

보존적 치료로 호전되는 얇은 상완이두근 건염에 대한 화침을 포함한 한방 치료 1례

임광목 · 권호영 · 김정환

우석대학교 한의과대학 한방재활의학과

A Case report on the Biceps Tendinitis Treatment with Fire needling Therapy

Gwang-Mook Lim, Ho-Young Kwon, Jeong-Hwan Kim

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, Woo-suk University

Abstract

Objective : The purpose of this study is to evaluate the effect of the fire needling therapy treatment on the biceps tendinitis.

Methods : Fire needling therapy was administered five times to the patient complaining with biceps tendinitis. The improvement of clinical symptom was evaluated by McGill Pain Questionnaire -Short Form(SF-MPQ), Visual Analogue Scale(VAS) and Shoulder Pain, and Disability Index (SPADI).

Result : After fire needling therapy to the biceps tendinitis patient five times, the patient's SF-MPQ score, VAS, and SPADI improved from 24 to 11, from 9 to 4, and from 33.6 to 14.8 respectively.

Conclusions : Fire needling for biceps tendinitis should be tested in future randomized clinical trials.

Key words : Fire needling therapy, Biceps tendinitis

1. 서 론

상완이두근 건염이나 건초염은 보통 결절간구(intertubercular groove)내에서의 반복적인 마찰로 인해 건과 건막의 마모와 염증이 일어나 발생한다. 40세 초반의 여자에게 빈발하며 통증은 서서히 시작된다. 상완이두근을 따라 전완으로 방사되는 어깨 관절 전면의 통증이 나타나고 외전과 내회전의 제한도 있을 수 있다. 원인으로는 반복적으로 팔을

사용하는 것이라고 알려져 있으나 일반적으로 특별한 원인을 찾기가 어렵다. 상완이두근 건염의 진단을 위해 스피드 검사(speed test)와 예가손 검사(Yergason's test) 등 이학적 검사 방법을 시행하며, 관절 가동을 제한시키면서 보존적 치료를 시행한다¹⁾.

서양의학적으로 어깨의 휴식을 취하면서 통증의 정도에 따라 소염진통제를 투여하며, 증상의 호전이 없을 경우 스테로이드 제제를 국소 주사한다. 대부분 비수술적 치료에 증상이 호전되기 때문에 수술까지 필요한 경우는 드물다.

한의학적으로 상완이두근 건염은 肩臂痛의 영역에 포함되는데, 肩臂痛은 肩臂, 漏肩風, 肩周風 등

· 교신저자 : 김정환, 전북 전주시 완산구 중화산동 2가 5번지
우석대 부속 전주한방병원 한방재활의학과
Tel. 063-220-8300, Fax. 063-227-6234
E-mail: jkim@woosuk.ac.kr

· 투고 : 2010/08/13 심사 : 2010/09/01 채택 : 2010/09/08

으로 불리우며, 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 肩部에서부터 手部領域까지 나타나는 제반통증을 포괄적으로 지칭한 증상이다²⁾. 견비통 치료에 대한 한의학적 보고는 많으나, 상완이두근 건염에 대한 보고는 전무한 실정이다.

火鍼은 大鍼 등을 가열하여 신체의 일정한 부위에 신속히 자입, 발침하여 각종 질병을 치료하는 방법으로 손상당한 臑와 韌帶에 火鍼을 자입하여 침자극과 열자극을 동시에 가함으로써 동통소실과 더 나아가서 韌帶와 臑의 구조를 강하게 하는 목표로 시술하는 치료법으로 한 등³⁾은 흉요추부 압박골절에 화침요법을 사용하였고, 고 등⁴⁾은 슬부의 내측 측부인대 손상 환자에 화침요법을 사용하였으며, 김 등⁵⁾은 천장관절증후군에 인대 강화를 목적으로 화침요법을 사용하였다.

이에 저자는 상완이두근 건염으로 인해 어깨 관절 전면과 상완부의 통증을 나타내는 환자에게 동통 소실과 함께 韌帶와 臑강화를 목적으로 화침치료를 시행하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 연구 대상 및 방법

1. 연구 대상

OO대학교 부속 OO한방병원 한방재활의학과에서 2010년 5월 20일부터 2010년 6월 11일까지 입원한 환자 중 상완이두근건의 병변을 확인하기 위한 스피드 검사와 예가손 검사를 실시하여 상완이두근 건염으로 진단 받은 환자 1례를 대상으로 하였으며, 연구 전 환자에게 본 연구의 목적 및 내용에 대하여 상세히 설명하고 동의를 받은 후 연구를 시작하였다.

