

한방 복합치료로 호전된 섬유근통 증후군 치료 1례

김민철, 김성호*

삼세한방병원 한방재활의학과, *우석대학교 한의과대학 침구학교실

ABSTRACT

One Case Report of Fibromyalgia Syndrome(FMS) Patient Improved by Korean Medical Combined Treatment

Min-Chul Kim, Sung-Ho Kim

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, Hospital of Samse Oriental Medicine

*Dept. of Acupuncture & Moxibustion Medicine, College of Oriental Medicine, Woo-Suk University

Objectives : The purpose of this study is to evaluate the effect of oriental medical combined treatment on the fibromyalgia syndrome patient.

Methods : Oriental medical combined treatment was administered during 3 weeks at 2 times admissions. The improvement of clinical symptom was evaluated by VAS(visual analogue scale), SF-MPQ(short form-McGill pain questionnaire) and PRS(pain rating scale), change of tender points.

Results : After treatment, the patient's VAS score was reduced to 3-5, 4-5 point. First admission, there is no observable change in the SF-MPQ. But, Second admission, SF-MPQ score was reduced from 16 to 6. The PRS score was reduced from 72 to 24, from 75 to 48 respectively. Tender points was reduced generally.

-
- 교신저자 : 김민철
 - 부산 금정구 부곡1동 301-30번지 삼세한방병원
 - Tel : 051-583-5400 Fax : 051-513-4321 E-mail : kmc-08@hanmail.net
 - 접수 : 2012/ 05/ 31 수정 : 2012/ 06/ 12 채택 : 2012/ 06/ 15

Conclusions : Oriental medical combined treatment for the fibromyalgia syndrome patient was effective. Although this case presented valuable result, further research is encouraged to confirm the effectiveness of this treatment with large number of patient.

Key word : Fibromyalgia syndrome, FMS, VAS, SF-MPQ, PRS

1. 서 론

섬유근통 증후군은 과거에 결합조직염 또는 섬유조직염 등으로 불리우던 질환으로 전신에 걸쳐 넓게 나타나는 통증, 수면장애 그리고 피로증상 등을 특징으로 한다. 뚜렷한 원인이 밝혀지지 않은 상태이지만 스트레스, 우울증, 세로토닌(serotonin)과 같은 신경전달물질의 이상 등을 원인으로 추정하고 있다. 미국의 경우 약 2%가 이 질환을 앓고 있으며 여성이 80% 이상을 차지하고 어느 연령층에서나 나타나지만 주로 30-50세 사이에 호발한다¹⁾.

전신에 걸쳐 광범위한 통증이 가장 특징적인 증상이며, 강직(stiffness), 피로, 수면장애, 저린 증상, 붓는 듯한 느낌 등이 흔히 나타난다. 그 외에도 만성 두통, 불안, 우울, 과민성 대장 증후군, 월경 불순 등이 동반되기도 한다. 통증은 가장 중요한 증상이며 다른 일반적인 통증과 구별되는 특징이 있다. 환자는 여러 부위에 통증을 호소하며 팔과 다리 뿐만 아니라 가슴 등 허리 등의 체간에도 통증을 호소하며 온몸이 아프다고 표현하는 경우가 흔하다. 또한 통증은 만성적으로 호전과 악화를 반복하며 여기저기 돌아다니는 양상을 보이며 저린 증상이나 감각이상을 동반하기도 한다. 이러한 섬유근통 증후군의 증상을 유발시키거나 악화시키는 인자로는 수면부족, 정신적 스트레스, 신체적

외상, 환경적인 요인 등이 있다²⁾.

1990년에 미국 류마티스학회(American College of Rheumatology, ACR)에서 제안한 분류기준³⁾에 의해서 진단한다. 두 가지의 기준으로 구성되어 있는데, 첫째는 3개월 이상 지속되는 광범위한 근 골격계의 통증이며, 둘째는 18개의 특정부위 중 11군데 이상의 압통점을 가지고 있는 경우 섬유근통 증후군으로 진단하게 된다.

치료에는 비약물치료와 약물치료가 있으며, 환자들이 약물치료로 통증, 피로 및 다른 증상들이 개선되면 효과적인 비약물적인 치료들로 교육, 유산소 운동, 인지행동 등과 같은 치료를 적극적으로 시작해야 한다^{4,5)}.

