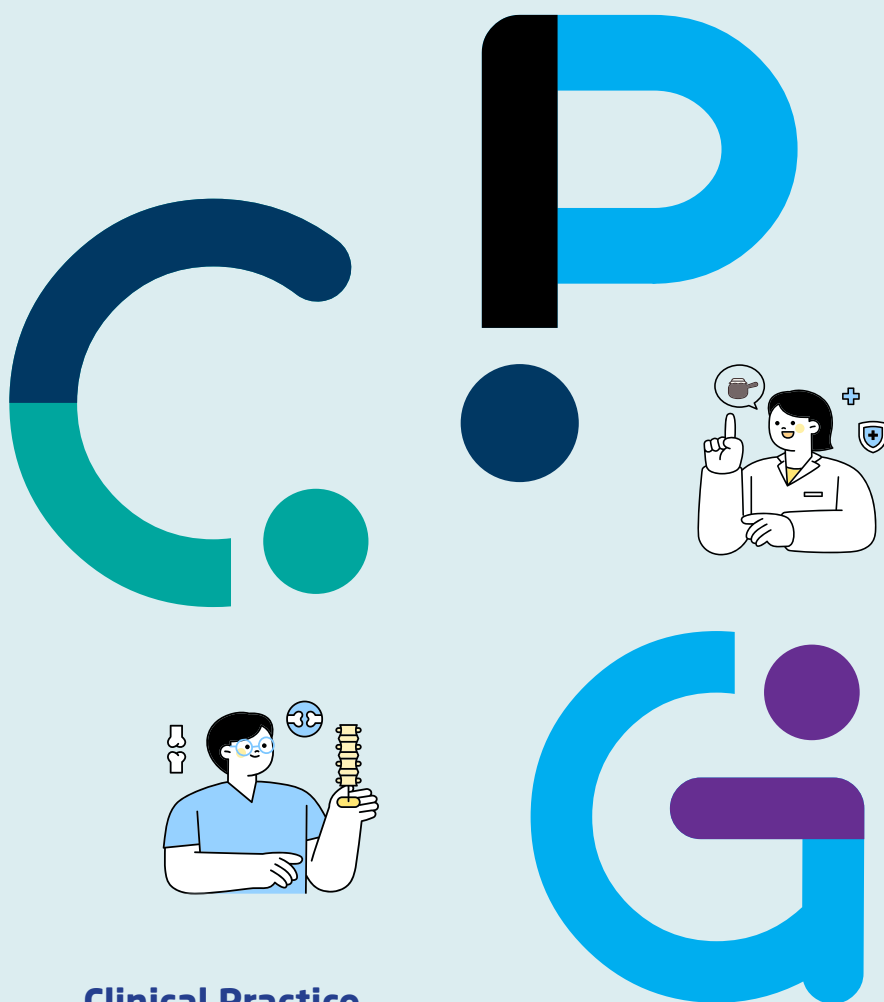


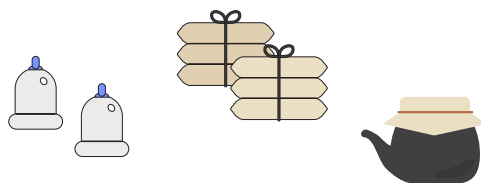
한의표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)

근골격계



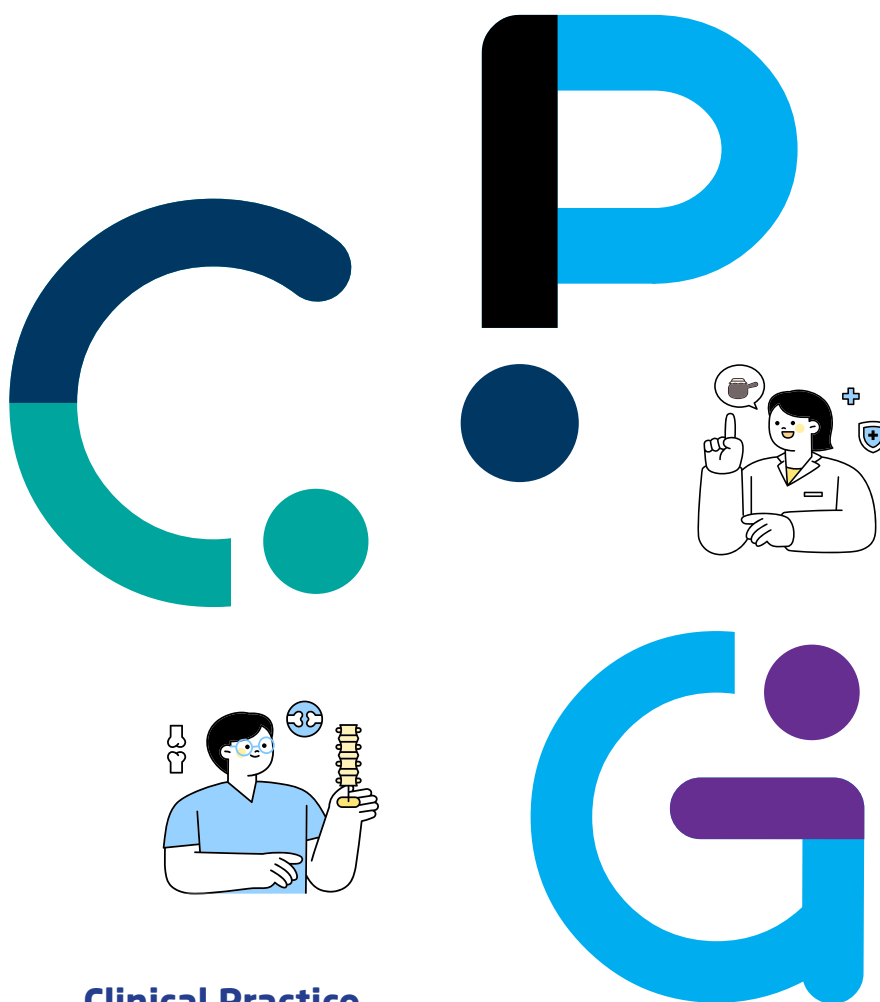
Clinical Practice
Guideline
of Korean Medicine



한의표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)

근골격계



Clinical Practice
Guideline
of Korean Medicine

발간사

한의학표준임상진료지침은 2016년부터 과학적 방법론에 따라 본격적으로 개발되어, 한의학 치료기술의 근거 확립에 중요한 토대를 마련해 왔습니다. 수많은 연구진과 학회, 그리고 사업단의 꾸준한 노력으로 다양한 질환을 포괄하는 임상진료지침이 출판되었으며, 이러한 성과는 근거 기반의 한의의료 발전을 지속적으로 견인하고 있습니다.

이번에 발간하는 「한의학표준임상진료지침 핵심 요약집(CPG Essential Summary)」은 지금까지 개발된 54종 질환의 임상진료지침 주요 내용을 정리한 자료입니다. 방대한 원문의 정보를 임상현장에서 쉽게 참고할 수 있도록 핵심 정보 중심으로 구성하였으며, 실제 진료 흐름에 맞춘 구조로 활용성을 높였습니다.

본 요약집이 한의학표준임상진료지침의 임상 활용을 넓히고, 한의사들의 근거 기반 진료 실천을 지원하는 데 의미 있는 역할을 하기를 기대합니다. 나아가 이를 통해 한의의료서비스가 국민에게 더욱 신뢰받는 의료체계로 자리매김하는 데 중요한 밑거름이 되기를 바랍니다.

끝으로, 본 자료의 제작을 위해 힘써 주신 연구진, 학회, 관계자 여러분의 노고에 깊이 감사드립니다. 앞으로도 한의약이 국민 건강 증진에 기여할 수 있도록 많은 관심과 성원을 부탁드립니다.

2025년 12월
한국한의학진흥원 원장 직무대리
송 수 진

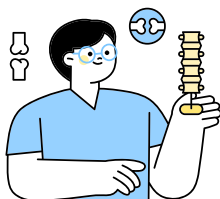


한의학표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)

일러두기

본 자료는 국가한의학정보포털(NCKM, <http://nikom.or.kr/nckm>)에서 다운로드가 가능하며, 지침 성과 확산의 취지에 부합하거나 비영리적인 목적으로 별도의 승인 절차 없이도 인용, 배포 및 복제가 가능합니다.



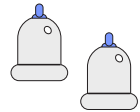
NOTICE

한의학표준임상진료지침은 의료기관에 내원한 환자가 최적의 한의의료 서비스를 제공받을 수 있도록, 최신 임상 근거를 토대로 개발된 진료 가이드라인입니다.

본 책자는 한의학표준임상진료지침 연구진의 개발 의도와 권고 내용을 최대한 그대로 유지하여 편집한 것으로, 의료 현장에서 진료 시 참고 자료로 활용할 수 있습니다.

한의표준임상진료지침 개발과정

<권고등급(Grade of Recommendation)>



등급	정의	표기법
A	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 거의 모든 임상상황에서 강하게 권고한다.	사용할 것을 권고한다. (Is recommended)
B	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 대부분의 임상상황에서 시행을 고려해야 한다.	사용할 것을 고려해야 한다. (Should be considered)
C	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 일부 임상상황에서 시행을 고려할 수 있다.	사용할 것을 고려할 수 있다. (May be considered)
D	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 대부분의 임상상황에서 시행하지 않을 것을 권고한다.	사용하지 않을 것을 권고한다. (Is not recommended)
GPP	전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다. (Is recommended based on the formal consensus of the expert group)
Inconclusive	합의안을 위한 다양한 검토와 의견수렴에도 불구하고 합의도출을 이루지 못하여 권고안을 비도출하였다.	권고안 비도출 (Is inconclusive)

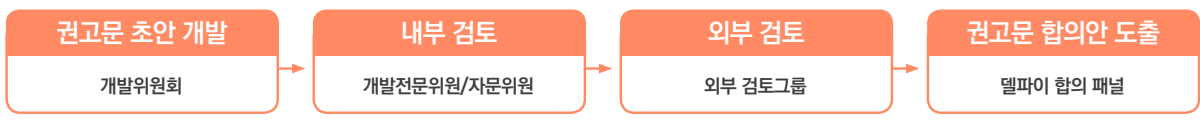
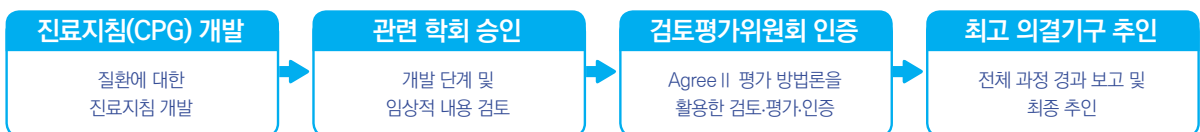
* GPP : Good Practice Point

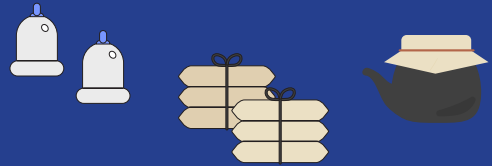
<근거수준(Quality of Evidence)>



수준	내용
높음(High)	효과의 추정치가 실제 효과에 가깝다는 것을 매우 확신할 수 있다.
중등도(Moderate)	효과의 추정치에 대한 확신을 중등도로 할 수 있다. 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.
낮음(Low)	효과의 추정치에 대한 확신이 제한적이다. 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.
매우낮음(Very Low)	효과의 추정치에 대한 확신이 거의 없다. 실제 효과는 효과의 추정치와 상당히 다를 것이다.

<한의표준임상진료지침 개발과정>





목차

1) 손목터널증후군(G56.0)	10
2) 류마티스 관절염(M05, M06)	18
3) 통풍(M10)	24
4) 퇴행성 고관절·수지관절염(M16.0, M18.0)	30
5) 퇴행성슬관절염(M17, 23)	38
6) 변형성배병증(척추측만증)(M41)	46
7) 퇴행성요추척추관협착증(M48)	52
8) 요추추간판탈출증(M51)	56
9) 경항통(M54.2, M50.1)	62
10) 만성요통증후군(M54.5, 54.56)	70
11) 견비통(M75.0, M75.1)	76
12) 골다공증(M81)	82
13) 교통사고상해증후군(S00.0, T00.9)	88
14) 턱관절장애(S03.0, S03.4)	96
15) 골절(S32)	102
16) 족관절염좌(S93.40, S93.41)	108
17) 수술 후 증후군(Z54.0, Z98.8)	114

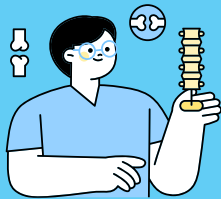
부록

질병분류표(KCD8)	136
상병코드별 분류	137
학회별 한의학표준임상진료지침 개발현황	138

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

한의표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)



근골격계



손목터널 증후군 (G56.0) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

손목터널증후군은 수근관 증후군과 동의어로 손목터널을 덮고 있는 가로손목인대가 두꺼워져 발생하는 손목 부위의 정중신경 포착 신경병증이다. 증상은 정중신경 분포 부위를 따라 나타나는 통증과 감각이상 및 저림증이 주되며 특히 야간에 심해지는데, 이는 수면 중 손목이 굴곡 방향으로 꺾이기 쉽고, 환측으로 누우면서 병변 부위가 더욱 압박되기 때문이다. 간혹 손목터널증후군이 치료되지 않고 방치되는 경우 무지구의 근육, 특히 단무지외전근이 위축되거나 근력 약화가 생길 수도 있다. 질병세분류 상, 손목터널증후군(G56.0)에 해당하며, 한의학적으로 비증완통(痺證腕痛), 비증완비(痺證腕痺) 등의 범주로 볼 수 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

손목터널증후군은 정중신경이 지배하는 영역에서 감각이상, 밤에 심해지는 통증을 호소하며, 손을 흔들거나 주무르면 증상이 소실될 수 있다. 정중신경의 지배 영역에만 증상이 있는 경우도 있으나, 모든 수지에 증상이 나타날 수 있으며 팔꿈치와 어깨까지 뻗치는 통증을 호소할 수도 있다. 만성으로 이환되는 경우 정중신경 주행 부위의 손가락, 특히 엄지의 근력 약화를 호소하며 물건을 떨어뜨리거나 단추를 잠글 때 불편함을 호소하기도 한다.

손목터널증후군은 문진과 설문을 통해 통증과 감각 이상에 대한 정보를 파악하고, 이학적 검사(감각 검사(2-point discrimination, Semmes-Weinstein monofilaments 등), 증사 유도 검사(Phalen, Durkan 검사 등)와 전기 진단 검사(신경전도 검사 및 근전도 검사)를 통해 종합적으로 진단한다. 영상학적 검사(손목 X-ray, 초음파 등)는 보조적으로 활용할 수 있다.

(2) 변증

손목터널증후군은 한습(寒濕), 담탁(痰濁), 습열(濕熱), 담체(痰滯)의 실증과, 기음양허(氣陰兩虛), 간신평허(肝腎虧虛)의 허증으로 구분한다.

(3) 감별진단

질환명	감별진단
경추 6번 신경근병증	목 통증이 동반되며, 엄지와 둘째 손가락에만 감각 장애가 있음
당뇨성 신경병증	당뇨병력이 있음
자신경병증	첫째 손등뼈 사이근의 약화, 넷째, 다섯째 손가락 감각장애가 발생하는 차이가 있음
손가락 및 손목의 관절염	통증과 저림감이 있으나, 감각저하는 주요 증상이 아니며, 영상검사상 관절 변형이 관찰됨
흉곽출구증후군	경추부 통증과 손 저림이 동반되나, 특정 신경근 압박 및 특정 말초신경 포착처럼 손 저림 영역이 명확하지 않음

03. 예방 및 관리

손목터널에서 정중신경이 압박되어 나타나는 증상에 대한 예방 및 관리 중 손의 반복 사용 및 부자연스런 자세를 피하는 것이 매우 중요하다. 정중신경의 압박을 악화시키는 활동과 자세를 피하며, 야간에 심해지는 증상을 관리하기 위해 보조기를 사용하며, 손목 관절 스트레칭, 총양근 스트레칭 등자가 운동을 실시하며 적절히 관리한다.

* 상세 내용 손목터널증후군 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
<성인 손목터널증후군 환자>		
I. 단독 치료		
1) 침		
R1	성인 손목터널증후군 환자에게 침 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 침 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 문헌을 근거로 침 치료 시 정중신경 주행 부위인 대릉(PC7, 大陵), 내관(PC6, 內關)혈을 주혈(主穴)로 하여 증상 호소 부위인 노궁(PC8, 勞宮), 합곡(LI4, 合谷), 어제(LU10, 魚際), 팔사(EX-UE9, 八邪)혈 등을 위주로 치료할 수 있다. 침 치료 시 유침 시간은 15~30분간 시행하는 것이 적절하다. 연구 논문에서는 주 2~3회씩 약 4주간 총 8~12회의 자침으로 유의한 효과를 나타냈다고 보고하였으므로 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.		
2) 도침		
R2	성인 손목터널증후군 환자에게 도침 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 도침 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 문헌을 근거로 도침 치료는 가로손목인대 근처인 대릉(PC7, 大陵)혈 주위로 시행한다. 유침 없이 주 1회 정도의 빈도로 치료하며, 연구 논문에서는 3주간 총 3회 시행하여 유의한 효과를 냈다고 보고하였으므로 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다. 알려진 이상반응으로는 시술 부위의 혈종, 통증 악화, 시술 부위의 감염, 침훈(침 치료 후 어지럼) 등이 있으므로 시술 시 손목터널에 주행하는 혈관과 신경 등 해부학적 구조물의 위치를 잘 파악하고, 감염 관리를 철저히 시행해야 한다.		
3) 전침		
R3-1	성인 손목터널증후군 환자에게 전침 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 전침 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 문헌을 근거로 전침 치료 시 정중신경 주행 부위인 대릉(PC7, 大陵), 내관(PC6, 內關)혈을 주혈(主穴)로 하여 증상 호소 부위인 노궁(PC8, 勞宮), 합곡(LI4, 合谷), 어제(LU10, 魚際), 팔사(EX-UE9, 八邪)혈, 손으로 유주하는 경락을 따라 수삼리(LI10, 手三里), 외관(TE5, 外關), 척택(LU5, 尺澤), 소해(HT3, 少海), 곡택(PC3, 曲澤)혈 등을 선택하여 취혈할 수 있다. 연구 논문에서는 2Hz의 주파수로 1일 20분 유침, 주 2회, 8주간 총 16회를 시행하여 유의한 효과를 나타냈다고 보고하였으므로 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.		
R3-2	성인 손목터널증후군 환자에게 의과 약물 복용 또는 손목 부목에 비해 전침 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 전침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low
임상적 고려사항 연구 논문에서는 의과 약물 치료 방법으로 신경 기능 활성화를 위해 Mecobalamin (vitamin B12) 0.5mg을 20일간 복용하며 야간에 손목 부목을 시행하는 치료와 전침 치료를 비교하였다. 전침 치료는 손목 가로인대 주위인 대릉(PC7, 大陵)혈을 위주로 하여 노궁(PC8, 勞宮), 합곡(LI4, 合谷), 팔사(EX-UE9, 八邪), 어제(LU10, 魚際), 내관(PC6, 內關), 경계(LU8, 經渠), 곡지(LI11, 曲池)혈 등을 선택하여 취혈할 수 있다. 연구 논문에서는 21Hz 연속직류 전류 자극을 1일 20분씩 20일간 총 20회 또는 주 2회 5주간 총 10회 치료를 시행하여 유의한 효과를 나타냈다고 보고하였으므로 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.		
4) 레이저침		
R4	성인 손목터널증후군 환자에게 레이저침 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 레이저침 치료를 시행하는 것을 권고한다.	A/High
임상적 고려사항 문헌을 근거로 전침 치료 시 정중신경 주행 부위인 대릉(PC7, 大陵), 내관(PC6, 內關)혈을 주혈(主穴)로 하여 증상 호소 부위인 노궁(PC8, 勞宮), 합곡(LI4, 合谷), 어제(LU10, 魚際), 팔사(EX-UE9, 八邪)혈, 손으로 유주하는 경락을 따라 수삼리(LI10, 手三里), 외관(TE5, 外關), 척택(LU5, 尺澤), 소해(HT3, 少海), 곡택(PC3, 曲澤)혈 등을 선택하여 취혈할 수 있다. 연구 논문에서는 2Hz의 주파수로 1일 20분 유침, 주 2회, 8주간 총 16회를 시행하여 유의한 효과를 나타냈다고 보고하였으므로 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.		

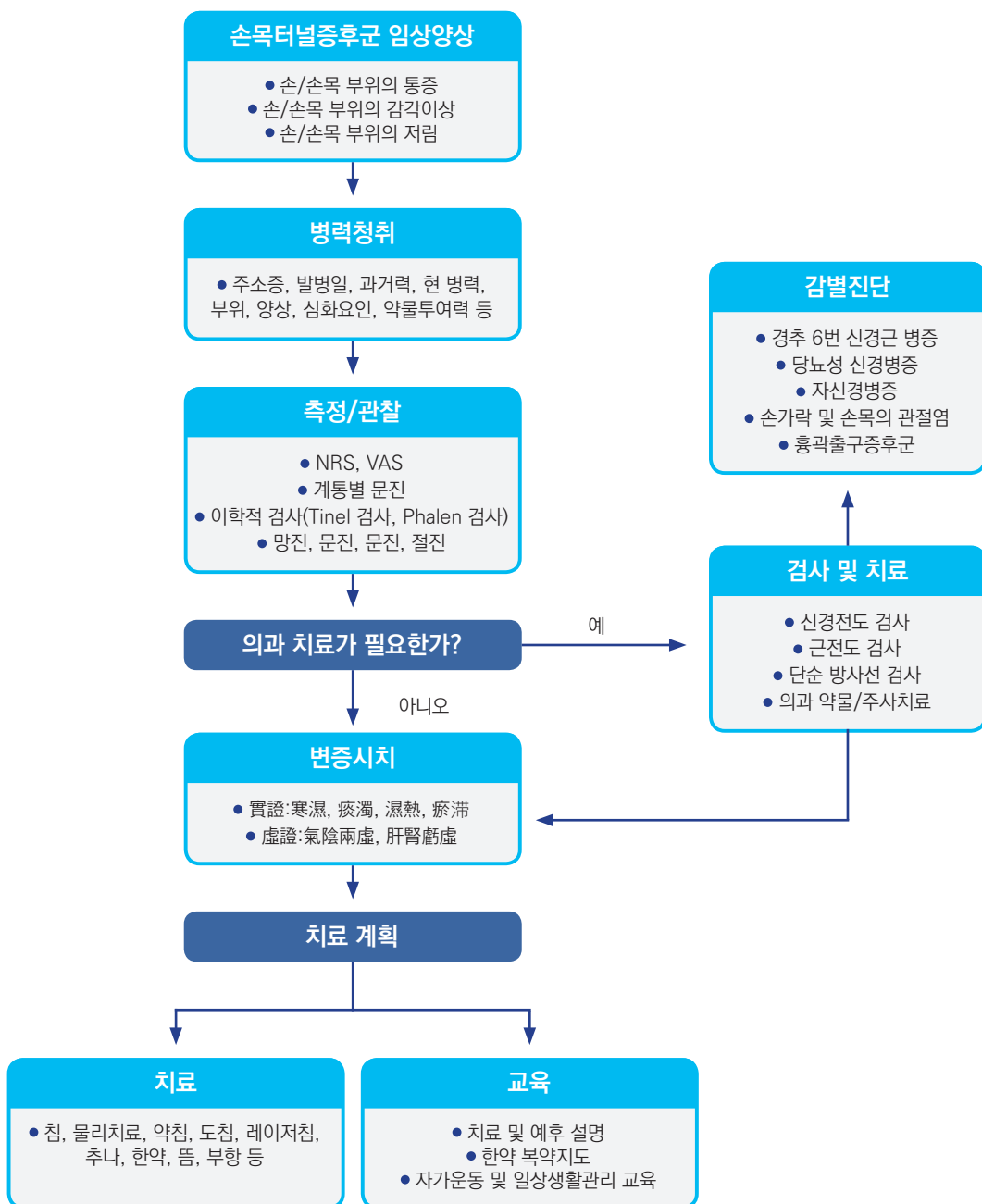
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
5) 부항		
R5	성인 손목터널증후군 환자에게 부항 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이며 부항 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 문헌에 근거하여 손목터널증후군 환자에게 대릉(PC7, 大陵)혈 부위에 습식 부항을 시행할 수 있다. 부항 시행 시 국소조직 응고, 자반, 색소 발생, 수포 발생이나 압통 등이 발생할 수 있으며 안전한 시술을 위해 시술에 적합한 체위를 취하고, 감염 방지를 위해 멸균된 부항을 사용해야 하며, 치료 부위에 맞는 크기의 부항컵을 활용해야 한다. 출혈 경향이 있거나, 예민한 자, 고열이 발생한 자, 현재 감염성 질환을 앓고 있는 자, 피부 탄력이 결여된 자들에게는 신중하게 활용하거나 시행하지 않아야 한다.	
6) 한방물리요법		
R6-1	성인 손목터널증후군 환자에게 한방물리요법을 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이며 한방물리요법을 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 한방물리요법 단독 시행 시 손목터널 및 증상 호소 부위에 경혈초음파치료, 단파 치료, 극초단파치료, 파라핀욕, 아이스팩, 레이저 치료, 경피경혈자극요법, 경근간섭저주파, 경피전기자극치료, 훈세요법(薰洗療法) 등을 시행할 수 있다.	
R6-2	성인 손목터널증후군 환자에게 주사 치료나 손목 부목에 비해 한방물리요법을 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이며 한방물리요법을 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 연구 논문에서는 hydrocortisone 50mg 주사 1회 치료와, 파장 775nm, 주파수 6,500Hz의 레이저를 이들에 한 번씩 3주간 10회 시행한 치료와 비교하여 유의한 효과가 있다고 보고하였으며, 야간 손목 부목과의 비교는 경근간섭저주파를 주 5회, 3주간 총 15회를 적용하는 치료와 비교하여 유의한 효과가 있다고 보고하였다. 그러므로 손목터널증후군 환자에게 한방물리요법으로서 레이저나 간섭저주파 치료를 적용 시 이러한 방법에 준하여 치료하는 것이 적절하다.	
7) 추나		
R7	성인 손목터널증후군 환자에게 추나 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이며 추나 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 문헌을 근거로 추나요법은 좌위 원위 요척관절 관절가동기법, 좌위 요수근관절 관절가동기법, 좌위 척수근관절 관절가동기법, 좌위 중수근관절 관절가동기법, 좌위 제 1 수근중수관절 관절가동기법 등 및 손목 관절 주위의 근막추나기법을 사용할 수 있으며, 전통수기법으로는 일지선추법(一指禪推拿), 유법(揉法), 요법(搖法), 발신법(拔伸法) 등을 활용할 수 있다. 연구 논문에서는 전통추나수기법을 1일 1회, 주 5회씩 4주간 총 20회를 시행하여 유의한 효과를 나타냈다고 보고하였으므로 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
II. 복합 치료		
8) 레이저침과 한방물리요법		
R8	성인 손목터널증후군 환자에게 한방물리요법 단독 치료에 비해 레이저침과 한방물리요법 병행 치료를 시행하는 것이 증상 및 기능 개선에 효과적이며 레이저침과 한방물리요법 병행 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 연구 논문에서는 출력 9.4W, 파장 904nm의 GaAs Laser와 파장 15mW, 파장 632.8nm의 HeNe Laser를 치료 경혈 당 약 1분씩, 그리고 대릉(PC7, 大陵), 양지(TE4, 陽池)혈에 출력 580μA~3.5mA, 파장 0.3Hz의 혈위 TENS를 18분 동안 시행하는 것을 주 3회, 3~4주 동안 총 9~12회 시행하여 유의한 효과를 나타냈다고 보고하였으므로 레이저침과 전기치료 적용 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
9) 약침과 전침		
R9	성인 손목터널증후군 환자에게 전침 단독 치료에 비해 약침과 전침 병행 치료를 시행하는 것이 증상 및 기능 개선에 효과적이며 약침과 전침 병행 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 문헌을 근거로 말초신경의 약침 치료에 봉독약침, 오공약침, 환자 상태에 따른 경락장약침 등을 주로 활용하며, 팔강약침액 또한 활용 가능하다. 봉독 약침이나 오공약침 시술 시 약물의 알러지 반응에 대한 피부 테스트가 선행되어야 하고, 약침은 내관(PC6, 內關), 대릉(PC7, 大陵)혈 주위로 시행할 수 있다. 전침 치료는 전침 치료 권고안(R3-1 및 R3-2)의 임상적 고려사항을 참조하여 병행 치료할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
10) 전침과 한방물리요법		
R10	성인 손목터널증후군 환자에게 한방물리요법 단독 치료에 비해 전침과 한방물리요법 병행 치료를 시행하는 것이 증상 및 기능 개선에 효과적으므로 전침과 한방물리요법 병행 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 연구 논문에서는 전침 치료를 1일 30분씩 시행하고 한방물리요법으로서 극초단파치료를 손목터널부위에 1일 20분씩 주 6회, 6주간 총 36회를 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 전침과 심부 열치료를 병행 적용 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
11) 부항과 한방물리요법		
R11	성인 손목터널증후군 환자에게 한방물리요법 단독 치료에 비해 부항과 한방물리요법 병행 치료를 시행하는 것이 증상 및 기능 개선에 효과적으므로 부항과 한방물리요법 병행 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 연구 논문에서는 손목터널 주위에 건식부항을 5분씩 시행하고 한방물리요법으로서 경피전자자극치료(TENS) 20분, 경혈초음파치료 5분씩을 이틀에 1회씩 총 10회를 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 부항과 전기치료, 심부 열치료를 병행 적용 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
12) 한방물리요법과 운동		
R12	성인 손목터널증후군 환자에게 운동 단독 치료에 비해 한방물리요법과 운동 병행 치료를 시행하는 것이 증상 및 기능 개선에 효과적으므로 한방물리요법과 운동 병행 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 문헌을 근거로 일상생활 관리를 통해 정중신경의 압박을 약화시키는 활동과 자세를 피하고, 손목과 손가락 관절 스트레칭을 통해 손목터널증후군의 치료를 보조하거나 관리할 수 있다. 연구 논문에서는 출력 1.6W, 파장 808nm, 주파수 10Hz의 고강도 레이저 치료를 1일 1회씩, 손목의 능동/수동 신전과 능동 손가락 굴곡 및 신전 운동을 1일 4회씩 2주간 총 10회 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 한방물리요법과 운동 치료를 병행 적용 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
13) 침과 한방물리요법		
R13	성인 손목터널증후군 환자에게 침과 한방물리요법 복합 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적으므로 침과 한방물리요법 복합 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 연구 논문에서는 한방물리요법 중 하나인 훈세요법(薰洗療法), 한약물 마사지를 침 치료와 함께 시행하여 유의한 효과가 나타났다고 보고하였다. 침 치료는 권고안(R1)의 임상적 고려사항을 참조하여 시행 가능하며, 훈세요법과 한약물 마사지는 진교, 방풍, 해동피, 유향, 몰약, 당귀, 천오, 홍화, 위령선 등 활혈 거어 등의 작용이 있는 약물을 사용하여 1~2일에 1회 약 4주간 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 침과 훈세요법 복합 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
14) 온침과 추나		
R14	성인 손목터널증후군 환자에게 온침과 추나 복합 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적으므로 온침과 추나 복합 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 연구 논문에서는 온침 치료 시 대릉(PC7, 大陵), 내관(PC6, 內關), 노궁(PC8, 勞宮), 함곡(LI4, 合谷), 어제(LU10, 魚際), 팔사(EX-UE9, 八邪)혈에 30분간 유침하고, 추나요법은 손목 관절의 신연기법을 시행하여, 1일 1회, 10일간 치료하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 온침과 추나 복합 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
15) 침과 한약		
R15	성인 손목터널증후군 환자에게 침과 한약 복합 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적으므로 침과 한약 복합 치료를 시행하는 것을 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 연구 논문에서는 침 치료 시 대릉(PC7, 大陵), 내관(PC6, 內關), 함곡(LI4, 合谷), 양계(LI5, 陽谿), 곡지(LI11, 曲池), 수삼리(LI10, 手三里), 어제(LU10, 魚際), 노궁(PC8, 勞宮)혈 등에 1일 20~30분씩 유침 치료를 3주간 총 8회 시행하고, 황기계지오물탕을 1일 2회, 3주간 복용하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 침과 한약 복합 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
16) 전침과 사혈		
R16	성인 손목터널증후군 환자에게 전침과 사혈 복합 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 전침과 사혈 복합 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 연구 논문에서는 전침 치료 시 곡지(LI11, 曲池), 외관(TE5, 外關), 합곡(LI4, 合谷), 대릉(PC7, 大陵), 내관(PC6, 內關), 양계(LI5, 陽谿), 팔사(EX-UE9, 八邪)혈에 득기 후에 30분간 전침 치료를 10일간 10회 시행하고, 십선(EXUE11, 十宣)혈에 3~5방울 정도의 혈액을 방혈(放血)하는 사혈 치료를 2일에 한 번씩 5회 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 전침과 사혈 복합 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.		
17) 추나와 한방물리요법		
R17	성인 손목터널증후군 환자에게 추나와 한방물리요법 복합 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 추나와 한방물리요법 복합 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 연구 논문에서는 전통추나수기법과 함께 저단계레이저 치료 10분, 극초단파치료 15분씩을 20일간 매일 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였고, 추나와 훈세요법을 1일 2회씩 15일간 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 추나와 한방물리요법 복합 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.		
18) 한방물리요법과 한약		
R18	성인 손목터널증후군 환자에게 한방물리요법과 한약 복합 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 한방물리요법과 한약 복합 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 연구 논문에서는 황기, 시호, 백출, 당귀, 천궁, 계지, 백작약, 홍화 등의 약물로 구성된 온비방(溫痺方)을 복용하면서, 온비방에 온수를 섞어 나오는 증기를 이용한 훈세요법을 1일 2회씩 60일간 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 한약 복용과 훈세요법 복합 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.		
III. 협진 치료		
19) 침		
R19	성인 손목터널증후군 환자에게 손목 부목이나 의과 약물 복용과 손목 부목 병행 치료에 비해 침 치료와 의과 협진 치료를 시행하는 것이 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 침 치료와 의과 협진 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 의과에서 만성 특발성 손목터널증후군의 수술 적응증과 시기에 대한 명확한 기준은 없다고 알려져 있으며, 일반적으로 보존적 치료를 실패한 경도에서 중등도의 증상을 가진 손목터널증후군 환자가 수술 대상이라고 보고되어 있다. 이에 일반적인 상황에서 특별한 기준점 없이 손목 부목, 의과 약물 복용, 신경차단술 등 의과 치료를 시행하는 환자에게 침 치료 및 다양한 한의학적인 치료를 병행 치료하는 것도 가능하고, 마찬가지로 침 치료 등의 한의과 치료 및 의과 보존적 치료를 협진 치료하는 것도 가능하다. 침 치료 혈위는 침 치료 권고안(R1)의 임상적 고려사항을 참조한다.		
20) 전침		
R20	성인 손목터널증후군 환자에게 손목 부목이나 의과 약물 복용에 비해 전침 치료와 의과 협진 치료를 시행하는 것이 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 전침 치료와 의과 협진 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 문헌을 근거로 야간 손목 부목과 전침 치료를 협진하여 시행하거나, 의과 약물 복용과 전침 치료를 협진하여 시행할 수 있다. 전침 치료는 전침 치료 권고안(R3-1 및 R3-2)의 임상적 고려사항을 참조하여 치료할 수 있다.		
21) 한방물리요법		
R21	성인 손목터널증후군 환자에게 손목 부목에 비해 한방물리요법과 의과 협진 치료를 시행하는 것이 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 한방물리요법과 의과 협진 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 문헌을 근거로 손목터널증후군에 손목 부목 고정 치료는 증상 및 기능 개선에 효과적인 것으로 알려져 있으며, 연구 논문에서 손목 부목에 혈위초음파, 단파, 레이저, 파라핀욕 등을 병행하여 3주~3개월간 협진 치료를 시행하는 것이 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 손목부목과 한방물리요법 협진 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
22) 한약		
R22	성인 손목터널증후군 환자에게 의과 약물 복용, 신경차단술, 의과 약물 복용과 물리요법 병행 치료에 비해 한약 투약과 의과 협진 치료를 시행하는 것이 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 한약 투약과 의과 협진 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 문헌을 근거로 의과 약물 복용, 신경차단술, 의과 약물과 체외충격파 병행 치료 등의 의과 치료에 한약 복용을 병행하여 3~8주 정도 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였다. 한약은 보양환오탕(補陽還五湯), 신통축어탕(身痛縮瘀湯), 황기계지오물탕(黃芪桂枝五物湯), 익기활혈탕(益氣活血湯) 등을 주로 활용하며, 어혈(瘀血)이나 기체(氣滯), 기타 변증(辨證)을 활용한 처방을 사용할 수 있다.	
23) 한의 복합		
R23	성인 손목터널증후군 환자에게 침, 추나, 한방물리요법 등 한의 복합 치료와 의과 약물을 사용한 협진 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 한의 복합 치료와 의과 약물을 사용한 협진 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 연구 논문에서 대릉(PC7, 大陵), 내관(PC6, 內關), 아시혈(阿是穴)에 1일 30분씩 주 2회, 2주간 유침 치료를 시행하고, 손목에 대한 관절가동추나기법과 함께 침 치료 혈위를 자극하는 추나 치료를 1일 1회씩 15일간, 경근간섭저주파를 1일 30분씩 15일간 시행하면서, 의과 약물 복용을 15일간 병행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 침, 추나, 한방물리요법과 의과 약물 복용 협진 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
<성인 손목터널증후군 수술 환자>		
I. 단독 치료		
1) 전침		
R24	성인 손목터널증후군 수술 환자에게 전침 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 전침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 연구 논문에서 손목터널증후군 수술 2주 후에 양지(TE4, 陽池), 대릉(PC7, 大陵), 양계(LI5, 陽谿), 노궁(PC8, 勞宮), 양곡(SI5, 陽谷), 외관(TE5, 外關), 내관(PC6, 內關), 열결(LU7, 列缺), 함곡(LI4, 合谷), 어제(LU10, 魚際)혈에 1일 1회, 1일 30분씩 전침 치료를 30일 동안 총 30회 시행하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 손목터널증후군 수술 후 환자에게 전침 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
2) 한약		
R25	성인 손목터널증후군 수술 환자에게 한약 투약을 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 한약 투약을 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 연구 논문에서 손목터널증후군 수술 후 보양환오탕을 1일 2회, 24주간 복용하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 손목터널증후군 수술 후 환자에게 한약 복용 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	
II. 협진 치료		
3) 한약		
R26	성인 손목터널증후군 수술 환자에게 한약 투약과 의과 협진 치료를 시행하는 것은 증상 및 기능 개선에 효과적이므로 한약 투약과 의과 협진 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 연구 논문에서 손목터널증후군 수술 후 의과 약물 복용과 함께 보양환오탕을 복용하거나, 손목 부목과 함께 보양환오탕가이진탕을 복용하여 유의한 효과를 나타내었다고 보고하였으므로, 손목터널증후군 수술 후 환자에게 한약 복용 치료 시 이에 준하는 방식으로 치료하는 것이 적절하다.	

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



류마티스관절염

(M05, M06)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

류마티스 관절염은 대표적인 자가면역질환으로, 여러 조직 및 기관을 침범하는 만성적 전신 염증성 자가면역질환 중 하나이다. 주로 손가락, 발가락, 손목 등의 작은 관절들에서 대칭적 침범 양상을 보이는데, 관절의 통증, 부기, 뻣뻣함 등과 같은 증상이 수 주에서 수개월에 걸쳐 서서히 악화된다. 침범된 관절 통증은 관절부위의 압박이나 관절 운동에 의해 악화되며, 아침강직(morning stiffness) 또한 류마티스 관절염 환자에서 자주 호소되는 증상이다. 질병세분류로는 혈청검사양성 류마티스 관절염(M05), 기타 류마티스 관절염(M06)에 해당되며, 한의학에서는 비증(痺證) 및 역절풍(歷節風)의 범주에 해당한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

류마티스 관절염은 2010 ACR/EULAR 분류기준을 토대로 진단한다. 환자의 여러 임상증상(침범된 관절, 증상지속 기간 등)과 혈액검사(류마티스 인자, 항 CCP항체, 적혈구 침강속도, C반응 단백질 등) 및 영상검사(단순 X선, 초음파, CT, MRI 등) 소견 등을 종합하여 표준화된 분류기준을 참고하여 진단한다.

(2) 변증

한의학에서는 비증(痺證)과 역절풍(歷節風)의 범주로 구분할 수 있다. 비증(痺證)은 풍비(風痺), 한비(寒痺), 습비(濕痺), 열비(熱痺)로 구분하여 진단한다.

3. 예방 및 관리

류마티스 관절염의 발병 위험 인자는 아직 완전히 밝혀지지 않았지만, 유전적 요인뿐 아니라 여러 환경적 요인의 상호 작용을 통해 발병하는 것으로 생각되고 있으므로, 병인이 되는 환경적 요인을 제거하는 것이 예방에 중요하다. 흡연은 현재까지 알려진 가장 강력한 환경적 위험요인으로, 류마티스 관절염의 발병을 증가시킬 뿐 아니라 임상경과 저해 및 생물학적제제 등의 치료효과도 감소시키는 것으로 보고되고 있으므로 금연이 권고된다. 또한, 규칙적인 운동을 통해 수반되는 근 위축을 막고, 관절 주변 조직의 강화를 통해 관절을 보호하고 가동범위를 유지하는 것이 관리에 중요하다. 효과적인 운동은 통증과 부종의 조절 및 일상적인 기능을 향상시킬 뿐 아니라 심혈관계 질환의 위험을 줄이는 데도 도움이 된다.

