

Case Report

자하거 약침으로 호전된 방아쇠 수지 환자의 증례 보고

김정원, 김주영, 최승범, 한상욱*, 이재철**, 김동훈***

*부천자생한방병원 재활과, **한국한의학연구원, ***목포동신대한방병원 한방내과

Received : 10. 10. 31
Accepted : 10. 11. 24

Key Words:
Trigger finger,
Hominis Placenta
Pharmacopuncture

The Case Report of Trigger Finger Improved with Hominis Placenta Pharmacopuncture Treatment

Jeong-Won Kim, choo-young Kim, Seung-Peom Choi, Sang-wook Han*
Jae Chul Lee**, Dong-hoon Kim***

*Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, Bu-cheon Jaseng Oriental Hospital.
** Korea Institute of Oriental Medicine

***Dept. of Oriental Internal Medicine, Mok-Po Dongshin University Oriental Hospital.

ABSTRACT

Objectives : The Purpose of this study is to investigate and report the effectiveness of Hominis Placenta using Pharmacopuncture treatment for trigger finger.

Methods : 3 Patients are admitted at Dept. of Oriental Rehabilitation, Bu-Chun Jaseng Oriental Medicine Hospital, diagnosed as Trigger finger and treated with Hominis Placenta Pharmacopuncture. Each cases are measured and assessed by Quinnell's classification of triggering and VAS (Visual Analogue Scale) scores.

Results : 3 Patients of trigger finger have a different kind of cause and fingers lesion they have, but nodules are not significantly found up, so we could classify all of 3 patients to diffuse type. After treatment of Hominis placenta Pharmacopuncture, spontaneous pain and tenderness, grades of triggering are decreased significantly.

We would expect that Hominis placenta Pharmacopuncture has a effect on degenerative diseases of diffuse type's tendon sheath.

Conclusions : Trigger finger is generally divided into two stages, inflammatory and degenerative stage, and when degenerative stage, Hominis placenta pharmacopuncture appears to be effective.

I. 서론

방아쇠 수지(Trigger finger)는 수부 통증과 운동 장애를 일으키는 매우 흔한 질환으로 손가락을 구부릴 때 통증과 걸리는 듯한 느낌을 호소하고, 손허리손가락관절(Metacarpophalangeal Joint) 위의 원위부 손바닥 피부

금(Distal palmar crease) 부근에 압통이 있는 결절이 촉진되기도 하고, 손가락 굴곡 시 기계적 잠김 현상이 나타난다. 잠겨있던 건이 손가락 신전 시 방출되면서 손허리손가락관절(MP Joint) 부위에서 통증성 통김 소리를 유발한

※ 교신저자 : 김정원, 주소 : 경기도 부천시 원미구 상동 414번지 부천자생한방병원 지하1층 의국
Tel:032-320-8834 Fax:032-320-8712 E-mail:garden0063@naver.com

다. 급성기와 만성기로 나눌 수 있는데 급성기는 건과 활차에 염증 변화가 있지만, 만성기인 경우 염증 변화가 관찰되지 않고 건과 활차에 섬유 연골성 증식의 퇴행성 변화가 나타난다.^{1,2)}

한의학적으로 방아쇠수지 관절 질환은 痺症의 범위로 볼 수 있다. 대개 肝腎이 부족한데 風寒濕을 받아 이것이 다시 관절에 침입하여 오랫동안 머물면서 발생한다.³⁾

자하거(紫河車, *Homimix placenta*)는 性이 溫하며 甘鹹無毒하고 歸經은 肺, 肝, 腎 三經으로 益氣養血, 補精 등의 효능이 있으며⁴⁾ 자하거 약침 효능으로 관절염에 대한 조직 손상을 완화시킨다는 보고가 있다.⁵⁾ 이에 방아쇠 수지 환자중 퇴행성 병변에 자하거 약침이 효능이 있을 것으로 생각되어 자하거 약침을 사용하였다.

