원 저

# 蜂藥鍼療法을 이용한 股關節病變 治驗 症例報告

김태희* · 강계성* · 권기록*


## Abstract
## Three cases of affections of the hip treated with Korean Bee-Venom therapy

Tae-Hee Kim* · Kye-Sung Kang* · Gi-Rok Kwon*

*Dept. of Acu. & Mox., Oriental Medical College, SangJi University

**Objective** : In this study, we have discovered that Korean Bee-Venom therapy is effective in treating various hip joint diseases. For example, Avacular Necrosis, Degenerative Arthritis and Rheumatoid Arthritis.

**Methods & Results** : We have treated three cases of affections of the hip(eg. Degenerative arthritis, Rheumatoid arthritis and Avascular Necrosis of Femoral Head) with Korean Bee-Venom therapy and herbal acupuncture treatments. For acupuncture, Korean Bee-Venom therapy was observed for its pain relieving effects. Korean Bee-Venom therapy was treated on the following acupuncture points: GB29(Koryo:居髎), GB30(Hwando:環跳), ST36(Chok-samni:足三里). As the results of these treatments, a little change of inflammation around the hip joint on X-ray scan study was observed, but the degree of pain and range of motion were improved, in addition to general conditions of the patients.

**Conclusions** : Based on the clinical results, Korean Bee-Venom therapy is believed to be effective for treating Avascular Necrosis of Femoral Head, Degenerative arthritis and Rheumatoid arthritis of hip joint. However, it is expected that further studies should be conducted to provide more objective information.


**Key words** : Hip joint, Avascular Necrosis of Femoral Head, Degenerative Arthritis, Rheumatoid Arthritis, Korean Bee-Venom therapy.

## I. 緖 論

인체의 관절 중에서 견관절에 이어 두 번째로 운동 범위가 큰 고관절은 비구(acetabulum)와 대퇴골(femur), 근위부의 골두(head)로 이루어지고 체중 부하와 체중 전달의 기능상 관절의 운동 범위보다는 관절의 안정성이 더 중요한 활막 관절이다[1]. 고관절의 병변은 서혜부 동통, 때로는 둔부, 대퇴부 혹은 슬관절부의 통증을 호소하며 파행을 보인다.

전체 관절질환 중에서 Rheumatoid 관절염은 원인 불명의 만성 전신성 염증성 질환이며, 유병율은 인구의 1-2% 정도로 퇴행성관절염 다음으로 흔하다.[2] 대퇴골두 무혈성 괴사로 인한 고관절 병변도 원인과 발생기전이 명확히 밝혀지지 않은 가운데 1960년대 이후 발생빈도가 급격히 증가하고 있다[1].

퇴행성관절염이나 Rheumatoid 관절염에 있어 고관절에 발병하는 빈도는 비교적 낮지만, 일단 발병하게 되면 체중을 지탱해 주는 관절이기에 그 심각성은 매우

크다.

고관절의 염증이나 괴사로 인한 파행은 한의학적으로 볼 때 關節痺症과 骨痺에 속한다[3]. 인체가 風寒濕의 邪氣에 침범되면 關節酸楚, 疼痛, 重着, 腫大 그리고 활동장애가 나타난다. 또한 병리적 변화도 관절이 중심이 되어 나타나므로 關節痺症의 범주에 속한다고 할 수 있다. 骨痺란 風寒濕邪가 함께 인체에 虛한 틈을 타서 침범하여 留而不去하고 오래도록 낫지 않으면 발생한다.

봉독의 치료작용은 전신적, 국소적 작용과 경혈 작용으로 나누어 생각해 볼 수 있는데[4], 전신작용은 봉독이 신체의 면역계에 변화를 초래하여 치료하는 것이고, 국소작용은 근골격계 질환의 경우에 봉독이 그 주입 부위에 일으키는 국소적 효과로 항염, 진통 효과이다. 경혈 작용은 침구학 이론에 따라 선혈한 경혈의 자극에 의한 침의 효과와 봉독 자체의 효과가 상승작용이 일어나는 것을 말한다.

고관절의 염증이나 괴사로 인한 질환에는 서양의학에서 특별한 치료법이 없이 외과적 수술만을 고려하고 있는 실정이나, 환자들이 수술에 대한 공포감을 가질 수 있고, 많은 경제적 비용을 지불해야 하며, 또한 수술 후유증도 적지 않은 것으로 보고되고 있다.

