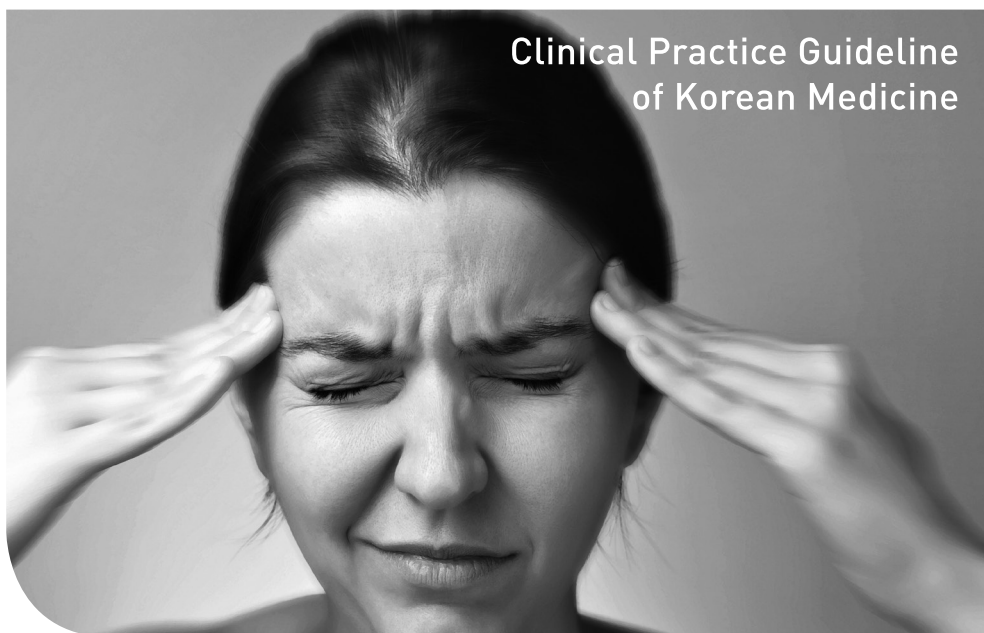


한의표준임상진료지침

# 편두통 Migraine



보건복지부 한의약선도기술개발사업  
한의표준임상진료지침 개발사업단

## 편두통 한의표준임상진료지침

첫째판 1쇄 인쇄 | 2021년 12월 20일

첫째판 1쇄 발행 | 2021년 12월 30일

집 필 대한중풍·순환신경학회

편 집 인 김남권

발 행 인 정창현

발 행 처 한국한의학진흥원 한의표준임상진료지침 개발사업단

디자인·인쇄 군자출판사(주)

© 2021년, 편두통 한의표준임상진료지침 / 한의표준임상진료지침 개발사업단

이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로

무단 복제와 전제는 금지되어 있습니다.

상업적 목적이나 제품판매의 목적으로 사용할 수 없습니다(비매품).

ISBN 979-11-5955-822-1

발간등록번호 11-B554036-000020-14

# 발간사

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

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

이와 같은 임상진료지침을 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.

한의학표준임상진료지침의 개발은 <보건의료기술 진흥법>과 <한의학육성법> 등에 근거한 <제3차 한의학육성발전종합계획(2016-2020)>의 “한의학표준임상진료지침 개발·보급을 통한 근거강화 및 신뢰도 제고”라는 제1 세부계획에 근거를 두고, 2016년 정부의 연구지원에 의해 출범한 “한의학표준임상진료지침 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, 한의학 분야의 엄격하고 신뢰성 있는 한의학표준임상진료지침을 개발하고자 노력하였습니다.

본 한의학표준임상진료지침은, 한의학 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 위해 서는, 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, 임상, 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 김 남 권

## 머리말

비교적 흔한 질환이며, 한의학 임상 분야에서 많은 환자를 차지하는 편두통은 중등도 이상의 통증과 만성적으로 반복되므로, 삶의 질을 저하시키며 일상생활을 힘들게 하여 정확한 진단과 치료가 요구되는 질환입니다. 국내외 많은 요구에도 불구하고 일부 국가에서 미흡한 형태의 편두통 진료지침만 존재하고, 특히 편두통에 대해 한의학을 포함한 한의학적 임상진료지침은 없는 실정입니다. 이에 편두통 한의표준 임상진료지침 개발을 위해 임상진료지침개발 전문가 및 임상 전문가들로 연구개발팀을 구성하고 체계적인 방법으로 본 지침을 개발하게 되었습니다.

한의학은 타 의학 분야와 일부 차별된 특성을 가지면서, 양질의 임상진료지침 개발을 위한 관련 연구 자료가 충분하지 않은 실정으로, 진료지침 개발과정에서 논쟁의 여지와 제한점이 존재할 수밖에 없지만, 현재까지의 연구 자료들의 충실한 분석과 전문가들의 충분한 논의를 통해 조건 내에서 최대한 신뢰할 수 있는 한의표준임상진료지침을 개발하려고 노력했습니다. 개발과정은 GRADE 방법론을 적용하고, 한의학 임상실정을 고려하여 전문가들의 합의를 통해 근거수준, 권고수준을 도출하였습니다. 또한 PRISMA(Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)의 보고지침 항목을 참고하여 임상진료지침을 개발하였습니다.

본 편두통 한의학 임상진료지침 개발을 통해, 연구 분야에서 보다 체계적이고 객관적인 한의학 편두통 연구가 활성화되고, 임상분야에서 편두통을 진료하는데 한의사와 환자에게 도움이 될 수 있기를 기원합니다. 마지막으로 본 지침을 개발하는데 헌신적으로 노력하고 참여하신 교수님들과 연구원 선생님들에게 진심으로 고마움을 전합니다.

편두통 한의표준 임상진료지침 개발  
연구책임자 이 상 관

# 일러두기

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

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

본 지침은 한의표준임상진료지침 개발 매뉴얼에 근거하여 한의약 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

이상관 원광대학교  
정우상 경희대학교  
고호연 세명대학교  
이주아 화평통합의학연구원  
최지애 한국건강증진개발원  
최태영 한국한의학연구원  
전지희 한국한의학연구원  
김세현 단국대학교  
성현경 세명대학교  
신선미 세명대학교  
이혜림 가천대학교  
윤종민 원광대학교  
정병준 원광대학교  
김철현 원광대학교  
추홍민 원광대학교  
강건희 원광대학교  
최성열 가천대학교  
서지혜 세명대학교

# 목차

|                             |    |                        |     |
|-----------------------------|----|------------------------|-----|
| 요약문.....                    | 1  | IV. 권고사항 .....         | 59  |
| Summary .....               | 11 | 1. 침 · 60              |     |
| I. 서론 .....                 | 21 | 2. 전침 · 93             |     |
| 1. 한의표준임상진료지침 개발 배경 · 22    |    | 3. 한 · 101             |     |
| II. 편두통 질환 개요 .....         | 23 | 4. 부항 · 148            |     |
| 1. 정의 · 24                  |    | 5. 사혈 · 160            |     |
| 2. 임상 현황 · 24               |    | 6. 추나 · 179            |     |
| 3. 진단 및 평가 · 25             |    | 7. 약침 · 185            |     |
| 4. 치료 · 37                  |    | V. 편두통 임상진료지침 활용 ..... | 189 |
| 5. 예방 및 관리 · 41             |    | 1. 편두통 임상진료지침 활용 · 190 |     |
| III. 편두통 임상진료지침 개발 절차 ..... | 43 | 2. 한계점 및 의의 · 190      |     |
| 1. 기획 · 44                  |    | 3. 향후 계획 · 190         |     |
| 2. 개발 · 48                  |    | VI. 진료 알고리즘.....       | 193 |
| 3. 승인 및 인증 · 56             |    | VII. 확산 도구.....        | 197 |
| 4. 출판 · 57                  |    | VIII. 부록 .....         | 203 |
|                             |    | 1. 용어 정리 · 204         |     |
|                             |    | 2. 이해상충선언 · 206        |     |
|                             |    | 3. 승인서 · 207           |     |

# 요약문

1. 배경 및 목적
2. 질환 개요
3. 권고안
4. 진료알고리즘

## 1. 배경 및 목적

편두통은 국내의 유병률이 3-25%에 이르는 흔한 질환이며, 만성화되어 환자의 삶의 질을 크게 저하시킬 수 있어 치료와 예방이 중요하다. 한의 임상 현장에서 편두통에 대해 한의학 치료가 많이 시행되고 있으나 한의 임상 현장에서 활용 가능한 한의임상진료지침이 개발된 적이 없었다. 따라서 편두통의 한의학 치료방법에 대하여 체계적 문헌 고찰 방법론을 활용하여 현재까지의 관련 근거들을 종합 및 분석하고, 국내 한의 임상 현실에 맞는 한의표준임상진료지침을 개발하고자 하였다. 본 한의표준임상진료지침을 통해 한의 임상 현장에서 성인 편두통 환자를 진료하는 임상 한의사의 의사결정에 도움을 주고자 하였으며, 편두통 환자에게 효과적이고 표준화된 진료를 제공하는데 도움을 주고자 하였다.

## 2. 질환 개요

편두통은 박동성 양상의 중등도 이상의 통증을 호소하는 만성 원발성 재발두통으로 일상생활에 장애를 주는 두통이다. 한의학에서 편두통(偏頭痛)은 변두통(邊頭痛), 두편통(頭偏痛), 편두풍(偏頭風), 변두풍(邊頭風), 두풍(頭風)이라고 한다. 편두통(偏頭痛)은 두반변통(頭半邊痛)이라는 면에서, 두풍(頭風)은 극렬하고, 재발이 잘 되며, 오래도록 낫지 않는다는 점에서 ICHD-3의 진단기준에 따른 편두통에 해당한다고 본다.

## 3. 권고안

- 임상적 고려사항은 가독성을 위해 요약하여 제시함.

| 권고안 번호 | 권고내용                                                                                                                                                                                                                                                                | 권고등급/근거수준  |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1) 침   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| 단독치료   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| R1     | 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                      | B/Low      |
| R1-1   | 편두통 환자에게 변증에 따라 혈자리를 가감한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 변증에 따라 혈자리를 가감할 것을 고려해야 한다.                                                                                                                                                  | B/Moderate |
|        | <b>임상적 고려사항</b><br>변증에 따라서 간양상항, 담탁내조, 기체혈어, 간신음허 등으로 분류하여 다음과 같은 혈위를 추가할 수 있다.<br>① 간양상항: 사죽공(TE23), 족임읍(GB41), 행간(LR2), 태양(EX-HN5), 외관(TE5)<br>② 담탁내조: 두유(ST8), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40)<br>③ 기체혈어: 격수(BL17), 혈해(SP10)<br>④ 간신음허: 태계(KI3), 태충(LR3), 신수(BL23), 관원(BL26) |            |

|       |                                                                                                                                                                        |             |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| R1-2  | 편두통 환자에게 아시혈을 포함한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 아시혈을 포함할 것을 고려해야 한다.                                                                   | B/Moderate  |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>환자에 따라 두부 및 경추부의 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다.<br>편두통의 급성기 또는 두통 강도가 극심할 경우에 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다.                                                              |             |
| R1-3  | 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 6개월 이상 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 6개월 이상 증상 완화를 위해 침치료를 고려해야 한다.                                                                 | B/Moderate  |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>6개월 이상 치료효과 지속되는 측면을 고려해 볼 때, 약물 치료 중이나 재발하거나 빈도가 조절되지 않는 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 침치료를 적용할 수 있다.              |             |
| R2    | 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다.                                                                                             | B/Moderate  |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>두통의 발생부위가 측두부일 때 각손(TE20), 후두부일 때 풍지(GB20)를 고려할 수 있다.                                                                                               |             |
| R2-1  | 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 삶의 질 개선을 위하여 침치료를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.                                                               | GPP<br>/CTB |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>편두통으로 인해 일상생활 제한 및 업무기능 방해, 감정적인 문제 등이 있는 환자에게 침치료를 고려할 수 있다.                                                                                       |             |
| 2) 전침 |                                                                                                                                                                        |             |
| 단독치료  |                                                                                                                                                                        |             |
| R3    | 편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 전침치료를 고려해야 한다.                                                                                       | B/Moderate  |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>침치료와 전침치료를 함께 사용가능한 두부의 혈위는 풍지(GB20)-솔곡(GB8), 풍지(GB20)-태양(EX-HN5), 양측의 태양(EX-HN5), 사죽공(TE23)-솔곡(GB8), 함염(GB4)-현로(GB5), 두유(ST8)-곡빈(GB7) 등을 활용할 수 있다. |             |
| R3-1  | 4주 미만 단기간 치료 시, 편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 두통 강도 완화를 위해 전침치료를 고려해야 한다.                                                                    | B/Moderate  |
| 3) 한약 |                                                                                                                                                                        |             |
| 단독치료  |                                                                                                                                                                        |             |
| R4    | 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.                                                                                    | B/Moderate  |
| R4-1  | 어지럼증을 동반한 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 어지럼증을 동반한 편두통 환자의 일상생활장애 개선을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.                                                            | B/Moderate  |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>어지럼증이 있는 편두통 환자에게 반하백출천마탕, 온담탕 처방을 고려할 수 있으며, 환자의 변증에 따라 타처방을 고려할 수 있다.                                                                             |             |

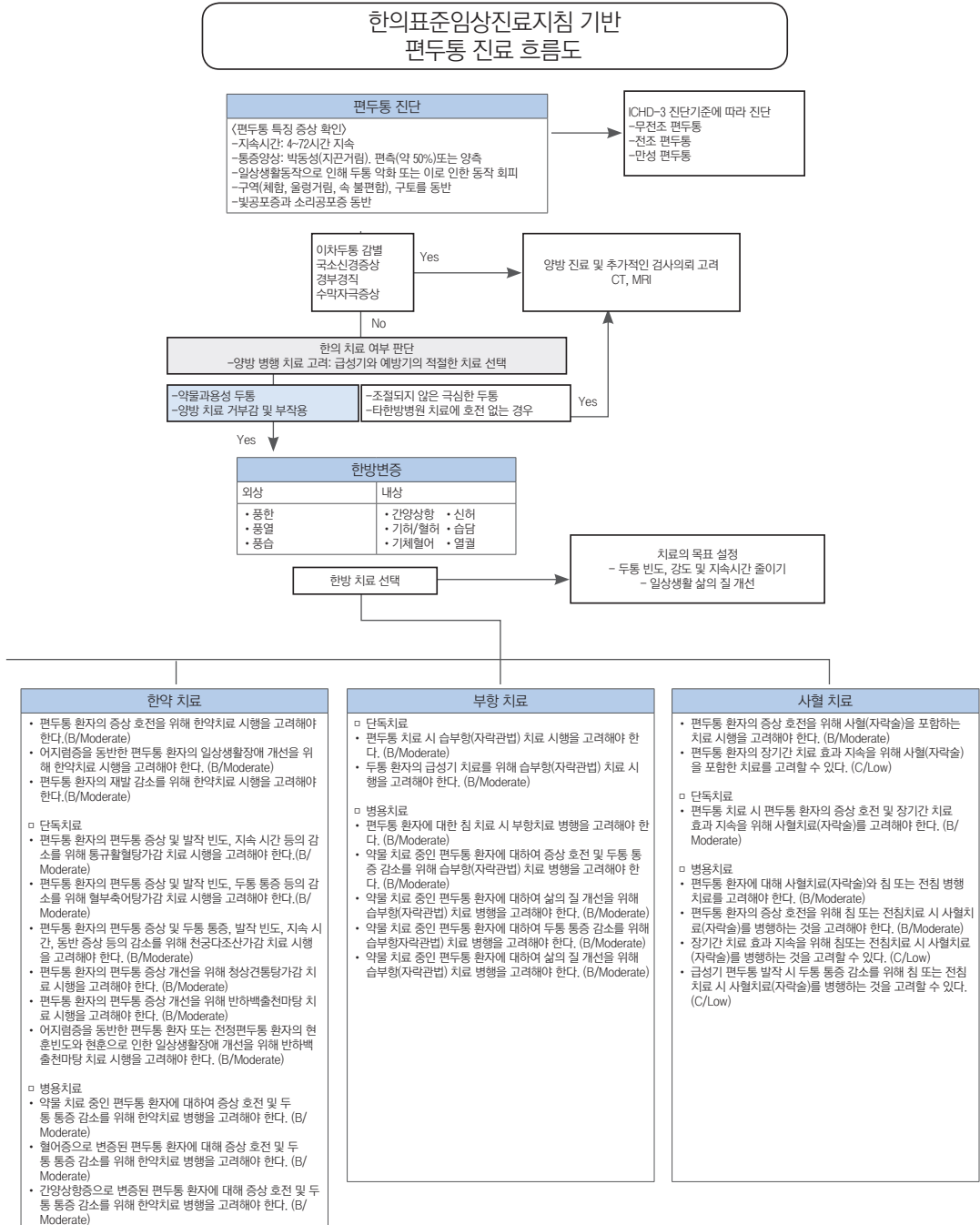
|       |                                                                                                                                  |            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| R4-2  | 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 재발 감소에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 재발 감소를 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.                                   | B/Moderate |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>양약 치료 중단 후 재발하는 편두통 환자에게 한약치료를 고려해야 한다.                                                                       |            |
| R5    | 편두통 환자에게 통규활혈탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 지속 시간 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.                            | B/Moderate |
| R6    | 편두통 환자에게 혈부축어탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 두통 강도 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.                            | B/Moderate |
| R7    | 편두통 환자에게 천궁다조산가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 두통 강도, 발작 빈도, 지속 시간, 동반 증상 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.              | B/Moderate |
| R8    | 편두통 환자에게 청상견통탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.                                              | B/Moderate |
| R9-1  | 편두통 환자에게 반하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.                                            | B/Moderate |
| R9-2  | 어지럼증을 동반한 편두통 환자 또는 전정편두통 환자에게 반하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 현훈빈도와 현훈으로 인한 일상생활 장애 개선효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.         | B/Moderate |
| 병행치료  |                                                                                                                                  |            |
| R10   | 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.            | B/Moderate |
| R10-1 | 혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약 치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다. | B/Moderate |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 통규활혈탕, 혈부축어탕 처방을 고려할 수 있으며, 어혈과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.                                        |            |
| R10-2 | 간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다. | B/Moderate |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 조등산 처방을 고려할 수 있으며, 간양상항과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.                                              |            |

|            |                                                                                                                                                              |            |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4) 부항      |                                                                                                                                                              |            |
| 단독치료       |                                                                                                                                                              |            |
| R11        | 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다.                                                                   | B/Moderate |
|            | <b>임상적 고려사항</b><br>편두통 환자 중 어혈로 변증된 환자에게 습부항 치료를 시행할 수 있다.                                                                                                   |            |
| R11-1      | 급성기 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 급성기 치료를 위해 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다.                                                     | B/Moderate |
|            | <b>임상적 고려사항</b><br>습부항(자락관법) 치료를 편두통 발작 시에 시행할 수 있다.                                                                                                         |            |
| 병행치료       |                                                                                                                                                              |            |
| R12        | 편두통 환자에게 부항치료와 침치료를 병행하는 것이 침치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자에 대한 침치료 시 부항치료 병행을 고려해야 한다.                                                                   | B/Moderate |
|            | <b>임상적 고려사항</b><br>편두통 환자의 부항 치료의 주요 경혈은 양백(GB14), 태양(EX-HN5)과 족태양방광경의 배수혈(背腧穴) 등이다.                                                                         |            |
| R13-1      | 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.                        | B/Moderate |
| R13-2      | 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.                 | B/Moderate |
| R13-3      | 6개월 이상 장기간 치료 시 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 두통 강도 감소를 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다.      | B/Moderate |
| R13-4      | 6개월 이상 장기간 치료 시 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항(자락관법) 치료 병행을 고려해야 한다. | B/Moderate |
| 5) 사혈(자락술) |                                                                                                                                                              |            |
| 단독치료       |                                                                                                                                                              |            |
| R14        | 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 환자의 증상 호전 및 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 사혈치료(자락술)를 고려해야 한다.                                              | B/Moderate |

| 병행치료  |                                                                                                                                                               |            |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| R15   | 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침을 병행하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자에 대해 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침 병행 치료를 고려해야 한다.                                                 | B/Moderate |
| R16   | 편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려해야 한다.                             | B/Moderate |
| R16-1 | 편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 장기간 치료 효과 지속을 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다.               | C/Low      |
| R16-2 | 편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 1회 치료 직후 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 급성기 편두통 발작 시 두통 강도 감소를 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다. | C/Low      |
| R17   | 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈치료(자락술)가 포함되지 않은 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 사혈(자락술)을 포함하는 치료 시행을 고려해야 한다.                                        | B/Moderate |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>편두통 환자의 사혈치료(자락술)의 주요 경혈은 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 백회(GV20), 이첨혈 등과 두통 부위에 따른 아시혈이다.                                                          |            |
| R17-1 | 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈(자락술)이 포함되지 않은 치료에 비해 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 장기간 치료 효과 지속을 위해 사혈(자락술)을 포함한 치료를 고려할 수 있다.                        | C/Low      |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>만성 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 사혈(자락술)을 포함한 치료를 고려할 수 있다.                                                |            |
| 6) 추나 |                                                                                                                                                               |            |
| 단독치료  |                                                                                                                                                               |            |
| R18-1 | 편두통 환자에게 추나치료는 거짓 추나치료 혹은 물리치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소를 위해 추나치료 시행을 고려해야 한다.                                       | B/Moderate |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>편두통 환자에서 경추부 관절기능 이상 혹은 경근이상이 보이는 환자의 경우 경추부 추나술기를 고려한다.                                                                                   |            |
| R18-2 | 편두통 환자에게 추나치료는 일반적인 양약 치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시 추나치료 시행을 고려할 수 있다.                                                                  | C/Low      |
| R18-3 | 편두통 환자에게 추나치료는 물리치료와 비교하여 일상생활장애 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통으로 인한 일상생활장애 개선을 위해 추나치료를 고려할 수 있다.                                                              | C/Low      |

| 7) 약침 |                                                                                                                                                                                                          |            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 단독치료  |                                                                                                                                                                                                          |            |
| R19   | 편두통 환자에게 약침치료는 거짓 약침치료 혹은 일반적인 양약 치료에 비해 효과 적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 증상 호전을 위해 약침치료 시행을 고려 해야 한다.                                                                                                          | B/Moderate |
|       | <b>임상적 고려사항</b><br>약침 시술부위로는 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 견정(GB21), 솔곡(GB8) 등을 활용할 수 있으며, 약침액 으로 근거문헌에서는 홍화, 천궁, 아묵과 등을 사용하였으나 국내의 증례보고 연구와 파일럿 스터디(pilot study)를 참고하여 환자 증상에 따른 황련해독탕약침, 별갑 또는 홍화약침을 활용할 수 있다. |            |

## 4. 진료알고리즘



| 침 치료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 전침 치료                                                                                                                                                       | 추나 치료                                                                                                                                                                                                                                                                | 약침 치료                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>편두통 환자의 증상 호전을 위해 침 치료를 고려해야 한다. (B/Low)</li> </ul> <p>□ 단독치료</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>편두통 환자의 증상 호전을 위해 침 치료 시 변증에 따라 혈자리를 가감할 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)</li> <li>편두통 환자의 증상 호전을 위해 침 치료 시 아시혈을 포함할 것을 고려해야 한다. (B/Moderate)</li> <li>편두통 환자의 6개월 이상 증상 완화를 위해 침 치료를 고려해야 한다. (B/Moderate)</li> <li>편두통 환자의 증상 호전을 위해 침 치료를 고려해야 한다. (B/Moderate)</li> <li>편두통 환자의 삶의 질 개선을 위하여 침 치료를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다. (GPP/CTB)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>편두통 환자의 증상 호전을 위해 전침 치료를 고려해야 한다. (B/Moderate)</li> <li>편두통 환자의 두통 강도 완화를 위해 전침 치료를 고려해야 한다. (B/Moderate)</li> </ul> | <p>□ 단독치료</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>편두통 치료 시 편두통 빈도 또는 두통 통증 강도를 위해 추나치료 시행을 고려해야 한다. (B/Moderate)</li> <li>편두통 치료 시 편두통 빈도 또는 두통 통증 강도를 위해 추나치료 시행을 고려할 수 있다. (C/Low)</li> <li>편두통 치료 시 편두통으로 인한 일상생활 장애 개선을 위해 추나치료를 고려할 수 있다. (C/Low)</li> </ul> | <p>□ 단독치료</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>편두통 치료 시 편두통 증상 호전을 위해 약침치료 시행을 고려해야 한다. (B/Moderate)</li> </ul> |

## 임상적 고려사항

| 중재 도구 | 임상적 고려사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 침     | <p>변증에 따라서 간양상항, 담택내조, 기체혈어, 간신음허 등으로 분류하여 다음과 같은 혈위를 추가할 수 있다.</p> <p>①간양상항: 사죽궁(TE23), 족임음(GB41), 행간(LR2), 태양(EX-HN5), 외관(TE5)</p> <p>②담택내조: 두유(ST8), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40)</p> <p>③기체혈어: 격수(BL17), 혈해(SP10)</p> <p>④간신음허: 태계(K13), 태충(LF3), 산수(BL23), 관원(BL26)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>환자에 따라 두부 및 경추부의 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다. 편두통의 급성기 또는 두통 강도가 극심할 경우에 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다.</li> <li>6개월 이상 치료효과 지속되는 측면을 고려해 볼 때, 약물 치료 중이나 재발하거나 빈도가 조절되지 않는 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 침치료를 적용할 수 있다.</li> <li>두통의 발생부위가 측두부일 때 각손(TE20), 후두부일 때 풍지(GB20)를 고려할 수 있다.</li> <li>편두통으로 인해 일상생활 제한 및 업무기능 방해, 감정적인 문제 등이 있는 환자에게 침치료를 고려할 수 있다.</li> </ul> |
| 전침    | <ul style="list-style-type: none"> <li>침 치료와 전침 치료를 함께 사용가능한 두부의 혈위는 풍지(GB20)-솔곡(GB8), 풍지(GB20)-태양(EX-HN5), 양측의 태양(EX-HN5), 사죽궁(TE23)-솔곡(GB8), 함영(GB4)-현로(GB5), 두유(ST8)-곡빈(GB7) 등을 활용할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 한약    | <ul style="list-style-type: none"> <li>어지럼증이 있는 편두통 환자에게 반하백출천마탕, 온담탕 처방을 고려할 수 있으며, 환자의 변증에 따라 타처방을 고려할 수 있다.</li> <li>양약 치료 중단 후 재발하는 편두통 환자에게 한약치료를 고려해야 한다.</li> <li>혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 통규활혈탕, 혈부축어탕 처방을 고려할 수 있으며, 어혈과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.</li> <li>간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 조동산 처방을 고려할 수 있으며, 간양상항과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 부항    | <ul style="list-style-type: none"> <li>편두통 환자 중 어혈로 변증된 환자에게 습부항 치료를 시행할 수 있다.</li> <li>습부항(자락관법) 치료를 편두통 발작 시에 시행할 수 있다.</li> <li>편두통 환자의 부항 치료의 주요 경혈은 양백(GB14), 태양(EX-HN5)과 족태양방광경의 배수혈(背輸穴) 등이다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 사혈    | <ul style="list-style-type: none"> <li>편두통 환자의 사혈치료(자락술)의 주요 경혈은 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 백회(GV20), 이침혈 등과 두통 부위에 따른 아시혈이다.</li> <li>만성 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 사혈(자락술)을 포함한 치료를 고려할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 추나    | <ul style="list-style-type: none"> <li>편두통 환자에서 경추부 관절기능 이상 혹은 경근이상이 보이는 환자의 경우 경추부 추나술기를 고려한다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 약침    | <ul style="list-style-type: none"> <li>약침 시술부위로는 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 견정(GB21), 솔곡(GB8) 등을 활용할 수 있으며, 약침액으로 근거문헌에서는 홍화, 천궁, 아목과 등을 사용하였으나 국내의 중례보고 연구와 파일럿 스터디(pilot study)를 참고하여 환자 증상에 따른 황련해독탕약침, 별갑 또는 홍화약침을 활용할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

※ 본 치료 알고리즘에서는 한의학적 치료만 다루기로 함



# Summary

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

## 1. Background and purpose

Migraine is a common disease with a prevalence rate of 3-25%. Because it can lower the quality of life of the patient ultimately, treatments and prevention are important. Although many kinds of Korean medicine treatments for migraine have been commonly used in Korean medicinal clinical field, a clinical practice guideline has not been developed until now. We developed a clinical practice guideline (CPG) for the Korean medicine treatments through systematic review. The purpose of this clinical guideline is to provide effective and standardized cares for migraine patients, and to support Korean medicinal physicians to treat migraine patients in Korea.

## 2. Overview of disease

Migraine diagnosed by ICHD-3 is a chronic primary headache disorder and is also considered as Byeon-du-tong(邊頭痛), Du-pyeon-tong(頭偏痛), Pyeon-du-pung(偏頭風), Pyeon-du-tong(偏頭痛) or Du-pung(頭風) in Korean medicine, because they commonly show that episodes affect one half of the head, and the headache is severe, recurrent and pulsating.

### 3. Recommendations

- Clinical considerations are summarized for readability.

| No.             | Recommendations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Strength of Recommendation/Level of Evidence |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1) Acupuncture  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |
| Alone treatment |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |
| R1              | Acupuncture should be considered to improve symptoms in migraine patients, because acupuncture treatment for migraine patients may be more effective than general western medicine treatment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B/Low                                        |
| R1-1            | In order to improve the symptoms of migraine patients, acupuncture should consider adding or subtracting acupoints according to syndrome differentiation, because acupuncture treatment with acupoints added or subtracted according to syndrome differentiation for migraine patients may be more effective than general western medicine treatment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B/Moderate                                   |
|                 | <b>Clinical Considerations</b><br>Depending on the syndrome differentiation, the following acupoints can be added by classifying them into ascendant hyperactivity of liver yang(肝陽上亢), internal obstruction of phlegm turbidity(痰濁內阻), qi stagnation and blood stasis(氣滯血瘀), liver-kidney yin deficiency(肝腎陰虛).<br>① Ascendant hyperactivity of liver yang(肝陽上亢) : Sajukgong(TE23), Jogimeup(GB41), Haenggan(LR2), Taeyang(EX-HN5), Oegwan(TE5)<br>② internal obstruction of phlegm turbidity(痰濁內阻): Duyu(ST8), Joksamni(ST36), Pungnyung(ST40)<br>③ Qi stagnation and blood stasis(氣滯血瘀): Gyeoksu(BL17), Hyeolhae(SP10)<br>④ Liver-kidney yin deficiency(肝腎陰虛): Taegye(KI3), Taechung(LR3), Sinsu(BL23), Gwanwonsu(BL26) |                                              |
| R1-2            | Ashi-point should be included in the acupuncture treatment to improve the symptoms of migraine patients, because acupuncture treatment including ashi point for migraine patients may be more effective than general western medicine treatment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B/Moderate                                   |
|                 | <b>Clinical Considerations</b><br>Depending on the patient, it can be treated with the addition of ashi point in the head and cervical spine. In the acute phase of migraine or when the intensity of headache is severe, it can be treated with addition of ashi point.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |
| R1-3            | Acupuncture should be considered to relieve symptoms of migraine patients for more than 6 months. Because acupuncture treatment for migraine patients can be effective in sustaining the treatment effect for more than 6 months compared to general western medicine treatment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B/Moderate                                   |
|                 | <b>Clinical Considerations</b><br>Considering the lasting aspect of the treatment effect for more than 6 months, acupuncture can be applied to patients who are taking medication but have a recurring or uncontrolled frequency of migraine, who have drug overdose migraine, who have side effects on migraine medications or who want to stop migraine medications.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| R2                    | Acupuncture can be more effective in migraine patients compared to sham-acupuncture. Therefore, acupuncture treatment should be considered to improve symptoms of migraine patients.                                                                                                                                 | B/Moderate  |
|                       | <b>Clinical Considerations</b><br>Gakson(TE20) can be considered when headaches occur in the temporal region, Pungji(GB20) can be considered when headaches occur in the occipital region.                                                                                                                           |             |
| R2-1                  | Acupuncture for migraine patients can be more effective in improving quality of life than sham-acupuncture. Therefore, to improve the quality of life of migraine patients, acupuncture is recommended based on the official agreement of the expert group.                                                          | GPP<br>/CTB |
|                       | <b>Clinical Considerations</b><br>Acupuncture treatment can be considered for patients with migraine that have limitations in daily life, obstruction of work functions, and emotional problems.                                                                                                                     |             |
| 2) Electroacupuncture |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
| Alone treatment       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
| R3                    | Electroacupuncture should be considered to improve symptoms of migraine patients, because electroacupuncture treatment for migraine patients may be more effective than general western medicine treatment.                                                                                                          | B/Moderate  |
|                       | <b>Clinical Considerations</b><br>The acupoints of the head where both acupuncture and electroacupuncture are available include Pungji(GB20) – Solgok(GB8), Pungji(GB20) – Taeyang(EX-HN5), both sides of Taeyang(EX-HN5), Sajuk-gong(TE23) – Solgok(GB8), Hamyeom(GB4) – Heyollo(GB5), and Duyu(ST8) – Gokbin(GB7). |             |
| R3-1                  | For short-term treatment of less than 4 weeks, electroacupuncture should be considered to relieve headache intensity in migraine patients, because electroacupuncture treatment for migraine patients may be more effective than general western medicine treatment.                                                 | B/Moderate  |
| 3) Herbal medicine    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
| Alone treatment       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
| R4                    | Herbal medicine treatment should be considered to improve the symptoms of migraine patients, because herbal medicine treatment for migraine patients may be more effective than general western medicine treatment.                                                                                                  | B/Moderate  |
| R4-1                  | Herbal medicine treatment should be considered to improve the daily living disorders of migraine patients with dizziness, because herbal medicine treatment for migraine patients with dizziness may be more effective than general western medicine treatment.                                                      | B/Moderate  |
|                       | <b>Clinical Considerations</b><br>Ban-ha-baek-chul-cheon-ma-tang(半夏白朮天麻湯) and on-dam-tang(溫膽湯) may be considered for migraine patients with dizziness, and other prescriptions may be considered according to the patient's syndrome differentiation.                                                                |             |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| R4-2             | Herbal medicine treatment should be considered to reduce the recurrence of migraines in migraine patients, because herbal medicine treatment for migraine patients may be more effective in reducing migraine recurrence compared to general western medicine treatment.                                                                    | B/Moderate |
|                  | <b>Clinical Considerations</b><br>Herbal medicine treatment should be considered for patients with recurrent migraine headaches after stopping western medicine treatment.                                                                                                                                                                  |            |
| R5               | Treatment of migraine patients with Tong-gyu-hwal-hyeol-tang-ga-gam (通竅活血湯加減) can be expected to reduce symptoms, frequency, and duration time of migraines compared to general western medicine treatment, therefore it should be considered when treating migraines.                                                                      | B/Moderate |
| R6               | Treatment of migraine patients with Hyeol-bu-chwuk-e-thang-ga-gam (血府逐瘀湯加減) can be expected to reduce symptoms, frequency, and headache intensity of migraines compared to general western medicine treatment, therefore it should be considered when treating migraines.                                                                   | B/Moderate |
| R7               | Treatment of migraine patients with Cheong-sang-gyeon-tong-tang-ga-gam (清上蠲痛湯加減) can be expected to reduce symptoms, headache intensity, frequency, duration time, and accompanying symptoms of migraines compared to general western medicine treatment, therefore it should be considered when treating migraines.                        | B/Moderate |
| R8               | Treatment of migraine patients with Cheong-sang-gyeon-tong-tang-ga-gam (清上蠲痛湯加減) can be expected to improve symptoms of migraine compared to general western medicine treatment, therefore it should be considered when treating migraines.                                                                                                 | B/Moderate |
| R9-1             | Treatment of migraine patients with Ban-ha-baeg-chul-cheon-ma-tang-ga-gam(半夏白朮天麻湯加減) can be expected to improve symptoms of migraine compared to general western medicine treatment, therefore it should be considered when treating migraines.                                                                                             | B/Moderate |
| R9-2             | Ban-ha-baeg-chul-cheon-ma-tang-ga-gam(半夏白朮天麻湯加減) treatment for migraine patients with dizziness or vestibular migraine patients can be expected to improve the frequency of vertigo and daily living disorders caused by vertigo compared to general western medicine treatment, therefore it should be considered when treating migraines. | B/Moderate |
| Add-on treatment |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
| R10              | Combination of herbal and western medicine therapy for migraine patients may be more effective than western-medicine-only therapy. Therefore, combination of herbal and western medicine therapy should be considered to improve symptoms and reduce headache pain in migraine patients.                                                    | B/Moderate |

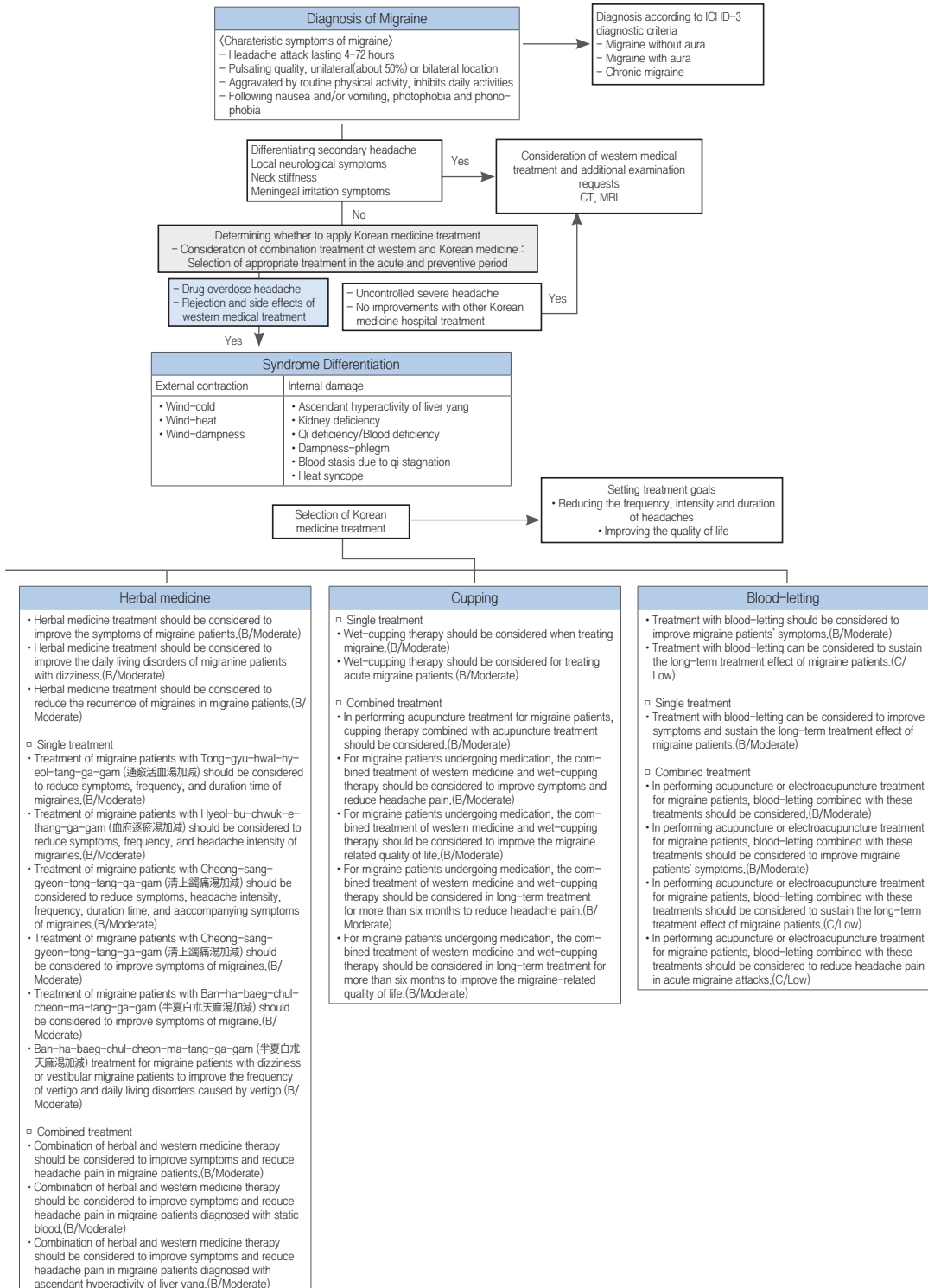
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| R10-1            | Combination of herbal and western medicine therapy for migraine patients diagnosed with static blood may be more effective than western-medicine-only therapy. Therefore, combination of herbal and western medicine therapy should be considered to improve symptoms and reduce headache pain in migraine patients.                          | B/Moderate |
|                  | <b>Clinical Considerations</b><br>For patients with migraine diagnosed with static blood, Tong-gyu-hwal-hyeol-tang(通竅活血湯) and Hyeol-bu-chwuk-e-thang(血府逐瘀湯) can be considered, and other prescriptions related to static blood can be considered.                                                                                             |            |
| R10-2            | Combination of herbal and western medicine therapy for migraine patients diagnosed with ascendant hyperactivity of liver yang may be more effective than western-medicine-only therapy. Therefore, combination of herbal and western medicine therapy should be considered to improve symptoms and reduce headache pain in migraine patients. | B/Moderate |
|                  | <b>Clinical Considerations</b><br>For patients with migraine diagnosed with ascendant hyperactivity of liver yang, Jo-deung-san(釣藤散) can be considered, and other prescriptions related to ascendant hyperactivity of liver yang.                                                                                                             |            |
| 4) Cupping       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |
| Alone treatment  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |
| R11              | Wet-cupping therapy should be considered when treating migraine, because wet-cupping therapy for migraine patients may be more effective than general western medicine.                                                                                                                                                                       | B/Moderate |
|                  | <b>Clinical Considerations</b><br>Wet-cupping therapy can be performed on patients who are diagnosed with static blood among migraine patients.                                                                                                                                                                                               |            |
| R11-1            | Wet-cupping therapy should be considered for treating acute migraine patients because wet-cupping therapy may be more effective than general western medicine when treating acute migraine.                                                                                                                                                   | B/Moderate |
|                  | <b>Clinical Considerations</b><br>Wet-cupping therapy may be performed during a migraine attack.                                                                                                                                                                                                                                              |            |
| Add-on treatment |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |
| R12              | In performing acupuncture treatment for migraine patients, cupping therapy combined with acupuncture treatment should be considered because combined treatment of cupping therapy and acupuncture treatment in migraine patients may be more effective than performing only acupuncture treatment.                                            | B/Moderate |
|                  | <b>Clinical Considerations</b><br>The primary acupoints for cupping therapy in migraine patients are Yangbaek(GB14), Taeyang(EX-HN5), and the Correlation point(背腧穴) of the Bladder meridian(BL).                                                                                                                                             |            |
| R13-1            | For migraine patients undergoing medication, the combined treatment of western medicine and wet-cupping therapy should be considered to improve symptoms and reduce headache pain because the combined treatment may be more effective than only western medicine.                                                                            | B/Moderate |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| R13-2            | For migraine patients undergoing medication, the combined treatment of western medicine and wet-cupping therapy should be considered to improve the migraine-related quality of life because combined treatment may be more effective than only western medicine.                                                                                                                                    | B/Moderate |
| R13-3            | For migraine patients undergoing medication, the combined treatment of western medicine and wet-cupping therapy should be considered in long-term treatment for more than six months to reduce headache pain because combined treatment may be more effective than only western medicine.                                                                                                            | B/Moderate |
| R13-4            | For migraine patients undergoing medication, the combined treatment of western medicine and wet-cupping therapy should be considered in long-term treatment for more than six months to improve the migraine-related quality of life because combined treatment may be more effective than only western medicine.                                                                                    | B/Moderate |
| 5) Blood-letting |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| Alone treatment  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| R14              | Blood-letting should be considered to improve symptoms and sustain the long-term treatment effect of migraine patients because blood-letting may be more effective than general western medicine for migraine patients.                                                                                                                                                                              | B/Moderate |
| Add-on treatment |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| R15              | In performing acupuncture or electroacupuncture treatment for migraine patients, blood-letting combined with these treatments should be considered because combined treatment may be more effective than general western medicine for migraine patients.                                                                                                                                             | B/Moderate |
| R16              | In performing acupuncture or electroacupuncture treatment for migraine patients, blood-letting combined with these treatments should be considered to improve migraine patients' symptoms because combined treatment may be more effective than only acupuncture or electroacupuncture treatment for migraine patients.                                                                              | B/Moderate |
| R16-1            | In performing acupuncture or electroacupuncture treatment for migraine patients, blood-letting combined with these treatments should be considered to sustain the long-term treatment effect of migraine patients because combined treatment may be more effective in maintaining the long-term treatment effect than only acupuncture or electroacupuncture treatment for migraine patients.        | C/Low      |
| R16-2            | In performing acupuncture or electroacupuncture treatment for migraine patients, blood-letting combined with these treatments should be considered to reduce headache pain in acute migraine attacks because combined treatment may be more effective in reducing the headache pain immediately after the one treatment than only acupuncture or electroacupuncture treatment for migraine patients. | C/Low      |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| R17                 | Treatment with blood-letting should be considered to improve migraine patients' symptoms because treatment with blood-letting may be more effective than treatment without blood-letting in migraine patients.                                                                                                                                                                                                                                                                    | B/Moderate |
|                     | <b>Clinical Considerations</b><br>The primary acupoints for blood-letting in migraine patients are Taeyang(EX-HN5), Pungji(GB20), Bae-koe(GV20), Ear apex, and Ashi point according to the area of headache.                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| R17-1               | Treatment with blood-letting can be considered to sustain the long-term treatment effect of migraine patients because treatment with blood-letting may be more effective in maintaining the long-term treatment effect than treatment without blood-letting for migraine patients.                                                                                                                                                                                                | C/Low      |
|                     | <b>Clinical Considerations</b><br>Treatment with blood-letting may be considered for patients with chronic migraine, overdose migraine, migraines who have side effects from migraine medications or who wish to discontinue migraine medications.                                                                                                                                                                                                                                |            |
| 6) Chuna            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
| Alone treatment     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
| R18-1               | When treating migraine headaches, Chuna treatment should be considered to reduce the frequency of migraine or headache pain because Chuna treatment for migraine patients may have similar effects on reducing migraine frequency or headache pain compared to Sham-Chuna treatment or physical therapy.                                                                                                                                                                          | B/Moderate |
|                     | <b>Clinical Considerations</b><br>Chuna manual therapy on the cervical spine should be considered for patients with migraine patients with cervical joint dysfunction or meridian sinews abnormalities.                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |
| R18-2               | Chuna treatment can be considered to reduce the frequency of migraine or headache pain because Chuna treatment may have similar effects on reducing migraine frequency or headache pain compared to general western medicine for migraine patients.                                                                                                                                                                                                                               | C/Low      |
| R18-3               | Chuna treatment can be considered to improve daily living disorder because Chuna treatment may be more effective in improving daily living disorder due to migraine than physical therapy for migraine patients.                                                                                                                                                                                                                                                                  | C/Low      |
| 7) Pharmacopuncture |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
| Alone treatment     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
| R19                 | Pharmacopuncture treatment can be considered to improve migraine patients' symptoms because pharmacopuncture treatment may be more effective than placebo pharmacopuncture treatment or general western medicine for migraine patients.                                                                                                                                                                                                                                           | B/Moderate |
|                     | <b>Clinical Considerations</b><br>The acupoints for pharmacopuncture include Pungji(GB20), Taeyang (EX-HN5), Gyeonjeong(GB21), and Solgok(GB8). According to the supporting literature, Carthami Flos, Chungoong(川芎), and Yamokace-ae(野木瓜) were used as the pharmacopuncture solution. If referring to domestic case reports and pilot studies, Hwang-Ryun-Hae-Dok-Tang (黃連解毒湯), tortoiseshell or Carthami Flos pharmacopuncture can be used according to the patient's symptoms. |            |

## 4. Clinical algorithm

Flow Chart of Migraine Treatment Based on Korean Medicine  
Standard Clinical Practice Guidelines



| Acupuncture                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Electroacupuncture                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Chuna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pharmacopuncture                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuncture should be considered to improve symptoms in migraine patients. (B/Low)</li> <li>Single treatment</li> <li>In order to improve the symptoms of migraine patients, acupuncture should consider adding or subtracting acupoints according to syndrome differentiation. (B/Moderate)</li> <li>Ashi-point should be included in the acupuncture treatment to improve the symptoms of migraine patients. (B/Moderate)</li> <li>Acupuncture should be considered to relieve symptoms of migraine patients for more than 6 months. (B/Moderate)</li> <li>Acupuncture treatment should be considered to improve symptoms of migraine patients. (B/Moderate)</li> <li>Acupuncture for migraine patients can be more effective in improving quality of life than sham-acupuncture. (GPP/CTB)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Electroacupuncture should be considered to improve symptoms of migraine patients. (B/Moderate)</li> <li>For short-term treatment of less than 4 weeks, electroacupuncture should be considered to relieve headache intensity in migraine patients. (B/Moderate)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Single treatment</li> <li>When treating migraine headaches, Chuna treatment should be considered to reduce the frequency of migraine or headache pain. (B/Moderate)</li> <li>Chuna treatment can be considered to reduce the frequency of migraine or headache pain. (C/Low)</li> <li>Chuna treatment can be considered to improve daily living disorder. (C/Low)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Single treatment</li> <li>Pharmacopuncture treatment can be considered to improve migraine patients' symptoms. (B/Moderate)</li> </ul> |

Clinical Considerations

| Intervention       | Clinical Considerations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acupuncture        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Depending on the syndrome differentiation, the following acupoints can be added by classifying them into ascendant hyperactivity of liver yang(肝陽上亢), internal obstruction of phlegm turbidity(痰濁內阻), qi stagnation and blood stasis(氣滯血瘀), liver-kidney yin deficiency(肝腎陰虛).                     <ul style="list-style-type: none"> <li>① Ascendant hyperactivity of liver yang(肝陽上亢): Sajukgong(TE23), Jogimeup(GB41), Haenggan(LP2), Taeyang(EX-HN5), Oegwan(TE5)</li> <li>② internal obstruction of phlegm turbidity(痰濁內阻): Duyu(ST8), Joksamni(ST36), Pungnyung(ST40)</li> <li>③ Qi stagnation and blood stasis(氣滯血瘀): Gyeoksu(BL17), Hyeolhae(SP10)</li> <li>④ Liver-kidney yin deficiency(肝腎陰虛): Taechung(LP3), Sinsu(BL23), Gwangwonsu(BL26)</li> </ul> </li> <li>Depending on the patient, it can be treated with the addition of ashi point in the head and cervical spine.</li> <li>In the acute phase of migraine or when the intensity of headache is severe, it can be treated with addition of ashi point.</li> <li>Considering the lasting aspect of the treatment effect for more than 6 months, acupuncture can be applied to patients who are taking medication but have a recurring or uncontrolled frequency of migraine, who have drug overdose migraine, who have side effects on migraine medications or who want to stop migraine medications.</li> <li>Gakson(TE20) can be considered when headaches occur in the temporal region, Punggi(GB20) can be considered when headaches occur in the occipital region.</li> <li>Acupuncture treatment can be considered for patients with migraine that have limitations in daily life, obstruction of work functions, and emotional problems.</li> </ul> |
| Electroacupuncture | <ul style="list-style-type: none"> <li>The acupoints of the head where both acupuncture and electroacupuncture are available include Punggi(GB20)-Solgok(GB8), Punggi(GB20)-Taeyang(EX-HN5), both sides of Taeyang(EX-HN5), Sajukgong(TE23)-Solgok(GB8), Hamyeom(GB4)-Heyollo(GB5), and Duyu(ST8)-Gokbin(GB7).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Herbal medicine    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ban-ha-baek-chul-cheon-ma-tang(半夏白朮天麻湯) and on-dam-tang(溫膽湯) may be considered for migraine patients with dizziness, and other prescriptions may be considered according to the patient's syndrome differentiation.</li> <li>Herbal medicine treatment should be considered for patients with recurrent migraine headaches after stopping western medicine treatment.</li> <li>For patients with migraine diagnosed with static blood, Tong-gyu-hwal-hyeol-tang(通瘀活血湯) and Hyeol-bu-chwuk-e-thang(血府逐瘀湯) can be considered, and other prescriptions related to static blood can be considered.</li> <li>For patients with migraine diagnosed with ascendant hyperactivity of liver yang, Jo-deung-san(釣藤散) can be considered, and other prescriptions related to ascendant hyperactivity of liver yang.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Cupping            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Wet-cupping therapy can be performed on patients who are diagnosed with static blood among migraine patients.</li> <li>Wet-cupping therapy may be performed during a migraine attack.</li> <li>The primary acupoints for cupping therapy in migraine patients are Yangbaek(GB14), Taeyang(EX-HN5), and the Correlation point(背輸穴) of the Bladder meridian(BL).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Blood-letting      | <ul style="list-style-type: none"> <li>The primary acupoints for blood-letting in migraine patients are Taeyang(EX-HN5), Punggi(GB20), Baekoe(GV20), Ear apex, and Ashi point according to the area of headache.</li> <li>Treatment with blood-letting may be considered for patients with chronic migraine, overdose migraine, migraines who have side effects from migraine medications or who wish to discontinue migraine medications.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Chuna              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Chuna manual therapy on the cervical spine should be considered for patients with migraine patients with cervical joint dysfunction or meridian sinews abnormalities.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Pharmacopuncture   | <ul style="list-style-type: none"> <li>The acupoints for pharmacopuncture include Punggi(GB20), Taeyang (EX-HN5), Gyeonjeong(GB21), and Solgok(GB8). According to the supporting literature, Carthami Flos, Chungoong(川芎), and Yamokaceae(野木瓜) were used as the pharmacopuncture solution. If referring to domestic case reports and pilot studies, Hwang-Ryun-Hae-Dok-Tang (黃連解毒湯), tortoiseshell or Carthami Flos pharmacopuncture can be used according to the patient's symptoms.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

※ 본 치료 알고리즘에서는 한의학적 치료만 다루기로 함

# I. 서론

## 1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

## 1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

편두통은 국내의 유병률이 3-25%에 이르는 흔한 질환이며, 만성화되어 환자의 삶의 질을 크게 저하시킬 수 있어 치료와 예방이 중요하다. 최근 편두통의 원인과 발병기전이 점점 밝혀지면서, 새로운 치료약물들이 계속 연구되고 있지만, 현재까지 한 가지 약물만으로 편두통을 완전히 치료하거나 예방하는 방법은 없으며, 편두통 환자 개개인마다 효과적인 약물의 종류와 용량 등이 달라 편두통 치료에 대한 임상진료지침의 필요성이 요구된다. 한의 임상 현장에서도 편두통에 대해 한의학 치료가 많이 시행되고 있지만, 한의 임상 현장에서 활용 가능한 한의임상진료지침이 개발된 적이 없었다. 따라서 편두통에 대해 효과적인 한의학 치료 방법의 체계적인 근거 분석과 요약を 통하여 실제 임상에서 활용도가 높은 한의표준임상진료지침의 개발이 필요하다.

한의학육성법에 의거한 제3차 한의학육성종합발전계획(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 한의학 산업을 육성하고 국제적인 경쟁력을 강화한다는 정부 한의학발전 정책 의지를 반영한 것이다.

본 편두통 한의표준임상진료지침은 근거중심 방법론을 활용하여 현재까지의 관련 근거들을 종합 및 분석하고, 국내 한의 임상 현실에 맞는 한의표준임상진료지침을 개발하고자 하였다. 본 임상진료지침의 개발과 보급을 통해 한의 임상 현장에서 성인 편두통 환자를 진료하는 임상 한의사의 의사결정에 도움을 주고자 하였다. 이는 한의사의 의학적 의사결정에 확신성을 높여줄 것이며, 편두통 환자에게 효과적이고 표준화된 진료를 제공하는데 도움이 될 것이다. 또한 한의학 치료에 대한 근거를 강화하고 이를 통해 국민들에게 한의의료서비스에 대한 건강보험보장성을 강화함으로써 접근성을 높이는 한편 이 과정에서 국제적인 경쟁력을 강화시킬 수 있을 것이다. 이를 통해 국민 건강 및 삶의 질 향상을 도모할 수 있으며, 궁극적으로는 한의 진료의 질 향상을 통해 한의학에 대한 대국민 신뢰도 개선과 국민 건강 증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다. 한의표준임상진료지침의 전문성 및 공정성 확보를 위해 본 지침을 개발함에 있어 관련 한의학분과학회와 전국 한의과대학 등이 참여하였다. 본 지침을 개발하고 체계적인 검증을 통해 한의학의 안전성·효과성을 지속적으로 입증하여 대국민신뢰 회복 및 공공의료 확대에 기여하고자 한다.

본 편두통 한의표준임상진료지침은 보건복지부 한의학 선도기술개발 사업의 한의표준임상진료지침 개발사업단 일반세부과제인 [편두통 한의표준임상진료지침 개발 (HB16C0043)]의 일환으로 제작되었다. (연구기간 : 2016.06.01- 2020.12.31) 임상진료지침의 개발에 있어서 재정후원단체의 의견이 임상진료지침의 내용에 영향을 주지 않았다.

## II. 편두통 질환 개요

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

## 1. 정의

편두통은 박동성 양상의 중등도 이상의 통증을 호소하는 만성 원발성 재발두통으로 일상생활에 장애를 주는 두통이다. 세계질병부담연구(Global burden of Disease survey, GBD)의 2010년 연구에 따르면 3번째이며, 유병률이 높고, 장애를 유발하는 모든 질환 중 7위를 차지하며, 2015년 연구에 의하면 50대 미만의 장애의 3번째 원인이며, 전체 연령에서는 6위를 차지한다.<sup>1)</sup>

한의학에서 편두통(偏頭痛)은 북송(北宋)시대의 《성제총록(聖濟總錄)》에서 처음 나온다. 《동의보감(東醫寶鑑)》에서 ‘편두통은 머리의 반쪽이 아픈 것이다.(偏頭痛者, 頭半邊痛者, 是也.)’, ‘머리 반쪽이 차고 아프면 이는 편두통이다.(如頭半寒痛者, 偏頭痛也.)’이라고 하여 한쪽 머리가 아픈 증상을 말한다. 편두통에 대해 다른 이름으로 변두통(邊頭痛), 두편통(頭偏痛), 편두풍(偏頭風), 변두풍(邊頭風), 두풍(頭風)이라고 한다. 편두통(偏頭痛)은 두반변통(頭半邊痛)이라는 면에서, 두풍(頭風)은 극렬하고, 재발이 잘 되며, 오래도록 낫지 않는다는 점에서 국제 두통 질환 분류 제 3판(ICHD-3; international classification of headache disorder-Ⅲ)의 편두통에 해당한다고 본다.<sup>2)</sup>

본 질환에서는 국제 두통 질환 분류 제 3판(ICHD-3; international classification of headache disorder-Ⅲ)의 정의와 진단기준을 따른다. 진단기준에 대해서는 아래 진단 및 평가 항목에 기술 하였다.

편두통의 한국표준질병사인분류표(KCD) 코드는 다음과 같다.

편두통의 한국표준질병사인분류표(KCD) 7 코드

| 번호 | KCD코드 | 코드명                 | 분류                   |
|----|-------|---------------------|----------------------|
| 1  | G43   | 편두통                 | Ⅵ. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 2  | G43.0 | 조짐이 없는 편두통[일반편두통]   | Ⅵ. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 3  | G43.1 | 조짐이 있는 편두통[고전적 편두통] | Ⅵ. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 4  | G43.2 | 편두통 지속상태            | Ⅵ. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 5  | G43.3 | 합병된 편두통             | Ⅵ. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 6  | G43.8 | 기타 편두통              | Ⅵ. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 7  | G43.9 | 상세불명의 편두통           | Ⅵ. 신경계통의 질환(G00-G99) |

출처 KOICD 질병분류 정보센터 <http://www.koicd.kr/2016/main.do>

## 2. 임상 현황

편두통 치료에 대한 한의사 451명을 대상으로 설문을 실시한 결과, 90.02%의 한의사가 최근 1년간 편두통 환자를 진료한 경험이 있다고 응답하였다. 진료 환자 중 두통을 호소하는 환자의 비율은 39%며, 두통을 호소하는 환자 중 편두통 환자의 비율은 48% 정도를 차지하였다. 한의 치료 방법은 침(93.25%), 부항(61.33%), 사혈(자락술)(57.39%) 순이었다. 이 외에 뜸과 추나요법을 30%이상 적용하

고 있었으며, 아로마테라피, 바이오피드백 등을 적용하고 있었다. 또한, 편두통 치료에 주로 사용하는 처방은 반하백출천마탕(70.20%), 청상전통탕(50.25%), 갈근탕(18.23%), 조등산(14.53%), 구미강활탕(10.59%) 순이었다.

