

금출도담탕(芩朮導痰湯)을 투여한 어깨 충돌증후군 환자 치험 3례

정윤규 · 김민영 · 김진수 · 최영일 · 최희승 · 조태영

부천자생한방병원 한방재활의학과

Received : 2012. 05. 28 Reviewed : 2012. 06. 19 Accepted : 2012. 06. 27

A Case Report of Prescribing Geumchuldodam-tang(Qínzhudǎotán-tang) for the Three Patients with Shoulder Impingement Syndrome

Yoon-Gyoo Jung, O.M.D. · Min-Young Kim, O.M.D. · Jin-Soo Kim, O.M.D. · Young-Il Choi, O.M.D.
Hee-Seung Choi, O.M.D. · Tae-Young Cho, O.M.D.

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, Bu-Chun Jaseng Oriental Medicine Hospital

Objectives: The Purpose of this study is to investigate the clinical application of Geumchuldodam-tang(Qínzhudǎotán-tang) to three patients with shoulder impingement syndrome.

Methods: Patients were hospitalized at Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, Bu-Chun Jaseng Oriental Medicine Hospital, diagnosed as shoulder impingement syndrome and treated mainly with herbal medicine, Geumchuldodam-tang(Qínzhudǎotán-tang). This study was measured by Numeric Rating Scale(NRS) score.

Results: After taking Geumchuldodam-tang(Qínzhudǎotán-tang), pain of the patients was controlled. NRS scores were decreased.

Conclusions: As seen in these three cases of shoulder impingement syndrome, Geumchuldodam-tang(Qínzhudǎotán-tang) has a positive effect to control pain with shoulder impingement syndrome.

Key word: Geumchuldodam-tang(Qínzhudǎotán-tang), Shoulder impingement syndrome

I. 서론

관절과 상완관절은 ball and socket joint이나, 고관절과는 다르게 관절와는 깊이가 깊지 않고, 본래 불안정하다. 상완골두와 관절와 공간과의 관계는 마치 물개의 코에 놓여진 균형 잡힌 공과 같은데 이는 견관절이 여러 구조물을 포함한 동적 안정화 구조물임을 암시한다¹⁾.

어깨통증은 허리통증 다음으로 흔한데 Cyriax는 ‘어깨는 몸 전체에서 가장 정직한 관절로 대부분 어깨질환은 정확한 진단과 적절한 치료에 의해서 치료될 수 있고, 자세한 해부학적 지식과 더불어 상세한 과거력의 청취와 철저한 이학적 검사가 어깨질환을 해결하는데 필요하다’고 말했다²⁾. 어깨 통증을 유발하는 여러 가지 질환 중 충돌증후군은 회전근개, 특히 극상근의 상완골 대결절 부착 부위에서의 퇴행성

■ 교신저자 : 정윤규, 경기도 부천시 원미구 상동 414번지 부천자생한방병원 지하1층 의국,
Tel : 032-320-8834 Fax : 032-320-8712 E-mail : cyg9131@yahoo.co.kr

변화로 설명된다. 견봉의 형태가 충돌증후군의 한 인자로 알려져 있는데, 견봉 전방 돌출부의 존재 유무와 크기에 따라서 세 가지로 분류할 수 있다. 즉 제 1형은 전방 돌출부가 편평한 경우, 제 2형은 완만한 휘어짐이 있는 경우, 제 3형은 분명한 휘어짐이 있는 경우로 분류하였다³⁾.

어깨 충돌증후군의 임상적 증상은 이환된 어깨관절의 통증과 부종, 어깨 관절의 전방 굴곡, 내회전 및 외전 운동의 제한이 나타나고 밤에 증상이 심하다. 만성적으로 진행될 경우 회전근개 근육들의 위축이 보일 수 있는데 극상근과 극하근에서 가장 흔히 발생한다. 치료방법으로는 크게 보존적 치료와 수술적 치료로 대별되며 보존적인 치료방법으로는 휴식, 약물 치료, 물리치료 등이 있다. 수술적 치료방법은 어깨 관절의 감압 및 생리적 긴장도를 부여함으로써 통증 완화와 병변의 진행방지, 이환된 어깨 관절의 기능 개선을 목적으로 시행되며 이에 는 견봉절제술, 견봉 성형술 및 관절경하 감압술 등이 있다⁴⁾.