방아쇠수지는 대개는 특정한 발병원인을 발견할 수 없지만 장시간 운전이나, 잘못된 골프채 잡는 습관 때문에 최근에 많이 발생하고 있다.⁶⁾ 하지만 한방적치료가 적극적으로 이루어지지 못해 대개 양방에서 치료를 많이 받고 있고, 봉약침을 사용한 치험례만 있을 뿐 자하거 약침을 이용한 방아쇠수지에 대한 임상적 치료예의 보고는 거의 없다.

이에 연구자는 2010년 본원에서 치료를 받은 방아쇠수지 환자 3례를 자하거 약침으로 치료한 결과 유의한 효과를 얻었기에 이를 보고하고자 한다.

II. 평가방법

1. Visual Analogue Scale(VAS, 시각적 상사척도)

다양한 통증에 대한 평가 방법 중 임상적으로 가장 보편적으로 사용되고 있는 것이 VAS (Visual Analogue Scale)와 NRS (Numerical Rating Scale)이다. NRS는 0에서 10까지 통증을 숫자로 표현하는 방법이고 VAS는 10cm 선 위의 통증의 정도를 측정하는 방법이다. VAS가 NRS보다 신뢰도와 객관성이 높다고 알려져 있어⁶⁾ 이번 치료에서도 VAS를 사용하여 정확도를 높이고자 하였다. 설문지의 한쪽 끝은 '통증 없음' 다른 한쪽 끝은 '참을 수 없는 극심한 통증'으로 표시되어 있는 10cm의 선에 환자가 직접 표시하도록 하였다.

2. Quinnell's classification of triggering⁷⁾ (Table 1)

방아쇠 현상의 정도는 Quinnell의 방법으로 분류하였으며 임상적으로 가장 보편적으로 상용되고 있다. Grade 0은 가벼운 염발음이 발생하고 방아쇠 수지는 아닌 상태이고 Grade 1은 움직임이 고르지 않고 탄발현상 없는 상태이고 Grade 2는 수부기능 장애가 될 정도의 탄발증세가 있고 능동적으로 굴건의 걸림 현상이 교정되는 정도의 상태이고 Grade 3은 다른 손을 이용하여 수동적으로 굴건의 걸림 현상을 교정할 수 있는 정도의 상태이고 Grade 4는 굴곡 또는 신전 상태에서 고정되어 교정되지 않는 정도의 상태이다.

III. 증례

증례 1.

1. 환자

정○○(M/41)

2. 치료기간

2010. 05. 01 ~ 2010. 05. 22

3. 주소증

Both 3th trigger finger(Rt>Lt)

4. 발병동기

O/S: 2010년 1월, 5시간 이상 컴퓨터 작업하면서 발생

5. 과거력

1974년경(5살 때) 신장병

2009년 12월 우측 눈 망막병변

6. 사회력

키 172cm 몸무게 75kg 흡연(-) 음주(-), 직업: 공무원

7. 현병력

별무치료 상태에서 처음 내원하심. 2010년 1월부터 컴퓨터 작업을 많이 하면서 양 중지 불편감이 발생했고, 내원 시 양측 중지 몸쪽손가락뼈사이관절(Proximal Interphalangeal joint), 손허리손가락관절(MP Joint)압통 및 탄발 증상이 있고, 결절은 만져지지 않았고, 굴건의 걸림 현상은 능동적으로 교정되는 Grade 2 상태였음

8. 침구치료

1) 시술방법

대한약침학회에서 제조한 황련해독탕 약침액 0.4cc를 29gauge x 1/2" (12.7mm) needle 1cc syringe(신창 메디칼)로 1회 시술, 대한약침학회에서 제조한 자하거 약침액 0.4cc를 29gauge x 1/2" (12.7mm) needle 1cc syringe(신창 메디칼)로 7회 시술, 일반침 시술하지 않음

2) 취혈

양쪽 3수지 손허리손가락관절(MP Joint) 수장선의 5mm 근위부 위치에서 수지의 중간선에서 needle을 삽입하여 손허리손가락관절(MP Joint) 수장선에서 1cm 근위부에 위치하고 있는 A1활차의 전방경계부위를 향해 3mm 깊이로 자입, 몸쪽손가락뼈사이관절(PIP joint) 수장선 5mm 상부에서 수장선 부위로 사자하여 2mm 깊이로 자입

9. 약물치료

사용하지 않았다.

