

經筋 치료방법에 대한 문헌적 고찰

이중근 · 송윤경 · 임형호

경원대학교 한의과대학 한방재활의학과교실

Literature review on the Myofascial Meridian treatment

Joong-Keun Lee O.M.D., Yun-Kyung Song O.M.D., Hyung-Ho Lim O.M.D.

**Dept. of Rehabilitation Medicine College of Oriental Medicine, Kyungwon University*

Objectives : The objective of this study is to investigate the change of Myofascial Meridian treatment as literature.

Methods : We arranged many kinds of medical literature related to Myofascial Meridian treatment.

Results : The Myofascial Meridian treatment originated from Young-Chu(靈樞) was developed for many centuries.

Conclusion : The modern western treatment like Myofascial Pain Syndrome therapy, Rolfing therapy, Myofascial Release, Proprioceptive Neuromuscular Facilitation and Kinesio taping treatment is thought to be connected with Myofascial Meridian treatment.

Key Words : myofascial meridian, acupuncture, myofascial treatment

I. 서 론

경락학설은 한의학의 기본이론이며 인체의 생리활동, 병리변화 및 상호관계를 연구하는 학설로서 진단과 치료에 응용되고 있다. 이러한 경락학설을 근간으로 하여 十二經脈의 순행부위상에 분포된 체표근육계통을 총칭하는 것을 十二經筋이라 하며, 十二經筋은四肢部에서 기시하여 체간 및 頭部에 분포한다¹⁾. 경근의 징후는 대개 운동방면으로 표현되어 근맥의 牽引, 拘攣, 弛緩, 轉筋, 強直, 搖擗 등으로 나타난다²⁾. 경근병에 대하여서는 『靈樞·經筋篇』에 十二經筋

의 주행부위, 經筋病候, 治法 등이 비교적 체계적으로 언급되어 있으며, 근막통증증후군이 근육이나 연조직에 민감한 痛點과 단단한 소결질을 가지고, 운동범위의 제한, 근약증과 피로감, 또 압박시 원위부로 관련통을 동반하는 증후군이라는 점에서 관련성 및 유사성을 가진다³⁾.

최근 인체의 움직임을 근육과 관절에 의한 분절운동으로 분석하는 것뿐 아니라 신체 각 조직, 기관을 지지·연결하며, 진피(dermis)바로 아래 淺層에서부터 근육, 골, 신경, 혈관과 내장을 세포수준에 이르기까지 둘러싸고 관주하는 深層, 뇌와 중추신경계를 싸

■ 교신저자 : 송윤경, 인천 중구 용동 117번지 경원인천한방병원 한방재활의학과
Tel: 032-770-1214 Fax: 032-772-9011 E-mail : oxyzen@korea.com

고 있는 頭蓋薦骨系(craniosacral system)의 경막(dura)까지 이르는 最深層까지 중단됨이 없이 전신에 3차원의 거미줄망(web)으로 펼쳐져 있는 강인한 결합조직인 근막계(fascia system)에 대한 관심이 증가하고 있는데⁴⁾, 근막계는 경락체계와도 많은 유사점을 가지고 있으며, 특히 경근과의 관련성에 대한 연구가 보고되고 있다⁵⁻¹⁰⁾.

이에 저자는, 『靈樞·經筋篇』을 중심으로 한 경근병증에 대한 한의학적 문헌고찰을 통하여 경근병에 대한 치료방법을 살펴보고, 근막에 대한 수기요법의 내용을 알아봄으로써 경근에 나타나는 임상적 증상에 대한 한의학적 치료방법을 체계적으로 정리해 보고자 복수의 문헌을 고찰해본 결과 약간의 지견을 얻었기에 이를 보고하고자 한다.

II. 본 론

1. 경근(經筋)의 개념

경근이라는 말이 처음 나오게 된 것은 황제내경이다. 經筋의 내용은 『靈樞』에는 권 13 「經筋篇」¹¹⁾ 에, 『甲乙』에는 권2 제6 「經筋篇」¹²⁾에, 『類經』에는 권7 제4 「十二經筋結支別」과 권17 제8 「十二經筋痺刺」¹³⁾에 나누어 기술되어 있다.

