

증례

급성 점액낭염 및 극상근건염을 동반한 어깨충돌증후군 환자에 대한 증례보고

배기태 · 김희권 · 김정신 · 남상수 · 김용석

경희대학교 강남경희한방병원 침구과

Abstract

Case Report of Shoulder Impingement Syndrome with Acute Bursitis and Supraspinatus Tendinopathy

Bae Ki-tae, Kim Hyeekwon, Kim Jeungshin, Nam Sangsoo and Kim Yong-suk

Department of Acupuncture & Moxibustion, Kangnam Kyung-Hee Korean Hospital,
Kyung-Hee University

Objectives : There are little reports on treatment of shoulder impingement syndrome with acute bursitis and supraspinatus tendinopathy in traditional Korean Medicine. We suggest oriental treatment for pain relief and better movement of shoulder impingement.

Methods : A-Shi Point, Sa-am acupuncture, ohjuksan-gamipang, seokyongtang-gamipang were used to treat shoulder pain. we evaluated the patient through VAS(Visual Analogue Scale) daily and Physical Examinations.

Results : After 5 days of treatment, shoulder pain was decreased from VAS 7.5 to VAS 2 and After 3 weeks, the patient showed nearly full ROM(range of movement).

Conclusion : In shoulder impingement syndrome, oriental treatment is good method for pain relief and better movement.

Key words : Impingement syndrome, Shoulder pain, Bursitis, Supraspinatus tendinopathy

· 접수 : 2005년 9월 8일 · 수정 : 2005년 9월 10일 · 채택 : 2005년 9월 10일
· 교신저자 : 배기태, 서울 강남구 대치2동 994-5번지 강남경희한방병원 의사실
Tel. 02-3457-9172 E-mail : baekitae999@hanmail.net

I. 서론

어깨부위의 통증은 어깨 관절 및 주변의 인대, 근육, 점액낭 뿐만 아니라 경추질환에 의한 어깨로의 방사통, 협심증 같은 심장질환에 의한 연관통등 어깨 이외에서 발생한 질환에 의해서도 발생할 수 있다. 그 중에서 어깨의 충돌증후군은 어깨전방부 통증과 머리위로 팔을 올리는 활동 또는 운동과 관계가 있으며, 다양한 원인에 의해 발생한다. 대부분의 통증은 회전근개건(rotator cuff tendon) 및 견봉하점액낭의 염증에 의해서 발생된다¹⁾. 충돌증후군은 대체로 임상증상 및 해부병리적 단계에 따라 제1단계 부종 및 출혈, 제2단계섬유화 및 건조염. 제3단계 건파열로 구분된다²⁾.

서양의학적 치료는 크게 보존적 치료와 수술적 치료로 대별되며, 보존적인 치료방법으로는 휴식, 약물요법, 물리치료 등이 있으며, 수술적 치료방법으로는 견봉절제술, 견봉성형술 및 관절경하감압술등이 있으며 견관절의 감압 및 생리적 긴장도를 부여함으로써 통증완화와 병변의 진행방지, 이환된 견관절의 기능개선을 목적으로 시행한다³⁾.

한의학에서의 어깨부위 통증은 手部영역의 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 제반통증을 포괄적으로 지칭하여 肩臂痛이라고 한다⁴⁾.

견비통의 원인에 대해서 《黃帝內經素問》⁵⁾의 <藏氣法時論>에서는 “心病者 胸中痛 脇支滿 脇下痛 膺背肩胛間痛 兩臂內痛 虛則胸腹大 脇下與腰相引而痛”, “肺病者 喘咳逆氣 肩背痛 汗出 尻陰股膝 髀腠 筋足皆痛”라고 언급하여 肺, 心의 병과 어깨통증과의 관련을 언급하였으며 許⁶⁾등은 《東醫寶鑑》의 <外形篇·手門·肩臂病因>에서 “手屈而不伸者其病在筋伸而不屈者其病在骨在骨守骨在筋守筋<靈樞>”, “臂爲風寒濕所搏 或睡後手在被外 爲寒邪所襲 遂令臂痛”, “爲風寒濕所搏 或睡後手在被外 爲寒邪所襲 遂令臂痛 或乳婦以臂枕兒 傷於風寒 亦致臂痛”등으로 어깨의 통증의 원인에 대하여 언급하였다.

