

# 手氣療法을 이용한 肩關節 疾患 治療의 臨床的 研究

이강호\* · 지정옥\*\* · 이명중\*\*\* · 이기남\*\*\*\*

大韓醫藥氣功學會

## I. 緒論

일반적으로 시행되고 있는 국내 한의계의 치료법은 鍼灸와 附缸, 그리고 韓藥이 가장 기본을 이루고 있는 것으로서 최근 여기에 덧붙여 推拿療法, 藥鍼療法, 테이핑療法 등 전통적인 치료법을 응용발전시키거나 외국의 치료법들을 차용하는 것이 현실이다.

하지만 韓醫學의 근본이 氣運을 조절함으로써 疾病을 診斷하고 치료하는 것이라고 한다면 內經에서 언급한 氣運을 직접 이용한 推拿, 按蹻 등의 治療法에 대한 연구가 제대로 이루어지지 않고 있는 점은 안타까운 일이라 아니할 수 없다.

手氣療法은 일찍이 導引·按蹻에 根據를 두고 있는데, 《素問·異法方宜論》에 “中央者, 其地平以濕, 天地所以生萬物也, 其民食雜而不勞, 故其病多痿厥寒熱, 其治宜導引按蹻, 故導引按蹻者, 亦從中央出也.”<sup>1)</sup>라 했고, 《素問·奇病論》에 “帝曰: 病脇下滿氣逆, 二三歲不已, 是爲何病. 岐伯曰: 病名曰息積, 《內經》의 此不妨於

食, 不可灸刺, 積爲導引服藥, 藥不能獨治也.”<sup>2)</sup>라 했고, 《素問·金匱真言論》에는 “故冬不按蹻, 春不飢衄, 春不病頸項, 仲夏不病脅, 長夏不病洞泄寒中, 秋不病風瘧, 冬不病痺厥飧泄, 而汗出也.”<sup>3)</sup>라 했으며 《靈樞·病傳》에는 “黃帝曰: 余受九鍼於夫子, 而私覽於諸方, 或有導引行氣喬摩灸熨刺熨飲藥之一者, 可獨守耶, 將盡行之乎. 岐伯曰: 諸方者, 衆人之方也, 非一人之所盡行也.”<sup>4)</sup>라 하여 導引法이 針·灸·熨·藥·砭石 등과 더불어 疾病治療의 한 方法으로 活用되었을 뿐만 아니라 《靈樞·官能》에 “緩節柔筋而心和調者, 可使導引行氣.”<sup>5)</sup>라 하여 오래된 積症과 筋肉·關節 疾患은 導引을 行해야 함을 說明하고 있다.

中醫에서는 點穴療法 또는 點穴按摩, 氣功按摩 등의 개념으로 의사의 손에서 나오는 氣運을 이용하여 환자의 특정한 부위에 氣運을 발공하여 환자의 氣運을 조절하고자 하는 방법을 언급하고 있다.

국내에서 이에 대한 연구로서 허<sup>6)</sup>는

\*. \*\*\* 동국대학교 한의과대학 재활의학교실

\*\* . \*\*\*\* 원광대학교 한의과대학 예방의학교실

1) 洪元植譯 : 黃帝內經素問, 傳統文化硏究會, 1994, p.78.

2) 上揭書, p.280

3) 上揭書, p.35

4) 洪元植譯 : 黃帝內經靈樞, 傳統文化硏究會, 1994, p.300

5) 上揭書, p.468.

6) 허재석 의 : 氣功의 點穴療法에 대한 考察.

點穴療法에 대하여 韓醫學 理論에 따라서 다른 病情에 根據하여 手指로 患者의 적합한 穴位에 點按 等의 手法을 使用하여 刺戟을 加하므로서 經絡을 잘 疏通하게 하여 體內的 氣血이 通暢되어 빠르게 痛症과 緊張 疲勞 뿐만 아니라 疾病으로 인한 기타 症狀을 解消하게 되는 것이라고 하면서 이러한 각종 治療方法들이 주로 人體의 穴位에 手指를 사용하여 點按하여 이루어지므로 '點穴療法' 이라 稱한다고 하였다. 또한 여기에 醫師가 內氣를 修練하여 外氣를 發功할 수 있는 상태에 이르러 氣功療法과 結合시킨 것이므로 '氣功點穴療法' 이라고 하였다.

하지만 點穴의 개념은 본래 氣運을 전제로 한 개념임으로 굳이 氣功點穴이란 개념을 사용하지 않더라도 點穴이란 개념 자체에 氣功의 개념이 포함되어 있다고 할 수 있다. 필자가 사용한 武醫道<sup>7)</sup>의 治療法은 실질적으로 氣功點穴療法과 유사하나 武醫道에서는 이를 '手氣療法'이라 하며 그 구체적 방법에 대해서는 본론에서 제시한다.

手氣療法이란 한방治療의 기본원리인 氣運을 조절하고자 하는 방법의 하나로서 시술자의 손에서 나오는 氣運과 물리적 자극을 합하여 환자의 經絡系統(關節, 筋肉, 靭帶 및 神經체계)의 氣運을 조절함으로써 질병을 治療하고 예방하는 방법이다.

여기서 말하는 氣運의 조절은 經絡系統에 氣運의 흐름이 정체되어 발생하는 氣運의 응어리 즉 積을 찾아서 그것을 풀어

줌으로서 氣運을 조절하고자 하는 방법이다. 여기서 말하는 積은 근막통증후군(MPS) 이론에서 말하는 發痛點(TP)의 개념과 유사하며 이에 대한 자세한 논의는 본론에서 한다.

이와 유사한 手技療法(manipulative, manual therapy)이란 개념이 쓰이고 있는데 이는 의사의 손을 이용한다는 점에서 동일하나 氣運을 이용하는 手氣療法과 달리 氣運을 전제하지 않고 의사의 손의 물리적 조작을 통한 治療라는 점에서 근본적 차이가 있는 방법이라 할 수 있다. 이러한 手技療法은 한의계에서는 推拿學會를 중심으로 이루어지고 있는 推拿療法의 한 治療기술로서 일반적으로 받아들여지고 있으며 외부적으로는 按摩師들이 시행하는 按摩나 指壓등에 대해서도 같은 개념으로 이해되고 있는 경향이 있다. 하지만 黃帝內經이후의 한의학적 이론으로 볼 때 한의학의 모든 治療法이 모두 氣의 움직임을 전제로 治療가 이루어진다는 점을 감안한다면 단순한 물리적 조작만을 뜻하는 手技療法의 개념은 서양의 카이로프랙틱 이론의 영향을 받은 것으로 보인다. 手氣療法이 물리적 자극을 가하여 治療한다고 할지라도 그 근본은 氣運에 있는 것이며 물리적 자극은 부차적 요소에 속한다고 할 수 있다.

《黃帝內經》, 《諸病源候論》, 《醫宗金鑑》 등에서는 手氣療法의 治病原理에 대해 서술하여, 手氣療法이 陰陽을 조절하고(調節陰陽) 經絡을 소통시키며(經絡疏通) 보낼것은 보내고 막을 것은 막으며(開捷抑遏) 기혈을 선통시키고(宣統氣血) 그밖에 活血散瘀, 消腫止痛, 通利關節, 強壯筋骨 等の 작용이 있다는 것에 대해 명확히 나타나고 있다<sup>8)</sup>.

서울, 대한기공의학회지, Vol.2, No.1., 1998, pp.187~188.

7) 대한의리기공학회에 소속되어 있는 醫療氣功을 수련하고 있는 단체.

肩臂痛이라 함은 手部領域의 肩背部를 포함한 項傍缺盆之上인 肩部和, 腕關節과 肩部사이의 臑臂部까지 즉 肩臂에 나타나는 諸般 痛症을 포괄적으로 지칭한 證狀<sup>8)</sup>으로 肩痺<sup>10)</sup>, 淚肩風<sup>11)</sup>, 凝結肩<sup>12)</sup> 등으로 불리며 痺證의 범주에 속한다.