이에 상지대 부속 한방병원과 우신향 한방병원에서 퇴행성 고관절염, Rheumatoid 고관절염과 대퇴골두 무혈성 괴사로 인하여 보행이 불가능한 환자들에게 봉약침을 위주로 한 한의학적인 치료를 시행한 결과 유의한 치료효과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

## II. 症 例

### 1. 증례 1(대퇴골두 무혈성괴사)

1) 환 자 : 윤＊＊, 여자, 81세
2) 주 소 : 左鼠蹊部痛, 起立不能, 左腰脚痛, 膀胱經 引痛
3) 발병일 : 2000년 7월경
4) 입원일 : 2001년 3월 23일
5) 과거력 : 당뇨병(30 년전부터 양방약 복용 중)
6) 진단명 : 대퇴골두 무혈성괴사(Avascular Necrosis of Femoral Head)

7) 현병력 : 상기환자는 81세 된 여환으로 약간 예민한 성격이며, 평소에 농사일을 힘들게 하여 간헐적인 요통을 앓아오다가 좌측 서혜부 통증이 2000년 7월에 발생하여 보성 종합 병원에 입원하여 진통제를 처치 받았으나 별 다른 호전이 없어 집에서 안정을 취하면서 한의원에서 침치료와 약물치료를 받았다. 그러나 통증이 점점 심해져서 2001년 1월에 중앙병원에서 20일간 입원하면서 X-ray와 MRI 검사상 L1-2, L2-3 추간판 탈출증과 대퇴 골두 무혈성 괴사를 진단 받고 수술권유를 받았으나, 환자의 나이가 너무 고령인 것을 감안하여 봉약침을 포함한 한방 치료를 원하여 2001년 3월 23일에 휠체어를 타고 입원하였다.

8) 치료내용

居髎(GB29-관골구(Accetabulum)와 대퇴골두(Head of Femur)가 형성하는 고관절의 관절강내), 環跳(GB30), 足三里(ST36)에 봉약침을 1:2000 0.2cc씩 사용하였고, 肩井(GB21), 風池(GB20), 膻中(CV17)에 JsD(호도약침)를 0.1cc씩 시술하였다.

9) 치료경과

상기환자는 입원당시에는 patrick 검사[5]에서 양성반응을 보였으며, 검사 동작이 이루어지지 않았고, 대퇴관절부의 내·외회전은 거의 불가능한 상태였다. 야간에는 극열하게 찌르는 듯한 통증으로 인하여 수면시간이 2시간 정도 밖에 되지 못하는 상태가 되었다. 시술 7일째 부축 보행 때에 통증이 약간 감소되는 경과를 보였고 수면시간도 2-3시간 정도로 늘기 시작하였으며, 통증양상도 刺痛에서 鈍痛으로 바뀌었다. 4월 19일(시술 27일째)부터 독자 보행이 가능한 정도(거리는 10m정도)가 되었으며 舌苔와 脈, 그리고 입원당시 1/4공기 밖에 드시지 않던 식사량이 1/2 공기로 증가하는 등 일반적인 상태가 점점 안정되어갔다. 5월 2일(시술 41일째)부터는 통증보다는 저리는 증상을 호소했으며 patrick 검사 동작이 가능해졌다. 고관절의 운동 범위5)도 상당한 변화가 있었다.(Table 1.)

### 2. 증례 2(퇴행성 관절염)

1) 환 자 : 김＊＊, 여자, 68세
2) 주 소 : 兩側 鼠蹊部疼痛, 兩側 臀部疼痛, 左右膝痛 起立不能
3) 발병일 : 2001년 5월 28일

Table 1. Change of Lt. Hip Range of Motion (Case 1)

| | 2001. 3. 23 | 2001. 3. 30 | 2001. 4. 13 | 2001. 4. 27 | 2001. 5. 10 |
|---|---|---|---|---|---|
| 내전(20-30°)* | 5° | 5° | 10° | 10° | 20° |
| 내선(35-45°) | 10° | 10° | 20° | 20° | 30° |
| 외전(50°) | 20° | 20° | 30° | 30° | 35° |
| 외선(35-45°) | 5° | 5° | 10° | 20° | 25° |

*()은 정상범위

4) 래원일 : 2001년 5월 28일

5) 진단명 : 퇴행성 고관절염(Degenerative arthritis of hip joint)

6) 현병력 : 상기 환자는 68세 된 여자 환자분으로 평소에 퇴행성 슬관절염으로 여러 차례 정형외과와 한의원에서 치료를 받으신 적이 있었다. 상기 발병일 전부터 과수원 일로 과로한 작업을 하던 중 상기 발병일에 상기 주소를 호소하여, 본원에 휠체어를 타고 외래로 래원하였다. 처음 래원한 당시에는 서혜부위의 통증이 극심하여 보행이 불가능하였다.

