

한의표준임상진료지침

현훈 Dizziness



Clinical Practice Guideline
of Korean Medicine

보건복지부 한의약선도기술개발사업
한의표준임상진료지침 개발사업단

현훈 한의표준임상진료지침

첫째판 1쇄 인쇄 | 2021년 12월 21일

첫째판 1쇄 발행 | 2021년 12월 30일

집 필 사상체질의학회

편 집 인 김남권

발 행 인 정창현

발 행 처 한국한의학진흥원 한의표준임상진료지침 개발사업단

디자인·인쇄 군자출판사(주)

© 2021년, 현훈 한의표준임상진료지침 / 한의표준임상진료지침 개발사업단

이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로

무단 복제와 전제는 금지되어 있습니다.

상업적 목적이나 제품판매의 목적으로 사용할 수 없습니다(비매품).

ISBN 979-11-5955-817-7

발간등록번호 11-B554036-000018-14

발간사

임상진로지침은 의료의 과정에서 의료인뿐만 아니라 환자들이 마주하는 다양한 의사 결정들에 도움을 주고자하여, 체계적이면서도 과학적인 개발과정을 통해 도출된 근거 기반의 기술서입니다.

의료 현장에서 임상진로지침을 통한 합리적인 의사결정은 관련 질환의 치료 효과를 높이고 국가 의료비 절감에 기여할 수 있으므로, 공익적 관점에서 엄격하게 개발된 임상진로지침은 사회적 편익 발생에 기여할 수 있습니다.

이와 같은 임상진로지침을 체계적으로 개발하고 발간하기 위해서는, 지침 개발의 주제를 결정하는 의사결정체계와, 지침 개발을 직접 수행하기 위한 연구체계, 개발된 지침을 평가하고 인증하는 검증체계와, 최종 발간된 지침을 홍보하고 활용을 독려하는 확산체계 등이 필요합니다.

또한 지침 개발 과정을 과학적으로 수행하기 위해서는, 지침 개발의 연구방법론과 의사결정방법론에 대한 지견을 갖춘, 한의약 분야와 보건의료분야 등 관련 분야 우수 연구자들의 협력이 필요하다고 하겠습니다.

한의표준임상진로지침의 개발은 <보건의료기술 진흥법>과 <한약육성법> 등에 근거한 <제3차 한약육성발전종합계획(2016-2020)>의 “한의표준임상진로지침 개발·보급을 통한 근거강화 및 신뢰도 제고”라는 제1 세부계획에 근거를 두고, 2016년 정부의 연구지원에 의해 출범한 “한의표준임상진로지침 개발사업단”의 연구 사업으로 시행되고 있습니다.

지난 5년간 저희 사업단은 이상 말씀드린 지침 개발에 필요한 여러 시스템들을 구축하고, 세부 분야에서 지침 개발에 대한 지견을 갖추고 연구를 주도하시는 연구책임자 및 공동연구자들과의 상호 협력을 통해서, 한의약 분야의 엄격하고 신뢰성 있는 한의표준임상진로지침을 개발하고자 노력하였습니다.

본 한의표준임상진로지침은, 한의약 분야 치료기술들의 근거가 보고된 국내외 대부분의 학술 데이터베이스들을 대상으로 하여, 가장 최신의 연구 결과들까지를 포괄적으로 수집하여 분석하는 개발 과

정들을 통해 완성하였으며, 이후 관련 전문가 위원회들을 통해 지침 연구 개발 과정의 타당성과 지침에 수록된 임상적 내용들의 타당성, 최종 완성 지침의 기술 타당성 등의 인증 과정들을 거쳐서 본 지침을 최종 발간하게 되었습니다.

본 발간된 지침을 통해 이상 말씀드린 건강편익과 의료비 절감 등의 사회적 편익을 유발하기 위해서는, 한의사와 학생, 환자와 일반인 등 많은 분들이 실제 의사결정에서 본 지침을 많이 활용하도록 하는 것이 중요합니다. 따라서 저희 사업단은 본 지침이 실제 의료 및 교육, 연구 현장에서 다수 활용될 수 있도록, 다양한 확산도구의 개발과 성과 확산체계를 통한 홍보 등에도 최선을 다해 노력하고 있으며, 임상의, 학생 및 연구자 분들께서도 본 지침의 활용에 많은 관심을 부탁드립니다.

마지막으로 본 한의표준임상진료지침은 단순한 기술서가 아닌 한의약 임상 현장의 합리적 의사결정을 지원하기 위해 구축된 통합 정보 시스템이며, 향후 한의약 분야의 신규 연구 성과들과 개발 기술들이 본 지침에 계속 반영되기 위해서는, 본 지침개발 사업체계와 연구 수행 및 지원체계의 지속성이 무엇보다 중요할 것이므로, 이에 대해서도 관련된 분들의 많은 지원과 성원을 부탁드립니다.

한의표준임상진료지침개발사업단
단장 김남권

머리말

현훈(어지럼증)은 환자들이 가장 흔히 호소하는 증상 중 하나로, 주관적으로 느끼는 신체적 불균형이다. 노인의 약 50% 이상에서 어지럼증을 호소하며, 75세 이상에서 한의사를 찾게 되는 가장 큰 원인이다.

현훈(어지럼증)과 관련된 국내외 진료지침은 총 20개로 진료지침과 유사한 보고가 있었다. 하지만 현훈에 대한 한의임상진료지침으로 활용할 수 없는 수준이므로 이에 현훈의 한의학적 진단과 치료에 대해 근거중심의학적 한의표준임상진료지침(Evidence based Clinical Practice Guideline)의 개발이 필요하였다.

본 임상진료지침은 현훈(어지럼증)에 대한 한의원(1차 의료기관), 한방병원(2차 의료기관) 및 공공 의료기관의 한의사가 주로 사용할 수 있도록 개발되었다.

현훈의 한의표준임상지침을 개발하기 위하여 한의표준임상진료지침 개발사업단(이하 ‘사업단’이라 함)의 총괄하에 사상체질의학회(주관학회) 및 대한한방안이비인후피부과학회(협업학회)를 중심으로 다학제 전문가로 개발그룹을 구성하였다. 기 개발된 현훈(어지럼증) 임상진료지침 현황과 임상연구 현황을 조사 및 분석하였으며, 한국 한의계에서 보편적으로 활용되고 있는 침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법의 국내외 근거들에 대하여 체계적 문헌고찰과 메타분석을 시행하였다.

체계적인 근거 검색 및 분석을 바탕으로 근거수준과 권고안의 초안을 도출하였고, 공식적 합의과정에서 주관/협업 학회 추천의 각 1인 전문가 외에 유관학회인 대한한방내과학회, 한방재활의학회, 대한한방신경정신과학회 추천의 각 1인 전문가 및 한방의료보험 전문가 1인, 개원의패널 3인(사업단 추천) 등으로 구성된 외부 전문가 검토위원회에서 수정델파이(RAM)를 통해 권고안을 확정하였다. 이후 사업단의 모니터링평가위원회, 검토평가위원회의 검토/심의를 거쳐 최종적으로 근거중심한의약추진위원회에서 최종 인증을 받았다.

본 현훈(어지럼증) 한의임상진료지침은 우리나라 의료보건체계에서 환자 중심으로 현훈(어지럼증)을 체계적으로 치료 및 관리하기 위한 전환점이 될 것이다. 체계적인 현훈(어지럼증)에 대한 관리는 사회적 손실을 최소화하고, 국민보건향상과 국민건강증진에 기여할 것이며, 국가보건체계에서 한의학의 역할을 강화시키는 데 이바지할 것이 또한 이 지침은 지속적으로 개정작업을 해나가야 할 것이며, 이를 바탕으로 한의임상진료 및 한의임상연구가 진행되는 데 도움이 되길 기대한다.

총괄연구책임자
이 의 주

일러두기

「현훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침」은 한의약 분야의 현훈(어지럼증) 질환의 의료 과정에서 마주하는 다양한 의사결정과 관련하여 근거 기반의 정보를 제공하기 위해 개발된 한의표준임상진료지침 개발사업단(G-KoM)의 공식 출간물입니다.

한의학 및 보건의료 분야의 의료인뿐만 아니라 연구자와 한의학 분야의 학생들, 본 질환과 관련된 환자와 일반인들의 본 질환의 한의 의료 관련 의사결정에 참고하여 활용하시길 권장합니다.

본 지침은 한의표준임상진료지침 개발 매뉴얼에 근거하여 한의학 분야 및 관련 분야 연구 전문가들의 협력을 통해 개발하였으며, 사업단이 제공하는 지침 검토 인증 체계에서 지침 연구 개발 과정의 타당성, 지침 항목들의 임상적 타당성, 완성 지침의 기술 타당성 등에 대한 검토와 인증 과정을 거쳐서 최종 발간하게 되었습니다.

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

집필진

이의주 경희대학교
신승원 경희대학교
오현주 경희대학교
오지원 경희대학교
이혜리 경희대학교
조재흥 경희대학교
홍승욱 동국대학교
오세희 동국대학교
정찬영 동국대학교
서형식 부산대학교
이마음 부산대학교
신미란 세명대학교

목차

요약문.....	1	3. 비전정계 현훈 · 213	
Summary	21	3-1. 경추성 현훈 · 220	
I. 서론	39	3-2. 심장성 현훈 · 296	
1. 한의표준임상진료지침 개발 배경 · 40		3-3. 심인성 현훈 · 312	
		3-4. 부인과 질환 · 320	
II. 현훈 질환 개요	43	V. 현훈 임상진료지침 활용	323
1. 정의 · 44		1. 현훈(어지럼증) 임상진료지침 활용 · 324	
2. 임상 현황 · 45		2. 한계점 및 의의 · 325	
3. 진단 및 평가 · 48		3. 향후 계획 · 326	
4. 치료 · 64		VI. 진료 알고리즘	329
5. 예방 및 관리 · 74		1. 진단 알고리즘 흐름도 · 330	
III. 현훈 진료지침 개발 절차	81	2. 치료에 대한 임상 알고리즘 흐름도 · 331	
1. 기획 · 82		3. 현훈 한의표준변증 도표 · 333	
2. 개발 · 91		4. 사상체질병증 진단알고리즘 · 334	
3. 승인 및 인증 · 108		VII. 확산 도구	341
4. 출판 · 110		VIII. 부록	357
IV. 권고사항	111	1. 용어 정리 · 358	
한의학적 증재 배경 · 112		2. 이해상충선언서 · 360	
1. 현훈 · 114		3. 승인서 · 362	
2. 전정계 현훈 · 148			
2-1. 전정계 중추성 현훈 · 161			
2-2. 전정계 말초성 현훈 · 196			

요약문

1. 배경 및 목적
2. 질환 개요
3. 권고안
4. 진료 알고리즘

1. 배경 및 목적

현훈(어지럼증)은 환자들이 가장 흔히 호소하는 증상 중 하나로, 주관적으로 느끼는 신체적 불균형이다. 노인의 약 50% 이상에서 어지럼증을 호소하며, 75세 이상에서 의사를 찾게 되는 가장 큰 원인이다.

향후 의료 환경에서 높은 비중을 차지할 것으로 예상되는 현훈(어지럼증)의 중요도를 고려할 때, 한의학적 치료의 근거기반으로 한 한의표준임상진료지침(Evidence based Clinical Practice Guideline)의 개발이 필요하다.

현훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침은 성인의 현훈(어지럼증)에 대한 KCD 질병의 진단을 위한 알고리즘, 한의표준변증기준, 한의학적 중재(침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법)에 대한 과학적 근거에 기반을 둔 권고를 제시하고 있다.

본 임상진료지침은 성인의 현훈(어지럼증)에 대한 한의원(1차 의료기관), 한방병원(2차 의료기관) 및 공공의료기관의 한의사가 임상적 진단 및 치료의 의사결정에 대한 정보 등에 도움을 주기 위해 개발된 것이다.

2. 질환 개요

어지럼증(dizziness)이란 어찢어찢한 느낌, 졸도, 회전하는 듯한 느낌 등을 느껴 똑바로 걷기 어려운 평형장애 증상으로, 한의학적으로는 현훈(眩暈)이라는 용어를 주로 사용하는데 현(眩)은 목현 안화(目眩眼花), 즉 눈앞이 캄캄하거나 사물이 흐리게 보이며 때론 눈앞에 불이 번쩍이는 것을 말하고, 훈(暈)은 현훈 두선(眩暈頭旋), 곧 자신이나 주위 사물이 도는 것 같아 서있을 수 없는 것을 뜻한다. 심한 경우 이명, 청력 저하, 오심, 구토, 한출(汗出), 돌연 혼도(突然昏到) 등의 증상을 동반하기도 한다.

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 있다.

원인은 주로 전정계의 이상에 의해 유발되는 경우가 많으며, 전정계의 원인질환은 다시 말초성과 중추성으로 분류할 수 있다. 비전정계 원인으로 유발된 어지럼증으로는 경추성 어지럼증, 심장성(순환장애) 어지럼증, 심인성 어지럼증, 부인과 질환으로 인한 어지럼증, 기타 질환에 의한 어지럼증 등을 꼽을 수 있다.

어지럼증은 한의학적으로 혈어증(血瘀證; U61.2), 풍담증(風痰證; 유사 U72), 간양상항증(肝陽上亢證; U65.0), 수기능심증(水氣凌心證; U67.3), 신음허증(腎陰虛證; U71.4), 신양허증(腎陽虛證; U71.5), 심비양허증(心脾兩虛證; U78.7) 등으로 변증하거나 사상체질에 따라 변증하여 진단할 수 있다.

일반적으로 한의학에서는 침구치료, 약물치료 등을 시행하며 약침 요법, 수기 요법, 심신 및 기타 요

법 등도 활용될 수 있으며 사상 체질 변증에 따라 치료하기도 한다. 의과적으로는 약물 치료를 시행할 수 있으며 한의과 및 의과 병행 치료가 시행되기도 한다.

중추성 어지럼증을 예방하기 위해서는 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등 증상을 악화시키거나 유발할 수 있는 위험인자들을 지속적으로 관리해야 하며 경추성 현훈의 경우 주요 유발 부위의 이완 및 강화 운동을 통해 현훈을 완화·관리하도록 한다.

3. 권고안

권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
1) 현훈(I)		
침술(A)		
R(I-A-1)	현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 간양상항증(U65.0): 천마구등음 2) 신음허증(U71.4): 보신탕가미 3) 심비양허증(U78.7): 기혈쌍보탕 4) 혈어증(U61.2): 천궁진편, 통규활혈탕가감 5) 풍담증(유사 U72): 현복정	
한약(B)		
R(I-B-1)	현훈 환자의 증상 개선을 위해 공진단 투여를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 심비양허증(U78.7): 공진단	
R(I-B-2)	현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 침술 단독 치료에 비해 한약과 침술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕 2) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕, 보중익기탕	
R(I-B-3)	현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 수기요법 단독 치료에 비해 한약과 수기요법의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): 반하백출천마탕, 정현탕, 택사탕, 계지갈근탕 2) 수기능심증(U67.3): 영계출감탕 3) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕	

R(I-B-4)	<p>현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제), 항고혈압제, 항우울제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려할 수 있다.</p>	C/Low
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합택사탕, 반하백출천마탕합통구활혈탕, 택사탕, 계지가갈근탕, 갈근해기탕, 택사탕가소반하가복령탕, 도담탕 2) 간양상항증(U65.0): 진간식풍탕 3) 수기능심증(U67.3): 영계출감탕, 시호가용골모려탕 4) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕, 보중익기탕, 사물탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine), 시네파지드(cinopazide) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine), 아스피린(aspirin) 3) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이노제 4) 항우울제: 에스시탈로프람(escitalopram) 		
약침술(C)		
R(I-C-1)	<p>현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 약침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.</p>	B/Moderate
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 약침: 복방 단삼주사액(단삼, 강향 추출물) 		
수기요법(D)		
R(I-D-1)	<p>급성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)을 사용할 것을 고려해야 한다.</p>	B/Moderate
2) 전정계 현훈(II)		
침술(A)		
R(II-A-1)	<p>전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위해 일반침술을 사용할 것을 고려해야 한다.</p>	B/Moderate
한약(B)		
R(II-B-1)	<p>전정계 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.</p>	C/Low
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합택사탕, 택사탕, 도담탕 2) 간양상항증(U65.0): 진간식풍탕 3) 수기능심증(U67.3): 영계출감탕 4) 심비양허증(U78.7): 사물탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine), 시네파지드(cinopazide) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine), 아스피린(aspirin) 		

수기요법(D)		
R(II-D-1)	미로자극으로 인한 급성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 근건이완수기요법 (내관 경혈 자극 요법)을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
2-1) 전정계 중추성 현훈(II a)		
한약(B)		
R(IIa-B-1)	중추성 전정계 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합택사탕, 택사탕, 도담탕 2) 간양상항증(U65.0): 진간식풍탕 3) 수기능심증(U67.3): 영계출감탕 4) 심비양허증(U78.7): 사물탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine), 시네파지드(cinepazide) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine), 아스피린(aspirin) 	
2-1-1) 허혈성 뇌질환		
침술(A)		
R(IIa-A-1)	허혈성 뇌질환 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일반침술을 반하백출천마탕 가감방과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72) <ol style="list-style-type: none"> (1) 반하백출천마탕가감: 백출15g, 반하10g, 천마15g, 진피10g, 복령20g, 택사20g, 갈근20g, 석창포20g, 감초6g 	
R(IIa-A-2)	허혈성 뇌질환 현훈 환자의 증상 개선을 위해 말초혈액순환 개선제 단독 치료에 비해 일반침술을 말초혈액순환 개선제와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 말초혈액순환 개선제(베타히스틴 메실산염(Betahistine Mesilate)) 	
R(IIa-A-3)	허혈성 뇌질환 현훈 환자의 증상 개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 일반침술을 혈관확장제와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 혈관확장제(플루나리진(flunarizine)) 	

2-1-2) 뇌동맥 경화성 현훈		
한약(B)		
R(IIa-B-1-1)	<p>뇌동맥경화성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 정현탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 황기, 구기자, 하수오, 계혈등 각30g, 반하, 산수유, 갈근, 택사 각20g, 당삼, 백출, 조구등, 천궁, 천마 각15g (Chen 2019-2) - 정현탕: 천마, 갈근, 황기, 당삼 각15g, 택사 30g, 황백, 승마 각4g, 백출 10g, 백작약, 백개자 각12g, 자감초, 하엽 각 6g (Du 2019) - 산수유, 구기자, 하수오 각30g, 황기, 천마, 천궁, 갈근 각15g, 계혈등 30g, 조구등 15g, 택사 20g, 반하 10g, 당삼 15g (Jang 2019-4) - 당삼 25g, 초백출, 복령, 진피 12g, 천마, 반하, 전갈 9g, 초백작약 12g, 야고등 30g, 감초 6g (Li 2017-2) (2) 택사탕: 천궁, 숙지황, 천마, 조구등 10g, 당삼, 단삼 12g, 회우슬, 초백작약 15g, 당귀, 갈근 20g, 황기 30g (Wu 2018) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 니모디핀(nimodipine) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine) 	C/Low
2-1-3) 척추기저동맥부전성 현훈		
침술(A)		
R(IIa-A-4)	<p>척추기저동맥부전 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일 반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 심비양허증(U78.7): 인삼탕가감, 귀비탕가감, 익기활혈탕 2) 간양상항증(U65.0): 천마구등음 	B/Moderate
R(IIa-A-5)	<p>척추기저동맥부전 현훈 환자의 증상 개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 일반침술을 혈관확장제와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 혈관확장제(플루나리진(flunarizine)) 	B/Moderate
R(IIa-A-6)	<p>척추기저동맥부전 현훈 환자의 증상 개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 온침술을 혈관확장제와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 혈관확장제(플루나리진(flunarizine), 니모디핀(nimodipine)) 	C/Low

한약(B)	
R(IIa-B-1-2)	<p>척추기저동맥부전 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 정현탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 천마, 백출, 당삼, 천궁, 조구등 15g, 계혈등, 구기자, 황기, 하수오 30g, 택사, 산수유, 갈근, 반하 20g (Yang 2017) - 갈근 40g, 황기, 옹골, 모려 30g, 흥경천, 단삼, 해풍등 20g, 삼칠, 산사, 천마 15g, 천궁, 은행 10g (Yang 2018-1) (2) 반하백출천마탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 반하, 백출, 천마, 복령 각9g, 감초, 생강, 굴홍 각6g, 대조 10g (Ceng 2018) - 반하, 백출, 천궁, 대조 각15g, 천마, 복령, 진피, 석창포 각10g, 갈근 30g, 당귀 9g, 감초 5g, 생강 6g (Hu 2017) - 진피 6g, 자감초 6g, 강반하 9g, 천마9g, 백출 10g, 복령 10g, 산약 10g, 당삼 10g, 택사 20g, 황기 20g (Jang 2017-1) - 법반하, 백출 각15g, 천마, 진피, 생강, 복령, 택사 각10g, 천궁 15g, 대조 3개, 오공 2개 (Jang 2018-1) - 감초 6g, 반하 10g, 택사 20g, 천마 10g, 복령 20g, 진피 12g, 백출 15g, 갈근 15g (Jang 2019-3) - 법반하 10g, 천마 15g, 복령, 굴홍, 백출 각12g, 감초 10g (Liu 2018-1) - 반하, 백출, 복령 각15g, 천마 20g, 굴홍 15g, 감초 15g, 생강 3편, 대조 5개 (Liu 2018-2) - 강반하 10g, 초백출 15g, 천마 12g, 복령 20g, 진피 15g, 당귀 10g, 천궁 15g, 당삼 18g, 시호, 자감초 10g (Wang 2017-2) - 감초 6g, 죽여, 반하 10g, 백출, 진피, 복령, 울금, 석창포 15g, 갈근, 천마 20g (Wang 2019-2) - 천마 10g, 법반하 15g, 백출 10g, 황기 20g, 복령 15g, 진피 10g, 당귀 15g, 단삼 20g, 천궁 10g, 상기생 15g, 구기자 20g (Wu 2015) - 강반하, 백출 9g, 천마 10g, 진피 7g, 산약, 당삼, 복령 10g, 택사, 황기 15g, 자감초 7g (Xiao 2019) - 제반하, 제남성, 천궁, 당귀 12g, 천마 15g, 진피, 백출, 복령, 강잠, 지실 10g, 전갈, 감초 6g (Yan 2018) - 백작약 20g, 단삼, 천마 15g, 법반하, 백출, 진피, 복령, 당귀 12g, 홍화 10g, 담남성 9g, 감초 3g (Yang 2016) - 법반하 15g, 천마, 백출 10g, 복령 15g, 황기, 단삼 20g, 당귀 15g, 진피 10g, 구기자 20g, 상기생 15g, 천궁 10g (Yang 2019-1) (3) 반하백출천마탕합택사탕: 백복령, 백작약 30g, 강반하, 단삼 15g, 선복화 12g, 천마, 죽여 10g, 택사, 진피 8g, 초백출, 절패모, 감초 6g (Tian 2019-1) (4) 도담탕: 복령, 백출, 택사, 담남성, 창포 각15g, 진피, 천마, 옹담초, 국화, 울금 각10g, 갈근 30g (Zhang 2007) 2) 간양상항증(U65.0): <ol style="list-style-type: none"> (1) 진간식풍탕: 회우슬 30g, 생자석 30g, 옹골 15g, 모려 15g, 구판 15g, 국화 15g, 현삼 1.5g, 천문동 15g, 천련자 6g, 맥아 6g, 인진 6g, 감초 4.5g (Chen 2019-1) 3) 수기능심증(U67.3): <ol style="list-style-type: none"> (1) 영계출감탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 자감초 6g, 맥문동, 홍삼, 진피 각10g, 천궁, 계지, 초백출 각15g, 복령, 황기 각30g (Ceng 2019) - 복령 30g, 계지 20g, 백출 30g, 자감초 10g (Li 2017-1) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine), 시네파지드(cinopazide) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine), 아스피린(aspirin)

2-1-4) 편두통성 현훈		
한약(B)		
R(IIa-B-1-3)	편두통성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제) 단독 투여에 비해 사물탕과 항현훈제의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 심비양허증(U78.7): <ol style="list-style-type: none"> (1) 사물탕: 천궁 10g, 백지 10g, 당귀 10g, 숙지황 6g (He 2013) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine) 	
2-2) 전정계 말초성 현훈(II b)		
2-2-1) 메니에르 병		
침술(A)		
R(IIb-A-1)	메니에르 병으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료만 병행하여 시행하는 것에 비해 일반침술을 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 말초혈액순환 개선제(베타히스틴(betahistine)), 신경 보호제(메코발라민(MeCobalamin)) 	
한약(B)		
R(IIb-B-1)	메니에르 병으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 정현탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 천마 15g, 조구등 20g, 갈근, 야교등 30g, 투골초 20g, 석결명 30g, 석창포, 원지 20g, 도인, 천우슬 15g, 토별충 10g, 오공 6g (Tan 2017) - 천마 15g, 구등 20g, 석결명 30g, 투골초 20g, 갈근 30g, 오공 6g, 천우슬 15g, 도인 15g, 토별충 10g, 석창포 20g, 원지 20g, 야교등 30g (Zhang 2015) (2) 택사탕 가감방: 택사 50g, 백출 20g, 복령 15g, 천마, 강반하, 진피, 생강 10g (Xia 2017) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine) 	
2-2-2) 양성 돌발성 체위성 현훈		
침술(A)		
R(IIb-A-2)	양성 돌발성 체위성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 이석정복술 단독 치료에 비해 일반침술을 이석정복술과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate

한약(B)		
R(IIb-B-2)	양성 돌발성 체위성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 이석정복술 단독 요법에 비해 한약과 이석정복술의 병행 요법을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): (1) 반하백출천마탕 가감방: - 반하 15g, 진피12g, 백출12g, 천마 12g, 복령 25g, 택사 30g, 황기 45g, 생강 10g, 대조 10g, 감초 6g (Lu 2016) - 황기 45g, 택사 30g, 복령 25g, 백출 12g, 반하 12g, 진피 12g, 천마 12g, 대조 10g, 생강 10g, 감초 6g (Luo 2019) (2) 택사탕 가감방: - 택사 60g, 백출 36g, 법반하 12g, 천마 6g, 진피 6g, 복령 12g, 생강 6g (Lu 2012) - 택사 35g, 백출 20g, 생강 10g, 대조 20g, 감초 6g (Qu 2017) 2) 수기능심증(U67.3): (1) 영계출감탕 가감방: 택사 20g, 백출, 복령 각15g, 조구등, 생강, 계지, 법반하 각12g, 천마, 진피, 국화 각9g, 감초 6g (Wang 2018, Yang 2019-2) 3) 심비양허증(U78.7): (1) 익기충명탕: 황기 20g, 당삼 20g, 만형자 15g, 황백 10g, 백작약 15g, 천마 6g, 갈근 15g, 자감초 9g (Zheng 2014)	
수기요법(D)		
R(IIb-D-1)	양성 돌발성 체위성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 이석정복술을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
2-2-3) 전정신경염		
침술(A)		
R(IIb-A-3)	전정신경염으로 인한 급성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
3) 비전정계 현훈(III)		
한약(B)		
R(III-B-1)	비전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약재 추출물 투여를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 간양상항증(U65.0): 황련해독탕 ● 단일 한약재: 괴각	

R(III-B-2)	<p>비전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위해 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제, 항우울제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려해야 한다.</p>	B/Moderate
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합동규활형탕, 계지가갈근탕, 갈근해기탕 2) 수기능심증(U67.3): 시호가용골모려탕 3) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕, 보중익기탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine) 2) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이뇨제 3) 항우울제: 에스시탈로프람(escitalopram) 		
3-1) 경추성 현훈(III a)		
침술(A)		
R(IIIa-A-1)	<p>경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 구술 단독 치료에 비해 일반침술을 구술과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.</p>	B/Moderate
R(IIIa-A-2)	<p>경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일반침술을 한약과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72) <ol style="list-style-type: none"> (1) 두충, 숙지황, 당삼, 백작 각 15g, 천마, 복령, 당귀 각 12g, 자감초 6g, 갈근 20g, 천궁, 위령선, 방풍, 독활 각 10g (2) 반하백출천마탕 (3) 정현통락탕 (4) 지현통비탕 2) 간양상항증(U65.0) <ol style="list-style-type: none"> (1) 천마구등음 3) 혈어증(U61.2) <ol style="list-style-type: none"> (1) 지현탕 (2) 양혈청뇌과립 	B/Moderate
R(IIIa-A-3)	<p>경추성 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 일반침술을 경추부 근육이완요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.</p>	B/Moderate
R(IIIa-A-4)	<p>경추성 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 추나요법 단독 치료에 비해 일반침술을 추나요법과 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한방물리요법 중 추나요법은 단순추나(근막추나, 관절가동추나, 관절신연추나), 복잡추나(관절교정추나), 특수추나(탈구추나)로 분류된다. 	C/Low
R(IIIa-A-5)	<p>경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 일반침술을 혈관확장제와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.</p>	B/Moderate
R(IIIa-A-6)	<p>경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 고압산소치료 단독 요법에 비해 일반침술을 고압산소치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.</p>	C/Low

R(IIIa-A-7)	경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 도침술을 경추부 근육이완요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R(IIIa-A-8)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 추나요법 단독 치료에 비해 도침술을 추나요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 ● 한방물리요법중 추나요법은 단순추나(근막추나, 관절가동추나, 관절신연추나), 복잡추나(관절교정추나), 특수추나(탈구추나)로 분류된다.	B/Moderate
R(IIIa-A-9)	경추성 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 경추 안전성 운동 단독 치료에 비해 도침술을 경추 안전성 운동과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R(IIIa-A-10)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 추나요법 단독 치료에 비해 침전기자극술을 추나요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R(IIIa-A-11)	경추성 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제 단독 치료에 비해 침전기자극술을 항현훈제와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다. 임상적 고려사항 ● 말초혈액순환 개선제(베타히스틴(betahistine)), 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))	B/Moderate
R(IIIa-A-12)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 기기극술을 경추부 근육이완요법과 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R(IIIa-A-13)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 매선술을 한약과 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low

한약(B)	
R(IIIa-B-1)	<p>경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 침술 단독 치료에 비해 한약과 침술의 병행 치료를 고려해야 한다.</p> <p style="text-align: right;">B/Low</p> <p>임상적 고려사항</p> <p>● 한약처방:</p> <p>1) 풍담증(유사 U72):</p> <p>(1) 반하백출천마탕 가감방: 백출, 몰약, 강활, 천마, 유향, 굴홍, 천궁, 조구등 10g, 감초, 반하 6g, 복령 20g, 전갈 3g (Yao 2018)</p> <p>2) 심비양허증(U78.7):</p> <p>(1) 익기총명탕 가감방:</p> <p>- 황기, 백작약, 만형자 각15g, 갈근, 백출, 반하, 단삼, 자하수오 각12g, 승마 9g, 감초 6g (Dai 2018)</p> <p>- 황기 30g, 당삼 20g, 갈근 15g, 승마 10g, 만형자 15g, 택사 10g, 백출, 천궁 20g, 당귀, 굴홍 15g, 자감초 10g (Gu 2018)</p> <p>- 백출 12g, 만형자 13g, 감초 13g, 반하 11g, 승마 7g, 황백 8g, 단삼 14g, 인삼 11g, 백작약 11g, 황기 12g, 갈근 10g, 자하수오 11g (Qiu 2018)</p> <p>- 황기 12g, 단삼 15g, 당삼 15g, 승마 8g, 갈근 30g, 당귀 10g, 백출 12g, 천궁 10g, 백작약 10g, 복령 10g, 숙지황 10g, 자감초 6g, 만형자 15g (Qiu 2019)</p> <p>- 황기, 인삼, 만형자, 백작약, 단삼, 감초 10~15g, 갈근, 백출, 반하, 자하수오 10~12g, 승마, 황백 6~9g (Rao 2017)</p> <p>- 황기 12g, 인삼 11g, 승마 7g, 만형자 13g, 백작약 11g, 갈근 10g, 황백 8g, 단삼 14g, 백출 12g, 감초 13g, 자하수오 11g, 반하 11g (Wang 2017-1)</p> <p>- 감초 6g, 승마 9g, 황기 15g, 황백 3g, 갈근 9g, 백작약 10g, 인삼 15g, 만형자 6g (Yang 2018-2)</p> <p>(2) 보중익기탕 가감방: 황기 60g, 당삼 10g, 백출 10g, 승마 6g, 시호 12g, 진피 6g, 당귀 10g, 황백 12g, 갈근 30g, 택사 30g, 백작약 10g, 감초 9g (Lu 2017-1)</p>
R(IIIa-B-2)	<p>경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 수기요법 단독 치료에 비해 한약과 수기요법의 병행 치료를 고려해야 한다.</p> <p style="text-align: right;">B/Moderate</p> <p>임상적 고려사항</p> <p>● 한약처방:</p> <p>1) 풍담증(유사 U72):</p> <p>(1) 정현탕 가감방:</p> <p>- 당삼, 용골, 복령, 모려 각30g, 백출, 택사 각20g, 당귀, 백작약, 하엽, 천궁 각15g, 계지, 진피, 천마, 시호 각10g, 자감초, 건강 각9g (Liu 2019)</p> <p>- 천마 12g, 조구등 12g, 모려 30g, 진주모 30g, 단삼 9g, 천궁 9g, 전갈 12g, 갈근 20g, 상기생 12g (Wang 2010)</p> <p>- 천마 10~15g, 조구등 30g, 백작약 30g, 천궁 15~30g, 단삼 15~30g, 갈근 30~60g, 복령 30g, 자감초 10g (Zhu 2019-1)</p> <p>(2) 반하백출천마탕 가감방:</p> <p>- 갈근 12g, 작약 10g, 계지 12g, 천마 12g, 법반하 9g, 복령 12g, 백출 15g, 굴피 6g, 감초 6g, 대조 3개 (Cai 2019)</p> <p>- 반하 9g, 백출 10g, 천마 9g, 복령 10g, 진피 10g, 생강 6g, 감초 6g, 대조 2개 (Pan 2019)</p> <p>(3) 계지갈근탕: 계지 9g, 백작약 9g, 갈근 15g, 천마 15g, 천궁 10g, 백지 10g (Shang 2016)</p>

R(IIIa-B-3)	<p>경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려해야 한다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 반하백출천마탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 복령 30g, 제당성, 강반하, 택사 각10g, 후박, 진피, 백출, 천마, 천궁, 만형자 각12g (Gao 2018) - 반하 10g, 백작약 15g, 진피 12g, 백출 15g, 죽여 15g, 생강 10g, 복령 15g, 지각 12g (Gu 2019) - 반하, 천마, 백출, 복령 9g, 굴홍, 감초, 생강 6g, 대조 3개 (Tan 2019) (2) 정현탕 가감방: 당삼 20g, 백출 20g, 복령 15g, 반하 9g, 진피 10g, 당귀 10g, 천궁 15g, 백작약 15g, 택사 20g, 용골 30g, 모려 30g, 자감초 5g (Ji 2016) (3) 갈근해기탕: 갈근, 시호, 황금, 적작약, 강활, 석고, 승마, 백지, 길경 4g, 감초 2g, 대추 2개, 생강 3편 (Hu 2019) 2) 심비양허증(U78.7): <ol style="list-style-type: none"> (1) 익기총명탕 가감방: 황기, 당삼, 갈근, 승마, 만형자, 택사, 백출, 천궁, 굴홍, 통천초 등 (Qin 2012) (2) 보중익기탕: 백출 12g, 황기 15g, 당귀 10g, 인삼 10g, 승마 3g, 자감초 5g, 시호, 진피 3g (Yu 2019) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine) 	B/Low
약침술(C)		
R(IIIa-C-1)	<p>경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 전기자극요법과 견인요법만 병행 치료하는 것에 비해 약침술을 전기자극요법과 견인요법에 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 약침: 향단 주사액(단삼, 강향 추출물) 	B/Moderate
수기요법(D)		
R(IIIa-D-1)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 수기요법을 사용할 것을 권고한다.	A/High
R(IIIa-D-2)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 물리치료 단독 요법에 비해 수기요법과 물리치료의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R(IIIa-D-3)	<p>경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항콜린제(라세아니소다민(raceani-sodamine))와 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))만 병행 투여하는 것에 비해 추나요법과 항콜린제와 혈관확장제의 병행 치료를 고려해야 한다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 추나요법은 관절의 가동 저항점을 넘어서는 강한 수동적 운동을 포함하므로 부적절한 수기 및 동작에 의한 위험요소를 갖고 있음을 숙지해야 한다. 항상 전체적이고 정밀한 진단 평가를 시행하고 추나요법의 합병증과 금기사항을 잘 인지하고 있어야 한다. 	B/Moderate
R(IIIa-D-4)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 추나요법과 일반침술 및 혈관확장제의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R(IIIa-D-5)	경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 일반침술 단독 치료에 비해 추나요법과 일반침술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

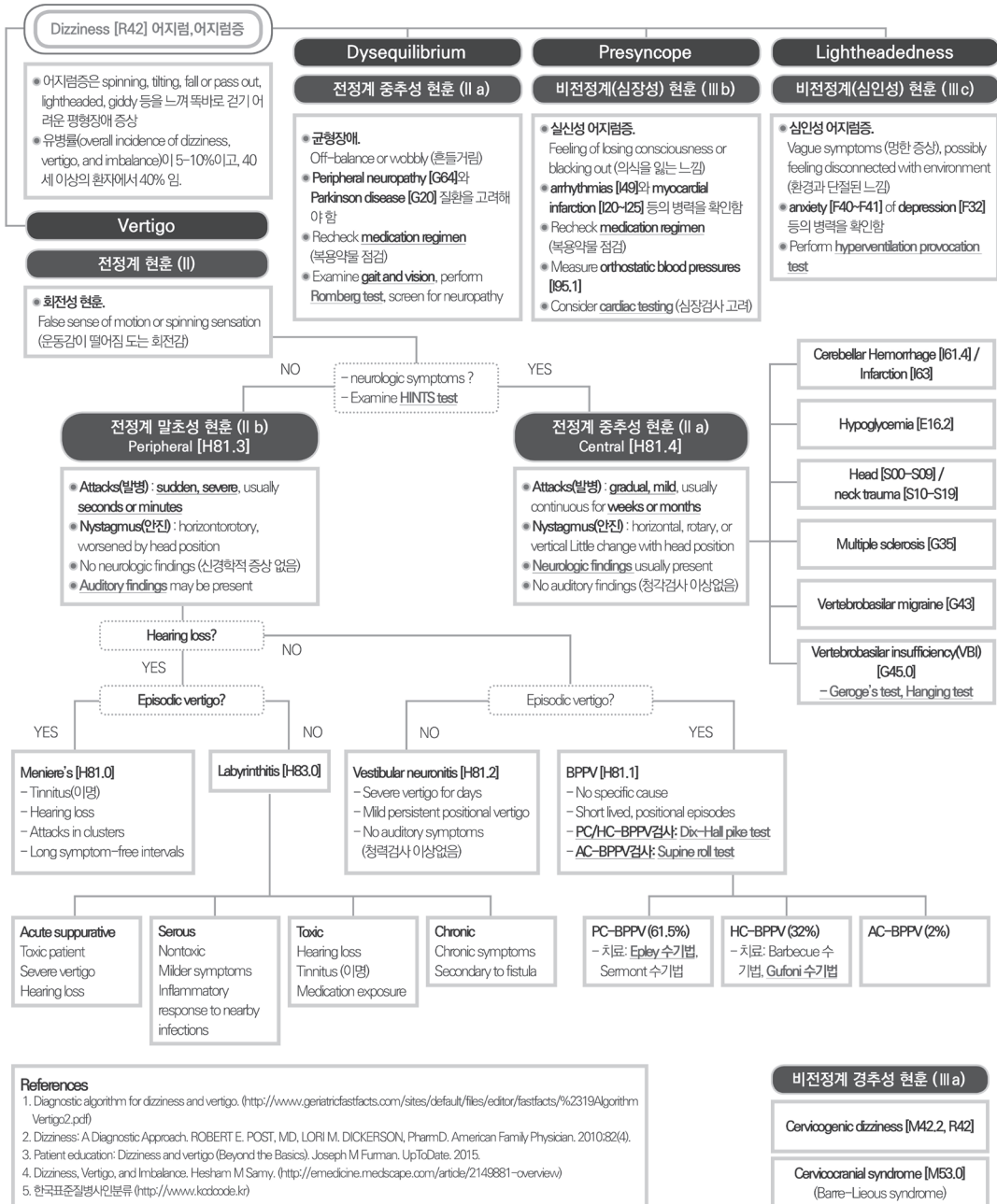
R(IIIa-D-6)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 침전기자극술 단독 치료에 비해 추나요법과 침전기자극술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R(IIIa-D-7)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 온침술 단독 치료에 비해 추나요법과 온침술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R(IIIa-D-8)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 견인요법 단독 치료에 비해 추나요법과 견인요법의 병행 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R(IIIa-D-9)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 도침술 단독 치료에 비해 수기요법과 도침술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R(IIIa-D-10)	경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥 평균혈류속도 개선을 위해 근건이완수기요법 단독 치료에 비해 근건이완수기요법과 추나요법의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
심신요법(E)		
R(IIIa-E-1)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 태극권 자가 운동 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R(IIIa-E-2)	경추성 현훈 환자의 추골동맥 혈류속도 개선을 위해 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법만 병행 치료하는 것에 비해 태극권을 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
3-2) 심장성 현훈(III b)		
한약(B)		
R(IIIb-B-1)	심장성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 계지가갈근탕, 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합동규활혈탕 2) 간양상항증(U65.0): 황련해독탕 3) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 베타히스틴(betahistine) 2) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이뇨제 	
3-2-1) 만성 심부전성 현훈		
한약(B)		
R(IIIb-B-1-1)	만성 심부전으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항고혈압제 단독 투여에 비해 한약과 항고혈압제의 병행 투여를 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 계지가갈근탕 2) 간양상항증(U65.0): 황련해독탕 3) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이뇨제 	

3-2-2) 경동맥 심장 증후군성 현훈		
한약(B)		
R(IIIb-B-1-2)	경동맥 심장 증후군으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항고혈압제(칼슘길항제) 단독 투여에 비해 계지가갈근탕 가미방과 항고혈압제의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): (1) 계지가갈근탕 가미방: 계지 10g, 백작약 12g, 갈근 25g, 강활 10g, 전갈 6g, 당귀 15g, 위령선 10g, 생강 10g, 대조 15g, 자감초 6g (Tian 2010) ● 합성의약품: 1) 항고혈압제: 칼슘길항제	
3-2-3) 고혈압성 현훈		
한약(B)		
R(IIIb-B-1-3)	고혈압성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 황련해독탕 투여를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 간양상항증(U65.0): (1) 황련해독탕: 황금, 황련, 산치자, 황백 (함유량비 3:2:2:1.5) (Arakawa 2006)	
R(IIIb-B-1-4)	고혈압성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): (1) 정현탕 가감방: 산수유, 구기자, 하수오 각30g, 황기, 천마, 천궁, 갈근 각15g, 계혈등 30g, 조구등 15g, 택사 20g, 반하 10g, 당삼 15g (Jang 2018-2) (2) 반하백출천마탕 가감방: 복령 20g, 천마, 진피, 법반하 15g, 백출 12g, 석창포, 생강 10g, 원지 6g (Wu 2019) (3) 반하백출천마탕합통규활혈탕 가감방: - 산사, 적작약 각15g, 복령, 의이인, 지각, 단삼, 홍화 각12g, 반하, 천마, 백출, 지룡 각9g, 굴피 6g (Li 2017-3) - 백출, 복령 15g, 반하 10g, 천마 15g, 굴홍, 천궁, 도인, 대조, 생강, 홍화 10g, 단삼 20g, 적작약 10g, 삼찰 3g (Zhu 2019-2) 2) 심비양허증(U78.7): (1) 익기총명탕 가감방: - 황기 30g, 복령 15g, 당삼 30g, 진피 10g, 황백 5g, 법반하 15g, 백작약 15g, 승마 5g, 갈근 30g, 만형자 10g, 자감초 5g (Gu 2015) - 자감초 5g, 만형자 10g, 갈근 30g, 승마 5g, 백작약 15g, 법반하 15g, 황백 5g, 진피 10g, 당삼 30g, 복령 15g (Gu 2017) - 황기 30g, 복령 15g, 당삼 30g, 진피 10g, 황백 5g, 법반하 15g, 백작약 15g, 자감초 5g, 승마 5g, 만형자 10g, 갈근 30g (Wang 2014) ● 합성의약품: 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 베타히스틴(betahistine) 2) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이뇨제	

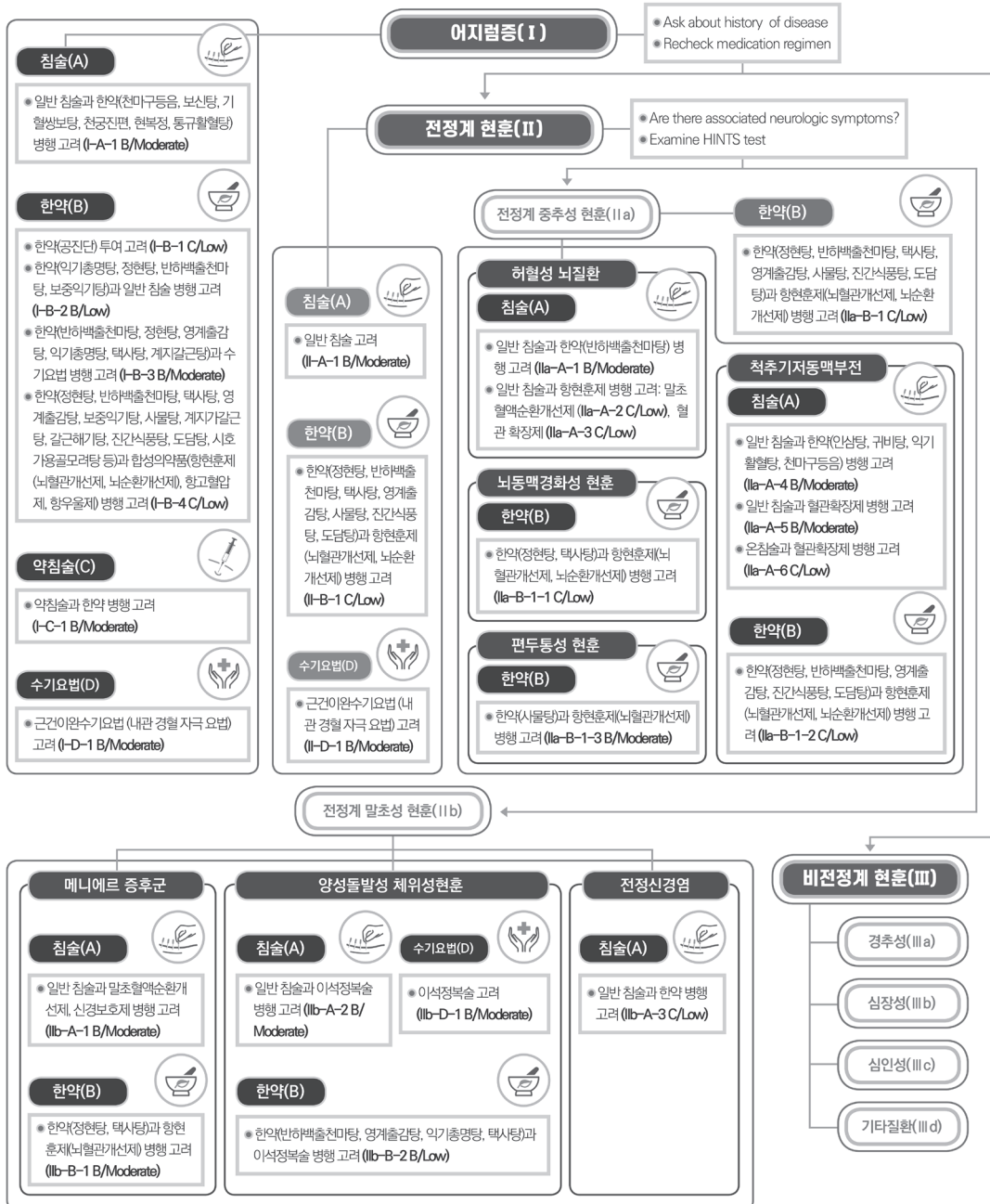
3-2-4) 혈관 미주신경성 실신		
약침술(C)		
R(IIIb-C-1)	혈관 미주신경성 실신 환자의 증상 개선을 위해 베타차단제 단독 치료에 비해 약침술을 베타차단제에 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 약침: 황기주사액	
3-3) 심인성 현훈(III c)		
3-3-1) 만성 주관적 어지럼증(CSD)		
심신요법(E)		
R(IIIc-E-1)	만성 주관적 어지럼증 환자의 증상 개선을 위해 태극권 자가 운동 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R(IIIc-E-2)	만성 주관적 어지럼증 환자의 증상 개선을 위해 항우울제 단독 치료에 비해 인지행동요법을 항우울제와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 합성의약품: 1) 항우울제: 에스시탈로프람(escitalopram)	
3-3-2) 심인성 어지럼증		
한약(B)		
R(IIIc-B-1)	심인성 어지럼증 환자의 증상 개선을 위해 항우울제 단독 투여에 비해 시호 가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 수기능심증(U67.3): - 시호가용골모려탕: 시호 15g, 용골, 모려 30g, 황금, 당삼 10g, 반하, 생강 9g, 대조, 계지 10g, 복령 20g, 대황 6g (Xie 2018) ● 합성의약품: 1) 항우울제: 에스시탈로프람(escitalopram)	
심신요법(E)		
R(IIIc-E-3)	심인성 어지럼증 환자의 증상 개선을 위해 인지행동요법과 전정재활의 병행 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
3-4) 부인과 질환(III d)		
3-4-1) 갱년기증후군		
한약(B)		
R(III d-B-1)	갱년기 증후군 환자의 현훈을 개선하기 위해 한약재 추출물 (괴각 추출물) 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate

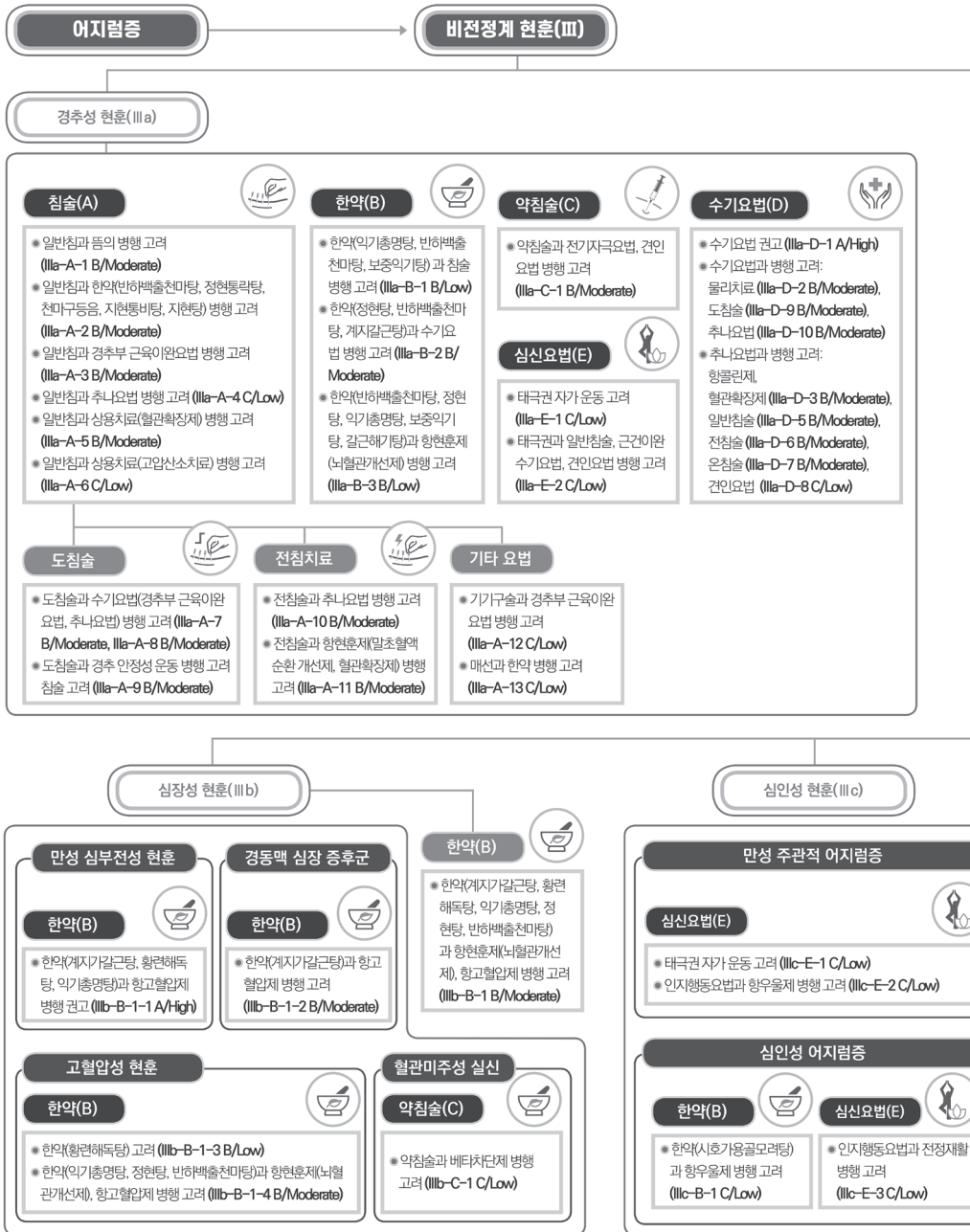
4. 진료 알고리즘

1) 진단 알고리즘 흐름도



2) 치료에 대한 임상 알고리즘 흐름도





Summary

1. Background and purpose
2. Overview of disease
3. Recommendations
4. Clinical algorithm

1. Background and purpose

Dizziness is one of the most common symptoms that patients complain about, and it is physical imbalance felt subjectively. More than 50% of the elderly complain of dizziness, and it is the most common cause of visiting a doctor in patients over the age of 75.

Considering the importance of vertigo (dizziness), which is expected to occupy a high proportion in the medical environment in the future, it is necessary to develop an Evidence-based Clinical Practice Guideline, which is the basis for Korean medicine treatment.

The standard clinical practice guidelines for vertigo (dizziness) are based on the scientific basis for the algorithm for diagnosing KCD disease for vertigo (dizziness), standard dialectic criteria for Korean medicine, and Korean medicine interventions (acupuncture, herbal medicine, herbal acupuncture, manual therapy, and mental and physical therapy). It provides recommendation based on the guideline.

This clinical practice guideline was developed to be mainly used by Korean medicine clinics (primary medical institutions), Korean medicine hospitals (secondary medical institutions), and Korean medicine doctors in public medical institutions for vertigo (dizziness).

2. Overview of disease

Dizziness is an abnormal sensation such as feeling of dizziness, fainting, or spinning. In Korean medicine, the term 眩暈(pronounced as 'hyeonhun') is mainly used. 眩(pronounced as 'hyeon') means that things are dark or that things appear dim and sometimes the fire flashes in front of your eyes, and 暈(pronounced as 'hun') means that you cannot stand because you or your surroundings seem to be turning. In severe cases, symptoms such as tinnitus, hearing loss, nausea, vomiting, chills, and sudden confusion may be accompanied.

The dizziness expressed by the patient is very diverse, but it can be classified into five types: vertigo(眩暈), disequilibrium, presyncope, lightheadedness, and others according to the manifestation pattern and cause.

The cause is mainly caused by an abnormality in the vestibular system, and the causative disease of the vestibular system can be classified again into peripheral and central.

Dizziness in Korean medicine can be classified into blood-stasis pattern, wind-damp pattern, upsurge of liver-yang pattern, water-qi intimidating the heart pattern, and Kidney yin-deficiency pattern, Kidney yang-deficiency pattern, bilateral deficiency of heart and spleen pattern, and etc., or according to Sasang constitution.

Generally in Korean medicine, acupuncture treatment and herbal medicine treatment, etc. are provided and herbal acupuncture therapy, manual therapy, mental and physical and other therapies can be used,

and treatment according to Sasang constitutional diagnosis. Medically, drug treatment can be utilized, and combination treatment with western medicine is sometimes performed.

In order to prevent central dizziness, risk factors that may worsen or cause symptoms such as hypertension, diabetes, and hyperlipidemia must be continuously managed.

3. Recommendations

No.	Recommendation	Strength of recommendation/ Level of evidence
1) Dizziness(I)		
Acupuncture(A)		
R(I-A-1)	For improvement of patients with vertigo, combination treatment with traditional acupuncture and herbal medicine should be considered rather than herbal medicine treatment alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Upsurge of liver–yang pattern (U65.0): Chunmagudeung–eum 2) Kidney yin–deficiency pattern (U71.4): Boshin–tang with modifications 3) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Gihyeolsssangbo–tang 4) Blood–stasis pattern (U61.2): Chungoongjinpyun, Tonggyuhwalhyeol–tang with modifications 5) Wind–phlegm pattern (similar to U72): Hyunbokjung 	
Herbal medicine(B)		
R(I-B-1)	For symptom improvement of patients with vertigo, gongjidan may be prescribed.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Gongjidan 	
R(I-B-2)	For symptom improvement and average blood flow velocity of vertebral artery and basilar artery of patients with vertigo, combination treatment with traditional acupuncture and herbal medicine should be considered rather than acupuncture alone.	B/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind–phlegm pattern (similar to U72): Junghyeon–tang, Banhabaekchulchunma–tang 2) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung–tang, Bojungik–ki–tang 	

R(I-B-3)	For symptom improvement and average blood flow velocity of vertebral artery and basilar artery of patients with vertigo, combination treatment with manual therapy and herbal medicine should be considered rather than manual therapy alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Banhabaekchulchunma-tang, Junghyeon-tang, Taeksa-tang, Gyejigalgeun-tang 2) Water-qi intimidating the heart pattern (U67.3): Youngkyechulgam-tang 3) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung-tang 	
R(I-B-4)	For symptom improvement and average blood flow velocity of vertebral artery and basilar artery of patients with vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and synthetic drugs (antivertigo medications, antihypertensive drugs, antidepressants) may be considered rather than synthetic drugs alone.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Junghyeon-tang, Ikgichongmyung-tang, Banhabaekchulchunma-tang, Banhabaekchulchunma-tang plus Taeksa-tang, Banhabaekchulchunma-tang plus Tongkyuhwalhyeol-tang, Taeksa-tang, Bojungikki-tang, Samul-tang, Gyejigalgeun-tang, Galgeunhaegi-tang, 2) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Jingshikpoong-tang, 3) Water-qi intimidating the heart pattern (U67.3): Youngkyechulgam-tang, Sihogayong-golmoryu-tang 4) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung-tang, Bojungikki-tang, Samul-tang ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): flunarizine, betahistine, nimodipine, cinepazide 2) Antivertigo drugs(cerebral circulation enhancer): vinpocetine, aspirin 3) antihypertensive drugs: β-blocker, vasodilator, calcium channel blocker, angiotensin converting enzyme inhibitor, diuretics 4) Antidepressant: escitalopram 	
Pharmacoacupuncture(C)		
R(I-C-1)	For improvement of patients with vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and pharmacoacupuncture should be considered rather than herbal medicine alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Pharmacopuncture: combination injection (extract of <i>Salviae miltiorrhizae Radix</i> and <i>Dalbergia odorifera</i> T. Chen) 	
Manual therapy(D)		
R(I-D-1)	For improvement of patients with acute vertigo, meridian manual therapy (PC-6 massage therapy) should be considered.	B/Moderate

2) Vestibular vertigo(II)		
Acupuncture(A)		
R(II-A-1)	For improvement of patients with vestibular vertigo, traditional acupuncture should be considered rather than Sham acupuncture.	B/Moderate
Herbal medicine(B)		
	For improvement of patients with vestibular vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and antivertigo medications may be considered rather than antivertigo medications alone.	C/Low
R(II-B-1)	<p>Clinical Considerations</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Junghyeon-tang, Banhabaekchulchunma-tang, Banhabaekchulchunma-tang plus Taeksa-tang, Taeksa-tang, Dodam-tang 2) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Jingshikpoong-tang 3) Water-qi intimidating the heart pattern (U67.3): Youngkyechulgam-tang 4) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Samul-tang ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): flunarizine, betahistine, nimodipine, cinpezide 2) Antivertigo drugs(cerebral circulation enhancer): vinpocetine, aspirin 	
Manual therapy(D)		
R(II-D-1)	For improvement of patients with acute vertigo due to labyrinthine stimulation, meridian manual therapy (PC-6 massage therapy) should be considered.	B/Moderate
2-1) Vestibular central vertigo(II a)		
Herbal medicine(B)		
	For improvement of patients with central vestibular vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and antivertigo medications may be considered rather than antivertigo medications alone.	C/Low
R(IIa-B-1)	<p>Clinical Considerations</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Junghyeon-tang, Banhabaekchulchunma-tang, Banhabaekchulchunma-tang plus Taeksa-tang, Taeksa-tang, Dodam-tang 2) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Jingshikpoong-tang 3) Water-qi intimidating the heart pattern (U67.3): Youngkyechulgam-tang 4) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Samul-tang ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): flunarizine, betahistine, nimodipine, cinpezide 2) Antivertigo drugs(cerebral circulation enhancer): vinpocetine, aspirin 	

2-1-1) Brain ischemia		
Acupuncture(A)		
R(IIa-A-1)	For improvement of patients with brain ischemia, combination treatment with traditional acupuncture and herbal medicine should be considered rather than herbal medicine alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72) <ol style="list-style-type: none"> (1) Banhabaekchulchunma-tang with modifications: Atractylodis Rhizoma Alba 15g, Pinelliae Rhizoma 10g, Gastrodiae Rhizoma 15g, Citrus Unshiu 10g, Poria Sclerotium 20g, Alismatis Rhizoma 20g, Puerariae Radix 20g, Acori graminei rhizoma 20g, Glycyrrhizae Radix 6g 	
R(IIa-A-2)	For improvement of patients with brain ischemia, collaboration treatment with traditional acupuncture and blood circulating agent may be considered rather than blood circulating agent alone.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Blood circulating agent: Betahistine Mesilate 	
R(IIa-A-3)	For improvement of patients with brain ischemia, collaboration treatment with traditional acupuncture and vasodilator may be considered rather than vasodilator alone.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Vasodilator (Flunarizine) 	
2-1-2) Cerebral arteriosclerotic vertigo		
Herbal medicine(B)		
R(IIa-B-1-1)	For improvement of patients with cerebral arteriosclerotic vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and antivertigo medications (cerebrovascular enhancer, cerebral circulation enhancer) may be considered rather than antivertigo medications alone.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Junghyeon-tang with modifications, Taeksa-tang ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): flunarizine, nimodipine 2) Antivertigo drugs(cerebral circulation enhancer): vinpocetine, Antidepressant 	

2-1-3) Vertebrobasilar insufficiency : VBI		
Acupuncture(A)		
R(IIa-A-4)	For improvement of patients with vertigo due to vertebrobasilar insufficiency, combination treatment with traditional acupuncture and herbal medicine should be considered rather than herbal medicine alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Insam-tang with modifications, Guibi-tang with modifications, Ikgihwalhyeol-tang 2) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Chunmagudeung-eum 	
R(IIa-A-5)	For improvement of patients with vertigo due to vertebrobasilar insufficiency, collaboration treatment with traditional acupuncture and vasodilator should be considered rather than vasodilator alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Vasodilator(Flunarizine) 	
R(IIa-A-6)	For improvement of patients with vertigo due to vertebrobasilar insufficiency, collaboration treatment with warm acupuncture therapy and vasodilator may be considered rather than vasodilator alone.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Vasodilator(Flunarizine, nimodipine) 	
Herbal medicine(B)		
R(IIa-B-1-2)	For improvement of patients with vertigo due to vertebrobasilar insufficiency, collaboration treatment with herbal medicine and antivertigo medications (cerebrovascular enhancer, cerebral circulation enhancer) may be considered rather than antivertigo medications alone.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Junghyeon-tang with modification, Banhabaekchulchunma-tang with modifications, Banhabaekchulchunma-tang plus Taeksa-tang, Dodam-tang 2) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Jinganshikpoong-tang 3) Water-qi intimidating the heart pattern (U67.3): Youngkyechulgam-tang with modifications ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): flunarizine, betahistine, nimodipine, cinepazide 2) Antivertigo drugs(cerebral circulation enhancer): vinpocetine, aspirin 	

2-1-4) Migraine vertigo		
Herbal medicine(B)		
R(IIa-B-1-3)	For improvement of patients with migrainous vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and antivertigo medications (cerebrovascular enhancer) should be considered rather than antivertigo medications alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Samul-tang ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): flunarizine 	
2-2) Aural vertigo(II b)		
2-2-1) Meniere's disease		
Acupuncture(A)		
R(IIb-A-1)	For improvement of patients with Meniere's disease accompanied by vertigo, collaboration treatment with traditional acupuncture and blood circulating agent and neuroprotectants should be considered rather than blood circulating agent and neuroprotectants alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Circulatory improvement agents(Betahistine), neuroprotectant agents(MeCobalamin) 	
Herbal medicine(B)		
R(IIb-B-1)	For improvement of patients with Meniere's disease accompanied by vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and antivertigo medications should be considered rather than antivertigo medications alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Junghyeon-tang with modifications, Taeksa-tang with modifications ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): flunarizine, betahistine 	
2-2-2) Benign paroxysmal positional vertigo: BPPV		
Acupuncture(A)		
R(IIb-A-2)	For improvement of patients with benign paroxysmal positional vertigo, combination treatment with traditional acupuncture and canalith repositioning procedure should be considered rather than canalith repositioning procedure alone.	B/Moderate

Herbal medicine(B)		
R(IIb-B-2)	For improvement of patients with benign paroxysmal positional vertigo, combination treatment with herbal medicine and canalith repositioning procedure should be considered rather than canalith repositioning procedure alone.	B/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription : <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Banhabaekchulchunma-tang with modifications, Taeksa-tang with modifications 2) Water-qi intimidating the heart pattern (U67.3): Youngkyechulgam-tang with modifications 3) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung-tang 	
Manual therapy(D)		
R(IIb-D-1)	For improvement of patients with benign paroxysmal positional vertigo, manual therapy (canalith repositioning procedure) should be considered.	B/Moderate
2-2-3) Vestibular neuritis		
Acupuncture(A)		
R(IIb-A-3)	For improvement of patients with acute vertigo due to vestibular neuritis, combination treatment with traditional acupuncture and herbal medicine may be considered rather than herbal medicine alone.	C/Low
3) Non-vestibular vertigo(III)		
Herbal medicine(B)		
R(III-B-1)	For improvement of patients with non-vestibular vertigo, administration of herbal extract it should be considered.	B/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Hwangryunhaedok-tang ● Single medicinal: Sophorae fructus 	
R(III-B-2)	For improvement of patients with non-vestibular vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and synthetic drugs(antivertigo medications, antihypertensive drugs, antidepressants) should be considered rather than synthetic drugs alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Jungbyeon-tang, Banhabaekchulchunma-tang, Banhabaekchulchunma-tang plus Tongkyuhwalhyeol-tang, Gyejigagalgeun-tang, Galgeunhaegi-tang 2) Water-qi intimidating the heart pattern (U67.3): Sihogayonggolmoryu-tang 3) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung-tang, bojungik-ki-tang ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): flunarizine, betahistine 2) antihypertensive drugs: β-blocker, Vasodilator, calcium channel blocker, angiotensin converting enzyme inhibitor, diuretics 3) Antidepressant: escitalopram 	

3-1) Cervical vertigo(III a)		
Acupuncture(A)		
R(IIIa-A-1)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with traditional acupuncture and moxibustion treatment should be considered rather than moxibustion treatment alone.	B/Moderate
R(IIIa-A-2)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with traditional acupuncture and herbal medicine should be considered rather than herbal medicine alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations ● Prescription: 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Banhabaekchulchunma-tang, Junghyeontong-grak-tang, Jihyeontongbi-tang 2) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Chunmagudeung-eum 3) Blood-stasis pattern (U61.2): Jihyeon-tang, Yanghyeolchungnye granule	
R(IIIa-A-3)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with traditional acupuncture and cervical muscle relaxation therapy should be considered rather than cervical muscle relaxation therapy alone.	B/Moderate
R(IIIa-A-4)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with traditional acupuncture and Chuna manual therapy may be considered rather than Chuna manual therapy alone.	C/Low
	Clinical Considerations ● Chuna therapy of Korean medicine physical therapy can be categorized into simple chuna(fascia chuna, joint mobilization chuna, joint distraction chuna) and complicated Chuna(-joint correction chuna), special chuna(dislocation chuna).	
R(IIIa-A-5)	For improvement of patients with cervical vertigo, collaboration treatment with traditional acupuncture and vasodilator should be considered rather than vasodilator alone.	B/Moderate
R(IIIa-A-6)	For improvement of patients with cervical vertigo, collaboration treatment with traditional acupuncture and hyperbaric oxygen therapy may be considered rather than hyperbaric oxygen therapy alone.	C/Low
R(IIIa-A-7)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with acupotomy therapy and cervical muscle relaxation therapy should be considered rather than cervical muscle relaxation therapy alone.	B/Moderate
R(IIIa-A-8)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with acupotomy therapy and Chuna manual therapy should be considered rather than Chuna manual therapy alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations ● Chuna therapy of Korean medicine physical therapy can be categorized into simple chuna(fascia chuna, joint mobilization chuna, joint distraction chuna) and complicated Chuna(-joint correction chuna), special chuna(dislocation chuna).	

