大田大學校 韓醫學硏究所 論文集
第15卷 第1號 2006年 6月 30日

股關節 疾患의 東西洋醫學的 考察

김현수 · 강준혁 · 홍서영 · 윤일지 · 오민석*

Study of east & west medical science documentary records of Hip joint pain

hyun-soo Kim, jun-hyuk Kang, seo-young Hong, il-ji Yoon, min-seok Oh
Dept of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, Graduate school of Daejeon University

Study of east & west medical science documentary records of Hip joint pain lead to following conclusions

1. Easten medicine classify hip joint pain with terms "Bi-chu-tong" , "Bi chu in tong" "Bi-chu-choong-tong"

2. Easten medicine asorts cause of hip joint pain with external factor, such as exogenous energy, six yin evil energy and intrinsic factor, which are weakness caused by prolonged deasease, warm-heat evil

3 In western medicine, causes that trigger hip joint pain are trauma, fracture, dislocation,and bacterial infection.

4 Treatment of hip joint disorder in western medicine, physiotherapy concerning conservative treatment, and pain control with drug treatment, kinesitherapy are used, and concernig fracture, operation is used

5 In Eastern medicine, principle of treating hip joint pain, sung-juk-sa-ji(盛則寫之), hu-juk-bo-ji(虛則補之), yul-juk-jil-ji(熱則疾之), han-juk-yu-ji(寒則留之), ham-ha-juk-chim-ji(陷下則沈之). bul-sung-bul-hu(不盛不虛), yi-kyong-chui-ji(以經取之) is presented This pricple of treatment was descended through ages and is now applied to treatments such as Acupuncture, Herbal, physical treatment based on so-san-eo-hyul(消散瘀血), seo-kun-tong-rak(舒筋通絡), so-ri-kwan-jul(疏利關節) principle

6 In Eastern medicine, meridians used to treat hip joint pain are The Chok yangmyung wi Kyong(足陽明胃經), Chok taeum bi Kyong(足太陰脾經), Chock soyang dam Kyong(足少陽膽經), Chock guelum gan Kyong(足厥陰肝經)

In conclusion, hip joint pain should be considered in relationship with internal organs and whole body system.

Western & Eastern point of view should be carefully inspected and connected and intensive study of nervous system and meridian is required, in order to adopt best treatment for the patients

Key Words Hip joint pain, meridian, nervous system, organs

Ⅰ. 序 論

股關節은 엉덩관절이라고도 한다. 骨盤의 寬骨臼:關節窩와 大腿骨頭 사이에 끼어 있는 關節로 팔의 어깨관절에 해당한다. 둥근 大腿骨頭가 寬骨臼에 끼어 있으므로 杵臼 關節에 속한다. 膝關節에 이어 두번째로 큰 關節이 股關節로서 몸통과 다리의 연결부위인 사타구니에 위치한다. 이 關節은 骨盤 뼈의 일부인 소케트 모양으로 생긴 비구부와 大腿骨 윗부분의 동그란 求刑의 大腿骨頭로 이루어져 있어서 볼-소케트모양으로 되어 있다 [12,14]

* 대전대학교 한의과대학 재활의학과학교실
· 교신저자 오민석 · E-mail ohmin@dju.ac.kr
· 채택일 2006년 4월 28일

股關節 疼痛은 一般的으로 股關節部位의 痛症을 호소하며 步行障碍등의 運動障碍를 동반한다. 일반적인 症狀으로는 步行時 痛症이 악화되며 鼠蹊部와 臀部, 大腿部쪽으로 放散되게 되며 膝部로 擴散되기도 하는 것으로 西洋醫學的 範圍로는 大腿骨頭 無血性 壞死症, 股關節 形成 不全症, 退行性 關節炎 등이 本症과 類似한 症狀으로 보고 있다.[1)]

股關節의 痛症에 대해서는 韓醫學的으로는 『鍼灸大成』[2)]에서는 "伏梁"이라 하였으며 『醫學入門』[3)]에서는 "髀樞痛", "髀樞引痛" 『類經』[4)]에서는 "髀樞中痛"등으로 記載되어 있다.

股關節에서 發生하는 股關節 痛症의 原因 疾患으로는 股關節 挫傷, 股關節 骨折 및 脫臼등의 外因性과 류마티스 關節炎, 股關節 및 股關節 주위의 細菌性 感染 등의 感染性으로 나눌수 있으며 韓醫學的 原因으로는 外力, 六陰邪氣, 邪毒所傷, 勞損傷害등의 外因性과 久病虛弱, 濕熱의 內因性으로 分類할수 있다.

韓醫學에서의 股關節痛에 대한 內容은 먼저 足太陰脾經, 足太陽膀胱經, 足少陽膽經, 足厥陰肝經이 流注하며 『素問·腹中論篇』[13)]에서 "風根也.其氣溢於大腸而著於肓, 肓之原在齊下, 故環齊而痛也. 不可動之, 動之爲水溺濇之病."라고 하였으며 「六元正紀大論」[13)]에서는 "陽明所至爲骭尻陰股膝髀腨骭足病"이라고 하였다. 『靈樞·經脈篇』[5)]에는 足太陰脾經의 所生病으로 보았으며 「經筋偏」[5)]에서는 足太陰之筋의 病으로 보았다.

本症의 治療方法에 대하여 『靈樞·經脈篇』[5)]에서는 "盛則寫之, 虛則補之, 熱則疾之, 寒則留之, 陷下則沈之. 不盛不虛, 以經取之"의 原則을 시사하였으며 이러한 治法이 治療의 基準이 되어서 현대에 이르러 鍼灸治療, 藥物治療, 理學療法등이 활용되고 있는 것이다.[14)]

즉, 西洋醫學的으로 股關節의 痛症에 대한 인식과 접근은 筋骨格係의 解剖學的 障碍및 感染등으로 인한 障碍로 認識하며 이러한 原因들을 개선함으로 인해 治療에 접근하는 반면 韓醫學的으로는 股關節 痛症을 經絡의 異常 또는 五臟六腑의 機能失調로 認識하여 人體 全般的인 均衡을 維持함으로써 治療에 接近하는 것이다.[15)]

이에 著者는 佯方 및 韓方的 痛症을 文獻的으로 比較分析해 봄으로써 보다 효과적인 股關節痛症 患者의 診斷, 治療에 一助하고자 한다.

Ⅱ. 本 論

1. 股關節 痛症의 西洋醫學的 理解

1) 股關節의 構造

(1) 髀臼(Acetabulum)

半球形인 髀臼의 상방 2/5는 長骨. 하외측 2/5는 坐骨, 하내측 1/5는 恥骨로 각각 이루어져 있다. 髀臼의 入口는 前下方을 향하고 있는데 前方으로는 약 10도, 下方으로는 약 45도 기울어져있고, 이 入口의 둘레를 따라 치밀한 纖維軟骨 組織인 髀臼 脣이 있어 髀臼窩를 보다 깊게 만들어 關節의 安定性을 높여 주는데 後上方部에 가장 잘 發達되어 있다. 坐骨 및 恥骨의 一次 骨化 중심은 髀臼를 중심으로 상당히 떨어져 있어 髀臼 骨格의 대부분의 軟骨 상태이다. 성장하면서 이들 일차 骨化 中心에서 소위 Y자 형의 삼방 軟骨을 중심으로 만나게 되고, 이 三房 軟骨에서 생기는 이차 骨化 中心에서 骨化가 끝나는 18~20세경에 비로소 髀臼를 이루는 長骨, 坐骨, 恥骨 간에 骨癒合이 일어나게 된다 髀臼 중 체중 부하를 하는 부위는 말발굽 형태로 關節 軟骨이 덮고 있는데 軟骨은 中央이 얇고 髀臼脣 쪽으로 갈수록 두껍다. 중앙의 體重을 부하하지 않는 部位는 纖維彈性 脂肪體로 채워져 있으며, 그 下端의 髀臼 절흔으로부터 원형인대가 기시하여 大腿骨頭 窩에 부착한다[1,14,15)]

(2) 大腿骨 近衛部

大腿骨 近位部의 중요 해부 구조로는 大腿骨頭, 大腿 頸部, 大轉子 및 小轉子가 있다. 求刑의 大腿骨 頭에는 생후 4~6개월에 二次 骨化 中心이 나타나는데, 關節 軟骨에 덮여 있는 부분이 구의 2/3정도에 해당한다. 骨頭의 關節 軟骨은 髀臼와는 달리 中央이 두껍고 가장자리로 갈수록 얇아진다. 骨頭는 전체가 骨端으로 이루어진 것이

아니고, 下內側 일부분은 骨間端에 의해 이루어진다. 大腿 頸部는 骨頭 直徑의 약 65% 정도 밖에 되지 않아 股關節의 넓은 運動範圍가 可能하게 하는데 上下 直徑이 前後 直徑보다 길다. 따라서 骨頭는 모든 방향에서 頸部보다 두드러져 나와 있는데 특히 後方으로 甚하다 또한 大轉子의 경우도 頸部에 비해 주로 後方으로 두드러져 있기 때문에 頸部의 횡단면의 축은 前方이 불록한 곡선으로 보인다. 頸部와 大轉子의 이런 형태학적 특징은 임상적으로 頸部내로 고정물을 삽입할 때 고려되어야 한다. 견인 骨端인 大轉子와 小轉子에는, 각각 4세와 13~14세에 二次 骨化中心이 나타나며, 思春期 이후에 大腿骨 간부 및 頸部와 小轉子, 大轉子, 骨頭의 순으로 유합되는데, 骨頭의 경우 20세 이후에야 癒合이 끝난다 大腿骨 頸部의 中心軸과 간부의 中心軸이 이루는 경간각은 출생 시 140~155도에서 점차 감소하여 成人의 경우 평균 125도 정도이다. 頸部가 大腿內, 外踝를 연결하는 관상선에 대해 前方으로 뒤틀린 정도를 나타내는 전경사 각은 출생 시에 평균 30도이던 것이 서서히 감소하여 成人이 되면 평균 15도 정도가 된다. 大腿骨 근위부 骨髓 강내의 골소주는 독특한 구조를 하고 있는데, 제1, 제2 압박 골소주, 제1, 제2 인장골소주 대전자 골소주가 그것이다. 이 중 제1 압박 골소주, 제1 인장 골소주 및 제2 압박 골소주에 의해 이루어지고 삼각형을 Ward 삼각이라 하고 제1 압박 골소주 제1인장 골소주 및 骨頭의 軟骨下 骨이 이루는 삼각형을 Babcock 삼각이라 부른다.[1,14,15]

