척추신경추나의학회지 제9권 제1호(2014년 6월 30일)
The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine for Spine & Nerves 2014;9(1):67-75

섬유근통 환자의 추나요법 및 한의약치료 증례보고

이은지, 방성필, 조현정, 김기역, 김성태, 박재석, 최영민, 김민성, 황춘호, 강수우

청연한방병원

Received : 2014. 05. 13 Reviewed : 2014. 05. 14 Accepted : 2014. 05. 29

A Clinical Study on One Case of a Patient with Fibromyalgia by Chuna Therapy and Traditional Korean Medicine Treatment

Eun-Ji Lee, K.M.D., Sung-Pil Bang, K.M.D., Hyun-Jung Jo, K.M.D., Ki-Yuk Kim, K.M.D., Sung-Tae Kim, K.M.D., Jae-Suk Park, K.M.D., Young-Min Choi, K.M.D., Min-Sung Kim, K.M.D., Chun-Ho Hwang, K.M.D., Suo-Yue Chiang, K.M.D,

Chung-Yeon Korean Medical Hospital

Objectives : The purpose of this study is to report a clinical progress of treatment of fibromyalgia through Traditional Korean medicine treatment. A patient was diagnosed with fibromyalgia by clinical correlation on 2009 in Jeonnam university hospital, he had multi sited pain and severe muscle spasm.

Methods : Between 27th march 2014 and 15th April 2014, he was treated with acupuncture, cupping, electro-acupuncture and chuna therapy every day and observed by visual analogue scale and assessment about number of pain site and square of pain.

Results : After treated by using above treatment, VAS and assessment about number of pain site and square of pain were improved.

Conclusions : Chuna therapy and other Traditional Korean medicine treatment are estimated to be good for fibromyalgia. But more cases are required to prove the effectiveness of chuna therapy on fibromyalgia.

Key word : Fibromyalgia, Chuna therapy, Traditional Korean medicine treatment

Ⅰ. 서 론

섬유근통증후군은 대칭적으로 발현되는 근골격계의 만성 통증 및 피로감을 주소로 하는 류마티스성 질환으로 40~50대 여성에서 발생빈도가 높은 것으로 알려져 있다[1,2].

섬유근통이 발생되는 원인으로는 연부조직의 섬유성 복합체의 구조적 손상에 의한 통증, 지속적인 근육긴장, 중추신경계의 신경통로의 통증변조 장애, 우울증 등 다양한 가설이 제안되고 있으나 명확히 밝혀진 바 없다[3]. 다만 최근 전신적 반응양상과 관련되어 자율신경계통에서의 체내외적 환경 변화에 대한 적

■ 교신저자 : 강수우. 광주시 서구 치평로 67, 5층 청연한방병원
Tel : (062) 371-1075 E-mail : sjuomd@hanmail.net

응력 저하와 그와 관련된 교감신경의 과항진 상태가 근골격계 및 신경계에 대한 혈류 장애를 유발하여 피로감, 여러 부위의 만성적인 통증 및 이상감각이 나타나는 것[4-6]으로도 보고되어 기존의 대증적 치료방법 이외에 신경계통에 대한 접근방법이 시도되고 있다.

현재 일반적인 치료법으로 소염진통제 및 항우울제 등의 약물요법과 운동 및 국소요법, 최면요법, 스트레스 조절과 이완반응 훈련 등의 비약물 요법이 있으나 효과는 만족스럽지 못하여[7,8] 섬유근통증후군 환자들 대부분은 복합치료나 보완대체의학치료로 증상을 경감시키는 치료를 선호하며[9], 섬유근통증후군 환자 중 약 90%가 한 번 이상 보완대체의학치료를 받은 경험이 있는 것으로 알려져 있다[10,11].