충돌증후군은 견관절 내의 공간 및 회전근개 근육의 마찰과 압박에 의한 병변이라는 점에서 한의학적으로 볼 때 痰飲의 凝滯 및 氣血의 阻滯에 의한 것으로 볼 수 있다. 따라서 治法은 마땅히 관절내의 痰飲을 제거하고 그 주변의 氣血순환을 촉진시키는 방법을 응용해야 한다. 芎朮導痰湯은 『東醫寶鑑』에 언급된 半夏芎朮湯에 白芥子, 羌活, 枳殼 등의 약재를 加味한 처방으로 痰飲으로 인해 팔이 아파서 들 수 없는 것을 치료하는 처방이다⁵⁾. 충돌증후군과 같이 痰飲이 凝滯되어 나타나는 병변에 行氣止痛, 順氣祛痰의 효능이 있는 芎朮導痰湯은 적합한 처방으로 사료된다.

국내에서 어깨 충돌증후군에 대한 보고로 임⁶⁾은 Sweet BV 약침이 어깨 충돌증후군 치료에 효과가 있음을 보고하였고 배⁷⁾는 어깨 충돌증후군에 한방적 보존치료가 효과가 있었음을 보고하였으나 아직까지 탕약을 위주로 한 보고는 없었다. 이에 저자는 어깨 충돌증후군으로 진단된 환자에게 芎朮導痰湯을 투여하여 호전된 결과가 있었기에 보고하는 바이다.

II. 치료방법 및 평가방법

1. 치료방법

1) 약물치료

한약으로는 順氣祛痰, 行氣止痛의 효능이 있어 肩臂痛에 多用하는 芎朮導痰湯(半夏 生薑 蒼朮 8g, 南星 麥芽 白芥子 白朮 山查 威靈仙 赤茯苓 枳殼 陳皮 香附子 黃芩 4g, 甘草 羌活 2g)2침을 1일 3회 水煎食後服으로 투여하였다.

2) 침치료

침은 0.30mm×40mm 1회용 호침(우진 침구사, 한국)을 사용하여 1일 2회 오전, 오후로 나누어 자침하였으며 혈자리는 肩貞(SI9), 臑俞(SI10), 天宗(SI11), 秉風(SI12), 曲垣(SI13), 肩外俞(SI14), 肩井(GB21), 肩髃(LI15), 肩髃(TE14)에 자침하였다.

3) 약침치료

약침치료는 자생 약침연구소에서 제조되는 황련해독탕 약침을 1일 1회 2cc씩 견관절 주변 압통점에 투여하였다.

2. 평가방법

1) 숫자평가척도(Numeric Rating Scale, NRS)

주로 전반적인 통증의 강도를 평가하는데 사용되며 환자가 자신의 통증 정도에 해당하는 숫자 중에 선택하는 방법이다. 주로 0부터 10까지의 숫자를 사용하는 NRS-11을 많이 쓴다. 숫자평가척도의 장점은 매우 간단하며 편리하고 빠르다는 것이다. 작은 숫자는 작은 통증을 의미하고 큰 숫자는 큰 통증을

의미한다는 개념은 환자가 쉽게 이해할 수 있다⁸⁾.

2) 견관절 가동범위

견관절의 내전, 외전, 내회전, 외회전 등 가동범위를 조사하는 한편 견관절에 대한 전반적인 이학적 검사를 주기적으로 시행하였다. 단, 통증이 심한 경우 과도한 가동범위 및 이학적 검사는 시행하지 않았다.

Ⅲ. 증례보고

1. 증례 1

1) 환자

송OO 남자/47세

2) 주소증

Rt.shoulder pain

3) 발병일

2011/02월 중순경 망치질 하다 發

4) 입원기간

2011/04/11일~2011/04/20일(10일간)

5) 과거력 및 가족력

없음

6) 현병력

본 환자는 2011/03/18일부터 본원 외래 f/u하며 치료 받았으나 통증 지속되어 적극적 한방 치료위해 본원에 입원하심.

7) 주요검사소견(입원시)

(1) 계통문진 중 특이사항

畏暑畏寒, 喜冷飲, 咯痰(+), 顔色(黃), 舌診(白厚), 皮膚色(黃), 脈滑

(2) 초진시 이학적 검사 소견(Table I.)

