

섬유근통(fibromyalgia)의 병태와 진단을 위한 임상 1례 보고

정태영, 조정효, 박봉기, 손창규

대전대학교 한의과대학 간장내과학교실

A Case Report of Symptomatic Character and Diagnosis of Fibromyalgia

Tae-Young Jeong, Jung-Hyo Cho, Bong-Ky Park, Chang-Gue Son

Internal Department of Oriental medicine College, Daejeon University

Objective: This report aimed to study fibromyalgia's diagnostic criteria, differential diagnoses and its pathology from the viewpoint of oriental medicine.

Method: We observed and diagnosed a female patient who complained of prolonged whole body pain, even several times hospitalized for treatment.

Result: The patient's symptoms correspond with fibromyalgia and we ruled out other suspected diseases.

Conclusion: Fibromyalgia is prone to be misdiagnosed because the patient has complicated symptoms such as various pains and chronic fatigue as well as depression unexplained by medical tests. Furthermore, the symptoms often never disappear completely, although it isn't progressive or life-threatening, and can be improved. So accumulation of data and analysis from the viewpoint of oriental medicine is necessary for development of oriental medical standard treatment.

Key Words : Fibromyalgia, oriental medicine, pain, herbal drug

서 론

섬유근통(fibromyalgia)은 광범위하고 대칭적으로 전신의 통증을 호소하는 만성 비염증성 근골격계 질환을 말한다. 이 질환은 1:9정도의 비율로 남성보다 여성에게 현저히 많으며 30~50세에서 빈발하는데 대부분 통증과 더불어 피로감, 두통, 수면장애, 과민성 장증후군 등 다양한 증상을 호소하여 다른 질환으로 잘못 진단되어 지기도 한다¹⁾. 일반적인 유병률은 1~3%정도이며 미국에서는 류마티스 클리닉 환자의 약 10~20%를 차지하고 있다고 보고되어 있다^{2,3)}.

섬유근통의 원인으로는 수면 장애, 신경호르몬의 불균형, 근육의 이상, 중추신경계의 이상 등이 제시되고 있으나 아직 명확하게 규명되지 않았다⁴⁾. 현재 일반적인 치료법으로 소염진통제 및 항우울제 등의 약물요법과, 운동 및 국소요법, 최면요법, 스트레스 조절과 이완반응 훈련 등의 비약물 요법이 있으나 효과는 만족스럽지 못하다^{4,5)}. 그러므로 섬유근통은 약물 투여에 반응이 미미하고 영구적으로 관해되지 않아 만성적인 예후를 취하는 것이 일반적인 경과이다⁶⁾. 따라서 대부분의 환자들은 장기간 치료를 받게 되며 잘 호전되지 않아 많은 병원방문과 검사를 받

• Received : 21 January 2009

• Revised : 14 May 2009

• Accepted : 14 May 2009

• Correspondence to : 손창규(Chang-Gue Son)

(301-724) 대전시 중구 대흥동 22-5 번지 대전대학교 부속한방병원 간장면역학교실

Tel : +82-42-229-6807, Fax : +82-42-254-3403, Emai : ckson@dju.ac.kr

복하기 쉬우며, 또한 삶의 질이 많이 저하된다⁷⁾.

환자들 중 일정한 숫자는 한방적 치료를 받을 것으로 추측되어지나 현재까지 이 질환에 대한 한의계의 임상예나 통계 등이 매우 미비한 수준이다. 섬유근통은 하나의 특정 원인에 의하여 생기는 것이 아니며 효과적인 치료법이 없는 실정에서 한의계의 적극적인 치료법 연구는 매우 기대되는 질환이다.

이에, 필자들은 본 증례의 환자를 통하여 경험한 진단 및 치료경과 등을 보고하여 향후 섬유근통에 대해 한방임상에서의 치료 시에 유용한 자료로 삼고자한다.

