

추나와 침술 치료로 호전된 섬유근통증후군 증례 2례

이창훈 · 이명종*

동국대학교 한의과대학원, *동국대학교 일산한방병원 한방재활의학과교실

Two Case Report on the Patient with Fibromyalgia Syndrome(FMS) with Chuna and Acupuncture

Chang-Hun Lee, O.M.D., Myeong-Jong Lee, O.M.D.*

Dept. of Oriental Medicine, Graduate school of Dongguk University

**Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, Dong-Guk University*

Objective : The Fibromyalgia Syndrome(FMS) is frequently used to call at clinic . There are not case reports on the treatment of FMS by oriental medicine. We got a effect on three patient with FMS by oriental medicine and this case is observed the clinical symptoms and scaled by VAS with chuna and acupuncture

Methods : We used to take chuna and acupuncture, though classifcated by pathologic symptom and classification criteria of American College of Rheumatology.

Result : Usually, most patients with FMS on the chronic stage have chronic prognosis. But symptoms of the patient on this report were improved after above treatments.

Conclusion : This case showed oriental medicine enough could be applied on diseases like this syndrome as one of conservative therapies. Of course, more accurate diagnosis and research would be needed afterwards.

Key words : Fibromyalgia Syndrome(FMS), Chuna, Acupuncture

I. 서 론

섬유근통증후군(fibromyalgia syndrome: 이하 FMS)은 특별한 원인은 없고, 근육조직에서 눈에 보이는 비정상 소견이 없지만 대개 긴장하는 동안 발생하는 광범위한 근육통과 근육 압통을 초래하는 질환이다¹⁾. 이 질환은 전신 질환으로 혈액검사, X선 검사, 특수면역검사에서조차 어떠한 소견이 나타나지 않

고 의사의 문진과 진찰에 의해 진단이 내려진다. 이러한 질환은 양방의 정신과²⁾ 및 간호의 관리³⁻⁵⁾에서 만 연구가 되고, 환자의 35%만이 전 시간제 직장으로 복귀할 수 있었고, 55%는 부분시간제 직장으로 복귀하였고, 8년간 추적관찰한 중에서 오직 한사람만이 증상이 소멸되었다고 하였다⁶⁾. 이에 한방적 연구 및 치료의 보고가 미비한 바 증상과 Classification Criteria of American College of Rheumatology⁷⁾에

의해 4kg의 압력으로 진단한 FMS 2례의 환자를 한 의학적인 진단을 통하여 침과 추나로써 호전을 보인 바 이에 보고하는 바이다 (Table. I).

동기로 심해짐

4. 과거력

별무소견

5. 가족력

별무소견

6. 현병력

상기환자는 21세 보통체격의 예민한 성격의 남환으로 2005년 6월 13일부터 만성근육통과 신경성 스트레스로 군병원 정형외과에서 x-ray상 Straightening c-spine, CT상 별무 진단으로 보존적 치료 및 물리치료 후 증상의 호전이 없어 환자 및 보호자 본격적 한방치료 원하여 2005년 7월 25일 self-walking으로 본원에 방문

II. 증 례

증례 1

1. 성명

최 ○ ○ , M/21세

2. 주증상

항강증, 우측 견비통, 요통

3. 발병일

2003년경 별무동기로 초발하여 2005년 5월말 별무

Table I . Classification Criteria of American College of Rheumatology⁸⁾

섬유근통증후군의 진단기준 (미국류마티스학회제정, 1990)

1. 3개월 이상 지속된 광범위한 통증

신체의 좌측, 우측, 허리 위와 아래 부위 모두에서 통증을 느끼고 중심축을 이루는 골격부위(척추부, 전흉부)의 통증이 있어야 한다. 이 경우 어깨와 엉덩이 부위의 통증은 그 위치에 따라서 좌측 혹은 우측의 통증으로 분류하고, 요통은 허리 아래 부위의 통증으로 분류한다.

