견비통의 임상 치료 Procedure와 진단법에 대하여

채효청¹, 유명석^{2,*}

¹선유재한의원, ²대명한의원

Clinical Treatment Procedure and Diagnosis of Shoulder Pain

Hyocheong Chae¹, Myungseok Ryu^{2,*}

¹Sunyujae Korean Medicine Clinic, Yongin, ²Daemyung Korean Medicine Clinic, Seoul, Korea

Received October 2, 2021

Revised October 4, 2021

Accepted October 13, 2021

*Corresponding Author

Myungseok Ryu
Daemyung Korean Medicine Clinic,
Wonwoo b/d 3rd fl. Yangpyeong-ro,
Yeongdeungpo-gu, Seoul 07208, Korea
Tel: +82-2-2671-7191
Fax: +82-2-2676-1297
E-mail: yeonbu16@gmail.com

Background: The aim of this study is to systematically establish clinical treatment procedures for shoulder pain and to organize diagnostic methods to differentiate each disease so that clinicians can have a detailed and accurate therapeutic approach.

Methods: For accurate treatment of shoulder pain, the process for differential diagnosis of diseases according to the etiology is described by applying the appropriate diagnostic method according to the treatment procedure when treating shoulder pain.

Results: Shoulder pain can be divided into neurogenic, local soft tissue damage, and mixed types depending on the etiology. Neurogenic diseases can also be classified into cervical origin and local nerve damage according to their origin. Local soft tissue damage is classified into muscle damage, tendon and ligament damage, bursa damage, intra-articular damage, and structural damage of the joint. Each disease is differentially diagnosed by characteristic clinical symptoms and physical examination according to the procedure.

Conclusion: For the differential diagnosis of shoulder pain, the damaged area can be identified through a physical examination according to an appropriate procedure. And for an accurate diagnosis, the disease can be confirmed by confirming the pathological change in the relevant area through the diagnostic medical image taken by the medical image equipment.

Keywords: Shoulder pain, Acupotomy, Pinch-roll test

INTRODUCTION

견비통은 임상에서 요통 다음으로 근골격계 질환 중 흔하게 발생하는 질환으로 유병률이 16-26%에 달한다¹⁾. 견비통은 견갑부를 포함한 견관절을 구성하고 있는 주위조직과 上肢의 肩膊部에 연관되어 나타나는 제반통증을 포괄적으로 지칭하는 질환을 말한다²⁾. 주된 증상으로는 어깨 회전 시 나타나는 통증과 견관절을 중심으로 관절 가동 범위의 제한이 있으며, 상완이나 주관절 배부로의 방사통 및 국소부위의 한냉감, 자통, 압통부터 어깨관절과 경추 사이 및 견갑골 부위의 빠근한 느낌이 나 무겁고 당기고 쑤시는 증상들을 포괄한다³⁾. 주로 어깨의 유착성 피막염(오십견, M750), 회전근개 증후군(회전근개 파열,

M751), 이두근건염(M752), 어깨의 석회성건염(M753), 어깨의 충격증후군(M754), 어깨의 점액낭염(M755), 어깨의 근막통증증후군(M7911), 어깨관절의 염좌 및 긴장(S434) 등의 상병명이 이에 해당한다⁴⁾.

해부학적으로 견비통을 일으킬 수 있는 구조물로는 견갑상신경, 쇄골상신경, Medial Brachial Cutaneous nerve와 같은 신경들부터 회전근개, 상완이두근, 견쇄관절인대, 오구견봉인대, 오구쇄골인대, 점액낭, 관절낭 등의 주변 조직들이 있으며 구조적인 문제에 의해서도 병변이 발생한다. 견비통에 대한 한의표준임상진료 지침에 의하면 침치료, 침도, 침, 추나, 뜸, 부항 치료 등의 치료법이 권고되고 있으나, 표준화된 세부적인 임상 진료 절차와 빠르게 변화하는 임상 현장에 대한 반

영이 미흡하여 향후 이에 대한 근거의 확보와 보완이 필요하다.

