

경추 추나를 이용하여 치료한 특발성 결막염 치험 1례

강지훈 · 최유석 · 김대필 · 박영희 · 금동호

동국대학교 한방재활의학과 교실

A Case Report on the Idiopathic Conjunctivitis Treated by CHUNA Manual Therapy

Ji-Hun Kang, O.M.D., You-Seok Choi, O.M.D., Dae-Pil 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*

Objective : There is no case report on the Idiopathic Conjunctivitis treated by CHUNA manual therapy in oriental medicine. We experienced a patient with the Idiopathic Conjunctivitis improved by CHUNA manual therapy in X-ray image and visual analogue scale(VAS), and we report it.

Methods : During the patient with the Idiopathic Conjunctivitis was treated CHUNA manual therapy, we examined cervical X-ray and evaluated the patient's symptoms by VAS and counting eye drop. And we observed whether the change exist or not in X-ray.

Result : Symptoms(Red eye, eye xerosis) was improved significantly, and the X-ray image was improved.

Conclusion : Conjunctivitis was generally treated steroid eye drop and conservative treatment. But CHUNA manual therapy may be more effective in the Idiopathic Conjunctivitis, if more clinical studies and researchs are accomplished.

Key word : Idiopathic Conjunctivitis, CHUNA manual therapy

I. 서 론

대해 논의하고자 한다.

결막은 외부로 노출되어 있어서 항상 광범한 종류의 미생물, 화장품, 약물, 먼지, 꽃가루 등 무수한 항원들과 쉽게 접촉하게 되어 결막염을 일으키기가 쉽다.

결막염의 원인은 세균, 바이러스 등 외인성, 내인성과 특발성인 것으로 나눌 수 있다²⁾. 특발성 결막염의 경우 항생제 등 일반적인 양방 안과적 치료에도 호전없이 난치인 경우가 많고, 만성적으로 진행되어 증상이 없어지지 않는 경우도 양방 안과에서도 보고되고 있다³⁻⁴⁾.

2달간의 양방치료 후에도 안구건조, 안구충혈의 지속적 증상이 있었던 환자에게 경추 추나요법만을 6회 시행하여 거의 증상 소실된 치험 1례에

II. 치험 1례

1. 환자 : 유○○, 23세, 남자
2. 주소 : 양안충혈, 안구건조
3. 과거력
 - 1) 십이지장궤양 : 98년 입원치료
4. 가족력 : 특이사항 없음
5. 사회력

■ 교신저자 : 강지훈, 경기도 성남시 분당구 수내동 87-2 동국대학교 분당한방병원 한방재활의학과 교실
Tel : 031) 710-3734, E-mail : polan@hanmail.net

일반수련의, 1주 2-3회 음주, 1일 1갑 흡연

6. 전신증상

두면부 : 축농증(+)

경향부 : 경향통(+)

소화기계 : 식사, 소화 불규칙, 대변 1일 1회
(간혹 설사)

비뇨기계 : 소변 양호

수면 : 4-5시간

설흥 태백

맥부긴

7. 현병력

2004년 2월부터 과로, 스트레스, 수면부족으로 양안충혈 발생하여 3월부터 동국대학교 부속 가정의학과에서 신도톨 점안액 1일 3,4회, 인공누액 1일 10여회 점안하였으나 1달동안 오히려 증상악화되어, 5월초 local 안과에서 상세불명의 급성결막염 진단받은 후 타라비드점안액 1일 4회, 플루메토론 점안액 1일 4회, 인공누액 1일 10여회 점안하였다. 1달여 치료후 증상 다소 완화되었으나 점안액횟수를 지키지 않으면 바로 증상이 심해졌으며, 여전히 안구충혈은 육안상 확인하고, 인공누액을 1일 10여회 넣지않으면 안구건조증을 견디기 힘들었다.