肩臂痛의 原因에 대하여 朴<sup>13)</sup> 등은 風寒濕, 氣血凝滯, 風濕, 七情 등으로 보고 하였으며, 鄭<sup>14)</sup> 등은 風寒濕痺形, 肝腎毀損形, 外傷瘀血形으로 나누었다. 또한 金<sup>15)</sup>은 風寒濕의 外因과 痰飲의 內因이며, 誘發要因으로 肩部疾患, 頸椎關節疾患, 心肺病邪에 의한 것을 들었다.

肩臂痛의 原因에 대한 서양의학의 견해를 보면 크게 退行性病變과 外傷性 病變으로 대별하여 하나의 症候群으로 보았으며, 그 原因이 불명한 것도 많다고 하였다<sup>16)</sup>.

肩臂痛의 痛症은 腰痛患者 다음으로 높은 빈도를 보이고 있으며<sup>17)</sup>, 특히 중년이

후에 이러한 痛症과 함께 운동의 제한을 보이는 경우가 많아 일상생활에 지장을 주게된다.

본 논문에서는 기존의 한의계에서 연구가 거의 진행되고 있지 않은 手氣療法을 사용함으로써 治療를 시도한 견비통 환자의 임상적 연구를 통하여 手氣療法이 正統韓方治療의 한 부분임을 확인하고 그것의 임상적 효과를 확인한 바 있어 보고하는 바이다.

## II. 觀察對象 및 方法

### 1. 觀察對象

본 연구관찰의 대상은 2000년 3월 1일부터 2000년 6월 30일까지 서울특별시 구로구 명성한의원에 來院한 肩臂痛患者 30명을 대상으로 하였다.

### 2. 研究방법

1) 견비통 환자 30명을 대상으로 환자들의 성별 연령별 분포, 병력기간별 분포, 發病 部位別 분포, 통증양상에 따른 분포, 병력기간과 치료회수, 병력기간과 치료효과, 초기견비통의 치료회수와 치료율로 나누어 살펴보았다.

2) 현재 명성한의원에서 견비통에 응용하고있는 手氣療法을 제시하였다.

3) 명성한의원에서 치료에 참여한 한의사는 武醫道 수련을 4년에서 8년간 한 한의사 4인이다.

## III. 本論

### 1. 研究결과

찰, 서울, 대한물리治療사협회지, 제6권. 제1호., 1985, pp.21~28

- 8) 전국한과의과대학 재활의학과학교실 : 동의재활과학, 서울, 서원당, 1995, p.411.
- 9) 김갑성 : 견비통의 유형분류와 침구치료의 분석학적 고찰, 서울, 대한침구학회지, vol.6 1985, pp.81~88
- 10) 상해중의 학원편, 상과학, 향향, 상무인서관, 1982, p.326
- 11) 이윤호 : 최신침구학, 서울, 성보사, 1979, p.692
- 12) 김현제 외 : 최신침구학, 서울, 성보사, 1979, pp.692~696
- 13) 박동석 외 : 견비통의 침구치료 효과에 대한 연구, 서울, 대한한의학회지, 제3권 제2호, 1981, pp.55~61
- 14) 정석희 외 : 견과절주위염의 약물치료에 관한 최근 경험, 서울, 대한한의학회지, vol.10 No.2. 1989, p.91.
- 15) 김경식 : 견비통의 침구치료에 관한 임상적 연구, 서울, 대한한의학회지 vol.5. No.1., 1984, pp.58~61
- 16) 석세일 외 : 정형외과학, 서울, 최신의학사, 1983, p.303.
- 17) 박형준 외 : 견갑부 동통환자의 임상적 고

### 1) 성별 연령별 분포

肩臂痛 患者 총 30명중 남자는 13(43.3%)명, 여자는 17명(56.6%)으로 여자가 많았으며, 연령별 분포로 볼 때 50대에서 11명(36.6%)로 가장 많았으며, 40대에서 6명(20.0%) 30대에서 6명(20.0%)의 순으로 나타났다.(Table 1)

연령/성별	남자(%)	여자(%)	계(%)
10~19세	0(0.0)	1(3.3)	1(3.3)
20~29세	1(3.3)	2(6.6)	3(10.0)
30~39세	3(8.0)	3(10.0)	6(20.0)
40~49세	3(10.0)	3(10.0)	6(20.0)
50~59세	5(16.6)	6(20.0)	11(36.6)
60~69세	1(3.3)	1(3.3)	2(6.6)
70세이상	0(0.0)	1(3.0)	1(3.0)
계	13(43.3)	17(56.6)	

Table 1. 성별 연령별 분포

### 2) 病歷期間別 분포

病歷期間은 肩臂痛이 發病한 時間부터 本 院의 院에 來院하기까지의 期間을 조사하였는데, 1주이내가 10명(33.3%) 1개월이 9명(30.0%)으로 가장 많았으며 1개월 6개월이 4명(13.3%) 12개월 이상이 3명(10.0%)의 순으로 나타났다.(Table 2)

병력기간	환자수	비율(%)
1주 이내	10	33.3
1주~1개월	9	30.0
1개월~6개월	4	13.3
6개월~12개월	4	13.3
12개월 이상	3	10.0
계	30	

Table 2. 病歷期間別 분포

### 3) 發病部位別 분포

肩臂痛의 發病部位를 좌, 우로 구분하였을 때 좌측이 14명(46.6%)으로 나타났으며 우측은 13명(43.3%)이며 양측은

로 發病한 患者는 5명(10.0%)으로 나타났다. (Table 3)

發病부위	환자수	비율(%)
좌측	14	46.6
우측	13	43.3
양측	3	10.0
계	30	100

Table 3. 發病部位別 분포

### 4) 통증양상에 따른 분류

肩臂痛의 통증양상을 분류해 보면 고유 的 肩痛과 운동장애를 호소하는 경우가 21명(42.0%)으로 가장 많았으며, 肩痛과 함께 項痛을 호소하는 경우가 14명(28.0%)이며 肩痛과 上肢痛을 호소하는 경우가 8명(16.0%)으로 나타났다. (Table 4)

통증양상	환자수	비율(%)
견통, 운동장애	13	43.3
견통, 정시통심	3	10.0
견통, 항통	8	26.6
견통, 상지통	5	16.6
견통, 두통	1	3.3
계	30	100

Table 4. 통증양상별 분류

병력기간/治療횟수	회수				계
	2회	3~5회	6~11회	11회 이상	
1주 이내	3	6	1	0	10(28.0)
1주~1개월	2	4	3	0	9(26.0)
1개월~6개월	1	1	1	1	4(18.0)
6개월~12개월	0	2	1	1	4(14.0)
12개월 이상	0	1	1	1	3(14.0)
계	6	14	7	3	30(100)
	200	46.6	23.3	10.0	

Table 5. 病歷期間과 治療횟수

### 5) 病歷期間과 治療回數

肩臂痛의 治療回數를 보면 3회~5회가 14명(46.6%)으로 가장 많았으며 6회~

11회가 7명(23.3%)이며 2회가 6명(20.0%)이었다. (Table 5)

### 6) 病歷期間과 治療效果

治療效果는 다음과 같이 네 군으로 분류하였다.

- ① 우수 : 肩部關節 운동시 痛症이 완전 소실되며, 운동장애 없음.
- ② 양호 : 때때로 가벼운 痛症이 있으나 일상생활에는 불편없음.
- ③ 호전 : 治療 전에 비하여 호전되었으나 肩關節 운동의 제한을 약간 느끼며, 때때로 痛症이 있음.
- ④ 불량 : 治療效果가 약간 나타나거나 또는 나타나지 않음.

위와 같은 기준으로 평가한 결과 양호가 13명(50.0%)로 가장 많았으며 호전이 8명(26.6%)이며 우수가 6명(20.0%) 불량이 1명(3.3%)으로 나타났다. (Table 6)

病歷기간 / 治療효과	우수	양호	호전	불량	계(%)
1주 이내	2	6	2		10(33.3)
1주~1개월	2	6	1		9(30.0)
1개월~6개월	1	1	1	1	4(13.3)
6개월~12개월		1	3		4(13.3)
12個月 이상	1	1	1		3(10.0)
계	6	15	8	1	30
	20.0	50.0	26.6	3.3	100

Table 6. 病歷期間과 治療效果

### 7) 초기 肩臂痛의 治療횟수와 治療率

發病期間이 1개월 이하인 患者 19명의 治療횟수와 治療率을 조사하였다. 有效率은 위 6번의 治療效果 판정기준의 우수와 양호의 결과를 나타낸 경우를 합하여 조사하였다.

