療와의 연관성

에 대해 언급하고 있다.

胃俞(BL₂₁)는 胃의 俞穴이고 胃의 腑에 邪氣가 注入하는 곳이다. 第12胸椎棘突起의 外傍 1.5寸에 위치하여 해부적으로 腰背筋膜이 있으며, 最長筋과 腸骨肋筋의 사이로 肋下動.靜脈後枝의 內側皮枝가 있다. 第12胸神經後枝의 內側皮枝가 분포되어 있으며, 深層에는 同神經後枝의 外側枝가 있다. 調胃氣, 化濕消滯하는 효능이 있어 위통, 위염, 위확장, 위하수, 궤양병, 췌장염, 간염, 장염, 식욕부진, 불면, 척배통 등을 치료하는 효과를 지닌다⁹⁾. 특히 胃腸 기능의 이상이 유발되어 발생하는 腰痛을 치료하는데《鍼灸大成》¹⁵⁾에서는 “主霍亂, 胃寒, 腹脹而鳴, 翻胃嘔吐, 不嗜食, 多食羸瘦, 目不明, 腹痛, 胸脇支滿, 脊痛筋攣, 小兒羸瘦, 不生肌膚”라 하여 腰痛 治療와의 연관성에 대해 언급하고 있다.

三焦俞(BL₂₂)는 人體의 열에너지를 조절하는 三焦에 邪氣가 注入하는 곳이다. 第1腰椎棘突起의 外傍 1.5寸에 위치하여 해부적으로 腰背筋膜이 있으며, 最長筋과 腸骨肋筋과의 사이로 第1腰動.靜脈後枝의 內側枝가 있다. 第10胸神經後枝의 內側皮枝의 末梢가 분포되어 있으며, 深層에는 第1腰椎神經後枝의 外側枝가 있다. 調氣化, 利水濕하는 효능이 있어 위염, 장염, 심염, 복수, 뇨저유, 유뇨, 신경쇠약, 요통 등을 치료하는 효과를 지닌다⁹⁾. 특히 三焦의 기능 이상으로 유발되는 腰痛을 치료하는데《鍼灸大成》¹⁵⁾에서는 “主臟腑積聚, 腹滿羸瘦, 不能飲食, 傷寒頭痛, 飲食吐逆, 肩背急, 腰脊強不得俯仰, 水穀不和, 泄注下痢, 腹脹腸鳴, 目眩頭痛”이라 하여 腰痛 治療와의 연관성에 대해 언급하고 있다.

華佗夾脊穴은 經外奇穴로 第1頸椎에서 第5腰椎까지 각 棘突起의 兩傍 0.5~1寸에 위치한다. 해부적으로는 棘突起와 橫突起 사이의 筋肉 속에 있으며 穴位の 부위가 다르므로 筋肉도 다르다. 보통 三層으로 이루어져 있으며, 淺層에는 僧帽筋, 廣背筋이, 中層에는 上後舉筋, 下後舉筋이, 深層에는 脊椎起立

筋, 橫突刺筋 등이 있다. 해당 척추분절의 內部臟器와 연관된 효능을 가지며, 특히 第11胸椎에서 第2腰椎사이의 華佗夾脊穴들은 腰椎部, 薦椎部の 질환을 治療하는 효능을 가진다⁹⁾.

華佗夾脊穴의 활용범위는 비교적 광범위하며 대개 經脈의 분포, 神經根이나 脊髓分節의 분포, 穴位의 壓痛 有無와 반응물 등을 판단해서 穴位를 선택 운용할 수 있다. 특히 T₁에서 S₂의 華佗夾脊穴을 이용해서 腰椎部, 薦骨部の 질환을 치료한다¹⁶⁾.

華佗夾脊穴을 이용한 腰痛 治療에 대하여 王¹⁷⁾은 환자를 俯臥位로 하게 하고 鍼尖을 약간 內側 방향으로 2~3寸을 刺鍼하여 局部酸脹感이나 麻電感을 下肢로 放散시켰다. 결과 308例의 환자 중 293例에서 현저한 효과를 얻어 95.1%를 차지하였고 나머지 15例에서도 유효한 효과를 얻어 총 유효율이 100%로 華佗夾脊穴을 사용한 急性腰部捻挫 치료에서 만족할 만한 치료효과를 얻었다고 보고하였다.

근육에 대한 刺鍼의 통증에 대한 효과에 관하여 Gunn은 자율신경반사의 조절은 중추신경계 내에서 수행되지만 초과민(supersensitive)해진 분절의 자율신경 반사는 해당 분절의 근육의 구축을 풀어주면 조절되고 정상으로 회복될 수도 있는 것으로, 건과 관절 등이 기계적으로 당겨져서 유발된 통증은 이들 건과 관절에 작용하는 근육의 단축을 풀어주면 해소된다. 침자극은 평활근의 이완이 해당 분절 전체로 퍼져나가, 혈관의 연축을 해제시켜 피부의 온도가 상승되며, 임파관의 수축을 풀어줌으로써 통증반응과 자율신경의 기능장애가 해소된다고 주장하고 있다¹⁸⁾.