어깨 관절의 경우 근육문제, 유착성관절낭염, 점액낭염등의 국소적인 진단에 따라 예후와 치료, 그리고 환자의 교육에 많은 차이가 있으나, 기존 한방 논문에서는 포괄적인 어깨통증의 치료에 대한 논문이 다수존재하나 점액낭염, 극상근염등의 국소적인

문제에 대한 감별진단과 치료에 대한 증례가 부족하여 이에 본 저자는 급성 견봉하 및 삼각근하점액낭염, 그리고 극상근건염을 동반한 어깨충돌증후군을 호소하는 환자를 대상으로 한방치료를 하여 빠른 호전을 보인 사례가 있어 소개하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본원 외래에서 심한 견통을 호소하여 2005년 2월 24일부터 2005년 3월 9일까지 본원 침구과에 입원치료 및 퇴원 후 외래 치료한 환자 1명을 대상으로 함

2. 성명

김 xx(F/52)

3. 주소증

- 1) 左肩部通
- 2) 項背部痛症

4. 발병일

2005년 2월 23일

5. 과거력

- 1. HNP of C-Spine: 2004년 C-Spine CT, MRI상 C4-5, C5-6 부위의 경추추간판탈출증으로 진단 및 치료함

6. 현병력(초진소견)

52세 마른 체격의 여환으로 2005년 2월 22일 야간에 빨래를 한 후에 2005년 2월 23일 새벽 갑작스러운 심한 좌측견통과 움직임제한이 발생하여 본격적인 한방치료원해 visit

7. 주요 검사소견

- 1) X-ray(2005년 2월 23일)

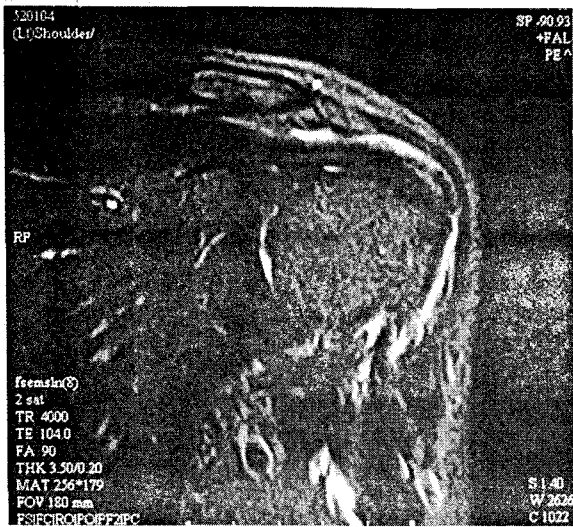


Fig. 1. MRI of Left shoulder

Table 1. ROM(range of movement) and Shoulder Physical Exam

	2월 24일 passive ROM
mouth wrap	-(uncheckable*)
dugas test	-(uncheckable)
hand to shoulder	-(uncheckable)
abduction	80/15
adduction	45/15
Flextion	90/10
Extention	45/15
int. rotation	50/(uncheckable)
ext. rotation	50/(uncheckable)
Yergason Test	-(uncheckable)
Empty can test	-(uncheckable)

*: The words "uncheckable" means "uncheckable due to pain"

(1) C-Spine AP and Lateral straightening
degenerative change with spur formation
narrowing of C4~C5 disc space

(2) Left. shoulder AP and Lateral negative

2) 심전도(EKG)(2005년 2월 24일)
ventricular premature beat

3) MRI of Left. shoulder(2005년 2월 26일, Fig. 1)

Rotator cuff tendinopathy with probable partial tear(anterior fiber of supraspinatus tendon at humeral insertion site)
subacromial subdeltoid bursitis

4) Lab finding(2005년 2월 25일)

CRP: 양성
ESR: 31mm/hr

8. 초진시 이학적 검사소견(Table 1.)