8. 초진소견

1) 경추부 능동운동범위

전굴 : 40°, 신전 : 45°, 측굴 : 40°/45°, 회전 : 50°/60°

2) Spurling test (-/-), Valsalva test(-)

경향통의 V.A.S : 5

3) C-spine AP, Lat. view

No gross abnormality(Fig. 1,2).



Fig. 1. C-spine AP (04-6-18)



Fig. 2. C-Spine Lat. (04-6-18)

9. 치료방법

2004년 6월 18일부터 1주 1-2회씩 양와위 경추교정법을 실시하였다. 점안액 등 양방치료는 증상의 호전에 따라 사용을 줄이도록 하였다.

10. 치료경과

경추 추나요법을 1주일 2회, 총 6회 실시하였다. 2회(2004-6-22) 실시후 경향통은 V.A.S. 3-4, 기상후 안구건조감이 다소 완화 되었고 티라비드 점안액은 1일 3회, 인공누액 1일 6-7회 정도 점안으로 약간 호전되었다. 3회(2004-6-25) 실시후 경향통은 V.A.S. 2-3, 경추 능동운동범위는 측굴 45°/45°, 회전 60°/60°로 호전되었다. 안약 점안은 티라비드 점안액은 1일 3회, 인공누액은 1일 5-6회 점안으로 호전을 보이고 있었다. 4회(2004-6-30) 실시후 경향통은 V.A.S. 2정도로 호전되었고, 타라비드 점안액 1일 2회, 인공누액 1일 3, 4회 정도 점안하고도 견딜만 할 정도로 안구건조증은 호전되었다.

6회(2004-7-07) 실시후 평상시 느껴오던 뒷목에서 어깨까지 뻣근한 느낌은 거의 느낄 수 없을 정도(V.A.S.: 0-1)로 호전되었으며, 타라비드 점안액을 1일 1회, 인공누액 1일 1회만 점안하고도 별 불편함 없을 정도로 안구건조증은 호전되었고, 기상 후에만 안구충혈이 약간 있었다.

C-spine Lat.에서 전만각은 2004년 6월 18일 당시 35°에서 45°로 증가되었다(Fig. 3,4).



Fig. 3. C-spine AP.(04-7-07)



Fig. 4. C-spine Lat.(04-7-07)

III. 고 찰

결막은 외부로 노출되어 있어서 항상 광범한 종류의 미생물들의 공격의 목표가 될뿐더러 화장품, 약물, 먼지, 꽃가루 등 무수한 항원들과 쉽게 접촉하게 된다. 미생물로는 세균, 클라미디아, 바이러스, 진균, 기생충등이며 항원으로는 미생물을 포함하여 여러 종류의 화학물질 등이다¹⁾. 결막염의 원인은 다양하지만 대별하면 세균, 바이러스,

진균, 약물, 먼지, 광선, 온열, 외상 등 외인성, 급성발진성질환에 동반하는 내인성과 특발성인 것으로 나눌 수 있다²⁾.

무수한 미생물과 항원들의 공격을 계속 받고 있는 결막은 외부침략에 대응하여 방어하고 있는 방법은 비특수성 면역과 특수성 면역으로 나눌 수 있다. 비특수성 면역은 안검의 깜박임, 눈물의 세척작용과 여기 함유된 효소들의 항균작용, 결막상피의 탐식작용, 체온보다 낮은 결막낭의 온도에 의한다. 특수성 면역은 결막이 여러 가지 미생물이나 항원의 공격을 받았을 때 이에 대한 방어가 체액면역 또는 세포면역 두가지 기전으로 잘 이루어지면 결막의 건강상태를 유지할 수 있으나 이 두가지 기전으로 방어하지 못했거나 지나친 정도로 방어했을 때 결막염이 발생할 수 있다¹⁾.