본편은 각각 12경에 속해있는 경근의 분포와 상호관계, 한열에 따른 증상과 치법에 대하여 설명하고 있기 때문에 「經筋篇」이라 하였다.

경근은 인체의 모든 근육도 12경맥처럼 12부분으로 구분되어 형성된 데서 붙여진 명칭이다. 12경맥의 이름에서 장부 명칭을 빼고 뒤에 ‘筋’자를 붙인 것으로, 12경근은 12경맥의 표면 순행부위와 비슷한 부위를 순행하면서 筋肉과 骨節에 연계되어 있다³⁾.

1) 형태적 특성

『太素』권13 「經筋篇」¹⁴⁾에서 ‘筋에는 剛健한 것과 柔軟한 것이 있으니, 강건한 것은 骨을 결속하기 위한 것이고 유연한 것은 서로 엮어매기 위한 것이다’라고 하였고, ‘經에 絡이 있는 것처럼 綱에도 紀가 있으니, 手足部와 項背部에 직행하여 骨에 부착되는 근은 모두 견고하면서 거대하고, 胸腹部와 頭面部에 가지로 나누어지면서 纒으로 연락되는 근은 모두 유연하면서 가늘다’라고 하여, 부위에 따른 형태적인 특성에 대하여 언급하였다.

2) 작용

『素問·痿論』¹⁵⁾에서 “宗筋主束骨而利機關也”, 즉 ‘인체의 모든 근육을 대표하는 宗筋이 골격의 결합을 주관하고 관절의 굴신운동에 관여한다’라고 하였고, 『靈樞·經脈篇』에서 筋·骨·肉·脈의 관계 및 인체에서의 작용을 논함에 있어 “肉爲牆”이라 하여 골격에 부착된 근육, 근건이 굴신운동을 하고 강한 힘을 가진다고 설명하였다. 이러한 것으로 볼 때, 경근의 작용은 사지관절 및 전신에 연결되어 관절운동의 작용을 주관하는 것으로 요약할 수 있다³⁾.

결국 경근이란, 한의학에서 인체를 바라보는 12경락이라는 인식틀에서 내부기능계인 장부를 배제하고 외부기능계인 인체의 순수한 운동기능만을 설명하는 이론으로 볼 수 있다. 따라서 내부장부와 직접적인 관계가 없는 근육, 건, 인대 손상과 같은 운동계 질환들을 치료시에는 경근이론에 의거하여 치료하는 것이 타당하다.

2. 경근의 病候

『靈樞·經筋篇』^{11,14)}에서는 십이경근이 십이경맥과 연관되면서 소속된 부위에 병증을 일으킨다고 하였

고, 각 경근에서의 특징적인 병증과 계절와의 연관성, 치법을 제시하였다.

경근이 관절운동을 주관하기 때문에 각각의 12경근의 발병증상은 주로 痺痛, 拘攣, 牽引, 轉筋, 強直, 縮攣 등으로, 경근이 순행하는 부위를 따라 발생되고, 전반적으로 寒證은 경근이 拘急되고, 熱證은 경근이 弛緩되는 특징이 있다.

경근병의 공통적인 증상은 局所痛, 轉筋痛, 牽引痛 등의 통증을 주증상으로 요약될 수 있으며, 통증부위를 만져도 동통이 감소하지 않으며, 움직이면 가증되는 특징을 가지고 있다.

1) 局所痛

경근은 일정한 부위에 結聚하게 되는데, 筋은 관절에서 會合하므로 四肢의 계곡사이에는 경근의 結聚가 가장 성한 곳이다. 경근이 병들었을 경우 筋이 結聚한 부위에서 기혈이 소통하지 않아 국소통이 발생하게 되며, 壓痛이 있는 것이 특징이다. 대부분 寒邪가 머물러 야기된 것이므로 치료시 燔鍼을 사용하면 효과가 좋다. 만약 瘀血이 있는 경우 부항요법을 적용한다.

2) 轉筋痛

痙攣拘急痛을 의미하며, 경근병의 주요한 증후로서 營氣와 衛氣가 虛함으로 인해 外邪가 筋에 침습하여 나타나는 것으로 볼 수 있다.