이를 위해 본 고에서는 해부생리학적 근거에 따라 임상에서 다발하는 견비통을 원인에 따라 분류하고 재정립하였다. 이를 통해 임상 의들이 세밀하고 정확한 치료적 접근이 가능할 수 있도록 견비통의 임상 치료 procedure를 체계적으로 정립하여, 각 질환을 감별하여 치료에 적용할 수 있는 진단법에 대해서 논하고자 한다.

MAIN BODY

견비통은 크게 병인에 따라 신경원성과 국부 연조직 손상성과 혼합형의 형태로 구분할 수 있으나, 혼합형은 다시 면밀히 확인하여 보면 신경원성과 국부 연조직 손상성으로 분리하여 확인할 수 있으므로 결국 견비통의 원인은 신경원성과 국부 연조직 손상성으로 구분할 수 있다. 신경원성 질환은 다시 세부적으로는 그 기원에 따라 경추 기원성과 국부 신경 손상성으로 구분할 수 있고, 국부 연조직 손상성은 근육손상성, 건과 인대 손상성 질환, 점액낭 손상성 질환, 관절강내 손상성 질환, 관절의 구조적 손상으로 구분되어진다.

신경원성 질환의 일반적인 특징으로는 환자의 호소 증상이 아프다거나 시리다거나 멍멍하다거나 저리다거나 하는 등으로 명확하지 않고, 증상의 범위 또한 명확하지 않다. 반면에 국부 연조직 손상성인 경우에는 환자 호소 증상이 명확하고(쑤시고 아픈 등), 환자가 통증 부위를 정확히 지시할 수 있으며 어깨를 움직일 때 통증이 더 가중되어 나타나는 특징이 있다.

신경원성 질환 중 경추 기원성 견비통의 경우는 목의 움직임에 따라 증상이 변화하고, 국부신경 손상성으로 견비통이 발생한 경우에는 어깨 자세의 변화에 따라 통증의 변화가 나타난다.

국부 연조직 손상성의 경우 다시 관절 외 손상과 관절내 손상, 기타 구조적 손상성으로 크게 구분해 볼 수 있는데, 그중 관절강 외 손상의 경우 근육, 건, 인대, 점액낭 손상이 이에 해당하며, 관절강 내 손상 질환으로는 SLAP Lesion, Bankart Lesion, 상완골두 무혈성 괴사 등이 이에 해당한다. 각각의 특징으로는 관절강 외 손상의 경우 어깨의 가동범위가 운동 각도의 초기부터 말기까지의 과정 중에 통증이 나타나고 관절강내 손상의 경우 주로 운동 시 가동 범위 끝단에서 통증이 출현한다.

그리고, 구조적 손상 질환으로는 동결견, Impingement syndrome 및 bone spur 등이 있다. 이와 같은 구조적 손상 질환도 견비통에서 다루는 주요 질환으로서, 기타 연조직의 반복적인 손상으로 인하여 발생한 어깨관절의 구조적 불균형으로 관절의 변형이 발생한 질환이다.

위 질환들의 감별 진단은 이학적 검사를 통해 손상 부위를

확인할 수 있으며, 보다 정확한 진단을 위해서는 영상학적 검사를 통해 해당 부위의 병리적 변화를 확인하여 해당 질환을 확진한다.

1. 경추기원성 견비통의 임상적 특징

경추 기원성 견비통은 크게 경추 신경근병증, 경추 면관절 증후군으로 구분할 수 있으며, spurling test와 발현되는 통증의 양상 및 해당 척추 분절의 pinch-roll test를 통하여 감별 진단한다. 경추 신경근병증은 C4-C8신경근으로 인해 어깨 주위에 나타나는 통증, 저림, 감각이상을 나타내는 질환이며, 특히 그 중에서 높은 빈도로 경추 C5, C6 level에서 발생한다. 경추 신경근병증, 경추 면관절 증후군 모두 spurling test에서 양성(positive) 반응이 나타나며, 해당 척추 분절 부위를 압진했을 때 압통이 나타난다. 그러나 C8, T1 level의 경우에는 spurling test로 감별이 어려우므로, 이 부위의 면관절을 압진하여 확인해야 한다. 경추 신경근병증, 경추 면관절 증후군의 각 척추 level별 발현되는 증상을 살펴보면 다음과 같다(Table 1).

