

복합한방치료로 호전된 방아쇠 무지증 환자 증례보고*

이지인, 송호섭*

가천대학교 한의과대학 침구의학교실



[Abstract]

A Case Report on Patient with Trigger Thumb Improved by Complex Korean Medical Treatment**

Ji In Lee and Ho Sueb Song*

Department of Acupuncture & Moxibustion Medicine, College of Orinetal Medicine, Gachon University¹

Objectives : The purpose of this study was to report a case of patient with trigger thumb which improved by Meridian Tendino-musculature Acupuncture therapy, Moxibustion and Bee-Venom pharmacopuncture.

Methods : In this study, we have conducted Meridian Tendi-musculature Acupuncture therapy, Bee-Venom Pharmacopuncture and Moxibustion treatment, on the basis of anatomical structure on the patient who was diagnosed of trigger thumb with pain, edema and motional restriction of the thumb. Furthermore, Electroacupuncture had been implemented with acupuncture therapy, and also passive exercise therapy had been conducted before and after the treatment to enhance the effect. The patient was assessed for trigger thumb-related symptoms by Visual Analogue Scale (VAS) score and Quinnell's Classification of triggering.

Results : Quinnell's triggering grade & VAS score had decreased considerably after 18 sessions of treatment.

Conclusions : It can be deducted that symptoms of Trigger thumb could be improved by Meridian Tendino-musculature Acupuncture therapy, Moxibustion and Bee Venom Pharmacopuncture treatment.

Key words :

Trigger thumb;
 Trigger finger;
 Meridian tendino-
 musculature
 acupuncture;
 Bee-venom acupuncture;
 A1 pulley

Received : 2015. 02. 16.

Revised : 2015. 03. 02.

Accepted : 2015. 03. 04.

On-line : 2015. 03. 20.

※ This research was supported by the Gachon University Research Fund in 2015

* Corresponding author : Department of Acupuncture & Moxibustion Medicine, Gil Oriental Medicine Hospital of Gachon University, 12, Dokjeom-ro 29beon-gil, Namdong-gu, Incheon, 405-835, Republic of Korea

Tel : +82-70-7120-5012 E-mail : hssong70@gachon.ac.kr

© This is an Open-Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

The Acupuncture is the Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine Society. (<http://www.TheAcupuncture.org>)

Copyright © 2014 KAMMS. Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine Society. All rights reserved.

I. 서론

방아쇠 무지증(trigger thumb)은 방아쇠 수지(trigger finger, 彈發指)의 일종으로, 손가락을 펼 때 '딸깍'거리는 소리가 나는 것이 마치 방아쇠를 당기는 것과 유사하여 붙여진 이름이다. 방아쇠 무지는 장무지신전근의 협착성 건초염(stenotic tendovaginitis)에 의해 유발되는 증상으로, 협착성 건초염은 건초에 염증이 생겨 힘줄이 미끄러지기 어려운 상태와 함께 통증을 유발한다¹⁾.

성인의 방아쇠 무지증과 방아쇠 수지증은 악수를 많이 하는 직업군이나 조타수를 쥐는 등 껌 쥐는(grip) 운동을 자주 할 때 호발하는 질환이며²⁾, 성인에서는 중지 및 약지에 가장 흔히 발생하고 소아 및 영아에서는 90 % 이상 엄지에 발생하는 것으로 알려져 있다³⁾.

방아쇠 무지증은 발병 위치상 De Quervain 건초염과 유사하나, 실제 이환되는 해부학적 구조물이 다르고 증상에 차이가 있어 진단 및 치료에 유의하여야 한다²⁾.

성인의 방아쇠 수지증에 대한 한의학적 증례는 몇 차례 보고되었으나⁴⁻⁷⁾, 방아쇠 무지증에 대한 증례는 보고된 바 없다. 또한 방아쇠 무지증의 치료는 정확한 치료점 선정이 치료 이후의 예후에 중요한 역할을 한다.

