



한의표준임상진료지침 견비통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine
Shoulder Pain



보건복지부
Ministry of Health and Welfare



한국한의학진흥원
한의학혁신기술개발사업단



한의표준임상진료지침

견비통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine
Shoulder Pain



보건복지부

Ministry of Health and Welfare

한국한의학진흥원

한의학혁신기술개발사업단





발간사

한의표준임상진료지침은 한의학 이론과 지식에 기반하여 이루어지는 의료행위, 즉 예방, 진단, 치료, 재활 및 관리 등 일련의 한의 의료서비스의 표준이 되는 정보를 제공하기 위해 근거기반 방법론에 따라서 임상적, 학술적, 이론적 근거들을 체계적으로 종합하여 개발한 기술서를 말합니다. 특히 본 한의표준임상진료지침은 “과학, 기술 및 경험에 대한 총괄적인 발견사항들에 근거하여, 공동체 이익의 최적화 촉진을 목표로 제정”(KS A ISO/IEC Guide 2)되는 ‘표준’이라는 단어의 본질적인 속성에 따라, 현존하는 한의약 의료서비스에 대한 가치 있는 발견사항을 모두 검토하여(투입) 표준화된 방법론으로(과정) 전체 국민건강수준 향상에 기여(결과)하기 위해 최선을 다해 개발되고 있고, 그 소중한 결과물 중 하나를 오늘 발간하게 되었습니다.

모든 분야에서 “근거”는 매우 중요해지고 있습니다. 의약분야는 그중에서도 가장 “근거”에 대한 중요성을 일찍 깨닫고 근거중심 의학을 확립하기 위해 노력해 왔습니다. 한의약 분야도 이러한 흐름에 동참하여, 2016년부터 국가주도 대규모 근거기반 한의약 임상진료지침 개발을 시작하였으며, 현재는 한의약혁신기술개발사업이라는 국가연구개발사업으로 이 사업을 진행하고 있습니다. 한의표준임상진료지침은 기존 의과의 임상진료지침과 발간절차와 과정이 대부분 동일하지만, “한의”의 의료 자체의 특징으로 인한 의과의 진료지침과는 다른 고유한 특징도 지니고 있습니다. 동일한 질환에 대해서도 진료행위가 다양한 “한의”의 특징으로 인해, 이를 뒷받침하는 평가와 검증 작업의 어려움이 존재합니다. 그리고 한국 한의학의 현실에 맞게 한방의료 임상현장을 반영해야 하고, 이러한 특성들이 반영되어야 실제 임상에서의 활용도가 높아질 수 있습니다. 또한 현재 1차 의료기관인 한의원에서 실행할 수 있는 내용을 담아야 하고, 각 질환이나 주제에 따른 범한의계의 함의를 모으며, 임상 현장의 내용을 수집·평가하여 지침 개발에 적극적으로 활용하는 것이 필요합니다. 한의학의 진료는 의료인과 의료기관에 따라 이질성이 큰 편으로 불안정한 진료시스템의 문제를 가지고 있어서, 한의학이 가지고 있는 환자 중심적 진료의 특성을 훼손하지 않으면서도 보편적으로 수용될 수 있는 표준화가 필요합니다. 그리고 전통의약 분야의 특성상 근거의 양과 연구 인력이 늘 부족하게 느껴집니다.

하지만, 이러한 상황에도 불구하고, 한의표준임상진료지침 개발에 참여하고 있는 연구진들은 국제적인 발간 프로토콜을 준수하며, 차근차근 지침을 발간하고, 근거를 새롭게 창출하고, 또한 지침을 업데이트해 나가고 있습니다. 지금 사업단에서 발간되는 국가 주도의 한의표준임상진료지침을 마중물로 해서 향후에는 보다 다양하고 많은 기관과 학회에서 지침 발간 사업을 주도해 나갔으면 합니다. 한의약이 국가보건의료에 기여할 수 있도록 많은 분들의 관심과 지원을 부탁드립니다.

한의학혁신기술개발사업단장
이준혁



머리말

견비통 한의표준임상진료지침(2025)은 2015년에 처음 개발되고 2020년에 한 차례 수용개작된 바 있으며, 이후 새롭게 축적된 연구결과와 임상경험을 반영하여 수용·개작된 개정판입니다.

견비통은 진단명이 아닌 증상명이지만, 본 지침에서 다루는 견비통은 어깨부위의 원인질환으로 인해 견관절 통증, 관절가동범위 제한 증상이 나타나는 경우로, 견관절 통증 혹은 관절가동범위 제한이 있어도 폐, 심장, 경추 등에서 기인한 견비통, 중풍 후 견비통, 척수손상 후 견비통, 수술 후 견비통 등은 제외하고 원인질환이 어깨인 경우만 본 지침에서 다루었습니다.

본 지침은 견비통을 유발하는 질환에 대해 이미 진단이 이루어진 상태를 전제로 하여 견비통에 대한 12가지 한의학적 치료방법(일반침, 전침, 온침, 화침, 침도치료, 뜸, 약침, 매선침, 부항, 추나, 도인운동, 한약)을 정량 분석하여 권고안을 도출하였습니다. 주요 임상질문의 결과지표로는 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질을 중심으로 핵심결과지표를 선정하여 해당 핵심(critical) 결과지표의 근거수준을 인용하였으며, 핵심 결과지표가 부재할 경우 중요(important) 결과지표의 가장 낮은 근거수준을 인용하였습니다.

한의표준임상진료지침의 주된 사용자인 한의사의 견비통 진료현황을 조사하고 수요를 확인하여, 임상현장에서의 활용도를 제고하고자 하였으며 임상현장을 반영한 핵심질문과 권고안을 구성하여 의사결정의 효율과 신뢰도를 제고하고자 하였습니다. 특히, 본 지침에서는 임상에서 최근 많이 활용하고 있으나 아직 근거가 많지 않은 도인운동요법에 대한 임상연구를 시행하여 부족한 근거창출을 통하여 양질의 한의표준임상진료지침을 개발하고자 하였습니다.

사업단에서는 지침의 개발과정 중 핵심적인 의사결정단계인 ‘핵심질문 선정’과정에 외부공개 절차를 도입·시행하여 객관성을 확보하고자 하였으며, 개발된 지침에 대한 기술적이고 임상적인 다중적 ‘외부검토’ 절차를 강화하여 전문성을 제고하고 외적 타당도를 확보하는 데 도움을 주었습니다. 또한 지침의 개발과정에서는 유관 전문학회의 전문가 및 외부 전문가의 의견을 청취하여 반영하였고, 작성 후에는 주관학회 및 유관학회의 학회 인증을 받았습니다.

지침 개발에 참여한 모든 연구진은 진료지침이 하나의 문서 근거로 끝나지 않고, 향후 한의진료의 표준화의 근거가 되고, 일관성 있는 진료와 환자 입장에서 예측 가능한 진료의 흐름을 만드는 토대가 되기를 바라는 마음으로 임하였습니다. 이 지침이 임상현장에서 널리 활용되어, 한의사가 보다 근거에 기반한 치료를 시행하고, 환자들이 보다 신뢰할 수 있는 한의의료서비스를 받을 수 있기를 기대합니다.

끝으로, 이 지침의 개발을 지원해주신 보건복지부 한의약혁신기술개발사업단과 주관학회인 한방재활의학과학회, 모든 연구과정에 함께하며 애써주신 동국대학교 박서현 교수님, 임상연구에 기꺼이 참여해 주셔서 도인운동요법의 근거창출에 힘써주신 경희대학교 조재홍 교수님, 김형석 교수님, 대전대학교 이은정 교수님, 건비통 도인운동요법 프로토콜을 마련하는 데 도움을 주신 척추신경추나의학회와 남향우 원장님, 그리고 모든 연구진 여러분께 깊은 감사를 드립니다.

건비통 한의표준임상진료지침 주관연구자

송윤경



일려두기

「견비통 한의표준임상진료지침」은 한의약 분야의 견비통 질환 의료 과정에서 마주하는 다양한 의사결정과 관련하여 근거 기반의 정보를 제공하기 위해 개발된 한의약혁신기술개발사업단의 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 기술적 타당성 등에 대한 검토와 인증 과정을 거쳐서 최종 발간하게 되었습니다.

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



집필진

- ▶ 박서현 동국대학교 분당한방병원
- ▶ 금동호 동국대학교 분당한방병원
- ▶ 박상현 동국대학교 분당한방병원
- ▶ 이지호 동국대학교 분당한방병원
- ▶ 한시현 동국대학교 분당한방병원
- ▶ 김민수 동국대학교 분당한방병원
- ▶ 송윤경 가천대학교 부속길한방병원

목차

요약문 / 1

1. 배경 및 목적 / 2
2. 질환 개요 / 2
3. 권고안 / 3
4. 진료알고리즘 / 7

Summary / 9

I. 서론 / 19

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경 / 20

II. 견비통 질환 개요 / 23

1. 정의 / 24
2. 임상 현황 / 25
3. 진단 및 평가 / 26
4. 치료 / 33
5. 예방 및 관리 / 35

III. 견비통 임상진료지침 개발 절차 / 39

1. 기획 / 40
2. 개발 / 46
3. 승인 및 인증 / 60
4. 출판 / 62

IV. 권고사항 / 63

1. 한의단독치료 / 64
2. 한의복합치료 / 116
3. 한양방복합치료 / 165

V. 견비통 임상진료지침 활용 / 173

1. 견비통 임상진료지침 활용 / 174
2. 한계점 및 의의 / 174
3. 향후 계획 / 174

VI. 진료알고리즘 / 177

VII. 확산도구 / 179

VIII. 부록 / 183

1. 도인운동요법 프로토콜 / 184
2. 용어 정리 / 187
3. 이해상충선언 / 188
4. 인증 내역 / 190



요약문

1. 배경 및 목적
2. 질환 개요
3. 권고안
4. 진료알고리즘

1 배경 및 목적

견비통은 근골격계 질환 중 흔히 발생하는 증상으로 국내에서는 견비통 환자가 증가 추세에 있다. 보건 의료 빅데이터 개방 시스템에서 2017년부터 2021년까지 한방 외래 다빈도 질병 통계를 살펴보면 ‘어깨병변’이 질병별 환자 수, 질병별 요양급여비용 총액 상위 10위 안에 지속적으로 존재함을 확인할 수 있으며, 2021년 기준 ‘어깨병변’이 환자 수 9위를 차지하였다. 이에 근거에 기반한 체계적 문헌고찰 및 메타분석 방법론을 통하여 한의학 치료방법에 대한 견비통 한의표준임상진료지침이 2020년 처음 개발되었다.

2020년 처음 견비통 한의표준임상진료지침이 개발된 이후 한의표준임상진료지침을 배포하고 활용도를 제고하기 위한 여러 시도가 있었으나, 임상현장의 활용도가 높지 않은 어려움이 있었다. 또한, 견비통 한의표준임상진료지침 기개발 이후 여러 한의 중재에 대해 지속적인 연구가 발표되었으며 생활체육의 활성화 등으로 견비통 질환이 다양해진 점, 한의 임상진료현장을 반영한 새로운 한의표준임상진료지침 수용개작의 필요성 증가 등에 따라 견비통 한의표준임상진료지침을 수용개작하게 되었다. 본 한의표준임상진료지침은 근골격계 질환으로 인한 어깨 통증, 어깨 관절의 가동범위 제한, 어깨 관절의 기능 제한을 호소하는 견비통 환자를 치료하는 한의사의 임상적 의사결정에 활용하고자 개발되었다. 또한, 견비통 환자에게도 효과적이고 표준화된 한의치료를 위한 정보를 제공하여 의사결정에 도움을 주고자 하였다. 기개발된 견비통 한의표준임상진료지침과 이후 발표된 한의 견비통 연구들을 중심으로 견비통의 한의진료시 제기되는 질문들에 대한 진료지침을 마련하고자 하였다.

2 질환 개요

견비통은 전 인구의 20~40%가 일생에 한 번 이상 겪는 흔한 질환이다. 견비통은 견갑부(肩胛部)를 포함한 견관절을 구성하고 있는 주위 조직 및 상지의 견박부(肩膊部)에 연관되어 나타나는 통증질환이다. 견비통의 주 증상은 어깨 관절의 통증 및 관절 가동범위 제한(외회전, 내회전, 외전 및 굴곡 제한)이다. 어깨 관절의 퇴행성 변화, 인대 손상, 근육과열, 혈액낭의 염증 등과 관련하여 발생한다. 주로 어깨의 유착성 관절낭염(오십견, M750), 회전근개 증후군(회전근개 파열, M751), 이두근건염(M752), 어깨의 석회성건염(M753), 어깨의 충격증후군(M754), 어깨의 점액낭염(M755), 어깨의 근막통증증후군(M79110), 어깨관절의 염좌 및 긴장(S434) 등이 주로 해당된다. 원인질환이 어깨가 아닌 폐, 심장, 경추 등에서 기인한 견비통, 중풍 후 견비통, 척수손상 후 견비통, 수술 후 견비통 등은 본 지침의 적용 대상이 아니므로, 감별진단에 유의하여야 한다.

성인 견비통 환자

주로 어깨의 유착성 관절낭염(오십견, M750), 회전근개 증후군(회전근개 파열, M751), 이두근건염(M752), 어깨의 석회성건염(M753), 어깨의 충격증후군(M754), 어깨의 점액낭염(M755), 어깨의 근막통증증후군(M7911), 어깨관절의 염좌 및 긴장(S434) 등으로 인한 견비통 환자가 본 지침의 대상이며, 원인질환이 어깨가 아닌 폐, 심장, 경추 등에서 기인한 견비통, 중풍 후 견비통, 척수손상 후 견비통, 수술 후 견비통 등은 본 지침의 적용 대상이 아니다.

권고안 번호	권고내용	권고등급/ 근거수준
한의단독치료		
1) 침치료		
R1	성인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 일반 침치료를 시행해야 한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 - 침치료 방법으로는 환측의 근위부위에 취혈하는 방법, 환측의 근위부 이외의 다른 부위의 취혈을 포함하여 침치료를 시행하는 방법이 있으며 아시혈, 일반경혈, 사암침, 동씨침, 오행침, 체질침 등을 활용할 수 있다. - 침치료 시 자극 방법으로 동유침법을 사용하는 방법, 침치료 시 동기침법을 사용하는 방법, 고강도 수기자극을 시행하는 방법 등을 고려할 수 있다.	
2) 전침치료		
R2	성인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 전침치료를 시행해야 한다.	A/Moderate
	임상적 고려사항 인공심장박동기의 체내 삽입, 치료 부위 주위의 고정을 위한 체내 금속물 삽입을 시행한 경우, 후 두근육, 전삼각영역 및 경동맥 부위에 전침치료를 시행하는 경우 등은 주의가 필요하다.	
3) 온침치료		
R3	성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 온침치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 온침치료는 경맥을 따뜻하게 하고 소통시키며 기혈의 순환을 원활하게 하는 목적으로 견비통의 통증 및 기능 개선을 위해 사용할 수 있다. 온침치료시에는 적절한 취혈을 시행하여야 하며 화상에 주의하여야 한다.	
4) 침도치료		
R4	성인 견비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 외과 통상치료(진통소염제, 도수치료)에 비해 침도치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 침도치료는 연부조직의 유착을 박리하거나 절개, 혹은 절단하여 연부조직의 손상으로 인한 고질적 견비통을 치료하는 목적으로 활용할 수 있다. 침도치료를 시행할 때에는 적절한 부위를 선정하고 적절한 깊이로 시행하여야 하며 감염에 주의하여야 한다.	
5) 약침치료		
R5	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 진통 소염제 복용에 비해 약침치료를 고려할 것을 전문가 합의에 기반하여 권고한다.	GPP
	임상적 고려사항 견비통 증상 개선을 위해 약침치료를 고려할 수 있다. 약침치료는 황련해독약침, 중성어혈약침, 봉약침, 당귀주사액, 면역약침 등을 활용하여 시행할 수 있다. 약침치료 시에는 적절한 용량을 선택하여야 하며 봉약침을 사용한 약침치료 시에는 아나필락시스 반응 등 이상반응에 유의하여야 한다.	

6) 부항치료

R6	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 진통 소염제 복용에 비해 부항치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 부항치료 시에는 수포가 발생할 수 있다. 일반적으로 발생 후 단순 드레싱 등의 감염방지 조치로 자연치유되나 수포가 발생하는 경우 사후 감염 등을 주의하여야 한다.	

7) 추나치료

R7	성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 추나치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 견비통 질환의 치료를 위해 추나치료를 적용할 때에는 적절한 평가를 시행한 후 적용해야 한다. 신 연기법, 근막기법을 활용한 단순추나와 견갑대, 관절와상완관절, 척추부에 적용하는 복잡추나를 활용할 수 있으며 두경부, 흉요추부, 견갑대, 관절와상완관절 등에 적용할 수 있다.	

8) 도인운동요법

R8	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 생활관리에 비해 도인운동치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 어깨 수술의 과거력이 있는 환자, 어깨의 움직임과 관련한 다른 부위의 수술(금속삽입, 고정 포함) 과거력이 어깨의 움직임에 영향을 주는 경우, 염증성 관절염이 의심되는 경우 등은 도인운동치료 적용에 주의하여야 한다.	

9) 한약치료

R9-1	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질)을 위해 한약외용제의 적용을 고려해야 한다.	B/Moderate
R9-2	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질)을 위해 한약 경구 복용을 시행할 것을 전문가 합의에 기반하여 권고한다.	GPP
	임상적 고려사항 - 한약외용제를 적용할 때에는 개체 특이적인 피부 과민반응에 주의하여야 하며 접촉성 알레르기 반응으로 수포, 발적, 소양감 등이 발생할 수 있음을 고려하여야 한다. - 한약치료는 변증 등 견비통 환자의 개인 특성을 고려하여 적용이 필요하며 병인과 관련하여 풍한 습(風寒濕), 어혈(瘀血), 담음(痰飲), 기혈양허(氣血兩虛), 허한(虛寒), 간신후손(肝腎虧損) 등으로 나누어 적용할 수 있다.	

한의학복합치료

10) 침치료를 포함한 한의학복합치료

R10	성인 견비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 운동치료 단독치료에 비해 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의학복합치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 침치료와 함께 적용하는 한의중재로 추나요법을 포함한 한의수기요법 이외에도 뜸치료, 부항치료, 약침치료, 한의물리요법 등을 고려할 수 있다.	

11) 화침치료를 포함한 한의학복합치료

R11	성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 한의통상치료와 화침치료를 함께 시행하는 한의학복합치료를 시행할 것에 대한 임상질문에 대해서 권고안을 비도출한다.	Inconclusive
	임상적 고려사항 화침치료는 침치료, 전침치료 이외에도 온침치료 등의 한의치료와 병행하여 한의학복합치료를 시행할 수 있다. 화침치료를 포함한 한의학복합치료를 시행할 때는 화상 및 감염에 주의하여야 한다.	

12) 뜰치료를 포함한 한의복합치료		
R12	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 뜰치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 뜰치료와 침치료, 전침치료, 온침치료, 침도치료 등을 함께 시행하는 한의복합치료를 고려할 수 있다. 뜰치료를 시행 시에는 화상과 감염에 주의해야 하며 염증성 관절염 증상을 보이는 견비통 환자에게 적용할 때에는 주의하여야 한다.	
13) 약침치료를 포함한 한의복합치료		
R13	성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 약침치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 견비통 증상 개선을 위해 약침치료를 고려할 수 있다. 약침치료는 황련해독약침, 중성어혈약침, 봉약침, 당귀주사액, 면역약침 등을 활용하여 시행할 수 있다. 약침치료 시에는 적절한 용량을 선택하여야 하며 봉약침을 사용한 약침치료 시에는 아나필락시스 반응 등 이상반응에 유의하여야 한다.	
14) 매선치료를 포함한 한의복합치료		
R14	성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 매선치료를 포함한 한의복합치료를 시행할 것을 전문가 합의에 기반하여 권고한다.	GPP
	임상적 고려사항 • 매선치료 이후 멍, 통증, 매선침 자입 부위의 불편감 등이 발생할 수 있다. 매선치료 시에는 항상 감염에 주의하여야 하며 멸균 상태를 유지하고 소독을 시행해야 하며, 시술 후 매선 실이 피부 밖으로 노출되었는지 확인해야 한다. 또한, 환자에게도 매선치료 이후 감염 가능성을 설명하고 과도한 운동, 음주, 사우나 등을 자제하도록 해야 한다.	
15) 부항치료를 포함한 한의복합치료		
R15	성인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 부항치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 • 부항치료 시에는 수포가 발생할 수 있다. 일반적으로 발생 후 단순 드레싱 및 감염방지 조치로 자연치유되거나 수포가 발생하는 경우 사후 감염 등을 주의하여야 한다.	
16) 추나치료를 포함한 한의복합치료		
R16	성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 견비통 질환의 치료를 위해 추나치료를 적용할 때에는 적절한 평가를 시행한 후 적용해야 한다. 신연기법, 근막기법을 활용한 단순추나와 견갑대, 관절와상완관절, 척추부에 적용하는 복잡추나를 활용할 수 있으며 두경부, 흉요추부, 견갑대, 관절와상완관절 등에 적용할 수 있다.	
17) 도인운동치료를 포함한 한의복합치료		
R17	성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 도인운동치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 어깨 움직임의 기능 회복을 통한 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선 목적으로 도인운동치료를 시행할 수 있다. 어깨 수술의 과거력이 있는 환자, 어깨의 움직임과 관련한 다른 부위의 수술(금속삽입, 고정 포함) 과거력이 어깨의 움직임에 영향을 주는 경우, 염증성 관절염이 의심되는 경우 등은 도인운동치료 적용에 주의하여야 한다.	

