

수근관 증후군(Carpal tunnel syndrome)에 관한 고찰

- 東醫寶鑑을 중심으로 -

김용걸·오민석*

Study of Carpal tunnel syndrome

Yong-Kul Kim, Min-Seok Oh

Dept. of Oriental rehabilitation medicine, College of Oriental Medicine, Daejeon University

This study was performed to investigate the cause, symptom, treatment of carpal tunnel syndrome through Western medicine and Dong-Eui-Bo-Kham(東醫寶鑑).

Results & conclusions

1. Carpal tunnel syndrome is a common peripheral nerve entrapment syndrome that is characterized by pain, numbness, sensory disturbance along the distribution of the median nerve in hand
2. Treatment of carpal tunnel syndrome have included wrist immobilization, anti-inflammatory drug, local injection of steroid, nerve block and surgical decompression.
3. Carpal tunnel syndrome seems to be similar with numbness(痺證). The causes were usually pathogenic Wind, Cold, Dampness.
4. Acupuncture, herbal medicine, herbal acupuncture were used for treatment of carpal tunnel syndrome.

We considered that more study to find various and effective methods oriental medicine for carpal tunnel syndrome should be made.

Key words: carpal tunnel syndrome, Dong-Eui-Bo-Kham, Wrist pain, numbness

I. 緒論

수근관 증후군은 수부의 정중신경 분포지역에 저린감, 통증, 감각이상 등의 증상과 무지근의 약화를 주소로 하는 상지에서 가장 흔한 압박신경병증으로 알려져 있다¹⁾. 경추에서 상지를 통해 손으로 내려가는 신경은 정중신경, 요골신경 및

척골신경이 있는데 이중 정중신경이 손목에서 눌러 나타나는 증상을 수근관 증후군이라고 한다²⁾. 수근관의 구조는 바닥이 수근골로 이루어져 딱딱하고, 천장은 비교적 두꺼운 섬유막인 횡수근 인대로 싸여있어 비교적 탄력성이 없는 구조를 이루고 있으며, 손가락을 구부리는 9개의 수지근건과 정중신경이 통과한다. 관의 단면적은 비교적 좁고 길어서 공간적인 여유가 없어서 손목의 골절이나 탈구, 수지굴근건의 염증 및 횡수근인대의 비대 등이 발생하면, 관의 부피를 감소시켜

* 대전대학교 한의과대학 재활의학교실
· 교신저자 : 오민석 · E-mail : ohmin@dju.ac.kr
· 채택일 : 2008년 06월 05일

지나가는 조직에 압박을 가하게 된다. 이때 정중신경이 눌리게 되면 제 1-3 수지의 전면이 저리고 찌르는 듯 한 감각이상, 감각이 둔해지는 무감각상태가 간헐적 혹은 지속적으로 나타나며, 또한 저린 듯 한 동통이 팔꿈치나 어깨에까지 있는 경우도 있는데 이를 수근관 증후군이라고 한다³⁾.

수근관 증후군은 여성이 남성의 5배 정도 많으며 30-60세 사이에 주로 나타난다. 정확한 원인이나 유발인자는 잘 모르지만 수근관의 공간을 감소시킬 수 있는 어떤 경우도 수근관 증후군을 야기할 수 있다⁴⁾.

수근관 증후군의 통증, 저림, 감각장애 등의 증상은 한의학에서 痺證에 해당된다고 볼 수 있다. 痺證이란 풍한습열의 사기가 인체의 영위실조, 腠理空疎 혹은 정기가 허약한 틈을 타고 경락으로 침입하여 발생하는 것으로³⁾, 주로 서양의학에서 말하는 관절염 및 근골격계의 통증을 의미 한다⁵⁾.

이러한 수근관 증후군은 임상에서 많이 접할 수 있는 질환임에도 불구하고 다양한 방면에서 이루어지고 있는 서양의학에 비하여 한의학적인 연구는 4편의 임상례⁶⁻⁹⁾에 그치고 있어 보다 적극적인 한의학적 접근을 도모하고자 東醫寶鑑을 중심으로 수근관 증후군에 대하여 고찰하던 중 약간의 지견을 얻어 이에 보고하는 바이다.

II. 本 論

수근관 증후군에 대하여 서양의학적인 면과 한의학적인 면으로 구분하여 살펴보았다.