이에 본 연구에서는 굴곡 시의 무지지절관절 주위의 동통 및 무지의 신전 제한을 주소로 내원한 환자를 대상으로 경근 이론의 시각에서 침 및 봉약침치료를 시행하여 유의한 결과를 얻었기에 그 결과를 보고하는 바이다.

II. 증례

1) 환자

장○○, 여성, 66세

2) 주소증

우측 엄지손가락의 중수지관절(metacarpophalangeal joint, MP joint) 부위 통증 및 부종, 잠김상태 유지, 신전 시 탄발음 유발

3) 발병일

2014년 10월 중순(발병계기 별무)

4) 과거력

- 2014년 9월부터 고지혈증 치료제 복용 중
- 2014년 초 역류성 식도염으로 진단받은 후 간헐적으로 복용 중

5) 현병력

위 환자는 2009년 6월 경추 후부 근육의 긴장(項強) 치료를 위해 본원 내원한 것을 계기로 이명증, 주두낭염(olecranon bursitis), 요둔통, 좌측 반월판 손상으로 인한 무릎 통증 등의 증상으로 가끔 본원 침구의학과에서 외래 치료를 받아 온 환자이다. 2014년 10월 중순(15일)경 특별한 계기 없이 우측 엄지손가락 전체에 쓰라린 양상의 통증과 부종, 굴신 제한 및 손가락 신전 시의 탄발음 증상이 발하였다. 상기 증상이 일주일 여간 지속되어 2014년 10월 23일 로컬병원 정형외과에 내원하였으며 방아쇠 무지증으로 진단받았다. 진단 이후 정형외과에서 별도의 치료를 받지 않고 본원에 내원하였다.

6) 가족력

어머니, 할머니: 고혈압

7) 사회력

마른 체형, 흡연(-), 음주(-), 직업: 주부

8) 치료 기간

2014. 10. 23~ 2014. 12. 12(총 18회 외래치료)

9) 치료내용 및 방법

(1) 침치료

침은 동방침구제작소의 1회용 stainless steel 호침(0.25 × 30 mm)을 활용하여 환자 내원 시마다 시행하였으며 침치 시간은 30분을 기본으로 하였다. 치료 개수는 1회 치료당 총 4~5개를 활용하였으며, 치료 부위는 A1 pulley(Fig. 1⁸⁾) LU₁₀(魚際)혈 위치에 1~2개 직자하였다. 또한 3~4개의 침을 A1 pulley 부위부터 모지 지절간관절 횡선부위까지 排刺法으로 자침하였다(Fig. 2).

자침 시 경피적외선조사요법(infra-Red) 및 전침(electroacupuncture)치료를 병행 시행하였다. 전침 활용 시 저빈도(4 Hz) 연속과 자극을 주어 지속적 진통효과 및 순환 촉진 효과, 특기감 유발을 유도하였다. 전침기는 STN-111(스트라텍, Anyang, South Korea)을 사용하였다.

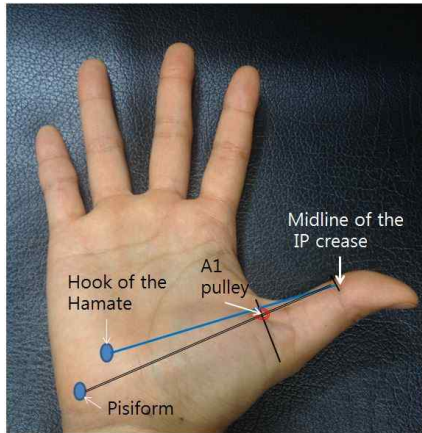


Fig. 1⁹⁾. Anatomical location of thumb A1 pulley
The midline of the thumb interphalangeal(IP) crease, the hook of the hamate, and the pisiform. Two longitudinal mark the possibility of locating of the A1 pulley.

