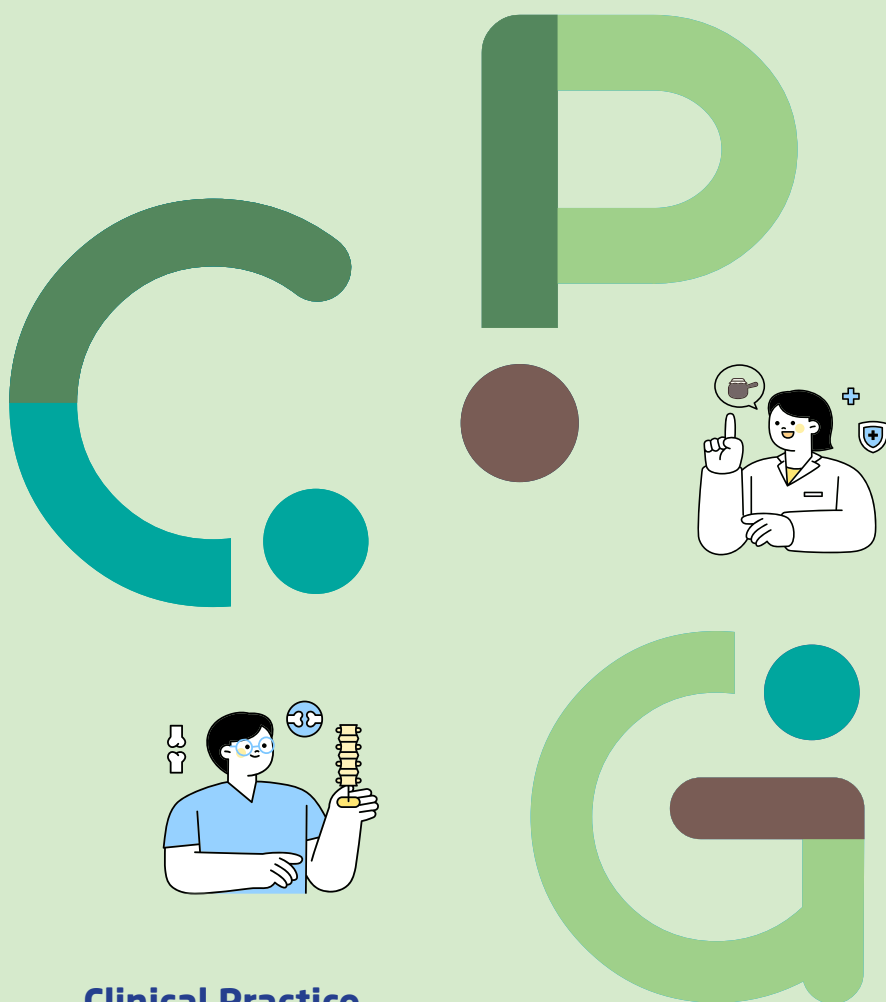


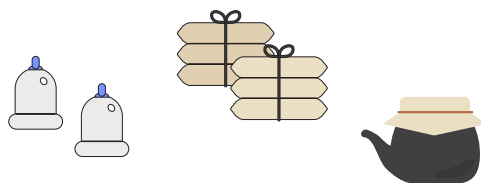
한의표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)

내과계



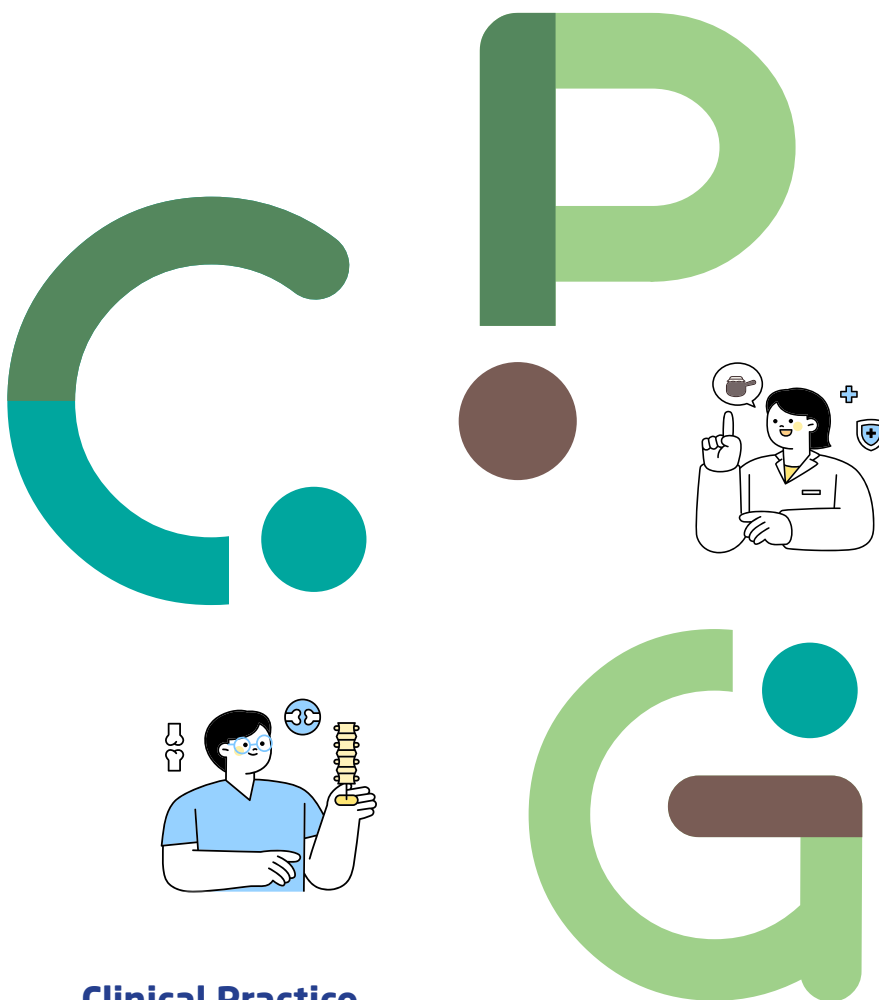
Clinical Practice
Guideline
of Korean Medicine



한의표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)

내과계



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.

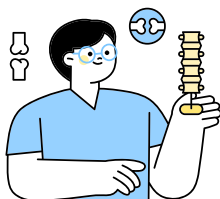
2025년 12월
한국한의학진흥원 원장 직무대리
송 수 진



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.



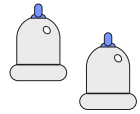
NOTICE

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)>



등 급	정 의	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)

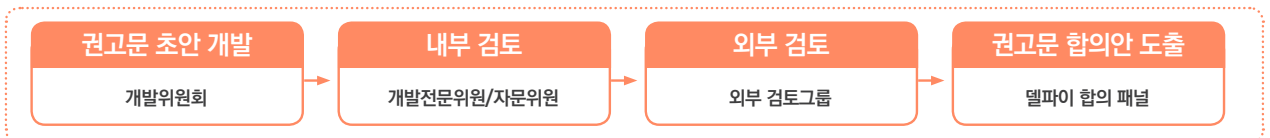
* GPP : Good Practice Point

<근거수준(Quality of Evidence)>



수 준	내 용
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

순환/신경계

1) 파킨슨병(G20)	10
2) 편두통(G43)	16
3) 긴장성두통(G44.2)	24
4) 안면신경마비(G51.0)	32
5) 고혈압(I10)	40
6) 중풍(I60)	46
7) 수족냉증(I73.0, I73.8)	58
8) 현훈(어지럼증)(R42)	64

소화계

1) 기능성소화불량(K30)	72
2) 과민성대장증후군(K58)	78

호흡계

1) 감기(J00)	86
2) 알레르기비염(J30.3)	92

내분비계

1) 2형당뇨병(E11.9, R73.0)	102
2) 비만(E66)	108

비뇨생식계

1) 전립선증식증(N40)	118
----------------	-----

부록

질병분류표(KCD8)	132
상병코드별 분류	133
학회별 한의학표준임상진료지침 개발현황	134

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

한의표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)



내과계

순환/신경계



파킨슨병

(G20)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

파킨슨병은 느린 동작(bradykinesia), 안정시 떨림(4~6 Hz), 뻣뻣한 근육(rigidity), 자세반사의 소실 등을 특징으로 하는 진행성의 이상운동 질환으로 정의한다. 본 지침은 특발성 파킨슨병(G20)으로 진단받은 성인 환자군을 대상으로 한다. 파킨슨병은 일반적으로 만성적이고 진행성의 경과를 보인다. 발병 이후 진단까지는 평균 3~5년이 소요되는 것으로 알려져 있다. 파킨슨병의 치료는 일반적으로 삶의 질을 제고하고, 기능적으로 회복하는데 도움을 주기 위하여 증상의 조절 위주로 시행된다. 한의학에서는 부궐(趺蹶)병의 범주에 속한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

파킨슨병의 진단기준 중 대표적인 Queen Square brain bank clinical diagnostic criteria에서는 3단계의 파킨슨 진단기준을 제시하고 있다. 첫 번째 단계는 파킨슨양증후군(Parkinsonian syndrome) 해당여부를 진단하며, 느린 동작 및 다음의 증상 곧 근육의 뻣뻣함, 4~6 Hz의 안정 시 떨림, 특별한 원인(시각, 전정 기능, 소뇌, 고유감각 등의 이상)에 의해 발생한 것이 아닌 자세의 불안정성 중 최소 1개 이상을 가진 경우 진단할 수 있다. 두 번째 단계는 파킨슨병에 해당하지 않는 다른 질환인지를 감별 진단하는 단계로서, 그 임상 양상이나 증상을 가지고 있는 경우 파킨슨병은 배제할 수 있다. 세 번째 단계는 파킨슨병으로 진단할 가능성이 높은 인자들을 가지고 있는지 검토하는 단계로, 1단계 파킨슨양증후군의 증상과 더불어 추가적인 임상양상을 최소 3개 이상 가지고 있는 경우 파킨슨병으로 확진할 수 있다.

(2) 변증

파킨슨병 환자의 변증은 환자의 주된 증상을 바탕으로, 질병의 진행과정을 고려하여 시행하는 것이 합당하다. 특발성 파킨슨병의 초기에는 떨림, 뻣뻣한 근육, 느린동작 등 운동증상을 주소로 하는 간양상항(肝陽上亢)의 변증유형이, 질병이 진행하면서 항파킨슨제의 투여로 운동증상의 호전을 보이지만, 피로, 어지러움, 위장운동저하 등의 증상을 호소하여 기허나 비허(脾虛)의 양상을 보이는 중기, 수면장애, 소변 장애를 호소하고 침상생활을 위주로 자발적인 활동이 어려워지며, 신허(腎虛), 혈허(血虛) 유형을 보이는 후기 등으로 질병의 병기를 고려하여 한의학적인 치료를 고려하는 것이 적절하다.

03. 예방 및 관리

특발성 파킨슨병의 발병을 예방할 수 있는 중재나 관리에 대하여 아직까지는 명백한 지침은 없는 상황이다. 단, 파킨슨병 환자의 약물치로나 수술적 치료 외에 영양학적인 관리, 운동기능에 대한 관리 및 연하장애나 언어기능의 장애에 대한 관리를 권유하고 있다. 또한 파킨슨병 환자의 경우 주간 졸림과 갑작스럽게 발생하는 졸음 때문에 운전하는데 장애를 유발할 수 있기에 중등증 혹은 중증 운동장애를 호소하는 환자들의 경우에는 안전을 위해 운전을 줄이거나 피하는 것이 좋다.

* 상세 내용 파킨슨병증후군 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

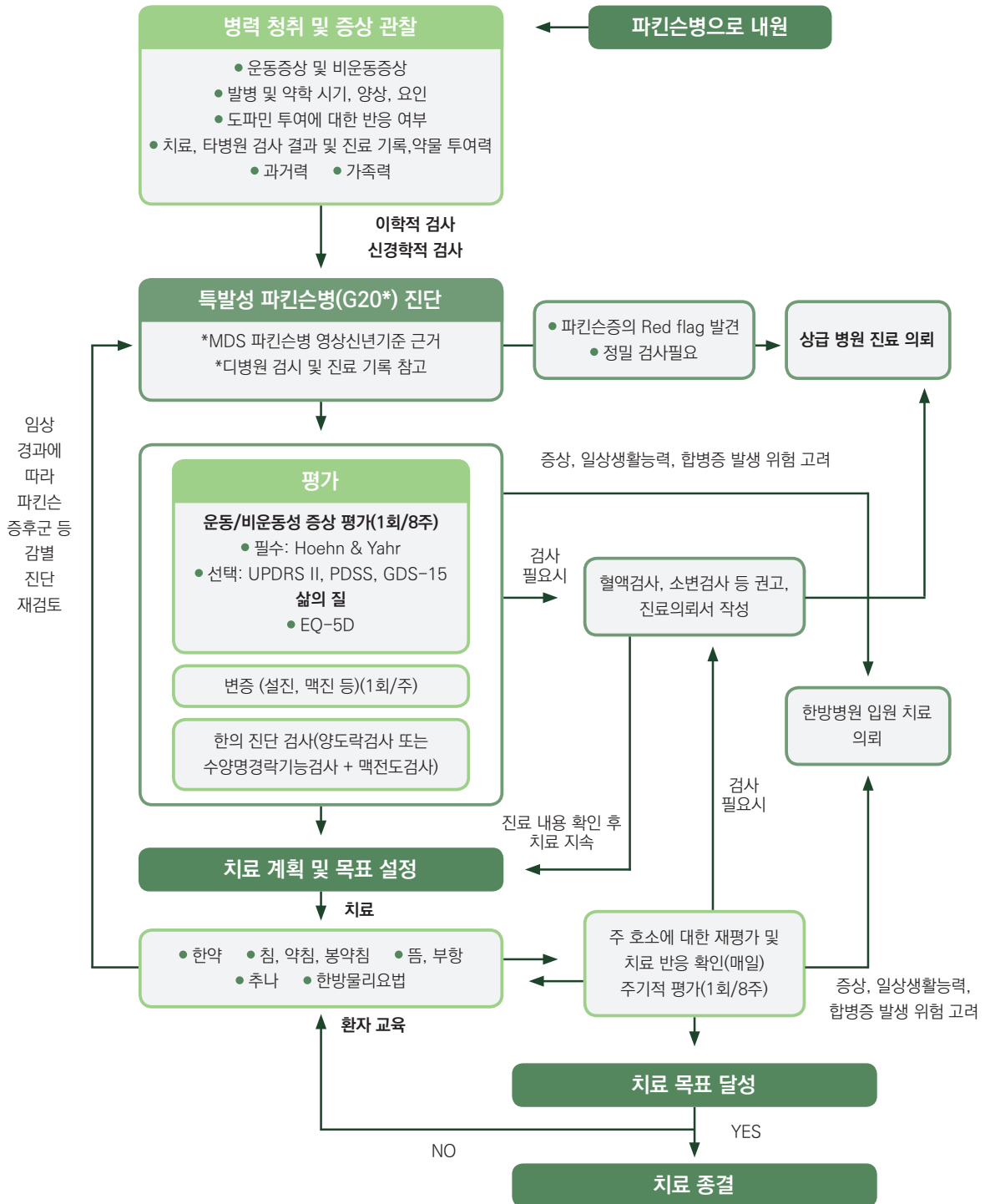
04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 진단		
R1	특발성 파킨슨병 의심환자를 진료할 때 임상증상을 중시하여 진단할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상증상을 가지고 있는 초기 특발성 파킨슨병 의심 환자의 경우 영상의학적 검사 및 도파민 투여에 대한 반응여부 등을 함께 고려할 것을 전문가 의견에 준하여 권고한다.	GPP
2) 한약		
R2	특발성 파킨슨병 환자에게 한약과 항파킨슨제 약물의 병용투여를 고려해야 한다.	B/Very Low
	임상적 고려사항 특발성 파킨슨병 환자의 한약 치료에서 운동증상을 주소로 하는 간양상항 유형의 변증형에는 본 지침의 천마구 등음(R1-5)을, 만성기의 신허(腎虛)유형의 변증형에는 속지평전탕(R1-4) 등을 일차적으로 고려한다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R2-1	특발성 파킨슨병 환자에게 보신강간식풍방과 향파킨슨제 약물의 병용투여를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 떨림, 뻣뻣한 근육, 느린 동작 등 파킨슨병의 운동증상이 뚜렷한 간양상항(肝陽上亢)형의 파킨슨병 환자에게 사용을 고려한다.	C/Very Low
R2-2	특발성 파킨슨병 환자에게 보신활혈처방과 향파킨슨제 약물의 병용투여를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 파킨슨병이 진행되어 전신쇠약이 발생하여, 수면장애, 소변장애, 운동의 제한 등을 호소하는 혈어(血瘀)와 신허(腎虛)를 겸한 유형의 파킨슨병 환자에게 사용을 고려한다.	C/Very low
R2-3	특발성 파킨슨병 환자에게 보신활혈통락방과 향파킨슨제 약물의 병용투여를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 파킨슨병이 진행되어 전신쇠약이 발생하여, 수면장애, 소변장애, 운동의 제한 등을 호소하는 혈어(血瘀)와 신허(腎虛)를 겸한 유형의 파킨슨병 환자에게 사용을 고려한다.	C/Very Low
R2-4	특발성 파킨슨병 환자에게 숙지평전당과 향파킨슨제 약물의 병용투여를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 파킨슨병이 진행되어 전신쇠약이 발생하여, 수면장애, 소변장애, 진전 등을 호소하는 신허(腎虛)를 겸한 유형의 파킨슨병 환자에게 사용을 고려한다.	B/Very Low
R2-5	특발성 파킨슨병 환자에게 천마구등음과 향파킨슨제 약물의 병용투여를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 떨림, 뻣뻣한 근육, 느린 동작 등 파킨슨병의 운동증상 및 어지러움 등의 증상이 뚜렷한 간양상항(肝陽上亢)형의 파킨슨병 환자에게 사용을 고려한다.	B/Very Low
R2-6	특발성 파킨슨병 환자에게 익신제전당과 향파킨슨제 약물의 병용투여를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 파킨슨병이 진행되어 전신쇠약이 발생하여, 수면장애, 소변장애, 진전 등을 호소하는 신허(腎虛)를 겸한 유형의 파킨슨병 환자에게 사용을 고려한다.	C/Very Low
R2-7	특발성 파킨슨병 환자에게 보뇌식풍지경당과 향파킨슨제 약물의 병용투여를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 떨림, 뻣뻣한 근육, 느린 동작 등 파킨슨병의 운동증상이 뚜렷한 간양상항(肝陽上亢)형의 파킨슨병 환자에게 사용을 고려한다.	C/Very Low
3) 침		
R3	특발성 파킨슨병 환자에게 침치료와 향파킨슨제 약물의 병용치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 특발성 파킨슨병 침 치료시 풍지(GB20), 태충(LR3), 곡지(LI11), 함곡(LI4), 족삼리(ST36), 양릉천(GB34), 천주(BL10), 백회(GV20) 등의 경혈을 고려하여 사용한다.	B/Low
R3-1	특발성 파킨슨병 환자에게 수기침과 향파킨슨제 약물의 병용치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 풍지(GB20), 태충(LR3), 함곡(LI4), 내관(PC6), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 천주(BL10), 족삼리(ST36), 백회(GV20), 풍부(GV16), 아문(GV15), 완골(GB12), 영대(CV10) 경혈을 고려하여 사용한다.	B/Very Low
R3-2	특발성 파킨슨병 환자에게 전침치료와 향파킨슨제 약물의 병용치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 특발성 파킨슨병 침 치료시 풍지(GB20), 태충(LR3), 곡지(LI11), 함곡(LI4), 족삼리(ST36), 양릉천(GB34), 천주(BL10), 백회(GV20) 등의 경혈을 고려하여 사용한다.	B/Very Low
R3-3	특발성 파킨슨병 환자에게 두침치료와 향파킨슨제 약물의 병용치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 두침시술은 환자가 의자에 앉아서 치료를 받도록 한다.	C/Very Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
4) 뜸		
R4	특발성 파킨슨병 환자에게 뜸치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 뜸치료를 고려할 경우 빈용되는 혈위와 자극방법등은 검색전략을 참고하여 적용한다. 환자의 주증상이 진전과 경직인 경우 증상악화 및 화상을 유발하지 않기위해 주의하여 적용해야 한다.	C/Very Low
5) 기공/태극권		
R5	특발성 파킨슨병 환자에게 기공과 걷기 운동 또는 향파킨슨제의 병용치료를 고려해야한다. 임상적 고려사항 유효성을 보장하고, 안전하게 적용되기 위하여, 기공 치료를 위한 적절한 환경을 갖추고, 의료인의 지도하에 시행되어야 한다.	B/Low
R6	특발성 파킨슨병 환자에게 태극권 치료를 시행할 것을 고려해야한다. 임상적 고려사항 유효성을 보장하고, 안전하게 적용되기 위하여, 태극권 치료를 위한 적절한 환경을 갖추고, 의료인의 지도 하에 시행되어야 한다.	B/Low

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



편두통

(G43)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

편두통은 박동성 양상의 중등도 이상의 통증을 호소하는 만성 원발성 재발두통으로 일상생활에 장애를 주는 두통이다. 국내외 유병률이 3~25%에 이르는 흔한 질환이며, 만성화되어 환자의 삶의 질을 크게 저하시킬 수 있어 치료와 예방이 중요하다. 질병 세분류로는 편두통(G43), 조짐이 없는 편두통[일반 편두통](G43.0), 조짐이 있는 편두통[고전적 편두통](G43.1), 편두통 지속상태(G43.2), 합병된 편두통(G43.3), 기타 편두통(G43.8), 상세불명의 편두통(G43.9) 등이 포함된다. 한의학에서는 변두통(邊頭痛), 두편통(頭偏痛), 편두풍(偏頭風), 변두풍(邊頭風), 두풍(頭風)이라고 한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

편두통은 국제 두통 질환 분류 제 3판(ICHD-3)을 기준으로 진단하며, 무조짐 편두통, 조짐 편두통, 만성 편두통, 편두통의 합병증, 개연편두통, 편두통 관련 증상 증후군의 6개로 크게 분류되며, 크게는 무조짐 편두통, 조짐 편두통의 2가지로 나눈다. 무조짐 편두통은 반복적으로 나타나며, 4시간에서 72시간 지속된다. 편측으로 박동 양상을 주로 보이며, 중등도 이상의 심한 통증 강도를 가진다. 걷거나 계단 오르기 등의 일상의 신체활동에 의해 악화된다. 구역 또는 빛 공포증과 소리 공포증이 동반된다. 조짐 편두통은 수 분간 지속되는 편측의 시각, 감각 또는 다른 중추신경계 증상

을 가진다. 조짐 증상은 대부분 5분 이상에 걸쳐 서서히 발생하며, 완전히 가역적이다. 조짐 증상에 이어서 편두통과 관련 증상이 발생한다. 조짐편 두통은 두통을 동반하는 경우와 동반하지 않는 경우로 나뉜다. 만성 편두통이란 두통이 3개월 이상, 한 달에 15일 이상 있으며, 그중 한 달에 9일 이상은 편두통 양상인 경우를 말한다.

(2) 변증

한의학적 진단을 위해 정확하게 변증을 하는 것이 중요한데, 2017년도 문헌 조사를 통해 발표된 편두통의 한의학적 주요 진단 변증은 간양상항(肝陽上亢), 담탁상요(痰濁上擾), 음혈휴허(陰血虧虛)와 어혈두통(瘀血頭痛), 풍담어조(風痰瘀阻), 풍열상요(風熱上擾) 등으로 구분된다.

(3) 평가도구

편두통 관련하여 많은 측정도구들이 있으나, 국내에서 타당도 연구가 실시된 편두통 장애평가(MIDAS), 편두통 영향 검사(HIT), Migraine Specific Quality of Life(MSQoL) 등을 활용한다. 또한 통증의 강도를 평가하기 위하여 시각 상사척도(VAS), 숫자평가척도(NRS), 언어형 평가 척도(VRS), 얼굴통증척도(headache effect face scale) 등이 사용되며, 편두통이 발생한 일수를 활용하여 편두통의 호전을 평가하기도 하고, 약물 복용 일수, 복용량을 이용해 평가하기도 한다.

03. 예방 및 관리

편두통 예방 및 관리를 위하여 유발요인 파악, 규칙적인 식사습관, 편두통 유발 음식 제한, 두통 일기 작성, 피로, 과로, 스트레스 등을 피하며, 건강 상태를 유지하고 건강증진을 위해 노력해야 한다.

* 상세 내용 편두통 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

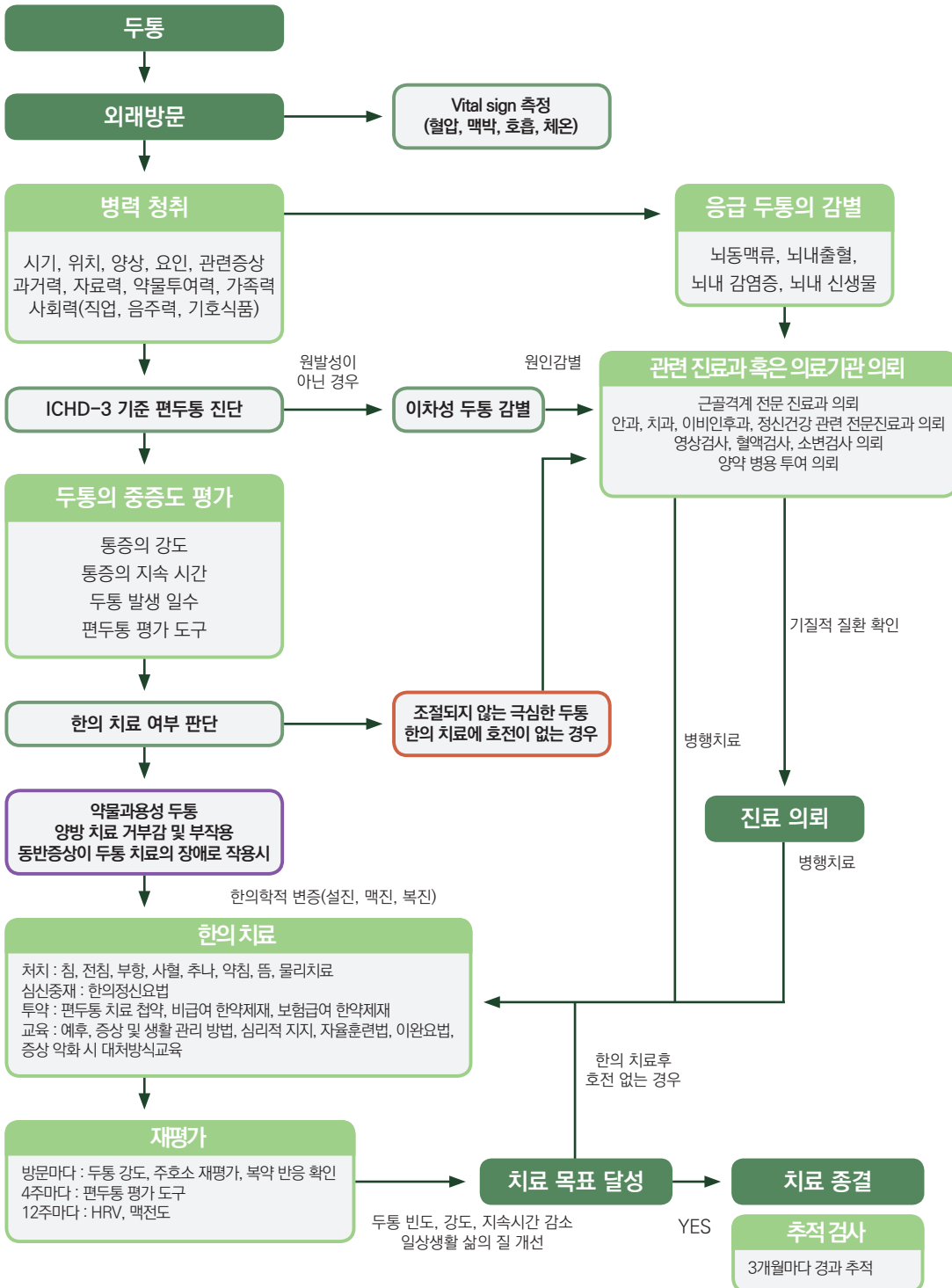
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 침		
단독치료		
R1	편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다.	B/Low
R1-1	편두통 환자에게 변증에 따라 혈자리를 가감한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 변증에 따라 혈자리를 가감할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 변증에 따라서 간양상항, 담탁내조, 기체혈어, 간신음허 등으로 분류하여 다음과 같은 혈위를 추가할 수 있다. ① 간양상항: 사죽곡(TE23), 족임읍(GB41), 행간(LR2), 태양(EX-HN5), 외관(TE5) ② 담탁내조: 두유(ST8), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40) ③ 기체혈어: 격수(BL17), 혈해(SP10) ④ 간신음허: 태계(KI3), 태충(LR3), 신수(BL23), 관원(BL26)	B/Moderate
R1-2	편두통 환자에게 아시혈을 포함한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 아시혈을 포함 할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 환자에 따라 두부 및 경추부의 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다. 편두통의 급성기 또는 두통 강도가 극심할 경우에 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다.	B/Moderate
R1-3	편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 6개월 이상 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 6개월 이상 증상 완화를 위해 침치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 6개월 이상 치료효과 지속되는 측면을 고려해 볼 때, 약물 치료 중이나 재발하거나 빈도가 조절되지 않는 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 침치료를 적용할 수 있다.	B/Moderate
R2	편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 두통의 발생부위가 측두부일 때 각손(TE20), 후두부일 때 풍지(GB20)를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R2-1	편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 삶의 질 개선을 위하여 침치료를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 편두통으로 인해 일상생활 제한 및 업무기능 방해, 감정적인 문제 등이 있는 환자에게 침치료를 고려할 수 있다.	GPP/CTB
2) 전침		
단독치료		
R3	편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 전침치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 침치료와 전침치료를 함께 사용 가능한 두부의 혈위는 풍지(GB20)-솔곡(GB8), 풍지(GB20)-태양(EX-HN5), 양측의 태양(EX-HN5), 사죽곡(TE23)-솔곡(GB8), 함염(GB4)-현로(GB5), 두유(ST8)-곡빈(GB7) 등을 활용할 수 있다.	B/Moderate
R3-1	4주 미만 단기간 치료 시, 편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 두통 강도 완화를 위해 전침치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
3) 한약		
단독치료		
R4	편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 • 레이저침은 저출력레이저를 활용한다.	
R4-1	어지럼증을 동반한 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 어지럼증을 동반한 편두통 환자의 일상생활장애 개선을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 어지럼증이 있는 편두통 환자에게 반하백출천마탕, 온담탕 처방을 고려할 수 있으며, 환자의 변증에 따라 타처방을 고려할 수 있다.	
R4-2	편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 재발 감소에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 재발 감소를 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 양약 치료 중단 후 재발하는 편두통 환자에게 한약치료를 고려해야 한다.	
R5	편두통 환자에게 통규활혈탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 지속 시간 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R6	편두통 환자에게 혈부축어탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 두통 강도 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R7	편두통 환자에게 천궁다조산가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 두통 강도, 발작 빈도, 지속 시간, 동반 증상 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R8	편두통 환자에게 청상견통탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R9-1	편두통 환자에게 반하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R9-2	어지럼증을 동반한 편두통 환자 또는 전정편두통 환자에게 반하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 현훈빈도와 현훈으로 인한 일상생활 장애 개선효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
병행치료		
R10	편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R10-1	혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약 치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 통규활혈탕, 혈부축어탕 처방을 고려할 수 있으며, 어혈과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.	
R10-2	간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 조등산 처방을 고려할 수 있으며, 간양상항과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
4) 부항		
단독치료		
R11	편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 편두통 환자 중 어혈로 변증된 환자에게 습부항 치료를 시행할 수 있다.	
R11-1	급성기 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 급성기 치료를 위해 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 습부항(자락관법) 치료를 편두통 발작 시에 시행할 수 있다.	
R12	편두통 환자에게 부항치료와 침치료를 병행하는 것이 침치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자에 대한 침치료 시 부항치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 편두통 환자의 부항 치료의 주요 경혈은 양백(GB14), 태양(EX-HN5)과 족태양방광경의 배수혈(背腧穴) 등이다.	
R13-1	편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R13-2	편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R13-3	6개월 이상 장기간 치료 시 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 두통 강도 감소를 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R13-4	6개월 이상 장기간 치료시 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
5) 사혈(자락술)		
단독치료		
R14	편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 환자의 증상 호전 및 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 사혈치료(자락술)를 고려해야 한다.	B/Moderate
병행치료		
R15	편두통 환자에게 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침을 병행하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자에 대해 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R16	편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R16-1	편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 장기간 치료 효과 지속을 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R16-2	편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 1회 치료 직후 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 급성기 편두통 발작 시 두통 강도 감소를 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R17	편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈치료(자락술)가 포함되지 않은 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 사혈(자락술)을 포함하는 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 편두통 환자의 사혈치료(자락술)의 주요 경혈은 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 백회(GV20), 이첨혈 등과 두통 부위에 따른 아시혈이다.	
R17-1	편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈(자락술)이 포함되지 않은 치료에 비해 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 장기간 치료 효과 지속을 위해 사혈(자락술)을 포함한 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 만성 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 사혈(자락술)을 포함한 치료를 고려할 수 있다.	
6)推拿		
단독치료		
R18-1	편두통 환자에게推拿치료는 거짓推拿치료 혹은 물리치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소를 위해推拿치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 편두통 환자에서 경추부 관절기능 이상 혹은 경근이상이 보이는 환자의 경우 경추부推拿술기를 고려한다.	
R18-2	편두통 환자에게推拿치료는 일반적인 양약 치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시推拿치료 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
R18-3	편두통 환자에게推拿치료는 물리치료와 비교하여 일상생활장애 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통으로 인한 일상생활장애 개선을 위해推拿치료를 고려할 수 있다.	C/Low
7)약침		
단독치료		
R19	편두통 환자에게 약침치료는 거짓 약침치료 혹은 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 증상 호전을 위해 약침치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 약침 시술부위로는 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 견정(GB21), 솔곡(GB8) 등을 활용할 수 있으며, 약침액으로 근거문헌에서는 홍화, 천궁, 야목과 등을 사용하였으나 국내의 증례보고 연구와 파일럿 스터디(pilot study)를 참고하여 환자 증상에 따른 황련해독탕약침, 별갑 또는 홍화약침을 활용할 수 있다.	

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)





긴장성 두통 (G44.2) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

긴장성 두통은 원발성 두통의 하위 분류 중 가장 흔한 질환으로 지속적인 근육축과 관련된 것이 제일 흔하며 머리 전체가 뻣근하게(dull), 머리가 조이는 듯한(band-like) 통증으로 머리덮개(scalp)에 무엇이 닿거나 주위가 시끄러우면 더 심해진다. 병력을 자세히 조사하면 일상생활 중 '긴장' 요소가 있고 특발성이며 박동성이지 않고 진찰 소견상 신체이상은 뚜렷이 발견되지 않는다. 두통의 기간은 수 시간 내지 수일이며 규칙적이지는 않고 일상적인 신체활동으로 악화되지 않는다. 두통의 빈도는 가끔 발생하는 경우도 있고 매일 발생하는 경우도 있는데 오후에 더욱 심해지는 경향이 있으며 주말에는 완화되기도 한다. 오심과 구토, 전신적 증상은 일반적으로 나타나지 않지만 빛공포증이나 소리공포증이 있을 수 있다. 질병세분류로는 긴장형 두통(G44.2)에 해당되며, 한의학에서는 내상(內傷)으로 인한 두통에 해당한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

국제두통학회(IHS)의 국제두통질환분류(ICHD-3rd edition)를 기준으로 하고 있으며, 두통의 임상양상(발생 위치, 빈도와 강도, 지속시간, 박동성 여부, 동반 증상, 완화 및 악화 요인)이 진단에서 가장 중요하다. 특히 만성 긴장성 두통과 같이 두통 일수가 많은 경우 월별 발생 양상을 정확히 파악해야 한다. 따라서 환자에게 면밀한 문진을 통해 병력을 청취해야 하며, 때로는 두통 일기를 사용하면 증상의 파악과 감별진단에 필요한 요소를 파악할 수 있다. 특정 질환으로 인한 이차성 두통의 감별진단을 위해서는 의심 질환을 기준으로 신경학적 검사와 임상병리 검사를 시행할 수 있으며, 추가적으로 전산화 단층 촬영, 자기공명영상 검사, 혈관조영술, 뇌혈류초음파 검사, 부비동 및 경추 방사선 촬영, 뇌척수액 검사, 뇌파 검사 등을 활용할 수 있으나, 필수적인 검사는 아니기에, 질환이 의심될 경우, 감별진단을 목적으로 한정적으로 수행해야 한다.

(2) 변증

한의학에서는 풍한외침(風寒外侵), 풍열침입(風熱侵入), 풍습침입(風濕侵入) 등의 외감 병인과 간양상항(肝陽上亢), 신정부족(腎精不足), 비위허약(脾胃虛弱), 어혈 등의 내상 병인이 두통의 원인으로 분류되고 있다. 또한, 두통의 발생 부위에 따라 경락과의 연관성으로 두통을 분류하며, 태양두통(太陽頭痛), 양명두통(陽明頭痛), 소양두통(少陽頭痛),厥음두통(厥陰頭痛)이 대표적이다.

(3) 평가도구

도구명	평가목적
Short Form-36 Health Survey(SF-36), Sickness Impact Profile, Migraine-Specific Quality of Life measure (MSQOL)등	삶의 질
효과의 추정치가 실제 효과에 가깝다는 것을 매우 확신할 수 있다.	두통 및 편두통 정도

(4) 감별진단

질환명	특징
편두통	통증의 질은 둔통이 아니며, 통증의 강도는 중증도 이상으로, 단측에 나타나며, 일상생활에 의해 통증이 증가함
군발성 두통	안와, 안와위, 관자놀이 주변에 편측성으로 심한 통증을 동반하며 15~180분간 지속됨. 통증과 같은 쪽의 결막출혈, 눈물, 코막힘, 콧물, 눈꺼풀 부종, 이마와 얼굴의 땀, 동공수축, 눈꺼풀 처짐 등의 증상과 안절부절 못하는 증상이 동반됨
약물 과용 두통	편두통이나 긴장성 두통에 수반됨. 편두통 소인을 가진 사람들은 특히 약물 과용 두통에 취약한 반면, 군발두통 환자에서는 드묾. 원발두통의 기왕력이 있는 경우, 과용 약물 치료를 중단한 지 1개월 이내에 이전의 두통 양상으로 돌아감

03. 예방 및 관리

긴장성 두통의 치료와 예방을 위해 약물치료와 비약물치료를 적절히 복합적으로 활용하는 것이 필요하다. 장기적으로 환자의 약 50%는 두통이 호전되지만, 나머지 절반의 환자의 경우 만성 긴장성 두통(CTTH) 또는 약물과용두통(MOH)으로 변형된다고 알려져 있다. 긴장성 두통은 만성으로 변형되지 않는 한 대개 치료에 잘 반응하며 장기적인 합병증이나 후유증도 남기지 않는 편이다.