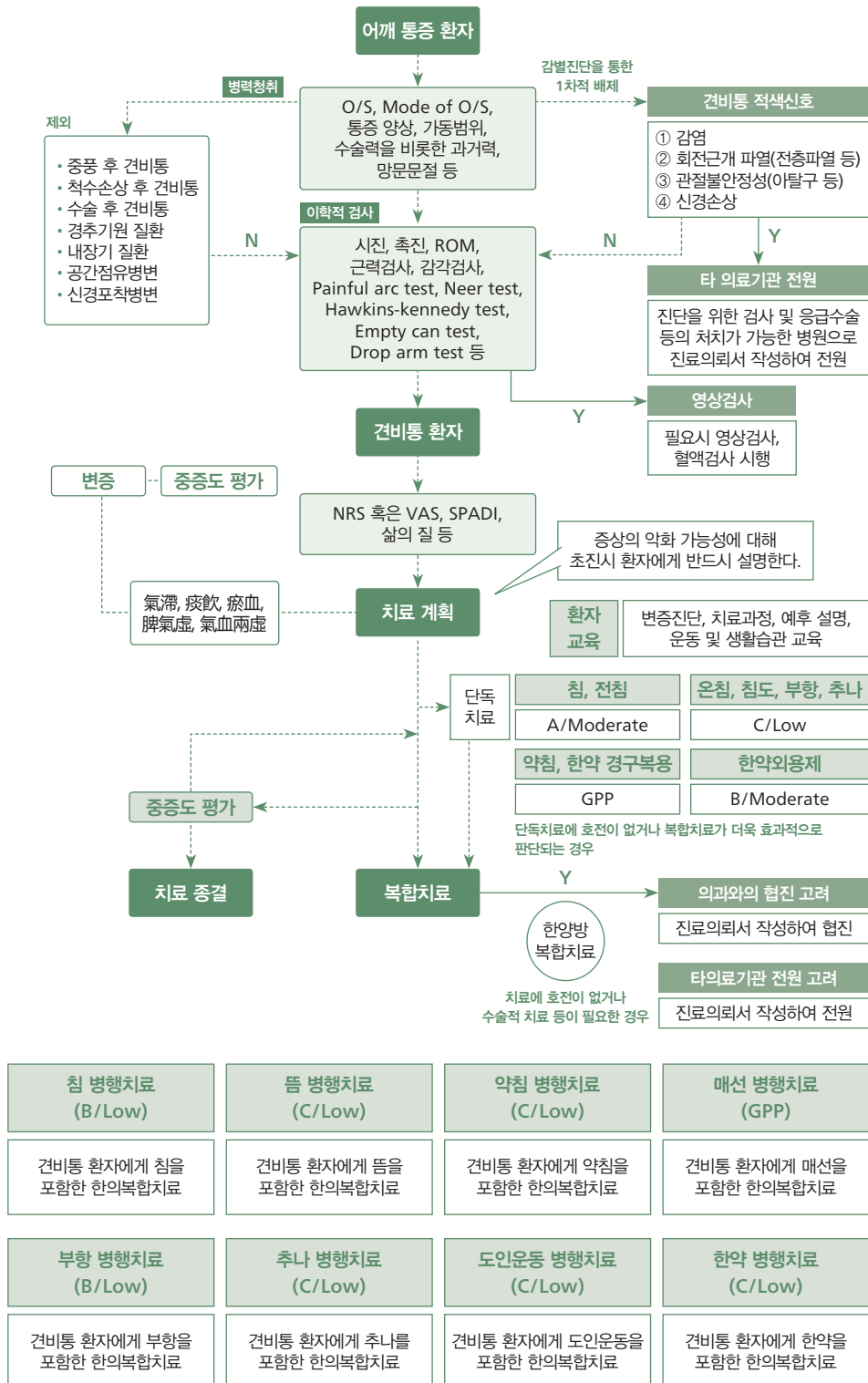
18) 한약치료를 포함한 한의복합치료

R18	성인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 한약치료(한약 경구복용)를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 한약치료는 변증 등 견비통 환자의 개인 특성을 고려하여 적용이 필요하며 병인과 관련하여 풍한습(風寒濕), 어혈(瘀血), 담음(痰飲), 기혈양허(氣血兩虛), 허한(虛寒), 간신휴손(肝腎虧損) 등으로 나누어 적용할 수 있다.	

한양방복합치료

19) 한의치료와 의과약물치료를 함께 시행하는 한양방복합치료

R19	성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 한의치료와 의과약물치료(진통소염제, 스테로이드 주사 등)를 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 한약치료는 변증 등 견비통 환자의 개인 특성을 고려하여 적용이 필요하며 병인과 관련하여 풍한습(風寒濕), 어혈(瘀血), 담음(痰飲), 기혈양허(氣血兩虛), 허한(虛寒), 간신휴손(肝腎虧損) 등으로 나누어 적용할 수 있다.	





Summary

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

1 Background and purpose

Shoulder pain is a common musculoskeletal symptom, and the number of patients with this condition has been increasing in Korea. According to the National Health Insurance Big Data Open System statistics on frequently treated diseases in Korean medicine outpatient care from 2017 to 2021, “shoulder lesions” consistently ranked within the top 10 both in the number of patients and in total medical service costs by disease category. In 2021, “shoulder lesions” ranked ninth in the number of patients. Based on this, a Korean Medicine Clinical Practice Guideline for shoulder pain(KCPG-shoulder pain) was first developed in 2020 through an evidence-based systematic review and meta-analysis methodology to establish standardized Korean medical treatment approaches for shoulder pain.

Since the first development of the KCPG-shoulder pain in 2020, several efforts have been made to distribute and promote its clinical utilization. However, challenges remained due to its limited use in real-world clinical settings. In addition, following the initial development, continuous research has been conducted on various Korean medical interventions for shoulder pain. The recent diversification of shoulder pain conditions, partly due to the increasing popularity of recreational sports, and the growing necessity to adapt the guideline to better reflect actual Korean Medicine clinical practice have led to the current adoption and adaptation process of the KCPG-shoulder pain. This KCPG has been developed to support clinical decision-making by Korean Medicine doctors who treat patients with shoulder pain caused by musculoskeletal disorders, restricted shoulder joint range of motion, and functional limitations. Furthermore, it aims to assist patients with shoulder pain by providing information about effective and standardized Korean Medicine treatment options. The present guideline was prepared by integrating the previously developed KCPG-shoulder pain with recent studies, addressing key clinical questions encountered in Korean Medicine practice for shoulder pain.

2 Overview of disease

Shoulder pain is a common condition that affects approximately 20 – 40% of the population at least once in their lifetime. It refers to pain occurring in or around the shoulder joint, including the scapular region, and is associated with surround-

ing tissues and the upper arm area. The primary symptoms of shoulder pain include shoulder joint pain and limited range of motion—particularly in external rotation, internal rotation, abduction, and flexion. It commonly occurs in association with degenerative changes of the shoulder joint, ligament injuries, muscle tears, and inflammation of the bursae.

The main conditions classified under shoulder pain include adhesive capsulitis of the shoulder(frozen shoulder, M75.0), rotator cuff syndrome and tear(M75.1), bicipital tendinitis(M75.2), calcific tendinitis of the shoulder(M75.3), shoulder impingement syndrome(M75.4), bursitis of the shoulder(M75.5), myofascial pain syndrome of the shoulder region(M79.11), and sprain and strain of the shoulder joint(S43.4).

Shoulder pain caused by underlying conditions in areas other than the shoulder—such as pulmonary, cardiac, or cervical spine diseases—as well as post-stroke shoulder pain, post-spinal cord injury shoulder pain, and postoperative shoulder pain, are not within the scope of this guideline. Therefore, clinicians should pay careful attention to differential diagnosis.

3 Recommendations

Shoulder pain

Mainly adhesive capsulitis (frozen shoulder, M75.0), rotator cuff syndrome (rotator cuff rupture, M75.1), biceps tendinitis (M75.2), calcific tendinitis of the shoulder (M75.3), impingement syndrome (M75.4), bursitis of the shoulder (M75.5), myofascial pain syndrome of the shoulder (M79.11), sprain and strain of the shoulder joint (S43.4), and related shoulder disorders are included in this guideline. This guideline does not apply to shoulder pain referred from non-shoulder conditions (e.g., pulmonary, cardiac, or cervical spine disorders) or to postoperative shoulder pain.

No.	Recommendations	Grade of recommendation/ Evidence level
Korean Medicine treatment		
1) Acupuncture		
R1	Acupuncture treatment is recommended to improve pain and range of motion in adult patients with shoulder pain.	A/Moderate

Clinical considerations

- Acupuncture treatment methods include needling at proximal points on the affected side, as well as needling at other sites beyond the proximal area. Various acupuncture approaches such as Ashi points, general meridian points, Saam acupuncture, Tung's acupuncture, Five Element acupuncture, and constitution-based acupuncture may be utilized.
- Stimulation techniques during acupuncture may include the use of motion acupuncture, application of dynamic needling methods, or implementation of high-intensity manual stimulation.

2) Electroacupuncture

R2	Electroacupuncture treatment is recommended to improve pain and range of motion in adult patients with shoulder pain.	A/Moderate
----	---	------------

Clinical considerations

- Caution is recommended when an artificial pacemaker is implanted in the body, when a metal object is inserted for fixation around the treatment area, or when performing electroacupuncture on the suboccipital muscles, anterior triangle region, or carotid artery area.

3) Warm needling

R3	Warm needling treatment may be considered to improve the range of motion in patients with shoulder pain.	C/Low
----	--	-------

Clinical considerations

- Warm needling treatment can be used to improve pain and function in patients with shoulder pain by warming and unblocking the meridians and promoting the circulation of *Qi* and blood. During warm needling treatment, appropriate acupuncture points should be selected, and caution should be exercised to prevent burns.

4) Acupotomy

R4	Acupotomy treatment may be considered to improve pain, function, and quality of life in adult patients with shoulder pain, compared with analgesic and anti-inflammatory drugs or manual therapy.	C/Low
----	---	-------

Clinical considerations

- Acupotomy treatment can be used to treat chronic shoulder pain caused by soft tissue problem due to adhesion, detachment, incision, or laceration. When performing acupotomy treatment, an appropriate area should be selected, the procedure should be performed at a proper depth, and caution should be exercised to prevent infection.

5) Pharmacopuncture

	To improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life) in adult patients with shoulder pain, pharmacopuncture treatment is recommended based on the formal consensus of the expert group, rather than the use of analgesic and anti-inflammatory drugs.	GPP
R5	Clinical considerations • Pharmacopuncture therapy can be considered to improve symptoms of shoulder pain. Pharmacopuncture may be performed using <i>Hwangryunhaedok</i> pharmacopuncture, <i>Jungseonguhyeol</i> pharmacopuncture, Bee Venom pharmacopuncture, <i>Danggui</i> injection, or Immune pharmacopuncture. When administering pharmacopuncture, appropriate dosages should be selected, and caution should be taken regarding potential adverse reactions such as anaphylaxis when using Bee Venom pharmacopuncture.	

6) Cupping therapy

	Cupping therapy may be considered for adult patients with shoulder pain to improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life), compared with taking analgesic and anti-inflammatory medications.	C/Low
R6	Clinical considerations • Blister formation may occur during cupping therapy. Generally, these blisters heal naturally with simple dressing and infection-preventive care, but when blisters form, care should be taken to prevent secondary infection.	

7) Chuna therapy

R7	Chuna therapy may be considered for adult patients with shoulder pain to improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life).	C/Low
----	--	-------

Clinical considerations

- When applying Chuna therapy for the treatment of shoulder pain, an appropriate assessment should be performed before treatment. Both simple Chuna techniques using traction and myofascial methods, and complex Chuna techniques applied to the shoulder girdle, glenohumeral joint, and spine may be utilized. These techniques can be applied to areas such as the head and neck, thoracolumbar region, shoulder girdle, and glenohumeral joint.

8) Daoyin therapy

	Daoyin therapy may be considered for adult patients with shoulder pain to improve function and quality of life, compared with lifestyle management.	C/Low
R8	Clinical considerations Daoyin therapy should be applied with caution in patients with a history of shoulder surgery, in cases where prior surgery on other areas related to shoulder movement(including metal implantation or fixation) affects shoulder mobility, or when inflammatory arthritis is suspected.	

9) Herbal medicine

R9-1	Application of herbal medicine for external use should be considered for adult patients with shoulder pain to improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life).	B/Moderate
R9-2	Oral administration of herbal medicine is recommended based on the formal consensus of the expert group for adult patients with shoulder pain to improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life).	GPP

Clinical considerations

- When applying external herbal medicine, caution should be taken regarding individual-specific skin hypersensitivity reactions, and it should be considered that contact allergic reactions such as blistering, erythema, and pruritus may occur. Herbal medicine treatment should be applied taking into account the individual characteristics of shoulder pain patients, such as pattern identification, and may be classified and applied according to etiological factors, including *wind-cold-dampness*, *blood stasis*, *phlegm-fluid retention*, *deficiency of qi and blood*, *deficiency-cold*, and *liver-kidney deficiency*.

Korean Medicine combined treatment

10) Korean Medicine combined treatment including acupuncture treatment

	Korean medicine combined treatment including acupuncture therapy and exercise therapy should be considered for adult patients with shoulder pain to improve pain, function, and quality of life, compared with exercise therapy alone.	B/Low
R10	Clinical considerations In addition to acupuncture, other Korean medicine interventions such as Chuna manual therapy, moxibustion therapy, cupping therapy, pharmacopuncture therapy, and Korean medical physical therapy may be considered.	

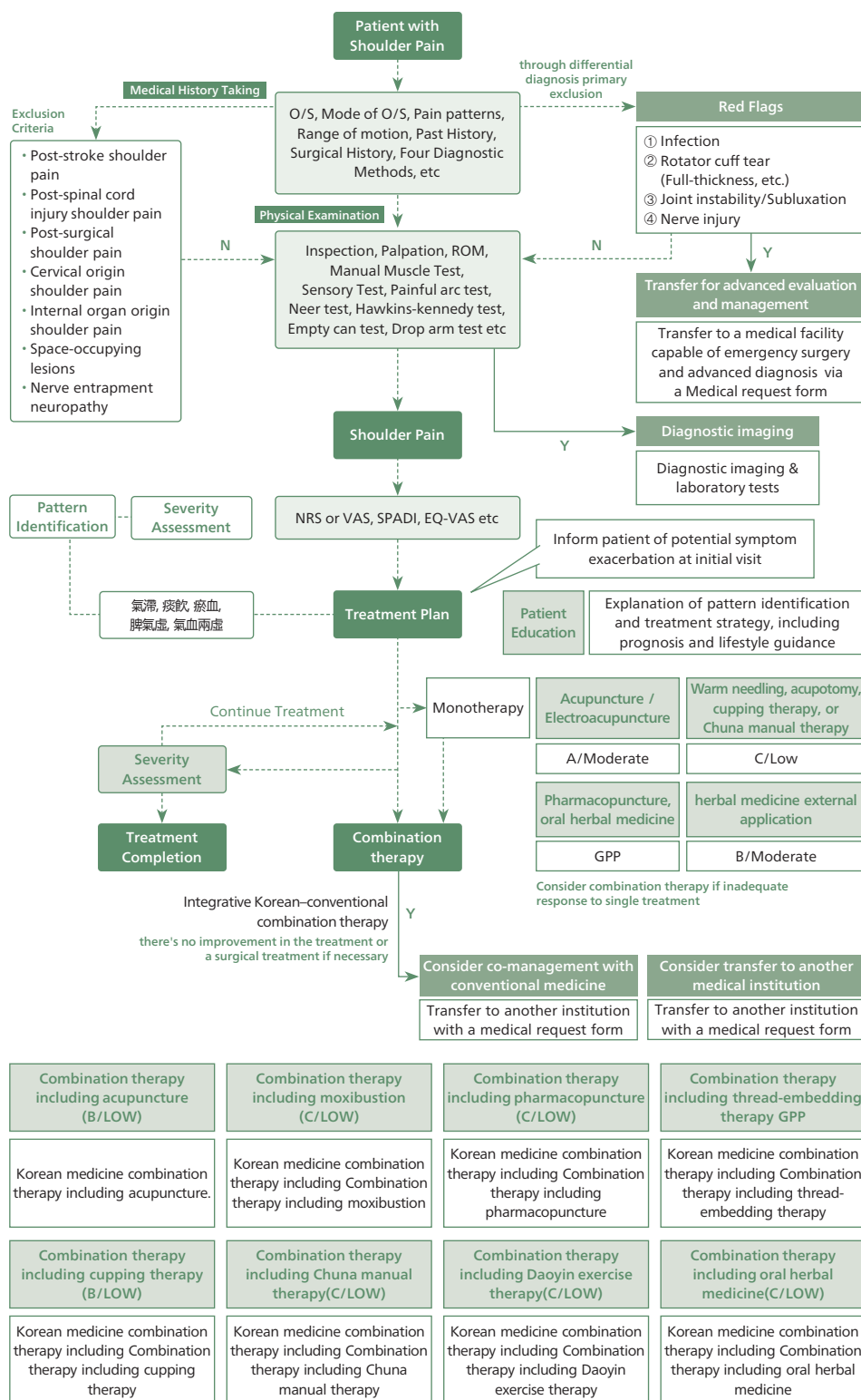
11) Korean Medicine combined treatment including fire needling		
R11	The evidence is inconclusive regarding the clinical question of whether Korean medicine combined treatment with conventional Korean medicine therapy and fire needling therapy should be implemented together to improve pain in adult patients with shoulder pain.	Inconclusive
	Clinical considerations Fire needling therapy may be performed in combination with other Korean medicine treatments, such as acupuncture, electroacupuncture, warm needling therapy, and acupotomy therapy. When implementing Korean medicine combined treatment including fire needling therapy, care should be taken to prevent burns and infection.	
12) Korean Medicine combined treatment including moxibustion		
R12	Korean medicine combined treatment including moxibustion therapy may be considered for adult patients with shoulder pain to improve function and quality of life.	C/Low
	Clinical considerations Korean medicine combined treatment including moxibustion, acupuncture, electroacupuncture, warm needling therapy, and acupotomy therapy may be considered. When performing moxibustion therapy, care should be taken to prevent burns and infection, and special caution is needed when applying moxibustion to patients with shoulder pain showing symptoms of inflammatory arthritis.	
13) Korean Medicine combined treatment including pharmacopuncture		
R13	Korean medicine combined treatment including pharmacopuncture therapy may be considered for adult patients with shoulder pain to improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life).	C/Low
	Clinical considerations Pharmacopuncture therapy may be considered for improving symptoms of shoulder pain. Pharmacopuncture may be performed using Hwangryeonhaedok pharmacopuncture, Jungseongouhyeol pharmacopuncture, bee venom pharmacopuncture, Danggui injection, or immune pharmacopuncture. An appropriate dosage should be selected, and particular caution should be exercised regarding adverse reactions, including anaphylaxis, when using bee venom pharmacopuncture.	
14) Korean Medicine combined treatment including embedding therapy		
R14	To improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life) in adult patients with shoulder pain, Korean medicine combined treatment including thread embedding therapy is recommended based on the formal consensus of the expert group.	GPP
	Clinical considerations Bruising, pain, and discomfort at the needle insertion site may occur after thread embedding therapy. Infection prevention is crucial during the procedure, so sterility must be maintained and disinfection performed, and it should be checked whether any thread is exposed outside the skin after the procedure. In addition, patients should be informed about the possibility of infection after thread embedding therapy and advised to refrain from excessive exercise, drinking, and sauna use.	

15) Korean Medicine combined treatment including cupping therapy		
R15	Korean medicine combined treatment including cupping therapy should be considered for adult patients with shoulder pain to improve pain and range of motion.	B/Low
	Clinical considerations • Blister formation may occur during cupping therapy. Generally, these blisters heal naturally with simple dressing and infection-preventive care, but when blisters form, care should be taken to prevent secondary infection.	
16) Korean Medicine combined treatment including chuna therapy		
R16	Korean medicine combined treatment including Chuna therapy may be considered for adult patients with shoulder pain to improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life).	C/Low
	Clinical considerations • When applying Chuna therapy for the treatment of shoulder pain, appropriate assessment should be performed before use. Both simple Chuna techniques—using traction and myofascial methods—and complex Chuna techniques, which are applied to the shoulder girdle, glenohumeral joint, and spine, may be utilized. These techniques can be applied to areas such as the head and neck, thoracolumbar region, shoulder girdle, and glenohumeral joint.	
17) Korean Medicine combined treatment including daoyin therapy		
R17	Korean medicine combined treatment including Daoyin therapy and acupuncture therapy may be considered for adult patients with shoulder pain to improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life).	C/Low
	Clinical considerations • Daoyin therapy may be implemented to restore shoulder movement function and thereby improve pain, range of motion, function, and quality of life. Caution should be taken when applying Daoyin therapy in patients with a history of shoulder surgery, prior surgery on other areas affecting shoulder movement(including metal implantation or fixation), or when inflammatory arthritis is suspected.	
18) Korean Medicine combined treatment including herbal medicine		
R18	Korean medicine combined treatment including herbal medicine(oral administration) may be considered for adult patients with shoulder pain to improve pain and range of motion.	C/Low
	Clinical considerations • Herbal medicine treatment should be applied with consideration of individual characteristics such as pattern identification in patients with shoulder pain, and may be classified and administered according to etiological factors including <i>wind-cold-dampness</i>, <i>blood stasis</i>, <i>phlegm-fluid retention</i>, <i>deficiency of qi and blood</i>, <i>deficiency-cold</i>, and <i>liver-kidney deficiency</i>.	