10. 치료경과

1) 5월 4일

초진 당시 VAS 7, 탄발 정도는 Garde 2이었으며 황련해독탕 약침 0.2cc씩 양 손허리손가락관절(MP Joint)과 몸쪽손가락뼈사이관절(PIP joint)부근에 나누어 시술하였으나 전혀 변화가 없었다.

2) 5월 7일

자하거 약침 0.2cc씩 양 손허리손가락관절(MP Joint)과 몸쪽손가락뼈사이관절(PIP joint)부근에 나누어 시술

후 환자분께서 손가락의 움직임 부드럽고, VAS 5로 감소하였다.

3) 5월 12일

자하거 약침을 위와 같이 3회째 시술하였고 탄발 정도는 Garde 1로 감소하고 VAS 4로 감소하였다.

4) 5월 18일

자하거 약침을 위와 같이 6회째 시술하였고 탄발 정도는 Garde 0으로 감소하고 VAS 2로 감소하였다.

5) 5월 21일

자하거 약침을 위와 같이 7회째 시술하였고 손의 걸림 현상은 전혀 없고 압통만 조금 남아 있는 정도로 VAS 1로 호전된 상태였다. (Figure 1)

증례 2.

1. 환자

이○○(M/42)

2. 치료기간

2010.05.10일~2010.05.22일

3. 주소증

Lt 5th trigger finger

4. 발병동기

2009년 골프를 치면서 발생

5. 과거력

1990년경 Local H에서 HIVD of L-Spine OP

6. 사회력

키:178cm, 몸무게: 72kg, 음주(소주1병/주), 흡연(반갑/일)

7. 현병력

별무치료 상태에서 처음 내원하심. 2009년부터 골프 운동을 하면서 좌측 소지 불편감이 발생했고, 내원 시 좌측 소지 손허리손가락관절(MP Joint) 탄발 증상이 있고, 압통은 미약한 정도이고, 결절은 확실히 만져지지 않았고, 굴건의 걸림 현상은 수동적으로 교정되는 Grade 3 상태였음

8. 침구치료

1) 시술방법

대한약침학회에서 제조한 자하거약침 0.2cc를 29gauge x 1/2" (12.7mm) needle 1cc syringe(신창메디칼)을 7회 시술, 일반침 시술하지 않음

2) 취혈

좌측 소지 손허리손가락관절(MP Joint) 수장선의 5mm 근위부 위치에서 수지의 중간선에서 needle을 삽입하여 중수지 관절 수장선에서 1cm 근위부에 위치하고 있는 A1활차의 전방경계부위를 향해 3mm 깊이로 자입

9. 약물치료

사용하지 않았다.

10. 치료경과

1) 5월 10일

초진 당시 탄발정도는 본인이 수동적으로 펼 정도의 Grade 3이었고 압통은 VAS 4이었다. 자하거 약침 0.2cc를 좌측 소지 손허리손가락관절(MP Joint)에 시술 후 손가락 움직임이 치료 전보다 부드러웠다.

2) 5월 14일

자하거 약침을 위와 같이 3회째 시술 후 탄발 정도는 2로 경감하였고 압통은 VAS 3을 경감하였다.

3) 5월 20일

자하거 약침을 위와 같이 6회째 시술 후 탄발 정도는 Grade 1로 경감하였고, 미약하게 만져지던 결절부분도 확실하게 만져지지 않았고, 압통은 VAS 1로 경감하였다.

4) 5월 22일

자하거 약침을 위와 같이 7회째 시술 후 탄발 정도는 Grade 1로 경감하여 거의 굴건이 걸리는 증상은 없고, 뻣뻣한 정도의 느낌만 있고, 압통은 전혀 느껴지지 않아 VAS 0으로 경감하여 많이 호전된 상태였다. (Figure 2)

증례 3.

