

한의표준임상진료지침

화병 Hwabyung



보건복지부 한의약선도기술개발사업
한의표준임상진료지침 개발사업단

화병 한의표준임상진료지침

첫째판 1쇄 인쇄 | 2021년 12월 20일

첫째판 1쇄 발행 | 2021년 12월 30일

집 필 대한한방신경정신과학회

편 집 인 김남권

발 행 인 정창현

발 행 처 한국한의학진흥원 한의표준임상진료지침 개발사업단

디자인·인쇄 군자출판사(주)

© 2021년, 화병 한의표준임상진료지침 / 한의표준임상진료지침 개발사업단

이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로

무단 복제와 전제는 금지되어 있습니다.

상업적 목적이나 제품판매의 목적으로 사용할 수 없습니다(비매품).

ISBN 979-11-5955-815-3

발간등록번호 11-B554036-000027-14

집필진

연구책임자

정선용 경희대학교

조성훈 경희대학교

정인철 대전대학교

운영위원회

최은지 한음한방신경정신과한의원

서효원 경희대학교

곽희용 경희대학교

김윤나 경희대학교

최유진 한국한의학연구원

집필위원회

김락형 우석대학교

이재혁 세명대학교

임재환 장덕한방병원

김상호 대구한의대학교

권찬영 동의대학교

권오현 청안보건지소(前 세명대학교충주한방병원)

안윤영 한음한방신경정신과한의원(前 우석대학교부속한방병원)

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, 한의약 분야의 엄격하고 신뢰성 있는 한의학표준임상진료지침을 개발하고자 노력하였습니다.

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

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

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

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

한의표준임상진료지침개발사업단
단장 김 남 권

머리말

2008년 화병임상진료지침 개발사업을 시작했던 것이 었그제 같은데, 벌써 11년이라는 세월이 흘렀습니다. 그 사이 세월이 흐르면서 사회에도 많은 변화가 있었습니다. 참는 게 미덕인 사회에서, 자기 권리는 자신이 주장하지 않으면 아무도 챙겨주지 않는다는 생각이 지배적인 사회가 되었습니다. 그러다 보니 권리끼리의 충돌이 많아지고, 권리의 침해에서 오는 분노가 많아지는 사회가 되었습니다. 이러한 시대 변화는 화병의 양상에도 변화를 가져와 급성화병이라는 새로운 개념이 대두되고 있습니다.

시간의 흐름에 따른 화병 연구의 축적과 새로운 화병 개념의 대두로, 새로운 임상진료지침의 필요성이 커졌습니다. 또한, 임상진료지침을 만들고 평가하는 방법들이 정교해지고 표준화가 진행됨에 따라, 새로운 양식에 맞춰서 진료지침을 재정비할 필요성도 커졌습니다. 이에 화병임상진료지침을 개정하게 되었습니다.

2016년 화병 한의표준임상진료지침 개발사업에서는, 근거중심 임상진료지침 개발을 위해 한약물과 심리요법에 대한 임상시험도 진행하고 그동안에 축적된 화병에 대한 연구들을 총망라하여 근거중심 임상진료지침 개발방법론에 따라 기존의 화병임상진료지침을 개정하여 발간하게 되었습니다.

이번 화병 한의표준임상진료지침의 특징은 그동안 발표되었던 국내의 논문을 총망라하였다는 것입니다. 근거중심 임상진료지침의 개발을 위해서는 축적된 연구논문들의 탐색과 근거수준을 평가하는 과정이 필요합니다. 이러한 과정을 착실히 밟아서 근거수준을 정리하고, 그 근거들을 중심으로 임상진료지침을 개정하였습니다. 화병의 질환특성상 한국에서의 연구가 대부분으로 임상장면에서 궁금해 하는 모든 질문에 대한 근거를 찾을 수는 없었기에, 관련 연구를 찾을 수 없는 부분들은 한의과대학교수들과 일차의료기관 한의사들로 구성된 전문가 그룹에서 임상경험을 바탕으로 함의를 거쳐 임상질문의 답을 만들어 나가고 화병과 감별이 필요하거나 공병(共病)되기 쉬운 정신신체질환의 근거를 첨부하였습니다.

임상진료지침은 보다 더 효과적인 치료법을 환자에게 적용하기 위한 가이드입니다. 가이드가 치료의 전부이기 때문에 이 치료 이외의 치료는 하면 안 된다는 것이 아니라, 이러한 치료가 보다 효과적으로 보인다는 하나의 좋은 예라고 생각하시고 개개인의 환자 특성에 맞추어 적용하시면 될 것입니다.

또한, 이러한 근거중심 임상진료지침이 많이 만들어지고 의료정책관련기관에서 보장성 강화라는 측면으로 임상진료지침의 권고들에 의료보험을 적용해 주기 시작한다면, 보다 더 많은 환자들이 적은 부담으로 한의치료를 이용할 수 있을 것이라고 생각합니다.

이번 화병 한의표준임상진료지침은 완성본이라고 할 수 없습니다. 새로운 연구들이 쏟아나가고 방법론적인 측면들이 발전해 감에 따라 계속적으로 보완되고 개정되어야 하는 임상진료지침입니다. 기존 연구들로 답하지 못한 임상질문에 대한 근거들을 계속적인 연구를 통해 만들어나가야 할 것입니다. 계속 발전하는 임상진료지침이 되길 바라며, 이번 개정을 위해 도움을 주신 한의표준임상진료지침 개발사업단에 감사를 드리고, 수고해주신 대한한방신경정신과학회 소속 연구진 여러분께 감사드립니다.

화병 한의표준임상진료지침 개발 연구책임자
정 선 용

일러두기

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

한의약 및 보건의료 분야의 의료인뿐만 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.

본 임상진료지침의 범위는 ‘화병’과 ‘타질환이 병행된 화병’의 치료 및 화병의 유발·악화요인인 ‘스트레스 예방·관리’ 영역을 포함하였습니다.

본 임상진료지침은 일차의료의에게 근거 기반 정보를 제공하기 위한 목적으로 개발된 것으로, 본 임상진료지침의 내용을 바탕으로 한의사의 의사결정 권한을 규제할 수 없습니다.

본 임상진료지침은 화병 치료에 대한 현재까지의 근거를 바탕으로 개발되었으나, 아직까지 화병에 대한 연구는 부족한 실정이다. 따라서 본 임상진료지침의 내용은 추가적인 연구가 진행되고 발표됨에 따라 변경될 수 있습니다.

목차

요약문.....	1	V. 화병 임상진료지침 활용	179
Summary	13	1. 화병 임상진료지침 활용 · 180	
I. 서론	27	2. 한계점 및 의의 · 181	
1. 한의표준임상진료지침 개발 배경 · 28		3. 향후 계획 · 182	
II. 화병 개요.....	29	VI. 진료 알고리즘.....	183
1. 정의 · 30		VII. 확산 도구.....	185
2. 임상 현황 · 30		VIII. 부록	191
3. 진단 및 평가 · 32		1. 용어 정리 · 192	
4. 치료 · 53		2. 이해상충선언서 · 194	
5. 예방 및 관리 · 59		3. 승인서 · 195	
III. 화병 진료지침의 개발 절차	65		
1. 기획 · 66			
2. 개발 · 71			
3. 승인 및 인증 · 83			
4. 출판 · 84			
IV. 권고사항	85		
1. 화병 · 86			
2. 타질환이 병행된 화병 · 120			
3. 스트레스 예방·관리 · 168			

요약문

1. 배경 및 목적
2. 질환 개요
3. 권고안
4. 진료 알고리즘

1. 배경 및 목적

화병은 우울, 불안, 분노의 부정정서 중 분노로 인해 발생한 정신장애로, 한국의 전통적인 질병 개념이다. 미국정신의학회(American Psychiatry Association, APA)의 『정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)』에서는 분노와 관련된 장애가 따로 정의되어 있지 않고, DSM 4판의 부록에서 한국의 문화관련증후군으로 화병을 소개하기도 하였으나 5판에서는 문화관련증후군에 대한 내용이 전반적으로 축소되면서 화병이 삭제되었다.

화병은 국내 유병률이 4.2~13.3%로 일차의료현장에서 자주 접할 수 있는 신경정신과 질환 중의 하나이다. 그러나 만성적인 경과를 보이고, 유병기간이 길어질수록 타 질환과 공병되는 경우가 많으며, 갱년기증후군이나 갑상샘 기능장애 등 신체질환에 의해서도 화병과 비슷한 증상이 나타날 수 있기 때문에 진료시 각별한 주의가 필요하다.

국내에서 2013년 화병임상진료지침이 출판되었으나, 근거중심의학적 방법론에 따라 개발되지 않았고 최근 변화하는 임상 현장의 모습과 최신 근거들이 포함되지 않았기 때문에 개정의 필요성이 제기되었다.

화병은 한국의 문화관련증후군이라는 질환의 특성상, 지금까지 주로 국내에서 연구가 수행되었고 국제적인 임상연구나 임상진료지침이 부족한 실정이다. 이에 화병 환자가 포함되어 있을 수 있는 더 많은 연구를 포함하여 간접성을 높이더라도 더 많은 근거를 확보하기 위한 개정을 진행하고자 하였다.

현재 의학계에서는 독립된 질환 개념으로서 ‘분노장애’를 다루고 있지 않고 있고, 다만 일부 연구들에서 다른 정신장애 및 신체질환에 동반된 정서적 특성으로서 분노 지표를 측정하고 연관성을 확인하는 데 그치고 있다. 본 임상진료지침 개발위원회에서는 일부 질환에서 분노가 동반될 경우에는 화병의 가능성을 고려해야 한다고 보고, ‘타질환이 병행된 화병’에 대해서도 권고안을 개발하는 것이 필요하다고 판단하였다. 이를 위해, 화병 한의표준임상진료지침의 주제로 화병을 비롯하여 2013년 화병임상진료지침에서 화병과 공병율이 높은 것으로 보고된 우울증과 고혈압의 분노증상을 선정하고, 전통적인 화병의 양상으로 꼽히는 중년 여성의 화병과 연관하여 갱년기 여성의 분노 증상을 선정하였다. 또한 최근 직업적 스트레스 문제가 이슈가 됨에 따라 전통적인 화병뿐 아니라 직장인군에서의 스트레스 관리에 대해 다루고자 직장인의 분노관리에 대한 심신중재법을 검색하여 수록할 필요성이 제기되었다.

이에 화병임상진료지침의 개정을 위하여 대한한방신경정신과학회를 중심으로 총괄위원회와 개발위원회를 구성하고, 기존 화병임상진료지침을 분석·검토하여 개정 계획을 수립하였다. 본 임상진료지침은 근거중심의학적 방법론에 따라 최신의 근거와 전문가의 경험, 환자의 가치와 선호, 한의계 일차의료현장을 최대한 반영하고자 노력하였다. 개정된 화병 한의표준임상진료지침은 기존 화병임상진료지침에 비해 화병의 병인·병리를 더욱 충실히 보완하였고, 실제 임상에서 활용되고 있는 상담과 명상에 대한 임상질문을 추가하였다.

본 임상진료지침은 신규직접(De Novo) 개발에 준하는 과정에 따라 핵심질문을 선정하고, 화병과 관련된 국내외 근거들에 대하여 체계적 문헌고찰 및 메타 분석을 시행하였다. 체계적 문헌고찰과 메타

분석 결과를 바탕으로 근거수준과 권고등급 및 권고안 초안을 작성한 뒤, 델파이 방법을 이용하여 전문가 합의를 거쳐 권고안을 최종 확정하였다.

2. 질환 개요

1) 화병

화병은 분노와 같은 부정적인 감정이 해소되지 못하여 화의 양상으로 폭발하는 증상이 있는 증후군이다. 신체증상으로 가슴 답답함, 열감, 치밀어 오름, 목이나 명치에 덩어리가 뭉친 느낌 등이 나타나고 심리적으로 억울하고 분한 감정, 마음의 응어리나 한(恨)을 가지고 있다. 이러한 증상들은 뚜렷한 스트레스 사건과 관련되어 있다.

기존의 정신장애의 분류는 우울을 기반으로 하는 기분장애(우울장애)와 불안을 기반으로 하는 불안장애를 명확하게 제시하지만, 분노와 관련한 정신장애의 경우는 그 기준과 범주에 대하여 명확하게 묘사하지 못하고 있다. 이에 현재 화병 환자들은 양방의료기관에서 화병에 공병된 질환 및 병발된 증상에 대한 치료를 받고 있을 뿐, ‘화병’에 대한 진단 및 치료는 받지 못하고 있는 실정이며 화병 진료는 전적으로 한의사에 의해 이루어지고 있다.

[표] 화병 진단 기준

평가내용	문항
A. 핵심 신체증상(4가지 중 3가지 이상)	1. 가슴의 답답함 2. 열감 3. 치밀어 오름 4. 목이나 명치에 뭉쳐진 덩어리가 느껴짐
B. 핵심 심리증상(2가지 중 1가지 이상)	1. 억울하고 분한 감정을 자주 느낌 2. 마음의 응어리나 한
C. 관련 신체증상(4가지 중 2가지 이상)	1. 입이 마르거나 목이 마름 2. 두통이나 어지러움 3. 잠들기 어렵거나 자주 깸 4. 가슴이 두근거림
D. 관련 심리증상(3가지 중 2가지 이상)	1. 사소한 일에도 화가 나거나 분노가 치밀 2. 삶이 허무하게 느껴지거나 혹은 자신이 초라하고 불쌍하게 느껴짐 3. 두렵거나 깜짝깜짝 놀람
E. 심리사회적 기능저하	1. 집안일, 직장일, 대인관계상의 어려움
F. 관련 스트레스	1. 증상과 관련된 스트레스
G. 의학적 질병	1. 의학적 질병 유무, 약물 복용 여부

2) 타질환이 병행된 화병

화병은 억압된 분노 때문에 발생하며, 심리 증상으로는 억울하고 분한 감정, 화가 나거나 분노가 치미는 것을 특징으로 한다. 그러나 일반적으로는, 분노를 핵심으로 하는 질환 개념이 없기 때문에 분노를 주호소로 의료기관을 찾더라도 다른 질환으로 진단될 가능성이 높다. 그래서 화병과 공병률이 높은 갱년기증후군, 우울증, 고혈압 등에서 분노가 동반된 경우에 내재된 화병의 가능성을 고려해보아야 한다.

한편, 화병은 다른 질환과 공병되는 경우가 많고, 갑상샘 기능장애 등은 화병으로 오인되는 경우도 있으므로 진료 초기에 감별진단을 통해 공병질환의 유무와 치료 필요성을 평가하는 것이 필요하다.

3. 권고안

1) 화병

권고안 번호	권고내용	권고등급/ 근거수준
1) 한약		
단독치료		
R1	화병에서 한약치료는 위약과 비교했을 때 통계적으로 유의한 개선을 보이지 않았으나(위약군에서 일반적인 위약의 효과보다 매우 큰 효과가 보고되어 통계적 유의성이 나타나지 않았음), 한약 치료 후 화병 척도가 임상적으로 의미있게 감소하였다. 이에 따라 화병 환자의 증상호전을 위해 한약치료를 고려해야 한다. 임상적 고려사항 변증 및 증상에 따라 전문가들이 추천한 처방을 고려할 수 있다.(※ 본문에 제시한 추천처방 참고)	B/Moderate
2) 침		
단독치료		
R2	화병 환자에서 일반침 치료는 삼처치 대조군과 비교했을 때는 통계적으로 유의하지 않았으나(삼처치 대조군에서 침자극의 특이적 효과를 완전히 배제하지 못했을 수 있음), 무처치에 비해서는 통계적으로 유의한 효과를 보였다. 이에 따라 화병 환자의 증상 호전을 위해 일반침 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 화병 환자를 대상으로 사암침법을 적용한 임상연구가 다수 수행되었다. 사암침법 중에서 심포정격, 심승격, 심정격을 고려할 수 있고, 일반 체침 혈위에서는 신문(HT07), 삼음교(SP06), 인당(EX-HN3), 전중(CV17)을 고려할 수 있으며, 불면을 호소하는 경우 시구[視區(頭鍼)], 안면(HN108), 신맥(BL62) 사(瀉), 조해(KI06) 보(補)를 고려할 수 있다.	C/Low

3) 약침		
단독치료		
R3	화병 환자의 신체 증상 호전을 위해 약침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 • 화병 환자의 신체 증상 호전을 위하여 전중(CV17)과 견정(GB21)에 약침치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. • 화병 환자의 증상 개선에 적합한 약침액으로는 MOK(자하거, 우황, 웅담, 사향), 자하거, 수승화강 약침[황련해독탕 약침을 견정(GB21)과 풍지(GB20) 양측 혈위마다 0.1cc씩 주사하고 웅담 약침을 전중(CV17), 중완(CV12)과 기해(CV6) 혈위마다 0.05cc씩 주사] 등을 제시한다.	
4) 뜸		
단독치료		
R4	화병 환자의 소화 장애 등 복부증상 호전을 위해 뜸 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 • 치료 혈위로 중완(CV12), 하완(CV10), 기해(CV6), 족삼리(ST36), 태충(LR03)혈 등을 권장한다. • 보통 3~7장 정도의 뜸을 뜨며, 간접적으로 따뜻하게 할 경우는 10~20분 정도 실시한다. 직접구법이든 간접구법이든 화상으로 인한 화농성 궤양이 일어나지 않도록 주의해야 한다.	
5) 부항		
단독치료		
R5	화병 환자의 근육통과 불면증, 흥민, 심리적 긴장 완화를 위해 부항 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low
	임상적 고려사항 부항요법을 독맥경, 방광경에 시행할 것을 권장한다.	
6) 심신중재법		
단독치료		
R6	화병 환자의 증상 호전을 위해 이완법을 고려해야 한다.	B/Very low
	임상적 고려사항 이완법에는 심호흡 및 호흡훈련, 점진적 근육이완법, 자율훈련법, 바이오피드백 보조 이완법, 유도된 심상, 자기최면 등이 포함된다. 비급여 등재행위인 '자율훈련법'은 행위정의 상 점진적 근육이완법과 자율훈련법을 모두 포함한다.	
R7	화병 환자에 대하여 명상 치료는 무처치(대기군)에 비해서 화병 증상 척도를 통계적으로 유의하게 감소시켰다. 이에 화병 환자의 증상 호전을 위해 명상요법을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 • 명상요법은 한방의료행위 중 기공(정공)에 해당된다. 화병 치료에 활용할 수 있는 구체적인 명상 프로그램으로는 자애명상과 마음챙김기반 스트레스감소(MBSR) 프로그램이 있다. • 명상요법은 개인의 참여 동기와 반복적인 연습이 중요하며, 환자들이 명상 과정에서 어려움을 경험할 때 지도자의 구체적인 지도와 진심 어린 태도가 극복요인으로 작용하기 때문에 명상요법은 지도자의 숙련도에 따라 결과가 달라질 수 있다. 따라서 경험이 많은 한의사의 지도를 받은 후 시행할 것을 권장한다.	

R8	화병 환자의 증상 개선을 위하여 감정자유기법을 시행한 결과 타 활성대조군 치료에 비하여 통계적으로 유의한 효과를 보이지 못했으나, 양 군 모두에서 분노증상에 대한 유의한 개선을 보였다. 이에 따라, 화병 환자의 증상 호전을 위해 감정자유기법(EFT) 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 화병 환자가 오면 명상이나 이완법을 우선 적용하되, 화병의 양상이 외상 후 스트레스 장애와 가까울 경우 혹은 8주 훈련 이후에도 증상이 개선되지 않거나 한의사 또는 환자의 선호와 가치에 따라 EFT를 시행할 수 있다. • EFT 치료 초기에는 환자들이 치료법에 대해 의구심을 갖기도 하고 치료 과정이 다소 어렵고 복잡하다고 느낄 수 있기 때문에 EFT의 핵심명제와 치료 기전, 치료 과정에 대해서 충분히 설명해야 한다. 반복적으로 시행하면 자연스럽게 치료에 적응하게 되므로 환자가 꾸준히 치료에 참여할 수 있도록 격려하는 것이 필요하다.	
7) 정신요법		
단독치료		
R9	화병에서 집단상담치료는 대기군에 비하여 유의하게 화병증상척도와 분노척도를 감소시켰다. 이에 따라 화병 환자의 증상 호전을 위해 상담 치료를 권고한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 현재까지 화병 환자를 대상으로 임상연구가 진행되어 근거가 마련된 상담 기법으로는 수용전념치료(ACT)가 유일하다. 이는 3세대 인지행동치료로서, ACT는 심리적 유연성을 증진시켜 분노와 같은 자신의 내적 경험을 있는 그대로 수용하고 자신의 가치를 위해 전념할 수 있도록 돕는 정신요법이다.	

2) 타질환이 병행된 화병

갱년기증후군에 동반된 분노 증상

권고안 번호	권고내용	권고등급/ 근거수준
1) 한약		
단독치료		
R10	갱년기증후군에서 한약은 무처치 또는 위약과 비교했을 때 통계적·임상적으로 과민성 점수를 의미 있게 감소시켰다. 이에 따라 갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 한약 치료를 시행할 것을 권고한다.	A/High
	임상적 고려사항 본 권고안의 분석에 포함된 연구에서 사용된 처방 구성 및 단미의 용량은 다음과 같다. • 대조환: 자하거 1구, 생지황 150g, 구판 두충 천문동 황백 각 56.25g, 우슬 맥문동 당귀신 각 45g, 인삼 37.50g, 오미자 18.75g/탄자대의 밀환으로 제조/1환의 무게는 2g • 광방풍 캡슐: 1캡슐은 광방풍(Epimeredi indica) 성분 0.4g 함유 • 희명정 정: 100mg 1캡슐에 승마(Cimicifuga heracleifolia) 사포닌 33.7mg 함유	

R11	갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 호르몬대체요법(HRT)보다 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 • HRT는 폐경 여성의 혈관운동계 증상과 비뇨생식기증후군을 치료하는 데 가장 효과적인 치료로 사용되고 있다. 그러나 분노 개선에서는 HRT에 비해 한약이 이득이 크고 위험이 작은 것으로 나타났다. 따라서 폐경 전후기에 분노, 과민성이 증가하여 내원한 환자들에게는 HRT보다 한약 치료를 고려할 수 있다. • 갱년기증후군 환자를 대상으로 이루어진 한약 임상연구는 신음허(腎陰虛) 처방을 중심으로 수행되었다. 따라서 갱년기증후군 환자에서는 신음허 변증을 우선적으로 고려할 수 있다.	
R12	갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 폴리페놀 보조제보다 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 폴리페놀은 대표적인 항산화물질로, 갱년기증후군 증상 완화에 도움이 된다. 그러나 1건의 임상연구 결과에서 한약의 효과가 폴리페놀보다 월등한 것으로 보고되었다. 임상적 고려사항 본 권고안에 포함된 보신소간당은 백작약 생용골 생모려 부소맥 각 20g 생지황 숙지황 시호 지모 치자 각 15g 구기자 토사자 산수유 산약 목단피 복령 울금 백합 각 10g을 1일 용량으로 하여 일 2회 투여한다.	
R13	갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 불안장애 치료제보다 한약 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 갱년기증후군 환자가 만약 양약을 이미 복용하고 있다면 어떤 약물을 복용하고 있는지 확인해야 하며, 임상적으로는 불면이나 가슴이 두근거리는 증세에 대해 불안이 없더라도 불안장애 치료제를 사용할 수 있다. 불안장애 치료제로는 항불안제, 항우울제, 항부정맥제 등이 사용될 수 있다. • 본 권고안 개발 시 포함된 문헌에서 대조군으로 사용된 불안장애 치료제는 벤조디아제핀계 항불안제 (estazolam), 항부정맥제(propafenone)이다. 포함된 근거에 따르면, 한약이 불안장애 치료제에 비해 분노 개선이 통계적으로 유의하게 우월하지는 않지만 부작용 발생 비율이 낮기 때문에 환자의 선호와 가치에 따라 한약 치료를 고려할 수 있다.	
협진치료		
R14	갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 호르몬대체요법(HRT) 단독치료보다 HRT와 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 비록 HRT가 한약에 비해 부작용 발생빈도가 높지만, 혈관운동계 증상과 비뇨생식기증후군을 심하게 호소하는 환자들은 HRT가 필요할 수 있다.	
병행치료		
R15	갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 양생교육에 추가로 한약 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 환자의 가치와 선호에 따라 양생교육만 우선 실시하고, 그 다음에 한약 병행치료를 실시할 수 있다. 본 권고안의 분석에 포함된 연구에서는 양생교육 내용은 다음과 같다. • 운동: 일주일에 3회, 1회 30분씩 빠르게 걷기와 같은 활발한 운동하기 • 합리적 식단으로 거친 곡물의 섭취를 늘리고, 기름지고 짠 음식을 줄이고, 술과 담배를 줄인다. 햇볕을 많이 쬐다. • 사회적 교류를 늘리고 행복하고 낙관적이고, 마음을 무심하게 비우고 가까운 친구 및 가족과 더 많은 대화를 나누도록 한다. 이에 병용한 한약 처방으로는 자양간신(滋養肝腎)하는 양안육기고(숙지황, 단삼, 산약, 토사자, 백작약, 백지, 여정자, 생지황, 매괴화 등)라는 경험방을 사용하였다.	

2) 침		
병행치료		
R16	갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 양생교육에 추가로 침 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 환자의 가치와 선호에 따라 양생교육만 우선 실시하고, 그 다음에 침 병행치료를 실시할 수 있다. 본 권고안의 분석에 포함된 연구에서는 양생교육 내용은 다음과 같다. • 자가 마사지: 추나의 원리에 입각해 자가 마사지 방법을 교육한다. 경혈이 있는 부위(이마, 옆머리, 정수리, 귀 부위, 하부 요부, 배, 발, 발목)를 30분 동안 마사지하도록 한다, • 식단: 폐경기에 올바른 식단을 알려주는 자료를 제공하고, 칼로리를 제한하지는 않는다. 한의변증을 기초로 음양(陰陽) 타입에 따라 좋은 음식을 안내한다. 여기에 도화침을 주 2회 총 21회 C7-T5 부위에 시행하고, 전침으로 상성(GV23), 천돌(CV22), 찬죽(BL02), 곡지(LI11), 해구(LI04), 혈해(SP10), 삼음교(SP06), 백회(GV20), 관원(CV04), 기해(CV06), 상거허(ST37), 태충(LR03) 부위를 자극하였다. 추가적으로, 기허를 호소하는 경우 신수(BL23), 야간 상열감을 호소하는 경우 소해(HT03)를 추가하였다.	
3) 심신중재법		
병행치료		
R17	갱년기증후군에서 명상 시행은 대기군과 비교하여 분노 및 적대감을 유의하게 감소시키지 못하였으나, 임상적 활용도가 높다고 판단하였다. 이에 따라 갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 명상을 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 본 권고안에 포함된 임상연구에서는 갱년기증후군 환자를 대상으로 마음챙김기반 스트레스감소(MBSR) 프로그램을 시행하였다. 현재까지는 근거수준이 낮고 편익을 확신할 수 없으므로, 추가적인 연구가 이루어져 근거의 축적이 필요하다.	
R18	갱년기증후군에서 기공 시행은 무처치에 비하여 과민성 점수를 유의하게 개선시키지 못하였으나, 임상현장의 활용도가 높다고 판단하였다. 이에 따라 갱년기증후군의 분노 개선을 위해 기공(동공)을 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 본 권고안에 포함된 임상연구에서는 갱년기증후군 환자를 대상으로 팔단금을 시행하였다. 현재까지는 근거수준이 낮고 편익을 확신할 수 없으므로, 추가적인 연구가 이루어져 근거의 축적이 필요하다.	

고혈압에 동반된 분노 증상

권고안 번호	권고내용	권고등급/ 근거수준
1) 한약		
단독치료		
R19	고혈압환자에서 한약치료는 무처치 혹은 위약에 비하여 변증설문지 중 분노와 관련된 척도의 정도를 유의하게 감소시켰다. 이에 따라 고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 한약치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 간양상항(肝陽上亢), 간화항성(肝火亢盛) 변증에 해당하는 환자를 대상으로 하며, 변증에 맞게 치료할 것을 고려할 수 있다.	

R20	고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 항고혈압약제 투여와 한약 단독치료를 비교했을 때 한약을 단독으로 투여하는 것을 권고하지 않는다.	D/Low
	임상적 고려사항 항고혈압약제를 복용하지 않는 것은 위해의 우려가 있고, 항고혈압약제를 통해 혈압 조절이 선행되어야 분노 증상에도 한약이 효과를 보일 수 있을 것으로 사료된다.	
협진치료		
R21	고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 항고혈압약제 단독복용보다 항고혈압약제와 한약 병용치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 고혈압 환자 중 음허양항(陰虛陽亢), 간양상항(肝陽上亢) 변증에 준하는 환자를 대상으로 하며 변증에 맞게 한약치료를 할 것을 고려해야 한다.	
2) 침		
단독치료		
R22	고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 항고혈압약제 투여보다 침치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 본 권고안에 포함된 임상연구에서는 백회(GV20), 심수(BL15), 간수(BL18), 비수(BL20), 폐수(BL13), 신수(BL23), 천추(ST25), 기해(CV06), 관원(CV04), 귀래(ST29), 태충(LR03), 태계(KI03)를 매 10분마다 평보평사(平補平瀉)하며 30분 유지하는 방법이 사용되었다.	
병행치료		
R23	고혈압 환자에 양생교육을 실시하는 경우 혈압 및 동반되는 분노 증상에 대한 자가조절법으로서 지압교육을 추가로 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 해계(ST41), 태충(LR03) 지압 및 이혈압봉 부착을 고려할 수 있다.	
3) 수기요법		
단독치료		
R24	고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 치료자가 이완을 유도할 때 점진적 근육이완법보다 수기요법을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 • 치료자 유도 이완법이란, 점진적근육이완법을 치료자의 지도하에 시행하는 것으로, 자가시행을 독려하거나 권고하지 않은 상태를 말한다. 일반적으로 근육이완법에서 자가시행을 독려한다는 것을 고려할 때 이는 수기요법의 대조군으로써 설정하기 위해 근육이완법의 효과를 제한한 것으로 볼 수 있다. • 이를 고려할 때 점진적 근육이완법보다는 직접적인 접촉을 통한 수기요법을 진행하여 치료하는 것이 고혈압환자의 분노 감소에 효과적이다. • 따라서 수기요법을 통한 직접적 접촉이 동반되는 치료를 진행할 것을 고려해야 한다.	
4) 심신중재법		
단독치료		
R25	고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 생기능자기조절훈련보다 근육이완법을 통한 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 혈압을 조절하는 데에는 생기능자기조절훈련이 더 우수한 효과를 내었으나, 분노 증상과 관련한 호전도는 근육이완법이 높게 나타났다.	

우울증에 동반된 분노 증상

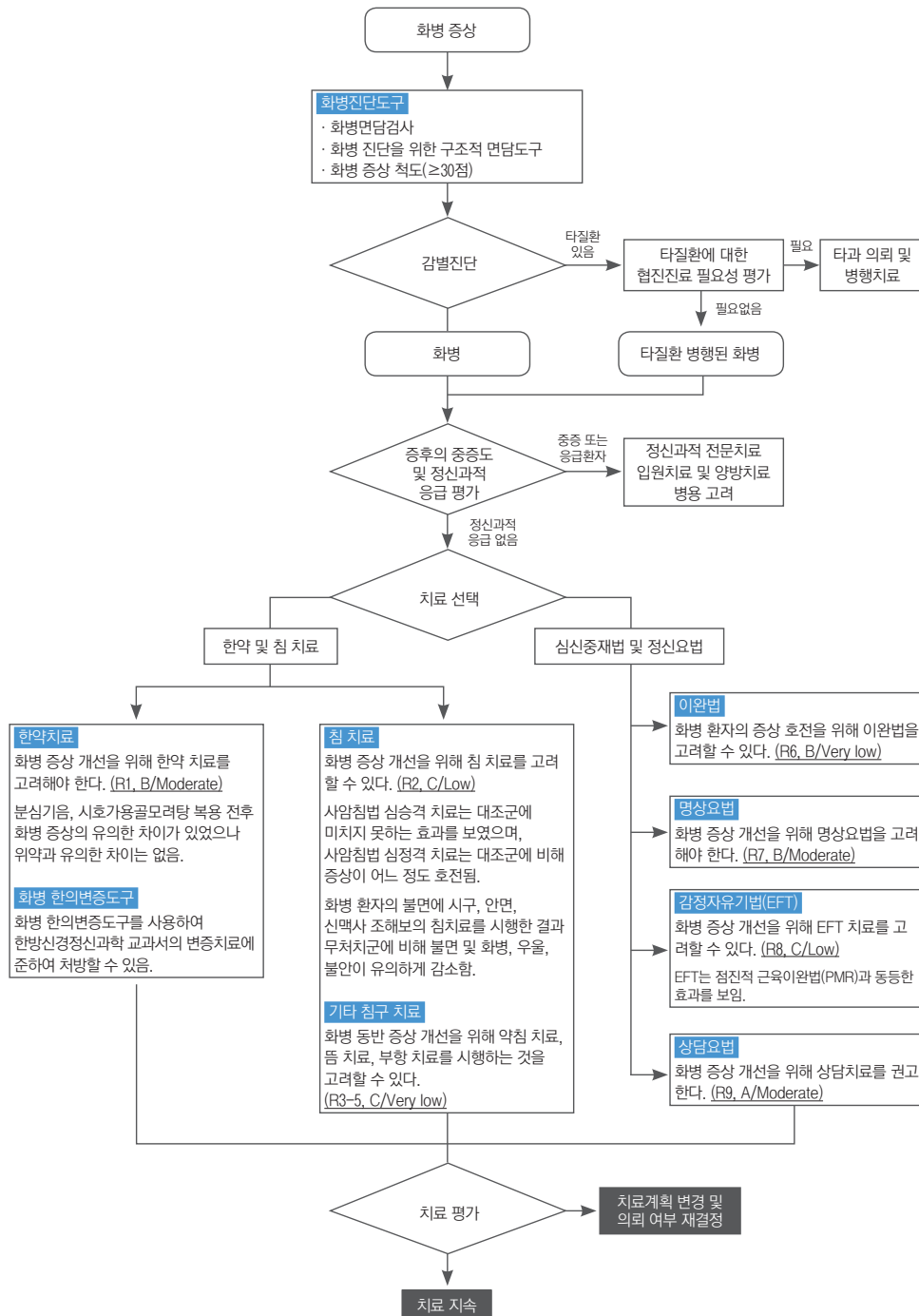
권고안 번호	권고내용	권고등급/ 근거수준
1) 침		
단독치료		
R26	우울증 환자에 대하여 경혈에 자침하여 득기를 유발하는 것이 비경혈에 자침한 삼군에 비하여 분노와 관련된 척도의 정도를 유의하게 감소시켰다. 이에 따라 우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 경혈에 자침하여 득기를 유발하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 합곡(LI04), 태충(LR03), 백회(GV20), 인당(EX-HN3) 등의 혈위에 염전제삽(捻轉提插)을 통하여 득기(得氣)를 유발할 수 있다.	
협진치료		
R27	우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 항우울제 단독투여보다 침치료를 항우울제 투여와 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 본 권고안에 포함된 연구에서는 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 풍부(GV16), 풍지(GB20), 대추(GV14), 내관(PC06), 삼음교(SP06), 족삼리(ST36), 신문(HT07), 솔곡(GB08), 지구(TE06)의 혈위를 선택하였다.	
R28	우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 항우울제 단독투여보다 전침치료를 항우울제 투여와 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 본 권고안에 포함된 연구에서는 백회(GV20), 인당(EX-HN3)에 전침치료를 소밀파, 2Hz와 15Hz 교대, 약간 떨리는 정도의 강도로 시행하였으며 15분 경과 후 염전을 5-10초간 시행하였다.	

3) 스트레스 예방·관리

권고안 번호	권고내용	권고등급/ 근거수준
1) 심신중재법		
단독치료		
R29	직장인을 대상으로 한 요가 수업이 무처치 대기군에 비하여 적대감을 유의하게 감소시키는 것이 확인되었다. 이에 따라 직장인의 분노 감소를 위하여 요가를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R30	직장인의 분노 감소를 위하여 동등한 시간의 육체활동 및 호흡지도보다 요가를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/High
	임상적 고려사항 요가 프로그램 시행은 동등한 수준의 육체활동 및 일반적인 호흡연습보다 효과적이다.	

R31	직장인의 분노 감소를 위하여 근육이완법을 시행한 결과 무처치군에 비하여 유의한 분노지표의 개선을 보이지 않았으나, 분노 지표 감소의 경향성이 확인되었다. 이에 따라 직장인의 분노 감소를 위하여 근육이완법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 근육이완법, 운동, 무처치군을 1:1:1로 비교한 임상연구 결과, 근육이완법과 무처치군의 비교에서는 분노 감소의 경향성이 확인되었으나 통계적 유의성은 확인되지 않았다. 한편, 운동은 무처치군과 비교하여 통계적으로도 유의한 효과를 보였다. 이에 무처치군과 비교할 때 스트레스를 받은 30대 남성을 대상으로 최대 강도의 60~70%의 운동을 규칙적으로 시행하는 것이 근육이완법을 시행하는 것보다 분노 감소에 효과적이므로 환자 교육에 참고할 수 있다.	
R32	직장인의 분노 감소를 위하여 마음챙김 기반 중재(Mindfulness-based Intervention)를 시행한 결과 무처치군에 비하여 공격성 척도가 유의하게 감소한 것을 확인할 수 있었다. 이에 따라 직장인의 분노 감소를 위하여 마음챙김 기반 중재를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 마음챙김 기반 중재는 마음챙김기반 스트레스감소(MBSR) 프로그램에서 사용하는 마음챙김(Mindfulness)개념을 사용하며, 걷기명상, 바디스캔, 호흡관찰 등 명상 및 마음챙김 운동을 동반한다.	
R33	직장인의 분노 감소를 위하여 초월명상을 시행한 결과 무처치군에 비하여 분노 척도가 유의하게 감소한 것을 확인할 수 있었다. 이에 따라 직장인의 분노 감소를 위하여 초월명상을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Moderate
	임상적 고려사항 초월명상이란 '옴(Ohm)'과 같은 만트라(Mantra)를 반복적으로 읊조리며 스스로가 발생하는 소리에 주의를 두는 집중명상이다.	

4. 진료 알고리즘



※치료는 제시된 여러 가지 종류의 한의학적 치료를 병행할 수 있으며, 환자의 가치와 선호 및 의료진의 판단에 따라 선택될 수 있다.

Summary

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

1. Background and Purpose

Among negative emotions, depression, anxiety and anger, Hwabyung is a traditional concept of Korea's disorder caused by the anger. According to American Psychiatry Association (APA)'s 『Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)』 Hwabyung is not classified as anger related disorder, but instead at 4th addition's appendix it had been described as Korea's Culture Bound Syndrome. However, Hwabyung had been removed from 5th addition of DSM as the overall concept of Culture Bound Syndrome shrunk.

Hwabyung is a neuropsychiatric disease that is frequently observed in primary care and has a prevalence of approximately 4.2~13.3% in Korea. However, close attention is needed in clinical practice, as Hwabyeong shows chronic progression and is often accompanied by other diseases. Moreover, the morbidity is prolonged, and Hwabyung may show similar symptoms to that of physical illnesses, such as climacteric syndrome and thyroid dysfunction.

In Korea, the Clinical Practice Guidelines for Hwabyung was published in 2013; however, the guidelines were not developed according to the methodology of evidence-based medicine. The guidelines did not reflect recent changes in the clinical setting or the latest evidence, and therefore, had to undergo a revision.

Considering the culture-bound nature of Hwabyung, most studies have been conducted in Korea with a relative lack of international clinical trials or clinical practice guidelines. Thus, we aimed to include more studies that may involve Hwabyung patients, even if they offer indirect findings, to garner more evidence for the guideline revisions.

Current medical community does not handle 'anger disorder' as a individual form of disorder. Yet few studies, studies about other psychiatries or physical disorders measure anger index as a accompanied emotional characteristic of disorder, but these studies only verify association between anger and its original disorders. This Clinical Practice Guidelines development committee judged that Hwabyung should be considered when some disorders accompany anger and the necessity of develop Guidelines for 'Hwabyung comorbid with other disorder'.

As a part of this process, we selected studies examining anger symptoms in depression and hypertension, which were reported to be highly comorbid with Hwabyung according to the 2013 Clinical Practice Guidelines for Hwabyung. We also selected studies examining anger symptoms in climacteric women, which are considered as traditional Hwabyung manifestations. Moreover, occupational stress has surfaced as a major issue in recent years; therefore, we determined it necessary to include mind-body intervention for anger management in workers in addition to the traditional Hwabyung treatment plans among the working population.

To revise the Clinical Practice Guidelines for Hwabyung, a steering committee and development committee were organized within the Korean Society of Oriental Neuropsychiatry, and revision plans were established by analyzing and reviewing the existing Clinical Practice Guidelines for Hwabyung. We have strived to reflect the latest evidence, expert experiences, patient values and preferences, and primary care in traditional Korean medicine in these proposed clinical practice guidelines (CPGs) according to evidence-based medicine methodologies. The revised Standard Korean Medicine CPGs for Hwabyung deals with the etiology and pathology of Hwabyung more thoroughly compared to the existing CPGs for Hwabyung and contain clinical questions pertaining to counseling and meditation that are utilized in clinical practice.

For these CPGs, key questions were selected through a process equivalent to that of de novo development, and systematic reviews and meta-analyses were conducted regarding Korean and foreign studies related to Hwabyung. The level of evidence and strength of recommendations were written based on these results, and these guidelines were finalized per expert agreement through a Delphi survey.

2. Overview of disease

1) Hwabyung

Hwabyung is a syndrome characterized by explosive manifestations of negative emotions, such as anger, as a result of failure to relieve these emotions. Physical symptoms include chest pressure, a sensation of heat, surges of anger, and a sense of epigastric mass; other symptoms include a feeling of unfairness and anger, bitterness, and han (恨). These symptoms are related to distinct stress events.

Although the existing classification of mental disorders clearly distinguishes between mood disorders, such as depression (depressive disorder) and anxiety disorder, it fails to appropriately describe the criteria and scope of mental disorders related to anger. Thus, western medical institutions only treat Hwabyung patients for other comorbidities and manifested symptoms, as opposed to giving the diagnosis of, and subsequently, treating Hwabyung. Therefore, Hwabyung care is exclusively given by Korean medicine doctors (KMDs).

Diagnostic criteria for Hwabyung

Content	Item
A. Key physical symptoms (at least 3 out of 4)	1. Chest pressure 2. Sensation of heat 3. Surge of anger 4. Feeling of an epigastric mass
B. Key psychological symptoms (at least 1 out of 2)	1. Frequent feeling of unfairness and bun (anger in response to unfairness) 2. Bitterness or han
C. Relevant physical symptoms (at least 2 out of 4)	1. Dry mouth or thirst 2. Headache or dizziness 3. Difficulty falling asleep or frequent waking during sleep 4. Chest pounding
D. Relevant psychological symptoms (at least 2 out of 3)	1. Feeling of anger or rage even in regard to minor things 2. Life feels futile or one feels pathetic or miserable 3. Fearful or easily startled
E. Diminished psychosocial function	1. Difficulty with household chores, work, or interpersonal relationships
F. Relevant stress	1. Stress-related symptoms
G. Medical illness	1. Presence of medical illness or use of medicine

2) Hwabyung with comorbidities

Hwabyung is caused by suppressed anger and it is characterized by emotional symptoms such as victimized feeling, resentment, anger and rage. But, normally there is no disorder which anger act as a key role. So when a patient visit medical institution with anger as a chief symptom, it is likely to diagnose Hwabyung with other disorders. Therefore when the patient diagnose with other disorder which has a high risk of comorbid Hwabyung, disorder such as menopausal syndrome, depression, hypertension etc with anger, Hwabyung should be considered.

Meanwhile Hwabyung is likely to comorbid with other disorder and disorders such as functional thyroid disorder can accidentally misdiagnose as Hwabyung. So it is important to assess comorbidities and necessity of its treatment at the initial stage by differential diagnosis.

3. Recommendations

1) Hwabyung

No.	Recommendation	Strength of recommendation/ Level of evidence
1) Herbal medicine		
Alone treatment		
R1	Herbal medicine treatment did not lead to significantly better improvement for Hwabyung compared to the placebo; however, the Hwabyung scale clinically and significantly decreased after Herbal medicine treatment. (There was no statistical significance, as the placebo group showed markedly greater effects than the general effects of placebo). Thus, Herbal medicine treatment should be considered to improve the symptoms of Hwabyung patients.	B/Moderate
	Clinical Considerations Prescriptions are recommended by experts according to the pattern of diagnosis and consideration of symptoms.	
2) Acupuncture		
Alone treatment		
R2	General acupuncture therapy did not have statistically significant effects compared to the sham-control group; however, acupuncture therapy did have statistically significant effects compared to the no treatment group. (It is possible that the specific effects of acupuncture stimulation were not completely eliminated in the sham-control group). Thus, general acupuncture therapy may be considered to improve the symptoms of Hwabyung patients.	C/Low
	Clinical Considerations Multiple clinical trials have investigated the effects of Saam acupuncture on Hwabyung patients. Among Saam acupuncture, shimpojeongkyeok, shimseungkyeok, and shimjeongkeyok may be considered, and among the general acupoints for body acupuncture, HT7, SP6, EX-HN3, and CV17 may be considered. In patients with insomnia, shigu (視區), HN108 (安眠), BL62 (瀉), and KI6 (補) may be considered.	
3) Pharmacopuncture		
Alone treatment		
R3	Pharmacopuncture may be considered to improve the physical symptoms of Hwabyung patients.	C/Very low
	Clinical Considerations - Pharmacopuncture on the CV17 and GB21 may be considered to improve the physical symptoms of Hwabyung patients. - Solutions for pharmacopuncture appropriate for improving the symptoms of Hwabyung patients are MOK (Horminis placenta, calculus bovis, fel ursi, and moschus), Horminis placenta, and suseunghwagang (水升火降) pharmacopuncture. (Inject 0.1 cc of hwangryeonhaedoktang pharmacopuncture to both GB21 and GB20 and 0.05 cc of fel ursi pharmacopuncture to CV17, CV12, and CV6).	

4) Moxibustion		
Alone treatment		
R4	Moxibustion therapy may be considered to improve gastric symptoms, such as indigestion, in Hwabyung patients.	C/Very low
	Clinical Considerations • CV17, CV4, CV6, ST36, and LR3 are the recommended acupoints for moxibustion therapy. • Moxibustion therapy is usually done 3 to 7 times at one acupoint. If it is done indirectly, it should be carried out for about 10 to 20 minutes. Care should be taken to avoid purulent ulcers caused by burns, whether direct or indirect moxibustion methods.	
5) Cupping		
Alone treatment		
R5	Cupping therapy may be considered to relieve muscle ache, insomnia, chest discomfort, and psychological tension in Hwabyung patients.	C/Very low
	Clinical Considerations Cupping therapy is recommended to be performed on GV and BL meridians.	
6) Body–mind intervention		
Alone treatment		
R6	Relaxation therapy should be considered to improve the symptoms of Hwabyung patients.	B/Very low
	Clinical Considerations Relaxation therapies include deep breathing and breathing training, progressive muscle relaxation, autogenic training, biofeedback–assisted relaxation therapy, guided imagery, and self–hypnosis. “Auto–genic training,” which is a non–covered therapy, includes progressive muscle relaxation and autogenic training.	
R7	Meditation therapy significantly decreased the Hwabyung symptom scale in Hwabyung patients compared to the no treatment (waitlist) group. Thus, meditation therapy should be considered to improve the symptoms of Hwabyung patients.	B/Moderate
	Clinical Considerations Meditation falls under qigong (jeong gong) among Korean medicine practice. As meditation therapy is a mind–body intervention whose outcomes may differ according to the instructor’s proficiency, it is recommended that meditations are performed with guidance from an experienced KMD.	
R8	Emotional freedom technique (EFT) did not lead to statistically significant outcomes in Hwabyung patients compared to other active control groups; however, but EFT led to significant improvements in anger symptoms in both groups. Thus, EFT may be considered to improve the symptoms of Hwabyung patients.	C/Low
	Clinical Considerations Meditation or relaxation therapy should first be performed by Hwabyung patients, but EFT may be performed if the Hwabyung manifestations are similar to that of post–traumatic stress disorder if the symptoms are not improved after eight weeks of training or according to the preferences and values of the KMD or patient.	

7) Psychotherapy		
Alone treatment		
R9	Group counseling significantly decreased the Hwabyung symptom scale and anger scale in Hwabyung patients compared to the waitlist group. Thus, counseling therapy is recommended to improve the symptoms of Hwabyung patients.	A/Moderate
	Clinical Considerations Currently, acceptance and commitment therapy (ACT) is the only counseling technique that has been studied in Hwabyung patients with established evidence through clinical trials. The ACT is a third-generation cognitive behavioral therapy, in which psychological flexibility is boosted to help patients accept their inner experiences, such as anger, and commit to promoting their values.	

2) Hwabyung comorbidities with other conditions

Climacteric syndrome + anger symptoms

No.	Recommendation	Strength of recommendation/ Level of evidence
1) Herbal medicine		
Alone treatment		
R10	For climacteric syndrome, herbal medicine clinically and significantly decreased irritability in patients with climacteric syndrome compared to the no treatment or placebo groups. Thus, herbal medicine therapy is recommended to improve the anger symptoms of patients with climacteric syndrome.	A/High
	Clinical Considerations The prescription formulas and dosage of single medicines used in studies included in the analysis of these CPGs are as follows: • Control pill: Horminis placenta (1 ea), raw rehmannia glutinosa (150 g), carapax testudinis, eucommia ulmoides, asparagus cochinchinensis, phellodendron amurense Ruprecht (45 g each), achyranthes bidentate Blume, liriopae tuber, angelicae radix (45 g each), ginseng (37.5 g), schizandrae fructus (18.75 g)/ Prepared as honey pills in bullet size/Each pill weighs 2 g. • Epimeredi indica capsule: Each pill contains 0.4 g of Epimeredi indica. • Huimeongjeong capsule: Each capsule (100 mg) contains 33.7 mg of Cimicifuga heracleifolia saponin.	
R11	Herbal medicine therapy should be considered over hormone replacement therapy (HRT) to improve anger symptoms of patients with climacteric syndrome.	B/Moderate
	Clinical Considerations • HRT is currently the most effective treatment for vasomotor symptoms and urogenital syndrome in menopausal women. However, herbal medicine has been found to be more beneficial than HRT with less harm for improving anger symptoms. Therefore, herbal medicine may be considered over HRT for perimenopausal patients presenting with increased anger and hypersensitivity. • Herbal medicine clinical trials for patients with climacteric syndrome have been focused on kidney yin deficiency (腎陰虛) prescriptions. Therefore, the pattern of kidney yin deficiency may be first considered for patients with climacteric syndrome.	

R12	Herbal medicine therapy should be considered over polyphenol supplements to improve anger symptoms in patients with climacteric syndrome.	B/Moderate
	Clinical Considerations • Polyphenol is a classic antioxidant and is effective in mitigating the symptoms of climacteric syndrome. However, one clinical trial reported that herbal medicine is more effective than polyphenol. • Bosinsogan–tang, which is included in this recommendation, is administered twice a day with a single dose of paeonia obovata, raw os draconis, raw ostrea testa, fructus tritici levis (20 g each), raw rehmannia glutinosa, steamed and dried rehmannia glutinosa, bupleurum falcatum Linne, anemarrhena asphodeloides Bunge, gardenia jasminoides Ellis (15 g each), and lycii fructus, cuscuteae semen, cornus officinalis, dioscorea rhizome, paeonia suffruticosa, poria cocos Wolf, curcuma aromatic, and lilium longiflorum (10 g each).	
R13	Herbal medicine may be considered over anxiety disorder medicines to improve anger symptoms of patients with climacteric syndrome.	C/Low
	Clinical Considerations • If a patient with climacteric syndrome is already taking western medications, these medications should be specifically checked, and anxiety disorder medications can be used for clinical symptoms of insomnia or chest pounding, even in absence of anxiety. • Anxiety disorder medications, such as antianxiety agents, antidepressants, and antiarrhythmic agents, may be used. The studies included in the analysis for the development of this recommendation used estazolam (a benzodiazepine antidepressant) and propafenone (antiarrhythmic agent) as anxiety disorder drugs in the control group. • According to the included evidence, herbal medicine is not significantly superior to anxiety disorder drugs for improving anger symptoms, however, herbal medicine does have a lower incidence of side effects. • Thus, herbal medicine therapy may be considered depending on the preference and values of the patient.	
Integrative treatment		
R14	The combination of HRT and herbal medicine should be considered over HRT alone to improve anger symptoms of patients with climacteric syndrome.	B/Moderate
	Clinical Considerations Although HRT has a higher incidence of side effects compared to herbal medicine, HRT may be needed in patients with severe vasomotor symptoms and urogenital syndrome.	
Add-on treatment		
R15	Adding herbal medicine therapy to life nurturing ('yangseng') education may be considered to improve anger symptoms in patients with climacteric syndrome.	C/Low
	Clinical Considerations Depending on the patient's values and preference, life nurturing ('yangseng') education may be first performed, and then herbal medicine therapy may be added. In the study included in the analysis for this recommendation, yangseng education consisted of the following: • Exercise: active exercise, such as fast walking for 30 minutes a session for three days a week. • Eat a reasonable diet with more whole–grains and less oily and salty food, minimize drinking and smoking, and increase sunlight exposure. • Increase social interaction, as well as be happy and optimistic. Empty out your mind. Talk more often with close friends and family. The concurrently used herbal medicine prescription was an empirical formula of yanganokgigo (steamed and dried rehmannia glutinosa, salvia miltiorrhiza Bunge, dioscorea Rhizome, cuscuteae semen, paeonia obovate, angelica dahurica root, ligustri lucidi fructus, raw rehmannia glutinosa, rosae rugosae flos, etc.), which nourishes the liver and kidney (滋養肝腎).	