(3) 관절 막

股關節의 관절 막은 髀臼 가장자리로부터 大腿頸部 下端까지 뻗쳐 있는데, 前方의 경우 전자간선까지 이르나, 後方의 경우 頸部의 상 2/3정도만 關節 膜에 덮여 있다. 따라서 頸部 基底部의 後面은 관절 막 밖에 위치한다. 大腿骨 附着 部位로부터 일부 關節膜 섬유가 다시 상방으로 연장되어 진행하여 大腿骨頭의 關節 軟骨 直下部까지 大腿 頸部를 싸고 있는데 이를 支帶라 하며, 이 속으로 支帶 動脈이 大腿頸部를 따라 올라간다. 支帶는 大腿 頸部의 骨膜에 해당하나 일반적인 骨膜과는 달리 형성층이 없다. 關節膜은 長大腿, 恥大腿, 坐大腿 靭帶에 의해 덮여 强化되어 있어 運動 範圍의 制限은 거의 없이 關節의 安定性에 커다란 기여를 한다. 이 중 長大腿 靭帶는 특히 强力하고 Y자를 거꾸로 세워 놓은 모양을 하고 있어 Bigelow의 Y인대라고 불린다. 關節膜은 10 굴곡 10 外回轉 및 外轉된 상태에서 가장 弛緩되며 이 위치에서 關節 腔의 容積이 가장 크다.[1,14,15]

(4) 大腿骨頭의 血行

大腿骨頭의 주된 血液 供給은 支帶 動脈들에 의한다. 大腿 頸部 基底部의 둘레에는 關節膜 밖으로 血管 문합망인 關節膜외 동맥고리가 있다. 이 血管 고리의 後方 및 內外側 部位는 內側 大腿 回旋 動脈의 分枝에 의해, 전방 부위는 외측 大腿回旋 動脈의 分枝에 의해 주로 형성되며 上, 下 臀動脈 및 제 1천동동맥으로부터 일부 血液 공급을 받는다. 이 血管 고리로부터 支帶 動脈이 기시되어 관절 막을 뚫고 들어가, 支帶 속으로 경부를 따라 올라가면서 골간단 및 骨端 분지로 나뉘어 각각 骨頭와 頸部에 血液을 供給한다. 이들 골간단 및 골단 分枝들은 뼈 속으로 뚫고 들어가기 직전에, 骨頭 直下의 關節 軟骨 가장자리에서 다시 고리 모양의 문합망인 滑液膜下 관절막내 동맥 고리를 형성한다. 여러 개의 支帶動脈 중 頸部의 後方 특히 後上方에 있는 支帶動脈이 大腿骨頭의 가장 중요한 血液 供給源이다. 大腿骨頭는 이외에 閉鎖動脈 혹은 內側 大腿 回旋 動脈에서 기시하는 圓形 靭帶 動脈인 大腿간부에서 들어오는 영양동맥으로부터 약간의 血液을 공급을 받는다. 그러나 圓形 靭帶 動脈은 恒常 存在하는 것은 아니며 영양 동맥은 骨端板이 존재하고 있는 小兒期에는 骨端에 血液 供給을 하지 못한다.[1]

(5) 筋肉

股關節의 주된 屈曲筋은 腸腰筋이며 縫工筋 櫛狀筋, 大腿 直根 및 長, 短 및 大內轉筋들도 일부

屈曲筋 역할을 한다. 진선은 大臀筋, 大內轉筋 중 坐骨 粗面에서 기시하는 부분 및 膝窩部 筋肉群에 의하는데 이중 膝窩部 筋肉 群은 膝關節의 位置에 따라 股關節 伸轉力이 달라진다. 內轉은 주로 長, 短 및 大內轉筋, 박근, 櫛狀筋에 의한다. 주요 外轉筋으로는 中臀筋, 小臀筋과 大腿 筋膜長筋이 있으며, 이들은 모두 上臀神經의 지배를 받는다. 주된 外回轉筋으로는 大臀筋과 이상근. 내폐쇄근 등의 단 外回轉筋群이 있으며, 內回轉에는 中臀筋과 小臀筋의 前方 部分과 大腿 筋膜장근이 주로 작용하는데 특히 股關節이 屈曲된 경우 내회전 근으로서의 작용이 크다[1,15]

2) 病態

股關節은 허벅지 筋肉 깊숙이 놓여 있어 關節炎이나 腫瘍 등의 병변이 있더라도 肉眼的으로 이상을 나타내지 않아서 診斷이 힘들다는 점이 다른 關節과 틀린 점이다.[1]

그리고 股關節에 병변이 있어 疼痛이 일어날 때 그 疼痛의 위치가 股關節 周圍일 수도 있지만, 이 疼痛이 膝蓋骨 近處에 나타나서 膝關節에 병변이 있는 것으로 誤認할 수 있다는 점이 特異하다.

股關節 병변으로 인한 疼痛이 大腿遠位部나 膝關節部로 聯關(reffered pain) 되는 理由는 大腿直根(rectus femoris) 의 기시부가 股關節膜(전하장골극에서도 기시하지만)이며, 부착부위가 膝蓋骨이기 때문에 股關節 병변의 疼痛이 膝蓋骨 近方에서 느껴질 수 있는 것이다 이러한 현상은 人體의 어느 部位에서도 可能하다.[1,14,15]

3) 股關節의 病變

(1) 滑液囊炎

股關節 周圍에는 滑液囊이 18개 정도로 많이 있으나 이 중 중요한 것은 3개 정도, 즉 大轉子部 滑液囊, 腸腰筋 滑液囊, 그리고 坐骨臀筋 滑液囊이다. 大轉子部 滑液囊은 大轉子部의 돌출부와 大臀筋의 大腿骨 挿入部 사이에 있다.

① 原因 대개는 物理的 摩擦로 인하여 滑液膜炎이 發生하나 드물게는 結核菌이나 化膿性 菌이 感染되어 發生하기도 한다. 腸腰筋 滑液囊은 腸腰筋이 恥骨部를 통과할 때 치골과 腸腰筋 사이에 滑液囊이 存在하여 갑자기 登山을 하거나 심한 運動을 한 뒤에 이 부위의 痛症을 發生시킨다.

② 治療 만약 物理的 刺戟에 의한 것이면 depomedrol 같은 prednisolone 제제의 국소주입으로 好轉되나 滑液膜炎이 아주 심하거나 菌의 感染이 의심될 때는 절제하고 적당한 抗生劑 투입이 필요하다 坐骨臀筋 滑液囊은 坐骨粗面에 있는데, 이는 주로 앉아서 作業하는 職業으로 예를 들면 옷 만드는 職業이 그러하다.[1,14,15]

(2) 斷續的 股關節 疼痛(intermittent claudication of the hip)

① 原因 大動脈의 말단부나 장골동맥의 血栓으로 인한 것으로 40~60세 연령군의 동맥경화증(arteriosclerosis) 남자 환자에서 볼 수 있다.

② 症狀 이 통증은 休息 時에는 없다가 몇 분간 이상 운동하면 股關節部나 大腿部에 疼痛이 생긴다는 점이 특징이다.

③ 診斷 대동맥조영술로 진단한다[1,14,15]

(3) 大腿骨頭의 無血性 壞死

대퇴골두의 혈액공급은 외측골단혈관(lateral epiphyseal artery or superior retinacular artery) 이 주로 맡고 있고 (대퇴골두의 90%), 내측 골두혈관(medial epiphyseal artery 또는 Lig. teres artery) 이 일부(약 10%) 맡고 있다.

① 原因 수년 동안의 過飮, cortisone 사용, 潛水病(caisson disease) 등으로 외측 骨端血管의 血栓이 일어나 大腿骨頭의 血液循環이 잘 되지 않아 無血性 壞死가 일어난다. 또 이러한 원인 이외에 Gaucher 병, 痛風, 鎌狀 赤血球性 貧血(sickle cell anemia) 등의 疾患에 2차적으로 大腿骨頭의 無血性 壞死가 일어난다.

② 症狀 처음 몇 달 동안 별 症狀이 없기 때문에 初期에 發見되는 경우는 우연히 身體檢查를 받다가 發見되던가, 반대측 大腿骨頭의 無血性 壞死가 있어 조사하는 과정에서 발견된다 1년쯤

지나면 步行할 때 약간의 疼痛이 생기기 시작하고 휴식하면 소멸한다. 2~3년 지나면 점차 大腿骨頭의 陷沒關節軟骨의 退行性病變으로 痛症이 점차 심해져서 병원을 찾게 된다.

③ 診斷 放射線 所見上 大腿骨頭의 증가된 密度, 초생달 모양의 음양(crescent sign), 進行하는 大腿骨頭의 陷沒 등으로 내리고, 初期에 본 病을 진단하는 데는 자기공명사진(MRI)의 촬영이 가장 좋은 방법이다.