Korean Medicine treatment combined with Western Medicine treatment

19) Korean Medicine treatment combined with Western pharmacological treatment

	Korean Medicine treatment combined with Western pharmacological treatment(such as analgesic and anti-inflammatory medications and steroid injections) may be considered for adult patients with shoulder pain to improve symptoms(pain, range of motion, function, and quality of life).	C/Low
R19	Clinical considerations Concurrent use of acupuncture therapy, physical therapy, analgesic and anti-inflammatory medication, injection therapy, and manual therapy as conventional Western medical treatments may be considered. When providing Korean Medicine treatment combined with Western Medicine treatment, a thorough diagnosis and close follow-up observation are necessary.	



견비통 한의표준임상진료지침



서론

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

1 한의표준임상진료지침 개발 배경

제4차 한의약육성발전종합계획(2021~2025)¹⁾에서는 ‘한의 의료서비스 체계 개선’의 주요 내용으로 ‘한의표준임상진료지침 개발을 통한 신뢰성 강화’, 그리고 ‘한의표준임상진료지침 확산을 통한 한의의료 표준화’를 명시하고 있다. 이는 한의표준임상진료지침을 개발·보급해 근거를 강화하고 이를 통해 국민들에게 한의의료서비스에 대한 건강보험 보장성을 강화함으로써 접근성을 높이는 한편, 이 과정에서의 한의약 산업을 육성하고 국제적인 경쟁력을 강화한다는 정부 한의약 발전 정책 의지를 반영한 것이다.

2020년 시작된 보건복지부 한의약 분야 국가연구개발사업인 ‘한의약혁신기술개발사업’은 가이드라인 개발사업을 통해 한의표준임상진료지침의 개발을 지원하고 있으며, 동 사업을 통해 10년간 총 51종의 신규 한의표준임상진료지침을 개발하고, 25종의 기존 임상진료지침을 현행화·고도화하는 목표를 가지고 있다.

견비통 한의표준임상진료지침은 2015년에 처음 개발되고 2020년에 한 차례 수용개작 되었다²⁾. 2020년 이후 견비통 질환의 높은 유병률과 생활체육 증가 등으로 견비통 질환이 다양화되었으며 다양한 연구가 지속적으로 발표되고 있는 배경을 고려하여 2020년 기개발된 한의표준임상진료지침을 수용개작하고 고도화하기 위해 본 한의표준임상진료지침을 개발하였다. 한의표준임상진료지침의 주된 사용자인 한의사의 견비통 진료 현황을 조사하고 수요를 확인하여 임상현장에서의 활용도를 제고하고자 하였으며 임상현장을 반영한 핵심질문과 권고안을 구성하여 의사결정의 효율과 신뢰도를 제고하고자 하였다.

한의약혁신기술개발사업은 한의표준임상진료지침의 개발과정 중 핵심적인 의사결정 단계인 ‘핵심임상질문 선정’의 외부 공개 절차를 도입하고, 개발된 지침에 대한 기술적이고 임상적인 다중적 ‘외부검토’ 절차를 강화하여 한의표준임상진료지침의 전문성을 제고하고 외적 타당도를 확보하고자 하였다. 아울러 임상진료지침 개발에 전문 유관학회 및 대학뿐 아니라 실제 지침의 사용자가 될 것으로 예상되는 임상상의 의견을 반영하고자 노력하였다.

향후 한의표준임상진료지침을 통해 도출된 권고문을 기반으로 개발되는 표준임상경로(clinical pathway)는 국민들이 양질의 표준화된 한의의료서비스를 이용할 수 있도록 임상에 확산될 예정이다. 한의표준임상진료지침의 개발과 확산으로 체계적인 검증을 통해 한의약의 안전성·효과성을 지속적으로 입증하여 대국민 신뢰 회복 및 공공의료 확대에 기여하고자 한다.

본 견비통 한의표준임상진료지침은 보건복지부 한의약혁신기술개발사업의 한의약혁신기술개발사업단 세부과제인 [견비통 한의표준임상경로(CP) 개발 및 시범적용

(RS-2022-KH131123)]의 일환으로 제작되었다(연구기간: 2022.07.01. - 2025.03.31.). 임상진료지침의 개발에 있어서 재정후원단체의 의견이 임상진료지침의 내용에 영향을 주지 않았다.

[참고문헌]

1. 제4차 한의약육성발전 종합계획(2021-2025). 보건복지부, 유천문화사, 2021.
2. 견비통 한의표준임상진료지침. 한국한의학연구원, 2020.

▼
II

견비통 질환 개요

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

1

정의

견비통은 진단명이 아닌 증상명이다. 견비통은 견갑부(肩胛部)를 포함한 견관절을 구성하고 있는 주위 조직 및 상지의 견박부(肩膊部)에 연관되어 나타나는 통증질환으로 견관절의 통증과 더불어 종종 관절가동범위의 제한(외회전, 내회전, 외전 및 굴곡 제한)을 동반한 기능장애가 나타난다.¹⁾ 한의학에서 견비통은 경락에 기혈이 저체된 비증(痺證)의 범주에 주로 해당된다.^{2,3)} 본 지침에서 다루는 견비통은 어깨 부위의 원인 질환으로 인해 견관절 통증 및 관절가동범위 제한 증상이 나타나는 경우로, 상기 증상이 있더라도 폐·심장·경추 등 어깨 외의 원인으로 기인한 경우나 중풍 후 견비통, 척수손상 후 견비통, 수술 후 발생한 견비통 등은 대상에서 제외한다. 이에 따라 견비통을 유발하는 각 질환별 차이점과 공통점을 파악하고 임상검사를 통하여 감별진단에 유의하여야 한다.

현대의학적으로는 어깨 관절의 퇴행성 변화, 인대 손상, 근육 파열, 활액낭 염증 등으로 인해 통증이나 관절가동범위 제한이 발생하는 경우를 의미한다. 이에 해당하는 주요 질환으로는 유착성 관절낭염(오십견), 회전근개 증후군(회전근개 파열), 이두근 건염, 석회성 건염, 충격증후군, 점액낭염 및 기타·상세불명의 어깨 병변 등이 있다. 이에 따라, 어깨의 유착성 관절낭염(M750), 오십견(M750), 회전근개 파열(M751), 회전근개 증후군(M751), 이두근건염(M752), 어깨의 석회성건염(M753), 어깨의 충격증후군(M754), 어깨의 점액낭염(M755), 기타 어깨병변(M758) 등의 상병으로 치료받게 된다. 기타 응용 가능한 견비통에 해당하는 KCD 코드는 아래와 같다.

<견비통의 KCD 코드>

KCD 코드	코드명	KCD 코드	코드명
M1311	달리 분류되지 않은 단일관절염, 어깨부분	M6081	기타 근염, 어깨부분
M1381	기타 명시된 관절염, 어깨부분	M6091	상세불명의 근염, 어깨부분
M1391	상세불명의 관절염, 어깨부분	M6241	근육의 구축, 어깨부분
M1901	기타 관절의 원발성 관절증, 어깨부분	M6261	근육긴장, 어깨부분
M1921	기타 이차성 관절증, 어깨부분	M6281	근육의 기타 명시된 장애, 어깨부분
M1981	기타 명시된 관절증, 어깨부분	M6291	근육의 상세불명 장애, 어깨부분
M1991	상세불명의 관절증, 어깨부분	M6581	기타 윤행막염 및 힘줄윤행막염, 어깨부분
M2401	관절안의 유리체, 어깨부분	M6591	상세불명의 윤행막염 및 힘줄윤행막염, 어깨부분
M2411	기타 관절연골장애, 어깨부분	M6781	윤행막 및 힘줄의 기타 명시된 장애, 어깨부분
M2421	인대장애, 어깨부분	M6791	윤행막 및 힘줄의 상세불명 장애, 어깨부분

KCD 코드	코드명	KCD 코드	코드명
M2451	관절의 구축, 어깨부분	M7081	사용·과사용 및 압박과 관련된 기타 연조직장애, 어깨부분
M2461	관절의 강직증, 어깨부분	M7091	사용·과사용 및 압박과 관련된 상세불명의 연조직장애, 어깨부분
M2481	달리 분류되지 않은 기타 특정 관절장애, 어깨부분	M7291	상세불명의 섬유모세포 장애, 어깨부분
M2491	상세불명의 관절장애, 어깨부분	M7911	근통, 어깨부분
M2501	혈관절증, 어깨부분	M7921	상세불명의 신경통 및 신경염, 어깨부분
M2531	관절의 기타 불안정, 어깨부분	M7981	기타 명시된 연조직 장애, 어깨부분
M2541	관절의 삼출액, 어깨부분	M7991	상세불명의 연조직 장애, 어깨부분
M2551	관절통, 어깨부분	S400	어깨 및 위팔의 타박상
M2561	달리 분류되지 않은 관절의 경직, 어깨부분	S434	어깨관절의 염좌 및 긴장
M2581	기타 명시된 관절장애, 어깨부분	S435	견쇄관절의 염좌 및 긴장
M2591	상세불명의 관절장애, 어깨부분	S436	흉쇄관절의 염좌 및 긴장

2

임상 현황

견비통으로 인한 한방 내원 환자들은 1차로 한의원 또는 한방병원에 방문하는 경우와 양방 의료기관에서 진단 및 치료를 받다가 내원하는 경우가 주가 된다. 이러한 경우 한방 단독치료를 받는 편이며, 의과와 협진을 통한 병행치료나 의과의 보완적 혹은 대체적 진료로 한방치료를 받는 경우는 드물다. 진단 및 검사 결과에 따라 일반적으로 어깨의 유착성 관절낭염(M750), 오십견(M750), 회전근개 파열(M751), 회전근개 증후군(M751), 이두근건염(M752), 어깨의 석회성건염(M753), 어깨의 충격증후군(M754), 어깨의 점액낭염(M755), 기타 어깨병변(M758), 상세불명의 어깨병변(M759), 어깨의 관절통(M2552), 근통, 어깨부분(M7911), 어깨관절의 염좌 및 긴장(S434) 등의 상병으로 치료받게 된다.

보건 의료빅데이터개방 시스템에서 2020년부터 2022년까지 한방 외래 다빈도 질병 통계를 살펴보면 ‘어깨병변(M75)’이 질병별 환자 수, 질병별 요양급여비용 총액 상위 10위 안에 지속적으로 존재함을 확인할 수 있다. 2022년 기준 ‘어깨병변’은 환자 수 9위(515,757명)를 차지하였으며 질병별 요양급여비용 총액 74,397,831천원, 보험자 부담금은 56,317,132천원으로 9위를 차지하였다.⁴⁾

KCD 상병으로 변경되기 이전인 2004년부터 2009년까지 자료를 보면 견비통은 요통 다음으로 한의 진료비 지출 상위 2위 질환에 해당되었다. 이는 잘 낫지 않고 오래 지속되는 회전근개 질환과 유착성 관절낭염(오십견, 동결견)의 질환 특성으로 인해 진료비가 상승된 것으로 분석된다.

3

진단 및 평가

1) 견비통의 진단

(1) 진단 기준

인체에서 가장 큰 가동범위를 가진 견관절은 상완골두가 큰 반면 관절와는 작고 얇아서 매우 불안정한 관절로 통증이나 조직 손상이 나타나기 쉽다. 견비통은 국소적으로는 상완와 관절, 회전근개건, 견쇄관절, 흉쇄관절 등에서 발생할 수 있고, 원위부로는 목, 상지와 더불어 체간 등의 내부 장기 등에서 유발될 수 있다.⁵⁾ 견비통을 유발하는 견관절의 주요 질환으로는 회전근개 질환, 점액낭염, 충격증후군, 동결견, 급성 외상으로 인한 손상 등이다.⁶⁾ 한의학에선 견비통을 유발하는 요인을 내인과 외인이 같이 작용하여 전신적인 측면에서 접근하는 경향이 있는 반면, 서양의학에서는 주로 어깨 주위의 구조물에 의한 경우로 한정하는 경우가 많다.

능동 및 수동 가동범위 검사, 이학적 검사(painful arc 검사, Hawkins 검사, Neer 검사, empty can 검사, drop arm 검사, Apley's scratch 검사, Yergason 검사, hand to shoulder blade 검사, mouth wrap around 검사), 혈액학적 검사, 방사선 검사 및 문진을 통해 경추추간관 탈출 등의 경추기원성 질환, 염증성 질환, 골절, 탈구, 아탈구 등을 배제하고 진단을 한다. 일반적 치료에도 불구하고 증상이 지속되는 경우에 어깨 관절에 대한 근골격계 초음파, 자기공명영상 등을 통해 보다 정밀한 진단을 하게 된다.⁷⁾ 견비통의 진단을 위한 주요 이학적 검사는 다음과 같다.

<견비통의 이학적 검사>

이학적 검사 ²⁰⁾	방법
Painful arc 검사	방법 : 환자의 팔을 외전할 때, 60~120도 구간에서 통증이 유발되는 경우, 양성이다. 의의 : 충격증후군의 가능성을 의미한다. 회전근개 손상이나 윤활낭염 등에서도 통증이 있을 수 있다.
Hawkins 검사	방법 : 환자의 어깨관절과 팔꿈치를 90도 굴곡한 상태에서 검사자가 환자의 손바닥이 아래로 가도록 팔을 내회전시킨다. 의의 : 통증이 있을 경우 충격증후군, 회전근개 병변의 가능성을 의미한다.
Neer 검사	방법 : 검사자의 한 손으로 환자의 어깨 관절을 고정시킨 후, 다른 손으로 환자의 팔을 내회전시킨 상태로 거상시킨다. 의의 : 통증이 있을 경우 충격증후군, 회전근개 병변의 가능성을 의미한다.
Empty can 검사	방법 : 환자의 팔을 90도 외전, 30도 전방으로 올리고 엄지손가락이 아래로 향하게 하여(캔을 비우는 모양) 내회전시킨 후 검사자가 저항을 주어 팔을 버티게 한다. 의의 : 통증이나 근력 감소가 있을 경우 회전근개 파열(특히 극상근의 파열) 가능성을 의미한다.
Drop arm 검사	방법 : 환자의 팔을 90도 외전한 이후 천천히 내리도록 한다. 의의 : 스스로 버티지 못하고 팔이 떨어지는 경우 양성으로 회전근개의 심한 파열의 가능성을 의미한다.

이학적 검사 ²⁰⁾	방법
Apley's scratch 검사	방법 : 환자의 손을 위로 올려 목 뒤로 넘겨 반대쪽 견갑골 윗부분을 만지도록 하여 외전과 외회전을 평가한다. 이후 손을 등 뒤로 감아 반대편 견갑골 아래를 만지도록 하여 내전과 내회전을 평가한다. 의의 : 어깨 관절의 운동범위를 평가하는 선별검사로 제한이 있는 경우 유착성 관절낭염, 회전근개 파열 등을 의심할 수 있다.
Yergason 검사	방법 : 환자의 팔을 체간에 붙인 상태로 팔꿈치를 90도 굴곡한다. 검사자가 저항을 주어 환자의 팔을 저항 회외시켜본다. 의의 : 국소 통증이 있는 경우 상완이두근건의 불안정성, 상완이두근 장두의 건염을 의미한다.
Hand to shoulder blade test	방법 : 손을 등 뒤로 돌려 반대쪽 견갑골의 아래쪽을 만지게 하여 내회전 범위를 확인한다. 의의 : 내회전 제한 시 유착성 관절낭염, 회전근개 파열을 의심할 수 있다.
Mouth wrap around test	방법 : 손을 머리 위로 감싸 반대쪽 머리, 입 혹은 목 뒤까지 감싸는 동작을 하도록 하여 관절 운동범위를 확인한다. 의의 : 환자가 동작을 어려워하거나 동작의 제한이 있는 경우 관절가동범위가 제한된 것으로 유착성 관절낭염, 심각한 회전근개 파열 등을 의심할 수 있다.

견비통의 유발 요인은 부적절하거나 과도한 운동, 지속적인 작업, 부적절한 자세 등으로 인한 근육 기능이상과 이로 인한 근막통증증후군의 유발이 있다. 또한, 이와 더불어 인대와 건의 골화, 골극, 퇴행성 변화, 건염, 관절낭염, 점액낭염, 충격증후군 등의 관절과 건에 병발한 염증도 유발요인이 될 수 있다. 이중 중요한 위험인자로는 견관절의 외상, 과도한 운동, 팔을 거상한 채로 작업하는 직업, 장시간의 컴퓨터 사용, 65세 이상의 연령, 당뇨, 중풍, 스트레스 등이 있다.⁸⁾ 한의학적 진단을 위해 견비통에 대한 한의학적 변증 분류를 아래에 제시한다.

<견비통의 변증 분류>

변증 유형 ⁸⁾	증상
풍한습 (風寒濕)	팔이 풍한습의 침범을 받거나 잠자면서 이불 밖으로 손을 내놓아 한사의 침범을 받으면 팔이 아프다.(東醫寶鑑 - 臂爲風寒濕所搏 或睡後 手在被外 爲寒邪所襲 遂令臂痛 或乳婦 以臂枕兒 傷於風寒 亦致臂痛)
담음 (痰飲)	팔다리는 비(脾)에 속하는데 잠복되어 있던 담이 중완(中腕)에 막혀 비기(脾氣)가 잘 돌지 못하고 담이 올라와 팔에 침범하면서 팔이 아프다. (東醫寶鑑 - 酒家之癖 多爲項腫臂痛 蓋熱在上焦 不能清利 故醞釀日久 生痰涎 聚飲氣流走於項臂之間 不腫則痛耳 治臂痛不能舉 或左右時復轉移 由伏痰在中腕停滯 脾氣不得流行 上與氣搏 四肢屬脾 滯而氣不升 故上行攻臂 其脈沈細者 是也)
기혈응체 (氣血凝滯)	나이가 들어감에 따라 기혈이 부족하게 되면 뼈도 노화되고 근육과 인대를 자양하지 못하므로 통증이 발생하게 된다.(東醫寶鑑 - 凡人肩冷臂痛者 每遇風寒 肩上下多冷 或日須熱手撫摩 夜須多被擁蓋 庶可支持 此以陽氣不足 氣血衰少而然)
타박어혈 (打撲瘀血)	어깨 관절은 인체에서 활동성이 가장 큰 관절 중 하나로 관절낭이 비교적 느슨하고 활동 시 인대와 근육의 의존도가 높아 외부 손상에 쉽게 노출되며 회복 속도 역시 느리다.
칠정 (七情)	스트레스, 기울(氣鬱), 신경피로, 정신적 상기(上氣)로 발생한다.
경추성 (頸椎性)	경추 추간판 탈출증 및 추간판 변성, 경추의 골극 생성, 경추 인대의 골화 등으로 신경에 영향을 미친다.

(2) 질환 분류^{9,10)}

- ① 근막통증증후군: 임상에서 가장 많은 유형을 차지하는 근막통증증후군은 통증이 주 증상이다. 극상근, 극하근, 견갑하근, 삼각근 등의 어깨 주위 근육에 발통점이 주로 발생하며, 사각근, 견갑거근, 전거근 등에 의한 2차적인 발통점으로 유발되기도 한다. 해당 근육에 대한 저항검사에서 통증이나 근력 약화 소견을 보인다.
- ② 어깨 충격증후군: Hawkins 검사와 Neer 검사에 양성인 경우 어깨 충격증후군이라고 하고, 통증이 주증상이며 질환의 중증도에 따라 가동범위 제한이 나타나기도 한다. 견봉과 상완골 사이의 견봉하 공간에 위치한 회전근개, 점액낭, 상완이두건 등의 염증과 손상 및 퇴행성 병변으로 다양한 질환이 유발된다. 병변의 위치에 따라 극상근건염, 견갑하근건염, 석회성건염, 상완이두근건염 등의 건염과 삼각근하 점액낭염, 오구돌기하 점액낭염, 견봉하 점액낭 등의 점액낭염이 발생하며, 특히 극상근건염과 삼각근하 점액낭염이 자주 발생한다. 극상근건염은 80~110도의 각도에서 동통호가 있고, 저항외전 시의 통증이나 근력 약화를 호소하는데 팔을 밑으로 견인하면서 저항외전을 시킬 때 통증의 변화가 없다. 삼각근하 점액낭염은 외전, 굴곡 시에 주로 통증이 있고 충격증후군 검사에서 양성 소견을 보이며, 극상근건염에 비하여 팔을 밑으로 견인하면서 저항외전을 시키면 점액낭에 가해지는 자극이 감소되므로 통증이 감소하거나 소실되는 특징이 있다. 석회성건염은 증상으로 감별이 어려우며 방사선 검사로 진단한다.
- ③ 회전근개 파열: 낙상 등의 외상으로 발생하기도 하며, 종종 퇴행성 병변을 동반한 환자들의 무리한 운동으로 발생한다. 특히 극상근건에 가장 다발하며, 견갑하근건 등에서도 발생한다. 파열의 정도에 따라 운동시에 나타나는 가벼운 통증에서부터 지속적인 심한 통증을 호소하기도 한다. 능동 가동범위는 제한되지만 수동 가동범위는 정상인 경우가 많아 유착성 관절낭염과 차이가 있으며, empty can 검사, drop arm 검사에서 양성 소견을 보인다. 또한 회전근개건은 아니지만, 상완이두근건 파열도 종종 보고되는데 Yergason 검사로 감별 진단한다.
- ④ 유착성 관절낭염(오십견, 동결견): 퇴행성 병변이나 외상으로 발생하는 건관절 주위의 통증으로 시간 경과와 더불어 관절가동범위가 줄어들면서 심한 통증과 운동장애를 유발한다. 통증의 경우 7~8개월까지 심한 통증을 호소한다. 회전근개 파열과 달리 능동 가동범위와 더불어 수동 가동범위도 줄어들어 있는 것이 특징적이다.
- ⑤ 기타: 발음성 어깨관절, 발음성 어깨뼈, 어깨위 신경포착증후군, 흉곽출구증후군, 건관절 불안정성 등이 있다.

