

頸項部 痛症의 東西醫學的 考察

韓圭高 · 吳旼錫 · 宋泰元*

中文抄錄

對於頸項部痛症考察了東西醫學文獻, 得到了下寫的結論.

1. 在韓醫學把頸項部痛症表現了“項強”, “落枕”, “斜頸”, “頭項痛”, “頭項肩痛”, “項筋急”, “頭項強痛”, “項背強”, “頸項強”等
2. 在韓醫學把頸項部痛症的原因分爲由 外力, 六淫邪氣, 邪毒所傷, 勞損傷害等外因性的, 還是久病虛弱, 肝腎虛損等 內因性的, 而且 依據經脈的流注 有時在頸項部發現了臟腑的異常.
3. 西洋醫學治療來的話, 在對於保全的治療段階使用物理治療, 鎮痛消炎劑爲主的藥物療法, 運動療法, 而對於損傷, 不全的頸項部構造的再建的時 用手術療法.
4. 頸項部痛症的話在韓醫學基準了盛則瀉之, 虛則補之, 熱則疾之, 寒則留之, 陷下則灸之, 不盛不虛, 以經取之的原則, 到現代活用了消散瘀血, 舒筋通絡, 疏利關節的原則一下使用鍼灸治療, 藥物治療, 理學療法, 推拿療法等.
5. 在韓醫學治療主用手太陰肺經, 手陽明大腸經, 手少陰心經, 手太陽小腸經, 足太陽膀胱經, 手厥陰心包經, 手少陽三焦經, 任脈, 督脈的經筋部位和穴位
6. 最進的中國頸項部痛症治療方法是既存的單純鍼灸治療以外竝行推拿療法, 穴位注射療法(藥鍼療法), 牽引療法, 杵針療法, 磁極針療法的治療方法, 得到有意的成果.

以上的效果說的是頸項部痛症是竝不是頸項部個個的問題 而且, 關於全身的健康. 還有從一定具體的研究實行 對於神經系, 經絡, 筋肉, 經筋, 筋骨格系的生理和臟腑論得達了更好的臨床結果.

I. 緒論

頸椎는 위로 頭蓋骨을 支持하고 安定性을 維持하며 頸椎의 關節 運動 範圍를 許諾하는 機能을 가진 頸椎關節이 있으며, 脊髓와 脊椎運動脈 및 神經根을 保有하고 그 通路가 되는 機能을 가지고 있는 7個의 脊椎로 構成되어있다.¹⁾

頸項部 疼痛은 一般적으로 “項強”, “落枕”, “斜頸”이라 稱하며, 頸項部位 의 運動障礙를 동반하기도 한다. 一般적인 症狀으로는 목의 움직임이 際限되고, 回轉하지 못하고, 痛症을 동반하고, 아

침에 일어나면 頸項部가 強直하고 左右로 돌리거나 돌아 볼 수 없고, 患部가 酸楚疼痛하고, 同側의 肩膊上腕으로 擴散된다. 혹은 頭痛, 惡寒, 局部的 筋肉痙攣, 壓通 등을 동반하는 것으로 西洋醫學의 範疇로는 損傷性 頸椎關節疾患, 류마티스성 斜頸, 頸部捻挫등이 本症과 유사한 症狀으로 보고 있다.²⁾

頸項部の 痛症에 대해서 韓醫學의으로는 《內經》^{3,4)}에서는 “頭項痛”, “項痛”, “頭項肩痛”, “項筋急”, “項強”, “頭項痛”이라 언급한 이래, 《傷寒論》⁵⁾에서는 “頭項強痛”, “項背強”, “頸項強”이라 하고, 《萬病回春》⁶⁾에서는 “頸項強痛”등으로 記載되어있다.

頸項痛이란 목과 주변 조직에서 발생하는 痛症과

* 大田大學校 韓醫科大學 再活醫學科學教室

關節運動의 際限을 나타내는 症候群을 말하며 頸肩腕症候群이라고도 하며, 여기에는 斜頸症, 落枕, 頸椎病, 頸項強痛, 項背講痛, 頸部痛, 項痛, 項強症, 등이 포함된다.^{1,7,8,9,10,11)}

목에서 발생하는 頸項部 痛症의 原因 疾患으로는 頸部挫傷, 外傷性 椎間板 脫出症, 頸椎 骨折 및 脫臼 등의 外因性과 류마티스 關節炎, 頸椎 및 椎間板의 細菌性 感染, 頸椎腫瘍 등의 感染性으로 나눌 수 있으며^{7,12)}, 韓醫學의 原因으로는 外力, 六淫邪氣, 邪毒所傷, 勞損傷害, 등의 外因性과 久病虛弱, 肝腎虛損등의 內因性으로 분류할 수 있다⁸⁾.

韓醫學에서의 頸項部の 痛症에 대한 내용은 먼저 頸項部 經脈의 循環은 頸部의 中央部인 任脈에서부터 옆으로 足陽明胃經, 手陽明大腸經, 手太陽小腸經, 足少陽膽經, 手少陽三焦經, 足太陽膀胱經, 督脈이 流注하나, 頭項은 太陽이 爲主가 되며, 《素問》³⁾에 “諸項強皆屬於濕”이라 하였고 <刺熱篇>³⁾에는 “腎熱病者, 先腰痛痠痠, 若渴數飲, 身熱熱爭則項痛而強”이라 하였고, 그 원인에 대해서는 <至眞要大論>³⁾에는 “太陰司天, 濕淫所勝”이라 하였으며, 《靈樞·經脈篇》⁴⁾에는 足太陽膀胱經의 筋所生病으로 보았으며 <經筋篇>⁴⁾에서는 足太陽經筋의 病으로 보았으며, 巢¹²⁾는 “傷寒一日 太陽受病 太陽者膀胱之經也”라 하여 足太陽膀胱經이 受病하였을 때 頭項痛이 있다 하였으며, 李¹³⁾는 “暴強則爲風寒 久強則爲痰火”라하여 頸椎 自體의 問題라기 보다는 外部 및 經絡과 臟腑의 機能失調를 原因으로 보았다.

本症의 治療 方法에 대하여 《靈樞·經脈篇》⁴⁾에서는 “盛則瀉之, 虛則補之, 熱則疾之, 寒則留之, 陷下則灸之, 不盛不虛, 以經取之”의 原則을 提示하였으며, 이러한 治法이 治療의 基準이 되어서, 현대에 이르러 消散瘀血, 舒筋通絡, 疏利關節을 原則으로 한 鍼灸治療, 藥物治療, 理學療法, 推拿療法등이 활용되고 있다.^{8,14)}

즉, 西洋醫學의 으로 頸項部の 痛症에 대한 認識과 접근은 筋骨格界의 解剖學的 形態와 機械的 움직임의 障礙로 인식하고 이러한 문제들을 개선함으로써 痛症의 治療에 접근하고 있고, 韓醫學적으로는 頸項部の 痛症을 頸項部에 流注하는 經絡의

異常, 외부 邪氣의 침입, 臟腑의 機能失調가 經絡의 流注를 통해 頸項部에 반영된 것으로 인식하고, 經絡機能의 調節과 인체 전반의 均衡을 유지함으로써 治療에 접근을 하고 있다.^{2,6,8,15,16)}

이에 著者는 洋方의인 頸項部の 痛症과 韓方의 頸項部の 痛症을 文獻的으로 比較分析해 본 結果若干의 知見을 얻었기에 臨床의 研究를 위한 基礎資料로 삼고자 報告하는 바이다.

II. 本論

1. 頸項部 痛症의 西洋醫學의 理解

(1) 頸項部の 構造^{15,17,18,19)}

1. 頸椎의 骨

1) 頸椎

頸椎는 모두 7個로 구성되어 있으며, 頸椎는 목의 運動性과 확보하기 위해 特異한 形態를 가지는 第一, 二 頸椎, 전형적인 形態의 第3~6 頸椎, 胸椎와 中間적 形態를 취하는 第七 頸椎로 나누어 다음과 같은 特徵을 가진다.

① 第一 頸椎(環椎, Atlas)

椎體가 없으며 軸椎의 齒骨突起(facet of dens)가 位置할 齒骨突起窩가 前弓에 있으며, 橫突起는 回轉에 필요한 지렛대 역할을 한다.

② 第二 頸椎(軸椎, Axis)

第二 頸椎로 齒骨突起가 있어 回轉 運動을 크게 하고 二分된 棘突起(Bifid spinous process) 및 椎弓板(Lamina)이 있다.

③ 第三~第六 頸椎

典型的인 頸椎로서 二分된 棘突起와 椎弓板이 있으며 橫突孔으로 脊椎動脈이 지나간다.

④ 第七 頸椎

분리되지 않은 긴 棘突起가 있고 橫突孔으로 脊椎動脈이 지나며 胸椎와 中間 형태이다.

2) 椎間板

스스로 함유한 Fluid-elastic system으로 衝擊을 吸收하고 壓力下에서 水分이 移動하여 頸椎 개개의 運動과 彎曲을 허락한다. 20대 이후에 營養供給이 없어지고 이후에 림프의 확산으로 營養供給

을 한다.

① 軟骨端板

椎體가 밀접하게 붙어 있는 關節硝子性 軟骨이다.

② 纖維輪

椎間板에서 外側을 형성하며 上下의 軟骨端板의 全 둘레에 걸쳐서 十字形으로 비스듬한 방향으로 부착되어 있다.

③ 髓核

纖維輪 속에 있으며 88%의 水分을 함유하고 있고 Gel-type으로 되어 있다.

3) 頸椎의 關節

頸椎는 5개의 關節로 이루어져 있는데 2개의 眞性關節과 3개의 假性關節로 되어 있다.

① Facet joint

眞性關節로서 左右 2개가 있으며, 인접한 頸椎의 運動을 許容하고 引導 하여준다.

② 椎體間 關節(Interbody joint)

假性關節로서 椎體間的 關節이다.

③ Luschka joint

椎體 後外側線에 있는 關節樣空間으로 椎體의 과도한 前方轉位를 防止하는 1쌍의 假性關節이다.

④ 극돌기 : 眞關節 기관은 아니지만 극간인대(interspinous ligament)가 있어서 頸椎를 안정시킨다.

⑤ 골기 關節(Apophyseal joint)

2. 頸項部の 韌帶

韌帶는 頸項部の 筋肉을 지지하고 運動範圍를 크게 할 수 있게 느슨하며, 運動을 조절하기 위한 충분한 彈力性이 있다.

1) 항인대(Ligament nuchae)

외후두용기에서 第七 胸椎의 극돌기 사이에 있는 삼각형의 강인한 인대로서 그 표층에서 승모근(Trapezius muscle)이 기시한다.

2) 韌帶의 역할

i) 추체의 전, 후방 : 전방중인대와 후방중인대가 각각 종으로 부착되어 있다.

- 전방인대(Anterior longitudinal ligament) : 비교적 넓어 추에 및 추간판 전면의 대부분을 덮는다.

- 후방인대(Posterior longitudinal ligament) : 전방인대보다 약하여 후측방으로 추간판 탈출이 잘 일어난다.

ii) 척추의 후방부 : 상극인대(Supraspinous ligament)와 극간인대(Interspinous ligament) 등이 극돌기를 연결하고 있으며 황색인대(Ligamuntum flavum)가 척수강 후면에 위치한다.

* 황색인대 : 탄력성을 가지고 있어서 척수강 내로 접혀 들어가지 않으며 후관절막과 연결되어 활막등이 관절내로 삼입되는 것을 막는다.

iii) 그밖에 횡돌기간 인대(Intertransverse ligament), 섬유륜, 후관절막 및 관절돌기 등이 척추의 안정성을 유지시킨다.

3. 頸項部の 筋肉

頸項部の 筋肉은 크게 3個의 기능 단위로 나눈다.

1) 頸項部の 伸展

① 頸椎後面 深部筋肉 : 頭板狀筋 및 頸板狀筋(Splinius capitis 및 Splinius Cervicis), 頭半棘筋, 頸半棘筋, 回轉筋 및 多裂筋.

② 짧은 근육 : 頸棘間筋, 橫突間筋, 大後頭直筋, 小後頭直根, 上頭斜筋, 下頭斜筋.

③ 표층근육 : 僧帽筋.