1. 서양의학적 고찰

1) 원인

수근관 증후군은 수부에서 가장 흔한 압박성 신경병증(compressive neuropathy)으로 알려져 있다. 수근관은 골과 섬유조직에 의해 이루어지는 매우 좁은 공간으로서 9개의 굴곡건과 정중신경이 지나가는 폐쇄된 공간이다. 따라서 수근관 공간이 감소되거나 수근관 내용물의 부피가 증가하여 수근관 내 조직압이 증가되는 어떤 경우라도

원인이 될 수 있다. 또한 조직압의 증가는 정중신경으로 가는 혈류의 저하를 초래하여 신경섬유의 허혈을 유발하고 심하거나 오래 방치된 경우에는 신경섬유의 변성까지 초래할 수 있다¹⁰⁾. 즉, 대부분의 경우 정확한 원인이나 유발인자는 잘 모르지만 수근관의 공간을 감소시킬 수 있는 어떤 경우에도 수근관 증후군을 야기할 수 있다⁴⁾.

수근관 증후군의 원인이 되는 동작은 반복적인 손목동작으로 뜨개질, 타이핑, 걸레질, 설거지, 운전, 페인팅 등이며 감염이나 외상으로 인한 부종, 부정유합된 원위 요골 골절, 종양, 수근골의 골절 및 탈구, 수부화상, 잠복 요골동맥 등에 의하여 발생할 수 있다. 또한 임신, 비만, 혈액투석 환자, 류마티오이드 관절염 등의 전신적인 문제로 인하여 수근관 증후군이 발생하는 경우도 있다¹¹⁾. 기존에 공간 내 점유 병소에 의한 수근관 증후군에 대한 보고로는 지방종, 혈관종, 활액막육종, 건막 섬유종, 결절종, 석회화 종괴 결핵성 활액막염 등이 있다¹²⁾.

2) 증상

수근관 증후군의 증상은 정중신경의 압박정도 및 지속시간에 따라 다르게 나타난다. 주된 증상은 손의 통증과 감각이상으로 정중신경의 감각분포영역의 감각이상이나 저하가 가장 흔히 관찰되는 증상이다¹⁰⁾. 수근관 증후군에서 발생하는 통증의 양상은 타는 듯한 느낌이나 따끔거리는 느낌으로 표현되며 자다가 나타나기도 하며 과일 깎기나 빨래 짜기와 같이 손을 팍 쥐는 동작으로 인해 증세가 악화 된다⁴⁾. 통증은 손과 손목을 많이 사용한 후 밤에 더 심하고 양측성인 경우가 흔하지만 대부분 많이 쓰는 쪽에 증상이 심하며¹¹⁾, 아침에 깰 때는 손의 강직감으로 인하여 자주 손을 흔들어 털거나 문지르는 버릇이 생기게 된다¹³⁾. 통증과 함께 정중신경 감각 분포부위인 엄지, 집게, 중지, 그리고 약지의 요부 쪽에 지각장애와 무감각이 동반된다. 이때는 손목을 잘 못쓰거나 손의 저림 증상, 때로는 손가락의 무감각이나 부종을 호소하지만 종창은 없다⁴⁾. 심하면 손바닥과 손가락에만 발생하던 얼얼한 통증이 무지

구근 부위, 근위부 전완, 그리고 때로는 팔꿈치로 방사되기도 하며, 갑자기 발병한 경우일수록 통증이 보다 근위부쪽으로 방사된다. 젊은 환자에서나 또는 류마티드 관절염처럼 갑작스런 손목의 활막염이 있는 경우는 통증이 어깨나 목 부위에도 올 수 있으며 때로는 두통이 생기기도 한다. 수근관절의 통증이 근위 전완부나 주관절부 혹은 건관절 부위까지 방사되어 회전근개 건염, 흉곽출구 증후군 또는 경추 신경병증으로 오진할 수 있으므로 주의해야 한다⁴⁾. 또한 이러한 통증 및 감각이상 이 오래된 경우는 지속적인 무감각과 무지구근의 위축이 생길 수도 있다¹³⁾.

3) 발병율

30~60세 사이에 잘 발생하며 특히 남자보다 여자에서 5배정도 흔히 관찰 되는데, 비교적 젊은이보다는 나이가 많고 활동성이 적은 과체중의 여성에게 잘 발생한다¹⁰⁾.

