

증례

經筋刺法을 이용한 上肢部 신경포착증후군에 대한 임상적 고찰

윤경진¹ · 최유진² · 이참결¹ · 이은용¹ · 노정두²

¹세명대학교 부속충주한방병원 침구과

²세명대학교 부속제천한방병원 침구과

Abstract

Clinical Study about Meridian Tendino-musculature Acupuncture on Nerve Compression Syndrome of Upper Limbs

Yun Kyung-jin¹, Choi You-jin², Lee Cham-geol¹, Lee Eun-yong¹ and Roh Jeong-du²

¹Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Chung-Joo Hospital of Traditional Korean
Medicine, Semyung University

²Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Je-Cheon Hospital of Traditional Korean Medicine,
Semyung University

Objectives : To broaden understanding about meridian tendino-musculature acupuncture on nerve compression syndrome of upper limbs and to evaluate the effect of meridian tendino-musculature acupuncture on nerve compression syndrome of upper limbs.

Methods and Results : From June 1st to Oct. 31th, the patients were outpatients for treatment of nerve compression syndrome of upper limbs in department of acupuncture and moxibustion, traditional Korean medical hospital, Semyung University and treated with meridian tendino-musculature acupuncture. To evaluate the effect of meridian tendino-musculature acupuncture, thickness of muscle by medical skinfold caliper, coding result(arbitrary values used to evaluate results) and VAS(Chief complain) were used. As a result, muscle atrophy and symptoms are improved remarkably.

Conslusions: Meridian tendino-musculature acupuncture was found to be helpful to patients who wish to recover from their muscle atrophy and symptoms of upper limbs. In order to make this meridian tendino-musculature acupuncture more available, we should pay more attention to improving treatment appliance and acupuncture technique.

Key words : meridian tendino-musculature, acupuncture, muscle atrophy, upper limbs, nerve compression syndrome

· 접수 : 2012. 2. 1. · 수정 : 2012. 2. 8. · 채택 : 2012. 2. 10.
· 교신저자 : 노정두, 충청북도 제천시 세명로 65(신월동) 세명대학교 부속제천한방병원 침구과
Tel. 043-649-1816 E-mail : wsrohmi@hanmail.net

I. 서론

經筋은 十二經筋을 말하는 것으로, 十二經脈의 순행부위에 분포된 체표근육계통의 총칭이며, 全身의 체표근육을 十二經脈의 순행부위에 의거해서 분류한 방법이다. 따라서 각 經筋은 모두 同名의 經脈 순행부위에 있는 근육군을 포괄한다. 이러한 經筋은 주로 사지부에서 기시하여 구간 및 두부에 분포되며, 經筋의 병은 대개 운동방면으로 표현되어 經筋의 牽引, 拘攣, 弛緩, 轉筋, 強直, 萎弱 등을 나타내며, 이차적으로 經筋 부위의 鬱滯 및 주변 신경과 혈관의 압박조건이 보인다¹⁻³⁾.

이러한 經筋이론은 근골격계 질환의 한의학적 치료에 있어서 이론적 기초가 된다. 근막통증증후군이 근육이나 연조직에 민감한 압통과 단단한 소결절이 있어서 운동범위의 제한, 근약증과 피로감, 또 압박 시 원위부로 연관통을 동반하는 증후군이라는 점과 주동근과 길항근 및 협력근과 같은 근육군의 상호작용을 중시한다는 점에서 경근이론과 깊은 연관이 있다^{4,5)}.

鍼灸治療에서는 筋痺를 치료하기 위해 해당 經筋과 유관한 俞穴을 선택하여 經氣를 소통시킴으로써 經筋의 鬱滯를 해소한다. 經筋에 자침하는 방법으로는 浮刺, 分刺, 合谷刺 등이 있으며, 이는 근육과 근건을 찌는 방법으로 현대의 MPS와 Trigger point 요법의 근간이라고 할 수 있다⁶⁾.

근위축은 국소적 압박에 의한 마비질환, 연부조직 혹은 골절환 치료를 위한 고정치료로 인하여 근육용적이 감소되고 생리학적·조직학적 및 생화학적 변화가 초래되어 발생한다⁷⁻⁹⁾.

근육의 손상 정도에 따라 근육은 재생능력을 잃고 변성, 파괴가 진행되어 근마비 또는 근력저하, 위축현상 등이 나타나게 된다¹⁰⁾. 서양의학적으로는 대증치료로 접근하고 있으며¹¹⁾, 한의학에서는 근육 손상 치료에 대한 다양한 연구가 진행되고 있는데¹²⁻¹⁴⁾, 대부분

실험실적인 연구에 국한되어 있고, 중추신경장애의 근위축¹⁵⁾에 대한 보고가 있는 실정이며, 실제 임상에서 흔히 접하게 되는 근위축 소견에 대한 임상적 연구가 미흡한 실정이다. 또한 經筋刺法은 經筋의 鬱滯를 개선하여, 經筋을 이완시키고 순환을 개선하여 근위축의 유효한 치료효과를 보여줄 수 있는 한의학적인 치료법임에도 불구하고, 이에 대한 연구로는 경근에 대한 이론적 보고^{4,16-19)}와 腰部²⁰⁾ 및 斜頸症²¹⁾ 등의 임상보고 밖에 없는 실정이다.

