

원저

肩臂痛에 대한 Trigger Point 刺鍼과 遠位取穴의 治療效果에 대한 臨床的 比較 研究

이진석* · 송계화* · 이성노* · 김대중** · 유정석*** · 남효익**** · 김희영**** · 손현수****

*광동한방병원 침구과
**원광대학교 익산한방병원 침구과
***우석대학교 전주한방병원 침구과
****광동한방병원 한방내과

Abstract

Clinical Study of Different Effect between Trigger Point Needling and Remote Acupuncture Point Needling on Shoulder Pain Patient

Lee Jin-seok*, Song Kye-hwa*, Lee Seong-no*, Kim Dae-jung**, Yu Jung-suk***, Nam Hyo-ik****, Kim Hoi-young**** and Son Hyun-soo****

*Department of Acupuncture & Moxibustion, Kwang-Dong Oriental Medicine Hospital

**Department of Acupuncture & Moxibustion, WonKwang University Ik-San Oriental Medicine Hospital

***Department of Acupuncture & Moxibustion, Woosuk University Jeon-Ju Oriental Medicine Hospital

****Department of Internal Medicine, Kwang-Dong Oriental Medicine Hospital

Objectives : This report is to compare Remote Acupuncture Point Needling group with Trigger Point Needling group about Shoulder pain treatment.

Methods : From November 11th 2006 to May 10th 2007, 30 cases of shoulder pain patients were divided into 2 groups ; one group(test I group) took remote acupuncture point needling, and the other group(test II group) took trigger point needling. For evaluating change of pain, Visual Analog Scale(VAS) and

· 접수 : 2007년 9월 5일 · 수정 : 2007년 9월 13일 · 채택 : 2007년 9월 18일
· 교신저자 : 이진석, 서울시 강남구 삼성동 161 광동한방병원 침구과
Tel. 02-2222-4988 E-mail : zini10@naver.com

clinical evaluation grade and Range of Motion was checked before and after Treatment.

Results : Both acupuncture therapy showed good effect on shoulder pain. And test II group showed better effect on decreasing pain than test I group. It was proved by the difference between VAS and ROM checked before treatment and what checked after treatment. But it was only significant statistically for adduction, inversion and eversion of shoulder joint motion.

Conclusion : Trigger point needling can be recommended as a useful therapy to treat shoulder pain.

Key words : Trigger point needling, Remote acupuncture point needling, Shoulder pain

I. 序 論

肩臂痛은 肩胛部를 포함한 肩關節을 구성하고 있는 주위조직과 上肢의 肩膊部에 연관되어 나타나는 제반통증을 포괄적으로 지칭하는 질환을 말하며¹⁾, 한의학에서는 痺症의 범주에 포함시켜 肩痺, 漏肩風, 肩凝이라고 한다²⁾.

견비통의 病因에 대하여 《內經》³⁾에서는 肺心の 邪가 병인이라 하였고, 許⁴⁾는 酒로 인한 痰飲, 風寒濕, 氣血凝滯, 七情, 折傷 등으로 원인을 구분하였으며, 朴⁵⁾ 등은 風寒濕邪의 건부 침입에 의한 경락의 阻滯로 경근작용의 이상, 風濕, 七情으로 보고하였으며, 김¹⁾은 內因과 外因으로 분류하였는바 內因性은 痰飲에 기인하며 經絡之氣 凝滯되고 기혈이 不暢되어 경근의 작용이상을 일으키거나 혹은 肺와 心の 病邪가 肘에 流注하는 것이라 하여 經脈과 연관된 臟腑에서 오는 것으로 설명하였고, 外因性은 風寒濕 三氣의 邪氣가 인체의 肩臂部에 침입하여 經絡之氣의 순환장애를 일으키거나 혹은 打撲, 捻挫 등에 의해서 발생하는 등 經脈에 外邪가 침범하여 발생한다고 설명하였다. 한국표준질병사인분류⁶⁾에 의하면 風, 寒, 濕, 痰飲, 氣血凝滯, 打撲, 瘀血 및 頸椎性 肩臂痛으로 구분하였다.