한의약적으로는 임상적 증후에 따라 전신의 근육과 관절의 통증을 주소로 한다는 점에서 風寒濕과 관련된 痺證이나 증상 및 병정이 매우 다양하다는 점에서 痰飮證[12]의 범주에서 접근이 가능하며, 자율신경계 조절을 통해 전신반응을 유도하는 방법으로 추나요법의 적용이 가능하다. 기존 연구에서 한의약 복합치료[13,14] 및 추나요법과 침치료[15]가 증상의 호전을 보인다고 보고된 바 있으나 섬유근통과 관련된 연구 보고는 여전히 부족한 실정이다.

이에 본 연구는 섬유근육통 증후군으로 진단받고 본원에서 입원치료 중 추나요법 및 한의약치료를 통해 증상의 호전이 관찰되어 증례 보고하고자 한다.

Ⅱ. 증례 요약 및 치료

1. 증례 요약

본 증례는 31세 보통체격의 남성 환자로 2009년경 다발성 만성통증으로 00대학병원에서 섬유근통증후군으로 진단받고 항우울제(심발타 1#1 Qd PO) 치료받았으나 뚜렷한 호전이 없는 상태로 경과관찰 하던 중 양측 팔, 대퇴부 전면, 요추부, 견갑골 주변부, 후두부(두통), 척추 주변부의 지속적인 통증, 불면, 우울감 및 만성적인 피로감 증상 심화되어 적극적 한방치료 위해 2014년03월27일부터 2014년04월15일까지 본원에 입원하여 추나요법 및 한의약치료(한약, 침 등) 후 증상 경감된 상태로 퇴원한 환자임.

2. 검사소견

1) 생체징후

Blood Pressure 160/120 mmHg, Pulse 105/min, Respiration 20/min, Body Temperature 36.6 ˚C

2) 이학적 검사 및 압통점 평가

ACR(American College Rheumatology)[16] 진단기준(Table Ⅰ)(Fig. 1)에 따른 압통점 평가상 13~4개소의 (상완, 하완, 후두부, 견갑골 내측부, 요부, 골반부, 대퇴부 전면부) 압통점이 확인되었으며, 경추부(ROM, Compression test, Distraction test, Spurling test), 요추부(ROM, SLR test, Laseque test), 어깨관절부(ROM, Mouth wrap test) 이학적 평가상 특이소견은 관찰되지 않았다.

3) 방사선 검사(2014-03-28)

경추부, 요추부, 어깨관절부에 대한 단순 방사선 검사상 특이소견이 관찰되지 않았다.

4) 이화학적 검사(2014-03-28)

일반 화학검사 및 혈액검사에서 특이소견이 보이지 않았고, CRP(C-reactive protein)도 정상이었다. 간 질환 및 갑상선 질환 또한 혈액검사 소견상 특이소견을 관찰할 수 없었다(Table Ⅱ).

Table Ⅰ. Criteria for The Classification of Fibromyalgia (The American College of Rheumatology 1990)[16]

Criteria for The Classification of Fibromyalgia
1. History of widespread pain has been present for at least three months
Definition : Pain is considered widespread when all of the following are present:
1) Pain : in both sides of the body
2) Pain : above and below the waist In addition, axial skeletal pain (cervical spine, anterior chest, thoracic spine or low back pain) must be present. Low back pain is considered lower segment pain.
2. Pain in 11 of 18 tender point sites on digital palpation
Definition : Pain, on digital palpation, must be present in at least 11 of the following 18 tender point sites:
1) Occiput - at the suboccipital muscle insertions.
2) Low cervical - at the anterior aspects of the intertransverse spaces at C5-C7.
3) Trapezius - at the midpoint of the upper border.
4) Supraspinatus - at origins, above the scapula spine near the medial border.
5) Second rib - upper lateral to the second costochondral junction.
6) Lateral epicondyle - 2 cm distal to the epicondyles.
7) Gluteal - in upper outer quadrants of buttocks in anterior fold of muscle.
8) Greater trochanter - posterior to the trochanteric prominence.
9) Knee - at the medial fat pad proximal to the joint line.
Digital palpation should be performed with an approximate force of 4 kg. A tender point has to be painful at palpation, not just "tender."