R(IIIa-A-9)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with acupotomy therapy and cervical stabilization exercise should be considered rather than cervical stabilization exercise alone.	B/Moderate
R(IIIa-A-10)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with electroacupuncture and Chuna manual therapy should be considered rather than Chuna manual therapy alone.	B/Moderate
R(IIIa-A-11)	For improvement of patients with cervical vertigo, collaboration treatment with electroacupuncture and antivertigo medications should be considered rather than antivertigo medications alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Circulatory improvement agents(Betahistine), Vasodilator(Flunarizine) 	
R(IIIa-A-12)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with electric moxibustion and cervical muscle relaxation therapy may be considered rather than cervical muscle relaxation therapy alone.	C/Low
R(IIIa-A-13)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with thread embedding therapy and herbal medicine may be considered rather than herbal medicine alone.	C/Low
Herbal medicine(B)		
R(IIIa-B-1)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with traditional acupuncture and herbal medicine should be considered rather than acupuncture treatment alone.	B/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Banhabaekchulchunma-tang with modifications 2) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung-tang with modifications, Bojungikki-tang with modifications 	
R(IIIa-B-2)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with manual therapy and herbal medicine should be considered rather than manual therapy alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription : 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Junghyeon-tang with modifications, Banhabaekchulchunma-tang with modifications, Gyejigalgeun-tang 	
R(IIIa-B-3)	For improvement of patients with cervical vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and antivertigo medications should be considered rather than antivertigo medications alone.	B/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Banhabaekchulchunma-tang with modifications, Junghyeon-tang with modifications, Galgeunhaegi-tang 2) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung-tang with modifications, Bojungikki-tang ● Synthetic drugs: 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): flunarizine, betahistine 	

Pharmacopuncture(C)		
R(IIIa-C-1)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with pharmacopuncture, electrical stimulation therapy and traction treatment should be considered rather than electrical stimulation therapy and traction treatment alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations ● Pharmacopuncture: Hyangdan injection(extract of <i>Salviae miltiorrhizae Radix</i> and <i>Dalbergia odorifera</i> T. Chen)	
Manual therapy(D)		
R(IIIa-D-1)	For improvement of patients with cervical vertigo, manual therapy is recommended.	A/High
R(IIIa-D-2)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with manual therapy and physical therapy should be considered rather than physical therapy alone.	B/Moderate
R(IIIa-D-3)	For improvement of patients with cervical vertigo, collaboration treatment with Chuna manual therapy, anticholinergic (raceanisodamine) and vasodilator (flunarizine) should be considered rather than combination treatment with anticholinergic and vasodilator.	B/Moderate
	Clinical Considerations ● Since Chuna therapy accompanies passive movement that is stronger than the resistance point of joint movement, it is vulnerable to inadequate manipulation or movement. Thorough and precise diagnosis and evaluation should always be performed with full understanding of the complications and contraindications of Chuna therapy.	
R(IIIa-D-4)	For improvement of patients with cervical vertigo, collaboration treatment with Chuna manual therapy, traditional acupuncture and vasodilator should be considered rather than vasodilator treatment alone.	B/Moderate
R(IIIa-D-5)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with Chuna manual therapy and traditional acupuncture should be considered rather than traditional acupuncture alone.	B/Moderate
R(IIIa-D-6)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with electroacupuncture and Chuna manual therapy should be considered rather than electroacupuncture alone.	B/Moderate
R(IIIa-D-7)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with warmed acupuncture and Chuna manual therapy should be considered rather than warmed acupuncture alone.	B/Moderate
R(IIIa-D-8)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with traction treatment and manual therapy may be considered rather than traction treatment alone.	C/Low
R(IIIa-D-9)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with acupotomy therapy and manual therapy should be considered rather than acupotomy therapy alone.	B/Moderate

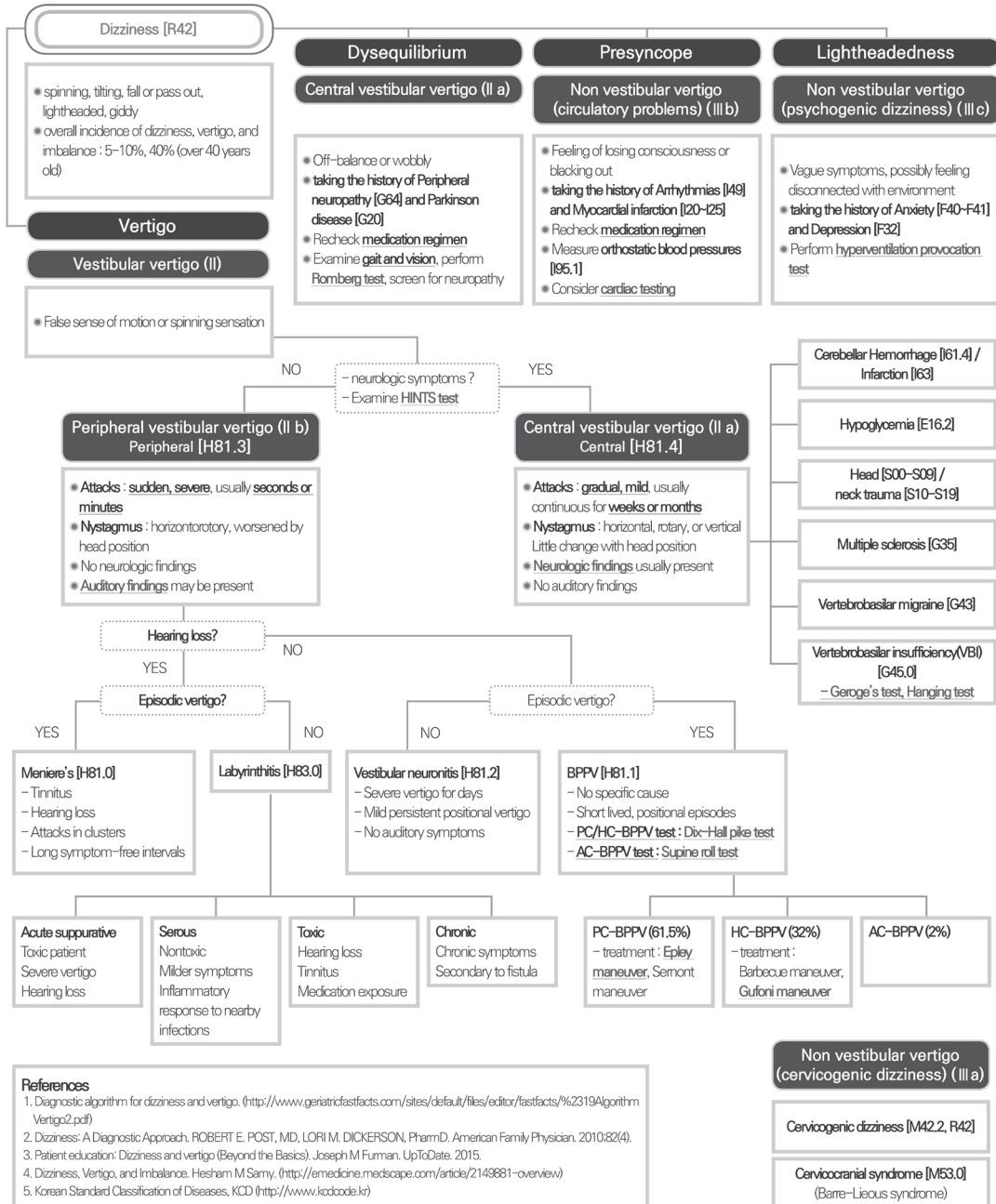
R(IIIa-D-10)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with Chuna manual therapy and manual therapy should be considered rather than manual therapy alone.	B/Moderate
Mind-body therapy(E)		
R(IIIa-E-1)	For improvement of patients with cervical vertigo, exercise therapy by a Tai Chi master may be considered.	C/Low
R(IIIa-E-2)	For improvement of patients with cervical vertigo, combination treatment with traditional acupuncture, massage therapy, traction therapy and Tai Chi exercise may be considered rather than traditional acupuncture, massage, and traction therapy.	C/Low
3-2) Cardiac vertigo(III b)		
Herbal medicine(B)		
	For improvement of patients with cardiac vertigo, collaboration treatment with herbal medicine and synthetic drugs (antivertigo medications, antihypertensive drugs) should be considered rather than synthetic drugs alone.	B/Moderate
R(IIIb-B-1)	<p>Clinical Considerations</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Gyejigagalgeun-tang, Junghyeon-tang, Banhabaekchulchunma-tang, Banhabaekchulchunma-tang plus Tongkyuhwalhyeol-tang 2) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Hwangryunhaedok-tang 3) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung-tang ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): betahistine 2) antihypertensive drugs: β-blocker, vasodilator, calcium channel blocker, angiotensin converting enzyme inhibitor, diuretics 	
3-2-1) Chronic heart failure vertigo		
Herbal medicine(B)		
	For vertigo symptom of patients with chronic heart failure, collaboration treatment with antihypertensive drugs and herbal medicine is recommended rather than antihypertensive drugs alone.	A/High
R(IIIb-B-1-1)	<p>Clinical Considerations</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Gyejigagalgeun-tang, 2) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Hwangryunhaedok-tang 3) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung-tang ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) antihypertensive drugs: β-blocker, vasodilator, angiotensin converting enzyme inhibitor, diuretics 	

3-2-2) Carotid sinus syndrome vertigo		
Herbal medicine(B)		
R(IIIb-B-1-2)	For patients with vertigo due to carotid heart syndrome, collaboration treatment with antihypertensive drugs and Gyejigagalgeun-tang should be considered rather than antihypertensive drugs alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Gyejigagalgeun-tang with modifications ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) antihypertensive drugs: calcium channel blocker 	
3-2-3) Hypertensive vertigo		
Herbal medicine(B)		
R(IIIb-B-1-3)	For patients with hypertensive vertigo, Hwangryunhaedok-tang should be considered.	B/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Upsurge of liver-yang pattern (U65.0): Hwangryunhaedok-tang 	
R(IIIb-B-1-4)	For patients with hypertensive vertigo, collaboration treatment with synthetic drugs (antivertigo medications, antihypertensive drugs) and herbal medicine should be considered rather than synthetic drugs (antivertigo medications, antihypertensive drugs) alone.	B/Moderate
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wind-phlegm pattern (similar to U72): Junghyeon-tang with modifications, Banhabaekchulchunma-tang with modifications, Banhabaekchulchunma-tang plus Tongkyuhwalhyeol-tang with modifications 2) Bilateral deficiency of heart and spleen pattern (U78.7): Ikgichongmyung-tang with modifications ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) Antivertigo drugs(cerebrovascular enhancer): betahistine 2) antihypertensive drugs: β-blocker, vasodilator, calcium channel blocker, angiotensin converting enzyme inhibitor, diuretics 	
3-2-4) Vasovagal syncope		
Pharmacopuncture(C)		
R(IIIb-C-1)	For patients with vasovagal syncope, collaboration treatment with pharmacopuncture and beta-blocker may be considered rather than beta-blocker treatment alone.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Pharmacopuncture: Astragali Radix injection 	

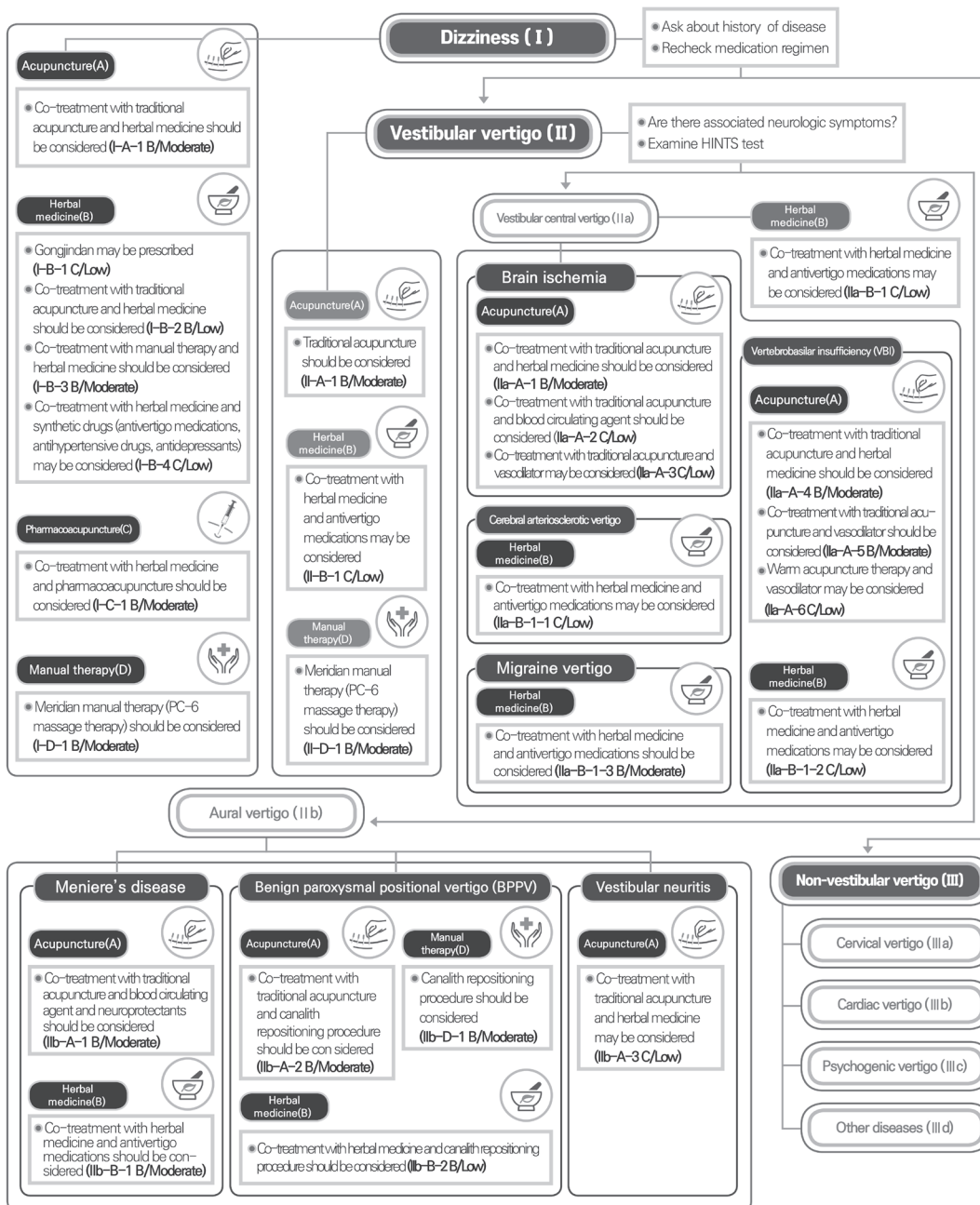
3-3) Psychogenic vertigo(III c)		
3-3-1) Chronic subjective dizziness : CSD		
Mind-body therapy(E)		
R(IIIc-E-1)	For patients with chronic subjective dizziness, exercise therapy by a Tai Chi master may be considered.	C/Low
R(IIIc-E-2)	For patients with chronic subjective dizziness, collaboration treatment with antidepressant and Cognitive behavioral therapy may be considered rather than antidepressant alone.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) antidepressants: escitalopram 	
3-3-2) Psychogenic Dizziness		
Herbal medicine(B)		
R(IIIc-B-1)	For patients with psychogenic dizziness, collaboration treatment with sihogayonggolmolyeo-tang and antidepressant may be considered rather than antidepressant alone.	C/Low
	Clinical Considerations <ul style="list-style-type: none"> ● Prescription: <ol style="list-style-type: none"> 1) Water-qi intimidating the heart pattern (U67.3): Sihogayonggolmoryu-tang ● Synthetic drugs: <ol style="list-style-type: none"> 1) antidepressants: escitalopram 	
Mind-body therapy(E)		
R(IIIc-E-3)	For patients with psychogenic dizziness, combination treatment with cognitive behavioral therapy and vestibular rehabilitation may be considered.	C/Low
3-4) Gynecological diseases(III d)		
3-4-1) Menopausal syndrome		
Herbal medicine(B)		
R(III d-B-1)	For patients with dizziness in menopausal syndrome, administration of herbal extract (Sophorae Fructus extract) should be considered.	B/Moderate

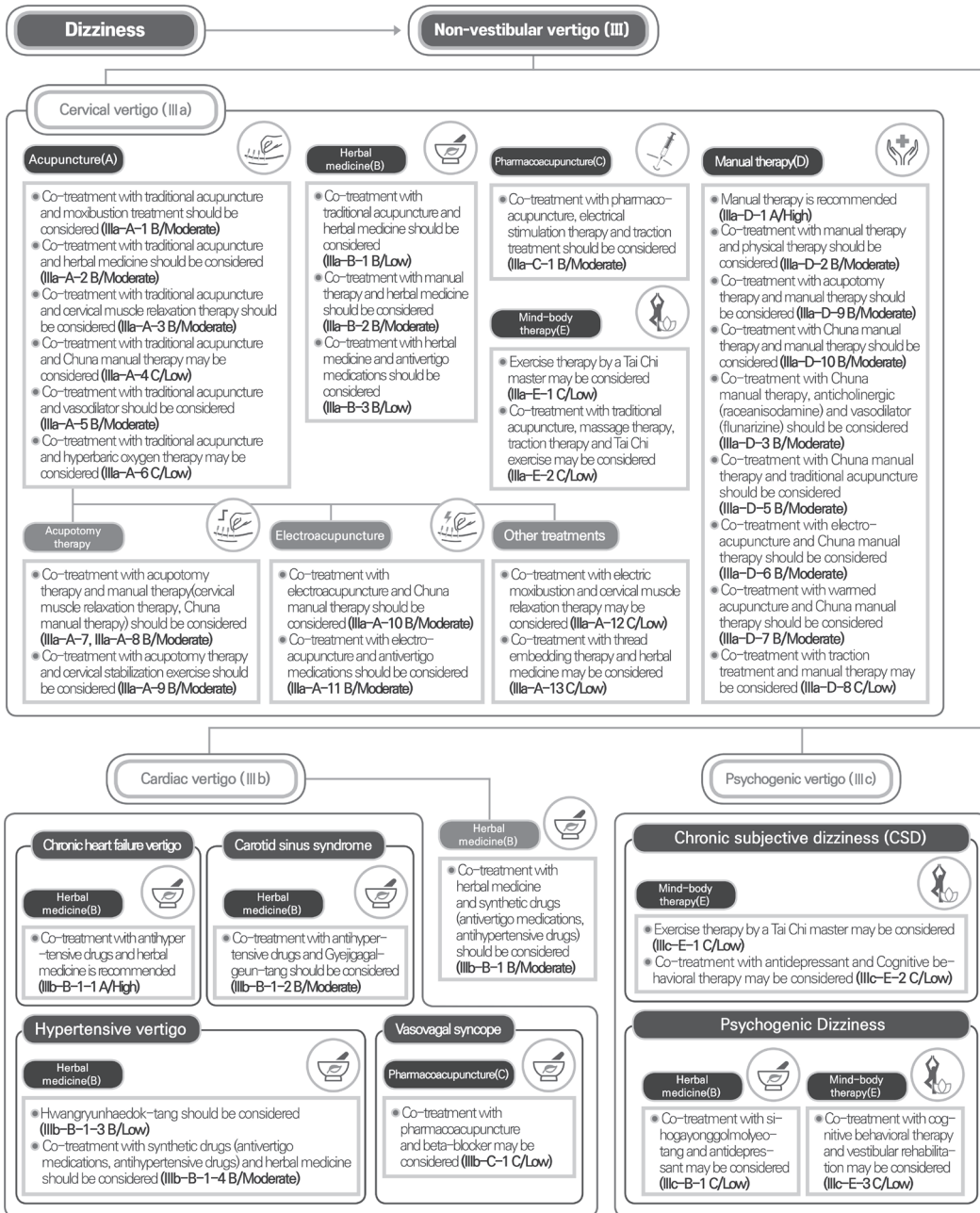
4. Clinical algorithm

1) Diagnostic algorithm flowchart



2) Flow chart of clinical algorithm for treatment





I. 서론

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

한약육성법에 의거한 제3차 한약육성종합발전계획(2016-2020)은 첫 번째 목표로 ‘한의표준임상진료지침 개발/보급을 통한 근거 강화 및 신뢰도 제고’를 명시하고 있다. 이는 한의표준임상진료지침을 개발·보급해 근거를 강화하고 이를 통해 국민들에게 한의의료서비스에 대한 건강보험보장성을 강화함으로써 접근성을 높이는 한편 이 과정에서 한약 산업을 육성하고 국제적인 경쟁력을 강화한다는 정부 한약발전 정책 의지를 반영한 것이다.¹⁾

한의표준임상진료지침의 전문성 및 공정성 확보를 위해 임상진료지침 개발에 대한한의학회 및 각 분과학회, 한의과대학 등 한의계 전반의 참여를 유도하였다. 대규모 전문 인력이 투입된 프로젝트인 만큼 체계적인 검증을 통해 한약의 안전성·효과성을 지속적으로 입증하여 대국민신뢰 회복 및 공공의료 확대에 기여하고자 한다.

어지럼증이란 환자들이 가장 흔히 호소하는 증상 중 하나로, 주관적으로 느끼는 신체적 불균형이다. 한의학에서는 어지럼증을 현훈(眩暈)이라고 말하며 임상양상을 구분하여 “현(眩)”은 목현(目眩), 안화(眼花)로 비회전성 어지럼을 뜻하며 “훈(暈)”은 두훈(頭暈)으로 회전성 어지럼을 의미한다. 연령 분포를 보면 70대가 가장 높은 비율을 차지하고 있고 다음으로 50대와 60대의 순으로 나타난다. 한 연구에서, 대개 연령이 5세가 증가할 때마다 어지럼증의 유병률은 약 10%가 증가하는 것으로 나타났다.²⁾³⁾

한방의료기관 종별 환자수를 살펴보면 평균 90.8%의 치료가 한의원에서 이루어졌고 6.7%의 치료가 한방병원, 2.6%의 치료가 보건기관에서 이루어졌다. 한방의료기관 종별로 1인당 평균 보험청구액을 보면 4개년의 평균 1인당 진료비는 한방병원급이 15만 6천원, 한의원급이 8만 3천 8백원, 공공보건기관이 12만 7천 8백원이었으며, 연간 전 기관에서 청구액이 늘어나는 추세를 보였다. 향후 의료 환경에서 높은 비중을 차지할 것으로 예상되는 현훈(어지럼증)의 중요도를 고려할 때, 한의학적 치료의 근거 기반으로 한 한의표준임상진료지침(Evidence based Clinical Practice Guideline)의 개발이 필요하다.⁴⁾

본 현훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침은 보건복지부 한약 선도기술개발 사업의 한의표준임상진료지침 개발사업단 일반세부과제인 [현훈(어지럼증)의 한의표준임상진료지침 개발(HB16C0010)]의 지원으로 제작되었다(연구기간: 2016.06.01. ~ 2020.12.31.). 임상진료지침의 개발에 있어서 재정후원단체의 의견이 임상진료지침의 내용에 영향을 주지 않았다.

[참고문헌]

1. 보건복지부. 제3차한의학육성발전 종합계획(2016-2020). 한국한의학연구원. 2016.
2. Department of cardiovascular and neurologic diseases, college of Korean medicine. Textbook of oriental medicine(cardiovascular and neurologic disease). 1st Ed. Seoul:Koonja publishing. 2006:317-330.
3. Jae-Yeong Kim, et al. Oriental Medical Treatment Pattern of Korean Patients with Dizziness or Vertigo. J of Oriental Neuropsychiatry. 2015;26(3):225-234.
4. YAO NAI LI, Chinese medicine diagnosis symptoms of Science. Beijing:People's Health Press. 1997.

II. 현훈 질환 개요

1. 정의
2. 임상 현황
3. 진단 및 평가
4. 치료
5. 예방 및 관리

1. 정의

어지럼증(dizziness)이란 어질어질한 느낌, 졸도, 회전하는 듯한 느낌 등을 느껴 똑바로 걷기 어려운 평형장애 증상으로, 두통, 흐릿해진 시야 등의 증상이 동반되기도 한다.¹⁾ 한의학적으로는 현훈(眩暈)이라는 용어를 주로 사용하며, 두현(頭眩), 현모(眩冒), 현운(眩運) 등으로도 칭한다. 현(眩)은 목현 안화(目眩 眼花), 즉 눈앞이 캄캄하거나 사물이 흐리게 보이며 때론 눈앞에 불이 번쩍이는 것을 말하고, 훈(暈)은 현훈 두선(眩暈 頭旋), 곧 자신이나 주위 사물이 도는 것 같아 서있을 수 없는 것을 뜻한다. 보통 목현(目眩)과 두훈(頭暈)은 함께 나타나며, 심한 경우 이명, 청력 저하, 오심, 구토, 한출(汗出), 돌연 혼도(突然 昏到) 등의 증상을 동반하기도 한다.²⁾ 한의학적으로 현훈은 간양상항증(肝陽上亢), 기혈양허(氣血兩虛), 신정부족(腎精不足), 습담중조(濕痰中阻)로 변증하거나²⁻⁴⁾ 현훈의 원인과 증상에 따라 풍훈(風暈), 열훈(熱暈), 습훈(濕暈), 담훈(痰暈), 기훈(氣暈), 허훈(虛暈)으로 분류하기도⁵⁾ 하였으나 본 임상진료지침 개발 과정 중 한의표준변증안에 대한 필요성이 대두되어 전문가 델파이 연구를 진행한 결과 혈어증(血瘀證; U61.2), 풍담증(風痰證; 유사 U72), 간양상항증(肝陽上亢證; U65.0), 수기능심증(水氣凌心證; U67.3), 신음허증(腎陰虛證; U71.4), 신양허증(腎陽虛證; U71.5), 심비양허증(心脾兩虛證; U78.7) 등으로 분류하는 변증안이 제안되었다.⁶⁾

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 있다.

회전성 어지럼증(vertigo)은 본인이나 주위가 도는 느낌을 의미한다. 말초성 및 중추성 전정질환에서 모두 발생 가능하며, 두위 혹은 체위의 변경에 따라 유발 혹은 심화된다.

균형장애(disequilibrium)는 안정 시에는 특별히 이상이 없으나, 서 있거나 보행 시 중심을 잡지 못하고 비틀거리는 것이다. 전정척수반사, 고유수용체감각, 소뇌 혹은 전두엽이나 기저핵 등 운동조절을 담당하는 부위에 이상이 있을 때 나타날 수 있으며 말초신경병증(peripheral neuropathy) 또는 파킨슨병(parkinson disease) 등에서 관찰될 수 있다.

실신성 어지럼증(presyncope)은 의식을 잃을 것 같은 느낌, 아득한 느낌을 동반하는 어지럼증이다. 뇌혈류가 부족하거나 혈당이 저하될 때 주로 발생하며, 부정맥, 울혈성 심부전, 혈관성 미주신경 발작 등에 의한 심박출량의 감소 등에서도 관찰될 수 있다.

심인성 어지럼증(lightheadedness)이란 몸이 떠다니는 듯하고 흔들리는 듯하며 머리 안이 도는 느낌, 몸에서 분리되는 느낌 등이 뒤섞인 증상이다. 공황장애, 불안장애, 우울증, 신체형장애, 외상 후 증후군 등에서 주로 나타난다.⁷⁻⁹⁾

현훈은 주로 전정계의 이상에 의해 유발되는 경우가 많으며, 전정계의 원인질환은 다시 말초성과 중추성으로 분류할 수 있다. 자세변동에 의해 증상이 악화되어 움직임을 회피하거나, 자세의 불안정성을 호소하는 경우 전정계 원인질환으로 유발된 어지럼증일 가능성이 높으며, 대부분 구역, 구토가 동반되고 자세 불안정성, 이명, 난청, 기타 신경학적 증상이 동반될 수 있다. 비전정계 원인으로 유발된 어지

림증으로는 경추성 어지럼증, 심장성(순환 장애) 어지럼증, 심인성 어지럼증, 부인과 질환으로 인한 어지럼증, 기타 질환에 의한 어지럼증 등을 꼽을 수 있다.⁹⁾

본 임상진료지침의 활용대상은 KCD(한국표준질병 사인분류) R42(어지럼증 및 어지림)에 해당하며 이는 말초성 현훈과 중추성 현훈을 포함하는 전정계 현훈과 경추성, 심장성, 심인성, 부인과 질환(갱년기)으로 인한 현훈 등 비전정계 현훈을 포함한다.

2. 임상 현황

현훈(어지럼증)을 유발하는 질환은 크게 말초전정계, 중추전정계, 기타 질환으로 분류되며, 말초전정계 21개 질환, 중추전정계 31개 질환, 기타 29개 질환에서 현훈(어지럼증)이 발생할 수 있는 것으로 보고되고 있다(표 1).¹⁰⁾

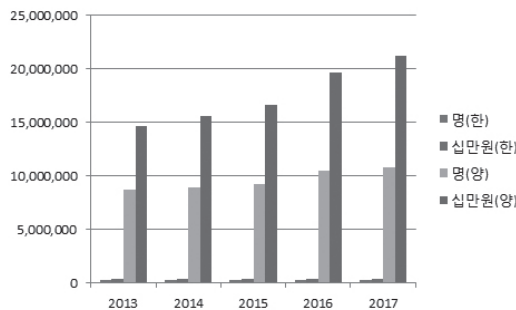
표 1. 어지럼증, 평형장애의 병소 진단, 병인 진단에 따른 질환 분류

		원인불명	혈관성	염증성	종양성	외상성	중독성	선천성	가속도 자극
전정계 현훈 전정계 현훈	말초전정계 질환	Meniere병 (H81.0) 양성발작성 체위변환성 현훈(H81.1) 전정신경염 (H81.2) 돌발성 난청 (H91.9) Cogan증후군 미로성 어지럼증(H83.0)	내이출혈 (H92.2) 내이동맥 폐쇄	내이염 (H83.0) (바이러스성, 세균성, 결핵성, 매독성, 진주종성) Hunt 증후군	청신경종 (초기) (C72.4) 원발성·전이암	미로진탕증 측두골 골절 정원창 파열 음향외상	아미노글리코사이드 살리실산 고리형 이노제 알코올		동요병 (멀미)
	중추전정계 질환 H81.4	다발경화증 (G35) 척수소뇌변성증 편두통(G43) 간질(B66.3) 다발신경염 (G62.9) 근위축증 (Z82.0) 중추성 어지럼증	뇌동맥경화증 동맥류 (I67.1) 추골동맥순환부전 일과성뇌허혈발작 (G45) 뇌경색(I63) -소뇌경색 뇌출혈 (I61.9) 소뇌출혈	수막염 (G04) 뇌염 뇌농양	청신경종 (C72.4) 소뇌교각종양 뇌간종양 (C71.7) 소뇌종양 (C71.6) 전이성 종양	두경부외상 후유증	유기수은 카드뮴 일산화탄소 알코올	두개저압입증 Arnold-Chiari 변형 연수공동증	

비 전 정 계 현 훈	기타	<ol style="list-style-type: none"> 1. 경성 어지럼증(경추, 경북, 추골동맥, 경동맥고이상) 2. 전신질환 <ol style="list-style-type: none"> ①순환장애(만성 심부전성, 고혈압(110.9), 저혈압(195.0), 동맥경화증(170.99), 부정맥(149.9), 빈혈(D64.9)) ②대사 내분비장애(고지혈증(E78.5), 당뇨병(E16.2)) ③자율신경장애(기립성 실조증(95.1), Shy-Drager증후군, Barre-Leiou 증후군, 자율신경실조증_(G90.1)) ④알레르기질환, 중추질환, 변성탈수질환 3. 심인성 어지럼증 4. 부인과질환(갱년기) 5. 안과질환(약시, 굴절이상, 사시, 안경부적자, 외안근마비) 6. 치과질환(Costen증후군) 7. 기타(비성 어지럼증, 고소성 어지럼증) 8. 병소부위·병인 등 불명
----------------------------	----	---

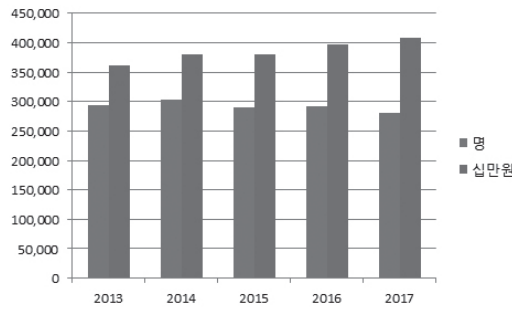
표 1의 질환을 한국표준질병사인분류(KCD-7)의 질병분류코드로 건강보험심사평가원 보건의료빅 데이터개방시스템(Healthcare Bigdata Hub)의 의료통계정보 질병/행위별의료통계 질병세분류(4단 상 병)통계를 이용하여 2013년~2017년의 현황 자료를 검색하여 추출하였다.

2013년부터 2017년까지 현훈(어지럼증)으로 진료받은 환자수와 총급여비용은 증가하는 추세를 보이고 있으며, 한의의료기관에서 현훈(어지럼증)으로 진료받은 환자는 전체에서 약 3%, 급여비용은 전체에서 약 2%를 차지하고 있었다(그림 1).



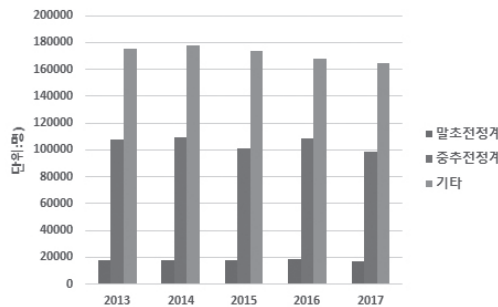
■ 그림 1. 2013년-2017년 한의와 양의에서 현훈(어지럼증)으로 진료받은 환자수와 총급여비용

2013년부터 2017년까지 한의의료기관에서 현훈(어지럼증)으로 진료받은 환자수는 매해 30만 명 전후이며, 총급여비용은 350~400억 원 정도로 점차 증가하는 추세를 보이고 있었다(그림 2).

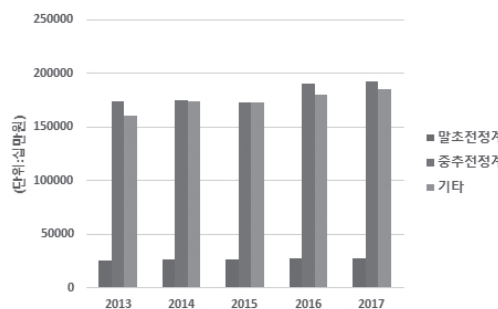


■ 그림 2. 2013년-2017년 한의의료기관에서 현훈(어지럼증)으로 진료받은 환자수와 총급여비용

2013년부터 2017년까지 한의의료기관에서 현훈(어지럼증)으로 진료받은 환자수와 총급여비용을 말초전정계, 중추전정계, 기타 질환으로 분류하여 살펴본 결과, 환자수는 기타, 중추전정계, 말초전정계의 순으로, 총요양급여는 중추전정계, 기타, 말초전정계의 순으로 많은 분포를 보이고 있었다(그림 3, 4).



■ 그림 3. 2013년-2017년 현훈(어지럼증)으로 진료받은 환자의 질환별 분류



■ 그림 4. 2013년-2017년 현훈(어지럼증)으로 진료받은 환자의 질환별 총급여비용

2013년부터 2017년까지 현훈(어지럼증)으로 내원한 경우 한의의료기관에서 현훈검사(29003)를 시행한 환자, 건수, 급여비용은 2013년이 모든 부분에서 가장 많았으며, 이후 해를 거듭하면서 증가하는 추세를 보이고 있으나, 매년 30만 명 가량의 환자 중 300명 전후 정도에서만 시행되고 급여비용이

청구되고 있었다.

전국 한의과대학 부속 한방병원 4곳에서 현훈(어지럼증)으로 진료받은 건수를 살펴본 결과 기타 질환, 중추전정계 질환, 말초전정계 질환의 순으로 나타났으며 치료별 건수로는 침, 제제, 뜸, 약침, 침약, 추나 순이었다.

3. 진단 및 평가

1) 현훈의 진단

(1) 한의학적 진단 기준

한의학적으로 현훈은 어지러움 양상, 주증(主證), 차증(次證), 대·소변 양상, 설진 및 맥진 등을 통해 혈어증(血瘀證; U61.2), 풍담증(風痰證; 유사 U72), 간양상항증(肝陽上亢證; U65.0), 수기능심증(水氣凌心證; U67.3), 신음허증(腎陰虛證; U71.4), 신양허증(腎陽虛證; U71.5), 심비양허증(心脾兩虛證; U.78.7) 등으로 분류할 수 있다.⁶⁾ 이 외에 현훈을 유발할 수 있는 소인으로 정지소상(情志所傷), 음식소상(飲食所傷), 노역과다(勞倦過度), 한토하의 태과(汗吐下 太過), 병후 부주의(病後 不注意)등을 꼽을 수 있으며,³⁾ 수기내동(水氣內動)·탁음상역(濁陰上逆) 등도 현훈을 일으킬 수 있다(표 2).

표 2. 한의학적 진단 기준^{6, 11-13)}

변증	여지러움 양상	핵심지표(主證)	일반지표(次證)				설진(舌診)	맥진(脈診)
			전신증상			대소변(大小便)		
			흉복부(胸腹部)	두면부(頭面部)	사지부(四肢部)			
혈어증(血瘀證) (U61.2)	두중혼몽(頭重昏蒙) ¹⁾	흉통(胸痛) ²⁾ 지체자통(肢體刺痛) ³⁾		이내창만(耳內脹滿) 이명(耳鳴) 구순청자(口脣靑紫)	기부갑자착(肌膚甲紫錯) 피부여의행상(皮膚如蟻行狀)		설청자유어반(舌靑紫有瘀點)	맥삼(脈澀)
풍담증(風痰證) (유사 U72)	선전감(旋轉感) ⁴⁾ 요황감(搖晃感) ⁵⁾ 부유감(漂浮感) ⁶⁾ 두중여과(頭重如裹)	오심(惡心) 구토(嘔吐) 마목(麻木)	흉협만민(胸脇滿悶)	후중담영(喉中痰鳴)			설태백(舌苔白) 혹백니(白膩)	맥현활(脈弦滑)
간양상항증(肝陽上亢證) (U65.0)	기세교극(其勢較劇)	이노(易怒) 구고(口苦) 인건(咽乾)	흉협창통(胸脅脹痛)	이명(耳鳴) 면홍(面紅) 두목창통(頭目脹痛) ⁷⁾		노황변건(尿黃便乾)	설홍(舌紅)	맥현삭(脈弦數)
수기능심증(水氣凌心證) (U67.3)	이(耳)충만감(耳)전실신 ⁸⁾	심계(心悸) 부종(浮腫)	흉완비만(胸院痞滿)	냉한(冷汗) 면색창백(面色蒼白) 구토청수(嘔吐清水) 이명(耳鳴) 난청(難聽)	사지불온 ⁹⁾ (四肢不溫)	소변불리(小便不利)	설담태백활(舌淡苔白滑)	맥침세약(脈沈細弱)
신음허증(腎陰虛證) (U71.4)	구발불이(久發不已)	이명(耳鳴) ¹⁰⁾ 요슬산연(腰膝酸軟) 조열도한(潮熱盜汗) 오심번열(五心煩熱)		목삼(目澀) 실면(失眠) ¹¹⁾ 관홍(觀紅) 구건(口乾) 발탈(髮脫)		노황변건(尿黃便乾)	설홍소태(舌紅少苔)	맥세삭(脈細數)
신양허증(腎陽虛證) (U71.5)	구발불이(久發不已)	외한(畏寒) 지냉(肢冷) ¹²⁾ 이명(耳鳴) 소변청장(小便清長)	성욕감퇴(性慾減退) ¹³⁾ 백대청희(白帶清稀)	면색황백(面色黃白) 혹려흑(面赤或黧黑)	부종(浮腫)	오경설사(五更泄瀉) ¹⁴⁾	설담태백활(舌淡嫩苔白滑)	맥침지무력(脈沈遲無力)
심비양허증(心脾兩虛證) (U78.7)	시작시발(時作時發) 동즉가극(動則加劇) 우노즉발(遇勞則發)	심계정충(心悸怔忡) 납소(納少) 소기나연(少氣懶言) ¹⁵⁾	복부창만(腹部脹滿)	실면(失眠) 다몽(多夢) 이명(耳鳴) ¹⁰⁾	조갑불영(爪甲不榮) ¹⁶⁾	변당(便溏)	설담태박백(舌淡苔薄白)	맥세약(脈細弱)

- 1) 머리가 무겁고 눈이 침침하다(흐리다).
- 2) 흉민(胸悶)을 포함
- 3) 지체마목(肢體麻木)을 포함
- 4) 회전성
- 5) 흔들거림
- 6) 붓 뜬 느낌
- 7) 목적(目赤)을 포함
- 8) Pre-syncope

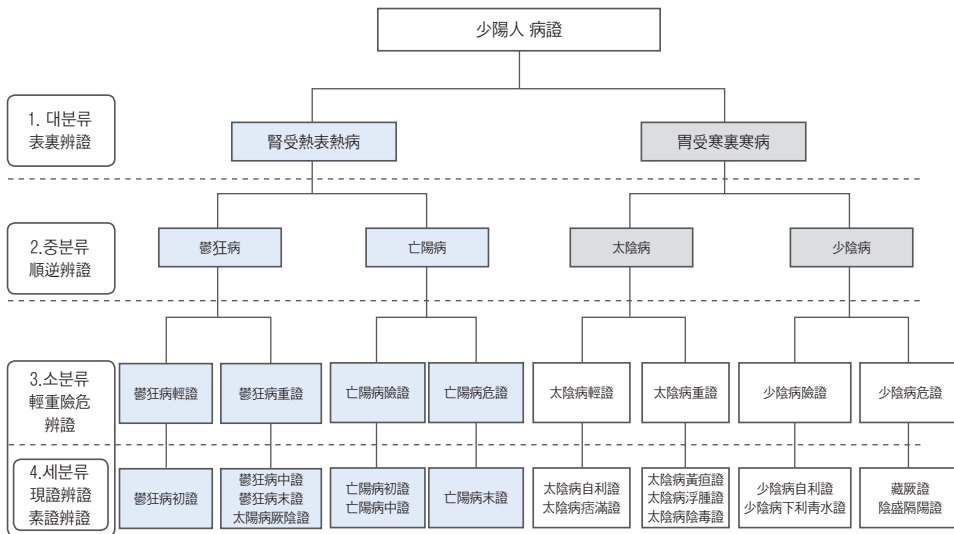
- 9) 배냉(背冷)을 포함
- 10) 이롱(耳聾)을 포함
- 11) 다몽(多夢)을 포함
- 12) 요슬냉통(腰膝冷痛), 요슬산연(腰膝酸軟)을 포함
- 13) 남자양위불거(男子陽痿不舉), 여자궁한불임(女子宮寒不孕)을 포함
- 14) 조설(早泄)을 포함
- 15) 신피핍력(神疲乏力)을 포함
- 16) 면색불화(面色不華)를 포함

(2) 사상체질에 따른 현훈의 변증

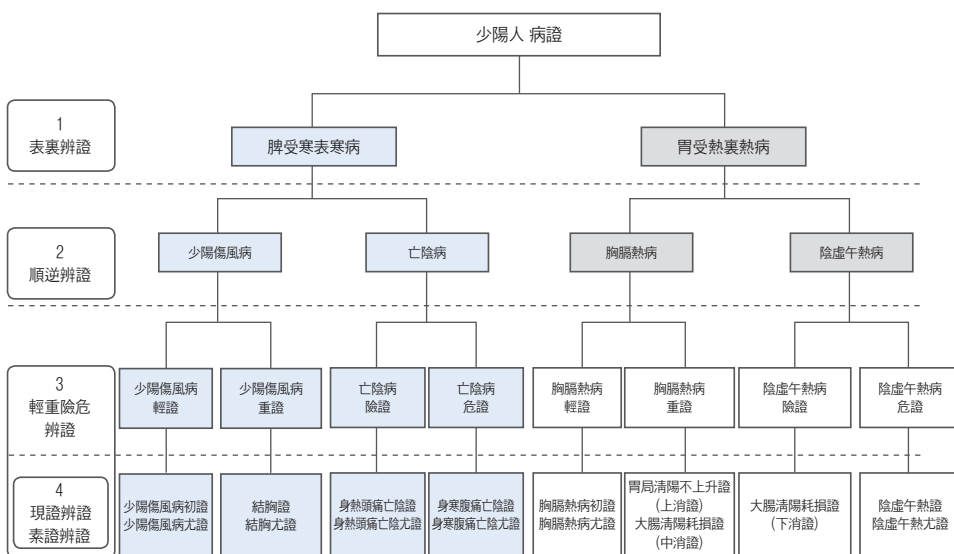
① 사상체질병증

현훈환자를 대상으로 사상체질병증을 활용하기 위해서는 사상체질병증 분류체계에 따른 체질병증 진단을 시행하여야 한다. 체질병증 분류는 대분류(표리변증), 중분류(순역변증), 소분류(경중험위변증), 세분류(현증변증, 소증변증) 등으로 구분된다. 대분류는 표병과 리병으로 분류되고, 중분류는 순증과 역증으로 분류되며, 소분류는 경증, 중증, 험증, 위증 등으로 분류된다.

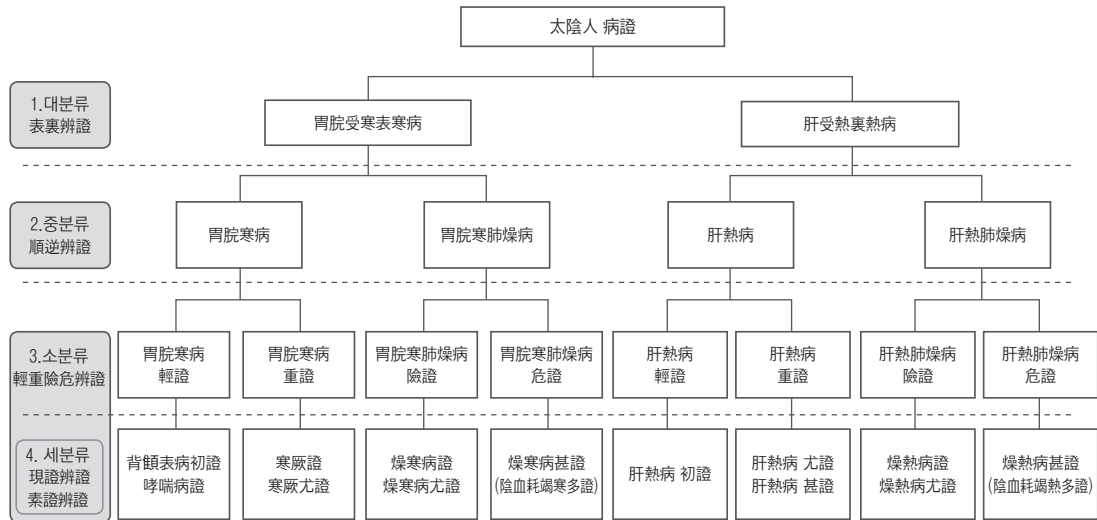
가. 소음인 체질병증 분류체계



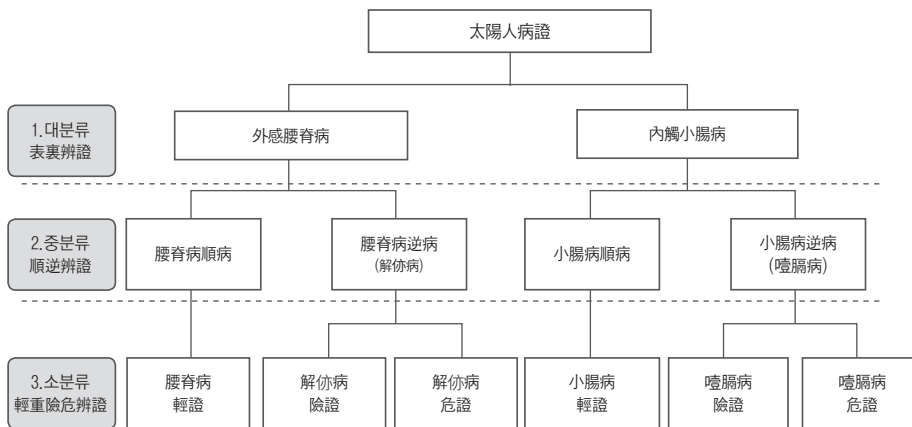
나. 소양인 체질병증 분류체계



다. 태음인 체질병증 분류체계



라. 태양인 체질병증 분류체계



② 사상체질병증 진단알고리즘 (진료알고리즘 4)

현훈환자를 대상으로 사상체질병증을 활용하기 위해서는 체질병증 분류체계와 표준증후에 근거한 진단알고리즘에 의해 체질병증 진단을 시행한다.

- 가. 소음인 체질병증 진단알고리즘¹⁴⁾
- 나. 소양인 체질병증 진단알고리즘¹⁵⁾
- 다. 태음인 체질병증 진단알고리즘¹⁶⁾
- 라. 태양인 체질병증 진단알고리즘¹⁶⁾

③ 사상체질병증 진단 chart 및 예시¹⁷⁻¹⁹⁾

현훈환자를 대상으로 사상체질병증을 활용하기 위해서 환자의 증후를 소증과 현증으로 나누어 진찰하고, 체질병증 분류체계 및 진단알고리즘에 따라 체질병증에 대한 최종진단 및 치료계획을 도출한다. 이를 위한 '사상체질병증 진단 chart' 및 그 활용 예시는 다음과 같다.

가. 사상체질병증 진단 chart

1. 素證 및 現證 분석			
		素證	現證
水穀指標	食慾		
	消化		
	大便		
氣液指標	口乾渴/飲水		
	小便		
	汗出		
睡眠 / 寒熱 / 特異症 / 性情			
脈診 / 舌診 / 腹診			
2. 辨證			
		근거	변증
1) 表裏 辨證			
2) 順逆 辨證			
3) 輕重險危 辨證			
3. 治療원칙 및 처방			
1) 治療원칙			
2) 처방			

나. 사상체질병 진단 chart 예시

예) 38세 여자 소음인 현훈환자

1. 素證 및 現證 분석			
		素證	現證
水穀指標	食慾	보통	저하
	消化	간헐적인 心下痞滿	心下痞滿, 惡心
	大便	1회/2-3일, 微硬	1회/3-4일, 硬, 腹滿
氣液指標	口乾渴/飲水	口微乾	口乾, 飲水시 惡心
	小便	보통	赤澁, 소변량 감소
	汗出	간헐적 自汗出	自汗出
睡眠		간헐적 淺眠	不眠
寒熱		畏寒	畏寒, 畏熱
特異症		-	眩暈, 頭痛, 怔忡, 胸煩
性情		-	불안, 초조
脈診		-	脈浮數, 無力
舌診		-	舌質乾, 舌尖紅, 舌苔白
腹診		-	상복부, 좌측복부 압통
2. 辨證			
		근거	변증
1) 表裏 辨證		외열, 흥번, 두통, 대변비조 등	표열병
2) 順逆 辨證		자한출, 성정편급심화증	망양병
3) 輕重險危 辨證		소변적삼, 외한	망양병위증
3. 治療원칙 및 처방			
1) 治療원칙		승양익기	
2) 처방		인삼계지부자탕	

④ 사상체질병증 활용 후 평가

현훈환자를 대상으로 사상체질병증 및 치료를 적용한 후 평가를 위해서 사상체질병증 중증도평가 척도(mCGI-G for SCS)와 호전도 평가척도(mCGI-I for SCS)를 활용한다.

사상체질병증 중증도 평가 (mCGI-G for SCS)

등급	설명	소증유무	현증유무
1	소증도 없고 현증도 없다	X	X
2	소증은 있지만 현증은 없다	O	X
3	소증이 없고 현증은 있다	X	O
4	순증의 소증이 있고, 순증의 현증이 있다	O	O
5	역증의 소증이 있고, 순증의 현증이 있다	O	O
6	순증의 소증이 있고, 역증의 현증이 있다	O	O
7	역증의 소증이 있고, 역증의 현증이 있다	O	O

가. 사상체질병증 호전도 평가 (mCGI-I for SCS)

점수	요약	설명
1	매우 많이 개선됨	거의 모두 좋아짐: 기능적으로 좋은 상태; SCS와 관련된 증상이 있더라도 만약 있더라도 최소한의 증상; 기준 평가치로부터 실질적 변화가 있는 상태를 의미
2	많이 개선됨	확연히 좋아짐: 증상의 유의한 감소; 기능상태의 개선이 있지만 아직 SCS와 관련된 증상이 남아있음
3	조금 개선됨	약간 좋아짐; SCS와 관련된 증상 또는 기능상에 있어 단지 보통의 변화만 있음
4	변화없음	SCS와 관련된 증상이 변화 없이 그대로 유지되고 있음
5	조금 악화됨	약간 나빠짐; SCS와 관련된 심각한 악화; 활동 및 기능상에 있어 한 증상 또는 기능상에 있어 단지 보통의 악화만 있을 수 있지만, 임상적으로 의미는 없을 수 있음
6	많이 악화됨	확연히 나빠짐: 증상의 유의한 증가; 기능상태의 감소
7	매우 많이 악화됨	증상의 심각한 영향이 있음

(3) 의과적 원인질환 (진료알고리즘 1)

어지럼증의 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, 신경학적 검사, 전신검사, 이과적 검사와 CT, MRI 등의 방사선검사 등 체계적이고 유기적인 검사를 시행한다.

표 3. 문진에 의거한 감별 진단⁹⁾

전정계 어지럼증	
말초성 어지럼증	중추성 어지럼증
<ul style="list-style-type: none"> 회전성이 많다. 난청, 이명을 동반한다. 뇌신경 증상을 동반하지 않는다. 체위, 두위에 따라 어지럼증이 변동된다. 어지럼증 감각이 오심, 구도와 비례한다. 수일에서 십수일 내에 보상되어 깨끗이 낫는 경우가 많다. 의식장애를 수반하지 않는다. 자율신경 증상은 어지럼증의 강도에 비례한다. 보행, 평형장애(±)-(-) 	<ul style="list-style-type: none"> 회전성도 있으나 비회전성이 많다. 난청, 이명을 동반하지 않는다. 뇌신경 증상을 동반한다. 체위, 두위에 따라 어지럼증이 변동되지 않는다. 어지럼증 감각이 오심, 구도와 비례하지 않는다. 지속적이며 잘 보상되지 않는다. 의식장애를 수반할 수 있다. 자율신경 증상과 어지럼증의 강도가 일치하지 않는다. 보행, 평형장애(+)-(++)

전정계의 이상으로 인한 어지럼증 환자에서는 안진이 동반되는 경우가 많은데, 안진의 특징이 병인을 구별하는 데 도움이 된다.

안진을 검사할 때는 안진의 방향, 정도, 주시 방향에 따른 변화를 자세히 관찰해야 한다. 말초성 안진은 대체로 회선성-수평 방향 복합성 안진으로 안구가 빠르게 향하는 방향 쪽으로 시선을 둘 때 안진의 빈도 및 강도가 증가하고, 반대 방향을 주시할 때에는 약해지는 경향을 보인다. 이때 안진의 방향은 유지된다(Alexander 법칙). 중추성 안진은 다양하게 나타날 수 있으나 순수한 수직 안진 혹은 회선 방향의 안진이 관찰되는 경우, 안진의 방향이 불규칙할 경우, 시선에 따라 안진의 방향이 바뀌는 경우 등에서 의심할 수 있다.

표 4. 말초성 안진과 중추성 안진의 감별

	전정계 어지럼증	
	말초성 안진	중추성 안진
안진의 양상	수평 혹은 회선 혼합형	순수한 수직, 수평, 또는 회선형
시선 고정 시	안진 감소	시선 고정할 시에도 안진 유지 혹은 심화
Alexander 법칙	안진 방향 쪽으로 시선을 향할 시 안진의 강도, 빈도 심화	안진의 방향이 불규칙하거나 시선에 따라 안진의 방향 변화
지속 시간	수분에서 수주	수주에서 수개월

중추 전정계 질환으로 인한 어지럼증은 운동실조 및 자세불안이 상대적으로 심하여 서있지 못하거나 한 발도 댈 수 없을 때가 많으며, 체위변경과 어지럼증의 강도 사이에 큰 연관성이 없으며, 뇌신경학적인 증상, 중추성 안진 등이 있어 구별된다. 어지럼증 환자에서 중추성 질환이 보다 의심되어 즉시 영상의학적 검사를 시행하여야 하는 경우는 다음과 같다.

표 5. 급성 현훈에서 영상의학적 검사를 고려해야 하는 경우^{7, 8)}

급성 현훈에서 영상의학적 검사를 고려해야 하는 경우
일측 혹은 비대칭적인 난청 현훈을 제외한 뇌간 혹은 소뇌 연관 증상 뇌졸중 의심 요인을 소지하였을 경우(당뇨, 고혈압, 심근경색의 과거력 등) 최근 발생한 경향부 통증 방향이 일정하지 않은 자발안진 최근 발생한 심각한 두통(특히 후두부) 서거나 걷기 어려운 경우

비전정계 질환의 경우 붕 떠다니는 느낌이나 헤엄치는 느낌 등을 받는 등 막연한 어지럼증을 호소하는 경우가 많으나, 전정계의 이상에 의해서도 비슷한 증상이 있을 수 있으므로 환자의 주관적인 증상만으로 감별하기는 어렵다. 전정계의 이상에 의한 현훈은 정도의 차이는 있지만 대부분 구역, 구토, 발한 등의 자율신경계 증상을 동반하며 자세의 불안정, 안진, 진동시, 이명, 청력소실 및 신경학적 결손이 동반될 수 있으므로 이를 통해 비전정계 어지럼증과 감별할 수 있으며(표 6),^{20, 21)} 추가적인 정밀검사를 통해 원인질환을 확진한다(표 1).

표 6. 전정계와 비전정계성 어지럼증의 구별

	전정계 어지럼증	비전정계 어지럼증
일반적으로 호소하는 표현	회전성(주변 환경이 움직이는 듯하다) 회전목마를 타는 듯한 느낌 술에 취한 듯한 느낌 기울어지는 듯한 느낌 자유롭지 못한 움직임 균형을 잡기 어려움	머리가 쏠리는 듯한 느낌 떠다니는 듯한 느낌 몸으로부터 분리되는 듯한 느낌 헤엄치는 듯한 느낌 아찔한 느낌 내부가 빙빙 도는 것 같은 느낌(주변은 정지한 상태)
진행 과정	연속적 삽화	지속적
심화 요인	두부의 움직임 체위 변경	스트레스, 과호흡, 심장의 부정맥, 기타 상황
주된 연관증상	구역, 구토, 자세불안정성, 이명, 난청, 시력의 손상, 시각의 진동	이상감각, 실신, 집중력 저하, 긴장성 두통

2) 현훈의 평가

(1) 현훈검사 (The Evaluation For Dizziness Or Vertigo)

: 현훈과 평형장애를 진찰하여 전정기관의 기능을 검사하는 방법

중심이 높고 바닥의 지지면이 신장에 비해 작은 불안정한 인간이 안정하게 직립한 자세를 취하면서 운동이 가능한 것은 인간에게는 두부와 구간을 항상 중력에 대항해서 바른 위치에 직립시키려는 반사적 조절운동이 있기 때문이다. 이 중력에 대해 두부와 구간을 바른 위치에 직립시켜 바른 자세를 취하

게 하려는 움직임이 곧 직립반사이다. 이러한 반사에 장애가 생기면 신체 동요가 발생되는데 이것을 검사하는 방법이다.

① Romberg 검사, Mann 검사, 단각기립검사(one-leg raising test)

Romberg 검사에서는 양발 끝을 모아 직립시키고 정면을 보게 한다. Mann 검사에서는 양발을 전후로 일직선상에 한쪽 발의 발끝을 다른 발의 발꿈치에 대게 하여 기립시키고 양발을 똑바로 펴게 한 후 정면을 보게 한다. 단각기립 검사에서는 한쪽의 대퇴부를 거의 직각이 되도록 올리게 하고 이런 자세에서 각각 30초씩 관찰하여 신체의 동요, 전도의 유무와 방향을 기록한다. 세 검사 모두 각각 개안과 폐안의 상태에서 실시하여 비교한다. 미로성 실조에서는 눈을 가리면 편이가 증강하는데 반해 중추성 실조에서는 시성 보상작용이 적기 때문에 개·폐안간에 차이가 없다.

② 사면대검사

환자를 사면대 위에 양발을 모으고 직립시킨 후에 일정한 각 속도로 사면대를 경사시켜 환자가 전도될 때의 경사 각도를 측정하며 개안 및 폐안에서 전후, 좌우방향 각각에 대해서 측정을 한다. 건강한 성인에서는 개안 및 폐안 모두가 25-35도의 각도에서 전도되나 미로성장애에서는 폐안을 하였을 경우 더 작은 각도에서 전도되고, 소뇌성 실조증이나 심부지각이 손상되면 더욱 더 작은 각도에서 전도가 된다.

③ 족답검사

즉 제자리걸음검사(stepping test)로 마룻바닥에 30도씩 분도한 반경 0.5m 및 1m 두 개의 중심원의 중심에 환자의 양발을 모아 기립시킨 후에 양 눈을 가리고 양팔을 전방으로 뻗게 한 후에 기립의 위치에서 무릎을 높여 대개 1분에 100보정도 제자리걸음을 시키고 일정 횟수가 끝나면 환자가 처음의 위치에서 어느 정도, 즉 몇 cm나 혹은 몇 도나 이동했는지를 측정하는 것으로 보통의 성인에서는 원위치이나 미로성 장애가 있을 경우에는 이동이 된다.

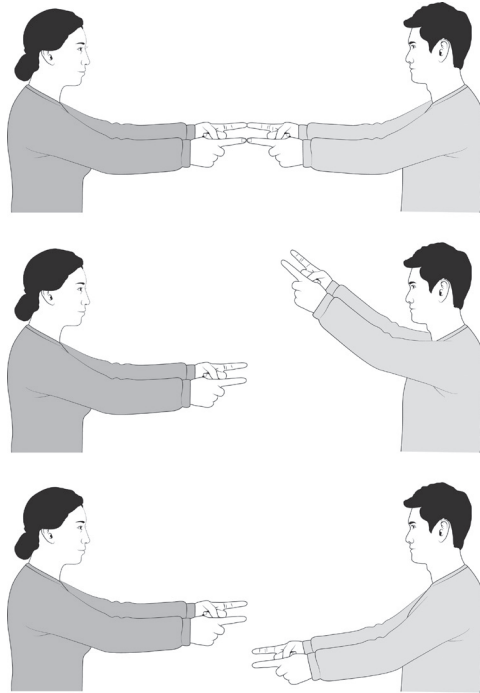
④ 보행검사(gait test)

6m의 직선위에서 똑바로 전진, 후진시키고 폐안, 차안하여 같은 방법으로 3회 이상 실시하여 미로성의 장애가 있으면 미로성 편이(偏倚)가 발생되며, 중추성 장애에서는 방향이 일정치 않고 보행이 부드럽지 못하다.

⑤ 지시검사(past pointing test)

환자를 의자에 앉히고 무엇을 가리키는 것처럼 지시(示指)를 펴며 상지를 수직되게 올린 위치에 어깨를 축으로 하여 앞으로 수평의 높이까지 내리게 하여 그 위치에 있는 일정한 목표물을 가리키게 한다. 우선 개안하고 2-3회, 다음에 폐안 혹은 차안하여 3-4회 실시하여서 최대편이가 생기면 미로성 장

애를 검사한다.²²⁾

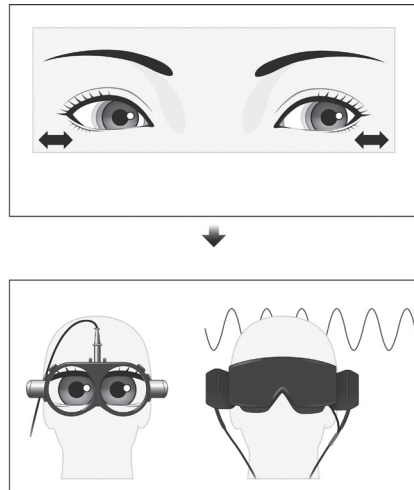


이상의 검사 중 3가지 이상을 시행하여 환자의 이상 유무를 판별한다.

* 현훈 검사지(일반)(확산도구 3)²³⁾

(2) 목정순동검사 (안진검사) - Nystagmus test

- 적응증 : 눈동자가 떨리는 것으로 현훈의 전정신경계질환
- 방법
 - ① 환자를 침대에 눕힌 상태에서 프레젤(Frenzel) 안경을 쓴다.
 - ② 환자가 가만히 있을 때 자세에서 안진의 발생 여부를 검사한다.
 - ③ 환자가 자세를 바꾸어 보았을 때 안진의 발생 여부를 검사한다.
 - ④ 환자가 머리를 흔들었을 때 안진의 발생 여부를 검사한다.

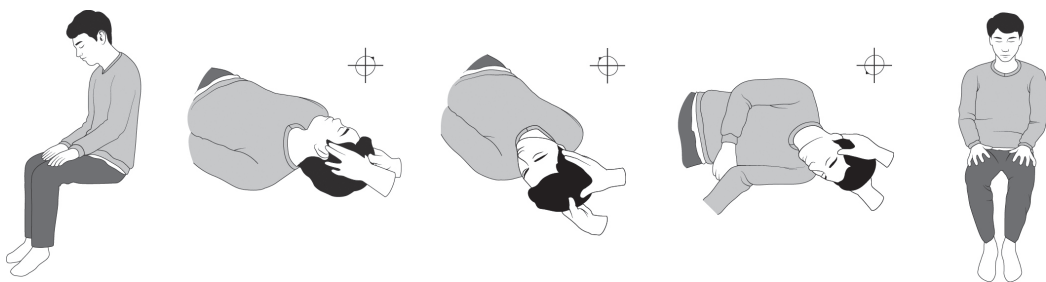


- 주요 사용 장비 : 프렌젤(Frenzel) 안경 1개

(3) 현훈수기요법에 의한 검사

- Epley 수기법

적용질환 : 양성 돌발성 체위성 현훈(BPPV) 진단 및 치료



- ① 환자의 고개를 병변측으로 45° 돌린다.
- ② 테이블보다 20° 정도 낮게 뒤로 눕힌 후 20~30초 정도(60초까지) 머물며 안진을 확인한다 (Dix-Hallpike 자세)
- ③ 검사자는 환자의 고개를 반대측(건측)으로 90° 돌린 후 안진을 확인하며 20~30초 동안 또는 안진이 없어질 때까지 머물게 한다.
- ④ 이어서 그 방향으로 머리를 90° 더 돌리고 20~30초간 머물며 안진을 확인한다. 이후 환자를 일으켜 앉힌다.

• George test

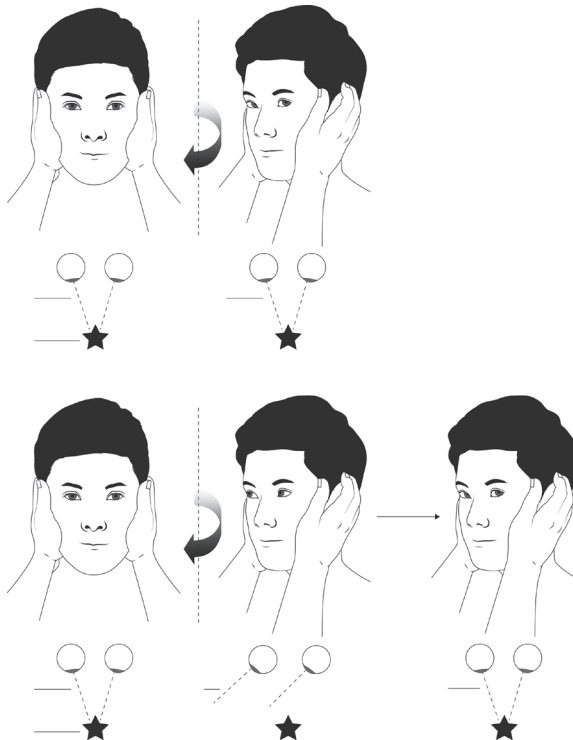
적용질환: 척추기저동맥부전(VBI) 진단



- ① 환자를 앉거나 일어선 자세에서 목을 후굴 및 회전시킨다.
- ② 환자에게 20~30초간 자세를 그대로 유지하도록 한다.
- ③ 자세를 유지할 때 어지러움, 구토 등의 증상이 나타나는지 여부를 관찰한다.

• Head Impulse test

적용질환: 안진 유무 진단



- ① 환자의 머리를 잡은 상태로 시술자의 코를 보게 하여 시선을 고정시킨다.
- ② 환자의 머리를 약 20도 가량 양측으로 번갈아 회전시킨다.
- ③ 이 때 안진이 발생하는지 여부를 관찰한다.

(4) 뇌맥혈류검사 : 척추기저동맥부전(VBI) 진단

• 경두개 도플러 초음파 (Transcranial Doppler Ultrasound; TCD)

경두개 도플러 초음파(Transcranial Doppler Ultrasound, 이하 TCD)는 1982년 Aaslid 가 개발한 장비로, 측두골을 투과하여 윌리스환(Circle of Willis)의 혈류를 측정 후 두개강내 혈류역학적 변화를 파악하는 도구이다. 경동맥 · 추골동맥 · 기저동맥 등의 혈관상태, 혈류의 장애 정도를 측정하여 혈관 협착, 폐색, 동맥류, 지주막하 출혈 등에 따른 경련, 두개골내 혈압상승 등을 검진할 수 있다. 국내에도 현훈 환자를 대상으로 TCD를 시행하여 추골동맥, 대뇌동맥, 기저동맥 등의 혈류속도를 관찰한 연구 결과가 보고되고 있으며 현훈의 진단 및 예후평가의 지표로 활용할 수 있다.

3) 어지럼증의 중증도 평가 도구 (확산도구 5)

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

국내에는 DHI, ABC, VADL 및 BBS의 번역판에 대한 신뢰도 및 타당도를 분석한 연구가 보고된 바 있으며, 번역된 DHI를 대상으로 시행한 평가 결과 Cronbach's alpha 값이 0.95로 충분한 신뢰도가 확보되었다. 또한 타당도 평가를 위해 SAS Proc Calis 모형을 사용하여 확증적 요인분석 시행 후 GFI(Goodness of Fitness Index), AGFI(Goodness of Fitness Index Adjusted for Degree of Freedom) 모형적합도를 적용한 결과 GFI가 0.87, AGFI가 0.84, 제시된 모든 계수가 $p < 0.05$ 로 충분한 유의성이 관찰되었다. ABC의 Cronbach's alpha 값은 0.98로 매우 높았으며, DHI의 기능적, 정서적, 신체적 특성 간 상관분석에서 모두 0.65 이상의 상관계수를 보여 동시타당도를 만족시켰다. 또한 VADL의 Cronbach's alpha 값은 0.985로 매우 높은 신뢰도를 보였으며, 전체 DHI 점수와도 0.70정도의 유의성을 보여 동시타당도가 검증되었다.^{24, 25)}

VSS는 원래 36개 문항으로 구성되어 있으나 임상에서는 15문항짜리 short form이 널리 사용된다. VSS 역시 어지럼증의 평가에 널리 사용되는 지표로, 기존 연구에 따르면 VSS의 Cronbach's alpha 값은 분야에 따라 0.69-0.83로 나타나 충분한 신뢰도가 확보되었고 기존의 다른 평가도구들과 비교하여 측정한 타당도 역시 높은 것으로 나타났다.^{20, 26)}

BBS 역시 국내에서 개발된 번역판을 대상으로 시행한 신뢰도 평가 결과 재활의학과 의사군과 물리

치료사군 사이에 Spearman 상관계수가 0.50-0.99 범위 내, 물리치료사군에서 0.62-0.99 범위 내로 나타났으며 합계 점수는 0.97($p < 0.05$)로 높은 상관관계를 보였다.²⁷⁾

이 지표들은 모두 환자가 주관적으로 느끼는 증상의 강도를 측정하는 방법이며 특정 질병의 중증도를 평가하는 지표가 아닌 점이 특징이다. 스스로 증상의 강도를 평가할 뿐만 아니라 특정 치료방법을 사용한 후 증상이 완화되었는지 여부를 평가할 수 있다는 점이 장점이다.

(1) DHI(Dizziness Handicap Inventory)

DHI는 1990년 Jacobson과 Newman이 개발한 설문지로, 어지럼에 의한 일상생활 장애를 조사한 최초의 자기평가식 척도(selfassessment inventory)이다. 총 25개의 설문 문항은 기능적, 감정적, 신체적 영역으로 구분되어 있으며, 3단계로 나누어 평가한다. 기능적 영역(Functional subscale, F)은 직업 또는 여가활동과 관련된 행위들에 대해 주로 질문하고 있으며, 감정적 영역(Emotional subscale, E)은 어지럼증으로 인해 환자가 받고 있는 스트레스의 강도를 체크하며, 신체적 영역(Physical subscale, P)은 일상에서 흔하게 수행하는 기본 동작시 증상이 심화되는지를 평가하고 있다. 모든 항목의 평가 총점은 100점으로 점수가 높을수록 어지럼증으로 인한 장애가 심하다고 진단할 수 있다. 최저점은 0점으로, 어지럼증으로 인해 불편함을 겪는다는 인식이 전혀 없는 경우에 해당한다.

DHI는 어지럼증이 유발하는 일상생활의 장애 정도뿐 아니라 기능적, 감정적, 신체적으로 미치는 영향을 측정함으로써 내과적, 외과적, 재활 치료의 효과를 평가할 수 있다.²⁴⁾ 특히 P1, P5, P11, P25 등의 문항은 BPPV의 평가에 유용한 것으로 알려져 있다.

(2) VSS(Vertigo Symptom Scale)

VSS는 1992년 Yardley에 의해 개발된 문항으로, 원형은 4가지 분야의 36개 문항(long form; VSS lf)으로 이루어져 있으나 임상에서는 VSS lf에서 추출한 15개의 문항을 이용한 짧은 버전(short form; VSS sf)이 많이 활용되고 있다. 단, 아직까지 VSS sf의 형태는 완벽히 확정되지 않은 상태이다.

VSS는 발생빈도가 1달 이상 지난 어지럼증을 평가하기 위해 개발된 것으로, 주 목적은 치료 효과를 평가하는 것이다. VSS는 자각적으로 느끼는 회전성 현훈 혹은 어지럼증 관련 증상을 평가하는 데 있어서 가장 높은 이해타당도를 갖고 있는 지표로 알려져 있다.²⁸⁾

(3) ABC(Activities-specific balance confidence scale)

ABC척도는 1995년 Powell과 Myers(1995)에 의해서 개발되었다. ABC는 일상생활에서 수행하게 되는 여러 가지 동작들을 자신 있게 해낼 수 있는지를 묻는 설문지로, 0%(전혀 자신 없다)에서부터 100%(완전히 자신 있다)까지 체크할 수 있다. 16개 문항의 총점 평균이 환자의 자신감 정도에 해당한다.

평형장애를 가진 노인층이 주된 평가 대상이며, 평형장애에 의한 일상생활의 장애를 구체적으로 측정할 뿐 아니라 특정 신체활동에 대한 수행능력을 자가 평가함으로써 자신의 상태를 인식하고 활동 범

위를 정할 수 있도록 한다.²⁵⁾

(4) VADL(Vestibular disorders activities of daily living scale)

VADL은 2000년 Cohen에 의해 개발된 것으로, 기존에 사용되던 ADL(Activities of Daily Living Scale)을 보완 수정한 것이다. 구체적이고 세세한 동작들을 제시함으로써 어지럼증에 대해 보다 정확하게 평가할 수 있도록 한 것이 특징이다.

VADL은 28개의 평가 문항으로 구성되어 있으며 이 문항들은 각각 기능 평가 12항목, 보행 평가 9항목, 도구 활용 평가 7항목으로 분류할 수 있다. VADL은 전정기능에 장애가 있는 경우 장애 정도를 평가하기에 유용하며, 전정기계 재활치료 후의 경과 평가에도 활용할 수 있다.²⁹⁾

(5) BBS(Berg Balance Scale)

BBS는 1989 Catherine Berg에 의해 고안된 검사로써, 일상생활에서 흔히 취하는 동작들을 대상으로 수행 가능 여부를 평가할 수 있고 간단하게 사용할 수 있는 점이 큰 장점이다.

처음에는 노인들의 낙상 위험성과 균형 능력 평가를 위해 만들어졌으나, 오늘날은 연령대에 크게 관계없이 균형 능력 평가를 위해 두루 사용되고 있다.²⁷⁾

(6) FL(Functional Level Scale of the AAO-HNF)

FL은 AAO-HNS에서 메니에르병으로 진단 받은 어지럼 환자의 증상을 측정하고자 만든 것이다.³⁰⁾ AAO-HNS는 1985년 증상의 발현횟수를 기준으로 메니에르병의 치료효과를 판정하는 기준을 만들었고, 1995년에 일상생활에 대한 돌발적 어지럼의 영향을 좀더 반영하기 위하여 어지럼에 의한 현재의 적응상태를 평가하는 6단계의 척도를 개정하여 제안하였다. 환자는 6단계의 적응상태 중 자신에게 해당하는 하나의 적응단계를 선택하며 최초 내원 시에 작성하고 치료과정에서 반복하여 치료에 대한 반응을 측정하는 지표로 사용한다.²⁴⁾

4. 치료

1) 한의학적 치료방법

(1) 침구치료^{11, 31-34)}

구분	혈위
체침(體鍼)	태충(太衝, LR3), 합곡(合谷, LI4), 현종(懸鍾, GB39), 백회(百會, GV20), 사신총(四神聰, EX-HN1), 대추(大椎, GV14), 풍지(風池, GB20), 풍부(風府, GV16), 태양(太陽, EX-HN5), 인당(印堂, EX-HN3), 상성(上星, GV23), 예풍(翳風, TE17), 솔곡(率谷, GB8), 완골(完骨, GB12), 천주(天柱, BL10), 아문(瘖門, GV15), 대저(大杼, BL11), 견정(肩井, GB21), 견우(肩髃, LI15), 천종(天宗, SI11), 경추 협척혈(頸椎 狹脊穴) 등
이혈(耳穴)	신구(腎區), 뇌간(腦幹), 신문(神門)
변증에 따른 추가 취혈	
혈어증(血瘀證) (U61.2)	혈해(血海, SP10), 삼음교(三陰交, SP6), 내관(內關, PC6), 위중(委中, BL40), 격수(膈俞, BL17), 비수(脾俞, BL20)
풍담증(風痰證) (유사 U72)	풍지(風池, GB20), 풍부(風府, GV16), 예풍(翳風, TE17), 태충(太衝, LR3), 족삼리(足三里, ST36), 풍릉(豐隆, ST40), 내관(內關, PC6), 두유(頭維, ST8), 중완(中腕, CV12), 합곡(合谷, LI4), 해계(解谿, ST41)
간양상항증(肝陽上亢證) (U65.0)	양릉천(陽陵泉, GB34), 협계(俠谿, GB43), 대둔(大敦, LR1), 간수(肝俞, BL18), 신수(腎俞, BL23), 행간(行間, LR2), 태충(太衝, LR3), 풍지(風池, GB20), 후계(後谿, SI3), 태계(太谿, KI3), 삼음교(三陰交, SP6)
수기능심증(水氣凌心證) (U67.3)	신문(神門, HT7), 대릉(大陵, PC7), 심수(心俞, BL15), 결음수(厥陰俞, BL14), 열결(列缺, LU7), 척택(尺澤, LU5), 풍릉(豐隆, ST40), 중완(中腕, CV12), 족삼리(足三里, ST36), 단중(膻中, CV17), 내관(內關, PC6), 기해(氣海, CV6)
신음허증(腎陰虛證) (U71.4)	용천(湧泉, KI1), 연곡(然谷, KI2), 태계(太谿, KI3), 간수(肝俞, BL18), 신수(腎俞, BL23), 현종(懸鍾, GB39)
신양허증(腎陽虛證) (U71.5)	명문(命門, GV4), 태계(太谿, KI3), 관원(關元, CV4)
심비양허증(心脾兩虛證) (U78.7)	신문(神門, HT7), 태백(太白, SP3), 족삼리(足三里, ST36), 삼음교(三陰交, SP6), 심수(心俞, BL15), 비수(脾俞, BL20), 위수(胃俞, BL21), 결음수(厥陰俞, BL14), 내관(內關, PC6)

전통적인 침술과 구술^{35, 36)}, 부항술³⁷⁾ 뿐 아니라 침치료의 효과를 더욱 증강시키기 위해 전침^{38, 39)} 을 함께 사용할 수 있으며, 도침^{40, 41)} ·매선⁴²⁾ 등의 침술 기법 역시 현훈의 치료를 위해 이용되고 있다.

(2) 약물치료 ^{11-13, 33, 43-49)}

현훈 환자의 증상 호전을 위해 변증에 따른 한약 치료를 고려하는 것이 권장된다.

구분	치법	처방
혈어증 (血瘀證) (U61.2)	활혈화어(活血化痰) 통락개규(通絡開竅)	척담탕합통규활혈탕가감(痰涎湯合通竅活血湯加減) 혈부축어탕(血府逐瘀湯), 대황자충환(大黃蠱蟲丸), 계지복령환(桂枝茯苓丸) 통규활혈탕합통기산가감(通竅活血湯合通氣散加減) 천궁진편 익기활혈탕(益氣活血湯) 지현탕
풍담증 (風痰證) (유사 U72)	거풍화담(祛風化痰) 건비화위(健脾和胃)	반하백출천마탕가감(半夏白朮天麻湯加減) 택사탕(澤瀉湯) 건정산(牽正散), 척담탕(痰涎湯), 도담탕(導痰湯) 가감용회환(加減龍薑丸), 복종탕(複聰湯), 청기화담환(清氣化痰丸), 청 충화담환(聽聰化痰丸), 곤담환(滾痰丸), 통명이기탕(通明利氣湯) 현복정 갈근해기탕(葛根解肌湯), 계지가갈근탕(桂枝加葛根湯), 계지갈근탕(桂 枝葛根湯), 소반하가복령탕(小半夏加茯苓湯), 천마구등정현탕(天麻鉤藤 定眩湯) 정현탕, 정현통락탕, 지현통비탕
간양상항증 (肝陽上亢證) (U65.0)	평간잠양(平肝潛陽) 청화식풍(清火息風) 자음평간잠양(滋陰平肝潛陽) 청간식풍(清肝熄風) 육음잠양(育陰潛陽)	천마구등음가감(天麻鉤藤飲加減) 기국지황환(杞菊地黃丸) 소시호탕합온담탕가감(小柴胡湯合溫膽湯加減) 진간식풍탕(鎮肝熄風湯) 황련해독탕(黃連解毒湯)
수기능심증 (水氣凌心證) (U67.3)	온신장양(溫腎壯陽) 산한이수(散寒利水)	계지감초용골모려탕(桂枝甘草龍骨牡蠣湯), 영계출감탕(苓桂朮甘湯), 진 무탕(眞武湯), 오령산(五苓散) 진무탕합오령산가감(眞武湯合五苓散加減) 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)
신음허증 (腎陰虛證) (U71.4)	보신진정(補腎填精) 충양뇌수(充養腦髓) 자음보신(滋陰補腎) 익정보수(益精補髓)	하거대조환가감(河車大棗丸加減) 육미지황환(六味地黃丸), 자음강화탕(滋陰降火湯), 대보음환(大補陰丸) 기국지황탕가감(杞菊地黃湯加減) 보신탕가미(補腎湯加味)
신양허증 (腎陽虛證) (U71.5)	온보신양(溫補腎陽)	신기환(腎氣丸), 우귀환(右歸丸)
심비양허증 (心脾兩虛證) (U78.7)	보익기혈(補益氣血) 건운비위(健運脾胃) 익기양혈(益氣養血) 보익심비(補益心脾) 양혈안신(養血安神)	팔진탕가감(八珍湯加減) 인삼양영탕(人蔘養營湯) 귀비탕가감(歸脾湯加減) 사물탕(四物湯) 익기충명탕(益氣聰明湯) 기혈쌍보탕(氣血雙補湯) 보중익기탕(補中益氣湯)

(3) 약침 요법

예풍(翳風, TE17), 이문(耳門, TE21), 청궁(聽宮, SI19), 풍지(風池, GB20), 천주(天柱, BL10), 합곡(合谷, LI4), 태충(太衝, LR3), 내관(內關, PC6), 삼음교(三陰交, SP6), 견정(肩井, GB21) 등의 혈위에 운제(CE, JsD), CC, 자하거, 신양허 약침을 이용하며, 수화조절법을 병행할 수 있다.³⁴⁾

중의학에서는 현훈을 치료하기 위해 황기(黃耆)⁵⁰⁾, 당귀^{51, 52)}, 향단⁵³⁾, 단삼(丹蔘)⁵⁴⁻⁵⁹⁾, 등잔화·세신(燈臺細辛)·삼칠 사포닌 주사액(三七總皂苷) 등의 약침액을 사용하고 있으며,¹¹⁾ 변증에 따라 약침을 혈맥 주입하여 사용하기도 한다.

