

고관절 통증 환자의 평가 및 신체 진찰, 그리고 감별 진단

이병찬 · 신세영¹ · 여승미^{2,3}

중앙대학교 의과대학 재활의학교실, ¹차의과학대학교 의과대학 재활의학교실,

²양산부산대학교병원 재활의학과, ³부산대학교 의과대학 재활의학교실

Evaluation, Physical Examination, and Differential Diagnosis of Patients with Hip Joint Pain

Byung Chan Lee, M.D., Seyoung Shin, M.D.¹, Seung Mi Yeo, M.D.^{2,3}

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Chung-Ang University School of Medicine, Seoul, Korea,

¹Department of Rehabilitation Medicine, CHA University School of Medicine, Seongnam, Korea,

²Department of Rehabilitation Medicine, Pusan National University Yangsan Hospital, Yangsan, Korea,

³Department of Rehabilitation Medicine, Pusan National University School of Medicine, Yangsan 50612, Korea

Abstract

Hip joint pain is a common symptom that affects individuals across various age groups and arises from diverse etiologies, ranging from acute traumatic injuries to chronic degenerative conditions. This study aims to provide a systematic framework for the evaluation of hip joint pain, emphasizing the differential diagnostic process through a combination of medical history, physical examination, imaging, and special tests. By investigating the mechanisms of symptom manifestation, as well as factors that exacerbate or alleviate the pain, clinicians can classify the primary causes of hip joint pain more effectively. The evaluation process involves assessing different postures (standing, sitting, lying, lateral, and prone) and movements (hip flexion, extension, internal rotation, external rotation) during the physical examination to determine the type of lesion. Accurate differential diagnosis is facilitated by integrating a systematic approach based on thorough history taking and physical examination with advanced imaging techniques such as magnetic resonance imaging (MRI) and ultrasound. Understanding the specific lesion type and performing an appropriate evaluation can contribute to the development of effective treatment strategies, ultimately enhancing the patient's quality of life. This study underscores the importance of a comprehensive, multidisciplinary approach to the diagnosis and management of hip joint pain, which is essential for achieving optimal clinical outcomes.

Key Words

Differential diagnosis, Hip pain, Physical examination

접수일 : 2025년 1월 7일

게재 승인일 : 2025년 1월 15일

교신저자 : 여승미

주소 : 경상남도 양산시 물금읍 금오로 20

양산부산대학교병원 재활의학과

Tel : 82-55-360-4250

Fax : 82-55-360-4251

e-mail : seungmi7@gmail.com

서론

고관절 부위의 통증은 1차 진료를 포함한 다양한 의학 분

야에서 흔히 접할 수 있는 증상이다. 이는 급성 외상성 손상에서 만성 퇴행성 질환에 이르기까지 다양한 원인으로 모든 연령대에서 나타날 수 있다. 고관절 통증은 노인에서 그 비율

이 더 증가하여, 60세 이상 인구 중 약 14%가 고관절 통증이 있는 것으로 알려져 있다.¹ 고관절의 해부학적 구조와 생체 역학의 복잡성은 고관절 통증의 근본 원인을 진단하기 어렵게 만든다. 고관절 및 그 주변은 뼈, 연골, 인대, 근육, 힘줄 및 점액낭을 포함한 구조로 이루어져 있다. 또한 고관절 부위 통증은 요추, 천장관절, 또는 복부 및 골반에서 기인하는 연관 통증인 경우도 있다.² 이러한 고관절의 복잡한 해부학적 구조와 외부 구조물에서 기인할 수 있는 통증을 고려하여 정확한 병력 청취 및 신체 진찰, 그리고 적절한 영상 및 실험실 검사의 활용이 필요하다. 특히 환자의 병력은 통증의 발병, 지속 기간, 특성을 비롯한 원인에 대한 중요한 단서를 제공하며, 관련 증상 및 악화 또는 완화 요인을 파악하는 데 도움을 준다. 꼼꼼한 신체 진찰은 통증을 국소화하고, 기능적 손상을 평가하며,