9. 치료방법

1) 鍼治療

(1) 阿是穴

肩井, 天膠, 肩髃, 髃俞, 大椎, 肩外俞, 秉風, 曲池
<동방침구, 1회용 stainless steel 호침, 0.25×40mm, 20분간 留針, 平補平瀉>, 1일 1회 오전에 자침

(2) 舍岩鍼法

大腸勝格(右側)+肩髃<동방침구, 1회용 stainless steel 호침, 0.25×40mm, 20분간 留針, 圓方補瀉>, 1일 1회 오후에 자침

2) 한약치료

(1) 五積散加味方: 加味五積散¹⁴⁾+金銀花, 連翹, 蒲公英 각 4g

(2) 舒經湯加味方: 加味舒經湯¹⁴⁾+獨活, 威靈仙, 五加皮, 草烏 각 4g

3) 기타치료

TENS: 肩項部 <10분>

ICT: 肩部 <15분>

Moxa: 肩部 (直接灸)

IR Tx

10. 치료성적의 평가

1) 시각적 상사척도(Visual Analogue Scale, VAS)⁷⁾

통증이 없는 상태를 0, 참을 수 없는 통증을 10으로 양끝단에 표기한 100mm길이의 자를 환자에게 주어 통증을 평가했으며, 환자의 선호수치에 대한 오류를 줄이기 위해 길이에 따른 눈금표시는 하지 않았다. 통증의 평가는 침치료 하기 전 오전시간에 안정시의 환자가 느끼는 어깨통증을 가지고서 평가하였다

2) 견관절가동범위

일반적인 가동범위를 체크하는 동안, 목, 신전외에 견관절에 대한 이학적검사를 하였다. 통증이 극심할 경우 통증의 강도에 따라 과도한 가동범위 및 이학적검사는 하지 않았다.

11. 임상경과 및 평가

1) VAS의 변화양상 그래프(Fig. 2)

2) 이학적검사 (Table 2)

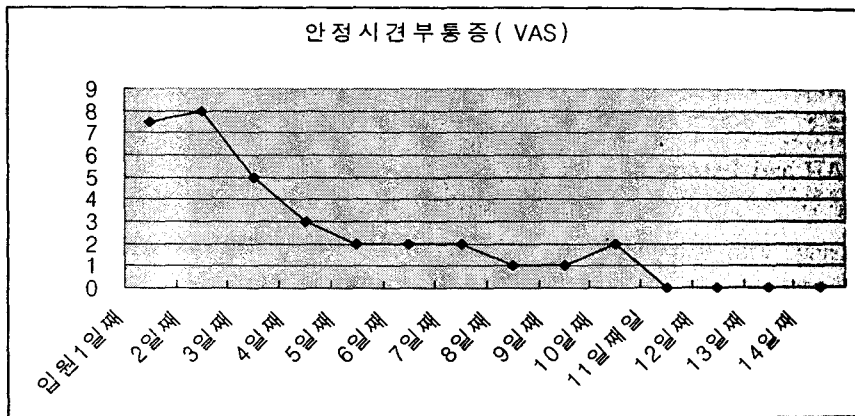


Fig. 2. Change of shoulder pain

Table 2. Change of ROM(range of movement) and Shoulder Physical Exam

	2월 24일 passive ROM	3월 9일 active ROM	3월 14일 active ROM
mouth wrap	-(uncheckable)	-/+	-/-
dugas test	-(uncheckable)	-/+	-/-
hand to shoulder	-(uncheckable)	-/-	-/-
abduction	180/15	180/25	180/170
adduction	45/15	45/25	45/45
Flextion	90/10	90/45	90/90
Extention	45/15	45/10	45/50
int. rotation	50/(uncheckable)	50/15	50/40
ext. rotation	50/(uncheckable)	50/15	50/40
Yergason Test	-(uncheckable)	-/-	-/-
Empty can test	-(uncheckable)	-(uncheckable)	-/*