3) 牽引痛

支筋의 당김으로 인하여 발생하는 것으로 볼 수 있다. 치료시 巨刺法을 사용하여 경맥의 氣血 소통을 유도하는 것이 바람직하다.

3. 경근치법의 한의학적 고찰

1) 『靈樞·經筋篇』^{11,14)}

본편에서 나타난 침치료의 특징은 첫째, 자침의 횟수가 일정하게 정해지지 않고 “以知爲度”라고 하였듯이 질병이 치유되는 정도를 보아 회수를 정하는 것이다. 둘째, 12경맥상의 경혈에서 취혈하는 일반적인 방법과는 달리 “以痛爲輸”하는 것을 좇아 압통점을 輸穴로 삼는 것이다. 셋째, 자침법에 있어 迎隨法이나 出入法 등 보사법을 시행하지 않으며 유침하지 않고 바로 발침하는 “劫刺法”을 사용하는 것이다. 넷째로 “燔鍼法”에 대한 언급이 있는데, 이는 “燒鍼”, “燔鍼”의 두가지 방법이 있으며, “燒鍼”법은 자침한 후 침병에 쭉을 붙여 이를 태움으로써 火氣가 내부로 전달되게 하는 방법이며, “燔鍼”법은 자침하기 전에 미리 침을 불에 달구었다가 이를 자침하여 화기가 내부로 전달되게 하는 방법이다.

또한 경근병증 치료시 “燔刺”는 寒證의 筋急증을 자침하는 것이니, 熱證으로 筋이 弛緩되어 수렴할 수 없을 경우에는 燔鍼을 사용하지 말아야 한다고 하였다.

특히 천응혈 또는 아시혈 요법에 대한 내용이 처음으로 기재되어 있으며, 현재의 근막통증증후군(Myofascial pain syndrome)과 연관성이 있는 것으로 볼 수 있어³⁾ 각 경근의 분포와 증상과 치법을 이용하여 보다 면밀한 경근의 진단과 치료방법을 개발할 수 있을 것으로 생각된다.

(1) 십이경근별 치료방법

대부분 공통적인 치료방법이 언급되었으나, 족양명경근, 족소음경근, 족궤음경근에 대한 치법에 대한 것은 차별적으로 제시되었다.

① 족태양경근, 족소양경근, 족태음경근, 수태양경

근, 수소양경근, 수양명경근, 수태음경근, 수궐음경근, 수소음경근

치료는 燔鍼으로 劫刺함에 달려 있는데, 得氣(氣至)를 아는 것을 정도(數)로 삼고 痛處를 輸穴(천응혈·아시혈)로 삼아야 한다.

② 족양명경근

馬膏로써 筋이 緊急한 곳에 붙이고, 白酒와 桂皮로써 근이 弛緩된 곳을 바르며, 뽕나무 갈고리고씨 (이완된 곳을) 걸어 당기고, 곧 생 뽕나무 숯불(生桑炭)을 솔독속에 넣어 높이가 앉은 것과 같게 한 채 膏로써 긴급한 頰部를 찔러주면서 또 좋은 술을 마시게 하고 맛있는 炙肉을 먹게 한다.

③ 족소음경근

치료는 燔鍼으로 劫刺함에 달려 있는데, 得氣(氣至)를 아는 것을 정도(數)로 삼고 痛處를 輸穴(천응혈·아시혈)로 삼아야 한다. 胸腹部(內, 陰)에 있는 경우 찔러, 導引, 飲藥 등으로 치료해야 한다.

④ 족궐음경근

치료는 行水시키고 陰氣를 청량하게 함에 달려 있다. 그 병이 진근할 경우에 치료는 燔鍼으로 劫刺함에 달려 있는데, 得氣(氣至)를 아는 것을 정도(數)로 삼고 痛處를 輸穴(천응혈·아시혈)로 삼아야 한다.

(2) 본 편에서 언급된 경근 치료방법은 다음과 같이 정리하여 볼 수 있다.

① 以知爲度

자침의 횟수가 일정하게 정해지지 않고, 질병이 치유되는 정도를 보아 회수를 정하는 것이다.