* 상세 내용 긴장성 두통 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
단독치료		
1) 침		
R1	긴장성 두통 환자에게 침 치료를 시행하지 않는 것에 비해 침 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 침 치료를 시행할 것을 권고한다. 임상적 고려사항 • 긴장성 두통에 대한 침 치료의 효과는 침 치료 직후뿐 아니라, 8주 이내의 단기(short-term) 추적관찰, 8주 이상의 중기(mid-term) 추적관찰에서도 유의한 결과를 보였다. 따라서 침 치료는 긴장성 두통의 치료 및 예방에 유효하다고 할 수 있다. • 침 치료의 방법은 근위취혈과 원위취혈을 포함하며 임상 적용 시 환자의 증상에 따라 선혈할 필요가 있다. 선택된 문헌의 대부분은 두경부의 혈위를 기본으로 사용하였다. 일반적으로 긴장성 두통의 치료를 위해 사용되는 두경부 혈위는 풍지(GB20), 백회(GV20), 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 인당(EX-HN3), 두유(ST8), 함열(GB4), 뇌공(GB19) 등이며, 두경부 외 혈위는 합곡(LI4), 곡지(LI11), 열결(LU7), 후계(SI3), 태충(LR3), 행간(LR2), 음릉천(SP9), 삼음교(SP6), 신수(BL23), 현중(GB39), 태계(KI3), 심수(BL15), 비수(BL20), 족삼리(ST36), 중완(CV12), 풍릉(ST40), 격수(BL17) 등이다. • 이 외에도 상부승모근, 두판상근 등 경근과 통증유발점(trigger point)을 활용한 치료점을 선택할 수 있다. • 또한, 고전문헌과 「침구의학」 교과서를 참고할 때, 환자의 증상을 고려하여 변증에 따른 혈위를 취혈하는 것을 고려할 수 있다.	A/Moderate
R2	긴장성 두통 환자에게 양약 치료를 하는 것에 비해 일반 침 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 일반 침 치료를 시행할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 대조군에서 활용된 양약은 근이완제와 항우울제 등 긴장성 두통의 예방적 치료약물이었다. 두통 발작 시 일시적으로 활용되는 통증 조절 약물(아세트아미노펜, 비스테로이드성 소염진통제)이 아니므로 임상 적용 시 유의해야 한다. • 침 치료의 방법은 근위취혈과 원위취혈을 포함하며 임상 적용 시 환자의 증상에 따라 선혈할 필요가 있다. 일반적으로 긴장성 두통의 치료를 위해 사용되는 두경부 혈위는 풍지(GB20), 백회(GV20), 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 인당(EX-HN3), 두유(ST8), 함열(GB4), 뇌공(GB19) 등이며, 두경부 외 혈위는 합곡(LI4), 곡지(LI11), 열결(LU7), 후계(SI3), 태충(LR3), 행간(LR2), 음릉천(SP9), 삼음교(SP6), 신수(BL23), 현중(GB39), 태계(KI3), 심수(BL15), 비수(BL20), 족삼리(ST36), 중완(CV12), 풍릉(ST40), 격수(BL17) 등이다. • 포함된 연구에서 활용된 경혈은 백회(GV20), 태양(EX-HN5), 두유(ST8), 풍지(GB20), 열결(LU7), 삼음교(SP6), 족삼리(ST36) 등이다. • 또한, 고전문헌과 「침구의학」 교과서를 참고할 때, 환자의 증상을 고려하여 변증에 따른 혈위를 취혈하는 것을 고려할 수 있다.	B/Low
R3	긴장성 두통 환자에게 양약 치료를 하는 것에 비해 평형침 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 평형침 치료를 시행할 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 긴장성 두통에 대한 평형침 혈위로 두통혈(頭痛穴), 경통혈(頸痛穴), 승제혈(昇提穴) 등을 사용할 수 있다.	C/Very low
R4	긴장성 두통 환자에게 양약 치료를 하는 것에 비해 피부침 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 피부침 치료를 시행할 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 피부침 이용 시 일회용 부항을 활용하여 자락관술 등으로 활용할 수 있다. • 피부침 시술 시 시술 부위의 감염에 주의한다.	C/Very low
2) 전침		
R5	긴장성 두통 환자에게 전침을 시행하지 않는 것에 비해 전침 치료를 시행하는 것이 통증 개선에 효과적이므로 전침 치료를 시행할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 교과서와 문헌고찰을 통해 제시된 전침의 시술 부위는 근위부(경향부)와 원위부를 모두 포괄한다. 따라서, 한 의사는 환자의 증상을 파악한 후 필요에 따라 근위부 또는 원위부에 전침 치료를 시행한다. • 포함된 문헌에서 활용된 전침의 빈도는 2Hz, 2~10Hz 교차, 2~100Hz 교차 시행이었으며, 강도는 환자가 통증을 느끼지 않는 범위 내에서 활용되었다.	B/Low

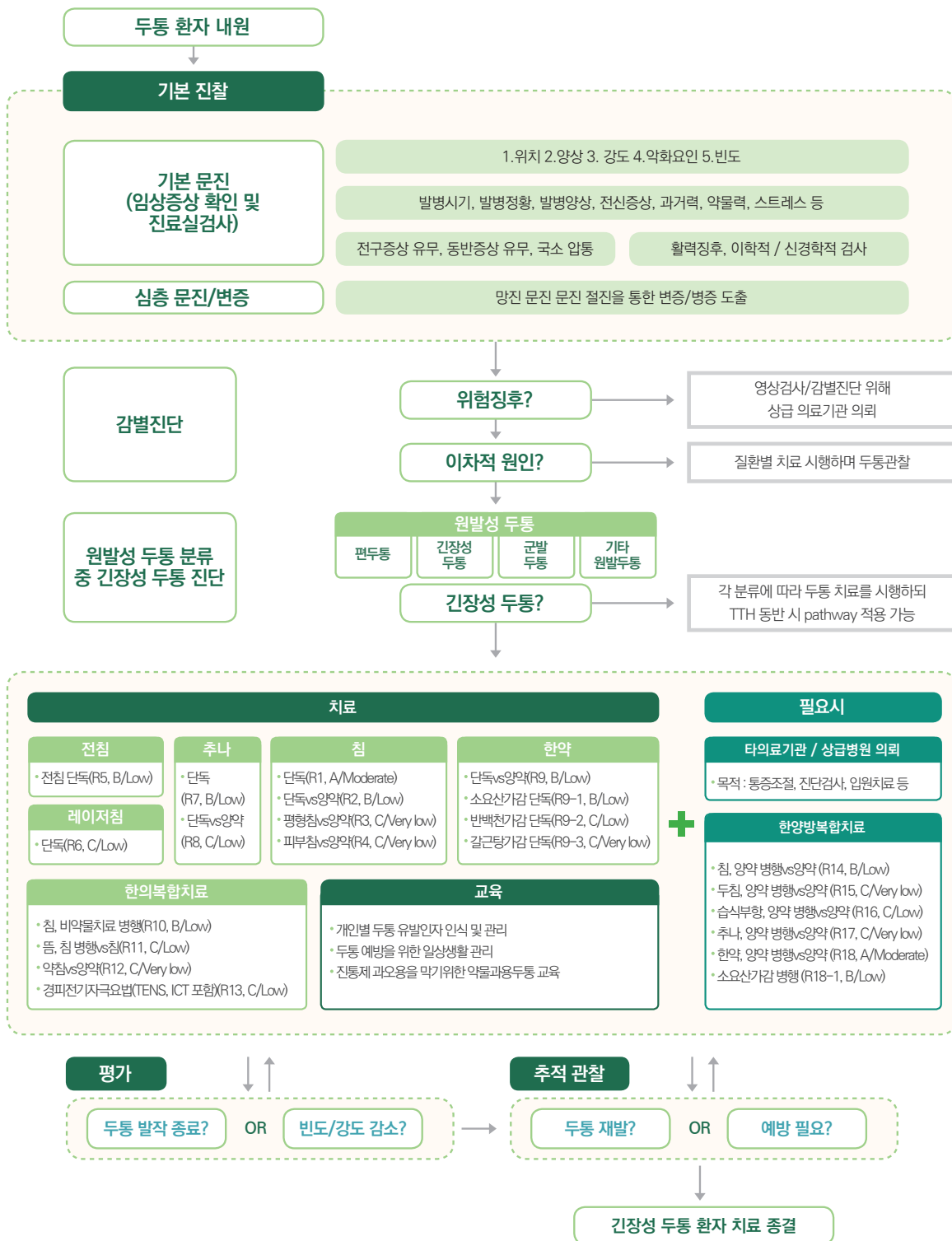
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
3) 레이저침		
R6	긴장성 두통 환자에게 레이저침을 시행하지 않는 것에 비해 레이저침 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 레이저침 치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 레이저침은 저출력레이저를 활용한다.	
R7	긴장성 두통 환자에게 추나 치료를 시행하지 않는 것에 비해 추나 치료를 시행하는 것이 치료 효과 증진에 효과적이므로 추나 치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 「추나의학 제2.5판」 교과서에서는 두통 환자에 대해 양와위 수건이용 경추신연기법, 양와위 양손 경추신연기법, 복와위 경추신연기법, 양와위 경추교정기법, 양와위 경추 JS신연 교정기법 등의 시행을 고려할 수 있다고 하였다. - 임상적으로 상부승모근, 흉쇄유돌근 또는 저작근군에 대한 근막이완강화기법, 근막압박이완기법 등의 활용을 고려할 수 있다. - 두부, 경추, 견갑대, 흉추로 이어지는 상체의 정렬을 정상화하는 과정이 우선 요망될 수 있다. - 관절교정기법(특히 경추부) 시행 전에는 적부검사를 시행하여 부작용 및 합병증 발생을 방지한다.	
R8	긴장성 두통 환자에게 추나 치료를 시행하지 않는 것에 비해 추나 치료를 시행하는 것이 치료 효과 증진에 효과적이므로 추나 치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 「추나의학 제2.5판」 교과서에서는 두통 환자에 대해 양와위 수건이용 경추신연기법, 양와위 양손 경추신연기법, 복와위 경추신연기법, 양와위 경추교정기법, 양와위 경추 JS신연 교정기법 등의 시행을 고려할 수 있다고 하였다. - 임상적으로 상부승모근, 흉쇄유돌근 또는 저작근군에 대한 근막이완강화기법, 근막압박이완기법 등의 활용을 고려할 수 있다. - 두부, 경추, 견갑대, 흉추로 이어지는 상체의 정렬을 정상화하는 과정이 우선 요망될 수 있다. - 관절교정기법(특히 경추부) 시행 전에는 적부검사를 시행하여 부작용 및 합병증 발생을 방지한다.	
4) 한약		
R9	긴장성 두통 환자에게 양약 치료를 하는 것에 비해 한약 단독 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 한약 치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 한약 치료는 두통의 변증별, 원인별 분류를 참고하여 갈근탕(葛根湯), 천궁다조산가감(川芎茶調散加減), 궁지석고탕가감(芩芷石膏湯加減), 강활승습탕가감(羌活勝濕湯加減), 천마구등음가감(天麻鉤藤飲加減), 소요산(逍遙散), 인삼양영탕(人蔘養榮湯) 등을 활용할 수 있다. - 또한, 《제중신편(濟衆新編)》, 《방약합편(方藥合編)》에 수록된 청상견통탕(淸上鑊痛湯)은 대표적인 두통 처방으로, 현재 한방건강보험 한약제제에 포함되며 다양한 두통에 활용성이 높다. - 포함된 문헌에 활용된 처방의 종류는 다양하였다. 소요산(逍遙散) 계열이 다용되어 가미소요산(加味逍遙散), 단치소요산(丹梔逍遙散) 등이 사용되었고, 그 외에도 시호소간산(柴胡疎肝散), 평간활혈탕(平肝活血湯), 이기활혈탕(理氣活血湯), 순기화중탕(順氣和中湯), 계지가갈근탕(桂枝加葛根湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯), 반하백출천마탕(半夏白朮天麻湯) 등이 활용되었다. 치법(治法) 위주의 처방으로는 소간억울(疏肝抑鬱), 양혈유간(養血柔肝), 활혈(活血) 등의 치법을 활용한 처방이 사용되었다. - 대조군에 사용된 양약은 삼환계 항우울제, 근이완제, 칼슘채널 길항제 등이며 일반적인 진통약물인 아세트아미노펜, 소염진통제 등은 포함되지 않았다. 임상 적용 시 해석에 주의를 요한다.	
R9-1	긴장성 두통 환자에게 양약 치료를 하는 것에 비해 소요산 가감방 한약 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 소요산 가감방 한약 치료를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 권고안에 제시된 소요산은 간울혈허(肝鬱血虛)에 활용되는 처방으로 두통 변증 중 대표적으로 혈허두통(血虛頭痛)에 활용될 수 있다. 한약은 환자의 체질과 변증을 종합적으로 고려하여 한의사의 결정에 따라 투여되어야 한다. - 임상질문에서 적용된 양약은 Amitriptyline, Flunarizine, Flupentixol-melitracen으로 다양했다. 따라서, 근거의 임상 활용 시 환자의 치료약물과 치료목적 등을 고려하여 적절한 적용을 할 필요가 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R9-2	긴장성 두통 환자에게 양약 치료를 하는 것에 비해 반하백출천마탕 가감방 한약 치료를 시행하는 것이 증상 개선을 위해 효과적이므로 반하백출천마탕 가감방 한약 치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 권고안에 제시된 반하백출천마탕은 담음과 유관한 두통, 어지럼 등에 활용되는 처방으로 「동의보감」에서는 담결두통(痰厥頭痛)의 대표적인 처방으로 본 처방을 소개하고 있다. 한약은 환자의 체질과 변증을 종합적으로 고려하여 한의사의 결정에 따라 투여되어야 한다.	
R9-3	긴장성 두통 환자에게 양약 치료를 하는 것에 비해 갈근탕 가감방 한약 치료를 시행하는 것이 증상 개선을 위해 효과적이므로 갈근탕 가감방 한약 치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 권고안에 제시된 갈근탕은 상한(傷寒)으로 머리와 몸이 뻣뻣하고 허리와 등이 아픈 증상을 치료할 때 활용되는 처방으로 두통 변증 중 대표적으로 풍한두통(風寒頭痛)에 활용할 수 있다. 한약은 환자의 체질과 변증을 종합적으로 고려하여 한의사의 결정에 따라 투여되어야 한다.	
한의학복합치료		
1) 침과 비약물		
R10	긴장성 두통 환자에게 비약물치료를 단독으로 시행하는 것에 비해 일반 침 치료와 비약물치료를 병행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 침 치료와 비약물치료를 병행할 것을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 긴장성 두통 환자에게 시행할 수 있는 비약물치료로는 인지교육, 심리적 지지, 이완 훈련 등이 있다. - 침 치료의 방법은 근위취혈과 원위취혈을 포함하며 임상 적용 시 환자의 증상에 따라 선혈할 필요가 있다. 일반적으로 긴장성 두통의 치료를 위해 다용되는 두경부 혈위는 풍지(GB20), 백회(GV20), 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 인당(EX-HN3), 두유(ST8), 한염(GB4), 뇌궁(GB19) 등이며, 두경부 외 혈위는 함곡(LI4), 곡지(LI11), 열결(LU7), 후계(SI3), 태충(LR3), 행간(LR2), 음릉천(SP9), 삼음교(SP6), 신수(BL23), 현종(GB39), 태계(KI3), 심수(BL15), 비수(BL20), 족삼리(ST36), 중완(CV12), 풍릉(ST40), 격수(BL17) 등이다. - 포함된 연구에서 활용된 경혈은 정영(GB17), 백회(GV20), 태양(EX-HN5), 신정(GV24), 함곡(LI4), 삼음교(SP6), 태충(LR3)이었다. - 또한, 고전문헌과 「침구의학」 교과서를 참고할 때, 환자의 증상을 고려하여 변증에 따른 혈위를 취혈하는 것을 고려할 수 있다.	
2) 침과 뜸		
R11	긴장성 두통 환자에게 침 단독 치료를 하는 것에 비해 뜸과 침 병행 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 뜸과 침 병행 치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 임상 현실에서 뜸 치료는 단독 중재보다는 침 또는 기타 한의 치료와 함께 복합적으로 시행하는 중재에 해당한다. 해당 권고안은 침 치료의 부가 치료로서 뜸 치료를 시행하는 것이 효용성이 있을 것이라는 임상적 의미를 가진다. - 뜸 요법은 시술 시 화상과 이에 따른 이차적 감염에 대해 주의를 기울여야 하며, 특히 안면부에 시술할 경우 이득과 위해에 대한 충분한 고려가 필요하다.	
3) 약침과 한약		
R12	긴장성 두통 환자에게 양약 치료를 하는 것에 비해 약침 치료와 한약 치료를 병행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 약침 치료와 한약 치료를 병행할 것을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 - 긴장성 두통의 약침 치료 시 원인과 통증 부위를 경락 진단하여 변증 치료한다. - 급성 두통은 황련해독탕 및 기제 약침 위주의 치료를 시행하고, 만성일 경우 윤제(JsD, CF), 봉약침, 자하거 약침, 수화조절법 등을 시행할 수 있다. - 해당 권고안에 포함된 문헌은 약침과 한약 병행 치료를 시행할 경우 양약 단독 치료 시에 비해 효과적임을 밝힌 연구였다. 이는 간접적인 근거에 해당하며, 향후 약침의 임상적 효용성을 명확히 하기 위해 추가적인 근거가 필요하다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
4) 한방물리 복합치료		
R13	긴장성 두통 환자에게 일반 물리치료만 시행하는 것에 비해 경피전자자극요법과 일반 물리 치료를 병행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 경피전자자극요법과 일반 물리 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 해당 문헌에서 활용된 경피전자자극요법은 안와 상 전기자극 치료(supraorbital transcutaneous electrical stimulation)이다.	C/Low
한양방복합치료		
1) 침과 의과 복합치료		
R14	긴장성 두통 환자에게 양약 단독 치료를 하는 것에 비해 일반 침과 양약 병행 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 일반 침과 양약 병행 치료를 할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 - 대조군에서 활용된 양약은 칼슘채널 차단제, 항우울제 등이었다. 두통 발작 시 일차적으로 활용되는 통증 조절 약물(아세트아미노펜, 비스테로이드성 소염진통제)이 아니므로 임상 적용 시 유의해야 한다. - 침 치료의 방법은 근위취혈과 원위취혈을 포함하며 임상 적용 시 환자의 증상에 따라 선혈할 필요가 있다. 일반적으로 긴장성 두통의 치료를 위해 다용되는 두경부 혈위는 풍지(GB20), 백회(GV20), 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 인당(EX-HN3), 두유(ST8), 함열(GB4), 뇌공(GB19) 등이며, 두경부 외 혈위는 합곡(LI4), 곡지(LI11), 열결(LU7), 후계(SI3), 태충(LR3), 행간(LR2), 음릉천(SP9), 삼음교(SP6), 신수(BL23), 현종(GB39), 태계(KI3), 심수(BL15), 비수(BL20), 족삼리(ST36), 중완(CV12), 풍릉(ST40), 격수(BL17) 등이다. - 또한, 고전문헌과 「침구의학」 교과서를 참고할 때, 환자의 증상을 고려하여 변증에 따른 혈위를 취혈하는 것을 고려할 수 있다.	B/Low
R15	긴장성 두통 환자에게 양약 단독 치료를 하는 것에 비해 두침과 양약 복합치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 두침과 양약 병행 치료를 시행할 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 두침요법 시행 시 쾌속염전법, 유침 또는 매침법을 활용할 수 있으며 자극량과 환자의 반응을 면밀히 살펴 시술한다. - 포함된 문헌에서는 정전구(頂前區), 정구(頂區), 액구(額區)가 활용되었다. 「침구의학」 교과서에 따르면, 긴장성 두통에 대한 정확한 취혈은 나와 있지 않으나, 두통 증상에 초써두침상 전두통(前頭痛)은 對側感覺區下2/3 지점을, 후두통(後頭痛)은 對側感覺區上1/5 지점을 치료할 것을 제시한다. 또한, 표준두침상 顳後線, 額旁2線, 頂顳前斜線下2/5(兩側), 頂中線 또한 치료점으로 제시하고 있다. - 대조군에서 활용된 양약은 근이완제였다. 두통 발작 시 일차적으로 활용되는 통증 조절 약물(아세트아미노펜, 비스테로이드성 소염진통제)이 아니므로 임상 적용 시 유의해야 한다.	C/Very low
2) 자락과 의과 복합치료		
R16	긴장성 두통 환자에게 양약 단독 치료를 하는 것에 비해 자락술 및 자락관법 치료와 양약 치료를 병행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 자락술 및 자락관법 치료와 양약 치료를 병행할 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 자락술 및 자락관법 시행 시 시술 부위의 감염에 주의하며, 환자의 체력 상태에 따라 피로감을 느낄 수 있으므로 2~3일간 휴식 후 재개하는 방식으로 시술한다. - 자락술 및 자락관법에 활용되는 혈위로는 태양(EX-HN5), 백회(GV20), 풍지(GB20) 등이 있다. - 대조군에서 활용된 양약은 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(SSRI)였다. 두통 발작 시 일차적으로 활용되는 통증 조절 약물(아세트아미노펜, 비스테로이드성 소염진통제)이 아니므로 임상 적용 시 유의해야 한다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
3) 추나와 의과 복합치료		
R17	긴장성 두통 환자에게 양약 단독 치료를 하는 것에 비해 추나 치료와 양약 병행 치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 추나와 양약 병행 치료를 시행할 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 「추나의학 제2.5판」 교과서에서는 두통 환자에 대해 양와위 수건이용 경추신연기법, 양와위 양손 경추신연기법, 복와위 경추신연기법, 양와위 경추교정기법, 양와위 경추 JS신연 교정기법 등의 시행을 고려할 수 있다고 하였다. • 임상적으로 상부승모근, 흉쇄유돌근 또는 저작근군에 대한 근막이완강화기법, 근막압박이완기법 등의 활용을 고려할 수 있다. • 두부, 경추, 견갑대, 흉추로 이어지는 상체의 정렬을 정상화하는 과정이 우선 요망될 수 있다. • 관절교정기법(특히 경추부) 시행 전에는 적부검사를 시행하여 부작용 및 합병증 발생을 방지한다. • 대조군에서 활용된 양약은 삼환계 항우울제인 Amitriptyline이었다. 두통 발작 시 일차적으로 활용되는 통증 조절 약물(아세트아미노펜, 비스테로이드성 소염진통제)이 아니므로 임상 적용 시 유의해야 한다.	C/Very low
4) 한약과 의과 복합치료		
R18	긴장성 두통 환자에게 양약 단독 치료를 하는 것에 비해 한약과 양약 병행 치료를 시행하는 것이 증상 개선을 위해 효과적이므로 한약과 양약 병행 치료를 시행할 것을 권고한다. 임상적 고려사항 • 한약 치료는 두통의 변증별, 원인별 분류를 참고하여 갈근탕(葛根湯), 천궁다조산가감(川芎茶調散加減), 궁지석고탕가감(茺朮石膏湯加減), 강활승습탕가감(羌活勝濕湯加減), 천마구등음가감(天麻鉤藤飲加減), 소요산(逍遙散), 인삼양영탕(人蔘養榮湯) 등을 활용할 수 있다. • 또한, 《제중신편(濟衆新編)》, 《방약합편(方藥合編)》에 수록된 청상건통탕(淸上蠲痛湯)은 대표적인 두통 처방으로, 현재 한방건강보험 한약제제에 포함되며 다양한 두통에 활용성이 높다. • 포함된 문헌에 활용된 처방의 종류는 다양하였다. 소간활혈탕(疏肝活血湯), 해울두통탕(解鬱頭痛湯), 화어통락탕(化瘀通絡湯) 등이었으며, 치법(治法) 위주의 처방으로는 양혈유간(養血柔肝), 소풍(消風)의 치법을 활용한 처방을 사용하였다. • 대조군에 사용된 양약은 삼환계 항우울제, 근이완제, 갑상선 억제제 등이며 일반적인 진통약물인 아세트아미노펜, 소염진통제 등은 포함되지 않았다. 임상 적용 시 해석에 주의를 요한다.	A/Moderate
R18-1	긴장성 두통 환자에게 양약 단독 치료를 시행하는 것에 비해 소요산가감 한약과 양약을 병행 치료하는 것이 증상 개선에 효과적이므로 소요산가감 한약과 양약을 병행 치료할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 권고안에 제시된 소요산은 간울혈허(肝鬱血虛)에 활용되는 처방으로 두통 변증 중 대표적으로 혈허두통(血虛頭痛)에 활용할 수 있다. 한약은 환자의 체질과 변증을 종합적으로 고려하여 한의사의 결정에 따라 투여되어야 한다. • 대조군에서 활용된 양약은 삼환계 항우울제, 항정신성 약물 등이었다. 두통 발작 시 일차적으로 활용되는 통증 조절 약물(아세트아미노펜, 비스테로이드성 소염진통제)이 아니므로 임상 적용 시 유의해야 한다.	B/Low

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



안면신경마비

(G51.0)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

안면신경마비는 12개의 뇌신경 중 7번 뇌신경인 안면신경이 다양한 원인으로 손상되어 나타나는 질환이다. 주로 편측에 발생하며 수 시간에서 수일에 걸쳐 증상이 진행되는 경향을 띤다. 얼굴 근육의 마비가 대표적인 증상으로, 눈과 입이 한쪽으로 비뚤어진다고 하여 구안와사(口眼喎斜)라고 불린다. 다양한 원인이 있으나 가장 빈발하는 질환은 특발성 안면신경마비인 벨 마비(Bell's palsy)이다.

대표적인 증상은 편측에 나타나는 복합적인 얼굴 운동 장애로, 눈을 감기 어렵고 이마와 얼굴에 주름이 잡히지 않으며 입이 오므려지지 않아 음식물이 흐르는 등 다양하다. 이외에도 얼굴과 목 부위의 이상 감각 또는 통증, 청각과 미각의 변화, 눈물 분비 감소, 유루증, 이명 등의 다양한 증상이 나타난다. 증상 발현 전 감기 또는 장염 등의 바이러스 감염증상이 전구증상으로 동반되기도 한다. 안면신경마비의 진행은 수 시간에서 수일에 걸쳐 진행하므로 일반적으로 증상 발현 48시간 내 점점 심해지는 경향이 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

일반적으로 얼굴의 마비를 포함한 특징적인 임상적 증상으로 진단이 가능하다. 최소한의 진단 기준은 편측에 갑자기 발생한 얼굴 근육의 불완전 혹은 완전마비를 보이면서 다른 여러 질환을 배제할 때 특발성 안면신경마비로 진단한다. 이성 대상포진으로 인한 경우는 외이도의 수포를 관찰할 수 있으며, 종양으로 인한 경우는 진행이 느리고 회복 경과가 보이지 않는 경우 의심할 수 있다. 중추신경계 질환으로 인한 경우는 안면신경마비 외에 여러 신경학적인 이상 징후가 나타날 수 있다.

근전도(EMG), 표면근전도(sEMG), 신경전도검사(ENoG) 등과 같은 전기진단검사는 신경변성 정도를 알 수 있으며 근육 변화에 대해 객관적으로 기록, 병변의 위치를 결정하고 신경 손상의 정도를 판단하는 데 도움을 준다. 또한 예후 결정, 치료 방법 선택에 도움이 될 뿐만 아니라 병변 진행의 호전 여부 또는 악화 여부를 판별하는 데 도움을 준다. 영상평가는 증상의 경과나 양상이 비전형적일 경우 중추성 안면마비의 감별진단 및 기타 기질적 원인을 배제하는 데 도움이 될 수 있다.

(2) 변증

눈과 입 등이 한쪽으로 비뚤어지는 증상이 있는 경우를 통틀어 구안와사(口眼喎斜) 등의 병명으로 진단하였으며, 환자의 상태와 발병 원인에 따라 풍사외습(風邪外襲), 허풍내동(虛風內動), 기혈어조(氣血瘀阻)로 분류한다.

(3) 평가도구

안면신경마비의 평가는 육안으로 평가하는 평가 방법과 진단기기를 이용한 평가 방법이 있다. 이중 한의사가 임상에서 환자를 관찰하면서 가장 빠르고 쉽게 평가할 수 있는 방법이 육안적인 관찰을 통해 진단하는 방법이다. 이 중 국내 외 모두 임상에서 가장 널리 활용되고 있는 방법으로는 총괄법에 해당하는 하우스-브렉만(House-Brackmann scale)이며 국내의 경우 하우스-브렉만과 더불어 부위법에 해당하는 야나기하라(Yanagihara's unweighted grading system)이 많이 사용되고 있는 평가방법이다.

(4) 감별진단

질환명	특징
중이염	급성 중이염으로 인한 세균성 염증이 주변에 염증을 유발하면서 2차적인 안면신경마비를 유발할 수 있다. 또한, 만성 중이염으로 인한 골염 혹은 진주종이 안면신경을 침범하면서 발생할 수 있다.
악성 외이도염	주변 조직으로 염증이 퍼지면서 안면신경마비가 나타날 수 있으며, 두통, 이통, 이루, 턱관절 통증 외에도 침범범위에 따라 다른 뇌신경장해도 동반할 수 있는 응급질환이다.
램지헌트증후군 (Ramsay Hunt syndrome)	대상포진 바이러스가 슬신경절을 침범하여 발생하는 안면신경마비로 외이도나 귀 주변에 수포가 나타날 수 있으며, 이명, 청각 감퇴, 어지럼증 등을 동반할 수 있다. 벨 마비(Bell's palsy)에 비해 회복 속도가 늦고 완치율도 낮다.
후천성 면역결핍질환	면역결핍 바이러스에 의해 직접 신경이 손상되면서 발생하거나, 면역결핍 상태에서 대상포진 바이러스 등의 감염 등에 의해 발생할 수 있다.
양성, 악성 종양	종양에 의한 내외부의 물리적 압박으로 안면신경마비가 발생할 수 있다. 악성 종양의 경우, 주로 외이도에서 발생하여 중이를 침범하면서 마비가 나타난다.

03. 예방 및 관리

안면마비의 원인은 특정할 수 없으나 임신, 비만, 고혈압, 당뇨, 상기도의 질병 등이 위험인자로 알려져 있다. 임신부는 발병률이 3배, 당뇨 환자는 발병률이 4배 증가한다. 발병 연령은 다양하나 15~45세 사이에, 여성이 남성보다 빈 발한다. 예후는 손상 정도와 관련이 있고, 불안정한 손상은 회복이 될 여지가 있다. House-Brackmann Grade에서 I, II는 좋은 예후를, V, VI는 예후가 좋지 않을 가능성이 높다. 이성대상포진으로 인한 안면신경마비는 벨마비보다 좋지 않은 예후를 보이는 경우가 많다. 회복이 21일 이내에 시작되면 예후가 비교적 좋으나, 신경손상의 정도에 따라 판단해야 한다. 회복이 완전하지 않으며 구축감, 연합운동, ‘악어의 눈물’로 불리는 눈물샘 과다 분비 등의 후유증이 남을 수 있다.

* 상세 내용 안면신경마비 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 진단		
R1	안면신경마비의 원인 질환 파악과 감별진단, 배제 등이 필요할 경우CT (Computed Tomography)나 MRI (Magnetic Resonance Imaging) 검사 시행을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 - CT와 MRI 검사 시 해당 진단기기의 금기와 주의사항에 따른다. - 현재 CT나 MRI 검사의 경우 한의사가 직접 시행할 수 없으므로 검사가 가능한 의료기관에 검사 의뢰가 필요하며, 검사결과에 대해서는 가급적 영상의학과 전문의의 판독소견을 확인하고 진료에 임할 것을 권장한다.	
R2	안면신경마비의 육안적 평가방법으로 House-Brackmann scale, Yanagihara's un-weighted grading system의 사용을 고려할 수 있다.	C/Low
R3	안면신경마비의 예후 판단을 위해 급성기가 지난 후 근전도검사(Electromyography, EMG)와 신경전도검사(Electro-neurography, ENoG)의 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R4	안면신경마비의 객관적인 평가를 위해 급성기가 지난 후 표면근전도 검사(surface Electromyography, sEMG) 검사의 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
R5	안면신경마비의 예후 판단을 위해 적외선체열진단기(Digital Infrared Thermal Imaging, D.I.T.I.)의 사용을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2) 치료		
1) 침		
협진치료		
R6	특발성 안면신경마비 환자에게 스테로이드를 포함한 양약 단독치료를 시행하는 것에 비해 침과 양약 협진치료를 시행할 것을 권고한다. 임상적 고려사항 • 문헌에 제시된 다빈도 경혈은 지창(ST4), 협거(ST6), 태양(EX-HN5), 예풍(TE17), 양백(GB14), 관료(SI18), 합곡(LI4), 풍지(GB20) 등이었다. 한의사는 환자의 증상에 맞춰 그 외 다양한 혈위를 사용할 수 있다. • 스테로이드 치료는 본 임상진료지침의 연구범위는 아니나, 기타 임상진료지침을 참고할 때 발병 72시간 이내의 벨마비 환자에게 표준적 치료로 사용될 수 있다. • 병적인 비만, 조절되지 않는 당뇨 환자, 골다공증, 임신부의 경우 주의해야 하며, 스테로이드 치료로 인한 대표적인 부작용은 위장관 장애, 당조절 장애, 혈압 상승 등이 있으므로, 복약 기간 중 침 치료 시 환자를 주의 깊게 살필 필요가 있다. • 스테로이드 외 항바이러스제 및 비타민 치료법의 효과에 대해서는 논쟁적(controversial)이다.	A/Moderate
R7	특발성 안면신경마비 환자에게 침과 양약 협진치료 시 득기(得氣)를 유발할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 득기감은 빠긴함, 찌릿함, 묵직함, 시원함 등의 감각의 확산 또는 전도되는 것을 의미한다. • 과도한 득기감은 오히려 환자에게 불편함, 통증 등을 유발할 수 있으므로 주의한다.	B/Moderate
R8	특발성 안면신경마비 환자에게 침과 양약 협진치료 시 급성기 이후부터 침 치료를 시작하는 것에 비해 급성기부터 침 치료를 시행할 것을 권고한다. 임상적 고려사항 • 안면신경마비의 급성기란, 발병 후 7일 이내를 의미한다.	A/Moderate
병행치료		
R9	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료 단독으로 시행하는 것에 비해 침과 두침치료를 병행 치료 하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 두침요법은 굵기 0.30~0.45mm, 길이 45~70mm의 호침을 사용한다. 자세한 조작법은『침구의학』 교과서를 참조할 수 있다. • 두침시술 시 강한 자극으로 인해 환자의 불편감이 발생할 수 있음을 인지하고 주의해야 한다.	C/Low
R10	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료 단독으로 시행하는 경우에 비해 침과 동씨침을 병행 치료하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 동씨침 치료는 건측상천(上泉), 중천(中泉), 하천(下泉)과 양측 족일중(足一重), 족이중(足二重), 족삼중(足三重), 사화외(四花外), 측삼리(側三里), 측하삼리(側下三里)의 경혈을 사용할 수 있다.	C/Low
R11	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침과 평형침을 병행치료하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
2) 전침		
병행치료		
R12	특발성 안면신경마비 환자의 안면 증상 개선을 위해 일반 침 치료만 시행하는 것보다 전침 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 자극에 민감한 일부 환자의 경우 전침 강도 조절 시 전침 자극에 의한 갑작스러운 통증을 호소할 수 있으므로 강도를 높일 때 주의가 필요하며, 전침 강도를 높일 때 환자가 불편해 하지 않을 정도의 적절한 강도로 자극을 진행해야 한다. • 전침 자극으로 인한 환자의 불편감이나 이상반응이 나타날 경우 신속하게 자극 강도를 낮추거나 전침 자극을 중단해야 하며, 전침 시술 부위 가까운 위치에 금속이나 전자장치가 삽입되어 있는 경우 또는 환자의 금기증 해당 여부에 대해 반드시 확인한 후 시술을 진행해야 한다.	B/Moderate
R13	특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 한약 치료와 함께 침 치료만 시행하는 것보다 한약 치료와 함께 전침 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
협진치료		
R14	특발성 안면신경마비 환자의 안면 증상 개선을 위해 일반치료 ¹⁾ 와 함께 침 치료만 시행하는 것보다 일반치료 ¹⁾ 와 함께 전침 치료를 협진하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
3) 한약		
협진치료		
R15	특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 스테로이드 치료를 단독으로 시행하는 것보다 건정산(牽正散) 처방을 협진하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
병행치료		
R16	특발성 안면신경마비 환자의 안면 증상 개선을 위해 침 치료를 단독으로 시행하는 것보다 침 치료와 함께 건정산(牽正散) 처방을 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R17	특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 침구치료를 단독으로 시행하는 것보다 침구 치료와 함께 보중익기탕(補中益氣湯) 처방을 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
단독치료		
R18	안면신경마비에 대한 한약 치료 처방으로 이기거풍산(理氣祛風散), 건정산(牽正散), 청양탕(淸陽湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯) 등의 사용을 전문가그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고하며, 환자 개개인의 상태와 특성에 따라 변증을 통해 투여 처방을 결정할 수 있다.	GPP/CTB
임상적 고려사항 천오, 백부자 등 유독한 한약재가 포함된 건정산(牽正散), 불환금단(不換金丹)은 투여 시 주의가 필요하다.		
4) 약침		
단독치료		
R19	치료가 지연된 안면신경마비 환자에게 일반침 치료에 비해 봉약침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R20	특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료 ²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 와 함께 봉약침 치료를 고려할 수 있다.	C/Very low
임상적 고려사항 • 봉약침은 한의사의 전문적인 지식을 기반으로 사용되어야 한다. • 봉약침의 적용 전 피부과민반응검사(skin test)를 통해 과민반응 여부를 확인해야 한다. • 봉약침의 임상활용 시 과민반응과 아나필락시스에 대해 전문적인 지식과 적극적인 대처방법을 갖출 필요가 있다. • 봉약침의 시술부위는 양백(GB14), 관료(SI18), 영향(LI20), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17) 등을 고려할 수 있다.		
R21	특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료 ²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 에 자하거 약침 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R22	이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 와 함께 약침 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Low
5) 매선		
병행치료		
R23	특발성 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 일반 한의치료 ²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 와 함께 매선요법을 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 매선 치료는 시술 후 통증과 부종으로 인한 불편감, 멍 그리고 이물감이 있을 수 있으므로 시술 전 환자에게 사전 설명을 충분히 하여 치료 여부를 선택할 수 있게 해야 한다.		
R24	안면신경마비 발병 3개월 이상 경과하고 일반적인 치료로 뚜렷한 호전을 보이지 않을 때 일반 한의치료 ²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 와 함께 매선요법을 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate

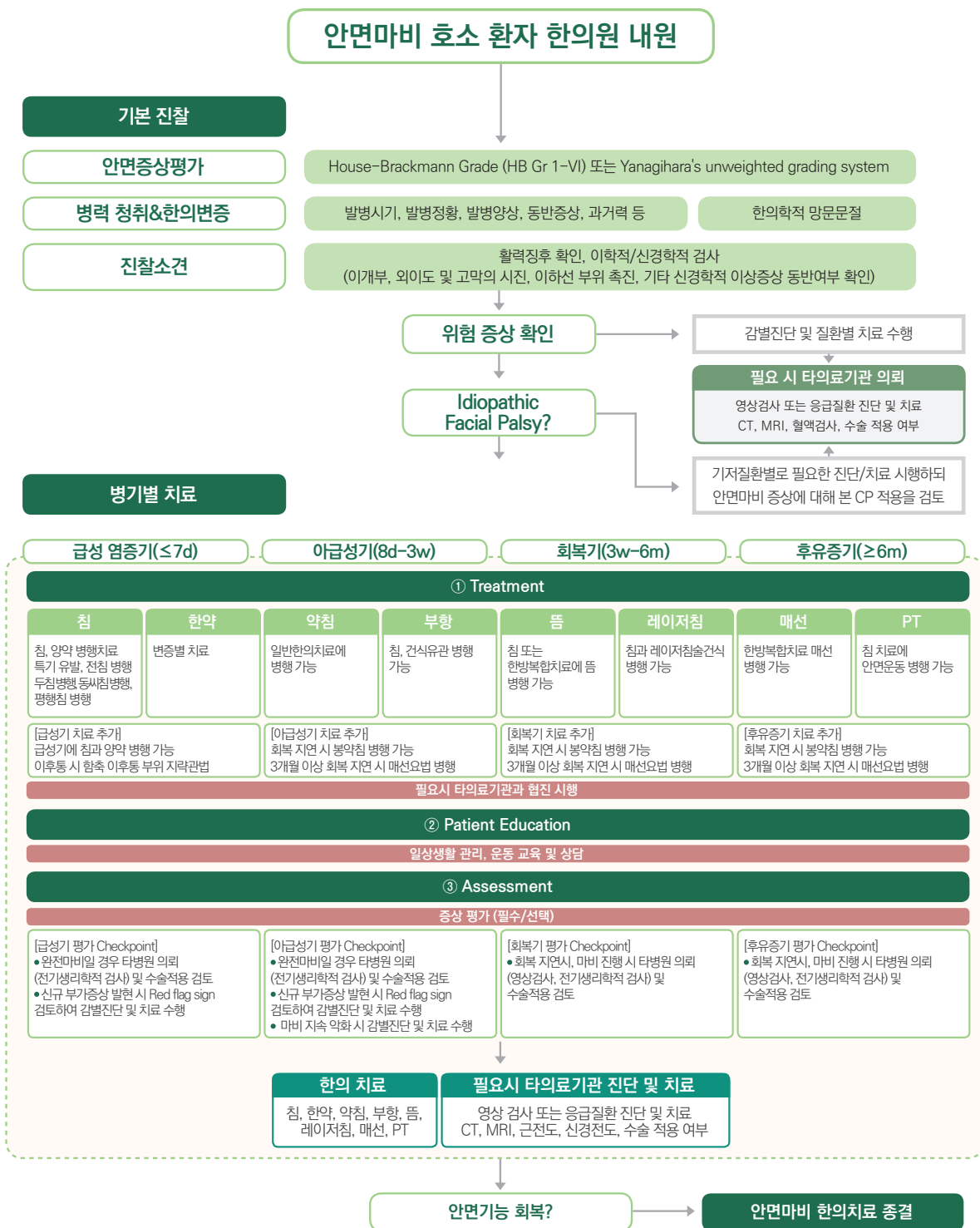
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
6) 뜸		
병행치료		
R25	특발성 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 함께 뜸 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 안면부에 시행하는 뜸 요법의 경우 안면부 화상으로 인한 흉터 발생 등의 위험 가능성이 있으므로 사용 시 신중한 판단과 주의를 요한다.	C/low
R26	특발성 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 일반 한의치료²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료²⁾와 함께 뜸 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 안면부에 시행하는 뜸 요법의 경우 안면부 화상으로 인한 흉터 발생 등의 위험 가능성이 있으므로 사용 시 신중한 판단과 주의를 요한다.	C/Low
단독치료		
R27	안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 청화(GB2), 협거(ST6), 지창(ST4)에 뜸 요법 시행을 전문가 그룹의 공식적인 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 안면부에 시행하는 뜸 요법의 경우 안면부 화상으로 인한 흉터 발생 등의 위험 가능성이 있으므로 사용 시 신중한 판단과 주의를 요한다.	GPP/CTB
7) 부항		
병행치료		
R28	특발성 안면신경마비 환자에게 이후통을 개선하기 위해 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 함께 이후통 부위의 자락관법 병행치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 자락관법의 시술 부위는 예풍(TE17), 완골(GB12) 등 귀 뒷부분의 아시혈(阿是穴)을 목표로 한다. - 자락관법의 시술 시 교차감염을 예방하기 위하여 정침법(Clean needle technique, CNT)에 기반하여 멸균 소독된 1회용 부항을 사용해야 한다.	C/Low
R29	특발성 안면신경마비 환자의 안면 증상을 개선하기 위해 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 자락관법의 병행치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 - 안면신경마비 환자의 이후통의 소실은 결과적으로 마비 증상의 호전과 연관이 있을 것으로 생각된다. - 자락관법의 시술 부위는 예풍(TE17), 완골(GB12) 등 귀 뒷부분의 아시혈(阿是穴)을 목표로 한다.	B/Moderate
R30	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 건식부항의 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
8) 레이저침		
병행치료		
R31	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 레이저침 병행치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
9) 물리치료 및 안면운동		
병행치료		
R32	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 함께 안면운동을 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 - 안면운동은 거울운동(mirror exercise), 바이오피드백(biofeedback)이 대표적이며 근육의 움직임에 따라 다양한 방향으로 시행할 수 있다. - 안면운동의 시작시점은 논쟁적(controversial)이다. 향후 추가적 연구가 필요하다.	C/Moderate

일반치료¹⁾: 본 권고안은 스테로이드(steroid)를 포함한 의과 약물치료 및 운동치료를 일반치료로 정의한다.