(4) 수기 요법

일반적으로 양성 돌발성 체위성 현훈(BPPV)의 치료를 위해 다양한 종류의 이석정복술(Canalith repositioning maneuver)이 널리 사용되고 있으며,^{60, 61)} 현재 한의학계에서는 경추성 현훈에 대해 추나치료를 시행하여 호전된 예시가 지속적으로 보고되고 있다.⁶²⁻⁶⁴⁾ 중의학에서는 경추성 현훈이나 급성 현훈의 증상 완화를 위해 백회(百會, GV20), 태양(太陽, EX-HN5), 인당(印堂, EX-HN3), 상성(上星, GV23), 예풍(翳風, TE17), 솔곡(率谷, GB8), 완골(完骨, GB12), 대추(大椎, GV14), 풍지(風池, GB20), 풍부(風府, GV16), 천주(天柱, BL10), 아문(瘰癧門, GV15), 대저(大杼, BL11), 견정(肩井, GB21), 견우(肩髃, LI15), 천종(天宗, SI11), 결분(缺盆, ST12)을 비롯한 두경부 및 견배부의 혈위 및 수삼리(手三里, LI10), 곡지(曲池, LI11), 내관(內關, PC6), 합곡(合谷, LI4), 풍룡(豐隆, ST40) 등 사지말단의 혈위에 수기요법을 시행하고 있으며,^{31, 65-80)} 일반적 수기요법뿐 아니라 혈위 압박 요법(點按上頸段穴位),^{70, 81)} Sustained Natural Apophyseal Glides(SNAGs) 등이 사용되고 있다.⁸²⁻⁸⁴⁾

(5) 심신요법

심인성 어지럼증, 만성 주관적 어지럼증, 평형장애를 동반한 만성 어지럼증 등에 인지행동치료(Cognitive-behavior therapy, CBT),⁸⁵⁾ 태극권⁸⁶⁾ 등의 심신요법을 활용하여 효과를 볼 수 있다. 또한 뉴로피드백 훈련⁸⁷⁾ 등의 이완요법 또한 활용할 수 있다.

(6) 기타 요법

현재 중의학에서는 현훈의 한의학적 치료를 위해 소지 캡슐,⁸⁸⁾ 은행잎 추출 캡슐,^{89, 90)} 기타 정제, 양혈청뇌 과립제⁴²⁾ 등 다양한 제형의 한약제제가 개발되고 있다.

(7) 사상체질에 따른 현훈의 치료

① 소음인 현훈 치료

- 1) 소음인 체질병증의 표병증은 승양익기, 리병증은 강음(리음강기)을 치료원칙으로 하며, 표리병증의 역증은 이에 건비까지를 치료원칙으로 고려하여, 순역병증 및 중증도에 따른 하위 병증에 따라 변증하고 평소의 소증을 고려하여 적절한 한약을 처방하고, 소증 및 병증 상태에 따라 용

량, 용법, 복용기간을 제시할 수 있다.

- 2) 침구치료에 있어 소음인 체질병증의 표병증은 승양익기, 리병증은 리음강기의 치료원칙과 표리병증의 순역을 고려하여 경혈과 경락, 침구법을 선택하여 시술할 수 있다.
- 3) 소음인 체질병증의 표리병증, 순역병증 및 중증도에 따른 하위 병증에 따라 약침치료, 기공치료 등을 선택하여 치료할 수 있다.
- 4) 소음인의 소증과 보명지주의 상태를 고려하여 적절한 식이요법, 운동요법 및 성정관리법을 설명할 수 있다.

■ 소음인 현훈 변증별 치법과 처방

대분류	중분류	소분류	세분류	치법	처방		
소음인 병증 (少陰人病證)	신수열 리열병 (腎受熱 表熱病)	울광병 (鬱狂病)	울광병 경증 (鬱狂病 輕證)	울광병초증 (鬱狂病初證)	익기승양 (益氣升陽)	천궁계지탕 (川芎桂枝湯) 궁귀향소산 (芎歸香蘇散) 곽향정기산 (藿香正氣散)	
			울광병 중증 (鬱狂病 重證)	울광병중증 (鬱狂病中證)		팔물군자탕 (八物君子湯) 향부자팔물탕 (香附子八物湯)	
				울광병말증 (鬱狂病末證)		독삼팔물군자탕 (獨參八物君子湯)	
				태양병결음증 (太陽病厥陰證)		인삼오수유탕 (人蔘吳茱萸湯)	
		망양병 (亡陽病) 망양병 (亡陽病) 망양병 (亡陽病)	망양병 험증 (亡陽病 險證)	망양병초증 (亡陽病初證)		건비익기승양 (健脾益氣升陽)	황기계지탕 (黃芪桂枝湯)
				망양병중증 (亡陽病中證)			승양익기탕 (升陽益氣湯) 보중익기탕 (補中益氣湯)
	망양병 위증 (亡陽病 危證)		망양병말증 (亡陽病末證)	황기계지부자탕 (黃芪桂枝附子湯) 승양익기부자탕 (升陽益氣附子湯) 인삼계지부자탕 (人蔘桂枝附子湯) 인삼관계부자탕 (人蔘官桂附子湯)			

대분류	중분류	소분류	세분류	치법	처방		
소음인 병증 (少陰人病證)	위수한 표한병 (胃受寒裏寒病)	태음병 (太陰病)	태음병자리증 (太陰病自利證)	온위강음 (溫胃降陰)	백하오이중탕 (白何烏理中湯) 백하오부자이중탕 (白何烏附子理中湯)		
			태음병경증 (太陰病輕證)		계지반하생강탕 (桂枝半夏生薑湯) 곽향정기산 (藿香正氣散) 향사양위탕 (香砂養胃湯) 적백하오관중탕 (赤白何烏寬中湯)		
			태음병황달증 (太陰病黃疸證)		곽향정기산 (藿香正氣散) 향사양위탕 (香砂養胃湯) 십이미관중탕 (十二味寬中湯) (+인진(茵陳))		
		태음병 중증 (太陰病重證)	태음병부종증 (太陰病浮腫證)		십이미관중탕 (十二味寬中湯) 궁귀총소이중탕 (芎歸蔥蘇理中湯) 계부곽진이중탕 (桂附藿陳理中湯)		
			태음병음독증 (太陰病陰毒證)		인삼진피탕 (人蔘陳皮湯) 인삼계피탕 (人蔘桂皮湯)		
		소음병 (少陰病)	소음병험증 (少陰病險證)		소음병자리증 (少陰病自利證)	건비강음 (健脾降陰)	관계부자이중탕 (官桂附子理中湯)
					소음병하리청수증 (少陰病下利靑水證)		관계부자이중탕 (官桂附子理中湯)
			소음병위증 (少陰病危證)		소음병장결증 (少陰病臟厥證)		오수유부자이중탕 (吳茱萸附子理中湯)
	소음병음성격양증 (少陰病陰盛隔陽證)			오수유부자이중탕 (吳茱萸附子理中湯)			

② 소양인 현훈 치료

- 1) 소양인 체질병증의 표병증은 청리열, 강표음, 리병증은 청양상승을 치료원칙으로 하며, 표리병증의 역증은 이에 보신원(補腎元)까지를 치료원칙으로 고려하여, 순역병증 및 중증도에 따른 하위 병증에 따라 변증하고 평소의 소증을 고려하여 적절한 한약을 처방하고, 소증 및 병증 상태에

- 따라 용량, 용법, 복용기간을 제시할 수 있다.
- 2) 침구치료에 있어 소양인 체질병증의 표병증은 청리열, 강표음, 리병증은 청양상승의 치료원칙과 표리병증의 순역을 고려하여 경혈과 경락, 침구법을 선택하여 시술할 수 있다.
 - 3) 소양인 체질병증의 표리병증, 순역병증 및 중증도에 따른 하위 병증에 따라 약침치료, 기공치료 등을 선택하여 치료할 수 있다.
 - 4) 소양인의 소증과 보명지주의 상태를 고려하여 적절한 식이요법, 운동요법 및 성정관리법을 설명할 수 있다.

■ 소양인 현훈 변증별 치법과 처방

	대분류	중분류	소분류	세분류	치법	처방		
소양인 병증 (少陽人病證)	비수한 표한병 (脾受寒表寒病)	소양 상풍병 (少陽傷風病)	소양상풍병 경증 (少陽傷風病輕證)	소양상풍병초증 (少陽傷風病初證)	청리열 강표음 (清裏熱降表陰)	형방패독산 (荊防敗毒散)		
				소양상풍병우증 (少陽傷風病尤證)		형방패독산 (荊防敗毒散) 형방사백산 (荊防瀉白散) 형방도적산 (荊防導赤散)		
			소양상풍병 중증 (少陽傷風病重證)	결흉증 (結胸證)		형방도적산 (荊防導赤散) 도적강기탕 (導赤降氣湯) 감수 (甘遂)		
				결흉우증 (結胸尤證)		지황백호탕 (地黃白虎湯)		
			망음병 (亡陰病)	망음병 험증 (亡陰病險證)		신열두통망음증 (身熱頭痛亡陰證)	청리열 강표음 보신원 (清裏熱降表陰補腎元)	저령차전자탕 (猪苓車前子湯)
						신열두통망음우증 (身熱頭痛亡陰尤證)		형방사백산 (荊防瀉白散)
		망음병 위증 (亡陰病危證)		신한복통망음증 (身寒腹痛亡陰證)	활석고삼탕 (滑石苦參湯)			
				신한복통망음우증 (身寒腹痛亡陰尤證)	형방지황탕 (荊防地黃湯)			

소양인 병증 (少陽人 病證)	위수열리 열병 (胃受熱 裏熱病)	홍격열병 (胸膈熱病)	홍격열병 경증 (胸膈熱病 輕證)	홍격열병초증 (胸膈熱病初證)	청양상승 (淸陽上升)	형방사백산 (荊防瀉白散)	
				홍격열병우증 (胸膈熱病尤證)			지황백호탕 (地黃白虎湯)
			홍격열병 중증 (胸膈熱病重證)	위국청양불상승증 (胃局淸陽不上升證) (상소증(上消證))			양격산화탕 (涼膈散火湯)
				대장청양불상승증 (大腸淸陽不上升證) (중소증(中消證))			인동등지골피탕 (忍冬藤地骨皮湯)
		음허오열병 (陰虛 午熱病)	음허오열병 험증 (陰虛午熱病 險證)	대장청양모손증 (大腸淸陽耗損證) (하소증(下消證))	청양상승 보신원 (淸陽上升 補腎元)	숙지황고삼탕 (熟地黃苦參湯)	
			음허오열병 위증 (陰虛午熱病 危證)	음허오열증 (陰虛午熱證)		독활지황탕 (獨活地黃湯)	
		음허오열우증 (陰虛午熱尤證)			십이미관중탕 (十二味地黃湯)		

③ 태음인 현훈 치료

- 1) 태음인 체질병증의 표병증은 조위완승청(調胃脘承淸), 리병증은 청간열을 치료원칙으로 하며, 표리병증의 역증은 이에 보폐원(補肺元)까지를 치료원칙으로 고려하여, 순역병증 및 중증도에 따른 하위 병증에 따라 변증하고 평소의 소증을 고려하여 적절한 한약을 처방하고, 소증 및 병증 상태에 따라 용량, 용법, 복용기간을 제시할 수 있다.
- 2) 침구치료에 있어 태음인 체질병증의 표병증은 조위완승청(調胃脘承淸), 리병증은 청간열의 치료원칙과 표리병증의 순역을 고려하여 경혈과 경락, 침구법을 선택하여 시술할 수 있다.
- 3) 태음인 체질병증의 표리병증, 순역병증 및 중증도에 따른 하위 병증에 따라 약침치료, 기공치료 등을 선택하여 치료할 수 있다.
- 4) 태음인의 소증과 보명지주의 상태를 고려하여 적절한 식이요법, 운동요법 및 성정관리법을 설명할 수 있다.

■ 태음인 현훈 변증별 치법과 처방

	대분류	중분류	소분류	세분류	치법	처방
태음인 병증 (太陰人 病證)	위안수한 표한병 (胃脘受寒 表寒病)	위안한병 (胃脘寒病)	위안한병 경증 (胃脘寒病 輕證)	배추표한초증 (背頤表病初證)	조위안승청 (調胃脘承清)	마황발표탕 (麻黃發表湯)
			위안한병 경증 (胃脘寒病 輕證)	효천병증 (哮喘病證)		마황정천탕 (麻黃定喘湯)
			위안한병 중증 (胃脘寒病 重證)	한결증 (寒厥證)		한다열소탕 (寒多熱少湯)
			위안한병 중증 (胃脘寒病 重證)	한결우증 (寒厥尤證)		한다열소탕 (寒多熱少湯)
		위안한 폐조병 (胃脘寒 肺燥病)	위안한폐조병 험증 (胃脘寒肺燥病 險證)	조한병증 (燥寒病證)	조위안승청 보폐원 (調胃脘承清 補肺元)	태음조위탕 (太陰調胃湯)
			위안한폐조병 위증 (胃脘寒肺燥病 危證)	조한병우증 (燥寒病尤證)		조위승청탕 (調胃承清湯)
				조한병심증 (燥寒病甚證) (음혈모갈한다증) (陰血耗竭寒多證)		보폐원탕 (補肺元湯) 녹용대보탕 (鹿茸大補湯)
태음인 병증 (太陰人 病證)	간수열 리열병 (肝受熱 裏熱病)	간열병 (肝熱病)	간열병 경증 (肝熱病 輕證)	간열병초증 (肝熱病初證)	청간열 (清肝熱)	갈근해기탕 (葛根解肌湯)
			간열병 중증 (肝熱病 重證)	간열병우증 (肝熱病尤證)		갈근승기탕 (葛根承氣湯)
				간열병심증 (肝熱病甚證)		조각대황탕 (皂角大黃湯)
		간열 폐조병 (肝熱 肺燥病)	간열폐조병 험증 (肝熱肺燥病 險證)	조열병증 (燥熱病證)	청간열 보폐원 (清肝熱 補肺元)	열다한소탕 (熱多寒少湯) 청폐사간탕 (清肺瀉肝湯)
				조열병우증 (燥熱病尤證)		청심연자탕 (清心蓮子湯)
			간열폐조병 위증 (肝熱肺燥病 危證)	조열병심증 (燥熱病甚證) (음혈모갈열다증) (陰血耗竭熱多證)		공진흑원단 (拱辰黑元丹)

④ 태양인 현훈 치료

- 태양인 체질병증의 표병증은 충실요척표기(充實腰脊表氣), 리병증은 충실소장리기(充實小腸裏氣)를 치료원칙으로 하며, 표리병증의 역증은 이에 보간원(補肝元)까지를 치료원칙으로 고려하여, 순역병증 및 중증도에 따른 하위 병증에 따라 변증하고 평소의 소증을 고려하여 적절한 한약을 처방하고, 소증 및 병증 상태에 따라 용량, 용법, 복용기간을 제시할 수 있다.

- 2) 침구치료에 있어 태양인 체질병증의 표병증은 충실요척표기(充實腰脊表氣), 리병증은 충실소장리기(充實小腸裏氣)의 치료원칙과 표리병증의순역을 고려하여 경혈과 경락, 침구법을 선택하여 시술할 수 있다.
- 3) 태양인 체질병증의 표리병증, 순역병증 및 증증도에 따른 하위 병증에 따라 약침치료, 기공치료 등을 선택하여 치료할 수 있다.
- 4) 태양인의 소증과 보명지주의 상태를 고려하여 적절한 식이요법, 운동요법 및 성정관리법을 설명할 수 있다. 특히 표병에서의 '戒深哀 遠嗔怒', 리병에서의 '遠嗔怒 斷厚味'의 성정 및 생활습생 관리를 주된 치료원칙으로 반영할 수 있다.

■ 태양인 현훈 변증별 치법과 처방

	대분류	중분류	소분류	치법	처방
태양인 병증 (太陽人病證)	외감 요척병 (外感腰脊病)	요척병순병 (腰脊病順病)	요척병경증 (腰脊病輕證)	충실요척표기 (充實腰脊表氣)	오가피장척탕 (五加皮壯脊湯)
		요척병역병(해역병) (腰脊病逆病(解僂病))	해역병험증 (解僂病險證)	충실요척표기 보간원 (充實腰脊表氣 補肝元)	
			해역병위증 (解僂病危證)		
		내촉 소장병 (內觸小腸病)	소장병순병 (小腸病順病)	소장병경증 (小腸病輕證)	
	소장병역병(열격병) (小腸病逆病(噎膈病))		열격병험증 (噎膈病險證)	충실소장리기 보간원 (充實小腸裏氣 補肝元)	
		열격병위증 (噎膈病危證)			

2) 의과적 치료방법

(1) 약물치료

① 뇌혈관확장제

혈관확장제는 혈관조(stria vascularis)의 허혈에 의해 발생하는 것으로 추정되는 내이질환에 두루 사용되고 있다. 염산디페니돌(difenidol HCl)은 추골기저동맥부전을 개선하여 혈류량을 증가시키며 베타히스틴 메실산염(betahistine mesylate)은 내이 미소 혈관의 혈류량을 증가시켜 내이액의 분비나 흡수를 촉진하여 내림프 수종을 제거함과 동시에 뇌내 혈류량 개선 작용을 나타낸다. 이외에도 플루나리진(flunarizine), 시네파지드(cinpezid), 신나리진(cinnarizine), 니모디핀(nimodipine) 등의 혈관확장제가 어지럼증의 억제를 위해 사용된다.

② 뇌순환 개선제

뇌혈관장애 환자의 뇌혈액 순환 개선 및 혈류량 증가를 위해 빈포세틴(vinpocetine), 아스피린(aspirin) 등의 뇌순환개선제가 사용된다.

③ 자율신경 조절제

자율신경 조절제는 자율신경계의 긴장 및 불균형을 개선하고 말초 혈류량을 증가시키는 작용을 하며 토피소팜(tofisopam) 등이 사용된다.

④ 이뇨제

이뇨제는 메니에르 병에서 내림프액의 수종 완화를 위해 사용되고 있으며 티아지드(thiazide) 계열이 주로 사용된다.

⑤ 항히스타민제

항히스타민제는 현기증, 두통의 원인이 되는 내이미로의 흥분을 억제하여 오심, 구토의 원인이 되는 구토 중추의 흥분을 가라앉혀 동요병(멀미) 및 메니에르병의 치료에 이용된다. 항히스타민제와 항콜린제제는 전정신경핵의 무스카린 수용체(muscarinic receptor)의 경쟁적 억제제이며 이 중에서도 항히스타민제에 속하는 디맨히드리네이트(dimenhydrinate)의 효능이 우수하여 널리 사용되고 있다. 항히스타민제에 해당하는 메클리진(mecizine), 항콜린제제인 스코폴라민(scopolamine) 등은 졸음이 적고 약효가 약하며 지속시간이 길어 경미한 어지럼증의 조절이나 멀미방지를 위해 많이 사용된다.

⑥ 정신신경계 : 항불안제, 항간질제, 항우울제

디아제팜(diazepam), 로라제팜(lorazepam), 클로나제팜(clonazepam) 등 비롯한 벤조디아제핀(benzodiazepine) 계통 약물인 GABA 작용제는 전정신경핵의 주요 억제성 신경전달물질이다. 이 약물들은 구토중추에도 작용하여 구토를 조절하기도 한다. 편두통과 동반된 어지럼증의 경우 예방 및 치료를 위해 발프로산(valproate)와 같은 항간질제를 사용하기도 한다. 세로토닌의 작용을 선택적으로 높이는 약물인 에스시탈로프람(escitalopram)은 우울증 및 공황장애, 사회불안장애, 범불안장애, 강박장애 등에 광범위하게 사용되며 만성 주관적 어지럼증 환자에게 사용하기도 한다.

⑦ 심장혈관계 : 승압제, 항부정맥제, 빈혈개선제

저혈압, 부정맥, 빈혈 등 순환기계 장애에 의한 어지럼증은 이를 개선하는 약물이 사용된다. 저혈압의 경우 미도드린(midodrine), 데노파민(denopamine), 바소프레신(vasopressin) 등의 승압제를, 부정맥의 경우 치료 타겟에 따라 베타차단제, 디곡신(digoxin) 및 비-디하이드로피리딘(non-dihydropyridine) 계열의 칼슘통로차단제인 베라파밀(verapamil)과 딜티아젠펜(diltiazem) 또는 아미오다론(amiodarone), 드로네다론(dronedarone), 플레카이니드(flecainide), 프로파페논(propafenone), 소타롤(sotalol) 등의 사

용을 고려할 수 있으며 빈혈의 경우 철분, 비타민, 엽산 보충제 등의 빈혈개선제가 고려될 수 있다.

3) 한의과·의과 병행 치료

의과적 약물 치료와 침치료를 동시에 시행하거나^{91, 92)} 혹은 합성의약품·한약제제를 동시에 투여하는 경우,^{77, 93)} 합성의약품과 약침의 병행,⁹⁴⁾ 견배부·경항부의 혈위에 수기치료를 시행하는 것과 합성의약품 치료를 병행하는⁷⁰⁾ 등 다양한 한의과·의과 병행 치료의 예시가 보고되고 있으며, 이를 통해 현훈의 치료를 위해 한의학적 치료법을 단독으로 사용할 수 있을 뿐 아니라 기존의 의과적 치료와 병행하여 동시에 시행할 수 있음을 알 수 있다.

5. 예방 및 관리

어지럼증은 다양한 원인질환에 의해 일어날 수 있으며, 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.

대표적인 말초성 어지럼증을 유발하는 질환인 양성 돌발성 체위성 현훈(BPPV)은 약 20-30% 정도에서 질병의 재발이 관찰된다고 알려져 있으며,⁷⁾ 전정신경염의 경우 발병 2-3일 뒤부터 대체로 급성기 증상이 완화되는 과정을 거쳐 약 70%에서 1주 이내에 심한 어지럼증이 소실된다. 2주 이상 심한 어지럼증을 호소하는 경우는 약 4% 정도이다.⁸⁾ 메니에르병은 초기 발병 환자의 약 80%가 자연치유 가능하며, 재발 시 발작 주기는 환자마다 다르다고 알려져 있다.⁹⁵⁾

중추성 어지럼증을 유발할 수 있는 대표적인 부위인 소뇌 및 뇌간의 경색은 해당 뇌 부위의 비가역적 손상 정도에 따라 증상의 정도가 달라질 수 있으며, 기타 신경학적 증후를 동반할 수 있다. 이를 예방하기 위해 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등 증상을 악화시키거나 유발할 수 있는 위험인자들을 지속적으로 관리해야 한다.

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 위밍업-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.⁹⁶⁾ 해당 부위의 이완 및 강화 운동을 통해 경

추성 현훈을 완화·관리하도록 한다.

[참고문헌]

1. 오정민, 엄태민, 최고은, 허종원, 김현태, 조현경, 유호룡, 설인찬, 김윤식. 한방병원에 내원한 어지럼증 환자에 대한 고찰. 동의생리병리학회지. 2015;29(5):378-385.
2. 전국한의학대학교 심계내과학교실. 순환·심계내과학. 군자출판사. 2013.
3. 전국 한의과대학 간계내과학교실. 간계내과학. 도서출판 나도. 2013.
4. 전국 한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 집문당. 2010.
5. 허준. 동의보감. 남산당. 2009.
6. 오세희, 정찬영, 홍승욱. 현훈(어지럼증) 한의표준변증안 개발을 위한 전문가 델파이 조사. 한방안이비인후피부과학회지. 2020;33(2):43-54.
7. 김은혜, 김선미. 어지럼증의 감별진단과 치료. 대한가정의학회지. 2013;3:260-266.
8. 임현우, 채성원. 일차진료에 있어 급성 어지럼증 환자의 검사와 치료. 대한의사협회지. 2010;53(10):898-910.
9. 대한이비인후과학회. 이비인후과학. 일조각;2016.
10. 대한이비인후과학회. 이비인후과학. 일조각. 2006.
11. 中国中医药管理局. 脑病科中医诊疗方案. 2010.
12. 한방병리학 교재편찬위원회. 한방병리학. 한의문화사. 2013.
13. 대한한방안이비인후피부과학회. 한의안이비인후과학 이비인후과. 글로벌스. 2019.
14. 이준희, 이의주. 소음인체질병증 임상진료지침: 진단 및 알고리즘. 사상체질의학회지. 2014;26(1):11-26.
15. 이준희, 이의주. 소양인체질병증 임상진료지침: 진단 및 알고리즘. 사상체질의학회지. 2014;26(3):224-240.
16. 이준희, 이의주. 태음인·태양인체질병증 임상진료지침: 진단 및 알고리즘. 사상체질의학회지. 2015;27(1):13-41.
17. 사상체질의학회 표준화위원회 진료지침개발TF. 사상체질병증 임상진료지침: 소음인. 2014.
18. 사상체질의학회 표준화위원회 진료지침개발TF. 사상체질병증 임상진료지침: 소양인. 2014.
19. 사상체질의학회 표준화위원회 진료지침개발TF. 사상체질병증 임상진료지침: 태음인/태양인. 2015.
20. Wilhelmsen K, Strand LI, Nordahl SHG, Eide GE, Ljunggren AE. Psychometric properties of the Vertigo symptom scale - Short form. BMC Ear Nose Throat Disord. 2008;8:2.
21. 김병건. 어지러움의 신경학적 접근. 대한평형학회지. 2002;1(1)24-33.
22. 대한한 의사협회. 2011년 한국형 의료행위분류 의료행위정의개발 및 관리체계 구축을 위한 연구 (한방). 2011.

23. 경희대학교 한방병원 중풍센터. 현훈 검사지(일반). 2016.
24. 한규철, 이은정, 이주형 외. 한국어 번역판 어지럼 척도 표준화 연구. 대한평형의학회지. 2004;3(2):307-325.
25. 장숙량, 조성일, 오상우 외. 한국어판 낙상효능 척도와 활동 특이적 균형 자신감 척도의 타당도 및 신뢰도. 대한노인병학회지. 2003;7(4):255-268.
26. Duracinsky M, Mosnier I, Bouccara D, Sterkers O, Chassany O; Working Group of the Societe Francaise d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL). Literature review of questionnaires assessing vertigo and dizziness, and their impact on patients' quality of life. Value Health. 2007;10(4):273-284.
27. 정한영, 박진희, 심재진, 김명중, 황미령, 김세현. 한글화된 Berg 균형검사법의 신뢰도 분석. 대한재활의학회지. 2006;30(6):611-618.
28. Kondo M, Kiyomizu K, Goto F, et al. Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form. Health Qual Life Outcomes. 2015;13:4.
29. Cohen HS. Use of the Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale to describe functional limitations in patients with vestibular disorders [published correction appears in J Vestib Res. 2014;24(4):325]. J Vestib Res. 2014;24(1):33-38.
30. Cohen H, Ewell LR, Jenkins HA. Disability in Meniere's disease. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1995;121(1):29-33.
31. 成向东. 针刺配合手法与中药汤剂治疗颈性眩晕的疗效比较. 北京中医药(Beijing Journal of Traditional Chinese Medicine) 2016;35(2):145-148.
32. 段松会(Duan). 针刺配合推拿治疗颈性眩晕92例. 实用医技杂志. 2008;15(27):3757.
33. 冯兴建. Clinical Study on Comprehensive Therapy in the Treatment of Vertigo of Yin Deficiency of Liver and Kidney for 60 Cases. 光明中医. 2016;31(9):1269-1270.
34. 대한침구의학회 교재편찬위원회. 침구의학. 집문당. 2014.
35. 高嵐(Gao) 등. 穴位注射加灸治疗颈性眩晕42例. 鍼灸臨床雜誌. 2000;16(5):35-36.
36. 张功安(Zhang), 罗健, 黄柳和. 改进雷火神针治疗眩晕疗效观察. 中国针灸. 2008;28(4):280-282.
37. 张勇陈胜(Zhang). 手法与针灸治疗椎动脉型颈椎病疗效观察. 陕西中医. 2011;32(8):996-997.
38. 林剑坚(Lin), 陈怀, 陈敏瑛, 黄丽英. 针推结合治疗寰枢关节错缝疗效观察. 中医正骨. 2006;18(8):13-14.
39. Zhao H, Liu Z, Zhao T, Zhao Y, Wang L. A clinical observation of the treatment of central vestibular diseCQuilibrium syndrome with acupuncture. Int J of Clinical Acupuncture. 2005;14(3):157-164.

40. 范志勇(Fan), 黄伟昌, 朱文香, 查和萍. 风池穴针刀刺血为主治疗颈源性眩晕. 中国康复. 2010;25(4):285-286.
41. 王卫刚(Wang), 何威. 针刀配合推拿整复法治疗颈性眩晕临床疗效观察. 辽宁中医药大学学报. 2014;16(11):174-176.
42. 李少敏(Li), 谢继萍, 徐向阳, 敬然. 穴位埋线结合养血清脑颗粒治疗椎动脉型颈椎病中眩晕的近期效果. 宁夏医学杂志. 2013;35(8):693-695.
43. 邵義澤, 王會民, 越文莉. 中西醫結合优化治療眩暈症的臨床觀察. 中草藥(Chinese Traditional and Herbal Drugs). 2014;45(7):982-944.
44. 张峰(Zhang), 林勇, 沈媯, 沈建红. 针药合用治疗颈性眩晕临床观察. 新中医. 2011;43(5):120-121.
45. 张颖(Zhang), 梁伟波. 针刺联合中医辨证治疗颈性眩晕临床观察. 新中医. 2013;45(5):120-121.
46. 李树成. 半夏白术天麻汤联合西药治疗眩晕随机平行对照研究. 實用中醫內科雜誌(JOURNAL OF PRACTICAL TRADITIONAL CHINESE INTERNAL MEDICINE). 2013;27(2):94-95.
47. 吴伟翔, 薛枫, 路敬叶, 陈齐鸣. 中西医结合方案治疗椎-基底动脉缺血性眩晕的疗效及对血流动力学的影响. 现代中西医结合杂志(Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine). 2015;24(26):2917-2919.
48. 朱锐平(ZHU Rui-ping), 唐海宁(TANG Hai-ning). 半夏白术天麻汤与补阳还五汤治疗眩晕临床观察. 上海中医药杂志(SHANGHAI JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE). 2003;37(9):16-17.
49. 陆春光. 手法结合泽泻汤治疗良性位置性眩晕 35例. 光明中医. 2012;27(10):2022-2024.
50. 刘光明. 施氏伤科手法治疗颈性眩晕的临床研究. Chinese J Trad Med Traum & Orthop. 2012;20(3):6-8.
51. 曹少華(Cao) 等. 特定穴位注射當歸注射液治疗颈性眩晕的疗效观察. 光明中医. 2013;28(4):756-757.
52. 楊家庭(Yang) 等. “枕丘”穴位注射治療頸源性眩暈的臨床研究. 鍼灸臨床雜誌. 2015;31(4):48-52.
53. 王丹 等. 香丹注射液穴位注射治疗颈性眩晕34例疗效观察. 華河北中醫. 2008;20(4):51-52.
54. 周文强(Zhou), 吴秀清. 傍针刺治疗颈性眩晕45例. Henan Traditional Medicine 1997;17(3):178.
55. 白曉莉(Bai) 等. 穴位注射配合中藥熱敷治疗颈性眩晕46例. 河北中醫. 2010;32(11):1694-1695.
56. 江飛舟(Jiang) 等. 電針和穴位注射配合牽引治疗颈性眩晕. 中華物理醫學與康復雜誌. 2004;26(5):293.

57. 李燕(Li), 陈晓波. 风池穴位注射治疗颈性眩晕74例疗效观察. 河北中医. 2006;28(8):604.
58. 鄭昌岳(Zheng) 等. 針刺配合穴位注射治疗颈性眩晕50例. 福建中醫藥. 2006;37(3):17.
59. 吴小平. Prospective study of three projects of treatment on chronic obstinate vertigo of cervical origin. 中国临床康复 2007;6(14):2172-2173.
60. Sherman D, Massoud EA. Treatment outcomes of benign paroxysmal positional vertigo. J Otolaryngol. 2001;30(5):295-299.
61. 郑金秀, 吴晖, 陈国春, 江里涛, 李华. 益气聪明汤联合管石复位治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察. 福建中醫藥(Fujian Journal of TCM). 2014;45(5):7-8.
62. 황동규, 김은지, 최기훈, 허승진, 윤덕원. 한방 복합치료로 호전된 경추성 현훈 환자의 증례보고 1례. 대한한방내과학회지. 2017;38(3):392-400.
63. 정지은·장준호·박현호·김민철. 추나요법을 이용한 악관절장애로 인한 전신증상을 동반한 하악관절편위환자 치험 1례. 척추신경추나의학회지. 2007;2(2):151-160.
64. 이승민, 최유석, 박영희, 금동호. 비정상 경추 만곡을 가진 경향통 환자의 추나치료 임상례. 한방재활의학과학회지. 2002;12(4):1-10.
65. Alessandrini M, Napolitano B, Micarelli A, de Padova A, Bruno E. P6 acupressure effectiveness on acute vertiginous patients: a double blind randomized study. J Altern Complement Med. 2012;18(12):1121-1126.
66. 高强. 温针灸结合推拿治疗颈性眩晕疗效观察. 现代中西医结合杂志(Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine). 2016;25(15):1608-1610.
67. 郭健鸿. 推拿治疗颈性眩晕的临床观察. 国际医药卫生导报 2004;10(18):158-159.
68. 林创坚. 提拉旋转手法治疗颈性眩晕的临床观察. 新中医. 2010;45(5):27-29.
69. 林创坚. 调整肌松复合手法对非椎动脉型颈性眩晕颅内血管血流紊乱调节的临床研究. Chinese Manipulation & Qi Gong therapy. 2006;22(8):1-4.
70. 陆斌. 用推拿手法联合西药治疗颈性眩晕的疗效观察. 当代医药论丛(Contemporary Medicine Forum). 2015;13(7):140-141.
71. 罗学文. 用针刺疗法联合推拿疗法治疗颈椎病急性眩晕的效果分析. 当代医药论丛(Contemporary Medicine Forum). 2015;13(17):29-30.
72. 吴敏. 用针刺疗法联合推拿疗法治疗颈椎病急性眩晕症的疗效研究. 当代医药论丛(Contemporary Medicine Forum). 2014;12(17):27.
73. 王文彪. 中医推拿手法治疗寰枢椎错位颈性眩晕的临床研究. 时珍国医国药. 2016;27(5):1150-1152.
74. 谢强. 手法结合牵引治疗中老年颈性眩晕的临床研究. 中国中医骨伤科杂志. 2008;16(11):1-3.
75. 杨学义. 微调推拿手法治疗颈性眩晕临床研究. 中国中医骨伤科杂志. 2007;15(4):11-12.
76. 袁志荣(Yuan). 针刺推拿配合西药治疗颈性眩晕58例. 河南中医. 2007;27(12):51-52.

77. 张常彩, 杜昌立, 陈龙霏. 导痰汤治疗椎基底动脉供血不足 106 例临床观察. 实用中西医结合临床. 2007;7(5):8
78. 周学龙. 寰枢关节半脱位并眩晕患者的手法治疗. *Chinese Journal of Information on TCM*. 2008;15(11):58-59.
79. 朱金华. 体位疗法配合手法治疗颈源性眩晕临床观察. 辽宁中医药大学学报(JOURNAL OF LIAONING UNIVERSITY OF TCM). 2010;12(3):111-113.
80. 祝维华. 牵引配合推拿治疗颈性眩晕临床疗效观察. 实用心脑血管病杂志. 2014;22(6):130-131.
81. 张广斌, 肖小春. 天麻葛根汤治疗颈椎病性眩晕症38 例. *中國藥甘(China Pharmaceuticals)*. 2014;23(22):97-98.
82. Reid SA, Rivett DA, Katekar MG, Callister R. Sustained natural apophyseal glides (SNAGs) are an effective treatment for cervicogenic dizziness. *Man Ther*. 2008;13(4):357-366.
83. Reid SA, Callister R, Snodgrass SJ, Katekar MG, Rivett DA. Manual therapy for cervicogenic dizziness: Long-term outcomes of a randomised trial. *Man Ther*. 2015;20(1):148-156.
84. Reid SA, Rivett DA, Katekar MG, Callister R. Comparison of mulligan sustained natural apophyseal glides and maitland mobilizations for treatment of cervicogenic dizziness: a randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2014;94(4):466-476.
85. Andersson G, Asmundson GJ, Denev J, Nilsson J, Larsen HC. A controlled trial of cognitive-behavior therapy combined with vestibular rehabilitation in the treatment of dizziness. *Behav Res Ther*. 2006;44(9):1265-1273.
86. 曹云, 江苏珍, 李秀霞. 太極云手對預防頸性眩暈患者復發的康復作用. *保健中醫藥(Fujian journal of TCM)*. 2012;43(5):41-42.
87. Basta D, Rossi-Izquierdo M, Soto-Varela A, et al. Efficacy of a vibrotactile neurofeedback training in stance and gait conditions for the treatment of balance deficits: a double-blind, placebo-controlled multicenter study. *Otol Neurotol*. 2011;32(9):1492-1499.
88. 王建平. 消脂膠囊治療高脂血症的臨床療效研究. *中國中西醫結合雜誌*. 2013;33(6):736-740.
89. Cesarani A, Meloni F, Alpini D, Barozzi S, Verderio L, Boscani PF. Ginkgo biloba (EGb 761) in the treatment of equilibrium disorders. *Adv Ther*. 1998;15(5):291-304.
90. Issing W, Klein P, Weiser M. The homeopathic preparation Vertigoheel versus Ginkgo biloba in the treatment of vertigo in an elderly population: a double-blinded, randomized, controlled clinical trial. *J Altern Complement Med*. 2005;11(1):155-160.
91. 顾晓美(Gu), 孙志成. 弱交变磁场联合温针灸治疗老年颈性眩晕的近期疗效. *实用老年医学*. 2011;25(4):308-310.
92. Guo F. Observation on treatment of dizziness mainly by acupuncture. *J Tradit Chin Med*.

2007;27(1):16-18.

93. 郭崇秋(Guo), 何玉钦, 骨空针配合正骨治疗颈性眩晕60例. 浙江中医杂志. 2012;47(10):754-755.
94. 劉鈹萍(Liu) 等. 黃芪注射液穴位注射治疗血管迷走性晕厥的臨床觀察. 西部醫學. 2012;24(11):2181-2182.
95. NEO 인턴핸드북 편집위원회. NEO 인턴핸드북. 군자출판사. 2016.
96. 김주영, 김위황, 이장수, 오현명, 김대웅, 최동진. 경추성 어지럼증의 진단과 치료. Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg. 2015;58(3):177-181.

III. 현훈 진료지침 개발 절차

1. 기획
2. 개발
3. 승인 및 인증
4. 출판

1. 기획

1) 주제 및 범위 선정

어지럼증은 일상에서 누구나 한번쯤은 쉽게 겪는 증상으로 성인 4명 중 1명은 경험한 바 있고, 이 중 절반은 신체활동 및 일상생활에 어려움을 겪는다고 한다. 건강보험심사평가원에 따르면 어지럼증으로 병원을 찾은 환자는 2015년 76만 3442명, 2017년 85만 8884명, 2019년 94만 9519명으로 꾸준히 증가하고 있다. 그리하여 한의원이나 한방병원의 다빈도 질환 중에 하나이다.

어지럼증의 원인은 다양하다. 따라서 본 임상진료지침은 임상 현장의 상황을 반영하여 어지럼증의 유형과 특징에 따라 질병을 구분하여 진단하고, 한의학적 중재를 통한 치료 및 예방 등을 범위로 설정하여 즉시 활용할 수 있도록 하였다.

본 임상진료지침은 현훈(어지럼증)에 대한 한의학적 치료를 중심으로 근거중심의학(EBM: Evidence Based Medicine)적 방법론을 통해 근거자료 분석과 합성을 통해 한의학의 임상 현실에 맞는 임상진료지침을 개발하고자 한다. 본 임상진료지침은 현훈(어지럼증)에 대한 KCD 질병을 진단을 위한 알고리즘, 한의표준변증기준, 한의학적 중재(침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법)에 대한 과학적 근거에 기반을 둔 권고를 제시하여 의료인(한의사)의 임상적 진단 및 치료의 의사결정에 대한 정보 등에 도움을 주기 위해 개발된 것이다. 모든 환자에게 획일화되어 적용되어서는 안 되며, 의료인은 환자의 의학적 상황 및 여러 상황을 고려하여 최종결정을 해야 한다. 이를 통해 효과가 입증된 자료는 권장하고 효과가 없는 치료는 지양하게 하며, 치료의 일관성을 유지할 뿐만 아니라, 환자 입장에서의 건강 및 삶의 질의 향상을 도모하고자 한다.

(1) 대상 인구집단

본 임상진료지침의 활용대상은 성인으로 KCD(한국표준질병 사인분류) 주요 상병은 R42(어지럼증 및 어지럼)에 해당한다. 현훈을 유발하는 질병으로 말초성 현훈(H code)과 중추성 현훈(G code, I code)을 포함하는 전정계 현훈 환자와 순환장애(I code), 심인성(F code), 기타 질환 및 특정질환은 없는 증상의 비전정계 현훈 환자가 있다. 이외에 노년기, 갱년기, 산후에 동반된 현훈(어지럼증)을 포함한다. 원인이 되는 상세 질환은 개론에서 서술하기로 한다.

(2) 치료 중재

본 임상진료지침은 1차 진료 현장 및 전문 학회의 자문을 고려하여 한의학적 치료를 크게 5가지 파트로 분류하여, 현훈(어지럼증)에 대한 침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법으로 나누어 임상진료지침 개발 과정을 수행하였다.

(3) 진료지침 사용자

본 임상진료지침은 현훈(어지럼증)에 대한 한의학적 지식을 갖춘 한의원(1차 의료기관), 한방병원

(2차 의료기관) 및 공공의료기관의 한의사가 주 사용자가 되며, 임상적 진단 및 치료의 의사결정에 대한 정보 등을 위하여 사용된다. 또한 전공의 및 병원 관리자 등이 한의 진료에 대한 학습에 사용될 수 있다.

(4) 의료환경

본 임상진료지침이 이용되는 주요 의료환경은 1차 의료기관(한의원, 보건소 등)이 될 것이며, 보다 정확한 감별 진단 및 치료를 위해 2차 의료기관(한방병원, 요양병원, 재활전문병원 등)에서도 이용할 수 있다.

2) 개발 그룹 구성

개발위원회는 실행위원회와 집필위원회로 구성하였다. 실행위원회에는 임상진료지침 개발을 위한 기획, 개발 및 최종화를 수행하였고, 집필위원회는 집필 및 확산을 수행하였다. 한의학의 임상 전문가(사상체질과, 한방안이비인후피부외과, 한방내과, 한방신경정신과, 한방재활의학과 등)와 임상진료지침 방법론 전문가, 체계적 문헌고찰 전문가, 경제성평가 전문가를 포함하여 다기관, 다학제로 위원회를 구성하였다. 적절한 교육과 실습을 통해 정보와 방법론을 습득하였으며, 개발방법 매뉴얼에 따른 모든 단계의 과정을 거치면서 근거중심적 방법을 통해 임상진료지침을 개발하였다.

검토위원회(수정 Delphi 합의도출 전문가 위원회)는 학회 추천 5인, 한방보험 전문가 1인, 사업단 추천 3인으로 구성하여 개발위원회에서 개발한 초안을 동료검토의 전문가 검토 과정을 수행하였다. 학회 인장은 주관학회(사상체질의학회), 협업학회(대한한방안이비인후피부과학회), 유관학회(대한한방내과학회)에서 인준을 받았다.

(1) 개발 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
개발 위원회	실행 위원회	이의주	경희대학교 한의과대학	서울	현훈 임상진료지침 개발 연구책임
		오지원	경희대학교 한방병원	서울	임상진료지침 개발 실무
		이혜리	경희대학교 한방병원	서울	임상진료지침 개발 실무
		오세희	동국대학교 일산한방병원	경기	임상진료지침 개발 실무
		서형식	부산대학교 한의학전문대학원	부산	한약제제 임상시험 수행
		정찬영	동국대학교 한방병원	경기	한약제제 임상시험 수행
		조재흥	강동경희대학교 한방병원	서울	추나 임상시험 수행
		신승원	경희대학교 한방병원 한의약임상시험센터	서울	임상시험 및 방법론 연구
		정은경	경희대학교 약학대학	서울	경제성 평가
		김현정	코크란 한국지부	서울	임상진료지침 연구방법론 연구
	집필 위원회	홍승욱	동국대학교 한의과대학	경기	한약제제 임상시험 수행, 임상진료지침 집필
		신미란	세명대학교 한의과대학	충북	한약제제 임상시험 수행, 임상진료지침 집필, 확산
		오현주	경희대학교 한방병원	서울	임상진료지침 집필
검토 위원회	위원	김종원	동의대학교 한의과대학	부산	사상체질의학회 추천
		김희택	세명대학교 한의과대학	충북	대한한방안이비인후피부과학회 추천
		염승룡	원광대학교 한의과대학	광주	한방재활의학과학회 추천
		정선용	경희대학교 한의과대학	서울	한방신경정신과학회 추천
		한창호	동국대학교 한의과대학	경북	대한한방내과학회 추천
		임형호	건강보험심사평가원	인천	한방보험 상근위원
		송봉근	원광대학교 한의과대학	광주	개원의패널 - 사업단 추천
		안세승	옥련한의원	인천	
		최동호	천수당한의원	충북	
사상체질의 학회 인준위원회 (주관학회)	위원	박수정	우석대학교 한의과대학	전북	학회 인증
		유준상	상지대학교 한의과대학	강원	
		주종천	원광대학교 한의과대학	광주	

대한한방안 이비인후피 부과학회 인준위원회 (협업학회)	위원	김규석	경희대학교 한의과대학	서울	학회 인증
		김종한	동신대학교 한의과대학	서울	
		김희택	세명대학교 한의과대학	충북	
		박수연	동신대학교 한의과대학	전남	
		윤화정	동의대학교 한의과대학	부산	
		이동효	우석대학교 한의과대학	전북	
		최인화	경희대학교 한의과대학	서울	
		홍석훈	원광대학교 한의과대학	광주	
		황보민	대구한의대학교	대구	
대한한방내 과학회 인 준위원회 (유관학회)	위원	최준용	부산대학교 한의학전문대학원	부산	학회 인증
		한창호	동국대학교 한의과대학	경북	
		한창우	부산대학교 한의학전문대학원	부산	

- 현훈의 한의임상진료지침 개발 주관학회 : 사상체질의학회
- 현훈의 한의임상진료지침 개발 협업학회 : 대한한방안이비인후피부과학회
- 현훈의 한의임상진료지침 개발 유관학회 : 대한한방내과학회, 대한한방신경정신과학회, 대한한방재활의학과학회

3) 개발 계획 수립

현재까지 보고된 선행문헌, 지침 등을 고찰하여 임상적인 근거가 부족한 한의진료과정 중에서 연구자가 직접 임상연구를 수행하고 이를 통해 창출된 근거를 포함하여 ‘근거창출 임상진료지침 개발’을 수행하였다. 국내 임상현실이 잘 반영된 임상연구를 통해 꼭 필요한 임상질문에 대한 최신의 근거를 지침에 효율적으로 포함할 수 있었다.

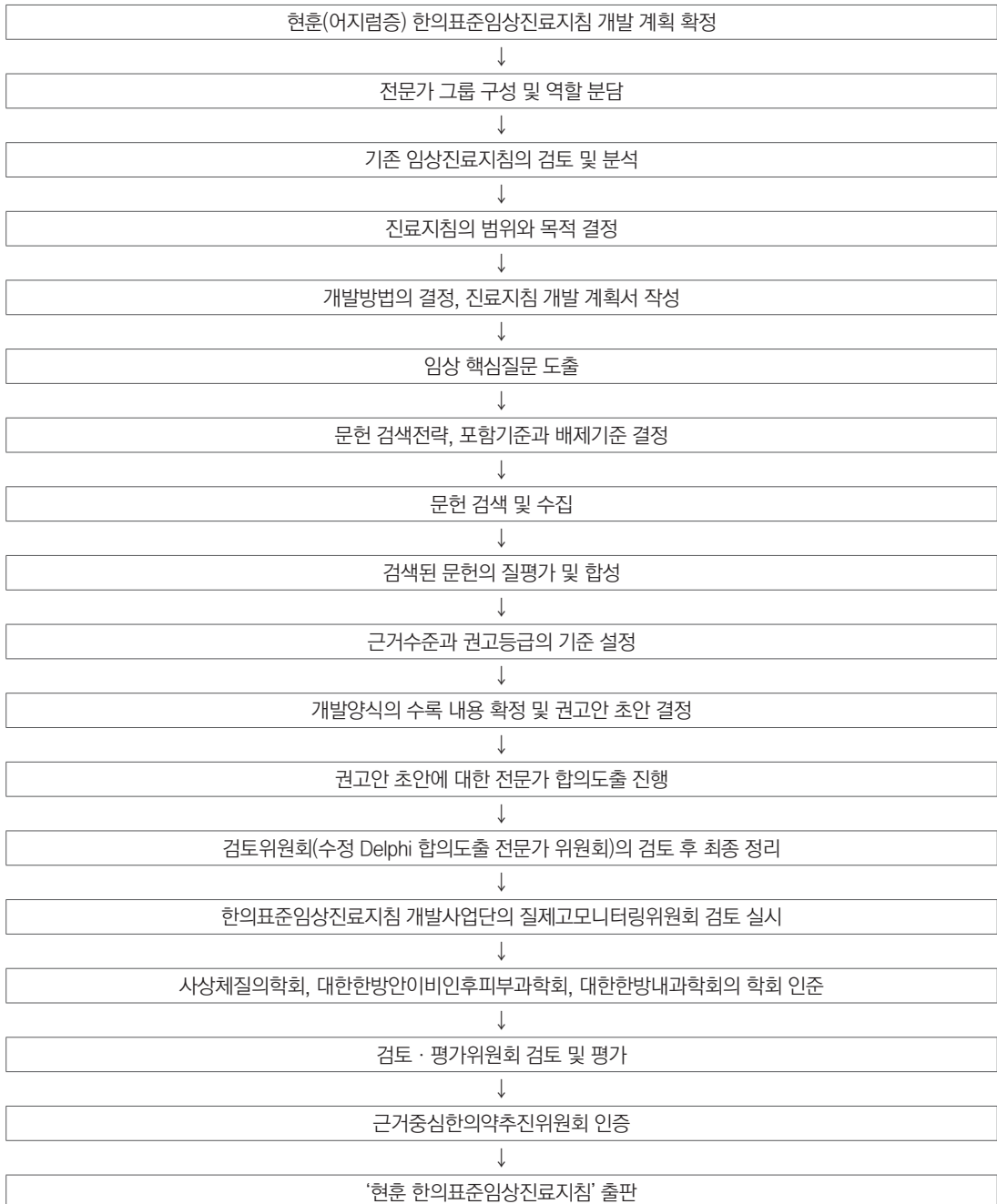
본 개발위원회 구성원들은 한의표준임상진료지침과 관련된 특정 기관이나 연구 관련자와의 이해관계가 없으며, 이에 대하여 이해상충공개서약서를 통해 이해상충선언을 하였다. 즉, 연구에 참여한 모든 연구자는 최종적으로 이 연구에 참여하는 동안 이 연구와 관련되어 이해 상충 관계(COI: Conflict of Interest)가 발생하지 않았다. 또한 재정 후원 단체의 의견이 진료지침 권고안의 어떠한 부분에도 영향을 주지 않았다. 연구책임자가 수행한 임상연구 결과가 본 지침의 근거로 활용되었으나, 문헌 선정 과정에서 편의 발생 위험을 줄이기 위해서 각별한 노력을 기울였고 결과에는 영향을 미치지 않았다. 부록에 이해상충공개서약서를 제시하였다.

(1) 전체 개발 과정

임상지침을 개발하기 위하여 먼저 사상체질의학회 및 대한한방안이비인후피부과학회를 중심으로 개발그룹을 구성하고, 연구 진행 계획을 수립하였다. 기 개발된 현훈(어지럼증) 임상진료지침 현황과 임상연구 현황을 조사 및 분석하였으며, 한국 한의계에서 보편적으로 활용되고 있는 한의학적 중재(침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법)의 국내외 근거들에 대하여 체계적 문헌고찰과 메타분석을 시행

하였다.

체계적인 근거 검색 및 분석을 바탕으로 근거수준과 권고안 초안을 결정하고, 전문가로 구성된 검토위원회에서 델파이 합의도출을 통해 권고안을 최종 확정하였다.



(2) 기획단계

현훈(어지럼증)의 한의표준임상진료지침 개발 과제를 시작하기에 앞서 이미 국내외에서 다양한 임상진료지침이 개발된 경우, 기 개발 임상진료지침의 최신성, 권고의 수용 여부, 국내 적용 적합성 등을 고려하여 de novo 방식과 수용개작 방식 여부를 결정하기 위한 목적으로 조사하였다.

① 국내외 개발현황

한국의 의학계에서는 근거창출임상연구국가사업단 산하 임상진료지침 정보시스템을 통해 현훈(어지럼증)과 관련된 국내 임상진료지침을 제공하고 있다. 국외에서는 필리핀, 미국, 호주, 영국, 이탈리아 등에서 현훈(어지럼증) 관련 임상진료지침이 있으며, 중국에서는 2009년도, 2013년도, 2015년도에 발표된 중의학적 관점의 현훈 임상진료지침이 있다.

가. 국내외 진료지침 검색

현훈 임상진료지침은 National Guideline Clearinghouse(AHRQ) (<http://www.guideline.gov>), Guidelines International Network (<http://www.g-i-n.net>), 임상진료지침 정보센터(KoMGI) (<http://www.guideline.or.kr>) 등을 검색한 결과 총 27개가 검색되었다. 진단치료의 단순 나열이나 중복 문헌(동일한 내용의 진료지침의 번역 자료) 등을 배제하여 총 20개의 진료지침을 검토 대상으로 선정하였다.

검토 대상에 포함된 3편의 중국 문헌의 경우 지침 제목에서는 ‘임상진료지침’을 표방하였으나 내용 검토 상 근거 수준이나 권고 등급을 제시하는 기술 방식이 아닌 중의학적 임상 가이드라인(현훈의 증상, 진단, 치료에 대한 고찰) 형태로 기술되어 있어 별도로 인용하지 않았다.

표 1. 국외(영문) 현훈 관련 임상진료지침

No	발행 년도	발행 기관	국가 (언어)	제목	요약
1	2011	Philippine Journal Of Otolaryngology-Head And Neck Surgery	Philippine (ENG)	Clinical Practice Guidelines Vertigo in Adults - 2nd Edition	성인(19세 이상)의 Vertigo에 대한 진단과 치료관리
2	2006	AHA/ACCF	USA (ENG)	AHA/ACCF Scientific Statement on the Evaluation of Syncope	Syncope의 평가
3	2007	American College of Emergency Physicians/Emergency Nurses Association	USA (ENG)	Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with syncope	syncope의 평가 및 관리
4	2008	Australian family physician	Australia (ENG)	Vertigo: Part 1-assessment in general practice	Vertigo의 일반적인 임상 권고안 소개
5	2008	Australian family physician	Australia (ENG)	Vertigo: Part 2-management in general practice	Vertigo의 일반적인 임상 권고안 소개

6	2008	Otolaryngol Head Neck Surg.	USA (ENG)	Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo	BPPV의 진단, 검사 및 치료
7	2008	American Academy of Neurology	USA (ENG)	Practice Parameter: Therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review)	BPPV의 치료
8	2009	European Society of Cardiology (ESC)	Europe (ENG)	Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009)	syncope의 진단 및 관리
9	2010	NICE	UK (ENG)	Transient loss of consciousness ('blackouts') in over 16s.pdf	일과성 의식소실에 대한 진단 및 평가
10	2011	EFNS	Europe (ENG)	Orthostatic hypotension	기립성저혈압에 대한 치료
11	2011	American College of Physicians	USA (ENG)	Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Management of Transient Loss of Consciousness	일과성 의식소실에 대한 진단 및 평가
13	2013	ACR(America College of Radiology)	USA (English)	ACR Appropriateness Criteria [®] hearing loss and/or vertigo.	Hearing loss and/or vertigo의 영상학적 진단 및 평가
14	2013	American Society of Hypertension.	USA	Evaluation and treatment of orthostatic hypotension	기립성저혈압에 대한 치료
15	2014	University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program	USA (ENG)	Evaluation of vertigo in the adult patient	Vertigo의 진단 및 평가
16	2015	Medicina Interna, Ospedale San Paolo, Savona	Italy (ENG)	Management of vertigo: from evidence to clinical practice(9)	기존의 현훈 관련 CPG에 대한 검색 후 AGREE II 평가
17	2016	American Physical Therapy Association	USA (ENG)	Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: an evidence-based clinical practice guideline	말초전정기능부전에 대한 전정재활치료

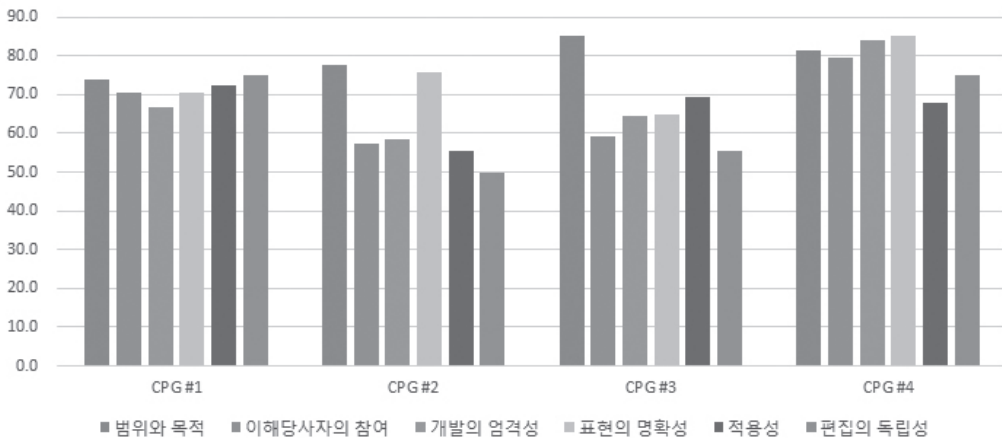
표 2. 국외(중문) 현훈 관련 임상진료지침

No	발행년도	발행처	제목	요약
1	2009	河北医科大学第三医院神经内科	不同类型良性阵发性位置性眩晕的临床表现及治疗	BPPV의 다양한 유형의 임상적 증상과 치료에 관한 리뷰
2	2013	中华中医药学会	中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南	이비인후과 질환 전반의 진단 및 치료에 대한 중의학적 가이드라인. 중간에 현훈관련 내용 포함
3	2015	重庆市合川区中西医结合医院	眩晕证治刍议	현훈의 치료에 관한 고찰 : 병인, 병기, 치료에 대하여 중의학적 관점에서 리뷰

나. 기존 진료지침에 대한 평가 및 결과

개발위원회 회의를 통해 검토 대상 진료지침 중 과학적 방법론과 학술적 가치가 높다고 판단되는 4개의 진료지침을 선정하여 AGREE II toolkit(질 평가)과 ADAPTE15 toolkit(수용성 평가)을 활용하여 전문가 자문을 통한 평가를 진행하였다.

Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (Otolaryngol Head Neck Surg., 2008)의 경우 개발의 엄격성이 낮으며, Practice Parameter: Therapies for benign paroxysmal positional vertigo (American Academy of Neurology, 2008)의 경우 편집의 독립성, 적용성, 이해당사자 참여, 개발의 엄격성이 낮으며, Guidelines for the diagnosis and management of syncope (European Society of Cardiology, 2009)의 경우 편집의 독립성, 이해당사자의 참여가 낮으며, Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: an evidence-based clinical practice guideline (American Physical Therapy Association, 2016)의 경우 적용성이 낮게 평가되었다 (그림 1). 이들 모두 근거 기반 임상진료지침으로 적절하다고 판단되었다. 그러나 개발위원회 회의에서 내용적 측면을 검토한 결과 4개 지침 모두 대부분 의과적 치료법에 국한되어 국내 한의계 실정에 적합하지 않다고 판단하였다. 따라서 de novo 방식의 신규 진료지침 개발이 필요한 것으로 판단하였다.



■ 그림 1. 기존 진료지침의 AGREE II 평가영역별 표준화 점수 비교

② 개발 방법의 결정

아직까지 현훈에 대한 한의임상진료지침이 개발되지 않았으며, 이에 현훈의 한의학적 진단과 치료에 대해 근거중심의학적 방법론을 통한 근거 수집 및 분석을 통해 새로운 현훈 한의임상진료지침을 개발하기로 결정하였다.

③ 환자 관점과 선호도의 반영

건강보험심사평가원 자료를 통해 국내에서 2011년부터 2014년까지 4년간 H81 전정기능의 장애,

H821 달리 분류된 질환에서의 현기증후군, R42 어지러움을 주상병으로 한방진료를 받은 환자의 최근 4년간 한방 진료 양태에서 한방 의료기관별로 내원한 어지럼증 환자의 평균 비율을 살펴보면 4년간 한 의원에서 진료받은 환자가 평균 90.8%로 대부분을 차지했고 한방병원급이 6.7%, 기타 의료기관(공공 보건기관)이 2.6%를 나타내었다. 한방진료를 받은 어지럼증 환자의 연령별 분포를 살펴보면 9세 이하 0.7%, 10대가 4.1%, 20대가 5.7%, 30대가 9.8%, 40대가 13.7%, 50대가 18.7%, 60대가 18.9%, 70대가 21.4%, 80대가 7.2%의 비율을 나타내었다. 20세에서 70대까지 연령이 증가할수록 진료를 받은 인원수가 증가하는 것을 알 수 있다. 위와 같은 연구 결과를 반영하여 본 진료지침은 5% 미만인 10대 이하를 제외한 성인을 위주로 한 어지럼증을 대상으로 하고, 주로 1차의료기관(한의원 등)을 기반으로 하여 한방병원 및 공공보건기관에도 활용할 수 있게 하였다.¹⁾

환자의 선호도는 2017년 한방의료 이용 및 한약소비실태 조사에서 확인하였다. 일반국민이 한방의료를 이용하는 목적은 질환치료 목적(94.1%)이 가장 높으며, 전체 국민의 84.2%가 향후 한방의료를 이용할 의향이 있는 것으로 파악되었고, 연령별로는 60세 이상에서 90.9%로 가장 높고, 50대 91.0%, 40대 88.2%, 30대 80.0%, 20대 이하(19-29세) 67.3%순으로 나타났다. 위와 같은 연구 결과를 반영하여 본 진료지침은 KCD 질병 중심으로 구분하여 사용자의 편의성 및 적용성을 높였다. 한방진료 시 이용한 치료법은 이용자의 90.2%가 침 시술을 받았고 부항 53.0%, 뜸 49.1%, 한방물리요법 40.2% 등 순으로 이용하였다. 전체 한약소비기관의 2016년 연간 탕약 및 한약제제 소비 현황을 보면 한방의료기관에서 96.6%를 소비하고 한약 조제·판매기관에서 3.4%를 소비하는 것으로 파악되었다. 한방의료기관 중에서는 한의원이 84.9%로 가장 많이 한약을 소비하였고, 병원급 한방의료기관(11.7%) 순이었다. 아울러 본 개발팀에서 주요 5개 한의과대학 부속한방병원의 2013년~2017년 현훈으로 진료받은 치료별 건수를 분석한 결과, 침술, 한약제제, 약침술, 한약 등의 순으로 나타났다. 위와 같은 연구 및 조사의 결과를 반영하여 본 진료지침은 치료중재를 침술, 약침술, 한약, 수기요법, 심신요법으로 나누어 권고안을 도출하였다.²⁾

본 개발팀에서 한국표준질병사인분류(KCD-7)의 질병분류코드로 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템(Healthcare Bigdata Hub)의 의료통계정보 질병/행위별 의료통계 질병세분류(4단 상병)통계를 이용하여 2013년~2017년의 현황 자료를 검색하여 분석한 결과, 매년 30만 명 가량의 환자 중 300명 전후 정도에서만 시행되고 현훈검사(급여)가 청구되고 있었다. 위와 같은 조사의 결과를 반영하여 본 진료지침은 보다 객관적인 진단을 위하여 현훈검사를 보급, 확산할 수 있도록 현훈평가지 등을 개발하고 교육하도록 하였다.

④ 권고안 적용 시 발생하는 의료비용

한국인 어지럼증 환자의 최근 4년간 한방 진료 양태에서 의료기관 중별로 어지럼증에 대한 한방진료건수를 보면 대부분의 진료가 한의원에서 이루어졌으며 상급의료기관을 이용한 환자 수는 양방이 한방보다 많았고 1차의료기관과 공공보건기관을 이용한 환자 수는 한방이 양방보다 많았다. 4년간 한방 입원외래별로 1인당 평균 보험청구액을 보면 전체평균은 8만 9천원, 입원이 44만 9천원, 외래가 8만 3천원으로 4년간 입원외래의 1인당 보험청구액이 증가하는 경향을 보였다. 한방 의료기관 중별로 1인

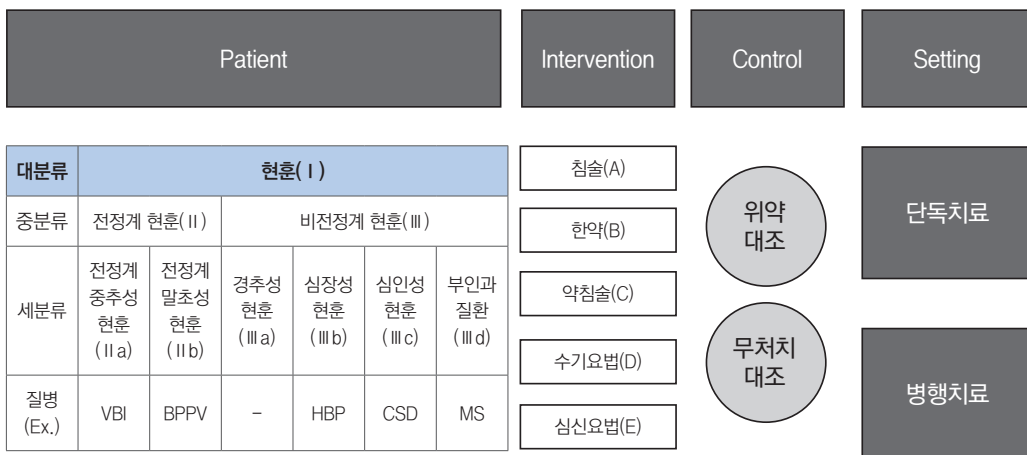
당 평균 보험청구액을 보면 4개년의 평균 1인당 진료비는 한방병원급이 15만 6천원, 한의원급이 8만 3천 8백원, 공공보건기관이 12만 7천 8백원이었으며 4년간 전 기관에서 청구액이 늘어나는 추세를 보였다. 현재 침술, 구술, 한방물리치료, 수기요법 중 추나요법 등이 급여화되어 권고안에 따른 치료로 의사 결정할 것으로 기대된다. 다만 약침술, 한약, 수기요법(도인운동요법, 근건이완수기요법)은 비급여 항목이므로 환자 상태(급/만성 경과, 한의변증의 허실 정도, 체질 등)에 따라 치료자가 추가적 시술 및 투여가 고려되어 의료비용적인 측면이 고려될 것으로 기대한다.

2. 개발

1) 핵심질문 선정

본 임상진료지침은 1차 진료 현장 및 전문 학회의 자문을 반영하여 한의학적 치료를 크게 5가지 파트로 분류하여, 현훈(어지럼증)에 대한 침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법으로 나누어 임상진료지침 개발 과정을 수행하였다. 현훈(어지럼증)은 질환이 아니라 증상이므로 이 증상을 유발하는 질환이 매우 다양하고, 이에 일반적인 단일질환 임상진료지침 개발과정과는 다른 방법으로 핵심질문을 선정하고 문헌검색을 진행해야 했다.

임상적으로 현훈(어지럼증) 증상이 있거나 현훈(어지럼증)에 해당하는 질환을 가진 성인이 “대상자(P)”가 되었으며, 침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법은 “중재(I)”가 되었고, 위약대조와 무처치는 “비교군(C)”이 되었고, 임상근거의 민감도를 높이기 위해 결과(O)는 별도로 설정하지 않았다. 검색된 문헌은 연구자 확인 과정을 통해 최종 문헌으로 선정하였다 (그림 2).