② 以痛爲輸

경근이 모이는 부위에 증상이 나타나 국소부위가

땅기면서 아플 경우 痛點을 찾아 鍼灸 혹은 按摩로서 치료하는 방법이다. 그러나 외상 및 타박상으로 인한 증상이 나타나는 국소부위에는 적용하지 않는다.

③ 燔鍼法

“燒鍼”, “焮鍼”의 두가지 방법이 있으며, “燒鍼”법은 자침한 후 침병에 쑥을 붙여 이를 태움으로써 火氣가 내부로 전달되게 하는 방법이며, “焮鍼”법은 자침하기 전에 미리 침을 불에 달구었다가 이를 자침하여 화기가 내부로 전달되게 하는 방법이다.

④ 巨刺法

경근의 “維筋相交”에 의한 주행부위의 특성을 이용하여 좌측 혹은 우측에 병이 있을 경우 병이 없는 반대쪽의 輸穴에 자침을 하는 방법으로 치료하는 것이다.

⑤ 行水·清陰氣

족궐음경근의 치료에서 언급되었으며, 肝血不足으로 筋脈을 자양하지 못해 발생한 경근병인 경우 “虛則補其母”의 원칙에 의거하여 水氣를 운행시킴으로써 厥陰의 氣를 깨끗하게 해야 한다는 의미로 볼 수 있다.

⑥ 찔러, 導引, 飲藥

구체적인 방법에 대하여 제시되어 있지는 않으나, 『傷寒論』에서 “脚攣急을 치료할 때 酸甘한 味의 芍藥甘草湯으로 陰을 化生하고 陰血을 補益함으로써 하지의 筋脈을 자양한다”라 한 것이 이에 해당하는 것으로 볼 수 있다.

2) 『靈樞·官鍼篇』^{16,17)}

『靈樞·官鍼篇』은 자침의 요점을 간략히 해 놓은 것으로 九鍼의 용도와 九刺, 十二刺, 五刺 및 三刺法의 내용으로 분류하였는데, 이들을 다시 분석하여 중

합적으로 살펴보면 병변의 부위와 속성에 따른 九鍼의 쓰임, 자침의 선혈 및 배혈원칙, 병변부위의 조직 및 深淺에 따른 자침, 用鍼의 多少 등에 대한 준칙을 밝혔고 그 외 배농 및 화침요법에 대해서도 언급하여 자침법의 대강을 이루고 있다.

이 중 경근에 해당하는 근, 건, 인대, 관절 부위와 관련된 것은, 浮刺, 分刺, 合谷刺, 關刺, 恢刺의 5가지로서, 경근치법에 대해 직접적인 언급은 없지만, 이와 같이 병변부위의 조직 및 심천에 따라 경근에 대한 자침의 방법을 유추해 볼 수 있다.

(1) 浮刺

十二刺의 일종으로, 斜刺하여 근층을 향해 횡으로 투자하는 자법이다. 근육이 拘急하며 怕冷하는 질병을 치료한다. 침을 횡화하여 투자하는 부위가 비교적 천층이므로 浮刺라 칭한다. 단 본법에서 말하는 부전은 다른 자법에서 근층을 刺하는데 비교하여 말한 것이다. 현재 천층근육이 경련을 일으키는 질병 등을 치료하는 데 응용되고 있다.

(2) 分刺

九刺의 일종으로 심층근육까지 直達케 하는 자법이다. 근육의 산통 등을 치료하는데 쓰인다. 古人은 뼈에 가까운 심부의 근육을 分肉이라고 칭하였으므로 分刺라 칭한다. 이 자법도 현재 임상에서 응용되고 있다.

(3) 合谷刺

五刺의 일종으로 근육중에 斜刺하여 鷄爪의 형태와 같이 몇 개의 방향으로 투자하는 자법이다. 筋痺를 치료한다. 古人은 근육이 중첩된 곳을 谷이라 칭하였으므로 합곡자라 칭한다. 현재의 다방향투자법과 유사하다. 본법을 응용할 때는 浮刺 혹은 分刺와 결합시켜 다방향으로 투자한다.

(4) 關刺

五刺의 일종으로 직자하여 사지의 관절부근의 盡筋(근건이 골면에 부착된 곳)을 찌르는 자법이다. 자법에 있어서는 출혈을 피하며 筋痺의 치료에 쓰인다. 관절부근을 찌르므로 關刺라 칭한다. 일명 淵刺 또는 豈刺라고도 한다.