2. 아래 18개 압통점 중 11개 부위 이상에서의 통증

- 1) 후두부 : 양측, 후두하 근육의 종지부
- 2) 하부 경추 : 양측, 제 5-7경추 횡돌기의 전면
- 3) 승모근 : 양측, 승모근 상부 중앙
- 4) 극상근 : 양측, 견갑골 내연 근처 견갑극 상방의 기시부
- 5) 제2늑골 : 양측, 늑연골 접합부 뒷면의 외측
- 6) 상완골 외과 : 양측, 상완골 외과에서 1-2cm 원위부
- 7) 둔근 : 양측, 엉덩이의 상방 외측부
- 8) 대전자 : 양측, 대전자 용기의 후방
- 9) 무릎 : 양측, 관절선상 내측 지방패드부

7 검사소견

1) 생체징후(vital sign)

Blood Pressure 140/90mmHg, Pulse 68/min.,
Respiration 20/min, Temperature 36.5 °C

2) 물리적 이학검사(Physical Examination)에서 이상소견

(1) L-spine check

normal

(2) C-spine check

Spurling -/+ → -/-

(3) FMS 압통점 검사(Fig. 1)

- ① 후두부 : 양측, 후두하 근육의 종지부 -/+
- ② 하부 경추 : 양측, 제 5-7경추 횡돌기의 전면
-/+
- ③ 승모근 : 양측, 승모근 상부 중앙 +/+
- ④ 극상근 : 양측, 견갑골 내연 근처 견갑극 상방
의 기시부 -/+
- ⑤ 제2늑골 : 양측, 늑연골 접합부 윗면의 외측
+/+
- ⑥ 상완골 외과 : 양측, 상완골 외과에서 1-2cm
원위부 +/-
- ⑦ 둔근 : 양측, 엉덩이의 상방 외측부 -/-
- ⑧ 대전자 : 양측, 대전자 용기의 후방 +/+
- ⑨ 무릎 : 양측, 관절선상 내측 지방패드부
+/+

총 12 군데의 압통

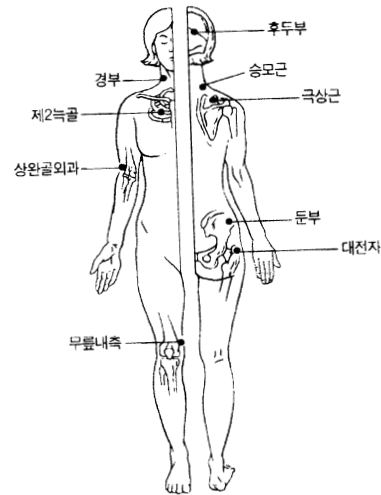


Fig. 1. Test of FMS

3) 방사선 소견

Cervical anteroposterior and lateral view :
Straightening cervical spine(Fig. 1, 2)

Shoulder anteroposterior and axial view :
Normal(Fig. 3, 4)

8. 치료

1) 추나요법

양와위 경추교정법, 양와위 양손 경추 굴곡 신전법
및 양와위 경추신전 및 교정법(JS기법)⁷⁾으로 내원
시 매회 시술

2) 침구치료

동방침구제작소 0.30×40mm 1회용 호침을 사용하여
침치료 때마다 20분 유치하였고, 처음에는 아시혈과

MPS를 위주로 사용하다가 후기에 오행침법을 사용
近位取穴 : 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 環跳, 委中, 陽陵
泉, 崑崙, 足三里, 風池, 風府, 天柱, 大椎, 翳風, 요방

형근 T.P, 장요근 T.P 등
五行鍼 : 神門補, 少海瀉



Fig. 2. Cervical Anteroposterior View



Fig. 3. Cervical Lateral View



Fig. 4. Shoulder Anteroposterior View



Fig. 5. Shoulder Axial View

3) 물리치료

건식부항 - 요배부, 경항부, 견부

TENS (EST-204, Wooshin Co. Korea) - 요부, 경항부, 견부 5~500Hz 자동조절 15분

Hot pack (15분) - 요부, 경항부, 견부

4) 기타

심리상담

9. 평가

환자의 증상이 항강증, 우측 견비통, 요통, 두통을 주관적으로 표현한 것을 VAS를 이용

10. 치료경과

환자 처음 내원한 7월 25일에는 피로와 더불어 항강증, 우측 견비통증, 요통, 두통의 주 증상이 있어, 야간에는 더욱 통증 호소하고 4kg의 압력을 균일하게 준 상태에서의 FMS압통점 검사상 12군데에서 양성반응을 보이고, VAS 8정도였다. 한의학적 진단상 舌質紅, 苔薄白, 脈弦, 面微紅, 胸脇苦滿을 보여서 肝氣鬱結과 瘀血로 진단을 하고 상기 근위 취혈요법 사용하였으나 많은 호전을 보이지는 않았다. 추나진단상 Straightening cervical spine과 경추 5번의 RS를 진단되어 양와위 경추교정법, 양와위 양손 경추 굴곡 신전법을 시술하였다. 8월 19일부터 9월 2일까지의 4-7회간의 치료상에서 최근 Stress와 업무로 통증이 증가하고 목의 목걸이가 무겁게 느껴지고 불편하다고 느낄 정도로 VAS 9-10까지 악화되었고, 소화불량, 좌측 견비통과 당기는 증상도 추가로 생겨서 어깨가 아플 때는 목에 칼집을 내고 싶을 정도로 힘들다고 하였다. 한의학적인 진단으로 肝氣鬱結에 肝脾

不和로 보고 상기 근위취혈요법에 神門 補와 少海 瀉 추가하여 시술하고 추나는 상기 요법에 양와위 경추 신전 및 교정법(JS기법)을 추가로 시술하였다.