④ 治療 골 이식술이나 Sugioka 절골술로써 大腿骨頭의 血液循環을 재건할 수 있으며, 심하게 骨頭가 破壞되어 있는 경우에는 人工關節대치술을 한다.[1,14,15]

(4) 退行性 關節炎

① 原因 退行性 關節炎은 原發性과 2차성으로 나눌 수 있다. 原發性은 股關節에 어떤 先天性 病變이나, 또는 後天的 病變이 없이 나이가 들어 股關節에 退行性 變化가 발생하는 것이고, 2차성은 先天的이든 後天的이든 股關節에 變形 또는 病變이 있어 關節에 어떤 결함으로 가지고 수년간 별일 없이 살다가 점차 나이가 들어감에 따라 退行性 病變으로 疼痛, 運動障碍 및 下肢의 變形을 보여주는 것을 말한다

② 診斷 放射線 所見으로 충분한데, 그 소견은 關節間隔의 狹小, 關節 軟骨下의 증가된 密度, 骨棘 형성, 關節 周圍의 囊腫 形成으로 쉽게 診斷을 내릴 수 있다.

③ 治療 折骨術, 人工關節代置術 등이 있다.[1,14,15]

(5) 强直性 脊椎炎 (ankylosing spondylitis)

20세 前後에서 腰 遷推부나 薦장관절에서 病이 始作되어 上下의 關節로 점차 번져간다. 이 병의 症狀은 처음 腰薦樞部에 疼痛과 뻣뻣한 감이 시작되는데, 그 位置가 明確하지 않고 坐骨神經痛 증상이 나타나기도 한다. 股關節을 侵犯하면 疼痛과 같이 關節이 뻣뻣해지고 運動이 制限된다.

① 診斷 放射線 所見上 關節軟骨 破壞로 인한 關節腔 狹小는 있으나 골조송증이 심하지 않고, 關節軟骨 下部에는 오히려 골밀도의 증가를 보여준다 HLA B27 검사가 양성으로 나타나면 診斷에 도움을 받을 수 있다.

② 治療 뚜렷한 特效藥은 없으며, 對證治療를 한다. 류마티스 關節炎과 마찬가지로 금제제(gold therapy)가 효과가 있는 경우 지속적인 效果를 줄 수 있다[1,14,15]

(6) Legg-Calve-Perthes

小兒의 전 年齡層에서 발생하나, 주로 4~8세의 小兒에서 발생 하며, 大腿骨의 머리에 해당되는 大腿骨의 骨頭에 血液供給이 되지 않아 엉덩이 關節이 아프면서 다리를 절게 되는 병이다.

① 原因 大腿骨頭로의 血流障碍에 의한다는 것이 支配的이며, 그 具體的 原因에 대해서는 血液凝固異常, 動脈 血流의 감소, 정맥 순환의 장애, 성장 지연, 骨頭의 과성장에 따라 骨頭에 가는 血流가 軟骨의 壓迫에 때문에 減少하여 發生한다는 學說과 外傷 등에 의해 발생한다는 學說이 있으나 아직 정확히 정립된 것은 없다.

② 診斷 診斷은 單純 X-선 撮影만으로도 가능함. 다만, 病의 輕重을 判斷하기 위해서는 前後方 사진 만으로는 부족하고 반드시 側面 사진이 필요합니다. 그러나 放射線 사진에서 확실하지 않은 초기의 患者에서는 放射線 동위 원소 골주사 검사와 자기 공명 영상(MRI)이 도움이 될 수 다.

③ 治療 小兒性 大腿骨頭 無血性 壞死症의 治療의 目的은 大腿骨頭의 變形을 防止하고 成長 障碍를 교정하여 나중에 발생할 수 있는 股關節의 退行性 關節炎을 豫防하는 것이 治療의 目標가 된다. 일반적으로 手術的 治療보다는 保存的 治療가 실시되며, 연령이 많거나, 病의 範圍가 넓은 경우 적극적인 보조기, 手術的 治療가 필요할 수 있다[1,14,15]

(7) 發音性 股關節

股關節 關節運動 時 彈發音이 들리거나 만져지거나 혹은 볼 수 있는 상태이다. 대부분 靑少年기 혹은 젊은 여자에게서 好發한다.

① 症狀 疼痛이 없는 경우가 대부분이며 周圍粘液囊에 炎症이 있으면 疼痛이 있을 수 있다.

② 治療 보통의 경우 특별한 治療가 필요 없으나 藥物治療 및 物理治療로 症狀의 好轉을 볼수 있으며 심한 경우 手術的 處置를 하기도 한다.[1,14,15]

(8) 軟骨 溶解症

關節 軟骨의 破壞가 급속히 진행되어 關節 間隔이 좁아지고 關節 硬直이 나타나는 疾患이다. 주로 10대 여자에서 好發한다.

① 症狀 特發性은 서서히 시작되는 鼠蹊部, 臀部, 大腿부, 膝關節 部 疼痛이 나타나고 續發性은 大腿骨頭 骨端 分離症, 外傷, 長期間의 固定, 下肢의 火傷 등 先行 要因이 있다.

② 治療 비스테로이드 소염제, 침상 안정 가료, 間歇的인 견인 등을 사용한다. 痛症이 없어지고 關節 間隔의 감소가 그칠 때까지 體重 負荷를 금지한다.[1,14,15]

(9) 大腿 骨頭 骨端 分利

뚜렷한 外傷 없이 大腿骨頭의 骨端이 骨端板을 통해 골간단부로부터 분리되어 후내방으로 전위되는 질환이다.

① 原因 骨端板 성숙대의 강도에 변화를 주거나 骨端板이 받는 전단력에 영향을 미치는 요인으로 생길 수 있다. 또한 內分泌 障碍나 放射線 徂謝로도 誘發될 수 있다.

② 症狀 痛症, 跛行, 無力感, 股關節 內回轉 制限 등이 나타난다. 急性期에는 통증이 심해져 理學的 檢査 마저 힘들다. 慢性期에는 長期間에 걸친 步行 후 下肢 疼痛 등이 나타난다.

③ 治療 症狀의 發現 시기와 전위 정도에 따라 결정한다. 急性 및 慢性의 急性化일 경우 前衛가 50% 이상일 경우 정복 후 핀 固定한다. 轉位가 50% 미만일 경우 정복 없이 핀 고정한다.[1,14,15]

2. 股關節 通症의 韓醫學的 理解

1) 股關節部位의 經絡과 經筋

(1) 股關節部의 經脈流注

經脈의 生理的 特性은 『靈樞·本臟篇』[5]에 "經脈者, 所以行血氣而陰陽 流筋骨 利關節"이라 하여 身體 關節을 영위하는데 각 關節을 流注하는 所屬 經脈에 의해 정상적인 활동을 維持한다고 하였다. 具體的으로 股關節部 및 下肢部 經脈流注 상황은 다음과 같다.

① 足陽明胃經의 流注

起於鼻之交頞中, 旁納太陽之脈, 下循鼻外, 入上齒中, 還出挾口, 環脣, 下交承漿, 却循頤後下廉, 出大迎, 循頰車, 上耳前, 過客主人, 循髮際, 至額顱. 其支者, 從大迎前下人迎, 循喉嚨, 入缺盆, 下膈, 屬胃, 絡脾. 其直者, 從缺盆下乳內廉, 下挾臍, 入氣街中. 其支者, 起於胃口, 下循腹裏, 下至氣街中, 而合以下髀關, 抵伏兎, 下膝臏中, 下循脛外廉, 下足跗, 入中指內間. 其支者, 下廉三寸而別, 下入中指外間. 其支者, 別跗上, 入大指間出其端.

② 足太陰脾經의 流注

起於大指之端, 循指內側白肉際, 過核骨後, 上內踝前廉, 上踹內, 循脛骨後, 交出厥陰之前, 上膝股內前廉, 入腹, 屬脾, 絡胃, 上膈, 挾咽, 連舌本, 散舌下. 其支者, 復從胃, 別上膈, 注心中.

③ 足太陽膀胱經의 流注

起於目內眥, 上額, 交巔. 其支者, 從巔至耳上角. 其直者, 從巔入絡腦, 還出別下項, 循肩髆, 內挾脊, 抵腰中, 入循膂, 絡腎, 屬膀胱. 其支者, 從腰中下挾脊, 貫臀, 入腘中 其支者, 從髆內左右, 別下貫胛, 挾脊, 內過髀樞循髀外, 從後廉下合腘中, 以下貫踹內, 出外踝之後, 循京骨, 至小指外側.

④ 足少陰腎經의 流注

起於小指之下, 邪走足心, 出於然谷之下, 循內踝之後, 別入跟中, 以上踹內, 出腘內廉, 上股內後廉, 貫脊, 屬腎, 絡膀胱. 其直者, 從腎上貫肝膈, 入肺中, 循喉嚨, 挾舌本. 其支者, 從肺出絡心, 注胸中.

⑤ 足少陽膽經의 流注

起於目銳眥, 象箸頭角, 下耳後, 循頸, 行手少陽之前, 至肩上却交出手少陽之後, 入缺盆. 其支者, 從耳後入耳中, 出走耳前, 至目銳眥後. 其支者, 別銳眥,下大迎, 合於手少陽, 抵於頷下, 加頰車, 下頸, 合缺盆, 以下胸中, 貫膈, 絡肝, 屬膽, 循脇裏, 出氣街, 繞毛際, 橫入髀厭中. 其直者, 從缺盆下腋, 循胸, 過季脇, 下合髀厭中以下, 循髀陽, 出膝外廉, 下

外輔骨之前, 直下抵絶骨之端, 下出外踝之前, 循足跗上, 入小指此指之間. 其支者, 別跗上, 入大指之間, 循大指岐骨內, 出其端, 還貫爪甲, 出三毛.