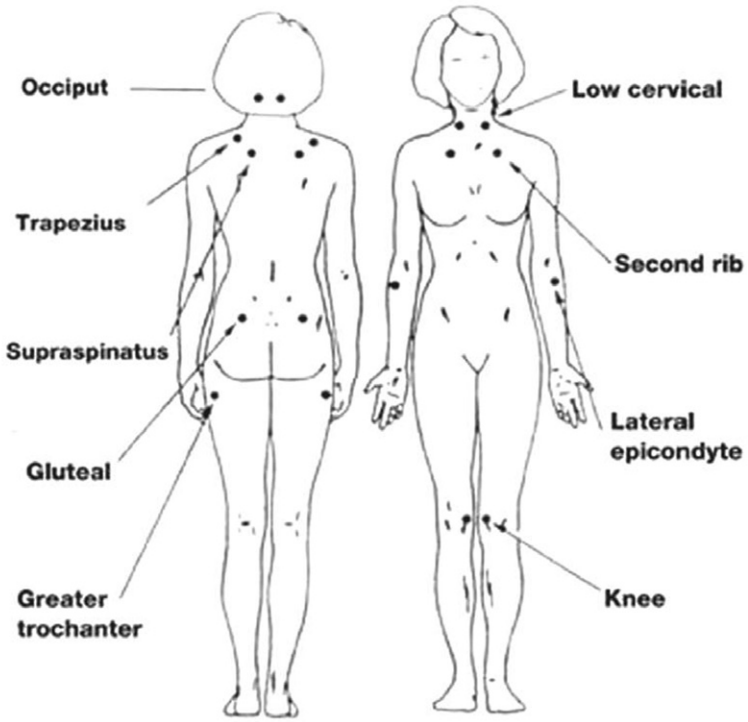

Fig. 1. The 18 tender-point sites of the 1990 ACR criteria for the calssification of fibromyalgia.

Table Ⅱ. Results of Laboratory

Category	Sub-category	Reference	Results
Hematology	WBC	4.0～10.0	6.0
	RBC	4.63～6.08	4.76
	Hb	13.7～17.5	13.8
	Hct	40.1～51	42.2
	Platelet	163～337	218
	ESR	0～10	1.0
Seology	CRP	0～5.0	0.3
Chemistry	Preotein, Total	6.0～8.3	7.2
	Albumin	3.3～5.2	4.1
	Glucose	70～120	141(pp1)
	Cholestrol Total	136～220	186
	SGOT	5～40	19.0
	SGPT		18.0
	BUN	8～20	13.5
	Creatinine	0.6～1.3	0.9
	ALP	105～357	174.0
TSH		0.27～4.20	0.98

3. 치료 방법 및 평가

1) 추나요법의 종류와 시술 방법

① 근막이완술(Myofascial Release Technique; MRT)

양손을 교차시켜 서로 멀어지는 방향으로 척주기립근의 대단위 신장을 수행하며, 신장을 유지한 채 근육이 충분히 이완될 때까지 기다렸다가 다시 신장하였다[17]. 1수기당 1분 이내로 수행하였으며, 척주기립근을 따라가며 4-5수기를 시행하였다(Fig. 2).

② 추나요법[18]

자율신경계 분포 분지를 따라 신경자극 펄스를 주기 위해 복와위 흉추 양손 교정법, 복와위 양손 요추 교정법, 복와위 요추신연법(하부경추 및 흉추부까지 확장)을 10분 동안 시행하였다. 복와위 흉추 양손 교정법과 복와위 요추 양손 교정법은 전체 척추를 따라 강하지 않은 압력으로 분절당 1-2회씩 시행하였으며, 신연법은 6~7분에 걸쳐 시행하였다.

2) 한의약 치료

痺證의 범주에서 한약치료를 시행하였으며, 근육긴장 완화 및 진통의 목적으로 침, 부항, 침전기자극술, 경근저주파요법을 입원치료기간중 2회/주 시행하였다.

① 침

멸균된 stainless steel 호침(0.25x30㎜, 동방침구사, 한국)을 사용하여 배부 방광경의 배수혈 및 통처 주변의 경혈을 선택하였으며, 혈위당 10~20mm의 심도로 15분간 유침하였다.