9월 12일부터 9월 14일까지 상기 시술로 요통과 좌측 둔부 통증이 VAS 4-6까지 감소하였고, 양측 견비통은 VAS 6까지 조금 감소하였고, 치료중에 VAS 3이하까지 줄어서 상기요법을 계속 사용하였다.

9월 16일 11회 치료후에는 두통은 거의 사라졌고, 경항통과 우측견비통은 VAS 3으로 감소, 요통은 VAS 2까지 감소하고, 어깨의 통증은 움직일 때 VAS 3 정도로 줄었다고 표현하여 전체적으로는 VAS 0-3으로 줄어들었고 FMS 압통점 검사에서는 6군데로 현저히 줄었다.

① 후두부 : 양측, 후두하 근육의 종지부 -/+

② 하부 경추 : 양측, 제 5-7경추 횡돌기의 전면 -/-

③ 승모근 : 양측, 승모근 상부 중앙 -/+

④ 극상근 : 양측, 견갑골 내연 근처 견갑극 상방의 기시부 -/-

⑤ 제2늑골 : 양측, 늑연골 접합부 윗면의 외측 -/+

⑥ 상완골 외과 : 양측, 상완골 외과에서 1-2cm 원위부 +/-

⑦ 둔근 : 양측, 엉덩이의 상방 외측부 -/+

⑧ 대전자 : 양측, 대전자 용기의 후방 -/-

⑨ 무릎 : 양측, 관절선상 내측 지방패드부 -/-
총 6 군데의 압통

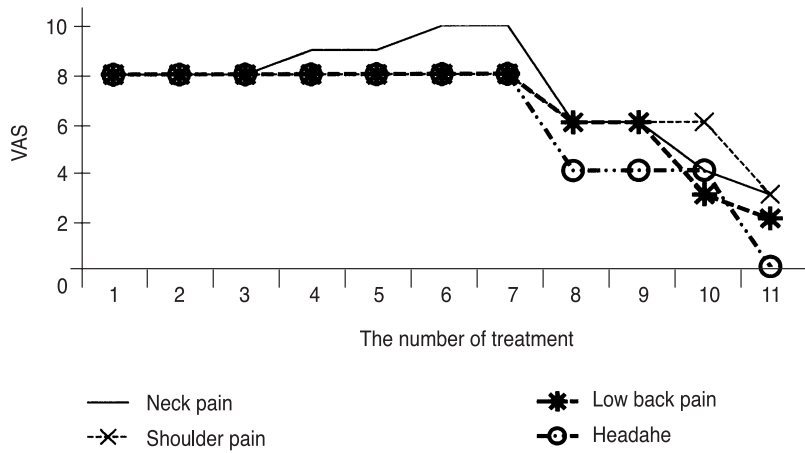


Fig. 6. Change of VAS Score

증례 2

1. 성명

최 ○ ○ , M/22세

2. 주증상

불면, 요통, 좌측 둔부통증, 양측 견비통

3. 발병일

2005년 6월말 경 별무동기

4. 과거력

별무소견

5. 가족력

별무소견

6. 현병력

상기환자는 22세 보통체격의 내성적인 남환으로 상기증상으로 2005년 7월 15일 정형외과에서 혈액검사 및 X-ray C-spine, L-spine상 별무 진단 후 보존적 치료 및 물리 치료 후 증상의 호전이 없어 환자 및 보호자 본격적 한방치료 원하여 2005년 7월 22일 self-walking으로 본원에서 치료하기 시작하여 2005년 8월 3일 연세대학교 병원에서 요추 자기공명촬영에 제5요추와 제1천추 추간관 팽윤증 및 퇴행성 변화 진단을 받고 물리치료 및 약물치료 권고 받은 상태

7. 검사소견

1) 생체징후(vital sign)