1. 환자

오○○(F/54)

2. 치료기간

2010.09.18일~2010.09.25일

3. 주소증

Lt 3th trigger finger

4. 발병동기

2009년 10월 별무이유

5. 과거력

별무

6. 사회력

키:158cm 몸무게: 60kg 흡연(-), 음주(-)

7. 현병력

별무치료 상태에서 처음 내원하심. 2009년 10월부터 별무이유로 좌측 중지 불편감이 발생했고, 내원 시 좌측 중지 손허리손가락관절(MP Joint) 미약한 탄발 증상이 있고, 결절은 만져지지 않았고, 통증과 굴건의 걸림 현상은 미약한 정도로 환자분이 뻣뻣하다고 호소하는 정도였음, Grade 1 상태였음

8. 침구치료

1) 시술방법

대한약침학회에서 제조한 자하거 약침 0.2cc를 29 gauge x 1/2" (12.7mm) needle 1cc syringe(신창메디칼)을 5회 시술, 일반침 시술하지 않음

2) 취혈

좌측 3지 손허리손가락관절(MP Joint) 수장선의 5mm 근위부 위치에서 수지의 중간선에서 needle을 삽입하여 중수지 관절 수장선에서 1cm 근위부에 위치하고 있는 A1 활차의 전방경계 부위를 향해 3mm 깊이로 자입

9. 약물치료

사용하지 않았다.

10. 치료경과

1) 9월 18일

초진 당시 좌측 중지 움직임이 뻣뻣하고 탄발정도는 Garde 1이고 압통은 VAS 3이고 결절은 만져지지 않았다. 자하거 약침 0.2cc를 좌측 소지 손허리손가락관절(MP Joint)에 시술 후 움직임이 부드러워졌다.

2) 9월 24일

자하거 약침을 위와 같이 4회째 시술하였고 탄발 정도는 Grade 0으로 감소하였고, 특히 아침에 뻣뻣함을 호소하였으나 아침 기상시 전혀 뻣뻣함이 없었고, 압통도 VAS 1으로 감소하였다.

3) 9월 25일

자하거 약침을 위와 같이 5회째 시술하였고, 탄발정도는 Grade 0으로 감소하여 전혀 탄발증상은 없고 불편감도 없고, 압통도 전혀 없어 VAS 0으로 감소하여 많이 호전된 상태였다.(Figure 3)

IV. 고찰

손가락의 굴곡근은 다섯 개의 환상 인대와 세 개의 십자형 인대에 의해 유지된다. 이러한 활차는 손가락을 구부릴 때 건이 활시위가 되는 것을 막고 손허리손가락관절(MP

Joint), 몸쪽손가락뼈사이관절(PIP joint), 먼쪽손가락뼈사이관절(DIP joint) 부위에 건을 유지 시킨다.²⁾

방아쇠 수지는 협착성 건초염(Stenosing tenovaginitis)으로 수지굴건에 결절(Nodule)이나 방추상 종창(Fusiform swelling)이 생기는 결정형(Nodular type)과 중수골 경부 전방에 있는 A1 활차(A1 Pulley)가 비후되거나 퇴행화 되어 A1 활차 아래로 건이 힘겹게 통과하는 미만형(Diffuse type)으로 구분된다. 이환된 수지의 손허리뼈(Metacarpal bone) 머리의 전방에서 활차의 비후나 건의 증식에 의한 종물이 축지 되기도 하지만 대개 결정형에서는 종물이 축지 되고 미만형에서는 축지 되지 않는다.⁸⁾

급성기에는 A1 활차(A1 pulley)에 염증성 변화가 있지만, 만성기인 경우 염증 변화가 관찰되지 않는다. 만성기에는 A1 활차(A1 pulley)와 건에 섬유 연골성 증식의 퇴행성 변화가 나타난다. 병적인 비후는 건과 활차의 형태 불일치를 가져온다. 이로 인해 손가락 굴곡상태에서 건이 A1 활차(A1 pulley)의 근위부인 손허리손가락관절(MP Joint)의 손허리뼈머리(Metacarpal head)부위 근처에서 기계적 잠금 현상이 나타난다. 잠겨 있던 건이 손가락 신전시 방출되면서 손허리손가락관절(MP Joint) 부위에서 통증성 통금 소리(snaping sound)를 유발한다.²⁾

해부학적으로 A1 활차(A1 pulley) 길이가 1cm 정도이고 손바닥 쪽의 손허리뼈(Metacarpal bone) 경부에서부터 첫 마디 근위 일부에 걸쳐 존재한다.⁷⁾