(3) 감별 진단^{6,10)}

본 지침의 적용대상인 견비통은 어깨 부위의 원인질환에 기인한 경우로, 신체 다른 부

위의 질환 및 장기 질환에 의해서도 어깨 및 팔의 통증이나 어깨의 움직임 제한이 나타날 수 있으므로 감별진단에 유의하여야 한다. 한방 임상에서 볼 수 있는 중풍 후 · 척수손상 후 · 수술 후 발생한 견비통 등은 기왕력을 통해 쉽게 파악할 수 있으며, 세심한 주의가 필요한 질환들의 감별 진단 요점을 아래에 기술한다.

- ① 경추 기원성 질환: 경추 추간판 탈출증, 경추 척추증, 경추 협착증, 경추 인대 골화증, 경추의 통증 및 강직과 더불어 목의 움직임이나 spurling 검사, compression 검사에서 방사통이 발생한다. 심한 경우 삼각근 · 이두근 · 상완요골근 · 삼각근의 약화나 건반사가 소실된다. 경추에 대한 영상의학적 검사가 필요하다.
- ② 내장기 질환: 심장, 폐, 간 · 담낭 등의 내장기 질환에 동반된 연관통을 말한다. 심장의 연관통은 왼쪽 가슴에서 왼쪽 어깨와 왼쪽 팔 안쪽으로 통증이 느껴진다. 폐의 연관통은 가슴보다 목 앞쪽과 어깨 앞쪽에 통증이 느껴지고 기침할 때 통증이 증가한다. 간 · 담낭의 연관통은 오른쪽 어깨 위쪽과 오른쪽 갈비뼈 아래 부분에서 통증이 느껴진다.
- ③ 공간점유 병변: Pancoast 종양, 전이된 종양. 폐첨부 종양이나 전이된 종양이 상완 신경총이나 흉곽출구를 압박하는 경우로 정맥 확장, 기침, 가래, 객혈, 전신쇠약 등이 동반될 때는 X-ray(chest AP view) 및 정밀진단이 필요하다.
- ④ 신경포착성 병변: 흉곽출구증후군, 견갑상신경, 장흉신경, 척추부신경의 포착 등이 해당된다. 흉곽출구증후군은 경늑골, 사각근, 늑쇄골, 소흉근 등이 상완신경총, 쇄골하 동정맥, 액와동맥을 압박하여 발생하며 4, 5지의 손의 저림 및 냉증을 동반하는데 Adson 검사, Roos 검사, Eden 검사, Wright 검사로 감별진단 할 수 있다. 견갑상신경 포착은 극상근과 극하근이 위축되며, 장흉신경 포착은 전거근 약화와 익상 견갑 소견이 나타난다. 척추부신경 포착은 상부승모근 위축으로 쇄골 상부가 움푹 패이고, 팔의 저상이나 외전 장애가 있고, 어깨를 으쓱거리는 힘이 약해진다.
- ⑤ 기타: 상완신경총 신경염, 복합부위통증증후군, 상완신경총 신경염은 갑작스러운 발병, 심한 통증, 근위부 근력 약화가 특징이며, 복합부위통증증후군은 통증과 함께 모발, 손발톱, 피부의 이영양성 변화 등이 특징적으로 나타난다.

<어깨부위 원인질환 외 견비통에 대한 감별 진단>

분류	질환명
경추 기원성 질환	경추 추간판 탈출증, 경추 척추증, 경추 협착증, 경추 인대 골화증
내장기 질환	심장, 폐, 간 등의 내장기 질환에 동반된 연관통
공간점유 병변	Pancoast 종양, 전이된 종양
신경포착성 병변	흉곽출구증후군, 견갑상 신경, 장흉신경, 척추부신경의 포착
기타	상완신경총 신경염, 복합부위통증증후군

(4) 견비통 진단의 임상 적용²¹⁻²³⁾

견비통의 원인은 매우 다양하기 때문에 의심되는 임상진단에 따라 추가적인 영상검사가 달라진다. 임상 증상에 대한 충분한 병력청취와 이학적 검사를 통한 임상진단이 선행되어야 하며 이에 따라 추가적인 영상검사인 단순방사선영상검사, 초음파 영상검사, 자기공명영상(MRI) 등을 시행할 수 있다. 단순방사선영상검사는 모든 영상검사에서 선행될 수 있으며 이를 통해 뼈와 관절 간격, 구조 확인을 시행하고 골절 등을 감별할 수 있다. 초음파 영상 검사는 검사자의 숙련도에 의존적인 단점이 있으나 연부조직, 힘줄의 병변 및 동적 검사에 강점을 가지며 정확한 진단을 위해 양쪽을 비교 검사할 수 있다. 자기공명영상(MRI)은 삼출, 부종 등 병리 소견 평가에 유용하며 관절순 파열, 불안정성 SLAP과 같은 병변의 확진에 활용될 수 있다. 진단 신뢰도와 임상적 가치를 올리기 위해서는, 영상검사를 해석할 때 반드시 임상증상과 이학적 검사를 통합적으로 접근해야 한다.

2) 견비통의 평가¹¹⁾

(1) 통증 평가척도

- ① VAS(Visual Analogue Scale for pain intensity): VAS는 무증상을 0으로, 참을 수 없는 통증을 10으로 표시한다. 직선 위에 통증의 정도를 표시하고 길이를 재서 통증의 정도를 평가한다. 본래의 VAS는 직선 위에 중간 단계가 존재하지 않으며 대체로 직선의 길이는 10cm이다. 표기 방법은 cm 혹은 mm로 표기한다. 점수가 낮을수록 통증이 감소한다는 것을 의미한다.
- ② NRS(Numerical Rating Scale for pain intensity): NRS는 0에서 10까지 나열된 여러 형태의 척도를 통해 통증의 정도가 어느 정도인지 숫자를 사용하여 말이나 글로써 대답하는 척도이다. 종이에 직선으로 표시해야 하는 VAS에 비하여 임상에서 아주 쉽게 적용할 수 있는 장점이 있다. 점수가 낮을수록 통증이 감소한다는 것을 의미한다.
- ③ SF-MPQ(Short Form McGill Pain Questionnaire): Melzack과 Torgerson에 의해 만들어진 MPQ는 시간이 많이 걸리므로 임상에서는 이를 간략화한 SF-MPQ가 주로 사용되며, PRI(Pain Rating Index), PPI(Present Pain Intensity), VAS의 3개 항목으로 구성된다. PRI는 말로 표현하는 통증 양상에 따라 15항목 중 해당 항목을 선정하여 0점부터 3점까지 점수를 부여하고, 최대 가능 점수는 45점이지만 현재까지 보고된 견비통의 일반적 PRI는 25점 미만으로 알려져 있다. PPI는 말로 표현하는 통증 정도에 0점부터 5점까지 점수를 부여한다. SF-MPQ의 모든 척도는 점수가 낮을수록 통증이 감소한다는 것을 의미한다.

(2) 가동범위 평가척도

- ① Melle scale for shoulder ROM: Melle 척도는 견비통으로 인해 주로 제한되는 5개 동작의 가동범위를 평가한다. 견관절 외전(shoulder abduction), 견관절 중립위에서의 외회전(shoulder lateral rotation), 손이 경추에 도달하는지(hand to neck), 손이 척추에 도달하는지(hand to spine), 손이 반대쪽 입에 도달하는지(hand to mouth)를 평가한다. 가동범위 제한 정도에 따라 각각 3점씩 배점하여 총 15점으로 평가한다. 점수가 낮을수록 견관절 가동범위가 좋다는 것을 의미한다.

(3) 견관절 기능 평가척도

- ① CMS/CSA(Constant Murley Score/Constant Shoulder Assessment): CMS는 Murley에 의해 개발된 견관절 기능 평가척도로 CSA로도 불린다. CMS는 주관적 척도인 CMS-S(subjective)와 객관적 척도인 CMS-O(objective)로 구성되며 주관적 척도와 객관적 척도를 합한 CMS-T(total)는 총 100점이다. CMS-S는 최대 35점으로 통증 15, 일상생활동작(ADL) 20으로 이루어진다. CMS-O(object)는 최대 65점으로 굴곡 10, 외전 10, 외회전 10, 내회전 10, 근력 25로 이루어진다. 점수가 높을수록 견관절 기능이 좋다는 것을 의미한다.
- ② SPADI(Shoulder pain and disability index): SPADI는 통증 척도인 SPADI-P(pain)과 장애 척도인 SPADI-D(disability)로 구성된다. SPADI-P는 5개의 질문에 대하여 각 10점을 배정하여 합산한 후 이를 백분위 점수로 환산한다. SPADI-D는 8개의 질문에 대하여 각 10점을 배정하여 합산한 후 이를 백분위 점수로 환산한다. SPADI-T(total)는 총 100점이다. 점수가 낮을수록 견관절 기능이 좋다는 것을 의미한다.
- ③ DASH(Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand): 미국정형외과학회(American Academy of Orthopaedic Surgeons, AAOS), 미국수부외과학회(American Society for Surgery of the Hand) 및 국제 전문가 그룹이 공동으로 개발한 자기기입식 상지 기능 평가척도이다. 어깨, 팔꿈치, 손목 및 손을 포함한 상지 전체의 기능장애와 증상을 평가하기 위해 개발되었으며, 특정 질환이 아닌 다양한 근골격계 질환에서 사용할 수 있다. 견관절에 특화된 평가척도는 아니지만, 견관절 질환 환자의 기능 평가와 치료 효과를 측정하는 데에도 널리 활용되고 있다. 총 30개의 문항으로 구성되며, 이 중 21문항은 일상생활에서의 기능 수행 정도, 5문항은 통증, 저림, 근력 저하 및 강직 등의 증상, 4문항은 사회활동, 업무, 수면 및 심리적 영향을 평가한다. 각 문항은 5점 Likert 척도(1점: 어려움 없음, 5점: 수행 불가능 또는 매우 심한 증상)로 평가하며, 총점을 0점에서 100점으로 환산한다. 점수가 높을수록 상지의 기능장애와 증상이 심함을 의미한다. 또한 운동선수나 직업적으로 상지

를 많이 사용하는 대상자를 위해 Sports/Performing Arts module과 Work module을 추가적으로 사용할 수 있다.

(4) 삶의 질 평가척도

- ① COOP-WONCA charts: 1992년 Landgraf가 개발한 삶의 질 척도이다. 육체적 건강(physical fitness), 감정(feelings), 일상 활동(daily activities), 사회 활동(social activities), 육체적 건강의 변화(change in health), 전반적인 건강(overall health)의 6개 항목으로 구성되어있다. 각 항목은 5단계 척도를 사용하는데, 전혀 제한이 없으면 1점, 심각한 제한이 있으면 5점으로 평가한다. 결국 전체적인 점수는 전혀 제한이 없으면 6점, 심각한 제한이 있으면 30점으로 평가된다. 점수가 낮을수록 삶의 질이 높다는 것을 의미한다.
- ② Short form - 36 health survey: RAND Corporation이 medical outcome study (MOS)를 통해 만들어진 SF-36은 건강에 대한 36개 문항으로 구성되었으며 삶의 질 평가에 사용된다. 36개의 문항은 신체 기능(PF; physical functioning), 신체적 역할 기능(RF; physical role functioning), 통증(BP; bodily pain), 전체적인 건강 상황(GH; general health perceptions), 활력(VT; vitality), 사회적 역할 기능(SF; social role functioning), 정서적 역할 기능(RE; emotional role functioning), 정신 건강(MH; mental health)의 8개 항목으로 분류된다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높다는 것을 의미한다.
- ③ EuroQol five-dimension five-level questionnaire(EQ-5D-5L): EQ5D-5L은 일반적인 건강 상태에 대한 삶의 질 평가척도이다. EQ-5D-5L은 이동성(mobility), 자기관리(self-care), 일상활동(usual activities), 통증/불편감(pain/discomfort), 불안/우울(anxiety/depression)의 5개 영역으로 구성되며, 각 영역은 문제가 없음(1), 약간의 문제(2), 중간 정도의 문제(3), 심한 문제(4), 극심한 문제(5)의 5단계로 평가한다. 각 문항의 점수가 낮을수록 건강상태가 양호함을 의미한다. 그리고 현재의 상태를 평가하기 위한 EQ VAS는 0에서 100까지를 20cm 크기로 표시하며, 상상할 수 있는 최악의 건강 상태는 0으로, 상상할 수 있는 최상의 건강 상태는 100으로 표시한다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높다는 것을 의미한다.
- ④ WHOQOL-BREF(WHO quality of life brief): WHOQOL-100의 100개의 질문을 26개의 질문으로 간략히 줄여서 만든 삶의 질 평가척도이다. 육체적 건강 7개/정신적 건강 6개/사회적 관계 3개/환경 8개의 질문으로 구성되며, 각 항목은 100점 만점으로 평가된다. 그리고 지난 2주 동안의 건강상태 점수(overall general health score; 1~5점) 질문, 지난 2주 동안의 삶의 질 점수(overall quality of life score; 1~5점) 질문이 추가된다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높다는 것을 의미한다.

(5) 견비통 평가척도의 임상적 적용

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

4

치료

1) 비수술적 치료²⁴⁾

견비통의 비수술적 치료에는 환자 교육 및 운동요법, 물리치료, 약물치료, 주사치료 등의 초기 보존적 치료가 해당된다. 환자가 이해할 수 있도록 환자의 어깨질환의 경과, 예후 및 회복 기간에 대한 교육을 시행하는 것이 중요하다. 어깨 통증의 치료를 위해 재활운동을 포함하는 운동치료가 1차 치료로 강하게 권고되고 있다. 견갑골 안정화 운동, 스트레칭, 저항운동, 편심성 운동 등이 포함되며 전문가의 지도 하에 환자의 상태에 맞추어 점진적 강화하는 것이 중요하다. 물리치료에는 온열치료, 전기치료, 초음파 치료, 도수치료 등이 해당되며 증상 완화 및 기능 개선을 목적으로 시행하나 단독 효과 근거는 제한적이다. 약물치료는 비스테로이드성 소염진통제(NSAID)가 통증 및 염증 완화를 위한 단기 사용 목적으로 권장된다. 주사치료는 관절강 내 혹은 견봉하강 내 스테로이드 주사로 급성기 통증 조절에 효과적이라고 알려져 있다. 그러나 반복 적용이나 장기 투여는 심부 조직의 손상 위험, 구조적 파열 우려에 따라 권고되지 않는다.

원인 질환에 따라 유착성 관절낭염(동결견, 오십견)의 경우 초기 강한 통증과 심한 운동제한을 보이므로 스테로이드 주사와 운동치료 병행을 가장 많이 시행하며 단계별로 관절 팽창술이 병용되기도 한다. 중기 이후에는 운동 및 수동 움직임 범위 증가를 포함한 적극적 재활이 권장된다. 회전근개 손상이나 충격증후군의 치료는 등척성 운동 혹은 편심성 근력 운동을 포함하는 운동치료 단독 시행 혹은 물리치료와 보조적인 약물 혹은 주사치료 병행이 일반적이다. 점진적 부하 증가 및 자세 교정, 어깨 안정화 운동을 중심으로 시행한다. 통증 조절을 위해 물리치료, 수기요법, 충격파 등의 치료를 적용할 수 있다.

2) 수술적 치료

견비통의 수술치료는 관절경 하 힘줄 봉합, 관절낭 유리술, 견봉 성형술/절제술 등의 방법이 포함된다. 수술치료의 적응증으로는 3~6개월, 최소 6~12주의 비수술적 치료를 시행한 후에도 통증 및 운동제한 등의 증상과 기능의 명확한 호전이 없고 영상검사에서 힘줄의 완전파열, 명확한 불안정성, 골변형의 동반 등 구조적 병변의 진행이 확인될 경우 등이 해당된다. 환자의 연령, 활동성, 파열이 있을 경우 그 크기, 증상의 정도, 환자의 요구 등을 종합적으로 고려하여야 한다. 회전근개 완전파열, 지속적 탈구나 아탈구를 포함한 불안정성, 관절순 파열 등에서는 수술적 복원이 필요할 수 있다. 그러나 대다수 어깨 질환의 경우 보존적 치료에 충분히 반응하며 특히 구조적 문제 없이 기능적 문제만 존재하는 경우 수술의 고려는 신중해야 한다.

3) 한의치료

견비통의 한의치료에는 약물치료, 침구치료, 추나요법 및 한의수기치료, 기타 한의물리요법 등을 적용할 수 있다.

견비통의 치료에 사용될 수 있는 한약 처방은 환자 개개인의 상태와 특성에 따라 변증을 통해 적용하며 임상에서의 활용도가 높은 처방으로는 오약순기산(烏藥順氣散), 오적산(五積散), 서경탕(舒經湯), 개결서경탕(開結舒經湯), 견비탕(鑷痺湯), 당귀수산(當歸鬚散), 회수산(回首散), 반하금출탕(半夏芩朮湯), 이진탕(二陳湯) 등이 있다.

견비통의 침구치료는 단순침치료,^{13,14)} 전침요법,¹⁵⁾ 온침요법,¹⁶⁾ 약침요법,¹¹⁾ 매선침요법,¹⁷⁾ 화침,¹¹⁾ 도침,¹¹⁾ 뜸¹¹⁾ 등이 해당된다. 취혈 방식으로는 근위 취혈 혹은 원위 취혈을 시행할 수 있다. 근위 취혈 혈자리는 견우(LI15), 견료(TE14), 견정(肩貞, SI9), 견정(肩井, GB21), 견외수(SI14), 천료(TE15), 곡원(SI13), 천종(SI11), 비노(LI14), 거골(LI16), 중부(LU1) 등의 경혈과 아시혈 등이 있고, 원위 취혈 혈자리는 상지부에서 곡지(LI11), 외관(TE5), 합곡(LI4), 후계(SI3), 하지부에서 조구(ST38)-승산(BL57), 양릉천(GB34), 음릉천(SP9), 삼음교(SP6), 중평혈(Extra), 견통혈(Extra) 등이 있다. 경락 변증을 통하여 각 경락의 수혈(俞穴)을 취혈할 수도 있다.^{13,14)}

추나요법의 견갑골과 견관절의 관절가동술, 근막기법, 근에너지기법 등을 적용⁵⁾하거나, 인대나 건 등의 연부조직을 주로 치료하는 근건이완수기요법¹⁸⁾을 병행하여 시행하거나, 도인운동요법을 시행할 수 있다. 도인운동요법은 회전근개 및 견갑대 근육의 기능을 조절하고 견관절, 견쇄관절, 견흉부의 생리적 움직임을 회복하고 촉진하는 것을 목적으로 활용할 수 있다.

부항요법(자락관법), 한방물리요법(냉습포, 온습포), 첩대요법(테이핑), 자가운동요법 등을 약물치료, 침구치료와 병행하여 적용할 경우 효과적이다.

1) 예방^{25,26)}

어깨 통증의 위험인자인 어깨의 근력 저하 및 가동범위 감소, 견갑골의 움직임 이상, 자세불량 등을 조절하는 예방운동이 어깨 통증 예방에 효과적이라고 알려져 있다. 예방운동으로는 스트레칭, 가동성 및 근력강화, 균형 운동 등을 포함하는 프로그램이 활용되고 있으며 꾸준하고 적극적인 운동 수행이 손상 예방에 중요하다고 알려져 있다.

2) 예후^{9,10,19)}

- ① 근막통증증후군: 저항검사를 통해 극상근, 극하근, 삼각근 등의 어깨주위 발통점 및 사각근, 견갑거근, 견갑하근, 상완이두근, 전거근 등의 2차적인 발통점에 대한 침 치료에 잘 반응하여 예후가 양호한 편이다. 자주 재발하는 경우 좋지 않은 자세인 head forward와 round shoulder의 자세 교정이 필요하다.
- ② 어깨 충격증후군: 극상근건염의 경우 근건이행부, 건골접합부에 대한 근건이완수 기요법 적용이 도움이 되며, 통증을 유발하는 overhead 동작을 피하여야 한다. 석회화 전 단계, 석회 형성 단계, 석회 흡수 단계, 석회화 후 단계의 4단계를 거치는 석회성 건염은 자가면역질환으로 전체 인구의 10%에서 석회 침착이 있고 이들 중 1/3에서 통증이 발생하며, 통증은 급성은 1~2주, 아급성은 8주, 만성은 3개월 지속된다. 일반적으로 석회 침착이 흡수되면서 소실되지만, 석회 침착이 흡수되지 않고 탈수화되면서 만성 통증이 발생하기도 한다. 급성 삼각근하 점액낭염은 심한 외전 제한과 더불어 충격증후군 검사에서 양성으로 발병 3일째에 잠을 자지 못할 정도로 가장 극심한 통증을 보이지만 6~7주 정도에 자연 소실된다.
- ③ 회전근개 파열: 대부분 건골막 부착부에서 발생하며, 부분 파열인 경우 3~6개월간의 보존적 치료로 호전되는 편이다. 최소 3개월 정도 관찰 후에도 심한 통증이 지속되고 견관절의 기능이 저하되는 경우와 완전 파열의 경우에는 수술을 고려하여야 한다.
- ④ 유착성 관절낭염(오십견, 동결견): 발병 후 통증과 경직이 증가하는 통증기, 통증은 줄어들지만 가동범위 제한이 심해지는 유착기, 통증이 완화되면서 가동범위 제한이 풀리는 회복기의 3단계를 거치게 된다. 결국에는 발병 후 12~24개월 안에 주요 증상이 소실되지만, 증상이 처음 발생한 시점에서 7~8개월까지는 통증이 심한 편이다. 완치 후에 2~5년 이내에 동일 측에 재발하는 경우가 흔하며, 10~20%는 반대편에 발생하기도 한다.

