

주관절 외측상과염 환자에 대한 八虛 이론에 근거한 복합침구치료 치험 2례

신대철, 이지인, 강미숙, 송호섭*

가천대학교 한의과대학 침구의학교실



[Abstract]

Effect of Eight Vacuity Theory Adopted Complex Acupuncture Therapy on Patients with External Epicondylitis

Dae Chul Sin, Ji In Lee, Mi Suk Kang and Ho Sueb Song*

Department of Acupuncture & Moxibustion Medicine, College of Korean Medicine, Gachon University

Objectives : The objective of this study was to report two cases that patients with external epicondylitis were improved by based on 'eight vacuity' theory bloodletting therapy, acupuncture therapy and bee venom pharmacopuncture.

Methods : In this study, patients were treated with bloodletting therapy, then acupuncture therapy and bee venom pharmacopuncture to *Ashi* point on eight vacuity of elbow in the patients without retention of needles. Subsequently, electroacupuncture and *Dong-qi* acupuncture treatment were implemented in order to strengthen the effect of acupuncture. In terms of evaluation methods, visual analog scale(VAS) score, range of motion(ROM), grip strength and physical examination were used to assess external epicondylitis-related symptoms.

Results : VAS score decreased, ROM and grip strength were increased and physical examination was improved in all cases.

Conclusions : It was suggested that the symptoms of intractable external epicondylitis could be improved by eight vacuity theory adopted bloodletting therapy, acupuncture therapy and bee venom pharmacopuncture.

Key words :

External epicondylitis;
Tennis elbow;
Eight vacuity;
Bloodletting therapy;
Bee-venom
pharmacopuncture

Received : 2015. 05. 12.

Revised : 2015. 05. 28.

Accepted : 2015. 06. 01.

On-line : 2015. 06. 20.

* Corresponding author : Department of Acupuncture & Moxibustion Medicine, Gil Korean Medicine Hospital of Gachon University, 12, Dokjeom-ro 29beon-gil, Namdong-gu, Incheon, 405-835, Republic of Korea

Tel : +82-70-7120-5012 E-mail : hssong70@gachon.ac.kr

I. 서 론

주관절 외측 상과염(external epicondylitis)은 주관절 수근신근군에 걸리는 부하패턴의 갑작스러운 변화로 인한 긴 병증이다. 수건을 짜거나 물건을 드는 동작 등 소위 외측 상과에서 기시되는 손가락이나 주관절의 신근이 긴장되는 동작, 반복 작업 등으로 주관절 외측 상과의 압통, 저항운동 시 통증이 유발된다¹⁾. 이 질환은 전완 상부와 팔꿈치 통증을 흔한 원인이며, 30~60세 사이에 가장 흔하고, 이중에서도 40대의 발병률이 가장 높다²⁾. 또 원인 및 병리에 대해서는 명확히 밝혀지지 않았지만, 반복적인 물리적 부하와 비정상적인 미세혈관 반응의 조합으로 주관절 외측 상과염이 유발되며 이러한 이유로 주관절 외측 상과염은 퇴행성 변화라는 주장이 있다³⁾.

치료 방법으로는 전기적인 신경 자극, 고정술, 다양한 스트레칭이나 근력강화 운동법, 스테로이드 주사, 수술요법 등 다양한 치료방법들이 소개되었지만 어느 것도 일정하고 예측 가능한 결과를 보여주지 못하였으며, 가장 좋은 치료방법 또한 정립되어 있지 않은 상태이다⁴⁾.

주관절 외측 상과염의 한의학적 치료에 대한 논문 검색 결과 대체적으로 침구치료와 약침치료를 같이 시행하였으며, 주된 치료점으로는 曲池(LI₁₁)·手三里(LI₁₀) 및 주위 압통점을 사용하여 유의한 치료 효과가 있다는 증례보고가 주임을 확인할 수 있었다⁵⁻¹⁰⁾. 또 수근신근기시부를 치료점으로 하여 심부가열침술¹¹⁾과 화침(火鍼)¹²⁾을 이용한 증례도 보고되고 있다. 그러나 주관절 외측 상과염에 대한 치료 방법으로 자락요법을 사용한 보고는 없으며, 주 치료점으로 尺澤(LU₅) ~ 少海(HT₃) 사이인 肘窩에서 孫絡과 浮絡을 사용한 보고 역시 없는 상황이다.

