

# 악구강계 근육통의 진단과 치료

원광대학교 치과대학 구강내과학교실 교수  
교수 한 경 수

## 1. 근육기원의 동통

근육기원의 동통은 두경부 불편감의 가장 흔한 원인이다. 그러나 치통이 가장 흔한 구강동통이기 때문에, 안면과 구강주위 동통의 진단시 따라야 할 일반적인 원칙은 다른 원인으로 밝혀지기 전까지는 먼저 치성으로, 다음으로 근육성으로 가정하는 것이다. 또한 모든 경우에서 근육기원의 구강안면동통의 가능성에 대해서도 고려해야 한다. 일차적 원인이 근육성이 아닌 경우에도 중추성 흥분효과가 근육에 나타날 수 있는데, 사실 다양한 원인의 여러 동통에서 중추성 흥분효과로 인해 근육에 통증이 나타난다.

근육통은 골격근, 긴, 근막으로부터 유래한다. 원인으로 외상과 염증성 요인 뿐만 아니라 신장(stretching), 강하거나 지속적인 수축, 허혈(ischemia), 그리고 충혈 등을 들 수 있다. 몇몇 근육통은 근육과 근막내의 혈관으로부터 비롯된다. 근막기원의 동통은 근육성 동통의 또 다른 양상을 보인다.

근육통은 보통 비박동성의 다양한 통증을 나타내며, 때로 몹시 고통스러울 정도로 심하다. 이러한 지속적인 불편감은 자연적으로 또는 신장, 수축, 수조작 등에 의해 더 날카롭고 찌르는 듯한 통증으로 발전되기도 한다. 또한 통증의 지속양상도 다양하여 일시적이거나 지속적일 수 있으며, 간헐성 또는 재발성일 수 있다. 이처럼 통증양상이 일정하지 않아 갑자기 나타나 지주 변하기 때문에 염증성 근육통 외에는 시간경과에 따른 일정한 양상이 없다. 통증에 수반되는 기능장애는 근육의 뻣뻣함이나 쇠약감으로 표현될 수 있으며, 근육의 뻣뻣함, 강직, 부종, 단축과 같은 근기능의 손상과 관련될 수도 있다. 동통은 저작근의 교합력을 33~50% 정도 감소시키고 근쇠약감을 유발하며,

고유감각의 되먹이기 기전을 방해하여 근작용의 정밀성을 감소시킨다. 촉진시 근압통 및 운동과 기능이 통증이나 뻣뻣함을 변화시키는 양상이 근육통의 임상적 징후들이다.

여러 유형의 근육통이 구강, 안면, 목의 근육에 나타날 수 있고, 이환된 근육의 종류, 수, 위치 및 이환된 정도에 따라 증상이 복잡해진다. 이차적인 중추성 흥분효과를 고려하여야 하는데, 때로 원발성 동통이 드러나지 않은 상태에서 상대적으로 속발성 연관통이 증상의 대부분을 차지할 수도 있다. 근육으로부터의 연관통은 진단시 상당한 혼란을 초래할 수 있다. 예를 들면, 흉쇄유돌근에서 비롯된 다소간의 잠복성 동통이 이통이나 악관절 동통으로 느껴지며, 심근동통이 하악에 연관통을 유발할 수 있다.

## 2. 근육동통의 양태

구강안면의 조직에서 유래되는 근육성 동통은 심부체성의 근골격성 동통으로 분류된다. 따라서 근육통의 일반적 증상은 심부 체성 동통의 양태를 보인다. 즉, 억누르는 듯한 둔통, 위치의 불분명 및 미만성, 동통의 근원부위와 발현부위가 같을 수도 있고 같지 않을 수도 있으며, 종종 중추성 흥분효과와 수반 등이다. 여기에 더하여 동통은 생역학적 기능수요와 관련된 양태를 보여 동통부에 대한 촉진이나 기능적 수조작시 가해지는 부하에 따라 차별적인 반응을 보인다.