서양의학에서 肩臂痛은 쇠골과 견갑골이 상완골에서 이루어져 형성되는 견관절의 RA, 염증성 관절질환, 결절성 관절질환과 견봉쇄골관절이나 견관절의 골관절염, 골질환 등에 의하여 발생되므로 감별진단이 필요하다. 그러나 흔한 경우는 견관절과 그 주위의 연부조직이나, 다른 곳에서 발생한 근골격계질환이 방산되어서 나타나는 것이다⁷⁾.

肩臂痛에 대한 기존 한의학적 임상논문은 다양한 침법활용⁸⁾ 및 봉침⁹⁾, 약침¹⁰⁾, 도인기공¹¹⁾, 전침¹²⁾ 등을 활용하였지만 방산통의 원인이 되는 Trigger point 刺鍼을 비교연구한 사례는 없었다. 물론 2001년도에 足關節捻挫¹³⁾와 緊張性 頭痛¹⁴⁾을 주제로 經絡에 근거한 取穴과 Trigger point 刺鍼을 비교한 임상논문이 발표된 바는 있다.

따라서 본 논문에서는 2006년 11월 11일부터 2007년 5월 10일까지 廣東韓方病院에 肩臂痛으로 내원한 외래환자 중에서 Trigger point로 인한 통증 환자를 선별하여 遠位取穴群과 Trigger point 刺鍼群으로 구분하여 임상 호전도를 비교 연구하였기에 다음과 같이 報告하는 바이다.

II. 觀察對象 및 方法

1. 관찰대상 및 제외대상

2007년 2월 11일부터 2007년 5월 10일까지 肩臂痛을 주소로 廣東韓方病院에 내원한 外來患者를 대상으로 하였으며, 이들 중 遠位取穴群과 Trigger point 刺鍼群을 15명씩 무작위선정하였다. 단 외상성 질환(골절, 건 파열, 근육 파열, 타박상, 탈구, 아탈구, 염좌)·척추 및 척수질환(경추추간판탈출, 경추추간관염, 경추추간공 협착성 신경근증, 완신경총 손상)·골질환(골수염, 골종양, 골육종, 골암)·퇴행성 질환(이단성관절염, 변형성관절증, 석회침착성견관염, 극상근건손상, 동결근)·내과계 질환(내장성관련통, 류마티드양 관절염, 판코스트 증후군)으로 인한 견비통 환

자¹⁵⁾는 임상연구대상에서 제외하였다.

2. 治療방법

1) 鍼治療

침치료에 사용된 침은 직경 0.30mm, 길이 40mm 인 stainless steel 毫鍼(동방침구제작소, 한국)을 사용하였으며, 深度는 患者의 상태에 따라 5-20mm로 선택적으로 사용하였으며, 捻轉提插의 手技法을 시행하였고, 患者의 상태에 따라 시술횟수 및 유치시간을 조정하였다. 침치료횟수는 주 3회씩 3주에 걸쳐 총 9회 실시하였다.

(1) 遠位取穴群(GI)

肩臂痛의 부위를 肩臑의 前廉은 陽明經, 後廉은 太陽經, 外廉은 少陽經, 內廉은 厥陰經, 內前廉은 太陰經, 內後廉은 少陰經으로 구분하였다¹⁶⁾. 환부의 경락을 선정한 후에 健側 혹은 좌우 모두 통증이 있을 경우에는 兩側 手足經의 五腧穴 中 俞穴을 刺針한다.

(2) Trigger point 刺鍼群(GII)

아래와 같이 肩臂痛 부위를 여섯 군데로 구분하고 각 근육들의 기능이상여부를 분석하여¹⁷⁾ 최종적으로 해당근육의 Trigger point를 촉진하여 자침한다.