*: Out of Patient follow-up

III. 고 찰

어깨 통증에 있어서 충돌증후군은 어깨 前方部 통증과 머리위로 팔을 올리는 활동 또는 운동과 관계가 있으며, 대부분의 통증은 회전근개 건 및 견봉하점액낭의 염증에 의해 나타난다. 손상기전으로는 견봉하공간에서의 극상근건의 부드러운 움직임이 제한되어서 발생하며, 견봉하공간이란 상완골두, 회전근개(SITS)근육, 견봉하점액낭, 이두박근건으로 구성되는 딱딱한 부분을 말하며⁸⁾ 해부학적인 경과는 다음과 같다.

1) Stage 1: 부종 및 출혈(Edema and hemorrhage)

- (1) 17세 미만의 연령
- (2) 안정시 쭉시는 통증, 관절운동시 아프면서 압통이 있음
- (3) coracoacromial ligament를 따라 견봉앞쪽에 압통이 있음
- (4) 삼각근 바깥쪽의 심부압통
- (5) 회전근개가 자극을 받을 수 있다.

2) Stage 2: 반복되는 염증

- (1) 점액낭이 두꺼워지고 섬유화되며, 건염이 반복됨
- (2) 연령: 18~32세
- (3) 모든활동범위에서 통증

3) Stage 3: 회전근개 파열, 이두박근 파열, 견봉 및 상완골 대결절 뼈의 변화

- (1) 33세 이상의 연령
- (2) 어깨 깊은 곳이 계속아픔
- (3) 상완 또는 팔꿈치 바깥쪽으로 통증이 방사됨

점액낭은 활액막과 유사한 막으로 싸여 있는 주머니이며, 그 대부분은 관절주위나 골의 돌출부위를 지나는 건 혹은 근육주위에 위치한다. 그 기능은 근육이나 힘줄의 반복된 움직임이 일어나는 지점에서 서로 원활하게 미끄러질 수 있도록 도와서 마찰을 감소시키고, 섬세한 조직을 압박으로부터 보호하는 것이다. 견봉하점액낭은 삼각근하 점액낭과 분리되

어 있는 것이 보통이나 서로 합해져있을 수도 있다. 이 두 점액낭은 견봉과 삼각근 및 상완골 대결절의 사이에 존재하는 대단히 큰 점액낭이다⁹⁾.

극상근의 병변이 반흔조직으로 치유되면 건의 정상적인 탄력성을 상실하여, 견봉과 상완골 두 사이에서 미끌어짐이 원활해지지 못하게 되고 견봉하점액낭 및 삼각근하점액낭이 비후되어 염증을 일으킬 수 있다. 점액낭염은 점액낭의 염증성 변화에 의하여 동통, 종창등을 일으키는 것이며, 그 원인에 따라 외상성, 급성감염성, 만성감염성으로 구분할 수 있다. 외상성 점액낭염은 직접적인 급성외상으로 점액낭의 출혈에 의해, 혹은 반복되는 만성외상이 원인이며, 급성감염성 점액낭염은 화농성 염증으로 심한 통증 및 종창, 발열 혹은 관절운동제한이 나타난다. 만성점액낭 감염은 결핵, 류마티스 관절염, 혹은 통풍등에 의해서도 나타난다. 점액낭에 염증이 생기면 활액이 증가하고 점액낭의 종창과 통증으로 이어진다¹⁰⁾.

어깨에 통증을 유발할 수 있는 급성 삼각근하점액낭염은 특별한 손상 없이도 점액낭 전체에 급성염증이 발생할 수도 있으며 2-3일내로 환자는 팔을 전혀 외전시킬 수 없게 된다. 동통은 손목까지 내려갈 수도 있으며, 그 외의 다른 수동운동은 거의 완전한 범위로 유지되나 초급성기에는 모든 동작에 동통이 생긴다. 그리고 초급성기 때는 팔을 들기 어렵기 때문에, 동통호(pain arc)는 동통이 다소 줄어들었을 경우에 생긴다. 7~10일가량 급성통증이 지속되며 이 기간에 가장 효과적인 것은 점액낭에 스테로이드를 주사하는 것이며 필요에 따라 비스테로이드 항염증제제의 사용도 도움이 된다. 환자는 4~6주부터 자연적으로 회복되기 시작한다¹¹⁾.