골격근을 자극하면 심부 및 근육의 넓은 부위에서 미만성으로 느껴지는 둔통을 일으킨다. 이것은 III군(A-delta fibers)과 IV군(C fiber) 섬유에 의해 매개된다. 동통강도의 점차적인 증가는 일시적인 중첩(summation)에 의해 나타나며, 발현부위와 상관없

이 능동적으로 근육을 신장시키거나 등척성 근긴장을 증가시키는 운동이 환자의 동통인지를 증가시킨다. 만일 수동적 운동이 통증을 초래하면 하나, 혹은 여러개의 길항근에 압통부가 있을 수 있음을 의심해야 한다.

근육성 동통은 두경부의 어떠한 근육에서도 비롯될 수 있다. 근동통이 하악의 운동에 의해 나타날 때 동통은 저작근 동통으로 간주된다. 일반적으로 저작근 동통은 저작 및 기타 악운동에 의해 안면과 구강 주위에 유발되는 불편감으로 정의된다. 그러나 치아 및 구강내 고유조직의 국소적 질환에 의한 동통과는 관련이 없다. 악관절 및 저작근에서 유래되는 통증도 여기에 속하며 따라서 많은 악관절 장애의 주소가 된다. 저작근 동통은 촉진이나 기능적 수조작, 그리고 진단적 전달마취 등을 이용하여 관절성 동통과 감별할 수 있다. 대체로 근육통은 동적인, 그리고 정적인 동통 모두를 보이는 반면에 관절통은 동적인 동통만을 보인다.

### 3. 저작근 동통의 유형

모든 저작근 장애가 임상적으로 동일하지는 않다. 저작근 장애는 적어도 다섯 가지 다른 유형이 있으며 각각의 치료가 매우 다르기 때문에 구별하는 것이 중요하다. 다섯 가지 유형으로는 보호성 상호수축(보호성 근긴장), 국소 근동통(비염증성 근통), 근막(발통점)동통, 근경련(긴장성 수축성 근통), 그리고 만성 중추매개근통(만성 근염)이 있다. 여섯 번째로 섬유근통도 거론되고 있다. 처음 세가지 질환(보호성 상호수축, 국소 근동통, 근막동통)은 치과진료실에서 흔히 볼 수 있으며 근경련과 만성 중추매개근통은 보다 덜 흔하다.

어떤 근육장애(보호성 상호수축과 국소 근동통)는 비교적 짧은 기간에 나타나고 회복된다. 이 장애들이 치유되지 않을 경우 보다 만성적인 동통장애로 진행된다. 만성 저작근 장애는 더욱 복잡해지며 그 치료는 급성장애와는 다르다. 시간이 지남에 따라, 중추신경계는 근육장애(근막동통, 근경련, 만성 중추매개근통)를 지속시키는 데 중요한 역할을 할 수 있다. 그래서 적절한 치료가 적용되도록 급성과 만성

근육장애를 구별할 수 있어야 한다. 섬유근통은 만성 근육통 장애로 전신적인 근골격성 동통을 보이며 치과의사는 이를 인지하고 최적의 치료를 위해 해당 전문의에게 의뢰한다.

#### 1) 보호성 상호수축

보호성 상호수축(또는 교호수축, 交互收縮)은 변화된 감각 및 고유수용성 유입, 손상 또는 손상의 위협에 대한 근육의 초기반응이다. 이러한 반응을 보호성 근긴장 또는 상호활성(co-activation)이라고 한다. 오랫동안 언급되어 왔지만 최근에야 문헌에 보고되고 있다.

상호수축은 흔한 현상이며 손가락으로 힘든 작업을 시도할 때 팔에 힘이 들어가야 하는 것과 같은 수많은 정상적 기능활동시 나타난다. 감각유입(sensory input)의 변화나 통증이 있는 경우, 길항근은 손상부위를 보호할 목적으로 운동중 활성을 일으킨다. 저작계에서 예를 들면, 개구시에는 폐구근의 활성을 증가되며, 폐구시에는 개구근의 활성이 증가됨을 볼 수 있다. 이와 같은 길항근의 상호활성은 병적인 현상이 아니라 근골격계의 정상적 보호기전에 의한 것으로 여겨지나 지속되는 경우 근육통 및 관련 증상을 초래한다.