2. 치료 내용 및 시술 방법

1) 화침 치료

굵기가 0.40 × 50 mm (동방침구제작소, 서울, Korea)의 stainless steel 호침을 사용하여 환부 부위에서 압통을 가장 심하게 느끼는 아시혈을 찾아 침을 먼저 10-15 mm 정도 자침한 후 침체를 직접 가열하는 방법을 사용하였다. 가열 시간은 5-6초 정도로 하였으며 침체가 붉게 가열되고 환자가 뜨거움을 느낄 때까지 가열하였다. 시술 횟수는 환자의 몸 상태를 고려해서 일주일에 3차례 총 5회 시술하였다.

2) 침 치료

0.30 × 40 mm (동방침구제작소, 서울, Korea)의 stainless steel 호침으로 양쪽 습곡(LI4), 太衝(LR3)과 오른쪽 足三里(ST36), 陽陵泉(GB34), 懸鍾(GB39), 왼쪽 中渚(TE3), 外關(TE5), 曲池(LI11), 手三里(LI10), 中府(LU1), 雲門(LU2)의 경혈을 사용하였으며 자침의 깊이는 경혈에 따라 다소 차이는 있으나 일반적으로 5-20 mm 로 하였고 留針시간은 20분으로 하여 1일 1회 자침하였으며, 경혈의 위치와 환자 상태에 따라 捻轉과 迎隨 補瀉등의 手技를 시행하였고 전침 자극을 병행하였다. 또한, 對側 列缺(LU7) 자침 후 동기 침법을 1일 1회 15-20분간 추가 시행하여 1일 총 2회의 침치료를 시술하였다.

3) 부항 치료

환측 견부를 중심으로 乾式附缸을 시술하고 더하여 膀胱經 제1선을 따라 頸項部부터 腰底部까지 乾式附缸을 시술하였다.

4) 약물 치료

氣血이 經絡에 凝滯하여 팔이 아파 들어 올릴 수 없을 때 사용하는 方藥合編의 舒經湯에 白芍藥, 桂枝, 甘草를 4g씩 加味하여 투여하였다.

보존적 치료로 호전되는 않은 상완이두근 건염에 대한 화침을 포함한 한방 치료 1례

5) 약침 치료

냉장보관 한 蜂藥鍼(대한약침학회, 한국)을 1 ml 일회용 주사기(주사침 30 gage, 에스아이알 메디칼, 한국)를 사용하여 5.0-7.0 mm 깊이로 한 혈자리에 0.05-0.1 ml씩 초기에 1% 蜂藥鍼 0.5 ml 부터 시작하여 환자의 상태에 따라 점차 증량하여 25% 蜂藥鍼 0.2 ml까지 시술하였다. 시술은 화침 치료와 번갈아서 격일로 시행하였으며, 횟수는 2일 간격으로 1주일에 3-4회 시술하였고, 취혈은 압통을 가장 심하게 느끼는 阿是穴 부위를 선택하였다.

6) 한방 물리요법

ICT(Interferential Current Therapy), Micro Wave, Ultrasound, Hot Pack을 왼쪽 어깨 부위로 1일 1회 시술하였다.

7) 간접애조구 치료

왼쪽 어깨 아시혈 부위로 간접애조구를 시행하였다. 화침 치료 후 환자가 원하지 않아 치료를 중단하였다.

3. 진단 및 평가 방법

1) 이학적 검사

상완이두근 건의 병변을 확인하기 위하여 스피드 검사와 예가손 검사를 실시하였다. 입원시와 화침 시술 후 그리고 퇴원시에 각각 이학적 검사를 시행하여 진단과 치료의 평가를 하였다.