- ① 상흉부통증 : 사각근, 견갑거근, 극상근, 승모근(제2, 3, 5압통점), 다열근, 능형근, 경관상근, 상완삼두근(제1압통점), 상완이두근
- ② 어깨후면통증 : 삼각근, 견갑거근, 사각근, 극상근, 대원근, 소원근, 견갑하근, 후상거근, 광배근, 상완삼두근(제1압통점), 승모근(제3, 6압통점), 흉장늑근
- ③ 팔의 후면통증 : 사각근, 상완삼두근(제1, 3압통점), 삼각근, 견갑하근, 극상근, 대원근, 소원근, 광배근, 후상거근, 오구완근, 최소사각근
- ④ 중흉부배면통증 : 사각근, 광배근, 견갑거근, 흉장늑근, 다열근, 능형근, 후상거근, 극하근, 승모근(제4, 5압통점), 전거근
- ⑤ 어깨전면통증 : 극하근, 삼각근, 사각근, 극상근, 대흉근, 소흉근, 상완이두근, 오구완근, 흉골근, 쇄골하근, 광배근
- ⑥ 팔의 전면통증 : 사각근, 극하근, 상완이두근, 상완근, 상완삼두근(제5압통점), 극상근, 삼각근, 흉골근, 최소사각근, 쇄골하근

2) 物理治療

- 淨血療法 : 부항요법(肩臂部)
- 通經絡療法 : ICT(肩臂部)
- 溫經絡療法 : Hot Pack(肩臂部)
- 手技療法 : Passive Exercise(肩臂部)

3) 약물치료

양쪽 실험군 모두 肩臂痛에 대한 치료를 위하여 廣東韓方病院 處方集에 나오는 舒經湯(Table 1)을 처방하였으며, 1일 기준 3침을 3회에 나누어 먹도록 하였다.

Table 1. 舒經湯

薑黃	當歸	海桐皮	白朮	赤芍藥	羌活	甘草	生薑
8g				4g		2g	6g

3. 평가방법

성별 및 연령과 시각적 상사척도, 임상증상등급 그리고 관절가동범위를 측정하여 遠位取穴群과 Trigger point 刺鍼群을 비교분석하였다.

1) 시각적 상사척도(Visual Analog Scale, VAS)

(1) 평가기준

통증이 없는 상태를 0으로 하고 참을 수 없는 통증을 10으로 하여 표시해 놓고 被術者가 숫자를 선택하도록 하였다. 가장 많이 쓰이는 방법 중의 하나이며, 수집이 편리하고 단기간의 변화에 따른 신뢰성도 비교적 좋다(Table 2).

Table 2. VAS 측정

현재 귀하가 느끼시는 통증을 표 하십시오.	
통증이 전혀 없음	통증이 매우 심함
●	●
0	10

(2) 평가방법

치료 전과 치료 후의 VAS 수치를 조사한 후, 각각의 평균값을 구하여 두 군을 비교하여 유의한 차이가 있는지를 확인하였다.

2) 임상증상등급별 평가기준

치료 후의 주관적 호전도 평가는 Martin. A.N¹⁸⁾ 방법을 따라 다음과 같이 평가하였다.

- ① Excellent(우수=4점) : 치료 전에 비하여 자각적 증상이 소실되었으나 타각적 증상이 호전되었거나 변화가 없는 상태인 경우
 - ② Good(양호=3점) : 치료 전에 비하여 자각적 증상이 경미하게 남아 있고 타각적 증상은 호전되었거나 변화가 없는 상태인 경우
 - ③ Fair(호전=2점) : 치료 전에 비하여 자각적 증상의 일부만 호전되고 타각적 증상은 경미한 호전이 되거나 변화가 없는 상태의 경우
 - ④ Poor(불량=1점) : 치료 전에 비하여 자각적 증상 및 타각적 증상의 호전이 없는 상태의 경우
- 통계처리를 위해서 Excellent을 4점으로 하고, Poor를 1점으로 하여 차례대로 순위를 매겼다.

3) 능동적 관절가동범위(Active Range of Motion) 측정

능동적 관절가동범위를 Goniometer를 이용하여 치료 전과 실험을 종결하는 치료 3주후로 나누어 측정하였다. 내전·외전은 仰臥位로 주관절을 90°로 굴곡시킨 상태에서 측정하였으며, 내전·외전·굴곡·신전은 坐位에서 측정하였다.