관절 내(intra-articular) 병변과 관절 외(extra-articular) 병변을 구별하는 데 기여한다. 고관절 부위 통증의 감별 진단은 골관절염, 관절와순 파열, 힘줄염과 같은 근골격계 질환뿐만 아니라 류마티스 관절염, 감염, 악성 종양과 같은 전신성 및 염증성 질환이 포함되어야 한다. 병력 및 신체 진찰을 통해 광범위한 감별 진단의 범위를 먼저 좁힌 후, 이후의 x선, 자기공명영상, 초음파와 같은 영상 기법과 특수 임상 검사를 처방할 수 있다. 본 고찰 연구에서는 고관절의 통증을 호소하는 환자가 내원하였을 시, 어떤 단계를 걸쳐서 이러한 감별 진단을 시행할 수 있는지 병력 및 신체 진찰을 중심으로 고찰하고자 한다.

Table 1. Differential Diagnosis of Anterior Hip Pain

Location	Differential diagnosis	History / Risk factors	Physical examination
Anterior hip: Extra-articular	Hip flexor tendon strain/ injury	Overuse Acute injury during hip flexion	Tenderness at the anterior superior iliac spine (ASIS), anterior inferior iliac spine (AIIS), or pubic symphysis (+) Pain provoked during hip flexor stretching
Anterior hip: Intra-articular	Femoroacetabular impingement syndrome	Young age, excessive physical activity Gradually progressive onset of pain Pain aggravated by hip movement	FADDIR (+) Patrick's test (+)
	Acetabular labral tear	Young age, excessive physical activity Acute onset of pain Pain aggravated by hip movement	FADDIR (+) Patrick's test (+)
	Femoral stress fracture	History of overuse	Antalgic gait Pain aggravated by hip movement
	Osteonecrosis of the femoral head (Avascular necrosis of the femoral head)	Middle or advanced age History of smoking and alcohol use History of corticosteroid use History of chemotherapy Comorbidities such as diabetes mellitus, metabolic syndrome, or obesity	Antalgic gait Pain exacerbated by hip movement with limited range of motion
	Hip osteoarthritis (OA)	Advanced age Gradually progressive onset of pain Pain aggravated by prolonged sitting or walking	Difficulty bearing weight on the affected limb Shortened limb with external rotation and abduction

FADDIR: flexion adduction internal rotation

본론

1) 환자 접근 방법(Approach to Evaluation) 및 감별 진단

정확한 병력 청취는 신체 진찰을 실시하기 전에 먼저 확인되며, 가장 중요한 요소들은 환자의 연령, 증상 발현 날짜, 외상의 유무, 손상 기전 등이 있다. 외상의 경력이 없는 경우에는 퇴행성 질환을 의심할 수 있다.³ 통증의 특징에 대하여 명확히 조사하는 것이 필요하며, 통증의 위치, 악화 인자, 완화 인자, 이전에 다른 치료를 적용 받은 적이 있다면, 치료에 대한 반응 또한 조사하여야 한다. 또한 환자의 기능에 대한 조사를 통하여, 어떠한 부분(예시: 차에 타고 내릴 때, 보행, 조깅, 계단을 오르내릴 때)에 장애가 있는지 확인하는 것이 필요하다. 그 외에도 야간 통증의 유무, 앉은 자세에서의 통증 유무, 하지 위약 혹은 감각 저하는 요천추의 신경 압박 또는 둔부 부위의 신경병증을 시사할 수 있다. 그 외에도 유년기, 혹은 청년기에서의 고관절, 슬관절과 관련된 특이 병력, 대퇴골두 무혈성 괴사의 위험인자, 염증성 관절염 병력, 가족력에 대하여도 명확히 조사를 하는 것이 필요하다.⁴ 스포츠 활동 병력은 손상의 유형을 결정하고 환자의 목표와 기대를 고려하여 치료 방향을 정하는 데 도움을 줄 수 있다.