4) 진단

수근관 증후군은 Tinel sign, phalen's sign, 지혈대 시험, EMG, 2 point discrimination 등을 통하여 진단할 수 있다. 대부분 환자에서 손목 부위의 정중신경 부위를 타진했을 때, 환부로 통증이 방사되는 Tinel sign을 나타내고, 손목을 굽히고 정중신경을 압박하는 자세를 취하여 45초 이내에 발생하는 통증의 여부를 판별하는 Phalen's sign과 상관근위부에 지혈대를 감아 정맥이 충분히 팽창될 정도로 압력을 상승시키면 증상이 재현되거나 악화되는 것을 검사하는 지혈대 시험 등에서 양성을 나타내기도 한다¹⁰⁾. 또한 5mm이하로 벌린 두 개의 뾰족한 끝으로 동시에 손가락 끝을 살짝 찌러 환자가 통증을 두점으로 인식하는가의 여부를 판단하는 2 point discrimination 방법을 사용하기도 한다¹³⁾.

그 외에 전기진단 검사를 시행하여 수근관 부위 정중신경 감각섬유의 전도속도가 느려지고 진폭이 감소됨을 확인하는 방법이 있는데 이 방법이 가장 유용한 객관적 검사방법이다 오랫동안 방치된 경우에 정중신경지배의 무지구근의 위축

도 관찰할 수 있는데, 이때는 저항을 준 상태에서 엄지의 대립기능을 검사하여 알 수 있다¹¹⁾.

만약 손목 운동에 제한이 있을 경우 방사선 촬영을 해서 골절 등의 여부를 확인해야 하며, 경과상 지속적 무감각, 무지구근의 약화 또는 위축되거나 보존적 치료로 석달 후에도 효과가 없을 경우 수술적 치료의 적응증이 될 수 있으므로 보다 정밀한 평가가 필요하다¹³⁾.

5) 감별진단

수근관 증후군에 의하여 정중신경의 원위부에 가해진 압박은 주로 엄지, 검지, 중지, 그리고 약지의 반(소지는 제외)의 전면에 경계가 매우 선명하게 구별되게 저린 느낌을 일으킨다. 저린 느낌은 첫번째로 나타나는 증상으로 동통은 점차 전완부위까지 진행되며, 대개 밤에 심해진다. 증상은 손을 사용함에 따라 더욱 증가되어 경추 디스크 병변과 흉곽출구 증후군 등과 감별하여야 한다¹⁴⁾. 손의 저림 증상을 일으킬 수 있는 병변 가운데 수근관 증후군과 감별해야 할 병증으로는 엄지의 수근중수골 관절염, 경추의 신경근염, 당뇨병성 신경병증, 요수근굴근건막염, 갑상선 기능저하증, Kienbock's 병, 팔꿈치에서의 정중신경 압박, 두상삼각골 관절염, 삼각주상 관절염, 척골신경병증, 손바닥의 요측 결절종 등이 있다¹⁵⁾.

6) 치료

수근관 증후군의 치료는 스테로이드 주입을 포함하는 보존적 요법과 수술적 치료요법이다. 보존적 요법은 정상의 근전도 소견 및 경한 임상적 소견을 보이는 환자에서 실시하여 석고 부목고정, 경구성 항염제 투여, 물리치료, 안정요법, 레이저 요법 및 전신적 요인의 치료로 만족스러운 경과를 얻을 수 있다. 스테로이드 주입은 80%에서 일시적 효과를 얻지만 단지 22%에서 그 효과가 12개월 이상 지속된다고 한다. 이환기간이 12개월 이하에서서 근위축과 신경전도 검사에서 이상소견이 없는, 즉, 수근관 증후군의 증상이 경한 환자들에 있어 스테로이드 국소주입과 약 3주간의 부목고정으로 증상의 회복을 기대할 수 있다¹⁶⁾.

수술적 치료는 크게 내시경적 치료 및 개방성 수술로 나눌 수 있으며 다시 개방성 수술은 신경초 및 섬유속의 박리여부에 따라 외신경 및 내신경 박리술로 구분되어진다. 개방성 수술에 있어서 횡수근 인대 절개 시 정중신경의 요골측 손목 굽에서 통상 2-3 inch 상방에서 무지구 기저부를 가로질러 주행하는 정중신경의 수장감각분지와 무지구의 운동을 지배하는 회귀신경지의 손상에 주의하여야 한다. 개방성 수술은 회귀분지 신경을 확인 할 수 있고 동시에 활막 절제술도 가능한 장점이 있다고 하였으며, 수술 중 수근관 뒤쪽의 골 돌출 혹은 종물 확인도 가능한 장점이 있다. 최근에서는 작은 절개로 수술 후 불편의 감소 및 바른 사회복귀 등의 장점을 가진 내시경적 수근관 감압술이 널리 이용되나, 불완전한 인대 절개, 신경 손상, arterial arch injury 등이 발생할 수 있는 blind procedure로 알려져 있다¹⁷⁾. 보존적 치료로서 효과가 없고 자주 재발하거나 무지구 위축이 있는 경우나 신경학적 장애가 심한 경우 수술적 감압술을 시행하며 무지구 위축이 심하고 2 point discrimination에서 15mm 이상의 감각장애가 있을 때 횡수근 인대 절개와 함께 내신경 박리술¹⁸⁾을 하는 경우가 있다. 내신경 박리술은 두꺼워진 신경초를 박리하고 섬유속이 유착 및 섬유화된 것을 분리 시켜주는 수술로서 섬유속 간의 유착 및 섬유화의 변화가 없으면 섬유속을 분리시킬 필요는 없으며 정중신경 뒤쪽은 보존해야 하는데 이것은 신경 뒤쪽의 미세순환을 보존하기 위함이다¹⁷⁾.