* 상세 내용 류마티스 관절염 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
한의단독치료		
1) 한약치료		
R1	성인 류마티스 관절염 환자의 증상개선을 위하여 한약치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 류마티스 관절염은 비증(痺證), 역절풍(歷節風)에 속하며 이에 대한 처방 사용을 고려할 수 있다. - 설문 조사에서 보고된 다빈도 처방으로 소풍활혈탕(疎風活血湯), 영선제통음(靈仙除痛飲), 대강활탕(大羌活湯), 오적산(五積散), 독활기생탕(獨活寄生湯), 오약순기산(烏藥順氣散) 등이 있다. - 병정(급성기, 만성기) 및 변증에 따른(예-거풍제습(祛風除濕), 온경통락(溫經通絡), 소종지통(消腫止痛), 보혈(補血), 청혈(淸血), 파어(破瘀) 등) 처방 사용을 고려할 수 있다.	
2) 침 치료		
R2	성인 류마티스 관절염 환자의 증상 개선을 위하여 침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 증상 호소 부위의 아시혈 및 해당 관절 주위 경혈을 병용할 수 있다. - 주 3회 치료하되, 병정에 따라 치료 빈도를 조절할 수 있다.	
3) 약침 치료		
R3	성인 류마티스 관절염 환자의 증상 개선을 위하여 약침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 증상 호소 부위의 아시혈 및 해당 관절 주위 경혈을 병용할 수 있다. - 변증 및 순경에 따른 원위취혈을 할 수 있다. - 봉약침의 경우 부작용 예방을 위한 안내, 병력청취, 사전 피부검사가 필요하다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
4) 매선 치료		
R4	성인 류마티스 관절염 환자의 증상 개선을 위하여 매선 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 대저(BL11), 격수(BL17), 간수(BL18), 비수(BL20), 신수(BL23)를 고려하되, 증상 호소 관절 주위 경혈을 병용할 수 있다. - 매선 치료 부작용 예방을 위한 안내(이물질 자입) 및 병력청취, 시술 전후의 위생 관리, 응급처치법 숙지가 필요하다.	
5) 뜸 치료		
R5	성인 류마티스 관절염 환자의 증상 개선을 위하여 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 대추(GV14), 간수(BL18), 비수(BL20), 신수(BL23), 요양관(GV3), 명문(GV4), 지음(BL67)을 고려하되, 증상 호소 관절 주위 경혈을 병용할 수 있다. - 화상 발생 및 이로 인한 감염이 발생하지 않도록 주의할 필요가 있다.	
한의 복합치료		
1) 한약을 포함한 한의 복합치료		
R6	성인 류마티스 관절염의 증상개선을 위하여 한약을 포함한 한의 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 환자의 연령, 증상의 정도, 부위의 특성을 고려하여 치료하는 것이 바람직하다.	
한양방 복합치료		
1) 한약+통상적 양방치료		
R7	성인 류마티스 관절염 환자의 증상개선을 위하여 한약치료와 통상적 양방치료의 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 한방 혹은 양방 단독치료로 증상개선이 없을 때 고려할 수 있다. - 류마티스 관절염은 비증(痺證), 역절풍(歷節風)에 속하며, 병정 및 병증에 따른 처방 사용을 고려할 수 있다. - 양약 치료를 시행 중인 경우, 추가적인 한약치료를 고려할 수 있다.	
2) 침+통상적 양방치료		
R8	성인 류마티스 관절염 환자의 증상개선을 위하여 침 치료와 통상적 양방치료의 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 한방 혹은 양방 단독치료로 증상개선이 없을 때 고려할 수 있다. - 일반침 치료 외에도 전침, 이침, 피내침 등 다양한 침법의 적용을 고려할 수 있다. - 증상 호소 부위의 아시혈, 해당 관절 주위 경혈, 원위취혈을 병용할 수 있다. - 유침은 2-30분이 적절하고, 치료 횟수는 주 3회를 기본으로 하되 환자의 상태 및 병정에 따라 조절할 수 있다.	
3) 침도+통상적 양방치료		
R9	성인 류마티스 관절염 환자의 증상개선을 위하여 침도 치료와 통상적 양방치료의 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 한방 혹은 양방 단독치료로 증상개선이 없을 때 고려할 수 있다. - 증상 호소 부위의 관절 주위에 침도를 시행할 수 있다. - 침도 치료 부작용 예방을 위한 안내(강한 자극 발생 가능성) 및 병력청취, 시술 전후의 위생 관리, 응급처치법 숙지가 필요하다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
4) 약침+통상적 양방치료		
R10	성인 류마티스 관절염 환자의 증상개선을 위하여 약침 치료와 통상적 양방치료의 복합치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 한방 혹은 양방 단독치료로 증상개선이 없을 때 고려할 수 있다. • 증상 호소 부위의 아시혈 및 해당 관절 주위 경혈을 병용할 수 있다. • 변증 및 순경에 따른 원위취혈을 할 수 있다. • 임상적으로 봉약침이 다용되며, 이 경우 부작용 예방을 위한 안내, 병력청취, 사전 피부검사가 필요하다.	C/Low
5) 뜸+통상적 양방치료		
R11	성인 류마티스 관절염 환자의 증상개선을 위하여 뜸 치료와 통상적 양방치료의 복합치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 한방 혹은 양방 단독치료로 증상개선이 없을 때 고려할 수 있다. • 증상 호소 부위의 아시혈, 해당 관절 주위 경혈, 원위취혈을 병용할 수 있다. • 화상 발생 및 이로 인한 감염이 발생하지 않도록 주의할 필요가 있다.	B/Moderate
6) 한의 복합치료+통상적 양방치료		
R12	성인 류마티스 관절염 환자의 증상개선을 위하여 한약을 포함한 한의 복합치료와 통상적 양방치료의 복합치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 한방 혹은 양방 단독치료로 증상개선이 없을 때 고려할 수 있다. • 양방치료를 시행 중인 가운데, 한약을 포함한 훈증, 외용제, (온)침, 뜸을 포함한 한의 복합치료를 추가하여 류마티스 관절염 증상이 개선된 바가 있다. • 환자의 연령, 증상의 정도, 부위의 특성을 고려하여 치료하는 것이 바람직하다.	B/Moderate

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)

류마티스 치료 계획표 (한의원 의료진용)

항목		초진	1~3주	4~12주	13~24주	관해기	주의
측정 관찰	혈압, 맥박 측정	○	○	○	○	○	• 봉침 치료시에는 반드시 skin test를 시행하고, 봉침 치료 후 반응 및 주의사항에 대해 환자에게 설명할 것
	병력 청취 (시진, 문진, 증상평가, 과거력, 가족력 등)	○	-	-	-	-	
평가 진단	진단검사 (혈액검사 및 영상검사 등)	○	-	-	-	-	• 외래 통원치료 횟수, 치료의 종결 등은 중등도 및 임상적 평가 결과에 따라 판단 • <u>외래 진료시 다음 방문일은 예약 잡기</u> • 초진시 치료에도 불구하고 증상이 더 심해질 수 있으며, 임상경과에 따라 타의료기관으로 전원이 필요할 수 있음을 설명할 것
	2010 ACR/EULAR RA classification criteria	○	f/u 평가				
	질병활성도 평가	○	f/u 평가				
	한의 변증	○	주1회 시행				
치료	(단독) 침, 약침, 매선, 뜸, 한약 등 (복합) 한약을 포함한 한의 복합치료	○ (선별)	○ (선별)	○ (선별)	○ (선별)	○ (선별)	
교육	치료와 예후 설명	○	-	-	-	-	
	증상관리를 위한 생활 습관 교육	○	-	-	-	-	

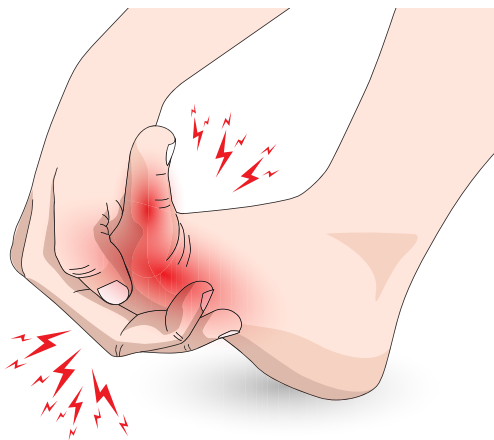
류마티스 치료 계획표 (한의원 환자용)

항목		초진	1-3주	4-12주	13-24주	관해기	주의
측정 관찰	혈압, 맥박 측정	○	○	○	○	○	• 봉약침 치료 후 치료 부위가 붓거나 가려운 경우 의료진에게 알려주세요. • 외래 통원치료 횟수, 치료의 종결 등은 중등도 및 임상적 평가 결과에 따라 결정 됩니다.
	병력 청취 (시진, 문진, 증상평가, 과거력, 가족력 등)	○	-	-	-	-	
평가 진단	진단검사 (혈액검사 및 영상검사 등)	○	-	-	-	-	• 기타 동반 질환에 대해서 진료시 의료진에게 반드시 고지해 주세요. 동반 질환에 대해서는 별도의 치료가 필요할 수 있습니다.
	2010 ACR/EULAR RA classification criteria	○	f/u 평가				
	질병활성도 평가	○	f/u 평가				
	한의 변증	○	주1회 시행				
치료	(단독) 침, 약침, 매선, 뜸, 한약 등 (복합) 한약을 포함한 한의 복합치료	○ (선별)	○ (선별)	○ (선별)	○ (선별)	○ (선별)	• 경과에 따라 타의료기관으로 전원이 필요할 수 있습니다.
교육	치료와 예후 설명	○	-	-	-	-	• 외래 진료시 다음 방문일은 미리 예약해 주세요.
	증상관리를 위한 생활 습관 교육	○	-	-	-	-	

*치료 계획은 일반적인 진행과정이므로 개인차이가 있을 수 있습니다. 반드시 담당의사의 처방에 우선적으로 따라야 합니다.

통풍 (M10)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

통풍은 대표적인 대사질환의 하나로 퓨린 대사의 최종 산물인 요산의 축적으로 인하여 고요산혈증이 발생하며, 요산 염이 관절의 윤활막, 연골, 연골하골 및 관절 주위 조직과 피하조직에 침착하여 염증을 일으키는 질환이다. 초기에는 국소 부위의 발작적인 통증과 발열, 종창을 일으키는 관절염이 반복되며 발열, 오한, 두통 등의 전신적인 증상을 동반 하는데 만성화되면 관절 변형 및 통풍결절이 발생하고 신장질환이나 요산결석증 등이 유발되는 질환군이다. 통풍의 임상 양상과 진행 시기를 고려하여, 통풍의 아무 증상이 나타나지 않으면서 혈청 요산 농도가 7.0mg/dL 이상으로 나타나는 무증상성 고요산혈증을 발병 전(未病) 단계로 보고, 가장 흔한 급성 통풍 발작, 급성 통풍관절염을 급성 통풍으로, 급성 통풍 발작이 반복되면서 간기가 점점 짧아지다가 만성화되어 만성 통풍결절성 관절염, 만성 신장병증, 요산 요석 등이 유발된 경우를 만성 통풍으로 분류한다. 질병세분류 상, 통풍(M10)으로 구분하며, 한의학적으로는 통비(痛痺), 백호역절풍(白虎歷節風)의 범주에 해당한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

통풍이 의심되는 환자에게서 통풍을 확진하려면 침범된 관절이나 연부조직을 천자하여 윤활액이나 조직, 통풍결절에서 요산 결정을 증명하면 진단이 확인된다. 요산 결정을 편광현미경으로 보면 특징적인 바늘모양의 강한 음성복굴절(strong negative birefringence)을 보인다. 현재까지 이 방법이 통풍 진단의 최적 표준(gold standard)이다.

통풍은 2015 The ACR/EULAR gout classification criteria을 근거로 진단할 수 있으며, 이는 임상 양상에 대한 의사의 면밀한 병력청취가 중요하며 통풍결절의 임상적 증거를 찾기 위한 자세한 신체검사, 혈청 요산 검사, 관절 초음파검사, DECT, 단순 X선 검사 등을 포함한다.

(2) 변증

통풍은 주로 풍담(風痰), 풍열(風熱), 풍습(風濕), 혈허(血虛)와 혈기(血氣), 담화(痰火) 및 외풍(外風) 등 외감육기(外感六氣)를 그 원인으로 보거나, 혈수열(血受熱) 후에 취냉(取冷), 허한(虛寒), 한기승(寒氣乘) 등 한기(寒氣)를 원인으로 보거나, 음주(飲酒), 식육후미(食肉厚味)와 성급작노(性急作怒), 노력(勞力), 주색(酒色) 등 음식섭취와 섭생의 실조를 원인으로 변증한다.

03. 예방 및 관리

통풍 환자들은식이습관이나 생활방식, 운동습관, 체형, 취향 등이 모두 다르기 때문에 일률적인 치료지침에 따르는 것보다는 환자의 특성에 따른 개별적인 치료가 중요하다. 2020 ACR Guideline for Management of Gout에서는 알코올, 비타민 C, 저퓨린 식이, 고과당 옥수수 시럽, 체중 감량 등에 대하여 제시한 가이드라인을 참고하길 권장한다. 통증 관리 및 발작 예방뿐 아니라, 통풍의 예방 및 관리를 위해서는 의료진의 환자 상담, 식습관 및 생활습관 교정, 환자 교육, 혈청 요산 모니터링 목표 수립 등과 같은 요소도 임상진료에서 적극 반영되어야 한다.

* 상세 내용 통풍 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

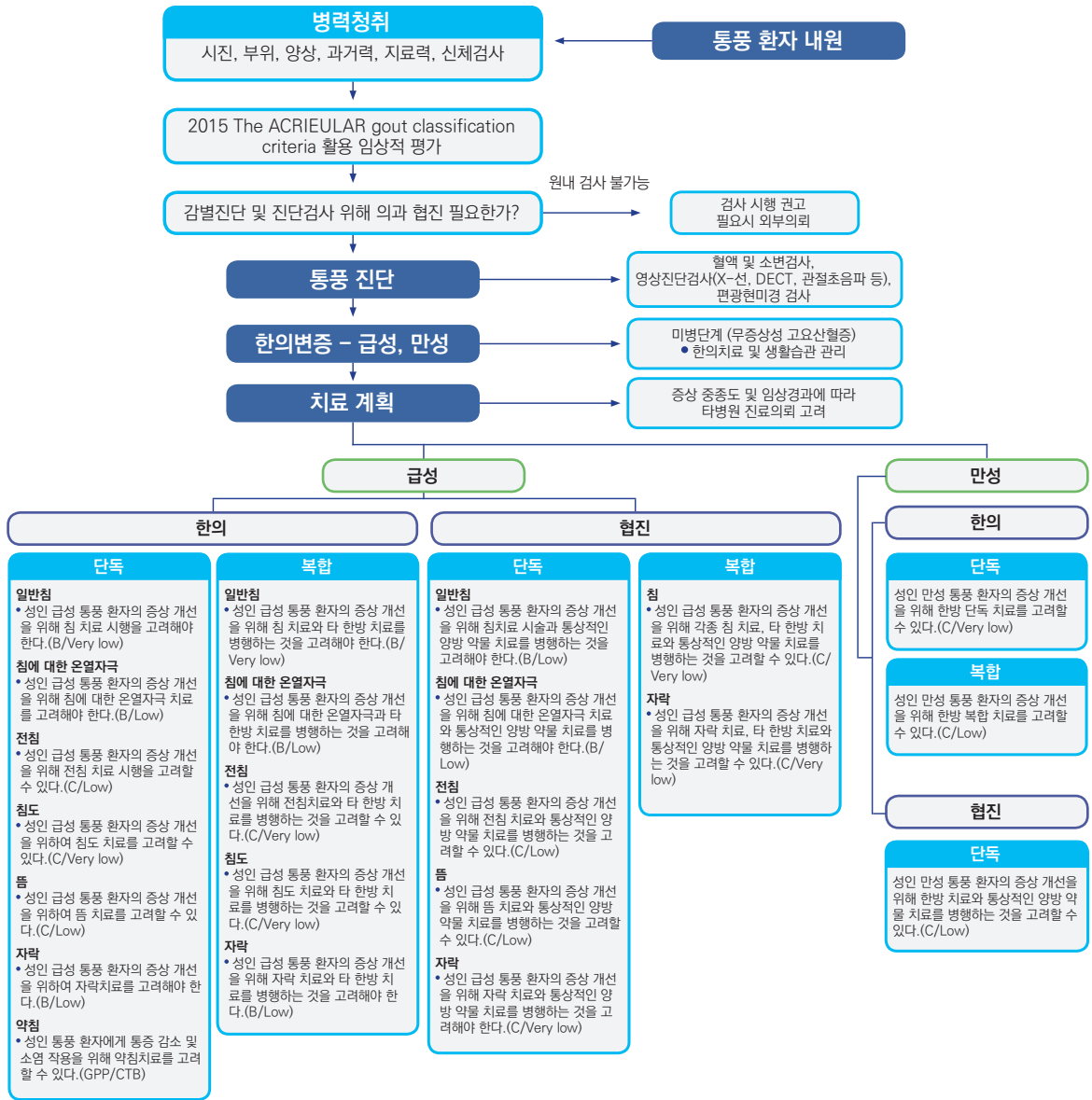
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 급성 통풍		
(1) 한의 단독 치료		
R1	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 일반 침 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Very low
	임상적 고려사항 일반 침 치료 시 삼음교(SP6), 혈해(SP10), 족삼리(ST36), 곡지(LI11), 함곡(LI4)을 기본적으로 취혈하고 통풍 발생 부위의 아시혈 및 주요 혈위를 병용할 수 있으며, 유침 시간은 30분간 시행하는 것이 적절하다.	
R2	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 침에 대한 온열자극 치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 침에 대한 온열자극 치료 시 아시혈, 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 곡지(LI11), 음릉천(SP9)을 기본적으로 취혈하며, 온침의 경우 유침 시간은 30분간 시행하는 것이 적절하다. - 온침이나 화침 치료 후 화상으로 물집이 생길 경우 소독하여 감염을 예방해야 한다. - 화침 치료 시 열 자극으로 인한 조직 및 신경 손상을 주의하여 치료해야 한다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R3	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 전침 치료 시행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 전침 치료 시 족삼리(ST36), 삼음교(SP6)를 기본적으로 취혈하고 통풍 발생 부위의 아시혈을 병용할 수 있으며, 빈도수 2Hz로 30분간 시행하는 것이 적절하다.	C/Low
R4	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 침도 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 침도 치료 시 통증 발현 부위에 시술하며 통증 부위 주위의 신경 및 혈관을 주의하며 치료하도록 한다. • 환자의 상태를 고려하여 치료하도록 한다. 체질이 극도로 허약한 상태의 환자에게는 회복 후 시술을 권장하도록 한다.	C/Very low
R5	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 뜸 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 화농구 사용 시 수포가 발생하고 가피를 이루어 스스로 탈락하는 데 30~40일 정도 소요되므로 이 과정에서 감염이 발생하지 않도록 주의할 필요가 있다.	C/Low
R6	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 자락 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 자락 치료는 관절 충창이 가장 뚜렷한 부위에 시행하고, 필요에 따라 부항요법을 병행할 수 있으며, 2~3일에 한 번씩 2~7회 정도 시행하는 것이 적절하다. • 시술 전 시술 부위에 상처나 피부병의 유무를 확인하고, 충분히 소독하여 감염의 우려를 최소화할 수 있어야 한다.	B/Low
R7	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 한약 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 급성 통풍 한약 치료 시 요산 수치 감소를 위해 가미사묘탕 처방을 고려할 수 있으며, 환자의 통증 및 충창의 정도에 따라 의이인탕, 백호가계지탕 가감 처방을 선택적으로 고려할 수 있다.	C/Low
R8	성인 통풍 환자에게 증상 개선을 위해 약침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 환부 및 주위 경혈에 시술한다. • 봉약침은 부작용 예방을 위한 사전 피부검사와 병력청취 등이 필요하다.	GPP/CTB
(2) 한의 복합 치료		
R9	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 침 치료와 타 한방 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 침 치료를 기본으로 자락, 뜸, 한약 등의 타 한방 치료를 병행할 수 있다. • 환자의 병증 정도, 부위 및 환자의 연령 등을 고려하여 치료하는 것이 바람직하다.	B/Very low
R10	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 침에 대한 온열자극과 타 한방 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 온침이나 화침 치료 후 화상으로 물집이 생길 경우 소독하여 감염을 예방해야 한다. • 화침 치료 시 열 자극으로 인한 조직 및 신경 손상을 주의하여 치료해야 한다. • 자락, 한약 등의 타 한방 치료를 병행할 수 있다.	B/Low
R11	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 전침 치료와 타 한방 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 전침 치료 시 족삼리(ST36), 삼음교(SP6)를 기본적으로 취혈하고 통풍 발생 부위의 아시혈을 병용할 수 있으며, 빈도수 2Hz로 30분간 시행하는 것이 적절하다.	C/Very low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R12	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 침도 치료와 타 한방 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 침도 치료 시 통증 발현 부위에 시술하며 통증 부위 주위의 신경 및 혈관을 주의하며 치료하도록 한다. - 환자의 상태를 고려하여 치료하도록 한다. 체질이 극도로 허약한 상태의 환자에게는 회복 후 시술을 권장하도록 한다.	C/Very low
R13	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 자락 치료와 타 한방 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 - 자락 치료는 관절 종창이 가장 뚜렷한 부위에 시행하고, 필요에 따라 부항요법을 병행할 수 있으며, 2~3일에 한 번씩 2~7회 정도 시행하는 것이 적절하다. - 시술 전 시술 부위에 상처나 피부병의 유무를 확인하고, 충분히 소독하여 감염의 우려를 최소화할 수 있어야 한다.	B/Low
(3) 한·양방 복합 치료		
R14	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 일반 침 치료 시술과 통상적인 양방 약물 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 - 일반 침 치료 시 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등의 혈위를 기본적으로 취혈하고 통풍 발생 부위에 따라 아시혈을 병용할 수 있으며, 유침 시간은 30분간 시행하는 것이 적절하다. - 양방 약물 치료를 시행 중인 경우, 추가적으로 한방 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	B/Low
R15	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 침에 대한 온열자극 치료와 통상적인 양방 약물 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 - 침에 대한 온열자극 치료 시 아시혈, 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 곡지(LI11), 음릉천(SP9)을 기본적으로 취혈하며, 온침의 경우 유침 시간은 30분간 시행하는 것이 적절하다. - 온침이나 화침 치료 후 화상으로 물집이 생길 경우 소독하여 감염을 예방해야 한다. - 화침 치료 시 열 자극으로 인한 조직 및 신경 손상을 주의하여 치료해야 한다.	B/Low
R16	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 전침 치료와 통상적인 양방 약물 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 전침 치료 시 족삼리(ST36), 삼음교(SP6)를 기본적으로 취혈하고 통풍 발생 부위의 아시혈을 병용할 수 있으며, 빈도수 2Hz로 30분간 시행하는 것이 적절하다.	C/Low
R17	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 뜸 치료와 통상적인 양방 약물 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 화농구 사용 시 수포가 발생하고 가피를 이루어 스스로 탈락하는 데 30~40일 정도 소요되므로 이 과정에서 감염이 발생하지 않도록 주의할 필요가 있다. - 관절 활동 부위에는 특별히 화농구의 사용을 주의하도록 한다.	C/Low
R18	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 자락 치료와 통상적인 양방 약물 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 자락 치료는 관절 종창이 가장 뚜렷한 부위에 시행하고, 필요에 따라 부항요법을 병행할 수 있으며, 2~3일에 한 번씩 2~7회 정도 시행하는 것이 적절하다. - 시술 전 시술 부위에 상처나 피부병의 유무를 확인하고, 충분히 소독하여 감염의 우려를 최소화할 수 있어야 한다.	C/Very low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R19	급성 통풍 환자에게 증상 개선을 위해 한약 치료와 통상적인 양방 약물 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 급성 통풍 한약 치료 시 환자의 증상 개선을 위해 가미사묘탕, 가감백호계지탕, 선비탕 처방을 고려할 수 있다. • 환자의 병증 정도에 따라 습열 증상에는 마황연교적소두탕 처방을 고려할 수 있다. • 양방 약물 치료를 시행 중인 경우, 추가적으로 한약 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low
R20	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 각종 침 치료, 타 한방 치료와 통상적인 양방 약물 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 침 치료 시 아시혈, 삼음교(SP6), 혈해(SP10), 족삼리(ST36), 곡지(LI11), 합곡(LI4), 외관(TE5)을 기본적으로 취혈하고 유침 시간은 30분간 시행하는 것이 적절하다. • 침 치료를 기본으로 자락, 뜸, 한약 등의 타 한방 치료를 병행하되 환자의 병증 정도, 부위 및 환자의 연령 등을 고려하여 치료하는 것이 바람직하다. • 자락 치료는 통풍 발생 부위에 시행하고, 필요에 따라 부항요법을 병행할 수 있다. • 양방 약물 치료를 시행 중인 경우, 추가적으로 한방 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R21	성인 급성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 자락 치료, 타 한방 치료와 통상적인 양방 약물 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 자락 치료는 관절 종창이 가장 뚜렷한 부위에 시행하고, 필요에 따라 부항요법을 병행할 수 있으며, 2~3일에 한 번씩 2~7회 정도 시행하는 것이 적절하다. • 시술 전 시술 부위에 상처나 피부병의 유무를 확인하고, 충분히 소독하여 감염의 우려를 최소화할 수 있어야 한다.	C/Very low
2) 만성 통풍		
R22	성인 만성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 뜸 또는 한약 단독 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 환자의 병증 정도, 부위 및 환자의 연령 등을 고려하여 치료하는 것이 바람직하다.	C/Very low
R23	성인 만성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 뜸과 자락 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 만성 통풍 뜸 치료 시 족삼리(ST36), 혈해(SP10), 관원(CV4), 명문(GV4) 등 경혈을 고려할 수 있다. • 자락관법의 경우 통증 부위 및 아시혈에 시행하고, 필요에 따라 부항요법을 병행할 수 있다. • 환자의 병증 정도, 부위 및 환자의 연령 등을 고려하여 치료하는 것이 바람직하다.	C/Low
R24	성인 만성 통풍 환자의 증상 개선을 위해 한약 치료와 통상적인 양방 약물 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 환자의 병증 정도, 체질 및 환자의 연령 등을 고려하여 처방하는 것이 바람직하다. • 양방 약물 치료를 시행 중인 경우, 추가적으로 한방 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



한자교육	임상적 고려사항
식이요법, 운동요법, 생활습관 등	- 급성기와 만성기를 풍열습열(風熱濕熱)과 담어비조형(痰瘀痺阻型)으로 변증할 수 있으며, 환자의 병증 정도, 체질 및 연령 등을 고려하여 처방하는 것이 바람직하다. - 급성 통풍 한약 치료 시 환자의 증상 개선을 위해 가미사묘탕, 가감백회계지탕, 선비탕 처방을 고려할 수 있고, 환자의 병증 정도에 따라 습열 증상에는 마황연교적소두탕 처방을 고려할 수 있다. - 일반 침 치료 시 아시혈, 삼음교(SP6), 혈해(SP10), 족삼리(ST36), 곡지(LI11), 함곡(LI4), 외관(TE5)을 기본적으로 취혈하고 유침 시간은 30분간 시행하는 것이 적절하다. - 전침 치료 시 족삼리(ST36), 삼음교(SP6)를 기본적으로 취혈하고 통풍 발생 부위의 아시혈을 병용할 수 있으며, 빈도수 2Hz로 30분간 시행하는 것이 적절하다. - 약침은 환부 및 주위 경혈에 시술하고, 봉약침은 부작용 예방을 위한 사전 피부검사와 병력청취 등이 필요하다. - 침 치료를 기본으로 자락, 뜸, 한약 등의 타 한방 치료를 병행하되 환자의 병증 정도, 부위 및 환자의 연령 등을 고려하여 치료하는 것이 바람직하다. - 자락 치료는 통풍 발생 부위에 시행하고, 필요에 따라 부항요법을 병행할 수 있다. - 양방 약물 치료를 시행 중인 경우, 추가적으로 한방 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.

퇴행성 고관절·수지관절염

(M16.0, M18.0)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

퇴행성 관절염은 관절을 보호하고 있는 연골의 점진적인 손상이나 퇴행성 변화로 인해 관절을 이루는 뼈와 인대 등에 손상이 일어나서 염증과 통증이 생기는 질환이다. 질병이 진행함에 따라 관절 주변의 뼈가 두꺼워지고 골극이 증식하게 되는데, 관절을 싸고 있는 활막 조직에까지 염증이 생기면 체액이 관절 안에 축적되어 통증, 종창, 부종, 관절의 경직을 유발하여 운동성이 감소하게 된다. 주로 체중부하가 많은 슬관절, 고관절에 가장 빈발하고, 이어서 수지관절과 경추에도 잘 발생한다. 질병세분류 상, 퇴행성 고관절염은 양쪽 원발성 고관절증(M16.0), 기타관절의 원발성 관절증, 골반 부분 및 대퇴(M19.05), 기타 명시된 관절증, 골반 부분 및 대퇴(M19.85), 상세불명의 관절증, 골반 부분 및 대퇴(M19.95)에 해당되며, 퇴행성 수지관절염은 제1수근중수관절의 양쪽 원발성 관절증(M18.0), 기타 관절의 원발성 관절증, 손(M19.04), 기타 명시된 관절증, 손(M19.84), 상세불명의 관절증, 손(M19.94)에 해당한다. 한의학적으로는 비증(痺症), 역절풍(歷節風), 각기(脚氣) 등의 범주로 볼 수 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

퇴행성 고관절염은 증상(국소관절의 통증, 활동시 심해지는 양상 등), 이학적 검사(Patrick test) 및 X-ray, CT, MRI, Bone scan 등의 영상의학적 검사결과를 토대로 종합적으로 진단한다. 퇴행성 수지관절염 또한 임상소견(관절 상의 경직, 부종, 통증과 함께 뼈의 융기, 변형 등), 영상의학적 검사(단순 방사선(Kellgren-Lawrence scale), 뼈스캔)을 통해 진단한다.

(2) 변증

퇴행성 관절염의 변증유형으로는 풍한증(風寒證), 풍열증(風熱證), 한습증(寒濕證), 습열증(濕熱證), 열독치성증(熱毒熾盛證), 한열착잡증(寒熱錯雜證), 습조기분증(濕阻氣分證), 기체증(氣滯證), 혈어증(血瘀證), 기혈양허증(氣血兩

虛證), 수음내정증(水飲內停證), 습담증(濕痰證), 심맥비조증(心脈痹阻證), 비기허증(脾氣虛證), 신양허증(腎陽虛證), 신음양양허증(腎陰陽兩虛證), 간신음허증(肝腎陰虛證)이 있다.

(3) 평가도구

도구명	평가목적
Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index(WOMAC)	하지(고관절 포함) 골관절염 장애 평가
Health Assessment Questionnaire(HAQ)	관절염 환자 삶의 질 평가

(4) 감별진단

퇴행성 수지관절염은 류마티스 관절염과의 감별이 필요하다.

	골관절염	류마티스 관절염
발병연령	주로 고령(60대 이후), 나이 증가에 따른 발병 증가	20~50대, 소아
경직(관절)	30분 이내, 활동 이후에 악화	1시간 이상, 휴식 시 악화
손가락관절의 침범 양상	원위지절간관절, Heberden 결절, Bouchard 결절	근위지절간관절 및 중수수지관절, 백조목, 보우토니어
관절 소견	골성 비대, 관절 및 관절 주위 통증	연부조직의 종창, 열감, 발열
관절 외 소견	없음	피로, 식욕부진, 체중감소
혈청학적 소견	류마티스 인자 음성, 항-CCP항체 음성	류마티스 인자 양성, 항-CCP항체 양성
방사선학적 소견	관절강의 협착, 골극	골미란, 골낭종

03. 예방 및 관리

퇴행성 관절염 치료의 치료 원칙은 강직을 줄이고 기능을 향상시키는 것을 의미하므로 일상생활에서 통증을 악화시키지 않고 기능을 유지하기 위해 생활습관을 조절하는 것은 삶의 질을 유지하기 위해 꼭 필요하다. 대표적인 관리 방법으로는 생활관리(식이요법, 적절한 휴식 등), 적절한 자세유지와 운동(수영, 외전근 근력 강화 운동, 관절 스트레칭 등) 및 체중 조절 등이 있다.

* 상세 내용 퇴행성 관절염 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

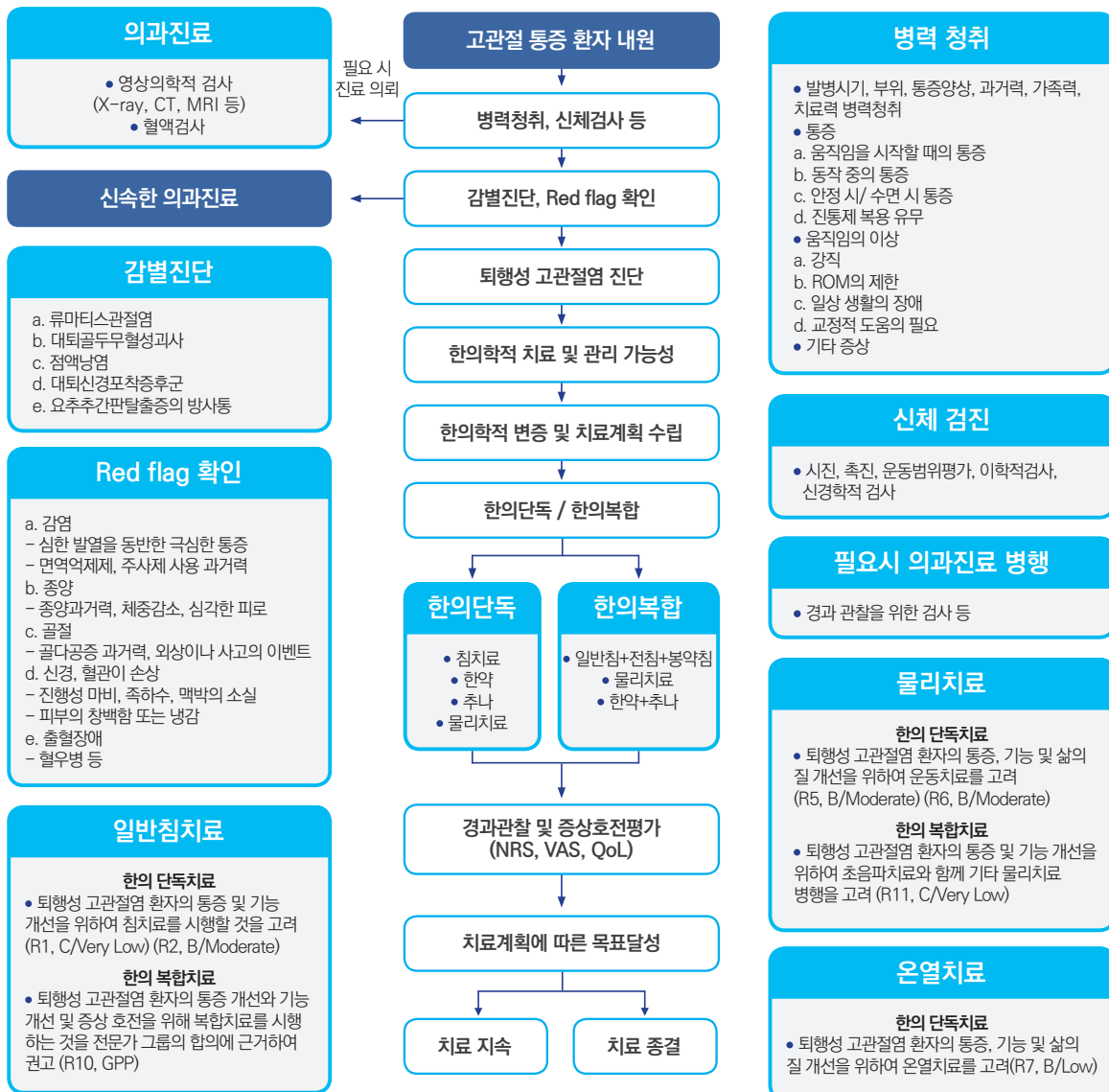
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
퇴행성 고관절염		
한의단독치료		
일반침		
R1	퇴행성 고관절염 환자에게 통증 및 기능개선을 위해 일반침 치료를 시행할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 퇴행성 고관절염 환자의 침치료 시 다음 사항을 고려할 수 있다. - 자침 깊이: 표피 자극(shallow acupuncture)보다는 혈위별 통상적인 자침 깊이를 적용 - 특기: 수기법을 통해 특기감을 유발 - 혈자리: 족태양방광경의 경혈점, 대전자 주변의 아시혈, 거료(GB29), 환도(GB30), 양릉천(GB34), 협계(GB43), 내정(ST44), 장요근, 대퇴직근, 대퇴근막장근, 중둔근, 소둔근의 통증유발점	B/Moderate
R2	퇴행성 고관절염 환자에게 기능개선을 위하여 통상적 의과치료에 비해 일반침 치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
전침		
R3	퇴행성 고관절염 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 통상적 의과치료에 비해 전침치료를 시행할 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 퇴행성 고관절염 환자의 전침치료 시 다음과 사항을 고려할 수 있다. - 빈도: 2/100Hz 교차 - 강도: 약간의 근육 연축이 나타나며 환자가 견딜 수 있는 역치 - 시간: 20분 이상	C/Very Low
봉약침		
R4	퇴행성 고관절염 환자의 기능 개선을 위하여 봉약침치료를 전문가 그룹의 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 - 퇴행성 고관절염 환자의 약침 치료 시 봉약침, 중성어혈약침, 황련해독당약침을 선택할 수 있다. - 퇴행성 고관절염 환자의 봉약침치료 시 다음 사항을 고려할 수 있다. 봉독치료를 시행하기 전 피부반응검사(skin test)를 시행하여 봉약침치료에 대한 피부 반응을 먼저 확인한다. BV치료와 Sweet BV치료의 효과를 비교했을 때, 통증 및 기능개선 효과를 위해서는 BV치료를 우선 선택할 것을 고려할 수 있고, 소양감 등의 과민반응 감소를 위해서는 Sweet BV의 선택을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 혈자리: 대전자 주변의 아시혈, 거료(GB29), 환도(GB30) - 치료 빈도: 2회/1주 - 봉독 농도: 20,000:1(치료경과 및 병증의 상태에 따라 치료 농도의 변경 및 증량 가능) - 봉독 용량: 초기에는 각 혈위에 0.2cc 정도만 사용하며 반응을 본 후, 치료 횟수당 0.1-0.2cc씩 증량할 것을 고려할 수 있다.	GPP
물리치료		
운동치료		
R5	퇴행성 고관절염 환자에게 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위하여 운동치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 퇴행성 고관절염 치료 시 다음과 같은 운동치료를 고려할 수 있다. - 운동치료: 고관절의 움직임을 최대한 증가시키는 신전운동을 위주로, 치료사의 지도하에 시행하거나 자가운동교육을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R6	퇴행성 고관절염 환자에게 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위하여 통상적 의과치료에 비해 온 동치료를 고려할 수 있다.	C/Low
온열치료		
R7	퇴행성 고관절염 환자에게 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위하여 통상적 의과치료에 비해 온 열치료를 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 퇴행성 고관절염 치료 시 다음과 같은 온열치료를 고려할 수 있다. • 온열치료: 50~58°C의 온도로 20분간 10회 시행. 장시간의 온열치료로 인한 저온 화상 등에 주의해야 한다.		
추나치료		
R8	퇴행성 고관절염 환자에게 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 추나치료를 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 추나치료의 방법으로는 고관절 교정(thrust) 및 심부조직마사지, 근육 이완, 고관절 주변 근육 신전 후 교정(thrust) 등을 고려할 수 있다.		
R9	퇴행성 고관절염 환자에게 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위하여 운동치료에 비해 추나치료 를 고려할 수 있다.	C/Low
한의학복합치료		
1) 침치료 + 전침치료 + 봉약침치료		
R10	퇴행성 고관절염 환자의 통증 개선과 기능 개선 및 증상 호전을 위해 침치료와 전침치료 및 봉약침치료의 복합치료를 시행하는 것을 전문가 그룹의 합의에 근거하여 권고한다.	GPP
2) 초음파치료 + 기타 한방물리치료		
R11	퇴행성 고관절염 환자의 통증 및 기능 개선을 위해 한방물리치료를 단독으로 시행하는 것에 비해 초음파치료와 기타 한방물리치료를 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 • 퇴행성 고관절염 치료 시 다음과 같은 기타 한방물리치료 병행을 고려할 수 있다. • 수기치료: 신전기법, 멀리건기법 • 운동치료 • 초음파치료: 빈도-1~3MHz, 강도-0.5~1.5W/cm2, 부위-고관절의 전, 후, 측면부위, 시간-3~5분간 시행		
3) 한약치료 + 추나치료		
R12	퇴행성 고관절염 환자의 통증 및 기능 개선을 위해 한약치료와 추나치료를 함께 시행하는 것 을 고려할 수 있다.	C/Very Low
4) 한약치료 + 운동치료		
R13	퇴행성 고관절염 환자의 통증 및 기능 개선을 위해 한약치료와 운동치료 복합치료를 시행하 는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
한양방복합치료		
한약치료		
R14	퇴행성 고관절염 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 한약치료와 통상적 의과치료를 함께 시 행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 퇴행성 고관절염 치료 시 한약으로 오적산, 독활기생탕 등을 고려할 수 있다.		

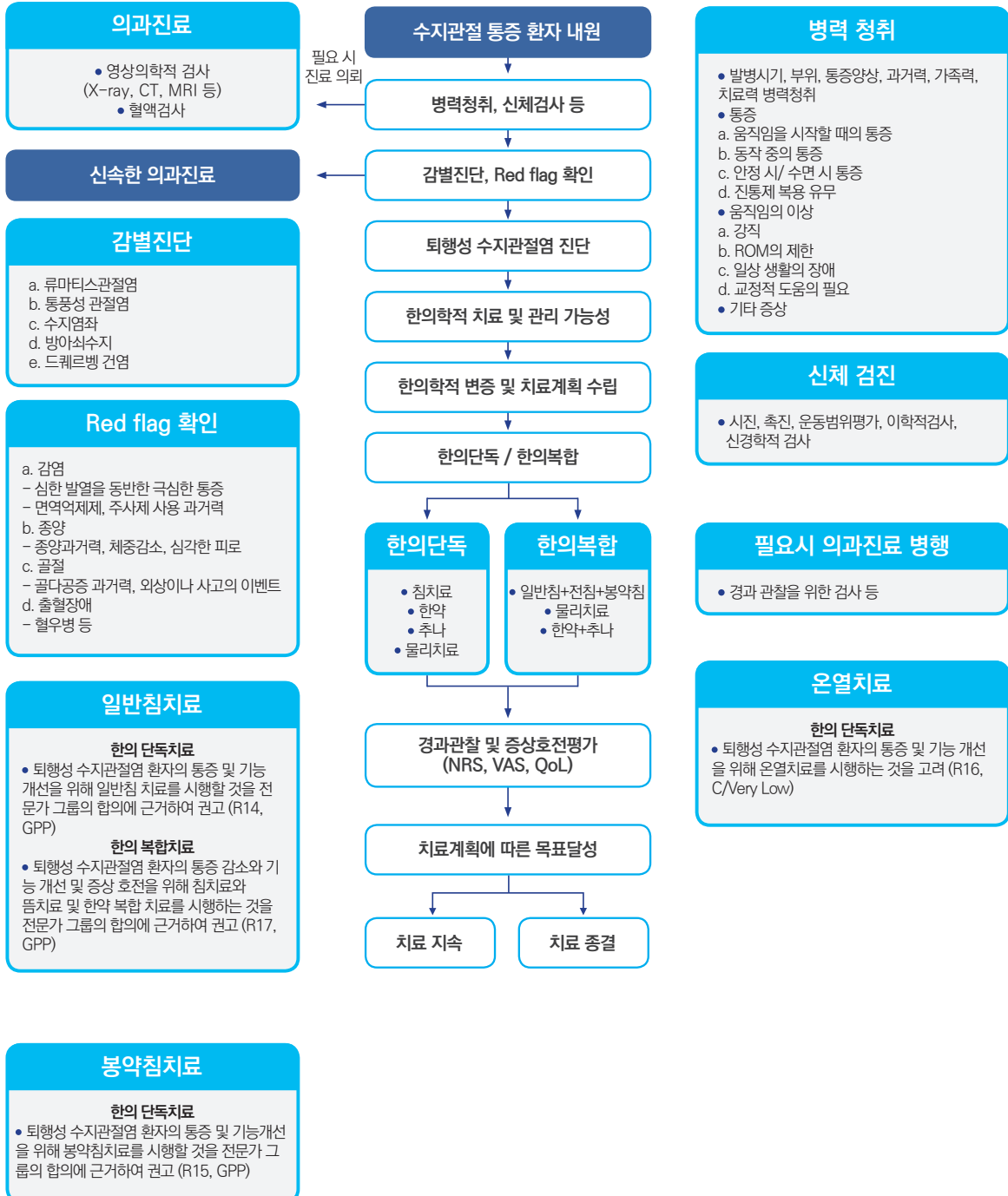
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
퇴행성 수지관절염		
한약단독치료		
일반침		
R15	퇴행성 고관절염 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 한약치료와 통상적 의과치료를 함께 시행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 퇴행성 고관절염 치료 시 한약으로 오적산, 독활기생탕 등을 고려할 수 있다.	C/Low
봉약침		
R16	퇴행성 수지관절염 환자에게 통증 및 기능개선을 위해 봉약침치료를 시행할 것을 전문가 그룹의 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 • 퇴행성 수지관절염 환자의 약침 치료 시 봉약침, 중성어혈약침, 황련해독탕약침을 선택할 수 있다. • 퇴행성 수지관절염 환자의 봉약침치료 시 다음 사항을 고려할 수 있다. 봉독치료를 시행하기 전 피부반응검사(skin test)를 시행하여 봉독치료에 대한 피부 반응을 먼저 확인한다. BV치료와 Sweet BV치료의 효과를 비교했을 때, 통증 및 기능개선 효과를 위해서는 BV치료를 우선 선택할 것을 고려할 수 있고, 소양감 등의 과민반응 감소를 위해서는 Sweet BV의 선택을 고려할 수 있다. 1. 혈자리: 양계(LI5), 외관(TE5), 양곡(SI5), 완골(SI4), 합곡(LI4), 중저(TE3)과 원위지절관절(DIP), 근위지절관절(PIP)의 아시혈 및 압통점 2. 치료 빈도: 2회/1주 3. 봉독 농도: 20,000:1(치료경과 및 병증의 상태에 따라 치료 농도의 변경 및 증량 가능) 4. 봉독 용량: 초기에는 각 혈위에 0.05~0.1cc 정도만 사용하며 반응을 본 후, 치료 횟수당 0.05~0.1cc씩 증량할 것을 고려할 수 있다.	GPP
물리치료		
R17	퇴행성 수지관절염 환자의 통증 및 기능 개선을 위해 온열치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
한약복합치료		
침치료 + 뜸치료 + 한약치료		
R18	퇴행성 수지관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선 및 증상 호전을 위해 침치료와 뜸치료 및 한약치료를 함께 시행하는 것을 전문가 그룹의 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 • 퇴행성 수지관절염 치료 시 한약으로 소풍활혈탕, 영선제통음, 구미강활탕, 대강활탕 등을 고려할 수 있다.	GPP

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)

퇴행성 고관절염 알고리즘



퇴행성 수지관절염 알고리즘



퇴행성슬관절염

(M17, M23)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

골관절염(Osteoarthritis)은 관절을 구성하는 관절 연골의 퇴행성 변화와 관절면의 과잉 골형성을 특징으로 하는 비염증성 관절 질환으로 중년 또는 노년에 흔히 발생하며, 퇴행성슬관절염은 체중 부하가 걸리는 슬관절에 발생한다. 질병 세분류로는 무릎관절증(M17)에 해당된다. 주요 증상은 무릎 관절의 통증과 변형이다. 관절통, 아침에 일어났을 때 느끼는 강직감, 부종, 압통, 관절 운동 제한, 그리고 관절부 발열이 주요 증상이며 운동 시 관절에서 탄발음이 나타날 수 있다. 한의학에서 슬관절 병변과 관련하여 동통(疼痛), 산창(酸脹), 종창(腫脹), 마목(麻木), 관절(關節)의 종대(腫大), 굴신불리(屈伸不利) 등으로 표현하고 있으며, 학슬풍(鶴膝風), 비증(痺症), 역절풍(歷節風), 각기(脚氣)의 범주로 분류한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

퇴행성 슬관절염은 일차성(특발성)과 이차성으로 분류된다. 퇴행성 관절염이 시작되면 무릎 관절을 이루는 많은 구조물 중에서도 초자연골결합(hyalinejointcartilage)이 가장 큰 영향을 받으며 이외의 무릎의 관절을 구성하는 윤활막, 연골, 연골하골, 관절낭 등에도 병리학적 변화가 함께 일어난다.

일반적으로 통증정도, 움직임의 이상 등의 임상증상과 진통제 복용 여부를 기초해 진단하며, 사진, 촉진, 가동범위 확인 등의 이학적 검사와 X-ray를 활용하여 진단을 보조한다. 대표적인 진단기준으로는 American College of Rheumatology(ACR)와 European League Against Rheumatism(EULAR) 진단기준이 있다.