임상 환자 례의 보고

1. 환자의 임상적 특징과 이화학적 검사

60세의 여자 환자가 1개월 전부터 시작된 양쪽 어깨 및 손목부위의 통증을 주소로 2008년 6월 내원하였다. 며칠간의 외래 치료에도 불구하고 오히려 전신 관절의 통증으로 악화되어 입원치료를 시작하였다. 입원 당시 주요 증상은 전신 관절의 통증으로 통증 부위는 어깨, 팔꿈치, 손목, 허리, 무릎 등 다양하였고, 두통, 불면, 피로감도 같이 동반하고 있었다. 통증의 양상을 관절 부위가 심하게 쑤신다고 표현하였으며 가벼운 압력에도 매우 격해졌다. 특히 가축력 소견은 없었으며, 2006년에 고혈압과 협심증으로 진단받아 현재까지 치료약을 복용하고 있었다. 남편이 2004년부터 위암치료를 받아오다가 2007년에 사망하는 과정에서 우울증과 피로감, 불면 등 신체적 후유증이 생겼다고 본인이 진술하였다.

환자는 보통 체격이었으며舌苔는淡紅하고脈은滑數하였고복진상에 특이한 소견은 없었다. 양쪽

어깨와 손목 및 가슴의 x-ray를 촬영하였으나 정상 소견이었다. 또한 일반 화학검사 및 혈액검사에서 특이 소견이 보이지 않았고, RF(rheumatoid factor), CRP(C-reactive protein)도 정상이었다. 갑상선 질환과 관련해서는 이미 타병원에서 검사를 시행하여 정상으로 진단 받은 상태였다(Table 1).

2. 치료 및 경과

입원 중에 모든 검사에서의 정상 소견과 강한 스트레스 상황에 의거하여 다양한 종류의 한약 투여와 침, 뜸 치료를 병행하여 하였다. 35일간의 입원 치료 후 환자의 통증 정도는 처음 입원 시의 50~60%정도 수준에서 퇴원하였다. 그러나 환자는 퇴원 후에 다시 통증이 심해져 4일 만에 다시 입원하였다. 그 후에도 환자는 입원 치료 후에는 통증이 약간씩 감소하였으나 완전히 없어지지 않았고 퇴원 후에는 다시 통증이 증가하는 양상이 반복되었다. 이에 의료진은 환자의 증상에 대한 재검토를 시행하였고, 섬유근통이라는 질환과 제반 증상이 유사함을 발견하였다. 섬유근통의 일반적 양상과 함께, 섬유근통의 진단기준⁸⁾에 해당되는 18군데의 압통점 중에 기준 수치인 (11군데) 보다 많은 13군데에서 압통이 나타났으며 배제질환의 검사 등을 통해 섬유근통으로 진단하게 되었다(Fig. 1).

침치료와 뜸 및 물리치료에도 불구하고 수면을 방해할 정도의 심한 통증을 중심으로 한 전반적 증상이 기대치에 미치지 못한 이유로 여러 한약처방(歸脾湯, 清心化痰煎 合 歸脾湯, 清上鑷痛湯, 正氣天香湯)을 하였다. 필요에 따라 수면유도제와 비스테로이드성 소염진통제를 같이 사용하였으나 크게 효과를 보이지는 않았다. 특히 심리적인 원인에 의한

Table 1. 본 증례에서 타 질환을 배제하기 위하여 시행한 검사 항목 및 결과

질환	검사	결과
류마티스 질환	RF, CRP, x-ray(shoulder, hand)	정상
감염성 질환	WBC, CRP, ESR, urine test, x-ray(chest)	정상
간 질환	AST, ALT, ALP, r-GTP	정상
갑상선 질환	타병원에서 검사 시행하여 정상으로 진단받음	

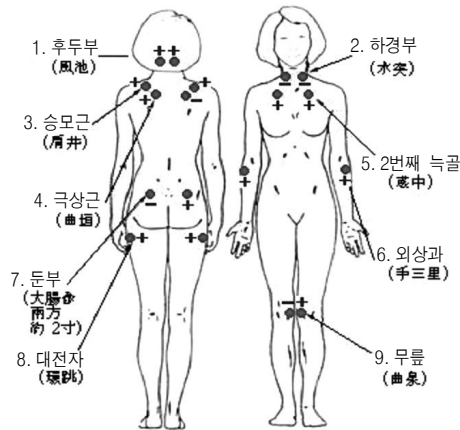


Fig. 1. 섬유근통 진단기준인 18군데 압통점

+, - 표시는 본 증례의 환자에게 압통이 있었던 곳(+)과 없었던 곳(-)을 표시한 것이다.

