

원저

## 重子, 重仙穴을 이용한 項痛 治療의 임상적 고찰

한희철 · 이상무 · 황규선 · 정형섭

동서한방병원 침구과

### Abstract

#### The Clinical Study on 30 Patients with Neck Pain, Treated by Acupuncture Treatment of Jungja and Jungseon-Hyeol

Hee-Cheol, Han · Sang-Moo, Lee · Kyu-Sun, Hwang · Hyung-Seob, Jung

Department of Acupuncture & Moxibustion, Dong-Seo Oriental Medical Hospital

**Objective :** The purpose of this study is to find out the effects of Jungja and Jungseon-Hyeol on the patients of neck pain.

**Methods :** A retrospective study has been carried out for 30 cases of neck pain patients who visited Dongseo Oriental Medical Hospital from August 1, 2001 to september 30, 2001. We have treated them with acupuncture treatment of Jungja and Jungseon-Hyeol.

**Results :** We have found out the excellent effects of Jungja and Jungseon-Hyeol on the patients of neck pain.

**Conclusion :** The acupuncture treatment of Jungja and Jungseon-Hyeol is useful on the patients of neck pain.

**Key words :** Neck pain, Jungja and Jungseon-Hyeol, Acupuncture treatment

- 접수 : 2001년 10월 23일 · 수정 : 12월 20일 · 채택 : 2002년 1월 5일  
· 교신저자 : 한희철, 서울시 서대문구 연희동 194-37 동서한방병원 3층 의사실(Tel. 02-320-7808)  
E-mail : heecheol29@hanmail.net

## I. 서론

項痛은 임상에서 흔한 증상 중의 하나이며 頸項部位的 運動障礙를 總稱하는 病症으로 情況이 매우 多樣하여 목을 回顧하지 못하며, 微痛하기도 하고 아침에 일어나면 頸項部가 強直하여 左右로 돌리거나 뒤로 돌아볼 수 없고 또한 患部가 酸楚疼痛하고 同側의 肩部上腕으로 擴散되며 혹은 頭痛, 惡寒, 局部의 筋肉이 痙攣, 壓痛이 있는 疾患을 말하는 것<sup>1)</sup>으로 《內經》<sup>2,3,4)</sup>에서는 頭項痛, 頸項痛, 頸項痛, 項筋急, 項強, 項痛이라 언급한 以來, 《傷寒論》<sup>5)</sup>에서는 頭項痛, 項背痛, 頸項強이라 하고 《萬病回春》<sup>6)</sup>에서는 頸項強痛 등으로 記載되어 있다. 西洋醫學에서는 頸椎椎間板脫出症, 頸椎의 骨關節炎, 頸部脊椎症, 脊髓腫瘍, 斜傾症, 頸部の 筋과 腱의 有痛性 損傷, 頸部捻挫, 頸部の 神經性 緊張 등이 이 範圍에 속한다<sup>7,8)</sup> 따라서 項強, 頸項痛, 頸項痛, 項強痛, 落枕 등을 項痛이라 포괄하여 말할 수 있으며<sup>9)</sup> 韓醫學에서는 그 原因을 風, 寒, 濕, 痰, 熱邪로 보았다.<sup>3,4)</sup>

本症의 治療方法에 대하여 《靈樞》〈經脈編〉<sup>2)</sup>에서는 “盛則瀉之, 虛則補之, 熱則疾之, 寒則留之, 陷下則灸之, 不盛不虛 以經取之”의 原則을 提示하였으며 이러한 治法이 治療의 基準이 되어왔으며 治療穴<sup>1)</sup>로는 天柱, 束骨, 後谿, 巨骨, 合谷, 外關, 風池, 肩井, 陽陵泉, 大椎, 風府 등이 제시되어 있다. 또한 최근에는 경추부와 견갑부 근육의 Trigger point에 의해 발생된다고 하는 이론이 제기되면서 견갑거근, 경관상근, 기타 후경근, 승모근, 능형근, 흉쇄유돌근 등을 촉진하여 압통점을 찾아 치료하는 방법들이 연구되어지고<sup>10)</sup> 근막동통증후군(Myofascial Pain syndrome, MPS) 또는 근육내자극(Intramuscular stimulation, IMS)이라하여 긴장된