2) 頸項部の 屈曲

胸鎖乳突筋의 주작용과 전경추근육인 頸長筋 및 前頭直筋, 側頭直筋과 頸椎 측면 근육인 四角筋 등의 보조 작용에 의한다.

3) 回轉運動

① 頸椎 측면 筋肉 : 胸鎖乳突筋, 四角筋.

② 頸椎 후면 筋肉의 一部 : 회전근 및 다열근(반대쪽으로 회전시킴).

③ 頸椎 후면 筋肉인 下頭斜筋 및 大後頭直筋이 頸部의 主回轉 부위인 後頭骨, 環椎, 및 軸椎의 同側 回轉運動을 보장한다.

4. 頸椎에서 起始하는 神經 및 支配領域

頸椎神經根은 脊髓로부터 右側으로 나가는 運動神經根과 知覺神經根의 결합으로 이루어진 복합된 6雙으로 구성되어 있다.

第一 頸椎神經根에서 第四 頸椎神經根은 頸椎神

經叢을 형성하여 頸部의 上部를 지배한다²⁰⁾. 第五頸椎에서 第一胸椎까지 椎間에서 나오는 5개의 脊椎神經으로 구성되는 上腕神經叢이 있다. 이는 神經根, 神經幹, 神經裂, 神經索, 神經枝을 형성하는데, 第五,六頸椎의 神經根은 上神經幹을 형성하여 鎖骨을 통과해 側神經索을 형성하여 筋枝神經과 正中神經의 분지를 이루며, 第八頸椎神經根과 第一胸椎神經根은 결합하여 下神經幹을 형성, 鎖骨을 지나 일부가 正中神經을 향하여 分枝를 형성한다. 第七頸椎神經根은 다른 神經根과 결합없이 正中神經幹이 되고, 上神經幹과 下神經幹의 보조를 받아 後神經索을 형성하여 腋窩神經과 橈骨神經으로 分枝된다.

第五頸椎神經부터 第一胸椎神經領域에서의 痛症 발현처를 살펴보면 第五頸椎神經은 上側面과 肩胛正中面, 第六頸椎神經은 上腕 側面과 拇指, 次指, 第七頸椎神經은 中指와 肩胛上 僧帽筋, 第八頸椎神經은 上腕 正中部, 小指에서 발현된다^{1,15,21)}

(2) 頸項部の 病變^{15,17,22)}

脊椎障礙, 특히 後關節의 脊椎障礙와 退行性骨關節炎 혹은 骨關節炎이라고 알려진 脊椎症은 頸項部 痛症의 주요한 原因이다.

중중 硬直으로 나타나는 小兒와 靑少年의 頸項部 痛症시, 주로 咽喉感染 後 이차적으로 생기는 頸部 림프절의 感染이나 炎症의 징후가 있을 수 있다. 또한 髓膜炎도 頸項部 痛症의 原因으로 중요하다. 때로는 全身感染과 肺炎에 동반된 높은 熱이 髓膜炎을 일으킬 수 있으나 소아나 성인에게 있어 出血, 膿瘍, 혹은 腫瘍과 腦病變은 거의 일어나지 않는다.

成人의 경우 현저한 原因은 關節障礙와 脊椎症이고, 小兒에게서는 急性熱病이 드물다. 그러나 腦와 髓膜의 障礙는 목에 痛症과 硬直을 유발 할 수 있다.

목은 強直性 脊椎炎, 라이터씨 病, 그리고 乾癱시 영향을 받을 수 있으며, 류머티스 關節炎은 頸項部를 침범하는 심한 炎症性 關節病症이다. 痛症이 있는 急性斜頸은 모든 나이의 사람들에게 영향을 줄 수 있으며, 디스크 탈출보다는 주로 後關節

의 急性障礙로 인해 유발되는 것으로 생각된다. 그러나 디스크 病變은 聯關痛이나 筋性 痛症을 유발 할 수 있다. 또한 筋性 痛症은 椎間孔에서의 神經根 층들에 의해 일어날 수 있다.

근 골격계		감염성	
관절기능부전	후관절 주간판	척추	골수염 결핵 대상포진
근육/인대			
외상	편타증 골절 다른 장애	척추 외	경부선염 소아마비 파상풍
		경추 외	수막염 발열상태 수막증 탈라리아
염증		종양	
관절염			양성
류머티스 관절염			악성
강직성 척추염		내장관련	
건선			폐암
라이터씨병			심장
류머티스성 다발성 근육통			식도
갑상선염		관련된 두개골원인	
퇴행성			출혈(예:지주막하)
척추증			종양
정신적			농양

< 頸項部の 病變 >

1. 頸椎椎間板 脫出症¹⁵⁾

頸椎 椎間板脫出症은 轉位된 椎間板에 의해 頸椎神經根이 壓迫 또는 刺戟됨으로써 頸部 및 上肢의 지속적인 疼痛, 神經症狀 즉 麻木感을 나타내는 질환으로써 병변의 90% 이상이 運動性이 가장 많은 第五, 第六頸椎 사이와 第六, 第七頸椎 사이에서 생긴다. 이 症狀은 다시 椎間板의 脫出에 의한 軟性椎間板脫出症과 구척추관절, 추체, 후방관절에 형성되는 骨棘에 의하여 脊髓나 神經根이 압박되는 硬性椎間板脫出症이 있다. 年齡은 中年 이상에서 많이 발생하며 軟性椎間板疾患은 30~40대에 好發하나 硬性椎間板疾患은 50대 이후에 많다. 성별로는 남자가 여자보다 3배정도 많다.

1) 原因

頸椎 椎間板에 退行性病變이 존재하거나, 여기에 外傷이 가해졌을 때 발생한다.

2) 症狀

頸椎 椎間板脫出症은 대개 편측에 발생한다. 頸椎 神經根을 壓迫 또는 刺戟함으로써 그 神經분포 영역에 일치하는 疼痛 및 知覺障礙를 일으킨다. 頸項部の 경련성 疼痛 또는 手指까지 放散痛을 느끼게 된다. 그리고 압박이 오래 지속되면 神經 支配 筋肉이 萎縮되는 경우도 있다. 그 외에 頸部 運動制限, 筋肉痙攣, 局所壓迫, 頸部 全彎曲 減少, 등이 있다.

3) 壓迫 神經根別 上肢症狀

① 第六 頸椎神經根의 壓迫 증상은 手部, 拇指 外後方 感覺異常, 疼痛, 上腕二頭筋의 痙攣과 筋力 弱화, 上腕三頭筋의 腱反射가 低下되거나 없어진다.

② 第七 頸椎神經根의 壓迫 증상은 手背와 次指, 拇指의 感覺障礙, 上腕三頭筋의 痙攣, 筋力弱화, 上腕三頭筋의 腱反射가 低下되거나 없어진다.

神經根	椎間板 고위	症 狀
C 3	C 2 / 3	項部, 유양돌기 또는 耳翼周圍에 痛症과 痙攣
C 4	C 3 / 4	頸項部의 痛症과 痙攣, 肩胛舉上筋에 따라 방산됨. 회박하게는 前胸部에 까지 미치는 일이다.
C 5	C 4 / 5	側頸部에서 어깨에 퍼지는 痛症, 痙攣가 腋窩神經의 주행에 따라서 三角筋 중앙에 퍼진다.
C 6	C 5 / 6	痛症은 上腕에서 전완외측에 방산되고 拇指, 次指에 미친다. 痙攣가 拇指단 혹은 제1 背側 骨間筋上의 손등에 나타난다.
C 7	C 6 / 7	痛症은 前腕中央에서 中指로 퍼진다. 次指, 藥指에 파급되는 수도 있다.
C 8	C 7 / 8	痛症은 前腕內側과 藥指, 小指에 방산된다. 痙攣가 小指와 藥指의 尺側に 나타난다. 痙攣가 손목에서 中추에 퍼지는 것은 회박함.

4) 診斷

① 臨床所見은 해당 神經 支配 領域의 感覺障礙 및 腱反射의 변화가 생기며, 頭部를 한쪽으로 돌리면서 압박을 가하면 증상이 유발되는 Spurling test에 陽性 反應을 보인다.

② 放射線 所見은 椎間隔의 변화, 骨棘形成의 有無, 椎間孔의 形態, 전체적인 頸椎彎曲의 변화가 관찰된다.

③ E.M.G., Myelography, Discography 등으로 감별이 가능하다.

5) 鑑別診斷

脊椎腫瘍, 脊椎病變, 末初神經刺戟, 頸椎腫瘍, 炎症, 다른 부위의 關節痛, 흉곽출구증후군, 외상성 탈구, 골절등이다.

2. 경척수병증(頸脊髓病症, Cervical Myelopathy)¹⁵⁾

심한 軟性 椎間板脫出症, 後從韌帶 骨化症, 頸椎의 脊椎症에 二次的으로 발생하는 비교적 흔하고 심각한 질환이다. 50歲 以上の 男子에게서 好發하고, 下肢의 強直 및 근력의 弱화로 步行에 지장을 주며, 上肢와 手指의 섬세한 기능의 障礙를 가져온다.

1) 原因

先行되는 질환(軟性 椎間板脫出症, 後從韌帶 骨化症, 頸椎의 脊椎症)의 악화에 따른 척추관의 협착, 骨棘을형성, 척수에 분포하는 혈류의 障礙.

2) 臨床症狀

서서히 장기간에 걸쳐서 나타나며 통증이 深部에서 심하게 쭈시고 타는 듯한 통증으로 나타나고, 感覺의 異常보다 腱反射의 異常과 運動機能의 弱화가 뚜렷하다. 患者는 步行障礙와 均衡感覺消失을 호소하며, 특히 手部의 세밀한 운동의 障礙가 생기고, 病變부위 以下에서는 觸覺은 유지되나 疼痛과 溫度感覺, 固有感覺, 振動感覺 등은 소실된다.

3) 診斷

深部 腱反射는 病變部位 以下에서는 亢進되고, 病變部位에서는 減少된다. 하지에서 간대성 경련이 나타날 수 있고, 상지에서 호프만 징후(Hoffman' Sign)와 하지에서 바빈스키 징후(Babinski Sign)는 상운동 신경원 침범 때와 같이 나타난다. 또 환자는 목을 굴곡 시키거나 신전 시킬 때 등과 상지에 전기에 속을 받는 것처럼 느끼는 레미테 징후(Lhermitte's sign)이 나타난다. 그밖에 손가락의 筋力 弱화, 수지도피 징후가 나타난다.

단순 방사선 촬영으로는 전후면, 측면 및 동적 촬영을 실시하여 퇴행성 아탈구, 선천성 척추 협착증, 척추증성 척추 협착증을 확인해야하며, C.T. 나 M.R.I 사진을 촬영한다.

4) 治療

保存的 요법으로 溫熱療法, Massage, 저주과요법, 牽引療法, 寢牀安靜, 보조기착용으로 神經組織의 刺戟을 어느 정도 감소시킬 수 있는데, 특히 주증상이 頸部 疼痛과 放散痛인 경우 증상의 好轉을 얻을 수 있다.

3. 사경(斜頸, Torticollis, Wry Neck)¹⁵⁾

머리가 환측의 어깨로 기울고, 목이 회전하면서 얼굴과 턱은 반대편 어깨 쪽으로 편향되는 변형을 말한다. 흉쇄유돌근의 단축에 의해 物理的으로 일어나는 先天性 筋性斜頸, 연부조직의 外傷이나 頸椎의 이상, 심리적 원인, 등에 일어나는 後天性 斜頸이 있다.

1) 先天性 筋性斜頸

① 原因

원인은 뚜렷하지 않으나 分娩 중에 外傷을 받아서 筋肉이 파열되어 血腫을 形成하고 筋肉內에 띠를 형성한다는 것과 목의 연부조직이 분만 중에 壓迫을 받아서 虛血狀態가 되어서 筋纖維의 變性과 拘縮을 형성하는 경우이다.

② 症狀

新生兒기에 있어서 胸鎖乳突筋의 종류는 없고 근비대와 頸部の 運動制限 및 환側に 머리를 기울여 健側에 얼굴을 향하는 사경위를 특징으로 갖는다. 腫塊는 생후 5일경에서 출현, 3주 제에 최대로 되고, 머리는 患側으로 향하여 기울어지고 턱은 반대편 어깨로 향한다. 목을 側屈 할 때나 患側으로 돌릴 때 심한 운동의 제한이 일어나고, 앞으로 굽히는 운동도 장애를 받는다.