(2) 변증

퇴행성슬관절염과 관련된 한의학 문헌의 내용을 수집하고 전문가 집단의 자문을 받아 <퇴행성 무릎관절염 변증도구가안>이 2017년 발표된 바 있다. 퇴행성 슬관절염 변증 유형을 풍한습(風寒濕), 습열(濕熱), 어혈조체(瘀血阻滯), 비신양허(脾腎陽虛), 간신음허(肝腎陰虛)로 구분하였다.

(3) 감별진단

류마티스 관절염과의 감별이 필요하다. 골관절염은 조조강직의 이유가 되지만 45분 이상 지속하는 류마티스 관절염과 달리 대략 30분 미만이다.

3. 예방 및 관리

퇴행성슬관절염의 예방 및 관리는 위험요인을 예방하기 위한 자가 관리(적정 체중 유지, 관절 손상 예방 등), 증상 관리를 위한 의료기관 방문(조기 진단과 적절한 치료 등), 관절 보호를 위한 운동 실시 등으로 구성된다.

* 상세 내용 퇴행성슬관절염 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 일반침		
단독치료		
R1	퇴행성 슬관절염 환자에서 침 치료는 거짓침 또는 비활성 대조군 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점) 및 삶의 질 개선(신체건강)이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자 임상진료 시 침 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 퇴행성 슬관절염의 치료 경향로는 내슬안(EX-LE4), 외슬안(독비/ST35), 양릉천(GB34), 슬양관(GB33), 양구(ST34), 혈해(SP10), 족삼리(ST36), 학정(EX-LE2), 위중(BL40)의 경혈과 환자의 증상에 따른 아시혈을 고려할 수 있다.	
R2	퇴행성 슬관절염 환자에서 침 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능), 삶의 질 개선(정신건강) 및 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 침 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
병행치료		
R3	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능) 및 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에 침 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R4	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점) 및 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 침 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2) 전침		
단독치료		
R5	퇴행성 슬관절염 환자에서 전침 치료는 거짓침 또는 비활성 대조군 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능) 및 삶의 질 개선(신체건강)이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자 임상진료 시 전침 치료의 시행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 퇴행성 슬관절염에 대한 전침 시술 시 내슬안(EX-LE4), 외슬안(독비/ST35), 혈해(SP10), 양구(ST34), 양릉천(GB34), 음릉천(SP9), 족삼리(ST36) 등의 혈위를 고려할 수 있다.	B/Low
R6	퇴행성 슬관절염 환자에서 전침 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능) 및 삶의 질 개선(신체건강, 정신건강, 총점) 및 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 전침 치료의 시행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 아편양 물질에 대한 내성을 감소시키고 진통효과를 증진시킬 수 있는 방법으로 2/15Hz나 2/100Hz를 교대하여 자극하는 방법을 고려할 수 있다.	B/Low
병행치료		
R7	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능), 삶의 질 개선(신체건강) 및 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에 전침 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R8	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 전침 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
3) 온침		
단독치료		
R9	퇴행성 슬관절염 환자에서 온침 치료는 비활성 대조군 치료보다 유의한 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능)과 삶의 질 개선(신체건강, 정신건강) 및 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자 임상진료 시 온침 치료의 시행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 온침 시술 시 주의사항으로 침병(鍼柄)에 쑥을 부착할 때 단단히 비틀고, 표면을 깨끗하게 하여 연소 중에 불꽃이 떨어져 피부나 옷을 태우는 일이 없도록 해야 한다. 또한, 심한 국소발열, 부종 등이 동반된 급성기 상황에서 적용에 주의가 필요하다.	B/Low
R10	퇴행성 슬관절염 환자에서 온침 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능) 및 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 온침 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
병행치료		
R11	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점) 및 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에 온침 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R12	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점) 및 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 온침 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
4) 화침		
단독치료		
R13	퇴행성 슬관절염 환자에서 화침 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 기능 개선과 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 화침 치료의 시행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 화침시술의 경우 소독에 주의를 기울이고 자침을 신속, 정확히 하여 혈관, 인대, 신경, 내장에 대한 손상을 방지해야 한다. 화침의 자극은 강렬하므로 체질 허약자나 임신부에게는 사용하지 않거나 사용에 신중하여야 한다.	C/Low
병행치료		
R14	퇴행성 슬관절염 환자의 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능)과 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 화침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
5) 약침		
단독치료		
R15	퇴행성 슬관절염 환자에서 구판약침 치료는 거짓약침 치료보다 유의한 기능 개선(총점)과 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 약침 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 약침 시술의 경혈로는 내슬안(EX-LE4), 외슬안(독비/ST35), 혈해(SP10), 양구(ST34), 양릉천(GB34), 음릉천(SP9), 족삼리(ST36) 및 아시혈 등의 혈위를 고려할 수 있다.	
R16	퇴행성 슬관절염 환자에서 약침 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 약침 치료의 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
R17	퇴행성 슬관절염 환자에서 봉독약침 치료는 거짓약침 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(통증, 신체기능)이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 봉독 약침 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 봉독약침 시술을 위해서는 처치 전 과민반응 검사가 사전에 꼭 필요하며, 용량 및 시술 주기 등에 대해 신중한 결정이 필요하다.	
병행치료		
R18	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점)을 위해 통상적(의과) 치료에 약침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Very low
R19	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 약침 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 재발이 잦거나, 호전이 더딘 환자에게 추가적인 약침 시술을 고려할 수 있다.	
6) 뜸		
단독치료		
R20	퇴행성 슬관절염 환자에서 뜸 치료는 거짓뜸 치료보다 유의한 기능 개선(통증, 강직, 신체기능)과 삶의 질 개선(전반적 건강)이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상 진료 시 뜸 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 뜸 시술의 경혈로는 내슬안(EX-LE4), 독비(ST35), 학정(EX-LE2), 양구(ST34), 위중(BL40), 양릉천(GB34), 음릉 천(SP9), 혈해(SP10), 슬양관(GB33), 족삼리(ST36), 관원(CV4), 간수(BL18), 신수(BL23), 아시혈 등을 고려할 수 있다. 뜸 치료는 온열자극으로 인한 피부 알레르기, 화상, 감염 및 조직 손상 등의 부작용이 발생하지 않도록 주의하여야 한다.	
R21	퇴행성 슬관절염 환자에서 뜸 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(통증, 강직, 신체기능) 및 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 뜸 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Low
병행치료		
R22	퇴행성 슬관절염 환자의 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
R23	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 뜸 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
7) 한약		
단독치료		
R24	퇴행성 슬관절염 환자에서 한약 치료는 위약 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(통증, 강직, 신체기능) 및 삶의 질 개선(신체 건강)이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 한약 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R24	임상적 고려사항 한약 치료는 보간신음허(補肝腎陰虛)와 파어혈(破瘀血)을 주목적으로 하며 퇴행성 슬관절염을 학슬풍(鶴膝風), 비증(痺症), 역절풍(歷節風), 각기(脚氣)의 세부 분류로 나누어 한약의 적용을 일차적으로 고려할 수 있다. • 학슬풍(鶴膝風): 삼기음(三氣飲-寒氣偏勝에 溫散止痛), 대방풍탕과 오적산(大防風湯, 五積散-風氣偏勝에 祛風止痛), 창귀환(蒼龜丸-濕氣偏勝에 除濕止痛), 팔미원과 독활기생탕(八味元, 獨活寄生湯-肝腎虛損에 補肝腎) • 비증(痺症): 부자탕(附子湯-風寒濕痺에 사용), 오물탕(五物湯-骨弱肌膚盛한 자의 血痺에 사용), 영양각탕(羚羊角湯-筋痺로 인한 肢節束痛에 사용) • 역절풍(歷節風): 오악순기산(烏藥順氣散-일체의 風疾에 먼저 복용하여 疏通氣道), 대강활탕과 소풍활혈탕(大羌活湯, 疎風活血湯-風濕相搏하여 經絡凝滯시 사용), 영선제통음(靈仙除痛飲-肢節腫痛에 사용), 공하탕과 반하금출탕(芩夏湯, 半夏芩朮湯-痰飲注痛에 사용) • 각기(脚氣): 청열사습탕(淸熱瀉濕湯-下肢痛症이 주증상인 경우에 사용), 빈소산(檳蘇散-下肢拘攣症이 주증상인 경우에 사용), 대강활탕(大羌活湯-治風濕相搏하므로 肢節腫痛 不可屈伸이 주증상인 경우에 사용)	
R24-1	간신부족(肝腎不足)으로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자에서 용별캡슐 치료는 위약 치료보다 유의한 기능 개선(통증, 신체기능)과 삶의 질 개선(신체 건강)이 확인되었다. 간신부족(肝腎不足)으로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 용별캡슐 치료의 시행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 용별캡슐에는 독성이 있는 선오, 토벌충(자충), 전갈, 오공 등의 약재가 포함되어 있어, 복용 후 부작용 발생을 신중히 살펴야 하며 장기간 사용 시 임상병리 검사를 통해 안전성을 확인해야 한다.	B/Low
R25	퇴행성 슬관절염 환자에서 한약 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능) 및 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 한약 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
R25-1	습열비저(濕熱痺阻)로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자에서 천금삼황탕(千金三黃湯) 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 기능 개선(통증, 강직)과 증상 호전이 확인되었다. 습열비저(濕熱痺阻)로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 천금삼황탕(千金三黃湯) 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
R25-2	한습비저(寒濕痺阻)로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자에서 계지작약지모탕(桂枝芍藥 知母湯), 거어통비탕(祛瘀通痺湯) 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 기능 개선(총점, 신체기능)이 확인되었다. 한습비저(寒濕痺阻)로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 계지작약지모탕(桂枝芍藥 知母湯), 거어통비탕(祛瘀通痺湯) 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
R25-3	담어호결(痰瘀互結)로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자에서 화어거습방(化瘀祛濕方) 치료는 통상적(의과) 치료와 유사한 통증 감소와 증상 호전이 보고되었다. 담어호결(痰瘀互結)로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 화어거습방(化瘀祛濕方) 치료의 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
R25-4	기혈부족(氣血不足)으로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자에서 황기계지오물탕(黃芪桂枝五物湯) 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소와 기능개선(총점)이 확인 되었다. 기혈부족(氣血不足)으로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 황기계지오물탕(黃芪桂枝五物湯) 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
R25-5	비허습성(脾虛濕盛)으로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자에서 한약 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 증상 호전이 확인되었다. 비허습성(脾虛濕盛)으로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 한약 치료의 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
R25-6	간신부족(肝腎不足)으로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자에서 보신강근(補腎強筋)캡슐, 호잠환(虎潛丸), 부양선비탕(扶陽宣痺湯), 골룡캡슐(骨龍膠囊), 장골통비환(壯骨通痺丸) 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점, 신체기능) 및 증상 호전이 확인되었다. 간신부족(肝腎不足)으로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 보신강근(補腎強筋)캡슐, 호잠환(虎潛丸), 부양선비탕(扶陽宣痺湯), 골룡캡슐(骨龍膠囊), 장골통비환(壯骨通痺丸) 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
병행치료		
R26	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능) 및 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에 한약 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R26-1	근맥어체(筋脈瘀滯)로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 기능 개선(총점)을 위해 통상적(의과) 치료에 골비방(骨痺方) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R26-2	신허혈어(腎虛血瘀)로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 기능 개선(통증, 강직, 신체기능)과 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에 거풍통락익신(祛風通絡益腎) 한약 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R27	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점) 및 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 한약 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R27-1	한습비저(寒濕痺阻)로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점) 및 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 독활기생탕가감(獨活寄生湯加減) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R27-2	간신부족(肝腎不足)으로 변증된 퇴행성 슬관절염 환자의 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 견비탕가감(錢氏湯加減) 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
R28	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점) 및 삶의 질 개선을 위해 소염진 통제 투여와 침 치료를 시행하는 것을 대신하여 계부탕 투여와 침 치료를 시행을 고려할 수 있다.	C/Low

8) 침도

단독치료

R31	퇴행성 슬관절염 환자에서 침도 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능) 및 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 침도 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 침도 치료는 자극 방식으로 인하여 훈침, 감염, 출혈, 조직 손상 같은 부작용이 발생할 가능성이 있는바, 시술 전 준비(해부학적 지식 및 금기증 숙지, 환자 문진)와 시술 중 주의(소독, 멸균, 응급처치 등), 시술 후 관리에 철저하여야 한다.		

병행치료

R32	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(통증, 강직, 신체 기능) 및 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에 침도 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R33	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점) 및 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 침도 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 재발이 잦거나, 호전이 더딘 환자에서 도침 시술을 고려할 수 있으며, 한의사의 주의 깊은 시술이 요구된다.		

9) 부항

단독치료(건식)

R34	퇴행성 슬관절염 환자에서 건식부항 치료는 비활성 대조군 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능) 및 삶의 질 개선(신체건강)이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 건식부항 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
R35	퇴행성 슬관절염 환자에서 건식부항 치료는 통상적(의과) 치료와 유사한 증상 호전 효과가 보고되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 건식부항 치료의 시행을 고려할 수 있다.	C/Low

병행치료(건식)

R36	퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 통상적(의과) 치료에 건식부항 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
-----	---	-------

단독치료(습식)

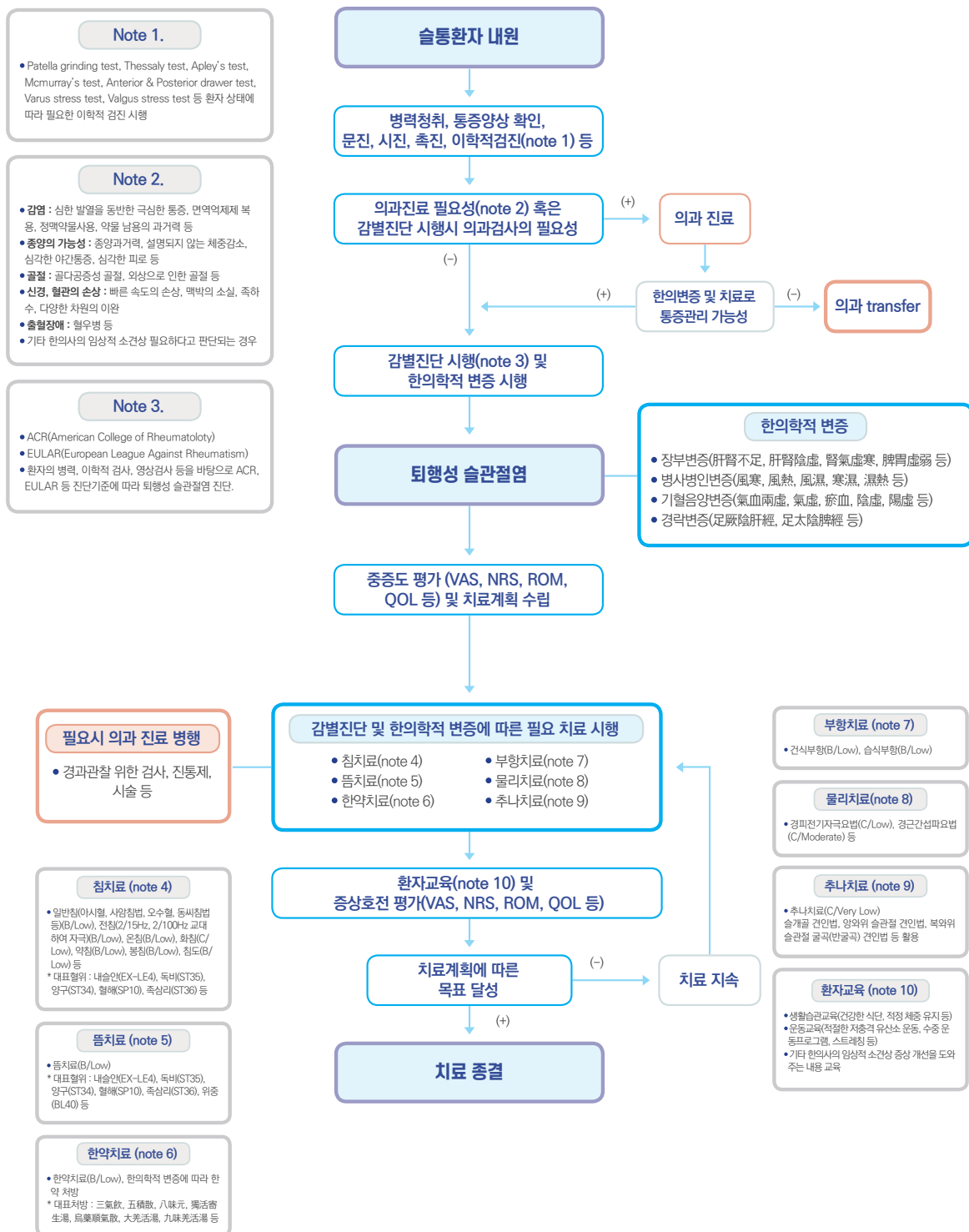
R37	퇴행성 슬관절염 환자에서 습식부항 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 기능 개선 (통증, 강직)이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 습식부항 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 습식부항 치료 시는 감염 등의 부작용 예방을 위하여 소독 및 멸균 관리에 주의를 기울여야 한다.		

병행치료(습식)

R38	퇴행성 슬관절염 환자의 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에 습식부항 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
-----	--	-------

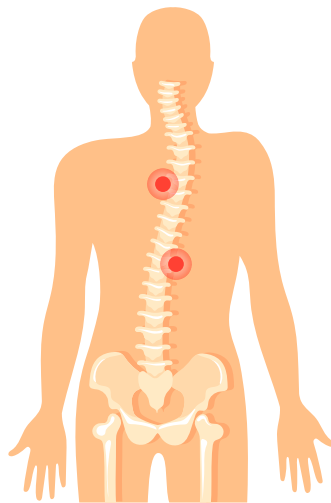
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
10) 자락		
단독치료		
R39	퇴행성 슬관절염 환자에서 자락 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능)이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상 진료 시 자락 치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 자락 시술의 경험로는 내슬안(EX-LE4), 독비(ST35), 음릉천(SP9), 혈해(SP10), 양구(ST34), 위중(BL40, 아시혈, 슬관절 주위 정맥류 등을 고려할 수 있다. 자락 치료 시는 감염 등의 부작용 예방을 위하여 소독 및 멸균 관리에 주의를 기울여야 한다.	
병행치료		
R40	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 개선과 기능 개선(총점) 및 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에 자락 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R41	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 신체기능) 및 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 자락 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
11) 물리치료		
단독치료		
R42	퇴행성 슬관절염 환자에서 경피전자자극요법 치료는 거짓 경피전자자극요법 치료보다 유의한 통증 감소가 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 경피전자자극요법 치료의 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
R43	퇴행성 슬관절염 환자에서 경피전자자극요법 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 통증 감소가 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 경피전자자극요법 치료의 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
R44	퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 경근간섭파요법 치료의 시행을 고려할 수 있다.	C/Moderate
병행치료		
R45	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(신체기능) 및 삶의 질 개선(신체기능, 신체통증, 전반적 건강)을 위해 통상적(의과) 치료에 경피경근온열요법 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
R46	퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시 통상적(의과) 치료에 경피경근한냉요법 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 만성적 병태를 보이는 퇴행성 관절염의 특성상 경피경근온열요법의 적용이 증상의 개선을 위해서는 더 효과적이며, 발열, 발적, 부종 등의 급성기 병태를 보이는 퇴행성 관절염에 경피경근한냉요법의 적용이 가능하다.	
R47	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시 경피전자자극요법 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
12)推拿		
단독치료		
R48	퇴행성 슬관절염 환자에서推拿 치료는 통상적(의과) 치료보다 유의한 기능 개선(총점, 강직, 신체기능)과 증상 호전이 확인되었다. 퇴행성 슬관절염 환자의 임상진료 시推拿 치료의 시행을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 퇴행성 슬관절염 환자에서推拿 치료 시 슬개골 견인법, 양와위 슬관절 견인법, 복와위 슬관절 굴곡(반굴곡) 견인법 등을 활용할 수 있다	
병행치료		
R49	퇴행성 슬관절염 환자의 증상 호전을 위해 통상적(의과) 치료에推拿 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
R50	퇴행성 슬관절염 환자의 통증 감소와 기능 개선(총점, 통증, 강직, 신체기능), 삶의 질 개선(신체기능, 정신건강) 및 증상 호전을 위해 한의치료 시행 시推拿 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



변형성 배병증 (척추 측만증) (M41)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

척추 측만증은 정중앙의 축을 기준으로 하여 척추가 좌우 측면 방향으로 만곡 또는 편위되어 있는 질환을 말한다. 척추 측만증의 증상은 다양하게 발현된다. 척추가 옆으로 휘어지는 동시에 머리와 골반에 대한 척추의 회전 변형을 동반하는 경우가 많아 머리와 골반은 정면을 보고 있는데 척추는 비스듬히 옆을 보는 모양이 되고, 그 결과 한쪽 등이 튀어나오고 여성의 경우 유방의 크기가 달라 보이게 된다. 그 밖에 어깨의 높이가 달라지고 허리 곡선의 비대칭화로 인해 한쪽은 잘록하고 다른 한쪽은 뭉뚱해진다. 이 증상이 심해지면 허리를 잘 숙이지 못하고 척추의 유연성이 감소한다. 2016년 Scoliosis Research Society(SRS)에서는 일반적으로 Cobb's angle이 10도 이상이고 시상면으로 축 회전을 나타내는 경우 특발성 척추 측만증이라고 정의하고 있다. 질병세분류로는 척추 측만증(M41, 신경근육성 척추 측만증(M41.4) 제외), 기타 생체역학적 병변(M99.8), 상세불명의 생체역학적 병변(M99.9)에 해당되며, 한의학에서는 배구루(背偻) 및 귀배(龜背)의 범주에 해당한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

척추 측만증의 평가는 첫째, 측만의 발생 원인 유무를 확인(발병 나이, 성숙 증거, 통증 유무, 가족력 등)하고, 둘째, 병의 경과를 파악하여 알맞은 치료를 적용할 수 있게 한다는 점에서 중요한 의미를 갖는다. 측만이 다른 원인에 의해 속발된 것은 아닌지, 측만이 빠르게 악화될 만한 요소가 환자에게 있진 않은지, 보존적·수술적 요법 중 어느 것을 적용해야 할지 등을 파악하기 위해 다양한 평가를 단계적으로 시행할 필요가 있다.

(2) 변증

변형성 배병증(척추 측만증)은 한의학에서는 특별한 병명으로 나타난 것은 없으나, 의서에 의하면, 정수부족(精髓不足)의 독맥허(督脈虛) 혹은 태품부족(胎稟不足)이나 조양실의(調養失宜)로 비신(脾腎)양허로 변증한다.

(3) 평가도구

만곡의 크기를 측정할 때는 Cobb's angle이 가장 널리 사용되는데 보통 척추 전장을 포함하는 기립위 전후방 척추 전장 촬영이 요구된다. Cobb's angle 측정은 먼저 ①오목한 쪽으로 가장 심하게 기울어진 척추의 상단과 하단 끝 척추에 선을 긋고 ②척추 상단과 하단에서 그 수평선에서 ③각각 수직선을 그어 만나는 각도를 측정한다. 비방사선 평가도구로는 측만증 각도기, 적외선 체열 촬영, 체표면 영상분석, 초음파 검사, 사진 촬영 등을 활용할 수 있다.

03. 예방 및 관리

척추 측만증 중 특히 청소년기 특발성 척추 측만증의 변형은 성장과 밀접한 관계가 있어 성장기에 주로 진행하며 대개 성장이 완료되면 측만의 진행도 멈추나 간혹 심한 측만 변형은 성인이 되어서도 진행할 수 있다. 그러므로 척추 측만증의 변형을 교정하여 미용상의 호전을 얻는 것 외에 환자의 성장에 따른 변형의 진행을 예방하여 척추의 균형을 유지하고 심폐 기능을 제한하는 합병증을 예방하는 것이 중요하다. 따라서 진행 여부를 면밀히 관찰하여 적절한 치료를 수행할 필요가 있다.

* 상세 내용 변형성 배병증(척추 측만증) 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

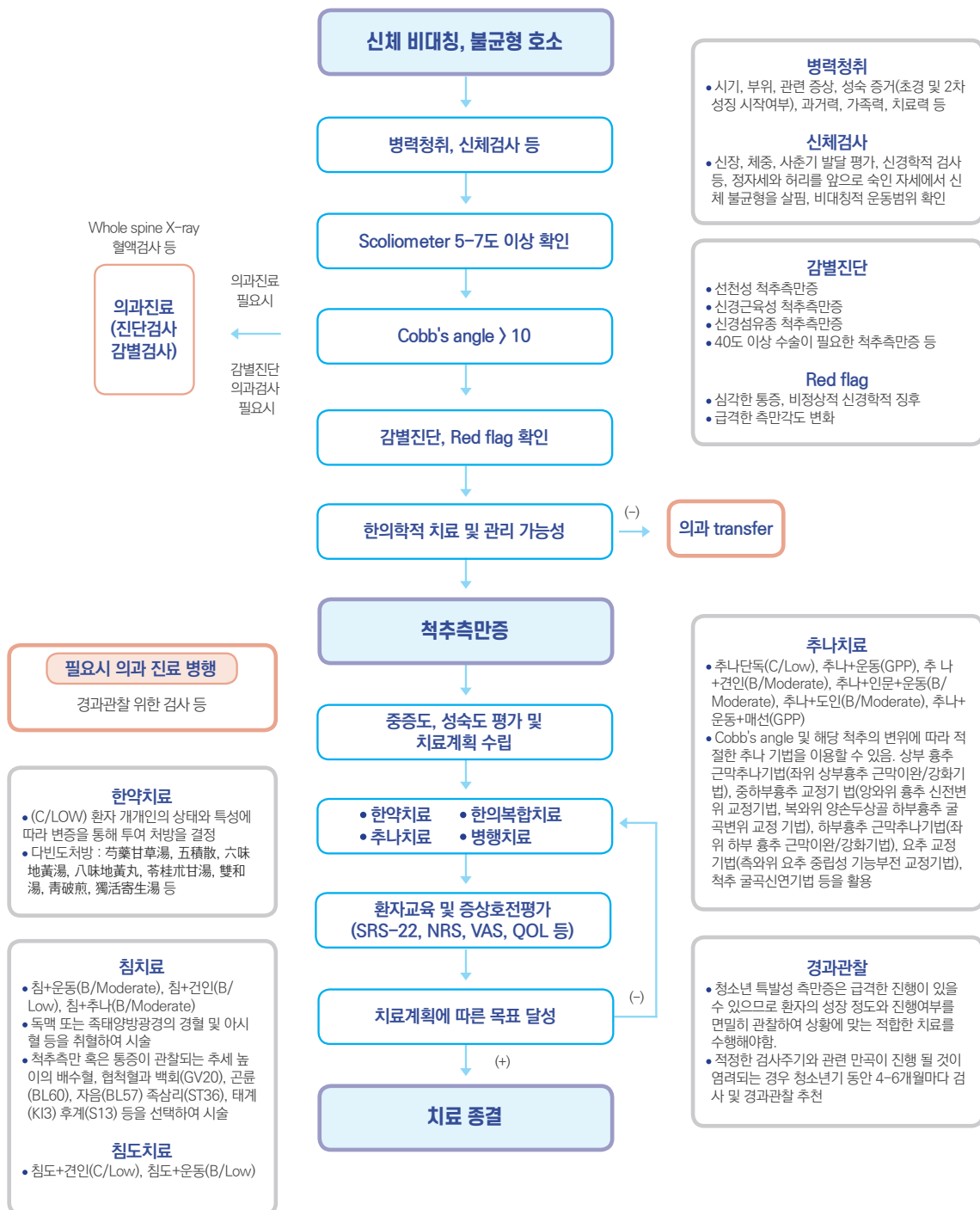
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1. 한약 치료		
R1	척추 측만증의 통증 감소, 기능 개선을 위해 근이완제에 비해 한약 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 척추 측만증에 보간신(補肝腎)하고 강근골(強筋骨)하며 보비리습(補脾利濕)하는 두충(杜仲), 백출(白朮), 산수유(山茱萸)를 고려할 수 있다. - 임상례 등에서 사용이 보고된 처방으로는 작약감초탕(芍藥甘草湯), 독활기생탕(獨活寄生湯), 가미사육탕(加味四六湯), 영감강미신하인탕(苓甘薑味辛夏仁湯), 활락탕(活絡湯), 청파전(靑破煎) 등이 있고, 임상에서의 변증에 따라 상기 처방의 사용을 고려할 수 있다. - 임상실태조사에서 보고된 다빈도 처방으로는 작약감초탕(芍藥甘草湯), 오적산(五積散), 육미지황탕(六味地黃湯), 팔미지황환(八味地黃丸), 영계출감탕(苓桂朮甘湯), 쌍화탕(雙和湯), 청파전(靑破煎), 독활기생탕(獨活寄生湯) 등이 있고, 임상에서의 변증에 따라 상기 처방의 사용을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2. 추나 치료		
단독치료		
R2	청소년 특발성 측만증의 증상 개선, 통증 감소를 위해 추나 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - Cobb's angle 및 해당 척추의 변위에 따라 적절한 추나기법을 이용할 수 있다. 상부 흉추 근막추나기법(좌위 상부 흉추 근막이완/강화기법), 중하부 흉추 교정기법(양와위 흉추 신전변위 교정기법, 복와위 양손두상골 하부 흉추 굴곡 변위 교정기법), 하부 흉추 근막추나기법(좌위 하부 흉추 근막이완/강화기법), 요추 교정기법(측와위 요추 중립성 기능부전 교정기법), 척추 굴곡신연기법 등을 활용할 수 있다. 20~30도 경증의 측만증 환자인 경우 보조기, 견인 대비 추나 치료가 유의한 증상 호전을 나타냈다. 보조기의 경우 측만의 진행을 막는 유용한 보존적 치료이지만 청소년기에 하루 대부분의 시간을 장기적으로 착용해야 하는 점에서 환자들의 순응도가 낮고, 심리적, 사회적, 운동 기능적으로 환자의 생활에 지장을 줄 수 있다. 이러한 점을 감안, 추나 치료를 고려할 수 있다. 청소년 특발성 측만증은 급격한 진행이 있을 수 있으므로 무엇보다 환자의 성장 정도와 진행 여부를 면밀히 관찰하여 상황에 맞는 적절한 치료를 수행할 필요가 있다.	C/Low
병행치료		
R3	청소년 특발성 측만증의 증상 개선을 위해 보조기에 추나 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
3. 침을 포함한 한의 복합 치료		
1) 침+운동		
R4	척추 측만증의 증상 개선을 위해 침 및 운동 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 - 침 치료 시 독맥 또는 족태양방광경의 경혈 및 아시혈 등을 취혈하여 시술해야 한다. 경혈 선택 시 척추의 측만 혹은 통증이 관찰되는 추체 높이의 배수혈, 협척혈과 백회(GV20), 곤륜(BL60), 지음(BL67), 족삼리(ST36), 태계(KI3), 후계(SI3) 등을 선택하여 시술해야 한다. 또한 골격의 비대칭에 수반하는 근육의 비대칭 및 통증을 해소하기 위하여 아시혈을 추가하여 치료해야 한다. 20~30도 경증의 측만증 환자인 경우 운동 단독 또는 보조기, 운동보다 침 및 운동 복합 치료가 유의한 증상 호전을 나타냈다. 측만증은 급격한 진행이 있을 수 있으므로 무엇보다 환자의 진행 여부를 면밀히 관찰하여 상황에 맞는 적절한 치료를 수행할 필요가 있다.	B/Moderate
R4-1	청소년 특발성 측만증의 증상 개선을 위해 운동 치료 단독에 비해 침 및 운동 복합 치료를 고려해야 한다.	B/Low
2) 침+견인		
R5	척추 측만증의 증상 개선, 기능 개선, 통증 감소를 위해 견인 치료 단독에 비해 침 및 견인 복합 치료를 고려해야 한다.	B/Low
3) 침+추나		
R6	청소년 특발성 측만증의 증상 개선, 기능 개선, 정신 건강을 위해 침 및 추나 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 20도 내외 경증의 측만 환자인 경우 무처치, 전침 단독, 추나 단독, 보조기+견인에 비해 침 및 추나 복합 치료가 유의한 증상 호전을 나타냈다.	B/Moderate
4. 추나를 포함한 한의 복합 치료		
1) 추나+운동		
R7	임상진료지침 개발그룹의 임상적 경험에 근거하여 청소년 특발성 측만증의 증상 개선을 위해 추나 및 운동 복합 치료를 권고한다. 임상적 고려사항 추나 및 운동 복합 치료는 운동 단독에 비해 유의한 증상 호전을 나타낸 반면, 보조기와 비교 시 보조기가 더 유의한 것으로 나타났다. 하지만 우울증, 불안 척도에서 추나 및 운동 복합 치료가 보조기에 비해 유의한 호전을 나타냈다. 이에 측만증 환자의 심리적 불편감 등을 감안하여 신중한 의사결정이 필요하다.	GPP/ Insufficient

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2) 추나+견인		
R8	청소년 특발성 측만증의 증상 개선을 위해 추나 및 견인 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 - 견인 치료는 척추에 가해지는 견인력이 척추 측만 부위의 주변 조직의 압력을 감소시켜 편향된 무게 부하를 조절할 수 있지만, 지나친 견인은 인대나 후관절의 손상 및 불안정성을 유발할 수 있으므로 주의가 필요하다. 20도 내외 경증의 측만증 환자인 경우 추나 및 견인 복합 치료는 보조기 및 견인 치료에 비해 유의한 증상 호전을 나타냈다. - 보조기의 경우 측만의 진행을 막는 유용한 보존적 치료이지만 청소년기에 하루 대부분의 시간을 장기적으로 착용해야 하는 점에서 환자들의 순응도가 낮고, 심리적, 사회적, 운동 기능적으로 환자의 생활에 지장을 줄 수 있다. 이러한 점을 감안, 추나 및 견인 복합 치료를 고려해야 한다. 청소년 특발성 측만증은 급격한 진행이 있을 수 있으므로 무엇보다 환자의 성장 정도와 진행 여부를 면밀히 관찰하여 상황에 맞는 적절한 치료를 수행할 필요가 있다.	B/Moderate
R9	청소년 특발성 측만증의 증상 개선 및 통증 감소를 위해 보조기에 추나 및 견인 복합 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
3) 추나+견인+운동		
R10	청소년 특발성 측만증의 증상 개선, 정신 건강을 위해 운동 단독 또는 견인 및 운동보다 추나, 견인 및 운동 복합 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
4) 추나+도인		
R11	청소년 특발성 측만증의 증상 개선, 기능 개선, 정신 건강을 위해 추나 및 도인 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 - 도인 치료는 비정상적인 기능을 정상적으로 회복, 증진시키기 위해 시술자에 의해 수행되는 치료적 운동요법이다. 척추 측만증에서 도인 치료는 척추 주변의 근육, 인대의 기능을 향상시키고, 환자에게 올바른 자세를 인지할 수 있도록 도와주게 되어, 척추 전반의 통증 감소와 기능의 회복을 도울 수 있다. 시술자가 손으로 수동적인 관절 운동을 시키는 도인운동요법, 등속성 운동 기구를 사용하는 등속성 도인운동요법, 관절 견인 등을 시행하는 기기도인요법 등을 고려해야 한다. 20도 내외 경증의 측만증 환자인 경우 추나 및 도인 복합 치료는 무치치, 견인, 보조기 각각의 치료에 비해 유의한 증상 호전을 나타냈다.	B/Moderate
5) 추나+침도		
R12	척추 측만증의 증상 개선, 통증 감소를 위해 추나 및 침도 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 추나 및 침도 복합 치료는 보조기 또는 진통제 및 근이완제 치료에 비해 유의한 증상 호전을 나타냈다.	C/Low
R12-1	청소년 특발성 측만증의 증상 개선, 통증 감소를 위해 보조기에 비해 추나 및 침도 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 보조기의 경우 측만의 진행을 막는 유용한 보존적 치료이지만 청소년기에 하루 대부분의 시간을 장기적으로 착용해야 하는 점에서 환자들의 순응도가 낮고, 심리적, 사회적, 운동 기능적으로 환자의 생활에 지장을 줄 수 있다. 이러한 점을 감안, 추나 및 침도 복합 치료를 고려할 수 있다. 청소년 특발성 측만증은 급격한 진행이 있을 수 있으므로 무엇보다 환자의 성장 정도와 진행 여부를 면밀히 관찰하여 상황에 맞는 적절한 치료를 수행할 필요가 있다.	C/Low
6) 추나+침도+도인		
R13	청소년 특발성 측만증의 증상 개선을 위해 보조기에 비해 추나, 침도 및 도인 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 보조기의 경우 측만의 진행을 막는 유용한 보존적 치료이지만 청소년기에 하루 대부분의 시간을 장기적으로 착용해야 하는 점에서 환자들의 순응도가 낮고, 심리적, 사회적, 운동 기능적으로 환자의 생활에 지장을 줄 수 있다. 이러한 점을 감안, 추나, 침도 및 도인 치료를 고려해야 한다. 청소년 특발성 측만증은 급격한 진행이 있을 수 있으므로 무엇보다 환자의 성장 정도와 진행 여부를 면밀히 관찰하여 상황에 맞는 적절한 치료를 수행할 필요가 있다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
7) 추나+운동+매선		
R14	임상진료지침 개발그룹의 임상적 경험에 근거하여 청소년 특발성 척만증의 증상 개선을 위해 추나, 운동 및 매선 복합 치료를 권고한다. 임상적 고려사항 매선 치료는 이물질이 체내에 넣는 것으로 감염, 출혈, 조직손상, 과민반응, 신경손상 등의 부작용이 발생할 가능성이 있다. 시술 전 준비(해부학적 지식 및 금기증 숙지, 환자 병력 및 과거력 문진)와 시술 중 주의(소독, 멸균 장갑, 적절한 길이의 매선, 출혈 시 압박, 응급처치 등), 시술 후 관리에 철저해야 한다.	GPP/ Insufficient
5. 침도를 포함한 한의 복합 치료		
침도+견인		
R15	척추 척만증의 증상 개선을 위해 견인 단독에 비해 침도 및 견인 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 침도 치료는 자극 방식으로 인하여 혼침, 감염, 출혈, 조직손상 같은 부작용이 발생할 가능성이 있다. 따라서 시술 전 준비(해부학적 지식 및 금기증 숙지, 환자 문진)와 시술 중 주의(소독, 멸균, 응급처치 등), 시술 후 관리에 철저해야 한다.	C/Low
침도+운동		
R16	척추 척만증의 증상 개선, 통증 감소, 기능 개선을 위해 견인에 비해 침도 및 운동 복합 치료를 고려해야 한다.	B/Low

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



퇴행성 요추 척추관 협착증

(M48)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

퇴행성 요추 척추관 협착증은 척추체 및 섬유륜의 퇴행성 변화로 인해 척추의 신경이 지나가는 통로가 좁아져 신경근 및 경막낭의 압박을 초래하여 야기되는 질환으로, 허리와 다리의 만성 통증 및 이와 연관된 기능 장애, 삶의 질 저하 등 환자의 삶에 중대한 영향을 미치는 흔한 만성 근골격계 질환 중 하나이다.

질병 세분류로는 척추협착, 요추부(M48.06), 척추협착, 요천부(M48.07) 등이 포함된다. 주된 원인으로는 추간판 높이의 감소와 변성으로 인한 디스크 팽윤, 황색 인대의 비후를 들 수 있으며, 임상증상은 한쪽 혹은 양쪽 다리에 오는 신경인성 파행이 전형적이다. 대부분 안정 시 혹은 요추 굴곡 시 증상이 경감되며 보행 시 하지의 통증, 위약감, 감각 장애 등을 동반하여 환자의 삶의 질을 심각하게 저해하게 된다. 한의학적인 관점에서 보면, 비증(痺症), 요퇴통(腰腿痛)의 범주에 속한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

일반적으로 하지 통증, 신경인성 파행 양상 등 전형적인 임상 증상을 호소하며, 영상 검사 상 척추 내 신경 통로가 구조적으로 좁아져 있는 경우 퇴행성 요추 척추관 협착증으로 진단한다. MRI는 퇴행성 요추 척추관 협착증을 평가하는 영상검사로서 가장 적합하며, 척추관의 협착 상태 및 후관절 비대, 황색 인대 비후 정도를 평가할 수 있다. 보조적 수단으로 자세 및 척추 외관 검사, 운동범위 검사, 근력/감각/반사검사, Romberg test 및 하지직거상 검사 등을 시행하여 진단에 도움을 줄 수 있다.

(2) 변증

퇴행성 요추 척추관 협착증은 신기허쇠(腎氣虛衰), 노역상신(勞役傷腎), 혹은 풍한습사(風寒濕邪)의 장기간 침습으로 신허불고(腎虛不固)하고 사기(邪氣)가 경락(經絡)에 조체(阻滯)하여 기체혈어(氣滯血瘀), 영위불화(營衛不和)하게 되어 나타나는 질환으로 병인과 증상에 따라, 풍한비조(風寒痹阻), 신기휴허(腎氣虧虛), 기허혈어(氣虛血瘀), 습담조체(痰濕阻滯)로 나누어 변증한다.

(3) 감별진단

혈관성 파행 및 원위 다발성 신경병증과의 감별이 필요하다.

질환명	설명
혈관성 파행	경련성 통증을 호소하며, 자세 변화와 관계없는 통증이 폐쇄 병변의 원위부에서 발생, 오르막길 보행, 자전 거 타기, 목욕 등으로 증상이 악화
원위 다발성 신경 병증	대칭성의 원위부 감각 약화, 소실이 특징, 대개 원위부의 장갑, 양말을 착용한 형태(stocking/glove distribution)의 감각 소실이 특징적이며 감각 증상이 운동 증상에 우선하고, 근력 약화 혹은 위약감의 증상은 경미하거나 늦게 나타남, 밤에 심해지며 자세 및 활동과 무관하게 증상이 나타난다는 특징이 있고, 당뇨, 약물복용, 알코올 중독 및 요독증 등의 선행 병증과 관련이 있으므로 병력 청취 시 유의

03. 예방 및 관리

퇴행성 요추 척추관 협착증의 주된 위험 요인은 60세 이상의 고령의 연령이다. 척추의 퇴행 변화가 진행되면 되돌릴 수 없으므로 연령이 증가할수록 증상 예방을 위한 관리가 요구된다. 기본적으로 평소 바른 자세를 유지하고, 복부, 척추 기립근 등의 근력 운동을 통하여 척추 주변부를 강화하여 척추의 변형을 유발하지 않도록 한다. 규칙적인 요가, 스트레칭은 척추 배열을 바로잡고 근 긴장으로 인한 통증 완화에 도움이 된다는 보고가 있다. 비만과 과체중 역시 위험 요인 중 하나이므로 비만/과체중 환자들에게는 체중 조절을 통해 퇴행성 요추 척추관 협착증의 임상 양상이 더 진행하거나 심화되지 않도록 할 필요가 있다.