조사결과 2회 治療한 患者의 有效率이 8명 중 6명(75.0%)으로 가장 높았으며, 3회~5회의 유효 患者수가 13명 중 10명

(76.9%)이며 6회~10회의 有效 患者수가 5명 중 4명(80.0%)로 나타났다. (Table 7)

治療횟수	환자수	유효환자수	계(%)
2회	5	4	80.0
3회~5회	10	8	80.0
6회~10회	4	4	100.0
11회 이상	0	0	0.0
계	19	16	84.2

Table 7. 초기 肩臂痛의 治療횟수와 治療率(유효환자수=우수+양호환자수)

### 8) 肩關節 주위 積의 위치에 따른 분류 (복합된 경우도 있음)

- ① 肺經과 心包經상의 肩關節 주위에 있는 경우,
  - ② 三焦經또는 小腸經상의 肩關節 주위에 있는 경우, (臑兪穴, 天宗穴, 肩髃穴 근방)
  - ③ 大腸經상의 肩關節 주위에 있는 경우, (肩髃穴, 巨骨穴 근방)
  - ④ 心經상의 肩關節 주위에 있는 경우, (極泉穴 근방)
- ①, ②, ③, ④가 대부분이나 이외에 신체 타 부위의 疾患 및 臟器疾患에 의해서도 肩臂痛을 나타낼 때

적의위치	환자수	계(%)
폐, 심포경	8	26.6
삼초, 소장경	14	46.6
대장경	12	40.0
심경	6	20.0
기타	1	3.3
계	41	136.0

Table 8. 積의 위치에 따른 분류

## 2. 肩關節 疾患의 한의학적 고찰

凍結肩이란 肩關節의 운동이 障礙되어 상지를 들어올릴 수 없는 것을 말한다.

한의학에서는 이를 肩臂痛 혹은 肩不舉의 용어로 설명되어지고 있다.

### 1) 원인

한의학적인 원인은 다양하게 분류되어 있지만 朴<sup>18)</sup> 등은 風寒濕, 氣血凝滯, 風濕, 七情 등으로 보고하였으며 金<sup>19)</sup>은 風寒濕의 外因과 痰飲의 內因으로 구분하였으며 이를 유발시키는 원인은 주로 肩關節 및 주위조직의 疾患 즉 건부병변에 기인된 경우가 있다고 하였다. 鄭<sup>20)</sup> 등은 風寒濕痺型, 氣血兩虛型, 肝腎虧損型 및 外傷瘀血型으로 구분하였으며 許<sup>21)</sup> 金<sup>22)</sup> 등은 風, 寒, 濕, 氣血凝滯, 痰飲, 七情 或은 打撲瘀血로 인한 肩臂痛 등으로 분류하였으며 한방표준질병사인분류(한의)<sup>23)</sup>도 이에 준하였고, 蔡<sup>24)</sup>는 외부적인 병변으로 脊髓疾患, 上肢神經總疾患, 內臟性關聯痛, 血管系疾患 등으로 오기도 한다고 하였으며 李<sup>25)</sup>는 風寒濕의 邪, 특히 風濕邪가 어깨의 經脈, 分肉에 侵入하여 陽氣를 阻滯하여 발생하는 肩痺의 肩不舉, 뚜렷한 발병 원인없이 발생하는데 때로는 가벼운 風寒濕邪를 받거나 捻挫에 의해서 유발되는 胸痺의 肩不舉, 갱년기 이후의 부인층에서 흔히 보는 肢體疼痛疾患의 하나인 肩凝의 肩不舉, 뚜렷한 외상

의 손상에 의하여 瘀血이 발생하는 損傷의 肩不舉 등으로 구분하였다.

그리고 鄭<sup>26)</sup>은 중국의 임상보고를 인용하여 네 가지로 구분하여 설명하였다. 첫째로 風寒濕痺型은 肩部가 風寒濕邪에 感하거나 寒濕之邪氣가 經脈分肉之中에 入하여 氣血이 凝滯되어 발병한다. 이 때 문에 肩部에 寒涼한 느낌이 있고 기후가 濕冷시에 동통이 더욱 심해지고 得暖即輕해진다. 寒濕邪로 인하여 상지부에 痺症이 나타나기도 하며 임상적으로 제일 많은 유형으로 분류되었다. 둘째로 氣血兩虛型은 氣血이 虧損, 運行이 無力하므로 윤기가 없고 피로하며 피로 누적시 통증이 심하고 휴식하면 통증이 경감되는 특징이 있고 病程이 오래된 경우 肌肉이 위축되며 脈沈細 無力하다. 셋째로 肝腎虧損型은 年老하거나 體虛한데 病程이 오래된 경우는 或은 房事過度로 肝腎損傷시 腎精虧損되고 肝血不足으로 인해 발병한다. 증상의 특징은 肩關節주위 일반증상이외에 疼痛, 頭暈, 目眩, 耳鳴, 腰痠, 舌質微紅, 脈細弱 등의 증상이 수반된다. 넷째로 外傷瘀血型은 骨折, 脫臼, 打撲 등 外傷의 경력이 있거나 피부가 청자색을 띠고 脈澁, 舌質靑紫 혹은 瘀點이 있는 경우에 해당한다. 증상의 특징은 痛處가 일정하고 극렬하여 刺痛感이 있다.

### 2) 증상

李<sup>27)</sup>의 분류에 의하면 첫째 肩痺의 肩不舉일 경우 먼저 肩痺疼痛이 오고 장기화하면 점차 肩不舉 증상, 肩部寒涼感, 畏冷, 喜溫, 따뜻하게 하면 疼痛暫時輕減,

18) 박동석 외 : 前掲書, pp.55-61.  
 19) 김경식 : 前掲書, pp. 56-61.  
 20) 정석희 외 : 前掲書, p. 91.  
 21) 허준 : 동의보감, 서울, 남산당, 1975. pp.298-300.  
 22) 김정제 : 동양의학 진료요감, 서울, 동양의학 연구원, 1974. pp.420-421.  
 23) 경제기획원 : 한국표준질병사인분류(한의), 경제기획원, 1979.  
 24) 채우석 외 : 건비통 환자 44명에 대한 임상적 고찰, 서울, 대한한의학회지, Vol.8., No.2., 1987. pp.49~55.  
 25) 이봉교 편역 : 증상감별치료, 서울, 성보사, 1991. pp.302-304.

26) 정석희 외 : 前掲書, pp. 90-92.  
 27) 이봉교 편역 : 前掲書, pp. 302-304.

시간이 경과하면 疼痛寒冷感依舊, 病程長期, 筋肉萎縮, 經筋強直, 舌質淡, 苔白, 脈弦 또는 弦細한다. 노인층에 다발하는데 몸이 허약한 청장년층에서도 발생한다. 특징은 어깨에 寒冷感을 느끼며 濕氣나 寒冷으로 疼痛이 尤甚해지는데 이것이 만성화하면 肩關節의 운동장애가 일어나서 심할 때는 上肢의 擧上이 안된다.

둘째, 肩凝의 肩不舉일 경우 肩凝, 凍結肩, 漏肩風, 老年肩으로도 칭하며 노인에게 多發하며 갱년기 이후 부녀층에서 자주 보인다. 一側에 다발하며 간혹 兩側에 동시발생하기도 한다. 현저한 원인없이 견부 동통 및 肩關節운동장애, 경과완만, 수일 또는 수주일간 肩關節운동장애, 상지거상불능, 점차 동통가중, 晝間疼痛輕度, 夜間痛症尤甚 수면장애, 痛症尤甚하여 상지거상불능, 활동불능의 동통, 극심한 악순환을 초래하며, 심지어 近之即痛劇의 상태가 된다. 동통은 上腕에서 肘, 手에 파급하며 만성화하면 견비근육의 위축, 강직이 발생하며 肩關節활동이 불가능해져 빗질하거나 옷을 입고 벗는데 곤란을 느끼게 된다. 肩冷, 手心自汗出, 脈細, 舌象無變化하며 氣血不足을 겸하면 舌質淡白하고 瘀血을 겸하면 舌質紫暗 또는 瘀斑이 발생한다. 견통과 肩關節의 운동장애가 동시에 발생하는 것이 특징인데 운동장애가 심해지면 동통도 가중되어 수면에도 지장을 주며 일상생활에 있어서 머리를 빗거나 의복의 착탈에도 곤란이 따른다. 또 어깨의 근육이 위축하여 강직, 肩關節의 운동도 차츰 제한을 받게 되는데 심하면 상지거상도 불능해진다. 동통은 특히 야간에 심해지는데 참기 어려운 고통을 준다. 溫經散寒, 活血止痛의 약물이나 침구 등의 治療에 의하여 동통은 어

느 정도 경감되나 상지의 운동회복은 곤란하다.