이에 저자는 한의학 고유의 鍼灸와 經筋이론이 IMS와 같은 명칭으로 응용되는 현 상황에, MPS, trigger point와 같은 근육치료학의 근간이 되는 한방 고유의 經筋이론을 임상에서 흔히 접하게 되는 상지부 신경포착증후군 환자에게 적용하여 유의한 임상 효과를 얻어 이에 대해 보고하고자 한다.

II. 대상 및 방법

1. 대상

2011년 6월부터 2011년 10월까지 세명대학교 부속 한방병원(충주, 제천) 침구과에 상지부 신경포착증후군으로 인한 근위축 소견으로 내원한 환자 5례를 대상으로 하였다.

2. 방법

각 환자의 上肢部 근위축 소견이 나타난 근육의 상태를 객관화하기 위하여 내원시 medical skinfold caliper(Sammons. USA)을 이용하여 근육의 두께를 측정하여 변화되는 상황을 관찰하였다. 또한 손목관절 및 수지부 운동범위의 감소를 동반한 경우에는 근력약화에 대한 평가기준으로 관절의 운동 범위를 나타내는 coding result(Table 1)를 근력검사에 따라 평

Table 1. Arbitrary Values Used to Evaluate Result

Value	Wrist		Fingers		Thumb	
	DF	PF	MP Ext	FT-MPC	ABD	IP-Ext
Excellent	>50°	>30°	>170°	0	>40°	>180°
Good	25° to 50°	10° to 30°	155° to 170°	0 to 1/2in	30° to 40°	165° to 180°
Fair	<25°	<10°	<155°	1/2in	<30°	<165°

DF : dorsiflexion. PF : palmar flexion. MP Ext : meta-carpophalageal joint extention. FT-MPC : fingertip to mid-palmar crease. ABD : abduction. IP Ext : interphalangeal joint extention.

가하였다. 근력은 견측과 비교하여 능동저항검사²²⁾를 통해 정상을 10으로 하여 그 상대적인 지수를 표기하였다. 또한 수반된 통증 양상에 대해서는 VAS로 표기하였다.

3. 치료방법

1) 經筋刺法

각 환자의 上肢部에서 근위축 소견을 보인 經筋을 파악하여 각 經筋의 近位部(위축 소견을 보인 위치), 遠位部(위축 소견을 보인 국소부위에 해당되는 經筋의 上下부위 經筋)의 硬直, 鬱滯, 壓痛 부위를 鍼(0.30×40mm, 동방침구, 한국)을 이용하여 經筋刺法을 시행 하였다. 자침 깊이는 腧穴에 따라 차이는 있으나 일반적으로 20~30mm로 分刺를 위주로 시행하였다

2) 보조수법

提插補瀉 후 전침기(OTS H-306, 한일메디컬)를 이용하여 3Hz로 15분간 留鍼하였다. 시술시간동안 적외선 조사를 시행하였다.

3) 약물치료

본원에서 사용하는 舒經回首丸(葛根·烏藥 6, 陳皮·半夏·薑黃·海桐皮·川芎·白芷·白僵蠶·枳殼·桔梗·羌活·獨活·木瓜·赤茯苓·桂枝·生薑·大棗 4, 乳香·沒藥 2)을 3회/1일 분량으로 투여하였다.

Ⅲ. 증 례

1. 증례 1

- ① 환자 : 이○○(M/55)
- ② R/O : 한방 - 手太陰經筋, 手陽明經筋의 痺證, 痿證. 양방 - 요골신경포착증후군
- ③ 주소증 : 좌측 습곡 穴 근육위축, 엄지근력 약화, 주관절 통증
- ④ 발병일 : 2011년 6월 11일
- ⑤ 초진일 : 2011년 7월 2일
- ⑥ 과거력 : 별무
- ⑦ 현병력 : 상기 발병일 통나무를 손으로 집어올려 옮긴 후 상기 증상이 발현되어 양방 정형외과 보존치료 후 별무 호전하여 본원 침구과에

내원

- ⑧ 치료기간 : 2주간 총 4회
- ⑨ 치료 경근 : 手太陰經筋·手陽明經筋
- ⑩ 치료 경과 : Table 2

Table 2. Change of Muscle Thickness, Motor Range and Pain in Case 1

Date	Thickness of 1st dorsal interosseous muscle	Thumb		Pain VAS
		ABD	IP Ext	
7월 2일	22mm	F(3)	F(2)	6
7월 6일	28mm	G(8)	F(7)	4
7월 9일	30mm	E(9)	G(9)	2
7월 16일	32mm	E(9)	E(9)	2

ABD : abduction. IP Ext : interphalangeal joint extension. E : excellent. G : Good. F : fair. (Number) means muscle power.