근육에 직접 침 자극을 줌으로써 근육의 긴장을 해소하는 서양의학적 근육학에 바탕을 둔 새로운 방법도 소개되고 있다.<sup>11,12)</sup> 그러나 이는 환자가 옷을 벗어야 하는 번거로움과 자침시 통증이 심하다는 단점이 있다.

董氏鍼法은 臺灣의 董景昌 先生(1915~1975)이 대대로 家業으로 내려오는 秘法을 여러 제자들에게 전수한 것으로<sup>13)</sup> 《董氏奇穴鍼灸學》<sup>14)</sup>은 董景昌 先生의 제자 중 한 사람인 楊維傑 先生이 董景昌 先生의 門下에서 전수받은 것과 自身の 臨床經驗을 배합하여 정리한 책이며 책의 뒷부분 楊維傑董氏奇穴醫話匯萃(p.198)에서 重子穴을 이용하여 落枕과 오래된 背痛을 치료한 경험을 서술하였다.

著者は 이에 착안하여 項痛 환자들에게 重子, 重仙穴을 시술하게 되었는데 치료방법이 간편하고 項痛의 治療에 일정한 效果를 觀察하였기에 이를 報告하는 바이다.

## II. 관찰대상 및 방법

### 1. 觀察對象

2001년 8월 1일부터 2001년 9월 30일까지 동서한방병원 鍼灸科에 項痛을 主訴症으로 來院하여 重子, 重仙穴을 이용한 針治療를 받은 患者 30명을 대상으로 하였다.

### 2. 項痛의 診斷

項痛의 診斷은 項部の 牽引感, 疼痛 및 運動制限 등의 自覺症狀과 理學的 檢査 所見, 頸椎 放射線 撮影(X-Ray), 頸椎 컴퓨터 斷層撮影(CT) 등에 의하여 診斷하였다.

### 3. 治療方法

項痛을 호소하는 患者에게 《董氏奇穴鍼灸學》<sup>14)</sup>

에 나와있는 重子, 重仙穴을 取穴하여 刺針하였다. 重子穴의 取穴은 손바닥을 위로 하고 拇指掌骨과 食指掌骨의 사이의 手掌虎口下 1寸되는 곳에서 取穴하였고 重仙穴의 取穴은 손바닥을 위로 하고 拇指掌骨과 食指掌骨의 사이의 手掌虎口下 2寸되는 곳에서 取穴하였다. 사용된 침은 東方鍼灸製造所 製品인 직경 0.25mm, 길이 40mm인 stainless 호침을 사용하였고 刺針 깊이는 患者의 肥瘦程度에 따라 다르나 10mm~30mm 정도로 최대한의 깊이로 刺針하였다. 그리고 董氏鍼法의 一般原則<sup>13,14</sup>을 적용하여 健側 取穴을 하였고 重子, 重仙을 같이 함께 刺針하는 到馬鍼法과 動氣療法, 즉 重子, 重仙穴을 刺針한 상태에서 留鍼時間 30분동안 목을 최대한으로 움직이면서 목운동을 하도록 하였다.

#### 4. 初診時 患者 狀態의 評價方法

##### 1) 病歷期間別 評價基準

病歷期間에 대하여서는 崔 等<sup>15</sup>의 分類方法을 적용하여 最급성기(Acutest), 급성기(Acute), 아급성기(Subacute), 만성기(Chronic)로 나누었다. 最급성기는 발병 1주이내, 급성기는 1주에서 1개월 이내, 아급성기는 1개월에서 6개월, 만성기는 6개월 이상으로 각각 分類하였다.