생활환경의 개선과 향상은 결막염을 감소시키는 듯하지만 결막은 항상 외부에 노출되어 있으므로 각종 안질환에 감염되기 쉽고 매년 변함없이 많은 감염율을 나타낸다. 도로, 기온 등 생활환경과 항생제와 부신피질 호르몬제의 과다사용은 반대로 결막염의 치료를 복잡하게 만들고 있다²⁾. 특발성의 결막염은 원인은 정확하게 밝혀져 있지 않으나 대부분의 경우 아토피성 알레르기 질환의 가족력 및 기왕력을 가지고 있다. 또한 혈청 및 눈물의 IgE가 정상보다 높고, 히스타민도 정상보다 높다는 점을 들어 즉시형 과민 반응성 알레르기 질환으로 생각되고 있다. 알레르기성 안질환의 증상은 대부분 경증인 경우가 많으나 때로 심한 증상이 연중 지속되기도 하고 드물게는 각막의 반흔이나 시력의 소실까지도 초래할 수 있다. 이 질환의 치료목적은 심각한 의인성 부작용 없이 증상을 없애 주는 것으로 대개의 경우 국소적, 전신적 스테로이드나 항히스타민제, 혈관수축제 등의 약물치료와 함께 찬 찜질, 광선 치료, 냉응고술 등의 여러가지 대증요법 또는 외과적 절제 등이 있으나 그 효과가 만족스럽지 못한 것으로 되어있다³⁾.

알레르기성 각결막 질환으로는 알레르기성 결막염, 아토피 결막염, 봄철 각결막염, 거대 유두 결막염, 접촉 결막염 등이 있다. 감결막 상피와 고유질에서 많은 수의 비만세포와 호산구가 발견되

고, 눈의 분비물에 히스타민, 프로스타글란딘, 류코트리엔 등이 있다는 점이다. 그 외 눈물과 혈청의 IgE값이 상승되어 있고, Rye grass나 Ragweed pollen같은 혼한 항원에 대한 특이 IgE 항체가 눈의 분비물에 나타나며, 비만세포에 작용하는 크로모글리케이트로 치료하면 반응이 있다. 항원 회피 요법은 광범위한 분포를 보이는 경우는 시행하기 어려우나, 가축 유발 항원 같은 경우는 환자의 환경에서 피할 수 있다. 폐쇄요법은 접착테이프나 Forst 봉합을 이용한 일시적인 검관 봉합술과 보틀리늄 독을 이용한 거상근의 일시적인 마비가 가능한 방법으로 생각되고 있다. 제한적인 저감작 치료를 시행한다 하더라도 천식이나 습진 같은 알레르기 증상은 조금 향상되나 안질환이 치료되지는 않으며 효과와 안전성은 아직도 확립되지 않았다. 스테로이드의 작용은 모세혈관의 투과성을 줄이고, 신생혈관 생성과 림프구 자극을 억제하나, 부작용으로는 안압상승, 백내장, 간염 발생 빈도 증가 등이 있다. 항히스타민제는 보통 단기간 사용하며 접촉성 과민반응을 유발할 수 있다. 크로모글리케이트는 AMP의 세포내 농도를 상승시킴으로써 비만세포막을 가로지르는 칼슘 운반을 방해한다. 그 외의 비만세포를 안정화시키는 것으로는 doxantrazole, bufrolin, nedocromil sodium, N-acetyl glutamin acid등이 있다. 세포면역이 아토피 질환을 조절하는 역할이 있다고 밝혀진 이후로는 많은 면역억제제가 쓰여져 왔는데, 그 중 T 세포 기능에 영향을 주는 cyclosporin A가 봄철 결막염에 좋은 결과를 보였다. 수술적 치료는 약물치료가 잘 되지 않는 경우에 사용되는데, 반흔, 안검내반, 침모난생증 등의 합병증이 보고되고 있다³⁾.

韓醫學의으로는 結膜炎은 白睛疾患 중에 屬하며 風熱客熱, 天行赤目, 白澁, 金疳, 肝臟積熱에 해당하는 질환이다⁵⁾.