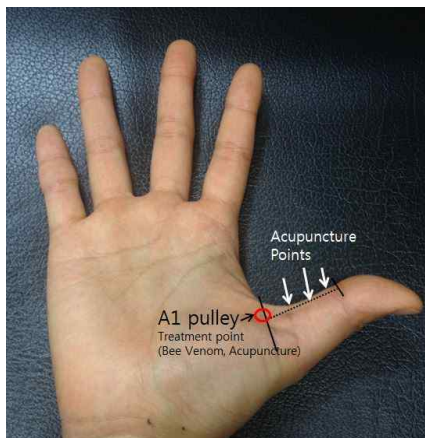


Fig. 2. Acupuncture & bee venom pharmacopuncture treatment points for trigger thumb patient case

사용 혈위 및 시술 방식에 대한 세부 사항은 STandards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture (STRICTA)¹⁾ 양식에 맞추어 Table 1에 정리하였다.

(2) 봉약침 치료

봉약침(봉봉탕전실에서 3,000 : 1의 희석 비율로 제조한 것)을 1.0 ml 용량의 1회용 인슐린 syringe(30 G × 12.7 mm, 성심메디칼, 한국)로 A1 pulley 부위에 3~4 mm의 깊이로 내원 시마다 주입하였다. 치료 point의 개수는 1회당 1개로, 1 point당 봉약침 사용 용량은 0.01~0.02 cc로 극소량 사용하였다. 상기 환자는 2009년부터 외래 치료를 받아 왔고,

Table 1. Details of Acupuncture Technique Based on STRICTA¹⁾

1. Acupuncture rationale	
1a) Style of acupuncture	Traditional Korean medicine
1b) Reasoning for treatment provided	Based on historical context and anatomical information
2. Details of needling	
2a) Number of needle insertions per subject per session	4-5
2b-1) Names of points used	LU ₁₀ , etc
2b-2) Uni/bilateral	Unilateral(affected side)
2c) Depth of insertion	About 0.3~0.5 cm
2d) Response sought	De-qi sensation
2e) Needle stimulation	Electroacupuncture
2f) Needle retention time	25~30 minutes
2g) Needle type	0.25 × 30 mm, Dong-bang stainless steel disposable acupuncture needle
3. Treatment regimen	
3a) Number of treatment sessions	18 times
3b) Frequency and duration of treatment sessions	Twice or 3 times a week
4. Other components of treatment	
4a) Details of other interventions administered to the acupuncture group	Passive exercise(after acupuncture treatment), bee venom pharmacopuncture, indirect moxibustion
4b) Setting and context of treatment, including instructions to practitioners, and information and explanations to patients	None
5. Practitioner background	
5) Description of participating acupuncturists	Specialist of acupuncture and moxibustion medicine with more than 20 years of experience
6. Control or comparator	
Interventions	No control intervention

그동안 간헐적으로 봉약침을 사용해왔기에 따로 skin test는 진행하지 않았으나, 부작용 여부는 면밀히 관찰하였다.

(3) 뜸치료

간접구(담배뜸)는 동방침구제작소에서 제작한 동방 미니 뜸(Dongbang Mini Moxa - stick on moxa)을 사용하였으며, 내원 시마다 A1 pulley 부위에 2개씩, 동일 부위당 2회 시행하였다.

(4) 기타 요법: 수동적 운동 요법

환자에게 치료 전 우수 무지의 MP joint 횡문 부위를 왼손으로 1~2분간 꼭 쥐도록 하여 무지 부위의 혈행 개선을 유도하였다. 침구 치료 후에는 수동적 신전 운동(환자가 무지를 신전하도록 한 후에 치료자가 반대로 굴곡 방향으로 가볍게 눌러줌)을 1~2분간 시행하였다.

(5) 한약물치료

사용하지 않음

10) 평가방법

(1) 시각적 상사척도

환자의 주소증인 무지부위의 통증 정도를 객관적으로 파악하기 위해 시각적 상사 척도(visual analogue scale, VAS)를 활용하였다. 환자의 경험에 근거하여 가장 극심한 통증을 10, 통증이 없는 상태를 0으로 하여 시술 시마다 0~10 사이의 증상 정도를 정하도록 하였다.

