

근막동통증후군의 한의학적 활용에 관한 고찰 -요통을 중심으로

강한주* · 박정은**

* · ** : 大韓醫療氣功學會

大韓醫療氣功學會

I. 緒論

西洋醫學에서 筋骨格係 疾患의 原因을 骨과 關節의 이상이나 신경의 치료에 主안점을 두고 있을 뿐, 근의 질병에는 保存的 治療가 대부분이었다. 그러나 최근에 근막동통증후군이나 만성적으로 나타나는 동통의 치료에 Trigger point에 마취제를 주입하는 적극적 治療가 이용되고 있으며, 급성 타박손상 시에도 Trigger point를 응용하는 것이 좋다고 하였다. 이처럼 근골격계 질환에 대한 새로운 연구들이 서양에서 행해지며 치료율을 높이기 위한 많은 노력을 하고 있다.

東洋醫學에서는 內經 靈樞 經筋篇에서 보이듯이 오래전부터 12경락체계를 이용한 皮膚, 筋肉 氣血에 대한 예 대한 기록이 되어있고, 연구되었으며, 治療방법도 鍼, 灸, 藥, 推拿, 手技, 導引등 다양한 방법을 갖추고 있다.

그 결과 일반 국민들의 인식 또한 한의학적 치료에 대한 인지도가 높아 한

방의료를 이용하는 환자들의 절반 가까운 수가 근골격계 및 결합조직과 운동계 질환(50.1%-74.1%)임을 알 수 있다.¹⁾

Pubmed를 검색해 보면 근막동통증후군을 비롯한 여러 근골격계질환 치료 진단에 많은 연구를 하고 있고, 그것에 대한 치료수단으로 침구치료에 대한 많은 논문들이 발표중이다. Trigger point가 경혈점과의 71%정도의 일치성²⁾을 보인다는 연구 결과가 있고. 경혈점에 대한 연구와 또한 침에 대한 연구가 진행되고 있어 한의학계에서는 어느 정도 긴장감을 가질 시기이다.

한의학에서 과거부터 사용하고 있던 치료방법과 진단방법을 근막동통증후

1) 이기남 외 : MOIRE영상을 이용한 근골격계 질환의 한의학적 진단에 관한 연구, 대한예방한의학회지 제4권 제 2호, 2000, p84
2) 변임정, 남상수, 최도영: PubMed에서 Myofacial pain syndrome(MPS)과 acupuncture로 검색한 최근 연구 경향, 대한침구학회지 제 19권 제 6호, 2002,12, p178

근이라는 해부학적 관점의 진단법을 통해서 재인식해보는 계기가 필요하다.

이에 근막동통증후군의 진단과 穴位 診斷의 상관성을 통한 阿是穴과 Trigger point의 유사점을 살피고 임상에서 많이 접할 수 있는 요통을 통해서 한의학적인 관점에서 근막동통증후군의 한계와 활용에 대해 고찰해보자 한다.

II. 本論

1. 근육의 개념

1) 근막동통증후군

근막동통증후군이란 근육이나 연부 조직에 매우 예민한 통점과 단단한 소결절이 있고 운동범위의 제한, 근약증과 피로감 및 압박 시 원위부로 퍼지는 단단한 관련통(referred pain)을 동반하는 症候群이다. 근막동통증후군의 診斷은 다른 근골격계의 질환과 달리 x-ray, CT, MRI, EMG등의 객관적인 진단장비의 도움을 받을 수 없고, 단지 이학적 소견, 특히 전적으로 觸診에 의존하여야 한다. 시각적 觸診상의 局所攣縮反應의 확인, 압통 결절의 침관통으로 인한 局所攣縮反應, 통증 결절의 압박 시 예상되는 부위로의 통증이나 감각변화 그리고 동통의 유발점의 자발적 전기현상의 筋電圖상의 증명을 확정적 현상으로 보고 있고.³⁾

근전도, 초음파, 압력통각계, 체열진단기 등이 보조적으로 사용되고 있다.

최근 활발히 연구되고 있는 Trigger point는 근육이나 결합조직(인대, 관절낭, 건등)내에 존재하여 특징적이고 전형적인 관련통을 유발하는 조그마한 과민지역을 말하며, 총을 당기면 목표물에 맞듯이 관련지역이라 불리는 거리상 좀 떨어진 지역 내에 통증을 날리게 되는 양상 때문에 이름 지어졌다. Trigger point는 단단한 띠(taut band)중에서 발견되며, 자극하면 압통이 가장 심하게 나타나고 환자가 호소하던 연관통이 재현된다. 이는 안압하였을 때 연관통이 발생하지 않는 단순한 압통점(tenderness point)과는 구별되어야 한다.

2) 근육의 종류

사람 몸을 이루고 있는 세포 종류 중에서도 근육세포(muscle cells)는 신경의 자극을 받으면 수축을 하는 특성이 있는 구조물로서 많은 근육세포가 모여 근육(muscles)이라는 큰 덩어리를 이룬다. 근육세포의 모양은 다른 세포와는 달리 매우 길쭉하게 생겼으며 현미경으로 보았을 때 가로로 된 줄무늬(striations)가 있는 것과 없는 것의 두 종류가 있다. 줄무늬가 있는 세포로 된 근육 종류는 가로무늬근(橫紋筋 striated muscles)이라고 하고 줄무늬가 없는 세포로 구성된 근육 종류는 민무늬근(平滑筋 smooth