2) 임상적 증상의 평가

환자의 임상적 증상에 대한 평가를 위해 McGill Pain Questionnaire-Short Form⁶⁾(이하 SF-MPQ)의 문항척도 검사와 시각적 상사 척도 검사⁷⁾(Visual Analogue Scale, 이하 VAS), 그리고 견관절 통증

및 기능장애 척도⁸⁾(Shoulder Pain and Disability Index, 이하 SPADI)를 사용하여 화침 시술 전 그리고 시술 후, 퇴원 시 총 3회 측정하였다. SF-MPQ와

VAS를 이용하여 환자의 통증 정도를 파악하였으며, SPADI를 이용하여 환자의 통증 정도와 함께 어깨 관절의 기능 장애를 평가하였다.

(1) SF-MPQ의 문항척도 검사

15문항의 다차원적 척도로서 감각적 영역(Sensory)의 11문항과 정서적 영역(Affective)의 4문항으로 이루어져 있으며 각각의 문항은 통증 정도에 따라, 0=전혀 없음, 1=약한 통증, 2=보통의 통증, 3=심한 통증의 4점 Likert척도에 따라 표기된다. 감각적 영역(Sensory)은 최고 33점 최저 0점이고 정서적 영역(Affective)은 최고 12점 최소 0점이다.

(2) VAS

동통의 강도를 측정하는데 있어서 간단하고, 효과적이며 연구자의 관여가 최소화 되는 측정법으로 동통의 강도를 10단계로 나누어 '무통(no pain)'과 '최악의 통증(worst pain)'을 각각 '0'과 '10'으로 한 상태에서 현재 자기가 느끼는 동통 강도 수준에 해당하는 지점에 표시를 하도록 하는 방법이다.

(3) SPADI

어깨 통증으로 인한 임상 증후와 관련된 통증과 기능장애를 반영하는 자가 평가 척도로, 2개의 부속척도로 나뉘어진 13개의 평가 항목으로 구성되어 있으며 이 도구에서 사용된 응답 양식은 10cm VAS이다. 개별항목의 점수화는 각 영역 내에서는 동일한 가중치를 갖으며 영역의 점수는 100점으로 환산한다. 0은 '가장 완벽한 상태'이고 100은 '가장 나쁜 상태'를 의미한다. 이 도구의 총점은 통증과 기능장애 2가지 영역의 점수를 평균 낸 것으로 결정된다.

Ⅲ. 증 례

1. 환자

주 0 0 (여자/25세)

2. 주소증

왼쪽 어깨 전면과 상완전상부로 어깨 운동 시 통증을 호소함. 상완이두근의 어깨 부착부위로 압통을 호소하며, 주관절을 신전한 상태에서 물건을 들거나, 왼손으로 바닥을 짚을 때 어깨 부위로 예리한 통증을 호소함. 야간통은 호소치 않으나, 기상 시 통증이 심하다고 호소하고 새벽 찬바람을 쐬면 통증이 더 심해진다고 호소함. 관절 가동 범위는 제한되지 않았으나, 저항에 대항하여 운동 시 통증을 호소함. 상완이두근 건의 병변을 확인하기 위해 실시한 스피드 검사와 예가손 검사 등 이학적 검사에서 모두 양성 소견을 나타냄.

3. 발병일

2010년 4월경부터 발생하였고, 내원 일주일 전부터 증상이 심해짐.

4. 과거력 및 가족력

요통으로 2008년 1월에 약 1개월 동안 본원에서 입원 치료 받으심.

5. 현병력

2010년 4월부터 왼손으로 물건을 들거나 바닥을 짚을 때 왼쪽 어깨 주위로 예리한 통증 나타나 Local 의원에서 W-med를 복용하였으나 증상이 개선되지 않아, 2010년 5월 20일부터 6월 11일까지 본원 한방재활의학과에서 입원 치료를 받으심.

6. 이학적 소견

1) 왼쪽 어깨 관절 가동 범위

굴곡 170도, 신전 50도, 외전 170도, 내전 55로 관절 가동 범위 정상.

2) 스피드 검사와 예가손 검사

모두 양성

7. 방사선학적 소견

Shoulder Ap/Ax(Both) : nonspecific

8. 검사 소견

임상 병리 검사 상 Grn 84.7(43.0-76.0%)로 염증 수치 상승을 나타내었으나, 염증 수치를 나타내는 다른 지표인 WBC(White Blood Cell)이나 적혈구 침강 속도(ESR)는 정상 범위를 나타내었다.