② 침전기자극술

침전기자극술은 통증 개선을 위해 사용하였으며,

Fig. 2. MRT for trunk muscle.

Fig. 3. Manual therapy.

저주파 자극기(GP-304, GOODPL INC. Korea, 전압 9V, 전류 300mA)를 사용하여 유침시간 동안 양극식으로 10Hz 주파수의 전기 자극을 해당 경근에 자극할 수 있도록 하였다.

③ 부항요법

부항요법은 멸균 소독된 부항컵(4호, 대건부항, 한국)을 사용하여 방광경락 유주선상에 건부항으로 10분간 시행하였다.

④ 한방물리요법

한방물리요법은 경근저주파 치료기를 사용하여, 통증이 발현된 부위를 중심으로 도자를 교차 배치하여 10분간 시행하였다.

3) 평가 척도

① 시각적 상사척도(visual analogue pain scale, VAS)[19]

통증 척도인 VAS를 상지부, 체간부, 하지부, 피로감으로 세분하여, 가장 불편감 및 통증이 심한 상태를 10, 전혀 불편감이 없는 상태를 0으로 하여 피시술자가 자신의 상태를 표시하도록 하였다.

② 통증 부위 및 면적 평가

섬유근통은 신체의 여러 부위에 발생하는 통증으로 부위별 통증의 강도 이외에 통증 부위와 면적에 대한 평가를 통해 증상의 호전을 관찰도록 하였다. 이를 위해 인체 그림에 환자가 직접 통증 면적과 부위를 표시도록 하였으며, 입원시와 퇴원시 그림을 상

호 비교하였다.

Ⅲ. 본 론

본 증례 환자는 2014년3월27일 초진 당시 양측 팔, 대퇴부 전면, 요추부, 견갑골 주변부, 후두부(두통), 척추 주변부의 지속적인 통증을 호소하였으며, 상지부 VAS 8.1, 체간부 VAS 7.5, 하지부 VAS 6.5로 평가되었다. 2014년4월3일부터 증상이 안정화되며 통증이 호전되어 2014년4월9일 상지부 VAS 4.5, 체간부 VAS 5, 하지부 VAS 3로 평가되었으며, 피로감 역시 전반적으로 감소되었다. 2014년4월11일 우천 등 기후변화에 따라 전체적인 통증 및 피로감이 증강되었으며, 야간 통증을 호소하여 양방 협진을 통해 진통제(Diclophenac 1A IM)를 4월11일,12일 2차례 투약하였으며, 2014년4월15일 퇴원시 상지부 VAS 3, 체간부 VAS 4, 하지부 VAS 2로 통증이 호전되었으며, 통증 부위 및 면적에 대한 평가는 하지부는 통증 면적이 현격하게 감소된 상태였다(Fig. 4, 5).

Ⅳ. 고 찰

섬유근통증후군은 과거에 결합조직염 또는 섬유조직염 등으로 불리던 질환으로 전신적 근육통과 피로감을 특징으로 하는 흔한 비염증성, 비관절성 근골격 질환이다. 이는 관절은 침범되지 않으며, 원인은 모르나, 강직과 수면장애가 흔하고 40~60세 사이의 여성에 잘 발병한다[1-3]. 섬유근통의 가장 주요한 증상은 전신적이고 만성적으로 나타나는 근골격계의 쑤시는 통증이다. 통증은 목이나 어깨 등 한 곳에서 시작되나 점차 그 부위가 넓어져서 전신적이 된다. 전신의 통증이 되면 환자는 명확한 통증의 부위를 표현하기 어렵게 된다. 통증의 양상은 쑤심뿐만 아니라 강직, 부종, 압통 등이 같이 나타나기도 하며, 기상시에 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 증상이 나타나기도 한다[1-3,16].