八虛는 臟腑의 상태를 살필 수 있는 부위이다. 이는 臟腑에 邪氣가 존재하면 그 상태가 반영되어 經筋의 이상으로 나타나기 때문이다. 여기서 經筋은 체표에서 外邪로부터 臟腑를 보호하는 기능을 하기 때문에¹³⁾, 經筋에 邪氣가 침습하여 기능 이상이 생기면 그 邪氣가 체표에서부터 臟腑로 深入하게 됨을 유추해 볼 수 있었다. 이에 본 연구에서는 환자들이 호소한 주관절의 경근상 문제를 八虛의 개념으로 접근했다. 또한 이에 대한 치료법으로 經筋 상의 문제를 해결하는데 가장 강한 방법일 뿐만 아니라, 오래된 통증, 완고한 통증 치료에 사용할 수 있는 자락요법^{1,13)}을 주된 치료법으로 사용하였다.

주관절 외측 상과염으로 진단 받은 환자들의 주소증을 八虛 개념을 근거로 파악하여 치료점을 설정하고, 치료법으로는 자락요법을 포함한 침구치료를 시행하여 유의한

결과를 얻었기에 그 결과를 보고하는 바이다.

II. 본 론

1. 연구 대상

로컬 정형외과와 통증클리닉에서 외측 상과염을 진단 받고 medication 복용과 더불어 steroid injection 및 물리치료를 받았으나 호전되지 않아 2014년 4월 1일부터 2015년 4월 30일 사이 가천대학교 부속한방병원 침구의학과에 내원하여 치료받은 외래환자 2명을 대상으로 하였다. 환자 2명 모두 주관절 외측부 통증과 기능장애를 주증상으로 호소하였다.

2. 치료 방법

1) 자락요법 및 봉약침요법

Lancets은 동아메디칼의 ENER-LETII 28 G를 사용하여 환측 尺澤(LU₅) ~ 少海(HT₃) 사이 肘窩에서 孫絡과 浮絡을 찾아 치료 시마다 點刺 출혈하였다.

그 후 봉약침(봉봉탕전실에서 3,000 : 1의 희석 비율로 제조한 것)을 1 ml 용량의 1회용 인슐린 syringe(30 G × 12.7 mm, 성심메디칼, 한국)로 환측 尺澤(LU₅) ~ 少海(HT₃) 사이 肘窩에서 압통점을 찾아 치료 시마다 주입하였다. 치료 point의 개수는 1회당 2~3개로, 깊이는 4~5 mm, 1 point당 봉약침 사용 용량은 0.01 cc씩 사용하였다. 초진 진료 시 skin test를 시행하여 부작용 여부를 확인한 뒤 치료를 진행하였으며, 매 치료 시마다 부작용 여부는 면밀히 관찰하였다.

2) 침치료

침은 동방침구제작소의 1회용 stainless steel 호침(0.25 × 30 mm)을 활용하였다. 유침 시간은 20분을 기본으로 하였고, 치료 개수는 1회당 6~7개를 사용하였다. 환측 尺澤(LU₅)·少海(HT₃)·壓通點에 直刺한 후 경피적외선조사요법(Infra Red, I-R) 및 전침치료를 병행하였다. 발침 후 건측 尺澤(LU₅)·少海(HT₃)에 直刺하고 환측 주관절을 능동굴곡·신전 운동시키는 동기침법을 5분간 시행하였다.

사용 혈위 및 시술 방식에 대한 세부 사항은 STandards for Reporting Intervention in Controlled Trials of

Acupuncture(STRICTA)¹⁾ 양식에 맞추어 정리하였다(Table1).

다. 환자의 경험에 근거하여 가장 극심한 통증을 10, 통증이 없는 상태를 0으로 하여 시술 시마다 0~10 사이의 통증 정도를 정하게 하였다.

3. 평가 방법

1) 시각적 상사척도

환자의 주소증인 주관절외측부와 전완외측부 통증 정도를 객관적으로 파악하기 위해 시각적 상사 척도(visual analogue scale, VAS)를 활용하였다. VAS는 환자가 경험하고 생각하는 통증의 강도를 숫자로 지정하는 방법이

2) 악력검사

손의 악력은 육안으로 근력을 측정할 수 있는 악력계 6103(205 × 146 × 43 mm, TANITA, 일본)으로 측정하였다. 측정 시간은 치료 전 일정한 시간에 실시하였고, 악력계의 측정은 최대한의 근력과 객관성을 높이기 위하여 환자를 팔걸이가 있는 의자에 앉혀 전완을 팔걸이에 놓은