고관절 부위 통증은 전방, 측방, 후방 3가지 부위로 나누어서 감별 진단을 생각해 보는 것이 좋다.² 면밀한 병력 청취 및 신체 진찰 및 고관절부 통증의 위치에 따라서 환자를 분류하는 것이 감별 진단의 1단계라고 할 수 있다(Table 1, 2). 관절 내 병변들이 주로 고관절 전방의 통증으로 나타나며, 가능한 질환들은 대퇴비구충돌증후군(femoroacetabular impingement), 관절 와순 파열, 대퇴골의 피로골절, 대퇴골두 무혈성 괴사, 퇴행성 고관절염, 고관절 골절이 있다. 고관절 전방 통증의 관절 외 병변으로는 고관절 굴곡건의 긴장 혹은 손상을 고려할 수 있다. 그 외에도 복강, 골반강 내 병변에 의한 연관통(referred pain)이 고관절 전방의 통증으로 나타날 수 있어, 소/대변 증상 혹은 생리 주기와 연관된 통증으로 발현되는 경우에는 복강이나 골반강의 신체 진찰 및 검사를 시행하여 보는 것이 도움이 될 수 있다. 측방 통증의 경우에는 대전자통증증후군(점액낭염, 중둔근 건병증 또는 파열), 대퇴감각이상증(meralgia paresthetica) 등을 생각해 볼 수 있다. 후방 통증에는 요천추부 통증, 천장관절 통증, 슬괵근의 건병증 혹은 파열이 있을 수 있으며, 그 외에도 이상근 증후군(pyramiformis syndrome)도 감별 진단에 포함하여야 한다. 또한 전방 통증과 마찬가지로 복강, 골반강 내의 연관통 또한 후방으로 나타나는 경우가 있어, 감별이 필요하다.²

Table 2. Differential Diagnosis of Lateral and Posterior Hip Pain

Location	Differential diagnosis	History / Risk factors	Physical examination
Lateral hip	Greater trochanteric pain syndrome (GTPS)	No history of trauma Middle-aged female Overweight Difficulty lying on the affected side Pain aggravated by prolonged sitting or physical activity	Tenderness at the greater trochanter Positive Trendelenburg sign or gait observed Pain elicited by resisted hip abduction
Posterior hip: Referred pain	Intra-abdominal or pelvic pathology	Changes in bowel or urinary habits Association with menstrual cycle	Physical examination and evaluation of the abdomen and pelvis
Posterior hip	Lumbosacral pain	Pain located superior to the L5 vertebra History of spinal disorders	Muscular tenderness in the lumbar region (superior to the L5 vertebra)
	Sacroiliac joint pain	No history of spinal disorders	Tenderness over the sacroiliac joint Absence of tenderness superior to the L5 vertebra
	Proximal hamstring tendinopathy or tear	History of overuse from activities involving repetitive hip extension	Tenderness at the ischial tuberosity Pain elicited by hamstring stretching

2) 고관절 내부와 외부 병변의 감별

고관절 내부 병변으로 인하여 발생하는 통증의 경우, 전형적으로 체중 부하 시 앞쪽 사타구니 및 내측 허벅지의 통증이 발생하고, 오랫동안 고관절을 굴곡하여 앉아있을 경우 통증이 유발되는 경우가 많다.⁵ 또한, 앉았다 일어나는 자세에서 통증이나 연발음(crepitus)이 발생하는 경우가 있다. 신체 진찰에서 고관절의 운동 범위 측정 시 제한이 나타나며, 유발 검사를 시행하였을 때 서혜부 통증을 많이 호소한다. 반대로 고관절 외부 병변으로 인하여 발생하는 통증의 경우 특정 자세, 혹은 특정 방향에서 유발되는 통증을 호소하는 경우가 많으며, 국소적 부종 혹은 압통을 호소하는 경우가 많다. 또한, 수동적 운동 범위 측정 시 제한이나 통증이 발생하지 않는 경우가 많으며, 능동적 운동 혹은 운동에 부하를 가했을 때 통증이 재현되는 것으로서 감별할 수 있다.⁶