⑥ 足厥陰肝經의 流注

起於大指叢毛之際, 上循足跗上廉, 去內踝一寸, 上踝八寸, 交出太陰之後, 上膕入廉, 循股陰, 入毛中, 過陰器, 抵小腹, 挾胃屬肝, 絡膽, 上貫膈, 布脇肋, 循喉嚨之後, 上入頏顙, 連目系, 上出額, 與督脈會於巔. 其支者, 從目系下頰裏, 環脣內. 其支者, 復從肝, 別貫膈, 上注肺.

(2) 股關節部의 經筋의 流注

『靈樞·經脈篇』[5]을 위시하여 여러 文獻에서 나타난 經筋은 十二經脈과 밀접한 관계를 가지고 있다. 그래서 十二經筋은 十二經脈에 의거하여 命名된 것이다. 즉 각각의 經筋은 모두 同名의 經脈循環部位上에 있는 筋肉群을 포괄한다. 다음은 『靈樞·經筋篇』[5]에서 股關節部에 流注하는 經筋이다.

① 足少陽之筋

起于小指次指, 上結外踝, 上循脛外廉, 結于膝外廉; 其支者, 別起外輔骨, 上走髀, 前者結于伏兎之上, 後者結于尻; 其直者, 上乘胁季脇, 上走腋前廉, 系于膺乳, 結于缺盆, 直者, 上出腋, 貫缺盆, 出太陽之前, 循耳後, 上額角, 交巔上, 下走頷, 上結于頄, 支者, 結于目眦爲外維.

② 足陽明之筋

起于中三指, 結于跗上, 斜外上加于輔骨, 上結于膝外廉, 直上結于髀樞, 上循脇屬脊; 其直者, 上循骭, 結于髀; 其支者, 結于外輔骨, 合少陽; 其直者, 上循伏兎, 上結于髀, 聚于陰器, 上腹而布, 至缺盆而結, 上頸上俠口, 合于頄, 下結于鼻, 上合于太陽. 太陽爲目上綱, 陽明爲目下綱; 其支者, 從頰結于耳前

③ 足太陰之筋

起于大指之端內側, 上結于內踝, 其直者, 結于膝內輔骨, 上循陰股, 結于髀, 聚于陰器, 上腹結于臍, 循腹裏, 結于胁, 散于胸中

④ 足厥陰之筋

起于大指之上, 上結于內踝之前, 上循脛, 上結內輔之下, 上循陰股, 結于陰器, 絡諸筋

(3) 股關節部를 流注하는 經筋의 病理

十二經의 筋肉群, 즉 十二經筋은 주로 四肢部에서 기시하여 體幹 및 頭部에 分布되며 經筋이 患病하면 주로 痺症과 筋肉의 救急, 不收등의 症狀을 유발시킨다.

① 足少陽之筋의 病理

其病小指次指支轉筋, 引膝外轉筋, 膝不可屈伸, 膕筋急, 前引髀, 後引尻

② 足陽明之筋의 病理

其病足中指支脛轉筋, 脚跗堅, 伏兎轉筋, 髀前腫, 癭疝

③ 足太陰之筋의 病理

其病足大指支內踝痛, 轉筋痛, 膝內輔骨痛, 欬股引髀而痛, 陰器紐痛

④ 足厥陰之筋의 病理

其病足大指支內踝之前痛, 內輔通, 陰股痛轉筋, 陰器不用

2) 股關節의 痛症과 韓醫學的 治療

韓醫學에서는 外邪 및 經絡과 臟腑의 機能失調를 原因으로 보아 人體 全般的인 均衡을 維持하는데 中點을 두었다.

(1) 『鍼灸大成』[2]에서의 治療

玉龍歌 楊氏注解玉에서는 環跳能治腿股風

◎勝玉歌楊氏

◇髀疼要針肩井穴, 耳閉聽會莫遲延.

◇腿股轉酸難移步, 妙穴說與后人知, 環跳, 風市及陰市, 瀉却金針病自除.

陰市屬云禁灸, 家傳亦灸七壯.

◇兩股轉筋承山刺, 脚氣復溜不須疑.

◎十二經治症主客原絡楊氏

◇脾主胃客

脾經爲病舌本强, 嘔吐胃翻疼腹臟, 陰氣上衝噫難瘳, 體重不搖心事妄, 瘧生振慄兼體羸, 秘結疸黃手執杖, 股膝內腫厥而疼, 太白豊隆取爲尙

可刺足太陰脾經原(原者, 太白穴, 脾脈所過爲原, 足大指內踝前, 核骨下陷中), 復刺足陽明胃經絡(絡

者, 豊隆穴, 去踝八寸, 別走太陰)

◎足陽明經穴主治

考正穴法

◇髀關: 伏兎後交叉中. 「銅人」鍼六分, 灸三壯.

主腰痛, 足痲木, 膝寒不仁, 痿痺, 股內筋絡急, 不屈伸, 小腹引喉痛.

◇解溪: 衝陽後一寸五分, 腕上陷中, 足大指次指直上跗上陷者宛宛中 足陽明胃脈所行爲經火, 胃虛補之.『銅人』灸三壯, 針五分, 留三呼.

主風面浮腫, 顔黑, 厥氣上沖, 腹脹, 大便下重, 癪驚, 膝股胕腫, 轉筋, 目眩, 頭痛, 癲疾, 煩心悲泣, 霍亂, 頭風面赤, 目赤, 眉攢疼不可忍.

◎足太陰經穴主治

考正穴法

◇太白 : 足大指內側, 內踝前核骨下陷中. 脾脈所注爲兪土 『銅人』鍼三分, 灸三壯.

主身熱煩滿, 腹脹食不化, 嘔吐, 泄瀉膿血, 腰痛大便難, 氣逆, 霍亂腹中切痛, 腸鳴, 膝股胕酸轉筋, 身重骨痛, 胃心痛, 腹脹胸滿, 心痛脈緩.

◇商丘 : 足內踝骨下微前陷中, 前有中封, 後有照海, 其穴居中. 脾脈所行爲經金, 脾實瀉之.

『銅人』灸三壯, 鍼三分.

主腹脹, 腸中鳴, 不便, 脾虛令人不樂, 身寒善太息, 心悲, 骨痺, 氣逆, 痔疾, 骨疽蝕, 魘夢, 癇癡, 寒熱好嘔, 陰股內痛, 氣壅, 狐疝走上下, 引小腹痛, 不可俯仰, 脾積痞氣, 黃疸, 舌本强痛, 腹脹, 寒癉, 溏瘕泄水, 面黃, 善思善味, 食不消, 體重節痛, 怠惰嗜臥, 婦人絶子, 小兒慢風

◎足少陰經穴主治

考正穴法

◇湧泉(一名地衝): 足心陷中, 屈足卷指宛宛中, 白肉際, 跪取之 足少陰腎脈所出爲井木. 實則 瀉之. 「銅人」針五分, 無令出血, 灸三壯. 「明堂」灸不及針. 「素注」針三分, 留三呼

主尸厥, 面黑如炭色, 咳吐有血, 渴而喘, 坐欲起, 目眩眩無所見, 善恐, 惕惕如人將捕之, 舌乾咽腫, 上氣嗌乾, 煩心, 心痛, 黃疸, 腸澼, 股內後廉痛, 痿厥, 嗜臥, 善悲欠, 小腹急痛, 泄而荷重, 足脛寒而逆, 腰痛, 大便難, 心中結熱, 風疹, 風癉, 心病飢不嗜食, 咳嗽身熱, 喉閉舌急失音, 卒心痛, 喉痺, 胸脇滿悶, 頸痛目眩, 五指端盡痛, 足不踐地, 足下熱, 男子如蟲, 女子如娠, 婦人無子, 轉胞不得尿.

◇交信: 足內踝骨上二寸, 少陰前, 太陰後廉筋骨間. 陰蹻脈之郄. 「銅人」針四分, 留三呼, 灸三壯. 「素注」留五呼.

主氣淋, 癰疝, 陰急, 陰汗, 瀉痢赤白, 氣熱癃, 股樞內痛, 大小便難, 淋, 女子漏血不止, 陰挺出, 月水不來, 小腹偏痛, 四肢淫濼, 盜汗出.

◇陰谷: 膝內輔骨後, 大筋下, 小筋上, 按之應手, 屈膝乃得之. 足少陰腎脈所入爲合水.「銅人」針四分, 留七呼, 灸三壯.

主膝痛如錐, 不得屈伸, 舌縱涎下, 煩逆, 溺難, 小便急引陰痛, 陰痿, 股內廉痛, 婦人漏下不止, 腹脹滿不得息, 小便黃, 男子如蟲, 女子如娠

◎足少陽經穴主治

考正穴法

◇京門(一名氣俞,一名氣府):監骨下, 腰中季肋本俠脊. 腎之募『銅人』灸三壯,鍼三分,留七呼

主腸鳴, 小腸痛, 肩背寒, 痙, 肩胛內廉痛, 腰痛不得俯仰久立, 寒熱腹脹引背不得息, 水道不利, 溺黃, 小腹急腫, 腸鳴洞泄, 髀樞引痛.

◇陽陵泉: 膝下一寸, 胕外廉陷中, 蹲坐取之. 足少陽所入爲合土.『難經』曰: 筋會陽陵泉 疏曰: 筋病治此.『銅人』鍼六分, 留十呼, 得氣卽瀉. 又宜灸留鍼, 日灸七壯, 至七七壯.『素注』灸三壯 『明下』灸一壯.