2) Acupuncture		
Add-on treatment		
R16	Adding common acupuncture therapy to life nurturing ('yangseng') education should be considered to improve anger symptoms in patients with climacteric syndrome.	B/Moderate
	Clinical Considerations Depending on the patient's values and preference, yangseng education may be first performed, and then acupuncture therapy may be added. In the study included in the analysis for this recommendation, yangseng education consisted of the following: • Self-massage: teach the patient the chuna-based self-massage technique. The patient should massage areas with acupoints (forehead, side of the head, top of the head, ears, lower lumbar area, abdomen, feet, and ankles) for 30 minutes. • Diet: provide materials that guide patients with an appropriate diet for the menopausal period, and do not limit calorie intake. Based on Korean medicine pattern diagnosis, inform patients about the good foods for the yin (陰) and yang (陽) types. Then, plum-blossom needle therapy was applied on the C7-T5 areas, twice a week for a total of 21 sessions, and electroacupuncture was applied on GV23, CV22, BL02, LI11, LI04, SP10, SP06, GV20, CV04, CV06, ST37, and LR03. Additionally, BL23 was stimulated for qi deficiency, and HT03 was stimulated for nighttime heat sensation.	
3) Mind-body intervention		
Add-on treatment		
R17	Although meditation did not significantly lower anger and 적대감 in patients with climacteric syndrome compared to the waitlist group, it was determined to be clinically useful. Thus, meditation may be considered for improving anger symptoms of patients with climacteric syndrome.	C/Low
	Clinical Considerations One clinical trial included in this recommendation performed MBSR on patients with climacteric syndrome. As the level of evidence is low and benefits currently remain unclear, additional studies are needed to accumulate more evidence.	
R18	Although qigong(donggong) did not significantly improve the hypersensitivity score compared to the no treatment group in patients with climacteric syndrome, it was determined to be clinically useful. Thus, qigong (donggong) may be considered for improving anger symptoms of patients with climacteric syndrome.	C/Low
	Clinical Considerations One clinical trial included in this recommendation applied paldangeum to patients with climacteric syndrome. As the level of evidence is low and benefits currently remain unclear, additional studies are needed to accumulate more evidence.	

Hypertension + anger symptoms

No.	Recommendation	Strength of recommendation/ Level of evidence
1) Herbal medicine		
Alone treatment		
R19	Herbal medicine therapy significantly reduced anger-related scores in patients with hypertension compared to the no treatment or placebo group. Thus, herbal medicine therapy may be considered for improving anger symptoms in patients with hypertension.	C/Low
	Clinical Considerations The target syndrome is a pattern of ascendant hyperactivity of liver yang ('ganyangsanghang') or hyperactivity of liver fire ('ganhwahangseong'), and herbal medicine treatment may be considered according to pattern identification.	
R20	When antihypertensive agents and herbal medicine monotherapy are compared, herbal medicine monotherapy is not recommended for improving anger symptoms in patients with hypertension.	D/Low
	Clinical Considerations Neglecting to take antihypertensive agents may be harmful, and it is believed that blood pressure must be controlled with antihypertensive drugs in order for herbal medicine to be effective.	
Integrative treatment		
R21	The combination of antihypertensive drug therapy and herbal medicine therapy should be considered over antihypertensive drug monotherapy for improving anger symptoms in patients with hypertension.	B/Moderate
	Clinical Considerations The combination of antihypertensive drug therapy and herbal medicine therapy should be applied to patients diagnosed with a pattern of hyperactivity of yang due to yin deficiency ('eumheoyanghang') or ascendant hyperactivity of liver yang ('ganyangsanghang'). Herbal medicine therapy according to pattern diagnosis should be considered.	
2) Acupuncture		
Alone treatment		
R22	Acupuncture therapy may be considered over antihypertensive drug therapy for improving anger symptoms of patients with hypertension.	C/Low
	Clinical Considerations Stimulate the following acupoints with the peyongbopyeongsa (平補平瀉) technique and retain the needles for 30 minutes (GV20, BL15, BL18, BL20, BL13, BL23, ST25, CV6, CV04, ST29, LR03, and KI03).	
Add-on treatment		
R23	If life nurturing ('yangseng') education is given to patients with hypertension, adding acupressure education should be considered as a means to self-control blood pressure and accompanied anger symptoms.	B/Low
	Clinical Considerations Applying press ST41, LR3, and pellets to auricular acupoints may be considered.	

3) Manipulative therapy		
Alone treatment		
R24	Therapists should consider manipulative therapy over progressive muscle relaxation when inducing relaxation to improve anger symptoms in patients with hypertension.	B/Moderate
	Clinical Considerations • Therapist-induced relaxation refers to the performing of progressive muscle relaxation (PMR) under the guidance of a therapist, and PMR is not allowed to perform on their own. • Patients are generally encouraged to perform muscle relaxation on their own; however, this is considered as the control group for manual therapy in the evidence included in this recommendation. • Therefore, manual therapy with direct contact is more effective than muscle relaxation for lowering anger symptoms of patients with hypertension. • Therefore, treatment involving direct contact through manual therapy should be considered.	
4) Mind-body intervention		
Alone treatment		
R25	Muscle relaxation may be considered over neurofeedback training for improving anger symptoms in patients with hypertension.	C/Low
	Clinical Considerations Although neurofeedback training had superior effects in controlling blood pressure, muscle relaxation was more effective for improving anger symptoms.	

Depression + anger symptoms

No.	Recommendation	Strength of recommendation/ Level of evidence
1) Acupuncture		
Alone treatment		
R26	Obtaining qi by stimulating acupoints with acupuncture significantly increased the reduction of anger-related scores in patients with depression compared to the sham group (stimulating non-acupoints). Thus, obtaining qi through acupuncture in acupoints should be considered to improve anger symptoms in patients with depression.	B/Moderate
	Clinical Considerations De-qi may be obtained by acupuncture via the yeomjeonjesap (捻轉提插) manipulation (twist, twirl, and lift-thrust) on acupoints, including LI4, LI3, GV20, or EX-HN3.	
Add-on treatment		
R27	Combining acupuncture therapy and antidepressant therapy may be considered over antidepressant monotherapy for improving anger symptoms in patients with depression.	C/Low
	Clinical Considerations The following acupoints were selected in studies examined in the search: GV20, EX-HN3, GV16, GB20, GV14, PC6, SP6, ST36, HT7, GB8, and TE6.	

R28	Combining electroacupuncture and antidepressant therapy may be considered over antidepressant monotherapy for improving anger symptoms in patients with depression.	C/Low
	Clinical Considerations Electroacupuncture is performed on GV20 and EX-HN3 with disperse-dense wave at 2 or 15 Hz frequencies at an intensity that causes mild vibration. After 15 minutes, yeomjeon (twisting-rotating) acupuncture manipulation is performed for 5-10 seconds.	

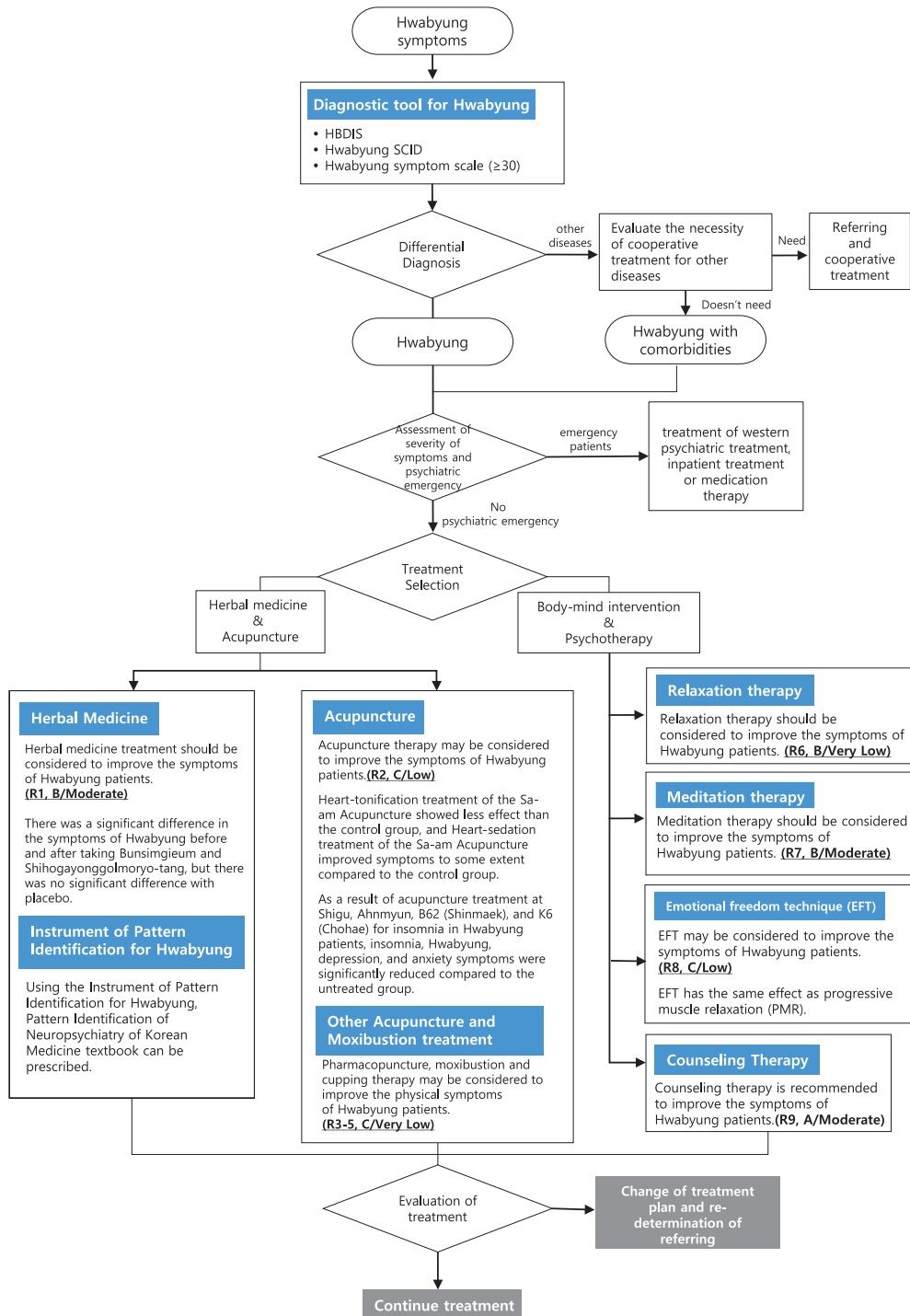
3) Prevention and management of stress

No.	Recommendation	Strength of recommendation/ Level of evidence
1) Mind-body intervention		
Alone treatment		
R29	Yoga classes significantly reduced 적대감 among workers compared to the no-treatment waitlist group. Thus, yoga should be considered to alleviate anger symptoms in workers.	B/Moderate
R30	Yoga should be considered over physical activity, as well as breathing training for an equivalent duration, to alleviate anger symptoms in workers.	B/High
	Clinical Considerations Yoga programs are more effective than physical activities or general breathing techniques for an equivalent duration.	
R31	Although muscle relaxation did not lead to significantly improved anger indices among workers compared to the no treatment group, muscle relaxation tended to lower anger indices. Thus, muscle relaxation may be considered to alleviate anger symptoms in workers.	C/Low
	Clinical Considerations • A clinical trial that compared muscle relaxation, exercise, and no treatment at 1:1:1 found a trend, but not statistical significance, in the muscle relaxation and no treatment groups. On the other hand, exercise was significantly more effective than no treatment. • Thus, compared to the no treatment group, regularly performing exercise at 60~70% of maximum intensity is more effective than muscle relaxation in men in their 30 s for lowering anger; therefore, this should be considered in patient education.	
R32	Mindfulness-based intervention significantly decreased the aggressiveness scale scores in workers compared to the no treatment group. Thus, mindfulness-based intervention may be considered to lower anger symptoms in workers.	C/Low
	Clinical Considerations Mindfulness-based intervention uses the concept of mindfulness through the Mindfulness-Based Stress Reduction Program. Mindfulness-based intervention is accompanied by meditation and mindfulness movements, such as walking meditation, body scan, and breathing observations.	

R33	Transcendental meditation (TM) significantly decreased the anger scale scores in workers compared to the no treatment group. Thus, transcendental mindfulness may be considered to reduce anger symptoms in workers.	C/Moderate
	Clinical Considerations TM is a form of meditation, in which an individual repeats a mantra, such as "Ohm", and pays attention to the sounds they make.	

※ For treatment, several of the proposed Korean medicine therapies may be used in combination depending upon the patient's values and preference, along with the decision of healthcare professionals.

4. Clinical algorithm



I. 서론

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

한약육성법에 의거한 제3차 한약육성종합발전계획(2016~020)은 첫 번째 목표로 ‘한의표준임상진료지침 개발/보급을 통한 근거 강화 및 신뢰도 제고’를 명시하고 있다. 이는 한의표준임상진료지침을 개발·보급해 근거를 강화하고 이를 통해 국민들에게 한의의료서비스에 대한 건강보험보장성을 강화함으로써 접근성을 높이는 한편 이 과정에서 한약 산업을 육성하고 국제적인 경쟁력을 강화한다는 정부 한약발전 정책 의지를 반영한 것이다.

화병임상진료지침은 앞선 2013년 국내에서 개발된 바 있으나 근거중심의학적 방법론에 따라 개발되지 않았고, 최근 변화하는 임상 현장의 모습과 최신 근거들이 포함되지 않았기 때문에 개정의 필요성이 제기되었다. 화병의 질환 특성 상 한국에서 명명되고 진단기준이 정립되었기에 해외 임상진료지침은 개발되지 않았다. 이에, 본 개발위원회는 2013년 개발된 화병임상진료지침을 수용·개작하여 화병 한의표준임상진료지침을 개발하고자 하였다. 그 과정에서 한의표준임상진료지침의 전문성 및 공정성 확보를 위해 지침 개발에 대한한의학회 및 각 분과학회, 한의과대학 등 한의계 전반의 참여를 유도하였다. 대규모 전문인력이 투입된 프로젝트인 만큼 체계적인 검증을 통해 한약의 안전성·효과성을 지속적으로 입증하여 대국민신뢰 회복 및 공공의료 확대에 기여하고자 한다.

본 임상진료지침은 보건복지부 한약선도기술개발 사업(HB16C0068)의 화병 한의표준임상진료지침 임상연구 과제의 일환으로 제작되었다. 본 임상진료지침 개발위원회에서는 임상진료지침 개발을 위해 다기관 위원회를 구성하였고, 최종 사용자인 일차의료인의 의견 반영을 위해 개발위원회에 일차의료인을 포함하였다. 임상진료지침의 핵심질문 선정에서부터 권고안 결정까지 개발위원회의 합의를 통해 의사결정이 이루어졌다. 본 임상진료지침은 신규직접(De Novo) 개발에 준하는 과정에 의해 근거중심기반으로 개발되었으며 연구진은 임상진료지침 개발 방법론에 대하여 적절한 교육을 받고 필요한 경우 방법론 전문가에게 자문을 구하였다.

본 임상진료지침은 보건복지부 한약선도기술개발사업(HB16C0068)의 화병 한의표준임상진료지침 임상연구 과제의 일환으로 제작되었다. 개발기금 지원기관은 본 임상진료지침의 내용에 영향을 미치지 않았다.

II. 화병 개요

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

1. 정의

화병은 울화병(鬱火病)의 준말로, 분노와 같은 부정적인 감정이 해소되지 못하여 화의 양상으로 폭발하는 증상이 있는 증후군으로 정의된다. 핵심 신체 증상으로 가슴 답답함, 열감, 치밀어 오름, 목이나 명치에 덩어리가 뭉친 느낌이 나타난다. 핵심 심리 증상으로는 억울하고 분한 감정, 마음의 응어리나 한(恨)이 대표적이다. 이와 같은 증상들이 뚜렷한 스트레스 사건과 관련되어 나타난다. 한의학적으로는 간기울결(肝氣鬱結), 간양상항(肝陽上亢), 심신불교(心腎不交), 기혈양허(氣血兩虛), 담울담요(膽鬱痰擾) 등으로 변증할 수 있다.¹⁾

〈화병의 KCD 코드〉

KCD 코드	코드명
U222	화병

2. 임상 현황

1) 통계 현황

스트레스에 대한 일반적 반응으로 나타나는 부정적 정서는 우울, 불안, 그리고 분노가 대표적이다. 그러나 기존의 정신장애의 분류는 우울을 기반으로 하는 기분장애(우울장애)와 불안을 기반으로 하는 불안 장애를 명확하게 제시하지만, 분노와 관련한 정신장애의 경우는 그 기준과 범주에 대하여 명확하게 묘사하지 못하고 있다. 현재 학자들은 인격장애로 인한 분노, 외상 후 분노, 주의력결핍 과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD), 알코올 관련 장애, 신경증, 우울장애 등에서 분노의 정서가 유발될 수 있음을 기술²⁾하고 있으며, 정신질환의 진단 및 통계 편람 제5판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed, DSM-5)에서는 간헐적 폭발성 장애³⁾ 등으로 분노 현상을 묘사하는 분류를 제시하고 있다. 그러나 위와 같은 기술들은 분노 현상 자체에 대한 주목, 분노가 어떤 상황에서 발생할 수 있는가에 대한 논의일 뿐, 분노 자체로 인해 파생될 수 있는 정신장애에 대한 고찰에는 이르지 못한 상태이다. 의학계에서 이루어진 화병연구 중 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI) 계열의 약물을 통하여 증상을 조절하고자 하는 시도⁴⁾가 있었으나 그 외에는 임상 적용 연구가 전무한 상태로, 양방 의료기관에서는 ‘화병’에 대한 진단기준 및 상병을 이용하지 않고 있으며, 위와 같이 다른 질환에 공병되는 분노 반응으로 해석하여 치료를 진행하고 있다. 이에 따라 화병 환자들은 양방 의료기관에 방문하여 ‘화병’ 자체에 대해서보다는 진단 가능하고 치료 방법이 정해져있는 공병질환 및 동반 증상들에 대한 치료를 받게 될 확률이 높다. 화병으로 한방 의료기관에 내원하는 환자들은 1차로 한의원 또는 한방병원에 방문하는 경우와 양방 의료기관에서 검사 및 치료를 받은 후 내원하는 경우가 대부분이며, U222(화병)의 상병명으로 치료받게 된다.

상병명 화병(U222)의 통계자료를 살펴보면, 진료인원에 있어서 2013년(13,858명)부터 2017년(13,757명)까지 큰 변화 없이 유지되고 있다. 다만, 남성은 2013년(2,256명)에 비하여 2017년(2,841명)까지 25.9% 증가하였으며, 여성은 2013년(11,602명)에 비하여 2017년(10,916명)까지 6% 감소하였다. 화병 상병명의 진료비는 2013년(1,247,048천 원)부터 2017년(2,057,443천 원)으로 증가하였으며, 남성(182.1%)과 여성(43.8%) 모두에서 증가한 것으로 나타났다. 2017년의 연령대별 화병 진료인원은 60대(22.6%)가 가장 많았고 70대(19.2%)가 그 뒤를 이었으며, 남성은 40대(20.3%)에서 가장 많았고 여성은 60대(24.3%)에서 가장 많았다.⁵⁾

〈건강보험 연도별 ‘화병’ 진료인원 및 진료비〉 (단위: 명, 천 원, %)

구분		2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	증가율 (‘13년 대비 ‘17년)
진료인원	계	13,858	13,260	12,592	13,263	13,757	-0.7
	남성	2,256	2,138	2,049	2,566	2,841	25.9
	여성	11,602	11,122	10,543	10,697	10,916	-6.0
진료비	계	1,247,048	1,382,064	1,345,700	1,681,915	2,057,443	65.0
	남성	190,946	224,239	220,234	371,495	538,652	182.1
	여성	1,056,102	1,157,825	1,125,466	1,310,419	1,518,791	43.8

〈건강보험 연령대별 ‘화병’ 진료인원(‘17년)〉 (단위: 명, %)

구분	전체	10대 이하	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
계	13,757	104	602	1,483	1,844	2,083	3,114	2,636	1,569
	(100.0)	(0.8)	(4.4)	(10.8)	(13.4)	(15.1)	(22.6)	(19.2)	(11.4)
남성	2,841	77	257	477	576	487	465	315	165
	(100.0)	(2.7)	(9.0)	(16.8)	(20.3)	(17.1)	(16.4)	(11.1)	(5.8)
여성	10,916	27	345	1,006	1,268	1,596	2,649	2,321	1,404
	(100.0)	(0.2)	(3.2)	(9.2)	(11.6)	(14.6)	(24.3)	(21.3)	(12.9)

2) 환자 경험

화병으로 진단받은 환자들을 대상으로 수행된 질적연구의 체계적 문헌고찰⁶⁾ 결과에 따르면, 화병 환자들은 실제로 경험하거나 반추하면서 반복 노출되는 스트레스로부터 굴욕감과 피해의식을 느끼지만, 견디고 참아낸다. 여성 화병 환자들은 비극적인 결혼생활로 불행하더라도 남편과 시댁에 순종하고 가족 구성원을 위해 희생해야 한다는 전통적인 가치를 따르기 때문이다. 한편, 화병으로 발전할 때 환자들은 고통을 함께 나눌 상대가 없다고 느낀다. 화병 환자들은 감정 조절 능력과 사고의 유연성이 부족하므로 감정 조절 능력과 긍정 정서가 증가하고, 인지가 변화하면 회복될 수 있다. 화병은 다양한 정

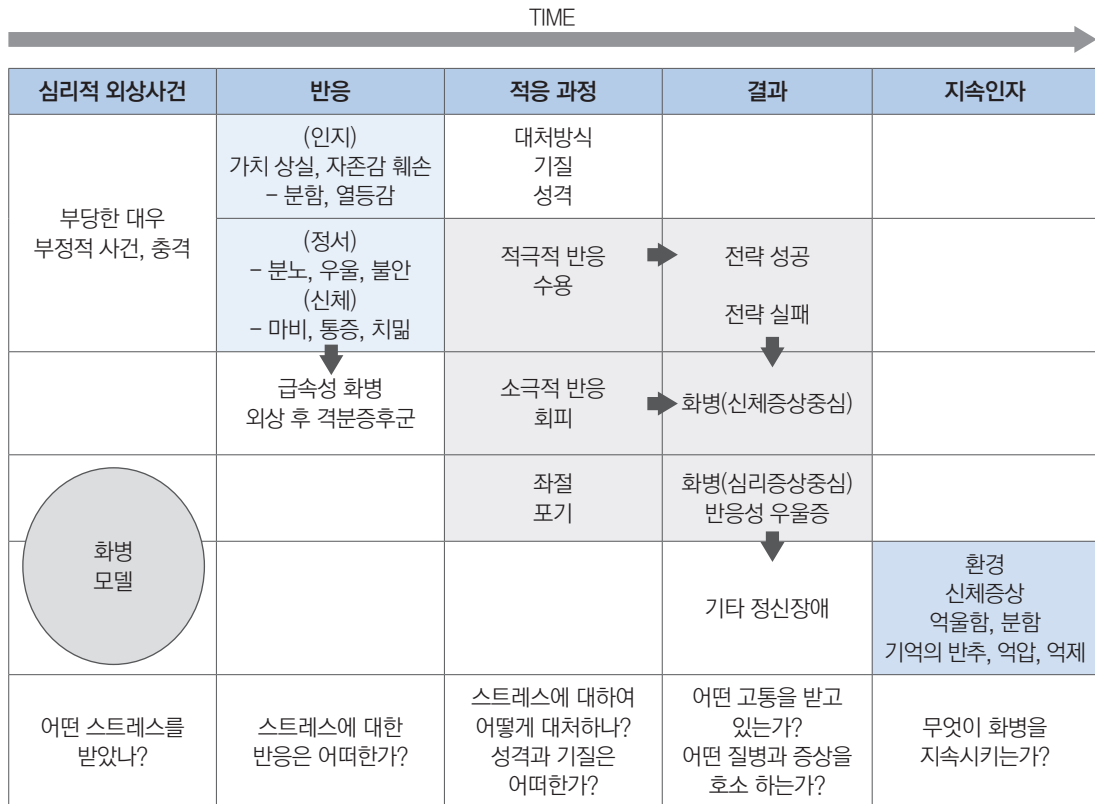
서가 복합적으로 나타나는 증후군이며, 화병 환자들은 부정적인 감정이 신체에까지 영향을 주는 병이라고 인식한다. 질병 회복에 대해 수동적인 인식을 가지고 있는 화병 환자들은 스트레스 자극이 감소하고 지지체계가 형성되면 회복되고, 질병 회복에 대해 능동적인 인식을 가지고 있는 화병 환자들은 행동을 변화시킴으로써 회복된다. 더불어 화병 환자들의 수용과 자애심이 증진되고 갈등이 줄어들면 대인관계가 개선될 수 있다. 화병은 정신과에서 주로 다루는 심리적 문제를 호소하지만 그뿐만 아니라 신체 증상도 치료의 목표가 될 수 있으며, 전문적인 치료를 통해 회복 가능하다.

3. 진단 및 평가

1) 원인

화병은 분노나 분노와 연관된 억울함, 분함, 한(恨)과 같은 부정적 감정반응이 오랜 시간 누적되어 화병이 발생하게 된다.^{7,8)} 이러한 감정반응을 일으키는 구체적인 스트레스 원인으로는 남편의 폭력이나 고부갈등과 같은 가정 내 갈등, 가난, 고생과 같은 사회경제적 문제, 배신, 부당한 판결, 억울한 누명, 사업 실패, 승진 누락 등 부정적인 생활사건, 과거에 심하게 놀란 사건 등이 있다.⁹⁾

이런 분노 사건에 대해 화병 환자들은 스스로의 가치가 떨어지는 것처럼 느끼고 자존감이 훼손된다고 생각하며, 분함과 열등감을 경험한다. 정서적으로는 분노, 우울, 불안 등 복합적인 감정을 느끼고 신체 증상으로 마비나 통증, 치밀어오르는 것을 경험한다. 이와 같은 반응이 급속성으로 나타나 병으로 빠르게 이환되면 ‘급속성 화병’ 또는 ‘외상 후 격분증후군’의 양상으로 나타난다. 적응 과정에는 환자 개인의 대처전략, 기질 및 성격이 영향을 미치는데 적극적인 반응에는 수용이 포함되고, 소극적인 반응에는 회피, 좌절, 포기 등이 포함된다. 만약 적극적인 전략이 실패하면 화병이나 기타 정신장애로 이환되고 소극적 반응은 주로 화병을 유발하는 기전으로 작용하는데 심리적 갈등을 회피하면 주로 화병이 신체 증상 중심으로, 좌절하거나 포기하면 화병이 심리 증상 중심으로 나타나거나 반응성 우울증으로 나타나는 경향이 있다. 화병은 기타 정신장애와 공병되거나 점차 다른 정신장애로 발전할 수 있다. 또한, 환자를 둘러싼 환경과 특징적인 신체 증상, 억울하고 분한 감정, 분노 기억의 반추나 분노의 억압, 억제는 화병을 지속시키는 인자로 작용한다.

〈화병에 대한 통합적 모델¹⁰⁾〉

화병 환자들이 이처럼 부정적 감정반응에 취약하도록 만드는 선행요인으로는 가족적 원인, 부정적인 유년시절의 경험, 트라우마가 있으며 이러한 원인과 경험들은 화병 환자를 편집적 경향이 되도록 하며 이러한 경향을 성인이 될 때까지 지속시켜 스트레스에 예민하고 취약하게 만들어 사소한 일에도 분노하고 쉽게 화를 내게 만든다.¹¹⁾ 이외에도 많은 화병 환자들이 우리나라의 가부장적인 사회제도, 운명주의, 집단주의와 같은 전통적인 문화로부터 비롯한 불공평한 사회적 억압에 오랫동안 희생되었다고 느끼며¹²⁾ 사회적으로 부당한 대우를 참아오면서 낮은 자존감을 보이는 경우가 많다.¹³⁾

화병 환자와 우울증 환자, 정상인을 대상으로 얼굴 표정 자극에 대한 뇌의 활성도를 자기공명영상으로 관찰한 연구에서, 화병군은 중립적인 얼굴 표정에 대해 우측 편도 및 전대상회에서 낮은 뇌 활성도를 나타낸 반면 분노 얼굴 표정에 대해 좌측 안와전두엽에서 높은 뇌 활성도를 보였는데¹⁴⁾ 이는 화병의 병태생리에 전대상회, 편도 및 안와전두엽 등이 관련되어 있음을 시사한다.

2) 진단도구

본 임상진료지침 개발위원회는 델파이법을 활용한 전문가 합의 결과, 화병면담검사(HBDIS)에서 제시한 화병 진단 기준을 화병 한의표준임상진료지침에서 권고하는 진단기준으로 선정하였다. HBDIS는 2004년에 신뢰도와 타당도를 검증하여 개발되었다. 7가지 항목이 모두 진단기준에 충족되었을 때 화병으로 진단한다. 핵심 신체증상, 관련 신체증상, 핵심 심리증상, 관련 심리증상 등으로 구성된다.¹⁵⁾

화병면담검사(HBDIS)

평가내용	문항
A. 핵심 신체증상(4가지 중 3가지 이상)	1. 가슴의 답답함 2. 열감 3. 치밀어 오름 4. 목이나 명치에 뭉쳐진 덩어리가 느껴짐
B. 핵심 심리증상(2가지 중 1가지 이상)	1. 억울하고 분한 감정을 자주 느낌 2. 마음의 응어리나 한
C. 관련 신체증상(4가지 중 2가지 이상)	1. 입이 마르거나 목이 마름 2. 두통이나 어지러움 3. 잠들기 어렵거나 자주 깸 4. 가슴이 두근거림
D. 관련 심리 증상(3가지 중 2가지 이상)	1. 사소한 일에도 화가 나거나 분노가 치밀 2. 삶이 허무하게 느껴지거나 혹 자신이 초라하고 불쌍하게 느껴짐 3. 두렵거나 깜짝깜짝 놀람
E. 심리사회적 기능저하	1. 집안일, 직장일, 대인관계상의 어려움
F. 관련 스트레스	1. 증상과 관련된 스트레스
G. 의학적 질병	1. 의학적 질병 유무, 약물 복용 여부
기존 연구에서는 증상의 지속기간을 6개월로 하여 급성 스트레스 반응과 분리하여 진단을 하였지만, 최근 보고된 사례를 종합하면, 증상의 지속기간은 화병의 양상에 따라 달라질 수 있기 때문에, 진단 기준에는 포함하지 않았다. 그렇지만, 단순한 스트레스 반응과는 감별하여야 한다.	

기존 화병임상진료지침(2013)에서는 화병의 양상에 따라 증상의 지속기간이 달라질 수 있기 때문에, 진단기준에 증상의 지속기간을 포함시키지 않았다. 본 임상진료지침 개발위원회도 이에 동의하였고, 다양한 양상으로 나타나는 화병 환자의 특성을 나타내기 위해 다음과 같은 specifier를 추가적으로 제안한다.

새로 제안된 화병 specifier

짧은 기간의 스트레스로 화병이 발생한 경우 다음의 specifier를 사용할 수 있음 - 급속성(rapid-onset): 스트레스 발생 6개월 이내에 발생
증상 지속기간에 따라 다음의 specifier로 구분할 수 있음 - 급성(acute): 증상 지속기간이 6개월 이내 - 만성(chronic): 증상 지속기간이 6개월 이상
분노 표현 양상에 따라 다음의 specifier로 구분할 수 있음 - 분출형: 분노 표출이 두드러지게 나타나는 경우 - 억압형: 분노 억제가 두드러지게 나타나는 경우

지금까지의 국내 화병 연구들에서는 HBDIS 외에 아래 2가지도 화병의 진단도구로 활용되어 왔다.

진단도구	내용
화병 진단을 위한 구조적 면담도구 (화병 SCID)	HBDIS를 수정한 진단기준을 DSM-IV를 바탕으로 개발된 구조화된 임상적 면담(Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID)의 형식에 맞추어 편집해서 제작하였다.
화병척도	2008년에 개발되었다. 화병 성격과 증상의 2가지 축으로 구성된 자기보고식 설문검사로 증상척도의 경우 30점의 절단점이 제시되어 있어 화병의 진단 및 평가에 활용할 수 있다. ¹⁶⁾

화병 진단을 위한 구조적 면담도구(화병 SCID)

화병 SCID

일련번호		시행일자		이름	
------	--	------	--	----	--

화병 진단을 위한 구조적 면담도구

화병

화병의 진단기준

당신에게는 지금 화병이 있다고 생각하십니까?

※ 화병의 병식 여부

유 무

주의: 이 질문은 화병의 진단기준과는 무관하며, 이전 연구와의 비료를 위한 추가 질문이다.

이제 지난 6개월 동안 다음의 신체적 문제나 정서적 문제가 있었는지 알아보겠습니다.

A. 지난 6개월간 다음의 화병 핵심증상 6개 중 4개 이상을 보인다.

※ 다음의 증상들은 각각 6개월 이상 지속되어야만 "3"으로 표기할 수 있다

A1	가슴이 답답하거나 숨이 막혀 힘들었습니까?	(1) 가슴이 답답하거나 숨이 막힘	? 1 2 3
A2	치밀어 오르는 느낌이 들어 힘들었습니까?	(2) 치밀어 오름	? 1 2 3
A3	얼굴이나 가슴에 열감으로 힘들었습니까?	(3) 열감	? 1 2 3
A4	목이나 명치에 뭉쳐진 덩어리가 느껴져 힘들었습니까?	(4) 목, 가슴에 덩어리 느낌	? 1 2 3
A5	억울하고 분한 마음이 많이 들었습니까?	(5) 억울하고 분함	? 1 2 3
A6	마음속에 화가 쌓여 있거나 분노가 치밀니까?	(6) 마음 속에 화가 쌓여 있거나 분노가 치밀.	? 1 2 3
A7		"A" 증상(화병 핵심증상)들 중 적어도 4개가 "3"이다.	1 3

만일 A7이 "1" 이라면(즉, "A" 증상들 중 "3"이 4개 미만이면), 화병이 아니다.

?= 불충분한 정보 1= 없음 또는 해당안됨 2= 역치 미만 3= 역치 또는 해당됨

화병 SCID

일련번호	시행일자	이름
------	------	----

B. 지난 6개월 간 다음의 화병 관련 신체증상
5개 중 2개 이상을 보인다.

※ 다음의 증상들은 각각 6개월 이상
지속되어야만 "3"으로 표기할 수 있다.

B1	가슴이 심하게 뛰었습니까?	(1) 가슴이 심하게 뛸	? 1 2 3
B2	잠들기가 어렵거나, 밤에 자주 깨거나, 아침에 너무 일찍 깼습니까?	(2) 불면증	? 1 2 3
B3	두통이나 어지러운 증상이 있었습니까?	(3) 두통이나 어지러운 증상	? 1 2 3
B4	입이 마르거나 목이 마른 적이 자주 있었습니까?	(4) 입이 마름	? 1 2 3
B5	식욕이 많이 떨어졌습니까?	(5) 식욕부진	? 1 2 3
B6		"B" 증상(화병 관련 신체증상)들 중 적어도 2개가 "3"이다	1 3

만일, B6가 "1" 이라면(즉, "B" 증상들 중 "3"이 2개 미만이면), 화병이 아니다.

C. 지난 6개월 간 화병 관련 심리증상 5개 중
2개 이상을 보인다.

※ 다음의 증상들은 각각 6개월 이상
지속되어야만 "3"으로 표기할 수 있다.

C1	두려운 생각이 들거나, 혹은 깜짝깜짝 놀란 적 이 있었습니까?	(1) 쉽게 놀람	? 1 2 3
C2	잡념이 자주 들었습니까?	(2) 잡념	? 1 2 3
C3	삶이 허무하거나 우울하게 느껴졌습니까?	(3) 우울감 또는 허무감	? 1 2 3
C4	한숨을 자주 쉬었습니까?	(4) 한숨을 자주 쉬	? 1 2 3
C5	마음에 한(恨)이 맺혀있습니까?	(5) 마음에 한이 맺힘	? 1 2 3
C6		"C" 증상(화병 관련 심리증상)들 중 적어도 2개가 "3"이다	1 3

만일, C6가 "1"이라면(즉, "C" 증상들 중 "3"이 2개 미만이면), 화병이 아니다.

?= 불충분한 정보 1= 없음 또는 해당안됨 2= 역치 미만 3= 역치 또는 해당됨

화병 SCID

일련번호	시행일자	이름
------	------	----

- D** 위의 증상들의 원인이 된다고 생각되는 스트레스 사건이 있었습니까? D. 위의 증상이 개인이 경험한 스트레스와 뚜렷한 관련이 있음. 이 때 스트레스는 주위의 중요한 사람(예: 배우자, 시부모 등)과 관련하여 심한 부담감을 느끼게 만든 사건이나 상황임. ? 1 2 3

만일 그렇다면: 이 때 스트레스는 주위의 중요한 사람(시부모, 배우자 등)과 관련하여 심한 부담감을 느낀 사건이나 상황이었습니까?

해당된다면 표시하십시오.

_____ 가족 관계
_____ 금전 관계
_____ 직장 관계
_____ 기타 :

만일, D가 “1” 이라면(즉, 해당되는 스트레스 유발 요인이 없다면), 화병이 아니다.

- E** 만일 명확하지 않다면: 증상들이 얼마나 생활에 지장을 주었습니까? E. 위의 증상으로 인하여 가정적, 사회적, 직업적 또는 기타 중요한 기능 영역에서 임상적으로 심각한 고통이나 장애를 초래한다. ? 1 3

만일, E가 “1” 이라면(즉, 장애가 임상적으로 유의하지 않다면), 화병이 아니다.

- F** 신체적인 질환이 있는 직후에 이런 증상들이 있었습니까? F. 다음 두 가지 조건 중 한 가지를 충족시킨다. ? 1 3
만일 그렇다면: 의사가 뭐라고 하였습니까? 1) 적절한 조사 후 증상이 일반적인 의학적 상태나 물질의 직접적인 효과에 의한 것으로 잘 설명되지 않아야 한다.
진단은 무엇입니까?(검사나 X선상에 이상이 발견되었습니까?) 2) 관련되는 일반적인 의학적 상태가 있을 경우, 신체적 호소나 이로 인한 사회적, 직업적 장애가 과거력, 신체검사, 검사소견에 의해 예상되는 정도보다 훨씬 심해야 한다.

증상을 설명할 수 있는 의학적 상태가 존재한다면: 당신은 얼마나 (증상 때문에) 괴로워했습니까?(얼마나 당신의 생활에 지장을 주었습니까?)

약을 먹은 직후에 이런 증상들이 생겼습니까?
만일 그렇다면: 먹는 약의 양이 달라졌습니까?

마약, 카페인, 다이어트제제를 먹거나 술을 마신 직후에 이런 증상들이 생겼습니까?
(당신은 하루에 커피, 차, 카페인이 든 탄산음료를 얼마나 많이 마십니까?)

만일, 위의 F가 “?” 이거나(즉, 정보가 불충분하거나)
“1” 이면(즉, 증상이 물질이나 일반적인 의학적 상태에 의한 것이라면), 화병이 아니다.

- G** 화병 진단기준 A, B, C, D, E, F가 “3”이다 (화병으로 진단하십시오). 1 3

만일, G가 “1” 이라면(즉, 화병의 진단기준에 충족되지 않는다면), 화병이 아니다.

?= 불충분한 정보 1= 없음 또는 해당안됨 2= 역치 미만 3= 역치 또는 해당됨

화병 진단을 위한 구조적 면담도구 매뉴얼

- 1) 크게 2단 편집으로 되어 있으며, 왼쪽 단에 있는 문장으로 대상자에게 질문하고, 오른쪽 단에 있는 내용을 판단기준으로 한다. 환자의 예, 아니오 대답만으로 판단하는 것이 아닌, 환자의 태도나 행동, 기타 주위 사람들의 평가를 총 동원해서 면담자의 객관적 판단으로 채점해야 한다.
- 2) 기록은 가장 오른쪽에 있는 '?123' 혹은 '13' 중에서 해당되는 곳에 ○표시를 한다.
- 3) '?'는 정보가 불충분할 때이므로, 되도록이면 대상자 혹은 대상자의 주위 사람으로부터 최대한 정보를 끌어내어 '?'가 없도록 한다.
- 4) '1'은 없음 또는 해당 안됨, '2'는 역치 미만, '3'은 역치 또는 해당됨이다.
- 5) 구체적 작성 요령은 다음과 같다.
 - ① 화병의 병식이 있는지를 기록한다.
 - ② A1-A6, B1-B5, C1-C5
지난 6개월 동안 각각의 증상이 있어서 힘들었던 날이 그렇지 않은 날보다 많아야 하며, 그 정도도 일상생활에 지장을 줄 정도로 심해야 한다. 지속시간이 길 필요는 없다.
 - ③ A7, B6, C6
A1~A6까지의 증상 중 4개 이상이 '3'이면 A7에는 '3'에 기록한다. 3개 이하이면 '1'에 기록한다.
B1~B5까지의 증상 중 2개 이상이 '3'이면 B6에는 '3'에 기록한다. 1개 이하이면 '1'에 기록한다.
C1~C6까지의 증상 중 2개 이상이 '3'이면 C6에는 '3'에 기록한다. 1개 이하이면 '1'에 기록한다.
 - ④ D
원인이 되는 스트레스가 있다면 '3'에 기록한다. 대상자가 원인이라고 생각하지 않더라도, 객관적 입장에서 힘들었을 것으로 사료되는 스트레스 상황이 지속되었거나, 스트레스 상황은 종료되었더라도 지속적으로 반복해서 떠오른다면 '3'에 기록한다.
'3'에 기록하였다면, 해당되는 스트레스 원인에 '✓' 표 한다. 2개 이상의 스트레스일 경우에는 해당되는 모든 스트레스 원인에 표시한다.
 - ⑤ E
일상생활에 지장을 주었다면 '3'에 표시한다.
 - ⑥ F
일반적인 의학적 상태나 물질의 직접적인 효과에 의한 것으로 잘 설명되지 않거나, 혹은 관련되는 일반적인 의학적 상태가 있을 경우, 신체적 호소나 이로 인한 사회적·직업적 장애가 과거력, 신체검사, 검사소견에 의해 예상되는 정도보다 훨씬 심할 경우에 '3'에 표시한다.

3) 평가도구

임상진로지침 개발위원회는 델파이법을 활용한 전문가 합의 결과, 2008년에 권정혜 등이 개발한 화병척도를 화병 한의표준임상진로지침에서 권고하는 평가도구로 선정하였다.¹⁶⁾

화병척도는 화병 성격과 증상의 2가지 하위척도로 구성되어 있고, 자기보고식 설문검사로 개발되었다. 화병 성격척도는 화병의 발생에 기질적, 성격적 요인이 영향을 미치기 때문에 화병에 이환되기 쉬운 개인적 특성을 알아보기 위해 개발되었고, 화병 증상척도는 화병 환자들이 특이적으로 호소하는 증상의 심각도를 평가하기 위해 개발되었다. 화병 증상척도의 경우 30점의 절단점이 제시되어 있으므로 이를 기준으로 화병의 평가에 활용할 수 있다.

화병척도

0. 전혀 그렇지 않다. 1. 그렇지 않은 편이다. 2. 중간 정도 그렇다. 3. 상당히 그렇다. 4. 완전히 그렇다.					
화병 성격 문항	0	1	2	3	4
1. 나는 많은 것을 포기하며 살고 있다.					
2. 주위 사람들은 내가 느끼는 바를 잘 알아채지 못한다.					
3. 나는 나쁜 감정을 마음속에 오랫동안 쌓아두는 편이다.					
4. 마음이 상해도 잘 나타내진 않는다.					
5. 나는 폭발하기 전까지 미련스럽게 참는 편이다.					
6. 다른 사람들을 너무 어려워한다.					
7. 내가 먼저 다른 사람에게 말을 걸기가 어렵다.					
8. 남에게 하고 싶은 말을 못한다.					
9. 어딘가를 갈 때 늘 같은 길을 선택한다.					
10. 놀러 갈 때 예전에 가본 즐거웠던 장소로 다시 간다.					
11. 나는 가능하면 그 일을 잊어버리려고 애쓴다.					
12. 나는 문제 상황을 될 수 있는 대로 생각하지 않으려고 한다.					
13. 나는 내 입장을 포기하고 상대방의 입장을 따른다.					
14. 나는 상대방의 의견에 맞추려고 노력한다.					
15. 나는 문제가 있을 때 그것을 운명으로 받아들인다.					
16. 나는 죄책감을 가질 때가 많다.					
화병 증상 문항	0	1	2	3	4
1. 내 삶은 불행한 편이다.					
2. 한스러운 때가 있다.					
3. 내 인생이 서글프다고 느낀다.					
4. 나는 서러움을 느낀다.					
5. 나는 억울함을 느낀다.					
6. 나는 신경이 아주 약해져서 마음을 가눌 수 없다.					
7. 나는 손발이 떨리고 안절부절못한다.					
8. 나는 내 자신에게 실망할 때가 많다.					
9. 얼굴에 열이 자주 달아오른다.					
10. 가슴 속에 열이 차 있는 것을 자주 느낀다.					
11. 무언가가 아래(다리 또는 배)에서 위(가슴)로 치미는 것을 자주 느낀다.					
12. 화가 나면 손이 저리거나 떨린다.					
13. 소화가 잘 안되고 체하는 편이다.					
14. 몹시 피곤하다.					
15. 세상이 불공평하다고 느낀다.					

4) 변증 및 한의평가도구

- ① 화병 변증도구¹⁷⁾: 2008년 한방신경정신과 교수로 구성된 전문가 회의에서 개발, 38문항으로 구성된 면접자 평가방식 설문지, 설문결과에 따라 간기울결(肝氣鬱結), 간화상염(肝火上炎), 심신불교(心腎不交), 기혈양허(氣血兩虛), 담울담요(膽鬱痰擾) 5가지 변증 유형으로 구분하였다.
- ② 화병 한의 평가도구¹⁸⁾: 2010년 개발되었으며, 각 변증 유형에 따른 증상 정도를 평가할 5종의 설문 검사로 구성, 화병의 변증과 함께 치료 평가에도 활용할 수 있다.

화병변증도구

변증도구

일련번호	시행일자	이름
------	------	----

다음 각 항목에 대하여 해당사항이 있는 경우 모두 체크해 주세요.

☞ 일반적으로 '~거나, or'는 하나만 해당해도 체크하고, '~고, &'는 모두 해당할 때에 체크한다.

1. 머리가 아프다(頭痛, 頭暈脹痛) ☐
2. 현훈 <중복 체크>
 - ① 어지럽다(眩暈, 頭暈) ☐
 - ② 어지럽다 & 눈앞이 아찔하다(頭目眩暈) ☐
3. 눈이 충혈된다 or 눈이 붓고 아프다(目赤(腫痛)) ☐
4. 얼굴이 붉어진다 or 얼굴에 열감이 있다(面紅) ☐
5. 목이나 명치에 뭉쳐진 덩어리가 걸려있는 느낌이다(梅核氣) ☐
6. 입 <중복 체크>
 - ① 입이 쓰다(口苦) ☐
 - ② (입이 마르다 & 입이 쓰다) or 갈증이 난다(口乾口苦口渴) ☐
 - ③ 입이 마르다 or 갈증이 난다(咽乾口燥口渴) ☐
7. 귀 <중복 체크>
 - ① 귀에서 소리가 난다(耳鳴) ☐
 - ② 귀가 붓고 아프다 or 귀가 잘 들리지 않는다(耳腫痛 耳聾) ☐
8. 가래에 피가 섞여 나온다 or 피를 토한다 or 코피가 난다(咳血 吐血 衄血) ☐
9. 가슴이나 손발에 열감이 있다(五心煩熱) ☐
10. 땀 <중복 체크>
 - ① 가끔씩 열이 달아 오른다 & 자는 중에 땀이 난다(潮熱盜汗) ☐
 - ② 식은땀을 잘 흘린다(自汗) ☐
11. 젖가슴이 팽창하면서 아프다(乳房脹痛) <여자만 체크> ☐
12. 가슴이 답답하다 or 한숨을 자주 쉰다(胸悶善太息) ☐
13. 가슴이 두근거린다(心悸, 心悸怔忡) ☐
14. 흉협 <단일 체크>
 - ① 가슴과 옆구리가 그득하면서 아프다(胸脇脹痛) ☐
 - ② 가슴과 옆구리가 그득하면서 답답하다(胸脇脹悶) ☐
 - ③ 가슴과 옆구리가 타는 듯이 아프다(胸脇灼痛) ☐
15. 감정이나 의지가 억눌려 있다(情志抑鬱) ☐
16. 마음이 조금하고 쉽게 화가 난다(易怒躁急, 躁急易怒) ☐
17. 마음이 편하지 않고 답답하다(心煩) ☐
18. 잘 잊어 버린다(健忘) ☐

변증도구

일련번호	시행일자	이름
------	------	----

19. 不安 <중복 체크>

- ① 불안하다(不安) ☐
- ② 답답해서 가만있지 못한다 & 불안하다(煩燥不安) ☐

20. 정신이 피로하다 & 기운이 없다(神疲乏力) ☐

21. 겁이 많고 쉽게 놀란다(膽怯易驚) ☐

22. 숨이 짧다 & 말하기가 힘들거나 귀찮다(短氣懶言) ☐

23. 입맛이 없다(食無味) ☐

24. 헛구역질이 난다[嘔惡(欲嘔)] ☐

25. 아랫배가 그득하면서 아프다 or 헛배가 부르다(小腹脹痛 或 腹脹) ☐

26. 팔다리나 살, 근육의 감각이 둔하다(肢體肌肉痲痺) ☐

27. 살이 빠진다(形體消瘦) ☐

28. 허리와 무릎이 시리거나 힘이 없다(腰膝酸軟) ☐

29. 변비가 있다 or 소변이 진하거나 붉은 빛이 돈다[便秘尿黃(赤)] ☐

30. 잠 <중복 체크>

- ① 잠을 잘 못잔다 or 꿈을 많이 꾀다(不眠 多夢) ☐
- ② 잠을 잘 못잔다 & 꿈을 많이 꾀다(失眠多夢) ☐
- ③ 잠을 충분히 자지 못하고 자주 깨거나 설친다 & 꿈을 많이 꾀다(少寐多夢) ☐
- ④ 누우면 답답하고 불편하여 잠을 잘 이루지 못한다 or 꿈을 많이 꾀다(虛煩不眠 多夢) ☐

31. 月經 <중복 체크, 여자만 체크>

- ① 월경이 불규칙하다(月經不調) ☐
- ② 생리통이 있다(月經痛) ☐
- ③ 월경량이 적다(月經量少) ☐

32. 身色

- ① 口脣爪甲淡白 ☐
- ② 面色蒼白 或 萎黃 ☐

33. 하나만 고르시오 <중복 체크>

- ① 舌苔薄白 ☐
- ② 舌紅苔黃 ☐
- ③ 舌紅無苔 或 苔薄少津 ☐
- ④ 舌淡 ☐
- ⑤ 苔黃膩 或 舌紅 ☐

34. 하나만 고르시오 <단일 체크>

- ① 脈弦 ☐
- ② 脈弦數 ☐
- ③ 脈弦滑 或 弦滑數 ☐
- ④ 脈細數 ☐
- ⑤ 脈細弱 ☐

화병변증도구 매뉴얼

주의사항: 일반적으로 '~거나, or'는 하나만 해당해도 체크하고,
'~고, &'는 모두 해당할 때에 체크한다. 현재 증상이 있을 경우 체크한다.

1. 지속적인 두통이 아니더라도 현재 증상이 있으면 체크한다.
2. <중복 체크> 어지럽기만 하면 '①'에, 어지럽고 눈앞이 아찔한 증상이 있다면 '①, ②'에 체크한다.
3. 증상이 자주 있을 경우에 체크한다.
4. 얼굴이 붉거나 안면부의 열감이 있을 때도 체크한다.
5. 목 또는 명치에 덩어리가 걸려 있는 느낌이나 덩어리가 누르고 있는 느낌을 포함하여 체크한다.
6. <중복 체크> 구고(口苦)·구건(口乾)·구갈(口渴) 등을 질문한다.
'①' 구고(口苦)가 있을 경우 체크한다.
'②' 구고(口苦)와 구건(口乾)의 증상이 반드시 함께 있거나 구갈(口渴)이 있을 경우 체크한다.
'③' 구건구조(咽乾口燥)와 구갈(口渴) 중 하나만 있어도 체크한다.
예: 입이 쓰고 갈증이 난다면 '①', '②', '③'에, 입이 마르고 갈증이 난다면 '③'에 체크한다.
7. '②' 이종통(耳腫痛)과 이릉(耳聾) 중 하나만 있어도 체크한다.
8. 객혈(咳血), 토혈(吐血), 녹혈(衄血) 중 하나만 있어도 체크한다.
9. 수, 족, 심 중 하나만 열이 나도 체크한다.
10. <중복 체크>
① 면홍(面紅)은 그냥 얼굴에 열이 있는 느낌이고 조열(潮熱)은 열이 오르는 느낌으로 구분하여 체크한다.
11. <여자만 체크> 평소 경향을 확인하여 체크한다.
12. 흉민(胸悶) 선택식(善太息) 중 하나라도 있다면 체크한다.
13. 심계(心悸, 이유 있는 두근거림)와 정충(怔忡, 이유 없는 두근거림)의 의미를 모두 포함하여 체크한다.
14. <단일 체크> '가슴과 옆구리가 그득하다, 답답하다, 아프다, 타는 듯하다'를 질문한다.
그득한 증상이 있으면 '①'과 '②' 중 선택하고, 아픈 증상이 있으면 '①'과 '③' 중 선택한다.
'③' 타는 듯이 아픈 것이 아니라 그냥 아프다고만 하면 체크하지 않는다.
17. 흉민(胸悶)은 가슴이라는 신체적 의미, 심번(心煩)은 마음이라는 심리적 의미에 가깝다. 마음이 편하지 않거나 짜증이 나는 등의 의미로 체크한다.
19. <중복 체크>
22. 여기서 단기(短氣)는 소기(少氣)의 의미를 포함한다.
23. 잘 먹는 경우와 잘 먹지 못하는 경우 모두를 포함한다.
25. 소복창통(小腹脹痛)이나 복창(腹脹) 중 하나라도 있으면 체크한다.
26. 감각이 둔하거나 저린 느낌의 의미를 모두 포함하여 체크한다.

27. 최근 경향을 확인하여 체크한다.
28. 요통과 슬통은 포함하지 않는다.
29. 변비(便秘) 뇨황(尿黃) 뇨황적(尿黃赤) 중 하나만 있어도 체크한다.
변비란 '대변을 보기 힘들다, 대변을 봐도 시원하지 않다, 대변이 단단하다'의 의미를 모두 포함한다.
30. <중복 체크>
'③' 소매(少寐)는 천면의 의미이다. '④' 허번불면(虛煩不眠)에서 불면(不眠)은 입면장애의 의미로 본다. 단순한 입면장애의 경우 '④'와 구별하여 '①'에 체크한다.
잠을 잘 못 자는데 중간에 자꾸 깬다고 하면 '①'과 '③', 잠을 잘 못 자는데 누우면 답답하고 불편하여 잠들기 어렵다면 '①'과 '④'를 체크한다.
31. <중복 체크>
'①'과 '③'이 갱년기장애, 호르몬요법 등의 영향으로 생기는 증상으로 판단될 경우는 체크하지 않는다.
32. '②' 면색창백 혹은 위황은 평소의 안색일 때도 체크한다.
33. <중복 체크> '①'과 '②', '②'와 '③', '②'와 '④'는 중복하여 체크할 수 없다.
설흉태박백이면 '①'과 '⑤'에 중복 체크한다.
설흉태박소진이면 '③'과 '⑤'에 중복 체크한다.
설흉태황이면 '②'와 '⑤'에 중복 체크한다.
설흉무태이면 '③'과 '⑤'에 중복 체크한다.
설흉태황니이면 '⑤'에만 체크한다.
설담태박백이면 '①'과 '④'에 중복 체크한다.
설담태박소진이면 '③'과 '④'에 중복 체크한다.
설담태황니이면 '④'와 '⑤'에 중복 체크한다.
34. <단일 체크> 해당사항이 없을 경우 체크하지 않는다.
엑셀 계산식에 입력한 후에 각 변증별 점수 중 가장 높은 점수를 기록한 변증을 선택한다. 만약 점수가 같은 변증이 여러 개일 경우는 면담자의 주관적 판단으로 하나를 선택한다. 선택된 변증명에 해당하는 란에 체크한다.
35. 엑셀 파일은 국가한의임상정보센터(www.nckm.or.kr) 및 화병연구센터(www.hwabyung.kr) 또는 대한한방신경정신과학회(www.onp.or.kr) 웹사이트를 통해 확인할 수 있다.