##### 2) 患者의 狀態別 評價基準

患者의 自覺症狀의 輕重을 客觀化하기 위하여 金 等<sup>16</sup>의 方法을 적용하여 疼痛의 程度 및 活動의 制限程度에 따라 5段階로 區分하였다.

- ① Grade 0 : 疼痛이 전혀 없는 상태
- ② Grade I : 경도의 疼痛(slight pain)이 있는 경우로 안정기에는 疼痛이 없으나 동작시에만 미약한 疼痛이 있는 상태
- ③ Grade II : 中等도의 疼痛(moderate pain)이 있는 경우로 동작시 목의 운동 범위에 제한은 없으나 疼痛으로 불편한 상태

④ Grade III : 심한 疼痛(severe pain)이 있는 경우로 동작시 疼痛으로 목의 운동범위가 제한되는 상태

⑤ Grade IV : 극심한 疼痛(extremely severe pain)이 있는 경우로 동작시 극통이 발하여 목의 운동이 불가능한 상태

#### 5. 治療成績의 評價方法

##### 1) 治療經過 中の 評價基準

疼痛의 감소 정도를 신뢰성 있고 객관성 있게 표현하기는 상당히 어려우나 患者의 주관적호소를 대상으로 일반적으로 많이 이용되는 數值痛症等級(Numerical rating scale : NRS)<sup>17</sup>을 이용하여 初診時의 痛症을 10으로 하고 痛症과 불편함이 전혀 없는 상태를 0으로 표현하도록 하여 治療成績의 經過를 숫자개념으로 표시하였으며 특히 1회 치료 후의 통증의 감소 정도를 측정하는데 이용하였다.

##### 2) 治療 終了 後의 評價基準

治療終了後 治療成績의 評價는 患者 자신의 주관적인 증상의 호전도와 頸椎의 運動範圍 檢査方法<sup>18</sup>인 Flexion, Extension, Lateral bending, Rotation 등의 檢査 소견을 종합하여 金 等<sup>16</sup>의 分類方法으로 하였다.

- ① 優秀(Excellent) : 自覺症狀 및 理學的 檢査上 정상으로 회복되어 목의 운동범위에 장애가 없는 경우
- ② 良好(Good) : 自覺症狀 및 理學的 檢査上 모두 초진시에 비하여 명백한 호전을 보인 경우
- ③ 好轉(Fair) : 自覺症狀 및 理學的 檢査上 어느 한쪽만 좋아지거나 혹은 모두 약간의 호전만 보인 경우
- ④ 不良(Failure) : 自覺症狀 및 理學的 檢査上 모두 무변화하거나 악화된 상태

### 6. 治療成績의 統計處理

결과의 값은 1회 치료 후의 數値痛症等級의 감소 값을 평균±표준편차로 표시하여 治療成績을 표시하였고 SPSS 통계프로그램을 이용하여 p값이 0.05 이하인 경우 유의한 것으로 간주하였다.

최종치료 후의 治療成績은 우수, 양호, 호전, 불량으로 나누었고 치료회수는 평균±표준편차로 표시하였다.

## III. 結 果

### 1. 1회 치료 후의 治療成績

환자 30명에게 처음 1회 치료 후 치료전과 치료 후의 數値痛症等級 감소값은 7.70±2.81로 나타나 통계적으로 유의한 수준의 감소를 보였다.

### 2. 性別 治療成績

환자의 성별은 남 14명, 여 16명으로 남녀의 성비는 1:1.14의 분포를 나타내었고 1회 치료후의 數値痛症等級의 감소값은 남자가 6.64±3.25, 여자가 8.64±2.02의 성적을 보였다(Table 1).