* KM(Korean medicine)의 경우 KM(단독), KM(복합) 구분하고, WM(Western medicine)의 경우 WM(단독), WM(복합)으로 구분함

예시. 질환분류Code : IIa-A-6 전정계중추성현훈-침술-6번, IIIb-B-1 전정계말초성현훈-한약-1번 해당됨.표-

■ 그림 2. 핵심질문 선정 기준

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
1) 현훈(I)					
침술(A)					
Q(I-A-1)	현훈 환자에게 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	현훈 (Dizziness)	일반침술 + 한약	한약	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수)
한약(B)					
Q(I-B-1)	현훈 환자의 증상 개선을 위한 공진 단 투여는 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	현훈 (Dizziness)	한약	위약	현훈증상척도 (현훈종합평가점수)
Q(I-B-2)	현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 침술의 병행 치료는 침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	현훈 (Dizziness)	한약 + 침술	침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도
Q(I-B-3)	현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 수기요법의 병행 치료는 수기요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	현훈 (Dizziness)	한약 + 수기 요법	수기요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도
Q(I-B-4)	현훈 환자에게 증상의 개선을 위한 한약과 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제), 항고혈압제, 항우울제)의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	현훈 (Dizziness)	한약 + 합성 의약품 (항현훈제 (뇌혈관개선 제, 뇌순환 개선제), 항 고혈압제, 항우울제)	합성의약품 (항현훈제 (뇌혈관개선 제, 뇌순환 개선제), 항 고혈압제, 항우울제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도
약침술(C)					
Q(I-C-1)	현훈 환자에게 약침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	현훈 (Dizziness)	약침술 + 한약	한약	현훈증상척도 (총 유효율)
수기요법(D)					
Q(I-D-1)	급성 현훈 환자에게 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)은 플라시보 요법에 비해 현훈 증상 척도의 점수를 개선시키는가?	급성 현훈	근건이완수 기요법 (내관 경혈 자극 요법)	플라시보 요법	현훈증상척도 (총 유효율)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
2) 전정계 현훈(II)					
침술(A)					
Q(II-A-1)	전정계 현훈 환자에게 일반침술 치료는 거짓침 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	전정계 현훈 (Vestibular vertigo)	일반침술	거짓침	현훈증상척도 (현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수)
한약(B)					
Q(II-B-1)	전정계 현훈 환자에게 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	전정계 현훈 (Vestibular vertigo)	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도
수기요법(D)					
Q(II-D-1)	미로 자극으로 인한 급성 현훈 환자에게 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)은 플라시보 요법에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	미로 자극 (Labyrinth stimulation)	근건이완수기요법 (내관 경혈 자극 요법)	플라시보 요법	현훈증상척도 (현훈단일평가점수)
2-1) 전정계 중추성 현훈(IIa)					
한약(B)					
Q(IIa-B-1)	중추성 전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	중추성 전정계 현훈	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도
2-1-1) 허혈성 뇌질환					
침술(A)					
Q(IIa-A-1)	허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 일반침술과 한약 치료의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?	허혈성 뇌질환 현훈 (Brain ischemia)	일반침술 + 반하백출천마탕 가감방	반하백출천마탕 가감방	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수), 기저동맥 평균혈류속도
Q(IIa-A-2)	허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 일반침술과 말초혈액순환 개선제의 병행 치료는 말초혈액순환 개선제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	허혈성 뇌질환 현훈 (Brain ischemia)	일반침술 + 말초혈액순환 개선제	말초혈액순환 개선제	현훈증상척도 (총 유효율)
Q(IIa-A-3)	허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	허혈성 뇌질환 현훈 (Brain ischemia)	일반침술 + 혈관확장제	혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
2-1-2) 뇌동맥 경화성 현훈					
한약(B)					
Q(IIa-B-1-1)	뇌동맥경화성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도 점수를 개선시키는가?	뇌동맥경화성 현훈	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	현훈증상척도 (총 유효율), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도
2-1-3) 척추기저동맥부전성 현훈					
침술(A)					
Q(IIa-A-4)	척추기저동맥부전 현훈 환자에게 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	척추기저동맥부전 (VBI)	일반침술 + 한약	한약	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수)
Q(IIa-A-5)	척추기저동맥부전 현훈 환자에게 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	척추기저동맥부전 (VBI)	일반침술+혈관확장제	혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수)
Q(IIa-A-6)	척추기저동맥부전 현훈 환자에게 온침술과 혈관확장제 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	척추기저동맥부전 (VBI)	온침술 + 혈관확장제	혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율, 추골동맥혈관박동지수)
한약(B)					
Q(IIa-B-1-2)	척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	척추기저동맥부전 (VBI)	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저 동맥 평균혈류속도
2-1-4) 편두통성 현훈					
한약(B)					
Q(IIa-B-1-3)	편두통성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 사물탕과 항현훈제(뇌혈관개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	편두통성 현훈	사물탕 + 항현훈제 (뇌혈관개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제)	현훈증상척도 (총 유효율)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
2-2) 전정계 말초성 현훈 (IIb)					
2-2-1) 메니에르 병					
침술(A)					
Q(IIb-A-1)	메니에르 병으로 인한 현훈 환자에게 일반침술과 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제의 병행 치료는 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료만 병행하여 시행하는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	메니에르 병	일반침술 + 일반 약물 치료	일반 약물 치료	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수)
한약(B)					
Q(IIb-B-1)	메니에르 병으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약을 항현훈제 (뇌혈관 개선제)와 병행하는 것은 항현훈제를 단독으로 투여하는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	메니에르 병	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)
2-2-2) 양성 돌발성 체위성 현훈					
침술(A)					
Q(IIb-A-2)	양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 일반침술과 이석정복술의 병행 치료는 이석정복술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	양성 돌발성 체위성 현훈 (BPPV)	일반침술 + 이석정복술	이석정복술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수)
한약(B)					
Q(IIb-B-2)	양성 돌발성 체위성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 이석정복술의 병행 요법은 이석정복술 단독 요법에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	양성 돌발성 체위성 현훈 (BPPV)	한약 + 이석정복술 (Epley maneuver)	이석정복술 (Epley maneuver)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수)
수기요법(D)					
Q(IIb-D-1)	양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 이석정복술은 플라시보 요법에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	양성 돌발성 체위성 현훈 (BPPV)	수기요법 (이석정복술)	플라시보 요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수, 현훈종합 평가점수)
2-2-3) 전정신경염					
침술(A)					
Q(IIb-A-3)	전정신경염으로 인한 급성 현훈 환자에게 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	전정신경염으로 인한 급성 현훈	일반침술 + 한약(정현탕)	한약(정현탕)	현훈증상척도 (총 유효율)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
3) 비전정계 현훈(Ⅲ)					
한약(B)					
Q(Ⅲ-B-1)	비전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약재 추출물 섭취는 위약에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	비전정계 현훈	한약재 추출물	위약	현훈증상척도 (현훈단일평가점수)
Q(Ⅲ-B-2)	비전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위한 합성의약품(항현훈제(뇌혈관 개선제), 항고혈압제, 항우울제)과 한약의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	비전정계 현훈	한약 + 합성의약품 (항현훈제 (뇌혈관개선 제), 항고혈 압제, 항우 울제)	합성의약품 (항현훈제 (뇌혈관개선 제), 항고혈 압제, 항우 울제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)
3-1) 경추성 현훈(Ⅲa)					
침술(A)					
Q(Ⅲa-A-1)	경추성 현훈 환자에게 일반침술과 구술의 병행 치료는 구술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 구술	구술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수)
Q(Ⅲa-A-2)	경추성 현훈 환자에게 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 한약	한약	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수, 현훈종합 평가점수), 기저동맥 평균혈류속도
Q(Ⅲa-A-3)	경추성 현훈 환자에게 일반침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 경추부 근육 이완요법	경추부 근육 이완요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수), 기저동맥 평균혈류속도
Q(Ⅲa-A-4)	경추성 현훈 환자에게 일반침술과 추나요법의 병행 치료는 추나요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 추나요법	추나요법	현훈증상척도 (총 유효율), 기저동 맥 평균혈류속도
Q(Ⅲa-A-5)	경추성 현훈 환자에게 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 혈관확장제	혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수) 추골동맥 평균혈류속 도, 기저동맥 평균혈 류속도

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
Q(IIIa-A-6)	경추성 현훈 환자에게 일반침술과 고압산소치료의 병행 치료는 고압 산소치료 단독 요법에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 고압산소치료	고압산소치료	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수)
Q(IIIa-A-7)	경추성 현훈 환자에게 도침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	도침술 + 경추부 근육이완요법	경추부 근육이완요법	현훈증상척도 (총 유효율), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도
Q(IIIa-A-8)	경추성 현훈 환자에게 도침술과 추나요법의 병행 치료는 추나요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	도침술 + 추나요법	추나요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수, 현훈단일평가점수)
Q(IIIa-A-9)	경추성 현훈 환자에게 도침술과 경추 안전성 운동의 병행 치료는 경추 안전성 운동 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	도침술 + 경추 안전성 운동	경추 안전성 운동	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수), 기저동맥 평균혈류속도
Q(IIIa-A-10)	경추성 현훈 환자에게 침전기자극술과 추나요법의 병행 치료는 추나요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	침전기자극술 + 추나요법	추나요법	현훈증상척도 (총 유효율)
Q(IIIa-A-11)	경추성 현훈 환자에게 침전기자극술과 항현훈제의 병행 치료는 항현훈제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	침전기자극술 + 항현훈제	항현훈제	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 기저동맥 평균혈류속도
Q(IIIa-A-12)	경추성 현훈 환자에게 기기구술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	전기구술 + 수기요법	수기요법	현훈증상척도 (총 유효율)
Q(IIIa-A-13)	경추성 현훈 환자에게 매선술과 한약의 병행치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	매선술 + 한약 (양혈청 뇌과립제)	한약 (양혈청 뇌과립제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수)
한약(B)					
Q(IIIa-B-1)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 침술의 병행 치료는 침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	한약 + 침술	침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
Q(IIIa-B-2)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 수기요법의 병행 치료는 수기요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	한약 + 수기요법	수기요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도
Q(IIIa-B-3)	경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)
약침술(C)					
Q(IIIa-C-1)	경추성 현훈 환자에게 약침술을 전기자극요법과 견인요법에 병행 치료하는 것은 전기자극요법과 견인요법만 병행 치료하는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	약침술 + 전기자극요법 + 견인요법	전기자극요법 + 견인요법	현훈증상척도 (총 유효율)
수기요법(D)					
Q(IIIa-D-1)	경추성 현훈 환자에게 수기요법은 플라시보 요법에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	수기요법	플라시보 요법	현훈증상척도 (현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수, 현훈 빈도, 균형점수)
Q(IIIa-D-2)	경추성 현훈 환자에게 수기요법과 물리치료의 병행 치료는 물리치료 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	수기요법 + 물리치료	물리치료	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수, 현훈종합 평가점수)
Q(IIIa-D-3)	경추성 현훈 환자에게 추나요법과 항콜린제(라세아니소다민(racem-isodamine))와 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))의 병행 치료를 하는 것은 항콜린제와 혈관확장제만 병행 투여하는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 항콜린제 + 혈관확장제	항콜린제 + 혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율)
Q(IIIa-D-4)	경추성 현훈 환자에게 추나요법과 일반침술 및 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 일반침술 + 혈관확장제	혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율)
Q(IIIa-D-5)	경추성 현훈 환자에게 추나요법과 일반침술의 병행 치료는 일반침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 일반침술	일반침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수, 현훈종합 평가점수) 추골동맥(좌) 평균혈류속도, 추골동맥(우) 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
Q(IIIa-D-6)	경추성 현훈 환자에게 추나요법과 침전기자극술의 병행 치료는 침전기자극술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 침전기자극술	침전기자극술	현훈증상척도 (총 유효율)
Q(IIIa-D-7)	경추성 현훈 환자에게 추나요법과 온침술의 병행 치료는 온침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 온침술	온침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수, 현훈종합 평가점수)
Q(IIIa-D-8)	경추성 현훈 환자에게 추나요법과 견인요법의 병행 치료는 견인요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 견인요법	견인요법	현훈증상척도 (총 유효율)
Q(IIIa-D-9)	경추성 현훈 환자에게 수기요법과 도침술의 병행 치료는 도침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	수기요법 + 도침술	도침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수)
Q(IIIa-D-10)	경추성 현훈 환자에게 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료는 근건이완수기요법 단독 치료에 비하여 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	근건이완수기요법+ 추나요법	근건이완수기요법	현훈증상척도 (총 유효율), 추골동맥(좌,우) 평균혈류속도
Q(IIIa-D-11)	경추성 현훈 환자에게 추나요법과 물리치료(TENS/스트레칭) 병행 치료는 물치치료(TENS/스트레칭) 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 물리치료 (TENS/스트레칭)	물리치료 (TENS/스트레칭)	현훈증상척도 (DHI, VSS), CROM
심신요법(E)					
Q(IIIa-E-1)	경추성 현훈 환자에게 태극권 자가 운동은 아무런 처치를 하지 않은 것에 비하여 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	태극권	무처치	현훈증상척도 (총 유효율)
Q(IIIa-E-2)	경추성 현훈 환자에게 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 태극권 병행 치료를 하는 것은 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법만 병행 치료하는 것에 비하여 추골동맥의 혈류속도를 개선시키는가?	경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 근건이완수기요법 + 견인요법 + 태극권	일반침술 + 근건이완수기요법 + 견인요법	추골동맥 혈류속도 (좌)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
3-2) 심장성 현훈(Ⅲb)					
한약(B)					
Q(Ⅲb-B-1)	심장성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제)의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	심장성 현훈	한약 + 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제)	합성의약품	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)
3-2-1) 만성 심부전성 현훈					
한약(B)					
Q(Ⅲb-B-1-1)	만성 심부전으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항고혈압제의 병행 투여는 항고혈압제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	만성 심부전	한약 + 항고혈압제	항고혈압제	현훈증상척도 (총 유효율)
3-2-2) 경동맥 심장 증후군성 현훈					
한약(B)					
Q(Ⅲb-B-1-2)	경동맥 심장 증후군으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위한 계지가갈근탕 가미방과 항고혈압제(칼슘길항제)의 병행 투여는 항고혈압제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	경동맥 심장 증후군	계지가갈근탕 + 항고혈압제 (칼슘길항제)	항고혈압제 (칼슘길항제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)
3-2-3) 고혈압성 현훈					
한약(B)					
Q(Ⅲb-B-1-3)	고혈압성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 황련해독탕 투여는 위약 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	고혈압성 현훈	황련해독탕	위약	현훈증상척도 (현훈단일평가점수)
Q(Ⅲb-B-1-4)	고혈압성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제)의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	고혈압성 현훈	한약 + 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제)	합성의약품	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
3-2-4) 혈관 미주신경성 실신					
약침술(C)					
Q(IIIb-C-1)	혈관 미주신경성 실신 환자에게 약침술을 베타차단제에 병행하는 치료는 베타차단제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	혈관 미주신경성 실신 (Vasovagal syncope)	약침술 + 베타차단제	베타차단제	현훈증상척도 (총 유효율)
3-3) 심인성 현훈(III c)					
3-3-1) 만성 주관적 어지럼증(CSD)					
심신요법(E)					
Q(IIIc-E-1)	만성 주관적 어지럼증 환자에게 태극권 자가 운동은 아무런 처치를 하지 않는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	만성 주관적 어지럼증 (CSD)	태극권	무처치	현훈증상척도 (8-foot-up-to-go time)
Q(IIIc-E-2)	만성 주관적 어지럼증 환자에게 항우울제와 인지행동요법의 병행 치료를 하는 것이 항우울제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	만성 주관적 어지럼증 (CSD)	항우울제 + 인지행동요법	항우울제	현훈 증상 척도 (총 유효율, DHI)
3-3-2) 심인성 어지럼증					
한약(B)					
Q(IIIc-B-1)	심인성 어지럼증 환자의 증상 개선을 위한 시호가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여는 항우울제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	심인성 어지럼증 (Psychogenic dizziness)	시호가용골모려탕 + 항우울제	항우울제	현훈증상척도 (총 유효율)
심신요법(E)					
Q(IIIc-E-3)	심인성 어지럼증 환자에게 인지행동요법과 전정재활의 병행 치료는 아무런 처치를 하지 않는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	심인성 어지럼증 (Psychogenic dizziness)	인지행동요법 + 전정재활치료	무처치	현훈증상척도 (현훈 종합평가점수 (DHI), 현훈단일평가점수 (VSS), Sharpened Romberg)
3-4) 부인과 질환(III d)					
3-4-1) 갱년기증후군					
한약(B)					
Q(III d-B-1)	갱년기 증후군 환자의 현훈 증상을 개선하기 위한 한약재추출물(괴각추출물) 섭취는 위약에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?	갱년기 증후군	한약재추출물 (괴각추출물)	위약	현훈증상척도 (현훈단일평가점수)

2) 근거 선택 (검색 전략, 포함 및 배제 기준 설정)

(1) 데이터베이스 선정

문헌 검색을 위한 데이터베이스 선정은 개발위원회 회의를 통해 선정하였다. 영문 논문 검색 DB는 MEDLINE, EMBASE, COCHRANE, KoreaMed를 선정하였고, 2019년 12월 31일까지 출판된 모든 문헌에 대하여 검색을 시행하였다. 중문 논문 검색 DB는 China Academic Journals Full-text Database를 선정하였고 CNKI를 통해 검색하였으며, 2019년 12월 31일까지 출판된 모든 문헌에 대하여 검색을 시행하였다. 일본 논문 검색 DB는 Citation Information by NII를 선정하였고, 2019년 12월 31일까지 출판된 모든 문헌에 대하여 검색을 시행하였다. 국문 논문 검색 DB는 KISS, KMbase, NDSL, RISS, DBpia를 통해 검색하였으며 검색기간은 2019년 12월 31일까지 출판된 모든 문헌에 대하여 검색을 시행하였다. 각 DB별 검색전략(검색식과 검색어)은 부록2에 제시되었다.

중국 검색식의 경우 기본적으로는 영문 논문 검색 시 선정된 검색어를 번역하되 검색의 민감도를 높이기 위하여 각 중재(Intervention)에 해당하는 중문 상용어를 추가 검색어로 선정하였다. 국문 논문 검색 시 일단 국내 검색 DB 5종을 대상으로 한 논문 검색 결과 24개의 비임상연구 논문 중 다수의 한의학 고문헌을 대상으로 문헌고찰을 수행한 9편의 논문을 선정하여 문헌 고찰 시 검색 키워드를 추출하였고, 각 논문에서 다빈도(2회 이상) 고찰 대상 문헌 검색명 11종을 예비목록으로 1차 선정하였다. 선정된 11종의 1차 예비 목록을 기반으로 전문가(전국 한의과대학의 유관 전공 교실) 20인의 교수님들을 대상으로 협조문 발송 및 대상 문헌 목록 확정을 위한 설문조사 실시하였으며, 설문 조사 결과 주요 순위로 선정된 검색 키워드 및 주요 선정 키워드, 제외 키워드 등의 전문가 의견을 취합하여 11종의 검색 키워드(眩暈, 目眩, 眩冒, 頭眩, 眩運, 徇蒙, 眩, 掉眩, 風眩, 頭風眩運, 頭旋)를 최종 검색어로 선정하였다.

〈국외 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	Ovid-MEDLINE	U.S. National Library of Medicine, 미국	http://ovidsp.tx.ovid.com/	2019.12.31.
2	Ovid-EMBASE	Elsevier, 네덜란드	http://ovidsp.tx.ovid.com/	2019.12.31.
3	Cochrane Library	Cochrane library	http://www.thecochranelibrary.com	2019.12.31.
4	CJFD	China Academic, 중국	http://www.cnki.net/	2019.12.31.
5	CiNii	National Institute of Informatics (Japan), 일본	https://ci.nii.ac.jp/	2019.12.31.

〈국내 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	과학기술정보통합서비스 (NDSL)	한국과학기술정보연구원	http://scholar.ndsl.kr	2019.12.31.
2	KISS 학술데이터 베이스	KSI 한국학술정보 (주)	http://kiss.kstudy.com/	2019.12.31.
3	한국의학논문 데이터베이스	한국의학논문데이터베이스	http://kmbase.medic.or.kr	2019.12.31.
4	한국교육학술정보원 (RISS)	한국교육학술 정보원	http://www.riss.kr	2019.12.31.
5	DBpia	누리미디어	http://www.dbpia.co.kr/	2019.12.31.
6	한국교육학술정보원 (RISS)	대한의학학술지 편집인협회	http://www.koreamed.org	2019.12.31.

(2) 문헌선택과 배제 기준

문헌 선정은 침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법으로 나누어, 각각에 속하는 두 명의 담당 연구자들이 독립적으로 수행하여 중복배제, 제목 및 초록 확인 후 배제, 원문확인 후 배제로 진행하였다. 본 임상진료지침의 문헌은 현훈(어지럼증)에 대하여 본 개발위원회에서 선정한 검색어를 기준으로 문헌 검색을 진행한 후 제목과 초록을 확인하여 ① 현훈(어지럼증)과 관련 없는 문헌, ② 임상연구가 아닌 논문, ③ 중재치료와 관련이 없거나, ④ 비교군이 없는 논문, ⑤ 핵심질문과 무관한 논문 등을 1차 배제하였다. 이어서 남은 논문들의 본문 전체를 검토하여 위와 동일한 기준으로 재배제하고, 본 임상진료지침의 참고문헌으로 적절치 않은 ⑥ 증례보고, ⑦ 근거가 미흡한 자료 등을 추가로 배제하였다. 엄격한 기준을 적용한 메타분석, 체계적 문헌고찰, 무작위 배정 임상연구 등이 부족한 경우 일부 권고안 항목에 관련된 잘 디자인된 비무작위 배정 임상연구 등을 참고문헌으로 활용하였다. 본 임상진료지침의 선택 및 배제 기준 수행 시 적용된 흐름표의 기본바탕이 된 사용도구로 PRISMA Flow Chart(부록 3. 핵심질문별 근거자료 참고)를 활용하였다.

그리고 현훈 한의표준임상진료지침에 직접 수행한 근거창출 임상연구의 연구결과를 반영하였다. 기타 적합한 미출간 임상연구 결과를 시급히 반영하기 위해서는 임상연구의 시작과 종료 여부를 자세히 알기 어려운 임상연구 레지스트리 검색보다는 이미 출판된 현훈에 대한 protocol 논문 검색이 더 적절하다고 판단되었다. 이에 최근 출판된 현훈에 대한 protocol 논문을 검색하고, 중재방법이 한방치료에 해당하면서 해당 임상질문에 적합한 경우 미출간 임상연구로 선정하고, 선정된 미출간 임상연구의 저자들에게 이메일을 통한 개별 접촉으로 연구 결과 자료를 요청하여 미출간 임상연구 결과를 반영하기로 결정하였다. 그리고 연구책임자의 임상연구 결과가 분석에 포함되어 있으나, 문헌 선정 과정에서 편의 발생 위험을 줄이기 위해서 사전에 정해진 절차에 따라 진행되도록 각별한 주의를 기울였다.

3) 근거 평가

문헌 분석 및 평가, 근거합성을 위한 자료 추출은 5가지 중재 분류(침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법)별로 담당 연구자가 독립적으로 수행하였으며, 의견이 다른 경우 회의를 통해 조율하였다. 각 핵심질문은 각각의 근거표를 작성한 후, 메타분석을 통해 근거를 합성하여 분석하였다. 메타분석이 어려운 경우에는 각각의 연구 결과를 기술하는 방식으로 결과를 제시했다.

문헌의 질 평가는 권고안에 활용된 문헌의 비뚤림 위험 평가(ROB; Risk of Bias)와 방법론적 평가를 위해 무작위배정비교임상연구는 AMSTAR(Assessment of Multiple SysTemAtic Reviews)를 이용하고, 비무작위 연구는 RoBANS(Risk of Bias Assessment tool for Non-randomized Study)를 이용하여 독립적으로 2인 이상의 연구자가 평가하였다. 평가 의견이 상이한 경우 연구책임자가 의견을 취합하여 조율하였다. 비뚤림 위험이 높거나 방법론적 질이 낮은 것으로 평가된 문헌의 경우 본 권고안 작성 시 배제하거나 해당 문헌에 의한 권고안의 권고등급 하향 등의 과정을 개발위원 및 전문가 회의 시 전문가 합의를 통해 진행하였다.

4) 근거 합성과 분석

추출된 자료를 핵심 임상질문별로 묶고 자료의 질과 형태를 고려하여 합성 가능한 중재결과(총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도)별로 메타분석을 시행하였다. 메타분석 결과로 이산변수(총 유효율)는 비교위험도, 연속변수(현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도)는 평균차(Mean difference or standardized mean difference)와 95% 신뢰구간을 제시하였다. 연구의 양이 불충분하거나 이질성이 있어 정량적 합성이 어려운 경우에도 자료의 결과 값을 추출하여 핵심 임상질문의 해석에 활용하였다.

5) 근거 수준 및 권고 등급

근거수준 평가와 권고등급 결정은 ICSI 지침서에 사용한 GRADE(Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation)에 준하여 평가하였다. GRADE 평가 과정은 크게 근거수준 평가와 권고등급 결정의 2단계의 과정을 통해 이루어졌다.

기성 한의서 등 고전 의서에 기록이 있지만, 현대 연구방법론에 기초한 근거가 없을 경우 합의기반 권고문을 도출하였다.

(1) 근거수준

① 근거기반 권고

근거수준 평가는 권고를 위한 핵심질문을 선정한 이후 각 질문에 대한 주요 연구결과를 확인하고, 모든 관련 근거를 요약하고, 각 결과에 대해 근거의 질을 등급화하였다. 근거수준을 결정할 때 고려한 요소는 연구디자인으로 무작위 배정 임상시험의 경우 ‘높다’, 관찰연구의 경우 ‘낮다’, 환자군 연구의 경우 ‘매우 낮다’로 배정하고 문헌의 질, 근거의 양, 근거의 일관성, 근거의 직접성, 근거의 정밀성, 다른 고

려요인들에 따라 근거수준을 상향하거나 하향하는 과정을 거쳐 최종적으로 평가하였다.

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

② 합의기반 권고

합의기반 권고문의 근거수준은 고전문헌 근거(Classical Text-based, CTB) 등급으로 부여하는데, CTB 근거수준을 부여하기 위해서 근거의 내용이 문서화된 자료로 제시되고 공식적 합의 절차를 거치도록 하였다.

근거 수준 분류	내용
고전문헌 근거, CTB (Classical Text-based)	현대적 연구방법론을 활용한 근거연구가 아직 수행되지 않았으나, 기성 한의서 등 고전 텍스트에 기록된 근거가 있고 임상현장 활용도가 높다.

(2) 권고등급

① 근거기반 권고

근거기반 권고문의 권고등급은 임상질문별 근거수준과 임상적 중요성을 기준으로 평가한다. 권고 등급 결정은 체계적 문헌고찰 결과로 부여된 근거수준을 바탕으로 권고대상 환자에서 중재(진단 및 평가과정)를 시행하였을 때 바람직한 결과와 그렇지 않는 효과 사이의 차이가 크거나 총 이득의 크기나 이득에 대한 불확실성의 크기(편익), 적용가능성, 비용, 가치와 선호도, 전문가 합의 등을 종합적으로 고려하여 전문가 합의를 통해 최종적인 권고등급을 결정했다. 권고안의 실행으로 인한 이득과 위해의 정도를 비교하여 이득이 명백하게 크다고 판단한 경우 A등급을 부여하고, 정도에 따라서 B, C, D로 각각 구분하였다. 근거수준은 낮지만 이득이 명백하고 임상현장에서의 활용도가 높다고 판단되는 권고에 대해서는 개발위원회의 합의하에 권고등급을 상향 조정하였다.

권고등급	정의	표기법
A	편의이 명백하고 임상현장에서 활용도가 높을 경우 권고한다.	사용할 것을 권고한다. (Is recommended)
B	편의이 신뢰할 만하고 진료현장에서 활용도가 높거나 보통인 경우, 또는 권고의 근거관련 연구의 근거자료가 부족하더라도 임상적 이득이 명백한 경우 부여한다.	사용할 것을 고려해야 한다. (Should be considered)
C	편의를 신뢰할 수 없으나, 진료현장에서 활용도가 높거나 보통인 경우 부여한다.	사용할 것을 고려할 수 있다. (May be considered)
D	편의를 신뢰할 수 없고, 위대한 결과를 초래할 수 있다.	사용을 권고하지 않는다. (Is not recommended)

② 합의기반 권고

고전문헌근거에 기반한 합의기반 권고문의 권고등급은 서지학적 근거와 임상현장에서의 활용을 기반으로 이득과 위해, 적용가능성, 비용, 가치와 선호를 종합적으로 고려하여 부여하였다. 전문가 그룹에 의해 해당 권고문이 임상적 중요도가 있다고 공식적 합의가 이루어진 경우 GPP 등급으로 권고하였다.

권고등급	정의	표기법
GPP*	서지학적 근거를 기반으로 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다. (Is recommended based on the expert group consensus)

* GPP : Good Practice Point

(3) 근거수준과 권고등급의 연계

근거기반 권고등급 도출은 체계적 문헌고찰과 전문가 합의를 통해 최종등급을 도출하였다. 최소의 근거가 있으면 GRADE 원칙에 맞게 근거수준을 부여하고, 이후 근거수준과 편의, 적용가능성(임상활용도 고려), 비용, 가치와 선호, 전문가 합의 의견 등을 바탕으로 권고등급을 조정하였다. 합의기반 권고등급 도출은 고전문헌근거 기반으로 공식적인 전문가 합의를 통해 권고 도출하는데 본 임상진료지침은 해당되지 않는다.

① (근거기반 권고등급 도출) 체계적 문헌고찰과 전문가 합의를 통해 최종등급 도출

구분	1단계		2단계	3단계	최종등급
고려사항 근거수준	편 의		적용가능성	비용, 가치와 선호	전문가 합의
	양성 (Positive)	0/음성 (Zero/ Negative)			
높음(High)	A	D	편익이 양성인 경우, 임상진료현장의 활용도가 높 다면 더 강하게 권고 할 수 있음	환자의 선호 및 비용 등 을 고려하여 권고에 반영 함	A~D
중등도 (Moderate)	B				
낮음(Low)	C				
매우 낮음 (Very Low)	D				

② (합의기반 권고등급 도출) 고전문헌근거 기반으로 공식적인 전문가 합의를 통해 권고 도출

구분	1단계	2단계	3단계	최종등급
고려사항 근거수준	이득과 위해	적용가능성	비용, 가치와 선호	공식적 전문 가 합의
고전문헌근거 CTB (Classical Text-based)	개발그룹의 편익에 대한 확신 정도에 따라 결정	임상진료현장의 활용도가 높을 경우 더 강하게 권고 할 수 있음	환자의 선호 및 비용 등을 고 려하여 권고에 반영함	GPP

* GPP : Good Practice Point

6) 권고 작성

평가된 근거수준과 권고등급에 따라 결정된 권고안 및 세부내용을 작성하였다. 권고안은 질환, 중재 분류 순으로 작성하여 관심 있는 권고안을 쉽게 찾을 수 있도록 하였다. 질환의 경우 현훈을 전정계 현훈과 비전정계 현훈으로 분류하고, 전정계 현훈은 전정계 중추성 현훈과 전정계 말초성 현훈으로, 비전정계 현훈은 경추성 현훈, 심장성 현훈, 심인성 현훈, 부인과 질환으로 세분류하였다. 중재는 침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법 순으로 나열하였다. 각 권고안별 한약처방명과 합성의약품 성분명을 권고안 아래 임상적 고려사항에 표기하였다. 권고안별 세부내용에는 권고 적용군과 중재, 비교, 결과 및 진료환경에 대한 정보를 요약하고 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명과 근거수준, 권고등급 평가 과정 및 결과를 서술하였다.

임상적 고려사항에는 중재의 상세 내용, 부작용, 위험요소, 금기사항 등을 기록하여 사용자의 편의를 고려하였다.

7) 합의안 도출

권고안 도출은 본 임상진료지침에 대한 전문가 그룹인 개발위원들의 회의 등을 통해 도출하였으며 권고안 합의는 기본적으로 사전 결정된 권고등급과 근거수준을 기준으로 기본안에 대한 설정 후 개발위원 간 이견이 있는 권고안에 대하여 별도의 개발위원회의 토의를 거쳐 권고안을 도출하였다.

현훈(어지럼증) 한의임상진료지침 개발위원회에서 권고안을 개발하고, 이것을 바탕으로 설문지를 작성하였고, 이후 외부 전문가 패널(검토위원회¹⁾)을 대상으로 공식적인 합의 방법인 델파이 기법을 통해 권고안, 권고등급/근거수준, 진단기준 및 평가기준에 대한 합의가 진행되었다. 합의는 9명의 전문가 패널에게 설문지를 배포하는 방식으로 진행되었고, 2/3 이상이 동의에 해당하는 7, 8, 9점에 응답을 하였을 때 합의가 이루어진 것으로 보고 진행하였다. 합의가 되지 않은 문항에 한하여 다음 라운드를 진행하였으며, 이전 라운드에서 다른 패널들이 각 문항에 대하여 어떤 점수를 부여했는지를 공개하였다. 합의 중 동의하지 않는 권고안에 대해서는 수정 요청이 있는지에 대한 질문을 주관식으로 제시하여 의견을 수렴하였고, 다음 차 라운드에서 권고안 수정을 진행하였다. 1차 라운드에서는 권고안에 대해 델파이 합의가 이루어졌고, 이 중 미합의 상태가 된 권고안에 대하여 2차 및 3차 라운드를 통해 자문위원간 토론을 거친 후 설문조사하여 합의가 이루어졌다. 델파이 결과 모든 권고안에 대하여 '동의'가 이루어졌다.

이 과정에서 국내 임상현장에 적합하지 않은 권고안 즉 한약 및 약침술의 경우 보건복지부, 식약처 고시에서 규정한 한약서내 처방만 포함하고, 수기요법의 경우 국내에서 시행하지 않는 추나요법 등은 배제하였다. 또한 한의 치료중재간 비교로 인하여 사용자가 혼란이 올 수 있는 것은 삭제하였고, 한방 의료행위를 벗어난 치료중재도 삭제하였다. 그러나 환자의 편익을 고려하고 한국의 임상진료 현장을 반영하여 의과치료와 한의과치료가 병행하는 것을 고려하여 권고안을 반영하도록 하였다. 또한 위험/부작용을 고려하여 일부 권고안의 경우 삭제하였다. 또한 급성 감염성질환의 경우 환자의 응급/위험도를 고려하여 일부 권고안의 경우 조정/삭제하였다.

3. 승인 및 인증

1) 외부 검토

개발그룹의 개발에서 완성된 임상진료지침 초안에 대하여 검토위원회(수정 Delphi 합의도출 전문가 위원회)의 검토 후 지침의 개발과정, 지침의 내적타당도, 임상 적용성 등에 대하여 한의표준임상진료지침 개발사업단의 질제고모니터링 위원회에서 외부 검토를 동료 검토(peer review)의 방식으로 실시하였다.

외부 검토 과정은 2020년 09월 임상진료지침 초안 제출 후 한의표준임상진료지침 개발사업단의 질제고 모니터링 위원회의 외부 검토를 거쳐 검토보고서를 2020년 11월 초에 받았다. 사업단에서 개발한 매뉴얼을 기본으로 항목별 리뷰한 것을 개발위원회에서 논의하여 수정할 것을 정리하여 편집위원회에서 수정안을 작성하였다. 전문학회의 인증 후 2020년 11월 1차 최종안을 제출하였다.

(1) 외부 검토 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
한의학표준임상 진료지침 개발사업단	총괄	김남권	한의학표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 총괄
	실무자	이지현	한의학표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
		김수란	한의학표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
		권수현	한의학표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
외부검토그룹	위원장	김중우	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 실무 총괄
	위원	장보형	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
		이선행	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
		서효원	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
		김은정	동국대학교 한의과대학	경기	임상진료지침 검토 수행
		최미영	한국보건의료연구원	서울	임상진료지침 검토 수행

2) 전문 학회 승인

최종 결과물에 대하여 사상체질의학회, 대한한방안이비인후피부과학회 및 대한한방내과학회의 학회 인증을 받았다. 학회 승인을 위해 각 학회에 한의학표준임상진료지침 학회인증 체크리스트를 작성하여 제출하였고, 각 학회의 임상진료지침 검토·인증위원회는 회의를 통해 임상진료지침의 승인 여부를 결정하였다. 전문 학회에서는 개발의 엄격성, 내용타당성, 권고안의 적용 및 실행가능성, 결정가능성을 중심으로 검토하였고 학회의 평가가 이루어진 학회인증 체크리스트 최종본은 한의학표준임상진료지침 개발사업단에 사본으로 제출하였다.

3) 인증

현훈(어지럼증) 한의학표준임상진료지침은 한의학표준임상진료지침 개발사업단의 주관 하에 개발되었으며, 사업단 내에서 개발된 임상진료지침의 인증절차를 진행하였다. 사업단에서는 학회 승인을 받은 임상진료지침에 대하여 검토평가위원회의 AGREE II 에 의한 방법론적인 검토를 통해 미인증, 조건부인증, 인증의 세 가지 평가결과를 도출하였다. 인증된 임상진료지침은 근거중심한의약추진위원회의 검토를 거쳐 최종 인증 완료되며, 근거중심한의약추진위원회에서 재검토를 요청할 경우 검토·평가위원회에서는 다시 검토와 평가를 진행하였다. 검토·평가위원회에서 조건부인증으로 평가된 경우 지침 개발팀에게 보완 혹은 수정할 것을 요청하고 재평가를 진행하였다

본 임상진료지침은 Delphi 합의도출 검토위원회(전문가 위원회), 전문학회의 검토와 인증 후 2020년 11월에 1차 최종안을 제출하였다. 검토평가위원회를 거쳐 2차례 수정·보완 후 2020년 12월 30일 근거중심한의약추진위원회의 최종인증을 받았다. 이후에도 기타 수정의견 등을 반영하여 2021년 3월

3차 수정을 거쳐 최종본이 완성되었다.

주요 검토 내용은 1차 검토에서는 권고등급 도출 및 권고안 기술 방식, 임상적 고려사항의 기술 내용 위주의 수정이 반영되었으며, 2차 검토에서는 주로 AGREE II 를 통한 검토 결과에 따른 임상진료지침 개발 과정과 절차에 대한 수정·보완이, 3차 검토에서는 추가 검토의견에 따른 수정·보완이 이루어졌다.

이처럼 본 임상진료지침은 개발그룹 자체 검토뿐만 아니라 외부검토 그룹검토 결과에 따른 수정 및 보완을 통해 임상진료지침의 완성도를 높일 수 있었다.

4. 출판

본 임상진료지침은 한의표준임상진료지침 개발사업단을 통한 출판 외에 학술논문, 학회게재 등으로 소개될 것이다.

[참고문헌]

1. 김재영 등. 한국인 어지럼증 환자의 최근 4년간 한방 진료 양태. 동의생리병리학회지. 2015;26(3): 225-234.
2. 보건복지부. 2017년 한방의료이용 및 한약소비 실태조사. 2018.

IV. 권고사항

한의학적 중재 배경

1. 현훈
2. 전정계 현훈
 - 2-1. 전정계 중추성 현훈
 - 2-2. 전정계 말초성 현훈
3. 비전정계 현훈
 - 3-1. 경추성 현훈
 - 3-2. 심장성 현훈
 - 3-3. 심인성 현훈
 - 3-4. 부인과 질환

한의학적 중재 배경

1) 침술

본 지침에서 침술은 포괄적인 혈위 치료(acupoint therapy)이며, 일반침술(manual acupuncture), 침전기자극술(electroacupuncture), 온침술(warm needling therapy), 침도침술(acupotomy), 매선술(thread-embedding therapy), 부항술(cupping), 구술(moxibustion)로 세분화하여 근거자료를 분석하였다.

2) 한약

한약은 한의학의 대표적인 치료방법으로 어지럼증(현훈)의 치료에서 한약 치료는 가장 주된 필수적인 치료 방법이다. 한의학의 특성상, 한약을 이용한 대규모 무작위 임상시험 등이 이루어지기 어려운 한계로 인하여 국내의 임상연구 결과가 부족하나, 중국 및 유럽 등지에서는 많은 근거가 축적되고 있다.

임상에서 어지럼증에 다양한 한약들이 활용되고 있으나, 본 임상진료지침에서는 RCT 논문 및 이에 준하는 N-RCT 논문만을 검색하여 연구 대상으로 하여 분석하였고, 단일 약재와 건강기능식품까지 포함하여 검색, 분석하였다. 주로 중국논문과 영문논문에서 검색된 자료를 바탕으로 한약 단독 치료와 더불어 한약과 다른 치료법의 병행 치료(합성의약품, 일반침술, 약침술, 물리치료, 수기요법 등)에 대한 분석도 수행되었다. 다만, 어지럼증의 한약 단독 치료를 실험군으로, 다른 치료법을 대조군으로 하여 비교한 임상연구는 본 지침에서 다루는 한약치료의 효과 검증을 수행할 수 없어 분석에서 제외되었다.

3) 약침술

약침술(Pharmacopuncture)이란 일정한 방법에 의해 조제된 각종 약물을 유관한 혈위, 압통점 혹은 체표의 촉진으로 얻어진 양성반응점에 주입하여 생체기능을 조정하고 질병을 치료하는 시술행위로 크게 약물자입기를 통해 주입하는 방법과 약물을 코팅한 특수침을 자입하는 방법 등이 있다.

4) 수기요법

수기요법은 예로부터 通經脉 調氣血을 통해 병의 원인을 감소시키거나 기를 원활하게 소통시켜 증상을 개선하는 한의학적 치료기술로써 각종 수기법에 의한 치료방법들을 연구대상으로 하는 것으로 Massage, Chiropractic, 지압요법 및 추나의학 등 각 나라의 전통적인 언어 문화적 관습에 따라 고유한 명칭으로 표현되고 있다.¹⁾ 손을 주요 치료수단으로 이용한다는 면에서는 동질성을 갖고 있지만 발전과정 치료부위 치료원리 치료 방법 및 치료효과 면에서는 독자적인 특성을 유지하며 발전하고 있다.²⁾ 수

기요법은 도인운동요법, 근건이완수기요법, 추나요법으로 구분된다. 본 지침에서는 수기요법의 범위로 한의사의 직접 (손)기술이 필요한 근건이완수기요법(soft tissue), 추나요법(hard tissue), 견인요법을 포함하였다. 도인운동요법은 exercise와 유사한 행위이므로 심신요법에 포함하여 분석하였다.

5) 심신요법

기공요법 등은 단지 물리적 신체의 건강증진뿐 아니라 기의 조절을 통한 마음의 수양 또는 치유에도 사용되어 왔으며, 현대에 들어와서는 고전의 기공요법에 국한되지 않고 마음챙김이나 스트레스 완화 프로그램, 운동 프로그램 등과 결합됨으로써 다양한 모습으로 발전되어 사용됨으로써 그 근거가 축적되고 있다.

[참고문헌]

1. 신병철 외 3인. 정형추나요학(Chuna coordinative & orthopedic manual medicine), 척추신경추나학회, 2006. 3-19.
2. 한방재활의학과학회. 한방재활의학(4판). 군자출판사, 2015. 323-330.

1. 현훈

■ 침술

【R(I-A-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-7
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 간양상향증(U65.0): 천마구등음 2) 신음허증(U71.4): 보신탕가미 3) 심비양허증(U78.7): 기혈쌍보탕 4) 혈어증(U61.2): 천궁진편, 통규활혈탕가감 5) 풍담증(유사 U72): 현복정		

(1) 임상질문 : Q(I-A-1)

현훈 환자에게 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
현훈 (Dizziness)	일반침술 + 한약	한약	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 7편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

An(2018)은 현훈 환자 총 60명을 무작위 배정하여 30명의 한약(천마구등음)으로 치료한 군과 30명의 한약(천마구등음)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Cai(2019)는 현훈 환자 총 60명을 무작위 배정하여 30명의 한약(보신탕가미)으로 치료한 군과 30명의 한약(보신탕가미)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Du(2019)는 현훈 환자 총 80명을 무작위 배정하여 40명의 한약(기혈쌍보탕)으로 치료한 군과 40명의 한약(기혈쌍보탕)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총

유효율과 현훈단일평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료 군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

Liu(2019-1)는 현훈 환자 총 60명을 무작위 배정하여 30명의 한약(천마구등음)으로 치료한 군과 30명의 한약(천마구등음)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁴⁾

Lu(2010-1) 등은 현훈 환자 총 200명을 무작위 배정하여 100명의 한약(천궁진편)으로 치료한 군과 100명의 한약(천궁진편)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁵⁾

Wang(2016-2) 등은 현훈 환자 총 90명을 무작위 배정하여 45명의 한약(현복정)을 투여한 군과 45명의 한약(현복정)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁶⁾

Zeng(2017) 등은 현훈 환자 총 144명을 무작위 배정하여 72명의 한약(통규활혈탕가감)을 투여한 군과 72명의 한약(통규활혈탕가감)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁷⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.70 [95% CI 1.42, 2.04]로 나타났다. 현훈 단일평가 점수에서 치료 후 MD -2.35 [95% CI -3.14, -1.55]로 개선되었다. 따라서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	694 (7 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.70 [1.42, 2.04]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	200 (3 RCTs)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD -2.35 [-3.14, -1.55]	점수가 낮을수록 악화됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 표본의 수가 작음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(I-A-1)에서는 현훈 환자에게 한약 치료에 비해 일반침술과 한약의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 7편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 현훈 환자에 대한 일반침술과 한약의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 현훈 치료에 일반침술과 한약의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 또한 R(I-B-1) 권고문과 유사하나 대조군이 다르기 때문에 각각 독립적인 임상질문으로 인정하며 전문가 합의과정을 거쳐 표현을 다르게 하여 혼란을 줄이고자 하였다. 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 安物. 天麻钩藤饮联合针刺治疗肝阳上亢型眩晕30例. *Journal of External Therapy of TCM*. 2018;27(1):18-19.
2. 蔡守良. “子母补泻”取穴结合中药治疗肾阴虚型眩晕临床疗效观察. *中国社区医师*. 2019;35(25):97.
3. 杜晓茜. 针药并用辨证治疗气血不足型眩晕的临床研究. *中国误诊学杂志*. 2019;14(5):212-215.
4. 刘庆立. 天麻钩藤饮配合针刺治疗肝阳上亢型眩晕临床观察. *SHANXI J OF TCM*. 2019;35(7):16-17.
5. 卢岱静, 赵施竹. 川芎嗪配合针灸治疗眩晕症100例疗效观察. *云南中医中药杂志*. 2010;31(7):47.
6. 王浩, 王媿, 邓秀芝. 眩复宁颗粒加减配合针灸治疗眩晕的临床疗效. *Clinical Journal of Chinese Medicine*. 2016;20(8):44-45.
7. 曾云, 苟亮, 张明修, 熊永春, 周涌智. 针灸补泻法治疗瘀阻脑络型眩晕临床观察. *双足与保健*. 2017;9(167):5-7.

■ 한약

【R(I-B-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
현훈 환자의 증상 개선을 위해 공진단 투여를 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 심비양허증(U78.7): 공진단		

(1) 임상질문 : Q(I-B-1)

현훈 환자의 증상 개선을 위한 공진단 투여는 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
현훈 (Dizziness)	한약	위약	현훈증상척도 (현훈종합평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 protocol 논문이 선정되었다.

Shin(2017) 등은 경추성 현훈 환자 총 78명을 무작위배정하여 39명의 한약(공진단) 복용군(시험군)과 39명의 위약군(대조군)으로 나누어 치료하여 최종적으로 시험군 38명과 대조군 39명에 대해 분석하였다. 치료 8주 후 비교한 결과 공진단 복용군이 위약군에 비하여 현훈종합평가점수(DHI)가 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다($P>0.05$).¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈종합평가점수에서 치료 후 MD 6.30 [95% CI -1.45, 14.05]로 점수가 개선되었으나, 통계적 유의성은 없었다. 따라서 공진단이 위약에 비하여 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료전후 군내 비교에 따르면 공진단 투여는 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비교
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	77 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 6.30 [-1.45, 14.05]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 표본의 수가 작음

b: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(I -B-1)에서는 현훈 환자에게 공진단 투여 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 공진단 투여는 현훈 척도의 점수를 개선시켰지만, 통계적 유의성이 확보되지는 않았다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 현훈 환자에게 공진단의 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 현훈 치료에 공진단 투여가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 현훈에 대한 공진단 투여가 효과적이나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉, 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 공진단 투여를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Shin S, Kim J, Yu A, Seo HS, Shin MR, Cho JH et al. A Herbal Medicine, Gongjindan, in-Subjects with Chronic Dizziness (GOODNESS Study): Study Protocol for a Prospective, Multi-center, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Parallel-Group, Clinical Trial for Effectiveness, Safety, and Cost-Effectiveness. Evid Based Complement Alternat Med. 2017;2017:4363716.

【R(I-B-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 침술 단독 치료에 비해 한약과 침술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1-10
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕 2) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕, 보중익기탕		

(1) 임상질문 : Q(I-B-2)

현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 침술의 병행 치료는 침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
현훈 (Dizziness)	한약 + 침술	침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 7편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Dai(2018)는 경추성 현훈 환자 총 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 41명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Gu(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 70명을 무작위배정하여 35명의 한약(익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 35명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수(FS-CSA), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Jang(2019-2) 등은 현훈 환자 총 72명을 무작위배정하여 36명의 한약(자음평간정현탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 36명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 20일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Lu(2017-1) 등은 경추성 현훈 환자 총 54명을 무작위배정하여 27명의 한약(보중익기탕가감)과 침술 병행 치료군(시험군)과 27명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 20일 후 비교하였고, 현

훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Qiu(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 110명을 무작위배정하여 55명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 55명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁾

Qiu(2019)는 경추성 현훈 환자 총 106명을 53명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 53명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁾

Rao(2017)는 경추성 현훈 환자 총 82명을 41명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 41명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 후 비교한 결과 현훈단일평가점수에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁾

Wang(2017-1) 등은 경추성 현훈 환자 총 48명을 24명의 한약(가미익기활혈총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 24명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁸⁾

Yang(2018-2)은 경추성 현훈 환자 총 146명을 무작위배정하여 73명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 73명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁹⁾

Yao(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 78명을 무작위배정하여 39명의 한약(반하백출천마탕가감)과 도침술 병행 치료군(시험군)과 39명의 도침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 6주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 도침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁰⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.68 [95% CI 1.39, 2.04], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 1.86 [95% CI 1.27, 2.46], 추골동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 2.79 [95% CI 2.10, 3.49], 기저동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 3.53 [95% CI 2.87, 4.19]로 점수와 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 한약과 침술의 병행 치료가 침술 단독 치료보다 현훈증상척도와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	612 (7 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.68 [1.39, 2.04]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	306 (4 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 1.86 [1.27, 2.46]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Critical)	348 (4 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.79 [2.10, 3.49]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	458 (5 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 3.53 [2.87, 4.19]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: I² ≥ 75%

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(I-B-2)에서는 현훈 환자에게 침술 단독 치료에 비해 한약과 침술의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 총 7편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 침술의 병행 치료는 침술 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 현훈 환자에게 한약과 침술의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 현훈 치료에 한약과 침술의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 또한 Q(I-A-1) 권고문과 유사하나 대조군이 다르기 때문에 각각 독립적인 임상질문으로 인정하며 전문가 합의과정을 거쳐 표현을 다르게 하여 혼란을 줄이고자 하였다. 현훈에 대한 한약과 침술의 병행 치료가 효과적이나 근거수준이 낮다. 임상경험을 바탕으로 현훈 환자에게 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 현훈 환자에게 현훈 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도의 개선을 위하여 침술 단독 치료에 비해 한약과 침술의 병행 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 戴嘉. 针灸联合加味益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕的临床观察. 中医、药理论, 2018;2:184-186.

2. 顾伟, 闵婕. 益气温中针灸疗法联合益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕临床研究. 中医学报. 2018;33(7):1359-1363.
3. 张大尉, 张虎, 董继革. 滋阴平肝定眩汤联合针刺治疗眩晕(阴虚阳亢证)的临床观察. 中国中医急症. 2019;28(5):875-877.
4. 吕雁, 李伟峰. 补中益气汤配合针刺治疗颈性眩晕临床研究. 中医学报. 2017;32(8):1515-1518.
5. 邱坤文, 任雅妮. 加味益气聪明汤联合针灸治疗气血亏虚型颈性眩晕的效果. 临床医学研究与实践. 2018;29:130-131.
6. 邱玲. 针灸联合加味益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕的临床观察. 中国处方药. 2019;17(8):126-127.
7. 饶玲玲. 加味益气聪明汤联合针灸治疗气血亏虚型颈性眩晕患者的疗效. 医疗装备. 2017;30(7):110-111.
8. 王钰, 赵美. 针灸联合加味益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕 24 例. 中国中医药现代远程教育. 2017;15(6):93-95.
9. 杨旭峰. 加味益气聪明汤联合针灸治疗颈性眩晕73例临床观察. 中国民族民间医药. 2018;27(7):96-98.
10. 姚桂林, 陈荣庄, 李啟叶, 邓焕伦, 黄冠荣. 小针刀配合半夏白术天麻汤加减治疗颈源性眩晕的疗效分析. 2018;6:127-128.

【R(I-B-3)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 수기요법 단독 치료에 비해 한약과 수기요법의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-13
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): 반하백출천마탕, 정현탕, 택사탕, 계지갈근탕 2) 수기능심증(U67.3): 영계출감탕 3) 심비양허증(U78.7): 익기종명탕		

(1) 임상질문 : Q(I-B-3)

현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 수기요법의 병행 치료는 수기요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
현훈 (Dizziness)	한약 + 수기요법	수기요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 12편의 무작위 대조군 임상연구와 총 1편의 비무작위 대조군 임상연구의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Cai(2019)는 경추성 현훈 환자 60명을 30명의 한약(갈근천마백출반하탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 30명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 2주간 치료 후 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독 치료군에 비해 유의한 효과 및 개선을 보였다.¹⁾

Lei(2016) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 53명을 무작위배정하여 23명의 한약(반하백출천마탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 30명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.²⁾

Liu(2019) 등은 경추성 현훈 환자 126명을 무작위배정하여 63명의 한약(익기정현탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 63명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 20일간 치료 후 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독 치료군에

비해 유의한 효과 및 개선을 보였다.³⁾

Lu(2012)는 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 65명을 무작위배정하여 35명의 한약(택사탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 30명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.⁴⁾

Luo(2019) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 70명을 무작위배정하여 35명의 한약(반하백출천마탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 35명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수가 유의하게 높았다.⁵⁾

Pan(2019) 등은 경추성 현훈 환자 100명을 무작위배정하여 50명의 한약(반하백출천마탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 50명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 2주간 치료 후 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독 치료군에 비해 유의한 효과 및 개선을 보였다.⁶⁾

Qu(2017) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 212명을 무작위배정하여 92명의 한약(금궤택사탕과립)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 120명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수가 유의하게 높았다.⁷⁾

Shang(2016) 등은 경추성 현훈 환자 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(계지갈근탕)과 이석정복술 병행 치료군(실험군)과 41명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료 후 치료 효과를 비교하였다. 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 이석정복술 병행 치료군이 이석정복술만 시행하는 군에 비해 유의한 효과 및 개선을 나타냈다.⁸⁾

Wang(2010) 등은 경추성 현훈 환자 66명을 무작위배정하여 34명의 한약(정현탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 32명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독 치료군에 비해 유의한 효과 및 개선을 보였다.⁹⁾

Wang(2018) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 98명을 무작위배정하여 49명의 한약(영계출감탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 49명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수가 유의하게 높았다.¹⁰⁾

Yang(2019-2)은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 90명을 무작위배정하여 45명의 한약(영계출감탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 45명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.¹¹⁾

Zheng(2014) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(익기총명탕)

과 이석정복술 병행 치료군(실험군)과 30명의 이석정복술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료하여 전후 비교하였다. 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 이석정복술 병행 치료군이 이석정복술 단독 치료군에 비하여 유의한 개선 효과를 보였다.¹²⁾

Zhu(2019-1)는 경추성 현훈 환자 120명을 무작위배정하여 60명의 한약(소경정현탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 60명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 2주간 치료 후 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독 치료군에 비해 유의한 효과 및 개선을 보였으며 현훈 단일평가점수에서는 유의한 효과를 보이지 않았다.¹³⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.43 [95% CI 1.18, 1.72], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 0.86 [95% CI -0.25, 1.98], 현훈종합평가점수에서 치료 후 SMD 1.18 [95% CI 0.38, 1.99], 추골동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 3.48 [95% CI 2.52, 4.44], 기저동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 1.98 [95% CI 0.95, 3.01]로 점수와 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 한약과 수기요법의 병행 치료가 수기요법 단독 치료보다 현훈증상척도와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	1142 (12 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.43 [1.18, 1.72]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	592 (6 RCTs)	●○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	SMD 0.86 [-0.25, 1.98]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	408 (3 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 1.18 [0.38, 1.99]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Critical)	246 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 3.48 [2.52, 4.44]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	246 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 1.98 [0.95, 3.01]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: I² ≥ 75%

c: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(I -B-3)에서는 현훈 환자에게 수기요법 단독 치료에 비해 한약과 수기요법의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 총 12편의 무작위 대조군 임상연구와 총 1편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 수기요법의 병행 치료는 수기요법 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 현훈 환자에게 한약과 수기요법의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 현훈 치료에 한약과 수기요법의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 현훈 환자에게 현훈 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위하여 한약과 수기요법의 병행 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 蔡旺鑫. 颈椎手法斜扳整脊配合葛根天麻白术半夏汤在颈性眩晕治疗中的效果观察. 中国医药指南. 2019;17:175-176.
2. 雷华斌, 张恒. 半夏白术天麻汤配合耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效及对血脂代谢影响. 世界中医药. 2016;11(10):2039-2042.
3. 刘少鸿, 袁小霞. 穴位推拿联合益气定眩汤治疗颈性眩晕的临床研究. 中医药导报. 2019;25(3):111-114.
4. 陆春光. 手法结合泽泻汤治疗良性位置性眩晕35例. 光明中医. 2012;27(10):2022-2024.
5. 罗兆良, 郑宗兵, 欧国英, 郭业鹏. 半夏白术天麻汤辅佐治疗良性阵发性位置性眩晕的可行性. 实用中西医结合临床. 2019;19(7):50-51.
6. 潘明柱, 张洁英, 荣兵, 李建. 半夏白术天麻汤加减结合穴位手法推拿治疗颈性眩晕的临床研究. 中国中医基础医学杂志. 2019;25(9):1285-1288.
7. 屈涛, 刘学文, 赵永烈, 祁延霞, 程先宽, 荆志伟. 金匱泽泻汤颗粒治疗心下支饮型良性阵发性位置性眩晕的临床研究. 中国中医基础医学杂志. 2017;23(8):1109-1144.
8. 尚国涛, 任利. 桂枝葛根汤治疗颈椎病眩晕的临床疗效观察. 中西医结合心血管病杂志(Cardiovascular Disease Journal of integrated traditional Chinese and Western Medicine). 2016;4(3):179-180.
9. 王季春, 曹彬. 推拿配合定眩汤治疗颈性眩晕的临床研究. 辽宁中医杂志. 2010;37(2):294-296.
10. 王宝祥, 许俊杰, 陆霞, 戴利菊, 王蕾, 胡进, 朱晓东, 黄菊明. 苓桂术甘汤联合管石复位对良性

- 阵发性位置性眩晕患者中医证候积分, 血液流变学指标及预后的影响, 中国中医急症, 2018;27(6):1004-1007.
11. 杨庆堂. 管石复位配合中药治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察. 实用中医药杂志, 2019;35(9):1070-1071.
 12. 郑金秀, 吴晖, 陈国春, 江里涛, 李华. 益气聪明汤联合管石复位治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察. 福建中医藥(Fujian Journal of TCM), 2014;45(5):7-8.
 13. 朱恪材. 疏颈定眩汤联合颈椎牵引和推拿治疗颈性眩晕 60 例. 中医研究, 2019;32(7):21-23.

【R(I-B-4)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제), 항고혈압제, 항우울제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려할 수 있다.	C/Low	1-70
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합택사탕, 반하백출천마탕합통규활혈탕, 택사탕, 계지 가갈근탕, 갈근해기탕, 택사탕가소반하가복령탕, 도담탕 2) 간양상향증(U65.0): 진간식곡탕 3) 수기능심증(U67.3): 영계출감탕, 시호가용골모려탕 4) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕, 보중익기탕, 사물탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine), 시네파지드(cinepazide) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine), 아스피린(aspirin) 3) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이노제 4) 항우울제: 에스시탈로프람(escitalopram) 		

(1) 임상질문 : Q(I-B-4)

현훈 환자에게 증상의 개선을 위한 한약과 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제), 항고혈압제, 항우울제)의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
현훈 (Dizziness)	한약 + 합성의약품 (항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제), 항고혈압제, 항우울제)	합성의약품 (항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제), 항고혈압제, 항우울제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 59편의 무작위 대조군 임상연구와 총 11편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Ceng(2018) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 130명을 무작위배정하여 65명의 한약(반하백출천마탕 가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 63명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Ceng(2019) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(영계출감탕 가미방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의

항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Chen(2017) 등은 현훈 환자 총 200명을 무작위배정하여 100명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 100명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 3달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였고, 현훈단일평가점수에서는 시험군이 대조군에 비해 유의한 효과를 보이지 않았다.³⁾

Chen(2019-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 76명을 무작위배정하여 38명의 한약(진간식풍탕 가감방)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 38명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Chen(2019-2)은 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁾

Chen(2019-3) 등은 현훈 환자 총 40명을 무작위배정하여 20명의 한약(영계출감탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 20명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 3주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁾

Chen(2019-4)은 현훈 환자 총 108명을 54명의 한약(보중익기탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 54명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁾

Dai(2017)는 현훈 환자 총 50명을 무작위배정하여 25명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 25명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁸⁾

Deng(2019) 등은 현훈 환자 총 67명을 35명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 32명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 10일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁹⁾

Du(2019)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 72명을 무작위배정하여 36명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 36명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁰⁾

Gao(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 106명을 무작위배정하여 53명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 53명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹¹⁾

Ge(2018)는 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹²⁾

Gu(2015)는 고혈압성 현훈 환자 84명을 42명의 한약(익기충명탕가미방)과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제)를 병행 투여한 군(시험군)과 42명의 항고혈압제만을 투여한 군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 한약과 항고혈압제를 병행 투여한 군이 항고혈압제만 투여한 군에 비하여 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.¹³⁾

Gu(2017)는 고혈압성 현훈 환자 총 70명을 35명의 한약(익기충명탕)과 항고혈압제 병행 투여군(시험군)과 35명의 항고혈압제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항고혈압제 병행 투여군이 항고혈압제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁴⁾

Gu(2019)는 경추성 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2-8주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁵⁾

He(2013)는 편두통성 현훈 환자 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(사물탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 41명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 구분하여 치료 45일 후 효과를 비교분석하였다. 한약과 항현훈제를 병행 투여한 군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.¹⁶⁾

He(2018)는 현훈 환자 총 80명을 40명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 10일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁷⁾

Hu(2017)는 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 70명을 무작위배정하여 35명의 한약(반하백

출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(시네파지드(cinepazide))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁸⁾

Hu(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 200명을 무작위배정하여 120명의 한약(갈근해기탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 80명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁹⁾

Jang(2017-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁰⁾

Jang(2017-2)은 현훈 환자 총 84명을 무작위배정하여 42명의 한약(택사탕합소반하가복령탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 42명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²¹⁾

Jang(2017-3)은 현훈 환자 총 180명을 무작위배정하여 92명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 88명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 30일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²²⁾

Jang(2018-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 50명을 무작위배정하여 25명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 25명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²³⁾

Jang(2018-2) 등은 고혈압성 현훈 환자 총 163명을 무작위배정하여 82명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 81명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁴⁾

Jang(2018-3)은 현훈 환자 총 78명을 무작위배정하여 39명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 39명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁵⁾

Jang(2019-1)은 현훈 환자 총 84명을 무작위배정하여 42명의 한약(반하백출천마탕합택사탕)과 항

현훈제(뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 42명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁶⁾

Jang(2019-3)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(반하백출천마탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(아스피린(aspirin))) 병행 투여군(시험군)과 41명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁷⁾

Jang(2019-4) 등은 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 136명을 무작위배정하여 68명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 68명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁸⁾

Ji(2016) 등은 경추성 현훈 환자 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(실험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료하였고, 한약과 항현훈제를 병행 투여한 군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 모두 유의한 효과 및 개선을 보였다.²⁹⁾

Jia(2019) 등은 현훈 환자 총 100명을 무작위배정하여 50명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 50명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈 단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁰⁾

Li(2013)는 현훈 환자 총 100명을 무작위배정하여 50명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine)), 뇌순환개선제(아스피린(aspirin))) 병행 투여군(시험군)과 50명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료한 결과 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.³¹⁾

Li(2017-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 67명을 무작위배정하여 34명의 한약(영계출감탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine), 시네파지드(cinepazide))) 병행 투여군(시험군)과 33명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³²⁾

Li(2017-2)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 150명을 무작위배정하여 75명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 75명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 10일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점

수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³³⁾

Li(2017-3) 등은 고혈압성 현훈 환자 총 96명을 무작위배정하여 48명의 한약(반하백출천마탕합동규활혈탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 48명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁴⁾

Li(2019)는 현훈 환자 총 100명을 무작위배정하여 50명의 한약(택사탕가미)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 50명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 20일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁵⁾

Liu(2017)는 현훈 환자 총 226명을 무작위배정하여 113명의 한약(보중익기탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 113명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁶⁾

Liu(2018-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 46명을 무작위배정하여 23명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))), 뇌순환개선제(아스피린(aspirin))) 병행 투여군(시험군)과 23명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 60일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁷⁾

Liu(2018-2) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁸⁾

Lu(2017-2) 등은 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕가감)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 40명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁹⁾

Luo(2014) 등은 현훈 증상이 동반된 만성 심부전 환자 219명을 무작위배정하여 110명의 변증에 따른 한약과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이뇨제)를 병행 투여한 군(시험군)과 109명의 위약과 항고혈압제를 투여한 군(대조군)을 치료하여 4주간 치료하였고 최종적으로 시험군 76명과 대조군 71명의 좌심실구혈률과 환자 증후군의 점수에 대해 비교분석하였다. 두 그룹 모두 치료 전후 비교에서 유의한 개선 효과가 있었고, 시험군이 대조군에 비하여 개선 효과의 크기가 유의하게 컸다. 그룹 간 비교에서 4주 후 현훈 증상에 대해서는 시험군이 대조군에 비해 유의한 증상

개선 효과를 나타냈다.⁴⁰⁾

Ma(2019-1) 등은 현훈 환자 총 130명을 무작위배정하여 64명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 66명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴¹⁾

Ma(2019-2)는 현훈 환자 총 87명을 무작위배정하여 45명의 한약(정현탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 42명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴²⁾

Qi(2018-1)는 현훈 환자 총 96명을 무작위배정하여 48명의 한약(영계출감탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 48명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴³⁾

Qi(2018-2)는 현훈 환자 총 120명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁴⁾

Qin(2012) 등은 경추성 현훈 환자 254명을 무작위 배정하여 79명의 한약(안씨익기총명탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군, 84명의 항현훈제 단독 투여군과 81명의 한약(안씨익기총명탕) 단독 투여군의 3개 군으로 나누어 14일간 치료한 후 치료효과를 비교하였다. 한약과 항현훈제 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군과 한약 단독 투여군보다 신경학적 기능, 현기증 정도, 삶의 질과 증상 점수에서 유의한 효과와 개선을 보였다. 한약 단독 투여군과 항현훈제 단독 투여군 간에는 유의한 차이가 없었다. 3개월 후 추적관찰에서는 한약과 항현훈제 병행 투여군과 한약 단독 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다. 한약과 항현훈제 병행 투여군과 한약 단독 투여군 간에는 유의한 차이가 없었다.⁴⁵⁾

Tan(2017)은 메니에르 병 환자 총 100명을 무작위배정하여 50명의 한약(천마구등정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 50명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 21일간 치료를 진행한 후 6개월 후에 경과를 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁶⁾

Tan(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 134명을 무작위배정하여 77명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 77명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 10일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁷⁾

Tian(2010) 등은 경동맥 심장 증후군 환자 70명을 무작위배정하여 38명의 한약(계지가갈근탕)과 항고혈압제(칼슘길항제)를 병행 투여하는 군(시험군)과 32명의 항고혈압제를 단독 투여하는 군(대조군)으로 나누어 10일간 치료 후 치료 효과를 비교하였다. 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈 단일평가점수에서 한약과 항고혈압제를 병행 투여하는 군이 항고혈압제를 단독 투여하는 군에 비하여 유의한 효과 및 개선을 보였다.⁴⁸⁾

Tian(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(반하백출천마탕합택사탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 7일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁹⁾

Tian(2019-2)은 현훈 환자 총 72명을 무작위배정하여 37명의 한약(보중익기탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 12주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수(DHI), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁰⁾

Wang(2014)은 고혈압성 현훈 환자 80명을 40명의 한약(익기총명탕)과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이노제)를 병행 투여한 군(시험군)과 40명의 항고혈압제만 투여한 군(대조군)으로 나누어 치료 전후를 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항고혈압제 병행 투여군이 항고혈압제 단독 투여군에 비하여 유의성 있는 효과 및 개선을 보였다.⁵¹⁾

Wang(2017-2) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 69명을 무작위배정하여 34명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵²⁾

Wang(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 106명을 무작위배정하여 53명의 한약(익기보신활혈방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 53명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵³⁾

Wang(2019-2)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 88명을 무작위배정하여 44명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 44명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제

단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁴⁾

Wu(2015) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 122명을 59명의 한약(반하백출천마탕 가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 63명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 전후를 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합 평가점수(DARS, DHI), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁵⁾

Wu(2018)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 50명을 무작위배정하여 25명의 한약(택사탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 25명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁶⁾

Wu(2019)는 고혈압성 현훈 환자 총 90명을 무작위배정하여 46명의 한약(반하백출천마탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 44명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁷⁾

Xia(2017) 등은 메니에르 병 현훈 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(택사탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁸⁾

Xiao(2019)는 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 108명을 무작위배정하여 54명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 54명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁹⁾

Xie(2018) 등은 심인성 현훈 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(시호가용골모려탕)과 항우울제 병행 투여군(시험군)과 30명의 항우울제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 6주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항우울제 병행 투여군이 항우울제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁰⁾

Yan(2018)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 120명을 무작위배정하여 60명의 한약(반하백출천마탕과립)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 60명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶¹⁾

Yang(2016)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 60명을 30명의 한약(반하백출천마탕)과 합

성의약품 병행 투여군(시험군)과 30명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶²⁾

Yang(2017)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 30일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶³⁾

Yang(2018-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 300명을 무작위배정하여 150명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 150명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁴⁾

Yang(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 118명을 무작위배정하여 59명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 59명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁵⁾

Yu(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 70명을 35명의 한약(보중익기탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수(DHI), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁶⁾

Zhang(2007) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 106명을 54명의 한약(도담탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군과 52명의 항현훈제 단독 투여군으로 나누어 치료한 결과, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁷⁾

Zhang(2015) 등은 메니에르 병 환자 180명을 무작위배정하여 90명의 한약(천마구등정현탕 가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 90명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 3주간 치료 후 치료 결과를 비교하였다. 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁸⁾

Zhao(2019)는 뇌졸중으로 인한 현훈 환자 총 112명을 무작위배정하여 56명의 한약(반하백출천마

탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 56명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 28일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁹⁾

Zhu(2019-2)는 고혈압성 현훈 환자 총 48명을 24명의 한약(반하백출천마탕합통규활혈탕가감)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 24명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁰⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.58 [95% CI 1.47, 1.69], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 1.77 [95% CI 1.28, 2.25], 추골동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 5.23 [95% CI 5.11, 5.36], 기저동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 2.68 [95% CI 2.56, 2.80]로 점수와 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 한약과 합성의약품의 병행 투여가 합성의약품 단독 투여보다 현훈증상척도와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	5670 (55 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.58 [1.47, 1.69]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	2267 (19 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 1.77 [1.28, 2.25]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Critical)	1839 (18 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 5.23 [5.11, 5.36]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	1976 (19 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.68 [2.56, 2.80]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배경순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음
b: I² ≥ 75%

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(I -B-4)에서는 현훈 환자에게 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제), 항고혈압제, 항우울제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 총 59 편의 무작위 대조군 임상연구와 총 11편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 합성의약품

품의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 현훈 환자에게 한약과 합성의약품의 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 현훈 치료에 한약과 합성의약품의 병행 투여가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈에 대한 한약과 합성의약품의 병행 투여가 효과적이나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉, 현훈 환자에게 현훈 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도의 개선을 위하여 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 曾睿华, 刘敏. 半夏白术天麻汤加减治疗椎基底动脉供血不足眩晕 65 例. 云南中医中药杂志, 2018;39:52-54.
2. 曾学文, 周庆营. 加味苓桂术甘汤辅助治疗老年椎基底动脉供血不足性眩晕的临床观察. 云南中医中药杂志, 2019;40:45-46.
3. 陈小兵, 张佳佳, 朱晓东. 半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型眩晕病的临床观察. 新疆中医药, 2017;35(3):12-15.
4. 陈晓东, 裴全森, 陈伟峰. 中西医结合治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕临床观察. 中国民族民间医药, 2019;28(5):103-105.
5. 陈晔. 益肾定眩汤对肝阳上亢型后循环缺血性眩晕患者中医症状积分及动脉血流速度的影响. 内蒙古中医药第, 2019;38(5):32-33.
6. 陈许珍, 何安萍, 李从茂, 肖振华, 张祥. 西药联合苓桂术甘汤治疗痰饮型眩晕的临床疗效. 临床合理用药, 2019;12(7C):95-96.
7. 陈正高. 补中益气汤治疗气血亏虚型眩晕的临床研究. 光明中医, 2019;34(22):3392-3394.
8. 代铁良. 半夏白术天麻汤联合盐酸氟桂利嗪治疗眩晕症的临床效果观察. 河南医学研究, 2017;26(21):3941-3942.
9. 邓灿亮, 李勇波, 许瑞丰. 半夏白术天麻汤加泽泻治疗眩晕的临床疗效. 数理医药学杂志(Journal of Mathematical Medicine), 2019;32(9):1380-1381.
10. 杜雪燕. 定眩汤治疗缺血性脑病所致头晕的临床观察. 光明中医, 2019;34(5):723-746.
11. 高鄂, 陈宇基, 石智杰, 王铭. 西药联合半夏白术天麻汤治疗颈性眩晕 53 例临床观察. 中国民族民间医药, 2018;27(17):98-99.
12. 葛树尧. 健脾抑肝定眩汤治疗风痰上扰型眩晕的临床研究. 中西医结合心血管病杂志.

- 2018;6(17):136-138.
13. 谷新荣. 益气聪明汤治疗高血压眩晕 42例. 中国中医药现代远程教育(Chinese Medicine Modern Distance Education of China). 2015;13(12):53-55.
 14. 古丽莎. 老年高血压性眩晕患者采用中西医结合治疗的效果分析. 临床医药文献杂志. 2017;4(3):6364-6365.
 15. 顾超辉. 西药联合半夏白术天麻汤对颈性眩晕患者的临床疗效评价. 黑龙江中医药. 2019;6:25-26.
 16. 何军. 四物汤联合氟桂利嗪治疗偏头痛性眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2013;27(9):74-76.
 17. 何秋业. 自拟“半夏白术天麻汤”联合氟桂利嗪胶囊治疗眩晕症的效果分析. 中外医学研究. 2018;16(36):164-166.
 18. 胡红桥. 半夏白术天麻汤联合桂哌齐特治疗后循环缺血性眩晕疗效观察. 中医临床研究. 2017;9(17):39-41.
 19. 呼兴华, 李玲, 李静, 王静怡. 葛根解肌胶囊治疗脉络瘀阻型颈性眩晕的临床效果. 临床医学研究与实践. 2019;20:92-93.
 20. 张春阳, 刘海仁, 邓伟宏. 半夏白术天麻汤加减治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕 80 例疗效观察. 中国民族民间医药. 2017;26(1):107-111.
 21. 张智勇. 泽泻汤合小半夏加茯苓汤治疗周围性眩晕 42例. 中国民间疗法. 2017;25(7):59-60.
 22. 张丽. 半夏白术天麻汤联合倍他司汀治疗痰浊中阻眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2017;31(12):41-43.
 23. 张素华. 中西医结合治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察. 中国民族民间医药. 2018;27(4):107-109.
 24. 张耀文, 赵光锋, 许玉皎. 黄杞益肾定眩汤治疗高血压致眩晕症 82 例. 环球中医药. 2018;11(3):432-434.
 25. 张晓娟. 半夏白术天麻汤联合盐酸氟桂利嗪治疗眩晕症的临床疗效. 大医生. 2018;8:57-58.
 26. 张许鸽. 半夏白术天麻汤合泽泻汤加味治疗眩晕 42 例临床观察. 湖南中医杂志(HUNAN JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE). 2019;35(1):44-45.
 27. 张汉政. 加味半夏白术天麻汤联合常规西药治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床观察. 中国民间疗法. 2019;27(18):63-64.
 28. 张方, 李文杰, 董永书. 益肾定眩汤结合长春西汀注射液对后循环缺血性眩晕病人血液流变学、血清 NO、ET 水平及 TCD 指标的影响. 中西医结合心脑血管病杂志. 2019;17(19):3014-3018.
 29. 纪传荣, 程丽. 定眩汤治疗颈性眩晕 30例 临床观察. 湖南中醫雜誌.(HUNAN JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE). 2016;32(3):44-45.

30. 贾文华, 石印服, 常静, 肖亚男. 半夏白术天麻汤治疗眩晕症的临床疗效观察. 世界最新医学信息文摘. 2019;19(68):222-223.
31. 李树成. 半夏白术天麻汤联合西药治疗眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2013;27(2):94-95.
32. 李凤婷, 卢艳文, 祁艳萍, 杨长明. 苓桂术甘汤加减治疗后循环缺血性眩晕的临床效果观察. 中国当代医药. 2017;24(11):155-157.
33. 李辉. 定眩汤治疗缺血性脑病所致头晕的临床效果观察. 世界最新医学信息文摘. 2017;17(67):29-30.
34. 李光智, 林称心. 通窍定眩汤联合西药治疗痰瘀互结型眩晕高血压的效果及作用机制分析. 四川中医. 2017;35(4):121-123.
35. 李蕊. 利多卡因联合加味泽泻汤加减治疗眩晕症的疗效观察. 实用中西医结合临床. 2019;19(11):102-104.
36. 刘金平. 补中益气汤治疗气血亏虚型眩晕的临床疗效. 包头医学院学报. 2017;33(11):119-120.
37. 刘洋, 何清雯, 余碧琼, 陈丽婷. 半夏白术天麻汤联合西药治疗痰浊中阻型椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察. 深圳中西医结合杂志. 2018;28(5):53-54.
38. 刘馥, 刘彤, 王玉玲. 半夏白术天麻汤加味辅助治疗缺血性眩晕临床观察. 深圳中西医结合杂志. 2018;28(12):59-61.
39. 茹韶辉, 王凌. 半夏白术天麻汤加减联合尼麦角林片治疗痰瘀痹阻型眩晕80例临床观察. 中西医结合心血管病杂志. 2017;5(28):180-181.
40. Luo L, Wang J, Han A, Zhang P, Guo S, Chen C, Xu X, Lin Q, Zhao H, Wang W. Chinese herbal medicine for chronic heart failure: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Traditional Chinese Medical Sciences*. 2014;1:98-108.
41. 马洪梅, 孙杰生. 半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型眩晕的临床疗效观察. 中国医药指南. 2019;17(25):161.
42. 马海涛. 定眩汤加减治疗眩晕的临床效果. 中国当代医药. 2019;26(35):194-196.
43. 戚文超. 苓桂术甘汤联合西药治疗痰饮型眩晕的临床效果观察. 黑龙江中医药. 2018;2:34-35.
44. 齐斌武. 半夏白术天麻汤治疗痰浊型眩晕的疗效分析. 中国医药指南. 2018;16(11):239-240.
45. 覃小兰, 王进忠, 杨时鸿, 卢爱丽. 颜氏益气聪明汤对于颈性眩晕的疗效评价研究. 四川中医 (*Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine*). 2012;30(5):73-75.
46. 谭汉文. 盐酸氟桂利嗪联合天麻钩藤定眩汤治疗梅尼埃综合征临床疗效观察. 现代诊断与治疗. 2017;28(4):614-616.
47. 谭运江, 彭朝霞. 半夏白术天麻汤联合西药治疗颈性眩晕的临床疗效观察. 中国现代药物应用. 2019;13(3):159-160.
48. 田素琴, 侯全忠. 桂枝加葛根汤治疗颈心综合征临床观察. 中华中医药学刊(CHINESE AR-

- CHIVES OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE), 2010;28(7):1433-1434.
49. 田志亮. 补中益气汤加减联合氟桂利嗪治疗椎 - 基底动脉供血不足所致眩晕临床研究. 新中医. 2019;51(8):69-72.
 50. 田开远. 半夏白术天麻汤合泽泻汤加味治疗眩晕临床观察. 中西医结合心血管病电子杂志. 2019;7(27):166.
 51. 王义相. 中医药治疗 80例 高血压性眩晕的临床分析. 中国处方药. 2014;12(8):118-119.
 52. 王宇, 王恩龙. 半夏白术天麻汤联合西药治疗痰浊中阻椎 - 基底动脉供血不足性眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2017;31(5):28-30.
 53. 王翌. 益气补肾活血方辅助治疗老年椎基底动脉供血不足性眩晕 53 例. 中医研究. 2019;32(5):17-19.
 54. 王军锋. 半夏白术天麻汤加减联合尼莫地平治疗椎基底动脉供血不足性眩晕患者的效果. 河南医学研究. 2019;28(24):4520-4522.
 55. 吴伟翔, 薛枫, 路敬叶, 陈齐鸣. 中西医结合方案治疗椎 - 基底动脉缺血性眩晕的疗效及对血流动力学的影响. 现代中西医结合杂志(Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine). 2015;24(26):2917-2919.
 56. 吴鸿. 中医泽泻汤治疗慢性脑供血不足眩晕的临床分析. 临床医药文献杂志. 2018;5(95):71.
 57. 吴祥谦. 半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型高血压的效果探讨. 当代医药论丛. 2019;17(6):180-181.
 58. 夏梦幻, 李莎莎, 邹忆怀, 钟利群. 加味泽泻汤联合敏使朗治疗急性期梅尼埃病疗效观察. 中西医结合心脑血管病杂志. 2017;15(24):3217-3218.
 59. 肖卫. 半夏白术天麻汤加减联合尼莫地平治疗 54 例椎-基底动脉供血不足性眩晕患者的临床效果. 临床医学研究与实践. 2019;4:115-116.
 60. 谢春荣, 段娜. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗60例慢性主观性头晕临床观察. 临床检验杂志(电子版). 2018;7(1):87-88.
 61. 闫庆忠. 中西医结合治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕疗效观察. 山西中医. 2018;34(1):32-35.
 62. 杨西. 半夏白术天麻汤联合前列地尔治疗后循环缺血性眩晕(风痰上扰型)疗效分析. 内蒙古中医药. 2016;17:102.
 63. 杨晶. 益肾定眩汤联合氟桂利嗪治疗肝阳上亢型后循环缺血性眩晕疗效观察. 现代中西医结合杂志. 2017;26(5):530-532.
 64. 杨友高, 冉晓刚, 郑维军, 陈洪宝, 傅代彪, 瞿远喜, 王秀珍, 谢赛. 定眩汤对血瘀气滞型后循环缺血性眩晕患者血液流变学及血流动力学的影响. 云南中医学院学报. 2018;41(1):57-60.
 65. 杨晨光. 半夏白术天麻汤加减辅助椎 - 基底动脉缺血性眩晕疗效观察. 实用中医药杂志. 2019;35(4):467-468.
 66. 余晓敏, 周双秀, 刘芳, 张红远. 补中益气汤加减治疗颈源性眩晕的疗效分析. CHINA MEDI-

CINE AND PHARMACY, 2019;9(19):75-108.

67. 张常彩, 杜昌立, 陈龙霏. 导痰汤治疗椎基底动脉供血不足 106 例临床观察. 实用中西医结合临床, 2007;7(5):8.
68. 张华军, 马伟丽, 徐海东, 王广占. 天麻钩藤定眩汤联合盐酸氟桂利嗪胶囊治疗梅尼埃综合征 90例. 河南中医, 2015;35(11):2757-2759.
69. 赵建国. 半夏白术天麻汤加减对脑卒中后眩晕患者临床症候、脑血灌注量及神经功能缺损的影响. 四川中医, 2019;37(10):141-143.
70. 朱显飞. 半夏白术天麻汤合通窍活血汤加减方对高血压眩晕的效果研究. 世界最新医学信息文摘, 2019;19(11):142-143.