7) 치료내용

居髎(GB29)에 봉약침을 1:2000 0.1cc에서 점차 증량하여 0.4cc까지 시술하였다.

8) 치료경과

래원할 당시에 X-ray 검사상 고관절 부위에 염증의 소견이 발견되었고, 서혜부와 둔부로 통증이 극심하여 보행이 불가능한 상태였다. 처음에 patrick 검사와 내·외회전 검사를 시행할 수 없을 정도로 통증이 심하였다. 통원 치료로 10회 시술 이후부터 통증에 대한 호소가 상당히 줄어 들었으며, 부축 보행을 할 정도로 호전이 되었으며, 통원 치료 2달 후(20회 시술)부터는 혼자 보행을 할 수 있을 정도로 호전이 되었고, 고관절 운동범위가 정상수준으로 되었으며(Table 2.), X-ray 검사상 고관절 부위의 관절 사이가 넓어졌고, 염증이 약간 줄어든 소견을 보였다.(Fig.1, 2)

3. 증례 3(류마티스 관절염)

1) 환 자 : 이**, 여자, 44세

2) 주 소 : 右側 鼠蹊部·臀部 疼痛, 全身 關節痛, 早朝强直

3) 발병일 : 1990년경

4) 래원일 : 2001년 6월 12일

5) 진단명 : 류마티스 관절염(Rheumatoid Arthritis)

6) 현병력 : 상기 환자는 44세 된 여자 환자분으로 상기 발병일부터 조조강직과 완관절에 통증을 호소하여 양방병원에서 R.A.를 진단 받고 치료를 받던 환자분으로 완관절과 족과관절에 변형이 나타났으며, 전신 관절에 염증 소견을 가지고 있었다. 최근에 보행이 힘들고 우측 서혜부와 둔부에 통증을 호소하시어 외래로 2001년 6월 12일 래원하였다. RA test와 CRP에서 양성을 나타내었고, X-ray 검사상 우측 고관절 부위에 광범위한 염증 소견을 나타냈으며 거의 유착을 이룬 상태였다.

Table 2. Change of Hip Range of Motion(Case 2)

| | 2001. 5. 28 | 2001. 6. 12 | 2001. 7. 12 | 2001. 8. 1 |
|---|---|---|---|---|
| 내전(20-30°) | 10°(Rt.)/10°(Lt.) | 10°/20° | 20°/30° | 30°/30° |
| 내선(35-45°) | 10°(Rt.)/20°(Lt.) | 20°/25° | 30°/40° | 40°/40° |
| 외전(50°) | 20°(Rt.)/35°(Lt.) | 40°/40° | 45°/50° | 45°/50° |
| 외선(35-45°) | 10°(Rt.)/20°(Lt.) | 25°/30° | 30°/40° | 40°/40° |