혈액검사, X선 검사, 특수면역검사에서도 어떠한

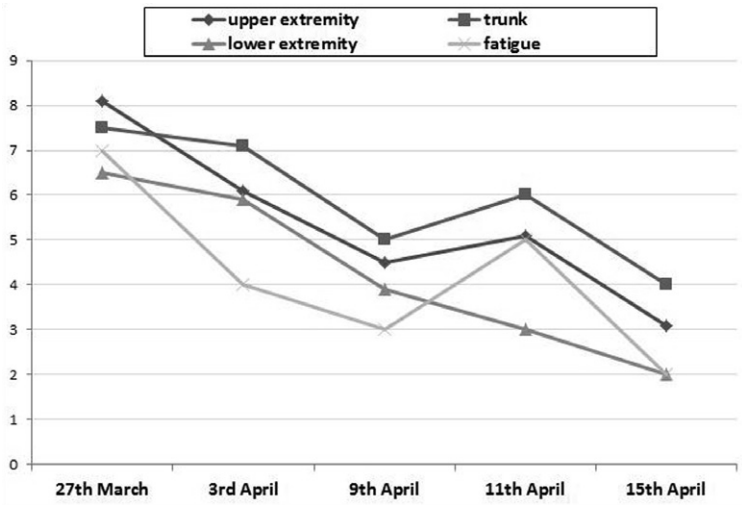

Fig. 4. Change of VAS score.

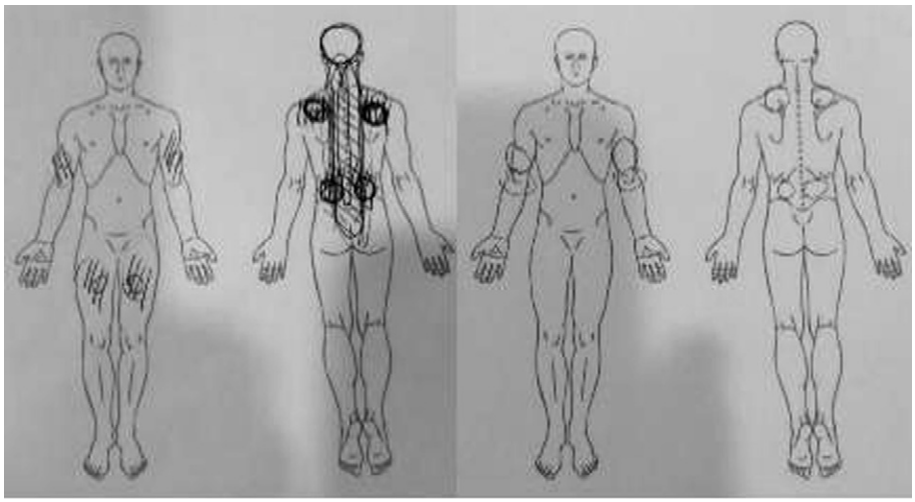

Fig. 5. Change of pain site number and square.(Left : 2014/3/27, Right : 2014/4/15)

소견이 나타나지 않고 의사의 문진과 진찰에 의해 진단이 내려진다. 섬유근통은 1990년에 미국 류마티스학회(American College of Rheumatology, ACR)에서 제안한 분류기준[16]에 의해서 진단한다. 이 기준에 따르면 3개월 이상 지속되는 광범위한 근골격계의 통증으로 18개의 특정부위 중 11군데 이상의 압통점을 가지고 있는 경우 섬유근통증후군으로 진단하게 된다(Table Ⅰ.)(Fig. 1)

섬유근통의 병인과 생리, 병리는 아직 밝혀지지 않고 있으며 최근에는 중추신경계에서는 부정확한 감각처리, 근골격계의 침해수용기에 대한 기능장애, 시상하부-뇌하수체-부신축의 이상에 의한 것이라는 가설아래 연구가 이루어지고 있으나 명확히 밝혀진 바가 없다[20,21].