Blood Pressure 110/70mmHg, Pulse 65 /min., Respiration 20/min, Temperature 37°C

2) 물리적 이학검사(Physical Examination)에서 이상소견

(1) L-spine check

SLR 90/60

(2) FMS 압통점 검사

- ① 후두부 : 양측, 후두하 근육의 종지부 +/+
 - ② 하부 경추 : 양측, 제 5-7경추 횡돌기의 전면 +/+
 - ③ 승모근 : 양측, 승모근 상부 중앙 -/+
 - ④ 극상근 : 양측, 견갑골 내연 근처 견갑극 상방의 기시부 -/+
 - ⑤ 제2늑골 : 양측, 늑연골 접합부 윗면의 외측 -/-
 - ⑥ 상완골 외과 : 양측, 상완골 외과에서 1-2cm 원위부 +/-
 - ⑦ 둔근 : 양측, 엉덩이의 상방 외측부 +/+
 - ⑧ 대전자 : 양측, 대전자 용기의 후방 +/+
 - ⑨ 무릎 : 양측, 관절선상 내측 지방패드부 +/-
- 총 12 군데의 압통

3) 방사선학적 소견

Lumbar Spine Anterioposterior and Lateral View : Normal(Fig. 7, 8)

Cervical Spine Anterioposterior and Lateral View : Straightening cervical spine(Fig. 9, 10)

8. 치료

1) 추나요법

양와위 경추교정법, 양와위 양손 경추 굴곡 신전법, 양와위 경추신전 및 교정법(JS 기법), 측와위 요추 회전 신전법, 요추 측와위 손가락 교정법⁸⁾으로 내원 시 매회 시술



Fig. 7. Lumbar Spine Anterioposterior View



Fig. 8. Lumbar Spine Lateral View



Fig. 9. Cervical Spine Anterioposterior View



Fig. 10. Cervical Spine Lateral View

2) 침구치료

동방침구제작소 0.30×40mm 1회용 호침을 사용하여 침구 치료 때마다 20분 유침하였고, 처음에는 아시혈과 MPS를 위주로 사용하다가 후기에 오행침법을 사용

近位取穴 : 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 環跳, 委中, 陽陵泉, 崑崙, 足三里, 風池, 風府, 天柱, 大椎, 翳風, 요방형근 T.P, 장요근 T.P 등

五行鍼 : 神門 補, 少海 瀉

3) 물리치료

건식부항 - 요배부, 경항부, 견부

TENS (EST-204, Wooshin Co. Korea) - 요부, 경항부, 견부 5~500Hz 자동조절 15분

Hot pack (15분) - 요부, 경항부, 견부

4) 기타

심리상담

9. 평가

환자의 증상이 요통, 좌측 둔부통증, 양측 견비통, 불면을 주관적으로 표현한 것을 VAS를 이용

10. 치료경과

환자 7월 22일 처음 내원하여 피로와 더불어 깊은 잠을 자지 못하고 요통, 좌측 둔부통증, 양측 견비통을 주 증상으로 하였고, 4kg의 균일한 압력으로 누른 상태에서의 FMS 검사상에서 12군데의 양성을 보였고 수면 장애가 있는 날 다음 날 더욱 더 힘들다고 하였으며, VAS 5-8까지 나타났다. 한의학적인 진단

으로 舌質紅, 苔薄白, 脈弦, 面微紅, 胸脇苦滿을 보여 肝氣鬱結로 진단하고 상기 근위취혈요법을 사용하였고 추나진단상 경추의 Straightening cervical spine과 경추 2번의 RI를 진단하고 요추는 L3의 RS를 진단하여 양와위 경추 교정법, 양와위 양손 경추 굴곡 신전법, 측와위 요추 회전 신전법, 요추 측와위 손가락 교정법을 시술하였다.

8월 22일부터 9월 2일까지 4-6회치료 후에 피로증상과 수면이상은 조금씩 나아져서 VAS 10에서 4로 호전되고, 요통과 좌측 둔부 통증도 VAS 3-4까지 호전되었으며 양측 견비통은 VAS 1로 크게 호전되었다.

9월 6일부터 9월 9일까지 7-10회의 치료에서 최근의 수면장애로 인해 VAS 5까지 악화되고 요통이 VAS 6까지 증가하고, 좌측 둔부 통증과 양측 견비통은 여전히 남아있어 VAS 5정도로 증가하였다가 상기 침법 사용에 추가로 神門을 補하고 少海를 瀉를 추가하고 양와위 경추신전 및 교정법(JS 기법)을 추가로 사용하여 치료후에 VAS 5이하로 줄어들었다.