C5 병변의 경우 주로 견관절 상부와 후면을 중심으로 통증이 나타나게 되고 C6의 경우 삼두근 부위와 전완부위, 그리고 엄지손가락 부위로 임상 증상이 나타나며, C8-T2의 경우에는 상완의 내측으로 통증이 발현한다. 이 질환의 경우에는 통증 뿐만 아니라 운동의 약화 또한 초래할 수 있는데 각각 C5는 삼각근, C6는 상완이두근, C7 상완 삼두근, C8은 손가락 벌림근의 약화를 초래할 수 있다. 이러한 증상들을 종합하여 경추 기원성 견비통을 진단할 수 있다.

2. 국부 신경 손상성 견비통의 임상적 특징

국부 신경손상성 견비통에서 각 질환을 유발하는 국부 신경은 Suprascapular Ner., Supraclavicular Ner., Axillary

Table 1. Clinical symptoms and motor weakness according to neurological level

Level	임상증상	운동 약화
C5	견관절 상부와 후면을 중심으로 통증이 발생	삼각근, 상완 이두근
C6	삼두근 부위와 전완부위와 엄지손가락 부위로	상완이두근 수근신근군 장단요측수근신근
C7	손가락의 중지	상완삼두근 수근굴근군 수지신근군
C8-T2	상완의 내측으로 통증이 발현	손가락 벌림근(C8)

Ner. (Sup. Lat. Cutaneous), Posterior Brachial Cutaneous Ner. (radial), Inferior Lateral Brachial Cutaneous Ner. (radial), Medial Brachial Cutaneous Ner. (C8, T1), Intercostobrachial Cutaneous Ner. (T2)가 있으며, 목에서 발생한 흉곽출구증후군도 어깨의 국부 신경 손상성 질환을 유발 할 수 있다. 이를 각각 감별 진단하기 위해서는 spurling test, 사각근 테스트를 시행하여 경추 기원성 질환을 배제한 후, 각각 해당 신경의 피부 분절 부위를 pinch-roll하여 감별 진단한다. 각 국부 신경에 따른 특징적인 임상 증상과 진단법은 다음과 같다.

1) Suprascapular Nerve

이 부위의 병변으로 인한 특징적인 임상증상은 견봉 위쪽과 견봉 후면의 깊숙한 부위에서 통증이 나타나며, 극상근과 극하근 부위에서 통증이 나타날 수 있다. 병증이 심할 경우에는 극상근과 극하근의 위축이 관찰되기도 한다. 주요 신경 손상 부위와 신경 포착지점은 첫번째로 상부 승모근과 견갑거근 부위이며, 그 다음으로는 견갑골 위쪽의 견갑절흔 부위이고, 세번째 포착지점은 spinoglenoid notch를 싸고 있는 상횡인대 (superior transverse ligament)의 밑으로 해당 신경이 지나가면서 발생한다. 첫번째 상부 승모근과 견갑거근 부위에서 포착이 일어나면 주로 견봉 위쪽으로 통증이 나타나고, 다음 견갑절흔에서 포착이 일어나면 극상근 극하근 부위에 통증이 일어나고 오래되면 그 부위의 근 위축이 일어난다. 세번째 포착 지점인 spinoglenoid notch에서 포착이 일어나면 극하근 부위의 통증과 위축이 발생되며 극상근 부위에서는 증상이 관찰되지 않는 특징이 있다. 이 질환은 견봉 위쪽, 상부 승모근 부착부위, 극상근, 극하근 부위를 각각 pinch-roll하여 환자의 반응을 통해 진단한다. 양성일 경우 검사자가 해당 부위를 pinch-roll하였을 때 환자는 통증을 호소하게 된다.