극상근은 뒤쪽으로는 극하근, 소원근, 앞쪽으로는 견갑하근의 건들과 혼합되어 회전근개를 형성하며, 견관절자체의 통증의 가장 흔한 원인이 된다. 상지를 외전시키면 극상근은 상완골 대결절과 견봉사이에 끼이게 된다. 연령이 증가함에 따라 점액낭의 보호가 약해지며, 지속적인 외상에 의한 자극과 불충분한 회복은 극상근의 조기 마모와 국소허혈을 일으키며, 염증성 반응과 석회화가 나타날 수 있고 심하면 근육이 파열될 수 있다⁹⁾.

극상근건염은 극상근의 상부골막건접합부, 하부골막건접합부, 상부골막건접합부와 하부골막건접합부 양측에 동시에 생기거나, 그리고 근건접합부등에 대부분 침범하며, 대개 자연적으로 치유되지 않는 경향

이 있다. 견관절외전 저항검사시 동통호(pain arc)를 동반한 심한 동통이 발생된다면 건골막 접합부(tenoperiosteal junction)의 상부가 견봉과 대결절사이에 끼이게 되는 자세에 놓여졌다는 것을 의미할 수 있다. 손바닥을 위로한 자세로 팔을 위로 올렸을 때 동통호가 더욱 확실하다면 이는 병변이 건골막 접합부의 전방(anterior aspect)에 발생된 것이며, 만일 손바닥일 아래로 향했을 때 더욱 동통이 심해진다면 이때는 병변이 건의 정지부(tendinous insertion)의 후방(posteror aspect)부에 있음을 의미한다. 근 건접합부 즉 건의 원위단의 병변이 있을 경우는 동통호가 생기지 않고, 완전히 팔을 올릴 때 아프지도 않으면서 외전시 저항을 줄때만 동통이 발생한다. 팔을 수평으로 하고 축진하면 쇄골과 견갑극 사이에 생긴 각 사이에 심부압통이 발생한다.

치료에 있어서는 맞사지가 효과적이다¹¹⁾. 보존적 치료를 시행하면서 1~2개월에 걸쳐 서서히 회복된다면 수술의 필요가 없다⁹⁾.

한의학에서의 어깨부위 통증은手部영역의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 제만통증을 포괄적으로 지칭하여肩臂痛이라고 한다⁴⁾.

肩臂痛의 병인에 대해서는《黃帝內經素問》⁵⁾의<藏氣法時論>에서는“心病者胸中痛脇支滿脇下痛膺背肩胛間痛兩臂內痛虛則胸腹大脇下與腰相引而痛”,“肺病者喘咳逆氣肩背痛汗出尻陰股膝髀腓筋足皆痛”라고 언급하였으며,許⁶⁾등은《東醫寶鑑》의<外形篇·手門·肩臂病因>에서“手屈而不伸者其病在筋伸而不屈者其病在骨在骨守骨在筋守筋<靈樞>”라고 하여 굴곡과 신전장애의 차이에 따라筋, 또는骨의 병변으로 보았으며,“臂爲風寒濕所搏或睡後手在被外爲寒邪所襲遂令臂痛”,“爲風寒濕所搏或睡後手在被外爲寒邪所襲遂令臂痛或乳婦以臂枕兒傷於風寒亦致臂痛”라고 하여風寒濕등의 침범에 의해서도 어깨의 통증을 일으킬 수 있다고 하였다. 또한《東醫寶鑑》의<外形篇·手門·痰飲多爲臂痛>편에서는“治臂痛不能舉或左右時復轉移由伏痰在中腕停滯脾氣不得流行上與氣搏四肢屬脾滯而氣不升故上行攻臂其脉沈細者是也”라고 언급을 함으로써 팔을 들지 못하게 아프거나 통증이 좌우팔로 왔다 갔다 하는 것을痰으로 그 병인으로 보았으며 치료는 병인에 따라氣血이經絡에 막혔을 경우는舒經湯, 寒邪로 인한 통증은五積散, 그리고風邪