4. 통계처리방법

통계분석은 SPSS(Statistical Program for Social Science) for Windows 14.0을 이용하였다. 모든 자료는 M±SD(Mean±Standard Deviation)로 나타내었고 VAS와 임상증상등급과 ROM은 독립표본 T검정을 시행하여 p값이 0.05이하인 경우 유의한 것으로 간주하였다.

Ⅲ. 結 果

1. 성별 및 연령별 분포

성별분포는 총 30명 중 남자가 15명(50%)이고, 여자가 15명(50%)이었으며, GI에서는 남자 8명(53.3%), 여자 7명(46.7%)이었고, GII에서는 남자 7명(46.7%), 여자 8명(53.3%)이었다. 연령은 전체에서 20대가 1명(3.3%), 30대가 5명(16.7%), 40대가 7명(23.3%), 50대가 7명(23.3%), 60대가 6명(20%), 70대가 4명(13.3%)이었다. 평균연령은 GI은 51.76±12.15세, GII는 54.46±16.11세로 나왔으며, 두 군 간의 통계적 유의성은 없었다(Table 3).

2. 시각적 상사척도의 변화

치료직전의 통증을 10이라고 보았을 때 3주 치료 후의 환자가 자각하는 통증을 수치로 나타내게 하였

Table 3. Distribution of Sex and Age

Age	GI			GII		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
20-29	0	0	0	1	0	1
30-39	2	1	3	1	1	2
40-49	2	2	4	2	1	3
50-59	2	2	4	1	2	3
60-69	2	1	3	1	2	3
70-79	0	1	1	1	2	3
Total	8	7	15	7	8	15
M±SD ^{a)}			51.76±12.15			54.46±16.11

a) Mean±Standard Deviation.

Table 4. VAS of Patients of 2 Groups

	G I			G II		
	Before	After	Interval	Before	After	Interval
Total	150	44	106	150	40	110
M±SD ^{a)}	10±0.00	2.93±0.80	7.07±0.80	10±0.00	2.67±1.05	7.33±1.01

a) Mean±Standard Deviation.

Table 5. Distribution of Clinical Evaluation Grade Before and After Treatment

Clinical evaluation grade	G I		G II		Total(After)
	Before	After	Before	After	
Poor(=1점)	15(100%)		15(100%)		
Fair(=2점)		5(33.3%)		3(20.0%)	8(26.7%)
Good(=3점)		6(40.0%)		7(46.7%)	13(43.3%)
Excellent(=4점)		4(26.7%)		5(33.3%)	9(30.0%)
Total	15(100%)	15(100%)	15(100%)	15(100%)	30(100%)
M±SD ^{a)}	1±0.00	2.93±0.80	1±0.00	3.13±0.74	3.03±0.76

a) Mean±Standard Deviation.

Table 6. Comparison of improvement of the active Range of Motion between groups

	G I			G II		
	Before	After	Interval	Before	After	Interval
Flexion	112.27±6.31	139.87±3.02	27.6±8.24	114.27±4.22	144.87±4.81	30.6±3.79
Extension	24.67±1.35	40.67±2.32	16±2.07	24.93±1.71	41.60±3.25	16.67±16.67
Abduction	96.67±2.26	123.80±10.15	27.13±10.33	97.27±2.40	129.80±11.95	32.53±10.81
Adduction	59.46±3.27	71.33±2.02	11.9±2.30	54.87±4.88	70.07±3.31	15.2±2.21
Eversion	51.40±1.35	58.87±1.19	7.33±4.14	48.60±1.99	61.00±1.69	12.40±2.66
Inversion	51.27±1.39	56.80±1.37	5.53±3.51	48.33±1.59	59.8±1.70	11.47±2.67

을 때 치료 후의 통증의 평균은 G I 이 2.93±0.80이고, G II가 2.67±1.05이었으며 두 군 간의 통계적 수치는 p=0.439로 유의한 차이가 없었다(Table 4).