전 세계 인구 조사를 통한 편두통의 유병률은 2016년에 여성은 18.9%, 남성은 9.8%, 전체적으로는 14.4%로 추정되었다.<sup>3)</sup>

편두통에 대한 국내 유병률은 1997년 제주도를 제외한 전국 15세 이상 2,500명을 대상으로 실시한 설문조사에서 22.7%로 여자 24.3%, 남자 21.0%로 나타났다. 2000년 한국 성인에서의 편두통 유병률 연구에서는 전체 유병률은 6.5%, 유사 편두통은 5.7%로 나타났으며, 남자 3.2%, 여자 9.7%로 나타났다.<sup>4,5)</sup>

편두통으로 인해 내원하는 환자들은 진단 및 검사결과에 따라 일반적으로 편두통(상병기호: G43) 상병으로 치료받게 된다. 국민건강보험공단에서 발간한 『2019건강보험통계연보』에 따르면, 2019년 전체 의료기관에서 편두통(상병기호: G43) 상병으로 진료 받은 환자 수는 565,438명에 이르며, 진료비 지출은 95,580,052천 원으로 나타났다. 『2015건강보험통계연보』의 자료와 비교해보면 환자수는 2015년 507,268에서 2019년 565,438명으로 11.5% 증가하였다. 진료비 지출은 2015년 53,618,057천 원에서 2019년 95,580,052천 원으로 78.3% 증가하였다. 또한, 2019년 한방 의료기관(건강보험 심사청구명세서 중 한방병원, 한의원 대상)에서 이들 상병으로 진료받은 환자 수는 124,860명이며, 진료비 지출은 13,326,800천 원으로 나타났다.

### 3. 진단 및 평가

#### 1) 진단

편두통에 대해 국제 두통 질환 분류 제 3판(ICHD-3)에서는 무조짐 편두통, 조짐 편두통, 만성 편두통, 편두통의 합병증, 개연편두통, 편두통 관련 증상 증후군의 6개로 크게 분류하였고, 크게는 무조짐 편두통, 조짐 편두통의 2가지로 나눈다. 여기에서는 무조짐 편두통, 조짐 편두통, 만성 편두통에 대한 국제 두통 질환 분류 제 3판(ICHD-3)의 기준을 다룬다.<sup>2)</sup>

한의학적 진단을 위해 정확하게 변증을 하는 것이 중요한데 국제 두통 질환 분류 제 3 베타판(ICHD-3 beta version)을 기준으로 한의학적 진단변증을 한의학적 임상 증례보고와 기존 문헌들의 근거로 정리한 연구가 2017년 발표되었다.<sup>6)</sup> 이 연구 결과를 참고하면 편두통의 한의학적 주요 진단 변증은 간양상항(肝陽上亢), 담탁상요(痰濁上擾), 음혈허(陰血虧虛)와 어혈두통(瘀血頭痛), 풍담어조(風痰瘀阻), 풍열상요(風熱上擾) 등으로 나눌 수 있다.<sup>6)</sup>

## 국제 두통 질환 분류 제 3판(ICHD-3;International classification of headache disorder-Ⅲ)에서의 편두통 분류

|                                                             |                                |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1.1 Migraine without aura                                   | 1.1 무조짐 편두통                    |
| 1.2 Migraine with aura                                      | 1.2 조짐 편두통                     |
| 1.2.1 Migraine with typical aura                            | 1.2.1 전형 조짐 편두통                |
| 1.2.1.1 Typical aura with headache                          | 1.2.1.1 두통을 동반하는 전형적 조짐 편두통    |
| 1.2.1.2 Typical aura without headache                       | 1.2.1.2 두통을 동반하지 않는 전형적 조짐 편두통 |
| 1.2.2 Migraine with brainstem aura                          | 1.2.2 뇌간조짐편두통                  |
| 1.2.3 Hemiplegic migraine                                   | 1.2.3 반신마비편두통                  |
| 1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)                  | 1.2.3.1 가족반신마비편두통              |
| 1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1               | 1.2.3.1.1 가족반신마비편두통 1형         |
| 1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2               | 1.2.3.1.2 가족반신마비편두통 2형         |
| 1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3               | 1.2.3.1.3 가족반신마비편두통 3형         |
| 1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci          | 1.2.3.1.4 가족반신마비편두통 기타 유전자자리   |
| 1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine                        | 1.2.3.2 산발 반신마비 편두통            |
| 1.2.4 Retinal migraine                                      | 1.2.4 망막편두통                    |
| 1.3 Chronic migraine                                        | 1.3 만성 편두통                     |
| 1.4 Complications of migraine                               | 1.4 편두통 합병증                    |
| 1.4.1 Status migrainosus                                    | 1.4.1 편두통 지속상태                 |
| 1.4.2 Persistent aura without infarction                    | 1.4.2 뇌경색이 없는 지속조짐             |
| 1.4.3 Migrainous infarction                                 | 1.4.3 편두통 경색증                  |
| 1.4.4 Migraine aura-triggered seizure                       | 1.4.4 편두통 유발 발작                |
| 1.5 Probable migraine                                       | 1.5 개연 편두통                     |
| 1.5.1 Probable migraine without aura                        | 1.5.1 개연 무조짐 편두통               |
| 1.5.2 Probable migraine with aura                           | 1.5.2 개연 조짐 편두통                |
| 1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine | 1.6 편두통 관련 발생 증후군              |
| 1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance                | 1.6.1 반복 소화기장애                 |
| 1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome                          | 1.6.1.1 주기 구토 증후군              |
| 1.6.1.2 Abdominal migraine                                  | 1.6.1.2 복부 편두통                 |
| 1.6.2 Benign paroxysmal vertigo                             | 1.6.2 양성 돌발성 현훈                |
| 1.6.3 Benign paroxysmal torticollis                         | 1.6.3 양성 돌발성 사경                |

## (1) 무조짐 편두통

무조짐 편두통은 반복적으로 나타나며, 4시간에서 72시간 지속된다. 편측으로 박동양상을 주로 보이며, 중등도 이상의 심한 통증 강도를 가진다. 걷거나 계단 오르기 등의 일상의 신체 활동에 의해 악화되며, 일상생활에 장애를 받는다. 구역 또는 빛 공포증과 소리공포증이 동반된다.

## (2) 조짐 편두통

조짐 편두통은 수 분간 지속되는 편측의 시각, 감각 또는 다른 중추신경계 증상을 가진다. 조짐 증상은 대부분 5분 이상에 걸쳐 서서히 발생하며, 완전히 가역적이다. 조짐 증상에 이어서 편두통과 관련 증상이 발생한다. 조짐 편두통은 두통을 동반하는 경우와 동반하지 않는 경우로 나뉜다.

## ① 전형적 조짐 편두통

전형적 조짐 편두통은 시각, 감각, 언어 증상을 각각 또는 동시에 점진적 발생하지만 운동 마비는 없는 것이 특징이다. 조짐증상은 1시간을 넘지 않으며, 양성 및 음성 증상이 혼합하여 발생한다.

## 전형적 조짐 편두통의 진단기준

- A. 진단기준 B와 C를 충족하며, 최소한 2번 이상 발생
- B. 완전히 가역적인 시각, 감각, 언어 증상을 각각 또는 동시에 보이며, 운동약화, 뇌간, 망막 증상은 없는 조짐
- C. 다음 네 가지 특성 중 최소 두 가지 이상인 경우
  - 1. 최소 한 가지 조짐 증상이 5분 이상에 걸쳐 서서히 진행, 그리고/또는 두 가지 이상 증상이 연속하여 발생
  - 2. 각각의 조짐증상은 5-60분 동안 지속됨
  - 3. 최소한 한 가지 조짐 증상은 편측임
  - 4. 두통은 조짐과 동시에 또는 조짐 증상 60분 이내에 발생함
- D. 다른 ICHD-3 진단으로 더 잘 분류되지 않으며, 일과성허혈발작은 배제해야 함

## ② 두통을 동반하지 않는 전형적 조짐 편두통

두통을 동반하지 않는 전형적 조짐편두통은 조짐증상과 동시 또는 조짐 증상에 이어서 두통이 나타나지 않는 경우를 말한다.

## 두통을 동반하지 않는 전형적 조짐 편두통의 진단기준

- A. 전형적 조짐 편두통의 진단기준을 충족
- B. 두통은 조짐 증상과 동시에 또는 조짐 증상 60분 이내 두통 없음

## ③ 뇌간 조짐 증상 편두통

뇌간 조짐 증상 편두통은 조짐 증상이 뇌간의 기능 이상이 명백하지만, 운동 마비는 없는 편두통을 말한다.

## 뇌간 조짐 증상 편두통의 진단기준

- A. 진단기준 B-D를 충족하며 최소한 2번 이상 발생하는 경우
- B. 완전히 가역적 시각, 감각, 언어 증상을 각각 또는 동시에 보이지만, 운동약화, 망막 증상은 없는 조짐
- C. 다음 뇌간증상 중 최소한 두 가지:
  - 1. 구음장애
  - 2. 현훈
  - 3. 이명
  - 4. 청각장애
  - 5. 복시
  - 6. 운동실조
  - 7. 의식저하
- D. 다음 네 가지 특성 중 최소한 두 가지:
  - 1. 최소한 한 가지 조짐증상이 5분 이상에 걸쳐 서서히 퍼짐, 그리고/또는 두 가지 이상의 증상이 연속해서 발생함
  - 2. 각각의 조짐 증상은 5-60분 동안 지속됨
  - 3. 최소한 한 가지의 조짐증상은 편측
  - 4. 두통은 조짐과 동시에 또는 조짐 60분 이내에 발생함
- E. 다른 ICHD-3 진단으로 더 잘 분류되지 않으며, 일과성허혈발작은 배제됨.

## ④ 반신마비 편두통

반신마비 편두통은 조짐 편두통 중 하나로 완전히 가역적인 운동마비를 동반하는 경우를 말한다.

## 반신마비 편두통의 진단기준

- A. 진단기준 B와 C를 충족하며 최소 2번 이상 발생
- B. 다음 두 가지를 모두 충족하는 조짐 증상
  - 1. 완전히 가역적인 운동마비
  - 2. 완전히 가역적인 시각, 감각 그리고/또는 언어 증상
- C. 다음 네 가지 특성 중 최소한 두 가지:
  - 1. 최소한 한 가지 조짐증상이 5분 이상에 걸쳐 서서히 퍼짐, 그리고/또는 두 가지 이상의 증상이 연속해서 발생함
  - 2. 각각의 조짐증상은 5-60분 동안 지속되고, 운동증상은 72시간 미만 지속
  - 3. 최소한 한 가지의 조짐증상은 편측임
  - 4. 두통은 조짐과 동시에 또는 조짐 60분 이내에 발생
- D. 다른 ICHD-3 진단으로 더 잘 분류되지 않으며, 일과성허혈발작은 배제해야 함

## ⑤ 망막 편두통

망막편두통이란 섬광, 암점, 실명 등의 시각 장애 증상이 한쪽 안구에서 반복 발생하는 것을 말한다.

### 망막 편두통의 진단기준

- A. 진단기준 B와 C를 충족하는 것이 최소 2번 이상 발생
- B. 완전히 호전되는 양성 그리고/또는 음성의 단안시각증상(섬광, 암점 또는 실명)이 아래의 하나 이상 방법으로 확인 됨
  - 1. 임상적 시야 검사
  - 2. 단안시야결손을 환자가 직접 그림(명확하게 지시한 후에 시행)
- C. 다음 세 가지 특성 중 최소한 두 가지:
  - 1. 조짐 증상은 5분 이상에 걸쳐 서서히 진행
  - 2. 조짐 증상은 5-60분 동안 지속됨
  - 3. 두통은 조짐 증상과 동시 또는 60분 이내에 발생함
- D. 다른 ICHD-3 진단으로 더 잘 분류되지 않으며, 다른 원인이 배제됨.

### (3) 만성 편두통

만성 편두통이란 두통이 3개월 이상, 한 달에 15일 이상 있으며, 그 중 한 달에 9일 이상은 편두통 양상인 경우를 말한다.

### 만성 편두통의 진단기준

- A. 진단기준 B와 C를 충족하며 3개월 이상 최소 한 달에 15번 발생하는 긴장형두통 그리고/또는 편두통
- B. 무조짐편두통 진단기준 B-D를 충족 그리고/또는 조짐 편두통 진단기준 B와 C를 충족하는 발작이 최소한 5번 있었던 환자에서 발생
- C. 3개월 동안 한 달에 8일 이상은 다음 한 가지를 충족함:
  - 1. 무조짐편두통의 진단기준 C와 D
  - 2. 조짐편두통의 진단기준 B와 C
  - 3. 발생 시 환자가 편두통으로 판단했으며, 트립탄이나 에르고트제제로 증상이 완화됨
- D. 다른 ICHD-3 진단으로 더 잘 분류되지 않음

### (4) 편두통 합병증

편두통 합병증으로 편두통 지속상태(편두통이 72시간 지속되는 경우), 뇌경색이 없는 조짐증상의 지속(뇌 진단영상 결과 뇌경색이 없으며, 1주일 이상 지속), 편두통 경색증(뇌 진단영상 결과 뇌경색이 있으며, 조짐증상이 있는 편두통), 편두통 유발 발작(편두통으로 발생하는 발작)이 있다.

### (5) 개연(蓋然) 편두통

개연 편두통은 편두통 분류의 기준에서 한 가지를 제외하고, 다른 기준을 만족시키며, 다른 두통으로 분류되지 않는 경우를 말한다.

### (6) 편두통 관련 발생 증후군

편두통관련 발생 증후군은 반복적인 소화기장애(복통, 복부불편감, 구역, 구토를 갖고 있지만, 소화 기관 검사에서 정상이며, 다른 질환으로 설명 되지 않는 경우), 양성 돌발성 현훈(어지러움이 반복 회전

되는 경우), 양성 돌발성 사경(사경이 반복 호전되는 경우로 생후 1년 이내 영유아에게 발생하는 경우)를 말한다.

## 2) 평가<sup>7)</sup>

편두통 관련하여 많은 측정도구들이 있으나, 국내에서 편두통관련 타당도 연구가 실시된 설문은 편두통 장애평가(MIDAS; Migraine Disability Assessment Scale)<sup>8)</sup>, 편두통 영향 검사(HIT; Headache Impact Test)<sup>9)</sup>, MSQoL(Migraine Specific Quality of Life)<sup>10)</sup> 등이 있다.

### (1) 통증의 강도

편두통 뿐만 아니라, 일반적인 통증에서는 시각상사척도(VAS; visual analogue scale), 숫자평가척도(NRS; numeric rating scale), 언어형 평가 척도(VRS; verbal rating scale), 얼굴통증척도(headache effect face scale) 등이 사용된다.

### (2) 두통발생일수

편두통이 발생한 일수를 활용하여 편두통의 호전을 평가한다. 또는 약물 복용 일수, 복용량을 이용해 평가하기도 한다.

### (3) 편두통 장애평가(MIDAS; Migraine Disability Assessment Scale)<sup>8)</sup>

편두통 장애평가(MIDAS)는 짧은 시간 내에 간단하게 편두통 환자의 전체적인 장애와 치료에 따른 삶의 질 변화 정도를 정량적으로 평가하는 도구로서 한국어로 타당성이 평가된 번역본이 있다. 단, 편두통 장애평가(MIDAS)는 지난 3개월간 두통 병력에 대한 질문이므로, 회상 편향(recall bias)이 존재할 수 있다.

## 편두통 장애평가 설문지

(MIDAS, migraine disability assessment)

다음은 귀하가 지난 3개월 동안 학교나 직장이나 가정에서 편두통 때문에 해를 입었다고 생각되는지와 관련된 문제들입니다.

1. 지난 3개월 동안 두통 때문에 결석하거나 결근한 날이 며칠이나 됩니까? \_\_\_\_\_ 일
  2. 지난 3개월 동안 직장이나 학교에서 두통 때문에 학습능률이나 작업능률이 절반 이하로 감소한 날이 며칠이나 됩니까?(단, 1문항에 해당된 날은 포함시키지 않음) \_\_\_\_\_ 일
  3. 지난 3개월 동안 두통 때문에 가사일을 할 수 없었던 날이 며칠이나 됩니까? \_\_\_\_\_ 일
  4. 지난 3개월 동안 두통 때문에 가사활동 능률이 절반 이하로 감소되었던 날이 며칠이나 됩니까?  
(단, 3문항에 해당되는 날은 포함시키지 않음) \_\_\_\_\_ 일
  5. 지난 3개월 동안 두통 때문에 가족활동, 사회활동 또는 여가활동을 놓친 날이 며칠이나 됩니까? \_\_\_\_\_ 일
- 총합 \_\_\_\_\_ 일
- A. 지난 3개월간 두통이 며칠이나 지속되었습니까? \_\_\_\_\_ 일
- B. 전혀 아프지 않은 경우가 0점이고 가장 심한 경우가 10점 일 때 당신의 두통은 몇 점 정도 됩니까? \_\_\_\_\_ 점

\*Lee, H. S., Chung, C. S., Song, H. J., & Park, H. S. (2000). The reliability and validity of the MIDAS (Migraine Disability Assessment) Questionnaire for Korean migraine sufferers. Journal of the Korean Neurological Association, 18(3), 287-291.

(4) 편두통 영향 검사(HIT-6; Headache Impact Test)<sup>9)</sup>

편두통 영향 검사(HIT-6)는 편두통뿐만 아니라 긴장형 두통이 삶에 미치는 영향을 측정하기 위한 도구로 개발되었다. 4주간의 통증, 사회, 역할, 인지 기능 및 심리적 고통, 활력도를 측정하기 위한 도구이다.

**편두통 영향 검사 설문지**  
(HIT-6 headache impact test)

1. 두통이 있을 때 얼마나 자주 두통이 심하다고 느끼시나요?  
 ① 한 번도 그런 적이 없다.      ② 드물게 그렇다.      ③ 때때로 그렇다.  
 ④ 매우 자주 그렇다.          ⑤ 항상 그렇다.
2. 얼마나 자주 두통 때문에 집안일, 직장일, 학교 또는 사회활동 등 일상생활에 지장을 받습니까?  
 ① 한 번도 그런 적이 없다.      ② 드물게 그렇다.      ③ 때때로 그렇다.  
 ④ 매우 자주 그렇다.          ⑤ 항상 그렇다.
3. 두통이 있을 때 누워서 쉬고 싶을 때는 얼마나 자주 있습니까?  
 ① 한 번도 그런 적이 없다.      ② 드물게 그렇다.      ③ 때때로 그렇다.  
 ④ 매우 자주 그렇다.          ⑤ 항상 그렇다.
4. 지난 4주 동안, 얼마나 자주 두통 때문에 일 또는 일상생활을 못할 정도로 피곤했었나요?  
 ① 한 번도 그런 적이 없다.      ② 드물게 그렇다.      ③ 때때로 그렇다.  
 ④ 매우 자주 그렇다.          ⑤ 항상 그렇다.
5. 지난 4주 동안, 얼마나 자주 두통 때문에 짜증이나 신경질이 났습니까?  
 ① 한 번도 그런 적이 없다.      ② 드물게 그렇다.      ③ 때때로 그렇다.  
 ④ 매우 자주 그렇다.          ⑤ 항상 그렇다.
6. 지난 4주 동안, 얼마나 자주 두통 때문에 일 또는 일상생활에 집중하기 힘들었습니까?  
 ① 한 번도 그런 적이 없다.      ② 드물게 그렇다.      ③ 때때로 그렇다.  
 ④ 매우 자주 그렇다.          ⑤ 항상 그렇다.

\*주민경, et al. 한국어판 두통영향 검사 (Headache Impact Test-6) 의 타당도 및 신뢰도 조사. 대한신경과학회지, 2009, 27.1: 1-6.

#### (5) MSQoL(Migraine Specific Quality of Life)<sup>10)</sup>

MSQoL은 25개 문항으로 구성되어 있으며, 편두통 환자의 일상생활 및 삶의 질을 평가하는 도구로 한국어로 번역되어 타당도를 검정 받았다. MSQoL은 일상생활의 기능적인 부분과 정신적인 면까지 고려한 측정도구이다.

MSQoL (migraine specific quality of life)

① 그렇다. 매우 화가 난다.                      ② 상당히 화가 난다.  
③ 약간 화가 난다.                                ④ 전혀 그렇지 않다.



① 매우 그렇다.                      ② 상당히 그렇다.  
③ 아니다. 별로 그렇지 않다.    ④ 전혀 그렇지 않다.

① 매우 그렇다.                      ② 상당히 그렇다.  
③ 아니다. 별로 그렇지 않다.    ④ 전혀 그렇지 않다.

① 매우 그렇다.                      ② 상당히 그렇다.  
③ 아니다. 별로 그렇지 않다.    ④ 전혀 그렇지 않다.

① 그렇다. 매우 그렇다.                      ② 상당히 그렇다.  
③ 아니다. 별로 그렇지 않다.                ④ 전혀 그렇지 않다.

① 그렇다. 매우 그렇다.                      ② 상당히 그렇다.  
③ 아니다. 별로 그렇지 않다.                ④ 전혀 그렇지 않다.

① 그렇다. 매우 걱정된다.                      ② 상당히 걱정스럽다.  
③ 약간 걱정스럽다.                              ④ 전혀 걱정하지 않는다.

(6) MSQ(Migraine-Specific Quality-Of-Life Questionnaire)

MSQ는 편두통으로 인한 영향, 치료 효과, 건강 관련 삶의 질을 평가하기 위하여 Glaxo Wellcome Inc에 의해 일상생활의 제한, 예방의 기능, 정서적 기능의 세 부분, 16개 항목으로 구성된 도구로서 개발되었고, ver 2.1에서는 14개 문항으로 변경되었다.<sup>11,12)</sup>

HImQ는 두통으로 인한 통증의 강도 및 활동 제한을 평가하는 8문항으로 이루어졌다.

HDI는 두통의 영향, 치료 효과, 일상생활에 영향을 평가하는데 유용한 도구로 25개 문항으로 이루어졌다.

## (9) HANA(Headache Needs Assessment)

편두통 관련 7가지 주제에 대해 빈도와 강도를 평가하는 것으로 구성되었는데, 두통치료가 필요한 대상을 선별하기 위한 척도로 주로 활용한다.

## Headache Needs Assessment (HANA) Questionnaire

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| We are interested in knowing how you feel about having migraine headaches and the problems caused by your headaches in usual daily activities. This information will help us to understand the problems you face related to having frequent and severe migraine headaches. Please answer questions A and B for each problem listed (1 – 7) describing how migraine headaches affected your life in the past 4 weeks. |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
| Problem Area                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Question A</b><br>How often has this problem occurred?<br>1 = never,<br>2 = rarely,<br>3 = sometimes,<br>4 = often,<br>5 = all the time | <b>Question B</b><br>How much has this problem?<br>1 = not at all,<br>2 = a little,<br>3 = some,<br>4 = a lot,<br>5 = a great deal |
| Problem 1. I have felt anxious or worried (tense, wound-up, frightened) about having another severe headache.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
| Problem 2. I have felt depressed, discouraged about my headaches.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
| Problem 3. I have felt that I am not in control of myself because of my headaches.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
| Problem 4. I have had less energy; I am more tired than I should have been because of my headaches.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
| Problem 5. I functioned and worked (attention, concentration, etc.) at a Lower level than I should have because of my headaches.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
| Problem 6. I have felt that my family and social activities were limited because of my headaches.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
| Problem 7. I have felt that my life centered or revolved around my headaches.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |
| Cramer JA1, Silberstein SD, Winner P. Development and validation of the Headache Needs Assessment (HANA) survey. Headache. 2001 Apr;41(4):402-9.                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |

## 4. 치료

### 1) 치료 원칙<sup>13)</sup>

편두통 환자를 치료하기 위해서 다음의 원칙을 지키는 것이 좋다.

- ① 편두통을 정확하게 진단하고 동반 증상을 파악한다.
- ② 환자에게 현재 상황과 치료 계획에 대해 설명한다.
- ③ 환자에게 현실적인 기대치를 갖게 한다.
- ④ 급성기에는 재발 없이 신속하게 편두통을 치료한다.
- ⑤ 부작용의 발생을 최소화한다.
- ⑥ 스스로 복용하는 약물을 최소화 한다.
- ⑦ 약물 과용에 빠지지 않게 한다.
- ⑧ 환자 교육 등을 통하여 자기 관리 능력을 높인다.
- ⑨ 환자가 일상생활에 지장이 없도록 한다.
- ⑩ 편두통이 없는 시기에는 예방에 최선을 다한다.
- ⑪ 환자에게 두통일기를 쓰게 하여 편두통 유발 인자를 알게 한다.
- ⑫ 환자에게 개인별 맞춤 치료를 실시한다.

### 2) 치료 방법<sup>7,13,14)</sup>

편두통 환자는 전구기, 조짐기, 두통기, 회복기의 4단계로 나눌 수 있다. 각각 시기별 개인별 맞춤 치료를 실시해야 한다.

#### (1) 한의학적 치료방법

##### ① 침구치료

가. 기본 치료혈

- 두면부: 독맥의 백회(GV20), 신정(GV24), 족소양담경의 함염(GB4), 현로(GB5), 현리(GB6), 곡빈(GB7), 솔곡(GB8), 풍지,(GB20), 수소양삼초경의 각손(TE20), 사죽공(TE23), 족양명위경의 두유(ST8), 족태양방광경의 천주(BL10)와 사신충(EX-HN1), 태양(EX-HN5), 인당(EX-HN3), 아시혈(Ashi point) 등
- 상지부 : 합곡(LI4), 열결(LU7), 중저(TE3), 외관(TE5) 등
- 하지부 : 행간(LR2), 태충(LR3), 곡천(LR8), 풍릉(ST40), 내정(ST44), 양릉천(GB34), 구허(GB40), 족임읍(GB41), 곤륜(BL60), 태계(KI3) 등
- 투자법 : 각손(TE20)-태양(EX-HN5), 구허(GB40)-조해(KI6), 상성(GV23)-백회(GV20), 사죽공(TE23)-솔곡(GB8), 함염(GB4)-곡빈(GB7) 등

## 나. 발생 부위

- 두정부 두통: 백회(GV20), 상성(GV23), 태충(LR3)
- 전두부 두통: 신정(GV24), 인당(EX-HN3), 두유(ST8), 합곡(LI4), 내정(ST44)
- 후두부 두통: 풍지(GB20), 천주(BL10), 곤륜(BL60)
- 측두부 두통: 각손(TE20), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5), 외관(TE5), 족임읍(GB41)

## 다. 변증에 따른 가감

- ① 간양상항: 사죽공(TE23), 족임읍(GB41), 행간(LR2), 태양(EX-HN5), 외관(TE5)
- ② 담탁상요: 두유(ST8), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40)
- ③ 어혈두통: 격수(BL17), 혈해(SP10)
- ④ 음혈휴허: 태계(KI3), 태충(LR3), 신수(BL23), 관원(BL26)

## 라. 전침 치료

풍지(GB20)-솔곡(GB8), 풍지(GB20)-태양(EX-HN5), 양측의 태양(EX-HN5), 사죽공(TE23)-솔곡(GB8), 함염GB4-현로(GB5), 두유(ST8)-곡빈(GB7) 등에 전침 치료를 시행할 수 있다.

## ② 한약치료

동의보감(東醫寶鑑)에서는 두통을 10종으로 분류하여 치료하였다. 특히 이 중 ‘편두통(偏頭痛)’에 대해서 두반변통(頭半邊痛)이라고 한쪽 머리가 아픈 증상이라고 하였으며, 담(痰), 열(熱), 풍(風), 혈허(血虛)로 발생하고, 천궁산(川芎散)과 궁서원(芎犀元)을 처방한다고 하였다.

## 가. 변증에 따른 기본 처방

- ① 간양상항: 조등산, 천마구등음, 치자청간탕
- ② 담탁상요: 반하백출천마탕, 온담탕, 궁신도담탕
- ③ 어혈두통: 통규활혈탕, 혈부축어탕,
- ④ 음혈휴허: 대보원진
- ⑤ 풍담어조(風痰瘀阻): 강활승습탕
- ⑥ 풍열상요(風熱上擾): 상국음, 청상견통탕, 방풍통성산

이외 풍한두통에는 청궁다조산, 궁신탕, 궁지향소산으로, 기허두통에는 순기화중탕, 보중익기탕, 혈허두통에는 당귀보혈탕, 인삼양영탕으로 분류하여 치료한다.

## 나. 변증에 따른 약재

- ① 간양상항: 천마, 조구등, 석결명/ 간화왕성 : 치자, 백질려, 용담초, 황금 추가
- ② 담탁: 반하(법제), 백출(초), 진피 추가
- ③ 어혈: 단삼, 삼칠, 천우슬, 적작약
- ④ 음혈휴허: 생지황

이외 한증 증상이 보이면 계지, 세신을 추가, 기허 증상이 보이면 황기, 만삼, 혈허 증상이 보이면 하

수오, 백작약을 기본 처방에 추가하여 치료한다.

다. 두통 부위에 따른 인경약

- ① 태양경 두통이면 강활, 방풍, 만형자 추가
- ② 양명경 두통이면 갈근, 백지, 지모 추가
- ③ 소양경 두통이면 천궁, 시호, 황금 추가
- ④ 궤음경 두통이면 오수유, 고본 추가

### ③ 부항치료

편두통 환자 중 어혈로 변증된 환자나 편두통 발작기에 습부항 치료가 효과적이다.

습부항(자락판법) 치료의 주요 경혈은 격수(BL17), 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 대추(GV14), 협척혈(EX-B2) 등을 활용한다.

침치료 시 건부항을 활용할 수 있으며 주요 경혈은 양백(GB14), 태양(EX-HN5)과 족태양방광경의 배수혈(背腧穴) 등에 부항을 활용한다.

### ④ 사혈치료

편두통 환자에게 사혈치료를 시행할 수 있으며, 주로 침치료시 사혈치료를 병행하여 치료한다. 편두통 환자의 사혈치료의 주요 경혈은 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 백회(GV20), 이침혈 등과 두통 부위에 따른 아시혈 등을 활용한다. 각 혈자리당 사혈의 양은 2~10 방울 정도이고, 환자의 상태나 증상에 따라 사혈양 및 강도를 조절한다.

### ⑤ 추나치료

경추부 관절기능 이상 혹은 경근이상이 보이는 편두통 환자의 경우 관절교정추나와 근막추나, 두개 천골추나, 관절가동추나 등을 시행한다. 두면부 및 경향부, 경견부의 기능 이상이 관찰된 경우 관련된 추나술기를 시행한다. 편두통에 추나 치료 효과를 평가한 3건의 체계적 문헌고찰에 따르면 편두통 환자에 대해 경추부에 추나치료를 시행한 경우 일반적인 편두통 치료 약물과 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷한 것으로 나타났다. 그러므로 편두통 치료 약물의 사용이 어려울 경우에 해당하는 약물과용편두통 환자, 편두통약물을 중단하기를 원하는 환자에게 추나치료를 시행할 수 있으며, 양약치료에도 증상이 지속되는 만성편두통 환자에게 추나치료 병행을 시행한다.

### ⑥ 약침치료

편두통 환자에게 증상에 따른 황련해독탕약침, 별갑, 천궁, 홍화약침을 시행한다. 약침 시술부위로 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 견정(GB21), 솔곡(GB8) 등을 활용할 수 있다.

국내에서의 편두통 치료에 대한 약침치료 임상 연구는 부족하나, 편두통 환자에서 약침치료와 양약

또는 플라시보 약침 치료와 비교한 몇몇 무작위 대조군 임상연구에 따르면 약침치료가 편두통 증상 개선에 효과적인 것으로 나타났다.

## (2) 서양의학적 치료방법

### ① 편두통 비특이 약물

가. 아세트아미노펜(Acetaminophene), 비스테로이드 항염증제(Non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs/NAIDs), 복합 진통제

나. 항구토제

다. 아편 유사제

### ② 편두통 특이약물

가. 선택적 세로토닌(5-hydroxytryptophan, 5-HT, serotonin) 수용체 작용제

세로토닌은 편두통에 중요한 신경전달물질로, 뇌혈관을 수축시키고, 아세틸콜린, 노르아드레날린, 세로토닌 등의 분비를 억제하여 편두통을 치료한다.

트립탄(Triptan)은 대표적인 선택적 세로토닌 수용체 작용제로 편두통이 있을 경우 조기 복용이 효과적이고, 근거가 입증된 약제이다. 단, 허혈심장질환, 변이형 협심증(Prinzmetal angina), 조절되지 않은 고혈압 등에서는 금기이며, 통증, 저림, 홍조, 열감, 현훈, 목통증 등의 부작용을 가지고 있다.

나. 에르고타민(Ergotamine)과 디히드로에르고타민(dihydroergotamine, DHE)

세로토닌 수용체(5-HT<sub>1</sub>, 5-HT<sub>2</sub>)에 작용하여 혈관을 수축시켜 편두통을 치료하는 약물로 카페인(cafeine)과 함께 사용되며, 단독 사용 시 오심, 구토, 복통, 저림 등의 부작용이 있고, 말초혈관 질환, 관상동맥질환, 조절되지 않은 고혈압, 간기능, 신기능 이상자는 금기이다.

### ③ 편두통 예방 약물

편두통이 월 2회 이상이거나, 개별적 편두통 발작이 24시간 이상 지속되거나, 심각한 장애를 가지고 있는 경우 예방치료의 대상이 된다. 편두통 예방을 위하여 항전간제, 베타차단제(beta-blockers), 삼환계 항우울제, 칼슘통로차단제(calcium channel blockers), 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs), 비스테로이드 항염증제(Non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs/NAIDs), 세로토닌 길항제(serotonin antagonists), 보툴리눔 독소(botulinum toxin) 등이 사용된다.

이 외에도 스테로이드를 사용하는 경우가 있는데, 고용량의 스테로이드 사용 시 수면장애, 과흥분, 정신질환의 출현 등이 있을 수 있다.

## 5. 예방 및 관리<sup>15,16)</sup>

### 1) 편두통 유발요인을 알아야 한다.

스트레스, 과로, 피로, 여성의 생리 등은 편두통을 유발하는 경우가 많은데, 편두통 유발요인을 파악하여 피하도록 한다.

### 2) 규칙적인 식사습관을 가진다.

장시간 공복은 두통의 유발요인 중 하나이다. 공복으로 혈당치가 낮아지게 되면, 혈당을 공급하기 위하여 혈관이 수축하고, 뇌혈류 순환이 빨라지게 된다. 혈관 수축 후 혈관 팽창에 의해 편두통이 발생하기 때문에, 규칙적인 식사습관을 가지면서 소량의 음식을 자주 먹는 것이 좋다.

### 3) 편두통 유발 음식을 피한다.

편두통은 음식에 의해 유발되는 경우가 많다. 대표적으로 아민, 글루탐산 일나트륨(MSG), 아질산염, 아스파탐이 들어간 경우 본인의 유발요인인지 확인하여 피하도록 한다. 또한 커피는 혈관을 수축하지만, 이후 반동 효과가 혈관을 확장시키기 때문에 과도한 커피는 좋지 않다.

아민 – 적포도주, 식초, 초콜릿, 양파, 적포도주, 호도, 콩, 치즈  
 글루탐산 일나트륨(MSG) – 인스턴트 캔, 스낵류, 마요네즈 등  
 아질산염 – 베이컨, 소시지, 햄 등  
 아스파탐 – 청량음료, 껌, 아이스크림

### 4) 두통 일기를 작성한다.

본인의 두통 양상을 파악하기 위하여 두통 일기를 작성하도록 한다.

### 5) 피로, 과로, 스트레스를 피한다.

피로, 과로, 스트레스는 편두통의 주요 요인 중 하나이므로 피하도록 한다.

### 6) 건강상태를 유지하고, 건강증진을 위해 노력한다.

체력 저하는 주된 편두통 유발요인이므로, 건강상태를 유지하기 위해, 운동 등 건강증진을 위해 노력한다.

#### [참고문헌]

1. Steiner, T.J., Stovner, L.J. & Vos, T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. J Headache Pain. 2016;17(1):104.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The Interna-

- tional Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211. doi:10.1177/0333102417738202.
3. Burch R, Rizzoli P, Loder E. The prevalence and impact of migraine and severe headache in the United States: figures and trends from government health studies. Headache. 2018;58(4):496–505.
4. Roh JK, Kim JS, Ahn YO. Epidemiological and clinical characteristics of migraine in Korea. J Korean Neurol Assoc. 1997;15(1):1-18.
5. Takeshima, T., Wan, Q., Zhang, Y. et al. Prevalence, burden, and clinical management of migraine in China, Japan, and South Korea: a comprehensive review of the literature. J Headache Pain. 2019;20:111. <https://doi.org/10.1186/s10194-019-1062-4>.
6. 이정소, 박미선, 김영목. ICHD 분류에 따른 원발 두통의 한의학적 변증 연구. 동의생리병리학회지. 2017;31(4): 201-212.
7. Cah MJ, Kim BS, Cho SJ. Headache Education and Assessment for Migraineurs. J Korean Neurol Assoc. 2020;38(3):169-174.
8. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire to assess headache-related disability. Neurology. 2001;56:S20-S28.
9. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. Qual Life Res 2003;12:963-974.
10. Jhingran, P., Osterhaus, J.T., Miller, D.W., Lee, J.T. and Kirchdoerfer, L. Development and Validation of the Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 1998;38:295-302.
11. Martin BC, Pathak DS, Sharfman MI, Adelman JU, Taylor F, Kwong WJ, et al. Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ version 2.1). Headache. 2000;40:204-215.
12. <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/migraine-specific-quality-of-life-questionnaire>.
13. MacGregor EA. Migraine. Ann Intern Med. 2017;4;166(7):ITC49-ITC64.
14. Bae J, Kwon J, Kong K, Go H. Systemic Review and Meta-analysis of the Effect of Acupuncture for Migraine Prophylaxis. J Int Korean Med. 2019;40(4):637-648.
15. Probyn K, Bowers H, Mistry D, Caldwell F, Underwood M, Patel S, Sandhu HK, Matharu M, Pincus T; CHESS team,. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. BMJ Open. 2017;11;7(8):e016670.
16. Andrasik F. Behavioral treatment of migraine: current status and future directions. Expert Rev Neurother. 2004;4:403–13.

### Ⅲ. 편두통 임상진료지침 개발 절차

1. 기획
2. 개발
3. 승인 및 인증
4. 출판

## 1. 기획

### 1) 주제 및 범위 선정

#### (1) 대상 인구집단

편두통은 2013년도에 발간된 국제 두통 질환 분류 제 3판(ICHD-3)에서 원발두통에 해당되며, 의료기관을 방문하는 두통 환자에게 가장 흔한 원발두통이다. 본 임상진료 지침은 국제 두통 질환 분류 제 3판(ICHD-3)에서 분류하고 있는 성인 편두통 환자를 대상으로 하였다. 성인 기준은 만 19세 이상 남녀로 하였다. 다만 이차성 두통인 턱관절 장애나 일자목 등 각종 근골격계 척추질환으로 인해 유발되는 두통, 굴절장애나 녹내장 등의 안과질환, 턱관절 장애등의 치과질환, 부비동염이나 중이염 등 이비인후과 질환, 전신감염 등과, 뇌막염, 뇌종양, 뇌졸중 등의 두개내 질환에 의한 두통은 제외한다. 편두통의 유병기간과 중증도에 대해서는 급성부터 만성을 모두 포함하였으며, 중증도에 관계없이 모든 편두통 환자를 대상으로 하였다.

한국표준질병사인분류(KCD-7) 상병으로는 신경계통의 질환으로 G43(편두통)에 해당한다.

#### 편두통의 KCD 7 코드

| 번호 | KCD코드 | 코드명                 | 분류                    |
|----|-------|---------------------|-----------------------|
| 1  | G43   | 편두통                 | VI. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 2  | G43.0 | 조짐이 없는 편두통[일반편두통]   | VI. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 3  | G43.1 | 조짐이 있는 편두통[고전적 편두통] | VI. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 4  | G43.2 | 편두통 지속상태            | VI. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 5  | G43.3 | 합병된 편두통             | VI. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 6  | G43.8 | 기타 편두통              | VI. 신경계통의 질환(G00-G99) |
| 7  | G43.9 | 상세불명의 편두통           | VI. 신경계통의 질환(G00-G99) |

출처 KOICD 질병분류 정보센터 <http://www.koicd.kr/2016/main.do>

#### (2) 진료지침 사용자

본 한의표준임상진료지침은 편두통 환자를 진료하는 한의사가 주 사용자이며, 전공의의 한의 진료에 대한 학습에 사용될 수 있다. 본 지침을 활용하기 위해서 진료지침 요약본을 진료에 참고할 수 있으며, 근거수준 및 권고등급을 확인하여 편두통 환자 진료 시 의사결정에 도움이 될 수 있다. 권고안 및 질환 전문가의 의견을 반영한 임상진료지침 기반의 편두통 진료 흐름도를 참고하여 편두통 환자에게 효과적이고 표준화된 진료에 활용할 수 있다.

### (3) 의료환경

편두통 환자를 진료하는 한의사가 근무하는 일차 의료기관과 상위 의료기관의 외래 및 입원 진료 환경에 적용할 수 있다.

## 2) 개발 그룹 구성

### (1) 개발 그룹

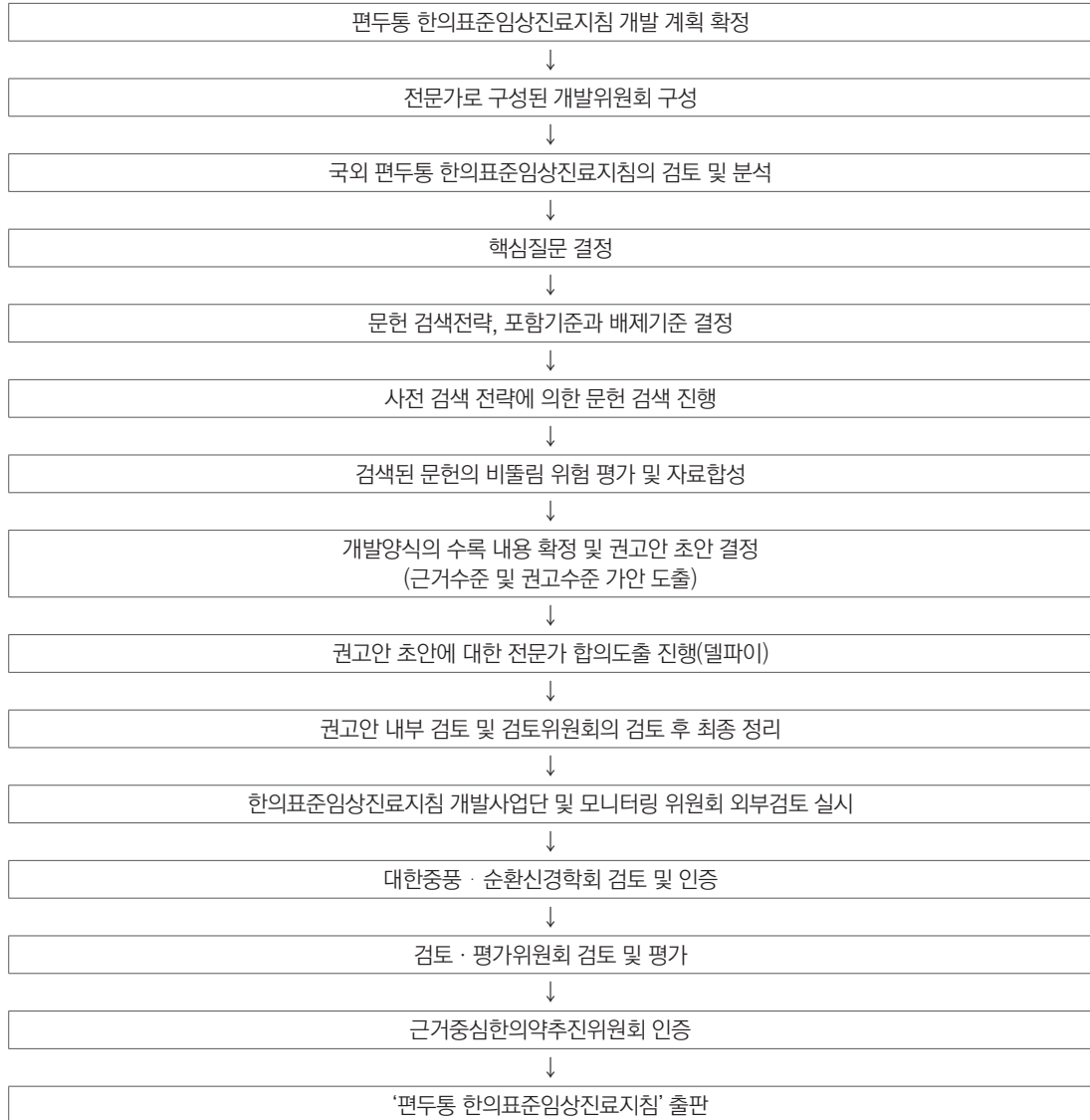
| 구분                | 직책   | 이름  | 소속           | 지역  | 역할                            |
|-------------------|------|-----|--------------|-----|-------------------------------|
| 개발<br>위원회         | 위원장  | 정우상 | 경희대학교 한의과대학  | 서울  | 편두통한의표준임상진료지침 개발 연구 총괄        |
|                   | 부위원장 | 고호연 | 세명대학교 한의과대학  | 제천  | 편두통한의표준임상진료지침 집필 총괄           |
|                   | 위원   | 이주아 | 화평통합의학연구원    | 인천  | 체계적 문헌고찰 수행 및 자문              |
|                   |      | 최지애 | 한국건강증진개발원    | 서울  | 체계적 문헌고찰 수행 및 자문              |
|                   |      | 최태영 | 한국한의학연구원     | 대전  | 체계적 문헌고찰 수행 및 자문              |
|                   |      | 전지희 | 한국한의학연구원     | 대전  | 체계적 문헌고찰 수행 및 자문              |
|                   |      | 김세현 | 단국대학교 생명융합학과 | 경기도 | 편두통 임상시험 통계 및<br>경제성평가 자문     |
|                   |      | 성현경 | 세명대학교 한의과대학  | 제천  | 편두통한의표준임상진료지침 집필              |
|                   |      | 신선미 | 세명대학교 한의과대학  | 제천  | 편두통한의표준임상진료지침 집필              |
|                   |      | 이혜림 | 가천대학교 한의과대학  | 경기도 | 편두통한의표준임상진료지침 집필              |
|                   |      | 윤종민 | 원광대학교 한의과대학  | 익산  | 편두통한의표준임상진료지침 집필              |
|                   |      | 정병준 | 원광대학교 한의과대학  | 익산  | 편두통 임상시험 자문                   |
|                   |      | 김철현 | 원광대학교 광주한방병원 | 광주  | 편두통 임상시험 수행 및 근거창출 기획         |
|                   |      | 추홍민 | 원광대학교 광주한방병원 | 광주  | 편두통 임상시험 수행 및 근거창출 기획         |
|                   |      | 강건희 | 원광대학교 광주한방병원 | 광주  | 편두통 임상시험 수행 및 근거창출 기획         |
|                   |      | 서지혜 | 청원 한방병원      | 광주  | 편두통한의표준임상진료지침 집필              |
| 검토 ·<br>운영<br>위원회 | 위원장  | 전찬용 | 가천대학교 한의과대학  | 경기도 | 대한중풍 · 순환신경학회 임상진료지침 평가<br>위원 |
|                   | 부위원장 | 이상관 | 원광대학교 한의과대학  | 익산  | 대한중풍 · 순환신경학회 임상진료지침 평가<br>위원 |
|                   | 위원   | 이명수 | 한국한의학연구원     | 대전  | 편두통한의표준임상진료지침개발 운영 총괄         |
|                   |      | 김선중 | 동신대학교 한의과대학  | 광주  | 편두통한의표준임상진료지침개발 검토            |
|                   |      | 최성열 | 가천대학교 한의과대학  | 경기도 | 편두통한의표준임상진료지침개발 검토            |

□ 편두통 한의임상진료지침 총괄 및 개발 주관학회 : 대한중풍 순환신경학회

□ 편두통 한의임상진료지침 개발 협업학회 : 대한한방내과학회, 대한한방신경정신과학회, 대한한방소아과학회

### 3) 개발 계획 수립

#### (1) 전체 개발과정



#### (2) 기획 단계

##### ① 국내외 개발현황

가. 국외 임상진료지침 개발 현황

국외에서는 편두통에 대한 임상진료지침이 미국, 캐나다 등을 중심으로 비교적 다양하게 개발되어 있다.

| 번호 | 제목                                                                                                                                                                                                                                | 기관                                                                                                                    | 연도   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1  | Migraine Assessment and Treatment in a Primary Care Setting – Adult – Clinical Practice Guideline(CPG)                                                                                                                            | University of Wisconsin Hospital and Clinics Authority, University of Wisconsin Medical Foundation                    | 2013 |
| 2  | Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis                                                                                                                                                                      | Canadian Headache Society                                                                                             | 2012 |
| 3  | Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults <sup>1)</sup>                                                                                                                 | American Academy of Neurology; American Headache Society                                                              | 2000 |
| 4  | EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force                                                                                                                                           | European Federation of Neurological Societies                                                                         | 2009 |
| 5  | Aanpak van migraine in de huisartsenpraktijk[Management of migraine]                                                                                                                                                              | Cebam(Centre Belge pour l'Evidence-Based Medicine)                                                                    | 2010 |
| 6  | Therapy and care of patients with chronic migraine: expert recommendations of the German Migraine and Headache Society/German Society for Neurology as well as the Austrian Headache Society/Swiss Headache Society <sup>2)</sup> | German Migraine and Headache Society; German Society for Neurology; Austrian Headache Society; Swiss Headache Society | 2012 |
| 7  | Guidelines for controlled trials of prophylactic treatment of chronic migraine in adults <sup>3)</sup>                                                                                                                            | Cephalalgia                                                                                                           | 2008 |
| 8  | Clinical Practice Guideline on Migraine Headache Diagnosis and Management <sup>4)</sup>                                                                                                                                           | Saudi Center for Evidence Based Health Care                                                                           | 2015 |
| 9  | French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children <sup>5)</sup>                                                                                                                               | the French Society for the Study of Migraine Headache (SFEMC)                                                         | 2004 |

#### 나. 국내 임상진료지침 개발 현황

국내에서는 아직 편두통 관련 한의임상진료지침이 없다.

#### ② 기존 임상진료지침 검토

편두통에 대한 국외 임상진료지침에서의 한의학적인 치료법 또는 비약물적 분야의 임상진료지침 개발은 아직까지 활발하지 않은 상태이며, 중국은 일부 개발되었고 일본에서는 편두통 단독 임상진료지침은 개발되어 있지 않은 상태다. 2011년에 개발된 중의내과 임상진료지침<sup>6)</sup>에 편두통 지침이 수록되어 있지만, 체계적 방법론인 STARIGs, AGREE II 등을 따르지 않아 신뢰성이 높지 않으며, 일본의 경우는 양방에서 개발된 만성 두통 관련 임상진료지침<sup>7)</sup>에 한방 의학(Kampo medicine) 관련 핵심질문과 권고안이 1건만 포함되어 있어, 편두통 단독 한방 의학(Kampo medicine) 관련 내용은 부족한 상태다.

기존에 개발되어 있는 편두통 관련 국내 한의임상진료지침이 없으며, 중국에서 개발된 편두통 중의 임상진료지침이 있으나 질이 높지 않아 신규개발방법(De novo process)에 따라 개발하기로 결정하였다.

## 2. 개발

### 1) 핵심질문 선정

편두통 한의표준임상진료지침의 핵심질문(임상 질문)은 ‘편두통 환자에 대한 한의학 치료는 대조군 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통 관련 척도의 개선을 보이는가?’이며 각 중재별 구체적인 핵심질문은 아래 표로 제시하였다. 핵심질문 선정 시 한의사 대상 설문조사에서 편두통 치료 시 사용하는 한의학 치료조사 결과 및 대한중풍·순환신경학회, 대한한방내과학회, 대한한방신경정신과학회, 대한한방소아과학회 소속 전문가 의견을 반영하여 한의학 치료 중재를 결정하였다.

편두통으로 진단을 받거나, 임상적으로 편두통 진단 관련 증상이 있는 환자를 ‘대상자(P)’로 하였으며, 핵심질문의 ‘중재(I)’로는 침, 전침, 한약, 부항, 사혈을 선정하였다. 비교군(C)으로는 핵심질문에 따라 거짓침(sham-acupuncture) 또는 양약치료 등의 일반적인 치료를 선정하였다. 결과(O)는 통증, 기능, 삶의 질, 총 유효율 등과 편두통과 연관된 모든 결과변수를 활용하고자 하였다.

검색어는 ‘대상자(P)’에 해당하는 ‘migraine’과 그 유사용어와 ‘중재(I)’에 해당하는 용어의 결합방식으로 검색하였으며, 근거 검색의 민감도를 높이기 위하여 비교군(C)과 결과(O)는 검색식에 포함하지 않았다. 검색전략과 실제 검색어는 데이터베이스 환경에 맞게 수정하여 사용하였으며, 실제 사용한 검색전략은 부록에 기록하였다.

핵심질문의 특성 및 검색 결과 상 특정 문헌은 각 핵심질문에서 중복으로 고려될 수 있어, 이를 피하기 위해 다른 한의 치료 중재와의 단독 비교한 연구는 근거로 활용하지 않았으며, 해당 한의 치료 중재의 핵심질문에만 근거로 포함시켰다.

#### 핵심질문

| No.   | 임상질문<br>(Clinical Question)                                                | 권고적용군<br>(P) | 중재<br>(I) | 비교<br>(C) | 결과<br>(O)                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|-----------|------------------------------|
| 침 치료  |                                                                            |              |           |           |                              |
| Q1    | 편두통 환자에 대한 침치료는 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?          | 편두통 환자       | 침         | 양약        | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q2    | 편두통 환자에 대한 침치료는 거짓 침치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?        | 편두통 환자       | 침         | 거짓 침      | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q3    | 편두통 환자에 대한 전침치료는 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?         | 편두통 환자       | 전침        | 양약        | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| 한약 치료 |                                                                            |              |           |           |                              |
| Q4    | 편두통 환자에 대해 한약치료를 시행하는 것은 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? | 편두통 환자       | 한약        | 양약        | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |

|            |                                                                                               |        |                 |    |                              |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------|----|------------------------------|
| Q5         | 편두통 환자에 대해 통규활혈탕 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?               | 편두통 환자 | 통규활혈탕           | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q6         | 편두통 환자에 대해 혈부축어탕 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?               | 편두통 환자 | 혈부축어탕           | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q7         | 편두통 환자에 대해 천궁다조산 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?               | 편두통 환자 | 천궁다조산           | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q8         | 편두통 환자에 대해 청상견통탕 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?               | 편두통 환자 | 청상견통탕           | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q9         | 편두통 환자에 대해 반하백출천마탕 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?             | 편두통 환자 | 반하백출천마탕         | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q10        | 편두통 환자에 대해 한약치료와 양약치료를 병행하는 것은 양약치료를 단독으로 시행하는 것과 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? | 편두통 환자 | 한약 + 양약         | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| 부항 치료      |                                                                                               |        |                 |    |                              |
| Q11        | 편두통 환자에 대해 습부항(자락관법) 치료를 시행하는 것은 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?            | 편두통 환자 | 습부항 (자락관법)      | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q12        | 편두통 환자에 대해 부항치료와 침치료를 병행하는 것은 침치료만 시행하는 것과 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?        | 편두통 환자 | 부항 + 침          | 침  | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q13        | 편두통 환자에 대해 습부항(자락관법)과 양약 치료를 병행하는 것은 양약 단독 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?    | 편두통 환자 | 습부항 (자락관법) + 양약 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| 사혈 치료(자락술) |                                                                                               |        |                 |    |                              |
| Q14        | 편두통 환자에 대한 사혈치료(자락술)를 시행하는 것이 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도 개선, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?           | 편두통 환자 | 사혈(자락술)         | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |

|       |                                                                                                              |        |                               |                    |                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Q15   | 편두통 환자에 대해 사혈치료(자락술)와 침치료 또는 전침치료를 병행하는 것이 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도 개선, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?              | 편두통 환자 | ①사혈(자락술) + 침<br>②사혈(자락술) + 전침 | 양약                 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q16   | 편두통 환자에 대해 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침치료를 병행하는 것이 침 또는 전침 치료만을 단독 시행하는 것과 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? | 편두통 환자 | ①사혈(자락술) + 침<br>②사혈(자락술) + 전침 | ①침<br>②전침          | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| Q17   | 편두통 환자에 대해 사혈치료(자락술)를 시행하는 것이 사혈치료(자락술)를 시행하지 않은 경우와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도 개선, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?          | 편두통 환자 | 사혈(자락) 포함 치료                  | 사혈(자락술) 불포함 치료     | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| 추나 치료 |                                                                                                              |        |                               |                    |                              |
| Q18   | 편두통 환자에 대해 추나 치료를 시행하는 것은 양약치료 또는 거짓 추나치료, 물리치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?                 | 편두통 환자 | 추나                            | 양약 or 거짓추나 or 물리치료 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |
| 약침    |                                                                                                              |        |                               |                    |                              |
| Q19   | 편두통 환자에 대해 약침 치료를 시행하는 것은 양약치료 또는 거짓 약침 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가?                      | 편두통 환자 | 약침                            | 양약 or 거짓약침         | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 |

양약치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

사혈치료(자락술): 삼릉침(三稜鍼), 소미도(小眉刀), 피부침(皮膚鍼) 등의 기구를 이용하여 환자의 신체상의 혈위, 병변처 또는 천표층의 혈관을 찔러 소량의 혈액을 방출시키는 치료법(자락요법(刺絡療法), 방혈요법(放血療法), 자혈요법(刺血療法))

## 2) 근거 선택 (검색 전략, 포함 및 배제 기준 설정)

### (1) 데이터베이스 선정

편두통 한의표준임상진료지침 개발위원회에서는 문헌 검색 전문가를 포함한 회의를 통해, 문헌 검색의 포괄성과 접근 용이성을 고려하여 검색할 데이터베이스를 선정하였다. 국외 데이터베이스는 EMBASE, pubmed (MEDLINE), CENTRAL(The Cochrane Library), CNKI에서 검색을 하였으며, 국내 데이터베이스는 코리아메드(KoreaMed), 한국의학논문데이터베이스(KMBASE), 전통의학정보포탈(OASIS)에서 검색을 하였다. 검색 기간은 검색 진행 시점 이전의 모든 문헌들에 대해서 검색을 진행

하였으며, 문헌 검색 전략에 대해서는 개발위원회 위원들의 의견을 수렴하여 진행하였다. 각 개별 검색 전략은 부록의 검색 전략에 구체적으로 기술하였다.

#### 국외 데이터베이스

| No. | DB명                               | 제공기관                         | URL                                                                               | 최종 검색일     |
|-----|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1   | pubmed(MEDLINE)                   | National Library of Medicine | <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/</a> | 2020.05.12 |
| 2   | EMBASE                            | Elsevier                     | <a href="https://www.embase.com/">https://www.embase.com/</a>                     | 2020.05.12 |
| 3   | CENTRAL<br>(The Cochrane Library) | Cochrane library             | <a href="http://www.thecochranelibrary.com">http://www.thecochranelibrary.com</a> | 2020.05.12 |
| 4   | CNKI                              | 中国知网                         | <a href="http://www.cnki.net">http://www.cnki.net</a>                             | 2020.05.12 |

#### 국내 데이터베이스

| No. | DB명                 | 제공기관             | URL                                                               | 최종 검색일     |
|-----|---------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|------------|
| 1   | 한국의학논문<br>데이터베이스    | 의학연구정보센터         | <a href="http://kmbase.medic.or.kr">http://kmbase.medic.or.kr</a> | 2020.05.12 |
| 2   | KoreaMed            | 대한의학학술지<br>편집인협회 | <a href="http://www.koreamed.org">http://www.koreamed.org</a>     | 2020.05.12 |
| 3   | 전통의학정보포털<br>(OASIS) | 한국한의학연구원         | <a href="http://oasis.kiom.re.kr">http://oasis.kiom.re.kr</a>     | 2020.05.12 |

### (2) 문헌선택과 배제 기준

문헌 선택은 검색된 모든 문헌에 대해 두 명 이상의 연구자가 독립적으로 시행하였으며, 일반적으로 시행되는 중복 배제, 제목 및 초록 확인 후 1차 선택배제, 원문 확인 후 2차 선택배제를 진행하였다. 문헌 선택 과정에서 의견 불일치가 발생한 경우 충분한 논의를 거쳐 의견 일치를 이루었으며, 일치가 안 되는 경우는 제 3자와 논의를 통해 의견이 일치된 경우 선택 혹은 배제하였다.

문헌 선택의 본격적인 진행 이전에 개발위원회 전체 회의를 통해 문헌 선택 및 배제 기준을 사전에 정하여 문헌 선택의 불일치를 최소화하였다. 문헌 선택 시 언어는 영어, 중국어, 한국어로 제한하였다. 선택기준은 임상 질문별로 사전에 정한 핵심질문에 해당하는 문헌으로 하였으며, 배제 기준은 다음과 같다.