원인으로는 관련 구조물에서 감각 및 고유수용성 입력의 변화를 들 수 있다. 예를 들면, 교합이 맞지 않는 수복물의 경우와 같은 변화된 감각 유입, 심부 동통 유입, 정서적 스트레스의 증가 등이 있다.

보호성 상호수축을 규명하는 열쇠는 보호성 상호수축이 주요 자극 직후 곧 나타난다는 점이다. 따라서 병력이 매우 중요하다. 보호성 상호수축은 단지 수일간만 지속된다. 만약 치유되지 않으면 급성 근통장애가 뒤따를 가능성이 높다. 병력은 다음 중 하나로 나타난다. 즉, 최근의 국소조직 변화, 최근의 지속적 심부동통의 원인, 최근의 정서적 스트레스의 증가 등이다.

중요한 임상소견으로는 운동범위가 감소된 것 같으나 하려고 하면 거의 정상범위까지 운동이 가능하고, 안정시에는 거의 무통이며, 기능시 통증이 증가되며 환자는 근쇠약감을 호소한다.

치료시 치과외사가 기억하여야 할 중요한 점은 보호성 상호수축은 정상적인 중추신경계반응이므로 근육상태, 그 자체에 대해서는 특별한 치료가 필요없다는 것이다. 대신에 상호수축의 원인에 치료의 방향을 맞추어야 한다. 만약 외상성인 경우 원인이 더 이상 존재하지 않기 때문에 보호성 상호수축에 대한 치료는 불필요하다.

잘 맞지 않는 수복물로 인한 보호성 상호수축의 경우는 현재의 교합과 조화를 이루도록 수복물을 조정함으로써 치료할 수 있다. 보호성 상호수축을 제거하기 위해 교합을 조정할 때에는 문제의 수복물 조정 목표를 설정하되, 전 치열(entire dentition)을 변화시켜서는 안된다. 일단 문제의 수복물을 조정하면 교합상태는 문제가 발생하기 이전으로 돌아가며, 증상은 해소된다.

만약 상호수축이 심부동통의 결과라면, 그 통증에 대하여 적절한 조치를 시행하여야 할 필요가 있다. 만약 정서적 스트레스의 증가가 원인이라면 적절한 스트레스 조절법을 시행한다.

보호성 상호수축의 원인이 조직손상인 경우, 일반적으로 보조요법이 유일한 치료법이다. 치료는 통증을 느끼지 않는 범위내로 하악운동을 제한하도록 환자를 교육시키는 것으로 시작한다. 통증이 완화될 때까지 유동식을 권장한다. 통증을 위한 단기간의 투약이나 간단한 근이완요법(muscle relaxation therapy)도 시행할 수 있다. 그러나 대개의 근육운동연습(muscle exercises)이나 기타 물리치료는 시행하지 않는다. 보호성 상호수축은 보통 단기간 지속되며 원인을 제거하면 증상은 수일내 사라진다.

## 2) 국소 근동통

국소 근동통은 원발성의 비염증성 근육동통장애이다. 이것은 종종 장기간의 보호성 상호수축에 대한 근육조직의 첫 번째 반응으로 나타난다. 상호수축이 중추신경계에 의해 유도된 근육반응이라면 국소근 동통은 근육의 국소적 환경변화를 의미한다.

원인으로 지속된 보호성 상호수축, 근육의 국소 조직에 대한 외상이나 익숙치 못한 사용, 정서적 스트레스의 증가 등을 들 수 있다. 국소 근동통 환자가 말하

는 병력에는 보호성 상호수축을 일으켰던 사건 후 수 시간내지 수일 후 시작된 통증, 근육 조직에 대한 손상 후 시작된 통증, 또 다른 심부동통에 의한 통증, 최근의 증가된 정서적 스트레스 후의 통증 등이 있다.