暴風客熱은 紅眼, 火眼, 또는 紅眼病, 暴發火眼이라고도 칭하는데 그 原因은 風熱所致, 肺에 邪熱이 客한데 外部에서 風邪가 들어왔거나, 肝肺二經鬱熱이라 하는 등 外的 要因은 風熱이며 關聯臟腑는 肝肺이다. 症狀은 갑작스런 發病, 白睛의 充血 및 疼痛感을 主症狀으로 가짐으로 急性 結膜

炎이라 볼 수 있다. 治療藥은 瀉肝散, 瀉青丸, 清肺散, 四物龍膽湯, 羌活勝濕湯, 桑螵蛸酒散등을 사용하고 點眼藥으로 金絲膏, 琥珀煎등을 사용한다. 天行赤目は 天行赤熱, 天行赤眼 또는 天行氣運 등으로도 稱하며 그 原因은 ‘天行時疾’, ‘四時流行, 風熱之毒’, ‘天時流行熱邪相感’ 등으로 流行性임을 알 수 있고 그 症狀은 눈이 갑자기 赤腫되며 粘性 或 膿性 分泌物이 많이 흘러 아침 起床時에 眼瞼에 膠粘하며 어른과 어린이가 症狀이 서로 類似하다 했으며 傳染性이 강한 流行性 結膜炎임을 알 수 있다. 治療藥은 石決明散, 驅風散熱飲, 瀉肝散, 洗肝散등이 쓰이며 洗眼藥으로 五行湯을 사용한다.

白澁은 白睛澁痛, 白眼痛, 害白眼이라고도 稱하며 그 原因은 ‘天行赤眼後 外邪滯留’, ‘濕熱蘊積脾肺, 火伏氣分’, ‘長期受風, 沙, 烟, 塵 刺戟’이라 하여 急性 結膜炎을 失治하거나 食生活에서 膏粱厚味나 飲酒過度로 脾肺兩經에 濕熱이 蘊蓄되거나, 長期間 눈에 外部的 刺戟을 주므로 발생한다는 것을 알 수 있고 그 症狀은 充血이 甚하지 않고 分泌物도 적고 다만 異物感을 느끼고 疼痛感을 느끼는 것이 오후나 밤에 甚하다는 것을 알 수 있고 慢性 結膜炎에 해당한다. 治療藥은 桑白皮湯, 瀉肺湯, 明朗飲을 사용한다.

金疳은 金瘍玉粒이라고도 稱하며 그 原因은 營養不良과 體質虛弱의 兒童과 青年에게 容易하게 反復發作하며 그 症狀은 白睛表面에 泡性 小課粒이 隆起되어 眼球에 刺戟을 주는 泡性 結膜炎에 해당된다. 治療藥은 養陰清肺湯, 桑白皮湯, 瀉肺湯과 退赤散등을 사용한다.

肝臟積熱은 肝虛積熱, 肝風積熱이라고도 稱하며 原因이 질환명이 되는 경우이며 眼은 肝의 外竅로서 肝經이 虛弱한데 다시 熱이 壅城하여 發生하며 그 症狀은 眼疾患에 慢性的으로 發生하는 結膜炎을 말하며 治療藥은 石決明散, 局方密蒙花散, 瀉肝散, 四物龍膽湯 등이다⁵⁾.

결막은 투명한 막으로서 눈꺼풀의 아래, 위를 덮으면서 주름져서 눈꺼풀의 표면을 덮는다. 이것은 눈꺼풀이 안구 위로 움직일 때 마찰을 줄이고 세균침입에 대한 장벽으로 작용한다.