主膝伸不得屈, 髀樞膝骨冷痹, 脚氣, 膝股內外廉不仁, 偏風半身不遂, 脚冷無血色, 苦嗌中介然, 頭面腫, 足筋攣.

◇陽輔(一名分肉): 足外踝上四寸, 輔骨前, 絶骨端三分, 去丘墟七寸. 足少陽所行爲經火. 膽實 瀉之.『素注』鍼三分. 又曰: 鍼七分, 留十呼.『銅人』灸三壯, 鍼五分, 留七呼.

主腰溶溶如坐水中, 膝下浮腫, 筋攣. 百節酸痛, 實無所知. 諸節盡痛, 痛無常處. 腋下腫痿, 喉痹, 馬刀挾癭, 膝胕酸, 風痹不仁, 厥逆, 口苦太息, 心脇痛, 面塵, 頭角頷痛, 目銳眥痛, 缺盆中腫痛, 汗出振

寒, 虐, 胸中, 脇, 肋, 髀, 膝外至絶骨外踝前痛, 善洁面靑.

◇丘墟: 足外踝下從前陷中骨縫中, 去臨泣三寸. 又俠溪穴中量上外踝骨前五寸. 足少陽所過爲原. 膽虛實皆拔之. 『銅人』灸三壯. 『素注』針五分, 留七呼.

主胸脇滿痛不得息, 久瘧振寒, 腋下腫, 痿厥坐不能起, 髀樞中痛, 目生翳膜, 腿腑酸, 轉筋, 卒疝, 少腹堅, 寒熱頸腫, 腰胯痛, 太息.

◎足厥陰經穴主治

◇曲泉: 膝股上內側, 輔骨下, 大筋上, 小筋下陷中, 屈膝橫紋頭取之. 足厥陰肝脈所入爲合水.

肝虛則補之. 『銅人』針六分, 留十呼, 灸三壯.

主癪疝, 陰股痛, 小便難, 腹脇支滿, 癃閉, 少氣, 泄利, 四肢不擧, 實則身目眩痛, 汗不出, 目睆睆, 膝關痛, 筋攣不可屈伸, 發狂, 衄血下血, 喘呼, 小腹痛引咽喉, 房勞失精, 身體極痛, 泄水下痢膿血, 陰腫, 陰莖痛, 腑腫, 膝脛冷疼, 女子血瘕, 按之如湯浸股內, 少腹腫, 陰挺出, 陰痒

◎治病要穴

足部

◇環跳 主中風濕, 股膝攣痛, 腰痛.

◇風市 主中風, 腿膝無力, 脚氣, 渾身瘙痒, 疥癘.

◇陽陵泉 主冷痺偏凡, 霍亂轉筋.

◎手足腰腋門

◇腰脚痛: 環跳, 風市, 陰市, 委中, 承山, 崑崙, 申脈,

◇股膝內痛: 委中, 三里, 三陰交,

◇腿膝酸疼: 環跳, 陽陵, 丘墟,

◇脚膝痛: 委中, 三里, 曲泉, 陽陵, 風市, 崑崙, 解溪

◇膝腑股腫 委中, 三里, 陽輔, 解溪, 承山,

◇腰如坐水: 陽輔

◇足痿不收: 復溜

◇風痹, 脚腑痲木' 環跳, 陰市

◇足痲痹: 環跳, 陰陵, 陽輔, 太溪, 至陰

◇脚氣: 肩井, 膝眼, 風市, 三里, 承山, 太衝, 丘墟, 行間

◇髀樞痛: 環跳, 陽陵, 丘墟

(2) 『甲乙經』[6]에서의 治療

◎足太陰及股凡二十二穴第三十

脾出隱白. 隱白者, 木也. 在足大指端內側, 去爪甲角如韭葉, 足太陰脈之所出也, 爲井. 刺入一分, 留三呼, 灸三壯.

大都者, 火也. 在足大指本節後陷者中, 足太陰脈之所溜也, 爲榮. 刺入三分, 留七呼, 灸一壯.

太白者, 土也. 在足內側核骨下陷者中, 足太陰脈之所注也, 爲兪. 刺入三分, 留七呼, 灸三壯.

公孫者, 在足大指本節後一寸, 別走陽明, 太陰絡也 刺入四分, 留二十呼, 灸三壯.

商丘者, 金也. 在足內踝下微前陷者中, 足太陰脈之所行也, 爲經. 刺入三分, 留七呼, 灸三壯.

三陰交, 在內踝上三寸骨下陷者中, 足太陰, 厥陰少陰之會. 刺入三分, 留七呼, 灸三壯.

漏谷者, 在內踝上六寸骨下陷者中, 足太陰絡. 刺入三分, 留七呼, 灸三壯.

地機者, 一名脾舍, 足太陰郄, 別走上一寸, 空在膝下五寸. 刺入三分, 灸三壯陰陵泉, 水也 在膝下內側輔骨下陷者中, 伸足乃得之, 足太陰脈之所入也, 爲合. 刺入五分, 留七呼, 灸三壯

血海者, 在膝臏 內廉白肉際二寸中, 足太陰脈氣所發 刺入五分, 灸五壯.

箕門者, 在魚腹上越兩筋間, 動脈應手, 太陰內市, 足太陰脈氣所發 刺入三分, 留六呼, 灸三壯.

◎足厥陰及股凡二十二穴第三十一

肝出大敦. 大敦者, 木也. 在足大指端, 去爪甲如韭葉及三毛中, 足厥陰脈之所出也, 爲井. 刺入三分, 留十呼, 灸三壯.

行間者, 火也. 在足大指間動脈應手陷者中, 足厥陰之所溜也, 爲榮. 刺入六分, 留十呼, 灸三壯.

太衝者, 土也. 在足大指本節後二寸, 或曰一寸五分, 陷者中, 足厥陰脈之所注也, 爲兪. 刺入三分, 留十呼, 灸三壯.

中封者, 金也. 在足內踝前一寸, 仰足取之, 陷者中, 伸足乃得之, 足厥陰脈之所行也, 爲經. 刺入四分, 留七呼, 灸三壯.

蠡溝者, 足厥陰之絡, 在足內踝上五寸, 別走少陽. 刺入二分, 留三呼, 灸三壯.

中都者, 足厥陰郄, 在內踝上七寸脛骨中, 與少陰相

直. 刺入三分, 留六呼, 灸五壯.

膝關者, 在犢鼻下二寸陷者中, 足厥陰脈氣所發, 刺入四分, 灸五壯.

曲泉者, 水也, 在膝內輔骨下, 大筋上, 小筋下, 陷者中, 屈膝得之, 足厥陰脈之所入也, 爲合. 刺入六分, 留十呼, 灸三壯.

陰包者, 在膝上四寸股內廉兩筋間, 足厥陰別走太陰. 刺入六分, 灸三壯.

五里者, 在陰廉下, 去氣衝三寸, 陰股中動脈. 刺入六分, 灸五壯.

陰廉者, 在羊矢下, 去氣衝二寸動脈中. 刺入八分, 灸三壯.

◎足少陰及股幷陰蹻陰維凡二十穴第三十二

腎出湧泉. 湧泉者, 木也. 一名地衝, 在足心陷者中, 屈足卷指宛宛中, 足少陰脈之所出也, 爲井. 刺入三分, 留三呼, 灸三壯.

然骨者, 火也. 一名龍淵, 在足內踝前, 起大骨下陷者中, 足少陰脈之所溜也, 爲榮. 刺入三分, 留三呼, 灸三壯. 刺之多見血, 使人立飢欲食.

太谿者, 土也. 在足內踝後跟骨上動脈陷者中, 足少陰脈之所注也, 爲兪. 刺入三分, 留七呼, 灸三壯.

大鍾者, 在足跟後衝中, 別走太陽, 足少陰絡, 刺入二分. 留七呼, 灸三壯.

照海者, 陰蹻脈所生, 在足內踝下一寸. 刺入四分, 留六呼, 灸三壯.

水泉者, 足少陰郤, 去太谿下一寸, 在足內踝下. 刺入四分, 灸五壯.

復溜者, 金也. 一名伏白, 一名昌陽, 在足內踝上二寸陷者中, 足少陰脈之所行也, 爲經. 刺入三分, 留三呼, 灸五壯.

交信者, 在足內踝上二寸, 少陰前, 太陰後, 筋骨間, 陰蹻之郤, 刺入四分, 留三呼, 灸三壯.

築賓者, 陰維之郤, 在足內踝上腨分中. 刺入三分, 灸五壯.

陰谷者, 水也. 在膝下內輔骨後, 大筋之下, 小筋之上, 按之應手, 屈膝得之, 足少陰脈之所入也, 爲合. 刺入四分, 灸三壯.

◎足陽明及股凡三十穴第三十三

胃出厲兌 厲兌者, 金也. 在𠃌大指次指之端, 去爪甲角如韭葉, 足陽明脈之所𠙵 , 爲井 刺入一分, 留一呼, 灸三壯.

內庭者, 水也. 在足大指次指外間陷者中, 足陽明脈之所溜也, 爲榮. 刺入三分, 留二十呼, 灸三壯.

陷谷者, 木也. 在足大指次指外間, 本節後陷者中, 去內庭二寸, 足陽明脈之所注也, 爲兪. 刺入五分, 留七呼, 灸三壯.

衝陽者, 一名會原, 在足趺上五寸, 骨間動脈上, 去陷谷三寸, 足陽明脈之所過也, 爲原. 刺入三分, 留十呼, 灸三壯

解谿者, 火也 在衝陽後一寸五分, 腕上陷者中, 足陽明脈之所行也, 爲經. 刺入五分, 留五呼, 灸三壯.