(3) 영상 의학적 검사

① Rt.shoulder MRI(2011년 4월 9일, Fig. 1)

- Mild degree SASD & subcoracoid bursitis.
- Rotator cuff tendinosis / impingement syndrome.
- Tendinosis of long head of biceps tendon

(4) 임상병리검사(2011년 4월 12일)

WBC 11.1

MCV 94.4

Cl 96.0

8) 치료경과

경과(Table I, Fig. 2)는 2011년 4월 11일에 입원할 당시에는 견관절의 굴곡 및 외전이 저하되어 있는 상태였으며 Hand to shoulder blade test나 Neer test를 시행하면 통증을 심하게 호소하는 상태였다. 그러나 치료 중반인 2011년 4월 16일 정도에 NRS가 7정도로 떨어지고 ROM도 많이 회복되어 굴곡 및 외전은 정상 ROM보다 약간 제한되는 정도까지 회복되었다. 그리고 퇴원 당일인 2011년 4월 20일에는 NRS는 3정도까지 감소하였고 Neer test는 음성을 나타냈으며 Hand to shoulder blade test는 양성인기는 하였으나 입원당시처럼 검사 시행 시 심한 통증을 호소하지는 않았고 미약한 통증만을 호소하는 상태까지 회복되었다.

Table I . Change of ROM(range of movement) and Shoulder Physical Exam

	2011. 4. 11.	2011. 4. 15.	2011. 4. 20.
Abduction	90	160	160
Adduction	60	60	60
Flexion	90	160	160
Extension	40	45	45
Int. rotation	45	50	50
Ext. rotation	45	50	50
Yergason test	-	-	-
Speed test	-	-	-
Hand to shoulder blade test	+	+	+
Mouth around wrap test	-	-	-
Neer test	+	+	-
Hawkins test	+	+	+

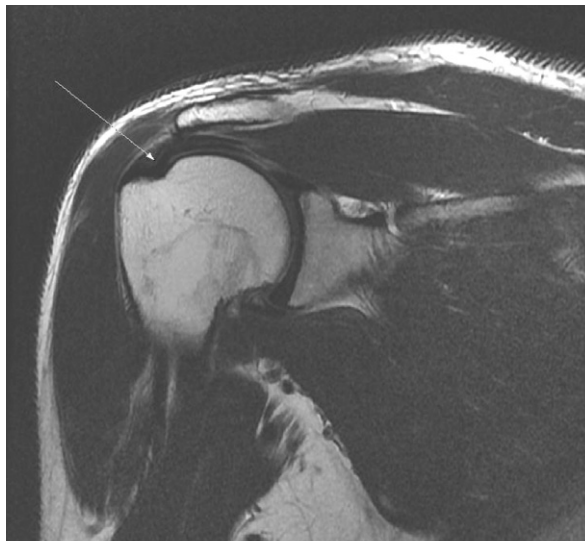


Fig. 1. Rt.shoulder MRI.

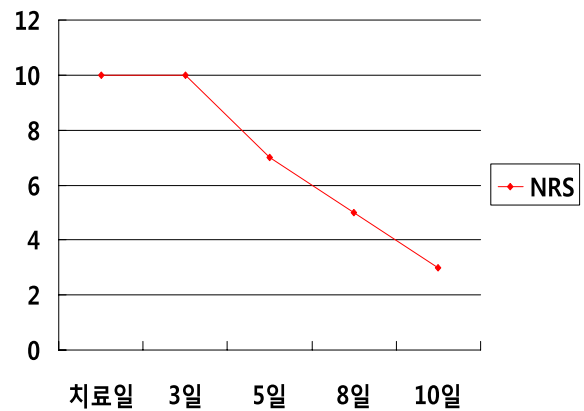


Fig. 2. Change of NRS

2. 증례 2

1) 환자

우OO 남자/63세

2) 주소증

Lt.shoulder pain

3) 발병일

2011/03월경 화분 옮기다가 發

4) 입원기간

2011/04/11일~2011/04/22일(12일간)

5) 과거력 및 가족력

맹장수술

6) 현병력
본 환자는 상기 발병일에 상기 증세 發하여 적극적 한방 치료위해 본원에 입원하심.