누선은 눈꺼풀 아래에 위치하는데 계속적으로 액

을 분비하여 축적된 먼지, 때, 미생물을 눈의 표면에서 씻어 낸다. 눈꺼풀과 누선의 협동 메카니즘에 의해 눈의 표면이 아주 깨끗하게 유지된다. 분비되는 액은 눈의 감염을 막는데 도움이 된다. 눈의 표면을 세척한 후에 이 액은 눈의 내측 구석에 위치한 도관에 의해 비강으로 운반된다. 울거나 눈의 염증으로 누선의 액이 과도하게 분비되면 관을 가득 채워 액이 얼굴로 넘쳐흐르게 되는데 이것을 눈물이라 부른다. 위에서 언급한 구조의 어떤 부분이든지 기능이상 발생하면 잠재적으로 문제를 일으킬 가능성이 있다. 누선, 검관선, 모양체선, 림프선, 트라코마선들은 모두 밖으로 노출된 안구부위를 마르지 않고 깨끗하게 하며, 동시에 보호하는 기능을 한다⁶⁾.

누선의 윗부분은 전두골의 관골돌기의 내측면의 와에 위치하고 있는데 그 부분은 상하직근의 건과 안와골막에 연결되는 약간의 섬유띠로 지지된다. 안검거근의 근막을 감고 있는 누선의 아래부분은 윗눈꺼풀 깊숙이, 후결막속에 측방으로 자리 잡고 있다. 그래서 눈꺼풀을 뒤집으면 결막 뒤로 누선을 볼 수 있다.

보통 위쪽 비어있는 부분에서 상외측결막원개로 흘러가는 6-12개의 관이 있다. 그 중 몇 개는 아랫부분에서 곧바로 이원개로 흐르고 나머지는 윗부분에서 결합된다. 때로는 몇 개의 누관이 하결막원개로 흘러간다.

아마도 독립적인 부루선이 결막 가까이 깊숙한 곳에 있을 것이다. 이들은 주루선이 제 기능을 다하지 못할 때 각막을 적시는 기능을 한다. 안구건조증은 고통스럽고, 정상일 때는 씻겨나가는 먼지나 박테리아로부터의 감염에 상처받을 가능성이 커진다. 누선은 피막 형성이 부족하고 전두골과 깊이 관련되어 있기 때문에 선의 악성종양은 급속히 빠르게 퍼지고 곧바로 그 징후는 안와골막에 통증으로 나타난다. 눈은 5초에 한번씩 깜박인다. 눈물은 밖으로 노출된 안구의 중앙에 쌓인 후 위아래 눈꺼풀에 있는 Puntra라 불리는 누관을 지나 누낭으로 들어간다. 그리고 나서 비강으로 흘러간다.

침입한 박테리아가 눈물의 항생능력을 증가할 때 누낭에 종양이 생길 수 있다. 누낭의 위쪽 끝(누

관의 입구에서 3mm위로, 눈에 보이지 않게 경계지어진 곳)은 박테리아가 거의 침투할 수 없는 내안검인대라는 장애물로 덮혀 있다. 감염은 안각정맥과 동맥 근처를 통해 퍼질 수 있다.

누계의 신경과 혈관들은 다음과 같다⁶⁾.

누선은 접형구개신경절(sphenopalatine ganglion)에서 나온 부교감신경섬유(parasympathetic fibers)로부터 분비성 신경지배를 받는다. 이 섬유들은 보통 누선신경(lacrimal nerve)과 만난다. 접형구개신경절은 안면신경계의 한 부분으로 익구개와(ptyergopalatine fossa)에 상악골신경 바로 아래 있다. 그것은 누선 뿐만 아니라 코와 구개의 점막(mucous membranes)에 부교감신경성 분비촉진 신경지배를 하고 있다.

누선으로 가는 감각신경지배는 삼차신경의 안신경분지(ophthalmic division of trigeminal nerve)의 세 개의 분지 중 가장 작은 누선신경으로부터 온다. 누선신경은 고유의 경막관을 옮기고 상안와열구(superior orbital fissure)의 가장 좁은 부분으로 안와로 들어간다.

시신경공(optic foramen)을 지나는 안동맥(ophthalmic artery)에서 분지쳐서 나온 누선동맥(lacrimal artery)으로부터 혈액을 공급받는다. 누선동맥의 분지는 누선을 지나 눈꺼풀과 결막에 혈액을 공급한다.