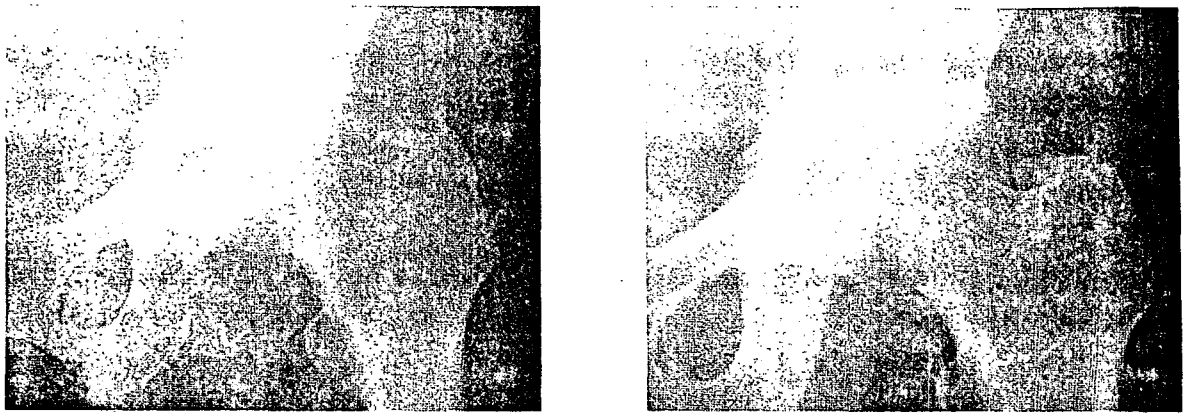

Fig.1 Change of Lt. Hip Joint on X-ray scan(Lt.: 2001.5.28, Rt.: 2001.8.1)

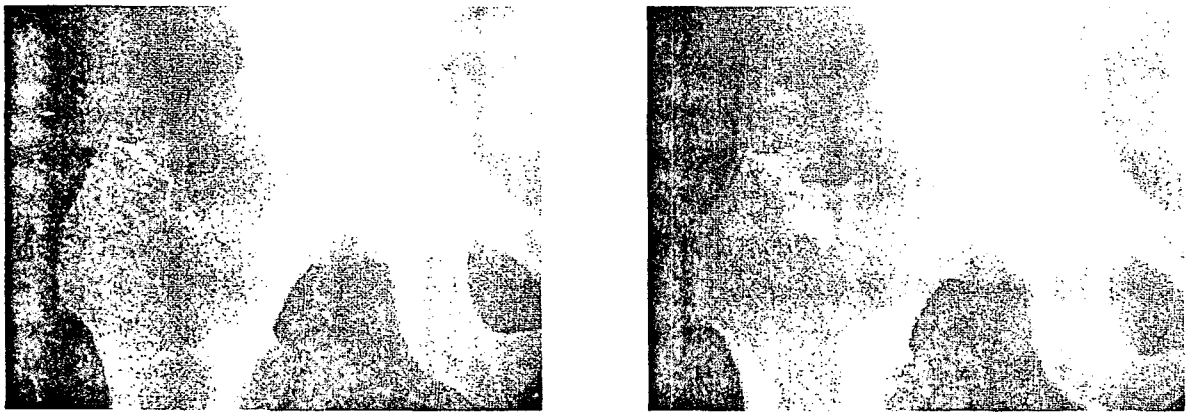

Fig.2 Change of Rt. Hip Joint on X-ray scan(Lt.: 2001.5.28, Rt.: 2001.8.1)

7) 치료내용

居髎(GB29), 環跳(GB30)에 1:2000 봉약침을 0.4cc, 足三里(ST36)에 0.2cc를 사용하였다.

8) 치료경과

래원 후 5일째 되는 날부터 우측 고관절 부위와 둔부 부위의 동통이 줄어들었다고 하였으며, 조조강직도 줄어들어 이른 시간에 외래로 올 수 있게 되었다. 래원 후 1달부터는 전신적인 상태가 호전이 되었으며, 얼굴의 부종도 많이 줄어들었고 맥상도 호전이 되었다. 래원 2달 후부터는 혼자 보행을 할 때에도 약간의 동통만 느낄 뿐 전처럼 극심한 통증은 사라졌다. 2001년 8월 1일에 X-ray를 촬영한 결과 고관절 부위의 염증은 약간 줄어들었으나, 관절의 유착 상태는 아직 존재하고 있었다.(Fig.3) 고관절 운동 범위검사에서는 위의 환자들보다 범위가 제한적이었으나,(Table 3.) 환자가 느끼는 전신 상태와 고관절 부위의 통증으로 인한 보행의 불편은 상당히 호전이 되었다.

## III. 考 察

고관절의 경우 퇴행성관절염의 빈도가 슬관절이나 요추부에 비해 상당히 떨어진다[1]. 특히 우리나라의 경우 원발성 퇴행성 고관절염의 빈도는 극히 낮다. 초기에는 하루나 이틀 정도 지속되는 통증이 간헐적으로 나타나는데, 이 경우 통증의 시작이 장거리 보행 등 육체적 과로와 자주 연관된다. 통증은 춥고 습기가 많은 날씨에 심해지는데, 대퇴 전방 및 내측을 따라 슬관절 내측부까지 갈 수 있다. 병이 진행됨에 따라 통증의 발