9월 12일부터 9월 16일까지 11-12회 치료에서는

수면장애가 개선되고 좌측 둔부 통증과 다리저림 증상은 거의 소실되고 요통은 통증이 심하지 않을 정도라고 표현하였으며 어깨의 통증은 움직일 때 VAS 1 정도로 줄어들어 전체적으로는 VAS 1-2으로 줄었고 FMS 압통점 검사상에서 4군데로 줄었다.

① 후두부 : 양측, 후두하 근육의 종지부 -/-

② 하부 경추 : 양측, 제 5-7경추 횡돌기의 전면 -/-

③ 승모근 : 양측, 승모근 상부 중앙 -/+

④ 극상근 : 양측, 견갑골 내연 근처 견갑극 상방의 기시부 -/-

⑤ 제2늑골 : 양측, 늑연골 접합부 윗면의 외측 -/-

⑥ 상완골 외과 : 양측, 상완골 외과에서 1-2cm 원위부 +/-

⑦ 둔근 : 양측, 엉덩이의 상방 외측부 +/-

⑧ 대전자 : 양측, 대전자 용기의 후방 -/-

⑨ 무릎 : 양측, 관절선상 내측 지방패드부 +/-

총 4 군데의 압통

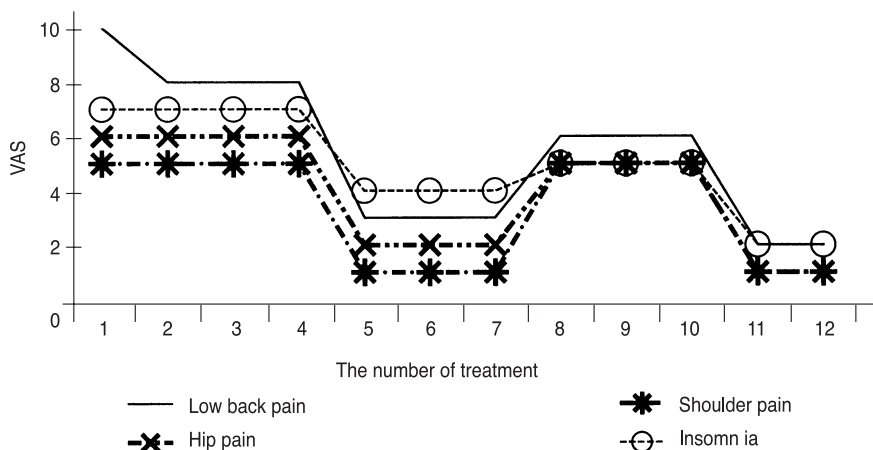


Fig. 11. Change of VAS Score

Ⅲ. 고 찰

섬유근통증후군은 히포크라테스에 의해 처음 기술되었으나 하나의 임상적인 질환으로 매우 관심이 있게 된 것은 지난 150년 동안이다. 지난 1904년 William Grower에 의하여 질환의 원인을 섬유조직의 염증으로 생각하여 “섬유조직염”으로 명명하게 되었다^{9,10)}. 그러나 여러 연구 결과 섬유조직에 염증이 없음이 밝혀져 섬유조직통으로 부르는 경향이 있었다. 일반인구의 3-10%정도 침범하는 가장 흔한 류마티스 증후군으로 20-50대 여자에게서 호발하며 염증의 객관적 소견이 없고 진단적으로 가치 있는 검사실 소견이 없다는 점에서 만성피로 증후군과 유사하다¹⁰⁾. 이는 류마티스 내과 신규환자의 16%로서 류마티스내과에서 2번째 흔한 질환으로 미국에도 약 3-6백만 명의 환자가 있는 것으로 추정되고 있다. 우리나라에는 한 병원의 류마티스 내과외래 환자 중 15%가 섬유조직염환자로 분류되고 있어 매우 흔한 질환이다³⁾. 외국의 경우 내과 외래 환자의 2-5%, 류마티스내과 외래 환자의 10-20%가 섬유근통 증후군 환자로 보고되고 있으며 류마티스내과에서 2번째 흔한 질환으로 골관절염을 제외하고는 가장 흔한 류마티스 질환이다¹¹⁾. Family practice clinic 환자의 2.1%, general medical의 5.7%, 종합병원 환자의 7.5%, 류마티스 클리닉 환자의 14-20%를 차지한다. 또한 섬유근통 환자의 9%가 골관절염의 증상을 호소하며, 0.7%는 류마티스관절염을 앓고 있다. 이 질환은 개발도상국에는 적으며 교육수준이 높고 가계수입이 많은 경우에 그 빈도가 높다¹²⁾.