* 상세 내용 퇴행성 요추 척추관 협착증 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

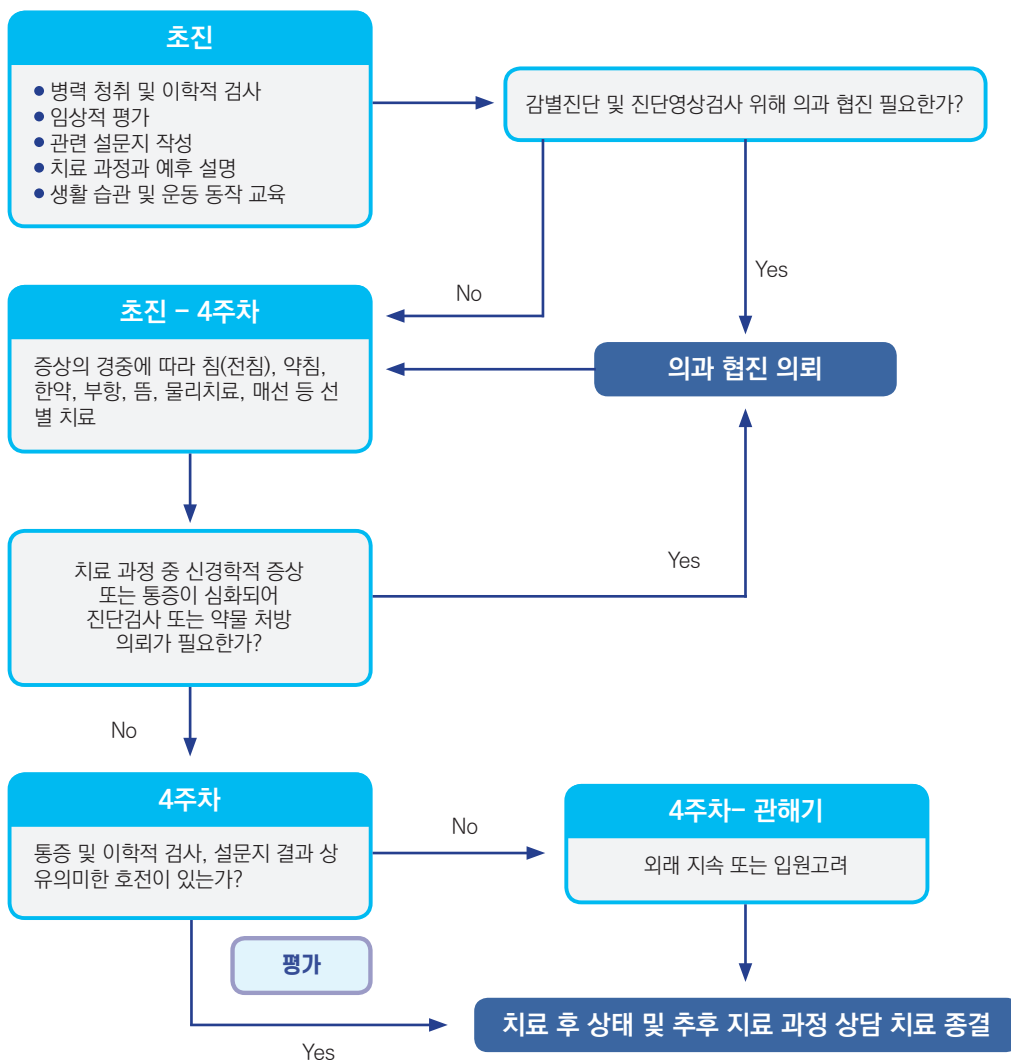
04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 일반침		
R1	퇴행성 요추 척추관 협착증 환자에게 일상 관리와 병행한 침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 임상적으로 퇴행성 요추 척추관 협착증 침 치료 경험로는 함곡(LI4), 곡지(LI11), 외관(TE5), 후계(SI3), 중저(TE3), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6), 음릉천(SP9), 태충(LR3), 양릉천(GB34), 현종(GB39), 위중(BL40), 승산(BL57)과 같은 원위 혈위와, 요부 협척혈(EX-B2, L2-L5)(EX-B2, L2-L5), 신수(BL23)와 같은 근위 혈위 등을 고려할 수 있다. • 혈위에 따라 15 ~ 50 mm의 깊이로 0.25 * 40 mm 또는 0.30 * 60 mm의 1회용 호침 사용을 고려할 수 있다. • 스테인리스 호침을 자입한 후 염전, 제삽 자극을 환자의 산마중창(酸麻重脹) 득기감(得氣感)이 느껴질 수준으로 자극을 가할 수 있다. • 한의사 판단에 따라 침 전기 자극술을 통한 추가 자극이 필요할 경우, 2~100 Hz의 교대 빈도로 환자가 편안히 견딜 수 있는 강도 내에서(대체로 1~3 mA) 20분간 침 전기 자극술을 병행할 수 있다.	
R2	퇴행성 요추 척추관 협착증 환자에게 2개월의 표준화 침 치료를 고려해야 한다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 퇴행성 요추 척추관 협착증 침 치료 경험로, 위중(BL40), 승산(BL57), 족삼리(ST36), 현종(GB39), 태계(KI3), 함곡(LI4), 곡지(LI11) 등의 원위 취혈, 신수(BL23), 대장수(BL25)를 포함한 족태양방광경 혈위 및 협척혈(EX-B2, L2-L5) 등의 근위 취혈 등을 고려할 수 있다. • 수기 자극 : 혈위에 따라 15 ~ 50 mm의 깊이로 0.30 * 40 mm 또는 0.30 * 75 mm의 1회용 스테인리스 호침을 자입한 후 염전, 제삽 자극을 환자의 산마중창(酸麻重脹) 득기감(得氣感)이 느껴질 수준으로 주고, 이후 10분마다 동일한 득기감을 유발시킬 정도로 수기 자극을 하는 방법을 고려할 수 있다. • 한의사 판단에 따라 침 전기 자극술을 통한 추가 자극이 필요할 경우, 2~100 Hz의 교대 빈도로 환자가 편안히 견딜 수 있는 강도 내에서(대체로 1~3 mA) 20분간 침 전기 자극술을 병행할 수 있다. • 총 유침 시간은 20~30분으로 설정하는 것을 고려할 수 있다. • 연구 참가자들은 심한 통증이 있을 경우에 한해, 3일간 비스테로이드성 소염진통제(celexoxib 캡슐) 일일 200mg 경구 복용한 경우도 있으며, 또 다른 연구에서는 약물 복용, 물리치료, 자가 운동요법 등의 일상관리와 침 치료 병행을 허용하였으므로, 이를 참고로 한다.	
2) 침도		
R3	퇴행성 요추 척추관 협착증 환자에게 침도치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 • 침도는 자극이 강한 허리의 심부 골/연부조직에 대한 침습적 중재로서, 심부 조직의 염증 및 감염, 신경 손상, 자침 시 통증이 잘 조절되지 않을 경우 지나친 정서적 긴장과 연관된 미주신경성 실신(neuro-cardiogenic syncope) 발생 가능성 등이 있어 주의가 요구된다. • 침도치료 후 염증, 감염, 신경손상 등과 같은 중요 이상반응 발생 위험(incidence risk)이 어느 정도인지는 알려지지 않아 관련 연구가 축적될 때까지 임상 진료 시 유의해야 한다. • 침도의 위해 정보 및 안전성 정보가 완전하지 않다는 중요한 측면을 임상적 의사 결정 시 반드시 고려해야 한다.	
3) 한약		
R4	퇴행성 요추 척추관 협착증 환자에게 한약과 비수술적 치료의 병행 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 • 퇴행성 요추 척추관 협착증 환자의 한약 치료에서 독활기생탕(獨活寄生湯), 오적산(五積散), 육미지황탕(六味地黃湯), 보양환오탕(補陽還五湯), 신통축어탕(身痛逐瘀湯)을 일차선택 약물로 고려할 수 있다.	
4)推拿		
R5	퇴행성 요추 척추관 협착증 환자에게推拿 치료의 적용을 고려할 수 있다.	C/Very Low
5) 복합 한의 치료		
R6	퇴행성 요추 척추관 협착증 환자의 통증 개선을 위해 단일 한의 치료 보다 복합 한의 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R6	임상적 고려사항 • 병합된 치료 종류는 아래와 같다. • 침과 한약 (소자산, 보양환오탕(補陽還五湯)) • 전침과 자락 • 침과 뜸 • 침과 약침 (단삼/황기 배합 주사액) • 단일 치료는 한 종류의 한의 치료를 의미하며, 복합 한의 치료는 두 가지 이상의 한의 치료의 병행을 의미함.	

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)

외래 Clinical Pathway : 퇴행성 요추 척추관 협착증



요추추간판탈출증 (M51) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

요추 추간판 탈출증은 추간판의 퇴행성 변화나 외력에 의해서 섬유륜의 파열이 발생하여, 수핵의 일부 또는 전부가 파열된 섬유륜 사이를 뚫고 외부로 탈출해서 경막이나 신경근을 자극하여 통증과 함께 신경학적 이상을 유발하는 질환을 말한다. 본 지침에서 다루는 요추 추간판 탈출증은 요통과 하지 방사통의 임상 증상을 호소하면서, 이학적 소견 및 영상의학적 소견이 임상 증상과 일치하여 요추 추간판 탈출증으로 진단된 성인 환자를 대상으로 하며, 한국표준질병사인분류(KCD) 상병으로는 기타추간판장애(M51)에 해당한다. 증상으로 요통, 하지 방사통 및 감각 이상, 근력저하, 중증의 경우 반사 소실, 감각저하 및 하지 마비가 나타날 수 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

요추 추간판 탈출증을 진단하기 위해서는 요추 신경근에 대한 신경학적 평가 및 이학적 검사를 우선 시행해야 한다. 이학적 검사는 추간판 탈출증의 기본적 진단에 있어서 예측적 가치를 가질 수 있고, 요추부에서 나와 하지로 주행 분포하는 신경을 신장시키는 것이 기본 원리이다. 신경근에 따른 근력 및 감각검사, 양와위 하지 직거상 검사, Lasegue's test가 권고된다. 영상검사로는 X-ray 상으로는 요추 추간판 탈출증을 확정 진단할 수 없어 MRI가 추간판 탈출증의 진단에 널리 사용되고 있다. MRI 검사를 통해 척수 종양이나 감염 여부도 쉽게 판단되며, CT와 비교해 요추 전체의 시상면을 한꺼번에 볼 수 있는 장점이 있어, 근래에는 추간판 탈출증의 가장 적합한 검사로 알려져 있다.

(2) 변증

동의보감(東醫寶鑑)에서는 신허(腎虛), 담음(痰飲), 식적(食積), 좌섬(挫閃), 어혈(瘀血), 풍(風), 한(寒), 습(濕), 습열(濕熱), 기(氣)의 원인별로 심증요통을 분류했다.

(3) 평가도구

통증 평가 척도로는 VAS(Visual Analogue Scale), NRS(Numerical Rating Scale)가 사용된다. 요통에 의한 장애 정도를 정량화하기 위해 ODI(Owestry Disablitory Index), JDA(Japanese Orthopedic Association) score, RMDQ(Roland Morris Disability Questionnaire)를 사용할 수 있다.

(4) 감별진단

질환명	특징
척추관 협착증	50~60대 이상 고령, 신경학적 파행, 보행 시 다리가 당기거나 터질 것 같은 통증, 앉아서 쉬면 완화
강직성 척추염	조조강직, 활동 시 완화, 천장관절~척추를 따라 대칭적으로 올라가는 통증, 가동범위 제한, Schober's test(+)
후관절 증후군	아침에 뻣뻣함을 동반한 만성적 요통, 후관절 압통, 엉덩이~대퇴 후면 통증
척추전방전위증	요통 및 햄스트링 구축, 좁은 보폭, 뒤뚱거리는 걸음, 허리가 움푹 들어가거나 엉덩이가 평평해보일 수 있음

3. 예방 및 관리

일상생활에서 자세와 관련된 습관은 추간판 탈출증의 발생과 악화에 주요한 요인으로 작용한다. 좋은 자세란 추간판의 압력이 바르게 올라가지 않게 하는 동작으로 척추를 최대한 펴는 자세가 기본이며, 한 자세를 오랫동안 유지하는 것과 동일한 동작을 반복하는 것은 피해야 한다. 또한, 운동을 통해 일상생활 복귀를 돕고 재발을 예방하는 것도 중요하다. 요통 예방을 위한 허리 훈련은 가동범위 증가를 위한 근력 강화 및 스트레칭 운동이 포함되어야 하고, 가정에서 쉽게 할 수 있어야 하며 증상을 악화시키는 동작은 피해야 한다.

* 상세 내용 요추 추간판 탈출증 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

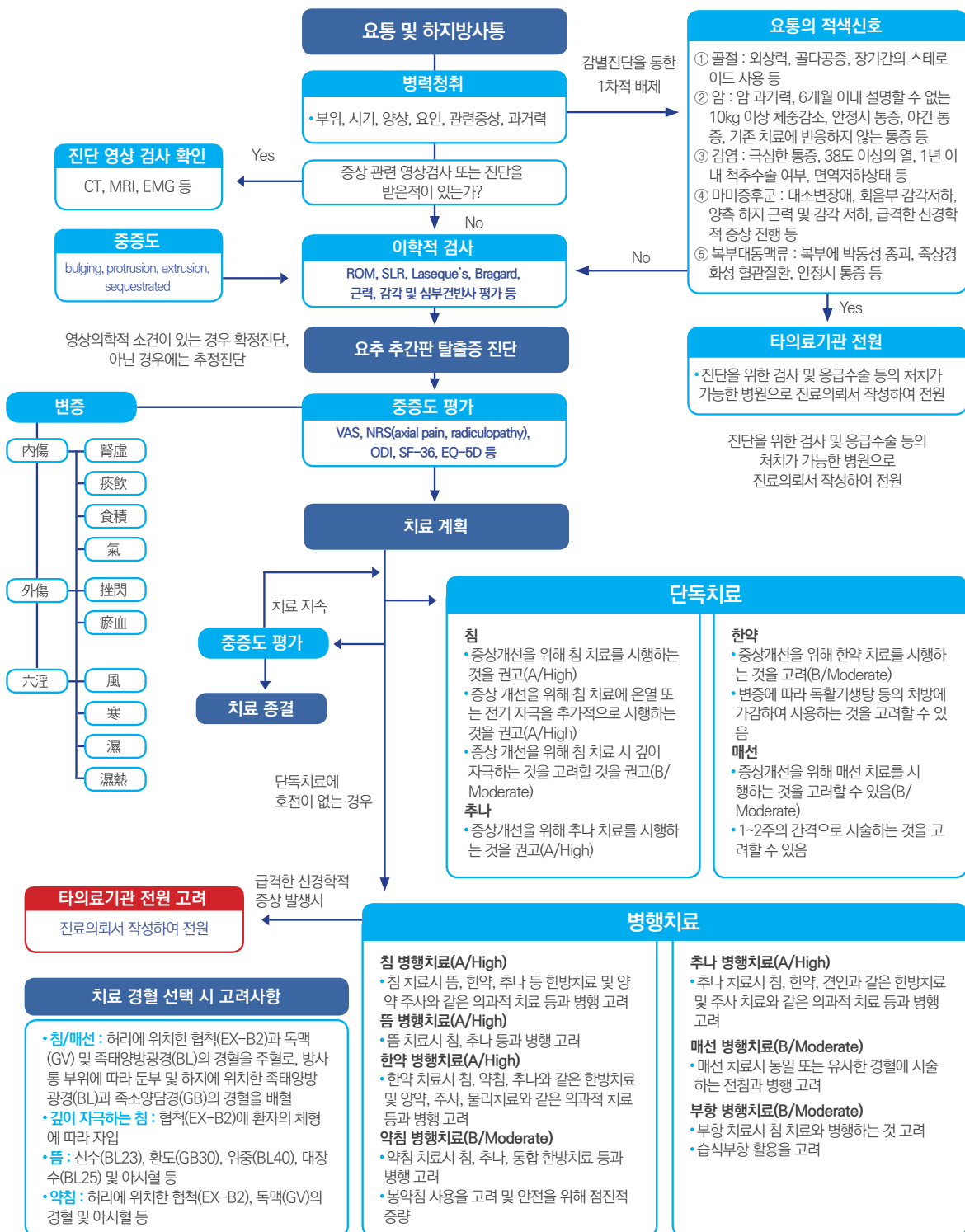
04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 침		
단독치료		
R1	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 침 단독 치료를 시행하는 것을 권고한다. 임상적 고려사항 • 침 치료 시 요부에 위치한 협척(EX-B2)과 함께 족태양방광경(BL) 및 독맥(GV)의 경혈을 기본적으로 취혈하고, 방사통의 부위에 따라 둔부 및 하지에 위치한 족태양방광경(BL)과 족소양담경(GB)의 경혈을 취혈하여 자침할 수 있다. • 침 치료 시 유침 시간 또는 전침치료 시 자극 시간은 일반적으로 20~30분간 시행하는 것이 적절하다.	A/High
병행치료		
R2	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 침 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 권고한다. 임상적 고려사항 침 치료는 뜸, 한약, 추나와 같은 한의 치료와 병행할 수 있으며, 양약 및 주사 치료와 같은 의과적 치료에도 병행하여 치료 효과를 높일 수 있다.	A/Moderate
시술방법		
R3	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 침 치료에 온열 또는 전기 자극을 추가적으로 시행하는 것을 권고한다.	A/High
R4	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 침 치료 시 깊이 자극하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 깊이 자극하는 침 치료는 주로 협척(EX-B2)에 적용 가능하며, 환자의 체형에 따라 안전성을 고려하여 45~90mm까지 자침하거나 또는 뼈에 닿는 깊이까지 자침하는 방식을 활용할 수 있다.	B/Moderate
2) 뜸		
단독치료		
R5	성인 요추 추간판 탈출증의 통증 개선을 위해 뜸 단독치료를 시행하는 것을 전문가 그룹의 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 요추 추간판 탈출증에 대한 뜸 치료 시 요통 치료를 위해 신수(BL23), 족삼리(ST36), 음릉천(SP9)에 시술할 수 있으며, 요슬산통(腰膝酸痛)에 해당하는 경우 환도(GB30), 곤륜(BL60), 양릉천(GB34), 양로(SI6)에 시술하는 것을 고려할 수 있다.	GPP/CTB
병행치료		
R6	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 뜸 치료를 침 또는 추나와 병행하여 시행하는 것을 권고한다. 임상적 고려사항 뜸 치료의 경혈 선택 시 신수(BL23), 환도(GB30), 위중(BL40), 대장수(BL25) 등의 경혈 및 아시혈(阿是穴)에 주로 시술하는 것을 고려할 수 있다.	A/High
시술방법		
R7	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 득기를 유발하는 뜸 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
3) 한약		
단독치료		
R8	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 한약 단독치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 요추 추간판 탈출증에 대한 한약 단독치료 시 독활기생탕(獨活寄生湯)을 사용할 수 있으며, 증상 및 변증 유형에 따라 가감해서 사용할 수 있다.	
병행치료		
R9	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 한약 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 - 한약 치료는 침, 약침, 추나와 같은 한의치료와 병행할 수 있으며, 양약, 주사치료, 물리치료 및 복합적인 치료와 같은 의과적 치료에도 병행하여 치료 효과를 높일 수 있다. - 요추 추간판 탈출증에 대한 한약 병행치료 시 독활기생탕(獨活寄生湯)을 사용할 수 있으며, 증상 및 변증 유형에 따라 가감해서 사용할 수 있다.	
4) 약침		
병행치료		
R10	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 약침 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 약침 치료는 침, 추나 및 통합적인 한의 치료와 병행하여 치료 효과를 증대할 수 있다. - 요추 추간판 탈출증에 대한 약침치료 선택 시 봉약침을 선택하여 활용할 수 있으며, 환자의 이상반응을 확인한 후 용량 또는 농도를 점진적으로 증량해야 한다. - 약침 치료 시 협척(EX-B2), 독맥(GV)의 경혈 및 아시혈(阿是穴) 등을 취혈하여 시술할 수 있다.	
5) 추나		
단독치료		
R11	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 추나 단독 치료를 시행하는 것을 권고한다.	A/High
병행치료		
R12	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 추나 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 추나 치료는 침, 한약, 견인과 같은 한의 치료와 병행할 수 있으며, 주사 치료와 같은 의과적 치료에도 병행하여 치료 효과를 높일 수 있다.	
6) 매선		
단독치료		
R13	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 매선 단독 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 매선 치료 시 요부에 위치한 협척(EX-B2), 독맥(GV), 족태양방광경(BL)의 경혈 및 아시혈(阿是穴)을 기본적으로 취혈하고, 방사통의 부위에 따라 둔부 및 하지에 위치한 족태양방광경(BL)과 족소양담경(GB)의 경혈을 취혈하여 시술할 수 있다. - 요추 추간판 탈출증에 대한 매선치료를 반복적으로 시행하는 경우 1~2주의 간격으로 시술하는 것을 고려할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
병행치료		
R14	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 매선 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 매선은 동일한 또는 유사한 경혈에 시술하는 전침 치료와 병행하여 치료 효과를 높일 수 있다.	B/Moderate
7) 부항		
병행치료		
R15	성인 요추 추간판 탈출증의 전반적 증상 개선을 위해 부항 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 요추 추간판 탈출증 치료를 위한 부항 치료 시 습식 부항의 형태를 적용할 수 있으며, 침 치료와 병행하여 효과를 높일 수 있다.	B/Moderate

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



경항통

(M54.2, M50.1)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

경항통은 목의 전후좌우에 발생한 통증을 의미하며, 동작 시 심해지는 통증, 환부의 압통점, 목의 가동범위 제한, 상지방사통 등 원인 질환에 따라 다양한 증상이 나타난다. 국외에서의 유병률은 문헌에 따라 14.2%에서 71%까지 보고되고 있다. 경항통은 WHO에서 질병이나 장애로 인해 건강하게 살지 못한 기간의 연 수(Years Lived with Disability, YLD) 상위 20개의 주요 원인에서 2위를 차지하였다. 경항통은 35세에서 49세 사이에 가장 많이 발생하기 때문에 생산성 손실에도 많은 영향을 줄 수 있다고 알려져 있다. 한국표준질병사인분류(KCD-7) 상병에서 경추통(M54.2), 경추의 염좌 및 긴장(S13.4), 항강(U30.3) 등에 해당한다. 한의학 주요 의서에서는 항강(項強), 낙침(落枕), 실침(失枕)으로 주로 다루어지고 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

경항통을 호소하는 경우 먼저 가동범위 확인 및 X-ray 검사(필요한 경우 혈액검사), 병력청취, 이학적 검진 등을 통해 외상 및 골절, 염증성 질환에 대한 감별이 이루어진다. 일반적 치료에도 불구하고 증상이 지속되는 경우 증상에 따라 전산화 단층촬영(CT) 및 자기공명영상(MRI) 검사를 통해 보다 상세한 진단이 가능하다. 경척수종양, 경척수염증, 골절, 결핵, 견관절 주위염, 경척추증, 경추변위증, 경늑골증, 경추추간판탈출증, 늑쇄중후근, 사각근증후군, 흉쇄유돌근증후군 등이 아닌 것으로 확인되면 병력 청취 및 이학적 검진을 통해 경부척추증, 경추통, 경부염좌 및 긴장 등으로 진단하게 된다. 척추 질환의 진단에 있어서 각종의 영상진단은 유용하지만, 모든 이상을 반영하지는 못하며, 또한 이상소견이 반드시 증상 발현의 원인이 아닌 경우도 있고, 이상소견이 없어도 증상 발현이 있는 경우가 있다. 따라서 상세한 병력 및 증상에 대한 병력청취, 이학적 검사소견, 신경학적 검사 등을 종합하여 진단을 내릴 필요가 있다.

(2) 변증

급성 경항통과 만성 경항통을 구분한 후, 급성 경항통의 경우 풍한습형(風寒濕型) 및 기체혈어형(氣滯血瘀型), 만성 경항통의 경우 간신음허형(肝腎陰虛型)과 기혈양허형(氣血兩虛型)으로 분류할 수 있다.

(3) 평가도구

- ① 수막자극 증상: Soto-Hall test
- ② 흉곽출구 증후군(Thoracic Outlet Syndrome): Adson's test, 늑골쇄골 검사(Costoclavicular test),과외전 검사(Wright test)
- ③ 신경근 압박: 추간공 압박검사(Foraminal compression test), 신연 검사(Distracton test), 견인 검사(Traction test), Spurling test
- ④ 척수강내 공간점유성 병변: Lhermitte's sign, Valsalva test, swallowing test
- ⑤ 추골기저동맥검사(Vertebral artery patency test): 추골뇌저동맥 청진 및 촉진
- ⑥ 척수병증 검사(Myelopathy test): Hoffmann's sign, 손가락 이탈 징후(Finger escape sign)RMDQ(Roland Morris Disability Questionnaire)를 사용할 수 있다.

(4) 위험신호(Red Flags)

주의해야 하는 증상 또는 특징	가능한 질환	연관된 증상 및 신호
외상(예를 들어 추락, 자동차 사고, 편타손상(whiplashinjury))	척추 골절, 척수 손상, 척수 구멍(syrinx)	의식소상 또는 변화, 외상성 뇌손상, 두통, 신경학적 증상
류마티스 관절염, 다온증후군, 척추 병변	환추축추관절 아탈구 (Atlantoaxial subluxation)	쉽게 피로해짐, 보행이상, 제한된 목의 움직임, 사경, 어둔함, 강직, 감각소실, 상위 운동신경원 병변
전신증상	전이, 감염 과정, 전신 류마티스 질환	체중감소, 설명되지 않는 발열, 식욕감소. 악성 종양의 과거력 또는 가족력, 광범위한 관절통 및 뻣뻣함, 실험실 검사에서의 이상 결과
감염성 증상	경막외 농양, 척추추간판염, 뇌 수막염	발열, 경부경직(neck stiffness), 눈부심, 백혈구의 상승
상위 운동신경원 병변	척수압박, 탈수초 질환	호프만 사인(Hoffmann sign), 반사항진, 바빈스키 사인, 강직, 실금, 성기능장애
20세 미만 연령	선천성 기형(척추갈림증), 쇼이에르만 질환(Scheuermann disease)	선천성 이상 : 모반, overlying skin tags, patches of hair, 가족력, 전신질환 (예를 들어 당뇨병, 척추갈림증에서의 간질) 약물남용: 남성, 업무 또는 학업 능력 저하, 우울 또는 다른 동반 정신질환
홍통, 발한 또는 숨참	심근허혈 또는 심근경색	오심, 좌측 팔로의 통증 확산(특히 중앙부 상부 팔)
50세 초과 연령	전이, 척추 골절, 경동맥 또는 척추동맥박리/출혈	악성 종양 과거력 또는 가족력, 이전의 외상 동맥박리: 찢어지는 듯한 감각, 두통, 시력상실이나 다른 신경학적 후유증

3. 예방 및 관리

경향통의 위험인자는 '일자목증후군(거북목증후군)'으로 축약할 수 있다. 일자목증후군은 C자 형상의 경추 정상만곡이 감소하거나 소실되어 머리의 무게가 목에 직접 전달되며 생기는 증상을 말한다. 장시간 고개를 숙이거나 전방으로 내미는 자세가 반복되면 경추의 비정상적인 구조와 과도한 보상작용으로 주변 근육과 인대에 부담이 증가한다. 특히 컴퓨터, 스마트폰의 사용 증가로 머리와 목을 앞으로 내미는 자세가 지속되는 것이 주된 원인이다. 머리 기울기 각도가 증가할수록 경추에 가해지는 하중도 최대 60파운드까지 증가해 통증이 악화된다. 이에 따라 바른 자세 유지, 스트레칭, 근육 강화 등 생활 습관 교정이 필요하다.

* 상세 내용 경향통 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 일반침		
단독치료		
R1	성인의 경향통에서 침치료는 비활성대조군에 비해 유의한 통증 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상 개선을 위해 침치료를 시행하는 것을 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 경향통 침치료 경혈로는 견정(GB21), 견정(SI9), 풍지(GB20), 대추(GV14) 등의 경혈과 환자의 증상 부위에 따른 아시혈 및 후계(SI3) 등의 원위취혈을 고려할 수 있다.	
R1-1	성인의 경향통에서 원위 및 근위취혈 병행 침치료는 근위 취혈 침치료에 비해 유의한 통증 개선 및 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 침치료 시 증상 개선을 위해 원위 및 근위취혈 병행 침치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R2	성인의 경향통에서 침치료는 통상적 ¹⁾ 치료에 비해 유의한 통증 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상 개선을 위해 침치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
협진치료		
R3	성인의 경향통에서 침치료를 통상적 ¹⁾ 치료와 병행하였을 때 유의한 통증 감소 효과가 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 통상적 ¹⁾ 치료를 받고 있는 환자에서 증상 개선을 위해 침 협진치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
2) 전침		
단독치료		
R4	성인의 경향통에서 전침치료는 통상적 ¹⁾ 치료에 비해 유의한 통증 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상 개선을 위해 전침치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate

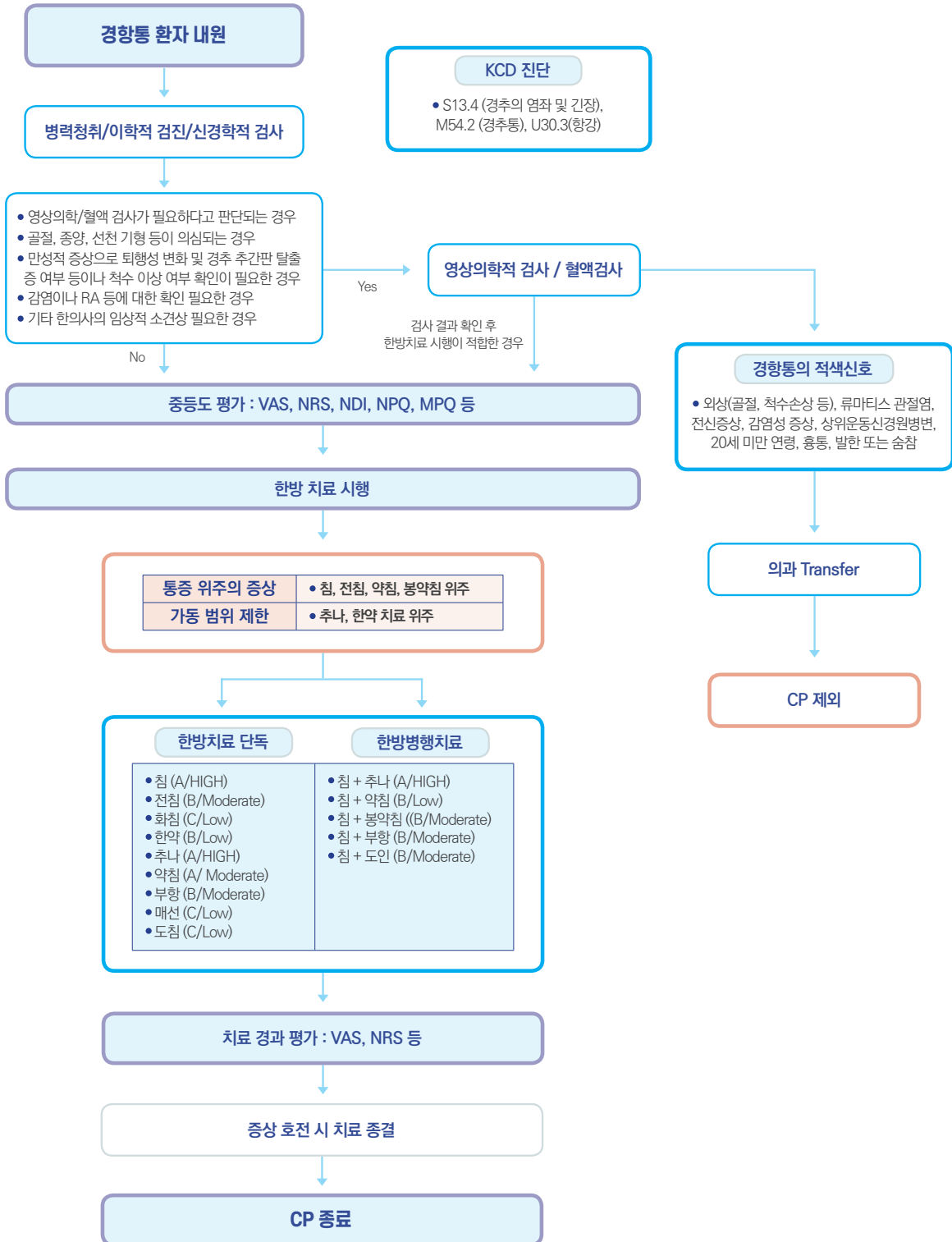
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
협진치료		
R5	성인의 경향통에서 전침치료를 통상적 ¹⁾ 치료와 병행하였을 때 유의한 통증 감소 효과가 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 통상적 ¹⁾ 치료를 받고 있는 환자에서 증상 개선을 위해 전침 협진치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 전침의 주파수는 5-10Hz, 강도는 근육 연축이 약하게 발생하면서 환자가 심한 불편감을 느끼지 않는 정도를 일반적으로 고려할 수 있다.	
3) 화침		
단독치료		
R7	성인의 경향통에서 화침치료를 통상적 ¹⁾ 치료와 비교하였을 때 유의한 통증 감소 효과가 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상 개선을 위해 화침치료 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
4) 도침		
단독치료		
R8	성인의 경향통에서 도침치료는 통상적 ¹⁾ 치료에 비해 유의한 통증 개선이 확인되었다. 이에 따라 일반적인 치료에 호전이 없는 경향통 환자 임상진료 시 증상 개선을 위해 도침치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 일반적인 치료에 호전이 없거나, 재발이 잦은 환자에서 도침을 고려할 수 있으며, 한의사의 주의깊은 시술이 요구된다.	
협진치료		
R9	성인의 경향통에서 도침치료를 통상적 ¹⁾ 치료와 병행하였을 때 유의한 통증 감소 효과가 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 통상적 ¹⁾ 치료를 받고 있는 환자에서 증상개선을 위해 도침 협진치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 도침 시술을 위해서는 시술 방법뿐만 아니라 안전한 시술을 위한 교육을 받는 것이 필요하다. 퇴행성 변화 등으로 인한 만성 및 재발성 통증이 있는 경우 고려할 수 있다.	
5) 한약		
단독치료		
R10	한약 치료는 성인의 경향통에서 통상적 ¹⁾ 치료에 비해 유의한 통증 감소, 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 한약 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Low
R10-1	한약 치료는 성인의 경향통에서 통상적 ¹⁾ 치료에 비해 유의한 통증 감소, 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 변증에 따라 거풍산한제습(祛風散寒除濕) 한약치료 시행을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 변증 진단을 통해 풍한습형(風寒濕型)으로 확인된 환자에게 거풍산한제습(祛風散寒除濕) 처방으로는 갈근탕, 오적산 등을 활용할 수 있다	
R10-2	한약 치료는 성인의 경향통에서 통상적 ¹⁾ 치료에 비해 유의한 통증 감소, 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 변증에 따라 이기활혈(理氣活血) 한약치료 시행을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 변증에 따라 기체혈어형(氣滯血瘀型)으로 진단된 환자에게 이기활혈(理氣活血) 처방으로는 오약순기산, 가미서경탕, 회수산 등을 활용할 수 있다.	
협진치료		
R11	성인의 경향통에서 한약치료를 통상적 ¹⁾ 치료와 병행하였을 때 유의한 통증 감소, 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 통상적 ¹⁾ 치료를 받고 있는 환자에서 증상개선을 위해 한약 협진치료를 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R11-1	성인의 경향통에서 한약치료를 통상적 ¹⁾ 치료와 병행하였을 때 유의한 통증 감소, 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 통상적 ¹⁾ 치료를 받고 있는 환자에서 증상개선을 위해 거풍산한제습(祛風散寒除濕) 한약 협진치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R11-2	성인의 경향통에서 한약치료를 통상적 ¹⁾ 치료와 병행하였을 때 유의한 통증 감소, 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 통상적 ¹⁾ 치료를 받고 있는 환자에서 증상개선을 위해 이기활혈(理氣活血) 한약 협진치료를 고려할 수 있다.	C/Low
6) 추나		
단독치료		
R12	추나 치료는 성인의 경향통에서 비활성대조군에 비해 유의한 통증 감소, 기능 개선 및 삶의 질 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상 개선을 위해 추나치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R13	추나 치료는 성인의 경향통에서 통상적 ¹⁾ 치료에 비해 유의한 통증 감소, 기능 개선 및 삶의 질 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상 개선을 위해 추나치료 시행을 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 경향통으로 인한 목의 움직임 제한이 있거나, 자세 및 정렬상태 등의 요인으로 인한 만성화된 경향통 환자에게 적용할 수 있다.	
협진치료		
R14	추나 치료는 성인의 경향통에서 추나 및 통상적 ¹⁾ 치료를 함께 시행하는 것이 통상적 ¹⁾ 치료만을 시행하는 것에 비해 유의한 통증 감소가 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 통상적 ¹⁾ 치료를 받고 있는 환자에서 증상개선을 위해 추나 협진치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 성인 경향통 환자에서 추나 치료시 양와위 경추 신연기법, 양와위 경추 JS 신연 교정기법 등을 활용할 수 있다.	
병행치료		
R15	성인의 경향통에서 추나를 침치료와 병행하는 것이 침치료만을 시행하는 것에 비해 유의한 통증 감소와 기능회복이 확인되었다. 이에 따라 침치료를 받고 있는 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 추나치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
7) 약침		
단독치료		
R16	약침 치료는 성인의 경향통에서 통상적 ¹⁾ 치료에 비하여 유의한 통증 감소, 기능 회복 및 삶의 질 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 약침치료의 시행을 권고한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 약침 시술의 경혈로는 풍지(GB20), 견정(GB21), 대저(BL11), 협척(EX-B2) 및 아시혈 등을 고려할 수 있다.	
R17	약침 치료는 성인의 경향통에서 침치료에 비하여 유의한 통증 감소가 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 약침치료의 시행을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 만성적이거나 재발이 잦은 경향통 환자나, 심한 통증을 호소하는 환자 혹은 치료를 받으러 자주 내원할 수 없는 경향통 환자에게 약침치료를 고려할 수 있다.	
협진치료		
R18	성인의 경향통에서 약침 및 통상적 ¹⁾ 치료를 함께 시행하는 것이 통상적 ¹⁾ 치료만을 시행하는 것에 비해 유의한 통증 감소 및 삶의 질 회복이 확인되었다. 이에 따라 통상적 ¹⁾ 치료를 받고 있는 성인 경향통 환자 진료시 증상개선을 위해 약침 협진치료를 고려해야 한다.	B/Low
병행치료		
R19	성인의 경향통에서 약침 및 침치료를 함께 시행하는 것이 침치료만을 시행하는 것에 비해 유의한 통증 감소가 확인되었다. 이에 따라 침치료를 받고 있는 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 약침치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
8) 봉약침		
병행치료		
R20	성인의 경향통에서 봉약침치료를 침치료와 병행하였을 때 유의한 통증 감소 및 기능개선 효과가 확인되었다. 이에 따라 침치료를 받고 있는 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 봉약침치료의 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 단, 봉약침 시술전 피부과민 반응 검사를 사전에 꼭 시행하여야 하며 음성인 경우에 병행치료를 시행할 수 있다. 또한 봉약침 용량에 대한 신중한 결정이 필요하다.	
9) 부항		
단독치료		
R21	부항치료는 성인 경향통에서 비활성 대조군에 비해 유의한 통증 감소 및 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 부항 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R22	부항치료는 성인 경향통에서 통상적 ¹⁾ 치료에 비해 유의한 통증 감소, 기능 개선 및 삶의 질 상승이 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 부항치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
협진치료		
R23	성인 경향통에서 부항을 통상적 ¹⁾ 치료와 병행하였을 경우에 통상적 ¹⁾ 치료만 시행하는 것에 비해 유의한 통증 감소가 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 통상적 ¹⁾ 치료를 받고 있는 환자에서 증상 개선을 위해 부항 협진 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
병행치료		
R24	성인 경향통에서 부항을 침치료와 병행하였을 경우에 침치료만 시행하는 것에 비해 유의한 통증 개선이 확인되었다. 이에 따라 침치료를 받고있는 경향통 환자 임상진료 시 증상개선을 위해 부항치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
10) 매선		
R25	매선 치료는 성인의 경향통에서 비활성대조군에 비해 유의한 통증 감소가 확인되었다. 이에 따라 경향통 환자 임상진료 시 증상 개선을 위해 매선치료 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 매선 시술시에는 안전한 시술을 위해 교육 및 감염에 대한 주의가 필요하다.	
11) 도인		
R26	성인 경향통에서 도인을 침치료와 병행하였을 경우에 침치료만 시행하는 것에 비해 유의한 통증 및 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 침치료를 받고있는 경향통 환자 임상진료 시 증상 개선을 위해 도인치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate

1) 양방에서의 통상적 치료를 의미하며, 경향통의 증상을 완화시키기 위해 사용되는 진통제, 전기 및 온열 물리치료, 주사 등의 치료 및 의사에 의한 통상적 치료(usual care)

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



만성요통증후군 (M54.5, M54.56) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

만성 요통 증후군(Chronic Low back pain Syndrome)이란 한국표준질병사인분류(KCD-7)에서 요통(M545), 요통, 요추부(M5456), 요통, 상세불명의 부위(M5459) 등에 해당하는 질환으로, 병리해부학적인 불안정성 없이, 3개월 이상 지속되는 허리부위의 통증을 말한다. 요통은 인구의 절반 이상이 일생에 한 번 이상 겪는 가장 흔한 질환 중 하나인데, 이 중 10%의 환자는 3개월 이상 지속되는 만성 요통으로 발전하게 되며, 대략 2~8%는 6개월 이상 증상이 유지되고 그중 반은 2년 이상 일상생활이나 직장에 차질을 빚게 되어 사회적 부담을 증가시키고 환자의 신체-정신적 장애의 원인이 되기도 한다. 만성 요통 중 원인이 될 만한 척추질환을 동반하지 않은 만성 비특이적 요통이 85~90%를 차지한다. 즉, 척추골절, 종양, 감염, 강직성척추염 등의 염증성 질환, 그리고 증상을 동반하는 추간판탈출증 혹은 척추협착증은 비특이적 만성 요통 증후군에 해당하지 않는다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

만성 요통 증후군의 이학적 소견은 급성 요통 증후군과 비슷하지만 정도는 훨씬 경미하여 요추부 운동의 제한을 동반한 요통은 있지만 급성 시에 보이는 심한 근육의 경직은 보이지 않는다. 환자는 동통을 호소하며, 몸을 앞으로 구부리기가 어렵다고 하지만 다른 사람의 도움 없이 어느 정도 가능하고, 과신전 시 통증을 유발한다. 근반사, 근력 및 감각은 정상이고, 하지직거상검사 시 70~80도까지는 무리 없이 올라가나 그 이상 다리를 올려 골반이 움직여지면 통증을 호소한다. 복근이 약하거나 비만이 있으면 증상이 더해진다. 촉진 상 요추부나 요천추부에 압통이 있으며 천장

관절에는 압통이 없다. 방사선학적 검사상 환자는 추간판 및 후관절의 퇴행성 변화로 인한 척추의 후방전위, 전방전위, 추간판 간격의 협소, 척추체의 측방 전위 및 회전 이탈구, 척추체 골종식, 견인 골극, 좁아진 추간판 간격에서의 진공 현상 등을 볼 수 있다. 추간판의 퇴행성 변화로 인해 퇴행성 척추측만증이 관찰되기도 하고 요추부의 후만변형을 보일 수도 있다. 측방 골곡신전 단순검사선 소견상 척추의 불안정성으로 인해 척추체의 과도한 전위 및 각 변화를 보이기도 한다.

(2) 변증

요통의 분류를 여러 고전 문헌중에서 동의보감 외형편에 있는 십종요통(十種腰痛) 분류법으로 진단하기로 하였다. 십종요통(十種腰痛)은 요통의 원인을 신허(腎虛), 담음(痰飲), 식적(食積), 좌심(挫閃), 어혈(瘀血), 풍(風), 한(寒), 습(濕), 열(熱), 기(氣)의 10가지로 분류하였으며, 각각은 오장(五臟)(특히 비(脾)와 신(腎))의 문제, 병리적 산물인 어혈(瘀血), 담음(痰飲), 식적(食積), 외감(外感), 사기(邪氣)인 풍(風), 한(寒), 습(濕) 등이다.

3. 예방 및 관리

만성 요통 증후군 치료에서 무엇보다 중요하게 강조되는 것은 평소에 얼마나 바른 자세로 생활하는가이다. 일상생활에서 척추에 가해지는 무리한 힘을 최소로 하여 서 있을 때, 의자에 앉아있을 때, 잘 때, 무거운 물건을 들 때 등 평소 생활에서 허리에 부담이 가장 적은 자세로 생활하는 것이 중요하다. 꾸준한 운동을 통하여 복부 근육과 배부 근육을 강화시킴으로서 척추의 불안정성으로 인한 요통을 미연에 방지한다. 그 밖에도 침대는 딱딱한 것을 사용하도록 하고, 장시간의 운전을 피하며 흡연은 요통을 증가시키는 경향이 있으므로 하지 않으며, 힘든 일을 할 때 충분히 허리에 준비운동을 해야 한다. 증상이 심할 경우 코르셋이나 보조기를 착용하여 일상생활을 영위하게 할 수는 있지만 장기간의 착용은 주위 근육 및 골성 구조를 악화시키므로 피하는 것이 좋다. 또한 1-2주의 침상 안정은 증상이 매우 심할 경우 권장되나 그 이상의 침상 안정은 피해야 한다. 증상이 좋아지는 대로 조기 재활을 위한 운동이 필수적이며 이러한 보존적 치료에 효과가 없을 때 수술적인 치료가 시행된다.