2. 증례 2

- ① 환자 : 김○○(M/40)
- ② R/O : 한방 - 手陽明經筋의 痺證, 痿證
양방 - 요골신경포착증후군
- ③ 주소증 : 우측 手三里穴 부위 手陽明經筋 위축, 손목배굴능력 약화, 완관절 통증
- ④ 발병일 : 2011년 7월 19일
- ⑤ 초진일 : 2011년 7월 25일
- ⑥ 과거력 : 별무
- ⑦ 현병력 : 상기 발병일 수면 후 기상 시 증상이 발현되어 양방 정형외과에서 보존치료 후 증상의 호전 없이 근육의 위축 소견이 병발되어 본원 침구과에 내원

Table 3. Change of Muscle Thickness, Motor Range and Pain in Case 2

Date	Thickness of extensor digitorum communis muscle	Wrist		Pain VAS
		DF	PF	
7월 25일	48mm	F(3)	E(7)	5
7월 27일	48mm	F(3)	E(8)	4
7월 29일	52mm	G(6)	E(9)	3
8월 1일	54mm	G(7)	E(10)	2
8월 3일	58mm	E(9)	E(10)	2
8월 5일	58mm	E(9)	E(10)	2

DF : dorsiflexion. PF : palmar flexion. E : excellent. G : Good. F : fair. (Number) means muscle power.

- ⑧ 치료기간 : 2주간 총 6회
- ⑨ 치료 경근 : 手陽明經筋
- ⑩ 치료 경과 : Table 3

3. 증례 3

- ① 환자 : 최○○(M/58)
- ② R/O : 한방 - 手太陰經筋·手陽明經筋의 痺證, 痿證. 양방 - 요골신경포착증후군
- ③ 주소증 : 우측 습곡·魚際穴 부위 근육 위축, 손 목배굴능력 약화, 주관절·완관절 통증
- ④ 발병일 : 2011년 8월 13일
- ⑤ 초진일 : 2011년 8월 17일
- ⑥ 과거력 : 별무
- ⑦ 현병력 : 상기 발병일 팔을 베고 낮잠을 잔 이 후에 증상이 발현되어 양방 정형외과에서 보존 치료 후 증상의 호전 없이 완관절과 주관절의 통증이 병발되어 본원 침구과에 내원
- ⑧ 치료기간 : 3주간 총 5회
- ⑨ 치료 경근 : 手陽明經筋·手太陰經筋
- ⑩ 치료 경과 : Table 4

Table 4. Change of Muscle Thickness, Motor Range and Pain in Case 3

Date	Thickness of 1st dorsal interosseous muscle	Thumb		Wrist		Pain
		ABD	IP Ext.	DF	PF	
8월 17일	26mm	F(3)	F(3)	F(3)	E(7)	7
8월 22일	27mm	F(4)	F(4)	F(3)	E(9)	6
8월 25일	30mm	G(7)	G(8)	G(6)	E(9)	3
8월 29일	32mm	G(7)	G(8)	G(7)	E(10)	1
9월 2일	34mm	E(9)	E(9)	E(9)	E(10)	1

ABD : abduction. IP Ext. : interphalangeal joint extension. DF : dorsiflexion. PF : palmar flexion. E : excellent. G : good. F : fair. (Number) means muscle power.

4. 증례 4

- ① 환자 : 방○○(M/44)
- ② R/O : 한방 - 手太陽經筋의 痺證, 痿證. 양방 - 척골신경포착증후군
- ③ 주소증 : 좌측 後谿穴 주변부 근육 위축, 4·5지 감각저하
- ④ 발병일 : 2011년 10월 4일
- ⑤ 초진일 : 2011년 10월 5일

- ⑥ 과거력 : 별무
- ⑦ 현병력 : 상기 발병일 전날 야간에 수면 시 스마트폰으로 게임을 수시간 하다가 잠이 든 이 후에 상기 증상이 발현되어 자가적으로 핫팩 치료 후 증상의 호전이 없어 본원 침구과에 내원
- ⑧ 치료기간 : 2주간 총 6회
- ⑨ 치료 경근 : 手太陽經筋
- ⑩ 치료 경과 : Table 5

Table 5. Change of Muscle Thickness, Motor Range and Pain in Case 4

Date	Thickness of Abductor digiti minimi	4, 5th Fingers		numbness VAS
		MP Ext	FT-MPC	
10월 5일	24mm	F(3)	F(5)	8
10월 7일	26mm	F(4)	G(6)	7
10월 10일	30mm	G(6)	G(7)	3
10월 12일	30mm	G(7)	E(9)	2
10월 14일	32mm	E(9)	E(9)	2
10월 17일	32mm	E(9)	E(9)	2

MP Ext : metacarpophalangeal joint extension. FT-MPC : fingertip to mid-palmar crease. E : excellent. G : good. F : fair. (Number) means muscle power.