③ 診斷

胸鎖乳突筋이 띠 모양으로 拘縮되어 있고, 머리와 얼굴이 변형된다. 子宮內에서 생기는 先天性 姿勢性 斜頸은 비교적 변형이 심하지 않으며, 胸鎖乳突筋이 짧아지기는 하나 평평하지는 않다.

頸椎의 방사선 사진을 촬영하여 추체의 先天性 畸形 즉, 반척추(Hemivertebrae), 편측 환추후두유합증(Unilateral atlantooccipital fusion) 및 클리펠-화일증후군(Klippel-Fiel syndrome)과 감별하여야 한다.

④ 治療

대부분의 환자에게서 保存的 治療로서 좋은 결과를 얻을 수 있다. 90%의 환자는 伸張運動만으로도 회복이 가능하다. 운동방법은 구축된 근육의 반대편에 있는 귀가 그쪽의 어깨에 닿도록 하고, 턱은 罹患된 쪽의 어깨에 닿도록 하는 것이다. 手術的治療는 변형된 상태가 1년 이상 방치된 상태였거나, 보호자가 운동치료를 제대로 하지 않은 경우에 시행한다. 또한 종류가 拇指頭 크기 이상으로 딱딱하고 아래턱과 견봉간의 거리가 3횡지 이상되어 회전제한이 강하며 생후 3주전후의 증례일 때 도수근절제술(Manual myotomy)의 적응증이 된다.

2) 後天性 사경(後天性 斜頸, Acquired Torticollis)

① 原因

연부 조직의 外傷, 頸椎자체에 異常이 있는 경우, 心理的인 原因, 등에 의한 경우이다.

② 症狀

감염(임파선의 급성감염, 편도염, 화농성 또는 결핵성 척추염, 관절염)에 의한 경우는 疼痛과 惡寒, 發熱이 있고, 음식을 삼키기 어려우며, 환측 胸鎖乳突筋의 疼痛과 壓痛이 있고, 근육이 硬直된다.

外傷에 의한 경우는 방사선사진에서 환추-척추관절의 아탈구 소견을 볼 수도 있으나, 대부분 근육의 硬直에 의해서 발생하므로 前彎이 消失되는 소견이 있을 뿐이다.

痙攣性斜頸은 중추신경계나 頸椎 神經根의 病變으로 頸椎部 筋肉의 불수의적인 주기적 혹은 간헐적 收縮으로 발생하며 疼痛이 없으며 수면 중에는 사경이 없어지는 특징이 있다.

히스테리성 斜頸은 頸椎部の 운동이 能動的으로는 모든 방향에서 制約이 있으나, 受動的으로는 運動이 可能하다. 疼痛이 심하며 히스테리 반응이 동반되고 견갑골이 擧上되고 머리는 擧上된 견갑골 쪽으로 기울어진다.

그 밖에 화상에 의한 반흔성 구축이 사경을 일으키기도 한다.

③ 治療

治療는 원인 규명 뒤에 근본적인 治療를 하여야 한다. 즉 감염성 질환이 있을 경우에는 적절한 治

療를 하여야 한다. 소아에서의 頸椎 아탈구로 인 해 생긴 사경은 견인治療 및 보조기 착용시킨다. 성인에서의 갑자기 생긴 사경 때는 안정, 소염 진 통제의 복용, 견인을 포함한 物理治療가 도움이 된다. 또 경련성 사경에서는 초기에 治療를 시작 하면 변형을 교정하기 쉬우나, 시간이 경과하면 근육의 구축과 퇴행성 관절증이 병발하여 교정시 심한 통증이 생긴다. 이때의 治療는 소염진통제, 頸部 견인 등의 物理治療, 頸部 근육의 신전 운 동을 시행한다. 히스테리로 인한 사경은 정신과 의 사와 협동을 진료한다. 유사한 다른 원인으로 뇌 의 기질적 장애, Parkinson증후군 등에 의한 것이 있고, 治療에 있어서 이것들과의 감별이 필요하게 된다.

4. 頸椎 기능 부진(Cervical dysfunction)¹⁷⁾

頸椎 복합체를 구성하는 35개의 추간 관절의 장 애는 대부분 頸部 통증에 관여한다. 이 문제는 모 든 연령에서 발생할 수 있으며 통증에 민감한 많 은 후관절의 장애에 의해서 유발되는 것으로 보인 다.

1) 原因

머리에 가해지는 강한 충격에 의해서도 일어 날 수 있지만 반복적인 사소한 손상이나 페인트로 천 장을 칠하거나 가볍게 래슬링을 하는 것과 같은 활동에 의해서도 발생한다.

2) 症狀

상부 頸部의 경우에는 후두, 귀, 얼굴, 관자놀이 부분으로 방사되고 하부 頸部의 경우 어깨 견갑골 부위로 방사되고, 드물게 어깨 아래로 통증이 나 타난다. 통증의 종종 목에 국한되고 날카로운 통 증이 나타날 수도 있으나 둔한 통증이 나타난다.

3) 診斷

영향받은 관절에 국한된 일측성 압통과 다양한 움직임의 제한이 생긴다.

5. 外傷性 頸部症候群(鞭打損傷, Whiplash injury)²²⁾

차의 추돌사고에 처하여 頸椎가 우선 신전되고 따라서 굴곡되는 受傷기전이 鞭(회초리, whip)의 움직임과 같은 것에서 유래되어 鞭打(회초리로 때

린다)損傷이라고도 칭한다.

1) 증상과 분류

頸部痛, 두통, 頸椎운동제한의 3대 증상을 가진 다. 이 밖에 저린감, 요통, 구토 등의 조발증상이 보인다. 증상은 3일 이내에 나타나는 것이 대부분 이나 늦어지는 것도 이어서 損傷 후 1週日 間은 주의가 필요하다.

① 頸椎捻挫形

본 증의 75%가 염좌형이며, 頸部痛, 두통, 頸椎운동제한의 3대 증상과 그밖에 상지에 저린감, 腰痛, 惡心, 背痛, 眩氣症등이 보인다. 신경학적 소 견을 보이지 않는 것이 특징(X-ray상 頸椎의 만 곡이상 보임)이며, 損傷 후 1주간의 안정을 필요로 한다. 그 후 數周間의 局所固定을 행하면 약 80% 는 1개월 이내에, 중증례도 3개월 이내에 완쾌된 다.

② 筋症狀形

捻挫形의 증상 외에 神經根 損傷症狀을 볼 수 있다. 知覺障礙는 경미한 것이 많고 第七 頸椎神經이나 第八 頸椎神經에 많다. 腱反射의 異常과 병적반사의 출현은 적다. 진단에서 Spurling test 는 전형적인 양성반응은 적으나 견갑대, 상완에 동통이나 마비감이 방산되는 일은 있다.

第二 頸椎神經根이 損傷되면 대후두 신경의 자 극증상으로서 後頭部痛이나 頸項部痛이 일어나고 3차 신경과 함께 관련되어 있어서 眼痛이나 偏頭 痛을 일으킬 때가 있다.

③ Barre - Lieou Syndrome

椎骨神經의 過緊張에 의거하여 椎骨動脈의 연축 으로 인한 頭痛, 眩氣症, 귀울림, 눈의 피로 등의 症狀를 주로 나타내므로 後頸部 交感神經症候群이 라고도 한다. 위와 같은 증상을 가리키는 것이 30% 전후로 보이고 만성화, 난치경향을 가리키는 것들이 많다.

④ 脊髓症狀形

頸髓의 Fracture or dislocation을 合病하는 일 이 많고 損傷 部位에서 하위에 知覺運動障礙가 일 어나지만 下肢보다 上肢에 현저하다. 방광직장 장 애도 合病되고 회복은 下肢에서 먼저 일어난다.

2) 治療

治療에 있어서는 국소의 안정과 질환에 대한 환자의 불안 해소가 중요하다. 1개월 이내의 급성기에는 부종의 최소화와 출혈의 정지를 목적으로 1주 이상의 침상안정(A.B.S)과 경추면포대 고정을 한다. 1개월에서 3개월 사이의 아급성기에는 혈류의 개선, 근의 진정, 근력의 회복을 목적으로 경추 견인법, 온열요법(Hot pack, 초단파), 체조요법을 적용한다. 3개월 이상의 만성기에는 심리적 가중에의 대책을 세우고 사회적 보귀의 촉진을 위해서 전신적 조정(근력증강 훈련, 인내력 증강, 집중력 훈련), 심리분석을 통한 심리요법, 사회적 문제점의 조정, 직장과의 조정, 가정환경의 개선에 중점을 둔다.

3) 豫後 및 만성화의 要因

捻挫形의 80%는 1개월 이내, 늦어도 3개월 이내에는 치유된다. 만성화 되는 원인으로는 의사가 하등의 설명도 없이 Whiplash injury같은 병명을 붙인 경우, 筋症狀形, Barre-Lieou形, 脊髓症狀形으로 損傷이 중독한 경우, 환자가 neurosis적 소인을 가지고 있을 경우, 加害者가 성의를 보이지 않고, 가해자에 대하여 노기를 가질 경우, 보상이득을 목적으로 한 사기병의 경우, 만성화의 결과로 되어 있으나 병원을 전전하다보니 진단, 治療의 불일치가 된 경우이다.

6. 기타 頸部와 연관된 임상 증후군¹⁵⁾

- 1) 견수증후군(Shoulder hand syndrome)
- 2) 경견완증후군
- 3) 근·근막성 頸部痛
- 4) 頸椎部 종양

2. 頸項部 痛症의 韓醫學的 理解

(1) 頸項部の 經絡과 經筋

1. 頸項部の 經脈流注^{3,4)}

經脈의 生理的 特性은 《靈樞·本臟篇》⁴⁾에 “經脈者, 所以行血氣而陰陽 流筋骨 利關節”이라하여 신체 諸關節을 영위하는데 각 關節을 流注하는 소속 經脈에 의해 정상적인 활동을 유지한다고 하였다. 구체적으로 經項部 및 上肢部 經脈流注 상황을 조사하여 보면,

1) 手太陰肺經의 流注

◎ 脈起中焦中腕穴 下絡大腸 還循胃口 上膈屬肺 從肺系之喉頭 橫循鎖骨 出中府 循腋下 循臑內 行少陰心主之前 下肘中 循臂內上骨下廉 入寸口上魚 循魚際 出大指端

◎ 其支者 從腕後列缺穴 直出次指內廉 出其端 以交手陽明也

2) 手陽明大腸經의 流注

◎ 脈起大指次指端 循指上廉 出合谷兩骨之間 上入兩筋之中 循臂上廉 入肘外廉 上循臑外前廉 上肩髃 出髃骨前廉巨骨穴 交乘風於肩胛 上出大椎於柱骨之會上 下入缺盆 絡肺 下膈 屬大腸 以合入於上巨虛

◎ 其支者 從缺盆 上頸貫頰 入下齒中 會承漿 還出挾口 循口角 交人中 左之右 右之左 上挾鼻孔 循禾膠迎香而終 以交足陽明也

3) 手少陰心經의 流注

◎ 脈起心中 出屬心系 下膈 絡小腸

◎ 其支者 從心系 上挾咽 繫目系

◎ 其直者 復從心系 却上肺 橫出腋下極泉穴 下循臑內後廉 行太陰心主之後 下肘內廉 循臂內後廉 抵掌後銳骨之端 入掌後內廉 循小指之內 出其端 以交手太陽也

4) 手太陽小腸經의 流注

◎ 脈起小指之端 循手外側 上腕 出踝中 直上循臂骨下廉 出肘內側兩骨之間 上循臑外後廉 出肩解 繞肩胛 并交肩上之附分大杼 以至大椎 下入缺盆 絡心 循咽 下膈 抵胃 交上腕中腕 屬小腸 以合入於下巨虛