국소 근동통은 다음과 같은 임상소견을 나타낸다. 현저한 하악운동범위와 속도의 감소를 보이며 환자가 스스로 최대운동범위에 도달할 수 없고, 안정시에는 거의 무통이나 기능시 통증이 증가하며, 근쇠약이 실제적으로 존재하며, 이환된 근육을 촉진시 국소 압통이 있다.

치료과정은 다음과 같다. 국소 근동통은 심부동통을 야기하고 이러한 심부동통은 또 다시 속발성 보호성 상호수축을 일으켜 순환성 근육동통(cyclic muscle pain)이 자주 나타난다. 따라서 국소 근동통을 치료하는 일차 목표는 통증과 같은 중추신경계에 대한 감각유입을 감소시키는 데 있다. 감각유입의 감소는 다음과 같은 단계로 이루어진다.

1. 지속되는 변화된 감각이나 고유수용성 입력을 제거한다.
2. 자가요법에 대해 환자를 교육하고 정보를 제공한다. 이때 네가지 점을 강조한다. 첫째, 무통성 범위내로 하악을 사용토록 제한한다. 하악을 움직일 때마다 통증이 발생하면 상호수축이 다시 발생할 수 있다. 따라서 환자로 하여금 통증이 발생하는 지점까지는 개구하지 않도록 지시하여야 한다. 유동식을 섭취하도록 권장함과 아울러 음식을 보다 작게 하여 천천히 저작하도록 한다. 둘째, 무통성의 범위내에서 하악을 사용토록 권장함으로써 근골격계내 고유수용기(proprioceptors)와 기계수용기(mechanoreceptors)가 자극 받도록 한다. 이런 활동이 정상 근육기능을 정상화하는 데 도움이 된다. 따라서 근육을 조심스럽게 사용하는 것만으로도 국소 근동통의 치유를 촉진시킬 수 있다. 환자에게는 근육을 사용하되 단지 무통성 운동범위내에서만 사용하도록 권장한다. 근육을 전적으로 사용하지 않는 것은 국소 근동통 환자에게는 오히려 적절하지 못하다. 셋째, 정서적 스트레스의 증가와 근육동통 상태와의 관계를 주시시켜야 한다. 스트레스를 감소시키고 이완을 증진시키는 기법을 적

극 교육시킨다. 넷째, 비기능성 치아접촉을 피한다. 이것을 위해 우선 환자에게 무의식적인 치아접촉습관을 알게 한 후 이러한 접촉을 하지 않는 기법을 교육한다(인지자각(cognitive awareness). 환자에게 입술을 다물되 치아는 닿지 않도록 지시한다. 대부분의 환자는 낮시간 동안의 수의적 치아에게에 필요한 기법을 습득할 수 있다.

3. 환자가 낮시간 동안의 치아접촉을 조절할 수 있더라도, 대부분은 야간의 치아접촉을 거의 조절하지 못한다. 따라서 야간에 사용하기 위한 교합장치를 제작하는 것이 필요하며, 장치는 수면시 장착하고 낮에는 통증감소에 도움이 되는 경우에만 장착하도록 한다.

4. 만약 이러한 치료단계로 통증상태를 해소하지 못한 경우, 약한 진통제나 근이완제의 사용을 고려해야 한다. 약물치료는 지속적 심부 동통의 유입을 감소시키는데 도움을 준다.

### 3) 근경련

근경련은 중추신경계에 의해 유도된 급작스럽고 격렬한 불수의적 긴장성 근수축(tonic muscle contraction)이다. 과거에는 근경련이 근육기원 동통의 주요한 원인으로 생각되었으나 최근의 연구를 통해 새로운 시각이 제시되고 있으며, 근경련이 저작근에도 발생할 수 있지만 흔하지는 않으며, 임상적 특징 소견에 의해 쉽게 인지할 수 있다.