한의학에서는 섬유근통 증후군을 肌痺와 筋痺의 범주로 보고 치료하였다. 그 원인은 虛, 邪, 瘀의 세 종류로 집약되는데, 선천적으로 氣血이 허약하거나 風, 寒, 濕의 邪氣가 침범하였거나 오랜 손상으로 瘀血이 발생하여 氣血의 운행이 순조롭지 못하게 되고 閉阻하여 肌肉筋脈이 失養하게 되어 肌痺와 筋痺가 발생한다고 보았다. 치료시에는 整體的인 관점에서 肝, 脾, 腎의 기능실조를 고려하여 益氣養血, 驅除外邪, 活血祛瘀 등의 방법을 다양하게 응용할 수 있다¹⁾.

이러한 섬유근통 증후군의 최근 임상 연구 경향을 보면, 침술 치료를 이용한 김 등⁶⁾의 연구와 추나 치료를 동반한 이 등⁷⁾의 연구와 한약 치료를

동반한 정 등⁸⁾의 연구가 있었다. 또한, 기존의 임상 논문을 수집하여 섬유근통에 대한 침치료의 연구 동향에 대해 살펴본 이 등⁹⁾의 연구가 있었으나, 봉독과 약침 요법을 이용한 연구는 미비한 실정이다.

이에 저자는 섬유근통 증후군 진단을 받은 여자 46세 환자의 증상 개선을 위해 봉독, 가열식 화침, 약침, 침구, 약물, 한방 물리치료 등의 한방 복합 치료를 시행하여 호전된 임상경과를 VAS(visual analog scale)와 단축형 맥길 통증 설문지(short form-McGill pain questionnaire, SF-MPQ), 통증 평정 지수(pain rating scale, PRS) 및 압통점의 변화를 통하여 살펴보았고 이를 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 대 상

본 연구는 섬유근통 증후군을 진단받은 후 2011년 11월과 2012년 02월 두 차례에 걸쳐 약 3주간 부산 OO한방병원에 입원한 여성 46세 김OO씨를 대상으로 하였다.

2. 치료방법

1) 봉독 치료

대한약침학회를 통해 제조된 SBV 봉약침을 T12-L1 부위와 L4-S1 부위의 방광경 상으로 胃俞(BL21), 大腸俞(BL25), 關元俞(BL26), 小腸俞(BL27) 및 기타 혈위를 선택하여 주입하였다. 본 증례의 환자는 문진 후 고과민도 2형의 환자로 판단하였고, 치료 전 skin test를 실시하였다. 한 부위에는 총 주입 예정량의 20%인 5만:1 0.1 cc를, 한 부위에는 용매인 생리식염수 0.1 cc를 Sterile Hypodermic Syringe(DM Medicrat 1.0ml, 26gauge, Sungshim Medical Industrial Co., Ltd., Korea)를 이용하여 주입하였고 15분 동안 반응을 살펴보았고, 이에 정상반응 확인 후 봉독 요법을 시행하였다¹⁰⁾. 봉

독은 약침학회의 무균실에서 정제과정을 거쳐 조제된 Sweet BV를 사용하였고, 희석을 위해 생리식염수(Sodium chloride, Jeil Pharmaceutical Co., Ltd., Korea)를 용매로 사용하였다. 둘째 입원시에는 skin test시 발적 상태가 불량하였고, 전신 소양감을 다소 호소하여 하부 경추와 상부 흉추 부위에 10만:1로 하여 봉독 치료를 시작하였다.

2) 가열식 화침 치료

환자를 側臥位를 취하게 한 후 촉진을 통하여 병소의 위치를 확인하고 표시를 하였다. 시술 전 해당부위를 소독한 후 표시된 부위에 stainless steel needles(0.40 × 40mm, DongBang Acupuncture Inc, Korea) 1회용 호침을 사용하였으며, 7-10일/1회(총 3회) 시술로 침 배열 간격은 0.8~1.0cm로 하였고 자침 후 10분간 유침 하였으며, 자침 심도는 1.2~1.5cm로 하였다. 가열 시간은 10~15초로, 자침 부위에서 약 1.3~1.5cm 떨어진 부위의 침체를 3회씩 가열하였으며, 가열 도구는 BYTE GAS IRON(KT-2001, Kovea Ltd., Korea)를 이용하였다. 가열 전후로 환부를 소독 및 보호하였다. 둘째 입원 당시 총 5회 동안 견부, 슬부, 족관절부에 번갈아 시술하였다.

3) 약침 치료

1주일/2-3회로 본원 입원기간 동안 소염약침과 좌골약침을 각각 風池(G20), 肩井(G21)과 腎俞(B23), 氣海俞(B24), 大腸俞(B25) 등에 번갈아 주입하였다.

4) 침구 치료

1일/1회로 4주간 太衝(Liv3), 內關(P6), 肩中, 膝点, 太白(Sp3), 曲池(LI11) 穴을 자침하였다. 침 치료에 stainless steel needles(0.20 × 30mm, DongBang Acupuncture Inc, Korea) 1회용 호침을 사용하였으며 자침 후 20분간 유침 하였고 자침 심도는 2~30mm로 하였다.