3) 환자 관리 및 생활지도

환자 관리 및 생활지도를 위해 한의사들이 참고할 수 있는 운동의 원칙, 자가운동 방법, 주의사항, 자세 관리, 심리적 안정에 대하여 아래에 제시하였다.

- ① 운동의 원칙: 회전근개 근육, 전거근, 상부 승모근 등에 대한 스트레칭과 더불어 견갑골 안정화운동 및 근력강화운동을 병행토록 한다. 이때 관절가동범위 제한이 있는 경우 스트레칭 위주로 시행한다. 가동범위가 호전될수록 재발 방지 목적으로 견갑골 안정화운동 및 근력강화운동에 중점을 둔다. 이와 더불어 걷기, 자전거 타기, 수영, 아쿠아로빅 등의 유산소 운동을 병행하게 한다.
- ② 자가운동 방법: 스트레칭, 견갑골을 움직이는 근육에 대한 견갑골 안정화 운동, 회전근개 근육에 대한 근력강화운동 등을 시행할 수 있다. 견비통 운동방법 어깨에서 유발된 견비통에 의한 통증 및 관절가동범위 제한 환자에게 적용할 수 있으며 주로 환자의 상태 및 정도를 파악하여 교육을 시켜야 한다. 관절가동범위 제한이 위주가 되는 경우에 스트레칭 방법을 주로 적용할 수 있고, 관절가동범위 제한이 줄어들면서 통증이 위주가 되는 경우에는 견갑골 안정화 운동 및 회전근개 근육강화 운동을 적용할 수 있다. 단, 견갑골 안정화 운동 및 회전근개 근육강화 운동을 시행하기 전에 가볍게 스트레칭 운동을 먼저 시행하여야 한다.
- ③ 주의 사항: 머리 위로 팔이 올라가는 동작(overhead)을 피하도록 한다. 아픈 어깨를 깔고 지지 않도록 하며, 무거운 물건을 들 때 좌우 양쪽 팔을 사용해 번갈아 들도록 한다. 갑작스럽게 스트레칭이나 근력강화운동의 운동량이나 횟수를 늘리지 않도록 주의시킨다.
- ④ 자세 관리: 머리전방자세(Head forward)와 둥근 어깨(round shoulder) 예방을 위해 경추와 어깨의 정상적인 위치 및 올바른 자세를 취할 수 있도록 교육한다.
- ⑤ 심리적 안정: 잘 낫지 않고 만성적인 경과를 보이는 동결견 환자는 심리적인 장애나 우울감이 동반되는 경우가 있으므로 예후에 대한 설명과 더불어 나올 수 있다는 격려가 필요하다.

[참고문헌]

1. 김동채, 김갑성, 안창범. 견비통의 임상적 고찰. 대한한의학회지. 1987;8(2):56-61.
2. 신흥중, 윤일지, 오민석. 견비통에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2007; 16(1):139-46.
3. 김경식. 견비통의 침구치료에 관한 임상적 연구. 대한한의학회지. 1984;5(1):58-61.
4. 보건의료빅데이터 시스템 다빈도질병통계 <http://opendata.hira.or.kr/>
5. 척추신경추나의학회. 추나의학 2.5판. 서울: 척추신경추나의학회. 2017:200-14, 274-91, 346-50.
6. Robert KS. 근골격계 진단 및 치료의 핵심. 서울: 한우리. 2006:72-3.
7. Stanley Hoppenfield. 척추와 사지의 검진. 서울: 대학서림. 2000:1-39.

8. 김홍재, 김명동. 견비통 치료 관련 선행연구에서 견비통의 유형 분류에 관한 연구. 동의생리병리학회지. 2011;25(1):8-18.
9. 한방재활의학과학회. 한방재활의학 4판. 서울:군자출판사. 2011:135-8, 213-5.
10. 최수용. 한의사를 위한 통증치료 매뉴얼1. 서울:신홍메드싸이언스. 2012:101-98.
11. 한국한의학연구원. 견비통 한의임상진료지침. 서울: 엘스비어코리아. 2015:126-40, 144-53, 216-8.
12. 신재용. 방약합편해설. 서울: 전통의학연구소. 1993:101, 105, 153, 262-4, 284, 501.
13. 김현욱, 김성수, 박세운, 김언국, 이견휘, 이견목. 견비통에 침치료를 시행한 무작위대조군 연구들에 대한 계통적 연구. 대한침구학회지. 2010 ;27(4):67-84.
14. 이현, 홍권익, 김영일, 임윤경, 안택원, 강위창, 최선미. Frozen shoulder의 침치료에 대한 임상연구. 대한침구학회지. 2006 ;23(1):165-77.
15. Guerra de Hoyos JA, Andrés Martín Mdel C, Bassas y Baena de Leon E, Vigára Lopez M, Molina López T, Verdugo Morilla FA, González Moreno MJ. Randomised trial of long term effect of acupuncture for shoulder pain. Pain. 2004 Dec;112(3):289-98.
16. 肖文鑫, 徐建晶, 曾仕伦. 密集型压痛点银质针针刺治疗肩周炎临床观察. 海南医学院学报. 2006;12(06):545-6.
17. Park YC, Sung WS, Goo BH, Seo BK, Yeom SR, Baek YH. The effectiveness and safety of thread-embedding acupuncture for chronic rotator cuff disease: A study protocol for a randomized, patient-assessorblinded, controlled, clinical trial. European Journal of Integrative Medicine. 2019;25:67 – 76.
18. Guler-Uysal F, Kozanoglu E. Comparison of the early response to two methods of rehabilitation in adhesive capsulitis. Swiss Med Wkly. 2004 Jun 12;134(23-24):353-8.
19. 대한정형외과학회. 정형외과학. 서울: 최신의학사. 2006:491-512.
20. Lee YJ, Evaluation of shoulder pain in outpatient clinic. Korean J Fam Pract. 2021;11(5):324-330.
21. Caliş M, Akgün K, Birtane M, Karacan I, Caliş H, Tüzün F. Diagnostic values of clinical diagnostic tests in subacromial impingement syndrome. Ann Rheum Dis. 2000 Jan;59(1):44-7.
22. Varacallo MA, El Bitar Y, Mair SD. Comprehensive Shoulder Evaluation Strategies. 2023 Aug 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island(FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan – .
23. Tuite MJ, Small KM. Imaging Evaluation of Nonacute Shoulder Pain. AJR Am J Roentgenol. 2017 Sep;209(3):525-533.
24. Allen GM. The diagnosis and management of shoulder pain. J Ultrason. 2018;18(74):234-239.
25. Lowry V, Lavigne P, Zidarov D, Matifat E, Cormier AA, Desmeules F. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines on the Diagnosis and Management of Various Shoulder Disorders. Arch Phys Med Rehabil. 2024 Feb;105(2):411-426. doi: 10.1016/j.apmr.2023.09.022. Epub 2023 Oct 11.
26. Liaghat B, Pedersen JR, Husted RS, Pedersen LL, Thorborg K, Juhl CB. Diagnosis, prevention and treatment of common shoulder injuries in sport: grading the evidence - a statement paper commissioned by the Danish Society of Sports Physical Therapy(DSSF). Br J Sports Med. 2023 Apr;57(7):408-416. doi: 10.1136/bjsports-2022-105674. Epub 2022 Oct 19.
27. Hoppe MW, Brochhagen J, Tischer T, Beitzel K, Seil R, Grim C. Risk factors and prevention strategies for shoulder injuries in overhead sports: an updated systematic review. J Exp Orthop. 2022 Aug 16;9(1):78. doi: 10.1186/s40634-022-00493-9.

견비통 한의표준임상진료지침

III

견비통 임상진료지침 개발 절차

1. 기획
2. 개발
3. 승인 및 인증
4. 출판

1 기획

1) 주제 및 범위 선정

견비통은 전 인구의 20~40%가 일생에 한 번 이상 겪는 흔한 통증으로 한방 의료기관을 이용한 환자들이 요통 다음으로 많은 진료비를 지출하는 다빈도 질환이다. 견비통에 대한 한방치료는 환자 선호도가 높은 질환으로 통증 조절, 가동범위 향상 및 기능장애 호전을 위한 적극적인 한방치료가 필요하다. 견비통 한의표준임상진료지침은 2020년에 개발된 바 있으나 이후 견비통 관련질환이 다양화되고 한의중재에 대한 여러 연구가 지속적으로 발표됨에 따라 변화한 임상현장을 반영하고 활용도 높은 한의표준임상진료지침을 수용개작하고자 하였다. 이에 견비통에 대한 한방치료의 부족한 근거 창출을 통하여 양질의 한의표준임상진료지침을 개발하고, 이를 실제 임상 현장에서의 활용도를 높일 수 있도록 효과적으로 보급, 확산하고자 한다.

견비통은 질환명이 아닌 증상명으로 증상에 대한 치료가 위주가 되며, 견비통을 유발하는 질환에 대해 이미 진단이 이루어진 상태를 전제로 하였다. 그래서 본 진료지침에서는 견비통의 12개 한방 치료방법(일반침, 전침, 온침, 화침, 침도치료, 뜸, 약침, 매선침, 부항, 추나, 도인운동, 한약)을 정량 분석하여 권고안을 도출하였다. 견비통의 진단 방법, 선별 검사 방법 및 예방 방법에 대해서는 'II장 견비통의 개요'에서 이미 다루었으므로 해당 부분을 참고한다.

(1) 대상 인구집단

만 18세 이상의 성인 남녀로 견비통으로 어깨 통증, 어깨 관절의 가동범위 제한, 어깨 관절의 기능 제한을 호소하는 급성, 아급성, 만성 환자군을 대상으로 한다. 견비통은 증상명으로 견비통에 해당되는 S434(어깨관절의 염좌 및 긴장), S400(어깨의 타박상), M139(상세불명의 관절염, 어깨부위), M750(어깨의 유착성 관절낭염, 오십견), M751(회전근개 파열, 극상근 증후군), M752(이두근건염), M753(어깨의 석회성건염), M754(어깨의 충격증후군), M755(어깨의 점액낭염), M759(상세불명의 어깨병변) 등에 해당하는 질환이다. 다만 어깨가 아닌 폐, 심장, 경추 등에서 기인한 견비통과 골절, 탈구, 아탈구, 중풍 후, 척수손상 후, 수술 후 견비통 등의 원인으로 별도의 치료 및 관리가 필요한 경우는 제외한다. 또한 수술 적응증에 해당하는 중증도가 높은 회전근개 완전파열은 제외한다.

(2) 진료지침 사용자

근골격계 질환으로 인한 어깨 통증, 어깨 관절의 가동범위 제한, 어깨 관절의 기능 제한을 호소하는 견비통 환자를 치료하는 한의사 및 관련 한방 전문의가 주 사용자로 임상적 의사 결정에 활용할 수 있다. 또한 견비통의 한의 진료와의 협진 또는 전과를 고

려하는 의사 및 한의 치료를 희망하는 환자 역시 사용자에게 해당하며, 전공의 및 병원 관리자 등의 한의 진료에 대한 학습에 사용될 수 있다.

(3) 의료환경

견비통 환자를 진료하는 한의사와 관련 한방 전문의가 근무하는 일차 한방 의료기관인 한의원 및 한방병원, 요양병원, 재활전문병원 등의 상위 의료기관의 외래 및 입원, 양한방협진 진료에 적용할 수 있다.

2) 개발 그룹 구성

① 개발 그룹

구분	직책	이름	소속	지역	역할
검토 위원회	위원	조재홍	경희대학교 한의과대학	서울	한방재활의학과학회 평가위원
		하인혁	자생의료재단 척추관절연구소	서울	한방재활의학과학회 평가위원
		서병관	경희대학교 한의과대학	서울	대한침구의학회 평가위원
		최유민	우석대학교 한의과대학	전북	대한침구의학회 평가위원
		황의형	부산대학교 한의학전문대학원	부산	척추신경추나의학회 평가위원
		이진현	가톨릭관동대학교 국제성모병원	인천	척추신경추나의학회 평가위원
		박지훈	박지훈 한의원	경기	스포츠 한의학회 평가위원
개발 위원회	위원장	송윤경	가천대학교 한의과대학	인천	임상진료지침 연구 책임
	실무 위원	김지유	가천대학교 한의과대학	인천	임상진료지침 개발 실무총괄
		박서현	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행, 임상진료지침 집필
		박상현	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행
		이지호	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행
		한시현	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행
		김민수	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행
		금동호	동국대학교 한의과대학	경기	임상진료지침 인준 및 확산
	패널 위원	황의형	부산대학교 한의학전문대학원	부산	임상진료지침 개발 자문
		백용현	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 문헌 선정 및 근거수준 자문
		박연철	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 문헌 선정 및 근거수준 자문
		염승룡	원광대학교 한의과대학	광주	기개발 진료지침 연구책임자로 임상진료지침 개발 과정 자문
		이준환	한국한의학연구원	대전	임상연구 방법론 전문가로 임상연구 자문
		강병갑	한국한의학연구원	대전	통계전문가로 임상연구 자문
		남향우	치유본한방병원	서울	도인운동요법 임상연구 자문
		기성훈	누리담한의원	서울	도인운동요법 임상연구 자문
		이웅진	유송한의원	서울	도인운동요법 임상연구 자문

구분	직책	이름	소속	지역	역할
개발 위원회	패널 위원	김동묵	주작나무 한의원	서울	임상한 의사 패널로 주요 의사결정에 참여
		이은	노들담 한의원	서울	임상한 의사 패널로 주요 의사결정에 참여
		이기상	원광대 장흥통합의료병원	전라	임상한 의사 패널로 주요 의사결정에 참여

3) 개발 계획 수립

(1) 전체개발과정

기개발된 건비통 한의표준임상진료지침을 바탕으로 현재까지 보고된 선행문헌, 지침 등을 고찰하여 건비통 한의표준임상진료지침 수용개작을 시행하였다. 또한, 실제 임상 현장을 반영하여 활용도를 제고하기 위해 주사용자인 한의사대상 설문조사를 시행하여 국내 임상현실을 반영한 임상질문을 설정하고, 수요도가 높으나 임상적인 근거가 부족한 한의진료과정 중에서 연구자가 직접 임상연구를 수행하고 이를 통해 창출된 근거를 포함하여 ‘근거창출 임상진료지침 개발’을 수행하였다. 국내 임상현실이 잘 반영된 임상연구를 통해 꼭 필요한 임상질문에 대한 최신의 근거를 지침에 효율적으로 포함할 수 있었다.





(2) 국내외 개발현황

국외에서 개발된 견비통 관련 임상진료지침은 다음과 같다. 2010년 Richard J Murphy와 Andrew J Carr¹⁾가 견비통에 관한 clinical evidence를 발표하였으나, 주로 양방 치료에 대해서 권고등급 없이 근거수준만을 제시하였다. 2016년 미국 작업 및 환경의학회(American College of Occupational and Environmental Medicine)에서 개발한 Shoulder Disorders Guideline²⁾에서는 여러 가지 견관절 질환의 작업 치료 및 운동 치료, 보조기 처방, 소염진통제 등의 양약 사용, 수술 등의 양방 치료 적용에 관한 지침을 보고하였다. 2019년 VANDVIK 등의 임상진료지침³⁾은 견봉하의 어깨 통증, 회전근개의 문제를 3개월 이상 호소하는 성인 어깨 통증 환자에게 수술을 하지 않거나, 다른 치료방법을 적용하는 것에 비해 수술요법이 통증, 기능, 삶의 질의 중요한 호전을 나타내지 못하므로 수술을 강하게 반대하는 권고를 보고한 바 있다. 2019년 캐나다 Ontario에서 발표한 어깨의 연부조직문제에 대한 비침습적 치료 진료지침⁴⁾에서는 어깨 통증의 이환기간에 무관하게 저강도 레이저 치료와 온찜질 혹은 냉찜질, 관절 가동운동 및 움직임 범위 운동 등의 다각화 치료를 적용하고 통증 호전 및 어깨의 가동범위 회복을 위한 경흉추부 혹은 흉추부의 추나치료 시행을 권고하였다. 또한, 3개월 이상의 지속된 어깨 통증을 가진 경우 스트레칭 혹은 스트레칭 운동, 레이저 침, 혹

은 일반적인 물리치료를 고려해야 한다고 권고하였다. 2020년 Alsubheen Sanaa A 등의 유착성 관절낭염에 대한 통증과 움직임 제한에 대한 임상진료지침⁵⁾은 진단 시 환자 보고식의 기능평가, 관절강 내 스테로이드 주사와 어깨 움직임 및 스트레칭 운동의 병행요법, 환자 교육 및 스트레칭 운동 등에 대한 근거수준을 평가하고 권고하였으며, 유착성 관절낭염의 위험요인에 대해 근거수준을 평가하여 보고하였다. 그러나 이상은 모두 한의진료지침이라고 할 수 없다.

2023년 발표된 어깨 통증에 대한 전통 중의학 임상진료지침⁶⁾은 추나치료, 침치료, 도침치료, Cheezheng Xiao tong plaster, Gutong plaster, 도인운동, 중의학(TCM)과 서양의학(Western medicine)의 통합치료 등을 포함한 권고안을 제시하였으나 대부분의 권고안은 약한 권고 혹은 합의에 의한 권고로 나타났으며 국내 임상현장에서 적용하기에는 적절하지 않다.

국내에서는 2015년 한국한의학연구원 주관하에 신규 개발(de novo process) 방식으로 일반침, 전침, 온침, 화침, 도침, 약침, 추나, 부항, 뜸, 한약의 10개 한방치료를 대상으로 견비통 한의임상진료지침이 개발되었다. 또한 2020년 견비통 한의표준임상진료지침이 수용개작된 바 있다. 그러나 기개발된 한의표준임상진료지침의 핵심임상질문의 수가 많고, 중재에 대해 권고안이 지나치게 세부적으로 도출되어 임상 활용에 어려움이 있으며 한의표준임상진료지침의 주 사용자인 한의사의 요구도가 높은 도인운동요법 등에 대한 근거가 부족하다는 한계가 있다. 이에 따라 견비통 한의표준임상진료지침의 수용개작이 필요하다고 판단하였다.

(3) 개발방법의 결정

현재까지 보고된 선행문헌, 지침 등을 고찰하여 임상적인 근거가 부족한 한의진료과정 중에서 연구자가 직접 임상연구를 수행하고 이를 통해 창출된 근거를 포함한 하이브리드 방법으로 ‘근거창출 임상진료지침 개발’을 수행하였다.

기존 한국한의학연구원에서 개발한 진료지침과의 차이점은 다음과 같다. 기개발된 견비통 한의표준임상진료지침 이후 새로이 검색된 근거를 확인하고, 한의사대상 설문조사를 통해 변화된 임상현황을 반영하기 위한 임상질문을 추가하는 하이브리드 방식(hybrid process)으로 개발하였다. 견비통 한의임상진료지침의 활용도 제고를 위해서는 실제 임상현장을 반영하고, 일반적인 의사결정 순서에 따라 권고안을 도출하기 위해 노력하였다. 견비통의 한의 임상진료의 최신 현황을 반영하기 위하여 한의사대상 설문조사를 시행한 결과, 임상현장에서 가장 많이 접근하는 견비통의 원인질환은 어깨의 유착성 관절낭염, 염좌 혹은 좌상, 회전근개 파열 순으로 응답이 많았다. 또한, 진단 및 치료에 있어 한의사들은 통증 양상, 관절의 가동범위, 일상 생활능력을 중심으로 진단하고 통증 개선, 관절의 운동범위 개선, 삶의 질 개선을 목표로 치료하는 것으로 나타났다. 기개발된 견비통 한의표준임상진료지침은 다양한 임상질문을 설정

하고 진료 알고리즘을 통해 통증과 가동범위 개선의 목적에 따른 치료 중재를 구분하였으나, 본 임상진료지침 개발 시에는 한의사 대상 설문조사를 통해 확인한 진단 요소 및 치료 목표를 고려하여 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질로 임상질문을 나누어 구성하였다. 자주 사용하는 치료법은 침치료(및 전침치료)가 98% 이상으로 나타났으며 부항치료, 약침치료 역시 80% 내외의 응답률을 나타냈다. 이에 따라, 한의통상치료는 80% 이상의 응답률을 나타낸 침치료 및 전침치료, 부항치료로 설정하여 임상질문을 설정하고 검색된 결과를 분석하였다. 또한 50% 이상의 한의사가 협진이 필요하다고 응답한 것과, 약물 처치가 필요하거나 수술 적용이 필요한 경우 협진이 필요하다고 한 것을 고려하여, 한양방복합치료와 보존적 치료 중 약물요법과 비약물요법을 단독사용하는 것을 비교하는 임상질문을 설정하여 분석 후 반영하였다. 또한, 기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서 각 중재의 세부 권고안을 모두 도출하였으나 임상현장의 의사결정 순서를 고려하여 이를 단독치료와 복합치료로 구분하고 통합권고를 도출하였다. 한의단독치료의 경우, 임상현장에서 한의중재를 단독적용하는 것의 효과 비교가 아닌 한의단독치료 혹은 한의복합치료를 고려함을 반영하여, 한의중재끼리 단독비교한 경우는 제외하였다. 한의복합치료의 경우, 시험군의 중재가 대조군의 중재에 한의 중재 하나만을 더한 형태를 분석하여 한의중재를 추가시행 할 때의 효과를 판단하고자 하였다.