3) 고관절의 신체 진찰

고관절의 신체 진찰은 다양한 검사가 있으며, 검사자 간의 일치도 및 민감도, 특이도에서 다양한 차이를 보이므로, 정확한 방식으로 수행하는 것이 중요하다. 또한 여러 가지 검사를 조합하면서 감별 진단을 수행하는 것이 중요하다. 검진의 순서는 환자와 검사 수행자의 편의성을 고려하여야 하나, 가장 흔한 순서로는 기립 자세, 앉은 자세, 바로 누운 자세(supine position), 옆으로 누운 자세(side-lying position), 그리고 엎드린 자세(prone position) 순으로 진행하는 것이 편리하다.⁷

(1) 기립 자세 검사

환자가 서 있을 때, 하지 길이 불균형(Leg length discrepancy)을 측정하기 위하여 어깨와 장골 능선(Iliac crest)의 높이를 측정한다. 나무 블록을 필요에 따라서 발 밑에 위치하여 하지 길이 불균형의 정도를 측정할 수 있으며, 하지 길이 불균형이 2-5 cm 정도일 때 보조기에 대한 고려를 할 수 있다.⁸ 또한 요천추부 병변에 대한 감별을 위하여 환자를 앞, 뒤, 양옆으로 요추 굴곡, 신전, 측방 굴곡을 시행하여 운동 범위의 제한, 척추 측만의 유무, 유발되는 통증의 유무를 보는 것 또한 중요하다(Fig. 1A).

한 다리 서기 검사(Single leg standing test, Trendelenburg test)를 양측에서 수행할 수 있다. 통증이 없는 쪽으로 한 다리 서기를 먼저 수행하여 기준으로 삼으며, 발을 어깨 넓이로 벌린 후에 반대쪽 다리를 고관절과 슬관절을 45도 정도 굴곡



Fig. 1. A: Lumbar flexion test for differentiating lumbar lesions, B: Single leg standing test, Trendelenburg test.

시킨 상태에서 6초간 기립 자세를 유지하도록 한다(Fig. 1B). 이 검사를 통해 체중을 지지하는 하지의 고관절 외전근의 위약과, 고유 수용감각 결핍 여부를 확인할 수 있다.⁹

환자의 보행을 분석하는 것 또한 중요하며, 환자의 앞, 뒤에서 6-8 발자국 정도를 관찰할 수 있다. 환자의 보행 분석에서 고관절의 문제가 있다면, 통증성 보행(antalgic gait), 엉덩관절통 보행(coxalgic gait), 트렌델렌버그 보행(Trendelenburg gait) 등이 나타날 수 있다.¹⁰ 통증성 보행은 통증이 있는 측의 입각기 단축으로 인한 비특이적인 절뚝거림을 의미하며, 엉덩관절통 보행은 통증이 있는 다리의 입각기 동안 상체가 병변 쪽으로 기울어지는 모습을 관찰할 수 있다. 트렌델렌버그 보행은 외전근의 약화로 병변 부위 반대쪽의 골반이 처지게 되며, 이를 보상하기 위해 상체를 기울여 체중을 통증이 있는 쪽으로 이동하게 된다. 엉덩관절통 보행과 트렌델렌버그 보행은 상체의 기울임 측면에서는 유사하지만, 엉덩관절통 보행에서는 골반의 평행이 유지되어 증상 부위 반대쪽으로 골반이 내려앉는 트렌델렌버그 보행과 구별할 수 있다.¹⁰

(2) 앉은 자세 검사

환자의 앉은 자세에서 검사자는 하지의 혈관계와 신경계에 대한 검진을 하여야 한다. 후경골동맥(posterior tibial artery)과 발등동맥(dorsalis pedis)의 맥박을 촉진하여 확인한다. 신경학적 검사에서는 L2에서부터 S1까지의 척수신경에 중점



Fig. 2. Assessment of hip internal rotation (A) and external rotation (B) in a seated position.