#### <선택 기준>

- 국제 두통 질환 분류(ICHHD)의 진단기준에 따른 편두통(migraine)이 대상 질환인 연구
- 각 핵심질문에 해당하는 중재가 시행된 연구
- 연구디자인: 무작위배정비교임상시험(Randomized Controlled Trial, RCT)

- 사용언어 : 영어, 중국어, 한국어
- 전문(full-text) 확보가 가능한 연구

#### <배제 기준>

- 한국의 한방진료 현장에서 시행하기 힘들거나 일반적으로 시행하지 않는 중재가 포함된 연구
- 일반적인 보존 치료가 아닌 치료와 한방 치료를 병행한 연구 (예; 신경차단술과 병행)
- 국제 두통 질환 분류(ICHHD)의 편두통 진단기준에 따르지 않은 대상자 선정으로 진행된 연구
- 비열등성 시험(non inferiority trials)으로 점근적 검정(asymptotic test) 및 정확성 검정(exact test) 이 시행되지 않은 연구

### (3) 문헌 분석 및 평가

최종 선택된 모든 연구에서 연구 설계방법, 대상자 특성, 중재군, 비교군, 결과 지표 및 효과 측정치 등에 대해 자료 추출을 시행하였으며, 자료 추출 결과는 근거표(evidence table)에 작성하였다. 정리된 결과는 부록에 첨부하였다. 추출된 결과값의 양적 분석이 가능한 경우 Review Manager 5.3 (Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2014)을 이용하여 메타분석을 시행하였다. 결과변수가 연속형 자료인 경우는 Standardized mean difference(SMD) 또는 Mean Difference(MD)로 제시하였다. 결과변수가 이분형 자료인 경우에는 Mantel-Haenszel 분석을 이용하여 Risk Ratio(RR)로 제시하였다. 포함된 연구의 특성에 따라 fixed effect model과 random effect model 중 선택하여 사용하였다. 또한 연구디자인 등을 감안하여 개발위원회에서 필요하다고 판단한 경우에는 소그룹 분석(subgroup analysis)를 시행하였다.

문헌의 비뚤림 위험 평가를 위해 무작위 배정 임상연구에 대해서는 Cochrane collaboration의 Risk of bias(RoB) 도구를 사용하였다.

모든 연구 자료에 대하여 독립적으로 두 명 이상의 연구자가 평가하는 방식으로 수행 하였으며, 평가가 불일치하는 경우에는 충분한 논의를 거쳐 합의를 했으며, 합의가 이루어지지 않은 경우에는 제 3자가 중재하여 결정하였다.

### 3) 근거 평가

본 편두통 한의표준임상진료지침의 근거수준과 권고등급의 평가는 Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation(GRADE)를 사용하여 평가하였다. 첫 번째 단계로 근거수준 평가는 권고를 위한 핵심질문을 선정한 이후 각 질문에 대한 주요 연구결과를 확인하여 모든 관련 근거를 요약하고 각 결과에 대해서 근거의 질을 평가 후 등급화 하였다. 근거수준을 결정할 때 고려한 요소는 연구디자인으로 무작위 임상시험의 경우 ‘높음(High)’ 관찰연구의 경우 ‘낮음(Low)’, 환자군 연구의 경우 ‘불충분(Insufficient)’으로 배정하고 문헌을 평가 시 비뚤림의 위험과 문헌의 질, 근거의 양, 근거의 일관성 등에 따라 근거 수준을 평가하였다.

#### 4) 근거 합성과 분석

각 핵심 임상 질문에 대해 선정된 일차 연구문헌에 대해서 메타분석이 가능한지 방법론 전문가와 임상 전문가와의 논의를 통해 검토하여 가능한 경우 메타분석을 시행하여 근거를 합성하였다.

#### 5) 근거 수준 및 권고 등급

근거수준(level of evidence)이란 현재까지의 근거를 바탕으로 특정 중재의 효과에 대해 확신하는 정도를 의미하며, 권고등급(strength of recommendation)이란 권고 대상 환자에게 해당 중재를 시행하였을 때 위해(harm)보다 이득(benefit)이 더 클 것으로 혹은 작을 것으로 확신하는 정도를 말한다. 근거 수준 및 권고 등급에 대한 세부 사항은 아래에 기술하였다.

##### (1) 근거수준

근거기반 권고문 도출을 위한 근거수준의 등급화는 GRADE방법론을 따라 작성하였다. 근거가 없는 중재나 분야지만 기성 한의서 등 고전 의서에 기록이 있을 경우 CTB(Classical Text-based)를 부여하였다.

| 근거 수준 분류                                | 내용                                                                            |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 높음<br>(High)                            | 효과의 추정치가 실제 효과에 가깝다는 것을 매우 확신할 수 있다.                                          |
| 중등도<br>(Moderate)                       | 효과의 추정치에 대한 확신을 중등도로 할 수 있다. 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.       |
| 낮음<br>(Low)                             | 효과의 추정치에 대한 확신이 제한적이다. 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.                            |
| 매우낮음<br>(Very Low)                      | 효과의 추정치에 대한 확신이 거의 없다. 실제 효과는 효과의 추정치와 상당히 다를 것이다.                            |
| 고전문헌 근거, CTB<br>(Classical Text-based ) | 현대적 연구방법론을 활용한 근거연구가 아직 수행되지 않았으나, 기성 한의서 등 고전 텍스트에 기록된 근거가 있고 임상 현장 활용도가 높다. |

\* 보건복지부, 식약처 고시에서 규정한 한약서

##### (2) 권고등급

본 편두통 한의표준임상진료지침에서 권고등급 결정은 임상 질문별 근거수준과 해당 임상적 중요성을 바탕으로 결정하였다. 권고대상 환자에 대해서 해당 중재를 시행하였을 때 바람직한 결과와 그렇지 않는 효과 사이의 차이, 총 이득의 크기나 이득에 대한 불확실성의 크기, 이득과 유해의 저울질, 가치와 선호도, 임상에서의 활용도 등을 종합적으로 고려하여 결정했다. 근거수준은 낮지만 총 이득이 명백하고 임상 현장에서의 활용도가 높은 것으로 판단되는 권고에 대해서는 개발위원회의 합의하에 권고 등급을 일부 상향 조정하였다.

권고등급 평가는 다음의 기준으로 구분하였다.

### ① 근거기반 권고등급

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

\*\* 한국한의학연구원의 “한의임상진료지침 개발 보고 가이드”에서 제시한 권고등급 내용 중 전문가 검토 의견을 반영하여 권고등급 D의 표기법을 “사용을 권고하지 않는다.”로 수정하였다.

### ② 합의기반 권고

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

\* GPP : Good Practice Point

### (3) 근거수준과 권고등급의 연계

최소의 근거가 있으면 GRADE 원칙에 맞게 근거수준을 부여하고, 근거수준과 편익, 적용가능성(임상활용도 고려), 비용, 가치와 선호, 전문가 합의 의견 등을 바탕으로 권고등급을 조정하였다.

현대 연구방법론에 기초한 근거가 있더라도 연구의 질이 낮아 이득과 위해에 대한 불확실성이 높을 경우 고전문헌의 근거(CTB) 등을 고려하여 ‘합의기반 권고문 도출’ 방식 (GPP 도출)을 선택하였다.

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

| 구 분                 | 1단계              |                             | 2단계                                                   | 3단계                                | 최종등급   |
|---------------------|------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|--------|
| 고려사항<br>근거수준        | 편 의              |                             | 적용가능성                                                 | 비용, 가치와 선호                         | 전문가 합의 |
|                     | 양성<br>(Positive) | 0/음성<br>(Zero/<br>Negative) |                                                       |                                    |        |
| 높음(High)            | A                | D                           | 편의이 양성인 경우,<br>임상진료현장의 활용도가<br>높다면 더 강하게 권고<br>할 수 있음 | 환자의 선호 및 비용 등<br>을 고려하여 권고에<br>반영함 | A~D    |
| 중등도<br>(Moderate)   | B                |                             |                                                       |                                    |        |
| 낮음(Low)             | C                |                             |                                                       |                                    |        |
| 매우 낮음<br>(Very Low) | D                |                             |                                                       |                                    |        |

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

| 구 분                                      | 1단계                              | 2단계                                      | 3단계                                | 최종등급           |
|------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| 고려사항<br>근거수준                             | 이득과 위해                           | 적용가능성                                    | 비용, 가치와 선호                         | 공식적 전문<br>가 합의 |
| 고전문헌근거<br>CTB<br>(Classical Text-based ) | 개발그룹의 편익에 대<br>한 확신 정도에 따라<br>결정 | 임상진료현장의 활용도가<br>높을 경우 더 강하게<br>권고 할 수 있음 | 환자의 선호 및 비용<br>등을 고려하여 권고<br>에 반영함 | GPP            |

## (4) 환자의 관점과 선호도 반영

편두통은 재발하여 만성화되는 경우가 많고, 발작적인 두통과 더불어 오심, 구토, 식욕부진과 국소 신경학적 증상들이 동반되어 환자의 일상생활에 지장을 초래할 뿐만 아니라 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 질환이다. 편두통 환자의 관점을 본 지침에 반영하기 위하여 편두통 환자를 대상으로 한 질적 연구나 환자 관점을 확인할 수 있는 문헌 및 한방의료기관 이용환자의 이용실태 및 특성 연구 등을 검색하여 반영하였다.

편두통 환자들을 대상으로 한 질적 연구<sup>1)</sup>에서는 환자들은 의사들의 심리적인 지지를 원하고, 두통의 통증에 일상생활에 영향을 지대하게 받고, 편두통의 약물 부작용과 약의 용량을 지속적으로 늘리는 것에 대한 두려움이 있는 것으로 나타났다. 따라서 이러한 연구 결과를 반영하여 편두통 환자의 심리적인 장애를 해결할 방안 및 한의학적 치료방법의 장점에 대해 충분한 정보를 제공하여 편두통 환자 진료시에 효과적으로 활용 가능한 지침을 제작하고자 하였다.

한방의료기관 이용환자의 이용실태 조사<sup>2)</sup>에서 각 한방치료별 환자의 선호도를 확인하여 반영하였다. 한방치료방법별 사용빈도는 침과 한방 물리요법, 한약과 침, 침과 부항, 침과 뜸 순으로 많았으며, 전체 한방의료기관 이용환자의 한방치료법의 치료효과에 대한 평가에서 효과가 매우 좋다고 대답한

비율이 많은 치료방법은 추나, 한약(탕약), 침, 부항 순이었다. 위와 같은 환자의 선호도 및 만족도 결과를 권고 등급 결정시에 고려하였다.

## 6) 권고 작성

권고는 근거 평가와 권고 등급 결과에 기초하여 구체적으로 작성하였다. 또한 근거가 확실하지 않거나 최선의 관리가 불확실한 경우 불확실한 부분에 대해서 기술 하였다.

## 7) 합의안 도출

본 임상진료지침 개발위원회에서 작성한 권고안 초안을 바탕으로 합의한 도출을 위해 델파이 기법을 시행하였다. 외부 전문가 패널을 대상으로 권고안, 근거수준, 권고등급, 임상적 고려사항에 대하여 공식적인 합의 방법인 델파이 기법을 통해 합의안 도출이 진행되었다.

델파이 기법을 위해 16명의 전문가 패널을 선정하였으며, 권고안 초안을 바탕으로 설문지를 만들어 온라인 설문을 진행하였다. 각 권고안에 대한 합의는 9점 척도로 전체 참여자 중 90% 이상 인원의 응답 결과가 반영되고 중간값이 7을 초과하는 경우 합의가 이루어진 것으로 판단하였다. 중간값이 7 이하인 경우 해당 라운드 미합의로 결정하고 미합의 항목들은 내용 보완을 통해 다음 라운드 합의 과정을 진행하며, 3라운드에서도 미합의되는 권고안의 경우 권고안 비도출로 최종 확정하는 방식을 정하여 시행하였다.

# 3. 승인 및 인증

## 1) 외부 검토

2020년 10월 편두통 한의표준임상진료지침 초안 제출 후 한의표준임상진료지침개발사업단의 외부 검토를 거쳐 검토 결과를 반영한 수정안을 작성하였다.

### (1) 외부 검토 그룹

| 위원회                      | 직책  | 이름  | 소속                   | 지역 | 역할              |
|--------------------------|-----|-----|----------------------|----|-----------------|
| 한의학표준임상<br>진료지침<br>개발사업단 | 총괄  | 김남권 | 한의학표준임상진료지침<br>개발사업단 | 서울 | 임상진료지침 검토 총괄    |
|                          | 실무자 | 이지현 | 한의학표준임상진료지침<br>개발사업단 | 서울 | 임상진료지침 검토 수행    |
|                          |     | 김수란 | 한의학표준임상진료지침<br>개발사업단 | 서울 | 임상진료지침 검토 수행    |
|                          |     | 권수현 | 한의학표준임상진료지침<br>개발사업단 | 서울 | 임상진료지침 검토 수행    |
| 외부검토그룹                   | 위원장 | 김종우 | 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    |
|                          |     | 이동효 | 우석대학교 한의과대학          | 전북 | 임상진료지침 검토 수행    |

### 2) 전문 학회 승인

본 한의학표준임상진료지침은 대한중풍·순환신경학회의 승인을 받았다. 전문 학회 승인을 위해 대한중풍·순환신경학회에 본 지침의 초안을 제출하여 표준임상진료지침 승인 절차를 거쳤다. 전문 학회에서는 개발의 엄격성, 내용타당성, 권고안의 적용 및 실행가능성, 결정가능성 등 학술적 타당성과 외적 타당성 등을 중심으로 검토하였으며, 학회 승인 결과는 한의학표준임상진료지침개발사업단에 제출하였다.

### 3) 인증

본 한의학표준임상진료지침은 전문 학회 승인을 받은 초안을 제출하여 한의학표준임상진료지침 개발사업단에서 개발된 인증과정을 거쳤다. 검토·평가위원회에서 AGREE II에 의한 방법론적인 부분을 검토하여 평가 결과 인증을 받아 최종 발간하게 되었다.

## 4. 출판

본 임상진료지침은 한의학표준임상진료지침 개발사업단을 통하여 출판한다.

#### [참고문헌]

1. Palacios-Ceña D1, Neira-Martín B2, Silva-Hernández L, et al. Living with chronic migraine: a

qualitative study on female patients' perspectives from a specialised headache clinic in Spain. BMJ Open. 2017 Aug 21;7(8):e017851.

2. 정해창, 박해모, 이선동. 전국민을 대상으로 한 한방의료기관 이용환자의 성별 이용실태 및 특성 비교연구. 대한한의학회. 2014;35(1):75-87

## Ⅳ. 권고사항

1. 침
2. 전침
3. 한약
4. 부항
5. 사혈
6. 추나
7. 약침

## 1. 침 치료

### ● 배경

침치료는 한의학 이론에 따라 체표상의 혈위 혹은 경혈로 알려진 특정 부위에 침을 삽입하여 질병을 예방, 완화, 치료하는 방법이다.<sup>1)</sup> 침치료는 국내 한의학 임상에서 뿐만아니라 국외에서도 두통 및 통증 관련 치료법으로 시도되고 있으며, 그에 대한 관련 기전도 지속적으로 연구되고 있다. 명확한 기전은 아직까지는 불분명하나 미세 손상으로 인한 혈류 증가, 엔돌핀과 세로토닌 및 도파민과 같은 특정 신경 전달 물질의 수준에서의 조절 등이 알려져 있다.<sup>2)</sup>

국외의 여러 연구에서 침치료가 일시적인 편두통 예방에 효과적인 결과가 있었으며, 만성 편두통과 급성 편두통 치료에 대한 침치료의 역할이 제시되고 있다.<sup>3,4)</sup>

국내의 편두통의 침치료 및 한의치료와 관련된 논문은 이 등<sup>5)</sup>이 반신마비성 편두통을 치료한 1례, 한 등<sup>6)</sup>이 편두통에 아시혈요법 등을 사용한 2례, 이 등이 침치료 전후 편두통 환자의 뇌혈류를 관찰한 연구<sup>7)</sup>, 선<sup>8)</sup>이 좌측 편두통 환자를 치료한 2례, 유 등<sup>9)</sup>이 전침을 활용하여 안검하수와 안구운동마비를 동반한 편두통 환자를 치료한 1례, 손 등<sup>10)</sup>이 변형편두통을 치료한 1례, 성 등<sup>11)</sup>이 월경기 편두통 환자를 치료한 1례 등이 있었으나 증례의 대상 환자의 수가 적고, 편두통 환자의 숫자에 비해 그 연구의 수는 적은 편이다.

편두통은 매우 흔한 질병임에도 불구하고 치료 자체로 완치까지 기대하기 어려우며 사회생활에 지장이 없을 정도로 완화시키거나 예방을 하는 것이 치료의 목적이 되는 경우가 많다. 그래서 대부분의 환자들이 의사에 의해 제대로 진단받지 못하고 적절한 치료를 받지 못한 상태에서 임의로 진통제를 무분별하게 복용하여 두통으로 고생하는 경우도 많다.<sup>12)</sup> 편두통은 치료하기 어려운 질환이나 주로 양약으로 치료하는 경우가 많으나, 편두통 치료에 관한 중국 및 해외 문헌을 살펴보면 한의학적 침치료의 치료 가능성을 확인해 볼 수 있다. 편두통의 침치료에 대한 체계적 문헌고찰 연구에 따르면 2014년 5월까지 발표된 10편의 무작위 대조군 임상연구를 분석한 결과, 편두통에 침치료를 시행한 경우 거짓 침치료를 시행한 경우보다 대부분 효과적이었다.<sup>13)</sup>

편두통 임상진료지침 개발그룹은 침 치료에 대한 근거를 확보하기 위해 광범위한 문헌검색을 시행하여 침치료 권고안을 제시하였다.

## ● 임상질문 및 권고안

### ▣ 단독치료

#### 【R1】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B/Low      | 1-60 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>원위취혈에 다용한 혈위는 상지부위에는 합곡(LI4), 열결(LU7), 중저(TE3), 외관(TE5) 등, 하지부위에는 행간(LR2), 태충(LR3), 곡천(LR8), 풍릉(ST40), 내정(ST44), 양릉천(GB34), 구허(GB40), 족임읍(GB41), 곤륜(BL60), 태계(KI3) 등이다.</li> <li>두부에 다용한 혈위는 독맥의 백회(GV20), 신정(GV24), 족소양담경의 함염(GB4), 현로(GB5), 현리(GB6), 곡빈(GB7), 솔곡(GB8), 풍지(GB20), 수소양삼초경의 각손(TE20), 사죽공(TE23), 족양명위경의 두유(ST8), 족태양방광경의 천주(BL10)와 사신총(EX-HN1), 태양(EX-HN5), 인당(EX-HN3), 아시혈(Ashi point) 등이다.</li> <li>두통의 발생부위에 따라서 두정부 두통에는 백회(GV20), 상성(GV23), 태충(LR3), 전두부 두통에는 신정(GV24), 인당(EX-HN3), 두유(ST8), 합곡(LI4), 내정(ST44), 후두부 두통에는 풍지(GB20), 천주(BL10), 곤륜(BL60), 측두부 두통에는 각손(TE20), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5), 외관(TE5), 족임읍(GB41) 등을 사용할 수 있다.</li> <li>편두통 치료에 대한 한의사 설문조사에서 다빈도 침 치료방법으로는 체침이 93.35%, 약침이 29.31%, 전침이 22.66% 순이고, 다용 혈위로는 백회(70.44%), 풍지(66.50%), 태양(64.29%), 합곡(46.06%), 풍부(39.90%), 두유(31.03%) 순이었다.</li> <li>자침법은 대부분 직자법이었으며, 두부에는 사자법을 활용할 수 있고, 혈위에 따라서는 투자법을 활용할 수 있다.</li> <li>투자법이 활용된 혈위는 각손(TE20)-태양(EX-HN5), 구허(GB40)-조해(KI6), 상성(GV23)-백회(GV20), 사죽공(TE23)-솔곡(GB8), 함염(GB4)-곡빈(GB7) 등이다.</li> <li>자침 후 득기와 염전제압법을 주로 활용할 수 있다.</li> <li>참고문헌에서 침치료는 대개 1일 1회, 주 2~3회, 총 2주~4주 정도 시행하였음을 참고하며, 환자의 증상 및 두통 강도에 따라 치료 횟수와 치료 기간을 조정하여 시행한다.</li> </ul> |            |      |
| 편두통 환자에게 변증에 따라 혈자리를 가감한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 변증에 따라 혈자리를 가감할 것을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B/Low      | 1-60 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>변증에 따라서 간양상항, 담탁상요, 어혈두통, 음혈허허 등으로 분류하여 다음과 같은 혈위를 추가할 수 있다.               <ol style="list-style-type: none"> <li>간양상항: 사죽공(TE23), 족임읍(GB41), 행간(LR2), 태양(EX-HN5), 외관(TE5)</li> <li>담탁상요: 두유(ST8), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40)</li> <li>어혈두통: 격수(BL17), 혈해(SP10)</li> <li>음혈허허: 태계(KI3), 태충(LR3), 신수(BL23), 관원(BL26)</li> </ol> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |      |
| 편두통 환자에게 아시혈을 포함한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 아시혈을 포함할 것을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B/Moderate | 1-60 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>환자에 따라 두부 및 경추부의 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다.</li> <li>편두통의 급성기 또는 두통 강도가 극심할 경우에 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |      |

| 권고안                                                                                                                                                         | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 6개월 이상 치료효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 6개월 이상 증상 완화를 위해 침치료를 고려해야 한다.                                                       | B/Moderate | 1-60 |
| <b>임상적 고려사항</b><br>● 6개월 이상 치료효과 지속되는 측면을 고려해 볼 때, 약물 치료 중이나 재발하거나 빈도가 조절되지 않는 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 침치료를 적용할 수 있다. |            |      |

## (1) 임상질문 : Q1

| 편두통 환자에 대한 침치료는 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |     |    |                              |            |
|-------------------------------------------------------------------|-----|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                            | 중재  | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                            | 침치료 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

### ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 60편의 무작위 배정 임상연구가 선정되었으며, 편두통 환자에게 침치료를 시행한 군과 양약치료를 시행한 군 사이의 치료결과의 차이를 편두통 증상 관련척도 값의 변화로 측정한 연구가 포함되었다.

Cui R 등(2004)<sup>14)</sup>의 임상연구에서는 ‘He’s Santong needling’의 방법으로 일 1회 ‘미통법(微通法, Mild-pass method)’으로 사죽공(TE23)-솔곡(GB8)투자, 합곡(LI4), 열결(LU7), 족임읍(GB41), 풍지(GB20), 중완(CV12), 현중(GB39)혈을, 2일에 1회 ‘온통법(溫通法, heating needle method)’으로 기해(CV6)혈을 자침하고, 2일에 1회 ‘강통법(強通法, Strong-pass-method)’으로 두유(ST8), 태양(EX-HN5), 찬죽(BL2)혈을 자침하면서 3~5방울 소량 자락방법으로 치료한 중재군 48명과 양약치료로 일3회, 3주간 Nimodipine(40mg/회), Oryzanol(20mg/회)를 경구복용한 대조군 38명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.24, 95% CI: 1.01, 1.53) 통계적으로 유의하였고(P<0.01), Level of migraine에서도 통계적으로 유의하게 편두통의 등급이 개선되었다(P<0.05).

Dai M 등(2007)<sup>15)</sup>의 임상연구에서는 2일에 1회, 20회 동안 백회(GV20), 합곡(LI4), 태충(LR3)혈에 자침하고 변증하여 간양상항(肝陽上亢)에는 족임읍(GB41), 담탁상요(痰濁上擾)에는 풍릉(ST40), 음릉천(SP9), 벽혈조체(癖血阻滯)에는 혈해(SP10), 기혈(KI13), 족삼리(ST36) 혈을 자침한 중재군 20명과 양약치료로 자기 전 1회, 20일 동안 Sibelium(10mg)을 경구복용한 대조군 20명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으나(RR 1.20, 95% CI: 0.90, 1.61) 통계적으로 유의하지 않았다.

Dai M 등(2011)<sup>16)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 40회 동안 백회(GV20), 합곡(LI4), 태충(LR3)혈에 자

침하고 변증하여 간양상항(肝陽上亢)에는 족임읍(GB41), 담탁상요(痰濁上擾)에는 풍릉(ST40), 음릉천(SP9), 벽혈조체(癖血阻滯)에는 혈해(SP10), 기혈(KI13), 족삼리(ST36) 혈을 자침한 중재군 20명과 양약치료로 일 1회, 40일 동안 Sibelium(10mg)을 경구복용한 대조군 20명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으나(RR 1.20, 95% CI: 0.90, 1.61) 통계적으로 유의미하지 않았다.

Dai X 등(2009)<sup>17)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 4주 동안 ‘調神法(Tiaosehn method)’의 방법으로 내관(PC6), 수구(GV26)혈을, ‘疏泄法(Shu xie method)’의 방법으로 합곡(LI4), 태충(LR3), 풍지(GB20), 현로(GB5), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5), 내관(PC6)혈을 자침한 중재군 65명과 양약치료로 일 3회, 14일 동안 Nimodipine(30mg/회)을 경구복용한 대조군 64명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으나(RR 1.17, 95% CI: 0.99, 1.38) 통계적으로 유의미하지 않았다.

Deng QL 등(2012)<sup>18)</sup>의 임상연구에서는 치료횟수나, 치료기간에 대해서는 불명확하나 치료혈은 태양(EX-HN5)-곡빈(GB7)투자, 솔곡(GB8), 함염(GB4), 현리(GB6)혈을 사용한 중재군 60명과 양약치료로 Ergotamine & Caffeine Tab(80mg, 2T/회)을 경구복용한 대조군 60명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.13, 95% CI: 1.03, 1.25) 통계적으로 유의하였으며( $P<0.01$ ), VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 1.62 만큼 더 감소되었고 (MD -1.62, 95% CI: -1.95, -1.29) 통계적으로 유의하였다( $P<0.01$ ).

Dong MX 등(2007)<sup>19)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 6일 자침하고 5일 휴식하는 과정을 3회 반복하여 총 18회 동안 사죽궁(TE23), 솔곡(GB8), 합곡(LI4), 열결(LU7), 족임읍(GB41), 태양(EX-HN5), 두유(ST8), 풍지(GB20)혈을 사용하고 변증하여 외풍(外風)형은 곡지(LI11), 간담습열(肝膽濕熱)형은 사신총(EX-HN1), 행간(LR2), 간목승토(肝木乘土)형은 족삼리(ST36), 기해(CV6)혈을 사용하고 환측에 자침한 중재군 50명과, 양약치료로 일 1회, 총 4주 동안 Flunarizine hydrochloride(5mg/cap)을 경구복용한 대조군 47명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.28, 95% CI: 1.04, 1.58) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Feng Y 등(2004)<sup>20)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 5일간 치료 2일간 휴식으로 총 3회 동안 열결(LU7), 풍릉(ST40), 여구(LR5), 두유(ST8), 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 풍지(GB20), 아시혈(Ashi point)의 혈을 사용한 중재군 40명과 양약치료로 일 3회, 총 6주 동안 Nimodipine(30mg)을 경구투여한 대조군 38명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.30, 95% CI: 1.04, 1.62) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Feng ZG 등(2014)<sup>21)</sup>의 임상연구에서는 일 1회 총 4주간 내관(PC6), 수구(GV26), 삼음교(SP6), 솔곡(GB8), 곡지(LI11), 중완(GV12), 음릉천(SP9), 풍릉(ST40)혈을 사용한 중재군 30명과 양약치료로 매일 저녁 4주간 Flunarizine(5mg/cap)을 경구복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으나(RR 1.12, 95% CI: 0.93, 1.35) 통계적으로 유의미하지 않았다.

Gu Y 등(2008)<sup>22)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 10회 동안 구허(GB40)-조해(KI6) 투자, 각손(TE20)-태양(EX-HN5) 투자, 백회(GV20), 아시혈(Ashi point), 양측 풍지(GB20), 합곡(LI4)혈을 사용한 중재군 97명과 양약치료로 일 1회, 총 10회 동안 Schumannite(1T, 50mg/회)을 2시간마다 50mg씩 최대 1

일 200mg을 경구 복용한 33명의 대조군을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으나(RR 1.04, 95% CI: 0.97, 1.12) 통계적으로 유의미하지 않았다.

Guo W 등(2011)<sup>23)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 10일간 치료, 3일간 휴식으로 총 20회 동안 족임읍(GB41), 곡천(LR8), 행간(LR2), 두유(ST8), 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 각손(TE20), 풍지(GB20)혈을 사용하고 증상에 따라 울증이 있는 경우 곡택(PC3), 오심구토를 동반한 경우 내관(PC6), 족삼리(ST36)혈을 사용한 중재군 35명과 양약치료로 일 1회, 10일간 치료, 3일간 휴식으로 총 20회 동안 Aspirin(3g/회)을 경구복용한 33명의 대조군을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 2.22, 95% CI: 1.48, 3.33) 통계적으로 유의하였다( $P<0.01$ ). 두통 강도에서는 중재군에서 대조군보다 2.44만큼 더 감소하였다(MD -2.44, 95% CI: -3.08, -1.80). 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 2.54만큼 더 감소하였다(MD -2.54, 95% CI: -3.27, -1.81). 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 79.57만큼 더 감소하였다(MD -79.57, 95% CI: -110.69, -48.45).

Han LB 등(2005)<sup>24)</sup>의 임상연구에서는 급성기에는 일 1회, 안정기에는 2일에 1회, 5일간 치료 2일간 휴식으로 총 3주간 치료하였으며 부위와 변증에 따라 temporal 부위는 간울기체형(肝鬱氣滯型)으로 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 태충(LR3), 양릉천(GB34), 아시혈(Ashipoint), 외관(TE5), 현종(GB39), frontal 부위는 담습조락형(痰濕阻絡型)으로 두유(ST8), 하관(ST7), 족삼리(ST36), 풍릉(ST40), 함곡(LI4), 음릉천(SP9), 곡지(LI11), 함곡(ST43), Postal 부위는 천주(BL10), 옥침(BL9), 양로(SI6), 곤륜(BL60), 신맥(BL62), 완골(GB12), 부백(GB10), 어혈조락형(瘀血阻絡型)은 혈해(SP10), 곡지(LI11)혈을 사용하여 치료한 중재군 90명과 양약치료로 안정기에 일 3회, 5일간 복용, 2일간 휴식으로 총 3주 동안 Nimodipine(30mg/회)을 경구복용하고 급성기에 진통제를 추가복용한 대조군 70명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 2.18, 95% CI: 1.67, 2.85) 통계적으로 유의하였다( $P<0.01$ ).

Han LB 등(2010)<sup>25)</sup>의 임상연구에서는 일 1회 총 10일 동안 Headache acupoint(metatarsal between 1~2th), Cervical headache point (5th finger 1st-2nd joint), Chest headache point(forearm front side 1/3 mid point)의 혈위에 0.5촌 좌우로 직자하여 치료한 중재군 31명과 양약치료로 일 1회, 총 10회 동안 Ibuprofen(300mg/회)을 경구복용한 대조군 28명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.73, 95% CI: 1.26, 2.38) 통계적으로 유의하였다( $P<0.01$ ).

Han P 등(2010)<sup>26)</sup>의 임상연구에서는 일 1회 총 30회 동안 환측과 건측의 백회(GV20), 두유(ST8), 솔곡(GB8) 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 함곡(LI4), 삼음교(SP6)혈을 사용하여 치료한 21명과 양약치료로 일 3회 총 30회 동안 Nimodipine(1T, 40mg/회)을 경구복용한 18명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.07, 95% CI: 0.89, 1.29).

Lei H 등(2007)<sup>27)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 10일간 치료 1일간 휴식으로 총 30회 동안 풍지(GB20), 백회(GV20), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5), 외관(TE5), 태충(LR3)혈을 사용하였으며 변증을 통해 풍사습락(風邪襲絡)한 경우 풍부(GV16), 함곡(LI4), 열결(LU7)혈을, 간양상항(肝陽上亢)의 경우 사죽공(TE23), 족임읍(GB41), 행간(LR2)혈을, 담탁내조(痰濁內阻)한 경우 두유(ST8), 족삼리(ST36)혈을, 어

혈조체(瘀血阻滯)한 경우 격수(BL17), 혈해(SP10), 삼음교(SP6)혈을 사용한 중재군 119명과 양약치료로 10일간 치료, 1일간 휴식하여 총 30회 동안 Acid Fluorosilide(5mg)을 자기 전 1회 경구복용하고 급성기 발작에는 Aspirin을 추가복용한 대조군 82명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.25, 95% CI: 1.09, 1.44) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).

Li DM 등(2009)<sup>28)</sup>의 임상연구에서는 2일에 1회, 10일간 치료, 3일간 휴식, 총 4주간 아시혈(Ashi-point), 두유(ST8), 솔곡(GB8), 풍지(GB20), 협계(GB43), 태충(LR3)혈을 사용한 중재군 29명과 양약치료로 총 4주간 Flunarizine Hydrochloride(1C, 10mg/회)을 야간 1회 경구복용하고 발작 시 Ibuprofen(600mg)을 추가복용한 대조군 26명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 2.18, 95% CI: 1.08, 4.40) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.01$ ). 두통지수에서는 중재군에서 대조군보다 3.81만큼 더 감소하였으며(-3.81, 95% CI: -6.26, -1.36) 통계적으로 유의하였다. ( $P < 0.01$ ) 두통 강도에서는 중재군에서 대조군보다 0.34 만큼 더 증가하였으며(+0.34, 95% CI: -0.52, 1.20) 동반 증상에서는 중재군에서 대조군보다 0.56 만큼 더 감소하였다(-0.56, 95% CI: -1.42, 0.30).

Li GM 등(2010)<sup>29)</sup>의 임상연구에서는 치료기간은 불명확하나 아시혈(Ashi point) 1~2혈을 분당 200회 염전하고 진(震), 차(搓), 노(揉)의 방법을 5~10분간 사용하고, 제압을 1분간 하는 과정을 1~2번 반복한 후 1시간 정도 유침하는 과정으로 치료한 68명과 양약치료로 진통제를 급성통증 발작 시 Caffeine & ergotamine(2T)을 복용한 대조군 69명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.06, 95% CI: 0.97, 1.17). VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 1.00 만큼 더 감소되었으며(VAS -1.00, 95% CI: -1.40, -0.60) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).

Li SL 등(2007)<sup>30)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 4주간 백회(GV20), 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 인당(EX-HN3)혈을 사용하고, 변증을 통해 간신음허(肝腎陰虛)형은 태계(KI3), 태충(LR3)혈을, 기혈허(氣血虧虛)형은 족삼리(ST36), 삼음교(SP6)혈을, 담탁상몽(痰濁上蒙)형은 풍릉(ST40), 두유(ST8)혈을, 간기울결(肝氣鬱結)형은 태충(LR3), 양릉천(GB34)혈을 사용하여 치료한 중재군 80명과 양약치료로 일 1회 자기 전, 총 4주간 Fluoride hydrochlorid(1C)을 경구복용한 대조군 80명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.16, 95% CI: 1.01, 1.32) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ). VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 2.72 만큼 더 감소되었으며(VAS -2.72, 95% CI: -3.22, -2.22) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).

Li SL 등(2010)<sup>31)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 4주간 백회(GV20), 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 인당(EX-HN3)혈을 사용하고, 변증을 통해 간신음허(肝腎陰虛)형은 태계(KI3), 태충(LR3)혈을, 기혈허(氣血虧虛)형은 족삼리(ST36), 삼음교(SP6)혈을, 담탁상몽(痰濁上蒙)형은 풍릉(ST40), 두유(ST8)혈을, 간기울결(肝氣鬱結)형은 태충(LR3), 양릉천(GB34)혈을 사용하여 치료한 중재군 30명과 양약치료로 일 1회, 자기 전, 총 4주간 Fluoride hydrochlorid(1C)을 경구복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.17, 95% CI: 0.95, 1.43).

Liu B 등(2006)<sup>32)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 8일간 치료, 3일간 휴식으로 총 24회 동안 양측태양(EX-HN5)을 0.5촌 사자하고 1분간 염전하며 풍지(GB20)를 코의 방향으로 1.2촌 직자하여 1분간 염전하며

15분간 유침 하면서 5분마다 1번씩 움직이게 하는 치료를 시행한 중재군 58명과 양약치료로 일 3회 총 30일간 Nimodipine(1T, 40mg/회)을 경구복용한 대조군 57명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 2.84, 95% CI: 1.96, 4.13) 통계적으로 유의하였다( $P<0.01$ ).

Liu BS 등(2016)<sup>33)</sup>의 임상연구에는 일 1회, 10일간 치료, 2일간 휴식을 4회 반복하여 총 40회 동안 백회(GV20), 신정(GV24), 양측의 솔곡(GB8), 풍지(GB20), 합곡(LI4), 태충(LR3)혈을 사용하고 번증하여 간양상항(肝陽上亢)형은 태양(EX-HN5), 외관(TE5)혈을, 담탁상요(痰濁上擾)형은 족삼리(ST36), 풍릉(ST40)혈을, 어혈(瘀血)형은 혈해(SP10), 격수(BL17)혈을, 신허(腎虛)형은 신수(BL23), 관원(BL26)혈을, 기혈허허(氣血虧虛)형은 기해(CV6), 혈해(SP10), 족삼리(ST36)혈을 사용하여 치료한 94명과 양약치료로 총 40회 동안 Compound Paracetamol(1T, 10mg)을 일 3회, Sibelium(1C, 5mg)을 야간 1회, Vitamin B1(1T, 10mg)을 일 3회, Mecobalamin(1T, 0.5mg)을 일 3회 치료한 대조군 86명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.09, 95% CI: 0.98, 1.21).

Liu XJ 등(2008)<sup>34)</sup>의 임상연구에는 일 1회, 10일간 치료, 3일간 휴식의 과정동안 인당(EX-HN3), 상성(GV23)-백회(GV20)투자, 사죽공(TE23)-솔곡(GB8)투자, 아시혈(Ashi point), 풍지(GB20), 완골(GB12), 천주(BL10), 외관(TE5), 태충(LR3)혈을 사용하여 치료한 중재군 58명과, 양약치료로 총 10일간 Flunarizine Hydrochloride(Sibelium, 1C, 5mg) 야간 1회, 필요시 증량하여 경구복용한 대조군 56명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.42, 95% CI: 1.18, 1.71) 통계적으로 유의하였다( $P<0.01$ ).

Liu Y 등(2002)<sup>35)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 10일간 치료, 2일간 휴식, 총 8주 동안 두유(ST8), 사죽공(TE23), 솔곡(GB8)-태양(EX-HN5)투자, 백회(GV20), 풍지(GB20), 합곡(LI4), 열결(LU7)을 사용하여 20분간 유침 후 25ml papaya액 1ml를 양측 태양(EX-HN5)-솔곡(GB20)에 주사하는 치료를 시행한 중재군 54명과 양약치료로 8주 동안 Fluoricacid hydrochloride(5mg)을 야간 1회 경구복용하고 급성 발작기에 Ergot caffeine(1T)을 복용하는 치료를 시행한 대조군 52명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.20, 95% CI: 1.02, 1.42) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Liu ZS 등(2011)<sup>36)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 1달간 태양(EX-HN5), 태양(EX-HN5)-협거(ST6)투자하여 2.5-3.5초 pecking방법을 사용하며 풍지(GB20), 백회(GV20), 솔곡(GB8), 외관(TE5), 태충(LR3) 등의 혈을 배혈한 중재군 41명과 양약치료로 야간 1회, 총 1달간 Fluorosilicate hydrochloride(5mg), Aspirin(1T, 100mg)을 복용한 대조군 41명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.50, 95% CI: 1.18, 1.91) 통계적으로 유의하였다( $P<0.005$ ).

Min DM 등(2012)<sup>37)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 30일간 급성기에 환측의 협계(GB43), 중저(TE3), 천용(SI17), 사죽공(TE23), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5), 풍지(GB20)혈을, 안정기에 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 천용(SI17), 솔곡(GB8), 합곡(LI4), 외관(TE5), 태충(LR3), 족임읍(GB41)혈을 사용하여 치료한 중재군 30명과 양약치료로 총 30일간 급성기에 Sibelium(5mg)을 매일 저녁 복용하고, 통증 시마다 5mg 씩 총 15mg을 복용하며 안정기에는 Sibelium(5mg)을 매일 저녁 복용한 대조군 30명과 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 2.27, 95% CI: 1.38, 3.74) 통계적으로

유의하였다( $P<0.01$ ).

Ning X 등(2004)<sup>38)</sup>의 임상연구에서는 치료기간은 불명확하나 뇌공(GB19), 풍지(GB20), 열결(LU7), 태연(LU9), 합곡(LI4)혈을 사용하였고 증상이 더 한증(寒症)인 경우 합곡(LI4), 열결(LU7)혈에 사법(瀉法)을, 풍증(風症)인 경우 풍지(GB20), 뇌공(GB19)혈에 사법(瀉法)을 사용하였으며, 부위에 따라 전두부에는 상성(GV23), 양백(GB14)혈을, 후두부에는 천주(BL10), 후정(GV19)혈을 측두부에는 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5)혈을 사용하여 치료한 중재군 30명과 양약치료로 Saridon(2C)을 경구복용한 대조군 28명의 치료 15분 후의 치료결과를 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 2.93, 95% CI: 1.49, 5.77) 통계적으로 유의하였다( $P<0.005$ ).

Ping SL 등(2003)<sup>39)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 주 5회, 총 8주 동안 ‘Temporal 3 Acupoint’(섭삼침(顳三鍼))법을 활용하여 Ear vertex point, above vertex point 2촌, both side 1촌 vertex point를 취혈하였으며 변증에 따라 수불함목(水不涵木)의 경우 태계(KI3), 신수(BL23), 태충(LR3)혈을, 담열내조(痰熱內阻)의 경우 음릉천(SP9), 풍릉(ST40), 두유(ST8)혈을, 간풍상요(肝風上擾)의 경우 태충(LR3), 양릉천(GB34), 풍지(GB20)혈을 사용하여 치료한 중재군 35명과 양약치료로 일 3회, 주 5회, 총 8주간 Nimodipine(40mg/회)을 경구복용한 대조군 27명을 8주간 휴식 뒤의 치료결과를 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.54, 95% CI: 1.07, 2.22) 통계적으로 유의하였다( $P<0.01$ ).

Ren YD 등(2012)<sup>40)</sup>의 임상연구에서는 치료횟수와 기간이 불명확하나 양측의 합곡(LI4), 태충(LR3), 곡빈(GB7), 솔곡(GB8)혈을 사용하여 치료한 중재군 56명과 양약치료로 Ibuprofen(1 T/회)을 경구복용한 대조군 56명의 치료결과를 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.00, 95% CI: 0.92, 1.09). VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 1.63 만큼 증가하였으며(VAS 1.63, 95% CI: 0.69, 2.57) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ). 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 1.44만큼 더 감소하였다(-1.44, 95% CI: -2.12, -0.76).

Song YF 등(2012)<sup>41)</sup>의 임상연구에서는 2일에 1회, 총 8주 동안 천주(BL10), 천창(SI16), 천용(SI17), 천정(LI17), 아시혈(Ashi point), 백회(GV20), 상성(GV23), 열결(LU7), 태충(LR3), 두유(ST8)혈을 사용하여 치료한 중재군 30명과 양약치료로 일 3회, 총 8주 동안 Ibuprofen(200mg/회)을 경구복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.53, 95% CI: 1.15, 2.02) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ). 두통지수, 두통 강도, 두통 빈도, 두통 지속 시간, 동반 증상에서는 신뢰구간 측정은 어려우나 중재군에서 대조군보다 평균이 더 낮았다. 신뢰구간의 측정은 어려웠으나 중재군의 평균이 더 낮았다.

Su HY 등(2016)<sup>42)</sup>의 임상연구에서는 치료기간은 불명확하나 내관(PC6), 백회(GV20), 수구(GV26), 인당(EX-HN3), 합곡(LI4), 태충(LR3), 풍지(GB20), 현로(GB5), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5)혈을 사용한 중재군 35명과 양약치료로 일 1회 자기 전, 총 15일간 Flunarizine(1C, 5mg)을 최대 10mg까지 경구복용한 대조군 32명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.17, 95% CI: 0.95, 1.44), VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 1.32 만큼 더 감소하였으며(VAS -1.32, 95% CI: -1.62, -1.02) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ). 두통 빈도

에서는 중재군에서 대조군보다 1.01 만큼 더 감소하였으며(-1.01, 95% CI: -1.47, -0.55) 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 0.65만큼 더 감소하였고(-0.65, 95% CI: -1.11, -0.19) 동반 증상에서는 중재군에서 대조군보다 0.45 만큼 더 감소하였다(-0.45, 95% CI: -0.64, -0.26). Sun PN 등(2014)<sup>43)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 7일간 치료, 3일간 휴식으로 총 14회 동안 풍지(GB20), 백회(GV20), 두유(ST8), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5), 열결(LU7), 태충(LR3), 합곡(LI4), 삼음교(SP6), 태계(KI3), 풍릉(ST40)혈을 사용하여 치료하고 음식을 주의하며 음주와 과로를 금하고 마음안정을 하도록 유도한 중재군 84명과 양약치료로 총 14회 동안 Fluoride hydrochloride(5mg) 일 1회, Oryzanol(10mg) 일 3회 경구복용한 대조군 80명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.25, 95% CI: 1.12, 1.41) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Wang B 등(2004)<sup>44)</sup>의 임상연구에서는 2일에 1회, 총 10회 동안 'Nape Multiple Acupuncture' 방법을 활용하여 아문(GV15), 풍부(GV16), 하뇌호(GV16 1촌 상방)혈과 풍부(GV16)혈부터 완골(GB12)혈까지 6개 부위로 나누어 한 부위 당 1개의 경혈부위 씩 좌우 6개씩의 혈자리를 선정하여 총 15개의 혈위를 설정하고 30분간 유침하고, 'Surrounding Acupuncture'방법을 활용하여 통증점 주위 1.5cm주위의 혈들을 선정하여 통증의 중심점에 24시간 동안 자침하는 방법으로 치료한 중재군 125명과 양약치료로 30일간 발작기에는 Caffeine(2C, 100mg)을 복용하며 30분 내에 통증이 사라지지 않으면 1~2C을 재복용하여 총 24시간 동안 6C을 복용하고 휴지기에는 일 2회 Nimodipine(1T, 30mg)을 경구복용한 대조군 61명 을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.25, 95% CI: 1.08, 1.45) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Wang LP 등(2011)<sup>45)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 주 5회 동안 'Temporal 3 Acupoint(섭삼침(顳三鍼))'의 방법으로 백회혈과 백회혈 상방 2촌, 백회혈 양방 1촌 혈과 환측의 인당(EX-HN3), 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 중저(TE3), 태충(LR3), 협계(GB43)혈, 그리고 환측의 동씨기혈 측삼리(側三里), 측하삼리(側下三里)혈을 이용하여 치료한 중재군 36명과 양약치료로 일 3회 Nimodipine(20mg), 매일 저녁 1회 Fluoride hydrochlorid(5mg), 발작 시 Acetaminophen(10mg)을 복용한 대조군 34명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.17, 95% CI: 1.01, 1.36) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Wang LQ 등(2010)<sup>46)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 치료사이 3일의 간격으로 총 10회 동안 근위취혈로 백회(GV20), 풍지(GB20), 두유(ST8), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5)혈을, 원위취혈로 열결(LU7), 합곡(LI4), 태충(LR3), 태계(KI3), 삼음교(SP6), 혈해(SP10), 풍릉(ST40)혈을 사용하여 치료한 중재군 83명과 양약치료로 총 20일간 일 1회 Sibelium(5mg)을, 일 3회 Oryzanol(10mg)을 경구복용 한 대조군 72명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.11, 95% CI: 1.02, 1.21) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Wu HK 등(2012)<sup>47)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 2주 동안 열결(LU7), 태충(LR3), 거백회(去百會), 백회(GV20), 풍지(GB20), 솔곡(GB8)-태충(LR3) 투자, 태계(KI3)혈을, 심각한 통증에는 두유(ST8), 태양(EX-HN5), 합곡(LI4), 아시혈(Ashi point)혈을, 눈썹주변의 두통에는 찬죽(BL2), 양백(GB14)혈을 사

용하여 치료한 중재군 90명과 양약치료로 2주간 Ergoloid Mesylate, Sibelium, Nimodipine을 경구복용한 대조군 90명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.16, 95% CI: 1.05, 1.27).

Wu JP 등 (2011)<sup>48)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 주 6회, 총 4주 동안 아시혈(Ashi point), 백회(GV20), 본신(GB13), 솔곡(GB8), 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 열결(LU7)혈을 사용하여 치료한 중재군 30명과 양약치료로 매일 밤 1회, 총 4주간 Fluoride hydrochlorid(1C, 10mg)을 경구 복용하고 발작 시마다 Ibuprofen(1C, 600mg)을 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.73, 95% CI: 1.00, 2.97).

Xie JY 등(2003)<sup>49)</sup>의 임상연구에서는 급성기 일 1회, 안정기 3일에 1회, 총 30일 동안 양측 C1-T4 협척혈(Ex-B2), 환측 태양(EX-HN5), 두유(ST8), 사죽공(TE23), 솔곡(GB8), 풍지(GB20)혈을, 변증에 따라 간양상항(肝陽上亢)의 경우 태충(LR3)혈, 신허(腎虛)의 경우 태계(KI3)혈, 혈허(血虛)의 경우 삼음교(SP6)혈, 어혈(瘀血)형의 경우 격수(BL17)혈을 사용한 중재군 35명과, 양약치료로 급성기에 Ergot caffeine(2T, 100mg)을, 30분 후 안정되지 않으면 1~2T를 추가 복용하여 24시간 동안 최대 6T를 복용하고, 주당 10T를 복용하고, 안정기에는 Nimodipine(1T, 30mg)을 일2회 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.23, 95% CI: 0.99, 1.52) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).

Xu H 등(2014)<sup>50)</sup>의 임상연구에서는 일 2회, 총 12주 동안 C 2-5번 협척혈(Ex-B2)(0.5촌 외측)과 두피의 압통점 경혈을 사용하여 치료한 중재군 30명과 양약치료로 일 1회, 총 12주 동안 Ergot caffeine(100mg)을 복용하고 회당 2T, 30분 후 1T를 복용하고 증상이 사라지지 않으면 6일 동안 최대 8T를 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.30, 95% CI: 1.06, 1.59) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.01$ ).

Xu HL 등(2014)<sup>51)</sup>의 임상연구에서는 주 2회, 총 12주 동안 C2-5번 협척혈(Ex-B2), 아시혈(Ashi point)을 사용하여 치료한 중재군 30명과, 양약치료로 Ergotamine & caffeine(1T)을 발작 시 2회, 30분 후 1회 복용을 허용하고, 증상이 없어질 때 까지 일 1회씩 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.42, 95% CI: 1.12, 1.80) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).

Xu QY 등(2001)<sup>52)</sup>의 임상연구에서는 주 5회, 총 8주 동안 백회(GV20)혈과 백회혈 상방 2촌, 백회혈 양방 1촌 혈을 선정하고, 변증에 따라 수불함목(水不涵木)형의 경우 태계(KI3), 신수(BL23), 태충(LR3)혈을, 담탁내조(痰濁口阻)형의 경우 음릉천(SP9), 풍릉(ST40), 두유(ST8)혈을, 간풍상요(肝風上擾)형의 경우 태충(LR3), 양릉천(GB34), 풍지(GB20)혈을 선정하여 치료한 중재군 32명과 양약치료로 일 3회 Nimodipine(40mg)을 5일간 복용, 2일간 휴식을 총 8주 동안 시행한 대조군 29명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.36, 95% CI: 0.99, 1.87).

Yang XQ 등(2013)<sup>53)</sup>의 임상연구에서는 2일에 1회, 총 20회 동안 사죽공(TE23)-솔곡(GB8) 투자, 합곡(LI4), 열결(LU7), 족임읍(GB41)혈을 사용하여 치료한 중재군 30명과 양약치료로 30일간 Fluoride hydrochlorid(5mg)을 경구복용한 대조군 28명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.23, 95% CI: 1.00, 1.51) 통계적으로 유의하였고( $P = 0.006$ ), 두통일수에서는 중재군에서 대조

군보다 2.56 만큼 더 감소하였고(-2.56, 95% CI: -2.97, -2.14) 통계적으로 유의하였다( $P=0$ ).

Zhang B 등(2013)<sup>54)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 20회 풍지(GB20), 솔곡(GB8), 태충(LR3)혈을 침자하여 치료한 중재군 30명과 양약치료로 일 3회 총 20일간 Nimodipine(30mg)을 경구복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.27, 95% CI: 1.01, 1.61). 두통 강도에서는 중재군에서 대조군보다 2.10 만큼 더 감소하였고(-2.10, 95% CI: -2.78, -1.42) 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 2.20 만큼 더 감소하였다(-2.20, 95% CI: -2.86, -1.54). 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 0.80 만큼 더 감소하였고(-0.80, 95% CI: -1.27, -0.33) 동반 증상에서는 중재군에서는 대조군보다 0.70 만큼 더 감소하였다(-0.70, 95% CI: -0.85, -0.55).

Zhang SY 등(2007)<sup>55)</sup>의 임상연구에서는 아시혈(Ashi point)에 ‘전침진전법(纏鍼震顫法)’을 사용하여 사죽공(TE23)부터 아시혈까지 투자하고 ‘진전법(震顫法)’으로 분당 200~250회 속도로 1분간 침을 움직이게 하고 5분유침하는 방식을 5회 반복하고 침을 제거한 후 30분 후에 관찰하는 방식으로 치료한 중재군 31명과 양약치료로 Saridon(1C)을 발작 시 복용하고 60분간 지켜본 대조군 36명과 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.49, 95% CI: 1.18, 1.88).

Zhang YB 등(2011)<sup>56)</sup>의 임상연구에서는 급성기 일 1회, 안정기 주 2~3회, 총 30회 동안 아시혈(Ashi point)에 양측 삼음교(SP6), 합곡(LI4), 열결(LU7), 격수(BL17), 혈해(SP10), 족삼리(ST36)혈을 이용하여 치료한 중재군 50명과 양약치료로 총 30회 동안 급성기에 Ergotamine & Caffeine(2T, 咖啡因100mg)을 복용하고 30분 뒤에 안정되지 않으면 1~2T를 추가복용 하고 24시간 동안 최대 6T, 주당 10T를 복용하였고, 안정기에는 Nimodipine(1T, 30mg)을 일2회 복용한 대조군 40명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.36, 95% CI: 1.08, 1.72) 통계적으로 유의하였으며( $P=0.003$ ), VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 2.47 만큼 더 감소하였으며(VAS -2.47, 95% CI: -2.90, -2.04) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Zhao HL 등(2006)<sup>57)</sup>의 임상연구에서는 6일간 치료, 5일간 휴식기간 동안 사죽공(TE23), 솔곡(GB8), 합곡(LI4), 열결(LU7), 족임읍(GB41)혈을, 변증을 통해 외풍(外風)형은 풍지(GB20), 곡지(LI11)혈을, 간담실열(肝膽實熱)형은 내영향(EX-HN9) 사혈, 사신총(EX-HN1), 행간(LR2)혈을, 비위허약(脾胃虛弱), 간목승토(肝木乘土)형은 중완(CV12), 족삼리(ST36), 기해(CV6)혈로 치료한 중재군 50명과 양약치료로 매일 1회, 총 4주간 Fluoride hydrochlorid(5mg)을 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.23, 95% CI: 0.99, 1.51).

Zheng SH 등(2013)<sup>58)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 14회 치료와 2일간 휴식을 2번 반복하여 총 28회 동안 ‘Temporal 3 Acupoint(섭삼침(顳三鍼))’법을 사용하여 백회혈과 백회혈 상방 2촌, 백회혈 양측 1촌을 선정하고 변증에 따라 담탁상요(痰濁上擾)형은 풍릉(ST40), 족삼리(ST36)혈을, 기체혈어(氣滯血瘀)형은 합곡(LI4), 태충(LR3), 격수(BL17)혈을, 肝陽上亢형은 태충(LR3), 태계(KI3)혈을 선정하여 치료한 중재군 60명과 양약치료로 일 3회, 총 30일 동안 Nimodipine(40mg)을 복용한 대조군 60명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.93, 95% CI: 1.47, 2.53) 통계적으로 유의하였다( $P<0.01$ ).

Zhong GW 등(2009)<sup>59)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 5일간 치료, 2일간 휴식으로 총 4주 동안 태충(LR3), 양릉천, 풍지(GB20), 곡천(LR8)혈을 사용하여 치료한 중재군 114명과 양약치료로 자기 전 1회, 총 4주 동안 Fluoricacid hydrochloride(1C, Sibelium 5mg)를 복용한 대조군 104명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.07, 95% CI: 0.98, 1.18). 두통지수에서는 중재군에서 대조군보다 0.86 만큼 더 감소하였으며(-0.86, 95% CI: -0.97, -0.75) 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 0.70 만큼 더 감소하였다(-0.70, 95% CI: -0.78, -0.62). 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 0.56 만큼 더 감소하였다(-0.56, 95% CI: -0.69, -0.43).

Zhou ZL 등(2003)<sup>60)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 5회 동자료(GB1), 풍지(GB20), 중저(TE3)혈을 선정하여 치료한 중재군 42명과 양약치료로 일 3회, 총 5일간 Hyndarin(30mg)을 복용한 대조군 40명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.43, 95% CI: 1.12, 1.82) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.01$ ).

Zou JH 등(2003)<sup>61)</sup>의 임상연구에서는 일 3회, 총 30일간 솔곡(GB8)혈에서 사죽공(TE23) 방향으로 직자하는 방법으로 치료한 중재군 35명과 양약치료로 총 30일 동안 일 3회 Nimodipine(1T, 40mg)을 복용한 대조군 35명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.94, 95% CI: 1.32, 2.83) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.01$ ).

Qu TT 등(2015)<sup>62)</sup>의 임상연구에서는 주 5회, 총 4주 동안 양측 솔곡(GB8), 두유(ST8), 태양(EX-HN5), 풍지(GB20)혈을 선정하고 변증에 따라 간양상항(肝陽上亢)의 경우 행간(LR2), 태충(LR3)혈을, 담탁상요(痰濁上擾)의 경우 음릉천(SP9), 풍릉(ST40)혈을 열가현중(熱加懸鍾)의 경우 외관(TE5), 곡지(LI11)혈을 기체혈담임(氣滯血擔任)형의 경우 양보(GB38), 삼음교(SP6), 혈해(SP10)혈을, 간신음허(肝腎陰虛)의 경우 삼음교(SP6), 태계(KI3)혈을 선정하여 치료한 중재군 31명과 양약치료로 일 1회, 총 4주 동안 매일 밤 1회 Fluoride hydrochloride(5~10mg/회)를 1C로 시작하여 2주간 통증이 심해지면 매일 밤 2C를 복용하고 부작용이 있는 경우 1C로 감량하며 급성 발작 시에는 Ibuprofen 1C를 일 2C 복용한 대조군 31명을 비교한 결과 VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 0.16만큼 더 감소하였으며(MD -0.16, 95% CI: -0.96, 0.64), 두통일수에서는 중재군에서 대조군보다 0.65 만큼 증가하였다(MD 0.65, 95% CI: -0.31, 1.61).

Zeng LH 등(2015)<sup>63)</sup>의 임상연구에서는 두유(ST8), 내정(ST44), 합곡(LI4), 곡지(LI11), LIV3, 삼음교(SP6), 동자료(GB1), 양백(GB14), 풍지(GB20), 대추(GV14), 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 태양(EX-HN5), 신문(이침)혈을 선정하여 치료한 중재군 34명과 양약치료로 일 1회, 총 3주간 Sibelium(5mg)을 복용한 대조군 34명을 비교한 결과 VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 2.18 만큼 더 감소하였으며(MD -2.18, 95% CI: -2.67, -1.69) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ). 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 1.11만큼 더 감소하였으며(MD -1.11, 95% CI: -1.41, -0.81) 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 2.69만큼 더 감소하였다(MD -2.69, 95% CI: -3.22, -2.16).

Streng A 등(2006)<sup>64)</sup>의 임상연구에서는 총 12주간 치료한 풍지(GB20), 구허(GB40), 족임읍(GB41), 지오회(GB42), 백회(GV20), 태충(LI3), 중저(SJ3), 외관(TE5), 태양(EX-HN5)혈에 치료한 중재군 59

명과 양약치료로 12주 동안 매일 1회 Metoprolol(100~200mg)을 복용한 대조군 54명을 비교한 결과 두통일수에서는 중재군에서 대조군보다 1.00 만큼 더 감소하였다(MD -1.00, 95% CI: -2.20, 0.20).

Yang CP 등(2011)<sup>65)</sup>의 임상연구에서는 12주 동안 양측 찬죽(BL2), 풍지(GB20), 태양(EX-HN5) 인당(EX-HN3)에 24회 치료한 중재군 32명과 양약치료로 4주 동안 Topiramate를 1일 25mg에서 100mg으로 일주일간 늘릴 수 있고 8주간 유지기를 가진 대조군 30명을 비교한 결과 두통일수 감소일이 중재군에서 대조군보다 2.80 만큼 증가하였다(MD 2.80, 95% CI: 1.19, 4.41).

Allais G 등(2002)<sup>66)</sup>의 임상연구에서는 2달간 주 1회, 다음 4달간 월 1회 태충(LR3), 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 중완(CV12), 합곡(LI4), 내관(PC6), 풍지(GB20), 양백(GB14), 태양(EX-HN5), 백회(GV20)혈에 치료받은 중재군 70명과 양약치료로 2달동안 일 1회, 다음 4달 동안 한달에 20일간 Flunarizine(10mg)을 경구복용한 대조군 73명을 비교한 결과 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 0.27 만큼 더 감소하였으며(MD -0.27, 95% CI: -0.35, -0.19) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).