蛾隆者, 足陽明絡也. 在外踝上八寸, 下廉胠外廉陷者中, 別走太陰者. 刺入三分, 灸三壯.

巨虛下廉, 足陽明與小腸合, 在上廉下三寸, 足陽明脈氣所發. 刺入三分, 灸三壯.

條口者, 在下廉上一寸, 足陽明脈氣所發. 刺入八分, 灸三壯.

巨虛上廉, 足陽明與大腸合, 在三里下三寸, 足陽明脈氣所發. 刺入八分, 灸三壯.

三里者, 土也. 在膝下三寸, 胠外廉, 足陽明脈氣所入也, 爲合. 刺入一寸五分, 留七呼, 灸三壯.

犢鼻者, 在膝臏 下胠上俠解大筋中, 足陽明脈氣所發 刺入六分, 灸三壯.

梁丘者, 足陽明郤, 在膝上二寸兩筋間. 刺入三分, 灸三壯.

陰市者, 一名陰鼎, 在膝上三寸, 伏兎下, 若拜而取之, 足陽明脈氣所發. 刺入三分, 留七呼, 禁不可灸.

伏兎者, 在膝上六寸, 起肉間, 足陽明脈氣所發. 刺入五分, 禁不可灸.

髀關者, 在膝上伏兎後, 交分中. 刺入六分, 灸三壯.

◎足少陽及股竝陽維四穴凡二十八穴第三十四

膽出於竅陰. 竅陰者, 金也. 在足小指次指之端, 去爪甲角如韭葉, 足少陽脈之所出也, 爲井. 刺入一分, 留三呼, 灸三壯.

俠谿者, 水也. 在足小指次指岐骨間, 本節前陷者中, 足少陽脈之所溜也, 爲榮. 刺入三分, 留三呼, 灸三壯.

地五會, 在足小指次指本節後間陷者中 刺入三分, 不可灸, 灸之令人瘦, 不出三年死.

臨泣者, 木也. 在足小指次指本節後間陷者中, 去俠

谿一寸五分, 足少陽脈之所注也, 爲兪. 刺入二分, 留五呼, 灸三壯.

丘墟者, 在足外踝下如前陷者中, 去臨泣三寸, 足少陽脈之所過也, 爲原. 刺入五分, 留七呼, 灸三壯.

懸鍾者, 在足外踝上三寸動者脈中, 足三陽絡, 按之陽明脈絶乃取之. 刺入六分, 留七呼, 灸五壯.

陽輔者, 火也. 在足外踝上四寸, 輔骨前絶骨端, 如前三分, 去丘墟七寸, 足少陽脈之所行也, 爲經. 刺入五分, 留七呼, 灸三壯.

光明者, 足少陽絡, 在足外踝上五寸, 別走厥陰者. 刺入六分, 留七呼, 灸五壯

外丘者, 足少陽郄, 少陽所生, 在外踝上七寸. 刺入三分, 灸三壯.

陽交者, 一名別陽, 一名足, 陽維之郄. 在外踝上七寸, 斜屬三陽分肉間. 刺入六分, 留七呼, 灸三壯.

陽陵泉, 土也 在膝下一寸, 脁外廉陷者中, 足少陽脈之所入也, 爲合. 刺入六分, 留十呼, 灸三壯

陽關者, 在陽陵泉上三寸, 犢鼻外陷者中. 刺入五分, 禁不可灸.

中瀆者, 在髀骨外, 膝上五寸, 分肉間陷者中, 足少陽脈氣所發也. 刺入五分, 留七呼, 灸五壯.

環跳者, 在髀樞中, 側臥伸下足屈上足取之, 足少陽脈氣所發. 刺入一寸, 留二十呼, 灸五壯.

◎足太陽及股竝陽蹻六穴凡三十四穴第三十五

膀胱出於至陰. 至陰者, 金也. 在足小指外側, 去爪甲角如韭葉, 足太陽之所出也, 爲井 刺入三分, 留五呼, 灸五壯.

通谷者, 水也. 在足小指外側, 本節前陷者中, 足太陽脈之所溜也, 爲滎. 刺入二分, 留五呼, 灸五壯.

束骨者, 木也 在足小指外側, 本節後陷者中, 足太陽脈之所注也, 爲兪 刺入三分留三呼, 灸三壯.

京骨者, 在足外側大骨下, 赤白肉際陷者中, 按而得之, 足太陽脈之所過也, 爲原. 刺入三分, 留七呼, 灸三壯.

申脈者, 陽蹻所生也, 在足外踝下陷者中, 容爪甲許. 刺入三分, 留六呼, 灸三壯.

金門者, 在足太陽郄, 一空在足外踝下, 一名關梁, 陽維所別屬也. 刺入三分, 灸三壯.

僕參者, 一名安邪, 在跟骨下陷者中, 拱足得之, 足太陽脈之所行也, 爲經. 刺入五分, 留十呼, 灸三壯.

崑崙者, 火也. 在足外踝後跟骨上陷中, 細脈動應手, 足太陽脈之所行也, 爲經. 刺入五分, 留十呼, 灸三壯.

跗陽者, 陽蹻之郄, 在足外踝上三寸, 太陽前, 少陽後, 筋骨間. 刺入六分, 留七呼, 灸三壯.

飛揚者, 一名厥陽, 在足外踝上七寸, 足太陽絡, 別走少陰者 刺入三分, 灸三壯.

承山者, 一名魚腹, 一名肉柱, 在兌腨腸下分肉間陷者中. 刺入七分, 灸三壯

承筋者, 一名腨腸, 一名直腸, 在腨腸中央陷者中, 足太陽脈氣所發. 禁不可刺, 灸三壯.

合陽者, 在膝約文中央下二寸. 刺入六分, 灸五壯.

委中者, 土也. 在腘中央約文中動脈, 足太陽脈之所入也, 爲合. 刺入五分, 留七呼, 灸三壯.

委陽者, 三焦下輔兪也, 在足太陽之前, 少陽之後, 出於腘中外廉兩筋間, 扶承下六寸, 此足太陽之別絡也. 刺入七分, 留五呼, 灸三壯. 屈身而取之

浮郄者, 在委陽上一寸, 屈膝得之. 刺入五分, 灸三壯.

殷門者, 在肉郄下六寸. 刺入五分, 留七呼, 灸三壯.

承扶者, 一名肉郄, 一名陰關, 一名皮部, 在尻臀下股陰腫上約文中. 刺入二寸, 留七呼, 灸三壯. 欲令灸發者, 灸履扁熨之, 三日卽發.

◎足髀不可擧, 側而取之, 在樞闔中, 以員利鍼, 大鍼不可.

◎髀痺引膝股外廉痛, 不仁, 筋急, 陽陵泉主之.

◎髀樞中痛, 不可擧, 以毫鍼, 寒留之, 以月生死爲痛數, 立已, 長鍼亦可.

◎腰脇相引痛急, 髀筋瘛, 脛痛不可屈伸, 痺不仁, 環跳主之.

◎痿厥寒, 足腕不收, 蹙, 坐不能起, 髀樞脚痛, 丘墟主之.

(3) 『醫學入門』[3]에서의 治療

◎髀關 膝上伏兎後跨骨橫紋中. 針入六分 灸三壯.

主疸 痿痺不得屈伸 股內筋焉.
◎京骨 足外側大骨下赤白肉際陷中. 針三分 灸三壯. 主頭熱目眩 白翳從內眥始 鼻衄 鼻不利 涕黃 頸項强痛 脊脅 及脚難以俛仰 痙 瘧 癲狂 驚悸 不食 痰注 髀樞痛 淋瀝.

◎束骨 足小指外側本節後陷中 針三分 灸三壯. 主目眩 目赤爛 耳聾 項强 腰痛 腸澼 癲狂 大便時頭痛 瘧疾 腫脚脛至髀樞中痛不可擧.

◎京門 髂骨下腰中挾脊處季肋本. 針三分 灸三壯. 主腰痛不得俛仰 寒熱膜脹引背不得息 小便赤澁 小腹痛腫 腸鳴洞泄 髀樞引痛胸背 寒痙 肩胛內廉痛 脊痙反折體痛.

◎環跳 髀樞碾子骨後宛宛中 側臥踡上足 伸下足取之. 針一寸 灸五十壯. 主風濕冷痺 風疹 偏風半身不遂 腰髖痛 不得轉側 及胸脇痛 無常處 腰脇相引急痛 髀樞中痛 脛痛 脛痺不仁.

◎坵墟 足外踝下微前寒中 去臨泣三寸. 針五分 灸三壯. 主頭腫 目昏生翳 胸脇滿痛不得息 久瘧振寒 腋下痛 痿厥坐不能起 髀樞中痛 腿脛痠轉筋 卒疝 小腹堅 寒熱.

(4) 『鍼灸聚英』[7]에서의 治療
股外爲髀, 髀前膝上起肉處爲伏兎, 伏兎後交文爲髀關, 挾膝解中爲膕,
脛骨爲膝, 跗, 足面也. 旣相合氣沖中, 乃下髀關, 抵伏兎, 歷陰市, 梁丘.

灶如粗釵股脚大, 灶若大, 口轉喎, 灸承漿七七壯卽愈.

髀關 膝上伏兎後交分中 銅人, 鍼六分, 灸三壯. 主腰痛, 足痲木, 膝寒不仁,
痿痹, 股內筋絡急, 不屈伸, 小腹引喉痛.
上循膝股內前廉入腹, 屬脾絡胃.