3. 임상증상등급 평가의 변화

G I에서는 Excellent(우수)가 4명(26.7%), Good(양호)이 6명(40.0%), Fair(호전)가 5명(33.3%)인 반면, G II에서는 Excellent(우수)가 5명(33.3%), Good(양호)이 7명(46.7%), Fair(호전)가 3명(20.0%)으로 G II가 보다 양호한 결과가 나왔으나, 통계학적인 검정에서

는 p=0.714로 유의한 차이가 없었다(Table 5).

4. 능동적 관절운동범위의 변화

능동적 관절운동범위는 G I 과 G II 모두 향상되었다. 굴곡각도는 G I 이 27.6°, G II이 30.6° 증가되었고, 신전각도는 G I 이 16°, G II가 16.67° 증가되었다. 외전각도는 G I 이 27.13°, G II가 32.53° 증가되었고, 내전각도는 G I 이 11.9°, G II가 15.2° 증가되었다. 외전은 G I 이 7.33°, G II가 12.40° 증가되었고, 내전은 G I 이 5.53°, G II가 11.47° 증가되었다. 두 군간의 통

계값은 내전(p=0.003), 외전(p=0.023), 내전(p=0.008)에서 유의한 차이를 나타냈으며, 굴곡, 신전 및 외전에서는 유의한 차이가 없었다(Table 6).

IV. 考 察

서양의학적으로 肩臂部는 견갑골, 쇄골, 상완골, 요골, 척골의 골격계와 삼각근, 극상근, 극하근, 소원근, 대원근, 견갑하근, 대흉근, 소흉근, 쇄골하근, 전거근, 상완이두근, 오혜완근, 상완근, 상완삼두근, 회외근, 요측수근굴근, 장장근, 척측수근굴근, 회내근, 단요측수근굴근, 장요측수근신근, 척측수근신근의 근육계로 구성되어있고¹⁹⁾, 견관절의 상완관절운동과 견갑운동, 경첩관절인 주관절의 굴곡, 전완부의 회내전운동과 회외전운동 등 인체내에서 활동량이 많기 때문에 손상받기 쉬운 부위이다²⁰⁾.

肩臂痛은 肩胛部를 포함한 肩關節을 구성하고 있는 주위조직과 上肢의 肩膊部에 연관되어 나타나는 제반통증을 포괄적으로 指稱하는 질환을 말한다¹⁾. 해부학 구조를 기초로 肩臂痛의 원인을 살펴보면 외상성 질환(골절, 건 파열, 근육 파열, 타박상, 탈구, 아탈구, 염좌), 척추 및 척수질환(경추추간관탈출, 경추추간관염, 경추추간공 협착성 신경근증, 완신경총손상), 골질환(골수염, 골종양, 골육종, 골암), 퇴행성 질환(이단성관절염, 변형성관절증, 석회침착성건관염, 극상근건손상, 동결근), 내과계 질환(내장성관련통, 류마티오이드양 관절염, 판코스트 증후군)¹⁵⁾, 건염이나 관절낭염으로 Trigger point의 2차적인 활성화, 척수신경근의 압박, 경항부와 견관절부의 Trigger point 1차적 활성화, 횡격막 신경을 자극하는 횡격막 주위의 질환⁷⁾이 있다.

韓醫學的으로 肩臂痛의 病因에 대하여 《內經》³⁾에서는 “肺心有邪, 其氣留於兩肘”라 하여 肺心の 邪가 원인이라 하였고, 許⁴⁾는 酒로 인한 痰飲, 風寒濕, 氣血凝滯, 七情, 折傷 등으로 원인을 구분하였으며, 朴⁵⁾ 등은 風寒濕邪의 肩部 침입에 의한 經絡의 阻滯로 經筋작용의 이상, 風濕, 七情으로 보고하였으며, 金¹⁾은 內因과 外因으로 분류하였는 바 內因性은 痰飲에 기인하며 經絡之氣 凝滯되고 기혈이 不暢되어 經筋의 작용이상을 일으키거나 혹은 肺와 心의 病邪가 肘에 流注하는 것이라 하여 經맥과 연관된 장부에서 오는 것으로 설명하였고, 外因性은 風寒濕 三氣의 邪氣가 인