Xie JY 등(2009)<sup>67)</sup>의 임상연구에서는 급성기 일 1회, 안정기 3일 1회 환측 솔곡(GB8), 함염(GB4), 풍지(GB20) 양측, 족임읍(GB41), 구허(GB40), 양릉천(GB34)혈을 선정하여 치료한 중재군 31명과 양약치료로 30일 동안 Ergotamine & caffeine(100mg)을 발작 시작할 때 2C 복용하고 30분 내에 호전되지 않으면 1~2C 추가 복용하고 24시간 동안 최대 6C 복용하고 한 주 최대 10C 복용하며 안정기에 Nimodipine(30mg)을 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 41.5 만큼 더 감소하였으며(MD -41.5, 95% CI: -42.0, -41.0) 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 24.0 만큼 더 감소하였다(MD -24.0, 95% CI: -32.5, -15.5).

Bicer 등(2017)<sup>68)</sup>의 임상연구에서는 3달간 총 26회 백회(GV20), 양백(GB14), 찬죽(BL2), 천주(BL10), 인당(EX-HN3), 합곡(LI4), 곡지(LI11), 족삼리(ST36), 태충(LR3), 이혈(Antihistaminic, C5, Antidepressant, PGE1)에 치료받은 중재군 29명과 양약치료로 3달간 Venlafaxine(75-225 mg/day)을 경구복용한 대조군 25명을 비교하였으며, 치료전후 비교한 결과 VAS score(headache)와 두통일수에서 통계적으로 유의하였으나( $P < 0.001$ ) 중재군과 대조군의 차이는 통계적으로 유의하지는 않았다.

Shu 등(2017)<sup>69)</sup>의 임상연구에서는 4주간 주 3회 백회(GV20), 수구(GV26), 삼음교(SP6), 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 풍지(GB20)혈을 선정하고 변증에 따라 혈위를 가감하여 치료한 중재군 58명과 양약치료로 4주간 Flunarizine hydrochloride을 복용한 대조군 57명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.10, 95% CI: 1.00, 1.21), 두통지수에서는 중재군에서 대조군보다 1만큼 더 감소하였으나(MD -1.78, 95% CI: -2.43, -1.13) VAS score(headache)에서는 대조군과의 차이가 통계적으로 유의하지 않았다.

Chen 등(2016)<sup>70)</sup>의 임상연구에서는 4주간 주 5회 환측의 외관(TE5), 족임읍(GB41), 열결(LU7), 풍지(GB20), 아시혈(阿是穴)에 치료받은 중재군 35명과 양약치료로 4주간 Flunarizine hydrochloride을 복용한 대조군 35명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 0.98, 95% CI: 0.98, 1.42).

Lin 등(2018)<sup>71)</sup>의 임상연구에서는 30일간 일 1회 백회(GV20), 두유(ST8), 태양(EX-HN5), 솔곡

(GB8), 풍지(GB20), 합곡(LI4), 삼음교(ST36)혈에 치료받은 중재군 35명과 양약치료로 30일간 Carbamazepine을 복용한 대조군 35명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.15, 95% CI: 0.93, 1.43), 두통지수, 두통 지속 시간, 두통 강도, 동반 증상 점수에서 각각 대조군에 비해 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Wang 등(2019)<sup>72)</sup>의 임상연구에서는 30일간 일 1회 백회(GV20), 외관(TE5), 풍지(GB20), 태충(LR3), 족임읍(GB41)혈에 치료받은 중재군 48명과 양약치료로 30일간 Flunarizine을 복용한 대조군 48명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.18, 95% CI: 1.02, 1.37), 두통지수, 두통 지속 시간, 두통 빈도, 동반 증상 점수에서 각각 대조군에 비해 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Yu 등(2017)<sup>73)</sup>의 임상연구에서는 12주간 주 3회 이상(환자에 따라 횟수 조절) 족소양담경, 수소양삼초경에서 선혈 및 증상에 따라 ① 풍사습락(風邪襲絡) : 협계(GB43), 아시혈, ② 허양상요(虛陽上擾) : 삼음교(SP6), 태계(KI3), ③ 간양상항(肝陽上亢) : 태충(LR3), 행간(LR2)혈을 가감하여 치료받은 중재군 41명과 양약치료로 12주간 Flunarizine을 복용한 대조군 43명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.08, 95% CI: 0.95, 1.22), 두통 지속 시간, 두통 빈도, 동반 증상 점수에서 각각 대조군에 비해 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

## ② 연구결과의 요약

본 임상 질문에는 중재로 침치료의 혈자리 및 치료 횟수와 기간, 유침시간 등에 다소 차이가 있어 통합하여 분석하는 데 논란의 여지는 있으나, 전문가 그룹의 합의를 통해 치료에 대한 이득과 위해가 중재간에 비슷하며 가치와 선호도가 비슷할 것으로 판단되어 침치료를 중재군으로 하고 양약 치료를 대조군으로 한 연구를 대상으로 분석을 수행하였다. 또한 변증에 따라 혈자리를 가감하여 치료한 문헌, 아시혈을 포함하여 치료한 문헌, 장기간 지속효과를 보고한 문헌에 대해서는 따로 분석을 실시하여 근거수준을 제시하였다.

편두통 치료에서 침치료 및 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 모든 결과 지표에서는 비대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 편두통 지수와 두통일수를 제외한 결과지표에서는 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2=70\%$ 보다 높아 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높다고 판단하였다. 두통일수에서는 MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높다고 판단하였으며, 나머지 결과 지표에서는 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거수준은 낮음(Low)으로 효과의 추정치에 대한 확신이 제한적이며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다고 판단하였다.

포함된 문헌의 치료기간 및 치료횟수, 혈자리 등 연구방법에 차이가 다양하여 각 결과지표의 이질성이 높았다. 치료 혈자리에 대하여는 변증에 따라 가감한 연구와 아시혈을 포함하여 치료한 연구들에

대하여 따로 정량적 분석 및 근거수준을 평가하였다. 또한 장기간 지속효과를 보고한 연구문헌에 대하여서도 따로 정량적 분석 및 근거수준을 평가하였다.

침치료 및 양약치료 군을 비교한 문헌 중 변증에 따라 혈자리를 가감하여 치료한 문헌은 총 17건이었으며, 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. VAS를 제외한 결과지표에서는 비대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. VAS, 두통 빈도 점수, 두통일수 지표에서는 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2=70\%$ 보다 높아 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높다고 판단하였다. 두통일수에서는 MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높다고 판단하였으며, 나머지 결과 지표에서는 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 효과의 추정치에 대한 확신을 중등도로 할 수 있으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다고 판단하였다.

침치료 및 양약치료 군을 비교한 문헌 중 아시혈을 포함하여 4주 이상 치료한 문헌은 총 10건이었으며, 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. Total clinical effective rate와 VAS에서 비대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 비일관성 및 비정밀성은 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 효과의 추정치에 대한 확신을 중등도로 할 수 있으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다고 판단하였다.

침치료 및 양약치료 군을 비교한 문헌 중 6개월 이상 장기간 지속효과를 보고한 문헌은 총 3건이었으며, 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. Total clinical effective rate에서 비대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 비일관성 및 비정밀성은 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 효과의 추정치에 대한 확신을 중등도로 할 수 있으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다고 판단하였다.

평가된 근거의 문헌에서 대부분 비뚤림 위험성이 높고, 근거 분석 시 비일관성이 높아 근거수준이 낮게 도출되어, 향후 잘 설계된 임상연구를 통해 근거의 보충이 필요하다고 볼 수 있었다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

#### (가) 포함된 전체 문헌

Total clinical effective rate로 평가한 53편의 무작위 배정 임상연구들을 종합하였을 때 근거수준은 낮

음(Low)이고 중재군의 RR값은 1.28(95% CI: 1.21, 1.34)로 통계적으로 유의하였다. VAS로 평가한 12편의 연구에서는 근거수준은 낮음(Low)이고 중재군의 척도가 1.03 낮았다(95% CI: -1.63, -0.44). 두통 지수로 평가한 4편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 2.06 낮았으며(95% CI: -3.25, -0.88), 두통 강도로 평가한 4편의 연구에서는 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 2.00 낮았고(95% CI: -3.71, -0.28), 두통 빈도로 평가한 11편의 연구에서는 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 1.59 낮았으며(95% CI: -2.05, -1.12) 두통 지속 시간으로 평가한 8편의 연구에서는 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 1.72 낮았으며(95% CI: -2.43, -1.02), 동반 증상으로 평가한 6편의 연구에서는 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 1.50 낮았다(95% CI: -2.39, -0.61). 두통일수로 평가한 5편의 경우 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 0.96 낮았다(95% CI: -2.57, 0.65).

#### (나) 변증에 따라 혈자리를 가감하여 치료한 문헌

Total clinical effective rate로 평가한 14편의 무작위 배정 임상연구들을 종합하였을 때 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 RR값은 1.20(95% CI: 1.13, 1.29)로 통계적으로 유의하였다. VAS로 평가한 5편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 1.13 낮았다(95% CI: -2.17, -0.09). 두통지수로 평가한 1편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 1.78 낮았으며(95% CI: -2.43, -1.13), 두통 강도로 평가한 1편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 2.44 낮았고(95% CI: -3.08, -1.80), 두통 빈도로 평가한 3편의 연구에서는 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 1.27 낮았으며(95% CI: -2.35, -0.19), 동반 증상으로 평가한 1편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 0.20 낮았다(95% CI: -0.39, -0.01). 두통일수로 평가한 2편의 경우 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 0.01 낮았다(95% CI: -0.63, 0.61).

#### (다) 아시혈을 포함하여 치료한 문헌

Total clinical effective rate로 평가한 10편의 무작위 배정 임상연구들을 종합하였을 때 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 RR값은 1.33(95% CI: 1.24, 1.43)로 통계적으로 유의하였다. VAS로 평가한 1편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 2.47 낮았다(95% CI: -2.90, -2.04).

#### (라) 6개월 이상 지속효과를 보고한 문헌

6개월 또는 그 이상의 기간 이후 Total clinical effective rate로 평가한 3편의 무작위 배정 임상연구들을 종합하였을 때 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 RR값은 1.32(95% CI: 1.13, 1.54)였다.

결과요약표(Summary of Findings) (포함된 전체 문헌; R1)

| 결과<br>(결과중요도)                            | 총 환자 수<br>(문헌 수)  | 근거수준<br>(GRADE)                | 비교위험도<br>(95% CI)       | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                               | 비고                |
|------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------|
|                                          |                   |                                |                         | 대조군                   | 중재군                           |                   |
| Total clinical effective rate (Critical) | 5076<br>(53 RCTs) | ●●○○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | RR 1.28<br>[1.21, 1.34] | 1000명당 725명           | 1000명당 928명<br>[877, 971]     | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS (headache) (Critical)                | 1186<br>(12 RCTs) | ●●○○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                     | MD 1.03 낮음<br>[-1.63, -0.44]  | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미  |
| 편두통 지수 (Critical)                        | 519<br>(4 RCTs)   | ●●●○○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | SMD 2.06 낮음<br>[-3.25, -0.88] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미  |
| 두통 강도 점수 (Critical)                      | 253<br>(4 RCTs)   | ●●○○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                     | SMD 2.00 낮음<br>[-3.71, -0.28] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미  |
| 두통 빈도 점수 (Critical)                      | 1081<br>(11 RCTs) | ●●○○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                     | SMD 1.59 낮음<br>[-2.05, -1.12] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미  |
| 두통 지속 시간 점수 (Critical)                   | 759<br>(8 RCTs)   | ●●○○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                     | SMD 1.72 낮음<br>[-2.43, -1.02] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미  |
| 동반 증상 점수 (Critical)                      | 432<br>(6 RCTs)   | ●●○○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                     | SMD 1.50 낮음<br>[-2.39, -0.61] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미  |
| 두통일수 (Critical)                          | 349<br>(5 RCTs)   | ●●○○○<br>Low <sup>a,c</sup>    | -                       | -                     | MD 0.96 낮음<br>[-2.57, 0.65]   | 숫자가 낮을수록 개선됨을 의미  |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

편두통 지수(Migraine score) : ①+②+③+④

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Applying symptoms score) : Applying vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비돌림 위험성이 높음

b: 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2 > 70\%$ 로 연구간 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높음

c: MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음

결과요약표(Summary of Findings) (변증에 따라 혈자리를 가감하여 치료한 문헌; R1-1)

| 결과<br>(결과중요도)                            | 총 환자 수<br>(문헌 수)  | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)       | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                              | 비고               |
|------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------|
|                                          |                   |                               |                         | 대조군                   | 중재군                          |                  |
| Total clinical effective rate (Critical) | 1268<br>(14 RCTs) | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 1.20<br>[1.13, 1.29] | 1000명당 725명           | 1000명당 899명<br>[847, 967]    | 증상의 호전이 나타난 대상자수 |
| VAS(headache) (Critical)                 | 534<br>(5 RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>b</sup> | -                       | -                     | MD 1.13 낮음<br>[-2.17, -0.09] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| 편두통 지수 (Critical)                        | 115<br>(1 RCT)    | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | MD 1.78 낮음<br>[-2.43, -1.13] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| 두통 강도 점수 (Critical)                      | 68<br>(1 RCT)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | MD 2.44 낮음<br>[-3.08, -1.80] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| 두통 빈도 점수 (Critical)                      | 213<br>(3 RCTs)   | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                     | MD 1.27 낮음<br>[-2.35, -0.19] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| 동반 증상 점수 (Critical)                      | 84<br>(1 RCT)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | MD 0.20 낮음<br>[-0.39, -0.01] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| 두통일수 (Critical)                          | 175<br>(2 RCTs)   | ●●○○<br>Low <sup>b,c</sup>    | -                       | -                     | SMD 0.01 낮음<br>[-0.63, 0.61] | 숫자가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| Adverse events (Important)               | -                 | -                             | -                       | -                     | -                            | 언급한 연구가 없음       |

**Total clinical effective rate(총 유효율)** : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

**편두통 지수(Migraine score)** : ①+②+③+④

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Applying symptoms score) : Applying vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비돌림 위험성이 높음

b: 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2 > 70\%$ 로 연구간 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높음

c: MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음

## 결과요약표(Summary of Findings) (아시혈을 포함하여 치료한 문헌; R1-2)

| 결과<br>(결과중요도)                               | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)       | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                              | 비고               |
|---------------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------|
|                                             |                  |                               |                         | 대조군                   | 중재군                          |                  |
| Total clinical effective rate<br>(Critical) | 833<br>(10 RCTs) | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 1.33<br>[1.24, 1.43] | 1000명당<br>657명        | 1000명당<br>874명<br>[815, 939] | 증상의 호전이 나타난 대상자수 |
| VAS<br>(headache)<br>(Critical)             | 90<br>(1 RCT)    | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | MD 2.47 낮음<br>[-2.90, -2.04] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |

**Total clinical effective rate(총 유효율)** : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

**VAS** : Visual analogue scale for pain intensity

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

## 결과요약표(Summary of Findings) (6개월 이상 지속효과를 보고한 문헌; R1-3)

| 결과<br>(결과중요도)                               | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)       | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                               | 비고               |
|---------------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------|
|                                             |                  |                               |                         | 대조군                   | 중재군                           |                  |
| Total clinical effective rate<br>(Critical) | 191<br>(3 RCTs)  | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 1.32<br>[1.13, 1.54] | 1000명당<br>681명        | 1000명당<br>899명<br>[769, 1000] | 증상의 호전이 나타난 대상자수 |

**Total clinical effective rate(총 유효율)** : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

권고안 R1은 편두통 환자에 대한 침치료의 효과를 양약치료와 비교분석하기 위해 만들어졌다. 편두통의 치료에 있어서 양약의 치료와 비교하여 침치료의 효과를 비교하였을 때, 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며, VAS와 두통 강도 점수, 두통 빈도 점수, 두통 지속 시간 점수, 동반 증상 점수 및 편두통 지수 등에서 치료 효과가 더 높았다. 이에 대한 침치료 효과의 근거수준은 대체적으로 낮음(Low)으로 평가되었다. 포함된 연구에서 침치료에 대한 이상반응을 언급한 연구가 드물었으나, 침치료의 안전성에 대한 기존 문헌을 참고하여 볼 때 심각한 이상반응은 드문 치료법으로 임상적인 위해보다 이득이 더 큰 치료법으로 판단하였다. 현재 편두통 환자에 대해 침치료가 자주 활용되고 있으므로 임상 현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 침치료의 비용 대비 효과를 평가한 국내외의 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 침치료의 근거수준은 비록 낮음(Low)으로 평가되었으나 포함된 연구들에서 시행한 침치료 시행방법의 차이로 인한 한계점으로 파악되며, 침치료는 임상적인 편익이 신뢰할 수 있고 적용하기 쉬우며 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있

으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다.

#### 【R1-1, R1-2】

포함된 연구들에서 시행한 침치료 시행방법의 차이로 인한 이질성으로 근거수준이 낮음(Low)으로 파악되어 치료 혈자리와 6개월 이상 지속효과에 대해서 하위그룹 분석을 시행하였으며 그에 따라 근거수준 평가와 함께 하위 권고안을 아래와 같이 도출하였다.

변증에 따라 혈자리를 가감한 침치료와 양약의 치료 효과를 비교하였을 때, 침치료 효과의 근거수준은 대체적으로 중등도(Moderate)로 나타났다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 변증에 따라 혈자리를 가감한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 변증에 따라 혈자리를 가감할 것을 고려해야 한다.

아시혈을 포함한 침치료와 양약의 치료 효과를 비교하였을 때, 침치료 효과의 근거수준은 대체적으로 중등도(Moderate)로 나타났다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 아시혈을 포함한 침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료 시 아시혈을 포함할 것을 고려해야 한다.

#### 【R1-3】

포함된 연구 중 6개월 이상 치료효과를 보고한 연구가 3편 있었으며, 6개월 이상 지속효과에 따른 침치료 효과를 양약과 비교분석하여 권고안 R2를 도출하였다. 편두통의 치료에 있어서 양약의 치료와 비교하여 침치료의 6개월 이상 지속 효과를 비교하였을 때, 침치료의 6개월 이상 지속 효과의 근거수준은 대체적으로 중등도(Moderate)로 나타났다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 편두통 환자의 장기간 증상 완화를 위해 침치료를 사용할 것을 고려해야 한다.

### (3) 참고문헌

1. Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine Society. The Acupuncture and Moxibustion Medicine. Paju: Jipmoondang. 2012;5-101.
2. Zijlstra FJ, van den Berg-de Lange I, Huygen FJ, Klein J. Antiinflammatory actions of acupuncture. Mediat Inflamm. 2003;12(2):59-69
3. Molsberger A. The role of acupuncture in the treatment of migraine. CMAJ. 2012;184(4):391-392. doi:10.1503/cmaj.112032
4. Natbony LR, Zhang N. Acupuncture for Migraine: a Review of the Data and Clinical Insights. Curr Pain Headache Rep. 2020 May 29;24(7):32. doi: 10.1007/s11916-020-00864-w. PMID: 32472196.
5. 이재은, 이성우, 선승호, 정용수, 김병우. 반신마비성 편두통 환자 치험1례. 대한한방내과학회지. 2004;25(1):119-25.

6. 한성수, 안춘재, 서종은. 편두통에 아시혈요법을 응용한 치험 2례. 대한한방내과학회지 22(3):443-452, 2001
7. 이시섭, 김동원, 안교필, 엄효진, 남영, 편두통 환자의 뇌혈류에 대한 침치료의 효과. 대한침구학회지 18(6):135-140, 2001.
8. 선승호. 좌편두통방으로 호전된 좌측편두통 환자 치험2례. 동의생리병리학회지. 2008;22(6): 1594-9.
9. 유윤선, 노동진, 박장호, 이고은, 박인숙, 강형원, 류영수. 전침을 활용한 안검하수와 안구운동마 비를 동반한 편두통환자의 치험1례. 동의신경정신과학회지. 2011;22(4):135-42.
10. 손정화, 박민정, 우지명, 조기호, 문상관, 정우상. 변형편두통을 호소하는 환자 치험1례. 대한중풍순환신경학회지. 2016;17(1):39-44.
11. 성준호, 양정민, 김동일, 이태균. 월경기 편두통 환자 치험 1례. 대한한방부인과학회지. 2004;17(1):219-30.
12. 이현중, 정인태, 김수영, 이두익, 김건식, 이재동, 이윤희, 최도영. 편두통 환자의 임상양상 및 생체 전기 자율반응과의 상관성 고찰. 대한침구학회지. 2004;21(3):215-34
13. Yang Y, Que Q, Ye X, Zheng GH. Verum versus sham manual acupuncture for migraine: a systematic review of randomised controlled trials. Acupunct Med. 2016;34(2):76-83.
14. Cui R et al. Obserwtion on the therapeutic effect of He's Santong needling methods on migraine(贺氏三通法治疗偏头痛疗效观察). Chinese Acupuncture & moxibustion(中国针灸). 2004;24(1):21-3.
15. Dai M et al. Observations on the curative effect of Acupuncture on Migraine and its influence on cerebral blood flow(针刺治疗偏头痛患者疗效观察及对脑血流的影响). 上海针灸杂志. 2007;26(9):3-5.
16. Dai M et al. Clinical Observation on Acupuncture for Migraine(针刺治疗偏头痛临床观察). J Acupunct Tuina Sci. 2011;9(2):84-7.
17. Dai X et al. 调神疏泄法针刺治疗偏头痛65例. 陕西中医. 2009;30(9):1220-1.
18. Deng QL et al. 头穴透刺治疗偏头痛急性发作疗效观察. 中国中医. 2012;21(12):2005-6.
19. Dong MX. 针刺治疗偏头痛50例临床观察. 针灸临床杂志. 2007;23(6):5-6.
20. Feng Y et al. Clinical observation on case of migraine treated with Luoxuezhitong formula(“络穴止痛方”治疗偏头痛的临床观察). Journal of Beijing university of TCM(北京中医药大学学报中医临床版). 2004;11(4):31-3.
21. Feng ZG et al. Observation of the clinical curative effect of Xing Nao Kai Qiao acupuncture with differentiation acupoints in the treatment of migraine of Tan Zhuo Shang Rao type([醒脑开窍针刺法辨证取穴治疗偏头痛痰浊上扰型的临床疗效观察]. 中国社区医师). 2014;30(17):82-5.

22. Gu Y. Clinical Observations on Treatment of Migraine by Point through Point Acupuncture as a Main Therapy(透刺为主治疗偏头痛的临床观察). Shanghai J Acu Mox. 2008;22(5):24-5.
23. GUO W, RAO H. Observations on the Therapeutic Effect of Acupuncture on Migraine(针刺治疗偏头痛疗效观察). 上幅针灸杂志. 2011;30(5):289-90.
24. Han LB et al. 偏头痛的针刺治疗回顾. Chinese acupuncture & moxibustion(中国针灸). 2005;25(1):18-9.
25. Han LB et al. 平衡针刺治疗偏头痛31例疗效观察. 云南中医中药杂志 2010;31(4):37.
26. Han P et al. 针刺治疗偏头痛的疗效及对TCD影响的临床研究. 针灸临床杂志(JCAM). 2010;26(9):22-3.
27. Lei H et al. 针刺治疗偏头痛119例. 中国中医急症(JETCM). 2007;16(5):613.
28. Li DM et al. Clinical Study on Excessive Rising of Liver Migraine with Acupuncture(针刺治疗肝阳上亢型偏头痛的临床研究). 辽宁中医杂志 2009;36(9):1579-81.
29. Li GM et al. Observations on the Therapeutic Effect of Acupuncture on the Acute Migraine Attack(针刺治疗偏头痛急性发作疗效观察). Shanghai J Acu-mox(上海针灸杂志). 2010;29(7):439-41.
30. Li SL. Combination of Both Scalp and Body Acupuncture in the Treatment of Migraine of 160 Cases(头体针配穴治疗偏头痛160例临床研究). Information on Traditional Chinese Medicine(中医药信息). 2012;29(3):85-6.
31. Li SL et al. 头体针配穴治疗偏头痛160例临床研究. Information on Traditional Chinese Medicine(中医药信息). 2010;6(32):58-60.
32. Liu B et al. 针刺“头四穴”治疗偏头痛的临床研究. 辽宁中医杂志. 2006;33(11):1484-5.
33. Liu BS et al. Observation of clinical effect about syndrome differentiation acupuncture therapy on chronic migraine and autonomic nerve function(辨证针刺对慢性偏头痛患者自主神经功能影响的临床观察). SH. J. TCM(上海中医药杂志). 2016;50(3):65-7.
34. Liu XJ et al. Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine(四川中医). 2008;26(7):118.
35. LIU Y et al. Observations on the Curative Effect of Acupuncture on Migraine (针刺治疗偏头痛的疗效观察). Shanghai J Acu-mox. 2002;21(2):24-5.
36. Liu ZS et al. The Observation of the Curative Effect about 41 Cases Migrainous Headaches-Treatment with Pass Through by Acupuncture at Taiyang Acupoint (太阳透刺法治疗偏头痛41例疗效观察). Journal of Practical Traditional Chinese Internal Medicine(奥用中医内科杂志). 2011;25(7):90-1.
37. Min DM et al. 针刺治疗偏头痛即刻镇痛效应及远期疗效的临床观察. 针灸临床杂志. 2012;28(6):9-10.
38. Ning X et al. 针刺治疗偏头痛即刻疗效的临床观察. 中国针灸. 2004;-:11-2.

39. Ping SL et al. 颞三针治疗无先兆型偏头痛临床疗效观察. JCAM(针灸临床杂志). 2003;19(7):23-5.
40. Ren YD et al. Treatment Observation on the Instant Effects of Needling Si Guan Points Matching Qubin Penetration Shuaiguin Treating Migraine(四关穴配曲鬓透率谷治疗56例偏头痛即时疗效观察). Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine(四川中医). 2012;30(6):113-5.
41. Song YF et al. 针刺“四穴”为主治疗偏头痛30例临床研究. 江苏中医药. 2012;44(2):51-2.
42. Su HY et al. 调神疏肝针刺法治疗偏头痛35例疗效观察. Hunan Journal of Traditional Chinese Medicine(湖南中医杂志). 2016;32(8):102-3.
43. Sun PN et al. 针刺治疗偏头痛84例疗效观察. CHSM(中国生标准管理). 2014;5(9):54-5.
44. Wang B. Nape Multiple Acupuncture Plus Surrounding Acupuncture for Migraine(项丛刺合围针治疗偏头痛). Shanghai J acu mox. 2004;23(4):14-5.
45. Wang LP. Efficacy of acupuncture for migraine prophylaxis: a single-blinded, double-dummy, randomized controlled trial. headache. 2011;152(8):1864-71.
46. Wang LQ et al. 针刺治疗偏头痛83例疗效观察. J Gansu College TCM(甘肃中医学院学报). 2010;27(1):48-9.
47. Wu HK et al. 针灸对偏头痛患者的疗效分析. Seek Medical And Ask The Medicine(求医问药). 2012;10(10):543.
48. Wu JP. Randomized controlled Clinical Trials for Acupuncture Treatment of Aura-absence Migraine Patients(针刺治疗无先兆偏头痛临床随机对照观察). Acupuncture Research. 2011;36(2):128-12.
49. Xie JY et al. Effect of acupuncture on automatic nervous system in the patient of migraine Xie-Juying(针刺治疗偏头痛及其对自主神经系统功能的影响). Chinese Acupuncture & moxibustion(中国针灸). 2003;23(2):77-9.
50. Xu H et al. 针刺颈夹脊穴治疗偏头痛临床观察. Medicine & people(药物与人). 2014;27(318):35.
51. Xu HL et al. 针刺颈夹脊穴治疗偏头痛远期疗效观察. Traditional chinese(中医中药). 2014;64(02):64-5.
52. Xu QY et al. 针刺治疗无先兆型偏头痛32例疗效观察. 新中医. 2001;33(1):48-9.
53. Yang XQ et al. A Study on Curative Effects of Acupuncture for Treatment of Migraine(针刺对偏头痛的临床疗效观察). Journal of zhejiang chinese medical university(浙江中医药大学学报). 2013;37(5):617-9.
54. Zhang B et al. 深刺为主治疗普通型偏头痛的临床研究. 中国医药指南. 2013;11(21):305.
55. Zhang SY et al. The Therapeutic Effective Observation of Twisting Shaking the Needle of inserting to the abutting points in order to alleviate the headache felt during the acute stage of a mi-

- graine of a blood stasis type(邻点透刺加缠针震颤法治疗那血型偏头痛急性发作疗效观察). Chinese archives of the traditional chinese medicine(中华中医药学刊). 2007;25(2):401-3.
56. Zhang YB et al. 针灸治疗气滞血瘀型偏头痛50例. Henan Traditional Chinese Medicine(河南中医). 2011;31(11):1296-7.
  57. Zhao HL et al. 针刺治疗偏头痛50例. J sichuan of traditional chinese medicine(四川中医). 2006;24(5):101-2.
  58. Zheng SH et al. Clinical efficacy of Chifeng Yingyuan manipulation for migraine and its effects on endothelin and nitric oxide(赤凤迎源针法治疗偏头痛临床疗效及对血浆内皮素一氧化氮水平的影响). World Journal of Acupuncture-Moxibustion (WJAM). 2013;23(3):46-9.
  59. Zhong GW et al. Acupuncture at points of The Liver and Gallbladder Meridians for treatment of migraine: a multicenter randomized and controlled study(针刺肝膽经穴治疗偏头痛:多中心随机对照研究). Chinese acupuncture & moxibustion(中国针灸). 2009;29(4):259-63.
  60. Zhou ZL et al. 少阳三针刺法治疗偏头痛42例观察. 针灸临床杂志. 2003;19(6):33.
  61. Zou JH. 苍龟探穴法针刺率谷穴治疗偏头痛35例. Chinese Archives Traditional Chinese Medicine(中医药学刊). 2003;23(4).
  62. Qu TT et al. 针刺和盐酸氟桂利嗪预防性治疗偏头痛疗效对比. 陕西中医. 2015;36(6):723-4.
  63. Zeng LH et al. Effect of Acupuncture in Migraine Patients and Its Influence on Serum MMP-2 Activity(针灸治疗偏头痛患者的效果及其对血清基质金属蛋白酶-2活性的影响). 辽宁中医杂志. 2015;42(10):1971-3.
  64. Streng A. et al. Effectiveness and tolerability of acupuncture compared with metoprolol in migraine prophylaxis. Headache. 2006;46(10):1492-502.
  65. Yang CP et al. Acupuncture versus topiramate in chronic migraine prophylaxis: a randomized clinical trial. Cephalalgia. 2011;31(15):1510-21.
  66. Allais G et al. Acupuncture in the prophylactic treatment of migraine without aura: a comparison with flunarizine. Headache. 2002;42:855-61.
  67. Xie JY et al. 针刺足少阳经经穴为主治疗偏头痛31例临床观察. Guiding Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy(中医药导报). 2009;15(4):60-1.
  68. Bicer et al. The clinical efficiency of acupuncture in preventing migraine attacks and its effect on serotonin levels. Turk J Phys Med Rehab. 2017;63(1):59-65.
  69. Shu et al. Observations on the Efficacy of Intermittent Liver-nourishing and Mind-regulating Acupuncture in Preventive Treatment of Migraine(间歇式柔肝调神针刺法预防性治疗偏头痛疗效观察). Shanghai J Acu-mox. 2017;36(6):727-30.
  70. Chen et al. 阿是穴多针浅刺为主治疗偏头痛肝陽上亢证临床观察. Journal of Practical Tradi-

- tional Chinese Medicine(实用中医药杂志). 2016;32(3):259-60.
71. Lin et al. 针刺治疗偏头痛35例临床观察. Chinese Journal of Ethnomedicine and Ethnopharmacology(中国民族民间医药). 2018;27(22):98-102.
72. Wang et al. 针灸治疗由邪風引起偏头痛的临床观察与评价. J Med Theor & Prac. 2019;32(4):517-8.
73. Yu et al. Effects of acupuncture on calcitonin gene-related peptide, beta endorphin and 5-hydroxytryptamine in patients with chronic migraine(针刺对慢性偏头痛患者血浆CGRP,β-EP和5-HT的影响). Jiangsu Med J(江苏医药). 2017;43(10):710-2

## 【R2】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                        | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다.                                                                                                                                                                 | B/Moderate | 1-14 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 거짓 침치료와 침치료를 비교한 연구에서 침치료는 두부에는 각손(TE20), 풍지(GB20), 원위취혈로는 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40) 등의 혈위를 사용하였다.</li> <li>● 두통의 발생부위가 측두부일 때 각손(TE20), 후두부일 때 풍지(GB20)를 고려할 수 있다.</li> </ul> |            |      |
| 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 삶의 질 개선을 위하여 침치료를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다                                                                                                                                    | GPP/CTB    | 1-14 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 편두통으로 인해 일상생활 제한 및 업무기능 방해, 감정적인 문제 등이 있는 환자에게 침치료를 고려할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                          |            |      |

## (1) 임상질문 : Q2

| 편두통 환자에 대한 침치료는 거짓 침치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |    |      |                              |            |
|---------------------------------------------------------------------|----|------|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                              | 중재 | 비교   | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                              | 침  | 거짓 침 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

거짓 침치료 : 혈자리가 아닌 곳에 자침 또는 혈자리가 아닌 부위를 표피자극

## ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 14편의 무작위 배정 임상연구가 선정되었으며, 본 임상 질문은 편두통 환자에게 침치료를 시행한 군과 거짓 침치료를 시행한 군 사이의 치료결과의 차이를 편두통 증상 관련척도 값의 변화로 측정하였다

Lin HB 등(2013)<sup>1)</sup>의 임상연구에서는 5일간 치료, 2일간 휴식을 2회 반복하여 총 10회 동안 각손(TE20), 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40)혈로 치료한 중재군 30명과 거짓 침치료로<sup>a)</sup> 4혈을 선정한 대조군 29명과 비교한 결과 비교한 결과, 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 2.11, 95% CI: 1.28, 3.47) 통계적으로 유의하였다(P<0.01). 두통 강도에서는 신뢰구간 측정이 불가하나 중재군의 평균이 대조군보다 낮았으며 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 0.91만큼 더 감소하였고(MD -0.91, 95% CI: -1.54, -0.28) 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 0.41만큼 더 감소하였으며(MD -0.41, 95% CI: -0.89, 0.07) 동반 증상에서는 중재군에서 대조군보다 0.31만큼 더 감소하였다(MD -0.31, 95% CI: -0.71, 0.09).

Zhang HF 등(2013)<sup>2)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 5일간 치료, 2일간 휴식을 4회 반복하여 총 20회 동안 양측 각손(TE20), 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40)혈을 선정하여 치료한 중재군 30명과 거

깃 침치료로 4혈을 선정한<sup>a)</sup> 대조군 29명과 비교한 결과 비교한 결과, 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 2.04, 95% CI: 1.24, 3.34) VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 1.49만큼 더 감소하였다(MD -1.49, 95% CI: -2.38, -0.60).

Liang RH 등(2016)<sup>3)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 5일간 치료, 2일간 휴식을 4회 반복하여 총 20회 동안 양측 각손(TE20), 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40)혈을 선정하여 치료한 중재군 30명과 거깃 침치료로 4혈을 선정한<sup>b)</sup> 대조군 30명과 비교한 결과 비교한 결과, VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 1.43만큼 더 감소하였으며(MD -1.43, 95% CI: -2.11, -0.75) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).

Meng XH 등(2015)<sup>4)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 5일간 치료, 2일간 휴식을 4회 반복하여 총 20회 동안 환측 태양(EX-HN5)-솔곡(GB8)투자, 두임읍(GB15)-목창(GB16)투자, 외관(TE5), 중저(both)혈을 선정하여 치료한 중재군 30명과 거깃 침치료로 4혈을 선정한<sup>c)</sup> 대조군 30명을 비교한 결과 VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 1.60만큼 더 감소하였으며(MD -1.60, 95% CI: -2.69, -0.51) 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ). 두통 강도에서는 중재군에서 대조군보다 1.50만큼 더 감소하였고(MD -1.50, 95% CI: -2.11, -0.89) 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 1.72만큼 더 감소하였으며(MD -1.72, 95% CI: -2.36, -1.08) 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 0.43만큼 더 감소하였다(MD -0.43, 95% CI: -0.74, -0.12). 동반 증상에서는 신뢰구간 측정이 불가능하나 중재군의 평균이 대조군보다 낮았다.

Wan MY 등(2013)<sup>5)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 5일간 치료, 2일간 휴식을 2회 반복하여 총 10회 동안 환측의 각손(TE20), 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40)혈을 선정하여 치료한 중재군 14명과 거깃 침치료로 4혈을 선정한<sup>d)</sup> 대조군 14명을 비교한 결과 VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 1.54만큼 더 감소하였다(MD -1.54, 95% CI: -3.76, -0.68).

Chen HM 등(2014)<sup>6)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 5일간 치료, 2일간 휴식을 4회 반복하여 총 20회 동안 환측의 각손(TE20), 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40)혈을 선정하여 치료한 중재군 30명과 거깃 침치료로 4혈을 선정한<sup>e)</sup> 대조군 29명을 비교한 결과 두통 강도에서는 중재군에서 대조군보다 1.11만큼 더 감소하였고(MD -1.11, 95% CI: -1.59, -0.63), 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 0.91만큼 더 감소하였으며(MD -0.91, 95% CI: -1.54, -0.28), 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 0.41만큼 더 감소하였고(MD -0.41, 95% CI: -0.89, 0.07), 동반 증상에서는 중재군에서 대조군보다 0.31만큼 더 감소하였다(MD -0.31, 95% CI: -0.56, -0.06).

Diener HC 등(2006)<sup>7)</sup>의 임상연구에서는 주 2회, 총 6주 동안 의사의 진단에 따른 혈자리, 머리부위 혈자리, 아시혈에 자침한 중재군 290명과 혈자리가 아닌 피부부위에 거깃 침치료로 주 2회, 총 6주 동안 치료한 대조군 317명을 비교한 결과 두통일수에서 중재군에서 2.3days(95% CI: 1.9, 2.7) 감소하였으나 대조군과 유의한 차이는 관찰되지 않았다.

Linde K 등(2005)<sup>8)</sup>의 임상연구에서는 4주간 주 2회, 이후 4주간 주 1회 총 12회 동안 구허(GB40), 풍지(GB20) 또는 족임읍(GB41) 또는 지오회(GB42), 백회(GV20), 태충(LR3), 중저(TE3), 외관(TE5),

태양(EX-HN5)혈을 선정하여 치료한 중재군 145명과 거짓 침치료로 5~10개의 혈자리가 아닌 부위를 표피자극한 대조군 81명과 비교한 결과 두통일수에서는 중재군에서 대조군보다 0.20만큼 더 증가하였으며(MD 0.20, 95% CI: -0.72, 1.12), 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 0.10 더 감소하였다(MD -0.10, 95% CI: -0.44, 0.24).

Wang S 등(2015)<sup>9)</sup>의 임상연구에서는 1일 1회, 6일간 치료, 1일간 휴식, 6일간 치료를 2회 반복하여 총 24회 동안 인당(EX-HN3), 태양(EX-HN5), 각손(TE20), 현리(GB6), 풍지(GB20), 협계(GB43), 행간(LR2)혈을 선정하고, 매화침(梅花鍼)을 인당(EX-HN3), 태양(EX-HN5)혈에 시술한 중재군 30명과 거짓 침치료를 시행한(혈위에 대한 설명 부재) 대조군 30명을 비교한 결과 두통 강도에서는 중재군에서 대조군보다 1.21만큼 더 감소하였으며(MD -1.21, 95% CI: -1.37, -1.05), 두통 빈도에서는 중재군에서 대조군보다 0.83만큼 더 감소하였고(MD -0.83, 95% CI: -1.20, -0.46), 두통 지속 시간에서는 중재군에서 대조군보다 1.92만큼 더 감소하였다(MD -1.92, 95% CI: -2.34, -1.50). 동반 증상에서는 중재군에서 대조군보다 0.37만큼 더 감소하였다(MD -0.37, 95% CI: -0.70, -0.04)

Ying Li 등(2012)<sup>10)</sup>의 임상연구에서는 총 8주간 소양경 특정 혈위인 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40), 풍지(GB20)혈을 선정하여 치료한 중재군 121명, 소양경 비특정 혈위인 노식(TE19), 삼양락(TE8), 슬양관(GB33), 지오회(GB42)혈을 선정하여 치료한 중재군 119명, 양명경 특정혈인 두유(ST8), 편력(LI6), 족삼리(ST36), 충양(ST42)혈을 선정하여 치료한 중재군 118명과 거짓 침치료로 4혈을 선정한<sup>a)</sup> 대조군 118명을 비교한 결과 두통일수, 두통 지속 시간에는 통계적인 유의성이 없었으나, 두통 강도, 두통 빈도에서는 중재군이 대조군비해 더 감소한 효과가 관찰되었다. 또한 MSQ로 측정된 편두통 관련 삶의 질에서 소양경 특정혈위를 선정한 중재군에서 대조군에 비해 통계적으로 유의하였다.

Chang XR 등(2013)<sup>11)</sup>의 임상연구에서는 5일간 치료, 2일간 휴식을 4회 반복, 총 20회 동안 양측 각손(TE20), 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40)혈에 치료한 중재군 30명과 거짓 침치료로 4혈을 선정한<sup>b)</sup> 대조군 29명을 비교한 결과 중재군에서 두통 강도 감소가 통계적으로 유의하였으며, 8주 후 측정된 MSQ(Migraine Specific Quality of Life Questionnaire MSQ Version 2.1)에서 대조군에 비해 통계적으로 유의한 효과가 관찰되었다( $P<0.01$ ).

Boutouyrie P 등(2009)<sup>12)</sup>의 임상연구에서는 2달 동안 증상, 설진, 맥진 등으로 통한 진단을 통해 특정 혈자리를 선정하여 자침한 중재군 15명과 혈자리가 아닌 곳에 자침한 대조군 14명을 비교한 결과 두통 강도는 중재군에서 대조군보다 3.83 더 증가하였다(MD +3.83, 95% CI: 2.46, 5.20).

Li 등(2017)<sup>13)</sup>의 임상연구에서는 4주간 주 5회 양쪽의 양릉천(GB34), 구허(GB40), 외관(TE5) 또는 슬양관(GB33), 지오회(GB42), 삼양락(TE8) 또는 족삼리(ST36), 충양(ST42), 편력(LI6)혈에 치료받은 중재군 35명과 거짓 침치료<sup>c)</sup>를 시행한 대조군 11명을 비교한 결과 VAS score(headache)에서는 0.70만큼 더 감소하였으며(MD -0.70, 95% CI: -1.29, -0.11) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Wang 등(2017)<sup>14)</sup>의 임상연구에서는 4주간 주 5회 두통혈(발등 제 1,2 중족골 결합 앞의 요합쳐 중점)에 치료받은 중재군 19명과 거짓 침치료로 발등 제 3,4 중족골 결합 앞의 요합쳐 중점에 침치료를

시행한 대조군 19명을 비교한 결과 VAS score(headache)에서는 2.01만큼 더 감소하였으며(MD -2.01, 95% CI: -2.84, -1.18), 두통지수, 두통 지속 시간, 두통횟수 감소에서 각각 대조군에 비해 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

### [Sham acupuncture]

- a) ① angle sun to the side of the open, triple burner and gall bladder connection (angle sun and rate valley connection) midpoint ② side of the level of open side, triple burner and the small intestine through the midpoint of the connection ③ Yanglingquan level side by side, the stomach and gallstones through the midpoint of the connection ④ Qiu Hui level side by side, the stomach and gallstones through the midpoint of the connection
- b) ① 각손(TE20) 상방 양측 삼초경 ~ 담경 연결점중점(각손-솔곡) ② 외관(TE5) 수평 양측, 삼초경 ~ 소양경 연결점 중점 ③ 양릉천(GB34) 수평양측 위경 ~ 담경 연결점중점 ④ 구허(GB40) 수평양측 위경 ~ 담경 연결점중점
- c) ① the inside of the elbow, the elbow tip and the midpoint of the armpit connection ② the medial epicondyle of the humerus and ulnar wrist connection midpoint, ulnar margin ③ the junction of the forearm deltoid and brachial biceps ④ Zusanli level next to open 1-2cm at the lateral edge of the tibia.
- d) ① the inside of the elbow, the elbow tip and the midpoint of the armpit connection ② the medial epicondyle of the humerus and ulnar wrist connection midpoint, ulnar margin ③ the junction of the forearm deltoid and brachial biceps ④ Zusanli level next to open 1-2cm at the lateral edge of the tibia.
- e) ① The medial side of the arm at the anterior border of the insertion of the deltoid muscle at the junction of the deltoid and biceps muscles ② The edge of the tibia (1-2 cm lateral and horizontal to the Zusanli [ST36]) ③ Half way between the tip of the elbow and the axilla ④ On the ulnar side of the arm, half way between the epicondylus medialis of the humerus and the ulnar side of the wrist.

### ② 연구결과의 요약

본 임상 질문에는 침치료를 중재군으로 하고 거짓 침치료를 대조군으로 한 연구를 대상으로 분석을 수행하였다.

편두통 치료에서 침치료 및 거짓 침치료군을 비교한 연구의 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 두통일수와 편두통 발작횟수를 제외한 대부분의 결과지표에서 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 두통 지속 시간 점수, 편두통 발작횟수, 동반증상점수에서 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2=70\%$ 보다 높아 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높다고 판단하였다. 편두통 지수에서는 대상자 수가 너무 적어 비정밀성이 높다고 판단하였으며, 두통일수에서 MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하여 비정밀성이 높다고 판단하였으며, 나

머지 결과 지표에서는 일관성, 비정밀성 등의 항목에서는 근거 수준을 낮출 필요가 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

Total clinical effective rate로 평가한 2편의 무작위 배정 임상연구들을 종합하였을 때 근거수준은 중등도(Moderate)이고 RR값은 2.11(95% CI: 1.48, 3.00)로 통계적으로 유의하였다. VAS로 평가한 6편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 1.37 낮았다(95% CI: -1.81, -0.94). 편두통 지수로 평가한 1편의 연구에서는 근거수준은 낮음(Low)이고 중재군의 척도가 3.04 낮았으며(95% CI: -5.43, -0.65), 두통 강도 점수로 평가한 4편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 1.21 낮았다(95% CI: -1.35, -1.07). 두통 빈도로 평가한 4편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 1.05 낮았으며(95% CI: -1.44, -0.67) 두통 지속 시간으로 평가한 4편의 연구에서는 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 0.79 낮았다(95% CI: -1.53, -0.06). 동반 증상으로 평가한 4편의 연구에서는 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 0.78 낮았다(95% CI: -1.45, -0.10). 두통일수로 평가한 3편의 경우 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 0.18 적었으며(95% CI: -0.57, 0.22), 편두통발작횟수로 평가한 3편의 경우 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 0.55 적었다(95% CI: -1.07, -0.02). 거짓 침치료에 대한 이상반응을 언급한 연구는 없어 안전성에 대한 결론은 내릴 수 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                               | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)       | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                                  | 비고                    |
|---------------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
|                                             |                  |                               |                         | 대조군                   | 중재군                              |                       |
| Total clinical effective rate<br>(Critical) | 118<br>(2 RCTs)  | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 2.11<br>[1.48, 3.00] | 1000명당 3명             | 1000명당 800명<br>많음<br>[561, 1000] | 증상의 호전이 나<br>타난 대상자 수 |
| VAS(headache)<br>(Critical)                 | 290<br>(6 RCTs)  | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | MD 1.37 낮음<br>[-1.81, -0.94]     | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미   |
| 편두통 지수<br>(Critical)                        | 38<br>(1 RCT)    | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                     | MD 3.04 낮음<br>[-5.43, -0.65]     | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미   |
| 두통 강도 점수<br>(Critical)                      | 238<br>(4 RCTs)  | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | MD 1.21 낮음<br>[-1.35, -1.07]     | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미   |
| 두통 빈도 점수<br>(Critical)                      | 238<br>(4 RCTs)  | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | MD 1.05 낮음<br>[-1.44, -0.67]     | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미   |
| 두통 지속<br>시간 점수<br>(Critical)                | 238<br>(4 RCTs)  | ●●○○<br>Low <sup>a,c</sup>    | -                       | -                     | MD 0.79 낮음<br>[-1.53, -0.06]     | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미   |

| 결과<br>(결과중요도)           | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI) | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                              | 비고                  |
|-------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------|
|                         |                  |                               |                   | 대조군                   | 중재군                          |                     |
| 동반 증상 점수<br>(Critical)  | 238<br>(4 RCTs)  | ●●○○<br>Low <sup>a,c</sup>    | —                 | —                     | MD 0.78 낮음<br>[-1.45, -0.10] | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미 |
| 두통일수<br>(Critical)      | 1072<br>(3 RCTs) | ●●●○<br>Moderate <sup>d</sup> | —                 | —                     | MD 0.18 낮음<br>[-0.57, 0.22]  | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미 |
| 편두통 발작 횟수<br>(Critical) | 503<br>(3 RCTs)  | ●●●○<br>Moderate <sup>c</sup> | —                 | —                     | MD 0.55 낮음<br>[-1.07, -0.02] | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

편두통 지수(Migraine score) : ①+②+③+④

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Appling symptoms score) : Appling vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

두통일수: 1달간 두통이 있었던 일수(day/month)

편두통 발작 횟수: 1달간 편두통이 발작한 횟수(n/month)

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음.

b: 샘플수가 너무 적어 비정밀성이 높음.

c: 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2 > 70\%$ 로 연구간 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높음.

d: MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하여 비정밀성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

권고안 R2는 편두통 환자에 대한 침치료의 효과를 거짓침치료와 비교분석하여 만들어졌다. 침치료는 거짓 침치료에 비해 총 유효율이 더 높았으며, VAS(headache)와 편두통 지수 및 편두통 관련 지표들을 더 감소시켰다. 또한 편두통 관련 삶의 질 평가도구인 MSQ에서도 개선을 보고한 연구가 있었기에 이에 대한 근거평가 및 권고안을 R2-1로 별도로 제시하였다.

### 【R2】

편두통의 치료에 있어서 거짓 침치료와 비교하여 침치료의 상대적 효과를 비교하였을 때, 비록 혈위의 구성이 연구마다 다소 차이가 있으나 침치료 후 치료율과 편두통 증상관련 결과지표에서 근거수준은 대체적으로 중등도(Moderate) 또는 낮음(Low)으로 나타났다. 포함된 연구 중 침치료에 대한 이상반응을 언급한 연구가 드물지만 침치료의 안전성에 대한 선행연구들을 참조해보면 비교적 안전한 치료법으로 이득에 비해 위해는 적다고 판단하였다. 현재 편두통 환자에 대한 침치료의 활용도는 높은 편이며, 전문가들의 의견을 고려해 볼 때 임상적인 효과도 좋은 편으로 사료되므로 앞으로 이에 근거하여 임상 현장에서의 활용을 권장할 수 있다. 침치료의 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 편두통 환자의 증상호전을 위한 침치료에 권고등급 B를 부여한다. 즉 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두

통 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 한다.

### 【R2-1】

편두통의 치료에 있어서 거짓 침치료와 비교하여 침치료의 편두통 관련 삶의 질 개선에 대한 효과에 대해서는 이를 보고한 연구의 수가 적고 평가지표의 불일치 등으로 인해 정량적인 근거 합성이 어려웠다. 2건의 무작위대조군 임상연구<sup>10,11)</sup>에서 중재군에서는 소양경 특정 혈위인 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40), 풍지(GB20)혈을 선정, 양측 각손(TE20), 외관(TE5), 양릉천(GB34), 구허(GB40)혈을 선정하여 치료하였으며, 거짓 침치료를 시행한 대조군과 비교한 결과 MSQ로 측정한 편두통 관련 삶의 질 개선 효과에서 대조군에 비해 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 이를 근거로 하여 근거수준은 CTB로 평가하였다. 포함된 연구 중 침치료에 대한 이상반응을 언급한 연구가 드물지만 침치료의 안전성에 대한 선행연구들을 참조해보면 비교적 안전한 치료법으로 이득에 비해 위해는 적다고 판단하였다. 현재 편두통 환자에 대한 침치료의 활용도는 높은 편이며, 전문가들의 의견을 고려해 볼 때 삶의 질 개선 측면에서 임상적인 효과도 좋은 편으로 사료되므로 앞으로 이에 근거하여 임상 현장에서의 활용을 권장할 수 있다. 침치료의 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 침치료는 위해보다 이득이 더 크며 임상 활용도도 높아 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고등급 GPP를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 침치료를 하는 것이 거짓 침치료에 비해 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 삶의 질 개선을 위하여 침치료를 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.

### (3) 참고문헌

1. Lin HB et al. Clinical observation on short-term effect and TCD in acupuncture therapy of migraine with specific acupoints on Shaoyang meridian(针刺少阳经特定穴治疗偏头痛患者近期疗效及脑血流速度的临床观察). CJTCMP(中华中医药杂志(原中国医药学报)). 2013;28(3):846-8.
2. Zhang HF et al. 针刺少阳经特定穴对偏头痛患者近期VAS评分头痛强度及MSQ评分的临床观察. Lishizhen Medicine and Materia Medica Research(时珍国医国药). 2013;24(7):1663-5.
3. Liang RH et al. Migraine after Acupuncture at Shaoyang Specific Acupoints (针刺少阳经特定穴对慢性偏头痛患者脑神经元代谢影响的研究). Chinese Archives of Traditional Chinese Medicine. 2016;34(4):918-20.
4. Meng XH et al. Clinical Observations on the Immediately Analgesic Effect and Curative Effect of the Combination Adjacent and Remote Acupoints for Acute Migraine Attack(远近配穴针刺对偏头痛患者即刻止痛效应及远期总体疗效的临床观察). Journal of Basic Chinese Medicine(中国中医基础医学杂志). 2015;21(8):1004-20.
5. Wan MY et al. The study on efficacy evaluation of treatment the type of hyperactivity of liver

- yang of Migraine without Aura by meridian(本经取穴治疗肝陽上亢型无先兆偏头痛的疗效评价研究). *Lishizhen Medicine and Materia Medica Research*(时珍国医国药). 2013;24(4):986-8.
6. Chen HM et al. Clinical effect of acupuncture at specific acupoints of Shaoyang meridian in treatment of migraine: a report of 30 cases(针刺少阳经特定穴治疗偏头痛30例疗效观察). *Hunan J of traditional chinese medicine*(湖南中醫原志). 2014;30(8):97-9.
7. Diener, HC et al. Efficacy of acupuncture for the prophylaxis of migraine: a multicentre randomised controlled clinical trial. *The Lancet, Neurology* March 2, 2006;5(4):310-6.
8. Linde K et al. Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293:2118-25.
9. Wang S et al. 针刺配合梅花针治疗肝陽上亢型偏头痛的临床观察. *黑龙江中医药* 2015;44(5):45-6.
10. Ying Li et al. Acupuncture for migraine prophylaxis: a randomized controlled trial. *CMAJ(Canadian Medical Association journal)*. 2012;184(4):401-10.
11. Chang XR et al. Clinical study on acupuncture therapy of migraine with Shaoyang specific acupoints for the long-term effect of VAS, headache intensity and MSQ(针刺少阳经特定穴对偏头痛患者远期VAS计分和头痛强度及MSQ评分的临床观察). *CJTCMP(中华中医药杂志)*. 2013;28(8):2414-6.
12. Boutouyrie P et al. Acute and chronic effects of acupuncture on radial artery: a randomized double blind study in migraine. *Artery research*. 2009;4(1):7-14.
13. Li et al. Acupuncture modulates the abnormal brainstem activity in migraine without aura patients. *NeuroImage: Clinical*. 2017;15:367-75.
14. Wang et al. Migraine without aura treated with balance acupuncture therapy: a randomized controlled trial(平衡针疗法治疗无先兆偏头痛随机对照研究). *Chinese Acupuncture & Moxibustion*(中国针灸). 2017;37(8):805-9.

## 2. 전침 치료

### ● 배경

편두통에 대한 침치료 연구가 다수 존재하며, 그 중 침에 전류를 이용하여 자극을 주는 전침 치료를 시행한 연구도 일부 존재한다. 또한 임상 현장에서도 일반 침뿐만 아니라 전침 치료도 같이 활용되고 있다. 본 전침 치료 파트에서는 전침치료의 효과를 양약치료와 비교한 연구를 통해 편두통에 대한 전침 치료의 효능을 알아보고자 하였다. 현재까지 보고된 무작위 배정 임상 연구들을 바탕으로 권고안을 정리하여 임상에서 편두통 환자에게 전침치료를 의사결정에 도움이 될 수 있도록 하였다.

### ● 임상질문 및 권고안

#### ▣ 단독치료

#### 【R3】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                         | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 전침치료를 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                            | B/Moderate | 1-15 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 침치료와 전침치료를 함께 사용가능한 두부의 혈위는 풍지(GB20)-솔곡(GB8), 풍지(GB20)-태양(EX-HN5), 양측의 태양(EX-HN5), 사죽공(TE23)-솔곡(GB8), 함열(GB4)-현로(GB5), 두유(ST8)-곡빈(GB7) 등을 활용할 수 있다.</li> <li>● 치료기간은 대개 1회 30분, 1일 1회, 총 30일 정도로 이루어졌다.</li> </ul> |            |      |
| 4주 미만 단기간 치료 시, 편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 두통 강도 완화에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 두통 강도 완화를 위해 전침치료를 고려해야 한다.                                                                                                                                                               | B/Moderate | 1-15 |

## (1) 임상질문 : Q3

| 편두통 환자에 대한 전침치료는 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |    |    |                              |            |
|--------------------------------------------------------------------|----|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                             | 중재 | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                             | 전침 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

## ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 15편의 무작위 배정 임상연구가 선정되었으며, 본 임상 질문은 편두통 환자에게 전침치료를 시행한 군과 양약치료를 시행한 군 사이의 치료결과의 차이를 편두통 증상 관련척도 값의 변화로 측정하였다.

Ai M 등(2011)<sup>1)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 4주 동안 양측 태양(EX-HN5), 풍지(GB20)혈에 10Hz, 1V로 10분간 전침치료를 시행한 중재군 20명과 양약치료로 일 3회, 주 5회, 2일간 휴식, 총 4주간 Nimodipine(40mg)을 경구 복용한 대조군 20명을 비교한 결과, 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.31, 95% CI: 0.90, 1.89).

Ai M 등(2011)<sup>2)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 4주 동안 양측 태양(EX-HN5), 풍지(GB20)혈에 10Hz, 1V로 10분간 전침치료를 시행한 중재군 21명과 양약치료로 일 3회, 주 5회, 2일간 휴식, 총 4주간 Nimodipine (40mg)을 경구 복용한 대조군 21명을 비교한 결과, 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다.(RR 1.29, 95% CI: 0.91, 1.82).

Chen HW 등(2009)<sup>3)</sup>의 임상연구에서는 급성기 일 1회, 안정기 3일에 1회, 총 30일 동안 양측 환측 C1-T4 협척혈(Ex-B2), 이문(TE21), 태양(EX-HN5), 두유(ST8), 사죽궁(TE23), 솔곡(GB8), 풍지(GB20) 변증에 따라 간양상항(肝陽上亢)형은 태충(LR3), 신허(腎虛)형은 태계(KI3), 혈허(血虛)형은 삼음교(SP6), 어혈(瘀血)형은 혈해(SP10)혈을 선정하여 G6805 Electro acu(wave of condensation)로 전침자극한 중재군 45명과 양약치료로 급성기에 Ergotamine & Caffeine(2T, 咖啡因100mg)을 복용하고 30분 뒤에 안정되지 않으면 1~2T를 추가복용 하고 24시간 동안 최대 6T, 주당 10T를 복용하였고, 안정기에는 Nimodipine(1T, 30mg)을 일 2회 복용한 대조군 36명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.27, 95% CI: 1.04, 1.55) 통계적으로 유의하였다(P<0.01).

Ha NN 등(2013)<sup>4)</sup>의 임상연구에서는 일 1회, 총 20일 동안 양측 합곡(LI4), 태충(LR3), 아시혈(Ashi point)을 선정하고 부위에 따라 전두통에 태양(EX-HN5)-솔곡(GB8) 투자, 측두통에 풍지(GB20)혈을, 변증에 따라 허증작정(虛證酌靑)의 경우 백회(GV20), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6)혈을, 실증작정(實證酌靑)형에 두유(ST8), 현로(GB5)-함염(GB4) 투자, 행간(LR2), 중저(TE3)혈을 선정하여 치료한 중재군 36명과 20일 동안 양약치료로 일 1회 Nimodipine(40mg)을 복용하고 급성기에 Ibuprofen(1T, 0.3g)

을 일 2회 경구복용한 대조군 18명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.46, 95% CI: 1.05, 2.03) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Lao JX 등(2002)<sup>5)</sup>의 임상연구에서 일 1회, 10일간 치료, 5일간 휴식을 3회 반복하여 총 30회 동안 사죽공(TE23)-솔곡(GB8) 투자, 함염(GB4)-현로(GB5)투자, 풍지(GB20), 열결(LU7), 태양(EX-HN5)혈을 선정하고 변증에 따라 수불함목(水不涵木)형의 경우 태계(KI3), 태충(LR3)혈을, 담열내조(痰熱內阻)형의 경우 풍릉(ST40), 외관(TE5)혈을, 간풍상요(肝風上擾)형의 경우 행간(LR2), 합곡(LI4)혈을 선정하여 G6805로 전침자극하여(wave of condensation) 치료하고 2달간 휴식한 중재군 87명과 양약치료로 일 3회, 10일간 치료, 5일간 휴식을 3회 반복하여 총 30회 동안 Rotundine(頭痛定, 30mg)을 경구복용한 후 2달간 휴식한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.67, 95% CI: 1.21, 2.30) 통계적으로 유의하였다( $P<0.01$ ).