Table 1. Detail of Acupuncture Technique Based on STRICTA¹⁾

1. Acupuncture rationale	
1a) Style of acupuncture	Traditional Korean medicine
1b) Reasoning for treatment provided	Based on historical context and anatomical information
2. Details of needling	
2a) Number of needle insertions per subject per session	6~7
2b-1) Names of points used	LU ₅ , HT ₃ etc
2b-2) Uni/bilateral	Bilateral
2c) Depth of insertion	About 1.5~2.0 cm
2d) Response sought	<i>De-qi</i> sensation
2e) Needle stimulation	Electroacupuncture <i>Dong-qi</i> Acupuncture
2f) Needle retention time	20~25 minutes
2g) Needle type	0.25 × 30 mm, Dong-bang stainless steel disposable acupuncture needle
3. Treatment regimen	
3a) Number of treatment sessions	Case 1 : 10 times Case 2 : 21 times
3b) Frequency and duration of treatment sessions	2 ~ 3 times a week
4. Other components of treatment	
4a) Details of other interventions administered to the acupuncture group	Don't exercise using elbow and wrist, bee venom pharmacopuncture, bloodletting therapy
4b) Setting and context of treatment, including instructions to practitioners, and information and explanations to patients	None
5. Practitioner background	
5) Description of participating acupuncturists	Specialist of acupuncture and moxibustion medicine with more than 2 years of experience
6. Control or comparator	
Interventions	No control intervention

상태에서 측정하였다.

3) 이학적 검사

(1) Cozen's test

환자를 의자에 앉히고 전완을 고정한 채 주먹을 쥐고 손목을 뒤로 젖히게 한다. 의사는 손목을 굴곡시키는 방향으로 압박을 하면서 환자로 하여금 이 힘에 저항하도록 손목을 신전하게 한다. 외측 상과와 주위에 통증이 생기면 주관절 외측 상과염의 양성반응일 가능성이 높다.

(2) Mill's test

환자를 의자에 앉히고 팔을 회내시킨 채 손목을 굽히게 한다. 의사는 회내 장굴방향으로 힘을 주면서 환자로 하여금 이 힘에 저항하는 방향으로 손목을 회외시킨다. 외측 상과와 주위에 통증이 생기면 주관절 외측 상과염의 양성 반응일 가능성이 많다.

4) 주관절 range of motion(ROM)

주관절의 굴곡·신전, 회내·외 정상 ROM과 비교하여 제한이 있으면 기록하였고, ROM 검사 시 통증이 동반되면 (+)를 표기하였다.

- 2014년 9월부터 Cough로 p.o.med 중

(6) 현병력

위 환자는 2015년 1월 로컬병원 통증의학과에서 우측 회전근개 손상과 우측 외측 상과염으로 진단받고 외래에서 10주 정도 치료를 받았다. 회전근개 손상으로 인한 어깨 통증은 호전이 있었지만, 우측 팔꿈치 통증 및 전완 외측부 통증은 호전이 없어 2015년 3월10일 본원 침구학과로 내원하였다.

(7) 가족력

None

(8) 사회력

- Drinking : 소주 2 bottle / 회 × 2회 / week × 40 years
- Smoking : 0,5 pack / day × 40 years
- Job : 사장

(9) 치료 기간

2015. 3. 10 ~ 4. 10(총 10회 외래치료)

(10) 치료 경과

초진 내원 시 우측 손목관절 신전과 주관절 굴곡·신전 시 주관절 외측 부위에 콧콕 찌시는 양상의 통증 정도를 VAS 7로 호소하였고, 주관절부터 전완 외측 부위를 따라서 손목 부분까지 빠른 양상의 통증도 호소하였다. 악수를 비롯해서 팔을 사용할 때마다 통증이 생겨 불편하고, 특히 배드민턴 운동 시 통증이 심해 완전한 스윙을 할 수 없다고 진술하였다. 주관절 외측부 압통은 없었고, Cozen's test와 Mill's test 모두 양성소견 보였다. 주관절의 ROM 제한은 없었으나 검사 시 통증은 호소하였다.