5) 한방 물리 치료

온열치료와 경피신경자극치료기(TENS)를 시행하였다.

6) 약물 치료

첫 입원시에는 獨活湯 가감으로 熟地黃 8g, 當歸 連翹 6g, 羌活 獨活 肉桂 防風 澤瀉 牛膝 杜冲 木瓜 斷 骨碎補 狗脊 海桐皮 五加皮 4g, 防己 黃白 大黃 甘草 桃仁 全蝎 2g 처방과 人蔘敗毒散으로 人蔘, 柴胡, 前胡, 羌活, 獨活, 枳殼, 桔梗, 川芎, 赤茯苓, 甘草, 生薑 4g, 薄荷 少許 처방을 하였다. 둘째 입원시에는 桂枝加葛根湯 加味로 葛根 4g, 桂枝 芍藥 生薑 大棗 3g, 甘草 細辛 2g, 炮附子 1.5g 처방과 香蘇散 加味로 桂枝, 芍藥 3g, 甘草, 細辛 2g, 枳殼 1.5g 처방을 하였다. 獨活湯 加減은 酒水各半煎, 다른 처방은 水煎으로 하여, 위 용량을 1첩으로 하여 두 첩을 넣고 360cc을 끓여 한번에 120cc로 나누어 1일 3회 식후 30분 정도로 입원 기간 동안 복용시켰다. 약물은 삼세 한방병원에서 구입한 것을 정선하여 사용하였다.

3. 치료평가

1) VAS

치료 호전의 경과를 확인하기 위해 가장 보편적인 방법인 시각통증척도(visual analog scale, 이하 VAS)를 사용하여 치료 판정을 시행하기로 하였다. 피시술자가 통증의 가장 극심한 경우를 10으로 여기고 무통일 때를 0으로 정한 다음, 시술 때마다 통증 경과에 따른 0에서 10 사이 통증 정도를 정하는 방식으로 하였다.

2) SF-MPQ

몬트리올 대학의 McGill 박사가 개발한 설문으로 질문지에 제시된 낱말 가운데 환자가 겪고 있는 통증의 강도나 느낌을 가장 잘 표현한 낱말을 고르게 하여 통증의 강도를 평가한다. 통증의 부위, 기간, 열, 압력 같은 특성에 따라 통증을 여러 가지 형용사로 나누어 놓았다. 15문항의 다차원적 척도로서 감각적 영역(sensory)의 11문항과 정서적 영역(affective)의 4문항으로 이루어져 있으며 각각의 문항은 통증의 정도에 따라 0=전혀 없음, 1=약한 통증, 2=보통 통증, 3=심한 통증의 4점 Likert 척

도에 따라 표기하였다. 감각적 영역(sensory)은 최고 33점, 최저 0점이고, 정서적 영역(affective)은 최고 12점, 최저 0점이 된다¹¹⁾.

3) PRS

PRS는 인제대학교 및 연세대학교 재활의학과 교실에서 공동 연구한 다각적 동통질문서로서 통증강도, 일중빈도, 동작에 따른 통증 양상, 지속 시간 등을 기준으로 하여 통증을 측정하였으며, 통증지수는 통증강도×(시간+빈도+동작) 값으로 하였다¹²⁾.

III. 증 례

1. 대상의 특징

- 1) 환 자 : 김OO, 여자, 46세.
- 2) 주소증 : 양측 견배통, 요통, 좌측 슬통, 좌측 족외과 통증
- 3) 발병일 : 2011년 08월부터
- 4) 현병력 : 본 환자는 2011년 08월경부터 좌측 슬통을 위주로 상기 증상이 있으시어 2011년 08월경부터 한달간 OOOO병원 외래 치료 받으시고, 2011년 10월경 OO대학교 병원 입원 치료 시 섬유근통 증후군 진단 받으신 후, 2011년 11월과 2012년 02월 두 차례 본원 입원하였다.
- 5) 과거력 및 가족력 : C형 간염. 2010.06월경 OO 병원 입원치료.

2. 검사 소견

1) FMS 압통점 검사(좌측/우측)

압진시 극명한 통증은 +로, 보통의 통증은 ±로, 이상이 없는 곳은 -로 표시하였다.