2) Supraclavicular Nerve

경추 C3, 4번에서 기원하는 Supraclavicular Nerve는 목의 측면에서 통증을 유발하며, 신경이 주행하면서 medial, intermediate, lateral 세개의 분지로 나뉜다. 이 중 medial은 흉통을 유발하고 lateral은 목의 기저부, intermediate는 쇄골 위쪽에서 견봉쪽으로 통증을 유발할 수 있다. 이 신경의 포착 지점은 C3, C4횡돌기단이므로 해당 부위와 신경의 피부 출구 부위가 각 치료점이 된다. 이 질환은 목의 외측과 견봉 위쪽 쇄골부위에서 pinch-roll하여 양성 반응이 있을 시 진단할 수 있다.

3) Axillary Nerve

임상 증상은 주로 삼각근 후면 부위의 통증 호소하며, 운동 신경 포착으로 인해 삼각근 부위 위축을 가져올 수도 있다. 주

요 포착 부위는 사변공 부위로, 사변공은 위로는 소원근, 내측으로는 상완삼두근 장두, 외측으로는 상완골, 아래쪽은 대원근의 해부학적 구조물로 이루어져 있으며, 사변공을 통해 axillary nerve와 axillary artery가 지나가게 되는데 이부위의 포착으로 삼각근 부위의 통증과 저림, 위축 등의 질환이 발생하게 된다.

4) Posterior Brachial Cutaneous Nerve (radial) & Inferior Lateral Brachial Cutaneous Nerve (radial)

Posterior Brachial Cutaneous Nerve와 Inferior Lateral Brachial Cutaneous Nerve는 모두 radial nerve로 부터 상완 후면부에서 갈라져 나오는 분지이며, 상완 삼두근 부위의 피부감각을 지배한다. 임상 증상은 주로 상완 삼두근 부위의 저림, 감각이상을 호소하며, 주요 포착부위는 삼변간 부위이다. 삼변간을 이루는 해부학적 구조물로는 위쪽으로는 대원근, 내측으로는 상완삼두근 장두, 외측으로는 상완골이며, 삼각형 형태로 이루어져 있는 공간을 통해 radial nerve가 지나가는데 이 부위에서 포착이 발생하면 상완 삼두근 부위에 통증을 유발될 수 있다. 따라서 주요 포착부위인 삼변간 부위가 해당 신경의 치료점이 된다.

5) Intercostobrachial Cutaneous Nerve (T2)

Intercostobrachial Cutaneous Nerve는 흉추 신경의 anterior rami에서 나오는 신경으로 T2의 분지가 어깨 전면 (액와 위쪽)으로 피부 분지를 내게 되며, 이 신경의 손상으로 인해 어깨 전면의 통증이 유발될 수 있다. 이 부위의 주요 포착 부위는 T2의 facet joint부위와 어깨 전면부, 액와 상에서 피하로 신경이 나오는 출구점이며, 이 부위가 치료점이 된다.

6) Medial Brachial Cutaneous Nerve (C8, T1)

Medial Brachial Cutaneous Nerve는 Brachial plexus의 C8, T1의 medial cord에서 분지되어 나오는 신경으로 견봉에서부터 상완 이두근과 상완의 내측 부위 피부 감각을 지배하는 신경이다. 따라서 통증이 상완 이두근과 상완의 내측 부위에서 나타나며 C8, T1 척추레벨은 spurling test로 감별이 어려우므로 C8, T1의 면관절을 압진하는 방법으로 진단할 수 있다. 주요 포착부위로는 C8, T1 facet과 흉곽 출구 부위의 medial cord 부위 및 상완내측의 피하로 신경이 나오는 출구점이다.

7) 흉곽출구 증후군

흉곽 출구 증후군의 경우에는 spurling test에서 음성이며, 사각근 테스트(adson test, 사각근 저항 테스트, 압진을 말함)에서 주로 상완 내측부위의 저림이나 통증이 유발되는 특징이 있다. 그리고 주로 임상에서 통증부위가 상완 내측으로 출현하

며, 견관절 상부나 상완의 후면부 쪽으로는 통증이 나타나지 않는 특징이 있다.