근경련의 원인으로 지속적인 심부동통의 유입, 피로나 과용과 관련된 근조직내 국소적 대사이상, 특발성 근경련 기전등이 거론된다. 병력조사에서는 근경직(muscle rigidity)이 동반된 갑작스러운 하악운동의 제한을 알 수 있다.

임상소견으로 심각한 하악운동범위의 저하와 급성 부정교합, 안정시 통증과 기능시 통증의 증가, 이환된 근육이 매우 단단하며 촉진시 압통, 근육이 단단한 느낌 등이 있다.

근경련에 두 가지 치료법이 제시되고 있다. 하나는 경련, 그 자체를 경감시키는 것이고 또 하나는 원인을 제거하는 데 방향을 맞추는 것이다. 첫째, 통증을 완화한 후 수동적으로 이환된 근육을 신장시킨다. 통증완화는 마사지, 냉각제 분사(vapocoolant spray), 얼음, 또는 국소마취제 주사 등으로 가능하다. 통증이

감소하면 근육을 최대범위로 수동 신장시킨다. 둘째, 심부동통 유입 등과 같은 명백한 원인요소가 존재할 때에는 이 요소를 제거하는 데 방향을 맞추어 재발성 근경련의 가능성을 줄여야 한다. 근경련이 피로와 과도한 사용으로 나타났을 경우는 근육을 쉬도록 하고, 운동 후에는 가능하다면 전해질 균형을 맞추어 준다.

종종 물리치료가 중요한 치료법이 되는데, 심부마사지(deep massage)나 수동적 신장(passive stretch)이 많이 쓰인다. 일단 근경련이 감소하면 다른 물리요법, 즉, 근조건화운동(muscle conditioning exercise)과 이완요법(relaxation technique) 등이 국소 및 전신요인을 제거하는데 도움이 된다. 근경련이 대개는 급성이기 때문에 약물요법은 사용하지 않는다.

### 4) 근막동통

근막동통은 국소적 근육통증 상태(regional myogenous pain condition)로서, 발통점이라고 하는 단단하며 과민한, 띠 모양의 근육내 국소부위가 특징적이다. 따라서 근막발통점동통이라고도 한다. 중추성 흥분효과가 자주 나타나는데, 가장 흔한 경우가 긴장성두통(tension-type headache)으로 느껴지는 연관통(referred pain)이다.

비록 완전히 알려지지 않았지만 근막동통의 원인으로 다음 몇가지가 소개되고 있다. 지속적인 심부동통원의 존재, 정서적 스트레스의 증가, 수면장애, 습관, 자세, 근긴장 또는 오한 등과 같이 근활성에 영향을 미치는 국소요인, 저비타민증, 불량한 건강상태, 피로, 그리고 바이러스 감염 등과 같은 전신요인, 특발성 발통점 기전 등이 그것이다.

병력에서 환자의 주소는 종종 이소성 통증(heterotopic pain)이며, 통증이 실제 근원(발통점)에 있지는 않다. 따라서 환자의 진술만을 의지하면 두통(긴장성)이나 보호성 상호수축의 해소에 치료목표를 둘 수 있다. 이처럼 이차적인 통증에 치료방향을 맞추면 당연히 치료는 실패하게 된다. 그러므로 통증의 근원부를 인지하여 적절한 치료를 하는 것이 중요하다.

근막동통의 임상증상으로는 발통점의 위치와 강도에 따라 하악운동의 속도와 범위가 다소 감소하는 구

조직 기능장애가 있다. 이러한 경미한 구조적 기능장애는 통증의 억제효과(보호성 상호수축)에 대한 이차적 반응이다. 이소통은 안정시에도 나타나며 기능시 더욱 증가할 수 있다. 또한 자극했을 때 이소통을 증가시키는 발통점을 지닌 단단한 근육띠(tight muscle band)가 존재한다.