ALT 72.0

2011년 4월 20일

AST 50.0

7) 주요검사소견(입원시)

ALT 62.0

r-GTP 88.0

(1) 계통문진 중 특이사항

眩暈(+), 耳鳴(+), 鼻漏(+), 鼻流清涕(+), 口乾(+), 嚥下障礙(+), 淺眠(+), 顔色(黃), 舌診(淡紅), 皮膚色(黃), 脈滑

8) 치료경과

경과(Table II, Fig. 4)는 2011년 4월 11일에 입원할 당시에는 견관절의 굴곡, 신전, 외회전의 제한이 심하고 통증도 심하게 호소하는 상태였으며 야간에도 통증에 의한 수면장애가 있는 상태였다. 치료 4일째에 통증이 조금씩 나아지기 시작하여 NRS가 7정도로 떨어졌으며 굴곡 및 외전범위가 약간 향상되는 경향을 보였다. 그리고 치료 7일째에는 야간통은 소실되어 수면에 장애를 느끼지 않았고 NRS는 3까지 떨어졌으며 외전을 제외한 다른 모든 ROM은 거의 정상범위까지 회복되는 경향을 보였다. 그리고 퇴원 당일에는 NRS가 1까지 떨어져서 일상생활 중에는 거의 통증이 없다고 하였으며 외전을 제외한 다른 동작들은 큰 불편감이 없다고 하였다.

(2) 초진시 이학적 검사 소견(Table II)

(3) 영상 의학적 검사

- ① Lt.shoulder MRI(2011년 4월 11일, Fig. 3)
- Rotator cuff tendinosis with impingement syndrome.
- Degenerative tear of anterior labrum, 0~6:00 o'clock.

(4) 임상병리검사

2011년 4월 12일

AST 141.0

Table II . Change of ROM(range of movement) and Shoulder Physical Exam

	2011. 4. 11	2011. 4. 15	2011. 4. 22
Abduction	80	90	110
Adduction	60	60	60
Flexion	100	160	170
Extension	20	45	45
Int. rotation	60	60	60
Ext. rotation	30	80	80
Yergason test	+	-	-
Speed test	+	-	-
Hand to shoulder blade test	+	+	+
Mouth around wrap test	-	-	-
Neer test	+	+	-
Hawkins test	+	+	+

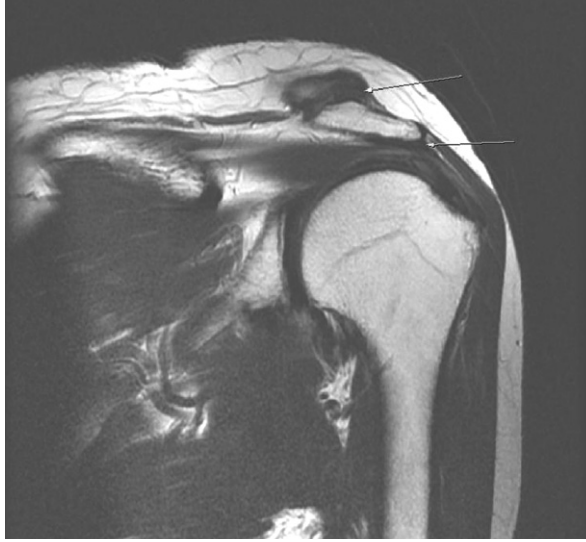


Fig. 3. Lt.shoulder MRI.

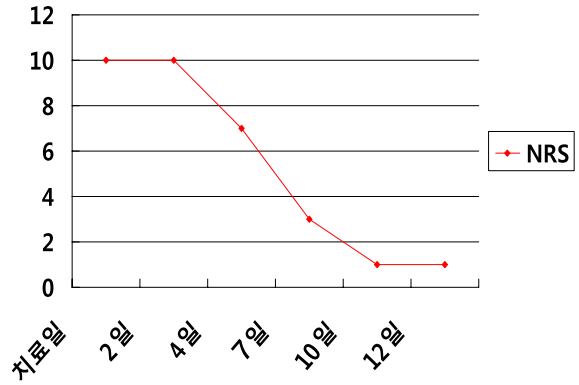


Fig. 4. Change of NRS

3.증례 3

1) 환자

김OO 여자/52세

2) 주소증

Rt.shoulder pain

3) 발병일

2011/01/11일 수건을 이용하여 운동하고 나서 發

4) 입원기간

2011/01/13일~2011/01/21일(9일간)

5) 과거력 및 가족력

자궁적출술

6) 현병력

본 환자는 상기 발병일에 상기 증세 發하여 적극적 한방 치료위해 본원에 입원하심.