Ni CH 등(2002)<sup>6)</sup>에서는 일 1회, 10일간 치료, 5일간 휴식, 총 1달 동안 합곡(LI4), 태충(LR3)혈에 C-6805로 20분 동안 전침 자극한 중재군 32명과 양약치료로 1달 동안 일 3회 Nimodipine(40mg)을 경구복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.18, 95% CI: 0.94, 1.48).

Shi YQ 등(2012)<sup>7)</sup>의 임상연구에서 7일 동안 풍지(GB20), 침대신경점(枕大神經點, 풍지GB20~예풍TE17의 중간점으로 통증이 있는 부위), 양측 후두부 환측에 압통점을 선정하고 C6805C-1로 전침 자극하여(wave of condensation) 치료한 중재군 50명과 양약치료로 Flunarizine(Sibelium, 5mg)을 일 1회, 7일간 경구 복용한 대조군 50명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.23, 95% CI: 1.06, 1.41) 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ).

Yang YH 등(2008)<sup>8)</sup>의 연구결과에서 일 1회, 10회 치료, 2일 휴식을 2회 반복하여 총 20회 동안 아시혈(Ashi point)과 통증부위에 따라 측두통은 각손(TE20), 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 외관(TE5), 족임읍(GB41)혈을, 전두통은 신정(GV24), 인당(EX-HN3), 두유(ST8), 합곡(LI4), 내정(ST44)혈을, 후두통은 풍지(GB20), 천주(BL10), 곤륜(BL60)혈을, 두정부 통증은 백회(GV20), 상성(GV23), 태충(LR3)혈을 6805-AII를 이용하여 전침자극하여(high frequency wave, 100times/s) 치료한 중재군 75명과 양약치료로 총 20회 동안 매일 밤 1회 Fluorosilicate hydrochloride(5mg)을 복용하며 심각한 발작 시 Ergot caffeine을 0.5C 복용한 대조군 75명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.35, 95% CI: 1.12, 1.62).

YE GX 등(2009)<sup>9)</sup>의 임상연구에서 일 1회, 5일 치료, 2일 휴식을 4회 반복하여 총 20회 동안 풍지(GB20), 외관(TE5), 양릉천, 구허(GB40)혈을 LH200(HANS)로 전침자극하여(wave of condensation, 2Hz/100Hz, 0.2-1.0mA) 치료한 중재군 28명과 양약치료로 일 3회 Nimodipine(40mg)과 Oryzanol(20mg)을 4주간 복용한 대조군 28명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.08, 95% CI: 0.90, 1.30).

Zhang MS 등(2005)<sup>10)</sup>의 임상연구에서 일 1회, 10일간 치료, 3일간 휴식을 4회 반복하여 총 40회 동안 사죽공(TE23)-솔곡(GB8) 투자, 함염(GB4)-곡빈(GB7) 투자, 양측 풍지(GB20)(both), 외관(TE5),

건측 입읍(GB15)혈을 선정하고 변증에 따라 간양상항(肝陽上亢)의 경우 양측 태충(LR3)혈을, 담습상요(痰濕上擾)의 경우 양측 공손혈을 선정하여 G6805로 전침자극하여(60Hz) 치료한 중재군 30명과 양약치료로 2달 동안 매일 자기 전 1회 Fluoride hydrochlorid(10mg, 1C)을 복용하고 발작 시 일 2회 1C를 추가복용하고, Ibuprofen Sustained-Release 1C를 일 2회 복용하는 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율에서 차이가 관찰되지 않았다(RR 0.97, 95% CI: 0.86, 1.08) (P>0.05).

Zhou JW 등(2007)<sup>11)</sup>의 임상연구에서는 5일간 치료, 2일간 휴식을 4회 반복하여 총 20회 동안 양측의 태양(EX-HN5)혈에 염전, 제삽, 득기 후 LH202H로 환측에 음극을, 건측에 양극을 연결하여 전침자극한(2/100Hz, wave of condensation, 10분마다 강도 증가) 중재군 146명과 양약치료로 Compound Aminopyrine Phenacetin(2T)을 일 3회, Ergotamine & Caffeine(Caffeine100mg, 2T)을 일 3회, Diazepam(2.5mg, 1T)을 일 3회 복용한 대조군 140명을 비교한 결과, 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.06, 95% CI: 0.97, 1.15). VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 0.30 만큼 더 감소하였다(VAS -0.30, CI:-0.63, 0.03).

Zhou JW 등(2008)<sup>12)</sup>의 임상연구에서는 5일간 치료, 2일간 휴식을 4회 반복하여 총 20회 동안 양측의 태양(EX-HN5)혈에 염전, 제삽, 득기 후 LH202H로 환측에 음극을, 건측에 양극을 연결하여 전침자극한(2/100Hz, wave of condensation, 10분마다 강도 증가) 중재군 146명과 양약치료로 일 3회 Somedon(索米痛片, 2C), Caffeine(100mg, 2C), Estazolamum, Eurodin(25mg)을 복용한 대조군 140명을 비교한 결과, VAS score(headache)에서는 중재군에서 대조군보다 0.20 만큼 더 감소하였다(VAS -0.20, CI:-0.48, 0.08).

Han 등(2016)<sup>13)</sup>의 임상연구에서는 17일간 첫 3일에 일 1회 치료 후 14일간 2일에 1회 급성 발작기에는 백회(GV20), 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 합곡(LI4), 태충(LR3)과 환측의 경락에 따른 혈자리 배합(소양두통-외관(TE5), 족입읍(GB41) / 양명두통-내정(ST44) / 태양두통-후계(SI3), 신맥(BL62)을 배합), 완해기에는 백회(GV20), 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 합곡(LI4), 태충(LR3)과 변증에 따른 혈자리(간양두통-행간(LR2), 태계(KI3) / 담탁두통-풍릉(ST40), 음릉천(SP9) / 어혈두통-혈해(SP10), 격수(BL17) / 혈허두통-기해(CV6), 족삼리(ST36)를 배합)에 전침치료를 받은 중재군 30명과 양약치료로 급성기에 Ergotamine, 완해기에 Propranolol을 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.24, 95% CI: 0.94, 1.63). 부작용은 중재군에서는 1례, 대조군에서는 7례가 관찰되었다.

Wang 등(2020)<sup>14)</sup>의 임상연구에서는 3개월간 첫 달에는 주 5회 후 주 2~3회 풍지(GB20), 솔곡(GB8), 두유(ST8), 태양(EX-HN5) 과 변증에 따른 혈자리(① 간양상항(肝陽上亢) : 양릉천(GB34), 행간(LR2), ② 담탁상요(痰濁上擾) : 풍릉(ST40), 음릉천(SP9), ③ 열증(熱證) : 외관(TE5), 곡지(LI11), ④ 기체혈어(氣滯血瘀) : 태충(LR3), 혈해(SP10), ⑤ 간신음허(肝腎陰虛) : 삼음교(SP6), 태계(KI3))에 전침치료를 받은 중재군 67명과 양약치료로 3개월간 Flunarizine을 복용한 대조군 65명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.44, 95% CI: 1.14, 1.83). 부작용은 중재군에서는 0례, 대조군에서는 9례가 관찰되었다.

Xiao 등(2018)<sup>19)</sup>의 임상연구에서는 10일간 일 1회 옥침(BL9)-천주(BL10)까지 같은 거리로 4부위와 증상에 따른 혈자리(① 소양경 증상: 외관(TE5), 협계(GB43), ② 양명경 증상: 합곡(LI4), 내정(ST44), ③ 태양경 증상: 후계(SI3), 신맥(BL62), ④ 췌음경 증상: 내관(PC6), 태충(LR3))에 전침치료를 받은 중재군 30명과 양약치료로 10일간 Diclofenace를 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.33, 95% CI: 1.04, 1.72). VAS score(headache), 두통지수에서 각각 대조군에 비해 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).

## ② 연구결과의 요약

본 임상 질문에는 중재로 전침치료의 혈자리 및 치료 횟수와 기간, 유침시간 등에 다소 차이가 있어 통합하여 분석하는 데 논란의 여지는 있으나, 전문가 그룹의 합의를 통해 치료에 대한 이득과 위해가 중재 간에 비슷하며 가치와 선호도가 비슷할 것으로 판단되어 전침치료를 중재군으로 하고 양약 치료를 대조군으로 한 연구를 대상으로 분석을 수행하였다.

편두통 치료에서 전침치료 및 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 모든 결과 지표에서 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 두통 빈도 점수와 두통 지속 시간 점수에서는 MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높다고 판단하였으며, 두통 빈도 점수와 두통 지속 시간 점수를 제외한 결과 지표에서는 비정밀성 항목에서 근거 수준을 낮출 필요가 없다고 판단하였다. 모든 결과지표에서 비일관성은 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 효과의 추정치에 대한 확신을 중등도로 할 수 있으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다고 판단하였다. 평가된 근거의 문헌에서 대부분 비뚤림 위험성이 높고, VAS가 결과지표로 포함된 근거의 수가 적어 향후 잘 설계된 임상연구를 통해 근거의 보충이 필요하다고 볼 수 있었다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

Total clinical effective rate로 평가한 14편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 RR값은 1.23(95% CI: 1.12, 1.35)로 통계적으로 유의하였다. 4주 이상 치료 후 VAS로 평가한 3편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 0.26 낮았다(95% CI: -0.47, -0.05). 4주 미만 치료 후 VAS로 평가한 1편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 2.13 낮았다(95% CI: -3.34, -0.92). 편두통 지수로 평가한 1편의 연구에서는 근거수준은 중등도(Moderate)이고 중재군의 척도가 4.53 낮았으며(95% CI: -6.97, -2.09), 두통 빈도로 평가한 1편의 연구에서는 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 0.30 낮았으며(95% CI: -0.71, 0.11), 두통 지속 시간으로 평가한 1편의 연구에서는 근거수준은 낮음(low)이고 중재군의 척도가 0.20 낮았다(95% CI: -0.47, 0.07). 전침치료에 대한 이상반응을 언급한 연구는 2편이었으며 RR값은 0.10(95% CI: 0.02, 0.52)로 안전성을 확인할 수 있었다.

## 결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                            | 총 환자수<br>(문헌 수)   | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)       | 예측되는 절대효과(95% CI) |                              | 비고               |
|------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------------|------------------|
|                                          |                   |                               |                         | 대조군               | 중재군                          |                  |
| Total clinical effective rate (Critical) | 1345<br>(14 RCTs) | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 1.23<br>[1.12, 1.35] | 1000명당 719명       | 1000명당 884명<br>[805, 971]    | 증상의 호전이 나타난 대상자수 |
| VAS (headache) -4주이상 치료- (Critical)      | 704<br>(3 RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                 | MD 0.26 낮음<br>[-0.47, -0.05] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| VAS (headache) -4주미만 치료- (Critical)      | 60<br>(1 RCT)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                 | MD 2.13 낮음<br>[-3.34, -0.92] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| 편두통 지수 (Critical)                        | 60<br>(1 RCT)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                 | MD 4.53 낮음<br>[-6.97, -2.09] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| 두통 빈도 점수 (Critical)                      | 286<br>(1 RCT)    | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                 | MD 0.30 낮음<br>[-0.71, 0.11]  | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| 두통 지속 시간 점수 (Critical)                   | 286<br>(1 RCT)    | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                 | MD 0.20 낮음<br>[-0.47, 0.07]  | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미 |
| Adverse events (Important)               | 192<br>(2 RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 0.10<br>[0.02, 0.52] | 1000명당 168명       | 1000명당 14명<br>[2, 75]        | 부작용이 나타난 대상자수    |

**Total clinical effective rate(총 유효율)** : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

**VAS** : Visual analogue scale for pain intensity

**편두통 지수(Migraine score)** : ①+②+③+④

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Applying symptoms score) : Applying vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비돌림 위험성이 높음.

b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

권고안 R3은 편두통 환자에 대한 전침치료의 효과를 양약 치료와 비교분석하여 만들어졌다. 편두통의 치료에 있어서 전침치료는 양약 치료와 비교하였을 때, 총 유효율이 더 높았으며, VAS(headache)와 편두통 지수 및 편두통 관련 지표들을 더 감소시켰다. VAS(headache)로 치료효과를 보고한 4건의 연구 중 1건의 연구는 4주미만 단기간 치료로 타 연구들과 치료기간 측면에서 이질성이 높은 것으로 파악되어 이에 대해 하위그룹 분석을 시행하였으며 그에 따라 근거수준 평가와 함께 권고안을 R3-1로 별도로 제시하였다.

## 【 R3 】

편두통의 치료에 있어서 양약 치료와 비교하여 전침치료의 효과를 비교하였을 때, 비록 양약의 종류가 각기 다르긴 하나 전침치료 효과의 근거수준은 대체적으로 중등도(Moderate)로 나타났다. 전침치료에 대한 이상반응은 양약보다 더 적게 나타나 위해보다 이득이 큰 치료법으로 판단하였다. 현재 편두통 환자에 대해 전침치료의 활용도를 파악하기는 어려우나, 앞으로 이에 근거하여 임상 현장에서의 활용을 늘려볼 수 있겠다. 전침치료의 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 전침치료를 고려해야 한다.

## 【 R3-1 】

편두통의 치료에 있어서 양약 치료와 비교하여 전침치료의 효과를 비교하였을 때, 4주미만 단기간 치료 시에 VAS(headache)로 측정한 두통 강도 완화결과에 있어서도 근거수준은 중등도(Moderate)로 나타났다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 4주 미만 단기간 치료 시, 편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 두통 강도 완화를 위해 전침치료를 고려해야 한다.

## (3) 참고문헌

1. Ai M 2011. 针刺双侧“太阳”、“风池”穴治疗偏头痛的疗效及对血浆5-HT含量的影响. Information on Traditional Chinese Medicine.(中医药信息). 2011;28(5):98-9.
2. Ai M et al. 针刺双侧太阳、风池穴治疗偏头痛的疗效观察. JCAM(针灸临床杂志). 2011;27(9):9-10.
3. Chen HW et al. 电针治疗偏头痛疗效观察. 上海针灸杂志. 2009;28(6).
4. Ha NN et al. 针刺四关穴治疗偏头痛36例. Xinjiang Journal of Traditional Chinese Medicine(新疆中医药). 2013;31(5):48-9.
5. Lao JX et al. Observation on Clinical Therapeutic Effect of Point- through-Point Therapy on Non-Premonitory Migraine. Chinese Acupuncture & Moxibustion(中国针灸). 2002(07):16-18
6. Ni CH et al. 开“四关”,治疗元先兆性偏头痛32例. Acta Universitatis Traditionis Medicalis Siniensis Pharmacologiaeque Shanghai (上海中医药大学学报) 2002;16(4):24-5.
7. Shi YQ et al. Observation of curative effect of Jieqi Tongjing acupuncture therapy on migraine with no aura(接气通经针法治疗无先兆性偏头痛疗效观). Modern Journal of Integrated Traditional Chinese & Western Medicine (现代中西医结合杂志). 2012;21(2):121-2.
8. Yang YH et al. 电针治疗无先兆偏头痛的临床研究. Journal of Liaoning University of TCM(辽宁中医药大学学报). 2008;10(12):128-9.

9. Ye GX et al. Acupuncture at Points of Lesser Yang Meridians for Treatment of Migraine(电针少阳经特定穴治疗偏头痛疗效观察). Journal of Liaoning University of TCM(辽宁中医药大学学报). 2009;11(12):134-5.
10. Zhang MS et al. 针刺治疗偏头痛30例疗效观察. Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine(四川中医). 2005;23(1):91.
11. Zhou JW et al. Transient analgesic effect of electroacupuncture at Taiyang (EX-HN 5) for treatment of migraine with hyperactivity of the liver-yang(电针太阳穴治疗偏头痛肝阳上亢证即时镇痛效应研究). Chinese Acupuncture & moxibustion(中国针灸). 2007;27(3):159-63.
12. Zhou JW et al. Study on the Attack control action of Electro-Acupuncture on Taiyang(太阳EX-HN5) for Migraine due to Hyperactivity of Liver yang : Randomized Controlled Trial (电针太阳穴治疗偏头痛肝阳上亢证的控制发作效应研究祺). World J. Acu-moxi. 2008;18(1):10-21
13. Han et al. Clinical Study on Migraine Treated by Acupuncture Based on Different Periods and Preconditioning(基于偏头痛不同时期的针刺治疗及预处理效应研究). JCAM(针灸临床杂志). 2016;32(9):27-30.
14. Wang et al. A Randomized Clinical Trial About the Effect of Electro-acupuncture for Migraine Prophylaxis(电针预防性治疗偏头痛的随机对照临床研究). China Health Standard Management(中国卫生标准管理). 2020;11(2):86-9.
15. Xiao et al. Clinical Study on Electro-acupuncture Treatment of Migraine in Surface Projection Zone of the Pyramid Decussation(电针针刺锥体区治疗偏头痛临床研究). Chinese Journal of Information on TCM(中国中医药信息杂志). 2018;25(1):19-22.

### 3. 한약 치료

#### ● 배경

한약치료는 침과 함께 한의학적 치료방법 중 대표적인 치료방법이다. 동물, 식물, 광물 중에서 채취하여 천연상태 그대로 또는 용도에 맞게 제제하여 한의학적 이론의 바탕 아래 질병을 치료, 예방하는데 쓰이고 있다.<sup>1)</sup> 임상에서는 환자의 체질과 몸 상태를 고려하여 첩약(조제 한약) 형태로 다양한 질병의 치료 및 예방에 광범위하게 쓰이고 있으나, 표준화 문제와 식약처 임상시험 승인 등에 어려움이 있어 임상연구에 많은 제한점으로 국내에서는 관련 근거가 많지 않은 상황이다. 한의사를 대상으로 한 편두통 임상진료 실태 조사에서는 편두통 치료에 주로 사용하는 처방이 반하백출천마탕, 청상견통탕, 갈근탕, 조등산, 구미강활탕, 보중익기탕, 천궁다조산 순으로 확인되어, 임상에서 처방 시에 참고할 수 있을 것이다.

편두통 치료에서 중약과 양약의 메타분석 연구<sup>2)</sup>에서 첩약 및 한약제제의 편두통 치료 효과를 밝혔으며, 중의내과 임상진료지침에서도 편두통 치료에 변증에 따라 한약을 처방할 것을 권고 하고 있다. 일본의 만성두통진료지침<sup>3)</sup>에서도 두통에 오수유탕, 계지인삼탕, 조등산, 갈근탕, 오령산 등의 한약을 사용할 것을 권고하고 있다. 미국 및 유럽 등지에서는 화란국화(feverfew), 머위뿌리(butterbur root)의 단미를 두통 및 편두통 치료에 활용하고 있으며 임상진료지침에 반영되어 있으나<sup>4)-5)</sup>, 국내 한의원 또는 한방병원에서는 사용이 미미하여 본 권고안에서는 배제하였다. 또한 국내에서 활용하고 있지 않은 중약제제에 대한 연구도 배제하였다.

편두통 임상진료지침 개발그룹은 근거를 확보하기 위해 한국, 중국, 구미에 발표된 한약을 다룬 무작위 대조군 임상연구에 대해 검색하여 한약에 대한 권고안을 작성하였다.

## ● 임상질문 및 권고안

### ▣ 단독치료

#### 【 R4 】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 권고등급/근거수준  | 참고문헌                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B/Moderate | [Q4]<br>1-105<br>[Q5]<br>1-5<br>[Q6]<br>1-5<br>[Q7]<br>1-7<br>[Q8]<br>1-2<br>[Q9]<br>1-4 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려한다.               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 간양상항: 조등산, 천마구등음, 치자청간탕</li> <li>② 담탁상요: 반하백출천마탕, 온담탕, 궁신도담탕</li> <li>③ 어혈두통: 통규활혈탕, 혈부축어탕,</li> <li>④ 음혈휴하: 대보원전</li> <li>⑤ 풍담어조(風痰瘀阻): 강활승습탕</li> <li>⑥ 풍열상요(風熱上擾): 상국음, 청상견통탕, 방풍통성산</li> </ol> </li> <li>● 편두통 환자의 한약 치료로 기존 임상연구 문헌에 근거가 있는 처방으로는 천궁다조산, 혈부축어탕, 통규활혈탕, 청상견통탕, 반하백출천마탕 등이 있다.</li> <li>● 임상실태조사에서 보고된 다빈도 처방으로는 반하백출천마탕, 청상견통탕, 갈근탕, 조등산, 구미강활탕, 보중익기탕, 천궁다조산 등이 있고, 변증에 따라 처방을 선택할 수 있다.</li> </ul> |            |                                                                                          |
| 어지럼증을 동반한 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 어지럼증을 동반한 편두통 환자의 일상생활장애 개선을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B/Moderate |                                                                                          |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 어지럼증이 있는 편두통 환자에게 반하백출천마탕, 온담탕 처방을 고려할 수 있으며, 환자의 변증에 따라 타처방을 고려할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                          |
| 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 재발 감소에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 재발 감소를 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B/Moderate |                                                                                          |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 양약 치료 중단 후 재발하는 편두통 환자에게 한약치료를 고려해야 한다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                          |

## (1) 임상질문 : Q4

| 편두통 환자에 대해 한약치료를 시행하는 것은 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |    |    |                              |            |
|----------------------------------------------------------------------------|----|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                     | 중재 | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                     | 한약 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

## ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 128개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다. 각각의 임상연구에서 중재군의 다양한 처방 중 임상적으로 다용되는 처방과 문헌적으로 연구수가 다수인 경우에는 처방 종류에 따라 나누어 분석 및 제시 하였다. 개별 처방에 대한 연구 결과는 Q5 ~ Q9에 제시하였다.

Guo 등(2000)의 임상연구에서는 8주간 청열산편탕(淸熱散偏湯) 한약을 복용한 치료군 57명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 53명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.03, 95% CI: 0.90, 1.18). 이상반응은 한약 치료군에서 대변이 묽어진 증상이 2명, 양약 치료군에서 기면과 두훈감 7명, 식욕증가 3명이 나타났다.<sup>6)</sup>

Yuan 등(2003)의 임상연구에서는 20일간 수풍활혈탕(搜風活血湯) 한약을 복용한 치료군 42명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 42명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.26, 95% CI: 1.03, 1.53).<sup>7)</sup>

Lin 등(2004)의 임상연구에서는 1~2개월간 천울해통탕(川鬱解痛湯) 한약을 복용한 치료군 68명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 52명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.35, 95% CI: 1.11, 1.66).<sup>8)</sup>

Zhang 등(2004)의 임상연구에서는 3주간 두풍탕(頭風湯) 한약을 복용한 치료군 36명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 36명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.83, 95% CI: 1.30, 2.58), 두통 빈도, 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다(각각 P<0.01).<sup>9)</sup>

Liu 등(2005)의 임상연구에서는 4주간 통락식풍탕(通絡熄風湯) 한약을 복용한 치료군 88명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 86명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.20, 95% CI: 1.05, 1.38), 두통지수에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다(P<0.05).<sup>10)</sup>

Xu 등(2005)의 임상연구에서는 4주간 익기활혈화어탕가감(益氣活血化瘀湯加減) 한약을 복용한 치료군 56명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.10, 95% CI: 0.97, 1.25).<sup>11)</sup>

Wang 등(2005)의 임상연구에서는 3개월간 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.38, 95% CI: 0.92, 2.05).<sup>12)</sup>

Zhao 등(2005)의 임상연구에서는 4주간 영천사충탕(寧天四蟲湯) 한약을 복용한 치료군 37명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 37명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.21, 95% CI: 0.99, 1.49).<sup>13)</sup>

Ying 등(2006)의 임상연구에서는 5일간 조등천궁탕(鈞藤川芎湯) 한약을 복용한 치료군 88명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 80명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.37, 95% CI: 1.16, 1.63).<sup>14)</sup>

Zheng 등(2006)의 임상연구에서는 4주간 궁귀신공탕(芎歸辛虻湯) 한약을 복용한 치료군 38명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.24, 95% CI: 1.00, 1.53).<sup>15)</sup>

Zeng 등(2006)의 임상연구에서는 30일간 천궁지통탕(川芎止痛湯) 한약을 복용한 치료군 25명과 양약 치료(Aspirin + Ergotamine and Caffeine)를 시행한 대조군 10명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.53, 95% CI: 0.91, 2.58).<sup>16)</sup>

Li 등(2008)의 임상연구에서는 10일간 천궁천마탕(川芎天麻湯) 한약을 복용한 치료군 35명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 33명을 비교한 결과 편두통 증상이 한약 치료군에서 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.20, 95% CI: 0.98, 1.45).<sup>17)</sup>

Peng 등(2008)의 임상연구에서는 10일간 산풍활혈방(散風活血方) 한약을 복용한 치료군 106명과 양약 치료(Nimodipine + Oryzanol + Rotundine)를 시행한 대조군 44명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.14, 95% CI: 1.00, 1.31).<sup>18)</sup>

Jiang 등(2009)의 임상연구에서는 3주간 천마구등음가감(天麻鉤藤飲加減) 한약을 복용한 치료군 45명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 45명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.65, 95% CI: 1.21, 2.26).<sup>19)</sup>

Li 등(2009)의 임상연구에서는 4주간 천갈방통탕(川蝎防痛湯) 한약을 복용한 치료군 39명과 양약 치료(Flunarizine + Atenolol + Oryzanol)를 시행한 대조군 39명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.09, 95% CI: 0.93, 1.28).<sup>20)</sup>

Zhang 등(2009)의 임상연구에서는 15일간 천마천궁탕(天麻川芎湯) 한약을 복용한 치료군 43명과 양약 치료(Aspirin+Oryzanol)를 시행한 대조군 43명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.17, 95% CI: 1.00, 1.37). 이상반응은 한약 치료군에서는 없었으며, 양약 치료군에서 6명(소화불량)이 나타났다.<sup>21)</sup>

Zhong 등(2009)의 임상연구에서는 28일간 평간잠양(平肝潛陽) 한약을 복용한 치료군 16명과 20일간 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 16명을 비교한 결과 편두통 증상이 한약 치료군에서 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.17, 95% CI: 0.83, 1.64). 두통 빈도, 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한

감소를 보였다(각각  $P < 0.01$ ).<sup>22)</sup>

Cui 등(2009)의 임상연구에서는 1개월간 궁지강갈탕(芎芷羌葛湯) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.17, 95% CI: 0.93, 1.48).<sup>23)</sup>

Hu 등(2009)의 임상연구에서는 7일간 천궁구등탕(川芎鉤藤湯) 한약을 복용한 치료군 56명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 56명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.08, 95% CI: 0.95, 1.23).<sup>24)</sup>

Pu 등(2010)의 임상연구에서는 1개월간 익리전감탕(益離填坎湯) 한약을 복용한 치료군 31명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 32명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.20, 95% CI: 0.96, 1.52), 두통 빈도, 두통 강도 감소에서도 통계적으로 유의하였다(각각  $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ ).<sup>25)</sup>

Lu 등(2010)의 임상연구에서는 3~6주간 통규질려탕(通竅蒺藜湯) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.29, 95% CI: 0.99, 1.67).<sup>26)</sup>

Fan 등(2010)의 임상연구에서는 14일간 가미두통탕(加味頭痛湯) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편한약 치료군에서 두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.27, 95% CI: 1.01, 1.61).<sup>27)</sup>

Wu 등(2010)의 임상연구에서는 15일간 묘약정통탕(苗藥定痛湯) 한약을 복용한 치료군 41명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 42명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.58, 95% CI: 1.15, 2.18).<sup>28)</sup>

Wang 등(2010)의 임상연구에서는 4주간 거풍통락탕(祛風通絡湯) 한약을 복용한 치료군 50명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.12, 95% CI: 0.98, 1.27).<sup>29)</sup>

Cao 등(2010)의 임상연구에서는 1개월간 강궁서뇌탕(羌芎舒腦湯) 한약을 복용한 치료군 50명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.15, 95% CI: 0.99, 1.33).<sup>30)</sup>

Zhao 등(2010)의 임상연구에서는 15일간 해울통락탕(解鬱通絡湯) 한약을 복용한 치료군 35명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 33명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.20, 95% CI: 0.98, 1.45).<sup>31)</sup>

Zhao 등(2010\_b)의 임상연구에서는 4주간 통규통유탕(通竅痛愈湯) 한약을 복용한 치료군 60명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.35, 95% CI: 1.11, 1.65).<sup>32)</sup>

Chen 등(2010)의 임상연구에서는 1개월간 궁귀창울탕(芎歸蒼鬱湯) 한약을 복용한 치료군 44명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 16명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비

율이 더 높았다(RR 1.26, 95% CI: 0.88, 1.78).<sup>33)</sup>

Ping 등(2010)의 임상연구에서는 4주간 노통전(顱痛煎) 한약을 복용한 치료군 32명과 양약 치료(Nimodipine + Oryzanol)를 시행한 대조군 33명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.26, 95% CI: 0.97, 1.63).<sup>34)</sup>

Gao 등(2011)의 임상연구에서는 10일간 천갈도사탕(天蠶桃四湯) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Aspirin)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.81, 95% CI: 1.29, 2.55).<sup>35)</sup>

Pan 등(2011)의 임상연구에서는 15일간 가감궁룡탕(加減芎龍湯) 한약을 복용한 치료군 46명과 4주간 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 46명을 비교한 결과 한약 치료군에서 4주 뒤 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.29, 95% CI: 1.03, 1.62).<sup>36)</sup>

Cai 등(2011)의 임상연구에서는 1개월간 한약(천궁15g, 전갈5g, 백강잠(강잠)8g, 오공3g, 지룽6g, 청반하(제)12g, 천마10g, 백출(초)10g, 우담남성12g)을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.32, 95% CI: 1.05, 1.65).<sup>37)</sup>

Chen 등(2011)의 임상연구에서는 4주간 천마활혈통락탕(天麻活血通絡湯) 한약을 복용한 치료군 90명과 양약 치료(Doxepin + Nimodipine + Ibuprofen)를 시행한 대조군 90명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.20, 95% CI: 1.06, 1.35). VAS로 측정한 두통 강도 감소효과에서도 한약 치료군이 양약 치료군에 비해 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).<sup>38)</sup>

Xing 등(2011)의 임상연구에서는 1개월간 천녕음(天寧飲) 한약을 복용한 치료군 26명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 19명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 1.35배 더 높았다(RR 1.35, 95% CI: 0.97, 1.87).<sup>39)</sup>

Huang 등(2011)의 임상연구에서는 15일간 궁강지지통음(芎羌芷止痛飲) 한약을 복용한 치료군 99명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 89명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.15, 95% CI: 1.03, 1.28). 이상반응은 한약 치료군에서 1명(증상언급이 없었음), 양약 치료군에서 권태감과 오심, 두훈 증상 9명이 나타났다.<sup>40)</sup>

Song 등(2012)의 임상연구에서는 4주간 궁지천마탕(芎芷天麻湯) 한약을 복용한 치료군 45명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 43명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.31, 95% CI: 1.05, 1.62), 두통 빈도와 VAS score(headache) 감소 효과에서도 통계적으로 유의하였다( $P < 0.01$ ).<sup>41)</sup>

Song 등(2012\_a)의 임상연구에서는 4주간 산풍통락탕(散風通絡湯) 한약을 복용한 치료군 70명과 양약 치료(Carbamazepine)를 시행한 대조군 70명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.20, 95% CI: 1.04, 1.39).<sup>42)</sup>

Yu 등(2012)의 임상연구에서는 3주간 보기활혈탕(補氣活血湯) 한약을 복용한 치료군 76명과 양약 치료(Flunarizine + Oryzanol + Vitamin B1, B6)를 시행한 대조군 73명을 비교한 결과 한약 치료군에서

편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.37, 95% CI: 1.13, 1.65).<sup>43)</sup>

Wang 등(2012\_a)의 임상연구에서는 60일간 산한활어지통방(散寒活瘀止痛方) 한약을 복용한 치료군 60명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.16, 95% CI: 1.02, 1.33).<sup>44)</sup>

Yuan 등(2012)의 임상연구에서는 10일간 평간화담활혈방(平肝化痰活血方) 한약을 복용한 치료군 44명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride + Oryzanol)를 시행한 대조군 42명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.25, 95% CI: 1.05, 1.50).<sup>45)</sup>

Zhang 등(2012\_b)의 임상연구에서는 6일간 사물탕(四物湯)에 가감한 한약을 복용한 치료군 28명과 양약 치료(Fenbid)를 시행한 대조군 28명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.59, 95% CI: 1.17, 2.16). 이상반응은 한약 치료군에서는 없었으며, 양약 치료군에서 7명(오심 4명, 두훈 3명)이 나타났다.<sup>46)</sup>

Zhang 등(2012\_a)의 임상연구에서는 8주간 궁지거풍합제(芎芷祛風合劑) 한약을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 38명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.18, 95% CI: 0.96, 1.45). 두통 강도, 두통 지속 시간, 두통 빈도, 동반 증상 치료 효과에서도 통계적으로 유의하였다(각각  $P < 0.05$ ).<sup>47)</sup>

Xu 등(2012)의 임상연구에서는 1개월간 통락활혈지통탕(通絡活血止痛湯) 한약을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.26, 95% CI: 1.00, 1.59). VAS로 측정한 두통 강도 감소 효과에서도 한약 치료군이 양약 치료군에 비해 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ). 이상반응은 한약 치료군에서 6명(경도의 위불편감), 양약 치료군에서 7명(경도의 피로, 기면)이 나타났다.<sup>48)</sup>

Tan 등(2013)의 임상연구에서는 4주간 통규지통탕(通竅止痛湯) 한약을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 한약 치료군에서 두통 증상 점수 감소 효과가 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ).<sup>49)</sup>

Sun 등(2013)의 임상연구에서는 60일간 천궁두통탕가감(天芎頭痛湯加減) 한약을 복용한 치료군 50명과 양약 치료(Flunarizine + Oryzanol + Vitamin B1)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.41, 95% CI: 1.16, 1.72).<sup>50)</sup>

Wu 등(2013\_a)의 임상연구에서는 4주간 사물탕합오수유탕가전갈(四物湯合吳茱萸湯加全蝎) 한약을 복용한 치료군 43명과 양약 치료(Nimodipine + Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 29명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.28, 95% CI: 1.01, 1.63).<sup>51)</sup>

Wang 등(2013)의 임상연구에서는 30일간 평간거풍통락(平肝祛風通絡)의 효능이 있는 한약을 복용한 치료군 58명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 52명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.25, 95% CI: 1.04, 1.50), 두통 빈도, 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.05$ ).<sup>52)</sup>

Xiong 등(2013)의 임상연구에서는 2주간 화어통규탕(化瘀通竅湯) 한약을 복용한 치료군 60명과 양

약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.02, 95% CI: 0.92, 1.12).<sup>53)</sup>

Zhang 등(2013\_b)의 임상연구에서는 4주간 천마지통탕(川麻止痛湯) 한약을 복용한 치료군 35명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 35명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.06, 95% CI: 0.92, 1.23). 두통 빈도, 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다(각각  $P < 0.05$ ).<sup>54)</sup>

Zhang 등(2013)의 임상연구에서는 3개월간 보양환오탕가미(補陽還五湯加味) 한약을 복용한 치료군 36명과 양약 치료(Nimodipine + Ergotamine and Caffeine)를 시행한 대조군 36명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.28, 95% CI: 1.00, 1.64). 이상반응은 한약 치료군에서는 없었으며, 양약 치료군에서 11명(두훈, 두통, 안면홍조, 혈압강하 등의 증상 5명, 상복부 불편감, 오심, 구토의 증상 3명, 피력 3명)이 나타났다.<sup>55)</sup>

Quan 등(2013)의 임상연구에서는 30일간 천녕음(天寧飲) 한약을 복용한 치료군 45명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 38명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.25, 95% CI: 1.00, 1.57).<sup>56)</sup>

Chen 등(2013\_b)의 임상연구에서는 8주간 사화지통탕(瀉火止痛湯) 한약을 복용한 치료군 33명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 31명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.18, 95% CI: 0.93, 1.51). 편두통 지수에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.05$ ).<sup>57)</sup>

Huang 등(2013)의 임상연구에서는 4주간 궁지탕(芎芷湯) 한약을 복용한 치료군 42명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 38명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.19, 95% CI: 0.97, 1.45).<sup>58)</sup>

Guo 등(2014)의 임상연구에서는 8주간 두풍탕(頭風湯) 한약을 복용한 치료군 27명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 27명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.13, 95% CI: 0.95, 1.35).<sup>59)</sup>

Nie 등(2014)의 임상연구에서는 8주간 활혈산편탕(活血散偏湯) 한약을 복용한 치료군 35명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 35명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.27, 95% CI: 1.03, 1.57).<sup>60)</sup>

Wen 등(2014)의 임상연구에서는 30일간 삼자택란탕(三子澤蘭湯) 한약을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.50, 95% CI: 1.19, 1.89).<sup>61)</sup>

Wu 등(2015)의 임상연구에서는 4주간 평간통락탕(平肝通絡湯)의 효능이 있는 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.07, 95% CI: 0.94, 1.23). 이상반응은 한약 치료군에서는 나타나지 않았으며, 양약 치료군에서 2명(현훈 1명, 기면 1명)이 나타났다.<sup>62)</sup>

Niu 등(2015)의 임상연구에서는 4주간 두풍탕(頭風湯) 한약을 복용한 치료군 44명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 44명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.20, 95% CI: 1.02, 1.41).<sup>63)</sup>

Chen 등(2015)의 임상연구에서는 8주간 천녕방(天寧方) 한약을 복용한 치료군 32명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 32명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.11, 95% CI: 0.93, 1.32), headahce frequency, headache attack days score, headache index scores에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.05$ ). 이상반응은 한약 치료군에서 오심과 복부팽만감 2명, 양약 치료군에서 경도의 피로 2명이 나타났다.<sup>64)</sup>

Qin 등(2015)의 임상연구에서는 2주간 입유탕(立愈湯) 한약을 복용한 치료군 45명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 45명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.21, 95% CI: 1.00, 1.46).<sup>65)</sup>

Cui 등(2015)의 임상연구에서는 4주간 양혈평간방(養血平肝方) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.21, 95% CI: 1.00, 1.46), VAS에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.05$ ).<sup>66)</sup>

Lang 등(2016)의 임상연구에서는 1개월간 화해지통방(和緩止痛方) 한약을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.23, 95% CI: 1.01, 1.51), Attack frequency score, VAS의 감소를 보였다.<sup>67)</sup>

Wang 등(2016)의 임상연구에서는 30일간 청뇌두통탕(淸腦頭痛湯) 한약을 복용한 치료군 108명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.25, 95% CI: 1.05, 1.49).<sup>68)</sup>

Yu 등(2016)의 임상연구에서는 30일간 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯) 한약을 복용한 치료군 51명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 51명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.21, 95% CI: 1.01, 1.43), 두통 지속 시간, 두통 빈도, 두통 강도, 동반 증상에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.01$ ).<sup>69)</sup>

Zhang 등(2016)의 임상연구에서는 4주간 활혈거풍(活血祛風)의 효능이 있는 한약을 복용한 치료군 36명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 36명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.45, 95% CI: 1.09, 1.93). VAS score(headache)에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다(각각  $P < 0.01$ ).<sup>70)</sup>

Lu 등(2000)의 임상연구에서는 4주간 도홍사물탕가감(桃紅四物湯加減) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Nimoldipine)를 시행한 대조군 28명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.54, 95% CI: 1.12, 2.10). 이상반응은 한약 치료군에서는 없었으며, 양약 치료군에서 5명(복부 불편감 2명, 소양감 3명)이 나타났다.<sup>71)</sup>

Lu 등(2004)의 임상연구에서는 4주간 두풍유통탕(頭風愈痛湯) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약

치료(Flunarizine + Oryzanol)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.30, 95% CI: 0.97, 1.74). 두통지표(두통 강도 점수\*지속 시간 점수)에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>72)</sup>

Chang 등(2004)의 임상연구에서는 5일간 오미청양탕(五味淸陽湯) 한약을 복용 후 1개월간 관찰한 치료군 56명과 5주간 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.18, 95% CI: 1.02, 1.38).<sup>73)</sup>

Zhang 등(2005)의 임상연구에서는 10~20일간 궁마해통음(芎麻解痛飲) 한약을 복용한 치료군 36명과 양약 치료(Flunarizine + Nimodipine)를 시행한 대조군 36명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.38, 95% CI: 1.00, 1.90).<sup>74)</sup>

Shu 등(2008)의 임상연구에서는 27일간 궁지止痛탕(芎芷止痛湯) 한약을 복용한 치료군 48명과 양약 치료(Pizotifen)를 시행한 대조군 32명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.28, 95% CI: 1.01, 1.61).<sup>75)</sup>

Chen 등(2008)의 임상연구에서는 1개월간 한약(천궁30g, 백지30g, 백작약15g, 백개자10g, 시호10g, 옥리인10g, 향부자12g, 감초6g)을 복용한 치료군 42명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 42명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.15, 95% CI: 0.96, 1.39).<sup>76)</sup>

Guo 등(2009)의 임상연구에서는 2주간 궁마탕(芎麻湯) 한약을 복용한 치료군 41명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 41명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.23, 95% CI: 1.01, 1.49).<sup>77)</sup>

Gu 등(2010)의 임상연구에서는 1개월간 산편지통탕(散偏止痛湯) 한약을 복용한 치료군 60명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.17, 95% CI: 1.00, 1.38).<sup>78)</sup>

Jin 등(2010)의 임상연구에서는 6주간 양혈청간탕(養血清肝湯) 한약을 복용한 치료군 35명과 양약 치료(Nimodipine+Oryzanol+vitaminB1)를 시행한 대조군 35명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.23, 95% CI: 0.99, 1.53), 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>79)</sup>

Liu 등(2010)의 임상연구에서는 4주간 궁방지통탕(芎防止痛湯) 한약을 복용한 치료군 43명과 양약 치료(Flunarizine + Atenolol)를 시행한 대조군 43명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.18, 95% CI: 0.99, 1.40).<sup>80)</sup>

Li 등(2012\_a)의 임상연구에서는 4주간 가미산편탕(加味散偏湯) 한약을 복용한 치료군 50명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.17, 95% CI: 1.02, 1.35).<sup>81)</sup>

Lin 등(2011)의 임상연구에서는 2주간 궁작지경탕(芎芍止癢湯) 한약을 복용한 치료군 46명과 양약 치료(Flunarizine + Bayaspirin)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개

선된 비율이 더 높았다(RR 1.29, 95% CI: 1.01, 1.64).<sup>82)</sup>

Li 등(2013\_a)의 임상연구에서는 12주간 가미산편탕(加味散偏湯) 한약을 복용한 치료군 50명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.09, 95% CI: 0.96, 1.25), 두통 빈도와 NRS score(headache)에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.05$ ). 이상반응은 한약 치료군에서 4명(복부팽만감, 오심, 설사), 양약 치료군에서 3명(두부 팽창감, 오심, 설사, 구건)이 나타났다.<sup>83)</sup>

Li 등(2013)의 임상연구에서는 4주간 청담통락탕(淸膽通絡湯) 한약을 복용한 치료군 49명과 양약 치료(Flunarizine + Oryzanol)를 시행한 대조군 49명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.13, 95% CI: 0.96, 1.32).<sup>84)</sup>

Mo 등(2013)의 임상연구에서는 4주간 식풍활혈정통탕(熄風活血定痛湯) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.23, 95% CI: 0.99, 1.53), 편두통 지수에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.05$ ).<sup>85)</sup>

Xie 등(2013)의 임상연구에서는 8주간 궁지탕(芎芷湯) 한약을 복용한 치료군 38명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 37명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.24, 95% CI: 0.97, 1.58).<sup>86)</sup>

Li 등(2014)의 임상연구에서는 4주간 소풍통락지통(疏風通絡止痛)의 효능이 있는 한약을 복용한 치료군 72명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 70명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.26, 95% CI: 1.07, 1.49).<sup>87)</sup>

Li 등(2014)의 임상연구에서는 12주간 궁지전(芎芷煎) 한약을 복용한 치료군 62명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.39, 95% CI: 1.08, 1.80).<sup>88)</sup>

Guo 등(2015)의 임상연구에서는 7일간 산편탕(散偏湯) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.40, 95% CI: 1.07, 1.83).<sup>89)</sup>

Qiu 등(2015)의 임상연구에서는 3주간 거담활혈통락탕(祛痰活血通絡湯) 한약을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.24, 95% CI: 1.00, 1.54).<sup>90)</sup>

Lu 등(2015)의 임상연구에서는 4주간 성유탕(聖愈湯) 한약을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.25, 95% CI: 1.06, 1.46).<sup>91)</sup>

Li 등(2016)의 임상연구에서는 12주간 궁지전(芎芷煎) 한약을 복용한 치료군 62명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.10, 95% CI: 0.90, 1.35), 두통 빈도와 NRS score(headache)에서도 통계적으로 유의한

감소를 보였다( $P<0.05$ ). 이상반응은 한약 치료군에서 2명(복부팽만감, 오심, 설사), 양약 치료군에서 3명(두부 팽창감, 오심, 설사, 구진)이 나타났다.<sup>92)</sup>

Shao 등(2016)의 임상연구에서는 15일간 정통탕(定痛湯) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.42, 95% CI: 1.06, 1.91).<sup>93)</sup>

Ping 등(2016)의 임상연구에서는 40일간 활혈통경지통탕(活血通經止痛湯) 한약을 복용한 치료군 50명과 양약 치료(Nimodipine + Vitamin B)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.15, 95% CI: 0.97, 1.37).<sup>94)</sup>

Guo 등(2018)의 임상연구에서는 30일간 가미산편탕(加味散偏湯) 한약을 복용한 치료군 56명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 56명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.15, 95% CI: 1.00, 1.32), NRS(headache)에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P<0.01$ ).<sup>95)</sup>

Hu 등(2018)의 임상연구에서는 4주간 가미산편탕(加味散偏湯) 한약을 복용한 치료군 90명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 90명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.31, 95% CI: 1.14, 1.51), 6개월 추적관찰 후 재발률에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>96)</sup>

Jiang 등(2017)의 임상연구에서는 1주간 천마구등음가감(天麻鉤藤飲加減) 한약을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.42, 95% CI: 1.12, 1.82).<sup>97)</sup>

Li 등(2019)의 임상연구에서는 8주간 유간식풍탕(柔肝熄風湯) 한약을 복용한 치료군 53명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 53명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.24, 95% CI: 1.02, 1.50), 4주 추적관찰 후 편두통 특이 삶의 질 평가척도인 MSQ(Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire)도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.01$ ).<sup>98)</sup>

Lu 등(2018)의 임상연구에서는 30일간 시호소간산(柴胡疏肝散)과 사물탕가감(四物湯加減) 한약을 복용한 치료군 32명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 32명을 비교한 결과 한약 치료군에서 VAS(headache)와 두통 빈도, 두통 지속 시간에서 통계적으로 유의한 감소를 나타내었으며( $P<0.05$ ), 12주 추적관찰 후 VAS(headache)와 두통 빈도, 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>99)</sup>

Luo 등(2017)의 임상연구에서는 2개월간 거풍통경탕(祛風通經湯) 한약을 복용한 치료군 108명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 104명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.09, 95% CI: 1.00, 1.19), 변증관련 증상개선 점수에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>100)</sup>

Peng 등(2017)의 임상연구에서는 4주간 하씨화담탕(何氏化痰湯) 한약을 복용한 치료군 38명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 32명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율

이 더 높았으며(RR 1.15, 95% CI: 0.99, 1.35), 편두통 지수와 12주 후 편두통 증상이 개선된 비율에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>101)</sup>

Qiu 등(2019)의 임상연구에서는 4주간 온담탕(溫膽湯) 한약을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.17, 95% CI: 0.95, 1.43), 편두통 지수와 DHI에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>102)</sup>

Ren 등(2017)의 임상연구에서는 1개월간 가미산편탕(加味散偏湯) 한약을 복용한 치료군 46명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 46명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.24, 95% CI: 1.01, 1.53), 편두통 지수와 VAS(headache)에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>103)</sup>

Su 등(2017)의 임상연구에서는 1개월간 당귀사역탕(當歸四逆湯) 한약을 복용한 치료군 38명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 38명을 비교한 결과 한약 치료군에서 두통 빈도와 두통 지속 시간, VAS(headache)에서 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>104)</sup>

Wang 등(2017A)의 임상연구에서는 15일간 소통평풍탕(消痛平風湯) 한약을 복용한 치료군 56명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 56명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.29, 95% CI: 1.01, 1.64), 편두통 지수에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>105)</sup>

Xia 등(2019)의 임상연구에서는 4주간 소간탕(疏肝湯) 한약을 복용한 치료군 60명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.19, 95% CI: 1.03, 1.38), 두통 빈도, 두통 지속 시간, 중의증후점수에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>106)</sup>

Xiang 등(2019)의 임상연구에서는 3주간 변증에 따른 한약(천마구등음, 반하백출천마탕, 팔진탕, 대보원진)을 복용한 치료군 35명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 35명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.20, 95% CI: 0.94, 1.54), VAS(headache), 두통소실시간, 외래치료기간에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>107)</sup>

Xu 등(2019)의 임상연구에서는 천룡탕(天龍湯) 한약을 복용한 치료군 61명과 양약 치료(Ibuprofen)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.46, 95% CI: 1.20, 1.78), 편두통 지수, 두통 빈도 점수, 두통 지속 시간 점수, 동반 증상 점수에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>108)</sup>

Yao 등(2017)의 임상연구에서는 14일간 지편탕(止偏湯) 한약을 복용한 치료군 28명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 한약 치료군에서 편두통 증상이 개선된 비율이 1.00 배 더 높았으며(RR 1.00, 95% CI: 0.90, 1.10), 편두통 지수, 두통 빈도 점수, 두통 지속 시간, 중의증후점수에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>109)</sup>

You 등(2017)의 임상연구에서는 4주간 삼통탕(三通湯) 한약을 복용한 치료군 60명과 양약 치

료(Flunarizine)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 비슷하였으나 (RR 1.00, 95% CI: 0.90, 1.10), 두통 빈도, 두통 지속 시간에서 통계적으로 유의한 효과를 보였다 ( $P < 0.05$ ).<sup>110)</sup>

편두통 환자에 대해 한약 치료의 메타분석 연구가 총 3건 있었으며, Xie 등(2011)의 메타분석 연구에 따르면 2009년까지 발표된 무작위 대조군 임상연구(RCTs) 20개를 분석한 결과, 한약 치료는 양약 치료보다 편두통 증상을 완화시키는데 더 효과적이었다(RR 1.22, 95% CI: 1.15, 1.29).<sup>2)</sup> 2건은 혈부축 어탕에 대한 메타분석 연구로 결과는 Q6에 제시하였다.

## ② 연구결과의 요약

본 임상 질문에는 중재로 매우 다양한 처방을 가진 한약과 다양한 종류의 양약이 포함되어 통합하여 분석하는 데 논란의 여지는 있으나, 전문가 그룹의 합의를 통해 치료에 대한 이득과 위해가 중재 한약 처방 및 양약치료 간에 비슷하며 가치와 선호도가 비슷할 것으로 판단되어 한약 처방을 중재군으로 하고 양약 치료를 대조군으로 한 연구를 대상으로 분석을 수행하였다. 또한 Q5부터 Q9까지 각각의 중복된 개별 처방 또는 임상적으로 다용되는 처방은 나누어 분석을 실시하여 근거수준을 제시하였다.

128개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약 치료를 시행하는 경우보다 한약 치료를 시행하는 경우 총 유효율과 6개월 경과 관찰 후 유효율, VAS or NRS(headache), 편두통 관련 척도인 편두통 지수, 두통 빈도 점수, 두통 빈도(times per month), 두통 지속 시간 점수, 두통 지속 시간, 동반 증상 점수에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 편두통 증상, 편두통 발작 빈도, 지속 시간 및 통증개선에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 또한 편두통의 동반 증상 중 현훈에 대한 일상생활장애 관련 척도인 DHI(dizziness handicap inventory)에서도 한약치료 효과가 관찰되었다. 재발률 및 이상반응도 양약보다 더 낮았다. 총 유효율은 124건의 연구, VAS(headache)는 15건의 연구, 편두통 지수는 8건, 두통 빈도 점수는 8건, 두통 빈도(times per month)은 9건, 두통 지속 시간 점수는 7건, 두통 지속 시간은 4건, 동반 증상 점수는 3건의 연구가 포함되었다. DHI는 2건의 연구, 재발률은 2건의 연구, 이상반응은 20건의 연구에서 보고되었다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서 근거수준은 중등도(Moderate)로, 한약 치료군에서 총 유효율이 더 높았다(RR 1.22, 95% CI: 1.19, 1.24). 편두통 지수, 두통 지속 시간, 동반 증상 점수, DHI, 재발률, 이상반응 발생률에서의 근거수준은 중등도(Moderate)로, 한약 치료군에서 SMD 또는 MD값, RR이 양약 치료군 보다 낮게 나타났으며 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않았다. VAS(headache)와 두통 빈도 점수, 두통 빈도(times per month), 두통 지속 시간 점수에서는 한약 치료군에서 SMD 또는 MD값이 양약 치료군 보다 낮게 나타났으며 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않았지만, 비일관성이 높아 근거수준이 낮음(Low)으로 평가되었다.

편두통 치료에서 한약치료와 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 모든 결과지표에서 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림

위험성이 높다고 판단하였다. VAS or NRS(headache), 두통 빈도 점수, 두통 빈도(times per month), 두통 지속 시간 점수의 결과 지표에서는 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2$ 이 70%보다 높아 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높다고 판단하였다. 나머지 결과 지표에서는 비일관성 및 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 평가된 근거의 문헌에서 대부분 비돌림 위험성이 높아 잘 설계된 임상연구와 임상 현실을 반영한 개별 처방에 대한 근거 보충이 필요하다고 생각하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                            | 총 환자 수<br>(문헌 수)   | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                                | 비고                |
|------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------|
|                                          |                    |                               |                      | 대조군                   | 중재군                            |                   |
| Total clinical effective rate (Critical) | 11090<br>(124RCTs) | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.22<br>[1.19, 1.24] | 1000명당 732명           | 1000명당 894명<br>[872, 908]      | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS or NRS (headache) (Critical)         | 1457<br>(15RCTs)   | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | —                    | —                     | SMD 1.56 낮음<br>[-1.96, -1.17]  | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 편두통 지수 (Critical)                        | 587<br>(8RCTs)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                    | —                     | SMD 0.52 낮음<br>[-0.71, -0.34]  | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 두통 빈도 점수 (Critical)                      | 603<br>(8RCTs)     | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | —                    | —                     | MD 1.07 낮음<br>[-1.37, -0.77]   | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 두통 빈도 (Critical)                         | 867<br>(9RCTs)     | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | —                    | —                     | MD 1.29 낮음<br>[-1.77, -0.81]   | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 두통 지속 시간 점수 (Critical)                   | 527<br>(7RCTs)     | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | —                    | —                     | SMD 1.16 낮음<br>[-1.69, -0.64]  | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 두통 지속 시간 (Critical)                      | 327<br>(4RCTs)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                    | —                     | MD 2.61 낮음<br>[-3.83, -1.39]   | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 동반 증상 점수 (Critical)                      | 247<br>(3RCTs)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                    | —                     | MD 0.5 낮음<br>[-0.57, -0.43]    | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| DHI (Important)                          | 128<br>(2RCTs)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                    | —                     | MD 13.55 낮음<br>[-19.24, -7.86] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 재발률 (Important)                          | 231<br>(2RCTs)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 0.30<br>[0.11, 0.86] | 1000명당 186명           | 1000명당 56명<br>[20, 160]        | 증상의 재발이 나타난 대상자 수 |
| Adverse events (Important)               | 2153<br>(20RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 0.38<br>[0.27, 0.53] | 1000명당 132명           | 1000명당 50명<br>[36, 70]         | 이상반응이 나타난 대상자 수   |

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

NRS : Numeral rating scale

DHI (dizziness handicap inventory) : 어지럼 환자를 대상으로 어지럼에 의한 일상생활 장애를 조사한 최초의 자기평가식 척도 (selfassessment inventory)

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

편두통 지수(Migraine score)(score)

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Appling symptoms score) : Appling vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

두통 빈도: Headache frequency(times per month); 두통 지속 시간: Headache duration time

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비돌림 위험성이 높음

b: 효과의 방향성이 일치하나,  $r^2 > 70\%$ 로 연구간 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

권고안 R4는 편두통 환자에서 한약 치료가 양약 치료를 시행하는 것에 비하여 효과적인지 분석하기 위해 만들어 졌다. 한약 치료는 양약 치료에 비해 총 유효율이 더 높았으며, VAS(headache)와 편두통 지수 및 편두통 관련 지표들을 더 감소시켰다. 각 결과지표 중 DHI과 재발률에 대하여는 R4-1과 R4-2로 권고안을 별도로 제시하였다.

### 【 R4 】

근거 연구들의 분석 결과 총 유효율과 편두통 정도를 평가한 편두통 지수, 두통 지속 시간에서의 근거수준이 중등도(Moderate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 추후 연구가 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 포함된 연구에서 이상반응 발생을 제시한 연구는 20건으로, 한약 치료군은 경도의 피로 또는 무력증, 소화불량 또는 오심, 설사, 복통 등 소화기 증상, 기타 증상 등이 나타났으며 이상반응 발생률이 약 3%였던 반면, 양약 치료군에서는 현훈 또는 두통, 피로 또는 무력증, 소화불량 또는 오심, 설사, 복통 등 소화기 증상, 소양감, 기타 증상 등으로 이상반응 발생률이 약 13%로 확인되어 한약 치료군이 이상반응 발생이 더 적었다. 따라서 한약이 양약에 비해 더 큰 위해를 발생시킨다고 볼 수 없기 때문에 한약 치료로 인한 위해는 크지 않은 것으로 보았다. 편두통에 대한 한약 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에 한약 치료를 하는 것은 편두통의 두통 강도 정도 개선 및 편두통의 증상, 편두통 지속 시간 및 발작 빈도 감소에 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 편두통 환자에게 전침치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 전침치료를 고려해야 한다.

이에 해당하는 권고안은 다음과 같다. 편두통 환자의 증상 호전을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다. 편두통 환자의 두통 강도 완화, 편두통 발작 빈도 감소를 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다. 어

지림증을 동반한 편두통 환자의 일상생활장애 개선을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다. 편두통 환자의 재발 감소를 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.

#### 【 R4-1 】

포함된 연구 중 어지럼증을 동반한 편두통에 환자에 대하여 한약 치료 효과를 DHI로 보고한 연구가 2편 있었으며, 한약 치료 효과를 일반적인 양약 치료와 비교 분석하여 권고안 R8을 도출하였다. 어지럼증을 동반한 편두통의 치료에 있어서 일반적인 양약 치료와 비교하여 한약 치료의 어지러움으로 인한 일상생활장애 개선 효과를 비교하였을 때, 한약 치료의 DHI 개선 효과의 근거수준은 대체적으로 중등도(Moderate)로 나타났다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 어지럼증을 동반한 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 어지럼증을 동반한 편두통 환자의 일상생활장애 개선을 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.

#### 【 R4-2 】

포함된 연구 중 추적관찰기간 동안 편두통의 재발률을 보고한 연구가 2편 있었으며, 한약 치료 효과를 일반적인 양약 치료와 비교 분석하여 권고안 R8을 도출하였다. 편두통의 치료에 있어서 일반적인 양약의 치료와 비교하여 한약 치료의 편두통 재발률을 비교하였을 때, 편두통 재발률의 근거수준은 대체적으로 중등도(Moderate)로 나타났다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 한약치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 재발 감소에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 재발 감소를 위해 한약치료 시행을 고려해야 한다.

근거 연구들에서 중복된 처방으로는 천궁다조산, 혈부축어탕, 통규활혈탕이었으며, 임상에서 설문 조사를 통해서 확인한 주요 처방은 청상견통탕, 반하백출천마탕 등이었다. 이에 따라 편두통 임상진료 지침 개발위원회는 임상적 고려사항으로 편두통 치료를 위한 한약으로 천궁다조산, 혈부축어탕, 통규활혈탕, 청상견통탕, 반하백출천마탕 등을 고려할 수 있다고 도출하였으며, 개별 처방에 대하여 나누어 분석을 실시하여 근거수준 및 하위 권고안으로 R5~R9을 도출하였다. 추후 개별 처방 및 임상 현실을 고려한 한의학적 변증에 따른 치료에 대한 추가 연구가 필요하다.

### (3) 참고문헌

1. 엄석기. 한약, 한약재, 생약과 천연물의 법규상 개념 및 정의의 문제점과 개선안. 대한한의학원전학회지. 2014;27(2):77-95.
2. 谢伟, 史国军, 于林, et al. 中药与西药对照治疗偏头痛的Meta分析. 热带医学杂志 2011(03).
3. Chronic Headache Clinical Practice Guideline Development Committee. Clinical Practice Guideline for Chronic Headache 2013. 2013.
4. Pryse-Phillips, William EM, et al. Guidelines for the nonpharmacologic management of migraine in clinical practice. Canadian Medical Association Journal. 1998;159(1):47-54.