2. 한의학적 고찰

東醫寶鑑¹⁹⁾

『風痺之始』

內經(五藏生成篇)第十曰 汗出而風吹之, 血凝於膚者則爲痺.

風之爲病 當半身不遂, 或但臂不遂者 此爲痺.

邪之所湊, 其氣必虛, 留而不去, 其病則實.

虛邪中人 留而不去則爲痺, 衛氣不行 則爲不仁.

不仁者 何以明之, 仁者柔也, 不仁謂不柔和也, 痺痺不知 寒熱不知 灸刺不知, 是謂不仁也.

『三痺』

黃帝曰 痺之安生? 岐伯對曰 風寒濕, 三氣雜至 合而爲痺也. 風氣勝者 爲行痺, 寒氣勝者 爲痛痺, 濕氣勝者 爲着痺.

行痺 宜防風湯, 痛痺 宜茯苓湯, 着痺 宜川芎茯苓湯 三痺湯

『五痺』

曰其有五者何也?

岐伯曰 以冬遇此者爲骨痺, 以春遇此者爲筋痺, 以夏遇此者爲脈痺, 以至陰遇此者爲肌痺, 以秋遇此者爲皮痺.

帝曰 內舍五藏六府何氣使然?

岐伯曰 五藏皆有合病, 久而不去者 內舍於其合也, 故骨痺不已, 復感於邪, 內舍於腎. 筋痺不已, 復感於邪, 內舍於肝. 脈痺不已, 復感於邪, 內舍於心. 肌痺不已, 復感於邪, 內舍於脾. 皮痺不已, 復感於邪, 內舍於肺. 所謂 痺者 各以其時重, 感於風寒濕之氣也.

帝曰 其客於六府者何也?

岐伯曰 此亦其飲食, 居處爲其病本也. 六府亦各有俞而食飲應之, 循俞而入各舍其府也.

淫氣喘息痺聚在肺, 淫氣憂思痺聚在心, 淫氣遺尿痺聚在腎, 淫氣乏竭痺聚在肝, 淫氣肌絕痺聚在脾, 諸痺不已亦益內也. 註曰 淫氣謂氣之妄行者也, 從外不去則益深而至於身內.

宜用五痺湯 增味五痺湯 行濕流氣散.

『痺脈』

脈澁而緊爲痺痛.

脈大而澁爲痺, 脈來急亦爲痺.

風寒濕氣, 合而爲痺, 浮澁而緊, 三脈乃備.

『痺病形證』

黃帝曰 痺或痛或不痛 或不仁 或寒或熱 或燥或濕 其故何也? 岐伯曰 痛者寒氣多也, 有寒 故痛也, 其不痛 不仁者 病久 入深榮衛之行澁, 經絡時踈 故不痛, 皮膚不營 故爲不仁, 其寒者 陽氣少 陰氣多 與病相益 故寒也. 其熱者 陽氣多 陰氣少 病氣勝陽 乘陰 故爲痺 爲熱, 其多汗而濡者 此其逢濕甚也, 陽氣少 陰氣盛, 兩氣相感 故汗出而濡也.

病在筋 筋攣絕痛 不可以行 名曰筋痺, 病在肌膚 肌膚盡痛 名曰肌痺, 病在骨 骨重不可舉 骨髓痠

痺寒氣至名曰骨痺。

帝曰痺之爲病不痛何也? 岐伯曰痺在骨則重, 在於脈則血凝而不流, 在於筋則屈而不伸, 在於肉則不仁, 在皮則寒 故具此五者則不痛也. 凡痺之類, 逢寒則急, 逢熱則縱.

『痺病吉凶』

內經曰 帝曰痺其時有死者 或疼, 久者 或易已者 其故何也?