7) 주요검사소견(입원시)

(1) 계통문진 중 특이사항

眩暈(+), 耳鳴(+), 淺眠(+), 顔色(黃), 舌診(苔薄白), 皮膚色(黃), 脈弦

(2) 초진시 이학적 검사 소견(Table III)

(3) 영상 의학적 검사

① Rt.shoulder MRI(2011년 1월 13일, Fig. 5)

- Impingement syndrome of rotator cuff tendinosis.

- Moderate degree Bursitis.

- Mild calcific tendinosis,infraspinatus(IST) tendon.

4) 임상병리검사(2011년 1월 14일)

ESR 37.0

T-protein 6.2

CRP 0.7

8) 치료경과

경과(TableⅢ., Fig. 6)는 2011년 1월 13일 입원당시 외전, 굴곡이 제한되고 내외회전이 모두 심하게 제한되어 있었다. 아울러 안정시에도 통증이 심하여 야간에도 통증으로 인한 수면장애를 호소하는 상태였다. 치료 4일째 정도부터 통증이 많이 가라앉기 시

작하여 NRS는 절반정도로 감소하였으며 가동범위 끝 부분에서 약간의 통증을 호소하기는 하였지만 범위 자체는 거의 정상을 회복하였다. 그리고 퇴원 당일에는 NRS가 1정도까지 떨어져서 일상생활에 큰 불편감이 없다고 하였으며 힘이 많이 들어가는 동작에서만 미약한 통증을 호소할 정도로 호전을 보였다.

Table Ⅲ. Change of ROM(range of movement) and Shoulder Physical Exam

	2011. 1. 13	2011. 1. 17	2011. 1. 21
Abduction	135	170	170
Adduction	0	45	45
Flexion	90	170	170
Extension	10	40	40
Int. rotation	0	60	60
Ext. rotation	0	60	60
Yergason test	-	-	-
Speed test	-	-	-
Hand to shoulder blade test	+	-	-
Mouth around wrap test	-	-	-
Neer test	+	+	-
Hawkins test	+	+	+



Fig. 1. Rt.shoulder MRI.

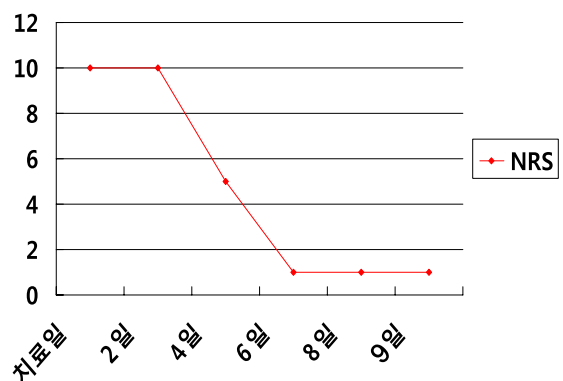


Fig. 2. Change of NRS

IV. 고 찰

견관절은 관절운동범위가 크고 해부학적인 복잡성으로 인해 만성적인 통증 및 장애가 발생하는 곳이다. 견관절은 상완골두와 견갑골로 구성되어 있으며 상완골두의 등근 면적이 비교적 평면인 관절와에 대해 약 두 배의 면적을 갖고 있어, 이 차이로 인한 불안정한 구조적 결합을 줄이기 위해 세 개의 상완관절와 인대와 관절와순이 있고, 그 외측으로 견갑하근, 극하근, 소원근 및 극상근의 4개의 근육으로 이루어진 회전근개가 있어 안정성 유지 및 운동에 관여한다. 견관절의 동통 및 기능적 장애의 주요 원인은 회전근개 파열, 견갑골 관절순 손상, 상완이두근인대 손상, SLAP병변 및 상완골두 탈구에 의한 압박성 골절 등이 있다⁹⁾.

견관절의 충돌증후군은 견봉하 공간의 감소로 인하여 견봉하 조직, 회전근개 근육, 견봉하 점액낭, 이두건 장두의 변화가 오는 질환이다. 이 질환은 견관절 통증의 중요한 원인 중의 하나이며, 기능적 제한을 유발한다. 충돌증후군을 일으키는 원인은 내인적 원인과 외인적 원인으로 나눌 수 있다. 내인적 원인은 해부학적 변형, 역학적 요인, 퇴행 그리고 회전근개의 무혈관성과 관련될 수 있다. 이런 내인적 원인들은 회전근개의 건 내에서 염증 변화를 일으킬 수 있다. 외인적 원인은 견봉의 형태 및 골극, 쇄골-견봉 관절의 퇴행성 변화 및 오구돌기의 형태로 인한 인접한 회전근개의 압박이 그 주요 원인으로 알려져 있다^{10, 11)}.