방아쇠 수지는 정확한 원인이 밝혀지지는 않았으나 대부분의 경우 특발성으로 나타나며, 일부에서는 당뇨병, 류마티스성 관절염, 유전분증 등 결체조직에 변화를 주는 질환, 종양, 반복되는 외상, 굴곡건의 부분 파열시 속발성으로 발생할 수 있다.¹⁰⁾ 특히 손잡이 자루가 달린 기구나 운전대등을 장시간 손에 쥐는 직업이나, 골프 등의 운동에 의한 반복적인 손바닥의 마찰에 의해 발생되기도 하며⁶⁾ 6세 이하의 소아와 40세 이상의 성인에서 특히 폐경 후 여성에게 흔하다. 여성인 손의 세 번째, 네 번째 손가락에서 가장 흔하게 발생한다.⁹⁾

방아쇠 수지는 아무런 치료를 하지 않아도 29%에서는 자연적으로 치유 된다는 보고도 있다.¹¹⁾

양방적 치료 방법은 일차적으로 보전적 치료로 부목 치료와 스테로이드 국소 주사 요법이 있고, 주사치료 2-3차례 시행 후 호전이 없거나 재발되면 이차적으로 활차를 절개하는 수술 요법을 시행한다. 스테로이드 이용한 치료의 성공률은 60-93%에 이른다고 보고되고,¹⁰⁾ 경피적 활차 절

개술은 91-100%로 보고되어 지고 있다.⁸⁾ 스테로이드 국소 주사요법은 치료가 불완전하여 재발율이 높고, 증상 기간이 4-6개월 이상인 경우, 탄발 정도(Grade)가 높은 경우, 이환된 수지가 여러 군데 일 때 결과가 훨씬 나쁘다.¹²⁾ 그리고 스테로이드에 의한 부작용, 즉 건 파열, 피부위축, 색소 탈락 등과, 관절 주사로 손가락 감각 신경의 손상을 줄 수 있어 단점으로 지적된다. 특히 건초내로 정확히 약물이 주입 되어야 하나 스테로이드 국소 주사 시 실제 굴곡 건초내로 주입될 확률은 49%에 불과하다고 보고 되고 있다.¹⁾ 수술적 치료는 활차의 불완전 절개, 굴곡건의 손상과 A1 활차의 절개 부위와 주행하는 신경과 너무 가까워 신경 손상의 위험성이 높다는 점이 단점으로 지적되고 있다.⁷⁾ 수술 후 합병증으로는 재발, 수지 강직, 반사성 고갑 신경 이영양증, 감염, 수술 반흔부의 통증, 건의 활줄 현상, 수지 신경 손상 등이 있다.⁶⁾

방아쇠수지 결절형과 미만형 중 결절형이 스테로이드 주사요법 치료율이 높고, 미만형은 활차 절개 후에도 지속적으로 통증을 일으킬 수 있다.⁶⁾

관절질환 및 근육과 골격에 통증을 나타내는 질환은 한의학적으로 痺病의 범주에 속한다고 할 수 있다. <景岳全書>에서는 “蓋痺者閉也，以血氣爲邪所閉不得通行而痛也”라고 설명하였다. 骨關節의 痺症은 風寒濕熱의 邪氣가 인체의 營衛失調, 腠理空疎 혹은 正氣虛弱한 틈을 타고 經絡으로 침입하거나 關節에 응체됨으로써 血氣運行을 저해하여 발생한다. 實證인 경우는 주로 內經의 원인 분류방법인 行痺 痛痺 着痺 熱痺 瘀血痺 등으로 나누고, 虛證인 경우에는 氣血虛痺, 陽虛痺, 陰虛痺 등으로 분류한다. 痺證은 병리적으로 氣血不通을 하여 나타나는 것이므로 宣通은 각종 痺症의 공통된 治法이 된다. 痺病의 辨證施治시 病의 新久 虛實을 구분하여 風寒濕痺는 溫養시켜 邪氣를 축출하고, 風熱濕痺는 散寒清熱祛濕시키며, 虛한 사람의 久痺는 溫通 溫散시키거나 滋陰시켜야 한다. 그리고 發作期에는 祛邪 위주로 하고, 靜止期에는 調營衛, 養氣血, 補肝腎을 위주로 한다.¹³⁾