이 FMS의 원인으로는 1900년 초부터 의학문헌에서 토의되어 왔고 연부조직의 섬유성 복합체의 구조적 손상에 의한 통증, 계속적인 근육긴장, 중추신경계의 신경통로의 통증변조 장애, 텔타파(깊은 수면)의 실험적 손실, 류마치스성 관절염 (Boland 1947), 심신증, 우울증, 불안이나 근육의 손상, 면역기능의

이상, 말초신경 전달 물질인 P(substance P), 긴장성 근육통 등의 이론으로 많은 연구가 되었지만⁶⁾, 정확한 원인은 밝혀지지 않았고 많은 요소들이 이 질환 발생에 기여한다고 논의되고 있으며, 생활습관 긴장이 위험 요인이라고 하였다¹⁾.

섬유 근육통 증후군 환자에서는 잠을 잘 자지 못하여 생기는 면역기능 이상이 뇌의 시상하부나 호르몬 등에 영향을 미쳐서 Interleukin-2나 cytokine같은 물질들이 잠을 잘 자지 못했을 때 농도가 증가됨에 따라서 어떠한 영향을 미치고, 혈중 세로토닌이 낮아서 깊은 잠을 자지 못하여 위와 같은 증상이 생기거나 악화시킬 수도 있다고 하였다⁹⁾.

한의학적으로 섬유근통증후군의 병인 및 병리를 유추해본다면 人體의 元氣는 血과 함께 循環하고 臟腑사이를 운행하는데 여러 요인에 의하여 이 기능이 원활치 못할 때엔 疼痛, 積聚 및 痰癖과 가슴 위를 들어막는 症 등을 일으켜 痞滿하고 刺痛하는 증상이 발현한다. 이는 대개 七情과 飲食으로 因하여 痰鬱이 되는 氣痛症¹⁸⁾, 或은 七情으로 因하여 始作되고, 或은 六氣로 因하며, 或은 飲食의 不調節로 因하여 津液이 운행하지 않고 清濁이 서로 干涉하여 氣로부터 積이 되고 積으로부터 痰이 되면 氣가 鬱하고 兼하여 痞滿하고 疼痛하는 氣鬱症¹⁸⁾으로 생각해 볼 수도 있다.

이 FMS의 임상 양상으로는 전신에 걸친 광범위한 통증이 가장 특징적인 증상이며, 강직, 피로, 수면장애, 저린 증상, 붓는 듯한 느낌 등이 흔히 나타나는데, 주로 목, 어깨, 하위배부, 둔부 주위 통증이 지배적이다. 그 외에도 만성두통, 불안, 우울, 과민성 대장 증후군, 월경불순 등이 동반되기도 한다. 통증은 가장 중요한 증상이며 다른 일반적인 통증과 구별되는 특징이 있고, 강직은 흔한 증상이며 일반적으로 아침과 저녁에 심해진다¹¹⁾. 환자들은 정상생활이 불가능하다고 느끼고 경한 운동에도 동통이 악화되며 피로가 증가한다. 환자들의 증상 발현 시기는 급성 질환 혹은 바이러스성 질환 시기와 일치한다. 이학적

소견에서 팔꿈치의 외측 상과와 무릎의 내측 지방층, 승모근 등의 촉진 시에 동통이 유발되는 유발장소(trigger point)가 존재하는 것을 제외하고는 정상소견을 보인다²⁾.

이 FMS는 1990년에 미국 류마티스학회(American College of Rheumatology, ACR)에서 제안한 분류 기준(Classification criteria)에 의해서 진단한다. 이것은 두 가지 기준으로 구성되어 있는데 첫 번째는 3개월 이상 지속되는 광범위한 근골격계의 통증이며, 두 번째는 18개의 특정부위중 11군데 이상의 압통점을 가지고 있는 경우, 섬유근통 증후군으로 진단하게 된다^{7,11,13,15-16)} (Table I.) (Fig. 1).

만성피로 증후군과 임상적 특징이 유사하고 중첩도 되지만 FMS는 근골격계 동통이 우세하고 만성피로증후군에서는 만성적인 피로가 우세하다. 갑상선기능저하증, 류마티스관절염, 남자에서의 수면중 무호흡증의 합병증으로 나타날 수 있다²⁾. 류마티스 관절염과 같은 다른 질환들을 배제하기 위해 혈액검사가 필요하다¹⁾. FMS는 그 부위만 아프지만, 근막동통증후군은 그 주위로 통증이 전해지고, 결절부위가 만져지기도 한다¹⁶⁾.