화병 한의평가도구(변증별)

화병 한의평가지표(肝氣鬱結)	
다음 각 항목에 대하여 해당사항이 있는 경우 모두 체크해 주세요.	
증 상	점 수
1. 감정이나 의지가 억눌려 있다	
2. 마음이 조급하고 쉽게 화가 난다	
3. 잠을 충분히 자지 못하고 자주 깨거나 설친다 & 꿈을 많이 꾀다	
4. 어지럽다 & 눈앞이 아찔하다	
5. 목이나 명치에 뭉쳐진 덩어리가 걸려 있는 느낌이다	
6. 가슴이 답답하다 or 한숨을 자주 쉰다	
7. 마음이 편하지 않고 답답하다	
8. 가슴과 옆구리가 그득하면서 아프다	
9. 아랫배가 그득하면서 아프다 or 헛배가 부르다	
10. 월경이 불규칙하다	
11. 생리통이 있다	
12. 젖가슴이 팽창하면서 아프다	
13. 설태박백(舌苔薄白)	
14. 맥현(脈弦)	
합계	

화병 한의평가지표(膽鬱痰擾)	
다음 각 항목에 대하여 해당사항이 있는 경우 모두 체크해 주세요.	
증 상	점 수
1. 마음이 조급하고 쉽게 화가 난다	
2. 잠을 잘 못잔다 & 꿈을 많이 꾀다	
3. 머리가 아프다	
4. 눈이 충혈된다 or 눈이 붓고 아프다	
5. 어지럽다	
6. 얼굴이 붉어진다 or 얼굴에 열감이 있다	
7. (입이 마르다 & 입이 쓰다) or 갈증이 난다	
8. 귀에서 소리가 난다	
9. 귀가 붓고 아프다 or 귀가 잘 들리지 않는다	
10. 가래에 피가 섞여 나온다 or 피를 토한다 or 코피가 난다	
11. 가슴과 옆구리가 타는 듯이 아프다	
12. 변비가 있다 or 소변이 진하거나 붉은 빛이 돈다	
13. 설홍태황(舌紅苔黃)	
14. 맥삭(弦數)	
합 계	

화병 한의평가지표(心腎不交)	
다음 각 항목에 대하여 해당사항이 있는 경우 모두 체크해 주세요.	
증 상	점 수
1. 누우면 답답하고 불편하여 잠을 잘 이루지 못한다 or 꿈을 많이 꾀다	
2. 잘 잊어버린다	
3. 불안하다	
4. 가슴이나 손발에 열감이 있다	
5. 가끔씩 열이 달아오른다 & 자는 중에 땀이 난다	
6. 어지럽다	
7. 귀에서 소리가 난다	
8. 입이 마르다 or 갈증이 난다	
9. 가슴이 두근거린다	
10. 허리와 무릎이 시리거나 힘이 없다	
11. 설홍무태 혹은 태박소진(舌紅無苔 或 苔薄少津)	
12. 맥세삭(脈細數)	
합계	

화병 한의평가지표(氣血兩虛)	
다음 각 항목에 대하여 해당사항이 있는 경우 모두 체크해 주세요.	
증 상	점 수
1. 정신이 피로하다 & 기운이 없다	
2. 잠을 잘 못 잔다 & 꿈을 많이 꾀다	
3. 잘 잊어버린다	
4. 숨이 짧다 & 말하기가 힘들거나 귀찮다	
5. 식은땀을 잘 흘린다	
6. 구순조갑담백(口脣爪甲淡白)	
7. 입맛이 없다	
8. 팔다리나 살, 근육의 감각이 둔하다	
9. 살이 빠진다	
10. 면색蒼白或 萎黃(面色蒼白或 萎黃)	
11. 어지럽다 & 눈앞이 아찔하다	
12. 가슴이 두근거린다	
13. 월경량이 적다	
14. 舌淡	
15. 脈細弱	
합계	

화병 한의평가지표(膽鬱痰擾)	
다음 각 항목에 대하여 해당사항이 있는 경우 모두 체크해 주세요.	
증 상	점 수
1. 잠을 잘 못 잔다 or 꿈을 많이 꾀다	
2. 답답해서 가만 있지 못한다 & 불안하다	
3. 겁이 많고 쉽게 놀란다	
4. 어지럽다 & 눈앞이 아찔하다	
5. 귀에서 소리가 난다	
6. 입이 쓰다	
7. 가슴이 두근거린다	
8. 가슴과 옆구리가 그득하면서 답답하다	
9. 헛구역질이 난다	
10. 태황니 혹 설홍(苔黃膩 或 舌紅)	
11. 현활 혹 현활삭(弦滑 或 弦滑數)	
합 계	

화병 평가도구 매뉴얼

각 문항에 대해서 환자의 상태에 따라
 전혀 그렇지 않다: '0', 그렇지 않은 편이다: '1', 중간정도 그렇다: '2',
 상당히 그렇다: '3', 완전히 그렇다: '4'의 점수를 매긴다.
 해당 내용을 엑셀 계산식에 입력을 하면 합계 점수가 도출된다.
 엑셀 파일은 국가한의임상정보센터(www.nckm.or.kr) 및 화병연구센터(www.hwabyung.kr) 또는 대한한방신경정신과
 학회(www.onp.or.kr) 웹사이트를 통해 확인할 수 있다.

5) 화병 심리 평가도구

검사도구	활용목적
MMPI - 2	화병 환자의 심리적 특성에 대한 이해 - 화병 환자의 정신 병리에 대한 파악을 하고자 할 때 사용 - 상급 의료 기관 및 타 의료 기관 의뢰 시 활용
SCL-90-R	전반적 정신, 심리상태의 파악 - 짧은 시간에 화병 환자의 다양한 심리상태를 파악하는 데 도움을 줌 - 화병과 타 정신장애의 공병에 대한 검토 시 활용
STAXI	분노에 대한 집중적 평가 - 화병 환자의 현 상태의 분노 정도와 기질적 분노 성향에 대한 파악
BDI, CES-D, SDS, HAM-D	우울에 대한 집중적 평가 - 화병 환자의 우울 상태에 대한 평가를 시행할 때 사용
STAI, SAS, HAM-A	불안에 대한 집중적 평가 - 화병 환자가 불안 증세를 호소할 경우 시행
ISI, PSQI	불면에 대한 집중적 평가 - 화병 환자의 불면 증상에 대한 파악을 위해 시행
WBSI, ERQ	인지상태에 대한 평가 - 화병 환자의 사고와 정서의 억압된 정도를 파악하기 위해 시행
외적 속박감척도, 사회 지지척도, 지각된 배우자 비난척도, 스트레스 설문지	주변 환경에 대한 평가 - 화병 환자의 주변 환경 스트레스 정도를 파악하는 경우 시행
대인관계 문제검사	개인 성격에 대한 평가 - 화병 발병의 성격적 요인 파악을 위한 검사

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory; **SCL-90-R**: Symptom Checklist-90-Revision; **STAXI**: State-Trait Anger Expression Inventory; **BDI**: Beck Depression Inventory; **CES-D**: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; **SDS**: Zung Self-Rating Depression Scale; **HAM-D**: Hamilton Depression Rating Scale; **STAI**: State-Trait Anxiety Inventory; **SAS**: Zung Self-Rating Anxiety Scale; **HAM-A**: Hamilton Anxiety Rating Scale; **ISI**: Insomnia Severity Index; **PSQI**: Pittsburgh Sleep Quality Index; **WBSI**: White Bear Suppression Inventory; **ERQ**: Emotion Regulation Questionnaire

6) 기타 평가도구

(1) 적외선 체열 촬영 진단

- ① 열감 등 신체의 한열과 관련된 증상이 두드러진 경우 보조 진단 기기로 활용할 수 있다.
- ② 김 등¹⁹⁾의 임상연구에서 화병 환자는 정상인에 비해 배부의 상하 온도, 체간부와 사지부에서 유의하게 온도 차이가 있었다.
- ③ 화병 환자의 인체의 상하 혈자리 체열비교에서 명문의 체열이 대추에 비해 유의하게 높고, 체간 및 사지부 비교에서는 전중이 노궁에 비해 높게 나타났다.
- ④ 군 간의 상하, 전후, 체간사지부 체열비교에서 인중, 천돌, 전중, 대추, 기해, 지양, 명문, 중완, 곡택, 노궁, 족삼리, 용천 모두 화병 환자가 유의하게 높고 특히 전중과 명문의 차이가 심하게 나타났다.

(2) 압통 측정기

- ① 전중혈 등에 통증을 주로 호소하는 경우 보조 진단 기기로 활용할 수 있다.
- ② Song 등²⁰⁾의 임상연구에서 화병의 증상 정도와 전중혈의 압통이 상관관계를 보였다.

(3) 심박변이도

- ① 자율신경계 불균형 증상이 있는 경우 보조 진단 기기로 활용할 수 있다.
- ② 배 등²¹⁾의 심박변이도 관련 임상연구에서 화병 환자군이 전반적인 자율신경활성도가 저하되어 있고, 교감신경 활성도가 저하된 경향을 보였다.
- ③ 또 다른 화병 화자의 심박변이도 연구에서는 화병과 비화병군이 심박변이도 수치에서 차이가 없었다.²²⁾
- ④ 화병의 감별 및 평가도구로서의 심박변이도 검사의 효용성은 아직 명확하지 않다.

7) 감별 진단

화병은 다양한 신체증상과 정신증상을 가진 증후군으로 여러 신체 질환 및 정신장애와의 감별 진단이 필요하다. 화병은 타질환과 병행되는 경우가 많으며, 때로는 양방 의료기관에서 화병을 다른 질환으로 진단받고 한방 의료기관에 내원하는 수도 있다. 만약 타질환으로 환자의 주호소가 모두 설명되지 않고, 화병의 특징적인 증상을 가지고 있을 경우에는 타질환이 병행된 화병으로 보고 치료를 계획하는 것이 바람직하다. 다음은 임상장면에서 화병과 비교적 관련성이 높은 질환과의 증상에서의 차이점과 공통점을 정리한 내용으로 감별진단에 있어 활용할 수 있다.

특히, 아래 질환 중에서 우울증은 한국한의학연구원 홈페이지(www.kiom.re.kr)에서, 불안장애 및 외상 후 스트레스 장애, 갱년기증후군, 고혈압은 한의표준임상진료지침개발사업단 국가한의임상정보포털(www.nckm.or.kr)에서 한의 임상진료지침을 확인할 수 있다.

(1) 우울증

	차이점	공통점
우울증	체중 감소, 식욕 감소, 피로/우울한 기분, 흥미나 즐거움 상실, 사고와 집중력 감소, 죽음에 대한 생각	불면, 불안, 허무한 느낌
화병	가슴이 답답하거나 숨이 막힘, 얼굴이나 가슴의 열감/억울하고 분한 감정, 사소한 일에도 화가 나거나 분노가 치밀어 오름	

(2) 불안장애

	차이점	공통점
불안장애	불안 및 과도한 걱정. 심장의 두근거림, 안절부절	반응하는 정서로 초기에는 교감신경의 과흥분이 나타남
화병	분노, 가슴의 답답함, 열감	

(3) 신체형 장애

	차이점	공통점
신체형장애	환자의 관심이 자신에게 향해 있음 통증을 비롯한 다양한 신체증상의 호소로 비전형적인 신체증상의 양상을 보임	의학적이거나 직접적인 물질의 영향에 의해 충분히 설명되지 않는 신체증상
화병	분노, 우울 등의 대상이 외부로 향함 화병의 전형적인 사례증상을 보임	

(4) 외상 후 스트레스장애

	차이점	공통점
PTSD	Big trauma event, 자극 회피나 현실 무관심, 해리 현상 등 수동적 경향	사건의 재경험, 정신적 외상, 자율신경 증상
화병	Small trauma event, stress event의 지속적 · 반복적 경향, 가족이나 가까운 관계에서 발생, 억울, 분함의 지속적 지연적 감정반응 형태	

(5) 격분 증후군

	차이점	공통점
격분 증후군	주로 울분과 격분의 감정, 행동으로 즉각적 감정반응(서구문화적)	정신적 고통이나 충격 이후 부당함, 모멸감, 좌절감, 무력감
화병	신체적 증상 호소, 분노 억제 및 수동적 회피(한국문화적)	

(6) 갱년기증후군

	차이점	공통점
갱년기증후군	갱년기 연령층, 특별한 스트레스 조건이 없어도 발생	증상의 유사성(상열감, 무기력감)
화병	다양한 연령층, 스트레스 조건이 형성되면서 발생	

(7) 갑상샘 기능장애

	차이점	공통점
갑상샘 기능장애	호르몬 대사 이상, 특별한 스트레스 없이도 발생	증상적으로 유사함(상열감, 가슴 두근거림, 불안 초조, 더위를 탐)
화병	분노와 연관된 스트레스 사건이 뚜렷함	

(8) 고혈압

	차이점	공통점
고혈압	지속적으로 혈압이 높은 상태, 일반적으로는 증상이 없음	스트레스 등으로 교감신경계가 항진될 경우, 순간적으로 뒷목 부위에서 치밀어 오르는 듯한 느낌을 받게 됨
화병	분노와 연관된 스트레스가 뚜렷하고 특징적인 심리 및 신체증상이 나타남	

※참고※

화병은 정서적 스트레스를 원인으로 발병하기 때문에, 기존의 연구들에서 분노, 스트레스와 관련한 신체적 질병이 화병에서도 연관성이 있을 것으로 추론하였다.²⁰⁾ 특히 분노억제는 심혈관계 질환, 압과 관련이 있어 화병이 신체병리에도 심각한 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 공격적이고 적대적인 성향과 참을성이 부족한 특징의 A형 행동유형은 심혈관계 질환의 발병과 관련된 요인으로 인정되는데 2006년 강원도에서 시행한 역학연구에서는 화병 환자들이 A형 행동유형을 더 많이 가지고 있으며, 화병 환자들이 심혈관계 위험도도 유의하게 높은 것으로 나타났다.²¹⁾ 그러나 실제 일반농촌인구를 대상으로 한 10년 심혈관계위험도 조사에서는 화병 환자와 일반인구 간에 차이가 나타나지 않아서 화병과 심혈관계 질환과의 연관성은 아직 유의하게 밝혀지지 않았다.²¹⁾ 그러나 화병 환자들은 열이 오르고 치밀어 오르는 등 화병의 특징적인 증상을 혈압이 오르는 것으로 오인하기도 하고, 화병이 오래되면 고혈압 및 심혈관계 질환으로 발전할 수 있다고 인식하고 있기도 하다.

4. 치료

1) 치료 목표와 원칙

화병 치료는 다양한 치료가 복합적으로 적용되는 경우가 많은데, 단기간에 반응이 나타나는 치료 방법이 있는 반면 지속적인 치료 혹은 관리가 요구되기 때문에 치료 시기와 증상에 따라 각 치료법의 목표를 설정하는 것이 필요하다.

- ① 침구 치료는 가장 단기적으로 증상을 완화하는 것을 목표로 할 수 있으며, 뜸과 부항 치료도 침 치료와 병행하여 즉각적인 증상 완화를 목표로 실시한다.
- ② 약물 치료는 단기적인 증상완화와 함께 중장기적인 질병 치료, 증상의 재발 방지의 목적으로 투여한다. 약물의 선택은 환자의 양상이 변화될 때마다 변경되는 경우가 많아서 환자의 증상 변화를 주의 깊게 관찰해야 한다.
- ③ 근본 치료를 위해 상담을 포함한 정신 치료가 필요하다.
- ④ 생활방식 교육 등 관리 방법들은 화병 예방과 재발방지의 장기적 목적으로 시행될 수 있다.

2) 한약

- ① 화병은 한의학의 기본 치료 원칙인 변증에 근거한 치료가 필요하다. 또한 환자의 특징적인 화병 증상이나 개별특성에 따른 체질의학적 접근 방법을 활용할 수 있다.
- ② 화병의 증상 변화는 치료를 하면서 다양하게 변화하기 때문에, 초기 치료 이후에 환자의 증상 변화를 고려하여 약물을 변경하여야 한다.
- ③ 화병 환자는 우울증, 불안증, 불면증 등의 다른 스트레스 질환을 동반하는 경우가 많아 기존에 복용하는 양약과 상호작용을 고려하여 한약 치료를 시행해야 한다.

(1) 처방선택²³⁾

화병 환자의 치료에 질병의 양상을 결정하는 증상을 고려하여 이에 해당되는 변증(辨證) 치료를 해야 한다. 변증은 ‘화병 변증도구’에 근거하여 ‘간기울결(肝氣鬱結), 간화상염(肝火上炎), 심신불교(心腎不交), 기혈양허(氣血兩虛), 담울담요(膽鬱痰擾)’ 등의 5개 변증유형으로 나눠서 진단 후 치료한다.

화병의 특징적 증후 가운데 열(熱)에 대한 문제, 답답함에 대한 문제, 한열(寒熱)의 양상, 정서적인 측면과 신체적 취약성, 그리고 만성적인 경과에 따른 허증을 고려해야 한다.

분심기음(分心氣飲)은 화병 치료의 대표적인 처방으로 선택할 수 있다.

특징적인 증상에 따라 억간산(抑肝散), 가미소요산(加味逍遙散), 황련해독탕(黃連解毒湯), 귀비탕(歸脾湯), 청심온담탕(淸心溫膽湯), 가미보익탕(加味補益湯), 황기계지탕(黃耆桂枝湯), 보혈안신탕(補血安神湯), 보심건비탕(補心健脾湯), 자음건비탕(滋陰健脾湯) 등을 사용할 수 있다.

체질에 따라서 태음인 화병 환자에게는 청심연자탕(淸心蓮子湯)이나 열다한소탕(熱多寒少湯), 소

양인 화병 환자에게는 양격산화탕(涼膈散火湯), 소음인 화병 환자에게는 향부자팔물탕(香附子八物湯)이나 십이미관중탕(十二味寬中湯) 등을 사용할 수 있다.

(2) 한약과 양약의 병행 투여

화병은 우울증과 신체화장애 및 불안장애와 공병률이 높은 질환으로서, 진단기준을 충족하는 우울, 불안 등의 증상이 심각할 정도로 두드러지면 양방 정신과 약물 치료를 요하는 경우가 있고, 주된 신체 증상 호소와 성격적인 특성을 고려하여 한의학적 약물 치료를 병행하여 시행할 수 있다.²⁴⁾

향정신성약물에 대해서는 정확한 치료목표와 기전을 숙지하고 병행여부를 결정해야 하며, 병행 치료 시 양약의 흡수 및 반감기를 고려하여 안전하게 한약과 시간간격을 두고 복용해야 한다.

3) 침

침구는 침이나 뜸을 이용하여 인체의 경혈 상에 시술하고, 경락적 작용을 거쳐 질병 치료라는 목적에 이르게 한다. 조화음양(調和陰陽), 부정거사(扶正祛邪), 소통경락(疏通經絡) 등의 작용에 의해 질병을 치료하므로²⁵⁾ 다양한 신체·정신적 증상을 동반하는 화병에서 침 치료는 기본적인 치료로 중요하게 활용되고 있다.

침 치료는 가슴 답답함에 유효한데, 화병의 증상 가운데 답답함과 치밀어 오름은 매우 특이적인 증상이며 답답함을 없애는 것이 화병 치료를 이끌어 감에 있어 매우 중요한 작업이다.²⁶⁾

그 외 소화장애 등의 복부증상과 열감, 우울, 불안 등의 정신증상에도 침 치료가 유효하다. 따라서 화병 치료에 있어서 침 치료는 목표 증상개선을 중심으로 이뤄져야 하며 환자의 증상과 체질적 상태 그리고 사회적·심리적 상태를 살펴서 약물 치료와 기타 다른 치료와 병행 여부를 결정하여야 한다.

일반적으로 주 2~3회의 빈도로 1~2개월 이상 치료하는 것이 이상적이고 환자의 증상에 따라 다양한 침법이 사용될 수 있다.

화병 치료의 주요 경혈로는 전중(CV17), 중완(CV12), 천추(ST25), 함곡(LI04), 족삼리(ST36), 백회(GV20), 용천(KI01) 등 기본 경혈과 함께 내관(PC06), 소부(HT08), 태충(LR03) 등이 있고, 이 중 특히 전중(CV17)은 진단, 치료, 경과 판단에 있어서 중요한 경혈이다.

단순한 대증 처방을 넘어서 화병과 관련된 장부의 생리를 조절할 수 있는 사암침법과 같은 침 치료가 모색될 수 있고, 증상에 따라 불면 증상이 병행된 경우에는 체침에 추가로 두침을 활용할 수 있고 불안이 동반된 경우에는 신문(HT7), 삼음교(SP6), 인당(EX-HN3), 전중(CV17)을 응용할 수 있다.

4) 약침

약침요법이란 한의학에서 십이경맥, 기경팔맥의 경혈과 경외기혈, 아시혈 등의 특정 수혈에 자침하여 경맥의 기능을 조절함으로써 정신기혈, 오장육부의 질병을 치료하는 침구경혈학의 이론과 한약의 기미이론을 살피 임상 치료 효율을 극대화시키고 약물을 인체의 기관이나 병소에 접근, 작용시키는 기전을 연구하는 본초학의 이론을 결합시킨 침 치료법이다.

현재 화병으로 진단받은 환자에게 자하거 약침을 적용한 사례보고가 있는데, 자하거약침은 익기양혈(益氣養血), 보정(補精) 등의 효능으로 화병 환자의 상열감, 오장허손 병증에 신체증상과 신경쇠약 증상을 치료하는 효과가 있어 응용범위가 넓다고 할 수 있다. 그 외에도 화병은 뚜렷한 스트레스 인자에 의한 열감, 답답함, 불면, 입마름 등의 신체적 증상이 특징적인 질환이므로, 약침의 화병에 대한 효과를 기대할 수 있다.

5) 뜸

뜸 치료는 침 치료와 같이 생체의 기혈운행과 신기(腎氣)의 활동을 강화하여 치료효과를 얻는 것이며 조기치신(調氣治神) 작용과 분리할 수 없다. 다만 침 치료와 다른 점은 온열자극이 있다는 것이다.²⁷⁾

화병은 그 특성상 인체 상부에 열기가 나타나는 경우가 많지만 복부나 다리 등 인체 하부는 오히려 차가운 경우가 있는데, 이는 인체 내의 수화(水火)의 불균형으로 인한 것으로, 이러한 경우에 뜸은 몸의 아랫부분을 따뜻하게 함으로써 기혈(氣血)의 순환을 촉진하고 원기(元氣)를 북돋워 주는 역할을 한다.

또한 화병 환자는 소화장애 등 복부 증상을 동반하는 경우가 많은데, 이는 스트레스가 정신신체 질환에 미치는 영향으로 해석될 수 있으며 한의학의 간기범위(肝氣犯胃)로 해석되고, 이때의 뜸 치료는 주로 복부의 경혈을 많이 응용한다.

중완(CV12), 하완(CV10)은 소화기 증상이 있는 사람들에게 많이 활용되며 기해(CV06)와 관원(CV04)은 차가워진 인체 아랫부분에 뜸의 기운을 더해 원기를 북돋우고 기혈의 순환을 원활히 하며 너무 올라간 열기가 순환을 하여 다시 아래로 내려올 수 있게 하고자 하는 목적에서 시행될 수 있다. 보통 3~7장 정도의 뜸을 뜨며, 간접적으로 따뜻하게 할 경우는 10~20분 정도 실시한다.

뜸 치료는 기본적으로 자침금기와 일치하여 과기(過飢), 과포(過飽), 주취(酒醉), 대경(大驚), 심한 탈수, 대출혈, 극심한 쇠약자, 구병허탈자(久病虛脫者), 노인, 소아 등 침구의 극심한 자극을 감내하기 어려운 자, 정신 충격, 격렬한 운동 및 극도로 피로할 때 등의 상황이나, 안면부혈관부 등의 민감한 부위에는 뜸 치료를 금한다. 특히, 직접구법이든 간접구법이든 화상으로 인한 화농 궤양 등이 일어나지 않도록 주의해야한다.

전문가 집단을 대상으로 한 설문조사에서 모든 전문가들은 화병의 정신적 증상 및 신체적 증상에 뜸 치료를 활용한다고 하였고, 15인 중 7인이 소화장애 등 복부증상에 가장 효과가 있다고 하였으며, 4인은 불안, 우울 등 정신증상에도 유효하다고 하였다.

6) 부항

부항 치료는 체내에 정체되어 있는 악액질을 피부로부터 제거시킴으로써 몸 전체 및 일정 부위의 순환을 증대시키는 서근활락(舒筋活絡) 효능이 있어, 기(氣)의 순환장애로 인해 노폐물이 쌓여 있거나 근육이 경결되어 통증이 유발되었으면 부항요법을 통해 노폐물의 배출과 통증 감소를 기대할 수 있다.

부항요법은 화병에 동반되는 근육통과 불면증을 개선하기 위해 대추(GV14), 신주(GV12), 심수(BL15), 폐수(BL13), 비수(BL20) 등 주로 등과 어깨 쪽 경혈에 시행한다. 특히 불면증이 동반된 경우는

독맥경을 따라 건부항을 시행한다.

부항 치료를 할 때는 처음에 약자극부터 시작해야 하고 일정 부위에 지나치게 많은 관을 부착하거나, 유관시간을 길게 하는 것은 피해야 한다.

한방신경정신과 전문가집단을 대상으로 한 설문연구에서 80%(15인 중 12인)가 화병 치료에 부항요법을 활용한다고 답하였으며, 그 중 절반 이상은 근육통 등의 통증에 활용한다고 하였고, 일부(2인)는 불면증이 있는 환자에게 독맥경을 따라 건부항을 시행한다고 하였다. 화병과 같은 스트레스성 질환에서는 정신적·육체적 긴장이 야기되어 신체적 통증 또한 동반되기 쉬우므로 부항요법이 효과가 있을 수 있다.

7) 심신중재법

(1) 이완법

이완법은 생리적 스트레스와 정신적 스트레스를 감소하기 위한 기법을 총칭하는 것으로 심신중재법의 일환이다. 이완법에는 심호흡 및 호흡훈련, 점진적 근육이완법, 자율훈련법, 바이오피드백 보조 이완법, 유도된 심상, 자기최면 등이 포함된다. 비급여 등재행위인 ‘자율훈련법’은 행위정의 상 점진적 근육이완법과 자율훈련법을 모두 포함한다.

(2) 명상

명상은 동양의 오랜 수행방법으로 화병의 핵심 증상인 분노와 불안, 우울 등 심리증상의 조절에 도움을 줄 수 있다. 치료자가 환자와 같이 명상요법을 시행하기도 하지만 기법을 익힌 후에는 환자 스스로도 할 수 있는 장점이 있다. 명상의 기법은 다양하지만 대개 호흡에 집중하면서 신체의 이완을 도모하고 억눌린 자신의 본 모습을 각성하고 감각을 깨우는 것을 목적으로 하며, 이를 통해 신체적 이완, 감정 조절, 진정효과가 나타난다. 자율훈련법, 이완훈련, 기공의 호흡법 등도 명상과 유사한 원리와 방법이며, 최근에는 위빠사나 명상의 핵심 원리인 마음챙김을 근간으로 개발된 마음챙김 기반 스트레스 감소(Mindfulness-base Stress Reduction, MBSR) 프로그램이 국내에서도 화병에 활용되고 있다.

MBSR

1회기	화병 교육/심리 교육/준비 과정(명상, 호흡법)
2회기	먹기 명상(MBSR)
3회기	바디스캔 명상(MBSR)
4회기	호흡 명상(MBSR)
5회기	호흡 명상(MBSR)
6회기	정좌 명상1(호흡 느끼기) (MBSR)
7회기	정좌 명상2(감각 느끼기) (MBSR)
8회기	소감나누기

자애명상

1회기	화병 교육/심리 교육/준비 과정(명상, 호흡법)
2회기	자애 바디 스캔
3회기	자애 호흡 명상
4회기	자신을 위한 자애 명상(1)
5회기	자신을 위한 자애 명상(2)
6회기	좋은 사람을 위한 자애 명상
7회기	타인(집단원)을 위한 자애 명상
8회기	소감나누기

(3) 감정자유기법(Emotional Freedom Techniques, EFT)

- ① 감정자유기법은 에너지 심리학 중 하나로 인간의 몸과 마음의 문제를 에너지 차원에서 해결하는 기법이다.
- ② 침 대신 손가락으로 몸의 경락과 경혈을 두드리며 “나 자신을 받아들인다.”와 같은 수용확언을 하는 것으로 동양의학의 경락체계를 두드리는 것과 서양심리요법의 확언을 통합해서 활용한다는 점이 특징이다.
- ③ 기존의 심리요법들에 비해 스스로도 쉽게 학습이 가능하고 자가로 시행할 수 있다는 장점이 있다.

EFT 치료 과정

문제 확인	치료하고 싶은 증상을 확인하고, 주관적 고통지수를 0-10점 척도로 측정한다.
기본 과정	'준비단계-연속 두드리기-뇌조율 과정-연속 두드리기'의 과정을 수행한다. 준비단계에서는 가슴압통 점을 문지르거나 손날(후계혈) 두드리기를 하면서 “나는 비록 ~하지만 깊게 완전히 나 자신을 받아들인다.”와 같은 수용확언을 3회 말한다. 연속 두드리기 과정에서는 수용확언을 짧게 줄인 연상어구를 반복해서 큰소리로 말하면서 정해진 타점들을 5~7회 두드린다. 뇌조율 과정에서는 손등타점(중저혈)을 두드리면서 눈 움직임, 허밍, 숫자 세기 등을 통해서 뇌를 조율한다. 연속 두드리기를 반복한다.
조정 과정	증상을 느껴보고 처음과 고통지수를 비교한다. 고통지수가 0이 되면 치료를 종료하고, 조금만 감소한 경우 기본과정을 다시 반복하며, 변화가 없는 경우 문제를 구체화하고 기본과정을 다시 시도한다.

EFT 화병 집단 프로그램

1회기	화병 교육/화병에 대한 경험 나누기/화병 기초 진단/EFT 소개 및 기본과정 학습 현재의 화병 증상 다루기
2회기	지난 1주간 있었던 경험 나누기 과거 트라우마 사건과 부정적 신념 다루기
3회기	지난 1주간 있었던 경험 나누기 왜곡된 자아상 다루기
4회기	지난 1주간 있었던 경험 나누기 미래로 인한 불안감 다루기

EFT 화병 개인 프로그램

1회기	병력청취/기초 진단/화병 기초 진단/EFT 소개 및 기본과정 학습 현재의 화병 증상 및 감정 다루기 화병 증상 발현시 증상을 완화시키는 연습
2~3회기	현재의 화병 증상 및 감정 신념 다루기 현재의 증상과 연관된 과거의 감정 다루기 EFT 리프레이밍 & 확인
4~5회기	부정적 자아상 다루기 부정적 자아상과 연관된 과거의 감정 다루기 EFT 리프레이밍 & 확인
6~7회기	관계에 연관한 감정과 신념 다루기 관계와 연관한 과거의 감정 다루기 EFT 리프레이밍 & 확인
8~9회기	부정적 신념 세계관 다루기 부정적 신념 세계관과 연관된 과거의 감정 다루기 EFT 리프레이밍 & 확인
10회기	미래상 다루기 미래상과 연관된 과거의 감정 다루기 EFT 리프레이밍 & 확인

8) 정신치료

화병에 대한 한방정신요법은 정신적인 문제가 주가 되는 경우에 한방신경정신과 전문의가 시행한다. 한방정신요법은 특히 침 치료나 약물 치료와 병행할 때 효과가 뛰어나며, 때로는 단독으로 사용될 수도 있다.

환자와의 초기 면담 시에는 화병을 유발하게 된 발병동기, 이에 대한 환자의 대처방식과 환자의 성격, 주변 사람들과 환자와의 역학관계, 스트레스 사건과 증상과의 관련성 등을 면밀하게 검토해야 한다.

화병을 일으킨 원인 스트레스 상황이 지속되더라도 한의학적 치료를 통해 치료가 가능하다는 점을 인지시켜 주는 것이 환자의 치료동기 부여에 도움이 되고, 환자를 지지해 줄 수 있는 환경적 여건 등을 살펴보는 것은 치료계획과 예후를 판단하는데 중요한 요소이다.

전문가 집단을 대상으로 한 설문조사에서 모든 전문가들은 화병의 정신적 증상 및 신체적 증상에 한방정신요법을 활용한다고 답하였다. 15인 중 13인이 우울, 불안 등의 정신증상에 많이 효과가 있다고 하였으며 2인은 신체증상에도 유효하다고 하였고, 사용하는 한방정신요법을 묻는 문항에서는 이정변기요법, 지언고론요법, 지지요법, 인지치료 등의 순서로 답하였다. 전문가 집단의 견해는 한방정신요법이 화병 환자에게 폭넓게 활용되고 있으며 유효한 효과를 보여주는 것이라 할 수 있다.

화병 치료에 권고되는 한방정신요법

종류	내용
이정변기요법 (移精變氣療法)	정서적 소통에 기여, 대인관계로 비롯된 스트레스성 질환에 효과적, 신체화 증상 해소
지언고론요법 (至言高論療法)	대화요법, 화병의 경과와 치료에 대한 설명, 설득, 지지
오지상승요법 (五志相勝療法)	정서상승요법, 오행이론을 활용하여 화병 환자의 주된 감정인 분노와 슬픔의 치유를 위해 상대적 관계에 있는 다른 감정을 유발하여 병적인 정서를 치유
경자평지요법 (驚者平之療法)	불안장애에 주로 응용될 수 있는 행동 치료법, 불안을 동반한 화병 환자에 고려
기타	인지행동치료, 부부 치료를 환자의 상황에 맞춰 선택

5. 예방 및 관리

화병의 발생은 일차적으로 외부 스트레스로 인한 심리적 외상이 원인이 된다. 심리적 외상으로 인한 억울함, 분노, 한(恨) 등의 정서가 누적되면 화병이 발생하게 된다. 따라서 화병의 원인이 될 수 있는 일상 환경에서의 스트레스 요인을 가능한 한 피하고, 줄이는 것이 필요하다.

화병이 발병하고 의료기관에 내원하기까지 걸리는 기간은 평균 8~11년으로 나타나며, 40~50대 사이에 주로 나타난다.^{28,29)} 화병연구센터에서 전향적으로 화병의 발생을 관찰한 결과, 분노를 표출하는 경향이 있을수록, 사회적 지지를 많이 받지 못한다고 생각할수록, 배우자의 비난이 높거나 대인관계 과민성이 높을수록 비화병군에서 화병군으로 이행할 가능성이 높은 것으로 나타났다.²⁸⁾ 따라서 스트레스가 높은 상태가 화병으로 발전하는 것을 예방하기 위해서는 심신중재법을 활용한 스트레스 관리가 매우 중요하다.

한편, 후향적으로 3년간 화병의 경과를 추적한 연구 결과, 48명의 대상자 중 19명(39.6%)이 ‘많이 호전’, 17명(35.4%)이 ‘약간 호전’, 5명(10.4%)이 ‘변화없음’, 6명(12.5%)이 ‘호전과 악화 반복’, 1명이 ‘점차 악화’된 것으로 보고되었다.²⁹⁾ 추적관찰 결과에 따르면 화병의 경과는 비교적 양호한 것으로 조사되었으나, 화병 환자들은 증상이 관해 되어도 화병이 잔존하고 지속된다고 여기는 경향이 있었다.³⁰⁾ 이처럼, 화병의 특성상 치료 종결 이후에도 증상이 남아 있을 수 있고 스트레스 사건에 의해 재발할 가능성이 있다. 따라서 화병 환자들은 화병 증상이 호전된 이후에도 자기 조절능력을 지속적으로 유지, 강화시키고 본인의 스트레스 대처능력을 높이는 것이 화병의 재발 방지를 위해 필수적이다. 또한 기본적인 건강관리에 유의하고 음식, 차 등 일상생활에서 활용할 수 있는 관리법을 최대한 활용하는 것이 바람직하다. 화병 환자의 관리는 재발을 막을 수 있도록 화병에 대한 교육, 치료 이후에 예견되는 스트레스 사건에 대한 대처 전략의 구성, 분노 조절의 관점에서 이루어져야 하고, 궁극적으로는 원인 대상을 용서하고 자기효능감과 자존감을 회복해야 한다.

① 화병 교육

일부 연구자들에 의해 인지변화 유도, 지지체계 구성, 이완으로 이루어진 화병 관리 프로그램이 제시되었고, 이를 통해 여러 증상의 개선 효과가 있었으나 3개월 후의 추적조사에서 증상이 다시 발현되었다.³¹⁾ 이는 이러한 관리법이 단발성으로 끝나면 안 되고 환자와 치료자의 개입이나 혹은 환자 스스로 관리가 지속적으로 이루어져야 한다.

화병관리프로그램의 각 세션

회기	목적	활동	준비물 및 방법
1회기 (1주차)	서로에 대하여 알기 - 화병에 대하여 알기 - 심신이완	- 자기소개 - 화병 경험을 말하고 표현하기 - 수업: 화병이란? - 분노조절방법 연습	- 심신이완법을 위한 음성자료 - 화병을 위한 작은 템플릿 - 스스로의 호흡 느끼기
2회기 (2주차)	자기 인식 - 스스로의 고통스러운 삶에 대하여 표현하기 - 스스로의 분노 인식하기 - 심신이완	- 고통스러웠던 특정 과거 회상 - 이전의 분노 경험 표현 - 분노조절방법 연습	- 심신이완법을 위한 음성자료 - 고통스러웠던 과거를 기록하기 위한 종이 - 스스로에게 말하는 음성자료
3회기 (3주차)	자기 평가 - 스스로의 분노표출 방법을 알고 평가하기 - 분노를 효과적으로 조절하는 방법 배우기 - 심신이완	- 자기의 분노표현 인식 - 분노를 효과적으로 조절하는 방법 배우기 - 분노조절방법 연습	- 심신이완법을 위한 음성자료 - 분노 상태를 대비한 대화방법 체크리스트 - 분노를 표현할 때 효과적인 대응 방법이 담긴 시청각 자료 - 호흡법: 육자결
4회기 (4주차)	변화한 특성 계획하기 - 효과적인 분노조절 방법 계획 - 미래 계획	- 바뀐 분노 대응법 상상하기 - 자기로써 살아가기 - 분노조절방법 연습 - 종료	- 심신이완법을 위한 음성자료 - 미래의 변화한 분노조절 계획을 위한 종이 - 집중과 명상을 위한 따뜻한 녹차 한 잔

② 스트레스 대처 전략

스트레스의 대처 전략에는 평소 스트레스를 관리할 수 있는 운동, 취미, 자기계발, 심신중재법을 비롯하여 화병의 원인이 되는 분노와 같은 감정을 적절하게 다루는 방법이 포함된다. 치료 종결 전에 이처럼 전반적인 스트레스 관리법에 대한 교육이 이루어져야 하며 치료 종결 이후에도 경우에 따라 상담 등의 중재가 필요할 수 있다.

③ 분노 조절

화병에서 가장 문제가 되는 정서인 ‘분노’를 조절할 수 있는 프로그램으로는 윌리엄스 분노 관리 프로그램^{32,33)} 등이 있다. 이것은 분노가 있으면서 이를 조절하기 어려워하는 사람들에게 분노를 체계적으로 점검해보고 이후에 화를 내도록 하는 전략이다. 만약 현 상황이 부정적인 생각 또는 기분을 유발하

고, 이 상황에 대하여 어떻게 해야 할지 확신하지 못하거나 이 상황에서 뭔가를 하고 싶지만 그것이 좋은 생각인지 확신하지 못할 때 다음과 같은 방법을 사용한다.

윌리엄스 분노 관리 프로그램

1. 현 상황에 대한 객관적인 사실들을 기록한다(당신이 보고 듣는 것 중 어느 것이 법정에서 증거로 활용될 수 있을까?)	
2. 다음을 스스로에게 질문한다.	
Important?	이 문제는 정말 내게 중요한가?
Appropriate?	이 상황에 대하여 내가 이렇게 생각하고 느끼는 것은 적절한가?
Modifiable?	이런 상황이 긍정적으로 바뀔 수 있는가?
Worth it?	다른 이와 나 자신의 욕구를 균형있게 고려할 때 그런 행동을 할 가치가 있는가?
각 질문에 대하여 모두 'yes'라는 답이 나오면 'action', 즉 상황을 바꾸기 위해 행동한다. 그러나 하나라도 'no'가 나오면 전환요법을 사용한다.	

④ 용서 치료 프로그램

화병 증상이 호전되고 나면, 최종적으로 용서 치료 모델³³⁻³⁵⁾, 또는 앞서 언급했던 자애명상을 적용해 볼 수 있다.

그 중에서 용서 치료 프로그램이란, 분노의 근본을 해결하는 것을 목표로 한다. 다른 사람에게 자비와 동정심의 선물을 줄 때 치료되는 자는 바로 다름 아닌 본인이라는 깨닫고 치유되는 과정을 경험한다.

용서 치료 모델(용서심리학)

개방단계	내담자는 부당한 조치와 추후의 상처가 삶에 어떤 영향을 미치는지 통찰한다.	1. 심리적 방어 2. 분노 등의 부정적 반응 3. 부끄러움(수치) 반응 4. 정서적 고착 5. 피해에 대한 인지적 재연 6. 피해자가 자신과 피해를 입힌 사람과 비교 7. 자신의 피해를 통해 영구히 불행하게 변화될지도 모른다는 것에 대한 인식 8. 정의로운 세상 가설에 대한 재평가: 불공평한 세상
결정단계	용서의 의미를 정확히 이해하고 이것을 바탕으로 용서하기로 한다.	9. 마음의 변화/전환/과거해결전략이 효과가 없다는 새로운 통찰 10. 용서를 하나의 선택으로 고려하게 됨 11. 피해준 사람을 용서하는데 헌신: 용서하기로 결심
작업단계	상처를 준 사람에 대해 이상적으로 이해하고 새로운 시각에서 그를 보기 시작하며 그와 자신 그리고 그들 관계에서 긍정적인 변화를 이룬다.	12. 역할채택을 통한 재구조화(피해를 입힌 사람을 맥락을 통해 새 관점에서 보게 됨) 13. 피해를 준 사람에 대한 공감 14. 피해를 준 사람에 대해서 동정심이 나타나는 것을 알아차림 15. 고통의 수용/흡수

심화단계	고통 속에서 발전된 의미를 발견하고 타인과 더 많은 연대감을 느끼며 감소한 부정적 영향을 경험하는 동시에 삶의 목적을 새롭게 한다.	16. 고통을 겪고 용서하는 과정에서 이러한 과정이 자신과 상대에게 가져오는 의미를 발견 17. 과거 자신도 다른 사람의 용서가 필요했다는 사실을 깨달음 18. 자신이 혼자가 아니라는 것을 통찰 19. 자신이 상처를 겪으면서 인생의 새로운 목표를 갖게 되었다는 것을 깨달음 20. 피해를 준 상대방에 대한 부정적 감정이 줄어들고 긍정적 감정이 증가하는 것을 알아차림; 내적, 정서적 해방을 느낌
------	---	--

[참고문헌]

1. 전국한의학대학교 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 집문당; 2016.
2. Lubke GH, Ouwers KG, Moor MH, et al. Population heterogeneity of trait anger and differential associations of trait anger facets with borderline personality features, neuroticism, depression, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), and alcohol problems. *Psychiatry Research*. 2015;230(2):553-60.
3. American Psychiatric Association. 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-5). 학지사; 2015.
4. 민성길, 서신영, 전덕인, et al. 화병 증상에 대한 paroxetine의 효과. 대한정신약물학회지. 2009; 20(2):90-7.
5. 건강보험심사평가원. c2015. 통계자료; 2018년 11월 15일 인용. URL: <http://opendata.hira.or.kr/>
6. 서효원. 전통의학 질병 개념인 화병(火病)의 환자 경험과 관련 질환에 대한 체계적 문헌고찰: 화병 임상진료지침의 근거 확충 방안 [박사학위]. 경희대학교. 2020.
7. Min SK, Lee MH, Kang HC, et al. A clinical study of hwabyung. *J Korean Med Assoc*. 1987;30:187-97.
8. 민성길. 화병(火病)의 개념에 대한 연구. *신경정신의학*. 1989;28(4):604-16
9. 민성길, 소은희, 변용욱. 정신과의사 및 한의사들의 화병에 대한 개념. *신경정신의학*. 1989;28(1): 146-54
10. Kim JW, Chung SY, Suh HU. Comparison between Hwa-byung and Major Depressive Disorder. *The 21st World Congress on Psychosomatic Medicine*. 2011;145.
11. 채선옥. 중년여성의 화병 경험에 관한 문화기술적 연구 [박사학위]. 계명대학교. 2003.
12. 신혜숙, 신동수. 화병 여성의 원인지각에 대한 주관성 연구. *여성건강간호학회지*. 2004;10(4): 283-90.
13. 함병주, 권정혜, 김상호, et al. 화병의 구멍-fMRI와 유전자 연구를 이용한 우울증과의 비교 연구를 통하여. *한국보건산업진흥원*; 2006. 보고서 번호: TRKO201400017486. 과제번호: 1460002608
14. 김종우, 권정혜, 이민수, et al. 화병면담검사의 신뢰도와 타당도. *한국건강심리학회지*. 2004; 9(2):321-31.
15. 권정혜, 김종우, 박동진, et al. 화병척도의 개발과 타당도 연구. *한국임상심리학회지*. 2008;

- 27(1):237-52.
16. 임현주, 김석환, 이상룡, et al. 화병변증도구 개발 연구. 동의생리병리학회지. 2008;22(5):1071-7.
 17. 정명희, 이상룡, 강위창, et al. 화병 한의 평가도구 개발을 위한 기초 연구. 동의신경정신과학회지. 2010;21(2):141-5.
 18. 김태현, 류영수. 전신체열촬영(全身體熱撮影)에 의한 화병 환자(火病患者)의 임상적(臨床的) 연구(研究). 동의신경정신과학회지. 1999;10(1):133-6.
 19. Song JY, Kim JW, Lim JH, et al. Hwabyung (Anger syndrome) and pressure pain threshold in mid-sternum, Oslo Norway: European Conference on Psychosomatic Research, 2000.
 20. 배은주, 김동현, 유경환, et al. 화병 환자의 심박변이도 특성에 대한 임상적 연구. 대한한방내과학회지. 2005;26(4):844-2.
 21. 이진규, 고상백, 장세진, et al. 정상인과 화병 환자의 HRV 비교연구: 2006년 강원도 지역주민을 대상으로. 동의신경정신과학회지. 2008;19(3):171-8.
 22. 김종우, 정선용, 서현욱, et al. 화병역학연구 자료를 기반으로 한 화병 환자의 특성. 동의신경정신과학회지. 2010;21(2):157-69.
 23. 대한침구학회. 침구학. 집문당. 2008.
 24. 이승기, 최우진, 강형원, et al. 화병의 비약물요법에 관한 전문가집단 설문 연구. 동의신경정신과학회지. 2009;20(2):133-41.
 25. 정선용, 송승연, 김종우. 화병임상진료지침 II(화병의 실태). 동의신경정신과학회지. 2013;24(suppl1):15-22.
 26. 민성길, 홍현주. 화병의 예후에 대한 연구. 의학행동과학. 2006;5(1):93-9
 27. 송승연. 화병의 경과 및 회복요인에 관한 질적분석 [석사학위]. 경희대학교. 2014.
 28. 박영주, 김종우, 조성훈, et al. 화병관리프로그램 개발 및 효과. 한국간호과학회. 2004;34(6):1035-46.
 29. williams LifeSkills [internet]. c2006. Williams LifeSkills; [2018년 11월 15일 인용]. URL: www.williamslifeskills.com
 30. 대한한방신경정신과학회. 화병100문100답. 집문당. 2014.
 31. Enright RD, Fitzgibbons RP. 용서심리학. 시그마프레스. 2011.
 32. 김광수. 용서모델과 청소년 상담. 청소년상담연구. 1997;5(1):145-82.

Ⅲ. 화병 진료지침의 개발 절차

1. 기획
2. 개발
3. 승인 및 인증
4. 출판

1. 기획

1) 주제 및 범위 선정

① 화병 한의표준임상진료지침의 범위

화병은 국내 유병률이 4.2~13.3%로 일차의료현장에서 자주 접할 수 있는 신경정신과 질환 중의 하나이다. 그러나 만성적인 경과를 보이고, 유병기간이 길어질수록 타질환과 공병되는 경우가 많으며, 갱년기증후군이나 갑상샘 기능장애 등 신체질환에 의해서도 화병과 비슷한 증상이 나타날 수 있기 때문에 진료 시 각별한 주의가 필요하다. 국내에서 2013년 화병임상진료지침이 출판되었으나, 근거중심의 학적 방법론에 따라 개발되지 않았고 최근 변화하는 임상 현장의 모습과 최신 근거들이 포함되지 않았기 때문에 개정의 필요성이 제기되었다.

본 임상진료지침에서는 화병의 치료 권고안을 제시하고자 하였으나, 화병은 한국의 문화관련증후군이라는 질환의 특성상 지금까지 주로 국내에서 연구가 수행되었고 국제적인 임상연구나 임상진료지침이 부족한 실정이다. 따라서 화병과 감별해야 하거나, 때로는 화병과 공병되는 질환들의 분노 관리에 대한 치료 권고안과 스트레스 및 분노 관리를 위한 예방·관리 권고안을 추가하여 일차의료기관에서 화병 진료 시에 도움이 되고자 하였다.

② 적용 인구집단

본 임상진료지침은 화병 진단기준에 부합하는 화병 환자들을 대상으로 한다. 또한 화병의 특성상 분노라는 정서가 강조되고 있고, 기존 연구들에서 화병 진단기준에 부합하는 화병 환자가 제대로 추출되지 않았다는 가정 하에 진료지침의 활용도를 높이기 위하여 타질환이 병행된 화병을 진료지침에 포함하고자 하였다. 갱년기, 고혈압, 우울증에서의 분노 및 관련 증상을 선정하였고 이를 통해 타질환과 병발되는 분노 증상에 대해 적용할 수 있도록 하여 활용도를 높였다. 또한 일반 인구 집단에서 분노를 조절할 수 있도록 활용하기 위하여, 건강한 상태에서 분노가 발생하였을 때 초기에 예방적인 차원에서 심신중재법을 적용할 수 있는 방안에 대한 권고안 도출을 진행하였다.

개별 권고안은 한의학적 치료와 심신중재법으로 나누어진다. 또한 화병면담검사, 화병척도를 델파이 합의를 거쳐 화병 진단 및 평가 기준으로 제시한 바 있다.

③ 사용자

본 임상진료지침의 사용자는 한의사, 의사, 간호사, 보건관리자 등 의료관련인과 환자 및 보호자, 보건정책입안자이다.

임상장면에서 화병 환자를 진단하고 평가하기 위한 도구는 교육 받은 의료인이 의료기관에서 환자를 진단하고 평가할 때 활용할 수 있다. 한의학적 치료 부분인 한약, 침, 약침, 부항, 뜸 등의 치료 권고안은 의료기관에서 한의사가 활용할 수 있는 부분이다.

스트레스 관리가 필요한 일반인의 분노에 대한 권고안 및 심신중재법 중 예방적 목적에서 단체로 적용할 수 있는 부분은 보건소에서 예방 프로그램 혹은 교육 프로그램으로 적용 가능하며, 일선 사업장에서 피고용인들의 스트레스를 관리하기 위한 목적으로 복지프로그램을 운영할 때 활용 가능할 것이다.

2) 개발 그룹 구성

① 개발 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
검토 · 운영 위원회	위원장	김종우	경희대학교 한의과대학	서울	대한한방신경정신과학회 진료지침 평가위원장
	위원	류영수	원광대학교 한의과대학	전북	대한한방신경정신과학회 진료지침 평가위원
		정대규	대구한의대학교 한의과대학	대구	대한한방신경정신과학회 진료지침 평가위원
		최성열	가천대학교 한의과대학	경기	대한한방신경정신과학회 진료지침 평가위원
		서진우	상지대학교 한의과대학	강원	대한한방신경정신과학회 진료지침 평가위원
		유종호	한음한방신경정신과한의원	서울	대한한방신경정신과학회 진료지침 평가위원
		이정국	성모마음한의원/의원	서울	대한한방신경정신과학회 진료지침 평가위원
개발 위원회	실행 위원회	정선용	경희대학교 한의과대학	서울	화병 한의표준임상진료지침 개발 연구책임
		조성훈	경희대학교 한의과대학	서울	화병 한약물 임상시험 연구책임
		정인철	대전대학교 한의과대학	대전	화병 한약물 임상시험 연구책임
		최은지	한음한방신경정신과한의원	경기	화병 비약물 임상시험 수행
		서효원	경희대학교 한의과대학	서울	화병 비약물 임상시험 및 체계적 문헌 고찰 수행
		곽희용	경희대학교 한의과대학	서울	체계적 문헌 고찰 수행
		김윤나	경희대학교 한의과대학	서울	화병 한약물 임상시험 수행
		최유진	한국한의학연구원	대전	화병 한약물 임상시험 수행
	집필 위원회	김락형	우석대학교 한의과대학	전북	임상진료지침 집필
		이재혁	세명대학교 한의과대학	충북	임상진료지침 집필
		임재환	장덕한방병원	서울	임상진료지침 집필, 인준 및 확산
		김상호	대구한의대학교 한의과대학	대구	체계적 문헌 고찰 수행
		권찬영	동의대학교 한의과대학	부산	체계적 문헌 고찰 수행
		권오현	세명대학교충주한방병원	충북	체계적 문헌 고찰 수행
		안윤영	우석대학교부속한방병원	전북	체계적 문헌 고찰 수행

개발그룹은 한의과대학 한방신경정신과학 교수, 일차의료기관의 한의사로 구성되었다. 연구방법론 전문가를 개발그룹에 포함하지는 못했으나, 개발위원회 연구진은 사업단에서 시행한 연구방법론 교육을 이수하였으며 다수의 체계적 문헌고찰을 수행한 이력이 있는 연구자가 집필위원회 연구진으로 참

여하였다. 진료지침에 참여한 개발그룹은 이해관계상충공개서약을 작성하여 구성원들의 이해관계를 적시하였으며, 진료지침과 관련된 이해관계가 없음이 확인되었다.