로 인한 것을烏藥順氣散등을 쓸 수 있다고 하였다. 정¹²⁾등은 중국의 임상을 토대로 견관절주위염에 대하여肩部에風寒濕邪가經脈分肉之中에入하여氣血이 응체되어 생긴風寒濕痺型, 過勞 혹은失血過多 등으로氣血이虧損되고病程이 오래된 형태인氣血兩虛型, 年老하거나體虛한데病程이 오래되거나房事過度로 인한肝腎虧損型, 골절, 탈구, 타박상 등의 외상의 경력이 있거나瘀血의 증상이 있는外傷瘀血型으로 구분하기도 하였다.

경락과 어깨통증의 연관성에 대해서는《東醫寶鑑》의<外形篇·手門·臂痛有六道經絡>에서는“當以兩手伸直其臂貼身垂下大指居前小指居後而定之則其臂臑之前廉痛屬陽明經後廉痛屬太陽經外廉痛屬少陽經內廉痛屬厥陰經內前廉痛屬太陰經內後廉痛屬少陰經視其何經而用鍼藥治之也<東垣>”라고 하여 어깨와 팔의 통증부위와手三陰經, 手三陽經과의 연관성에 대해 언급하였다. 한편《舍岩鍼灸正傳》¹⁵⁾<痛風門>에는肩髃가疼痛引腫하고夜間에尤甚하며, 流走痛과 달리痛症이定處가있고得熱則徐, 遇寒則劇한 증상을寒勝에 의해 발생한痛痺로 보기로 하였으며, 치료방법으로는陽谷補 陽谿補 通谷瀉 二間瀉의大腸勝格을 사용하였다. 김⁴⁾은 논문을 통해 견비통의 침치료에 있어서 병인을風寒濕三氣의邪氣가인체의肩臂部에 침습하여經絡之氣의순환장애를 일으키거나 타박, 염좌 등으로 발생하는外因性과痰飲등에 의해서經絡之間에氣血이不暢, 阻滯되는 형태 그리고肺, 心의사기가肘部에流走하여 생하는內因性으로 크게 대별하였으며, 그리고이¹³⁾등은 문헌 고찰을 통하여 침구치료의 경락분포가臂臑의前廉은陽明經, 後廉은太陽經, 外廉은小腸經, 內廉은厥陰經, 內前廉은太陰經, 內後廉은少陰經으로 보았으며, 침구치료의 경락분포에 있어서는 주로手三陽經의혈들을 사용하였으며, 다용혈자리로는肩井, 肩髃, 肩髃, 曲池, 合谷, 後谿, 中渚등의혈자리를 사용하였다고 밝혔다.

이번 증례의 경우는 어깨부위 통증의 발병동기가빨래로 인한 과사용이 원인이었으며 입원 당시 통증양상 어깨 부위의 찌르는 듯한 통증과 더불어 쇄골부위와 액와부위에서도 안정시에도 극심한 통증이 지속되었으며, 팔에 약간만 힘을 주어도 어깨 앞(肩髃穴)과 뒤(臑俞穴)에 통증을 호소하였다. 입원하기 전 2월 23일 본원 외래에서 촬영한 X-ray 상 Negative 판독이 있었으나 안정시 쭈시는 통증, 관절운동시 아프면서 압통, coracoacromial ligament를