FMS의 치료에서의 특이 치료는 없지만 통증은 심부 조직 마사지, 뜨거운 습기를 국소적으로 가하는 치료, 초음파 치료나 국소 마취제 주사를 통해 완화될 수 있다. 또한, 통증을 완화시키기 위해서 양방약으로 저용량의 아미트리프틸린을 처방할 수 있다¹⁾. 환자의 교육이 중요하며 병의 경과가 진행성이 아니며 특별하지만 적당한 치료를 통해 치유될 수 있다는 인식을 환자가 가질 때 편안해 질 수 있다. 대부분의 환자들은 만성 증상 등을 갖지만 치료를 통해 증가된 활동 능력을 유지할 수 있다. 진행성이거나 객관적인 이상소견은 발생하지 않는다²⁾.

본 증례 2례 중 1번째 환자는 항강증, 우측 견비통, 요통을 호소하며 만성근육통과 신경성 스트레스로 군병원 정형외과에서 x-ray상 Straightening C-

spine, CT상 별무 진단으로 보존적 치료 및 물리치료 후 증상의 호전이 없었으며 혈액검사상 별무소견을 보이고, 이학검사상에서도 L-spine check에서 별무이상을 C-spine check에서 Spurling-test상에서 -/+를 보이는 정도이고 그 외의 특별한 이상 징후는 보이지 않았다. 하지만 피로와 깊지 않은 잠으로 다음 날 더욱 통증이 증가하는 양상을 보였다. 심리적인 상태에서도 스트레스에 민감하게 반응하여 통증도 이것에 따라 나타나게 되었다. 섬유근통증후군의 압통점 검사에서는 4kg의 힘으로 균등하게 가하였을 때 총 18군데 중에서 12군데에서 양성을 보였다. 이에 저자는 환자를 섬유근통증후군의 증상으로 진단하였다.

한의학적으로는 환자는 맥이 弦하고 복진상 胸脇苦滿의 증상이 있고, 스트레스와 피로에 민감한 양상을 보여 肝氣鬱結로 진단하였다. 침구치료는 통증의 위주의 상기와 같은 아시혈과 MPS를 위주로 하였으나 미약한 효과를 보였고, Stress와 업무로 통증이 증가하고 소화불량을 같이 호소 간비불화의 증상을 같이 보이면서 목의 목결이가 무겁게 느껴지고 불편하고 하여서 神門補, 少海瀉를 추가하여 오행침을 응용하고 추나진단상 추나상 Straightening cervical spine과 경추 5번의 RS를 진단되어 양와위 경추교정법, 양와위 경추신전 및 교정법(JS 기법)을 이용하여 교정하고 두개천골요법을 이용하여 뇌의 순환과 경향부의 긴장을 풀어주어서 증상을 호전시켰다. 전체적으로는 VAS 0-3으로 줄어들었다. 이에 섬유근통증후군의 압통점 검사에서는 총 18군데 중에서 6군데에서 양성을 보이고 호전을 시켰다.

환자 2례 중 2번째 환자는 불면, 요통, 좌측 둔부통증, 양측 견비통을 주 증상으로 하고, 양방검사인 혈액검사상에서는 별무소견을 보이고 Lumbar spine CT scan에서는 Diffuse bulging disc, L4-L5 and L5-S1의 소견을 보인 바 있다. 피로와 스트레스에도 민감하게 반응하였고, 특히 불면증상도 같이 있어서

불면의 상황에 따라 통증도 같이 민감하게 반응하였고 우울증세도 같이 보였다. 섬유근통증후군의 압통점 검사에서는 4kg의 힘으로 균일하게 가하였을 때 총 18군데 중에서 12군데에서 양성을 보였다. 이에 본 저자는 환자를 섬유근통증후군으로 진단하였다.