환자의 증상 변화가 잦았으며, 이러한 변화는 약물로 잘 조절되지 않았다. 결과적으로 본 증례의 환자는 수개월간의 한약과 양약의 병용 투여에도 불구하고 크게 호전반응이 없이 지속적으로 본원에서 입원과 퇴원을 4차례 반복하면서 치료 중이다.

고 찰

1. 섬유근통의 임상양상과 진단 기준

섬유근통의 가장 주요한 증상은 전신적이고 만성적으로 나타나는 근골격계의 쑤시는 통증이다. 통증은 목이나 어깨 등 한 곳에서 시작되나 점차 그 부

위가 넓어져서 전신적이 된다. 전신의 통증이 되면 환자는 명확한 통증의 부위를 표현하기 어렵게 된다. 통증의 양상은 쑤심 뿐만 아니라 강직, 부종, 압통 등이 같이 나타나기도 하며, 기상 시에 더 심하게 나타난다. 통증 외에도 심한 피로감과 불면, 그리고 불안, 우울 등의 각종 심리적 증상이 나타나거나 편두통, 가슴통증, 월경곤란증, 이상 감각, 심계항진, 어지러움, 과민성 장증후군, 과민성 방광이나 소화기 장애 등의 증상도 나타나기도 한다^{4,5)}. 본 환자는 우울, 불안, 두통, 흉통, 심계항진 등이 있었다.

섬유근통은 1990년 미국 류마티스 학회에서 제안한 진단 기준⁸⁾에 의하여 진단한다. 이는 두 가지 기

Table 2. 섬유근통 진단 기준(1990년 미국 류마티스학회)

1. 최소 3개월 이상의 광범위한 통증의 병력
신체의 좌측, 우측, 허리 위 및 아래 부위 모두에서 통증을 느끼고 중심축을 이루는 골격부위(경추, 전흉부, 흉추, 요추 부위)의 통증이 있어야 한다. 요통은 허리 아래 부위의 통증에 속한다.
2. 18개 압통점 중 11부위 이상에서의 압진시 통증 *근처 경혈명 (Fig. 1 참조)
(1) 후두부 : 하후두근 중지부 (양쪽) - 風池(GB20)*
(2) 하경부 : C5-7의 횡돌기의 전면 (양쪽) - 水突(ST11)
(3) 승모근 : 상부 승모근의 중점 경결부 (양쪽) - 肩井(GB21)
(4) 극상근 : 견갑골 중연 부근의 견갑극 위의 기시부 (양쪽) - 曲垣(SI13)
(5) 2번째 늑골 : 두 번째 늑연골 접합부 위쪽 면의 바깥쪽 (양쪽) - 臑中(KI26)
(6) 외상과 : 상과에서 2cm 떨어진 부위 (양쪽) - 手三里(LI10)
(7) 둔부 : 대둔근의 앞쪽 엉덩이 사분역의 상외측 (양쪽) - 大腸俞(BL25) 兩方約2寸
(8) 대전자 : 대전자 돌기 뒤쪽 (양쪽) - 環跳(GB30)
(9) 무릎 : 관절선 부근의 내측 관절내 지방체 (양쪽) - 曲泉(LR8)

준으로 구성되어 있어 둘 다 만족시켜야 하는데 첫 번째는 3개월 이상 지속되는 전신성의 근골격계 통증이어야 한다는 것이며, 두 번째는 18군데 특정부위 중 11군데 이상의 압통점이 있어야 한다는 것이다. 이해를 돕기 위해서 Table 2에 18군데 특정부위에 근접하게 있는 경혈명을 같이 병기하였다(Table 2, Fig. 1).