3) 上揭書, p179

muscles)이라고 부른다. 가로무늬근에 속하는 근육에는 骨格筋(skeletal muscles)과 心臟筋(cardiac muscles)이 있고 민무늬근은 몸속 장기에 분포되어 있어 흔히 內臟筋(visceral muscles)이라고도 한다(그림 7-1). 일반적으로 골격근은 우리의 뜻에 따라 움직임을 조절할 수 있어서 수의근(voluntary muscles)이라고도 하고 심장근이나 평활근의 경우는 우리의 뜻과는 무관하게 자율적으로 움직여지므로 이것을 불수의근(involuntary muscles)이라고도 한다. 골격근이나 심장근 같은 이름은 이 근육들이 각각 몸의 뼈대, 심장 벽에 분포되어 있기 때문에 붙여진 이름이지만 골격근은 반드시 골격에만 붙어 있는 것은 아니고 일부 결합조직의 막이나 피부 또는 내장의 벽에 연결되어 수의근으로 작용하기도 하고 심지어는 횡문근이 내장의 벽에 분포되어 있으면서 불수의근으로 작용하기도 하므로 근육 종류의 이름과 실제로 하는 일이 완전히 일치하지는 않는다.

그중에 근골격계 질환에서, 그중 근막동통증후군에서 다루는 근육은 골격근이다. 골격근(skeletal muscles)은 이름 그대로 골격 즉 뼈대와 관계가 깊은 근육으로서 몸 부피의 약 40%를 차지하고 있으며 구성하는 세포 종류는 골격근세포(skeletal muscle cells)이다. 일반적으로 근육의 양쪽 끝이 뼈에 붙기 때문에 수축으로 뼈와 뼈 사이의 관절을 움직이므로써 몸의 운동을 일으키는 운동장치(locomotor

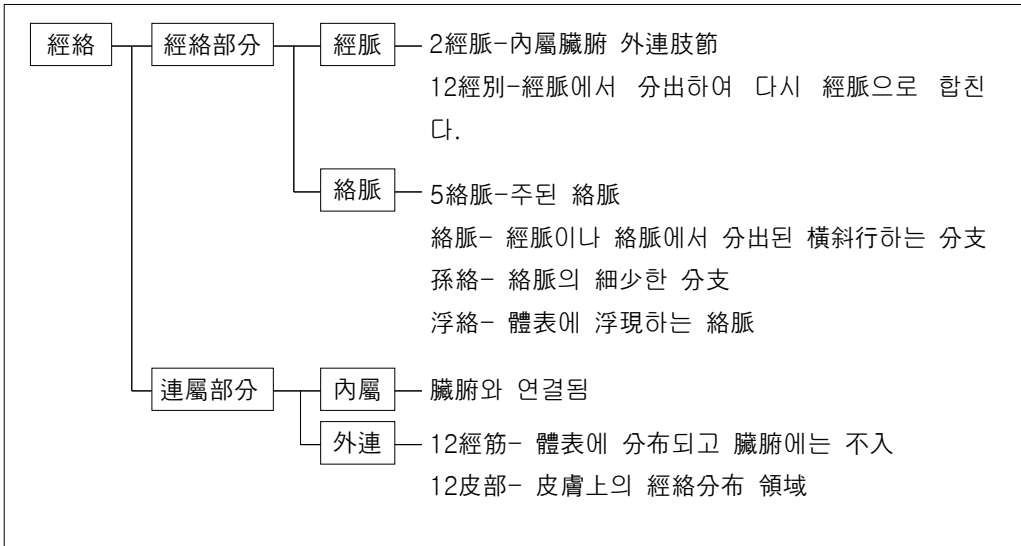
apparatus)의 하나로 작용한다. 그러나 골격근 중에는 그 한쪽 끝 또는 양쪽 끝이 피부(예: 얼굴근육 facial muscles)에 달거나 내장 기관(예: 안구근육 ocular muscles, 후두근육 laryngeal muscles)에 달고 있기도 하며 심지어는 내장의 벽(예: 식도의 위 2/3) 일부를 구성하고 있는 경우도 있어 이런 근육은 골격근이라는 이름과 반드시 일치하지는 않으며 기능적으로는 골격의 움직임과 관계가 없거나 신경지배로 볼 때는 불수의근에 속하지만 형태적으로는 모두 가로무늬근에 속한다.

3) 근육의 협동작용

우리 몸의 관절에서 운동이 일어나려면 이 관절 주변의 여러 근육이 하나는 당겨주고 하나는 늦추어주는 등 서로 조정되는 작용 하에 있을 때 비로소 무리 없이 이루어지게 된다. 따라서 근육들을 관절운동을 할 때의 역할에 따라 주동근(prime movers), 길항근(antagonists), 고정근(fixators), 협동근(synergists) 등으로 부른다.

주동근(prime movers)은 어떤 특정한 운동에 있어서 그 운동을 일으키는 가장 주된 근육 또는 근육의 무리를 말한다.

고정근(fixators)은 주동근이 효과적으로 수축할 수 있도록 주동근이 시작되는 지점 즉 이능곳(origin)을 고정시켜주기 위하여 길이는 변하지 않고 긴장도만 강해지면서 수축하는 근육을



<표 1> 經絡系統圖4)

말한다.