3) 개발 계획 수립

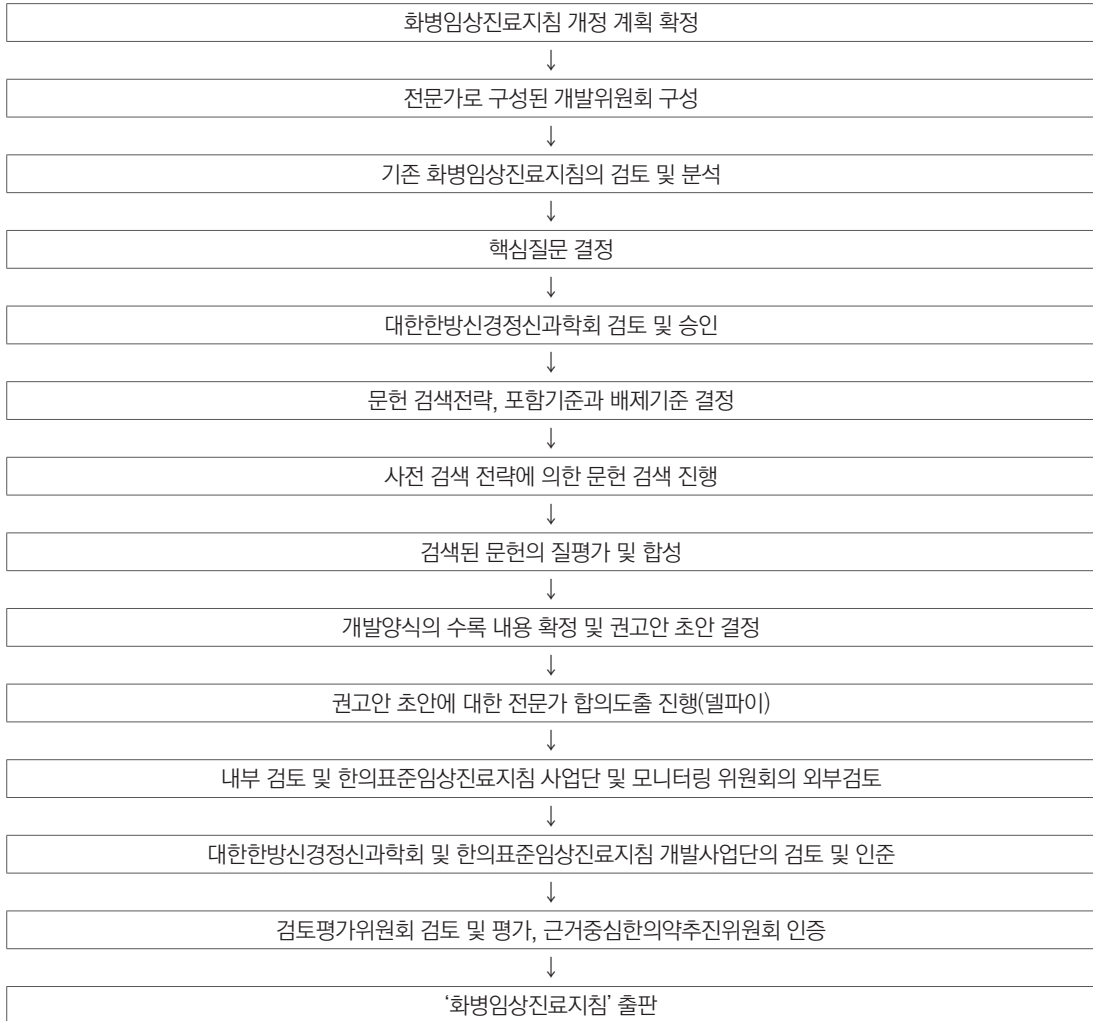
(1) 근거창출 임상진료지침 개발 방식

본 임상진료지침은 한의표준임상진료지침 사업단의 ‘근거창출 임상진료지침’ 개발 과정을 준수하여 개발되었다. 근거창출 임상진료지침 개발 방식은 국내 근거가 부족한 영역의 임상질문을 선정하여 임상연구를 진행하고, 임상연구 수행을 통해 창출된 근거를 임상진료지침에 반영하는 방식으로 개발된다. 화병 한의표준임상진료지침 개발위원회에서는 부족한 근거를 확보하기 위해 다음의 임상연구를 계획하고 수행하였다.

	연구설계 (대상자 수)	연구명	진행상황 및 반영여부
1	RCT (n=40)	화병 환자의 주요 증상에 대한 경락기반심리요법의 효능 연구: 무작위배정, 적극적 대조군 예비임상연구	임상연구 종료 권고안 반영
2	RCT (n=44)	화병 환자의 신경과민, 불면에 대한 황련해독탕의 유효성 및 안전성 연구: 무작위배정, 이중맹검, 위약 대조군 임상시험	임상시험 종료 권고안 반영
3	RCT (n=80)	화병에 대한 분심기움가미의 유효성 및 안전성 연구	임상시험 종료 권고안 반영
4	질적연구 (n=10)	급성 화병의 개념에 대한 질적 연구	임상시험 종료 지침 반영

* 본 연구는 원인이 되는 스트레스 사건으로부터 6개월 이내에 발병한 화병 환자를 대상으로 하였다. 2016년도 연구계획 당시에는 스트레스로부터 발병기간이 6개월 미만인 화병을 ‘급성 화병’이라고 명명하였으나, 전문가 합의를 통해 단기 스트레스로 급격히 발생한 화병을 ‘급속성 화병’, 증상 지속기간이 6개월 미만인 화병을 ‘급성 화병’으로 정의하여 향후 연구 결과 보고 시에는 ‘급속성 화병’으로 용어를 변경할 예정이다.

(2) 전체 개발과정



(3) 기획 단계

① 국내외 개발현황

임상진료지침 국외 검색원인 NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), G-I-N (Guideline International Network), NCCIH (The National Center for Complementary and Integrative Health)를 비롯하여 국내 검색원인 NCKM (The National Clearinghouse for Korean Medicine), KoMGI (Korean Medical Guideline Information center)에서 ‘화병’, ‘hwa-byung’, ‘hwabyung’, ‘hwabyeong’, ‘火病’을 키워드로 하여 국내외의 기존 임상진료지침을 검색한 결과, 2013년 출판한 『화병임상진료지침』이 1건 검색되었다.

번호	제목	기관	연도
1	화병임상진료지침	화병연구센터	2013

② 기존 임상진료지침 검토

화병임상진료지침은 대한한방신경정신과학회와 화병연구센터에서 2008년부터 임상연구 및 역학조사 등을 수행하고, 해당 연구 결과를 반영하여 개발한 것이다. 이 임상진료지침에서는 연구 결과와 선행연구 논문, 전문가 의견을 통합하여 개발되었다. 화병임상진료지침은 University of Michigan Health System (UMHS)의 우울증 진료지침(2011)에 실린 기준을 참고하여 근거 수준(A~D) 및 권고 수준(I-III)을 제시하였고 치료에 대한 권고 이외 진료 절차 및 진단도구의 활용에 대해서는 화병연구센터에서 진행되어온 연구와 전문가 의견을 종합하여 권고안을 제시하였다. 본 임상진료지침은 임상시험뿐만 아니라 동물실험, 증례보고에 이르기까지 현존하는 모든 화병 연구 논문을 총망라해서 제시하고, 비공식적 합의에 의한 전문가 의견을 바탕으로 추천 처방 등을 제시하였다는 점에서 의의가 있으나 근거기반의학의 표준적인 연구방법론에 의해 체계적으로 개발되지 않았다는 한계가 있다.

③ 개발 방법의 결정

본 임상진료지침은 신규직접(De Novo) 개발에 준하는 과정에 따라 핵심질문을 선정하고, 화병과 관련된 국내외 근거들에 대하여 체계적 문헌고찰 및 메타 분석을 시행하였다. 체계적 문헌고찰과 메타 분석 결과를 바탕으로 근거수준과 권고등급 및 권고안 초안을 작성한 뒤, 델파이 방법을 이용하여 전문가 합의를 거쳐 권고안을 최종 확정하였다.

질환의 개요를 작성할 때 기존 화병임상진료지침의 내용을 참고하였으며, 저자의 동의를 얻어 「화병의 실태」를 부록에 첨부하였다.

2. 개발

1) 핵심질문 선정

화병 한의표준임상진료지침의 핵심질문(임상질문)은 ‘화병 환자에 대한 한의학 치료는 대조군과 비교하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?’이다.

추가적으로 본 임상진료지침 개발위원회에서는 일부 질환에서 분노가 동반될 경우에는 화병의 가능성을 고려해야 한다고 보고, ‘타질환이 병행된 화병’에 대해서도 권고안을 개발하는 것이 필요하다고 판단하였다. 이를 위해, 화병 한의표준임상진료지침의 주제로 화병을 비롯하여 그 과정의 일환으로 2013년 화병임상진료지침에서 화병과 공병율이 높은 것으로 보고된 질환인 우울증, 고혈압, 만성위염, 고지혈증을 검토하였고 그 중 전문가의 의견에 따라 우울증과 고혈압의 분노증상을 선정하였다. 또한 전통적인 화병의 양상으로 꼽히는 중년 여성의 화병과 연관하여 갱년기 여성의 분노 증상을 선정하였다. 타질환이 병행된 화병을 위한 핵심질문(임상질문)으로는 ‘갱년기증후군 환자에 대한 한의학 치료는 대조군과 비교하여 분노 감소에 더욱 효과적인가?’, ‘고혈압 환자에 대한 한의학 치료는 대조군과 비교하여 분노 감소에 더욱 효과적인가?’, ‘우울증 환자에 대한 한의학 치료는 대조군과 비교하여 분노 감소에 더욱 효과적인가?’이다.

직업적 스트레스 문제가 이슈가 됨에 따라 전통적인 화병 뿐 아니라 직장인군에서의 스트레스 관리에 대해 다루고자 직장인의 분노관리에 대한 심신중재법을 검색하여 수록할 필요성이 제기되었다. 이에 스트레스 및 분노 관리를 위한 예방·관리 권고안을 제시하고자 하였으며 그를 위한 핵심질문(임상질문)으로는 ‘직장인에 대한 심신중재법은 대조군과 비교하여 스트레스와 분노 감소에 더욱 효과적인가?’이다.

치료 권고안에서는 화병으로 진단을 받거나 임상적으로 화병에 준하는 증상이 있는 경우 또는 화병과 관련이 있는 질환 및 증후군이 ‘대상자(P)’가 되었고 예방·관리 권고안에서는 직장인이 ‘대상자(P)’가 되었다. 핵심질문의 ‘중재(I)’로는 한약, 침, 추나, 심신중재법(기공, 요가, 태극권, 점진적 근육이완법, 자율훈련법, 명상), 감정자유기법(Emotional freedom techniques, EFT), 상담이 선정되었고 화병척도 또는 분노, 우울, 불안 관련 척도가 ‘결과(O)’가 되었다.

화병의 치료 권고안에 대한 임상근거를 검색할 때는 민감도를 높이기 위해 중재(I), 비교군(C)과 결과(O)는 검색식에 포함하지 않았으며 검색된 문헌을 연구자의 확인 과정을 통해 최종 문헌으로 선정하였다.

타질환이 병행된 화병의 치료 권고안과 직장인 스트레스에 대한 예방·관리 권고안에 대한 임상근거를 검색할 때는 민감도를 높이기 위해 비교군(C)은 검색식에 포함하지 않았다.

검색전략과 검색어는 데이터베이스 환경에 따라 수정하여 사용하였다.

No.	Clinical Question/권고	적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
1. 화병					
Q1	화병 환자에게 한약 치료가 위약이나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?	성인 화병 환자	한약	위약 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)
Q2	화병 환자에게 일반침 치료가 삼처치나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?	성인 화병 환자	일반침	삼처치 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)
Q3	화병 환자에게 약침 치료가 삼처치나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?	성인 화병 환자	약침	삼처치 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)
Q4	화병 환자에게 뜸 치료가 삼처치나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?	성인 화병 환자	뜸	삼처치 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)
Q5	화병 환자에게 부항 치료가 삼처치나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?	성인 화병 환자	부항	삼처치 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)
Q6	화병 환자에게 이완법이 타치로나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?	성인 화병 환자	이완법	타치료 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)
Q7	화병 환자에게 명상요법이 타치로나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?	성인 화병 환자	명상요법	타치료 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)
Q8	화병 환자에게 감정자유기법(EFT)이 타치로나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?	성인 화병 환자	감정자유기법(EFT)	타치료 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)
Q9	화병 환자에게 정신요법(상담)이 타치로나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?	성인 화병 환자	정신요법(상담)	타치료 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)
2. 타질환이 병행된 화병					
1) 갱년기증후군					
Q10	갱년기증후군 환자에서 위약 및 무처치보다 한약치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?	여성 갱년기증후군 환자	한약	위약 또는 무처치	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등
Q11	갱년기증후군 환자에서 호르몬대체요법(HRT)보다 한약 치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?	여성 갱년기증후군 환자	한약	호르몬 대체요법(HRT)	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등
Q12	갱년기증후군 환자에서 보조제 투여보다 한약 치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?	여성 갱년기증후군 환자	한약	보조제	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등

No.	Clinical Question/권고	적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
Q13	갱년기증후군 환자에 불안장애 치료제보다 한약 치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?	여성 갱년기 증후군 환자	한약	불안장애 치료제	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등
Q14	갱년기증후군 환자에 호르몬대체 요법(HRT)보다 HRT와 한약 치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?	여성 갱년기 증후군 환자	HRT와 한약 병행투여	HRT	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등
Q15	갱년기증후군 환자에 양생교육만 시행하는 것보다 양생교육과 한약 치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?	여성 갱년기 증후군 환자	양생교육+ 한약	양생 교육	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등
Q16	갱년기증후군 환자에 양생교육만 시행하는 것보다 양생교육과 침 치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?	여성 갱년기 증후군 환자	양생교육+ 침	양생 교육	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등
Q17	갱년기증후군 환자에 무처치보다 명상요법이 분노 감소에 더욱 효과적인가?	여성 갱년기 증후군 환자	명상요법	무처치	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등
Q18	갱년기증후군 환자에 무처치보다 기공(동공) 시행이 분노 감소에 더욱 효과적인가?	여성 갱년기 증후군 환자	기공 (동공)	무처치	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등
2) 고혈압					
Q19	고혈압 환자에 무처치 혹은 위약 군에 비하여 한약치료가 분노 감소에 효과적인가?	성인 고혈압 환자	한약	플라세보 /무처치	변증설문지(急躁易怒), 과민성
Q20	고혈압 환자에 항고혈압약제에 비하여 한약치료가 분노 감소에 효과적인가?	성인 고혈압 환자	한약	항고혈압 약제	변증설문지(心煩易怒/煩燥易怒), 치료율, 과민성
Q21	고혈압환자의 분노 증상에 항고혈압약제와 한약 병용투여가 항고혈압약제 단독투여보다 분노 감소에 더욱 효과적인가?	성인 고혈압 환자	항고혈압 약제와 한약 병용투여	고혈압약 단독 투여	변증설문지(心煩易怒/煩燥易怒/急躁易怒), 치료율
Q22	고혈압 환자에 항고혈압약제 처방보다 침치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?	성인 고혈압 환자	침	항고혈압 약제	변증설문지(急躁易怒)
Q23	고혈압 환자에 건강교육을 실시하는 경우 자가조절법으로 지압교육을 추가로 시행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?	성인 고혈압 환자	지압교육, 건강교육	건강 교육	변증설문지(急躁易怒)
Q24	고혈압 환자에 점진적 근육이완법보다 수기요법을 시행하는 것이 분노 감소에 효과적인가?	성인 고혈압 환자	수기요법	PMR	SCL-90(-R)의 적대감 척도

No.	Clinical Question/권고	적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
Q25	고혈압 환자가 자가조절법으로서 생기능자기조절훈련보다 근육이완법을 시행하는 것이 분노 감소에 효과적인가?	성인 고혈압 환자	PMR	생기자기 조절훈련	STAXI
3) 우울증					
Q26-1	우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 경혈에 자침하여 득기를 유발하는 것이 삼침보다 더욱 효과적인가?	성인 우울증 환자	침 (득기유도)	플라세보 (비경혈 자침)	SCL-90(-R)의 적대감 척도
Q26-2	우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 경혈에 자침하되 득기를 유발하지 않는 것이 삼침보다 더욱 효과적인가?	성인 우울증 환자	침 (득기 비유도)	플라세보 (비경혈 자침)	SCL-90(-R)의 적대감 척도
Q27	우울증환자에 항우울제보다 항우울제와 침치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?	성인 우울증 환자	침	항우울제 복용	SCL-90(-R)의 적대감 척도
Q28	우울증환자에 항우울제보다 항우울제와 전침치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?	성인 우울증 환자	전침과 항우울제 병행치료	항우울제	SCL-90(-R)의 적대감 척도
3. 스트레스 예방 · 관리					
Q29	직장인에게 요가를 시행하는 것이 무처치 또는 대기군에 비하여 분노 감소에 효과적인가?	직장인	요가	무처치	PANAS의 적대감 척도
Q30	직장인에게 요가를 시행하는 것이 동등한 시간의 육체활동 및 호흡 지도에 비하여 분노 감소에 효과적인가?	직장인	요가	경도~ 중증도의 육체활동 및 호흡연습	BPAQ의 특성공격성 척도
Q31	직장인에게 근육이완법이 무처치 또는 대기군보다 분노 감소에 효과적인가?	직장인	근육 이완법	무처치 또는 대기군	POMS
Q32	직장인에게 마음챙김 기반 중재 (Mindfulness-based Intervention)를 시행하는 것이 무처치 또는 대기군보다 분노 감소에 더욱 효과적인가?	직장인	마음챙김 명상	무처치 또는 대기군	BPAQ-SF의 공격성/분노
Q33	직장인에게 초월명상을 시행하는 것이 무처치 또는 대기군보다 분노 감소에 효과적인가?	직장인	초월명상	무처치 또는 대기군	POMS의 분노

AQ: Aggression Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory; BIS: Barratt Impulsivity Scale; BPAQ: Buss and Perry's Aggression questionnaire; HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; HB-S: Hwabyung Scale-Symptom; HRT: Hormone Replacement Therapy; MOAS: Modified Overt Aggression Scale; OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified; PANAS: The Positive and Negative Affect Schedule; PANSS: the Positive and Negative Syndrome Scale; POMS: Profile Of Mood States; SCL-90(-R): Symptom Checklist-90(-Revision); STAI: State-Trait Anxiety Inventory; STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory

2) 근거 선택 (검색 전략, 포함 및 배제 기준 설정)

(1) 데이터베이스 선정

문헌 검색이 2016년도에 1차, 2019년도에 2차로 이루어졌다. 2016년도에는 ‘화병’만을 대상으로 검색을 실시하였고 2019년도에는 타질환이 병행된 화병과 직장인 스트레스 예방·관리에 대한 검색도 이루어졌다. 문헌 검색을 위한 데이터베이스는 개발위원회 회의를 통해 선정하였다.

① 2016년도

국외 DB에서 CENTRAL, PubMed, EMBASE, AMED와 CNKI, J-STAGE를 선정하였으며, 국내 DB에서 학술연구정보서비스(RISS), 과학기술정보통합서비스(NDSL), 한국한의학연구원의 전통의학정보포털(OASIS), 한국전통지식포털, KoreaMed를 선정하였다. 2016년 8월 31일까지 선정된 DB에 등록된 모든 문헌에 대해 기간 제한 없이 검색을 시행하였다.

〈국외 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	Cochrane Library	Cochrane library	www.thecochranelibrary.com	2016.08.31.
2	PubMed	U.S. National Library of Medicine	www.pubmed.com	2016.08.31.
3	EMBASE	Elsevier	www.embase.com	2016.08.31.
4	AMED	Health Care Information Service of the British Library	http://ovidsp.tx.ovid.com	2016.08.31.
5	CNKI	中国知网	www.cnki.net	2016.08.31.
6	J-STAGE	国立研究開発法人科学技術振興機構 (JST)	https://www.jstage.jst.go.jp	2016.08.31.

〈국내 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	학술연구정보서비스 (RISS)	한국교육학술정보원	www.riss.kr	2016.08.31.
2	과학기술정보통합 서비스(NDSL)	한국과학기술정보연구원	http://scholar.ndsl.kr	2016.08.31.
3	전통의학정보포털 (OASIS)	한국한의학연구원	http://oasis.kiom.re.kr	2016.08.31.
4	한국전통지식포털	한국특허청	www.koreantk.com	2016.08.31.
5	KoreaMed	대한의학학술지편집인협의회	www.koreamed.org	2016.08.31.

② 2019년도

국외 DB에서 CENTRAL, PubMed, EMBASE, AMED, PsycARTICLES와 CNKI, Wanfang, VIP, CiNii를 선정하였으며, 국내 DB에서 Kmbase, 한국학술정보(KISS), 한국한의학연구원의 전통의학정보포털(OASIS), 과학기술정보통합서비스(NDL)를 선정하였다.

〈국외 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	Cochrane Library	Cochrane library	www.thecochranelibrary.com	2018.11.15.
2	PubMed	U.S. National Library of Medicine	www.pubmed.com	2018.11.15.
3	EMBASE	Elsevier	www.embase.com	2018.11.15.
4	AMED	Health Care Information Service of the British Library	http://ovidsp.tx.ovid.com	2018.11.15.
5	PsycARTICLES	APA publishing	https://www.apa.org/pubs/databases/psycarticles/	2018.11.15.
6	CNKI	中国知网	www.cnki.net	2018.11.15.
7	Wanfang	affiliate of the Ministry of Science & Technology of China	www.wanfangdata.com.cn/index.html	2018.11.15.
8	VIP	Database Research Center under Chongqing Branch of Institute of Scientific & Technical Information of China (CB-ISTIC)	http://en.cqvip.com/	2018.11.15.
9	CiNii	일본학술논문정보 DB	https://ci.nii.ac.jp	2018.11.15.

〈국내 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	Kmbase	의과학연구정보센터(MedRIC)	http://kmbase.medic.or.kr/	2018.11.15.
2	한국학술정보(KISS)	한국학술정보	http://http://kiss.kstudy.com	2018.11.15.
3	과학기술정보통합 서비스(NDL)	한국과학기술정보연구원	http://scholar.ndsl.kr	2018.11.15.
4	전통의학정보포털 (OASIS)	한국한의학연구원	http://oasis.kiom.re.kr	2018.11.15.

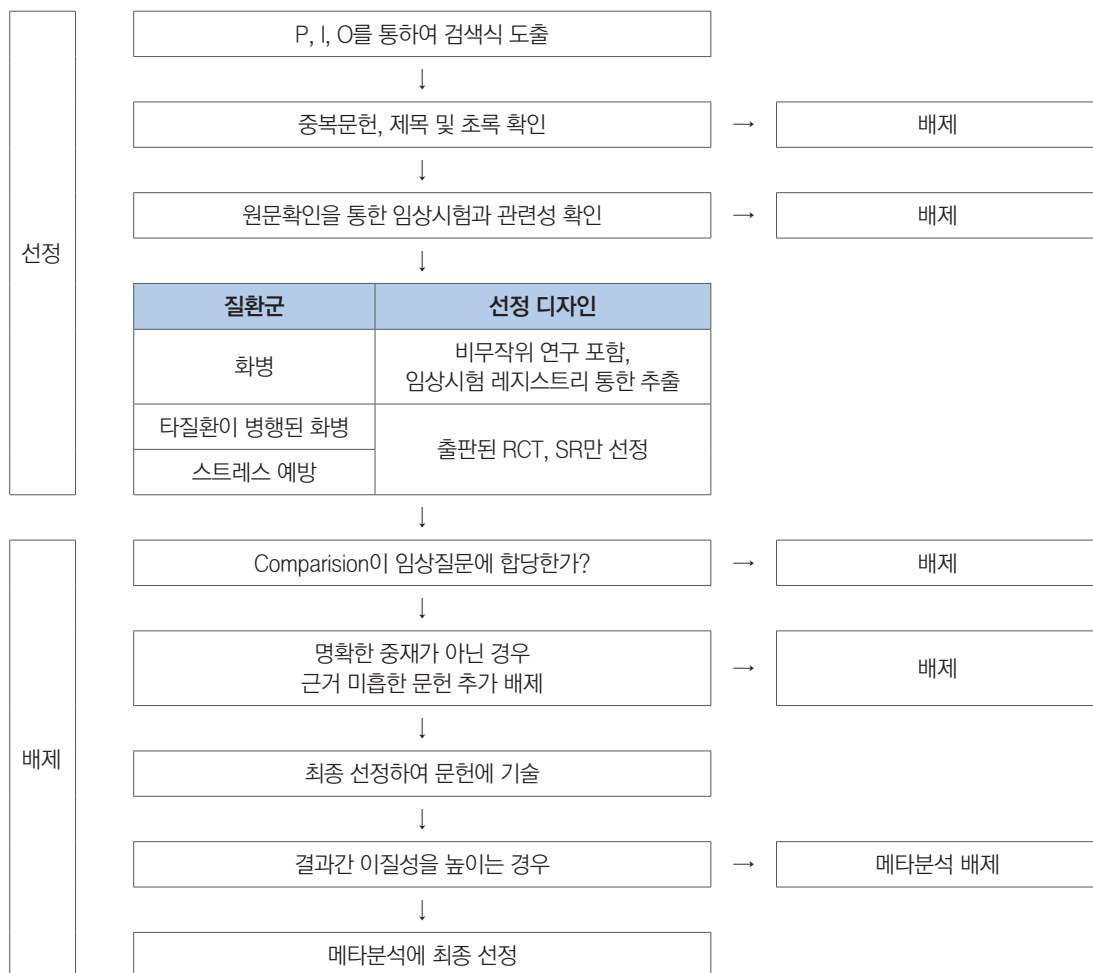
(2) 문헌선택과 배제 기준

문헌 선택은 2인 이상의 연구자가 독립적으로 수행하였다. 체계적 문헌고찰을 담당하는 연구자들은 Problem, Intervention, Outcome을 활용하여 검색식을 합의하에 도출 한 후 검색을 진행하였다. 이는 Problem과 Intervention에 따라 연구자들에게 분배되었으며, 2인 1조가 되어 중복문헌 확인, 제목 및 초록 확인, 원문 확인의 과정을 거쳐서 문헌 선택과 배제를 진행하며 서로 다른 문헌을 선정/배제할 시에는 합의과정을 거치고 필요시에 제 3자의 의견을 참고하여 문헌 선정 및 배제 과정이 진행되었다.

문헌 선정은 원문을 확인하여 임상질문과 관련이 있는가의 기준이 핵심적이었다. 타질환이 병행된 화병, 스트레스 예방에 대한 임상질문에서는 무작위배정대조군연구(RCT) 및 RCT에 대한 체계적 문헌고찰 만을 선정하여 메타분석을 실시하고 근거수준을 도출하였다. 그러나 ‘화병’의 경우, 연구가 국내에서만 이루어져서 근거가 절대적으로 부족하기 때문에 권고등급을 도출할 때 RCT뿐만 아니라 비무작위 연구(코호트 연구, 환자-대조군 연구, 전후연구)의 결과까지 고려하기 위해 비무작위 연구도 포함하여 선정하였다.

또한, 최신의 한국 한의학 관련 근거를 모두 포함하고 직접 수행한 근거창출 임상연구의 결과를 반영하기 위하여 검색 임상시험 레지스트리에 등록된 임상연구를 검색하였다. 해당 연구의 결과가 출판되었는지 확인 절차를 거쳐 검색일 이후에라도 출판된 논문은 출판 논문으로 포함하였으며, 결과가 미출판된 논문의 경우에는 따로 분류하였다. 분류된 미출판 논문은 저자들에게 이메일을 통한 개발 접촉을 통해 연구 결과 자료를 요청하였다. 저자들이 응하여 결과 확보가 가능했던 미출판 연구 결과는 모두 진료지침에 반영하였다. 개발위원회의 위원 본인의 임상시험이 분석에 포함되는 경우도 있었으나, 이러한 경우에 그 논문이 해당된 임상 질문 관련 문헌 선정, 비풀림 위험 및 분석에서 배제하여 이해상충으로 인한 비풀림이 발생하지 않도록 하였다.

문헌 배제 과정은 앞서 Problem, Intervention, Outcome에 따라 선정된 문헌들 중 Comparison이 임상질문에 합당한지 여부를 판단하며 진행되었다. 그 과정에서 의료진의 판단 하에 진단기준에 부합하지 않는 경우, 한방 복합중재가 들어가는 등 명확하게 임상질문에서 목표하는 것에 초점이 맞춰지지 않은 중재가 아닌 경우 등 적절치 못한 문헌들이 배제되었다. 또한 증례보고, 근거가 미흡한 문헌들을 추가로 배제하였고 각 결과간의 이질성을 고려하여 지나치게 전체의 값을 왜곡시키는 문헌이 존재하는 경우에는 문헌 자체는 선정하여 기술하되 메타분석에서 제외하는 방법으로 양적 합성 결과의 왜곡을 방지하고자 민감도 분석을 실시하였다.



(3) 문헌 분석 및 평가

최종적으로 선정된 문헌에 대해 연구 요약 및 자료 추출 등을 2인 이상의 연구자가 독립적으로 수행하였으며, 의견이 다른 경우 회의를 통해 조율하였다. 각 임상질문에 대하여 결과 요약표를 작성한 후, 메타분석을 통해 근거를 합성하여 분석하였다. 메타분석이 어려운 경우에는 각각의 연구 결과를 기술하는 방식으로 결과를 제시하였다.

3) 근거 평가

권고안에 활용된 문헌의 비뚤림 위험을 평가하였으며, 연구설계에 따라 적합한 질 평가 도구를 이용하였다. 비무작위 연구, 무작위 대조군 연구, 체계적 문헌고찰에 대하여 각각 RoBANS (Risk of Bias Assessment tool for Non-randomized Study), ROB (Risk of Bias)와 AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews)를 사용하여 독립적으로 2인 이상의 연구자가 평가하였다.

4) 근거 합성과 분석

핵심 임상질문에 대해 선정된 일차 연구문헌을 찾은 후 각 연구에 대해 필요한 결과값을 추출하고 정량적으로 메타분석을 실시하였다. 연구의 양이 불충분하고 이질성(heterogeneity)이 있는 경우에는 결과 값을 추출하더라도 메타분석을 실시하지 않되, 이를 기술적으로 서술하여 핵심 임상질문에 대한 근거의 양을 제시하고 정성적으로 결과를 해석하였다.

5) 근거수준 및 권고등급

근거수준과 권고등급 평가는 GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation)에 준하여 평가하였으며, 실제적인 수행 과정은 한국한의학회 연구원 「다빈도 질환 한의임상 진료지침개발사업(K15080)」을 참고하였다. GRADE 평가 과정은 크게 근거수준 평가와 권고등급 결정의 2단계의 과정을 통해 이루어진다. 첫 번째 단계로 근거수준 평가는 권고를 위한 핵심질문을 선정 한 이후 각 질문에 대한 주요 연구결과를 확인하고, 모든 관련 근거를 요약하고 각 결과에 대해서 근거의 질을 등급화한다. 근거수준을 결정할 때 고려하는 첫 번째 요소는 연구디자인으로, 무작위 임상시험의 경우 ‘높다’, 관찰연구의 경우 ‘낮다’로 배정하고, 그 다음 문헌의 질, 근거의 양, 근거의 일관성, 근거의 직접성에 따라 근거 수준을 상향하거나 하향하는 과정을 거쳐 최종적으로 평가한다. 본 임상진료지침에서는 RCT만을 대상으로 근거수준을 도출하였다. 두 번째 단계로 권고등급은 임상질문별 근거수준과 해당 임상적 중요성을 바탕으로 결정하였다. 권고 대상 환자에게 치료를 시행하였을 때 바람직한 결과(이득)와 바람직하지 않은 결과(위해)의 차이, 총이득의 크기 또는 이득에 대한 불확실성 정도를 고려하였고, 가치와 선호도 등을 종합적으로 고려하여 결정하였다. 권고안의 실행으로 인한 이득과 위해의 정도를 비교하여 이득이 명백하게 크다고 판단한 경우에는 A 등급을 부여하고, 정도에 따라서 B, C, D로 구분하였다. 근거수준은 낮지만 이득이 명백하고 임상현장에서의 활용도가 높다고 판단되는 권고에 대해서는 개발위원회의 합의하에 권고등급을 일부 상향 조정하였다.

만약 기성 한의서에는 기록이 있지만 현대적 연구방법론을 활용한 근거연구가 아직 수행되지 않은 경우에는 고전근거(Classical Text-based, CTB) 등급을 부여하도록 하고, 서지학적 근거 또는 임상현장 활용도를 기반으로 전문가 그룹의 합의에 근거하여 GPP로 권고하였다.

(1) 근거수준

① 근거기반 권고

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

② 합의기반 권고

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

* 보건복지부, 식약처 고시에서 규정한 한약서

(2) 권고등급

① 근거기반 권고등급

권고등급	정의	표기법
A	편익이 명백하고 임상현장에서 활용도가 높을 경우 권고한다.	사용할 것을 권고한다. (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. (Should be considered)
C	편익을 신뢰할 수 없으나, 진료현장에서 활용도가 높거나 보통인 경우 부여한다.	사용할 것을 고려할 수 있다. (May be considered)
D	편익을 신뢰할 수 없고, 위해한 결과를 초래할 수 있다.	사용을 권고하지 않는다. (Is not recommended)

** 대한한의학회연구원의 “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. (Is recommended based on the expert group consensus)

* GPP: Good Practice Point

(3) 근거수준과 권고등급의 연계

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

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

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

구 분	1단계	2단계	3단계	최종등급
고려사항 근거수준	이득과 위해	적용가능성	비용, 가치와 선호	공식적 전문가 합의
고전문헌근거 CTB (Classical Text-based)	개발그룹의 편익에 대한 확신 정도에 따 라 결정	임상진료현장의 활용도가 높을 경우 더 강하게 권고 할 수 있음	환자의 선호 및 비용 등을 고려하여 권고에 반영함	GPP

6) 권고 작성

대조군 임상연구 결과를 바탕으로 권고안을 작성하되, 보고된 연구 결과가 없는 경우 증례보고 및 개발위원회의 임상적 경험을 바탕으로 권고안 초안을 개발하였다.

7) 합의안 도출

사전 결정된 근거수준과 권고등급을 기준으로 기본안을 설정한 후 개발위원 간 이견이 있는 권고안에 대하여 회의를 거친 뒤 권고안 초안을 도출하였다. 권고안 초안을 바탕으로 설문지를 작성하였고, 이후 외부 전문가 패널을 대상으로 공식적인 합의 방법인 델파이 기법을 통해 권고안, 권고등급/근거수준, 진단기준 및 평가기준에 대한 합의가 진행되었다. 합의는 10명의 전문가 패널에게 설문지를 배포하는 방식으로 진행되었고 2/3 이상이 동의에 해당하는 7, 8, 9점에 응답을 하였을 때 합의가 이루어진 것으로 보고 진행하였다. 합의가 되지 않은 문항에 한하여 다음 라운드를 진행하였으며, 이전 라운드에서 다른 패널들이 각 문항에 대하여 어떤 점수를 부여했는지를 공개하였다. 합의 중 동의하지 않는 권고안에 대해서는 수정 요청이 있는지에 대한 질문을 주관식으로 제시하여 의견을 수렴하였고, 다음 차 라운드에서 권고안 수정을 진행하였다.

1차 라운드에서는 권고안 32개, 진단기준 및 평가기준에 대해 델파이 합의가 이루어졌고 이 중 권고안 5개에 대해 미합의 상태가 되어 2차 라운드로 이어졌다. 1차 라운드에서 마지막 항목을 주관식으로 놓고 권고안의 개선점에 대한 피드백을 요청하였다.

한방치료의 권고등급이 낮은 이유에 대한 세밀한 자료를 요청한 바에 대하여 근거 전문을 첨부하였으며, 약침, 부항의 권고등급에 대해서는 실제 임상에서 상당히 우수한 효과를 내고 있으므로 관련 임상시험을 다수 진행하여 권고등급을 조정할 수 있도록 해야 한다는 제안이 있었으나 현 근거수준에 대한 이의가 아니었기에 등급 조정을 고려하지 않았다.

2차 라운드에서는 미합의된 5개 진단기준에 대하여 다른 전문가들의 합의안 분포를 기술하여 보였고 6점 이하로 점수를 부여한 문항에 대해서는 권고안 및 권고등급/근거수준 개선 방식에 대해 기술할 것을 요청하였다. 2차 라운드 결과 2개의 권고안이 미합의 상태로 남았다. “갱년기증후군에서 명상 시행은 대기군과 비교하여 분노 및 적대감을 유의하게 감소시키지 못하였다. 이에 따라 갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 명상을 시행하는 것을 권고하지 않는다(D/Low).”, “갱년기증후군에서 기공 시행은 무치치에 비하여 과민성 점수를 유의하게 개선시키지 못하였다. 이에 따라 갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 기공(동공)을 시행하는 것을 권고하지 않는다(D/Low).” 두 안에 대한 의견이 주로 개진되었으며 다수의 전문가들이 한의사 임상 현장의 특성을 반영하여 권고 등급 변경을 요청하였다.

3차 라운드에서는 2차 라운드에서 합의에 이르지 못한 ‘두 권고안에 대하여 임상 활용도가 높다고 판단하였다.’라는 기술을 추가하여 권고등급을 D에서 C로 변경하였으며 이에 대한 합의를 진행한 결과 합의가 이루어질 수 있었다.

3. 승인 및 인증

1) 외부 검토

외부검토를 위해 설문조사 및 공청회를 시행하지는 못했으나, 임상진료지침 초안의 방법론적 타당성과 권고안의 명료성에 대해 한의표준임상진료지침 사업단의 질제고 모니터링팀으로부터 외부검토를 받았다. 외부검토의 핵심적인 의견과 그에 따른 수정사항은 다음과 같다. (1) 화병 파트의 일부 임상질문에서 비무작위 연구도 권고사항을 제시하는데 사용하였으나, 모든 근거수준은 RCT 기준으로 하고 권고를 도출할 때 비무작위 연구를 고려하는 것이 좋겠다는 의견이 있어 수용하였다. (2) 화병 외에 갱년기증후군, 고혈압, 우울증 등의 대상을 임상진료지침에서 ‘화병 유사질환’으로 다루었는데 범위(scope)가 불명확하다는 지적이 있어 ‘타질환이 병행된 화병’으로 용어를 수정하였다. (3) 양한방 치료가 복합적으로 이루어진 경우 ‘병행치료’ 대신 ‘협진치료’로 용어를 사용하는 것으로 수정하였고, (4) 위약, 무처치, 대조군 등의 대조군을 ‘단순 경과관찰’로 표현하였으나 의미가 불분명하여 권고안에 대조군을 명확히 밝히는 것으로 수정하였다. (5) 한약치료의 구체적인 처방이나 침치료의 구체적 혈위가 임상진료지침 내에서 권고안으로 제시되기도 하고 ‘임상적 고려사항’으로 제시되기도 하는 등 혼재되어 있어 모두 ‘임상적 고려사항’에서 제시하는 것으로 통일하였다.

① 외부 검토 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
한의표준임상 진료지침 개발사업단	총괄	김남권	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 총괄
	실무자	이지현	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
		김수란	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
		권수현	한의표준임상진료지침 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

최종 결과물에 대하여 한의표준임상진료지침 개발사업단에서 개발한 학회인증 체크리스트를 기준으로 대한한방신경정신과학회 및 승인을 받았다.

3) 인증

한의표준임상진료지침은 한의표준임상진료지침 개발사업단의 주관하에 개발되고 있으며 사업단 내에서 개발된 임상진료지침의 인증절차를 진행하고 있다. 사업단은 검토·평가위원회를 열어 AGREE II에 의한 방법론적인 검토를 통해 미인증, 조건부인증, 인증의 세 가지 평가결과를 도출한다. 인증된 임상진료지침은 근거중심한의약추진위원회의 검토를 거쳐 최종 인증 완료되며, 근거중심한의약추진 위원에서 재검토를 요청할 경우 검토·평가위원회에서는 다시 검토와 평가를 진행한다. 검토·평가위원회에서 조건부인증으로 평가된 경우 지침 개발팀에게 보완 혹은 수정할 것을 요청하고 재평가를 진행한다.

사업단에 학회 승인을 받은 『화병 한의표준임상진료지침』의 초안을 제출하였고 검토·평가위원회, 근거중심한의약추진위원회 검토를 통해 해당 지침을 한의표준임상진료지침으로 최종 인증을 받았다.

4. 출판

본 화병 한의표준임상진료지침은 한의표준임상진료지침 개발사업단을 통하여 출판한다.

Ⅳ. 권고사항

1. 화병
2. 타질환이 병행된 화병
3. 스트레스 예방 · 관리

1. 화병

1) 한약

■ 단독치료

【R1】

권고안		권고등급/근거수준	참고문헌
화병에서 한약치료는 위약과 비교했을 때 통계적으로 유의한 개선을 보이지 않았으나, 한약 치료 후 화병 척도가 임상적으로 의미 있게 감소하였다(위약군에서 일반적인 위약의 효과보다 매우 큰 효과가 보고되어 통계적 유의성이 나타나지 않았음). 이에 따라 화병 환자의 증상호전을 위해 한약치료를 고려해야 한다.		B/Moderate	1-3
임상적 고려사항 변증 및 증상에 따라 전문가들이 추천한 처방을 고려할 수 있다.			
화병 일반 추천 처방		분심기음가미(分心氣飲加味), 소요산가미(逍遙散加味), 반하사심탕(半夏瀉心湯), 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)	
변증별 추천 처방	간기울결(肝氣鬱結)	시호소간탕(柴胡疏肝湯), 가미소요산(加味逍遙散), 분심기음가미(分心氣飲加味), 육울탕(六鬱湯)	
	간양상항(肝陽上亢)	가미소요산(加味逍遙散), 천마구등음(天麻鉤藤飲), 분심기음가미(分心氣飲加味), 자음강화탕(滋陰降火湯)	
	심신불교(心腎不交)	천왕보심단(天王補心丹), 사물안신탕(四物安神湯), 분심기음가미(分心氣飲加味)	
	기혈량허(氣血兩虛)	자음건비탕(滋陰健脾湯), 보중익기탕(補中益氣湯), 팔물탕(八物湯), 양심탕(養心湯), 향사양위탕(香砂養胃湯)	
	담울담요(膽鬱痰擾)	청신도담탕(淸神導痰湯), 거담청신탕(祛痰淸神湯), 온담탕(溫膽湯), 청심온담탕(淸心溫膽湯), 공신도담탕(苟辛導痰湯), 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)	
증상별 추천 처방	분노	가미소요산(加味逍遙散), 억간산(抑肝散), 분심기음가미(分心氣飲加味), 삼황사심탕(三黃瀉心湯), 황련해독탕(黃連解毒湯), 시호가용골모려탕가대자석(柴胡加龍骨牡蠣湯加代赭石)	
	흥민	분심기음(分心氣飲), 육울탕(六鬱湯), 향사양위탕(香砂養胃湯)	
	상열감	가미소요산(加味逍遙散), 자음강화탕(滋陰降火湯), 분심기음가미(分心氣飲加味), 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯), 삼황사심탕(三黃瀉心湯), 황련해독탕(黃連解毒湯)	
	홍종이물감 (매핵기)	반하후박탕(半夏厚朴湯), 가미사칠탕(加味四七湯), 소자강기탕(蘇子降氣湯), 상하분소도기탕(上下分消導氣湯), 분심기음가미(分心氣飲加味), 정전가미이진탕(正傳加味二陳湯)	
	상충감	가미소요산(加味逍遙散), 계지가용골모려탕(桂枝加龍骨牡蠣湯), 분심기음가미(分心氣飲加味)	
	불안 (경계, 정충)	가미온담탕(加味溫膽湯), 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯), 천왕보심단(天王補心丹), 분심기음가미(分心氣飲加味)	
	우울	육울탕(六鬱湯), 분심기음가미(分心氣飲加味), 시호소간탕(柴胡疏肝湯), 교감단(交感丹), 귀비탕(歸脾湯)	

증상별 추천 처방	불면	천왕보심단(天王補心丹), 가미귀비탕(加味歸脾湯), 가미온담탕(加味溫膽湯), 보혈안신탕(補血安神湯), 산조인탕(酸棗仁湯)
	두통	청상견통탕(淸上蠲痛湯), 청상사화탕(淸上瀉火湯), 천궁다조산(川芎茶調散)
	현훈	청혼화담탕(淸暈化痰湯), 반하백출천마탕(半夏白朮天麻湯), 자음건비탕(滋陰健脾湯)
	신체 통증	목향순기산(木香順氣散), 소합향원(蘇合香元), 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯), 가미소요산(加味逍遙散)
시판 한약제제 추천 처방		시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯), 천왕보심단(天王補心丹), 온담탕가미(溫膽湯加味), 반하사심탕(半夏瀉心湯), 가미소요산(加味逍遙散), 분심기음(分心氣飲)
※ 각 부분의 처방은 추천이 많은 처방부터 기재		

(1) 배경

화병에서 한약치료는 매우 일반적으로 많이 시행되고 있는 치료방법이다. 화병의 상태에 따라서는 변증에 따른 처방을 일차선택하는 경우도 있고, 동반되는 증상이 심한 경우에는 동반증상을 주로 다루는 처방을 일차선택하기도 한다. 아직까지 축적된 임상시험이 많지 않기 때문에, 화병 전문가의 자문을 통해, 변증에 따른 다빈도처방, 그리고 증상별 다빈도처방을 조사 정리하여, 화병 환자를 치료하는 일차의료기관의 한의사들에게, 처방권고안을 제시하였다.

한방신경정신과 질환의 특성상 대상자들의 기대효과가 크기는 하지만, 기존 연구가 진행된 임상시험에서 위약의 효과가 너무 컸기에, 이에 대한 대비책을 포함하는 잘 설계된 후속 임상 연구를 통해 양질의 근거가 마련될 것을 기대한다.

(2) 임상질문: Q1

화병 환자에게 한약 치료가 위약이나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안, 불면을 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 화병 환자	한약	위약 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S, VAS-HS 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등), 불면 척도(ISI)	한의원 및 한방병원

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; **HB-S**: Hwabyung-Symptom(화병증상척도); **VAS-HS**: Visual analogue scale for Hwa-byung symptoms; **STAXI**: State-Trait Anger Expression Inventory; **BDI**: Beck Depression Inventory; **STAI**: State-Trait Anxiety Inventory; **ISI**: Insomnia severity index

① 개별 연구 결과에 대한 설명

김 등(2012)은 화병 SCID를 만족하는 화병 환자 총 144명에 대하여 분심기음 엑스제제 복용군과 위약 복용군으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 8주간 각 제제를 일 3회 복용한 후, 흥민 증상에 대한 VAS와 화병 주요증상에 대한 5점 리커트 척도(HB-M), 화병증상척도(HB-S), 분노 척도(STAXI), 불안 척도(STAI), 우울 척도(BDI)를 측정한 결과 시험군, 대조군 모두 유의한 감소를 보였지만, 군간 유의한 차이는 없었다. 그 중 분심기음군의 사전 HB-M 점수(평균±표준편차)는 치료 전 15.56 ± 4.78 에서 치료 후 7.10 ± 5.33 로(paired t-test, $p < 0.001$), HB-S 점수(평균±표준편차)는 치료 전 41.97 ± 8.94 에서 치료 후 29.88 ± 10.48 로 개선되었다(paired t-test, $p < 0.001$). 안전성 평가에서 분심기음 복용군에서는 소화불량 3건, 두통 1건이 발생하였고 대조군에서는 소화불량 1건이 발생하였다.¹⁾

최(2015)는 화병 SCID를 만족하면서 HAMA 17점 이상의 불안증상을 가진 화병 환자 총 160명에 대하여 시호가용골모려탕 엑스제제 복용군과 위약 복용군으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 8주간 각 제제를 일 3회 복용한 후, HAMA, HB-M, HB-S, 화병 변증도구 점수, STAI, STAXI, WHO-QOL-BREF, 자기효능척도, 자존감척도를 측정한 결과, 시험군, 대조군 모두 유의한 감소를 보였으나, 군간 유의한 차이는 없었다. 그 중 시호가용골모려탕군의 HB-M 점수(평균±표준편차)는 치료 전 13.27 ± 6.06 에서 치료 후 6.66 ± 5.09 로(paired t-test, $p < 0.001$), HB-S 점수(평균±표준편차)는 치료 전 34.95 ± 11.34 에서 치료 후 27.12 ± 11.73 으로 개선되었다(paired t-test, $p < 0.001$). 안전성 평가에서 연구기간 중 경미한 이상반응 1명(얼굴부종), 중대한 이상반응 1명(이석증에 의한 입원)이 있었으나 시험약과의 인과관계는 연관성 적음(Probably not related)으로 판단되었고 증상은 자연 혹은 치료 이후 소실되었다.²⁾

배(2006)는 화병면담검사(HBDIS) 기준을 만족하는 화병 환자 37명에 대하여 열다한소탕을 2주간 일3회 복용한 후, HBDIS 점수, 사상체질설문, 한열허실평가로 전후 차이를 비교한 결과 HBDIS 점수(평균±표준편차)는 사전 41.48 ± 9.73 에서 사후 30.76 ± 10.85 로 통계적으로 유의하게 감소했다(paired t-test, $p = 0.000$). 안전성 평가에서 내원시와 약물복용 2주후에 실시한 간신독성 검사를 비교한 결과 유의한 차이가 없었다.³⁾

최 등(2020)은 발생한지 4주 이내이며 화병 진단기준을 만족하는 급성화병 환자 44명을 황련해독탕 복용군과 위약 복용군으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 7일간 각 제제를 일 3회 복용한 후, 환자 건강설문지(PHQ-15), 불면증 지수(ISI), 스트레스 반응척도(SRI), 화병 증상 VAS척도(VAS-HS), 상태 분노척도(STAXI-S)를 측정하였다. 복약 7일 후 ISI, VAS-HS에서 위약에 비하여 황련해독탕 복용군이 유의하게 호전되었음이 확인되었으며, 이러한 경향은 반복측정분산분석결과 1달 후까지 유지되었다. 반면, PHQ-15, SRI, STAXI-S에서는 황련해독탕 투여군이 위약군에 비하여 유의한 차이를 보이지 못하였다. 안전성 평가에서 위약복용군(4.5%)보다 황련해독탕 복용군(27%)에서 경미한 소화불량이 더 자주 나타났으며, 오즈비(odds ratio)는 6이었다.⁴⁾

화병 환자를 대상으로 황련해독탕 치료 효과로서 환자의 삶의 질 증진 정도를 분석 결과, 황련해독탕은 환자들의 삶의 질을 치료 전과 비교하여 유의하게 향상시켰음을 확인하였다. 7일간 치료 직후와

치료 종료 후 1개월 후에 follow up하여 측정된 EQ-5D 점수는 통계적으로 유의하게 향상되었으며, 대조군과 비교하였을 때도 향상된 정도가 유의하였다. 비용효과 분석 결과, 화병 환자에 대한 7일 동안의 황련해독탕 치료는 플라시보 대조군과 비교시 증진된 삶의 질을 보정한 생존년수 대비 비용 증진이 (Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER) 1,678,591 won/QALY 값으로 산출되었다.

조(2018)가 CRIS에 등록한 임상시험은 화병면담도구를 통하여 화병으로 임상적 진단을 받은 만 19-65세의 성인 80명을 분심기음 가미 복용군과 위약복용군으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 8주 동안 각 제제를 일 3회 복용한 후, 화병 주요증상에 대한 5점 리커트 척도(HB-M), 건강설문지(PHQ-15), 불면증 지수(ISI), 스트레스 반응척도(SRI), 상태분노척도(STAXI-S)를 측정하도록 설계되었다.⁵⁾ 연구책임자에게 요청하여 제공받은 연구 결과에 따르면, 복약 8주 후 분심기음 가미 복용군과 위약복용군 모두에서 복약전에 비하여 유의하게 개선된 효과를 확인할 수 있었으며, 이는 4주 후 추적관찰에서도 유지되었다. 그러나 양 군간의 유의한 효과 차이는 확인할 수 없었다.

② 연구결과의 요약

가. 무작위배정대조군연구(RCT)

2건의 RCT 결과를 메타분석했을 때 한약은 위약에 비해 화병 환자들이 호소하는 화병 증상, 분노, 불안, 우울 및 삶의 질을 유의하게 개선시키지 못했다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
화병 (HB-M) (Critical)	376 (3 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -0.22 (-1.34, 0.90)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함
화병 (HB-S) (Critical)	296 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -0.81 (-3.22, 1.59)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함
화병 (VAS-HS) (Critical)	44 (1 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -5.56 (-19.71, 8.59)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함
분노 (STAXI-S) (Important)	420 (4 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -0.46 (-1.61, 0.69)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함
분노 (STAXI-T) (Important)	296 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD 1.06 (-0.19, 2.30)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
불안 (STAI-S) (Important)	296 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD -0.52 (-2.68, 1.63)	점수가 낮을수록 상태-불안이 개선됨을 의미함
불안 (STAI-T) (Important)	296 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD 0.05 (-2.18, 2.29)	점수가 낮을수록 특성-불안이 개선됨을 의미함
불안 (HAMA) (Important)	152 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD -0.70 (-2.16, 0.76)	점수가 낮을수록 불안 정도가 개선됨을 의미함
우울 (BDI) (Important)	296 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD 0.37 (-1.98, 2.73)	점수가 낮을수록 우울 정도가 개선됨을 의미함
불면 (ISI) (Important)	124 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD -2.73 (-5.97, 0.50)	점수가 낮을수록 불면 정도가 개선됨을 의미함
삶의 질 (WHO- QOL-BREF) (Important)	296 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD -0.21 (-3.15, 2.73)	점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미함

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; **HB-S:** Hwabyung-Symptom(화병증상척도); **VAS-HS:** Visual analogue scale for Hwa-byung symptoms; **STAXI-S:** State-Trait Anger Expression Inventory-State Anger; **STAXI-T:** State-Trait Anger Expression Inventory-Trait Anger; **STAI-S:** State-Trait Anxiety Inventory-State Anxiety; **STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory-Trait Anxiety; **HAMA:** Hamilton Anxiety Rating Scale; **BDI:** Beck Depression Inventory; **WHOQOL-BREF:** The World Health Organization Quality of Life Scale-BREF, **ISI:** Insomnia severity index

a: 신뢰구간에 0이 포함되고 신뢰구간의 폭이 넓음

나. 비무작위연구 (non-RCT)

1건의 전후비교 연구(n=37)에서, 치료를 완료한 25명을 대상으로 HBDIS 점수(0~64점)의 전후 차이를 비교하였을 때 평균±표준편차는 사전 41.48±9.73, 사후 30.76±10.85(p=0.000)로 통계적으로 유의한 감소 효과를 보였다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q1은 화병 환자에서 한약 치료가 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 본 임상질문은 처방구성이 다양한 한약 전체를 중재로 설정하였기 때문에 이를 통합하여 분석하는 것에 대해 논란의 여지는 있으나, 전문가 그룹의 합의를 통해 화병 치료 한약들의 일반적인 특성을 보고자 하였으므로 위약을 대조군으로 둔 3개의 RCT를 메타분석하였다. 화병 환자에서 한약 치료가 위약과 비교하여 화병 및 분노, 불안, 우울, 불면 증상을 개선시키는지에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)였다.