■ 약침술

【R(I-C-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 약침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 약침: 복방 단삼주사액(단삼, 강향 추출물)		

(1) 임상질문 : Q(I-C-1)

현훈 환자에게 약침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
현훈 (Dizziness)	약침술 + 한약	한약	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Ning(2018)은 현훈 환자 총 62명을 무작위 배정하여 31명의 한약(평간식풍탕)으로 치료한 군과 30명의 한약(평간식풍탕)과 약침술(복방단삼주사액)을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 약침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.75 [95% CI 1.06, 2.90]로 개선되었다. 따라서 약침술과 한약 치료를 병행한 치료군이 한약 치료를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비교
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	62 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.75 [1.06, 2.90]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(I-C-1)에서는 현훈 환자에게 한약 치료에 비해 약침술과 한약의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 약침술과 한약의 병행 치료는 한약 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 현훈 환자에 대한 약침술과 한약의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 현훈 치료에 약침술과 한약의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 宁华. 平肝熄风汤联合穴位注射治疗肝阳上亢型眩晕的临床疗效. 中医中药. 2018;11:130-131.

■ 수기요법

【R(I-D-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
급성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

(1) 임상질문 : Q(I-D-1)

급성 현훈 환자에게 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)은 플라시보 요법에 비해 현훈 증상 척도의 점수를 개선시키 는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
급성 현훈	근건이완수기요법 (내관 경혈 자극 요법)	플라시보 요법	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Alessandrini(2012) 등은 급성현훈 환자 204명을 무작위 배정하여 102명(미로 자극(40명), 전정신경
염(8명), 양성 돌발성 체위성 현훈(54명))의 플라시보 요법을 시행한 군과 102명의 근건이완수기요법
(내관 경혈 자극 요법)으로 치료한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과
현훈 단일 평가 점수에서 근건 이완 수기 요법(내관 경혈 자극 요법)으로 치료한 군이 플라시보 요법을
시행한 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다. 중재군과 대조군 모두에서 중대한 이상반응은 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈증상척도(총 유효율)에서 RR 7.91 [95% CI 4.50, 13.90]로 어지럼증이 감소하
였다. 따라서 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)은 급성 현훈 환자 어지럼증 개선에 효과적이었
다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비교
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	204 (1 RCT)	●●●● High ^a	RR 7.91 [4.50, 13.90]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 표본의 수가 작음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(I -D-1)에서는 급성 현훈 환자에게 플라시보 요법에 비해 근막이완수기요법(내관 경혈 마사지 요법)의 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위배정 임상연구를 분석한 결과 급성 현훈 환자에게 근막이완수기요법(내관 경혈 마사지 요법) 치료는 플라시보 요법보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 높음(High)으로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도가 바뀔 가능성은 매우 낮다. 급성 현훈 환자에 대한 근막이완수기요법(내관 경혈 마사지 요법)은 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

본 권고안에 대한 근거수준은 높음(High)이나 주요 평가지표에 대한 근거가 없으며 연구의 수가 적어 전문가 합의에 의하여 근거 수준을 중등도(Moderate)로 변경한다. 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 급성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상의 개선을 위해 근막이완수기요법(내관 경혈 마사지 요법)을 사용할 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Marco Alessandrini, Bianca Napolitano, Alessandro Micarelli, Alessandro de Padova, Ernesto Bruno, P6 Acupressure Effectiveness on Acute Vertiginous Patients: A Double Blind Randomized Study. THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE, 2012;18(12):1121-1126.

2. 전정계 현훈

■ 침술

【R(II-A-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위해 일반침술을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

(1) 임상질문 : Q(II-A-1)

전정계 현훈 환자에게 일반침술 치료는 거짓침 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
전정계 현훈 (Vestibular vertigo)	일반침술	거짓침	현훈증상척도 (현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Chiu(2015) 등은 전정계 현훈 환자 총 60명을 비무작위 배정하여 23명의 거짓침을 시술한 군과 37명의 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈단일평가점수에서 일반침술을 시행하는 군이 거짓침을 시행하는 군에 비해 유의한 효과가 있었으나 현훈종합평가점수에서는 유의한 효과가 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈단일평가점수(VAS)에서 MD -1.05 [95% CI -1.95, -0.15]로 개선되었다. 현훈 종합평가점수(DHI)에서 MD -9.39 [95% CI -16.56, -2.22]로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 따라서 일반침술 치료가 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	55 (1 non-RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -1.05 [-1.95, -0.15]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	55 (1 non-RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -9.39 [-16.56, -2.22]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ-A-1)에서는 전정계 현훈 환자에게 거짓침 치료에 비해 일반침술 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 비무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술 치료는 거짓침 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 전정계 현훈 환자에 대한 일반침술 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 전정계 현훈 치료에 일반침술 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

전정계 현훈의 중등도 및 급/만성을 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 전정계 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 일반침술을 사용할 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Chiu et al. Efficacy and safety of acupuncture for dizziness and vertigo in emergency department: a pilot cohort study. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2015;15(173):1-7.

■ 한약

【R(II-B-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
전정계 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.	C/Low	1-32
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합택사탕, 택사탕, 도담탕 2) 간양상항증(U65.0): 진간식풍탕 3) 수기능심증(U67.3): 영계출감탕 4) 심비양허증(U78.7): 사물탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine), 시네파지드(cinepazide) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine), 아스피린(aspirin) 		

(1) 임상질문 : Q(II-B-1)

전정계 현훈 환자에게 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
전정계 현훈 (Vestibular vertigo)	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 29편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Ceng(2018) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 130명을 무작위배정하여 65명의 한약(반하백출천마탕 가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 63명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Ceng(2019) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(영계출감탕 가미방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의

항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Chen(2019-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 76명을 무작위배정하여 38명의 한약(진간식풍탕 가감방)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 38명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Chen(2019-2)은 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Du(2019)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 72명을 무작위배정하여 36명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 36명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁾

He(2013)는 편두통성 현훈 환자 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(사물탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 41명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 구분하여 치료 45일 후 효과를 비교분석하였다. 한약과 항현훈제를 병행 투여한 군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.⁶⁾

Hu(2017)는 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 70명을 무작위배정하여 35명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(시네파지드(cinepazide))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁾

Jang(2017-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁸⁾

Jang(2018-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 50명을 무작위배정하여 25명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 25명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제

단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁹⁾

Jang(2019-3)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(반하백출천마탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(아스피린(aspirin))) 병행 투여군(시험군)과 41명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁰⁾

Jang(2019-4) 등은 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 136명을 무작위배정하여 68명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 68명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹¹⁾

Li(2017-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 67명을 무작위배정하여 34명의 한약(영계출감탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine), 시네파지드(cinpezide))) 병행 투여군(시험군)과 33명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹²⁾

Li(2017-2)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 150명을 무작위배정하여 75명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 75명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 10일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹³⁾

Liu(2018-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 46명을 무작위배정하여 23명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine)), 뇌순환개선제(아스피린(aspirin))) 병행 투여군(시험군)과 23명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 60일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁴⁾

Liu(2018-2) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁵⁾

Tan(2017)은 메니에르 병 환자 총 100명을 무작위배정하여 50명의 한약(천마구등정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 50명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 21일간 치료를 진행한 후 6개월 후에 경과를 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된

총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁶⁾

Tian(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(반하백출천마탕합택사탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(빈포세틴(vinopocetine))) 병행 투여군(시험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 7일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁷⁾

Wang(2017-2) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 69명을 무작위배정하여 34명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(빈포세틴(vinopocetine))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁸⁾

Wang(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 106명을 무작위배정하여 53명의 한약(익기보신활혈방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 53명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁹⁾

Wang(2019-2)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 88명을 무작위배정하여 44명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 44명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁰⁾

Wu(2015) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 122명을 59명의 한약(반하백출천마탕 가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 63명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 전후를 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈종합 평가점수(DARS, DHI), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²¹⁾

Wu(2018)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 50명을 무작위배정하여 25명의 한약(택사탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 25명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²²⁾

Xia(2017) 등은 메니에르 병 현훈 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(택사탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점

수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²³⁾

Xiao(2019)는 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 108명을 무작위배정하여 54명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 54명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁴⁾

Yan(2018)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 120명을 무작위배정하여 60명의 한약(반하백출천마탕과립)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 60명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁵⁾

Yang(2016)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 60명을 30명의 한약(반하백출천마탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 30명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁶⁾

Yang(2017)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 30일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁷⁾

Yang(2018-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 300명을 무작위배정하여 150명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 150명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁸⁾

Yang(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 118명을 무작위배정하여 59명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 59명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁹⁾

Zhang(2007) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 106명을 54명의 한약(도담탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군과 52명의 항현훈제 단독 투여군으로 나누어 치료한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효

과를 보였다.³⁰⁾

Zhang(2015) 등은 메니에르 병 환자 180명을 무작위배정하여 90명의 한약(천마구등정현탕 가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 90명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 3주간 치료 후 치료 결과를 비교하였다. 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³¹⁾

Zhao(2019)는 뇌졸중으로 인한 현훈 환자 총 112명을 무작위배정하여 56명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 56명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 28일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³²⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.64 [95% CI 1.46, 1.83], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 1.68 [95% CI 1.03, 2.33], 추골동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 5.25 [95% CI 5.12, 5.38], 기저동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 2.63 [95% CI 2.50, 2.75]로 점수와 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 한약과 항현훈제의 병행 투여가 항현훈제 단독 투여보다 전정계 현훈증상척도와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	2694 (27 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.64 [1.46, 1.83]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	836 (8 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 1.68 [1.03, 2.33]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Critical)	1661 (16 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 5.25 [5.12, 5.38]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	1729 (17 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.63 [2.50, 2.75]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: I² ≥ 75%

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ-B-1)에서는 전정계 현훈 환자에게 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 총 29편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 항현훈제의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 전정계 현훈 환자에게 한약과 항현훈제의 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 전정계 현훈 치료에 한약과 항현훈제의 병행 투여가 다빈도로 적용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

전정계 현훈에 대한 한약과 항현훈제의 병행 투여가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉, 전정계 현훈 환자에게 현훈 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도의 개선을 위하여 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 曾睿华, 刘敏. 半夏白术天麻汤加减治疗椎基底动脉供血不足眩晕 65 例. 云南中医中药杂志. 2018;39:52-54.
2. 曾学文, 周庆营. 加味苓桂术甘汤辅助治疗老年椎基底动脉供血不足性眩晕的临床观察. 云南中医中药杂志. 2019;40:45-46.
3. 陈晓东, 裴全森, 陈伟峰. 中西医结合治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕临床观察. 中国民族民间医药. 2019;28(5):103-105.
4. 陈晔. 益肾定眩汤对肝阳上亢型后循环缺血性眩晕患者中医症状积分及动脉血流速度的影响. 内蒙古中医药第. 2019;38(5):32-33.
5. 杜雪燕. 定眩汤治疗缺血性脑病所致头晕的临床观察. 光明中医. 2019;34(5):723-746.
6. 何 军. 四物汤联合氟桂利嗪治疗偏头痛性眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2013;27(9):74-76.
7. 胡红桥. 半夏白术天麻汤联合桂哌齐特治疗后循环缺血性眩晕疗效观察. 中医临床研究. 2017;9(17):39-41.
8. 张春阳, 刘海仁, 邓伟宏. 半夏白术天麻汤加减治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕 80 例疗效观察. 中国民族民间医药. 2017;26(1):107-111.
9. 张素华. 中西医结合治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察. 中国民族民间医药. 2018;27(4):107-109.
10. 张汉政. 加味半夏白术天麻汤联合常规西药治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床观察. 中

- 国民间疗法, 2019;27(18):63-64.
11. 张方, 李文杰, 董永书. 益肾定眩汤结合长春西汀注射液对后循环缺血性眩晕病人血液流变学、血清 NO、ET 水平及 TCD 指标的影响. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019;17(19):3014-3018.
 12. 李凤婷, 卢艳文, 祁艳萍, 杨长明. 苓桂术甘汤加减治疗后循环缺血性眩晕的临床效果观察. 中国当代医药, 2017;24(11):155-157.
 13. 李辉. 定眩汤治疗缺血性脑病所致头晕的临床效果观察. 世界最新医学信息文摘, 2017;17(67):29-30.
 14. 刘洋, 何清雯, 余碧琼, 陈丽婷. 半夏白术天麻汤联合西药治疗痰浊中阻型椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察. 深圳中西医结合杂志, 2018;28(5):53-54.
 15. 刘馥, 刘彤, 王玉玲. 半夏白术天麻汤加味辅助治疗缺血性眩晕临床观察. 深圳中西医结合杂志, 2018;28(12):59-61.
 16. 谭汉文. 盐酸氟桂利嗪联合天麻钩藤定眩汤治疗梅尼埃综合征临床疗效观察. 现代诊断与治疗, 2017;28(4):614-616.
 17. 田志亮. 补中益气汤加减联合氟桂利嗪治疗椎 - 基底动脉供血不足所致眩晕临床研究. 新中医, 2019;51(8):69-72.
 18. 王宇, 王恩龙. 半夏白术天麻汤联合西药治疗痰浊中阻椎 - 基底动脉供血不足性眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志, 2017;31(5):28-30.
 19. 王翌. 益气补肾活血方辅助治疗老年椎基底动脉供血不足性眩晕 53 例. 中医研究, 2019;32(5):17-19.
 20. 王军锋. 半夏白术天麻汤加减联合尼莫地平治疗椎基底动脉供血不足性眩晕患者的效果. 河南医学研究, 2019;28(24):4520-4522.
 21. 吴伟翔, 薛枫, 路敬叶, 陈齐鸣. 中西医结合方案治疗椎 - 基底动脉缺血性眩晕的疗效及对血流动力学的影响. 现代中西医结合杂志(Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine), 2015;24(26):2917-2919.
 22. 吴鸿. 中医泽泻汤治疗慢性脑供血不足眩晕的临床分析. 临床医药文献杂志, 2018;5(95):71.
 23. 夏梦幻, 李莎莎, 邹忆怀, 钟利群. 加味泽泻汤联合敏使朗治疗急性期梅尼埃病疗效观察. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017;15(24):3217-3218.
 24. 肖卫. 半夏白术天麻汤加减联合尼莫地平治疗 54 例椎-基底动脉供血不足性眩晕患者的临床效果. 临床医学研究与实践, 2019;4:115-116.
 25. 闫庆忠. 中西医结合治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕疗效观察. 山西中医, 2018;34(1):32-35.
 26. 杨西. 半夏白术天麻汤联合前列地尔治疗后循环缺血性眩晕(风痰上扰型)疗效分析. 内蒙古中医药, 2016;17:102.
 27. 杨晶. 益肾定眩汤联合氟桂利嗪治疗肝阳上亢型后循环缺血性眩晕疗效观察. 现代中西医结合

- 杂志, 2017;26(5):530-532.
28. 杨友高, 冉晓刚, 郑维军, 陈洪宝, 傅代彪, 瞿远喜, 王秀珍, 谢赛. 定眩汤对血瘀气滞型后循环缺血性眩晕患者血液流变学及血流动力学的影响. 云南中医学院学报, 2018;41(1):57-60.
 29. 杨晨光. 半夏白术天麻汤加减辅治椎一基底动脉缺血性眩晕疗效观察. 实用中医药杂志, 2019;35(4):467-468.
 30. 张常彩, 杜昌立, 陈龙霏. 导痰汤治疗椎基底动脉供血不足 106 例临床观察. 实用中西医结合临床, 2007;7(5):8.
 31. 张华军, 马伟丽, 徐海东, 王广占. 天麻钩藤定眩汤联合盐酸氟桂利嗪胶囊治疗梅尼埃综合征 90例. 河南中医, 2015;35(11):2757-2759.
 32. 赵建国. 半夏白术天麻汤加减对脑卒中后眩晕患者临床症候、脑血灌注量及神经功能缺损的影响. 四川中医, 2019;37(10):141-143.

■ 수기요법

【R(II-D-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
미로자극으로 인한 급성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

(1) 임상질문 : Q(II-D-1)

미로 자극으로 인한 급성 현훈 환자에게 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)은 플라시보 요법에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
미로 자극 (Labyrinth stimulation)	근건이완수기요법 (내관 경혈 자극 요법)	플라시보 요법	현훈증상척도 (현훈단일평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Alessandrini(2012) 등은 급성현훈 환자 204명을 무작위 배정하여 102명(미로 자극(40명) 전정신경염(8명) 양성 돌발성 체위성 현훈(54명))의 플라시보 요법을 시행한 군과 102명의 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)으로 치료한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대치로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 근건이완수기요법(내관 경혈 자극 요법)으로 치료한 군이 플라시보 요법을 시행한 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다. 중재군과 대조군 모두에서 중대한 이상반응은 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈증상척도(현훈단일평가점수)에서 MD -0.30 [95% CI -0.49, -0.11] 어지럼증이 감소하였다. 따라서 근건이완수기요법(내관 경혈 자극요법)은 미로자극으로 인한 급성 현훈환자 어지럼증 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비교
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	80 (1 RCT)	●●●● High ^a	-	-	MD -0.30 [-0.49, -0.11]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 표본의 수가 작음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ-D-1)에서는 미로자극으로 인한 급성 현훈 환자에게 플라시보 요법에 비해 근막이완수기요법(내관 경혈 마사지 요법) 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위배정 임상연구를 분석한 결과 미로자극으로 인한 급성 현훈 환자에게 근막이완수기요법(내관 경혈 마사지 요법) 치료는 플라시보 요법보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 높음(High)으로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도가 바뀔 가능성은 매우 낮다. 급성 현훈 환자에 대한 근막이완수기요법(내관 경혈 마사지 요법)은 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

본 권고안에 대한 근거수준은 높음(High)이나 연구의 수가 적어 전문가 합의에 의하여 근거 수준을 중등도(Moderate)로 변경한다. 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 미로 자극으로 인한 급성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상의 개선을 위해 근막이완수기요법(내관 경혈 마사지 요법)을 사용할 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Marco Alessandrini, Bianca Napolitano, Alessandro Micarelli, Alessandro de Padova, Ernesto Bruno, P6 Acupressure Effectiveness on Acute Vertiginous Patients: A Double Blind Randomized Study. THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE, 2012;18(12):1121-1126.

2-1. 전정계 중추성 현훈

■ 한약

【R(IIa-B-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
중추성 전정계 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.	C/Low	1-29
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합택사탕, 택사탕, 도담탕 2) 간양상항증(U65.0): 진간식풍탕 3) 수기능심증(U67.3): 영계출감탕 4) 심비양허증(U78.7): 사물탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine), 시네파지드(cinepazide) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine), 아스피린(aspirin) 		

(1) 임상질문 : Q(IIa-B-1)

중추성 전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
중추성 전정계 현훈	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 26편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Ceng(2018) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 130명을 무작위배정하여 65명의 한약(반하백출천마탕 가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 63명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현

훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Ceng(2019) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(영계출감탕 가미방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Chen(2019-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 76명을 무작위배정하여 38명의 한약(진간식풍탕 가감방)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 38명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Chen(2019-2)은 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Du(2019)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 72명을 무작위배정하여 36명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 36명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁾

He(2013)는 편두통성 현훈 환자 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(사물탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(플루나리진(flunarizine)))) 병행 투여군(시험군)과 41명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 구분하여 치료 45일 후 효과를 비교분석하였다. 한약과 항현훈제를 병행 투여한 군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.⁶⁾

Hu(2017)는 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 70명을 무작위배정하여 35명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(시네파지드(cinepazide))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁾

Jang(2017-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁸⁾

Jang(2018-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 50명을 무작위배정하여 25명의 한약(반

하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 25명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁹⁾

Jang(2019-3)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(반하백출천마탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(아스피린(aspirin))) 병행 투여군(시험군)과 41명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁰⁾

Jang(2019-4) 등은 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 136명을 무작위배정하여 68명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 68명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹¹⁾

Li(2017-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 67명을 무작위배정하여 34명의 한약(영계출감탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine), 시네파지드(cinepazide))) 병행 투여군(시험군)과 33명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹²⁾

Li(2017-2)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 150명을 무작위배정하여 75명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 75명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 10일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹³⁾

Liu(2018-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 46명을 무작위배정하여 23명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine)), 뇌순환개선제(아스피린(aspirin))) 병행 투여군(시험군)과 23명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 60일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁴⁾

Liu(2018-2) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁵⁾

Tian(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(반하백출천마탕합택사탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 7일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁶⁾

Wang(2017-2) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 69명을 무작위배정하여 34명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁷⁾

Wang(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 106명을 무작위배정하여 53명의 한약(익기보신활혈방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 53명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁸⁾

Wang(2019-2)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 88명을 무작위배정하여 44명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 44명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁹⁾

Wu(2015) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 122명을 59명의 한약(반하백출천마탕가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 63명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 전후를 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈종합 평가점수(DARS, DHI), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁰⁾

Wu(2018)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 50명을 무작위배정하여 25명의 한약(택사탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 25명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²¹⁾

Xiao(2019)는 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 108명을 무작위배정하여 54명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 54명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²²⁾

Yan(2018)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 120명을 무작위배정하여 60명의 한약(반하백출천마탕과립)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 60명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²³⁾

Yang(2016)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 60명을 30명의 한약(반하백출천마탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 30명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁴⁾

Yang(2017)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 30일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁵⁾

Yang(2018-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 300명을 무작위배정하여 150명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 150명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁶⁾

Yang(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 118명을 무작위배정하여 59명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 59명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁷⁾

Zhang(2007) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 106명을 54명의 한약(도담탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군과 52명의 항현훈제 단독 투여군으로 나누어 치료한 결과, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁸⁾

Zhao(2019)는 뇌졸중으로 인한 현훈 환자 총 112명을 무작위배정하여 56명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 56명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 28일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.59 [95% CI 1.43, 1.77], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 1.83 [95% CI 0.91, 2.76], 추골동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 5.25 [95% CI 5.12, 5.38], 기저동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 2.61 [95% CI 2.49, 2.73]로 점수와 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 한약과 항현훈제의 병행 투여가 항현훈제 단독 투여보다 중추성 전정계 현훈증상척도와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	2242 (23 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.59 [1.43, 1.77]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	544 (6 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 1.83 [0.91, 2.76]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Critical)	1661 (16 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 5.25 [5.12, 5.38]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	1729 (17 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.61 [2.49, 2.73]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: I² ≥ 75%

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ a-B-1)에서는 중추성 전정계 현훈 환자에게 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 총 26편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 항현훈제의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 중추성 전정계 현훈 환자에게 한약과 항현훈제의 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 중추성 전정계 현훈 치료에 한약과 항현훈제의 병행 투여가 다빈도로 적용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

중추성 전정계 현훈에 대한 한약과 항현훈제의 병행 투여가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉, 중추성 전정계 현훈 환자에게 현훈 증상과 추골동

맥, 기저동맥 평균혈류속도의 개선을 위하여 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 曾睿华, 刘敏. 半夏白术天麻汤加减治疗椎基底动脉供血不足眩晕 65 例. 云南中医中药杂志, 2018;39:52-54.
2. 曾学文, 周庆营. 加味苓桂术甘汤辅助治疗老年椎基底动脉供血不足性眩晕的临床观察. 云南中医中药杂志, 2019;40:45-46.
3. 陈晓东, 裴全森, 陈伟峰. 中西医结合治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕临床观察. 中国民族民间医药, 2019;28(5):103-105.
4. 陈冕. 益肾定眩汤对肝阳上亢型后循环缺血性眩晕患者中医症状积分及动脉血流速度的影响. 内蒙古中医药, 2019;38(5):32-33.
5. 杜雪燕. 定眩汤治疗缺血性脑病所致头晕的临床观察. 光明中医, 2019;34(5):723-746.
6. 何 军. 四物汤联合氟桂利嗪治疗偏头痛性眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志, 2013;27(9):74-76.
7. 胡红桥. 半夏白术天麻汤联合桂哌齐特治疗后循环缺血性眩晕疗效观察. 中医临床研究, 2017;9(17):39-41.
8. 张春阳, 刘海仁, 邓伟宏. 半夏白术天麻汤加减治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕 80 例疗效观察. 中国民族民间医药, 2017;26(1):107-111.
9. 张素华. 中西医结合治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察. 中国民族民间医药, 2018;27(4):107-109.
10. 张汉政. 加味半夏白术天麻汤联合常规西药治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床观察. 中国民间疗法, 2019;27(18):63-64.
11. 张方, 李文杰, 董永书. 益肾定眩汤结合长春西汀注射液对后循环缺血性眩晕病人血液流变学、血清 NO、ET 水平及 TCD 指标的影响. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019;17(19):3014-3018.
12. 李凤婷, 卢艳文, 祁艳萍, 杨长明. 苓桂术甘汤加减治疗后循环缺血性眩晕的临床效果观察. 中国当代医药, 2017;24(11):155-157.
13. 李辉. 定眩汤治疗缺血性脑病所致头晕的临床效果观察. 世界最新医学信息文摘, 2017;17(67):29-30.
14. 刘洋, 何清雯, 余碧琼, 陈丽婷. 半夏白术天麻汤联合西药治疗痰浊中阻型椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察. 深圳中西医结合杂志, 2018;28(5):53-54.
15. 刘馥, 刘彤, 王玉玲. 半夏白术天麻汤加味辅助治疗缺血性眩晕临床观察. 深圳中西医结合杂志, 2018;28(12):59-61.
16. 田志亮. 补中益气汤加减联合氟桂利嗪治疗椎 - 基底动脉供血不足所致眩晕临床研究. 新中

- 医. 2019;51(8):69-72.
17. 王宇, 王恩龙. 半夏白术天麻汤联合西药治疗痰浊中阻椎 - 基底动脉供血不足性眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2017;31(5):28-30.
 18. 王翌. 益气补肾活血方辅助治疗老年椎基底动脉供血不足性眩晕 53 例. 中医研究. 2019;32(5):17-19.
 19. 王军锋. 半夏白术天麻汤加减联合尼莫地平治疗椎基底动脉供血不足性眩晕患者的效果. 河南医学研究. 2019;28(24):4520-4522.
 20. 吴伟翔, 薛枫, 路敬叶, 陈齐鸣. 中西医结合方案治疗椎 - 基底动脉缺血性眩晕的疗效及对血流动力学的影响. 现代中西医结合杂志(Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine). 2015;24(26):2917-2919.
 21. 吴鸿. 中医泽泻汤治疗慢性脑供血不足眩晕的临床分析. 临床医药文献杂志. 2018;5(95):71.
 22. 肖卫. 半夏白术天麻汤加减联合尼莫地平治疗 54 例椎-基底动脉供血不足性眩晕患者的临床效果. 临床医学研究与实践. 2019;4:115-116.
 23. 闫庆忠. 中西医结合治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕疗效观察. 山西中医. 2018;34(1):32-35.
 24. 杨西. 半夏白术天麻汤联合前列地尔治疗后循环缺血性眩晕(风痰上扰型)疗效分析. 内蒙古中医药. 2016;17:102.
 25. 杨晶. 益肾定眩汤联合氟桂利嗪治疗肝阳上亢型后循环缺血性眩晕疗效观察. 现代中西医结合杂志. 2017;26(5):530-532.
 26. 杨友高, 冉晓刚, 郑维军, 陈洪宝, 傅代彪, 瞿远喜, 王秀珍, 谢赛. 定眩汤对血瘀气滞型后循环缺血性眩晕患者血液流变学及血流动力学的影响. 云南中医学院学报. 2018;41(1):57-60.
 27. 杨晨光. 半夏白术天麻汤加减辅治椎 - 基底动脉缺血性眩晕疗效观察. 实用中医药杂志. 2019;35(4):467-468.
 28. 张常彩, 杜昌立, 陈龙霏. 导痰汤治疗椎基底动脉供血不足 106 例临床观察. 实用中西医结合临床. 2007;7(5):8.
 29. 赵建国. 半夏白术天麻汤加减对脑卒中后眩晕患者临床症候、脑血灌注量及神经功能缺损的影响. 四川中医. 2019;37(10):141-143.

2-1-1. 허혈성 뇌질환

■ 침술

【R(IIa-A-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
허혈성 뇌질환 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일반침술을 반하백출천마탕 가감방과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72) (1) 반하백출천마탕가감: 백출15g, 반하10g, 천마15g, 진피10g, 복령20g, 택사20g, 갈근20g, 석창포20g, 감초6g		

(1) 임상질문 : Q(IIa-A-1)

허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 일반침술과 한약 치료의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
허혈성 뇌질환 현훈 (Brain ischemia)	일반침술 + 반하백출천마탕 가감방	반하백출천마탕 가감방	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수), 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Wu(2019) 등은 60명의 허혈성 뇌질환 현훈 환자를 무작위 배정하여 30명의 한약(반하백출천마탕 가감)으로 치료한 군과 30명의 한약(반하백출천마탕가감)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 3.00 [95% CI 0.66, 13.69]으로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 현훈종합평가점수에서 MD -5.34 [95% CI -8.60, -2.08]로 개선되었다. 기저동맥 평균혈류속도에서 MD 2.76 [95% CI 1.67, 3.85]으로 기저동맥 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 일반침술 치료와 반하백출천마탕가감방의 병행 치료는 반하백출천마탕가감방 단독 치료보다 현훈 증상 개선 및

기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	60 (1 RCT)	●○○○ Low ^{a,b}	RR 3.00 [0.66, 13.69]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	60 (1 RCT)	●●○○ Moderate ^a	-	-	MD -5.34 [-8.60, -2.08]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류 속도 (Critical)	60 (1 RCT)	●●○○ Moderate ^a	-	-	MD 2.76 [1.67, 3.85]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ a-A-1)에서는 허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 한약 치료(반하백출천마탕가감방)에 비해 일반침술과 한약(반하백출천마탕가감방)의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 일반침술과 한약의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 허혈성 뇌질환 현훈 치료에 일반침술과 한약의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선 및 기저동맥 평균 혈류속도의 개선을 위해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 吴明健, 王颖, 吴海洋, 王海涛. 头针结合半夏白术天麻汤治疗后循环缺血性眩晕临床疗效观察. *Asia-Pacific traditional Medicine*. 2019;15(12);134-136.

【R(IIa-A-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
허혈성 뇌질환 현훈 환자의 증상 개선을 위해 말초혈액순환 개선제 단독 치료에 비해 일반침술을 말초혈액순환 개선제와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 말초혈액순환 개선제(베타히스틴 메실산염(Betahistine Mesilate))		

(1) 임상질문 : Q(IIa-A-2)

허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 일반침술과 말초혈액순환 개선제의 병행 치료는 말초혈액순환 개선제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
허혈성 뇌질환 현훈 (Brain ischemia)	일반침술 + 말초혈액순환 개선제	말초혈액순환 개선제	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Guo(2018)는 100명의 허혈성 뇌질환 현훈 환자를 무작위 배정하여 50명의 말초혈액순환 개선제(베타히스틴메실산염)으로 치료한 군과 50명의 말초혈액순환 개선제(베타히스틴메실산염)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 말초혈액순환 개선제와 일반침술을 병행한 치료군이 말초혈액순환 개선제만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.25 [95% CI 0.74, 2.12] 으로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 따라서 일반침술과 말초혈액순환 개선제의 병행 치료는 말초혈액순환 개선제 단독 치료에 비하여 현훈증상척도 대선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료 전후 군내 비교에 따르면 효과적이었다.

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비교
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	100 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	RR 1.25 [0.74, 2.12]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음
 b: 신뢰구간이 효과없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ a-A-2)에서는 허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 말초혈액순환 개선제(베타히스틴메실산염)에 비해 일반침술과 말초혈액순환 개선제(베타히스틴메실산염)의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 크다. 허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 일반침술과 말초혈액순환 개선제의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

허혈성 뇌질환 현훈에 대한 일반침술과 말초혈액순환 개선제의 병행 치료가 효과적이거나 근거 수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 일반침술을 말초혈액순환 개선제 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 郭伟霞. 醒脑开窍针刺法联合甲磺酸倍他司汀片治疗中风后眩晕的临床观察. 中国民族民间医药. 2018;27(9):80-82.

【R(IIa-A-3)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
허혈성 뇌질환 현훈 환자의 증상 개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 일반침술을 혈관확장제와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))		

(1) 임상질문 : Q(IIa-A-3)

허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
허혈성 뇌질환 현훈 (Brain ischemia)	일반침술 + 혈관확장제	혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Li(2017) 등은 60명의 허혈성 뇌질환 현훈 환자를 무작위 배정하여 30명의 혈관확장제(플루나리진)으로 치료한 군과 30명의 혈관확장제(플루나리진)와 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 혈관확장제와 일반침술을 병행한 치료군이 혈관확장제만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.54 [95% CI 0.95, 2.49]로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 현훈종합평가점수에 MD -0.99 [95% CI -1.72, -0.26]로 개선되었다. 따라서 일반침술과 혈관확장제를 병행한 치료군이 혈관확장제를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	60 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	RR 1.54 [0.95, 2.49]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	60 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -0.99 [-1.72, -0.26]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ a-A-3)에서는 허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 혈관확장제(플루나리진)에 비해 일반침술과 혈관확장제(플루나리진)의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 크다. 허혈성 뇌질환 현훈 환자에게 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

허혈성 뇌질환 현훈에 대한 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료가 효과적이나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 일반침술을 혈관확장제 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 李灵浙, 陆月仙. 督脉针刺结合氟桂利嗪口服治疗后循环缺血眩晕30例. 江西中医药. 2017;48(414):55-57.

2-1-2. 뇌동맥 경화성 현훈

■ 한약

【R(IIa-B-1-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
뇌동맥경화성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.	C/Low	1-5
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 정현탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 황기, 구기자, 하수오, 계혈등 각30g, 반하, 산수유, 갈근, 택사 각20g, 당삼, 백출, 조구등, 천궁, 천마 각15g (Chen 2019-2) - 정현탕: 천마, 갈근, 황기, 당삼 각15g, 택사 30g, 황백, 승마 각4g, 백출 10g, 백작약, 백개자 각12g, 자감초, 하엽 각 6g (Du 2019) - 산수유, 구기자, 하수오 각30g, 황기, 천마, 천궁, 갈근 각15g, 계혈등 30g, 조구등 15g, 택사 20g, 반하 10g, 당삼 15g (Jang 2019-4) - 당삼 25g, 초백출, 복령, 진피 12g, 천마, 반하, 전갈 9g, 초백작약 12g, 야교등 30g, 감초6g (Li 2017-2) (2) 택사탕: 천궁, 숙지황, 천마, 조구등 10g, 당삼, 단삼 12g, 회우슬, 초백작약 15g, 당귀, 갈근 20g, 황기 30g (Wu 2018) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 니모디핀(nimodipine) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine) 		

(1) 임상질문 : Q(IIa-B-1-1)

뇌동맥경화성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
뇌동맥경화성 현훈	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	현훈증상척도 (총 유효율), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 5편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Chen(2019-2)은 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥

평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Du(2019)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 72명을 무작위배정하여 36명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 36명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Jang(2019-4) 등은 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 136명을 무작위배정하여 68명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 68명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Li(2017-2)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 150명을 무작위배정하여 75명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 75명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 10일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Wu(2018)는 뇌동맥경화성 현훈 환자 총 50명을 무작위배정하여 25명의 한약(택사탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 25명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.96 [95% CI 1.39, 2.75], 추골동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 4.83 [95% CI 4.01, 5.66], 기저동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 5.41 [95% CI 4.49, 6.33]로 점수와 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 한약과 항현훈제의 병행 투여가 항현훈제 단독 투여보다 뇌동맥경화성 현훈증상척도와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	408 (4 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.96 [1.39, 2.75]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Critical)	222 (2 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 4.83 [4.01, 5.66]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	222 (2 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 5.41 [4.49, 6.33]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: $I^2 \geq 75\%$

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(II a-B-1-1)에서는 뇌동맥경화성 현훈 환자에게 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 5편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 한약과 항현훈제의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 뇌동맥경화성 현훈 환자에게 한약과 항현훈제의 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 뇌동맥경화성 현훈 치료에 한약과 항현훈제의 병행 투여가 다빈도로 적용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

뇌동맥경화성 현훈에 대한 한약과 항현훈제의 병행 투여가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉, 뇌동맥경화성 현훈 환자에게 현훈 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위하여 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 陈晔. 益肾定眩汤对肝阳上亢型后循环缺血性眩晕患者中医症状积分及动脉血流速度的影响. 内蒙古中医药第. 2019;38(5):32-33.
2. 杜雪燕. 定眩汤治疗缺血性脑病所致头晕的临床观察. 光明中医. 2019;34(5):723-746.
3. 张方, 李文杰, 董永书. 益肾定眩汤结合长春西汀注射液对后循环缺血性眩晕病人血液流变学.

- 血清 NO、ET 水平及 TCD 指标的影响, 中西医结合心脑血管病杂志, 2019;17(19):3014-3018.
4. 李辉. 定眩汤治疗缺血性脑病所致头晕的临床效果观察. 世界最新医学信息文摘, 2017;17(67):29-30.
 5. 吴鸿. 中医泽泻汤治疗慢性脑供血不足眩晕的临床分析. 临床医药文献杂志, 2018;5(95):71.

2-1-3. 척추기저동맥부전성 현훈

■ 침술

【R(IIa-A-4)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
척추기저동맥부전 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-4
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 심비양허증(U78.7): 인삼탕가감, 귀비탕가감, 익기활혈탕 2) 간양상향증(U65.0): 천마구등음		

(1) 임상질문 : Q(IIa-A-4)

척추기저동맥부전 현훈 환자에게 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
척추기저동맥부전 (Vertebrobasilar insufficiency: VBI)	일반침술 + 한약	한약	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 3편의 무작위 대조군 임상연구와 1편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Zhou(2011) 등은 척추기저동맥부전 현훈 환자 총 60명을 무작위 배정하여 30명의 한약(인삼탕가감)을 치료한 군과 30명의 한약 치료와 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료 군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Zheng(2012) 등은 척추기저동맥부전 환자 총 60명을 무작위 배정하여 30명의 한약(귀비탕가감)을 치료한 군과 30명의 한약 치료와 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료 군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Xue(2015)는 척추기저동맥부전 환자 총 80명을 비무작위 배정하여 40명의 한약(익기활혈탕)을 치료한 군과 40명의 한약 치료와 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료 군이 한약 치료만 시행하

는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

Feng(2016)은 척추기저동맥부전 환자 총 120명을 무작위 배정하여 60명의 한약(천마구등음)을 치료한 군과 60명의 한약 치료와 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료 군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁴⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.46 [95% CI 1.08, 1.97] 으로 개선되었다. 현훈종합평가점수에서 MD -2.78 [95% CI -4.69, -0.87] 으로 개선되었다. 따라서 일반침술과 한약의 병행 요법이 한약 단독 요법보다 척추기저동맥부전 현훈 환자의 증상 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	320 (3 RCTs 1 non-RCT)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.46 [1.08, 1.97]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	80 (1 non-RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -2.78 [-4.69, -0.87]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ a-A-4)에서는 척추기저동맥부전 현훈 환자에게 한약 치료에 비해 일반침술과 한약의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 3편의 무작위 배정 임상연구와 1편의 비무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 척추기저동맥부전 현훈 환자에 대한 일반침술과 한약의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 척추기저동맥부전 현훈 치료에 일반침술과 한약의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

척추기저동맥부전 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 척추기저동맥부전 현훈의 중등도와 시기를 고려

하여 증상 개선을 위해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 周媛, 李少坤. 针药结合辨证治疗眩晕的临床观察. *Clinical Journal of Chinese Medicine*, 2011;24(3):83-84.
2. 郑祖艳, 秦海峰, 王玲姝. 针药结合治疗气血亏虚型眩晕临床疗效观察. *针灸临床杂志*, 2012;28(12):31-32.
3. 薛海菊. 益气活血汤结合针刺治疗老年缺血性眩晕疗效观察. *四川中医*, 2015;33(12):71-72.
4. 冯兴建. Clinical Study on Comprehensive Therapy in the Treatment of Vertigo of Yin Deficiency of Liver and Kidney for 60 Cases. *光明中医*, 2016;31(9):1269-1270.

【R(IIa-A-5)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
척추기저동맥부전 현훈 환자의 증상개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 일반침술을 혈관확장제와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))		

(1) 임상질문 : Q(IIa-A-5)

척추기저동맥부전 현훈 환자에게 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
척추기저동맥부전 (Vertebrobasilar insufficiency: VBI)	일반침술+ 혈관확장제	혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Dang(2017) 등은 69명의 척추기저동맥부전 현훈 환자를 무작위 배정하여 30명의 혈관확장제(플루나리진)로 치료한 군과 39명의 혈관확장제(플루나리진)와 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 혈관확장제와 일반침술을 병행한 치료 군이 혈관확장제만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.76 [95% CI 0.83, 3.72] 으로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 현훈단일평가점수에서 MD -0.62 [95% CI -10.65, -1.39] 으로 개선되었다. 따라서 일반침술과 혈관확장제를 병행한 치료군이 혈관확장제를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	69 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	RR 1.76 [0.83, 3.72]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	69 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -6.02 [-10.65, -1.39]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과 없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ a-A-5)에서는 척추기저동맥부전 현훈 환자에게 혈관확장제에 비해 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있으며 추정치가 바뀔 가능성이 있다. 척추기저동맥부전 현훈 환자에게 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 일반침술을 혈관확장제 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 党照丽, 王震, 窦飒, 孙理军. “头五针”治疗后循环缺血性眩晕临床观察. 基层医学论坛. 2018;22(4):553-554.

【R(IIa-A-6)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
척추기저동맥부전 현훈 환자의 증상 개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 온침술을 혈관확장제와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 혈관확장제(플루나리진(flunarizine), 니모디핀(nimodipine))		

(1) 임상질문 : Q(IIa-A-6)

척추기저동맥부전 현훈 환자에게 온침술과 혈관확장제 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
척추기저동맥부전 (Vertebrobasilar insufficiency: VBI)	온침술 + 혈관확장제 (니모디핀 (nimodipine), 플루나리진 (flunarizine))	혈관확장제 (니모디핀 (nimodipine), 플루나리진 (flunarizine))	현훈증상척도 (총 유효율, 추골동맥 혈관박동지수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Liu(2007)는 척추기저동맥부전 현훈 환자 총 94명을 무작위 배정하여 42명의 혈관확장제(니모디핀(nimodipine) 40mg 매일 3회, 플루나리진(flunarizine) 10mg 매일 1회)를 치료한 군과 52명의 온침술과 혈관확장제(니모디핀(nimodipine) 40mg 매일 3회, 플루나리진(flunarizine) 10mg 매일 1회)를 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 혈관확장제와 온침술을 병행한 치료군이 혈관확장제만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타내었으나 추골동맥 혈관박동지수는 유의한 효과가 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 2.02 [95% CI 1.19, 3.44]로 개선되었다. 추골동맥혈관박동지수에서 MD 0.05 [95% CI -0.02, 0.12]로 유의한 효과를 보이지 않았다. 따라서, 온침술과 혈관확장제를 병행한 치료군이 혈관확장제를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	94 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	RR 2.02 [1.19, 3.44]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (추골동맥 혈관 박동지수) (Important)	94 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 0.05 [-0.02, 0.12]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과 없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ a-A-6)에서는 척추기저동맥부전 현훈 환자에게 혈관확장제(니모디핀, 플루나리진) 치료에 비해 온침술과 혈관확장제(니모디핀, 플루나리진)의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 온침술과 혈관확장제(니모디핀, 플루나리진)의 병행 치료는 혈관확장제(니모디핀, 플루나리진)와 유사하거나 유의하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 척추기저동맥부전 현훈에 대한 온침술과 혈관확장제(니모디핀, 플루나리진)의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 척추기저동맥부전 현훈 환자의 치료에 온침술과 혈관확장제(니모디핀, 플루나리진)의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

척추기저동맥부전 현훈에 대한 온침술과 혈관확장제(니모디핀, 플루나리진)의 병행 치료가 효과적이나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 척추기저동맥부전 현훈에 증상 개선을 위해 온침술을 혈관확장제(니모디핀, 플루나리진)와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 刘峻. 温针灸治疗椎基底动脉供血不足性眩晕疗效观察. 医学综述. 2007;13(24):2039-2040.

■ 한약

【R(IIa-B-1-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
<p>척추기저동맥백전으로 인한 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.</p>	C/Low	1-22
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 정현탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 천마, 백출, 당삼, 천궁, 조구등 15g, 계혈등, 구기자, 황기, 하수오 30g, 택사, 산수유, 갈근, 반하 20g (Yang 2017) - 갈근 40g, 황기, 옹골, 모려 30g, 홍경천, 단삼, 해풍등 20g, 삼칠, 산사, 천마 15g, 천궁, 은행 10g (Yang 2018-1) (2) 반하백출천마탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 반하, 백출, 천마, 복령 각9g, 감초, 생강, 굴홍 각6g, 대조 10g (Ceng 2018) - 반하, 백출, 천궁, 대조 각15g, 천마, 복령, 진피, 석창포 각10g, 갈근 30g, 당귀 9g, 감초 5g, 생강 6g (Hu 2017) - 진피 6g, 자감초 6g, 강반하 9g, 천마9g, 백출 10g, 복령 10g, 산약 10g, 당삼 10g, 택사 20g, 황기 20g (Jang 2017-1) - 법반하, 백출 각15g, 천마, 진피, 생강, 복령, 택사 각10g, 천궁 15g, 대조 3개, 오공 2개 (Jang 2018-1) - 감초 6g, 반하 10g, 택사 20g, 천마 10g, 복령 20g, 진피 12g, 백출 15g, 갈근 15g (Jang 2019-3) - 법반하 10g, 천마 15g, 복령, 굴홍, 백출 각12g, 감초 10g (Liu 2018-1) - 반하, 백출, 복령 각15g, 천마 20g, 굴홍 15g, 감초 15g, 생강 3편, 대조 5개 (Liu 2018-2) - 강반하 10g, 초백출 15g, 천마 12g, 복령 20g, 진피 15g, 당귀 10g, 천궁 15g, 당삼 18g, 시호, 자감초 10g (Wang 2017-2) - 감초 6g, 죽여, 반하 10g, 백출, 진피, 복령, 울금, 석창포 15g, 갈근, 천마 20g (Wang 2019-2) - 천마 10g, 법반하 15g, 백출 10g, 황기 20g, 복령 15g, 진피 10g, 당귀 15g, 단삼 20g, 천궁 10g, 상기생 15g, 구기자 20g (Wu 2015) - 강반하, 백출 9g, 천마 10g, 진피 7g, 산약, 당삼, 복령 10g, 택사, 황기 15g, 자감초 7g (Xiao 2019) - 제반하, 제남성, 천궁, 당귀 12g, 천마 15g, 진피, 백출, 복령, 강참, 지실 10g, 전갈, 감초 6g (Yan 2018) - 백작약 20g, 단삼, 천마 15g, 법반하, 백출, 진피, 복령, 당귀 12g, 홍화 10g, 담남성 9g, 감초 3g (Yang 2016) - 법반하 15g, 천마, 백출 10g, 복령 15g, 황기, 단삼 20g, 당귀 15g, 진피 10g, 구기자 20g, 상기생 15g, 천궁 10g (Yang 2019-1) (3) 반하백출천마탕합택사탕: 백복령, 백작약 30g, 강반하, 단삼 15g, 선복화 12g, 천마, 죽여 10g, 택사, 진피 8g, 초백출, 질패모, 감초 6g (Tian 2019-1) (4) 도담탕: 복령, 백출, 택사, 담남성, 창포 각15g, 진피, 천마, 옹담초, 국화, 울금 각10g, 갈근 30g (Zhang 2007) 2) 간양상향증(U65.0): <ol style="list-style-type: none"> (1) 진간식풍탕: 화우슬 30g, 생자석 30g, 옹골 15g, 모려 15g, 구판 15g, 국화 15g, 현삼 1.5g, 천문동 15g, 천련자 6g, 맥아 6g, 인진 6g, 감초 4.5g (Chen 2019-1) 3) 수기능심증(U67.3): <ol style="list-style-type: none"> (1) 영계출감탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 자감초 6g, 맥문동, 홍삼, 진피 각10g, 천궁, 계지, 초백출 각15g, 복령, 황기 각30g (Ceng 2019) - 복령 30g, 계지 20g, 백출 30g, 자감초 10g (Li 2017-1) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine), 시네파지드(cinepazide) 2) 항현훈제(뇌순환개선제): 빈포세틴(vinpocetine), 아스피린(aspirin) 		

(1) 임상질문 : Q(II a-B-1-2)

척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
척추기저동맥부전 (Vertebrobasilar insufficiency: VBI)	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제, 뇌순환개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점 수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 19편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Ceng(2018) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 130명을 무작위배정하여 65명의 한약(반하백출천마탕 가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 63명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Ceng(2019) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(영계출감탕 가미방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Chen(2019-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 76명을 무작위배정하여 38명의 한약(진간식풍탕 가감방)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 38명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Hu(2017)는 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 70명을 무작위배정하여 35명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(시네파지드(cinepazide))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Jang(2017-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현

훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁾

Jang(2018-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 50명을 무작위배정하여 25명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 25명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁾

Jang(2019-3)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(반하백출천마탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine), 니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(아스피린(aspirin))) 병행 투여군(시험군)과 41명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁾

Li(2017-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 67명을 무작위배정하여 34명의 한약(영계출감탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine), 시네파지드(cinepazide))) 병행 투여군(시험군)과 33명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁸⁾

Liu(2018-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 46명을 무작위배정하여 23명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine)), 뇌순환개선제(아스피린(aspirin))) 병행 투여군(시험군)과 23명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 60일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁹⁾

Liu(2018-2) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁰⁾

Tian(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(반하백출천마탕합택사탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 7일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹¹⁾

Wang(2017-2) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 69명을 무작위배정하여 34명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine)), 뇌순환개선제(빈포세틴(vinpocetine))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하

였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹²⁾

Wang(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 106명을 무작위배정하여 53명의 한약(익기보신활혈방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 53명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 15일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹³⁾

Wang(2019-2)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 88명을 무작위배정하여 44명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 44명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁴⁾

Wu(2015) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 122명을 59명의 한약(반하백출천마탕가감방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 63명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 전후를 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈종합 평가점수(DARS, DHI), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁵⁾

Xiao(2019)는 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 108명을 무작위배정하여 54명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(니모디핀(nimodipine))) 병행 투여군(시험군)과 54명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁶⁾

Yan(2018)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 120명을 무작위배정하여 60명의 한약(반하백출천마탕과립)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 60명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁷⁾

Yang(2016)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 60명을 30명의 한약(반하백출천마탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 30명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 14일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁸⁾

Yang(2017)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 86명을 무작위배정하여 43명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 43명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 30일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현

훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁹⁾

Yang(2018-1) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 300명을 무작위배정하여 150명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 150명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁰⁾

Yang(2019-1)은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 118명을 무작위배정하여 59명의 한약(반하백출천마탕가감)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 59명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²¹⁾

Zhang(2007) 등은 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자 총 106명을 54명의 한약(도담탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군과 52명의 항현훈제 단독 투여군으로 나누어 치료한 결과, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²²⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.49 [95% CI 1.34, 1.66], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 1.91 [95% CI 0.77, 3.04], 추골동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 5.26 [95% CI 5.13, 5.39], 기저동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 2.56 [95% CI 2.44, 2.68]로 점수와 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 한약과 항현훈제의 병행 투여가 항현훈제 단독 투여보다 척추기저동맥부전으로 인한 현훈증상척도와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	1752 (18 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.49 [1.34, 1.66]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	458 (5 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 1.91 [0.77, 3.04]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Critical)	1439 (14 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 5.26 [5.13, 5.39]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	1507 (15 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.56 [2.44, 2.68]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: I² ≥ 75%

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ a-B-1-2)에서는 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자에게 항현훈제(뇌혈관개선제, 뇌순환개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 총 19편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 항현훈제의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자에게 한약과 항현훈제의 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 척추기저동맥부전성 현훈 치료에 한약과 항현훈제의 병행 투여가 다빈도로 적용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

척추기저동맥부전성 현훈에 대한 한약과 항현훈제의 병행 투여가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉, 척추기저동맥부전으로 인한 현훈 환자에게 현훈 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위하여 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 曾睿华, 刘敏. 半夏白术天麻汤加减治疗椎基底动脉供血不足眩晕 65 例. 云南中医中药杂志, 2018;39:52-54.
2. 曾学文, 周庆营. 加味苓桂术甘汤辅助治疗老年椎基底动脉供血不足性眩晕的临床观察. 云南中医中药杂志, 2019;40:45-46.
3. 陈晓东, 裴全森, 陈伟峰. 中西医结合治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕临床观察. 中国民族民间医药, 2019;28(5):103-105.
4. 胡红桥. 半夏白术天麻汤联合桂哌齐特治疗后循环缺血性眩晕疗效观察. 中医临床研究, 2017;9(17):39-41.
5. 张春阳, 刘海仁, 邓伟宏. 半夏白术天麻汤加减治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕 80 例疗效观察. 中国民族民间医药, 2017;26(1):107-111.
6. 张素华. 中西医结合治疗椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察. 中国民族民间医药, 2018;27(4):107-109.
7. 张汉政. 加味半夏白术天麻汤联合常规西药治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床观察. 中国民间疗法, 2019;27(18):63-64.
8. 李凤婷, 卢艳文, 祁艳萍, 杨长明. 苓桂术甘汤加减治疗后循环缺血性眩晕的临床效果观察. 中国当代医药, 2017;24(11):155-157.
9. 刘洋, 何清雯, 余碧琼, 陈丽婷. 半夏白术天麻汤联合西药治疗痰浊中阻型椎 - 基底动脉供血不足性眩晕疗效观察. 深圳中西医结合杂志, 2018;28(5):53-54.
10. 刘馥, 刘彤, 王玉玲. 半夏白术天麻汤加味辅助治疗缺血性眩晕临床观察. 深圳中西医结合杂志, 2018;28(12):59-61.
11. 田志亮. 补中益气汤加减联合氟桂利嗪治疗椎 - 基底动脉供血不足所致眩晕临床研究. 新中医, 2019;51(8):69-72.
12. 王宇, 王恩龙. 半夏白术天麻汤联合西药治疗痰浊中阻椎 - 基底动脉供血不足性眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志, 2017;31(5):28-30.
13. 王翌. 益气补肾活血方辅助治疗老年椎基底动脉供血不足性眩晕 53 例. 中医研究, 2019;32(5):17-19.
14. 王军锋. 半夏白术天麻汤加减联合尼莫地平治疗椎基底动脉供血不足性眩晕患者的效果. 河南医学研究, 2019;28(24):4520-4522.
15. 吴伟翔, 薛枫, 路敬叶, 陈齐鸣. 中西医结合方案治疗椎 - 基底动脉缺血性眩晕的疗效及对血流动力学的影响. 现代中西医结合杂志(Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine), 2015;24(26):·2917-2919.
16. 肖卫. 半夏白术天麻汤加减联合尼莫地平治疗 54 例椎-基底动脉供血不足性眩晕患者的临床效果. 临床医学研究与实践, 2019;4:115-116.

17. 闫庆忠. 中西医结合治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕疗效观察. 山西中医. 2018;34(1):32-35.
18. 杨西. 半夏白术天麻汤联合前列地尔治疗后循环缺血性眩晕(风痰上扰型)疗效分析. 内蒙古中医药. 2016;17:102.
19. 杨晶. 益肾定眩汤联合氟桂利嗪治疗肝阳上亢型后循环缺血性眩晕疗效观察. 现代中西医结合杂志. 2017;26(5):530-532.
20. 杨友高, 冉晓刚, 郑维军, 陈洪宝, 傅代彪, 瞿远喜, 王秀珍, 谢赛. 定眩汤对血瘀气滞型后循环缺血性眩晕患者血液流变学及血流动力学的影响. 云南中医学院学报. 2018;41(1):57-60.
21. 杨晨光. 半夏白术天麻汤加减辅治椎一基底动脉缺血性眩晕疗效观察. 实用中医药杂志. 2019;35(4):467-468.
22. 张常彩, 杜昌立, 陈龙霏. 导痰汤治疗椎基底动脉供血不足 106 例临床观察. 实用中西医结合临床. 2007;7(5):8.

2-1-4. 편두통성 현훈

■ 한약

【R(IIa-B-1-3)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
편두통성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제) 단독 투여에 비해 사물탕과 항현훈제의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ul style="list-style-type: none"> 1) 심비양허증(U78.7): <ul style="list-style-type: none"> (1) 사물탕: 천궁 10g, 백지 10g, 당귀 10g, 숙지황 6g (He 2013) ● 합성의약품: <ul style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine) 		

(1) 임상질문 : Q(IIa-B-1-3)

편두통성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 사물탕과 항현훈제(뇌혈관개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
편두통성 현훈	사물탕 + 항현훈제 (뇌혈관개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제)	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

He(2013)는 편두통성 현훈 환자 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(사물탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 41명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 구분하여 치료 45일 후 효과를 비교분석하였다. 한약과 항현훈제를 병행 투여한 군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 3.50 [95% CI 1.26, 9.74]로 총 유효율이 개선되었다. 따라서 사물탕과 항현훈제의 병행 투여가 항현훈제 단독 투여보다 편두통성 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	82 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	RR 3.50 [1.26, 9.74]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ a-B-1-3)에서는 편두통성 현훈 환자에게 항현훈제(뇌혈관개선제) 단독 투여에 비해 사물탕과 항현훈제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 사물탕과 항현훈제의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 편두통성 현훈 환자에게 사물탕과 항현훈제의 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통성 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 사물탕과 항현훈제의 병행 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 何 军. 四物汤联合氟桂利嗪治疗偏头痛性眩晕随机平行对照研究. 实用中医内科杂志, 2013;27(9):74-76.

2-2. 전정계 말초성 현훈

2-2-1. 메니에르 병

■ 침술

【R(IIb-A-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
메니에르 병으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료만 병행하여 시행하는 것에 비해 일반침술을 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 말초혈액순환 개선제(베타히스틴(betahistine)), 신경 보호제(메코발라민(MeCobalamin))		

(1) 임상질문 : Q(IIb-A-1)

메니에르 병으로 인한 현훈 환자에게 일반침술과 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제의 병행 치료는 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료만 병행하여 시행하는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
메니에르 병	일반침술 + 일반 약물 치료	일반 약물 치료	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Wu(2018) 등은 메니에르 병으로 인한 현훈 환자 총 75명을 무작위 배정하여 39명의 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료를 시행한 군과 36명의 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료 및 일반침술을 시행한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.44 [95% CI 0.55, 3.76] 으로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 현훈종합평가점수에서 MD -3.70 [95% CI -5.46, -1.94] 으로 개선되었다. 따라서 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료 및 일반침술을 병행한 치료군이 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료를 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	75 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	RR 1.44 [0.55, 3.76]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	75 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -3.70 [-5.46, -1.94]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과 없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ b-A-1)에서는 메니에르 병으로 인한 현훈 환자에게 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료에 비해 일반침술과 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료의 병행 치료는 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있으며 추정치가 바뀔 가능성이 있다. 메니에르 병으로 인한 현훈에 대한 일반침술과 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해 보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 일반침술을 말초혈액순환 개선제, 신경 보호제 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 吴冬, 刘博, 王宏才, 荣培晶, 陈陆泉, 段金萍, 陈超, 翟煦. 针刺联合口服西药治疗梅尼埃病: 随机对照研究. *Chinese Acupuncture & Moxibustion*. 2018;38(10):1047-1052.

■ 한약

【R(IIb-B-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
메니에르 병으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-3
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 정현탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 천마 15g, 조구등 20g, 갈근, 야교등 30g, 투골초 20g, 석결명 30g, 석창포, 원지 20g, 도인, 천우슬 15g, 토별총 10g, 오공 6g (Tan 2017) - 천마 15g, 구등 20g, 석결명 30g, 투골초 20g, 갈근 30g, 오공 6g, 천우슬 15g, 도인 15g, 토별총 10g, 석창포 20g, 원지 20g, 야교등 30g (Zhang 2015) (2) 택사탕 가감방: 택사 50g, 백출 20g, 복령 15g, 천마, 강반하, 진피, 생강 10g (Xia 2017) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine) 		

(1) 임상질문 : Q(IIb-B-1)

메니에르 병으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약을 항현훈제(뇌혈관 개선제)와 병행하는 것은 항현훈제를 단독으로 투여하는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
메니에르 병	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 3편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Tan(2017) 등은 메니에르 병 환자 총 100명을 무작위배정하여 50명의 한약(천마구등정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 50명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 21일간 치료를 진행한 후 6개월 후에 경과를 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Xia(2017) 등은 메니에르 병 현훈 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(택사탕가미)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Zhang(2015) 등은 메니에르 병 환자 180명을 무작위배정하여 90명의 한약(천마구등정현탕 가감

방)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 90명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 3주간 치료 후 치료 결과를 비교하였다. 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 2.29 [95% CI 1.48, 3.54], 현훈단일평가점수에서 치료 후 MD 2.71 [95% CI 2.22, 3.20]로 점수가 개선되었다. 따라서 한약과 항현훈제의 병행 투여가 항현훈제 단독 투여보다 메니에르병으로 인한 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	340 (3 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 2.29 [1.48, 3.54]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	180 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 2.71 [2.22, 3.20]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ b-B-1)에서는 메니에르 병으로 인한 현훈 환자에게 항현훈제(뇌혈관개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 3편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 한약과 항현훈제의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 메니에르 병으로 인한 현훈 환자에게 한약과 항현훈제의 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 메니에르 병으로 인한 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 谭汉文. 盐酸氟桂利嗪联合天麻钩藤定眩汤治疗梅尼埃综合征临床疗效观察. 现代诊断与治疗. 2017;28(4):614-616.
2. 夏梦幻, 李莎莎, 邹忆怀, 钟利群. 加味泽泻汤联合敏使朗治疗急性期梅尼埃病疗效观察. 中西医结合心脑血管病杂志. 2017;15(24):3217-3218.
3. 张华军, 马伟丽, 徐海东, 王广占. 天麻钩藤定眩汤联合盐酸氟桂利嗪胶囊治疗梅尼埃综合征 90例. 河南中医. 2015;35(11):2757-2759.

2-2-2. 양성 돌발성 체위성 현훈

■ 침술

【R(IIb-A-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
양성 돌발성 체위성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 이석정복술 단독 치료에 비해 일반침술을 이석정복술과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-6

(1) 임상질문 : Q(IIb-A-2)

양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 일반침술과 이석정복술의 병행 치료는 이석정복술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
양성 돌발성 체위성 현훈 (BPPV)	일반침술 + 이석정복술	이석정복술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 6편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Dong(2018) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 총 122명을 무작위 배정하여 60명의 이석정복술을 치료한 군과 62명의 이석정복술과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수에서 이석정복술과 일반침술을 병행한 치료군이 이석정복술만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Dong(2019) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 총 57명을 무작위 배정하여 28명의 이석정복술을 치료한 군과 29명의 이석정복술과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수에서 이석정복술과 일반침술을 병행한 치료군이 이석정복술만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Fan(2017) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 총 96명을 무작위 배정하여 48명의 이석정복술을 치료한 군과 48명의 이석정복술과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 이석정복술과 일반침술을 병행한 치료군이 이석정복술만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

Li(2018) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 총 86명을 무작위 배정하여 43명의 이석정복술을 치료한 군과 43명의 이석정복술과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 이석정복술과 일반침술을 병행한 치료 군이 이석정복술만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁴⁾

Tian(2018) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 총 60명을 무작위 배정하여 30명의 이석정복술을 치료한 군과 30명의 이석정복술과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수에서 이석정복술과 일반침술을 병행한 치료군이 이석정복술만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁵⁾

Wang(2016-4) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 총 67명을 무작위 배정하여 30명의 이석정복술을 치료한 군과 37명의 이석정복술과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수에서 이석정복술과 일반침술을 병행한 치료군이 이석정복술만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁶⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.32 [95% CI 1.08, 1.62]로 개선되었다. 현훈종합평가점수에서 MD -12.90 [95% CI -14.77, -11.03]으로 개선되었다. 따라서 일반침술과 이석정복술을 병행한 치료군이 이석정복술을 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	488 (6 RCTs)	●●○○ Low ^a	RR 1.32 [1.08, 1.62]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	239 (3 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD - 12.90 [-14.77, -11.03]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ b-A-2)에서는 양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 이석정복술에 비해 일반침술과 이석정복술의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 6편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 이석정복술의 병행 치료는 이석정복술보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 양성 돌발성 체위성 현훈 환자에 대한 일반침술과 이석정복술의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

양성 돌발성 체위성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될

수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 양성 돌발성 체위성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 증상 개선을 위해 일반침술을 이석정복술과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 董永书, 田中华, 刘华. 快捻久留针刺法联合管石复位术治疗良性阵发性位置性眩晕62例. TCM Res. 2018;31(5):48-51.
2. 董永书, 田中华, 宋昕. 针刺结合管石复位术治疗水平型良性阵发性. TCM Res. 2019;32(4):41-43.
3. 范玉江, 陈霞. 针灸联合手法复位治疗良性阵发性位置性眩晕的疗效观察. Xinjiang Journal of Traditional Chinese Medicine. 2017;35(3):48-50.
4. 李利斌, 孙菊光, 史江峰. Epley法结合针刺快速治疗后半规管原发性良性阵发性位置性眩晕临床分析. Chinese Journal of General Practice. 2018;16(12):2085-2087.
5. 田中华, 董永书, 范军铭. 益清定眩针刺法结合管石复位手法治疗良性阵发性位置性眩晕. ACTA CHINESE MEDICINE. 2018;33(243):1593-1596.
6. 王玉琳, 秦旭旭, 刘佳, 张凯宇. 针刺晕听区为主结合改良Epley法治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕临床观察. 中国针灸. 2016;36(9):911-914.

■ 한약

【R(IIb-B-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
양성 돌발성 체위성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 이석정복술 단독 요법에 비해 한약과 이석정복술의 병행 요법을 고려해야 한다.	B/Low	1-7
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 반하백출천마탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 반하 15g, 진피12g, 백출12g, 천마 12g, 복령 25g, 택사 30g, 황기 45g, 생강 10g, 대조 10g, 감초 6g (Lu 2016) - 황기 45g, 택사 30g, 복령 25g, 백출 12g, 반하 12g, 진피 12g, 천마 12g, 대조 10g, 생강 10g, 감초 6g (Luo 2019) (2) 택사탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 택사 60g, 백출 36g, 법반하 12g, 천마 6g, 진피 6g, 복령 12g, 생강 6g (Lu 2012) - 택사 35g, 백출 20g, 생강 10g, 대조 20g, 감초 6g (Qu 2017) 2) 수기능심증(U67.3): <ol style="list-style-type: none"> (1) 영계출감탕 가감방: 택사 20g, 백출, 복령 각15g, 조구등, 생강, 계지, 법반하 각12g, 천마, 진피, 국화 각9g, 감초 6g (Wang 2018, Yang 2019-2) 3) 심비양허증(U78.7): <ol style="list-style-type: none"> (1) 익기충명탕: 황기 20g, 당삼 20g, 만형자 15g, 황백 10g, 백작약 15g, 천마 6g, 갈근 15g, 자감초 9g (Zheng 2014) 		

(1) 임상질문 : Q(IIb-B-2)

양성 돌발성 체위성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 이석정복술의 병행 요법은 이석정복술 단독 요법에 비해 현훈 정도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
양성 돌발성 체위성 현훈 (BPPV)	한약 + 이석정복술 (Epley maneuver)	이석정복술 (Epley maneuver)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 7편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Lei(2016) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 53명을 무작위배정하여 23명의 한약(반하백출천마탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 30명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.¹⁾

Lu(2012)는 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 65명을 무작위배정하여 35명의 한약(택사탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 30명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효

율이 유의하게 높았다.²⁾

Luo(2019) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 70명을 무작위배정하여 35명의 한약(반하백출천마탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 35명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대 로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수가 유의하게 높았다.³⁾

Qu(2017) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 212명을 무작위배정하여 92명의 한약(금귀택사탕과립)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 120명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대 로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수가 유의하게 높았다.⁴⁾

Wang(2018) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 98명을 무작위배정하여 49명의 한약(영계출감탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 49명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대 로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수가 유의하게 높았다.⁵⁾

Yang(2019-2)은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 90명을 무작위배정하여 45명의 한약(영계출감탕)과 이석정복술 병행 치료군(시험군)과 45명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료한 결과 한약과 이석정복술 병행 치료군에서 이석정복술만 시행하는 군에 비해 현훈 증상이 최대 로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.⁶⁾

Zheng(2014) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈 환자 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(익기충명탕)과 이석정복술 병행 치료군(실험군)과 30명의 이석정복술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료하여 전후 비교하였다. 현훈 증상이 최대 로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수(DHI)에서 한약과 이석정복술 병행 치료군이 이석정복술 단독 치료군에 비하여 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.31 [95% CI 1.05, 1.64], 현훈종합평가점수에서 치료 후 SMD 1.02 [95% CI -0.40, 2.44]로 점수가 개선되었다. 따라서 한약과 이석정복술의 병행 요법이 이석정복술 단독 요법보다 양성 돌발성 체위성 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	648 (7 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.31 [1.05, 1.64]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	282 (2 RCTs)	●○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	SMD 1.02 [-0.40, 2.44]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: $I^2 \geq 75\%$

c: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ b-B-2)에서는 양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 이석정복술 단독 요법에 비해 한약과 이석정복술의 병행 요법 효과에 대해 분석하였다. 7편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 한약과 이석정복술의 병행 요법은 이석정복술 단독 요법보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 한약과 이석정복술의 병행 요법은 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 양성 돌발성 체위성 현훈 치료에 한약과 이석정복술의 병행 요법이 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

양성 돌발성 체위성 현훈에 대한 한약과 이석정복술의 병행 요법이 효과적이나 근거수준이 낮지만, 임상경험을 바탕으로 현훈 환자에게 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 한약과 이석정복술의 병행 요법을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 雷华斌, 张恒. 半夏白术天麻汤配合耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效及对血脂代谢影响. 世界中医药. 2016;11(10):2039-2042.
2. 陆春光. 手法结合泽泻汤治疗良性位置性眩晕35例. 光明中医. 2012;27(10):2022-2024.
3. 罗兆良, 郑宗兵, 欧国英, 郭业鹏. 半夏白术天麻汤辅助治疗良性阵发性位置性眩晕的可行性. 实用中西医结合临床. 2019;19(7):50-51.
4. 屈涛, 刘学文, 赵永烈, 祁延霞, 程先宽, 荆志伟. 金匱泽泻汤颗粒治疗心下支饮型良性阵发性

- 位置性眩晕的临床研究. 中国中医基础医学杂志, 2017;23(8):1109-1144.
5. 王宝祥, 许俊杰, 陆霞, 戴利菊, 王蕾, 胡进, 朱晓东, 黄菊明. 苓桂术甘汤联合管石复位对良性阵发性位置性眩晕患者中医证候积分, 血液流变学指标及预后的影响. 中国中医急症, 2018;27(6):1004-1007.
 6. 杨庆堂. 管石复位配合中药治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察. 实用中医药杂志, 2019;35(9):1070-1071.
 7. 郑金秀, 吴晖, 陈国春, 江里涛, 李华. 益气聪明汤联合管石复位治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察. 福建中医藥(Fujian Journal of TCM), 2014;45(5):7-8.

■ 수기요법

【R(IIb-D-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
양성 돌발성 체위성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 이석정복술을 사용할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-3

(1) 임상질문 : Q(IIb-D-1)

양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 이석정복술은 플라시보 요법에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
양성 돌발성 체위성 현훈 (BPPV)	수기요법 (이석정복술)	플라시보 요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수, 현훈종합평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 3편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다.

Sherman(2001) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈환자 71명을 무작위 배정하여 33명의 PRM(particle repositioning manoeuvre)를 시행한 군, 13명의 Sham PRM을 시행한 군, 25명의 무처치군의 3개 그룹으로 나누어 치료 후 2주후에 결과를 비교분석하였고 3개월, 12개월 후에 추적 관찰하여 결과를 비교분석하였다. 2주 후 측정에서 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 PRM군이 Sham PRM 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다. PRM 군과 무처치군에서는 유의성 있는 차이가 없었다. 3개월 12개월 후 추적 관찰에서는 군간 유의성 있는 차이가 없었다.¹⁾

Chang(2004) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈환자 22명을 무작위 배정하여 11명의 수기요법(이석정복술) 시행군과 11명의 플라시보요법 시행군으로 나누어 치료한 결과 현훈단일평가점수(Vertigo Score)에서 수기요법(이석정복술) 시행군이 플라시보 요법 시행군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Papa(2017) 등은 양성 돌발성 체위성 현훈환자 31명을 무작위 배정하여 19명의 수기요법(osteopathic therapy)군과, 12명의 위약군으로 나누어 치료한 결과 현훈종합평가점수(DHI)와 균형점수에서 수기요법(osteopathic therapy) 시행군이 위약 시행군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈증상척도(총 유효율)에서 RR 2.08 [95% CI 0.95, 4.58]로 현훈 증상이 감소하였고, 현훈증상척도 현훈단일평가점수에서 MD 4.36 [95% CI 2.68, 6.04]으로 현훈종합평가점수에서 MD 10.60 [95% CI 0.55, 20.65]으로 현훈이 감소하였다. 따라서 수기요법(이석정복술)이 플라시보 요

법에 비하여 현훈 감소에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	28 (1 RCT)	●○○○ Very Low ^{a,c}	RR 2.08 [0.95, 4.58]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	22 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD 4.36 [2.68, 6.04]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	31 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^b	-	-	MD 10.60 [0.55, 20.65]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400

c: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ b-D-1)에서는 양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 플라시보 요법에 비해 수기요법(이석정복술) 치료 효과에 대해 분석하였다. 3편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 수기요법(이석정복술) 치료는 플라시보 요법보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 양성 돌발성 체위성 현훈 환자에 대한 수기요법(이석정복술) 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 수기요법(이석정복술)은 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 양성 돌발성 체위성 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 수기요법(이석정복술)을 사용할 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Denise sherman, Treatment Outcomes of Benign Paroxysmal Positional Vertigo. The Journal of Otolaryngology. 2001;30(5):295-299.
2. Andrew K. Chang. A Randomized Clinical Trial to Assess the Efficacy of the Epley Maneuver

in the Treatment of Acute Benign Positional Vertigo. *ACAD EMERG MED*. 2004;11(9):918-924.

3. L. Papa, A. Amodio, F. Biffi, A. Mandara, Impact of osteopathic therapy on proprioceptive balance and quality of life in patients with dizziness. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 217;21(4):866-872.

2-2-3. 전정신경염

■ 침술

【R(IIb-A-3)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
전정신경염으로 인한 급성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1

(1) 임상질문 : Q(IIb-A-3)

전정신경염으로 인한 급성 현훈 환자에게 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선 시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
전정신경염으로 인한 급성 현훈	일반침술 + 한약(정현탕)	한약(정현탕)	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Yang(2019)은 전정신경염으로 인한 급성 현훈 환자 총 88명을 무작위 배정하여 44명의 한약(정현탕)을 시행한 군과 44명의 한약(정현탕)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 일반침술을 병행한 치료군이 한약만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.04 [95% CI 0.73, 1.48]로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 따라서 한약과 일반침술의 병행 치료가 한약 단독 치료에 비하여 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료 전후 군내 비교에 따르면 한약과 일반침술의 병행 치료가 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	88 (1 RCT)	●○○○ Low ^{a,b}	RR 1.04 [0.73, 1.48]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과 없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅱ b-A-3)에서는 전정신경염으로 인한 급성 현훈 환자에게 한약 치료에 비해 일반침술과 한약 치료의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 한약 치료의 병행 치료는 한약 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시키지 않았다. 비록 유의한 차이가 없었으나 임상적 활용도를 감안하여 권고안에 포함하였다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 크다. 전정신경염으로 인한 급성 현훈 환자에 대한 일반침술과 한약 치료의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

전정신경염으로 인한 급성 현훈에 대한 한약과 일반침술의 병행 치료가 효과적이거나 근거 수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 전정신경염으로 인한 급성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 증상 개선을 위해 일반침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 杨庆堂. 定眩汤联合头针治疗前庭神经元炎疗效研究. 陕西中医. 2019;40(7):882-885.