(2) Quinnell's classification of triggering⁹⁾

방이쇠 현상의 정도는 임상적으로 가장 많이 활용되는 Quinnell의 분류 방법을 활용하였다. Grade 0부터 4까지 분류 가능하며 grade 0은 정상 수지를, grade 4는 가장 심한 단계로 수지가 굴곡된 상태로 고정된 상황을 의미한다(Table 2).

Table 2. Grade of Triggering of the Digit (Thumb)

Grade	Description
0 : none	Even movement during flexion / extension
1 : mild	Uneven movement during flexion / extension
2 : moderate	Actively correctable: Interferes with normal hand function
3 : severe	Passively correctable
4 : locked	Fixed in flexion

11) 치료 경과(Table 3, Fig. 3)

(1) 2014년 10월 23일(초진)

우측 엄지손가락의 MP joint 부위 통증 정도는 VAS 5로, 통증으로 인해 수면에 제한이 있었다. 엄지손가락 신전 시 자각적 탄발음이 느껴진다 하였는데, 엄지손가락 부위로 부종이 있어 좌우 차이가 보였으며, 통증으로 펜글씨를 쓰거나 설거지를 하는 등 일상생활에서의 불편함을 호소하였다. Triggering grade는 4로, 아침 기상 시 손가락이 고정되어 있는 경우가 많다고 진술하였다. 압진 시 A1 pulley 부분의 결절이 촉진되었다.

(2) 2014년 10월 27일(치료 3회 차)

2회의 치료 이후 통증이 처음보다 줄어들어 수면의 질이 개선되었다고 진술하였다. 부종이 기존보다 줄어들었으며(좌우 차이는 아직 존재), 환자 치료 이후 손가락이 굴곡된 상태로 고정되는 현상은 보이지 않는다고 진술하였다. 탄발 증상은 자각되었고, 압진 시 A1 pulley 주위에 결절 촉진되었다. Triggering grade는 3, 통증 정도인 VAS는 3정도로, 자각되는 통증과 그로 인한 일상생활에의 불편감은 지속되었다.

(3) 2014년 11월 3일(치료 5회 차)

4회 치료 이후 오른손 엄지손가락 부위의 부종 줄어들어 육안으로는 좌우의 차이가 관찰되지 않았다. 환자 아침 기상 시 엄지손가락에 뻣뻣한 느낌이 있고 오후시간보다 통증이 심한 편이라고 하였으나, 초진 시보다는 줄어들어 VAS 2~3 정도를 호소하였다. 통증으로 인한 일상생활에의 불편감은 유지되었다. Triggering grade는 2로, 탄발 증상의 횟수 또한 하루에 수십 회 이상에서 5~6회 정도로 줄어들었다.

(4) 2014년 11월 12일(치료 8회 차)

엄지손가락 부위의 부종이 없어진 상태로 유지되었고 탄발음은 하루 2~3회 정도로 횟수가 줄어들었다. 통증이 아침에 좀 더 심한 경향은 있었으나 무리하여 가사를 하는 정도의 일상생활을 제외하고는 통증으로 인한 불편감은 크지 않았다. 통증은 심할 때 VAS 3 정도라고 하였다.

(5) 2014년 11월 28일(치료 13회 차)

처음으로 탄발현상이 없었다고 진술하였다. 손가락이 많이 부드러운 느낌이 있고(triggering grade 1), 통증 또한 VAS 1~2 정도로 아침에도 통증이 심하지 않다고 하였다. 압진 시 결절이 만져지지 않았다.