일반 한의치료²⁾: 본 권고안은 침과 전침, 한약, 물리치료 등의 치료를 일반 한의치료로 정의한다.

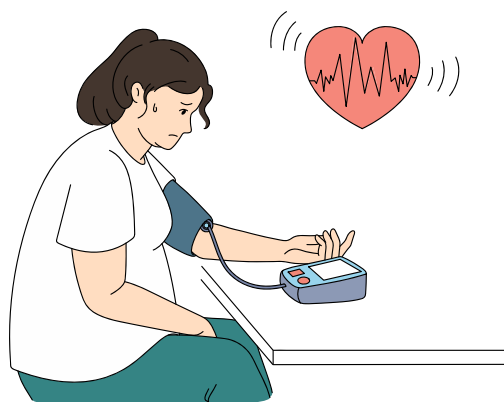
05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



고혈압

(I10)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

혈압은 혈관 내부의 압력을 의미하며, 심박출량과 말초혈관의 저항에 따라 영향을 받는다. 고혈압은 혈압이 높다는 뜻이며, 수압이 높으면 혈액순환을 원활히 할 수 있지만, 장기간 높은 혈압 상태를 유지하면 혈관에 부담을 주어 혈관과 장기의 손상을 유발한다. 본 지침에서 대상으로 하고 있는 고혈압은 성인 본태성(일차성) 세분류로는 양성 고혈압(I10.0), 상세불명의 고혈압(I10.9)이 해당되며, 고혈압 전단계(R03.0)를 포함한다. 또한 현재 항고혈압제를 복용하고 있거나, 아직 복용하고 있지 않은 환자를 대상으로 혈압의 조절에 있어서 단독 치료 또는 부가적인 치료로 사용될 수 있다. 고혈압(I10.9)은 수축기 혈압이 140mmHg 이상이거나, 확장기 혈압이 90mmHg 이상일 경우로 정의한다. 또한, 고혈압은 수축기 혈압이 140~159mmHg이거나, 확장기 혈압이 90~99mmHg인 경우를 제1기 고혈압으로, 수축기 혈압이 160mmHg 이상이거나 확장기 혈압이 100mmHg 이상일 때 제2기 고혈압으로 세분하여 정의한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

혈압분류	수축기 혈압		이완기 혈압
정상혈압(Normal)	<120	그리고	<80
주의혈압(Elevated)	120~129	그리고	<80
고혈압전단계(Prehypertension)	130~139	또는	80~89
고혈압(Hypertension)	≥140	또는	≥90
	제1기(Stage 1)	또는	90~99
	제2기(Stage 2)	또는	≥100
수축기단독고혈압(Isolated systolic hypertension)	≥140	그리고	<90

(2) 변증

고혈압은 한의학에서 간양상항(肝陽上亢), 현훈(眩暈), 두통(頭痛) 등의 병증(病證)의 범주에 속하며, 간양상항(肝陽上亢), 습담(濕痰), 어혈(瘀血), 음허(陰虛), 기허(氣虛) 등에서 기인하는 것으로 인식하였다. 고혈압의 한의학적 변증 진단에는 여러 가지 분류 방법이 있으나 [한방순환신경내과학]에 따르면 간양상항(肝陽上亢), 간신음허(肝腎陰虛), 습담내저(濕痰內阻), 기허(氣虛), 어혈내저(瘀血內阻)로 분류된다.

(3) 한의치료의 적응증

국내 또는 국외 의료체계에서 고혈압은 항고혈압제 위주로 치료하고 있으며, 한의학적 치료는 부가적으로 적용하는 병행치료에 관한 연구가 많다. 그러나 일차적으로 한의학적 치료를 다음과 같은 경우를 고려해 볼 수 있다.

- 중노년층의 경계성 고혈압
- 제1기 고혈압
- 심신증 경향이 강한 고혈압(일부 백의고혈압)
- 수반증상이 있는 고령자의 고혈압
- 특수한 경우로서 내장비만에 합병한 고혈압
- 고혈압전단계의 관리
- 합병증 예방 목적
- 삶의 질을 개선하기 위한 목적
- 항고혈압제의 부작용(칼슘채널차단제, 베타차단제, 앤지오텐신전환효소억제제의 마른기침, 기립성 저혈압이나 어지럼 증 등)의 개선

03. 예방 및 관리

고혈압의 위험인자로는 조절이 불가능한 인종·나이·가족력 등과 조절 가능한 비만·운동부족·흡연·염분·저칼륨혈증·알코올·스트레스·수면부족 등이 있으며, 심혈관질환, 뇌혈관질환 신장질환 등 주요 합병증을 유발한다. 본태성 고혈압은 원인을 찾기 어려워 원인 치료보다는 혈압을 목표 수준까지 낮추어 관리하는 것이 중요하며, 수축기 혈압 10mmHg, 확장기 혈압 6mmHg를 낮추면 뇌중풍 사망 및 허혈성 심장질환을 30% 낮추는 것으로 알려져 있다. 예방 및 관리하는 저염식, 체중감량, 운동, 알코올 섭취 제한, 금연, 건강한 식습관 등 생활습관 교정이 핵심이다. 소금 하루 복용량 2.4g을 넘기지 않는 저염식은 2~8mmHg, 체중 10kg 감량은 5~20mmHg, 매일 30분 이상의 규칙적 유산소 운동은 4~9mmHg, 알코올 제한은 2~4mmHg, 식사요법은 8~14mmHg의 혈압감소 효과가 있다.

* 상세 내용 고혈압 한의표준임상진료지침 참고



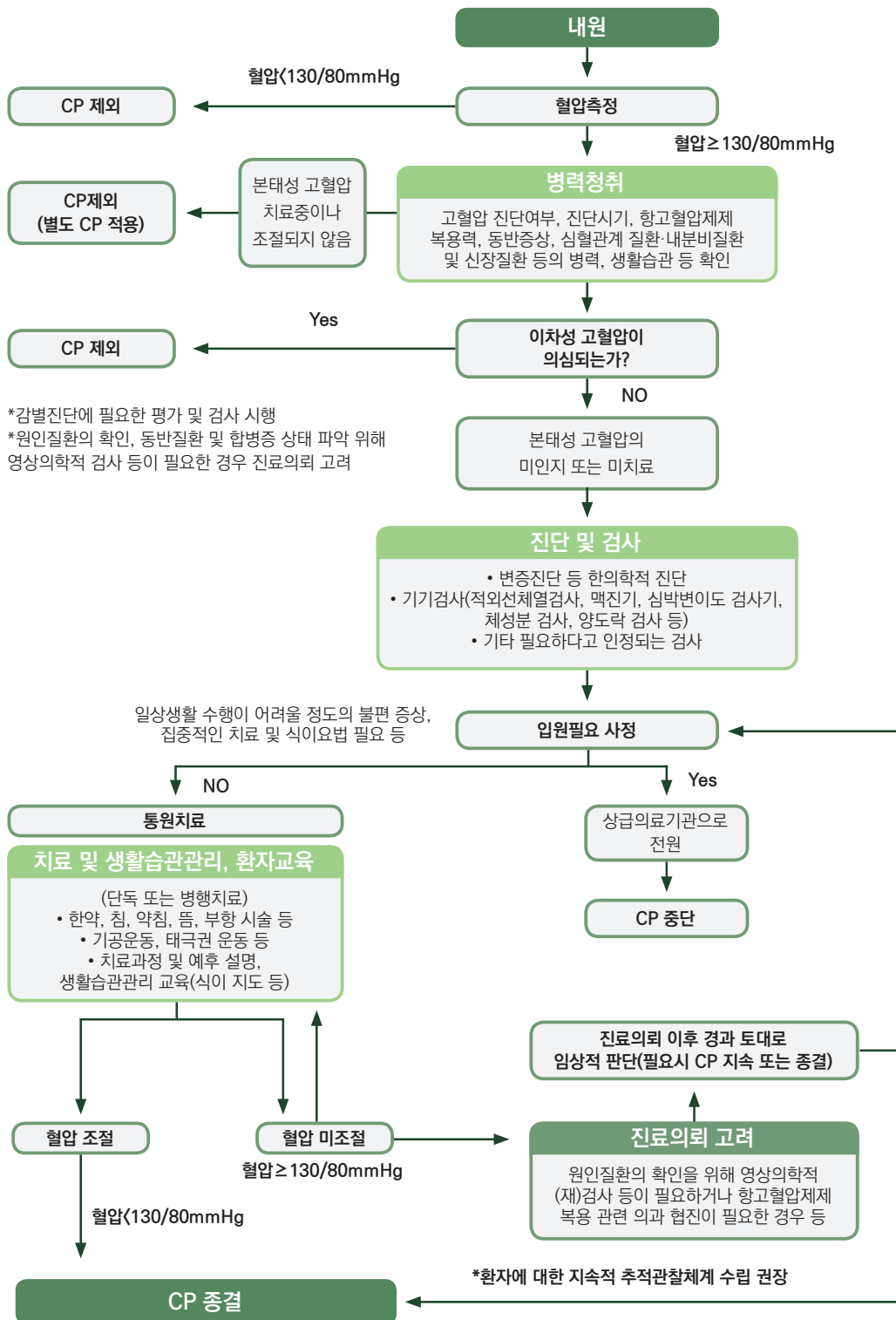
<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 한약		
단독치료		
R1	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 천마구등음 단독투여를 고려할 수 있다.	C/Low
R1-1	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 천마구등음 과립제 단독투여를 고려할 수 있다.	C/Low
R2	성인 습담변증 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 반하백출천마탕 단독투여를 고려할 수 있다.	C/Very low
R3	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로 이수제 단독투여를 고려할 수 있다.	C/Low
병행치료		
R4	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 천마구등음 병행투여를 고려해야 한다.	B/Low
R4-1	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 천마구등음 과립제 병행투여를 고려해야 한다.	B/Low
R5	성인 습담변증 고혈압 환자에게 혈압 강하 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 반하백출천마탕의 병행투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
R6	성인 어혈변증 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 혈부죽어탕 병행투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
R7	성인 간신음허변증 고혈압 환자에게 혈압 강하 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 기국지황환 병행투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
R8	성인 기허변증 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 보중익기탕 병행투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
R9	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 이수제와 병행투여를 고려해야 한다.	B/Low
R10	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 오령산 및 오령산가미방 병행투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
2) 침 [일반침, 약침]		
병행치료		
R11	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 침 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R12	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 약침 치료의 병행을 고려할 수 있다.	C/Moderate
R13	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하 목적으로, 항고혈압제 단독투여보다 항고혈압제와 뜸치료의 병행을 고려할 수 있다.	A/Moderate
임상적 고려사항 • 뜸치료에 사용한 혈위는 족삼리(ST36), 기해(CV6), 관원(CV4), 백회(GV20), 용천(KI1), 곡지(LI11) 등이 있다. • 변증에 따라 뜸치료를 할 경우에는 간양상항형이면 곡지(LI11), 태충(LR3), 용천(KI1)혈을, 기혈허형이면 백회(GV20), 중완(CV12), 족삼리(ST36)를, 신정부족형이면 백회(GV20), 관원(CV4), 신수(BL23)혈 등을 사용할 수 있다. • 치료기간은 1일 1회, 총 30~180일 정도로 이루어져 있다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
4) 기공운동		
단독치료		
R14	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 기공운동치료를 고려할 수 있다.	C/Low
병행치료		
R15	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 항고혈압제 투여를 포함한 기존 고혈압 단독치료보다 항고혈압제 치료와 기공 운동 치료의 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
5) 기기유도호흡		
단독치료		
R16	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 기기유도호흡법치료를 고려할 수 있다.	C/Moderate
6) 태극권운동		
단독치료		
R17	특발성 안면신경마비 환자에게 침과 양약 협진치료 시 급성기 이후부터 침 치료를 시작하는 것에 비해 급성기부터 침 치료를 시행할 것을 권고한다.	B/Moderate
병행치료		
R18	성인 고혈압 환자에게 혈압 강하를 목적으로, 항고혈압제 투여를 포함한 기존 고혈압 단독치료보다 항고혈압제 치료와 태극권 운동 치료의 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



중풍

(I60)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

중풍은 뇌혈관의 순환장애로 인해 국소적인 신경학적 결손을 나타내는 뇌혈관질환을 포함하는 것으로서 인사불성(人事不省), 수족탄탄(手足癱瘓), 구안와사(口眼喎斜), 언어건삽(言語蹇澁), 편신마목(遍身麻木) 등의 임상증상을 나타내는 병증이며, 양방에서는 뇌졸중의 범주에 포함된다. 세계보건기구(WHO)는 뇌졸중을 혈관성 원인으로 인해 갑자기 발생한 국소신경학적장애 또는 전반적 장애가 24시간 이상 지속되거나 사망에 이르는 것으로 정의하고 있다. 뇌졸중은 크게 뇌동맥의 갑작스러운 폐색으로 인한 뇌경색, 뇌동맥 파열로 인한 뇌출혈, 연질막과 지주막 사이 공간에 뇌동맥의 출혈로 인한 지주막하출혈의 3가지 분류로 나뉜다. 질병 세분류로는 뇌혈관질환(I60-I69) 및 중풍 후유증(U23.4) 등이 포함된다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

임상적 진단은 병력청취, 신체검사, 신경학적 검사로 구성되는데 기본적인 핵심 평가요소이며, 급성기 중풍환자에서 신속하게 이루어져야 한다. 병력청취 중 가장 중요한 것은 증상 발생시간이다. 급성기 중풍환자의 신체검사에는 호흡수, 맥박, 혈압, 체온의 평가가 포함되어야 한다. 신경학적 검사는 환자의 예후를 측정할 수 있는 강력한 지표가 되는데, NIH stroke scale (NIHSS)의 사용을 권장한다.

혈액학적 진단 검사는 허혈성 중풍이 의심되는 환자에서는 필수적으로 수행되어야 하는데 기본적으로 전혈구계산, 혈당, 전해질, 신장기능, 프로트롬빈 시간 국제표준화치(PT-INR), 활성 부분 트롬보 플라스틴 시간(aPTT)등이 포함된다.

모든 중풍환자에서 임상적인 심장계통 진찰 및 12지 심전도 검사는 시행되어야 한다. 급성기 중풍 환자에서는 신속히 뇌영상검사[뇌 자기공명영상(MRI) 혹은 뇌 컴퓨터단층촬영술(CT)]를 시행하여 한다.

(2) 변증

한의학에서는 화열(火熱), 습담(濕痰), 기허(氣虛), 음허(陰虛), 어혈(瘀血)을 병인으로 구분하여 변증한다.

중풍변증진단표준화 위원회에서는 국내 15개 한방병원이 참여한 임상자료 수집을 통하여 중풍변증을 화열증, 음허증, 기허증, 습담증으로 나누어 임상지표를 개발하였다.

03. 예방 및 관리

뇌졸중 환자에게 가장 많이 사용된 처방은 보양환오탕이며 단일 약재로는 단삼이 가장 많이 사용되었다. 한방 치료를 받은 환자에 서 한방 치료를 받지 않은 환자에 비해 사망률이 낮게 나타났다. 뇌졸중 환자에 대한 양·한방 통합치료는 각 환자의 필요에 따라 정맥 내 혈전용해술, 동맥 내 혈전용해술, 신경외과 수술 등을 시행하면서 침, 뜸, 약침, 한약 처방 등의 한방치료를 병행하는 형태이다.

* 상세 내용 중풍 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 침		
R1	중풍 환자의 사망 및 중증 장애 감소를 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 급성기 뇌경색 환자의 사망 및 장애 감소를 위해 두경부, 상지부, 하지부, 흉복부의 경혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R2	중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 침 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 회복기 이후 중풍 환자의 신경학적 장애 회복을 위해 두경부, 상지부, 요배부, 하지부, 흉복부의 경혈 외에 두침혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R3	중풍 환자의 전반적 증상 개선을 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 뇌경색 환자의 전반적 증상 개선을 위해 두경부, 상지부, 요배부, 하지부, 흉복부의 경혈 외에 두침혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	B/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R4	중풍 환자의 일상생활 수행능력 개선을 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 급성기 뇌경색 환자의 사망 및 장애 감소를 위해 두경부, 상지부, 하지부, 흉복부의 경혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R5	중풍 환자의 운동장애 개선을 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 회복기 이후 뇌중풍 환자의 운동기능 개선을 위해 두경부, 상지부, 요배부, 하지부, 흉복부의 경혈 외에 두침혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R6	중풍 환자의 강직 개선을 위해 침 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 급성기-아급성기 강직 개선을 위해 두경부, 상지부, 요배부, 하지부, 흉복부의 경혈을 이용한 침료를 고려할 수 있다.	C/Low
R7	중풍 환자의 중풍 후 우울증 개선을 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 회복기 이후 뇌중풍 환자의 중풍 후 우울증 개선을 위해 두경부, 상지부, 요배부, 하지부, 흉복부의 경혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R8	중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 회복기 이후 뇌중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 두경부, 상지부, 요배부, 하지부, 흉복부의 경혈 외에 두침혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R9	중풍 환자의 연하장애 개선을 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 연하장애 개선을 위해 두경부, 상지부, 요배부, 하지부의 경혈 외에 두침혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	B/Low
R10	중풍 환자의 언어장애 개선을 위해 침 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 언어장애 개선을 위해 두경부, 상지부, 하지부의 경혈 외에 두침혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
R11	회복기 이후 중풍 환자의 통증 개선을 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 회복기 이후 뇌중풍 환자의 뇌중풍 후 통증 개선을 위해 두경부, 상지부, 하지부, 흉복부의 경혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R12	중풍 환자의 요저류 개선을 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 두경부, 요배부, 하지부, 흉복부의 경혈을 이용한 침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R13	중풍 환자의 사망 및 중증 장애 감소를 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 중등도 이상 장애 및 사망 예방을 위해 두경부, 상하지부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Moderate
R14	중풍 환자에서 중풍 재발 방지를 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 중풍 재발 예방을 위해 두경부, 상하지부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Moderate
R15	중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R16	중풍 환자의 일상생활 수행능력 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 일상생활 수행능력 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R17	중풍 환자의 사망 및 중증 장애 감소를 위해 침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 운동장애 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R17-1	중풍 환자의 상지 운동장애 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 상지 운동장애 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R17-2	중풍 환자의 하지 운동 장애 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 하지 운동장애 개선을 위해 상하지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	B/Low
R17-3	중풍 환자의 수부 운동 장애 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 수부 운동장애 개선을 위해 상하지부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R18	중풍 환자의 강직 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 강직 개선을 위해 상하지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R19	중풍 환자의 중풍 후 우울증 개선을 위해 뜸 치료 병행을 권고한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 우울증 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	A/High
R20	중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R21	중풍 환자의 연하장애 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 연하장애 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R22	중풍 환자의 언어장애 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 언어장애 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R23	중풍 환자의 견수증후군(CRPS, 복합부위 통증증후군) 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 견수증후군(CRPS, 복합부위 통증증후군) 개선을 위해 두경부, 상지부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R24	중풍 환자의 어깨 통증 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 어깨 통증 개선을 위해 두경부, 상지부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R25	중풍 환자의 배뇨장애 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 배뇨장애 개선을 위해 흉복부, 요배부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R26	중풍 환자의 요저류 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 요저류 개선을 위해 두경부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R27	중풍 환자의 요실금 개선을 위해 뜸 치료 병행을 권고한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 요실금 개선을 위해 요배부, 흉복부, 하지부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	A/High
R28	중풍 환자의 삶의 질 개선을 위해 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 삶의 질 개선을 위해 두경부, 상하지부, 흉복부의 경혈을 이용한 뜸치료를 고려할 수 있다.	C/Low
3) 전침		
병행치료		
R29	중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	B/Low
R30	중풍 환자의 전반적 증상 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 전반적 중풍 증상 개선을 위해 두경부, 상하지부, 요배부의 경혈 및 두침혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R31	중풍 환자의 일상생활 수행능력 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 일상생활 수행능력 회복을 위해 두경부, 상하지부의 경혈 및 두침혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R32	중풍 환자의 운동장애 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 운동장애 회복을 위해 두경부, 상하지부, 요배부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R32-1	중풍 환자의 상지 운동장애 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 상지 운동장애 회복을 위해 두경부, 상하지부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R32-2	중풍 환자의 하지 운동장애 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 하지 운동장애 회복을 위해 두경부, 상하지부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R32-3	중풍 환자의 수부 운동장애 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 수부 운동장애 회복을 위해 두경부, 상하지부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R33	중풍 환자의 강직 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 뇌중풍 환자의 강직 회복을 위해 상지부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
R34	중풍 환자의 중풍 후 우울증 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 뇌중풍 환자의 중풍 후 우울증 회복을 위해 두경부, 상하지부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R35	중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 뇌중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 두경부, 상하지부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R36	중풍 환자의 언어장애 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 중풍 환자의 언어장애 회복을 위해 두경부, 상하지부의 경혈 및 두침혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	
R37	중풍 환자의 언어장애 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 중풍 환자의 언어장애 회복을 위해 두경부, 상하지부, 요배부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	
R38	중풍 환자의 건관절 아탈구 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 중풍 환자의 건관절 아탈구 회복을 위해 상지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	
R39	중풍 환자의 어깨 통증 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 중풍 환자의 어깨 통증 회복을 위해 상지부, 요배부, 흉복부의 경혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	
R40	중풍 환자의 요실금 개선을 위해 전침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 뇌중풍 환자의 요실금 회복을 위해 두경부, 하지부, 요배부, 흉복부의 경혈 및 두침혈을 이용한 전침치료를 고려할 수 있다.	

4) 한약

단독치료

R41	중풍 환자의 재발 방지를 위해 한약 투약을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 만성기 뇌경색 환자의 중풍 재발 방지에 대한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오탕, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간탕, 가미청심탕, 양격산화탕, 황련해독탕, 삼황사심탕, 소속명탕, 청신도담탕, 척담탕, 온담탕, 가미온담탕, 반하백출천마탕, 거풍도담탕, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈탕, 혈부축어탕, 도담활혈탕, 소풍활혈탕, 순기활혈탕, 보중익기탕, 익기활혈탕, 십전대보탕, 녹용대보탕, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	
R42	중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 한약 투약을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 중풍환자의 신경학적 장애 개선에 대한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오탕, 통심각, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간탕, 가미청심탕, 양격산화탕, 황련해독탕, 삼황사심탕, 소속명탕, 청신도담탕, 척담탕, 온담탕, 가미온담탕, 반하백출천마탕, 거풍도담탕, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈탕, 혈부축어탕, 도담활혈탕, 소풍활혈탕, 순기활혈탕, 보중익기탕, 익기활혈탕, 십전대보탕, 녹용대보탕, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	
R43	중풍 환자의 전반적 증상 개선을 위해 한약 투약을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 중풍환자의 전반적 증상 개선에 대한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 삼귀익지합제, 보양환오탕, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간탕, 가미청심탕, 양격산화탕, 황련해독탕, 삼황사심탕, 소속명탕, 청신도담탕, 척담탕, 온담탕, 가미온담탕, 반하백출천마탕, 거풍도담탕, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈탕, 혈부축어탕, 도담활혈탕, 소풍활혈탕, 순기활혈탕, 보중익기탕, 익기활혈탕, 십전대보탕, 녹용대보탕, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	
R44	중풍 환자의 일상생활 수행능력 개선을 위해 한약 투약을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 중풍환자의 일상생활 수행능력 장애 개선에 대한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 백세방구복액, 강신캡슐, 보양환오탕, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간탕, 가미청심탕, 양격산화탕, 황련해독탕, 삼황사심탕, 소속명탕, 청신도담탕, 척담탕, 온담탕, 가미온담탕, 반하백출천마탕, 거풍도담탕, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈탕, 혈부축어탕, 도담활혈탕, 소풍활혈탕, 순기활혈탕, 보중익기탕, 익기활혈탕, 십전대보탕, 녹용대보탕, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R45	중풍 환자의 중풍 후 우울증 개선을 위해 한약 투약을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 중풍환자의 중풍 후 우울증 개선에 대한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오당, 소요산, 오령캡슐, Saint John's Wort Extract, 을락소, 귀비당, 가미귀비당, 보중익기당, 분심기 음, 가미소요산, 황련해독당, 온청음, 삼황사심당, 반하후박당, 온담당, 가미온담당, 육군자당, 향사육군자당, 천 왕보심단	
R46	중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 한약 투약을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 중풍환자의 인지장애 개선에 대한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 평간식풍복방과립제, 백제방구복액, 이신양뇌캡슐, 강신캡슐, 익지캡슐, 귀비당, 팔미지황환, 통규활혈당, 도홍 사물당, 계지복령환, 온담당, 척담당, 육군자당, 반하백출천마탕, 황련해독당, 지보단, 우황청심원, 조등산, 호참 환, 대보원전, 육미지황환, 기국지황환	
R47	중풍 환자의 균형장애 개선을 위해 한약 투약을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 중풍환자의 균형장애 개선에 대한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 건뇌익지과립, 통맥익지캡슐, 보양환오당, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간당, 가미청심당, 양격산화당, 황련 해독당, 삼황사심당, 소속명당, 청신도담당, 척담당, 온담당, 가미온담당, 반하백출천마탕, 거풍 도담당, 계지복 령환, 당귀작약산, 통규활혈당, 혈부축어당, 도담활혈당, 소풍활혈당, 순기활혈당, 보중익기당, 익기활혈당, 심 전대보당, 녹용대보당, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	
병행치료		
R48	중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 한약 투약 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 중풍환자의 신경학적 장애 개선을 위한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오당, 활혈통맥탕, 익기복총탕, 서각지황탕, 천마구등음, 진간식풍탕, 상구온담당, 생맥산, 성루승기탕, 소전캡슐, 식풍화담활혈방, 화담통락과립, 활혈항전탕, 뇌심통캡슐, 보기양음통락탕, 기풍캡슐, 우황청심원, 방 풍통성산, 청폐사간당, 가미청심당, 양격산화당, 황련해독당, 삼황사심당, 소속명당, 청신도 담당, 척담당, 온담 당, 가미온담당, 반하백출천마탕, 거풍도담당, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈당, 혈부축어당, 도담활혈당, 소풍활혈당, 순기활혈당, 보중익기당, 익기활혈당, 심전대보당, 녹용대보당, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	
R49	중풍 환자의 전반적 증상 개선을 위해 한약 투약 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 중풍환자의 전반적 증상 개선을 위한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오당, 진위방, 익기활혈통락방, 진간식풍탕, 도담당, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간당, 가미청심당, 양격산화당, 황련해독당, 삼황사심당, 소속명당, 청신도담당, 척담당, 온담당, 가미온담당, 반하백출천마탕, 거 풍도담당, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈당, 혈부축어당, 도담활혈당, 소풍활혈당, 순기활혈당, 보중익기당, 익기활혈당, 심전대보당, 녹용대보당, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	
R50	중풍 환자의 운동장애 개선을 위해 한약 투약 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 중풍환자의 운동장애 개선을 위한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오당, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간당, 가미청심당, 양격산화당, 황련해독당, 삼황사심당, 소속명당, 청신도담당, 척담당, 온담당, 가미온담당, 반하백출천마탕, 거풍도담당, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈당, 혈부축어당, 도담활혈당, 소풍활혈당, 순기활혈당, 보중익기당, 익기활혈당, 심전대보당, 녹용대보당, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	
R51	중풍 환자의 감각 개선을 위해 한약 투약 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 중풍환자의 감각 개선을 위한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오당, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간당, 가미청심당, 양격산화당, 황련해독당, 삼황사심당, 소속명당, 청신도담당, 척담당, 온담당, 가미온담당, 반하백출천마탕, 거풍도담당, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈당, 혈부축어당, 도담활혈당, 소풍활혈당, 순기활혈당, 보중익기당, 익기활혈당, 심전대보당, 녹용대보당, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R52	중풍 환자의 중풍 후 우울증 개선을 위해 한약 투약 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 중풍 후 우울증 개선을 위한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오탕, 오령캡슐, 귀비탕, 가미귀비탕, 보중익기탕, 보심기음, 소요산, 가미소요산, 황련해독탕, 온청음, 삼 황사심탕, 반하후박탕, 온담탕, 가미온담탕, 육군자탕, 향사육군자탕, 천왕보심단	B/Moderate
R53	중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 한약 투약 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍환자의 인지장애 개선을 위한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오탕, 개량삼갑산, 오령캡슐, 복방해사캡슐, 귀비탕, 팔미지황환, 통규활혈탕, 도홍사물탕, 계지복령환, 온담탕, 척담탕, 육군자탕, 반하백출천마탕, 황련해독탕, 지보단, 우황청심원, 조등산, 호잠환, 대보원전, 육미지 황환, 기국지황환	B/Moderate
R54	중풍 환자에게 연하장애 개선을 위해 한약 투약 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 급성기 중풍환자의 연하기능 개선을 위한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오탕, 활혈통맥탕, 익기복총탕, 서각지황탕, 천마구등음, 진간식풍탕, 상구온담탕, 생맥산, 성루승기탕, 소전캡슐, 식풍화담활혈방, 화담통락과립, 활혈항전탕, 뇌심통캡슐, 보기양음통락탕, 기룡캡슐, 우황청심원, 방 풍통성산, 청폐사간탕, 가미청심탕, 양격산화탕, 황련해독탕, 삼황사심탕, 소속명탕, 청신도담탕, 척담탕, 온담 탕, 가미온담탕, 반하백출천마탕, 거풍도담탕, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈탕, 혈부축어탕, 도담활혈탕, 소풍활혈탕, 순기활혈탕, 보중익기탕, 익기활혈탕, 십전대보탕, 녹용대보탕, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	C/Low
R55	중풍 환자의 언어장애 개선을 위해 한약 투약 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍환자의 언어장애 개선을 위한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오탕, 청신해어탕, 자수해어탕, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간탕, 가미청심탕, 양격산화탕, 황련해독 탕, 삼황사심탕, 소속명탕, 청신도담탕, 척담탕, 온담탕, 가미온담탕, 반하백출천마탕, 거풍도담탕, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈탕, 혈부축어탕, 도담활혈탕, 소풍활혈탕, 순기활혈탕, 보중익기탕, 익기활혈탕, 십전대보 탕, 녹용대보탕, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	C/Low
R56	중풍 환자의 삶의 질 개선을 위해 한약 투약 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 만성기 중풍환자의 삶의 질 개선을 위한 한약 치료로 다음과 같은 약물이 일차선택 약물로 고려될 수 있다. 보양환오탕, 우황청심원, 방풍통성산, 청폐사간탕, 가미청심탕, 양격산화탕, 황련해독탕, 삼황사심탕, 소속명탕, 청신도담탕, 척담탕, 온담탕, 가미온담탕, 반하백출천마탕, 거풍도담탕, 계지복령환, 당귀작약산, 통규활혈탕, 혈부축어탕, 도담활혈탕, 소풍활혈탕, 순기활혈탕, 보중익기탕, 익기활혈탕, 십전대보탕, 녹용대보탕, 지황음자, 대보음환, 청심지황탕, 우차신기환	C/Low
병행치료		
R57	중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 보양환오탕 투약을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍환자의 신경학적 장애 개선에 대한 치료에서 보양환오탕을 일차선택 약물로 고려해야 하며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	B/Moderate
R58	중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 온담탕 투약을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍환자의 신경학적 장애 개선에 대한 치료에서 온담탕을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very Low
R59	중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 시호가용골모려탕 투약을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍환자의 신경학적 장애 개선에 대한 치료에서 시호가용골모려탕을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상 적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R60	중풍 후 우울증 환자의 일상생활수행 장애 개선을 위해 시호가용골모려탕 투약을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 후 우울증 환자의 일상생활수행 장애 개선에 대한 치료에서 시호가용골모려탕을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very Low
R61	중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선을 위해 보양환오탕 투약을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선에 대한 치료로 보양환오탕을 일차선택 약물로 고려해야 하며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	B/Moderate
R62	중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선을 위해 감맥대조탕 투약을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선에 대한 치료로 감맥대조탕을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very Low
R63	중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선을 위해 시호가용골모려탕 투약을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선에 대한 치료로 시호가용골모려탕을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Low
R64	중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선을 위해 시호소간산 투약을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선에 대한 치료로 시호소간산을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very Low
R65	중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 당귀작약산 투약을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 인지장애 개선에 대한 치료로 당귀작약산을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very Low
R66	중풍 환자의 중추성 통증 개선을 위해 신통축어탕 투약을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 환자의 중추성 통증 개선에 대한 치료로 신통축어탕을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very Low
개별한약 병행 치료		
R67	통상치료를 받는 급성기 뇌경색 환자의 사망 및 중증 장애 감소를 위해 삼칠근이 포함된 한약 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 급성기 뇌경색 환자의 사망 및 중증 장애 감소를 위한 부가적 한약 치료로 삼칠근이 포함된 한약을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very low
R68	천두술(burr-hole surgery)을 받은 만성경막하혈종 환자에서 경막하출혈 재발 방지를 위해 오령산 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 천두술을 받은 만성경막하혈종 환자의 경막하출혈 재발 방지를 위한 부가적 한약 치료로 오령산을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very low
R69	통상치료를 받는 중풍 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 보양환오탕 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍의 신경학적 장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 보양환오탕을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R70	통상치료를 받는 급성기 뇌경색 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 삼칠근이 포함된 한약 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 급성기 뇌경색 환자의 신경학적 장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 삼칠근이 포함된 한약이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Low
R71	통상치료를 받는 급성기 뇌경색 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 소속명탕 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 급성기 뇌경색 환자의 신경학적 장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 소속명탕이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very low
R72	항우울제 치료를 받는 중풍 후 우울증 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 소요산 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 후 우울증 환자의 신경학적 장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 소요산이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very low
R73	항우울제 치료를 받는 중풍 후 우울증 환자의 신경학적 장애 개선을 위해 시호가용 골모려탕 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 중풍 후 우울증 환자의 신경학적 장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 시호가용골모려탕이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very low
R74	통상치료를 받는 급성기 뇌졸중 환자의 신경학적 장애 감소를 위해 통심락 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 급성기 뇌졸중 환자의 신경학적 장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 통심락이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very low
R75	통상치료를 받는 뇌경색 환자의 신경학적 장애 감소를 위해 황련해독탕 가미방 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 뇌경색 환자의 신경학적 장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 황련해독탕 가미방이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very low
R76	통상치료를 받는 중풍 환자의 일상생활 수행능력 개선을 위해 보양환오탕 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 뇌졸중 환자의 일상생활 수행능력 회복을 위한 부가적 한약 치료로 보양환오탕이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	B/Moderate
R77	통상치료를 받는 중풍 후 피로 환자의 일상생활 수행능력 개선을 위해 황기가 포함된 한약의 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 후피로 환자의 일상생활 수행능력 회복을 위한 한약 치료로 황기를 포함한 한약이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very low
R78	통상치료를 받는 뇌경색 환자의 일상생활 수행능력 개선을 위해 황련해독탕 가미방 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 후피로 환자의 일상생활 수행능력 회복을 위한 한약 치료로 황련해독탕 가미방이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	C/Very low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R79	통상치료를 받는 중풍 환자의 운동장애 개선을 위해 보양환오탕 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 환자의 운동장애에 대한 한약 치료로 보양환오탕을 일차선택 약물로 고려해야 하며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	
R80	통상치료를 받는 중풍 후 피로 환자의 운동장애 개선을 위해 황기가 포함된 한약의 병행을 고려할 수 있다	C/Very low
	임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 후 피로 환자의 운동장애에 회복을 위한 한약 치료로 황기를 포함한 한약이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	
R81	통상치료를 받는 중풍 환자의 중풍 후 우울증 개선을 위해 보양환오탕 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 환자의 중풍 후 우울증 개선을 위한 한약 치료로 보양환오탕을 일차선택 약물로 고려해야 하며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	
R82	항우울제 치료를 받는 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선을 위해 소요산 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선을 위한 한약 치료로 소요산을 일차선택 약물로 고려해야 하며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	
R83	항우울제 치료를 받는 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선을 위해 시호소간산 병행 을 고려할 수 있다	C/Very Low
	임상적 고려사항 항우울제 치료를 받는 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선에 대한 치료로 시호소간산을 일차선택 약물로 고려할 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	
R84	항우울제 치료를 받는 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선을 위해 시호가용골모려탕 병행을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 항우울제 치료를 받는 중풍 후 우울증 환자의 우울증 개선에 대한 치료로 시호가용골모려탕이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	
R85	통상치료를 받는 중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 보양환오탕 병행을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 환자의 인지장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 보양환오탕이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	
R86	통상치료를 받는 중풍 환자의 인지장애 개선을 위해 통심락 병행을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 환자의 인지장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 통심락이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	
R87	통상치료를 받는 중풍 환자의 언어장애 개선을 위해 보양환오탕 병행을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 환자의 언어장애 개선을 위한 부가적 한약 치료로 보양환오탕이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	
R88	통상치료를 받는 중풍 환자의 삶의 질 개선을 위해 보양환오탕 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 통상치료를 받는 중풍 환자의 삶의 질 개선을 위한 부가적 한약 치료로 보양환오탕이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R89	통상치료를 받는 중풍 환자의 피로 개선을 위해 황기가 포함된 한약의 병행을 고려 할 수 있다.	C/Very Low

임상적 고려사항

통상치료를 받는 중풍 환자의 중풍 후 피로 개선을 위한 부가적 한약 치료로 황기가 포함된 한약이 일차선택 약물로 고려될 수 있으며, 임상적 특징에 따라 약물을 가감하여 처방을 변경할 수 있다.

