대한침구학회지 제19권 제1호(2002년 2월)
The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society

원 저

腰痛 및 腰脚痛 患者의 體鍼療法과 五行鍼法의 腎正格併用에 의한 증상호전 비교

김재홍 · 박은주 · 박춘하 · 조명래 · 유충렬 · 채우석

동신대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

Comparision of the Improvement of Back pain and Sciatica between Common Acupuncture treatment Group and Common Acupuncture with Shin Jong Gyuk of Ohaeng Acupuncture treatment Group

Jae-Hong, Kim · Eun-Ju, Park · Chun-Ha, Park
Myung-Rae, Cho · Chung-Ryul, Ryu · Woo-Suk, Chae

Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Dong-Shin University

Objective : The purpose of this report is to use more Shin Jong Gyuk of Ohaeng Acupuncture acupunture treatment clinically by comparing the Improvement of Back pain and Sciatica between Common Acupuncture treatment Group and Common Acupuncture with Shin Jong Gyuk of Ohaeng Acupuncture treatment Group.

Methods : This study was carried out on 40 patients with Back pain and Sciatica who were hospitalized in Dongshin Univ. Oriental Hospital from 1st, April, 2001 to Tenth, November, 2001. Group A of 20 patients were taken both common acupunture treatment and Shin Jong Gyuk of Ohaeng Acupuncture treatment. And Group B of 20 patients were only taken common acupunture treatment. And after 10 days of admission, we checked and compared VAS(Visual Analogue Scale) and improvement index out of these two groups. SPSS(Statistical Program for Sdcial Science) for Window was used for a statistical analysis and the independent T-test was performed to gauge the improvement of VAS(Visual Analogue Scale) and improvement index out of these two groups, in which case, value of P below 0.05 is considered as useful.

· 접수 : 2001년 10월 27일 · 수정 : 12월 22일 · 채택 : 2002년 1월 7일
· 교신저자 : 김재홍, 광주광역시 남구 월산동 동신대 부속 광주한방병원 침구과 (Tel. 062-350-7280)
E-mail : nahonga@hanmail.net

Results : The result of the VAS(Visual Analogue Scale) and improvement index of comparision analysis between two groups after 10 days, shows that the improvement of Back pain and Sciatica in Common Acupuncture treatment with Shin Jong Gyuk of Ohaeng Acupuncture treatment Group is more effective than that in Common Acupuncture treatment Group. (independent T-test improvement index P=0.21, VAS P=0.00)

Key words : Common Acupuncture treatment, Common Acupuncture treatment with Shin Jong Gyuk of Ohaeng Acupuncture treatment, Back pain and Sciatica, VAS, improvement index

Ⅰ. 서 론

腰痛이란 腰部에 나타나는 모든 통증을 일괄하여 사용하는 용어로서[1] 약 80%의 사람들이 일생을 통하여 적어도 한번은 요통을 경험한다고 보고되고 있다.[2]

서양의학적으로 腰痛 및 下肢放散痛의 가장 흔한 원인은 腰椎椎間板脫出證이며[3] 椎間板의 팽윤이나 수핵의 탈출로 후종인대가 신장되어 경막신경을 자극하거나 椎間孔을 통해 脊椎腔內로 들어가는 도중에 압박이나 자극을 받게 되면 통증이 나타나는데[4] 수핵의 protrusion이 脊椎管의 중앙부로 빠져나오면 요통을 일으키고 외측으로 나오면 坐骨神經痛을 일으킨다.[5]

한의학에서는 腰痛의 원인에 대해 腎虛, 痰飮, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕熱, 氣[6]等의 원인이 제시되었지만 《內經 素問 脈要精微論》[7]의 "腰脊腎之府 轉搖不能 腎將憊矣 兩腎任於腰內 故腰爲腎之外府"라는 문구와 李[8]의 "腰者 腎之候 一身 所恃以轉移闔闢 然 諸經 貫於腎 而絡於腰脊 雖外感內傷種種不同 必腎虛而後 邪能湊之"라는 기재와 같이 腎虛한 상태에서 각종 원인에 의해 腰痛이 발생한다고 보고 있다.

腰痛및 腰脚痛의 치료는 保存的 療法과 手術的 療法으로 大別되며 한의학적인 치료방법으로는 鍼灸療法, 藥物療法, 物理療法等의 방법이 주로 활용되고 있으며, 침구치료에는 體鍼, 五行鍼, 董氏鍼, 八體質鍼等의 다양한 침법등이 활용되고 있는데 五行鍼의 腎正格은 腎虛로 인한 각종 증상을 치료하는 針灸方法이다.