髀內爲股, 臍上下爲腹, 自陰陵泉上循膝股內前廉之血海, 箕門, 迤邐入腹, 經沖門,
府舍, 會中極, 關元, 復循腹結, 大橫, 會下脘, 歷腹哀, 過日月, 期門之分,
循本經之裏, 下至中脘, 下脘之際, 以屬脾絡胃也.

上股內後廉, 貫脊, 屬腎, 絡膀胱.
由陰谷上股內後廉, 貫脊, 會於脊之長强穴, 還出於前, 循橫骨, 大赫, 氣穴, 四滿,
中注, 肓俞, 當肓俞之所, 臍之左右, 屬腎, 下臍過關元, 中極而絡膀胱也.

Ⅲ. 槪括 및 考察

股關節은 엉덩관절이라고도 한다. 骨盤의 寬骨臼:關節窩와 大腿骨頭 사이에 끼어 있는 關節로 팔의 어깨관절에 해당한다. 둥근 大腿骨頭가 寬骨臼에 끼어 있으므로 杵臼 關節에 속한다. 膝關節에 이어 두번째로 큰 關節이 股關節로서 몸통과 다리의 연결부위인 사타구니에 위치한다.[12,14]
股關節의 痛症에 대해서는 韓醫學的으로는 『鍼灸大成』[2]에서는 "伏梁"이라 하였으며 『醫學入門』[3]에서는 "髀樞痛", "髀樞引痛" 『類經』[4]에서는 "髀樞中痛" 등으로 記載되어 있다.
股關節에서 發生하는 股關節 痛症의 原因 疾患으로는 股關節 挫傷, 股關節 骨折 및 脫臼등의 外因性과 류마티스 關節炎, 股關節 및 股關節 주위의 細菌性 感染 등의 感染性으로 나눌수 있으며 韓醫學的 原因으로는 外力, 六陰邪氣, 邪毒所傷, 勞損傷害등의 外因性과 久病虛弱, 濕熱의 內因性으로 分類할수 있다.
韓醫學에서의 股關節痛에 대한 內容은 먼저 足太陰脾經, 足太陽膀胱經, 足少陽膽經, 足厥陰肝經이 流注하며 『素問·腹中論篇』[13]에서 "風根也 其氣溢於大腸而著於肓, 肓之原在齊下, 故環齊而痛也. 不可動之, 動之爲水溺濇之病."라고 하였으며 「六元正紀大論」[13]에서는 "陽明所至爲骭尻陰股膝髀腨骭足病"이라고 하였다. 『靈樞·經脈篇』[5]에는 足太陰脾經의 所生病으로 보았으며 「經筋篇」[5]에서는 足太陰之筋의 病으로 보았다.
本症의 治療方法에 대하여 『靈樞·經脈篇』[5]에서

는 "盛則寫之, 虛則補之, 熱則疾之, 寒則留之, 陷下則沈之 不盛不虛, 以經取之"의 原則을 시사하였으며 이러한 治法이 治療의 基準이 되어서 현대에 이르러 鍼灸治療, 藥物治療, 理學療法등이 활용되고 있는 것이다.[14]

고관절에 대한 서양의학적 이해는 해부학에 바탕을 두고 있다. 股關節은 공과 같이 생긴 大腿骨의 骨頭와 이 공 부분을 감싸고 있는 소켓 모양의 骨盤骨의 髀臼로 구성되어 있는 關節이다. 이 공과 소켓 표면은 부드럽고 빛나는, 진주 빛의 물렁뼈로 덮여 있고, 물렁뼈는 쿠션의 機能을 하여 關節에 주어지는 壓力 또는 힘을 緩衝시키는 役割을 한다. 이 關節은 關節膜으로 둘러 싸여 있고, 이 關節膜의 內面은 關節液을 分泌하는 滑液膜으로 덮여 있다.[1,14,15]

半球形인 髀臼의 상방 2/5는 長骨. 하외측 2/5는 坐骨, 하내측 1/5는 恥骨로 각각 이루어져 있다. 髀臼의 入口는 前下方을 향하고 있는데 前方으로는 약 10도, 下方으로는 약 45도 기울어져있고, 이 入口의 둘레를 따라 치밀한 纖維軟骨 組織인 髀臼 脣이 있어 髀臼窩를 보다 깊게 만들어 關節의 安定性을 높여 주는데 後上方部에 가장 잘 發達되어 있다. 坐骨 및 恥骨의 一次 骨化 중심은 髀臼를 중심으로 상당히 떨어져 있어 髀臼 骨格의 대부분의 軟骨 상태이다. 성장하면서 이들 일차 骨化 中心에서 소위 Y자 형의 삼방 軟骨을 중심으로 만나게 되고, 이 三房 軟骨에서 생기는 이차 骨化 中心에서 骨化가 끝나는 18~20세경에 비로소 髀臼를 이루는 長骨, 坐骨, 恥骨 간에 骨癒合이 일어나게 된다 髀臼 중 체중 부하를 하는 부위는 말발굽 형태로 關節 軟骨이 덮고 있는데 軟骨은 中央이 얇고 髀臼脣 쪽으로 갈수록 두껍다. 중앙의 體重을 부하하지 않는 部位는 纖維彈性 脂肪體로 채워져 있으며, 그 下端의 髀臼 절흔으로부터 원형인대가 기시하여 大腿骨頭窩에 부착한다 求刑의 大腿骨 頭에는 생후 4~6개월에 二次 骨化 中心이 나타나는데, 關節 軟骨에 덮여 있는 부분이 구의 2/3정도에 해당한다. 骨頭의 關節 軟骨은 髀臼와는 달리 中央이 두껍고 가장자리로 갈수록 얇아진다. 骨頭는 전체가 骨端으로 이루어진 것이 아니고, 下內側 일부분은 骨間端에 의해 이루어진다. 大腿 頸部는 骨頭 直徑의 약 65% 정도 밖에 되지 않아 股關節의 넓은 運動範圍가 可能하게 하는데 上下 直徑이 前後 直徑보다 길다 따라서 骨頭는 모든 방향에서 頸部보다 두드러져 나와 있는데 특히 後方으로 甚하다. 또한 大轉子의 경우도 頸部에 비해 주로 後方으로 두드러져 있기 때문에 頸部의 횡단면의 축은 前方이 불룩한 곡선으로 보인다.

大腿骨 근위부 骨髓 강 내의 골소주는 독특한 구조를 하고 있는데, 제 1 제2 압박 골소주, 제1 제2 인장골소주. 대전자 골소주가 그것이다 이 중 제1 압박 골소주, 제 1 인장 골소주 및 제2 압박 골소주에 의해 이루어지고 삼각형을 Ward 삼각이라 하고 제 1 압박 골소주 제1인장 골소주 및 骨頭의 軟骨下 骨이 이루는 삼각형을 Babcock 삼각이라 부른다.[1,14,15]

股關節의 관절 막은 髀臼 가장자리로부터 大腿頸部 下端까지 뻗쳐 있는데, 前方의 경우 전자간선까지 이르나, 後方의 경우 頸部의 상 2/3 정도만 關節 膜에 덮여 있다. 따라서 頸部 基底部의 後面은 관절 막 밖에 위치한다. 大腿骨 附着 部位로부터 일부 關節膜 섬유가 다시 상방으로 연장되어 진행하여 大腿骨頭의 關節 軟骨 直下部까지 大腿 頸部를 싸고 있는데 이를 支帶라 하며, 이속으로 支帶 動脈이 大腿頸部를 따라 올라간다. 支帶는 大腿 頸部의 骨膜에 해당하나 일반적인 骨膜과는 달리 형성층이 없다. 關節膜은 長大腿, 恥大腿, 坐大腿 靭帶에 의해 덮여 强化되어 있어 運動 範圍의 制限은 거의 없이 關節의 安定性에 커다란 기여를 한다. 이 중 長大腿 靭帶는 특히 强力하고 Y자를 거꾸로 세워 놓은 모양을 하고 있어 Bigelow의 Y 인대라고 불린다.

股關節의 주된 屈曲筋은 腸腰筋이며 縫工筋 櫛狀筋, 大腿 直根 및 長, 短 및 大內轉筋들도 이부 屈曲筋 역할을 한다. 진선은 大臀筋, 大內轉筋 중 坐骨 粗面에서 기시하는 부분 및 膝窩部 筋肉群에 의하는데 이중 膝窩部 筋肉 群은 膝關節의 位置에 따라 股關節 伸轉力이 달라진다 內轉은 주로 長, 短 및 大內轉筋, 박근, 櫛狀筋에 의한다.

주요 外轉筋으로는 中臀筋, 小臀筋과 大腿 筋膜長筋이 있으며, 이들은 모두 上臀神經의 지배를 받는다. 주된 外回轉筋으로는 大臀筋과 이상근. 내폐쇄근 등의 단 外回轉筋群이 있으며, 內回轉에는 中臀筋과 小臀筋의 前方 部分과 大腿 筋膜장근이 주로 작용하는데 특히 股關節이 屈曲된 경우 내회전 근으로서의 작용이 크다

股關節은 허벅지 筋肉 깊숙이 놓여 있어 關節炎이나 腫瘍 등의 병변이 있더라도 肉眼的으로 이상을 나타내지 않아서 診斷이 힘들다는 점이 다른 關節과 틀린 점이다. 그리고 股關節에 병변이 있어 疼痛이 일어날 때 그 疼痛의 위치가 股關節 周圍일 수도 있지만, 이 疼痛이 膝蓋骨 近處에 나타나서 膝關節에 병변이 있는 것으로 誤認할 수 있다는 점이 特異하다.[1,14,15)]

股關節 병변으로 인한 疼痛이 大腿遠位部나 膝關節部로 聯關(reffered pain) 되는 理由는 大腿直根(rectus femoris) 의 기시부가 股關節膜(전하장골극에서도 기시하지만)이며, 부착부위가 膝蓋骨이기 때문에 股關節 병변의 疼痛이 膝蓋骨 近方에서 느껴질 수 있는 것이다. 이러한 현상은 人體의 어느 部位에서도 可能하다.[1,14,15)]

滑液囊炎은 物理的 摩擦로 인하여 滑液膜炎이 發生하나 드물게는 結核菌이나 化膿性 菌이 感染되어 發生하기도 한다.