2020년 기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서는 protocol 논문과 미출간 임상연구를 반영하였으나, 본 한의표준임상진료지침의 개발 시에는 출판된 임상연구만을 대상으로 하였다. 또한, 근거가 부족했던 도인운동과 침치료의 복합치료에 대해 임상연구를 수행하고 이를 반영하여 근거창출 한의표준임상진료지침으로 개발하였다. 다만 도인운동요법과 침치료 복합치료에 대한 임상연구결과가 논문으로 미출간된 상태에서 연구결과를 본 지침에 반영하는 데 있어 개발위원회는 연구결과 해석에 있어 편향성이나 결과해석의 특별한 의도가 반영되지 않도록 유의하며 해당결과를 지침에 반영하였다.

본 개발위원회 구성원들은 한의표준임상진료지침과 관련된 특정 기관이나 연구 관련자와의 이해관계가 없으며, 이에 대하여 이해상충공개서약서를 통해 이해상충선언을 하였다. 즉, 연구에 참여한 모든 연구자는 최종적으로 이 연구에 참여하는 동안 이 연구와 관련되어 이해 상충 관계(COI: Conflict of interest)가 발생하지 않았다. 또한 연구책임자가 수행한 임상연구 결과가 본 지침의 근거로 활용되었으나, 문헌 선정 과정에서 편의 발생 위험을 줄이기 위해서 각별한 노력을 기울였고 결과에는 영향을 미치지 않았다. 부록에 이해상충공개서약서를 제시할 예정이다. 또한 본 임상진료지침의 개발과정에서 후원기관 및 이해관계자는 지침의 내용, 권고수준, 근거해석 등에 어떠한 영향도 행사하지 않았다.

2

개발

1) 핵심질문 선정

견비통 한의표준임상진료지침의 핵심 질문은 ‘성인 견비통 환자에서 한방치료가 대조군에 비하여 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선을 보이는가?’이다. 한의사 대상 설문조사에서 견비통 치료에 사용하는 한방치료 방법을 참고하고 전문가 의견을 반영하여 한방치료 중재 방법을 결정하였다. 각 중재별 구체적인 임상질문은 아래 표에 제시하였다.

번호	임상질문	권고적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
단독치료					
1	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 침치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	일반침	대조군 (거짓침, 생활관리, 물리치료)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
1-1	성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	일반침	대조군 (거짓침, 생활관리, 물리치료)	통증, 이상반응
1-1-1	성인 견비통 환자의 통증개선에 일반침치료가 거짓침치료 혹은 무처치 대조군에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	일반침	거짓침, 생활관리	통증, 이상반응
1-1-2	성인 견비통 환자의 통증개선에 일반침치료가 물리치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	일반침	물리치료	통증, 이상반응
1-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	일반침	대조군 (거짓침, 생활관리, 물리치료)	가동범위, 이상반응
1-2-1	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 일반침치료가 거짓침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	일반침	거짓침, 생활관리	가동범위, 이상반응
1-2-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 일반침치료가 물리치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	일반침	물리치료	가동범위, 이상반응
1-3	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	일반침	대조군 (거짓침치료, 생활관리, 물리치료)	기능, 삶의 질, 이상반응
1-3-1	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 일반침치료가 거짓침치료 혹은 무처치 대조군에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	일반침	거짓침, 생활관리	기능 및 삶의 질, 이상반응
1-3-2	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 일반침치료가 물리치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	일반침	물리치료	기능 및 삶의 질, 이상반응

번호	임상질문	권고적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
2	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 전침치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	전침치료	대조군 (거짓전침치료, 진통소염제)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
2-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 대해 전침치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	전침치료	대조군 (거짓전침, 진통소염제)	통증, 이상반응
2-1-1	성인 견비통 환자의 통증개선에 전침치료가 거짓전침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	전침치료	거짓전침치료	통증, 이상반응
2-1-2	성인 견비통 환자의 통증개선에 전침치료가 진통소염제 복용에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	전침치료	진통소염제 복용	통증, 이상반응
2-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 전침치료가 거짓전침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	전침치료	대조군 (거짓침)	가동범위, 이상반응
2-3	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 전침치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	전침치료	대조군 (거짓침)	기능, 삶의 질, 이상반응
2-3-1	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 전침치료가 거짓전침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	전침치료	거짓전침치료	기능 및 삶의 질, 이상반응
2-3-2	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 전침치료가 진통소염제 복용에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	전침치료	진통소염제 복용	기능 및 삶의 질, 이상반응
3	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 온침치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	온침치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드주사)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
3-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 온침치료가 의과약물요법에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	온침치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드주사)	통증, 이상반응
3-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 온침치료가 의과약물요법에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	온침치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드주사)	가동범위, 이상반응
3-3	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 온침치료가 의과약물요법에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	온침치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드주사)	기능 및 삶의 질, 이상반응
4	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 침도치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	침도치료	대조군 (한의통상치료, 의과통상치료)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
4-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 침도치료가 의과통상치료(진통소염제, 도수치료)에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	침도치료	의과통상치료 (진통소염제, 도수치료)	통증, 이상반응

번호	임상질문	권고적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
4-2	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 침도치료가 의과통상치료(진통소염제, 도수치료)에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	침도치료	의과통상치료 (진통소염제, 도수치료)	기능 및 삶의 질, 이상반응
5	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 약침치료가 진통소염제 복용에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	약침치료	진통소염제	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
6	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 부항치료가 진통소염제 복용에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	부항치료	진통소염제	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
7	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 추나치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	추나치료	대조군 (거짓추나치료, 무처치)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
7-1	성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 추나치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	추나치료	대조군 (거짓추나치료, 무처치)	통증, 이상반응
7-1-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료가 거짓추나치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료	거짓추나치료	통증, 이상반응
7-1-2	성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료가 무처치 대조군에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료	무처치 대조군	통증, 이상반응
7-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 추나치료가 거짓추나치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료	거짓추나치료	가동범위, 이상반응
7-3	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 추나치료가 무처치 대조군에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료	무처치 대조군	기능, 삶의 질, 이상반응
8	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 도인운동요법이 생활관리에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	도인운동	생활관리	기능, 삶의 질, 이상반응
9	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 한약치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	한약치료	대조군 (위약, 무처치 대조군)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
9-1	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 한약외용제가 위약에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	한약외용제	위약	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응

번호	임상질문	권고적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
9-1-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 한약외용제가 위약에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	한약외용제	위약	통증, 이상반응
9-1-2	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 한약외용제가 위약에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	한약외용제	위약	기능 및 삶의 질, 이상반응
9-2	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 한약경구복용이 대조군에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	한약 경구복용	대조군	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
한의학복합치료					
10	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의학복합치료가 운동치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	침치료+ 운동치료	운동치료	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
10-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의학복합치료가 운동치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	침치료+ 운동치료	운동치료	통증, 이상반응
10-2	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의학복합치료가 운동치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	침치료+ 운동치료	운동치료	기능, 삶의 질, 이상반응
11	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 화침치료와 한의통상치료(침치료, 전침치료)를 함께 시행하는 한의학복합치료가 화침치료를 포함하지 않은 한의통상치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	화침치료+ 한의통상치료 (침치료, 전침치료)	한의통상치료 (침치료, 전침치료)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
11-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 화침치료와 한의통상치료를 함께 시행하는 한의학복합치료가 화침치료를 포함하지 않은 한의통상치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	화침치료+ 한의통상치료 (침치료, 전침치료)	한의통상치료 (침치료, 전침치료)	통증, 이상반응
11-2	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 화침치료와 한의통상치료를 함께 시행하는 한의학복합치료가 화침치료를 포함하지 않은 한의통상치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	화침치료+ 한의통상치료 (침치료, 전침치료)	한의통상치료 (침치료, 전침치료)	기능 및 삶의 질, 이상반응
12	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 뜸치료와 한의통상치료(침치료, 전침치료)를 함께 시행하는 한의학복합치료가 뜸치료를 포함하지 않은 한의통상치료(침치료, 전침치료)에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	뜸치료+ 한의통상치료 (침치료, 전침치료)	한의통상치료 (침치료, 전침치료)	기능 및 삶의 질, 이상반응

번호	임상질문	권고적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
13	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 약침치료와 한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 약침치료를 포함하지 않은 한의통상치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	약침치료+한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질, 이상반응
13-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 약침치료와 한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 약침치료를 포함하지 않은 한의통상치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	약침치료+한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	통증, 이상반응
13-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 약침치료와 한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 약침치료를 포함하지 않은 한의통상치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	약침치료+한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	가동범위, 이상반응
13-3	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 약침치료와 한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 약침치료를 포함하지 않은 한의통상치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	약침치료+한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	한의통상치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	기능 및 삶의 질, 이상반응
14	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 매선치료와 한의통상치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 한의통상치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	매선치료+한의통상치료	한의통상치료	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
15	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 부항치료를 포함한 한의복합치료가 대조군에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	부항치료+한의치료	대조군	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
15-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 부항치료를 포함한 한의복합치료가 대조군에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	부항치료+한의치료	한의치료	통증, 이상반응
15-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 부항치료를 포함한 한의복합치료가 대조군에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	부항치료+한의치료	한의치료	가동범위, 이상반응
16	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	추나치료를 포함한 한의복합치료	대조군	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
16-1	성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	추나치료를 포함한 한의복합치료	대조군	통증, 이상반응

번호	임상질문	권고적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
16-1-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료를 포함한 한의복합치료가 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료를 포함한 한의복합치료	거짓추나치료를 포함한 한의복합치료	통증, 이상반응
16-1-2	성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료+ 침치료	침치료	통증, 이상반응
16-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	추나치료를 포함한 한의복합치료	대조군	가동범위, 이상반응
16-2-1	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 추나치료를 포함한 한의복합치료가 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료를 포함한 한의복합치료	거짓추나치료를 포함한 한의복합치료	가동범위, 이상반응
16-2-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 추나치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료+ 침치료	침치료	가동범위, 이상반응
16-3	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	추나치료를 포함한 한의복합치료	대조군	기능, 삶의 질, 이상반응
16-3-1	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 추나치료를 포함한 한의복합치료가 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료를 포함한 한의복합치료	거짓추나치료를 포함한 한의복합치료	기능, 삶의 질, 이상반응
16-3-2	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 추나치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	추나치료+ 침치료	침치료	기능, 삶의 질, 이상반응
17	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 침치료와 도인운동요법을 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료 단독치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	도인운동+ 침치료	침치료	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
17-1	성인 견비통 환자의 통증 개선에 도인운동치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	도인운동+ 침치료	침치료	통증, 이상반응
17-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 도인운동치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	도인운동+ 침치료	침치료	가동범위, 이상반응
17-3	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 도인운동치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료에 비해 효과적인가?	성인 견비통 환자	도인운동+ 침치료	침치료	기능 및 삶의 질, 이상반응

번호	임상질문	권고적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)
18	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 한약치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	한약치료를 포함한 한의복합치료	대조군	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
18-1	성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 한약치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	한약치료를 포함한 한의복합치료	대조군	통증, 이상반응
18-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 한약치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	한약치료+ 침도치료	침도치료	가동범위, 이상반응
한양방복합치료					
19	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 한의치료와 의과약물치료(진통소염제, 스테로이드 주사 등)를 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	한의치료+ 의과약물치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드 주사 등)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응
19-1	성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 한의치료와 의과약물치료(진통소염제, 스테로이드 주사 등)를 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	한의치료+ 의과약물치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드 주사 등)	통증, 이상반응
19-2	성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 한의치료와 의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드 주사 등)를 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	한의치료+ 의과약물치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드 주사 등)	가동범위, 이상반응
19-3	성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 한의치료와 의과약물치료(진통소염제, 스테로이드 주사 등)를 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려해야 하는가?	성인 견비통 환자	한의치료+ 의과약물치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드 주사 등)	기능, 삶의 질, 이상반응

임상적으로 견비통 증상이 있는 환자를 ‘대상자(P)’로 하였으며, 18세 이상의 성인 견비통 환자를 대상으로 하였다. 견비통 유발질환인 어깨의 유착성 관절낭염, 오십견, 회전근개 파열, 극상근 증후군, 어깨의 관절염, 석회성건염, 어깨의 타박상, 충격증후군 등을 모두 포함하였으나 골절, 탈구, 아탈구, 중풍 후, 척수손상 후, 수술 후 견비통 등의 원인으로 별도의 치료 및 관리가 필요한 경우는 제외하였다. 또한 수술적 접근이 필요할 수 있는 중증도가 높은 회전근개 완전파열은 제외하였다. 임상질문의 ‘중재(I)’로는 일반침, 전침, 온침, 화침, 도침, 매선침, 약침, 추나, 도인운동, 뜸, 부항, 한약으로 선정하였다. 비교군(C)으로는 임상질문에 따라 거짓 침, 거짓 전침, 거짓 추나, 무처치, 대기지연치료, 위약 등의 비활성 대조군(inactive control)을 설정하거나 소염진통제, 스테로이드주사요법, 물리치료, 도수치료 및 침치료, 전침치료 등 임상현장에서 활용

도가 높다고 보고된 의과 혹은 한의치료를 선정하였다. 본 지침은 견비통의 한의표준 임상진료지침으로, 비수술적 요법을 기준으로 하고자 수술요법을 대조군으로 설정한 경우는 제외하였다. 또한, 임상현장에서 의사결정 시 한의중재의 경우 단독치료를 서로 비교하는 경우보다는 한의치료와 의과통상치료 혹은 한의단독치료와 한의복합치료를 비교 결정하는 상황이 더 많음을 고려하여 한의중재를 대조군으로 사용한 연구는 제외하였다. 결과(O)는 통증, 가동범위, 기능, 삶의 질 등과 견비통과 연관된 결과변수를 활용하고자 하였으며 임상현장에서 진단요소이자 치료 목표로 가장 많이 활용되는 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질로 임상질문을 구분하여 평가하고자 하였다.

2) 근거 선택(검색 전략, 포함 및 배제 기준 설정)

(1) 데이터베이스 선정

견비통 한의표준임상진료지침 개발위원회에서는 문헌 검색 전문가를 포함한 회의를 통해, 문헌 검색의 포괄성을 고려하여 검색할 데이터베이스를 선정하였다. 국외 데이터베이스는 MEDLINE, EMBASE, CENTRAL(The Cochrane Library)와 더불어 중국의 CNKI, 일본의 CiNii를 검색하였다. 국내 데이터베이스는 KMBASE, KISS, ScienceOn, OASIS를 검색하였다.

<국외 데이터베이스 표기양식>

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	MEDLINE	미국, 국립의학도서관	www.nlm.nih.gov	2023년 05월
2	EMBASE	네덜란드, Elsevier사	www.elsevier.com/solutions/embase	2023년 05월
3	COCHRANE CENTRAL	미국, Cochrane Library	http://www.cochranelibrary.com	2023년 05월
4	CiNii	일본, 日本の論文をさがす	https://ci.nii.ac.jp	2023년 05월
5	CNKI	중국, 中国知网	www.cnki.net	2023년 05월

<국내 데이터베이스 표기양식>

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	KMBASE	한국의학논문데이터베이스	http://kmbase.medic.or.kr	2023년 05월
2	KISS	한국학술정보사	http://kiss.kstudy.com	2023년 05월
3	ScienceON	한국과학기술정보연구원	https://scienceon.kisti.re.kr/	2023년 05월
4	OASIS	한국한의학연구원	http://oasis.kiom.re.kr	2023년 05월

검색 언어는 영어, 중국어, 일본어, 한국어로 제한하였다. 검색 기간은 검색 진행 시점 이전의 모든 문헌들, 즉 데이터베이스에서 자료가 제공되는 처음부터 2023년 05월까지 검색을 진행하였다. 검색어에 대해서는 개발위원회 위원들의 의견을 수렴하여

진행하였다. 검색어는 ‘대상자(P)’와 ‘중재(I)’의 결합방식으로 검색하였다. 견비통은 증상명이므로 ‘대상자(P)’에 해당하는 검색어로 ‘shoulder pain’과 더불어 그 유사 용어로 ‘periarthritis’, ‘frozen shoulder’, ‘adhesive capsulitis’, ‘rotator cuff’, ‘impingement of shoulder’, ‘bursitis of shoulder’, ‘tendinitis of shoulder’, ‘osteoarthritis of shoulder’를 선정하고, 중국 CNKI의 경우 영어 입력 시 cross-language search를 통하여 자동으로 중국어로 전환되어 검색이 이루어졌고, 일본 CiNii의 경우 영어 이외에 ‘五十肩’, ‘肩痛’, ‘肩の痛み’, ‘肩関節周囲炎’, ‘肩腱炎’로 검색하였고, 한국 데이터베이스는 ‘견비통’, ‘오십견’, ‘동결견’, ‘肩’, ‘frozen shoulder’, ‘견봉하 충격증후군’, ‘회전근개’, ‘Rotator Cuff’, ‘파열’로 검색하였다. 영어 이외에 중국어로 针, 埋针, 穴位注射, 推拿, 按摩, 艾灸, 拔罐, 中药 등을, 일본어로 鍼, はり, 電気鍼, 灸頭鍼, 燔鍼, 焼鍼, 鍼刀, あんま, すいな, マッサージ, 灸, きゅう, 放血儀礼, きゅうかく, カッピング療法, 吸い玉療法, 漢方, 漢方薬, 皇漢薬, かんぼうやく 등을, 한국어로 침, 매선, 추나, 수기요법, 뜸, 부항, 한약, 한방 등을 추가하여 검색하였다.

(2) 문헌선택과 배제 기준

문헌선정은 검색된 모든 문헌들에 대해 두 명 이상의 연구자에 의한 독립적인 확인 과정을 통해 최종 근거 문헌을 선정하였고 그 과정은 다음과 같다. 체계적 문헌고찰을 할 때 일반적으로 시행되는 중복배제, 제목 및 초록 확인 후 1차 선택 배제, 원문확인 후 2차 선택 배제로 진행하였다. 의견 불일치가 있는 경우 충분한 논의를 거쳐 의견 일치를 이루었으며, 일치가 안 되는 경우는 제3자가 개입하여 합의를 도출하였다. 모든 중재에 대하여 무작위 대조군 임상연구를 근거문헌으로 활용하는 것을 원칙으로 하였다.

검색 언어는 영어, 중국어, 일본어, 한국어로 제한하였다. 본격적인 문헌검색 이전에 사전 문헌검색을 통하여 각 문헌의 선택 기준과 배제 기준을 조사하였고, 개발위원회 전체 회의에서는 각 문헌의 선택 기준과 배제 기준을 비교 분석하여 “근골격계 질환으로 인한 성인 견비통 환자에 대해 한의사가 한국의 의료 환경에서 제도적으로 활용 가능한 의료행위로 객관적인 근거를 제시하는 문헌”을 선택기준으로 한다는 원칙을 정하였다. 이러한 원칙에 입각하여 선택 기준과 배제 기준에 대하여 개발위원회 위원들간의 문헌 선정의 이견을 최소화하였다. 이러한 원칙을 적용한 구체적인 선택과 배제 기준은 다음과 같다.

P	성인 견비통 환자
I	일반침, 전침, 온침, 화침, 침도치료, 뜸, 약침, 매선침, 부항, 추나, 도인운동, 한약, 한의복합치료, 한양방복합치료
C	무처치, 거짓치료, 비활성대조군, 활성대조군
O	통증, 기능범위, 기능, 삶의 질

선택기준	배제기준
- 무작위 대조 임상연구 (단, 무작위 대조 임상 연구가 없는 중재에 대해서는 문헌고찰, 증례보고, 종설을 검토함) - 대조군 : 거짓 치료군, 관찰 대조군, 활성 대조군	- 원인질환이 어깨가 아닌 폐, 심장, 경추 등에서 기인한 견비통, 중풍 후 견비통, 척수손상 후 견비통, 수술 후 견비통, 수술적응증인 견비통 - 외과적 처치가 필요한 골절·탈구·아탈구·급성 외상성 연부조직 손상으로 인한 견비통에 관한 연구 - 한국의 한의사들이 일반적으로 시행하지 않거나, 제도적으로 시행할 수 없는 치료방법에 관한 연구(예를 들면 펄스, 매취침, 망침, 국소마취하의 수기치료나 도침 치료 등에 관한 연구) - 원저(original article)가 아닌 연구(editorial letter, book chapter, expert opinion 등), 초록만 발표된 연구, 동료 심사(peer-review)를 거쳐 학술지에 게재 된 연구가 아닌 경우 - 비열등성 시험(non-inferiority trials)이지만, 점근적 검정(asymptotic test) 및 정확성 검정(exact test)이 시행되지 않은 연구

(3) 문헌 분석 및 평가

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

최종 선택된 모든 연구에 대한 문헌 분석 및 평가는 두 명 이상의 연구자가 독립적으로 시행하였으며, 의견 불일치가 있는 경우 충분한 논의를 거쳐 의견 일치를 이루었으며, 일치가 안 되는 경우는 제 3자가 개입하여 합의를 도출하였다.