Table 3. Change of Rt. Hip Range of Motion (Case 3)

| | 2001. 6. 12 | 2001. 6. 19 | 2001. 7. 12 | 2001. 8. 1 | 2001. 8. 24 |
|---|---|---|---|---|---|
| 내전(20-30°) | 10° | 15° | 15° | 20° | 25° |
| 내선(35-45°) | 5° | 10° | 15° | 15° | 20° |
| 외전(50°) | 15° | 15° | 20° | 20° | 25° |
| 외선(35-45°) | 20° | 25° | 30° | 40° | 40° |

Fig.3 Change of Rt. Hip Joint on X-ray scan(Lt.: 2001.6.12, Rt.: 2001.8.1)

현 간격이 줄어들고, 주위 근육의 경축에 의한 굴곡, 내전, 내회전 변형과 관절 운동 제한이 생기며 파행이 나타난다. X-ray 소견에서는 관절 간격이 좁아지고 연골하 경화, 골극 형성, 골 낭종 형성 등 퇴행성관절염의 소견이 모두 나타난다.

Rheumatoid 관절염의 경우에 고관절은 슬관절에 비하여 적게 침범되나 보통 굴곡 변형이 있고 외전 및 내회전에 제한을 보이며, 점차 관절 간격이 좁아져 섬유성 강직을 일으키고, 오래되면 골성 강직을 일으키기도 하며, 때로는 대퇴 골두가 내측으로 파고들어 비구내 돌출을 보이기도 한다. 장기간 스테로이드를 복용한 환자는 일반적으로 골다공증을 보이며 파괴의 정도가 심하고, 이차적으로 대퇴 골두의 무혈성 괴사가 동반될 수도 있다.

대퇴골두 무혈성 괴사는 대퇴골두가 순환장애로 인하여 괴사에 빠짐으로 해서 일어나는 질병이다. 우리나라에서는 미국이나 유럽과 같은 서양인에 비해 많이 발생하는 것으로 생각되고 있으나, 실제로 대퇴골두 무혈성 괴사의 빈도나 유병율에 대하여 보고된 것은 없다. Jacob[6]에 의하면 양측을 침범하는 경우가 39.8%이며 남자가 여자의 약 5배 정도라고 보고하고 있다. 최근 자기 공명 영상과 같은 진단 기술의 발달로 양측성 침범의 빈도가 60% 까지라고 하며[1], 대부분의 경우 30대에서 50대에 걸쳐 남자에게서 더 호발한다.

대퇴골두 무혈성 괴사의 원인과 발생 기전은 아직 명확히 밝혀지지 않았으나, 1948년 Chandler 등이 "coronary disease of hip"이라 했듯이 어떤 원인에 의해 골두로의 혈관 중 대퇴 내회선 동맥에서 분지하는 외측 골단 동맥이 대퇴골두의 전외측상방 부위를 독점적으로 공급하므로 이 부위의 혈관이 막혀 쐐기모양의 괴사 부위가 생기고, 이곳에 혈류가 재생성되면서 괴사골이 흡수되고 신생골이 만들어지는데, 이 과정에서 골이 역학적으로 약해져서 골두가 함몰된다는 이론이다. 1981년 Elmstedt E.[7]는 급성 백혈병, 고셔병(Gaucher disease), 겸상적혈구 빈혈증이나 감압병 등에서 생기는 심한 동통성 발작은 급성 골수 혈전증이나 허혈, 경색 등으로 생긴다고 한다. 또한 대퇴골두의 괴사부위나 연골하 골 부위에 미세한 지방색전이 관찰되는 것을 근거로 한 이론이다. 혈중지방의 농도가 높고, 부신피질 호르몬 투여, 음주 등이 높은 인자로 지적되는 상황에서 스테로이드는 골조송증, 미세골절 등과 같은 물리적 요인과 지질대사 장애로 인한 골조직의 혈액 순환 차단으로 무혈성 골괴사를 유발하는 것으로 알려져 있고, 특히 신장이식 환자의 골괴사율은 저자에 따라 차이가

있지만 대개 3-24%로 높은 빈도를 보이고 있다. 무혈성 골괴사의 원인으로 알코올의 기전은 잘 이해되고 있지는 않지만 골 중내의 지방색전이 중요한 요인으로 주장되고 있고[8], 혈중 코티졸의 증가도 가능한 기전으로 주장되고 있다. 그밖에 세포 스트레스 축적과 점진전인 허혈 등도 거론되고 있다[1].