셋째, 胸痺의 肩不舉일 경우 肩關節 운동장애가 노인에게 다발하며 胸痺證의 氣短, 動悸, 胸悶, 협심통(심하면 胸痺背部放散) 등 증후가 있다. 흉통의 성질은 刺痛이며 舌質紫暗 또는 瘀斑 등의 瘀血症候를 수반하게 된다. 견통과 동시에 환측手指腫脹疼痛, 肩不能舉, 手指屈伸障礙, 肘關節無影響, 疼痛激烈, 夜間尤甚, 甚即入眠難, 患側上肢汗出, 病久不愈, 上肢筋肉萎縮, 手指 및 指甲蜡黃色, 指強直變型(屈曲狀), 屈身不能 등도 생긴다. 노인층에 다발하며 동통은 극심하며 상지 및 손 전체에 미치게 되는데 만성화하면 상지의 근육이 위축되거나 강직이 일어난다. 특이한 점은 肩凝의 肩不舉는 갱년기 이후의 여성에 발생하는데 대하여 본증은 남녀 공히 발생하는 것이다. 특징은 흉통(背部에 방산), 動悸, 氣短, 舌質은 紫暗 또는 瘀斑을 보이는 等 胸痺症狀를 동반하는 점이다. 또 肩, 手部的 동통이 극히 심하며 手指가 腫脹하여 臘狀黃色을 띠며 만성화하면 手指는 半屈曲狀으로 강직되어 회복이 곤란하다.

넷째, 損傷의 肩不舉일 경우 성인은 견부근육이 손상되어 肩關節의 운동장애를 보이며 손상된 국소에 종창이 있거나 국소압통이 현저하다. 돌연히 발병하며 병정은 短期이고 외상치유와 동시에 견부의 운동기능을 회복하게 된다. 5-7세 아동의 경우 돌연 상지거상이 불가능하게 되며 무리하게 거상하면 동통이 가중된다. 환측상지를 거상할 경우 우선 患側에 신체를 경사시킨 다음 健側으로 경사시키며 체구운동에 의해 서서히 거상을 시도한다. 상지는 肩高에 未達하며 자세히 진찰

하면 환부가 약간 종창하거나 내출혈이 되어 있다. 상완골의 상단에 압통이 있는 것은 상완골상단의 비전위성골절에 따르게 되는 특유의 증상이다. 갑자기 발증하며 손상국부에는 뚜렷한 압통이 따르기 때문에 痺痛, 肩凝, 胸痺의 肩不舉와의 감별은 어렵지 않다.

### 3. 治療에 사용한 방법

手氣療法을 시행할 때 積의 위치에 따른 治療부위는 아래와 같다.

#### 1) 분류

- ① 肺經과 心包經上의 肩關節 주위에 있는 경우 (中府穴, 雲門穴 근방)
- ② 三焦經또는 小腸經上의 肩關節 주위에 있는 경우 (臑兪穴, 天宗穴 근방)
- ③ 大腸經上의 肩關節 주위에 있는 경우 (肩髃穴, 巨骨穴 근방)
- ④ 心經上의 極泉穴 근방에 있는 경우

#### 2) 주요治療點

- ① 肩關節과 肺經上이나 心包經上 교차점, 臑中穴
  - ② 肩關節과 三焦經上이나 小腸經上의 교차점, 肩井穴, 臑兪穴, 天宗穴, 肩外兪, 肩中兪, 臑中穴, 神道穴
  - ③ 大腸經의 肩髃穴, 巨骨穴, 臑經上의 肩井穴, 臑中穴, 神道穴
  - ④ 心經의 極泉穴, 臑中穴, 神道穴
- ①, ②, ③, ④의 경우 대략적인 穴의 위치이며 중요한 것은 손의 감각을 통한 積의 위치를 파악하는 것이다. 위의 모든 경우에 중요한 혈자리는 臑經上의 風池穴, 督脈上의 風府穴, 玉枕穴 부위로 肩關節 疾患뿐만아니라 모든 疾患에서 기본적으로 중요시되는 부분이다.

手氣療法에서 중요한 사항은 손에서 나

오는 氣運이 중요하다. 이는 氣功外氣治療에서도 볼 수 있는 것으로 氣功外氣治療란 사람이 數年間的 氣功鍛鍊으로 體內에 氣功態<sup>28)</sup>를 形成하고 이런 種類의 氣功態下에서 意念을 利用하여 機體의 內氣運行을 調動시켜 身體의 某穴位 혹은 某一部位에 到達시키고 다시 이런 穴位들 혹은 部位에 一定한 強度와 密度로서 內氣를 體外로 放出시켜 外氣로 變成시키는 것이다.<sup>29)</sup>

이와 같이 손에서 나오는 氣運을 이용하여 사기를 풀어내는 治療방법이 手氣療法이다.

그렇기 때문에 手氣療法의 관건은 손에서 발출되는 氣運에 달려 있다. 手氣療法은 적이 형성된 부위의 통증을 제거하는데 쓰이는 것 이외에도 경락의 순환을 개선하여 臟腑의 기능을 회복시킬 수도 있다.

아래에서는 허<sup>30)</sup>가 연구한 氣功點穴療法의 技術방법을 열거하여 보았다.

### 3) 技術법

#### (1) 點按法

가장 상용하는 방법의 하나로 손가락 끝에서 발출하는 氣運을 통해 사기를 제거하는 방법이다. 적이 형성된 부위와 주요 혈자리에 압력을 가하고 기를 주입한다는 의념을 사용한다. 이때 주의할 점은 환자의 건강과 쇠약에 따라 압력을 조절하고, 指尖보다는 指頭를 이용해야 하는

28) 김기욱 著 : 氣功外氣療法의 抗스트레스 效果 研究, 大韓氣功醫學會誌 創刊號, p.104 ; 氣功態란 氣功 修練의 結果로서 雜念이 減少되고 思惟活動이 單一化 되며 內外刺戟 因子에 대한 反應이 弱해지는 特殊한 狀態를 말한다.

29) 高學亭 注編 : 中國醫用氣功學, 北京, 人民衛生出版社, 1989, p.449.

30) 허재석 의 : 前掲書, pp.192~198.



점이다. 관절부위의 작은 적을 제거하고자 할 때 시술하였다.

#### (2) 掌按法

勞宮에서 發出되는 氣運을 이용하는 것으로 손바닥을 넓게 형성된 積部位에 데고 압력을 가하는 방법이다. 한손을 사용하는 방법과 두손을 사용하는 방법이 있다. 臍中中心의 큰 積을 없애고자 하였다.

#### (3) 摩法

가볍게 누르면서 돌리는 방법으로 손가락을 이용하는 방법과 掌을 이용하는 방법 2가지가 있다. 주로 胸, 腹, 背 등의 穴位에 조작해 氣血의 순환을 돕는 방법이다. 주로 背部, 腹部周邊의 큰 적 治療에 사용된다.

#### (4) 揉法

摩法과 비슷한 방법으로 摩法보다는 좀더 강한 압력을 주면서 돌리는 방법으로 마찬가지로 손가락을 이용하는 방법과 掌을 이용하는 방법이 있다. 주로 통증이나 肌肉이 뭉친 곳 등을 푸는데 사용한다.

#### (5) 推法

엄지손가락과 掌을 이용하는 두가지 방법이 있다. 엄지나 掌을 피부에 밀착해 經絡의 流注 方向으로 쓰다듬어주는 방법이다. 일반적으로 腰背, 胸, 腹, 四肢에 쓰이나 頭部는 엄지손가락을 사용한다.