- (1) 2011.11.15 : 후두부 (-/±), 하부경추(-/±), 승모근(+/+), 극상근(-/+), 제2늑골(+/+), 상완골 외과(+/+), 둔근(+/+), 대전자(+/+), 슬부내(+/+)
- (2) 2011.11.24 : 후두부 (-/-), 하부경추(-/±), 승모근(-/±), 극상근(-/-), 제2늑골(+/+),

- 상완골 외과(±/+), 둔근(+/+), 대전자(±/+), 슬부내(+/+)
- (3) 2011.12.03 : 후두부 (+/-), 하부경추(-/-), 승모근(-/-), 극상근(-/-), 제2늑골(+/+), 상완골 외과(+/+), 둔근(-/±), 대전자(-/-), 슬부내측(+/+)
- (4) 2012.02.14 : 후두부 (±/±), 하부경추(+/±), 승모근(±/±), 극상근(±/+), 제2늑골(+/+), 상완골 외과(±/+), 둔근(-/±), 대전자(+/+), 슬부내측(+/+)
- (5) 2012.02.27 : 후두부 (±/±), 하부경추(+/±), 승모근(-/-), 극상근(-/±), 제2늑골(+/+), 상완골 외과(+/+), 둔근(±/±), 대전자(-/-), 슬부내측(+/+)

2) X-ray 및 MRI 검사 소견

2011.11.15일경 본원에서 촬영한 L-spine x-ray는 scoliotic change in the lumbar spinal curvature 소견 보였으며, L-spine CT는 L4-5 부위 mild posterior bulging 소견 보였다. 2012.02.13일경 촬영한 both shoulder, pelvis 부위 x-ray는 특이소견 보이지 않았다. 아래 사진은 2011.11.15일경 촬영한 L-spine 부위 x-ray다(Fig. 1, 2).



Fig. 1. X-ray of patient's lumbar.



Fig. 2. X-ray of patient's lumbar.

3. 임상 경과 및 평가

1) VAS

본원의 두 차례 입원에 있어, 첫 번째 VAS의 변화는 요통을 중심으로 살펴본 것이고, 두 번째 VAS의 변화는 견배통을 중심으로 살펴 보았다.

입원 당시 천골 주위 통증이 심하여 마치 뼈가 무너질 것 같은 느낌을 호소하며, 체위 변경시마다 통증 호소하며 불면증을 동반하였다. 2011.11.15일경 봉독 치료 1회 시술 후 통증은 VAS 6으로 호전되며 침대에서 다소 돌아눕는 자세가 가능하였으나, 통증으로 보행은 불가능한 상태였다. 2011.11.17일경 VAS 4로 더욱 호전되어, 당일 1-2 분 정도 짧은 거리의 보행은 가능하였다. 2011.11.17일경 봉독 치료 2회 시술 후 화장실까지 독립보행으로 가능하였다. 허나, 통증은 보행 운동으로 VAS 6으로 심해지는 모습을 보였다. 2011.11.18일경 봉독 치료 3회 시술 후 외박을 다녀온 뒤, 2011.11.21일경 통증이 다소 심해지는 모습 보이며 VAS 7을 나타내었다. 이후, 통증은 있으나 2시간 정도 보행 운동과 좌위가 가능하였

으며, 2011.11.22일경 봉독 치료 4회 시술 후 통증은 VAS 2로 호전되는 모습을 보였다. 허나, 일상 생활 중 갑작스런 동작을 취한 뒤 통증이 다시 심해지시어 VAS 6으로 증가되는 모습을 보였다. 2011.11.24일경 봉독 치료 5회 시술하였으며, 이후 감모 증상을 보이며 통증은 VAS 3-5 정도로 호전 악화를 반복하였다 (Fig. 3).

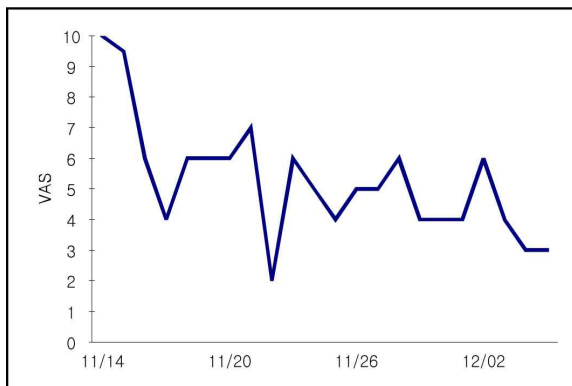


Fig. 3. The change of VAS by treatment.