5. 증례 5

- ① 환자 : 박○○(F/59)
- ② R/O : 한방 - 手太陰經筋, 手陽明經筋의 痺證, 痿證. 양방 - 요골신경포착증후군
- ③ 주소증 : 좌측 魚際穴 부위 근육 위축, Lt 1st finger numbness, 완관절통증
- ④ 발병일 : 2011년 10월 15일
- ⑤ 초진일 : 2011년 10월 19일
- ⑥ 과거력 : 별무
- ⑦ 현병력 : 상기 발병일 젖은 바닥에서 미끄러지며 왼손을 땅에 짚으며 넘어진 후 상기 증상이 발현되어 정형외과에서 방사선 검사상 골절은 없고 염좌로 진단받고 splint cast 처치 후 근위축 및 1지의 저림 증상이 증가되어 본원 침구과에 내원
- ⑧ 치료기간 : 3주간 총 9회
- ⑨ 치료 경근 : 手陽明經筋·手太陰經筋
- ⑩ 치료 경과 : Table 6

Table 6. Change of Muscle Thickness, Motor Range and Pain in Case 5

Date	Thickness of Opponens Pollicis muscles	Thumb		Pain VAS
		ABD	IP Ext	
10월 19일	25mm	F(3)	G(7)	8
10월 21일	25mm	F(3)	G(7)	7
10월 24일	25mm	F(4)	G(7)	7
10월 26일	27mm	F(5)	G(7)	5
10월 28일	27mm	F(5)	E(9)	5
10월 31일	29mm	G(6)	E(9)	3
11월 2일	30mm	G(7)	E(9)	2
11월 4일	32mm	E(8)	E(9)	2
11월 7일	32mm	E(9)	E(10)	2

ABD : abduction. IP Ext. : interphalangeal joint extension.
 E : excellent. G : good. F : fair.
 (Number) means muscle power.

IV. 고찰

十二經筋은 十二經脈의 氣가 근육조직에 結, 聚, 散, 絡하는 체계로 四肢, 軀幹, 頭面에 분포되고 臟腑에는 入하지 않으며, 十二經脈의 체표통로와 기본적으로 일치하나 순행방향은 모두 四肢末端에서 頭身으로 향하고 있다²³⁾.

十二經筋은 氣血을 운행하는 經脈과는 달리 힘을 생산하여 굴신운동을 유지하는 근육을 지칭하는 것으로서 古人이 전신의 근육을 十二經脈의 순행부위에 따라 열두개의 근육군으로 나누고 十二經脈과 동일하게 명칭한 것으로 이해할 수 있으며, 오늘날의 해부학적 근육 및 관절과 밀접한 관계가 있다. 따라서 운동관절질환을 치료하는 데 매우 중요한 위치를 차지하며, 經筋이론은 추나요법, 근육이완요법, 테이핑요법, 운동요법을 한의학적으로 이해하는 데 중요하며, 그 근간이 되는 이론이다²⁰⁾.

經筋의 구성 근육을 살펴보면 하나의 經筋은 다수의 근육, 건, 인대 등으로 구성되며, 다수의 근육들이 經脈을 따라 모여 한 계통의 經筋을 형성함을 알 수 있다. 한 계통의 經筋은 여러 동작을 유발하며, 이는 곧 어떤 동작을 하는데 여러 계통의 經筋이 관여를 한다고 할 수 있다^{4,24)}.

經筋의 病候는 대개 운동방면으로 표현되는데, 筋脈의 牽引, 拘攣, 弛緩, 轉筋, 強直, 縮約 등이다⁶⁾.

經筋의 病候를 치료함에 있어서는 해당하는 經筋 위에 압통점이 있는데, 이것은 以痛爲俞라는 이론에

의해 阿是穴을 취한다고 하였고, 이를 통해 병소를 제거하고, 병소와 연관된 연쇄사슬을 풀어주어 經筋을 舒筋한다^{4,24)}. 이러한 經筋 부위에 자극을 가하는 刺法에는 浮刺, 分刺, 合谷刺 등이 있다⁶⁾. 또한 經筋은 經絡과 밀접한 연계가 있으므로, 그와 유관한 經絡의 穴位에도 치료를 진행한다¹⁾.