9. 임상적 경과

1) 치료성적

SF-MPQ 점수는 치료 전 24점에서 치료 후 11점으로, VAS는 치료 전 9에서 치료 후 4로, SPADI Score는 치료 전 33.6에서 치료 후 14.8로 감소하였다(Table 1). 입원 시 스피드 검사와 예가손 검사에서 양성이었으나, 치료 후 음성이었다.

보존적 치료로 호전되는 않은 상완이두근 건염에 대한 화침을 포함한 한방 치료 1례

Table 1. Change of Symptoms by Treatment

		5월 31일	6월 7일	6월 11일
SF-MPQ	감각적 영역	15	12	7
	정서적 영역	9	5	4
	합계	24	17	11
VAS		9	7	4
SPADI	통증	43.6	42.2	16.0
	기능장애	23.6	22.3	13.5
	평균	33.6	32.3	14.8

SF-MPQ : McGill Pain Questionnaire-Short Form

VAS : Visual Analogue Scale

SPADI : Shoulder Pain and Disability Index

2) 임상경과

입원 시 환자는 왼쪽 어깨 상완이두근 부착 부위로 통증 호소하여 왼손을 이용해서 무거운 물건을 위로 들어 올릴 때 통증이 나타나고 앉은 자세에서 기립 시에도 왼손을 짚으면 어깨 전면을 따라 예리한 통증을 호소하였다. 통증 부위를 압박할 경우 움찔하며 신음소리를 내는 흔히 말하는 도약징후(jump sign)을 나타내었으며, 이러한 증상은 야간보다 기상 시에 좀 더 심하게 호소하고, 찬바람을 쐬면 더 심해지며 통증 부위는 명확하지 않은鈍痛의 양상으로 호소하였다. 입원 초기 보존적 치료로서 침치료와 왼쪽 어깨 주위로 간접애조구, 한방물리요법을 시행하고 더불어 1% 봉약침을 0.5 ml부터 격일로 매번 0.2 ml씩 증량하는 방법으로 시술하였다. 하지만 시일이 지나도 환자의 증상 정도가 확연히 감소하지 않아 입원 12일째 되는 2010년 5월 31일부터 총 5회의 화침치료를 시작하였다.

(1) 화침치료 1회째

침치료, 약침, 한방물리요법과 더불어 화침치료를 시작하였다. 환자는 화침 자극으로 인하여 왼쪽 어깨 주위로 움찔하는 반응과 함께 데인 듯한 통증 등 심한 통증을 호소하였고, 전일에 비해 증상의 확연한 감소 없이 어깨 전면으로 활동시에 발

생하는 예리한 통증을 호소하였다. 환자가 원하여 간접애조구 치료를 중지하였다.

(2) 화침치료 2회째

화침 자극에 의한 통증을 계속 호소하였고, 환자의 객관적인 증상의 호전이 명확하지 않았다. 환부에 압박을 가할 경우의 통증은 계속해서 호소하였으며, 물건을 들 때와 손을 짚을 때 등 활동시 계속해서 통증을 호소하였다. 기상 시 발생하던 통증도 확연한 변화는 없었다.

(3) 화침치료 3회째

화침 자극에 의한 환자의 통증반응이 감소하였다. 시술 후 환부 주위의 압통 부위와 함께 통증 강도가 감소하였으며, 왼손으로 바닥을 짚을 때 발생하던 통증도 경감되었고 기상 시 발생하던 통증도 약간의 호전이 있었다.

(4) 화침치료 4회째

화침 자극점을 찾기 위하여 실시한 압통 검사에서 압통 부위가 현저하게 감소하고 화침 자극에 대한 통증도 나타나지 않았다. 화침 자극에 대한 두려움도 전혀 없었으며, 화침 시술 후 실시한 이학적 검사에서 통증이 감소하였고, 왼팔을 사용하면서 발생하던 통증이 줄어들었다. 기상 시 통증은 해소되었다.

(5) 화침치료 5회째

화침 자극점을 찾기 위해 실시한 압통 검사에서 압통 부위가 거의 소실되었으며, 통증도 거의 해소되었다. 시술 후 시행한 이학적 검사에서 음성 반응을 보였고, 3kg정도의 아령을 왼손으로 들어 올릴 때 통증을 전혀 호소하지 않았다.