체의 肩臂部에 침입하여 經絡之氣의 순환장애를 일으키거나 혹은 打撲, 捻挫 등에 의해서 발생하는 등 經脈에 外邪가 침범하여 발생한다고 설명하였다. 또한 鄭²¹⁾ 등은 중국의 임상보고를 토대로 風寒濕痺型, 氣血陽虛型, 肝腎虛損型 및 外傷瘀血型 등으로 분류하여 風寒濕痺型은 外感에 의해서 발생하고, 氣血陽虛型은 과로, 失血過多에 의해, 肝腎虛損型은 久病이나 房勞過多에 의해, 外傷瘀血型은 타박, 탈구, 골절 등의 외상에 의해 발생한다고 하였으며, 한국표준질병사인분류⁶⁾에 의하면 風, 寒, 濕, 痰飲, 氣血凝滯, 打撲, 瘀血 및 頸椎性 肩臂痛으로 구분하였다.

肩臂痛의 일반적인 증상으로는 견관절의 疼痛 및 운동통으로 인한 활동장애, 환부의 熱, 冷, 麻木, 痛 등의 감각이 있고 경추 및 견갑부 혹은 肘臂部의 방사통이 있으며, 환부의 압통점이 있다. 오래되면 肌肉이 瘦削하며 關節이 고착되어 肩凝이 되며 운동이 제한되거나 不能하여지게 된다¹⁾.

肩臂部는 十二經脈과 十二經筋 모두 동일하게 手三陽經(筋)과 手三陰經(筋) 및 足太陽經(筋)이 流注하고 있어²²⁾ 肩臂痛의 치료에 응용할 수 있다. 《靈樞·本臟篇》³⁾에 “經脈者 所以行血氣而陰陽 濡筋骨 利關節”이라 하여 身體 諸關節을 영위하는데 각 關節을 유지하는 所屬經脈에 의해 정상적인 활동을 유지함을 알 수 있으며, 經絡과 四肢筋骨의 병리관계에서 최 등²³⁾은 四肢筋骨 皮·肉·血은 반드시 經氣를 받아서 營養한다고 하였으며, 經筋은 十二經脈의 脈氣로 體表 肌肉作用을起着시키는 작용을 하며, 근육 조직의 병변을 많이 나타나게 되는데, “임상에서 軟部組織의 손상과 肌肉의 風濕病, 운동신경질환에 의한 肌肉痙攣이나 癱瘓 등이 모두 經筋病에 속한다”고 하여 근골격계 질환과 경근과의 상관을 언급하였다.

근막통증증후군은 만성 동통의 가장 빈번한 원인으로서는 하나 또는 그 이상의 근육이나 결합조직에 동통유발점이 있으면서 통증, 근경축, 압통, 경직, 관절가동범위의 제한, 근력 약화 및 때때로 자율신경계 이상을 동반하는 질환이다. 근막통의 유발점은 골격근이나 근막에 존재하는 단단한 띠모양의 과민한 통점으로서 압박시 통증과 함께 특징적인 방사통이 야기된다. 동통유발점에는 활동성인 것과 잠재성인 것이 있는데 잠재성 동통유발점은 압박을 가할 때만 통증이 유발되며 이는 초기 성년기 인구의 약 반수에서 나타난다고 한다. 동통유발점을 진단하는 기준으로는 단단한 띠모양의 촉진과 띠 위에 존재하는 압통점 및 압통점의 자극시 최소 2cm 이상 떨어진

곳으로 방사통이 유발되며, 침범된 근육의 신전 범위의 제한, 같은 부위에 다시 압박을 가했을 때 통증이 재발현, 침자극시 국소적인 연축반응 등이 있다. 동통유발점 형성의 기전은 근육의 긴장으로 근형질내세망(Sarcoplasmic reticulum)이 손상을 받아 칼슘이 유리 축적되어 지속적인 근육의 수축을 일으키고 근섬유가 짧아져 단단한 띠모양을 형성한다고 한다. 또한 조직손상으로 인해 히스타민, 세로토닌, 프로스타그란딘 같은 동통유발물질이 유리되어 국소순환장애를 일으켜 동통유발점의 형성을 촉진한다고 한다. 근막동통증후군의 치료로는 분무 및 신전술과 동통유발점 주사법, 맛사지, 심부 열치료 혹은 전기자극치료^{17,24)} 등이 있으나 약물주입의 부작용을 피하기 위해 침자극을 사용하며 근육내자극(Intramuscular Stimulation, IMS)이라는 체계로 설명하기도 한다²⁵⁾.