◎ 其支者 從缺盆 循頸 上頰 至目外眥 過和膠 却入耳中

◎ 其支者 別顛膠 循頰 上頰 抵鼻 至目內眥 以交足太陽也

5) 足太陽膀胱經의 流注

◎ 脈起目內眥 上額 交神庭臨泣 以交顛上之百會

◎ 其支者 從顛 至耳上角 以從率谷 前交曲鬢 後交天衝浮白竅陰完骨

◎ 其直者 從顛 入絡腦 交腦戶風府 還出天柱 別下項 交大椎陶道 過大杼 循肩膊內 挾脊一寸半 抵腰中 入循膂 絡腎 屬膀胱 以至白環俞

◎ 其支者 從腰中腎俞穴 下挾脊 過會陽 貫腎 以過承扶 入膕中

◎ 其支者 從膕內左右附分穴 別下貫胛 挾脊內三寸 以至秩邊 交過髀樞之環跳 循髀外後廉 下合膕中 以下貫膕內 出外踝之後 循京骨 至小趾外側端 以交足少陰也

6) 手少陽三焦經의 流注

◎ 脈起小指次指端 上出兩指之間 循手表腕 出臂外兩骨之間 上貫肘 循膕外 上肩 交乘風肩井 以交出足少陽之後 還交大杼大椎 下入缺盆 布膕中 散絡心包 下膈 遍屬三焦 各當上腕中腕陰交之分 以合入於委陽

◎ 其支者 從膕中 上出缺盆 上項 繫耳後 直上出耳上角 以屈下頰 并交頤懸釐下關 以下行 還上交顙膠 至頤

◎ 其支者 從耳後翳風穴 入耳中 出耳前聽宮穴 走耳門 過客主人前 交頰 過絲竹空 至目外眦 以交足少陽也

7) 任脈의 流注

◎ 脈起中極之下 以上毛際 循腹裏 上關元 至喉嚨 屬陰脈之海 以人之脈絡 周流於諸陰之分 譬猶水也 而任脈則爲之總會 故名曰陰脈之海焉

8) 督脈의 流注

◎ 脈起下極之脈 并於脊裏 上至風府 入腦上巔 循額至鼻柱 屬陽脈之海 以人之脈絡 周流於諸陽之分 譬猶水也 而督脈則爲之都綱 故名曰海焉

2. 頸項部의 經筋의 流注

《靈樞·經脈篇》⁴⁾ 을 爲始하여 여러 文獻에 나타난 經筋은 十二經脈과 밀접한 關係를 가지고 있다. 그래서 十二經筋은 十二經脈에 依據하여 命名된 것이다. 즉, 手足三陰, 手足三陽에 따라 칭하며, 각 經筋은 모두 同名의 經脈循環部位上에 있는 筋肉群을 포괄한다. 그래서 頸項部에 流注하는 經筋을 《靈樞·經筋篇》⁴⁾에서 살펴보면,

1) 足太陽經筋

足太陽之筋, 起于足小指上, 結于踝, 邪上結于膝, 其下循足外側, 結于踵, 上循跟, 結于膕. 其別者, 結于踰外, 上膕中內廉, 與膕中并上結于臀, 上挾脊上項. 其支者, 別入結于舌本. 其直者, 結于枕骨上頭,

下頰, 結于鼻. 其支者, 爲目上綱, 下結于頰. 其支者, 從腋後外廉, 結于肩髃. 其支者, 入腋下, 上出缺盆, 上結于完骨. 其支者, 出缺盆, 邪上出于頰.

2) 手太陽經筋

手太陽之筋, 起于小指之上, 結于腕, 上循臂內廉, 結于肘內銳骨之後, 彈之應小指之上, 入結于腋下. 其支者, 後走腋後廉, 上繞肩胛, 循頸出走太陽之前, 結于耳後完骨. 其支者, 入耳中. 直者, 出耳上, 下結于頤, 上屬目外眦. 其病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, 應耳中鳴痛引頤, 目瞑, 良久乃得視, 頸筋急則爲筋癢頸腫. 寒熱在頸者, 治在燔鍼 刺之, 以知爲數, 以痛爲輸. 其爲腫者, 復而銳之. 本支者, 上曲牙, 循耳前, 屬目外眦, 上頤, 結于角

3) 手少陽經筋

手少陽之筋, 起于小指次指之端, 結于腕, 上循臂, 結于肘, 上繞膕外廉, 上肩. 走頸, 合手太陽, 其支者, 當曲頰入繫舌本. 其支者, 上曲牙, 循耳前, 屬目外眦, 上乘頤, 結于角.

4) 手陽明經筋

手陽明之筋, 起于大指次指之端, 結于腕, 上循臂, 上結于肘外, 上膕, 結于髀. 其支者, 繞肩胛, 挾脊. 直者, 從肩髃上頸. 其支者, 上頰, 結于頰. 直者, 上出手太陽之前, 上左角, 絡頭, 下右頤.

5) 手太陰經筋

手太陰之筋, 起于大指之上, 循指上行, 結于魚後, 行寸口外側, 上循臂, 結肘中, 上膕內廉, 入腋下, 出缺盆, 結肩前髀, 上結缺盆, 下結裏, 散貫黃, 合黃下, 抵季脅.

3. 經項部를 流注하는 經筋의 病理^{20,23,24)}

十二經의 筋肉群 즉, 十二經筋은 주로 四肢部에서 起始하여 體幹 및 頭部에 분포되며 經筋이 患病하면 주로 痺症과 筋肉의 拘急, 不遂 등의 증상을 유발시킨다.

1) 足太陽經筋의 病理

其病小指支, 跟腫痛, 膕攣, 脊反折, 項筋急, 肩不舉

2) 手太陽經筋의 病理

其病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, 應耳中鳴痛引頤,

目瞑，良久乃得視，頸筋急則爲筋癭頸腫

3) 手少陽經筋의 病理

其病當所過者即支轉筋舌卷。治在燔鍼 刺，以知爲數，以痛爲輸，名曰季夏痺也。

4) 手陽明經筋의 病理

其病當所過者，支痛及轉筋，肩不舉，頸不可左右視。

5) 手太陰經筋의 病理

其病當所過者支轉筋痛，甚成息賁，脅急吐血。

(2) 頸項部の 病症과 韓醫學의 治療

韓醫學에서는 頸項肩膊上肢痛症에 關해 西醫學 처럼 頸椎 자체의 병변이나 건부 국한성 病변으로 보지 않고 외부 및 경락과 장부의 기능실조를 원인으로 보아 頸項部 病變 및 健비 상지붕이 나타나는 것으로 생각하였다.

1. 黃帝內經에서의 治療^{3,4)}

1). 素問 刺熱篇

腎熱病者，先腰痛筋痠，苦渴數飲，身熱。熱爭則項痛而強，筋寒且痠，足下熱，不欲言，其逆，則項痛員員澹澹然。戊己甚，壬癸大汗，氣逆則戊己死，刺足少陰太陽，諸汗者，至其所勝日，汗出也。腎熱病者，頤先赤。病雖未發，見赤色者刺之，名曰治未病。熱病從部所起者，至期而已；其刺之反者，三周而已；重逆則死。諸當汗者，至其所勝日，汗大出也。諸治熱病，以飲之寒水，乃刺之，必寒衣之，居止寒處，身寒而止也。

2) 素問 刺癰論篇

刺癰者，必先問其病之所先發者，先刺之。先頭痛及重者，先刺頭上及兩額兩眉間出血，先項背痛者，先刺之。先腰痛者，先刺郛中出血，先手臂痛者，先刺手少陰陽明十指間，先足脛痠痛者，先刺足陽明十指間出血。風癰，癰發則汗出惡風，刺三陽經背俞之血者，筋痠痛甚按之不可，名曰附髓病，以鑱鍼，鍼絕骨出血，立已。身體小痛，刺至陰，諸陰之井無出血，間日一刺。癰不渴，間日而作，刺足太陽。渴而閉日作，刺足少陽。溫癰汗不出，爲五十九刺。

3) 素問 骨空論篇

大風頸項痛，刺風府，風府在上椎。大風汗出，灸諶諶，諶諶在背下俠脊傍三寸所，厥之令病者呼諶諶，諶諶應手。從風憎風，刺眉頭。失枕在肩上橫骨間。折使掖臂齊肘正，灸脊中。眇絡季脇，引少腹而痛脹，刺

諶諶。腰痛不可以轉搖，急引陰卵，刺八髎與痛上，八髎在腰尻分間。

4) 素問 繆刺論篇

邪客於足太陽之絡，令人頭項痛。刺足少指爪甲上，與肉交者，各一瘡，立已，不已，刺外踝下三痛，左取右，右取左，如食頃已。

5) 靈樞 經脈篇

膀胱足太陽之脈，起於目內眦，……至小指外側。是動則病衝頭痛，目似脫，項如拔，脊痛，腰似折，髀不可以曲，膕如結，踡如裂，是爲蹶蹶。是主筋所生病者，痔，瘡，狂，癲疾，頭顛項痛，目黃，淚出，軌衄，項背腰尻膕踡脚皆痛，小指不用。爲此諸病，盛則寫之，虛則補之，熱則疾之，寒則留之，陷下則灸之，不盛不虛，以經取之。盛者，人迎大再倍於寸口，虛者，人迎反小於寸口也。

6) 靈樞 經筋篇

足太陽之筋，起於足小指，……上挾脊上項。其支者，別入結於舌本。其直者，結於枕骨上頭，下頤，結於鼻。其支者，爲目上綱，下結於頰。其支者，從腋後外廉，結於肩髃。其支者，入腋下，上出缺盆，上結於完骨。其支者，出缺盆，邪上出於頰。其病小指支跟腫痛，膕攣，脊反折，項筋急，肩不舉，腋支缺盆中紐痛，不可左右搖，治在燔鍼 刺，以知爲數，以痛爲輸，名曰仲春痺也。

7) 靈樞 五邪

邪在腎，則病骨痛，陰痺。陰痺者，按之而不得，腹脹，腰痛，大便難，肩背頸項痛，時眩。取之湧泉，崑崙，視有血者，盡取之。

8) 靈樞 厥病

厥頭痛，面若腫起而煩心，取之足陽明太陰。厥頭痛，……後取足太陰。厥頭痛，項先痛，腰脊爲應，先取天柱，後取足太陽。厥頭痛，頭痛甚，……不可遠取也。頭痛不可刺者，大痺爲惡，日作者，可令少愈，不可已。頭半寒痛，先取手少陽陽明，後取足少陽陽明。

9) 雜病

噎乾，口中熱如膠，取足少陰。膝中痛，……刺足少陽。癲痛，刺手陽明，與顛之盛脈出血。項痛，不可俛仰，刺足太陽，不可以顛，刺手太陽也。

10) 癰疽

黃帝曰：願盡聞癰疽之形，與忌日名。岐伯曰：癰發於喉中，名曰猛疽，猛疽不治，化爲膿，膿不寫，塞咽，半日死。其化爲膿者，寫則合豕膏，冷食，三日而已。發於頸，名曰夭疽，其癰大以赤黑，不急治，則熱氣下入淵腋，前傷任脈，內薰肝肺，薰肝肺，十餘日而死矣。陽留大發，消腦留項，名曰腦爛，其色不樂，項痛而如刺以鍼，煩心者，死不可治。