5) 약침

병행 치료

R90	중풍 환자의 운동장애 개선을 위해 봉약침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
-----	---	-------

임상적 고려사항

중풍 후 어깨 통증이 있는 환자의 운동장애 개선에 대한 봉약침 치료법으로 아래와 같은 방법을 고려할 수 있다.
4주간 총 12회의 약침치료, 포인트 당 약 0.05-0.1 cc 주입
견우(LI15) 견료(TE14) 견정(GB21) 노수(SI10) 곡지(LI11) 후계(SI3) 견전(Ex-UE70) 아시혈
* 단, 안전한 치료를 위해 시술 전 예상되는 이상반응에 대한 충분한 설명과 동의 취득, 피부반응 검사 실시, 시술 후 30분 이상 모니터링, 급성·지연성 과민반응의 증상 및 대처에 대한 교육과 원내 응급처치 체계를 구비해야 한다.

R91	중풍 환자의 어깨 통증 개선을 위해 봉약침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
-----	--	-------

임상적 고려사항

중풍 후 어깨 통증이 있는 환자의 통증 개선에 대한 봉약침 치료법으로 아래와 같은 방법을 고려할 수 있다.
2-4주간 주 3회의 약침치료, 포인트 당 약 0.05-0.2 cc 주입
견우(LI15) 견료(TE14) 견정(GB21) 모수(SI10) 곡지(LI11) 후계(SI3) 견정(SI9) 천종(SI11) 견전(Ex-UE70) 아시혈
* 단, 안전한 치료를 위해 시술 전 예상되는 이상반응에 대한 충분한 설명과 동의 취득, 피부반응 검사 실시, 시술 후 30분 이상 모니터링, 급성·지연성 과민반응의 증상 및 대처에 대한 교육과 원내 응급처치 체계를 구비해야 한다.

R92	중풍 환자의 강직 개선을 위해 봉약침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Very Low
-----	---------------------------------------	------------

임상적 고려사항

중풍 후 어깨 통증이 있는 환자의 강직 개선에 대한 봉약침 치료의 방법으로 아래와 같은 방법을 고려할 수 있다.
4주간 총 12회의 약침치료, 포인트 당 약 0.05-0.1 cc 주입
견우(LI15) 견료(TE14) 견정(GB21) 곡지(LI11) 후계(SI3) 견전(Ex-UE70) 아시혈
* 단, 안전한 치료를 위해 시술 전 예상되는 이상반응에 대한 충분한 설명과 동의 취득, 피부반응 검사 실시, 시술 후 30분 이상 모니터링, 급성·지연성 과민반응의 증상 및 대처에 대한 교육과 원내 응급처치 체계를 구비해야 한다.

6) 추나

병행치료

R93	중풍 환자의 일상생활 수행능력 개선을 위해 추나 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Very low
-----	---	------------

임상적 고려사항

중풍 환자의 일상생활 수행능력 개선에 대한 추나 치료법으로 아래와 같은 방법을 고려할 수 있다.
최소 2-3주간 시행. 후하방장골교정, 척추신연교정, 양쪽견관절교정, 천골후두기법(sacro-occipital technique) 등을 고려

R94	중풍 환자의 균형장애 개선을 위해 추나 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Very Low
-----	--	------------

임상적 고려사항

중풍 환자의 균형장애 개선에 대한 추나 치료법으로 아래와 같은 방법을 고려할 수 있다.
최소 2-3주간 시행. 후하방장골교정, 척추신연교정, 양쪽견관절교정, 천골후두기법(sacro-occipital technique) 등을 고려

수족냉증 (I73.0, I73.8) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

수족냉증은 레이노병을 포함하여 손발이 찬 경우를 포함한다. 수족냉증은 질환명이 아니므로 레이노병의 유병률과 한국이나 일본의 경우 수족냉증으로 발표된 유병률을 보면 대략 10~60%의 유병률을 갖는다. 수족냉증의 증상은 손발이 찬 경우이지만, 심한 경우에는 복부, 등, 엉덩이 등 전신이 차다고 호소하기도 한다. 원인은 알수없지만, 한 의학의 경우 한증(寒證)에 속하며, 상열하한(上熱下寒), 전신냉증(冷症), 말단 냉증(冷症) 등으로 분류되기도 한다. 독자적인 상병명이 존재하지 않아서 기타 말초 혈관질환(I73.0), 레이노 증후군 혹은 레이노병(I73.0), 기타 명시된 말초혈관질환(I73.8), 궤증(R55.8), 궤음병증(U57), 비증(U23.8), 마목불인(U24.2), 한습증(U50.3), 풍한증(U50.0) 등을 사용하고 있다. 서양의학적으로는 혈액순환개선제, 말초혈관확장제 등을 주로 사용한다. 특정한 원인으로 야기된 경우, 예를 들면 갑상선 기능 저하증, 류마티스 질환, 척추 추간판 탈출증, 말초신경염, 손목터널 증후군, 동맥경화증, 당뇨병성 신경병증, 혈관폐색 등으로 인한 경우에는 본 지침의 적용 대상이 아니므로, 감별진단에 유의하여야 한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

수족냉증이란 손이나 발이 차갑게 느껴져 일상생활에 불편함을 호소하는 경우를 말하며, 다음의 경우를 포함한다.

- 첫째, 추위를 느끼지 않을 만한 온도에서 손발이 차다고 느끼는 경우
- 둘째, 추위를 느낄 만한 온도에서 주변 사람보다 과도하게 손발이 차다고 느끼는 경우
- 셋째, 추운 환경에서 따뜻한 환경으로 이동 시 손발이 차가운 증상이 쉽게 회복되지 않는 경우
- 넷째, 손발이 차다는 느낌 이외에 시리거나, 저린 증상을 포함할 수 있다.

환자가 ‘손발이 차다’라고 하는 자각증상이 있으면, 수족냉증으로 진단하고, 일부에서는 ‘손발이 차다’라는 상태를 VAS를 기준 5나 6 이상을 수족냉증으로 진단하기도 한다. 객관적 측정 방법으로 여겨지는 것은 적외선체열검사이다. 수부의 냉증은 협백혈(LU4)과 노궁혈(PC8)의 온도 차가 노궁혈 쪽이 협백혈보다 0.3℃ 이상 낮은 경우, 족부 냉증은 태충혈(LR3) 이복토혈(ST32)보다 2℃ 이상 낮은 경우로 진단한다.

(2) 변증

냉증의 대표적 병인에 따라 비양허(脾陽虛), 신양허(腎陽虛), 어혈(瘀血), 혈허(血虛), 기허(氣虛), 수독[水毒, 담음(痰飲)]으로 구별할 수 있으나, 임상에서는 이러한 원인들이 단독으로 나타나기보다는 복합적으로 나타나는 경우가 많고, 서로 다양하게 조합되어 발현하므로 각각의 원인에 따른 치법과 처방을 적절히 병용하는 것이 바람직하다.

(3) 평가도구

수족냉증의 평가도구로는 냉부하검사(cold stress test, CST), 적외선체열영상검사(Thermography), Visual Analogue Scale(VAS), Numerical Rating Scale(NRS), 한방생기능검사, SF36, EQ5D5L, WHOQOL-BREF 등의 삶의 질 평가척도 등을 활용할 수 있다.

(4) 감별진단

신체의 다른 부위의 질환 및 장기질환에 의해서도 수족냉증이 나타날 수 있으므로 감별진단에 유의하여야 한다. 갑상선기능저하증, 류마티스 질환, 척추 추간판 탈출증, 말초신경염, 손목터널증후군, 동맥경화증, 당뇨병성 신경병증, 혈관폐색 등이 있다.

03. 예방 및 관리

수족냉증을 예방하기 위해 필요한 것은 추위에 대한 노출을 줄이는 것이다. 외출하거나 추운 곳에 있을 경우 머리, 목, 손, 발, 복부, 다리 등 외부에 노출되는 부분을 잘 보온할 수 있도록 하여야 한다. 몸을 따뜻하게 하는 손난로나 핫팩(뜨거운 물주머니) 등을 사용하는 것도 도움이 된다. 음식의 경우에는 일반적으로 상온 이상인 음식을 먹도록 하고, 너무 차가운 음식은 피하는 것이 좋다. 흡연이나 카페인 음료를 많이 마실 경우 말초 혈액순환을 방해하므로, 금연하도록 하고, 카페인 음료를 줄이고 따뜻한 성질의 차를 마시는 것이 도움이 된다. 과다한 스트레스는 말초혈관을 수축시키는 경향이 있으므로, 스트레스를 해소할 수 있는 행동인지 치료, 가벼운 운동, 명상이나 기공 등 본인 스스로에게 적합한 스트레스 해소법을 시행하는 것이 좋다.

* 상세 내용 수족냉증 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

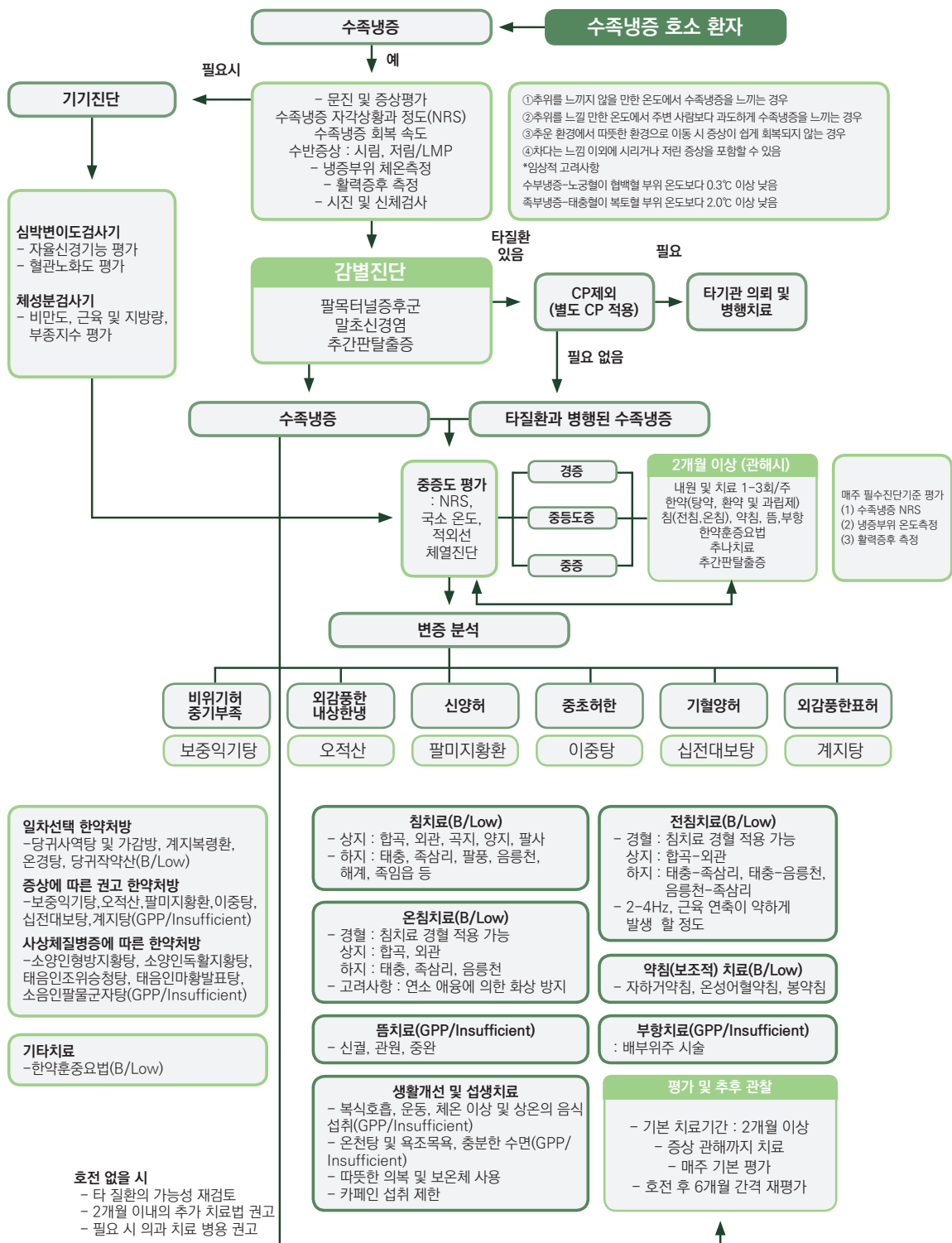
04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
진단과 변증		
1) 수족냉증의 진단		
R1-1	성인 수족 냉증 환자에 대한 정의 및 진단을 위해 아래의 기준을 사용할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 수족냉증이란 손이나 발이 차갑게 느껴져 일상생활에 불편함을 호소하는 경우를 말하며, 다음의 경우를 포함하고 있다. 첫째, 추위를 느끼지 않을 만한 온도에서 차다고 느끼는 경우 둘째, 추위를 느낄만한 온도에서 주변 사람보다 과도하게 차다고 느끼는 경우 셋째, 추운 환경에서 따뜻한 환경으로 이동 시 증상이 쉽게 회복되지 않는 경우 넷째, 차다는 느낌 이외에 시리거나 저린 증상을 포함할 수 있다.	B/Low
2) 수족냉증의 평가에 적용되는 진단기기		
R1-2	성인 수족냉증 환자의 객관적 진단을 위해 적외선체열영상진단기(DigitalInfrared Thermal Imaging, DITI) 사용을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • DITI를 사용할 경우, 수부냉증: 협백(LU4)혈과 노궁(PC8)혈의 온도 차이가 0.3℃ 이상 노궁(PC8)혈의 온도가 낮다. 족부냉증: 복토(ST32)혈과 태충(LR3)혈의 온도 차이가 2.0℃ 이상 태충(LR3)혈의 온도가 낮다. • 수족냉증의 진단, 평가, 예후 등을 관찰하기 위해 심박변이도검사기(Heart Rate Variability, HRV), 체성분 검사기를 사용할 것을 고려해야 한다(C/Very low). • 성인 수족냉증 환자에 대한 기기진단을 위해 맥진기, 양도락(피부부저항측정기, 팔강진단기)을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다(GPP/CTB).	B/Low
3) 수족냉증의 원인질환/동반질환		
R1-3	성인 수족냉증 환자에게 동반될 수 있는 질환으로 아래의 질환을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 부인과질환, 위장질환, 자율신경실조증, 저혈압, 레이노증후군, 빈혈, 심혈관계질환, 당뇨병성 신경병증 등 • 감별진단을 위한 임상적 고려사항: 손목터널증후군, 말초신경염, 척추 추간판 탈출증 등	B/Low
4) 수족냉증의 변증		
R1-4	성인 수족냉증 환자에 대한 변증진단(辨證診斷)을 사용할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 양허, 기울(氣鬱)[기체(氣滯)], 기허(氣虛), 혈허(血虛), 어혈(瘀血), 담음(痰飲)[수독(水毒)], 사상체질(四象體質) 등	B/Low
치료		
1) 한약		
R2	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 한약치료를 사용할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 성인 수족냉증 환자에 대해 증상 개선을 위해 당귀사역탕(當歸四逆湯) 및 당귀사역탕(當歸四逆湯) 가감방, 계지복령환(桂枝茯苓丸), 온경탕(溫經湯), 당귀작약산(當歸芍藥散), 홍삼(紅蔘) 등을 일차선택약물로 고려할 수 있다. • 성인 수족냉증 환자에 대해 증상 개선을 위해 이충탕(理中湯), 보중익기탕(補中益氣湯), 십전대보탕(十全大補湯), 오적산(五積散), 팔미지황환(八味地黃丸), 계지탕(桂枝湯)을 변증 유형에 따라 사용할 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다(GPP/CTB)	B/Moderate
R2-1	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 당귀사역탕(當歸四逆湯) 혹은 당귀사역탕가미방(當歸四逆湯加味方)을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Low
R2-2	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 온경탕(溫經湯)을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R2-3	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 홍삼(紅蔘) 과립을 사용할 것을 권고한다.	A/Moderate
R2-4	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 이중탕(理中湯)을 사용할 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R2-5	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 보중익기탕(補中益氣湯)을 사용할 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R2-6	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 십전대보탕(十全大補湯)을 사용할 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R2-7	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 오적산(五積散)을 사용할 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R2-8	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 팔미지황환(八味地黃丸)을 사용할 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R2-9	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 계지탕(桂枝湯)을 사용할 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
한약 병행투여		
R3-1	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 계지복령환(桂枝茯苓丸)과 비타민 E의 병용투여를 고려해야 한다.	B/Very low
R3-2	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 당귀작약산(當歸芍藥散)과 사포그렐레이트(sarpogrelate HCl)의 병용투여를 고려할 수 있다.	C/Very low
2) 침		
R4	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 침치료를 고려해야 한다.	
	임상적 고려사항 고려할 수 있는 경혈로는 상지의 경우 합곡(LI4), 외관(TE5), 곡지(LI11), 양지(TE4), 팔사(EX-UE9), 하지의 경우 태충(LR3), 족삼리(ST36), 팔풍(EX-LE10), 음릉천(SP9), 해계(ST41), 족임읍(GB41)의 혈을 고려해야 한다.	
3) 전침		
R5	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 전침치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 고려할 수 있는 경혈로는 상기 침치료 혈자리에 준한다. 손이 차가울 때는 경추(C3-C7)의 협척혈, 발이 차가울 때는 요추(L1-L4)의 협척혈을 고려할 수 있다. - 전침치료 시, 전침의 주파수는 2~4Hz, 강도는 근육 연축이 약하게 발생하면서 환자가 심한 불편감을 느끼지 않는 정도를 일반적으로 고려해야 한다.	
4) 온침		
R6	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 온침치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 고려할 수 있는 경혈로는 상지의 경우 합곡(LI4), 외관(TE5), 곡지(LI11), 양지(TE4), 팔사(EX-LE9), 하지의 경우 태충(LR3), 족삼리(ST36), 팔풍(EX-LE10), 음릉천(SP9), 해계(ST41), 족임읍(GB41)의 혈을 고려해야 한다.	
R6-1	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 온침치료와 한약 혼증치료의 병용치료를 고려해야 한다.	B/Low
R6-2	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 온침치료와 뜸치료의 병용치료를 고려해야 한다.	B/Very low
5) 약침		
R7	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 약침치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 수족냉증 약침치료 경혈로는 침치료 경혈과 마찬가지로, 상지의 경우 합곡(LI4), 외관(TE5), 곡지(LI11), 양지(TE4), 팔사(EX-UE9), 하지의 경우 태충(LR3), 족삼리(ST36), 팔풍(EX-LE10), 음릉천(SP9), 해계(ST41), 족임읍(GB41)의 혈을 고려해야 한다. - 자하거약침, 온성어혈약침을 사용할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
6) 뜸		
R8	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 뜸치료를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
	임상적 고려사항 • 주로 사용할 수 있는 경혈로는 신궐(CV8), 관원(CV4), 중완(CV12) 등이 있다.	
7) 부항		
R9	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 부항치료를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
8)推拿		
R10	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해推拿치료를 고려해야 한다.	B/Very low
9) 한약훈증		
R11	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 한약 훈증치료를 고려해야 한다.	B/Very low
10) 섭생 및 양생법		
R12	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 섭생 및 양생법을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R12-1	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 가벼운 정도의 운동을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R12-2	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 복식호흡을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R12-3	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 보온 및 보온물체를 사용할 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R12-4	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 따뜻한 음식 섭취를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R12-5	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 온천이나 입욕을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R12-6	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 충분한 수면을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
R12-7	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 흡연을 피하는 것을 고려해야 한다.	B/Low
R12-8	성인 수족냉증 환자에 대한 증상 개선을 위해 음주, 카페인 섭취를 피하는 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



현훈(어지럼증) (R42) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

현훈(어지럼증, dizziness)이란 어찢어찢한 느낌, 졸도, 회전하는 듯한 느낌 등을 느껴 똑바로 걷기 어려운 평형장애 증상으로, 심한 경우 이명, 청력 저하, 오심, 구토, 한출(汗出), 돌연 혼도(突然 昏到) 등의 증상을 동반하기도 한다. 질병 세분류로는 어지럼증 및 어지럼(R42)이 해당된다. 환자가 표현하는 어지럼증은 매우 다양하지만 발현 양상 및 유발 원인에 따라 회전성 어지럼증(vertigo), 균형장애(disequilibrium), 실신성 어지럼증(presyncope), 심인성 어지럼증(lightheadedness), 기타 어지럼증의 다섯 가지 유형으로 분류할 수 있으며, 원인은 주로 전정계의 이상에 의해 유발되는 경우가 많다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

현훈은 원인 질환에 따라 어지럼증의 성질, 발작 양상 및 경과, 동반 증상 등이 다를 수 있으므로 꼼꼼한 병력청취와 과거력 검토 등을 통하여 병의 원인질환 및 병소를 일차적으로 추정하도록 한다. 또한 어지럼증 및 평형장애의 원인질환 확진을 위해 각종 평형기능검사(Romberg 검사, Mann 검사, 단각기립검사, 사면대검사, 족답검사, 보행검사, 지시검사), 신경학적 검사(안진검사, Head Impulse test), 전신검사(Epley 수기법, George test), 이과적 검사(경두개 도플러 초음파)와 CT, MRI 등의 방사선검사 등 체계적이고 유기적인 검사를 시행한다.

(2) 변증

한의학적으로 혈어증(血瘀證), 풍담증(風痰證), 간양상항증(肝陽上亢證), 수기능심증(水氣凌心證), 신음허증(腎陰虛證), 신양허증(腎陽虛證), 심비양허증(心脾兩虛證) 등으로 변증하거나 사상체질에 따라 변증하여 진단할 수 있다.

(3) 평가도구

어지럼증의 중증도를 평가하기 위해 다양한 평가도구들이 이용되고 있으며, 그중 Dizziness Handicap Inventory(DHI), Vertigo symptom scale(VSS), activities-specific balance confidence scale(ABC), Korean vestibular disorders activities of daily living scale(VADL), Berg Balance Scale(BBS), Dizziness frequency, Functional Level Scale of the AAO-HNF(FL) 등이 대표적인 평가 지표로서 활용되고 있다. 이러한 지표들은 대체로 어지럼증을 호소하는 환자들이 일상적인 활동을 수행하는 데 느끼는 어려움의 정도를 측정하며, 국내에는 DHI, ABC, VADL 및 BBS의 번역판에 대한 신뢰도 및 타당도가 검증되었다.

03. 예방 및 관리

어지럼증은 크게 전정계의 문제와 비전정계의 문제로 나눌 수 있다. 말초 전정계의 질병에서 나타나는 경우가 가장 많으며, 증상은 돌발적으로 일어나는 편이며 특별히 치료하지 않아도 자연적으로 회복되거나 치명적인 후유증은 남지 않는 경우가 많다. 중추 전정계의 질병으로 유발된 어지럼증일 경우 치료가 오래 걸리고 후유증이 남는 경우가 많으며, 병변의 위치 및 중증도에 따라 경과가 크게 달라질 수 있다. 또한 편두통에 동반되는 어지럼증의 경우 만성적이고 반복적인 재발 경향이 있는 것으로 알려져 있다. 예방 및 관리는 편두통의 치료에 준한다. 운동의 경우 혼자 서는 것이 불가능한 사람부터 혼자서 모든 활동이 가능한 사람까지 어지러움의 단계에 따라 좌식, 입식 및 불균형 운동을 수행할 수 있으며 각 운동은 워밍업-근력-밸런싱-정리운동의 순서로 진행한다. 국소적인 경부의 통증과 경부 움직임의 제한이 경부의 체성신경(somatic nerve)의 자극을 변화시켜서 어지럼증을 유발하는 경추성 현훈의 경우 상부 승모근, 경추부 척추 측방근, 견갑거근을 비롯하여 흉쇄유돌근, 측두근 등이 주된 유발 부위로 지목되고 있다. 해당 부위의 이완 및 강화 운동을 통해 경추성 현훈을 완화 관리하도록 한다.

* 상세 내용 현훈 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

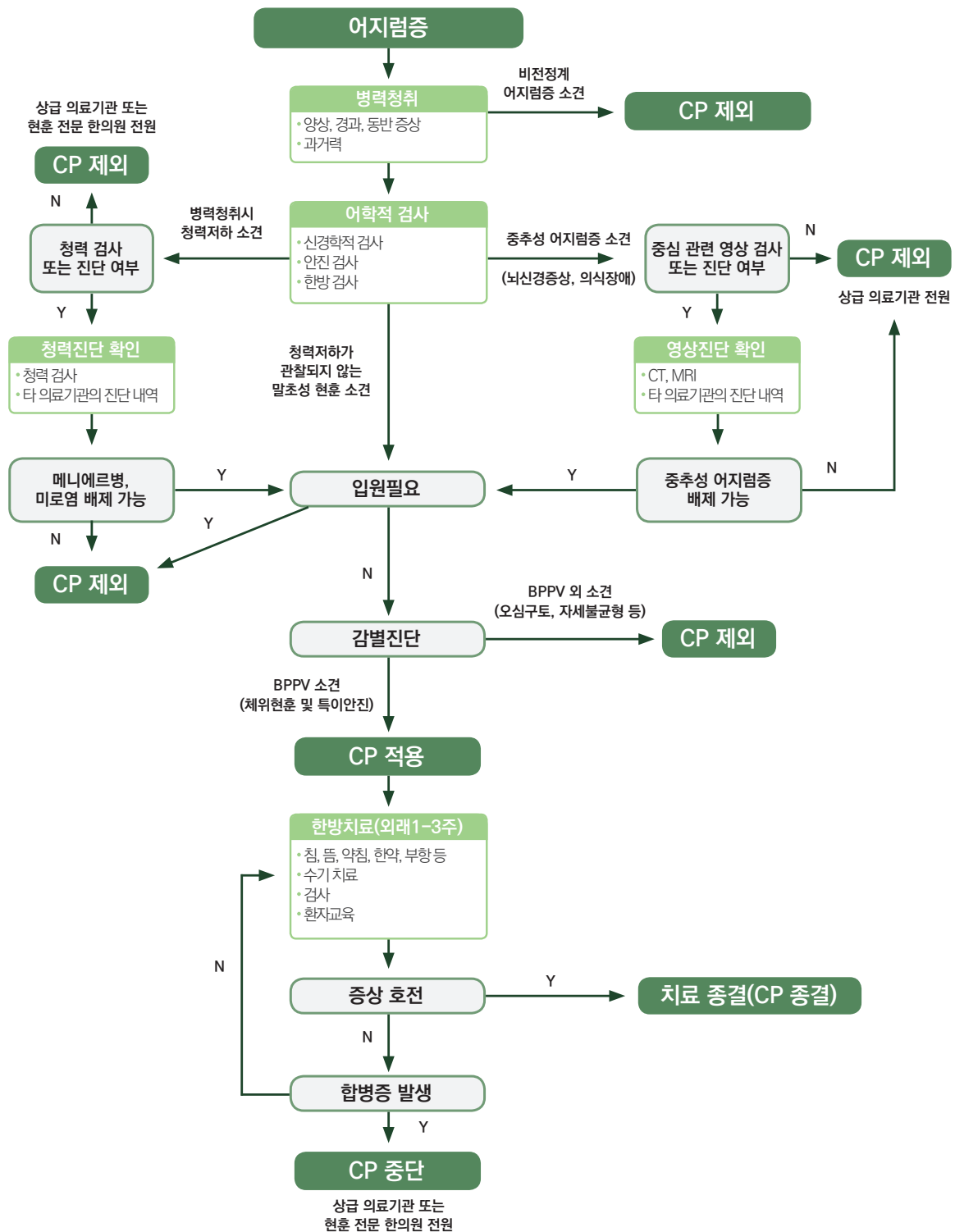
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 침		
단독치료		
R1	편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다.	B/Low
R1-1	편두통 환자에게 변증에 따라 혈자리를 가감한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 변 증에 따라 혈자리를 가감할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 변증에 따라서 간양상항, 담탁내조, 기체혈어, 간신음허 등으로 분류하여 다음과 같은 혈위를 추가할 수 있다. ① 간양상항: 사죽공(TE23), 족임읍(GB41), 행간(LR2), 태양(EX-HN5), 외관(TE5) ② 담탁내조: 두유(ST8), 족삼리(ST36), 풍통(ST40) ③ 기체혈어: 격수(BL17), 혈해(SP10) ④ 간신음허: 태계(KI3), 태충(LR3), 신수(BL23), 관원(BL26)	B/Moderate
R1-2	편두통 환자에게 아시혈을 포함한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 아시혈을 포함할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 환자에 따라 두부 및 경추부의 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다. 편두통의 급성기 또는 두통 강도가 극심할 경우에 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다.	B/Moderate
R1-3	편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 6개월 이상 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 6개월 이상 증상 완화를 위해 침치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 6개월 이상 치료효과 지속되는 측면을 고려해 볼 때, 약물 치료 중이나 재발하거나 빈도가 조절되지 않는 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 침치료를 적용할 수 있다.	B/Moderate
R2	편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 두통의 발생부위가 측두부일 때 각손(TE20), 후두부일 때 풍지(GB20)를 고려할 수 있다.	B/Moderate
R2-1	편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 삶의 질 개선을 위하여 침치료를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 편두통으로 인해 일상생활 제한 및 업무기능 방해, 감정적인 문제 등이 있는 환자에게 침치료를 고려할 수 있다.	GPP/CTB
2) 전침		
단독치료		
R3	편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 전침치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 침치료와 전침치료를 함께 사용가능한 두부의 혈위는 풍지(GB20)-솔곡(GB8), 풍지(GB20)-태양(EX-HN5), 양측의 태양(EX-HN5), 사죽공(TE23)-솔곡(GB8), 함열(GB4)-현로(GB5), 두유(ST8)-곡빈(GB7) 등을 활용할 수 있다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R3-1	4주 미만 단기간 치료 시, 편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 두통 강도 완화를 위해 전침치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
3) 한약		
단독치료		
R4	편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 • 레이저침은 저출력레이저를 활용한다.	
R4-1	어지럼증을 동반한 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 어지럼증을 동반한 편두통 환자의 일상생활장애 개선을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 어지럼증이 있는 편두통 환자에게 반하백출천마탕, 온담탕 처방을 고려할 수 있으며, 환자의 변증에 따라 타처방을 고려할 수 있다.	
R4-2	편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 재발 감소에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 재발 감소를 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 양약 치료 중단 후 재발하는 편두통 환자에게 한약치료를 고려해야 한다.	
R5	편두통 환자에게 통규활혈탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 지속 시간 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R6	편두통 환자에게 혈부축어탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 두통 강도 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R7	편두통 환자에게 천궁다조산가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 두통 강도, 발작 빈도, 지속 시간, 동반 증상 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R8	편두통 환자에게 청상견통탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R9-1	편두통 환자에게 반하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
R9-2	어지럼증을 동반한 편두통 환자 또는 전정편두통 환자에게 반하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 현훈빈도와 현훈으로 인한 일상생활 장애 개선효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.	B/Moderate
병행치료		
R10	편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R10-1	혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약 치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 통규활혈탕, 혈부축어탕 처방을 고려할 수 있으며, 어혈과 관련된 타처방을 고려할 수 있다.	
R10-2	간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 조등산 처방을 고려할 수 있으며, 간양상항과 관련된 타처방을 고려할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
4) 부항		
단독치료		
R11	편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 편두통 환자 중 어혈로 변증된 환자에게 습부항 치료를 시행할 수 있다.	
R11-1	급성기 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 급성기 치료를 위해 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 습부항(자락관법) 치료를 편두통 발작 시에 시행할 수 있다.	
R12	편두통 환자에게 부항치료와 침치료를 병행하는 것이 침치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자에 대한 침치료 시 부항치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 편두통 환자의 부항 치료의 주요 경혈은 양백(GB14), 태양(EX-HN5)과 족태양방광경의 배수혈(背腧穴) 등이다.	
R13-1	편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R13-2	편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R13-3	6개월 이상 장기간 치료 시 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 두통 강도 감소를 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
R13-4	6개월 이상 장기간 치료시 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
5) 사혈(자락술)		
단독치료		
R14	편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 환자의 증상 호전 및 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 사혈치료(자락술)를 고려해야 한다.	B/Moderate
병행치료		
R15	편두통 환자에게 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침을 병행하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자에 대해 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R16	편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R16-1	편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 장기간 치료 효과를 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R16-2	편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 1회 치료 직후 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 급성기 편두통 발작 시 두통 강도 감소를 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R17	편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈치료(자락술)가 포함되지 않은 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 사혈(자락술)을 포함하는 치료 시행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 편두통 환자의 사혈치료(자락술)의 주요 경혈은 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 백회(GV20), 이첨혈 등과 두통 부위에 따른 아시혈이다.	B/Moderate
R17-1	편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈(자락술)이 포함되지 않은 치료에 비해 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 장기간 치료 효과 지속을 위해 사혈(자락술)을 포함한 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 만성 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자 에 대해 사혈(자락술)을 포함한 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
6) 추나		
단독치료		
R18-1	편두통 환자에게 추나치료는 거짓 추나치료 혹은 물리치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소를 위해 추나치료 시행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 편두통 환자에서 경추부 관절기능 이상 혹은 경근이상이 보이는 환자의 경우 경추부 추나술기를 고려한다.	B/Moderate
R18-2	편두통 환자에게 추나치료는 일반적인 양약 치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시 추나치료 시행을 고려할 수 있다.	C/Low
R18-3	편두통 환자에게 추나치료는 물리치료와 비교하여 일상생활장애 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통으로 인한 일상생활장애 개선을 위해 추나치료를 고려할 수 있다.	C/Low
7) 약침		
단독치료		
R19	편두통 환자에게 약침치료는 거짓 약침치료 혹은 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 증상 호전을 위해 약침치료 시행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 약침 시술부위로는 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 견정(GB21), 솔곡(GB8) 등을 활용할 수 있으며, 약침액으로 근거문헌에서는 홍화, 천궁, 야목과 등을 사용하였으나 국내의 증례보고 연구와 파일럿 스터디(pilot study)를 참고하여 환자 증상에 따른 황련해독탕약침, 별갑 또는 홍화약침을 활용할 수 있다.	B/Moderate

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

한의표준 임상진료지침

요약문 모음집



내과계

소화계



기능성소화불량 (K30) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

기능성소화불량(K30)이란 인과관계가 뚜렷한 기질적 질환이 없으면서 만성적이며 반복적인 위장관 증상이 상부 위장관에 주로 발생하는 증상을 말한다. 대표적인 진단기준은 ROME(로마)기준으로서 처음 발표된 후 몇 차례의 개정을 거쳐 ROME IV 기준이 2016년 발표되었다. 본 임상진료지침에서는 ROME 진단 기준에 해당되는 성인 기능성소화불량 환자만을 대상으로 하였다. 기능성소화불량의 발생기전으로는 음식물에 대한 위장의 과민성, 위장 운동 지연에 따른 위배출능 저하, 음식물 섭취 후 위저부의 부적절한 수용성 이완, 위장 근육의 전기신호 리듬 변화 등이 제기되고 있으며 그 외에도 다양한 원인이 복합적으로 관련되어 있어서, 근거에 입각한 치료적 접근이 어려운 것으로 알려져 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

기능성소화불량의 진단은 그 정의에서 알 수 있듯이 관련 검사를 통하여 기질적인 질환을 배제하고 증상에 입각하여 설명되지 않는 위장관 증상들이 있을 때 진단할 수 있다. 진단 기준은 첫째, 불편한 식후 포만감, 조기 만복감, 상복부 통증, 상복부 속쓰림 중 한 가지 이상의 증상을 가지고 있고, 이러한 증상 이 적어도 6개월 전에 발생하여 3개월 이상 지속되며, 둘째, 자세한 병력 청취와 진찰 및 검사상 증상을 설명할 만한 기질적인 질환이 없어야 한다는 조건을 가지고 있다. 위 기준에 따르면 기능성소화불량은 크게 식후 불편감 증후군(Postprandial Distress Syndrome, PDS)과 상복부 통증 증후군(Epigastriac Pain Syndrome, EPS)의 아형(subtype)으로 나뉘며, 이 두 아형은 두 가지 유형의 증상이 한쪽으로 치우치지 않고 혼재되어 있는 경우도 있다.

기능성소화불량으로 진단하기 위해서는 구조적 혹은 생화학적 이상소견을 배제하기 위한 다양한 검사를 실시하게 된다. 일반적으로 소화불량증과 함께 동반되는 특별한 증상이나 징후로 기질적 질환을 의심하거나 일반혈액검사나 생화학적 혈액검사, H.pylori 감염검사, 상부위장관 조영술이나 상부위장관 내시경검사, 치료 약제에 대한 반응 등으로 기질적 질환의 유무를 판단하게 된다. 증상만으로 기질적 소화불량증을 감별하기 어렵지만 자세한 문진은 위식도역류질환 및 진통소염제와 연관된 위장관 질환을 감별하고, 상부 위장관 증상인지, 경고 증상(alarm symptom)이 있는지를 알기 위해 중요하다.

(2) 변증

한의학에서 기능성소화불량은 비만(痞滿), 애기(噯氣), 탄산(吞酸), 조잡(嘈噯), 위안통(胃脘痛) 등의 병증에 해당하며, 한의학적 발생기전은 비위기허(脾胃氣虛)를 바탕으로 기체(氣滯), 식적(食積), 담음(痰飲), 습열(濕熱) 등이 서로 뒤섞이며 나타나거나 허실한열(虛實寒熱)이 동시에 보이기도 한다. 변증 분류는 6가지 유형 [비위허약(寒)(脾胃虛弱(寒)), 비허기체(脾虛氣滯), 간위불화(肝胃不和), 한열착잡(寒熱錯雜), 비위습열(脾胃濕熱), 음식정체(飲食停滯)]로 나눌 수 있다.

(3) 평가도구

기능성소화불량의 증상을 객관적, 정량적으로 평가하기 위해 Nepean Dyspepsia Index(NDI), Functional Dyspepsia related Quality of Life questionnaire(FD-QoL), Short Form 36-item Health Survey(SF-36), Gastrointestinal Symptom score(GIS) 등의 설문지와 위전도(Electrogastrography)의 주파수 측정, 가스트린(gastrin)이나 모틸린(motilin)과 같은 위장관호르몬의 농도 측정, X-ray나 초음파로 관찰한 위배출 평가 등의 검사가 활용되고 있으며, 한의학적으로 활용 가능한 평가법으로는 유효율 평가, 담음(痰飲) 설문지, 식적(食積) 설문지, 한열(寒熱) 설문지, 허실(虛實) 설문지, 비기허(脾氣虛) 설문지 및 위기허(胃氣虛) 설문지 등이 개발되어 사용되고 있다.