또한 Travell JG. and Simons DG.에 의하면 척추기립근에 유발된 발통점은 장골릉부위의 통증을 야기하게 되는데, 특히 하부흉추부위와 상부요추부위에 발통점이 생기게 되면 통증은 둔부의 끝 쪽까지 확산되며, 이때는 통증을 호소하는 부위와 통증의 원인이 되는 발통점의 위치가 거리상 상당히 떨

어져 나타나게 된다¹⁹⁾. 이들의 위치는 經外奇穴인 華佗夾脊穴과 매우 유사한 곳에 위치하여 있으며, 침 시술이 심부척주근의 이완을 유발하여 혈관의 연축을 해제시키고 임파관의 수축을 풀어줌으로 통증이 해소되는 것으로 생각된다.

이와 같이 흉요추 이행부에 해당하는 背俞穴과 華佗夾脊穴을 取穴한 鍼 治療는 장골릉부에 유발된 腰痛의 치료에 대하여, 脾臟과 胃腸 기능의 편차를 해소시키고, 三焦의 기능을 회복시켜 腰痛을 치료하며, 해당 부위의 압통점 및 근육의 경결을 풀어주어 자율신경기능의 회복과 더불어 평활근을 이완시키고 혈관의 연축을 해제하여 腰痛을 치료할 수 있는 것으로 생각된다.

IV. 결 론

1. 흉요추 이행부에 해당하는 經穴로는 脾俞(BL₂₀), 胃俞(BL₂₁), 三焦俞(BL₂₂)의 背俞穴과 第11胸椎와 第2腰椎사이의 華佗夾脊穴이 연관성이 있는 것으로 생각된다.
2. 흉요추 이행부에 해당하는 經穴인 脾俞(BL₂₀), 胃俞(BL₂₁), 三焦俞(BL₂₂)는 人體의 五臟六腑 중 脾臟, 胃腸, 三焦 기능의 실조로 인해 유발되는 腰痛을 治療하는 효능이 있다.
3. 흉요추 이행부에 해당하는 第11胸椎와 第2腰椎 사이의 華佗夾脊穴은 腰椎部, 薦骨部に 유발된 腰痛을 治療하는 효능이 있다.
4. 흉요추 이행부에 위치하고 있는 背俞穴과 華佗夾脊穴에 대한 침 시술은 해당 부위의 압통점 및 근육의 경결을 풀어주어 자율신경기능의 회복과 더불어 평활근을 이완시키고 혈관의 연축을 해제하여 腰痛을 치료할 수 있는 것으로 생각된다.

참고문헌

1. 하기용. 요통. 대한통증학회지. 1997;10:153-65.
2. Hirschberg GG, Froetscher L, Naeim F. Iliolumbar syndrome as a common cause of low back pain: diagnosis and prognosis. Arch Phys Med Rehabil. 1979;60:415-9.
3. 최중립. 근긴장성 요통의 치료에 대한 새로운 소견. 대한통증학회지. 1995;6:83-94.
4. Maigne R. Low back pain of thoracolumbar origin. Arch Phys Med Rehabil. 1980;61:389-95.
5. 전국한외과대학교 침구·경혈학교실 편저. 침구학(상). 서울:집문당 1998:198-9.
6. 전국한외과대학교 침구·경혈학교실 편저. 침구학(하). 서울:집문당. 1994:833.
7. 최훈 역. 척추통증의 진단과 치료. 서울:군자출판사. 2001:360-5,369-72.
8. Maigne R. Diagnosis of treatment of pain of vertebral origin. Baltimore, Williams and Wilkins. 1996:306-19.
9. 안영기. 경혈학총서. 서울:성보사. 1998:356-61, 726-7.
10. 이종화 역. 카이로프랙틱 테크닉. 서울:대한추나요학회출판사. 2000:308-10.
11. Maigne JY, Maigne R. Trigger point of the posterior iliac crest: painful iliolumbar ligament insertion or cutaneous dorsal ramus pain? An anatomic study. Arch Phys Med Rehabil. 1991;72:734-7.
12. 황영섭, 오광조, 김우선, 최훈. 흉요추 이행부 원인에 의한 후장골통 부근 요통. 대한통증학회지. 2000;13(1):111-4.
13. 홍원식 편. 精校黃帝內經靈樞. 서울:동양의학연구원출판부. 1985:83-9.
14. 정선희, 이재동, 박동석. 요통의 원인 및 침구치료에 대한 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1996;13(1):263-82.
15. 양계주. 鍼灸大成校釋. 서울:대성문화사. 1996:836.
16. 上海中醫學院. 鍼灸學. 人民衛生出版社. 1977:168-9.
17. 王樹年. 針刺華佗夾脊穴治療急性腰部扭傷 308例. 中國鍼灸. 1988;(6):22.
18. 옥광휘 역. Gunn의 접근법에 의한 만성통증의 치료. 서울:군자출판사. 2000:10,17-8,78.
19. 주정화, 옥광휘. 근골격계의 통증치료. 서울:군자출판사. 1997:208-17.