IV. 고 찰

상완이두근은 팔꿈치관절의 굴곡 작용을 하는 근육으로 견갑골에서 기시를 하고, 두 개의 갈래를 가지고 있으며 두 갈래 중 하나인 장두는 견갑골의 오목위결절(superior margin of glenoid cavity of the scapula)에서, 단두는 견갑골 오목돌기(coracoid process of the scapula)끝에서 시작하고, 건은 요골 거친면(tuberosity of the radius)에 닿으며, 일부는 전완의 건막의 척측부분에서 합쳐진다⁹⁾.

상완이두근은 부착부가 두 관절을 연결하는 두 관절성 근육이기 때문에 어깨의 움직임에도 관여하는데, 그 주된 기능은 팔꿈치의 굴곡이지만 전완의 회외 기능도 담당하게 된다¹⁰⁾. 이 중 상완 이두 건 장두의 기능은 어깨관절에서 상완골두의 상방 이동의 억제와 팔꿈치관절에서 굴곡 및 회외전 기능의 보조자로서의 역할¹¹⁾을 한다는 주장이 지배적이나, 근전도를 이용한 다른 연구에서는 상완이두 근 장두 건은 팔꿈치관절에만 작용할 뿐, 팔꿈치관절의 활동적 사용 시를 제외하면 어깨관절에 관련된 활동은 보이지 않는다고 하였다¹²⁾.

상완이두근 건염은 정확한 유병률은 알 수 없으나 40대 초반의 여자에서 빈발하며, 특히 던지는 동작을 반복하는 운동선수에서 호발한다고 알려져 있다. 원인으로는 반복적으로 팔을 사용하는 것, 어깨관절 내의 염증이 상완이두근 부위에 파급되는 경우, 건이 지나가는 길이 좁아진 경우, 건 자체가 비후된 경우 등이 있으나 일반적으로 특별한 원인은 찾을 수 없다. 방사선학적으로 특별한 이상이 발견되지 않기 때문에 스피드 검사나 예가손 검사등 이학적 검사를 시행하여 진단하며, 치료는 관절 가동을 제한시키면서 보존적 치료를 시행하는데, 냉치료와 더불어 항염증제의 투여와 재활치료로 증상이 완화되는 것이 대부분이고, 통증이 심한 경우 스테로이드제제의 국소주사요법을 이용한다. 대부분 비수술적 치료에 증상이 호전되기 때문에 수술까지 필요한 경우는 드물지만, 건의 심한 조직변성으로 인해 보존적 요법으로 호전되지 않는 경우는 수술적 치료를 시행하기도 한다¹³⁾.

한의학적으로 상완이두근 건염은 견비통의 범주에 속하는데, 보존적 치료를 시행한다. 침구 치료 방법으로 압통점에 상하로 透刺하거나 十二刺의 하나인 齊刺法으로 정중에 1침 측방에 2침을 자침하고, 원위혈로 尺澤과 太淵을 취혈하여 치료할 수 있다. 이외 변증에 맞게 약침치료와 더불어 한약치료 등을 시행하여 치료한다¹⁴⁾.

상완이두근은 팔꿈치관절을 주로 움직이지만 어깨관절을 지나는 두관절성 근육이므로 어깨관절 통증을 유발할 수 있다. 이런 이유로 어깨관절의 평가 시에는 반드시 상완이두근을 검사하여야 한다. 상완이두근 건염을 확인하는 이학적 검사로는 2가지가 있다. 스피드 검사는 팔꿈치관절을 신전하고 전완을 회외위로 한 후 어깨관절을 굴곡하도록 한 상태에서 시술자가 저항을 가하는 데 이때 결절간구에 통증을 호소하면 검사에 양성이다. 예가손 검사는 어깨관절을 외전위로 하고 팔꿈치관절을 90도 굴곡 회전위로 한 상태에서 전완을 회외하도록 하고 시술자는 전완을 회내 방향으로 향하게 저항을 가하는데 결절간구에 통증을 호소하면 양성으로 2가지 검사법 모두 상완이두근 장두건염을 의미한다¹⁵⁾.