두번째 입원 당시 양측 견배통 특히 우측 견갑 내측 부위로 TV를 좌위로 10분 이상 보기 힘들며, 체위 변경시 칼로 찢는 듯한 통증을 호소하였다. 한방 복합 치료 후 통증은 다소 호전되어, 2012.02.17일경 VAS 3 정도를 보였다. 허나, 일상생활 중 갑작스런 동작을 한 후 VAS 6으로 통증이 심해지는 모습을 보였다. 2012.02.21일경 통증 부위에 가열식 화침을 한 후, 심이 박혀 있는 듯한 불편감은 사라졌으나, 통증은 VAS 5를 보였다. 2012.02.22일경 봉독 치료 1회 시술 후 통증은 VAS 3으로 많은 호전을 보였으며, 가열식 화침 이후 더 편한 모습을 보였다. 허나, 2012.02.25일경 집안 일로 외출 후, 통증 다소 심해지시어 VAS 6을 보였다. 이후, 호전 악화를 반복하며 VAS 4-5를 나타내었다(Fig. 4).

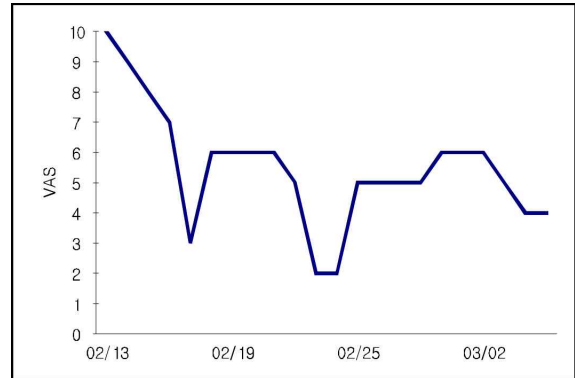


Fig. 4. The change of VAS by treatment.

2) SF-MPQ 및 PRS의 변화

첫 번째 입원 당시 요통의 변화에 대해 SF-MPQ에서 지끈지끈 아프며, 쿡쿡 쑤시며, 찌르듯이 아프며, 화끈거리며, 목적지근하면서, 만지면 아픈 약한 통증을 호소하며, sensory 영역에서는 6점, 4점, 5점으로, affective 영역에서는 0점, 1점, 1점으로 큰 변화는 보이지 않았다. 허나, PRS에서 입원 초기 얼굴을 몹시 찌푸리고 신음이 나오며 꼼짝 못할 정도로 아프면서, 동작시 15분 이내로 아프며, 하루 2회 이상, 조금만 움직이면 아픈 양상으로 입원 초기 큰 변화는 보이지 않았으나, 2011.12.03일경에는 통증의 강도는 전혀 내색하지 않고 지낼 수 있으나 역시 자꾸 신경이 쓰이며, 지속 시간은 한 번에 잠시 15분 이내로 아프며, 통증의 발생 빈도는 하루에 1번 이상 아프며, 그 양상은 보통 이상의 조금 힘든 동작시 아픈 양상을 보였다. 즉, 72점, 70점에서 24점으로 통증 평정 지수는 호전을 보였다.

두 번째 입원 당시 견배통의 변화에 대해 SF-MPQ에서 만지면 아픈 심한 통증을 느끼며, 지끈지끈 아프며, 찌르는 듯이 아프며, 갑는 듯이 아프며, 화끈거리며, 빠개지는 듯한 보통 통증을 느끼며, 쿡쿡 쑤시며, 목적지근한 약한 통증을 느꼈으며, sensory 영역에서 16점을 보였다. 퇴원 당시에는 쑤시며, 목적지근하

며, 만지면 아픈 보통의 통증을 느꼈으며, 피곤한 듯한 보통의 통증을 느끼며, sensory 영역에서 6점, affective 영역에서 2점으로 호전되었다. PRS에서는 입퇴원 전후로, 통증의 강도는 비슷하였으나, 통증 지속시간은 한 번에 10시간 이상에서 2-5시간 이내로 감소하였으

며, 통증 발생 빈도는 하루 종일 지속적에서 하루 1번 이상 아픈 것으로 감소하였으며, 동작에 따른 통증의 양상도 가만히 안정을 취하고 있어도 아픈 양상에서 보통 이상의 조금 힘든 동작시 아픈 양상으로 변화하였다. 즉, 75점에서 45점, 48점으로 호전되었다(Table 1).

Table 1. Change of Symptoms by Treatment

		11/15	11/24	12/03	02/14	02/25	03/05
SF-MPQ	Sensory	6	4	5	16	4	6
	Affective	0	1	1	0	0	2
	Sum	6	5	6	16	4	8
PRS		72	70	24	75	45	48

SF-MPQ : McGill Pain Questionnaire-Short Form

PRS : Pain Rating Scale

IV. 고 찰

섬유근통 증후군은 전신적 근육통과 피로감을 특징으로 하는 흔한 비염증성, 비관절성 근골격 질환이다. 이는 관절은 침범되지 않으며, 원인은 모르나, 강직과 수면장애가 흔하고 20-60세 사이의 여성에 잘 발병한다¹³⁾.