* 상세 내용 퇴행성 요추 척추관 협착증 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

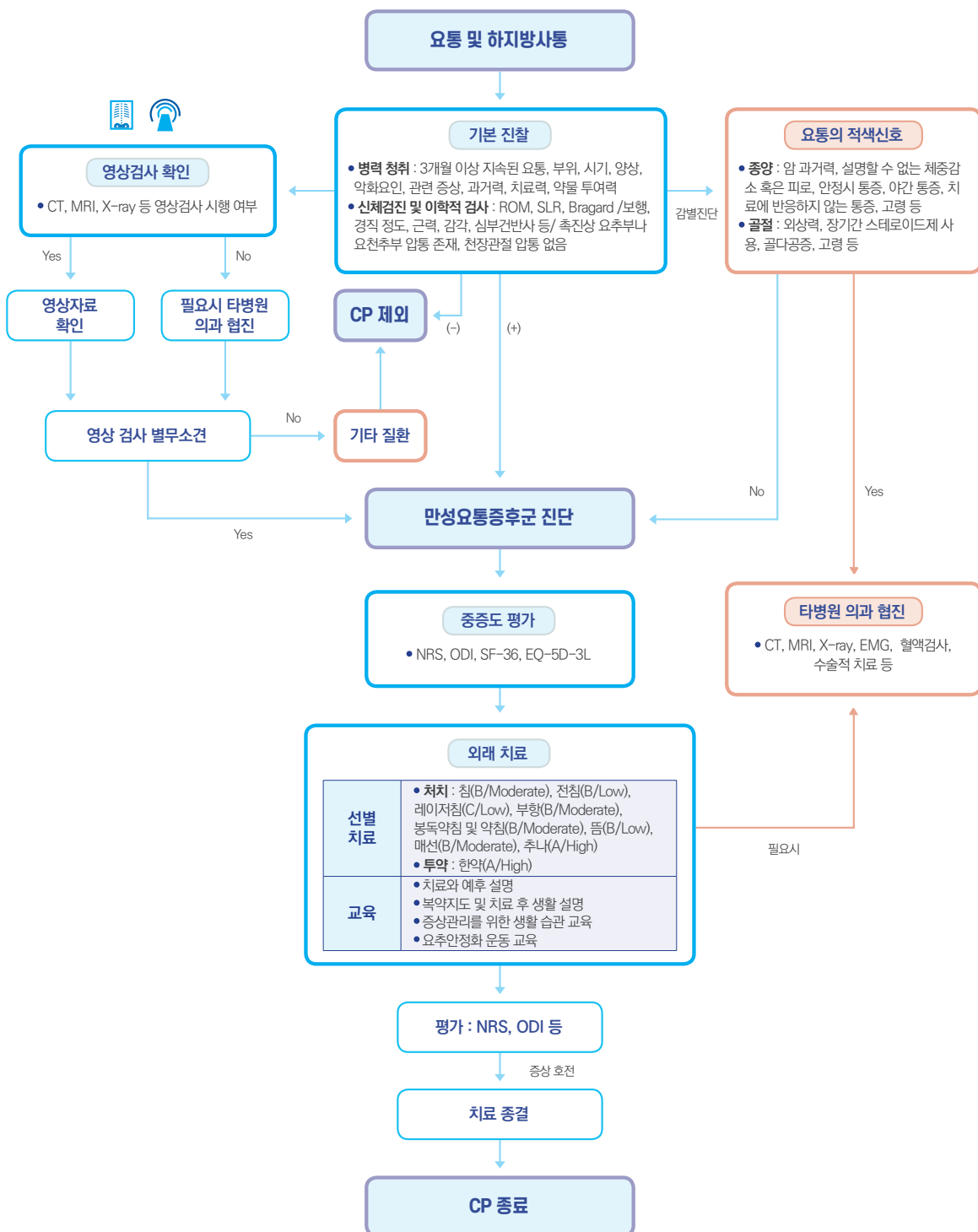
04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 침		
단독치료		
R1	성인 만성 비특이적 요통 환자에서 침치료는 거짓침에 비해 유의한 통증 및 기능개선이 확인되었다. 이에 따라 통증 및 기능개선을 위해 침치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R2	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 모든 환자에게 같은 혈자리를 적용하는 표준 침치료 보다는 개별 맞춤 침치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R4	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 기타치료(약물 치료, 수기치료, TENS치료) 및 무처치군보다 침치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
병행치료		
R7	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능개선을 위하여 기타 한방치료와 침치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침치료시 다음 사항을 고려할 수 있다. • 자침깊이: 표피자극(shallowacupuncture)보다는 혈위별 통상적인 자침깊이를 적용 • 득기: 수기법을 통해 득기감을 유발 • 치료횟수: 주 2회 • 혈자리: 독맥, 방광경, 담경의 혈자리들을 우선적으로 고려한다. 대표적인 혈자리로는 요양관(GV3), 명문(GV4), 신수(BL23), 대장수(BL25), 상료(BL31), 차료(BL32), 위중(BL40), 곤륜(BL60), 양릉천(GB34), 삼음교(SP6) 등을 기본 혈위로 활용할 것을 고려할 수 있다. • 침의 굵기: 침의 굵기는 통증 및 삶의 질, 기능개선에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 추정된다.		
2) 전침		
단독치료		
R8	성인 만성 비특이적 요통 환자에서 전침치료는 활성대조군 및 무처치군에 비해 유의한 통증 및 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능개선을 위하여 전침치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Low
병행치료		
R9	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능개선을 위하여 기타 한방치료와 전침 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능개선을 위하여 전침의 주파수는 4-6Hz, 강도는 약간의 근육 연축이 나타나면서 환자가 견딜 수 있는 역치를 고려하여 적용할 것을 고려할 수 있다.		
3) 레이저침		
단독치료		
R10	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 개선을 위하여 레이저침 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 레이저침의 강도는 0.2-0.8Joules로, 자극시간은 10초-40초의 범위에서 적용할 것을 고려할 수 있다.		
4) 뜸		
병행치료		
R11	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능개선을 위하여 기타 한방 치료와 뜸치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능개선을 위하여 신수(BL23), 대장수(BL25), 양릉천(GB34), 요양관(GV3)(한축), 그리고 아시혈에 뜸치료를 고려할 수 있다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
5) 부항		
단독치료		
R12	성인 만성 비특이적 요통 환자에서 부항치료는 무치군 및 약물치료군에 비해 유의한 통증 및 기능개선이 확인되었다. 이에 따라 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능개선을 위하여 부항치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 습부항을 시행할 것을 고려할 수 있다.	
6) 봉독약침 및 약침		
단독치료		
R13	성인 만성 비특이적 요통 환자에서 (봉독)약침 요법은 생리식염수 처치군에 비해 유의한 통증 및 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 (봉독)약침요법 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 • 봉독 치료를 시행하기 전 skintest를 시행하여 봉독치료에 대한 피부반응을 먼저 확인한다. • BV치료와 SweetBV치료의 효과를 비교했을때, 통증 및 기능개선효과를 위해서는 BV치료를 우선 선택할 것을 고려할 수 있고, 소양감의 변화감소를 위해서는 SweetBV치료를 우선 선택할 것을 고려할 수 있다. • 만성 비특이적 요통환자에서의 통증 및 기능 개선을 위하여 (봉독)약침 치료시 다음 사항을 고려할 수 있다. 1. 혈자리: 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 환도(GB30), 요양관(GV3), 명문(GV4), 현추(GV5) 등 2. 자침 깊이: 0.5-1.0cm 3. 치료빈도: 2회/1주 4. 봉독농도: 20,000:1 5. 봉독용량: 초기에는 각혈위에 0.2cc정도만 사용하며 반응을 본 후, 치료 횟수당 0.1-0.2cc씩 증량(최대 0.8-1.2cc) 할 것을 고려할 수 있다.	
7) 매선		
단독치료		
R14	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능개선을 위하여 약실자입요법(매선) 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
병행치료		
R15	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능개선을 위하여 기타 한방치료와 약실자입요법(매선)을 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 요방형근, 척추기립근, 다열근 등을 치료 목표로 매선 치료를 적용할 것을 고려해야 한다. • 요방형근: 요추 4번 양가시돌기에서 좌우장골능방향으로 4cm 깊이로 횡자, 봉합사가 근육천층에 위치하도록 자침 • 척추기립근: 천추 1번과 요추 3번에서 요추 1번방향으로 요추극돌기양옆 3-4cm에서 횡자, 봉합사가 근육 천층에 위치하도록 자침 • 다열근: 요추 5번과 천추 1번사이의 양협척혈(EX-B2) 4cm 깊이로 직자	
8) 추나		
단독치료		
R16	성인 만성 비특이적 요통 환자에서 추나 치료는 거짓 추나 치료에 비해 유의한 통증 및 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 통증 및 기능개선을 위해 추나치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R17	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 기타 물리치료보다 추나 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R18	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료를 지속적으로 시행하는 것을 권고한다. 임상적 고려사항 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료를 10달 이상 지속적으로 할 것을 고려할 수 있다.	A/High
병행치료		
R19	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 기타 한방 치료에 추나 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Low
9) 한약		
단독치료		
R20	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 한약 치료를 사용할 것을 권고한다. 임상적 고려사항 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위한 한약으로는 오적산 등을 고려할 수 있다.	A/High
병행치료		
R21	성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 기타 한방 치료와 한약 치료를 병행하는 것을 권고한다. 임상적 고려사항 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위한 병행치료로서의 한약으로는 팔미지황환 등을 고려할 수 있다.	A/High

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



견비통

(M75.0, M75.1)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

견비통은 견갑부를 포함한 견관절을 구성하고 있는 주위 조직 및 상지의 견박부(肩膊部)에 연관되어 나타나는 통증 질환이다. 견비통의 주증상은 어깨관절의 통증 및 관절가동범위 제한(외회전, 내회전, 외전 및 굴곡 제한)이다. 어깨관절의 퇴행성 변화, 인대 손상, 근육파열, 활액낭의 염증 등과 관련하여 발생한다. 주로 어깨의 유착성 피막염(오십견, M750), 회전근개증후군(회전근개파열, M751), 이두근건염(M752), 어깨 의석회성건염(M753), 어깨의 충격증후군(M754), 어깨의 점액낭염(M755), 어깨의 근육통증후군(M7911), 어깨관절의 염좌 및 긴장(S434) 등이 해당된다. 원인 질환이 어깨가 아닌 폐, 심장, 경추 등에서 기인한 견비통, 중풍 후 견비통, 척수 손상 후 견비통, 수술 후 견비통 등은 본 지침의 적용 대상이 아니므로, 감별진단에 유의하여야 한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

인체에서 가장 큰 가동 범위를 가진 견관절은 상완 골두는 크고 관절와는 작고 얹아서 불안정한 관절로 통증이나 조직 손상이 나타나기 쉽다. 견비통은 국소적으로는 상완와관절, 회전근개건, 견쇄관절, 흉쇄관절 등에서 발생할 수 있고, 원위부로는 목, 상지와 더불어 체간 등의 내부 장기 등에서 유발될 수 있다. 견비통을 유발하는 견관절의 주요 질환은 회전근개 질환, 점액낭염, 충격증후군, 동결견, 급성외상으로 인한 손상 등이다. 한의학에선 견비통을 유발하는 요인을 내인과 외인이 같이 작용하여 전신적인 측면에서 접근하는 경향이 있는 반면, 서양의학에서는 주로 어깨 주위의 구조물에 의한 경우로 한정하는 경우가 많다.

능동 및 수동 가동 범위 검사, 이학적 검사(painful arc, Hawkins, Neer, empty can, drop arm, Apley's scratch, Yergason, hand to shoulder blade, mouth wrap around 검사), 혈액학적 검사, 방사선 검사 및 문진을 통해 경추 추간판 탈출 등의 경추 기원성 질환, 염증성 질환, 골절, 탈구, 아탈구, 석회성 건염 등을 배제하고 진단한다. 일반적인 치료에도 증상이 지속되는 경우 어깨 관절에 대한 근골격계 초음파, 자기공명영상 등을 통해 보다 정밀한 진단을 하게 된다.

(2) 변증

풍한습(風寒濕)은 찬 기운과 습담에 노출되어 팔이 아프고, 담음(痰飲)은 비기 중약으로 담이 위로 올라와 팔 통증이 발생한다. 기혈어체(氣血瘀滯)는 기혈 부족으로 근육·인대에 영양 공급이 원활하지 않아 통증이 생기며, 타박외상(打撲外傷)은 어깨 관절 과사용으로 인한 미세손상이 원인이다. 칠정내상(七情內傷)은 스트레스·기울 등 정서적 요인, 경추성(頸椎性)은 경추 구조 변화나 신경 압박으로 통증이 나타난다.

(3) 평가도구

견비통의 평가척도 중 임상 현장에서 간단하면서 유용하게 사용할 수 있는 평가 척도는 다음과 같다. 통증 척도 중 종이에 직선으로 표시해야 하는 VAS 척도에 비하여 NRS 척도를 임상에서 아주 쉽게 적용할 수 있다. 가동범위 척도 중 굴곡, 신전, 내전, 외전, 내회전, 외회전의 6개 동작에 대한 각각의 개별적 평가보다 실제 임상현장에서는 hand to shoulder blade 검사, mouth wrap around 검사가 다용되므로, 두 검사가 포함된 Melle(Mallet) 척도 적용이 효과적이다. 견관절 기능 평가 척도 중 CMS/CSA, SPADI, JOA가 주로 인용되는데, CMS/CSA는 근력 측정 장비가 필요하고, JOA는 X-ray를 통한 평가가 이루어지므로 임상현장에서는 SPADI를 쉽게 적용할 수 있다.

(4) 감별진단

분류	질환명
경추 기원성 질환	경추 추간판 탈출증, 경추 척추증, 경추 협착증, 경추 인대 골화증
내장기 질환	심장, 폐, 간 등의 내장기 질환에 동반된 연관통
공간점유 병변	Pancoast 종양, 전이된 종양
신경과착성 병변	흉곽출구증후군, 건갑상신경·장흉신경·척추부신경의포착
기타	상완신경총 신경염, 복합부위통증증후군

3. 예방 및 관리

견비통은 스트레칭, 안정화, 근력강화로 단계별 접근이 필요하며, 통증과 상태를 확인해 운동을 조절한다. 회전근개 근육과 견갑 안정화를 위한 스트레칭과 근력강화운동을 시행하고, 통증 악화 시 가동범위 내에서 안정화 운동을 시행한다. 어깨를 과도하게 올리는 동작은 피하고, 견갑 위치를 유지하며 갑작스러운 스트레칭은 주의한다. 거북목과 라운드숄더를 예방을 위해 올바른 자세 교육이 필요하고, 심리적 불안이 동반될 경우 안정을 위한 상담이 필요하다.

* 상세 내용 견비통 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

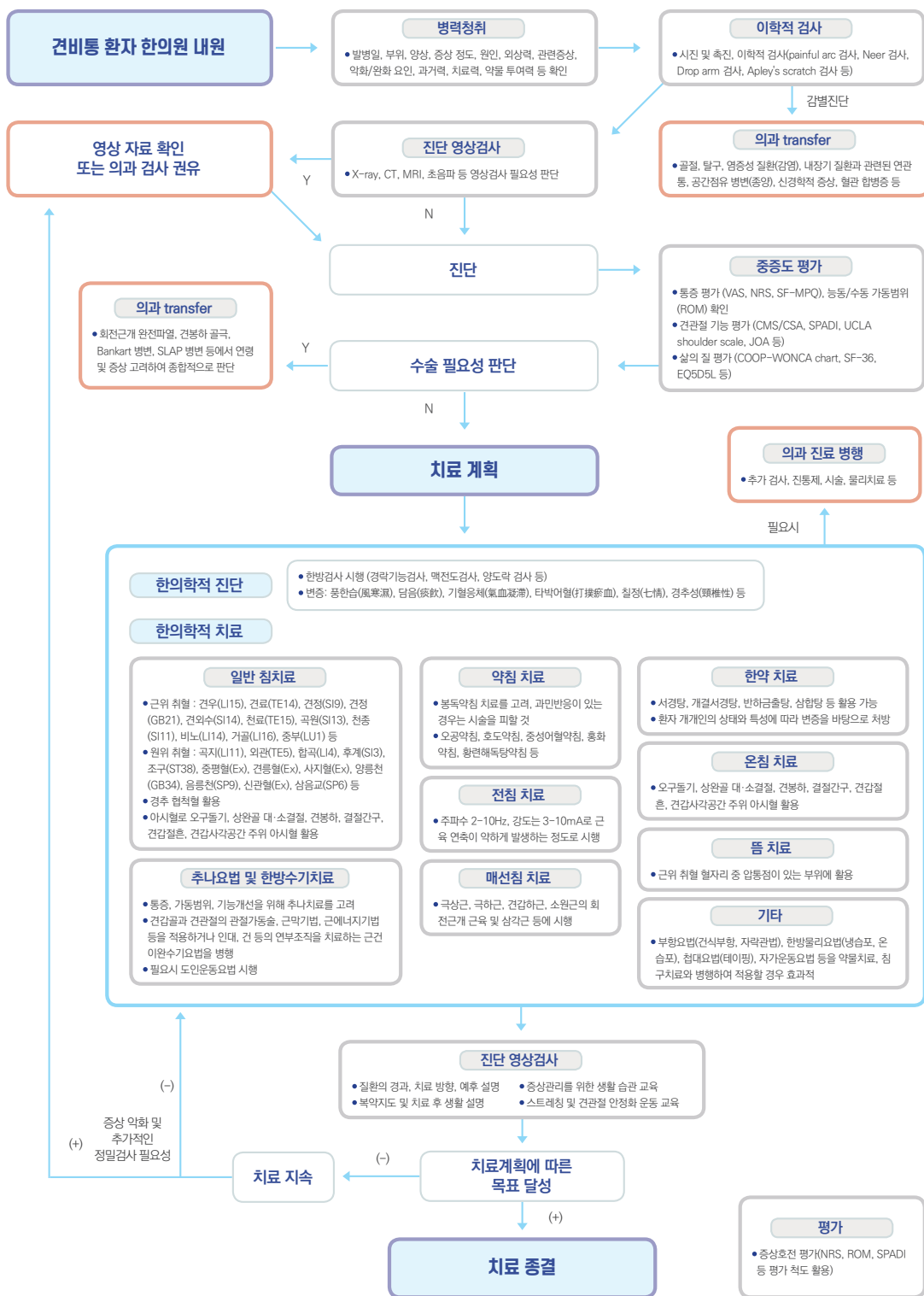
04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 일반침		
단독치료		
R1	성인 견비통 환자의 통증, 가동범위 및 기능 개선을 위해 일반침 치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R2	성인 견비통 환자의 치료에 물리치료, 소염진통제 복합 치료보다 일반침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R3	성인 견비통 환자의 통증 및 기능 개선 효과를 높이기 위해 일반침과 자가운동의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R4	성인 견비통 환자에 대한 치료 효과를 높이기 위해 일반침과 물리치료의 병행 치료를 권고한다.	A/High
R5	성인 견비통 환자에 침치료를 할 때는 단순 근위 취혈보다 근위 및 원위부 동시 취혈을 고려할 수 있으며, 원위 취혈 시 하지 원위부 경혈이 포함된 침치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 성인 견비통 환자의 근위 취혈 혈자리는 견우(LI15), 견료(TE14), 견정(肩貞, SI9), 견정(肩井, GB21), 견외수(SI14), 천료(TE15), 곡원(SI13), 천중(SI11), 비노(LI14), 거골(LI16), 중부(LU1) 등의 경혈과 아시혈을 고려할 수 있다. 성인 견비통 환자의 원위 취혈 혈자리는 상지부에서 곡지(LI11), 외관(TE5), 함곡(LI4), 후계(SI3), 하지부에서 조구(ST38)-승산(BL57), 양릉전(GB34), 음릉전(SP9), 삼음교(SP6), 중평혈(Extra), 견통혈(Extra) 등의 경혈과 아시혈을 고려할 수 있다.	
R6	성인 견비통 환자의 원위 취혈 시 경추협척혈(EX-B2) 취혈이 임상적으로 효과적이므로 경추협척혈의 취혈을 고려할 수 있다.	C/Low
R7	성인 견비통 환자의 아시혈 치료 시 오구돌기, 상완골 소결절, 상완골 대결절, 견봉하, 결절간구 주위의 아시혈을 고려할 수 있으며, 이때 통증이 유발되는 특정 동작 및 자세에서 최대 압통점을 찾아 자침하는 동유침법을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R8	성인 견비통 환자에 대한 침치료 효과를 높이기 위해 270도 이상의 염전보사, 10~12mm 이상의 제삽보사를 통한 득기 유발 및 합곡자법, 비경주기침법, 체침자법, 동기침법 등을 통한 강한 수기자극을 고려할 수 있다.	C/Low
R9	성인 견비통 환자의 치료에 있어서 동기침법 사용군이 동기침법을 사용하지 않은 다른 모든 대조군에 비하여 효과적이므로 동기침법을 고려할 수 있으며, 근위부에 자침하기 전에 먼저 하지 또는 상지의 원위부에 자침한 후 동기침법을 실시하고, 원위부 자침 시 건측 또는 환측의 원위부 자침을 고려할 수 있다.	C/Low
R10	성인 견비통 환자의 병변의 깊이에 따라 자침 심도를 결정하는 것이 타당하며, 다만 근막통의 경우 40mm 정도, 조구(ST38)-승산(BL57) 투자의 경우 40~75mm 정도 침자하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
2) 전침		
R11	성인 견비통 환자의 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 전침 치료를 고려해야 하며, 통증 개선 목적을 위해서는 일반침보다 전침 치료를 고려해야 한다.	C/Low
R12	성인 견비통 환자의 전침 치료 시 호전율을 높이기 위해 온침, 부항, 추나, 약침 등과의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Low
R13	성인 견비통 환자의 전침 치료 시 호전율을 높이기 위해 온침, 부항, 추나, 약침 등과의 병행 치료를 고려해야 한다.	C/Low
임상적 고려사항 전기적 자극에 불안감을 호소하는 민감한 견비통 환자에서 전침보다는 일반침 치료를 시행할 것을 고려해야 한다. 저주파 치료의 주파수 및 강도는 만성 통증에서 1~4Hz, 30~80mA, 급성 통증의 경우 80~120Hz, 10~30mA가 주로 사용된다. 저주파 치료의 일종인 전침의 주파수는 2~10Hz, 강도는 3~10mA로 근육 연축이 약하게 발생하는 정도가 일반적으로 고려된다.		
3) 온침		
R14	온침 시술은 일반침이나 전침 단독 치료보다 통증 및 가동범위 개선에 더 효과적이므로, 성인 견비통 환자를 치료할 때 온침 시술을 고려해야 한다. 온침은 침과 뜸의 복합 치료로 자침 후 뜸을 침부에 결합하여 시행한다.	B/Low
임상적 고려사항 성인 견비통 환자의 온침 치료 시 경혈 및 아시혈에 대한 온침시술을 고려할 수 있으며, 아시혈로는 오구돌기, 상완골 소결절, 상완골 대결절, 견봉하, 결절간구, 견갑절흔 및 견갑사각공간 주위의 아시혈을 고려할 수 있다. 또한 견비통 환자에게 온침 후 화상으로 물집이 잡힌 경우 신속하게 소독하여 감염을 예방해야 하며, 전체에 부드러운 화상 거즈를 사용하거나 의사의 판단에 따라 자운고를 도포하여 화상 부위를 최소화한다.		
4) 화침		
R15	성인 견비통 환자 치료 시 아시혈에 대한 화침 시술을 고려할 수 있다. 다만 현재로서는 안전성 검증이 부족하므로 화침 치료 시 주의를 기울여야 한다.	C/Low
임상적 고려사항 화침 치료 시 시술 부위에 물이 닿지 않도록 주의해야 하며 열자극으로 인한 조직 손상, 특히 신경 손상 가능성에 주의해야 한다. 화상으로 물집이 잡힌 경우 신속하게 소독하여 감염을 예방해야 하며, 전체에 부드러운 화상 거즈를 사용하거나 의사의 판단에 따라 자운고를 도포하여 화상 부위를 최소화한다.		
5) 도침		
R16	성인 견비통 환자의 통증 치료 시 아시혈에 대한 도침 시술을 고려할 수 있다. 다만 현재로서는 안전성 검증이 부족하므로 도침 치료 시 세심한 주의를 기울여야 한다.	C/Low
임상적 고려사항 견비통 환자에게 도침 치료 시 한의사는 적절한 시술 교육을 받아야 하며, 치료 후 붓거나 불편한 경우 냉찜질을 하여 환자의 불편함을 해소해 주어야 한다.		
6) 매선침		
R17	성인 견비통 환자의 SF-36 척도와 관련된 삶의 질 개선을 위해 매선침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 매선침 시술시에는 안전한 시술을 위해 교육 및 소독에 대한 주의가 필요하다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준														
7) 약침																
R18	성인 견비통 환자에게 봉독약침 치료를 고려해야 한다. 다만, 봉독약침 시술 전 반드시 과민 반응 테스트를 시행하여 과민반응이 있을 때는 봉독약침 시술을 피해야 한다.	B/Moderate														
R19	통증이 주증인 성인 견비통 환자에게 오공약침, 호도약침 등의 약침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low														
8) 추나 및 수기요법																
R20	성인 견비통 환자의 통증, 가동범위 및 기능 개선을 위해 추나 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate														
R21	성인 견비통 환자의 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 연부조직에 대한 근건이완 수기요법을 고려해야 한다.	B/Moderate														
R22	성인 견비통 환자의 통증 개선과 더불어 가동범위 개선을 위해 전침보다 추나 치료를 고려해야 한다.	B/Low														
R23	성인 견비통 환자의 추나 치료 시 통증 치료 효과를 높이기 위해 자가운동, 일반침, 전침, 온 침 등과의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Low														
9) 뜸																
R24	성인 견비통 환자에 대한 뜸 치료 시 호전율을 높이기 위해 일반침, 추나 등과의 병행 치료를 고려할 수 있다.	C/Low														
10) 부항																
R25	성인 견비통 환자에 대한 부항 치료 시 호전율을 높이기 위해 일반침, 추나, 자가운동 등과의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Low														
임상적 고려사항 부항 시술 전 시술 부위에 상처나 피부병이 있는지 확인한다. 치료 부위를 사전에 세면 등으로 깨끗이 관리하고, 시술 전에 알코올 솜이나 기타 소독 용구로 시술 부위를 충분히 소독하며, 시술 후에도 감염의 우려를 최소화해야 한다.																
11) 한약																
R26	성인 견비통 환자의 치료에 보조적 치료방법으로 한약추출외용제 사용을 고려해야 한다.	B/Moderate														
R27	성인 견비통 환자에 대한 한약 투여 시 일반침, 도침, 추나 등과의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Low														
임상적 고려사항 환자 개개인의 상태와 특성을 고려한 변증유형에 따라 한약처방을 수증가감하여 투여할 것을 고려해야 한다. <table><tr><th>변증 유형</th><th>증상</th></tr><tr><td>풍한습(風寒濕)</td><td>강활승습탕(B/Low), 견비탕(GPP/CTB), 견서탕(B/Low), 계지가갈근탕(B/Low), 당귀사역탕(B/Low), 대진교탕(B/Low), 오약순기산(GPP/CTB), 오적산(GPP/CTB)</td></tr><tr><td>담음(痰飲)</td><td>반하금출탕(GPP/CTB), 이진탕(GPP/CTB)</td></tr><tr><td>기혈응체(氣血凝滯)</td><td>서경탕(GPP/CTB), 서근탕(B/Low)</td></tr><tr><td>타박어혈(打撲瘀血)</td><td>당귀수산(GPP/CTB)</td></tr><tr><td>칠정(七情)</td><td>개결서경탕(GPP/CTB)</td></tr><tr><td>경추성(頸椎性)</td><td>삼합탕(GPP/CTB), 회수산(GPP/CTB)</td></tr></table>			변증 유형	증상	풍한습(風寒濕)	강활승습탕(B/Low), 견비탕(GPP/CTB), 견서탕(B/Low), 계지가갈근탕(B/Low), 당귀사역탕(B/Low), 대진교탕(B/Low), 오약순기산(GPP/CTB), 오적산(GPP/CTB)	담음(痰飲)	반하금출탕(GPP/CTB), 이진탕(GPP/CTB)	기혈응체(氣血凝滯)	서경탕(GPP/CTB), 서근탕(B/Low)	타박어혈(打撲瘀血)	당귀수산(GPP/CTB)	칠정(七情)	개결서경탕(GPP/CTB)	경추성(頸椎性)	삼합탕(GPP/CTB), 회수산(GPP/CTB)
변증 유형	증상															
풍한습(風寒濕)	강활승습탕(B/Low), 견비탕(GPP/CTB), 견서탕(B/Low), 계지가갈근탕(B/Low), 당귀사역탕(B/Low), 대진교탕(B/Low), 오약순기산(GPP/CTB), 오적산(GPP/CTB)															
담음(痰飲)	반하금출탕(GPP/CTB), 이진탕(GPP/CTB)															
기혈응체(氣血凝滯)	서경탕(GPP/CTB), 서근탕(B/Low)															
타박어혈(打撲瘀血)	당귀수산(GPP/CTB)															
칠정(七情)	개결서경탕(GPP/CTB)															
경추성(頸椎性)	삼합탕(GPP/CTB), 회수산(GPP/CTB)															

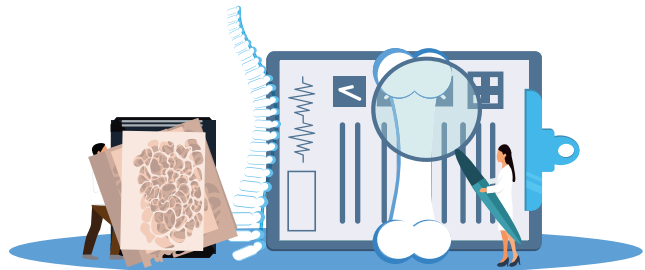
05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



골다공증

(M81)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

골다공증은 대표적인 노인 근골격계 만성질환으로, 골실질의 약화로 인해 쉽게 골절을 초래하여 높은 사회경제적 비용을 발생시키는 특성을 가진다. WHO는 골다공증을 “골량의 감소와 미세구조의 이상을 특징으로 하는 전신적인 골격계 질환으로서 결과적으로 뼈가 약해져서 부러지기 쉬운 상태가 되는 질환”으로 정의하였다. 질병세분류로는 병적 골절을 동반한 골다공증(M80), 병적 골절이 없는 골다공증(M81), 달리 분류된 질환에서의 골다공증(M82)이 해당된다. 주요 증상으로는 통증, 신장의 단축 및 낙타등, 골절 등이 나타난다. 한의학에 골다공증이라는 병명은 없으나, 골다공증의 임상증상인 골밀도 및 골강도의 약화와 유사하게, 풀이 마르는 것처럼 뼈가 줄어들고 위축되는 병인 골위(骨萎)에 대한 기술이 존재한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

골다공증은 기본적으로 환자의 증상 및 자세에 대하여 문진하고, 혈액학적 검사를 추가하여 환자의 병인을 판단하며 영상의학적 검사(DXA, QUS, QCT 등) 결과를 토대로 종합적으로 진단한다. 가장 널리 사용되는 현대의학적 진단 골다공증 진단기준은 T-score와 Z-score이다. T-score는 골밀도가 가장 높은 젊은 연령대와 비교하여 상대적으로 골절에 대한 절대위험도를 나타내며, Z-score는 같은 연령대의 평균 골밀도와 비교한다. 또한 생화학적 골표지자 검사(골형성 표지자, 골흡수 표지자, 25-(OH) Vitamin D)를 측정하여 진단 및 치료반응의 평가를 도울 수 있다. 골절 위험도는 평가의 자세한 내용은 (3) 평가도구를 참고한다.

골다공증의 진단기준

1	$T\text{-score} \geq -1.0$	정상
2	$-1.0 > T\text{-score} > -2.5$	골감소증
3	$T\text{-score} \leq -2.5 / Z\text{-score} \leq -2.0$	골다공증
4	$T\text{-score} \leq -2.5 + \text{골다공증 골절}$	심한 골다공증

(2) 변증

폐경 후 혹은 노년에 체질적 요인과 질병의 영향, 부적절한 섭생 등을 원인으로 하여 신양허손(腎陽虧損) 및 신정모갈(腎精耗竭)을 위주로 하는 병리 변화로 발생하게 된다. 이에 병인을 신허(腎虛)로 주로 보아, 증상에 따라 신음허(腎陰虛), 신양허(腎陽虛), 기혈양허(氣血兩虛), 기체혈어(氣滯血瘀), 간신휴허(肝腎虧虛), 비신양허(脾腎兩虛) 등 허증 위주로 분류하며, 폐경 후 여성의 골다공증은 항상 간신음허증을 기본으로, 노인의 골다공증은 항상 신양허증을 기본으로 한다.

(3) 평가도구

골다공증으로 인한 골절 위험도 평가를 위해 골절 위험도 예측 프로그램(FRAX), 척추골절평가(VFA) 척도를 활용한다.

3. 예방 및 관리

골다공증은 골절의 예방, 치료, 골절 후 관리가 매우 중요한 질환으로 서 있는 정도의 작은 외력에 의해 발생하므로 큰 외력에 의한 골절에 비해 연부조직 손상은 적은편이나 고령에서 연관된 합병증이 발생할 수 있고, 이로 인해 사망할 수도 있어 골절의 예방 및 관리 또한 매우 중요하다. 골절 발생의 위험 감소를 위해서는 골밀도의 상승뿐 아니라 골질의 개선을 통한 전반적 골강화가 중요하며, 무엇보다 일상생활에서의 골절 예방 등을 위한 생활관리 교육 또한 필요하다.

* 상세 내용 골다공증 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 침		
단독치료		
R1	골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 침 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 침 치료를 시행하는 것은 폐경기 골다공증 환자의 골밀도 향상에 도움을 줄 수 있다. - 침 치료 시 염전, 제삼, 행침, 호흡보사, 득기 등의 활용을 고려할 수 있다. - 일반침 치료 외에도 온침, 매화침, 전기침 치료 등을 고려할 수 있다. - 침 치료 시 유침 시간은 30~45분간 시행하는 것이 적절하며, 임상 한의사가 상황에 따라 조절하여 시행할 수 있다.	
병행치료		
R2	골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 침 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 - 골다공증 환자에게 시행한 침 치료는 양약 및 주사치료와 같은 의과적 치료와 병행하여 치료 효과를 높일 수 있다. - 의과적 치료와 병행한 침 치료 시 온침, 득기, 20~50Hz의 전기침 사용을 고려할 수 있다.	
R2	골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 한약 치료에 침 치료 또는 뜸 치료를 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 골다공증 환자 진료 시 한약 치료에 비수(BL20), 위수(BL21), 신수(BL23), 대추(GV14), 삼음교(SP6), 현종(GV39), 태계(KI3), 간수(BL18), 양릉천(GB34)혈 선용하여 침 치료, 대추(GV14), 신수(BL23), 족삼리(ST36), 현종(GV39)혈 선용하여 온침 치료, 관원(CV4)혈에 뜸 치료를 병행할 수 있다.	
2) 뜸		
단독치료		
R4	골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 뜸 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 뜸 치료 시 독맥, 족태양방광경의 경혈 및 아시혈 등을 취혈하여 시술할 수 있다. - 뜸 치료 시 한약을 가루로 만들어 격약물구 활용 시 치료 효과를 높일 수 있다. - 뜸 치료에 경혈 선택 시 관원(CV4), 족삼리(ST36), 신수(BL23), 요양관(GV3) 등을 선택하여 시술할 수 있다.	
병행치료		
R5	골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 뜸 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 골다공증 치료를 위해 뜸 치료를 고려할 경우에 양약, 주사치료, 비말 스프레이, 물리치료와 같은 의과적 치료와 병행하여 치료 효과를 높일 수 있다. - 뜸 치료에 경혈 선택 시 복부에서는 신수(BL23), 격수(BL17) 등의 경혈을 선택하여 시술할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R6	골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 뜸 치료를 침 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 • 뜸 치료의 경혈 선택 시 대추(GV14), 족삼리(ST36), 신수(BL23), 관원수(BL26), 요배부 아시혈을 고려할 수 있다.		

3) 한약

단독치료

R7	골다공증 환자의 골밀도 및 관련 지표의 개선을 위해 한약 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 • 골다공증에 대한 한약 단독치료 시 골파괴를 억제하면서도 동시에 새로운 골생성 과정을 촉진할 수 있다. • 골다공증성 골절 수술 이후의 한약 복용은 골절의 치유에 필요한 시간을 현저하게 감소시킬 수 있다. • 골다공증에 대한 한약 처방 시 음양곽, 구기자, 숙지황, 황기, 단삼, 골쇄보 등을 선용할 수 있다.		

병행치료

R8	골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 한약 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 • 한약 치료는 침, 약침, 추나와 같은 한의과 치료와 병행할 수 있으며, 양약, 주사치료, 물리치료 및 복합적인 치료와 같은 의과적 치료에도 병행하여 골다공증의 치료 효과를 높일 수 있다. • 한약과 칼슘제의 병용투여는 골다공증에서 골밀도를 개선하고 통증을 감소시키는 데 유의한 효과가 있다. • 통상적 치료와 병행한 한약 처방 시 음양곽, 숙단, 단삼, 지모, 보골지, 건지황, 숙지황, 황기, 골쇄보, 마황, 유항, 몰약, 전갈, 백강잠, 천산갑, 당귀, 우슬, 방풍, 백출, 구척, 파극천, 여정자, 택사, 두충, 녹각교, 산수유, 산약, 전호, 홍화, 구기자, 당삼, 복령, 시호, 백작약, 반하, 매괴화, 절때모, 생모려, 지룡, 감초, 삼칠근, 천궁, 적작약, 대황, 목단피, 굴피, 향부자, 치자, 천초, 감수, 호골 등의 약재를 선용할 수 있다.		

임상적 고려사항

- 골다공증에 대한 한약 치료 시 보신장골(補腎壯骨), 건비익기(健脾益氣), 활혈통락(活血通絡)을 고려하며, 변증에 따라 아래와 같은 처방을 고려할 수 있다.
 - 신양허증(腎陽虛證): 우귀환가감. 숙지황, 육계, 녹각교, 산약, 산수유, 구기자, 당귀, 두충, 토사자, 파극천, 골쇄보, 삼릉 등
 - 간신음허증(肝腎陰虛證): 육미지황탕가감. 숙지황, 산약, 산수유, 목단피, 복령, 택사, 골쇄보, 숙단, 선령비 등
 - 비신양허증(脾腎陽虛證): 금계신기환가감. 산약, 복령, 백출, 부자, 숙지황, 산수유, 우슬, 음양곽, 골쇄보, 두충, 토사자, 감초 등
 - 혈어기체증(血瘀氣滯證): 신통촉어탕가감. 진교, 강활, 향부자, 천궁, 도인, 홍화, 당귀, 몰약, 우슬, 지룡, 감초, 오령지 등
- 여성의 폐경 후 골다공증은 간신음허증(肝腎陰虛證)이 많으며, 숙지황, 산수유, 녹각교, 구기자, 음양곽, 육종용, 산약, 백작약, 우슬, 황기, 복령 등 약재의 사용을 고려할 수 있다.
- 노인의 골다공증은 신양허증(腎陽虛證)이 많으며, 음양곽, 골쇄보, 천속단, 보골지, 두충, 토사자, 단삼, 당귀, 계혈등, 파극천, 육종용, 육계 등 약재의 사용을 고려할 수 있다.

4) 약침

단독치료

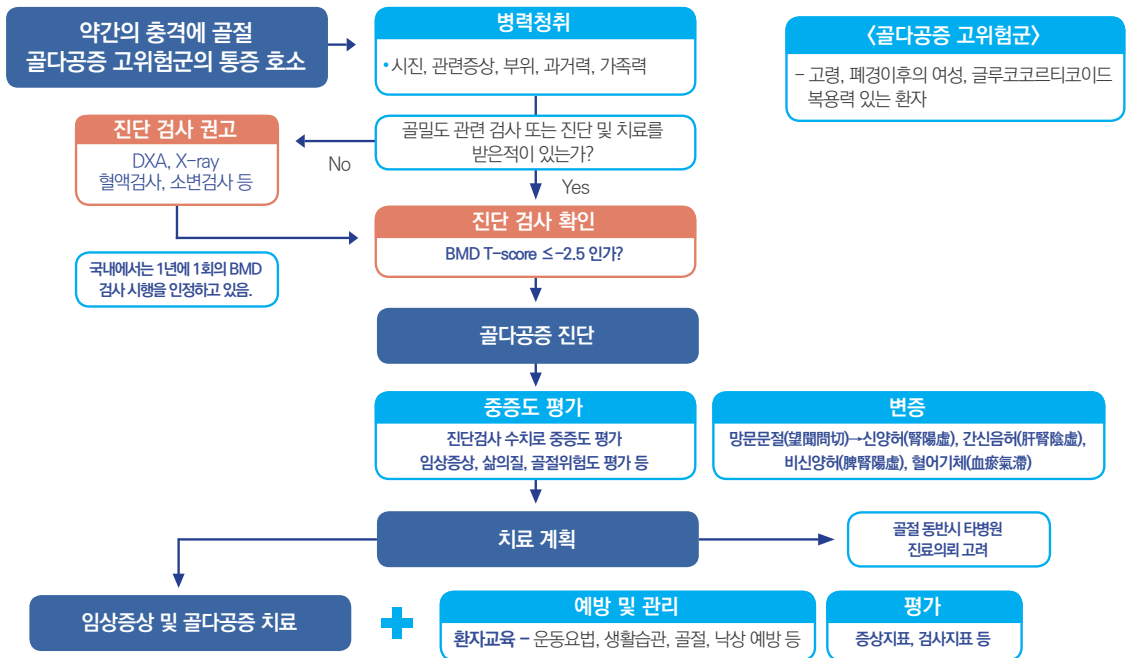
R9	골다공증 환자의 골밀도 및 통증의 개선을 위해 약침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 신수(BL23), 족삼리(ST36), 관원수(BL26), 삼음교(SP6)혈에 시행하는 약침 치료는 뼈 흡수 과정을 증대시키기 위한 영양소의 체내흡수를 촉진하여 골밀도를 높일 수 있다.		

병행치료

R10	골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 약침 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 약침 치료는 골다공증 치료를 위한 양약 치료와 병행하여 치료 효과를 증대할 수 있다. • 약침 치료 시 혈위는 명문(GV4), 요양관(GV3), 신수(BL23), 기해수(CV6), 대장수(BL25), 관원수(BL26), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6), 요안(EX-B7) 등을 선용할 수 있다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
임상적 고려사항 • 약침 치료에 있어 녹용이 임상적으로 다용되며, 그 외에도 증상에 따라 홍화자, 황기, 골쇄보, 황정 그리고 삼칠근을 원료로 하는 것을 고려할 수 있다.		
단독치료		
R11	골다공증 환자의 골밀도 및 관련 지표의 개선을 위해 추나 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 추나 치료 시 신결(CV8), 신수(BL23), 비수(BL20), 위수(BL21) 등의 경혈 등을 가감해서 압박하는 수기법을 사용하는 것을 고려할 수 있다.		
병행치료		
R12	골다공증 환자의 통증 개선을 위해 추나 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 추나 치료는 한약과 같은 한의과 치료와 병행할 수 있으며, 주사치료와 같은 의과적 치료에도 병행하여 치료 효과를 높일 수 있다. • 추나 치료 시 족태양방광경과 독맥을 따라 손날을 이용해 압박하거나, 신수(BL23), 명문(GV4), 대장수(BL25), 요양관(GV3)혈을 압박하는 기법을 사용할 수 있다. • 요배부 근육층을 이완시켜 주고 허리와 등 및 복부를 압박하는 기법을 사용할 수 있다.		
6) 부항		
단독치료		
R13	골다공증 환자의 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 부항 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
병행치료		
R14	골다공증 환자의 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 부항 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 • 골다공증 치료를 위해 부항 치료 시 삼관법, 유관법, 주관법 등의 다양한 건식부항 형태를 적용할 수 있다.		
7) 매선		
단독치료		
R15	골다공증 환자의 관련 지표의 개선을 위해 매선 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
병행치료		
R16	골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 매선 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 • 골다공증을 치료하기 위해 매선 치료를 고려할 경우, 환자의 변증에 따라 혈자리를 배합하여 치료할 수 있다. • 골다공증을 치료하기 위해 매선 치료를 시행하는 경우, 탄산칼슘제제와 같은 의과 경구약을 함께 복용하는 경우에 치료 효과를 높일 수 있다.		

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



단독치료	
침	약침
• R1. 골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 침 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)	• R9. 골다공증 환자의 골밀도 및 통증을 개선하기 위해 약침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. (C/Low)
뜸	추나
• R4. 골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 뜸 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. (C/Low)	• R11. 골다공증 환자의 골밀도 및 관련 지표의 개선을 위해 추나 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. (C/Low)
한약	부항
• R7. 골다공증 환자의 골밀도 및 관련 지표의 개선을 위해 한약 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)	• R13. 골다공증 환자의 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 부항 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
	매선
	• R15. 골다공증 환자의 관련 지표의 개선을 위해 매선 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. (C/Low)

〈골절의 예방 및 관리〉
• 골절 위험도 평가: FRAX(fracture risk assessment tool) • 적절한 칼슘과 비타민D, 운동 • 조보비위(調補脾胃), 보기활혈(補氣活血) 고려 • 보양약 및 보음약 사용 가능 • 족소음신경, 신수(BL23), 현충(GB39) 침치료 고려할 수 있다

병행치료	
침	약침
• R2. 골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 침 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 권고한다. (A/Moderate)	• R10. 골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 약침 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다. (C/Low)
뜸	추나
• R3. 골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 한약치료에 침치료 또는 뜸 치료를 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)	• R12. 골다공증 환자의 통증 개선을 위해 추나 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다. (C/Low)
한약	부항
• R5. 골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 뜸 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)	• R14. 골다공증 환자의 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 부항 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
	매선
• R6. 골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 뜸 치료를 침치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)	• R16. 골다공증 환자의 골밀도 및 통증, 기타 관련 지표의 개선을 위해 매선 치료를 통상적 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)

〈임상적 고려사항〉
• 골다공증에 대한 한약치료시 보신장골, 건비익기, 활혈통락을 고려하며, 변증에 따라 아래와 같은 처방을 고려할 수 있다. - 신양허증: 우귀환가감, 속지황, 육계, 녹각교, 산약, 산수유, 구기자, 당귀, 두충, 토사자, 파극천, 골쇄보, 삼릉 등 - 간신음허증: 육미지황탕가감, 속지황, 산약, 산수유, 목단피, 복령, 택사, 골쇄보, 속단, 선령비 등 - 비신양허증: 금궤신기환가감, 산약, 복령, 백출, 부자, 속지황, 산수유, 우술, 음양곽, 골쇄보, 두충, 토사자, 감초 등 - 혈어기체증: 신통축어탕가감, 진교, 강황, 향부자, 천궁, 도인, 홍화, 당귀, 몰약, 우술, 지룡, 감초, 오령지 등 - 여성의 폐경 후 골다공증은 간신음허증이 많으며, 속지황, 산수유, 녹각교, 구기자, 음양곽, 육종용, 산약, 백작약, 우술, 황기, 복령 등 약재의 사용을 고려할 수 있다 - 노인의 골다공증은 신양허증이 많으며, 음양곽, 골쇄보, 천속단, 보골지, 두충, 토사자, 단삼, 당귀, 계혈등, 파극천, 육종용 등 약재의 사용을 고려할 수 있다 - 약침 치료에 있어 녹용이 임상적으로 다용되며, 그 외에도 증상에 따라 홍화자, 황기, 골쇄보, 황정 그리고 삼철근을 원료로 하는 것을 고려할 수 있다.