火鍼은 인대의 염증반응을 유발해 인대 강화를 목적으로 시술하는 한의학적인 치료방법 중의 하나로, 고대 九鍼 중의 한가지인 大鍼 등을 자침 전에 불에 가열하여 붉게 달군 후 신체의 일정한 부위에 시술함으로써 각종 질병을 치료하는 방법으로 내경에 燔鍼法이라고 하여 9가지 刺法 가운데 하나로 처음 기재된 이래 많은 역대 의가들이 痺症과 기육질환 뿐 아니라 그 외의 여러 질환에 활용하였다. 火鍼에 관한 기록은 靈樞 官鍼篇에 “凡刺有九 以應九變 一曰輸刺.....九曰燔刺 燔刺者 刺燔針即取痺也”라 하고 靈樞 經筋篇에 “燔刺者 刺寒急也 熱即筋縱不收 無用燔針”이라 하여 침을 불에 달궈 痺症을 치료하는 방법으로 적응증은 寒邪로 인하여 생기는 寒痺證이라 하였다¹⁴⁾. 또한, 火鍼의 효능은 鍼의 火力의 氣를 빌려서 陽氣를 助陽시키

고, 인체의 經穴과 經絡을 열게하여 有形之邪를 祛邪시키는 것이다¹⁶⁾.

그러나 본 증례에서 사용한 화침요법은 고대의 화침요법의 변형으로서 현재의 온침요법과 화침요법의 변형으로 생각할 수 있다. 연부조직에 대한 해부학적 지식을 바탕으로 주로 인대, 건, 섬유성 관절낭의 손상, 만성적인 인대 질환 등의 질환을 치료하는 치료법으로, 근-건 연결부위에 침을 삽입하고 직접 가열하는 방법으로 열 자극을 주어 결합 조직의 탄력성을 회복 시키는 것으로 고 등⁴⁾의 보고에 의하면 溫經通脈 舒筋活絡의 의미로 볼 수 있다고 하였다.

본 증례의 환자는 왼쪽 어깨의 전면과 상완이두근의 어깨 부착부위로 압통을 호소하며, 팔꿈치 관절을 신전한 상태에서 물건을 들거나, 왼손으로 바닥을 짚을 때 어깨 부위로 발생하는 예리한 통증을 주소로 본원 한방재활의학과에 내원한 분으로 내원 시 스피드 검사와 예가손 검사 등 이학적 검사에 모두 양성 반응을 보여 상완이두근 건염으로 진단을 내리고 한방 보존적 치료를 시행하였으나 호전된 반응을 보이지 않아 저자는 화침이 인대와 건을 강화하는 효능이 있다는 점에 착안하여 기존의 한방치료와 함께 총 5회의 화침치료를 시행하였다. 환부에서 阿是穴을 찾아 자침 후 침체를 직접 가열하는 방법으로 환자의 몸 상태를 고려하여 일주일에 3차례 총 5회 화침을 시술하였고, 한약 처방은 舒經湯에 白芍藥, 桂枝, 甘草를 加味하여 투여하였다. 침치료는 氣血의 순환과 肝主筋의 효능이 있는 合谷 太衝, 肩臂痛, 肩膊疼痛에 사용하는 曲池 手三里, 髓會穴인 懸鍾, 筋會穴이자 舒筋脈하고 強健하는 효과가 있는 陽陵泉 등과 肩部 阿是穴을 자침하였다. 봉약침은 阿是穴 부위에 화침 치료와 번갈아 치료하는 방식으로 2일 간격으로 시술량을 증가하여 일주일에 3-4회 환자의 상태에 따라 시술하였으며, 한방 물리요법을 시행하였다.

이에 환자는 화침치료 전 SF-MPQ 24점, VAS 9, SPADI 33.6, 스피드 검사와 예가손 검사 등 이

학적 검사 양성 반응에서 5회의 화침치료 후 SF-MPQ 11점, VAS 4, SPADI 14.8로 호전되었고, 스피드 검사와 예가손 검사 등 이학적 검사에서 모두 음성 반응을 나타내었다. 임상증상은 화침 치료 전 왼쪽 어깨 전면으로 예리한 통증과 함께 기상 시의 통증을 호소하고, 물건을 들거나 손을 짚거나 할 때의 통증을 호소하였으나 5회의 화침치료 후 압통 부위가 현저하게 감소하고 물건을 들거나 손을 짚을 때 통증을 호소하지 않고, 예리한 통증도 감소하였다.