3) 근거 평가

근거의 평가를 위해 사용한 질평가 도구는 무작위 대조군 임상연구에 대해서는 Cochrane collaboration's tool for assessing Risk of Bias(RoB) 1.0 도구를 사용하였다.

모든 근거에 대한 근거의 질평가는 두 명 이상의 연구자가 독립적으로 시행하였으며, 의견 불일치가 있는 경우 충분한 논의를 거쳐 의견 일치를 이루었으며, 일치가 안 되는 경우는 제3자가 개입하여 합의를 도출하였다.

4) 근거 합성과 분석

근거의 질평가 이후 근거를 합성하기 위해 메타분석을 시행하였고, 근거의 합성 및 메

타분석 결과는 결과요약표(Summary of Findings)로 정리하여 부록에 제시하였다. 근거 합성에 있어서 절대적인 근거의 양(quantity of evidence)이 부족하여 정밀성을 충족하지 못하는 경우가 많았다. 그리고 근거의 양은 충분하지만 중재군과 비교군의 이질성으로 비일관성이 있는 경우 개발위원회의 방법론 전문가와 임상 전문가와 논의를 통하여 하위그룹 분석(subgroup analysis)을 시행하였다.

5) 근거수준 및 권고등급

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

(1) 근거기반 권고문

① 근거수준

근거기반 권고문 도출을 위한 근거수준의 등급화는 GRADE 방법론을 따르며 근거수준의 분류는 다음과 같다.

근거수준 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.
매우 낮음 (Very Low)	효과의 추정치에 대한 확신이 거의 없다. 실제 효과는 효과의 추정치와 상당히 다를 것이다.

근거수준의 평가는 비뚤림 위험, 비일관성, 비직접성, 비정밀성, 기타로 나누어 평가했으며 위험이 있을 경우 근거수준을 한 단계씩 낮추어 평가하였다. 비뚤림 위험은 포함된 연구의 80%에서 전혀 문제가 없거나, Sample이 많은 연구에서 비뚤림 위험이 없는 경우 위험도가 없음(None)으로 평가하였으나, 포함된 연구에 눈가림과 관련된 비뚤림 위험이 하나라도 있는 경우 모두 심각함(Serious)으로 평가하였으며 각각의 연구에서 비뚤림 위험 평가 시 높음으로 평가되는 요소가 7개 이상인 경우 매우 심각함(Very Serious)로 평가하였다. 비일관성은 이질성을 평가하여 I^2 이 50% 이하인 경우 문제 없음(None), I^2 이 50% 초과이며 75% 이하인 경우 심각함(Serious), I^2 이 75% 초과인 경우 매우 심각함(Very Serious)으로 평가하였다. 그러나 I^2 이 50% 초과이더라도 모든 결과값이 같은 방향성을 나타낼 경우 문제 없음으로 평가하였다. 비직접성은

통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질과 관련한 결과지표는 문제 없음(None), 이와 무관한 결과지표를 사용하였을 경우 매우 심각함(Very Serious)으로 평가하였으며 유효율은 심각함(Serious)으로 평가하기로 하였으나 본 임상진료지침 개발과정에서 유효율은 분석 대상에서 제외하였다. 다만, 연구 설계 · 표본 수 · 결과변수의 이질성 등의 특수성으로 인해 GRADE 기준만으로는 적절한 평가가 어려운 경우 연구진 및 전문가 합의를 기반으로 추가적인 판단을 병행하였다. 비정밀성은 총 연구 대상자 수가 300명 이상인 경우 위험도가 없음(None)으로 평가하였으며, 총 연구대상자 수가 300명 미만이거나, 총 연구대상자 수가 300명 이상이라도 통계적 유의성이 없을 경우 심각함(Serious)으로 평가하였다. 기타는 논문 쪼개기 출판이 의심되거나 이해상충이 존재할 것으로 의심되는 연구가 포함된 경우 심각함(Serious)으로 평가하기로 하였으나, 보다 정밀한 분석을 위하여 개발과정에서 중복출판이 의심되는 연구는 모두 제외하였다.

주요 임상질문의 결과지표인 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질을 중심으로 핵심 결과지표를 선정하여 해당 핵심(critical) 결과지표의 근거수준을 인용하였으며 핵심(critical) 결과지표가 부재할 경우 중요(important) 결과지표의 가장 낮은 근거수준을 인용하였다. 통증의 핵심(critical) 결과지표는 VAS, NRS 척도이며, 가동범위는 견비통 환자의 주요 호소가 상지의 거상 어려움이라는 것을 고려하여 굴곡 및 외전을 기준으로 핵심(critical) 결과지표로 하고 다른 움직임은 중요(important) 결과지표로 설정하였다. 기능 및 삶의 질에서는 주로 활용되는 기능평가척도인 SPADI, CMS, DASH의 총 점수를 핵심(critical) 결과지표로 설정하였으며, SPADI, CMS, DASH의 총 점수가 아닌 통증, 기능 등 부분 점수를 평가한 경우나 이 외의 평가척도를 활용한 경우는 중요(important) 결과지표로 설정하였다.

② 권고등급

권고등급은 해당 중재에 대해 설정한 하위 임상질문 중, 기개발된 견비통 한의임상진료지침에서 주로 다루었으며 한의사 대상 설문조사 결과 주요 진단요소 및 치료 목표에서 가장 중요하다고 응답된 통증과 가동범위 개선에 가중치를 두어 평가하였다. 통증과 가동범위 개선 효과 중 더 낮은 근거수준을 인용하여 권고등급을 부여하였다. 통증과 가동범위 개선에 대한 근거수준 평가가 불가한 경우 기능 및 삶의 질 개선에 대한 근거수준을 인용하였으며, 통증과 가동범위 개선 중 하나의 요소만 평가가 가능한 경우, 해당 근거수준을 인용하였다. 통증과 가동범위 개선 효과 중 근거수준 평가에 전문가 합의가 불일치한 경우 권고안을 비도출하였다.

권고등급	정의	표기법
A	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 거의 모든 임상상황에서 강하게 권고한다.	사용할 것을 권고한다. (Is recommended)

권고등급	정의	표기법
B	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 대부분의 임상상황에서 시행을 고려해야 한다.	사용할 것을 고려해야 한다. (Should be considered)
C	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 일부 임상상황에서 시행을 고려할 수 있다.	사용할 것을 고려할 수 있다. (May be considered)
D	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 대부분의 임상상황에서 시행하지 않을 것을 권고한다.	사용하지 않을 것을 권고한다. (Is not recommended)
Inconclusive	합의안을 위한 다양한 검토와 의견수렴에도 불구하고 합의도출을 이루지 못하여 권고안을 비도출하였다.	권고안 비도출 (Is inconclusive)

③ 근거수준과 권고등급의 연계

체계적 문헌고찰과 전문가합의를 통해 최종등급을 도출하였다.

연구결과의 요약을 종합하여 판단하였으며 예상되는 이득이 위해보다 더 크다면 사용을 권고하고, 이득과 위해가 트레이드오프(trade-off)의 상황이라면 다른 요소들도 모두 고려하여 권고하였다. 진료현장의 활용도는 1) 전문가의 합의, 2) 임상현장의 활용도 조사, 3) 보건복지부 및 식품의약품안전처 고시에 규정한 한약서 및 한의과대학 교과서 등재, 4) 건강보험심사평가원/국민건강보험공단 등 유관 기관 자료 등으로 판단하였다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 없으면 비용에 관한 판단은 보류하지만, 과제 내 경제성평가 연구 등 최신 근거가 추가되었을 경우 반영하였다. 근거수준이 높지 않은 경우, 환자의 선호와 가치를 고려하였다.

체계적 문헌고찰과 전문가 합의를 통해 최종등급 도출

구분	1단계		2단계	3단계	최종등급
고려사항 근거수준	이득과 위해		적용 가능성	비용, 가치와 선호	전문가 합의
	이득≥위해	위해>이득			
높음 (High)	A	D	진료현장의 활용도에 따라, 더 강하거나 약하게 권고할 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 권고문

① 근거 유형

현대적 연구방법론을 활용한 비교연구(RCT, 코호트 연구, 환자-대조군 연구) 근거가 없을 경우, (1) 보건복지부, 식약처 고시에서 규정한 한약서 등 고전문헌 근거, (2) 비

비교 연구, (3) 임상사용 현황, (4) 한의과대학 교과서, (5) 개발위원회의 임상적 경험과 전문가로서의 의견을 바탕으로 한 근거가 있고 임상현장 활용도가 높을 경우 합의 기반 권고문을 개발하였다.

② 권고등급

권고등급	정의	표기법
GPP*	전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다. (Is recommended based on the formal consensus of the expert group)
Inconclusive	합의안을 위한 다양한 검토와 의견수렴에도 불구하고 합의도출을 이루지 못하여 권고안을 비도출하였다.	임상질문에 대해서 권고안 비도출 (Is inconclusive)

* GPP : Good Practice Point

③ 근거수준과 권고등급의 연계

근거와 공식적 전문가 합의를 통해 GPP 등급을 도출하였다.

• 근거와 공식적 전문가 합의를 통해 GPP 등급 도출

구분	1단계	2단계	3단계	최종등급
고려사항 근거 유형	이득과 위해	적용 가능성	비용, 가치와 선호	공식적 전문가 합의
고전문헌 근거, 비비교연구, 임상사용 현황, 한의과대학 교과서, 전문가 의견	이득이 위해보다 클 것이라는 개발그룹의 확신 정도에 따라 결정	진료현장의 활용도가 높을 경우 권고할 수 있음	환자의 선호 및 비용 등을 고려하여 권고에 반영함	GPP

6) 권고 작성

권고는 임상진료지침이 다루고 있는 핵심 임상질문별 답변의 형태로 작성하였다. 권고의 대상이 되는 환자(또는 인구집단)와 비교군, 권고 중재 및 결과에 대해 가능한 자세히 명시하였으며 각 임상질문별 근거수준 및 임상현장의 활용도, 이득과 위해 등을 고려하여 권고등급을 도출하였다. 권고의 표현은 도출된 권고등급에 따라 권고등급이 A인 강한 권고의 경우 ‘사용할 것을 권고한다’로, B인 경우 ‘사용할 것을 고려해야 한다’, C인 경우 ‘사용할 것을 고려할 수 있다’ 등의 표현을 사용하였으며 D인 경우 ‘사용하지 않을 것을 권고한다’로 하였으며, 근거수준과 함께 제시하였다. 또한 권고와 이를 지지하는 근거들이 명시적으로 연결될 수 있도록 권고에 반영된 해당 참고문헌들을 제시하였다. 특정 중재의 사용에 대한 추가적인 고려사항이 전문가 합의를 통해 도출된 경우, 권고와 함께 임상적 고려사항을 제시하여 그 내용을 반영하였다.

7) 합의안 도출

검색을 통한 문헌 선정 이후 추출한 자료들을 척도별로 분류하여 체계적 문헌 고찰과 메타 분석을 시행하였고, 분석 결과들에 대하여 근거수준 평가를 통하여 권고안 초안을 마련하였다. 권고안 초안을 바탕으로 설문지 작업을 시행하였으며, 이후 다양한 임상진료지침 수요자 및 진료지침 방법론 전문가로 검토위원회를 구성하여 권고안 초안에 대하여 공식적인 합의방법인 델파이 기법을 통해 최종 권고안을 도출하였다. 합의는 9명의 전문가에게 설문지를 배포하는 방식으로 진행하며 7명 이상이 동의에 해당하는 7, 8, 9점에 응답을 하였을 때 합의가 이루어진 것으로 보고 진행하였다. 합의 중 동의하지 않는 권고안에 대해서는 수정 요청이 있는지에 대한 질문을 주관식으로 제시하여 의견을 수렴하였다.

3 승인 및 인증

1) 외부 검토

개발사업단에 지침의 초안을 제출하여 외부검토를 수행했으며, 이에 따른 검토 의견을 수렴하여 수정작업을 거쳤다. 외부검토그룹의 구성은 아래와 같다.

① 외부 검토 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
한의학혁신기술 개발사업단	총괄	이준혁	한의학혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 총괄
	실무자	이윤재	한의학혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
	실무자	권수현	한의학혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
	실무자	이희정	한의학혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
	실무자	정영훈	한의학혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
	실무자	이혁규	한의학혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
연구자문그룹	위원	김남권	부산대학교 한의학전문대학원	부산	임상진료지침 검토 수행
	위원	이명수	한국한의학연구원	대전	임상진료지침 검토 수행
	위원	최미영	한국보건 의료연구원	서울	임상진료지침 검토 수행
	위원	장인수	우석대학교 한의과대학	전주	임상진료지침 검토 수행
기술검토그룹	위원	신승원	상지대학교 한의과대학	원주	임상진료지침 검토 수행
	위원	이선행	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
	위원	이주아	화평한의원	서울	임상진료지침 검토 수행

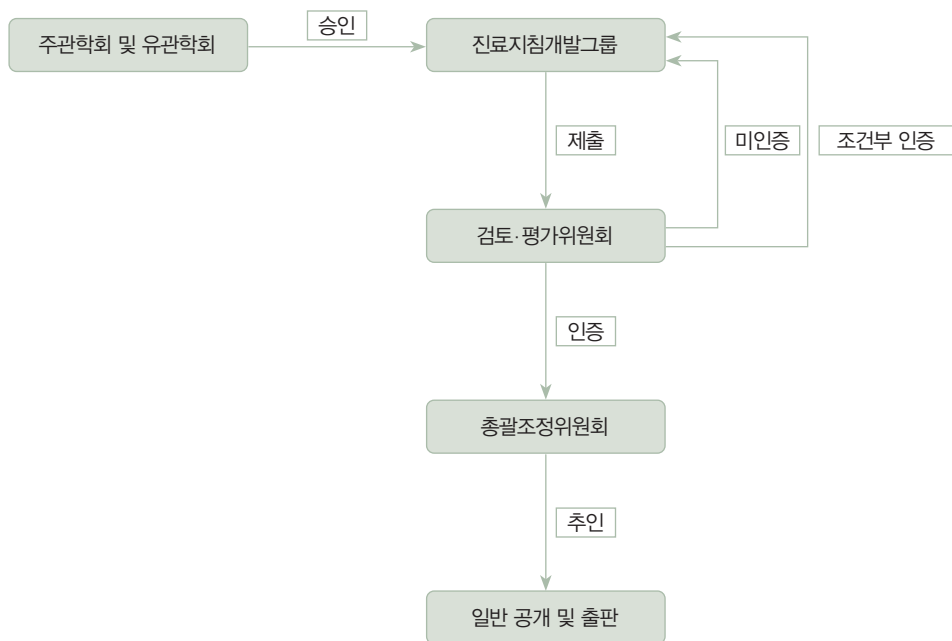
기술개발사업단, 연구자문그룹, 기술검토그룹은 개발된 지침 전반에 대한 검토 및 이에 따른 검토 의견을 제시하였다. 연구자문그룹은 지침 전반 검토, 사업단 자문을 수행하였으며 기술검토그룹은 연구의 방법론과 근거수준, 권고등급 도출 과정에 대한 전문적 검토를 수행하였다. 사업단은 이러한 검토의견 취합과 검토 총괄을 시행하였다. 개발연구진은 사업단으로부터 취합된 검토의견을 받아 이를 반영한 수정작업을 수행하였다. 임상한의사패널 2인은 지침의 임상현장 반영과 관련한 내용을 확인하였으며, 지침 전반에 대한 검토 및 핵심임상질문, 권고사항에 대한 검토를 시행하였다. 개발 연구진은 총 4회에 걸쳐 각 검토그룹의 의견을 반영하여 수정하는 과정을 통해 지침을 개발하였다.

2) 전문 학회 승인

본 한의표준임상진료지침은 2025년 11월 주관 전문학회인 한방재활의학과학회와 유관 전문학회인 척추신경추나의학회, 대한침구의학회의 검토와 승인을 받았다. 개발의 엄격성, 내용타당성, 권고안의 적용 및 실행 가능성, 결정 가능성 등 학술적 타당성과 외적 타당성을 중심으로 검토 및 한의표준임상진료지침 개발사업단의 학회인증 체크리스트를 활용하여 학회 내 공식적 승인 기준에 따라 평가하고 최종 승인하였다. 학회 검토 결과는 검토 평가위원회 인증 전 권고안에 반영하였다.

3) 인증 및 추진

한의표준임상진료지침은 한의약혁신기술개발사업단의 주관하에 개발되고 있으며 사업단 내에서 개발된 임상진료지침의 인증절차를 진행하고 있다. 사업단에 학회 승인을 받은 임상진료지침의 초안을 제출하면 사업단에서는 검토·평가위원회를 열어 AGREE II에 의한 방법론적인 검토를 통해 미인증, 조건부인증, 인증의 세 가지 평가 결과를 도출하여 개발위원회에 전달한다. 인증된 임상진료지침은 총괄조정위원회의 추인을 거쳐 일반공개 및 확산된다. 검토·평가위원회에서 조건부인증으로 평가된 경우 지침 개발그룹이 보완 혹은 수정하여 재인증을 신청한다.



4 출판

본 임상진료지침은 한의약혁신기술개발사업단을 통하여 출판한다.

견비통 한의표준임상진료지침

IV

권고사항

1. 한의단독치료
2. 한의복합치료
3. 한양방복합치료

1 한의단독치료

1) 일반침치료

【 R1 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 일반침치료를 시행할 것을 권고한다 .	A/Moderate

임상적 고려사항

- 침치료 방법으로는 환측의 근위부위에 취혈하는 방법, 환측의 근위부 이외의 다른 부위의 취혈을 포함하여 침치료를 시행하는 방법이 있으며 아시혈, 일반경혈, 사암침, 동씨침, 오행침, 체질침 등을 활용할 수 있다.
- 침치료 시 자극 방법으로 동유침법을 사용하는 방법, 침치료 시 동기침법을 사용하는 방법, 고강도 수기자극을 시행하는 방법 등을 고려할 수 있다.

(1) 배경

일반침치료는 한의치료에서 가장 다용하는 치료방법 중 하나로 임상 한의사를 대상으로 한 설문조사 결과, 견비통 치료에서 가장 많이 사용하고 중요한 한의중재로 확인되었다. 본 권고에서의 일반침치료는 호침을 사용하여 시행한 침치료를 의미하며 전기자극, 온열자극 등 추가적인 자극 없이 시행한 경우로 정의하였다. 일반침치료의 방법으로는 환측의 근위부위에 취혈하는 방법, 환측의 근위부위 이외의 다른 부위의 취혈을 포함하여 침치료를 시행하는 방법, 침치료 시 동유침법(動留針法) 혹은 동기침법을 사용하는 방법, 고강도 수기자극을 시행하는 방법 등이 있으며 아시혈, 일반경혈, 사암침, 동씨침, 오행침, 체질침 등의 침치료 방법이 활용되고 있다.

분석에 포함된 연구는 성인 견비통 환자에게 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 등의 견비통 증상 개선을 목적으로 연구를 시행한 무작위 대조군 임상연구만을 선정하였다. 견비통의 이유가 경추나 다른 부위의 연관통인 경우, 뇌졸중이나 유방암 등 다른 원인질환이 있는 경우, 어깨 수술 후 환자를 대상으로 한 임상연구는 제외하였다.

시험군의 중재로 일반침치료를 시행하고, 대조군의 중재로 거짓침치료, 무처치 혹은 생활관리(자가운동), 의과통상치료를 시행한 경우를 선정하였다. 일반침치료는 호침을 사용한 침치료를 지칭하며, 환측의 근위부위의 취혈을 포함한 침치료, 환측의 근위부위 외 다른 부위의 취혈을 포함한 침치료를 포함하였다. 또한 동유침법에 의한 침치료, 고강도 수기자극 침치료, 동기침법에 의한 침치료 등을 모두 포함하였다. 전침, 도침, 매선, 약침, 화침, 온침 등은 별도 권고안을 도출하였다.

대조군의 거짓침치료는 비경혈을 선정하는 경우와 비투과방법을 시행한 경우를 모두 포함하였으며, 생활관리는 의료적 중재를 시행하지 않고 일상생활 관리, 교육, 자가운동 등을 시행한 경우를 선정하였다. 의과통상치료는 수술요법 이외에 어깨 통증에 대해 1차적으로 시행되는 약물요법, 비약물요법으로 정의하였으며 주로 권고되고

시행되는 물리치료, 진통소염제의 경구복용, 주사요법, 도수치료 등의 수기요법 등을 모두 포함하였다. 대조군에서 일반침치료를 시행한 경우는 분석에 포함하지 않았다. 또한, 임상현장에서 의사결정 시 한의중재의 경우 단독치료를 서로 비교하는 경우보다는 한의치료와 의과통상치료 혹은 한의단독치료와 한의복합치료를 비교 결정하는 상황이 더 많음을 고려하여 한의중재를 대조군으로 사용한 연구는 제외하였다.

선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 임상진료지침에서 정량분석을 시행하는 연구에 대해 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 이에 따라 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 연구가 시험군과 대조군의 두 군을 비교하는 것이 아니라, 세 군을 비교하는 형태로 설계된 경우는 치료 효과의 확대 해석 위험으로 인하여 제외하였다.