3. 국부 연조직 손상성 견비통의 임상적 특징

국부 연조직 손상성 질환의 경우 통증이 특정 부위에 국한되어 나타나고 통증의 발현 부위가 명확하다. 움직일 때나 휴지기에 특정 증상이 명확하게 나타나며, 특히, 가동할 때 특정 동작, 특정 부위에서 통증이 심화되는 양상이 나타난다. 진찰할 때 의사가 해당부위를 압진하면 명확한 압통이 나타난다. 경추 6종 테스트나 pinch-roll test에는 음성반응이 나타난다. 견관절의 국부 연조직 손상성 질환의 검사는 운동테스트를 기본으로 하고, 적절한 이학적 검사를 실시하여 정확한 원인을 진단한다. 운동테스트의 방법으로는 환자의 견관절을 신전, 굴곡, 외전, 내전, 수평내전, 수평외전, 내회전, 외회전, Backup하게 하면서 ROM, 가동 시 통증발현 부위, 통증발현 각도를 체크하여 정확한 진단에 응용한다.

이학적 검사를 통해 손상 부위를 확인할 수 있으며, 보다 정확한 진단을 위해서는 영상학적 검사를 통해 해당 부위의 병리적 변화를 확인하여 확진할 수 있다.

국부 연조직 손상성 질환은 크게 관절강 내, 관절강 외, 기타 구조적 문제로 구분해볼 수 있는데 그 세부 내용은 다음과 같다.

1) 관절강 외 질환

(1) 근육 손상성 질환

근육 손상성 질환 중 주요 근육의 손상 시 임상적 특징과 진단법은 아래와 같다.

견비통과 관련된 근육으로는 극상근, 극하근, 소원근, 견갑하근을 포함하는 회전근개와 대원근, 오구완근, 전거근, 삼각근, 상완이두근, 상완삼두근, 소흉근, 대흉근 등이 있다. 그 중 임상적으로 손상이 가장 많이 발생하는 부위는 회전근개이다. 극상근의 대표적인 임상 증상으로는 외전 시 60도-120도 사이에서 통증이 악화되는 특징이 있고, Empty can test를 통해서 이를 진단할 수 있다. 극하근과 소원근 손상의 경우 견관절을 외회전할 때 견봉 뒤쪽 상완골 대결절 부위에서 통증이 출현하고, 의사는 환자의 견관절을 external rotation하게 한 후 반대로 저항을 주면서 통증이 발현하는지 여부와 근력약화의 양상을 통해 진단할 수 있다. (Resisted external rotation test) 견갑하근의 손상 시에는 견관절의 외전이 제한되고 외전 시 견부의 앞쪽 부위에서 통증이 심하게 나타나며, 검사법은 Lift off test나 Belly press test이다. 삼각근은 외전에 주로 작용하는 근육으로서, 손상이 발생하면 외전 90도 위치에서 견봉 외측 부위에 통증을 주로 호소하고, 환자의 삼각근 부위를 촉진하여 보면 tout band가 많이 발견된다. 환자의 견관절을

90도로 수평 외전한 상태에서 검사자가 주관절 부위를 아래 방향으로 눌러 봄으로써 환자의 통증발현 유무와 근력 약화를 통해 해당 부위의 손상을 확인해 볼 수 있다.

회전근개 손상의 경우 파열의 정도가 심할 경우에는 외관상 파열된 견부가 상승되는 모양을 하게 되고, Drop arm test를 시행할 때 환자는 외전 90도 각도에서 팔을 유지하지 못하고 중력에 의해 팔을 떨어트리게 된다.

(2) 건, 인대 손상성 질환

대표적인 질환으로는 석회화성 근건염과 견쇄관절 인대손상, 상완 이두근 장두 건초염 등이 있다. 석회화성 근건염은 회전근개의 극상근 부위에서 주로 발생하는데 극상근건 부위에 칼슘화가 진행되면서 칼슘물질이 견봉하 활액낭을 손상시켜 통증이 유발된다. 견관절을 굴곡하거나 외전할 때 칼슘물질이 주변 조직과 마찰이 있는 지점에서는 통증이 극렬하게 나타나지만, 일단 통과하고 나면 통증이 소실되는 특징이 있다. 견쇄관절 인대손상의 임상적 특징은 외전의 최종단계(160도-180도)에서 견봉위쪽의 견쇄관절 부위에 통증이 나타난다. 상완이두근 장두 건초염의 경우에는 주관절의 굴곡, 외회전(팔을 뻗어서 쥐어서 들어 올릴 때와 같은 동작) 할 때, 어깨 앞쪽 부위에 통증이 나타나며, 해당 부위에 압통이 나타난다. 이는 Yergason's test 통해 확인할 수 있다.