자하거는 건강한 사람의 태반을 烘製하여 건조한 것으로 性은 溫, 無毒하고 味는 甘鹹하며, 肺, 肝, 腎經에 들어가 補氣, 養血, 益精하는 효과가 있다. 최근 자하거 약침에 관한 연구로는 골다공증에 대한 효과와, 관절염에 대한 효과와, 월경통에 대한 효과를 보고해 왔다.¹⁴⁾

자하거 약침의 함유성분에는 각종 간세포나 상피세포, 신경세포 등을 생성하는 세포증식인자, 독감이나 암 등의 바이러스를 억제하는 다종의 인터페론, 그리고 인터루킨

코로나 형성 자극인자를 함유하고 있으면 각종 호르몬 및 그 전구체 즉 성선 자극 호르몬, 부신피질 자극 호르몬, 각종 효소, 세포내 DNA, RNA 등의 핵산 형성에 관여하는 핵산 관련 물질, 각종 아미노산, 비타민 등을 함유하고 있다. 그러므로 조직 재생의 목적이나 항체 형성으로 감염을 억제하고 저항력을 키울 목적 또는 호르몬 효과 등이 필요한 병증에 사용한다고 한다.¹⁵⁾ 그리고 자하거 약침은 TNF- α 활성 차단을 통한 항염증작용으로 류마티스성 관절염에 대한 조직 손상을 완화시킨다는 보고가 있다.⁵⁾

藥針療法이란 기존의 針法과 韓藥을 결합하여 발전시킨 신침 요법의 일종으로, 한약제제를 經穴의 자극수단으로 사용하는 것을 말한다. 즉 藥針療法이란 순수 한약재에서 정제, 추출하여 침을 놓을 자리(經穴)에 극소량의 약물을 주입함으로써 針의 작용과 韓藥의 작용을 병행하여 치료를 보다 극대화시키기 위한 針療法을 말한다.¹⁵⁾

방아쇠 수지는 시기적으로 급성기, 만성기로 나눌 수 있고, 형태상으로 결절형과 미만형으로 나눌 수 있고, 급성기와 결절형은 염증 상태이고, 만성기와 미만형은 퇴행 상태로 구분되어 진다. 자하거 약침의 효능을 이용하여 만성기 및 미만형 방아쇠수지에 자하거 약침을 사용하면 좋은 효과를 기대할 수 있을 것으로 생각되어 다음과 같이 연구하게 된 것이다.

치료 방법은 약침 치료만을 시행 하였으며 2-3일 간격으로 한 번씩 시술하였고, 치료 부위는 증례1의 경우는 손허리손가락관절(MP Joint)과, 몸쪽손가락뼈사이관절(PIP joint) 부근에 압통이 있어 2부위에 시술하였고, 증례2,3의 경우는 압통은 거의 없고 탄발 증상과 불편감을 호소하여 손허리손가락관절(MP Joint)에만 시술하였다.

증례 1의 경우 컴퓨터 작업을 많이 하면서 양 중지에 방아쇠 수지가 발생하였으며, 주 증상은 몸쪽손가락뼈사이관절(PIP joint), 손허리손가락관절(MP Joint) 압통 및 탄발 증상이 있고, 굴건의 걸림 현상은 능동적으로 교정되는 Grade 2 상태였으며 결절은 명확히 만져지지 않았지만 있는 정도는 확인할 수 있는 정도였다. 처음에는 염증상태로 생각하여 황련해독탕을 먼저 사용해보았으나 효과는 없었고, 결절이 명확하지 않고 탄발정도가 심하지 않아 미만형에 가까워 퇴행된 상태로 생각하여 2번째 시술부터 자하거 약침으로 바꿔 시행하였고, 결과 VAS 7에서 VAS 5로 경감 및 압통이 줄어들었고, 이후 7회 시술하는 동안 탄발증상은 모두 사라지고, 통증도 VAS 2로 경감하였고, 결절정도는 처음보다 줄어들어 명확히 발견하기 힘들 정도로 줄었다. 증례2의 경우 골프운동을 시작하면서 좌측 소지 손