충돌증후군이 있는 경우, 회전근개 파열이 초래될 수 있음에 유의하여야 하며 주요한 임상소견으로는 점진적으로 발생하는 전방 및 외측의 어깨통증이 특징이며, 야간통증이 있고 병변부위가 닿는 자세로 잠을 자기가 어렵다. 아울러 증상이 수개월 이상이 된 경우에는 어깨의 꼭대기와 뒤에 근육의 위축이 보일 수 있다. 어깨 외측과 전방부위의 국소 통증은 흔하지는 않으며 환자가 팔을 60-100도로 들어 올릴 때 마찰음이나 통증이 흔하다. 또 이런 각도의 운동 시

어깨가 부딪히는 느낌을 받는다¹²⁾.

Neer는 견관절 충돌증후군을 그 진행 정도에 따라 3단계로 구분하였는데 stage I은 부종과 혈종이 있는 상태, stage II는 퇴행성 섬유화와 건염이 있는 상태, stage III은 견봉 하면의 굴곡이나 회전근개의 파열 소견이 보이는 상태이며, stage II는 대부분 25-40세 사이에 잘 생기며 18개월 정도의 보존적 치료 후 견봉하 점액낭 절제술이나 오구견봉인대 절제술을 권하고 있으며 stage III은 대개 40세 이상에서 발생되며 전방 견봉 성형술의 적응증이 된다고 하였다¹³⁾.

진단은 ROM체크 및 여러 가지 이학적 검사를 이용하는데 특히 Neer test, Hawkins test는 충돌증후군의 감별진단에 굉장히 중요한 검사이다. 또 영상학적 검사법으로는 x-ray, 관절조영술, 초음파검사, 자기공명검사 등이 있는데 초음파검사는 93%의 민감도, 83%의 특이도를 가지고 있어 유용성이 높으며, 편리하고 비침투성으로 위험성이 낮으나 특이성이 낮다는 단점을 지니고 있다. 자기공명영상은 정확한 해부학적 관찰을 가능하게 하고 점액낭의 섬유화와 비후 등 초기의 병변에도 효율성이 높아 매우 진단적 가치가 높은 방법으로 간주되고 있다¹⁴⁾.

견관절 충돌 증후군의 치료 방법은 보존적인 요법과 수술 요법으로 크게 대별되며, 보존적 치료로는 휴식, 물리치료 및 약물치료 등이 있으며 물리치료는 특히 동통이 수반되지 않은 상태에서 시행되어야 한다. 대개의 경우 부분적인 관절낭의 구축을 보여 이를 풀어주기 위한 신장운동 즉 전방굴곡, 외회전, 신전, 내회전 등의 기본적인 네 방향 운동 및 견갑근 강화 운동을 집중적으로 시도하고 이와 함께 삼각근 및 회전근개의 등장운동을 병행한다. 이러한 보존적 치료는 질병 초기에 비교적 우수한 결과를 얻을 수 있다. 수술적 치료에 대해서는 여러 저자들이 연구 발표한 바 관혈적 견봉제거술과 견봉성형술 및 관절경하 감압술이 있으며 Neer는 stage II 환자에서 관혈적 견봉성형술을 이용하여 89%에서 만족할만한 결과를 얻었다고 하였으며 Ellman 등은 관절경적 견봉하 감압술로 89%에서 좋은 결과를 얻었다고 하였

다¹³⁾.