(3) 점액낭 손상성 질환

대표적인 어깨 부위의 점액낭 부위로는 견봉하와 삼각근하 부위이다. 임상적 특징으로는 휴지기에 견봉하, 삼각근 밑 부위에 옥신옥신 거리는 양상의 통증이 나타나고, 해당 부위에 약간의 부종이 있다. 또한 통증으로 인해 능동 거상이나 외전이 제한되나, 수동으로는 거상이 가능하며, 견관절의 외전과 외회전시 통증이 심화되는 특징이 있다.

2) 관절강 내 질환

관절강내 손상으로는 SLAP, Bankart, 견관절염 등이 있다. SLAP, Bankart는 발생 부위의 차이점으로 명칭을 달리하나, 이 둘은 공통적으로 관절 순(labrum)의 손상으로 발생하는 질환이다. 주로 배드민턴, 야구 등과 같은 overhead 스포츠나, 역도처럼 heavy lifting 운동을 할 때와 같이 급격한 외회전과 신전 시 다발한다. 임상적으로 팔을 머리 위로 올릴 때 해당부위에 통증이 나타나며 견관절의 안정성이 저하되고 환자는 손상된 부위로 누워서 자기 힘들게 된다. SLAP의 경우 O'Briens test, Clunk test, Biceps Load I and II test로 감별 진단하며, Bankart의 경우 IRRST test를 통해서 진단하는데, 정확한 진단은 영상학적 검사를 통해 확진할 수 있다. 임상에서 드물게 견관절염을 볼 수 있는데, 견관절염이 발생하면, 휴지기에 도 붓고 쭈시는 통증이 나타나고 관절 가동 시에 통증이 심해지며

환측으로 누워서 잘 수 없는 증상을 호소한다. 진단적 특징으로는 검사자가 견관절을 전후로 잡고 관절면을 압박해보면 환자는 심한 통증을 호소한다.

3) 관절의 구조적 손상

(1) 동결견

동결견은 관절낭의 섬유화와 유착으로 인해 어깨 관절의 능동적, 수동적 동작제한이 발행하고 특정 동작에서 통증을 유발한다. 40대-60대의 여성들에게서 주로 발생하며 당뇨나 심혈관 질환, 갑상선 질환이 있는 환자들에 있어 유병률이 더 높다⁵⁾. 병인은 견관절과 연조직의 퇴행성 변화, 피로성 손상, 외상 등 연조직의 만성적 손상의 결과로서 발생하는 것으로 그 병기에 따라 염증기, 동결진행기, 동결기, 해동기의 단계로 구분된다. 대표적인 증상인 능동, 수동 ROM 제한과 특정 각도의 통증으로 진단할 수 있다.

(2) Impingement syndrome

견관절의 구조적 불균형으로 인해 어깨 견봉과 상완골의 충돌이 발생하여 회전근개 파열, 견봉하 점액낭염등의 병증을 유발하는 현상을 통칭한다. 크게 external Impingement syndrome과 internal Impingement syndrome으로 구분하는데, 대다수는 external Impingement syndrome에 해당한다. external Impingement syndrome은 견봉과 관절낭 사이에서 발생하는 것으로 발생 기전은 퇴행적 또는 구조적 원인에 의해 견봉과 상완골두 사이 공간이 좁아지게 되면서 해당 부위에서 병증이 발생하는 것이다. 퇴행적인 손상의 발생 기전으로는 견갑대와 상완골의 구조적 불균형으로 인해 퇴행적인 변화가 생기거나, 견봉의 골극으로 인해 구조적 변화가 발생할 수 있다.