누선의 정맥혈 배출구(venous drainage)는 안정맥(ophthalmic vein)으로 들어간다. 임파액 배출구는 결막 림프계(conjunctival lymphatics)로 들어가서 이하선(parotid glands)에 박혀있는 이하선 림프절(parotid lymph nodes)로 들어간다.

비루관계(nasolacrimal duct system)는 내안검동맥(medial palpebral artery), 비배동맥(dorsal nasal artery), 안각동맥(angular artery), 안와하동맥(infraorbital artery), 접형구개동맥(sphenopalatine artery)으로부터 혈액을 공급받는다. 내안검동맥과 비배동맥은 내경동맥의 안동맥에서 나온 것이고, 안각동맥은 외경동맥(external carotid artery)의 상악동맥(maxillary artery)에서 나온 것이고, 안와하동맥, 접형구개동맥은 외경동맥의 익구개동맥에서 나온 것이다.

비루계를 배액시키는 정맥은 대응하는 동맥을 뒤

따른다.

비루선신경은 주로 안신경의 활차하신경(infratrochlear branch of ophthalmic nerve)에 의한 지배를 받고 때로는 삼차신경의 상악골신경으로부터 신경을 제공받기도 한다.

교감신경계는 눈에 대해 다음과 같은 작용을 한다. 첫째, 눈동자를 확장시킨다. 둘째, 위눈꺼풀을 올린다. 셋째, 혈관을 수축한다. 넷째, 눈물 분비를 억제한다. 안구에 들어오는 신경은 Tiedemann신경(망막의 중심 동맥 주위에 있는 신경총)과 단모양체신경과 장모양체신경이다.

척수 상부의 전외측 기둥을 따라 내려온 다음 눈으로 가는 신경절전 교감신경 섬유(preganglionic sympathetic fiber)는 첫 세 개의 흉신경 근부와 함께 나간다. 그것은 나가는 부분에서 척추 주변 교감신경간에 합류하여 신경간 안에서 위로 돈 다음 상경부 교감신경절로 간다. 그 신경간은 이속에서 상행하는 데 경동맥의 후부표면에 있다. 상경부 교감신경절(superior cervical sympathetic ganglion)은 C2-4의 횡돌기의 앞표면에 위치하여 내경동맥과 내경정맥의 사이에 있다. 신경절 내부에서 시상하부에서 기시한 신경절전 섬유들은 눈으로 가는 신경절후 섬유들과 시냅스를 형성한다. 이들 절후 섬유는 신경절은 떠나 내경동맥의 신경총에 합쳐서 동맥과 함께 두 개골로 가서 해면정맥동을 관통하여 상안와열구를 지나서 안와로 간다. 이 신경절은 내경동맥과 외경동맥으로 가는 교감신경을 낸다. 바로 이들 동맥총에 의해 교감신경섬유들은 경동맥과 함께 두 개관으로 올라간다. 이 신경절은 상부의 네 개의 경신경 근부와 뇌신경 9번, 10번, 11번과 공통한다. 신경절에서 온 섬유들은 또한 인두총과 내경동맥총에도 들어가 상부심장신경의 형성에 공헌한다.

일단 안와 내부에 들어서면 대부분의 교감신경섬유들이 단모양체신경(short cilia nerve)과 함께 달리는 것으로 보인다. 홍채로 가는 섬유는 안신경 내에 남아서 장모양체신경(long ciliary nerve)에 합류한다. 위 눈꺼풀의 상검관근으로 가는 섬유들은 활차신경과 함께 갈 수도 있다. 누기(淚器, lacrimal apparatus)로 가는 섬유의 경로는

알려져 있지 않다.

홍채로 가는 교감신경섬유는 장모양체섬유를 코의 모양체신경으로부터 온 감각 섬유와 안신경총에서 온 다른 교감신경섬유와 함께 공유한다.