메타분석 결과 한약의 치료 효과는 위약과 비교했을 때 통계적으로 유의하지 않았지만, RCT와 단

일군 전후연구 모두에서 한약 치료 후 화병 관련 척도(HB-M, HB-S)가 임상적으로 의미 있게 감소하였다. 대조군에서 나타난 효과가 일반적으로 기대되는 위약의 효과보다 매우 크게 측정되었고 치료군의 전후의 차이가 임상적으로 유의하게 관찰되었으며, 불면척도(ISI)의 경우 위약에 비해서 유의하게 개선된 것이 확인되므로, 연구의 근거자료가 부족하더라도 한약 치료가 임상적으로 위해보다 이득이 더 높을 것으로 판단하여 권고등급을 B에서 시작하였다. RCT에 사용된 분심기음 및 시호가용골모려탕, 황련해독탕, 단일군 전후연구에 사용된 열다한소탕은 임상에서 다빈도로 사용되는 한약이나, 본 권고안은 한약 전체에 대한 권고이므로 권고등급을 추가로 상향하지는 않았다.

이 중 황련해독탕 복용에 대한 경제성평가를 시행한 결과, ICER값은 1,678,591 won/QALY로 이는 우리나라에서 보험급여 지불의사 결정 과정에서 고려되는 ICER의 임계값보다 (통상 GDP 값의 0.7~3배) 낮은 값으로, 황련해독탕은 화병 환자에게 있어서 대조군(치료제가 아닌 플라시보 약제)과 비교하여 비용효과적인 약제인 것으로 판단되었다.

건강보험심사평가원은 신의료기술에 (의약품 포함) 대한 보험급여 고려 시 ICER 값에 대한 구체적인 지불의사 한계치 또는 그 범위를 공지한 적은 없으나, ICER 값에 대한 지불의사 정도는 해당 보건의료시스템이 소속된 국가의 GDP 레벨과 비례한 것으로 여겨지며, 심평원의 보험급여평가위원회에서 평가하는 ICER 임계치는 1인당 GDP 값 또는 GDP 값의 0.7~2.3배 정도로 여겨진다.^{6,7)} 이를 고려하였을 때, 황련해독탕의 ICER 값인 1,678,591 won/QALY은 GDP 값보다 낮으며 비용효과적인 결과인 것으로 판단된다[2019년 한국의 1인당 GDP = \$31,430(?37,220,348)].

다만 우리나라 경제성평가 가이드라인에서 제시하는 비용효과분석의 모델에서는 임상현장에서 가장 많이 사용되는 치료법 또는 임상가이드라인에서 가장 권고하는 치료법을 대조군으로 사용하도록 하고 있다. 하지만, 본 임상시험에서는 황련해독탕 치료의 대조군으로 플라시보 치료군이 사용되어 있어 ICER 값의 효과 차이가 (황련해독탕 치료군의 삶의 질 증진 vs. 플라시보 그룹의 삶의 질 증진) 다른 적극적인 치료대조군보다 높았을 것으로 생각된다. 향후 황련해독탕과 기타 다른 치료제와의 비교임상연구를 통해 황련해독탕의 비용증진과 화병 환자의 삶의 질 증진 정도를 추가적으로 비교분석을 실시해 볼 필요가 있음이 지적되었다.

이와 같은 보고를 종합적으로 고려하여, 최종적으로 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Kim SH, Park YC, Hong KE, et al. The effect of Bunsimgi-eum on Hwa-byung: randomized, double blind, placebo controlled trial. Journal of ethnopharmacology 2012;144(2):402-7.
2. 최우창. 화병의 불안 증상에 대한 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)의 효능 임상연구 [박사논문]. 대전대학교. 2015.
3. 배은주. 화병(火病)에 대한 열다한소탕(熱多寒少湯)의 임상적 효능(臨床的 效能)평가 [석사논문]. 경희대학교. 2006.
4. Choi YJ, Kim YN, Chung SY, et al. Effect of Huanglian-jie-du granule for somatic symptoms

- and insomnia in patients with Hwa-byung in early stage: a pilot randomized controlled trial. Integrative Medicine Research, 2021;10(2):100453.
5. Clinical Research Information Service [Internet]: Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency (Korea). 2010 - . Identifier KCT0003263, Efficacy and Safety of Bunsimgieum-gami on Hwa-byung: Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Multi-center Trial; 2018 Oct 12 [cited 2020 June 29];1 p. Available from: <http://www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=KCT0003263>
 6. Bae EY, Lee EK. Pharmacoeconomic Guidelines and Their Implementation in the Positive List System in South Korea. Value in Health, 2009;12(s3):S36-41.
 7. Yang BM, Bae EY, Kim J. Economic Evaluation And Pharmaceutical Reimbursement Reform In South Korea's National Health Insurance. Health Affairs, 2008;27(1):179-87.

2) 침

■ 단독치료

【R2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
화병 환자에서 일반침 치료는 삼처치 대조군과 비교했을 때는 통계적으로 유의하지 않았으나, 무처치에 비해서는 통계적으로 유의한 효과를 보였다(삼처치 대조군에서 침자극의 특이적 효과를 완전히 배제하지 못했을 수 있음). 이에 따라 화병 환자의 증상 호전을 위해 일반침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-7
임상적 고려사항 화병 환자를 대상으로 사암침법을 적용한 임상연구가 다수 수행되었다. 사암침법 중에서 심포정격, 심승격, 심정격을 고려할 수 있고, 일반 체침 혈위에서는 신문(HT07), 삼음교(SP06), 인당(EX-HN3), 전중(CV17)을 고려할 수 있으며, 불면을 호소하는 경우 시구[視區(頭鍼)], 안면(HN108), 신맥(BL62) 사(瀉), 조해(KI06) 보(補)를 고려할 수 있다.		

(1) 배경

화병에서 침치료는 한약치료와 더불어 매우 일반적으로 많이 시행되고 있는 치료방법이다. 화병 환자는 화병의 발병기전상 간기울결(肝氣鬱結) 울구화화(鬱久化火)를 거치면서 기기(氣機)의 순환에 문제가 생긴 상태인 경우가 많다. 침 자극을 통해 기혈순환을 개선시켜 증상을 치료하게 된다.

침치료는 물리적 특성상 완벽한 플라세보를 만들 수는 없다. 이를 고려하여 임상시험 결과를 해석하고, 전문가의 자문을 통해 가장 효과적으로 사료되는 혈자리를 제시하였다.

향후 잘 설계된 후속 임상 연구의 축적을 통해 보다 양질의 근거가 마련될 것을 기대한다.

(2) 임상질문: Q2

화병 환자에게 일반침 치료가 삼처치나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 화병 환자	일반침	삼처치 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)	한의원 및 한방병원

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; **HB-S:** Hwabyung-Symptom(화병증상척도); **STAXI:** State-Trait Anger Expression Inventory; **BDI:** Beck Depression Inventory; **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory

① 개별 연구 결과에 대한 설명

이 등(2012)은 화병 SCID를 만족하고 ISI 8점 이상의 불면 증상을 가진 화병 환자 총 37명을 대상으로 침치료군[시구(視區), 안면(安眠), 신맥사 조해보]과 무처치군(시험군과 동일한 시간동안 복와위 자세는 유지하되 어떠한 시술이나 조작을 일체 시행하지 않음)으로 무작위배정한 후 2주간 주 3회 20분

간 침치료를 시행한 결과, 일차 평가지표인 ISI와 이차 평가지표 중 HB-M, 화병척도, PSQI, BDI, STAI에서 시험군이 대조군보다 통계적으로 유의하게 점수가 더 감소하였고, STAXI는 두 군 모두에서 감소했으나 군간 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 그 중 일반침 치료군의 HB-M 점수(평균±표준편차)는 치료 전 14.778 ± 5.397 에서 치료 후 8.111 ± 4.471 로 감소했고, 화병척도 점수(총점 평균±표준편차)는 치료 전 80.72 ± 16.58 에서 치료 후 68.00 ± 14.77 로 감소했다.¹⁾ 배(2014) 등은 같은 연구에서 객관적 측정지표로서 Biofeedback 기기를 이용하여 자율신경계 변화(혈류 박동 주파수(blood-volume pulse amplitude, BVP), 호흡수(respiration rate), 말초부위 온도(peripheral temperature), 피부전도도(skin conductance), 근전도(electromyography, EMG)를 측정한 결과, BVP (amplitude)는 시험군이 무처치군보다 유의하게 감소하고 피부전도는 시험군이 무처치군보다 유의하게 증가하였으나 말초부위 온도, 호흡수, 근전도는 군간 유의한 차이가 없었다.²⁾

최 등(2015)은 화병면담검사(HBDIS)를 통해 화병으로 진단된 화병 환자 총 50명에 대하여 침치료군(사암침 심포정격 치료)과 삼처치군(경혈이 아닌 부위에 천자)으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 2주간 주2회 20분간 치료를 시행한 후 설문검사로써 HB-M, STAXI, STAI, BDI를 측정하고, 신체적 지표 중 혈압, 호흡수, 인당·전중·기해·중완의 체온을 측정하였다. 그 결과 두 군 모두 설문검사 점수가 감소했으나 군간 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 그 중에서 일반침 치료군의 HB-M 점수(평균±표준편차)는 치료 전 13.84 ± 4.99 에서 치료 후 7.00 ± 4.46 으로 유의하게 감소하였다(paired t-test, $p < 0.001$).³⁾ 신체적 지표에서는 실험군이 대조군보다 치료 전후 수축기 혈압, 호흡수의 감소 정도가 유의하게 큰 것으로 나타났으며 상부(인당, 전중)의 체온은 감소하고 하부(기해, 중완)의 체온은 상승하였다. 혈압과 호흡수의 효과는 치료 종료 후 2주까지 유지되지는 않았다.⁴⁾

정 등(2007)은 화병 SCID를 만족하는 화병 환자 총 26명에 대하여 침치료군(사암침 심승격, 전중혈)과 삼처치군(경혈이 아닌 부위에 천자)으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 2주간 주3회 20분 치료를 시행하였다. HB-M, STAXI, STAI, BDI에서 두 군 모두 점수가 감소했으나 군간 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았고, Anger-control의 비율이 시험군에서 유의하게 더 증가하였다. 일반침 치료군의 HB-M 점수(평균±표준편차)는 치료 전 12.08 ± 4.57 에서 치료 후 6.69 ± 5.89 점으로 유의하게 개선되었다(paired t-test, $p = 0.009$).⁵⁾

정 등(2008)은 화병 SCID를 만족하는 화병 환자 총 52명에 대하여 침치료군(심정격)과 삼처치군(경혈이 아닌 부위에 천자)으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 2주간 주3회 20분 치료를 시행하였다. HB-M, STAXI, STAI, BDI에서 두 군 모두 점수가 감소했으나 군간 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았고 Anger-control의 비율이 유의하게 시험군에서 더 증가하였다. 일반침 치료 군에서 HB-M 점수(평균±표준편차)는 치료 전 14.81 ± 5.31 에서 치료 후 6.42 ± 4.29 로 유의하게 개선되었다(paired t-test, $p < 0.0001$).⁶⁾

정 등(2012)은 화병 SCID를 만족하는 화병 환자 15명을 대상으로 신문, 삼음교, 인당, 전중혈을 3~5일 간격으로 4회 자침, 20분 유침한 후 HRV, HBDIS, STAI, BDI, VAS의 전후 차이를 측정한 결과, HBDIS 점수(평균±표준편차)는 치료 전 44.53 ± 4.55 에서 치료 후 31.80 ± 8.19 로($p = 0.00$), STAI-S

는 치료 전 61.71 ± 8.44 에서 치료 후 46.71 ± 14.04 로($p=0.002$), VAS는 치료 전 7.71 ± 1.24 에서 치료 후 2.36 ± 2.66 점으로($p=0.006$) 유의하게 감소했고, BDI는 치료 전 21.43 ± 6.93 에서 치료 후 17.93 ± 8.44 로 감소했으나 유의한 변화는 아니었으며($\text{paired } t\text{-test, } p=0.241$), HRV는 유의한 변화가 없었다.⁷⁾

② 연구결과의 요약

가. 무작위배정대조군연구(RCT)

화병 증상: 4건의 RCT를 메타분석했을 때, 무처치 및 삼처치 대조군과의 비교에서 일반침 치료는 HB-M을 통계적으로 유의하게 감소시켰다[MD -1.56 (95% CI -2.97, -0.16)]. 대조군에 따라 하위그룹 분석을 실시하였고, 일반침 치료는 무처치와 비교했을 때 HB-M를 통계적으로 유의하게 개선시켰으나[MD -3.68 (95% CI -6.70, -0.66)], 삼처치와 비교했을 때는 HB-M를 유의하게 개선시키지 못했다[MD -0.98 (95% CI -2.57, 0.61)].

분노: 4건의 RCT를 메타분석했을 때, 무처치 및 삼처치 대조군과의 비교에서 일반침 치료는 STAXI-S를 유의하게 감소시키지 못했다[MD 1.03 (95% CI -0.11, 2.16)]. 그러나 대조군에 따른 하위그룹 분석에서 일반침 치료는 무처치와 비교했을 때 STAXI-S를 통계적으로 개선시켰지만[MD 0.50 (95% CI -1.54, 2.54)], 삼처치와 비교했을 때는 STAXI-S를 유의하게 개선시키지 못했다[MD 1.26 (95% CI -0.10, 2.62)]. 한편, 일반침 치료는 무처치 및 삼처치에 비해 모두 STAXI-T에는 유의한 영향을 미치지 못했다.

불안: 4건의 RCT를 메타분석했을 때, 무처치 및 삼처치 대조군과의 비교에서 일반침 치료는 STAI-S를 통계적으로 유의하게 감소시키지 못했다[MD 0.72 (95% CI -1.93, 3.38)]. 그러나 하위그룹 분석에서 무처치 대조군과 비교했을 때 STAI-S를 유의하게 개선시켰고[MD -10.16 (95% CI -16.13, -4.19)] 삼처치 대조군과의 비교했을 때는 오히려 삼처치가 침치료에 비해 통계적으로 유의하게 STAI-S를 감소시켰다[MD 3.40 (95% CI 0.44, 6.37)]. 무처치 및 삼처치 대조군과의 비교에서 일반침은 STAI-T를 유의하게 변화시키지 못했지만[MD -0.04 (95% CI -2.51, 2.42)] 하위그룹 분석으로 대조군을 구분하자 무처치 대조군과 비교했을 때는 STAI-T가 유의하게 개선되었고[MD -6.33 (95% CI -12.05, -0.61)] 삼처치군과 비교했을 때는 STAI-T의 개선에 통계적 유의성이 없었다[MD 1.39 (95% CI -1.34, 4.12)].

우울: 무처치 및 삼처치 대조군과의 비교에서 일반침은 BDI를 유의하게 개선시켰다[MD -0.57 (95% CI -3.13, 2.00)]. 대조군에 따라 하위그룹 분석을 시행하였을 때, 무처치 대조군과 비교 시 일반침은 BDI를 유의하게 개선시켰고[MD -6.83 (95% CI -12.47, -1.19)], 삼처치 대조군과 비교했을 때는 BDI를 유의하게 개선시키지 못했다[MD 1.07 (95% CI -1.81, 3.95)].

즉 RCT 결과를 기반으로 예측했을 때 일반침 치료는 무처치에 비해 분노를 제외한 화병 증상과 상태 및 특성 불안, 우울을 통계적으로 유의하게 개선시키지만, 삼처치와 비교했을 때는 통계적 유의성이 없었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
화병 (HB-M) (Critical)	165 (4 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -1.56 (-2.97, -0.16)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함
분노 (STAXI-S) (Important)	165 (4 RCTs)	●●●○○ Moderate ^b	-	-	MD 1.03 (-0.11, 2.16)	점수가 낮을수록 상태-분노가 개선됨을 의미함
분노 (STAXI-T) (Important)	165 (4 RCTs)	●●●○○ Moderate ^b	-	-	MD 0.79 (-0.74, 2.32)	점수가 낮을수록 상태-분노가 개선됨을 의미함
불안 (STAI-S) (Important)	165 (4 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 0.72 (-1.93, 3.38)	점수가 낮을수록 상태-불안이 개선됨을 의미함
불안 (STAI-T) (Important)	165 (4 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.04 (-2.51, 2.42)	점수가 낮을수록 상태-불안이 개선됨을 의미함
우울 (BDI) (Important)	165 (4 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.57 (-3.13, 2.00)	점수가 낮을수록 우울정도가 개선됨을 의미함

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; **STAXI-S:** State-Trait Anger Expression Inventory-State Anger; **STAXI-T:** State-Trait Anger Expression Inventory-Trait Anger; **STAI-S:** State-Trait Anxiety Inventory-State Anxiety; **STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory-Trait Anxiety; **BDI:** Beck Depression Inventory

a: 결과의 방향성이 일관되지 않음

b: 신뢰구간에 0이 포함되고 신뢰구간의 폭이 넓음

나. 비무작위연구(non-RCT)

1개의 전후비교 연구(n=15)에서 HBDIS 점수(평균±표준편차)는 치료 전 44.53±4.55에서 치료 후 31.80±8.19로(p=0.00), STAI-S는 치료 전 61.71±8.44에서 치료 후 46.71±14.04로(p=0.002), VAS는 치료 전 7.71±1.24에서 치료 후 2.36±2.66으로(p=0.006) 유의하게 감소했고, BDI는 치료 전 21.43±6.93에서 치료 후 17.93±8.44로 감소했으나 유의한 변화는 아니었으며(p=0.241), HRV는 유의한 변화가 없었다.⁷⁾

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q2는 화병 환자에서 일반침 치료가 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 본 임상질문은 처방구성이 다양한 침 전체를 중재로 설정하였기 때문에 이를 통합하여 분석하는 것에 대해 논란의 여지는 있으나, 전문가 그룹의 합의를 통해 화병에 대한 일반침 치료의 일반적인 특성을 보고자 하였으므로 무처치 및 삼처치를 대조군으로 둔 4개의 RCT를 메타분석하였다. 화병 환자에서 일반침 치료가 무처치 및 삼처치와 비교하여 화병 및 분노, 불안, 우울 증상을 개선시키는지에 대한 종합적인 근거

저수준은 낮음(Low)이었다.

메타분석 결과 일반침의 치료 효과는 무처치에 비해서는 통계적으로 유의했으나, 삼처치 대조군과 비교했을 때는 통계적으로 유의하지 않았다. RCT와 단일군 전후연구 모두에서 일반침 치료군의 화병 증상 관련 척도(HB-M)가 치료 후에 임상적으로 의미있게 감소하였음에도 불구하고, 삼처치 대조군과 통계적 유의성이 없는 이유는 삼처치가 비경혈 부위에 천자하는 방식으로 설계되어 피부를 뚫는 자극에 따른 특이적 효과가 완전히 배제되지 않았기 때문으로 생각된다. 따라서 종합해보았을 때, 일반침 치료는 임상적으로 위해보다 이득이 더 높을 것으로 판단하여 권고등급을 C에서 시작하였다. RCT에 사용된 사암침과 단일군 전후연구에 사용된 혈위인 신문(HT07), 삼음교(SP06), 인당(EX-HN3), 전중(CV17)은 임상에서 다빈도로 사용되는 침구처방이나, 본 권고안은 침 전체에 대한 권고이므로 권고등급을 추가로 상향하지는 않았다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 이고은, 김남권, 김향이, et al. 화병 환자의 불면증상에 대한 침치료 유효성 평가연구: 환자-평가자눈가림, 무작위배정, 일반대조군임상시험. 동의신경정신과학회지. 2012;23(1):31-48.
2. 배달빛, 유소정, 이고은, et al. 화병 환자의 불면증 침치료가 인체의 자율신경계에 미치는 영향. 동의신경정신과학회지. 2014;25(3):235-42.
3. 최우진, 이승기, 손인봉, et al. 화병에 대한 사암침 심포정격의 치료 효과: 환자-평가자눈가림, 무작위배정 대조군 임상시험. 동의신경정신과학회지. 2011;22(2):1-14.
4. Choi WJ, Cho YY, Sun SH. The Effects of Sa-am Acupuncture Simpo-jeongkyeok Treatment on the Blood Pressure, Pulse Rate, and Body Temperature. Journal of pharmacopuncture 2015;18(2):33-41.
5. 정인철, 이상룡, 박양춘, et al. 화병의 핵심증상에 대한 사암침 치료의 효과: 예비연구. 동의신경정신과학회지. 2007;18(1):79-94.
6. 정인철, 이상룡, 박양춘, et al. 화병의 핵심증상에 대한 사암침 심정격 치료의 효과. 동의신경정신과학회지. 2008;9(1):1-18.
7. 정덕진, 이재혁. 화병 환자의 불안증 해소에 대한 침치료의 유효성 평가를 위한 단일군, 공개, 단일기관 임상시험. 동의신경정신과학회지. 2012;23(1):49-58.

3) 약침

■ 단독치료

【R3】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
화병 환자의 신체 증상 호전을 위해 약침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low	1-3
임상적 고려사항 • 화병 환자의 신체 증상 호전을 위하여 전중(CV17)과 건정(GB21)에 약침치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다. • 화병 환자의 증상 개선에 적합한 약침액으로는 MOK(자하거, 우황, 웅담, 사향), 자하거, 수승화강 약침[황련해독탕 약침을 건정(GB21)과 풍지(GB20) 양측 혈위마다 0.1cc씩 주사하고 웅담 약침을 전중(CV17), 중완(CV12)과 기해(CV6) 혈위마다 0.05cc씩 주사] 등을 제시한다.		

(1) 배경

한의학에서 약침치료는 이제 일반적인 치료법으로 정착이 되었다. 화병에서도 침치료나 한약치료로 반응이 더딜 경우, 약침치료를 통해 효과를 보는 경우가 많다. 약침의 특성상 아직까지는 활발한 임상시험이 진행되고 있지 못하기 때문에, 진료지침을 위한 근거는 많이 부족한 상태이다. 그러나 임상장면에서 흔히 사용하고 있고, 전문가들도 열감의 감소, 가슴답답함의 감소 등 신체증상이 심할 경우 빠르게 그 증상을 경감시키기 위해 선호하는 치료법이기에, 전문가의 자문을 통해 진료지침에 약침치료 권고안을 제시하였다.

제도적 정비를 통해 보다 활발한 임상시험이 이뤄지길 기대하고, 향후 잘 설계된 후속 임상 연구의 축적을 통해 보다 양질의 근거가 마련될 것을 기대한다.

(2) 임상질문: Q3

화병 환자에게 약침 치료가 삼처치나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 화병 환자	약침	삼처치 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)	한의원 및 한방병원

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; **HB-S**: Hwabyung-Symptom(화병증상척도); **STAXI**: State-Trait Anger Expression Inventory; **BDI**: Beck Depression Inventory; **STAI-T**: State-Trait Anxiety Inventory

① 개별 연구 결과에 대한 설명

김 등(2005)은 화병에 자하거 약침을 사용한 증례를 보고하였다. 해당 증례에서는 화병 치료를 위해 자하거 약침을 신도(GV11), 영대(GV10), 지양(GV09)에 각각 0.2cc씩, 전중(CV17)과 구미(CV15)에 각각 0.1cc씩 주사하였다. 약침치료 외에 한약, 침, 뜸, 이침 등을 복합적으로 실시하였다.¹⁾

황(2013)은 화병에 MOK 약침을 사용한 증례를 보고하였다. 해당 증례에서는 MOK 약침을 전중(CV17), 옥중(KI2), 신장(KI22), 견정(GB21), 심(心) 1, 2, 3점에 주사하였다. 한약은 투여하지 않았으나, 약침치료에 침, 뜸, 부항 등 복합적인 치료가 병행되었다.

Jo 등(2017)은 화병에 수승화강 약침을 사용한 3명의 증례를 보고하였다. 수승화강 약침이란 황련해독탕 약침을 견정(GB21)과 풍지(GB20) 양측 혈위마다 0.1cc씩 주사하고 웅담 약침을 전중(CV17), 중완(CV12)과 기해(CV6) 혈위마다 0.05cc씩 주사하는 방법이다. 3건의 증례 모두 약침치료 외에 한약, 침 등 복합적인 치료가 병행되었다.

② 연구결과의 요약

3건의 증례 및 증례군 보고에서 모두 화병면담검사(HBDIS)로 평가하였을 때 화병 증상의 호전을 보고하였다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q3은 화병 환자에서 약침치료가 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 약침치료에 관련된 임상연구 문헌 중 삼처치나 무처치의 치료 효과의 비교에 대한 근거가 부족하여 임상질문에 대한 근거는 불충분하다. 화병의 약침치료에 대한 연구는 증례보고만 존재하므로 근거수준은 매우 낮음(Very low)이었다.

약침치료가 자율신경계의 활성도를 높이고 화병 증상을 개선하는데 효과가 있었다는 증례보고에서 유효하다고 보고된 증상, 약침의 종류와 혈위를 분석하여 권고안에 제시하였다. 화병 환자에게 약침치료를 시행한 증례보고에서, 약침치료는 화병 환자의 심리증상보다 신체증상을 더 완화시키는 경향을 보였다. 치료 혈위로는 흥부의 전중(CV17)과 견부의 견정(GB21) 혈이 다빈도로 사용되었으며, 약침액은 MOK(자하거, 우황, 웅담, 사향), 자하거, 수승화강(황련해독탕+웅담) 등을 제시한다. 약침치료는 임상적으로 위해보다 이득이 더 높을 것으로 판단하여 권고등급을 D에서 시작하였다. 약침치료는 2013년 『화병임상진료지침』에도 제시되어 있고 임상현장에서 다빈도로 사용되므로 권고등급을 추가로 상향하였다.⁴⁾ 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 김진우, 안대중, 이순이, et al. 화병을 자하거 약침을 사용하여 치료한 1례. 동의신경정신과학회지. 2005;16(1):211-20.
2. 황지혜. MOK 약침을 사용하여 화병을 치료한 1례. 대한면역약침학회지. 2013;2(1):43-55.
3. Jo NY, Roh JD. Hwa-Byung Treated by Using Ascending Kidney Water and Descending Heart Fire Pharmacopuncture: Three Case Studies. Journal of Pharmacopuncture. 2017;20(2):132-8.
4. 화병연구센터. 화병임상진료지침. 집문당. 2013.

4) 뜸

■ 단독치료

【R4】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
화병 환자의 소화 장애 등 복부증상 호전을 위해 뜸 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low	1-12
임상적 고려사항 • 치료 혈위로 중완(CV12), 하완(CV10), 기해(CV6), 족삼리(ST36), 태충(LR03)혈 등을 권장한다. • 보통 3~7장 정도의 뜸을 뜨며, 간접적으로 따뜻하게 할 경우는 10~20분 정도 실시한다. 직접구법이든 간접구법이든 화상으로 인한 화농성 궤양이 일어나지 않도록 주의해야 한다.		

(1) 배경

한의학에서 침과 뜸은 매우 널리 사용되는 치료법이다. 화병의 질환특성상 열감을 많이 호소하기에 뜸치료보다는 침치료가 보다 많이 사용되고, 뜸치료는 복부증상을 조절하기 위한 보조적인 수단으로 사용되는 경우가 많다.

화병 환자는 화병의 발병기전상 간기울결(肝氣鬱結) 울구화화(鬱久化火)를 거치면서 기기(氣機)의 순환에 문제가 생긴 상태인 경우가 많다. 대부분 상열감이 심하면서, 복부쪽은 차가워지는 경우가 많다. 상열하한 상태이기에, 소화장애나 복통과 같은 증상이 많이 나타날 수 있는 상태이다. 뜸은 이러한 상열하한 상태의 개선을 위해 복부에 많이 사용된다. 물론, 뜸은 단순히 따뜻하게만 하는 게 아니라 기기순환을 도와주는 작용이 있기 때문에, 화병에서는 전신에 다 사용될 수 있다.

뜸치료도 물리적 특성상 완벽한 삼 대조균을 만들 수는 없다. 이를 고려하여 임상시험 결과를 해석하고, 전문가의 자문을 통해 가장 효과적으로 사료되는 부위도 제시하였다.

향후 잘 설계된 후속 임상 연구의 축적을 통해 보다 양질의 근거가 마련될 것을 기대한다.

(2) 임상질문: Q4

화병 환자에게 뜬 치료가 삼처치나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?				
권고 적응군	중재	비교	결과	진료환경
성인 화병 환자	뜸	삼처치 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)	한의원 및 한방병원

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; **HB-S:** Hwabyung-Symptom(화병증상척도); **STAXI:** State-Trait Anger Expression Inventory; **BDI:** Beck Depression Inventory; **STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory

① 개별 연구 결과에 대한 설명

뜸치료를 화병 치료의 핵심적인 중재로 다룬 임상연구 논문은 없었다. 대신 화병에 대한 복합적인 치료의 일부로 뜸치료를 실시한 증례보고를 분석에 포함하였다.

이 등(1996)은 화병 환자의 소변빈삭 증상을 치료하기 위해 기해(CV3), 관원(CV4), 중극(CV6)에 5장씩 뜸 치료를 시행하였다.¹⁾

이 등(2001)은 중완(CV), 관원(CV12)과 하지부 족삼리(ST36), 삼음교(SP6), 태충(LR3), 양릉천(GB34), 음릉천(SP9)에 간접구를 3장씩 시행하였다.²⁾

고 등(2012)은 화병에 의해 악화된 본태성 진전증 환자를 치료하기 위해 뽕립이 심한 상지의 곡지(LI11), 수삼리(LI10), 합곡(LI4), 중저(TE3)와 하지의 족삼리(ST36), 태충(LR3)에 간접구를 3장씩 시행하였다.³⁾

이외에 아래의 연구에서는 중완(CV4) 또는 관원(CV12)에 간접구를 시행하였다.⁴⁻¹¹⁾

② 연구결과의 요약

증례 및 증례군 보고에서 모두 화병 증상의 호전을 보고하였다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q4는 화병 환자에서 뜸치료가 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 뜸치료에 관련된 임상연구 문헌 중 삼처치나 무처치의 치료 효과의 비교에 대한 근거가 부족하여 임상질문에 대한 근거는 불충분하다. 화병의 뜸치료에 대한 연구는 증례보고만 존재하므로 근거수준은 매우 낮음(Very low)이었다.

뜸치료의 유효성을 논한 논문에서 제시된 혈위의 빈도를 단순분석하여 권고안에 제시하였다. 화병 환자에게 뜸치료를 시행한 증례보고들로부터, 임상적으로 화병 치료에 중완(CV12), 관원(CV4), 기해(CV6), 족삼리(ST36), 태충(LR3) 혈이 가장 일반적으로 사용되는 혈위로 도출되었다. 뜸치료는 임상적으로 위해보다 이득이 더 높을 것으로 판단하여 권고등급을 D에서 시작하였다. 뜸치료는 전문가 집단의 합의 결과, 화병 환자의 소화장애 등 복부증상을 개선하기 위해 다빈도로 사용되므로 권고등급을 추가로 상향하였다.¹²⁾ 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판

단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 이승기, 김종우, 황의완. 화병환자 1례의 임상 보고. 동의신경정신과학회지. 1996;7(1):173-80.
2. 이승희, 황선미, 정대규. 화병 환자 1례에 대한 증례 보고. 동의신경정신과학회지. 2001;12(2):205-13.
3. 고인성, 류호선, 박세진, 안효진. 화병에 의해 악화된 본태성 진전증 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2012;23(3):129-42.
4. 김로사, 김승은, 고창남, et al. 뇌졸중 유사증상을 나타내는 갱년기 화병환자 치험 1례. 대한한방부인과학회지. 2001;14(1):443-52.
5. 이지인, 김보영, 권순주, et al. 만성두통(慢性頭痛)을 주소로 하는 화병 환자 1례 증례보고. 동의신경정신과학회지. 2004;15(2):221-8.
6. 김진우, 안대중, 이순이, et al. 화병을 자하거 약침을 사용하여 치료한 1례. 동의신경정신과학회지. 2005;16(1):211-20.
7. 김지형, 류기준, 안건상, et al. 항강증과 매핵기 등을 주소로 하는 소음인 화병 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2007;18(3):299-308.
8. 박세환, 김지훈, 김근우, et al. 갱년기장애를 동반한 화병 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2009;20(4):149-59.
9. 박세환, 황정현, 윤여국, et al. 자율훈련법을 시행한 화병 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2010;21(3):139-49.
10. 안태한, 장정아, 박은영, et al. 폭식을 주소로 한 화병 환자 치험 1례. 대한한의학회지. 2011;32(5):139-46.
11. 송유림, 박경미, 양승정, et al. 화병을 동반한 갱년기 환자 치험 5례. 대한한방부인과학회지. 2016;29(4):80-90.
12. 이승기, 최우진, 강형원, et al. 화병의 비약물요법에 관한 전문가집단 설문 연구. 동의신경정신과학회지. 2009;20(2):133-41.

5) 부항

■ 단독치료

【R5】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
화병 환자의 근육통과 불면증, 흥민, 심리적 긴장 완화를 위해 부항 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Very low	1-2
임상적 고려사항 부항요법을 독맥경, 방광경에 시행할 것을 권장한다.		

(1) 배경

부항치료에 관련된 임상연구 문헌 중 삼처치나 무처치의 치료 효과의 비교에 대한 근거가 부족하여 임상질문에 대한 근거는 불충분하다. 따라서 전문가 의견조사 및 문헌고찰을 바탕으로 다음과 같은 권고안을 도출하였다. 임상에서는 화병에 동반되는 근육통과 불면증, 흥민, 심리적 긴장에 부항치료가 시행될 수 있으며 임상적 경험에 근거하여 화병 증상에 대추(GV14), 신주(GV12), 심수(BL15), 폐수(BL13), 비수(BL20) 등의 혈위를 제시한다.

(2) 임상질문: Q5

화병 환자에게 부항 치료가 삼처치나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 화병 환자	부항	삼처치 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)	한의원 및 한방병원

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; HB-S: Hwabyung-Symptom(화병증상척도); STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; STAI-T: State-Trait Anxiety Inventory

① 개별 연구 결과에 대한 설명

부항치료를 화병 치료의 핵심적인 중재로 다룬 임상연구 논문은 없었다. 대신 화병에 대한 복합적인 치료의 일부로 부항치료를 실시한 증례보고를 분석한 결과, 여러 연구들에서 부항을 시행하였다.¹⁻⁸⁾

② 연구결과의 요약

증례 및 증례군 보고에서 모두 화병 증상의 호전을 보고하였다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q5는 화병 환자에서 부항치료가 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 부항치료에 관련된 임상연구 문헌 중 삼치치나 무치치의 치료 효과의 비교에 대한 근거가 부족하여 임상질문에 대한 근거는 불충분하다. 화병의 부항치료에 대한 연구는 증례보고만 존재하므로 근거수준은 매우 낮음(Very low)이었다.

부항치료의 유효성을 논한 논문에서 제시된 혈위의 빈도를 단순분석하여 권고안에 제시하였다. 화병 환자에게 치료를 시행한 증례보고들로부터, 임상적으로 대추(GV14), 신주(GV12), 심수(BL15), 폐수(BL13), 비수(BL20) 등이 가장 일반적으로 사용되는 혈위로 도출되었다. 부항치료는 임상적으로 위해보다 이득이 더 높을 것으로 판단하여 권고등급을 D에서 시작하였다. 부항치료는 전문가 집단의 합의 결과, 화병 환자의 근육통과 불면증, 흥민, 심리적 긴장 등을 개선하기 위해 다빈도로 사용되므로 권고등급을 추가로 상향하였다.⁹⁾ 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 이승희, 황선미, 정대규. 화병 환자 1례에 대한 증례 보고. 동의신경정신과학회지. 2001;12(2): 205-13.
2. 이지인, 김보영, 권순주, et al. 만성두통을 주소로 하는 화병 환자 1례 증례보고. 동의신경정신과학회지. 2004;15(2):221-8.
3. 김상호, 박종훈, 박소정, et al. 화병과 주요우울장애가 병발한 근위축성측삭경화증 환자 1례 증례 보고. 동의신경정신과학회지. 2005;16(2):159-69.
4. 양동호, 김보라미, 김보경. 전광(癲狂) 유사 증상을 나타낸 화병 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2006;17(3):143-55.
5. 김지형, 류기준, 안건상, et al. 항강증과 매핵기 등을 주소로 하는 소음인 화병 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2007;18(3):299-308.
6. 황정현, 김지훈, 구병수, et al. 안검하수를 동반한 화병 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2009;20(4):161-72.
7. 고인성, 류호선, 박세진, 안효진. 화병에 의해 악화된 본태성 진전증 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2012;23(3):129-42.
8. 안태한, 장정아, 박은영, et al. 폭식을 주소로 한 화병 환자 치험 1례. 대한한의학회지. 2011; 32(5):139-46.
9. 이승기, 최우진, 강형원, et al. 화병의 비약물요법에 관한 전문가집단 설문 연구. 동의신경정신과학회지. 2009;20(2):133-41.

6) 심신중재법

6-1) 이완법

■ 단독치료

【R6】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
화병 환자의 증상 호전을 위해 이완법을 고려해야 한다.	B/Very low	1
임상적 고려사항 이완법에는 심호흡 및 호흡훈련, 점진적 근육이완법, 자율훈련법, 바이오피드백 보조 이완법, 유도된 심상, 자기최면 등이 포함된다. 비급여 등재행위인 '자율훈련법'은 행위정의 상 점진적 근육이완법과 자율훈련법을 모두 포함한다.		

(1) 배경

이완법은 생리적 스트레스와 정신적 스트레스를 감소하기 위한 기법을 총칭하는 것으로 심신중재법의 일환이다. 미국의 국립보완통합의학센터(National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH)에서는 심호흡 및 호흡훈련, 점진적 근육이완법, 자율훈련법, 바이오피드백 보조 이완법, 유도된 심상, 자기최면 등을 이완법으로 분류하고 있다. 특히 인지행동 스트레스 관리(Cognitive-Behavioral Stress Management, CBSM)에서도 스트레스 관리를 위해 복식호흡, 점진적 근육이완법, 자율훈련법을 교육한다.¹⁾

화병은 명확한 스트레스 사건으로 촉발되는 정신장애이므로 이완법을 활용하여 스트레스를 감소시키는 것이 도움이 된다. 하지만 비약물적 요법의 특성상 완벽한 삼 대조군을 설계할 수는 없다. 이를 고려하여 임상시험 결과를 해석하고, 전문가의 자문을 통해 가장 효과적이라고 사료되는 권고안을 제시하였다.

향후 잘 설계된 후속 임상 연구의 축적을 통해 보다 양질의 근거가 마련될 것을 기대한다.

(2) 임상질문: Q6

화병 환자에게 이완법이 타치료나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 화병 환자	이완법	타치료 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)	한의원 및 한방병원

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; **HB-S:** Hwabyung-Symptom(화병증상척도); **STAXI:** State-Trait Anger Expression Inventory; **BDI:** Beck Depression Inventory; **STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory

① 개별 연구 결과에 대한 설명

박 등(2010)은 화병 환자에게 이완법의 하나인 술츠(Schultz)의 자율훈련법을 아침, 점심, 저녁, 자기 전에 걸쳐 하루 4회 실시하였다.

② 연구결과의 요약

20일 동안 자율훈련법을 포함하여 복합적인 치료를 받고난 뒤 우울척도인 BDI가 28점에서 18점으로, SDS가 49점에서 34점으로 감소하였으며, 상태불안척도는 44점에서 37점으로, 특성불안척도는 42점에서 35점으로 감소하였다. 다만, 화병 증상을 특이적으로 평가하는 화병 척도에 대한 보고는 없었다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q6은 화병 환자에서 이완법이 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 이완법과 관련된 임상연구 문헌 중 타치료 또는 무처치 비교에 대한 근거가 부족하여 임상질문에 대한 근거는 불충분하다. 화병의 이완법에 대한 연구는 증례보고만 존재하므로 근거수준은 매우 낮음(Very low)이었다(감정 자유기법과 비교하여 이완법을 대조군으로 사용한 임상시험 결과는【R8】을 참고).

이완법 중의 하나의 자율훈련법이 화병 환자에게 효과가 있었다는 증례보고를 분석하여 권고안에 제시하였다. 이완법은 임상적으로 위해보다 이득이 더 높을 것으로 판단하여 권고등급을 D에서 시작하였다. 이완법은 스트레스 관리법으로 임상현장에서 다빈도로 사용되므로 권고등급을 추가로 상향하였다.²⁾ 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 C를 부여한다. 임상에서는 화병의 원인이 되는 스트레스를 관리하기 위해 이완법을 교육하고 적용할 수 있으며 임상적 경험에 근거하여 복식호흡, 점진적 근육이완법, 자율훈련법을 구체적인 기법으로서 임상적 고려사항으로 제시한다.

(4) 참고문헌

1. 박세환, 황정현, 윤여국, et al. 자율훈련법을 시행한 화병 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지. 2010;21(3):139-49.
2. Michael Antoni, Gail Ironson, Neil Schneiderman 저. 최병휘, 김원 역. 스트레스의 인지행동치료(원제 Cognitive-behavioral stress management: workbook). 시그마프레스. 2010.

6-2) 명상요법

■ 단독치료

【R7】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
화병 환자에 대하여 명상 치료는 무처치(대기군)에 비해서 화병 증상 척도를 통계적으로 유의하게 감소시켰다. 이에 화병 환자의 증상 호전을 위해 명상요법을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-3
임상적 고려사항 명상요법은 한방의료행위 중 기공(정공)에 해당된다. 화병 치료에 활용할 수 있는 구체적인 명상 프로그램으로는 자애명상과 마음챙김기반 스트레스감소(MBSR) 프로그램이 있다. 명상요법은 개인의 참여 동기와 반복적인 연습이 중요하며, 환자들이 명상 과정에서 어려움을 경험할 때 지도자의 구체적인 지도와 진심 어린 태도가 극복요인으로 작용하기 때문에 명상요법은 지도자의 숙련도에 따라 결과가 달라질 수 있다. 따라서 경험이 많은 한의사의 지도를 받은 후 시행할 것을 권장한다.		

(1) 배경

명상은 서구에서 심신중재법으로 보완대체요법에서 많이 사용되고 있다. 특히 존카밋진 박사가 마음챙김기반 스트레스감소(Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) 프로그램을 보급하면서 전세계적으로 스트레스 관리에 많이 사용되고 있으며, 임상시험도 많이 시행되어 그 근거도 많이 축적되어 있다. 우리나라에서는 전통적으로 심신수양을 위해 명상을 많이 시행해 왔으나, 치료적 측면에서의 축적된 자료는 미약하다.

화병은 스트레스에 대한 반응으로 분노가 발생하고, 이러한 분노가 불안전하게 억제되어 축적되었다가, 더 이상 억제하지 못하여 화가 폭발하는 양상으로, 신체적 열감 및 정신적 분노, 우울, 불안 등으로 표출되는 질환이다. 병의 원인이 되는 스트레스에 대한 대응방식의 변화와 증상의 개선을 위해 명상이 사용될 수 있다. 화병 치료에 활용할 수 있는 구체적인 명상 프로그램으로는 자애명상과 MBSR 프로그램이 있다. 자애명상 프로그램에 참여한 경험이 있는 화병 환자를 대상으로 질적연구를 실시한 결과, 자애명상을 통해 집착이 없어지고 자기자비와 타인자비가 증진되면서 감정조절 능력이 개선되었고 결과적으로 증상이 감소하고 정서가 안정되었으며 사고가 유연해졌다. 그러나 명상이 낮설고, 도중에 잠념이 떠오르고, 명상을 하는 시간 외에 일상에서는 지속적인 스트레스와 원망의 대상이 있어 치료에 방해요인으로 작용하는 것으로 나타났다.¹⁾ 한편, MBSR에 참여한 화병 환자를 대상으로 한 질적연구에서는, 환자들이 명상을 통해 신체감각의 변화를 더욱 명확하게 느끼는 것으로 나타났고 정서와 인지의 변화를 경험하였다. 그리고 기본적으로 MBSR에서 자애심을 증진하는 훈련을 시행하지는 않으나, 일부 환자에서는 자연스럽게 자애심이 증가하는 것으로 나타났다.²⁾

명상도 그 특성상 완벽한 플라세보를 만들 수는 없다. 이를 고려하여 임상시험 결과를 해석하고, 전문가의 자문을 통해 가장 효과적으로 사료되는 권고안을 제시하였다.

향후 잘 설계된 후속 임상 연구의 축적을 통해 보다 양질의 근거가 마련될 것을 기대한다.

(2) 임상질문: Q7

화병 환자에게 명상요법이 타치로나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 화병 환자	명상요법	타치로 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)	한의원 및 한방병원

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; HB-S: Hwabyung-Symptom(화병증상척도); STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; STAI-T: State-Trait Anxiety Inventory

① 개별 연구 결과에 대한 설명

유 등(2014)이 시행한 무작위대조군 연구에서 화병증상척도 30점 이상의 화병 환자 총 22명을 대상으로 마음챙김 명상 시행군과 대기군으로 무작위배정한 후 화병증상척도, 통합적 한국판 CES-D 척도, 상태불안 척도, 스트레스 반응척도, 한국판 마음챙김 주의자각 척도, 심리적 수용 척도, SCL-90-R을 측정된 결과, 시험군에서 화병 증상, 우울, 불안, 스트레스의 감소 폭이 유의하게 컸다. 그 중 치료군의 HB-S의 전후 차이(평균±표준편차)가 12.34 ± 6.57 로 명상 치료 후 화병 증상이 유의하게 감소하였다.³⁾

송 등(2012)이 시행한 단일군 관찰연구에서 화병 SCID를 만족하는 화병 환자 총 10명을 대상으로 8주간 주1회 1시간씩 마음챙김 기반 스트레스 감소 프로그램(MBSR)을 시행한 후 화병증상척도, 분노척도(STAXI), 병원 불안-우울척도(HAD), 마음챙김 주의-자각 척도(K-MAAS), 정서조절곤란 척도(K-DERS), 자기-자비척도(SCS), 수용-행동 질문지(AAQ), 구조화된 면담을 시행한 결과, 화병 증상척도, 상태-특성 분노 표현 척도(STAXI), 병원 불안-우울척도(HAD), 마음챙김 주의-자각 척도(K-MAAS), 정서조절곤란 척도(K-DERS), 자기-자비척도(SCS)에서 유의하게 호전이 있었다. 또한 질적 분석 결과 정서와 인지의 긍정적 변화가 나타나 화병의 신체증상이 개선되었으며, 대인관계가 개선되고 전반적인 삶의 질이 증가하였다. 명상을 실시한 후 화병증상척도 점수(평균±표준편차)는 치료 전 34.93 ± 5.26 에서 치료 후 24.53 ± 12.09 로($p=0.00$), STAXI-S는 치료 전 21.40 ± 6.42 에서 치료 후 16.47 ± 7.61 로($p=0.01$), STAXI-T는 치료 전 23.13 ± 5.87 에서 19.20 ± 6.19 로($p=0.01$), HAD-A(병원불안척도)는 치료 전 11.47 ± 3.44 에서 치료 후 8.20 ± 4.75 로($p=0.01$), HAD-D(병원우울척도)는 치료 전 11.13 ± 3.00 에서 치료 후 7.80 ± 5.09 로 개선되었다($p=0.03$).²⁾

② 연구결과의 요약

가. 무작위배정대조군연구(RCT)

1건의 RCT에서 명상 시행군은 대기군보다 화병 증상, 불안 및 우울이 통계적·임상적으로 크게 개선되었다[HB-S: MD -14.68 (95% CI -20.18, -9.18), STAI-S: MD -21.12 (95% CI -28.49, -13.75), CES-D: MD -10.22 (95% CI -15.59, -4.85)].³⁾

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
화병 (HB-S) (Critical)	18 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD -4.68 (-20.18, -9.18)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함
불안 (STAI-S) (Important)	18 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD -21.12 (-28.49, -13.75)	점수가 낮을수록 상태-불안이 개선됨을 의미함
우울 (CES-D) (Important)	18 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD -10.22 (-15.59, -4.85)	점수가 낮을수록 우울정도가 개선됨을 의미함

HB-S: Hwabyung Scale-Symptom; STAI-S: State-Trait Anxiety Inventory-State Anxiety; CES-D: The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

나. 비무작위연구(non-RCT)

1건의 전후비교 연구(n=10)에서 화병증상척도 점수(평균±표준편차)는 치료 전 34.93±5.26에서 치료 후 24.53±12.09로(p=0.00), STAXI-S는 치료 전 21.40±6.42에서 치료 후 16.47±7.61로(p=0.01), STAXI-T는 치료 전 23.13±5.87에서 19.20±6.19로(p=0.01), HAD-A(병원불안척도)는 치료 전 11.47±3.44에서 치료 후 8.20±4.75로(p=0.01), HAD-D(병원우울척도)는 치료 전 11.13±3.00에서 치료 후 7.80±5.09로 개선되었다(p=0.03).²⁾

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q7은 화병 환자에게 명상치료가 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 이에 검색결과 포함된 1개의 무작위대조군연구를 분석한 결과 화병 환자에서 명상치료가 대기군과 비교하여 화병증상척도와 불안, 우울 척도의 점수를 감소시켰으며 근거수준이 중등도(Moderate)였다.

메타분석 결과 명상의 치료 효과는 무처치(대기군)에 비해서 통계적으로 유의하였고, RCT와 단일군 전후연구 모두에서 명상 치료군의 화병 증상 관련 척도(HB-S)가 치료 후에 임상적으로 의미 있게 감소하였다. 따라서 명상 치료는 임상적으로 위해보다 이득이 더 높을 것으로 판단하여 권고등급을 B

에서 시작하였다. 한의사의 명상 활용도에 대한 자료가 없으므로 권고등급은 추가로 상향하지 않았다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 조현주, 김종우, 송승연. 화병 환자의 자애명상 치료적 경험과정에 대한 연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료. 2013;25(3):425-48.
2. 송승연, 조현주, 김상영, et al. 화병 환자의 마음챙김에 기초한 스트레스 감소 프로그램(Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR) 경험에 관한 질적 연구. 동의신경정신과학회지. 2012;23(4): 153-8.
3. 유승연, 김미리혜, 김정호. 마음챙김 명상이 중년 여성의 화병 증상, 우울, 불안 및 스트레스에 미치는 효과. 한국심리학회지 건강. 2014;19(1):83-98.

6-3) 감정자유기법

■ 단독치료

【R8】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
화병 환자의 증상 개선을 위하여 감정자유기법을 시행한 결과 타 활성대조군 치료에 비하여 통계적으로 유의한 효과를 보이지 못했으나, 양 군 모두에서 분노증상에 대한 유의한 개선을 보였다. 이에 따라, 화병 환자의 증상 호전을 위해 감정자유기법(EFT) 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-4
임상적 고려사항 화병 환자가 오면 명상이나 이완법을 우선 적용하되, 화병의 양상이 외상 후 스트레스 장애와 가까울 경우 혹은 8주 훈련 이후에도 증상이 개선되지 않거나 한의사 또는 환자의 선호와 가치에 따라 EFT를 시행할 수 있다. EFT 치료 초기에는 환자들이 치료법에 대해 의구심을 갖기도 하고 치료 과정이 다소 어렵고 복잡하다고 느낄 수 있기 때문에 EFT의 핵심명제와 치료 기전, 치료 과정에 대해서 충분히 설명해야 한다. 반복적으로 시행하면 자연스럽게 치료에 적응하게 되므로 환자가 꾸준히 치료에 참여할 수 있도록 격려하는 것이 필요하다.		

(1) 배경

감정자유기법은 보완대체요법에서 Energy psychology로 자리매김하고 있다. 경락의 에너지 흐름에 문제가 생기면, 신체적 정신적 질환이 발생한다는 이론을 근거로 하고 있으며, 경락상의 정해진 경혈점들을 두드리 자극하여 경락의 기능을 회복시키고 안정시키는 방법이다. 또한 확언과 뇌조율과정을 통하여 노출된 스트레스자극에 대한 재구조화를 통해 환자를 치료하는 방법이다. 우리나라에서는 외상 후 스트레스 장애에 효과가 있다하여 신의료기술로 등재되어 있다.

화병은 스트레스에 대한 반응으로 분노가 발생하고, 이러한 분노가 불안전하게 억제되어 축적되었다가, 더 이상 억제하지 못하여 화가 폭발하는 양상으로, 신체적 열감 및 정신적 분노, 우울, 불안 등으로 표출되는 질환이다. 병의 원인이 되는 스트레스의 관리를 위해 명상이 사용될 수 있다. 또한 화병의 발병기전상 간기울결(肝氣鬱結) 울구화화(鬱久化火)를 거치면서 기기(氣機)의 순환에 문제가 생긴 상태인 경우가 많다. 이러한 스트레스 관리와 기기울체된 상태의 개선을 감정자유기법을 통해 이룰 수 있을 것으로 사료된다.

EFT를 시행한 화병 환자들의 치료 경험을 분석한 질적연구들에서, 화병 환자들은 경혈 두드리기(tapping)을 통해 열이 내려가고 답답함이 해소되는 ‘시원한 느낌’을 경험하였고 확언을 통해 스스로를 받아들이고 과거 기억에서 벗어나 자신과 미래에 대한 기대감을 회복할 수 있었다. EFT를 통해 결과적으로는 화병의 신체증상과 반추 사고 및 부정정서가 감소하고 대인관계의 회복을 경험하였다. 그러나 치료 초기에는 치료법에 대한 의구심이 생기기도 하고, 치료 과정이 복잡하다고 느끼기도 한다. 또한, 일상생활에서는 시간과 공간의 제약으로 반복 시행하기가 어려움을 토로하였다.^{1,2)} 환자들이 반복적으로 자가연습을 할 수 있도록 치료의 핵심명제와 기전, 시행절차와 과정을 자세하게 설명하고 필요하다

면 환자에게 제공할 수 있는 교육자료를 준비하는 것이 좋다.

감정자유기법 또한 방법적 특성상 완벽한 플라세보를 만들 수는 없다. 이를 고려하여 임상시험 결과를 해석하고, 전문가의 자문을 통해 가장 효과적으로 사료되는 권고안을 제시하였다.

향후 잘 설계된 후속 임상 연구의 축적을 통해 보다 양질의 근거가 마련될 것을 기대한다.