허리손가락관절(MP Joint) 탄발 증상이 있고, 압통과 결절은 미약한 정도이고 굴건의 걸림 현상은 수동적으로 교정되는 Grade 3 상태였다. 압통과 결절이 명확히 만져지지 않아 미만형의 퇴행성 변화로 생각되어 시술하였고, 7회 시술 후 자각적인 통증과 압통은 완전히 소실되었고 굴건의 걸림 현상은 Grade 3에서 1 정도로 경감하여 탄발증상은 없고 움직임이 고르지 않는 상태로 경감하였다. 증례 3의 경우 특별한 이유 없이 좌측 중지 손허리손가락관절(MP Joint)에 미약한 탄발 증상이 있고, 통증은 거의 없고 굴건의 걸림 현상은 미약한 정도로 환자분이 뻣뻣하다고 호소하는 정도인 Grade 1 으로 완전한 방아쇠 수지로 진행되지 않는 상태로 만성기 및 미만형의 퇴행화 상태로 생각하여 자하거 약침을 5회 시술 후 자각적인 통증과 압통은 완전히 소실되었고 탄발현상도 사라졌다.

상기 3환자는 모두 방아쇠 수지 환자로서 각각 이환된 수지는 달랐고 원인도 달랐지만 결절이 명확하게 드러나지 않아 미만형으로 구분되어지는 환자였다. 자하거 약침 시술 후 자발적인 통증 및 압통, 탄발정도가 모두 현저하게 경감하여 자하거 약침은 미만형의 건초의 퇴행성 질환에도 유효한 것으로 생각된다.

최근 한의학에서 방아쇠 수지에 대한 연구는 하 등¹⁰⁾이 결절을 동반한 염증성 건초 병변 방아쇠 수지에 봉약침이 유효한 것을 보고하였다.

방아쇠 수지를 급성기, 결절형의 염증상태와 만성기, 미만형 퇴행상태로 정확하게 구분하여 염증상태에는 봉약침을 사용하고, 퇴행화 상태에서는 자하거 약침을 사용한다면 좋은 효과를 볼 것으로 기대된다.

V. 요약

본원에서 방아쇠 수지 환자 3례를 자하거 약침으로 5-7회 치료한 결과 유의한 효과가 있었다. 그러나 연구자의 치료예가 부족하여 4도 정도로 굴건의 걸림이 심한 경우나, 양방의 보존적 치료 후 재발되는 경우, 증상이 오래된 경우에 대한 연구와 1년 후의 재발율에 대한 추적 조사가 더 필요한 것으로 생각된다.

그리고 방아쇠 수지를 급성기, 결절형의 염증상태와 만성기, 미만형 퇴행상태로 정확하게 구분하여 염증상태에는 봉약침을 사용하고, 퇴행화 상태에서는 자하거 약침을 사용한다면 좋은 효과를 볼 것으로 기대된다. 앞으로 각종 수지관절 및 건의 질환에 대한 치료방법에 대한 연구가 더욱

더 필요할 것으로 생각된다.