근막동통의 치료는 원인요소의 제거나 감소에 목표를 둔다. 첫째, 지속적 심부동통의 근원을 원인에 따라 적절한 방법으로 제거한다. 둘째, 근막동통에 기여하는 국소적, 전신적 요인을 감소시킨다. 이 치료는 환자의 필요에 따라 개별적으로 시행한다. 예를 들어 정서적 스트레스가 장애의 주된 부분이라면 스트레스 치료법이 필요하며, 자세나 또는 작업위치가 근막동통에 기여요인이 된다면 이들을 개선해야 한다. 만약 수면장애가 의심되면 해당 전문의에게 의뢰하며, 종종 취침전에 10~20mg의 아미트립틸린과 같은 삼환성 항우울제가 도움이 된다. 다음으로 치료시 고려하여야 할 가장 중요한 사항은 발통점의 치료와 제거이다. 이를 위해 분사신장요법, 마사지, 초음파 및 갈바닉 전기자극 등이 쓰인다.

근막동통을 치료하는데 물리치료와 수조작술(manual technique)이 사용된다. 이러한 술식은 발통점의 실질적 제거에 초점을 맞추고 있기 때문에 최적 치료에 속한다. 가장 중요한 것은 연조직 가동술(soft mobilization)과 근육조건화(muscle conditioning)이다.

근육이완제(muscle relaxant) 등과 같은 약물이 도움이 되기도 하지만 발통점 자체가 제거되지는 않는다. 플렉세릴(Flexeril, 수면전 10mg) 등을 복용하면 통증을 경감시킬 수 있으나 발통점은 앞에서 언급한 바와 같이 치료하여야 한다. 근이완제는 활동성 발통점을 잠복성이나 불활성 발통점으로 전환시키는 데 도움이 되지만 완전히 제거할 수는 없다. 진통제 역시 통증의 순환효과(cyclic effect)를 차단하는데 도움이 된다.

자세(posture)도 근막동통의 일부 환자에게는 또 하나의 잠재적 기여요인이다. 근육이 단축된 상태를 유지하면 정상적인 근육보다 발통점이 더 잘 유발된다. 매일 근육을 충분히 신장시켜 주면 통증없이 유지될 수 있다. 특히 목과 어깨 부위에서 더욱 그러하므

로 규칙적인 운동을 지시한다.

### 5) 만성 중추매개근통

만성 중추매개근통은 만성적 지속성 근통 장애로서, 주로 말단 근육조직내에서 느껴지는 중추신경계 효과로부터 유래한다. 나타나는 증상이 근육조직의 염증상태와 유사하여 때로 근염이라고도 한다.

만성 중추매개근통은 신경원성 염증에 의해 이차적으로 생겨나는 근육조직내 통증 유발물질의 연장된 존재와 관계가 있다. 신경원성 염증은 근육조직등, 중추신경계 외부조직에 통증을 나타내는 중추성 효과를 보여준다. 만성 중추매개근통의 가장 흔한 원인은 오래된 국소 근동통, 또는 근막동통이다. 다시 말하자면 환자가 근육성 통증을 오랫동안 호소할수록 중추매개근통의 가능성이 더 커지게 된다. 환자는 수개월내지 수년에 이르는 오래된 근육증상 병력과 대개는 이와 관련된 지속적인 원발성 근육통을 호소한다.

만성 중추매개근통의 흔한 증상은 다음과 같다. 하악운동의 속도와 범위가 상당히 감소하고 안정시의 심한 통증이 기능시에는 더욱 증가하며, 근육의 단단한 느낌과 함께 촉진시 심한 통증이 있고, 만성 중추매개근통이 지속되는 경우 근위축이나 근경축을 일으킬 수 있다.

치과의사가 만성 중추매개근통에 대하여 알고 있어야 하는 이유는 치료결과가 국소 근동통을 치료하는 것처럼 즉각적인 반응을 보이지 않기 때문이다. 근육조직의 신경원성 염증과, 그것을 발생시키는 만성 중추매개근통은 치료하는데 시간이 걸린다. 만성 중추매개근통이라는 진단이 내려지면 의사는 환자에게 기대되는 결과와 치료계획을 설명하여야 한다. 환자는 증상의 완화가 초기에는 매우 느리고 확실하지 않다는 것을 알아야 한다. 환자는 이러한 점을 깨닫고 치료결과에 대하여 실망하지 않도록 해야 할 필요가 있다. 원인요소가 제거됨에 따라 신경원성 염증은 치유되고 증상은 서서히 감소한다.