눈으로 가는 교감신경섬유는 뇌의 상구에서 온 척추관과 밀접하게 합쳐져서 뇌간과 척수를 통과한다. 이런 결합 때문에 척수의 반사 작용을 동공의 확장과 눈 혈관의 근육 조절과 통일시켜 우리가 시각적으로 관심이 있거나 잠재적 위험이 되는 물체를 찾기 위해 외부 환경을 검색할 때 머리와 척추의 움직임을 조절한다.

John⁶⁾은 안와염증이 있는 오십세 남자를 수기요법으로 치료하였다.

본 증례의 경우에는 경추 추나를 이용하여 상경부 교감신경절 등에 영향을 주어 눈물분비를 증가시켜 안구건조의 증상을 호전시키고, 따라서 안구충혈등의 증상도 호전되지 않았나 사료된다. 그리고 외인성, 내인성 결막염을 제외한 양방적 치료에 잘 반응하지 않는 특발성 결막염의 경우에는 상경부 교감신경의 항진으로 인한 누분비장애 등으로 인한 증상을 이해하지 못하여, 양방 안과에서는 치료가 어렵게 되지않았나 사료된다. 상경부 교감신경의 항진을 동반한 특발성 결막염의 경우에는 경추 추나의 적응증이 될 수 있지 않을까 사료되며, 추후 더 많은 증례에 대한 연구가 진행되었으면 한다.

IV. 결 론

본 증례에서 특발성 결막염 진단을 받고 2달간 양방적 치료후에도 지속적 안구충혈, 안구건조를 호소하는 환자에게 경추 추나요법만 6회 실시하여 상기 증상이 거의 소실될 정도로 호전되었다.

결막염은 한의학적으로 白睛疾患에 속하며 風熱客熱, 白澁 등에 해당하는 질환⁵⁾이지만, 현재 환자가 한의학적 치료를 선호하는 질환은 아니며, 한의사들도 크게 관심을 가지지 않는 질환이다.

그러나, 감염 등으로 인한 결막염의 경우에는 양방적 치료로 좋은 효과가 나타낼 수 있지만, 특발성의 결막염의 경우는 양방적으로 특이한 치료법

자체가 없는 현실에서 추나법 등을 활용한 한의학 치료로써, 특발성 결막염과 같은 경우는 양방적 치료보다 우수한 치료효과를 나타낼 수 있으리라 사료된다.

현재 두통, 현훈 등의 질환 외에서 경추 추나요법이 사용되는 경우는 한의학계에서도 드물지만, 특발성 결막염과 같은 안과질환 외에도 이, 비, 인후 등五官과 질환 등에도 경추 추나요법 등을 적극적으로 활용한다면 치료율을 높임과 동시에 현재 한의학 치료영역의 확대도 이룰 수 있으리라 사료되며, 보다 많은 연구와 논문이 발표되었으면 한다.

참고문헌

1. 김홍복. 결막염의 원인. 대한안과학회지. 1979;20 (3):257-8.
2. 신동열. 결막염의 치료. 대한안과학회지. 1979;20 (3):267.
3. 이소현, 박경화, 류정우, 염혜영, 이현희, 김규언, 이기영, 김홍복. 치료에 잘 반응하지 않는 중증의 알레르기성 각결막염 5례. 소아알레르기 및 호흡기학회지. 2000;10(1):69.
4. 오창희, 이영진, 김용관, 강혜영, 김규언, 이기영. 치료에 잘 반응하지 않는 중증의 춘계 각결막염 치험 1례. 소아알레르기 및 호흡기학회지. 1997; 10(1):37.
5. 손형재, 김중고, 채병윤. 결막염에 대한 문헌적 고찰. 한방외관과학회지. 1995;15(1):22-3.
6. 대한추나학회학술위원회 譯. 두개천골치료법 II. 대한추나학회출판사. 1998: 57,64-5,69-73.
7. 이승원, 윤승일 譯. 응용근신경학. 대성의학사. 2002: 120-3.