협동근(synergists)은 어느 주동근이 시작되는 곳에서 여러 관절을 지나 마지막으로 작용을 미칠 관절에 이를 때 주동근의 수축작용으로 원하지 않는 중간 관절에서의 관절운동이 일어나는 것을 막기 위하여 소위 협동근이라는 근육이 동시에 수축함으로써 중간의 관절을 고정시키게 된다. 예를 들어 손가락을 움직이는 손가락굽힘근은 팔에서 시작하여 손목을 지나 손가락으로 가는데 이 근육이 수축하면 손가락뿐만 아니라 손목도 같이 굽혀지므로 손가락만 굽히고자 할 때는 손등에 있는 퍼짐근이 손목을 고정해 주어야 손가락을 움직이는데 효과적이며 이때 손목퍼짐근은 협동근이 되는 것이다.

이와 같은 근육의 작용은 같은 관절에서도 어떤 움직임을 나타내느냐에 따라 한 근육의 역할이 달라질 수 있다.

2. 동양의학에서의 筋의 개념과 12經筋

東洋醫學에서 筋은 筋, 筋膜, 筋腱과 軟骨의 總稱으로, 西洋醫學에서의 筋肉, 筋膜, 靭帶 등의 일질 軟部組織 및 軟骨과 주위 신경을 모두 포괄하는 統稱을 筋이라 한다.

韓醫學에서는 氣血循環의 일정한 生體反應系統路線으로 經絡체계가 있는데, 내부로는 五藏六府와 외부로는 皮膚, 筋와의 상관성을 갖고서 營衛氣血의 生理的 現狀과 病理的 反應을 한다. 經脈은 經絡부분과 連屬부분으로 나뉜다. 經絡부분은 經脈, 絡脈으로 分類하고, 連屬부분은 內部와 外部로

4) 송춘호, 강성길 : 심이경근과 심이피부에 관한 고찰, 대한침구학회지 1989 제 6권 제 1호 p.182

足太陽之筋	足小趾의 强直, 跟腫痛, 脛攣, 脊反折, 項筋急, 肩不舉, 腋支, 缺盆中紐 ⁵⁾ 痛, 不可左右搖
足少陽之筋	족4지의 轉筋, 引膝外轉筋, 膝不可屈伸, 脛筋急, 前引髀, 後引尻, 卽上乘季脅痛, 上引缺盆膺乳頸維筋急. 從左之右, 右目不開, 上過右角, 竝蹻脈而行, 左絡于右, 故傷左角, 右足不用, 命曰維筋相交.
足陽明之筋	足中指的 轉筋, 脚跳堅, 伏兔轉筋, 髀前腫, 癢疝, 腹筋急, 引缺盆及頰, 卒口僻, 急者, 目不合, 熱則筋縱, 目不開. 頰筋有寒, 則急引頰移口, 有熱則筋弛縱, 緩不勝收, 故僻.
足太陰之筋	足大指支內踝痛, 轉筋痛, 膝內輔骨痛, 陰股引髀而痛, 陰器紐痛, 下引齊兩脅痛, 引膺中脊內痛.
足少陰之筋	癰癥及瘻 在外者不能俛, 在內者, 不能仰. 故陽病者, 腰反折不能俛, 陰病者, 不能仰.
足厥陰之筋	足大指支內踝之前痛, 內輔痛, 陰股痛轉筋, 陰器不用. 傷於內則不起, 傷於寒則陰縮入, 傷於熱則縱挺不收.
手太陽之筋	小指支肘內銳骨後廉痛, 循臂陰, 入腋下, 腋下痛, 腋後廉痛, 繞肩胛引頸而痛, 應耳中鳴痛引頷, 目瞑 ⁶⁾ , 良久乃得視, 頸筋急則爲筋癭頸腫.
手少陽之筋	통과하는 부위의 轉筋, 舌卷
手陽明之筋	통과하는 부위의 轉筋, 肩不舉, 頸不可左右視.
手太陰之筋	통과하는 부위의 轉筋, 痛, 심하면 息賁, 脅急吐血.
手心主之筋	통과하는 부위의 轉筋, 息賁.
手少陰之筋	內部가 拘急하면 心下에 積聚가 생기는데 이를 伏梁이라 한다. 통과하는 부위의 轉筋, 痛症

<표 2> 靈樞 經筋偏에 나타난 12經筋의 病候

구분되는데. 內部는 臟腑 經脈 소속과 의 연관을 갖고 外部로는 十二經筋과 十二皮部로서 十二經脈과 連屬分布되어 있다. ⁷⁾

5) 누: 매다. 묶다. 풀 수 있도록 맺다.

6) 명: 눈감다. 눈이 흐리다. 장님. 확실히 보이지 않다.

7) 한태우, 육태환 : 경근과 근육의 비교, 대한침구학회지 제 16권 제 1호, 1999, p105

十二經筋은 十二經脈의 氣가 근육조직에 結, 聚, 散, 絡 하는 체계로 四支, 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 있다. 순행하는 도중에 回曲의 의미를 지닌 '結'은 관절의 屈伸運動을 지칭하는 것이며, '聚'는 여러 개의 근이

모인다는 뜻으로 운동에 근이 복합적으로 작용하고 있음을 나타내는 것을 볼 때, 十二經筋의 主要作用은 束骨絡하고,關節의 屈伸활동을 조절하고, 인체의 정상적인 運動機能을 유지하는 것이다.

經筋은 經絡에 영양공급을 받아서 운동을 주관하고 체표에 있어서 사기의 방어를 하는 역할을 하는데, 氣血疏通이 안되게 되면 經筋에 병후가 생기어 통과부분의 牽引, 拘攣, 弛緩, 轉筋, 强直이나 통증이 생긴다. 氣血疏通은 12경락의 중심으로 흐르고 기운이 공급되기 때문에 경락의 조절이 경근의 病候를 치료하는데 근본적으로 필요하다. 十二經筋의 治療는 '以痛爲俞'라 하여 局所取穴, 즉 阿是穴이 많이 쓰였다.