Table 3. The Changes of VAS Score, Triggering Grade and Other Symptoms by Acupuncture & Bee Venom Pharmacopuncture

Treatment	Month/day	VAS score	Triggering grade	Trigger nodule	'Click' sound
1 st	10. 23	5	3-4	+	+
3 rd	10. 27	3	3	+	+
5 th	11. 03	2~3	2	+	+
8 th	11. 12	2	2	+	+
13 th	11. 28	1~2	1	±	-
15 th	12. 03	0~1	1	-	-
18 th	12. 12	0	0	-	-

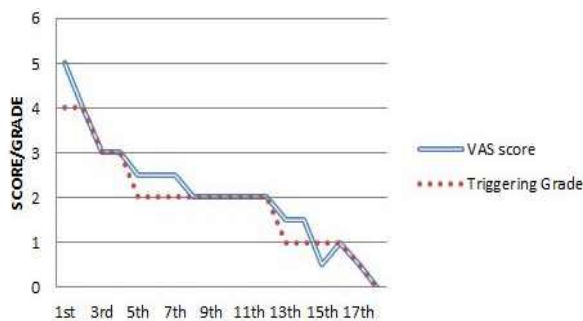


Fig. 3. The changes of VAS score and triggering grade

(6) 2014년 12월 3일(치료 15회 차)

치료 13회 차 이후부터는 탄발 현상이 없다고 하였다. 자각적 통증은 VAS 0~1 정도로 보였으며, A1 pulley 부분의 압통은 VAS 1~2 정도를 보였고, 결절은 만져지지 않았다. 수면 등 일상생활에서 방아쇠 무지증으로 인한 불편함은 처음 내원 시와 비교하여 10 % 정도라고 진술하였다.

(7) 2014년 12월 12일(치료 종료)

엄지손가락의 결립 증상은 전혀 관찰되지 않았고, A1 pulley 부위를 눌렀을 때 압통만 미약하게 있을 정도로 증상이 호전되었다. 일상생활에서의 불편감과 자각적 통증을 호소하지 않아 치료 종료하였다.

III. 고찰 및 결론

방아쇠 무지는 방아쇠 수지의 일종으로, 협착성 건초염으로 인해 엄지손가락을 펴고 굽히기 어려운 질환이다. 8세 이

하의 연령층에서는 전체 방아쇠 수지 중 90 % 이상이 엄지손가락에 발생하며, 그 중 25 %에서는 양측성으로 발생하는 특징이 있다. 40~60세 이상의 중·장년기에는 무지에서 발하는 사례가 33 %로, 영유아 시기보다는 발병률이 낮아지는 특징이 있다¹⁰⁾.

방아쇠수지는 굴근집(tendon sheath)의 팽팽한 A1 도르래(pulley) 부분을 통해 수지굴근건이 갑작스럽게 당겨질 때 '딱' 소리가 나면서 통증을 수반하는 현상이다. 방아쇠수지의 근원이 되는 병태생리는 손가락의 두 굴근건이 A1 도르래 아래로 부드럽게 미끄러져 들어가지 못하여 장력이 증가하고 수축된 도르래를 통해 건의 마디가 갑작스럽게 당겨져서 발생한다. 이러한 현상은 손가락의 굴곡이나 신전 시 모두 나타날 수 있다. 이 질환이 A1 도르래의 협착에 의한 것인지 혹은 건의 비후에 의한 것인지는 논란의 여지가 있으며 실제 임상에서는 두 원인이 혼재한 사례가 많다¹¹⁾.

방아쇠수지(무지)증의 진단은 임상적 증상 관찰로 가능하나, 잠재하는 뼈의 이상을 감별하기 위해 방사선 영상 촬영이 필요할 수 있다. 방아쇠 무지증의 통증은 엄지손가락 근위부의 손바닥 면에 국한되고 지속적인 통증을 호소하여 수면장애를 유발하는 것이 일반적이다. 환자들은 엄지손가락을 잡는 운동을 할 때 통증이 심해져 커피 잔이나 펜을 잡기 어려움을 호소하는 사례가 많다. 방아쇠 무지증은 신체검사서 힘줄부위에 통증과 붓기가 있고, 무지 근위부에 가장 심한 통증이 있다. 또한 방아쇠 무지증에서 장무지굴곡근의 근건에 작은 결절을 발견할 수 있다²⁾.