을 두고 근력, 감각, 그리고 심부 건반사를 수행한다. 앉아있는 자세에서는 고관절의 외회전과 내회전을 평가하기에 용이하다(Fig. 2A, 2B).¹¹ 고관절이 적합한 기능을 수행하기 위하여는 충분한 내회전($> 10^\circ$)이 일어나는 것이 중입각기(mid-stance phase)의 정상적인 보행을 위하여 필요하다. 고관절의 전굴(anteversion)이 증가한 경우에는 내회전 각도가 증가하며, 외회전 각도가 감소하는 것으로 나타날 수 있다. 고관절 외회전의 정상 범위는 약 $30\text{--}70^\circ$ 이며, 고관절 내회전은 약 $20\text{--}35^\circ$ 이다. 일반적으로 외회전이 20° , 내회전이 15° 이하로 감소하거나 대측에 비해 10° 이상 차이가 날 경우 대퇴비구충돌증후군 또는 대퇴골이나 비구의 이상 정렬 등의 병적 상태를 의심해야 한다.¹²

(3) 바로 누운 자세 검사

환자의 바로 누운 자세에서 검사는 하지 길이 불균형을 측정하는 것부터 시작된다. 가장 흔히 쓰이는 방법은 위앞엉덩뼈가시(anterior superior iliac spine)에서 동측의 안쪽 복사(medial malleolus)까지의 거리를 측정하는 것이다.¹³ 측진을 통하여 하복부 및 여타 부위에 압통이 있는지 확인하여 볼 수 있다. 고관절의 관절 가동 범위는 수동적 외전, 내전, 그리고 굴곡 동작을 확인해 볼 수 있다. 고관절의 굴곡 구축 여부에 대하여는 토마스(Thomas) 검사를 통하여 확인해 볼 수 있다. 환자의 하퇴가 테이블 밖으로 나와 위치하도록 테이블 끝



Fig. 3. Physical examination for hip pain performed in the supine position. A: Thomas test, B: Patrick test or FABER test, C: Dynamic internal rotatory impingement (DIRI) test, D: Dynamic external rotatory impingement test (DEXRIT) test, E: Passive supine rotation (PSR) or Log Roll test, F: Posterior rim impingement (PRI) test.

에 바로 누운 뒤, 검사하고자 하는 쪽의 반대쪽 하지를 무릎-가슴 자세(knee-chest position)을 하도록 하였을 때, 검사하고자 하는 쪽 허벅지가 테이블에 닿지 않는 경우에 구축이 존재한다고 판단할 수 있다(Fig. 3A).

고관절과 천장관절 통증의 감별은 패트릭 검사(Patrick Test, FABER-flexion, abduction, external rotation test)를 통하여 감별할 수 있다(Fig. 3B). 패트릭 검사를 시행하였을 시 후방 천장관절 쪽의 통증이 있다면 천장관절 통증, 앞쪽 사타구니 부근의 통증이 있다면 고관절 통증을 의심할 수 있다. 또한 후방 고관절 통증이 있으면서 요추부의 움직임으로 통증이 재현되지 않는다면, 후술되는 6개의 천장관절통 유발검사를 시행하여 3개 이상 양성인 경우 천장관절의 병증을 민감도 91%, 특이도 78%로 진단이 가능하다.⁶ 따라서

천장관절의 병증을 의심할 경우 thigh thrust 검사, anterior distraction 검사, compression 검사, sacral thrust 검사 그리고 Gaenslen test를 패트릭 검사와 같이 종합하여 시행하여 보는 것이 필요하다.¹⁴

DIRI (dynamic internal rotatory impingement) 검사는 대퇴비구충돌증후군을 감별하기 위하여 시행될 수 있다.¹⁵ 검사하고자 하는 다리의 반대쪽을 굴곡시켜 가슴까지 닿도록 한다. 검사하고자 하는 다리를 잡고 수동적으로 외전/외회전 상태에서 굴곡/내전/내회전 상태로 움직인다. 검사를 수행할 때 평상시 느끼던 통증이 재현된다면 양성으로 판단할 수 있다 (Fig. 3C).