5. Borghol A, Charles B, Hawawini F. Pharmacologic and complementary therapy for migraine prophylaxis, 2013.
6. 魏周科, 曹陈. 清热散偏汤治偏头痛的疗效观察及其对颅内血管机能状态的影响. 陕西中医学院学报. 2000(05).
7. 袁明 裘. 自拟搜风活血汤治疗偏头痛42例临床观察. 安徽中医临床杂志. 2003(03).
8. 林海, 查荣刘. 川郁解痛汤治疗偏头痛68例. 陕西中医. 2004(02).
9. 张志峰. 头风汤治疗偏头痛36例观察. 实用中医药杂志. 2004(03).
10. 刘四新. 通络熄风法治疗偏头痛88例临床观察. 湖南中医杂志. 2005(02).
11. 须进. 益气活血化瘀汤治疗血瘀型偏头痛56例疗效观察. 四川中医. 2005(12).
12. 汪亚群. 自拟中药方治疗月经期偏头痛30例体会. 中医药临床杂志. 2005(02).
13. 赵刚 李冷. 宁天四虫汤对偏头痛病人血浆一氧化氮的影响. 中西医结合心脑血管病杂志. 2005(03).
14. 应乔麟. 钩藤川芎汤治疗偏头痛88例. 浙江中医杂志. 2006(09).
15. 郑国伟, 林奕芬, 陈少如. 芎归辛蚣汤治疗偏头痛及对血液黏度影响的临床研究. 新中医. 2006(04).
16. 曾广权. 川芎止痛汤治疗偏头痛25例. 临床和实验医学杂志. 2006(10).
17. 李克忠. 川芎天麻汤治疗肝经风火型偏头痛35例. 河南中医. 2008(12).
18. 彭国英. 散风活血方治疗偏头痛106例. 陕西中医. 2008(08).
19. 姜辉聪. 平肝潜阳法治疗偏头痛45例. 陕西中医. 2009(04).
20. 李振光, 王净净. 川蝎防痛汤加减治疗偏头痛78例临床观察. 中国民族民间医药. 2009(15).
21. 张孟列. 天麻川芎汤治疗肝经风火型偏头痛43例. 陕西中医. 2009(10).
22. 钟广伟, 李炜, 罗艳红, et al. 平肝潜阳药物对偏头痛肝阳上亢证患者的临床疗效及其对血淋巴细胞蛋白质表达的影响. 中西医结合学报. 2009(01).
23. 崔杰强, 丁红梅. 芎芷羌葛汤治疗偏头痛临床观察. 吉林中医药. 2009(06).
24. 胡仲国. 川芎钩藤汤治疗偏头痛临床观察. 中国社区医师(医学专业半月刊). 2009(04).
25. 曲森, 唐启盛, 裴清华, et al. 温阳降气法治疗虚阳上扰型偏头痛临床研究. 新中医. 2010(09).
26. 陆素琴, 付玉, 毛玉娥. “通窍蒺藜汤”治疗偏头痛发作期30例临床观察. 江苏中医药. 2010(10).
27. 范国田, 朱丽杰. 加味头痛汤治疗偏头痛30例. 中国中医急症. 2010(09).
28. 吴远华, 邵勇, 朱广旗, et al. 苗药定痛汤治疗无先兆性偏头痛的临床研究. 中国民族民间医药. 2010(05).
29. 王迪. 祛风通络汤治疗偏头痛50例. 陕西中医学院学报. 2010(01).
30. 曹宝国, 刘惠娟, 安德明. 羌苕舒脑汤治疗偏头痛50例临床观察. 中国中医基础医学杂志. 2010(01).
31. 赵善辅, 曾素娥, 杨冬梅. 解郁通络汤治疗青壮年偏头痛35例. 河南中医. 2010(03).

32. 赵莹, 孟国玮, 乔工猛, et al. 通窍痛愈汤治疗偏头痛60例. 中国中医急症. 2010(05).
33. 陈萍. “芎归菖郁汤”治疗偏头痛44例临床观察. 江苏中医药. 2010(11).
34. 冯桂贞, 林安基, 刘小团, et al. 颅痛煎对偏头痛患者超敏c反应蛋白影响及疗效观察. 光明中医. 2010(07).
35. 高剑峰, 高剑波. 天蝎桃四汤治疗偏头痛30例远期疗效观察. 内蒙古中医药. 2011(12).
36. 潘平康, 陈亮, 王晓玲. 加减芎龙汤防治瘀血型偏头痛46例. 陕西中医. 2011(10).
37. 才迎春, 佟秀芳, 刘祝贺. 搜风通络法治疗偏头痛30例. 中国中医药现代远程教育. 2011(21).
38. 陈戎. 天麻活血通络汤治疗偏头痛90例临床研究. 山东中医杂志. 2011(08).
39. 邢雪梅. 天宁饮治疗偏头痛的临床观察. 泰州职业技术学院学报. 2011(06).
40. 黄佳祥, 王洋. 芎羌芷止痛饮治疗偏头痛188例临床观察. 中国社区医师(医学专业). 2011(34).
41. 宋尚熙. 芎芷天麻汤治疗偏头痛(瘀血挟风证)随机对照临床观察. 实用中医内科杂志. 2012(15).
42. 宋淑玲, 郝秋艳, 杜立清. 自拟散风通络汤治疗偏头痛对血管收缩与舒张因子的影响. 辽宁中医药大学学报. 2012(04).
43. 余秋焕. 补气活血汤治疗偏头痛76例. 陕西中医. 2012(02).
44. 王改凤, 李文涛, 王松龄. 散寒活瘀止痛方治疗阳虚寒凝型偏头痛60例疗效观察. 新中医. 2012(12).
45. 袁兵. 平肝化痰活血方治疗偏头痛86例临床疗效观察. 中医临床研究. 2012(16).
46. 张雪. 四物汤加减治疗偏头痛28例临床观察. 新中医. 2012(12).
47. 张淑贤, 李玲霞, 于晓东, et al. 芎芷祛风合剂治疗小儿偏头痛临床研究. 辽宁中医药大学学报. 2012(02).
48. 许东升, 蒋士卿, 王祖龙. 通络活血止痛汤治疗瘀血头痛35例. 中国实验方剂学杂志. 2012(17).
49. 谭静, 方芳. 通窍止痛汤治疗偏头痛瘀血型临床研究. 新中医. 2013(01).
50. 孙惠红. 自拟天芎头痛汤治疗偏头痛临床疗效观察. 西部中医药. 2013(05).
51. 吴永钧, 谢新利. 四物汤合吴茱萸汤加全蝎治疗女性偏头痛43例. 陕西中医学院学报. 2013(05).
52. 王琰. 平肝祛风通络法治疗肝阳上亢型偏头痛58例. 河南中医. 2013(06).
53. 熊云, 赵丹凤, 胡洁, et al. 化瘀通窍汤治疗血瘀型偏头痛的临床疗效观察. 中医药通报. 2013(06).
54. 张文仙, 靳玉萍, 董军梅. 自拟川麻止痛汤治疗偏头痛的疗效观察. 中西医结合心脑血管病杂志. 2013(06).
55. 张洪涛, 张淑玲. 补阳还五汤对偏头痛患者血浆cgrp和et的影响. 中国实验方剂学杂志. 2013(02).
56. 全亚萍, 李方, 王念, et al. 天宁饮对偏头痛患者tnf- $\alpha$ 等的干预作用. 辽宁中医杂志. 2013(10).

57. 陈敏, 杨翠兰, 王祎晟. 泻火止痛汤治疗肝火上炎型偏头痛临床观察. 上海中医药杂志. 2013(09).
58. 黄龙坚, 吕艳. 自拟芎芷汤治疗偏头痛疗效观察. 广西中医药. 2013(03).
59. 郭莉娟. 头风汤治疗偏头痛与改善抑郁状态的临床疗效观察. 中国处方药. 2014(11).
60. 聂飞. 活血散偏汤治疗偏头痛的效果观察. 中国中医药现代远程教育. 2014(23).
61. 温旺启, 秦亮. 三子泽兰汤治疗无先兆偏头痛40例临床观察. 湖南中医杂志. 2014(02).
62. 伍大华, 陈玉, 刘睿, et al. 平肝通络汤治疗偏头痛的临床观察. 中医药导报. 2015(09).
63. 牛鹏, 吴苑华, 张雁. 头风汤治疗偏头痛随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2015(04).
64. 陈伟, 杨雪山, 刘宗涛. 天宁方治疗偏头痛32例临床观察. 中国实验方剂学杂志. 2015(17).
65. 秦治国. 立愈汤治疗偏头痛临床观察. 中国实用医药. 2015(33).
66. 崔春丽, 王智强, 顾锡镇. 养血平肝方治疗偏头痛(肝阳上亢证)临床观察. 中国中医急症. 2015(08).
67. 郎茂林, 陈仓颉, 李卉英. 和解止痛方治疗偏头痛肝郁化火证疗效观察. 中国现代医生. 2016(01).
68. 王复龙, 杨崇河. 清脑头痛汤治疗偏头痛随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2016(03).
69. 俞文琴, 童旭英, 黄月芳. 加减柴胡桂枝干姜汤在偏头痛肝郁脾虚证中的临床应用. 中国生化药物杂志. 2016(06).
70. 张福磊, 周艳朋. 活血祛风法治疗瘀血挟风型偏头痛72例临床观察. 四川中医. 2016(10).
71. 陆克勤 杨. 桃红四物汤加减治疗偏头痛临床观察. 河北中医. 2000(12).
72. 吕崇山 冯. 自拟头风愈痛汤治疗偏头痛的疗效观察. 辽宁中医学院学报. 2004(03).
73. 常江 曹李. 五味清阳汤治疗偏头痛56例. 陕西中医. 2004(02).
74. 张妍燕. 刺五加注射液合苘麻解痛饮治疗偏头痛63例. 中医药临床杂志. 2005(03).
75. 舒湘青, 韩秋珍. 芎芷止痛汤治疗偏头痛48例小结. 中医药导报. 2008(10).
76. 沈四清, 曹晓莉, 张西春, et al. 中药治疗偏头痛84例临床疗效观察. 中国医药导报. 2008(31).
77. 郭洪祥. 芎麻汤治疗偏头痛41例疗效观察. 山西中医. 2009(09).
78. 贾琦, 薛志德. 散偏止痛汤治疗偏头痛60例. 陕西中医. 2010(11).
79. 靳宪芳, 王宝祥. 养血清肝汤治疗女性偏头痛35例. 山东中医杂志. 2010(08).
80. 刘新春. 芎防止痛汤治疗偏头痛43例临床观察. 中医药导报. 2010(07).
81. 李瑞杰, 李辉. 加味散偏汤治疗偏头痛50例. 江西中医药. 2012(08).
82. 林健祥, 曾素娥, 李永健, et al. 芎芍止痉汤治疗偏头痛46例. 中医药导报. 2011(05).
83. 李瑞杰, 习新娟, 李芳, et al. 加味散偏汤治疗偏头痛50例. 现代中医药. 2013(01).
84. 李树斌. 自拟清胆通络汤治疗偏头痛49例. 中国医药指南. 2013(23).
85. 莫晓枫, 宣丽华, 毕颖, et al. 熄风活血定痛汤治疗瘀血肝风型偏头痛的临床研究. 中华中医药学刊. 2013(04).

86. 谢玲玲. 芎芷汤治疗偏头痛38例. 浙江中医杂志. 2013(07).
87. 李岚生. 疏风通络止痛中药治疗偏头痛的临床观察. 中华全科医学. 2014(04).
88. 李乐军, 杨崇河, 李玉梅, et al. 芎芷煎方治疗偏头痛疗效及对脑电图、脑干诱发电位的影响. 长春中医药大学学报. 2014(06).
89. 郭燕可, 崔应麟. 散偏汤治疗偏头痛30例. 中国中医药现代远程教育. 2015(07).
90. 邱海丽, 迟晓玲, 周志伟. 祛痰活血通络汤治疗慢性偏头痛的临床观察. 中医学报. 2015(02).
91. 吕小亮, 余尚贞, 石青. 圣愈汤治疗气血不足型偏头痛随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2015(05).
92. 李乐军, 杨崇河, 李玉梅, et al. 芎芷煎方治疗偏头痛的临床疗效及机理研究. 中国中医基础医学杂志. 2016(02).
93. 邵勇, 曹丽平, 陈之虎, et al. 定痛汤对无先兆性偏头痛病人血cgrp,Sp的影响及临床疗效分析. 中西医结合心脑血管病杂志. 2016(18).
94. 冯霞, 张若曦, 冯玲. 中药治疗偏头痛疗效观察与5-羟色胺相关性探讨. 河北医学. 2016(02).
95. 郭明福. 加味散偏汤治疗气滞血瘀型偏头痛112例临床观察. 内蒙古中医药第. 2018(37).
96. 胡蓉. 加味散偏汤防治偏头痛疗效的临床研究. 中国地方病防治杂志. 2018(33).
97. 江黎, 冯方俊. 中西医结合治疗偏头痛临床观察. 2017(33).
98. 李辉. 自拟柔肝熄风汤治疗偏头痛肝阳上亢证的临床研究. 2019(11).
99. 吕芳, 张林, 全淑林, 王净净. 柴胡疏肝散合四物汤加减预防性治疗月经周期性偏头痛32例临床观察. 湖南中医杂志. 2018(34).
100. 罗志强, 喻国华. 祛风通窍汤治疗偏头痛108例疗效观察. 中药药理与临床. 2017(33).
101. 彭玉, 宁为民, 何氏化痰汤治疗前庭性偏头痛临床疗效观察. 四川中医. 2017(35).
102. 邱清, 徐秀梅. 温胆汤预防性治疗痰浊中阻型前庭性偏头痛30例. 江西中医药. 2019(50).
103. 任冬冬, 梁卓, 崔应麟, 郭燕可. 加味散偏汤治疗风痰瘀阻型偏头痛46例临床观察. 中医杂志. 2017(58).
104. 苏军岭. 当归四逆汤治疗偏头痛疗效观察. 实用中医药杂志. 2017(33).
105. 王裕生, 阿孜古丽, 卡斯木, 牛军强. 消痛平风汤治疗先兆偏头痛的临床效果. 中国现代医学杂志. 2017(27).
106. 夏云. 疏肝汤治疗偏头痛肝阳上亢证的效果. 中国民康医学. 2019(31).
107. 项启旺, 谢道俊. 中医辨证治疗前庭性偏头痛临床研究. 世界最新医学信息文摘. 2019(19).
108. 徐创龙, 贾爱民, 王明科. 天龙汤治疗偏头痛61例临床观察. 中国民族民间医药. 2019(28).
109. 姚庆萍, 邵淑娟. 止偏汤治疗痰瘀阻络型偏头痛的临床观察. 中国处方药. 2017(15).
110. 尤海玲, 陈源, 卢雯莉. 三通汤治疗偏头痛的临床疗效观察. 光明中医. 2017(32).

## 【R5】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 통규활혈탕가감                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |      |
| 편두통 환자에게 통규활혈탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 지속 시간 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B/Moderate | 1-5  |
| <b>임상적 고려사항</b><br>● 편두통 환자의 한약 치료에서 통규활혈탕은 활혈거어 작용으로 어혈증상을 보이는 편두통 환자에게 활용하고 그 외 특징에 따라 아래와 같이 약재를 가감할 수 있다.<br>① 간화증상이 보이면 치자, 백질려를 추가<br>② 담탁증상이 보이면 법반하, 천축황을 추가<br>③ 통증이 얼굴, 눈, 치아까지 이어지면 백강잠, 오공을 추가<br>④ 전두통이면 갈근, 천마 또는 백지를 추가<br>⑤ 양측 두통이면 국화, 만형자 또는 시호를 추가<br>⑥ 두정통이면 오수유 또는 고본을 추가<br>⑦ 오심, 구토증상이 보이면 선복화, 죽여를 추가<br>⑧ 통증이 심하면 전갈, 오공을 추가<br>⑨ 두통 부위에 따라 인경약을 추가<br>- 태양경 두통이면 강활, 만형자 추가<br>- 양명경 두통이면 갈근, 백지, 지모 추가<br>- 소양경 두통이면 시호, 황금 추가<br>-厥음경 두통이면 오수유, 고본 추가 |            |      |

## (1) 임상질문 : Q5

| 편두통 환자에 대해 통규활혈탕 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |       |    |                              |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                          | 중재    | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                          | 통규활혈탕 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

## ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 5개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Qian 등(2007)의 임상연구에서는 4주간 통규활혈탕가감 한약<sup>(1)</sup>을 복용한 치료군 57명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.30,

(1) 通竅活血湯加減 (작약15g, 천궁15g, 도인10g, 홍화10g, 백지30g, 총백12g, 생강9g, 대조15g, 황주(黃酒)100ml(沖服), 자단삼30g, 황기20g), 1일 1첩 2~3회 복용

95% CI: 1.08, 1.57), 두통 빈도와 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.05$ ).<sup>1)</sup>

Rong 등(2006)의 임상연구에서는 4주간 통규활혈탕가감 한약<sup>(2)</sup>을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine + Oryzanol)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.47, 95% CI: 1.03, 2.09).<sup>2)</sup>

Su 등(2015)의 임상연구에서는 3개월간 통규활혈탕가감 한약<sup>(3)</sup>을 복용한 치료군 34명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 34명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.41, 95% CI: 1.08, 1.84), 두통 빈도와 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.05$ ).<sup>3)</sup>

Zhang 등(2006\_b)의 임상연구에서는 30일간 통규활혈탕가감 한약<sup>(4)</sup>을 복용한 치료군 35명과 양약 치료(Flunarizine + Oryzanol)를 시행한 대조군 31명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.47, 95% CI: 0.98, 1.86).<sup>4)</sup>

Zhou 등(2011)의 임상연구에서는 14일간 통규활혈탕가감 한약<sup>(5)</sup>을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.30, 95% CI: 0.97, 1.74).<sup>5)</sup>

## ② 연구결과의 요약

5개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약 치료를 시행하는 경우 보다 통규활혈탕가감 한약 치료를 시행하는 경우 총 유효율, 편두통 관련 척도인 두통 빈도(times per month), 두통 지속 시간에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 편두통 증상, 편두통 발작 빈도, 지속 시간 감소에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 5건의 연구, 두통 빈도(times per month)는 2건, 두통 지속 시간은 2건의 연구가 포함되었다.

총 유효율에서는 5건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로, 통규활혈탕가감 한약 치료군에서 총 유효율이 더 높았다(RR 1.35, 95% CI: 1.20, 1.51). 두통 빈도(times per month), 두통 지속 시간에서의 근거수준은 중등도(Moderate)로, 통규활혈탕가감 한약 치료군에서 MD값이 양약 치료군 보다 낮게 나타났으며 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않았다.

편두통 치료에서 통규활혈탕가감 한약치료와 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여

(2) 通竅活血湯加減 (적작약15g, 천궁20g, 도인15g, 홍화10g, 총백5대(根), 생강5편(片), 대조15g, 전갈9g, 감초6g), 1일 1첩 2회 복용

(3) 通竅活血湯加減 (적작약15g, 천궁15g, 도인10g, 홍화10g, 백지30g, 총백12g, 생강9g, 대조15g, 황주(黃酒)250ml), 1일 1첩 1회 복용

(4) 通竅活血湯加減 (적작약15g, 천궁10g, 도인10g, 홍화10g, 대조12g, 전갈9g, 총백5대(根), 생강5편(片), 감초6g), 1일 1첩 2회 복용

(5) 通竅活血湯加減 (적작약15g, 천궁10g, 도인10g, 홍화5g, 대조6개(枚), 총백3~5대(根)), 1일 1첩 2회 복용

평가하였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 나머지 평가 항목인 비일관성 및 비정밀성에서는 근거수준을 낮출 필요가 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                               | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                                 | 비고                    |
|---------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
|                                             |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                             |                       |
| Total clinical effective rate<br>(Critical) | 371<br>(5RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.35<br>[1.20, 1.51] | 1000명당 649명           | 1000명당 227명<br>많음<br>[130, 331] | 증상의 호전이 나<br>타난 대상자 수 |
| 두통 빈도<br>(Critical)                         | 185<br>(2RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 1.52 낮음<br>[-1.66, -1.38]    | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함  |
| 두통 지속 시간<br>(Critical)                      | 185<br>(2RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 2.88 낮음<br>[-3.16, -2.59]    | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함  |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

두통 빈도: Headache frequency(times per month); 두통 지속 시간: Headache duration time

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R5는 편두통 환자에서 통규활혈탕가감 한약 치료가 양약 치료를 시행하는 것에 비하여 효과적인지 분석하기 위해 만들어졌다. 통규활혈탕가감 한약 치료는 양약 치료에 비해 총 유효율이 더 높았으며, 두통 빈도(times per month), 두통 지속 시간을 더 감소시켰다.

근거 연구들의 분석 결과 총 유효율과 두통 빈도(times per month)와 두통 지속 시간에서의 근거수준이 중등도(Moderate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 편두통에 대한 통규활혈탕가감 한약 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 이해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재 까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 통규활혈탕은 의림개작에 수록되어 있으며, 활혈거어 작용으로 편두통 변증 시 어혈두통일 때 사용할 수 있는 처방으로, 임상 경험 및 편두통 진료 시 사용하는 변증으로 어혈두통일 때 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 편두통 환자에게 통규활혈탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 지속 시간 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.

### (3) 참고문헌

1. 钱玉良, 严冬. 通窍活血汤加减治疗偏头痛57例临床观察. 江苏中医药. 2007(08).
2. 容兆宇. 通窍活血汤对偏头痛患者血中神经肽含量的影响. 中医药临床杂志. 2006(03).
3. 苏成才. 通窍活血汤加减治疗偏头痛68例疗效观察. 中国继续医学教育. 2015(25).
4. 张柱权. 通窍活血汤加减治疗偏头痛临床观察. 中医药学刊. 2006(08).
5. 周阳红, 牟艳杰, 杨胤. 通窍活血汤加减治疗偏头痛瘀血证30例. 现代中西医结合杂志. 2011(21).

## 【R6】

| 권고안 번호  | 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 혈부축어탕가감 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |      |
| R6      | <p>편두통 환자에게 혈부축어탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 두통 강도 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.</p> <p><b>임상적 고려사항</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 편두통 환자의 한약 치료에서 혈부축어탕가감은 행기활혈화어 작용으로 어혈증상을 보이는 편두통 환자에게 활용하고 그 외 특징에 따라 아래와 같이 처방을 변경할 수 있다. <ul style="list-style-type: none"> <li>① 간양상항 증상이 보이면 천마, 조구등을 추가, 간화왕성증상이 보이면 용담초, 치자, 황금을 추가</li> <li>② 기허 증상이 보이면 황기, 만삼을 추가</li> <li>③ 간신음허 증상이 보이면 생지황을 추가</li> <li>④ 한증 증상이 보이면 계지, 세신을 추가</li> <li>⑤ 신체가 비만하고 습담 증상이 보이면 백부자, 우담남성 또는 반하, 석창포를 추가</li> <li>⑥ 미루골통이 심하면 강활, 방풍을 추가</li> <li>⑦ 통증이 심하면 전갈, 조구등을 추가</li> <li>⑧ 오심, 구토 증상이 보이면 경구 진피, 반하, 죽여를 추가</li> <li>⑨ 두통 부위에 따라 인경약을 추가 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 태양경 두통이면 강활, 방풍 추가</li> <li>- 양명경 두통이면 갈근, 백지, 지모 추가</li> <li>- 소양경 두통이면 천궁, 시호 추가</li> <li>- 궤음경 두통이면 오수유, 고본 추가</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | B/Moderate | 1-5  |

### (1) 임상질문 : Q6

| 편두통 환자에 대해 혈부축어탕 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |       |    |                              |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                          | 중재    | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                          | 혈부축어탕 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

#### ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 5개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Su 등(2003)의 임상연구에서는 평균 20일간 혈부축어탕가감 한약<sup>(6)</sup>을 복용한 치료군 32명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR

(6) 血府逐瘀湯加減 (당귀9g, 생지황9g, 도인12g, 홍화9g, 지각6g, 적작약6g, 시호3g, 감초6g, 길경5g, 천궁5g, 우슬9g), 1일 1첩 2회 복용

1.24, 95% CI: 0.97, 1.58).<sup>1)</sup>

Wan 등(2014)의 임상연구에서는 30일간 혈부축어탕 한약<sup>(7)</sup>을 복용한 치료군 56명과 양약 치료(Flunarizine Hydrochloride)를 시행한 대조군 56명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.26, 95% CI: 1.03, 1.53), 두통 빈도와 두통 강도에 대한 NRS에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P < 0.01$ ).<sup>2)</sup>

Wang 등(2010)의 임상연구에서는 4주간 혈부축어탕가감 한약<sup>(8)</sup>을 복용한 치료군 31명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 31명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.33, 95% CI: 1.02, 1.74).<sup>3)</sup>

Zhang 등(2011)의 임상연구에서는 1개월간 혈부축어탕가감 한약<sup>(9)</sup>을 복용한 치료군 25명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 25명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.47, 95% CI: 1.03, 2.08).<sup>4)</sup>

Zheng 등(2013)의 임상연구에서는 30일간 혈부축어탕가미 한약<sup>(10)</sup>을 복용한 치료군 78명과 양약 치료(Fenbid + Flunarizine)를 시행한 대조군 78명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 1 더 높았다(RR 1.93, 95% CI: 1.55, 2.39).<sup>5)</sup>

편두통 환자에 대해 혈부축어탕 한약 치료의 메타분석 연구는 2건이 있었다.

Shi 등(2011)의 메타분석 연구에 따르면 2010년까지 발표된 무작위 대조군 임상연구(RCT) 12개를 분석한 결과, 혈부축어탕 치료는 대조군의 약물 치료보다 편두통 증상을 완화시키는데 더 효과적이었다(RR 1.29, 95% CI: 1.22, 1.36).<sup>6)</sup>

Li 등(2015)의 메타분석 연구에 따르면 2014년까지 발표된 무작위 대조군 임상연구(RCT) 12개를 분석한 결과, 혈부축어탕 치료는 대조군의 약물 치료보다 편두통 증상을 완화시키는데 더 효과적이었다(OR 4.54, 95% CI: 3.06, 6.73).<sup>7)</sup>

## ② 연구결과의 요약

5개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약 치료를 시행하는 경우 보다 혈부축어탕가감 한약 치료를 시행하는 경우 총 유효율, 두통 강도에 대한 NRS, 편두통 관련 척도인 두통 빈도(times per month)에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 편두통 증상, 두

(7) 血府逐瘀湯 (당귀10g, 생지황10g, 도인10g, 적작약10g, 천궁10g, 지각10g, 우슬10g, 홍화6g, 시호6g, 길경6g, 감초5g), 1일 1첩 2회 복용

(8) 血府逐瘀湯加減 (당귀10g, 생지황10g, 도인10g, 홍화6g, 지각10g, 적작약10g, 시호6g, 감초5g, 길경6g, 천궁10g, 우슬10g), 1일 2첩 1회 복용

(9) 血府逐瘀湯加減 (당귀10g, 생지황10g, 도인12g, 홍화9g, 지각10g, 적작약10g, 시호4g, 감초6g, 길경5g, 천궁5g, 우슬10g), 1일 1첩 2회 복용

(10) 血府逐瘀湯加減 (천궁30g, 당귀10g, 도인10g, 홍화10g, 생지황10g, 적작약15g, 우슬15g, 대조6개(枚), 총백3~5대(根)), 1일 1첩 2회 복용

통 강도, 편두통 발작 빈도 감소에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 5건의 연구, NRS(headache)와 두통 빈도(times per month)는 각각 1건의 연구가 포함되었다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서는 5건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로, 혈부축어탕가감 한약 치료군에서 총 유효율이 더 높았다(RR 1.42, 95% CI: 1.19, 1.71). NRS(headache)와 두통 빈도(times per month)에서의 근거수준은 중등도(Moderate)로, 혈부축어탕가감 한약 치료군에서 MD값이 양약 치료군 보다 낮게 나타났으며 신뢰 구간이 효과 없음을 포함하지 않았다.

편두통 치료에서 혈부축어탕가감 한약치료와 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 나머지 평가 항목인 비일관성 및 비정밀성에서는 근거수준을 낮출 필요가 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                               | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                                 | 비고                   |
|---------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------|
|                                             |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                             |                      |
| Total clinical effective rate<br>(Critical) | 442<br>(5RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.42<br>[1.19, 1.71] | 1000명당 623명           | 1000명당 262명<br>많음<br>[118, 442] | 증상의 호전이 나타난 대상자 수    |
| NRS(headache)<br>(Critical)                 | 112<br>(1RCT)    | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 1.7 낮음<br>[-2.04, -1.36]     | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |
| 두통 빈도<br>(Critical)                         | 112<br>(1RCT)    | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 1.7 낮음<br>[-1.83, -1.57]     | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

NRS : Numeral rating scale

두통 빈도: Headache frequency(times per month)

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R6은 편두통 환자에서 혈부축어탕 한약 치료가 양약 치료를 시행하는 것에 비하여 효과적이지 분석하기 위해 만들어졌다. 혈부축어탕가감 한약 치료는 양약 치료에 비해 총 유효율이 더 높았으며, NRS, 두통 빈도(times per month)를 더 감소시켰다.

근거 연구들의 분석 결과 총 유효율과 NRS, 두통 빈도(times per month)에서의 근거수준이 (Moder-

ate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 편두통에 대한 혈부축어탕가감 한약 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 혈부축어탕은 의림개작에 수록되어 있으며 행기활혈화어 작용으로 기체혈어로 인한 통증을 치료하는 처방으로, 임상 경험 및 편두통 진료 시 사용하는 변증으로 어혈두통일 때 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 편두통 환자에게 혈부축어탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 발작 빈도, 두통 강도 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.

### (3) 다른 임상진료지침의 내용

중국의 중의내과 임상진료지침에서는 어혈조락형 편두통에 혈부축어탕 처방을 활용하길 권고했다.<sup>8)</sup>

### (4) 참고문헌

1. 苏清伦. 血府逐瘀汤加减治疗偏头痛疗效观察. 河北中医. 2003(11).
2. 万辉勤, 胡芳英. 加味血府逐瘀汤治疗偏头痛的疗效分析. 宜春学院学报. 2014(09).
3. 汪永胜. 血府逐瘀汤加减治疗偏头痛临床研究. 中医学报 2010(06).
4. 张波. 血府逐瘀汤加减治疗偏头痛疗效观察. 长春中医药大学学报. 2011(03).
5. 郑万利. 血府逐瘀汤加味治疗偏头痛78例. 陕西中医 2013(06).
6. 史琳, 胡志强. 血府逐瘀汤治疗偏头痛的Meta-分析. 山东中医药大学学报. 2011(01).
7. 李曼菲, 谭文澜. 血府逐瘀汤治疗偏头痛疗效评价的Meta分析. 中国民族民间医药. 2015(22).
8. 中国中医科学院. Evidench-based guidelines of clinical practice in Chinese medicine internal medicine. 中国中医药出版社. 2011.

## 【R7】

| 권고안 번호  | 권고안                                                                                                                                                                                                       | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 천궁다조산가감 |                                                                                                                                                                                                           |            |      |
| R7      | 편두통 환자에게 천궁다조산가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 두통 강도, 발작 빈도, 지속 시간, 동반 증상 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.                                                                                       | B/Moderate | 1-7  |
|         | <b>임상적 고려사항</b><br>● 편두통 환자의 한약 치료에서 천궁다조산가감은 거풍통락 작용으로 풍한으로 인한 편두통 환자에게 활용하고 그 외 특징에 따라 아래와 같이 처방을 변경할 수 있다.<br>① 간양상향 증상이 보이면 석결명을 추가<br>② 담음 증상이 보이면 백출(초), 반하, 진피를 추가<br>③ 어혈 증상이 보이면 단삼, 삼칠, 천우슬을 추가 |            |      |

### (1) 임상질문 : Q7

| 편두통 환자에 대해 천궁다조산 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |       |    |                              |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                          | 중재    | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                          | 천궁다조산 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

#### ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 7개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

He 등(2016)의 임상연구에서는 14일간 천궁다조산합강활승습탕 한약<sup>(11)</sup>을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.27, 95% CI: 1.01, 1.61).<sup>1)</sup>

Jiang 등(2013)의 임상연구에서는 1개월간 천궁다조산가감 한약<sup>(12)</sup>을 복용한 치료군 16명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 14명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.31, 95% CI: 0.92, 1.87).<sup>2)</sup>

Sun 등(2016)의 임상연구에서는 8주간 천궁다조산 한약<sup>(13)</sup>을 복용한 치료군 60명과 양약 치료(Flu-

(11) 川芎茶調散合羌活勝濕湯 (천궁, 형개, 방풍, 백지 각15g, 세신6g, 박하, 강활 각15g, 만형자30g, 고본, 감초 각15g), 1일 1첩 3회 복용

(12) 川芎茶調散加減 (천궁30g, 형개10g, 백지10g, 세신3g, 방풍6g, 강활6g, 전갈6g, 강잠6g, 감초6g, 당귀12g, 백작약10g), 1일 1첩 2회 복용

(13) 川芎茶調散 (천궁20g, 형개15g, 세신6g, 방풍6g, 강활10g, 백지10g, 박하12g, 감초6g), 1일 2첩 2회 복용

narizine hydrochloride)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며 (RR 1.08, 95% CI: 0.94, 1.24), 두통 강도에 대한 VAS(headache)에서도 통계적으로 유의한 감소를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>3)</sup>

Wang 등(2015a)의 임상연구에서는 2주간 천궁다조산가감 한약<sup>(14)</sup>을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.18, 95% CI: 0.92, 1.52).<sup>4)</sup>

Zhan 등(2007)의 임상연구에서는 4주간 천궁다조산 한약<sup>(15)</sup>을 복용한 치료군 60명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 22명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.06, 95% CI: 0.82, 1.37).<sup>5)</sup>

Yang 등(2020)의 임상연구에서는 4주간 천궁다조산가감 한약을 복용한 치료군 42명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 42명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.26, 95% CI: 1.03, 1.53).<sup>6)</sup>

Zhong 등(2019B)의 임상연구에서는 4주간 천궁다조산가감 한약을 복용한 치료군 34명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 34명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며 (RR 1.00, 95% CI: 0.90, 1.10), 두통 빈도, 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>7)</sup>

## ② 연구결과의 요약

7개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약 치료를 시행하는 경우 보다 천궁다조산가감 한약 치료를 시행하는 경우 총 유효율, 두통 강도에 대한 VAS(headache), 두통 빈도 점수, 두통 지속 시간 점수, 동반 증상 점수에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 편두통 증상, 두통 강도 감소, 편두통 발작 빈도, 지속 시간, 동반증상 개선에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 7건의 연구, VAS(headache)는 1건, 두통 빈도 점수, 두통 지속 시간 점수, 동반 증상 점수는 각각 1건의 연구에서 보고되었다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서는 7건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로, 천궁다조산가감 한약 치료군에서 총 유효율은 1.16(95% CI: 1.07, 1.26)배의 개선이 나타났다. VAS(headache)와 두통 빈도 점수, 두통 지속 시간 점수, 동반증상점수에서의 근거수준은 중등도(Moderate)로, 천궁다조산가감 한약 치료군에서 MD값이 양약 치료군 보다 낮게 나타났으며 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않았다.

편두통 치료에서 천궁다조산가감 한약치료와 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서

(14) 川芎茶調散加減 (천궁20g, 강활15g, 방풍15g, 백지20g, 현호색20g, 백작20g, 만형자15g, 고본15g, 국화10g, 박하10g, 감초6g), 1일 1첩 2회 복용

(15) 血府逐瘀湯加味 (천궁30g, 당귀10g, 도인10g, 홍화10g, 생지황10g, 적작약15g, 우슬15g, 대조6개(枚), 총백3~5대(根)), 1일 1첩 2회 복용

근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 나머지 평가 항목인 비일관성 및 비정밀성에서는 근거수준을 낮출 필요가 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                            | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                              | 비고                |
|------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------|
|                                          |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                          |                   |
| Total clinical effective rate (Critical) | 524 (7RCTs)      | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.16<br>[1.07, 1.26] | 1000명당<br>760명        | 1000명당 882명<br>[814, 958]    | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS(headache) (Critical)                 | 120 (1RCT)       | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                    | —                     | MD 0.76 낮음<br>[-1.02, -0.50] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 두통 빈도 점수 (Critical)                      | 68 (1RCT)        | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                    | —                     | MD 1.71 낮음<br>[-2.01, -1.41] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 두통 지속 시간 점수 (Critical)                   | 68 (1RCT)        | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                    | —                     | MD 1.78 낮음<br>[-2.1, -1.46]  | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 동반 증상 점수 (Critical)                      | 68 (1RCT)        | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                    | —                     | MD 0.52 낮음<br>[-0.57, -0.47] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

동반 증상 점수(Appling symptoms score) : Appling vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R7은 편두통 환자에서 천궁다조산 한약 치료가 양약 치료를 시행하는 것에 비하여 효과적이지 분석하기 위해 만들어졌다. 천궁다조산가감 한약 치료는 양약 치료에 비해 총 유효효율이 더 높았으며, 두통 강도에 대한 VAS(headache), 두통 빈도 점수, 두통 지속 시간 점수, 동반증산점수를 더 감소시켰다.

근거 연구들의 분석 결과 총 유효율과 VAS(headache), 두통 빈도 점수, 두통 지속 시간 점수, 동반증산점수에서의 근거수준이 (Moderate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로

평가 하였다. 편두통에 대한 천궁다조산가감 한약 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 천궁다조산은 태평हे민화제국방에 수록되어 있으며 거풍통락의 작용으로 풍한으로 인한 편두통을 치료하는 처방이다. 임상실태 설문조사 시 주로 사용하는 편두통 변증명에 풍한두통이 포함되어 있어 풍한두통에 천궁다조산을 활용할 수 있으며, 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 천궁다조산가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 및 두통 강도, 발작 빈도, 지속 시간, 동반 증상 등의 감소 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.

### (3) 다른 임상진료지침의 내용

중국의 중의내과 임상진료지침에서는 풍한응체형 편두통에 천궁다조산 처방을 활용하길 권고했다.<sup>8)</sup>

### (4) 참고문헌

1. 何金波, 张晓云. 川芎茶调散合羌活胜湿汤治疗偏头痛随机平行对照研究. 实用中医内科杂志, 2016(05).
2. 姜敏. 中医内科治疗偏头痛30例临床疗效分析. 内蒙古中医药, 2013(09).
3. 孙达, 许保海. 川芎茶调散治疗偏头痛的疗效观察及对β内啡肽、5羟色胺的影响. 中国中医急症, 2016(11).
4. 王敏博, 杨旭红. 加減川芎茶调散防治偏头痛的临床观察. 光明中医, 2015(10).
5. 占戈, 满伟. 川芎茶调散加減治疗偏头痛60例疗效观察. 河北中医药学报, 2007(01).
6. 杨培树, 郝文立. 川芎茶调散方加減治疗偏头痛的临床观察. 内蒙古中医药第, 2020(39).
7. 钟岩, 卢明, 倪浩斌. 川芎茶调散对偏头痛的预防作用研究. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019(17).
8. 中国中医科学院. Evidench-based guidelines of clinical practice in Chinese medicine internal medicine. 中国中医药出版社, 2011.

【R8】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 청상견통탕가감                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |      |
| 편두통 환자에게 청상견통탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B/Moderate | 1-2  |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 편두통 환자의 한약 치료에서 청상견통탕가감은 소풍활혈과 통락지통 작용으로 편두통 치료에 효과적이며 그 외 특징에 따라 아래와 같이 처방을 변경할 수 있다.                     <ol style="list-style-type: none"> <li>① 맥이 약하고, 자한, 피로감, 무력감 등 기허 증상이 보이면 황기, 만삼을 추가</li> <li>② 현훈, 심계, 설담 등의 혈허 증상이 보이면 하수오, 백작약을 추가</li> <li>③ 구토 증상이 보이면 반하를 추가</li> <li>④ 구갈 또는 설태가 황색인 증상이 보이면 석고를 추가</li> <li>⑤ 불면 증상이 보이면 산조인(초)를 추가</li> </ol> </li> </ul> |            |      |

(1) 임상질문 : Q8

| 편두통 환자에 대해 청상견통탕 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |       |    |                              |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                          | 중재    | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                          | 청상견통탕 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 2개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Chen 등(2014)의 임상연구에서는 2주간 청상견통탕<sup>(16)</sup>을 복용한 치료군 50명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.31, 95% CI: 1.03, 1.67).<sup>1)</sup>

Zheng 등(2007)의 임상연구에서는 15일간 청상견통탕가감 한약<sup>(17)</sup>을 복용한 치료군 32명과 양약 치료(Nimodipine + Rotundine)를 시행한 대조군 28명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.36, 95% CI: 1.06, 1.73).<sup>2)</sup>

(16) 清上蠲痛湯 (당귀10g, 천궁10g, 강활5g, 독활5g, 세신3g, 백지5g, 방풍5g, 창출8g, 맥문동6g, 만형자8g, 국화8g, 황금5g, 자감초3g), 1일 1첩 2회 복용

(17) 清上蠲痛湯加減 (당귀9g, 천궁6g, 백지9g, 세신3g, 강활6g, 독활6g, 방풍9g, 만형자6g, 창출9g, 국화9g, 시호6g, 황금6g, 맥문동6g, 감초3g), 1일 1첩 2회 복용

## ② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약 치료를 시행하는 경우 보다 청상견통탕가감 한약 치료를 시행하는 경우 총 유효율에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 편두통 증상개선에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율에 2건의 연구가 포함되었다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서 2건의 연구를 분석한 결과 근거수준은 중등도(Moderate)로, 청상견통탕가감 한약 치료군에서 총 유효율은 1.33(95% CI: 1.12, 1.58)배의 개선이 나타났다.

편두통 치료에서 청상견통탕가감 한약치료와 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 나머지 평가 항목인 비일관성 및 비정밀성에서는 근거수준을 낮출 필요가 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 총 유효율에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                            | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                                 | 비고                |
|------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------|
|                                          |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                             |                   |
| Total clinical effective rate (Critical) | 160<br>(2RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.33<br>[1.12, 1.58] | 1000명당<br>667명        | 1000명당 220<br>명 많음<br>[80, 387] | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R8은 편두통 환자에서 청상견통탕 한약 치료가 양약 치료를 시행하는 것에 비하여 효과적이지 분석하기 위해 만들어 졌다. 청상견통탕가감 한약 치료는 양약 치료에 비해 총 유효율이 더 높았다.

근거 연구들의 분석 결과 총 유효율에서의 근거수준이 (Moderate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 편두통에 대한 청상견통탕가감 한약 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 청상견통탕

은 소풍활혈과 통락지통의 작용으로 편두통을 치료하는 처방이다. 임상 실태 설문조사 시 편두통 치료에 주로 사용하는 처방 중 2번째로 활용도가 높은 처방이며, 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 편두통 환자에게 청상견통탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.

### (3) 참고문헌

1. 陈懿, 孙纪峰. 清上蠲痛汤治疗偏头痛50例观察. 实用中医药杂志. 2014(06).
2. 郑健. 清上蠲痛汤治疗偏头痛32例观察. 实用中医药杂志. 2007(08).

## 【R9】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 반하백출천마탕가감                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |      |
| 편두통 환자에게 반하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                       | B/Moderate | 1-4  |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 편두통 환자의 한약 치료에서 반하백출천마탕은 화담건비, 거습소풍 작용으로 편두통 치료에 효과적이며 그 외 특징에 따라 아래와 같이 처방을 변경할 수 있다.               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 실면다몽의 증상이 보이면 야교등, 진주모(珍珠母), 용골을 추가</li> <li>② 열 증상이 보이면 황련, 과루인, 죽여를 추가</li> <li>③ 어혈 증상이 보이면 경우 단삼, 적작약을 추가</li> </ol> </li> </ul> |            |      |
| 어지럼증을 동반한 편두통 환자 또는 전정편두통 환자에게 반하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 현훈빈도와 현훈으로 인한 일상생활 장애 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                   | B/Moderate | 1-4  |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 편두통은 전정자극에 의해 유발될 수 있으므로 현훈을 동반하는 편두통환자 진료시 편두통과 병발할 수 있는 다른 전정 기능 이상을 감별하여야 한다</li> </ul>                                                                                                                                                                                         |            |      |

## (1) 임상질문 : Q9

| 편두통 환자에 대해 반하백출천마탕 치료를 시행하는 것은 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통 관련 척도의 개선을 보이는가? |         |    |                              |            |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                             | 중재      | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                             | 반하백출천마탕 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진토제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

## ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 4개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Ou 등(2016)의 임상연구에서는 6주간 가미반하백출천마탕을 복용한 치료군 45명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 45명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.36, 95% CI: 1.00, 1.85).<sup>1)</sup>

Gao 등(2019B)의 임상연구에서는 4주간 삼기반하백출천마탕을 과립제로 복용한 치료군 35명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 33명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.33, 95% CI: 1.02, 1.74), DHI에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P < 0.05$ ).<sup>2)</sup>

Kang 등(2017A)의 임상연구에서는 2개월간 반하백출천마탕을 복용한 치료군 26명과 양약 치료(Betahistine mesilate)를 시행한 대조군 26명을 비교한 결과 현훈발생횟수와 현훈발생일수에서 통계적

으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>3)</sup>

Wang 등(2016B)의 임상연구에서는 6주간 반하백출천마탕가감을 복용한 치료군 60명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.12, 95% CI: 0.97, 1.29).<sup>4)</sup>

## ② 연구결과의 요약

4개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약 치료를 시행하는 경우에 비해 가미반하백출천마탕 한약 치료를 시행하는 경우 총 유효율, 편두통의 동반 증상 중 하나인 현훈빈도, 현훈일수, 현훈에 대한 일상생활장애 관련 척도인 DHI(dizziness handicap inventory)에 대해 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 편두통 증상, 편두통 동반 증상인 현훈의 개선에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 3건의 연구에서, 현훈빈도, 현훈일수, DHI(dizziness handicap inventory)는 각각 1건의 연구에서 보고되었다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서 근거수준은 중등도(Moderate)로, 가미반하백출천마탕 치료군과 양약 치료군 비교에서 총 유효율의 RR은 1.20(95% CI: 1.05, 1.38)로 나타났다. 현훈빈도, 현훈일수, DHI(dizziness handicap inventory)에서의 근거수준은 중등도(Moderate)로, 가미반하백출천마탕 치료군에서 MD값이 양약 치료군 보다 낮게 나타났으며 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않았다.

편두통 치료에서 가미반하백출천마탕 치료와 양약치료를 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 각각의 결과 지표에서 비일관성 및 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 평가된 근거의 문헌에서 대부분 비뚤림 위험성이 높아 잘 설계된 임상연구를 통해 근거 보충이 필요하다고 생각하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

## 결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                                             | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                                | 비고                    |
|-----------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
|                                                           |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                            |                       |
| Total clinical effective rate<br>(Critical)               | 278<br>(3RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.20<br>[1.05, 1.38] | 1000명당<br>696명        | 1000명당<br>835명<br>[730, 960]   | 증상의 호전이 나<br>타난 대상자 수 |
| Frequency of<br>vertiginous<br>(N/2months)<br>(Important) | 52<br>(1RCT)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 3.30 낮음<br>[-4.91, -1.69]   | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함  |
| Days of<br>vertiginous<br>(d/2months)<br>(Important)      | 52<br>(1RCT)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 3.52 낮음<br>[-6.27, -0.77]   | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함  |
| DHI<br>(Important)                                        | 68<br>(1RCT)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 14.69 낮음<br>[-21.45, -7.93] | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함  |

DHI (dizziness handicap inventory) : 어지럼 환자를 대상으로 어지럼에 의한 일상생활 장애를 조사한 최초의 자기평가식 척도 (selfassessment inventory)

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비돌림 위험성이 높음

b: RR의 95% 신뢰구간이 1을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R9는 편두통 환자에서 반하백출천마탕 한약 치료가 양약 치료를 시행하는 것에 비하여 효과적인지 분석하기 위해 만들어졌다. 반하백출천마탕 한약 치료는 양약 치료에 비해 총 유효율이 더 높았으며, 현훈빈도, 현훈일수를 더 감소시켰다. 또한 현훈 관련 삶의 질 평가도구인 DHI(dizziness handicap inventory)에서도 개선을 보고한 연구가 있었기에 이에 대한 근거평가 및 권고안을 R9-2로 별도로 제시하였다.

## 【 R9-1 】

편두통의 치료에 있어서 반하백출천마탕과 비교하여 양약 치료의 상대적 효과를 비교하였을 때, 반하백출천마탕 한약 치료 후 총 유효율과 현훈 관련 결과지표에서 근거수준은 대체적으로 중등도(Moderate)로 나타났다. 편두통에 대한 반하백출천마탕 한약 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 반하백출천마탕은 의학심오에 수록되어 있으며 화담건비, 거습소풍의 작용으로 담탁으로 인한 편두통을 치료하는 처방이다. 임상 실태 설문조사 시 편두통 치료에 주로 사용하는 처방 중 1번째로 활용도가 높은 처방이며, 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 반

하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 편두통의 증상 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.

#### 【R9-2】

반하백출천마탕 치료 후 혼에 대한 일상생활장애 관련 척도인 DHI(dizziness handicap inventory)에서도 근거수준은 중등도(Moderate)로 나타났다. 즉, 어지럼증을 동반한 편두통 환자 또는 전정편두통 환자에게 반하백출천마탕가감 치료를 하는 것은 일반적인 양약 치료에 비해 현훈빈도와 현훈으로 인한 일상생활장애 개선 효과를 기대할 수 있어 편두통 치료 시 고려해야 한다.

### (3) 다른 임상진료지침의 내용

중국의 중의내과 임상진료지침에서는 담탁상요형 편두통에 반하백출천마탕가감 처방을 활용하길 권고했다.<sup>5)</sup>

### (4) 참고문헌

1. 欧降红, 阿不来提·艾则孜, 万雪梅. 加味半夏白术天麻汤对痰浊上扰型偏头痛患者的疗效及内皮素-1及一氧化氮水平的影响. 湖南中医药大学学报. 2016(07).
2. 高霖, 钟海涛, 郑晓芬, 罗雪文, 傅叶飞, 沈海鹏. 参芪半夏白术天麻汤治疗气虚痰阻型前庭性偏头痛临床观察. 光明中医. 2019(34).
3. 康紫厚, 许可可, 杨海燕. 半夏白术天麻汤预防性治疗前庭性偏头痛的临床分析. 中国中医药现代远程教育. 2017(15).
4. 王艳萍, 杨志宏, 赵欢. 半夏白术天麻汤治疗痰浊上蒙型偏头痛随机对照研究. 世界最新医学信息文摘. 2016(16).
5. 中国中医科学院. Evidench-based guidelines of clinical practice in Chinese medicine internal medicine. 中国中医药出版社. 2011.

## ▣ 병행치료

### 【R10】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                      | B/Moderate | 1-15 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 변증과 처방에 관련된 내용은 R4-R9의 내용을 참고하여 처방할 수 있다.</li> <li>● 신기능, 간기능 이상자에게는 한약과 양약 병행 투여에 주의가 필요하며 병행 투여시 정기적인 혈액검사를 통해 이상반응이 나타나는지 주의해야 한다.</li> </ul>                                                                                                                                                  |            |      |
| 혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                            | B/Moderate | 1-15 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 통규활혈탕, 혈부축어탕 처방을 고려할 수 있으며, 어혈과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.</li> <li>● 어혈 두통 : 두통이 찌르는 듯한 통증, 만성으로 지속, 통처가 고정되어 있는 두통을 특징으로 하며 신체검진 상 타 어혈 변증 소견이 보이는 경우(舌質紫暗, 或有瘀斑, 瘀点, 苔薄白, 脈沈細或細)</li> </ul>                                                                                        |            |      |
| 간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                           | B/Moderate | 1-15 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 조등산 처방을 고려할 수 있으며, 간양상항과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.</li> <li>● 치간풍(조등산)의 적응증 : 체력이 보통이며 만성적인 두통, 어지럼증, 어깨 결림 등이 있는 사람의 다음과 같은 증상: 만성두통, 신경증, 고혈압의 경향이 있는 증상</li> <li>● 간양상항 두통 : 머리가 팽창 또는 터질 듯한 느낌의 두통, 가슴이 답답하고 쉽게 짜증을 내며 신체검진 상 타 간양상항 소견이 보이는 경우(口苦, 目赤, 舌紅苔黃, 脈弦或弦數)</li> </ul> |            |      |

### (1) 임상질문 : Q10

| 편두통 환자에 대해 한약치료와 양약치료를 병행하는 것은 양약치료를 단독으로 시행하는 것과 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |       |    |                              |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|------------------------------|------------|
| 권고 적응군                                                                                        | 중재    | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                                        | 한약+양약 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

#### ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 15개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Dan 등(2020)의 임상연구에서는 30일간 활혈화어지통탕 한약과 양약(Sibelium)을 복용한 치료군 46명과 양약 치료(Sibelium)를 시행한 대조군 46명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.24, 95% CI: 1.02, 1.50), VAS(headache), 두통 빈도, 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>1)</sup>

Han 등(2018)의 임상연구에서는 4주간 가미산 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 51명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 51명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.20, 95% CI: 1.03, 1.38), 삶의 질 개선에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>2)</sup>

Li 등(2019F)의 임상연구에서는 1개월간 마황부자세신탕 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 45명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 45명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.21, 95% CI: 1.00, 1.46), 중의증후점수, 수면상태와 3개월 후 추적관찰 결과에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>3)</sup>

Liu 등(2019B)의 임상연구에서는 4주간 산편탕 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.15, 95% CI: 0.98, 1.35), 중의증후점수에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>4)</sup>

Mao 등(2016)의 임상연구에서는 3일간 구뇌탕 한약과 양약(Ibuprofen)을 복용한 치료군 33명과 양약 치료(Ibuprofen)를 시행한 대조군 27명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.19, 95% CI: 0.98, 1.44), 편두통 지수, 두통 빈도, 두통 지속 시간, 동반 증상에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>5)</sup>

Ren 등(2018A)의 임상연구에서는 30일간 산편탕가감 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.37, 95% CI: 1.01, 1.86).<sup>6)</sup>

Wei 등(2019)의 임상연구에서는 3개월간 자음청간탕 한약과 양약(Ibuprofen)을 복용한 치료군 30명과 양약 치료(Ibuprofen)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.08, 95% CI: 0.88, 1.32), 편두통 지수, 동반 증상 점수에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>7)</sup>

Wu 등(2017B)의 임상연구에서는 28일간 가미천궁다조산 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 60명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 60명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.21, 95% CI: 1.05, 1.40).<sup>8)</sup>

Yu 등(2019)의 임상연구에서는 천궁산 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.13, 95% CI: 0.92, 1.38).<sup>9)</sup>

Yuan 등(2017)의 임상연구에서는 20~60일간 천궁다조산가감 한약과 양약(Nimodipine)을 복용한 치료군 39명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 39명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.35, 95% CI: 1.05, 1.72), VAS(headache), 두통 빈도, 두통완해시간에서도 통계

적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>10)</sup>

Zhang 등(2017D)의 임상연구에서는 6주간 시호육미탕 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 34명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 34명을 비교한 결과 중의증후점수, 삶의 질, Headache index score에서 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>11)</sup>

Zhang 등(2017F)의 임상연구에서는 15일간 천궁다조산 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 63명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 63명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.16, 95% CI: 1.00, 1.36).<sup>12)</sup>

Zhang 등(2019C)의 임상연구에서는 15일간 불수정통탕 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 50명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.39, 95% CI: 1.09, 1.77), VAS(headache), 두통 빈도, 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>13)</sup>

Zhong 등(2019A)의 임상연구에서는 8주간 청간양혈탕 한약과 양약(Flunarizine)을 복용한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.24, 95% CI: 1.00, 1.54), VAS(headache), 두통 빈도, 두통 지속 시간에서도 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>14)</sup>

Zhu 등(2018)의 임상연구에서는 8주간 온담탕가감 한약과 양약(Flupentixol and Melitracen)을 복용한 치료군 42명과 양약 치료(Flupentixol and Melitracen)를 시행한 대조군 42명을 비교한 결과 두통 빈도, 두통 지속 시간, HAMD(Hamilton Depression Scale), HAMA(Hamilton Anxiety Scale)에서 통계적으로 유의한 효과를 보였다( $P<0.05$ ).<sup>15)</sup>

## ② 연구결과 요약

총 15개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약치료를 단독 시행하는 경우 보다 양약 치료와 한약 치료를 병행하는 경우 총 유효율과 VAS(headache), 편두통 지수, 두통 빈도에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 증상 개선에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 13건의 연구, VAS(headache)는 4건의 연구, 편두통 지수는 1건의 연구, 두통 빈도는 6건의 연구가 포함되었다. 이상반응은 3건의 연구에서 보고되었다. 13개의 무작위 배정 임상연구 중 3개의 연구는 혈어증으로 변증된 편두통 환자를 대상으로, 2개의 연구는 간양상향으로 변증된 편두통 환자를 대상으로 한 연구로 근거 평가 및 권고안 도출을 별도로 진행하였다.

총 유효율에서 근거수준은 중등도(Moderate)로, 한약 치료와 양약 치료를 병행한 치료군에서 총 유효율은 RR값이 1.20(95% CI: 1.14, 1.27)으로 개선이 확인되었다.

VAS(headache), 편두통 지수, 이상반응 발생률에서의 근거수준은 중등도(Moderate)로, 한약 치료와 양약 치료를 병행한 치료군에서 MD값, RR이 양약 단독 치료군 보다 낮게 나타났으며 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않았다.

두통 빈도에서는 각 연구에서 빈도를 측정하는 기간이 달라 SMD로 정량적 분석을 시행하였으며, 한

약 치료와 양약 치료를 병행한 치료군에서 SMD값이 양약 치료군 보다 낮게 나타났으며 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않았지만, 비일관성이 높아 근거수준이 낮음(Low)으로 평가되었다.

혈어증으로 변증된 편두통 환자를 대상으로 한 3개의 연구에서 총 유효율의 근거수준은 중등도(Moderate)로, 한약 치료와 양약 치료를 병행한 치료군에서 총 유효율은 RR값이 1.21(95% CI: 1.08, 1.35)로 개선이 확인되었다. 간양상향으로 변증된 편두통 환자를 대상으로 한 2개의 연구에서 총 유효율의 근거수준은 중등도(Moderate)로, 한약 치료와 양약 치료를 병행한 치료군에서 총 유효율은 RR값이 1.24(95% CI: 1.05, 1.45)로 개선이 확인되었다.

근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 모든 결과지표에서는 비대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 모든 결과 지표에서는 효과의 방향성이 일치하나, 두통 빈도에서는  $I^2=70\%$ 보다 높아 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높다고 판단하였다. 이를 제외한 나머지 결과 지표에서는 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 효과의 추정치에 대한 확신을 중등도로 할 수 있으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                                        | 총 환자 수<br>(문헌 수)  | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)       | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                               | 비고                |
|------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------|
|                                                      |                   |                               |                         | 대조군                   | 중재군                           |                   |
| Total clinical effective rate<br>(Critical)          | 1128<br>(13 RCTs) | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 1.20<br>[1.14, 1.27] | 1000명당<br>750명        | 1000명당 901명<br>[856, 953]     | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS(headache)<br>(Critical)                          | 350<br>(4 RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | MD 0.83 낮음<br>[-1.06, -0.6]   | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미  |
| 편두통 지수<br>(Critical)                                 | 60<br>(1 RCT)     | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                       | -                     | MD 2.81 낮음<br>[-3.24, -2.38]  | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미  |
| 두통 빈도<br>(Critical)                                  | 494<br>(6 RCTs)   | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | -                       | -                     | SMD 3.16 낮음<br>[-4.79, -1.53] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미  |
| Adverse events<br>(Important)                        | 244<br>(3 RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 0.49<br>[0.32, 0.73] | 1000명당<br>487명        | 1000명당 239명<br>[156, 356]     | 이상반응이 나타난 대상자 수   |
| Total clinical effective rate<br>-혈어증-<br>(Critical) | 242<br>(3 RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 1.21<br>[1.08, 1.35] | 1000명당<br>763명        | 1000명당 923명<br>[824, 1000]    | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |

| 결과<br>(결과중요도)                                         | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)       | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                            | 비고                |
|-------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------|
|                                                       |                  |                               |                         | 대조군                   | 중재군                        |                   |
| Total clinical effective rate<br>-간양상향-<br>(Critical) | 140<br>(2 RCTs)  | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | RR 1.24<br>[1.05, 1.45] | 1000명당<br>729명        | 1000명당 903명<br>[756, 1000] | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

편두통 지수(Migraine score) : ①+②+③+④

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Applying symptoms score) : Applying vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

b: 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2 > 70\%$ 로 연구간 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R10은 편두통 환자에서 양약 치료와 한약 치료 병행이 양약 치료 단독으로 시행하는 것에 비하여 효과적인지 분석하기 위해 만들어 졌다. 양약 치료 단독 시행과 비교했을 때 양약 치료와 한약 치료를 병행하는 것은 총 유효율이 더 높았으며, VAS(headache) 점수, 편두통 지수, 두통 빈도를 더 감소 시켰다. 포함된 연구 중 혈어증과 간양상향으로 변증된 편두통 환자를 대상으로 한 연구에 대하여 근거 수준 평가와 함께 하위 권고안을 R10-1, R10-2로 도출하였다.