임상적 특징은 견관절 운동의 특정 위치에서 통증이 유발되고 이로 인해 능동적 가동범위의 제한이 생기지만 수동적으로는 가동범위 제한을 초과할 수 있다. 또한 견관절 운동의 특정 위치에서 염발음이 발생하기도 한다. 이를 진단하기 위한 검진 방법으로는 neer test, Hawkins-kennedy test가 있다.

4) 견비통 질환의 임상 진단법과 의의

임상에서 견비통 환자의 진단에 앞서 가장 중요한 부분은 원발성인지 속발성인지 여부와 신경원성과 국부손상성 질환인지를 감별해 내는 것이다. 견부의 통증이 원발성인지 속발성인지 구분하기 위해서는 Spurling Test를 통해 경추에서 기원하는 속발성 질환을 R/O하여 속발성 질환인 경우 해당 질환의 원인을 찾아 치료할 수 있도록 한다. 국부 신경원성 질환과 국부 연조직성 손상성 질환은 Pinch-roll Test를 통해 감별 진단하는데 국부 신경원성 질환에서는 Pinch-roll Test가 해당 부위에서 양성 반응을 나타낸다. 각 Pinch-roll 부위와 양성 반

Table 2. Pinch roll area in local neurogenic injury and damaged nerve when positive sign observed

Pinch roll 부위	Damaged nerve
견전부, 액와 위쪽	Intercostobrachial Cutaneous Nerve
삼각근	Axillary Nerve (사변공)
견봉 위쪽	Suprascapular Nerve
쇄골 위쪽	Supraclavicular Nerve
삼두근	Radial nerve의 피부분지(삼변간)
상완 이두근 내측	Medial Brachial Cutaneous Nerve

응 시 손상된 신경은 다음과 같다(Table 2).

국부 연조직 손상의 경우 Pinch-roll Test에서 음성이며, 각종 임상증상과 ROM 테스트, 이학적 검사, 영상진단 검사를 종합하여 세부적으로 진단한다. 이러한 검사 procedure는 다음과 같은 의미를 갖는다고 할 수 있다.

- (1) 병소와 병인을 정확하게 진단할 수 있다.
- (2) 진단과 치료의 객관성을 확보할 수 있다.
- (3) 질환의 종류에 따라 적절한 치료수단을 선택할 수 있어, 결과적으로 치료 효율을 높이게 된다.
- (4) 이 절차에 따라 훈련된 임상의로 하여금 동일한 진단과 치료법을 사용하게 할 수 있고, 근거중심의학으로의 지향점에 근접할 수 있다.

5) 견비통의 임상 치료법

임상에서 치료적 중재는 침, 침도, 약침, 한약, 추나, 부항, 뜸 등의 다양한 치료 도구를 선택하여 사용할 수 있다. 속발성인 경추 기원성 견비통의 경우 침도 치료를 위주로 하여 약침, 부항, 추나, 한약 치료를 병행하는 것을 권고한다. 국부 신경 손상성의 경우 호침 치료를 중심으로 하여 약침, 부항, 한약 치료를 병행한다. 국부 연조직 손상성 질환 중 근육 손상이나 건, 인대 손상인 경우에는 침 치료를 중심으로 하여 약침, 부항, 추나, 한약 치료를 병행하여 치료한다. 다만, 연조직의 유착, 경결 등이 있을 경우에는 침도 치료를 적용해야 한다. 점액낭 손상인 경우에는 호침, 약침 및 청열 사습하는 약재 위주로 처방된 한약 치료를 병행하여 치료한다. 구조적 손상인 경우에는 유착과 견관절의 구조적 변형이 심하므로, 침도 치료를 중심으로 하여 추나, 약침, 한약, 부항 치료를 병행할 수 있다. 다만 이 경우에는 다른 질환과 달리 장기간의 치료를 요하는 경우가 많다.

RESULT

위에서 서술한 내용은 다음의 flow chart로 요약할 수 있다. Fig. 1은 견비통의 진단 프로토콜이며, 그 중 견관절 국부

Figure 1. Diagnosis protocol for shoulder pain.