상지부에 분포한 經筋의 해부학적인 근육과의 연관성에 대하여 고찰해보면, 手太陽經筋에서 上肢에 해당되는 근육은 심지굴근, 소지의전근, 척측수근신근, 척측수근굴근, 상완삼두근, 극하근, 대소원근, 견갑거근, 흉쇄유돌근, 광배근 등이 있고, 手少陽經筋은 배측골간근, 총지신근, 척측수근신근, 상완삼두근, 삼각근, 흉쇄유돌근 등이 있으며, 手陽明經筋은 총지신근, 시지신근, 충양근, 배측골간근, 장모지신근, 장모지의전근, 완요골근, 상완삼두근, 승모근, 흉쇄유돌근 등이 있다. 手太陰經筋은 단모지의전근, 모지대립근, 요측수근굴근, 장모지신근, 단모지신근, 장요측수근신근, 완요골근, 회외근, 상완이두근, 대흉근 등이 있고, 手厥陰經筋은 천지굴근, 모지의전근, 충양근, 요측수근굴근, 상완이두근, 상완근, 대흉근, 소흉근 등이 있으며, 手少陰經筋은 심지굴근, 소지굴근, 소지대립근, 척측수근굴근, 단장근, 척측수근굴근, 장측수근굴근, 상완근, 상완삼두근, 대흉근 등이 분포되어 있다^{4,18)}.

근위축은 악성 종양, 내분비장애, 영양결핍, 척수손상, 국소적 신경질환 등의 병변으로 인하여 근육적이 감소되는 것으로 대부분 하부운동신경원이 탈신경되어 발생된다. 전신적 원인에 의한 경우는 근력이 비교적 좋으나, 국소신경적 원인에 의한 경우는 근력약화가 뚜렷하게 나타난다^{7,25)}.

국소성 위축은 하위운동신경원의 전각세포, 운동신경근, 신경총, 말초신경 등의 장애나 근육자체의 장애로 발생된다. 또한 상위운동신경원 병변은 보통 근위축은 없으나, 간혹 뇌질환으로 반신불수가 오래되면 폐용성 위축이 올 수 있다⁷⁾.

말초신경손상은 예리한 물체에 의한 기계적 손상과 열이나 진동 또는 국소 압박, 허혈에 의한 비기계적 손상이 나타나며 말초신경이 포착되어 국소신경 지배영역의 감각 및 운동기능이 감소 혹은 소실되는 병리상황을 초래한다²⁶⁾.

이러한 국소성 위축은 상지부에서는 흔히 요골신경, 정중신경, 척골신경의 압박 형태로 거론되는데, 요골신경은 완신경총 중 제일 큰 말초신경으로 상완골을 지나 전완에 이르며 상지의 주관절, 손목관절 및 중수지 관절의 신전근을 지배하므로 요골신경의 마비

는 위에 기술한 관절의 신진장애를 초래한다. 천요골 신경과 심요골신경으로 분지하기 전에 손상을 받으면 완수(wrist drop)가 나타나지만, 천요골신경이나 후골간 분지가 손상 받을 때에는 완수증상이 나타나지 않으며, 감각 공유영역인 무지와 인지 사이 피부의 배측에서 감각이 둔화 또는 소실된다. 요골신경의 압박 원인으로서는 절단, 충상, 좌상에 의한 개방성 손상과 견인 손상, 압박허혈 손상, 신경독 주입에 의한 손상, 교액성 손상에 의한 폐쇄성 손상이며 흔히 임상에서 볼 수 있는 것은 개방성 손상을 제외하고 압박이나 허혈성 손상에 의한 일시적인 신경마비이다^{11,26)}.

정중신경은 상완부에서 상완동맥과 가깝게 위치하고 있으며, 수장부에 접근하면서 수근관절의 손바닥 쪽에서 수지굴근건과 함께 수근관을 통과하는데, 굴건의 전방에 위치하여 횡수근인대의 바로 밑을 지나간다. 정상적으로 수근관절의 굴곡 시, 굴건이 손바닥 쪽으로 이동하여, 횡수근 인대에 대하여 정중신경을 압박하게 된다. 정중신경의 압박 원인으로서는 액와부 손상, 전완부 압박, 손목에서의 압박에 의한 폐쇄성 손상이며, 손목과 제1·2·3손가락으로 방사된 통증, 팔, 어깨, 목으로 통증이 나타난다. 감각증상은 운동증상에 선행하며, 병이 진행되면 엄지 두덩근육의 약화가 나타난다^{11,26)}.

척골신경은 상완에서 상완동맥 및 정중신경 등과 인접되어 상완골의 내측과 뒤쪽부위를 지나 전완으로 주행하며 수부에서는 망치골에 근접한 후 심부분지 및 표계분지로 나누어진다. 전완 굴곡에 대한 운동지배와 손바닥 내측부(소지구)의 골간근 및 내측 충양근의 운동지배를 한다. 척골신경마비가 되면 손가락 끝절은 굽혀지나 손가락의 내·외전이 불가능하여 독수리손(claw hand)이 되고 감각소실도 동반된다¹¹⁾.