### 【R10】

편두통의 치료에 있어서 양약 치료 단독 시행과 비교하여 양약과 한약 치료 병행의 상대적 효과를 비교하였을 때, 근거 연구들의 분석 결과 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 포함된 연구에서 부작용 발생을 제시한 연구는 3건으로, 한약 치료와 양약 치료를 병행한 치료군은 입마름, 불면, 우울감, 변비, 어지러움, 혈액검사 및 간기능, 신기능 이상 등이 나타났으며 이상반응 발생률이 약 23%였던 반면, 양약 단독 치료군에도 비슷한 이상증상으로 이상반응 발생률이 약 49%로 확인되어 한약 치료와 양약 치료를 병행한 치료군이 이상반응 발생이 더 적었다. 따라서 한약 치료와 양약 치료 병행이 양약에 비해 더 큰 위해를 발생시킨다고 볼 수 없기 때문에 한약 치료와 양약 치료 병행으로 인한 위해는 크지 않은 것으로 보았다. 한약 치료와 양약 치료 병행은 임상 현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 편두통에 대한 한약 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해 보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인

편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.

#### 【R10-1, R10-2】

혈어증으로 변증된 편두통 환자를 대상으로 한 연구는 3편, 간양상항으로 변증된 편두통 환자를 대상으로 한 연구는 2편에 대하여 별도로 근거 분석을 시행하였으며 그에 따라 근거수준 평가와 함께 하위 권고안을 아래와 같이 도출하였다.

혈어증으로 변증된 편두통의 치료에 있어서 양약 치료 단독 시행과 비교하여 양약과 한약 치료 병행의 상대적 효과를 비교하였을 때, 근거 연구들의 분석 결과 종합적인 근거수준은 각각 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 혈어증으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.

간양상항으로 변증된 편두통의 치료에 있어서 양약 치료 단독 시행과 비교하여 양약과 한약 치료 병행의 상대적 효과를 비교하였을 때, 근거 연구들의 분석 결과 종합적인 근거수준은 각각 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 한약치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 한약치료 병행을 고려해야 한다.

국내에서 시행된 편두통 임상연구에서는 28일간 조등산 한약을 복용한 치료군 32명과 위약을 복용한 대조군 32명을 비교한 결과 두통일수와 Migraine Specific Quality of Life (MSQoL)에서 더 감소된 효과를 나타내었으나 그 차이가 통계적으로 유의하지는 않았다. 조등산은 임상에서 간양상항으로 변증된 경우 다용한다는 임상 전문가의 의견을 반영하여 간양상항으로 변증된 편두통 환자에게 조등산 처방을 고려할 수 있음을 임상적 고려사항으로 기술하였다.

### (3) 참고문헌

1. 单金平, 单晓晶. 活血化瘀止痛汤治疗偏头痛瘀血证临床观察. 光明中医. 2020(35).
2. 韩飞, 孙超, 刘哲, 李志强. 加味散联合盐酸氟桂利嗪治疗偏头痛的疗效及对患者血清5-HT, MMP-9和LPA水平的影响. 河北医药. 2018(40).
3. 李继彬. 麻黄附子细辛汤联合盐酸氟桂利嗪胶囊对偏头痛的应用. 黑龙江医药科学. 2019(42).
4. 刘畅, 车雄宇, 黄剑涛. 散偏汤联合盐酸氟桂利嗪胶囊治疗前庭性偏头痛40例临床观察. 湖南中医杂志. 2019(35).
5. 毛燕, 崔慧娟, 王玉才. 救脑汤治疗偏头痛急性期(血瘀证)的疗效及对中医证候积分和血清LPA, TNF- $\alpha$ 水平的影响. 中国中医急症. 2016(25).
6. 任秋艳, 张科, 杨耀峰. 散偏汤加减联合西比灵治疗偏头痛30例. 广西中医药. 2018(41).
7. 魏璞, 郝振华. 滋阴清肝汤联合布洛芬缓释胶囊治疗肝阳上亢型偏头痛临床观察. 山西中医. 2019(35).

8. 吴鹏亮, 赵永强. 加味川芎茶调散联合西药治疗偏头痛疗效观察. 陕西中医. 2017(38).
9. 于清霞. 川芎散治疗风邪上扰型偏头痛临床观察. 中国中医药现代远程教育. 2019(17).
10. 袁晴, 吴冬梅, 倪建俐. 川芎茶调散加减联合尼莫地平治疗偏头痛39例. 中国民族民间医药. 2017(26).
11. 张亮, 王新. 柴胡六味汤治疗偏头痛性眩晕临床观察. 上海中医药杂志. 2017(51).
12. 张国妮, 徐耀琳. 川芎茶调散治疗偏头痛63例. 中医临床研究. 2017(19).
13. 张立新. 佛手定痛汤加减联合氟桂利嗪治疗紧张性偏头痛的效果及安全性. 中外医学研究. 2019(17).
14. 钟岩卢明, 王华政, 刘宇明. 清肝养血汤联合盐酸氟桂利嗪胶囊治疗偏头痛肝阳上亢证临床疗效及对脑血流速度的影响. 河北中医. 2019(41).
15. 朱晓娜, 李天浩. 中西医结合治疗偏头痛合并焦虑抑郁临床观察. 现代中西医结合杂志. 2018(12).

## 4. 부항 치료

### ● 배경

부항 치료는 한습열독(寒濕熱毒)을 흡입하여 배출한다는 관점으로 질병을 치료 및 예방하는 치료법이다. 근래에는 혈액순환장애의 개선, 신경계통, 면역계통의 조절 등의 관점으로 다각도로 활용하고 있으며, 근골격계 질환의 통증조절 뿐만 아니라, 기능성 소화불량, 변비, 비만, 폐렴, 다한증, 안면신경 마비, 고혈압, 수면장애, 이명, 대상포진, 피부소양증 등 소화기, 신경계, 피부질환 등 다양한 질환에 사용되고 있다.<sup>1,2)</sup>

부항의 방법에 따라 여러 가지 부항법이 있으며, 국내에서는 단순한 음압을 이용한 건부항과 국소 부위에 사혈을 하고 부항을 부착하는 습부항(자락관법)의 방법을 주로 사용하고 있다. 한의사를 대상으로 한 편두통 임상진료 실태 조사에서도 편두통에 침 이외의 처치로 부항을 가장 많이 사용하고 있는 것으로 확인되었다.

통증 감소를 위한 부항치료의 체계적인 문헌고찰 연구가 있지만<sup>3)</sup>, 국내에서의 편두통 치료에 대한 임상 연구는 부족한 편이다. 편두통 임상진료지침 개발그룹은 근거를 확보하기 위해 한국, 중국, 구미에 발표된 부항 치료를 다룬 무작위 대조군 임상연구에 대해 검색하고 이에 대한 권고안을 작성하였다.

### ● 임상질문 및 권고안

#### ▣ 단독치료

#### 【R11】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                            | B/Moderate | 4-6  |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 편두통 환자의 습부항(자락관법) 치료의 주요 경혈은 격수(BL17), 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 대추(GV14), 협적혈(EX-B2) 등이다.</li> <li>● 편두통 환자 중 어혈로 변증된 환자에게 습부항 치료를 시행할 수 있다.</li> <li>● 어혈 두통 : 두통이 찌르는 듯한 통증, 만성으로 지속, 통처가 고정되어있는 두통을 특징으로 하며 신체검진 상 타 어혈 변증 소견이 보이는 경우(舌質紫暗, 或有瘀斑, 瘀点, 苔薄白, 脈沈細或細)</li> </ul> |            |      |

| 권고안                                                                                                      | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 급성기 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 급성기 치료를 위해 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다. | B/Moderate | 4-6  |
| <b>임상적 고려사항</b><br>● 습부항(자락관법) 치료를 편두통 발작 시에 시행할 수 있다.                                                   |            |      |

### (1) 임상질문 : Q11

| 편두통 환자에 대해 습부항(자락관법) 치료를 시행하는 것은 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통 관련 척도의 개선을 보이는가? |           |    |                              |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                              | 중재        | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                              | 습부항(자락관법) | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

#### ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 3개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Jiang 등(2015)의 임상연구에서는 4주간 격수(BL17)혈에 습부항 치료를 시행한 치료군 30명과 양약(Flunarizine)을 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.21, 95% CI: 1.00, 1.46). 이상반응에 대한 언급은 없었다.<sup>4)</sup>

Song 등(2013)의 임상연구에서는 8주간 매화혈<sup>(18)</sup>, 항릉혈<sup>(19)</sup>, 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 대추(GV14)에 습부항 치료를 시행한 치료군 45명과 양약(Flunarizine)을 복용한 대조군 45명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.33, 95% CI: 1.08, 1.57), 두통 강도에 대한 VAS(headache)와 편두통 지수에서도 통계적으로 유의한 차이(P<0.01)가 있었다. 이상반응은 치료군에서는 없었으나, 대조군에서는 34건(복약 후 피로 32건, 위 작열감 2건)이 관찰되었으며 이상반응 발생률이 대조군에 비해 낮았다.<sup>5)</sup>

Chen 등(2019)의 임상연구에서는 편두통 발작 시 습부항 또는 양약치료를 시행하였다. 3개월간 태양(EX-HN5)혈에 습부항 치료를 시행한 치료군 30명과 양약(Diclofenac Sodium)을 복용한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.21, 95% CI: 1.00, 1.46), 두통 강도에 대한 VAS(headache)와 편두통 관련 척도인 두통 빈도 점수, 두통 강도 점수, 동반 증상 점수, 지속 시

(18) 매화혈(梅花穴): 통증부위의 가장자리와 중점의 혈자리(장의침구특정혈(壯醫針灸特定穴))

(19) 항릉혈(項稜穴): 경추 양측 1.5촌 이내에 위치(장의침구특정혈(壯醫針灸特定穴))

간 점수에서도 통계적으로 유의한 차이( $P<0.05$ )가 있었다. 이상반응은 치료군에서는 2건(현훈 2건), 대조군에서는 9건(현훈 1건, 복통 4건, 구토 2건, 오심 2건)이 관찰되었으며 이상반응 발생률이 대조군에 비해 낮았다.<sup>6)</sup>

## ② 연구결과의 요약

3개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약치료를 시행하는 경우 보다 습부항(자락관법)을 시행하는 경우 총 유효율과 편두통 지수에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 증상 개선에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 3건의 연구, VAS(headache)는 2건의 연구, 편두통 지수는 1건의 연구가 포함되었다. 3개의 무작위 배정 임상연구 중 1개의 연구는 편두통 발작 시에만 치료를 시행하였으며, 급성기 편두통 치료에 해당하는 치료법으로 근거 평가 및 권고안 도출을 별도로 진행하였다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서는 2건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로, 습부항(자락관법) 치료군에서 총 유효율이 더 높았다(RR 1.26, 95% CI: 1.10, 1.44). VAS(headache)와 편두통 지수에서는 1건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 각각 중등도(Moderate)로 습부항(자락관법) 치료군에서 VAS(headache)의 MD값이 -1.40(95% CI: -2.08, -0.72), 편두통 지수의 MD값은 -5.87(95% CI: -7.66, -4.08)로 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

발작기 시 치료를 적용한 연구는 1건으로 이에 대한 결과지표는 발작기 편두통 총 유효율, VAS(headache)에 대해 근거수준을 개별적으로 평가하였다. 발작기 치료 시 총 유효율에서는 근거수준은 중등도(Moderate)로, 습부항(자락관법) 치료군에서 총 유효율이 더 높았다(RR 1.21, 95% CI: 1.00, 1.46). 발작기 치료 시 VAS(headache)의 근거수준은 낮음(Low)으로 습부항(자락관법) 치료군에서 VAS(headache)의 MD 값은 -0.35 (95% CI: -1.06, 0.36)로 분석되었다.

습부항(자락관법)에 대한 이상반응을 언급한 연구는 2편이었으며 RR값은 0.06 (95% CI: 0.02, 0.20)로 안전성을 확인할 수 있었다.

편두통 치료에서 습부항(자락관법)치료와 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 모든 결과지표에서 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. Adverse events에서  $I^2=70\%$ 보다 높아 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높다고 판단하였으며, 발작기 치료시 VAS(headache)에서 MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하여 비정밀성이 높다고 판단하였다. 나머지 결과지표는 비일관성 및 비정밀성에서는 근거수준을 낮출 필요가 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하

였다.

#### 결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                                       | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)       | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                                | 비고                |
|-----------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------|
|                                                     |                  |                               |                         | 대조군                   | 중재군                            |                   |
| Total clinical effective rate (Critical)            | 150 (2RCTs)      | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.26<br>[1.10, 1.44]    | 1000명당 760명           | 1000명당 198명<br>많음<br>[76, 334] | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS(headache) (Critical)                            | 90 (1RCT)        | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                       | —                     | MD 1.40낮음<br>[-2.08, -0.72]    | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 편두통 지수 (Critical)                                   | 90 (1RCT)        | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | —                       | —                     | MD 5.87 낮음<br>[-7.66, -4.08]   | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| Total clinical effective rate 급성기 편두통 치료 (Critical) | 60 (1RCT)        | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.21<br>[1.00, 1.46]    | 1000명당 800명           | 1000명당 968명<br>[76, 334]       | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS(headache) 급성기 편두통 치료 (Critical)                 | 60 (1RCT)        | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | —                       | —                     | MD 0.35낮음<br>[-1.06, 0.36]     | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| Adverse events (Important)                          | 150 (2 RCTs)     | ●●○○<br>Low <sup>a,c</sup>    | RR 0.06<br>[0.02, 0.20] | 1000명당 573명           | 1000명당 34명<br>[11, 115]        | 부작용이 나타난 대상자 수    |

**Total clinical effective rate(총 유효율)** : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

**VAS** : Visual analogue scale for pain intensity

**편두통 지수(Migraine score)(score)**

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Appling symptoms score) : Appling vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음

c: 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2 > 70\%$ 로 연구간 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높음

#### (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R11은 편두통 환자에서 습부항(자락관법) 치료가 양약치료에 비하여 효과적인지 대해 분석하기 위해 만들어 졌다. 편두통 치료 양약(Flunarizine)과 비교했을 때 습부항(자락관법) 치료는 총 유효율이 더 높았으며, VAS(headache)와 편두통 지수 점수를 더 감소 시켰다. 포함된 3건의 연구 중 1건의 연구는 편두통 발작 시에만 치료를 시행하였으며, 급성기 편두통 치료에 해당하는 치료법으로 근거 평

가 및 권고안을 R11-1로 별도로 제시하였다.

#### 【 R11 】

편두통의 치료에 있어서 양약 치료와 비교하여 습부항(자락관법) 치료의 효과를 비교하였을 때, 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 나타났다. 편두통에 대한 습부항(자락관법) 치료는 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에 습부항(자락관법) 치료는 편두통의 두통 강도 정도 및 증상 개선에 더 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 습부항(자락관법) 치료가 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다.

#### 【 R11-1 】

급성기 편두통 치료 시, 발작기에 양약 치료와 비교하여 습부항(자락관법) 치료의 근거수준은 중등도(Moderate)로 권고등급 B를 부여한다. 즉, 급성기 편두통 치료 시 습부항(자락관법) 치료를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 급성기 치료를 위해 습부항(자락관법) 치료 시행을 고려해야 한다. 습부항 치료는 임상에 많이 활용되고 있으나, 발작기에 습부항 치료를 적용한 연구가 드물어 이 대한 근거를 위해 잘 설계된 임상연구가 필요하다고 생각된다.

### (3) 참고문헌

1. O Sang Kwon, Sang-Hoon Lee, Sun Mi Choi, Yeonhee Ryu, A Study of Research Patterns for Standardization of Cupping Therapy. Korean Journal of Acupuncture. 2012;29(2):250-259.
2. Lee B, Song Y, Lim H, Literature Investigation Regarding Cupping Therapy and Analysis of Current Professional's Cupping Treatment. J Oriental Rehab Med. 2008;18(2):169-91.
3. Kim JI, Lee MS, Lee DH, et al. Cupping for treating headache: a systematic review. Evid Based Complement Alternat Med. 2011;2011:467014.
4. 姜海威, 刘春, 景宽. 膈俞刺络拔罐治疗偏头痛. 长春中医药大学学报. 2015(03).
5. 宋宁, 秦祖杰, 梁薇, et al. 壮医莲花针拔罐逐瘀疗法治疗瘀血型偏头痛疗效观察. 中华中医药杂志. 2013(06).
6. 陈丽莉, 陈阳阳, 谭怡萍. 刺络放血与西药治疗发作期偏头痛的优劣差异. 中医临床研究. 2019;11(27):26-27, 34.

## ▣ 병행치료

### 【R12】

| 권고안                                                                                        | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 부항치료와 침치료를 병행하는 것이 침치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자에 대한 침치료 시 부항치료 병행을 고려해야 한다. | B/Moderate | 1-2  |
| <b>임상적 고려사항</b><br>● 편두통 환자의 부항 치료의 주요 경혈은 양백(GB14), 태양(EX-HN5)과 족태양방광경의 배수혈(背腧穴) 등이다.     |            |      |

#### (1) 임상질문 : Q12

| 편두통 환자에 대한 부항치료와 침치료를 병행하는 것은 침치료만 시행하는 것과 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |        |    |                              |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                                 | 중재     | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                                 | 부항 + 침 | 침  | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

#### ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 2개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Jin 등(2015)의 임상연구에서는 8주간 침 치료와 함께 배수혈에 부항치료를 병행한 치료군 35명과 침 치료만 시행한 대조군 35명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으나(RR 1.06, 95% CI: 0.96, 1.17) 통계적으로 유의하지 않았으며, 두통 강도에 대한 VAS(headache)에서는 통계적으로 유의하였다( $P < 0.01$ ). 이상반응에 대한 언급은 없었다.<sup>1)</sup>

Li 등(2012)의 임상연구에서는 15일간 침 치료와 함께 양백(GB14) 혹은 태양(EX-HN5)혈에 부항치료를 병행한 치료군 50명과 침 치료만 시행한 대조군 50명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.04, 95% CI: 0.96, 1.13), 이상반응에 대한 언급은 없었다.<sup>2)</sup>

#### ② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 침치료를 단독 시행하는 경우 보다 침 치료와 부항 치료를 병행하는 경우 VAS(headache)에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 두통 강도개선에 더 효과적이라고 할 수 있다. 총 유효율은 2건의 연구, VAS(headache)는 1건의 연구가 포함되었다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서는 2건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 낮음(Low)으로, 부항 치료와 침 치료를 병행한 치료군에서 총 유효율이 더

높았으나(RR 1.05, 95% CI: 0.99, 1.12) 효과추정치의 신뢰구간에 효과 없음이 포함되었다. VAS(headache)에서는 1건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로 부항 치료와 침 치료를 병행한 치료군에서 VAS(headache)의 MD값이 -2.29(95% CI: -2.62, -1.96)로 분석되었다.

편두통 치료에서 침 치료와 부항 치료를 병행하는 경우와 치료를 단독 시행하는 경우를 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 총 유효율에서는 RR의 95% 신뢰구간이 1을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높다고 판단하였으며, 나머지 결과 지표 및 평가항목에서 비일관성 및 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                               | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)                | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI)                |                              | 비고                |
|---------------------------------------------|------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-------------------|
|                                             |                  |                                |                      | 대조군                                  | 중재군                          |                   |
| Total clinical effective rate<br>(Critical) | 170<br>(2RCTs)   | ●●○○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | 1.05<br>[0.99, 1.12] | 1000명당 941명                          | 1000명당 47명 많음<br>[-9, 113]   | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS(headache)<br>(Critical)                 | 70<br>(1RCT)     | ●●●○○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | 대조군에서의 평균 VAS 4.03<br>(final 값으로 합성) | MD 2.29 낮음<br>[-2.62, -1.96] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

b: RR의 95% 신뢰구간이 1을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R12는 편두통 환자에서 침 치료와 부항 치료 병행이 침 치료 단독으로 시행하는 것에 비하여 효과적인지 분석하기 위해 만들어 졌다. 침 치료 단독 시행과 비교했을 때 침 치료와 부항 치료 병행하는 것은 총 유효율이 더 높았으며, VAS(headache) 점수를 더 감소 시켰다.

근거 연구들의 분석 결과 편두통의 두통 강도에 대한 VAS(headache)에서의 근거수준이 (Moderate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 편두통에 대한 침 치료와 부항 치료를 병행하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 우리나라에서 편두통 환자 치료에 침 치료 단독 사용 보다는 침 치료와 부항치료

를 병행하여 시행하는 경우가 많아 임상 현장에서의 활용도가 높은 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에 침 치료와 부항 치료를 병행 하는 것은 편두통의 두통 강도 정도 개선에 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉 편두통 환자에게 부항치료와 침치료를 병행하는 것이 침치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자에 대한 침치료시 부항치료 병행을 고려해야 한다.

### (3) 참고문헌

1. 金珊珊, 杜宇征, 韩力, et al. 针刺膻中穴配合背俞穴拔罐治疗偏头痛疗效观察. 上海针灸杂志, 2015(01).
2. 李晓宁, 杨明, 杨生敬. 针刺加拔罐治疗偏头痛100例. 中医临床研究, 2012(01).

## 【R13】

| 권고안                                                                                                                                                    | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 습부항 치료 병행을 고려해야 한다.                        | B/Moderate | 1-2  |
| 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항 치료 병행을 고려해야 한다.                 | B/Moderate | 1-2  |
| 6개월 이상 장기간 치료 시 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 두통 강도 감소를 위해 습부항 치료 병행을 고려해야 한다.      | B/Moderate | 1-2  |
| 6개월 이상 장기간 치료 시 편두통 환자에게 습부항(자락관법) 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항 치료 병행을 고려해야 한다. | B/Moderate | 1-2  |

## (1) 임상질문 : Q13

| 편두통 환자에 대해 습부항(자락관법)과 양약 치료를 병행하는 것은 양약 단독 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |                  |    |                                    |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|------------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                                     | 중재               | 비교 | 결과                                 | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                                     | 습부항(자락관법)<br>+양약 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도,<br>편두통관련 척도,<br>이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

## ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 2개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhang 등(2020)의 임상연구에서는 20일간 습부항과 함께 양약치료(rizatriptan benzoate)를 병행한 치료군 65명과 양약 치료만 시행한 대조군 65명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.39, 95% CI: 1.13, 1.71) 두통 강도에 대한 VAS(headache)와 24hMQOLQ로 측정된 편두통 관련 삶의 질에서는 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ). 이상반응에 대한 언급은 없었다.<sup>1)</sup>

Ersoy 등(2020)의 임상연구에서는 3개월간 습부항 치료 후 9개월간 1달에 1번 습부항 치료와 양약 치료를 병행한 치료군 56명과 습부항은 중단하고 양약치료만 시행한 대조군 53명을 비교한 결과 6개월 후 측정된 VAS(headache)와 MIDAS(Migraine Disability Assessment)에서 별다른 차이가 관찰되지 않았지만 12개월 후 측정된 VAS(headache)와 MIDAS (Migraine Disability Assessment)에서 대조군보다

큰 치료효과가 관찰되었다. 치료군과 대조군 모두에서 이상반응은 발생하지 않았다.<sup>2)</sup>

## ② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약치료를 단독 시행하는 경우보다 양약 치료와 습부항 치료를 병행하는 경우 VAS(headache)와 편두통 관련 삶의 질 개선에 더 효과적이라고 할 수 있다. 포함된 2개의 연구의 치료기간과 치료횟수 및 결과 측정 시기와 평가 척도가 상이하여 각각의 정량적 합성이 불가능 하였으며, 근거의 평가를 각각 별개로 시행하였다.

편두통 치료에서 양약치료와 습부항 치료를 병행하는 경우와 양약치료를 단독 시행하는 경우를 비교한 연구 중 근거수준 도출 과정에 있어서 4주미만 치료 후 총 유효율, VAS(headache), 24hMQOLQ에서는 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였으며 12개월 장기간 치료 후 VAS(headache)와 MIDAS(Migraine Disability Assessment)에서는 비뚤림 위험성이 없다고 판단하였다. 12개월 장기간 치료 후 MIDAS(Migraine Disability Assessment)에서는 MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하여 비정밀성이 높다고 판단하였으며, 나머지 결과 지표 및 평가항목에서 비일관성 및 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과 추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                                                    | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                              | 비고                    |
|------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
|                                                                  |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                          |                       |
| Total clinical effective rate<br>-4주미만 치료-<br>(Critical)         | 130<br>(1RCT)    | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.39<br>[1.13, 1.71] | 1000명당 631명           | 1000명당 877명<br>[713, 1000]   | 증상의 호전이 나타<br>난 대상자 수 |
| VAS(head-<br>ache)<br>(after 2hours)<br>-4주미만 치료-<br>(Critical)  | 130<br>(1RCT)    | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    |                       | MD 2.36 낮음<br>[-2.85, -1.87] | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함  |
| VAS(head-<br>ache)<br>(after 24hours)<br>-4주미만 치료-<br>(Critical) | 130<br>(1RCT)    | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    |                       | MD 2.07 낮음<br>[-2.64, -1.50] | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함  |

| 결과<br>(결과중요도)                                           | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI) | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                               | 비고                   |
|---------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------|
|                                                         |                  |                               |                   | 대조군                   | 중재군                           |                      |
| 24 hMQOLQ<br>-4주미만 치료-<br>(Important)                   | 130<br>(1RCT)    | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> |                   |                       | MD 33.71 높음<br>[30.10, 37.32] | 점수가 높을수록<br>개선됨을 의미함 |
| VAS(head-<br>ache)<br>(after<br>12months)<br>(Critical) | 109<br>(1RCT)    | ●●●●<br>HIGH                  | -                 |                       | MD 1.35 낮음<br>[-1.86, -0.84]  | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |
| MIDAS<br>(after<br>12months)<br>(Important)             | 109<br>(1RCT)    | ●●●○<br>Moderate <sup>b</sup> | -                 |                       | MD 2.17 낮음<br>[-4.45, 0.11]   | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

24hMQOLQ : 24-hour migraine quality of life questionnaire

MIDAS : Migraine Disability Assessment

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하여 비정밀성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 R13은 편두통 환자에서 양약 치료와 습부항 치료 병행이 양약 치료 단독으로 시행하는 것에 비하여 효과적이지 분석하기 위해 만들어 졌다. 포함된 2건의 연구의 치료기간과 치료횟수 및 결과 측정 시기와 평가 척도가 상이하여 근거의 평가를 각각 별개로 시행하였으며 그에 따라 근거수준 평가와 함께 권고안을 R13-1~4로 세분하여 제시하였다.

### 【 R13-1 】

편두통의 치료에 있어서 양약 치료 단독 시행과 비교하여 양약과 습부항 병행 치료 효과를 비교하였을 때, 근거 연구의 분석 결과 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 편두통에 대한 양약 치료와 부항 치료를 병행하는 것은 효과적이며 Ersoy 등(2020)의 임상연구에서는 이상반응이 관찰되지 않아 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에 침 치료와 부항 치료를 병행 하는 것은 편두통의 두통 강도 정도 개선에 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 습부항 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 증상 호전 및 두통 강도 감소를 위해 습부항 치료 병행을 고려해야 한다.

## 【 R13-2 】

편두통의 치료에 있어서 양약 치료 단독 시행과 비교하여 양약과 습부항 병행 치료 효과를 비교하였을 때, 편두통 관련 삶의 질 평가 척도인 24hMQOLQ의 분석 결과 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 습부항 치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항 치료 병행을 고려해야 한다.

## 【 R13-3 】

6개월 이상 장기간 편두통의 치료에 있어서 양약 치료 단독 시행과 비교하여 양약과 습부항 병행 치료 효과를 비교하였을 때, 근거 연구의 분석 결과 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 6개월 이상 장기간 치료시 편두통 환자에게 습부항치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 두통 강도 감소를 위해 습부항치료 병행을 고려해야 한다.

## 【 R13-4 】

6개월 이상 장기간 편두통의 치료에 있어서 양약 치료 단독 시행과 비교하여 양약과 습부항 병행 치료 효과를 비교하였을 때, 편두통 관련 삶의 질 평가 척도인 MIDAS의 분석 결과 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉, 6개월 이상 장기간 치료시 편두통 환자에게 습부항치료와 양약치료를 병행하는 것이 양약치료만 시행하는 것에 비해 편두통 관련 삶의 질 개선에 효과적일 수 있으므로 약물 치료 중인 편두통 환자에 대하여 삶의 질 개선을 위해 습부항치료 병행을 고려해야 한다.

## (3) 참고문헌

1. 张莹, 陈劫, 张广亮. 刺络拔罐联合苯甲酸利扎曲普坦治疗急性发作期偏头痛65例临床研究. 山东中医药大学学报. 2020;44(01):46-50.
2. Ersoy S, Benli AR. Continue or stop applying wet cupping therapy (al-hijamah) in migraine headache:A randomized controlled trial. Complementary therapies in clinical practice. 2020;38:101065.

## 5. 사혈 치료

### ● 배경

사혈(자락술)은 자침요법의 일종으로 삼릉침(三稜鍼), 소미도(小眉刀), 피부침(皮膚鍼) 등의 기구를 이용하여 환자의 신체상의 혈위, 병변처 또는 천표층의 혈관을 찔러 소량의 혈액을 방출시켜 질병을 치료하는 방법으로, 활혈통락(活血通絡)작용으로 순환개선, 자율신경계의 조정, 근육경련의 완화, 동통 감소 등의 작용으로 각종 질환의 치료에 널리 응용되고 있다.<sup>1)2)</sup> ‘자락요법(刺絡療法)’, ‘방혈요법(放血療法)’, ‘자혈요법(刺血療法)’ 등의 용어로 사용되고 있다. 우리나라 임상에서는 주로 습부항요법(자락관법)과 동반되어 광범위하게 사용하고 있다.<sup>3)</sup> 또한 한의사를 대상으로 한 편두통 임상진료 실태 조사에서도 편두통에 침 이외의 처치로 사혈(자락술)을 두 번째로 많이 사용하고 있는 것으로 확인되었다.

사혈(자락술)은 습부항요법(자락관법)과 함께 자주 활용되지만, 사혈(자락술)의 편두통에 대한 효과 메타분석 연구<sup>4)</sup>가 존재하며 임상에서도 사혈의 활용도가 높아 이 부분에서는 사혈치료(자락술)에 대한 권고안을 제시한다. 습부항(자락관법)에 대한 근거와 분석은 부항치료에 대한 권고안에서 독립적으로 제시하였다.

### ● 임상질문 및 권고안

#### ▣ 단독치료

#### 【R14】

| 권고안                                                                                                             | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 환자의 증상 호전 및 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 사혈치료(자락술)를 고려해야 한다. | B/Moderate | 5-6  |

## (1) 임상질문 : Q14

| 편두통 환자에 대한 사혈치료(자락술)를 시행하는 것이 양약 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도 개선, 편두통 관련 척도의 개선을 보이는가? |             |    |                                    |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|------------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                               | 중재          | 비교 | 결과                                 | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                               | 사혈<br>(자락술) | 양약 | 총 유효율, 두통 강도,<br>편두통관련 척도,<br>이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 사혈치료(자락술): 삼릉침(三稜鍼), 소미도(小眉刀), 피부침(皮膚鍼) 등의 기구를 이용하여 환자의 신체상의 혈위, 병변처 또는 천표층의 혈관을 찔러 소량의 혈액을 방출시키는 치료법(자락요법(刺絡療法), 방혈요법(放血療法), 자혈요법(刺血療法))

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

## ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 2개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Li 등(2009)의 임상연구에서는 6개월간 사혈치료(자락술)군 78명과 양약 치료(Ergotamine and Caffeine Tablets)를 시행한 대조군 77명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.25, 95% CI: 1.10, 1.42), 6개월 후에 편두통 증상이 개선된 비율도 더 높았다(RR 2.71, 95% CI: 1.92, 3.83). 사혈치료(자락술)군의 치료 방법은 백회(GV20)와 환측 태양(EX-HN5), 양릉천(GB34), 풍지(GB20)혈에 8~10방울 정도 사혈(자락술)을 시행하였다.<sup>5)</sup>

Lu 등(2015)의 임상연구에서는 3개월간 사혈치료(자락술)군 33명과 양약 치료(Flunarizine + Ergotamine and Caffeine Tablets (at severe headache))를 시행한 대조군 32명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.51, 95% CI: 1.17, 1.95). 사혈치료(자락술)군의 치료방법은 이침혈에서 사혈(자락술)을 시행하였다.<sup>6)</sup>

## ② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약 치료를 시행하는 경우 보다 사혈치료(자락술)를 시행하는 경우 총 유효율과 6개월 경과관찰 후 유효율에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 편두통 치료에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 2건의 연구, 6개월 경과관찰 후 유효율은 1건의 연구가 포함되었다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서는 2건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로, 사혈치료(자락술)군에서 총 유효율의 RR값은 1.33(95% CI: 1.11, 1.60)으로 분석되었다. 6개월 경과관찰 후 유효율에서는 1건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 낮음(Low)으로, 사혈치료(자락술)군에서 6개월 경과관찰 후 유효율의 RR값은 2.71(95% CI: 1.92, 3.83)로 분석되었다.

편두통 치료에서 사혈치료(자락술)와 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하

였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 나머지 평가 항목에서 비일관성 및 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                                  | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                                 | 비고                |
|------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------|
|                                                |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                             |                   |
| Total clinical effective rate (Critical)       | 220 (2RCTs)      | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.33<br>[1.11, 1.60] | 1000명당 743명           | 1000명당 245명<br>많음<br>[82, 446]  | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| Total clinical effective rate-6MAT (Important) | 155 (1RCT)       | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 2.71<br>[1.92, 3.83] | 1000명당 312명           | 1000명당 533명<br>많음<br>[287, 882] | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

6MAT: follow-up to 6 months after treatment

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R14는 편두통 환자에서 사혈치료(자락술)가 양약 치료를 시행하는 것에 비하여 효과적인지 분석하기 위해 만들어 졌다. 사혈치료(자락술)는 양약 치료에 비해 총 유효율과 6개월경과 관찰 후 유효율이 더 높았다.

근거 연구들의 분석 결과 총 유효율과 6개월 경과관찰 후 유효율에서의 근거수준이 중등도(Moderate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다. 본 임상 질문에 포함된 연구 수는 2건이며, 비뚤림 위험성이 있지만 사혈치료(자락술) 후 6개월 뒤 유효율을 양약치료와 비교했을 때, 6개월 경과관찰 후 유효율이 높아 편두통에 대한 사혈치료(자락술)를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로, 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에 사혈치료(자락술)를 하는 것은 편두통의 두통 강도 정도 개선에 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 환자의 증상 호전 및 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 환자의 증상 호전 및 장기간 치료 효과 지속을 위해 사혈치료(자락술)를 고려해야 한다. 하지만 향후 잘 설계된 임상연구를 통해 사혈치료(자락

술) 관련 근거를 확충해 나갈 필요는 있다고 판단된다.

(3) 참고문헌

Q17에 제시

## ▣ 병행치료

### 【R15】

| 권고안                                                                                                                            | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)와 침치료 또는 전침치료를 병행하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 환자의 증상 호전에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침 병행 치료를 고려해야 한다. | B/Moderate | 7-13 |

### (1) 임상질문 : Q15

| 편두통 환자에 대한 사혈치료(자락술)와 침치료 또는 전침치료를 병행하는 것이 양약치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도 개선, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |                               |    |                              |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                                          | 중재                            | 비교 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                                          | ①사혈(자락술) + 침<br>②사혈(자락술) + 전침 | 양약 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 사혈치료(자락술): 삼릉침(三稜鍼), 소미도(小眉刀), 피부침(皮膚鍼) 등의 기구를 이용하여 환자의 신체상의 혈위, 병변처 또는 천표층의 혈관을 찌러 소량의 혈액을 방출시키는 치료법(자락요법(刺絡療法), 방혈요법(放血療法), 자혈요법(刺血療法))

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진토제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료를 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

#### ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 7개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Guo 등(2015)의 임상연구에서는 4주간 사혈(자락술)과 침치료를 병행한 치료군 30명과 양약 치료(Nimodipine + Ibuprofen(at migraine attack))를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.61, 95% CI: 1.19, 2.17), 6개월 후 경과관찰 시에 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.85, 95% CI: 1.18, 2.89). 또한 편두통 관련 척도인 편두통 지수에서도 통계적으로 유의하였다( $P < 0.05$ ). 치료군의 치료방법은 함염(GB4)과 현리(GB6), 솔곡(GB8)과 곡빈(GB7), 천충(GB9)과 각손(TE20)에 각각 투자법의 침치료를 위주로 하여 증상에 따라 혈자리를 가감하였으며, 이혈의 압통점과 귀 뒷면의 정맥부분에 사혈(자락술)을 시행하였다.<sup>7)</sup>

Heng 등(2015)의 임상연구에서는 30일간 사혈(자락술)과 침치료 병행한 치료군 80명과 양약 치료(Pregabalin)를 시행한 대조군 80명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.34, 95% CI: 1.17, 1.55), 편두통 관련 척도인 편두통 지수에서도 통계적으로 유의한 차이( $P < 0.05$ )가 있었다. 치료군의 치료방법은 태양(EX-HN5), 사죽(TE23), 각손(TE20), 솔곡(GB8), 풍지(GB20), 외관(TE5)혈을 위주로 하여 증상에 따라 혈자리를 가감한 침치료와 백회(GV20), 환측 태양(EX-HN5)혈, 아시혈에 사혈(자락술)(0.2-1ml)을 시행하였다.<sup>8)</sup>

Wu 등(2008)의 임상연구에서는 4주간 사혈(자락술)과 침치료 병행한 치료군 45명과 양약 치료

(Flunarizine)를 시행한 대조군 45명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으나(RR 1.02, 95% CI: 0.89, 1.18) 통계적인 유의성은 없었고, 6개월 후 경과관찰 시에 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.36, 95% CI: 1.05, 1.76). 치료군의 치료방법은 합곡(LI4), 외관(TE5), 두유(ST8) 등 혈 자리에 침 치료와 두통 부위에 사혈(자락술)을 시행하였다.<sup>9)</sup>

Li 등(2013)의 임상연구에서는 4주간 사혈(자락술)과 침치료 병행한 치료군 56명과 양약 치료(Flunarizine Hydrochloride)를 시행한 대조군 59명을 비교한 결과, 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.14, 95% CI: 1.01, 1.28). 치료군의 치료방법은 양측 태양(EX-HN5)혈에 침 치료와 환측 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 아시혈 부위에 5~10방을 사혈(자락술)을 시행하였다.<sup>10)</sup>

Xiang 등(2004)의 임상연구에서는 7일간 사혈(자락술)과 전침치료 병행한 치료군 106명과 양약 치료(Nimodipine)를 시행한 대조군 92명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.36, 95% CI: 1.14, 1.62). 치료군의 치료방법은 솔곡(GB8), 천충(GB9), 현로(GB5), 태양(EX-HN5), 아시혈에 전침 치료와 양측 합곡(LI4), 외관(TE5) 족임읍(GB41)에 침치료를 배합하였으며, 이침혈에 10방을 사혈(자락술)을 시행하였다.<sup>11)</sup>

Chen 등(2018)의 임상연구에서는 2주간 사혈(자락술)과 침치료 병행한 치료군 30명과 양약 치료(Ergotamine and Caffeine+flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 치료 후 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.12, 95% CI: 0.95, 1.30), 1개월 추적관찰 후 편두통 증상이 개선된 비율이 유지되었으며 대조군에 비해 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ). 편두통 관련 척도인 편두통 지수에서도 1개월 추적관찰 시 통계적으로 유의한 차이( $P<0.05$ )가 있었다. 치료군의 치료방법은 이혈(신문, 관자놀이, 담관, 피질하)에 침 치료와 환측 아시혈 또는 정맥이 드러난 부위에 0.5~1mL 사혈(자락술)을 시행하였다.<sup>12)</sup>

Zhang 등(2017)의 임상연구에서는 15일간 사혈(자락술)과 침치료를 병행한 치료군 40명과 양약 치료(Flunarizine hydrochloride)를 시행한 대조군 40명을 비교한 결과, 치료 후 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.35, 95% CI: 1.04, 1.74). 두통 강도를 VAS로 측정한 결과에서도 치료 후 대조군에 비해 통계적으로 유의한 차이( $P<0.05$ )가 있었다. 치료군의 치료방법은 두침혈(섭전선(□前線)과 섭후선(顳後線)의 각각 1/3 지점)에 침 치료와 환측 태양(EX-HN5)혈과 풍지(GB20)혈에 7~10방을 사혈(자락술)을 시행하였다.<sup>13)</sup>

## ② 연구결과의 요약

7개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약 치료를 시행하는 경우 보다 사혈치료(자락술)와 침치료 또는 전침치료를 병행하여 시행하는 경우 총 유효율과 6개월 경과 관찰 후 유효율에 대해 효과추정치인 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 편두통 치료에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 7건의 연구, 6개월 경과관찰 후 유효율은 2건의 연구, VAS(headache), 편두통 지수는 각각 2건의 연구가 포함되었다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서는 7건의 연구가

포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 되었으며, 사혈(자락술)과 침 또는 전침을 병행한 치료군에서 총 유효율이 더 높았다(RR 1.23, 95% CI: 1.10, 1.38). 6개월경과 관찰 후 유효율에서는 2건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로, 치료군에서 6개월경과 관찰 후 유효율이 더 높았다(RR 1.50, 95% CI: 1.12, 2.01). VAS(headache)와 편두통 지수에서는 각각 2건의 연구가 포함 되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로 치료군에서 VAS(headache)의 SMD가 0.82(95% CI: -1.08, -0.55) 낮았으며, 편두통 지수의 평균 차이는 2.77(95% CI: -4.24, -1.30) 낮았다.

편두통 치료에서 사혈치료(자락술)와 침치료 또는 전침치료를 병행하여 시행하는 경우와 양약치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈 가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 나머지 결과 지표 및 평가 항목에서 비일관성 및 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                                  | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                               | 비고                |
|------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------|
|                                                |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                           |                   |
| Total clinical effective rate (Critical)       | 763 (7RCTs)      | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.23<br>[1.10, 1.38] | 1000명당 734명           | 1000명당 903명<br>[807, 1000]    | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| Total clinical effective rate-6MAT (Important) | 150 (2RCTs)      | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.50<br>[1.12, 2.01] | 1000명당 547명           | 1000명당 820명<br>[612, 1000]    | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS(headache) (Critical)                       | 240 (2RCTs)      | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | SMD 0.82 낮음<br>[-1.08, -0.55] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 편두통 지수 (Critical)                              | 120 (2RCTs)      | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 2.77 낮음<br>[-4.24, -1.30]  | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

편두통 지수(Migraine score)(score)

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Appling symptoms score) : Appling vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

6MAT: follow-up to 6 months after treatment

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R15는 편두통 환자에서 사혈(자락술)과 침 또는 전침 병행 치료가 양약 치료를 시행하는 것에 비하여 효과적인지 분석하기 위해 만들어 졌다. 사혈(자락술)과 침 또는 전침 병행 치료는 양약에 비해 총 유효율과 6개월 경과관찰 후 유효율이 더 높았으며, VAS(headache)와 편두통 지수를 더 감소시켰다.

근거 연구들의 분석 결과 6개월 경과관찰 후 유효율과 편두통의 두통 강도에 대한 VAS(headache), 편두통 정도를 평가한 편두통 지수에서의 근거수준이 중등도(Moderate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다. 편두통에 대한 사혈(자락술)과 침 또는 전침 병행 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에 사혈(자락술)과 침 또는 전침 치료를 하는 것은 편두통의 두통 강도 정도 개선에 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)와 침치료 또는 전침치료를 병행하는 것이 일반적인 양약 치료에 비해 편두통 환자의 증상 호전에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침 병행 치료를 고려해야 한다. 다만 두통 강도 정도 개선과 편두통 지수 감소에 대한 연구가 각각 2건으로 제한적이므로 추후 추가적인 연구가 필요하다고 생각된다.

## (3) 참고문헌

Q17에 제시

## 【R16】

| 권고안                                                                                                                                                           | 권고등급/근거수준  | 참고문헌  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|
| 사혈과 침 또는 전침 병행 (침 또는 전침 단독치료와 비교)                                                                                                                             |            |       |
| 편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려해야 한다.                             | B/Moderate | 14-21 |
| 편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 장기간 치료 효과 지속을 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다.               | C/Low      | 14-21 |
| 편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 1회 치료 직후 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 급성기 편두통 발작 시 두통 강도 감소를 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다. | C/Low      | 14-21 |

## (1) 임상질문 : Q16

| 편두통 환자에 대한 사혈치료(자락술)와 침 또는 전침치료를 병행하는 것이 침 또는 전침 치료만을 단독 시행하는 것과 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도 개선, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |                               |           |                                    |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|------------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                                                          | 중재                            | 비교        | 결과                                 | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                                                          | ①사혈(자락술) + 침<br>②사혈(자락술) + 전침 | ①침<br>②전침 | 총 유효율, 두통 강도,<br>편두통관련 척도,<br>이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 사혈치료(자락술): 삼릉침(三稜鍼), 소미도(小眉刀), 피부침(皮膚鍼) 등의 기구를 이용하여 환자의 신체상의 혈위, 병변처 또는 천표층의 혈관을 찔러 소량의 혈액을 방출시키는 치료법(자락요법(刺絡療法), 방혈요법(放血療法), 자혈요법(刺血療法))

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

## ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 8개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Li 등(2014)의 임상연구에서는 4주간 사혈(자락술)과 침치료를 병행한 치료군 37명과 침치료만을 시행한 대조군 37명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.13, 95% CI: 0.96, 1.33), 6개월 후 경과관찰 시에 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.15, 95% CI: 0.94, 1.40). 또한 편두통 관련 척도인 편두통 지수에서도 통계적으로 유의한 차이( $P < 0.05$ )가 있었다. 치료군의 치료방법은 양측 풍지(GB20), 외관(TE5), 구허(GB40), 태충(LR3)과 환측 두유(ST8), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5)혈에 침치료와 함께 환측 태양(EX-HN5)혈과 아시혈에 사혈(자락술)(1~2ml)을 시행하였다.<sup>14)</sup>

Sun 등(2015)의 임상연구에서는 14일 간 사혈(자락술)과 침치료를 병행한 치료군 30명과 침치료만을 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.13, 95% CI:

0.89, 1.44), 두통 강도 VAS(headache)와 편두통 관련 척도인 편두통 지수에서도 통계적으로 유의한 차이( $P<0.01$ )가 있었다. 치료군의 치료방법은 환측 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 태충(LR3), 솔곡(GB8), 외관(TE5)혈에 침치료와 함께 환측 얇은측두동맥과 정맥 부분에 사혈(자락술)(5~10방울)을 시행하였다.<sup>15)</sup>

Wang 등(2010)의 임상연구에서는 2주간 사혈(자락술)과 침치료 병행한 치료군 54명과 침치료만을 시행한 대조군 40명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.28, 95% CI: 1.07, 1.55), 두통 강도 VAS(headache)와 편두통 관련 척도인 Attack frequency score와 Duration time score, Applying symptoms score에서도 대조군보다 통계적으로 유의한 차이( $P<0.05$ )로 두통 강도 감소 및 편두통 발작 빈도와 지속 시간, 동반 증상 감소 등에 효과가 있었다. 치료군의 치료방법은 환측 태양(EX-HN5), 풍지(GB20)와 양측 합곡(LI4), 태충(LR3) 혈자리에 침 치료와 변증에 따른 혈자리 가감, 환측 태양(EX-HN5)혈에 사혈(자락술)(2~3방울)을 시행하였다.<sup>16)</sup>

Wang 등(2013)의 임상연구에서는 24일간 사혈(자락술)과 침치료 병행한 치료군 34명과 침치료만을 시행한 대조군 34명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.24, 95% CI: 0.99, 1.56). 치료군의 치료방법은 환측 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 두유(ST8), 백회(GV20), 아시혈에 침 치료와 환측 태양(EX-HN5)혈에 사혈(자락술)(2~3방울)을 시행하였다.<sup>17)</sup>

Zhou 등(2010)의 임상연구에서는 4주간 사혈(자락술)과 침치료 병행한 치료군 30명과 침치료만을 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았다(RR 1.21, 95% CI: 1.00, 1.46). 치료군의 치료방법은 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 현로(GB5), 두유(ST8), 풍지(GB20), 외관(TE5), 태충(LR3), 족임읍(GB41)에 침치료와 이 혈자리 주위 혈관이 충혈된 부위에 약 5방울씩 사혈(자락술)을 시행하였다.<sup>18)</sup>

Liu 등(2018)의 임상연구에서는 4주간 사혈(자락술)과 침치료 병행한 치료군 30명과 침치료만을 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 치료 후 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.19, 95% CI: 0.90, 1.58), 2개월 추적관찰 후 편두통 증상이 개선된 비율도 대조군에 비해 통계적으로 유의하였다( $P<0.05$ ). 편두통 관련 척도인 편두통 지수에서도 2개월 추적관찰 시 통계적으로 유의한 차이( $P<0.05$ )가 있었다. 치료군의 치료방법은 풍부(GV16), 환측 풍지(GB20), 솔곡(GB8), 각손(TE20)과 양측 합곡(LI4), 족삼리(ST36), 태충(LR3)혈에 침 치료와 환측 태양(EX-HN5)혈과 아시혈에 사혈(자락술)(5~10ml)을 시행하였다.<sup>19)</sup>

Liu 등(2020)의 임상연구에서는 2주간 사혈(자락술)과 침치료를 병행한 치료군 30명과 침치료만을 시행한 대조군 30명 중 치료군에서는 4명의 탈락자(자의탈락 3명, 타지역 출장 1명)와 대조군에서는 1명의 탈락자(자의탈락 1명)가 발생하였으며, 탈락자를 제외하여 비교한 결과 치료 후 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았고(RR 1.03, 95% CI: 0.87, 1.22), 침치료 직후, 침치료 4시간 후, 2주 치료 완료 후 편두통 관련 척도인 편두통 지수와 두통 강도를 VAS로 측정한 결과에서도 통계적으로 유의한 차이( $P<0.05$ )가 있었다. 치료군의 치료방법은 사죽공(TE23), 솔곡(GB8), 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 합곡(LI4), 태충(LR3), 족임읍(GB41), 양릉천(GB34), 외관(TE5) 혈자리에 침치료와 족삼양경의 정혈(井

穴)에 사혈(자락술)(6~8방울)을 시행하였다.<sup>20)</sup>

Wang 등(2017)의 임상연구에서는 6일간 사혈(자락술)과 전침치료 병행한 치료군 30명과 전침치료만을 시행한 대조군 30명을 비교한 결과 치료 후 편두통 증상이 개선된 비율이 더 높았으며(RR 1.04, 95% CI: 0.86, 1.25), 3개월 추적관찰 후 편두통 증상이 개선된 비율도 대조군에 비해 더 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 침치료 직후, 침치료 0.5시간 후, 침치료 1시간 후 두통 강도를 VAS로 측정한 결과에서 대조군보다 두통 강도가 감소하였으며 침치료 0.5시간 후, 침치료 1시간 후 결과에서 통계적으로 유의한 차이( $P<0.05$ )가 있었다. 치료군의 치료방법은 태양(EX-HN5), 솔곡(GB8), 함열(GB4), 대추(GV14), 풍지(GB20), 외관(TE5), 태충(LR3), 족임읍(GB41) 혈자리에 전침 치료와 변증에 따른 혈자리 가감, 이침에 사혈(자락술)(8~10방울)을 시행하였다.<sup>21)</sup>

## ② 연구결과의 요약

8개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 침이나 전침 단독 치료를 시행하는 경우보다 사혈치료(자락술)와 침치료 또는 전침치료를 병행하여 시행하는 경우 6개월 경과 관찰 후 유효율과 치료 직후 VAS(headache)는 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하여 근거수준이 낮았지만, 총 유효율, VAS(headache), 편두통 지수에 대해서 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 편두통 치료에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 8건의 연구, 6개월 경과 관찰 후 유효율은 1건의 연구, VAS(headache), 치료 직후 VAS(headache), 편두통 지수는 각각 3건, 2건, 4건의 연구가 포함되었다.

포함된 연구에서 결과지표에 따라 분석 및 근거평가를 실시한 결과 총 유효율에서는 8건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로, 사혈(자락술) + 침 또는 전침 치료군에서 총 유효율이 더 높았다(RR 1.14, 95% CI: 1.06, 1.22). 6개월 경과 관찰 후 유효율에서는 1건의 연구가 포함되었으며 비뚤림 위험과 비정밀성이 높아 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었으며, 사혈(자락술) + 침 또는 전침 치료군에서 총 유효율이 더 높았다(RR 1.15, 95% CI: 0.94, 1.40). VAS(headache)와 편두통 지수에서는 각각 3건, 4건의 연구가 포함되었으며 VAS(headache)의 근거수준은 중등도(Moderate)로 치료군에서 VAS(headache)의 MD가 0.39(95% CI: -0.71, -0.07) 낮았다. 편두통 지수의 근거수준은 중등도(Moderate)로 SMD가 0.70(95% CI: -1.10, -0.30) 낮았다. 치료 직후 VAS(headache)에서는 2건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 낮음(Low)으로, 치료군에서 치료 직후 VAS(headache)의 MD가 0.55(95% CI: -1.11, 0.01) 낮았다.

편두통 치료에서 사혈치료(자락술)와 침치료 또는 전침치료를 병행하여 시행하는 경우와 침이나 전침 단독 치료를 시행하는 경우를 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 모든 결과 지표에서 효과의 방향성이 일치하며, 연구간 이질성도 낮아 비일관성의 위험은 없다고 판단하였으며, 총 6개월 경과 관찰 후 유효율과 치료 직후 VAS(headache)는 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을

포함하여 비정밀성이 높다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                                                             | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                               | 비고                   |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------|
|                                                                           |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                           |                      |
| Total clinical effective rate<br>(Critical)                               | 530<br>(8RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.14<br>[1.06, 1.22] | 1000명당 792명           | 1000명당 903명<br>[840, 967]     | 증상의 호전이 나타난 대상자 수    |
| Total clinical effective rate-<br>6MAT<br>(Important)                     | 69<br>(1RCT)     | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | 1.15<br>[0.94, 1.40] | 1000명당 794명           | 1000명당 913명 많음<br>[746, 1000] | 증상의 호전이 나타난 대상자 수    |
| VAS(head-<br>ache)<br>(Critical)                                          | 219<br>(3RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 0.39 낮음<br>[-0.71, -0.07]  | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |
| VAS(head-<br>ache)<br>(Immediately<br>after 1 ses-<br>sion)<br>(Critical) | 115<br>(2RCTs)   | ●●○○<br>Low <sup>a,c</sup>    | -                    | -                     | MD 0.55 낮음<br>[-1.11, 0.01]   | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |
| 편두통 지수<br>(Critical)                                                      | 248<br>(4RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | SMD 0.70 낮음<br>[-1.10, -0.30] | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |

**Total clinical effective rate(총 유효율)** : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

**VAS** : Visual analogue scale for pain intensity

**편두통 지수(Migraine score)** : ①+②+③+④

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Appling symptoms score) : Appling vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

**6MAT**: follow-up to 6 months after treatment

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

b: RR의 95% 신뢰구간이 1을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음

c: MD의 95% 신뢰구간이 0을 통과하고, OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R16은 편두통 환자에서 사혈(자락술)과 침 또는 전침 병행 치료가 침 또는 전침치료를 단독으로 시행하는 것에 비하여 효과적인지 분석하기 위해 만들어 졌다. 사혈(자락술)과 침 또는 전침 병

행 치료는 침 또는 전침 단독치료에 비해 총 유효율이 더 높았으며, VAS(headache)와 편두통 지수를 더 감소시켰다. 포함된 연구 중 6개월 경과 관찰 후 유효율과 1회 치료 직후 VAS(headache)에 대해서는 별도로 분석을 시행하였으며 그에 따라 근거수준 평가와 함께 권고안을 R16-1과 R16-2로 각각 제시하였다.

#### 【 R16 】

편두통의 치료에 있어서 사혈(자락술)과 침 또는 전침 병행 치료는 침 또는 전침 단독 치료와 비교하였을 때, 근거 연구들 분석 결과 총 유효율과 편두통의 두통 강도에 대한 VAS(headache), 편두통 정도를 평가한 편두통 지수에서의 근거수준이 중등도(Moderate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다. 편두통에 대한 사혈(자락술)과 침 또는 전침 병행 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로, 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에 사혈(자락술)과 침 또는 전침 치료를 하는 것은 편두통의 두통 강도 정도 개선에 효과적이며, 실제 임상 현장에서도 사혈치료(자락술)를 단독으로 사용하기보다는 사혈치료(자락술)를 침이나 전침과 병행하는 치료가 주로 시행되고 있으므로 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려해야 한다.

#### 【 R16-1 】

편두통의 치료에 있어서 사혈(자락술)과 침 또는 전침 병행 치료는 침 또는 전침 단독 치료와 비교하였을 때, 장기효과를 관찰한 6개월 경과 관찰 후 유효율의 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 장기간 치료 효과 지속을 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다.

#### 【 R16-2 】

편두통의 치료에 있어서 사혈(자락술)과 침 또는 전침 병행 치료는 침 또는 전침 단독 치료와 비교하였을 때, 즉시 통증감소 효과를 관찰한 1회 치료 직후 VAS(headache)의 근거수준도 낮음(Low)으로 평가하였다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 침 또는 전침치료에 사혈치료(자락술)를 병행하여 치료하는 것이 침 또는 전침 단독 치료보다 1회 치료 직후 두통 강도 감소에 효과적일 수 있으므로 급성기 편두통 발작 시 두통 강도 감소를 위해 침 또는 전침치료 시 사혈치료(자락술)를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 사혈(자락술)과 침 또는 전침을 병행하는 치료는 임상에 많이 활용되고 있으나, 치료 종료 후 장기 지속 효과와 1회 치료 직후 통증경감 효과에 대한 근거를 위해 잘 설계된 임상연구가 필요하다고 생각된다.

(3) 참고문헌

Q17에 제시

## 【R17】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈치료(자락술)가 포함되지 않은 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 사혈치료(자락술)를 포함하는 치료 시행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                             | B/Moderate | 5-21 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 편두통 환자의 사혈치료(자락술)의 주요 경혈은 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 백회(GV20), 이첨혈 등과 두통 부위에 따른 아시혈이다.</li> <li>● 각 혈자리당 사혈의 양은 2~10 방울 정도이고, 환자의 상태나 증상에 따라 사혈양 및 강도를 조절한다.</li> <li>● 사혈 전 사혈부위에 소독을 실시하며, 사혈 종료 후에도 사혈부위 압박지혈 및 소독을 실시하여 감염에 주의한다.</li> </ul> |            |      |
| 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈치료(자락술)가 포함되지 않은 치료에 비해 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 장기간 치료 효과 지속을 위해 사혈치료(자락술)를 포함한 치료를 고려할 수 있다.                                                                                                                                                           | C/Low      | 5-21 |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 만성 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 사혈(자락술)을 포함한 치료를 고려할 수 있다.</li> <li>● 본 권고안의 근거문헌에서는 4주 치료 종료 후 6개월 이후의 치료 효과를 평가하였으므로 이를 참고할 수 있다.</li> </ul>                                                             |            |      |

## (1) 임상질문 : Q17

| 편두통 환자에 대한 사혈치료(자락술)를 시행하는 것이 사혈치료(자락술)를 시행하지 않은 경우와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도 개선, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |              |               |                              |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                                              | 중재           | 비교            | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                                              | 사혈(자락) 포함 치료 | 사혈(자락) 불포함 치료 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 사혈치료(자락술): 삼릉침(三稜鍼), 소미도(小眉刀), 피부침(皮膚鍼) 등의 기구를 이용하여 환자의 신체상의 혈위, 병변처 또는 천표층의 혈관을 찔러 소량의 혈액을 방출시키는 치료법(자락요법(刺絡療法), 방혈요법(放血療法), 자혈요법(刺血療法))

## ① 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 총 17개의 무작위 배정 임상연구<sup>5)-21)</sup>가 포함되었다. 각각의 임상연구에서 시험군과 비교군의 종류에서 효과의 차이가 있을 수 있어 종류에 따라 나누어 분석 및 제시 하였다. 2건의 연구는 사혈치료(자락술)와 양약을 비교한 연구, 7건의 연구는 사혈치료(자락술)와 함께 침치료 또는 전침치료 병행과 양약을 비교한 연구, 8건의 연구는 사혈치료(자락술)와 함께 침치료 또는 전침치료 병행과 침치료 또는 전침치료 단독 치료를 비교한 연구로, 이득과 위해에 대한 개별 연구 결과는 R14부터 R16에 제시 하였다.

편두통 환자에 대해 사혈치료(자락술)의 메타분석 연구가 있었으며, Du 등(2014)의 메타분석 연구에 따르면 2012년까지 발표된 대조군 임상연구 11개를 분석한 결과, 사혈치료(자락술)는 사혈치료

(자락술)를 시행하지 않은 치료보다 편두통 증상을 완화시키는데 더 효과적이었다(OR 6.51, 95% CI: 1.17, 1.95).<sup>4)</sup>

## ② 연구결과 요약

본 임상 질문에는 중재로 사혈(자락술) 단독 치료 또는 사혈치료(자락술)에 침치료 또는 전침치료를 병행한 치료가 포함되어 분석하는 데 논란의 여지는 있으나, 전문가 그룹의 합의를 통해 비교군과 중재군에서 사혈(자락술)만 제외한 치료법을 시행한 연구만 포함하여 사혈(자락술)의 포함 여부로 효과 차이를 분석 가능할 것으로 판단하여 분석을 수행하였다. 또한 R14부터 R16까지 각각 비교군, 중재군이 비슷한 것으로 나누어 분석을 실시하여 근거수준을 제시하였다.