3. 진단방법을 통한 阿是穴과 Trigger point의 비교

1) 穴位診斷

靈樞 九鍼十二原論에서 「凡將用鍼 必先診脈 視氣之極易 乃可以治也」라 하였다. 이것은 針灸治療전에 먼저 정확한 진단을 하지 않으면 안된다는 것을 설명한 말이다. 크게 3가지로 혈위를 진단한다.

體表觸診法은 按壓 摩擦 등의 방법으로 압통이나 皮疹 皮下結節과 같은 이상변화를 찾아내어 變證取穴에 하나의 근거로 삼고 있다. 拇指의 指腹으로 經絡의 經路를 따라 가볍게 문지르거

나 혹은 拇指 示指로 가볍게 꼬집으면 淺層의 이상반응을 探索한다.

經絡測定法은 경락이론을 토대로 하여, 오래·동안 풍부한 경험 축적에 의해 발생된 방법으로 예를 들면, 위병에는 배부에는 비수, 위수에 압통이 있으며, 복부에는 중완, 사지부위에는 양구, 족삼리에 압통점이 나타난다.

知熱感度測定法도 經絡이론에 근거한 일종의 診斷방법인데 이것은 點火한 綿香으로 양측 12경의 정혈 혹은 배수혈을 뜨겁게 하여 그 열에 대한 민감도를 측정하며 아울러 좌우교차를 비교함으로써 각경의 虛實과 좌우의 불균형한 현상을 분석하는 것이다.⁸⁾

2) 근막동통증후군의 진단

근막동통증후군은 근골격계의 다른 질환과는 달리 객관적인 장비의 도움을 받을 수 없기 때문에, 진단은 이학적 소견 특히 전적으로 촉진에 의존하여야 한다. 국제적으로 권장되는 근막동통증후군의 진단기준은 표에 열거한대로 5개의 major criteria와 3개의 minor criteria로 구분되며, 근막동통증후군으로 진단하기 위해서는 5개의 major criteria 전부와 한 개의 minor criteria를 충족시켜야 한다. 그러나 실질적으로는 연관통의 원인으로 의심되는 근육을 촉진하여 단단한 띠(taut band)가 촉진되고, 단단한 띠를 수직

8) 임종국 : (개정증보판) 침구치료학, 집문당, 1992, p222-223

major criteria
1. Regional pain complaint
2. Pain complaint or altered sensation in the expected distribution of referred pain from a myofacial TrP
3. Taut band palpable in an accessible muscle
4. Exquisite spot tenderness at one point along the length of the taut band
5. Restricted range of motion when measurable
minor criteria
1. Reproduction of clinical pain complaint by pressure on the tender spot
2. elicitation of local twitch response
3. Pain alleviated by elongating the muscle or by injecting the tender spot

<표 3>근막동통증후군의 임상적 진단기준⁹⁾

방향으로 통겨서 연속반응이 유발되며, 그리고 Trigger point를 압박하여 연관통이 재현되면 근막동통증후군 고유의 현상으로 간주하여 진단할 수 있다.

한의학에서 ‘以痛爲俞’하여 압통점이 진단점이자 치료점이 되는 부위, 즉 阿是穴과 근막동통증후군에서 압질시 통증을 느끼며 연관통이 재현되는 지점 곧 Trigger point와는 매우 유사하다.

Trigger point와 阿是穴의 유사점은 첫째, 위치상으로는 근막동통증후군의 Trigger point와 침의 자입점인 阿是穴위는 동일한 부위에서 발견되는 경우가 많다. 둘째, 혈위를 촉진할 때

느끼게 되는 경결은 근막동통증후군의 taut band와 거의 유사한 현상이다. 셋째, 침술에서는 침이 혈위를 정확하게 관통했을 때 나타나는 순간적인 통증 또는 침의 흔들림을 得氣라고 하는데, 得氣현상은 Trigger point가 자극될 때 나타나는 연속반응(twitch response)또는 양성도약현상과 유사한 개념이다. 넷째, 침이 穴位를 관통할 때 자침의 감응이 일정한 부위를 향하여 확산되고 전도되는 현상을 得氣하고 하는데, 이는 연관통(referred pain)에 대응되는 것이다.¹⁰⁾

근막동통증후군에서 근골격계의 이상이 물질적이고 구조적인 측면의 고장

9) 주정화, 옥광취 : 근골격계의 통증치료 , 군자출판사, 1997.

10) 윤일지, 오민석 : 슬통을 유발하는 trigger points와 阿是穴의 상관성에 관한 연구, 한방재활의학회지 제7권 제 1호 , 1997

으로 발생한다고 보고 골격의 이상 및 분비물질 등을 조절하고 통제하는 것을 중심으로 접근하는데 반해 한의학에서는 통증의 원인을 기혈소통이 원활하지 못한 결과 몸에 뭉치고 막히는 곳이 생겨나 게 된다고 본다. 그렇다면 기혈소통이 원활하지 못해서 생기는 압통점, 과민점의 원인기전에 대해서 살펴보자.

4. 원인 기전으로 살펴본 Trigger point와 阿是穴의 비교

1) Trigger point의 원인 기전

근막동통증후군의 발현에는 여러 가지 구조적인 또는 기능적인 요인이 관여하는 것으로 알려져 있다. 양하지의 길이차이, 골반의 비대칭, 척추측만증 등의 구조적 이상과 불량한 자세, 정서적인 스트레스 등의 경우에 만성적인 근육의 긴장 등이 근막동통증후군의 기여요인으로 작용할 뿐 아니라, 실질적으로 거의 모든 내분비 이상이 근육의 수축에 영향을 미쳐 근육의 경련과 근막동통증후군을 야기할 수 있다.