이에 著者는 腰痛 및 腰脚痛 환자를 기존의 體鍼에 五行鍼의 腎正格을 併用하여 치료한 군과 기존의 體鍼에 의해 치료한 군을 비교하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 관찰대상 및 치료방법

1. 관찰대상

2001년 4월 1일부터 2001년 11월 10일까지 腰痛 및 腰脚痛을 主訴로 본원에 입원한 환자를 대상으로, 기존의 體鍼에 五行鍼의 腎正格을 併用하여 치료한 20명(A군)과 기존의 體鍼에 의해 치료한 20명(B군)을 대상으로 하였다.

2. 치료방법

A군은 側臥位 또는 伏臥位의 상태에서 1일 1회로 體鍼治療와 腎正格을 併行하고(상태에 따라 阿是穴에 1회 施鍼을 추가) B군은 側臥位 또는 伏臥位의 상태에서 1日 1回로 體鍼治療를 시행하였으며

(상태에 따라 阿是穴에 1회 施鍼을 추가) A군과 B군 모두 基本 治療法으로 藥物治療, 寢床安靜, 物理治療을 실시하였다.

1) 鍼治療

體鍼治療는 崔[9], 李[10]등의 보고에 따라 腰脚痛에 응용빈도가 높은 經穴들을 參考選穴하였고 下肢 放散痛이 있을 경우는 經絡의 流注에 따라 隨證加減하였다.

① A군 治療穴

ⓐ 腎兪, 氣海兪, 大腸兪, 次髎, 環跳, 志室

ⓑ 健側(放散痛이 없는 경우 男子는左側, 女子는右側): 經渠, 復溜(補) 太白, 太溪(瀉)

ⓒ 患側下肢(放散痛이 없는 경우는 取穴 안함): 放散痛이 있는 부위의 經絡을 따라 膀胱經 의 承山, 申脈, 崑崙, 膽經의 陽陵泉, 丘墟, 懸鍾과 阿是穴을 取穴하였다.

② B군 治療穴

ⓐ 腎兪, 氣海兪, 大腸兪, 次髎, 環跳, 志室

ⓑ 患側下肢(放散痛이 없는 경우는 取穴 안함): 放散痛이 있는 부위의 經絡을 따라 膀胱經 의 承山, 申脈, 崑崙, 膽經의 陽陵泉, 丘墟, 懸鍾과 阿是穴을 取穴하였다.

③ 施術方法

上記 經穴에 東方鍼灸製作所 제품인 0.30×40mm의 1회용 毫針을 사용하고 腎正格의 補瀉方法으로 迎隨補瀉를 사용하였으며, 體鍼의 穴位에는 直刺하였으며, 환자의 상태에 따라 捻轉,提揷의 手技法을 施行하고 20~30分간 留鍼하였다.

2) 藥物治療

加味四六湯[1]과 加味獨活奇生湯[2]을 기본방으로 두고 初期에는 活血通絡止痛하는 乳香, 沒藥, 桃仁, 紅花, 蘇木等의 藥物을 加味했으며 後期에는 補肝腎, 强筋骨, 補血益氣하는 木瓜, 五加皮等을 加味하였으며 경우에 따라 基本方이 아닌 處方으로 辨證施治하였다.

3)物理治療

거동이 불편한 경우는 병실에서 溫水泡, TENS, Ultrasound를 시행하였고, 보행이 가능한 경우는 물리치료실에서 溫水泡, TENS, Ultrasound와 환자의 상태에 따라 腰椎牽引治療 및 Laser를 시행하였다.

4)附缸 및 灸療法

壓痛點에 濕附缸과 乾附缸을 1일 1회 시행을 원칙으로 환자의 상태에 따라 시행하였으며 腎兪에 溫灸를 1일 2회 시행하였다.

3. 환자상태의 평가

시각적 상사척도(VAS), 요통평가지수로 나누어 평가하였다.

1) 시각적 상사척도(VAS, visual analogue scale)[11] : 초기 입원당시의 통증을 10으로 하고 통증이 없는 상태를 0으로 지정하여 환자 스스로 매일 통증지수를 표기하였고, 호전도는 입원당시값과 10일째되던 날의 점수차로 하였다.