2. 鍼灸甲乙經에서의 治療²⁵⁾

頭痛項急，不得傾側，目眩暈，不得喘息，舌急難言，刺風府主之。

頭痛引頸，竅陰主之。

風頭，耳後痛，煩心，及足不收失履，口喎僻，頭項搖痠痛，牙車急，完骨主之。

眩，頭痛重，目如脫，項似拔狂見鬼，目上反，項直不可以顧，暴擊，足不任身，痛欲折，天柱主之。

腰痛，頸項痛，歷節汗出而步失履，寒復不仁，膈中痛，飛揚主之。

3. 鍼灸大成²⁶⁾에서의 治療

天柱 足不任身體肩背痛欲折目瞑視頭旋腦痛頭風鼻不知香臭腦重如脫項如拔項強不可回顧

大杼 膝痛不可屈伸傷寒汗不出腰脊痛胸中鬱鬱熱甚不已頭風振寒項強不可俯仰痠痛頭旋勞氣咳嗽身熱目眩腹痛僵仆不能久立煩滿裏急身不安筋攣痲疾身踣急大

風門 發背癰疽身熱上氣喘氣咳逆胸背痛風勞嘔吐多嚏鼻衄出清涕傷寒頭項強目瞑胸中熱臥不安

肺俞 『仲景』曰太陽與少陽並病頭項強痛或眩冒時如結胸心下痞硬者當刺太陽肺俞肝俞

中膂俞 『明堂』云腰痛俠脊裏痛上下按之應者從項至此穴痛皆宜灸

曲差 目不明衄衄鼻塞鼻瘡心煩滿汗不出頭項痛項腫身體煩熱

魄戶 背膊痛虛勞肺痿三尸走疰項強急不得回顧喘息咳逆嘔吐煩滿

京骨 頭痛如破腰痛不可屈伸身後側痛目內眇赤爛白翳俠內眇起目反白目眩發瘧寒熱喜驚不飲食筋攣足脣脾樞痛項強腰背不可俯仰僂僂鼻衄不止心痛

束骨 腰脊痛如折髀不可曲腦如結膈如熱耳聾惡風

寒頭顛項痛目眩身熱目黃淚出肌肉動項強不可回顧目內眇赤爛腸澀泄痔瘡癢狂發背癰疽背生疔瘡

通谷 頭重目眩善驚引軌衄項痛目眩留飲胸滿食不化失欠

通天 頸項轉側難變氣鼻衄鼻瘡鼻塞鼻多清涕頭旋屍厥口喎喘息頭重暫起僵仆癰瘡

浮白 主足不能行耳聾耳鳴齒痛胸滿不得息胸痛頸項癰腫不能言肩臂不舉發寒熱喉痺咳逆痰沫耳鳴嘈嘈無所聞

(頭)竅陰 四肢轉筋目痛頭項頰痛引耳嘈耳鳴無所聞舌本出血骨勞癰疽發厲手足煩熱汗不出舌強腦痛咳逆喉痺口中惡苦

完骨 足痿失履不收牙車急煩腫頭面腫頸項痛頭風耳後痛煩心小便赤黃喉痺齒齲口眼喎斜癰疾

本神 驚癇吐涎沫頭項強急痛目眩胸相引不得轉側癰疾嘔吐涎沫偏風

正營 目眩瞑頭項偏痛牙齒痛唇吻急強齒齲痛

腦空 勞疾羸瘦體熱頭項強不可回顧頭重痛不可忍目瞑心悸發即爲癰風引目眇鼻痛

風池 洒淅寒熱傷寒瘧病汗不出目眩苦偏正頭痛瘡瘡項項如拔痛不得回顧目淚出欠氣多鼻衄目內眇赤痛氣發耳塞目不明腰背俱痛腰僂引頸筋無力不收大風中風氣塞涎上下語昏危癰氣

肩井 中風氣塞涎上不語氣逆婦人難產墮胎後手足厥逆鍼肩井立愈頭項痛五勞七傷背痛兩手不得回顧若鍼深悶刺急補足三里

外丘 胸脇脹滿膈痛癢痺頸項痛惡風寒刺犬傷毒不出發寒熱速以三壯艾可灸嚙處及足少陽絡癰疾小兒龜胸

懸鍾 心腹脹滿骨中熱不嗜食月卻氣膝胫痛筋骨攣痛足不收逆氣虛勞寒損憂恚心中咳逆泄注喉痺頸項強腸痔瘡血陰急鼻衄腦疽大小便澀鼻中乾煩滿狂易中風手足不隨

曲鬘 頰頰腫引牙車不得開急痛口噤不能言頸項不得回顧腦兩角痛爲巔風引目眇

大椎 (活用)手足三陽督脈之會 仲景曰太陽與少陽並病頭項強痛或眩冒時如結胸心下痞硬者當刺大椎第一間

大椎 肺脹胸滿嘔吐上氣五勞七傷乏力溫瘧瘧瘧氣注背膊拘急頸項強不得回顧風勞食氣骨蒸煎板齒燥

風府 (活用)足太陽督脈陽維之會 瘡論曰邪客於風

府循臂而下衝氣一日夜大會於風府明自月下一節故其作晏每至於風府則腠理開腠理開則邪氣入邪氣入則病作以此日作稍益晏也其出於風府日下一節二十五日下至胛骨二十六日入於脊內故日作益晏也昔魏武帝患傷風項急華陀治此穴得效足太陽督脈陽維之會

風府 中風舌緩不語振寒汗出身重惡寒頭痛項急不得回顧偏風半身不遂鼻衄咽喉腫痛傷寒狂走欲自殺目妄視頭中百病馬黃黃疸

強間 頭痛目眩腦旋煩心嘔吐涎沫狂走不臥項強左右不得回顧

後頂 頭項強急惡風寒風眩目眩頭顛顛上痛歷節汗出狂走癱疾不臥癱瘓痲痺頭痛

鬲交 鼻中息肉蝕瘡鼻塞不利額頰中痛頸項強目淚眇汁內眇赤癢痛生白翳面赤心煩馬黃黃疸寒暑瘟疫小兒面瘡癬灸不除點烙亦佳

少海 寒熱齒齲痛目眩發狂嘔吐涎沫項不得回顧肘擊腋脇下痛四肢不得舉齒痛腦風頭痛氣逆噫噦瘰癧心疼手顫健忘

臂臑 寒熱臂痛不得舉頸項拘急瘰癧

少澤 瘧寒汗不出喉痺舌強口乾心煩臂痛痲痺咳嗽口中涎唾項項急不得回顧目生膚翳覆腫子頭痛

天窗 痔瘻頸痛肩痛引項不得回顧耳聾頰腫喉中痛暴瘡不能言齒噤中風

天容 喉痺寒熱咽中如梗癭頸項癭不可回顧不能言胸痛胸滿不得息嘔逆吐沫齒噤耳聾耳鳴

前谷 熱病汗不出瘧瘧癱疾耳鳴頸項腫喉痺頰腫引耳後鼻塞不利咳嗽吐衄臂痛不得舉婦人產後無乳

後谿 瘧寒熱目赤生翳鼻衄耳聾胸滿頸項強不得回顧癱疾臂肘擊急痲疥

支正 風虛驚恐悲愁癱狂五勞四肢虛弱肘臂擊難屈伸手不握十指盡痛熱痛先腰頰痲喜渴強項疔目

小海 頸頰肩臑肘臂外後瘰癧寒熱齒齲腫風眩頸項痛瘡腫振寒肘腋痛腫小腹痛癰發羊鳴反頸痲瘓狂走頰腫不可回顧肩似拔髀似折耳聾目黃頰腫

氣舍 咳逆上氣癭瘤頸項強不得回顧喉痺硬咽腫不消

天井 心胸痛咳嗽上氣短氣不得語唾膿不嗜食寒熱瘕瘕不得臥驚悸瘕瘕癱疾五癰風痺耳聾喉腫喉痺汗出目銳眇痛頰腫痛耳後臑臂肘痛捉物不得嗜臥撲傷腰體痛振寒頸項痛大風默默不知所痛悲傷不樂脚氣上攻

消灤 風痺頸項急腫痛寒熱頭痛癱疾

臑會 臂痛痲無力痛不能舉寒熱肩腫引臑中痛項癭氣溜

天牖 暴聾氣目不明耳不聰夜夢顛倒面青黃無顏色頭風面腫項強不得回顧目中痛

角孫 目生翳膚齒齲腫唇唇強齒牙不能嚼物齲齒頭項強

4. 醫學入門²⁷⁾에서의 治療

【經絡】

列缺側腕上一寸半，監指相叉盡處，鍼入三分，灸五壯。主一切風痲，偏頭疼，口噤口喎，瘰癧，驚癇，殊臂痛，項強，喉痺，咳嗽，半身不遂。又主一切瘧疾，身熱背寒，汗出肢腫，小便熱痛，少氣不足以息。凡實則肩背汗出，四肢暴腫；虛則肩寒慄，氣不足以息，四肢厥

頰車耳下入分，曲頰端陷中，開口有空，鍼入三分，灸三壯。主口僻痛不可以嚼，失音，牙疼，頰腫項強，惡風寒。

氣舍直人迎下，挾天突傍陷中，鍼入二分，灸三壯。主喉痺項強，癭瘤肩腫，欬逆上氣

少海肘內廉橫紋頭盡處陷中，曲手向頭取之。鍼入三分，灸五壯。主頭痛，目黃，目眩，項強，齒痛，嘔吐，肩背肘腋脇引項痛，癱癇吐舌，瘧疾寒熱汗出，四肢不舉。

風門二節外寸半，鍼五分，灸五壯。主傷寒頭痛，項強，鼻塞流涕，目盲，衄血，咳嗽，嘔逆，胸背痛，氣短不安。

附分第二節外三寸，附項內廉陷中，正坐取之。鍼八分，灸五壯。主背痛引頰引頭，肩背拘急，風冷客於腠理。頸項強痛不得回顧，風勞臂肘不仁。

魄戶三節外三寸，鍼五分，灸五壯。主欬逆喘氣不得臥，肺寒熱，項強，背胛無力，勞損瘵黃，五尺走注。

京骨足外側大骨下赤白肉際陷中。鍼三分，灸三壯。主頭熱目眩，白翳從內眇始，鼻衄，鼻不利，涕黃，頸項強痛，脊背及脚難以俛仰，瘕，瘡，癱狂，驚悸，不食，痰注，髀樞痛，淋瀝。

束骨足小指外側本節後陷中，鍼三分，灸三壯。主目眩，目赤爛，耳聾，項強，腰痛，腸澼，癱狂，大便秘頭痛，瘧疾，腫脚脛至髀樞中痛不可舉。

通谷足小指外側本節前陷中。鍼二分，灸三壯。主頭重頭痛，目眩，咽瘡，鼻衄涕，項強痛，胸脇滿，心下悸，留飲數欠，熱病汗不出。

通谷幽門下一寸。鍼五分，灸五壯。主頭痛目昏，鼻衄涕，項強，口喎，暴瘡，咽喉不利，心中憤鬱，驚悸，嘔吐，胸滿留飲，癰積。

腦空承靈後，挾玉枕傍枕骨下陷中，搖耳有空。鍼四分，灸三壯。主腦風頭風目眩，耳鳴聾，鼻衄，鼻疽發爲厲，項強寒熱，癰疾羸瘦。昔魏武患頭風，發卽心悶亂，目眩，華陀灸之立愈。

風池耳後一寸半，橫挾風府。鍼三分，灸七壯，至一百壯止。主腦疼，肺風面赤而腫，目昏，項強，鼻衄，咽喉癢引項攣不收，寒熱癰仆，煩滿寒不出，痰癰寒熱，溫病汗不出，目眩頭痛，淚出，欠氣，目眇赤痛，氣發耳塞，口僻，項背僵僕。

肩井缺盆骨後一寸半，以三指按取之。當中指下陷中。鍼六分，灸七壯。主五勞七傷，頸項強，背膊悶，兩手不得向頭，或因撲傷腰膕疼，脚氣上攻。婦人墮胎後手足厥逆，欬逆寒熱，悽索氣不得臥。

大杼一椎上平肩節中。鍼五分，灸七壯，至四十九壯止。主五勞七傷，溫瘧，痰癰，瘡，骨膊悶，項強不得回顧，傷寒熱盛煩嘔，風勞食氣。背上背部中行，每節岐骨空中，俱俛而取之。

5. 東醫寶鑑²⁸⁾에서의 治療

【鍼灸法】

項強取承漿風府<綱目>○頸項痛強取通天百會風池完骨瘧門大杼<甲乙>○頸項痛取後谿<綱目>○頸腫取足陽明手陽明兩經<綱目>

【鍼灸法】

項強取承漿風府<綱目>○頸項痛強取通天百會風池完骨瘧門大杼<甲乙>○頸項痛取後谿<綱目>○頸腫取足陽明手陽明兩經<綱目>

6. 鍼灸學²⁹⁾에서의 治療

【落枕】

落枕時指急性單純性頸項強痛，活動受限的一種病證，又稱頸部傷筋。頸肌勞損，頸項纖維織炎，頸肌風濕，頸椎肥大等原因引起的頸項痛，可參照本節診治。本病是由于睡眠時頸部位置不當，或因負重頸部扭傷，

或因風寒濕項背，致使局部經脈氣血阻滯，經氣不調所致。

【證治】

辨證：一般在早晨起床後，突感一側頸項強痛，不能俯仰轉側，疼痛可向同側部及上背部擴散，局部有明顯壓痛。痛連項背，頭部俯仰受限，不能左右回顧，項背部壓痛明顯者，病變以太陽經爲主。

痛連頸臂，頸部不能側彎和左右轉動，頸的側部壓痛明顯者，病變以少陽經爲主。

治則：疏筋通絡，祛風散寒。

治法：取督脈，手足太陽，少陽經穴爲主。鍼刺瀉法，鍼後加灸，或拔火罐。

處方：大椎 阿是穴，後谿，落枕穴 懸鍾

方義：本病局部與純經遠端取穴相結合，意在疏筋通絡，通經止痛，治療時先刺後谿，懸鍾和落枕穴，輕輕捻轉，令患者活動頸項，項痛每可顯著好轉，再鍼局部腧穴，并可配以艾灸，拔罐以加強遠效。

隨證選穴：病及太陽經者加天柱 大杼，肩外俞，崑崙，列缺；病及少陽經者加風池，翳風，外關。

【其他療法】

1. 耳鍼

取穴：頸，頸椎，肩，枕，神門，肝。

方法：每次取2~3穴，毫鍼刺，強刺激，留鍼 15~30分鐘，留鍼期間，囑患者活動頸項，每日一次。

2. 皮膚鍼：阿是穴，先用皮膚鍼卽刺頸項強痛部位，使局部皮膚微紅，然後拔以火罐。

7. 鍼灸治療學³⁰⁾에서의 治療

【落枕】

原因：落枕은 急性單純性 頸項強痛으로 運動上 制限을 받게 되는 症狀을 말하거나, 또는 頸部の 傷筋을 말한다. 흔히 睡眠姿勢가 적당치 못하였거나, 혹은 長時間 목을 구부리고 일을 하였거나 局部에 冷氣가 侵入하여서 發生하는 수가 많다.