발생기전은 과다한 운동이나 지속적 스트레스에 의한 세포막의 손상과 관련이 있는 것으로 추정하고 있다. 정상적인 상황에서 근육이 수축하고 운동할 때 세포외에 있는 칼슘이온이 세포내로 유입되는데 칼슘pump는 ATP를 이용하여 능동적인 에너지 대사과정을 이용하여 세포내에 칼슘이온을

세포 밖으로 퍼낸다. 그래서 칼슘이온의 농도가 1/100000이하로 떨어지게 되면 세포막이 재분극되면서 근육이 이완된 상태로 환원된다.

세포막의 칼슘 펌프가 이상이 있어 세포내 칼슘이온을 세포 밖으로 밀어내지 못하여 1/100000이하로 감소시키지 못하면 계속 수축상태로 있게 되고 그렇게 되면 근육 속 근절이 균일하게 이완되지 못하고 방추내 근섬유에 충분히 이완되지 않은 근절이 생기게 되면 근방추의 긴장도를 낮추기 위해서 전체 근육이 계속 수축된 상태를 유지하게 된다.

이렇게 휴식 시에도 충분히 이완되지 않는 근절이 Trigger point이며, 이완되지 않은 근절을 포함하는 방추내 근섬유가 taut band에 해당한다.¹¹⁾

2) 阿是穴의 개념과 기전

阿是穴의 개념은 靈樞 經筋篇에 통처가 兪穴이라는 개념을 설정하여 통증이 있는 자리 또는 통증을 유발시키는 자리가 혈이라는 관점에서 출발한 것이다 이후 天應穴, 不定穴, 壓痛點, 過敏點 등으로 불리는 것으로 고정된 부위나 명칭 없이 국소부위 동통과 압통점을 지칭하는 개념이다.

이러한 취혈법은 안압해보아서 과민하게 반응하는 부위가 경혈도 경외기혈도 아니라면 그것이 곧 阿是穴이라고 할 수 있으며, 阿是穴에는 일정한 부위가 없으므로 후세인들은 이를 구

11) 주정화, 옥광휘 : 前揭書, p10-11

定穴이라고도 하였다. 압통에는 酸, 脹 등의 과민반응이 포함된다. 阿是穴은 觸診, 壓診시에 통증을 유발하고 단단한 경결이 형성되어 있는데 경결이 생성하고 변화과정을 설명한 것이 靈樞 百病始生篇에서 자세히 보인다.

“虛邪之中人也，始於皮膚，皮膚緩則腠理開，開則邪從毛髮入，入則抵深，深則毛髮立，毛髮立則淅然，故皮膚痛。留而不去，則傳舍於絡脈，在絡之時，痛於肌肉，其痛之時息¹²⁾，大經乃代。留而不去，傳舍於經，在經之時，洒淅喜驚。留而不去，傳舍於輸，在輸之時，六經不通，四肢則肢節痛，腰脊乃強。留而不去，傳舍於伏衝之脈，在伏衝之時，體重身痛。留而不去，傳舍於腸胃，在腸胃之時，賁響腹脹，多寒則腸鳴飧泄，食不化，多熱則溏出糜。留而不去，傳舍於腸胃之外，募原之間，留著於脈，稽留而不去，息而成積，或著孫脈，或著絡脈，或著經脈，或著輸脈，或著於伏衝之脈，或著於膂筋，或著於腸胃之募原，上連於緩筋，邪氣淫泆，不可勝論。”

靈樞 百病始生篇에서 皮膚나 肌肉이 虛邪가 있어서 그것을 제거하지 않았을 시 깊숙이 들어가서 經脈이나 腸胃에 영향을 미치어서 치료가 더욱 어려워진다는 예후를 제시하고 있다.

위에서 인체가 약해졌을 시에 사기가 피부로부터 시작되어 肌肉, 腰脊, 伏衝之脈, 腸胃, 募原之間까지 인체 깊숙한 곳으로 이동하는 과정을 보여준다.

12) 校釋作 其病時痛時息.

5.腰痛을 보는 근막동통증후군과 韓醫學의 관점 비교

1)腰痛에 관여하는 근육들의

Trigger point

Mixer와 Barr가 腰痛의 원인으로 추간관돌출설을 주장하였지만 대부분의 환자들을 설명하지 못하게 됨에 따라 척추의 상하관절돌기에 있는 진성 활액관절인 facet syndrome¹³⁾에 관심을 가지게 되었고 최근에는 천장관절의 안정성에 따른 장애와 근막동통증후군이 요통의 原因으로 관찰되고 있다.

1) 척주기립근

통증 양상-상체를 앞으로 구부리기가 힘들기 때문에 환자의 활동력이 현저히 제한되며, 특히 상체의 전굴이 심하게 제한된다.

Trigger point -Trigger point가 가장 흔히 생기는 부분은 흉요추 이행부를 중심으로 한 흉추부와 요추부이다. 척주기립근의 세근육중 장늑근(Iliocostalis)이 가장 외측에 있고 최장근(Longissimus)은 장늑근의 바로

13) 척추의 facet j.(척추후관절)는 신체의 다른 활막 관절과 같은 성격을 가진다. 척추후관절의 변성의 초기에는 활막염으로 시작되고, 점점 관절 연골의 변성이 일어나며 관절면 사이에 유착이 생기고 관절낭은 점점 느슨해져서 관절의 아탈구를 초래한다. 변성이 더 진행되면 골막하 골돌기가 초래되고 상하방 관절면의 비후가 생긴다. 결국 척추후관절은 관절 연골을 모두 잃게 되고, 관절면이 둥그렇게 변하면서 관절 주위가 섬유화된다.