Table 1. Sex Distribution and Change of NRS\*

sex	No. of patients (Mean±S.D)
Male	14(6.64±3.25)
Female	16(8.63±2.02)
Total	30(7.70±2.81)

\* NRS ; Numerical Rating Scale

### 3. 年齡別 治療成績

환자의 연령을 살펴보면 20대부터 70대까지 다양한 분포를 보였으며 1회 치료 후의 數値痛症等級 감소값은 20대에서 6.83±2.86, 30대에서 7.00±3.94, 40대에서 7.83±3.92, 50대에서 8.17±2.23, 60대에서 7.67±1.53, 70대에서 9.00±1.15

의 성적을 보였다(Table 2).

Table 2. Age Distribution and Change of NRS\*

Age	No. of patients (Mean±S.D)
20~29	6(6.83±2.86)
30~39	5(7.00±3.94)
40~49	6(7.83±3.92)
50~59	6(8.17±2.23)
60~69	3(7.67±1.53)
70~	4(9.00±1.15)
Total	30(7.70±2.81)

\* NRS ; Numerical Rating Scale

### 4. 發病動機別 治療成績

환자의 발병동기를 살펴보면 자고나서 발병한 경우가 19명으로 가장 많았고 염좌가 7명, 과로가 2명, 스트레스가 1명, 특별한 원인 없이 발병한 경우가 1명이었으며 1차 치료 후의 數値痛症等級의 감소값은 염좌가 8.57±2.50로 가장 治療成績이 높았고, 스트레스가 8.00±0.00, 자고나서가 7.84±2.54, 과로가 7.00±2.83이었으며 특별한 원인없이 발병한 경우에는 0이었다(Table 3).

Table 3. Cause of Neck Pain and Change of NRS\*

Cause	No. of patients (Mean±S.D)
After sleeping	19(7.84±2.54)
Sprain	7(8.57±2.50)
Overwork	2(7.00±2.83)
Stress	1(8.00±0.00)
none	1(0.00±0.00)
Total	30(7.70±2.81)

\* NRS ; Numerical Rating Scale

### 5. 病歷期間別 治療成績

초진시 환자의 병력기간을 살펴보면 최급성기가 19명으로 가장 많았고 급성기가 8명, 아급성기 1명, 만성기가 2명이었고 1차 치료 후의 數値痛症等級 감소값은 최급성기가 8.42±1.98로 가장 治療成績이 높았고 급성기가 7.13±3.44, 아급성기 6.00

±0.00, 만성기 4.00±5.66의 성적을 보였다(T-able 4).

Table 4. Duration of Symptoms and Change of NRS\*

Duration	No. of patients (Mean±S.D)
Acutest	19(8.42±1.98)
Acute	8(7.13±3.44)
Subacute	1(6.00±0.00)
Chronic	2(4.00±5.66)
Total	30(7.70±2.81)

\* NRS ; Numerical Rating Scale

### 6. 臨床等級別 治療成績

초진시 환자의 임상등급을 살펴보면 Grade III가 21명으로 가장 많았고 Grade II가 7명, Grade IV가 2명이었고 1차 치료 후의 數值痛症等級 감소값은 Grade IV가 9.00±0.00으로 가장 治療成績이 높았고 Grade III가 7.95±2.52였으며 Grade II가 6.57±3.82였다(Table 5).

Table 5. Grade of Clinical Symptoms and Change of NRS\*

Grade	No. of patients (Mean±S.D)
0	0
I	0
II	7(6.57±3.82)
III	21(7.95±2.52)
IV	2(9.00±0.00)
Total	30(7.70±2.81)

\* NRS ; Numerical Rating Scale

### 7. 最終治療 後의 治療成績

환자 30명의 증자, 증선혈을 이용한 침치료의 최종 치료 후 치료전과 치료후의 數值痛症等級 감소값은 9.17±2.65로 나타나 통계적으로 유의한 수준의 감소를 보였다.

### 8. 治療終了 後의 治療成績 評價 및 治療回數

치료종료 후의 治療成績을 보면 우수한 효과를 본

환자가 27명(90%)이었으며 양호가 1명(3.3%), 불량인 2명(6.67%)이었으며 治療成績이 우수한 환자의 치료회수는 1.96±1.13회였고 양호 2.00±0.00회, 불량이 5.50±3.54회였다(Table 6).