근위축은 한의학적으로 筋骨痿軟의 痿證의 범주에 속한다. 근위축에 관한 기전은 肝主筋, 腎主骨, 肝藏血, 腎藏精하는데, 精血虧損하면 不能滋養百骸하는 까닭에 筋骨緩急의 병과 骨柔痿弱의 병은 모두 精血敗傷하기 때문이고, 또한 風邪가 肝經에 虛를 타고 들어가서 올 수 있다²⁷⁾. 또한 근육의 손상을 나타내는 傷筋은 나타나는 병증에 따라 筋強, 筋粗, 筋結, 筋痿, 筋斷, 筋轉, 筋歪, 筋走, 筋柔 등으로 분류할 수 있으며, 질병의 만성화에 따르는 四肢骨格筋의 위축은 筋痿에 해당된다고 볼 수 있고, 급성적인 국소성 경결 및 위축은 筋結, 筋痿, 筋柔의 의미가 포함된다고 볼 수 있다²⁵⁾. 골격근의 위축은 근의 기능적 활동의 감소를 유발하며, 이러한 변화로 인해 자세유지 능력에 문제

를 야기하게 되어 관절이 불안정 해지고, 이로 인해 관절의 외상 및 염좌 등과 같은 문제를 야기하게 된다²⁸⁾.

근육의 손상 정도에 따라 근육은 재생능력을 잃고 변성, 파괴가 진행되어 근마비 또는 근력저하, 위축현상 등이 나타나게 된다¹⁰⁾. 서양의학적으로는 대증치료 방식의 접근이 적용되고¹¹⁾, 한의학적으로는 실험실적으로 獨活寄生湯의 근위축 개선효과¹²⁾, 艾灸¹³⁾ 및 전침¹⁴⁾의 효과 연구와 임상적으로는 중추성 신경장애로 인한 근위축에 대한 八邪穴 자침의 효과¹⁵⁾가 보고되었다.

經筋에 대한 연구로 經筋과 筋肉의 비교⁴⁾, 經筋 이론에 대한 문헌적인 고찰¹⁶⁾, 임상활용을 위한 문헌적 고찰^{18,19)} 등의 이론적인 연구가 있었고, 임상적 연구로는 腰部²⁰⁾ 및 斜頸症²¹⁾에 대한 연구가 보고되었지만, 經筋刺法의 임상적 효용성에 대한 연구는 부족한 실정이다.

본 연구에서 시행한 經筋刺法의 형태는 근위축이 발생된 經筋에 대한 近位(위축된 국소부위), 遠位(위축조건을 보인 국소부위에 해당되는 經筋의 上下부위 經筋)의 硬直, 鬱滯, 壓痛 부위를 촉진하여 分刺하고 提插補瀉하였으며, 일반적으로 통용되는 經筋刺法에서는 留鍼을 하지 않는 單刺法이 시행되었지만²⁰⁾, 본 연구에서는 전침기(3Hz)를 이용하며 15분간 留鍼하였고, 본원에서 사용하는 丸劑를 투여하였다.

본 연구에서 上肢部 신경포착증후군으로 인한 근위축 환자는 총 5례로 남자가 4례, 여자가 1례로 남자가 여자보다 많았으며, 연령은 40대 3례, 50대 2례였다. 유발요인으로는 手指의 과도한 사용, 수면이후, 염좌 등이었으며, 수면상황에 있어서 일반 수면 이후, 팔베개 수면 이후, 스마트폰의 장시간 사용 중 수면한 상황이었다. 발병일부터 내원까지의 기간은 대부분 6일 이내였으나 증례 1의 경우에는 타 의료기관 보존 치료 3주 이후에 내원하였다.

임상증상으로는 合谷穴 부위 근육위축 소견이 2례, 魚際穴 부위 근육 위축이 2례, 後鷄穴 부위 근육 위축이 1례, 手三里穴 부위 근육 위축이 1례였고, 증례 3의 경우에는 合谷穴·魚際穴 부위 근육 위축이 동시에 발현되었다. 이는 주로 手陽明經筋 4례, 手太陰經筋 3례 및 手太陽經筋 1례로 상지부 경근 중 手陽明經筋, 手太陰經筋 및 手太陽經筋에서의 위축소견 환자로 국한되었다. 기타 호소 증상으로는 wrist drop 2례, 주관절 통증 2례, 완관절 통증 3례, 감각저하 2례로 나타났다.

치료 기간으로는, 기존에 신경포착으로 인한 근위축과 관련된 유사 논문이 없어 요골신경마비환자의 치료기간과 비교하였는데, 요골신경마비의 경우 주로 3-4주 정도 소요된다고 보고되었는데²⁹⁻³¹⁾, 본 증례에서는 3주간이 2례, 2주간 3례로 조금 짧은 치료기간이 소요되었으나, 완전 회복까지의 기간이 아닌 어느 정도 호전을 보인 이후 환자들이 내원하지 않은 상황이 발생되어 짧은 치료기간으로 파악된 것으로 사료된다. 치료회수는 4회에서 9회로 나타났다. 치료 성적은 5례 모두 excellent로 근육의 두께 및 근력이 효과적으로 호전되었으며, 기타 호소 증상 또한 호전되었다.