단속적 고관절 동통은 大動脈의 말단부나 장골동맥의 血栓으로 인한 것으로 休息 時에는 없다가 몇 분간 이상 운동하면 股關節部나 大腿部에 疼痛이 생긴다는 점이 특징이다.[1,14,15)]

大腿骨頭의 無血性 괴사는 수 년 동안의 過飮, cortisone 사용, 潛水病(caisson disease) 등으로 외측 骨端血管의 血栓이 일어나 大腿骨頭의 血液循環이 잘 되지 않아 無血性 壞死가 일어난다. 初期에 發見되는 경우는 우연히 身體檢査를 받다가 發見되던가, 반대측 大腿骨頭의 無血性 壞死가 있어 조사하는 과정에서 발견된다. 1년쯤 지나면 步行할 때 약간의 疼痛이 생기기 시작하고 휴식하면 소멸한다.[1,14,15)]

退行性 關節炎은 原發性과 2차성으로 나눌 수 있다. 原發性은 股關節에 어떤 先天性 病變이나, 또는 後天的 病變이 없이 나이가 들어 股關節에 退行性 變化가 발생하는 것이고, 2차성은 先天的이든 後天的이든 股關節에 變形 또는 病變이 있어 關節에 어떤 결함으로 가지고 수년 간 별일 없이 살다가 점차 나이가 들어감에 따라 退行性 病變으로 疼痛, 運動障碍 및 下肢의 變形을 보여주는 것을 말한다.[1,14,15)]

强直性 脊椎炎은 20세 前後에서 腰 薦推부나 薦장관절에서 病이 始作되어 上下의 關節로 점차 번져간다. 이 병의 症狀은 처음 腰薦樞部에 疼痛과 뻣뻣한 감이 시작되는데, 그 位置가 明確하지 않고 坐骨神經痛 증상이 나타나기도 한다. 股關節을 侵犯하면 疼痛과 같이 關節이 뻣뻣해지고 運動이 制限된다.[1,14,15)]

Legg-Calve-Perthes은 大腿骨頭로의 血流障碍에 의한다는 것이 支配的이며, 그 具體的 原因에 대해서는 血液 凝固異常, 動脈 血流의 감소, 정맥순환의 장애, 성장 지연, 骨頭의 과성장에 따라 骨頭에 가는 血流가 軟骨의 壓迫에 때문에 減少하여 發生한다는 學說과 外傷 등에 의해 발생한다는 學說이 있으며 小兒의 전 年齡層에서 발생하나, 주로 4~8세의 小兒에서 발생 하며, 大腿骨의 머리에 해당되는 大腿骨의 骨頭에 血液供給이 되지 않아 엉덩이 關節이 아프면서 다리를 절게 되는 병이다.[1,14,15)]

발음성 고관절은 股關節 關節運動 時 彈發音이 들리거나 만져지거나 혹은 볼 수 있는 상태이다. 대부분 靑少年기 혹은 젊은 여자에게서 好發한다.[1,14,15)]

연골 용해증은 特發性은 서서히 시작되는 鼠蹊部, 臀部, 大腿부, 膝關節 部 疼痛이 나타나고 續發性은 大腿骨頭 骨端 分離症, 外傷, 長期間의 固定, 下肢의 火傷 등 先行 要因이 있으며 關節 軟骨의 破壞가 급속히 진행되어 關節 間隔이 좁아지고 關節 硬直이 나타나는 疾患이다.[1,14,15)]

經脈의 生理的 特徵은 『靈樞·本臟篇』[5)]에 "經脈者, 所以行血氣而陰陽 流筋骨 利關節"이라하여 身體 關節을 영위하는데 각 關節을 流注하는 所屬經脈에 의해 정상적인 활동을 維持한다고 하였다 股關節部에서는 足陽明胃經, 足太陰脾經, 足

太陽膀胱經, 足少陰腎經, 足少陽膽經, 足厥陰肝經이 流注하며 太陰이 위주가 된다고 認識하였으며, 股關節部에 流注하는 經筋을 『靈樞·經筋篇』[5]에서 살펴보면, 足少陽之筋(其病小指次指支轉筋, 引膝外轉筋, 膝不可屈伸, 腘筋急, 前引髀, 後引尻), 足陽明之筋(其病足中指支脛轉筋, 脚跗堅, 伏兎轉筋, 髀前腫, 瘭疝), 足太陰之筋(其病足大指支內踝痛, 轉筋痛, 膝內輔骨痛, 陰股引髀而痛, 陰器紐痛), 足厥陰之筋(其病足大指支內踝之前痛, 內輔通, 陰股痛轉筋, 陰器不用)가 있으며 股關節部에 流注하는 經筋의 病理에 대하여 十二經의 筋肉群, 즉 十二經筋은 주로 四肢部에서 기시하여 체간에 분포되며 經筋이 患病하면 주로 痺症과 筋肉의 救急, 不收 등의 症狀을 유발시킨다.

股關節部의 病症과 韓醫學的 治療는 西洋醫學的 治療, 즉 股關節 자체의 병변이나 국소성 병변으로 보는 것과는 달리 외부 및 經絡과 臟腑의 機能失調를 原因으로 보았다.

이에 股關節을 循環하는 經脈의 要穴과 流注하는 經筋에 대한 鍼灸治療 사용하였다

Ⅳ. 結 論

股關節部의 痛症에 대한 東西意學的 文獻助事를 하여 考察한 결과 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 韓醫學에서는 股關節部 疼痛은 일반적으로 "髀樞痛", "髀樞引痛", "髀樞中痛" 등으로 표현하고 있다

2. 韓醫學에서 股關節部 痛症의 原因은 外力, 六陰邪氣, 邪毒所傷, 勞損傷害 등의 外因性과 久病虛弱, 濕熱의 內因性으로 분류 할 수 있다.

3. 西洋醫學的 原因으로 股關節 挫傷, 股關節 骨折 및 脫臼등의 外因性과 류마티스 關節炎, 股關節 및 股關節 주위의 細菌性 感染 등의 感染性으로 나눌 수 있다.

4. 西洋醫學的 治療는 크게 保存的 治療단계에서의 물리치료, 진통소염제 위주의 약물치료, 운동요법이 사용되어지며, 골절 등의 구조적 문제를 위해 手術療法이 행해진다.

5. 韓醫學的 治療는 盛則寫之, 虛則補之, 熱則疾之, 寒則留之, 陷下則沈之. 不盛不虛, 以經取之의 原則을 시사하였으며 이러한 治法이 治療의 基準이 되어 鍼灸治療, 藥物治療, 理學療法 등이 활용되고 있다

6. 韓醫學的 治療에 있어서 足陽明胃經, 足太陰脾經, 足少陽膽經, 足厥陰肝經의 穴位 및 經筋部位가 주로 사용되었다.

以上의 結果로 볼 때 股關節部의 痛症은 股關節 자체의 문제보다는 內部臟器 및 全身과 연관시켜 볼 필요가 있으며, 西洋醫學的 觀點과 東洋醫學的 觀點을 聯關시켜 神經系와 經絡, 筋肉과 經筋에 대한 深度있고 具體的인 硏究를 통해 東西醫學的 治療가 竝行될 때 보다 나은 結果가 있을 것이라 사료된다.

參考文獻

1. 김희중 : "고관절의 해부학", 대한고관절학회지, 제17권 3호, 2005, p. 1~3
2. 權寧斗 . 鍼灸大成校釋, 대성문화사, 1993.3.30, p. 306 308~309, 765, 774, 787, 865, 871~872, 920, 924, 926, 928, 1029
3. 李梴 國譯編註醫學入門一倦, 南山堂, 1985.12.28, p. 293, 325, 357~359
4. 張介賓 . 張氏類經, 成輔社, 1982.9.20, p. 430, 435, 557, 565,
5. 楊維傑 : 黃帝內經靈樞釋解, 서울, 一中社, 1991, p. 119~123, 162, 211, 235~237, 244~247, 614~620
6. 상해중의학원 . 鍼灸甲乙經校釋甲乙經, 인민위생출판사, 1980.1, 상 p. 452~488, 하 p. 1241, 1245~1246
7. Robert K.Snider, MD : Essentials of

Musculoskeletal Care, 한우리, 2003.10
8. 대한정형외과학회 : 정형외과학, 최신의학사, 2001, p. 473~495
9. 裵秉哲 . 今釋黃帝內經靈樞, 成輔社, 1995.11.15 , p. 135. 138, 140, 176, 182, 306~307
10. 이종수 : 정형추나학, 대한추나학회, 2002, p. 150~160
11. 신준식 . 정형추나의학, 척추신경추나의학회, 2006, p. 318~328
12. 한방재활의학과학회 : 한방재활의학과학, 군자출판사, 2003, p. 115
13. 裵秉哲 . 黃帝內經素問今釋. 成輔社, 1983, p. 193, 381
14. 全國韓醫科大學再活醫學科敎室 : 東醫再活醫學科學, 書苑堂, 2000, p. 353~355
15. 대한정형외과학회 : 정형외과학, 최신의학사, 2001, p. 469~495