이러한 섬유근통 증후군의 진단기준은 1977년 Smythe와 Moldofsky의 진단기준이 처음 발표된 이래 다양한 기준들이 발표되어왔고 최적표준이 없는 상태에서 1990년 미국 류마티스학회의 분류기준이 가장 널리 사용되어 왔다. 최근 2010년에 발표된 미국 류마티스학회의 진단기준은 압통점 검사 없이 설문만으로도 진단할 수 있게 되어 상당수의 만성전신통증 환자들을 섬유근통으로 진단할 수 있게 되었으나, 이 기준은 환자 스스로 증상을 평가하기 때문에 증상 자체가 과대평가될 가능성이 있어 별도의 임상연구가 추가로 진행되어야 할 것이다¹⁴⁾.

본 증례에서는 섬유근통 증후군 진단을 받은

여자 46세 환자에 대하여 한방 복합치료를 하여 호전된 임상경과를 VAS(Visual Analog Scale)와 단축형 맥길 통증 설문지(short form-McGill pain questionnaire, SF-MPQ), 통증 평정 지수(pain rating scale, PRS) 및 압통점의 변화를 통하여 살펴보았다.

환자의 증상 개선을 위해 봉독, 가열식 화침, 약침, 침구, 약물, 한방 물리치료를 시행하였다. 이중, 봉독 요법은 경추나 요추의 통증 및 디스크, 퇴행성 관절염, 류마티스 관절염, 섬유근통, 근막 통증 증후군, 등 각종 통증 질환에 활용할 수 있다¹⁵⁾. 첫 입원 당시 5만:1 0.5 cc, 4만:1 0.5 cc, 3만:1 0.5 cc, 2만:1 0.5 cc, 2만:1 0.7cc를 시술하였고, 둘째 입원 당시 10만:1 0.5 cc, 10만:1 1 cc, 9만:1 1 cc를 시술하는 등 총 5회와 3회를 시술하였다. 가열식 화침은 인대의 염증반응을 유발해 인대 강화를 목적으로 시술하는 한의학적인 치료 방법 중의 하나로, 고대 九鍼 중의 한 가지인 大鍼 등을 자침 전에 불에 가열하여 붉게 달군 후 신체의 일정한 부위에 시술함으로써 각종 질병을 치료하는 방법으로 내경에 燔鍼法이라고 하여 9가

지 刺法 가운데 하나로 처음 기재된 이래 많은 역대 의가들이 痺症과 肌肉疾患 뿐 아니라 그 외의 여러 질환에 활용되어 왔다¹⁶⁾. 첫 입원 당시에는 가열식 화침을 시술하지 않았고, 둘째 입원 당시 견부, 슬부, 족관절부로 총 5회 시술하였다.

본 증례의 환자는 평소 추위를 잘 타며, 面色은 白, 舌苔는 微白, 脈은 浮遲하며, 식사는 2/3 공기로 식욕은 그리 많지 않으며, 대변은 평소 무른 변을 1일/2회로 보이나 근래에 1주일 간격으로 변비와 설사가 반복되고 있는 중이다. 소변 불편감 및 不利 증상은 없었다. 통증의 부위와 양상이 계속 변하는 모습을 보였으며, 날씨가 흐리거나 추울 때는 통증이 심해짐에 대해 風寒濕痺로 변증하였다.

첫 번째 입원 당시 요통이 극심하여 마치 뼈가 무너지는 듯한 통증을 호소하면서 체위 변경이 불가능한 상태였다. 이에, 지나친 노동을 하여 허리가 끊어지는 것 같이 아픈 증상을 치료하는 挫閃腰痛에 쓰이는 獨活湯을 처방으로 하였다¹⁷⁾. 입원 당시 사용한 독활탕 가감의 처방 구성은 熟地黃 8g, 當歸 連翹 6g, 羌活 獨活 肉桂 防風 澤瀉 牛膝 杜沖 木瓜 續斷 骨碎補 狗脊 海桐皮 五加皮 4g, 防己 黃白 大黃 甘草 桃仁 全蝎 2g이다. 熟地黃은 滋陰補血 益精填髓하고, 當歸는 補血和血 調經止痛 潤燥滑腸하며, 連翹는 清熱解毒 消腫散結한다. 羌活은 散表寒 祛風濕 利關節하고, 獨活은 祛風除濕 解表止痛하며, 肉桂는 補元陽 暖脾胃 除積冷 通血脈한다. 防風은 解表祛風 除濕止痛하고, 澤瀉는 利水滲濕 泄熱하며, 牛膝은 散瘀血 消癰腫한다. 杜沖은 補肝腎 強筋骨 安胎하고, 木瓜는 舒筋活絡 和胃化濕하며, 續斷은 補肝腎 續筋骨 調血脈한다. 骨碎補는 補腎 活血 止血하고, 狗脊은 補肝腎 除風濕 健腰脚 利關節하며, 海桐皮는 祛風濕 通經絡 殺蟲한다. 五加皮는 祛風濕 補肝腎 強筋骨하고, 防己는 祛風除濕 利水消腫 行氣止痛하며, 黃白은 清熱燥濕 瀉火解毒 退虛熱한다. 大黃은 瀉熱通腸 涼血解毒 逐瘀經痛하고, 甘草는 和中緩急 潤肺 解毒 調和諸