症狀：發病은 아침 起床後 한쪽 頸項에 牽制痠痛이 생기고, 甚하면 同側의 肩背및 上臂까지 영향을 받게 된다. 그렇게 되면 頸項의 俯仰이나 轉側活動에 制限을 받게 된다. 病側項背 및 肩部에 顯명한 壓痛點이 있다. 筋肉痠痛이 있으면서도 腫脹은 없으며, 病程은 짧으며 3~5일 계속하다가

緩解된다. 그러나 病程이 지나치게 길어지거나 혹은 外傷이 뚜렷하게 되면, 반드시 頸椎間盤의 突出病狀의 有無를 鑒別하지 않으면 안 된다.

[治法]

1. 鍼刺療法

常用穴: 外勞宮 天柱

配穴: 後谿 懸鍾 養老 人中 承漿

[方解] 頸部の 急性 傷筋은 遠導取穴을 爲主로 한다. 外勞宮은 落枕穴이라고도 하며, 이 穴은 經驗上 效果가 있는 穴이다. 強力한 鍼感이 나도록 捻轉하면 項部の 強痛을 緩解시키는데 도움이 된다. 捻鍼時 患者로 하여금 頸部를 轉動하게 한다. 遠導取穴外에 局部를 按壓해서 壓痛點이 있는 곳을 再次 取穴(예컨대 天柱 등)하면 좋다. 局部는 單刺 不留鍼하고, 再次 拔罐혹은 推拿를 配合하는 것이 좋다. 遠導穴은 間歇 捻轉하도록 한다. 上肢의 外勞宮, 後谿, 養老 等穴은 近節段 혹은 同節段을 遠取한 것이고, 下肢의 懸鍾은 遠節段을 遠取한 것이다. 分經으로는 足太陽膀胱經(後面)과 足少陽膽經(側面)에 속한다. 人中, 承漿은 陰陽 前後를 取穴한 것이다.

2. 耳鍼療法

取穴: 頸椎 頸 神門 外生殖器

方法: 每次 2~3穴을 交代로 取鍼하고 不強刺 留鍼 15~20分(2~3分마다 捻鍼)으로 痛症이 사라진다.

8. 推拿療法^{14,31,32)}

推拿療法이란 施術자의 手 등을 이용해서 人體의 특정부위를 조작함으로써 治療 效果를 가져오는 手技療法을 말한다.

연부조직 손상에 의한 頸項痛 환자에 있어서 痛症緩和와 頸部 運動의 정상범위로의 회복을 위하여 推拿療法중 仰臥位에서의 頸項部 伸展法과 座位에서의 推拿法을 시행하고 頸部の 運動방향에 따른 部位별 시행에 있어서는 수기법중 推法, 拿法, 搖法, 牽引法 등을 응용한다.

1) 推法

방법: 拇指端이나 指腹部를 일정부위 또는 穴位에 힘을 주어 밀착시키고 어깨는 가라앉히

고, 팔꿈치는 늘어뜨려 손목을 치켜들고, 腕關節을 흔들며 이 움직임과 拇指關節의 屈伸활동에서 생기는 힘을 經絡穴位상에 지속적으로 작용시킨다.

① 刺戟量이 中等이고 接觸면적이 적어 신체 각 부위穴에 적용

② 頭面, 胸腹, 四肢關節에 사용 -- 舒筋活絡, 調和營衛, 祛痰消積, 健脾和胃

③ 頭痛, 胃痛, 腹痛, 關節筋骨疝痛.

2) 拿法

방법: 拇指와 食指 혹은 拇指와 나머지 四指를 대칭으로하여 일정부위와 穴을 잡아들여서 한번은 당기고 한번은 늦추는 법이다.

① 刺戟이 약간 強하며 頸項, 肩部와 四指 등의 穴에 따른 手法과 병용.

② 祛風散寒, 開竅止痛, 緩解肌腱, 肌肉痙攣

③ 項強, 關節筋骨疝痛.

3) 搖法

방법: 兩手로 어느 關節부위의 兩端을 搖動하게 旋回운동 시킨다. 주로 頸, 肩, 手, 腕, 股, 膝 등의 큰 關節

① 四指關節, 頸項, 腰背 등에 적용

② 滑利關節, 靭帶 및 關節囊의 癒着, 關節의 活動能力을 증강.

③ 運動기능장애, 關節強直, 屈伸不利.

4) 拔伸法

방법: 拔伸은 牽引의 뜻으로 正骨방법중의 발신법을 응용한것이다.

肩關節발신법: 환자는 낮은 의자에 앉아 환자를 이완시키고, 施術자는 양손으로 완부를 쥐고 서서히 위로 당겨올린다. 힘은 적당히 주고 동작은 부드럽게 해야한다.

腕關節발신법: 환자는 앉은 자세로 施術자는 양손으로 수장을 잡고 점차 힘을 주어 당긴다.

① 關節의 脫臼나 傷筋 등에 상용

② 筋腱의 뒤튼림과 關節탈구의 정복작용이 있다.

9. 韓醫學의 物理療法⁸⁾

① 附缸療法: 부항기를 이용하여 人體 經穴상

의 피부에 陰壓을 작용.

② 導引療法 : Rolling bed, Traction, 導引療法機(만능기) 등을 이용한다.

③ 光線療法 : 적외선, 자외선, 종합가시광선, laser 광선

④ 電氣療法 : 주파수에 따라 고주파(극초단파, 초음파), 저주파(EST, TENS, SSP, ICT)를 이용한다. 가장 多用.

⑤ 水治療法 : HOT PACK, ICE PACK, PARAFFIN BATH, WHIRL POOL, 냉온욕, 장세척, 약물목욕요법 등의 방법을 이용한다.

⑥ 再活器具療法 : 교통사고후유증, 중풍, 산업재해환자 등의 再活治療를 담당한다.

10. 最近 中國의 頸項部 痛症의 治療方法^{33,34,35,36,37,38)}

中醫學에서는 頸項部の 통증을 “頸椎病”이라 하고 頸椎部の 軟部組織의 退行性 變化와 椎間板의 退化, 突出과 그에 따른 神經根의 압박과 纖維化로 인한 病變이 頸椎部の 運動제한과 神經根의 분포에 따른 증상의 發現의 원인으로 인식하고 기존의 단순 鍼灸治療 외에 推拿療法, 穴位注射療法(藥鍼療法), 牽引療法, 杵針大椎八陣穴療法, 磁極針療法 등을 기존의 치료 방법과 배합하여 적용하여 임상 치료에 임하고 있으며 유의성 있는 성과가 얻어진 것으로 보고되어 지고 있으며, 治療의 응용하는 穴位와 經絡은 기존의 經絡學說에 따른 전통적인 穴位 외에 頸椎 부위의 夾脊穴, 大椎八陣穴 등의 穴位와 阿是穴 등을 병용하는 예가 있었다.

1) 穴位注射療法^{33,34)}

① 治療 主穴 : C₂~C₇ 夾脊穴, 患側 肩井, 天宗, 肩髃, 臂臑, 曲池, 手三理, 外關, 合谷, 阿是穴.

② 藥物 : 尋骨風注射液 5ml(湖北中醫學院), 維生素 B₁₂ 1ml.

③ 操作 : 5ml 주사기로 위의 藥物을 每穴位에 0.8~1ml 씩 刺入한 후 酸脹感이 있으면 그치고 酸脹感이 없으면 捻轉을 한다. 針治療 후 夾脊穴에 30분씩 뜸을 뜬다. 매일 1회씩 시행하고 10회를 1療程으로 한다. 1회의 療程이 끝난 후 2~3일 休息 후 다시 시행한다.

2) 牽引療法와 鍼治療의 配合^{35,36)}

① 鍼治療의 取穴 : 華佗夾脊穴에 痺阻形에는 風池, 大椎, 後溪를 癱阻形에는 隔俞, 曲池, 陽溪, 肝腎不足形에는 肝俞, 腎俞, 太溪를 배합한다.

② 治療方法 : 경추견인은 환자가 앉은 자세에서 頸椎를 15° 정도 前屈하고, 牽引 重量은 10~15kg 정도로 30分 정도 牽引한다. 매일 1회씩, 10회를 1 療程으로하고 療程사이는 5일로 한다.

③ 操作 : 환자가 앉은 자세에서 病變 椎體의 相應하는 華佗夾脊穴을 毫針으로 直刺하여 緩慢하게 捻轉한다. 환자가 輕微한 針感이 있으면 되고 過度하게 자극하지 않는다. 기타 다른 穴位도 해당 穴位에 刺針하고 緩慢하게 刺戟, 捻轉한다.

3) 杵針大椎八陣穴療法³⁷⁾

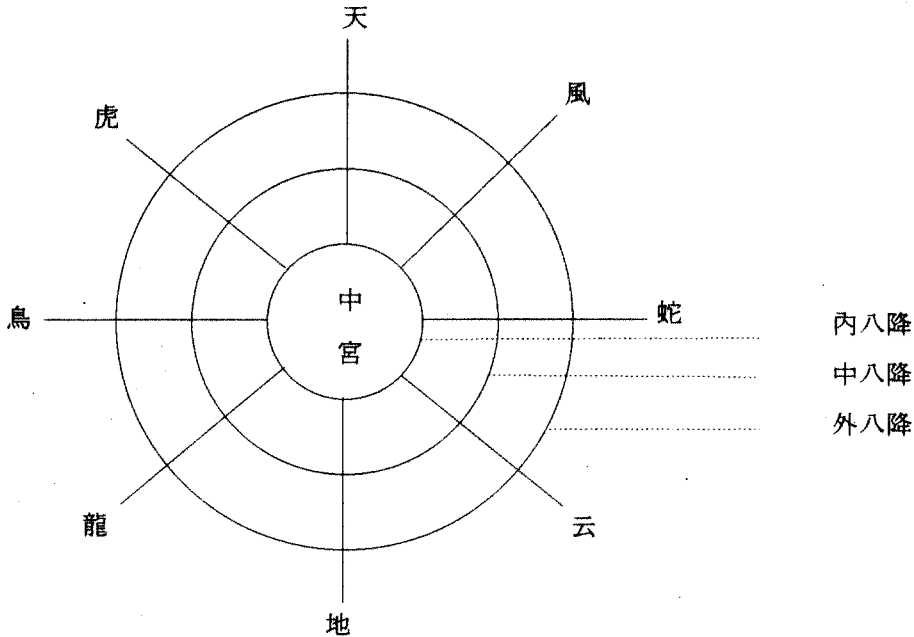
① 治療 穴位 : 大椎八陣穴(大椎 穴을 中心으로 左右方으로 1寸, 2寸, 3寸을 半徑으로 형성하는 穴位을 말한다. 그림 참조), 경추 4~7夾脊穴, 肩髃, 曲池, 外關.