대퇴골두 무혈성 괴사의 초기의 방사선 소견으로는 골 경화(sclerosis)를 보이는데 처음에는 괴사된 주위 뼈의 골 흡수에 의한 상대적인 골 경화를 보이다가 점차 주위에서부터 골 형성을 하여 골 음영이 증가한다[9]. 점차 진행하면 초생달 모양의 검은선(crescent sign)을 볼 수가 있으며 이는 연골하골의 선상 투과상으로 골두 전상후부에 빈발한다[10]. 괴사가 좀 더 진행되면 괴사부위가 함몰되면서 골두가 납작해진다. 이차적인 퇴행성 변화가 생기면 관절 간격이 좁아지고 비구 쪽에도 연골하 경화, 골극 형성, 골 낭종 등의 퇴행성 변화가 보인다.

퇴행성 고관절염의 서양의학적 치료로는 증상이 있는 경우 안정을 취하고, 비스테로이드성 소염제 복용, 온열 요법이나 근력 강화 운동 등의 물리치료 요법을 사용하고, 심한 경우에는 외과적 수술을 사용한다[1]. Rheumatoid 고관절염 역시 약물 요법과 수술 요법을 사용하며, 대퇴골두 무혈성 괴사에서는 특별한 치료법이 없이 고관절 치환술을 주로 사용한다.

한의학적으로 고관절의 염증이나 괴사는 關節痺症과 骨痺의 범주에 속한다고 여겨진다[3]. 痺證은 風寒濕의 邪氣가 人體의 營衛失調, 腠理空疎 或은 正氣虛弱한 틈을 타고 經絡으로 侵入하거나 關節에 凝滯됨으로써 氣血運行이 順調롭지 못하여 肌肉, 筋骨, 關節에 麻木, 重着, 疲楚, 疼痛, 腫脹, 屈伸不利, 甚하면 關節의 强直性 變形을 招來하는 病證의 하나이다[11].

痺證의 原因說에 대해서는 <素問·痺論篇>[12]에 "風寒濕三氣雜至 合而爲痺也 其風氣勝者爲行痺 寒氣勝者爲痛痺 濕氣勝者爲着痺也"로 言及되었고, 喩 등은 "諸痺風寒濕三氣雜至 合而犯其經絡之陰也"라 하였으며[13], 林 등은 營衛가 먼저 虛하여 腠理가 不密하니 風寒濕邪가 虛를 틈타 侵入하여 痺症이 發生한다고 하였다[14]. 唐[15]은 痺證에서도 痛症이 甚한 것을 痺痛이라 하여 病因으로는 血虛에 外風邪가 虛한 틈을 타서 侵入하여 發生한다고 하였다. 痺證이 關節에 나타날 때는 風寒濕熱의 邪氣가 人體의 營衛를 失調시키면 腠理가 空疎하고 正氣가 虛弱해진 틈을 侵入하여 關節에 凝滯하거나 氣血運行이 順調롭지 못한 것이 原因이 되어 나타난다고 하였다[16].

痺病의 症狀에 對해서 痺病은 寒冷하면 攣急하고 溫熱하면 緩慢하게 되며, 風邪勝者를 行痺라 하여 其痛이 流注하며, 行痺의 初期에는 惡寒發熱의 表證이 隨伴되고 舌苔는 薄白하고 脈은 浮하며, 寒邪勝者를 痛痺라 하여 其痛이 甚苦하며 찌르는 듯한 疼痛이 있고, 局所에는 冷感이 있으며, 舌苔는 白하고 脈은 弦緊하며, 濕邪勝者를 着痺라 하여 其痛이 重着하며 肢體關節이 重着, 麻木하고 痛處는 一定하며 活動이 不便하니 舌苔는 白하고 脈은 濡緩하다고 하였다[17]. 急性인 境遇에는 全身의 惡寒發熱로 始作하여 一定處에 紅赤, 腫脹, 熱痛이 發生하며, 대개 惡寒, 戰慄, 發熱과 關節에 侵潤될 때마다 稽留熱로 오는 수도 있으며, 飮食不振, 口渴, 發汗, 便秘, 尿減少, 灰白色舌苔가 隨伴되며, 慢性인 境遇에는 熱은 없으나 患處의 腫痛이 오래 남아 있어서 때로는 惡化되어 關節의 變形으로 運動이 制限될 수 있다고 하였다[13].