藥하며, 桃仁은 活血祛瘀 潤腸通便하고, 全蝎은 息風止癱 通絡止痛 解毒散結한다¹⁸⁾. 2011.11.28일경부터 오한, 두통, 전신통, 무기력 등의 증상을 호소하여 人蔘敗毒散을 처방하였다. 이는 時氣傷寒으로 發熱, 頭痛, 肢節痛 등과 傷風으로 咳嗽, 鼻塞, 聲重함을 다스리는데, 처방 구성은 人蔘, 柴胡, 前胡, 羌活, 獨活, 枳殼, 桔梗, 川芎, 赤茯苓, 甘草, 生薑 4g, 薄荷 少許이다¹⁹⁾. 人蔘은 大補元氣, 固脫生津, 安神하고, 柴胡는 和解退熱, 疎肝解鬱, 升舉陽氣한다. 前胡는 降氣祛痰, 宣散風熱하고, 枳殼은 破氣行痰消積한다. 桔梗은 宣肺利咽, 祛痰排膿하고, 川芎은 活血行氣, 祛風止痛한다. 赤茯苓은 行水, 利濕熱하고, 生薑은 解表散寒, 溫中止嘔, 化痰止咳한다¹⁸⁾.

두 번째 입원시에는 견배통을 치료하기 위해 桂枝加葛根湯 加味와 香蘇散 加味 처방을 하였다. 桂枝加葛根湯¹⁹⁾은 桂枝湯에 葛根이 가미된 처방으로, 惡寒, 發熱, 頭痛, 自汗, 脈浮 등 桂枝湯의 증상이 있고, 項背筋의 強直性 痙攣이 있는 자에게 쓰인다. 여기에 細辛 2g, 炮附子 1.5g을 가하여 처방하였다. 芍藥은 養血柔肝, 煖中止痛, 斂陰收汗하고, 大棗는 補脾和胃, 益氣生津, 調營衛, 解藥毒한다. 葛根은 升陽解肌, 透疹止瀉, 除煩止渴하고, 細辛은 祛風散寒, 通竅止痛, 穩肺化飲하며, 附子는 回陽補火, 散寒除濕한다¹⁸⁾. 2012.02.22일경부터는 香蘇散¹⁹⁾은 發表劑로 감기의 輕症에 사용하는 처방으로, 氣의 鬱滯를 發散, 疏通시킨다. 본 증례의 환자는 불면증과 胸悶 증세를 같이 보여 香蘇散 加味 처방을 하게 되었다. 이 중 香附子는 理氣解鬱, 止痛調經하고, 蘇葉은 解表散寒, 行氣寬中, 解魚蟹毒한다¹⁸⁾.

첫 번째 3주간의 입원시 뼈가 무너질 것 같으며 통증으로 체위 변경이 불가능한 요통이 퇴원시에는 2시간 이상 활동 후 좌위가 가능하며, 일상생활이 어느 정도 가능한 상태였으나, 통증은 VAS 3-5 정도로 호전악화를 반복하였다. SF-MPQ의 경우 큰 변화는 보이지 않았으나, PRS의 경우 72

점에서 24점으로 큰 호전을 보였다. 압통점 검사
의 경우, 2011.11.15일경 +는 13개, ±는 2개, -는 3
개의 압통점에서 2011.12.03일경 +는 7개, ±는 1개,
-는 10개의 압통점의 호전을 보였다.

두 번째 3주간의 입원시 칼로 찢는 듯한 견배
통이 많이 호전되었으나, 퇴원시에는 통증이 VAS
4-5 정도로 호전악화를 반복하는 모습을 보였다.
SF-MPQ의 경우 16점에서 6점으로 호전을 보였
고, PRS의 경우 75점에서 48점으로 다소 호전을
보였다. 압통점 검사의 경우 2012.02.14일경 +는 9
개, ±는 8개, -는 1개의 압통점에서 2012.02.27일경
+는 7개, ±는 6개, -는 5개의 압통점을 보였다.