교통사고상해증후군

(S00.0, T00.9)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

교통사고상해증후군은 각종 교통사고 후 발생하는 골격 손상, 연조직 손상, 내상 타박, 정신적 고통 등의 전신적 증후를 의미하며, 특히 사고 당시의 급가속 또는 급감속으로 인하여 탑승자의 머리가 급격하게 과신전 또는 과굴곡 되어 목 부위에 발생하는 임상적 문제들을 일컬어 편타성 상해(Whiplash-Associated Disorders; WAD(교통사고상해증후군))라고 한다. 본 임상진료지침에서 대상으로 하는 교통사고상해증후군은 요통 또는 경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD I, II 상해와 골절을 대상으로 하고, 탈구, 아탈구 등의 원인으로 별도의 치료 및 관리가 필요한 경우는 제외한다. 한국표준질병사인분류(KCD-8) 상병에서 경추의 염좌(S134), 요추의 염좌 및 긴장(S3350) 등이 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

진단 근거는 주로 경항부, 요부의 통증 호소 및 가동 범위 제한(굴곡 및 신전, 회전, 측굴 제한)이 위주이다. 증상은 경항통, 요통, 뻣뻣함, 두통, 기억상실, 불명, 현훈, 피로, 우울 등 매우 다양하게 나타나며, 그중 경항통은 교통사고상해증후군 환자에서 가장 빈도가 높은 증상이다. 증상은 즉시 발생하기도 하지만 12~15시간 후에 나타날 수도 있다. 디스크 질환 및 척수 손상을 동반하는 경우 부위에 따라 상지, 하지 부위로의 방사통 및 비증을 동반하기도 한다. 교통사고 후 통증을 호소하는 경우 먼저 경추, 요추부의 가동 범위 확인 및 X-ray 검사를 통해 외상 및 골절, 탈구에 대한 감별이 이루어진다. 일반적인 대증치료에도 불구하고 증상이 지속되는 경우 증상에 따라 부위별 전산화 단층촬영(CT) 및 자기공명영상(MRI), 근전도(EMG) 검사를 통해 최종 진단이 가능하게 된다. 교통사고상해증후군 환자의 감별 진단에 있어서 각종 영상진단은 유용하지만, 모든 이상을 반영하지는 못하며 이상 소견이 반드시 증상 발현의 원인이 아

날 수 있고, 이상 소견이 없어도 증상 발현이 있을 수 있다. 이런 불분명한 연부조직 손상의 경우 명확한 치료 부위 선정을 위해 추가적인 이학적 검사 및 신경근 검사를 실시하기도 한다. 따라서 상세한 병력 및 증상에 대한 사진과 이학적 소견을 참고하여 영상 검사상 진단되지 않는 질환을 간과하지 않도록 한다.

(2) 변증

교통사고로 인한 경항통의 경우 기체혈어(氣滯血瘀) 경항통(頸項痛)으로, 요통의 경우 어혈요통(瘀血腰痛)으로 구분한다.

(3) 분류

충돌의 형태별 (type of collision)	
유형 I	일차적 후면추돌(움직이는 자동차 또는 정지해 있는 자동차에 충돌함)
유형 II	일차적 측면충돌
유형 III	일차적 정면충돌

상해의 단계별 (stage of injury)		
단계 I	급성기 염증단계(acute stage)	사고 후 72시간 이내
단계 II	아급성기 복구단계(repair stage)	사고 후 72시간에서 14주 이내
단계 III	회복기 형성단계(remodeling stage)	사고 후 14주에서 12개월 이내
단계 IV	만성화 단계(chronic stage)	영구적 손상

상해의 등급별 (grade of injury)		
등급 0	최소(minimal)상해	① 인대손상 없음 ② 신경학적 소견 없음
등급 I	경미(slight)상해	① 가동성 제한 있음 ② 인대손상 없음 ③ 신경학적 소견 없음
등급 II	중등도(moderate)상해	① 가동성 제한 있음 ② 인대손상 있음 ③ 신경학적 소견 있음/없음
등급 III	중등도 이상(serious) 상해	① 가동성 제한 있음 ② 인대불안정성 ③ 신경학적 소견 있음 ④ 골절 또는 추간판 손상 있음 (※수핵이 정상위치에서 벗어남)
등급 IV	중증(severe) 상해	① 수술을 포함한 외과적 처치 및 절대 안정이 필요한 상태

3. 예방 및 관리

카시트 헤드레스트의 높이를 올바르게 조정해 사고로 인한 경추의 과도한 부상을 예방해야 하며, 헤드레스트와 머리 사이 간격은 2~5cm를 넘지 않도록 한다. 정상적인 활동을 계속하는 것이 회복에 매우 중요하데, 적극적인 치료와 운동은 정상적인 활동으로의 복귀를 돕고 통증 완화에 유리하며, 하루나 이틀 이상 쉬는 것은 오히려 통증과 장애를 연장시킬 수 있다. 바른 자세로 앉고, 주기적으로 스트레칭하고, 운전 시 시트를 알맞게 조정하고, 몇 주 동안은 격렬한 운동은 피하는 것이 좋다. 예후를 판단하기 위해서는 사고의 정도, 충돌과 관련된 변수, 보험과 소송 문제 그리고 신체적, 정신적, 사회적 요인들과 같은 수많은 요인들이 고려되어야 한다. 그중에서도 초기에 나타나는 심한 통증 강도가 기능 회복을 지연시키는 것과 가장 밀접하게 연관되어 있다고 보고되어 있다. 경추의 운동범위 감소, 통증 자극에 대한 역치의 감소 그리고 손상된 교감신경으로 인한 혈관 수축과 같은 증상들이 예후와 연관이 있었으며 외상 후 스트레스 장애(PTSD)의 경우 다른 정신적 질환들과 비교할 때 교통사고상해증후군의 불량한 예후를 판단하는 데 있어 특히 중요한 것으로 여겨지고 있다.

* 상세 내용 교통사고상해증후군 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 의과 협진 / 의뢰		
R1	전 연령의 교통사고상해 환자의 신체 검진 및 이학적 검사를 통해 WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) 중등도 이상 III, IV로 의심되는 경우, 의과 협진 의뢰를 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 1. 영상의학적 검사 및 기타 검사 등의 결과를 진단에 활용하고자 할 경우에 의과 협진 의뢰를 고려할 수 있다. 2. 약물 투약 등의 의과적 치료를 목적으로 의과 협진을 고려할 수 있다.	
2) 변증진단		
R2	전 연령의 교통사고상해 환자의 한의학적 변증진단은 어혈 변증을 우선적으로 고려할 수 있으며, 환자 상태나 한의사의 판단에 따라 기혈, 장부, 한열, 음양 변증에 따른 세부 변증 진단을 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
3) 침, 전침, 동작침		
병행치료		
R3-1	경향통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD I, II 환자에 침치료를 통상적 치료와 병행하였을 때 유의한 통증 개선이 확인되었다. 이에 따라 경향통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) (Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 증상 개선을 위해 침치료와 통상적 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R3-1	임상적 고려사항 1. 경항통에 대한 침 치료 경혈로는 견외수(SI14), 풍지(GB20) 견정(GB21), 외관(TE5) 및 견정(SI 9), 대추(GV14) 등의 혈위와 환자의 증상 부위에 따른 아시혈(阿是穴) 등을 고려할 수 있다.	
R3-2	요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에 침치료를 통상적 치료와 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 1. 요통에 대한 침치료 경혈로는 협척혈(Ex-B2), 대장수(BL 50), 신수(BL 23) 등의 혈위와 환자의 증상 부위에 따른 아시혈(阿是穴) 등을 고려할 수 있다.	
R3-3	경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에 전침치료를 통상적 치료(한방) 병행하였을 때 유의한 통증 개선이 확인되었다. 이에 따라 경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 증상 개선을 위해 전침치료와 통상적 치료(한방)를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 1. 저빈도 전침 자극을 통해 진통 효과를 얻기 위해서는 환자가 참을 수 있을 정도이면서 근육이 수축할 정도로 강자극을 이용하는 것이 좋고, 근육긴장이 있거나 만성통증이 갑자기 악화될 때는 고빈도-저강도 전침자극을 하게 되면 근육이완과 진통효과를 얻을 수 있다.	
R3-4	요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에 전침치료를 통상적 치료(한방)와 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 1. 저빈도 전침 자극을 통해 진통 효과를 얻기 위해서는 환자가 참을 수 있을 정도이면서 근육이 수축할 정도로 강자극을 이용하는 것이 좋고, 근육긴장이 있거나 만성통증이 갑자기 악화될 때는 고빈도-저강도 전침자극을 하게 되면 근육이완과 진통효과를 얻을 수 있다.	
R3-5	경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에 동작침 치료를 통상적 치료(한방)와 병행하였을 때 유의한 통증 개선이 확인되었다. 이에 따라 경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 증상 개선을 위해 동작침치료와 통상적 치료(한방)를 병행하는 것을 고려해야 한다.	C/Low
4) 약침		
단독치료		
R4-1	요통과 경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에게 통증 및 기능 개선을 위해 변증진단에 따른 약침치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 1. 약침치료로는 봉약침이나 활혈화어(活血化瘀), 소염진통, 근육이완 등을 목적으로 하는 약침류의 사용을 고려할 수 있다. 2. 봉약침 시술 위해서는 알레르기 반응검사(Skin test)가 사전에 반드시 필요하며, 용량 등에 대한 신중한 결정이 필요하다.	
병행치료		
R4-2	경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 변증진단에 따른 약침치료와 통상적 치료(한방)를 병행하는 경우 통상적(한방)치료만을 시행하는 것에 비해 유의한 통증감소, 기능개선이 확인되었다. 이에 따라 경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 증상 개선을 위해 통상적 치료(한방)만을 시행하는 것보다 통상적 치료(한방)와 변증진단에 따른 약침치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 1. 경항통에 대한 약침치료의 혈위로는 풍부(GV16), 풍지(GB20), 견정(GB21), 대추(GV14), 경추부에 위치하는 배수혈이나 협척혈(Ex-B2), 아시혈(阿是穴) 등을 고려할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R4-3	요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 변증진단에 따른 약침치료와 통상적 치료(한방)를 병행하는 경우 통상적(한방)치료만을 시행하는 것에 비해 유의한 통증감소가 확인되었다. 이에 따라 요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 증상 개선을 위해 통상적 치료(한방)만을 시행하는 것보다 통상적 치료(한방)와 변증 진단에 따른 약침치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 1. 요통에 대한 약침치료의 혈위로는 신수(BL23), 대장수(BL25), 관원수(BL26), 요양관(GV3), 환도(GB30), 협척혈(Ex-B2), 아시혈(阿是穴) 등을 고려할 수 있다.		
5) 추나		
단독치료		
R5-1	경향통 및 요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자의 통증 및 기능개선을 위해 추나요법 단독 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 통증 및 가동범위 제한 등에 대한 추나기법은 단순추나(근막추나, 관절가동추나, 관절신연추나), 복잡추나(관절 교정추나)를 환자의 상태에 따라 고려할 수 있다.		
R5-2	경향통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에게 추나치료를 통상적 치료(한방)과 병행하였을 때 유의한 통증 및 기능 개선 효과가 확인되었다. 이에 따라 경향통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD I, II 환자에서 증상 개선을 위해 통상적 치료(한방)만을 시행하는 것보다 통상적 치료(한방)와 추나 병행 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R5-3	요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에게 추나치료를 통상적 치료(한방)과 병행하였을 때 유의한 통증감소 효과가 확인되었다. 이에 따라 경향통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 증상 개선을 위해 통상적 치료(한방)만을 시행하는 것보다 통상적 치료(한방)와 추나치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
6) 뜸		
단독치료		
R6-1	경향통 및 요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자의 통증 및 기능개선을 위해 뜸 단독치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 1. 뜸의 지나친 연소로 인한 화상에 주의해야 하며, 특히 중증의 당뇨나 신경마비, 의식장애, 감각저하, 피부 손상이 동반된 환자는 주의해야 할 필요가 있다.		
병행치료		
R6-2	경향통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 간접구과 통상적 치료(한방)를 병행하였을 때 통증 및 기능 개선 효과가 확인되었다. 이에 따라 경향통을 주소로 하는 환자의 증상 개선을 위해 통상적 치료만 시행하는 것보다 통상적 치료(한방)와 뜸(간접구)을 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 1. 경향부에 대한 뜸치료 경혈로는 천주(BL10), 풍지(GB20), 견정(SI9), 견외수(SI14), 견중수(SI15), 곡원(SI13) 등의 경혈과 환자의 상태 및 증상 부위에 따라 아시혈(阿是穴) 등을 고려할 수 있다.		
R6-3	요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 증상개선을 위해 통상적 치료(한방)만 시행하는 것보다 통상적 치료(한방)와 간접구를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 1. 요배부에 대한 뜸 치료 경혈로는 요양관(GV3), 명문(GV4), 신수(BL23), 대장수(BL50) 등의 경혈과 환자의 상태 및 증상 부위에 따른 아시혈(阿是穴) 등을 고려할 수 있다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
7) 부항		
단독치료/병행치료		
R7	경항통과 요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자의 통증 및 기능 개선을 위해 부항 단독 또는 통상적 치료(한방)와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 1. 환자의 증상 부위에 따른 아시혈(阿是穴) 등에 다양한 방법의 부항치료를 고려할 수 있다. 2. 한의사의 판단에 따라 자락관법을 고려할 경우에는 관련 교과서나 매뉴얼 등을 참고하여 시술할 필요가 있다.		
8) 한방물리요법		
단독치료/병행치료		
R8	경항통과 요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자의 통증 및 기능 개선을 위해 통상적 치료(한방)만을 시행하는 것보다 한방물리요법 단독 또는 통상적 치료(한방)를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 환자의 증상과 상태를 고려하여 한의사의 판단에 따라 전기자극요법, 광선요법, 수치료요법, 도인운동요법 등을 고려할 수 있다.		
9) 한약		
단독치료/병행치료		
R9	경항통과 요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자의 변증 지표 및 통증, 기능 개선을 위해 변증진단에 따른 한약 단독 또는 통상적 치료(한방)를 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 1. 교통사고상해 환자의 한의학적 변증진단은 어혈 변증을 우선적으로 고려할 수 있으며, 환자 상태나 한의사의 판단에 따라 기혈, 장부, 한열, 음양 변증에 따른 세부 변증 진단을 통해 한약을 처방한다. 2. 어혈 변증에 의해 활혈거어(活血祛瘀)를 목적으로 당귀수산(當歸鬚散)을 고려할 수 있으며, 세부변증에 의하여 오적산(五積散), 갈근탕(葛根湯), 회수산(回首散) 등과 같은 한약 처방을 고려할 수 있다. 3. 어혈 변증 이외의 다양한 세부 변증에 의하여 거풍제습(祛風除濕), 이기순기(理氣順氣), 보기보혈(補氣補血), 조리비위(調理脾胃) 등의 목적으로 한약 처방을 고려할 수 있다.		
10) 골절		
단독치료/병행치료		
R10	교통사고 상해로 골절이 발생한 성인(19~70세) 환자의 통증 및 기능 개선을 위해 통상적 치료만을 시행하는 것보다 한방복합치료 단독 및 통상적 치료를 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 1. 체간부의 비전위 안정성 골절 및 스트레스 골절에 대한 보존적 치료, 석고 붕대 제거 이후 및 내부 골 고정 상태에서의 재활치료, 자연유합 등에 대해 한방 복합 치료를 고려할 수 있다. 2. 침구치료는 통증 조절, 관절 강직, 관절운동 범위 감소를 목적으로 고려할 수 있으며, 석고 고정 상태일 경우에는 원위취혈(遠位取穴) 방법이 활용 가능하다. 3. 한약의 경우, 대개 초·중·후기로 나누어 활용을 고려할 수 있다. 3-1. 골절 손상 후 1~2주 초기에는 활혈화어(活血化瘀), 소종지통(消腫止痛)하는 약물을 위주로 공하촉어(攻下逐瘀), 행기소어(行氣消瘀), 청열량혈(淸熱涼血)의 치법을 사용할 수 있다. 3-2. 손상 후 3~6주인 중기에는 접골속단(接骨續斷)하는 약물 위주로 화영생신(和營生新), 접골속근(接骨續筋), 서근활락(舒筋活絡)의 치법을 사용할 수 있다. 3-3. 손상 후 7주 이후인 후기에는 강장근골(強壯筋骨)하는 약물 위주로 보기양혈(補氣養血), 조리비위(調理脾胃), 보익간신(補益肝腎)의 치법을 사용할 수 있다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
11) 외상 후 스트레스 장애		
단독치료/병행치료		
R11	교통사고 상해로 인한 성인(19~70세)의 급성 스트레스 장애(acute stress disorder; ASD) 및 외상 후 스트레스 장애(post-traumatic stress disorder; PTSD) 환자의 신경정신과적 치료 개선을 위해 통상적 치료(양방)만을 시행하는 것보다 한방복합 치료 및 통상적 치료를 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 1. PTSD 관련 치료에 이용되고 있는 한방 복합치료 내에 포함되는 한의정신요법으로는 감정자유기법(emotional freedom technique, EFT)과 M&L(mindfulness and loving beingness) 트라우마 심리치료 프로그램 외에, 이정변기(移情變氣), 경자평지(驚者平之), 지언고론(至言高論), 오지상승요법(五志相勝) 등의 한방정신요법을 결합한 방법을 고려할 수 있다.	C/Very Low
12) 추나와 약침의 병행치료		
병행치료		
R12-1	요통과 경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에게 임상진료시 증상개선을 위해 추나요법 및 약침치료 병행 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
R12-2	경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에게 약침치료에 통상적 치료(한방, 추나포함)를 병행하는 것이 통상적 치료(한방, 추나포함)만 시행하는 것보다 유의한 증상개선 효과가 확인되었다. 이에 따라 경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 약침치료와 통상적 치료(한방, 추나포함)를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R12-3	경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에게 추나치료에 통상적 치료(한방, 약침포함)를 병행하는 것이 통상적 치료(한방, 약침포함)만 시행하는 것보다 유의한 증상개선 효과가 확인되었다. 이에 따라 경항통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교통사고상해증후군) I, II 환자에서 추나치료와 통상적 치료(한방, 약침포함)를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
13) 예후		
단독치료/병행치료		
R13	전 연령의 교통사고상해 환자의 직장으로의 또는 일상생활로의 복귀율 등을 개선하기 위해 통상적 치료만을 시행하는 것보다 한방 복합 치료 단독 및 통상적 치료를 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 1. 교통사고상해 환자의 직장복귀율 등 예후를 판단하기 위해 사고의 정도, 충돌과 관련된 변수와 함께 보험과 소송의 문제, 기타 정신적 및 사회적 요인을 복합적으로 고려해야 한다.	C/Very Low

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)

교통사고 상해증후군 I, II 환자의 한의표준임상경로(한의원 외래)

항목	초진 시 확인 사항					
목표/결과	☐ 초진상태 기록(CC, OS, PH, SH, FH, PI 등) ☐ 초기 plan 수립 ☐ 교통사고 상해증후군 후유증 최소화					
사정	☐ V/S, Bwt check(필요시 BST 포함) ☐ 통증 초기 평가(NRS, VAS) ☐ WAD grade 평가, ROS, 이학적 검사, 망문문절 작성(ODI, NDI 포함) ☐ 한의변증기술(혈어증, 기체증, 기허증, 혈허증 등)					
활동	☐ Normal ambulation(일상 생활 제한 없음)					
의뢰	☐ LMC 영상의학과에 영상 검사 consult(X-ray, 영상 검사 미실시 시) ☐ LMC 통증클리닉, 정형외과에 PO-medication/injection consult(NRS 8 이상의 극심한 통증 호소 시) ☐ LMC 정신과에 consult(PTSD 발생 시)					
투약/처치	☐ Self-medication 조사					
교육	☐ 자가운동 및 일상생활관리 교육(능동 및 수동 관절 운동) ☐ 교통사고 상해증후군 CP 교육자료 배부					
항목	외래과정					
	O/S 후 1주차	O/S 후 2-3주차	O/S 후 4-10주차	O/S 후 11-12주차	O/S 후 13-24주차	O/S 후 24주차 이상
목표/결과	☐ 경과 기록 ☐ 경과에 따른 plan 재수립 ☐ 외래 f/u 예약					
사정	☐ V/S, Bwt check(필요시 BST 포함) ☐ 통증 재평가(NRS, VAS); daily ☐ WAD grade, ROS, 이학적 검사, 망문문절 재평가(ODI, NDI 포함); weekly ☐ 한의변증기술(혈어증, 기체증, 기허증, 혈허증 등) 재평가; weekly ☐ AE 확인(ATx., BV 등)					
의뢰	☐ LMC 영상의학과에 영상 검사 consult(응급 시, 신경학적 증상 혹은 NRS 8 이상의 극심한 통증 지속 시 CT/MRI 시행) ☐ LMC 통증클리닉, 정형외과에 양방 PO-medication/injection consult(NRS 8 이상의 극심한 통증 호소 시) ☐ LMC 정신과 f/u(PTSD 호소 시)					
관련근거	☐ Acupuncture (원위취혈 위주): qd	☐ Acupuncture (근위취혈 위주): qd	☐ Acupuncture: 주 3회		☐ Acupuncture: 주 2회	☐ Acupuncture: 주 1회
	☐ Herbal injection (중성어혈, BV 등): qd	☐ Herbal injection: 주 3회	☐ Herbal injection: 주 2회	☐ Herbal injection: 주 1회		
	☐ Chuna manual therapy(단순추나 위주): 사고당 20회					
	☐ Herbal medicine (어혈제거 위주)	☐ Herbal medicine(통증 조절 위주); 골절 없을 시 42첩, 골절 있을 시 56첩까지 처방 가능				
	☐ Acting(Moxibustion, cupping): qd		☐ Acting: 주 2-3회			☐ Acting: 주 1회
	☐ PTx.(ICT, TENS, MW 등): qd		☐ PTx.: 주 3회		☐ PTx.: 주 2회	☐ PTx.: 주 1회
	☐ Dressing(laceration 혹은 suture 부위)					
	☐ 통증 호소 시 추가 처치 시행(이침, 파프 등)					
교육	☐ 자가운동 및 일상생활관리 교육(능동 및 수동 관절 운동)					
기타	☐ Chuna manual therapy 시술시 동의서 작성 ☐ BV injection therapy 시술시 동의서 작성					

턱관절장애 (S03.0, S03.4) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

턱관절 장애는 "턱관절과 저작근 그리고 관련된 모든 조직에서 발생하는 근골격계 및 신경근육계 증상"으로 정의된다. 턱관절 장애에는 통증과 관련된 장애, 즉 근육통, 두통, 관절통이 포함되며, 턱관절과 관련된 장애, 즉 턱관절의 디스크 질환 및 퇴행성 질병을 포함한다. 질병 세분류로는 턱의 탈구(S030), 턱의 염좌 및 긴장(S034), 턱관절내 장증(K0760), 턱관절 잡음(K0761), 턱관절의 재발성 탈구 및 아탈구(K0762), 달리 분류되지 않은 턱관절의 통증(K0763), 달리 분류되지 않은 턱관절의 경직(K0764), 턱관절의 퇴행성 관절병(K0765), 저작근장애(K0766), 기타 명시된 턱관절 장애(K0768), 상세불명의 턱관절 장애(K0769) 등이 포함된다. 한의학에서 악관절장애는 험거차(頰車蹉), 하협골락(下頰骨落), 함해(頤頰), 탈하(脫下), 면통(面痛)의 범주에 속한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

턱관절 장애의 국제적 표준 진단 기준은 Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders(DC/TMD) Axis I / II이다. 이학적 검사를 통해 비정상적 턱의 움직임, 턱관절 운동범위 감소, 저작근 압통, 동적 하중 시 통증, 이갈기, 자세 비대칭, 목과 어깨 근육의 압통을 확인한다. 영상의학적 검사는 파노라마 방사선촬영술이 가장 흔하고 도움이 되며, 비정상적이고 비전형적인 소견이 발견되면 상악안면 CBCT나 MRI를 실시하기도 한다.

(2) 변증

턱관절의 국소 부위 관절을 다양한 방법으로 자극하여 치료하거나 침구경락학설(鍼灸經絡學說)과 음양학설(陰陽學說)을 기반으로 하여 발전된 기능적 뇌척주요법(FCST)과 같이 전신을 하나의 유기적 정체로 보아 턱관절의 자세를 조정하는 방법을 사용하기도 한다.

(3) 평가도구

DC/TMD의 Axis I /II를 토대로 평가하며, Axis I 은 턱관절과 관련된 신체적 증상과 통증을 평가하고, Axis II는 삶의 질, 심리사회적 요인 등 환자의 전반적인 건강 상태를 평가하는 도구를 포함하고 있다. 이 중 TMD Pain Screener는 임상에서 통증성 TMD를 빠르게 선별해내기 위해 개발된 타당도가 검증된 간단한 형태의 도구이다.

3. 예방 및 관리

턱관절 장애를 악화시키는 위험인자로 성별, 연령, 질병, 생활습관, 통증 증폭, 유전자형 및 관절 외상이 있다. 운동법으로는 혀의 안정 위치 유지, 턱관절 회전운동, 목 펴기, 목 관절 안정 위치 유지 등이 도움이 된다.

* 상세 내용 턱관절 장애 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

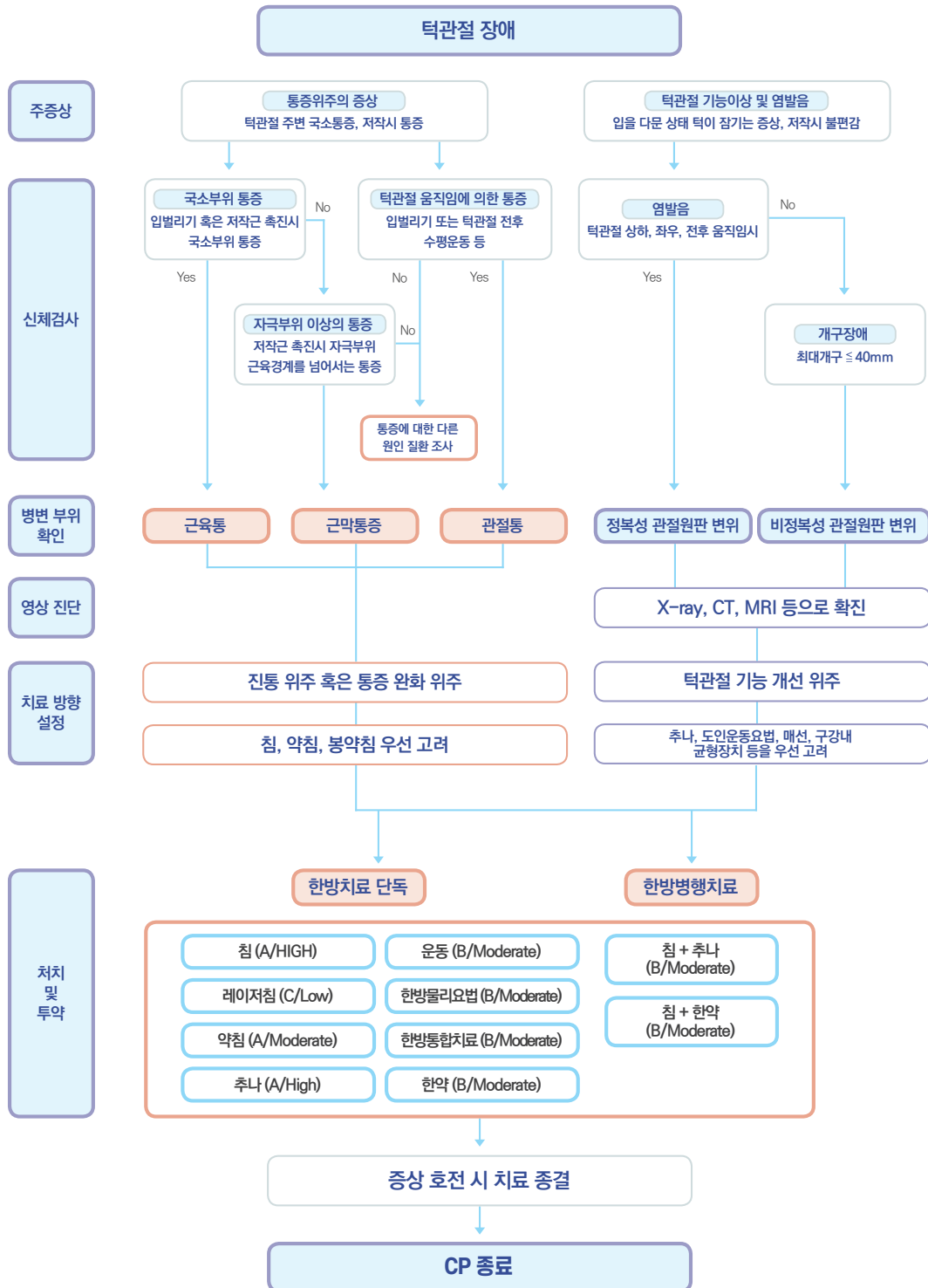
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 침		
단독치료		
R1	침치료는 성인의 턱관절 장애에서 거침침 또는 무침치군에 비해 유의한 통증 및 기능개선이 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 침치료를 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 턱관절 장애 침치료 경험로는 하관(ST7), 협거(ST6), 이문(TE21), 예풍(TE17) 등의 경험과 환자의 증상에 따른 아시혈을 고려할 수 있다. 또한 환자의 임상적 특성에 따라 전침 및 온침의 적용을 고려할 수 있다.	
R1-1	성인의 턱관절 장애에서 원위취혈(遠位取穴), 근위취혈(近位取穴) 및 원위(遠位) 및 근위(近位) 병행 침치료는 모두 유사한 통증 및 기능개선이 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 환자 임상 양상을 참고하여 한의사의 판단에 따라 원위/근위 취혈을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 근위취혈 경험로는 하관(ST7), 협거(ST6), 이문(TE21), 예풍(TE17), 풍지(GB20) 등을 사용할 수 있으며 원위취혈 경험로는 합곡(LI4), 후계(SI3), 족삼리(ST36), 외관(TE5), 족임읍(GB41) 등을 사용할 수 있다.	
R2	침치료는 성인의 턱관절 장애에서 일반적 보조치료 ¹⁾ 에 비해 유의한 통증 개선 및 기능개선이 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 침치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
병행치료		
R3	성인의 턱관절 장애에서 침치료를 일반적 보존치료 ¹⁾ 와 병행하였을 때 유의한 통증 개선 및 호전이 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 일반적 보존 치료를 받고 있는 환자에서 증상개선을 위해 침치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
2) 레이저침		
단독치료		
R4	레이저침치료는 성인의 턱관절 장애에서 거짓 레이저침에 비해 유의한 통증 감소가 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 증상개선을 위해 레이저 침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
3) 약침		
단독치료		
R5	약침치료는 성인의 턱관절 장애에서 일반적 보존치료 ¹⁾ 에 비해 유의한 통증 감소 및 삶의 질 개선이 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 증상개선을 위해 약침치료를 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 턱관절 장애의 약침치료 경혈로는 하관(ST7), 협거(ST6), 이문(TE21), 예풍(TE17) 등의 경혈을 고려할 수 있다. 약침의 종류로는 자하거약침, 봉약침 등을 활용할 수 있으며, 봉약침 시술의 경우에는 처치전 과민반응 검사 가 사전에 꼭 필요하며, 용량 및 시술 주기 등에 대해 신중한 결정이 필요하다.	
4) 추나		
단독치료		
R6	추나치료는 성인의 턱관절 장애에서 일반적 보존치료 ¹⁾ 에 비해 유의한 통증 감소, 기능회복 및 삶의 질 개선이 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 증상개선을 위해 추나치료를 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 턱관절 장애에 대한 추나치료시 좌위 턱관절 단무지 신연기법 및 외측 익돌근 단시지 추법 등을 고려할 수 있으며 양악위 경추 JS 신연 교정기법 및 양악위 경추 신연기법 등의 경추부 추나치료 기법이 고려될 수 있다.	
병행치료		
R7	성인의 턱관절 장애에서 추나치료를 일반적 보존치료 ¹⁾ 와 병행하였을 때 유의한 개선이 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 일반적 보존치료 ¹⁾ 를 받고 있는 환자에서 증상개선을 위해 추나치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R8	성인의 턱관절 장애에서 추나치료를 침치료 등의 한방치료와 병행하였을 때 통증 감소 및 유의한 개선 효과가 확인되었다. 이에 따라 침치료 등을 받고 있는 턱관절 환자 임상 진료시 증상개선을 위해 추나치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
5) 한약		
단독치료		
R9	한약치료는 성인의 턱관절 장애에서 일반적 보존치료 ¹⁾ 에 비해 유의한 호전이 확인 되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 증상개선을 위해 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 턱관절 장애 치료를 위한 한약으로는 쌍화탕, 갈근탕, 작약감초탕, 보종익기탕, 만금탕 및 가미소요산 등을 고려할 수 있다.	
병행치료		
R10	성인의 턱관절 장애에서 한약치료를 일반적 보존치료 ¹⁾ 와 병행하였을 때 유의한 호 전과 통증 감소가 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 일반적 보존치료 ¹⁾ 를 받고 있는 환자에서 증상개선을 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R11	성인의 턱관절 장애에서 한약치료를 침치료 등의 한방치료와 병행하였을 때 통증 감소 및 유의한 개선 효과가 확인되었다. 이에 따라 침치료 등을 받고 있는 턱관절 환자 임상 진료시 증상개선을 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
6) 운동		
단독치료		
R12	운동치료는 성인의 턱관절 장애에서 비활성 대조군 치료에 비해 통증 감소 및 유의한 호전이 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 증상개선을 위해 운동 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
7) 한방 물리요법		
단독치료		
R15	한방 물리요법(전기자극요법 및 경맥저출력레이저조사요법)은 성인의 턱관절 장애에서 비활성 대조군에 비해 유의한 통증 감소 및 기능회복이 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상진료시 증상개선을 위해 한방 물리요법을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 턱관절 장애에 대한 한방 물리요법으로는 전기자극요법, 경맥저출력레이저조사요법 등의 광선요법 및 온 열요법 등을 활용할 수 있다.	
병행치료		
R16	성인의 턱관절 장애에서 한방물리치료를 일반적 보존치료 ¹⁾ 와 병행하였을 때 통증 감소 효과가 확인되었다. 이에 따라 일반적 보존치료 ¹⁾ 를 받고 있는 턱관절 환자 임상 진료시 증상개선을 위해 한방물리치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
8) 한방 통합 치료		
단독치료		
R17	침, 한약, 추나 등으로 구성된 한방 통합 치료는 성인의 턱관절 장애에서 일반적 보존치료 ¹⁾ 에 비해 유의한 통증 감소가 확인되었다. 이에 따라 턱관절 장애 환자 임상 진료시 증상개선을 위해 일반적 보존치료 ¹⁾ 보다 한방 통합 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

1) 턱관절 장애의 증상을 완화시키기 위해 사용되는 진통제, 전기 및 온열 물리치료, 주사 등의 치료 및 양방의사 및 치과의사에 의한 통상적 치료(usual care)

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



골절

(S32)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

골절은 뼈나 골단판 또는 관절면의 연속성이 완전 혹은 불완전하게 소실된 상태를 말하며 보통 뼈에 강한 외력이 가해지는 외상 후에 발생한다. 한국표준질병사인분류(KCD) 상 발생 위치에 따라 구분하고 있으며 M48.4, M80, M84, M90.7, M96.6, S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92, T02, T08, T10, T11 등의 범주가 이에 해당한다. 골절은 해당 부위의 통증, 부종, 관절의 운동범위 감소 및 강직, 일상 생활 장애, 체형변화, 골절부위 기형, 비정상적 운동과 염발음, 신경 및 혈관 손상, 근력저하, 삶의 질저하 등을 유발할 수 있으며, 제대로 처치가 이루어지지 않을 시 다양한 합병증이 발생할 수 있고, 심하면 사망에 이를 수 있다. 한의학에서 골절은 낙상(落傷), 타박(打撲), 질박(跌撲), 절상(折傷)의 범주에 속한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

골절은 그 양상이 다양하기 때문에 부위별로 골절의 형태나 전위 정도에 대한 분류법이 있어 이를 토대로 치료가 이루어지며, 보편적으로 사용할 수 있는 분류법으로는 AO/OTA 분류법이 있다. 문진과 척도 활용을 통해 골절의 원인과 주요 증상인 통증, 골절 부위의 비정상적인 흔들림, 부종, 감각 손상 등이 나타나는지 파악해야 하며, 혈관이나 신경의 손상이 있는지를 진단한다. 정확한 골절의 부위를 확인하기 위해 이학적 검사(관절가동범위 검사(ROM) 등)를 진행한다. 또한 영상의학적 검사(방사선 촬영 등)를 시행하여 진단에 참고한다.

(2) 변증

뼈는 신주골(腎主骨)이라고 하여 골의 병변이 신이나 골수의 생리작용과 밀접한 연관이 있다고 본다. 주로 외력(外力), 노손상해(勞損傷害) 등의 외인성과 구병체약(久病體弱), 간신허손(肝腎虛損) 등의 내인성으로 분류하며, 현대 한의학 임상에서는 골절이 발생하면 뼈와 연부조직, 주위의 혈관 및 신경 등이 손상되어 기혈(氣血)의 운행이 원활하지 못하고, 혈류가 응결되면서 중통을 일으키기 때문에 골절 기전에 어혈이라는 병적 개념을 도입하였다.

(3) 평가도구

도구명	평가목적
숫자 평가 척도(NRS)	통증 강도
손상중증도검사(Injury Severity Score)	중증 외상 정도
오스웨스트리 장애지수(ODI)	일상생활 장애정도
골절 위험도 예측 프로그램(FRAX), 척추골절평가(VFA)	골다공증으로 인한 골절 위험도

3. 예방 및 관리

골절은 회복과 재활이 중요한 질환으로, 적절한 회복과정을 거치지 못하면 불유합, 부정유합, 골 괴사, 조기 관절염 등의 합병증이 발생할 수 있다. 또한 고관절 등 인체 주요 장기와 가까운 부위의 골절은 사망에까지 이를 수 있기 때문에 적극적인 치료와 관리가 중요하다. 골절의 예방법으로는 골밀도를 올려주거나, 일상생활 환경 조절을 통한 낙상방지, 무리한 운동을 피하거나 운동 전에 스트레칭을 통해 신체를 준비시키는 것 등이 있다. 또한 골절 후 기능 회복 촉진을 위한 퇴원 후 관리와 재활 등이 중요하다.

* 상세 내용 골절 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

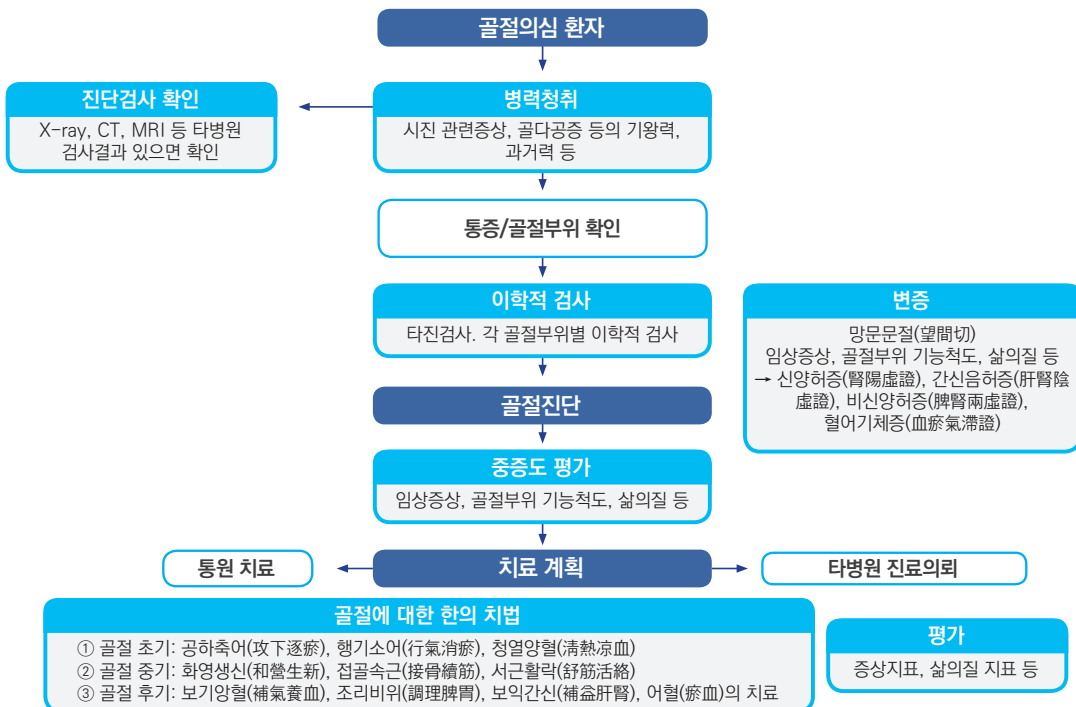
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
한약 치료		
I. 한양방 복합치료		
1	대퇴 골절 환자의 증상 개선 및 회복을 위해 수술 및 고정 후 한약 치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
2	대퇴 골절 환자의 수술 후 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 통상적 치료(약물, 재활 치료 등)보다 한약치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
3	대퇴 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 및 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
4	대퇴 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 비수술 통상적 치료(고정, 약물, 재활 치료 등)에 한약 치료를 병행할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
5	척추 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 및 고정 후 한약 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
6	척추 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 및 고정 후 통상적 치료(약물, 재활 치료 등)보다 한약 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
7	척추 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 및 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)와 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
8	척추 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 비수술 통상적 치료(약물, 재활치료 등)와 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
9	상지 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 후 한약 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
10	상지 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 후 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)와 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
11	상지 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 비수술 통상적 치료(도수정복, 고정 등)와 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
12	경골 및 비골 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 후 한약 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
13	경골 및 비골 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 및 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
14	경골 및 비골 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 비수술 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
15	발 및 발목 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 후 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate

임상적 고려사항

- 골절 환자의 한약 치료 시 독활기생탕(獨活寄生湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 등 사물탕(四物湯) 계열이 가장 많이 사용됨
- 그 외에도 보신익정(補腎益精), 익신보골(益腎補骨), 거어(祛瘀), 소종활혈(消腫活血)을 목적으로 활혈탕(活血湯), 보신활혈탕(補腎活血湯), 익기활혈탕(益氣活血湯), 서경활혈탕(經絡活血湯), 서근활혈탕(舒筋活血湯), 가미보중익기탕(加味補中益氣湯), 보양환오탕(補陽還五湯) 등의 처방을 선용할 수 있음
- 보기(補氣) 목적으로 인삼(人蔘)·황기(黃耆)를, 건비(健脾) 목적으로 백복령(白茯苓)·백출(白朮)을, 보혈(補血) 목적으로 당귀(當歸)·백작약(白芍藥)·숙지황(熟地黃)을, 보신(補腎) 목적으로 골쇄보(骨碎補)를, 활혈지통(活血止痛) 목적으로 천궁(川芎)·도인(桃仁)·홍화(紅花)·우슬(牛膝)을, 양혈소옹(涼血消癰)을 목적으로 단삼(丹蔘)을, 거풍제습(祛風除濕) 목적으로 진교(秦艽)·독활(獨活)을, 속근골(續筋骨)을 목적으로 숙단(續斷)을 사용하는 등 환자에 맞게 의료진 판단으로 약재를 가감하여 처방할 수 있음

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
침 치료		
I. 한양방 복합치료		
16	척추 골절 환자의 통증 개선 및 회복을 위해 수술 또는 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 침 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 골절 환자의 침치료 시 치료 혈위로는 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 양릉천(GB34), 위중(BL40), 함곡(LI4), 내관(PC6), 신수(BL23), 비수(BL20), 대장수(BL25), 대저(BL11), 명문(GV4), 독맥(GV), 협척(EX-B2), 절골(현중)(GB39), 요양관(GV3), 태계(KI3), 지실(BL52), 풍시(GB31), 혈해(SP10), 환도(GB30), 중충(PC9) 등을 선용할 수 있음. • 유침시간은 보통 30분 이내로 함	B/Moderate
약침 치료		
I. 한양방 복합치료		
17	골절 환자의 증상 개선 및 회복을 위해 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 약침 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 골절 환자의 약침 치료 시 양릉천(GB34), 음릉천(SP9), 위중(BL40), 족삼리(ST36), 내관(PC6) 등 국소 경혈, 협척(EX-B2), 통증 부위 근처 등에 약침 종류는 의료진 판단으로 선용하여 사용할 수 있음	B/Moderate
뜸 치료		
I. 한의 단독치료		
18	골절 환자의 변비나 복부팽만 등을 완화시키기 위해 뜸 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
II. 한양방 복합치료		
19	골절 환자의 수술 후 변비나 복부팽만 등을 완화시키기 위해 수술 후 관리 및 통상적 치료(약물 등)에 뜸 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 골절 환자의 뜸 치료시 신궤(CV8), 천추(ST25), 기해(CV6) 상거허(ST37), 대장수(BL25), 관원(CV4), 비수(BL20), 중완(CV12), 귀래(ST29), 지구(TE6), 족삼리(ST36) 등의 혈위를 의료진 판단으로 선용하여 사용할 수 있음	C/Low
한의 복합치료		
I. 한양방 복합치료		
(1) 침, 한약 복합치료		
20	골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 또는 통상적 치료(약물, 재활치료 등) 및 관리에 침과 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
(2) 한약, 물리 복합치료		
21	골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 후 통상적 치료(약물, 재활 등)에 한약과 물리 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
(3) 침, 뜸 복합치료		
22	골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 통상적 치료(약물 등)에 침과 뜸 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



한약

1. 대퇴 골절 환자의 증상 개선 및 회복을 위해 수술 및 고정 후 한약 치료를 시행할 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
2. 대퇴 골절 환자의 수술 후 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 통상적 치료(약물, 재활 치료 등)보다 한약치료를 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
3. 대퇴 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 및 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
4. 대퇴 골절 환자의 증상 개선 및 회복을 위해 비수술 통상적 치료(고정, 약물, 재활 치료 등)에 한약 치료를 병행할 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
5. 척추 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 및 고정 후 한약 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
6. 척추 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 후 양약보다 한약 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. (C/Low)
7. 척추 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 및 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)와 한약 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다. (C/Low)
8. 척추 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 비수술 통상적 치료(약물, 재활치료 등)와 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
9. 상지 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 후 한약 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
10. 상지 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 후 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)와 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
11. 상지 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 비수술 통상적 치료(도수치료, 고정 등)와 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
12. 경골 및 비골 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 후 한약 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
13. 경골 및 비골 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 및 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
14. 경골 및 비골 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 비수술 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)
15. 발 및 발목 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 수술 후 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)

침

16. 척추 골절 환자의 통증 개선 및 회복을 위해 수술 또는 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 침 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)

약침

17. 골절 환자의 증상 개선 및 회복을 위해 통상적 치료(고정, 약물, 재활치료 등)에 약침 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)

뜸

18. 골절 환자의 변비나 복부팽만 등을 완화시키기 위해 뜸 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. (C/Low)
19. 골절 환자의 수술 후 변비나 복부팽만 등을 완화시키기 위해 수술 후 관리 및 통상적 치료(약물 등)에 뜸 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. (C/Low)

침+한약

20. 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 또는 통상적 치료(약물, 재활치료 등) 및 관리에 침+한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)

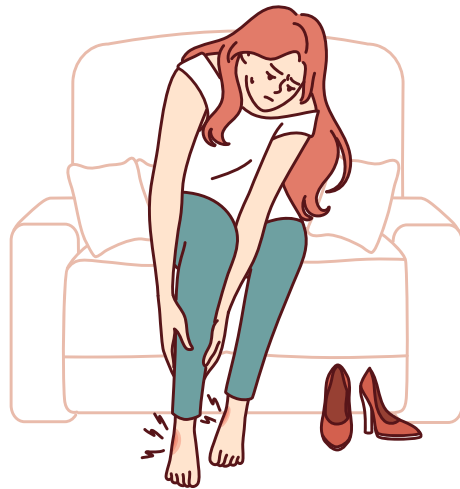
한약+물리

21. 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복, 삶의 질 향상을 위해 수술 후 통상적 치료(약물, 재활 등)에 한약+ 물리 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)

침+뜸

22. 골절 환자의 통증을 비롯한 증상 개선 및 회복을 위해 통상적 치료(약물 등)에 침+뜸 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)

족관절염좌 (S93.40, S93.41) 한의표준임상진료지침



01 질환 개요

족관절염좌는 운동이나 외부의 강한 충격 등으로 인해 족관절 주변 인대(경비인대결합, 내외측 인대)가 늘어나거나 파열되어 발목에 국한된 종창, 국소의 동통과 압통, 피하출혈 증상을 보이며, 발목이 급격하게 내변 또는 외변되어 생긴다. 대개는 특별한 문제없이 치유되지만, 초기에 치료를 소홀히 하면 만성 재발성 염좌, 관절 불안정성, 발목 충돌 증후군으로 이행되기도 한다. 질병세분류상, 발목 삼각/내측 측부(인대)의 염좌 및 긴장(S93.40), 종골 비골(인대)의 염좌 및 긴장(S93.41), 경골 비골/원위의 경골 비골(인대)의 염좌 및 긴장(S93.42), 발목의 기타부분의 염좌 및 긴장(S93.48), 발목의 상세불명부분의 염좌 및 긴장(S93.49)에 해당한다. 한의학에서 원인은 크게 극렬한 운동이나 질박(跌撲)으로 인한 타박(打撲), 기체혈어(氣滯血瘀), 좌섬(挫閃), 상(傷)의 범위로 분류한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

육안으로 손상 부위를 확인한 후, 관절 주변 인대 조직을 조심스럽게 눌러 보면서 통증 유무를 확인한다. 발목이 부어 있을 경우, 그 형태로 손상 부위를 유추해 볼 수 있으며, 발목관절의 불안정성을 확인하는 Anterior Drawer Test(전방 전위 검사), Talar Tilt Test(거골 기울기 검사) 등의 이학적 검사를 실시한다. 또한, 골절유무 확인을 위해 X-ray 검사를 통한 영상의학적 검진과 함께 환자가 수상을 한 경위와 기타 문진을 토대로 진단한다.