(2) 임상질문: Q8

화병 환자에게 감정자유기법(EFT)이 타치료나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 화병 환자	EFT	타치료 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)	한의원 및 한방병원

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; **HB-S:** Hwabyung-Symptom(화병증상척도); **STAXI:** State-Trait Anger Expression Inventory; **BDI:** Beck Depression Inventory; **STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory

① 개별 연구 결과에 대한 설명

서 등(2015)이 시행한 무작위배정 활성 대조군(active control) 예비연구에서는 화병 SCID를 만족하는 화병 환자 총 27명을 대상으로 EFT (Emotional Freedom Technique) 프로그램 시행군과 이완법 중 하나인 PMR (Progressive Muscle Relaxation) 프로그램 시행군으로 무작위배정한 후 4주간 주1회 1시간 치료 프로그램을 시행하고 자가실습을 하도록 하였다. 두 군 모두에서 치료 후 화병척도, STAI, STAXI-T, SCL-90-R의 SOM, HOS, ANX가 감소했으나, 감소폭은 PMR군과의 유의한 차이가 없었다. 치료종료 4주후 f/u에서 PMR군에서는 STAI-S와 STAXI-T가 다시 악화되었으나, EFT 군에서는 더 감소했다.³⁾

곽 등(2019)이 시행한 무작위배정 활성 대조군(active control) 연구에서는 화병 SCID를 만족하는 화병 환자 총 40명을 대상으로 EFT 프로그램 시행군과 PMR 프로그램 시행군으로 무작위배정한 후 4주간 주1회 1시간 치료 프로그램을 시행하였다. 치료 후 EFT군에서 STAXI-T 점수가 통계적으로 유의하게 개선되었고, HB-M, HB-S, STAXI-S, STAI, BDI에서는 통계적 유의성이 없었다.⁴⁾

상기 연구에서 진행된 경제성평가 결과 비용대비 효과를 볼 때 EFT치료는 화병 환자의 삶의 질을 향상시켰으나 PMR 그룹과 비교하였을 때 그 효과 크기는 통계적으로 유의하지는 않은 것으로 나타났다. EFT 치료 그룹의 환자들은 치료 직후, 치료 후 1개월 follow up, 6개월 follow up 시점에서 관찰시 모두 baseline과 비교하여 EQ-5d, EQ-VAS로 측정된 삶의 질이 향상되었다. SF-36으로 측정된 삶의 질도 EFT 치료 그룹의 환자들은 치료 직후, 치료 후 1개월 follow up 시점에서 baseline과 비교하여 향상되었고, 치료를 마친 후 6개월 follow up 시점에서는 다소 감소하였다.

② 연구결과의 요약

가. 무작위배정대조군연구(RCT)

2건의 RCT를 메타분석했을 때, EFT는 PMR에 비해서 화병 증상과 분노, 불안, 우울을 통계적으로 유의하게 개선시키지 못했다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
화병 (HB-M) (Critical)	31 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	—	—	MD 2.13 (-6.80, 11.06)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함
화병 (HB-S) (Critical)	57 (2 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	—	—	MD -0.27 (-6.30, 5.77)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함
분노 (STAXI-S) (Important)	57 (2 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	—	—	MD -3.44 (-7.90, 1.03)	점수가 낮을수록 상태-분노가 개선됨을 의미함
분노 (STAXI-T) (Important)	57 (2 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	—	—	MD -2.66 (-5.75, 0.42)	점수가 낮을수록 특성-분노가 개선됨을 의미함
불안 (STAI-S) (Important)	57 (2 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	—	—	MD -1.09 (-6.70, 4.51)	점수가 낮을수록 상태-불안이 개선됨을 의미함
불안 (STAI-T) (Important)	57 (2 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	—	—	MD -0.46 (-6.10, 5.17)	점수가 낮을수록 특성-불안이 개선됨을 의미함
우울 (BDI) (Important)	31 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	—	—	MD -2.92 (-10.39, 4.55)	점수가 낮을수록 우울정도가 개선됨을 의미함

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; HB-S: Hwabyung-Symptom(화병증상척도); STAXI-S: State-Trait Anger Expression Inventory-State Anger; STAXI-T: State-Trait Anger Expression Inventory-Trait Anger; STAI-S: State-Trait Anxiety Inventory-State Anxiety; STAI-T: State-Trait Anxiety Inventory-Trait Anxiety; BDI: Beck Depression Inventory

a: 배정순서의 생성 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q8은 화병 환자에서 EFT 치료가 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 검색결과 2개의 무작위배정 적극적대조군 임상연구가 포함되었고 전체적인 근거수준은 중등도(Moderate)였다.

PMR은 다양한 심리 및 신체증상 개선을 위해 널리 쓰이고 있는 행동치료 중 하나로, 메타분석 결과

화병 환자에서 EFT가 PMR보다 더 효과적으로 화병 증상을 개선시키지는 알 수 없으나, 임상적으로 EFT 치료는 안전한 치료 방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단되어 권고등급을 C에서 시작하였다. 또한 우리나라에서 화병 환자에 대한 다른 표준치료가 정립된 바 없으며 EFT의 활용이 어렵지 않아 가치와 선호도가 낮아지지 않을 것으로 생각된다.

EFT에 대한 경제성 평가 분석 결과 화병 환자에 대해서, PMR 치료에 비해서 EFT 치료의 비용효과 분석에서 ICER값은 6,500,000 won/QALY으로, 2019년 한국의 1인당 GDP를 임계점으로 고려하였을 때(\$31,430, ₩37,220,348) EFT 치료가 비용효과적인 치료로 보인다.

화병 환자에 대한 EFT 치료의 ICER값은 6,500,000 won/QALY로 우리나라의 보험급여 지불의사 결정 과정에서 고려되는 ICER의 임계값보다[통상 GDP 값의 0.7~3배, 2019년 우리나라 1인당 GDP는 \$31,430(₩37,220,348)] 낮다. 즉, 화병 환자에게 EFT 치료는 대조군(PMR)과 비교하여 비용효과적인 약제인 것으로 판단되며 우리나라 건강보험 급여 치료항목으로도 권장될 수 있다.

다만 이 비용효과분석에서 보여준 EFT의 삶의 질은 비교대상군인 PMR 보다 좋았으나 통계적으로 유의하게 좋지는 않았다. 이는 EFT 치료 효과와 PMR 치료효과가 비슷하게 좋기 때문으로 해석할 수도 있는데, 그렇다면 EFT와 PMR 모두 화병 환자의 보험급여가 되는 치료법으로 고려될 수 있음을 의미한다. 통계적으로 유의하지 않음은 연구에 참여한 환자 수와 관련하며, 본 경제성평가가 수행된 임상연구에 참여한 환자 수가 총 40명 이하로(각 군 별로 20명) 적은 수임을 고려하면 추후 더 많은 수의 참여자를 포함한 임상시험에서는 좀 더 안정적인 비용효과분석 결과를 가져올 수 있을 것으로 제안되었다.

시행된 경제성평가에서는 EFT와 PMR 치료에 대한 비용을 임상연구가 실시된 의료기관의 병원에서 산정하는 비용 데이터를 이용하여 산정하였다(EMR 치료비: 4만 원, PMR 치료비: 33,500원). 하지만 현재 두 치료 모두 건강보험급여 대상이 아니므로 수가가 정해져 있지 않아서 기관별로 지역별로 상이할 수 있어서 이에 따라 비용효과분석 결과는 달라질 수 있다. 하지만 EMR 치료가 PMR 치료 가격의 약 20%보다 더 높음에도 불구하고 비용효과적인 결과를 보인 만큼 EMR 치료가 화병 환자 치료에 있어서 비용효과적인 치료대안으로 고려될 수 있음을 보고하였다.

상기의 사항을 종합하여, 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 송승연, 이정환, 서진우, et al. EFT 집단치료 프로그램이 화병 환자에게 미치는 영향에 대한 질적 분석. 동의신경정신과학회지. 2014;25(1):29-38.
2. 서효원. 화병 환자를 위한 EFT 프로그램 치료과정에 대한 질적연구 [박사학위]. 경희대학교. 2018.
3. Suh JW, Chung SY, Kim SY, et al. Anxiety and Anger Symptoms in Hwabyung Patients Improved More following 4 Weeks of the Emotional Freedom Technique Program Compared to the Progressive Muscle Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. Evidence-based

complementary and alternative medicine. 2015;203612.

4. Kwak HY, Choi EJ, Kim JW, Suh HW, Chung SY. Effect of the Emotional Freedom Techniques on anger symptoms in Hwabyung patients: A comparison with the progressive muscle relaxation technique in a pilot randomized controlled trial. *Explore*. 2020;16(3):170-7.

7) 정신요법

■ 단독치료

【R9】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
화병에서 집단상담치료는 대기군에 비하여 유의하게 화병증상척도와 분노 척도를 감소시켰다. 이에 따라 화병 환자의 증상 호전을 위해 상담 치료를 권고한다.	A/Moderate	1-2
임상적 고려사항 현재까지 화병 환자를 대상으로 임상연구가 진행되어 근거가 마련된 상담 기법으로는 수용전념치료(ACT)가 유일하다. 이는 3세대 인지행동치료로서, ACT는 심리적 유연성을 증진시켜 분노와 같은 자신의 내적 경험을 있는 그대로 수용하고 자신의 가치를 위해 전념할 수 있도록 돕는 정신요법이다.		

(1) 배경

화병은 스트레스에 대한 반응으로 분노가 발생하고, 이러한 분노가 불안전하게 억제되어 축적되었다가, 더 이상 억제하지 못하여 화가 폭발하는 양상으로, 신체적 열감 및 정신적 분노, 우울, 불안 등으로 표출되는 질환이다. 신체적인 증상의 조절을 위한 치료뿐 아니라, 정신적으로 분노, 우울, 불안 등의 감정이복을 다루어주어야 보다 근본적인 치료가 가능하다. 또한 완전한 관해를 위해서는 억울하고 분한 감정의 원인이 되는 사건 혹은 대상에 대한 용서까지 이르러야 하는 측면이 있다. 이를 위해서는 정신요법이 필수적이다.

정신요법은 방법적 특성상 완벽한 플라세보를 만들 수는 없다. 이를 고려하여 임상시험 결과를 해석하고, 전문가의 자문을 통해 가장 효과적으로 사료되는 권고안을 제시하였다.

향후 잘 설계된 후속 임상 연구의 축적을 통해 보다 양질의 근거가 마련될 것을 기대한다.

(2) 임상질문: Q9

화병 환자에게 정신요법(상담)이 타치료나 무처치에 비하여 화병 증상과 분노, 우울, 불안을 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 화병 환자	정신요법(상담)	위약 또는 무처치	화병 증상 척도(HB-M, HB-S 등), 분노 척도(STAXI 등), 우울 척도(BDI 등), 불안 척도(STAI 등)	한의원 및 한방병원

HB-M: 5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms; HB-S: Hwabyung-Symptom(화병증상척도); STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; STAI-T: State-Trait Anxiety Inventory

① 개별 연구 결과에 대한 설명

김(2015)은 화병증상척도 30점 이상의 화병 환자 총 24명을 대상으로 ACT (Acceptance & Commit-

ment Therapy, 수용전념치료) 집단 프로그램 시행군과 대기군으로 배정 후 8주간 주1회 프로그램 시행 후 화병증상척도, STAXI-K, VLQ, 심리적 안녕감 척도를 평가 결과, 화병증상, 상태분노가 유의하게 감소하였으며 이는 치료종료 8주 후에도 유의하게 유지되었다.¹⁾

이(2015)는 화병증상척도 30점 이상의 화병 환자 총 19명을 대상으로 ACT 프로그램 시행군과 대기군으로 배정 후 시험군에만 8주간 주1회 2시간 30분씩 ACT 프로그램을 시행 후 화병증상척도, STAXI, 한국어판 수용행동질문지-II(K-AAQ-II) 평가 결과, 시험군에서 화병 환자의 증상이 완화되고 수용행동이 꾸준히 증가하였으며 분노억제 수준에도 긍정적인 변화가 있었다.²⁾

② 연구결과의 요약

가. 반무작위배정대조군연구(quasi-RCT)

2건의 임상연구를 메타분석했을 때, 상담 시행군은 대기군에 비해 화병 증상과 상태 분노를 통계적으로 유의하게 감소시켰다[HB-S: MD -13.65 (95% CI -18.24, -9.05), STAXI-S: MD -6.38 (95% CI -9.90, -2.85)]. 그러나 특성 분노는 유의하게 변화시키지 못했다[STAXI-T: MD -2.00 (95% CI -5.02, 1.02)].

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
화병 (HB-S) (Critical)	39 (2 qRCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -13.65 (-18.24, -9.05)	점수가 낮을수록 화병 증상이 개선됨을 의미함
분노 (STAXI-S) (Important)	39 (2 qRCTs)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -6.38 (-9.90, -2.85)	점수가 낮을수록 상태-분노가 개선됨을 의미함
분노 (STAXI-T) (Important)	39 (2 qRCTs)	●●○○ Low ^{a,c}	-	-	MD -2.00 (-5.02, 1.02)	점수가 낮을수록 특성-분노가 개선됨을 의미함

HB-S: Hwabyung Scale-Symptom; STAXI-S: State-Trait Anger Expression Inventory-State Anger; STAXI-T: State-Trait Anger Expression Inventory-Trait Anger

a: 배정순서의 생생 및 은폐가 잘 이루어지지 않고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

b: I²값이 70%로 이질성이 다소 높음

c: 신뢰구간에 0이 포함되고 신뢰구간의 폭이 넓음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q9는 화병 환자에서 상담 치료가 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 이에 검색결과 포함된 2개의 임상연구들을 분석 결과 화병 환자에서 집단상담치료가 대기군과 비교하여 화병증상

척도와 분노척도의 점수를 감소시켰고, 전체적인 근거수준은 가장 중요한 척도인 화병증상척도의 근거수준에 따라 중등도(Moderate)로 판단할 수 있다.

메타분석 결과와 임상현장에서의 활용도를 고려할 때 상담치료는 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단하여 권고등급을 B에서 시작했다. 또한 우리나라에서 화병 환자에 대한 상담치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 가치와 선호도가 낮아지지 않을 것으로 생각된다. 또한 한방정신요법은 급여 등재 행위이므로 비용을 고려하였을 때, 심신중재법과 정신치료 등의 심리적 접근법들 중에서 강하게 권고하기 위해 권고등급을 1단계 상향하였다. 이에 권고등급 A를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 김수희. ACT 기반 가치명료화 집단 프로그램이 중년 여성의 화병 증상, 분노 및 삶의 질에 미치는 효과 [석사학위]. 대구대학교. 2015.
2. 이주영. 수용 전념 집단 프로그램이 화병 증상이 있는 중년 여성의 분노표현, 분노경험 및 수용 행동에 미치는 효과 [석사학위]. 서울여자대학교 특수치료전문대학원. 2015.

2. 타질환이 병행된 화병

2-1. 갱년기 증후군에 동반된 분노 증상

1) 한약

■ 단독치료 - 위약 vs. 한약

【R10】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기증후군에서 한약은 무처치 또는 위약과 비교했을 때 통계적·임상적으로 과민성 점수를 의미 있게 감소시켰다. 이에 따라 갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 한약 치료를 시행할 것을 권고한다.	A/High	1-3
임상적 고려사항 본 권고안의 분석에 포함된 연구에서 사용된 처방 구성 및 단미의 용량은 다음과 같다. • 대조환: 자하거 1구, 생지황 150g, 구판 두충 천문동 황백 각 56.25g, 우슬 맥문동 당귀신 각 45g, 인삼 37.50g, 오미자 18.75g/탄자대의 밀환으로 제조/1환의 무게는 2g • 광방풍 캡슐: 1캡슐은 광방풍(Epimeredi indica) 성분 0.4g 함유 • 희명정 정: 100mg 1캡슐에 승마(Cimicifuga heracleifolia) 사포닌 33.7mg 함유		

(1) 배경

갱년기증후군은 화병의 증상과 유사하여 감별이 필요하기도 하지만, 갱년기에 화병이 호발하기 때문에 공병되기도 한다. 갱년기증후군에서 분노가 가장 주요한 임상증상이 아닐 수도 있지만, 본 임상진료지침에서는 분노 증상에 초점을 맞추어 갱년기증후군 환자에 한약 치료를 시행했을 때 분노가 개선되는지를 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q10

갱년기증후군 환자에 위약 및 무처치보다 한약치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
여성 갱년기증후군 환자	한약	위약 또는 무처치	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; SCL-90(-R): Symptom Check List-90 (-Revision); MOAS: Modified Overt Aggression Scale; OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified; AQ: Aggression Questionnaire; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; BIS: Barratt Impulsivity Scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

김 등(2006)은 KI (Kupperman's Index)로 평가하여 갱년기 증상으로 평가되는 대상자 총 120명에 대하여 대조환 복용군과 무처치군으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 8주간 각 제제를 일3회 복용한 후, KI, MRS (Menopausal Rating scale), GCS (Greene Climacteric Scale)로 평가한 결과, 신경질(nervous temperament, 神經質)과 과민성(irritability, 易怒)이 대조환 복용군에서 위약보다 개선되는 경향성을 보였으나 통계적 유의성은 없었다. 사후 신경질 점수(평균±표준편차)는 한약 복용군이 0.58 ± 0.60 , 위약 복용군이 0.77 ± 0.65 였고, 사후 과민성 점수는 한약 복용군이 0.74 ± 0.67 , 위약 대조군이 1.17 ± 0.89 였다.¹⁾

Xiang(2008)은 『여성 갱년기증후군의 새로운 한약 치료에 대한 임상연구 지침(中药新药治疗女性更年期综合征的临床研究指导原则)』의 갱년기증후군 기준을 만족하면서 신음허로 변증된 대상자 총 60명을 3군으로 나누어 A군: 광방풍(广防风) 캡슐 고농도, B군: 광방풍 캡슐 저농도, C군: 위약으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 8주간 각 제제를 일2회 복용하도록 하였다. 진단에 참고한 임상연구 지침에 근거해서 변증설문지의 과민성 점수를 평가한 결과, 한약 고농도 복용군의 사후 점수(평균±표준편차)는 0.84 ± 0.22 , 위약 대조군의 사후 점수는 4.36 ± 2.14 로 한약군의 과민성이 통계적으로 유의하게 개선되었다($p < 0.05$).²⁾

Zeng(2009)은 『여성 갱년기증후군의 새로운 한약 치료에 대한 임상연구 지침』의 진단기준을 만족하고 간기울결, 음양실조증으로 변증된 대상자 총 44명을 대상으로 희명정(希明婷) 정 복용군과 위약 대조군으로 무작위배정한 후 맹검 상태에서 4주간 각 제제를 일3회 복용하도록 하였다. mKI (modified KI)의 과민성 점수와 과민성 여부로 총유효율로 평가하였을 때, 한약 복용군이 통계적으로 유의하게 개선되었다($p < 0.01$). mKI의 변화량(평균±표준편차)은 한약 복용군이 3.80 ± 3.04 , 위약 대조군이 0.76 ± 1.61 이었고, 한약 복용군 23명 중 14명(61%)이 호전되었고 위약 대조군 21명 중 4명(19%)이 호전되었다.³⁾

② 연구결과의 요약

한약을 무처치 또는 위약과 비교한 3건의 RCT를 메타분석한 결과, 한약 치료는 갱년기증후군 환자들의 과민성 관련 척도들을 유의하게 감소시켰다[SMD -0.99 (95% -1.33, -0.66)]. 대조군에 따라 하위 그룹 분석을 시행했을 때, 한약은 무처치에 비해 KI의 과민성 점수를 유의하게 감소시켰고[MD -0.56 [95% CI -0.99, -0.13]], 위약을 비교했을 때도 과민성 관련 척도들을 유의하게 개선시켰다[SMD -1.64 [95% CI -2.17, -1.12]].

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
과민성 (various measures) (Critical)	171 (3 RCTs)	●●●● High	-	-	SMD -0.99 (-1.33, -0.66)	점수가 낮을수록 과민성이 개선됨을 의미함

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q10은 갱년기증후군 환자에서 한약 치료가 분노 감소에 효과적인지를 평가하기 위해 만 들어졌다. 본 임상질문은 처방구성이 다양한 한약 전체를 중재로 설정하였기 때문에 이를 통합하여 분석하는 것에 대해 논란의 여지는 있으나, 전문가 그룹의 합의를 통해 갱년기증후군 치료 한약들의 일반적인 특성을 보고자 하였으므로 무처치 및 위약을 대조군으로 둔 3개의 RCT를 메타분석하였다. 갱년기증후군 환자에서 한약 치료가 무처치 및 위약과 비교하여 분노 증상을 개선시키는지에 대한 종합적인 근거수준은 높음(High)이었다.

메타분석 결과 한약은 무처치 또는 위약과 비교했을 때 통계적·임상적으로 분노 관련 지표(KI 또는 변증설문지의 과민성 점수)를 의미 있게 감소시켰다. 따라서 한약 치료가 임상적으로 위해보다 이득이 더 높을 것으로 판단하여 권고등급을 A에서 시작하였다. 본 권고안은 한약 전체에 대한 권고이므로 임상에서의 활용도에 따라 권고등급을 추가로 조정하지는 않았다. 환자의 선호와 가치 또는 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 이에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고 등급 A를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 김수민, 신선미, 김의일, et al. 갱년기증후군에 미치는 대조환의 효과에 대한 임상 연구. 대한한방부인과학회지. 2006;19(4):225-44.
2. 向丽. 广防风胶囊治疗肾阴虚证围绝经期综合征的临床研究 [석사학위]. [湖北]:湖北中医药大学. 2008.
3. 曾琼. 希明婷片治疗女性围绝经期综合征的临床观察. 中国妇幼保健. 2009;24(6):838-40.

■ 단독치료 - 호르몬대체요법(HRT) vs. 한약

【R11】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 호르몬대체요법(HRT)보다 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	2-11
임상적 고려사항 - HRT는 폐경 여성의 혈관운동계 증상과 비노생식기증후군을 치료하는 데 가장 효과적인 치료로 사용되고 있다. 그러나 분노 개선에서는 HRT에 비해 한약이 이득이 크고 위험이 작은 것으로 나타났다. 따라서 폐경 전후기에 분노, 과민성이 증가하여 내원한 환자들에게는 HRT보다 한약 치료를 고려할 수 있다. - 갱년기증후군 환자를 대상으로 이루어진 한약 임상연구는 신음허(腎陰虛) 처방을 중심으로 수행되었다. 따라서 갱년기증후군 환자에서는 신음허 변증을 우선적으로 고려할 수 있다.		

(1) 배경

2014년 북미 폐경학회는 단독요법은 7년 이상, 복합요법은 5년 이상 사용을 피할 것을 권하는 소극적인 태도를 보였지만 2017년 새로운 연구결과에서 60세 이전이나 폐경 발생 후 10년 이내의 환자군에서 치료를 권장하며 이전보다 적극적인 호르몬대체요법(Hormone Replacement Therapy, HRT)를 권장하고 있다.¹⁾

따라서 본 권고안에서는 만약 갱년기증후군 환자가 폐경 전후기에 분노가 늘어나는 정서 변화 때문에 내원한 경우, 갱년기증후군의 표준치료인 HRT와 한약 투여 중 어느 것을 더 우선적으로 시행해야 하는지 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q11

갱년기증후군 환자에 호르몬대체요법(HRT)보다 한약 치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
여성 갱년기증후군 환자	한약	호르몬 대체요법 (HRT)	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision); MOAS: Modified Overt Aggression Scale; OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified; AQ: Aggression Questionnaire; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; BIS: Barratt Impulsivity Scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Fu 등(2015)은 갱년기증후군 대상자 총 98명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위배정하고 1개월 후 mKI를 평가하였다. 치료 후에 치료군이 대조군보다 과민성 점수(평균±표준편차)가 유의하게 낮았다(치료군: 1.5 ± 0.7 , 대조군: 3.4 ± 1.3).²⁾

Li 등(2007)은 갱년기증후군 환자 중에서 간신음허로 진단된 총 66명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위 배정하고 8주(2개월) 후 mKI를 평가하였다. 치료 후에 치료군이 대조군보다 과민성 점수가 유의하게 낮았다(치료군: 0.64 ± 0.95 , 대조군: 1.26 ± 1.22).³⁾

Li(2011)는 갱년기증후군 환자 중에서 신음허로 진단된 총 86명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위 배정하고 12주(3개월) 후 mKI를 평가하였다. 치료 후에 치료군이 대조군에 비해 과민성 점수가 낮은 경향을 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다(치료군: 0.94 ± 1.09 , 대조군: 1.34 ± 1.17). 또한 과민성 점수를 기준으로 호전 정도를 구분하여 총유효율[(전체 환자 수-무효 환자 수)/전체 환자 수 $\times$ 100%]을 산출하였다. 그 결과, 치료군은 54명 중 49명(91%)이 효과가 있었고 대조군은 32명 중 24명(75%)이 효과가 있었다.⁴⁾

Qiu 등(2015)은 『中医病症诊断疗效标准(중의병증진단료효표준)』에서 제시한 간신음허형 폐경 전후 질환 환자 총 60명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위 배정하고 3개월 후 mKI를 평가하였다. 그 결과 대조군인 HRT가 한약 투여군에 비해 과민성 점수가 통계적으로 유의하게 감소하였다(치료군: 2.52 ± 0.21 , 대조군: 2.21 ± 0.23).⁵⁾

Zhang(2018)은 《中药新药临床研究指导原则(중약신약임상연구지도원칙)》에서 제시한 신허간을 증형 갱년기증후군 환자 총 80명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위 배정하고 3개월 후 mKI를 평가하였다. 치료 후에 한약 투여군이 HRT군에 비해 과민성 점수가 통계적으로 유의하게 낮았다(치료군: 1.5 ± 0.7 , 대조군: 3.4 ± 1.3).⁶⁾

Zhao 등(2013)은 갱년기증후군 환자 총 120명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위 배정하고 3개월 후 mKI를 평가하였다. 치료 후 한약 투여군이 HRT군에 비해 과민성 점수가 통계적으로 유의하게 낮았다(치료군: 1.5 ± 1.43 , 대조군: 2.0 ± 1.29).⁷⁾

Liu 등(2008)은 갱년기증후군 환자 총 60명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위 배정하고 28일 후 mKI를 평가한 뒤, 총유효율을 산출하였다. 치료군은 23명 중 11명(48%)이 호전되었고, 대조군은 21명 중 18명(86%)이 호전되어 대조군의 총유효율이 더 높게 나타났다.⁸⁾

Sun(2016)은 갱년기증후군 환자 중 신음허로 진단된 총 90명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위 배정하고 4개월 뒤 변증설문지를 평가하고 총유효율을 산출하였다. 치료군은 39명 중 32명(82%)이 호전되었고 대조군은 40명 중 21명(53%)이 호전되었다.⁹⁾

Yan(2013)은 갱년기증후군 환자 총 102명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위 배정하고 2개월 후 변증설문지로 총유효율을 평가하였다. 그 결과 치료군 50명 중 40명(80%)이 효과가 있었고, 대조군 34명 중 12명(35%)이 효과가 있었다.¹⁰⁾

Zhang 등(2006)은 갱년기증후군 환자 총 60명을 한약 투여군과 HRT군으로 무작위 배정하고 14일 후 KI로 총유효율을 평가하였다. 그 결과 치료군 15명 중 10명(67%)이 호전되었고, 34명은 12명(35%)이 호전되었다.¹¹⁾

한약 처방구성

Study ID	Duration	Herbal medication
Fu 2015	1 month	한약 100mL bid (처방구성: 제향부자 30g 익모초 20g 숙지황 토사자 음양곽 여정자 각 15g 백작약 12g 감초 10g 당귀 9g 시호 6g 대조 10개)
Li 2007	8 weeks	익수건골환(益髓健骨丸) 12알 tid (처방구성: 숙지황, 여정자, 한련초20, 용골, 모려, 산약, 산수유, 백작약, 두충, 음양곽, 토사자, 속단, 골쇄보 ¹⁵⁾)
Li 2011	12weeks (3 months)	익곤음(益坤饮) 2포 tid (처방구성: 숙지황, 백작약, 구기자, 조구등, 모려, 합환피, 음양곽, 황기 등)
Qiu 2015	3 months	귀신량지탕(歸腎兩地湯) 가감 1pk bid, 연속 21일 복용, 1달이 1 치료과정 (처방구성: 숙지황 30g 산약 20g 산수유 구기자 여정자 토사자 복령 백작약 각 15g 두충 맥문동 현삼 지골피 각 10g/1첩 1일 분량, 수전 2회, 각 150ml, 약즙혼합, bid로 복용) * 가감법 작열, 한출: 모려, 부소맥 두훈, 현훈: 조구등, 석결명, 용골 번조이노: 울금 합환피 백합 심계 실면다몽: 용골 진주모 산조인 피부충행감 명현: 질려 지부자 월경붕중 혹 루하: 생지황단 지유 해표초
Zhang 2018	3 months	보신소간탕(補腎疏肝湯) 1ch#2pk bid (처방구성: 숙지황, 지모, 산약, 당귀, 구기자, 산수유, 시호, 연자심(蓮子芯), 울금, 복령, 치자, 황백, 목단피 각 10g, 감초 6g) * 가감법 두통: 작약, 천궁 각 8g 두훈: 국화, 조구등 각 10g 오심번열: 생지황, 구판 각 10g 다몽실면: 야교등, 합환피, 산조인 각 10g 질 건조(음도건삽): 여정자, 하수오, 한련초 각 10g
Zhao 2013	3 months	연경환(延經丸) 10g bid (처방구성: 생지황, 숙지황, 토사자, 자하거, 야교, 구기자, 백출, 산약, 파극천, 녹각교)
Liu 2008	28 days	희명정편(希明婷片) 50mg tid (구성성분: 100mg 1캡슐에 승마(Cimicifuga heracleifolia) 사포닌 33.7mg 함유)
Sun 2016	4 months	가미이선탕(加味二仙湯) tid (처방구성: 선모 12g, 파극천 15g, 음양곽 8g, 지모 20g, 황백 12g, 당귀 20g, 숙지황 15g, 구판교 15g) * 가감법 홍열한출빈번: 나도근, 마황근, 지골피 심번실면: 산조인, 백자인, 합환피 요슬산통: 석남등(石楠藤), 두충, 속단 두훈목현: 천마, 조구등, 석결명 시력감퇴: 구기자, 여정자 면부지종(面浮肢腫): 去 마황, 숙지황, 加 건강, 복령, 백출

Yan 2013	2 months	한약 bid (처방구성: 생지황 30g, 산약 20g, 당귀, 산조인 각 15g, 산수유, 목단피, 복령, 백작약 각 10g, 택사 9g, 시호, 산치자 각 6g) * 가감법 신음하: 지모 15g, 황백 12g 조열도한: 去 당귀, 복령, 택사, 시호(은시호로 대체), 加 생모려 30g, 진교, 백미(白薇) 각 15g 불면: 합환피 15g, 오미자 8g 대변건결: 去 택사, 加 지각 20g, 제하수오, 육종용 각 15g 복창: 지각, 대복피 각 15g 외한박냉: 去 산치자, 시호, 백작약, 加 선모 12g, 파극천, 음양곽 각 15g 인후이물감: 후박 10g, 법반하, 자소경 각 15g 피권필력: 황기 30g, 회우슬 15g 월경량소: 계혈등 30g, 토사자 15g 월경량다: 去 당귀, 加 오적골 20g, 천초 15g, 선향초 30g 경전유방창통: 노로통, (초)향부자 각 15g 심정억울: 울금 12g, (초)향부자, 합환피 각 15g 두훈목현: 백질려, 사원자, 조구등 각 15g
Zhang 2006	14 days	희명정편(希明婷片) 100mg 1r tid (구성성분: 100mg 1캡슐에 승마(Cimicifuga heracleifolia) 사포닌 33.7mg 함유)

② 연구결과의 요약

6건의 RCT를 메타분석하였을 때, KI 및 mKI로 측정된 과민성 점수가 한약군에서 통계적으로 유의하게 낮았고[MD -0.50 (95% CI -0.91, -0.09)], 과민성을 평가하는 다양한 척도들을 바탕으로 총유효율을 보고한 5건의 RCT를 메타분석하였을 때는 한약이 HRT에 비해 유의하게 호전 가능성을 높이지는 못했다[RR 1.21 (95% CI 0.82, 1.79)].

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
과민성 (mKI) (Critical)	505 (6 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -0.50 (-0.91, -0.09)	낮을수록 과민성이 개선됨을 의미함
과민성 (TER) (Important)	323 (5 RCTs)	●○○○ Very low ^{a,b,c}	RR 1.21 (0.82, 1.79)	599 per 1,000	126 more per 1,000 (-108, 473)	높을수록 과민성이 호전될 가능성이 높음을 의미함

mKI: modified Kupperman's Index; TER: Total Effective Rate

a: 배경순서 생성과 배경은폐가 불확실하고 눈가림이 이루어지지 않음

b: I²=82%로 매우 높고 결과의 방향도 분산되어 있음

c: 신뢰구간에 0이 포함되고 신뢰구간의 폭이 넓은

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q11은 갱년기증후군 환자에서 HRT에 비해 한약 투여가 분노 감소에 더욱 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 분석에 포함된 임상연구는 총 10건이었고, 이에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)였다.

한약은 HRT에 비해 KI 또는 mKI로 측정한 과민성 점수를 유의하게 감소시켰다. 따라서 한약이 HRT에 비해 이득이 크고 위해는 작거나 비슷할 것으로 판단되므로 등급을 B에서 시작하였다. RCT에 사용된 처방의 구성을 보면 신음허(腎陰虛)에 사용하는 본초로 구성되어 있고, 중국에서 수행된 연구 들임에도 국내에서 동일한 처방을 활용하는 데 장애가 없을 것으로 생각된다. 본 권고안은 한약 전체에 대한 권고이므로 임상현장의 활용도를 고려하여 권고등급을 추가로 상향하지는 않았다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 권대휘, 신정호, 폐경 후 여성의 호르몬요법에 대한 최신 치료 가이드라인. *Journal of the Korean Medical Association*. 2019;62(3):145-9.
2. 付利鸿, 苑丽英, 乔钦增, et al. 中药组方治疗围绝经期综合征的临床疗效观察. *世界中西医结合杂志*. 2015;10(1):89-91.
2. 李莹. 益髓健骨丸对围绝经期综合征与骨源性碱性磷酸酶的相关研究 [석사학위]. [黑龙江]:黑龙江中医药大学. 2007.
3. 李贺琦. 益坤饮对围绝经期综合征患者情志调节及血清5-羟色胺影响的临床研究 [석사학위]. [南京]: 南京中医药大学. 2011.
4. 邱丽, 管雁丞, 刘玉. 归肾两地汤加减治疗肝肾阴虚型绝经前后诸证疗效观察. *新中医*. 2015;47(7):191-3.
5. 张红芳. 补肾疏肝汤治疗更年期综合征的临床效果观察. *特别健康*. 2018;(18):267.
6. 赵粉琴, 谢知慧, 曹胜, et al. 延经丸治疗围绝经期综合征60例. *中医研究*. 2013;26(9):11-3.
7. 刘培淑, 李霞, 刘媛, et al. 希明婷片治疗女性围绝经期综合征的临床研究. *山东大学学报*. 2008;46(8):791-4.
8. 孙莎. 加味二仙汤治疗肾阴虚型绝经综合征及对心血管系统影响的临床研究 [석사학위]. [湖北]: 湖北中医药大学. 2016.
9. 颜艳芳. 滋水清肝饮治疗围绝经期综合征62例. *浙江中医杂志*. 2013;48(12):897-8.
10. 张丹, 徐克惠, 段秀蓉. 希明婷片治疗妇女围绝经期综合征的临床观察. *现代妇产科进展*. 2006;15(12):934-6.

■ 단독치료 - 폴리페놀 vs. 한약

【R12】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 폴리페놀 보조제보다 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	2
임상적 고려사항 - 폴리페놀은 대표적인 항산화물질로, 갱년기증후군 증상 완화에 도움이 된다. 그러나 1건의 임상연구 결과에서 한약의 효과가 폴리페놀보다 월등한 것으로 보고되었다. - 본 권고안에 포함된 보신소간탕은 백작약 생용골 생모려 부소맥 각 20g 생지황 숙지황 시호 지모 치자 각 15g 구기자 토사자 산수유 산약 목단피 복령 울금 백합 각 10g을 1일 용량으로 하여 일 2회 투여한다.		

(1) 배경

폴리페놀은 식물에 포함되어 있는 항산화물질로, 갱년기증후군 증상 완화에 도움이 된다.¹⁾ 그 때문에 갱년기증후군 환자들이 보조제로 폴리페놀을 섭취하기도 하는데, 본 권고안에서는 한약이 보조제에 비해 편익을 기대할 수 있는지 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q12

갱년기증후군 환자에 보조제 투여보다 한약 치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
여성 갱년기증후군 환자	한약	보조제	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision); MOAS: Modified Overt Aggression Scale; OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified; AQ: Aggression Questionnaire; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; BIS: Barratt Impulsivity Scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Lin(2017)은 신허간울(腎虛肝鬱)증으로 진단된 갱년기증후군 대상자 총 253에 대하여 폴리페놀 투여군(대조군)과 한약 투여군(치료군)으로 무작위배정한 후 2개월 후의 변증설문지를 평가하였다. 그 결과 치료 후의 과민성 점수(평균±표준편차)가 대조군은 3.6 ± 1.2 , 치료군은 1.1 ± 0.8 로 치료군의 과민성이 유의하게 낮았다($p < 0.05$). 투여한 한약은 보신소간탕(補腎疎肝湯)으로 일 2회 복용하도록 하였다.²⁾

② 연구결과의 요약

1건의 RCT에서, 폴리페놀 보조제를 복용하는 것에 비해 한약 치료는 갱년기증후군에 동반되는 과민성을 유의하게 개선시켰다[MD -2.50 (95% CI -2.75, -2.25)].

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
과민성 (변증설문지) (Critical)	253 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD -2.50 (-2.75, -2.25)	낮을수록 과민성이 개선됨을 의미함

a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 눈가림이 이루어지지 않음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q12은 갱년기증후군 환자에서 보조제에 비해 한약이 분노 감소에 더욱 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 갱년기증후군 환자에서 한약 치료가 보조제와 비교하였을 때 분노 증상을 개선시키는지에 대한 임상연구는 1건이었다. 이에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)였다.

한약을 폴리페놀 보조제와 비교하였을 때 변증설문지로 측정한 과민성 점수를 유의하게 감소시켰다. 따라서 한약이 폴리페놀 보조제에 비해 이득이 클 것으로 판단되므로 등급을 B에서 시작하였다. RCT에 사용된 처방의 구성을 보면 국내에서 동일한 처방을 활용하는 데 장애가 없을 것으로 생각된다. 본 권고안은 한약 전체에 대한 권고이므로 임상현장의 활용도를 고려하여 권고등급을 추가로 상향하지는 않았다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Rodríguez-Landa JF, Escobedo JC. Introductory Chapter: A Multidisciplinary Look at Menopause. London: Intechopen. 2017.
2. 林筠玉. 自拟补肾疏肝汤治疗更年期综合征的临床效果观察. 中国当代医药. 2017;24(4):159-61.

【R13】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 불안장애 치료제보다 한약 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-2
임상적 고려사항 갱년기증후군 환자가 만약 양약을 이미 복용하고 있다면 어떤 약물을 복용하고 있는지 확인해야 하며, 임상적으로는 불면이나 가슴이 두근거리는 증세에 대해 불안이 없더라도 불안장애 치료제를 사용할 수 있다. 불안장애 치료제로는 항불안제, 항우울제, 항부정맥제 등이 사용될 수 있다. 본 권고안 개발 시 포함된 문헌에서 대조군으로 사용된 불안장애 치료제는 estazolam(벤조다이아제핀계 항불안제), propafenone(항부정맥제)이다. 포함된 근거에 따르면, 한약이 불안장애 치료제에 비해 분노 개선이 통계적으로 유의하게 우월하지는 않지만, 부작용 발생 비율이 낮기 때문에 환자의 선호와 가치에 따라 한약 치료를 고려할 수 있다.		

(1) 배경

갱년기증후군에서 정신과적 증상, 즉 불면이나 가슴 두근거림이 있을 때 불안이 없더라도 불안장애 치료제가 처방될 수도 있다. 따라서 불안장애 치료제와 한약을 비교하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q13

갱년기증후군 환자에 불안장애 치료제보다 한약 치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
여성 갱년기증후군 환자	한약	불안장애 치료제	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision); MOAS: Modified Overt Aggression Scale; OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified; AQ: Aggression Questionnaire; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; BIS: Barratt Impulsivity Scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Lu(2018)은 갱년기 불면 환자 총 68명에 대하여 estazolam 복용군(대조군)과 한약 복용군(치료군)으로 무작위배정한 후 28일 후에 변증설문지를 평가하였다. 투여한 한약은 산조인탕 합 자수청간음(酸棗仁湯 合 滋水清肝飲) 가감방으로, 일2회 복용하도록 하였다. 치료 후 변증설문지로 평가한 번조이노(煩躁易怒) 점수(평균±표준편차)는, 대조군은 4.22 ± 1.26 , 대조군은 4.03 ± 1.26 으로 두 군 사이에 통계적으로 유의한 차이는 없었다.¹⁾

Zhan(2014)은 갱년기증후군에 동반된 심장신경기능이상(cardiac neurosis) 환자 총 73명에 대하여 propafenone 복용군(대조군)과 한약 복용군(치료군)으로 무작위배정한 후 1개월 후에 충유효율을 평가하였다. 투여한 한약은 온심과립(穩心顆粒)으로 일3회 복용하도록 하였다. 초기에 번조이노(煩躁易怒)를 호소한 참여자를 대상으로 호전된 비율을 평가한 결과, 대조군은 36명 중 33명(92%), 치료군은 37명 중 34명(91%)가 호전되었다. 두 군 사이에 통계적으로 유의한 차이는 없었다.²⁾

② 연구결과의 요약

2건의 RCT에서, 불안장애 치료제에 비해 한약은 갱년기증후군에 동반되는 번조이노(煩燥易怒)를 유의하게 개선시키지 못했다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
번조이노 (변증설문지) (Critical)	68 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	—	—	MD -0.19 (-0.83, 0.45)	낮을수록 과민성이 개선됨을 의미함
번조이노 (TER) (Critical)	73 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	RR 1.00 (0.87, 1.15)	917 per 1,000	0 fewer per 1,000 (-119, 137)	높을수록 과민성이 호전될 가능성이 높음을 의미함
부작용 (events) (Critical)	152 (2 RCTs)	●●●●● High	RR 0.27 (0.12, 0.63)	79 per 1,000	58 fewer per 1,000 (-69, -29)	낮을수록 부작용 발생 가능성이 낮음을 의미함

TER: Total Effective Rate

a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 눈가림이 이루어지지 않음

b: 신뢰구간에 0이 포함되고 신뢰구간의 폭이 넓음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q13은 갱년기증후군 환자에 불안장애 치료제보다 한약 치료가 분노 감소에 더욱 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 갱년기증후군 환자에서 한약 치료가 양생교육과 병행되었을 때 분노 증상을 개선시키는지에 대한 임상연구는 2건이었다. 이에 대한 종합적인 근거수준은 낮음(Low)이었다.

한약이 불안장애 치료제에 비해 분노 관련 지표가 통계적으로 유의하게 개선되지는 않았지만, 불안장애 치료제에 비해 한약의 부작용 발생비율이 적었다. 따라서 한약이 불안장애 치료제에 비해 편익을 기대할 수 있으므로 등급을 C에서 시작하였다. 본 권고안은 한약 전체에 대한 권고이므로 임상현장의 활용도를 고려하여 권고등급을 추가로 상향하지는 않았다. 환자의 선호와 가치 또는 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 이에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 鲁娜. 中西医结合治疗更年期失眠34例疗效观察. 中国民族民间医药. 2018;27(12):112-4.
2. 詹奇. 稳心颗粒治疗更年期综合征心神经官能症42例分析. 中国实用神经疾病杂志. 2014;(14):113-4.

■ 협진치료

【R14】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 호르몬대체요법(HRT) 단독 치료보다 HRT와 한약 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 비록 HRT가 한약에 비해 부작용 발생빈도가 높지만, 혈관운동계 증상과 비뇨생식기증후군을 심하게 호소하는 환자들은 HRT가 필요할 수 있다.		

(1) 배경

[R12]에서 HRT가 한약에 비해 부작용 발생 건수가 유의하게 높은 것으로 분석되었다. 그러나 HRT는 폐경 여성의 혈관운동계 증상과 비뇨생식기증후군을 치료하는 데 표준치료이므로, 분노뿐만 아니라 혈관운동계 증상과 비뇨생식기증후군을 심하게 호소하는 환자들은 HRT를 복용하는 것이 반드시 필요할 수 있다. 따라서 갱년기증후군 환자에서 HRT 대 HRT와 한약 병행투여의 이득과 위험을 비교해보고자 하였다.

(2) 임상질문: Q14

갱년기증후군 환자에 호르몬대체요법(HRT)보다 HRT와 한약 치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
여성 갱년기증후군 환자	HRT와 한약 병행투여	HRT	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision); MOAS: Modified Overt Aggression Scale; OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified; AQ: Aggression Questionnaire; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; BIS: Barratt Impulsivity Scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Liu(2007)은 병원에 입원해있는 갱년기증후군 환자 총 80명을 HRT와 한약 협진치료군(치료군)과 HRT군(대조군)으로 무작위 배정하고 약 28일 후 변증설문지를 평가하였다. 과민성의 총유효율을 평가한 결과, 치료군은 12명 중 8명(67%)이 호전되었고, 대조군은 10명 중 4명(40%)이 호전되었다.¹⁾

Qin(2016)은 신허간율로 진단된 갱년기증후군 환자 90명을 HRT와 한약 협진치료군(치료군)과 HRT군(대조군)으로 무작위 배정하고 12주 후 변증설문지를 평가하였다. 과민성의 총유효율을 평가한 결과, 치료군은 45명 중 42명(93%)이 호전되었고, 대조군은 45명 중 34명(76%)이 호전되었다.²⁾

② 연구결과의 요약

2건의 RCT에서, HRT 단독치료에 비해 HRT와 한약 병행치료는 갱년기증후군에 동반되는 과민성의 호전 가능성을 통계적으로 유의하게 개선시켰다[RR 1.28 (95% CI 1.06, 1.56)].

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
과민성 (TER) (Critical)	112 (2 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	RR 1.28 (1.06, 1.56)	691 per 1,000	193 more per 1,000 (41, 387)	높을수록 과민성이 호전될 가능성이 높음을 의미함

TER: Total Effective Rate

a: 배경순서 생성과 배경은폐가 불확실하고 눈가림이 이루어지지 않음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q14는 갱년기증후군 환자에서 HRT만 하는 것에 비해 한약을 추가로 처방하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 갱년기증후군 환자에서 한약 치료가 HRT와 병행되었을 때 분노 증상을 개선시키는지에 대한 임상연구는 2건이었다. 이에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)이었다.

한약이 HRT에 추가되었을 때 과민성의 총유효율은 유의하게 개선되었다. 따라서 한약을 추가로 투여함으로써 편익이 기대되므로 근거등급을 B에서 시작하였다. 본 권고안은 한약 전체에 대한 권고이므로 임상현장의 활용도를 고려하여 권고등급을 추가로 상향하지는 않았다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 刘晓松. 中西医结合治疗女性围绝经期综合征疗效观察. 辽宁中医杂志. 2007;34(5):633.
2. 秦炜. 自拟疏肝益肾方治疗围绝经期综合征的临床研究. 中国妇幼保健. 2016;31(23):5090-2.

■ 병행치료

【R15】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 양생교육에 추가로 한약 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 환자의 가치와 선호에 따라 양생교육만 우선 실시하고, 그 다음에 한약 병행치료를 실시할 수 있다. 본 권고안의 분석에 포함된 연구에서는 양생교육 내용은 다음과 같다. • 운동: 일주일에 3회, 1회 30분씩 빠르게 걷기와 같은 활발한 운동하기 • 합리적 식단으로 거친 곡물의 섭취를 늘리고, 기름지고 짠 음식을 줄이고, 술과 담배를 줄인다. 햇볕을 많이 쬐다. • 사회적 교류를 늘리고 행복하고 낙관적이고, 마음을 무심하게 비우고 가까운 친구 및 가족과 더 많은 대화를 나누도록 한다. 이에 병행한 한약 처방으로는 자양간신(滋養肝腎)하는 양안옥기고(숙지황, 단삼, 산약, 토사자, 백작약, 백지, 여정자, 생지황, 매괴화 등)라는 경험방을 사용하였다.		

(1) 배경

갱년기증후군에서 분노가 주호소가 아니라면 적극적으로 한약 치료를 시작하지 않고 양생교육을 통해 증상의 개선을 도모할 수도 있다. 따라서 양생교육만 단독으로 시행했을 때와 양생교육에 한약까지 병행했을 때의 이득을 비교하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q15

갱년기증후군 환자에 양생교육만 시행하는 것보다 양생교육과 한약 치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
여성 갱년기증후군 환자	양생교육 +한약	양생교육	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; **SCL-90(-R)**: Symptom Check List-90(-Revision); **MOAS**: Modified Overt Aggression Scale; **OAS-M**: Overt Aggression Scale-Modified; **AQ**: Aggression Questionnaire; **PANSS**: Positive and Negative Syndrome Scale; **BIS**: Barratt Impulsivity Scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Li(2017)은 갱년기증후군 대상자 총 100명에 대하여 양생교육군 대 양생교육과 한약 병행치료군으로 무작위배정하였고, 한약군은 양안옥기고(養顏玉肌膏)를 일3회 복용하도록 하였다. 3개월 후 SCL-90로 측정한 과민성을 기준으로 충유효율을 평가한 결과, 치료군은 31명 중 19명(61%)은 효과가 있었고 대조군은 29명 중 16명(55%)이 효과가 있었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

1건의 RCT에서, 양생교육만 실시하는 것에 비해 양생교육과 한약 병행치료는 갱년기증후군에 동반되는 과민성의 호전 가능성을 높이는 경향을 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다[RR 1.11 (95% CI 0.72, 1.71)].

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
과민성 (TER) (Critical)	60 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	RR 1.11 (0.72, 1.71)	552 per 1,000	61 more per 1,000 (-154, 392)	높을수록 과민성이 호전될 가능성이 높음을 의미함

TER: Total Effective Rate

a: 배경순서 생성과 배경은폐가 불확실하고 눈가림이 이루어지지 않음

b: 신뢰구간에 0이 포함되고 신뢰구간의 폭이 넓음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q15는 갱년기증후군 환자에서 양생교육만 하는 것에 비해 한약을 추가로 처방하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 갱년기증후군 환자에서 한약 치료가 양생교육과 병용되었을 때 분노 증상을 개선시키는지에 대한 임상연구는 1건이었다. 이에 대한 종합적인 근거수준은 낮음(Low)이었다.

한약이 양생교육에 추가되었을 때 분노 관련 지표가 통계적으로 유의하게 개선되지는 않았다. 따라서 한약을 추가로 투여함으로써 편익을 확신할 수 없으므로 등급을 D에서 시작하였다. 그러나 현실에서는 환자들이 임상연구에 참여하는 것처럼 통제된 양생법을 실시하는 것이 어려울 수 있다. 따라서 전문가의 의견을 반영하여 임상 현실을 고려해서 권고등급을 1단계 상향하였다. 환자의 선호와 가치 또는 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 이에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 李萍, 杨黛仙, 刘智霖, 罗静, 罗远强, 胡洁. 土家药养颜玉肌膏对100例女性更年期性激素三项(E2, LH, FSH)水平及临床症状干预效果观察. 中国民族医药杂志. 2017;11(11):16-8.

2) 침

■ 병행치료

【R16】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 양생교육에 추가로 침 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 환자의 가치와 선호에 따라 양생교육만 우선 실시하고, 그 다음에 침 병행치료를 실시할 수 있다. 본 권고안의 분석에 포함된 연구에서는 양생교육 내용은 다음과 같다. • 자가 마사지: 추나의 원리에 입각해 자가 마사지 방법을 교육한다. 경혈이 있는 부위(이마, 옆머리, 정수리, 귀 부위, 하부 요부, 배, 발, 발목)를 30분 동안 마사지하도록 한다. • 식단: 폐경기에 올바른 식단을 알려주는 자료를 제공하고, 칼로리를 제한하지는 않는다. 한의변증을 기초로 음양(陰陽) 타입에 따라 좋은 음식을 안내한다. 여기에 도화침을 주2회 총 21회 C7-T5 부위에 시행하고, 전침으로 상성(GV23), 천돌(CV22), 천죽(BL02), 곡지(LI11), 해구(LI04), 혈해(SP10), 심음교(SP06), 백회(GV20), 관원(CV04), 기해(CV06), 상거허(ST37), 태충(LR03) 부위를 자극하였다. 추가적으로, 기허를 호소하는 경우 신수(BL23), 야간 상열감을 호소하는 경우 소해(HT03)를 추가하였다.		

(1) 배경

갱년기증후군에 동반된 분노가 경증이라면, 적극적으로 침 치료를 시작하지 않고 양생교육을 통해 증상의 개선을 도모할 수도 있다. 따라서 양생교육만 단독으로 시행했을 때와 양생교육에 침 치료까지 병행했을 때 분노개선의 이득을 비교하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q16

갱년기증후군 환자에 양생교육만 시행하는 것보다 양생교육과 침 치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
여성 갱년기증후군 환자	양생교육 + 침	양생교육	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision); MOAS: Modified Overt Aggression Scale; OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified; AQ: Aggression Questionnaire; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; BIS: Barratt Impulsivity Scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Baccetti 등(2014)은 하루에 3회 이상의 홍조를 경험하는 폐경 여성(무월경이 12개월 이상 24개월 미만) 대상자 총 100명에 대하여 양생교육군 대 양생교육과 침 병행치료군으로 무작위배정한 후 6주 후의 분노 지표를 측정하였다. 침 치료는 도화침과 전침의 복합치료로 이루어졌다. 설문지를 통해 측정

한 과민성의 빈도를 평가한 결과, 치료군은 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 과민성이 감소하였다 [MD -0.80 (95% CI -1.09, -0.51)].¹⁾

② 연구결과의 요약

1건의 RCT에서, 양생교육만 실시하는 것에 비해 양생교육+침 병용치료는 갱년기증후군에 동반되는 과민성을 통계적으로 유의하게 호전시켰다[MD -0.80 (95% -1.09, -0.51)].

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
과민성 (frequency) (Critical)	96 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	-	-	MD -0.80 (-1.09, -0.51)	낮을수록 과민성이 개선됨을 의미함

a: 참여자 및 시술자 눈가림이 이루어지지 않음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q16은 갱년기증후군 환자에서 양생교육만 하는 것에 비해 침을 추가로 처방하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 갱년기증후군 환자에서 한약 치료가 양생교육과 병용되었을 때 분노 증상을 개선시키는지에 대한 임상연구는 1건이었다. 이에 대한 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)였다.