Table 6. Results of Treatment and Times of Treatment

Evaluation	No. of patients (%)	Times (Mean±S.D)
Excellent	27(90)	1.96±1.23
Good	1(3.33)	2.00±0.00
Fair	0	0
Failure	2(6.67)	5.50±3.54
Total	30(100)	-

## IV. 고찰

項痛이란 項強, 頸項痛, 頭項強痛, 項強痛, 痺症, 落枕에 속하는데 주로 風, 寒, 濕, 痰, 熱邪로 인하며<sup>3,4)</sup>, 증상은 項部の 견인감, 동통, 및 운동제한이 있고 심하면 지각이상, 근력저하, 건반사의 이상 등을 초래하기도 하는데 西洋醫學에서는 頸椎椎間板脫出症, 頸椎의 骨關節炎, 頸部脊椎症, 脊髓腫瘍, 斜傾症, 頸部の 筋과 腱의 痛性損傷, 頸部捻挫, 頸部の 神經性 緊張 등이 이 範圍에 속한다.<sup>7,8)</sup> 이 중 치료를 달리해야 하는 질환으로는 신경근이나 추체를 압박하는 중양성 질환, 골절이나 감염성 질환, 혹은 류마티스 관절염에 의해 추체가 침범되는 질환과 Polymyalgia Rheumatica와 같은 근육질환 등이 있다.<sup>10)</sup>

本症의 治療方法에 대하여 《靈樞》〈經脈編〉<sup>2)</sup>에서는 “盛則瀉之, 虛則補之, 熱則疾之, 寒則留之, 陷下則灸之, 不盛不虛 以經取之”의 原則을 提示하였으며 이러한 治法이 治療의 基準이 되어왔다.

項痛에 대한 침치료에서 치료혈<sup>1)</sup>로는 足太陽膀胱經의 천주, 대저, 풍문, 폐수, 췌음수, 심수, 통곡, 手太陽小腸經의 견중수, 견외수, 곡원, 병풍, 천중,

노수, 견정, 소해, 후계, 手陽明大腸經의 견우, 거골, 비노, 곡지, 열결, 합곡, 手少陽三焦經의 천유, 천료, 견료, 노희, 천정, 외관, 足少陽膽經의 풍지, 견정, 양릉천, 절골, 임읍, 督脈經의 인중, 상성, 백회, 대추, 아문, 풍부, 뇌호, 신주, 任脈頸의 승장, 經外奇穴의 頸3, 頸4, 頸5, 頸6, 頸7, 太陽穴등이 제시되어 있으며 증상에 따라 선택하여 사용한다.

최근에는 경추부와 견갑부 근육의 Trigger point에 의해 발생된다고 하는 이론이 제기되면서 견갑거근, 경관상근, 기타 후경근, 승모근, 능형근, 흉쇄유돌근 등을 촉진하여 압통점을 찾아 치료하는 방법들이 연구되어지고<sup>10)</sup> 근막동통증후군(Myofascial Pain syndrome, MPS) 또는 근육내자극(Intramuscular stimulation, IMS)이라하여 긴장된 근육에 직접 침 자극을 줌으로써 근육의 긴장을 해소하는 서양의학적 근육학에 바탕을 둔 새로운 방법도 소개되고 있으며<sup>11,12)</sup> 이는 鍼灸學의 阿是穴, 經筋理論, 그리고 근육에 자침하는 浮刺, 分刺, 合谷刺 및 筋髓에 刺針하는 關刺와 恢刺 등과 유사한 점이 많다.