본 증례에서 시행한 치료 중 추나요법은 시술자의 손과 지체의 다른 부분을 사용하거나 보조기기 등을 이용하여 인체의 특정부위(체표의 경혈, 근막의 압통점, 척추 및 전신의 관절 등)를 조작하여 인체의 생리, 병리적 상황을 조절함으로써 치료효과를 거두는 치료방법[18]으로 자율신경계의 부조에 대한 추나요법은 아직 규정되지 않은 상태이나 척추 여러 분절에 대해 일정한 압력과 횟수의 교정력(thrust)을 발휘함으로써 부드럽고 지속적인 신경자극을 유발시켜 자율신경계의 부조를 치료한다는 가설을 수립하였으며, 이와 관련된 수법 중 복와위 흉추 양손 교정법, 복와위 양손 요추 교정법, 복와위 요추신연법(하부경추 및 흉추부까지 확장)을 적용하였다. 근막이완술은 인체의 동통을 유발시키는 긴장된 조직의 최대 이완을 촉진시키기 위한 환자의 자세와 힘의 방향을 설정시키는 고도의 신장법으로[17], 근막이완술을 통한 근막구축에 가해진 힘은 열과 영향을 받는 부위로 가는 혈류량을 증가 시키는 혈관운동성반응을 유도하고, 유독한 대사 폐기물의 림프적 배출을 증진시키며, 근막 평면을 재배열하고, 연부조직의 고유 수용성 감각기전을 바꾸어 놓는다. 이 작용은 중추신경계를 다시 프로그램하여 과거의 동통 패턴의 유도됨 없이 정상적인 운동범위로 가능하게 만든다[22]. 근막이완술은 근골격계 병변의 통증 조절과 치유에 널리 이용되고 있으며, 적용시 해당병변 근육을 최대한 이완시킴으로써 일련의 치료효과를 더욱 극대화 시킬 수 있다고 하였기 때문에[23], 신경계 증상과 관련된 전신 근육통을 가지고 있는 섬유근통증후군에 있어서 환부에 대한 직접 효과와 신경계에 대한 간접 효과를 기대할 수 있는 치료법으로 사료된다.

본 연구에서는 방광경에 대한 치료 경혈을 선택하였는데, 섬유근통증후군과 관련 침치료에 대한 표준

화된 의견은 없는 실정이다. 다만, 최근 침의 작용기전에 대한 연구가 침자극이 자율신경계를 직접 조절한다는 가설과 경혈과 자율신경계의 해부학적 유사성 이외에 침자극이 체성교감신경반사 및 혈관외액을 조절한다는 가설에 입각한 침자극-자율신경계 조절로 접근하는 경향[24]이 있으며, 침치료 성과에 대한 우호적 연구결과[25]를 참조하여 방광경에 대한 침치료 경혈을 선택하였다. 침전기 자극술은 동물실험과 임상시험을 통해 침자극의 진통 효과를 증대시키는 것[26]으로 알려져 있는데, 본 증례의 섬유근통의 경우 비특이적 근막계의 긴장이 만성적인 통증의 원인이어서 침시술과 더불어 침전기자극술을 병행하였다.

섬유근통증후군에 대해서는 임상적 증후상 痺證과 유사한 부분이 있으나 痺證에 관련된 상용처방을 쓰기에는 선행 연구가 미흡하여 근막의 긴장으로 인한 부종과 염증을 완화시키는 목적에서 오령산 계열의 약재를 기본으로한 청풍탕을 선택하게 되었다.

본 증례는 섬유근통증후군에 대한 대증적 치료법 이외에 뚜렷한 치료법이 없는 상태에서 추나요법 및 한의약적 치료를 통한 긍정적 효과가 나타난 것으로 의미가 있으나 단례이며, 자율신경계에 대한 추나요법 자극이 가져오는 영향에 대한 기전연구가 뒷받침되지 못한 한계가 있어 섬유근통증후군에 추나요법이나 한의약적 치료가 유효하다는 결론을 내리기에는 어려움이 있다. 하지만 임상적으로 한방과 양방 모두 섬유근통증후군 환자에 대한 뚜렷한 치료방법이 제시되고 있지 못하는 실정에서 증상 완화를 유도할 수 있는 대안으로서의 의미가 있어 향후 체계적이고 광범위한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

Ⅴ. 결 론

섬유근통증후군으로 진단받은 환자 1례에 대해 2014년 03월 27일부터 2014년 04월 15일까지 추나요법 및 한의약 치료 후 통증의 강도, 면적, 부위의 수의 경감이 관찰되어 이에 본 증례를 보고하는 바이다.