방아쇠 무지증은 임상에서 De Quervain병과 감별해야 한다. 두 질환 모두 협착성 건초염에 의해 발하는 질환이나, De Quervain병은 장무지외전근과 단무지신전근 부위에 발생하고 방아쇠 무지증은 장무지신전근건의 건초염에 의해 증상 발생하게 된다. 따라서 De Quervain병은 요골 경상돌기 부위의 통증과 악력 약화를, 방아쇠 무지증은 엄지손가

락 근위부의 손바닥 면에 국한된 통증과 무지의 굴신 제한을 보인다.²⁾

성인의 방아쇠 수지증은 치료 없이 회복되는 사례는 드물며, 관절이 잠긴 상태로 오래 유지되면 영구적인 관절 강직이 초래될 수 있다¹¹⁾. 방아쇠 수지의 양방적 치료는 보존적 치료와 수술적 치료로 나누어 접근한다. 일차적 보존 치료는 부목 고정과 비 스테로이드성 소염진통제(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) 복용으로, 스테로이드 주사에 거부감이 있는 환자에 적용 가능하다. 그러나 NSAIDs의 단독 복용이 일시적 진통 효과 외 방아쇠 수지증의 회복에 도움이 된다는 보고는 없다¹⁰⁾. 부목 고정은 영구 강직을 초래할 수 있어 권장되지 않으며¹¹⁾, 방아쇠 수지증의 증상이 심하고 이환 기간이 길수록 부목으로 인한 치료 효과는 경감된다¹⁰⁾.

일차적 침습 치료인 스테로이드 주사요법의 치료 성공률은 38~93 %로 다양하게 보고되었으며, 이환 기간이 6개월 미만인 환자나 압진 시 결절이 뚜렷한 환자에서 치료 성공률이 높다고 알려져 있다. 스테로이드 주사요법은 건초(tendon sheath) 내에 주입되어야 치료 효과가 좋고 부작용이 적으나, 실제 건초 내 주입은 쉽지 않아 실제 절반 정도에서는 건초 밖으로 주입된 것으로 확인되었다. 스테로이드 주사요법의 부작용으로는 국소 지방위축으로 인한 피부 함몰과 소독 부주의로 인한 감염, 건과열 등을 들 수 있다. 일반적으로 보존적 치료나 스테로이드 주사요법이 실패하였을 때 수술요법(percutaneous/open trigger finger release)을 고려해 볼 수 있는데 치료 성공률은 90 % 이상으로 높은 편이나, 신경손상, 감염, 활줄현상(bowstringing), 영구 통증 유발 등의 부작용이 있을 수 있다¹⁰⁾.

방아쇠 무지증을 치료하는 데에 임상적으로 스테로이드 주사요법이나 수술요법에 거부감을 보이는 환자에게 보존적 치료인 부목이나 NSAIDs, 온열치료만으로는 효과적이지 못하기 때문에 한의학적 접근법이 효과적일 수 있다.

한의학적으로 《黃帝內經·素問·五臟生成篇》에는 “掌受血而筋柔，指受血而筋強”이라 하여 손과 손가락의 기능 유지를 위해서는 원활한 營血의 공급이 필수적임을 언급하였다. 실제 방아쇠 수지(무지)증은 손바닥 부위 氣血이 조화롭지 못하고 經絡의 운행이 不暢하며, 經筋이 손상을 입고 寒濕이 經脈에 凝滯되어 발생한다고 볼 수 있으며, 한의학 분류상으로는 痺證에 해당된다¹²⁾.