III. 증 례

1. 증례 1

(1) 환자

김○○, 남성, 58세

(2) 주소증

우측 손목관절 신전 시 및 주관절 굴곡·신전 시 주관절 (elbow joint) 외측부와 전완 외측부 통증

(3) 발병일

2014년 10월

(4) 발병계기

배드민턴 운동 이후 발병(환자 및 보호자 진술)

(5) 과거력

- 20년 전부터 불면증으로 p.o.med 중
- 2012년 신장결석으로 고주파 쇄석술

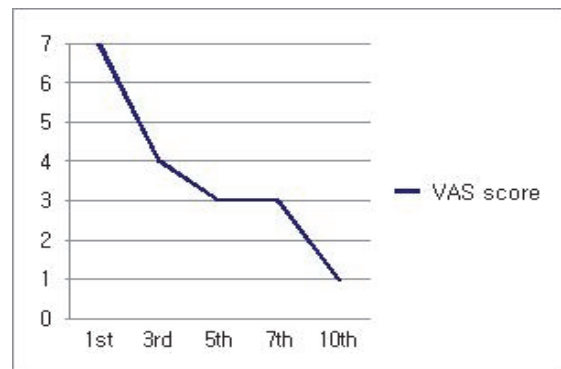


Fig. 1. Change of VAS score(case 1)

Table 2. Change of VAS Score, Grip Strength, Physical Examination and Elbow ROM(Case 1)

		1st	3rd	5th	7th	10th
VAS score		7	4	3	3	1
Grip strength		36.9	37.0	38.1	37.7	37.9
Cozen's test		+	+	+	+	+
Mill's test		+	+	+	+	+
ROM	Flexion	150(+)	150(+)	150(+)	150(+)	150
	Extension	5(+)	5(+)	5(+)	5(+)	5
	Supination	90(+)	90(+)	90(+)	90(+)	90
	Pronation	90(+)	90(+)	90(+)	90(+)	90

(+) : means accompanied by pain,

치료 3회차에 VAS 4로 호전되었고, 이후 VAS 3으로 유지되다가 10회차에 VAS 1로 호전되었다. Cozen's test와 Mill's test는 10회차까지 계속 양성 소견이 관찰되었다. 7회차까지는 ROM 측정 시 통증을 호소하였으나, 8회차부터는 통증 호소가 없었고, 10회차까지 유지되었다. 초진 시 약력저하는 호소하지 않았으나 치료 중 약력 증가가 관찰되었다(Table. 2, Fig. 1).

2. 증례 2

(1) 환자

김○○, 남성, 38세

(2) 주소증

양측 주관절(elbow joint) 외측부와 전완 외측부 통증

(3) 발병일

2013년 12월

(4) 발병계기

직업(교사)상 팔을 많이 사용(환자 및 보호자 진술)

(5) 과거력

- 2008년부터 간헐적으로 local clinic에서 hypere-mia로 OPD-Tx
- 2010년부터 rhinitis로 p.o.med 중

(6) 현병력

위 환자는 2009년 6월부터 虛勞 및 勞倦, 안면근육과동증을 치료하기 위해 간헐적으로 본원 침구의학과에서 외

래 치료를 받아 온 환자이다. 2013년 12월부터 양측 팔꿈치 외측부와 전완 외측부에 통증이 발병하였고, 3월 새학기가 시작하면서 통증 정도가 심해졌다. 3월초 로컬 정형외과에서 양측 모두 주관절 외측 상과염으로 진단받고 한 달간 상기 증상에 대해 외래 치료 받았으나 호전이 없어 2014년 4월 9일 본원에 내원하였다.

(7) 가족력

None

(8) 사회력

None

(9) 치료 기간

2014. 4. 9 ~ 2014. 6. 25(총 21회 외래치료)

(10) 치료경과

초진 내원 시 양측 손목관절 신전 및 회내·외와 주관절 굴곡·신전 시 주관절 외측부 통증과 전완 외측부 통증, 주관절 외측부와 전완 외측부에 뚜렷한 압통을 호소하였는데, 그 정도가 양측 모두 VAS 8이라고 하였다. 학교 근무 중 판서를 하거나 글씨를 쓸 때 상기 부위로 통증이 발생하고, 자주 필기구를 놓칠 뻔 한 적이 있다고 호소하였다. Cozen's test와 Mill's test 모두 양측에서 양성소견을 보였다. 우측 주관절의 ROM 제한이 있었고, 좌측은 ROM 제한이 없었다. 양측 모두 ROM 검사 시 통증을 호소하였다.