DEXRIT (dynamic external rotatory impingement test) 검사는 상방, 혹은 후방 대퇴비구충돌증후군을 감별하기 위한 검사이며,¹⁵ DIRI 검사와 마찬가지로, 검사하고자 하는 다리의 반대쪽을 굴곡시켜 가슴까지 닿도록 한다. 검사하고자 하는 다리를 90° 굴곡 자세에서 외전/외회전/신전시키는 방향으로 움직이며, 평상시 느끼던 통증이 재현되는 경우, 상방/후방 대퇴 비구충돌증후군을 의심할 수 있다 (Fig. 3D).

PSR (passive supine rotation, Log Roll) 검사 또한 고관절 내부의 이상을 판별하기 위하여 유용한 검사이다.⁷ 환자가 바로 누운 자세에서 슬관절을 신전된 상태로 놓고, 대퇴골의 수동적 내회전/외회전을 시켜보면서 환자의 통증이 재현되는지를 보게 된다. 통증이 재현된다면 양성으로 보며, 관절의 이완 (laxity), 삼출 (effusion), 혹은 내부 이상이 있을 것을 고려하

여야 한다 (Fig. 3E).

PRI (posterior rim impingement) 검사는 대퇴 경부와 후방 비구와의 적합성을 보는 검사로, 환자를 신체 진찰 테이블의 가장자리에 눕도록 하여, 양하지가 충분히 신전이 될 수 있도록 여유 공간을 준다. 반대쪽 고관절을 최대한 굴곡시킨 이후, 검사하고자 하는 고관절을 최대한 신전/외회전시켜서 증상이 재현되는 경우, 후방 대퇴비구충돌증후군을 의심하거나, 전방 고관절의 불안정성을 의심할 수 있다 (Fig. 3F).⁷

(4) 옆으로 누운 자세 검사

옆으로 누운 자세에서 검사 시 첫 단계로는, 통증 구조물에 대한 촉진이 중요하다. 천장관절 상방 (suprasacroiliac area), 천장관절, 대둔근의 기시부를 만져보아야 한다. 그 다음에는 좌골을 촉진하여 견열 골절 (avulsion fracture) 혹은 윤활낭염이 있는지도 확인하여 본다. 마지막으로, 대퇴골의 대전자 부위의 여러 면을 촉진하여 확인하여 보아야 한다.

외측 부근 고관절 통증을 호소할 때에는 근력 또한 평가가 필요하며, 환자가 옆으로 누운 자세에서 고관절을 외전시키고, 검사자가 저항을 주면서 검사를 할 수 있다. 만일 중둔근에 대한 근력을 평가하고 싶다면, 무릎을 구부린 상태에서 위의 근력 검사를 수행한다면, 대둔근의 영향을 줄이면서 검사할 수 있다.

수동적 내전 검사 (passive adduction test)는 3가지 자세에서 수행할 수 있다. 고관절 신전 시에는 대퇴근막장근 (tensor



Fig. 4. Physical examinations for hip pain performed in the lateral decubitus position: Passive hip adduction test (A: hip extension to provoke tensor fasciae latae tension, B: hip neutral to provoke gluteus medius tension, C: hip flexion to provoke gluteus maximus tension), D: Flexion-Adduction-Internal Rotation (FADDIR) test, E: Lateral rim impingement test.