따라 나타나는 견봉 앞쪽의 압통, 견봉하부위를 압박할 때의 극심한 통증, 삼각근 바깥쪽의 심부압통을 호소하는 것과 더불어 Neer test, yergason test, apley scratch test, empty can test 등 어깨에 대한 이학적검사를 전혀 시행할 수 없을 정도의 모든 방향으로의 ROM의 급격한 제한과 더불어 통증을 호소하였으므로, 임상적으로 우선 어깨의 점액낭염을 의심한 후 정확한 감별진단 및 어깨구조물의 국소적 이상을 정확히 감별진단하기 위하여 2005년 2월 26일 어깨부위의 자기공명영상(MRI of shoulder)을 촬영결과 ① 회전근개 건염(Rotator cuff tendinopathy) ② 극상근의 부분파열(probable partial tear anterior fiber of supraspinatus tendon at humeral insertion site) ③ 견봉하 및 삼각근하 점액낭염(subacromial & subdeltoid bursitis) 로 판독되었다.

임상양상, Lab finding(2월 25일)에서의 CRP의 양성과 정상치보다 높은 ESR(31mm/hr) 및 MRI 소견등을 종합하여 극상근건염과 좌측의 급성 견봉하 점액낭염 및 삼각근하점액낭염을 동반한 어깨충돌증후군으로 진단하였다.

환자의 치료에 있어서는 침치료는 환자의 통증양상이 차가운 곳에 있을 때 증가하는 통증과 통처가 일정한 양상을 고려하였을 때 寒勝에 의해 발생한 痛痺라고 변증을 하고, 이에 따라 1일 1회 처치는 陽谷 陽谿 補, 通谷 二間 瀉 즉, 大腸勝格을 사용하였으며, 阿是穴로는 어깨주변의 혈자리인 肩井, 天髎, 肩髃, 臑俞, 大椎, 肩外俞, 秉風 曲池등을 사용하였다.

한약치료로는 환자의 통증양상이 차가운 곳에 있으면 통증이 뚜렷이 증가하는 양상을 보이고, 통처가 일정하며 야간에 통증의 증가를 호소하면서, 견부나 상완부에 Hot Pack을 환부에 접촉할 시에는 견부통증 및 전반적인 통증의 호전을 보이는 것을 참고하여 寒性肩臂痛에 쓰는 五積散에 去麻黃加祛風溫腎之劑한 처방인 加味五積散¹⁴⁾을 기본으로 하여 점액낭염 및 극상근의 염증을 참고하여 消炎·消腫시키는 金銀花, 連翹, 蒲公英을 가미한 舒經湯加味方を 사용하였다.

입원 치료후 어깨통증이 점차 줄기 시작하여 입원 4일째에는 VAS 3, 그리고 입원 8일째부터는 VAS 1로 통증이 경감되었다. 통증이 경감되면서부터 환자는 어깨관절 및 팔을 약간씩 움직일 수 있게 되었으며, 입원 8일째부터 한약처방으로는 氣血이 經絡에 막혀서 팔을 들지 못하게 아픈 것을 치료하

는 舒經湯에 肉桂, 薏苡仁를 가한 加味舒經湯¹⁴⁾에 祛風濕藥 중에서 溫熱한 약인 獨活, 威靈仙, 草烏, 五加皮 등을 가한 처방인 舒經湯加味方을 사용하였다.

환자는 어깨통증이 거의 없는 것처럼 자각하여 스스로 팔을 무리하게 움직이다가 입원 10일째는 통증이 조금 심해졌으나(VAS 2) 다시 안정을 취하면서 통증이 VAS 0으로 경감되어 입원 14일후에 퇴원하였으며 퇴원후에도 加味舒經湯을 계속하여 복용하도록 지도하였다.

퇴원시에는 입원당시 통증으로 인해 거의 체크하지 못했던 이학적검사를 시행 할 수 있었으며, 입원 당시의 ROM보다 상당히 증가되었고 더불어 입원초기에는 불가능했던 능동적 ROM도 증가된 상태였으며, 3월 14일 외래로 방문한 환자의 추적검사에서 ROM 체크시 외전, 내전, 굴곡, 신전의 전방향에서 상당히 호전된 양상을 보이며 안정시 뿐만 아니라 관절가동시 통증도 VAS 0이었다.