한의학에서 견관절의 통증은 肩臂痛으로 볼 수 있는데 肩臂痛이라 함은 手部領域의 肩背部를 포함한 項傍缺分之上인 肩部와 腕關節과 肩部사이의 臑臂部까지 즉 肩臂에 나타나는 諸般痛症을 포괄적으로 지칭한 증상이다¹⁵⁾. 『東醫寶鑑』에서는 肩臂痛의 원인에 대해 「外形篇·手門·肩臂病因」에서 “靈樞曰, 心肺有邪, 其氣流于兩肘. 手屈而不伸者, 其病在筋, 伸而不屈者, 其病在骨, 在骨守骨, 在筋守筋. 酒家之癖, 多爲項腫 臂痛. 蓋熱在上焦, 不能清利. 故醞釀日久, 生痰涎, 聚飲氣, 流走於項臂之間, 不腫則痛耳. 臂爲風寒濕所搏, 或睡後手在被外, 爲寒邪所襲, 遂令臂痛. 或乳婦以臂枕兒, 傷於風寒, 亦致臂痛. 寒痛, 宜五積散, 風痛, 宜烏藥順氣散, 濕痛, 宜蠲痺湯, 加蒼朮, 酒防己. 氣血凝滯臂痛, 宜薑黃散, 舒經湯. 風濕臂痛, 宜活絡湯. 臂胛痛, 宜五靈脂散. 折傷後, 手足痛, 宜應痛元.”라고 언급하고 있으며 특히 「外形篇·手門·痰飲多爲臂痛」에서는 “凡人忽患, 胸背手脚腰膝隱痛不可忍, 連筋骨牽引釣痛, 坐臥不寧, 時時走易不定, 意謂是風證, 或疑是癱直, 皆非也. 此乃痰涎伏在心膈上下, 變爲此疾. 治臂痛不能舉, 或左右時復轉移, 由伏痰在中脘停滯, 脾氣不得流行, 上與氣搏, 四肢屬脾, 滯而氣不升, 故上行攻臂, 其脈沈細者, 是也. 氣實者, 控涎丹最效. 宜用半硝丸, 消痰茯苓丸. 痰飲臂痛, 宜加減茯苓丸, 芎活湯, 半夏苓朮湯. 臂痛, 或麻木, 或戰掉, 皆痰飲所作, 二陳湯, 吞下青州白元子.”라고 하여 肩臂痛의 원인이 痰飲으로 말미암은 것이 많다는 점을 언급하고 있다¹⁵⁾.

어깨 충돌증후군은 한의학적으로 정확히 규정하기에 어려운 면이 있으나 견봉하 공간 및 회전근개 근육의 압박에 의해 생기는 질환임을 미루어 볼 때 痰飲이 凝滯되고 氣血循環이 阻滯되어 나타나는 증상으로 생각해 볼 수 있다. 따라서 治法은 마땅히 順氣祛痰하고 行氣止痛 해야 할 것으로 사료되었으며 이에 痰飲으로 인한 肩臂痛에 多用되는 苓朮導痰湯이 마땅한 처방으로 생각되었다. 苓朮導痰湯은 『東醫寶鑑』에 治痰飲臂痛不能舉라고 설명되어있는 半夏苓朮

湯에 白芥子, 羌活, 枳殼등의 약재를 加味한 처방으로 그 주요 구성 약물을 살펴보면 半夏는 化痰止嘔, 燥濕降逆하고 南星은 燥濕化痰, 散結消腫하며 白芥子は 利氣散結, 通絡止痛하고 羌活은 散寒祛風, 除濕止痛하고 威靈仙은 祛風除濕, 通絡止痛하고 香附子는 利氣解鬱, 通經止痛하며 枳殼은 理氣寬中, 行痰消積하고 陳皮는 燥濕化痰, 理氣健脾하며 蒼朮은 祛風散寒, 燥濕健脾하고 黃芩은 清熱燥濕, 瀉火解毒의 효능이 각각 있다¹⁶⁾.

이번 세 가지 증례의 경우 발병동기가 망치질을 무리하게 하거나 화분을 무리하게 옮기는 등의 동기가 있었으며 모두 다 MRI 검사상 회전근개의 건병증을 동반한 충돌증후군으로 진단되었다. 또 이학적 검사상 외전 및 굴곡이 80~90도에서 제한이 되는 모습을 보였으며 Neer test, Hawkins test 모두 양성을 띠었기에 충돌증후군으로 진단하는데 큰 문제는 없었다. 세 가지 증례 모두 Neer가 구분한 진행정도에 따른 3단계에서 stageⅢ까지 진행되지는 않았기에 일단은 보존적 치료를 먼저 고려하였으며 또 문진상 嗜痰, 眩暈, 耳鳴, 嚔下障礙, 脈滑 등의 특이소견을 보였기에 痰飲凝滯, 氣血阻滯로 辨證하여 이에 적합한 처방으로 사료된 苓朮導痰湯을 투여하였고 아울러 견부 주변의 혈자리 및 압통점에 침치료 및 약침 치료를 병행하였다. 그 결과 NRS는 1~3까지 감소하여 입원당시에 호소하던 야간통이 소실되었으며 일상생활 중에는 거의 통증을 느끼지 않는 정도까지 호전을 보였다. 그리고 입원초기에 외전 및 굴곡 등이 현저히 제한되었으나 퇴원 당시에는 견관절의 정상 가동범위를 거의 회복하는 모습을 보였으며 여타 이학적 검사 상에서도 호전을 보이는 모습을 볼 수 있었다.