내측에 위치한다. 복와위에서 고개를 옆으로 돌리고 양팔을 붙여 척주기립근을 이완시킨 상태에서 촉진한다.

2) 심부척주근

통증 양상-견디기 어려울 정도로 심하고, 지속적인 통증을 나타내며, 자세를 바꾸어도 사라지지 않기 때문에 환자는 척추뼈에 이상이 있다고 생각하게 된다.

Trigger point-환자를 똑바로 서게한 뒤 상체를 측굴 또는 굴곡하게 하고 검사자는 환자의 등 뒤에서 척주의 움직임을 관찰한다. 국소적으로 운동이 제한되는 부위가 발견되면 반사 망치로 타진하여 압통이 재현되는지의 여부를 본다. 다음으로는 복와위 또는 측와위를 취하게 한 뒤 극돌기의 측면에서 전내측으로 압박을 가하여 연관통이 재현되는 Trigger point를 확인한다.

3) 요방형근

통증양상-거의 모든 환자에게 있어서 직접 간접적으로 통증의 원인에 관여할 뿐 아니라 관련된 주의 근육에 위성 Trigger point를 생기게 하여 요통과 좌골 신경통을 일으키는 주된 원인이 된다. 허리를 움직이지 않는 휴식 시, 특히 야간에 심해지며, 기침, 재채기에 발작적인 통증이 나타나며, 의자에 일어나고 앉을 때, 걷거나 고개를 들고 계단을 올라갈 때 등. 어떤 자세나 동작에서도 통증이 나타난다.

Trigger point-4부위에서 Trigger point가 생기는데. 足太陽膀胱經의 志室穴 제 4요추의 횡돌기 근방에 생기

는 하내측의 Trigger point는 기혈인 腰眼穴에 상응하며, 늑골 직하인 요방형근의 상외측에 생기는 Trigger point는 신혈인 胃舒穴, 장골능에 인접한 하외측의 Trigger point는 足少陽膽經의 帶脈穴 위치와 유사하다.

4) 장요근

통증양상- 요측의 측면을 따라 수직으로 분포하는 요통이 특징이며, 서혜부와 대퇴의 전상부에도 통증이 동반된다. 누우면 덜해지고, 측와위에서 슬관절, 고관절을 굴곡시키는 자세를 취할 때 가장 편해지며 허리를 쭉 펴고 일어난 자세를 취할 때 심한 통증을 느낀다.

Trigger point-3개의 Trigger point가 발생하는데 후복부의 대요근(Psoas major), 골반내의 장골근(Iliacus), 그리고 장요근의 근건이행부(musculotendinous junction)의 세군데이다.

장요근의 Trigger point는 서혜인대 아래 대퇴동맥의 외측 2횡지 정도의 위치에서 대퇴 삼각의 외측을 압박하여 연관통이 요부와 대퇴의 전내측으로 확산되는지 확인한다.¹⁴⁾

2) 韓醫學적인 腰痛의 原因 分類

東醫寶鑑에는 腰痛을 10가지로 분류하였는데, 근골격계 이상과 내장 질환을 별개로 보지 않았기 때문에 형태의 이상만으로 보고 진단을 확정하지 않는다. 예를 들어 痰飲腰痛은 단순히

14) 주정화, 옥광휘 : 前掲書

腎虛腰痛	房慾傷腎，精血不足하여 宗筋을 補養하지 못하면 陰虛해지며 脈大疼之不已 悠悠痛不能舉한다.
痰飲腰痛	痰飲이 經絡에 流注하여 腰背痛하며 上下로 流注하고 脈은 滑或은 伏하다.
食積腰痛	因醉飽入房 濕熱乘虛入腎하여 腰痛難而부仰한다.
挫閃腰痛	舉重勞傷 或 挫閃墜落 以作痛
瘀血腰痛	跌僕墜落 以致血瘀腰痛으로 晝輕夜重 按之 尤痛 轉側如錐之所刺한다.
風腰痛	風傷腎而腰痛 或左 或右痛 無常處 引兩足強急
寒腰痛	寒傷腎經腰痛 不能轉側 見熱即減 遇寒即發 脈沈而弦急
濕腰痛	久處卑濕 雨露侵淫 腰重痛如石 冷如水
濕熱腰痛	平日膏粱厚味之人腰痛은 皆是濕熱로 因한 陰虛證이니 遇天陰 或 久坐而發한다.
氣腰痛	凡人失志即 心血不旺 不養筋脈 氣滯而腰痛 不能久立遠行 憂思傷脾即 腰痛忿怒傷肝即腰痛

<표 4>十種腰痛의 분류와 증상¹⁵⁾

통증의 양상뿐만 아니라 面色, 舌診 등의 色을 판단하는 診斷, 痰飲病에 나타나는 滑脈같은 脈을 기준으로 하는 진단, 大小便을 기준으로 하는 診斷, 痰飲의 특징인 流走하는 자각통증 진단 등의 다양한 증상 등을 나타낸다. 한의학은 그런 한의사의 종합적인 판단력에 기초한 診斷體系이다.