Ⅵ. 참고문헌

1. Crofford LJ, Appleton BE. Complementary and alternative therapies for fibromyalgia. Current Rheumatology Reports. 2001;3(2):147-56.
2. Ge HY, Wang Y, Danneskiold-Samsoe B, Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L. The predetermined sites of examination for tender points in fibromyalgia syndrome are frequently associated with myofascial trigger points. J Pain. 2010;11:644-51.
3. Rene cailler MD. 연부조직 통증 및 장애의 기전과 치료. 개정3판. 영문출판사. 2001:64-71.
4. Pagani M, Lucini D, Mela GS, Langewitz W, Malliani A. Sympathetic overactivity in subjects complaining of unexplained fatigue. Clin Sci. 1994;87(6):655-61.
5. Sloan RP, Korten JB, Myers MM. Components of heart rate activity during mental arithmetic with and without speaking. Physiol Behav. 1991;50(5):1039-45.
6. Roberts JT. The effect of occlusive arterial diseases of extremities on the blood supply of nerves : experimental and clinical studies on the role of the vasa nervorum. Am Heart J. 1948;35:369.
7. Park W. Fibromyalgia. Korean J Medicine. 1998;55(4):812-25.
8. Kim MC, Kim JS. The literature revier of fibromyalgia syndrome. The Journal of Korean society of Physical Therapy. 2004;26(4):23-37.
9. Terry R, Perry R, Ernst E. An overview

of systematic reviews of complementary and alternative medicine for fibromyalgia. Clin Rheumatol. 2012;31:55-66.
10. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. Ann Behav Med. 1999; 21:180-91.
11. Ernst E. Complementary treatments in rheumatic diseases. Rheum Dis Clin North Am. 2008;34:455-67.
12. 허준, 동의보감. 경남:동의보감출판사. 2005: 198-225,1019-25.
13. 이유환, 김정희, 이창환, 김철홍, 윤현민. 복합 한방치료로 호전된 섬유근통증후군 환자에 대한 증례보고. 대한약침학회지. 2011;14(1):97-104.
14. 김우영, 박준성, 백승태, 이승덕. 섬유근통증후군 치험 1례에 관한 임상적 고찰. 한방척추관절학회지. 2004;01(1):13-8.
15. 이창훈, 이명종. 추나와 침술 치료로 호전된 섬유근통증후군 증례 2례. 척추신경추나의학회지. 2006;1(1):91-103.
16. Wolf F et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheuma. 1990;33:160-72.
17. Caro ManHeim. 도해 근막이완술(The Myofascial Release Maual, 3rd Ed). 서울: 영문출판사. 2006:2-5,190-1.
18. 척추신경추나의학회. 정형추나의학. 서울:척추신경추나의학회. 2012:24,205,231,239,253-4.
19. Anna Maria Carlsson. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. J Pain. 1983;16(1):87-101.
20. Staud R. Fibromyalgia pain;do we know the source? Curr Opin Rheumatol. 2004;16:157-63.
21. Mclean SA et al. Momentary relationship between cortisol secretion and Symtoms in patients with fibromyalgia. Arthritis Uheum. 2005;52:3660-9.
22. Gelman D, Hanger M. Body and soul. News Week. 1988:7,88-97.
23. John RJ, Wright V. Relative importance of various tissues in joint stiffness. J Physiology. 1962;17:824-8.
24. Moffet, H.H. How might acupunture work? A symtematic review of physiologic rationales from clinical trials. BMC Complement Altern Med. 2006;6:25.
25. 이소영, 이윤호. 섬유근통 증후군에 대한 침치료의 연구동향. 한방척추관절학회지. 2007; 04(1):27-35.
26. Han JS. Acupuncture and endophins. Neuroscience Letters. 2004;361:258-61.