董氏鍼法은 현재 임상가에서 많이 사용되고 있는데 이는 臺灣의 董景昌 先生(1915~1975)이 대대로 家業으로 내려오는 秘法을 여러 제자들에게 전수한 것이며 現在 董氏鍼法으로 알려진 책들은 董景昌 先生께서 직접 저술한 것은 거의 없고 1세대, 2세대의 제자들이 저술한 것으로 董景昌 先生의 門下에서 직접 臨床을 통하여 전수받은 것이 대부분이다.<sup>13)</sup> 《董氏寄穴鍼灸學》<sup>14)</sup>은 董景昌 先生의 제자 중 한 사람인 楊維傑 先生이 董景昌 先生의 門下에서 전수받은 것과 自身の 臨床經驗을 배합하여 정리한 책으로 重子穴의 主治症은 背痛, 肺炎, 感冒, 咳嗽, 氣喘으로 되어있고 重仙穴의 主治症은 背痛, 肺炎, 退燒, 心躁, 膝蓋痛으로 되어있으며 책의 뒷부분 楊維傑董氏寄穴醫話匯萃(p.198)에서 重子穴을 이용하여 落枕과 오래된 背痛을 치료한 경험을 서

술하였다.

환자 30명에게 중자, 중선혈을 이용한 침치료를 처음 1회 시술한 후 치료전과 치료후의 數値痛症等級 감소값은  $7.70 \pm 2.81$ 로 나타났으며 통계적으로 유의한 수준의 감소를 보였고 이<sup>9)</sup>등의 연구에서는 남자가 여자에 비해 발생빈도가 높았다고 하였으나 본 연구에서는 남녀의 성비는 1:1.14의 분포를 나타내었고 연령별 분포에서는 40대 이후에 다발한다고 발표했으나 본 연구에서는 20대에서 70대까지 고른 분포를 보였다.

환자의 발병동기를 살펴보면 이<sup>9)</sup>등의 연구에서는 別無動機와 자세불안정인 경우에 項痛이 잘 발생한다고 발표하였으나 본 연구에서는 자고나서 발병한 경우가 19명(63%)으로 가장 많았고 염좌가 7명(23%), 과로가 2명(6%), 스트레스가 1명(3%), 특별한 원인 없이 발병한 경우가 1명(3%)이었으며 1회 치료 후의 數値痛症等級의 감소값은 염좌가  $8.57 \pm 2.50$ 로 가장 治療成績이 높았고, 스트레스가  $8.00 \pm 0.00$ , 자고나서가  $7.84 \pm 2.54$ , 과로가  $7.00 \pm 2.83$ 이었으며 특별한 원인없이 발병한 경우에는 0이었다. 각 발병동기에 따른 치료전후의 數値痛症等級 감소값의 차이가 각 군간의 통계적인 유의성은 없었으나 치료가 불량했던 2명은 CT(C-Spine)상 추간판탈출증(HIVD)이 진단되었다. 이는 중자, 중선혈이 項痛 치료에 일정한 효과가 있으나, 치료가 안되는 경우도 있으니 이의 구별방법에 대한 더 많은 연구가 필요하다고 사료된다.

초진시 환자의 병력기간을 살펴보면 최급성기가 19명(63%)으로 가장 많았고 급성기가 8명(27%), 아급성기 1명(3%), 만성기가 2명(6%)이었으며 초진시 환자의 임상등급을 살펴보면 Grade III가 21명(70%)으로 가장 많았고 Grade II가 7명(23%), Grade IV가 2명(6%)으로 나타나 이<sup>9)</sup>등이 발표한 내용과 유사하였다.

환자 30명의 중자, 중선혈을 이용한 침치료의 최

중 치료 후 치료전과 치료후의 數值痛症等級 감소값은  $9.17 \pm 2.65$ 로 나타났으며 통계적으로 유의한 수준의 감소를 보였고 치료종료 후의 治療成績을 보면 우수한 효과를 본 환자가 27명(90%)이었으며 양호가 1명(3.33%), 불량인 2명(6.67%)이었는데 이는 이<sup>9)</sup>등의 연구에서 項痛의 한의학적 치료로 84%의 치료효과가 나타났다고 발표한 것보다 더 나은 성적을 나타냈다. 그리고 우수한 치료효과를 본 환자의 치료회수는  $1.96 \pm 1.13$ 회였다.