2. 섬유근통의 유사 질환군 및 감별진단

섬유근통은 전술한 바와 같이 증상이 다양하여 다른 질환으로 오진하기 쉽다. 특히 만성피로증후군, 근막통증증후군, 정신신경계 장애는 그 임상 양상이 섬유근통과 유사하여 섬유근통을 진단하기 위해서는 이에 대한 감별진단이 필요하다. 그러나 이러한 질환들이 동반되어 나타나는 가능성도 있기 때문에 섬유근통의 진단 기준을 만족시킨다면 이러한 질환이 있더라도 섬유근통이 있는 것으로 보는 것이 옳다고 여겨진다.

만성피로증후군(Chronic Fatigue Syndrome) : 만성피로증후군은 6개월 이상 지속되는, 휴식에도 회복되지 않는 피로감과 발열, 두통, 인후통, 근육통, 수면 장애 등을 동반하는 질환으로 그 진단 기준은 Table 3와 같다⁹. 만성피로증후군 또한 전신통이 있고 일반적인 병리 검사상 이상이 없다는 점에서 섬유근통과 같지만, 만성피로증후군은 통증보다는 피로감이 상대적으로 더 심하고, 기상 시보다 오후에

증상이 심하다는 점에서 섬유근통과 차이점을 보인다^{5,10}. 그러나 외국의 임상 연구 결과에서 섬유근통 환자의 70%가 만성피로증후군을 동반하고 있었으며 국내의 연구에서도 섬유근통 환자의 약 21%가 만성피로증후군을 같이 동반하고 있었다^{11,12}. 본 증례의 경우, 피로감 보다 통증이 주 증상인 점에서 만성피로증후군보다는 섬유근통에 더 적합하였다.

근막통증증후군(Myofascial Pain Syndrome): 근막통증증후군은 근육과 근육을 싸고 있는 근막에 통증을 일으키는 통증유발점인 Trigger point가 생겨 근육에 통증이나 그 근육에 연관되어 자율신경 이상이 나타나는 증후군이다. 근막통증증후군과 섬유근통은 임상적으로 몇 가지 차이점이 있다. 섬유근통이 좀 더 통증처가 광범위하며 피로감, 우울, 불면 등의 다른 증상을 동반할 가능성이 높다. 그리고 섬유근통은 역학적으로 여자가 남자보다 10배정도 유병율이 높는데 비해 근막통증증후군은 남녀비율에 차이가 없다. 또한 근막통증증후군은 근육이 긴장되어 있고 압진시 연관통이 존재하지만 섬유근통에서는 근육이 물렁한 느낌이고 압진시 연관통이 없다. 치료에 대한 반응에서도 근막통증증후군은 Trigger point에 대한 주사요법 등 국소 치료로 통증이 쉽게 호전되나 본 임상례와 같이 섬유근통은 국소 치료에 대한 반응이 거의 없다^{4,10}(Table 4).

그러나 근막통증증후군도 만성피로증후군과 마찬가지로 섬유근통과 잘 동반되기도 하는데, 외국의

Table 3. 만성피로증후군 진단 기준(1994년 미국 질병통제센터)

1. 임상적 평가상 원인미상의 지속적 또는 재발되는 만성 피로로서 일상동안 지속된 것이 아니고, 발생시기가 분명하거나 새롭게 발생한 것
지속적인 운동에 의한 것이 아님 휴식으로 증상이 개선되지 않음 직업적, 교육적, 사회적 또는 개인적 활동면에서 예전의 수준에 비해 상당히 저하됨
2. 6개월 이상 다음의 증상 중에 네 가지 이상이 동시에 존재할 것
기억력 또는 집중력 장애 인후통 경부 또는 액와부 림프절 압통 근육통 부종, 발적이 없는 다발성 관절통 새롭게 발생한 두통 수면장애(개운치 않은 수면) 경도의 운동 후 발생하는 24시간 지속되는 권태감