VAS는 계속 감소하다가 13회차 이후 우측은 VAS 0로 호전되었고, 좌측도 호전되었으나 21회차까지 VAS 2였다. 약력도 우측에서 빠른 호전을 보였는데, 초진 시보다 21회 치료 후 우측은 4.9 kg, 좌측은 4.3 kg 증가하였다. Cozen's test와 Mill's test상 우측은 13회차부터 음성소

Table 3. Change of VAS Score, Grip Strength, Physical Examination and Elbow ROM(Case 2)

	1st	5th	9th	13th	17th	21th
VAS score	8/8	7/7	3/5	0/3	0/2	0/2
Grip strength	27.5/25.2	29.3/27.7	32.8/28.1	32.0/29.8	32.5/30.0	32.4/29.5
Cozen's test	+/+	+/+	+/+	-/+	-/+	-/+
Mill's test	+/+	+/+	+/+	-/+	-/+	-/+
R O M	Flexion	130(+)/150(+)	150(+)/150(+)	150(+)/150(+)	150/150(+)	150/150
	Extension	5(+)/5(+)	5(+)/5(+)	5(+)/5(+)	5/5(+)	5/5
	Supination	80(+)/90(+)	90(+)/90(+)	90(+)/90(+)	90/90(+)	90/90
	Pronation	90(+)/90(+)	90(+)/90(+)	90(+)/90(+)	90/90(+)	90/90

(+) : means accompanied by pain.

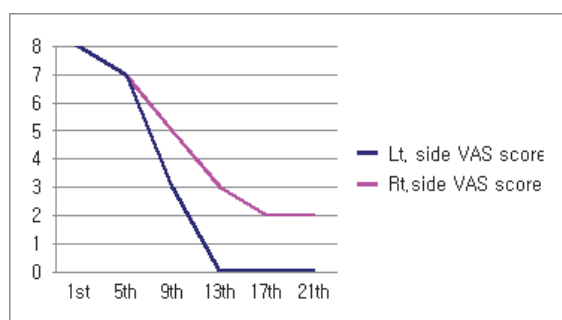


Fig. 2. Change of both side VAS score(case 2)

견을 보였으나, 좌측은 21회차까지 계속 양성 소견을 보였다. 우측 ROM 제한은 빠르게 호전되어 3회차 이후에 ROM 제한은 없었다. ROM 측정 시 통증이 동반되는 것도 우측에서 빠른 호전을 보여 14회차 이후 통증 호소하지 않았고, 좌측에서는 17회차부터 호소하지 않았다 (Table 3, Fig. 2).

IV. 고찰 및 결론

주관절 외측 상과염은 주관절 주위 동통 중 가장 흔한 원인으로 일명 테니스 주관절(tennis elbow)로 불려 왔으며³⁾, 30~60세 사이에서 가장 흔하다²⁾.

외측 상과염의 원인은 아직 정확히 밝혀지지 않은 상태로, 신근 기시부의 다발성 파열, 신근 기시부의 석회화, 운상인대의 퇴행성 변화, 활액막 비대 및 요골 신경의 압박 등이 원인이라고 보고되고 있다. 외측 상과염은 단요측수근신근의 건 시작 부위에서 가장 흔히 발생한다. 이 부위의 과사용 및 반복적인 손상은 침범된 조직의 섬유화 및 미세 열상을 유발하여 외측 상과염이 발생하는데, 이

런 퇴행성 변화 과정 때문에 건염보다는 건증으로 명명해야 한다는 주장도 있다¹⁴⁾.

외측 상과염의 주요 증상으로는 주관절 외측 동통을 호소하며, 수근관절 및 수지 신전력 약화 등이 자각 증상이다. 또 전완을 회내시킨 위치에서 물건을 들어올리기가 어렵다고 호소하기도 한다. 주먹을 쥐든지, 손목 관절을 능동적으로 후방굴곡 시키면 통증이 심해진다⁹⁾.

외상과염의 치료는 nonsteroidal antiinflammatory drug(NSAID)를 투여하고, 신전건에 긴장과 과부하를 줄이는 것이 중요하다. 치료 프로그램은 점진적으로 유연성과 근력 그리고 지구력을 기르는 데 있다. Splint 또는 brace도 효과를 기대할 수 있다. 증상이 호전되면 천천히 운동을 재개할 수 있으나 일반적으로 6~12주 정도의 시간이 요구된다. 증상을 악화시키는 일상 활동의 변경, 물리치료, 때로는 국소 스테로이드 주사 등이 이용될 수 있으나 이러한 치료들이 질환의 자연 경과를 변경할 수는 없다고 알려져 있다. 또 국소 스테로이드 주사가 물리치료나 지켜보는 것보다 첫 6주 동안에는 효과가 우수하나, 3개월 이후에는 그 효과가 관찰되지 않으며, 6개월 후에는 오히려 악화되는 것이 관찰되었으며¹⁵⁾, 반복적인 스테로이드 주사는 피하와 피하 조직을 위축시켜 점진적으로 건을 파괴시킬 수 있어 만성적인 외측 상과염을 야기할 수 있다는 보고가 있다¹⁶⁾.