본 증례에서 화침치료를 시행하여 상완이두근 근-건 연결부에서 건의 구조를 강하게 함으로써 증상의 호전이 있었다고 생각할 수 있으나, 상완이두근 건염 환자 1례에 한하여 관찰하였다는 점과 화침치료와 함께 다른 한방치료를 병행하여 치료법들의 개별적인 유의성과 치료효과에 대한 객관적 고찰이 부족한 한계가 있다. 앞으로 화침치료의 효과에 대한 객관성 확보를 위하여 더 많은 증례를 통하여 다양한 임상 경험의 축적과 함께 활발한 임상 연구를 통한 지속적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

V. 결 론

화침치료와 한방치료를 병행한 상완이두근 건염 환자 1례에 대한 임상 양상 고찰을 통해 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 상완이두근 건염 환자에게 총 5회의 화침치료를 시행한 결과 SF-MPQ Score는 24점에서 11점으로 감소되었다.
2. VAS Score는 총 5회의 화침치료 후 9에서 4로 감소되었다.
3. SPADI Score는 총 5회의 화침치료 후 33.6에서 14.8로 감소되었다.
4. 입원 시 스피드 검사와 예가손 검사에서 양성 소견을 보였으나, 총 5회의 화침치료 후 두 검

사법 모두에서 음성 소견을 나타내었다.

이상의 결과로 보아 보존적 치료로 호전되지 않은 상완이두근 건염 환자에게 화침치료와 함께 한방치료를 병행하여 증상을 호전을 보였으나, 화침치료 개별의 효과에 대한 객관성 파악에 한계가 있으므로 이를 보완하는 좀 더 다양한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

감사의 글

이 논문은 2010학년도 우석대학교 교내학술연구비 지원에 의하여 연구되었음.

참고문헌

1. 한방재활의학회. 한방재활의학. 서울 : 군자출판사. 2005 : 115.
2. 김경식. 견비통의 침구치료의 관한 임상적 연구. 대한한의학회지. 1981 ; 2(2) : 58-61.
3. 한순현, 이종수. 화침을 이용한 흉요추부 압박골절 치험 1례. 대한추나의학회지. 2002 ; 3(1) : 167-74.
4. 고경모, 김재수, 이봉효, 정태영, 임성철, 이경민. 내측 측부인대 손상 환자의 가열식 화침 치험 1례. 동서의학. 2009 ; 34(1) : 25-32.
5. 김현석, 홍서영, 오민석. 천장관절증후군에 대한 화침치료 1례 보고. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2007 ; 16(1) : 133-8.
6. Melzack, R. The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain. 1987 ; 30 : 191-7.
7. 이배환, 손진훈. 실험 및 임상 장면에서의 동통 측정법에 관한 고찰. 한국심리학회지. 1996 ; 15(1) : 163-88.
8. 양동훈, 김건형, 김행범, 최양식, 박영배. 견관절의 임상적 평가도구에 관한 고찰. 대한침구학회지. 2007 ; 24(6) : 123-35.
9. 최호영. 임상근육학. 서울 : 대성의학사. 1999 : 218.
10. 대한임상통증학회. 근골격계 통증의학. 서울 : 한미의학. 2008 : 371-3, 420-1.
11. Kumar VP, Satku K, Balasubramaniam P. The role of the long head of the biceps brachii in the stabilization of the head of the humerus. Clin Orthop. 1989 ; 244 : 172-5.
12. Basmajian JV, Latif A. Integrated actions and functions of chief flexors of the elbow. J Bone Joint Surg. 1957 ; 39-A : 1106-18.
13. 한태륜, 방문석. 재활의학. 서울 : 군자출판사. 2009 : 825.
14. 대한침구학회 교재편찬위원회. 침구학. 경기도 : 집문당. 2008 : 중 351, 하 42.
15. Yoshitaka Takeuchi, Tadashi Sawada. 근골격계 질환의 이학적 검사 테크닉. 서울 : 신희메드사이언스. 2007 : 40-5.
16. 박상준, 안수기. 화침요법의 연구동향과 D.I.T.I를 활용한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1998 ; 15(2) : 407-25.