17개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 사혈(자락술) 불포함 치료를 시행하는 경우보다 사혈(자락술) 포함 치료를 시행하는 경우 총 유효율과 6개월 경과관찰 후 유효율, VAS(headache), 편두통 지수에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 증상 및 통증 개선에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 17건의 연구, 6개월 경과관찰 후 유효율은 4건의 연구, VAS(headache), 편두통 지수는 각각 5건, 6건의 연구가 포함되었다.

총 유효율에서는 17건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로, 사혈(자락술) 포함 치료군에서 총 유효율은 총 유효율이 더 높았다(RR 1.20, 95% CI: 1.13, 1.27). 6개월 경과관찰 후 유효율에서는 4건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 낮음(Low)으로, 사혈(자락술) 포함 치료군에서 6개월 경과관찰 후 유효율이 더 높았다(RR 1.64, 95% CI: 1.07, 2.53). VAS(headache)와 편두통 지수에서는 각각 5건, 6건의 연구가 포함되었으며 근거수준은 중등도(Moderate)로 사혈(자락술) 포함 치료군에서 VAS(headache)의 SMD가 0.56(95% CI: -0.81, -0.30) 낮았으며, 편두통 지수의 SMD는 0.69(95% CI: -0.94, -0.43) 낮았다.

편두통 치료에서 사혈(자락술)이 포함된 치료와 사혈(자락술) 불포함 치료 군을 비교한 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 6개월 경과관찰 후 유효율에서는 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2=88\%$ 로 연구간 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높다고 판단하였다. 나머지 결과 지표 및 평가 항목에서 비일관성 및 비정밀성이 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

## 결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                                  | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                               | 비고                |
|------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------|
|                                                |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                           |                   |
| Total clinical effective rate (Critical)       | 1513<br>(17RCTs) | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.20<br>[1.13, 1.27] | 1000명당 756명           | 1000명당 907명<br>[854, 960]     | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| Total clinical effective rate-6MAT (Important) | 374<br>(4RCTs)   | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | 1.64<br>[1.07, 2.53] | 1000명당 495명           | 1000명당 811명<br>[529, 1000]    | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS(headache) (Critical)                       | 459<br>(5RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | SMD 0.56 낮음<br>[-0.81, -0.30] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |
| 편두통 지수 (Critical)                              | 368<br>(6RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | SMD 0.69 낮음<br>[-0.94, -0.43] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

VAS : Visual analogue scale for pain intensity

편두통 지수(Migraine score)(score) : ①+②+③+④

① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)

② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)

③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)

④ 동반 증상 점수(Appling symptoms score) : Appling vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

6MAT: follow-up to 6 months after treatment

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

b: 효과의 방향성이 일치하나,  $I^2=88\%$ 로 연구간 이질성이 높아 비일관성의 위험이 다소 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R17은 편두통 환자에서 사혈(자락술)이 포함된 치료가 사혈(자락술)이 포함되지 않은 치료를 시행하는 것에 비하여 효과적인지 분석하기 위해 만들어 졌다. 사혈(자락술)이 포함된 치료는 사혈(자락술)이 포함되지 않은 침치료나 전침치료, 양약에 비해 총 유효율이 더 높았으며, VAS(headache)와 편두통 지수를 더 감소 시켰다. 6개월 경과관찰 후 총 유효율에 대하여는 따로 근거 분석을 시행하였으며 그에 따라 근거수준 평가와 함께 권고안을 R17-1로 별도로 제시하였다.

## 【R17】

편두통의 치료에 있어서 사혈(자락술)이 포함되지 않은 치료와 비교하여 사혈(자락술)이 포함된 치료를 비교하였을 때, 근거 연구들의 분석 결과 총 유효율과 편두통의 두통 강도에 대한 VAS(headache), 편두통 정도를 평가한 편두통 지수에서의 근거수준이 중등도(Moderate)로 본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가 하였다. 편두통에 대한 사혈(자락술)이 포함된 치료를 하는 것은 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에

사혈(자락술)이 포함된 치료를 하는 것은 편두통의 두통 강도 정도 개선에 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈치료(자락술)가 포함되지 않은 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 증상 호전을 위해 사혈치료(자락술)를 포함하는 치료 시행을 고려해야 한다.

#### 【 R17-1 】

편두통의 치료에 있어서 사혈(자락술)이 포함되지 않은 치료와 비교하여 사혈(자락술)이 포함된 치료를 비교하였을 때, 치료 종료 후 장기 지속 효과에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 권고등급 C를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 사혈치료(자락술)를 포함하여 치료하는 것이 사혈치료(자락술)가 포함되지 않은 치료에 비해 장기간 치료 효과 지속에 효과적일 수 있으므로 편두통 환자의 장기간 치료 효과 지속을 위해 사혈치료(자락술)를 포함한 치료를 고려할 수 있다. 사혈(자락술)을 포함한 치료는 임상에 많이 활용되고 있으나, 치료 종료 후 장기 지속 효과에 대한 근거를 위해 잘 설계된 임상연구가 필요하다고 생각된다.

### (3) 참고문헌

1. 전국한의학대학 침구·경혈학교실 편저. 침구학 상, 하. 집문당. 1994;186, 1046.
2. Han CH, Kim SW, Lee SD, et al. 원저 : 국내 자락(사혈)요법 임상 실태 파악을 위한 전화조사. Journal of acupuncture research. 2006;23(6):177-87.
3. Han CH, Shin SW, Ahn SW, et al. 원저 : 한국 침구 치료 현황 파악을 위한 설문조사. Journal of acupuncture research. 2005;22(6):141-53.
4. 杜玉荣, 贾春生, 石晶, et al. 刺络放血疗法治疗偏头痛疗效的Meta分析. 针刺研究. 2014(03).
5. 吕金丹. 耳尖放血治疗肝阳上亢型偏头痛65例. 河南中医. 2015(01).
6. 李湘湖, 李志峰, 秦标, et al. 针刺配合刺络放血治疗偏头痛近远期疗效观察. 辽宁中医杂志. 2014(11).
7. 郭之平, 靳宪芳, 王成岗, et al. 颞部三针透穴刺法加耳穴疗法治疗偏头痛疗效观察. 山东中医杂志. 2015(10).
8. 衡雪丽, 蒋烽炼, 信楠. 刺血疗法结合普通针刺治疗偏头痛临床研究. 新中医. 2015(05).
9. 吴立雄, 饶晓丹, 皮敏, et al. 缪刺法加梅花针痛点叩刺治疗偏头痛45例总结. 湖南中医杂志. 2008(03).
10. 李力. 长针透刺结合放血疗法治疗偏头痛的疗效观察. 内蒙古中医药. 2013(11).
11. 相永梅. 电针配合放血治疗偏头痛106例. 中国临床康复. 2004(16).
12. 陈日兰, 吴思远, 甘礼盈, 洗斌, 刘谦, 李凤凤, 朱英. 刺血疗法配合耳穴治疗肝阳上亢型偏头痛的疗效观察. 上海针灸杂志. 2018(37):507-510.

13. 张健, 程志昆, 钱明华, 钱海良, 杜若. 头皮针结合刺血疗法治疗偏头痛80例疗效观察. 中医药临床杂志. 2017;29:900-903.
14. 李湘湖, 李志峰, 秦标, et al. 针刺配合刺络放血治疗偏头痛近远期疗效观察. 辽宁中医杂志. 2014(11).
15. 孙春枝, 王卫强. 头部刺络放血配合针刺治疗偏头痛的疗效观察. 中国民间疗法. 2015(03).
16. 王非, 廖曼, 鲁铭. 刺血疗法治疗偏头痛34例疗效观察. 中医临床研究. 2013(19).
17. 王非, 孙海东. 刺络放血疗法治疗偏头痛94例. 中医外治杂志. 2010(05).
18. 周莹. 针刺配合放血疗法治疗偏头痛30例. 河南中医. 2010(06).
19. 陆顺庠, 钮飞峰, 欧阳八四, 王晓文. 电针联合刺络放血治疗无先兆偏头痛30例临床观察. 江苏中医药. 2018;50:58-60.
20. 刘丽琰, 郭辉, 任蒙强, 申林, 陈亮, 马文珠. 足三阳经循经井穴刺血联合针刺治疗偏头痛:随机对照试验. 中国针灸. 2020;40:32-36.
21. 王珍珍. 耳尖放血配合电针治疗实证型偏头痛的疗效观察. 中国民间疗法. 2017;25:33-35.

## 6. 추나

### ● 배경

추나는 한의학적 치료기술 중 하나로 한의사가 손이나 신체의 일부분 또는 보조기구를 이용하여 환자의 신체에 유효한 자극을 가하여 질병을 치료하고 예방하는 치료법이다. 추나요법은 각종 근골격계 질환에 적용할 수 있을 뿐만 아니라 신경계, 호흡계, 순환계 등의 질환에도 활용할 수 있다.<sup>1)</sup>

추나요법은 크게 관절 교정을 주로 하는 정골추나(正骨推拿)와 손이나 신체, 각종 기구를 이용하여 관절, 근육의 가동성 제한 및 신체 부정렬과 관련된 경근의 기능 이상을 바로 잡는 경근추나(經筋推拿)로 분류할 수 있다.<sup>2)</sup> 그러나 추나요법과 관련된 용어의 표준화가 미흡하며, 외국의 영문용어와 국내의 영문표기 등이 혼용 및 오용되고 있어 문헌검색에 어려움이 있었으며, 추나 관련 문헌을 검색한 결과 구체적인 추나 시술 방법도 다양하여 메타분석에도 한계가 있었다. 따라서 이번 권고안에서는 기존 해외 저널에 발표된 'Manual therapy'의 체계적인 문헌고찰과 메타분석 문헌을 근거로 활용하고, 추나로 명칭이 명확하게 명시된 국내 증례보고 문헌과 전문가 의견을 기반으로 권고안을 작성하였다. 향후 국내 임상 현실을 반영한 편두통 치료에 최적화된 추나와 관련된 대규모 무작위 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

## ● 임상질문 및 권고안

### ▣ 단독치료

#### 【R18】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 추나치료는 거짓 추나치료 혹은 물리치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소를 위해 추나치료 시행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                | B/Moderate | 3-5  |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 편두통 환자에서 경추부 관절기능 이상 혹은 경근이상이 보이는 환자의 경우 경추부 추나술기를 고려한다.</li> <li>● 두면부 및 경향부, 경견부의 기능이상 또는 주변에 아시혈이 관찰된 경우 관련된 추나술기를 고려한다.</li> <li>● 편두통의 예방치료 시 참고문헌에서 편두통 환자에게 시행한 추나치료는 대개 2~6개월, 횟수는 8~16회 정도 시행하였음을 참고하여 추나치료 기간 및 횟수를 고려할 수 있으며 편두통 정도와 유병기간에 따라 조절할 수 있다.</li> </ul> |            |      |
| 편두통 환자에게 추나치료는 일반적인 양약 치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 치료 시 추나치료는 양약과 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 추나치료 시행을 고려할 수 있다.                                                                                                                                                                                  | C/Low      | 3-5  |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 만성편두통, 약물과용편두통, 편두통약물을 중단하기를 원하는 환자에게 추나치료를 고려할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |            |      |
| 편두통 환자에게 추나치료는 물리치료와 비교하여 일상생활장애 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 환자의 편두통으로 인한 일상생활장애 개선을 위해 추나치료를 고려할 수 있다.                                                                                                                                                                                                                               | C/Low      | 3-5  |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 편두통으로 인해 업무나 일상생활이 어려운 환자의 경우에 추나치료를 고려할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                     |            |      |

#### (1) 임상질문 : Q18

| 편두통 환자에 대해 추나 치료를 시행하는 것은 양약치료 또는 거짓 추나치료, 물리치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |    |                    |                              |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------|------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                                       | 중재 | 비교                 | 결과                           | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                                       | 추나 | 양약 or 거짓추나 or 물리치료 | 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도, 이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

### ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 3개의 체계적 문헌고찰 연구가 포함되었다.

Chaibi 등(2011)의 체계적 문헌고찰 연구에서는 편두통 환자에 대해 경추부에 추나치료를 시행한 4건의 RCT가 포함되었다. 4건의 RCT를 분석한 결과 추나치료를 시행하는 것은 두통 빈도에 있어서 양약치료(topiramate or propranolol)와 동등한 치료효과를 보였으며, 이상반응도 거의 없어 안전한 치료법임을 보여주었다.<sup>3)</sup>

Posadzki 등(2011)의 체계적 문헌고찰 연구에서는 편두통 환자에 대해 경추부에 추나치료를 시행한 3건의 RCT가 포함되었다. 2건의 RCT를 분석한 결과 편두통 관련 지표와 편두통 지속기간에 있어서 양약치료 또는 경추부 가동기법(mobilization)에 비해 더 나은 치료효과는 관찰되지 않았으며, 1건의 RCT에서는 편두통 관련 장애지수와 두통 강도, 두통 빈도, 두통 지속 기간에 있어서 물리치료(detuned interferential therapy)에 비해 더 나은 치료효과를 나타내었다.<sup>4)</sup>

Rist 등(2019)의 체계적 문헌고찰 연구에서는 편두통 환자에 대해 경추부에 추나치료를 시행한 6건의 RCT가 포함되었다. 포함된 6건의 RCT의 메타분석 결과 이질성이 높아 만성 편두통을 대상으로 한 1건의 RCT를 제외하여 메타분석을 시행하였다. 그 결과 이질성이 낮아졌으며, 경추부의 추나치료를 편두통의 일수 및 두통 강도를 감소시키는 치료효과를 보여주었다.<sup>5)</sup>

### ② 연구결과의 요약

3개의 체계적 문헌고찰 연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에 대해 경추부에 추나치료를 시행하는 경우 두통 빈도에 있어서 양약치료(topiramate or propranolol)와 동등한 치료효과를 보였으며, 거짓 추나치료나 물리치료에 비해서 편두통의 일수 및 두통 강도를 감소시키는데 더 효과적이라고 할 수 있었다.

포함된 3건의 체계적 문헌고찰 연구 중 1건에서 메타분석을 시행하였으며, 이 메타분석 결과를 바탕으로 근거의 평가를 시행하였다. 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 이질성이 낮아 비일관성에서는 근거수준을 낮출 필요가 없다고 판단하였다. 모든 결과 지표에서 비정밀성이 높았다. 본 임상 질문에 포함된 근거들의 효과 추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 추나치료와 양약치료를 비교한 전체적인 근거 수준은 낮음(Low)으로, 추나치료와 물리치료 혹은 거짓 추나치료를 비교한 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

추나치료에 대한 이상반응 평가는 명확히 이상반응을 보고한 연구가 적어 한계가 있었지만 심각한 이상반응이 보고되지 않아 대체적으로 안전성이 있는 치료법으로 판단하였다.

### 결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                          | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI) | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                             | 비고                   |
|----------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|
|                                        |                  |                               |                   | 대조군                   | 중재군                         |                      |
| 추나치료 vs 물리치료 or 거짓추나치료                 |                  |                               |                   |                       |                             |                      |
| Frequency of<br>migraine<br>(Critical) | 193<br>(2RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>b</sup> | —                 | —                     | SMD 0.26낮음<br>[−0.63, 0.12] | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |
| Migraine pain<br>(Critical)            | 193<br>(2RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>b</sup> | —                 | —                     | SMD 0.17높음<br>[−0.32, 0.65] | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |
| 추나치료 vs 양약치료                           |                  |                               |                   |                       |                             |                      |
| Frequency of<br>migraine<br>(Critical) | 69<br>(1RCT)     | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | —                 | —                     | MD 1.00낮음<br>[−2.25, 0.25]  | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |
| Migraine pain<br>(Critical)            | 69<br>(1RCT)     | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | —                 | —                     | MD 0.37낮음<br>[−0.85, 0.10]  | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |
| 추나치료 vs 양약치료 or 물리치료 or 거짓추나치료         |                  |                               |                   |                       |                             |                      |
| Migraine<br>disability<br>(Important)  | 123<br>(1RCT)    | ●●○○<br>Low <sup>a,b</sup>    | —                 | —                     | MD 2.60높음<br>[−4.27, 9.47]  | 점수가 낮을수록<br>개선됨을 의미함 |

**Frequency of migraine:** days per month or in the past 3 months, percentage of days with headache in the past four weeks or the “mean frequency of attacks”

**Migraine pain:** Likert scale or visual analog scale

**Migraine disability:** number of hours before returning to work, “mean disability”, disturbance in occupation due to migraine and days of disablement from MIDAS, and functional disability and the HIT-6

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비뚤림 위험성이 높음

b: 95% 신뢰구간이 0을 통과하여 비정밀성이 높음

### (3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R18은 편두통 환자에서 추나치료가 양약치료나 거짓 추나치료, 물리치료에 비하여 효과적이지 대해 분석하기 위해 만들어 졌다. 기존 해외 저널에 발표된 ‘Manual therapy’의 편두통 치료 체계적 문헌 고찰 연구를 참고하여 근거를 종합하였다. 추나치료를 편두통 치료 양약과 비교했을 때 편두통 빈도와 두통 강도를 감소시키는데 비슷한 치료효과가 있음으로 평가되었으며, 거짓 추나치료 혹은 물리치료와 비교했을 때 편두통 빈도와 두통 강도를 더 감소시켰다. 비교군에 따라 각각 나누어 근거수준을 평가하고 권고안을 R18-1, 18-2로 나누어 도출하였다. 또한 추가적으로 편두통 관련 일상생활 장애 결과 지표에 대해서도 별도로 근거수준을 평가하고 권고안을 R18-3로 도출하였다.

#### 【R18-1】

편두통 치료에 있어서 추나치료와 거짓 추나치료 혹은 물리치료를 비교한 종합적인 근거수준은 중

등도(Moderate)로 평가하였다. 안전성에 대하여는 명확히 이상반응을 보고한 연구가 적어 한계가 있었지만 심각한 이상반응이 보고되지 않아 대체적으로 안전성이 있는 치료법으로 판단하였다. 이에 편두통에 대한 추나치료는 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에 추나치료는 편두통의 빈도 및 두통 강도 감소에 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 추나치료가 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 근거수준에 따라 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 추나치료는 거짓 추나치료 혹은 물리치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소를 위해 추나치료 시행을 고려해야 한다.

#### 【R18-2】

편두통 치료에 있어서 추나치료와 양약치료를 비교한 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 추나치료는 일반적인 양약 치료와 비교하여 편두통 빈도 또는 두통 강도 감소효과가 비슷할 수 있으므로 편두통 치료 시 추나치료 시행을 고려할 수 있다.

#### 【R18-3】

편두통 치료에 있어서 추나치료와 물리치료를 비교한 편두통 관련 일상생활 장애를 평가한 지표는 따로 근거수준을 도출하였으며 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 추나치료는 물리치료와 비교하여 일상생활장애 개선에 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통으로 인한 일상생활장애 개선을 위해 추나치료를 고려할 수 있다.

편두통에 추나치료는 임상에서 추나 방법이 다양하게 활용되고 있어 근거 보완을 위해서는 임상 현실을 반영한 편두통 치료에 최적화된 추나와 관련된 대규모 무작위 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

#### (4) 참고문헌

1. Lim JK, Ahn SW, Kim NI. The Historical Research of Chuna Therapy. the journal of Korean medical history. 2007;20(1):83-87.
2. Kweon JJ, Kim MW, Park KM, et al. A Study for the Necessity of Terminology Standardization in Chuna Medicine. The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine for Spine & Nerves 2012;7(1):1-13
3. Chaibi A, Tuchin PJ, Russell MB. Manual therapies for migraine: a systematic review. J Headache Pain. 2011;12(2):127-133. doi:10.1007/s10194-011-0296-6
4. Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for the treatment of migraine: a systematic review of

- randomized clinical trials, *Cephalalgia*, 2011;31(8): 964-970.
5. Rist PM, Hernandez A, Bernstein C, et al. The Impact of Spinal Manipulation on Migraine Pain and Disability: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Headache*, 2019;59(4):532-542.

## 7. 약침 치료

### ● 배경

약침 치료는 경락학설에 따라 혈위 혹은 압통점 등에 한·양방 약물을 직접 주입하여 침과 약물작용을 결합한 치료방법이다.<sup>1)</sup> 약침치료는 약침액의 종류와 경혈부위에 따라 그 효과가 다양하며, 한방 임상에서 근골격계 질환에서 활용도가 높을 뿐만 아니라 다양한 질환에도 폭넓게 활용되고 있다.<sup>2)</sup>

근골격계 질환과 일차성 두통에 대한 약침치료 체계적인 문헌고찰 연구가 있지만<sup>2,3)</sup>, 국내에서의 편두통 치료에 대한 약침치료 임상 연구는 부족한 편이다. 편두통 임상진료지침 개발 그룹은 근거를 확보하기 위해 한국, 중국, 구미에 발표된 약침 치료를 다룬 무작위 대조군 임상연구에 대해 검색하고 이에 대한 권고안을 작성하였다.

### ● 임상질문 및 권고안

#### ▣ 단독치료

#### 【R19】

| 권고안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 권고등급/근거수준  | 참고문헌 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| 편두통 환자에게 약침치료는 플라시보 약침치료 혹은 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 증상 호전을 위해 약침치료 시행을 고려해야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B/Moderate | 4-6  |
| <b>임상적 고려사항</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 약침 시술부위는 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 견정(GB21), 솔곡(GB8) 등을 활용할 수 있으며, 약침액으로 근거문헌에서는 홍화, 천궁, 야목과 등을 사용하였으나 국내의 증례보고 연구와 파일럿 스터디(pilot study)를 참고하여 환자 증상에 따른 황련해독탕약침, 별갑 또는 홍화약침을 활용할 수 있다.</li> <li>● 만성두통 또는 약물과용성 두통, 기존 편두통 약물에 부작용이 있는 환자들에게 약침치료를 고려할 수 있다.</li> <li>● 약침치료 시 국소 통증 및 발적 등 이상반응을 잘 관찰하여야 하며, 감염관리 및 약침액의 품질 관리에도 주의해야 한다.</li> </ul> |            |      |

## (1) 임상질문 : Q19

| 편두통 환자에 대해 약침 치료를 시행하는 것은 양약치료 또는 거짓 약침 치료와 비교하여 편두통의 총 유효율, 두통 강도, 편두통관련 척도의 개선을 보이는가? |    |                |                                    |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------|------------------------------------|------------|
| 권고 적용군                                                                                  | 중재 | 비교             | 결과                                 | 진료환경       |
| 편두통 환자                                                                                  | 약침 | 양약<br>or 거짓 약침 | 총 유효율, 두통 강도,<br>편두통관련 척도,<br>이상반응 | 한의원 및 한방병원 |

\* 양약 치료: 편두통의 급성기 치료에 사용하는 아세트아미노펜, NSAIDs, 진통제 등의 비특이 약물과 에르고트제와 트립탄제 등의 편두통 특이 약물 및 예방치료에 사용하는 항경련제, 항우울제, 베타차단제, 칼슘통로길항제 등

## ① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상 질문에는 3개의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Chen 등(2020)의 임상연구에서는 2주간 풍지(GB20)혈에 홍화주사액 약침치료를 시행한 치료군 35명과 0.9% Sodium Chloride를 풍지(GB20)혈에 주사한 대조군 35명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 치료군에서는 82.9%, 대조군에서는 60.0%로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며( $P < 0.05$ ), VAS(headache)에서도 통계적으로 유의한 차이( $P < 0.05$ )가 있었다.<sup>4)</sup>

Liu 등(2002)의 임상연구에서는 10일간 일반침치료와 함께 야목과(野木瓜)주사액 약침치료를 시행한 치료군 54명과 양약치료(Flunarizine hydrochloride + 편두통 발작 시 Ergotamine and caffeine)를 시행한 대조군 52명을 비교한 결과 편두통 증상이 개선된 비율이 치료군에서는 92.6%, 대조군에서는 76.9%로 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $P < 0.05$ ).<sup>5)</sup>

Zhou 등(2020)의 임상연구에서는 15일간 풍지(GB20), 대추(GV14), 솔곡(GB8), 외관(TE5), 현로(GB5)혈에 천궁소(川芎嗪)주사액 약침치료를 시행한 치료군 60명과 양약(Nimodipine + Oryzanol)을 복용한 대조군 60명을 편두통 증상이 개선된 비율이 치료군에서는 91.67%, 대조군에서는 80.0%로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며( $P < 0.05$ ), VAS(headache)에서도 통계적으로 유의한 차이( $P < 0.05$ )가 있었다.<sup>6)</sup>

## ② 연구결과의 요약

3개의 무작위 배정 임상연구들을 종합하여 볼 때, 편두통 환자에게 양약치료 또는 플라시보 치료를 시행하는 경우 보다 혈위에 약침치료를 시행하는 경우 총 유효율과 VAS(headache)에 대해 효과추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하지 않아 증상 개선에 더 효과적이라고 할 수 있었다. 총 유효율은 3건의 연구, VAS(headache)는 2건의 연구가 포함되었다.

본 임상 질문의 근거수준 도출 과정에 있어서 근거의 평가는 GRADE의 기준에 따라 각각 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성 항목에 대하여 평가하였다. 모든 결과지표에서 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실하여 비뚤림 위험성이 높다고 판단하였다. 나머지 평가 항목인 비일관성 및 비정밀성에서는 근거수준을 낮출 필요가 없다고 판단하였다. 본 임상 질문에 포

함된 근거들의 효과추정치 모두 임상 질문과 직접적인 관련성이 있는 것으로 비직접성은 없었다. 따라서 전체적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구로 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다고 판단하였다. 각각의 개별 결과 지표에 대한 연구결과와 근거수준 평가는 아래와 표(Summary of Findings)에 제시하였다.

결과요약표(Summary of Findings)

| 결과<br>(결과중요도)                               | 총 환자 수<br>(문헌 수) | 근거수준<br>(GRADE)               | 비교위험도<br>(95% CI)    | 예측되는 절대효과<br>(95% CI) |                             | 비고                |
|---------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|
|                                             |                  |                               |                      | 대조군                   | 중재군                         |                   |
| Total clinical effective rate<br>(Critical) | 296<br>(3RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | 1.19<br>[1.07, 1.32] | 1000명당 741명           | 1000명당 882<br>[793, 979]    | 증상의 호전이 나타난 대상자 수 |
| VAS(headache)<br>(Critical)                 | 156<br>(2RCTs)   | ●●●○<br>Moderate <sup>a</sup> | -                    | -                     | MD 1.53낮음<br>[-1.96, -1.10] | 점수가 낮을수록 개선됨을 의미함 |

Total clinical effective rate(총 유효율) : 증상의 호전이 나타난 대상자수/전체 대상자수

a: 대상자, 조사자, 결과 평가자에 대한 눈가림이 안 되어 있거나 불확실함. 비돌림 위험성이 높음

## (2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안 R19은 편두통 환자에서 약침치료가 양약 또는 플라시보 치료와 비교했을 때 편두통 증상 완화에 효과적이지에 대해 분석하기 위해 만들어졌다. 편두통 치료 양약 또는 플라시보 치료와 비교했을 때 약침 치료는 총 유효율이 더 높았으며, VAS(headache)를 더 감소시켰다.

본 권고안에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구가 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 본 권고안에 포함된 3건의 문헌에서 이상반응에 대한 언급은 없었으나, 일차성 두통에 약침치료를 시행한 연구 중 이상반응 여부를 보고한 3건의 연구에서 약침치료 후 중대한 부작용은 없는 것으로 확인되었다. 약침치료는 침습적인 치료법으로 약물의 과다 주입으로 인한 통증, 전신 몸살, 국소적인 발적 등이 발생한 가능성이 있지만 관련된 중대한 부작용에 대한 보고는 드물었다. 이에 편두통에 대한 약침 치료는 효과적이며 임상적으로 안전한 치료 방법으로, 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 편두통에 약침 치료는 편두통의 두통 강도 정도 및 증상 개선에 더 효과적이며, 임상 경험을 바탕으로 약침 치료가 임상 현장에서 효과적으로 사용되고 있다는 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 편두통 환자에게 약침치료는 플라시보 약침치료 혹은 일반적인 양약 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 편두통 치료 시 편두통 증상 호전을 위해 약침치료 시행을 고려해야 한다.

### (3) 참고문헌

1. Moon Ho Lee, In Chul Son, Introduction to the Aqua-Acupuncture Therapy and problems, J Acupunct Res. 1998;15(2):511-518.
2. Min Ki Jang, Eun Hye Yoon, Chan Yung Jung, Eun Jung Kim, Seung Deok Lee, Min Seop Hwang, Kap Sung Kim, Review of Randomized Controlled Trials on Pharmacopuncture Treatment for Musculoskeletal Diseases, J Acupunct Res. 2009;26(3):149-163.
3. Shin H, Lee S, Kim H, et al. A Review of Clinical Research Trends in the Treatment of Primary Headache Disorders with Pharmacopuncture, J Int Korean Med. 2018;39 (6): 1191-1205.
4. 陈励竞,石会,邢殿文,王彩娟,魏晓珊,袁坤,刘胜芳. 不同药物穴位注射治疗偏头痛疗效观察. 上海针灸杂志. 2020;39(03):315-318.
5. 刘悦,章小平,陈景亮. 针刺治疗偏头痛的疗效观察. 上海针灸杂志, 2002(02):24-25.
6. 周中元,周亦玮,牛彦杰,张弛,张路路. 穴位注射治疗急性偏头痛疗效分析. 湖北中医药大学学报. 2020;22(04):88-90.

## V. 편두통 임상진료지침 활용

1. 편두통 임상진료지침 활용
2. 한계점 및 의의
3. 향후 계획

## 1. 편두통 임상진료지침 활용

본 지침에서 작성된 권고안의 효과적인 확산 및 실행을 위해 진료지침 요약본과 환자용 설명 자료를 확산도구로 개발하여 임상 현장에서 활용될 수 있도록 계획을 수립할 예정이다.

한의표준임상진료지침 개발 사업단 홈페이지 (<http://www.g-kom.or.kr>) 및 대한한 의사협회 게시판을 통해 진료지침 요약본과 한의사가 설명하는 환자 대상 설명 자료의 파일 등을 무료 배포하여 효과적으로 확산 및 시행시킬 수 있도록 노력할 예정이다.

## 2. 한계점 및 의의

### (1) 근거의 제한점

- 선정된 중국 문헌의 경우 객관적인 평가 척도로 결과를 제시한 근거의 양이 부족하였다.
- 객관적인 평가 척도라도 임상 현실에 맞지 않거나, 평가 척도 방법이 명확하지 않아 근거 분석에 부적합한 근거는 배제하였다.
- 근거의 질을 높이기 위해 비무작위 대조연구(non-Randomized Controlled Trial, nRCT)은 배제하였고, 무작위 대조연구(Randomized Controlled Trial, RCT) 위주로 근거를 선택하였다.
- 비뚤림 위험과 비일관성 및 비정밀성 측면에서 근거수준이 낮은 근거가 많았다.

### (2) 환자의 개체 특이성, 체질, 증상별 맞춤 치료의 어려움

한의표준임상진료지침의 권고안은 표준화된 치료를 적용한 근거를 분석하여, 근거수준과 근거등급을 등급화 하였지만, 한의학의 치료 원칙인 개체 특이성, 체질별 치료를 임상에서 적용하기 어려운 측면이 있다. 개체 특이성을 고려하면서도 메타 분석에 적합한 근거는 거의 없었으며, 각 근거에 사용된 변증 또는 체질별 치료는 임상적 고려사항에 반영하였다. 본 임상진료지침에서는 한의학의 특성을 최대한 반영 할 수 있도록 연구결과를 잘 종합하여 기술하고, 보완이 필요한 부분에 대해서는 향후 단계적 연구를 통해 근거를 확보해 나가고자 한다.

## 3. 향후 계획

본 한의표준임상진료지침은 5년마다 중풍순환신경학회 임상진료지침 평가위원회에서 그 동안의 새로운 과학적 근거를 검토하여 필요한 경우 갱신 예정이다. 매 5년마다 새로운 근거 검색 통해 권고안에 영향을 줄 만한 새로운 과학적 근거가 확인되는 경우 또는 사용자들 대상으로 권고된 중재의 선호도 및 임상적 차이를 확인하여 새로운 권고안 설정이 필요한 경우 재검토하여 갱신할 계획이다. 본 한의표

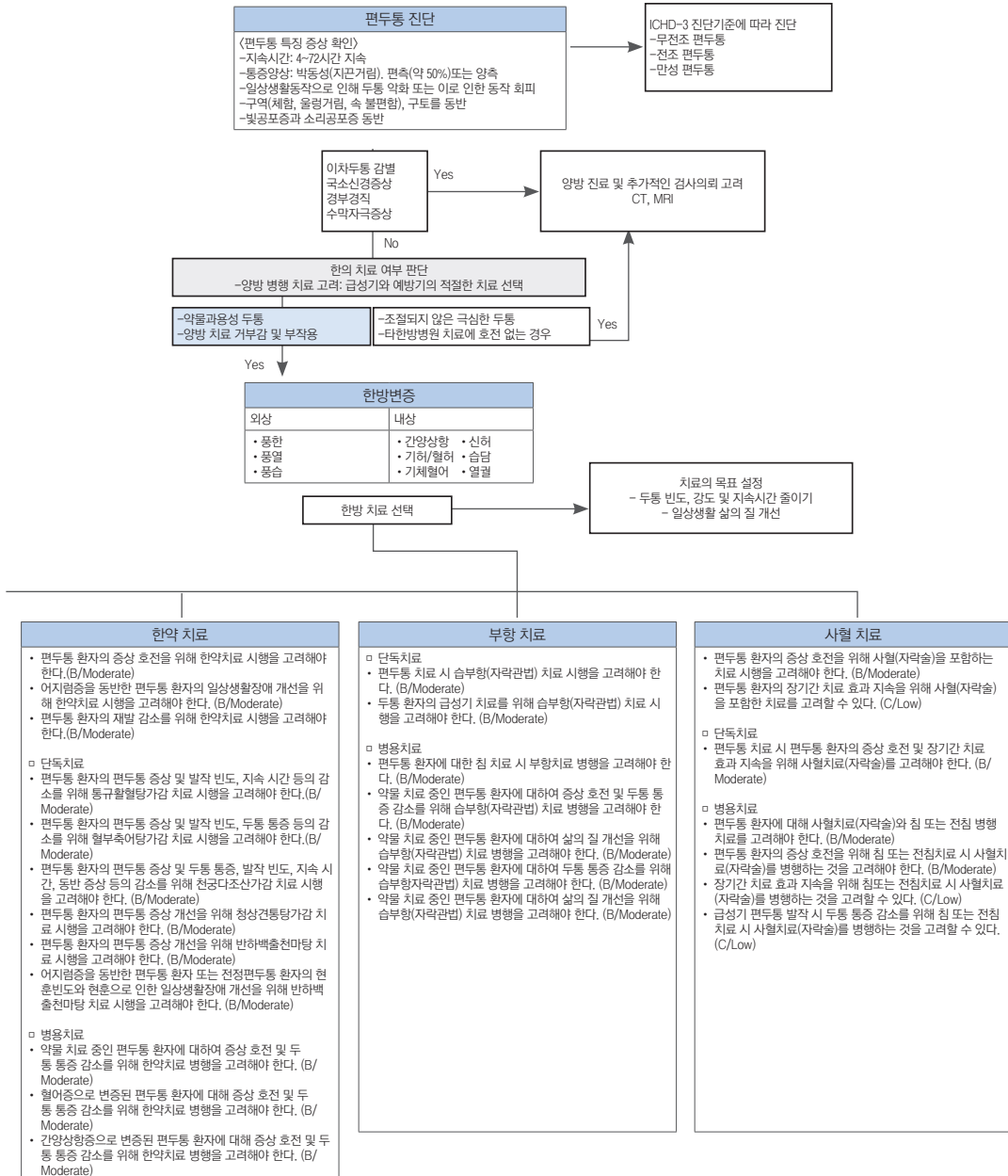
준임상진료지침의 갱신을 위한 새로운 근거 검색은 2025년에 시행할 예정이다.

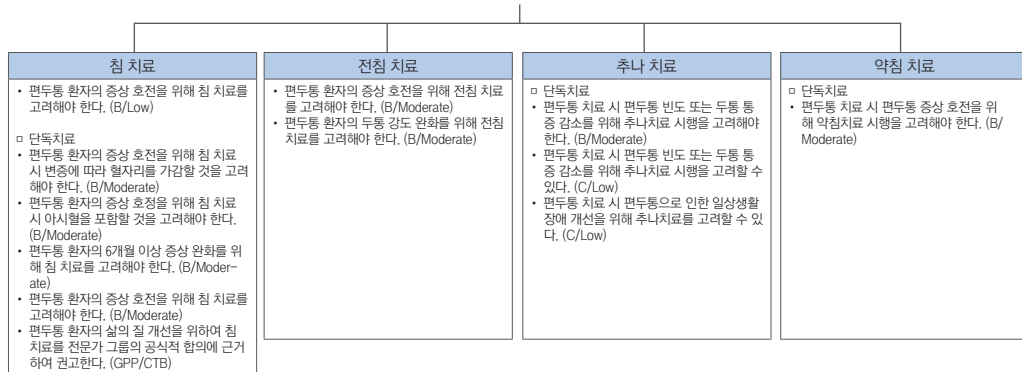
본 한의표준임상진료지침의 권고안 수행 정도를 모니터링하기 위한 대안적 방법으로 2~3년마다 유관 학회 정회원인 임상한의를 대상으로 실태조사를 시행하기로 한다. 일차의료기관의 현실과 권고안의 근거수준 및 권고등급의 강도를 고려하여 치료관련 권고안 중 한약, 침, 부항치료를 50% 이상 사용하고 있는지를 지표로 설정한다. 또한, 본 지침 실행에서 작용할 수 있는 장애 요인은 임상 한의사의 권고안에 대한 인지 부족과 효과적인 전달 부족일 수 있다. 따라서 진료지침 사용의 지표로 한의사 설문조사를 통해 한의사 25% 이상이 편두통 한의표준임상진료지침을 인지하고 있는지와, 인지한 한의사의 25% 이상이 진료에 편두통 한의표준임상진료지침을 활용하고 있는지를 설정한다. 만약 권고 적용의 장애요인이 있다면 해당 내용을 파악하고 중풍순환신경학회 한의표준임상진료지침 평가위원회에서 검토하여 향후 갱신 시 반영하도록 한다.



## Ⅵ. 진료 알고리즘

## 한의표준임상진료지침 기반 편두통 진료 흐름도





## 임상적 고려사항

| 증제 도구 | 임상적 고려사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 침     | <p>변증에 따라서 간양상형, 담탁내조, 기제혈여, 간신음허 등으로 분류하여 다음과 같은 혈위를 추가할 수 있다.</p> <p>①간양상형: 사죽공(TE23), 촉임읍(GB41), 행간(LR2), 태양(EX-HN5), 외관(TE5)</p> <p>②담탁내조: 두유(ST8), 촉상리(ST36), 풍릉(ST40)</p> <p>③기제혈여: 격수(BL17), 혈해(SP10)</p> <p>④간신음허: 태계(KI13), 태충(LR3), 신수(BL23), 관원(BL26)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 환자에 따라 두부 및 경추부의 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다. 편두통의 급성기 또는 두통 강도가 극심할 경우에 아시혈을 추가하여 치료할 수 있다.</li> <li>• 6개월 이상 치료효과 지속되는 측면을 고려해 볼 때, 약물 치료 중이나 재발하거나 빈도가 조절되지 않는 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 침치료를 적용할 수 있다.</li> <li>• 두통의 발생부위가 측두부일 때 각손(TE20), 후두부일 때 풍지(GB20)를 고려할 수 있다.</li> <li>• 편두통으로 인해 일상생활 제한 및 업무기능 방해, 감정적인 문제 등이 있는 환자에게 침치료를 고려할 수 있다.</li> </ul> |
| 전침    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 침 치료와 전침 치료를 함께 사용가능한 두부의 혈위는 풍지(GB20)-솔곡(GB8), 풍지(GB20)-태양(EX-HN5), 양측의 태양(EX-HN5), 사죽공(TE23)-솔곡(GB8), 함열(GB4)-원로(GB5), 두유(ST8)-곡빈(GB7) 등을 활용할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 한약    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 어지럼증이 있는 편두통 환자에게 반하백출천마탕, 온담탕 처방을 고려할 수 있으며, 환자의 변증에 따라 타처방을 고려 할 수 있다.</li> <li>• 양약 치료 중단 후 재발하는 편두통 환자에게 한약치료를 고려해야 한다.</li> <li>• 혈여증으로 변증된 편두통 환자에게 통규활혈탕, 혈부축어탕 처방을 고려할 수 있으며, 어혈과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.</li> <li>• 간양상형으로 변증된 편두통 환자에게 조동산 처방을 고려할 수 있으며, 간양상형과 관련된 타 처방을 고려할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 부항    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 편두통 환자 중 어혈로 변증된 환자에게 습부항 치료를 시행할 수 있다.</li> <li>• 습부항(자락관법) 치료를 편두통 발작 시에 시행할 수 있다.</li> <li>• 편두통 환자의 부항 치료의 주요 경혈은 양백(GB14), 태양(EX-HN5)과 족태양방광경의 배수혈(靑輪穴) 등이다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 사혈    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 편두통 환자의 사혈치료(자락술)의 주요 경혈은 태양(EX-HN5), 풍지(GB20), 백회(GV20), 이침혈 등과 두통 부위에 따른 아시혈이다.</li> <li>• 만성 편두통, 약물 과용 편두통, 편두통 약물에 부작용이 있거나 편두통 약물을 중단하기를 원하는 편두통 환자에 대해 사혈(자락술)을 포함한 치료를 고려할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 추나    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 편두통 환자에서 경추부 관절기능 이상 혹은 경근이상이 보이는 환자의 경우 경추부 추나술기를 고려한다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 약침    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 약침 시술부위는 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 견정(GB21), 솔곡(GB8) 등을 활용할 수 있으며, 약침액으로 근거문헌에서는 홍화, 천궁, 아목과 등을 사용하였으나 국내의 중례보고 연구와 파일럿 스타디(pilot study)를 참고하여 환자 증상에 따른 황련해독탕약침, 벌갑 또는 홍화약침을 활용할 수 있다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

※ 본 진료 알고리즘에서는 한의학적 치료만 다루기로 함



## Ⅶ. 확산 도구

## 1. 리플렛

### 편두통이란?



박동성 이상의 증후도 이상의 통증을 호소하는 만성 원발성 재발두통으로, 만성화되어 삶의 질을 크게 저하시킬 수 있어 치료와 예방이 중요한 질환입니다.

편두통의 유병률은 여성 15~20%, 남성 4~7% 정도로 흔한 질병이며, 한 번 발생되면 일상생활이 불가능할 정도로 증상이 심하여 환자 개인 뿐 아니라 사회적으로도 심각한 영향을 미치게 됩니다.



편두통 환자는 전구기, 조짐기, 두통기, 회복기의 4단계로 나눌 수 있습니다.

본원에서는 각 시기에 따라 개인별 맞춤 치료를 실시하고 있습니다.



일반침 전침 약침 한약 부항 추나

한의학표준임상진료지침은 한의사와 환자가 적절한 의료서비스를 제공할 수 있도록 돕기 위해 체계적으로 개발한 가이드라인으로, 임상현장에서 참고하여 활용할 수 있습니다. 본 지침은 한의학표준임상진료지침 개발사업을 통해 인증 받았습니니다.

### 편두통의 진단

#### 무조짐 편두통

- 반복적 발생
- 4-72시간 지속
- 편측의 박동성 이상
- 일상 신체 활동에 의해 악화
- 구역, 구토 또는 빛 공포증, 소리 공포증 동반

#### 조짐 편두통

- 두통 발생 전이나 두통과 동반하여 조짐(aura) 발생, 5-60분 지속 후 소실
- 조짐(aura)
  - 시각 증상
  - 감각 증상
  - 언어 증상

### 편두통의 치료

편두통은 매우 흔한 질병임에도 불구하고 치료 자체로 완치까지 기대하기 어려우며 사회생활에 지장이 없을 정도로 완화시키거나 예방을 하는 것이 치료의 목적이 되는 경우가 많습니다. 그래서 대부분의 환자들이 의사에 의해 제대로 진단받지 못하고 적절한 치료를 받지 못한 상태에서 임의로 진통제를 무분별하게 복용하여 두통으로 고생하는 경우도 많습니다.

편두통의 치료에 대한 임상 연구에 따르면, 양의 전통적 치료와 비교했을 때 두통 강도, 두통 빈도, 두통 지속 시간 등에서 치료효과가 더 높은 것으로 나타났습니다. 또한, 양의 전통적 치료의 이상반응 발생률이 13%로 나타난 반면 한약 치료의 부작용 발생률은 3%로 확인되어 임상적으로 안전한 치료라고 할 수 있습니다.

본원은 편두통의 감별진단, 치료선택, 치료 평가까지 편두통 임상진료지침을 준수하며, 기존의 편두통과 관련해 출판된 문헌과 논문 중 현재 진료에 적용하고 있습니다.

MEMO

## 편두통

### 한의학표준임상진료지침

Korean Medicine Clinical Practice Guideline




Korean Medicine Clinical Practice Guideline

NIKOM  
한국한약진흥원

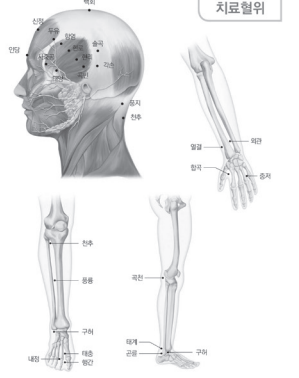
### 일반침



■ 편두통 환자의 증상 호전 및 장기간 증상 완화를 위해 침치료를 시행합니다.

■ 편두통의 증상 및 발생부위에 따라 백회, 신경, 풍지 등 머리의 혈위와 이외의 팔, 다리 부위의 혈자리가 사용될 수 있습니다.

### 치료혈위



### 전침



■ 4주 미만의 단기 치료 시, 편두통 환자의 두통 강도 완화를 위해 전침 치료가 도움이 됩니다.

### 약침



■ 만성 두통, 기존 편두통 약물에 부작용이 있는 환자들에게 도움이 됩니다.

### 부항



■ 편두통 환자에게 침치료를만 시행하는 것보다 침치료와 습부항 치료를 병행하는 것이 좋습니다.

### 한약



■ 편두통 강도 완화, 편두통 발작 빈도 감소를 위해 통구황혈탕, 천궁다조산, 청상진통탕 등 한의사와 상담을 통해 개개인 상태와 특성에 따라 적절한 처방을드릴 수 있습니다.

### 추나

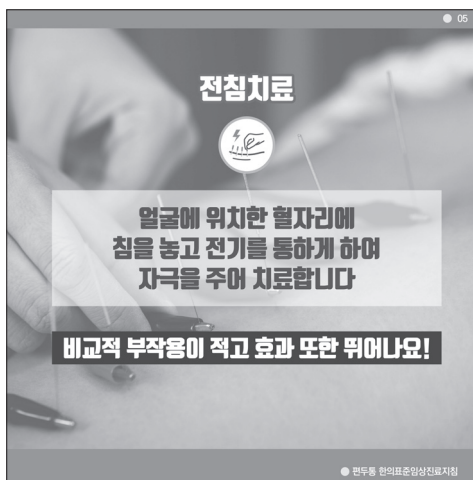
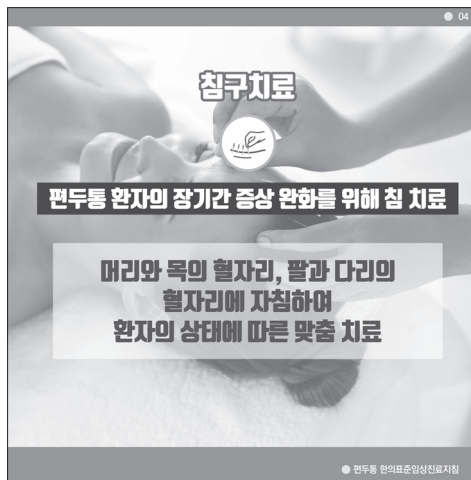
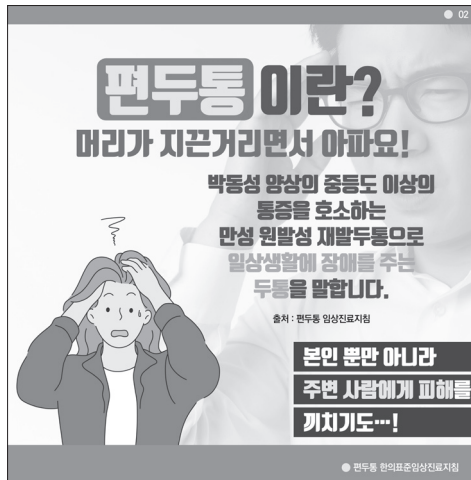


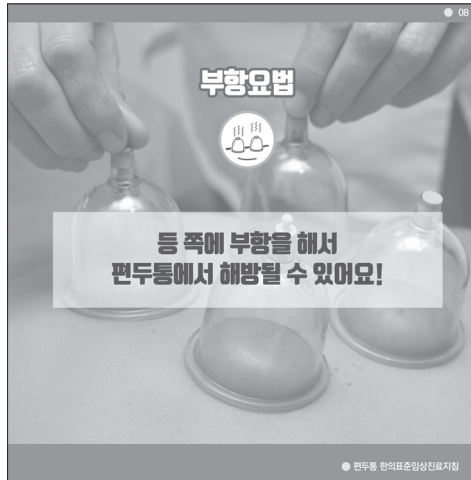
■ 편두통 빈도와 통증의 감소 및 편두통으로 인한 일상생활장애 개선을 위해 추나치료를 시행합니다. 특히, 경추부 관절기능 이상 혹은 경근 이상이 있을 경우 추나 치료가 효과적입니다.

한의학표준임상진료지침 개발사업단 제작(2021년)

다운로드: <http://www.nckm.or.kr>

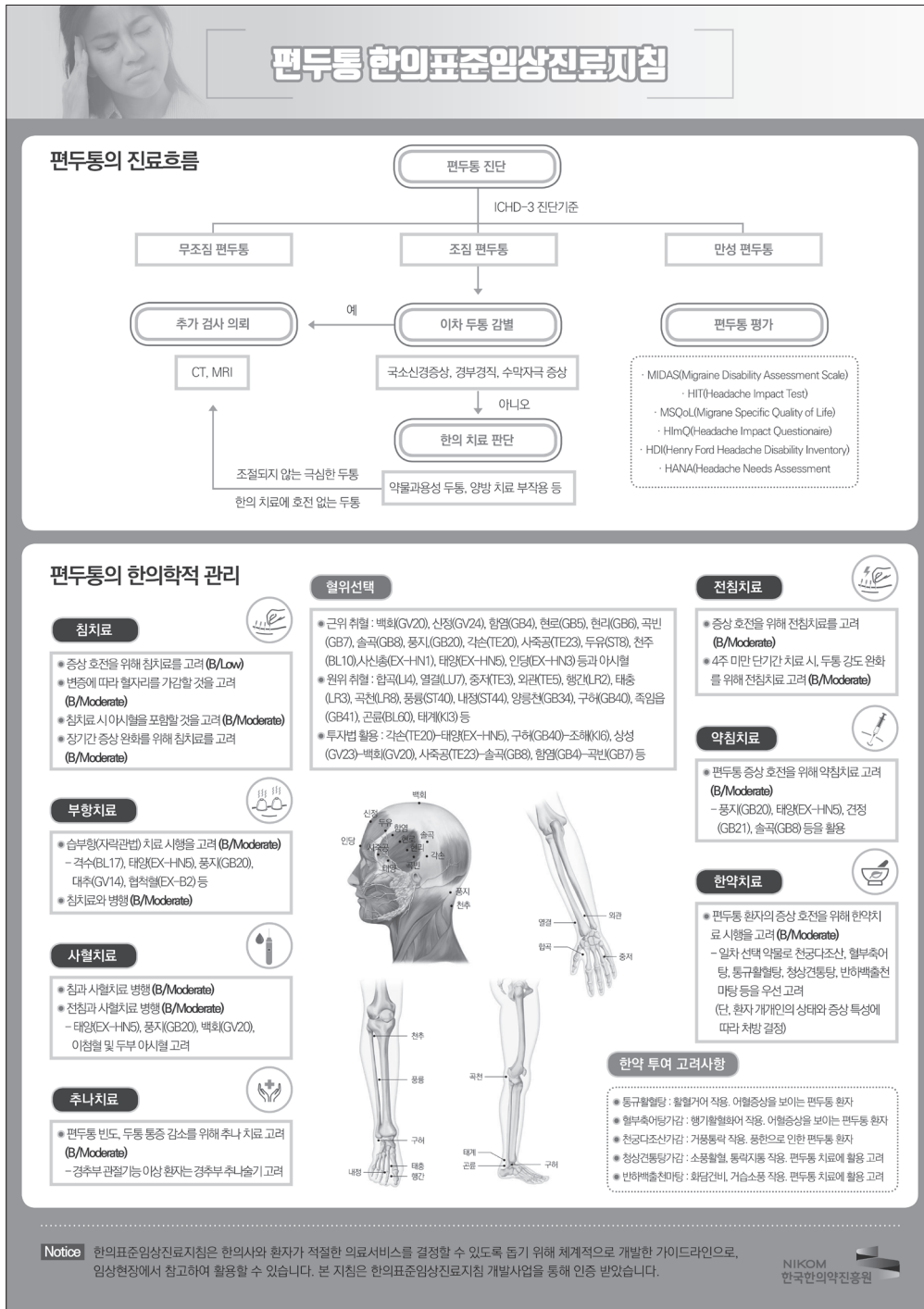
## 2. 카드뉴스





한의표준임상진료지침 개발사업단 제작(2021년)  
다운로드: <http://www.nckm.or.kr>

### 3. 인포그래픽





## VIII. 부록

1. 용어 정리
2. 이해상충선언서
3. 승인서

## 1. 용어 정리

### 거짓침 [sham-acupuncture]

혈자리가 아닌 곳에 자침 또는 혈자리가 아닌 부위를 표피자극 하는 침치료를 의미한다.

### 두통 빈도 [Headache frequency]

일정 기간 동안 두통이 일어난 횟수를 더한 값을 의미한다. 주로 한 달에 발생한 횟수를 더하여 구한다. (times per month)

### 두통 지속 시간 [Headache duration time]

일정 기간 동안 두통이 지속된 시간을 더하여 구한다.

### 사혈치료(자락술)

삼릉침(三稜鍼), 소미도(小眉刀), 피부침(皮膚鍼) 등의 기구를 이용하여 환자의 신체상의 혈위, 병변 처 또는 천표층의 혈관을 찔러 소량의 혈액을 방출시키는 치료법(자락요법(刺絡療法), 방혈요법(放血療法), 자혈요법(刺血療法))

### 전침 [EA: electrtoacupuncture]

전침이란, 침을 놓은 후 전침 자극기를 침병에 연결하여 자침 부위에 전기적 자극을 가하는 침술이다.

### 편두통 지수 [MS: Migraine score]

다음 각 두통에 관련된 항목의 점수를 더하여 계산하며, 점수가 높을수록 편두통 증상이 심하다는 것을 의미한다.

- ① 두통 빈도 점수(Headache frequency score) : 6(over 5 times), 4(3~4 times), 2(under 2 times)
- ② 두통 강도 점수(Headache intensity score) : 6(need to lie), 4(affect to daily life&work), 2(not affect to daily life&work)
- ③ 두통 지속 시간 점수(Headache duration time score) : 6(over 48h), 4(12~48h), 2(under 12h)
- ④ 동반 증상 점수(Appling symptoms score) : Appling vomiting, nausea, photophobia, soundphobia: 3(over 2 symptoms), 2(2 symptoms) 1(1 symptom) 0(no symptom)

### CPG: Clinical Practice Guideline [임상진료지침]

특정한 상황에서 임상 의사와 환자의 의사결정을 돕기 위해 체계적으로 개발된 가이드라인

**MD: Mean Difference [평균차]**

치료군과 대조군의 평균값의 차이

**NRS: Numerical Rating Scale for pain intensity [숫자평가척도]**

NRS는 0에서 10까지 나열된 여러 형태의 척도를 통해 통증의 정도가 어느 정도인지 숫자를 사용하여 말이나 글로써 대답하는 척도이다. 종이에 직선으로 표시해야하는 VAS에 비해 임상에서 아주 쉽게 적용할 수 있는 장점이 있다. 점수가 높을수록 통증이 심하다는 것을 의미한다.

**RCT: Randomized Controlled Trials [무작위 대조연구]**

참여자는 중재군 혹은 대조군에 무작위로 배정되며, 특정 결과가 발생했는지 여부를 일정 기간 동안 추적 관찰한다. 배정 은폐를 통해 두 군 간에 알려진 혹은 알려지지 않은 결정 요인들이 동등하게 분포될 것으로 기대한다.

**RR: Relative Risk [상대위험도]**

특정 위험요소에 노출된 사람의 발병률과 노출되지 않은 사람의 발병률과의 비율

**SMD: Standardized Mean Difference [표준화된 평균차]**

포함된 여러 연구들 간에 척도가 다르고 연속형 변수인 경우 결과값의 평균차를 표준편차로 나눈값

**TER: Total clinical effective rate [총 유효율]**

증상의 호전이 나타난 대상자 수/전체 대상자 수

**VAS: Visual Analogue Scale [시각상사척도]**

10cm길이의 선으로 한쪽 끝에는 통증이 없음을 기록하고 다른 편의 끝에는 상상 가능한 가장 심한 고통을 기록하도록 되어 있는 척도

## 2. 이해상충선언서

### 1) 이해상충선언서 서식

#### 이해상충공개서약서

| 연구 과제명 | 편두통 한의표준임상진료지침                                                                                          |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 참여 연구원 | 이상관, 정우상, 고호연, 이주아, 최지애, 최태영, 전지희, 김세현, 성현경, 신선미, 이혜림, 윤종민, 정병준, 김철현, 추홍민, 강건희, 서지혜, 전찬용, 이명수, 김선중, 최성열 |

본인은 상기 연구와 관련하여 특정 기관과 연구 관련자로부터 연구결과에 영향을 미치는 지원과 제 공에 대해 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.<br>총 금액:<br>종 류: |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | 지원기관의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 경제적 이익에 대한 권리를 제공받았습니다.<br>총 금액:<br>종 류:                                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | 기타 1,000만원 상당 또는 5%가 넘는 지분이익이나 이권을 제공받았습니다.<br>총 금액:<br>종 류:                                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | 지원기관에 공식/비공식적인 직함을 가지고 있습니다. (예: 사장, 자문역, 고문 등)<br>기관명:<br>직 위:                                       |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | 연구대상에 대한 지적재산권을 가지고 있습니다. (예: 특허, 상품권, 라이선싱, 로열티 등)<br>종 류:                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | 본인 또는 배우자의 가족이 소속된 회사가 위에서 기술된 것과 같은 관계를 가지고 있습니다.<br>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 날로 부터 30일 이내에 한의표준임상진료지침 개발사업단에 보고하겠습니다.</p> <p style="text-align: right;">제출일자: 2020년 11월 23일</p> |                                                                                                       |

## 2) 이해상충선언 결과

| 구분    | 직책  | 이름  | 소속                    | 이해상충관계 |
|-------|-----|-----|-----------------------|--------|
| 총괄위원회 | 위원장 | 이의주 | 경희대학교 한의과대학(서울특별시)    | 없음     |
|       | 위원  | 김종원 | 동의대학교 한의과대학(부산광역시)    | 없음     |
|       |     | 주종천 | 원광대학교 한의과대학(광주광역시)    | 없음     |
|       |     | 황민우 | 경희대학교 한의과대학(서울특별시)    | 없음     |
|       |     | 전수형 | 동의대학교 한의과대학(부산광역시)    | 없음     |
| 개발위원회 | 위원장 | 유준상 | 상지대학교 한의과대학(강원도 원주)   | 없음     |
|       | 위원  | 이동녕 | 세명대학교 한의과대학(충북 충주)    | 없음     |
|       |     | 배나영 | 부산대학교 한의학전문대학원(부산광역시) | 없음     |
|       |     | 신미란 | 세명대학교 한의과대학(충북 충주)    | 없음     |
|       |     | 고호연 | 세명대학교 한의과대학(충북 충주)    | 없음     |
|       |     | 선승호 | 상지대학교 한의과대학(강원도 원주)   | 없음     |
|       |     | 한인식 | 상지대학교 한의과대학(강원도 원주)   | 없음     |
|       |     | 이규영 | 상지대학교 한의과대학(강원도 원주)   | 없음     |
|       |     | 전찬용 | 가천대학교 한의과대학(인천광역시)    | 없음     |
|       |     | 김동일 | 동국대학교 한의과대학(경기도 일산)   | 없음     |
|       |     | 양승정 | 동신대학교 한의과대학(전남 나주)    | 없음     |
|       |     | 박수정 | 우석대학교 한의과대학(전북 완주)    | 없음     |
|       |     | 장세진 | 연세대학교 원주의과대학(강원도 원주)  | 없음     |

## 3. 승인서

아래 학회에서는 보건복지부 한의약선도기술개발사업의 일환으로 개발된 “편두통 한의표준임상진료지침”을 검토하였으며, 그 내용에 대해 승인합니다.

|   | 학회명         | 학회장 | 승인일자          |
|---|-------------|-----|---------------|
| 1 | 대한중풍·순환신경학회 | 박정미 | 2020년 11월 30일 |