이상의 결과로 본 증례에서는 섬유근통 증후군
환자에 대해 한방 복합치료를 시행한 결과 임상증
상이 호전됨을 VAS 및 SF-MPQ, PRS, 압통점 검
사를 통해 확인하였으며, 이를 보고하는 바이다.
허나, 퇴원 후의 지속적인 치료를 통한 추적 조사
가 필요하며, 향후 이에 대한 다양한 임상보고와
연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 결 론

2011년 11월 OO일부터 2012년 03월 OO일까지
두 차례에 걸쳐 3주간 본원에 입원한 섬유근통 증
후군 환자에게 봉독, 가열식 화침, 약침, 침구, 약
물, 한방 물리치료 등의 한방 복합치료가 증상 호
전에 미치는 영향에 대해 다음과 같은 결론을 얻
었다.

1. VAS는 첫 입원시 VAS 3-5로, 두 번째 입원시
VAS 4-5로 호전되었으나, 환자의 몸 상태에 따
라 호전 악화가 반복되는 양상을 보였다.
2. SF-MPQ는 첫 입원시 큰 변화를 보이지 않았
으며, 두 번째 입원시 16점에서 6점으로 호전을
보였다.
3. PRS는 첫 입원시 72점에서 24점으로, 두 번째

입원시 75점에서 48점으로 호전을 보였다.

4. 압통점의 변화는 입원 전후로 호전되는 모습을
보였다.

이상의 결과로 보아 섬유근통 증후군 환자에게
한방 복합치료를 시행하여 증상의 호전을 보였다.
추후 더 많은 증례를 통하여 다양한 임상 경험의
축적과 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 3rd ed. 서
울:군자출판사. 2011:102, 105-6.
2. 서창희. 섬유근통 증후군. 대한내과학회지. 2003;
64(3):330-2.
3. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM,
Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P,
Campbell SM, Abeles M, Clark P, et al. The
American College of Rheumatology 1990 Criteria
for the Classification of Fibromyalgia. Report
of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis
Rheum. 1990;33(2):160-72.
4. Clauw DJ. Fibromyalgia. In: Hochberg MC,
Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman
MH, eds. Rheumatology. 4th ed. New York:
Mosby. 2007:701-11.
5. Clauw DJ. Pharmacotherapy for patients with
fibromyalgia. J Clin Psychiatry. 2008;69(2):25-9.
6. 김우영, 박준성, 백승태, 이승덕. 섬유근통증후
군 치험 1례에 관한 임상적 고찰. 한방척추관절
학회지. 2004;1(1):13-8.
7. 이창훈, 이명중. 추나와 침술 치료로 호전된 섬
유근통증후군 증례 2례. 척추신경추나의학회지.
2006;1(1):91-103.
8. 정대영, 조정효, 박봉기, 손창규. 섬유근통
(fibromyalgia)의 병태와 진단을 위한 임상 1

- 레 보고. 대한한의학회지. 2009;30(4):162-8.
9. 이소영, 이윤호. 섬유근통 증후군에 대한 침치료의 연구동향. 한방척추관절학회지. 2007;4(1): 27-35.
 10. 오승규. 자극치료학. 1st ed. 서울:군자출판사. 2011:461-81.
 11. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. Pain. 1987;30(2):191-7.
 12. 김철, 김창효, 전세일. 새로운 자가통증평가법의 유용성. 대한재활의학회지. 1998;22(2):305-11.
 13. Snider RK. Essentials of musculoskeletal care. 1st ed. 이영진 역. 근골격계 진단 및 치료의 핵심. 서울:한우리. 1999:27-9.
 14. 이신석. 섬유근통 증후군의 새로운 진단기준과 임상적 의의. 대한류마티스학회지. 2011;18(3): 153-60.
 15. 이재동. 봉독요법-임상활용방법을 중심으로-. 대한한의학회지. 2000;21(3):3-8.
 16. 대한침구학회 교재편찬위원회. 침구학. 경기도: 집문당. 2008:중351, 하42.
 17. 許浚. 東醫寶鑑. 동의보감국역위원회 역. 對譯 東醫寶鑑. 서울:법인문화사. 1999:712-3.
 18. 全國韓醫科大學 本草學教授 共編著. 本草學. 6th ed. 서울:永林社. 2000:126, 128, 131, 135, 137, 148, 150, 182, 199, 242, 260, 263, 266, 272, 283, 303, 305, 332, 336, 352, 355, 409, 423, 427, 459, 460, 506, 532, 540, 542, 556, 557, 560, 562, 578, 580, 582.
 19. 이재희. 도설 한방진료요방. 강원도:의방출판사. 2002:109, 723.