침 치료가 양생교육에 추가되었을 때 분노 관련 지표가 통계적으로 유의하게 개선되었다. 따라서 침 치료를 병용하였을 때 이익이 위해보다 클 것이라고 판단하고 등급을 B에서 시작하였다. 본 RCT에 사용된 혈위는 임상에서 다빈도로 사용되는 침구처방이나, 본 권고안은 침 전체에 대한 권고이므로 권고등급을 추가로 상향하지는 않았다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Baccetti S, Da FM, Becorpi A, et al. Acupuncture and traditional Chinese medicine for hot flushes in menopause: a randomized trial. Journal of alternative and complementary medicine. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2014;20(7):550-7.

3) 심신중재법

3-1) 명상요법

■ 단독치료

【R17】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기증후군에서 명상 시행은 대기군과 비교하여 분노 및 적대감을 유의하게 감소시키지 못하였다. 이에 따라 갱년기증후군 환자의 분노 개선을 위해 명상을 시행하는 것을 권고하지 않는다.	C/Low	1
임상적 고려사항 본 권고안에 포함된 1건의 임상연구에서는 갱년기증후군 환자를 대상으로 MBSR을 시행하였다. 현재까지는 근거수준이 낮고 편익을 확인할 수 없으므로, 추가적인 연구가 이루어져 근거의 축적이 필요하다.		

(1) 배경

갱년기증후군에 분노가 동반될 경우 명상요법으로 분노가 개선되는지 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q17

갱년기증후군 환자에 무처치보다 명상요법이 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
여성 갱년기증후군 환자	명상요법	무처치	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision); MOAS: Modified Overt Aggression Scale; OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified; AQ: Aggression Questionnaire; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; BIS: Barratt Impulsivity Scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Wang(2015)은 갱년기증후군 환자 74명을 무처치 또는 마음챙김 기반 스트레스 감소(Mindfulness-based stress reduction, MBSR) 프로그램 시행군으로 무작위 배정하고 8주 후 brief profile of mood states (bPOMS)를 평가하였다. MBSR 프로그램 종료 1주 후(baseline으로부터 9주 후) 분노-적대감 점수의 변화값은 치료군이 -1.1 ± 2.25 , 대조군이 -0.8 ± 2.75 로 통계적 유의성은 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

1건의 RCT에서, 무처치에 비해 MBSR은 갱년기증후군에 동반되는 분노 및 적대감을 유의하게 호

전시키지 못했다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
분노-적대감 (bPOM) (Critical)	74 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	—	—	MD -0.30 (-1.44, 0.84)	낮을수록 분노와 적대감이 개선됨을 의미함

bPOMS: brief profile of mood states

a: 참여자 및 시술자 눈가림이 이루어지지 않음

b: 신뢰구간에 0이 포함되고 신뢰구간의 폭이 넓음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q17은 갱년기증후군 환자에 명상치료가 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 이에 검색결과 포함된 1개의 무작위대조군연구를 분석한 결과 갱년기증후군 환자에서 명상치료가 대기군과 비교하여 분노 및 적대감을 유의하게 감소시키지 못했으며, 이에 대한 근거수준은 낮음(Low)이었다. 명상 치료가 무처치에 비해 편익이 불확실하므로 권고등급을 D에서 시작하였다. 그러나 전문가 합의를 위한 델파이에서 “임상적 활용도가 높은 편이다”, “한국 한의학 임상 현장장을 고려해 권고 등급을 상향할 필요가 있다”는 의견이 있어 한의사의 명상 활용도가 높은 것으로 판단하여 권고등급을 1단계 상향하였다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 王淑霞, 吴久玲, 郑睿敏, et al. 正念训练对更年期妇女情绪影响效果的随机对照研究. 中国妇幼保健研究. 2015;26(2):225-7.

3-2) 기공(동공)

■ 단독치료

【R18】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
갱년기증후군에서 기공 시행은 무처치에 비하여 과민성 점수를 유의하게 개선시키지 못하였으나, 임상현장의 활용도가 높다고 판단하였다. 이에 따라 갱년기증후군의 분노 개선을 위해 기공(동공)을 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 본 권고안에 포함된 1건의 임상연구에서는 갱년기증후군 환자를 대상으로 팔단금을 시행하였다. 현재까지는 근거수준이 낮고 편익을 확신할 수 없으므로, 추가적인 연구가 이루어져 근거의 축적이 필요하다.		

(1) 배경

갱년기증후군에 분노가 동반될 경우 기공으로 분노가 개선되는지 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q18

갱년기증후군 환자에 무처치보다 기공(동공) 시행이 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
여성 갱년기증후군 환자	기공(동공)	무처치	STAXI, SCL-90(-R)의 적대감 척도, MOAS, OAS-M, AQ, PANSS, BIS, 분노 증상을 포함하는 변증설문지 등	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision); MOAS: Modified Overt Aggression Scale; OAS-M: Overt Aggression Scale-Modified; AQ: Aggression Questionnaire; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; BIS: Barratt Impulsivity Scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Long(2011)은 간신음허로 진단된 갱년기증후군 환자 49명을 무처치 또는 팔단금 시행군으로 무작위 배정하고 12주 후 KI를 평가하였다. 치료 후 과민성 점수는, 치료군은 1.04 ± 1.17 , 대조군은 1.41 ± 1.50 이었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

1건의 RCT에서, 무처치에 비해 팔단금 치료는 갱년기증후군에 동반되는 과민성을 유의하게 호전시키지 못했다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
과민성 (Kupperman's index) (Critical)	26 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.37 (-1.40 0.66)	낮을수록 과민성이 개선됨을 의미함

a: 참여자 및 시술자 눈가림이 이루어지지 않음

b: 신뢰구간에 0이 포함되고 신뢰구간의 폭이 넓음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q18은 화병 환자에서 기공(동공)이 효과적인지를 평가하기 위해 만들어졌다. 이에 검색 결과 포함된 1개의 임상연구를 분석한 결과 기공은 무처치에 비해 과민성 점수를 유의하게 개선시키지 못했고, 전체적인 근거수준은 낮음(Low)이었다.

기공(동공)이 무처치에 비해 편익을 확신할 수 없으므로 권고등급을 D에서 시작했다. 그러나 전문가 합의의 위한 델파이에서 “임상적 활용도가 높은 편이다”, “한국 한의학 임상 현장장을 고려해 권고 등급을 상향할 필요가 있다”는 의견이 있어 한의사의 기공 활용도가 높은 것으로 판단하여 권고등급을 1단계 상향하였다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 최종적으로 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 龙于飞. 健身气功八段锦治疗肝肾阴虚型围绝经期综合征的临床研究 [석사학위]. [南京]: 南京中医药大学. 2011.

2-2. 고혈압에 동반된 분노 증상

1) 한약

■ 단독치료

【R19】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
고혈압환자에서 한약치료는 무처치 혹은 위약에 비하여 변증설문지 중 분노와 관련된 척도의 정도를 유의하게 감소시켰다. 이에 따라 고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 한약치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-3
임상적 고려사항 간양상항, 간화항성 변증에 해당하는 환자를 대상으로 하며, 변증에 맞게 치료할 것을 고려할 수 있다.		

(1) 배경

분노 표출은 고혈압과 관련이 높은 것으로 알려져 있기 때문에, 고혈압 환자를 대상으로 한약을 투여했을 때 분노 지표가 개선되는지를 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q19

고혈압 환자에 무처치 혹은 위약군에 비하여 한약치료가 분노 감소에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 고혈압 환자	한약치료	위약 또는 무처치	변증설문지 중 급조이노(急躁易怒), 과민성	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Li 등(2015)은 20-65세의 1단계 고혈압에 해당하며 고혈압약을 복용하지 않는 자 중 간양상항 변증 기준에 부합하는 자를 무작위로 한약복용군(50명)과 대조군(50명)으로 나눈 뒤 두 군 모두에서 금주 및 금연, 유산소운동, 스트레스관리 등의 건강지도를 진행하였으며 한약복용군은 국화백질려탕(菊花白蒺藜湯)을 아침 저녁으로 2회 복용하도록 하였다. 4주 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정한 결과 치료군이 대조군에 비하여 유의한 개선을 보였다. 양 군 모두에서 이상반응은 발생하지 않았고 간 기능 신기능지표 또한 정상이었다.¹⁾

Zhang 등(2017)은 18-70세의 1단계 고혈압에 해당하며 간화항성 진단기준에 부합하는 환자를 무작위로 한약 복용군(169명)과 위약복용군(169명)으로 나눈 뒤 한약복용군에는 안궁강압환(安宮降壓丸)을, 위약복용군에는 안궁강압환 위약을 매 2환 1일 2회 복용하도록 하였고 4주간 투약 후 변증설

문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정한 결과 한약복용군이 위약복용군에 비하여 유의한 호전을 보였다. 부작용은 위약 복용군에서 11건 발생하여 발생율 3.25%이었고 시험군에서 5례 발생하여 발생율 1.48%이었으며 위중한 부작용 발생은 없었다.²⁾

Arak 등(2006)은 고혈압 1단계 진단기준에 만족하며 고혈압의 5가지 부수증상(짜증, 불안, 불면, 열감, 안면부 충만감)이 있는 환자를 한약복용군(134명) 위약복용군(131명)으로 나누어 무작위로 배정하였으며 한약복용군에는 TJ-15(황련해독탕)과립을 2캡슐씩 1일 3회 식전에 투여하였고, 위약복용군에는 위약을 같은 용법으로 복용토록 하였다. 8주간 투여 후 고혈압 부수증상 중 짜증(Irritability)을 측정 한 결과 양 군 모두에서 치료전과 비교하여 유의한 호전을 보이지 못하였으며 군간 차이는 없었다.³⁾

② 연구결과의 요약

가. 급조이노(急躁易怒)(변증설문지): SMD= -0.50 (95% CI -1.10, 0.09)로 대조군에 비하여 시험군에서 통계적으로 유의한 호전이 있었다.

나. Irritability(고혈압 부수증상): SMD= 0.12 (95% CI -0.12, 0.36)으로 대조군에 비해 시험군에서 통계적으로 유의한 호전을 보이지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
급조이노 (急躁易怒) (변증설문지) (Critical)	406 (2 RCTs)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.50 (-1.10, 0.09)	점수가 낮을수록 호전됨을 의미
Irritability (고혈압 부수증상) (important)	265 (1 RCT)	●●●○○ Moderate ^b	-	-	SMD 0.12 (-0.12, 0.36)	점수가 낮을수록 호전됨을 의미

a: 피험자가 맹검되어있지 않음.

b: 통계적으로 유의미한 결과를 보이지 않음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문은 임상질문 Q19는 고혈압 환자의 분노에 대해 한약치료가 무처치 혹은 위약군에 비하여 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 3개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 고혈압 환자의 분노에서 한약치료가 위약 및 무처치 대조군에 비하여 변증설문지 중 분노와 관련된 척도[급조이노(急躁易怒), 신번이노(心煩易怒), 번조이노(煩躁易怒)]의 정도를 감소시키는데 대한 근거수준은 낮음(Low)였으며 임상적으로 침치료는 안전한 치료 방법으로 알려져, 위해가 크지 않다. 우리나라에서 고혈압환자의 분노를 비롯한 제반 증상을

목표로 하여 한약처방을 하는 것은 다용되고 있으므로 가치와 선호도가 높다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Li YX, Zhang LY. Observation of clinical effect and life quality of Juhua—Bailiji decoction on primary hypertension grade 1 with hyperactivity of five-yang type. Hebei Journal of Traditional Chinese Medicine. 2015;11:1527-630.
2. Zhang D, Ma XC, Gao R, et al. Effect of Angong Jiangya Pill in the Treatment of Grade-1 Hypertension with Liver-fire Hyperactivity Syndrome: A Randomized Controlled Clinical Trial. Chinese Journal of Integrative Medicine on Cardio-/Cerebrovascular Disease. 2017;1:6-10.
3. Arakawaa K, Sarutab T, Abec K, et al. Orenge dokuto Extract, a four herbal drugs containing Kampo-Medicine Granules for ethical use: A double-blind, placebo-controlled study. Phytomedicine. 2006;13:1-10

【R20】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 항고혈압약제 투여와 한약 단독 치료를 비교했을 때 한약을 단독으로 투여하는 것을 권고하지 않는다.	D/Low	1-2
임상적 고려사항 고혈압약제를 복용하지 않는 것은 위해의 우려가 있고, 항고혈압약제를 통해 혈압 조절이 선행되어야 분노 증상에도 한약이 효과를 보일 수 있을 것으로 사료된다.		

(1) 배경

고혈압 환자를 대상으로 한약을 투여하는 경우와 항고혈압약제를 투여하는 경우 중, 무엇이 더 분노 증상을 유의하게 개선시키는지 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q20

고혈압 환자에 항고혈압약제에 비하여 한약치료가 분노 감소에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 고혈압 환자	한약치료	항고혈압약제	변증설문지 심번이노/번조이노 (心煩易怒/煩燥易怒), 치료율 Irritability	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Tian(2013)은 35-60세의 원발성 고혈압을 진단받았으며 간열담어증으로 판별된 환자를 무작위로 한약 단독투여군(45명)과 고혈압약 복용군(45명)으로 배정하였다. 한약 복용군은 뇌청통습현과립(腦淸通濕懸顆粒) 10g/포를 1일 3회 2포씩 복용하였으며 대조군은 혈압약, 고지혈증약, 항혈소판제를 복용하였다. 8주간 투약 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정한 결과 두 군 모두에서 치료전에 비하여 유의한 감소를 나타내었으나 군간 유의한 차이는 보이지 않았다.¹⁾

Bai(2014)는 고혈압진단기준에 부합하는 환자 중 경동맥중상동맥경화증 발생자로 풍담어조의 변증에 부합하는 자를 무작위로 위약과 한약 투여군(30명) 한약 고혈압약 병용 투여군(30명)과 고혈압약과 위약 투여군(30명)으로 배정하였다. 한약복용군은 질룡활혈통어교낭(蛭龍活血通瘀膠囊) 1.2g을 1일 3회 복용하고 위약을 매 취침전 복용하였으며, 고혈압약 복용군은 고혈압약을 매 취침전 복용하고 위약을 1일 3회 복용하였다. 한약 및 고혈압약 병용투여군은 한약과 고혈압약을 각 1일 3회, 취침 전 1회 복용하였다. 12주간 투여 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정한 결과 한약 단독투여군이 고혈압약 단독투여군과 유의한 차이를 보이지 않았다.²⁾

② 연구결과의 요약

급조이노(急躁易怒) (변증설문지): MD= 0.12 (95% CI -0.07, 0.31)로 대조군에 비해 시험군에서 통

계적으로 유의한 호전을 보이지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
급조이노 (急躁易怒) (변증설문지) (Critical)	138 (2 RCTs)	●●○○○ Low ^a	—	—	MD 0.12 (-0.07, 0.31)	점수가 낮을수록 호전됨을 의미

a: 피험자가 맹검되어있지 않음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문은 임상질문 Q20은 고혈압 환자의 분노에 대해 한약 단독치료가 항고혈압약제 복용에 비하여 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 2개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 고혈압 환자의 분노에서 한약치료가 항고혈압약제 대조군에 비하여 변증설문지 중 분노와 관련된 척도(急躁易怒)의 정도를 감소시키는데 대한 근거수준은 낮음(Low)였다. 임상적으로 한약치료는 안전한 치료 방법으로 알려져 있으나 항고혈압약제를 복용하지 않는 것은 위해의 우려가 있다. 우리나라에서 고혈압환자의 분노를 비롯한 제반 증상을 목표로 하여 한약처방을 하는 것은 다용되고 있으나 항고혈압약제를 복용하지 않고 단독으로 한약치료만을 진행하는 것은 가치와 선호도가 낮다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 D를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 田志伟. 脑清通颗粒治疗高血压病肝热痰瘀证的证候学指标研究 [석사학위]. [陕西]: 陕西中医药大学. 2013.
2. Bai X, Yang SJ, Wang CG, et al. Observation of the clinical efficacy of Yiqi Qufeng Tongluo therapy in the treatment of hypertensive patients with carotid atherosclerosis. Journal of Luzhou Medical College. 2014;37(1):52-3.

■ 협진치료

【R21】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 항고혈압약제 단독복용 보다 항고혈압약제와 한약 병용투여를 고려 해야 한다.	B/Moderate	1-19
임상적 고려사항 고혈압 환자 중 음허양항, 간양상항 변증에 준하는 환자를 대상으로 하며 변증에 맞게 한약치료를 할 것을 고려해야 한다.		

(1) 배경

고혈압 환자가 항고혈압약제와 한약을 함께 복용하는 경우, 한약을 복용하지 않고 항고혈압제만 단독으로 투여하는 것에 비해 분노가 유의하게 개선되는지 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q21

고혈압환자의 분노 증상에 항고혈압약제와 한약 병용투여가 항고혈압약제 단독투여보다 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 고혈압 환자	항고혈압약제와 한약 병용투여	고혈압약 단독투여	변증설문지 심번이노/번조이노/급조이노(心煩易怒/煩燥易怒/急躁易怒), 치료율	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Ai 등(2016)은 음허양항 변증기준에 부합하는 40~70세 원발성 고혈압 1-2단계 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(60명)과 고혈압약 복용군(60명)으로 배정하였다. 두 그룹은 모두 칼슘 이온 길항제(CCB), 안지오텐신 전환 효소 억제제(ACEI), 안지오텐신 수용체 차단제(ARB), 베타 차단제 이노제 중 1~2종을 복용하였으며 치료 그룹은 당삼, 갈근, 생지황, 조구등 각 15g, 진주모 30g, 홍경천, 황금, 결명자, 구기자, 향록 각 12g, 울금 10g, 천우슬 9g을 탕전하여 매일 2회, 각 100mL씩 추가로 복용하였다. 30일간 투약 후 f/u한 결과 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)가 유의하게 개선되었으며 치료군이 대조군에 비하여 유의한 개선을 보였다.¹⁾

Guo 등(2011)은 음허양항의 기준에 부합하는 18-65세 원발성고혈압 1, 2단계 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(30명)과 고혈압약 복용군(30명)으로 배정하였다. 두 그룹은 모두 Benazepril Hydrochloride Tablet 10mg 1일 1회 복용하였고, 한약 병용투여 군은 구등결명방(钩藤决明方: 조구등(후하) 우슬 15g, 구기자 생지황 두충 하고초 아교 천문동 복신 각 10g, 2첩 400mL로 탕전)을 매일 아침 저녁으로 2회 복용하였다. 8주간 투약 후 f/u를 진행한 결과 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)가 유의하게 호전되었으며 유효율 또한 대조군에 비하여 한약 병용투여군에서 유의한 개선을 보였다.²⁾

Ren(2010)은 갱년기증후군 환자 중 음허내조증으로 판별되며 고혈압 진단기준을 충족시키는 여성 환자를 무작위로 한약 고혈압 병행 투여군(50명)과 고혈압약 복용군(46명)으로 배정하였다. 두 그룹은 모두 8주간 로사르칼륨 50mg를 오전 8시에 1회 복용하였고 한약 병용투여군은 당귀 12g, 생지황 15g, 니포마 12g, 상심자 12g, 매괴화 15g, 초산조인 15g로 매일 1첩을 달여서 200mL씩 하루 2회 복용하였다. 8주간 투약 후 변증설문지 중 번조이노(煩躁易怒)가 치료군에서 대조군에 비하여 유의하게 호전되었다.³⁾

Tu 등(2017)은 1-2단계의 원발성 고혈압 환자 중 간양상항증으로 판별된 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(28명)과 고혈압약 복용군(28명)으로 배정하였다. 두 군 모두 Amlodipine 5mg을 1회 복용하였으며 한약복용군은 추가로 평간정현차불수포음(平肝定眩茶沸水泡饮: 天麻 20g, 杜仲 12g, 红景天·川芎·丹参 9g, 陈皮 6g)을 일1첩 30일간 복용하였다. 30일간 투약 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정하고 결과 치료군이 대조군에 비하여 유의한 호전을 보였다.⁴⁾

Wang 등(2017)은 30-65세의 원발성 고혈압 환자 중 간양상항증으로 판별된 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(66명)과 고혈압약 복용군(66명)으로 배정하였다. 두 군 모두 고혈압약(Amlodipine 5mg 일 1회)을 복용하였으며, 한약 병행투여군은 추가로 감산완급조방(甘酸缓急组方: 木瓜 15g, 炙甘草 15g, 白芍 25g, 夏枯草 12g, 生牡蛎 20g, 柴胡 10g, 天麻 10g, 枳壳 6g, 菊花 12g)을 일 2회 4주간을 150mL 하루 2회 14일간 복용하였다. 14일간 투약 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정하고 결과 치료군이 대조군에 비하여 유의한 호전을 보였다.⁵⁾

Zhu 등(2016)은 60~80세의 고혈압 환자 중 간양상항, 음허양항, 음양양허증, 습담홍성증에 부합하는 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(60명)과 고혈압약 복용군(60명)으로 배정하였다. 두 군 모두 고혈압약(Amlodipine 5mg 일 1회)을 복용하였으며, 한약 병행투여군은 추가로 하고초탕(夏枯草汤: 夏枯草 50g, 丹皮 30g, 丹参 30g, 何首乌 15g, 芍药 15g, 生山楂 15g, 泽泻 15g, 炒白术 10g, 陈皮 7g, 甘草 5g)을 1첩 2회 8주간 복용하였다. 8주간 투약 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정하고 결과 치료군이 대조군에 비하여 유의한 호전을 보였다.⁶⁾

Wang(2011a)는 60~79세의 1~2단계의 원발성 고혈압 환자 중 신허증, 음허양항증, 담어저락증으로 판별된 환자를 한약 및 고혈압약 병행 투여군(65명)과 고혈압약 복용군(65명)으로 배정하였다. 두 군 모두 고혈압약을 복용하였으며 한약복용군은 추가로 변증에 따른 한약과립제를 추가로 복용하였다. 6개월간 투여 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정하고 결과 치료군이 대조군에 비하여 유의한 호전을 보였다.⁷⁾

Zhao(2017)은 고혈압진단기준에 부합하는 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병용 투여군(45명)과 기존 고혈압약 복용 유지군(45명)으로 배정하였다. 두 군 모두 기존 복용하던 고혈압약을 유지하였으며, 한약복용군은 추가로 변증에 따른 한약을 추가로 복용하였다. 8주간 투여 후 변증설문지 중 면홍이노(面红易怒)를 측정하고 결과 치료군이 대조군에 비하여 유의한 호전을 보였다.⁸⁾

Wang 등(2018)은 고혈압진단기준에 부합하는 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병용 투여군(30명)과 기존 고혈압약 복용 유지군(30명)으로 배정하였다. 두 군 모두 기존 복용하던 고혈압약을 유지하

였으며, 한약복용군은 추가로 변증에 따른 한약을 추가로 복용하였다. 4주간 투여 후 변증설문지 중 번조이노(煩躁易怒)를 측정된 결과 치료군이 대조군에 비하여 호전을 보였으나 군간 유의한 차이는 없었다.⁹⁾

Bai 등(2014)은 고혈압진단기준에 부합하는 환자 중 경동맥중상동맥경화증 발생자로 풍담어조의 변증에 부합하는 자를 무작위로 위약과 한약 투여군(30명) 한약 고혈압약 병용 투여군(30명)과 고혈압약과 위약 투여군(30명)으로 배정하였다. 한약복용군은 질룡활혈통어교낭(蛭龙活血通瘀胶囊) 1.2g을 1일 3회 복용하고 위약을 매 취침 전 복용하였으며, 고혈압약 복용군은 고혈압약을 매 취침전 복용하고 위약을 1일 3회 복용하였다. 한약 및 고혈압약 병용투여군은 한약과 고혈압약을 각 1일 3회, 취침 전 1회 복용하였다. 12주간 투여 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정된 결과 한약 및 고혈압약 병용투여군이 고혈압약 단독투여군에 비하여 호전을 보였으나 군간 유의한 차이는 없었다.¹⁰⁾

Wang 등(2011b)은 1~2단계의 원발성 고혈압 환자 중 간양상항증으로 판별된 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(51명)과 고혈압약 복용군(51명)으로 배정하였다. 두 군 모두 고혈압약을 복용하며 건강생활지도를 받았으며, 한약복용군은 추가로 강압청심방탕약(降压清心方汤药)을 150mL 하루 2회 14일간 복용하였다. 14일간 투약 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정된 결과 치료군이 대조군에 비하여 유의하게 높은 유효율을 보였다.¹¹⁾

Xiao 등(2016)은 원발성 고혈압 환자 중 간양상항증으로 판별된 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(43명)과 고혈압약 복용군(42명)으로 배정하였다. 두 군 모두 고혈압약(Irbesartan Tablets 75mg)을 1일 1회 복용하였으며, 한약복용군은 추가로 자음장양탕(滋阴潜阳汤)을 매일 1회 8주간 복용하였다. 8주간 투약 후 변증설문지 중 번조이노(煩躁易怒)를 평가하여 유효율을 측정된 결과 한약복용투여군과 고혈압약 단독투여군이 모두 높은 유효율을 보였으며 군간의 유의한 차이는 없었다.¹²⁾

Zhang(2007)는 원발성 고혈압 환자 중 간양상항증으로 판별된 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(30명)과 고혈압약 복용군(30명)으로 배정하였다. 두 군 모두 고혈압약(Nifedipine)을 1일 2회 복용하고 생활관리 교육을 받았으며, 한약복용군은 추가로 송령혈맥강교낭(松龄血脉康胶囊)을 매일 3회 3환씩 4주간 복용하였다. 4주간 투약 후 변증설문지 중 번조이노(煩躁易怒)를 평가하여 유효율을 측정된 결과 한약복용투여군이 고혈압약 단독투여군에 비하여 유의하게 높은 유효율을 보였다. 양군 모두에서 간기능검사 신기능검사 등의 혈액검사, 소변검사, 심전도검사 등 일반적 검사상 이상소견이 발견되지 않았으며, 불량반응 또한 보고되지 않았다.¹³⁾

Liu(2012)는 1~55세의 원발성 고혈압 환자 중 간화항성증으로 판별된 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(30명)과 고혈압약 복용군(30명)으로 배정하였다. 두 군 모두 고혈압약(Losartan potassium)을 1일 1회 복용하였으며, 한약복용군은 추가로 항고혈압한약(钩藤 30g, 天麻 15g, 黄连 9g, 虎杖 20g, 牡丹皮 15g)을 전탕하여 일 2회 아침 저녁으로 복용하였다. 4주간 투약 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 평가하여 유효율을 측정된 결과 한약복용투여군이 고혈압약 단독투여군에 비하여 유의하게 높은 유효율을 보였다. 양군 모두에서 간기능검사 신기능검사 등의 혈액검사, 소변검사, 심전도검사 등 일반적 검사상 이상소견이 발견되지 않았으며, 불량반응 또한 보고되지 않았다.¹⁴⁾

Feng 등(2013)은 원발성 고혈압 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(49명)과 고혈압약 복용군(49명)으로 배정하였다. 두 군 모두 고혈압약(Captopril 정 12.5~25mg)을 1일 1회 복용하였으며, 한약복용군은 추가로 항고혈압한약(黃芪降壓湯 가감방)을 전탕하여 일 2회 아침 저녁으로 복용하였다. 8주간 투약 후 임상증상(두통, 이명, 실면, 빈조)를 평가하여 유효율을 측정한 결과 한약복용투여군이 고혈압약 단독투여군에 비하여 높은 유효율을 보였다.¹⁵⁾

Zhou(2016)는 35~69세의 고혈압 환자 중 간양상항 변증에 부합하는 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(100명)과 고혈압약 복용군(100명)으로 배정하였다. 두 군 모두 고혈압약(valsartan 40mg)을 1일 1회 복용하였으며, 한약복용군은 추가로 중약다음고혈압1호(中藥茶飲高血壓1號)를 전탕하여 일 1회 복용하였다. 30일간 투약 후 변증설문지 중 심번이노(心煩易怒)를 평가하여 유효율을 측정한 결과 한약복용투여군이 고혈압약 단독투여군에 비하여 높은 유효율을 보였다.¹⁶⁾

Zheng 등(2012)은 25~75세의 고혈압 환자 중 간화항성증 진단기준에 부합하는 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(60명)과 고혈압약 복용군(60명)으로 배정하였다. 두 군 모두 혈압약(Amlodipine 10mg)을 복용하고 생활요법(저염, 식이, 운동)을 처방받았으며 한약복용군은 추가로 평간강압방(平肝降壓方)을 전탕하여 일 2회 아침저녁으로 8주간 복용하였다. 8주간 투약 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 평가하여 유효율을 측정한 결과 한약과 발사르탄 캡슐 20mg 경구(予纖沙坦膠囊40毫克口服) 투여군이 고혈압약 단독투여군에 비하여 높은 유효율을 보였다.¹⁷⁾

Wei 등(2014)은 갱년기증후군 환자 중 고혈압 환자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(32명)과 고혈압약 복용군(33명)으로 배정하였다. 두 군 모두 혈압약(Felodipine 5mg)을 복용하고 생활요법(저염, 식이, 운동)을 처방받았으며 한약복용군은 추가로 진간식풍탕 합 이지환(鎮肝熄風湯合二至丸)을 전탕하여 일 2회 아침저녁으로 4주간 복용하였다. 4주간 투약 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 평가하여 유효율을 측정한 결과 한약복용투여군이 고혈압약 단독투여군에 비하여 높은 유효율을 보였다. 치료군에서 1례 두훈있었으나 자연호전 되었고, 불량반응 발생률은 3.03%였다. 대조군에서 2례 두통, 안면홍조가 있었으며 발생률 6.25%로 치료군이 대조군보다 유의하게 부작용발생이 적었다. 양군 모두 간신기능이상은 보고되지 않았다.¹⁸⁾

Huang 등(2017)은 고혈압 진단기준에 부합하며, 치료 시작 6개월이 경과했으나 혈압 평균이 잘 조절되지 않는 원발성 고혈압 환자 중 간양상항 변증에 부합하는 자를 무작위로 한약 고혈압약 병행 투여군(38명)과 고혈압약 복용군(38명)으로 배정하였다. 두 군 모두 혈압약, 루테인정을 복용하고 생활요법(저염, 식이, 운동)을 처방받았으며 한약복용군은 추가로 송령혈맥강립장(松齡血脉康粒裝)을 1회 1.5g, 1일 3회 복용하였다. 3개월간 투약 후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 평가하여 유효율을 측정한 결과 한약복용투여군이 고혈압약 단독투여군에 비하여 높은 유효율을 보였다.¹⁹⁾

② 연구결과의 요약

가. 이노(易怒)(변증설문지): SMD= -1.04(95% CI -1.35, -0.73)로 대조군에 비하여 시험군에서 통계적으로 유의한 호전이 있었다.

나. 이노(易怒) 유효율(변증설문지): OR = 4.36(95% CI 2.83, 6.71)로 대조군에 비하여 시험군에서 통계적으로 유의한 호전이 있었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
이노(易怒) (변증설문지) (Critical)	854 (10 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	—	—	SMD -1.04 (-1.35, -0.73)	점수가 낮을수록 호전됨을 의미
Total effective rate [변증설문지 중 이노(易怒) 항목 대상] (Critical)	755 (9 RCTs)	●●●○ Moderate ^a	4.36 (2.83, 6.71)	258/378 (68.3%)	335/377 (88.9%)	점수가 높을수록 치료 유효율이 높음을 의미함

a: 피험자가 맹검되어있지 않음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문은 임상질문 Q21은 고혈압 환자의 분노에 한약과 항고혈압약제 병용치료가 항고혈압 약제 단독치료에 비하여 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 16개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 고혈압 환자의 분노에서 한약과 항고혈압약제 병용치료와 항고혈압약제 단독치료에 비하여 변증설문지 중 분노와 관련된 척도 [급조이노(急躁易怒), 심번이노(心煩易怒), 번조이노(煩躁易怒)]의 정도를 감소시키는지에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)였으며 임상적으로 침치료는 안전한 치료 방법으로 알려져, 이득에 비해 위해가 크지 않다. 우리나라에서 고혈압환자의 분노를 비롯한 제반 증상을 목표로 하여 한약처방을 하는 것은 다용되고 있으므로 가치와 선호도가 높다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Ai J, Bian JP, Lu SS, et al. Clinical Efficacy Evaluation of Xinnao Xikang in the Treatment of Essential Hypertension (Yin Deficiency and Impotence). Xinjiang Journal of Traditional Chinese Medicine. 2016;34(3):1-5.
2. Guo LF, Chen GH, Bai HY. Observation of hypertension with liveryang hyperactivity, type treated by combination of Gouteng Jueming prescription and western medicine. Hebei Journal of Traditional Chinese Medicine. 2011;5:707-9.
3. Ren YR. The clinical research of the xu-zao-geng-ping Decoction to treatment Female Climacteric Hypertension [석사학위]. [Xinjiang]: Xinjiang Medical University. 2010.

4. Tu YJ, Zhu YF, Chen L, Wang XS. Clinical observation of Pinggan Dingxuan Tea combined with Amlodipine in the treatment of 56 cases of hypertension of upper hyperactivity of liver Yang type. 2017;24:28-31.
5. 王健, 申建国, 刘春龙, 周晓燕. 甘酸缓急组方对肝阳上亢型高血压患者NO、NOS 水平的影响. 河南中医药大学. 2017;7;1204-7.
6. 朱芹英, 任永学, 黄学莲. 夏枯草汤治疗老年高血压的疗效及对ET-1的影响. Journal of Chinese Medicinal Materials. 2016;3:669-71.
7. 王静. 中西医结合治疗对老年高血压患者中医证候及生活质量的影响 [석사학위]. [北京]: 北京中医药大学. 2011.
8. 赵雷华. 实施中药辨证施治提高高血压患者的生存质量. 中国处方药. 2017;15(3):137-8.
9. 王惠英. 中医辨证治疗老年高血压的效果分析. 医药前沿. 2018;8(13):310-1
10. Bai X, Yang SJ, Wang CG, et al. Observation of the clinical efficacy of Yiqi Qufeng Tongluo therapy in the treatment of hypertensive patients with carotid atherosclerosis. Journal of Luzhou Medical College. 2014;37(1):52-3.
11. 汪涛 徐强 孙兰军 赵英强 郑偕扣 王瑞华 周巍. 降压清心方治疗肝阳上亢型高血压患者的临床研究. 2011年第七届河海之滨心脏病学术会议论文集. 2011:308-11.
12. 肖艳春, 户玉轩. 滋阴潜阳汤治疗女性更年期高血压临床疗效分析. 首都食品与医药. 2016;10:73-4.
13. 张志华. 松龄血脉康胶囊治疗肝阳上亢型高血压及高脂血症的临床研究 [석사학위]. [西南]: 西南医科大学;泸州医学院. 2007.
14. 刘娟. 平肝泻火法治疗青中年原发性高血压的临床评价及其对血浆Hs-CRP水平影响的研究 [석사논문]. [山东]: 山东中医药大学. 2012.
15. 冯素莲, 冯素花, 刘俊峰. 中西医结合疗法在原发性高血压的临床研究. 维普期刊专业版. 2013;19(19):2984-7.
16. Zhou ZM. Clinical observation of 100 cases of Traditional Chinese medicine tea combined anti-hypertensive drugs in the treatment of liver yang. 2016;18:54-5.
17. 郑彩云, 张啸. 平肝降压方治疗原发性高血压60例. 中国现代药物应用. 2012;6:65-7.
18. 魏玉辉, 甘伟, 赵飞, et al. 镇肝熄风汤合二至丸治疗女性更年期高血压疗效观察. 中外健康文摘. 2014;16:64-65.
19. 黄广财, 梁能, 刘宇, et al. 松龄血脉康和复方芦丁联合治疗肝阳上亢型高血压的可行性研究. 数理医药学杂. 2017;9:1373-4.

2) 침

■ 단독치료

【R22】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 항고혈압약제 투여보다 침치료를 시행하는 것을 고려 할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 다음 혈자리를 매 10분마다 평보평사하며 30분 유침하는 방법이 사용되었다(백회 심수 간수 비수 폐수 신수 천추 기해 관원 귀래 태충 태계).		

(1) 배경

침치료가 항고혈압약제에 비해서 고혈압 환자의 분노를 더욱 개선시키는지 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q22

고혈압 환자에 항고혈압약제 처방보다 침치료가 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 고혈압 환자	침	항고혈압약제	급조이노(急躁易怒) 변증설문지	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Wu(2016)의 연구는 40~80세의 원발성 고혈압 환자 60명을 침치료군(30명)과 고혈압약 복용군(30명)으로 무작위 배정하였다. 치료군은 매주 3회 격일로 총 4주동안 12회 침치료를 받았으며, 대조군은 고혈압에 대한 일반적으로 권장되는 항고혈압약제를 처방받았다. 4주간 치료 후 변증설문지 급조이노(急躁易怒)를 측정된 결과 치료군은 초기값에 비하여 호전을 보였으나 대조군은 유의한 개선을 보이지 못하였다. 양 군간 차이는 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

급조이노(急躁易怒, 변증설문지): MD= -0.53(95% CI -1.11, 0.05)로 통계적 유의성이 없었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
급조이노 (急躁易怒) (변증설문지) (Critical)	60 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.53 (-1.11, 0.05)	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: 적절한 대조군이 없어 맹검 실패함.

b: 유의미한 통계적 차이를 보이지 않음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문은 임상질문 Q22는 고혈압 환자의 분노에 항고혈압약제 투여에 비하여 침치료가 효과 적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 고혈압 환자의 분노에서 침치료가 항고혈압약제 치료에 비하여 분노의 정도를 감소시키는지에 대한 근거수준은 낮았으나(Low) 임상적으로 침치료는 안전한 치료 방법으로 알려져, 위험이 크지 않은 것으로 판단된다. 우리나라에서 고혈압환자에게 분노를 비롯한 증상 개선을 목표로 하여 침치료를 하는 것은 한방신경정신과 영역에서 가치와 선호도가 높다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Wu XJ. The Clinical study on the application of Tongyuan theory to acupuncture on essential hypertension [석사학위]. [Guang zhou]: Guang zhou University of Chinese Medicine. 2016.

3) 지압

■ 병행치료

【R23】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
고혈압 환자에 건강교육을 실시하는 경우 혈압 및 동반되는 분노 증상에 대한 자가조절법으로 지압교육을 추가로 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Low	1-2
임상적 고려사항 해계혈(ST41), 태충혈(LR3) 지압 및 이혈압봉 부착을 고려할 수 있다.		

(1) 배경

고혈압 환자에게 건강교육을 실시할 때, 지압교육을 추가하는 경우 고혈압 환자들의 분노가 개선되었는지를 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q23

고혈압 환자에 건강교육을 실시하는 경우 자가조절법으로 지압교육을 추가로 시행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 고혈압 환자	지압교육 건강교육	건강교육	번조이노 (변증설문지)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Yu(2015)는 18~70세로 1단계 고혈압 기준을 충족하며 간양상향 변증으로 분류된 자 70명을 지압 교육군(35명)과 대조군(35명)으로 무작위 배정하였다. 두 군은 모두 일반적인 건강교육을 받았으며 Levofloxacin 정제를 항고혈압약제로 복용하였으며, 지압교육군은 양측 해계, 태충혈을 반시계방향으로 140-160회/min의 속도로 지압하는 교육을 받았으며 득기감을 느낄 수 있을 정도의 강도로 매일 21시경 각 경혈을 5분씩 총 20분간 마사지하도록 지시받았다. 4주간 시행 후 변증설문지 번조이노(煩躁易怒)를 측정된 결과 시험군이 대조군에 비하여 유의하게 개선된 것이 확인되었다. 불량반응은 발생되지 않았다.¹⁾

Xiao(2013)는 18~80세로 1단계 고혈압 기준을 충족하며 항고혈압약제를 규칙적으로 복용하고 있지 않는 자 210명을 치료군 1(70명), 치료군 2(70명), 대조군(70명)으로 무작위 배정하였다. 모든 참여자들에게 기본적인 고혈압 건강교육이 시행되었다. 치료군 1은 이혈압봉을 부착후 지압법 교육을 받았으며, 치료군 2는 이혈압봉 부착 후 지압법 교육을 받고 한약제제를 복용하였다. 8주후 변증설문지 중 급조이노(急躁易怒)를 측정된 결과 치료군2, 치료군1, 대조군 순으로 개선이 관찰되었으나, 본페르니

분석에 따르면 군간 유의성은 존재하지 않았다.²⁾

② 연구결과의 요약

이노(煩躁易怒)(변증설문지): MD= -0.40(95% CI -0.73, -0.08)로 시험군이 대조군에 비하여 유의하게 개선되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
이노(易怒) (변증설문지) (Important)	204 (2 RCTs)	●●○○○ Low ^a	—	—	MD -0.40 (-0.73, -0.08)	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미함

a 피험자가 맹검되지 않았음. 랜덤배정이 제대로 이루어지지 않았음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q23은 고혈압 환자의 일반적인 건강관리 교육에 지압교육을 추가하는 것이 분노 증상을 개선하는 데에 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 2개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다.

그 결과 고혈압 환자의 일반 건강관리교육에 지압교육을 추가하는 것이 분노 증상을 개선 하는 지에 대한 근거수준은 낮았으나(Low) 임상적으로 지압교육은 안전한 치료 방법으로 알려져, 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 우리나라에서 고혈압환자에게 지압교육을 시행하는 것은 다빈도로 이루어지고 있어 가치와 선호도가 낮아지지 않을 것으로 생각된다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. 俞晓莲. 按摩四穴对肝阳上亢证高血压患者的临床疗效观察 [석사학위]. [福建]: 福建中医药大学. 2015.
2. 肖雪. 菊明颗粒配合耳穴贴压法对 I 级高血压患者的临床疗效观察 [석사학위]. [辽宁]: 辽宁中医药大学. 2013.

4) 수기요법

■ 단독치료

【R24】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 치료자가 이완을 유도할 때 점진적 근육이완법 보다 수기요법을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 치료자 유도 이완법이란, 점진적근육이완법을 치료자의 지도 하에 시행하는 것으로, 자가시행을 독려하거나 권고하지 않은 상태를 말한다. 일반적으로 근육이완법에서 자가시행을 독려한다는 것을 고려할 때 이는 수기요법의 대조군으로써 설정하기 위해 근육이완법의 효과를 제한 한 것으로 볼 수 있다. 이에 비하여 직접적인 접촉을 통한 수기요법을 진행하여 치료하는 것이 고혈압환자의 분노 감소에 효과적이다. 따라서 환자의 방문시에 수기요법을 통한 직접적 접촉이 동반되는 치료를 진행할 것을 고려해야 한다.		

(1) 배경

고혈압 환자에 이완을 도모하는 경우, 혈압뿐만 아니라 심리적 안정에도 도움이 될 수 있다. 치료자가 환자를 이완시키기 위해서 근육 이완을 유도할 때 이완법 중의 하나인 점진적 근육이완법과 한방의 료행위에 해당하는 수기요법을 실시하는 것 중에서 어느 것이 더 분노 개선에 효과적인지 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q24

고혈압 환자에 점진적 근육이완법보다 수기요법을 시행하는 것이 분노 감소에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 고혈압 환자	수기요법	PMR	SCL-90(-R)의 적대감 척도	한의원 및 한방병원

SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Hernandez 등(2000)의 연구는 최소 고혈압 진단을 받았으며 다른 의학적 혹은 정신과적 질환이 배제된 자 30명을 무작위로 마사지군(15명)과 점진적근육이완법(Progressive Muscle Relaxation, PMR)군(15명)으로 배정하였다. 30분동안 주당 2회, 5주간 각각 마사지, PMR을 시행하였으며 PMR을 시행한 군도 마사지군과 같은 환경을 유지하기 위하여 자가수행을 하는 것을 금지하였다. 5주 후 SCL-90를 통하여 적대감(적대감)을 측정한 결과 마사지군이 PMR 군에 비하여 유의하게 감소한 것을 확인할 수 있었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

적대감(SCL-90): MD= -2.00 (95% CI -2.69, -1.31)으로 대조군에 비해 시험군에서 유의한 호전을 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
적대감 (SCL-90) (Important)	30 (1 RCT)	●●●● High	-	-	MD -2.00 (-2.69, -1.31)	점수가 낮을수록 호전됨을 의미

SCL-90: Symptom Check List 90

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q24은 고혈압 환자의 분노에 대해 수기요법이 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 고혈압 환자의 분노에서 수기요법이 활성대조군인 점진적근육이완법에 비하여 SCL-90 중 분노와 관련된 척도(적대감)의 정도를 감소시키는지에 대한 개별 논문의 근거수준은 높음(High)이었으나 근거 문헌의 수가 부족하여 근거 수준은 Moderate로 조정하였다. 임상적으로 수기요법은 안전한 치료 방법으로 알려져, 이득에 비하여 위해가 크지 않다. 우리나라에서 심신의 긴장을 이완시키는 것을 목표로 하여 수기요법을 시행하는 것은 다용되고 있으므로 가치와 선호도가 낮아지지 않는다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Hernandez-Rief M, Field T, Krasnegor J, et al. High blood pressure and associated symptoms were reduced by massage therapy. Journal of bodywork and movement therapies. 2000;4(1):31-8.

5) 심신중재법

■ 단독치료

【R25】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
고혈압 환자의 분노 증상 호전을 위하여 생기능자기조절훈련보다 점진적 근육이완법을 통한 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 혈압을 조절하는 데에는 생기능자기조절훈련이 더 우수한 효과를 내었으나, 분노 증상과 관련한 호전도는 점진적 근육이완법이 높게 나타났다.		

(1) 배경

고혈압의 자가조절법으로서 생기능자기조절훈련을 응용한 벤슨 박사의 이완반응은 연구가 많이 이루어졌는데, 생기능자기조절훈련뿐만 아니라 점진적근육이완법(PMR) 역시 이완법에 속하는 중재이므로 둘 중 어떤 것을 더 권고해야 하는지 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q25

고혈압 환자가 자가조절법으로서 생기능자기조절훈련보다 근육이완법을 시행하는 것이 분노 감소에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 고혈압 환자	PMR	생기능자기조절훈련	STAXI	한의원 및 한방병원

STAXI: State-Trait Anger expression Inventory; PMR: Progressive Muscle Relaxation

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Blanchard 등(1987)의 연구는 본태성 고혈압 진단을 받았으며 최소 두가지 고혈압약을 복용하며 혈압이 조절되고 있는 자 71명을 무작위로 PMR군(34명)과 생기능자기조절훈련의 하나인 체온자기조절훈련(Thermal Biofeedback Training, TBF)군(37명)으로 배정하였고 PMR군은 8개 세션으로 8주동안 진행되는 점진적근육이완법을 교육받았고 TBF군은 주 2회 50분간 체온자기조절훈련을 시행하였다. 각각의 중재를 진행하며 2단계 고혈압약을 중단하는 과정을 진행하였고 8주 이후에도 고혈압약 중단에 실패한 경우에는 결과평가에서 제외하고 탈락되었다. 성공적으로 2단계 고혈압약 단약에 성공한 연구 참여자들을 대상으로 8주간 프로그램을 진행한 후 6개월동안 추적관찰을 진행하였다. STAXI를 통하여 분노 표출 정도를 평가한 결과 상태분노, 특성분노가 PMR군에서 TBF군에 비하여 유의한 효과가 있었으며, 2단계 고혈압 약물을 끊은 군에서 약물 복용 중단 후보다 중재 시행 후의 특성분노의 수준이 PMR군보다 TBF군에서 유의하게 낮게 관찰되었다. 특성분노의 감소는 장기적인 추적관찰 시에도 유

지되었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

Trait Anger (STAXI): MD= -1.17 (95% CI -4.48, 2.14)으로 대조군과 시험군에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Trait anger (STAXI) (Critical)	21 (1 RCT)	●●○○○ Low ^a	-	-	MD -1.17 (-4.48, 2.14)	점수가 낮을수록 호전됨을 의미

STAXI: State-Trait Anger expression Inventory

a: 결과값에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q25은 고혈압 환자의 분노에 대해 점진적근육이완법이 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 해당 논문의 결과값 자체는 ANOVA 시행 결과 유의한 차이가 있는 것으로 보고되었으나 이는 2단계 고혈압약물을 중단 한 직후 측정값에서 차이가 발생한 것에 기인하여, 본 분석 시에 비교한 최종값에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다. 고혈압 환자의 분노에서 점진적근육이완법이 활성대조군인 체온자기조절훈련법에 비하여 상태분노 및 특성분노의 정도를 감소시키는데에 대한 근거수준은 낮음(Low)로 평가되었다. 이에 권고등급을 C에서 시작하였다. 임상적으로 점진적근육이완법은 안전한 치료 방법으로 알려져, 이득에 비하여 위해가 크지 않다. 또한 우리나라에서 심신의 긴장을 이완시키는 것을 목표로 하여 점진적근육이완법을 시행하는 것은 다용되고 있으므로 가치와 선호도가 낮아 지지 않는다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Blanchard EB, McCaffrey RJ, Musso A, et al. A Controlled Comparison of Thermal Biofeedback and Relaxation Training in the Treatment of Essential Hypertension: III. Psychological Changes Accompanying Treatment 1. Biofeedback and Self-Regulation. 1987;12(3):227-39.

2-3. 우울증에 동반된 분노 증상

1) 침

■ 단독치료

【R26】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
우울증 환자에 대하여 경혈에 자침하여 득기를 유발하는 것이 비경혈에 자침한 삼군에 비하여 분노와 관련된 척도의 정도를 유의하게 감소시켰다. 이에 따라 우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 경혈에 자침하여 득기를 유발하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 함곡(LI4), 태충(LR3), 백회(GV20), 인당 등의 혈위에 제삼염전을 통하여 득기를 유발할 수 있다.		

(1) 배경

우울증 환자의 분노 증상 관리에 대한 침 치료의 효능을 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q26-1

우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 경혈에 자침하여 득기를 유발하는 것이 삼침보다 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 우울증 환자	침 (득기유도)	삼침 (비경혈자침)	SCL-90(-R)의 적대감 척도	한의원 및 한방병원

SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision)

(3) 임상질문: Q26-2

우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 경혈에 자침하여 득기를 유발하지 않는 것이 삼침보다 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 우울증 환자	침치료 (득기비유도)	플라세보 (비경혈 자침)	SCL-90(-R)의 적대감 척도	한의원 및 한방병원

SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Fan 등(2012)은 HAM-D 20-35점 사이의 경도에서 중등도의 우울증 환자 중 간기울결증 및 기우울 화화증 변증에 부합하며 2주이상 항우울제를 복용하지 않은 18-70세 성인 163명을 대상으로 진행하였

고 득기군 53명, 비득기 경혈자침군 56명, 비경혈자침군 54명으로 무작위로 배정되었으며 경혈은 합곡(LI4), 태충(LR3), 백회(GV20), 인당(EX-HN3)이 공통적으로 사용되었고, 모든 군에서 피내침[심수(BL15), 간수(BL18)], 뜸[사화(四花), 격수(BL17), 담수(BL19)]가 시행되었다. 경혈자침군은 12주간 주 2회 30분간 유침되었으며 24회 시술되었다. 치료 종료 후, 4주, 12주후에 SCL-90-R의 적대감(적대감) 척도를 측정한 결과 치료 종료 후 평가된 경혈자침 후 득기반응 유도군(47명)이 비경혈자침군(48명)에 비하여 낮은 수준의 적대감을 보이는 것을 보였으며 군간 유의미한 차이를 보였다. 한편, 득기반응 비유도군(48명)은 비경혈자침군(48명)에 비하여 유의한 적대감 정도의 차이를 보이지 않았다.¹⁾

② 연구결과의 요약

가. SCL-90-R(적대감 score) (득기 vs 플라세보): MD= -0.44 (95% CI -0.59, -0.29)로 유의한 적대감 정도의 차이를 보였다.

나. SCL-90-R(적대감 score) (비득기 vs 플라세보): MD= -0.03 (95% CI -0.19, 0.13)로 유의한 적대감 정도의 차이를 보이지 못했다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
적대감 ^a (SCL-90-R) (Critical)	95 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^c	-	-	MD -0.44 (-0.59, -0.29)	점수가 낮을수록 적대감이 낮음을 의미함
적대감 ^b (SCL-90-R) (Critical)	96 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^c	-	-	MD -0.03 (-0.19, 0.13)	점수가 낮을수록 적대감이 낮음을 의미함

SCL-90-R: Symptom Check List-90-Rivised

a: 득기 vs 플라세보

b: 비득기 vs 플라세보

c: 1:1:1 디자인에서 필요한 내용만을 추출하였음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q26-1, Q26-2는 우울증 환자의 분노에 득기반응을 유도하는 침치료가 비경혈자침으로 설정된 플라세보에 비하여 효과적이지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다.

그 결과 우울증 환자의 분노에서 경혈에 자침하며 득기를 유발하는 시술법이 비경혈 자침으로 설정된 플라세보 치료에 비하여 적대감(SCL-90-R)의 정도를 감소시키는데 대한 근거수준은 중등도였고(Moderate) 임상적으로 침치료는 안전한 치료 방법으로 알려져, 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 우리나라에서 우울증환자에게 경혈에 침시술을 하고 득기반응을 유도 하는 것은 다빈도로

이루어지고 있어 가치와 선호도가 낮아지지 않을 것으로 생각된다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Fan L, Fu WB, Xu NG, et al. Impacts of acupuncture and moxibustion on outcome indices of depression patients' subjective reports. Chinese acupuncture & moxibustion. 2012;32(5):385-9.

■ 협진치료

【R27】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 일반침 단독치료보다 침치료를 항우울제와 병행하는 것을 고려 할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 검색된 연구에서는 다음과 같은 혈자리를 선택한다. [백회(GV20), 인당, 풍부(GV16), 풍지(GB20), 대추(GV14), 내관(PC6), 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 신문(HT7), 솔곡(GB8), 지구(TE6)]		

(1) 배경

항우울제에 추가적으로 침치료를 병행할 때, 우울증 환자의 분노가 개선되었는지를 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q27

우울증환자에 항우울제보다 항우울제와 침치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 우울증 환자	침과 항우울제 병행치료	항우울제	SCL-90(-R)의 적대감 척도	한의원 및 한방병원

SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Chen 등(2014)은 ICD-10 진단기준을 만족하는 경증에서 중등도의 원발성 우울환자 105명을 Seraxat 20mg을 복용하는 대조군과 항우울제와 일반침, 전침 치료를 병행하는 군으로 배정한 후 주 3회 30분 유침하여 6주간 시술을 진행한 후, SCL-90-R의 적대감(적대감)척도를 측정한 결과 일반침 시술군, 대조군에서 유의한 감소를 보이지 않았다.¹⁾

② 연구결과의 요약

SCL-90-R(적대감 score): MD= 0.05 (95% CI -0.25, 0.35)로 통계적 유의성이 없었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
적대감 (SCL-90) (Critical)	70 (1 RCT)	●●○○○ Low ^a	-	-	MD 0.05 (-0.25, 0.35)	점수가 낮을수록 적대감이 낮음을 의미함

SCL-90-R: Symptom Check List- 90

a: 연구참여자가 맹검되지 않음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q27은 우울증 환자의 분노에 침치료와 항우울제 병용치료가 항우울제 단독치료에 비하여 효과적이지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 우울증 환자의 분노에서 침치료와 항우울제 병용치료와 항우울제 단독치료에 비하여 적대(SCL-90-R)의 정도를 감소시키는데에 대한 근거수준은 낮았으나(Low) 임상적으로 침치료는 안전한 치료 방법으로 알려져, 위험이 크지 않은 것으로 판단된다. 우리나라에서 우울증환자에게 분노를 비롯한 증상 개선을 목표로 하여 침시술을 하는 것은 한방신경정신과 영역에서 가치와 선호도가 높다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Chen J, Lin W, Wang S, et al. Acupuncture/electroacupuncture enhances anti-depressant effect of Seroxat: the Symptom Checklist-90 scores. Neural regeneration research. 2014;9(2):213-22.