03. 예방 및 관리

기능성소화불량의 예방 및 관리는 몸을 편안하게 하는 근본은 반드시 음식에서 구해야 하고 심신을 편안히 하여 비위를 다스리는 식약료병(食藥療病) 및 안양심신(安養心神), 조치비위(調治脾胃)의 원칙에 따라 이루어져야 한다. 구체적으로 2020년 국내에서 발간된 기능성소화불량에 대한 치료 가이드라인에 따르면 탄산음료, 매운 음식, 고지방식을 피하는 것이 좋다. 특히 환자 자신의 경험에 의해 평소 증상을 유발하거나 악화시키는 음식을 피하고, 과음과 흡연을 삼가는 것이 질환 관리에 도움이 된다. 수면장애가 기능성소화 불량의 증상을 유발할 수 있으므로, 수면장애에 대한 치료가 증상을 개선시킬 수 있다.

* 상세 내용 기능성소화불량 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

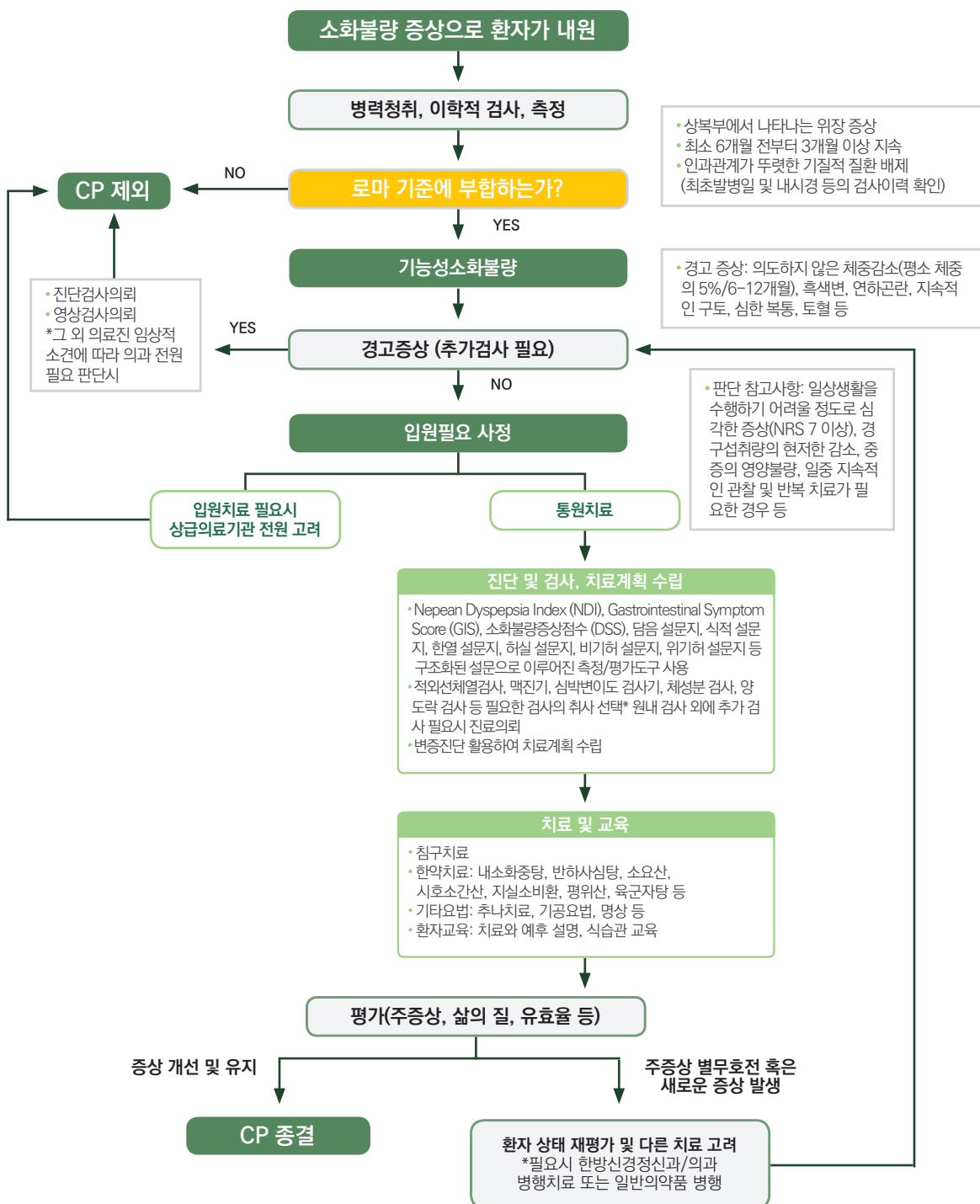
04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 한약치료		
단독치료		
R1	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 한약치료를 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 - 변증유형을 고려하여 기본 처방을 결정하고 발현 증상 및 환자의 체질적 소인을 고려하여 약제의 가감이 이루어질 수 있다. - 치료기간: 만성적인 경과를 보이는 질환의 특성과 임상연구에서의 투여기간을 참고하여 4주 이상의 한약치료를 권장한다.	
R1-1	성인 기능성소화불량 환자의 증상 및 삶의 질 개선을 위해 내소화중탕의 복용을 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 - 잦은 식체가 발생하는 경우 위완식적(胃脘食積)의 분허표실증을 고려하여야 하며, 식체의 경우에 통상의 치료로 내소산(內消散), 대화중음(大和中飲) 및 내소화중탕(內消和中湯)이 활용될 수 있다. - 원방은 산사, 맥아, 후박, 진피, 택사, 창출, 향부자, 지실, 반하, 복령, 신곡(초), 사인, 삼릉, 아출, 건강, 생강, 광향, 목향, 감초로 구성된다.	
R2	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 반하사심탕의 복용을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 반하사심탕은 한열착잡(寒熱錯雜)형에 응용되는 처방으로 몸이 차며 상복부가 답답한 한상과 속쓰림, 위완부의 작열감 등의 열상이 함께 나타나는 병증에 활용될 수 있다. - 원방(반하, 황금, 인삼, 감초, 건강, 황련, 생강, 대조)과 더불어 시호, 백작약, 지각, 사인 등이 추가되어 다용되었다.	
R3	성인 기능성소화불량 환자의 증상 및 삶의 질 개선을 위해 육군자탕의 복용을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 육군자탕은 비허(脾氣虛) 및 비허습담(脾虛濕痰)형에 응용되는 처방으로 위장의 운동기능 저하 및 담음(痰飲)의 정체로 인한 전신무력, 상복부 답답함, 조기 포만감, 잦은 트림 등의 증상에 활용될 수 있다. - 원방(반하, 백출, 진피, 복령, 인삼, 감초, 생강, 대조)과 더불어 시호, 백작약, 울금, 목향, 지실, 사인, 창출, 후박 등이 추가되거나 향사육군자탕이 다용되었다.	
R4	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 소요산의 복용을 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 - 소요산은 비허기체(脾虛氣滯)형에 응용할 수 있는 처방으로 허증의 양상과 더불어 정서적 자극에 의해서 발현되는 소화불량의 증상에 활용될 수 있다. - 원방(백출, 작약, 복령, 시호, 당귀, 맥문동, 박하, 감초, 생강)에서 맥문동, 생강을 제외하고 인삼, 산사, 신곡, 계내금, 향부자, 목향, 지각 등이 추가되어 다용되었다.	
R5	성인 기능성소화불량 환자의 증상 및 삶의 질 개선을 위해 시호소간산의 복용을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 시호소간산은 간위불화(肝胃不和)형에 응용되는 처방으로 정서적 자극의 기체(氣滯)로 인한 실증의 소화불량에 활용될 수 있다. - 원방(시호, 진피, 천궁, 작약, 지각, 향부자, 감초)에 후박, 사인, 현호색, 백출, 신곡 등을 추가하여 위장 운동 촉진제나 항우울제와 병행투여 할 수 있다.	
R6	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 지실소비환의 복용을 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 - 지실소비환은 음식정체(飲食停滯)형에 활용되는 처방으로 식체(食滯)와 관련되어 나타나는 상복부의 답답함, 상복통을 목표로 활용 할 수 있다. - 원방은 지실, 황련, 후박, 반하, 인삼, 백출, 건강, 복령, 맥아, 감초로 구성된다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R7	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 평위산의 복용을 권고한다. 임상적 고려사항 • 평위산은 소화불량과 더불어 상복부의 수성음(水聲音), 오심, 현훈(眩暈) 등이 나타나는 습곤비위(濕困脾胃) 형에 기본이 되는 처방이다. • 원방(창출, 진피, 후박, 감초, 생강, 대조)에 목향, 백두구, 사인, 지각, 산사, 맥아 등을 추가하여 사용할 수 있다.	A/Moderate
R8	성인 기능성소화불량 환자의 개선된 증상의 유지를 위해 한약치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 반복적이고 만성적인 경과를 보이는 질환의 특성을 고려하여 전신 및 비위기능의 향상을 위하여 보기건비(補氣健脾) 약제를 위주로 기체(氣滯), 식적(食積), 담음(痰飲) 등의 병인을 고려하여 수증(隨證) 가감한다.	B/Low
R9	성인 기능성소화불량 환자의 위배출(Gastric emptying) 향상을 위해 한약치료를 고려해야 한다.	B/Low
병행치료		
R10	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 반하사심탕과 위장운동촉진제 등의 병행치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 복합적인 병태생리가 관여되어 발생하는 기능성소화불량의 증상에 따라 양성자펌프억제제, 위장운동촉진제, 히스타민수용체길항제 및 항우울제 등의 조합된 약물을 복용하는 경우를 염두에 두어 증상의 호전 정도에 따라 병행치료 양약의 조정이 필요하다.	B/Low
R11	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선 및 재발률 감소를 위해 육군자탕과 위장운동촉진제 등의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
R12	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선 및 재발률 감소를 위해 소요산과 위장운동촉진제 등의 병행치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 우울장애 및 폐경후증후군이 병발된 기능성소화불량 환자에게는 소요산과 항우울제나 여성호르몬제가 병행 투여 될 수 있다.	C/Low
2) 침구치료		
단독치료		
R13	성인 기능성소화불량 환자의 증상 및 삶의 질 개선을 위해 침(전침 포함) 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 기능성소화불량에는 족삼리(ST36), 중완(CV12), 내관(PC6), 천추(ST25), 태충(LR3), 기해(CV6), 하완(CV10), 비수(BL20), 위수(BL21), 공손(SP4) 등의 혈위를 사용한다. • 치료기간: 침(전침 포함)의 치료기간은 4주 이상을 권장한다. • 전침 치료는 족삼리(ST36), 내관(PC6) 등의 혈위 및 통전을 위한 1cm 떨어진 부위에 자침한 후 각각의 침체(침병)에 전극을 연결하며, 자침 깊이는 반복적인 근수축에 의한 침의 움직임을 고려하여야 한다. 주파수는 2-4Hz, 강도는 근육 연축이 약하게 발생하면서 환자가 불편감을 느끼지 않는 정도의 강도로 20-30분 동안 시행한다.	B/Low
R13-1	성인 기능성소화불량 환자의 증상 및 삶의 질 개선을 위해 비경혈점 시술에 비하여 침(전침 포함) 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R13-2	성인 기능성소화불량 환자의 증상 및 삶의 질 개선을 위해 위장운동촉진제 등에 비하여 침(전침 포함) 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R14	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 뜸치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 기능성소화불량의 뜸치료는 중완(CV12), 족삼리(ST36), 비수(BL20), 위수(BL21), 신궤(CV8), 내관(PC6), 관원(CV4), 천추(ST25), 공손(SP4), 기해(CV6), 상완(CV13) 등의 혈위를 사용한다.	B/Low
병행치료		
R15	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 침치료와 위장운동촉진제 등의 병행치료를 권고한다.	A/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
3) 한방 병행치료		
R16	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 한방 병행치료(한약, 침구, 약침 및 혈위부첩 등)를 고려해야 한다.	B/Low
4) 기타요법		
① 추나 치료		
단독치료		
R17	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 위장운동촉진제 등에 비하여 추나 치료를 고려할 수 있다.	C/Moderate
병행치료		
R18	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 추나 치료와 위장운동촉진제 등의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
② 기공 요법		
한방 병행치료		
R19	성인 기능성소화불량 환자의 증상 개선을 위해 기공 요법과 침치료의 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
③ 명상		
단독치료		
R20	성인 기능성소화불량 환자의 증상 및 삶의 질 개선을 위해 명상을 고려해야 한다.	B/Moderate

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



과민성대장증후군 (K58) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

과민성대장증후군(K58, Irritable bowel syndrome; IBS)은 적어도 6개월 전부터 시작된 복통이나 복부 불편감, 설사나 변비와 같이 배변 습관의 변화, 팽만 등의 증상이 만성적이고 복합적으로 나타나는 대표적인 기능성 위장관 질환이다. 국제 진단기준은 Rome(로마) 기준으로 본 지침에서는 이에 해당되는 과민성대장증후군을 대상으로 한다. 병태생리기전으로 장관의 운동이상, 내장감각과민성, 중추신경계의 조절 이상, 장관 감염 및 염증, 정신사회적 요인 등이 있다. 한의학적으로 ‘복통(腹痛)’, ‘변비(便秘)’, ‘설사(泄瀉)’ 등의 병증에 해당한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

과민성대장증후군은 일반적으로 로마기준 IV을 토대로 진단한다. 먼저 복통, 설사, 변비 등 하복부 증상과 함께 동반되는 증상이나 징후가 있는지 관찰한 후, 일반혈액검사, 생화학적 혈액검사, 일반노검사, 복부방사선검사 등의 검사 외에 장내시경검사를 시행하여 기질적 질환의 존재 여부를 감별한다. 경우에 따라 복부초음파, 복부CT, 복부MRI 등의 영상의학적 검사 및 특정 질환을 감별하기 위한 검사를 추가하여 감별진단하게 된다. 한편 자세한 문진을 통한 현병력 청취를 바탕으로 복용 중인 약제 관련 증상인지 장관 감염증 등의 염증성 질환 혹은 혈관성 질환과의 연관성, 기타 경고 증상의 동반 여부를 확인하여 타 질환의 가능성을 충분히 배제하게 된다.

(2) 변증

간울기체(肝鬱氣滯) 등 장관의 기기(氣機)가 불리(不利)하게 되어 대장 전도(傳導)기능 부조로 인해 발현되었는지, 평소 위장관이 허약하고 신허(腎虛)하여 증상이 발현되었는지를 구분해야 한다. 변증은 간기승비(肝氣乘脾), 기체습조(氣滯濕阻), 장위열결(腸胃熱結), 비위허약(脾胃虛弱), 신양허쇠(腎陽虛衰)의 5가지 유형으로 나누어 분류한다.

(3) 평가도구

도구명	평가목적
유효율	호전정도
한국판 Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System (IBS-SSS)	과민대장증후군 증상 중증도
Gastrointestinal Symptom Rating Scale-IBS (GSRS-IBS)	소화기증상의 중증도
Adequate Relief (AR)	복통 및 복부불편감의 호전 정도
Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QoL), Short Form 36-item Health Survey (SF-36)	삶의 질
Adequate Relief (AR)	장관통과시간
담음 설문지(DQ), 식적 설문지(FRQ), 한열 설문지(CHQ), 허실 설문지(DEQ), 비기허증 진단평가도구 설문지(SQDQ)	변증

(4) 감별진단

질환명	감별진단
셀리악병	과민대장증후군과 설사, 복통 등으로 증상이 유사하나 원인이 분명하고, IgG에 의해 매개되는 경우, 식이 알레르기의 일종
유당분해효소결핍증	우유 및 유제품의 섭취로 인해 증상이 유발됨

03. 예방 및 관리

과민대장증후군의 경우 발병 원인이 불분명하므로, 예방적 차원의 관리는 근본적으로 어렵다. 그러나 증상의 악화, 재발을 방지하기 위해 식이 관리와 일상적인 환경(스트레스) 관리가 필요하다.

* 상세 내용 과민대장증후군 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 한약치료		
단독치료		
R1	과민대장증후군 환자의 증상 및 삶의 질 개선을 위해 위약(placebo)보다 한약을 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ① 4주간 한약처방[사신환가미(四神丸加味), 통사요방가미(痛瀉要方加味) 등] 투여로 설사우세형 과민대장증후군의 복통, 설사, 배변급박증상을 개선시킬 수 있다. ② 변비우세형 과민대장증후군의 경우 6~8주 정도 투여하는 것을 고려할 수 있다. 다만, 투약기간은 치료에 대한 반응이나 중증도에 따라 변동될 수 있다.	
R1-1	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 위약(placebo)보다 통사요방을 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ① 설사우세형 과민대장증후군의 전반적인 증상 호전을 위해 8주간 통사요방(痛瀉要方)(가미) 투여를 고려할 수 있다. 다만, 투약기간은 치료에 대한 반응이나 중증도에 따라 변동될 수 있다. ② 통사요방의 경우 변증을 고려하여 투여하는 것이 바람직하다.	
R2	과민대장증후군 환자의 증상 및 삶의 질 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 한약을 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ① 한약처방 결정 시 변증유형을 확정된 후 증상과 체질을 고려하여 수증(隨證)가감하는 것이 바람직하다. 연구마다 한약재의 가감이 달라 대표처방으로 선정하지 못한 사례가 많았다. 본 지침에는 통사요방(痛瀉要方), 갈근금련탕가감(葛根苓連湯加減), 사신환 합 이중환(四神丸 合 理中丸), 반사하심탕(半夏瀉心湯), 사역산 합 육군자탕(四逆散 合 六君子湯), 곽향정기산가감(藹香正氣散加減) (이상 설사우세형 과민대장증후군), 지실도체탕(枳實導滯湯), 귀비탕 합 소요산(歸脾湯 合 逍遙散) (이상 변비우세형 과민대장증후군), 소요산가감(逍遙散加減) 등의 한약처방이 제시되었다. 한편, '삼령백출산(參苓白朮散)', '위령탕(胃苓湯)', '사신환(四神丸)', '보중익기탕(補中益氣湯)', '이중탕(理中湯)', '사역탕(四逆湯)', '보장건비탕(補腸健脾湯)', '조위승기탕(調胃承氣湯)', '마자인환(麻子仁丸)', '형방지황탕(荊防地黃湯)' 등이 과민대장증후군 임상에서 자주 투여되는 한약처방으로 조사되었다. ② 본 질환의 만성적 경과 및 다수의 임상논문 투여기간을 고려하여 한약투여기간은 4주 이상을 권장한다. 다만, 투약 기간은 치료에 대한 반응이나 중증도에 따라 변동될 수 있다. ③ 양방 약물 치료: 일반적인 과민대장증후군에 otilonium bromide, propantheline bromide, fluoxetine 등이, 설사우세형에는 주로 pinaverium bromide, diosmectite, loperamide 등이, 변비우세형에는 주로 trimebutine maleate, nifedipine, mosapride citrate 등이 투여되었다. ④ 치료시 식이요법을 같이 병행하는 것이 바람직하다.	
R2-1	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 곽향정기산의 사용을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
	임상적 고려사항 ① 곽향정기산(藹香正氣散)은 오심, 구토, 설사, 복부 팽만감 등 습근비위(濕困脾胃)로 인해 발생하는 '곽란(霍亂)' 병증과 오한, 두통 등의 상한(傷寒)증상이 겸한 병증에 활용될 수 있다. ② 원방에 향부자, 현호색, 계내금, 오수유, 포공영 등이 가미되어 처방될 수 있다. 임상 한의사 설문조사에서 과민대장증후군 환자에게 가장 많이 투약되는 한약처방이다. ③ 곽향정기산은 과민대장증후군의 '설사우세형' 아형이나 '혼합형'에 투여 가능하다.	

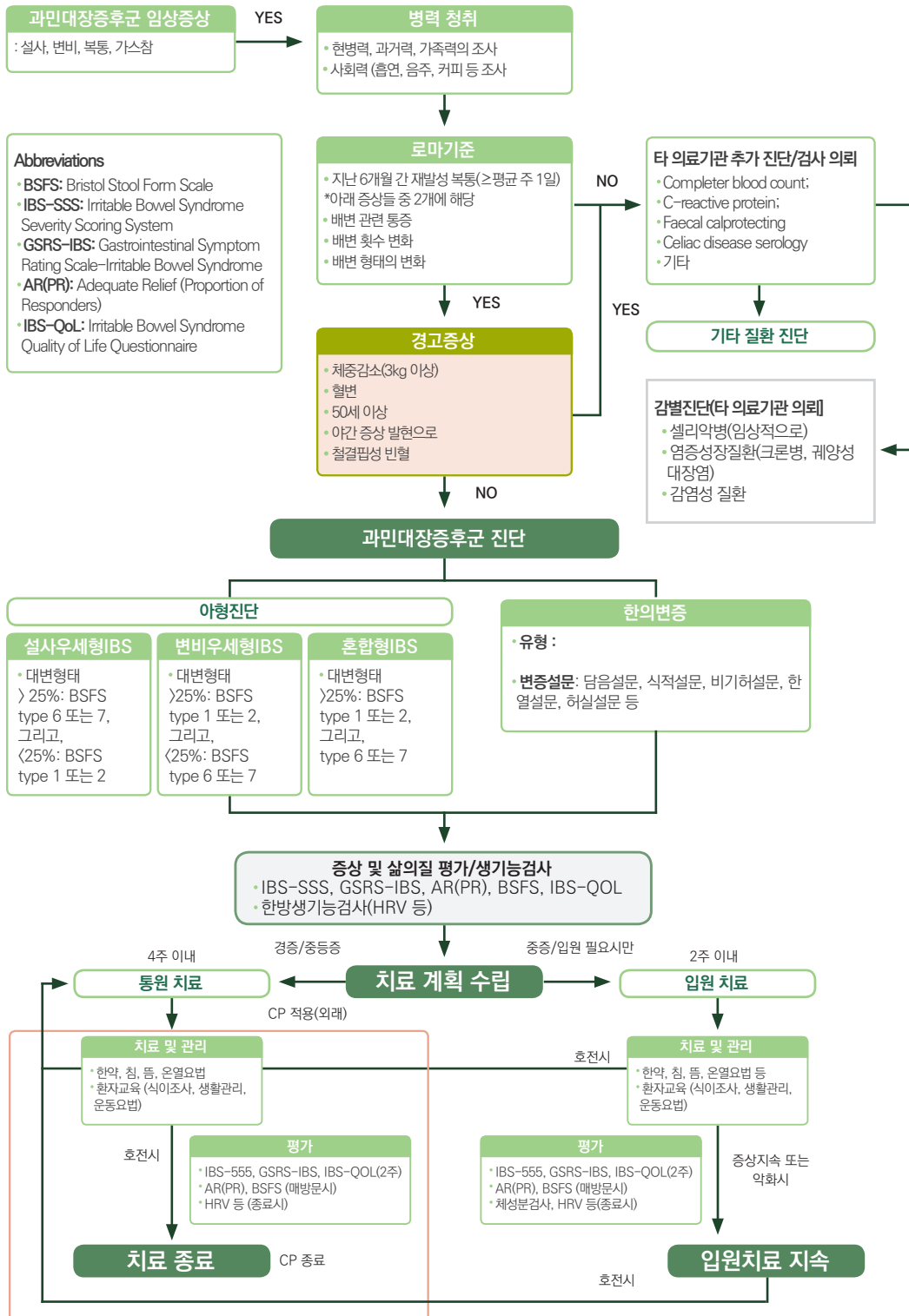
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R2-2	관민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 육군자탕을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ① 육군자탕(六君子湯)은 비기허(脾氣虛) 및 비허습담(脾虛濕痰)형에 응용되는 한약처방으로 평소 소화기능이 약하면서, 설사, 복통, 전신무력과 더불어 소화불량 증상이 동반되는 병증에 활용될 수 있다. ② 원방에 시호, 작약, 방풍, 곽향, 목향, 사인 등이 가미되어 처방되거나 향사육군자탕으로 처방될 수 있다. ③ 육군자탕은 관민대장증후군의 '설사우세형' 아형이나 '혼합형'에 투여 가능하다.	
R2-3	관민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 소요산을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ① 소요산(逍遙散)은 간울혈허(肝鬱血虛)형에 투여되는 한약처방으로 복통, 설사 등의 소화기 증상 외에 양쪽 옆구리가 아프고, 머리도 아프면서, 입안이 건조하고, 한열(寒熱)이 왕래(往來)하는 병증에 활용될 수 있다. ② 원방에 지실, 울금, 후박, 목향, 산조인, 진피, 황련 등이 가미되어 처방될 수 있다. ③ 소요산은 관민대장증후군의 '설사우세형' 아형이나 '혼합형'에 주로 투여 가능한 한약 처방이지만, 수증가감 하여 '변비우세형' 아형에도 투여 가능하다.	
R2-4	관민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 통사요방을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ① 통사요방(痛瀉要方)은 간기승비(肝氣乘脾)형에 투여되는 한약처방으로 스트레스나 긴장시 복통, 설사가 나타나고, 설사 후 복통이 완화되며, 옆구리가 그득하거나 아프고, 한숨을 잘 쉬고, 트림이 잘 나오는 병증에 활용될 수 있다. ② 원방에 오약, 시호, 목향, 현호색, 지각, 갈근, 용담초, 치자, 목단피 등이 가미되어 처방될 수 있다. ③ 통사요방은 관민대장증후군의 '설사우세형' 아형이나 '혼합형'에 수증가감하여 투여 가능하며, 특히 스트레스가 심한 경우에 자주 처방되었다.	
R3	관민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 프로바이오틱스보다 한약을 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ① 프로바이오틱스는 관민대장증후군 환자가 의사의 처방을 받거나 건강기능식품으로서 복용하는 경우가 대부분이며, 특정 생균 및 생균복합체의 형태로 관민대장증후군의 전반적 증상 및 가스관련 증상(복통, 복부불편감, 팽만감 등)의 개선이 보고되었으나, 현재까지는 관민대장증후군 주 치료제의 보조적 역할로 제한하고 있다. ② Bifidobacterium, Lactobacillus, Enterococcus, Bacillus cereus의 유산균종이 효과적으로 보고되고 있다.	
협진치료		
R4	관민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물의 단독 치료보다 통상적인 양방 약물과 한약의 협진 치료를 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ① 관민대장증후군의 경우 다양한 병태생리가 관여되어 발생하므로 한약과 함께 복용 중인 양약(진정제, 지사제, 변비약 등)의 용법을 확인하여, 증상의 호전도에 따라 협진 치료 양약의 조정이 필요할 수 있다. ② 소요산가미(逍遙散加味), 곽향정기산(藹香正氣散), 육군자탕(六君子湯) 등을 증상에 따라(복통, 가스참, 변비 등) 변증 구분한 후, 수증가감하여 양약과 4~8주간 협진하여 투여할 수 있다. 다만, 투약기간은 치료에 대한 반응이나 증증도에 따라 변동될 수 있다. ③ 양방약물은 관민대장증후군 아형이나 증상에 따라 달리 처방될 수 있으며, cisapride, nifedipine, trimebutine maleate, amitriptyline, pinaverium bromide 등이 한약처방과 협진하여 투여될 수 있다.	
R4-1	관민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물의 단독 치료보다 통상적인 양방 약물과 소요산의 협진 치료를 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ① 소요산(逍遙散)의 경우 증상에 따라 변증 구분한 후 일부 증상에 따른 수증가감을 하여 양약과 4~8주간 협진하여 투여할 수 있다. 다만, 투약기간은 치료에 대한 반응이나 증증도에 따라 변동될 수 있다. ② 양방약물은 관민대장증후군 아형이나 증상에 따라 달리 처방될 수 있으며, cisapride, nifedipine, trimebutine maleate, amitriptyline 등이 한약처방과 협진하여 투여될 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R5	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 프로바이오틱스 단독 치료보다 프로바이오틱스와 한약의 협진 치료를 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ① 한약과 프로바이오틱스의 협진 치료 시 한약 자체의 과민대장증후군 증상 개선 효과에 더해 프로바이오틱스의 prebiotic로서 작용하여 단독 투여에 비해 상승효과를 나타낼 가능성이 보고되었으므로, 임상증상 평가 및 장내세균총 검사를 통해 확인해보며 협진 치료에 대해 평가해 볼 수 있다. ② 한의사는 프로바이오틱스에 대해 과민대장증후군 환자가 단독 혹은 한의 치료와 협진 투여 가능한 건강기능 식품으로 인식하고 있다.	
R5-1	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 프로바이오틱스 단독 치료보다 프로바이오틱스와 통사요방의 협진 치료를 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 설사우세형 과민대장증후군에서 통사요방(痛瀉要方)(가미)과 clostridium butyricum 혹은 bifidobacterium의 4~8주간 협진 치료로 설사, 복통, 복부팽만, 배변 횟수 등의 증상이 개선될 수 있다.	
2) 침 뜸		
단독치료		
R6	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 침 치료를 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ① 과민대장증후군에는 천추(ST25), 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 족삼리(ST36), 상거허(ST37), 중완(CV12), 하거허(ST39), 삼음교(SP6), 음릉천(SP9), 기해(CV6), 관원(CV4), 대장수(BL25), 태충(LR3) 등의 혈위를 사용한다. 특히, 설사우세형 과민대장증후군에서는 천추(ST25), 족삼리(ST36), 상거허(ST37), 삼음교(SP6), 인당(EX-HN3)이 빈용되었다. ② 치료기간: 침(전침, 매선을 포함)의 치료 기간은 4주 이상을 권장한다. 다만, 치료기간은 치료에 대한 반응이나 중증도에 따라 변동될 수 있다. ③ 치료방법: 1회/일, 30분/회, 격일 혹은 주5일의 빈도, 득기를 유도하는 치료법이 가장 일반적이다. 전기침의 경우 1회/일, 15~30분/회, 격일 혹은 주5일의 빈도, 연속파/60~200Hz이 일반적이다. 매선요법의 경우 7~10일에 1회, 총 3~5회 치료하는 방식이 일반적이다. ④ 전침 치료는 족삼리(ST36), 천추(ST25), 태충(LR3), 배꼽주변 상하좌우 1촌 등의 혈위를 사용한다.	
R7	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 뜸 치료를 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ① 과민대장증후군의 뜸치료는 간수(BL18), 비수(BL20), 위수(BL21), 천추(ST25), 족삼리(ST36), 상거허(ST37), 관원(CV4), 기해(CV6), 신궤(CV8), 중완(CV12) 등의 혈위를 사용하여 2~8주 정도 치료할 수 있다. 다만, 치료기간은 치료에 대한 반응이나 중증도에 따라 변동될 수 있다. ② 뜸치료는 1회/일, 20~60분/회, 간접구 방식이 일반적이다. ③ 뜸치료는 과민대장증후군의 모든 아형에 적용되고 있으며, 복통, 가스참, 대변의 성상, 배변 빈도 등에서 개선효과를 보였다. 뜸치료 단독으로도 치료에 적용하기도 하지만, 임상에서는 침치료, 관장법 등 다른 한의치료법과 병행하는 경우가 흔하다. ④ 뜸치료의 경우 pinaverium bromide, mosapride, trimebutine 등의 통상적인 양방 약물에 비해 과민대장증후군 증상을 개선시킬 수 있다.	
협진치료		
R8	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물의 단독 치료보다 통상적인 양방 약물과 침의 협진 치료를 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ① 천추(ST25), 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 족삼리(ST36), 상거허(ST37), 중완(CV12), 하거허(ST39), 삼음교(SP6), 음릉천(SP9), 기해(CV6), 관원(CV4), 대장수(BL25), 태충(LR3) 등의 혈위가 사용가능하다. ② 과민대장증후군의 모든 아형에서 침치료 및 양방약물치료를 협진하여 적용할 수 있다. ③ 침치료의 경우 일반침치료, 전기침치료, 온침요법, 매선요법 등이 모두 포함된다. ④ trimebutine maleate, colofac (meveberine) 등 통상적인 양방 약물과 침치료를 협진 치료 시 증상 개선이 보고되었다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
3) 병행 치료		
R9	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 한약과 침의 병행 치료를 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ① 한약과 침의 병행치료 시 한약처방의 경우 반하사심탕(半夏瀉心湯), 통사요방가감(痛瀉要方加減) 등을 증상과 소견을 바탕으로 변증처방할 수 있으며, R6에서 기술된 경혈점을 침치료에 적용 가능하다. ② 한약과 침의 병행치료는 과민대장증후군의 모든 아형에 적용가능하며, 통상적으로 2~4주 정도 치료하는 것으로 보고되어, 단독치료시보다 다소 치료기간이 짧다. 다만, 투약기간은 치료에 대한 반응이나 중증도에 따라 변동될 수 있다. ③ 복통, 복부팽만 및 불편감, 설사, 섭취량 감소, 체력저하, 수면의 질 저하 등의 증상을 개선시키는 것으로 보고되었으며, 간울기체(肝鬱氣滯), 간울승비(肝鬱乘脾), 간울비허(肝鬱脾虛) 등의 변증유형에 효과가 보고되었다. ④ 침치료는 1회/일, 30분/회, 주 3~5회의 빈도, 득기 유도의 방법을 일반적으로 사용한다.	
R10	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 침과 뜸의 병행 치료를 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ① 침치료와 뜸치료의 병행치료 시 R6과 R7의 경혈점들이 적용 가능하다. ② 침치료와 뜸치료의 병행치료는 과민대장증후군의 모든 아형에 적용 가능하며, 통상적으로 2~4주 정도 치료하는 것으로 보고되어 단독치료 시보다 다소 치료기간이 짧다. 다만, 투약기간은 치료에 대한 반응이나 중증도에 따라 변동될 수 있다. ③ 침치료는 1회/일, 20~30분/회, 주 5회 정도의 빈도, 득기를 유도하고, 뜸치료는 동일한 빈도에 간접구 방식으로 치료한다. ④ 침치료와 뜸치료의 병행치료는 과민대장증후군의 전반적인 증상 개선에 효과가 보고되었다.	
4) 기타 치료		
R11	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 한약을 이용한 관장 요법을 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ① 관장요법은 한약재의 전탕액 등을 관장액으로 조성하여 항문부에 주입 혹은 점적하여 직장을 통해 장으로 약물을 투여하는 외용법을 말한다. 본 지침에서 기술하는 관장요법은 단순 배변 배출 목적 외에 직장 점막을 통한 약액 흡수를 통한 질병치료 목적의 보류관장법 등도 포괄한다. ② 과민대장증후군의 한의 관장요법의 경우 변비우세형 아형뿐만 아니라 설사우세형 아형에도 적용하는 것으로 알려져 있다. ③ 변비증상 외에 가스 참, 복통, 설사, 복명음, 배변 횟수, 대변성상, 점액변 등의 증상을 개선시킬 수 있는 것으로 알려져 있다. ④ 치료기간은 2~4주가 적당하다.	
R12	과민대장증후군 환자의 증상 개선을 위해 통상적인 양방 약물 치료보다 추나 요법을 사용할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ① 과민대장증후군에 적용된 추나요법은 복부 및 특정경혈 부위를 따뜻하게 하면서 손가락으로 부드럽게 누르거나 문지르는 방법이었다. ② 추나치료를 하는 부위는 복부의 전체 부위 및 족삼리(ST36), 천추(ST25), 신궤(CV8), 대횡(SP15), 기해(CV6), 관원(CV4), 중완(CV12), 양릉천(GB34), 행간(LR2), 상거허(ST37), 하거허(ST39), 격수(BL17), 비수(BL20), 위수(BL21), 신수(BL23), 명문(GV4), 대장수(BL25), 팔요혈(BL31~4) 등이다. ③ 통상적으로 2~4주 정도를 치료기간으로 보았으며, 1주차에는 격일 간격으로 추나 치료를 시행하고, 2주차부터는 3일에 1회 정도로 점차 치료빈도를 낮추는 방법이 사용되었다. ④ 과민대장증후군의 모든 아형에 적용될 수 있으며, 복통을 포함한 과민대장증후군의 전반적 증상을 개선시킬 수 있다고 보고되었다.	

* 통상적인 양방 약물치료: 과민대장증후군의 증상을 완화시키기 위한 진경제, 지사제, 사하제(변비약) 등을 포함하는 약물 치료

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

한의표준 임상진료지침

요약문 모음집



내과계

호흡계



감기

(J00)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

감기는 비강, 인두, 후두 등 상기도의 바이러스 감염 질환으로 급성 비인두염(J00), 상기도 감염과 혼용하여 사용된다. 증상으로 기침, 인후통, 콧물, 코막힘, 재채기, 발열 등을 보이는데, 주로 비인두 자극 및 콧물이 주 증상이며 발열이나 전신증상은 미미한 경우가 많다. 대개 7~10일 사이에 소실되지만 몇몇 증상은 3주까지 지속되기도 한다. 한의학에서 감기는 감모(感冒)의 범주에 속하며, 기후변화, 한난실상(寒暖失常), 저항력 감소, 풍사침습(風邪侵襲)이 원인이 되어 발생하는 외감(外感)의 일종이다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

일반적으로 원인 바이러스에 대한 특이 진단은 필요 없으며, 다음과 같은 전형적인 임상 징후로 진단한다.

- 2~4일의 잠복기
- 콧물, 재채기, 코막힘, 인후통, 기침
- 피로감 및 근육통이 동반
- 전신증상은 대체로 경미하고 발열은 없거나 경도
- 인두의 작열감이나 연하통이 있더라도 인두 자체는 가벼운 발적만 나타남
- 증상 시작 1~3일 후 맑은 콧물이 탁한 콧물로 변하고 코막힘이 발생

(2) 변증

감기는 인체의 위기(衛氣) 저하와 외부의 급격한 변화로 발생하는 질환으로 정기(正氣)의 허약과 육음(六淫)의 종류에 따라 풍한, 풍열, 협습, 협서, 기허, 혈허, 음허, 양허로 나누어 변증한다.

(3) 평가도구

적합한 biomarker가 없어 임상효과의 평가는 증상의 변화로 판단한다. 신뢰도와 타당도가 검증된 평가도구로는 WURSS-21-K(위스콘신상기도감염설문: WisconsinUpperRespiratorySymptomSurvey 21 한국어판)이 있다.

(4) 감별진단

급성인두염, 급성후두염, 급성기관지염, 급성폐쇄성후두염(croup), 세기관지염, 알레르기성비염, 혈관운동성비염 등과 감별이 필요하다.

감별 증상	진단
인후통(咽喉痛)이 심하고, 인후부종, 천목소리, 콧물과 기침이 없거나 약함	인두염, 후두염
기침이 주증상, 수주 지속됨, 전흉부 작열감	급성 기관지염
부비동이 흔탁, 후비루, 두통, 광대뼈 주위 압통	부비동염
'개가 짖는 듯한' 기침, 쌉쌉거리는 소리, 쉼 목소리	급성 폐쇄성후두염(croup)
콧물, 코막힘, 재채기 위주, 알레르기 확인, 만성 양상	알레르기 비염, 혈관운동성 비염

03. 예방 및 관리

원인 바이러스의 다양성과 100가지 항원형을 가진 리노바이러스(rhinovirus) 등으로 백신 개발이 불가능하여 예방이 최우선이다. 비타민C 복용은 일반적 상황에서는 권장되지 않고 과도한 육체적 활동이나 추위 노출 시 예방에 도움이 된다. 사람 사이의 바이러스 전파를 막는 것이 중요하여 손씻기와 기침 예절과 같은 개인 위생이 중요하다.