Figure 2. Diagnostic protocol for local soft tissue injuries.

손상의 진단 프로토콜은 Fig. 2의 procedure로 정리될 수 있다(Figs. 1, 2).

DISCUSSION

우리는 견비통에 대한 치료 procedure를 구성하고, 임상에서 각 질환을 감별 진단할 수 있도록 각각의 임상적 특징과 진단법에 대해 서술하였다.

지금까지 한의 임상에서는 질환에 대한 체계적 분류와 그에 따른 진단과 치료적 접근법이 부족하였다. 한의사들마다 진단하는 방식이 각각 다르고 치료 방법도 균일하지 않아서, 진단과 치료의 객관성을 확보하기 어려운 측면이 있었으며, 이 점은 한의진료의 신뢰도를 저하시키는 주요한 원인이 되었다. 또한 질환의 병리 상태에 대한 정확한 분석없이 호침 위주의 치료를 하다 보니 치료의 한계에 부딪혀 치료 효율이 낮을 수밖에 없었다. 우리가 다룬 세부 질환 중 한 파트인 견비통 또한 병리 상태에 대한 면밀한 분석없이, 한의사의 재량에 따라 진단과 치료법을 운용하였고 치료도구의 선택부터 처방 또한 일관성이 부재하였다.

우리는 이 논문을 통해 견비통을 체계적으로 분류하고 진단 방법을 객관적으로 제시함으로써 진단의 정확성과 객관성을 높이고자 하였다. 또한 치료의 일관성을 견지할 수 있도록 근거를 마련하였다.

한의 임상에서는 한의사가 진단 기기를 사용할 수 없음으로 인해 증상과 이학적 검사에 의존할 수밖에 없고, 임상 추론적 진단에 근거한 측면이 많을 수밖에 없는 실정이다. 보다 정확한 진단과 치료를 위해서는 영상의학적 검사 기기들을 활용한 영상 진단이 필요하지만, 그럼에도 불구하고 각각의 질환이 갖고 있는 임상적 특성과 그에 따른 가장 최적화된 진단 방법을 제시하여 진단의 객관성을 높이고자 하였다. 또한, 치료 도구의 측면에서 오십견, 경추 기원성 질환과 같은 몇몇 특정 질환에 있어서는 침도 치료가 반드시 필요한데, 침도 치료를 위해서는 해부생리학에 대한 고도의 인식이 요구되므로, 임상자들의 정확한 치료 위치와 자침법에 대한 학습과 숙련이 필요하

다.

앞으로 여타 질환에 대하여서도 이와 같은 치료 procedure와 진단법의 정립이 필요하며, 이러한 작업이 축적되어진다면, 일차 의료기관인 한의원에서도 질환에 대한 정확한 진단과 치료율의 제고가 가능할 것이다. 또한, 이는 진단기기의 사용이 극히 제한되어 있는 한국 한의계가 진단기기를 사용할 수 있는 근거를 마련하는 과정이 될 수도 있을 것이다. 이러한 관점에서 우리는 앞으로 여러 영역의 질환에 대하여 이러한 작업을 수행할 것이다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

ORCID

Hyocheong Chae, <https://orcid.org/0000-0002-0281-4521>
Myungseok Ryu, <https://orcid.org/0000-0001-9349-8124>

REFERENCES

1. Shanahan EM, Sladek R. Shoulder pain at the workplace. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011;25(1):59-68.
2. Kim KS. Clinical study on acupuncture treatment for shoulder pain. *J Korean Med*. 1984;5(1):58-61.
3. Chae WS, Lee YK, Lee BY. Clinical review of 44 patients with shoulder pain. *J Korean Med*. 1987;8(2):49-55.
4. National Institute for Korean Medicine Development. Korean Medicine Clinical Practice Guideline for shoulder pain. Number TRKO202100008658. 2020.
5. Le HV, Lee SJ, Nazarian A, Rodriguez EK. Adhesive capsulitis of the shoulder: review of pathophysiology and current clinical treatments. *Shoulder Elbow*. 2017;9(2):75-84.