#### (6) 拿法

손가락의 指頭部位를 이용하는 방법으로 비교적 자극이 강하다. 세손가락, 네손가락, 다섯손가락을 이용하는 방법이 있으며 주로 腋窩, 肩部, 頸項, 腰兩側과 사지에 대고 계속 문지르는 방법이다.

#### (7) 拍法

五指를 붙이고 살짝 오므려 勞宮부위를 뜨게 한 상태에서 일정부위를 일종의 기

계적 진통을 이용한 방법으로 肩背, 腰脊, 頭部와 下肢에 시술해 氣運이 肌肉을 따라 關節, 骨組織까지 미쳐 氣運을 소통시키는 방법이다.

위의 방법들은 실제 武醫道에서 사용하는 방법들과 매우 유사한 방법들이며 이를 武醫道에서는 手氣療法으로 한다.

### 4) 武醫道에서의 手氣療法の 실제 종론

#### (1) 기본개념

- ① 邪氣란 : 제길을 벗어난 氣運(정기)이 뭉쳐진 것
- ② 積이란 : 적이란 음기가 쌓이고 극음의 상태이기 때문에 양증처럼 딱딱하게 된 것이다.
- ③ 手氣療法이란 이런 벗어난 정기를 다시 제길로 돌아가게 하는 것이다.
- ④ 手氣療法の 원리-3대힘  
가. 마찰력 (열 發生)  
나. 가하는 壓力  
다. 분산유도

#### (2) 治療개요

- ① 적을 풀 때에는 어깨, 손끝의 힘을 빼고 손가락이 구부러지지 않게 한다.
- ② 작은 積(엄지끝마디보다 크기 작은 것)은 중심부부터 가장자리로 엄지손가락을 이용해 시계방향으로 원을 그리면서 바로 푼다.
- ③ 큰 積은 가장자리부터 풀어 뿌리를 흔든다는 생각으로 풀어나간다.
- ④ 治療시간 : 보통 1-2분에서 5분 정도 기파가 서로 맞으면 10분에서 20분
- ⑤ 手氣療法을 받은 후 30분~1시간 정도는 몸에 물을 묻히거나 식사를 하지 않는 것이 좋으므로 환자에게 주지시킨다.

⑥ 積의 痛症양상 : 積을 건드리면 자 지러질 듯한 痛症을 느끼지만 만성이거나 積이 큰 것은 痛症을 느끼지 않을 수도 있다.

⑦ 頸椎와 天門<sup>31)</sup>은 기본적으로 항상 풀어준다.

### 각론

#### (1) 頸項部

환자를 편안하게 앉게 한 다음 양손은 勞宮을 위로 향하게 하여 무릎 위에 얹게 한다. 의사는 환자의 왼쪽에서 시술을 하는데 우선 왼손은 환자의 머리 윗부분을 잡아 고정시키고 오른손으로 목 부위의 積을 찾아서 풀어낸다. 위에서 아래를 향해 積을 찾아내면서 푼다.

#### (2) 胸腹部

의사는 한 손의 勞宮을 積중심에 맞춰 놓고 다른 손의 勞宮을 그 위에 포개어 원을 그리면서 풀어주는 掌按法을 사용한다. 膈中部位는 살이 적기 때문에 엄지를 사용한 揉法으로 적을 풀어준다.

#### (3) 曲骨鼠蹊部

曲骨部位에는 주로 작은 積들이 생기는데 이것 역시 엄지손가락을 사용해 揉法으로 풀어준다

#### (4) 背腰部

등 쪽에는 보통 膀胱經1선과 2선을 중심으로 근처에 積이 생긴다, 특히 厥陰俞部位와 志室穴部位에는 큰 積들 잘생기므로 찾기가 쉽다. 이곳 역시 위에서 아래를 향해 엄지로 찾아가며 揉法으로 풀어준다. 打法을 사용할 수도 있다.

#### (5) 四肢部

각 관절에 있는 적을 揉法 또는 癩法을

사용하여 풀어준다.

### 5) 주의사항

手氣療法(點穴療法)은 환자의 몸으로 氣運이 직접 배출되기 때문에 시술시간을 환자의 체력과 상태에 따라 조정하여야 한다. 手氣療法은 의사의 氣運을 사용하는 것이기 때문에 오랜 시술은 의사를 지치게 할 수도 있다.

### 4. 手氣療法에서의 積에 대해서

手氣療法에서 진단과 治療점의 주요근거인 積은 기존의 한의학에서 일반적으로 알려진 것과는 좀 상이한 부분이 있으므로 이에 대하여 고찰하면 아래와 같다.

積에 대한 연구는 이<sup>32)</sup> 등이 하였다.

이들은 적에 대하여 다음과 같이 설명하였다.

#### 1) 일반적인 積의 발현 양상

##### (1) 內經에서의 積의 개념, 형성과정 및 발현부위

현재 정립된 개념에서 일반적으로 積이라 함은 “積聚의 簡稱이면서, 聚의 상대적 개념으로서, 일정한 형태를 가지고 고정되어 있으며 아픈 부위로 이동되는 일이 없이 고착되어 있는 병증<sup>33)</sup>을 말한다. 그래서 보통 積을 이해함에 있어서 聚와 상대적인 개념으로 주로 五積을 비롯해 腹部에 형성되어 있는 것으로만 인식하기 쉽다. 그러나 본래 內經에서는 적이란 개념과 더불어 “積氣”란 개념을 언급하였다. 적의 개념을 좀 더 廣義的으로 이해한 “積氣”의 개념은 ‘病的氣運이 몸 안에 몰려

32) 이재홍 외 : 心積과 腎積에 대한 臨床的 考察, 대한기공의학회지, vol.2 No.2 1998, pp21~23

33) 동의학 사전, 서울, 도서출판 까치, 1990, p.884.

31) 武醫道에서 사용하는 용어로서 승모근과 목 부위의 집합부위에 위치한 積의 명칭이다.

있는 것으로, 흔히 正氣가 虛할 때 邪氣가 침범하여 머물러 있으면서 臟氣의 기능장애와 병 증상을 일으키는 것<sup>34)</sup>으로 파악하고 있음을 알 수 있다. 이것은 積이 형성되는 과정을 설명한 것으로 《靈樞·上膈編》에서는 “衛氣不營, 邪氣居之…下管虛則邪氣勝之, 積聚以留<sup>35)</sup>로 정기가 허한 틈에 邪氣가 勝하여 積聚가 형성됨을 설명하고 있다. 즉, 積의 발현은 正氣가 虛한 상태에서 이루어진다고 볼 수 있다. 《靈樞·百病始生編》에서는 積의 형성과정으로 3가지를 제시했는데, 하나는 厥氣가 生하여 脛寒하고, 血脈凝滯하여 寒氣가 腸胃로 올라가 臍脹을 형성하고 臍脹이 腸外로 흩어지지 않아서 積이 형성된다고 하는 것이고, 하나는 多食飲, 起居不節, 用力過度로 陽絡脈이 傷하여 血이 外溢하고 陰絡傷이 상하여 血이 內溢하는데, 腸胃의 絡이 傷하게 되어 腸外로 血溢하고 腸外가 寒하게 되고, 汁沫과 血이 相搏하여 并合함으로써 흩어지지 못해 積을 형성하는 경우다. 세 번째는 갑자기 밖으로는 寒氣를 받고, 안으로는 憂怒에 상하여 氣가 上逆하니 六輸가 불통하고 溫氣가 不行하여 凝血蘊裹而不散함으로써 津液이 滯滲하고 著留하여 제거되지 않음으로서 積이 형성된다고 하였다.<sup>36)</sup>

34) 上揭書, p.884.

35) 洪元植 譯 : 前揭書, p.443.