* 상세 내용 감기 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

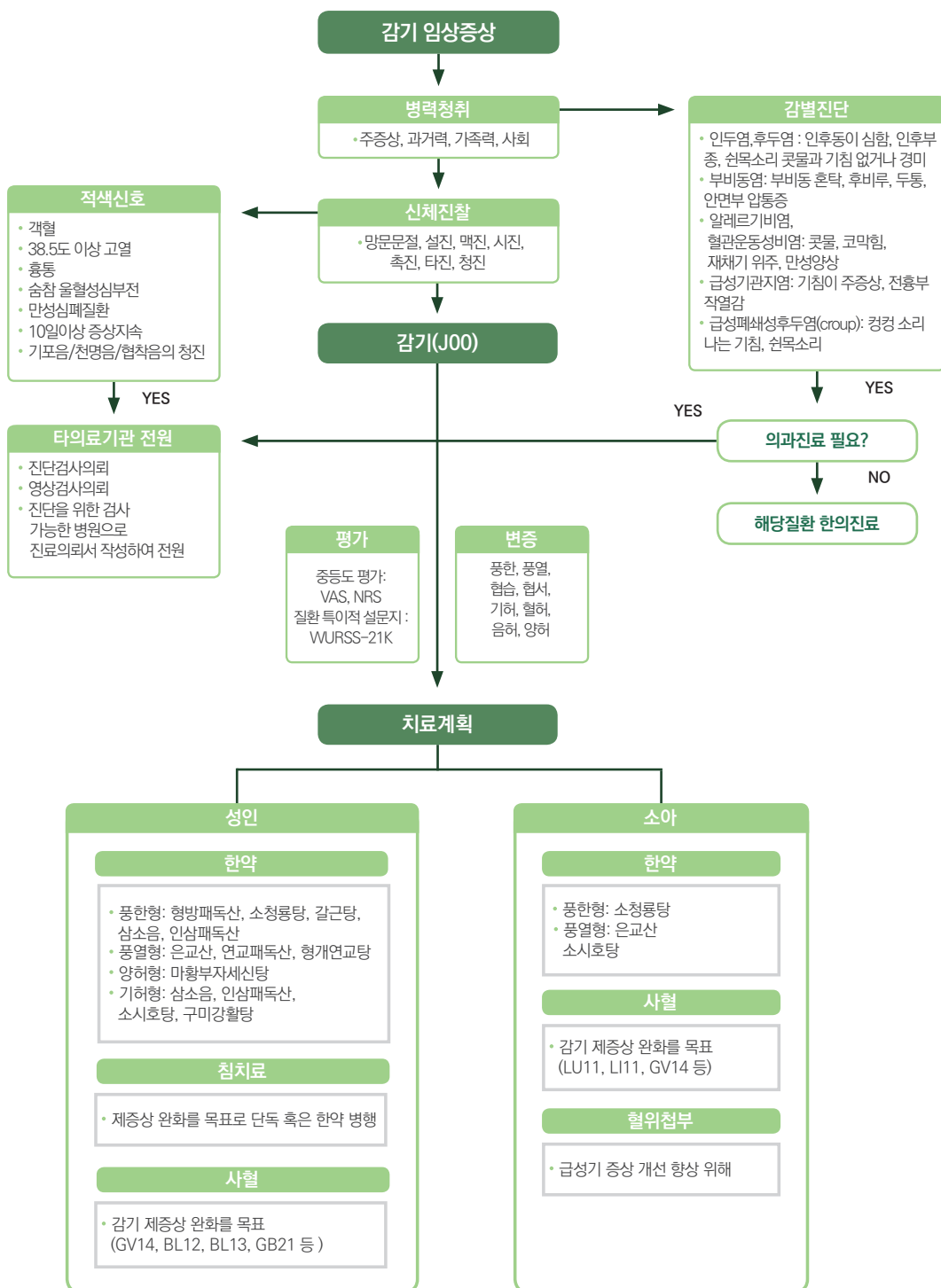
04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1. 성인		
1) 한약		
R1	성인 감기 환자의 증상 호전을 위해 한약 복용을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 마황은 교감신경 항진으로 인한 이상반응이 보고 되고 있으므로 마황이 포함된 처방은 유의하여 사용하도록 한다.	
R1-1	성인 감기 환자의 증상 호전을 위해 형방패독산 복용을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 형방패독산은 풍한형(風寒型)의 감기에 응용되는 처방으로 오한, 미열, 맑은콧물, 두통및신체통, 인후불쾌감 및 기침, 맥부긴(脈浮緊) 등의 증상이 있을 때 활용할 수 있다.	
R1-2	성인 감기 환자의 증상 호전을 위해 은교산 복용을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 은교산은 풍열형(風熱型)의 감기에 응용되는 처방으로 발열이 있으면서 땀이 잘 나지 않고 입이 마르고 갈증을 느끼며, 인후통이 있고 콧물 및 가래가 점조하며 맥은 부삭(浮數)한 증상이 있을 때 활용 할 수 있다.	
R1-3	성인 감기 환자의 증상 호전을 위해 소시호탕 복용을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 소시호탕은 소양병(少陽病)으로 변증 될 때 응용되는 처방으로 한열왕래의 상태가 지속되고 식욕부진 등의 증상이 있을 때 활용 할 수 있다.	
R1-4	성인 감기 환자의 증상 호전을 위해 소청룡탕 복용을 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 소청룡탕은 풍한형(風寒型)의 감기에 응용되는 처방으로 오한 및 발열이 있으면서 땀이 잘 나지 않고, 기침을 하면서 묽은가래가 다량으로 나오며 맥은 부(浮)할 때 활용할 수 있다.	
R1-5	성인 감기 환자의 증상 호전을 위해 연교패독산 복용을 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 연교패독산은 풍열형(風熱型)의 감기에 응용되는 처방으로 발열이 있으면서 땀이 잘 나지 않고 입이 마르고 갈증을 느끼며, 인후통이 있고 콧물 및 가래가 점조하며 맥은 부삭(浮數)한 증상이 있을 때 활용 할 수 있다.	
R1-6	성인 감기 환자의 증상 호전을 위해 마황부자세신탕 복용을 고려할 수 있다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 마황부자세신탕은 양허형(陽虛型)의 감기에 응용되는 처방으로 마황, 부자, 세신으로 구성된 처방으로 체질적으로 허약한 환자가 감기로 인해 오한이 극심하고, 기력저하가 있으면서 맥이 약(弱)한 증상이 있을 때 사용할 수 있다. 그러나 마황, 부자, 세신으로 구성된 처방으로 변증 및 환자의 체질을 고려하여 신중히 사용해야 하며, 복용량과 조제 및 복용방법에도 매우 유의하여야 한다.	
R1-7	성인 감기 환자의 증상 호전을 위해 갈근탕 복용을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 갈근탕은 오한, 발열 및 두통이 있고 뒷목이 뻐뻐하며 땀이 나지 않고 신체가 아픈 증상에 사용할 수 있다.	
R1-8	성인 감기 환자의 증상 호전을 위해 삼소음 복용을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 삼소음은 풍한형(風寒型) 또는 기허형(氣虛型)의 감기에 응용되는 처방으로 발열, 두통 및 기침등의 감기증상과 더불어 기력이 없고 맥이 부(浮)하면서 무력(無力) 한 경우에 사용할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R1-9	성인감기환자의 증상호전을 위해 구미강활탕복용을 전문가그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
	임상적 고려사항 구미강활탕은 사계절을 막론하고 두통이 있으면서 땀이 뻘뻘하며 골절통이 있고, 발열 및 오한이 있으면서 땀이 나지 않고 맥은 부(浮)한 증상이 있을 때 처방할 수 있다.	
R1-10	성인감기환자의 증상호전을 위해 인삼패독산복용을 전문가그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
	임상적 고려사항 인삼패독산은 풍한형(風寒型) 또는 기허형(氣虛型)의 감기에 응용되는 처방으로 발열, 두통 및 기침등의 감기증상과 더불어 기력이 없고 맥이 부(浮)하면서 무력(無力)한 경우에 사용 할 수 있다.	
R1-11	성인감기환자의 증상호전을 위해 형개연교탕복용을 전문가그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
	임상적 고려사항 형개연교탕은 풍열형(風熱型)의 감기에 응용되는 처방으로 발열이 있으면서 땀이 잘 나지 않고 입이 마르고 갈증을 느끼며, 인후통이 있고 콧물 및 가래가 점조하며 맥은 부삭(浮數)한 증상이 있을 때 활용 할 수 있다.	
2) 침		
R2	성인감기환자에게 감기제증상 완화를 목표로 침치료를 단독 혹은 한약치료와 병행하여 시행할 것을 고려해야한다..	B/Moderate
	임상적 고려사항 환자의 상태를 고려하여 침치료 시행 가능 여부를 판단하도록 한다.	
3) 사혈요법		
R3	성인감기환자에게 감기제증상 완화를 목표로 사혈요법을 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 혈액응고 이상이 있거나 심한허증(虛證)의 환자 등에서는 신중하게 시행하여야 한다.	
2. 소아		
1) 한약		
R4	소아 감기 환자의 증상 호전을 위해 한약 복용을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 마황은 교감신경항진으로 인한 이상반응이 보고되고 있으므로 마황이 포함된 처방은 유의하여 사용하도록 한다.	
R4-1	소아 감기 환자의 증상 호전을 위해 소시호탕 복용을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 소시호탕은 소양병(少陽病)으로 변증 될 때 응용되는 처방으로 한열왕래의 상태가 지속되고 식욕부진 등의 증상이 있을 때 활용 할 수 있다.	
R4-2	소아 감기 환자의 증상 호전을 위해 은교산 복용을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 은교산은 풍열형(風熱型)의 감기에 응용되는 처방으로 발열이 있으면서 땀이 잘나지 않고 입이 마르고 갈증을 느끼며, 인후통이 있고 콧물 및 가래가 점조하며 맥은 부삭(浮數)한 증상이 있을 때 활용 할 수 있다.	
R4-3	소아감기환자의 증상호전을 위해 소청룡탕 복용을 전문가그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB
	임상적 고려사항 소청룡탕은 풍한형(風寒型)의 감기에 응용되는 처방으로 오한 및 발열이 있으면서 땀이 잘나지 않고, 기침을 하면서 맑은콧물이 나오며 맥은 부(浮) 할 때 활용할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
2) 사혈요법		
R5	소아감기환자에게 감기제증상 완화를 목표로 사혈요법을 단독 혹은 한약치료와 병행하여 시행할 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 혈액응고이상이나 심한허증(虛證)의 환자 등에서는 신중하게 시행하여야 한다.	C/Moderate
3) 혈위 침부요법		
R6	소아감기환자에게 있어서 급성기 감기 증상 개선 향상을 위해서 혈위침부요법 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 소아의 피부가 성인에 비해 얇고 상대적인 체중당 체표면적이 크므로 약물의 흡수가 항진될 수 있음을 염두에 두어야 하며, 장기간 사용 시 전신적 부작용도 고려해야 한다. 또 1세이하의 소아에게는 혈위침부요법을 시행함에 있어 신중을 기해야 한다.	B/Moderate

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



알레르기비염

(J30.3)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

알레르기 비염은 비점막에서 비만세포 표면의 IgE와 항원의 결합으로 화학적 매개물질이 유리되어 일어나는 즉시형 알레르기 반응이다. 질병세분류상 ‘화분에 의한 앨러지비염(J301)’, ‘기타 계절성 앨러지비염(J302)’, ‘기타 앨러지비염(J303)’, ‘상세불명의 앨러지비염(J304)’에 해당한다. 알레르기비염의 3대 주 증상은 맑은 콧물, 재채기, 코막힘이며, 이 중 2가지 이상의 증상을 갖고 있는 경우 알레르기 비염을 의심할 수 있다. 그 외에도 눈이나 코의 소양감, 후각감퇴, 두통, 청력장애 등의 증상이 나타날 수 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

임상적으로 맑은 콧물, 재채기, 코의 소양감, 코막힘 등의 증상이 있으면서, 비강 검진에서 맑은 콧물과 창백하게 부어 있는 하비갑개 소견이 관찰되면 알레르기 비염으로 의심할 수 있다. 또한, 손바닥으로 코를 밀어올리는 행동(allergic salute), 콧잔등의 주름(transverse nasal crease), 눈밑의 보랏빛 착색(allergic shiner), 눈밑에 여러 겹의 주름(Dennie's line)과 같은 특징적인 모습을 볼 수 있다. 임상검사는 혈청 총IgE 및 특이 IgE 측정, 알레르기 피부 시험과 혈액 내 총 호산구 수, 비점도말 검사, 비 유발시험 등의 여러 검사를 시행하게 된다. 병력 청취 시에는 알레르기 질환에 대한 병력 및 가족력을 확인하고, 알레르기의 원인을 찾기 위한 집안 환경에 대한 청취가 필요하다.

(2) 변증

알레르기 비염은 외감풍한(外感風寒), 비폐기허(脾肺氣虛), 비위습열(脾胃濕熱), 신기부족(腎氣不足)으로 변증할 수 있다. 실증의 경우 화열(火熱), 허증의 경우 폐기허한(肺氣虛寒), 폐비기허(肺脾氣虛), 신원휴허(腎元虧虛)로 변증할 수 있다. 중국 임상진료지침에서는 변증시치(辨證施治) 이론에 입각하여 신양허(腎陽虛), 폐기허(肺氣虛), 비기허(脾氣虛), 폐열(肺熱)의 4가지 변증으로 분류하였다.

(3) 평가도구

코 증상 평가에 주로 사용되는 평가도구에는 Total Nasal Symptom Score(TNSS), Verbal Numerical Rating Scale(VNRS) 등이 있으며, 코 증상 외의 증상을 포함한 전반적인 알레르기 비염 관련 증상 평가도구로는 Total Non Nasal Symptom Score(TNNSS), Severity Scoring Systems of Rhinitis(SSSR) 등이 있다. 그중 Total Nasal Symptom Score(TNSS)가 대표적 알레르기 비염 증상 평가도구이다.

(4) 감별진단

비알레르기 비염에는 혈관운동성 비염, 약물성 비염, 호산구 증가성 비알레르기 비염, 위축성비염, 음식 유발성 비염 등이 있다.

질환명	감별진단
혈관운동성 비염	특별한 면역학적, 구조적, 감염성, 호르몬성, 약물성 등의 원인이 없이 맑은 콧물, 코막힘, 재채기, 후비루 등이 만성적으로 나타나는 질환, 환경적 요인에 의해 유발
약물성 비염	소총혈 완화제(코막힘 완화제)의 남용에 의해 나타나는 반작용성 비폐(reboundnasal obstruction)
호산구 증가성 비알레르기 비염	수양성비루, 재채기, 소양증, 비폐색, 간헐적 후각 저하 등의 증상이 나타나며 비점도말검사(nasalsmear) 상 호산구 증가가 있으면서 피부 반응 검사가 음성이거나 혈청의 알레르기 항원 특이항체가 증명되지 않는 경우 진단
위축성비염	비강 내 점막의 위축과 가피의 과도한 형성이 특징, 악취를 동반하여 취비증(臭鼻症)이라고도 하며, 비폐색, 비출혈, 후각감퇴 등이 동반되기도 함, 비갑개 조직을 과도하게 절제하거나 점막 생성이 잘 이루어지지 않는 등의 원인에 의해 발생
음식 유발성 비염	음식을 섭취한 직후 맑은 콧물이 발생하며 뜨겁거나 매운 음식을 먹은 경우에 특히 심하게 나타남

03. 예방 및 관리

알레르기 비염 관리에 있어서 증상과 관련된 알레르겐(곰팡이, 꽃가루, 흡연, 집먼지진드기, 곤충항원, 동물 항원 등)을 회피하는 것이 중요하다. 꽃가루 알레르기의 경우 문, 창문을 닫고 야외활동을 제한하며 야외 활동 후 샤워하는 등을 통해 꽃가루 노출을 줄일 수 있다. 살균제 사용, 가습기 청소 주의, 제습기 사용을 통해 실내의 곰팡이를 줄일 수 있다. 집먼지 진드기 차단을 위해 매트리스, 베개, 침대 등에 알레르겐 방어 용품을 씌우고 청소와 빨래를 자주 하며, 실내 습도를 50% 이하로 낮추는 것이 권고된다.

* 상세 내용 알레르기 비염 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
1) 한약		
단독 치료		
R1	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 한약 치료를 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 - 비염 치료를 위하여 소청룡탕(小青龍湯), 삼소음(參蘇飲), 향갈탕(香葛湯), 형개연교탕(荊芥連翹湯), 가미통규탕(加味通竅湯), 갈근탕(葛根湯), 계지탕(桂枝湯), 신이청폐음(辛夷淸肺飲), 여택통기탕(麗澤通氣湯), 창이자산(蒼耳子散), 보중익기탕(補中益氣湯), 육미지황탕(六味地黃湯), 옥병풍산(玉屏風散), 마황부자세신탕(麻黃附子細辛湯) 등이 대표적으로 사용. - 부수적 변증(辨證)의 고려: 폐기허한(肺氣虛寒), 비폐기허(脾肺氣虛), 비위습열(脾胃濕熱), 신기부족(腎氣不足) 등을 고려하여 처방 및 가감.	
R1-1	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 소청룡탕 및 소청룡탕 가미방 치료를 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 - 소청룡탕 처방 구성: 마황·백작약·오미자·반하(법제한 것) 각 6g, 세신·건강·계지·자감초 각 4g.(1첩 기준) - 소청룡탕 주치(主治): 외감풍한(外感風寒)으로 수음(水飮)이 내정(內停)하게 되어 나타나는 폐한증(肺寒證)을 치료. - 환자의 증상에 따라 약재의 가감을 고려한다. - 현재까지의 연구결과를 종합할 때 소청룡탕은 중대한 이상반응이 보고되지 않았으나 소아 환자나 타질한 병발 환자는 주의. - 알레르기 비염 환자 증상의 개선을 위하여 환자 호전도를 반영하여 4주~8주 내외의 투여기간 고려.	
R1-2	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 옥병풍산 및 옥병풍산 가미방 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 옥병풍산 처방 구성: 백출10g, 방풍, 황기 각 4.8g.(1첩 기준) - 옥병풍산 주치(主治): 치료허자한(治表虛自汗). 폐비기허증(肺脾氣虛證)을 치료. - 옥병풍산 치료 시 환자의 변증을 고려.(폐비기허증(肺脾氣虛證)) - 비염 치료를 위한 옥병풍산 사용은 환자의 호전도에 따라 2주~2개월 고려. - 수행된 연구에서는 옥병풍산 사용 시 자한(自汗), 피진, 구토, 오심, 두통, 구건 등의 이상반응이 발생되었다고 보고하고 있으므로 임상에서 사용 시 이상반응 유무를 주의 깊게 살펴 투여.	
R1-3	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 보중익기탕 및 보중익기탕 가미방 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 보중익기탕 처방 구성: 황기6g, 인삼·백출·감초 각4g, 당귀·진피 각2g, 승마·시호 각1.2g.(1첩 기준) - 보중익기탕 주치(主治): 치중기하함(治中氣下陷). 폐비기허증(肺脾氣虛證)을 치료. - 환자의 증상에 따라 약재의 가감을 고려한다. - 알레르기 비염 환자 증상의 개선을 위하여 환자의 호전도를 반영하여 보중익기탕을 4주~6주간 투여.	
R1-4	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 마황부자세신탕 및 마황부자세신탕 가미방 치료를 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 - 마황부자세신탕 처방 구성: 마황·세신 각8g, 포부자 4g.(1첩 기준) - 마황부자세신탕 주치(主治): 평소에 양기(陽氣)가 부족한 사람이 풍한사(風寒邪)로 오한이 심하고 열은 그리 심하지 않는데에 사용. - 마황부자세신탕 투여 시 구강건조, 소화장애 등이 나타날 수 있으므로 주의.	
R1-5	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 형개연교탕을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R1-5	임상적 고려사항 • 형개연교탕처방 구성: 형개·시호·천궁·당귀·생지황·적작약·백지·방풍·박하·치자·황금·길 경·연교 각 2g, 감초 1.2g.(1첩 기준) • 형개연교탕 주치(主治): 풍열사(風熱邪)로 비연증(鼻淵症)이 생겨 탁한 콧물이 많이 나오는 데에 사용. • 치료기간: 보통3회/일, 4주 복용	
R1-6	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 삼소음을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 • 삼소음 처방 구성: 인삼, 소엽, 전호, 반하, 건갈, 적복령 각 4g, 진피, 길경, 지각, 감초 각 3g, 생강 3편, 대추 2개.(1첩 기준) 담성(痰聲)에는 나복자·백개자·소자를 첨가한다. 폐열(肺熱)에는 인삼 대신 사삼(沙蔘)을 넣고 상백피, 맥문동을 첨가한다. 허랭(虛冷)에는 인삼을 배로하고 계지를 첨가한다. • 삼소음 주치(主治): 정기(正氣)가 허한 상태에서 외사(外邪)에 감촉되어 생긴 감기로 열이 나고 두통이 심하거나 혹은 체한 것이 오래되어 열이 나는 데에 사용.	GPP/CTB
병행 치료		
R2	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 소청룡탕과 소청룡탕 가미방 및 일반 약물치료¹⁾ 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 소청룡탕 처방 구성: 마황·백작약·오미자·반하(법제한 것) 각 6g, 세신·건강·계지·자감초 각 4g.(1첩 기준) • 소청룡탕 주치(主治): 외감풍한(外感風寒)으로 수음(水飮)이 내정(內停)하게 되어 나타나는 폐한증(肺寒證)을 치료. • 소청룡탕 사용 시 비강건조, 오심 등의 증상이 발생할 수 있으므로 주의를 요함.	B/Moderate
R3	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 육병풍산과 육병풍산 가미방 및 일반 약물치료¹⁾ 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 육병풍산 처방 구성: 백출 10g, 방풍, 황기 각 4.8g.(1첩 기준) • 육병풍산 주치(主治): 치료허자한(治表虛自汗). 폐비기허증(肺脾氣虛證)을 치료. • 환자의 증상에 따라 처방의 약물을 가감할 것을 고려한다. • 알레르기 비염 치료를 위하여 육병풍산 및 일반 약물의 병용투여는 환자의 호전도에 따라 2주~2개월 고려. • 병용 투여 시 연구에서 보고되지 않은 이상 반응이 발생할 수 있으므로 환자의 체력 및 상황에 따라 주의.	C/Low
R4	알레르기 비염 환자의 장기적 증상 개선을 위하여 육병풍산 및 일반 약물치료¹⁾ 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 장기적 증상 개선이란 약 복용 중단 이후 2~6개월 이후 증상개선을 의미하며 6개월 이상 증상 개선을 위하여 육병풍산과 일반 약물의 병행 치료 수행. • 육병풍산과 일반 약물의 6개월 이상 장기 투여를 지속할 시 환자의 타질한 동반, 이상반응의 유무를 주의 깊게 관찰하여 약물 투여의 지속 결정. • 육병풍산 처방 구성: 백출10g, 방풍, 황기 각 4.8g.(1첩 기준) • 육병풍산 주치(主治): 치료허자한(治表虛自汗).	B/Moderate
R5	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 보중익기탕 가미방 및 일반 약물치료¹⁾ 병행을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 보중익기탕 처방 구성: 황기6g, 인삼·백출·감초 각4g, 당귀·진피 각2g, 승마·시호 각 1.2g.(1첩 기준) • 보중익기탕 주치(主治): 치중기하함(治中氣下陷). 폐비기허증(肺脾氣虛證)을 치료. • 허약한 비염 환자에게 보중익기탕 치료를 고려할 수 있다. • 현재까지 보중익기탕과 일반 약물 치료 시 보고된 심각한 이상반응은 없으나 타질한 병발환자, 소아환자는 병용 투여 시 주의.	C/Low
R6	알레르기 비염 환자 증상의 재발을 개선을 위하여 소청룡탕과 보중익기탕의 합방 치료 및 일반 약물치료²⁾ 병행을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 주치(主治): 폐비기허증(肺脾氣虛證)을 치료. • 환자의 증상에 따라 처방의 약물을 가감할 것을 고려. • 현재까지 소청룡탕과 보중익기탕의 합방치료 및 일반 약물치료 병행 시 보고된 심각한 이상반응은 없으나 타질한 병발 환자, 소아 환자는 병용 투여 시 주의.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R7	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 갈근탕 가미방과 혈위 첩부 요법 병행을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 - 갈근탕 처방 구성: 갈근 12g, 마황 8g, 백작약 6g, 계지 4g, 감초 3g, 생강 3쪽, 대조 2개.(1첩 기준) - 갈근탕 주치(主治): 풍한감모(風寒感冒)로 땀은 나지 않고 오싹오싹 추우면서 열이 나고 머리가 아프며 목덜미와 어깨 등이 당기며 아픈 데에 사용.	

2) 침[일반침, 전침]

단독 치료

R8	알레르기 비염 환자의 주 증상 및 삶의 질 개선을 위하여 침 치료를 권고한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 혈자리: 영향(LI20), 함곡(LI4), 족삼리(ST36), 백회(GV20), 상성(GV23), 전정(GV21), 두유(ST8), 인당(Ex-HN3), 거료(GB29), 인중(DU26), 풍지(GB20), 풍부(GV16), 대추(GV14), 풍문(BL12), 중부(LU1), 곡지(LI11), 태연(LU9), 열결(LU7) 등이 대표적으로 사용. 이외에 이침(耳鍼) 요법도 고려. - 치료기간: 보통 주3~4회, 4~12주 치료 - 부수적 변증(辨證)의 고려: 폐기허한(肺氣虛寒), 비기허약(脾氣虛弱), 신기원허(腎氣元虛) (폐기허한 + 태연(LU9), 열결(LU7), 함곡(LI4), 비기허약 + 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 천추(ST25), 신기원허 + 태계(KI3), 기해(CV6))	
R9	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 혈자리: 영향(LI20), 함곡(LI4), 족삼리(ST36), 인당(Ex-HN3), 태연(LU9), 열결(LU7) 등이 대표적으로 사용. - 전침은 영향(LI20), 상영향(EX-HN8)에 2~60Hz 또는 80~100Hz의 주파수로 시행한다. - 치료기간: 보통 20~30분/회, 2~4주 치료 - 주의사항: 훈침(暈鍼)에 주의하고, 심박동조절기를 사용하는 환자에는 전침요법을 금함.	

병행 치료

R10	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 침 치료 및 일반 약물치료 ¹⁾ 병행을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 혈자리: 영향(LI20), 함곡(LI4), 족삼리(ST36), 백회(GV20), 상성(GV23), 전정(GV21), 두유(ST8), 인당(Ex-HN3), 거료(GB29), 인중(DU26), 풍지(GB20), 풍부(GV16), 대추(GV14), 풍문(BL12), 중부(LU1), 곡지(LI11), 태연(LU9), 열결(LU7) 등이 대표적으로 사용. 이외에 이침(耳鍼) 요법도 고려. - 치료기간: 보통 주 2~4회, 4주치료/일반약물치료는 1회/일 - 부수적 변증(辨證)의 고려: 폐기허한(肺氣虛寒), 비기허약(脾氣虛弱), 신양부족(腎陽不足), 폐경복열(肺經伏熱) (폐기허한 + 폐수(BL13), 족삼리(ST36), 비기허약 + 비수(BL20), 족삼리(ST36), 신양부족 + 신수(BL23), 삼음교(SP6), 폐경복열 + 곡지(LI11), 척택(LU5))	

3) 뜸

단독 치료

R11	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 인당(Ex-HN3), 영향(LI20), 상성(GV23), 신회(GV22), 전정(GV21), 대추(GV14), 폐수(BL13), 신수(BL23), 풍지(GB20), 함곡(LI4), 어제(LU10), 곡지(LI11), 족삼리(ST36), 신결(CV8) 등 - 치료기간: 보통 30분/회, 1~2일에 1회, 3~4주 치료 - 주의사항: 화상에 주의해야 하며, 직접구(直接灸)는 화상을 입혀서 반흔(瘢痕)이 남을 수 있으므로 이에 대한 시술 전 환자에 대한 충분한 설명과 동의가 필요함. 간접구(間接灸)의 경우에도 과량으로 사용하면 화상이 발생할 수 있으므로 주의가 필요함. 특히 임신부, 알레르기 체질인 자, 당뇨병, 신경마비 환자, 켈로이드 피부 등은 뜸 시술 시 주의해야 함. 뜸 시술 후 발생한 화상은 청결을 유지하고 2차 감염을 예방해야 함. 화농 및 동통이 동반되거나, 화농성 감염이 발생하거나 우려되는 경우는 항생제 투여를 고려해야 하며, 이에 대한 신속한 대처가 필요함.	

병행 치료

R12	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 뜸 치료 및 침 치료 병행 또는 뜸 치료 및 한약 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Very low
-----	---	------------

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R12	임상적 고려사항 • 인당(Ex-HN3), 영향(LI20), 상성(GV23), 신회(GV22), 전정(GV21), 대추(GV14), 폐수(BL13), 신수(BL23), 풍지(GB20), 함곡(LI4), 어제(LU10), 곡지(LI11), 족삼리(ST36), 신궤(CV8) 등 • 치료기간: 보통 30분/회, 1~2일에 1회, 3~4주 치료 • 주의사항: 화상에 주의해야 하며, 직접구(直接灸)는 화상을 입혀서 반흔(癍痕)이 남을 수 있으므로 이에 대한 시술 전 환자에 대한 충분한 설명과 동의가 필요함. 간접구(間接灸)의 경우에도 과량으로 사용하면 화상이 발생할 수 있으므로 주의가 필요함. 특히 임산부, 알레르기 체질인 자, 당뇨병, 신경마비 환자, 켈로이드 피부 등은 뜸 시술 시 주의해야 함. 뜸 시술 후 발생한 화상은 청결을 유지하고 2차 감염을 예방해야 함. 화농 및 동통이 동반되거나, 화농성 감염이 발생하거나 우려되는 경우는 항생제 투여를 고려해야 하며, 이에 대한 신속한 대처가 필요함.	

4) 부항

단독 치료

R13	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 부항 요법을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 부항 시술 방법: 대추혈(GV14) 자락 후 섬화법(閃火法)으로 5~10회 시행(5~10분 유관), 또는 방광경(膀胱經) 1선 따라서 주관(走罐)으로 5~10회 시행. • 치료기간: 보통 1회/2~3일, 20~30일 치료 • 주의사항: 감염성 질환자, 빈혈, 만성피로인 환자, 항응고제 복용 중인 자, 당뇨병 환자는 주의.	

병행 치료

R14	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 부항요법 및 침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 부항 시술 방법: 폐수(BL13), 대추(GV14), 정천(EX-B1), 지양(GV9) 등에 10~15분간 유관 • 혈자리(침치료): 백회(GV20), 풍지(GB20), 인당(Ex-HN3), 상성(GV23), 영향(LI20), 비통(EX-HN8), 족삼리(ST36), 함곡(LI4), 폐수(BL13), 대추(GV14), 정천(EX-B1), 지양(GV9) 등에 30분간 유침 • 치료기간: 보통 1회/2~3일, 20~30일 치료 • 주의사항: 감염성 질환자, 빈혈, 만성피로인 환자, 항응고제 복용 중인 자, 당뇨병 환자는 주의.	
R15	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 부항요법 및 혈위 침부 요법 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 • 부항 시술 방법: 대추(GV14), 폐수(BL13), 비수(BL20), 신수(BL23), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등에 섬화법(閃火法)으로 4~5회 시행(유관5~10분) • 혈위 침부 요법: 풍문(BL12), 고황(BL43), 대추(GV14), 폐수(BL13), 비수(BL20), 신수(BL23), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등(성인:4시간/회, 소아:2시간/회) • 치료기간: 보통 1회/3~7일, 4~9주 치료 • 부수적 병증 고려: 폐기허(肺氣虛)-천돌(CV22), 단중(CV17), 관원(CV4)/비기허(脾氣虛)-비수(BL20), 족삼리(ST36)/신기허(腎氣虛)-명문(GV4), 신수(BL23), 지질(BL52)/폐경열(肺經熱)-태계(KI3), 삼음교(SP6) • 주의사항: 약물 원인(한약재의 산도, 삼출도), 연약한 피부, 약의 용량 과다, 높은 온도, 긴 침부시간으로 인한 피부 부작용에 주의.	

5) 한의 외용제

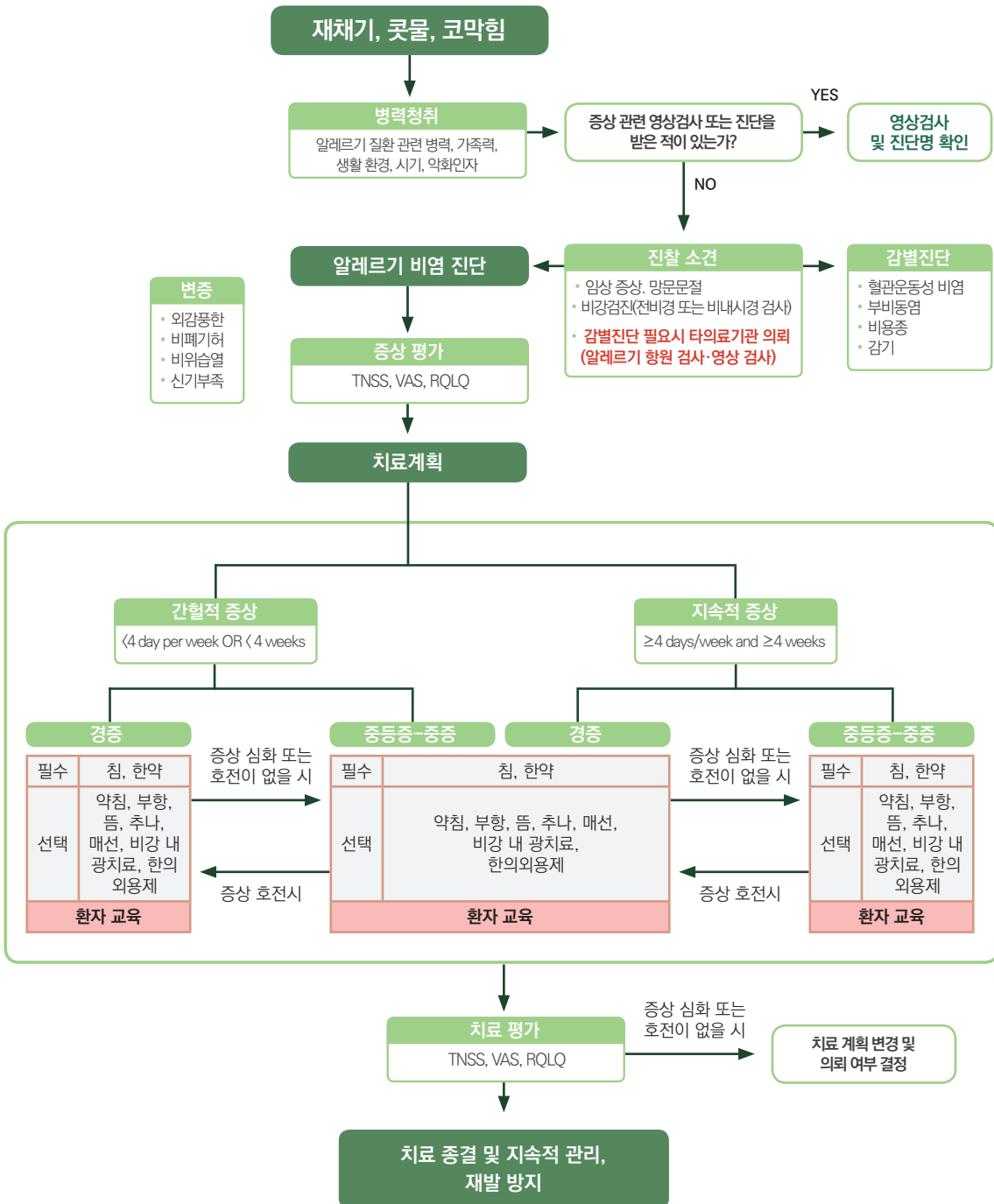
단독 치료

R16	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 한의 외용제 치료를 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 • 외용제의 제형: 비강 흡입제, 점적제의 제형으로 다용함 • 흡입제의 구성 약재: 신이(辛夷), 창이자(蒼耳子), 세신(細辛), 백지(白芷), 황기(黃芪), 황금(黃芩), 감초(甘草), 박하(薄荷), 방풍(防風) 등 • 흡입제의 사용 방법: 갈색 당약 혹은 증류액의 형태를 네블라이저를 이용, 10분간 흡입하는 것을 기본으로 함. • 치료기간 및 방법: 1일 1~2회 각 회당 비강 내 흡입(10~15분간), 점적(1~2drop)하며 평균 3주 유지함. • 치료중지: 국소 동통 발생 시 치료를 중지하고, 멸균 면봉에 생리식염수를 적시어 비강 내 도포함. 동통 소실 시 다시 치료 시작.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
6) 매선		
단독 치료		
R17	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 매선 요법을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 • 혈자리: 영항(LI20), 폐수(BL13), 족삼리(ST36), 신수(BL23) 등의 혈위가 주로 사용됨. 그 외, 비통(EX-HN8), 인당(Ex-HN3), 이문(TE21), 곡지(LI11), 천추(ST25), 기해(CV6), 대추(GV14), 비수(BL20) 등을 고려할 수 있음. • 치료기간: 2주에 1회씩 시술하여, 총 1개월~2개월 동안 치료. • 주의사항(한의사): 시술 전·후 멸균 상태를 유지하기 위해, 시술 전 한의사는 일회용 마스크와 모자를 사용하고, 손세척 뒤 일회용 멸균 라텍스 장갑을 착용한 후, 시술 부위를 포비돈 또는 알코올 솜으로 소독함. 일회용 멸균 매선침을 이용해 시술 후, 시술 부위를 알코올 솜으로 가볍게 눌러줌. • 주의사항(환자): 매선 요법 후 3일 내에는 시술부위에 물이 직접 닿지 않게 하며, 화장품 사용, 과도한 운동, 음주, 사우나 등 자제.	
병행 치료		
R18	알레르기 비염 환자의 주 증상 및 삶의 질 개선을 위하여 매선요법, 침 치료 및 뜸 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 주요 혈자리(매선 요법): 폐수(BL13), 풍문(BL12), 중완(CV12), 비수(BL20), 신수(BL23), 기해(CV6) 등 • 혈자리(침구 치료): 영항(LI20), 상영항(EX-HN8), 인당(Ex-HN3), 상성(GV23), 통천(BL7), 족삼리(ST36) 등에 자침, 족삼리(ST36), 폐수(BL13), 대추(GV14) 등에 뜸 치료. • 치료기간: 매선 요법은 2주에 한 번, 총 1~2회 시행. 침구 치료는 매일 또는 격일로 10일~4주 동안 치료. • 주의사항(한의사): 시술 전·후 멸균상태를 유지하기 위해, 시술 전 한의사는 일회용 마스크와 모자를 사용하고, 손세척 뒤 일회용 멸균 라텍스 장갑을 착용한 후, 시술부위를 포비돈 또는 알코올 솜으로 소독 함. 일회용 멸균 매선침을 이용해 시술 후, 시술 부위를 알코올 솜으로 가볍게 눌러줌. • 주의사항(환자): 매선 요법 후 3일 내에는 시술 부위에 물이 직접 닿지 않게 하며, 화장품 사용, 과도한 운동, 음주, 사우나 등 자제.	
7) 비강 내 광 치료		
단독 치료		
R19	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 비강 내 광치료(光治療)를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 광 치료 주요 혈자리: 비강 내, 내영항(EX-HN9) • 비강 내 광 치료 기기: Low Level Laser Therapy 등으로 시술. • 치료기간: 2~12주, 회당 10~20분, 1회/1~2일	
병행 치료		
R20	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 비강 내 광 치료 및 침 치료 병행을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 광 치료 주요 혈자리: 비강 내, 내영항(EX-HN9) • 비강 내 광 치료 기기: Low Level Laser Therapy 등으로 시술. • 치료기간: 10일, 회당 10~15분, 하루 1회	
8) 추나		
단독 치료		
R21	알레르기 비염 환자의 주 증상 개선을 위하여 추나 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 두면부 혈자리와 코 주위 및 배수혈에 추법(推拿)·유법(揉法)·안법(按法) 등을 활용 • 치료기간: 2~12주, 증상에 따라 주 1~2회	

- 1) 일반 약물 치료: 알레르기 비염 증상을 완화시키기 위한 항히스타민제, 항알레르기 약을 포함하는 경구 투여제, 비분무제형태의 외용제 등을 포함하는 약물치료.
 - 2) 일반약물치료(경구복용): 알레르기 비염 증상을 완화시키기 위한 항히스타민제, 항알레르기약을 포함하는 경구 투여제.
- ※ 치료는 제시된 한의학적 치료들을 병행하여 적용할 수 있으며, 환자의 가치 및 선호, 의료진의 판단에 따라 선택할 수 있음.