기존 한의학의 방아쇠 수지증 치료 연구 보고는 약침 혹은 화침 등의 치료법을 병행하거나 단독으로 활용한 경우가 대부분이다. Kim et al⁴⁾은 3명의 환자를 대상으로 방아쇠 수지증을 자하거약침만으로 개선한 사례를 보고하였으며, Lee et al⁵⁾은 방아쇠 수지 환자 2명을 대상으로 수지 부위의

국부 조직 탄력성을 회복코자 가열식 화침(火鍼)을 시행하여 통증 정도 및 방아쇠 수지 증상 개선에 유의한 효과를 보였음을 보고하였다. 또한 Ha et al⁶⁾은 방아쇠 수지증에 봉약침을 활용해 grade를 개선하였다고 보고하였고, Lee et al⁷⁾은 스테로이드 주입 이후 주사부위 저색소화와 피부 함몰 등의 합병증이 동반된 환자 1명을 대상으로 봉약침치료만을 시행한 결과 피부 연부조직 재생과 방아쇠 수지 증상 개선에 유의한 효과가 있었음을 보고한 바 있다.

본 증례 환자는 증상이 발생한 이후 로컬병원 정형외과에서 방아쇠 무지증으로 진단받았으나 처치 및 치료를 거부하고 본원으로 내원하였다. 60세 마른 체형의 여성 환자로, 전업 주부인 직업 특성상 손을 장기간 많이 사용하였을 것으로 추측할 수 있었으며, 증상 발병이 될 만한 외상은 없다고 진술하였다. 초진 시 호소하는 증상은 엄지손가락 굴신 운동의 제한(대개 2일 중 하루는 엄지의 MP joint가 고정된 상태로 기상한다고 하였다)과 국소(엄지) 부위의 통증으로, 통증 위치가 고정적인 특징이 있고 촉진 시 A1 pulley 부위의 결절이 촉진되어 다양한 痺證의 분류 중 着痺(濕痺)에 가깝다고 판단되었다.

상기 환자의 증상인 통증과 운동 제한의 기본적인 병리는 ‘해당 관절에의 순환 부족’이라 보고, 무지의 MP joint와 A1 pulley 주변의 순환을 촉진하는 것을 기본 치료 목표로 하였다. 이는 관절의 痺證의 기본적 치법인 ‘宣通氣血과 榮衛가 順行하면 痺痛은 자연스럽게 소실됨’¹³⁾의 원칙에도 부합한다. 또한 방아쇠 무지증의 원인이 되는, 즉 치료 목표가 되는 구조물이 명확하기 때문에 A1 pulley와 그 주변 건 구조물을 중심으로 침치료를 시행하였는데, 이는 ‘以痛爲輸하는 壓通氣(阿是穴)을 치료혈로 삼는 經筋病의 치료 관점과 일맥상통하며¹⁴⁾, 해부학적 지식을 근거로 좀 더 효율적인 치료를 유도하는 것이다.

A1 pulley부터 지절간관절(interphalangeal joint)의 횡문 중앙부에 이르는 부위까지 3~4개의 침을 排刺法을 활용해 자침하였다(Fig. 2). 排刺法은 자침의 효과를 최대화시키기 위해 橫線으로 나열하여 자침하는 침법으로, 《鍼灸大成·明候門》에도 明候重痛閉塞에 활용되었다는 기록이 있다¹⁵⁾. 또한 자침 시 경피 적외선 요법(infra-red)과 전침을 병용하였으며 전침 활용 시 저빈도(4 Hz) 연속과 자극을 주어 지속적 진통효과 및 순환 촉진 효과, 지속적 인 운침 효과를 유도하였다.

환자 내원 시, A1 pulley 부위에 0.3~0.5 cm의 깊이로 3,000 : 1 농도의 봉약침을 해당 부위의 염증 확산 억제와 순환 촉진을 목표로 0.01~0.02 cc 소량 주입하였다. 서양의 학에서는 상기한 바와 같이 스테로이드를 A1 pulley 건초 내에 정확히 주입하지 못하면 부작용 유발 원인이 되나, 봉

약침치료은 주변 순환 촉진과 염증의 확산 억제를 목표로 하므로 정확히 A1 pulley 내에 주입해야 할 부담이 적다는 장점이 있다.