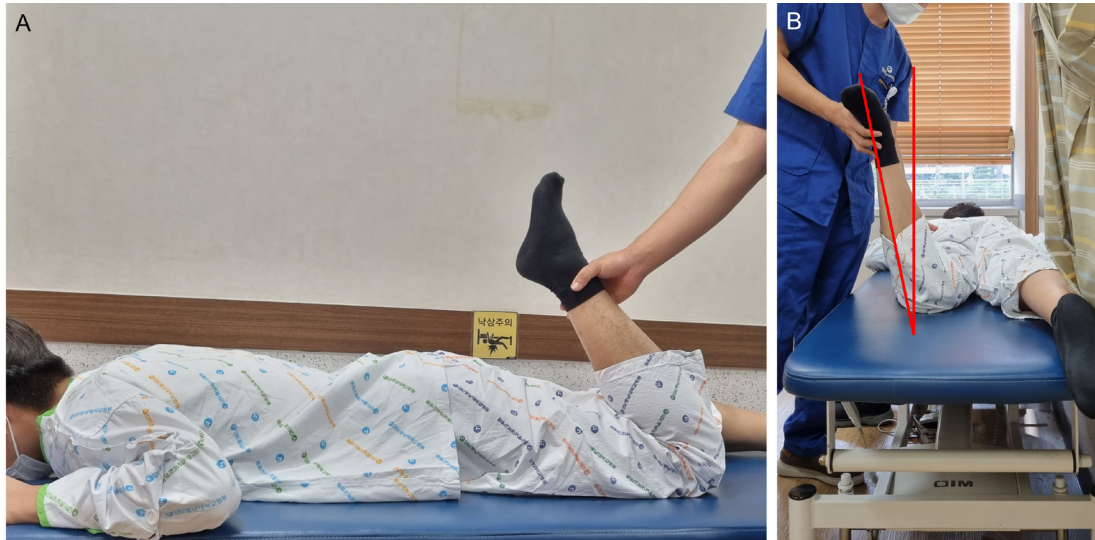


Fig. 5. Physical examinations for hip pain performed in the prone position: A: Ely's test, B: Hip anteversion test.

fascia lata)의 긴장을 유도할 수 있으며, 고관절 중립 시에는 중둔근의 긴장, 또한 굴곡 시에는 대둔근의 긴장을 평가할 수 있다(Fig. 4A, 4B, 4C).

또한 옆으로 누운 자세에서도 대퇴비구충돌증후군의 평가가 FADDIR (flexion adduction internal rotation) 검사를 수행하여 이루어질 수 있다. 환자의 불편감이 상기 검사로 인하여 유발되는 경우 양성으로 판단되며, 상기 검사는 바로 누운 자세에서도 똑같이 수행이 가능하다(Fig. 4D).

Lateral rim impingement test는 환자가 옆으로 누운 자세에서 통증쪽 고관절을 수동적으로 신전/외전/외회전시켜본다. 환자의 증상이 재현되는 경우 후방 대퇴비구충돌증후군 혹은 고관절 전방 불안정성을 시사한다(Fig. 4E).¹⁶

(5) 엎드린 자세 검사

엎드린 자세에서는 대퇴직근의 구축 여부를 검사할 수 있다. Ely 검사는 환자가 엎드린 상태에서 슬관절의 굴곡을 유도하였을 시, 사타구니가 테이블에서 떨어지는 것을 확인하면 양성으로 판단할 수 있다(Fig. 5A).

고관절 전굴(femoral anteversion) 검사는 고관절의 전굴/후굴 정도를 검사할 수 있으며, 환자가 엎드린 상태에서 대전자를 만지면서 고관절의 내회전/외회전을 일으키고, 대전자가 가장 바깥쪽에서 만져지는 자세를 유도한다. 그 이후 하퇴의 각도를 수직선과 비교하여 측정하게 되며, 정상적으로 대퇴전굴은 약 10°에서 20° 정도로 관찰된다(Fig. 5B).

결론

고관절의 통증은 환자에게 불편감을 줄 수 있으며, 일상생활 활동에서 장애를 일으킬 수 있다. 고관절 주변에는 여러 가지 구조물들이 많이 모여 있으며, 고관절 외부에서 발생한 통증이 방사되는 경우도 있어 의료진이 통증의 원인을 판단하는 것에 많은 어려움이 있을 수 있다. 최근에는 MRI, 초음파 등의 영상 기법들이 발전하여 세부 진단에 많은 도움을 받을 수 있으나, 전통적인 병력 청취 및 신체 진찰이 선행된다면, 더욱 높은 정확도와 신뢰도를 가지고 환자에 대한 진단을 수행할 수 있다.