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

한의표준 임상진료지침
요약문 모음집



내과계

내분비계



2형당뇨병 (E11.9, R73.0) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

제2형 당뇨병은 인슐린의 분비 반응의 저하 또는 인슐린 작용의 장애로 유발되는 만성 고혈당 상태를 임상 특징으로 하는 대사성 질환이다. 인슐린 저항성에는 주로 생활습관에 기인한 환경인자(비만, 과식, 고지방식, 운동 부족, 스트레스, 연령 증가 등)도 크게 관여하고 있다. 2형 당뇨병은 특별한 임상증상이 나타나지 않는 경우가 일반적이거나, 혈당의 뚜렷한 상승 시에는 다뇨, 체중감소가 나타날 수 있고, 간혹 피로, 시력저하 등도 발견될 수 있다. 질병세분류로는 당뇨병 전단계(R73.0), 2형 당뇨병(E11), 합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병(E11.9)가 해당한다. 한의학에서 소갈(消渴)의 범주로 볼 수 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

제2형 당뇨병의 진단 기준은 WHO의 1999년 당뇨병의 분류 및 진단 기준을 활용한다.

- ① 당화혈색소 6.5% 이상 또는
- ② 8시간 이상 공복혈당 126mg/dL 이상 또는
- ③ 75g 경구당부하 후 2시간 혈당 200mg/dL 이상 또는
- ④ 당뇨병의 전형적인 증상(다뇨, 다음, 설명되지 않는 체중감소)이 있으면서 무작위 혈당 200mg/dL 이상으로 측정된 경우로 정의한다.

당뇨병 전단계(당뇨병 고위험군)는 당화혈색소(HbA1c) 5.7~6.4%에 해당하는 경우로 정의한다.

- ① 공복혈당장애: 공복혈당 100~125mg/dL로 정의한다.
- ② 내당능장애: 75g 경구당부하 후 2시간 혈당 140~199mg/dL로 정의한다.

(2) 변증

소갈(消渴)은 삼다(三多) 증상의 주차(主次)로서 상·중·하(上·中·下)의 삼소(三消)로 구분할 수 있다.

변증	증상 및 치법	
상소(上消)	구갈다음(口渴多飲: 목이 말라 물을 자주 마시는 증상) 위주, 폐(肺)의 병에 속함 치법: 청열사화(淸熱瀉火),生津지갈(生津止渴)	
중소(中消)	다식선기(多食善飢: 음식을 많이 자주 먹어도 배가 고픈 증상) 위주, 위(胃)의 병에 속함 치법: 청위사화(淸胃瀉火), 양음증액(養陰增液)	
하소(下消)	요다(尿多: 소변의 양이 많은 증상) 위주, 신(腎)의 병에 속함	
	음허(陰虛)	치법: 자음고신(滋陰固腎), 보익정혈(補益精血), 윤장지갈(潤腸止渴)
	음양양허(陰陽兩虛)	치법: 온양자신(溫陽滋腎)

(3) 평가도구

제2형 당뇨병은 특별한 증상이 없어 합병증이 나타나는 시점까지 진단되지 않는 경우가 흔하기에, 선별검사가 중요하다. 당뇨병 진단 가능성이 높은 대상 선별을 위해 국내에서는 당뇨병 위험도 체크리스트를 활용한다.

03. 예방 및 관리

- 적절한 식사요법은 혈당, 혈압, 지질 농도를 조절하여 합병증을 예방한다.
- 매일 규칙적 식사를 통해 적절한 열량 및 3대 영양소를 균형적으로 섭취해야 한다.
- 적절한 운동요법은 체중감량 및 인슐린 저항성 개선을 통하여 혈당 조절에 도움을 준다.
- 주당 150분 이상의 유산소운동 및 주당 2~3회의 근력운동을 하는 것을 권장한다.
- 체중조절은 혈당 조절 및 심혈관질환 예방에 중요하다.
- 금연은 당뇨병 환자에서의 심혈관질환 위험도 및 사망 위험도를 감소시킨다.

* 상세 내용 2형 당뇨병 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

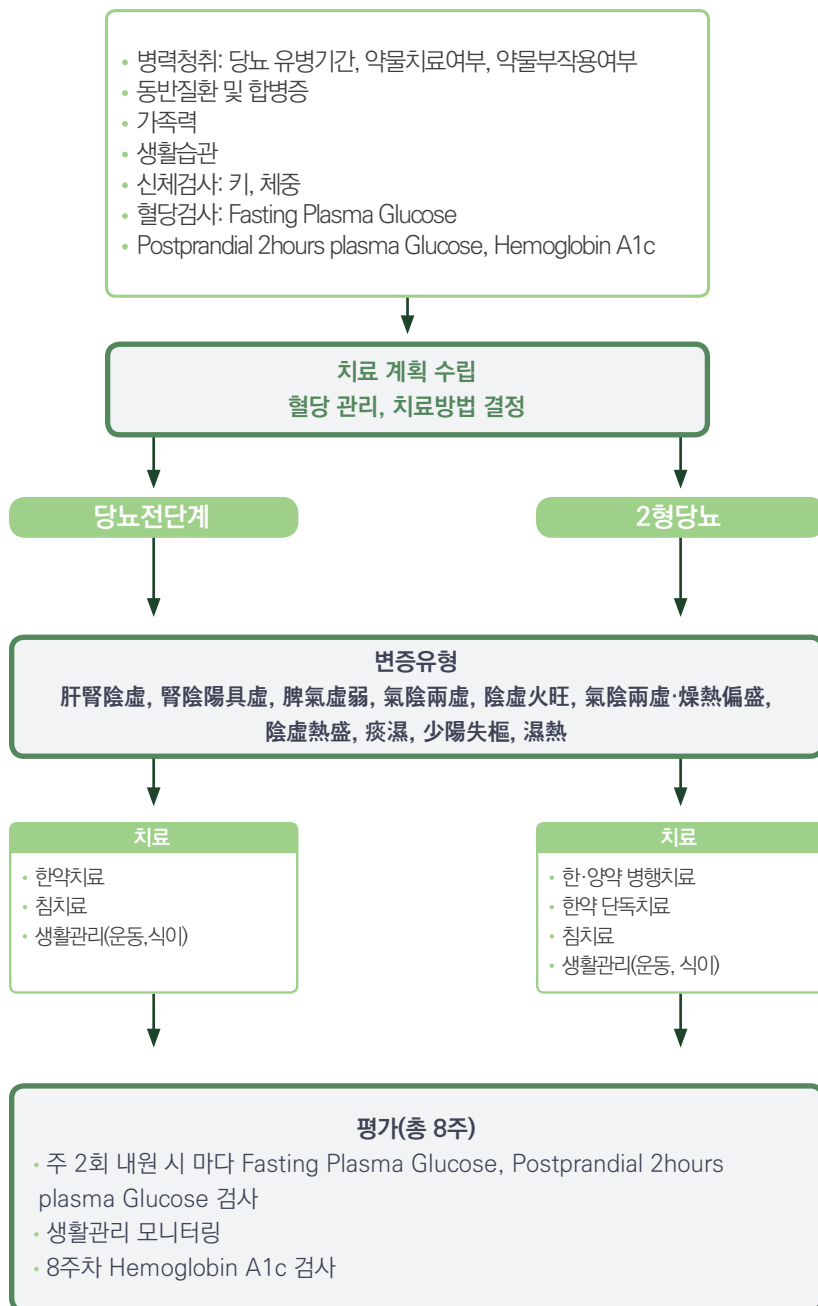
04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
당뇨병 전단계		
1) 한약		
단독치료		
R1	당뇨병 전단계를 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자의 혈당 개선을 위해 방풍통성산 치료를 고려해야 한다.	B/Low
R2	당뇨병 전단계를 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자의 혈당 개선을 위해 Metformin보다 육미지황환가감 치료를 고려해야 한다.	B/Low
2) 침 치료		
단독치료		
R3	당뇨병 전단계를 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자의 혈당 개선을 위해 침 치료를 고려해야 한다.	B/Low
R3-1	당뇨병 전단계를 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자의 혈당 개선에 전침 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 취혈: 신수(腎俞, BL23), 비수(脾俞, BL20), 폐수(肺俞, BL14), 족삼리(足三里, ST36), 삼음교(三陰交, SP06)	B/Low
R3-2	당뇨병 전단계를 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자의 혈당 개선을 위해 체침 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 취혈: 중부(中府, LU01), 중완(中腕, CV12), 수분(水分, CV9), 관원(關元, CV04), 족삼리(足三里, ST36), 비수(脾俞, BL20), 삼음교(三陰交, SP06), 풍릉(豐隆, ST40), 지기(地機, SP8), 음릉천(陰陵泉, SP9), 합곡(合谷, LI04), 태충(太衝, LR03), 태계(太溪, KI03), 태백(太白, SP3), 내관(內關, PC6) 등을 활용할 수 있다.	B/Low
3) 기공 치료		
단독치료		
R4	당뇨병 전단계를 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자의 혈당 개선을 위해 태극권 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R5	당뇨병 전단계를 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자에 대하여 혈당 개선을 위해 유산소운동보다 팔단금 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
2형 당뇨병		
1) 한약		
단독치료		
R6	2형 당뇨병을 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 대해 Metformin보다 한약 투여를 고려할 수 있다.	C/Low
R6-1	2형 당뇨병을 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 식후 2시간 혈당농도 개선에 대해 Metformin보다 육미지황환 복용을 고려해야 한다.	B/Low
R6-2	2형 당뇨병을 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 대해 Metformin보다 금계신기환 복용을 고려할 수 있다.	C/Very Low
R6-3	2형 당뇨병을 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 대해 Metformin보다 소시호탕 복용을 고려할 수 있다.	C/Very Low
R6-4	2형 당뇨병을 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 대해 Metformin보다 황련해독탕 복용을 고려할 수 있다.	C/Very Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R6-5	2형 당뇨병을 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 대해 Metformin 보다 갈근금련탕 복용을 고려할 수 있다.	C/Low
병행치료-경구혈당강하제와 한약		
R7	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 한약 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
R7-1	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 육미지황환 투여를 권고한다.	A/Moderate
R7-2	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 갈근금련탕 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
R7-3	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 소시호탕 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
R7-4	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 황련해독탕 투여를 고려해야 한다.	B/Low
R7-5	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 금계신기환 투여를 권고한다.	A/Moderate
R7-6	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로 혈당 개선에 백호가인삼탕 투여를 고려해야 한다.	B/Low
병행치료-인슐린 주사 요법과 한약		
R8	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 한약 투여를 고려해야 한다.	B/Low
R8-1	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 육미지황환 복용을 고려해야 한다.	B/Low
R8-2	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 보중익기탕 복용을 고려해야 한다.	B/Low
R8-3	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 황련해독탕 복용을 고려할 수 있다.	C/Low
R8-4	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 백호탕 복용을 고려할 수 있다.	C/Low
R8-5	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 옥액탕 복용을 고려할 수 있다.	C/Low
병행치료-경구혈당강하제, 인슐린 주사 요법과 한약		
R9	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 한약 투여를 고려해야 한다.	B/Low
R9-1	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 육미지황환 복용을 고려해야 한다.	B/Low
R9-2	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 보중익기탕 복용을 고려해야 한다.	B/Low
R9-3	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 황련해독탕 복용을 고려할 수 있다.	B/Low
R9-4	2형 당뇨병을 진단받아 인슐린 주사 요법을 받는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 대해 백호탕 복용을 고려할 수 있다.	B/Low
2) 침 치료		
단독치료		
R10	2형 당뇨병을 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선을 위해 체침 치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 • 중완(中腕, CV12), 족삼리(足三里, ST36), 삼음교(三陰交, SP6), 태원(太淵, LU09), 태계(太溪, KI03), 합곡(合谷, LI4), 대추(大椎, GV14), 격수(膈俞, BL17), 간수(肝俞, BL18), 비수(脾俞, BL20), 이수(胰俞)=위완하수(胃脘下俞)(EX-B3), 신수(腎俞, BL23)를 활용할 수 있다.		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
병행치료-경구혈당강하제와 침 치료		
R11	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선을 위해 Sham침보다 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 중완(中腕, CV12), 천추(天樞, ST25), 족삼리(足三里, ST36), 삼음교(三陰交, SP6), 수분(水分, CV6), 합곡(合谷, LI4), 대횡(大橫, SP15), 수도(水道, ST28), 곡지(曲池, LI11), 기해(氣海, CV05)를 활용할 수 있다.	
병행치료-경구혈당강하제, 인슐린 주사 요법과 침 치료		
R12	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제와 인슐린 주사 치료를 병행하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선을 위해 체침 치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 중완(中腕, CV12), 족삼리(足三里, ST36), 장문(障門, LR13), 경문(景門, GB25), 기해(氣海, CV05), 단중(膻中, CV17)을 활용할 수 있다.	
3) 뜸 치료		
병행치료-경구혈당강하제와 뜸 치료		
R13	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선을 위해 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 위완하수(胃脘下俞, EX-B3), 비수(脾俞, BL20), 위수(胃俞, BL21), 신수(腎俞, BL23), 삼음교(三陰交, SP6)를 활용할 수 있다.	
4) 기공 치료		
단독치료		
R14	2형 당뇨병을 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 기공(도인) 요법을 고려할 수 있다.	C/Very Low
R15	2형 당뇨병을 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 유산소운동보다 팔단금을 고려할 수 있다.	C/Low
병행치료-경구혈당강하제와 기공 치료		
R16	당뇨병 전단계를 진단받은, 임신부를 제외한 성인 환자의 혈당 개선을 위해 태극권 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
R16-1	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 팔단금 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
R16-2	2형 당뇨병을 진단받아 경구혈당강하제를 복용하는, 임신부를 제외한 성인 환자를 대상으로, 혈당 개선에 유산소운동보다 태극권 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



비만

(E66)

한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

비만은 복합적인 원인에 따라 에너지 대사의 장애로 인해 체내의 지방이 과잉 축적된 만성 질환이며, 호르몬의 변화, 유전, 정신, 사회경제적인 요인 등 복합적인 요인들이 관련되어 있다. 질병 세분류상 복부 비만(E650), 중심부 비만(E66900003), 비활동 관련된 비만(E66900002), 영양 비만(E66000001), 비만(E66900004), 과잉 칼로리에 의한 비만(E660), 상세불명의 비만(E669), 기타 비만(E668), 단순 비만(E66900001) 등이 이에 해당한다. 한의학에서는 비(肥), 비반(肥胖), 비인(肥人), 육인(肉人) 및 비귀인(肥貴人) 등으로 표현하고 있다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

비만은 체질량지수(BMI)를 활용하여 심혈관 질환 위험도를 진단하며, 비만으로 인한 대사성 합병증 관리를 위해 허리둘레 측정을 통한 복부 비만을 진단한다. 대한비만학회에서 제시한 한국인 체질량지수 기준 비만 분류는 $23\text{kg}/\text{m}^2$ 이상 시 과체중(비만전단계), $25\text{kg}/\text{m}^2$ 이상 시 1단계 비만, $30\text{kg}/\text{m}^2$ 이상시 2단계 비만, $35\text{kg}/\text{m}^2$ 이상 시 3단계 비만으로 구분한다. 복부 비만의 평가는 허리둘레를 이용하는데, 남자 90cm, 여자 85cm 이상이 기준이다.

(2) 변증

비만의 한의학적 변증(辨證)에서는 실증(實證)에는 습(濕), 담(痰), 어혈(瘀血), 비위적열(脾胃積熱), 적취(積聚) 등이, 허증(虛證)에는 기허(氣虛), 비허(脾虛), 양허(陽虛) 등이 있으며 그 외 음식과다(飮食過多), 영양과잉(營養過剩), 활동과소(活動過少), 선천품부(先天稟賦)와 체질(體質), 외감습사(外感濕邪), 내상칠정(內傷七情) 등이 있다. 한국한의학연구원에서 제시한 비허(脾虛), 담음(痰飲), 양허(陽虛), 식적(食積), 간울(肝鬱), 어혈(瘀血) 등의 6가지 변증유형이 반영된 비만 변증설문지가 현재 임상에서 활용되고 있으며, 이 외에도 사상체질별 관리도 많이 활용되고 있다.

03. 예방 및 관리

체중 감량 이후뿐만 아니라 체중조절이 필요한 모든 사람에게서 감량된 체중을 장기간 유지하는 것은 중요하다. 특히 비만의 가족력이나 비만 동반질환이 있는 사람에게서 더욱 관리가 중요하다. 성공적인 체중 감량의 유지란 초기 체중의 10% 이상 감량하고 감량된 체중을 1년 이상 유지한 상태로 정의하기도 한다. 감량된 체중을 유지하기 위해서는 식사 치료, 운동 치료 및 행동 치료를 1년 이상 병행하여야 한다. 또한 식사와 운동과 관련된 행동습관 교정이 필요하므로 대부분 행동 치료를 병행하여야 한다. 또한 감량 이후 1년 정도는 정기적으로 의료기관을 방문하는 것이 유리하다.

* 상세 내용 비만 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
한의 단독 치료		
1) 한약		
R1	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 한약 치료를 사용할 것을 권고한다. 임상적 고려사항 한약 치료는 체질량지수, 체중 및 허리둘레, 체지방률의 감소를 기대할 수 있다. 환자의 증상·특성과 적응증 및 변증에 따라 태음조위탕(太陰調胃湯), 방풍통성산(防風通聖散), 의이인탕(薏苡仁湯) 등의 한약 처방을 고려한다.	A/High
R1-1	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 태음조위탕(太陰調胃湯) 복용을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 혈중 지질성분의 개선 효과를 기대할 수 있으므로 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 동반질환이 있거나 체질량지수 30kg/m ² 초과와 고도비만 환자에서 태음조위탕(太陰調胃湯)의 복용을 고려할 수 있다. 태음조위탕(太陰調胃湯) 복용과 관련하여 불면, 피로, 변비, 설사, 열감, 구강 및 피부 건조감 등의 이상반응이 보고된 바 있으므로 복용 시 이상반응과 환자의 체질, 변증, 평소 기능상태, 기저질환 및 생체징후 등을 세심히 관찰하여 처방하여야 한다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R1-2	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 방풍통성산(防風通聖散) 복용을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 방풍통성산(防風通聖散)은 실열(實熱)의 증상을 보이는 비만 환자에게 활용할 수 있으며 체지방률 감소의 효과를 기대할 수 있다. 방풍통성산(防風通聖散)을 활용할 때는 이상반응의 발생 가능성을 염두에 두고 환자의 증상, 체질, 변증, 평소 기능상태, 기저질환 및 생체징후 등을 면밀히 관찰하여 정확한 적응증과 변증에 따라 활용해야 한다.	B/Moderate
R1-3	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 의이인탕(薏苡仁湯) 복용을 권고한다. 임상적 고려사항 비만의 원인인 담습(痰濕)을 제거할 목적으로 의이인탕(薏苡仁湯)의 활용을 고려할 수 있으며 체지방률지수, 체중 및 허리둘레, 엉덩이둘레의 감소를 기대할 수 있다. 태음인의 비만 치료를 위해 의이인탕(薏苡仁湯)을 적용할 수 있다. 의이인탕(薏苡仁湯) 복용과 관련하여 두통, 설사 등의 이상반응이 보고된 바 있으며 복용 시 이상반응을 주의깊게 관찰하고 적응증과 변증을 바탕으로 활용에 주의해야 한다.	A/High
R1-4	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위해서 마황 가미 처방 복용을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 동의보감에서 마황의 사용 용량을 살펴보면 내복약의 경우 하루 8~16g의 사용량이 일반적이며, 비교적 위급증인 경우 24g까지도 사용하고 있다. 마황은 개인별 민감도가 상이하게 나타나는 약물이므로, 환자의 소증, 기저질환 및 교감 신경계 민감도 등을 관찰하여 처방에 신중을 기해야 한다. 또한 마황의 에페드린 함량에 유의하여 적정 용량을 처방하여야 한다.	B/Moderate
R2	성인 비만 환자의 비만 치료에서 한의사에 의해 용량이 조절된 마황 가미 처방 복용의 안전성을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 마황은 환자의 교감신경 투여 용량 및 병용 약물에 따라서 약물 반응이 다양하게 나타날 수 있다. 따라서 환자의 체질, 변증, 평소 기능상태, 기저질환 및 생체징후 등을 세심히 관찰하여 처방하여야 한다. 심혈관계 기저질환이 있는 환자에게 마황 처방 시보다 신중을 기해야 하며, 복용 중 환자의 이상반응 유무(혈압, 심박수 등)를 정기적으로 평가해야 한다.	GPP
2) 일반침		
R3	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 일반침 치료를 시행할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 일반침 치료는 체지방률지수, 체중, 허리둘레, 허리-엉덩이 둘레비의 감소를 기대할 수 있다. 일반침 치료 시 경혈로 중완(CV12), 하완(CV10), 천추(ST25), 기해(CV6), 족삼리(ST36) 등을 선택하는 것을 고려한다.	B/Low
3) 이침		
R4	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 이침 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 이침 치료 시 혈위는 기점(飢點), 신문(神門), 위(胃), 내분비(內分泌) 등을 선택하여 치료하며, 주 2~3회, 총 4~6주간 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
4) 전침		
R5	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 전침을 사용할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 전침 치료는 체지방률지수의 감소를 기대할 수 있다. 전침 치료 시 경혈로 중완(CV12), 기해(CV6), 관원(CV4), 천추(ST25), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등을 선택하는 것을 고려한다.	B/Low
5) 약침		
R6	성인 비만 환자 치료 시 비만 관련 지표 개선을 위하여 약침을 사용할 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 약침 치료 시 시행 부위는 국소부위 지방 축적 부위로서, 해당 부위의 경혈에 약침으로 시술하거나 혹은 기기(메조건)를 이용하여 산발적으로 시술하는 것을 고려한다. 약침 치료 시 시술 부위 통증, 소양감, 피하출혈 등이 일시적으로 나타날 수 있으며, 피부가 예민한 환자나 피부 관련 이상반응, 감염 등에 주의하고, 환자의 상태를 고려할 필요가 있다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
6) 매선		
R7	성인 비만 환자 치료에 있어서 비만지표 개선을 위해서 매선 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 매선 치료는 체질량지수, 허리-엉덩이 둘레비 감소를 기대할 수 있다. 성인 비만 매선 치료의 경혈로는 복부의 천추(ST25), 중완(CV12), 대횡(SP15), 대맥(GB26), 관원(CV4), 기해(CV6), 수분(CV9), 수도(ST28), 외릉(ST26), 활육문(ST24), 비수(BL20), 위수(BL21), 상지의 곡지(LI11), 지구(TE6), 하지의 족삼리(ST36), 풍릉(ST40), 삼음교(SP6), 음릉천(SP9) 등의 경혈을 고려할 수 있다. 주의사항(한의사): 시술 전 · 후 멸균상태를 유지하기 위해, 시술 전 한의사는 일회용 마스크와 모자를 사용하고, 손세척 뒤 일회용 멸균 라텍스 장갑을 착용한 후, 시술 부위를 포비돈 또는 알코올 솜으로 소독한다. 일회용 멸균 매선침을 이용해 시술 후, 시술 부위를 알코올 솜으로 가볍게 눌러준다. 시술 후 매선실이 피부 밖으로 노출되었는지 확인한다. 주의사항(환자): 매선 요법 후 3일 내에는 시술 부위에 물이 직접 닿지 않게 하며, 화장품 사용, 과도한 운동, 음주, 사우나 등을 자제한다.	C/Low
한의 복합 치료		
1) 한약+일상 치료		
R8	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 일상 치료와 함께 한약을 복용하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 한약 치료와 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수와 체중 및 허리둘레의 감소 효과를 기대할 수 있다. 일상 치료로 행동 치료, 식사 치료, 운동 치료 등을 고려할 수 있다. 식사 치료는 하루 섭취 열량의 제한, 적절한 식단 구성을 통한 식이 제한 등을 고려할 수 있으며 운동 치료는 유산소 운동을 중심으로 중등도 이상의 강도의 운동을 고려하여야 한다. 한약 치료에는 변증에 따른 고려가 필요하다. 환자의 특성과 증상을 면밀히 관찰하여 적절한 변증이 필요하며 변증에 적합한 처방을 사용하지 않는 경우 이상반응의 발생 가능성이 높으므로 주의하여야 한다.	B/Moderate
R8-1	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 일상 치료와 함께 방풍통성산(防風通聖散)을 복용하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 방풍통성산(防風通聖散)과 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수와 체중 및 허리-엉덩이 둘레비 감소 효과를 기대할 수 있다. 비위습열(脾胃濕熱)의 변증에 해당하는 갈증, 입이 쓴 느낌, 구취, 복부팽만감, 변비, 식욕증가, 사지의 무거운 느낌 등의 증상을 호소하는 환자에게 방풍통성산(防風通聖散)의 사용을 고려할 수 있다. 방풍통성산(防風通聖散)을 활용할 때는 이상반응의 발생 가능성을 항상 염두에 두고 환자의 증상과 특성을 면밀히 관찰하여 적응증과 변증에 따라 활용해야 한다.	C/Low
R8-2	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 일상 치료와 함께 육군자탕(六君子湯)을 복용하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 육군자탕(六君子湯)과 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수와 체지방률의 감소 효과를 기대할 수 있다. 비허습조(脾虛濕阻)의 변증에 해당되는 얼굴 혹은 전신의 부종, 갈증, 배뇨곤란, 복부팽만, 창백한 안색, 피로, 팔다리가 무거운 증상, 메스꺼움 등의 증상을 호소하는 비만 환자에게 육군자탕(六君子湯)의 적용을 고려할 수 있다.	C/Low
R8-3	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 일상 치료와 함께 영계출감탕(苓桂朮甘湯)을 복용하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 오령산(五苓散)과 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수와 엉덩이둘레의 감소 효과를 기대할 수 있다. 얼굴과 팔다리의 부종이 있고 소변이 시원하지 않으며 사지의 무거운 느낌 등의 증상을 가지는 비허습조(脾虛痰濕)의 환자에게 오령산(五苓散)의 복용을 고려할 수 있다. 오령산(五苓散) 복용을 함께한 복합 치료군에서 설사 등의 경미한 이상반응이 보고된 바 있으므로 처방을 활용할 때에 적절한 진단 및 주의가 필요하다.	C/Low
R8-4	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 일상 치료와 함께 오령산(五苓散)을 복용하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 몸이 부어있으며 복부팽만, 식욕부진, 사지의 무거운 느낌과 피로감, 메스꺼움과 구토, 소변이 시원하지 않은 느낌 등의 증상을 호소하는 비허습조(脾虛濕阻)의 환자에게 영계출감탕(苓桂朮甘湯)의 활용을 고려할 수 있다.	C/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R8-5	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 일상 치료와 함께 가미대시호탕(加味大柴胡湯)을 복용하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 가미대시호탕(加味大柴胡湯)과 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수, 체중 및 허리둘레와 엉덩이둘레의 감소 효과를 기대할 수 있다. 가미대시호탕(加味大柴胡湯)은 간울비허열결(肝鬱脾虛熱結)의 변증에 해당되는 가슴과 옆구리의 팽만감 혹은 통증, 위장의 포만감, 변비, 불면, 꿈을 많이 꾸는 증상 등을 호소하는 비만 환자에게 적용을 고려할 수 있다.	
2) 한약+절식 치료		
R9	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 절식과 한약 치료를 병행하는 것을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP
	임상적 고려사항 단기간의 수분량의 변화와 저혈당 등의 증세가 나타날 수 있어 입원 또는 외래 진료의 경우에도 의료진의 적극적인 관찰과 감독이 요구된다.	
3) 일반침+일상 치료		
R10	성인 비만 환자의 비만지표 개선을 위해 일반침과 일상 치료의 복합 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 일반침 치료와 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수, 허리둘레, 엉덩이둘레, 허리-엉덩이 둘레비의 감소를 기대할 수 있다. 일반침 치료 시 경혈로 중완(CV12), 하완(CV10), 천추(ST25), 기해(CV6), 족삼리(ST36) 등을 선택하는 것을 고려한다.	
4) 이침+일상 치료		
R11	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 이침과 일상 치료의 복합 치료를 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 이침과 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수의 감소를 기대할 수 있다. 이침 치료 시 혈위는 기점(飢點), 피질하(皮質下), 신문(神門), 신상선(腎上腺), 삼초(三焦), 비(脾), 위(胃), 폐(肺) 등을 선택하여 치료하는 것을 고려한다. 일상 치료로는 식사 치료, 운동 치료, 행동 치료(다이어트 심리 지도) 등을 시행할 수 있다.	
5) 전침+일상 치료		
R12	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 전침과 일상 치료의 복합 치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 전침과 일상 치료의 복합 치료는 허리둘레의 감소 효과를 기대할 수 있다. 전침 치료 시 경혈로 중완(CV12), 기해(CV6), 관원(CV4), 천추(ST25), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등을 선택하는 것을 고려한다.	
6) 부항+일상 치료		
R13	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 부항과 일상 치료의 복합 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 부항과 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수의 감소 효과를 기대할 수 있다. 부항 치료 시 유관법과 주관법을 이용하여 관원(CV4) 주변의 복부, 지방층이 많은 대퇴부, 상박부, 배수혈(背脊穴) 부위를 자극하는 것을 고려한다.	
7) 뜸+일상 치료		
R14	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 뜸과 일상 치료의 복합 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 뜸과 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수, 체중, 허리둘레의 감소 효과를 기대할 수 있다. 뜸 치료 시 혈위는 복부의 중완(CV12), 음교(CV7), 수분(CV9), 관원(CV4), 천추(ST25), 대횡(SP15), 신결(CV8), 활육문(ST24), 수도(ST28)와 하지부의 족삼리(ST36) 등을 고려할 수 있다. 일상 치료로는 식사 치료를 고려할 수 있다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
8) 추나+일상 치료		
R15	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 추나와 일상 치료의 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 추나와 일상 치료의 복합 치료는 체질량지수, 체중, 허리둘레 및 엉덩이둘레의 감소 효과를 기대할 수 있다. 추나 치료 시 중완(CV12), 천추(ST25), 기해(CV6), 관원(CV4)의 경혈을 손가락을 이용해 자극하거나 임맥(任脈), 방광경(膀胱經), 위경(胃經)을 따라 경락을 손가락으로 자극하는 것을 고려한다.	C/Low
9) 이침의 한의 복합 치료		
R16	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 이침과 온침의 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 이침과 온침의 복합 치료는 체질량지수의 감소 효과를 기대할 수 있다. 이침 치료 시 혈위는 비(脾), 위(胃), 폐(肺), 신(腎), 방광(膀胱), 삼초(三焦), 대장(大腸), 내분비(內分泌), 피질하(皮質下) 등을 고려한다. 온침 치료 시 혈위는 중완(CV12), 기해(CV6), 관원(CV4), 중극(CV3), 명문(GV4), 비수(BL20), 신수(BL23), 족삼리(ST36) 등을 고려한다.	B/Low
10) 뜸의 한의 복합 치료		
R17	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 뜸과 기타 한의 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 뜸과 시행할 수 있는 복합 치료로는 한약, 일반침, 전침, 매선 등이 있다. 뜸 치료 시 혈위는 중완(CV12), 중극(CV3), 기해(CV6), 관원(CV4), 신궤(CV8), 기충(ST30), 명문(GV4), 비수(BL20), 위수(BL21), 삼초수(BL22), 신수(BL23), 합곡(LI4), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40) 등을 고려한다.	B/Low
R17-1	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 뜸과 한약 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 뜸과 한약 복합 치료는 체중, 체지방률의 감소 효과를 기대할 수 있다. 한약 치료는 환자의 변증에 맞춰 선택하는 것을 고려한다.	B/Low
R17-2	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 뜸과 일반침 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 일반침 치료 시 혈위는 중완(CV12), 천추(ST25), 대횡(SP15), 수분(CV9), 기해(CV6), 관원(CV4), 활육문(ST24), 곡지(LI11), 지구(TE6), 내정(ST44), 풍릉(ST40), 상거허(ST37), 음릉천(SP9), 족삼리(ST36), 비수(BL20) 등을 고려할 수 있다.	C/Low
R17-3	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 뜸과 전침 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 뜸과 전침 복합 치료는 체질량지수, 체중, 허리둘레, 체지방률의 감소 효과를 기대할 수 있다. 전침 치료 시 혈위는 대횡(SP15), 기해(CV6), 중완(CV12), 하완(CV10), 중극(CV3), 천추(ST25), 비수(BL20), 위수(BL21), 삼초수(BL22), 신수(BL23), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40), 삼음교(SP6) 등에 시행할 것을 고려한다.	B/Moderate
R17-4	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 뜸과 매선 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 뜸과 매선 복합 치료는 체질량지수의 감소 효과를 기대할 수 있다. 우선적으로 대횡(SP15), 중완(CV12), 풍릉(ST40), 천추(ST25), 음릉천(SP9), 활육문(ST24), 비노(LI24), 수도(ST28) 등의 혈위에 매선을 시행한 후, 48시간 후에 해당 혈위에 뜸 치료를 시행하는 방법을 고려할 수 있다.	B/Low
11) 부항의 한의 복합 치료		
R18	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 부항과 기타 한의 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 부항 치료 시 유관법과 주관법을 이용하여 관원(CV4) 주변의 복부, 지방층이 많은 대퇴부, 상박부, 배수혈(背俞穴) 부위를 자극하는 것을 고려한다. 또한 기타 한의 복합 치료로 한약, 일반침, 전침, 온침, 매선 및 팔사 등을 병행할 수 있다.	B/Moderate

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R18-1	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 부항과 한약의 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 부항과 한약 복합 치료는 체중, 허리둘레의 감소 효과를 기대할 수 있다. 한약 치료는 환자의 변증에 맞춰 선택하는 것을 고려한다.	B/Moderate
R18-2	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 부항과 일반침의 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 부항과 일반침 복합 치료는 체중, 체질량지수, 체지방률, 허리둘레의 감소 효과를 기대할 수 있다.	B/Moderate
R18-3	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 부항과 전침의 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 부항과 전침 복합 치료는 체중, 체질량지수의 감소 효과를 기대할 수 있다.	B/Moderate
R18-4	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 부항과 온침의 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 부항과 온침 복합 치료는 체중, 체질량지수, 허리둘레의 감소 효과를 기대할 수 있다.	C/Low
R18-5	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 부항과 매선의 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 부항과 매선 복합 치료는 체중, 체질량지수의 감소 효과를 기대할 수 있다. 매선을 시행한 후, 48시간 후에 해당 혈위에 부항 치료를 시행하는 방법을 고려할 수 있다.	B/Moderate
R18-6	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 부항과 괄사 요법의 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 부항과 괄사 요법 복합 치료는 비만 관련 지표 개선 효과를 기대할 수 있다.	C/Low

12) 추나의 한의 복합 치료

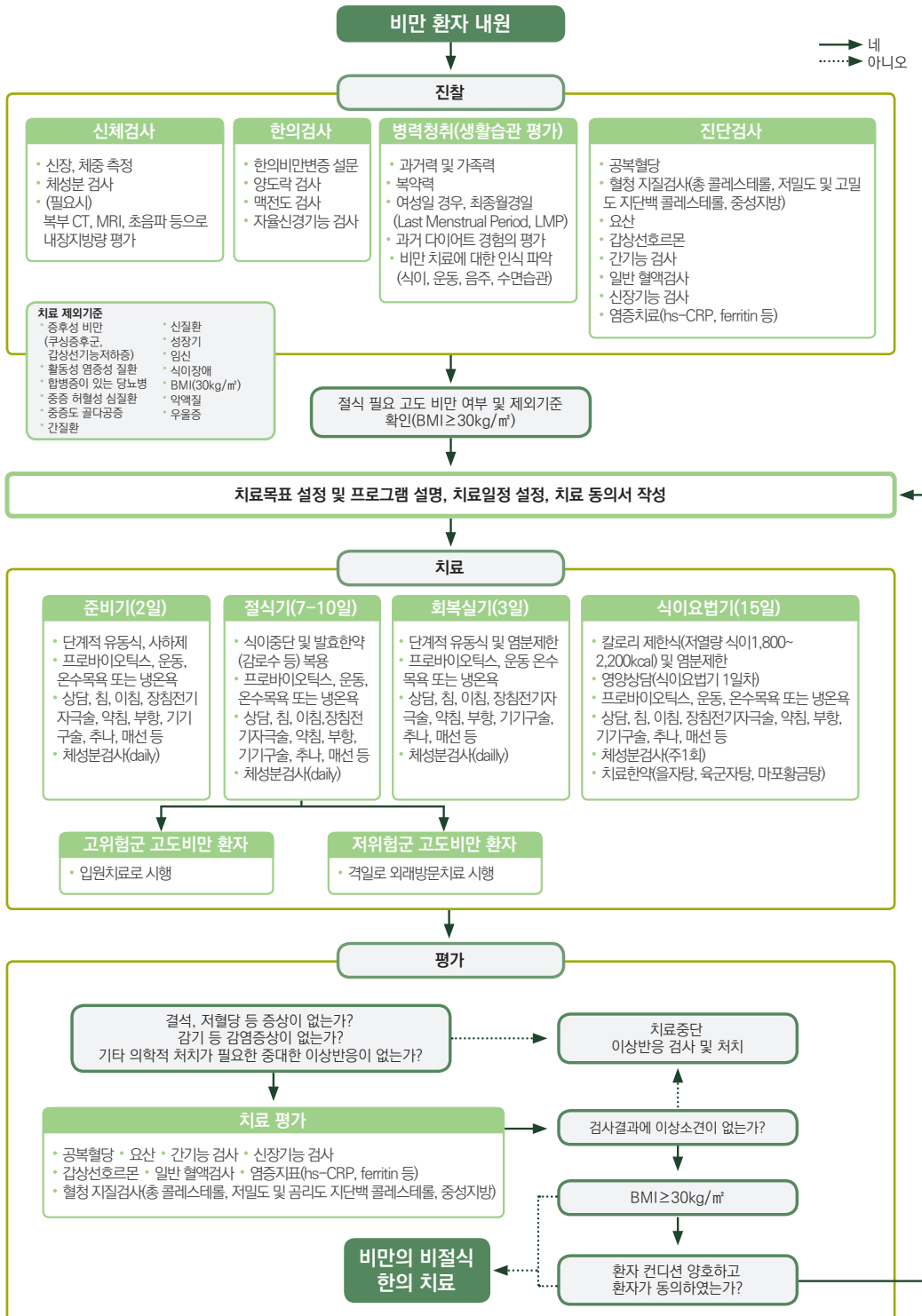
R19	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 추나와 일반침의 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 추나 치료 시 중완(CV12), 천추(ST25), 기해(CV6), 관원(CV4)의 경혈을 손가락을 이용해 마사지를 하거나 방광경(膀胱經), 위경(胃經)을 따라 경락을 손가락으로 마찰시키는 것을 고려한다.	B/Moderate
-----	---	------------

13) 매선의 한의 복합 치료

R20	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 매선과 기타 한의 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 성인 비만 매선 치료의 경혈로는 복부의 천추(ST25), 중완(CV12), 대횡(SP15), 대맥(GB26), 관원(CV4), 기해(CV6), 수분(CV9), 수도(ST28), 외릉(ST26), 활육문(ST24), 비수(BL20), 위수(BL21), 상지의 곡지(LI11), 지구(TE6), 하지의 족삼리(ST36), 풍릉(ST40), 삼음교(SP6), 음릉천(SP9) 등의 경혈을 고려할 수 있다. 기타 한의 복합 치료로 일반침, 전침, 이침, 온침, 추나 등을 병행할 수 있다.	C/Low
R20-1	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 매선과 일반침의 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 매선과 일반침의 복합 치료는 체중 감소 효과를 기대할 수 있다. 일반침 치료 시 경혈로 중완(CV12), 하완(CV10), 천추(ST25), 기해(CV6), 족삼리(ST36) 등을 선택하는 것을 고려할 수 있다. 환자의 허실(虛實) 상태를 고려하여 시술한다.	C/Very Low
R20-2	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 매선과 전침의 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 매선과 전침의 복합 치료는 체질량지수 감소 효과를 기대할 수 있다. 전침 치료 시 경혈로 중완(CV12), 기해(CV6), 관원(CV4), 천추(ST25), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등을 선택하는 것을 고려할 수 있다. 환자의 허실(虛實) 상태를 고려하여 시술한다.	C/Very Low

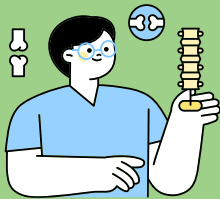
권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R20-3	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 매선과 이침의 복합 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 매선과 이침의 복합 치료는 체질량지수, 허리둘레 감소 효과를 기대할 수 있다. 이침 치료 시 혈위는 비(脾), 위(胃), 폐(肺), 신(腎), 방광(膀胱), 삼초(三焦), 대장(大腸), 내분비(內分泌), 피질하(皮質下) 등을 고려할 수 있다.	C/Low
R20-4	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 매선과 온침의 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 매선과 온침의 복합 치료는 체질량지수, 체지방률 감소 효과를 기대할 수 있다. 온침 치료 시 경혈로 중완(CV12), 기해(CV6), 관원(CV4), 천추(ST25), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등을 선택하는 것을 고려할 수 있다. 환자의 허실(虛實)상태를 고려하여 시술한다.	B/Moderate
R20-5	성인 비만 환자의 비만 관련 지표 개선을 위하여 매선과 추나 복합 치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 매선과 추나의 복합 치료는 체질량지수, 체중, 허리둘레, 허리-엉덩이 둘레비 감소 효과를 기대할 수 있다. 추나 치료 시 중완(CV12), 천추(ST25), 기해(CV6), 관원(CV4)의 경혈을 손가락을 이용해 마사지를 하거나 방광경(膀胱經), 위경(胃經)을 따라 경락을 손가락으로 마찰시키는 것을 고려한다.	B/Low

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)



Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

한의표준 임상진료지침
요약문 모음집



내과계

비뇨생식계



전립선증식증 (N40) 한의표준임상진료지침



01. 질환 개요

전립선증식증(N40.0, N40.1, N40.2, N40.3, N40.8)은 고령 남성의 생식기관 중 하나인 전립선이 커지면서 요도를 압박하여 생기는 질환으로, 잔뇨감, 요절박, 약뇨, 복압뇨, 지연뇨 등 하부요로증상을 유발한다. 정의는 명확히 확립되어 있지 않으나, 임상적으로는 전립선의 크기 증가를 수반하는 방광출구폐쇄 상태로 인해 하부요로증상을 호소하는 경우를 말한다. 한의학에서는 전립선증식증이라는 용어가 존재하지 않으나, 전립선증식증으로 나타나는 방광자극 증상(빈뇨, 야뇨 등)은 임증(淋證), 폐쇄 증상(배뇨 지연, 세뇨, 배뇨후 점적 등)은 용폐(癰閉)의 범주로 해석하여 접근한다.