주관절 외측 상과염 환자들 중 5~10% 정도 보존적 치료에 반응하지 않는 경우에 한하여 수술적 치료가 필요한 경우가 있다⁴⁾. 하지만 대부분의 경우 수술에 의존하기 보다는 주로 보존적인 치료를 하게 되는데, 보존적 치료 효과 면에서 침술치료가 레이저, 엘보밴드, 보조기 그리고 스테로이드 치료보다 효과적이라는 보고가 있으며, 또 초음파와 비교했을 때 통증 감소에 있어서는 더 효과적이라는 보고가 있다¹⁷⁾.

한의학에서는 《黃帝內經·靈樞·邪客篇》 “人有八虛, …

以候五臟·肺心有邪,其氣留于兩肘·凡此八虛者,皆機關之室,眞氣之所過,血絡之所游,邪氣惡血,固不得住留,住留則傷筋絡骨節機關,不得屈伸,故拘攣也”라 하여, 五臟의 상태를 八虛를 살핌으로써 알 수 있다고 하였다¹⁸⁾. 이는 臟腑의 이상이 경근에 반영되어 나타나기 때문에, 경근 이상으로 인한 관절의 이상을 보고 臟腑에 상태를 살필 수 있다고 한 것이다. 臟腑에 邪氣가 침범하면 경맥의 기혈 흐름에 장애가 생기고, 경맥은 사지관절의 굴절하는 곳에 떠오르므로 관절이 있는 곳에 이상이 생기게 된다¹³⁾. 또한 五臟의 상태를 八虛를 살핌으로써 알 수 있다고 한 것은 경근의 병이 결국에는 臟腑에 영향을 끼침을 말한 것이다. 경맥은 경근을 滋養하고, 경근은 경맥 중 氣血의 흐름을 조절 촉진하니 서로 상호의존관계라고 할 수 있다. 경맥은 장부의 기능과 연관성이 있으니¹³⁾, 이에 경근에 병이 발생하면 경맥을 거쳐 臟腑에까지 병이 深入하게 된다.

본 증례에 환자 두 명은 모두 주관절 외측부 통증과 기능장애를 주소증으로 호소하였다. 증례 1의 환자는 업무 stress로 인해 내원 시 불면증과 잔기침으로 치료를 받는 중이었으며, 지속적인 피로감도 호소하는 상태였다. 증례 2의 환자는 직업상 계속적인 stress를 받는 상태로 만성적인 項強과 頭痛을 호소하였으며, stress가 심할 시 안구 충혈이 발생하고, 비염으로 인한 수양성 비루로 치료를 받는 상태였다. 이에 두 환자의 상기 주소증을 心·肺에 邪氣가 침범하여 八虛 중 肘에 구축 경련 및 통증이 발생한 것으로 파악하였다. 또 두 환자 모두 발병일로부터 4~5개월 경과된 상태였으며, steroid injection을 포함한 양방치료를 받았으나 호전이 없어 본원에 내원한 사례이다. Steroid injection은 첫 6주 동안 효과가 있다고 알려져 있으나¹⁵⁾, 두 환자에게는 효과가 없었다. 이에 본원에 내원하여서는 자락요법을 주된 치료법으로 사용하였다.

자락요법은 《黃帝內經》에서 기원한 ‘宛陳則除之’의 치료원칙에 따른 침구치료방법의 하나로, 오래된 병증이나 완고한 병에 사용하는 치료법이다¹⁾. 또한 경근에 문제가 있을 시 사용하는 치료법 중 가장 강한 방법이다¹³⁾. 주 치료점을 尺澤(LU₅)과 少海(HT₃) 사이 肘窩에서 孫絡과 浮絡으로 삼아 내원 시마다 자락하였다. 대개 자락요법을 시행할 때는 부항법과 결합하여 刺絡罐의 형태로 많이 사용한다. 그러나 心·肺經은 多氣少血한 경맥이고¹⁾, 肘窩 부분은 기육골격이凸凹된 부분으로 刺絡罐의 형태가 아닌 點刺 방법으로 瀉血을 시행하였다.