침, 전침 및 봉약침 치료 이후 담배뜸을 A1 pulley 부위에 시행하고 치료 전후로 수동적인 운동 요법을 병행하였다. 이 또한 해당 經筋 소통을 유도하고자 하는 치료 목표에 부합한다고 볼 수 있다.

위 내용과 같이 본원에서 방아쇠 무지증 환자를 대상으로 癢證과 經筋 이론의 관점에서 침 및 봉약침 치료를 시행한 결과 유의한 효과가 있었다.

이제까지 방아쇠 수지증에 대한 증례보고는 몇 편 보고되었으나 그 수가 많지 않고, 더욱이 방아쇠 무지증에 대한 한의학적 증례 보고는 없었기 때문에 본 보고가 가치 있다고 생각된다. 그러나 좀 더 많은 치료 환자를 확보하지 못한 것은 아쉬움이 있으며, 양방 치료 이후 부작용을 겪은 환자, 혹은 동일 증상이 재발된 환자, 통풍 등 여타 관절병과 함께 병발된 환자 등 더 다양한 증례를 확보해야 할 것으로 보인다.

IV. References

1. Korean Acupuncture & Moxibustion Society Text-book Compilation Committee. The acupuncture and moxibustion medicine. Seoul : Jipmoondang. 2012 : 412-6, 482-3.
2. Waldman SD(Trans. Kim KS). Atlas of common pain syndromes. Seoul : Jungdam. 2006 : 131-6.
3. Ronald McRae(Trans. Choi KH, Ryu JS, Kim BR). Clinical Orthopaedic Examination 6th ed.. Seoul : Medbook. 2006 : 113-4.
4. Kim JW, Kim CY, Choi SP, Han SW, Lee JC, Kim DH. The case report of trigger finger improved with *Hominis placenta* pharmacopuncture treatment. J of Pharmacopuncture. 2010 ; 13(4) : 139-47.
5. Lee CH, Park MK, Kang IA et al. A case study of 2 trigger finger patients using burning acupuncture therapy. The Acupuncture. 2011 ; 28(6) : 169-75.
6. Ha SJ, Song HS. The case report of trigger finger improved with bee venom pharmacopuncture therapy. J of the Spine & Joint Korean Medicine. 2005 ; 2(1) : 49-53.
7. Lee SJ, Nam JH, Ki KW et al. A case study of the bee venom acupuncture effect for trigger finger with side effects by steroid injection. The Acupuncture. 2013 ; 30(4) : 189-96.
8. Hazani R, Elston J, Whitney RD, Redstone J, Chowdhry S, Wilhelmi BJ. Safe treatment of trigger thumb with longitudinal anatomic landmarks. Eplasty. 2010(Sep 15) ; 10. pii: e57. Available from : http://eplasty.com/index.php?option=com_content&view=article&id=486&catid=171:volume-10-eplasty-2010.
9. Quinnell RC. Conservative management of triggering finger. Practitioner. 1980 ; 224(1340) : 187-90.
10. Akhtar S, Bradley MJ, Quinton DN, Burke FD. Management and referral for trigger finger/thumb. BMJ. 2005 ; 331(7507) : 30-3.
11. Brozman SB, Manske RC. Clinical orthopaedic rehabilitation an evidence-based approach 3rd ed. Seoul : Hanmi Medical Publishing Co. 2012 : 5-6.
12. Lu SJ. Handbook of acupuncture in the treatment of musculoskeletal conditions. Seoul : Jipmoon. 2012 : 335-40.
13. The Korean Academy of Oriental Rehabilitation Medicine. The Korean rehabilitation medicine 2nd edition. Seoul : Goonja. 2007 : 83-5.
14. Hwang MS, Yoon JH. Study of the meridian muscle therapy. The Acupuncture. 2005 ; 22(1) : 22-32.
15. Yanggyeju(Edited by Lee KH). Chimgudaesung. Seoul : Hangrim. 2003 : 300.