(2) 변증

족관절염좌는 경근의 손상으로 인한 기체어혈(氣滯瘀血)의 상태로 변증하며, 통증 부위의 압진을 통해 병변 부위 소속 유주경락별로 족소양담경(足少陽膽經), 족태양방광경(足太陽膀胱經), 족소음신경(足少陰腎經), 족태음비경(足太陰脾經)의 병증으로 진단할 수 있다.

(3) 평가도구

임상효과의 평가는 증상의 변화로 판단한다. 국내 임상진료 환경에서는 Visual Analogue Scale(VAS)이 가장 많이 사용되고 있으며, 신리도와 타당도가 검증된 한국어판 Foot and Ankle Outcome Score(FAOS)를 병용하는 것을 고려할 수 있다.

(4) 감별진단

골절 및 외재건 손상과의 감별이 필요하다.

질환명	설명
골절	손상 후 한 시간 이내에 부종이 급속하게 진행되는 경우, 서 있기 힘들 정도의 심한 통증이 있는 경우, 촉진 시 특정한 뼈에 심한 압통이 있는 경우
외재건 손상	[비골건(peroneal tendon) 손상] 족외과 후방 압통 [장무지굴곡근(flexor pollicis longus tendon) 근위부 활액막염] 족내과 후방 통증 유발, 족배굴곡한 상태에서 족무지 신전 제한, 족무지 운동 시, 방아쇠 현상 및 마찰음 발생 [후경골건 (posterior tibial tendon) 손상] 족내과 후방 통증, 저항운동 시, 후족부 내회전 혹은 수동적 외회전 시 통증 유발

3. 예방 및 관리

손상 초기 안정 후 통증이 가라앉으면 먼저 족저굴곡과 족배굴곡 운동을 시작하되, 내전과 외전은 최소화해야 한다. 관절 가동화 및 스트레칭을 실시하면서 점차 등척성 운동 및 탄력 고무 밴드를 이용한 등장성 운동을 한다. 재발 방지를 위해서 아킬레스건의 스트레칭, 비골건의 외번 강화 운동이 필요하다. 이때 농구화 높이 정도의 약간 높은 굽의 신발, 폭이 넓은 신발, 테이핑 요법, 신발내 교정장치가 도움이 된다.

* 상세 내용 족관절염좌 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

(1) 진단 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
족관절 염좌의 감별진단을 위한 진단기기 사용		
R1	족관절 염좌 환자의 골절 여부나 증상 부위의 기저 질환 여부를 확인하기 위해 X-ray 검사나 CT (Computed Tomography), MRI (Magnetic Resonance Imaging) 검사의 시행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 본 권고안은 의료현장에 따라 사용이 달라질 수 있으며 한·양방 협진을 통해 다음 권고의 진료행위가 수행되어야 한다. - 일반적으로 X-ray 검사를 일차적인 기본 검사로 시행하고 담당 한의사의 판단에 따라 필요할 경우 CT나 MRI 검사를 추가로 시행할 것을 권장한다. - X-ray, CT, MRI 검사 시 해당 진단기기의 금기와 주의사항에 따라야 한다.	C/Low
R2	족관절 염좌 환자의 관절 인대 손상 정도를 확인하기 위해 MRI 검사 시행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 본 권고안은 의료현장에 따라 사용이 달라질 수 있으며 한·양방 협진을 통해 다음 권고의 진료행위가 수행되어야 한다. - 현재 MRI 검사는 고비용이므로 MRI 검사의 필요 여부 결정은 담당 한의사가 종합적으로 판단하여야 한다.	C/Low
족관절 염좌 증상 평가		
R3	진단기기를 사용하지 않고 급성 족관절 염좌 환자의 골절 여부를 배제하기 위한 방법으로 OAR (Ottawa Ankle Rule)을 사용할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 Ottawa Ankle Rule에서 양성 소견이 보이면 영상검사를 통해 골절 여부를 확인해야 하며, Ottawa Ankle Rule에서 양성 소견이 보이지 않더라도 진료의의 진찰 소견상 골절이 의심된다면 영상검사를 시행하여야 한다.	B/Moderate
R4	진단기기를 사용하지 않고 족관절 염좌 환자의 증상 정도를 평가하기 위한 방법으로 VAS (Visual Analogue Scale), FAOS (Foot and Ankle Outcome Score)의 사용을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 VAS, FAOS는 환자의 주관적 개입될 여지가 있으므로 증상의 정도는 진찰 소견과 종합적으로 판단하여야 한다.	C/Low

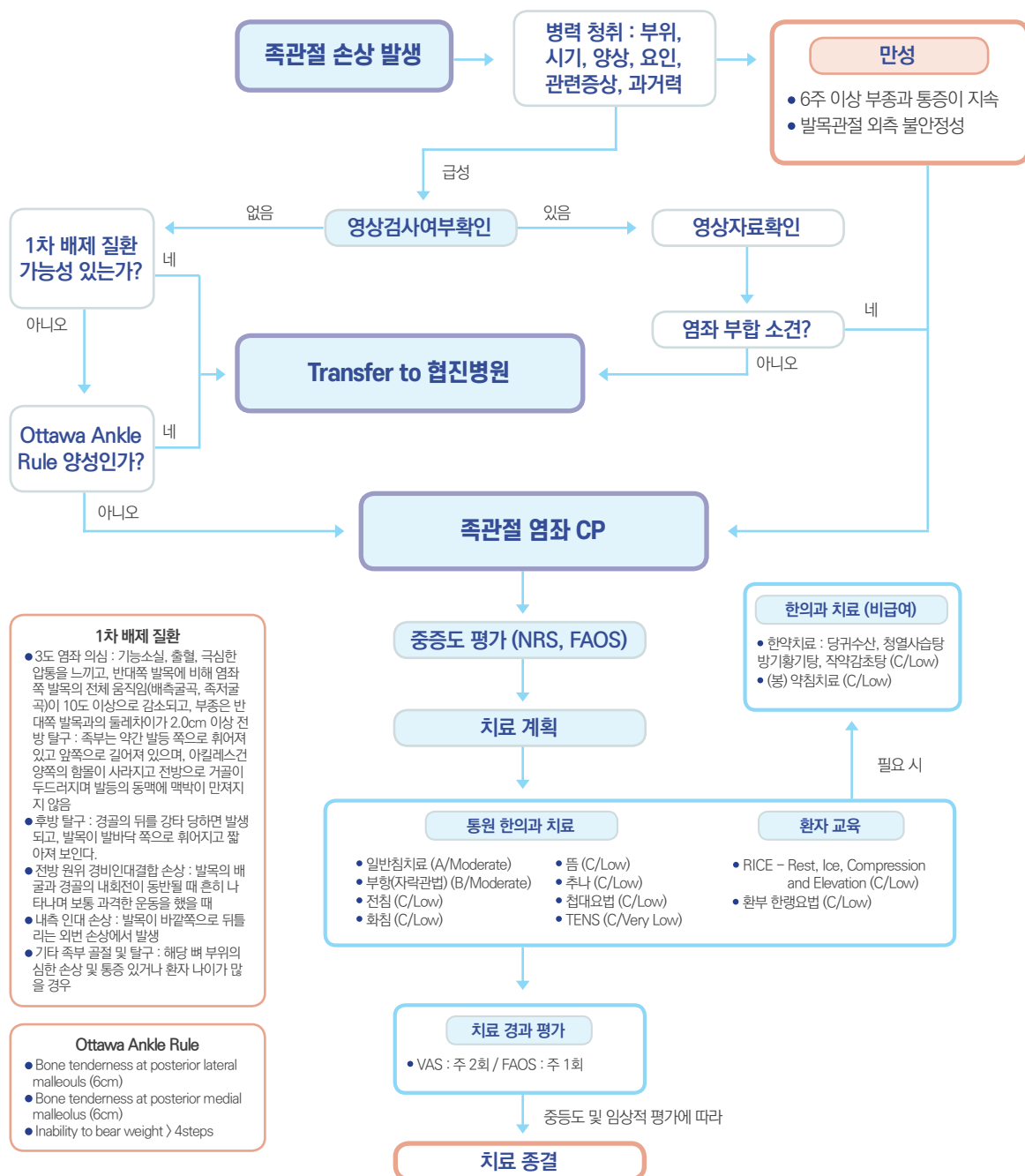
(2) 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
급성		
단독치료		
R5	성인 급성 족관절 염좌에 대한 증상 개선을 위해 일반침치료를 사용할 것을 권고한다.	A/Moderate
R6	성인의 급성 족관절 염좌에 일반적인 비수술 치료보다 일반침치료를 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R9	성인의 급성 족관절 염좌에 통증 감소와 기능 개선을 위한 단축을 위해 일반침 치료에 비해 동씨침치료와 동기요법의 시행을 고려할 수 있다. 치료혈로 소절(小節), 오호(五虎), 토수(土水) 등을 이용할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R12	성인의 급성 족관절 염좌에 변증에 따른 한약 처방을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 한약치료의 시행여부 및 투여처방과 한약재의 가감은 환자 개개인의 상태와 특성에 따른 담당 한의사의 변증을 통해 시행한다. - 어혈, 타박의 경우 당귀수산(當歸鬚散)을, 국소 부종과 발열을 동반한 경우 청열사습탕(淸熱瀉濕湯)을, 풍습의 경우 방기황기탕(防己黃芪湯), 근육의 경련을 동반한 경우 작약감초탕(芍藥甘草湯)을 고려할 수 있다.	C/Low
R21	성인의 급성 족관절 염좌에서 통증과 부종을 줄이기 위해 RICE요법을 시행하는 것을 고려할 수 있다. 단, 급성기 이후에는 Rest보다는 상태에 따라 적절한 운동(Exercise) 시행이 빠른 기능 회복에 유리할 수 있다.	C/Low
R22	성인의 급성 족관절 염좌에서 통증과 부종을 줄이기 위해 한랭요법을 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R23	성인의 급성 족관절 염좌에서 통증과 부종을 줄이기 위한 온열요법 사용을 권고하지 않는다. 임상적 고려사항 수상 후 부종과 통증이 있는 경우 온열요법보다는 한랭요법을 시행하는 것이 좋으나 담당 한의사가 환자 개개인의 특성과 증상에 따라 판단해야 한다.	D/Very Low
R24	성인의 급성 족관절 염좌에서 증상 개선을 위해 경피전기자극치료 시행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - RICE, 한랭 요법은 수상 후 부종과 통증이 있는 경우 시행하는 것이 좋으나 시행여부 및 시행기간은 환자의 경과에 따라 담당 한의사의 진료소견에 따라야 한다. - 수상 후 부종과 통증이 있는 경우 온열요법보다는 한랭요법을 시행하는 것이 좋으나 담당 한의사가 환자 개개인의 특성과 증상에 따라 판단해야 한다. - 수상 초기, 경피전기자극치료의 강한 자극이 통증을 증가 시키는 경우가 있으므로 환자 개개인의 특성과 증상에 따라 적절한 강도의 조절이 필요하다.	C/Very Low
병행치료		
R7	성인의 급성 족관절 염좌에 일반적인 비수술 치료를 이미 받고 있는 경우, 일반적인 비수술 치료와 일반침치료의 병행을 고려해야 한다.	B/Low
R13	성인의 급성 족관절 염좌에 통증의 감소를 위해 침치료와 봉약침치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 족외과 쪽 염좌에는 현종(GB39), 구허(GB40), 족임읍(GB41), 곤륜(BL60), 신맥(BL62), 족삼리(ST36), 족 내과 쪽 염좌에는 상구(SP5), 삼음교(SP6), 음릉천(SP9), 태계(KI3), 조해(KI6), 중봉(LR4) 등의 혈을 취혈 할 수 있으며, 봉약침의 농도는 20,000:1~3,000:1, 혈위당 0.05~0.1 cc 정도로 시술을 시작하고 필요할 경우 용량을 증량하여 적용할 수 있다. - 봉약침 시술 전 반드시 피부과민반응검사(skin test)를 시행하여 음성반응을 확인해야 한다. - 봉약침의 시술 여부 및 시술방법은 담당 한의사의 진료소견에 따라야 한다.	C/Low
만성		
R10	발병한 지 4주 이상 경과한 성인 만성 족관절 염좌 환자에 전침치료의 시행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 급성 통증의 경우 일반적으로 고빈도(100 Hz 전후 혹은 그 이상) 저강도, 만성 통증의 경우 저빈도(10 Hz 이하) 고강도의 자극을 시행하는 것으로 알려져 있다. - 전침의 강도는 일반적으로 환자가 불편해하지 않는 범위에서 근육 연축이 약하게 발생하는 정도의 시행을 고려하며, 이상 반응이 나타날 경우 강도를 낮추거나 중단해야 한다. - 전침치료는 통증제어에 효과적으로 급성 족관절 염좌에도 활용이 가능하며, 전침치료의 시행여부 및 방법은 담당 한의사의 진료소견에 따라야 한다.	C/Low
단독치료		
R11	성인의 만성적이고 완고한 족관절 염좌에 가열식 화침치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 화침치료 시 시술 부위에 물이 닿지 않도록 주의해야 하며 열자극으로 인한 조직 손상, 특히 신경 손상 가능성에 주의해야 한다. - 화상 방지를 위해 시술부위를 덮을 수 있는 방열판을 사용하는 것을 권장한다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R11	• 화침은 화상의 위험성이 크므로 시술 전 충분한 설명과 동의과정이 필요하며, 담당 한의사의 시술에 대한 숙련도가 요구된다. • 화상으로 물집이 잡힌 경우 신속하게 소독하여 감염을 예방해야 하며, 전체에 부드러운 화상 거즈를 사용하거나 담당 한의사의 판단에 따라 자운고를 도포하여 화상 부위를 최소화한다. • 화침은 4~6주간의 일반적인 보존치료로 호전되지 않는 완고한 만성 족관절 염좌에 적용되며 열증(熱證) 보다는 한증(寒證)에 적합하다.	
R15	성인의 만성 족관절 염좌의 통증 감소와 족관절 가동범위 개선을 위해 약물주입에 비해 뜬치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 뜬은 배기시설이 잘 갖추어지고 환기가 잘되는 곳에서 시술해야 한다. • 뜬으로 인해 화상이 발생했을 때는 화상 응급조치를 시행하여 이차 감염을 최대한 막아야 한다. • 뜬치료는 담당 한의사의 변증에 의해 만성뿐만 아니라 급성 족관절 염좌에도 고려될 수 있다.	C/Low
R19	족관절 염좌의 증상 완화와 족관절의 기능 회복 및 재발 방지를 위해 경근 천대요법(Taping therapy; 테이핑요법)을 사용할 것을 고려할 수 있다. 단, 족관절의 안정성(Stability)이 회복되면 점차 사용을 줄이는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 테이프의 부착부위에 상처가 있는 경우에는 부착에 주의하여야 한다. • 테이프 부착부위의 가려움증, 발적 등의 발생에 주의를 기울여야 하며, 오랜 시간의 부착은 피하는 것이 좋다.	C/Low
병행치료		
R14	성인의 만성 족관절 염좌에 통증의 감소와 족관절 가동범위개선을 위해 침치료와 봉약침치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 족외과 쪽 염좌에는 현종(GB39), 구허(GB40), 족임읍(GB41), 곤륜(BL60), 신맥(BL62), 족삼리(ST36), 족 내과 쪽 염좌에는 상구(SP5), 삼음교(SP6), 음릉천(SP9), 태계(KI3), 조해(KI6), 중봉(LR4) 등의 혈을 취혈할 수 있으며, 봉약침의 농도는 20,000:1~3,000:1, 혈위당 0.05~0.1 cc 정도로 시술을 시작하고 필요할 경우 용량을 증량하여 적용할 수 있다. • 봉약침 시술 전 반드시 피부과민반응검사(skin test)를 시행하여 음성반응을 확인해야 한다. • 봉약침의 시술 여부 및 시술방법은 담당 한의사의 진료소견에 따라야 한다.	C/Low
R16	성인의 만성 족관절 염좌의 통증 감소와 족관절 가동범위 개선을 위해 침치료와 뜬치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 뜬은 배기시설이 잘 갖추어지고 환기가 잘되는 곳에서 시술해야 한다. • 뜬으로 인해 화상이 발생했을 때는 화상 응급조치를 시행하여 이차 감염을 최대한 막아야 한다. • 뜬치료는 담당 한의사의 변증에 의해 만성뿐만 아니라 급성 족관절 염좌에도 고려될 수 있다.	C/Low
급/만성 공통		
R8	족관절 염좌의 침치료 혈위로 환측 곤륜(BL60), 구허(GB40) 태계(KI3), 해계(ST41), 족삼리(ST36), 신맥(BL62), 조해(KI6), 현종(GB39) 및 아시혈 사용을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 급성 족관절 염좌의 침치료 혈위는 상기 혈위를 고려하되 압통점에 따라 손상된 경락을 파악하여 치료혈위 및 치료방법을 결정해야 한다.	C/Low
R18	족관절 염좌 환자의 통증 감소와 족관절 가동범위개선을 위해 추나요법이나 수기요법을 시행하는 것을 고려할 수 있다. 단, 급성기 적용시에는 환자의 상태에 따라 주의가 필요하며, 통증이 감소하면 사용을 줄이는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 시술자는 추나요법의 일반적인 주의사항과 금기를 참고하여 적용하도록 하며, 해당 기법에 대하여 충분히 숙련된 후 시행해야 한다. • 추나요법의 시행여부 및 시행방법은 담당 한의사의 진료소견에 따라야 한다.	C/Low

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



수술 후 증후군 요추 수술 후 한의치료

(Z54.0, Z98.8)

한의표준임상진료지침



01 질환 개요

요추 수술 후 한의치료 한의표준임상진료지침에서 다루고 있는 질환은 요추 수술 후 증후군이며, 이는 요추 수술 후에 나타날 수 있는 모든 단계의 모든 증상으로 정의할 수 있다. 본 진료지침에서는 요추 수술의 대표적인 원인 질환인 추간판탈출증 및 척추관 협착증 등으로 시행된 요추 수술 후 나타나는 증상군을 다루었다. 따라서 요추 수술 후 증후군에는 수술 후 초기 수술로 인한 통증 환자뿐만 아니라 수술 후 회복기의 환자, 만성 통증 환자와 척수 수술 후 실패 증후군(Failed back surgery syndrome) 환자 및 요추 수술 후 요통 재발 환자 등 모든 환자를 포괄한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

요추 수술 후 환자의 통증, 기능 회복, 신경인성 증상 잔존 여부 등을 파악하기 위한 세밀한 진찰이 필요하다. 환자의 병력, 증상, 신경학적 검사, 이학적 검사 그리고 기본 X-ray 검사를 통한 척추의 배열 상태 확인, 추가적인 영상진단 등이 필요하다.

요추 수술 후 환자에 대한 진단 및 평가 시 환자의 치료계획을 세울 때 환자의 상태에 따른 개별적인 치료계획이 필요하다는 것을 인식하는 것이 중요하다. 이는 환자별로 시행한 수술 방법이 다양하며, 개인별 근골격계의 건강 상태, 수술 부위 통증의 정도, 치료에 대한 환자의 반응 및 효과에 대한 기대, 정신 사회적 문제 등 다양한 조건을 가지고 있으므로 현행 표준화된 프로토콜을 그대로 적용하기 전에 개별환자에게 적절한 치료법을 선택하는 것이 선행되어야 할 필요성이 있다.

(2) 변증

한의학에서 요추 수술 후 환자는 비증(痺證)의 범주에서 볼 수 있으며, 수술 후 시기 및 환자의 상태에 따라 변증 진단하여 기체증(氣滯證 U60.3), 혈어증(血瘀證 U61.2), 한습증(寒濕證 U50.3), 기혈양허증(氣血兩虛證 U62.4), 신허증(腎虛證 U71.6) 등으로 진단할 수 있다.

(3) 평가도구

요추 수술 후 통증 및 기능평가를 위하여 숫자통증척도(Numeric Rating Scale, NRS), 시각통증척도(Visual Analogue Scale, VAS), Oswestry 장애 척도(Oswestry Disability Index, ODI), RolandMorris 장애 설문지(Roland Morris Disability Questionnaire, RMDQ), 통증 없이 걷는 거리(Pain-free walking distance), 공포 회피 반응 설문지(Fear Avoidance Beliefs Questionnaire, FABQ) 등을 활용할 수 있다.

3. 예방 및 관리

환자의 심리적 안정이 중요하며, 만성 경과를 보이는 경우 우울 등이 동반될 수 있어 주의가 필요하다. 근력강화와 가벼운 운동을 통해 재발을 방지하고 관절운동범위를 회복하는 것이 권장된다. 걷기, 자전거 타기, 수영이나 아쿠아로빅을 고려할 수 있다. 일상생활에서 수술 부위에 무리가 되는 동작을 주의하고, 자세를 개선하도록 지도해야 한다.

* 상세 내용 수술 후 증후군 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 진단		
1.1) 의과 협진 의뢰		
R1	요추 수술 후 환자의 수술 부위에 대한 진찰 및 신체검진을 통해 감염, 척수증상, 신경증상 등이 의심되는 경우 의과 협진 의뢰를 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 요추 수술 후 환자 치료과정에서 의과 협진요청은 수술 후 감염 등이 의심되거나 극심한 통증 등이 발생하는 경우, 수술 후 환자의 주요 증상 재발이 의심되어 상세한 진단이 필요한 경우, 기타 상황에 따라 보다 적극적인 의과의 약물처치 등이 필요한 경우 등에 시행할 수 있다.	
1.2) 수술 후 시기별 진단		
R2	요추 수술 후 환자의 치료과정에서 통상적 재활치료와 병행되는 경우 수술 후 단계별 치료목표를 바탕으로 평가하고 치료계획이 수립하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 요추 수술 후 환자의 치료과정에서 수술부위의 조직학적 치유 및 감염관리, 수술 후 통증의 완화 및 관절 기능 회복(관절가동범위 및 근력 등) 등을 위하여 수술 후 초기, 중기, 재활기 각 단계별 적절한 치료목표를 설정하고 치료하는 것이 필요하다.	
1.3) 수술 후 한의변증진단		
R3	요추 수술 후 환자의 한의치료 계획시 어혈, 기체 변증을 우선적으로 고려하고, 환자 상태에 따라 장부, 기혈 변증에 따른 세부변증 진단을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 요추 수술 후 환자의 한의변증 진단 시, 수술 후 초기에는 어혈, 기체 변증을 우선적으로 고려하고, 중기 및 재활기 이후에는 환자상태에 따라 장부, 기혈변증 등에 따른 세부변증진단을 고려할 수 있다. 수술 후 환자들에게 근골격계 통증 및 불면 증상 외의 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신증상 등의 동반증상이 있을 수 있으며, 따라서 통증과 기능장애 외의 증상에 대한 면밀한 관찰을 통해 변증진단을 시행하는 것이 필요 하다.	
2) 치료		
2.1) 침 및 전침		
R4	요추 수술 후 환자에서 침치료 또는 전침치료 시행을 통해 통증감소가 확인되었다. 이에 따라 요추 수술 후 침치료 시행을 고려해야 한다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 요추 수술 후 환자 치료시 침치료는 수술후 시기에 따라 한의사의 진단에 의해 선혈하여 시행할 수 있다. 수술 후 초기 수술부위 인접 경혈에 대한 침치료시에는 감염 등에 유의하여 시술해야 하며, 수술 후 지속 또는 재발통증의 경우 원인에 대한 평가 및 필요한 경우 의과 협진 등을 병행하여 시행하는 것이 필요할 수 있다.	
수술 후 초기		
단독치료		
R4-1	요추 수술 후 초기 환자에서 수술직후 침치료를 시행한 군이 거짓침군에 비해 통증 감소가 나타난 것으로 확인되었다. 이에 따라 요추수술 후 초기환자에서 수술 직후 침치료시행을 고려해야한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 요추 수술 직후 침치료시 족태양방광경의 신수(BL23), 대장수(BL25), 관원수(BL26), 승부(BL36), 위중(BL40), 신맥(BL62), 족소양담경의 풍시(GB31), 양릉천(GB34), 환도(GB30) 등의 경혈을 한의사의 진단에 따라 선혈하여 시행할 수 있다. 수술 후 초기 수술부위 인접 경혈에 대한 침치료시에는 감염 등에 유의하여 시술해야 한다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R4-2	요추 수술 후 초기 환자에서 침치료를 시행한 군이 활성대조군(진통제)군에 비해 통증 감소 및 기능개선이 나타난 것으로 확인되었다. 이에 따라 요추수술후초기 환자에서 수술 직후 침 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Low

임상적 고려사항

요추 수술 직후 침치료시 족양명위경, 족태양방광경, 족소양담경의 경혈 및 임맥의 경혈 등을 한의사의 진단에 따라 선혈하여 시행할 수 있다. 수술 후 초기 수술부위 인접경혈에 대한 침치료시에는 감염 등에 유의 하여 시술 해야 한다.

수술 후 지속 또는 재발통증**(신경차단술) 병행치료**

R4-3	요추 수술 후 재활기 환자에서 침 또는 전침치료와 통상적 재활치료군이 통상적 재활치료 단독 시행군에 비해 통증감소 및 기능개선이 나타난 것으로 확인되었다. 이에 따라 요추 수술 후 재활기 환자에게 침 또는 전침치료 병행치료와 통상적 재활치료 병행 시행을 고려해야 한다.	B/Low
------	--	-------

임상적 고려사항

요추 수술후 재활기 환자 치료 시 요배부분만 아니라 하지의 신경인성증상에 대한 침 또는 전침치료는 임상적 활용도가 높은 치료이며, 신경인성 증상이 나타나는 부위에 따라 족양명위경, 족태양방광경, 족소양 담경의 경혈 및 요추 주변의 협척혈(EX-B2)을 한의사의 진단에 따라 선혈하여 시행할 수 있다. 수술부위에 인접한 경혈은 염증 등에 유의하여 시술하여야 한다.

단독치료

R4-4	요추 수술 후 지속 또는 재발통증 환자에서 침치료군은 활성대조군(신경차단술)에 비해 통증 감소가 나타난 것으로 확인되었다. 이에 따라 요추 수술 후 지속 또는 재발 통증 환자에게 침 치료 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
------	--	-------

임상적 고려사항

요추 수술 후 지속 또는 재발 통증 환자의 침치료 시에는 요추 주변의 협척혈(EX-B2) 등을 한의사의 진단에 따라 선혈하여 시행할 수 있다. 요추 수술 후 지속 또는 재발통증의 원인에 대한 평가 및 필요한 경우 의과 협진 등을 병행하여 시행하는 것이 필요할 수 있다.

2.2) 한약**수술 후 재활기 혹은 지속 또는 재발통증****(통상적 재활치료) 병행치료**

R5	요추 수술 후 재활기 혹은 지속 또는 재발통증환자에서 한약치료와 통상적 재활 치료와의 병행 혹은 통합한방치료를 병행치료로서 한약 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
----	---	------------

임상적 고려사항

요추 수술 후 재활기 혹은 지속 또는 재발통증환자의 빠른 회복을 도모하기 위하여 활혈화어(活血化瘀), 서근활락(舒筋活絡), 진통(鎮痛)하는 활락탕(활락탕), 보양환오탕(補陽還五湯) 등의 처방을 활용할 수 있으며, 요추 수술후 중기 또는 재활기 이후 통증 및 하지저림 등의 증상에 대하여 한의사의 진단에 따라 독활 기생탕(獨活寄生湯), 오적산(五積散), 보익양위탕(補益養胃湯), 심전대보탕(十全大補湯), 육미지황탕(六味地黃湯) 등을 고려할 수 있다. 환자의 통증 및 불편증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신증상 등을 면밀하게 파악하는 것이 필요하다.

2.3) 약침 또는 봉약침**수술 후 재활기 혹은 지속 또는 재발통증****(통상적 재활치료) 병행치료**

R6	요추 수술 후 재활기 혹은 지속 또는 재발 통증환자에서 약침 또는 봉약침치료와 통상적 재활치료 혹은 통합한방치료를 병행 하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
----	--	-------

임상적 고려사항

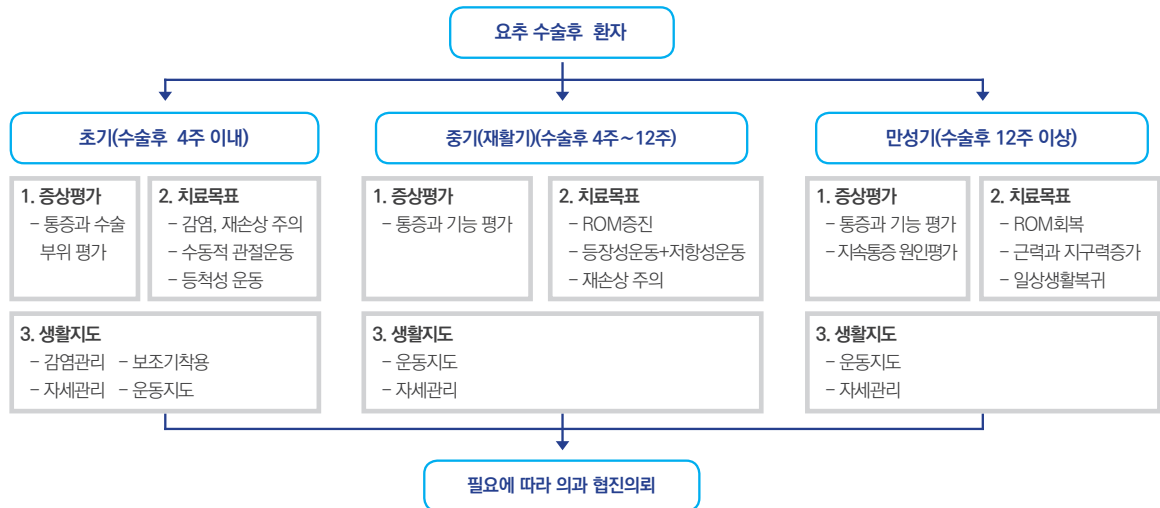
요추 수술 후 재활기 혹은 지속 또는 재발 통증치료를 위한 약침 또는 봉약침 치료시 족태양방광경의 경혈 혹은 협척혈(EX-B2) 등을 한의사의 진단에 따라 선혈하여 시행할 수 있다. 봉약침 시술을 위해서는 처치 전 과민반응 검사가 사전에 꼭 필요하며, 용량 및 시술 주기 등에 대해 신중한 결정이 필요하다. 수술부위에 인접한 경혈은 염증 등에 유의하여 시술하여야 한다.

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2.4) 추나		
수술 후 재활기		
단독치료		
R7	요추 수술 후 재활기 환자에서 추나치료군이 활성대조군(진통제 또는 자가 운동 치료)에 비해 통증감소 및 기능개선이 나타난 것으로 확인되었다. 이에 따라 요추 수술 후 재활기 환자에게 추나치료 시행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 요추 수술 후 재활기 환자에게 척추부 통증 및 하지 통증 치료를 위하여 요추주변경혈, 근육에 대한 압박기법 및 요추부 근육에 대한 근막기법, 족와위 요추 신연기법 등의 추나기법을 한의사의 진단에 따라 시행할 수 있으며, 필요한 경우 골반부위, 경흉추부에 대한 추나기법이 시행될 수 있다. 수술 시기 및 환자 상태에 따라 추나기법 선정 및 시술에 있어 주의가 필요하다.	C/Low
2.5) 운동 및 재활		
수술 후 재활기		
단독치료		
R8	요추 추간판탈출증 수술 후 환자에서 운동 및 재활 치료군이 무처치 혹은 교육 등의 일반적 관리군 보다 유의한 통증 감소 및 기능 개선 효과가 나타난 것으로 보고 되었다. 이에 따라 요추 추간판탈출증 수술 후 환자에서 운동 및 재활치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 요추 추간판탈출증 수술 후 환자에게 수술 후 재활기 적극적인 운동치료를 시행하는 것은 이견이 있으나 유산소 운동, 스트레칭의 기본적인 운동외에도 요추 안정화운동, 요추움직임 향상을 위한 운동, 근력강화(복근 및 척추 주변)운동요법 등을 시행하는 것을 수술 후 환자의 기능개선을 위하여 고려할 수 있다. 수술 후 초기에는 움직임을 제한하는 것이 일반적이며, 본격적인 운동요법은 수술 후 4주 이후 권고되고 있으며, 보행 등의 운동은 혈전방지 등을 위하여 비교적 초기부터 권장되고 있다. 적극적인 운동 및 재활치료 시행 시에는 시행의 이득과 다른 중재와의 비교선택이 필요한 경우도 있다.	C/Low
R9	요추 척추관 협착증 수술 후 환자에서 운동 및 재활치료군이 자가관리 혹은 교육 등의 일반적 관리군보다 유의한 통증감소 및 기능개선이 나타난 것으로 보고되었다. 이에 따라 요추 척추관 협착증 수술 후 환자에서 운동 및 재활치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 요추 협착증 수술 후 환자에게 수술 후 적극적인 운동치료를 시행하는 것은 이견이 있으며, 협착증 수술 후 자가 비교적 고려인 점을 감안하여 치료를 시행하여야 한다. 운동 및 재활치료 시행시에는 수술 후 시기, 환 자의 상태 (연령과 체력, 합병증 유무 등) 등을 고려하여 치료를 시행하는 것의 이득을 평가하고, 다른 중재 와의 비교선택 을 하여야 하는 경우도 있다. 일반적으로 요추 수술4주 이후부터 운동 치료 시행을 고려할 수 있다. 또한 환자의 통증 및 불편 증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신 증상등을 면밀히 파악 해야 한다.	C/Low
2.6) 뜸치료		
수술 후 지속 또는 재발통증		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R10	요추 수술 후 지속 또는 재발 통증 환자에게 뜸 치료를 시행한 결과, 통증 감소 및 기능개선 효과가 관찰되었다. 이에 요추 수술 후 지속 또는 재발 통증환자에게 뜸 치료 시행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 요추 수술 후 지속 또는 재발 통증이 있는 환자에게 뜸치료시 경락변증 등을 활용한 한의사의 진단에 따라 족양명 위경, 족태양방광경, 족소양담경 등의 경혈에 뜸치료를 시행할 수 있다. 수술부위 인접 경혈 및 하지부에 시술할 때 감각 저하로 인한 화상 혹은 감염 등에 유의하여 시술하여야 한다. 또한 환자의 통증 및 불편증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신증상 등을 면밀하게 파악해야 한다.	C/low

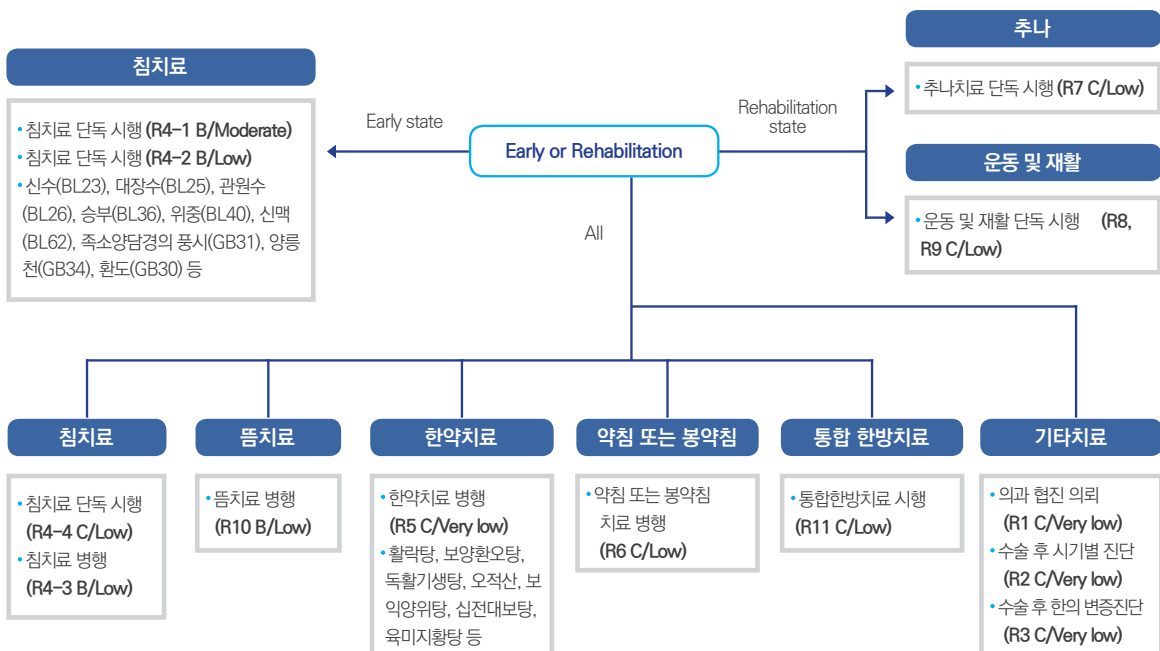
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2.7) 통합한방치료		
수술 후 환자 혹은 수술 후 지속 또는 재발통증		
단독치료		
R8	경향통과 요통을 주소로 하는 성인(19~70세) WAD(Whiplash Associated Disorders, 교 통사고상해증후군) I, II 환자의 통증 및 기능 개선을 위해 통상적 치료(한방)만을 시행하는 것보다 한방물리요법 단독 또는 통상적 치료(한방)를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 환자의 증상과 상태를 고려하여 한의사의 판단에 따라 전기자극요법, 광선요법, 수치료요법, 도인운동요법 등을 고려할 수 있다.	C/Very Low
9) 한약		
단독치료/병행치료		
R11	요추 수술 후 환자 혹은 요추 수술 후 지속 또는 재발 통증 환자에서 나타날 수 있는 다양한 증상에 대해 침, 약침(봉약침), 한약, 추나 및 한방물리요법 등의 통합 한방치료 시행이 통증 감소, 기능개선 및 증상완화를 나타낸 것으로 관찰되었다. 이에 따라, 요추 수술 후 환자 혹 은 요추 수술 후 지속 또는 재발 통증 환자에게 침과 전침, 부항요법, 뜸치료, 약침(봉약침), 한약, 추나 및 한방물리요법 등의 통합 한방치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 요추 수술 후 지속 또는 재발 통증 환자 혹은 요추 수술 후 발생한 하지불안증후군, 족하수(足下垂), 신경인 성방 광, 요실금(尿失禁) 등의 증상에 대해 한의사의 진단에 따른 통합한방치료를 시행하는것을 고려할 수 있다. 수술 후 지속 또는 재발통증의 원인 및 수술 후 치료 경과, 시행받고 있는의과적 처치등에 대한 파악이필요하며, 수술 후 발생한 다양한 증상의 중증도 판단과 의과협진의 필요성등을 고려하여 치료를 시행하여야 한다.	C/low

05. 진료흐름도

요추수술후 환자 진료흐름도



요추수술후 환자 한의치료



수술 후 증후군

회전근개 수술 후 한의치료 (Z54.0, Z98.8) 한의표준임상진료지침



01 질환 개요

수술후증후군(Postoperative syndrome)은 각종 수술 후에 나타나는 다양한 증상으로 인해 환자들이 불편감을 느끼는 증상의 조합을 통칭한다. 회전근개 수술 후 증후군은 회전근개 손상 및 질환 치료를 목적으로 회전근개 관련 수술을 시행한 후 모든 단계(수술직후~재활기)에서 나타나는 모든 불편 증상 및 수술 회복기 이후 지속되는 통증 및 불편 증상으로 정의할 수 있으며, 주요 증상은 통증, 움직임 제한, 뻣뻣함 등을 포함하는 기능부전 또는 각종 수술 후유증 등을 포함한다. 질병 세분류 상 수술 후 회복기(Z54.0), 기타 명시된 수술후 상태(Z98.8), 회전근개 증후군(M75.1) 혹은 기타 관련 상병으로 진단할 수 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

회전근개 수술 후 증후군 환자에 대한 진단 및 평가는 병력청취, 변증진단, 이학적 검사, 영상진단 등의 순서로 이루어지며, 수술 후 시기에 따른 환자의 상태를 고려하여 진료 목표를 설정한다. 수술 부위를 확인하고 내원 시의 어깨 가동 범위와 보조기의 착용 여부를 확인하여 환자의 진찰 결과에 따라 필요한 경우 영상진단 및 진단의학적 검사를 진행하고, 이에 따라 진단 및 증상 완화를 위한 치료를 실시한다. 수술 후 증후군 환자들의 경우 수술에 대한 공포와 통증에 대한 회피 반응으로 인하여 기능 해부 및 생체역학적인 모델 이외 다른 진단 및 평가적 접근이 필요한 경우가 있다.

문진을 통해 통증부위 및 통증의 정도, 기타 불편한 증상과 시행받은 수술명, 수술을 받게 된 어깨통증의 원인 질환 및 감염, 부종, 감각저하, 상완신경총 손상, 극심한 통증 등의 여부를 확인한다. 이학적 검사는 경추부의 평가와 상지의 신경학적 검진을 먼저 시행하고, 반대측의 어깨와의 비교평가도 반드시 시행한다. 양측 어깨에 대한 시진, 촉진, 통 한 압통(tenderness) 확인, 능동적 및 수동적 운동범위(ROM)평가, 유발검사(provocation test) 및 근력검사 등을 실시한다. 손상 정도를 확인하기 위한 목적으로 초음파 검사, MRI 등 영상진단을 시행한다.

(2) 변증

한의학에서 회전근개 수술후 환자는 비증(痺證)의 범주에서 볼 수 있으며, 수술 후 시기 및 환자의 상태에 따라 변증진 단하여 기체증(氣滯證 U60.3), 혈어증(血瘀證 U61.2), 습담증(濕痰證U63.7), 기혈양허증(氣血兩虛證 U62.4), 비 기허증(脾氣虛證 U68.0) 등으로 진단할 수 있다.

(3) 평가도구

회전근개 수술 후 통증 및 기능평가를 위하여 숫자통증척도(Numeric Rating Scale, NRS), 시각통증척도(Visual Analogue Scale, VAS), 관절가동범위(Range of Motion, ROM), 어깨 통증 및 장애평가 척도(Shoulder Pain and Disability Index, SPADI) 등을 활용할 수 있다.