한의학적으로는 환자는 맥이 弦하고 胸脇苦滿, 심리적으로 기울증상도 같이 보인바 肝氣鬱結로 진단하였다. 침구치료는 처음에는 통증의 위주의 아시혈과 MPS를 위주로 하였으나 미약한 효과를 보였고 후에는 피로와 불면증상을 보이고 우울증상을 보이면서 증상이 다시 악화되어 요통과 좌측 둔부 통증, 양쪽 견비통이 VAS 5-6까지 증가 하였다. 이에 오행침을 응용하고 추나 진단상 Straightening cervical spine과 경추 2번의 RI를 진단하고 요추는 L3의 RS를 진단하여 양와위 경추교정법, 양와위 양손 경추 굴곡 신전법, 양와위 경추신전 및 교정법(JS 기법), 측와위 요추 회전 신전법, 요추 측와위 손가락 교정법으로 교정하고 두개천골요법을 이용하여 뇌의 순환과 경향부의 긴장을 풀어주어서 증상을 호전시켰다. 이에 섬유근통증후군의 압통점 검사에서는 총 18군데 중에서 4군데에서만 양성을 보이고 VAS 1-2로 줄어들었다.

이에 위의 두 환자들은 아시혈이나 MPS를 이용하여 효과를 보였으나 다시 각각 피로와 수면을 잘 취하지 못하면서 증상이 증가하면서 消化障礙나 통증의 증가 등의 증상 악화를 보이는 바 五行鍼에서 神門 補, 少海 瀉하면서 뇌의 순환과 경향부의 긴장을 풀어주는 양와위 경추교정법, 양와위 경추신전 및 교정법(JS 기법), 두개천골요법을 이용해서 치료상에서 효과를 보였다.

그러나, 한의학적인 FMS의 증례에 대해서는 환자의 증후에 따라서 변증시치를 해야 하는 바 향후 좀 더 많은 증례들로 한방적인 영역에서 많은 연구가 필요하다고 생각된다.

IV. 결 론

혈액검사상이나 이학검사상에서 특이소견은 없으나 통증양상이 피로와 스트레스, 수면에 민감한 반응을 보이고 섬유근통증후군의 압통점 검사에서 4kg의 힘을 균등하게 가했을 때 총 18군데 중에서 11군데 이상에서 양성을 보이는 환자 2례를 섬유근통증후군으로 진단하고, 각각 추나, 침 시술로 증상이 더욱 호전되었기에 이에 보고하는 바이다.

1. 첫 번째 환자는 섬유근통증후군의 압통점 검사상 12개에서 6개로 줄었다.
2. 첫 번째 환자는 VAS 8에서 0에서 3사이로 줄었다.
3. 두 번째 환자는 섬유근통증후군의 압통점 검사상 12개에서 4개로 줄었다.
4. 두 번째 환자는 VAS 5-8에서 1과 2사이로 줄었다.

참고문헌

1. David R. Goldmann, MD FACP, American College of Physicians Complete Home Medical Guide. 서울:이지케어텍(주). 2003: 389.
2. 이영호 외 7인. 섬유근통증후군의 정신의학적인 특징에 대한 연구-우울장애 대 신체형 장애. 신경정신과학. 1996;35(4):849-60.
3. 한상숙. 신장운동을 포함한 자조관리프로그램이 섬유조직염 환자의 증상완화에 미치는 효과. 류마티스건강학회지. 1998;5(1):39-56.

4. 이은옥, 한상숙. 섬유조직염 환자용 자조관리관정의 수정 및 검증. 류마티스 건강학회지. 1997;4(2):262-76.
5. 한상숙, 강현숙. 섬유조직염 환자의 질병 특성과 치료형태. 류마티스 건강학회지. 1999;6(1):22-36.
6. Rene cailler MD. 연부조직의 통증 및 장애의 기전과 치료. 개정3판. 서울:영문출판사. 2001:64-71.
7. 한방재활의학과학회. 한방재활의학과학. 서울:군자출판사. 2003:98-9, 270-1, 272, 275.
8. Robert Maigne. 척추통증의 진단과 치료. 서울:군자출판사. 2001:139.
9. 신호철. 섬유근통증후군. 가정의학회지. 2001;22(8):1189-200.
10. Lawrence M. Tierney, Jr., MD외 2인. 오늘의 진단 및 치료. 한우리. 1999:888-9.
11. 서창희. 섬유근통증후군. 대한내과학회지. 2003;64(3):330-2.
12. 박원. 섬유근통. 대한내과학회. 1998:812-25.
13. Wolfe F. 외 5인. The American College of Rheumatology(1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multiceter criteria committee). Arthritis Rheum. 1990:33,160-72.
14. 허준. 동의보감. 서울:남산당. 1995:88-9.
15. Stephen I. Esses. Textbook of Spinal Disorders. 서울:군자출판사. 2002:256-7.
16. Kurt J. Issebacher. Harrison's 내과학. 서울:정담. 1997:1837-8.