3. 비전정계 현훈

■ 한약

【R(Ⅲ-B-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
비전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약재 추출물 투여를 고려해야 한다.	B/Low	1, 2
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 간양상항증(U65.0): 황련해독탕 ● 단일 한약재: 괴각		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲ-B-1)

비전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약재 추출물 섭취는 위약에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
비전정계 현훈	한약재 추출물	위약	현훈증상척도 (현훈단일평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 2편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Arakawa(2006) 등은 고혈압성 현훈 환자 204명을 무작위배정하여 103명의 한약(황련해독탕) 복용군(시험군)과 101명의 위약군(대조군)으로 구분하여 치료 8주 후 결과를 비교 분석하였다. 현훈단일평가점수에서 위약군에 비해 한약 복용군에서 유의한 효과 및 개선이 나타났다.¹⁾

Lee(2010) 등은 현훈 증상을 동반한 갱년기 증후군 환자 87명을 무작위배정하여 39명의 한약재추출물(괴각) 복용군(시험군)과 41명의 위약군(대조군)으로 나누어 치료하여 최종적으로 시험군 35명과 대조군 31명에 대해 분석하였다. 한약재추출물 복용군이 위약군에 비하여 11개의 증상을 포괄하는 KI 총점 기준으로 유의성 있는 개선 효과를 보였으나, 현훈 증상 항목만 별도로 분류하였을 경우 위약군에 비하여 증상 점수는 개선되었으나 유의성 있는 차이는 없었다.²⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 0.23 [95% CI 0.00, 0.47]으로 점수가 개선되었으나, 통계적 유의성은 없었다. 따라서 한약재 추출물이 위약에 비하여 비전정계 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료전후 군내 비교에 따르면 한약재 추출물 섭취는 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	270 (2 RCTs)	●○○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 0.23 [0.00, 0.47]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과 없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲ-B-1)에서는 비전정계 현훈 환자에게 한약재 추출물 섭취 효과에 대해 분석하였다. 2편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 한약재 추출물 섭취는 현훈 척도의 점수를 개선시켰지만 통계적 유의성이 확보되지 않았다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 비전정계 환자에게 한약재 추출물 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

비전정계 현훈에 대한 한약재 추출물 투여가 효과적이나 근거수준이 낮다. 그러나 임상경험을 바탕으로 현훈 환자에게 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 비전정계 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 한약재 추출물 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Arakawa K, Sarutab T, Abec K, Iimurad O, Ishiie M, Ogiharaf T, et al. Improvement of accessory symptoms of hypertension by TSUMURA Orengedokuto Extract, a four herbal drugs containing Kampo-Medicine Granules for ethical use: A double-blind, placebo-controlled study. *Phytomedicine*. 2006;13:1-10.
2. Lee J, Kim KW, Kim HK, Chae SW, Jung JC, Kwon SH, et al. The Effect of Rexflavone (Sophorae Fructus Extract) on Menopausal Symptoms in Postmenopausal Women: A Randomized Double-blind Placebo Controlled Clinical Trial, *Arch Pharm Res*. 2010;33(4):523-530.

【R(Ⅲ-B-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
비전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위해 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제, 항우울제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-17
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합동규활혈탕, 계지가갈근탕, 갈근해기탕 2) 수기능심증(U67.3): 시호가용골모려탕 3) 심비양허증(U78.7): 익기충명탕, 보중익기탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine) 2) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이노제 3) 항우울제: 에스시탈로프람(escitalopram) 		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲ-B-2)

비전정계 현훈 환자의 증상 개선을 위한 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제, 항우울제)과 한약의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
비전정계 현훈	한약 + 합성의약품 (항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제, 항우울제)	합성의약품 (항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제, 항우울제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 12편의 무작위 대조군 임상연구와 총 5편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Gao(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 106명을 무작위배정하여 53명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 53명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Gu(2015)는 고혈압성 현훈 환자 84명을 42명의 한약(익기충명탕가미방)과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제)를 병행 투여한 군(시험군)과 42명의 항고혈압제만을 투여한 군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 한약과 항고혈압제를 병행 투여한 군이 항고혈압제만 투여한 군에 비하여 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.²⁾

Gu(2017)는 고혈압성 현훈 환자 총 70명을 35명의 한약(익기충명탕)과 항고혈압제 병행 투여군(시

험군)과 35명의 항고혈압제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항고혈압제 병행 투여군이 항고혈압제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Gu(2019)는 경추성 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2-8주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Hu(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 200명을 무작위배정하여 120명의 한약(갈근해기탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 80명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁾

Jang(2018-2) 등은 고혈압성 현훈 환자 총 163명을 무작위배정하여 82명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 81명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁾

Ji(2016) 등은 경추성 현훈 환자 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(실험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료하였고, 한약과 항현훈제를 병행 투여한 군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 모두 유의한 효과 및 개선을 보였다.⁷⁾

Li(2017-3) 등은 고혈압성 현훈 환자 총 96명을 무작위배정하여 48명의 한약(반하백출천마탕합통규활혈탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 48명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁸⁾

Luo(2014) 등은 현훈 증상이 동반된 만성 심부전 환자 219명을 무작위배정하여 110명의 변증에 따른 한약과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이노제)를 병행 투여한 군(시험군)과 109명의 위약과 항고혈압제를 투여한 군(대조군)을 치료하여 4주간 치료하였고 최종적으로 시험군 76명과 대조군 71명의 좌심실구혈률과 환자 증후군의 점수에 대해 비교분석하였다. 두 그룹 모두 치료 전후 비교에서 유의한 개선 효과가 있었고, 시험군이 대조군에 비하여 개선 효과의 크기가 유의하게 컸다. 그룹 간 비교에서 4주 후 현훈 증상에 대해서는 시험군이 대조군에 비해 유의한 증상 개선 효과를 나타냈다.⁹⁾

Qin(2012) 등은 경추성 현훈 환자 254명을 무작위 배정하여 79명의 한약(안씨익기충명탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군, 84명의 항현훈제 단독 투여군과 81명의 한약(안씨익기충명탕) 단독 투여군의 3개 군으로 나누어 14일간 치료한 후 치료효과를 비교하였다. 한약과 항현훈제 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군과 한약 단독 투여군보다 신경학적 기능, 현기증 정

도, 삶의 질과 증상 점수에서 유의한 효과와 개선을 보였다. 한약 단독 투여군과 항현훈제 단독 투여군 간에는 유의한 차이가 없었다. 3개월 후 추적관찰에서는 한약과 항현훈제 병행 투여군과 한약 단독 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다. 한약과 항현훈제 병행 투여군과 한약 단독 투여군 간에는 유의한 차이가 없었다.¹⁰⁾

Tan(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 134명을 무작위배정하여 77명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 77명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 10일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹¹⁾

Tian(2010) 등은 경동맥 심장 증후군 환자 70명을 무작위배정하여 38명의 한약(계지가갈근탕)과 항고혈압제(칼슘길항제)를 병행 투여하는 군(시험군)과 32명의 항고혈압제를 단독 투여하는 군(대조군)으로 나누어 10일간 치료 후 치료 효과를 비교하였다. 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈 단일평가점수에서 한약과 항고혈압제를 병행 투여하는 군이 항고혈압제를 단독 투여하는 군에 비하여 유의한 효과 및 개선을 보였다.¹²⁾

Wang(2014)은 고혈압성 현훈 환자 80명을 40명의 한약(익기충명탕)과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이노제)를 병행 투여한 군(시험군)과 40명의 항고혈압제만 투여한 군(대조군)으로 나누어 치료 전후를 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항고혈압제 병행 투여군이 항고혈압제 단독 투여군에 비하여 유의성 있는 효과 및 개선을 보였다.¹³⁾

Wu(2019)는 고혈압성 현훈 환자 총 90명을 무작위배정하여 46명의 한약(반하백출천마탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 44명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁴⁾

Xie(2018) 등은 심인성 현훈 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(시호가용골모려탕)과 항우울제 병행 투여군(시험군)과 30명의 항우울제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 6주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항우울제 병행 투여군이 항우울제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁵⁾

Yu(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 70명을 35명의 한약(보중익기탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수(DHI), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁶⁾

Zhu(2019-2)는 고혈압성 현훈 환자 총 48명을 24명의 한약(반하백출천마탕합통규활혈탕가감)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 24명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독

투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁷⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.67 [95% CI 1.41, 1.99], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 3.25 [95% CI 1.96, 4.53]로 점수가 개선되었다. 따라서 한약과 합성의약품의 병행 투여가 합성의약품 단독 투여보다 비전정계 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	1063 (10 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.67 [1.41, 1.99]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	746 (6 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 3.25 [1.96, 4.53]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: I² ≥ 75%

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲ-B-2)에서는 비전정계 현훈 환자에게 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제, 항우울제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 총 12편의 무작위 대조군 임상연구와 총 5편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 합성의약품의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 비전정계 현훈 환자에게 한약과 합성의약품 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 비전정계 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 高鄂, 陈宇基, 石智杰, 王铭. 西药联合半夏白术天麻汤治疗颈性眩晕 53 例临床观察. 中国民族民间医药. 2018;27(17):98-99.

2. 谷新荣. 益气聪明汤治疗高血压眩晕 42例. 中国中医药现代远程教育(Chinese Medicine Modern Distance Education of China), 2015;13(12):53-55.
3. 古丽莎. 老年高血压性眩晕患者采用中西医结合治疗的效果分析. 临床医药文献杂志, 2017;4(3):6364-6365.
4. 顾超辉. 西药联合半夏白术天麻汤对颈性眩晕患者的临床疗效评价. 黑龙江中医药, 2019;6:25-26.
5. 呼兴华, 李玲, 李静, 王静怡. 葛根解肌胶囊治疗脉络瘀阻型颈性眩晕的临床效果. 临床医学研究与实践, 2019;20:92-93.
6. 张耀文, 赵光锋, 许玉皎. 黄杞益肾定眩汤治疗高血压致眩晕症 82 例. 环球中医药, 2018;11(3):432-434.
7. 纪传荣, 程丽. 定眩汤治疗颈性眩晕 30例 临床观察. 湖南中醫雜誌(HUNAN JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE), 2016;32(3):44-45.
8. 李光智, 林称心. 通窍定眩汤联合西药治疗痰瘀互结型眩晕高血压的效果及作用机制分析. 四川中医, 2017;35(4):121-123.
9. Luo L, Wang J, Han A, Zhang P, Guo S, Chen C, Xu X, Lin Q, Zhao H, Wang W. Chinese herbal medicine for chronic heart failure: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Journal of Traditional Chinese Medical Sciences, 2014;1:98-108.
10. 覃小兰, 王进忠, 杨时鸿, 卢爱丽. 颜氏益气聪明汤对于颈性眩晕的疗效评价研究. 四川中医 (Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine), 2012;30(5):73-75.
11. 谭运江, 彭朝霞. 半夏白术天麻汤联合西药治疗颈性眩晕的临床疗效观察. 中国现代药物应用, 2019;13(3):159-160.
12. 田素琴, 侯全忠. 桂枝加葛根汤治疗颈心综合征临床观察. 中华中医药学刊(CHINESE ARCHIVES OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE), 2010;28(7):1433-1434.
13. 王义相. 中医药治疗 80例 高血压性眩晕的临床分析. 中國處方藥, 2014;12(8):118-119.
14. 吴祥谦. 半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型高血压的效果探讨. 当代医药论丛, 2019;17(6):180-181.
15. 谢春荣, 段娜. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗60例慢性主观性头晕临床观察. 临床检验杂志(电子版), 2018;7(1):87-88.
16. 余晓敏, 周双秀, 刘芳, 张红远. 补中益气汤加减治疗颈源性眩晕的疗效分析. CHINA MEDICINE AND PHARMACY, 2019;9(19):75-108.
17. 朱显飞. 半夏白术天麻汤合通窍活血汤加减方对高血压眩晕的效果研究. 世界最新医学信息文摘, 2019;19(11):142-143.

3-1. 경추성 현훈

■ 침술

【R(IIIa-A-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 구술 단독 치료에 비해 일반침술을 구술과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

(1) 임상질문 : Q(IIIa-A-1)

경추성 현훈 환자에게 일반침술과 구술의 병행 치료는 구술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 구술	구술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Liang(2012) 등은 경추성 현훈 환자 총 60명을 무작위 배정하여 30명의 일반침술과 구술(백회(GV20)압구(百會壓灸))을 시술한 군과 30명의 구술(백회(GV20)압구(百會壓灸))을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수에서 일반침술과 구술을 병행한 치료군이 구술만 시행하는 군에 비하여 유의한 효과가 있었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 2.33 [95% CI 1.04, 5.25]으로 개선되었다. 현훈 종합평가점수에서 MD -4.60 [95% CI -6.17, -3.03]으로 개선되었다. 따라서 일반침술과 구술을 병행한 치료군이 구술 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	60 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	RR 2.33 [1.04, 5.25]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	60 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -4.60 [-6.17, -3.03]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-1)에서는 경추성 현훈 환자에게 구술에 비해 일반침술과 구술의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 구술의 병행 치료는 구술보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 일반침술과 구술의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 경추성 현훈 치료에 일반침술과 구술의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 증상 개선을 위해 일반침술을 구술과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 梁美爱, 段权, 黄伟添. 百会压灸联合针刺治疗椎动脉型颈椎病的临床研究. 实用医学杂志, 2012;28(11):1905-1908.

【 R(Ⅲa-A-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 일반침술을 한약과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-11
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72) (1) 杜仲, 熟地黄, 党参, 白芍各15g, 天麻, 茯苓, 当归各12g, 炙甘草 6g, 葛根20g, 川芎, 威灵仙, 防风, 独活各10g (2) 반하백출천마탕 (3) 정현통락탕 (4) 지현통비탕 2) 간양상항증(U65.0) (1) 천마구등음 3) 혈어증(U61.2) (1) 지현탕 (2) 양혈청뇌과립		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-A-2)

경추성 현훈 환자에게 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 한약	한약	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수, 현훈종합평 가점수), 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 11편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Chen(2019-2)은 경추성 현훈 환자 총 100명을 무작위 배정하여 50명의 한약으로 치료한 군과 50명의 한약과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈 단일평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Cong(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 68명을 무작위 배정하여 34명의 한약(반하백출천마탕가감)으로 치료한 군과 34명의 한약(반하백출천마탕가감)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수와 기저동맥 평균혈류속도에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Li(2019-1)는 경추성 현훈 환자 총 120명을 무작위 배정하여 60명의 한약(반하백출천마탕)으로 치료한 군과 60명의 한약(반하백출천마탕)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이

최대로 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

Su(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 80명을 무작위 배정하여 40명의 한약(정현통락탕)으로 치료한 군과 40명의 한약(정현통락탕)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁴⁾

Wang(2018)은 경추성 현훈 환자 총 100명을 무작위 배정하여 50명의 한약(반하백출천마탕)으로 치료한 군과 50명의 한약(반하백출천마탕)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁵⁾

Xia(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 72명을 무작위 배정하여 36명의 한약(천마구등음)으로 치료한 군과 36명의 한약(천마구등음)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁶⁾

Xiang(2017) 등은 경추성 현훈 환자 총 80명을 무작위 배정하여 40명의 한약(지현통비탕)으로 치료한 군과 40명의 한약(지현통비탕)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁷⁾

Zhao(2006)는 경추성 현훈 환자 총 76명을 무작위 배정하여 38명의 한약(양혈청뇌과립)으로 치료한 군과 38명의 한약(양혈청뇌과립)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 기저동맥 평균혈류속도에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁸⁾

Zhang(2006)은 경추성 현훈 환자 총 80명을 무작위 배정하여 40명의 한약(지현탕)으로 치료한 군과 40명의 한약(지현탕)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈종합평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁹⁾

Zhang(2011-2) 등은 경추성 현훈 환자 총 60명을 무작위 배정하여 30명의 한약(천마구등음, 반하백출천마탕)으로 치료한 군과 30명의 한약(천마구등음, 반하백출천마탕)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈종합평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁰⁾

Zhang(2013-2) 등은 경추성 현훈 환자 총 108명을 무작위 배정하여 53명의 한약으로 치료한 군과 55명의 한약과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈종합평가점수에서 한약 치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.50 [95% CI 1.25, 1.81]으로 개선되었다. 현훈종합평가점수에서 MD 3.95 [95% CI 1.97, 5.93]로 개선되었다. 기저동맥 평균혈류속도에서 MD 3.62 [95% CI -1.78, 9.03]로 유의한 효과를 보이지 않았다. 현훈단일평가점수에서 MD -0.96 [95% CI -1.04, -0.88]로 개선되었다. 따라서 한약치료와 일반침술을 병행한 치료군이 한약 치료를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	696 (8 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.50 [1.25, 1.81]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	548 (7 RCTs)	●●○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 3.95 [1.97, 5.93]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Important)	134 (2 RCTs)	●○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	MD 3.62 [-1.78, 9.03]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	100 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -0.96 [-1.04, -0.88]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과 없음을 포함함

c: I² ≥ 75%

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-2)에서는 경추성 현훈 환자에게 한약 치료에 비해 일반침술과 한약의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 8편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 한약의 병행 치료는 한약 치료보다 유사하거나 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 일반침술과 한약의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 경추성 현훈 치료에 일반침술과 한약의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것

으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 증상 개선을 위해 일반침술을 한약과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 陈宝钦. 中药配合针灸治疗颈性眩晕的临床疗效. 内蒙古中医药第. 2019;4(4):69-70.
2. 丛宇韩旭张忠平刘威刘浦. 针刺联合半夏白术天麻汤治疗痰浊中阻型颈性眩晕34例临床观察. 中国民族民间医药. 2018;27(8):80-82.
3. 李凤琴. 半夏白术天麻汤联合针刺治疗颈性眩晕的疗效分析. 中医中药. 2019;17(3):179.
4. 苏谨, 王宝亮, 张志军. 针刺联合定眩通络汤治疗颈性眩晕40例. TCM Res. 2018;31(3):59-61.
5. 王胜男. 半夏白术天麻汤配合针灸治疗颈性眩晕的临床疗效分析. Journal of Clinical Medical. 2018;5(74):66-68.
6. 夏飞, 虞鹤鸣. 针刺联合天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型颈性眩晕36例临床观察. 针灸推拿. 2019;51(3):62-64.
7. 相宏杰, 苏日亮, 刁雅静, 宋晓明, 宋鲁成. 止眩通痹汤配合浮针治疗颈性眩晕(痰瘀阻络证)的临床研究. JETCM. 2017;26(7):1262-1264.
8. 赵延红. 颈性眩晕的针灸与养血清脑颗粒治疗. Chin J Prim Med Pharm. 2006;13(11):1808-1809.
9. 张英. 针灸配合止眩汤治疗颈性眩晕40例. 浙江中医杂志. 2006;41(12):713.
10. 张峰, 林勇, 沈婳, 沈建红. 针药合用治疗颈性眩晕临床观察. JOURNAL OF NEW CHINESE MEDICINE. 2011;43(5):120-121.
11. 张颖, 梁伟波. 针刺联合中医辨证治疗颈性眩晕临床观察. JOURNAL OF NEW CHINESE MEDICINE. 2013;45(5):120-121.

【R(Ⅲa-A-3)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 일반침술을 경추부 근육이완요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-4

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-A-3)

경추성 현훈 환자에게 일반침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 경추부 근육이완요법	경추부 근육이완요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수), 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 4편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Zhang(2007)은 경추성 현훈 환자 총 128명을 무작위 배정하여 68명의 일반침술, 경추부 근육이완요법(완골(完骨, GB12), 풍지(風池, GB20), 천주(天柱, BL10) 등, 매일 1회, 총 4주)을 병행시술한 군과 60명의 경추부 근육이완요법(매일 1회, 총 4주)을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 총 유효율은 중재군에서 유의하게 차이가 없었다.¹⁾

Duan(2008)은 경추성 현훈 환자 총 92명을 무작위 배정하여 46명의 일반침술, 경추부 근육이완요법(풍지(風池, GB20), 천주(天柱, BL10), 완골(完骨, GB12), 백회(百會, GV20) 등)을 병행시술한 군과 46명의 경추부 근육이완요법을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 총 유효율은 중재군에서 유의하게 차이가 있었다.²⁾

Zhao(2014) 등은 경추성 현훈 환자 총 210명을 무작위 배정하여 105명의 일반침술, 경추부 근육이완요법(풍지(風池, GB20), 대추(大椎, GV14) 등, 3일 1회, 총 5회)을 시술한 군과 105명의 경추부 근육이완요법을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 총 유효율, 현훈종합평가점수가 중재군에서 유의하게 차이가 있었다.³⁾

Jin(2014) 등은 경추성 현훈 환자 총 78명을 무작위 배정하여 40명의 일반침술, 경추부 근육이완요법(백회(百會, GV20), 풍부(風府, GV16) 등 매일 1회, 총 2주)을 병행시술한 군과 38명의 경추부 근육이완요법을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 기저동맥 평균혈류속도는 중재군에서 유의하게 차이가 있었고, 총 유효율은 중재군에서 유의하게 차이가 있었다.⁴⁾

② 연구결과의 요약

절량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.31 [95% CI 1.10, 1.57]로 개선되었다. 현훈종합평가점수에서 MD 4.08 [95% CI 3.24, 4.92]로 개선되었다. 기저동맥 평균혈류속도에서 MD 5.51 [95% CI 3.52, 7.50]로 개선되었다. 따라서 경추부 근육이완요법과 일반침술을 병행한 치료군이 경추부 근육이완요법을 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	508 (4 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.31 [1.10, 1.57]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	210 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 4.08 [3.24, 4.92]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Important)	78 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 5.51 [3.52, 7.50]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-3)에서는 경추성 현훈 환자에게 경추부 근육이완요법 치료에 비해 일반침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 4편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 추나요법 치료와 유사하거나 유의하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈에 대한 일반침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 경추성 현훈 환자의 치료에 일반침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 증상 개선을 위해 일반침술을 경추부 근육이완요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 张小峰. 针刺联合推拿治疗颈性眩晕188例. 针灸临床杂志. 2007;23(10):8-9.
2. 段松会. 针刺配合推拿治疗颈性眩晕92例. 实用医技杂志. 2008;15(27):3757.
3. 赵爱英, 姜布平. 针刺推拿治疗颈性眩晕疗效分析. 河北医药. 2014;36(12):1822-1823.
4. 金坚, 赵玲丹. 手法推拿联合针灸治疗老年颈性眩晕的效果及对椎-基底动脉血流动力学的影
响. 中国老年学杂志. 2014;34(9):2403-2405.

【R(Ⅲa-A-4)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 추나요법 단독 치료에 비해 일반침술을 추나요법과 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> 한방물리요법 중 추나요법은 단순추나(근막추나, 관절가동추나, 관절신연추나), 복잡추나(관절교정추나), 특수추나(탈구추나)로 분류된다. 		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-A-4)

경추성 현훈 환자에게 일반침술과 추나요법의 병행 치료는 추나요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균 혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 추나요법	추나요법	현훈증상척도 (총 유효율), 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Teng(2010) 등은 경추성 현훈 환자 총 139명을 무작위 배정하여 69명의 일반침술, 추나요법(족삼리(足三里, ST6), 풍지(風池, GB20), 삼음교(三陰交, SP6) 등, 매일 1회, 총 30일)을 병행 시술한 군과 70명의 추나요법을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 기저동맥 평균혈류속도는 중재군에서 유의하게 차이가 있었고, 총 유효율은 중재군에서 유의하게 차이가 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.22 [95% CI 0.67, 2.22]로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 기저동맥 평균혈류속도에서 MD 10.18 [95% CI 8.55, 11.81]로 개선되었다. 따라서 일반침술과 추나요법을 병행한 치료군이 추나요법을 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료 전후 군내 비교에 따르면 병행 치료는 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	139 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	RR 1.22 [0.67, 2.22]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Important)	139 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 10.18 [8.55, 11.81]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음
 b: 신뢰구간이 효과 없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-4)에서는 경추성 현훈 환자에게 추나요법 치료에 비해 일반침술과 추나요법의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 추나요법의 병행 치료는 추나요법 치료와 유사하거나 유의하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 경추성 현훈에 대한 일반침술과 추나요법의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 경추성 현훈 환자의 치료에 일반침술과 추나요법의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈에 대한 일반침술과 추나요법의 병행 치료가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 증상 개선에 일반침술을 추나요법과 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 滕春光(Teng), 段俊峰. 颈部理筋正骨加分型针刺治疗椎动脉型颈椎病的临床研究. 颈腰痛杂志. 2010;31(4):259-262.

【R(IIIa-A-5)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 일반침술을 혈관확장제와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1, 2

(1) 임상질문 : Q(IIIa-A-5)

경추성 현훈 환자에게 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 혈관확장제	혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 2편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Lian(2016) 등은 경추성 현훈 환자 총 160명을 무작위 배정하여 80명의 혈관확장제(플루나리진)으로 치료한 군과 80명의 혈관확장제(플루나리진)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 혈관확장제와 일반침술을 병행한 치료군이 혈관확장제만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈으며 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율은 유의하게 차이가 없었다.¹⁾

Yao(2018)는 경추성 현훈 환자 총 70명을 무작위 배정하여 35명의 혈관확장제(플루나리진)으로 치료한 군과 35명의 혈관확장제(플루나리진)과 일반침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 혈관확장제와 일반침술을 병행한 치료군이 혈관확장제만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.51 [95% CI 1.00, 2.29]로 개선되었다. 기저동맥 평균혈류속도에서 MD 4.33 [95% CI 3.70, 4.96]으로 개선되었다. 현훈단일평가점수에서 MD -1.03 [95% CI -1.34, -0.72]으로 개선되었다. 추골동맥 평균혈류속도에서 MD 4.04 [95% CI 2.88, 5.20]로 개선되었다. 현훈종합평가점수에서 MD 4.40 [95% CI 3.48, 5.32]으로 개선되었다. 따라서 혈관확장제와 일반침술을 병행한 치료군이 혈관확장제를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	230 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.51 [1.00, 2.29]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Important)	230 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 4.33 [3.70, 4.96]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	160 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -1.03 [-1.34, -0.72]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Important)	160 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 4.04 [2.88, 5.20]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	70 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 4.40 [3.48, 5.32]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-5)에서는 경추성 현훈 환자에게 혈관확장제에 비해 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 2편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 치료보다 유사하거나 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 일반침술과 혈관확장제의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 경추성 현훈 치료에 일반침술 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 응급 및 급성기의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 증상 개선을 위해 일반 침술을 혈관확장제와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 连清, 刘伟超, 王伟光, 刘仁斌. “调神益智”针刺治疗颈性眩晕的临床研究. JETCM. 2016;25(4):575-578.
2. 姚志城. 督脉揞针联合盐酸氟桂利嗪治疗颈性眩晕临床疗效观察. 上海针灸杂志, 2018;37(7):797-800.

【R(IIIa-A-6)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 고압산소치료 단독 요법에 비해 일반침술을 고압산소치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1

(1) 임상질문 : Q(IIIa-A-6)

경추성 현훈 환자에게 일반침술과 고압산소치료의 병행 치료는 고압산소치료 단독 요법에 비해 현훈 척도의 점수를 개선 시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 고압산소치료	고압산소치료	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Du(2007) 등은 경추성 현훈 환자 총 80명을 무작위 배정하여 40명의 일반침술, 고압산소치료(매월 1회, 총 14주)를 시술한 군과 40명의 고압산소치료(매월 1회, 총 14주)를 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈종합평가점수가 중재군에서 유의하게 차이가 있었고, 총 유효율은 중재군에서 유의하게 차이가 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 2.00 [95% CI 0.83, 4.81]으로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 현훈종합평가에서 MD 5.07 [95% CI 3.82, 6.32]로 개선되었다. 따라서 고압산소치료와 일반침술을 병행한 치료군이 고압산소치료를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	80 (1 non-RCT)	●○○○ Very Low ^{a,b}	RR 2.00 [0.83, 4.81]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	80 (1 non-RCT)	●●○○ Low ^a	-	-	MD 5.07 [3.82, 6.32]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-6)에서는 경추성 현훈 환자에게 고압산소치료에 비해 일반침술과 고압산소치료의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 일반침술과 고압산소치료의 병행 치료는 고압산소치료와 유사하거나 유의하게 현훈증상적도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 경추성 현훈에 대한 일반침술과 고압산소치료의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 경추성 현훈 환자의 치료에 일반침술과 고압산소치료의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈에 대한 일반침술과 고압산소치료의 병행 치료가 효과적이나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 경추성 현훈에 증상 개선을 위해 일반침술을 고압산소치료와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 杜琼, 庄晓, 陈赛娇, 邹银坤, 黄振新, 张丽华, 黄莉, 杨玉珍. 高压氧合并针刺治疗职业人员颈源性椎—基动脉血流动力学紊乱疗效研究. 职业卫生与应急救援 2007;25(1):17-19.

【R(IIIa-A-7)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 도침술을 경추부 근육이완요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1, 2

(1) 임상질문 : Q(IIIa-A-7)

경추성 현훈 환자에게 도침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	도침술 + 경추부 근육이완요법	경추부 근육이완요법	현훈증상척도 (총 유효율), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 2편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Li(2019-2) 등은 경추성 현훈 환자 총 90명을 무작위 배정하여 45명의 경추부 근육이완요법으로 치료한 군과 45명의 경추부 근육이완요법과 도침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 경추부 근육이완요법과 도침술을 병행한 치료군이 경추부 근육이완요법만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Wang(2014-1) 등은 경추성 현훈 환자 총 201명을 무작위 배정하여 100명의 경추부 근육이완요법으로 치료한 군과 101명의 경추부 근육이완요법과 도침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 경추부 근육이완요법과 도침술을 병행한 치료군이 경추부 근육이완요법만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.65 [95% CI 1.25, 2.18]로 개선되었다. 추골동맥 평균혈류속도에서 MD 13.13 [95% CI 11.12, 15.14]으로 개선되었다. 기저동맥 평균혈류속도에서 MD 9.62 [95% CI 7.48, 11.76]로 개선되었다. 따라서 경추부 근육이완요법과 도침술을 병행한 치료군이 경추부 근육이완요법을 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	291 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.65 [1.25, 2.18]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Important)	90 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 13.13 [11.12, 15.14]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Important)	90 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 9.62 [7.48, 11.76]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-7)에서는 경추성 현훈 환자에게 경추부 근육이완요법에 비해 도침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 2편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 도침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 경추부 근육이완요법보다 유의미하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있으며 추정치가 바뀔 가능성이 있다고 판단하였다. 경추성 현훈에 대한 도침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 경추성 현훈 환자의 치료에 도침술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈에 증상 개선을 위해 도침술을 경추부 근육이완요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 李军义, 罗振强. 小针刀配合手法治疗颈性眩晕45例疗效观察. 现代中医药. 2019;39(4):37-39.
2. 王卫刚, 何威. Clinical observation of cervical vertigo treated with acupotomy massage manipulation. 针灸推拿. 2014;16(11):174-176.

【R(IIIa-A-8)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 추나요법 단독 치료에 비해 도침술을 추나요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-3

(1) 임상질문 : Q(IIIa-A-8)

경추성 현훈 환자에게 도침술과 추나요법의 병행 치료는 추나요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	도침술 + 추나요법	추나요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수, 현훈단일평 가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 3편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Chen(2019-1) 등은 경추성 현훈 환자 총 62명을 무작위 배정하여 31명의 추나요법으로 치료한 군과 31명의 추나요법과 도침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수와 현훈단일평가점수에서 추나요법과 도침술을 병행한 치료군이 추나요법만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Fan(2010) 등은 경추성 현훈 환자 총 56명을 무작위 배정하여 28명의 추나요법으로 치료한 군과 28명의 추나요법과 도침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 추나요법과 도침술을 병행한 치료군이 추나요법만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Liu(2013) 등은 경추성 현훈 환자 총 74명을 무작위 배정하여 37명의 추나요법으로 치료한 군과 37명의 추나요법과 도침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈종합평가점수에서 추나요법과 도침술을 병행한 치료군이 추나요법만 시행하는 군에 비해 유의하게 차이가 있었고, 총 유효율은 유의하게 차이가 없었다.³⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.68 [95% CI 1.17, 2.41]로 개선되었다. 현훈 종합평가점수에서 MD -6.46 [95% CI -9.34, -3.58]으로 개선되었다. 현훈단일평가점수에서 MD -2.04 [95% CI -2.56, -1.52]로 개선되었다. 따라서 추나요법과 도침술을 병행한 치료군이 추나요법을 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	192 (3 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.68 [1.17, 2.41]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	74 (1 RCT)	●●○○ Low ^b	-	-	MD -6.46 [-9.34, -3.58]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	62 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -2.04 [-2.56, -1.52]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음
 b: 무작위 배정이 이루어지지 않고, 회상 비뚤림의 위험성이 큼

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-8)에서는 경추성 현훈 환자에게 추나요법 치료에 비해 도침술과 추나요법의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 3편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 도침술과 추나요법의 병행 치료는 추나요법 치료와 유사하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있으며 추정치가 바뀔 가능성이 있다고 판단하였다. 경추성 현훈에 대한 도침술과 추나요법의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 경추성 현훈 환자의 치료에 도침술과 추나요법의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈에 대한 도침술과 추나요법의 병행 치료가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈에 증상 개선을 위해 도침술을 추나요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 陈荣庄, 阮紫娟, 周敏. 小针刀联合手法治疗颈源性眩晕的效果观察. 中外医学研究, 2019;17(12):132-134.
2. 范志勇, 黄伟昌, 朱文香, 查和萍. 风池穴针刀刺血为主治疗颈源性眩晕. 中国康复, 2010;25(4):285-286.
3. 刘肖瑜, 张晓晖. 刃针配合龙氏手法治疗颈性眩晕117例. CJGMCM, 2013;28(10):2113-2115.

【R(Ⅲa-A-9)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 경추 안전성 운동 단독 치료에 비해 도침술을 경추 안전성 운동과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-A-9)

경추성 현훈 환자에게 도침술과 경추 안전성 운동의 병행 치료는 경추 안전성 운동 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	도침술 + 경추 안전성 운동	경추 안전성 운동	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수), 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Zhao(2019-1) 등은 경추성 현훈 환자 총 158명을 무작위 배정하여 79명의 경추 안전성 운동으로 치료한 군과 79명의 경추 안전성 운동과 도침술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수와 기저동맥 평균혈류속도에서 경추 안전성 운동과 도침술을 병행한 치료군이 경추 안전성 운동만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.48 [95% CI 1.02, 2.16]로 개선되었다. 현훈종합평가점수에서 MD -7.79 [95% CI -9.29, -6.29]로 개선되었다. 기저동맥 평균혈류속도에서 MD 4.10 [95% CI 3.02, 5.18]으로 개선되었다. 따라서 경추 안전성 운동과 도침술을 병행한 치료군이 경추 안전성 운동을 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	158 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.48 [1.02, 2.16]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	158 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -7.79 [-9.29, -6.29]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Important)	158 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 4.10 [3.02, 5.18]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-9)에서는 경추성 현훈 환자에게 경추 안전성 운동 치료에 비해 도침술과 경추 안전성 운동의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 도침술과 경추 안전성 운동의 병행 치료는 경추 안전성 운동 치료보다 유의미하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있으며 추정치가 바뀔 가능성이 있다고 판단하였다. 경추성 현훈에 대한 도침술과 경추 안전성 운동의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 도침술을 경추 안전성 운동 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 赵秋鹤, 贺芳, 周庆辉. 针刀松解辅助颈椎稳定性训练治疗颈性眩晕疗效及对椎-基底动脉血流的影响. 现代中西医结合杂志. 2019;28(6):632-634.

【R(Ⅲa-A-10)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 추나요법 단독 치료에 비해 침전기 자극술을 추나요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-A-10)

경추성 현훈 환자에게 침전기 자극술과 추나요법의 병행 치료는 추나요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	침전기 자극술 + 추나요법	추나요법	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Guo(2012) 등은 경추성 현훈 환자 총 120명을 무작위 배정하여 60명의 침전기 자극술(백회(百會, GV20), 풍지(風池, GB20), 풍부(風府, GV16) 등), 추나요법을 시술한 군과 60명의 추나요법을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 총 유효율이 중재군에서 유의하게 차이가 있었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 2.22 [95% CI 1.45, 3.40]으로 개선되었다. 따라서 추나요법과 침전기 자극술을 병행한 치료군이 추나요법을 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	120 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	RR 2.22 [1.45, 3.40]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-10)에서는 경추성 현훈 환자에게 추나요법 치료에 비해 침전기 자극술과 추나요법의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 침전기 자극술과 추나

요법의 병행 치료는 추나요법 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 침전기자극술과 추나요법의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 경추성 현훈 치료에 침전기자극술과 추나요법의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 증상 개선을 위해 침전기자극술을 추나요법과 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 郭崇秋, 何玉钦. 骨空针配合正骨治疗颈性眩晕60例. 浙江中医杂志, 2012;47(10):754-755.

【R(Ⅲa-A-11)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 항현훈제 단독 치료에 비해 침전기자극술을 항현훈제와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1, 2

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-A-11)

경추성 현훈 환자에게 침전기자극술과 항현훈제의 병행 치료는 항현훈제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 기저동맥 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	침전기자극술 + 항현훈제	항현훈제	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 2편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Liu(2019-2) 등은 경추성 현훈 환자 총 56명을 무작위 배정하여 28명의 항현훈제(플루나리진)로 치료한 군과 28명의 항현훈제(베타히스틴, 플루나리진)와 침전기자극술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈단일평가점수에서 항현훈제와 침전기자극술을 병행한 치료군이 항현훈제만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Zhao(2019-2) 등은 경추성 현훈 환자 총 118명을 무작위 배정하여 59명의 항현훈제(베타히스틴, 플루나리진)로 치료한 군과 59명의 항현훈제(베타히스틴, 플루나리진)와 침전기자극술을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 기저동맥 평균혈류속도에서 항현훈제와 침전기자극술을 병행한 치료군이 항현훈제만 시행하는 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.43 [95% CI 1.04, 1.97]으로 개선되었다. 현훈단일평가점수에 서 MD -3.46 [95% CI -4.55, -2.37]으로 개선되었다. 기저동맥 평균혈류속도에서 MD 4.62 [95% CI 2.94, 6.30]로 개선되었다. 따라서 항현훈제와 침전기자극술을 병행한 치료군이 항현훈제를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	118 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.43 [1.04, 1.97]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	56 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -3.46 [-4.55, -2.37]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Important)	118 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 4.62 [2.94, 6.30]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-11)에서는 경추성 현훈 환자에게 항현훈제 치료에 비해 침전기자극술과 항현훈제의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 2편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 침전기자극술과 항현훈제의 병행 치료는 항현훈제 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 침전기자극술과 항현훈제의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 증상 개선을 위해 침전기자극술을 항현훈제와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 刘一霖, 杨柯平, 杨继若, 吴玉泓. 头体针结合药物治疗颈源性眩晕的临床观察. 甘肃医药. 2019;38(11):1025-1026.
2. 赵秋鹤, 常成, 周庆辉. 电针联合西药对颈性眩晕患者血液理化的影响. Shanghai J Acu-mox. 2019;38(3):312-316.

【R(Ⅲa-A-12)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 기기구술을 경추부 근육이완요법과 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-A-12)

경추성 현훈 환자에게 기기구술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 경추부 근육이완요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	기기구술 + 수기요법	수기요법	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Jiang(2013-2) 등은 경추성 현훈 환자 총 60명을 무작위 배정하여 30명의 기기구술(풍부(風府, GV16), 풍지(風池, GB20), 대추(大椎, GV14) 등), 경추부 근육이완요법을 시술한 군과 30명의 경추부 근육이완요법을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 총 유효율은 중재군에서 유의하게 차이가 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.67 [95% CI 0.69, 4.00]로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 따라서 기기구술과 경추부 근육이완요법을 병행 치료하는 것이 경추부 근육이완요법 단독으로 시행하는 것에 비하여 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료전후 군내 비교에 따르면 병행 치료는 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	60 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	RR 1.67 [0.69, 4.00]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과 없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-12)에서는 경추성 현훈 환자에게 경추부 근육이완요법 치료에 비해 기기구술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 기기구술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 경추부 근육이완요법과 유사하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 경추성 현훈에 대한 기기구술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 경추성 현훈 환자의 치료에 기기구술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈에 대한 기기구술과 경추부 근육이완요법의 병행 치료가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 경추성 현훈에 증상 개선을 위해 기기구술을 경추부 근육이완요법과 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 江旭, 任燕. 脊柱微调手法配合雷火灸治疗颈性眩晕临床观察. 中国中医急症. 2013;22(5): 795-796.

【R(IIIa-A-13)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 한약 단독 치료에 비해 매선술을 한약과 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1

(1) 임상질문 : Q(IIIa-A-13)

경추성 현훈 환자에게 매선술과 한약의 병행치료는 한약 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	매선술 + 한약 (양혈청뇌과립제)	한약 (양혈청뇌과립제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Li(2013) 등은 경추성 현훈 환자 총 60명을 비무작위 배정하여 30명의 매선술(견정(肩井, GB21), 천종(天宗, SI11) 등), 한약(양혈청뇌과립제)을 시술한 군과 30명의 한약(양혈청뇌과립제)을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 총 유효율, 현훈종합평가점수가 중재군에서 유의하게 차이가 있었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 2.50 [95% CI 0.88, 7.10]으로 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다. 현훈종합평가점수에서 MD 2.21 [95% CI 1.39, 3.03]로 개선되었다. 따라서 한약 치료와 매선술을 병행한 치료군이 한약 치료를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	60 (1 non RCT)	●○○○ Very Low ^{a,b}	RR 2.50 [0.88, 7.10]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	60 (1 non RCT)	●●○○ Low ^a	-	-	MD 2.21 [1.39, 3.03]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 무작위 배정이 이루어지지 않고, 회상 비뚤림의 위험성이 큼

b: 신뢰구간이 효과 없음을 포함함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-A-13)에서는 경추성 현훈 환자에게 한약(양혈청뇌 과립제) 치료에 비해 매선술과 한약(양혈청뇌 과립제)의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 비무작위 배정 임상연구 분석 결과 매선술과 한약(양혈청뇌 과립제)의 병행 치료는 한약(양혈청뇌 과립제) 치료보다 유의하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

하지만 본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 경추성 현훈에 대한 매선술과 한약(양혈청뇌 과립제)의 병행 치료가 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 우리나라에서 현재 경추성 현훈에 매선술과 한약(양혈청뇌 과립제)의 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

근거수준은 낮음(Low)으로 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 경추성 현훈 환자에 증상 개선을 위해 매선술을 한약(양혈청뇌 과립제)과 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 李少敏, 谢继萍, 徐向阳, 敬然. 穴位埋线结合养血清脑颗粒治疗椎动脉型颈椎病中眩晕的近期效果. 宁夏医学杂志. 2013;35(8):693-695.

【R(Ⅲa-B-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 침술 단독 치료에 비해 한약과 침술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1-9
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): (1) 반하백출천마탕 가감방: 백출, 몰약, 강활, 천마, 유향, 굴홍, 천궁, 조구등 10g, 감초, 반하 6g, 복령 20g, 전갈 3g (Yao 2018) 2) 심비양허증(U78.7): (1) 익기총명탕 가감방: - 황기, 백작약, 만형자 각15g, 갈근, 백출, 반하, 단삼, 자하수오 각12g, 승마 9g, 감초 6g (Dai 2018) - 황기 30g, 당삼 20g, 갈근 15g, 승마 10g, 만형자 15g, 택사 10g, 백출, 천궁 20g, 당귀, 굴홍 15g, 자감초 10g (Gu 2018) - 백출 12g, 만형자 13g, 감초 13g, 반하 11g, 승마 7g, 황백 8g, 단삼 14g, 인삼 11g, 백작약 11g, 황기 12g, 갈근 10g, 자하수오 11g (Qiu 2018) - 황기 12g, 단삼 15g, 당삼 15g, 승마 8g, 갈근 30g, 당귀 10g, 백출 12g, 천궁 10g, 백작약 10g, 복령 10g, 속지황 10g, 자감초 6g, 만형자 15g (Qiu 2019) - 황기, 인삼, 만형자, 백작약, 단삼, 감초 10~15g, 갈근, 백출, 반하, 자하수오 10~12g, 승마, 황백 6~9g (Rao 2017) - 황기 12g, 인삼 11g, 승마 7g, 만형자 13g, 백작약 11g, 갈근 10g, 황백 8g, 단삼 14g, 백출 12g, 감초 13g, 자하수오 11g, 반하 11g (Wang 2017-1) - 감초 6g, 승마 9g, 황기 15g, 황백 3g, 갈근 9g, 백작약 10g, 인삼 15g, 만형자 6g (Yang 2018-2) (2) 보중익기탕 가감방: 황기 60g, 당삼 10g, 백출 10g, 승마 6g, 시호 12g, 진피 6g, 당귀 10g, 황백 12g, 갈근 30g, 택사 30g, 백작약 10g, 감초 9g (Lu 2017-1)		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-B-1)

경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 침술의 병행 치료는 침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	한약 + 침술	침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 6편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Dai(2018)는 경추성 현훈 환자 총 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 41명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Gu(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 70명을 무작위배정하여 35명의 한약(익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 35명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수(FS-CSA), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Lu(2017-1) 등은 경추성 현훈 환자 총 54명을 무작위배정하여 27명의 한약(보중익기탕가감)과 침술 병행 치료군(시험군)과 27명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 20일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Qiu(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 110명을 무작위배정하여 55명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 55명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Qiu(2019)는 경추성 현훈 환자 총 106명을 53명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 53명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁵⁾

Rao(2017)는 경추성 현훈 환자 총 82명을 41명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 41명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 후 비교한 결과 현훈단일평가점수에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁾

Wang(2017-1) 등은 경추성 현훈 환자 총 48명을 24명의 한약(가미익기활혈총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 24명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁾

Yang(2018-2)은 경추성 현훈 환자 총 146명을 무작위배정하여 73명의 한약(가미익기총명탕)과 침술 병행 치료군(시험군)과 73명의 침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁸⁾

Yao(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 78명을 무작위배정하여 39명의 한약(반하백출천마탕가감)과 도침술 병행 치료군(시험군)과 39명의 도침술 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 6주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 도침술 병행 치료군이 대조군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.61 [95% CI 1.31, 1.99], 현훈단일평가점수에서 치료

후 SMD 1.93 [95% CI 1.11, 2.75], 추골동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 2.79 [95% CI 2.10, 3.49], 기저동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 3.53 [95% CI 2.87, 4.19]로 점수와 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 한약과 침술의 병행 치료가 침술 단독 치료보다 경추성 현훈증상척도와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	540 (6 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.61 [1.31, 1.99]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	234 (3 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 1.93 [1.11, 2.75]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Critical)	348 (4 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.79 [2.10, 3.49]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	458 (5 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 3.53 [2.87, 4.19]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: I² ≥ 75%

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-B-1)에서는 경추성 현훈 환자에게 침술 단독 치료에 비해 한약과 침술의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 총 6편의 무작위 대조군 임상연구와 총 3편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 침술의 병행 치료는 침술 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 경추성 현훈 환자에게 한약과 침술 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 경추성 현훈 치료에 한약과 침술 병행 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈에 대한 한약과 침술 병행 치료가 효과적이나 근거수준이 낮다. 그러나 임상 경험을 바탕으로 경추성 현훈 치료에 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부

여한다. 즉, 경추성 현훈 환자에게 현훈 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위하여 한약과 침술의 병행 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 戴嘉. 针灸联合加味益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕的临床观察. 中医、药理论, 2018;2:184-186.
2. 顾伟, 闵婕. 益气温中针灸疗法联合益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕临床研究. 中医学报, 2018;33(7):1359-1363.
3. 吕雁, 李伟峰. 补中益气汤配合针刺治疗颈性眩晕临床研究. 中医学报, 2017;32(8):1515-1518.
4. 邱坤文, 任雅妮. 加味益气聪明汤联合针灸治疗气血亏虚型颈性眩晕的效果. 临床医学研究与实践, 2018;29:130-131.
5. 邱玲. 针灸联合加味益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕的临床观察. 中国处方药, 2019;17(8):126-127.
6. 饶玲玲. 加味益气聪明汤联合针灸治疗气血亏虚型颈性眩晕患者的疗效. 医疗装备, 2017;30(7):110-111.
7. 王钰, 赵美. 针灸联合加味益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕 24 例. 中国中医药现代远程教育, 2017;15(6):93-95.
8. 杨旭峰. 加味益气聪明汤联合针灸治疗颈性眩晕73例临床观察. 中国民族民间医药, 2018;27(7):96-98.
9. 姚桂林, 陈荣庄, 李啟叶, 邓焕伦, 黄冠荣. 小针刀配合半夏白术天麻汤加减治疗颈源性眩晕的疗效分析. 2018;6:127-128.

【 R(Ⅲa-B-2) 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 수기요법 단독 치료에 비해 한약과 수기요법의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-6
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): (1) 정현탕 가감방: - 당삼, 용골, 복령, 모려 각30g, 백출, 택사 각20g, 당귀, 백작약, 하엽, 천궁 각15g, 계지, 진피, 천마, 시호 각 10g, 자감초, 건강 각9g (Liu 2019) - 천마 12g, 조구등 12g, 모려 30g, 진주모 30g, 단삼 9g, 천궁 9g, 전갈 12g, 갈근 20g, 상기생 12g (Wang 2010) - 천마 10~15g, 조구등 30g, 백작약 30g, 천궁 15~30g, 단삼 15~30g, 갈근 30~60g, 복령 30g, 자감초 10g (Zhu 2019-1) (2) 반하백출천마탕 가감방: - 갈근 12g, 작약 10g, 계지 12g, 천마 12g, 법반하 9g, 복령 12g, 백출 15g, 굴피 6g, 감초 6g, 대조 3개 (Cai 2019) - 반하 9g, 백출 10g, 천마 9g, 복령 10g, 진피 10g, 생강 6g, 감초 6g, 대조 2개 (Pan 2019) (3) 계지갈근탕: 계지 9g, 백작약 9g, 갈근 15g, 천마 15g, 천궁 10g, 백지 10g (Shang 2016)		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-B-2)

경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 수기요법의 병행 치료는 수기요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	한약 + 수기요법	수기요법	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 5편의 무작위 대조군 임상연구와 총 1편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Cai(2019)는 경추성 현훈 환자 60명을 30명의 한약(갈근천마백출반하탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 30명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 2주간 치료 후 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독치료군에 비해 유의한 효과 및 개선을 보였다.¹⁾

Liu(2019) 등은 경추성 현훈 환자 126명을 무작위배정하여 63명의 한약(익기정현탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 63명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 20일간 치료 후 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독치료군에 비

해 유의한 효과 및 개선을 보였다.²⁾

Pan(2019) 등은 경추성 현훈 환자 100명을 무작위배정하여 50명의 한약(반하백출천마탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 50명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 2주간 치료 후 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독치료군에 비해 유의한 효과 및 개선을 보였다.³⁾

Shang(2016) 등은 경추성 현훈 환자 82명을 무작위배정하여 41명의 한약(계지갈근탕)과 이석정복술 병행 치료군(실험군)과 41명의 이석정복술만 시행하는 군(대조군)으로 나누어 2주간 치료 후 치료 효과를 비교하였다. 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 이석정복술 병행 치료군이 이석정복술만 시행하는 군에 비해 유의한 효과 및 개선을 나타냈다.⁴⁾

Wang(2010) 등은 경추성 현훈 환자 66명을 무작위배정하여 34명의 한약(정현탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 32명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독 치료군에 비해 유의한 효과 및 개선을 보였다.⁵⁾

Zhu(2019-1)는 경추성 현훈 환자 120명을 무작위배정하여 60명의 한약(소경정현탕)과 추나요법 병행 치료군(시험군)과 60명의 추나요법 단독 치료군(대조군)으로 나누어 2주간 치료 후 치료 효과를 비교한 결과, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 추나요법 병행 치료군이 추나요법 단독치료군에 비해 유의한 효과 및 개선을 보였으며 현훈 단일평가점수에서는 유의한 효과를 보이지 않았다.⁶⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.67 [95% CI 1.31, 2.12], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 0.63 [95% CI -0.60, 1.87], 추골동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 3.48 [95% CI 2.52, 4.44], 기저동맥 평균혈류속도에서 치료 후 MD 1.98 [95% CI 0.95, 3.01]로 점수와 평균혈류속도가 개선되었다. 따라서 한약과 수기요법의 병행 치료가 수기요법 단독 치료보다 경추성 현훈증상척도와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	494 (5 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.67 [1.31, 2.12]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	492 (5 RCTs)	●○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	SMD 0.63 [-0.60, 1.87]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥 평균혈류속도 (Critical)	246 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 3.48 [2.52, 4.44]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	246 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 1.98 [0.95, 3.01]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: I² ≥ 75%

c: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-B-2)에서는 경추성 현훈 환자에게 수기요법 단독 치료에 비해 한약과 수기요법의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 총 5편의 무작위 대조군 임상연구와 총 1편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 수기요법의 병행 치료는 수기요법 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에게 한약과 수기요법 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 경추성 현훈 환자에게 현훈 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위하여 한약과 수기요법 병행 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 蔡旺鑫. 颈椎手法斜扳整脊配合葛根天麻白术半夏汤在颈性眩晕治疗中的效果观察. 中国医药指南. 2019;17:175-176.
2. 刘少鸿, 袁小霞. 穴位推拿联合益气定眩汤治疗颈性眩晕的临床研究. 中医药导报. 2019;25(3):111-114.

3. 潘明柱, 张洁瑛, 荣兵, 李建. 半夏白术天麻汤加减结合穴位手法推拿治疗颈性眩晕的临床研究. 中国中医基础医学杂志, 2019;25(9):1285-1288.
4. 尚国涛, 任利. 桂枝葛根汤治疗颈椎病眩晕的临床疗效观察. 中西医结合心血管病杂志(Cardiovascular Disease Journal of integrated traditional Chinese and Western Medicine), 2016;4(3):179-180.
5. 王季春, 曹彬. 推拿配合定眩汤治疗颈性眩晕的临床研究. 辽宁中医杂志, 2010;37(2):294-296.
6. 朱恪材. 疏颈定眩汤联合颈椎牵引和推拿治疗颈性眩晕 60 例. 中医研究, 2019;32(7):21-23.

【 R(Ⅲa-B-3)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항현훈제(뇌혈관개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Low	1-7
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 반하백출천마탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 복령 30g, 제담성, 강반하, 택사 각10g, 후박, 진피, 백출, 천마, 천궁, 만형자 각12g (Gao 2018) - 반하 10g, 백작약 15g, 진피 12g, 백출 15g, 죽여 15g, 생강 10g, 복령 15g, 지각 12g (Gu 2019) - 반하, 천마, 백출, 복령 9g, 굴홍, 감초, 생강 6g, 대조 3개 (Tan 2019) (2) 정현탕 가감방: 당삼 20g, 백출 20g, 복령 15g, 반하 9g, 진피 10g, 당귀 10g, 천궁 15g, 백작약 15g, 택사 20g, 옹골 30g, 모려 30g, 자감초 5g (Ji 2016) (3) 갈근해기탕: 갈근, 시호, 황금, 적작약, 강활, 석고, 승마, 백지, 길경 4g, 감초 2g, 대추 2개, 생강 3편 (Hu 2019) 2) 심비양허증(U78.7): <ol style="list-style-type: none"> (1) 익기총명탕 가감방: 황기, 당삼, 갈근, 승마, 만형자, 택사, 백출, 천궁, 굴홍, 통천초 등 (Qin 2012) (2) 보중익기탕: 백출 12g, 황기 15g, 당귀 10g, 인삼 10g, 승마 3g, 자감초 5g, 시호, 진피 3g (Yu 2019) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 플루나리진(flunarizine), 베타히스틴(betahistine) 		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-B-3)

경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항현훈제(뇌혈관개선제)의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	한약 + 항현훈제 (뇌혈관개선제)	항현훈제 (뇌혈관개선제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 6편의 무작위 대조군 임상연구와 총 1편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Gao(2018) 등은 경추성 현훈 환자 총 106명을 무작위배정하여 53명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 53명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

Gu(2019)는 경추성 현훈 환자 총 80명을 무작위배정하여 40명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 40명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2-8주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제

병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Hu(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 200명을 무작위배정하여 120명의 한약(갈근해기탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 80명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Ji(2016) 등은 경추성 현훈 환자 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(실험군)과 30명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료하였고, 한약과 항현훈제를 병행 투여한 군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 모두 유의한 효과 및 개선을 보였다.⁴⁾

Qin(2012) 등은 경추성 현훈 환자 254명을 무작위 배정하여 79명의 한약(안씨익기총명탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군, 84명의 항현훈제 단독 투여군과 81명의 한약(안씨익기총명탕) 단독 투여군의 3개 군으로 나누어 14일간 치료한 후 치료효과를 비교하였다. 한약과 항현훈제 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군과 한약 단독 투여군보다 신경학적 기능, 현기증 정도, 삶의 질과 증상 점수에서 유의한 효과와 개선을 보였다. 한약 단독 투여군과 항현훈제 단독 투여군 간에는 유의한 차이가 없었다. 3개월 후 추적관찰에서는 한약과 항현훈제 병행 투여군과 한약 단독 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다. 한약과 항현훈제 병행 투여군과 한약 단독 투여군 간에는 유의한 차이가 없었다.⁵⁾

Tan(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 134명을 무작위배정하여 77명의 한약(반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 77명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 10일 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁾

Yu(2019) 등은 경추성 현훈 환자 총 70명을 35명의 한약(보중익기탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(플루나리진(flunarizine))) 병행 투여군(시험군)과 35명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈종합평가점수(DHI), 추골동맥 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.58 [95% CI 1.25, 2.00], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 1.21 [95% CI 0.12, 2.31]로 점수가 개선되었다. 따라서 한약과 항현훈제의 병행 투여가 항현훈제 단독 투여보다 경추성 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	600 (5 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.58 [1.25, 2.00]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	423 (3 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 1.21 [0.12, 2.31]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음
b: $I^2 \geq 75\%$

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-B-3)에서는 경추성 현훈 환자에게 항현훈제(뇌혈관개선제) 단독 투여에 비해 한약과 항현훈제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 총 6편의 무작위 대조군 임상연구와 총 1편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 항현훈제의 병행 투여는 항현훈제 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 경추성 현훈 환자에게 한약과 항현훈제 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 경추성 현훈 치료에 한약과 항현훈제 병행 투여가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈에 대한 한약과 항현훈제 병행 투여가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그러나 임상 경험을 바탕으로 경추성 현훈 치료에 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 경추성 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 한약과 항현훈제의 병행 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 高鄂, 陈宇基, 石智杰, 王铭. 西药联合半夏白术天麻汤治疗颈性眩晕 53 例临床观察. 中国民族民间医药. 2018;27(17):98-99.
2. 顾超辉. 西药联合半夏白术天麻汤对颈性眩晕患者的临床疗效评价. 黑龙江中医药. 2019;6:25-26.
3. 呼兴华, 李玲, 李静, 王静怡. 葛根解肌胶囊治疗脉络瘀阻型颈性眩晕的临床效果. 临床医学研究与实践. 2019;20:92-93.

4. 纪传荣, 程丽. 定眩汤治疗颈性眩晕 30例 临床观察. 湖南中醫雜誌.(HUNAN JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE), 2016;32(3):44-45.
5. 覃小兰, 王进忠, 杨时鸿, 卢爱丽. 颜氏益气聪明汤对于颈性眩晕的疗效评价研究. 四川中医 (Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine), 2012;30(5):73-75.
6. 谭运江, 彭朝霞. 半夏白术天麻汤联合西药治疗颈性眩晕的临床疗效观察. 中国现代药物应用, 2019;13(3):159-160.
7. 余晓敏, 周双秀, 刘芳, 张红远. 补中益气汤加减治疗颈源性眩晕的疗效分析. CHINA MEDICINE AND PHARMACY, 2019;9(19):75-108.

■ 약침술

【R(Ⅲa-C-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 전기자극요법과 견인요법만 병행 치료하는 것에 비해 약침술을 전기자극요법과 견인요법에 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 약침: 향단 주사액(단삼, 강향 추출물)		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-C-1)

경추성 현훈 환자에게 약침술을 전기자극요법과 견인요법에 병행 치료하는 것은 전기자극요법과 견인요법만 병행 치료하는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	약침술 + 전기자극요법 + 견인요법	전기자극요법 + 견인요법	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Wang(2008-1) 등은 경추성 현훈 환자 총68명을 무작위 배정하여 34명의 향단약침술[풍지(風池, GB20), 천주(天柱, BL10), 경추주위혈, 매일 총20일]과 전기자극요법 및 견인요법을 시술한 군과 34명의 전기자극요법 및 견인요법을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 총 유효율은 중재군에서 유의하게 효과가 있었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.60 [95% CI 1.03, 2.47]로 점수가 개선되었다. 따라서 전기자극요법과 견인요법을 병행한 치료군이 전기 자극요법, 견인 요법, 약침술을 병행한 치료군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	68 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.60 [1.03, 2.47]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-C-1)에서는 경추성 현훈 환자에게 전기자극요법 및 견인요법의 병행하는 치료와 약침술을 함께 사용할 때 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 약침술과 전기자극요법 및 견인요법의 병행하는 치료는 전기자극요법 및 견인요법의 병행하는 치료와 유사하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있으며 추정치가 바뀔 가능성이 있다고 판단하였다. 경추성 현훈에 대한 약침술은 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 경추성 현훈 환자의 치료에 약침술이 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈에 대한 약침술이 효과적이거나 근거수준이 중등도이다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈에 증상개선을 위해 약침술을 전기자극요법 및 견인요법의 병행하는 치료와 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 王丹 等. 香丹注射液穴位注射治疗颈性眩晕34例疗效观察. 華河北中医. 2008;20(4):51-52.

■ 수기요법

【R(Ⅲa-D-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 수기요법을 사용할 것을 권고한다.	A/High	1-3

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-D-1)

경추성 현훈 환자에게 수기요법은 플라시보 요법에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	수기요법	플라시보 요법	현훈증상척도 (현훈단일평가점수, 현 훈총합평가점수, 현훈 빈도, 균형점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 3편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었고, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다.

Reid(2008) 등은 경추성 현훈환자 34명을 무작위배정하여 17명의 수기요법 치료군과 17명의 플라시보요법(위약군)으로 나누어 치료한 결과 VAS, DHI, 현훈 빈도, 균형점수에서 수기요법 치료군이 플라시보 요법 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Reid(2014) 등은 경추성 현훈환자 86명을 무작위배정하여 29명의 SNAG(sustained natural apophyseal glides)그룹, 29명의 MM(Maitland mobilization)그룹, 28명의 플라시보그룹으로 나누어 치료한 결과 VAS dizziness, Dizziness frequency, DHI에서 수기요법 치료 2군이 플라시보 요법 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다. 두 개의 수기요법 군간 비교에서는 두 개 군 모두 어지럼증의 개선에 효과가 있었고, 군간 차이에서는 유의성 있는 차이를 나타나지 않았다.²⁾

Reid(2015) 등은 경추성 현훈환자 86명을 무작위배정하여 29명의 SNAGs(sustained natural apophyseal glides) 치료군, 29명의 PJMs(passive joint mobilisations) 치료군, 28명의 플라시보 처치군으로 나누어 치료한 결과 어지럼증의 빈도, DHI, GPE(global perceived effect)에서 SNAGs 치료군과 PJMs 치료군이 플라시보 요법군에 비해 유의한 효과를 나타냈다. 균형점수에서 SNAGs 치료군이 플라시보 요법군에 비하여 약간의 개선을 보였다.³⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈단일평가점수에서 SMD -0.49 [95% CI -0.81, -0.16], 현훈총합평가점수에서 MD -6.65 [95% CI -10.97, -2.34]로 현훈 증상이 감소하였다. 현훈 빈도에서 MD -0.55 [95% CI

-1.03, -0.07]로 현훈 빈도가 감소하였고, 균형점수(Eyes open)에서 MD 0.05 [95% CI -0.02, 0.12], 균형점수(Eyes closed)에서 MD -0.14 [95% CI -0.33, 0.05]로 균형점수가 개선되었다. 따라서 경추성 현훈 환자에게 수기요법이 플라시보 요법에 비하여 현훈 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	147 (3 RCTs)	●●●● High ^a	-	-	SMD -0.49 [-0.81, -0.16]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	147 (3 RCTs)	●●●● High ^a	-	-	MD -6.65 [-10.97, -2.34]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈 빈도) (Critical)	114 (2 RCTs)	●●●● High ^a	-	-	MD -0.55 [-1.03, -0.07]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (균형점수, Eyes open) (Critical)	57 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^b	-	-	MD 0.05 [-0.02, 0.12]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (균형점수, Eyes closed) (Critical)	57 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^b	-	-	MD -0.14 [-0.33, 0.05]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: Sample size < 400

b: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-1)에서는 경추성 현훈 환자에게 플라시보 요법에 비해 수기요법 치료효과에 대해 분석하였다. 3편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 수기요법 치료는 플라시보 요법보다 현훈 척도의 점수를 유의하게 개선시켰다. 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수, 현훈 빈도에서 높은 근거수준(High)을 가지며, 균형점수(Eyes open, Eyes closed)에서 중등도(Moderate)를 나타내므로 본 권고안에 대한 근거수준은 높음(High)으로 추후 연구로 효과 추정치에 대한 확신 정도가 바뀔 가능성은 매우 낮다고 판단하였다. 경추성 현훈 환자에 대한 수기요법 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 국내에서 경추성 현훈 치료에 수기요법 치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치화 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 A를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈증상 개선을

위하여 수기요법을 사용할 것을 권고한다.

(3) 참고문헌

1. Susan A. Reid, Darren A. Rivett, Michael G. Katekar, Robin Callister. Sustained natural apophyseal glides (SNAGs) are an effective treatment for cervicogenic dizziness. *Manual Therapy*. 2008;13:357-366.
2. Susan A. Reid, Darren A. Rivett, Michael G. Katekar, Robin Callister. Comparison of Mulligan Sustained Natural Apophyseal Glides and Maitland Mobilizations for Treatment of Cervicogenic Dizziness: A Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy*. 2016;94(4):446-476.
3. Susan A. Reid, Robin Callister, Suzanne J. Snodgrass, Michael G. Katekar, Darren A. Rivett. Manual therapy for cervicogenic dizziness: Long-term outcomes of a randomised trial. *Manual Therapy*. 2015;20:148-156.

【R(IIIa-D-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 물리치료 단독 요법에 비해 수기요법과 물리치료의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-3

(1) 임상질문 : Q(IIIa-D-2)

경추성 현훈 환자에게 수기요법과 물리치료의 병행 치료는 물리치료 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	수기요법 + 물리치료	물리치료	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수, 현훈종합평 가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 2편의 무작위 대조군 임상연구와 1편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다.

Galm(1998) 등은 경추성 현훈환자 50명을 비무작위 배정하여 31명의 물리치료에 수기요법을 병행 치료한 군과 19명의 물리치료 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 물리치료에 수기요법을 병행 치료한 군이 물리치료 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Lu(2017) 등은 경추성 현훈환자 102명을 무작위 배정하여 54명의 물리치료(초음파치료)에 수기요법을 병행한 치료한 군과 48명의 물리치료(초음파치료) 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈단일 점수에서 물리치료(초음파치료)에 수기요법을 병행 치료한 군이 물리치료(초음파치료) 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Moustafa(2017) 등은 경추성 현훈환자 72명을 무작위 배정하여 36명의 다중모드 프로그램(물리요법, 운동 요법 등)에 수기요법(Denneroll cervical traction)을 병행 치료한 군과 36명의 다중모드 프로그램(물리요법, 운동 요법 등) 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈종합점수(DHI)에서 다중모드 프로그램(물리요법, 운동 요법 등)에 수기요법(Denneroll cervical traction)을 병행 치료한 군이 다중모드 프로그램(물리요법, 운동 요법 등) 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 2.94 [95% CI 1.35, 6.39], 현훈단일평가점수에서는 MD 1.64 [95% CI 0.81, 2.47], 현훈종합평가점수에서는 MD -1.30 [95% CI -4.93, 2.33]로 현훈증상의 개선이 있었다. 따라서 수기요법과 물리치료의 병행 치료는 물리치료 단독 치료에 비하여 현훈증상의 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	50 (1 non-RCT)	●●●○ Moderate ^b	RR 2.94 [1.35, 6.39]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	102 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD 1.64 [0.81, 2.47]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	72 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^b	-	-	MD -1.30 [-4.93, 2.33]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-2)에서는 경추성 현훈 환자에게 수기요법과 물리치료의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 2편의 무작위 대조군 임상연구와 1편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 수기요법과 물리치료의 병행 치료는 물리치료 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 수기요법과 물리치료의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 경추성 현훈 치료에 수기요법과 물리치료의 병행치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도아 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 수기요법과 물리치료의 병행 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. R. Galm, M. Rittmeister, E. Schmitt. Vertigo in patients with cervical spine dysfunction, Eur Spine J. 1998;7:55-58.
2. 卢巍, 杨来福, 李辉, 王文彪, 胡琰如, 钟世荣. 手法整复对颈性眩晕患者椎动脉痉挛指数及脑干听觉诱发电位的影响. 江西医药(Jiangxi Medical Journal). 2017;52(2):123-130.
3. Ibrahim M, MOUSTAFA, Aliaa A, DIAB, Deed E, HARRISON The effect of normalizing the sagittal cervical configuration on dizziness, neck pain, and cervicocephalic kinesthetic sensibility: a 1-year randomized controlled study. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2017;53(1):57-71.

【R(IIIa-D-3)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항콜린제(라세아니소다민 (racean-isodamine))와 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))만 병행 투여하는 것에 비해 추나요법과 항콜린제와 혈관확장제의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	2
임상적 고려사항 ● 추나요법은 관절의 가동 저항점을 넘어서는 강한 수동적 운동을 초래하므로 부적절한 시기 및 동작에 의한 위험요소를 갖고 있음을 숙지해야 한다. 항상 전체적이고 정밀한 진단 평가를 시행하고 추나요법의 합병증과 금기사항을 잘 인지하고 있어야 한다. ¹⁾		

(1) 임상질문 : Q(IIIa-D-3)

경추성 현훈 환자에게 추나요법과 항콜린제(라세아니소다민)와 혈관확장제(플루나리진)의 병행 치료를 하는 것은 항콜린제와 혈관확장제만 병행 투여하는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 항콜린제 (라세아니소다민) + 혈관확장제 (플루나리진)	항콜린제 (라세아니소다민) + 혈관확장제 (플루나리진)	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다.

Lu(2015)는 경추성 현훈환자 82명을 무작위배정하여 41명의 추나요법과 항콜린제(라세아니소다민) 및 혈관확장제(플루나리진)를 병행 투여한 군(시험군)과 41명의 항콜린제(라세아니소다민)와 혈관확장제(플루나리진)를 투여한 군(대조군)으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 추나요법과 항콜린제(라세아니소다민) 및 혈관확장제(플루나리진)를 병행 투여한 군이 항콜린제(라세아니소다민) 및 혈관확장제(플루나리진)를 병행 투여한 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.26 [95% CI 1.04, 1.52]로 현훈증상의 개선이 있었다. 따라서 추나요법과 항콜린제(라세아니소다민) 및 혈관확장제(플루나리진)를 병행 투여한 군이 항콜린제(라세아니소다민) 및 혈관확장제(플루나리진)를 병행 투여한 군에 비하여 경추성 현훈환자의 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	82 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^{a,b}	RR 1.26 [1.04, 1.52]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-3)에서는 경추성 현훈 환자에게 항콜린제(라세아니소다민)와 혈관확장제(플루나리진)의 병행 치료에 비해 추나요법과 항콜린제(라세아니소다민)와 혈관확장제(플루나리진)의 병행 치료에 대해 분석하였다. 1개의 무작위 배정임상연구를 분석한 결과 추나요법과 항콜린제(라세아니소다민)와 혈관확장제(플루나리진)의 병행 치료는 항콜린제(라세아니소다민)와 혈관확장제(플루나리진)의 병행 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 추나요법과 항콜린제(라세아니소다민)와 혈관확장제(플루나리진)의 병행 치료가 효과적이며 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 항콜린제(라세아니소다민)와 혈관확장제(플루나리진)의 치료에 추나요법을 병행하여 시행하는 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 한방재활의학과학회. 한방재활의학 4판. 2016. 344-346.
2. 陆斌. 用推拿手法联合西药治疗颈性眩晕的疗效观察. 当代医药论丛(Contemporary Medicine Forum), 2015;13(7):140-141.

【R(Ⅲa-D-4)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 혈관확장제 단독 치료에 비해 추나요법과 일반침술 및 혈관확장제의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	2-5
임상적 고려사항 ● 추나요법은 관절의 가동 저항점을 넘어서는 강한 수동적 운동을 포함하므로 부적절한 시기 및 동작에 의한 위험요소를 갖고 있음을 숙지해야 한다. 항상 전체적이고 정밀한 진단 평가를 시행하고 추나요법의 합병증과 금기사항을 잘 인지하고 있어야 한다. ¹⁾		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-D-4)

경추성 현훈 환자에게 추나요법과 일반침술 및 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 일반침술 + 혈관확장제	혈관확장제	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 4편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다.

Yuan(2007)은 경추성 현훈환자 116명을 무작위배정하여 58명의 추나요법과 일반침술 및 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))를 병행 치료한 군(시험군)과 58명의 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))를 단독 치료한 군(대조군)으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 추나요법과 일반침술 및 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))를 병행한 치료군이 혈관확장제 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Yuan(2018)은 경추성 현훈환자 60명을 무작위배정하여 30명의 수기요법(整脊疗法)과 양약(鹽酸倍他司, 베타 염산염)을 병행 치료한 군과 30명의 양약(鹽酸倍他司)을 단독 치료한 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 수기요법(整脊疗法)과 양약(鹽酸倍他司)을 병행 치료한 군이 양약(鹽酸倍他司)을 단독 치료한 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

Lu(2019)는 경추성 현훈환자 80명을 무작위배정하여 40명의 약물치료(양약)와 수기요법(推拿整脊, 手法复位)을 병행 치료한 군과 40명의 약물치료(양약) 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 약물치료(양약)와 수기요법(推拿整脊, 手法复位)을 병행 치료한 군이 약물치료(양약) 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁴⁾

Ding(2018)은 경추성 현훈환자 120명을 무작위배정하여 60명의 약물치료(양약)와 수기요법(推拿, 手法复位)을 병행 치료한 군과 60명의 약물치료(양약) 단독 치료한 군으로 나누어 치료한 결과 약물치료(양약)와 수기요법(推拿, 手法复位)을 병행 치료한 군이 약물치료(양약) 단독 치료한 군에 비해 유의

한 효과를 나타냈다.⁹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.23 [95% CI 1.12, 1.36]으로 현훈 증상이 개선되었다. 따라서 약물치료(양약)와 수기요법을 병행 치료한 군이 약물치료(양약) 단독 치료군에 비하여 경추성 현훈환자의 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	376 (4 RCTs)	●●●○ Moderate ^{a,b}	RR 1.23 [1.12, 1.36]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-4)에서는 경추성 현훈 환자에게 혈관확장제 단독 치료에 비해 추나요법과 일반 침술 및 혈관확장제의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 4편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 추나요법과 일반침술 및 혈관확장제의 병행 치료는 혈관확장제 단독 치료 보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 추나요법과 일반침술 및 혈관 확장제의 병행 치료는 효과적이며 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 추나요법과 일반침술을 혈관확장제와 병행하여 치료할 것을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 한방재활의학과학회. 한방재활의학 4판. 2016. 344-346.
2. 袁志荣. 针刺推拿配合西药治疗颈性眩晕58例. 河南中医(HENAN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE). 2007;27(12):51-52.
3. 袁春生. 整脊疗法对颈性眩晕患者临床症状的控制效果观察. 深圳中西医结合杂志(Shenzhen

- Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine). 2018;28(22):99-100.
4. 陆爱国, 手法复位配合推拿整脊治疗颈源性眩晕的临床疗效分析, 世界最新医学信息文摘, 2019;19(3):191.
 5. 丁东福, 手法复位配合推拿整脊治疗颈源性眩晕的临床观察, 光明中医, 2018;33(9):1295-1297.

【R(Ⅲa-D-5)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥, 기저동맥 평균혈류속도 개선을 위해 일반침술 단독 치료에 비해 추나요법과 일반침술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	2-9
임상적 고려사항 ● 추나요법은 관절의 가동 저항점을 넘어서는 강한 수동적 운동을 포함하므로 부적절한 시기 및 동작에 의한 위험요소를 갖고 있음을 숙지해야 한다. 항상 전체적이고 정밀한 진단 평가를 시행하고 추나요법의 합병증과 금기사항을 잘 인지하고 있어야 한다. ¹⁾		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-D-5)

경추성 현훈 환자에게 추나요법과 일반침술의 병행 치료는 일반침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수와 추골동맥, 기저동맥의 평균혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 일반침술	일반침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수, 현훈종합평가점수), 추골동맥(좌) 평균혈류속도, 추골동맥(우) 평균혈류속도, 기저동맥 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 7편의 무작위 대조군 임상연구와 1편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다.