Table 4. 섬유근통과 근막통증증후군의 비교

	섬유근통	근막통증증후군
검사	압통(Tender points)	방사통(Trigger points)
통증처	광범위함	국소적임
피로	현저함	알 수 없음
수면	불면	알 수 없음
우울	종종 있음	알 수 없음
성비(남:여)	1:9	1:1
국소 치료	효과적이지 않음	효과적임
예후	만성적	자가 치료 가능
압진 부위와 통증 부위	동일한 부위에 나타남	통증 부위가 압진한 부위 옆 근처에 연관되어 나타남

한 통계에 따르면 약 20%정도의 근막통증증후군 환자에서 섬유근통이 같이 나타난다고 한다. 특히 근막통증증후군이 만성화되면 광범위하게 근육통과 자율신경 이상 증상이 나타나게 되어 감별진단을 더욱 어렵게 한다¹⁰⁾.

정신신경계 장애: 불안, 우울, 수면장애 등의 증상은 섬유근통에서 나타나는 증상들로 역시 감별해야 할 질환들이다. 특히 정신신경계 질환에서는 신체화 장애(Somatoform disorder)의 종류 중에 신체화 장애(Somatization disorder)와 통증 장애(Pain disorder)가 섬유근통과 유사한 임상 양상을 가지고 있다¹³⁾. 신체화 장애는 신체의 증상을 대화의 한 방편으로 보이며 내적인 감정이나 갈등이 신체화되어 나타나는 것이다. 기질적인 병변이 없으며 다양한 신체증상을 호소하는데 심리적인 상태에 의해 증상의 변화가 심하다는 점에서 섬유근통과 유사해 보인다. 또한 근본적인 치료법이 없고 신경안정제나 진통제를 처방하나 효과가 미약하다는 점이 섬유근통과 비슷하다. 이러한 정신신경계 장애들 역시 기존의 연구에서 섬유근통과 연관성이 높고 동반할 가능성이 높다고 보고되어 있다¹³⁾.

다만, 30세 이전에 발병하며 이차적인 이득 및 증세를 인정받으려는 경향이 뚜렷하다는 것이 섬유근통과는 차이를 보이는 것이며¹⁴⁾, 본 증례의 경우에도 그러한 경향은 없었다.

기타 기질적인 질환들: 각종 류마티스 질환들, 즉 류마티스관절염, 쇼그렌증후군, 전신성홍반성루푸스,

골관절염 등을 감별하여야 한다. 또한 갑상선 기능항진증과 같은 내분비 질환, 각종 감염 질환을 감별해야 한다. 이러한 기질적인 질환을 배제하기 위해서 일반적인 생화학검사와 혈액검사, 방사선 검사 외에도 RF(rheumatoid factor), CRP(C-reactive protein), ANA(anti nuclear antibody), TSH(thyroid stimulating hormone), T4(thyroxine), HBsAg(hepatitis B surface antigen), anti-HCV(antibodies against hepatitis C virus), anti-HIV(anti-human immunodeficiency virus) 등의 검사를 시행할 수 있다. 그러나 이러한 검사의 위양성 가능성 또는 기질적인 질환과 별도로 섬유근통이 있을 가능성이 있기 때문에 진단에서 섬유근통을 완전히 배제할 수는 없다⁴⁾. 본 증례에서도 혈액검사 및 방사선 검사를 통해 기질적 질환들을 배제시켰다(Table 1).

3. 섬유근통의 한의학적 병태 해석

섬유근통이 혼한 질환이 아니었다는 점에서 이 질환의 병태를 한의학적으로 정확하게 표현한 구체적인 서술이나 정확히 일치하는 증상명이 전통의서에 존재하지는 않는다. 그러나 전신의 근육과 관절의 통증을 주소로 한다는 점에서 한의학적으로는 비증(痺症)과 연관이 있어 보인다. 즉, 비증(痺症)은 풍한습(風寒濕)의 사기(邪氣)가 몸에 침범하여 머무르면 기혈운행(氣血運行)을 막아 전신에 통증을 일으킨다고 하였다¹⁵⁾. 그리고 그 치료법은 풍한습(風寒濕)의 사기(邪氣)를 몰아내는 발산(發散)시키고 행기

(行氣)시키는 약을 써야한다고 하였다. 2005년 조 등에 의해 발표된 섬유근통에 대한 증례보고에서도 섬유근통을 비증(痺症)과 관련이 있는 것으로 보아 서술하고 있다¹⁶⁾.