岐伯曰 其入藏者 死, 其留筋骨間者 疼, 久其留皮膚間者 易已

『痺病多兼麻木』

麻是氣虛, 木是濕痰 死血. 蓋麻猶痺也. 雖不知痛痺, 尚覺氣微流行, 在手多兼風濕, 在足多兼寒濕, 木則非惟不知痛痺 氣亦不覺流行.

『風痺與痿相類』

靈樞曰 病在陽者 命曰風, 病在陰者 命曰痺, 陰陽俱病 命曰風痺, 陽者表與上也. 陰者裏與下也

痺者 氣閉塞不通流也, 或痛或痺 或麻痺或手足緩弱 與痿相類, 但痿 因血虛火盛 肺焦而成 痺因風寒 濕氣 侵入而成,

又痺爲中風之一 但純乎中風 則陽受之, 痺 兼風寒 濕三氣 則陰受之, 所以爲病 更重.

『痺病難治』

痺之爲證 有筋攣不伸 肌肉不仁 與風絕相似, 故世俗與風痺通治, 此千古之弊也. 大抵 固當分其所因 風則陽受之, 痺則陰受之 爲病, 多重痛 沈着患者 難易得去, 如錢仲陽爲宋之一代名醫 自患周痺 止能移於手足爲之偏廢 不能盡去 可見其爲難治也.

『痺病治法』

痺之初 起驟用參芪歸地 則氣血滯 而邪鬱不散, 只以行濕流氣散主之.

三氣 襲人經絡 久而不已 則入五藏 或入六府 髓其藏府之俞 合以施鍼灸 仍服逐三氣發散 等藥則病自愈矣.

痺證 因虛而感風寒濕之邪, 旣着體不去 則須製對證藥 日夜飲之. 雖留連不愈 能守病 今不令人藏庶 可扶持也. 如錢仲陽 取茯苓, 其大逾斗者 以法啖之 閱月乃盡 由此雖偏閉而氣 骨堅悍 如無疾者 壽八十二而終, 惜乎, 其方無傳.

『痺證病名及用藥』

風痺 濕痺 寒痺, 俱宜附子湯. 冷痺 宜蠲痺湯, 周痺 宜大豆蘗散, 骨痺 筋痺 脈痺 肌痺 皮痺 行痺 痛痺 着痺 俱宜三痺湯 五痺湯 增味五痺湯 行濕流氣散 防風湯 茯苓湯 川窮茯苓湯, 熱痺 宜升麻湯, 血痺 宜五物湯.

筋痺 宜用羚羊角湯.

風寒痺 宜用烏藥順氣散 跖痛氣道.

III. 考 察

말초신경은 신경근에서부터 사지의 말초부위로 이행되는 과정에서 여러 가지 원인에 의해 압박 받을 수 있는데 이런 상황을 말초신경압박증후군이라고 하며 수근관 증후군은 말초신경압박증후군의 가장 흔하고 중요한 원인으로 알려져 있으며, 1854년 J.Pafet이 최초로 기술한 이래, 수근관 증후군의 원인, 증상, 신경학적검사와 치료 등에 대한 많은 연구가 이루어져 왔다²⁰⁾.

수근관 증후군의 주된 증상은 손의 통증과 감각이상이다 통증의 양상은 타는 듯한 느낌이나 따끔거리는 느낌으로 표현되며 자다가 나타나기도 하며 과일 깎기나 빨리 짜기와 같이 손을 짚는 동작으로 인해 증세가 악화된다. 환자는 손목을 잘 쓰지 못하거나 손의 저림 증상, 때로는 손가락의 무감각이나 부종감을 호소하지만 종창은 관찰되지 않는다⁴⁾. 여자에게 보다 잘 나타나며 수면 중 타는 듯한 통증 및 무감각으로 잠을 자주 깨는데 손의 움직임으로 증상이 소실된다¹⁰⁾. 수근관 증후군의 통증과 감각 이상이 오래되면 무지구근, 특히 단무지 외전근의 위축도 볼 수 있다¹¹⁾.

수근관 증후군의 검사는 Tinel sign과 Phalen's sign, 상완근위부에 지혈대를 감아 정맥이 충분히 팽창될 정도로 압력을 상승시키면 증상이 재현되거나 악화되는 것 확인하는 지혈대 시험 등을 통하여 진단 할 수 있으며¹⁰⁾, Tinel sign은 70%의 경우 양성으로 나타난다¹⁴⁾. 하지만 가장 민감도 높은 검사법은 근전도와 신경전도 검사이다

다¹¹⁾.