Zhao(2003)는 경추성 현훈 환자 63명을, 33명의 침과 추나요법을 병행한 군, 15명의 침치료군, 15명의 추나요법군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 침치료와 추나요법을 병행한 군이 다른 두 군에 비하여 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Guo(2006)은 경추성 현훈 환자 90명을 무작위배정하여 30명의 추나요법과 일반침술을 병행하여 치료한 군과 30명의 일반침술만 사용하여 치료한 군과 30명의 혈관확장제(플루나리진(flunarizine))를 투여한 군의 3개 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 침과 추나요법을 병행한 군과 침치료를 한 군이 혈관확장제를 투여한 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다. 침과 추나요법을 병행한 군은 침치료만 시행한 군에 비해서도 유의한 효과를 나타냈다. TCD로 측정된 혈류속도 변화에서는 3군 모두 치료 전과 비교하여 치료 후 유의한 효과를 나타냈다. 좌우 추골동맥 평균혈류속도와 기저동맥의 평균혈류 속도에서도 침과 추나요법을 병행한 군에서 침치료만 시행한 군과 혈관확장제를 투여한 군에 비해 유의한 효과를 나타냈고, 침치료만 시행한 군은 혈관확장제를 투여한 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다. 현훈증상척도(현훈단일평가점수)에서는 침치료와 추나요법을 병행한 치료군에서 다른 두 군(침치료만 시행한 군, 혈관확장제를 투여한 군)에 비해 유의한 효과를 나타냈고, 침치료만 시행한 군은 혈관확장제투여 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

Zhang(2007)은 경추성 현훈 환자 188명을 무작위배정하여 68명의 추나요법과 일반침술을 병행한 치료군과 60명의 침치료군과 60명의 추나요법 처치군의 3개 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 추나요법과 일반침술을 병행한 군이 침치료 단독 치료군과 추나요법 단독 치료군에 비하여 유의한 효과를 나타냈다.⁴⁾

Duan(2012) 등은 경추성 현훈 환자 60명을 무작위배정하여 30명의 추나요법과 일반침술 병행 치료군과 30명의 일반침술 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수에서 추나요법과 일반침술 병행 치료군이 침 단독 치료군에 비하여 유의한 효과를 나타냈다. 추골동맥 기저동맥 평균혈류속도 비교에서 추나요법과 침치료 병행 치료군이 일반침술 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁵⁾

Wu(2014)는 경추성 현훈 환자 95명을 무작위배정하여 48명의 일반침술에 추나요법을 병행하여 치료한 군과 47명의 일반침술 치료 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수(ESVC)에서 일반침술과 추나요법을 병행 치료한 군이 일반침술 단독 치료 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁶⁾

Luo(2015)는 경추성 현훈 환자 35명을 무작위배정하여 18명의 일반침술에 추나요법을 병행하여 치료한 군과 17명의 일반침술 단독 치료 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수(ESVC)에서 일반침술에 추나요법을 병행한 군이 일반침술 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁷⁾

Jiao(2017)는 경추성 현훈 환자 70명을 무작위배정하여 35명의 일반침술에 추나요법을 병행하여 치료한 군과 35명의 일반침술 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈단일평가 점수에서 일반침술에 추나요법을 병행하여 치료한 군이 일반침술 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁸⁾

Wang(2019)은 경추성 현훈 환자 60명을 무작위배정하여 30명의 일반침술에 추나요법(수법추나)을 병행하여 치료한 군과 30명의 일반침술 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈단일 평가점수에서 일반침술에 추나요법을 병행하여 치료한 군이 일반침술 단독 치료 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과 총 유효율에서 OR 2.50 [95% CI 1.55, 4.01], 현훈단일평가점수에서 SMD 1.19 [95% CI 0.84, 1.54], 현훈종합평가점수에서 MD 11.55 [95% CI 10.19, 12.91]로 현훈 증상의 개선이 있었고, 추골동맥(좌) 혈류속도에서 MD 2.50 [95% CI 1.65, 3.35], 추골동맥(우) 혈류속도에서 MD 1.74 [95% CI 0.79, 2.70], 기저동맥 혈류속도에서 MD 3.76 [95% CI 2.14, 5.38]로 혈류 속도의 개선이 있었다. 따라서 경추성 현훈 환자에게 추나요법과 일반침술의 병행 치료는 일반침술 단독 치료에 비하여 현훈 증상의 개선과 추골동맥 혈류속도, 기저동맥 혈류속도 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	579 (6 RCTs 1 non-RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	OR 2.50 [1.55, 4.01]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	190 (3 RCTs)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	SMD 1.19 [0.84, 1.54]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	130 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD 11.55 [10.19, 12.91]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥(좌) 평균혈류속도 (Critical)	190 (3 RCTs)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD 2.50 [1.65, 3.35]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥(우) 평균혈류속도 (Critical)	190 (3 RCTs)	●○○○ Very Low ^{a,c,d}	-	-	MD 1.74 [0.79, 2.70]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
기저동맥 평균혈류속도 (Critical)	60 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD 3.76 [2.14, 5.38]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.
 b: Sample size < 400
 c: I² ≥50%
 d: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-5)에서는 경추성 현훈 환자에게 일반침술 단독 치료에 비해 추나요법과 일반침술의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 7편의 무작위 배정 임상연구와 1편의 비무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 추나요법과 일반침술의 병행 치료는 일반침술 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수와 추골동맥과 기저동맥의 혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 추나요법과 일반침술의 병행 치료가 효과적이며 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 경추성 현훈 치료에 일반침술과 추나요법의 병행치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서

효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 추나요법과 일반침술의 병행 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 한방재활의학과학회. 한방재활의학 4판. 2016. 344-346.
2. 赵伟忠. 针推为主治疗颈性眩晕63例疗效分析. Sh anghai J Acu-mox, 2003;22(8):24-25.
3. 郭春媛. 针刺推拿疗法治疗颈性眩晕30例临床观察. 中国中医药科技 2006;13(6):425-426.
4. 张小峰. 针刺联合推拿治疗颈性眩晕188例. 针灸临床杂志 2007;23(10):8-9.
5. 段希栋, 汪健. 针刺配合脊柱微调手法治疗颈性眩晕临床观察. Chinese Journal of Information on TCM. 2012;19(6):68-69.
6. 吴敏. 用针刺疗法联合推拿疗法治疗颈椎病急性眩晕症的疗效研究. 当代医药论丛(Contemporary Medicine Forum). 2014;12(17):27.
7. 罗学文. 用针刺疗法联合推拿疗法治疗颈椎病急性眩晕的效果分析. 当代医药论丛(Contemporary Medicine Forum). 2015;13(17):29-30.
8. 焦恩虎. 针刺结合脊柱微调手法治疗颈性眩晕临床效果观察. 中医临床研究(CJCM). 2017;9(1):37-38.
9. 王锡义. 手法推拿联合针灸治疗老年颈性眩晕的效果及对椎-基底动脉血流动力学的影响. 按摩与康复医学(Chinese Manipulation & Rehabilitation). 2019;10(12):21-22.

【R(Ⅲa-D-6)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 침전기자극술 단독 치료에 비해 추나요법과 침전기자극술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	2
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 추나요법은 관절의 가동 저항점을 넘어서는 강한 수동적 운동을 포함하므로 부적절한 시기 및 동작에 의한 위험요소를 갖고 있음을 숙지해야 한다. 항상 전체적이고 정밀한 진단 평가를 시행하고 추나요법의 합병증과 금기사항을 잘 인지하고 있어야 한다.¹⁾ <p>전기적 자극에 불안감을 호소하는 민감한 현훈 환자의 경우 침전기자극술보다는 일반침 치료를 시행할 것을 고려해야 한다. 저주파 치료의 주파수 및 강도는 만성적 경우 1~4Hz, 3~80Am, 급성의 경우 80~120Hz, 10~30Am가 주로 사용된다. 저주파 치료의 일종인 침전기자극술의 주파수는 5~10Hz, 강도는 근육 연축이 약하게 발생하는 정도가 일반적으로 고려된다.</p>		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-D-6)

경추성 현훈 환자에게 추나요법과 침전기자극술의 병행 치료는 침전기자극술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 침전기자극술	침전기자극술	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다.

Li(2014)는 경추성 현훈환자 120명을 무작위배정하여 60명의 침전기자극술에 추나요법을 병행한 치료군과 60명의 침전기자극술 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 침전기자극술에 추나요법을 병행한 치료군이 침전기자극술 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, RR 1.41 [95% CI 1.18, 1.69]로 현훈 증상이 개선되었다. 따라서 경추성 현훈에 추나요법과 침전기자극술의 병행 치료는 침전기자극술 단독 치료에 비해 현훈증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	120 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^{a,b}	RR 1.41 [1.18, 1.69]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-6)에서는 경추성 현훈 환자에게 침전기자극술 단독 치료에 비해 추나요법과 침전기자극술의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 추나요법과 침전기자극술의 병행 치료는 침전기자극술 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에 대한 치료는 추나요법과 침전기자극술의 병행 치료는 효과적이며 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 경추성 현훈 치료에 추나요법과 침전기자극술의 병행치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈증상 개선을 위해 추나요법과 침전기자극술의 병행 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 한방재활의학과학회. 한방재활의학 4판. 2016. 344-346.
2. 李步双. 电针配合整脊推拿手法治疗颈性眩晕的疗效观察. 现代诊断与治疗(Mod Diagn Treat). 2014;25(24):5564-5565.

【R(Ⅲa-D-7)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 온침술 단독 치료에 비해 추나요법과 온침술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	2, 3
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 추나요법은 관절의 가동 저항점을 넘어서는 강한 수동적 운동을 포함하므로 부적절한 시기 및 동작에 의한 위험요소를 갖고 있음을 숙지해야 한다. 항상 전체적이고 정밀한 진단 평가를 시행하고 추나요법의 합병증과 금기사항을 잘 인지하고 있어야 한다.¹⁾ <p>현훈 환자에게 온침 후 화상으로 물집이 잡힌 경우 신속하게 소독하여 감염을 예방해야 하며, 전체에 부드러운 화상 거즈를 사용하거나, 의사의 판단에 따라 자운고를 도포하여 화상 부위를 최소화한다.</p>		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-D-7)

경추성 현훈 환자에게 추나요법과 온침술의 병행 치료는 온침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 온침술	온침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수, 현훈종합평 가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 2편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다.

Gao(2016) 등은 경추성 현훈환자 63명을 무작위배정하여 33명의 온침술에 추나요법을 병행한 치료군과 30명의 온침술 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수(VAS), 현훈종합평가점수(DHI, ESVC)에서 온침술에 추나요법을 병행한 치료군이 온침술 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Xie(2018) 등은 경추성 현훈환자 60명을 무작위배정하여 30명의 온침술에 추나요법을 병행한 치료군과 30명의 온침술 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈단일평가점수(VAS), 현훈종합평가점수(DHI, ESVC)에서 온침술에 추나요법을 병행한 치료군이 온침술 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 OR 2.59 [95% CI 0.91, 7.36], 현훈단일평가점수 VAS에서 SMD -0.74 [95% CI -1.11, -0.37], 현훈종합평가점수 ESCV에서 MD -2.70 [95% CI -4.01, -1.39], 현훈종합평가점수 DHI에서 MD -4.15 [95% CI -6.25, -2.05]로 현훈증상이 개선되었다. 따라서 경추성 현훈에 추나요법과 온침술의 병행 치료는 온침술 단독 치료에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	123 (2 RCTs)	●●○○ Low ^{a,d}	-	-	OR 2.59 [0.91, 7.36]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	123 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	SMD -0.74 [-1.11, -0.37]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수, ESCV) (Critical)	123 (2 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b,c}	-	-	MD -2.70 [-4.01, -1.39]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수, DHI) (Critical)	123 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD -4.15 [-6.25, -2.05]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

ESCV: Evaluation Scale for Cervical Vertigo; DHI: Dizziness Handicap Inventory;

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400

c: I² ≥ 50%

d : Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-7)에서는 경추성 현훈 환자에게 온침술 단독 치료에 비해 추나요법과 온침술의 병행 치료 효과를 분석하였다. 2편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 추나요법과 온침술의 병행 치료는 온침술 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에게 추나요법은 임상에서 금기사항과 주의사항이 많기는 하나, 이 부분을 충분히 숙지하고 고려하여 임상의가 사용한다면 추나요법과 온침술의 병행 치료는 효과적인 치료방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 추나요법과 온침술의 병행 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 한방재활의학회. 한방재활의학 4판. 2016. 344-346.
2. 高强, 吴超, 席明健. 温针灸结合推拿治疗颈性眩晕疗效观察. 现代中西医结合杂志(Modern

- Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine). 2016;25(15):1608-1610.
3. 谢宏权, 魏巍, 温针灸结合推拿治疗颈性眩晕的疗效评价, 现代医学与健康研究(Modern Medicine and Health Research). 2018;2(4):185.

【R(IIIa-D-8)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 견인요법 단독 치료에 비해 추나요법과 견인요법의 병행 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	3
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> 추나요법은 관절의 가동 저항점을 넘어서는 강한 수동적 운동을 포함하므로 부적절한 시기 및 동작에 의한 위험요소를 갖고 있음을 숙지해야 한다. 항상 전체적이고 정밀한 진단 평가를 시행하고 추나요법의 합병증과 금기사항을 잘 인지하고 있어야 한다.¹⁾ <p>경추 견인요법에서는 견인에 의해 증상을 악화시킬 우려가 있는 염증환자, 골다공증 환자 등에서는 사용 염증환자 등에서는 사용하지 말아야 하며 연령이 많은 층에서는 신중히 고려해야 한다.²⁾</p>		

(1) 임상질문 : Q(IIIa-D-8)

경추성 현훈 환자에게 추나요법과 견인요법의 병행 치료는 견인요법 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법 + 견인요법	견인요법	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다.

Zhu(2014)는 경추성 현훈환자 90명을 무작위배정하여 50명의 견인요법에 추나요법을 병행한 치료군과 40명의 견인요법 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 견인요법에 추나요법을 병행한 군이 견인요법 단독 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.10 [95% CI 0.96, 1.25]로 현훈 증상에 개선이 있었다. 따라서 경추성 현훈에 추나요법과 견인요법의 병행 치료는 견인요법 단독 치료에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비교
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	90 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	RR 1.10 [0.96, 1.25]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-8)에서는 경추성 현훈 환자에게 견인요법 단독 치료에 비해 추나요법과 견인요법의 병행 치료 효과를 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 추나요법과 견인요법의 병행 치료는 견인요법 단독 치료 보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 경추성 현훈에 대한 추나요법과 견인요법의 병행 치료는 금기사항과 주의사항이 많기는 하나 이를 충분히 숙지하고 고려하여 임상이가 사용하면 효과적이며 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈 환자의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하고 금기 주의사항과 적응증을 고려하여 치료한다면 치료가 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 실제 임상 현장에서 효과적으로 사용가능 성이 높은 것으로 판단하여 권고등급 C를 부여한다. 즉 경추성 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 추나요법과 견인요법의 병행 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 한방재활의학과학회. 한방재활의학 4판. 2016. 344-346.
2. 민경옥. 요통. 현문사. 2판. 1997. 227-251.
3. 祝维华. 牵引配合推拿治疗颈性眩晕临床疗效观察. 实用心脑血管病杂志. 2014;22(6):130-131.

【R(Ⅲa-D-9)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 도침술 단독 치료에 비해 수기요법과 도침술의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 도침 치료 시 한의사는 적절한 시술 교육을 받아야 하며, 치료 후 붓거나 불편한 경우 냉찜질을 하여 환자의 불편함을 해소해 주어야 한다. 		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-D-9)

경추성 현훈 환자에게 수기요법과 도침술의 병행 치료는 도침술 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	수기요법 + 도침술	도침술	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈종합 평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상연구에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응에 대한 보고는 없었다.

Liu(2013) 등은 경추성 현훈 환자 117명을 무작위배정하여 37명의 수기요법군(龙氏手法组)과 43명의 도침술군(刀针组)과 37명의 수기요법과 도침술을 병행한 3개의 군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수(DHI)에서 수기요법과 도침술을 병행한 군이 수기요법만 실행한 군과 도침술만 시행한 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.10 [95% CI 0.98, 1.24], 현훈종합평가점수에서 MD -7.13 [95% CI -10.12, -4.14]로 현훈증상의 개선이 있었다. 따라서 경추성 현훈 환자에게 수기요법과 도침술의 병행 치료는 도침술 단독 치료에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	80 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,c}	RR 1.10 [0.98, 1.24]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈종합평가점수) (Critical)	80 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD -7.13 [-10.12, -4.14]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.
 b: Sample size < 400
 c: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-9)에서는 경추성 현훈 환자에게 도침술 단독 치료에 비해 수기요법과 도침술의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 기요법과 도침술의 병행 치료는 도침술 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에게 수기요법과 도침술의 병행 치료는 주의사항과 안전한 도침치료 사용에 대하여 충분히 숙지하고 고려하여 임상이가 사용한다면 효과적으로, 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

경추성 현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 현훈의 중등도외 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 수기요법과 도침술의 병행 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 刘肖瑜, 张晓晖. 刃针配合龙氏手法治疗颈性眩晕 117例. 光明中医. 2013;28(10):2113-2115.

【R(Ⅲa-D-10)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상과 추골동맥 평균혈류속도 개선을 위해 근건이완수기요법 단독 치료에 비해 근건이완수기요법과 추나요법의 병행 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-5

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-D-10)

경추성 현훈 환자에게 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료는 근건이완수기요법 단독 치료에 비하여 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	근건이완수기요법+ 추나요법	근건이완수기요법	현훈증상척도 (총 유효율), 추골동맥 (좌,우) 평균혈류속도	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 4개의 무작위 대조군 임상연구와 총 1개의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데 중대한 이상반응에 대한보고는 없었다.

Xie(2008) 등은 경추성 현훈환자 64명을 무작위 배정하여 32명의 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료군과 32명의 근건이완수기요법 단독치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 추골동맥(좌,우)과 기저동맥의 평균혈류속도에서 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료군이 근건이완수기요법 단독치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

Li(2019) 등은 경추성 현훈환자 56명을 무작위 배정하여 28명의 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료군과 28명의 근건이완수기요법 단독치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율과 추골동맥(좌,우)과 기저동맥의 평균혈류속도에서 추나요법과 근건이완수기요법의 병행치료군에서 근건이완수기요법 단독치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.²⁾

Liu(2019)는 경추성 현훈환자 168명을 무작위배정하여 68명의 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료군과 68명의 근건이완수기요법 단독치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 추나요법과 근건이완수기요법의 병행치료군이 수기요법 단독치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.³⁾

Yao(2019) 등은 경추성 현훈환자 120명을 무작위배정하여 60명의 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료군과 60명의 근건이완수기요법 단독치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 추나요법과 근건이완수기요법의 병행치료군이 근건이완수기요법 단독치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.⁴⁾

Meng(2019) 등은 경추성 현훈환자 110명을 55명의 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료군과 55명의 근건이완수기요법 단독치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율

에서 추나요법과 근건이완수기요법의 병행치료군이 근건이완수기요법 단독치료군에 비해 유의한 치료 효과를 나타냈다.⁵⁾

② 연구결과의 요약

수량 분석 결과, 총 유효율에서 OR 5.62 [95% CI 3.14, 10.04]로 현훈증상 개선이 있었다. 추골동맥(좌) 평균혈류속도에서 MD 6.80 [95% CI 5.20, 8.40], 추골동맥(우) 평균혈류속도에서 MD 4.90 [95% CI 3.08, 6.72]로 혈류의 개선이 있었다. 따라서 경추성 현훈에 근건이완수기요법과 추나요법의 병행 치료는 근건이완수기요법 단독 치료에 비하여 현훈 증상 개선과 혈류속도 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	518 (4 RCTs + 1 non RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	OR 5.62 [3.14, 10.04]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥(좌) 평균혈류속도 (Critical)	120 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD 6.80 [5.20, 8.40]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
추골동맥(우) 평균혈류속도 (Critical)	120 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^{a,b}	-	-	MD 4.90 [3.08, 6.72]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-10)에서는 경추성 현훈 환자에게 근건이완수기요법 단독치료에 비해 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료 효과에 대해 분석하였다. 4편의 무작위 배정 임상연구와 1편의 비무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료는 근건이완수기요법 단독치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경추성 현훈 환자에게 근건이완수기요법과 추나요법의 병행 치료는 효과적이며 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상의 개선을 위해 근건이완수기요법과 추나요법의 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 谢强, 汪青春. 手法结合牵引治疗中老年颈性眩晕的临床研究. 中国中医骨伤科杂志, 2008;16(11):1-3.
2. 李倩, 程浩, 高扬, 李文清. 坐位颈椎旋转复位法联合推拿及牵引治疗寰枢关节半脱位源性眩晕的疗效观察. 湖北中医杂志(Hubei Journal of TCM). 2019;41(12):46-49.
3. 刘淳. 美式整脊配合传统推拿对颈性眩晕患者预后的影响分析. 四川中医(Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine). 2019;37(3):182-184.
4. 姚永清, 徐帮柱. 单纯整脊与整脊配合推拿治疗颈性眩晕的临床研究对比分析. 世界最新医学信息文摘. 2019;19(24):73-74.
5. 孟利锋, 贺竞哲, 杜江. 颈椎卧位多向调整手法联合推拿对颈源性眩晕疗效及椎动脉血流动力学的影响. 颈腰痛杂志(The Journal of Cervicodynia and Lumbodynia). 2019;40(1):115-117.

【R(Ⅲa-D-11)】

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-D-11)

경추성 현훈 환자에게 추나요법과 물리치료(TENS/스트레칭) 병행 치료는 물리치료(TENS/스트레칭) 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	추나요법+ 물리치료 (TENS/스트레칭)	물리치료 (TENS/스트레칭)	현훈증상척도 (DHI, VSS), CROM	한의원 및 한방병원

DHI: Dizziness Handicap Inventory; VSS: Vertigo Symptom Scale; CROM: Cervical Range of Motion

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 protocol 논문이 포함되었다.

Shin(2018) 등은 경추성 현훈환자 총 50명을 무작위 배정하여 25명의 물리치료(TENS/스트레칭)와 추나요법을 병행하여 치료한 군과 물리치료(TENS/스트레칭) 단독 치료군으로 나누어 치료하고자 하는 프로토콜 논문이 있으며 이를 바탕으로 진행된 임상연구에서 최종적으로 시험군 25명과 대조군 24명에 대해 분석하였다. 프로토콜 논문과 임상연구 raw data 기반으로 분석해본 결과 치료 6주후 비교한 결과 물리치료(TENS/스트레칭)와 추나요법을 병행하여 치료한 군이 물리치료(TENS/스트레칭) 단독 치료군에 비하여 현훈종합평가점수(DHI)가 개선되었으나 통계적 유의성은 없었다(P>0.05).¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과 현훈종합평가점수에서 치료 후 MD 1.10 [95% CI -6.12, 8.32]로 점수가 개선되었으나, 통계적 유의성은 없었다. 따라서 물리치료(TENS/스트레칭)와 추나요법을 병행하여 치료한 군이 물리치료(TENS/스트레칭) 단독 치료군에 비하여 현훈척도 개선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료 전후 군내 비교에 따르면 물리치료(TENS/스트레칭)와 추나요법의 병행치료는 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (DHI) (Critical)	49 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.10 [-6.12, 8.32]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

DHI: Dizziness Handicap Inventory;

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-D-11)에서 추나요법과 물리치료(TENS/스트레칭) 병행에 대한 1편의 무작위 대조군 임상연구를 포함하여 총 1편이 분석되었다. 통상적 물리치료에 대한 추가적 추나요법의 효과는 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었지만, 통계적 유의성이 없어서 권고안 도출에 반영하지 않았다. 향후 추나요법의 어지럼증 감소, 삶의 질 개선 등에 대한 잘 설계된 대규모 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

(3) 참고문헌

1. Seungwon Shin, Jinyoung Kim, Ami Yu, Hyung-Sik Seo, Mi-Ran Shin, Seung-Ug Hong, et al. Can a Traditional Korean Manual Therapy Be a Complementary and Alternative Strategy for Cervicogenic Dizziness? A Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2018;2018:1-9.

■ 심신요법

【R(Ⅲa-E-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 태극권 자가 운동 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-E-1)

경추성 현훈 환자에게 태극권 자가 운동은 아무런 처치를 하지 않은 것에 비하여 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	태극권	무처치	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었고, 중대한 이상반응에 대한 보고는 없었다.

Cao(2012) 등은 경추성 현훈 환자 84명을 무작위 배정하여 48명의 태극권을 시행군과 36명의 아무런 처치를 하지 않은 군으로 나누어 살펴본 결과 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 태극권 자가 운동을 한 군이 아무런 처치를 하지 않은 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.33 [95% CI 1.07, 1.64]로 현훈 증상에 개선이 있었다. 따라서 경추성 현훈에 태극권 자가 운동치료는 아무런 처치를 하지 않는 것에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	84 (1 RCT)	●○○○ Low ^{a,b}	-	-	RR 1.33 [1.07, 1.64]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study had a unclear risk of selection, performance biases. very serious

b: Sample size < 400

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-E-1)에서는 경추성 현훈 환자에게 아무런 처치를 하지 않는 것에 비해 태극권 운동의 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상시험을 분석한 결과 태극권 운동 치료는 아무런 처치를 하지 않는 것보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 현훈 환자에 대한 태극권 운동 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 C를 부여한다. 즉 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 태극권 자가 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 曹云, 江苏珍, 李秀霞. 太極云手對預防頸性眩暈患者復發的康復作用. 保健中醫藥(Fujian journal of TCM). 2012;43(5):41-42.

【R(Ⅲa-E-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경추성 현훈 환자의 추골동맥 혈류속도 개선을 위해 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법만 병행 치료하는 것에 비해 태극권을 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1

(1) 임상질문 : Q(Ⅲa-E-2)

경추성 현훈 환자에게 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 태극권 병행 치료를 하는 것은 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법만 병행 치료하는 것에 비하여 추골동맥의 혈류속도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경추성 현훈 (Cervical vertigo)	일반침술 + 근건이완수기요법 + 견인요법 + 태극권	일반침술 + 근건이완수기요법 + 견인요법	추골동맥 혈류속도 (좌)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 임상반응은 보고되지 않았다.

Chen(2017) 등은 경추성 현훈 환자 70명을 무작위배정하여, 35명의 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 태극권을 병행하여 치료한 군과 35명의 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법을 치료한 군으로 나누어 치료한 결과 추골동맥(좌측) 혈류속도에서 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 태극권을 병행하여 치료한 군이 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법 치료군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 추골동맥(좌) 혈류속도에서 MD 3.68 [95% CI 1.68, 5.68]로 혈류가 개선되었다. 따라서 경추성 현훈에 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 태극권을 병행치료 하는 것은 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법 치료하는 것에 비하여 추골동맥의 혈류 속도 개선에 효과가 있었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비교
				대조군	중재군	
추골동맥(좌) 혈류속도 (Critical)	70 (1 RCT)	●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 3.68 [1.68, 5.68]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study had a unclear risk of selection, performance biases. very serious

b: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲa-E-2)에서는 경추성 현훈 환자에게 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 비해 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 태극권(太極云手)의 병행 치료 효과에 대해 분석한 결과 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법에 태극권(太極云手)의 병행치료는 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법 치료보다 추골동맥(좌측) 혈류속도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 경추성 현훈환자에게 태극권 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 일반침술과 근건이완수기요법, 견인요법과 함께 태극권을 치료하는 것이 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 C를 부여한다. 즉 현훈의 중등도 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 일반침술과 근건이완수기요법 견인요법과 태극권 병행 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 陈剑, 陈长兴, 蔡树河, 太极云手对颈性眩晕患者的椎动脉血流动力学的影响及疗效分析, 中外医疗(China & Foreign Medical Treatment), 2017;36:88-90.

3-2. 심장성 현훈

■ 한약

【 R(IIIb-B-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
심장성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-9
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): 계지가갈근탕, 정현탕, 반하백출천마탕, 반하백출천마탕합동규활혈탕 2) 간양상항증(U65.0): 황련해독탕 3) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕 ● 합성의약품: 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 베타히스틴(betahistine) 2) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이노제		

(1) 임상질문 : Q(IIIb-B-1)

심장성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제)의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
심장성 현훈	한약 + 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제)	합성의약품	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 5편의 무작위 대조군 임상연구와 총 4편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Gu(2015)는 고혈압성 현훈 환자 84명을 42명의 한약(익기총명탕가미방)과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제)를 병행 투여한 군(시험군)과 42명의 항고혈압제만을 투여한 군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 한약과 항고혈압제를 병행 투여한 군이 항고혈압제만 투여한 군에 비하여 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.¹⁾

Gu(2017)는 고혈압성 현훈 환자 총 70명을 35명의 한약(익기총명탕)과 항고혈압제 병행 투여군(시험군)과 35명의 항고혈압제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항고혈압제 병행 투여군이 항고혈압제 단독 투여군에 비해 유의한

개선 효과를 보였다.²⁾

Jang(2018-2) 등은 고혈압성 현훈 환자 총 163명을 무작위배정하여 82명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 81명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Li(2017-3) 등은 고혈압성 현훈 환자 총 96명을 무작위배정하여 48명의 한약(반하백출천마탕합통규활혈탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 48명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Luo(2014) 등은 현훈 증상이 동반된 만성 심부전 환자 219명을 무작위배정하여 110명의 변증에 따른 한약과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이노제)를 병행 투여한 군(시험군)과 109명의 위약과 항고혈압제를 투여한 군(대조군)을 치료하여 4주간 치료하였고 최종적으로 시험군 76명과 대조군 71명의 좌심실구혈률과 환자 증후군의 점수에 대해 비교분석하였다. 두 그룹 모두 치료 전후 비교에서 유의한 개선 효과가 있었고, 시험군이 대조군에 비하여 개선 효과의 크기가 유의하게 컸다. 그룹 간 비교에서 4주 후 현훈 증상에 대해서는 시험군이 대조군에 비해 유의한 증상 개선 효과를 나타냈다.⁵⁾

Tian(2010) 등은 경동맥 심장 증후군 환자 70명을 무작위배정하여 38명의 한약(계지가갈근탕)과 항고혈압제(칼슘길항제)를 병행 투여하는 군(시험군)과 32명의 항고혈압제를 단독 투여하는 군(대조군)으로 나누어 10일간 치료 후 치료 효과를 비교하였다. 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈 단일평가점수에서 한약과 항고혈압제를 병행 투여하는 군이 항고혈압제를 단독 투여하는 군에 비하여 유의한 효과 및 개선을 보였다.⁶⁾

Wang(2014)은 고혈압성 현훈 환자 80명을 40명의 한약(익기충명탕)과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이노제)를 병행 투여한 군(시험군)과 40명의 항고혈압제만 투여한 군(대조군)으로 나누어 치료 전후를 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항고혈압제 병행 투여군이 항고혈압제 단독 투여군에 비하여 유의성 있는 효과 및 개선을 보였다.⁷⁾

Wu(2019)는 고혈압성 현훈 환자 총 90명을 무작위배정하여 46명의 한약(반하백출천마탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 44명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁸⁾

Zhu(2019-2)는 고혈압성 현훈 환자 총 48명을 24명의 한약(반하백출천마탕합통규활혈탕가감)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 24명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.96 [95% CI 1.48, 2.61], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 6.87 [95% CI 2.57, 11.16]로 점수가 개선되었다. 따라서 한약과 합성의약품의 병행 투여가 합성의약품 단독 투여보다 심장성 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	403 (4 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.96 [1.48, 2.61]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	323 (3 RCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 6.87 [2.57, 11.16]	점수가 낮을수록 악화됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: I² ≥ 75%

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲb-B-1)에서는 심장성 현훈 환자에게 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 총 5편의 무작위 대조군 임상연구와 총 4편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 합성의약품의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 심장성 현훈 환자에게 한약과 합성의약품 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 심장성 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 谷新荣. 益气聪明汤治疗高血压眩晕 42例. 中国中医药现代远程教育(Chinese Medicine Modern Distance Education of China). 2015;13(12):53-55.
2. 古丽莎. 老年高血压性眩晕患者采用中西医结合治疗的效果分析. 临床医药文献杂志. 2017;4(3):6364-6365.

3. 张耀文, 赵光锋, 许玉皎. 黄杞益肾定眩汤治疗高血压致眩晕症 82 例. 环球中医药. 2018;11(3):432-434.
4. 李光智, 林称心. 通窍定眩汤联合西药治疗痰瘀互结型眩晕高血压的效果及作用机制分析. 四川中医. 2017;35(4):121-123.
5. Luo L, Wang J, Han A, Zhang P, Guo S, Chen C, Xu X, Lin Q, Zhao H, Wang W. Chinese herbal medicine for chronic heart failure: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Traditional Chinese Medical Sciences*. 2014;1:98-108.
6. 田素琴, 侯全忠. 桂枝加葛根汤治疗颈心综合征临床观察. 中华中医药学刊(CHINESE ARCHIVES OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE). 2010;28(7):1433-1434.
7. 王义相. 中医药治疗 80例 高血压性眩晕的临床分析. 中国处方药. 2014;12(8):118-119.
8. 吴祥谦. 半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型高血压的效果探讨. 当代医药论丛. 2019;17(6):180-181.
9. 朱显飞. 半夏白术天麻汤合通窍活血汤加减方对高血压眩晕的效果研究. 世界最新医学信息文摘. 2019;19(11):142-143.

3-2-1. 만성 심부전

■ 한약

【R(IIIb-B-1-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
만성 심부전으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항고혈압제 단독 투여에 비해 한약과 항고혈압제의 병행 투여를 권고한다.	A/High	1
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): 계지가갈근탕 2) 간양상항증(U65.0): 황련해독탕 3) 심비양허증(U78.7): 익기총명탕 ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이뇨제 		

(1) 임상질문 : Q(IIIb-B-1-1)

만성 심부전으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 항고혈압제의 병행 투여는 항고혈압제 단독 투여에 비해 현훈 정도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
만성 심부전	한약 + 항고혈압제	항고혈압제	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Luo(2014) 등은 현훈 증상이 동반된 만성 심부전 환자 219명을 무작위배정하여 110명의 변증에 따른 한약과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이뇨제)를 병행 투여한 군(시험군)과 109명의 위약과 항고혈압제를 투여한 군(대조군)을 치료하여 4주간 치료하였고 최종적으로 시험군 76명과 대조군 71명의 좌심실구혈률과 환자 증후군의 점수에 대해 비교분석하였다. 두 그룹 모두 치료 전후 비교에서 유의한 개선 효과가 있었고, 시험군이 대조군에 비하여 개선 효과의 크기가 유의하게 컸다. 그룹 간 비교에서 4주 후 현훈 증상에 대해서는 시험군이 대조군에 비해 유의한 증상 개선 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 3.43 [95% CI 1.47, 7.96]으로 총 유효율이 개선되었다.

따라서 한약과 항고혈압제의 병행 투여가 항고혈압제 단독 투여보다 만성 심부전으로 인한 현훈증상 척도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	147 (1 RCT)	●●●● High	RR 3.43 [1.47, 7.96]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲb-B-1-1)에서는 만성 심부전으로 인한 현훈 환자에게 항고혈압제 단독 투여에 비해 한약과 항고혈압제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 한약과 항고혈압제의 병행 투여는 항고혈압제 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 높음(High)으로 추후 연구로 효과추정치에 대한 확신 정도가 바뀔 가능성이 매우 낮다. 만성 심부전으로 인한 현훈 환자에게 한약과 항고혈압제 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 A를 부여한다. 즉, 만성 심부전으로 인한 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 한약과 항고혈압제의 병행 투여를 권고한다.

(3) 참고문헌

1. Liangtao Luo, Juan Wang, Aiqing Han, Peng Zhang, Shuzhen Guo, Chan Chen, Xuegong Xu, Qian Lin, Huihui Zhao, Wei Wang. Chinese herbal medicine for chronic heart failure: a multi-center, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Traditional Chinese Medical Sciences*. 2014;1:98-108.

3-2-2. 경동맥 심장 증후군성 현훈

■ 한약

【R(IIIb-B-1-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
경동맥 심장 증후군으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위해 항고혈압제(칼슘길항제) 단독 투여에 비해 계지가갈근탕 가미방과 항고혈압제의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 풍담증(유사 U72): (1) 계지가갈근탕 가미방: 계지 10g, 백작약 12g, 갈근 25g, 강활 10g, 전갈 6g, 당귀 15g, 위령선 10g, 생강 10g, 대조 15g, 자감초 6g (Tian 2010) ● 합성의약품: 1) 항고혈압제: 칼슘길항제		

(1) 임상질문 : Q(IIIb-B-1-2)

경동맥 심장 증후군으로 인한 현훈 환자의 증상 개선을 위한 계지가갈근탕 가미방과 항고혈압제(칼슘길항제)의 병행 투여는 항고혈압제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
경동맥 심장 증후군	계지가갈근탕 + 항고혈압제 (칼슘길항제)	항고혈압제 (칼슘길항제)	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일 평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Tian(2010) 등은 경동맥 심장 증후군 환자 70명을 무작위배정하여 38명의 한약(계지가갈근탕)과 항고혈압제(칼슘길항제)를 병행 투여하는 군(시험군)과 32명의 항고혈압제를 단독 투여하는 군(대조군)으로 나누어 10일간 치료 후 치료 효과를 비교하였다. 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율과 현훈 단일평가점수에서 한약과 항고혈압제를 병행 투여하는 군이 항고혈압제를 단독 투여하는 군에 비하여 유의한 효과 및 개선을 보였다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.50 [95% CI 0.77, 2.92], 현훈단일평가점수에서 치료 후 MD 0.53 [95% CI 0.32, 0.74]로 점수가 개선되었다. 따라서 계지가갈근탕과 항고혈압제의 병행 투

여가 항고혈압제 단독 투여보다 경동맥 심장 증후군으로 인한 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	70 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	RR 1.50 [0.77, 2.92]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	70 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 0.53 [0.32, 0.74]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲb-B-1-2)에서는 경동맥 심장 증후군으로 인한 현훈 환자에게 항고혈압제(칼슘길항제) 단독 투여에 비해 계지가갈근탕과 항고혈압제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 계지가갈근탕과 항고혈압제의 병행 투여는 항고혈압제 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 경동맥 심장 증후군으로 인한 현훈 환자에게 계지가갈근탕과 항고혈압제 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 경동맥 심장 증후군으로 인한 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 계지가갈근탕과 항고혈압제의 병행 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 田素琴, 侯全忠, 桂枝加葛根汤治疗颈心综合征临床观察. 中华中医药学刊(CHINESE ARCHIVES OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE). 2010;28(7):1433-1434.

3-2-3. 고혈압성 현훈

■ 한약

【R(Ⅲb-B-1-3)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
고혈압성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 황련해독탕 투여를 고려해야 한다.	B/Low	1
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 간양상항증(U65.0): (1) 황련해독탕: 황금, 황련, 산치자, 황백 (함유량비 3:2:2:1.5) (Arakawa 2006)		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲb-B-1-3)

고혈압성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 황련해독탕 투여는 위약 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
고혈압성 현훈	황련해독탕	위약	현훈증상척도 (현훈단일평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Arakawa(2006) 등은 고혈압성 현훈 환자 204명을 무작위배정하여 103명의 한약(황련해독탕) 복용군(시험군)과 101명의 위약군(대조군)으로 구분하여 치료 8주 후 결과를 비교 분석하였다. 현훈단일평가점수에서 위약군에 비해 한약 복용군에서 유의한 효과 및 개선이 나타났다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈단일평가점수에서 치료 후 MD 0.10 [95% CI -0.04, 0.24]로 점수가 개선되었으나, 통계적 유의성은 없었다. 따라서 황련해독탕이 위약에 비하여 고혈압성 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료전후 군내 비교에 따르면 황련해독탕 투여는 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	204 (1 RCT)	●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 0.10 [-0.04, 0.24]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲb-B-1-3)에서는 고혈압성 현훈 환자에게 황련해독탕 투여 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 황련해독탕 투여는 현훈 척도의 점수를 개선시켰지만, 통계적 유의성이 확보되지는 않았다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 고혈압성 현훈 환자에게 황련해독탕 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 고혈압성 현훈 치료에 황련해독탕 투여가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

고혈압성 현훈에 대한 황련해독탕 투여가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 고혈압성 현훈 치료에 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 고혈압성 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 황련해독탕 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Arakawa K, Sarutab T, Abec K, Iimurad O, Ishiie M, Ogiharaf T, et al. Improvement of accessory symptoms of hypertension by TSUMURA Orenge dokuto Extract, a four herbal drugs containing Kampo-Medicine Granules for ethical use: A double-blind, placebo-controlled study. *Phytomedicine*. 2006;13:1-10.

【R(IIIb-B-1-4)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
고혈압성 현훈 환자의 증상 개선을 위해 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-7
<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 한약처방: <ol style="list-style-type: none"> 1) 풍담증(유사 U72): <ol style="list-style-type: none"> (1) 정현탕 가감방: 산수유, 구기자, 하수오 각30g, 황기, 천마, 천궁, 갈근 각15g, 계혈등 30g, 조구등 15g, 택사 20g, 반하 10g, 당삼 15g (Jang 2018-2) (2) 반하백출천마탕 가감방: 복령 20g, 천마, 진피, 법반하 15g, 백출 12g, 석창포, 생강 10g, 원지 6g (Wu 2019) (3) 반하백출천마탕합동규활혈탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 산사, 적작약 각15g, 복령, 의이인, 지각, 단삼, 홍화 각12g, 반하, 천마, 백출, 지룡 각9g, 굴피 6g (Li 2017-3) - 백출, 복령 15g, 반하 10g, 천마 15g, 굴홍, 천궁, 도인, 대조, 생강, 홍화 10g, 단삼 20g, 적작약 10g, 삼칠 3g (Zhu 2019-2) 2) 심비양허증(U78.7): <ol style="list-style-type: none"> (1) 익기총명탕 가감방: <ul style="list-style-type: none"> - 황기 30g, 복령 15g, 당삼 30g, 진피 10g, 황백 5g, 법반하 15g, 백작약 15g, 승마 5g, 갈근 30g, 만형자 10g, 자감초 5g (Gu 2015) - 자감초 5g, 만형자 10g, 갈근 30g, 승마 5g, 백작약 15g, 법반하 15g, 황백 5g, 진피 10g, 당삼 30g, 복령 15g (Gu 2017) - 황기 30g, 복령 15g, 당삼 30g, 진피 10g, 황백 5g, 법반하 15g, 백작약 15g, 자감초 5g, 승마 5g, 만형자 10g, 갈근 30g (Wang 2014) ● 합성의약품: <ol style="list-style-type: none"> 1) 항현훈제(뇌혈관개선제): 베타히스틴(betahistine) 2) 항고혈압제: 베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이뇨제 		

(1) 임상질문 : Q(IIIb-B-1-4)

고혈압성 현훈 환자의 증상 개선을 위한 한약과 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제)의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
고혈압성 현훈	한약 + 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제)	합성의약품	현훈증상척도 (총 유효율, 현훈단일평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 3편의 무작위 대조군 임상연구와 총 4편의 비무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Gu(2015)는 고혈압성 현훈 환자 84명을 42명의 한약(익기총명탕가미방)과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제)를 병행 투여한 군(시험군)과 42명의 항고혈압제만을 투여한 군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 한약과 항고혈압제를 병행 투여한 군이 항고혈압제만 투여한 군에 비하여 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율이 유의하게 높았다.¹⁾

Gu(2017)는 고혈압성 현훈 환자 총 70명을 35명의 한약(익기충명탕)과 항고혈압제 병행 투여군(시험군)과 35명의 항고혈압제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항고혈압제 병행 투여군이 항고혈압제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.²⁾

Jang(2018-2) 등은 고혈압성 현훈 환자 총 163명을 무작위배정하여 82명의 한약(익신정현탕)과 항현훈제(뇌혈관개선제(베타히스틴(betahistine))) 병행 투여군(시험군)과 81명의 항현훈제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 4주 후 비교하였고, 현훈단일평가점수에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.³⁾

Li(2017-3) 등은 고혈압성 현훈 환자 총 96명을 무작위배정하여 48명의 한약(반하백출천마탕합통규활혈탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 48명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁴⁾

Wang(2014)은 고혈압성 현훈 환자 80명을 40명의 한약(익기충명탕)과 항고혈압제(베타차단제, 혈관확장제, 칼슘길항제, 안지오텐신 전환 효소 억제제, 이뇨제)를 병행 투여한 군(시험군)과 40명의 항고혈압제만 투여한 군(대조군)으로 나누어 치료 전후를 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항고혈압제 병행 투여군이 항고혈압제 단독 투여군에 비하여 유의성 있는 효과 및 개선을 보였다.⁵⁾

Wu(2019)는 고혈압성 현훈 환자 총 90명을 무작위배정하여 46명의 한약(반하백출천마탕)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 44명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 2주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율, 현훈단일평가점수에서 한약과 합성의약품 병행 투여군이 합성의약품 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁶⁾

Zhu(2019-2)는 고혈압성 현훈 환자 총 48명을 24명의 한약(반하백출천마탕합통규활혈탕가감)과 합성의약품 병행 투여군(시험군)과 24명의 합성의약품 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 1달 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대 개선된 총 유효율에서 한약과 항현훈제 병행 투여군이 항현훈제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.⁷⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.92 [95% CI 1.37, 2.70], 현훈단일평가점수에서 치료 후 SMD 9.07 [95% CI -6.72, 24.87]로 점수가 개선되었다. 따라서 한약과 합성의약품의 병행 투여가 합성의약품 단독 투여보다 고혈압성 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수 있다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	186 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.92 [1.37, 2.70]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	253 (2 RCTs)	●○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	SMD 9.07 [-6.72, 24.87]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: $I^2 \geq 75\%$

c: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲb-B-1-4)에서는 고혈압성 현훈 환자에게 합성의약품(항현훈제(뇌혈관개선제), 항고혈압제) 단독 투여에 비해 한약과 합성의약품의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 총 3편의 무작위 대조군 임상연구와 총 4편의 비무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과 한약과 합성의약품의 병행 투여는 합성의약품 단독 투여보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 고혈압성 현훈 환자에게 한약과 합성의약품 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 고혈압성 현훈 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 한약과 합성의약품 병행 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 谷新荣. 益气聪明汤治疗高血压眩晕 42例. 中国中医药现代远程教育(Chinese Medicine Modern Distance Education of China). 2015;13(12):53-55.
2. 古丽莎. 老年高血压性眩晕患者采用中西医结合治疗的效果分析. 临床医药文献杂志. 2017;4(3):6364-6365.
3. 张耀文, 赵光锋, 许玉皎. 黄杞益肾定眩汤治疗高血压致眩晕症 82 例. 环球中医药. 2018;11(3):432-434.
4. 李光智, 林称心. 通窍定眩汤联合西药治疗痰瘀互结型眩晕高血压的效果及作用机制分析. 四川中医. 2017;35(4):121-123.

5. 王义相. 中医药治疗 80例 高血压性眩晕的临床分析. 中國處方藥. 2014;12(8):118-119.
6. 吴祥谦. 半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型高血压的效果探讨. 当代医药论丛. 2019;17(6):180-181.
7. 朱显飞. 半夏白术天麻汤合通窍活血汤加减方对高血压眩晕的效果研究. 世界最新医学信息文摘. 2019;19(11):142-143.

3-2-4. 혈관 미주신경성 실신

■ 약침술

【R(Ⅲb-C-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
혈관 미주신경성 실신 환자의 증상 개선을 위해 베타차단제 단독 치료에 비해 약침술을 베타차단제에 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 약침: 황기주사액		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲb-C-1)

혈관 미주신경성 실신 환자에게 약침술을 베타차단제에 병행하는 치료는 베타차단제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
혈관 미주신경성 실신 (Vasovagal syncope)	약침술 + 베타차단제	베타차단제	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Liu(2012) 등은 혈관 미주신경성 실신 환자 총 40명을 무작위 배정하여 20명의 황기 약침술[족삼리(足三里, ST36), 총3개월]과 베타차단제[2회/일 총3개월]을 시술한 군과 20명의 베타차단제[2회/일 총3개월]을 시술한 군으로 나누어 치료한 결과 총 유효율은 중재군에서 유의하게 효과가 있었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.57 [95% CI 0.77, 3.22]로 점수가 개선되었다. 따라서 베타차단제와 약침술을 병행한 치료군이 베타차단제를 단독으로 시행한 군에 비하여 현훈 증상 개선에 효과적이었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	40 (1 RCT)	●●●○ Low ^{a,b}	RR 1.57 [0.77, 3.22]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲb-C-1)에서는 혈관 미주신경성 실신 환자에게 베타차단제와 약침술을 함께 사용할 때 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구 분석 결과 약침술과 베타차단제의 병행 치료는 베타차단제 치료와 유사하게 현훈증상척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 혈관 미주신경성 실신 환자에 대한 약침술은 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 혈관 미주신경성 실신 환자의 치료에 약침술이 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

혈관 미주신경성 실신 환자에 대한 약침술과 베타차단제의 병행 치료가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 혈관 미주신경성 실신 환자에 증상 개선을 위해 약침술을 베타차단제와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 劉鈞萍 等. 黃芪注射液穴位注射治疗血管迷走性晕厥的臨床觀察. 西部醫學. 2012;24(11): 2181-2182.

3-3. 심인성 현훈

3-3-1. 만성 주관적 어지럼증(CSD)

■ 심신요법

【R(IIIc-E-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
만성 주관적 어지럼증 환자의 증상 개선을 위해 태극권 자가 운동 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1

(1) 임상질문 : Q(IIIc-E-1)

만성 주관적 어지럼증 환자에게 태극권 자가 운동은 아무런 처치를 하지 않는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
만성 주관적 어지럼증 (CSD)	태극권	무처치	현훈증상척도 (8-foot-up-to-go time)	한의원 및 한방병원

CSD: chronic subjective dizziness;

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었는데, 중대한 이상반응은 없었다.

Maciaszek(2012) 등은 60~80세 노년층에서 만성 주관적 어지럼증을 호소하는 40명을 무작위배정하여, 20명의 태극권 자가 운동 군과 20명의 아무런 처치를 하지 않는 군으로 나누어 시행한 결과 현훈 증상척도(8 foot up to and go test(time))에서 태극권 자가 운동을 한 군이 아무런 처치를 하지 않은 군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈증상척도(8-foot-up-to-go time)에서 MD -0.42 [95% CI -1.07, -0.23]로 현훈 증상 척도의 개선이 있었다. 따라서 만성 주관적 어지럼증에 태극권 자가 운동은 아무런 처치를 하지 않는 것에 비하여 현훈증상척도 개선에 효과가 있었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (8-foot-up-to-go time) (Critical)	40 (1 RCT)	●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.42 [-1.07, -0.23]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲc-E-1)에서는 만성 주관적 어지럼증 환자에게 아무런 처치를 하지 않는 것에 비해 태극권 자가 운동 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 태극권 자가 운동 치료는 아무런 처치를 하지 않는 것보다 유의하게 현훈 척도를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 만성 주관적 환자에 대한 태극권 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한판단은 제외한다.

만성 주관적 어지럼증에 대한 태극권 자가 운동치료가 효과적이나 근거 수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉 만성 주관적 어지럼증 환자에서 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 태극권 자가 치료 시행을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Janusz Maciaszek, Wieslaw Osinski. Effect of Tai Chi on Body Balance: Randomized Controlled Trial in Elderly Men with Dizziness. The American Journal of Chinese Medicine. 2012;40(2):245-253.

【R(Ⅲc-E-2)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
만성 주관적 어지럼증 환자의 증상 개선을 위해 항우울제 단독 치료에 비해 인지행동요법을 항우울제와 병행하여 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 합성의약품: 1) 항우울제: 에스시탈로프람(escitalopram)		

(1) 임상질문 : Q(Ⅲc-E-2)

만성 주관적 어지럼증 환자에게 항우울제와 인지행동요법의 병행 치료를 하는 것이 항우울제 단독 치료에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
만성 주관적 어지럼증 (CSD)	항우울제 + 인지행동요법	항우울제	현훈 증상 척도 (총 유효율, DHI)	한의원 및 한방병원

CSD: chronic subjective dizziness; DHI: Dizziness Handicap Inventory;

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다. 중대한 부작용은 없었다.

Zhou(2019) 등은 만성 주관적 어지럼증 환자 64명을 무작위배정하여 32명의 항우울제와 인지행동요법 병행 치료군과 32명의 항우울제 단독 치료군으로 나누어 치료한 결과 현훈 증상이 치대로 개선된 총 유효율과 현훈종합평가점수(DHI)에서 항우울제와 인지행동요법 병행 치료군이 항우울제 단독 치료군에 비하여 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 RR 1.75 [95% CI 1.05, 2.92], 현훈종합평가점수(DHI)에서 MD 10.83 [8.09, 13.57]으로 현훈 증상이 개선되었다. 따라서 만성 주관적 어지럼증에 항우울제와 인지행동요법 병행치료를 하는 것이 항우울제 단독 치료에 비하여 현훈 증상 개선에 효과가 있었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Not important)	64 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	RR 1.75 [1.05, 2.92]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (현훈 종합평가점수, DHI) (Critical)	64 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 10.83 [8.09, 13.57]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

DHI: Dizziness Handicap Inventory;

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲc-E-2)에서는 만성 주관적 어지럼증 환자에게 항우울제 단독 치료에 비해 항우울제와 인지행동요법의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 항우울제와 인지행동요법의 병행 치료는 항우울제 단독 치료보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로, 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 현훈에 대한 인지행동치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 크다고 판단된다. 다만 비용대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 활용도가 있을 것으로 판단되어 권고등급 C를 부여한다. 즉 만성 주관적 어지럼증 환자에서 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 양약치료와 인지행동치료 병행 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 周瑞泽, 杨利勇, 赖小梅. 草酸艾司西酞普兰联合生物反馈—认知行为疗法治疗慢性主观性头晕的临床疗效观察. 当代医学. 2019;25(15):106-108.

3-3-2. 심인성 어지럼증

■ 한약

【R(IIIc-B-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
심인성 어지럼증 환자의 증상 개선을 위해 항우울제 단독 투여에 비해 시호가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여를 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 한약처방: 1) 수기능심증(U67.3): - 시호가용골모려탕: 시호 15g, 옹골, 모려 30g, 황금, 당삼 10g, 반하, 생강 9g, 대조, 계지 10g, 복령 20g, 대황 6g (Xie 2018) ● 합성의약품: 1) 항우울제: 에스시탈로프람(escitalopram)		

(1) 임상질문 : Q(IIIc-B-1)

심인성 어지럼증 환자의 증상 개선을 위한 시호가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여는 항우울제 단독 투여에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
심인성 어지럼증 (Psychogenic dizziness)	시호가용골모려탕 + 항우울제	항우울제	현훈증상척도 (총 유효율)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Xie(2018) 등은 심인성 어지럼증 환자 총 60명을 무작위배정하여 30명의 한약(시호가용골모려탕)과 항우울제(에스시탈로프람(escitalopram)) 병행 투여군(시험군)과 30명의 항우울제 단독 투여군(대조군)으로 나누어 치료 6주 후 비교하였고, 현훈 증상이 최대로 개선된 총 유효율에서 한약과 항우울제 병행 투여군이 항우울제 단독 투여군에 비해 유의한 개선 효과를 보였다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 총 유효율에서 치료 후 RR 1.25 [95% CI 0.71, 2.20]로 총 유효율이 개선되었으나, 통계적 유의성은 없었다. 따라서 시호가용골모려탕과 항우울제 병행 투여가 항우울제 단독 투여에 비하여 심인성 어지럼증 증상척도 개선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료전후 군내 비교에 따르면 시호가용골모려탕 투여는 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (총 유효율) (Critical)	60 (1 RCT)	●○○○ Low ^{a,b}	RR 1.25 [0.71, 2.20]	-	-	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 배경순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않음

b: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲc-B-1)에서는 심인성 어지럼증 환자에게 항우울제 단독 투여에 비해 시호가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 시호가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여는 항우울제 단독 투여보다 현훈 척도의 점수를 개선시켰지만, 통계적 유의성이 확보되지는 않았다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 심인성 어지럼증 환자에게 시호가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 국내에서 심인성 어지럼증 치료에 시호가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여가 다빈도로 적용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

심인성 어지럼증에 대한 시호가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여가 효과적이거나 근거수준이 낮다. 그리하여 임상 경험을 바탕으로 권고등급 C를 부여한다. 즉, 심인성 어지럼증 환자에게 현훈 증상의 개선을 위하여 시호가용골모려탕과 항우울제의 병행 투여를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 谢春荣, 段娜. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗60例慢性主观性头晕临床观察. 临床检验杂志(电子版). 2018;7(1):87-88.

■ 심신요법

【R(IIIc-E-3)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
심인성 어지럼증 환자의 증상 개선을 위해 인지행동요법과 전정재활의 병행 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1

(1) 임상질문 : Q(IIIc-E-3)

심인성 어지럼증 환자에게 인지행동요법과 전정재활의 병행 치료는 아무런 처치를 하지 않는 것에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
심인성 어지럼증 (Psychogenic dizziness)	인지행동요법 + 전정재활치료	무처치	현훈증상척도 (현훈종합평가 점수(DHI), 현훈단일평가점수(VSS, Sharpened Romberg)	한의원 및 한방병원

DHI: dizziness handicap inventory; VSS: vertigo symptom scale;

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었고, 중대한 이상반응은 없었다.

Andersson(2006) 등은 18~64세의 1달 이상 반복적으로 발생하는 어지럼증으로 고생하는 심인성 어지럼증 환자 29명을 대상으로 무작위배정하여 14명의 인지행동요법과 전정재활 병행 치료군과 15명의 대가자 명단으로 통제된 대조군으로 나누어 치료 관찰한 결과 현훈증상척도(DHI, VSS, Sharpened Romberg)에서 인지행동요법과 전정재활 병행 치료군이 처치를 받지 않은 대조군에 비해 유의한 효과를 나타냈다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과 현훈증상척도 DHI에서 MD -9.20 [95% CI -22.21, 3.81], VSSm에서 MD -4.74 [95% CI -10.79, 1.31], Sharpened Romberg에서 MD -0.43 [95% CI -9.32, 10.18]으로 현훈 증상이 개선되었다. 따라서 심인성 어지럼증에 인지행동요법과 전정재활 병행치료는 아무런 처치를 하지 않는 것에 비하여 현훈 증상 개선에 효과가 있었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (DHI) (Critical)	29 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -9.20 [-22.21, 3.81]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (VSS) (Critical)	29 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -4.74 [-10.79, 1.31]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
현훈증상척도 (Sharpened Romberg) (Critical)	29 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.43 [-9.32, 10.18]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

DHI: Dizziness Handicap Inventory; VSS: Vertigo Symptom Scale;

a: The included study(ies) had a unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 400, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲc-E-3)에서는 심인성 어지럼증 환자에게 아무런 처치를 하지 않는 것에 비해 인지행동요법과 전정재활의 병행 치료 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 인지행동요법과 전정재활의 병행 치료는 아무런 처치를 하지 않는 것보다 유의하게 현훈 척도의 점수를 개선시켰다.

본 권고안에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 심인성 어지럼증 환자에 대한 인지행동요법과 전정재활의 병행 치료는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 활용도가 있을 것으로 판단되어 권고등급 C를 부여한다. 즉 심인성 어지럼증 환자에서 현훈의 중등도와 시기를 고려하여 현훈 증상 개선을 위해 인지행동요법과 전정재활의 병행 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Gerhard Andersson, Gordon J.G, Asmundsonc, Johanna Denevd, Johanna Nilssond, Hans Christian Larsen. A controlled trial of cognitive-behavior therapy combined with vestibular rehabilitation in the treatment of dizziness. Behaviour Research and Therapy. 2006;44:1265-1273.

3-4. 부인과 질환

3-4-1. 갱년기 증후군

■ 한약

【R(Ⅲd-B-1)】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기 증후군 환자의 현훈을 개선하기 위해 한약재 추출물(괴각 추출물) 투여를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

(1) 임상질문 : Q(Ⅲd-B-1)

갱년기 증후군 환자의 현훈 증상을 개선하기 위한 한약재추출물(괴각 추출물) 섭취는 위약에 비해 현훈 척도의 점수를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
갱년기 증후군	한약재 추출물 (괴각 추출물)	위약	현훈증상척도 (현훈단일평가점수)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1편의 무작위 대조군 임상연구가 선정되었다.

Lee(2010) 등은 현훈 증상을 동반한 갱년기 증후군 환자 87명을 무작위배정하여 39명의 한약재추출물(괴각) 복용군(시험군)과 41명의 위약군(대조군)으로 나누어 치료하여 최종적으로 시험군 35명과 대조군 31명에 대해 분석하였다. 한약재 추출물 복용군이 위약군에 비하여 11개의 증상을 포괄하는 KI 총점 기준으로 유의성 있는 개선 효과를 보였으나, 현훈 증상 항목만 별도로 분류하였을 경우 위약군에 비하여 증상 점수는 개선되었으나 유의성 있는 차이는 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

정량 분석 결과, 현훈단일평가점수에서 치료 후 MD 0.21 [95% CI -0.08, 0.50]로 점수가 개선되었으나, 통계적 유의성은 없었다. 따라서 괴각 추출물이 위약에 비하여 갱년기 증후군 환자의 현훈증상척도 개선에 효과적이라고 할 수는 없지만, 치료전후 군내 비교에 따르면 괴각 추출물 섭취는 효과를 보였다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
현훈증상척도 (현훈단일평가점수) (Critical)	66 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 0.21 [-0.08, 0.50]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: 신뢰구간이 효과없음을 포함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q(Ⅲd-B-1)에서는 갱년기 증후군 환자의 현훈에 한약재 추출물(괴각) 섭취 효과에 대해 분석하였다. 1편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과 한약재 추출물(괴각) 섭취는 현훈 척도의 점수를 개선시켰지만, 통계적 유의성이 확보되지는 않았다.

본 권고안에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 갱년기 증후군 환자의 현훈에 괴각 추출물 투여는 효과적이며 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다.

현훈의 중등도 및 급/만성의 시기를 고려하면 임상현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 갱년기 증후군 환자의 현훈 증상의 개선을 위하여 한약재 추출물(괴각) 투여를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Lee J, Kim KW, Kim HK, Chae SW, Jung JC, Kwon SH et al. The Effect of Rexflavone (Sophorae Fructus Extract) on Menopausal Symptoms in Postmenopausal Women: A Randomized Double-blind Placebo Controlled Clinical Trial. Arch Pharm Res. 2010;33(4):523-530.

V. 현훈 임상진료지침 활용

1. 현훈(어지럼증) 임상진료지침 활용
2. 한계점 및 의의
3. 향후 계획

1. 현훈(어지럼증) 임상진료지침 활용

한의표준임상진료지침 이용에 있어 장애요인은 권고안에 대한 적용성 부족이라고 할 수 있다. ○○○ 한의임상진료지침에 대한 인식도 및 활용도 설문 조사 결과 72.2%가 모르고 있었으며, 27.8%가 인식하고 있었다. 또한 인지한 한의사 중 많이 활용한 경우가 7.5%, 어느 정도 활용한 경우가 39%, 전혀 활용하지 않은 경우가 53.5%라고 답변하였다. 본 임상진료지침은 이러한 장애요인을 극복하기 위해 다음과 같은 촉진요인을 고려하여 개발하였다. (1) 교육적 자료 제공이다. 대학 공통교재, 교육모듈(PBL, CPX)에 본 진료지침에서 제공하는 진단알고리즘, 한의표준변증 등이 사용됨으로써 질병의 진단 및 변증 진단의 체계적 교육이 현훈임상진료지침을 활용한 진료의 기초가 될 것이다. (2) 근거중심의 임상진료지침이다. 현훈을 유발하는 질병 중심으로 치료 중재의 근거에 바탕으로 권고안이 작성되었으므로 임상 현장에서 의사결정에 도움이 될 것이다. (3) 단독치료 혹은 병행치료에 대한 근거 제공이다. 임상 현장에서 발생할 수 있는 다양한 환경을 고려하여 치료 근거를 제시하였으므로 적합한 환경을 고려하여 임상진료에 대한 의사결정을 할 것으로 기대한다.

한의표준임상진료지침에 수록된 권고안이 효과적으로 보급 확산되고 임상 현장에서 활용되기 위해서는 진료지침 요약본, 진료지침(진단알고리즘, 임상경로), 환자용 지침, 진료수행지침(CPX) 등의 확산 도구를 개발하여 한의표준임상진료지침 개발사업단에서 구축할 웹사이트를 통해 제공될 예정이다. 또한 보수교육이나 학술대회 발표 등을 통해 한의표준임상진료지침에 대한 교육을 시행하고 관련 자료를 배포할 예정이다. 학술대회 발표의 경우 2018년 호남권(광주) 전국한의학학술대회에서 '현훈 치료의 한의표준임상진료지침', 2020년 온라인 전국한의학학술대회에서 '현훈검사(급여항목) 적극 활용하기'라는 주제로 발표하였다.¹²⁾

향후 학생 및 전공의 교육에 활용하기 위해서 교과서(한방내과 분야, 한방안이비인후피부과학, 사상의학 등) 개정 작업에 한의표준임상진료지침의 권고안 내용을 반영할 계획이며, 임상역량 강화를 위한 CPX 교육모듈을 개발 및 지원하도록 할 예정이다.

추후 정기적인 모니터링에서 한의사 설문조사를 통해 진료지침의 인식도와 활용도를 조사하고, 진료지침의 임상현장 수행 정도의 평가를 위해 건강보험심사평가원의 자료를 활용하여 현훈검사(급여) 신청 건수 및 비율, KCD 상병에 따른 현훈의 치료 중재의 청구 건수 및 비율 등을 종합적으로 판단할 계획이다.

본 임상진료지침을 진료 현장에서 잘 활용하기 위하여 진료지침내의 내용을 중심으로 다음을 제안한다.

(1) 현훈(어지럼증)의 개요를 이해한다.

(2) 현훈(어지럼증)의 병력청취, 이학적 검사 등을 통해 질병을 진단한다. 이때 진료지침에 있는 진단알고리즘 및 현훈검사지를 활용한다.

(3) 현훈(어지럼증)에 대한 치료계획을 수립한다.

- 한의변증 시 진료지침에 있는 한의표준변증 및 사상체질변증을 이용한다.
- 중재의 선택 시 진료지침에 있는 치료에 대한 임상알고리즘에 따라 일차 필수 선택과 이차 부가 선택을 활용한다.
- 필요시 진료지침에서 제공한 현훈 도인운동요법을 시행할 수 있다.

(4) 현훈(어지럼증)에 대한 예방 및 예후 관리를 진료지침에서 환자용으로 제공한 정보를 이용한다.**2. 한계점 및 의의**

환자의 특성이나 체질, 증상 양상에 따라 변증하여 치료하는 방법이 일반화되어 있기 때문에 표준화된 진단 및 치료를 원칙으로 하는 근거기반 임상진료지침을 개발하는 데 어려움이 있다. 또한 이러한 한계점으로 인해 기존 임상연구 방법만으로는 한의학의 임상현장을 온전히 담아내기 힘들고, 더불어 제도적 제약으로 인해 근거창출을 위한 임상연구를 수행하기 어려운 경우가 많다. 그럼에도 불구하고 본 임상진료지침에서는 한의학의 특성을 최대한 반영할 수 있도록 연구결과를 잘 종합하여 기술하고, 보완이 필요한 부분에 대해서는 향후 단계적 연구를 통해 근거를 확보해 나가고자 한다.

1) 의의

현훈(어지럼증)에 대한 중의학적 치료과 관련된 임상연구가 중국에서는 활발한 연구가 진행되고 있으나, 국내에서는 상대적으로 근거자료가 부족하였다. 그리하여 최대한 한국 현실을 반영하여 현훈(어지럼증)의 한의임상진료지침을 개발하였다.

현훈(어지럼증)에 대한 사상체질병증의 활용을 위해 진단알고리즘 및 평가 등을 수록하였고, 교과서 등 문헌에 기초한 한의변증에 대하여 전문가집단의 검토를 통해 현훈한의표준변증을 제시하였다.

2) 한계점

본 임상진료지침 중 침술은 혈위치료(acupoint therapy)의 포괄적 의미로 침, 부항, 뜸 등을 포함하고 있다. 향후 많은 임상적 근거가 확보되면 각각을 구분하여 치료 가이드라인을 제시할 필요가 있다.

본 임상진료지침 중 수기요법은 근건이완수기요법, 추나요법, 견인요법 등을 포함하고 있다. 향후 많은 임상적 근거가 확보되면 각각을 구분하여 치료 가이드라인을 제시할 필요가 있다.

본 임상진료지침 중 심신요법은 pubmed의 MeSH Categories에 따라 aromatherapy, biofeedback, qi-gong, meditation, relaxation therapy, Tai Ji, Yoga 등을 포함하고 있다. 즉 도인운동요법을 심신요법의 범위에 포함하였다. 향후 많은 임상적 근거가 확보되면 각각을 구분하여 치료 가이드라인을 제시할 필요가 있다.³⁾

현훈(어지럼증)의 평가도구로 본 임상진료지침에서 제시하고 있는 DHI, VSS 등은 일반 한의원에 서 원활하게 사용할 수 있는 도구이지만 증상에 대한 주관적인 응답이 많으므로 객관적인 치료전후 평가가 어려울 수 있다. 증상의 중증도를 평가하여 전문 의료기관 또는 상급 의료기관으로의 의뢰필요성이 있으면 조건으로 설명하였다.

한약에 대한 권고안은 한국에서 사용되는 처방을 중심으로 한 연구만을 대상으로 서술되어 있다. 다른 처방이나 단미에 대한 언급은 제외되어 있어 현재까지의 연구나 임상현장을 모두 반영하지는 못하였다.

의과 치료와 한의과 치료를 단독으로 비교하는 것은 권고안을 비도출하였다. 향후 한국 임상 현실에 맞는 임상연구 설계와 이에 따른 근거가 확보되면 보완해야 할 것이다.

3. 향후 계획

본 현훈(어지럼증) 한의임상진료지침을 개발하면서 권고안 도출시 근거가 부족하거나 향후 연구가 필요한 사항들에 대하여 간략히 나열하고자 한다.

현훈(어지럼증)에 사용되는 처방 및 단미는 매우 광범위하므로 추후 이를 포함하여 한약에 대한 권고안은 개정될 필요가 있다.

본 임상진료지침에서 제시한 침술, 심신요법 등에 포함한 한의의료행위별 세부 진료지침에 향후 임상적 근거가 확보되면 보완할 필요가 있다.

사상체질병증 적용 외에 한의변증체계의 표준화를 통해 한의변증체계에 따른 임상진료지침의 개정이 필요할 것이다.

현훈(어지럼증)의 진단을 위한 한의의료행위에 대한 재분류가 필요하며 이에 대한 적절한 수가를 보전하는 연구가 필요할 것이다.

현훈검사(급여항목)에 대한 임상의 활용이 매우 낮다. 이에 대한 학회 활동 및 재교육이 필요할 것으로 생각된다.⁴⁾

한국의 의료현실을 반영하여 동서협진에 대한 CP(Clinical Pathway) 연구가 필요하고, 이에 따른 임상적 근거확보에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

현훈(어지럼증)에 대한 한의표준임상진료지침은 한의표준진료지침 개발사업단의 지침 갱신계획에 의거하여 향후 매 5년마다 국내외 데이터베이스에 대한 문헌 검색 및 국내외 진료지침 개발 현황에 대한 모니터링을 통해 새로운 과학적 근거가 확인되는 경우 또는 지침의 주사용자인 한의사를 대상으로 이메일 설문 조사를 통하여 권고된 중재의 선호도나 임상 현장에서의 활용도가 변하여 새로운 권고안 설정이 필요하다고 판단될 경우 수정 및 보완 작업을 거쳐 갱신할 계획이다.

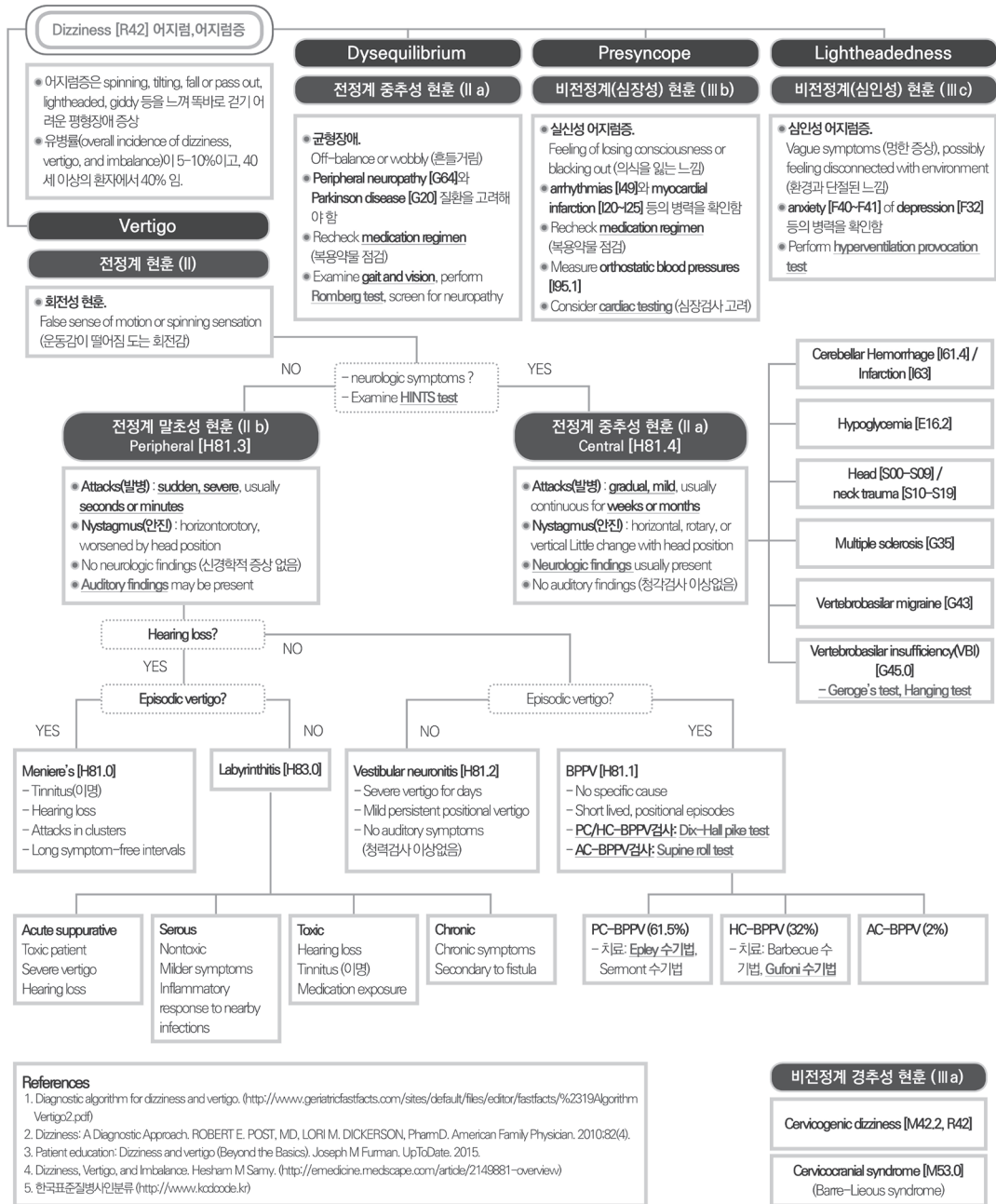
[참고문헌]

1. 2018년 전국한의학학술대회 (대한한의학회). https://www.skom.or.kr/bbs/board.php?bo_table=01_01&cwr_id=2099&page=6
2. 2020년 온라인 2차 전국한의학학술대회 (대한한의학회). https://www.skom.or.kr/bbs/board.php?bo_table=01_01&cwr_id=2262&page=1
3. mind-body therapy MeSH Descriptor data, <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D026441>
4. 대한한의사협회. 한의건강보험 요양급여비용 및 급여기준(2020년 4월판), p56, 2020.