3. 예방 및 관리

보조기를 잘 착용하게 하며, 서서히 근력을 강화하는 운동을 시행하여 잘 유지될 수 있도록 도와준다. 경추 굴곡근 강화운동이나 소흉근 스트레칭 등 경추부 및 어깨 쪽 관련 운동 지도가 필요하다. 생활에서는 자세 및 습관에 대한 지도가 필요하다. 금주와 금연이 필요하며 아픈 어깨를 깔고 자지 않도록 하고 수술부위에 무리가 되거나 좋지 않은 동작에 대해 충분히 알려준다. 갑작스럽게 운동량을 늘리지 않도록 주의시킨다. 환자가 경추와 어깨의 정상적인 위치 및 올바른 자세를 취할 수 있도록 자세 관리를 도와준다.

* 상세 내용 수술 후 증후군 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 진단		
1.1) 의과 협진 의뢰		
R1	회전근개 수술후 환자에 대한 수술 부위에 대한 진찰 및 신체검진을 통해 감염, 재파열 등이 의심되는 경우 의과 협진 의뢰를 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 회전근개 수술후 환자 치료과정에서 의과 협진의뢰는 수술후 감염 등이 의심되거나 극심한 통증 등이 발생하는 경우, 수술 후 환자의 재파열이 의심되어 상세한 진단이 필요한 경우, 기타 상황에 따라 보다 적극적인 의과의 약물처치 등이 필요한 경우 등에 시행할 수 있다.	
1.2) 수술 후 시기별 진단		
R2	회전근개 수술후 환자의 치료과정에서 통상적 재활치료와 병행되는 경우 수술 후 단계별 치료목표를 바탕으로 평가하고 치료계획이 수립하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 회전근개 수술후 환자의 치료과정에서 수술부위의 조직학적 치유 및 감염관리, 수술후 통증의 완화 및 어깨 관절 기능 회복(관절가동범위 및 근력 등) 등을 위하여 수술후 초기, 중기, 재활기 각 단계별 적절한 치료목표를 설정하고 치료하는 것이 필요하다.	
1.3) 수술 후 한의변증진단		
R3	회전근개 수술후 환자의 한의치료 계획 시 어혈, 기체 변증을 우선적으로 고려하고, 환자 상태에 따라 장부, 기혈 변증에 따른 세부변증 진단을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 회전근개 수술후 환자의 한의변증진단시, 수술후 초기에는 어혈, 기체 변증을 우선적으로 고려하고, 환자 상태에 따라 장부, 기혈 변증 등에 따른 세부변증 진단을 고려할 수 있다. 수술 후 환자에게 근골격계 통증 및 불편증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신 증상 등이 있을 수 있으며, 따라서 통증과 기능장애 외의 증상에 대한 면밀한 관찰을 통해 변증진단을 시행하는 것이 필요하다.	
2) 치료		
2.1) 수술후 초기		
2.1.1) 침		
단독치료		
R4	회전근개 수술후 초기 환자에서 침치료는 거짓침군에 비해 유의한 통증 및 기능 개선이 확인되었다. 이에 따라 회전근개 수술후 초기 환자에서 침치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 회전근개 수술후 초기 환자의 수술 어깨 통증 감소 및 기능 향상을 위해 체간, 양측 하지, 대측 상지의 원위부위 경혈을 한의사의 진단에 따라 선혈하여 침치료 시행을 고려해야한다.	
2.1.2) 한약		
단독치료		
R5	회전근개 수술후 초기 환자에서 한약치료는 무처치 대조군에 비해 유의한 통증 감소 및 운동범위 증가가 확인되었다. 이에 따라 회전근개 수술후 초기 환자에서 한약치료 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 회전근개 수술후 초기 한약 기본처방으로 건응탕(肩凝湯), 소담제습탕(消痰際濕湯), 서경탕(舒經湯) 등 활혈화어(活血化瘀), 서근활락(舒筋活絡)하는 처방을 시행할 수 있다. 기본처방에 환자의 상태 및 변증을 고려하여 약물을 가감할 수 있다. 환자에 따라 한약을 응용한 외치 요법을 시행할 수 있으며, 수술후 회복기에는 한의사의 진단에 따라 보비위(補脾胃), 보간신(補肝腎)을 목적으로 처방을 시행할 수 있다. 외치요법의 시행 시에는 수술부위 감염 등에 유의해야 하며, 또한 어깨관절의 통증 및 불편 증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신 증상 등을 면밀히 파악해야 한다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2.2) 수술후 재활기		
2.2.1) 침		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R6	회전근개 수술후 재활기 환자에게 통상적 재활치료를 시행하는 과정에서 침치료를 병행하는 것은 통상적 재활치료 단독 시행에 비해 유의한 통증 감소 및 운동범위 증가가 확인되었다. 이에 따라 회전근개 수술후 재활기 환자에서 침치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 회전근개 수술후 재활기 환자의 통상적 재활치료 과정에서 견관절 주위 아시혈과 견료(TE14), 견우(LI15), 견정(GB21), 견전(UE12) 등의 어깨 주위 경혈 혹은 상부 승모근, 극상근, 극하근, 중삼각근 등의 통증유발점 및 원위취혈을 통해 침치료 병행을 고려해야한다. 이 때, 수술 부위에 인접한 경혈은 주의하여 시술하여 감염 등에 유의해야 하고, 견정 (GB21) 등 흉곽 주위 경혈 시술시에는 공기가슴증을 유의해야 한다. 또한 환자의 통증 및 불편 증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신 증상등을 면밀하게 파악하는 것이 필요하다.		
2.2.2) 전침치료		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R7	회전근개 수술후 재활기 환자에게 통상적 재활치료를 시행하는 과정에서 전침치료를 병행하는 것은 활성대조군(초음파)과 통상적 재활치료를 병행하는 것에 비해 통증 감소와 기능 향상에 유의한 효과가 확인되었다. 이에 따라 회전근개 수술 후 재활기 환자의 통상적 재활치료시 전침치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 회전근개 수술후 재활기 환자의 재활치료 과정에서 견료(TE14), 견우(LI15), 견정(GB21), 천총(SI11) 등의 어깨 주위 경혈 및 원위취혈을 통해 전침 치료 병행을 고려해야한다. 이 때, 수술 부위에 인접한 경혈은 주의하여 시술하여 감염 등에 유의해야 하고, 견정 (GB21) 등 흉곽주위 경혈 시술 시에는 공기가슴증을 유의해야 한다.		
R8	회전근개 수술후 재활기 환자에게 통상적 재활치료를 시행하는 과정에서 전침치료를 병행하는 것은 통상적 재활치료 단독 시행에 비해 통증감소와 기능향상에 유의한 효과가 확인되었다. 이에 따라 회전근개 수술후 재활기 환자의 통상적 재활치료시 전침치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 회전근개 수술후 재활기 환자의 재활치료 과정에서 견전(UE12), 견료(TE14), 견우(LI15) 등의 어깨 주위 경혈에 대해 전침치료 병행을 고려해야한다. 환자의 상태 및 한의사의 진단에 따라 근위부 및 원위부 경혈이 추가될 수 있으며, 이 때, 수술 부위에 인접한 경혈은 감염 등에 유의하여 시술하고, 견정 (GB21) 등 흉곽주위 경혈 시술시에는 공기가슴증을 유의해야 한다.		
2.2.3) 온침		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R9	회전근개 수술후 재활기 환자에게 통상적 재활치료를 시행하는 과정에서 온침치료를 병행하는 것은 통상적 재활치료 단독 시행에 비해 통증감소와 기능향상에 유의한 효과가 확인되었다. 이에 따라 회전근개 수술후 재활기 환자의 통상적 재활치료 시 온침치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 회전근개 수술후 환자의 통상적 재활치료 과정에서 견전(UE12) 견우(LI15), 견정(SI9) 등 어깨주위 경혈에 대한 온침치료 병행을 고려해야 한다. 수술 부위에 인접한 경혈은 감염 등에 유의하여 시술한다.		
2.2.4) 약침(봉약침)		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R10	회전근개 수술후 재활기 환자에서 통상적 재활치료 단독시행보다 약침(봉약침)치료와 통상적 재활치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 회전근개 수술후 재활기 환자에서 약침(봉약침) 치료 경혈로는 견우(LI15), 견료(TE14), 천총(SI11), 결본(ST12), 견정(GB21), 견중수(SI15), 견외수(SI14) 등 어깨 주위 경혈 및 아시혈 등에 시행을 고려할 수 있다. 견정 (GB21) 등 흉곽주위 경혈 시술시에는 공기가슴증을 유의해야 한다. 약침(봉약침) 시술을 위해서는 처치전 과민반응 검사가 사전에 꼭 필요하며, 용량 및 시술 주기 등에 대해 신중한 결정이 필요하다. 또한 환자의 통증 및 불편 증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신 증상등을 면밀하게 파악하는 것이 필요하다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2.2.5) 뜸		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R11	회전근개 수술후 재활기 환자에서 통상적 재활치료 단독 시행보다 뜸치료와 통상적 재활치료의 병행을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 뜸치료는 단독으로 시행하기보다는 다른 한방치료와 함께 복합적으로 시행되는 것이 보편적이기에, 회전근개 수술후 재활기 환자에서도 뜸 병행치료의 임상적 활용도는 높다. 침치료를 시행하는 경혈부위(견관절 주위 아시혈과 견요(Te14), 견우(L15), 견정(GB21), 견전(UE12) 등)에 뜸치료를 시행할 수 있다. 또한 환자의 통증 및 불편 증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신 증상을 면밀하게 파악하는 것이 필요하다.	
2.2.6) 추나		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R12	회전근개 수술후 재활기 환자에서 통상적 재활치료 단독 시행보다 추나치료와의 통상적 재활치료의 병행을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 추나치료는 회전근개 수술후 재활기 환자에서 수술후 시기에 따라 기법을 신중하게 선택하여야 하며, 수술 후 재활단계에 따라 능동보조 및 능동 관절가동범위를 증진 시킬 수 있는 관절가동기법과 근력증진을 위한 근막추나기법을 시행할 수 있다. 필요시 경추부, 주관절 및 완관절 등에 대한 추나 치료를 함께 시행하는 경우도 있다. 이때, 수술부위에 통증이 유발되지 않도록 유의하여야 하며, 수술 후 단계 및 환자의 상태에 따라 견관절에 대한 관절가동기법 등을 시행하는 것에는 주의가 필요하다.	

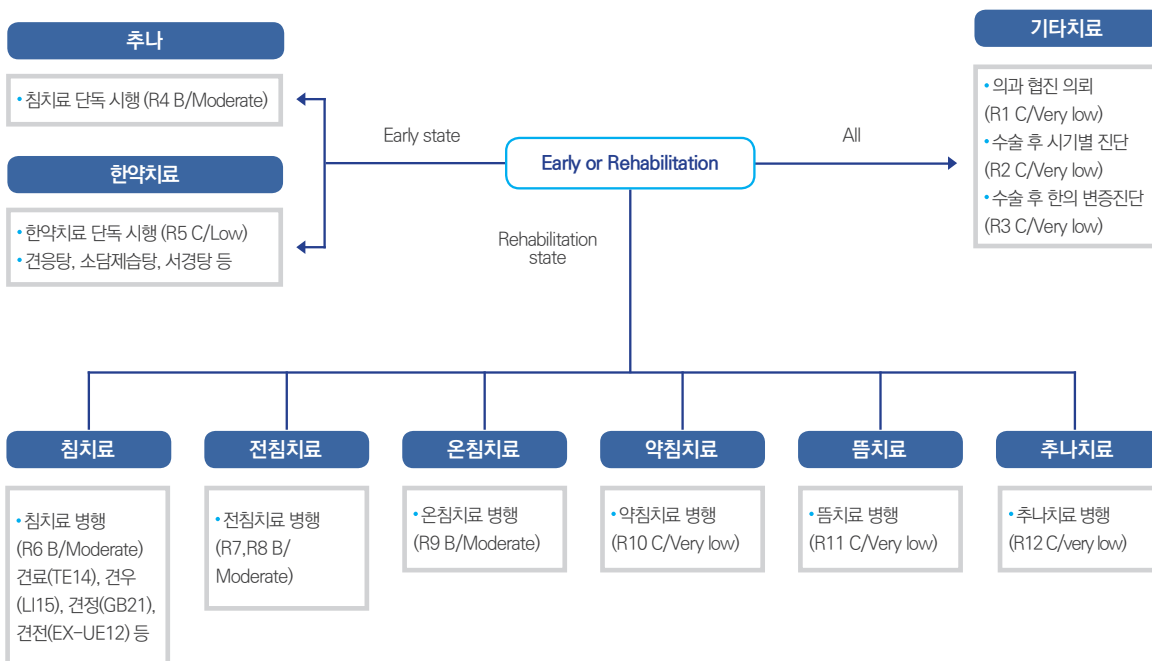
- * 수술후 초기: 적극적 재활이 이루어지지 않는 시기(보조기 착용으로 움직임 제한을 해야 하는 시기), 수술 후 약 3~4주간의 기간
- * 수술후 재활기: 회복이 어느정도 이루어지는 수술 후 12주까지의 전 기간
- * 통상적 재활치료: 회전근개 수술후 환자에게 시행되는 통상적인 재활치료의 방법을 의미하며, 견해에 따라 방법에는 약간의 차이가 있을 수 있으나 전통적인 재활치료의 관점에서 보고 있는 수술후 6주간의 부동고정 이후 수술후 12주까지 이루어지는 복합적인 물리치료, 수기치료 등을 의미한다.

05. 진료흐름도

회전근개 수술 후 환자 진료흐름도



회전근개 수술 후 환자 한의치료



수술 후 증후군

슬관절 전치환술 후 한의치료 (Z96.64) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

슬관절전치환술은 동통이 있거나 변형이 있는 퇴행성 관절염 및 류마티드 관절염, 외상성 관절염이 있는 환자에서 동통의 완화 및 관절운동의 개선과 안정성 부여, 변형의 교정을 목적으로 뼈와 인대를 제거하고 특수금속 및 플라스틱으로 치환하는 마지막 치료 방법에 해당된다. 인공관절 전치환술의 결과로 환자들은 통증감소와 기능 향상을 경험하게 된다. 그러나 약간의 위험요소가 존재하게 되며 완전히 재활을 마치는데 약 3개월에서 6개월의 시간이 필요하다. 또한 대체한 인공관절도 결국 닳게 되며 2차 치환술이 필요한 경우도 있다. 질병 세분류 상 수술 후 회복기(Z54.0), 기타 명시된 수술후 상태(Z98.8), 원발성 무릎관절증(M170, M171) 혹은 기타 관련 상병으로 진단할 수 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

무릎 수술후 환자에 대한 진단 및 평가 시 환자의 상태에 따른 개별적인 치료계획이 필요하다는 것을 인식하는 것이 중요하다. 수술 방법, 통증의 정도, 환자의 기대, 치료에 대한 반응, 근골격계의 건강상태, 정신사회적 문제 등 다양한 조건을 가지고 있으므로 프로토콜을 그대로 적용하기 전에 개별적인 환자에게 가장 필요한 치료법이 무엇인지 것이 골라서 접근하는 것이 필요하다.

이학적 평가로는 부종, 삼출, 발열 등을 촉진 및 외관 검사를 통해 파악하고, 압통 부위를 찾는 것이 중요하며, 능동/수동적 관절 가동 검사도 반드시 시행해야 한다. 보행 패턴 분석, 불안정성 징후에 대한 객관적인 평가 및 주변 관절 구조물에 대한 평가도 병행되어야 한다. 영상의학적 검사로 단순방사선검사, CT, MRI 검사를 활용할 수 있다. ESR, CRP 등의 실험실 검사와 관절 윤활액 흡인 검사를 실시하기도 한다.

(2) 변증

한의학에서 슬관절 수술 후 환자는 비증(痺證)의 범주에서 볼 수 있으며, 수술 후 시기 및 환자의 상태에 따라 변증진단하여 기체증(氣滯證 U60.3), 혈어증(血瘀證 U61.2), 한습증(寒濕證 U50.3), 기혈양허증(氣血兩虛證 U62.4), 간신음허증(脾氣虛證 U78.4) 등으로 진단할 수 있다.

(3) 평가도구

슬관절 기능 평가항목	운동범위	움직임 각도(ROM angle), 굴곡구축, CPM(contiguous passive motion unit) 각도, 신전구축, 최대 굴곡각도
	전반적 기능	HSS(hospital for special surgery), KS(knee society), AKS(American Knee Society), WOMAC(Western Ontario & McMaster Universities osteoarthritis index)
	활동 평가	책상 다리, 하지 직거상 시기, 무릎 꿇기
	보행 평가	6분 보행 검사(6 minutes walking test, 6MWT), 일어나서 걷기 검사(time up & go test, TUGT), 보행 상태(walking state)
	근력 평가	하지 근력(muscle strength of leg)의 평가
	균형 평가	버그 균형 척도(Berg balance scale, BBS), 균형능력(balance ability)
무릎 통증		VAS(visual analogue scale), NRS(numeral rating scale)
감정 상태		우울(depression) 평가
삶의 질		SF-12(12-item short form survey), SF-36(36-item short form survey), 자체 건강 상태 평가(self-rated health status)
투약 평가		진통제의 누적 사용량, 추 진통제 요구량, 항소양제, 경막 외 통증자가 조절 펌프 사용량
부작용		소화기계 증상(오심, 구토, 헛구역질)과 가려움, 어지럼, 진정

3. 예방 및 관리

수술 후 초기에는 침상에서 할 수 있는 운동을 교육할 수 있으며, 일정 기간 회복 이후, 수중 보행 운동 또는 엉덩이 근력강화 운동 및 적절한 균형 운동을 통해 슬관절 기능 상태와 움직임에 긍정적인 영향을 줄 수 있는 운동 요법 지도가 필요하다. 또한 코어 근육을 강화할 수 있는 운동과 무릎 주위 근육 스트레치 방법을 교육한다. 쫓그려 앉는 자세, 계단보행, 점프, 양반 다리 등을 금지하는 것이 좋다. 또한 금주와 금연이 필요하며 환자의 체중 감량 또는 조절을 지도하는 것이 필요하다. 좋지 않은 생활 습관이나 자세가 통증을 유발할 수 있음을 알리고 자세 개선을 유도한다.

* 상세 내용 수술 후 증후군 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 진단		
1.1) 의과 협진 의뢰		
R1	슬관절전치환술 후 환자의 수술 부위에 대한 진찰 및 신체검진을 통해 감염, 신경손상 등이 의심되는 경우 의과 협진 의뢰를 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 슬관절 전치환술 환자 치료과정에서 의과 협진의뢰는 수술후 감염 등이 의심되거나 극심한 통증 등이 발생하는 경우, 수술 후 환자의 주요 증상 재발이 의심되어 상세한 진단이 요망되는 경우, 기타 상황에 따라 보다 적극적인 의과의 약물처치 등이 필요한 경우 등에 시행할 수 있다.	
1.2) 수술 후 시기별 진단		
R2	슬관절전치환술 후 환자의 치료과정에서 통상적 재활치료와 병행되는 경우 수술 후 단계별 치료목표를 바탕으로 평가하고 치료계획을 수립하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 슬관절 전치환술 환자 치료과정에서 수술부위 조직학적 치유 및 감염관리, 수술후 통증의 완화 및 슬관절 기능 회복(관절가동범위 및 근력 등) 등을 위하여 수술후 초기, 중기, 재활기 각 단계별 적절한 치료목표를 설정하고 치료하는 것이 필요하다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
-----------	-------	---------------

1.3) 수술 후 한의변증진단

R3	슬관절전치환술 후 환자의 한의치료 계획시 변증진단을 고려할 수 있다.	C/Very Low
----	--	------------

임상적 고려사항

슬관절 전치환술 환자의 한의변증 진단 시, 수술후 초기에는 어혈, 기체 변증을 우선적으로 고려하고, 환자 상태에 따라 장부, 기혈 변증 등에 따른 세부변증 진단을 고려할 수 있다. 수술 후 환자에게 근골격계 통증 및 불편증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신 증상 등이 있을 수 있으며, 따라서 통증과 기능장애 외의 증상에 대한 면밀한 관찰을 통해 변증진단을 시행하는 것이 필요하다.

2) 치료

2.1) 침치료

R4	슬관절전치환술 후 환자에서 침치료 시행 후, 수술부위의 통증감소와 기능회복이 확인되었다. 이에 따라 슬관절전치환술 후 환자에게 침치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
----	---	------------

임상적 고려사항

슬관절 전치환술 후 침치료는 수술후 시기 및 환자의 상태를 고려하여 시행할 수 있으며, 한의사의 진단에 의한 경락변증에 따라 족양명위경(ST), 족태음비경(SP), 족태양방광경(BL), 족소음신경(KI), 족소양담경(GB), 수양명대장경(LI), 수태양소장경(SI), 수태음폐경(LU), 임맥(CV) 등의 근위부, 원위부 경혈 및 아시혈에 시행할 수 있다. 수술후 초기 침치료시에는 감염 등에 유의해야 한다.

수술후 초기

단독치료

R4-1	슬관절전치환술 후 초기 환자에서 침치료군이 거짓침군에 비해 단기적인 통증감소가 나타난 것으로 확인되었다. 이에 따라 슬관절전치환술 후 초기 환자에게 침 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
------	--	------------

임상적 고려사항

슬관절 전치환술 수술후 초기 침치료시 혈해(SP10), 양구 (ST34), 위중(BL40), 슬관(LR7), 족삼리(ST36) 등의 무릎주위 경혈 및 두침(감각영역, GV20, GV24), 이침 등의 경혈과 슬관절 주변 근육의 통증유발점에 대한 침치료를 시행할 수 있다. 침치료로 통증감소 효과를 평가할 때 진통제 복용량 감소 등의 항목도 평가할 수 있으며, 치료효과에 대한 평가기간의 설정시 단기간의 평가보다는 재활기까지의 경과를 관찰하는 것이 중요하다. 또한 수술후 통증발생에는 다양한 원인이 있을 수 있으므로 이에 대한 복합적 고려가 필요하다. 침치료시 수술후 초기인점을 감안하여 시술시 감염 등에 유의해야 한다.

수술후 재활기

(통상적 재활치료) 병행치료

R4-2	슬관절전치환술 후 재활기 환자에서 침치료와 통상적 재활치료 병행군이 통상적 재활치료 단독 시행군에 비해 통증감소와 기능회복, 낮은 부작용 발생이 나타난 것으로 확인되었다. 이에 따라 슬관절전치환술 후 재활기 환자에게 통상적 재활치료와 침치료 병행치료 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
------	---	-------

임상적 고려사항

슬관절 전치환술 후 재활기 환자 침치료는 한의사의 진단에 의한 경락변증에 따라 족양명위경(ST), 족태음비경(SP), 족태양방광경(BL), 족소음신경(KI), 족소양담경(GB), 수양명대장경(LI), 수태양소장경(SI), 수태음폐경(LU), 임맥(CV) 등의 근위부, 원위부 경혈 및 아시혈에 시행할 수 있다. 침치료시 수술후 시기 및 환자의 상태를 고려하여 감염 등에 유의해야 한다.

2.2) 전침치료

수술후 재활기

(통상적 재활치료) 병행치료

R5	슬관절 전치환술 수술후 재활기 환자에서 전침치료와 통상적 재활치료 병행군이 통상적 재활치료 단독 시행군에 비해 통증감소와 기능회복이 나타난 것으로 확인되었다. 이에 따라 슬관절 전치환술 후 재활기 환자에서 통상적 재활치료와 전침치료 병행치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
----	---	------------

임상적 고려사항

슬관절 전치환술 후 재활기 환자에서 전침치료는 한의사의 진단에 의한 경락변증에 따라 족양명위경(ST), 족태음비경(SP), 족태양방광경(BL), 족소양담경(GB), 등의 근위부, 원위부 경혈 및 아시혈에 시행할 수 있다. 침치료시 수술후 시기 및 환자의 상태를 고려하여 감염 등에 유의해야 한다.

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2.3) 약침		
수술후 재활기		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R6	슬관절전치환술 후 재활기 환자에서 약침(봉약침)치료와 통상적 재활치료의 병행치료에 대한 유효성 및 안전성에 대한 근거를 확보할 수 없었으나, 임상활용 현황 결과 및 전문가 그룹의 합의에 근거하여 슬관절전치환술 후 재활기 환자에게 약침(봉약침)치료와 통상적 재활치료의 병행치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 슬관절 전치환술 후 환자에 대한 약침(봉약침)치료는 소염, 활혈, 진통 등의 목적으로 약침치료를 시행할 수 있다. 수술후 절개로 인한 상처부위에 인접한 경혈은 주의하여 시술하여 감염 등에 유의해야 한다. 봉약침 시술시에는 처치전 과민반응 검사가 사전에 꼭 필요하며, 용량 및 시술 주기 등에 대해 신중한 결정이 필요하다.		
2.4) 한약		
R7	슬관절전치환술 후 환자에서 한약치료 시행 후, 염증감소, 통증감소 및 기능회복이 확인되었다. 이에 따라 슬관절전치환술 후 환자에게 한약치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 슬관절 전치환술 후 환자에 대한 한약치료는 수술후 단계에 따라 적용할 수 있으며, 수술후 초기에는 주로 사용된 한약은 어혈(瘀血), 활혈(活血) 등의 목적으로 익기활혈탕(益氣活血湯), 혈부축어탕(血府逐瘀湯), 서근활혈통락탕(舒筋活血通絡湯) 등을 사용할 수 있으며, 임상에서 청열사습탕(淸熱瀉濕湯), 빈장산(檳榔散), 대강활탕(大羌活湯) 등도 활용할 수 있다. 슬관절 전치환술 환자에게 한약치료 시행 시 환자의 슬관절 통증 및 불편 증상 외에도 신경계, 소화기계, 순환기계 및 전신 증상등을 고려한 변증진단을 시행하는 것이 필요하다.		
수술후 초기		
한약 외치요법 단독치료		
R7-1	슬관절전치환술 후 초기 환자에서 한약 외치요법군은 위약 외치요법군에 비해 유의한 통증 감소가 관찰되었다. 이에 따라 슬관절전치환술 후 초기 환자에서 한약 외치요법을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 슬관절 전치환술 후 외치요법이 통증을 유의하게 감소시킨다는 보고가 있었으므로, 수술후 환자에게 외치요법을 고려할 수 있다. 외치요법은 수술후 시기별, 증상별 임상경험 축적이 더욱 필요하며, 수술부위에 대한 감염 등에 유의하여 시행하여야 한다.		
수술후 초기 및 재활기		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R7-2	슬관절전치환술 후 초기 및 재활기 환자에서 한약치료와 통상적 재활치료 병행군이 통상적 재활치료 단독 시행군에 비해 염증감소, 통증감소 및 기능회복이 확인되었다. 이에 따라 슬관절전치환술 후 환자에서 한약치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 슬관절전치환술 후 초기 및 재활기 환자에 대한 한약치료는 한의사의 진단에 의한 변증유형, 수술후 시기에 따라 처방을 시행할 수 있다. 수술후 시기에 따라 도홍사물탕(桃紅四物湯), 혈부축어탕(초기)(血府逐瘀湯), 익기활혈탕(益氣活血湯), 독활기생탕(獨活寄生湯), 보중익기탕(중기)(補中益氣湯), 지황음자(후기)(地黃飲子) 등의 처방을 시행할 수 있으며, 환자 변증유형에 따라 어혈(瘀血)형, 풍한습(風寒濕)형, 간신허(肝腎虛)형 등으로 구분하여 기본처방을 구성하고 약물을 가미할 수 있다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2.5) 땀		
수술 후 초기		
(통상적 치료) 병행치료		
R8	슬관절전치환술 후 초기 환자에서 땀치료와 통상적 재활치료 병행은 통상적 재활치료 단독 시행에 비해 유의한 통증감소, 기능회복, 근력증가가 관찰되었다. 이에 따라 슬관절전치환술 후 초기 환자에서 땀치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 슬관절전치환술 후 초기 환자에게 통상적 재활치료와 땀치료를 병행하여 시행할 때, 혈해(SP10), 양릉천(GB34), 족삼리(ST36) 등을 비롯한 족태음비경(SP), 족양명위경(ST), 족소양담경(GB), 수양명대장경(LI), 임맥(CV) 등의 경혈 및 아시혈 등의 혈위를 고려할 수 있다. 시술시 수술부위 감각저하로 인한 화상 및 감염 등에 유의하여야 한다.	C/Low
2.6) 추나		
수술 후 재활기		
(통상적 재활치료) 병행치료		
R9	슬관절전치환술 후 재활기 환자에서 추나치료와 통상적 재활치료 병행은 통상적 재활치료 단독시행에 비해 통증감소와 기능회복이 관찰되었다. 이에 따라 슬관절 전치환술 후 재활기 환자에서 통상적 재활치료를 추나치료를 병행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 슬관절전치환술 후 재활치료의 과정에서 고관절 가동제한, 골반 및 대퇴부 근육, 긴장 완화를 목적으로 슬관절 주변 경혈과 근육에 대한 압박기법, 하지부 근육과 슬관절 주변 인대에 대한 근막기법, 고관절 관절가동기법 등의 추나요법을 시행할 수 있다. 시술시 수술 후 시기, 환자의 체력 및 근력에 따라 시행해야 하며 시술시 과도한 관절각도의 증가 및 수술부위에 대한 과도한 압박 등에 유의하여야 한다.	B/Low

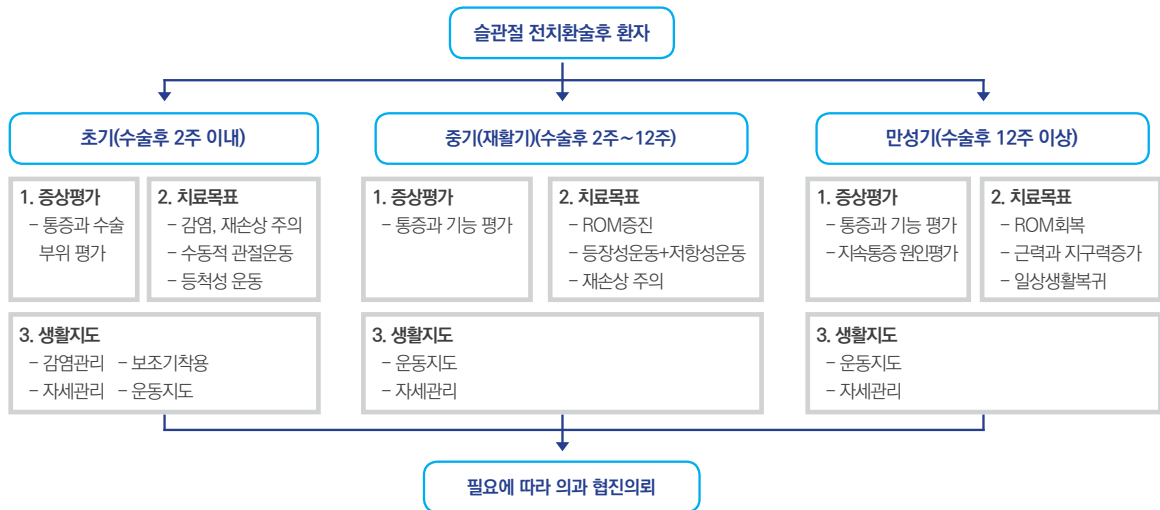
* 수술 후 초기: 슬관절 전치환술 후 일반적으로 퇴원이 이루어지는 2주까지의 기간을 의미하나, 치료시점이 수술직후 몇 시간 이내와 7일 이내로 기재된 문헌의 경우 통상적 재활치료와 병행하여 2주~4주간 지속적으로 치료가 이루어진 다른 문헌과는 구분이 필요하다고 생각되어 수술 후 초기는 수술 후 7일 이내로 구분하여 문헌을 분류함.

* 수술 후 재활기: 수술 후 회복이 어느정도 이루어지는 수술 후 12주까지의 전 기간

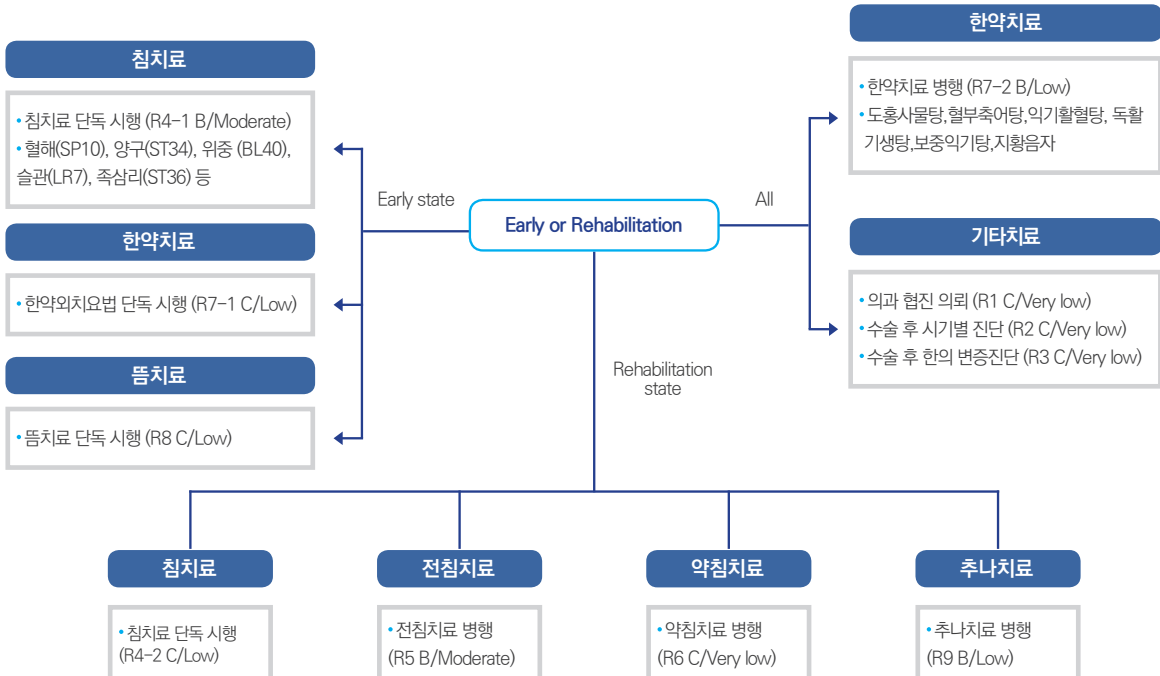
* 통상적 재활치료: 슬관절 전치환술 환자에게 시행되는 통상적인 재활치료의 방법을 의미하며, 수술 후 초기 진통제 복용, 관절가동 범위 증진을 위한 CPM, 근력훈련, 보행 및 균형운동 등을 포함하는 재활치료 등을 의미함

05. 진료흐름도

슬관절 전치환술 후 환자 진료흐름도



슬관절 전치환술 후 환자 한의치료



부록

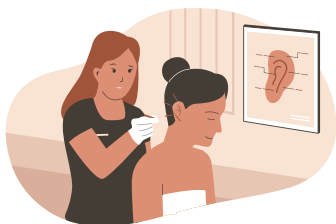
- 01 질병분류표(KCD8)
- 02 상병코드별 분류
- 03 학회별 한의표준임상진료지침 개발 현황



질병분류표(KCD8)



- > A00-B99 I. 특성 감염성 및 기생충성 질환
- > C00-D48 II. 신생물
- > D50-D89 III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역메커니즘을 침범한 특정 장애
- > E00-E90 IV. 내분비, 영양 및 대사 질환
- > F00-F99 V. 정신 및 행동 장애
- > G00-G99 VI. 신경계통의 질환
- > H00-H59 VII. 눈 및 눈 부속기의 질환
- > H60-H95 VIII. 귀 및 유도의 질환
- > I00-I99 IX. 순환계통의 질환
- > J00-J99 X. 호흡계통의 질환
- > K00-K93 XI. 소화계통의 질환
- > L00-L99 XII. 피부 및 피하조직의 질환
- > M00-M99 XIII. 근골격계통 및 결합조직의 질환
- > N00-N99 XIV. 비뇨생식계통의 질환
- > O00-O99 XV. 임신, 출산 및 산후기
- > P00-P96 XVI. 출생전후기에 기원한 특정 병태
- > Q00-Q99 XVII. 선천기형, 변형 및 염색체이상
- > R00-R99 XVIII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견
- > S00-T98 XIX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과
- > V01-Y98 XX. 질병이환 및 사망의 외인
- > Z00-Z99 XXI. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인
- > U00-U99 XXII. 특수목적 코드



상병코드별 분류



A00-B99 I. 특정 감염성 및 가생충성 질환

C00-D48 II. 신생물

- 1) C16 위암

D50-D89 III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역매커니즘을 침범한 특정 장애

E00-E90 IV. 내분비, 영양 및 대사 질환

- 1) E11.9, R73.0 2형 당뇨병
- 2) E66 비만

F00-F99 V. 정신 및 행동 장애

- 1) F00, F06.7 치매
- 2) F33.9 우울증
- 3) F41.1 불안장애
- 4) F45.3, R55.0 자율신경실조증
- 5) F51.0, G47.0 불면장애
- 6) F84.0, F84.1 자폐스펙트럼장애

G00-G99 VI. 신경계통의 질환

- 1) G20 파킨슨병
- 2) G43 편두통
- 3) G44.2 긴장성두통
- 4) G51.0 안면신경마비
- 5) G56.0 손목터널증후군

H00-H59 VII. 눈 및 눈 부속기의 질환

H60-H95 VIII. 귀 및 유도의 질환

I00-I99 IX. 순환계통의 질환

- 1) I10 고혈압
- 2) I60 중풍
- 3) I73.0, I73.8 수축병증

J00-J99 X. 호흡계통의 질환

- 1) J00 감기
- 2) J30.3 알레르기비염

K00-K93 XI. 소화계통의 질환

- 1) K30 기능성소화불량
- 2) K58 과민성대장증후군

L00-L99 XII. 피부 및 피하조직의 질환

M00-M99 XIII. 근골격계통 및 결합조직의 질환

- 1) M05, M06 류마티스관절염
- 2) M10 통풍
- 3) M16.0, M18.0 퇴행성관절, 수지관절염

- 4) M17, M23 퇴행성슬관절염
- 5) M41 변형성배병증(척추측만증)
- 6) M48.00 퇴행성요추척추관협착증
- 7) M51 요추추간판탈출증
- 8) M54.2, M50.1 경항통
- 9) M54.5, M54.56 만성요통증후군
- 10) M75.0, M75.1 건비통
- 11) M81 골다공증
- 12) M89.28, R62.8 소아청소년 성장장애

N00-N99 XIV. 비뇨생식계통의 질환

- 1) N40 전립선증식증
- 2) N94.4 월경통
- 3) N94.9 월경전증후군
- 4) N95.1 갱년기장애 및 폐경기후 증후군
- 5) N97.9 여성난임

O00-O99 XV. 임신, 출산 및 산후기

- 1) O21 산전관리(임신오조)

P00-P96 XVI. 출생전후기에 기원한 특정 병태

Q00-Q99 XVII. 선천기형, 변형 및 염색체이상

R00-R99 XVIII. 달리 분류되지 않는 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상조건

- 1) R42 현훈(머지럼증)
- 2) R52, R53 암성피로.암관련증상
- 3) R53, R52 유방암의 보완치료
- 4) R53, R54 만성피로
- 5) R63.0 소아식욕부진

S00-T98 XIX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과

- 1) S00.0, T00.9 교통사고상해증후군
- 2) S03.0, S03.4 턱관절장애
- 3) S32 골절
- 4) S93.40, S93.41 족관절염

V01-Y98 XX. 질병이한 및 사망의 원인

Z00-Z99 XXI. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인

- 1) Z54.0, Z98.8 수술 후 증후군
- 2) Z72.0, F17.1 금연

U00-U99 XXII. 특수목적 코드

- 1) U22.2 화병
- 2) U32.7 산후풍
- 3) U52-57, U60-62 팔강변증
- 4) U95-98 사상체질변증

학회별 한의표준임상진료지침 개발 현황

	개발학회	한의표준임상진료지침 명	질환분류
1	대한암한의학회	위암 한의표준임상진료지침	C16
2	대한암한의학회	암관련증상 한의표준임상진료지침	R52,R53
3	대한중풍순환신경학회	파킨슨병 한의표준임상진료지침	G20
4	대한중풍순환신경학회	편두통 한의표준임상진료지침	G43
5	대한중풍순환신경학회	고혈압 한의표준임상진료지침	I10
6	대한중풍순환신경학회	중풍 한의표준임상진료지침	I60
7	대한침구의학회	긴장성두통 한의표준임상진료지침	G44.2
8	대한침구의학회	안면신경마비 한의표준임상진료지침	G510
9	대한침구의학회	류마티스관절염 한의표준임상진료지침	M05,M06
10	대한침구의학회	통풍 한의표준임상진료지침	M10
11	대한침구의학회	퇴행성고관절, 수지관절염 한의표준임상진료지침	M160,M180
12	대한침구의학회	퇴행성슬관절염 한의표준임상진료지침	M17,M23
13	대한침구의학회	변형성배병증(척추측만증)한의표준임상진료지침	M41
14	대한침구의학회	퇴행성요추척추관협착증 한의표준임상진료지침	M48.00
15	대한침구의학회	요추추간판탈출증 한의표준임상진료지침	M51
16	대한침구의학회	만성요통증후군 한의표준임상진료지침	M545,M5456
17	대한침구의학회	골다공증 한의표준임상진료지침	M81
18	대한침구의학회	골절 한의표준임상진료지침	S32
19	대한침구의학회	족관절염자 한의표준임상진료지침	S9340,S9341
20	대한침구의학회	금연 한의표준임상진료지침	Z720,F171
21	대한한방내과학회	2형당뇨병 한의표준임상진료지침	E11.9,R73.0
22	대한한방내과학회	감기 한의표준임상진료지침	J00
23	대한한방내과학회	기능성 소화불량 한의표준임상진료지침	K30
24	대한한방내과학회	과민대장증후군 한의표준임상진료지침	K58.0,K58.9
25	대한한방내과학회	전립선증식증 한의표준임상진료지침	N40
26	대한한방부인과학회	월경통 한의표준임상진료지침	N94.4
27	대한한방부인과학회	갱년기장애 및 폐경기후 증후군 한의표준임상진료지침	N95.1
28	대한한방부인과학회	여성난임 한의표준임상진료지침	N979
29	대한한방부인과학회	산전관리(임신오조) 한의표준임상진료지침	O21
30	대한한방부인과학회	유방암의 보완치료 한의표준임상진료지침	R53,R52
31	대한한방부인과학회	산후풍 한의표준임상진료지침	U327
32	대한한방부인과학회	월경전증후군 한의표준임상진료지침	N944
33	대한한방소아과학회	자폐스펙트럼장애 한의표준임상진료지침	F84.0,F84.1



	개발학회	한의표준임상진료지침 명	질환분류
34	대한한방소아과학회	소아·청소년 성장장애한의표준임상진료지침	M8928,R628C
35	대한한방소아과학회	소아식욕부진 한의표준임상진료지침	R63.0
36	대한한방신경정신과학회	치매 한의표준임상진료지침	F00,F06.7
37	대한한방신경정신과학회	우울증 한의임상진료지침	F339
38	대한한방신경정신과학회	불안장애 한의표준임상진료지침	F41.1
39	대한한방신경정신과학회	자율신경실조증	F45.3, R55.0
40	대한한방신경정신과학회	불면장애 한의표준임상진료지침	F510,G470
41	대한한방신경정신과학회	화병 한의표준임상진료지침	U22.2
42	대한한의진단학회	만성피로 한의표준임상진료지침	R53,R54
43	사상체질의학회	수족냉증 한의표준임상진료지침	I73.0,I73.8
44	사상체질의학회	현훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침	R42
45	사상체질의학회	사상체질병증 한의표준임상진료지침	U95,U98
46	척추신경추나의학회	경향통 한의표준임상진료지침	M542,M501
47	한방비만학회	비만 한의표준임상진료지침	E66
48	한방안이비인후피부과학회	알레르기비염 한의표준임상진료지침	J303
49	한방재활의학과학회	손목터널증후군 한의표준임상진료지침	G56,G56.0
50	한방재활의학과학회	건비통 한의표준임상진료지침	M750,M751
51	한방재활의학과학회	교통사고상해증후군 한의표준임상진료지침	S0000,T009
52	한방재활의학과학회	턱관절장애 한의표준임상진료지침	S03.0,S03.4
53	한방재활의학과학회	수술 후 증후군 한의표준임상진료지침	Z54.0,Z98.8
54	한의병리학회	팔강변증 한의표준임상진료지침	U52-57,U60-62

※ 가나다 순 정렬



한국한의학진흥원

한의학표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)

01 근골격계

인 쇄 2025년 12월 2일

발 행 2025년 12월 2일

편집인 이준혁

발행인 송수진

발행처 한국한의학진흥원 연구개발혁신본부

© 2025년, 한국한의학진흥원

이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로

무단 복제와 전제는 금지되어 있습니다.

상업적 목적이나 제품판매의 목적으로 사용할 수 없습니다(비매품).

ISBN 979-11-93073-18-6(93510)

Clinical Practice Guideline
of Korean Medicine

한의표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)

근골격계



NOTICE

한의표준임상진료지침은 의료기관에 내원한 환자가 최적의 한의의료 서비스를 받을 수 있도록 돕기 위해 임상 근거에 기반하여 개발된 진료 가이드라인입니다. 본 자료는 한의표준임상진료지침을 기반으로 제작되었으며 의료현장에서 참고하여 사용 할 수 있습니다.

ISBN 979-11-93073-18-6(93510)