이와같이 腰痛에도 10가지의 다양한 原因에 따른 다양한 증상이 보이며, 그것에 따른 遠位取穴의 方便을 제공하며, 근육의 동통과 내장질환과의 연계를 통해, 12경락을 이용한 원인치료와 습관 생활의 교정을 통해 재발을 방지하는데 탁월하다.

12經筋상에서 靈樞 經筋篇에서 腰痛에 관련된 부분을 발췌해 보면 足太陽經筋-脊反折, 足少陽之筋 -前引髀, 後引尻, 即上乘眇季脅痛, 足太陰之筋-下引齊兩脅痛, 引膺中脊內痛, 足少陰之筋-陽病者, 腰反折不能俛, 陰病者, 不能仰이라고 하여서 經筋부위에 따른 통증에 대해 간략히 설명되어 있다. 經筋은 阿是穴을 직접 자침하는 치료방법, 近位取穴 위주의 치료가 되고, 10중요통의 原因에 따른 腰痛은 전체적인 몸의 불균형 상태를 바로 잡는 경혈을 선택하고, 경혈의 효능 주치에 따른 遠位取穴을 주로 선택한다.

15) 허준 : 東醫寶鑑 , 남산당, 1995

Ⅲ. 考察

근골격계질환에 대해 韓醫學에서는 진단 상 원칙을 견지하고 四診을 기본으로 물리적 진단과 임상병리학적 진단을 결합하여 八綱, 氣血, 臟腑, 經絡 辨證들을 통해 종합적인 진단을 내린다. 근골격계의 이상과 내상질환을 개별적으로 보지 않기 때문에 四診을 통한 전체적인 파악이 중요하다

물론 그중에 근막동통증후군에서 보이는 Trigger point를 찾기 위한 이학적 촉진이 중요하듯이, 穴位診斷을 통해 觸診, 望診을 통한 이상 돌출이나 경결을 파악하고, 氣血凝滯되어 생긴 경결점들을 찾아내어 靈樞 經筋篇에서 ‘以痛爲輸’라고 한 정확한 診斷點이자 治療點을 찾는 것이 치료에 매우 중요하다.

근막동통증후군에서는 골격위주나 신경생리학적인 접근이 아닌 근육이 혈관, 신경을 담고 있다는 개념으로 보고 있기 때문에 근육이 緊張, 拘縮되면 주위를 지나가는 혈관, 신경을 압박하여 순환장애, 신경학적 반응을 유발하여 신체에 병변을 가져온다고 보고 근육을 근골격계 이상의 중심으로 사고한다. 한의학에서는 內經 靈樞本藏篇에 ‘經脈者 所以行血氣 而營陰陽 濡筋骨 利關節者也’라 하여 經脈의 영양공급이 운동에 반드시 필요하며, 근육에 병변이 생겨 시일이 경과하면 骨格 등 構造的 障礙로 고착화될 수

있지만 構造的 障礙를 교정하는 물질적 접근보다는 氣血疏通이 원활하지 못하게 된 원인해결을 중심으로 접근한다.

經筋은 束骨絡하고,關節의 屈伸活動을 조절하고, 인체의 정상적인 운동 기능을 유지한다는 면에서 근육에서 骨格筋과 기능이 유사하다. 骨格筋은 해부학적인 혈관과 신경의 지배를 받지만 經筋은 12經脈과 絡脈속의 氣血을 滋養받게 된다. 骨格筋은 起始部와 終止部에 따라 붙어있는 골격을 수축과 이완을 통해 움직이는 작용을 하는데 經筋은 起始部 終止部의 개념이 아니라 四肢末端에서 體幹으로 순행부위가 있어서 근육의 유기적인 움직임 체계이다. 하나의 經筋은 여러 개의 근육과 건, 그리고 인대들로 복합적으로 이루어져 있고, 또한 하나의 근육이 하나의 經筋에만 해당되지 않고, 여러 經筋에도 해당될 수 있다.

經筋은 東洋醫學에 있어 운동기관의 總稱인 근의 작용을 有機的으로 연결하는 하나의 체계이다. 근육의 협동 작용에서 길항근, 주동근, 협동근의 서로 有機的인 작용도 조금 더 깊이 연구해본다면 經筋과 유사한 有機的인 짜임새를 관찰할 수 있을 것으로 사료된다. 陽經筋이 긴장하면, 陰經筋이 이완되고, 陽經筋이 이완되면, 陰經筋이 긴장하는 유기적 관계가 개개의 근육만을 보고 한정된 범위의 聯關痛만을 보는 것보다 인체 전체를 놓고 역학적인 관계와 근육의 협동적인 관계의 연구가 진행된다면 경결의 원인을

찾고, 경결의 치료점을 찾는데 보다 巨視的이고 效律的인 방법을 얻을 수 있을 것으로 생각된다.

靈樞 時病時生論篇을 살펴보면 체표 겉에 皮膚, 肌肉, 腰脊까지는 압통을 느끼는데 병이 더 진행해서 깊숙하게 入해서 伏衝之脈, 腸胃, 募原之間에 들어가면 전신적인 통증과 내상질환으로 가기 때문에 積이 압진 시 통증을 유발하지 않을 수도 있다. 적이 근육과 결합조직에 있을 때는 압통점, 과민점, 즉 阿是穴이지만, 그 이상으로 진행되어 만성화 되어 깊숙한 곳으로 들어가면 阿是穴이라 할 수 없을 것으로 생각된다.