이상의 연구를 통하여 낙침(項痛이 자고나서 발생한 경우)이나 염좌, 피로, 스트레스 등으로 인한 項痛에는 중자, 중선혈의 침치료가 1~2회의 시술로도 일정한 효과가 있음을 알 수 있었으나 重子, 重仙穴을 刺針함으로써 어떤 기전을 통하여 項痛이 치료되는지를 밝히는 연구가 필요하다고 사료되며 이를 통하여 치료가 잘 되는 경우와 치료가 잘 되지 않는 경우를 분별할 수 있는 진단방법이 연구되어야 한다고 사료된다.

## V. 결론

2001년 8월 1일부터 2001년 9월 30일까지 項痛을 주소증으로 동서한방병원 침구과에 내원한 환자 30명을 대상을 重子, 重仙穴을 이용한 침치료를 시행하여 관찰한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 중자, 중선혈을 이용한 침치료를 1회 시술한 후 치료전과 치료후의 數值痛症等級 감소값은  $7.70 \pm 2.81$ 로 나타나 1회의 시술로도 항통의 치료효과에 대한 유의성이 인정되었다.

2. 중자, 중선혈을 이용한 침치료를의 최종 치료 후 치료전과 치료후의 數值痛症等級 감소값은  $9.17 \pm 2.65$ 로 나타나 항통의 치료효과에 대한 유의성이

인정되었다.

3. 치료종료 후 우수한 치료효과가 나타난 환자는 27명으로 90%에 해당되었으며 이들의 치료회수는  $1.96 \pm 1.13$ 회였다.

## VI. 참고문헌

1. 全國韓醫科大學鍼灸·經穴學教室. 鍼灸學(下). 서울:집문당. 1994:1244-1257.
2. 楊維傑. 黃帝內經靈樞釋解. 서울:일중사. 1991:119-123, 162, 211, 235-237, 244-247, 614-620.
3. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울:동양의학연구원. 1985:116, 119, 170, 209, 224, 300, 304, 295-297.
4. 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 서울:동양의학연구원. 1985:102-104, 128, 151.
5. 張仲景. 仲景全書. 서울:대성문화사. 1993:50, 88, 103, 108-109.
6. 龔延賢. 萬病回春(下). 서울:일중사. 1991:3.
7. 金東揮. 最新診斷과 治療. 서울:약업신문출판국. 1986:870.
8. 李文鎬. 內科學. 서울:학림사. 1986:40-41.
9. 李殷鏞, 李秉烈. 項痛을 住所로 入院 治療한 患者 25例에 대한 臨床的 考察. 대한침구학회지. 1998;15(2):393-406.
10. 김창환, 김용석. 근막동통증후군의 치료. 서울:도서출판 정담. 1995:63-71.
11. 최호영. 임상근육학. 서울:대성의학사. 1999:3-42.
12. 옥광휘. Gunn의 접근법에 의한 만성통증의 치료. 서울:군자출판사. 1998:3-37.
13. 崔文汎, 郭東旭, 李政勳. 實用董氏鍼法. 서울:대성출판사. 2000:1, 214-215.

14. 楊維傑. 董氏寄穴鍼灸學. 대만. 1992:1-11, 27-28, 198.
15. 崔容泰. 鍼灸科領域에 있어서 腰痛症의 治療效果에 關한 臨床的 研究. 경희대학교 30주년 기념논문집. 1979:883-902.
16. 金洋植, 蔡禹錫. 腰脊椎症으로 인한 腰痛의 電針效果에 關한 臨床的 研究. 대한침구학회지. 1989;6(1):113-128.
17. 오홍근. 통증의학. 서울:군자출판사. 1995:25-32.
18. 金瑩默. 整形外科臨床檢査. 서울:고려의학. 1989:11,12.