02. 진단 및 평가

(1) 진단

전립선증식증에서는 환자가 호소하는 증상이 가장 중요하며, 병력 청취와 이학적 검사(직장수지검사(DRE)등), 국제전립선증상점수표(IPSS), 배뇨일지(voiding diary)를 통해 일차적으로 진단한다. 필요한 경우, 요속검사와 잔뇨량 측정, 경직장초음파검사(TRUS)를 통해 전립선증식증으로 인한 배뇨 기능에 대한 정보를 추가적으로 얻을 수 있다. 혈청전립선특이항원(PSA), 혈청 크레아티닌, 소변검사를 통해 기질적 질환을 배제한다. 해당 검사에서 요로 감염이나 혈뇨, 방광결석, 신기능 저하, 재발하는 요저류, 전립선특이항원 증가 소견, 직장수지검사상 이상 소견, 약물치료에 실패한 경우 추가 검사들을 고려한다.

(2) 변증

전립선증식증은 신허혈어(腎虛血瘀), 신양허(腎陽虛), 혈어하초(血瘀下焦) 기허(기허)로 구분하여 진단한다.

(3) 평가도구

도구명	평가목적
국제전립선증상점수표(IPSS), 배뇨일지(voiding diary)	전립선증식증 증상 중증도

03. 예방 및 관리

- 빈뇨와 야간뇨 때문에 불편할 경우 일일 수분 섭취량을 줄이도록 한다. 특히 야간뇨가 문제인 경우 늦은 오후나 저녁 때 수분 섭취를 제한하도록 권장한다. 일일 1,500mL 이하로는 줄이지 않도록 한다.
- 이뇨작용과 방광자극효과가 있는 카페인과 알코올 섭취를 줄이거나 피하도록 한다.
- 소변이 마려운 첫 느낌이 들 때 오히려 그 느낌이 없어질 때까지 참도록 권한다.
- 버스여행 등 오랫동안 배뇨를 할 수 없는 상황의 발생을 피하도록 한다.
- 복용하는 약 중 배뇨에 악영향을 주는 약의 유무를 확인하고 복용법을 교정하거나 다른 약으로 교체한다.
- 급성 요저류의 흔한 원인인 과한 알코올 섭취 혹은 약국에서 감기약을 임의로 구입하여 복용하는 것을 피한다. 감기나 기타 호흡기질환 진료 시 전립선증식증이 있음을 담당 의사에게 알리도록 한다.
- 변비는 배뇨를 악화시킬 수 있는 요인이므로 치료한다.

* 상세 내용 전립선증식증 한의표준임상진료지침 참고



<CPG 바로가기>

04. 치료 권고안

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
한의 단독 치료		
1) 한약		
R1	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표 개선에 대하여 표준약물치료보다 한약치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 • 주요 처방: 통룡계폐탕(通癰啓閉湯)(C/Very Low), 진무탕(眞武湯)(C/Low), 오령산(五苓散)(B/Low), 통관탕(通關湯)(B/Moderate)	
R1-1	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표 개선에 대하여 표준약물치료보다 통룡계폐탕(通癰啓閉湯) 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 처방 구성: 곤포, 해조, 복령, 숙지황(또는 건지황), 산약, 산수유, 차전자, 아출, 삼릉, 천우슬, 고행인, 택사, 목단 피, 계지, 제부자 • 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표 변화를 관찰하며 2~3개월 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, IPSS ≥ 8점, 빈뇨, 절박뇨, 야간빈뇨의 3군 증상 점수 합이 ≥ 6점인 50~80세의 성인 남성 전립선증식증 환자에게 통룡계폐탕(通癰啓閉湯) 치료를 고려해야 한다. 특히, 신허혈어(腎虛血瘀)형 변증에 해당하는 경우 우선적으로 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 소화불량, 경미한 현훈 등의 이상반응이 나타날 수 있다. ※ 신허혈어(腎虛血瘀)형 ① 주요 증상: 배뇨곤란, 약뇨, 요점적, 야간빈뇨 ② 부가적 증상: 평소에 숨이 짧고 힘이 없으며, 몸이 차가우며 잘 피곤해하고, 허리와 무릎이 시리고 뻣근한 증상이 나타난다. 하복부, 고환, 회음부에 부은 듯하고 불편감이 느껴진다. ③ 맥진: 맥세약(脈細弱) 또는 맥세삼(脈細澁), 설진: 담(淡) 또는 담암(淡暗)	
R1-2	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표 개선에 대하여 표준약물치료보다 진무탕(眞武湯) 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 처방 구성: 숙부자, 생강, 백작약, 복령, 백출(조) • 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표 변화를 관찰하며 2주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 이상반응: 포함된 연구 중에서는 이상반응이 크게 없다고 보고 단, 부자(附子)에 포함된 성분 중 aconitine은 급성 심혈관계 부작용을 유발할 수 있으므로, 용량에 주의할 것	
R1-3	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물치료보다 오령산(五苓散) 치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 • 처방 구성: 복령, 저령, 백출, 택사, 계지 • 증상별 가감 ① 소변이 혼탁하고 미끌거리는 경우: 황백, 창출을 가한다. ② 소변이 맑고 차가운 경우: 육계, 제부자(制附子)를 가한다. ③ 소변에 붉은 빛을 띠는 경우: 선학초(仙鶴草)를 가한다. • 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표 변화를 관찰하며 8주 이상의 치료 기간을 고려한다.	
R1-4	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물치료보다 통관탕(通關湯) 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 처방 구성: 황백, 용담초, 치자, 지모, 대황(제), 육계, 관중, 형개, 마황(제)	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R1-4	• 증상별 가감 ① 습열(濕熱)증[요도 통증, 작열감을 동반하는 경우(伴有尿道疼痛, 灼熱感)]: 황련, 적작약을 가한다. ② 신양하(腎陽虛)증[추위를 싫어하고 힘이 떨어지며, 배뇨무력이 비교적 심함(畏寒乏力, 排尿無力較重)]: 선모, 채양을 가한다. ③ 담어조색(痰瘀阻塞)증[소변줄기가 가늘고 잘 나오지 않으며, 체격은 건장한 편이며, 얼굴색이 보랏빛을 보임(尿細難出, 形體胖壯, 面色偏絳紫)]: 천산갑, 백개자를 가한다. • 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 6개월 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, IPSS>13점, $Q_{max}<15\text{mL/s}$, PVR<100mL, PV 20mL 이상인 50세 이상의 성인 남성 전립선증식증 환자에게 통관탕(通關湯) 치료를 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 설사, 상복부 통증 등의 이상반응이 나타날 수 있다.	

2) 침치료

R2	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물치료보다 일반침치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 신수(腎俞, BL23), 방광수(膀胱俞, BL28), 중려수(中膺俞, BL29), 중료(中膠, BL33), 회양(會陽, BL35), 질변(秩邊, BL54) ② 근위취혈(복부): 곡골(曲骨, CV02), 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 천추(天樞, ST25), 수도(水道, ST28), 횡골(橫骨, KI11), 대혈(大赫, KI12), 음포(陰包, LR09), 기방(氣旁, 경외기혈) ③ 원위취혈: 수분(水分, CV09), 족삼리(足三里, ST36), 삼음교(三陰交, SP06) • 유침 시간: 15~30분 • 치료 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 50~75세 성인 남성 전립선증식증 환자에게 일반침치료를 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 침훈(針暈) 등의 이상반응이 나타날 수 있다.		
R3	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물치료보다 전침치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 신수(腎俞, BL23), 차료(次膠, BL32), 중료(中膠, BL33), 회양(會陽, BL35), 질변(秩邊, BL54) ② 근위취혈(복부): 곡골(曲骨, CV02), 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 수도(水道, ST28), 횡골(橫骨, KI11), 기혈(氣穴, KI13), ③ 원위취혈: 백회(百會, GV20), 단중(臑中, CV17), 함곡(合谷, LI04), 족삼리(足三里, ST36), 삼음교(三陰交, SP06), 신문(神門, HT07), 태계(太谿, KI03), 태충(太衝, LR03) • 전침 자극 설정 ① 전극 연결: 회양-신수 / 중료-회양 / 중극-곡골 / 횡골(좌)-횡골(우) / 관원-곡골 등 ② 파형: Disperse-dense wave / Continuous wave ③ 주파수: 2~20Hz ④ 강도: 자극량은 점차 강화되어 근육이 약간 수축되고, 환자가 견딜 수 있는 정도에서, 침감이 회음부위로 전해지면 더욱 좋다. • 유침 시간: 20~30분 • 치료 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 2주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 경증(7점 이하), 중등도(8점<IPSS<20점)의 전립선증식증을 진단받았으며, $Q_{max}<15\text{mL/s}$로 측정된 35세 이상의 성인 남성 전립선증식증 환자에게 전침 치료를 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 국소부 피하혈종 등의 이상반응이 나타날 수 있다.		
R4	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물치료보다 온침치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 삼초수(三焦俞, BL22), 신수(腎俞, BL23), 방광수(膀胱俞, BL28), 차료(次膠, BL32), 질변(秩邊, BL54) ② 근위취혈(복부): 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 기해(氣海, CV06), 천추(天樞, ST25), 수도(水道, ST28), 귀래(歸來, ST29) ③ 원위취혈: 음릉천(陰陵泉, SP09), 삼음교(三陰交, SP06), 음곡(陰谷, KI10), 대릉(大陵, PC07)		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R4	- 온침 자극(뜸) ① 온침 시행 시점: 환자가 득기(得氣)감을 느낀 후 시행하도록 한다. ② 적용 뜸 종류: 간접해주구(쑥 미니뜸) ③ 온침 적용 방법: 침병(針柄)에 점화시킨 간접해주구(쑥 미니뜸)를 삽입한다. 뜸이 타면서 발생하는 재에 화상을 입지 않도록 주의한다. ④ 자극 조절: 혈위당 뜸은 1~3장을 사용한다. 자극의 정도는 환자가 온열감을 느끼는 정도가 가장 적절하다. 환자가 뜨거움을 느끼는 경우, 바로 뜸을 교체해준다. ⑤ 유침 시간: 25~30분 • 치료 기간: 환자의 증상 및 효류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 경도(IPSS 7점 이하), 중등도(8점 < IPSS < 20점)의 전립선증식증을 진단받았으며, $Q_{max} < 15\text{mL/s}$, $PVR < 100\text{mL}$, PV 25mL 이상인 40세 이상의 성인 남성 전립선증식증 환자에게 온침치료를 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 빈맥, 코막힘 등의 이상반응이 나타날 수 있다.	

3) 뜸치료

R5	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 효류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물치료보다 뜸치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 배부: 요수(腰俞, GV02), 요양관(腰陽關, GV03), 명문(命門, GV04), 신수(腎俞, BL23), 기해수(氣海俞, BL24), 대장수(大腸俞, BL25), 관원수(關元俞, BL26), 소장수(小腸俞, BL27), 방광수(膀胱俞, BL28), 차료(次膠, BL32) ② 복부: 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 석문(石門, CV05), 기해(氣海, CV06), 음교(陰交, CV07), 신결(神關, CV08) • 뜸 자극 ① 뜸 시행 시점: 환자가 득기(得氣)감을 느낀 후 시행하도록 한다. ② 적용 뜸 종류: 간접해주구(쑥 미니뜸 또는 뜸기를 사용한 쑥뜸), 격염구(隔鹽灸), 격강구(隔薑灸) ③ 뜸 자극 정도: 환자가 피부에 약간의 온열감을 느낄 때까지 유지한 뒤, 쑥뜸 재를 제거하고, 다시 작은 애주를 올려 뜸치료를 시행한다. 국소 피부가 붉어지고 약간 습윤해지는 정도로 시행한다. ④ 자극 조절: 혈위당 뜸은 3~5장을 사용한다. 환자가 작열감을 느끼면 교체한다. • 치료 기간: 환자의 증상 및 효류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 경도(7점 이하), 중등도(8점 < IPSS < 20점)의 전립선증식증을 진단 받았으며, PV 20mL 이상인 50~80세 성인 남성 전립선증식증 환자에게 뜸치료를 고려해야 한다. 특히, 신양휴허(腎陽虧虛)증에 해당하는 전립선증식증 환자에게 뜸치료를 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 이상반응은 나타나지 않았다. ※ 신양휴허(腎陽虧虛)형 전립선증식증 진단 기준 다음에 해당하는 경우, 신양휴허(腎陽虧虛)형 전립선증식증으로 진단한다. ① 주요 증상: 배뇨곤란하며, 허리와 무릎이 시리고 약하며, 소변을 자주 본다(排尿困難, 腰膝痠軟, 尿频). ② 동반 증상: 얼굴빛이 하얗고, 추위를 싫어하며 신체가 차갑고, 평소 피로감을 느끼며 기운이 없으며, 야간에 소변을 많이 본다(面色白, 畏寒肢冷, 神疲乏力, 夜尿增多). ③ 설맥: 설질담, 태박색백, 맥침지혹무력(舌質淡, 苔薄色白, 脈沈遲或無力)		

4) 약침치료

R6	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 효류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 약침치료를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	GPP
임상적 고려사항 • 상용 약침 종류 ① 증류 약침: 소염, 중성어혈, 자하거 ② 팔강 약침: 황련해독탕, 신양허(腎陽虛) ③ 동물성 약침: 봉약침 • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 배부: 상료(上膠, BL31), 차료(次膠, BL32), 중료(中膠, BL33), 하료(下膠, BL34) ② 복부: 회음(會陰, CV01), 곡골(曲骨, CV02), 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04)		

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
한의 복합치료		
1) 한약+침		
R7	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 한약과 침 복합치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 [한약치료] • 주요 처방: 금궤신기환(金匱腎氣丸), 복원활혈탕(復元活血湯) • 처방 구성 ① 금궤신기환(金匱腎氣丸): 숙지황, 산약, 복령, 산수유(주증), 육계, 택사, 우슬, 목단피, 차전자, 부자 ② 복원활혈탕(復元活血湯): 시호, 과루, 토사자(초), 황기, 천우슬, 도인, 당귀, 오약, 익지인, 백작약, 감초 [침치료] • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 명문(命門, GV04), 삼초수(三焦俞, BL22), 신수(腎俞, BL23), 방광수(膀胱俞, BL28), 중료(中髎, BL33) ② 근위취혈(복부): 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04) ③ 원위취혈: 삼음교(三陰交, SP06), 용천(湧泉, KI01), 태계(太谿, KI03), 태충(太衝, LR03) • 유침 시간: 30분 • 치료 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 50세 이상 성인 남성 전립선증식증 환자에게 한약과 일반침 병행치료를 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 국소혈종, 경미한 변비 등의 이상반응이 나타났으며, 혈액검사, 간기능, 신기능, 소변검사에서는 이상반응을 보이지 않았다.	B/Low
2) 침+뜸		
R8	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 일반침과 뜸 복합치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 [침치료] • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 신수(腎俞, BL23), 방광수(膀胱俞, BL28), 상료(上髎, BL31), 질변(秩邊, BL54) ② 근위취혈(복부): 곡골(曲骨, CV02), 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 기해(氣海, CV06), 하완(下脘, CV10), 중완(中脘, CV12), 천추(天樞, ST25), 수도(水道, ST28), 대혈(大赫, KI12), 기혈(氣穴, KI13) ③ 원위취혈: 삼음교(三陰交, SP06), 태계(太谿, KI03) • 유침 시간: 20~40분 [뜸치료] • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 복부: 곡골(曲骨, CV02), 관원(關元, CV04), 신궤(神關, CV08) ② 기타: 용천(湧泉, KI01) • 뜸 자극 ① 뜸 시행 시점: 환자가 득기(得氣)감을 느낀 후 시행하도록 한다. ② 적용 뜸 종류: 간접애주구(쑥 미니뜸 또는 뜸기를 사용한 쑥뜸), 격염구(隔鹽灸), 격부자구(隔附子灸) ③ 뜸 자극 정도: 환자가 피부에 약간의 온열감을 느낄 때까지 유지한 뒤, 쑥뜸 재를 제거하고, 다시 작은 애주를 올려 뜸치료를 시행한다. 국소 피부가 붉어지고 약간 습윤해지는 정도로 시행한다. ④ 자극 조절: 혈위당 뜸은 3~4장을 사용한다. 환자가 작열감을 느끼면 교체한다. • 치료 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 경도(7점 이하), 중등도(8점 < IPSS < 20점)의 전립선증식증을 진단받은, 50~80세 성인 남성 환자에게 일반침과 뜸치료를 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 이상반응은 나타나지 않았다.	B/Low
R9	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 온침과 뜸 복합치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 [온침치료] • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(복부): 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 기해(氣海, CV06) ② 원위취혈: 삼음교(三陰交, SP06)	B/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R9	• 온침 자극(뜸) ① 온침 시행 시점: 환자가 득기(得氣)감을 느낀 후 시행하도록 한다. ② 적용 뜸 종류: 간접해주구(쑥 미니뜸) ③ 온침 적용 방법: 침병(針柄)에 점화시킨 간접해주구(쑥 미니뜸)를 삽입한다. 뜸이 타면서 발생하는 재에 화상을 입지 않도록 주의한다. ④ 자극 조절: 혈위당 뜸은 1장을 사용한다. 자극의 정도는 환자가 온열감을 느끼는 정도가 가장 적절하다. 환자가 뜨거움을 느끼는 경우, 바로 뜸을 교체해준다. ⑤ 유침 시간: 25~30분 [뜸치료] • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 복부: 신궤(神闕, CV08) • 뜸 자극 ① 뜸 시행 시점: 환자가 득기(得氣)감을 느낀 후 시행하도록 한다. ② 적용 뜸 종류: 간접해주구(쑥 미니뜸 또는 뜸기를 사용한 쑥뜸), 격염구(隔鹽灸) ③ 뜸 자극 정도: 환자가 피부에 약간의 온열감을 느낄 때까지 유지한 뒤, 쑥뜸 재를 제거하고, 다시 작은 애주를 올려 뜸치료를 시행한다. 국소 피부가 붉어지고 약간 습윤해지는 정도로 시행한다. ④ 자극 조절: 혈위당 뜸은 1장을 사용한다. 환자가 작열감을 느끼면 교체한다. • 치료 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 1개월 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 전립선증식증을 진단받은, 40~90세 성인 남성 환자에게 온침과 뜸 치료를 고려할 수 있다.	
한양방 복합치료		
1) 한약+표준약물치료		
R10	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 한약과 표준약물 병행치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 주요 처방: 계지복령환(桂枝茯苓丸)(C/Low), 금궤신기환(金匱腎氣丸)(B/Low), 팔미지황환(八味地黃丸)(C/Very Low), 보중익기탕(補中益氣湯)(B/Low)	B/Low
R10-1	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 계지복령환(桂枝茯苓丸)과 표준약물 병행치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 처방 구성: 계지, 복령, 목단피, 도인, 백작약 • 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 전립선증식증을 진단받은 35~80세 성인 남성에게 계지복령환(桂枝茯苓丸) 치료를 고려할 수 있다. 특히, 혈어하초(血瘀下焦)형 변증에 해당하는 경우 우선적으로 고려할 수 있다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 이상반응은 보고되지 않았다. ※ 혈어하초(血瘀下焦)형 ① 주요 증상: 배뇨 시에 소변이 막힌 것 같고 꺼끌꺼끌한 느낌이 들면서 시원하게 나오지 않거나 혹 방울방울 소변을 보고, 회음부와 아랫배에 붓는 듯한 통증이 느껴지고, 혈뇨가 동반되기도 한다(小便滯澀不暢或点滴而下, 會陰少腹脹痛, 偶有血尿). ② 맥진: 맥세삼(脈細澀), 설진: 어반, 태박(舌瘀斑, 苔薄)	C/Low
R10-2	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 금궤신기환(金匱腎氣丸)과 표준약물 병행치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 • 처방 구성: 숙지황, 산약, 복령, 산수유(주증), 육계, 택사, 우슬, 목단피, 차전자, 부자 • 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, IPSS > 13점의 전립선증식증을 진단받은 50세 이상 성인 남성에게 금궤신기환(金匱腎氣丸) 치료를 고려해야 한다. 특히, 신양허(腎陽虛)형 변증에 해당하는 경우 우선적으로 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 현훈, 피부발진, 소양감, 복통설사, 발기부전, 기면 등의 이상반응이 나타날 수 있다.	B/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R10-2	※ 신양허(腎陽虛)형 ① 주요 증상: 평소에도 추위를 싫어하고, 손발이 따뜻하지 않으며, 뜨거운 음식을 섭취하는 것을 좋아하고, 평소 정신에서도 기운이 없다(平素畏冷, 手足不溫, 喜熱飲食, 精神不振). ② 맥진: 맥침지(脈沈遲), 설진: 담반눈(舌淡胖嫩)	
R10-3	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 팔미지황환(八味地黃丸)과 표준약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 - 처방 구성: 육계, 부자(제), 숙지황, 산수유(주), 산약, 목단피, 복령, 택사 - 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 2개월 이상의 치료 기간을 고려한다. - 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 50세 이상의 성인 남성 전립선증식증 환자에게 팔미지황환(八味地黃丸) 치료를 고려해야 한다.	
R10-4	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 보중익기탕(補中益氣湯)과 표준약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 처방 구성: 당삼, 황기, 백출, 자감초, 당귀, 진피, 승마, 시호 - 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 3개월 이상의 치료 기간을 고려한다. - 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 50세 이상의 성인 남성 전립선증식증 환자에게 보중익기탕(補中益氣湯) 치료를 고려한다. - 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 현훈, 오심 등의 이상반응이 나타날 수 있다.	
2) 침+표준약물치료		
R11	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물치료보다 일반침과 표준약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 - 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 상료(上膠, BL31), 차료(次膠, BL32), 중료(中膠, BL33), 하료(下膠, BL34) ② 근위취혈(복부): 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 기해(氣海, CV06), 대거(大巨, ST27), 수도(水道, ST28), 귀래(歸來, ST29) ③ 원위취혈: 삼음교(三陰交, SP06), 음릉천(陰陵泉, SP09), 혈해(血海, SP10), 태계(太谿, KI03), 조해(照海, KI06), 대둔(大敦, LR01), 태충(太衝, LR03) - 유침 시간: 15~30분 - 치료 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 10일 이상의 치료 기간을 고려한다. - 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, IPSS 점수 8점 이상의 45~75세 성인 남성 전립선증식증 환자에게 일반침 치료를 고려해야 한다. - 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 이상반응은 나타나지 않았다.	
R12	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 전침과 표준약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 회양(會陽, BL35) ② 근위취혈(복부): 곡골(曲骨, CV02), 관원(關元, CV04) ③ 원위취혈: 족운동감각구(足運感區)(두침) ※ 족운동감각구(足運感區): 머리의 전후 정중선의 중간점, 좌우에서 1cm 떨어진 지점을 기점으로 이 지점에서 전후 정중선과 평행한 직선, 후방 3cm 부위 - 전침 자극 설정 ① 전극 연결: 회양(좌)-회양(우) / 족운동감각구(좌)-족운동감각구(우) / 관원-곡골 등 ② 파형: Disperse-dense wave / Continuous wave ③ 주파수: 2~20Hz ④ 강도: 자극량을 천천히 올려서 근육이 약간 수축되고, 환자가 견딜 수 있는 정도로 한다.	

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R12	- 유침 시간: 20~30분 - 치료 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다. - 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 50~75세 사이의 성인 남성 전립선증식증 환자에게 전침 치료를 고려해야 한다.	
R13	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표, 전립선용적 개선에 대하여 표준약을 단독치료보다 온침과 표준약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다.
- ① 근위취혈(배부): 신수(腎俞, BL23), 상료(上膠, BL31), 차료(次膠, BL32), 중료(中膠, BL33), 하료(下膠, BL34)
- ② 근위취혈(복부): 곡골(曲骨, CV02), 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 기해(氣海, CV06)
- ③ 원위취혈: 음릉천(陰陵泉, SP09), 삼음교(三陰交, SP06)
- 온침 자극(뜸)
- ① 온침 시행 시점: 환자가 득기(得氣)감을 느낀 후 시행하도록 한다.
- ② 적용 뜸 종류: 간접해주구(쑥 미니뜸)
- ③ 온침 적용 방법: 침병(針柄)에 점화시킨 간접해주구(쑥 미니뜸)를 삽입한다. 뜸이 타면서 발생하는 재에 화상을 입지 않도록 주의한다.
- ④ 자극 조절: 혈위당 뜸은 1~3장을 사용한다. 자극의 정도는 환자가 온열감을 느끼는 정도가 가장 적절하다. 환자가 뜨거움을 느끼는 경우, 바로 뜸을 교체해준다.
- ⑤ 유침 시간: 20~30분
- 치료 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 6주 이상의 치료 기간을 고려한다.
- 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 경도(7점 이하), 중등도(8점 < IPSS < 20점)의 전립선증식증을 진단받았으며, PVR < 100mL, PV 25mL 이상인 50세 이상의 성인 남성 전립선증식증 환자에게 온침치료를 고려할 수 있다.
- 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 빈맥, 코막힘, 어지럼증 등의 이상반응이 나타날 수 있다.

3) 뜸+표준약물치료

R14	급성 요저류가 발생하지 않은, 전립선증식증을 진단받은 성인 남성의 증상 및 요류검사 지표 개선에 대하여 표준약을 단독치료보다 뜸과 표준약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
-----	--	-------

임상적 고려사항

- 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다.
- ① 배부: 신수(腎俞, BL23), 방광수(膀胱俞, BL28), 차료(次膠, BL32)
- ② 복부: 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 기해(氣海, CV06), 신결(神關, CV08)
- ③ 기타: 삼음교(三陰交, SP06), 태충(太衝, LR03)
- 뜸 자극
- ① 적용 뜸 종류: 간접해주구(쑥 미니뜸 또는 뜸기를 사용한 쑥뜸), 격강구(隔薑灸)
- ② 뜸 자극 정도: 환자가 피부에 약간의 온열감을 느낄 때까지 유지한 뒤, 쑥뜸 재를 제거하고, 다시 작은 애주를 올려 뜸치료를 시행한다. 국소 피부가 붉어지고 약간 습윤해지는 정도로 시행한다.
- ③ 자극 조절: 혈위당 뜸은 3~5장을 사용한다. 환자가 작열감을 느끼면 교체한다.
- 치료 주기: 1회/2~3일
- 치료 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 전립선용적 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다.
- 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 경도(7점 이하), 중등도(8점 < IPSS < 20점)의 전립선증식증을 진단받았으며, PV 20mL 이상인 20세 성인 남성 전립선증식증 환자에게 뜸치료를 고려해야 한다. 특히, 신양허(腎陽虛)증에 해당하는 전립선증식증 환자에게 뜸치료를 고려해야 한다.
- 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 이상반응은 나타나지 않았다.

※ 신양허(腎陽虛)형 전립선증식증 진단 기준

다음에 해당하는 경우, 신양허(腎陽虛)형 전립선증식증으로 진단한다.

- 주요 증상: 배뇨 시 소변이 방울방울 떨어지면서 시원하게 보지 못하고, 소변을 자주 보면서 소변을 급하게 보고, 허리와 무릎이 시리고 약하다(排尿点滴, 淋漓不盡, 夜尿增多, 尿頻急, 腰膝酸軟).
- 동반 증상: 평소에도 피로감을 느끼며 기운이 없으며, 손발이 따뜻하지 않고, 추위를 싫어하며 신체가 차갑고, 성기능이 예전보다 떨어진다고(神疲乏力, 手足不溫, 畏寒怕冷, 性功能減退).
- 설맥: 설담반, 변유치흔, 태박, 맥침혹세약(舌淡胖, 邊有齒痕, 苔薄, 脈沈或細弱)

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
전립선절제술 수술 후 환자		
한의 단독치료		
R15	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 하부요로증상 및 요류검사 지표, 수술 후유증 개선에 대하여 한약치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 • 주요 처방: 저령탕(豬苓湯)(C/Low), 보중익기탕(補中益氣湯)(B/Low)	
R15-1	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 하부요로증상 및 요류검사 지표, 삶의 질 점수, 수술 후유증 개선에 대하여 저령탕(豬苓湯) 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 처방 구성: 저령, 복령, 택사, 활석, 아교 • 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 수술 후유증 증상을 관찰하며 2주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 전립선증식증을 진단받은 50~80세 성인 남성에게 저령탕(豬苓湯) 치료를 고려할 수 있다.	
R15-2	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 하부요로증상 및 요류검사 지표, 수술 후유증 개선에 대하여 보중익기탕(補中益氣湯) 치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 • 처방 구성: 황기, 당삼, 백출, 자감초, 당귀, 진피, 승마, 시호 • 복용 기간: 환자의 증상 및 요류측정 지표, 수술 후유증 증상 변화를 관찰하며 4주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, IPSS > 13점의 전립선증식증을 진단받은 50세 이상 성인 남성이 전립선절제술 수술을 받은 후 배뇨무력 증상이 나타나는 경우 보중익기탕(補中益氣湯) 치료를 고려할 수 있다. 특히, 기허(氣虛)형 변증에 해당하는 경우 우선적으로 고려할 수 있다. ※ 기허(氣虛)형 ① 주요 증상: 소변을 자주 보고, 요의를 느끼나 소변량이 잘 나오지 않고, 배뇨무력증이 있으며, 얼굴색이 시들며 노랗고, 전신에 힘이 없으며 정신도 피곤하고, 식욕이 없으며 아랫배가 똥똥하다(尿頻, 時欲小便而尿量不多, 排尿無力, 面色萎黃, 神疲無力, 全身疲倦, 納差, 小腹膨脹).	
R16	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 하부요로증상 및 삶의 질 개선에 대하여 표준약물치료보다 저령탕(豬苓湯) 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 처방 구성: 저령, 복령, 택사, 활석, 아교 • 복용 기간: 환자의 증상 변화를 관찰하며 7일 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 50세 이상의 성인 남성 전립선증식증 환자에게 저령탕(豬苓湯) 치료를 고려해야 한다.	
R17	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 하부요로증상 및 수술 후유증 개선에 대하여 일반침치료를 고려할 수 있다.	B/Low
	임상적 고려사항 • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 회양(會陽, BL35) ② 근위취혈(복부): 중극(中極, CV03), 기해(氣海, CV06) ③ 원위취혈: 백회(百會, GV20), 태원(太淵, LU09), 족삼리(足三里, ST36), 삼음교(三陰交, SP06), 음릉천(陰陵泉, SP09), 태계(太谿, KI03) • 유침 시간: 20~30분 • 치료 횟수: 1~3회/일 • 치료 기간: 환자의 증상 및 요 누출량 변화를 관찰하며 1주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 전립선증식증으로 전립선절제술을 시행 후 요실금을 호소하는 환자에게 일반침치료를 고려해야 한다.	
R18	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 하부요로증상 및 수술 후유증 개선에 대하여 전침치료를 고려해야 한다.	B/Low

권고안 번호	권고 내용	권고등급/ 근거수준
R18	임상적 고려사항 • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 다음 위치에 자침하여, 음부 신경을 자극하는 것을 목표로 한다. - 천골의 양측 측면, 제4후천골공 수준 - 미골부 각 양 끝에서 0.5cm 떨어진 곳 • 전침 자극 설정 ① 전극 연결: 동측 천골부 침-미골부 침 ② 파형: Continuous wave ③ 주파수: 2.5Hz ④ 강도: 자극량을 천천히 올려서 환자가 침 자극을 느낄 수 있는 정도까지 올린다. • 유침 시간: 50분 • 치료 기간: 환자의 증상 및 요 누출량을 관찰하며 12주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 성인 남성 전립선증식증을 진단받아 전립선절제술 시행 후, 요실금을 호소하는 환자에게 전침치료를 고려할 수 있다.	
한의 복합치료		
한약+침		
R19	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 수술 후유증 개선에 대하여 표준약을 단독치료보다 팔정산(八正散)과 일반침 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 [한약치료] • 처방 구성: 활석, 생지황, 금전초, 택사, 목통, 죽엽, 산치자, 구맥, 차전자, 속지황, 편축, 감초 [침치료] • 주요 상용혈에서 적절하게 선택한다. ① 근위취혈(배부): 비수(脾俞, BL20), 신수(腎俞, BL23) ② 근위취혈(복부): 중극(中極, CV03), 관원(關元, CV04), 수도(水道, ST28) ③ 원위취혈: 삼음교(三陰交, SP06), 음릉천(陰陵泉, SP09), 태계(太谿, KI03) • 치료 횟수: 1~3회/일 • 치료 기간: 환자의 증상 및 수술 후유증 변화를 관찰하며 1개월 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 전립선증식증으로 전립선절제술을 시행한 환자에게 팔정산(八正散)과 일반침 복합치료를 고려해야 한다.	
한양방 복합치료		
한약+표준약물 병행치료		
R20	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 하부요로증상 및 요류검사 지표, 수술 후유증 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 한약과 표준약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 • 주요 처방: 저령탕(豬苓湯)(C/Low), 소계음자(小薊飲子)(C/Low)	
R20-1	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 하부요로증상 및 수술 후유증 개선에 대하여 표준약물 단독치료보다 저령탕(豬苓湯)가검과 표준약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 처방 구성: 복령, 백작약, 저령, 백출, 활석, 아교, 도인, 당귀, 택사, 천궁 • 복용 기간: 환자의 증상 변화를 관찰하며 2주 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 전립선증식증을 진단받아 전립선절제술을 시행한 직후의 성인 남성에게 저령탕(豬苓湯)가검 치료를 고려해야 한다. 특히, 수술 후 빈뇨, 요절박, 배뇨통, 잔뇨, 요도작열감 등 증상이 나타나는 경우 우선적으로 고려해야 한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 이상반응은 보고되지 않았다.	
R20-2	전립선증식증을 진단받아 수술치료를 받은 성인 남성의 하부요로증상 및 수술 후유증 개선에 대하여 표준약물치료보다 소계음자(小薊飲子)와 표준약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 처방 구성: 소계, 생지황, 활석, 포황, 목통, 우절, 담죽엽, 백모근, 산치자, 당귀, 감초 • 복용 기간: 환자의 증상 변화를 관찰하며 7일 이상의 치료 기간을 고려한다. • 현재까지의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 전립선증식증을 진단받아 전립선절제술을 받은 후, 항생제 또는 Tolterodine을 복용하는 50세 이상 성인 남성에게 소계음자(小薊飲子) 치료를 고려할 수 있다.	

05. 한의원용 한의표준임상경로(CP)

수행단계	수행인력	수행항목	세부내용
접수	한의사	환자 접수	합병증을 동반하지 않은 전립선증식증(질병코드 N40)으로 진단된 환자
			접수
			경도 전립선증식증 진단
			증중도/중증 전립선증식증
			생활관리군
진찰	한의사		약물복용군
			한의원 단독관리
			한의원+보건소, 한방병원, 협진기관 연계
		문진	전립선비대증 관리 병력 청취, 동질환 또는 합병증 확인, 가족력 및 생활습관 평가, IPSS, 배뇨일지 등
		신체검사	신체계측, 활력징후측정, 직장수지검사, 신경학적 검사
계획수립	한의사	임상검사	임상검사기관 혹은 협진의뢰
		한의 변증진단	망진(望診), 문진, 문진(問診), 설진(舌診), 맥진(脈診), 변증진단
		증상 개선 목표 설정	IPSS 7이하
			IPSS 8이상, Qmax, ≤15ml/sec
			약물치료 계획 수립, 협진고려
환자관리	한의사 한약사 간호사 영양사 코디네이터 물리치료사		잔뇨량, IPSS 점수 개선 목표 설정
		생활습관 목표설정	비만, 영양 및 식습관, 신체활동, 성생활, 흡연, 음주 등 목표설정
		한의치료 및 관리계획	한약, 침뜸, 양생/건강증진 등
			한양방 통합 관리계획 수립
		재방문	한의사의 치료계획에 따라 예약, 의료진간 공유
평가 및 치료계획 재수립	한의사	환자관리 모니터링	LUTS 증상, 생활습관, 약물복용, 합병증
		상담	운동상담, 영양상담
		서비스 연계	의료기관,보건소, 공공·민간자원, 복지서비스
		교육	전립선비대증 관리 교육
		치료목표 점검	주기적으로 치료 목표에 대한 달성도 점검·평가
	한의사	치료계획 수정 및 재수립	환자의 상태변화에 따른 치료계획 수정·보완
			신체진찰·임상검사 재시행 및 예후 판단

부록

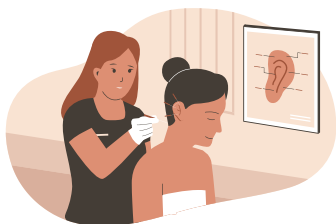
- 01 질병분류표(KCD8)
- 02 상병코드별 분류
- 03 학회별 한의표준임상진료지침 개발 현황



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 사상체질병증

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

※ 가나다 순 정렬



한의학표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)

02 내과계

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 979-11-93073-19-3(93510)

Clinical Practice Guideline
of Korean Medicine

한의표준임상진료지침

핵심 요약집 (CPG Essential Summary)

내과계



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 979-11-93073-19-3(93510)