② 操作方法 : 환자는 座位에서 양팔을 자연스럽게 늘어뜨리고, 大椎八陣穴에 燒山火法으로 杵針(소뿔, 玉石, 金屬 등의 재료로 제작한 길이 10cm정도의 침)을 사용하여 자극한다.

4) 磁極針療法³⁸⁾

① 治療 穴位 : 病變部의 夾脊穴을 爲主로 증상에 따라 大椎, 風池, 肩井, 曲池, 外關, 合谷, 後溪 등의 穴位를 배합함.

② 操作方法 : 患者는 伏坐位에서 양팔을 자연스럽게 침상에 위치한 후 0.30mm×40mm의 소독한 磁極針을 사용하여 S극의 침과 N극의 다른 성질의 이용하는 방법으로 經穴을 따라 극성을 교차하여 사용하였다. 경부의 夾脊穴을 사용할 때는 椎體의 方向으로 25°~30° 정도 椎體를 향하게 하였고, 平補平瀉의 手法을 사용하였으며 得氣 후 轉針을 停止하였다. 30分간 留針하였으며, 每日 1回 治療하고, 10회를 1 療程으로 하였다.



III. 總括 및 考察

頸椎는 위로 頭蓋骨을 支持하고 安定性을 維持하며 頸椎의 關節 運動 範圍를 許諾하는 機能을 가진 頸椎關節이 있으며, 脊髓와 脊椎運動脈 및 神經根을 保有하고 그 通路가 되는 機能을 가지고 있는 7個의 脊椎로 構成되어있다.¹⁾

頸項部의 痛症에 대해서 韓醫學的으로는 《內經》^{3,4)}에서는 “頭項痛”, “項痛”, “頭項肩痛”, “項筋急”, “項強”, “頭項痛”이라 언급한 이래, 《傷寒論》⁵⁾에서는 “頭項強痛”, “項背強”, “頸項強”이라고 하고, 《萬病回春》⁶⁾에서는 “頸項強痛”등으로記載되어있다.

頸項痛이란 목과 주변 조직에서 발생하는 痛症과 關節運動의 際限을 나타내는 症候群을 말하며 斜頸症, 落枕, 頸椎病, 頸項強痛, 項背講痛, 頸部痛, 項痛, 項強症, 등이 포함된다.^{1,7,8,9,10,11)}

목에서 발생하는 頸項部 痛症의 原因 疾患으로는 頸部挫傷, 外傷性 椎間板 脫出症, 頸椎 骨折 및 脫臼 등의 外因性과 류마티스 關節炎, 頸椎 및 椎間板의 細菌性 感染, 頸椎腫瘍 등의 感染性으로

나눌 수 있으며^{7,12)}, 韓醫學의 原因으로는 外力, 六淫邪氣, 邪毒所傷, 勞損傷害, 등의 外因性과 久病虛弱, 肝腎虛損등의 內因性으로 분류할 수 있다.⁸⁾

韓醫學에서는 頸項部 통증의 病因에 대해서는 《素問》³⁾에 “諸痺項強皆屬於濕”이라 하였고, 《靈樞·經脈篇》⁴⁾에는 足太陽膀胱經의 筋所生病으로 보았으며 《經筋篇》⁴⁾에서는 足太陽經筋의 病으로 보았으며, 巢¹²⁾는 “傷寒一日 太陽受病 太陽者膀胱之經也”라 하여 足太陽膀胱經이 受病하였을 때 頭項痛이 있다 하였으며, 李¹³⁾는 “暴強則爲風寒 久強則爲痰火”라하여 頸椎 自體의 問題라기 보다는 外部 및 經絡과 臟腑의 機能失調를 原因으로 보았다.

本症의 治療 方法에 대하여 消散瘀血, 舒筋通絡, 疏利關節을 原則으로 한 鍼灸治療, 藥物治療, 理學療法, 推拿療法등이 활용되고 있다.^{8,14)}

즉, 西洋醫學의으로 頸項部의 痛症에 대한 認識과 접근은 筋骨格界의 解剖學的 形態와 機械的 움직임의 장애로 인식하고 이러한 문제들을 개선함으로써 통증의 治療에 접근하고 있고, 韓醫學적으로는 頸項部의 痛症을 頸項部에 流注하는 經絡의 異常, 邪氣의 침입, 臟腑의 機能失調가 經絡을 통해

頸項부에 나타난 것으로 인식하고, 經絡機能의 調節과 인체 전반의 均衡을 유지함으로써 治療에 접근을 하고 있다.^{2,6,8,15,16)}

頸項부에 對한 西洋醫學의 이해는 解剖學에 바탕을 두고 頸項部 구조물의 形態와 기능의 理解에서 출발하였다. 頸椎骨은 모두 7個로 구성되어 있으며, 頸椎는 목의 運動性과 확보하기 위해 特異한 形態를 가지는 第一, 二 頸椎, 전형적인 形態의 第三~6 頸椎, 胸椎와 中間적 形態를 취하는 第七로 나누어 볼수 가 있다. 椎間板은 衝擊을 吸收하고 壓力下에서 水分이 移動하여 頸椎 개개의 運動과 彎曲을 허락한다. 軟骨端板, 纖維輪, 髓核으로 기능적 단위를 나눌 수 있다. 頸項部の 韌帶는 筋肉을 지지하고 運動範圍를 크게 할 수 있게 느슨하며, 운동을 조절하기 위한 충분한 彈力性이 있다. 外後頭隆起에서 第七 胸椎의 극들기 사이에 項韌帶(Ligament nuchae)있으며, 추체의 前·後方으로는 前方從韌帶와 後方從韌帶가 부착되어 前方從韌帶(Anterior longitudinal ligament)는 추체 및 추간판 전면의 대부분을 덮고 後方從韌帶(Posterior longitudinal ligament)추체의 후방을 덮고 前方從韌帶 보다 약하다. 척추의 후방부 에는 상극인대(Supraspinous ligament)와 극간인대(Interspinous ligament) 등이 극들기를 연결하고 있으며 황색인대(Ligamentum flavum)가 척수강 후면에 위치한다. 그 밖에 횡돌기간 인대(Intertransverse ligament), 섬유륜, 후관절막 및 관절돌기 등이 척추의 안정성을 유지시킨다. 頸項部の 筋肉은 크게 3個의 기능 단위로 나누며, 頸項部の 伸展에 關係하는 근육으로는 頭板狀筋 및 頸板狀筋(Splinius capitis 및 Splinius Cervicis), 頭半棘筋, 頸半棘筋, 回轉筋 및 多裂筋, 頸棘間筋, 橫突間筋, 大後頭直筋, 小後頭直筋, 上頭斜筋, 下頭斜筋, 僧帽筋이 있으며, 頸項部の 屈曲에 關係하는 胸鎖乳突筋, 頸長筋, 前頭直筋, 側頭直筋이 있으며, 四角筋등이 보조 작용을 한다. 회전운동에 關係하는 근육은 頸椎 측면의 胸鎖乳突筋, 四角筋과 頸椎 후면의 回旋근 및 다열근 (반대쪽으로 회전시킨)이 있으며, 頸椎 후면 근육인 下頭斜筋 및 大後頭直筋이 頸部の 主回轉 부위인 後頭骨, 環椎, 및 軸椎의 同側回轉運動을

보장한다. 頸椎神經根은 脊髓로부터 右側으로 나가는 運動神經根과 知覺神經根의 結合으로 이루어진 복합된 6雙으로 구성되어 있다. 第一 頸椎神經根에서 第四 頸椎神經根은 頸椎神經叢을 형성하여 頸部的 上部를 지배한다. 第五 頸椎에서 第一 胸椎까지 椎間에서 나오는 5개의 脊椎神經으로 구성되는 上腕神經叢이 있다. 第五,六 頸椎의 神經根은 上神經幹을 형성하여 鎖骨을 통과해 側神經索을 형성하여 筋枝神經과 正中神經의 분지를 이루며, 第八 頸椎神經根과 第一 胸椎神經根은 結合하여 下神經幹을 형성, 鎖骨을 지나 일부가 正中神經을 향하여 分枝를 형성한다. 第七 頸椎神經根은 다른 神經根과 結合없이 正中神經幹이 되고, 上神經幹과 下神經幹의 보조를 받아 後神經索을 형성하여 腋窩神經과 橈骨神經으로 分枝된다. 頸項部の 病變으로는, 頸椎椎間板 脫出症, 경척수병증(頸脊髓病症, Cervical Myelopathy), 外傷性 頸部症候群(鞭打損傷, Whiplash injury), 頸椎 기능 부전(Cervical dysfunction), 사경(斜頸, Torticollis, Wry Neck), 견수증후군(Shoulder hand syndrome), 경견완증후군, 근·근막성 頸部痛, 頸椎部 종양 등이 있다.^{15,17,18,19)}

頸椎 椎間板脫出症은 轉位된 椎間板에 의해 頸椎神經根이 壓迫 또는 刺戟됨으로써 頸部 및 上肢의 지속적인 疼痛, 神經症狀 즉 麻木感을 나타내는 질환으로써 頸椎 椎間板에 退行性病變이 존재하거나, 여기에 外傷이 가해졌을 때 발생한다. 症狀은 頸椎 椎間板脫出症은 대개 편측에 발생한다. 頸椎 神經根을 壓迫 또는 刺戟함으로써 그 신경분포영역에 일치하는 疼痛 및 知覺障礙를 일으킨다. 診斷은 臨床所見은 해당 神經支配 領域의 感覺障礙 및 腱反射의 변화가 생기며, 頭部를 한쪽으로 돌리면서 압박을 가하면 증상이 유발되는 Spurling test에 陽性 反應을 보인다.¹⁵⁾

경척수병증(頸脊髓病症, Cervical Myelopathy)은 심한 軟性 椎間板脫出症, 後從韌帶 骨化症, 頸椎의 脊椎症에 二次的으로 발생하는 질환으로 下肢의 強直 및 筋力의 弱화로 步行에 지장을 주며, 上肢와 手指의 섬세한 기능의 障礙를 가져온다. 서서히 장기간에 걸쳐서 나타나며 통증이 深部에 나타

나고, 感覺의 異常보다 腱反射의 異常과 運動機能의 弱화가 뚜렷하다. 步行障礙와 均衡感覺消失을 호소하며, 病變부위 以下에서는 觸覺은 유지되나 疼痛과 溫度感覺, 固有感覺, 振動感覺 등은 소실된다. 하지의 간대성 경련, 호프만 징후(Hoffman's Sign) 바빈스키 징후(Babinski Sign) 레미테 징후(Lhermitte's sign), 손가락의 근력 약화, 수지도피 징후로 진단할 수 있다. 溫熱療法, Massage, 저주파요법, 견인요법, 寢牀安靜, 보조기착용, 특히 주증상이 頸部 疼痛과 放散痛인 경우 증상의 好轉을 얻을 수 있다¹⁵⁾.

사경(斜頸, Torticollis, Wry Neck)은 머리가 한측의 어깨로 기울고, 목이 회전하면서 얼굴과 턱은 반대편 어깨 쪽으로 편향되는 변형을 말한다. 흉쇄유돌근의 단축에 의해 物理的으로 일어나는 先天性 筋性斜頸, 연부조직의 外傷이나 頸椎의 이상, 심리적 원인, 등에 일어나는 後天性 斜頸이 있다¹⁵⁾.

頸椎 기능 부전(Cervical dysfunction)은 모든 연령에서 발생할 수 있으며 통증에 민감한 많은 후관절의 장애에 의해서 유발되는 것으로 보인다. 머리에 가해지는 강한 충격에 의해서도 일어날 수 있지만 반복적인 사소한 손상이나 페인트로 천장을 칠하거나 가볍게 레슬링을 하는 것과 같은 활동에 의해서도 발생한다¹⁷⁾.