2) 요통평가지수 : 여러 가지 평가법중에서 治療前後에 객관적인 숫자표기의 방법이 보다 객관적인 측면이 있어 金등[12]의 요통평가지수를 根幹으로 하고, 치료성적 판정기준으로는 치료전후의 점수를 다시 다음과 같은 改善指數로 표현하였다. 점수표기는 본원 요통점수표(별첨)에 의거하였다.

改善指數 = 治療後點數-治療前點數/治療後點數

1) 熟地黃 16g 山藥 8g 山茱萸 牧丹皮 澤瀉 當歸 川芎 白芍藥 牛膝 續斷 木瓜 杜冲 破故紙 6g 狗脊 貫砂仁 陳皮 4g 甘草2g

2) 續斷 牛膝 蒼耳子 熟地黃 6g 當歸 白芍藥 威靈仙 5g 羌活 獨活 川芎 白茯苓 杜冲 秦艽 防風 肉桂 4g 細辛 甘草 2g 生薑 3片

4. 통계처리방법

통계처리는 SPSS(Statistical Program for Sdcial Science) for Window를 이용하였다. 모든 자료는 mean± SD로 나타내었고 개선지수와 VAS 상 호전도는 independent T-test를 시행하여 p값이 0.05이하인 경우 유의한 것으로 간주하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 성별 및 연령별 분포

A군은 남자가 11명, 여자가 9명이었고 이들의 평균연령은 48.25세(48.25±19.16)이며 B군은 남자가 10명, 여자가 10명이었고 이들의 평균연령은 47.5(47.5±19.61)세였다. 이로써 볼 때, 성별분포나 연령에 있어서 두군간의 유의한 차이는 없었다.

Table 1. Distribution of Sex and Age

		20~30	30~40	40~50	50~60	60~70	70~80	80~90		
A	M	1	4	2	1	1	2	0	11	20
	F	2	2	1	0	0	4	0	9	
B	M	3	1	1	3	0	2	0	10	20
	F	1	1	3	0	2	2	1	10	

2. 病歷期間別 分布(표2) 와 입원기간(표3)

病歷期間에 관하여 崔[13]등의 분류방법을 참조하여 1주 이내를 最急性期, 1주~1개월이내를 急性期, 1~6개월을 亞急性期, 6개월이상은 慢性期로 분류하였다.

Table 2. Distribution of History days

	A	B
Most Acute stage	4	6
Acute stage	7	7
Subacute stage	4	2
Chronic stage	5	5
Total	20	20

Table 3. Distribution of Admission days

	A	B
8~14days	6	7
15~21days	9	7
22~28days	3	5
29~35days	2	1
Total	20	20

3. 시각적 상사척도(VAS), 요통평가지수

환자의 입원기간을 고려하여 A군과 B군의 입원 10일 후의 개선지수와 시각적 상사척도를 비교하였다.

Table 4. VAS and Improvement Index of patients of 2 groups

	A						B					
	Improvement Index			VAS			Improvement Index			VAS		
	Admission	10day after	Index	Admission	10day after	Index	Admission	10day after	Index	Admission	10day after	Index
1	41	50	0.18	10	5	5	22	39	0.44	10	4	6
2	25	46	0.46	10	2	8	13	17	0.24	10	6	4
3	34	45	0.24	10	4	6	42	50	0.16	10	5	5
4	9	16	0.44	10	3	7	30	43	0.30	10	3	7
5	31	33	0.06	10	8	2	60	82	0.27	10	1	9
6	32	43	0.26	10	5	5	60	63	0.05	10	3	7
7	31	50	0.38	10	4	6	54	63	0.14	10	4	6
8	11	36	0.69	10	1	9	30	53	0.43	10	3	7
9	18	32	0.44	10	4	6	19	55	0.65	10	2	8
10	36	52	0.31	10	3	7	37	54	0.31	10	3	7
11	16	39	0.59	10	2	8	27	32	0.16	10	7	3
12	38	53	0.28	10	1	9	46	57	0.19	10	3	7
13	36	55	0.35	10	2	78	29	35	0.17	10	5	5
14	36	52	0.31	10	3	7	32	66	0.51	10	3	7
15	45	63	0.29	10	4	6	26	45	0.38	10	4	6
16	33	61	0.46	10	1	9	61	67	0.09	10	5	5
17	11	49	0.78	10	1	9	32	48	0.33	10	4	6
18	33	66	0.50	10	3	7	41	47	0.13	10	5	5
19	44	65	0.32	10	2	8	48	68	0.29	10	4	6
20	26	47	0.45	10	2	8	55	56	0.02	10	5	5

5. 두 군간의 호전도 비교

두 군간의 치료효과는 A군과 B군의 입원 10일 후의 개선지수와 시각적 상사척도를 비교하였으며, 비교결과 개선지수(P=0.21)와 시각적 상사척도(P=0.00) 모두 통계적으로 유의하게 호전도가 높은 것으로 나타났다.