(5) 恢刺

十二刺의 일종으로 筋腱의 측방으로 자입하여 그 근건의 전후의 다방향으로 횡침 투자해서 근건의 연축을 緩解시키는 자법이다. 筋痺를 치료한다. 다방향으로 투자하여 자법의 영향을 확대시키므로 恢刺라 칭한다. 關刺와 恢刺는 모두 근건을 자하는 방법이지만 각기 특징이 있다. 전자는 정면에서 자입하여 단향 직자하고, 후자는 측방에서 자입하여 횡침으로 다향투자한다. 임상상 이를 참조하면서 응용할 수 있다. 현재 巨鍼을 써서 연축된 근건을 자극하여 완해시키는 방법은 이 두 가지 방법을 발전시킨 것이다²⁾.

3) 추나요법

척추관절을 포함한 관절과 근육 등의 근골격계의 기능적 변화상태는 주로 硬結·變位·萎縮 및 固着이라고 하는 구조적인 병리상태로 나타나게 되며, 추나요법은 관찰대상의 주체인 골격근, 척추관절 등의 근골격계 구조의 불균형상태를 정형의학적으로 구조적 균형을 유지시킴으로써 기능적 균형도 이루어지도록 하기 위한 치료방법이다¹⁸⁾.

따라서 추나요법은 경근치법의 중요한 방법으로, 침치료와 별개로 혹은 병행하여 치료하게 됨으로써 치료효과를 상승시킬 수 있으며, 환자와의 유대감이 훨씬 증가할 수 있는 좋은 치료방법이라 하겠다.

(1) 경근추나

관절, 근육이 외부로부터의 타박, 염좌, 견인, 압박 등과 같은 강한 힘을 받거나 혹은 외감성이거나 전신적인 허한 상태에서 피로가 누적된 것이 소인이 되어 발생하는 손상을 傷筋이라고 한다. 상근은 급성, 만성으로 나누며 동통 등이 주요 증상인데 손상 후 기혈이 경맥을 이탈했기 때문에 경맥의 기혈순환이 장애를 받게 되어 “不通則痛”으로 경근에 부종이나 통증이 발생한다. 즉, 상근질환의 치료는 “痛則不通”, “不通則痛”의 원칙에 따라 舒筋通絡, 活血散瘀시키는 것이 기본원리이며, 경근추나는 자극에 대한 반사효과와 기계적 효과에 의하여 기능을 조절하는 역할을 한다¹⁸⁾.

(2) 도인추나

운동추나라고도 하는데 추나요법의 중요한 부분이다. 근육관절조직이 강직되었거나 이완된 경우 피동운동의 시행으로 조직을 이완시켜 관절의 유동성을 형성하게 할 수 있다. 국부의 근육조직이 변성한 경우는 국부조직에 영양공급을 개선시키고, 신진대사를 촉진하여 근육의 굴전성을 증가시키거나 변성된 조직을 개선 또는 회복할 수도 있다.

환자 스스로의 능동적 운동 뿐만 아니라 시술자나 기구를 이용하여 시행하는 수동적 운동도 운동추나의 한 방법으로 볼 수 있으며, 운동추나는 舒筋通絡, 活利關節, 活血散瘀의 효과가 있다¹⁸⁾. 또한 인체 내의 기의 흐름, 호흡과 운동, 주위환경과 인체의 조화를 도모하는 도인요법도 이에 해당하는데, 기본이 되는 華陀의 오금회와 龐僊의 오장도인법 등이 있다¹⁹⁾.

3. 근막의 치료방법

근육이나 연조직에 매우 예민한 압통과 소결절이 있고 그것을 중심으로 한 연관통을 연구하는 근막통증증후군(Myofascial pain syndrome, MPS)의 치료

방법과 수기법인 근막이완요법(myofascial Release; MFR), 좌상역좌상기법(strain-counterstrain technique; SCS), 근에너지기법(muscle energy technique; MET) 및 고유수용성신경근촉진법(proprioceptive neuromuscular facilitation; PNF) 등과 키네시오 테이핑(kinesio taping)등은 근막에 대한 치료방법으로서, 경근치법과 적절하게 병행함으로써 임상적 효과를 높일 수 있을 것으로 사료된다.