風寒濕 三痺證의 治法을 살펴보면 우선 <靈樞·壽夭剛柔篇>에서부터 具體的인 論述은 아니나 刺絡法과 火針法 및 熨法 등이 나타나고 있다[18]. 보다 體系的인 治法의 言及은 宋代의 <聖濟總錄>에 이르러서야 비로소 나타나기 시작했는데[19], 行痺는 通行血氣하여야 하고 痛痺는 通引營衛, 溫潤經絡하여야 하며 着痺는 除寒濕, 通行經絡하여야 한다고 하였다. 方[11]은 三氣가 머무르는 部位와 表裏 및 虛實偏勝의 分別을 强調하였다. 즉 風宜疎散, 寒宜溫經, 濕宜淸燥하고 虛實標本을 살펴 有餘則發散하고 不足則補養氣血한다고 하였다. 李[20]는 久病 및 亡血産後病者에 風藥을 純用함이 不適節함을 指摘하고 오로지 養血補脾하라고 하였다. 그러나 또한 病의 初期에 人蔘, 黃芪, 當歸, 熟地黃 등의 補藥을 성급히 쓰는 것도 氣血凝而邪鬱 經絡不散하게 되므로 主意해야 하니, 즉 病의 新久虛實에 따라 初期强硬作痛者는 疎風豁痰하고 沈重者는 流濕行氣하며 久病에는 반드시 氣血虛實과 痰瘀의 多少를 나누어 治療하라 하였다.

봉독은 첫째 補益精氣, 둘째 補腎壯陽, 셋째 祛風濕의 효능이 있어 扶正祛邪를 통해 치료효과를 나타나게 되어[21], 봉약침을 시술하였다. 봉독을 경혈에 투여하면 첫째 경혈을 물리적으로 자극함으로써 기의 운행을 조절하는 경혈자극 효과가 발생한다. 봉독의 통증유발작용, 국소자극성 등의 약리작용은 경혈자극효과를 강화하는 의의가 있다. 둘째 봉독이라는 물질로 촉발되는 일련의

생화학적, 생리적 반응이 일어나게 된다. 봉약침의 치료적 작용기전으로 주로 시상하부-부신피질 자극효과, 유해산소 차단 등으로 일어나는 항염증작용과 면역조절작용 등이 알려져 있다. 셋째 봉독을 투여함으로써 국소적으로 혈관투과성이 항진되고 혈액순환이 촉진되어 온열감을 느낄 수 있는데, 이것은 溫灸와 유사한 補益作用을 일으키게 된다.

봉약침요법은 活血化瘀와 消腫排膿의 효능을 지니고 있으므로, 居髎(GB29)에 1:2000 농도의 봉약침을 초기에는 0.1cc, 점차 증량하여 0.4cc까지 사용하였고, 환자의 증상에 따라 環跳와 足三里에 시술하였다.

본 치료에 사용된 穴들의 穴性으로는 環跳(GB30)는 通經活絡, 疏散經絡風濕, 宣利腰髀氣滯의 穴性을 가진 穴이고, 足三里(ST36)는 理脾胃, 調中氣, 和腸消滯, 疏風化濕, 通調經絡, 調和氣血, 扶正培元, 祛邪防病, 强健脾胃의 穴性을 가진 穴이며, 居髎(GB29)는 舒筋活絡, 强健腰腿 등의 穴性을 가지고 있다[22].이 穴들은 인체의 원기를 보하며, 經絡의 鬱滯된 氣를 소통해주고, 下肢의 經絡을 강하게 해주는 작용을 가지고 있다.

약침요법은 인체의 熱性經絡인 肩井(GB21)과 風性經絡인 風池(GB20), 燥性經絡인 膻中(CV17)에 潤劑인 JsD(호도약침)를 시술하여 인체의 上焦에 나타나는 이상반응처를 조절하는데 그 목표를 두었다.

## Ⅳ. 結 論

고관절 병변으로 보행이 불편한 환자 3예에 대해 봉약침요법과 약침요법을 사용하여 치료한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 고관절의 염증이나 괴사로 인한 파행은 한의학적으로 볼 때 關節痺症과 骨痺에 속하며. 이것은 風寒濕邪가 함께 인체에 虛한 틈을 타서 침범하여 留而不去하고 오래도록 낫지 않으면 발생한다고 하였다.