Table 5. Comparision of VAS and Improvement Index of 2 groups

	The number of patients	Improvement Index*	VAS(Visual Analogue Scale)*
Group A	20	0.3895±0.1696	7.0000±1.7472
Group B	20	0.2630±0.1615	3.9500±1.3945
P-Value		0.021	0.0000

* Mean ± S.D.

Ⅳ. 고 찰

腰痛이란 腰部에 나타나는 모든 통증을 일괄하여 사용하는 용어로서 단순하게 증상을 표현할 뿐 어떤 특정한 병명이나 증후군을 지칭하는 것은 아니다.[1] 요추는 다른 척추와 비교하여, 체중을 지지하는데 수반한 긴장과 압박을 가장 많이 받으며, 운동범위가 넓고 근육발달도 타 부위보다 월등하므로 손상과 변성의 기회도 그만큼 많다. 특히 요통은 통증질환중 가장 많은 질병의 하나로 현재 이 순간에도 20~30%의 사람이 고통받고 있다고 보고되고 있다.[14]

腰痛의 원인은 여러 가지가 있으며 그 중 무엇보다도 요부구조 및 주위 지지조직의 병적상태 및 병변에 기인된 것이 대부분을 차지한다. 서양의학에서는 그 원인을 다양하게 세분하였으며 주로 腰痛만을 호소 할 때는 척추전방전위증, 척추분리증, 이행척추, 척추후방관절부의 이상, 요척부조직단열, 척추이분증 등의 선천적 기형과 요천부 각종 연부조직 특히 근, 근막 및 인대의 염좌 및 긴장, 자세이상으로 기인하는 소위 자세불량성긴장, 요추의 퇴행성변화, 관절염의 輕한 예, 류마티스성관절염, 노인성 혹은 폐경기성 골조송증, 척추근의 염증 및 他臟器性關聯痛, 일반염증성골성질환 등으로 기인하며, 腰脚痛을 호소 할 때에는 요추간판탈출증이 대표적이며, 척추전방전위증, 횡돌기의 假關節을 동반한 요추의 천추화, 골관절염 등으로 기인되며, 腰痛만을 호소할 때에는 脊髓 및 脊椎腔內의 기질적인 질환이 대부분이며, 신경근에 직접 간접으로 압박 또는 자극을 유발할 수 있는 척추전방전위증, 요추간판탈출증, 척추황색인대비후, 척추강의 기형 또는 기타 일차성 신경성질환 등이 원인이 될 수 있다.[1]

한의학에서는 腰痛의 원인에 대해 腎虛, 痰飮, 食積, 挫閃, 瘀血, 風, 寒, 濕, 濕熱, 氣[6]等의 原因이 제시되었지만 《內經 素問 脈要精微論》[7]의 "腰脊腎之府 轉搖不能 腎將憊矣 兩腎任於腰內 故腰爲腎之外府"라는 文句와 李[8]의 "腰者 腎之候 一身 所恃以轉移闔闢 然 諸經 貫於腎 而絡於腰脊 雖外感內傷種種不同 必腎虛而後 邪能湊之"라는 기재와 같이 腎虛한 상태에서 各種 원인에 의해 腰痛이 발생한다고 보고 있다.

腰脚痛의 치료는 보존적 요법과 수술적 요법으로 大別되며 한의학적인 치료방법으로는 鍼灸療法, 藥物療法, 物理療法等의 방법이 주로 활용되고 있으며, 針灸治療에는 體鍼, 五行鍼, 董氏鍼, 八體質鍼等의 다양한 鍼法등이 활용되고 있는데 그중 五行鍼法은 난경 69難의 虛則補其母, 實則瀉其子를 치료원칙으로 하는 침법으로 우리나라에서는 조선시대 중기에 생존했던 것으로 알려진 舍岩道人에 의해 虛則補其母, 實則瀉其子를 治療原則으로 세우고 各經絡의 五兪穴을 五行에 配屬시켜서 五行의 相生, 相克관계를 이용하여 臟腑의 虛實을 조정하는 舍岩