봉약침요법이란 침자극과 봉독의 약리학적 자극을 동시에 응용하는 전문적 침구의학의 한 분야이다. 약리작용으로는 소염진통, 혈액순환촉진 등이 보고되고 있어¹⁾ 본 증례들에서 주관절 부위에 통증을 줄이고, 퇴행성 변화에

대한 치료 효과를 얻기 위해 봉약침요법을 사용하였다. 尺澤(LU₅)과 少海(HT₃) 사이 肘窩에서 압통점을 찾아 봉약침을 0.01 cc 주입하였다.

또 환측 尺澤(LU₅)·少海(HT₃)·압통점에 자침하고, 유침 시에 지속적인 運鍼 효과로 침자극을 증가시키고, 진통효과로 통증 정도를 개선시키기 위해 전침요법(30 Hz, 연속파)을 시행하였다. 발침 이후에는 건측 尺澤(LU₅)·少海(HT₃)(증례 2에서는 운동시킬 관절의 반대측)에 자침 후 환측을 능동 굴곡·신전시키는 운동을 5분간 시행했다. 동기 침법은 통증질환 및 기타 많은 질환에 응용되는 치료법으로 운동제한 및 통증이 심할 때 빠른 치료효과를 볼 수 있는 치료법¹⁹⁾이기 때문에 본 연구에서 다른 치료들과 병행하여 사용하였다.

증례 1의 환자는 초진 시 우측 주관절 외측부와 전완 외측부 통증을 VAS 7로 호소하였고, Cozen's test와 Mill's test에서 양성소견을 보였고, 주관절에 ROM 제한은 없었지만 통증이 동반되었다. 본원에서 10회 치료 받은 후 VAS 1로 호전되었고, ROM 측정 시 통증이 나타나지 않았다. 초진 시부터 악력저하에 대한 호소는 없었으나, 검사상 36.9 kg에서 37.9 kg으로 증가하였다. Cozen's test와 Mill's test는 계속 양성 소견이 관찰되었다.

증례 2의 환자는 직업이 교사로 팔을 많이 사용하는 직업군에 속했다. 초진 시 우측 주관절 외측부 및 전완 외측부에 VAS 8, 좌측에 VAS 8을 호소하였고 악력저하도 호소하여 악력 검사에서 좌우측 각각 27.5 kg / 25.2 kg으로 측정되었다. 양측 모두 Cozen's test와 Mill's test에서 양성소견을 보였으며 우측에서는 ROM 측정 시 통증과 범위제한이 있었으며, 좌측은 ROM 제한은 없었지만 통증은 유발되었다. 본원에서 21회 외래치료를 받은 후 우측은 VAS 0, 좌측은 VAS 2로 호전되었고, 악력은 우측에서 4.9 kg 증가하였고, 좌측은 4.3 kg 증가하였다. 우측에서는 Cozen's test와 Mill's test 모두 음성소견을 보였으나, 좌측은 계속 양성 소견이 관찰되었다. ROM 측정에서는 양측 모두 정상 ROM 범위로 회복되었고 통증도 동반되지 않았다.

상기 내용과 같이 본원에서 정형외과나 통증클리닉에서 시행된 치료에 호전을 보이지 않았던 주관절 외측 상과염 환자를 대상으로 八虛의 개념에 근거를 둔 자락요법 및 봉약침요법, 전침요법과 동기요법을 병행한 침구치료를 시행하여 유의한 효과가 있었다.

주관절 외측 상과염에 대한 여러 치료방법이 보고되었으나⁵⁻¹²⁾, 이에 대해 八虛 개념으로 파악하고 자락요법을 포함한 한방치료로 효과를 보고한 증례가 없기 때문에 본 보고는 가치가 있다고 생각한다. 하지만 임상 증례가 2례

로 매우 적고, 대조군이 없다는 점이 미흡한 점으로 생각된다. 또 자락요법을 단일 치료방법으로 사용하여 치료한 경우가 아니기 때문에 증례에서 관찰한 유의한 치료효과가 자락요법만의 효과라고 단정 지을 수 없다는 점에 아쉬움이 남는다. 추후 주관절 외측 상과염에 八虛 개념을 근거로 하여 자락요법을 시행하는 보다 많은 증례와 대조군을 설정한 연구가 진행된다면, 자락요법을 주관절에 발생하는 다른 질환들에 대한 치료에 응용하는 것뿐만 아니라, 八虛 중 肘를 제외한 나머지 腋, 髀, 臑 질환에도 응용해 볼 수 있으리라 사료된다.