엄지의 수근중수골 관절염, 경추의 신경근염, 당뇨병성 신경병증, 요수근골근건막염, 팔꿈치에서의 정중신경압박, 두상삼각골 관절염, 삼각주상 관절염, 척골신경병증, 손바닥의 요측 결절종 등도 수근관 증후군과 마찬가지로 손의 저림 증상을 일으킬 수 있으므로 감별해야 한다¹⁵⁾.

수근관 증후군의 치료는 보존적 치료와 수술적 치료로 구분할 수 있다. 보존적 치료는 발병일수가 짧거나 증상이 가볍고 간헐적인 경우, 악화요인이 사라지면 증상 호전이 예상된 경우, 무지구 근위축이 없는 경우에 실시하여 부목에 의한 손목고정, 수근관 내 스테로이드 주사, NSAID 사용 전신적 요인을 치료한다²¹⁾.

보존적 치료에 반응을 보이지 않고 증상이 심하거나 10개월 이상 지속된 경우, 무지 및 수지의 지속적인 무감각과 무지구 근위축이 있는 경우는 수술적 치료를 한다¹⁰⁾. 그러나 임신부에서 발생한 경우, 대개 분만 후 6주 이내에 증상이 호전될 수 있으므로 수술적 치료는 재고하여야 한다.

수술적 치료는 개방성 절개에 의한 감압술, 내시경을 이용한 감압술, 제한적 절개에 의한 또는 경피적 절개에 의한 감압술이 있으며 1989년 Okutsu 등²²⁾에 의해 내시경에 의한 횡수근인대 절개술이 처음 도입되고 이후 개방성절개에 의한 감압술과 내시경을 이용한 감압술에 대한 비교연구가 이루어지고 있다. 내시경을 이용한 감압술도 개방성절개에 의한 감압술과 결과는 대체적으로 비슷한 수술 후에 회복이 더 빠른 것으로 보고되고 있다²³⁾.

내시경 수술은 피부나 다른 조직에 손상을 주지 않으므로 출혈이나 반흔 형성으로 인한 수술 후의 통증을 줄일 수 있고, 무지의 소근육 섬유나 장장근의 건을 절개하지 않아서 굴곡근에 대한 근위부의 활차로서 작용을 저해하지 않으므로 개방수술에 비해 활줄 현상이 적게 오며, 무지구의 소근육과 무지근육 사이의 지속성이 유지되어 악력을 보전할 수 있다는 장점이 있다. 또한 일상생활로의 복귀도 빠르게 가능하다는 장점이 있으나 내시경들의 기구 구비의 어려움과 오랜 시술 시

간, 숙련된 기술 필요와 내시경을 정확한 상을 얻기 어렵다는 점, 그리고 환자에게 부담이 크다는 단점이 있다²³⁾.

수근관 증후군이란 한의학에서 痺證의 범주에 속한다. 痺證이란 풍한습열의 사기가 인체의 영위기 조화를 잃고 주리가 성기어지거나 혹은 정기가 허약한 틈을 타고 경락으로 침입하거나 관절에 응체되어 기혈운행이 순조롭지 못하여 기육, 근골, 관절이 마목, 중착, 산력, 동통, 굴신불리, 심하면 관절의 강직성변형을 초래한다³⁾. 비증의 병인병리와 임상증상을 살펴보면 서양의학에서 말하는 각종 관절염과 근육골격에 통증을 나타내는 질환과 유사하다⁵⁾.

痺證의 표현은 황제내경 『素問痺論』²⁴⁾에서 처음 언급되었으며, 『東醫寶鑑』¹⁹⁾에서 痺證은 풍한습 삼기에 의하여 발생하는 것으로 병인에 따라 行, 痛, 着의 三痺로 나누었고, 각 계절과 발병 부위를 따라 皮, 脈, 肌, 筋, 骨의 五痺로 분류하였으며, 오장이 신을 가지고 있어서 사기가 침범하지 못하고 만약 신기가 소진되면 사기가 침입하여 五臟痺를 이루고, 六腑痺를 이루게 된다고 하여 痺證의 발생에 대하여 칠정 및 음식, 생활 환경이 그 원인이 된다고 하였다.

또한 다른 제가들 중 주²⁵⁾는 痺證의 원인을 風, 風熱, 風濕, 血虛로 분류하였고, 장²⁶⁾은 皮, 肉, 脈, 筋, 骨의 순으로 五痺간의 전변과정을 논하였으며, 이²⁷⁾는 形이 겹수한 자는 주로 血虛有火의 내인으로 인하고, 형이 비용한 자는 風濕生痰의 외인이 많다고 하여 체형과 병인을 연결시켰으며 氣虛, 痰, 瘀血을 痺證의 원인으로 보기도 하였다.