鍼法으로 발전하였다.[15]

舍岩鍼法의 구체적인 運用은 虛則補其母, 抑其官, 實則瀉其子, 補其讐하여 正格은 虛證 該當經인 臟腑의 母性經에서의 母性穴과 該當自經의 母性穴을 補하고, 該當經의 賊邪가 되는 賊性經의 賊性穴과 該當經의 賊性穴을 瀉하는 방법으로 구성되며, 勝格은 實證 該當經의 賊邪가 되는 賊性經의 賊性穴과 該當經의 賊性穴을 補하는 방법과 該當經의 子經이 되는 子性經의 子性穴과 該當經의 子性穴을 瀉하는 것으로 이루어 지고 있다.[1]

腎正格은 肺經의 金穴인 經渠와 腎經의 金穴인 復溜를 補하고 脾經의 土穴인 太白과 腎經의 土穴인 太溪를 瀉하는 것으로 舍岩鍼法에서 腎虛로 인한 각종 症狀[16]에 응용되는 방법이다.

腰脚痛의 原因을 腎虛를 바탕으로 한 각종 원인에 의해 발병한다는 고전문헌의 기재에 따라 腎虛를 補하는 대표적인 鍼處方인 腎正格을 일반적인 體鍼取穴을 併用했을 때에 治療好轉度를 알아보기 위해 著者는 2001년 4월 1일부터 2001년 11월 10일까지 腰痛 및 腰脚痛을 主訴로 本院에 入院한 환자를 대상으로, 기존의 體鍼에 舍岩鍼의 腎正格을 併用하여 치료한 20명(A군)과 기존의 體鍼에 의해 治療한 20명(B군)을 비교고찰하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

연구대상에서 A군은 남자가 11명, 여자가 9명이었고 이들의 평균연령은 48.25세(48.25±19.16)이며 B군은 남자가 10명, 여자가 10명이었고 이들의 평균연령은 47.5(47.5±19.61)세였다. 이로써 볼 때, 성별분포나 연령에 있어서 두군간의 유의한 차이는 없었다.

병력기간에서는 A군, B군 모두 1주에서 1개월이내인 급성기가 7례씩으로 가장 다수를 차지하고 있었고 평균입원기간은 A군은 18.15일, B군은 23.9일이었다.

호전도는 입원10일후 요통개선지수는 A군이 0.3895±0.1696, B군이 0.2630±0.1615 (P=0.021)이고 시각적 상사척도는 A군이 7.0000±1.7472, B군이 3.9500±1.3945 (P=0.0000)이다. 비교결과 개선지수(P=0.21)와 시각적 상사척도(P=0.00) 모두 통계적으로 유의하게 호전도가 높은 것으로 나타났다.

이상에서 살펴본 바와 같이 腰痛 및 腰脚痛의 치료에 있어서 體鍼만을 사용하는 것보다 體鍼과 腎正格을 併用하는 것이 증상의 好轉 및 치료기간의 단축에 도움이 되리라 思料되며 향후 많은 응용과 지속적인 연구가 필요하리라 思料된다.

V. 결 론

2001년 4월 1일부터 2001년 11월 10일까지 腰痛 및 腰脚痛을 主訴로 本院에 入院한 患者를 對象으로, 기존의 體鍼에 五行鍼의 腎正格을 併用하여 治療한 20명(A군)과 기존의 體鍼에 의해 治療한 20명(B군)을 對象으로 입원10일후 시각적 상사척도(VAS)와 요통개선지수를 이용하여 호전정도를 비교한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 기존의 體鍼에 五行鍼의 腎正格을 併用하여 治療한 A군의 경우 입원10일후 요통개선지수는 0.3895±0.1696이고 시각적 상사척도는 7.0000±1.7472 였다.

2. 기존의 體鍼에 의해 治療한 B군의 경우 입원10일후 요통개선지수는 0.2630±0.1615이고 시각적 상사척도는 3.9500±1.3945였다.

3. 두 군간의 치료효과는 A군과 B군의 입원 10일 후의 개선지수와 시각적 상사척도를 비교하였으며, 비교결과 개선지수(P=0.21)와 시각적 상사척도(P=0.00) 모두 통계적으로 유의하게 호전도가 높은 것으로 나타났다.