V. References

1. Korean Acupuncture & Moxibustion Society Textbook Complication Committee. The acupuncture and moxibustion. Seoul : Jipmoondang. 2012 : 153-5, 249-54, 341-50, 412-6, 478.
2. Robert K, Snider MD. Essential of musculoskeletal care. Seoul : Hanwoori. 2009 : 139-43.
3. Ko SH, Lee CC, Kang BS, Lee KJ, Lee SH. Treatment of refractory lateral epicondylitis with platelet-rich plasma. J of Korean Shoulder and Elbow Society. 2010 : 13(1) : 59-63.
4. Uhm BK, Kim JW, Kim CY, Han SW, Yang KY, Cho TY. Lateral epicondylitis of the elbow by oriental medical treatment: 4 case report. The Journal of Korea *Chuna* Manual Medicine for Spine & Nerves. 2012 ; 7(1) : 103-12.
5. JW Park, JP Hwang, JH Kang et al. The Clinical Report on 2 Case of Lateral Epicondylitis Treated by Scolopendrid Aquacupuncture Therapy. Journal of Pharmacopuncture. 2006 ; 9(3) : 155-60.
6. Choi JY, Kang JH, Lee H. A clinical cases study of elbow pain and dysfunction in patients diagnosed as lateral epicondylitis. J of Daejeon Oriental Medicine. 2011 ; 20(1) : 153-60.
7. An GH, Lee H, Lee BR. The comparative study on the bee-venom therapy and common acupuncture therapy for the lateral epicondylitis(tennis elbow). J of Daejeon Oriental Medicine. 2004 ; 13(2) : 267-76.
8. Kim MK, Yoon IJ, Oh MS. A clinical cases study of elbow pain and dysfunction in patients diagnosed as tennis elbow. J of Daejeon Oriental Medicine. 2009 ; 18(2) : 113-8.
9. Kim KT, Song HS. A clinical study of bee venom acupuncture therapy on external epicondylitis. J of Pharmacopuncture. 2006 ; 9(2) : 93-7.
10. Uhm BK, Kim JW, Kim CY, Han SW, Yang KY, Cho TY. Lateral epicondylitis of the elbow by oriental medical treatment: 4 cases report. The Journal of Korea *Chuna* Manual Medicine for Spine & Nerves. 2012 ; 7(1) : 103-12.
11. Kim CW, Park HI, Lee YH, Lee KH. A case study of 13 patients with lateral epicondylitis of elbow using deep thermo-conductive acupuncture therapy. The Acupuncture. 2013 ; 30(2) : 25-30.
12. Park MK, Kang IA, Kim HS, Sim YH, Lee JH, Lee JM. The effect of acupuncture therapy on the external epicondylitis: report of six cases. The Acupuncture. 2012 ; 29(4) : 113-21.
13. Koichi N(Trans. Choi DY). Zukai Keikingaku. Seoul : ShingHeung Medscience INnc. 2009 : 20-38, 287, 325-36.
14. Kim EY, Ma SY, Gong WT. The effects of taping, amct, combination treatment on the pain and grip strength in patient with lateral epicondylitis. J of the Korean Society of Physical Medicine. 2008 ; 3(2) : 103-12.
15. Joen IH, Joen JM. Lateral epicondylitis why i am not doing surgery? Internet. Gyeonggido : Korean Shoulder and Elbow Society [cited 2014 March]. Available from : <http://www.dbpia.co.kr/Issue/154418>
16. Ha KI, Han SH, Jung MY, Yang BK, Kim CW. Surgical treatment of tennis elbow. The Korean Journal of Sports Medicine 1994 : 12(1) : 80-3.
17. Lee MH, Shin HS. A leview of lateral epicondylitis. The Journal of Korean Academy of Orthopedic Manual Therapy. 2005 ; 11(2) : 108-18.
18. Hong WJ. Gyogamjigyeog Hwangje-naegyeong Youngchu. Seoul : Institute of Traditional Culture. 1994 : 456-7.
19. Wang WH, Lim JK, Ahn KB, Jang HS, Shin JS. Clinical observations of temporomandibular disorder patients used *Dong-Qi* acupuncture treatment. The Acupuncture. 2001 ; 18(5) : 109-21.