근막동통증후군에서 Trigger point를 통증의 양상에 따라 活動性과 潛在性 2가지로 분류한다. 일반적으로 Trigger point라고 하면 활동성을 지칭한다. 골격근이나 결합조직(인대, 관절낭, 건등)내에 존재하여 특징적이고 전형적인 聯關痛을 유발한다. 그러나 潛在性 Trigger point는 압통을 느끼지 못하지만 活動性으로 변환 가능한 지역으로, 사기가 만성화 되어 깊이 들어가서 伏衝之脈, 腸胃, 募原之間에 들어가 압통을 못느끼지만 전신적 내상질환을 발생시키는 적과 유사성이 있어 보여 앞으로 더 연구가 필요할 것으로 보인다.

腰痛에 있어서 腰部를 지나는 經筋중 에 足太陽膀胱, 足少陽膽, 足太陰脾, 足少陰腎經筋이 腰痛에 관여하는데 經筋의 순행이 다리에서부터 허리로 올라오기 때문에 다리와 허리가 밀접

한 연관이 있을 것으로 사료된다. 足太陽經筋-脊反折, 足少陽之筋 -前引脾, 後引尻, 卽上乘眇季脅痛, 足太陰之筋-下引齊兩脅痛, 引膺中脊內痛, 足少陰之筋-陽病者, 腰反折不能俛, 陰病者, 不能仰에서 보이듯이 阿是穴을 찾는 방법이나 진단 방법이 구체적이지 못하고 의사의 주관적인 판단과 숙련도에 많이 의존해야하는데 근막동통증후군의 진단방법은 근육별로 통증의 양상이나 운동범위의 제한, 압진 시의 자세 등, 주관적인 상황에서도 체계적인 분류의 노력이 보인다. ‘以痛爲俞’라고 아픈 점을 찾기에는 막연하지만 이학적 검사나 통증이 일어나는 자세를 통해 과민점이 있을 법한 痛處를 찾는 확률을 높일 수 있을 것으로 사료된다. 腰痛이 체표상 骨格筋이나 結合組織의 문제로 經筋의 이상만이라면 阿是穴 만으로도 효과적이겠지만, 체액의 뭉침이 깊은 곳에 있다면 한의학적인 사진을 통한 병인을 찾아 12경락의 氣血調節과, 경혈의 효능 주치에 따른 遠位取穴을 并行하는 것이 치료율을 높일 수 있을 것이다. 한의학적인 관점을 취하면서 근막동통증후군에서 Trigger point를 찾는 기술적인 방법을 병행한다면 보다 효과적인 치료를 기대할 수 있을 것으로 생각한다.

IV. 結論

한의학적인 관점에서 근막동통증후군

을 어떻게 활용할 것인가에 대해 Trigger point와 阿是穴의 진단방법과 생기는 과정을 비교하여 腰痛을 예로 고찰한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 韓醫學의 積의 개념과 經筋의 阿是穴의 개념에서 Trigger point를 이해할 수 있으며, Trigger point를 찾는 해부학적 근육의 이해나, 압진 시의 자세, 운동범위의 제한 등을 이용한다면, 보다 정확하고 빠른 取穴을 할 수 있다.
2. 經筋의 유기적인 운동체계와 원위 취혈을 이해하는데 주동근, 고정근, 길항근, 협동근의 유기적인 체계를 더 연구해 볼 가치가 있다.
3. 皮膚나 肌肉에서 氣血疏通이 원활하지 않을 시에는 직접적인 阿是穴이나 Trigger point를 자극하는 것이 효과적이지만 좀더 깊은 조직에서 氣血疏通이 원활하지 않는다면 경근 촉진보다는 경락을 이용한 팔강변증 진단이 효과적이다.

V. 參考文獻

1. 허정욱, 김갑성 : 穴位診斷에 관한 考察, 대한침구학회지 제9권 제 1호 1992, p257-272
2. 유태성, 고흥균, 김창환 : 筋疾患 治療에 대한 十二經筋의 活用을 위한 考察,

경희한의대논문집, 1989

3. 송춘호, 강성길 : 十二經筋과 十二皮部에 관한 고찰 대한침구학회지 1989 제 6권 제 1호 p. 179-186
4. 이기남 외 : MOIRE영상을 이용한 근골격계 질환의 한의학적 진단에 관한 연구, 대한예방한의학회지 제4권 제 2호 , 2000
5. 변임정, 남상수, 최도영: PubMed에서 Myofacial pain syndrome(MPS)과 acupuncture로 검색한 최근 연구 경향, 대한침구학회지 제 19권 제 6호, 2002, 12
6. 이인호, 이종수 : 근골격계의 균형을 위한 手技療法 考察-II, 동의물리요법과학회지, 1993
7. 임종국 : (개정증보판) 鍼灸治療學, 집문당, 1992
8. 김용석, 고흥균, 김창환 : 腰痛 및 腰脚痛의 침구치료에 經筋이론 活用을 위한 고찰, 대한한의학회지 1992 13권 1호 pp.222-233
8. 한태우, 육태한 : 經筋과 筋肉의 비교, 대한침구학회지 제 16권 제 1호, 1999, pp87-106
9. 유태성, 고흥균, 김창환 : 經筋 이론의 임상응용을 위한 문헌적 고찰 II -상지 부분, 대한침구학회지 , 1991 p47-69
10. 주정화, 옥광휘 : 근골격계의 통증치료 , 군자출판사, 1997
11. 윤일지, 오민석 : 膝痛을 유발하는 trigger points와 阿是穴의 상관성에 관한 연구, 한방재활의학회지 제7권 제 1호 , 1997
12. 홍원식 편 : 精校黃帝內經, 서울, 동양의학연구원 , 1985
13. 허준 : 東醫寶鑑 , 남산당, 1995