1) 근막통증증후군(Myofascial pain syndrome)

근막통증증후군(Myofascial pain syndrome)이란 근육이나 연부조직에 매우 예민한 통점과 단단한 소결절이 있고, 운동범위 제한, 근약증과 피로감 및 압박시 발생하는 연관통(Referred Pain)을 동반하는 증후군으로²⁰⁾, 근골격계, 특히 연부 조직에 의한 만성 통증 중 가장 흔히 볼 수 있는 질환 중 하나이다.

Myofascial Trigger Point는 골격근 또는 그 근막의 Taut Band에 내재된 과민반응점으로서, 압력을 가하면 통증이 있고 특징적인 관련통과 자율신경 증상을 일으킬 수 있다²⁰⁾.

활동성 Trigger Point는 침이나 Dry Needle, 약침 또는 0.5% Procaine 주사 및 심층 압박이나 심층 마사지 등의 방법으로 치료한다^{20,21)}.

2) 근막이완술(Myofascial Release, MFR)

근막이완술은 연부조직의 피드백을 이용하여, 연부 조직에 가해지는 과도한 스트레스를 최소화하거나 제거하는 방법으로²²⁾, 통증을 일으키는 원인 중의 하나인, 연부조직 기능장애를 환자 스스로 교정할 수 있는 능력을 시술자가 촉진시킬 수 있다는 전제에 근거한다. 시술자의 어떤 행위를 통해 환자의 몸을 개선시킬 수 있다는 것이 아니라, 환자와 같이 환자의 몸을 개선하고자 한다는 점에서, 다른 수기요법과 큰

차이가 있다.

3) 좌상/역좌상기법 (strain/counter strain technique)

Lawrence는 strain을 주동근은 신장되어있고 길항근은 단축되어있는 상태로 정의하고²³⁾, 급성 염좌의 경우 중추신경계의 조절 없이 길항근의 길이가 빠르게 변하는 상황에서 근방추세포들이 적절히 근육의 길이를 재조절하지 못하게 되고, 내재섬유들은 구축 상태가 되어 통증을 유발되는 것으로 보았다^{24,25)}.

치료는 단축된 근방추세포로 인한 압통점(tender point)을 찾아 치료함으로써 γ -motor system이 적절한 평형을 유지하도록 재조정하는 방법으로 이루어진다. 압통점은 보통 신장된 근육의 길항근에 존재하며, 치료시에는 가벼운 접촉과 함께 γ -motor system이 균형을 잃었을 당시의 자세를 만들게 되며, 자세의 변화를 미세조절하여 압통이 최소 70% 이상 감소되는 자세를 찾아 그 자세를 90초간 유지한다. 90초간의 자세 유지 후 수동적으로, 가능한 천천히, 일정한 속도로 중립위치로 신체를 되돌림으로써 치료를 종결한다^{23,24,25)}.

4) 키네시오테이핑(Kinesio-taping)

키네시오 테이프는 인체 피부의 신축률과 가장 가까운 신축성을 지니도록 고안된 것으로, 효과는 첫째 근육의 기능을 바로잡고 2차 손상을 예방하는 것이며, 둘째 피부와 근막사이의 간격을 만듦으로서 혈액·림프액·조직액 등의 순환을 돕는 것이고, 셋째 피부 및 근육의 자극을 통한 진통효과, 마지막으로 근막의 고정효과로 관절의 어긋남을 잡아주는 것이다²⁶⁾.

치료시 신축성 있는 테이프를 근막과 피부를 최대 신전 상태에서 붙임으로써 일상적인 가동 범위 내에

서 근막과 피부가 일정 정도의 신전 상태를 유지하도록 돕게 되는데, 과긴장된 근육의 근막과 피부에 가해지는 신축성 테이프의 지속적인 신장 효과는 양성 피드백기전(positive feedback loop)에 의해 과항진된 γ -motor spindle system에 치료적인 기계적 구성 정보를 제공할 수 있을 것이다.