극상근건염과 견봉하 및 삼각근하 점액낭염의 경우 물리치료등의 보존적치료로는 치료기간이 4~6주 이상 걸리며, 기존서적과 양방에서는 스테로이드 및 진통소염제를 사용하는 것을 기본적인 치료법으로 제시하였으나, 한약 및 침치료 위주로서 통증이 VAS 9에서 치료 5일 정도후에 VAS가 2로 현저한 저하를 보이며 치료 3주정도에 거의 완전한 ROM을 회복하는등 우수한 치료효과를 보여서 이에 보고하는 바이다.

IV. 결 론

급성 극상근염과 급성견봉하 및 삼각근하 점액낭염을 동반한 어깨충돌증후군 환자에게 침치료 및 한약을 위주로 치료한 환자 1례에서 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 어깨 통증에 있어서 충돌증후군은 어깨 전방부 통증과 머리위로 팔을 올리는 활동 또는 운동과 관계가 있으며, 대부분의 통증은 회전근개건 및 견봉하점액낭의 염증에 의해 나타난다.
2. 어깨충돌증후군은 한의학적으로는 肩臂痛, 痛痺에 속하며, 주요 원인으로서는 風寒濕등을

제시할 수 있다.

3. 阿是穴, 大腸勝格, 五積散加味方과 舒經湯加味方은 어깨 통증이 찬 곳에서 심해지는 양상을 보이는 충돌증후군환자에게서 기존의 양방에서 제시하는 호전시간보다 빠른 증상의 호전을 가져올 수 있다.

위에서 살펴본 바와 같이 어깨충돌증후군의 치료에 있어 한방치료가 통증의 빠른 호전을 가져오는 치료법이 될 수 있으며, 향후 어깨통증의 치료에 있어 해부학적으로 국소적인 문제에 대한 다양한 한방 치료방법에 대한 연구와 보고가 필요할 것으로 사료된다.

V. 참고자료

1. 조강희. 어깨통증. 가정의학회지. 2003 ; 24 : 416-426.
2. Neer CS II. Impingement lesion. Clin Orthop. 1983 ; 173 : 70-77.
3. 이용걸, 정덕환, 김기택, 손용락. 견관절 충돌증후군의 치료. 대한정형외과학회. 1994 ; 29 : 1388-1394.
4. 김경식. 견비통(肩臂痛)의 침구치료에 관한 임상적 연구. 대한한의학회지. 1984 ; 5 : 28-61.
5. 이경우 번역. 黃帝內經素問 제3권. 서울 : 여강출판사. 2001 : 156-160.
6. 허준. 동의보감. 서울 : 법인문화사. 1999 : 768-771.
7. 왕진만, 김동준. VAS를 이용한 동통평가의 유용성. 대한척추외과학회지. 1995 ; 2 : 177-184.
8. 김병성. 일차진료에서 흔한 어깨 질환-감별진단. 가정의학회지. 1999 ; 20 : 676-679.
9. 대한정형외과학회. 정형외과학. 서울 : 최신의학사. 1993 : 310-314.
10. 문자영, 임진강, 왕오호, 장형석. 봉독약침으로 호전된 거위발 점액낭염 증례보고. 대한침구학회임상논문집. 2003 : 16-22.
11. J H Cyriax. 정형의학 CYRIAX's illustrated Manual of Orthopatic Medicine. 서울 : 영문출판사. 1998 : 41-45.
12. 정석희, 이종수, 김성수, 신현대. 견관절주위염의 약물치료에 관한 최근경향. 대한한의학회지. 1989 ; 10 : 90-92.
13. 이황렬, 이병렬. 견비통의 침구치료혈에 관한 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1999 ; 16 : 139-154.
14. 두호경. 경희한방처방집. 서울 : 트윈기획. 1997 : 32, 284, 290.
15. 황연학, 사암침구정전. 서울 : 石林出版社. 2001 : 213.