고관절 통증을 주소로 내원하였을 때 위의 검사 수칙을 잘 이해하며 정확한 순서와 방법을 통하여 수행하는 것이 필요하며, 특히 관절 내 병변 및 관절 외 병변에 대한 이해 및 감별 진단에 주안점을 두는 것이 중요하다. 특히 노인에서는 고관절 통증이 더 흔히 발생하며, 골관절염, 무혈성 괴사, 대전자 통증증후군 등이 흔한 원인이 되겠으며, 요천추부에서 기인한 통증과도 감별이 필수적이다. 본 문헌에 기술된 병력 청취, 진단적 검사를 잘 수행한다면 특히 노인에서의 고관절 병리의 이해 및 진단, 치료에 도움이 될 것으로 판단된다.

Acknowledgement

본 연구는 2023년 양산부산대학교병원 임상연구비 지원으로 이루어졌음.

REFERENCES

1. Christmas C, Crespo CJ, Franckowiak SC, Bathon JM, Bartlett SJ, Andersen RE. How common is hip pain among older adults. *J Fam Pract* 2002;51:346-348
2. Chamberlain R. Hip pain in adults: Evaluation and differential diagnosis. *Am Fam Physician* 2021;103:81-89
3. Martin HD, Palmer IJ. History and physical examination of the hip: the basics. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2013;6:219-225
4. Martin HD, Shears SA, Palmer IJ. Evaluation of the hip. *Sports Med Arthrosc Rev* 2010;18:63-75
5. Ahn S, Lim JY. Intraarticular hip pain: Current concepts and review. *Clinical Pain* 2016;15:13-19
6. Battaglia PJ, D'Angelo K, Kettner NW. Posterior, lateral, and anterior hip pain due to musculoskeletal origin: a narrative literature review of history, physical examination, and diagnostic imaging. *J Chiropr Med* 2016;15:281-293
7. Martin HD, Kelly BT, Leunig M, Philippon MJ, Clohisy JC, Martin RL, et al. The pattern and technique in the clinical evaluation of the adult hip: the common physical examination tests of hip specialists. *Arthroscopy* 2010;26:161-172
8. Sakaguchi D. Orthotics and prosthetics in rehabilitation. *Physiotherapy Canada* 2013;65:399
9. Bailey R, Selfe J, Richards J. The role of the Trendelenburg test in the examination of gait. *Physical Therapy Reviews* 2009;14:190-197
10. Lim MR, Huang RC, Wu A, Girardi FP, Cammisa FPJ. Evaluation of the elderly patient with an abnormal gait. *J Am Acad Orthop Surg* 2007;15:107-117
11. Wichman D, Rasio JP, Looney A, Nho SJ. Physical examination of the hip. *Sports Health* 2021;13:149-153
12. Birrell F, Croft P, Cooper C, Hosie G, Macfarlane G, Silman A, et al. Predicting radiographic hip osteoarthritis from range of movement. *Rheumatology* 2001;40:506-512
13. Alfuth M, Fichter P, Knicker A. Leg length discrepancy: a systematic review on the validity and reliability of clinical assessments and imaging diagnostics used in clinical practice. *PLoS One* 2021;16:e0261457
14. Laslett M, Young SB, Aprill CN, McDonald B. Diagnosing painful sacroiliac joints: A validity study of a McKenzie evaluation and sacroiliac provocation tests. *Aust J Physiother* 2003;49:89-97
15. Menge TJ, Truex NW. Femoroacetabular impingement: a common cause of hip pain. *Phys Sportsmed* 2018;46:139-144
16. Braly BA, Beall DP, Martin HD. Clinical examination of the athletic hip. *Clin Sports Med* 2006;25:199-210