外傷性 頸部症候群(鞭打損傷, Whiplash injury)은 차의 추돌 사고에서 頸椎가 우선 伸展되고 따라서 屈曲되는, 鞭(회초리, whip)의 움직임과 같은 것에서 유래되어 鞭打損傷이라고도 칭한다. 頸部痛, 頭痛, 頸椎운동제한의 3대 증상을 가진다. 이밖에 저린감, 요통, 구토 등의 조발증상이 보인다. 증상은 3일 이내에 나타나는 것이 대부분이나 늦어지는 것도 있어서 損傷 후 1週日 間은 주의가 필요하다. 治療에 있어서는 국소의 안정과 질환에 대한 환자의 불안 해소가 중요하다²²⁾. 그 밖에 기타 頸部와 연관된 임상 증후군으로 견수증후군(Shoulder hand syndrome), 경견완증후군, 근·근막성 頸部痛, 頸椎部 腫瘍 등이 있다¹⁵⁾.

經脈의 生理的 特性은 《靈樞·本臟篇》⁴⁾에

“經脈者, 所以行血氣而陰陽 流筋骨 利關節”이라 하여 신체 諸關節을 영위하는데 각 關節을 流注하는 소속 經脈에 의해 정상적인 활동을 유지한다고 하였다. 頸項部에는 手太陰肺經, 手陽明大腸經, 手少陰心經, 手太陽小腸經, 足太陽膀胱經, 手少陽三焦經, 任脈, 督脈이 流注하며, 經脈의 循環은 頸部の 中央部인 任脈에서부터 옆으로 足陽明胃經, 手陽明大腸經, 手太陽小腸經, 足少陽膽經, 手少陽三焦經, 足太陽膀胱經, 督脈이 流注하나, 頭項은 太陽이 爲主가 된다고 인식하였으며, 頸項部에 流注하는 經筋을 《靈樞·經筋篇》⁴⁾에서 살펴보면, 足太陽經筋(……上挾脊上項. 其支者, 別入結于舌本. 其直者, 結于枕骨上頭,……), 手太陽經筋(……繞肩胛引頸而痛, 應耳中鳴痛引頰, 目瞑, 良久乃得視, 頸筋急則爲筋癭頸腫. 寒熱在頸者,……), 手少陽經筋(……上肩. 走頸, 合手太陽,……), 手陽明經筋(……其支者, 繞肩胛, 挾脊. 直者, 從肩髃上頸. 其支者, 上頰, 結于頰. 直者, 上出手太陽之前, 上左角, 絡頭, 下右頰,……), 手太陰經筋(……結肩前髃, 上結缺盆, 下結裏, 散貫貫, 合貫下,……)가 있으며 經項部를 流注하는 經筋의 病理에 대해서 十二經의 筋肉群 즉, 十二經筋은 주로 四肢部에서 起始하여 體幹 및 頭部에 분포되며 經筋이 患病하면 주로 痺症과 筋肉의 拘急, 不遂 등의 증상을 유발시킨다고 하였다^{20,23,24)}.

頸項部の 病症과 韓醫學의 治療는 頸項痛症에 관해 西醫學처럼 頸椎 自體의 病變이나 肩部 局限性 病變으로 보지 않고 外部 및 經絡과 臟腑의 機能失調를 원인으로 보아 頸項部 病變이 나타나는 것으로 생각하였다. 이에 頸項部를 순환하는 經脈의 要穴과 頸項部에 流注하는 經筋에 대한 鍼灸治療와 物理療法이 사용되고 있으며^{3,4,25,26,27,28,29,30)}, 頸項痛 患者에 있어서 痛症緩和와 頸部 운동의 정상 범위로의 回復을 위하여 推拿療法중 仰臥位에서의

頸項部 伸展法과 座位에서의 推按법을 시행하고 頸部의 運動방향에 따른 部位別 시행에 있어서는 手技法중 推法, 拿法, 搖法, 牽引法 등을 응용한다 (14, 31, 32)

近來 中醫學에서는 頸項部の 통증을 “頸椎病”이라 하고 頸椎部の 軟部組織의 退行性 變化와 椎間板의 退化, 突出과 그에 따른 神經根의 압박과 纖維化로인한 病變이 頸椎部の 運動제한과 神經根의 분포에 따른 증상의 發現의 원인으로 인식하고 기존의 單灸治療 외에 推拿療法, 穴位注射療法 (藥鍼療法), 牽引療法, 杵針大椎八陣穴療法, 磁極針療法 등을 기존의 治療方法과 배합하여 적용하여 臨床治療에 임하고 있으며 유의성 있는 성과가 얻어진 것으로 보고되어 지고 있다.^{33,34,35,36,37,38)}

IV. 結論

頸項部の 痛症에 대한 東西醫學의 文獻調査를 하여 考察한 결과 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 韓醫學에서는 頸項部 疼痛은 일반적으로 “項強”, “落枕”, “斜頸”, “頭項痛”, “頭項肩痛”, “項筋急”, “頭項強痛”, “項背強”, “頸項強” 등으로 표현하고 있다.
2. 韓醫學에서 頸項部 痛症의 原因은 外力, 六淫邪氣, 邪毒所傷, 勞損傷害, 등의 外因性과 久病虛弱, 肝腎虛損등의 內因性으로 분류할 수 있으며, 經脈의 流注를 따라 臟腑의 異常이 頸項部에 나타나기도 한다.
3. 西洋醫學의 治療는 크게 保存的 治療단계에서의 物理治療, 鎮痛消炎劑 위주의 藥物療法, 運動療法이 사용되어지며, 損傷되거나 不全한 頸項部 構造의 再建을 위해 手術療法이 행해진다.
4. 頸項部 痛症의 治療에 있어서 韓醫學에서는 盛則寫之, 虛則補之, 熱則疾之, 寒則留之, 陷下則灸之, 不盛不虛, 以經取之의 原則이 基準이 되어서, 現代에 이르러 消散瘀血, 舒筋通絡, 疏利關節을 原則으로 한 鍼灸治療, 藥物治療, 理學療法, 推拿療法등이 活用되고 있다.

5. 韓醫學의 治療에 있어서는 手太陰肺經, 手陽明大腸經, 手少陰心經, 手太陽小腸經, 足太陽膀胱經, 手厥陰心包經, 手少陽三焦經, 任脈, 督脈의 經筋部位와 穴位가 주로 사용되었다.
6. 최근 중국의 頸項部 통증의 이해와 치료 방법에 있어서는 기존의 單灸治療 외에 推拿療法, 穴位注射療法(藥鍼療法), 牽引療法, 杵針療法, 磁極針療法 등을 기존의 치료 방법과 배합하여 적용하여 임상 치료에 임하고 있으며 유의성 있는 성과가 얻어진 것으로 보고되어 지고 있다.

以上の 結果로 볼 때 頸項部の 痛症을 頸項部 자체의 문제로 국한하기보다는 全身의 健康과 연관시켜 바라볼 필요가 있으며, 神經系와 經絡, 筋肉과 經筋, 筋骨格系의 生理와 臟腑論에 대하여 심도 있고 具體的인 연구를 통해 東西醫學의 治療가 並行될 때 임상에 있어서 좋은 결과가 있을 것이라 思料된다.

參 考 文 獻

1. 정진우 : 척추와 사지의 진단, 서울, 대학서림, pp.124~150, 1986.
2. 崔容泰 外 : 鍼灸學(下), 서울, 集文堂, pp.1231~1233, 1988.
3. 楊維傑 : 黃帝內經素問釋解, 서울, 一中社, pp.142~144, pp.251~253, pp.257~260, pp. 27 1991.
4. 楊維傑 : 黃帝內經靈樞釋解, 서울, 一中社, pp.119~123, p.162, p.211, pp.235~237, pp. 244~247, pp.614~620, 1991.
5. 張仲景 : 仲景全書, 서울, 大星文化社, p.50, p.88, p.103, pp.108~109, 1993.
6. 龔廷賢 : 萬病回春, 서울, 一中社, (下卷) p.3, 1991.
7. 서울대학교병원편저 : 전공의진료편람 재활의학과, 서울, 우신문화사, p.188, 1994.
8. 全國韓醫科大再活醫學科教室 : 東醫再活醫學科學, 서울, 書苑堂, pp.161~162, 279~281,

- 298~299, 303~304, 411~415, 1995.
9. 全國韓醫科大學鍼灸經穴學教室 : 침구학, 서울, 集文堂, pp.1231~1232, 1991.
 10. 정진우, 손영하 편역 : 그림으로 보는 근골격해부학, 서울, 대학서림, pp.24, 151~152, 1993.
 11. 해리슨내과학편찬위원회 : 內科學, 서울, 정담, pp.79~81, 1997.
 12. 巢元方 : 諸病源候論, 文光圖書有限公司, p.65, 中華民國66年.
 13. 李槌 : 編註醫學入門, 서울, 南山堂, pp.77~89, p.105, 1988.
 14. 신준식 편저 : 한국추나학 임상표준지침서, 서울, 大韓韓醫學會 推拿學會, pp.118~123, 1995
 15. 석세일 외 : 정형외과학, 서울, 최신의학사, pp.241~242, 431~435, 1999.
 16. 이용재, 이경석 : 頸椎손상의 형태와 원인, 순천향대학교 논문집, Vol.17, No.4, pp.149 9~1508, 1994.
 17. John E. Murtagh, Clive J. Kenna. : Back pain & Spinal manipulation, 서울, 푸른솔, pp.101~117, 1999.
 18. Ronan O'Rahilly, M.D. : Gardner-Gray-O'Rahilly anatomy, Philadelphia, pp.687~725. 1986.
 19. Rene Cailliet M.D. : Neck and Arm Pain, 미국, F.A, Davis Company, pp.56~62, 1981.
 20. 김현호, 이윤호 : 最新鍼灸學, 서울, 성보사, pp.21~25, pp.109~119, 1979.
 21. 권홍식 : 인체해부학(II), 서울, 수문사, pp.236~246, 1982.
 22. Stephen M. Foreman, Arthur C. Croft. : Whiplash Injuries, 서울, 대한추나학회 출판사, pp.229~291, pp.455~469, p.439, 2000.
 23. 崔容泰 : 精解鍼灸學, 서울, 杏林書院, pp.7 0~107, pp.138~151, 1988.
 24. 崔容泰 : 鍼灸學(下), 서울, 集文堂, pp.123 1~1232, 1988.
 25. 皇甫謐 : 鍼灸甲乙經交釋, 中國 北京, 人民衛生出版社, pp.1273~1275, p.1284, 1980
 26. 楊繼洲 : 鍼灸大成校釋, 서울, 大星文化社, 1996, pp.729~742, pp.748~776, pp.804~809, pp. 813~820, pp.826~858, pp.892~903, pp.909~930, pp.971~984.
 27. 李槌 : 編註醫學入門, 서울, 南山堂, 1988, pp. 77~89, p.105.
 28. 許浚 : 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, 1991, p.147, pp.217~218, p.259, p.261, p.268, p.341, p.375, p.376, p.379, p.379, p.385, p.386, p.402, p.413, p.416, p.517, p.525, p.775.
 29. 楊甲三 : 鍼灸學, 北京, 人民衛生出版社, 1988, pp.707~708.
 30. 金容基 : 鍼灸治療學, 서울, 書苑堂, 1983, p.179.
 31. 김기욱, 이종수 : 推拿療法이 頸項部 疼痛疾患에 미치는 臨床的 效果, 대한추나학회지, 1권 1호, pp.67~70, 2000.
 32. 신준식 : 한국추나학, 서울, 대한추나학회 출판사, pp.164~173, 1995.
 33. 羅道珊, 陳丹云 : 穴位注射爲主治療神經根型頸椎病療效觀察, 中國鍼灸, Vol 21, No 3, pp153~154, 2001.
 34. 林鑫烈, 孫茂峰 : 穴位療法治療神經根型頸椎病之淺見, 中國針灸, Vol 21, No 6, pp371~373, 2001.
 35. 陳志燾 : 牽引配合針刺治療神經根型頸椎病52例, 浙江中醫學院學報, Vol 25, No 2, p56,2001.
 36. 長勇, 長翠平 : 牽引狀態下溫針頸夾脊穴治療頸椎病, 中國鍼灸, Vol 20, No 8, p512, 2000.
 37. 蔣振亞, 李常度 : 杵針大椎八陣穴爲主治療頸椎病的臨床觀察, 中國鍼灸, Vol 21, No 2, pp94~96, 2001.
 38. 王世廣 : 磁極針與普通毫針治療神經根型頸椎病療效對照觀察, 中國鍼灸, Vol 20, No 7, pp407~408, 2000.