근막동통증후군을 염두하고 족관절염좌¹³⁾와 긴장성 두통¹⁴⁾을 주제로 經絡에 근거한 取穴과 Trigger point 刺鍼을 비교한 임상논문이 발표된 바는 있다. 이에 저자도 2007년 2월 11일부터 2007년 5월 10일까지 광동한방병원에 입원한 肩臂痛이 主訴症인 患者를 대상으로 遠位取穴群과 Trigger point 刺鍼群으로 구분하여 성별 및 연령별 분포, 시각적 상사척도, 임상증상등급, 능동적 관절가동범위를 관찰하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

성별 및 연령별 분포에서는 遠位取穴群은 남자가 8명, 여자가 7명이었고, 이들의 평균 연령은 51.76±12.15세이며, Trigger point 刺鍼群은 남자가 7명, 여자가 8명으로 이들의 평균연령은 54.46±16.119세였으며, 두 군 간의 통계적 유의성은 없었다.

시각적 상사척도(VAS)에서는 遠位取穴群과 Trigger point 刺鍼群을 입원 당시에 10으로 설정하고 3주동안 9회 치료후 수치와의 차이를 비교하였다. 遠位取穴群과 Trigger point 刺鍼群 모두 통계학적 차이는 없었으며, Trigger point 刺鍼群에서 보다 큰 VAS의 변화를 보였다.

치료 전후의 임상증상등급 평가에서 遠位取穴群과 Trigger point 刺鍼群 모두 치료 전 임상등급은 Poor였다. 치료 종료 후의 임상등급에서 遠位取穴群은 Fair가 5예, Good이 6예, Excellent가 4예로 나타났고, Trigger point 刺鍼群은 Fair가 3예, Good이 7예, Excellent가 5예로 나타났다. 각 군 간의 차이는 통계학적으로 유의하지 않았으나 Trigger point 刺鍼群에서의 치료만족도가 보다 높았다.

능동적 관절가동범위에서는 6개 항목(굴곡·신전·

외전·내전·외선·내선) 모두에서 Trigger point 刺鍼群에서 보다 큰 각도변화가 있었으며, 두 군간의 통계학적 유의성은 내전, 외선, 내선에서만 의미가 있었다.

따라서 肩臂痛의 치료에 있어서 기존의 경락학설에 입각한 遠位取穴뿐만 아니라 Trigger point 刺鍼도 적극적으로 활용할 필요가 있다. 그리고 향후에는 遠位取穴, 近位取穴, Trigger point 刺鍼을 다양하게 배합한 치료군의 설정을 통한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 結 論

2007년 2월 11일부터 2007년 5월 10일까지 廣東韓方病院에 입원한 患者 중 肩臂痛 患者를 대상으로 遠位取穴에 의한 치료군 15명과 Trigger point에 자침한 치료군 15명의 두 군으로 나누어 연령 및 성별의 분포와 임상증상등급과 시각적 상사척도, 능동적 관절가동범위의 변화를 관찰한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 시각적 상사척도에서는 遠位取穴群과 Trigger point 刺鍼群 모두 통계적으로 유의한 치료효과를 나타내었다. Trigger point 刺鍼群에서 치료효과가 비교적 더 컸으나, 두 군 간의 차이는 통계학적 유의성이 없었다.
2. 치료전후의 임상증상등급에 있어서 遠位取穴群보다 Trigger point 刺鍼群이 보다 치료효과가 뛰어난 것으로 나타났으나 통계적으로 유의성은 없었다.
3. 능동적 관절가동범위에서는 모든 항목(굴곡·신전·외전·내전·외선·내선)에서 Trigger point 刺鍼群이 보다 양호한 치료효과를 보였으며, 두 군 간의 비교에서는 내전·외선·내선만이 통계학적으로 유의성이 있었다.