또한 섬유근통이 심리적인 스트레스가 유발 요인이 된다는 점에서 기울(氣鬱)이나 기체(氣滯)로 인한 통증으로 볼 수도 있을 것으로 사료된다. 실제로 본 증례의 환자도 남편의 사망에 따른 정신적 스트레스가 섬유근통을 일으킨 원인 중의 하나일 것으로 보이며, 환자에게 사용한 한약들도 향부자(香附子)가 군약(君藥)으로 쓰여 기울(氣鬱)을 해소하는 처방의 투여에 의하여 증상의 호전을 보였다.

그러나 아직까지 섬유근통에 대한 한의학적 임상 데이터나 변증 및 치료반응에 대한 통계가 전무하여, 이에 대한 연구가 축적되어야 할 것으로 사료된다.

결론

이상과 같이 섬유근통은 원인이 명확하지 않고 증상이 전신적으로 다양하게 나타나며, 일반적인 대증 치료에도 별 효과가 없다. 또한 예후가 만성적인 경과를 나타내며 영구적인 관해가 드물다. 따라서 질병을 종합적인 관점에서 보고 환자의 신체적 특징에서 병인과 치법을 찾는 한의학이 섬유근통의 치료에 있어서 서양의학 보다 장점이 많을 것으로 사료된다. 향후 섬유근통의 한의학적 치료법 개발을 위해서는 한의학적 관점의 지속적인 임상 데이터 축적과 분석연구가 이루어져야 할 것이다.

감사의 글

본 연구는 보건복지부 한방치료기술연구개발사업의 지원에 의하여 이루어진 것임 (B080043).

참고문헌

1. Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison's 내과학. 서울:도
2. Kang HS, Han SS. A Comparative Study on Symptoms, Living Activities, Self-efficacy and Family Support between Rheumatoid Arthritis Patients and Fibromyalgia Patients. The Journal of Rheumatology Health. 2000;7(1):26.
3. Wolfe F. Fibromyalgia. Rheum Dis Clin North Am. 1990;16(3):681-98.
4. Park W. Fibromyalgia. The Journal of Korean Medicine. 1998;55(4):812-825.
5. Kim MC, Kim JS. The literature review of fibromyalgia syndrome. The Journal of Korean society of Physical therapy. 2004;26(4):23-37.
6. Seo CH. Fibromyalgia syndrome. The Korean Journal of Medicine. 2003;64(3):330-2.
7. Yun JH, Kang JM, Kim KS, Kim SH, Kim TH, Park YW et al. Health-Related Quality of Life in Korean Patients with Chronic Diseases. The Journal Of The Korean Rheumatism Association. 2004;11(3):263-74.
8. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum. 1990;33:160-72.
9. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group: The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. Ann Int Med. 1994;121(12):953-9.
10. Yoo TS. Symptomatology and pattern identification of myofascial pain syndrome (I). The Journal of The Korea institute of oriental medical diagnostics. 2000;4(1):82-98.
11. Buchwald D, Garrity D. Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities. Arch Intern Med. 1994;154(18):2049-53.

12. Ji JD, Lee YH, Song KK. Incidence and clinical manifestations of chronic fatigue syndrome in patients with fibromyalgia. *The Korean Journal of Medicine*. 1998;55(5):921-5.
13. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed*. 2007;78(2):88-95.
14. 대한한방신경정신과학회. 한방신경정신의학. 경기:집문당. 2005:538-48.
15. 허준. 대역동의보감. 서울:법인문화사. 2002:974-8.
16. Cho TY, Cho HC, Jang G, Song YK, Lim HH. Clinical research on 1 case of fibromyalgia treated by iontophoresis. *The Journal of Korea Chuna Manual medicine*. 2005;6(1):137-46.