국소 근동통에서와 마찬가지로 네가지의 일반적인 치료법을 만성 중추매개근통 환자에게 시행한다. 이들이 다소 유사하기는 하나 동일하지는 않다. 실제로 종종 국소 근동통의 치료법을 적용시 만성 중추매개근통이 악화되는 경우가 있다. 따라서 국소 근동통을

치료하지만 증상이 더욱 심해지는 경우는 실제로 만성 증추매개근통일 가능성이 높다. 이때는 다음과 같이 치료한다. 첫째, 무통성 범위내로 하악운동을 제한한다. 동통성 근육의 사용은 상태를 악화시킬 뿐이므로 환자는 되도록 하악을 움직이지 않도록 하여 통증을 감소시킨다. 유동식으로 시작하되 고정식은 작게 하여 천천히 씹어야 한다. 둘째, 근육운동이나 주사를 피한다. 근육조직이 염증 상태이므로 어떠한 운동도 통증을 유발한다. 환자는 되도록 근육을 쉬게 한다. 국소 마취제 주입은 이미 염증이 있는 조직에 손상을 주므로 피한다. 만성 증추매개근통의 경우 국소전달마취는 마취제가 대사되고 난 후에 현저한 통증의 증가를 야기시킨다. 이러한 양상은 진단에 도움이 될 수 있다. 셋째, 치아를 이개시킨다. 국소 근동통과 마찬가지로 만성 증추매개근통의 경우도 수의적이든 불수의적이든 치아를 이개시켜야 한다. 국소 근동통에서와 같이 교합안정(중심위) 장치를 사용한다. 넷째, 소염제를 투여한다. 국소 근조직이 염증상태에 있으므로 소염제를 처방하는 것이 적절하다. 이부프로펜과 같은 비스테로이드성 항염증제가 적절하며, 600mg 을 하루 네 번씩, 3주 동안 규칙적으로 투여하여 임상적인 효과가 있도록 혈중농도를 상승, 유지시킨다. 불규칙적으로 투여하는 것은 바람직하지 못하다. 이부프로펜은 진통효과

도 있어 만성 증추매개근통으로 진행되는 순환성 근통을 감소시키는 데에도 효과적이다. 이때 위장장애의 병력을 질문하고 투약기간 동안 위증상을 관찰하여야 한다.

만성 증추매개근통의 초기에 물리요법을 조심스럽게 사용하여야 하는 이유는 어떠한 수조작에도 통증이 증가하기 때문이다. 때때로 습열요법이 도움이 된다. 반대로 어떤 환자는 얼음요법이 더욱 도움이 되기도 한다. 환자는 이 중에 가장 잘 맞는 것을 사용한다. 증상이 치유됨에 따라 초음파 요법과 부드러운 신장요법을 시작할 수 있다. 만약 시술시 통증이 증가하면 강도를 줄여야 한다.

만성 증추매개근통의 치료에는 시간이 걸리기 때문에 근위축성 변화와 근정지성 경축 등의 두가지 상태로 발전할 수 있다. 이들은 거상근의 사용부족으로 발생한다. 일단 급성증상이 사라지면 서서히 근육을 활동시켜야 한다. 다소 부드러운 등척성 하악운동은 근육의 힘과 사용을 증가시키는 데 효과적이다. 수동적 신장은 거상근의 원래 길이를 회복하는 데 도움이 된다. 만성 증추매개근통의 치료는 서서히 진행시켜야 하며 급작스럽게 할 수 있는 것이 아니다. 물리치료를 너무 급하게 사용하면 만성 증추매개근통은 더욱 악화될 수 있다.