VI. 參考文獻

1. 김경식. 肩臂痛의 鍼灸治療에 관한 臨床的 研究. 대한한의학회지. 1981 ; 2(2) : 58-61.

2. 上海中醫學院. 傷科學. 香港 : 商務印書館. 1982 : 326.
3. 張隱庵, 馬元臺 合註. 黃帝內經. 中國 : 北京中西醫學研究總會. 1919 : 素門 244, 272-3, 339, 429, 430, 靈樞 229-300. 411, 487, 500.
4. 許俊. 東醫寶鑑. 서울 : 남산당. 1976 : 298-9.
5. 박동석, 안병철, 김재규, 김창환. 肩臂痛의 鍼灸治療 效果에 관한 研究. 대한한의학회지. 1981 ; 3(2) : 55-61.
6. 대한한의사협회. 한국표준질병사인분류(한의). 서울 : 경제기획원조사통계국. 1979 : 135.
7. 김창환, 김용석. 근막동통증후군의 치료. 서울 : 정담. 1995 : 44-7.
8. 이태호, 장소영, 김현중, 김동조, 김기태, 유희정, 위중성, 이은용. 肩臂痛의 침치료에 있어서 順經取穴과 接經取穴의 비교연구. 대한침구학회지. 2005 ; 22(6) : 93.
9. 이대용, 이건목, 염승철, 김도호, 김대중. 중풍 후유증으로 인한 견비통환자의 봉약침치료에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2006 ; 23(4) : 69.
10. 허성용, 권미정, 김홍기, 정경근, 김수민, 민영광, 안창범, 송춘호, 윤현민, 장경전. 생강약침이 중풍후유증으로 인한 견비통에 미치는 효과. 대한침구학회지. 2006 ; 23(5) : 145.
11. 윤현민, 감미영, 김이순, 임진섭. 도인기공체제가 여성의 肩臂痛에 미치는 효과. 대한침구학회지. 2005 ; 22(1) : 177-89.
12. 남봉현, 최환수. 견비통 환자의 침 치료 전후 12경맥 전위측정 연구(5). 대한침구학회지. 2002 ; 19(6) : 12.
13. 김영일, 김영화, 이현, 이병렬. 족관절염좌 환자 26례에 대한 체침 치료와 Trigger Point 치료와의 비교 고찰. 대한침구학회지. 2001 ; 18(5) : 50.
14. 이상무, 황규선, 한희철, 정형섭. 긴장성 두통에 대한 동통유발점 자침과 원위취혈 자침의 치료효과에 대한 임상적 비교 연구. 대한침구학회지. 2001 ; 18(1) : 14.
15. 김광원. 정형의학 테이핑 치료. 고양시 : 정담. 2004 : 170.
16. 이황렬, 이병열. 견비통의 침구치료혈에 관한 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1999 ; 16(3) : 139-54.
17. 최호영. 임상근육학. 서울 : 대성의학사. 1999 : 3-14, 122-30.
18. Martin AN. Anterior Cervical Discectomy with and without Interbody Bone Graft. J Neurosurg. 1976 ; 44 : 290-5.
19. 정인혁. 사람해부학 : 아카데미서적. 1996 : 63-105.
20. 대한정형외과학회. 정형외과학 : 최신의학사. 1992 : 221-39.
21. 정석희, 이종수, 김성수, 신현대. 견관절주위염의 약물치료에 관한 최근 경향. 대한한의학회지. 1989 ; 10(2) : 91.
22. 강쇄빈. 경전침구학 : 일중사. 2000 : 116-24.
23. 최용태. 精解鍼灸學. 서울 : 행림출판사. 1976 : 52, 138.
24. 박시운, 김연희, 장순자, 최영태. 동통유발점 주사요법 후 골격근 압통 역치의 변화에 대한 고찰. 대한재활의학회지. 1991 ; 15(4) : 493-501.
25. 옥광휘. Gunn의 접근법에 의한 만성통증의 치료. 군자출판사. 1998 : 3-37.