VI. 참고문헌

1. 미국정형외과학회 저, 이영진 역. 근골격계 진단 및 치료의 핵심(Essential of Musculoskeletal care). 서울 : 한우리. 2006: 249-53
2. 박창일 외. 재활의학. 서울 : 도서출판 한미의학. 2007 : 856-7
3. 권재식 외. 痺症. 서울: 정담. 1993: 23-24
4. 김창민 외. 증약대사전. 서울: 정담. 1997: 3627-3628
5. 박기범, 백승태, 이승덕, 김경호, 김갑성. 자하거약침의 항염증능이 LPS 유발 관절염 치료에 미치는 영향. 대한침구학회지. 2006; 23(6):104-15.
6. 대한정형외과학회. 주관절 및 손의 병변: 정형외과학. 6판. 서울: 최신의학사. 2006:544-5
7. Quinnell RC. Conservative management of trigger finger. Practitioner. 1980: 224,187-190
8. 김종필, 서중배. 방아쇠수지의 경피적 절개술시 스테로이드 주입의 효과. 대한수부외과학회지. 2007;12-2:71
9. 대한임상통증학회. THE WRIST THUMB AND HAND: 근골격계 통증의학. 2판. 서울: 도서출판 한미의학. 2008:536
10. 구본섭, 김경철, 원상연. 인슐린 비의존성 당뇨병 환자에서 방아쇠 수지의 스테로이드 국소 주사 치료. 대한수부외과 학회지. 1998; 3(1):65-71
11. 하성중, 송호섭. 봉약침으로 호전된 방아쇠수지 환자의 증례보고. 한방척추관절학회지. 2005;2-1:49-53
12. 박민중, 하권익. 특수 고안한 수술칼을 이용한 방아쇠 수지의 경피적 절개술. 대한정형외과학회지. 1997;32(3):704-710
13. 한방재활의학과학회. 관절질환: 한방 재활의학. 2판. 서울: 군자출판사. 2007:83
14. 오치석, 이현. 東醫寶鑑 내 紫河車 관련 부분에 대한 고찰. 大田大學校 韓醫學研究所 論文集. 2007;16(1):31-40
15. 대한약침학회. 약침요법총론. 서울:대한약침학회. 1999: 323, 318

Table 1. Grade of triggering of the digit

Grade	Description
0 None	Even movement during flexion/extension
1 Mild	Uneven movement during flexion/extension
2 Moderate	Actively correctable;interferes with normal hand function
3 Severe	Passively correctable
4 Locked	Fixed in flexion

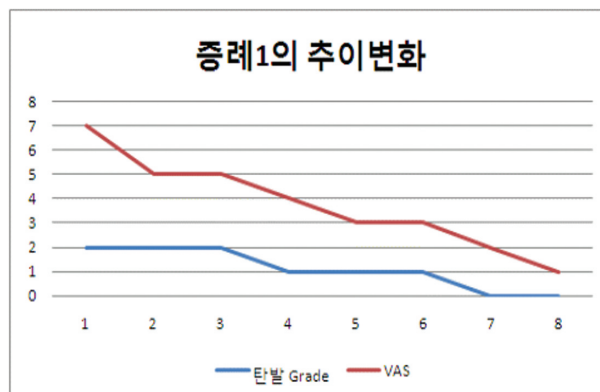


Fig. 1. Changes of Triggering grade and VAS score for Case 1

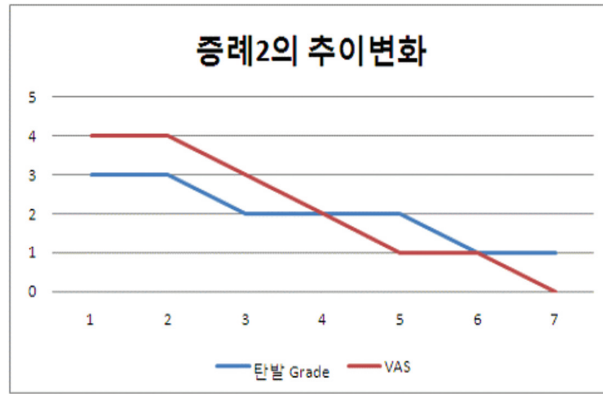


Fig. 2. Changes of Triggering grade and VAS score for Case 2

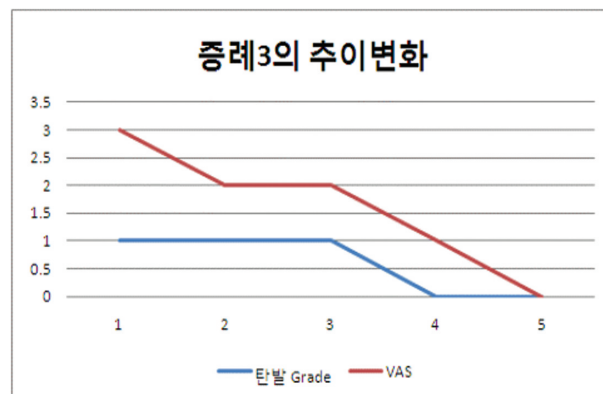


Fig. 3. Changes of Triggering grade and VAS score for Case 3