《 본원 요통 점수표 》

성명(성별/연령) : (/) ( )과 병록번호 : -

Imp (R/O) :

C/C :

점수 항목 \ 검사시기			입원시	1주	10일	2주	3주	퇴원시
통증 점수 (35)	요통 (20)	① 전혀 요통이 없다.(20) ② 가끔 가벼운 요통이 있다.(15) ③ 늘 요통이 있거나 가끔 상당한 요통이 있다.(10) ④ 늘 심한 요통이 있다.(5) ⑤ 거의 활동하지 못할 정도의 통증이 있다.(0)						
	방사통 (15)	① 전혀 하지통, 저림이 없다.(15) ② 가끔 가벼운 하지통, 저림이 있다.(10) ③ 늘 하지통, 저림 또는 가끔 상당한 하지통, 저림 있다.(5) ④ 늘 심한 하지통 저림이 있다.(0)						
기능 장애 점수 (35)	보행 능력 (15)	① 정상보행에 제한 없다.(15) ② 1㎞이상 걸을 수 있으나 약간 통증이 있다.(12) ③ 500m이상 걸을 수 있으나 통증, 근력약화가 있다.(9) ④ 통증, 근력약화로 500m정도 보행불가.(6) ⑤ 통증, 근력약화로 100m정도 보행불가. (3) ⑥ 행동 반경이 집안에 국한.(0)						
	일상 생활 장애	①잠자기 잘 잔다/깊은잠 불가/설친다.(2/1/0) ②돌아눕기 정상 / 약간곤란 / 매우곤란 (2/1/0) ③서 있기 정상 / 약간곤란 / 매우곤란 (2/1/0) ④세수하기 정상 / 약간곤란 / 매우곤란 (2/1/0) ⑤걸터앉기 정상 / 약간곤란 / 매우곤란 (2/1/0) ⑥무거운것 들기 정상 / 약간곤란 / 매우곤란 (2/1/0) ⑦계단보행 정상 / 약간곤란 / 매우곤란 (2/1/0) ⑧쪼그려앉기 정상 / 약간곤란 / 매우곤란 (6/3/0)						
임상 징후 검사 (18)	SLR(6)	① 70° 이상(6) ② 40-70° (3) ③ 40° 미만(0)						
	감각 이상 (6)	① 정상(6) ② 본인이 느끼지 못하는 이상(3) ③ 본인이 느낄 수 있는 감각의 저하 또는 이상(0)						
	근력 이상 (6)	① normal(6) ② good(4) ③ fair(2) ④ poor(0)						
환자 만족도	① 우수 (excellent) ② 양호 (good) ③ 호전 (fair) ④ 불량 (poor)							
총점								

VI. 참고문헌

1. 全國韓醫科大學 鍼灸學敎室. 鍼灸學. 서울 : 集文堂 1993: 1132-1136 1243-1261
2. 大韓整形外科學會. 整形外科學. 서울 : 最新醫學社 1993: 375-391
3. 全國韓醫科大學 再活醫學科敎室. 東醫再活醫學科學. 서울 : 書苑堂. 1995:323-326
4. 최종립. 筋緊張性 腰痛의 治療에 대한 새로운 所見. 大韓痛症學會誌. 1993;6(1) : 83-95.
5. 大韓神經外科學會. 神經外科學. 서울 : 중앙문화사. 1998: 398-403
6. 許浚. 東醫寶鑑. 서울 : 大星文化社. 1992: 422-429
7. 洪元植 編. 精校黃帝內經素問. 서울 : 東洋醫學硏究院出版社. 1995: 153-154
8. 李梴. 醫學入門. 서울 : 大星文化社. 1996: 226-227
9. 최익선 外. 腰痛症의 鍼灸治療에 관한 文獻的 考察. 경희대한의대논문집 제1권. 1978: 159-187
10. 이윤호. 腰脚痛의 鍼灸治療와 治驗例. 月刊杏林 제2권. 1977: 22-24
11. 허수영. 요통환자의 동통평가에 관한 고찰. 동서의학 1999;24(3): 17-29
12. 김남현외. 요통치료의 평가지수. 대한정형외과학회지. 1990;25(3): 927-932
13. 최용태. 침구과 영역에 있어서 요통증의 치료효과에 관한 임상적 연구. 경희대학교 30주년 기념논문집 1979: 883-902
14. 박현선. 동씨침을 이용한 요각통 환자의 운동제한 개선에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1997;14(2):15-34
15. 이현. 요각통 환자 28예의 체침요법과 사암침법 병용에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1999;16(1):1-16
16. 김홍경 사암도인 침술원리 40일 강좌 각론. 도서출판 신농백초. 1994: 467-479