5) 근에너지기법(Muscle Energy Technique, MET)

근에너지기법은 정골요법사인 F.L. Mitchell Sr.과 F.L. Mitchell Jr.에 의해 개발되었으며, 신경생리학적 근거에 기초하여 다양한 형태의 근수축과 자극을 통하여 근육과 근막의 신전, 근 긴장의 조절, 제한된 관절의 가동성의 증가, 수동적 율혈의 제거 등의 효과가 있는 치료방법으로²⁷⁾, 체성 시스템을 통해 전달되어 교감신경계, γ - α loop, 직접적인 구조 및 자세 관계, 관절의 기능 및 운동성에 영향을 미쳐 일정한 치료 효과를 나타내게 된다^{27,28)}.

6) 고유수용성신경근촉진법(Proprioceptive Neuromuscular Facilitation, PNF)

고유수용성(proprioceptive)이란 신체의 움직임과 체위에 관한 정보를 제공하는 감각수용기를 지칭한다. 신경근(neuromuscular)은 신경과 근육을 말하고, 촉진(facilitation)이란 운동을 더 쉽게 되도록 한다라는 의미이다.

PNF의 기본적인 철학은 장애인을 비롯한 모든 인간은 개발되지 않은 잠재력을 가지고 있다는 것이다. 따라서 비록 운동계의 손상을 입은 사람이라도 잠재력의 개발여하에 따라 얼마든지 정상인으로 살 수도 있다는 가설이 성립되며, 실제로 PNF를 통해 많은 사람들의 운동능력이 향상되었다. 그 결과 PNF는 현재 전세계에서 가장 널리 이용되는 운동치료적 접근 방법 중 하나이다²⁹⁾.

Ⅲ. 고찰 및 결론

경근에 대한 병증, 치료방법 등에 대한 문헌고찰을 한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 『靈樞·經筋篇』에서 십이경근이 십이경맥과 연관되면서 소속된 부위에 병증을 일으킨다고 하였고, 각 경근에서의 특징적인 병증과 계절와의 연관성, 치법을 제시하였다.
2. 경근병의 공통적인 증상은 局所痛, 轉筋痛, 牽引痛 등의 통증을 주증상으로 요약될 수 있으며, 경근이 순행하는 부위를 따라 발생되고, 전반적으로 寒證은 경근이 拘急되고, 熱證은 경근이 弛緩되는 특징이 있다.
3. 경근병의 치료방법으로는 십이경근에서 대부분 공통적인 치료방법이 언급되었으나, 족양명경근, 족소음경근, 족厥陰경근에 대한 치법에 대한 것은 차별적으로 제시되었다. 요약하면, 以知爲度, 以痛爲輸, 燔鍼法, 巨刺法, 行水·清陰氣, 찌질, 導引, 飲藥 등이다.
4. 『靈樞·官鍼篇』에서의 자침방법 중 경근에 해당하는 근, 건, 인대, 관절 부위와 관련된 것은, 浮刺, 分刺, 合谷刺, 關刺, 恢刺의 5가지로서, 경근 치법에 대해 직접적인 언급은 없지만, 이와 같이 병변부위의 조직 및 심천에 따라 경근에 대한 자침의 방법을 유추해 볼 수 있다.
5. 근막의 치료 방법으로는 근막통증증후군(Myofascial pain syndrome, MPS)의 치료방법과 수기법인 근막이완요법(myofascial Release: MFR), 좌상역좌상기법(strain-counterstrain technique: SCS), 근에너지기법

(muscle energy technique: MET) 및 고유수용성신경근촉진법(proprioceptive neuromuscular facilitation: PNF) 등과 키네시오 테이핑(kinesio taping)등이 있다.