2. 봉약침요법은 첫째 補益精氣, 둘째 補腎壯陽, 셋째 祛風濕의 효능이 있어 扶正祛邪를 통해 고관절의 염증이나 괴사에 효과적이다.

3. 고관절의 염증으로 인한 병변은 봉약침요법의 시행으로 X-ray 검사에서 약간의 염증 호전 반응을 나타내었으나, 환자의 통증 정도와 운동범위는 일상 생활이 가능할 정도로 호전되었다.

4. 퇴행성 고관절염과 Rheumatoid 고관절염의 서양의학적 치료로는 안정, 비스테로이드성 소염제 복용, 온열 요법이나 근력 강화 운동 등의 물리치료 요법을 사용하고, 심한 경우에는 외과적 수술을 사용하며, 대퇴골두 무혈성 괴사에서는 특별한 치료법이 없이 고관절 치환술을 주로 사용하는 실정으로 부작용 또한 우려할 상황이다.

상술한 3예에 대한 각각의 고관절 병변 환자 임상관찰을 통해 봉약침요법으로 고관절의 염증이나 괴사를 치료하는데 유용한 치료방법의 하나로 개발될 수 있을 것이며, 앞으로의 연구에는 보다 많은 고관절염 환자에 대한 장기간의 관찰을 통한 임상연구가 필요할 것으로 생각되고, 또한 통증의 정도, 운동범위, 방사선학적 소견에 대한 정밀한 측정이 병행되는 연구가 필요할 것으로 사료된다.

## 參考文獻


1. 대한정형외과학회 : 정형외과학. 서울. 최신의학사. pp 469-484. 1999.
2. 전국의과대학교수 : Current Medical Diagnosis & Treatment. 서울. 도서출판 한우리. pp875-899, p928. 1999.
3. 전국 한의과대학 재활의학과학 교실 : 동의 재활의학과학. 서울. 書苑堂. pp108-116, 1995.
4. 권기록 : 봉독요법의 면역반응에 관한 임상적 연구. 전국한의학 학술대회지. p277. 1999.
5. 金炯默 譯 : 整形外科臨床檢査. 서울. 고려의학. pp98-99, p111. 1989.
6. Jacobs B. Epidemiology of traumatic and nontraumatic osteonecrosis. Clin Orthop. 1978:130:51-67.
7. Elmstedt E. Avascular bone necrosis in the renal transplant patient. Clin Orthop. 1981:158:149-157.
8. Rico H, Gomez-Castresana F, Cabranes JA, Almoguera I, Lopez Duran L, Matute JA. Increased blood cortisol in alcoholic patients with aseptic necrosis of the femoral

head. Calcif Tissue Int. 1985:37(6):585-587.
9. 한만청 : 진단 방사선 과학. 서울. 一潮閣. pp210-211. 1995.
10. 이병철 : X선 진단의 approach 6권. 서울. 일중사. p87. 1995.
11. 方廣 : 丹溪心法附餘. 서울. 大星文化社. pp188-191. 1993.
12. 楊維傑 : 黃帝內經素問譯解. 서울. 大星文化社. p328. 1990.
13. 金永勳 : 晴崗醫鑑. 서울. 成輔社. pp314-324. 1984.
14. 張壽頤 : 中風斠詮. 서울. 大星文化社. pp402-411. 1994.
15. 唐宗海 : 血證論. 台北. 力行書局有限公社. pp194-195, p265. 1973.
16. 鄭錫熙 외 : 痺證의 分類와 治療에 對한 考察. 서울. 東醫物理療法科學會誌. vol 2-1 : pp181-190. 1992.
17. 董黎明 외 : 實用中醫內科學. 上海. 上海科學技術出版社. pp554-569. 1986.
18. 河北醫學院 : 靈樞經校釋. 서울. 一中社. pp140-154. 1982.
19. 趙佶 : 聖濟總錄. 台北. 新文豊出版公社. pp221-223. 1978.
20. 李梴: 國譯編註醫學入門(Ⅳ卷). 서울. 南山堂. pp193-212, 626-639. 1989.
21. 이승교, 인창식 : 강직성척추염에 대한 봉약침요법 증례보고. 대한약침학회지. vol.2-1. pp46-47. 1999.
22. 崔容泰 외 : 針灸學. 서울. 集文堂. pp382-383, 642-645. 1994.