양방에서 보고된 上肢의 신경 포착에 대한 임상 보고로는 유리나 날카로운 물질에 의한 손상에 따른 수술적 정복에 관한 연구³²⁾, 결절종에 의한 상견갑 신경의 포착증후군을 천자 흡인하고 낭종 내 주사로 치유한 증례에 대한 보고³³⁾, 상위 척골신경 마비를 주관절 Arcade of Struthers의 분리하여 절개하는 수술적 치료에 대한 보고³⁴⁾ 및 수술적 방법으로 개선한 수근터널 증후군, 흉곽출구 증후군, 주관절 터널 증후군의 임상보고³⁵⁾ 등이 있으나 비수술적인 치료에 대해서는 소염제 계통의 약물 치료와 biofeedback이 시행되었다³⁵⁾는 정도의 서술이 있을 뿐 대부분 수술적인 치료에 대한 보고들이어서 본 연구와 비교 고찰 해 볼 수 없는 실정이었다.

상지부 신경포착증후군으로 인한 근위축에 대한 經筋刺法을 시행한 결과 기본적인 한의학 고유의 鍼刺手法으로도 유효한 효과를 나타낼 수 있었지만, 經筋刺法을 시행한 부위에 시행 후 1일 정도의 통증이 야기된다는 점이 문제점으로 인식되었는데, 만 1일 정도 경과 후 치료로 인한 통증이 감소됨에도 불구하고, 이에 대한 부담감을 대부분의 증례에서 호소하였다. 經筋刺法 및 한방 고유의 침의 우수성에도 불구하고 통증으로 인한 기피현상을 억제하기 위하여 刺入시 통증을 줄이고 효과는 높일 수 있는 기구의 개발, 자극방법의 개선 및 자극 후 대응방법 등에 대한 여러 가지 연구가 필요한 실정이다.

또한 한의학 고유의 經絡, 經筋과 해부학적인 근육 및 신경의 流注 등이 명확하게 구분되지 않는 부분과 각 의학이 지니고 있는 배경이론의 다름으로 인한 불명확성에 대한 보다 폭넓은 연구가 필요하며, 많은 증례를 통한 한의학의 임상적 효용의 체계적인 검증이 필요하리라 사료된다.

V. 결 론

2011년 6월부터 2011년 10월까지 5개월간 세명대학교 부속한방병원(제천, 충주) 침구과 외래에 내원한 상지부 신경포착증후군 환자 5례를 대상으로 經筋刺法을 시술하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 상지부 신경포착증후군 환자의 성별 및 연령 분포는 남자가 4례, 여자가 1례로 남자가 여자보다 많았으며, 연령은 40대 3례, 50대 2례였다
2. 상지부 신경포착증후군의 유발요인으로는 수지력의 과도한 사용, 수면이후, 염좌 등이었다.
3. 상지부 신경포착증후군으로 인해 근위축이 발생한 경근은 手陽明經筋 4례, 手太陰經筋 3례, 手太陽經筋 1례였고, 근육 위축이 나타난 경혈 부위로는 合谷穴 2례, 魚際穴 2례, 後鷄穴 1례, 手三里穴 1례였다.
4. 상지부 신경포착증후군 환자의 치료기간은 2-3주, 4-9회로 나타났다.
5. 치료성적은 5례 모두 excellent로 근육의 두께 및 근력이 효과적으로 호전되었으며, 기타 호소 증상 또한 호전되었다.

VI. 참고문헌

1. 대한침구학회 교재편찬위원회. 침구학(中) 서울 : 집문당. 2008 : 107-15.
2. 남경중의학원. 침구학. 상해 : 상해과학기술출판사. 1984 : 7-8.
3. 손국걸 주편. 침구학. 북경 : 인민위생출판사. 2000 : 24-6.
4. 한정우, 육태한. 경근과 근육과의 비교. 대한침구학회지. 1999 ; 16(1) : 87-106.
5. 주정화, 옥광희. 근골격계의 통증치료. 서울 : 군자출판사. 1996 : 9-19, 56-81.
6. 전국한의학대 침구학교실. 침구학 (상·하). 서울 : 집문당. 1991 : 45, 61, 65, 1107-8, 1335-8.
7. 임광세. 신경외과학. 서울 : 대한신경외과학회. 1989 : 52-3.
8. 김동희. 흰쥐에서 전기자극이 후지체공에 의한 근위축의 기계적 특성과 조직학적 변화에 미치는 영