경근의 主要作用은 束骨格하고, 關節의 屈伸活動을 調節하고, 人體의 正常的인 運動機能을 유지하는 것으로, 임상에서 경근치법에 대한 고찰 및 근막에 대한 최근의 연구결과를 바탕으로 보다 효과적인 치료에 대한 연구가 있어야 할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 박석우, 금동호. 경근의 재활의학 분야에서 활용을 위한 문헌적 고찰. 한방재활의학회지. 1999;9(2):93-119.
2. 전국한의원대 침구학교실. 침구학. 서울:집문당. 1991:159-70,1103-4.
3. 이석모, 정현영, 금경수. 『靈樞·經筋篇』에 대한 연구. 대한한의진단회지. 1999;3(1):294-332.
4. 송윤경, 이종수, 임형호, 조남경. 근막경선해부학. 서울:현문사. 2005:22.
5. 송윤경, 임형호. 기능적인 움직임 치료를 위한 경근의 임상활용에 대한 연구(I). 대한추나학회지. 2002;3(1):65-83.
6. 김성욱, 이종수, 정석희. 경락과 근막의 상관성에 관한 비교연구. 한방재활의학과학회지. 2001;12(4):129-41.
7. 최승범, 송윤경, 임형호. 근막경선을 이용한 12단계 치료 방법 고찰. 대한추나의학회지. 2005;6(1):59-66.
8. 조현철, 홍서영, 송윤경, 임형호. 상지경근의 임상적 응용을 위한 기능적인 움직임 분석에

- 대한 고찰. 대한추나의학회지. 2004;5(1): 250-60.
9. 조태영, 홍서영, 송윤경, 임형호. 하지경근의 임상적 응용을 위한 기능적인 움직임 분석에 대한 고찰. 대한추나의학회지. 2004;5(1): 117-33.
10. 박성호, 송윤경, 임형호. 체간의 기능적인 움직임분석을 통한 근육 및 경근에 대한 고찰. 대한추나의학회지. 2004;5(1):220-9.
11. 양유걸. 황제내경영추석해. 서울. 대성문화사. 1986:62-73.
12. 황보밀. 황제침구잡을경. 서울. 의성당. 1993: 292-312.
13. 장개빈. 유경. 서울. 대성문화사. 1984:159-63, 379-82.
14. 김달호역. 황제내경영추. 서울. 의성당. 2002: 422-52.
15. 홍원식역. 황제내경소문. 서울. 전통문화연구회. 1996:267
16. 홍원식역. 황제내경영추. 서울. 전통문화연구회. 1995:89-97
17. 김대수, 안춘호, 강성길. 임상적 활용을 위한 『靈樞·官鍼篇』의 침자법 연구. 대한침구학회지. 1990;7(1):301-13.
18. 이종수, 임형호, 신병철. 정형추나학. 서울. 대한추나학회. 2002:5-6,59-60,62.
19. 전국한의과대학재활의학과학교실. 동의재활의학과학. 서울. 서원당. 1995:511.
20. Travel JG, Simons DG. Myofascial Pain and Dysfunction : The Trigger Point Manual. Williams & Wilkins. 1987:5-43.
21. 유태성, 김용석, 김정곤, 오재근, 조진영. 근막통증 증후군. 서울. 대신출판사. 1999:4,30.
22. 김근조, 김명훈, 김성중, 김승준, 김용수, 김주상, 김호봉, 김효철, 김희권, 문상은, 박은희, 박지환, 배성수, 서현규, 성기석, 양희송, 이진철, 이점안, 정형국, 최재원, 함용운. 도해 근막이완술. 서울:영문출판사. 2006:11-5.
23. Robert C, Ward. 대한추나학회 학술위원회 역. Osteopathy 의학의 기초. Foundation for psteopathic Medicine. 서울. 대한추나학회 출판사. 1999: 919-30
24. Leon Chaitow. Positional Release Technique, 1st Edition, London: Churchill Livingstone. 1996: 9-42.
25. Leon Chaitow. Positional Release Technique, 2nd Edition, London: Churchill Livingstone. 2001:99:113-8
26. 고도일. 알기쉬운 키네시오 테이핑요법. 서울. 푸른솔. 1999:12-3.
27. Burns DK, Wells MR. Gross range of motion in the cervical spine: the effects of osteopathic muscle energy technique in asymptomatic subjects. J Am Osteopath Assoc. 2006 Mar;106(3):L137-42.
28. Korr IM. Proprioceptors and somatic dysfunction. J Am Osteopath Assoc 1975; 74:638-50.
29. 김미현, 김상수, 김태윤, 김희권, 배성수, 송명수, 이현옥, 함용운, 황보각, 황성수. 고유수용성 신경근 촉진법. 서울. 영문출판사. 2002:1-2.