痺證은 風寒濕의 三氣의 원인에 따라 風氣가 강하면 行痺가 되고, 寒氣가 강하면 痛痺가 되고, 濕氣가 강하면, 着痺가 되고, 병이 겨울에 발생하면 骨痺라 하고 봄에 발생하면 筋痺, 여름에 발생하면 脈痺, 지음으로서 발생하면 筋痺, 가을에 발생하면 皮痺라 하여 三痺와 五痺가 발생한다고 하였고 五痺가 심해지면 五臟과 六腑로 침입하여 五臟痺와 六腑痺가 발생한다고 하였다¹⁹⁾.

증상에 있어서 병이 筋에 있으면 筋을 당기고

관절이 아파서 운행하지 못하니 筋痺라 하고, 병이 肌膚에 있으면 肌膚가 다 동통하니 병명을 肌痺라 하고, 병이 骨에 있으면 骨이 무거워서 들지 못하고 골수가 저리고 아프며 寒氣가 이르게 되니 骨痺라 하였다¹⁹⁾.

치료에 있어서는 초기에는 인삼, 황기, 당귀, 숙지황 등의 약을 쓰면 기혈이 채할 수 있으므로 조심하고, 장부의 변증에 따라 침구를 사용하고 三氣를 쫓고 발산하는 약을 사용하라고 하였으며 대표적으로 行濕流氣散을 사용하나 三痺, 五痺, 五臟痺, 六腑痺에 따라 다른 처방을 사용하였다¹⁹⁾. 『黃帝內經』²⁴⁾에서는 여러 원인으로 痺證이 발생할 수 있으므로 風寒濕의 三氣가 함께 또는 독립적으로 발병할 수 있으므로 鍼, 灸, 蔚 등의 다양한 방법을 사용하였는데, 이는 『東醫寶鑑』¹⁹⁾에서와 같이 증상과 원인에 따라 다양한 치법을 사용한다는 점에서 유사하다고 볼 수 있다.

이상과 같이 수근관 증후군에 대한 서양의학적인 치법과 『東醫寶鑑』에서 언급된 痺證에 대하여 알아보았다. 수근관 증후군은 한의학에서 痺證의 범주에 속하는 질환으로 인식하여 원인과 증상, 치료에 대하여 알아보았는데 수근관 증후군에 대한 연구는 주로 서양의학의 수술적인 방법에 대한 것이 주를 이루고 있으며 수근관증후군에 대한 한의학적인 치료에 대하여 발표한 논문은 4편으로 그 치료 방법에서는 주로 김⁸⁾ 등은 배부 압통점 사혈과 접경과 순경을 따라 취혈하고 환부의 곡지와 수삼리, 합곡, 팔사혈 등을 직자하고 진침을 시행하여 효과적이었다고 하였으며, 김⁹⁾은 약침과 약물치료로서 유의한 효과가 있음을 보고하였고, 신⁶⁾들은 변증에 따른 약물치료와 침구치료로 호전되었음을 보고 하였으며, 임 등⁷⁾은 오공약침을 수근관에 직접 주입함으로써 효과적이었음을 보고하였다. 수근관 증후군의 발생이 수근관 내의 공간 점유성 병변에 의하여 발생하므로⁴⁾, 임 등⁷⁾과 같이 약침을 수근관 내로 주입하는 치료는 경락적으로 심경을 자극함과 동시에 수근관 내의 공간을 확장시킨다는 의미가 있을 것으로 보인다. 하지만 연구 및 임상례가 다양하지 않아 치료법에 대한 효과를 확신할 수 없

는 상황이다. 현재 한의학에서의 수근관 증후군에 대한 연구 및 임상례가 서양의학에 비하여 상당히 부족한 현실로 이에 『東醫寶鑑』을 통한 痺證에 대해 고찰하여 수근관 증후군에 적극적으로 한의학적인 접근을 하고자 하였으며 향후 적극적인 임상적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

IV. 結 論

『東醫寶鑑』을 중심으로 한 수근관 증후군의 고찰을 통하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 수근관 증후군은 수근관 내의 정중신경 압박으로 인한 말초신경포착증후군이다.
2. 수근관 증후군의 치료는 손목의 고정, 항생제, 스테로이드 주사, 신경차단과 수술적 감압술등이 사용된다.
3. 수근관 증후군은 한의학에서의 痺證으로 볼 수 있으며 痺證은 풍한습의 삼기로 인하여 발생한다.
4. 한의학적으로 수근관 증후군을 치료하기 위하여 침구치료, 약물치료, 약침치료 등이 사용되었다.