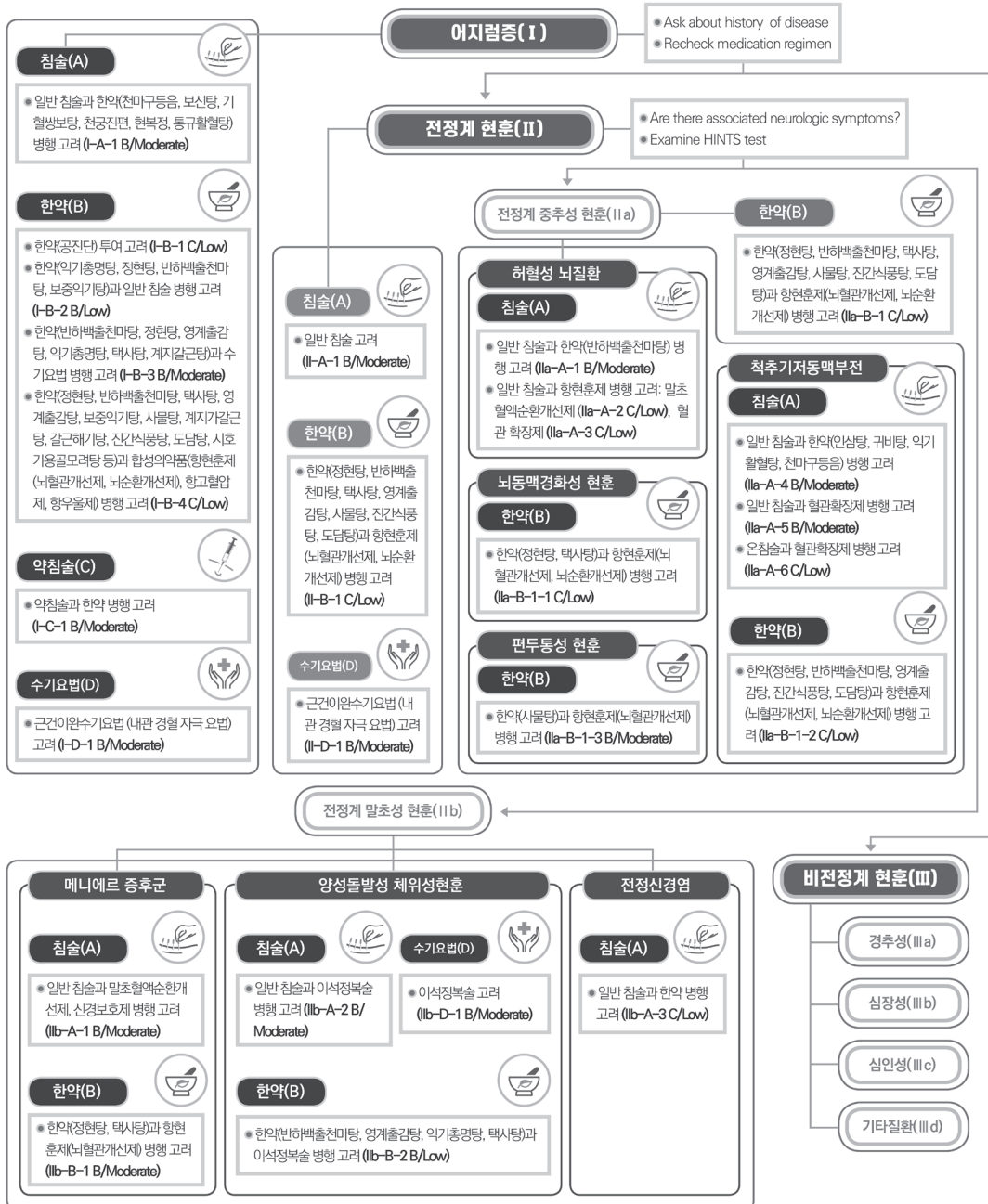
VI. 진료 알고리즘

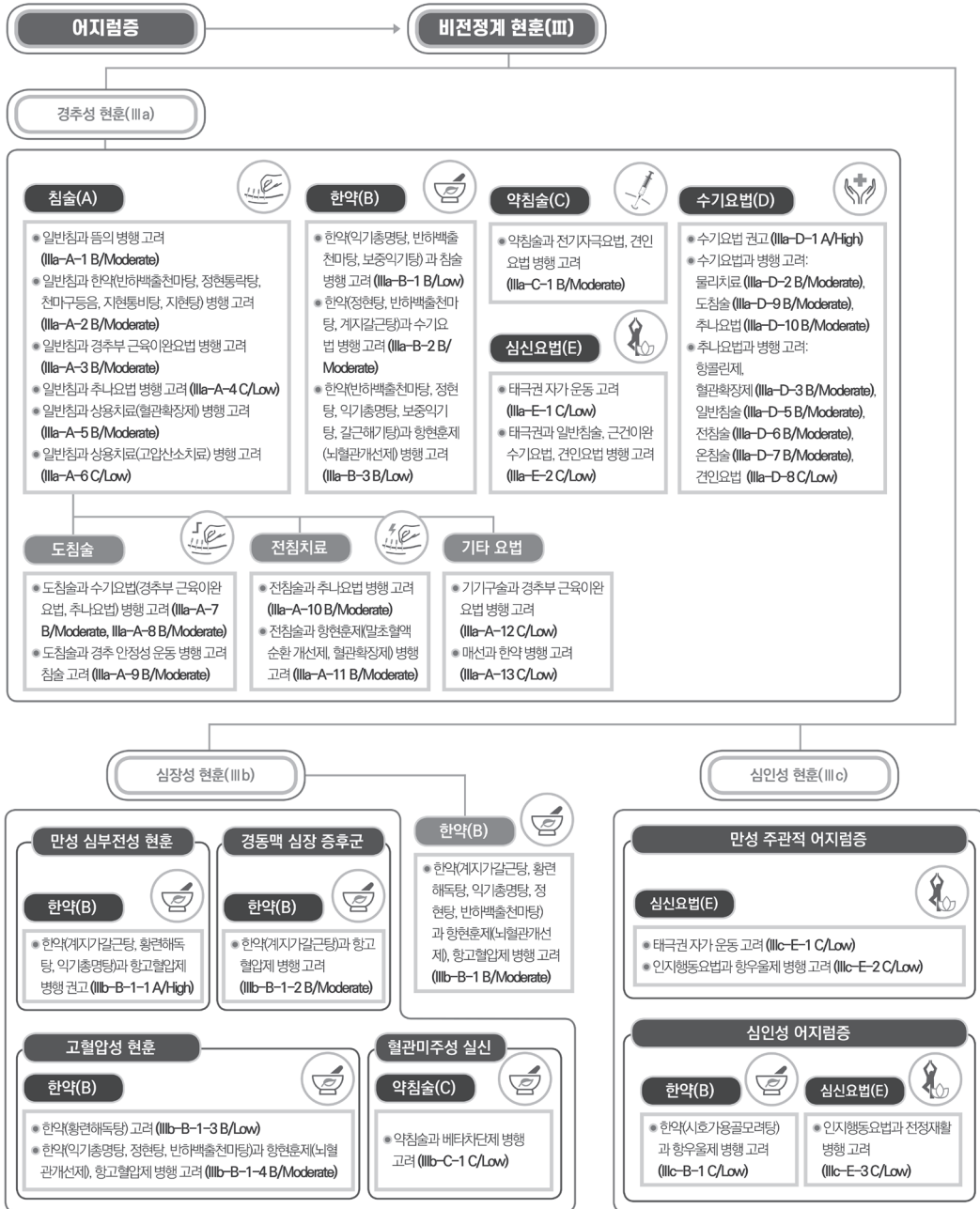
1. 진단 알고리즘 흐름도
2. 치료에 대한 임상 알고리즘 흐름도
3. 현훈 한의표준변증 도표
4. 사상체질병증 진단알고리즘

1. 진단 알고리즘 흐름도



2. 치료에 대한 임상 알고리즘 흐름도





3. 현훈 한의표준변증 도표

변증	어지러움 양상	핵심지표(主證)	일반지표(次證)				설진 (舌診)	맥진 (脈診)
			전신증상			대소변 (大小便)		
			흉복부 (胸腹部)	두면부 (頭面部)	사지부 (四肢部)			
혈어증 (血瘀證) (U61.2)	두중혼몽 (頭重昏蒙) ¹⁾	흉통(胸痛) ²⁾ 지체자통(肢體刺痛) ³⁾		이내창만 (耳內脹滿) 이명(耳鳴) 구순청자 (口脣靑紫)	기부갑자착 (肌膚甲紫錯) 피부여의행상 (皮膚如蟻行狀)		설청자유어반 (舌靑紫有瘀點)	맥삽(脈澀)
풍담증 (風痰證) (유사 U72)	선전감(旋轉感) ⁴⁾ 요황감(搖晃感) ⁵⁾ 부유감(漂浮感) ⁶⁾ 두중여과(頭重如裹)	오심(惡心) 구토(嘔吐) 마목(麻木)	흉협만민 (胸脇滿悶)	후중담명 (喉中痰鳴)			설대백(舌苔白) 혹 백니(白膩)	맥현활 (脈弦滑)
간양상항증 (肝陽上亢證) (U65.0)	기세교극 (其勢較劇)	이노(易怒) 구고(口苦) 인건(咽乾)	흉협창통 (胸脅脹痛)	이명(耳鳴) 면홍(面紅) 두목창통 (頭目脹痛) ⁷⁾		노황변건 (尿黃便乾)	설홍 (舌紅)	맥현삭 (脈弦數)
수기능심증 (水氣凌心證) (U67.3)	이(耳)충만감 전실신 ⁸⁾	심계(心悸) 부종(浮腫)	흉완비만 (胸脘痞滿)	냉한(冷汗) 면색창백 (面色蒼白) 구토청수 (嘔吐清水) 이명(耳鳴) 난청(難聽)	사지불온 ⁹⁾ (四肢不溫)	소변불리 (小便不利)	설담태백활 (舌淡苔白滑)	맥침세약 (脈沈細弱)
신음허증 (腎陰虛證) (U71.4)	구발불이 (久發不已)	이명(耳鳴) ¹⁰⁾ 요슬산연(腰膝酸軟) 조열도한(潮熱盜汗) 오심번열(五心煩熱)		목삽(目澀) 실면(失眠) ¹¹⁾ 관홍(觀紅) 구건(口乾) 발탈(髮脫)		노황변건 (尿黃便乾)	설홍소태 (舌紅少苔)	맥세삭 (脈細數)
신양허증 (腎陽虛證) (U71.5)	구발불이(久發不已)	외한(畏寒) 지냉(肢冷) ¹²⁾ 이명(耳鳴) 소변청장 (小便清長)	성욕감퇴 (性慾減退) ¹³⁾ 백대칭희 (白帶清稀)	면색황백 혹 려흑 (面色晄白 或 黧黑)	부종(浮腫)	오경설사 (五更泄瀉) ¹⁴⁾	설담태백활 (舌淡嫩苔白滑)	맥침지무력 (脈沈遲無力)
심비양허증 (心脾兩虛證) (U78.7)	시작시발(時作時發) 동즉가극(動則加劇) 우노즉발(遇勞則發)	심계정충(心悸怔忡) 납소(納少) 소기나연(少氣懶言) ¹⁵⁾	복부창만 (腹部脹滿)	실면(失眠) 다몽(多夢) 이명(耳鳴) ¹⁰⁾	조갑불영 (爪甲不榮) ¹⁶⁾	변당(便溏)	설담태박백 (舌淡苔薄白)	맥세약 (脈細弱)

1) 머리가 무겁고 눈이 침침하다(흐리다).

2) 흉민(胸悶)을 포함

3) 지체마목(肢體麻木)을 포함

4) 회전성

5) 흔들거림

6) 붕 뜬 느낌

7) 목적(目赤)을 포함

8) Pre-syncope

9) 배냉(背冷)을 포함

10) 이릉(耳聾)을 포함

11) 다몽(多夢)을 포함

12) 요슬냉통(腰膝冷痛), 요슬산연(腰膝酸軟)을 포함

13) 남자양위불거(男子陽痿不舉), 여자궁한불임(女子宮寒不孕)을 포함

14) 조설(早泄)을 포함

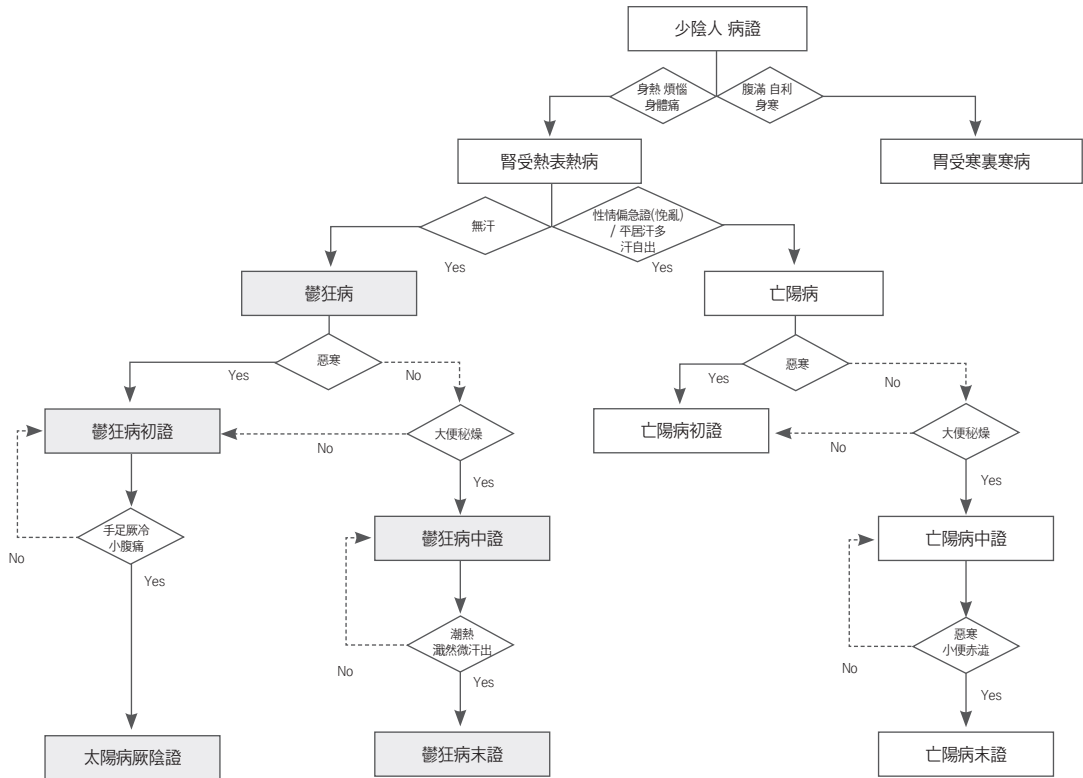
15) 신피핍력(神疲乏力)을 포함

16) 면색불화(面色不華)를 포함

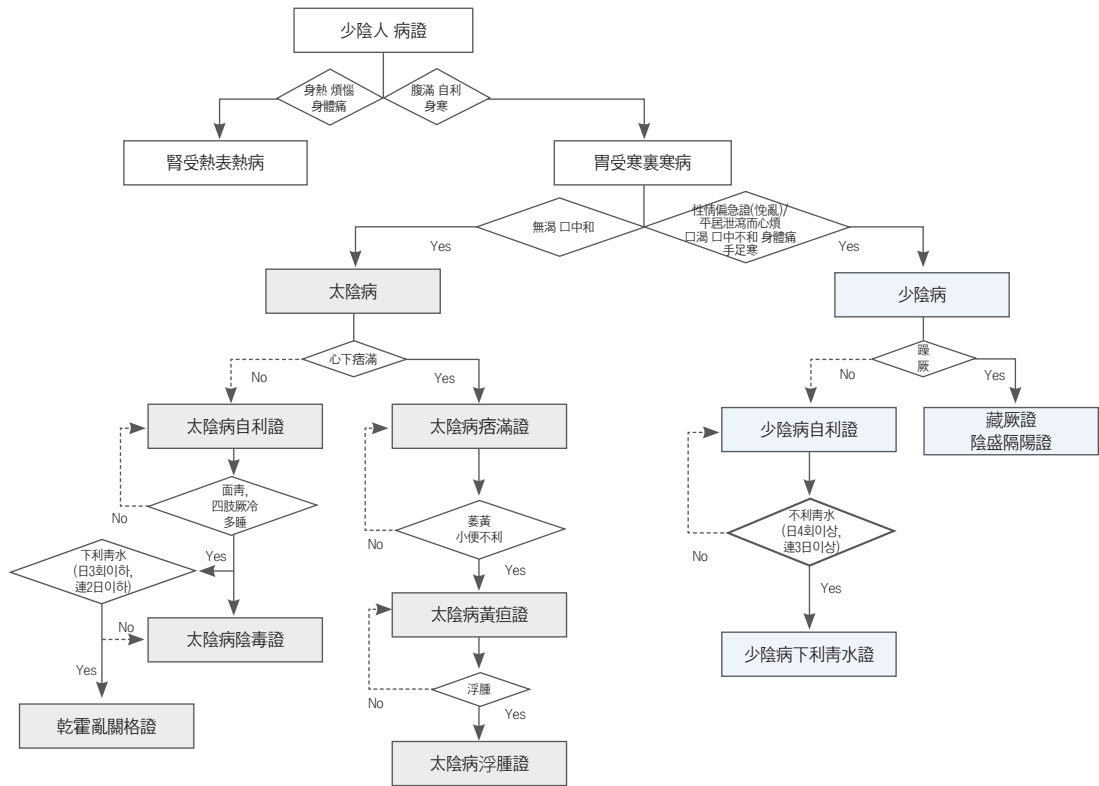
4. 사상체질병증 진단알고리즘

1) 소음인 체질병증 진단알고리즘

(1) 소음인병증 표병 진단알고리즘

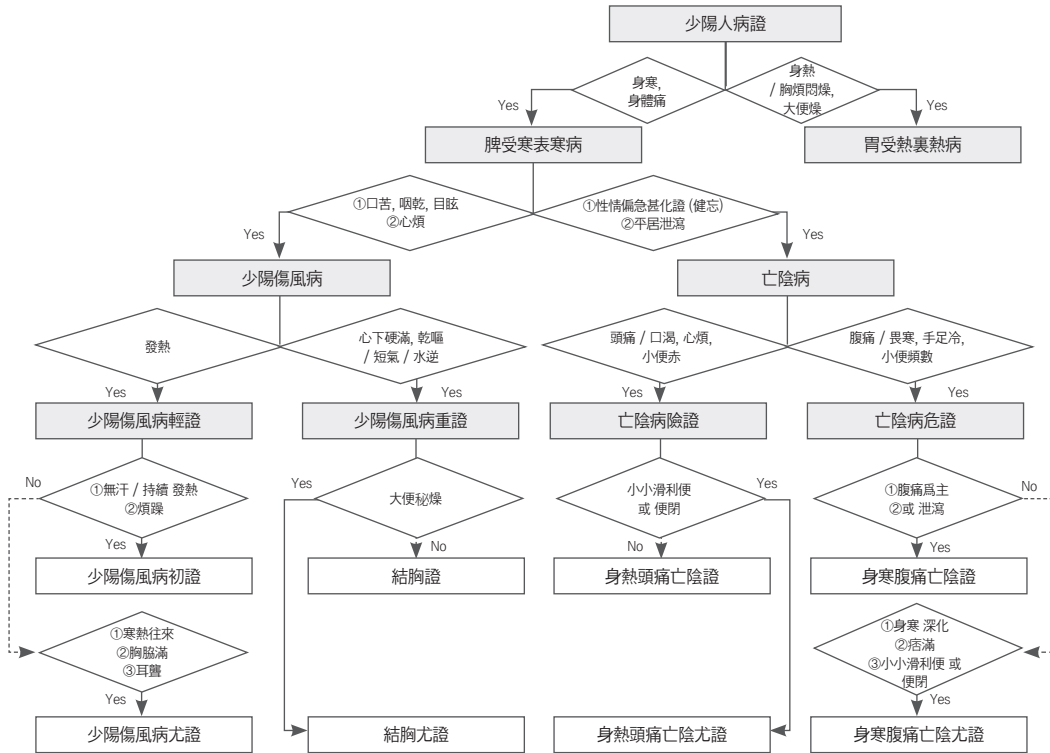


(2) 소음인병증 리병 진단알고리즘

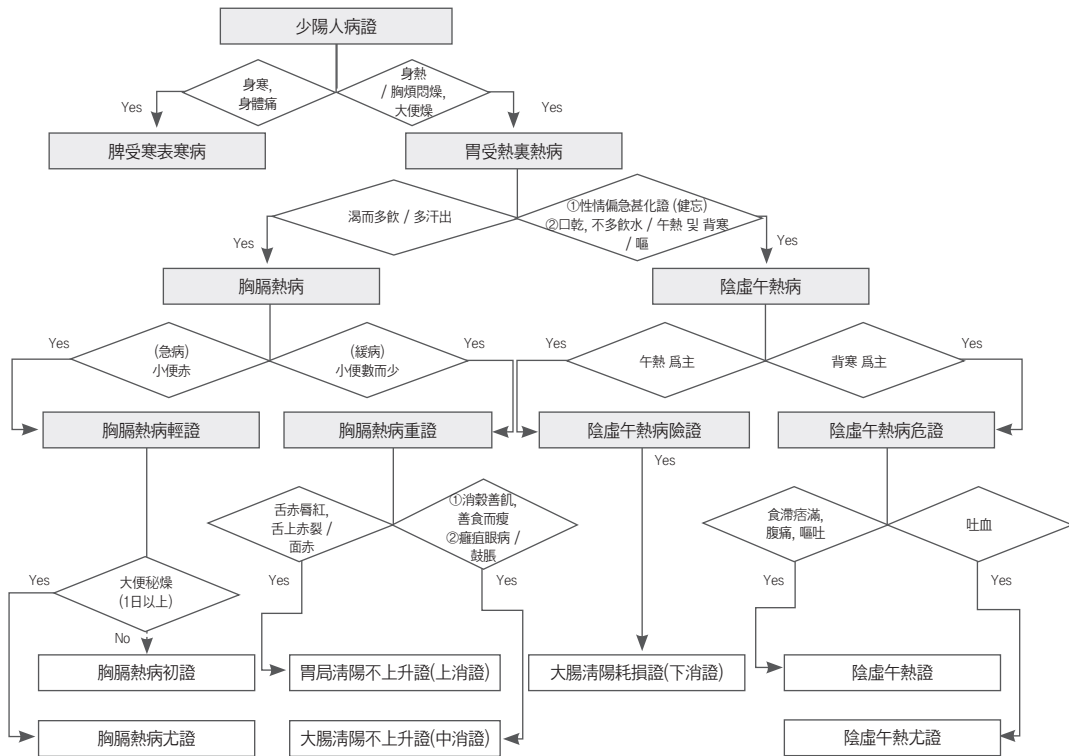


2) 소양인 체질병증 진단알고리즘

(1) 소양인병증 표병 진단알고리즘

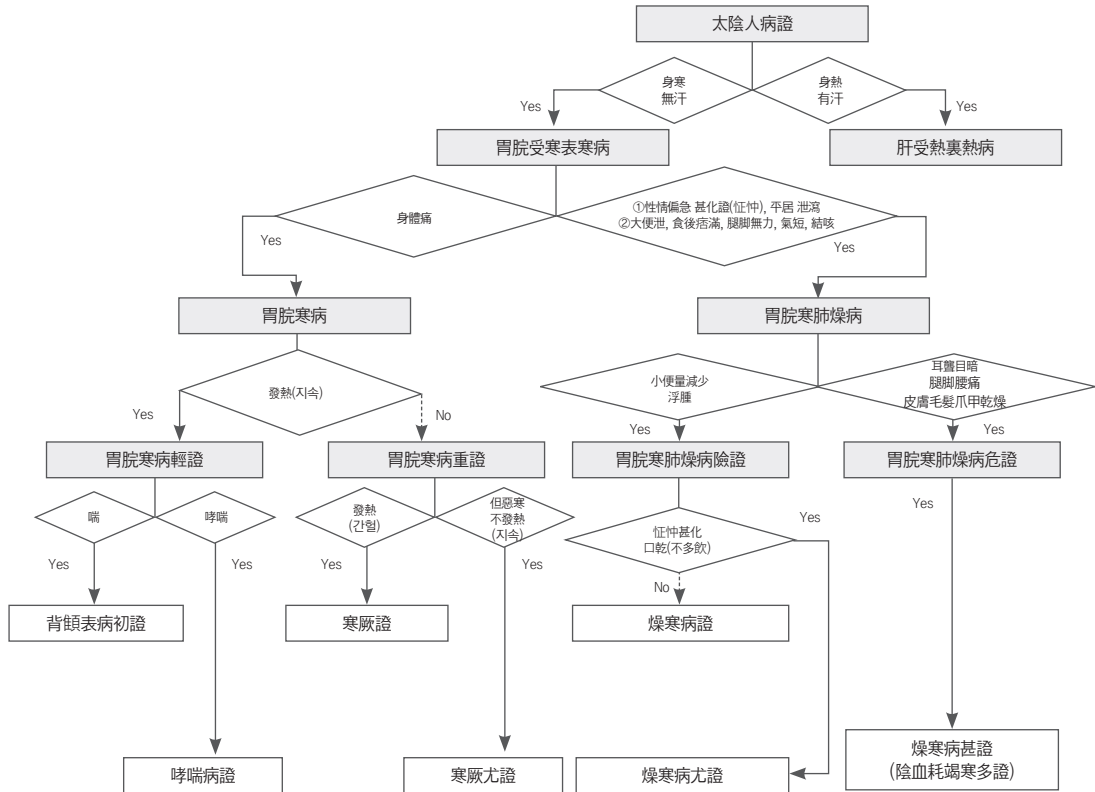


(2) 소양인병증 리병 진단알고리즘

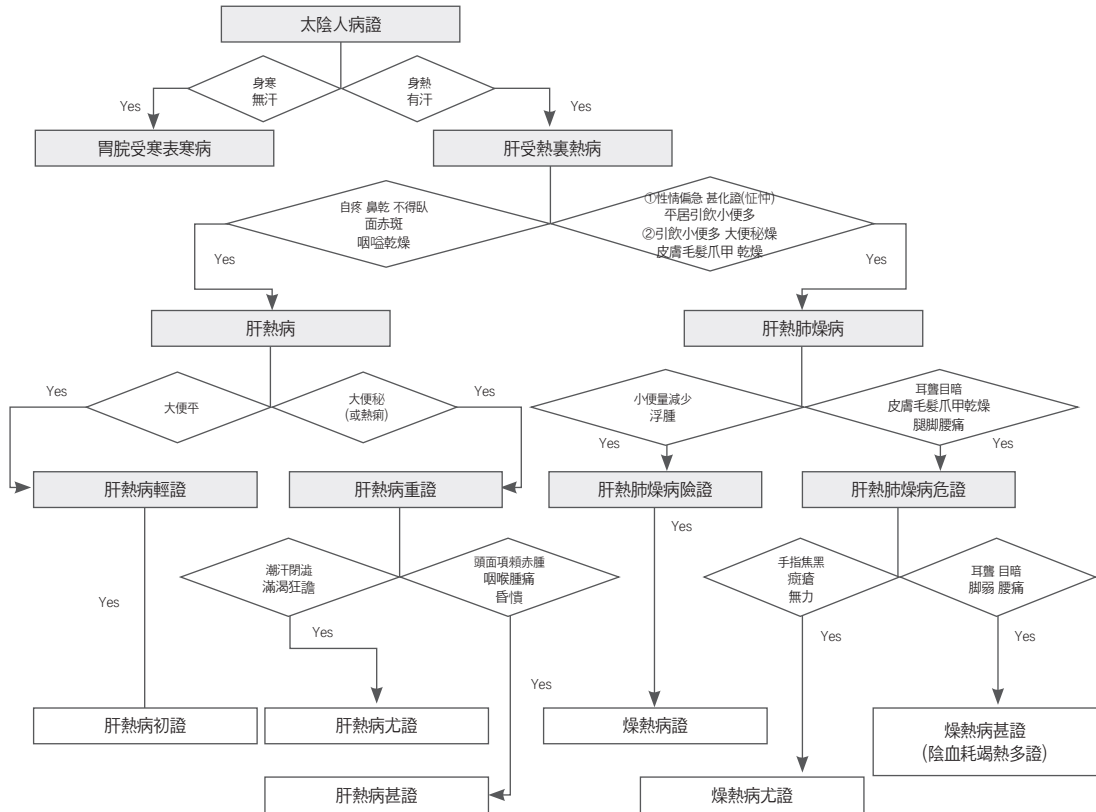


3) 태음인 체질병증 진단알고리즘

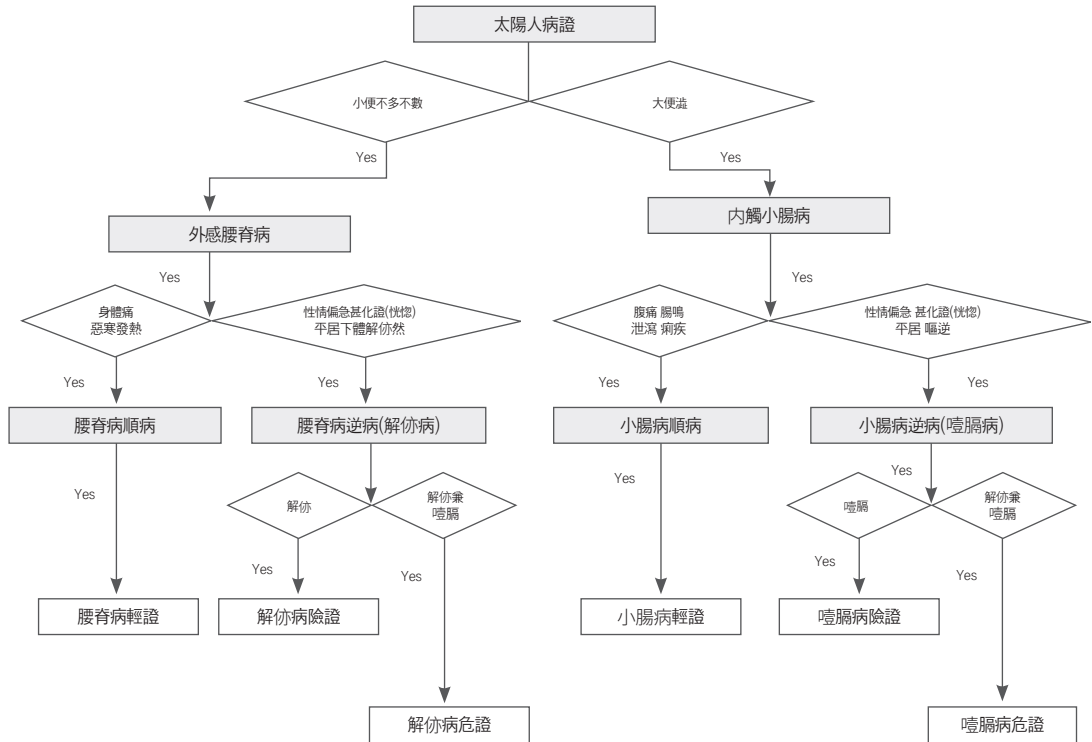
(1) 태음인병증 표병 진단알고리즘



(2) 태음인병증 리병 진단알고리즘



4) 태양인 체질병증 진단알고리즘



Ⅶ. 확산 도구

1. 리플렛

어지럼증이란?



어지럼증(dizziness)이란 어쩔 수 없이 어쩔 수 없는 느낌, 흔들, 회전하는 듯한 느낌 등의 이상감각으로 두통, 흐릿해진 시야 등의 증상이나, 심하면 이명, 청력 저하, 오심, 구토, 한출(汗出), 갑자기 쓰러짐 등의 증상을 동반하기도 합니다.

어지럼증은 다양한 원인에 의해 일어날 수 있습니다. 전정계의 질환인 경우가 많으며, 말초성(메니에르 증후군, 양성 돌발성 체위성 현훈, 전정신경염 등)과 중추성(소뇌 간뇌 이상 등)으로 분류할 수 있습니다. 경추성, 삼장성, 심인성, 기타 질환 및 특정 질환이 없는 증상의 비전형적 어지럼증도 나타날 수 있습니다.



어지럼증의 원인 및 병증을 파악하여 감별진단하고, 한의학적 접근 단계 및 체질에 따른 침구 한약 약침 수기요법 심신요법 등으로 적절한 치료를 시행합니다. 중추성 어지럼증의 경우 기저질환 확인을 위해 방사선 검사 등을 의뢰합니다.

한의학표준임상진료지침은 한의사와 환자가 작용한 의료서비스를 결정할 수 있도록 돕기 위해 체계적으로 개발한 가이드라인으로, 임상현장에서 참고하여 활용될 수 있습니다. 본 지침은 한의학표준임상진료지침 개발위원을 통해 인준을 받았습니다.

▶ 문에서 긴가민가 위은 어지럼증, 그냥 두어야 할까요?

어지럼증은 흔한 증상으로 특히 노인층에서는 많은 분들이 어지럼증을 겪고 있으며, 대수롭지 않게 여길 수 있습니다. 그러나 어지럼증의 원인은 여러 가지로, 가벼운 질환부터 중증(뇌혈관질환) 같은 중증 질환에 이르기까지 다양해서 관심을 갖고 적극적인 관리, 치료해야 하며 한 방진료가 여러 장점을 갖고 있습니다.

양성돌발성체위성 현훈, 메니에르 질환 관리 및 치료	재발방지를 위한 관리 및 치료
중추성 어지럼증 예방 및 치료	고혈압 당뇨 고지혈증 등 약화 유발 위험인자의 지속적 관리
경추성 현훈 관리 및 치료	주요 유발부위의 이완 및 강화 운동을 통한 현훈의 완화-관리 및 치료
만성 어지럼증 관리 및 치료	부족한 전신 기혈보충 등 전신기능관리

본원은 어지럼증의 감별진단, 치료선택, 치료평가까지 한의표준 어지럼증임상진료지침에 따라 합리적인 치료방법을 제시합니다.

MEMO

현훈(어지럼증)

한의표준임상진료지침


Dizziness Clinical Practice Guideline of Korean Medicine




Korean Medicine Clinical Practice Guideline

NIKOM
한국한의학진흥원


침구치료



어지럼증 환자의 증상 개선을 위해 침구치료가 필요합니다. 일반적인 한의학적 치료와 통상적인 현훈개선 양약 단독치료보다 침구치료를 병행하는 것이 더욱 효과적입니다.

침구치료의 효과를 더욱 증강시키기 위해 전침을 함께 사용할 수 있으며, 뜸, 온침, 도침, 매선 등의 침술도 현훈의 치료를 위해 이용되고 있습니다.


한약치료



어지럼증 환자의 증상 호전을 위해 병증에 따른 한약 치료가 필요합니다. 일반적인 한의학적 치료와 통상적인 현훈개선 양약 단독 치료보다 한약치료를 병행하는 것이 더욱 효과적입니다.


3개월 이상 지속된 만성어지럼증의 개선을 위해서는 면역력 증강, 허약 개선, 혈액순환개선을 하는 한약치료가 필요합니다.

약침치료




현훈 환자의 증상 호전을 위해 약침술을 한약 치료와 병행하여 시행하는 것이 좋습니다. 경추성 현훈 환자에게 전기자극 요법과 견인요법과 약침치료를 병행 치료하는 것이 더욱 효과적입니다.

수기요법치료




미로 자극으로 인한 급성현훈환자, BPPV(양성돌발성 체위성현훈)와 경추성 현훈환자의 어지럼증 증상 개선을 위해 수기요법 치료가 필요합니다. 일반적인 한약 치료와 통상적인 현훈개선 양약 단독 치료보다 수기요법을 병행 치료하는 것이 더욱 효과적입니다.

심신요법치료



심인성 어지럼증, 만성 주관적 어지럼증, 평형장애를 동반한 만성 어지럼증 등에 인지행동치료, 태극권 등의 심신 요법을 활용하여 효과를 볼 수 있습니다.


경추성 현훈의 경우 해당부위 근육의 이완 및 강화 운동을 통해 현훈을 완화 관리하도록 합니다.



운동의 경우 어지러움의 단계에 따라 좌식, 입식 및 불균형 운동을 수행할 수 있으며 각 운동은 위양압-근력-밸런싱-정리운동의 순서로 진행합니다. 구체적인 방법은 현의사 선생님과 상담하시기 바랍니다.

2. 카드뉴스

NIKOM
한국한의학진흥원



'어지럼증'
한방 치료로 개선

● 원훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침

어지럼증의 원인


10명중 1명이 겪는 흔한 증상
40 세 이상의 환자에서 40%
전정계 현운은 중추성과 말초성으로 구분

전정계 현운	비전정계 현운
 중추성: 중풍(뇌혈관질환) 말초성: 이석증(귀질환)	 심장성(순환장애): 기립성저혈압, 부정맥(심장질환) 심인성: 만성주관적어지럼증

● 원훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침

어지럼증 발생과정


1. 스트레스-피로발생
2. 면역력 하락
3. 혈관 속 노폐물 정체
4. 정상적인 혈액순환 방해
5. 뇌에 산소·영양소 부족
6. 어지럼증 호소



● 원훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침

만성 어지럼증 이란?

1. 3개월 이상 어지럼증이 지속되는 경우
2. 성인 어지럼증의 약 10% 만성으로 진행
3. 어찢어찢하고, 바닥이 흔들리는 것 같은 증상 호소
4. 쇼핑물·시장 등 복잡한 환경에서 증상 악화



● 원훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침

만성 주관적 어지럼증 이란?

전정계나 다른 내과적 질환에 의한 기질적인 문제로 설명되지 않는 지속적이고 비특이적인 어지럼증



38~52% 비특이적 어지럼증 환자

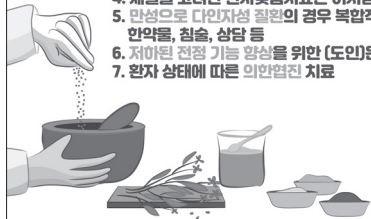
특징: 움직임에 대한 과민반응과 복잡한 시각환경(쇼핑몰, 빛속 운전, 컴퓨터 등)에서 악화

악화: 불안장애, 우울증 등 심리적인 문제로 악화될 수 있어 조기 치료가 중요

● 원훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침

한방으로 맞춤치료

1. 만성 어지럼증은 현운 범주이며 어지럼증 양상 및 동반 증상에 따라 유형 구분에서 진단·치료
3. 어운(신체기능이 허약한 현운) 범주인 노인 만성 어지럼증은 부족한 전신 기혈 보충
4. 체질을 고려한 환자맞춤치료는 어지럼증에 효과
5. 만성으로 다인자성 질환의 경우 복합적 치료: 안약물, 침술, 상담 등
6. 저하된 전정 기능 양상을 위한 [도인]운동요법
7. 환자 상태에 따른 의안협진 치료



● 원훈(어지럼증) 한의표준임상진료지침

07

Q&A. 치료 효과 및 기간

Q1. "어떤 치료를 받아야하나요?"

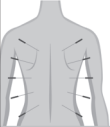
A. 정확한 원인을 진단해야 치료계획을 세울 수 있습니다.

Q2. "한방치료는 어떠한 효과가 있는지?"

A. 치료는 질병(국소 부위) 치료와 몸(전신 기능) 치료로 구분됩니다. 한방치료는 몸치료 즉 체질 개선 및 전신 기능 향상을 목적으로 합니다.

Q3. "얼마나 치료를 받아야 효과를 확인할 수 있는지?"

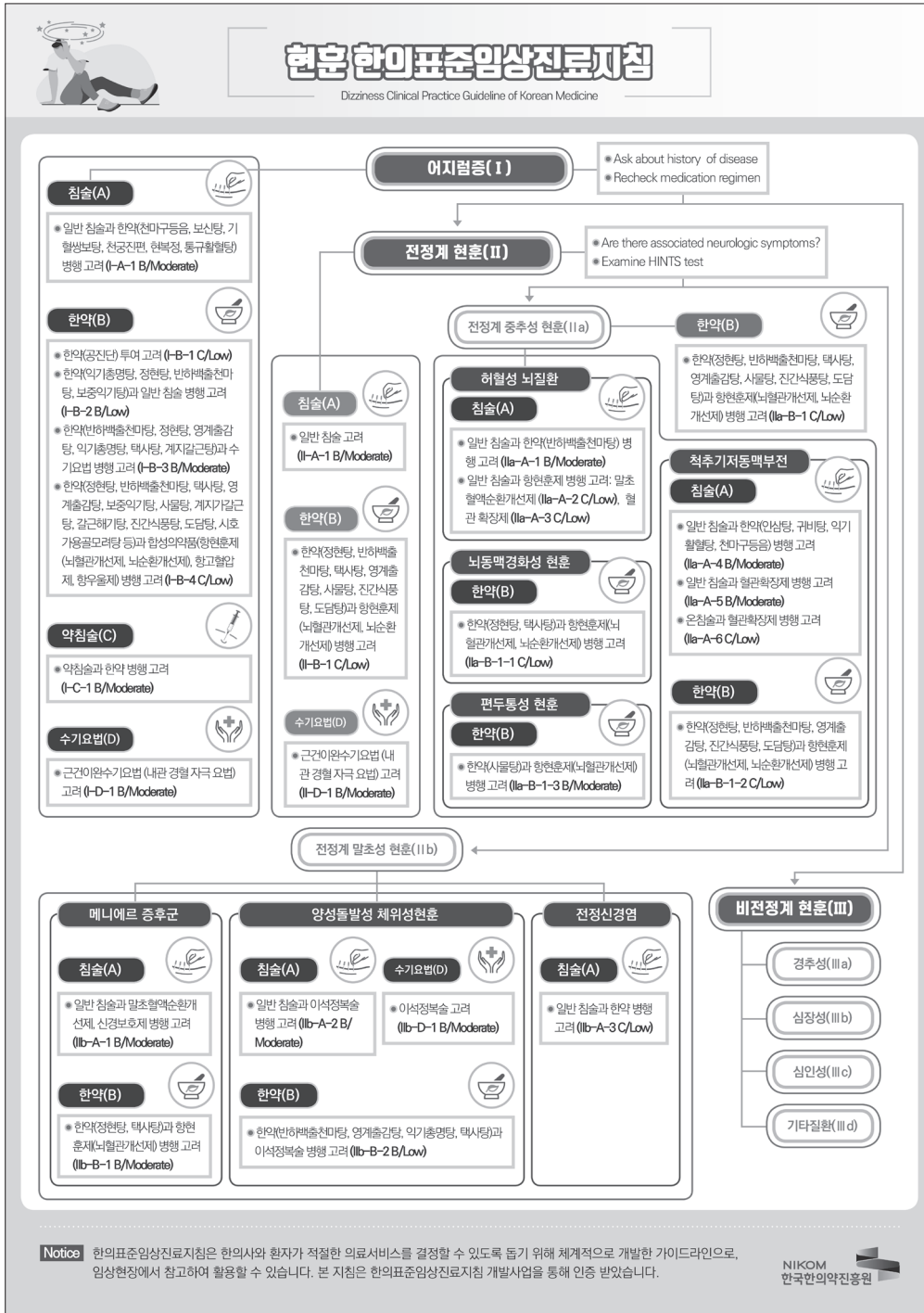
A. 침술 치료의 경우 2-3회/주 권장하고, 4주 이상 치료 할 것을 권장합니다. 한약물 치료의 경우 질병 특성과 환자 체질에 따라 치료 기간이 다릅니다.



● 현훈(이지림중) 한의표준임상진료지침

한의표준임상진료지침 개발사업단 제작(2021년)
다운로드: <http://www.nckm.or.kr>

3. 인포그래픽





현훈 한의표준임상진료지침

Dizziness Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

어지럼증

비전정계 현훈(III)

경추성 현훈(III a)

침술(A) <ul style="list-style-type: none"> ● 일반침과 동의 병행 고려 (IIa-A-1 B/Moderate) ● 일반침과 한약(반하백출천마탕, 정현탕, 천마두용, 지현통비탕, 지현탕) 병행 고려 (IIa-A-2 B/Moderate) ● 일반침과 경추부 근육이완요법 병행 고려 (IIa-A-3 B/Moderate) ● 일반침과 추나요법 병행 고려 (IIa-A-4 C/Low) ● 일반침과 상용치료(혈관확장제) 병행 고려 (IIa-A-5 B/Moderate) ● 일반침과 상용치료(고압산소치료) 병행 고려 (IIa-A-6 C/Low) 	한약(B) <ul style="list-style-type: none"> ● 한약(익기총명탕, 반하백출천마탕, 보중익기탕)과 침술 병행 고려 (IIa-B-1 B/Low) ● 한약(정현탕, 반하백출천마탕, 계지갈근탕)과 수기요법 병행 고려 (IIa-B-2 B/Moderate) ● 한약(반하백출천마탕, 정현탕, 익기총명탕, 보중익기탕, 갈근해기탕)과 항현훈제(뇌혈관개신제) 병행 고려 (IIa-B-3 B/Low) 	약침술(C) <ul style="list-style-type: none"> ● 약침술과 전기자극요법, 견인요법 병행 고려 (IIa-C-1 B/Moderate) 	수기요법(D) <ul style="list-style-type: none"> ● 수기요법 권고 (IIa-D-1 A/High) ● 수기요법과 병행 고려: 물리치료 (IIa-D-2 B/Moderate), 도침술 (IIa-D-9 B/Moderate), 추나요법 (IIa-D-10 B/Moderate) ● 추나요법과 병행 고려: 침물린제, 혈관확장제 (IIa-D-3 B/Moderate), 일반침술 (IIa-D-5 B/Moderate), 전침술 (IIa-D-6 B/Moderate), 온침술 (IIa-D-7 B/Moderate), 견인요법 (IIa-D-8 C/Low)
도침술 <ul style="list-style-type: none"> ● 도침술과 수기요법(경추부 근육이완요법, 추나요법) 병행 고려 (IIa-A-7 B/Moderate, IIa-A-8 B/Moderate) ● 도침술과 경추 안정성 운동 병행 고려 (IIa-A-9 B/Moderate) 	전침치료 <ul style="list-style-type: none"> ● 전침술과 추나요법 병행 고려 (IIa-A-10 B/Moderate) ● 전침술과 항현훈제(말초혈액순환 개신제, 혈관확장제) 병행 고려 (IIa-A-11 B/Moderate) 	기타 요법 <ul style="list-style-type: none"> ● 기기구술과 경추부 근육이완요법 병행 고려 (IIa-A-12 C/Low) ● 매선과 한약 병행 고려 (IIa-A-13 C/Low) 	심신요법(E) <ul style="list-style-type: none"> ● 태극권 자가 운동 고려 (IIa-E-1 C/Low) ● 태극권과 일반침술, 근간이완수기요법, 견인요법 병행 고려 (IIa-E-2 C/Low)

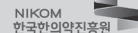
심장성 현훈(III b)

만성 심부전성 현훈 한약(B) <ul style="list-style-type: none"> ● 한약(계지갈근탕, 황련해독탕, 익기총명탕)과 항고혈압제 병행 권고 (III-B-1 A/High) 	경동맥 심장 증후군 한약(B) <ul style="list-style-type: none"> ● 한약(계지갈근탕)과 항고혈압제 병행 고려 (III-B-1-2 B/Moderate) 	한약(B) <ul style="list-style-type: none"> ● 한약(계지갈근탕, 황련해독탕, 익기총명탕, 정현탕, 반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개신제), 항고혈압제 병행 고려 (III-B-1 B/Moderate)
고혈압성 현훈 한약(B) <ul style="list-style-type: none"> ● 한약(황련해독탕) 고려 (III-B-1-3 B/Low) ● 한약(익기총명탕, 정현탕, 반하백출천마탕)과 항현훈제(뇌혈관개신제), 항고혈압제 병행 고려 (III-B-1-4 B/Moderate) 	혈관미주성 실신 약침술(C) <ul style="list-style-type: none"> ● 약침술과 베타차단제 병행 고려 (III-C-1 C/Low) 	

심인성 현훈(III c)

만성 주관적 어지럼증 심신요법(E) <ul style="list-style-type: none"> ● 태극권 자가 운동 고려 (III-C-1 C/Low) ● 인지행동요법과 항우울제 병행 고려 (III-C-2 C/Low) 	
심인성 어지럼증 한약(B) <ul style="list-style-type: none"> ● 한약(시호기용골모래탕)과 항우울제 병행 고려 (III-C-1 C/Low) 	심신요법(E) <ul style="list-style-type: none"> ● 인지행동요법과 전정재활 병행 고려 (III-C-3 C/Low)

Notice 한의표준임상진료지침은 한의사와 환자가 적절한 의료서비스를 결정할 수 있도록 돕기 위해 체계적으로 개발한 가이드라인으로, 임상현장에서 참고하여 활용할 수 있습니다. 본 지침은 한의표준임상진료지침 개발사업을 통해 인준 받았습니니다.



4. 현훈 검사지

작성일자 : 년 월 일

1. 직립 반사 검사			
* 각각 개안, 폐안 상태에서 실시하고 30초씩 관찰한다.			
검 사	결 과		비 고
1) Romberg 검사	EMR 연동 (Standing position test)		1) 평가 : 질환의 정도 분류 + (경도장애) : 개폐안 검사 각각에서 Mann 검사, 단각기립검 사 중 어느 것 하나가 이상 ++ (중등도장애) : Mann검사 이상 +++ (고도장애) : Romberg 이상 (미로와 고유감각기에 장애 있을 시 직립 불가능) 2) 의의 : ▶ 폐안 시 편익 증가 - 미로성 장애 ▶ 폐안 시 편익 증가 없음 - 중추성 장애
2) Mann 검사	개안) + / - 폐안) + / -		
3) 단각기립검사	개안) + / - 폐안) + / -		
2. 편익 검사			
검 사	결 과		비 고
1) 보행 검사	편익경향) 유 / 무	방향) 좌 / 우	1) 평가 : 6m 보행 시 전진에서 1m이상, 후진에서 1.5m 이상의 편익 있으면 이상 2) 의의 : ▶ 3회 시행해서 항상 일정방향(병변방향)으로 편익 - 미로성 편익 ▶ 방향이 일정치 않고 보행이 부드럽지 않음 - 중추성 장애
2) 지시 검사	방향) 좌 / 우	거리) cm	1) 평가 : 10cm 이상의 편익이 있으면 이상 2) 의의 : ▶ 양쪽 상지 동일한 방향(병변방향)으로 편익 - 미로성 장애 ▶ 편익방향이 일정치 않을 때 - 중추성 장애(소뇌장애)
3. 기타 검사			
1) Footprints test	EMR 연동		

의사서명 : _____

5. 현훈(어지럼증) 도인운동요법 지도일지

병 록 번 호	_____
이 름	_____
성별 / 나이	남 여 / 만 세
진료과/병동	사상체질과 /

현훈 도인운동요법 지도일지

담당 교수		도인운동 지도자	
진단명		발병일	
주된 문제점1			
주된 문제점2			

		1회차 (월/ 일)		2회차 (월/ 일)		3회차 (월/ 일)	
		운동 코드	수행능력	운동 코드	수행능력	운동 코드	수행능력
A. 워밍업	좌식						
	입식						
B. 근력	하지						
	상체 뒷면						
	허리						
C. 밸런싱							
D. 보행 운동							
E. 쿨다운							

6. 어지럼증의 중증도 평가 도구

- DHI(Dizziness Handicap Inventory)

이 설문지의 목적은 어지럼으로 인한 증상 때문에 당신이 경험하는 어려움을 알고자 하는 것입니다. 각 항목에 대해 “항상”, “가끔”, “없다”로 답변해 주십시오.

		항상	가끔	없다
P1	위를 쳐다보면 증상이 심해집니까?			
E2	증상 때문에 좌절감을 느끼니까?			
F3	증상 때문에 출장 또는 여행에 제한을 받습니까?			
P4	슈퍼마켓이나 시장 통로를 걸어가면 증상이 심해집니까?			
F5	증상 때문에 잠자리에 들거나 일어나는 것이 어렵습니까?			
F6	증상 때문에 외식, 모임참석 등의 사회생활에 대한 참여에 제한을 받습니까?			
F7	증상 때문에 글 읽는 것이 어렵습니까?			
F8	운동, 춤, 청소나 설거지와 같은 몸을 더 움직여야만 하는 일을 할 때 증상이 심해집니까?			
E9	증상 때문에 당신 혼자 외출하는 것이 두렵습니까?			
E10	증상 때문에 다른 사람들 앞에서 당황한 적이 있습니까?			
P11	머리를 빨리 움직이면 증상이 심해집니까?			
F12	증상 때문에 높은 곳을 피합니까?			
P13	잠자리에서 돌아누울 때 증상이 심해집니까?			
F14	증상 때문에 힘든 집안일을 하기가 어렵습니까?			
E15	증상 때문에 다른 사람들에게 술에 취했다고 오해를 받을까봐 걱정됩니까?			
F16	증상 때문에 혼자 산책하는 것이 어렵습니까?			
P17	길을 따라 걸을 때 증상이 심해집니까?			
E18	증상 때문에 집중하기가 어렵습니까?			
F19	증상 때문에 어두운 밤에 집 주변을 걸어 다니는 것이 어렵습니까?			
E20	증상 때문에 집에 혼자 있는 것이 걱정됩니까?			
E21	증상 때문에 스스로 장애가 있다고 느낍니까?			
E22	증상 때문에 가족이나 친구들과의 대인관계에 스트레스를 느낍니까?			
E23	증상 때문에 우울합니까?			
F24	증상 때문에 직장 일이나 집안일에 지장을 받습니까?			
P25	몸을 굽히면 증상이 심해집니까?			

(항상=4, 가끔=2, 없다=0)

- VSS(Vertigo Symptom Scale)

How often in the past month have you had the following symptoms						
1	A feeling that either you, or things around you, are spinning or moving, lasting less than 20 minutes	60	70	80	90	100
2	Hot or cold spells	60	70	80	90	100
3	Nausea (feeling sick), vomiting	60	70	80	90	100
4	A feeling that either you, or things around you, are spinning or moving, lasting more than 20 minutes	60	70	80	90	100
5	Heart pounding or fluttering	60	70	80	90	100
6	A feeling of being dizzy, disoriented or "swimmy", lasting all day	60	70	80	90	100
7	Headache, or feeling of pressure in the head	60	70	80	90	100
8	Unable to stand or walk properly without support, veering or staggering to one side	60	70	80	90	100
9	Difficulty breathing, been short of breath	60	70	80	90	100
10	Feeling unsteady, about to lose balance, lasting more than 20 minutes	60	70	80	90	100
11	Excessive sweating	60	70	80	90	100
12	Feeling faint, about to black out	60	70	80	90	100
13	Feeling unsteady, about to lose balance, lasting less than 20 minutes	60	70	80	90	100
14	Pains in the heart or chest region	60	70	80	90	100
15	A feeling of being dizzy, disoriented or "swimmy", lasting less than 20 minutes	60	70	80	90	100

(0=Never, 1=A few times, 2=Several times, 3=Quite often (every week), 4=Very often (most days))

- ABC(Activities-specific balance confidence scale)

아래 항목의 행위를 할 때 균형 유지에 대한 자신감의 정도를 아래의 % 숫자 중 하나만 표시하세요.
 (0%, 전혀 자신이 없다. 100%, 완전히 자신이 있다.)
 균형을 잃거나 뒤뚱거리지 않고 다음과 같은 동작을 할 수 있는 자신감은 어느 정도 입니까?
 0= 전혀 자신없다 에서부터 100= 완전히 자신있다

1	집 주변을 걸어 다닌다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2	층계를 오르내린다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3	땅에서 신발을 집어 든다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4	물건에 닿기 위해 눈높이로 손을 뻗친다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5	물건에 닿기 위해 발뒤꿈치를 든다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6	물건에 닿기 위해 의자에 올라선다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7	바닥을 빗자루로 쓴다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
8	가까이 있는 차까지 걸어 나간다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9	차에 타고 내린다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	주차장을 건너 지나간다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11	경사진 곳을 오르고 내린다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
12	봄비는 시장(쇼핑몰)을 걸어 다닌다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
13	사람들로 붐비고 부대끼는 곳을 걸어간다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14	에스컬레이터를 난간을 잡고 탄다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
15	에스컬레이터를 난간을 잡지 않고 탄다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
16	빙판으로 미끄러운 길을 걷는다.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

총 ABC 점수:

점수 매기는 방법: 총 ABC 점수/16= % (: 자신감 지수)

- VADL(Vestibular disorders activities of daily living scale)

이 설문지는 당신의 어지럼이 당신이 어떤 일을 실행함에 있어 미치는 영향을 측정하고자 하는 것입니다. 증상이 나타나기 전과 비교하여 각각의 문항에 대해 다음의 예시 중 해당하는 것에 표시하여 주십시오. 당신의 능력에 가장 적합한 것 하나만 고르십시오.

		단독 수행 가능				보조 사물 필요			타인 도움 필요			적용 불능
		정상 수행	다소 불편 수행	수행 능력 약간 감소	수행 능력 많이 감소	간혹 필요	항상 필요	특수 장치 필요	간혹 필요	항상 필요	수행 불능	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	누워있다가 앉기											
2	침대나 의자에 앉아있다가 일어나기											
3	상의 입기 (예: 셔츠, 브래지어, 러닝셔츠)											
4	하의 입기 (예: 바지, 치마, 팬티)											
5	양말 또는 스타킹 신기											
6	신발 신기											
7	욕조에 들어가거나 나오기											
8	혼자 목욕하거나 샤워하기											
9	머리 위 선반에 있는 물건을 잡기											
10	바닥에 있는 물건을 잡기											
11	식사 준비하기											
12	성생활											
13	편평한 길을 걷기											
14	울퉁불퉁한 길을 걷기											
15	계단 올라가기											
16	계단 내려가기											
17	좁은 길 걸어가기 (예: 복도, 슈퍼마켓 통로)											
18	탁 트인 공간을 가기											
19	혼잡한 사람들 사이를 가기											
20	엘리베이터 타기											
21	에스컬레이터 타기											
22	운전하기											
23	무언가 물건을 들고 가기 (예: 가방, 짐)											
24	가벼운 집안일 하기 (예: 청소, 물건정리)											
25	힘든 집안일 하기 (예: 가구 옮기기)											
26	활동적인 여가생활하기 (예: 스포츠, 정원 가꾸기)											
27	업무 수행하기 (예: 가사, 공부)											
28	차 타고 시내 돌아다니기											

1. 증상이 있기 전과 변화 없이 수행할 수 있다.
2. 약간 불편하지만 수행능력에는 변화가 없다.
3. 수행능력이 약간 떨어졌지만 전체적으로는 할 수는 있다.
4. 내 능력이 과거에 비해 확실히 떨어졌지만 천천히 조심스럽게 하면 할 수는 있다.
5. 수행할 때 벽이나 계단 손잡이 같은 사물의 도움을 받는 게 낫다.
6. 반드시 주변 사물의 도움을 받아야 한다. (예: 벽을 잡지 않으면 일어날 수가 없다.)
7. 특별한 장치(기구)가 필요하다. (예: 지팡이, 휠체어)
8. 가끔 누군가가 도와주어야 한다.
9. 옆에서 누군가가 계속 도와주어야 한다.
10. 어지러워서 아무것도 할 수 없다.

적용불능: 해당사항이 없음.

- BBS(Berg Balance Scale)

BBS는 1989 Catherine Berg에 의해 고안된 검사로써, 일상생활에서 흔히 취하는 동작들을 대상으로 수행 가능 여부를 평가할 수 있고 간단하게 사용할 수 있는 점이 큰 장점이다.

처음에는 노인들의 낙상 위험성과 균형 능력 평가를 위해 만들어졌으나, 오늘날은 연령대에 크게 관계없이 균형 능력 평가를 위해 두루 사용되고 있다.

내 용				
1	앉은 상태에서 서기			
2	도움 없이 서 있기			
3	기대지 않고 스스로 앉기			
4	선 상태에서 앉기			
5	이동하기			
6	눈감고 서 있기			
7	양 발을 모으고 서 있기			
8	선 자세에서 팔을 펴고 뺨기			
9	선 상태에서 바닥에서 물건 잡아 올리기			
10	서서 양쪽 어깨를 넘어 뒤돌아보기			
11	360° 돌기			
12	서 있는 동안 발판에 양 발을 교대로 놓기			
13	한 발을 다른 발 앞에 놓고 지지 없이 서 있기			
14	한 발로 서 있기			
합계 점수		/56	/56	/56

- Berg 균형검사 안내문

아래 예시된 대로 각 항목에 대해 설명하고 시범을 보여주십시오. 점수화할 때에는 적용된 항목의 가장 낮게 반응한 항목을 사용하십시오.

대부분의 항목에서, 피검자는 일정한 시간 동안 요구되는 자세를 유지하여야 합니다. 요구되어지는 시간 동안 혹은 요구되는 거리를 수행하지 못한 경우, 피검자가 감시를 필요로 할 경우, 혹은 피검자가 외부 지지물에 접촉하거나 검사자의 도움을 받았을 경우에는 그 정도에 따라 점수가 감점되어집니다. 모든 평가 시 환자는 건축과 편마비측의 사용에 제한없이 환자 스스로 편안한 방법을 선택하여 평가에 임하도록 설명하며, 피검자는 과제를 수행하는 동안 균형을 유지하고 있어야 한다는 것을 이해해야 합니다.

(검사에는 정자가 가능한 초시계, 자(2, 5, 10인치 자, 혹은 5, 12.5, 25 cm 자)가 필요하다. 적절한 높이의 의자가 필요하다. 한 걸음 혹은 평균 걸음 높이가 12번 항목의 검사에서 측정될 수도 있다.)

1. 앉은 상태에서 서기

<지시 : 서 보세요. 이때 지지하기 위해 두 손을 사용하지 마십시오.>

4점 손을 사용하지 않고 독립적으로 일어서고 안정화할 수 있다.

3점 손을 사용하여 독립적으로 일어서 수 있다.

2점 여러 번 시도 후 양 손을 사용하여 일어서 수 있다.

1점 서거나 안정화되기 위해서 최소(25%)의 도움이 필요하다.

0점 서기 위해서는 중등도 도움(50%) 또는 최대 도움(75%)이 필요하다.

2. 의지하지 않고 서 있기

<지시: 붙잡지 말고 2분 동안 서 있어 보세요.>

4점 안전하게 2분 동안 서 있을 수 있다.

3점 감독 하에 2분 동안 서 있을 수 있다.

2점 의지하지 않고 30초간 서 있을 수 있다.

1점 의지하지 않고 30초간 서 있기 위해 여러 번의 시도가 필요하다.

0점 도움 없이는 30초간 서 있을 수 없다.

*** 의지하지 않고 2분간 서 있을 수 있다면, 3번 항목은 검사하지 말고 3항목을 만점 처리하고, 4번 항목으로 가시오.

3. 기대지 않고 스스로 앉기

<지시: 두 팔에 의지하고 2분간 앉아 있으세요.>

4점 안전하게 2분 동안 앉아 있을 수 있다.

3점 감독 하에 2분 동안 앉아 있을 수 있다.

2점 30초간 앉아 있을 수 있다.

1점 10초간 앉아 있을 수 있다.

0점 10초간 지지 없이 앉아 있을 수 없다.

4. 선 상태에서 앉기

<지시: 앉아보세요.>

4점 양 손을 최소한으로 사용하여 안전하게 앉을 수 있다.

3점 양 손을 사용하여 앉기 조절이 가능하다.

정현영 외 5인 : 한글화된 Berg 균형검사법의 신뢰도 분석 617

2점 양다리를 의자에 기대어 앉기 조절이 가능하다.

1점 독립적으로 앉지만 털썩 주저앉는다.

0점 앉기에 도움이 필요하다.

5. 이동하기

<지시: 한쪽으로 이동할 수 있도록 의자를 배열해 놓는다. 팔걸이가 있는 의자로 가도록 환자에게 이동을 요구한다. 그리고 팔걸이가 없는 의자로 가도록 환자에게 이동을 요구한다(검사자는 팔걸이가 있는 의자 그리고 팔걸이가 없는 의자를 사용할 수도 있다).>

4점 양 손을 최소한으로 사용하여 안전하게 이동할 수 있다.

3점 양 손을 적절히 사용하여 안전하게 이동할 수 있다.

2점 구두지시나 또는 감독 하에 이동할 수 있다.

1점 1명의 도움이 필요하다.

0점 도움이나 안전을 위해 2명의 도움이 필요하다.

6. 눈감고 서 있기

<지시: 두 눈을 감고 10초 동안 서 있어 보세요.>

4점 안전하게 10초간 서 있을 수 있다.

3점 감독 하에 10초간 서 있을 수 있다.

2점 3초간 서 있을 수 있다.

1점 눈을 감은 채 3초간 유지하기가 어려우나 잠깐은 설 수 있다.

0점 넘어지지 않으려면 도움이 필요하다.

7. 양 발 모으고 서 있기

<지시: 양 발을 모으고 잡지말고 서보세요.>

4점 독립적으로 양 발을 모으고 안전하게 1분간 서 있을 수 있다.

3점 독립적으로 양 발을 모으고 감독 하에 1분간 서 있을 수 있다.

2점 독립적으로 양 발을 모으고 30초간 서 있을 수 있다.

1점 자세 유지에 도움이 필요하지만 15초간 서 있을 수 있다.

0점 자세 유지에 도움이 필요하고 15초간 서 있을 수 없다.

8. 선 자세에서 팔 펴고 뺨기

<지시: 팔을 90도로 올리시오. 손가락을 펴고 가능한 한 앞으로 멀리 뺨어 보세요.

(피검자가 팔을 90도로 들고 있는 동안 자를 손톱 끝에 놓는다. 손을 앞으로 뺨는 동안 자가 손가락에 닿지 않도록 한다.

측정된 거리는 손가락을 앞으로 가장 멀리 뺨었을 때의 거리이다. 가능하면 몸통을 비틀어서 앞으로 뺨지 못하도록 두 손을 모두 사용하여 뺨도록 한다.)>

4점 25 cm (10 인치) 이상 앞으로 뺨을 수 있다.

3점 12.5 cm (5 인치) 이상 안전하게 앞으로 뺨을 수 있다.

2점 5 cm (2 인치) 이상 안전하게 앞으로 뺨을 수 있다.

1점 앞으로 뺨을 수 있지만 감독이 필요하다.

0점 시도하는 동안 균형을 잃고 외부의 도움이 필요하다.

9. 선 자세에서 바닥에서 물건 잡아 올리기

<지시: 피검자의 발 앞에 있는 신발/슬리퍼를 집어보세요.>

4점 쉽고 안전하게 슬리퍼를 주울 수 있다.

3점 슬리퍼를 주울 수 있지만 감독이 필요하다.

2점 슬리퍼는 주울 수 없지만, 슬리퍼로부터 5 cm까지 접근할 수 있고, 독립적으로 균형을 유지할 수 있다.

1점 시도하는 동안 도움이 필요하며 주울 수 없다.

0점 시도할 수 없고 균형을 잃지 않고 넘어지지 않기 위해 도움이 필요하다.

10. 선 자세에서 양쪽 어깨를 넘어 뒤돌아보기

<지시: (선 자세에서) 좌측 어깨를 넘어 뒤를 돌아보세요. 우측 어깨를 넘어 뒤를 돌아보세요. 검사자는 피검자가 더 잘 뒤돌아볼 수 있도록 피검자 뒤에서 물건을 들고 있어도 된다.>

- 4점 체중이동을 잘하며 양쪽 어깨 넘어 잘 뒤돌아 볼 수 있다.
- 3점 한쪽은 가능하나 반대쪽은 체중이동이 잘 되지 않는다.
- 2점 옆으로 돌아보기까지만 균형유지가 가능하다.
- 1점 돌아볼 때 감독이 필요하다.
- 0점 균형을 잃거나 넘어지는 것을 방지하기 위해 도움이 필요하다.

11. 360°돌기

<지시: 한 바퀴를 완전히 돌고 또 반대 방향으로 한 바퀴를 완전히 돌아보세요.>

- 4점 4초 내에 안전하게 360° 돌 수 있다.
- 3점 4초 내에 한쪽으로만 360° 돌 수 있다.
- 2점 안전하게 돌 수 있으나 시간이 오래 걸린다.
- 1점 근접 감독이나 말로 지시를 해야 한다.
- 0점 도는 동안 도움이 필요하다.

12. 선 자세에서 발판에 양 발 교대로 놓기

<지시: 양 발을 발판에 각각 교대로 올려놓아 보세요. 4번 반복해서 양 발을 교대로 발판에 올려놓아 보세요.>

- 4점 발판에 8번 오르내리기를 20초 이내에 한다.
- 3점 발판에 8번 오르내리기를 20초 이상 걸린다.
- 2점 감독 하에 도움 없이 4번 오르내릴 수 있다.
- 1점 최소한의 도움으로 2번 오르내릴 수 있다.
- 0점 시도할 수 없거나 넘어지지 않기 위해 도움이 필요하다.

13. 한 발을 다른 발 앞에 놓고 지지 없이 서 있기

<지시: (피검자에게 시범을 보여준다.) 한 발을 다른 발 바로 앞에 놓는다. 피검자가 발을 다른 발을 바로 앞에 놓고 설 수 없다면, 설 수 있을 만큼 발을 앞으로 더 내밀어 앞발의 뒤꿈치가 뒷발의 앞꿈치보다 앞으로 가게하고 서도록 한다(보장이 한발 길이를 초과하고, 보폭은 거의 정상 범위라면 3점을 준다.)>

- 4점 30초간 독립적으로 한 발을 다른 발 앞에 붙여서 놓을 수 있다.
- 3점 30초간 독립적으로 한 발을 다른 발 앞에 띄워서 놓을 수 있다.
- 2점 30초 동안 유지가 가능하며 독립적으로 작은 보폭으로 발 놓기를 할 수 있다.
- 1점 15초간 유지가 가능하나 발 놓을 때 도움이 필요하다.
- 0점 발 놓기 및 서 있는 동안 균형을 잃는다.

14. 한 발로 서 있기

<지시: 잡지 말고 가능한 한 오래 한 발로 서보세요.>

- 4점 독립적으로 10초 이상 유지하며 한 발 서기를 할 수 있다.
- 3점 독립적으로 5~10초 유지하며 한 발 서기를 할 수 있다.
- 2점 독립적으로 3초 또는 그 이상의 시간을 유지하며 한 발 서기를 할 수 있다.
- 1점 3초 동안 한 발 서기를 유지할 수 없지만 독립적으로 서 있을 수 있다.
- 0점 넘어짐을 방지하기 위해 도움이 필요하며 서 있을 수 없다.

() 합계 점수 (최대=56)

VIII. 부록

1. 용어 정리
2. 이해상충선언서
3. 승인서

1. 용어 정리

BPPV: Benign Paroxysmal Positional Vertigo [양성 돌발성 체위성 현훈]

내이의 반고리관에 발생한 이동성 결석으로 인하여 유발되는 어지럼증

CPG: Clinical Practice Guideline [임상진료지침]

특정한 상황에서 임상 의사와 환자의 의사결정을 돕기 위해 체계적으로 개발된 가이드라인

CROM: Cervical Range of Motion

경추 회전이 일어나는 수평면, 시상면, 관상면의 세 평면에 대한 경추의 가동범위

CSD: Chronic Subjective Dizziness [만성 주관적 어지럼증]

전정계나 다른 내과적 질환에 의한 기질적인 문제로 설명되지 않는 지속적이고 비특이적인 어지럼증

DARS: Dizziness Assessment Rating Scale

7가지 항목으로 구성된 점수 체계로 현훈 증상 정도를 정량화한다. 평형이상(dysequilibrium), 현기증(dizziness), 전반적 인상(global impression) 등의 항목에 대해 환자 또는 의사가 7점 리커트 척도를 사용하여 측정 후 항목별 점수를 합산한 총점으로 평가한다.

DHI: Dizziness Handicap inventory

25가지 항목으로 구성된 자가진단형 설문지로 현훈 환자가 스스로 인지하는 장애, 불편감을 측정하여 현훈 증상이 환자의 일상생활에 미치는 영향의 크기를 정량화한다. 각 항목의 점수를 합산한 총점으로 평가하며 최대 점수는 100점(신체 점수 28점, 정서 점수 36점, 기능 점수 36점), 최소 점수는 0점이다.

ESCV : Evaluation Scale for Cervical Vertigo

5가지 항목으로 구성된 자가보고식 설문지로 경추성 현훈 환자의 증상과 기능을 정량화하여 평가한다. 각 항목의 점수를 합산한 총점으로 평가하며 최대 점수는 36점(현훈 16점, 건통 4점, 일상 생활 및 업무 4점, 심리 사회적 적응 4점, 신체검진 8점)이며, 점수가 높을수록 증상이 가벼움을 의미한다.

KMI: Kupperman Menopausal Index [쿠퍼만 지수]

11가지 갱년기 증상 항목으로 구성된 자가진단형 설문지로 갱년기 진단, 증상 유병률 측정, 대증요

법 효과 평가 등에 이용된다. 4점 리커트 척도를 주로 사용하며, 항목별 점수에 가중치를 적용하여 합산한 총점으로 평가한다.

MD: Mean Difference [평균차]

동일한 측정도구로 측정되었을 때 치료군과 대조군의 평균값의 차이

OR: Odds Ratio [오즈비, 교차비, 승산비, 대응위험도]

특정 위험요소에 노출된 사람의 질병이 발생함과 질병이 발생하지 않음의 비율

RCT: Randomized Controlled Trials [무작위 대조연구]

참여자는 중재군 혹은 대조군에 무작위로 배정되며 특정 결과가 발생했는지 여부를 일정 기간 동안 추적 관찰한다. 배정은폐를 통해 두 군 간에 알려진 혹은 알려지지 않은 결정 요인들이 동등하게 분포 될 것으로 기대한다.

RR: Relative Risk [상대위험도]

특정 위험요소에 노출된 사람의 발병률과 노출되지 않은 사람의 발병률과의 비율

SMD: Standardized Mean Difference [표준화된 평균차]

동일한 중재 결과를 다양한 측정도구로 측정하였을 때, 단일 단위(scale)로 연구결과를 표준화하기 위한 요약통계량으로, 평균차를 연구 대상자들에서 관찰된 표준편차로 나눈 값

VBI: Vertebrobasilar Insufficiency [척추기저동맥부전]

다양한 원인에 의해 내이로의 혈류 공급을 담당하는 척추기저동맥의 순환부전이 발생하게 되면서 현훈이나 복시, 이명, 두통 등의 다양한 증상이 나타날 수 있다.

VSS: Vertigo Symptom Scale

4가지 분야의 36개 문항(long version; VSS lv)으로 구성된 자가보고식 설문지로, 한 달 이상 지속되는 어지럼증의 평가에 이용된다. 0~4점 리커트 척도를 사용하여 측정한 후 항목별 점수를 합산한 총점으로 평가한다. 임상에서는 VSS lv에서 추출한 15개의 문항을 이용한 짧은 버전(short form; VSS sf)이 많이 활용되고 있으나 아직까지 VSS sf의 형태는 완벽히 확정되지 않은 상태이다.

2. 이해상충선언서

1) 이해상충서약서 서식

이해상충공개서약서

연구 과제명	현훈(어지럼증)의 한의표준임상진료지침 개발
참여 연구원	이의주 오지원 이혜리 오세희 서형식 정찬영 조재홍 신승원 정은경 김현정 홍승욱 신미란 오현주 김종원 김희택 염승룡 정선용 한창호 임형호 송봉근 안세승 최동호

본인은 상기 연구와 관련하여 특정기관과 연구 관련자로부터 연구결과에 영향을 미치는 지원과 제공에 대한 다음과 같이 확인하여 보고합니다.

<input type="checkbox"/> 아래 사항 중 한 항목 이상 해당됩니다.	
<input type="checkbox"/>	지원기관으로부터 제한 없이 사용할 수 있도록 연구비용이나 교육 보조금, 연구기기, 자문 또는 사례금 형태로 1,000만원 상당의 비용을 제공받았습니다. 총 금액 : 종 류 :
<input type="checkbox"/>	지원기관의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 경제적 이익에 대한 권리를 제공받았습니다. 총 금액 : 종 류 :
<input type="checkbox"/>	기타 1,000만원 상당 또는 5%가 넘는 지분이익이나 이권을 제공 받았습니다. 총 금액 : 종 류 :
<input type="checkbox"/>	지원기관에 공식/비공식적인 직함을 가지고 있습니다. (예: 사장, 자문역, 고문 등) 기관명 : 직 위 :
<input type="checkbox"/>	연구대상에 대한 지적재산권을 가지고 있습니다. (예: 특허, 상표권, 라이선싱, 로열티 등) 종 류 :
<input type="checkbox"/>	본인 또는 배우자의 가족이 소속된 회사가 위에서 기술된 것과 같은 관계를 가지고 있습니다. 가족관계 :
<input checked="" type="checkbox"/> 상기 항목 모두 해당되지 않습니다.	
<p>본인이 확인한 모든 내용은 정확히 기술되었으며 만약 연구 진행 중에 재정적인 이해관계가 변동되는 이해상충(COI) 이 생기는 경우 이를 인지한 날로부터 30일 이내에 사상체질의학회에 보고하겠습니다.</p> <p style="text-align: right;">제출일자: 2018년 6월 22일</p>	

2) 이해상충선언 결과

구분	직책	이름	소속	이해상충관계
개발위원회	위원장	이의주	경희대학교 한의과대학(서울특별시)	없음
	실행 위원	오지원	경희대학교 한방병원(서울특별시)	없음
		이혜리	경희대학교 한방병원(서울특별시)	없음
		오세희	동국대학교 일산한방병원(경기도 일산)	없음
		서형식	부산대학교 한의학전문대학원(부산광역시)	없음
		정찬영	동국대학교 한방병원(경기도 일산)	없음
		조재흥	강동경희대 한방병원(서울특별시)	없음
		신승원	경희대학교 한방병원 한의약임상시험센터(서울특별시)	없음
		정은경	경희대학교 약학대학(서울특별시)	없음
		김현정	한국코크란지부(서울특별시)	없음
		집필 위원	홍승욱	동국대학교 한의과대학(경기도 일산)
	신미란		세명대학교 한의과대학(충북 제천)	없음
	오현주		경희대학교 한방병원(서울특별시)	없음
검토위원회	위원장	김종원	동의대학교 한의과대학(부산광역시)	없음
	위원	김희택	세명대학교 한의과대학(충북 제천)	없음
		염승룡	원광대학교 한의과대학(광주광역시)	없음
		정선용	경희대학교 한의과대학(서울특별시)	없음
		한창호	동국대학교 한의과대학(경기도 일산)	없음
		임형호	건강보험심사평가원(서울특별시)	없음
		송봉근	원광대학교 한의과대학(광주광역시)	없음
		안세승	육련한의원(인천광역시)	없음
		최동호	천수당한의원(충청북도 영동군)	없음

3. 승인서

아래 학회에서는 보건복지부 한의약선도기술개발 한의표준임상진료지침 주요 사업의 일환으로 “현훈 한의표준임상진료지침”에 대한 검토하였으며, 그 내용에 대한 학회 승인을 합니다.

	학회명	학회장	승인일자
1	사상체질의학회	주종천	2020년 11월 17일
2	대한한방안ibi인후피부과학회	최인화	2020년 11월 15일
3	대한한방내과학회	김진성	2020년 11월 19일