이에 저자는 어깨 충돌증후군에 대한 苓朮導痰湯의 효과를 확인하였다. 하지만 증례가 3례에 불과한 점과 본 치험례에 있어서 약물치료만이 아닌 침치료, 약침치료 등을 병행하였기에 苓朮導痰湯만에 의한 효과인지 명확하지 않다는 점이 한계점으로 생각된다. 이에 향후 대조군을 설정한 연구 및 더 많은 증례

를 통한 연구가 필요할 것으로 생각되며 관련 임상케이스에 대한 지속적인 임상적용이 필요할 것으로 사료된다.

V. 요약

芎朮導痰湯을 처방하여 어깨 충돌증후군으로 인한 극심한 통증 및 가동범위의 제한이 호전된 3례를 통하여 芎朮導痰湯이 어깨 충돌증후군에 대해 환자의 자각적인 증세 및 NRS, 견관절 이학적 검사상 유효한 효과가 있었음을 확인하였다. 이에 저자는 어깨 충돌증후군으로 입원하여 芎朮導痰湯을 복용한 후 호전된 3케이스를 보고하는 바이다.

VI. 참고문헌

1. 대한스포츠의학회. 스포츠의학. 서울:한솔의학. 2011:243.
2. 박창일, 문재호. 재활의학. 서울:한미의학. 2007:813.
3. 대한정형외과학회. 정형외과학. 서울:최신의학사. 1999:371.
4. 대한통증학회. 통증의학. 서울:군자출판사. 2007:222-3.
5. 허준. 동의보감. 서울:동의보감출판사. 2006:775-7.
6. 임대웅, 이경준, 정태산, 최병선, 최은희, 이영수. Sweet BV 약침을 이용한 견봉하 점액낭염을 동반한 어깨충돌증후군 환자 치험 1례. 대한

한의학방제학회지. 2010;18(2):259-65.

7. 배기태, 김희권, 김정신, 남상수, 김용석. 급성 점액낭염 및 극상근건염을 동반한 어깨충돌증후군 환자에 대한 증례보고. 대한침구학회지. 2005;22(5):175-82.
8. 심성운, 박희준, 이준무, 이향숙. 통증평가도구에 관한 고찰. 대한경락경혈학회지. 2007;24(2):81.
9. 권대철, 김문선, 김용섭, 정경모. 견관절 충돌증후군의 단순X선촬영 방법에 대한 검토. 한국방사선기술연구회지. 2000;23(1):21.
10. 문규필, 강민수, 최성중. 원위 쇄골 골절에 대한 금속판 고정술 이후 발생한 견봉하 충돌증후군 증례보고. 대한관절경학회지. 2011;15(1):19.
11. 장광호, 최종덕, 이문환, 김창용. 견관절충돌증후군 환자에 대한 수정된 슬링운동과 일반적 등척성운동의 효과 비교. 대한물리치료학회지. 2010;22(5):9-16.
12. Snider RK. 근골격계 진단 및 치료의 핵심. 서울:한우리. 1999:108-9.
13. 이광원, 박종현, 최원식. 견관절 만성 충돌증후군의 관절경적 견봉하 감압술. 대한견주관절학회지. 1998;1(2):163-5.
14. 김인섭. 견관절 충돌증후군의 고찰. 대한임상전기생리학회지. 2004;2(1):96-7.
15. 김경식. 견비통의 침구치료에 관한 임상적 연구. 대한한의학회지. 1984;5(1):58.
16. 본초학공동교재 편찬위원회. 본초학. 서울:영림사. 2011:159, 217, 305, 331, 389, 393, 396, 485, 486.