이상으로 수근관 증후군에 대하여 알아보았는데 국내에서의 수근관 증후군에 대한 임상 연구가 미비하여 보다 적극적인 한의학적 접근과 연구가 필요하리라 생각된다.

참고문헌

1. Phalen GS : the carpal tunnel syndrome, Seven years experience in diagnosis and treatment of six hundred fifty-four hands, Bone joint surg, 1966, 48-A, pp.

- 211-28.
2. 신태양사편집국백과사전부 : 최신원색의료 백과사전, 서울, 도서출판신태양사, 1996, 11, pp. 27-8.
 3. 전국한의과 대학 재활의학과 교실 : 동의재활의학과학, 서울, 書苑堂, 1995, pp. 95-108.
 4. 한방재활의학과학회 : 한방재활의학, 서울, 군자출판사, 2005, p. 119.
 5. 정석희 외 : 비증의 분류와 치료를 통한 고찰, 동의생리병리학회지, 2(1), 1992, pp. 181-90.
 6. 신동수 외 : 수근관 증후군 환자 2례에 대한 증례보고 한의학논문집, 15(1), 2006. pp. 79-85.
 7. 임정아 외 : 오폭약침을 이용한 수근관 증후군 치료의 임상적 연구, 대한약침학회지, 8(1), 2005, pp. 13-20.
 8. 김일두 외 : 수근관 증후군에 대한 임상적 고찰, 대한침구학회, 19(6), 2002, pp.61-6.
 9. 김일환 : 수근관 증후군 5례에 대한 증례보고, 대한약침학회지, 4(3), 2001, pp. 39-45.
 10. 대한정형외과학회 : 정형외과학, 서울, 최신의학사, 2005, pp. 413-5.
 11. 대한신경외과학회 : 신경외과학, 서울, 중앙문화사, 2005, pp. 381-2.
 12. 강호정 외 : 공간 점유 병소에 의한 수근관, 증후군대한정형외과학회지, 42(5), 2007.
 14. 미국정형외과학회 : Essentials of muskuloskeletal care, 서울, 한우리, 2003, pp. 162-5.
 15. 대한정형물리치료학회 : 정형의학, 서울, 영문출판사, 1998, p. 69.
 16. 이영진 : 근골격계 진단 및 치료의 핵심, 서울, 한우리, 1999, p. 194.
 17. 박상원 외 : 수근터널 증후군의 보존적 요법에 대한 임상적 고찰, 대한정형외과학회지, 20, 1985, pp:813-6.
 18. 김용연 외 : 수근관 증후군의 관혈적 감압술 후 결과 분석, 대한정형외과학회지, 33(1), 1998, pp:91-7.
 19. Curtis RM and Eversmann WW Jr : Internal neurolosys as an adjunct to the treatment of the carpal tunnel syndrome, J bone joint Surg, 55-A, 1973, pp:733-40.
 20. 허준 : 東醫寶鑑, 서울, 남산당, 1992, pp.
 21. Peffer GB, Gelberman RH, Boyes JH, Ryolevik B : The history of carpal tunnel syndrome, J Hand Surg, 13B, 1988. p. 28.
 22. phalen, G.S : The carpal tunnel syndrome, Clin. Orthop, 83, 1972, pp. 29-40.
 23. Okutsu I, Ninomiya S and Hamanaka I : Measurement of pressure in the carpal canal before and after endoscopic management of carpal tunnel syndrome, j bone joint Surg, 71A, 1989, pp. 679-683.
 24. 문은선 외 : 경피적 수근관 증후군 감압술, 대한정형외과학회지, 32(4), 1997, pp. 7872-787.
 25. 楊維傑 : 黃帝內經靈樞釋解, 서울, 일중사. 1991, pp. 141-1, pp. 251-3, pp. 257-60, pp. 273-4, pp. 287-9, pp. 440-1, p. 471, pp. 625-37, pp. 639-42, pp. 648-53, pp. 61-3.
 26. 朱震亨 : 丹溪心法, 서울, 대성문화사, 1982, pp. 206-7, pp. 654-5.
 27. 張子和 : 儒門事親, 治北, 市風出版社, 1979, pp. 9-14, p. 43.
 28. 李梴 : 編柱醫學入門, 서울, 남산당, 1988, pp. 77-89, pp. 1-5, pp. 513-518, pp. 1449-1447.