- 향. 한국운동과학회지. 1993 ; 32(1) : 1-13.
9. 이명종, 김성수. 빈소산이 후지체공으로 유발된 흰 쥐의 근위축에 미치는 영향. 한방재활학회지. 1996 ; 6(1) : 1-47.
 10. 진철영 외. 내과학. 서울 : 금강출판사. 1988 : 444-55.
 11. 이광우. 임상신경학. 서울 : E Public. 2006 : 628-31.
 12. 이인선. 독활기생탕이 isoniazid로 유발된 흰쥐의 근 위축에 미치는 영향. 동의물리요법과학회지. 1994 ; 4(1) : 1-21.
 13. 황병태. 애구가 가토 혈청 전해질 농도 및 LDH, CPK 활성도에 미치는 영향. 동국대학교 석사학위 논문. 1993.
 14. 이재형, 이경로. 전기자침이 흰쥐 탈신경 근육의 위축에 미치는 영향. 대한물리치료학회지. 1990 ; 2(1) : 47-63.
 15. 김자영, 정선미, 박찬규, 민은경, 왕덕중. 중풍 편마 비 환자의 손 기능 회복에 대한 팔사혈(八邪穴) 자 침(刺鍼)의 임상적 효과. 대한침구학회지. 2008 ; 25(5) : 97-104.
 16. 황민섭, 윤중화. 경근이론에 대한 연구. 대한침구 학회지. 2005 ; 22(1) : 29-39.
 17. 이봉효, 이윤경, 이경민, 임성철, 정태영, 서정철, 양재하, 최성훈. 근막통증후군과 심이경근의 비교 고찰 및 육경이론에 따른 해석. 대한침구학회지. 2007 ; 24(5) : 33-41.
 18. 유태성, 고희균, 김창환. 경근이론(經筋理論)의 임상응용을 위한 문헌적 고찰 2 - 상지(上肢) 부 분 -. 대한침구학회지. 1991 ; 8(1) : 47-69.
 19. 김용석, 고동균, 김창환. 두항부의 근질환(筋疾患)에 경근이론(經筋理論) 활용을 위한 고찰(경근 Trigger point, Motor point). 대한침구학회지. 1992 ; 9(1) : 85-107.
 20. 강미숙, 변임정, 송호섭, 권순정, 김기현, 강미정, 이성노, 임정은, 황현서. 요부 경근의 급성 염좌에 경근자침 및 경근이완요법이 미치는 영향. 대한침 구학회지. 2001 ; 18(6) : 1-13.
 21. 허수영, 김소연, 김은하. 經筋理論에 근거한 한방 재활요법의 斜頸症 치료. 동서의학회지. 2000 ; 25(3) : 1-11.
 22. 이한구. 정형외과진단. 서울 : 일조각. 1991 : 95-7.
 23. 林鐘國. 鍼灸治療學. 서울 : 집문당. 1986 : 210-1.
 24. 박석우, 금동호. 경근의 재활의학 분야에서 활용을 위한 문헌적 고찰. 한방재활의학회지. 1999 ; 9(2) : 93-119.
 25. 신현대. 동의재활의학과학. 서울 : 서원당. 1995 : 149-281.
 26. 대한정형외과학회. 정형외과학. 제5판. 서울 : 최신 의학사. 1999 : 283-308.
 27. 전국한의과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 서울 : 서원당. 1999 : 451-8.
 28. Hickson RC, Davis JR. Partial prevention of glucocorticoid-induced muscle atrophy by endurance training. Am J Physiol. 1990 ; 241(3) : 226-32.
 29. 황욱, 김정신, 배기태, 남상수, 김용석. 침과 Neuromuscular Electrical Simulation으로 치료한 요 골신경마비에 대한 증례보고. 대한침구학회지. 2004 ; 21(6) : 249-57.
 30. 김은미, 박영수, 허윤경, 송형근, 최가원, 김정호, 김영일, 홍권의, 이현, 임윤경. 내경의 독취양명이 론(獨取陽明理論) 치료한 요골신경마비(橈骨神經 痲痺) 환자 7례에 대한 증례보고. 대한침구학회 지. 2005 ; 22(5) : 167-74.
 31. 이세연, 이경민, 정태영, 서정철, 한상원. 요골신경 마비 치험 1례. 대한침구학회지. 2003 ; 20(1) : 236-43.
 32. 손승원, 김상유. 상지말초신경 손상에 대한 임상적 고찰. 계명대대 논문집. 1985 ; 4(2) : 229-36.
 33. 이충길, 권진우, 박재흠, 이상훈, 권귀련, 이우세. 비수술적으로 치료한 결절종에 의한 상견갑 신경 의 포착 증후군-1례 보고-. 대한정형외과학회지 ; 32(3) : 731-4.
 34. 김풍택, 전인호, 민우기, 김진수. 주관절 Arcade of Struthers에 의한 상위 척골 신경 마비-2예 보고-. 대한정형외과학회지. 2005 ; 40(3) : 372-5.
 35. 정문상, 김희중, 빈성일, 여봉구, 김용민. 상지에서 의 신경압박 증후군. 대한정형외과학회지. 1990 ; 25(3) : 899-907.