36) 上揭書 p.436 : “黃帝曰: 其成積奈何. 岐伯曰: 厥氣生足惋, 惋生脛寒, 脛寒則血脈凝滯, 血脈凝滯則寒氣上入於腸胃, 入於腸胃則臍脹, 臍脹則腸外之汁沫迫取不得散, 日以成積. 卒然多食飲, 則腸滿, 起居不節, 用力過度, 則絡脈傷, 陽絡傷則血外溢, 血外溢則血, 絡傷則血內溢, 血內溢則後血, 腸胃之絡傷, 則血溢於腸外, 腸外有寒, 汁沫與血相搏, 則并合凝取不得散, 而積成矣. 卒然外中於寒, 若內傷於憂怒, 則氣上逆, 氣上逆則六輸不通, 溫氣不行, 凝血蘊裹而不散, 津液滯滲, 著而不去, 而積皆

이러한 적의 발현 양태를 문헌적으로 살펴보면, 《靈樞·上膈編》에서는 “寒汁이 腸中에 流하고, 腸中에 流하면 蟲이 寒하고 蟲이 寒하면 積聚하고, 下管에 守하면 腸胃가 郭을 充하고…”라고 하여 積聚가 腸胃에 발현함을 나타냈다.<sup>37)</sup>

《靈樞·百病始生編》에서는 “…留하고 居하지 않으면 腸胃의 擘, 募原의 사이에 傳舍하는데 脈에 留著하여 稽留하고 去하지 않으면 息하여 積을 成하며 혹 孫脈에 著하거나 혹 經脈에 著하거나 或 輸脈에 著하거나 或 伏衝의 脈에 著하거나 혹 臂筋에 著하거나, 或 腸胃의 募原에 著하여 위로 緩筋에 連하거나 하여 邪氣의 淫泆함을 可히 이루 論할 수 없습니다.”라고 하여 積의 발현 부위가 腸胃의 擘, 募原의 사이, 孫脈, 經脈, 輸脈, 伏衝脈, 臂筋(척추근), 腸胃의 募原 등에서 발현한다고 하였다.<sup>38)</sup>

또한 같은《靈樞·百病始生編》에서 孫絡止脈”에도 形成된다고 하였다.<sup>39)</sup>

## (2) 阿是穴(壓痛點)에서의 積의 발현 양상

《千金方》에서 처음 언급한 阿是穴은 임상적으로 “의사가 손으로 일정한 압력을

成矣.”

37) 上揭書, p.443 : 《靈樞·上膈篇》: “岐伯曰: 喜怒不適, 食飲不節, 寒溫不時, 則寒汁流於腸中, 流於腸中則蟲寒, 蟲寒則積聚, 守於下管, 則腸胃充郭, 衛氣不營, 邪氣居之. 人食則蟲上食, 蟲上食則下管虛, 下管虛則邪氣勝之, 積聚以留, 留則癰成, 癰成則下管約, 其癰在管內者, 卽而痛深, 其癰在外者, 則癰外而痛浮, 癰上皮膚.”

38) 上揭書, p.432 : “留而不去, 傳舍於腸胃之外, 募原之間, 留著於脈, 稽留而不去, 息而成積, 或著孫脈, 或著絡脈, 或著經脈, 或著輸脈, 或著於伏衝之脈, 或著於臂筋, 或著於腸胃之募原, 上連於緩筋, 邪氣淫泆, 不可勝論.”

39) 上揭書 p.434 : 《靈樞·百病始生篇》에서 “岐伯曰: 其著孫絡之脈而成積者, 其積往來上下, 臂手孫絡之居也.”

가하여 늘렸을 때 통증이 유발되는 점”을 말한다. 임상상 이 阿是穴을 잘 촉진하면 일부에서는 積이 뚜렷하게 촉지가 가능하나 일부에서는 단지 통증만 확인할 뿐이지 그 부위의 적을 촉진하기가 쉽지 않다. 하지만 이러한 阿是穴에서도 적이 있는 것으로 생각된다. 기공 수련을 통하여 손끝이 보통 사람보다 매우 예민해진 상태에서 阿是穴을 촉진하게 되면 그 자리에서도 매우 미세한 알맹이 모양의 적을 확인할 수 있다. 이는 앞서 말한 적이 孫脈, 經脈, 輸脈, 伏衝脈, 筋筋-脊椎筋- 등의 부위에서도 발현한다는 것과 일맥상통하는 것을 알 수 있다.

그런데 이 阿是穴부에서의 적은·띠모양의 형태나 판 모양의 형태, 등근 덩어리 형태, 좁쌀형태, 미세한 덩어리 형태 등으로 실제 임상적으로는 매우 다양한 형태로 존재하고 있음을 관찰할 수 있었다.

### (3) 근막통증증후군(MPS) 이론의 發痛點(TP)와 積의 상관성

근골격계의 통증 중 많은 부분을 차지하는 근막통의 특징은 근육이나 연조직에 매우 민감한 痛點과 단단한 소결절이 있고, 운동범위 제한, 筋弱症과 피로감, 또 압박시 遠位部位로 관련통을 동반하는 증상군이다. 이러한 증상군들의 명칭에 있어서 많은 논란이 있어 왔는데, 근육통(myalgia) 또는 근통점(myalgic spots), 근경화증(myogelosis), 섬유성근통(fibromyagia), 섬유조직염(fibromyositis)은 섬유근염(fibromyositis)등으로 쓰여왔으나 1954년 이후 이들의 개념을 포괄하는 의미로 myofascial pain syndrom이라 하였다<sup>40)41)</sup>.

40) Janet G. Travell, David G. Simons: Myofascial Pain and Dysfunction: The

근막통증증후군은 근육(myo)과 근육을 싸고 있는 근막(fascia)의 병소에서 기인하는 통증증후군의 일종이다. 임상적으로 골격근 내에 발통점 혹은 유발점이라고 하는 자극에 대한 과민부위가 생기고, 발통점이 자극되었을 때 각 발통점의 위치에 따라 특정부위에 제한되는 연관통을 특징으로 한다<sup>42)</sup>. 근골격계에 나타나는 여러 가지 통증에서 근막통증증후군의 발통점(Trigger point)을 임상적으로 진단하는 기준<sup>43)44)</sup>은 다음과 같다.

#### ① 주요기준

가. 발통점에 의한 국소적 통증이 있어야 한다.

나. 발통점에 의하여 발생하는 관련통(referred pain)이 있어야 한다.

다. 손으로 만져질 수 있는 단단한 띠(taut band)를 형성한다.

라. 단단한 띠를 따라서 압통점이 있어야 한다.

마. 운동범위와 움직임에 제한이 있어야 한다.

#### ② 보조기준

가. 압통점을 늘렸을 때 통증이 재발하여야 한다.

나. 국소적인 연축반응이 유발되어야 한다.

다. 근육을 스트레칭하거나 발통점 주사시 통증이 경감되어야 한다.

Trigger Point Manual: Volume 1, Williams & Wilkins, 1984, pp.9~12.

41) 조수미, 이인선 : 근막통증증후군의 한의학적 고찰, 한방재활의학회지, Vol.6, 1996, pp.114~115.

42) 어 강 : 근골격계 질환의 테이핑療法, 서울, 우진출판사, 1999, pp.19~24.

43) Janet G. Travell, David G. Simons : 前掲書, pp.18~20.

44) 주정화, 옥광희 : 前掲書, p.14.

이상에서 열거한 진단기준에서 주요 5가지 진단기준 중 적어도 한가지의 보조 기준을 충족하면 근막통증증후군이라고 임상적으로 진단할 수 있다.

발통점(trigger point)은 골격근이나 근막내에 위치하는 단단한 띠속(taut band)에서 발견되는 과민 반응점이며, Travell은 Trigger point란 자신이 인지할 수 있는 과민점으로 곧 치료점이 된다고 하였고 經穴과 비교하면 약 86%의 위치상의 동일점이 보고되고 있다고<sup>45)</sup> 하였다.

韓醫學에서는 근막통증증후군에서의 근육이나 근막에 해당하는 일치된 용어가 없지만 의미상 근접된 용어로서 內經에서 말하는 經筋으로 이해되고 있으며, 근막통증증후군은 경락적으로 經筋理論에 속하고 통증을 유발하는 발통점(Trigger point)은 阿是穴과 유사하다는 조<sup>46)</sup>의 고찰과 일치한다.

《素問·調經論》<sup>47)</sup>에 “五臟者 故得六腑與爲表裏 經絡支節 各生虛實 其病所居 隨而調之 病生脈調之血 病在血 調之絡 病在氣 調之衛 病在肉 調之分肉 病在筋 調之筋”이라 하여 筋에 있는 病은 經筋을 조절한다고 하였고 《靈樞·經筋編》<sup>48)</sup>에 나타난 經筋의 筋候의 治療 부위로 阿是穴이 주로 언급되었으니 筋疾患을 경근이론으로 분석하고 阿是穴을 治療에 사용해 볼 수 있다고 생각한다<sup>49)</sup>고 하였다.