【 R28 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
우울증 환자의 분노 증상 호전을 위하여 항우울제 단독투여보다 전침치료를 항우울제 투여와 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 연구에 따르면 전침치료는 백회혈(GV20), 인당혈에 disperse-dense wave, at 2 or 15 Hz frequency, 약간 떨리는 정도의 강도로 시행하며 15분 경과 후 염전 5-10초간 시행한다.		

(1) 배경

(2) 임상질문: Q28

우울증환자에 항우울제보다 항우울제와 전침치료를 병행하는 것이 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 우울증 환자	전침+항우울제	항우울제	SCL-90(-R)의 적대감 척도	한의원 및 한방병원

SCL-90(-R): Symptom Check List-90(-Revision)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Chen 등(2014)은 ICD-10 진단기준을 만족하는 경증에서 중등도의 원발성 우울환자 105명을 Seroxat 20mg을 복용하는 대조군(35명)과 항우울제와 일반침(35명), 항우울제와 전침(35명) 치료를 병행하는 군으로 배정한 후 주 3회 30분 유침하여 6주간 시술을 진행한 후, SCL-90-R의 적대감(적대감) 척도를 측정한 결과 치료 전에 대비하여 전침 시술군($2.49 \pm 0.74 \rightarrow 1.54 \pm 0.51$), 대조군($2.17 \pm 0.88 \rightarrow 1.60 \pm 0.49$)에서 유의한 감소를 보였으나, 군간 차이는 보이지 않았다.¹⁾

② 연구결과의 요약

SCL-90-R(적대감 score): MD= -0.06 (95% CI -0.29, 0.17)로 통계적 유의성이 없었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
적대감 (SCL-90-R) (Critical)	70 (1 RCT)	●●○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 0.06 (-0.29, 0.17)	점수가 낮을수록 적대감이 낮음을 의미함

SCL-90-R: Symptom Check List-90-Rivised

a: 피험자가 맹검되어있지 않음.

b: 통계적으로 유의한 차이 없음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q28은 우울증 환자의 분노에 전침치료와 항우울제 병용치료가 항우울제 단독치료에 비하여 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 우울증 환자의 분노에서 전침치료와 항우울제 병용치료과 항우울제 단독치료에 비하여 적대감(SCL-90-R)의 정도를 감소시키는지에 대한 근거수준은 낮았으나(Low) 임상적으로 전침치료는 안전한 치료 방법으로 알려져, 위험이 크지 않은 것으로 판단된다. 우리나라에서 우울증환자의 분노를 목표로 하여 전침시술을 하는 것은 일반적이지 않으므로 가치와 선호도가 낮다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Chen J, Lin W, Wang S, et al. Acupuncture/electroacupuncture enhances anti-depressant effect of Seroxat: the Symptom Checklist-90 scores. Neural regeneration research. 2014;9(2):213-22.

3. 스트레스 예방 · 관리

3-1. 심신중재

1) 요가

■ 단독치료

【R29】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
직장인을 대상으로 한 요가 수업이 무처치 대기군에 비하여 적대감을 유의하게 감소시키는 것이 확인되었다. 이에 따라 직장인의 분노 감소를 위하여 요가를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

(1) 배경

요가를 시행했을 때, 직장인들의 스트레스와 그로 인한 분노가 개선되는지를 분석하고자 하였다. 요가가 심신중재로서 의미가 있는지를 검증하기 위해, 육체활동 및 호흡연습과 비교했을 때, 직장인들의 스트레스와 그로 인한 분노가 개선되는지를 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q29

직장인에게 요가를 시행하는 것이 단순 경과관찰에 비하여 분노 감소에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
직장인	요가	무처치 또는 대기군	PANAS의 적대감 척도	한의원 및 한방병원

PANAS: The Positive and Negative Affect Schedule

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Hartfiel 등(2012)의 연구는 25-64세의 공무원을 74명을 무작위로 37명씩 요가수행군과 대조군으로 나누어 배정하였고 요가수행군은 1주일에 1회 50분가량의 요가수업을 수강하였다. 대조군은 무처치 대기군으로 추후 요가프로그램을 시작할 수 있음을 약속받았다. 8주 후 PANAS (The Positive and Negative Affect Schedule)를 통하여 감소된 적대감(Reduced 적대감)을 평가한 결과 요가수행군이 무처치 대기군에 비하여 유의미한 호전을 보였음을 확인할 수 있었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

감소된 적대감(PANAS): MD = 2.93 (95% CI 1.01, 4.85)으로 시험군이 대조군에 비하여 유의한 개선을 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
감소된 적대감 (PANAS) (Critical)	74 (1 RCT)	●●●○ ^a Moderate	—	—	MD 2.93 (1.01, 4.85)	점수가 높을수록 개선됨을 의미

PANAS: The Positive and Negative Affect Schedule

a: 연구참여자가 맹검되지 않았음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q29은 직장인의 분노에 대해 요가가 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 직장인의 분노에서 요가 수행이 단순경과관찰에 비하여 분노의 정도를 감소시키는지에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)였으며 임상적으로 요가수행은 안전한 치료 방법으로 알려져, 이득에 비하여 위험이 크지 않다. 우리나라에서 심신의 긴장을 이완시키는 것을 목표로 하여 요가를 시행하는 것은 다용되고 있으므로 가치와 선호도가 낮아지지 않는다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Hartfiel N, Burton C, Rycroft-Malone J, et al. Yoga for reducing perceived stress and back pain at work. Occupational Medicine. 2012;62:606-12.

【R30】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
직장인의 분노 감소를 위하여 동등한 시간의 육체활동 및 호흡지도보다 요가를 시행할 것을 고려해야 한다.	B/High	1-2
임상적 고려사항 요가 프로그램 시행은 동등한 수준의 육체활동 및 일반적인 호흡연습보다 효과적이다.		

(1) 배경

요가가 심신중재로서 의미가 있는지를 검증하기 위해, 육체활동 및 호흡연습과 비교했을 때, 직장인들의 스트레스와 그로 인한 분노가 개선되는지를 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q30

직장인에게 요가를 시행하는 것이 동등한 시간의 육체활동 및 호흡지도에 비하여 분노 감소에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
직장인	요가	경도~중증도의 육체활동 및 호흡연습	BPAQ의 특성공격성 척도	한의원 및 한방병원

BPAQ: Buss and Perry's Aggression questionnaire

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Dwivedi 등(2016)의 연구는 기업 근로자 160명을 요가수행군과 대조군으로 각각 80명씩 무작위 배정하였고 요가수행군은 10주간 하루에 1회씩 1시간동안 요가치료를 진행하였고, 대조군은 경도~중증도의 육체활동 및 일반적인 호흡연습에 대한 지도를 같은 기간동안 하루에 1회 1시간동안 진행하였다. 10주 후 BPAQ (Buss and Perry's Aggression questionnaire)를 통하여 특성공격성(Trait aggressiveness)를 평가한 결과 요가군이 대조군에 비해 유의한 개선을 보였다.¹⁾

② 연구결과의 요약

특성공격 (BPAQ): MD= -4.34 (95% CI -8.58, -0.10)으로 시험군이 대조군에 비하여 유의한 개선을 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
특성공격성 (BPAQ) (Critical)	160 (1 RCT)	●●●● High	-	-	MD -4.34 (-8.58, -0.10)	점수가 낮을수록 개선됨을 의미

BPAQ: Buss and Perry's Aggression questionnaire

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q30은 직장인의 분노에 대해 요가가 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 직장인의 분노에서 요가 수행이 비슷한 정도의 육체활동에 비하여 분노의 정도를 감소시키는지에 대한 근거수준은 높음(High)였으며 임상적으로 요가수행은 안전한 치료 방법으로 알려져, 이득에 비하여 위해가 크지 않다. 우리나라에서 심신의 긴장을 이완시키는 것을 목표로 하여 요가를 시행하는 것은 다 용되고 있으므로 가치와 선호도가 낮아지지 않는다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재 까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Dwivedi U, Kumari S, Nagendra HR. Effect of yoga practices in reducing counterproductive work behavior and its predictors. Indian Journal of Psychiatry. 2016;58(2):216-9.

2) 근육이완법

■ 단독치료

【R31】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
직장인의 분노 감소를 위하여 근육이완법을 시행한 결과 무처치군에 비하여 유의한 분노지표의 개선을 보이지 않았으나, 분노 지표 감소의 경향성이 확인되었다. 이에 따라 직장인의 분노 감소를 위하여 근육이완법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 근육이완법, 운동, 무처치군을 1:1:1로 비교한 임상연구 결과, 근육이완법과 무처치군의 비교에서는 경향성이 확인되었으나 통계적 유의성은 확인되지 않았다. 한편, 운동은 무처치군과 비교하여 통계적으로도 유의한 효과를 보였다. 이에 무처치군과 비교할 때 스트레스를 받은 30대 남성을 대상으로 최대 강도의 60-70%의 운동을 규칙적으로 시행하는 것이 근육이완법을 시행하는 것보다 분노 감소에 효과적이므로 환자 교육에 참고할 수 있다.		

(1) 배경

근육이완법을 시행했을 때, 직장인들의 스트레스와 그로 인한 분노가 개선되었는지를 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q31

직장인에게 근육이완법이 무처치 또는 대기군보다 분노 감소에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
직장인	근육이완법	무처치 또는 대기군	POMS의 분노	한의원 및 한방병원

PMR: Progressive Muscle Relaxation; POMS: Profile Of Mood States

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Kim (2004)의 연구는 30-39세의 남성으로 현재 규칙적인 운동 또는 이완요법을 하고 있지 않은 300명의 사무직 근로자 중 스트레스 점수가 높은 60명 중 연구에 동의한 36명을 연구대상으로 하였으며 무작위로 운동수행군(12명), 이완요법군(12명), 대조군(12명)으로 배정하였다. 운동요법군은 60-70%의 운동강도로 1회 30분 주 3회 고정자전거운동을 시행하였으며 이완요법군은 점진적 근육이완법을 30분간 주 3회 시행하였다. 8주 후 무드상태검사(POMS) 중 분노감 요인 12문항에 대한 응답을 조사한 결과 운동수행군은 대조군에 비하여 유의한 개선을 보였으며 이완요법군은 개선을 보였으나 통계적 유의성을 보이지 못하였다.¹⁾

② 연구결과의 요약

분노감(POMS): MD= -0.61 (95% CI -1.46, 0.24)로 대조군과 시험군에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
분노감 (POMS) (Critical)	24 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.61 (-1.46, 0.24)	점수가 낮을수록 개선됨을 의미

POMS: Profile Of Mood States

a: 연구참여자 맹검이 되지 않았음.

b: 결과값에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q31은 직장인의 분노에 대해 점진적근육이완법이 효과적이지를 평가하기 위하여 만 들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행 하였다. 그 결과 직장인의 분노에서 점진적근육이완법이 무처치 대기군에 비하여 분노의 정도를 유의 하게 감소시키지 못하였고 그 근거수준은 낮음(Low)이었다. 그러나 이는 시행된 RCT 연구가 1건이며, 총 환자수가 적었음(군당 12명)을 고려할 때 지나치게 표준편차가 크게 측정되어 경향성이 통계적인 유의성을 얻지 못했던 것으로 추정된다. 임상적으로 점진적근육이완법은 안전한 치료 방법으로 알려져, 이득에 비하여 위해가 크지 않다. 우리나라에서 심신의 긴장을 이완시키는 것을 목표로 하여 점진 적근육이완법을 시행하는 것은 다용되고 있으므로 가치와 선호도가 낮아지지 않는다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Kim IH. Effects of Relaxation Therapy and exercise Therapy on the Psychological Response for Job Stress of White Color's Job. Korea Sport Research. 2004;15(3):587-600.

3) 마음챙김

■ 단독치료

【R32】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
직장인의 분노 감소를 위하여 마음챙김 기반 중재(Mindfulness-based Intervention)를 시행한 결과 무처치군에 비하여 공격성 척도가 유의하게 감소한 것을 확인할 수 있었다. 이에 따라 직장인의 분노 감소를 위하여 마음챙김 기반 중재를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 마음챙김 기반 중재는 마음챙김-기반 스트레스감소 프로그램(Mindfulness-Based Stress Reduction Program)에서 사용하는 마음챙김(Mindfulness)개념을 사용하며, 걷기명상, 바디스캔, 호흡관찰 등 명상 및 마음챙김운동을 동반한다.		

(1) 배경

마음챙김 기반 중재를 시행했을 때, 직장인들의 스트레스와 그로 인한 분노가 개선되었는지를 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q32

직장인에게 마음챙김 기반 중재(Mindfulness-based Intervention)를 시행하는 것이 단순 경과관찰보다 분노 감소에 더욱 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
직장인	마음챙김 명상	무처치	BPAQ-SF의 공격성/분노	한의원 및 한방병원

BPAQ-SF: Buss-Perry Aggression Questionnaire-Short Form

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Christopher 등(2018)의 연구는 법무사무실에 근무하는 종사자 61명을 무작위로 MBRT (Mindfulness-based resilience training)군과 무처치군에 각각 31명, 30명씩 배정하였다. MBRT군에서는 8주간 1주일에 2시간씩, 7주차에는 6시간의 프로그램을 진행하였으며, 걷기명상, 마음챙김운동, 바디스캔, 집단토론 등이 프로그램에 포함되었다. 8주간의 프로그램 종결 후 BPAQ-SF를 통한 공격성, 분노의 정도를 평가한 결과 분노는 대조군에 비하여 별무 차이를 보였으나 공격성 척도는 치료 직후 대조군에 비하여 유의한 차이를 보임이 확인 되었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

가. 분노 (BPAQ-SF): MD= -0.64 (95% CI -4.31, 3.03)으로 대조군과 시험군에서 유의한 차이를 보이

지 않았다.

나. 공격성 (BPAQ-SF): MD= -0.11 (95% CI -0.39, 0.17)으로 대조군과 시험군에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
분노 (BPAQ-SF) (Critical)	61 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.64 (-4.31, 3.03)	점수가 낮을수록 개선됨을 의미
공격성 (BPAQ-SF) (Critical)	61 (1 RCT)	●●○○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.11 (-0.39, 0.17)	점수가 낮을수록 개선됨을 의미

BPAQ-SF: Buss-Perry Aggression Questionnaire-Short Form

a: 대조군에 대한 맹검이 시행되지 않음.

b: 결과값에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q32은 직장인의 분노에 대해 마음챙김 명상이 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 직장인의 분노에서 마음챙김 명상법이 분노의 정도를 감소시키는지에 대한 근거수준은 낮음(Low)였으나 임상적으로 마음챙김 명상은 안전한 치료 방법으로 알려져, 이득에 비하여 위험이 크지 않다. 우리나라에서 심신의 긴장을 이완시키는 것을 목표로 하여 마음챙김 명상을 시행하는 것은 다용되고 있으므로 가치와 선호도가 낮아지지 않는다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Christopher MS, Hunsinger M, Goerling RJ, et al. Mindfulness-Based Resilience Training to Reduce Health Risk, Stress Reactivity, and Aggression among Law Enforcement Officers: A Feasibility and Preliminary Efficacy Trial. *Psychiatry Research*. 2018;264:104-15.

4) 초월명상

■ 단독치료

【R33】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
직장인의 분노 감소를 위하여 초월명상을 시행한 결과 무처치군에 비하여 분노 척도가 유의하게 감소한 것을 확인할 수 있었다. 이에 따라 직장인의 분노 감소를 위하여 초월명상을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Moderate	1
임상적 고려사항 초월명상(Transcendental meditation, TM)이란 ‘옴(ohm)’과 같은 만트라(mantra)를 반복적으로 읊조리며 스스로가 발성하는 소리에 주의를 두는 집중명상이다.		

(1) 배경

초월명상을 시행했을 때, 직장인들의 스트레스와 그로 인한 분노가 개선되는지를 분석하고자 하였다.

(2) 임상질문: Q33

직장인에게 초월명상을 시행하는 것이 무처치 또는 대기군보다 분노 감소에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
직장인	초월명상	무처치 또는 대기군	분노(POMS)	한의원 및 한방병원

POMS: Profile of Mood States

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Travis 등(2018)의 연구는 관리직 직원들을 96명을 무작위로 48명씩 TM (Transcendental meditation)군과 무처치 대기군으로 배정하였다. TM군은 표준화된 7단계 코스로 명상을 진행하였고 참가자들은 최소 5코스 이상을 참석하도록 독려되었으며 코스가 완료된 이후에는 한 달에 한 번씩 명상수행법을 개인적으로 교정하도록 방문하도록 하였으며, 1주일에 한 번씩 명상 경험 및 일상 적용, 과학적 연구에 대한 의견을 공유할 수 있는 미팅에 참석하도록 하였다. 4개월 후 POMS 설문지를 통하여 분노 정도를 측정한 결과 대기군에 비해서 시험군에서 유의하게 개선이 나타난 것을 확인할 수 있었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

분노(POMS): MD= -3.57 (95% CI -5.88, -1.26)으로 시험군이 대조군에 비하여 유의한 개선을 보였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
분노 (POMS) (Critical)	96 (1 RCT)	●●●○ Moderate ^a	—	—	MD -3.57 (-5.88, -1.26)	점수가 낮을수록 개선됨을 의미

POMS: Profile of Mood States

a: 연구참여자 맹검이 시행되지 않았음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문 Q33은 직장인의 분노에 대해 초월명상이 효과적인지를 평가하기 위하여 만들어졌다. 이에 질문과 관련된 문헌검색결과 포함된 1개의 무작위 배정 임상연구에 대한 분석을 시행하였다. 그 결과 직장인의 분노에서 초월명상이 분노의 정도를 감소시키는지에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)였으며 임상적으로 초월명상은 안전한 치료 방법으로 알려져, 이득에 비하여 위해가 크지 않다. 그러나 우리나라에서 심신의 긴장을 이완시키는 것을 목표로 하여 초월명상을 시행하는 것은 다용되지 않아 가치와 선호도가 다소 낮아진다. 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다.

(4) 참고문헌

1. Travis F, Valosek L, Konrad A, et al. Effect of meditation on psychological distress and brain functioning: A randomized controlled study. Brain and cognition. 2018;125:100-5.

V. 화병 임상진료지침 활용

1. 화병 임상진료지침 활용
2. 한계점 및 의의
3. 향후 계획

1. 화병 임상진료지침 활용

1) 활용 방안

화병은 우리나라에서 흔히 볼 수 있는 광범위한 질환임에도 불구하고 그 동안 확립된 치료 절차 및 평가 방법이 부족한 실정이었다. 화병은 한국 문화 특유의 문화 관련 증후군으로서, 한국인의 정신 특성에 대한 이해를 바탕으로, 다른 정신과 질환의 임상진료지침과는 별도로 개발되어야 한다. 이에 2013년 화병임상진료지침이 출판·보급되었다. 시대가 변하면서 화병 양상의 변화도 보고되고, 화병에 대한 새로운 연구들도 발표되어 이를 종합하여 화병임상진료지침을 개정할 필요가 대두되었다. 본 임상진료지침은 새로운 연구결과들과 변화된 화병 양상을 포괄하고 보장성 강화를 통해 국민 건강의 향상에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

본 임상진료지침은 근거중심의학(Evidence based medicine, EBM)적 방법론을 통해 국내외 근거자료와 국내 임상전문가들의 의견을 반영하여 한의학의 임상 현실에 맞는 임상진료지침을 개발하고 보급하여 화병 환자에게 효과적이고 경제적이며 표준화된 진료를 제공할 목적으로 개발되었다. 본 임상진료지침을 통해 공인된 화병 진단기준이 확산되어 진단이 표준화되고, 효과가 입증된 치료가 권장될 수 있으며, 화병의 효과적인 관리를 통해 국민 건강 및 삶의 질 향상을 도모할 수 있다.

질환의 개요 파트에서는 화병역학조사를 토대로 화병이라는 질환 자체에 대한 이해의 폭을 넓히고 타 질환과의 관련성을 제시하여 일반인과 화병 환자들이 화병에 대해 가지고 있는 정신장애로서의 편견을 없애고 치료 가능성에 대한 인식의 재고가 이루어질 수 있도록 노력하였으며, 화병의 진단 및 평가 기준과 상급 의료 기관으로의 전과 및 타 의료 체계로의 의뢰 등에 대한 기준, 치료의 원칙을 제시하였다.

권고사항 파트에서는 근거자료를 체계적 방법으로 분석하여 효과적인 치료를 제시하고자 하였다. 본 임상진료지침의 권고안은 관련 연구와 치료효과에 기반을 두고 개발된 것으로, 본 임상진료지침에서 주로 다룬 일차 결과변수는 화병 척도 중 화병 증상 점수의 개선이고, 그 외 타질환이 병행된 화병을 진료함에 있어서는 상태-특성분노표현척도(State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI), 간이 정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision, SCL-90-R) 및 변증설문지 등에서 다루는 적대감, 변조이노(煩躁易怒) 등의 분노 관련 지표 개선이다. 이차 결과변수로는 벡우울척도(Beck Depression Inventory, BDI) 등의 우울 척도, 상태-특성불안척도(State-Trait Anxiety Inventory, STAI) 등의 불안 척도의 개선을 보았다. 그러나 실제 임상 현장에서는 치료의 편익뿐만 아니라, 환자의 개별적 의학 상태와 가치 및 선호를 함께 고려하여 최종결정을 해야 한다.

부록 파트에서는 화병의 실태를 조사한 화병역학연구 결과와 의료현장에서 실제 권고안이 활용될 수 있도록 도와주는 화병 진단도구 및 평가 설문지, 변증도구를 제시하고 있다.

본 임상진료지침을 활용할 경우 화병을 진료하는 일차의료인 및 한의사의 이해가 제고됨으로써 환자들에게 좀 더 자세하고 전문적인 진료를 제공할 수 있을 것이다. 화병 및 타질환이 병행된 화병의 관리에 있어서 어떤 치료가 실제로 효과를 가지는지, 어느 정도 권고되는 지를 참고하면 근거를 기반으

로 하며 환자의 가치와 선호를 반영한 진료를 시행할 수 있다. 또한 일선 임상 현장에서의 한의사들의 표준적인 진료에 대한 의견을 모을 수 있을 것이며 이를 바탕으로 향후 효과적인 치료방법에 대한 추가 연구를 통해 근거를 새롭게 축적하여 치료의 근거 수준을 지속적으로 개선해나갈 수 있을 것이다.

2) 장애요인 및 촉진요인

한의학의 병인에 나오는 화(火)를 글자 그대로 화병에 적용하여 화(火)와 관련된 모든 병을 화병이라고 진단하는 경우가 있다. 이러한 경우와 본 임상진료지침에서 다루는 화병과는 그 범위가 다르기 때문에, 기존의 한의학적 지식은 화병 임상진료지침의 확산, 실행에 있어 장애요인이 될 수도 있다. 한방 신경정신과학회의 학술대회를 중심으로 화병에 대한 질병 개념, 진단, 평가에 대한 교육을 진행하고 있기 때문에 화병의 개념에 대한 일반 한의사들의 인식이 많이 개선되고는 있지만, 장애요인이 됨은 분명하다. 또 하나의 장애요인은 일반인들의 화병에 대한 인식이다. 장기간의 스트레스로 억울함이 쌓여서 화병이 되었다는 인식은 상식으로 퍼져 있으나, 스트레스 원인이 사라지지 않으면 치료되지 않는다는 인식도 많아, 치료를 생각하지 않고 혼자 힘들어만 하고 있는 경우도 많다. 결국 질병에 대한 한의사와 일반인을 대상으로 한 홍보가 화병 임상진료지침의 확산, 실행에 있어 장애요인을 해결하는 방법이 될 수 있을 것이다.

임상진료지침의 확산, 실행에 있어 촉진요인은, 동시다발적으로 개발 완료되고 있는 임상진료지침들에 있다고 할 수 있다. 세계적으로 통용되고 있는 근거중심 연구방법론들을 사용하여 한의표준임상진료지침이 개발되고 있다는 사실이 한의계에 널리 알려져 있기 때문에, 한의사들이 임상진료지침에 관심을 가지고 사용할 것이라는 점이 촉진요인 중 하나이다. 또한, 사회적으로 갈등이 심해지고, 그로 인해 억울함을 느끼는 사람들이 많아지고 있는 사회 상황은, 화병에 노출되는 인구를 늘게 하고 있고, 이를 치료하거나 완화시키길 원하는 한의사와 일반인이 늘어날 것이기에, 화병 임상진료지침의 확산, 실행에 있어 촉진요인으로 작용할 것이다. 사회적 갈등이 늘어나는 사회 현상이 바람직하지는 않기에, 화병의 치료뿐 아니라 예방법에 대한 관심도 늘어나야 할 것이다. 이번 임상진료지침에 스트레스에 대한 예방에 관한 내용을 담은 것도 이러한 이유 때문이다.

2. 한계점 및 의의

한의학에서는 환자의 특성이나 체질, 증상 양상에 따라 변증하여 치료하는 방법이 일반화되어 있기 때문에 표준화된 진단 및 치료를 원칙으로 하는 근거기반 진료지침을 개발하는데 어려움이 있다. 또한 이러한 한계점으로 인해 기존 임상연구 방법만으로는 한의학의 임상현장을 온전히 담아내기 힘들고, 더불어 제도적 제약으로 인해 근거창출을 위한 임상연구를 수행하기 어려운 경우가 많다. 그럼에도 불구하고 본 한의표준임상진료지침에서는 한의학의 특성을 최대한 반영할 수 있도록 연구결과를 잘 종합하여 기술하고, 보완이 필요한 부분에 대해서는 향후 단계적 연구를 통해 근거를 확보해 나가고자 한다.

본 임상진료지침은 화병의 선행연구가 부족하여 근거로 삼을 수 있는 자료가 충분하지 못하다는 한계가 있다. 직접성이 높은 근거에는 국내 연구만 포함되었다.

또한, 환자 개개인의 특징적인 변증에 따라 치료 방법과 약물의 차이가 발생하고, 치료적 접근 방식에서도 다양한 방법론이 있어 표준화에 어려움이 있었다.

본 임상진료지침 개발위원회에서는 다음의 임상질문에 대해 충분한 근거자료를 찾을 수 없으므로 이에 대해서는 추가적인 연구가 필요하다.

- 화병의 치료효과를 평가하는 적정주기는 어떻게 되는가?
- 화병 치료를 언제까지 하는가?
- 화병의 대표 변증에 대한 효과적인 치료는 어떤 것들이 있는가?
- 화병의 진단 및 평가에 전중혈 압통 측정이 효과적인가?
- 화병의 진단 및 평가에 한방생기능검사가 효과적인가?

3. 향후 계획

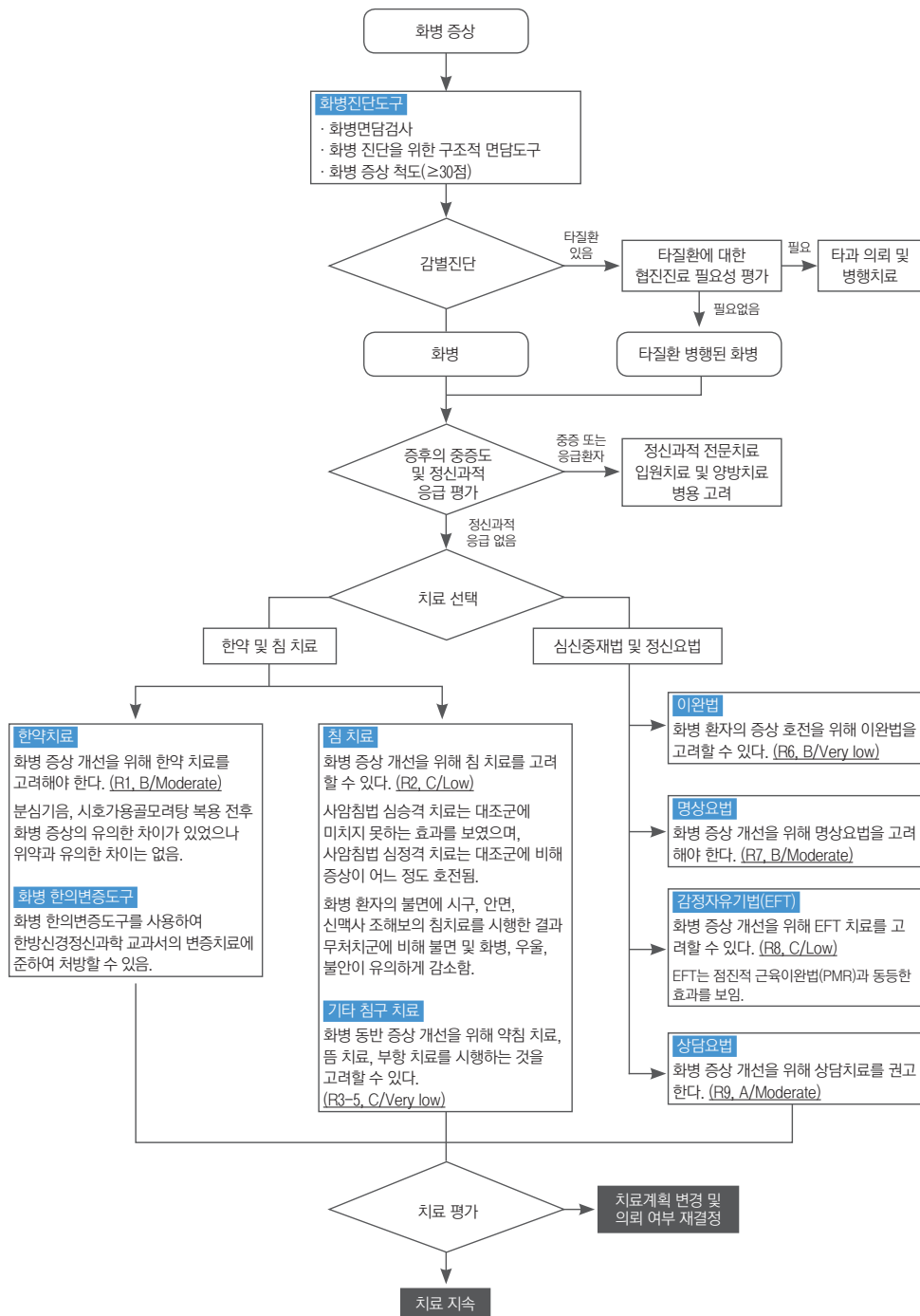
본 임상진료지침 갱신은 5년마다 대한한방신경정신과학회 임상진료지침 평가위원회에서 갱신 필요성을 확인하며 임상진료지침의 주사용자인 한의사 대상으로 이메일 설문 조사를 통하여 한의표준임상진료지침의 인식도와 활용도를 주기적으로 모니터링할 예정이다. 임상진료지침 사용의 지표로는 한의사 설문조사를 통해 한방신경정신과 학회 정회원인 임상한의사 중 50% 이상이 화병 한의표준임상진료지침을 인식하고 있는지와, 인식한 한의사의 25% 이상이 진료에 화병 한의표준임상진료지침을 많이 활용하고 있는지를 지표로 설정할 수 있다. 진료지침 평가위원회 검토를 통해 새로운 과학적 근거가 확인되는 경우 또는 사용자들 대상으로 권고된 중재의 선호도 및 임상적 차이를 확인하여 새로운 권고안 설정이 필요한 경우 임상진료지침을 재검토하여 갱신하기로 한다.

또한, 임상진료지침에서 권고하는 중재의 수행 정도를 모니터링하기 위한 대안적 방법으로 2~3년마다 한방신경정신과 학회 정회원인 임상한의사를 대상으로 실태조사를 시행하기로 한다. 일차의료기관의 현실과 권고안의 근거수준 및 권고등급의 강도를 고려하여 화병 치료 권고안 중 한약, 침, 상담치료를 50% 이상 사용하고 있는지를 지표로 설정한다. 만약 권고 적용의 장애요인이 있다면 해당 내용을 제출하고 대한한방신경정신과학회 임상진료지침 평가위원회에서 검토하도록 한다.

현재 임상진료지침에는 확산 도구로서 요약문(summary), 환자용 리플렛이 제시되어 있다. 권고안이 보다 효과적으로 확산 및 실행되기 위해서 간이 임상진료지침, 환자용 지침 등의 도구가 필요하다. 본 개발위원회에서는 이러한 도구를 개발하여 임상현장에서 활용될 수 있도록 2020년 대한한방신경정신과학회 추계 학술대회에서 개발된 임상진료지침 소개 및 확산 도구를 배포할 예정이다.

화병임상진료지침 및 추가 개발된 확산 도구는 국가한의임상정보포털(www.nckm.or.kr) 및 화병연구센터(www.hwabyung.kr) 및 대한한방신경정신과학회(www.onp.or.kr) 웹사이트를 통해 확인할 수 있다.

Ⅵ. 진료 알고리즘



Ⅶ. 확산 도구

1. 리플렛

화병이란?



오랜 스트레스로 억눌림과 분함의 감정이 쌓임에 따라 가슴 답답함, (화 또는 기가) 치밀어 오름, 열감 등의 신체증상이 나타나는 경우에 본 한의원에서는 한의표준임상진료지침에 따라 합리적인 치료 방법을 제시합니다.

화병의 화를 다스리기 위해서는 상담 및 한약치료를 통해 핵심 신체증상과 심리증상을 치료하는 것이 중요합니다.



어깨나 복부가 긴장되고 통증이 있으면 침구치료, 부항치료를 활용할 수 있습니다.

한약 침 뜰 부항 정신요법



한의원표준임상진료지침은 한의사와 환자가 적절한 의료서비스를 제공할 수 있도록 하기 위해 체계적으로 개발한 가이드라인으로, 임상현장에서 참고하여 활용할 수 있습니다. 본 지침은 한의원표준임상진료지침 개정사업을 통해 인용되었습니다.

화병의 진단

평가내용	문항
A. 핵심 신체증상 (4가지 중 3가지 이상)	1. 가슴의 답답함 2. 열감 3. 치밀어 오름 4. 목이나 명부에 울려진 양머리카락 느낌
B. 핵심 심리증상 (2가지 중 1가지 이상)	1. 억울하고 분한 감정을 자주 느낌 2. 마음의 울어짜나 연애했

화병은 치료가 가능한 병일까요?

화병에 대한 설문조사에서 화병은 '치료가 불가능한 병'이라고 답한 비율이 65%에 달할 정도로 치료 효과에 대해 비관적인 분별이 많지만, 한의사의 진단과 평가에 한약치료, 침구치료, 명상과 상담치료가 병행된다면 증상을 효과적으로 개선할 수 있습니다.

한약치료의 경우, 감정이 쌓인 것을 허락하고 대소변이 막힌 것처럼 답답한 느낌과 화병에 동반되는 불안감을 낮추고 화를 식힐 수 있으며, 침치료는 핵심 증상 감소에 도움이 되는 것으로 밝혀졌습니다.

본원은 화병의 감별진단, 치료선택, 치료평가까지 화병임상진료지침을 준수하며, 기존에 화병과 관련된 모든 문헌과 논문들을 종합하여 진료에 적용하고 있고, 필요시에는 전문가들의 의견을 종합하여 합의된 내용을 따르고 있습니다.

MEMO

화병

한의원표준임상진료지침

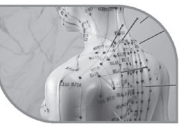
Korean Medicine Clinical Practice Guideline



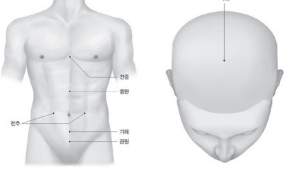
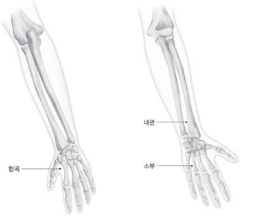

Korean Medicine Clinical Practice Guideline

NIKOM
한국한의원약진원

일반침

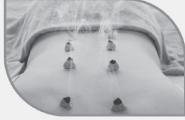


치료혈위

화병 한의원표준임상진료지침

뜸



■ 소화장애 등 복부 증상 호전을 위해 중완, 관원, 기해, 족삼리, 대충에 뜬치료를 시행하고 있습니다.

약침



■ 진통제와 간경변의 약침치료는 화병 특유의 열감을 진정시키는 데 도움이 됩니다.

부항



■ 화병 환자의 근육통과 불면증, 가슴답답함, 심리적 긴장 완화를 위해 등 부항치료가 도움이 됩니다.

EFT, 명상, 상담



■ 화병 환자의 증상호전을 위해 EFT, 명상, 상담을 진행할 수 있으며, 한의학 고유의 이장관계요법은 대인관계 스트레스를 진정시키고 인지 상충요법은 분노와 슬픔에 대항되는 다른 감정을 유발하여 정서안정을 도모합니다.

한약

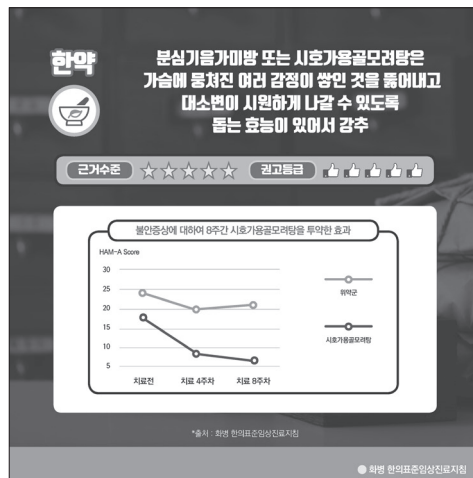
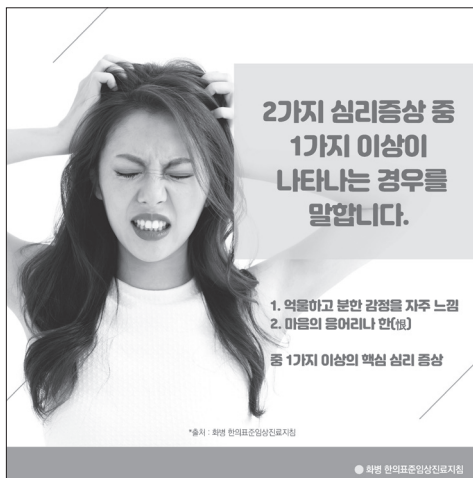
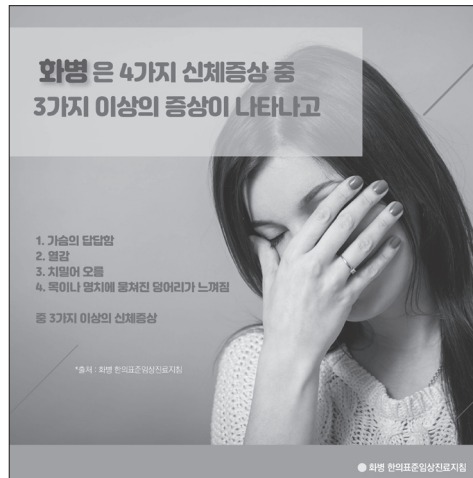
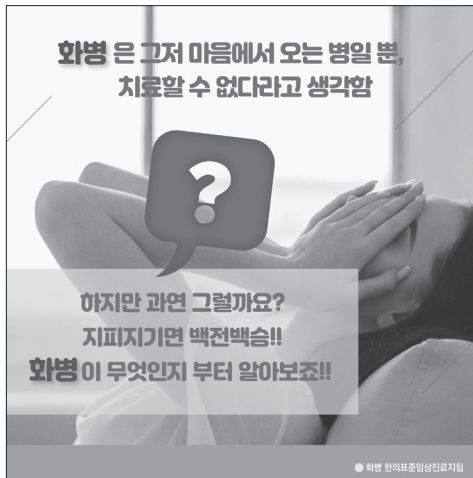
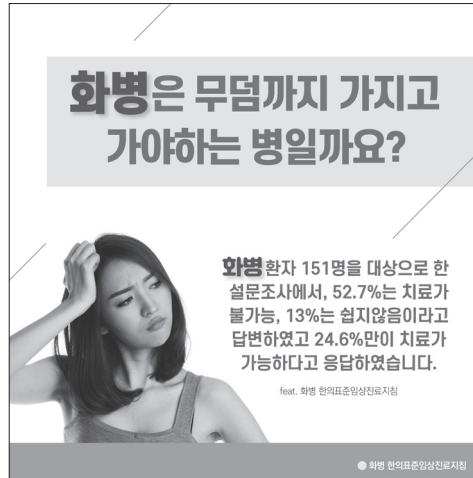


■ 화병에 한약을 처방할 때 분심기육기비환과 소요산기비환을 일차적 기반으로 삼고, 추가적으로 특징적인 증상을 고려합니다. 한의사의 상담을 통해 환자 개인의 상태와 특성에 따라 적절히 처방 받으실 수 있습니다.

한의원표준임상진료지침 개발사업단 제작(2021년)

다운로드: <http://www.nckm.or.kr>

2. 카드뉴스



경혈이 아닌 곳에 침을 자입한
경우에 비해 효과적으로
화병의 핵심 증상들이 감소.
약침은 가슴부위와 어깨부위에서 효과적

침치료&약침치료

근거수준 ★★★★★ 권고등급 A

뜸치료

소화장애 등 복부증상 호전을 위해
복부와 하지 혈위에 뜸치료를
시행하는 것도 전문가들의 권고사항임

근거수준 ★★★★★ 권고등급 A

*출처: 화병 한의표준임상진료지침

● 화병 한의표준임상진료지침

생각이나 기분을 분산하거나 이동시켜
증상을 완화시키는 이정변기요법
편양된 정서를 제어하는 방법으로 상대적 관계에 있는
다른 감정을 유발하는 정서상승요법,
EFT, 명상요법, 부부상담 또한 현재 시행되고 있음.

*출처: 화병 한의표준임상진료지침

● 화병 한의표준임상진료지침

정리하면 **화병**은 한의학적으로
관리하고 치료할 수 있는 질환입니다.
믿을 수 있는 근거에 기반한 **화병** 치료,
한 의사에게 받으십시오.
몸과 마음을 함께 1+1으로 치료합니다.

심리증상

이정변기요법, 정서상승요법
EFT, 명상, 상담

신체증상

침, 약침, 뜸, 뜰

*출처: 화병 한의표준임상진료지침

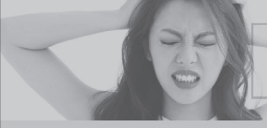
● 화병 한의표준임상진료지침

포기란 없다.
화병이 사라지는
그날까지 함께합니다.

● 화병 한의표준임상진료지침

한의표준임상진료지침 개발사업단 제작(2021년)
다운로드: <http://www.nckm.or.kr>

3. 인포그래픽



화병 한의표준임상진료지침

치료원칙

침구치료는 가장 단계적으로 증상을 완화하는 것을 목표로 할 수 있음
뜸과 부항치료도 침치료와 병행하여 즉각적인 증상 완화를 목표로 실시함.

생활방식 교육과 같은 관리 방법들은 화병 예방과 재발방지의 장기적 목적으로 시행될 수 있음

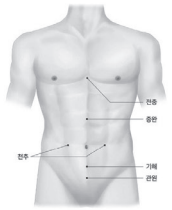
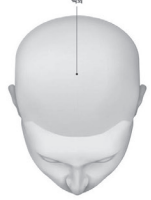
약물치료는 단계적인 증상 완화와 함께 중장기적인 질병 치료, 증상의 재발 방지의 목적으로 투여
약물의 선택은 환자의 양상이 변화될 때마다 변경되는 경우가 많아서 환자의 증상 변화를 주의 깊게 관찰해야 함

근본 치료를 위해 상담을 포함한 정신치료가 필요함



침치료

- 화병 환자의 증상 호전을 위해 침치료를 고려해야 함 (B/Low)
- 일반적으로 주 2~3회의 빈도로 1~2개월 이상 치료
- 주요증상: 가슴 답답함에 유효(화병의 증상 가운데 답답함과 치밀이 오름은 매우 특이적인 증상), 그에 더해 소화장애 등의 복부증상과 열감, 우울, 불안 등의 정신증상에도 유효
- 화병 환자의 신체 증상 호전을 위해 전중혈과 건정혈에 약침치료를 시행하는 것을 임상진료지침 개발 그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고 (GPP/Insufficient)




한약치료

- 화병 환자의 증상 호전을 위해 한약 치료를 고려 (B/Moderate)
- 화병 일반 추천 처방: 분심가움기미, 소요산기미, 빈하사심탕, 시호가음골모려탕
- 시판 한약제제 추천 처방: 시호가음골모려탕, 천왕보심단, 은담탕기미빈하사심탕, 기미소요산, 분심가움



뜸치료

- 화병 환자의 소화 장애 등 복부증상 호전을 위해 중완, 관원, 기해, 족삼리, 태충혈에 뜸 치료를 시행하는 것을 임상진료지침 개발 그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고 (GPP/Insufficient)



부항치료

- 화병 환자의 근육통과 불면증, 흥민, 심리적 긴장 완화를 위해 독맥경과 방광경에 부항치료를 시행하는 것을 임상진료지침 개발 그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고 (GPP/Insufficient)



EFT, 명상, 상담

- 화병 환자의 증상 호전을 위해 EFT 치료를 고려 (B/Moderate)
- 화병 환자의 증상 호전을 위해 집단 상담요법을 고려 (B/Moderate)
- 화병 환자의 증상 호전을 위해 명상요법을 고려 (B/Moderate)

진단·검사

화병 척도 검사

증상개선 시

↓

치료 지속

증상악화 또는 지속 시

↓

병용치료 고려

심리증상

미정면기요법, 침차상술요법
EFT, 명상, 상담

+

신체증상

침, 부항, 뜸, 한약

Notice 한의표준임상진료지침은 한의사와 환자가 적절한 의료서비스를 결정할 수 있도록 돕기 위해 체계적으로 개발한 가이드라인으로, 임상현장에서 참고하여 활용할 수 있습니다. 본 지침은 한의표준임상진료지침 개발사업을 통해 인증 받았습니니다.



한의표준임상진료지침 개발사업단 제작(2021년)
다운로드: <http://www.nckm.or.kr>

189

VIII. 부록

1. 용어 정리
2. 이해상충선언서
3. 승인서

1. 용어 정리

약어	전체 명칭	한글
AQ	Aggression Questionnaire	공격성 질문지
BDI	Beck Depression Inventory	백우울척도. 우울 증상의 심도를 평가하기 위한 자가평가 척도
BIS	Barratt Impulsivity Scale	바렛 충동성 척도
BPAQ	Buss and Perry's Aggression questionnaire	Buss와 Perry의 공격성 질문지
CES-D	The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale	우울증의 일차선별용 도구
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	정신질환의 진단 및 통계 편람
EBM	Evidence based medicine	근거중심의학
EFT	Emotional Freedom Techniques	감정자유기법. 에너지 심리학 중 하나로 인간의 몸과 마음의 문제를 에너지 차원에서 해결하는 기법. 침 대신 손가락으로 몸의 경락과 경혈을 두드리며 "나 자신을 받아들이다."와 같은 확언을 수행
ERQ	Emotion Regulation Questionnaire	감정조절설문지
HAMA	Hamilton Anxiety Rating Scale	해밀턴불안평가척도. 불안을 측정하기 위한 관찰자평가 척도
HAMD	Hamilton Depression Rating Scale	해밀턴우울평가척도. 우울을 측정하기 위한 관찰자평가 척도
HBDIS	Hwabyung Diagnostic Interview Schedule	화병면담검사. 2004년 개발되어 신뢰도와 타당도를 검증. 7가지 항목이 모두 진단기준에 충족되었을 때 화병으로 진단함. 핵심 신체증상, 관련 신체증상, 핵심 심리증상, 관련 심리증상 등으로 구성되어 있음.
HB-M	5-Likert Scale for Hwabyung Major Symptoms	화병 핵심증상(핵심심리증상 4가지, 핵심신체증상 2가지)에 대해 5점 리커트척도를 이용하여 '그렇지 않다 - 0점, 약간 그렇다 - 1점, 꽤 그렇다 - 2점, 상당히 그렇다 - 3점, 매우 그렇다 - 4점'으로 평가
HB-S	Hwabyung Scale-Symptom	화병척도의 하위 척도 중 화병 증상 척도
HB-T	Hwabyung Scale-Trait	화병척도의 하위 척도 중 화병 성격 척도
HRT	Hormone Replacement Therapy	호르몬대체요법
ISI	Insomnia Severity Index	불면 심각도 척도
KI	Kupperman's index	쿠퍼만 지수
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction Program	마음챙김-기반 스트레스감소 프로그램
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory	미네소타 다면적 인성검사
MOAS	Modified Overt Aggression Scale	수정 명시 공격성 척도
OAS-M	Overt Aggression Scale-Modified	명시 공격성 척도-수정본
PANAS	The Positive and Negative Affect Schedule	정적 정서 및 부정적 정서 척도

PANSS	the Positive and Negative Syndrome Scale	조현병 양성 · 음성 증후군 평가지표
PMR	Progressive Muscle Relaxation	점진적 근육이완법
POMS	Profile Of Mood States	기분상태검사
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index	피츠버그 수면 질 지수
SAS	Zung Self-Rating Anxiety Scale	Zung 자기평가 불안척도
SCL-90 (-R)	Symptom Checklist-90 (-Revision)	간이 정신진단검사
SDS	Zung Self-Rating Depression Scale	Zung 자기평가 우울척도
SRI	Stress Response Index	스트레스 반응척도
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor	선택적 세로토닌 재흡수 억제제
STAI-S	State-Trait Anxiety Inventory-State Anxiety	불안을 측정하기 위한 불안척도(STAI) 중 상태불안을 측정하는 척도
STAI-T	State-Trait Anxiety Inventory-Trait Anxiety	불안을 측정하기 위한 불안척도(STAI) 중 특성불안을 측정하는 척도
STAXI-S	State-Trait Anger Expression Inventory-State Anger	분노의 구성요소를 측정하기 위한 분노척도(STAXI)의 항목 중 상태 분노 척도
STAXI-T	State-Trait Anger Expression Inventory-Trait Anger	분노의 구성요소를 측정하기 위한 분노척도(STAXI)의 항목 중 특성 분노 척도
WBSI	White Bear Suppression Inventory	사고억제 질문지
WHO-QOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life Scale-BREF	삶의 질을 평가하기 위한 척도
화병 SCID	Structured Clinical Interview for Hwabyung	화병 진단을 위한 구조적 면담도구. HBDIS와 동일한 진단 기준을 DSM-IV를 바탕으로 개발된 구조화된 임상적 면담의 형식에 맞추어 편집

2. 이해상충선언서

1) 이해상충서약서 서식

이해상충공개서약서

연구 과제명	화병 한의표준임상진료지침 개발
참여 연구원	(1세부 연구책임자) 정선용 (2세부 및 위탁 연구책임자) 조성훈, 정인철 (참여연구원) 곽희용, 김윤나, 서효원(경희대), 김상호(대구한의대), 권오현, 이재혁(세명대), 김락형, 안윤영(우석대), 권찬영(양구보건소), 임재환(장덕한방병원), 최유진(한국한의학연구원), 최은지(한음한의원)

본인은 상기 연구와 관련하여 특정기관과 연구 관련자로부터 연구결과에 영향을 미치는 지원과 제공에 대한 다음과 같이 확인하여 보고합니다.

☐ 아래 사항 중 한 항목 이상 해당됩니다.	
☐	지원기관으로부터 제한 없이 사용할 수 있도록 연구비용이나 교육 보조금, 연구기기, 자문 또는 사례금 형태로 1,000만 원 상당의 비용을 제공받았습니다. 총 금액: 종 류:
☐	지원기관의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 경제적 이익에 대한 권리를 제공받았습니다. 총 금액: 종 류:
☐	기타 1,000만 원 상당 또는 5%가 넘는 지분이익이나 이권을 제공받았습니다. 총 금액: 종 류:
☐	지원기관에 공식/비공식적인 직함을 가지고 있습니다. (예: 사장, 자문역, 고문 등) 기관명: 직 위:
☐	연구대상에 대한 지적재산권을 가지고 있습니다. (예: 특허, 상품권, 라이선싱, 로열티 등) 종 류:
☐	본인 또는 배우자의 가족이 소속된 회사가 위에서 기술된 것과 같은 관계를 가지고 있습니다. 가족관계:
☒ 상기 항목 모두 해당되지 않습니다.	

본인이 확인한 모든 내용은 정확히 기술되었으며 만약 연구 진행 중에 재정적인 이해관계가 변동되는 이해상충(COI)이 생기는 경우 이를 인지한 날로부터 30일 이내에 대한한방신경정신과학회에 보고 하겠습니다.

제출일자: 2019년 10월 8일

2) 이해상충선언 결과

구분	직책	이름	소속	이해상충관계
검토·운영 위원회	위원장	김종우	경희대학교 한의과대학	없음
	위원	류영수	원광대학교 한의과대학	없음
		정대규	대구한의대학교 한의과대학	없음
		최성열	가천대학교 한의과대학	없음
		서진우	상지대학교 한의과대학	없음
		유종호	한음한방신경정신과한의원	없음
		이정국	성모마음한의원/의원	없음
개발위원회	실행위원회	정선용	경희대학교 한의과대학	없음
		조성훈	경희대학교 한의과대학	없음
		정인철	대전대학교 한의과대학	없음
		최은지	한음한방신경정신과한의원	없음
		서효원	경희대학교 한의과대학	없음
		곽희용	경희대학교 한의과대학	없음
		김윤나	경희대학교 한의과대학	없음
		최유진	한국한의학연구원	없음
	집필위원회	김락형	우석대학교 한의과대학	없음
		이재혁	세명대학교 한의과대학	없음
		임재환	장덕한방병원	없음
		김상호	대구한의대학교 한의과대학	없음
		권찬영	동의대학교 한의과대학	없음
		권오현	세명대학교충주한방병원	없음
		안윤영	우석대학교부속한방병원	없음

3. 승인서

아래 학회에서는 보건복지부 한의약선도기술개발 한의표준임상진료지침 주요 사업의 일환으로 “화병 한의표준임상진료지침”에 대한 검토하였으며, 그 내용에 대한 학회 승인을 합니다.

	학회명	학회장	승인일자
1	대한한방신경정신과학회	회장 강형원	2019년 11월 18일



대한한방신경정신과학회