阿是穴은 十四經穴과 經外奇穴만으로는 부족하므로 痛處가 輸穴이라는 개념을 설정하게 된 이후부터는 天應穴, 壓痛點, 敏感點으로 불리는 것으로 고정된 부위나 명칭없이 국소부 동통과 압통점을 지칭하는 鍼灸나 按摩治療穴位的 개념이다<sup>50)51)52)</sup>.

經筋의 病候를 治療함에 있어서는 일부의 局所病症에 대하여 일반적으로 그 發病部位에 자극을 가한다. “而痛爲輸”라고 하는 것은 곧 阿是穴 取穴을 의미하고 阿是穴의 취혈은 痛點과 病變의 所在經絡臟腑와 밀접한 관계가 있으므로 임상에 응용하여 “通卽不痛”의 개념에 따라 經絡을 疏通시키고 氣血을 조정시키는 작용으로 활용된다<sup>53)</sup>. 또한 經筋은 經絡과 밀접한 관계가 있으므로 阿是穴 治療와 함께 그와 有關한 經絡의 穴位에도 治療를 진행할 수가 있다.

근막통증증후군이란 연관통을 유발하는 발통점이 근육 내에 생긴 것을 말한다. 긴장한 근육 내에는 활동성의 발통점이 생기지 않지만 운동부족 등의 이유로 적응도가 떨어진 근육이 근긴장, 근경련, 스트레스 피로 등에 장기적으로 노출되면 발통점이 생기게 된다. 이러한 발통점은 임상적으로 그것과 연관된 부위의 통증이 증가하게되며 그 발통점을 治療함으로써 연관된 부위의 통증을 제어하게 된다. 이것은 阿是穴의 개념과도 유사한데, 이 발통점 부위를 촉진하여 관찰하면 그 형태

45) 전세일 : Comparative on Trigger point and Acupuncture point, 서울, 국제의학 심포지움논문집, 1989, p.116.

46) 조수미, 이인선 : 前掲書, pp.133~140.

47) 홍원식 : 정교 황제內經소문, 서울, 동양의학연구원출판부, 1985, p.219.

48) 홍원식 : 정교 황제內經명주, 서울, 동양의학연구원 출판부, 1985, p.102.

49) 유태성 외 2인 : 筋疾患 治療에 대한 십이경

근의 활용을 위한 고찰, 경희대학교 논문집, Vol.12, 1989, p.405.

50) 홍원식 : 前掲書, pp.102~104.

51) 최용태 외 1인 : 최신침구학, 서울, 최신의학사, 1988, pp.109~119.

52) 전국한의과대학 침구학교실 : 침구학(상), 서울, 집문당, 1988, pp.159~170.

53) 최용태 외 1인 : 前掲書, pp.109~119.

역시 한의학에서 말하는 積과 다르지 않았고, 阿是穴부에서 관찰한 것처럼 다양한 형태의 적으로 존재함을 관찰할 수 있었다.

#### IV. 考察

肩의 部位는 '項傍缺盆之上曰肩'<sup>54)</sup>이라 하였으며 肩關節은 上腕骨頭와 肩胛骨關節와 사이에 있는 多軸性的 대표적인 球關節로서 그 운동이 대단히 자유롭다<sup>55)</sup>.

關節의 특징상 얇은 肩關節窩(glenoid fossa)와 여유있는 關節囊으로 구성되어 있으므로 안정성을 위하여 주위에는 오구견봉인대, 오구상완인대등의 인대와 극상근(M.supraspinatus), 극하근(M.infraspinatus), 소원근(M.teres minor), 견갑하근(M.subscapularis) 등의 근육의 견 및 삼각근(M.deltoid)등 많은 근육, 건, 인대로서 강하게 지지되고 있다<sup>56)</sup>.

肩臂痛은 肩臂 漏肩風, 凝結肩으로 불리워지며 肩部와, 腕關節과 肩部사이의 腕臂部까지 나타나는 제반 痛症을 말한다.

그 病因에 대하여 朴<sup>57)</sup> 등은 風寒濕, 氣血凝滯, 風濕, 七情 등으로 보고하였고 金<sup>58)</sup>은 急性은 風寒濕의 外因이며 慢性은 痰飲의 內因이라 하였으며 유발요인으로 肩部疾患, 頸椎關節疾患과 心肺病邪에 의한 것을 들었다. 또한 鄭<sup>59)</sup> 등은 중국 의 臨床報告를 토대로 風寒濕痺型, 氣血兩虛型 및 外傷瘀血型 등으로 분류하여

風寒濕痺型은 外感에 의해서 발생하고, 氣血兩虛型은 過勞, 失血過多에 의해, 肝腎毀損型은 久病이나 房勞過多에 의해, 外傷瘀血型은 타박, 탈구, 골절 등의 外傷에 의해 발생한다고 하였다.

患者의 性別분포는 남자가 13명(43.3%) 여자가 17명(56.6%)으로 1:1.30로 여자가 남자보다 높은 비율을 나타내었으며 이것은 朴<sup>60)</sup>, 蔡<sup>61)</sup>, 崔<sup>62)</sup>, 金<sup>63)</sup>, Crenshaw<sup>64)</sup>, Hammond<sup>65)</sup> 등의 보고에서 여자의 분포가 많은 것과 같다. (Table 1)

연령분포는 50대에서 11명(36.6%)으로 가장 많았고 40대에서 6명(20.0%)으로 나타나 50대가 가장 많다고 보고한 金<sup>66)</sup>, 崔<sup>67)</sup>, 이<sup>68)</sup>, 金<sup>69)</sup>, Crenshaw<sup>70)</sup> 등의 보고와 일치하였으며 이 경우에 肩臂痛이 肩部위의 退行性變化에 의하

60) 박동석 외 : 前掲書, p.55~61.  
 61) 채우석 외 : 前掲書, pp.49~55.  
 62) 최기홍 외 : Frozen Shoulder에 대한 임상적 고찰, 서울, 대한정형외과학회지 제10권 제4호., 1975, pp.461~465.  
 63) 김정연 외 : 肩臂痛의 임상적 고찰, 서울, 대한한학회지, Vol.13. No.2., 1992, pp.107~112.  
 64) Crenshaw A.H. and Kigore W.E. : Surgical Treatment of Bicipital Tenosynovifis J, Bone Joint Surg. 1986.  
 65) Hammond G., Trogeron W.R.Jr., Dottor W.E. and Leach. r.e. : The painful shoulder Instruction Course Lecture, 20(83) 1971.  
 66) 김동주 외 : 肩臂痛의 임상적 고찰, 서울, 대한한학회지, Vol.8. No.2., 1987, pp.56~61.  
 67) 최기홍 외 : 前掲書, pp.461~465.  
 68) 이영제 외 : 동결견에 대한 임상적 고찰, 서울, 대한침구학회지, Vol.7. No.1., 1990, pp.57~63.  
 69) 김정연 외 : 前掲書, pp.107~112.  
 70) Crenshaw A.H. and Kigore W.E. : 前掲書.

54) 許俊 : 前掲書, pp.298~300.  
 55) 權興植 : 人體解剖學, 서울, 壽文社, 1974, pp.130~131.  
 56) Gray Anatomy, U.S.A. Lea and Febiger, 1984, pp.521~524.  
 57) 박동석 외 : 前掲書, pp.55~61.  
 58) 김경식 : 前掲書, pp.58~61.  
 59) 정석희 외 : 前掲書, p.91.

여 일어나는 것으로 사료된다.(Table 1)

病歷期間은 患者의 진술에 근거하여 발병시기로부터 본원에 來院한 기간을 조사하였다. 그 결과 1주이내가 10명, 1주~1개월이 9명(30.0%)으로 가장 많았으며 發病한지 1개월 이내에 來院한 患者가 19명(63.3%)으로 과반수 이상을 차지하였다.(Table 2)

發病部位를 비교할 때 좌측이 14명(46.6%) 우측이 13명(43.3%)으로 나타나 좌,우의 분포가 비슷하였으며, 양측이 모두 證狀이 있는 경우가 3명(10.0%)으로 나타났다.(Table 3)

痛症양상을 보면 肩部疼痛과 운동장애를 호소한 患者가 13명(43.3%)으로 가장 많았으며, 肩部疼痛과 함께 項痛을 호소한 患者가 8명(26.6%) 肩部疼痛과 上肢痛을 호소한 患者가 5명(16.6%) 肩部의 정시통심을 호소한 患者가 3명(10.0%) 肩部疼痛과 頭痛을 호소한 患者가 1명(3.3%)으로 나타났다.(Table 4)

治療는 手氣療法만을 사용하였으며 手氣療法은 손에서 나오는 氣運을 사용하여 사기를 풀어내는 治療방법이다. 그렇기 때문에 手氣療法의 관건은 손에서 발출되는 氣運에 달려 있다. 手氣療法은 積이 형성된 부위의 통증을 제거하는데 쓰이는 것 이외에도 경락의 순환을 개선하여 장부의 기능을 회복시킬 수도 있다. 여러 手氣療法 방법 중 肩關節 疾患에 대응하는 방법은 点按法, 摩法, 揉法, 推法, 拿法, 拍法을 가장 많이 사용하였다.

治療效果는 우수가 6명(20.0%) 양호가 15명(50.0%) 호전이 8명(26.6%) 불량인 1명(3.3%)으로 나타났으며 이 중 양호 이상인 경우는 전체의 70.0%로 나타나 治療效果가 상당히 좋은 것으로 나

타났다.(Table 6)

특히 發病期間이 1개월 이하인 患者는 총 19명중에서 양호 이상의 效果를 나타낸 경우가 16명으로 對象患者의 84.2%에 이르러 초기의 肩臂痛에 대하여 바람직한 治療法인 것으로 사료된다.

手氣療法에서 가장 중요한 사항은 積에 대한 개념으로 이는 阿是穴에서의 積의 발현양상과 근막통증증후군(mps)이론의 발통점(tp)과 유사한 개념을 가지고 있다.

이러한 積에 의한 분류는 三焦, 小腸經이 14명(46.6%)으로 가장 많았으며 大腸經이 12명(40.0%)으로 다음이었다.(Table 8)

## V. 결론

2000년 3월 1일부터 2000년 6월 30일까지 약 4개월간 서울특별시 구로구 명성한의원에 通院 治療한 肩臂痛 患者 30명을 대상으로 手氣療法만을 사용하여 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

1. 성, 연령별 분포는 남자가 13명(43.3%) 여자가 17명(56.6%)으로 여자가 많으며 50세~59세의 연령층에서 11명(36.6%)으로 가장 많았다.

2. 病歷期間은 1주 이내가 10명(33.3%) 1개월이 9명(30.0%)씩으로 가장 많았다.

3. 發病部位별 분포는 좌측이 14명(46.6%), 우측이 13명(43.3%), 양측이 3명(10.0%)으로 좌측이 약간 많았다.

4. 증상별로는 고유의 肩痛과 운동제한을 호소하는 경우가 13명(43.3%)으로 가장 많았고, 肩痛과 項痛이 함께 있는 경우가 8명(26.6%)으로 그 다음이었다.

5. 治療回數는 3~5회가 14명

(46.6%)으로 가장 많았고 6~10회가 7명(23.3%)으로 다음이었다.

6. 治療效果는 우수 6명(20.0%), 양호 15명(50.0%), 호전 8명(26.6%), 불량 1명(3.3%) 순으로 나타났다.

7. 發病期間이 1개월 이하인 患者는 총 19명이며 이중 양호이상 效果를 나타낸 경우는 16명(84.2%)이었다.

8. 積의 위치별로는 三焦, 小腸經이 14명(46.6%)으로 가장 많았으며 다음이 大腸經 12명(40.0%)으로 다음이었다.

이상의 결과로 보아 肩臂痛에 대한 手氣療法의 적용은 效果가 매우 우수한 것으로 사료되며 앞으로 이 분야에 대한 많은 연구가 필요하다고 본다.

## VI. 참고문헌

1. 洪元植 譯 : 黃帝內經靈樞, 傳統文化研究會, 1994
2. 허재석 외 : 氣功의 點穴療法에 대한 考察, 서울, 대한기공의학회지, Vol.2. No.1., 1998
3. 전국한의과대학 재활의학과학교실 : 동의재활과학, 서울, 서원당, 1995
4. 김갑성 : 견비통의 유형분류와 침구치료의 분석학적 고찰, 서울, 대한침구학회지, vol.6 1985
5. 상해중의 학원편, 상과학, 향향, 상무인서관, 1982
6. 이윤호 : 최신침구학, 서울, 성보사, 1979
7. 김현재 외 : 최신침구학, 서울, 성보사, 1979
8. 박동석 외 : 견비통의 침구치료 효과에 대한 연구, 서울, 대한한의학회지, 제3권 제2호, 1981

9. 정석희 외 : 견과절주위염의 약물치료에 관한 최근 경험, 서울, 대한한의학회지, vol.10 No.2. 1989
10. 김경식 : 견비통의 침구치료에 관한 임상적 연구, 서울, 대한한의학회지 vol.5. No.1., 1984
11. 석세일 외 : 정형외과학, 서울, 최신의학사, 1983
12. 박형준 외 : 견갑부 동통환자의 임상적 고찰, 서울, 대한물리治療사협회지, 제6권. 제1호., 1985
13. 허준 : 동의보감, 서울, 남산당, 1975
14. 김정제 : 동양의학 진료요감, 서울, 동양의학 연구원, 1974.
15. 경제기획원 : 한국표준질병사인분류(한의), 경제기획원, 1979
16. 채우석 외 : 견비통 환자 44명에 대한 임상적 고찰, 서울, 대한한의학회지, Vol.8., No.2., 1987
17. 이봉교 편역 : 증상감별치료, 서울, 성보사, 1991
18. 김기옥著 : 氣功外氣療法의 抗스트레스 效果 研究, 大韓氣功醫學會誌 創刊號
19. 高學亭 注編 : 中國醫用氣功學, 北京, 人民衛生出版社, 1989
20. 이재홍 외 : 心積과 腎積에 대한 臨床的 考察, 대한기공의학회지, vol.2 No.2 1998
21. 동약학사전, 서울, 도서출판 까치, 1990
22. Janet G. Travell, David G. Simons: Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual: Volume 1, Williams & Wilkins, 1984
23. 조수미, 이인선 : 근막통증증후군의 한의학적 고찰, 한방재활의학회지,



Vol.6, 1996

24. 어강 : 근골격계 질환의 테이핑療法, 서울, 우진출판사, 1999
25. 전세일 : Comparative on Trigger point and Acupuncture point. 서울, 국제의학심포지움논문집, 1989
26. 홍원식 : 정교 黃帝內經素問, 서울, 동양의학연구원출판부, 1985
27. 유태성 외 2인 : 筋疾患 治療에 대한 十二經筋의 활용을 위한 고찰, 경희대학교 논문집, Vol.12, 1989
28. 최용태 외 1인 : 최신침구학, 서울, 최신의학사, 1988
29. 전국한의학대학 침구학교실 : 침구학(상), 서울, 집문당, 1988
30. 權興植 : 人體解剖學, 서울, 壽文社, 1974
31. Gray Anatomy, U.S.A. Lea and Febiger, 1984
32. 최기홍 외 : Frozen Shoulder에 대한 임상적 고찰, 서울, 대한정형외과학회지 제10권 제4호, 1975
33. 김정연 외 : 肩臂痛의 임상적 고찰, 서울, 대한한의학회지, Vol.13, No.2., 1992
34. Crenshaw A.H. and Kigore W.E. : Surgical Treatment of Bicipital Tenosynovifis J. Bone Joint Surg. 1986
35. Hammond G., Trogeron W.R.Jr., Dottor W.E. and Leach. r.e. : The painful shoulder Instruction Course Lecture, 20(83) 1971
36. 김동주 외 : 肩臂痛의 임상적 고찰, 서울, 대한한의학회지, Vol.8, No.2., 1987
37. 이영제 외 : 동결견에 대한 임상적

고찰, 서울, 대한침구학회지, Vol.7  
No.1., 1990