임상현장에서의 활용도 제고를 위해 한의사 대상 견비통 진료 현황 설문조사를 바탕으로 실제 치료 목표인 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질로 결과를 구분하여 임상적 의미에 따라 임상질문을 설정하였다. PICO에 따른 문헌 선정 이후, 임상질문에 따라 결과지표를 기준으로 선정 문헌을 분석하되, 이질성을 고려하여 비활성대조군(거짓침치료, 무처치 대조군)과 활성대조군(한의중재, 의과통상치료)으로 분류하여 분석을 시행하였다. 권고안 도출 시에는 한의사 대상 설문조사에서 가장 중요한 진단요소이자 치료목표로 나타난 통증과 가동범위 개선의 근거수준을 우선적으로 인용하였으며 둘 중 더 낮은 근거수준을 인용하였다.

(2) 임상질문: Q1

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	일반침	대조군 (거짓침, 무처치, 물리치료)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

견비통에 대한 일반침치료를 근거를 확인하기 위하여 일반침치료와 거짓침치료 혹은 아무런 처치도 시행하지 않은 무처치 대조군을 비교한 8개의 연구, 일반침치료와 의과통상치료인 물리치료의 견비통의 증상 개선효과를 비교한 1개의 연구를 포함하여 총 9개의 연구를 선정하였다.

Kim 등(2018)¹⁾은 유착성 건관절염(오십견) 환자 30명에게 일반침치료와 거짓침치료를 6주간 시행하였다. 6주 후 일반침치료와 거짓침치료군 모두에서 통증, ROM, SPADI, 삶의 질의 개선을 확인하였으며 통계적으로 유의하지 않으나 일반침치료군의 ROM, SPADI, 삶의 질의 치료 후 점수가 거짓침치료군의 치료 후 점수보다 높았다.

Pais 등(2021)²⁾은 만성 어깨 통증 환자 41명에게 일반침치료(n=20)와 거짓침치료(n=21)를 시행하여 일반침치료군에서 거짓침치료군 대비 통계적으로 유의한 통증 개선 효과를 확인하였다.

Molsberger 등(2010)³⁾은 만성 어깨 통증 환자 424명에 대해 일반침치료(n=154), 거짓침치료(n=135), 전통적인 보존적 치료(n=135)를 6주간 시행하였다. 치료 후 거짓침치료군에 비하여 일반침치료군에서 통계적으로 유의하게 통증 감소효과 및 움직임 개선효과를 확인하였다.

Zhao 등(2006)⁴⁾은 80명의 어깨주위관절염 환자를 조구혈(條口穴, ST38)에 일반침치료를 시행하는 시험군과 40mm 깊이로 자침하는 군, 피하에만 자침하는 군, 거짓침치료를 시행하는 3개의 대조군으로 나누어 치료 전후 CMS 비교하여 일반침치료군과 대조군의 치료율과 CMS 개선효과의 유의한 차이를 보고하였다.

Streitberger 등(2000)⁵⁾은 52명의 회전근개건염 환자를 대상으로 일반침치료(n=25)와 비투과 거짓침치료(n=27)를 시행하여 두 군 간에 통계적으로 유의한 CMS의 개선효과 차이를 확인하여 보고하였다.

Kleinhenz 등(1999)⁶⁾은 52명의 회전근개건염 환자를 일반침치료군과 거짓침치료군으로 나누어 4주간 치료한 이후 일반침치료군에서 CMS의 통계적으로 유의한 개선효과를 확인하였다.

Garrido 등(2016)⁷⁾은 68명의 어깨충격증후군 환자에게 침치료(n=35)와 거짓침치료(n=33)를 4주간 적용하여 거짓침치료 대비 일반침치료군에서 치료 직후와, 3개월 경과 후 모두 통증과 UCLA의 통계적으로 유의한 개선효과를 확인하였다.

Kim 등(2007)⁸⁾은 만성 어깨 통증 환자 36명을 대상으로 4주간의 연구를 시행하였다. 일반침치료군(n=18)은 동씨침의 견중혈(肩中穴)과 신관혈(腎關穴)을 건측에 취혈하고 환측 근위부위의 경혈을 함께 취혈하여 수기법과 함께 일반침치료를 시행하였으며 대조군은 아무 처치를 시행하지 않았다. 치료 후 두 군 모두에서 통계적으로 유의한 CSA의 개선효과를 확인하였으나, 일반침치료군의 개선효과가 거짓침치료군에 비해 통계적으로 유의하였다. 또한 통증과 SPADI의 개선은 일반침치료군에서만 통계적으로 유의하였다.

Zhang 등(2016)⁹⁾은 80명의 만성 어깨 통증 환자를 일반침치료군(n=38)과 물리치료를 받는 대조군(n=42)으로 나누어 4주간 연구를 시행한 결과 일반침치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 통증, CMS, DASH 수치의 개선효과를 확인하였다.

(2) 임상질문 : Q1-1

성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	일반침	대조군 (거짓침, 무처치, 물리치료)	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

(2) 임상질문 : Q1-1-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 일반침치료가 거짓침치료 혹은 무처치 대조군에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	일반침	거짓침, 무처치	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 통증 VAS 평가척도는 치료 전과 비교하여 치료 후 일반침치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 나타냈으며 일반침치료군에서 이상반응 발생 점수가 대조군 대비 더 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다(통증 VAS MD -1.70 [95% CI -2.63, -0.76, $p=0.0004$ / $I^2=71\%$]; Adverse events RR 1.40 [95% CI 0.36, 5.49, $p=0.54$ / $I^2=Not\ applicable$])

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS critical	434 (4 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^{ab}	-	-	MD 1.70 낮음 [-2.63, -0.76]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Adverse events critical	330 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^c	RR 1.40 [0.36, 5.49]	-	-	점수가 높을수록 부작용 사례가 더 많음을 의미함

VAS: Visual analogue scale for pain intensity

a: The included study(ies) had a risk of performance biases.

b: $I^2 > 50$, but the effects are consistent.

c: The 95% confidence interval overlapped with no effect

(2) 임상질문 : Q1-1-2

성인 견비통 환자의 통증 개선에 일반침치료가 물리치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	일반침	물리치료	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 통증 평가척도는 치료 전과 비교하여 치료 후 일반침치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 나타냈다(통증 MD -4.04 [95% CI -4.76, -3.32, $p < 0.0001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응은 포함된 연구의 일반침치료군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS critical	80 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.04 낮음 [-4.76, -3.32]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

VAS: Visual analogue scale for pain intensity

a: The included study(ies) had a risk of performance biases.

b: sample size < 300

(2) 임상질문 : Q1-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	일반침	대조군 (거짓침, 무처치)	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 전과 비교하여 치료 후 일반침치료군에서 대조군 대비 외전 가동범위의 호전을 나타냈다. 굴곡 가동범위 역시 일반침치료군에서 대조군보다 치료전 대비 치료 후 더 큰 호전을 나타냈으나 통계적으로 유의하지 않았다(외전 MD 11.96 [95% CI 4.50, 19.41, $p = 0.002$ / $I^2 = 0\%$]; 굴곡 MD 12.04 [95% CI -2.87, 26.95, $p = 0.11$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 또한, 일반침치료군에서 대조군 대비 이상반응의 위험도가 낮게 나타났다(Adverse events RR 0.33 [95% CI 0.11, 0.99, $p = 0.05$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
abduction critical	319 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ High	-	-	MD 11.96 높음 [4.50, 19.41]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
flexion critical	30 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 12.04 높음 [-2.87, 26.95]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
IR important	30 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 8.57 낮음 [-17.95, 0.81]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
ER important	30 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 0.69 높음 [-9.44, 10.82]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Adverse events critical	30 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	RR 0.33 [0.11, 0.99]	-	-	점수가 높을수록 부작용 사례가 더 많음을 의미함

IR: Internal rotation; ER: External rotation;

a: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

b: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q1-3

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	일반침	대조군 (거짓침, 무처치, 물리치료)	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

(2) 임상질문 : Q1-3-1

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 일반침치료가 거짓침치료 혹은 무처치 대조군에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	일반침	거짓침, 무처치	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 기능평가척도인 SPADI와 CMS 모두 대조군 대비 일반침치료군에서 호전을 나타냈으나 CMS만 통계적으로 유의한 호전을 나타내었다(SPADI MD -1.84 [95% CI -7.51, 3.83, $p=0.52$ / $I^2=0\%$]; CMS MD 16.41 [95% CI 11.24, 21.59, $p<0.00001$ / $I^2=0\%$]). 이상반응은 대조군 대비 일반침치료군에서 발생 점수가 더 낮게 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다(Adverse events RR 0.72 [95% CI 0.16, 3.17, $p=0.66$ / $I^2=75\%$]).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SPADI -total critical	66 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 1.84 낮음 [-7.51, 3.83]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SPADI -pain important	30 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊕ Moderate ^b	-	-	MD 1.42 낮음 [-16.28, 13.44]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI -disability important	30 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊕ Moderate ^b	-	-	MD 0.47 낮음 [-14.52, 13.58]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
CMS critical	146 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 16.41 높음 [11.24, 21.59]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
EQ-5D important	30 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.04 높음 [-0.02, 0.10]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Adverse events critical	82 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ Moderate ^b	RR 0.72 [0.16, 3.17]	-	-	점수가 높을수록 부작용 사례가 더 많음을 의미함

SPADI: Shoulder pain and disability index; CMS: Constant Murley score

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

c: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q1-3-2

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 일반침치료가 물리치료에 비해 효과적인가?

연구 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	일반침	물리치료	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 대조군 대비 일반침치료군에서 DASH의 통계적으로 유의한 호전을 확인하였다(DASH MD -20.60 [95% CI -24.77, -16.43, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응은 포함된 연구의 일반침치료군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
DASH critical	80 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 20.60 낮음 [-24.77, -16.43]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
CMS-pain important	80 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.30 높음 [5.07, 7.53]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS-ADL important	80 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 3.80 높음 [2.95, 4.65]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
CMS-ROM important	80 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.40 높음 [5.04, 7.76]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

CMS: Constant Murley score; DASH: The disabilities of the arm, shoulder and hand

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 견비통 환자의 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 등의 견비통 증상 개선을 위해 일반침치료 시행을 고려해야 하는가 라는 본 권고문은 임상적 의미를 고려하여 결과 지표를 각각 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선으로 나누고 포함된 연구의 이질성을 줄이기 위해 거짓침치료, 무처치 대조군 등의 비활성 대조군과 물리치료 등 활성대조군을 적용한 경우로 하위그룹을 나누어 분석한 이후 도출하였다. 권고안 도출 시에는 한의사 대상 설문조사에서 가장 중요한 진단요소이자 치료목표로 나타난 통증과 가동범위 개선의 근거수준을 우선적으로 인용하였으며 둘 중 더 낮은 근거수준을 인용하였다.

성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가 라는 임상질문 1-1에는 거짓침치료 및 무처치 대조군의 비활성대조군 5편(임상질문 1-1-1)과 물리치료를 대조군의 중재로 적용한 활성대조군 1편(임상질문 1-1-2)의 연구가 포함되었다. 임상질문 1-1-1에서, 일반침치료군에서 비활성대조군 대비 통계적으로 유의한 통증 개선 효과를 나타냈으나, 포함된 1편의 연구의 실험군과 대조군의 중재가 상이함에 따른 비뚤림 위험이 존재함에 따라 근거수준을 중등도(Moderate)로 평가하였다. 임상질문 1-1-2에서 일반침치료군에서 물리치료에 비해 통계적으로 유의한 통증 개선 효과를 확인하였으나 연구대상자 수 부족과 비뚤림 위험으로 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 거짓침치료와 비교하여 일반침치료의 단독적용 효과를 보다 명확히 확인할 수 있는 임상질문 1-1-1의 근거수준을 인용하여 통증 개선을 위한 일반침치료의 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가한다.

성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가 라는 임상질문 1-2에는 비활성대조군을 적용한 2편의 연구가 포함되었다. 핵심 평가지표로 분류한 외전과 굴곡에서 대조군 대비 일반침치료군의 가동범위 개선을 확인하였으며 외전 가동범위 개선의 근거수준이 높음(High)으로 평가되었으나, 핵심 결과지표 중 더 낮은 근거수준으로 평가된 굴곡의 근거수준을 인용하여, 가동범위 개선에 대한 침치료의 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가한다. 이는 포함된 연구의 수가 적음에 따라 이질성이 낮게 평가된 결과로 생각되며, 연구대상자 수의 부족 및 굴곡, 내회전, 외회전 범위 개선에서 통계적 유의성을 확인하지 못한 한계가 존재한다.

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 일반침치료를 고려해야 하는가라는 임상질문 1-3에는 거짓침치료 및 무처치 대조군의 비활성대조군 5편(임상질문 1-3-1)과 물리치료를 대조군의 중재로 적용한 활성대조군 1편(임상질문 1-3-2)의 연구가 포함되었다. 임상질문 1-3-1에서, 대조군에 비해 일반침치료군에서 핵심 평가지표로 분류한 SPADI와 CMS의 개선을 확인할 수 있었다. 그러나, SPADI에서는 통계적 유의성을 확인할 수 없었으며 또한 연구대상자 부족으로 인한 OIS(optimal information size) 미충족으로 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 물리치료와 일반침치료의 기능 및 삶의 질 개선효과를 비교한 임상질문 1-3-2에서 핵심평가지표인 DASH의 통계적으로 유의한 개선을 일반침치료군에서 확인하였으나, 연구대상자 수 부족과 실험군과 대조군의 중재가 상이함에 따른 비뮌림 위험으로 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 따라 기능 및 삶의 질 개선을 위한 일반침치료의 근거수준은 낮음(Low)으로 평가한다.

결과지표를 기준으로 한 임상질문 1-1, 1-2, 1-3 중 통증 및 가동범위 개선을 평가한 임상질문 1-1과 1-2의 근거수준을 인용하여 성인 견비통 환자의 증상 개선을 위한 일반침치료의 근거수준을 중등도(Moderate)로 평가한다. 그러나 침치료가 견비통 질환 치료의 가장 중요하고 많이 사용되는 한의중재라는 점¹⁰⁾과 일반침치료 이후 중대한 이상반응이 보고되지 않은 점, 일반침치료는 건강보험이 적용되는 중재로 경제적 가치가 크다는 점 등을 고려하여 근거수준, 임상효능, 전문가 의견의 종합적 평가에 따라 권고등급을 상향조정하여 성인 견비통 환자의 증상 개선을 목적으로 시행하는 일반침치료에 대해 권고등급 A를 부여한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의임상진료지침과 달리 임상현장에서의 의사결정 상황을 고려한 임상질문을 설정하였다. 이에 따라 견비통 한의치료의 주요 목표인 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선을 기준으로 임상질문을 나누어 설정하고 대조군에 따라 분석하였다. 이후 통증 및 가동범위에 가중치를 두고 일반침치료의 근거수준을 평가하고 권고등급을 부여하였다.

치료 연구결과를 도출함에 있어 선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 이에 따라 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 또한, 기개발된 견비통 한의임상진료지침에 포함된 Lathia 등(2009)의 연구¹¹⁾는 만성 견비통 환자에게 일반침치료(전통침치료, 표준침치료)와 비투과 거짓침치료를 6주간 시행하여 거짓침치료군에 비해 일반침치료군에서 통계적으로 유의한 SPADI의 개선을 보고하였으나, 표준침치료와 전통침치료의 구분이 모호하다는 점과 중재 전후 차이값만을 보고하여 정량분석에서 제외하였다.

이외에도 기개발된 견비통 한의임상진료지침에 포함된 Zhang 등(2021)의 연구¹²⁾ 등은 3군을 비교함에 따라 본 임상진료지침의 문헌 선정기준에 어긋나 분석에서 제외되었으며, 운동 등의 생활관리를 함께 시행한 Arias-Buria 등(2017)의 연구¹³⁾와 같은 형태는 한의 단독치료로 볼 수 없다는 기준에 따라 제외되었다. 보다 엄격한 정량분석을 시행하고자 하였으나, 임상질문의 변경에 따라 모든 종류의 대조군을 포함하여 정량 분석을 시행함에 따라 포함된 연구의 이질성이 크다는 한계가 있다.

기개발된 견비통 한의임상진료지침에서 ‘환측의 근위부위 외 다른 부위의 취혈을 포함한 침치료와 환측의 근위부위만 취혈한 침치료의 비교’, ‘동유침법에 의한 침치료와 비동유침법에 의한 침치료의 비교’, ‘고강도 수기자극 침치료와 수기자극이 없는 침치료의 비교’, ‘동기침법에 의한 침치료와 비동기침법에 의한 침치료의 비교’, ‘깊이 삽입한 침치료와 얇게 삽입한 침치료의 비교’와 같은 핵심질문을 통해 일반침치료끼리의 효과를 비교한 권고안을 제시한 바 있으나, 이후 일반침치료 중재방법을 비교한 유의한 임상연구는 거의 보고되지 않았다. 또한, 이전 견비통 한의임상진료지침에서 그 차이에 대해 충분히 논의한 점 등을 고려하여 이번 견비통 한의임상진료지침에서 일반침치료 중재방법을 비교하는 근거수준 평가 및 권고등급 평가는 보류하였다. 다만 그 활용도를 고려하여 이를 임상적 고려사항으로 제시하였다.

[참고문헌]

1. Kim JE, Kim SP, Kim AR, Park HJ, Kwon K, Jung SY, Cho JH, Kim JH, Choi SM. Acupuncture treatment of adhesive capsulitis of the shoulder: a randomized controlled pilot trial. *J Acupunct Res.* 2018;35(3):120-8.
2. Pais MYB, Toma JT, Kaziya HHS, Listik C, Galhardoni R, Yen LT, Teixeira MJ, et al. Dry needling has lasting analgesic effect in shoulder pain: a double-blind, sham-controlled trial. *Pain reports.* 2021;6:e939.
3. Molsberger AF, Schneider T, Gotthardt H, Drabik A. German randomized acupuncture trial for chronic shoulder pain (GRASP)-A pragmatic controlled, patient-blinded, multi-centre trial in an outpatient care environment. *PAIN.* 2010;151:146-54.
4. Zhao H, Zhao T, Liu BY, Liu ZS. Observation on therapeutic effects of different needling methods at Tiaokou(ST38) on periarthritis of shoulder. *Chinese Acupuncture & Moxibustion.* 2006;26(10):729-31.
5. Streitberger K. Acupuncture in the therapy of shoulder pain as an example of evidence-based medicine. *Dt. Ztschr. f. Akup.* 2000.
6. Kleinhenz J, Streitberger K, Windeler J, et al. Randomized clinical trial comparing the effects of acupuncture and a newly designed placebo needle in rotator cuff tendinitis. *Pain.* 1999;83:235-41.
7. Garrido JCR, Vas J, Lopez DR. Acupuncture treatment of shoulder impingement syndrome: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine.* 2016;25:92-7.
8. Kim CY, Kwon NH, Shin YJ, Nam DW, Kim KH, Kim JI, Choi DY, Loo YH, Lee JD. Randomized controlled trial: effect of master Dong's acupuncture in chronic shoulder pain patients. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion.* 2007;24(6):89-96.
9. Zhang H, Sun J, Wang C, Yu C, et al. Randomized controlled trial of contralateral manual acupuncture for the relief of chronic shoulder pain. *Acupunct Med.* 2016;1-7. doi:10.1136/

acupmed-2015-010947

10. Park JW, Song Y, Keum DH, Park SH. Survey of Korean Medicine Doctors' Practices in Treating Shoulder Pain: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2025;13(13):1482.
11. Lathia AT, Jung SM, Chen LX. Efficacy of acupuncture as a treatment for chronic shoulder pain. *J Altern Complement Med*. 2009;15(6):613-618.
12. Zhang Y, Wang QM, Zheng YB. Resisting method of acupuncture at movement-painful points for treating the refractory cases of frozen shoulder during adhesion period: A randomized controlled study. *World Journal of Acupuncture-Moxibustion*. 2021;31:115-20.
13. Arias-Buria JL, Fernandez-de-las-Penas C, Palacios-Cena M, et al. Exercise and dry needling for subacromial pain syndrome: a randomized parallel-group trial. *The Journal of Pain*. 2017;18(1):11-8.

2) 전침치료

【 R2 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 전침치료를 시행할 것을 권고한다.	A/Moderate

임상적 고려사항

- 인공심장박동기의 체내 삽입, 치료 부위 주위의 고정을 위한 체내 금속물 삽입을 시행한 경우, 후두근육, 전삼각 영역 및 경동맥 부위에 전침치료를 시행하는 경우 등은 주의가 필요하다.

(1) 배경

전침치료는 2개 이상의 경혈에 자침한 후 침병에 약한 전류를 통과시켜 침자극과 함께 전기적 자극을 주는 방법으로 임상에서 널리 사용되는 한의치료방법 중 하나이다. 견비통 치료에도 전침치료는 활용도가 높은 치료방법 중 하나인데, 임상에서의 높은 활용도에도 불구하고 무작위 대조군 임상연구는 드물다. 이에 따라 아래와 같은 기준에 따라 연구를 선정하여 권고안을 도출하였다.

분석에 포함된 연구는 성인 견비통 환자에게 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 등의 견비통 증상 개선을 목적으로 연구를 시행한 무작위 대조군 임상연구만을 선정하였다. 견비통의 이유가 경추나 다른 부위의 연관통인 경우, 뇌졸중이나 유방암 등 다른 원인질환이 있는 경우, 어깨 수술 후 환자를 대상으로 한 임상연구는 제외하였다.

시험군의 중재로 전침치료를 시행하고, 대조군의 중재로 거짓전침치료, 생활관리, 의과통상치료를 시행한 경우를 선정하였다.

대조군의 거짓전침치료는 비경혈을 선정하는 경우와 비투과방법을 시행한 경우를 모두 포함하였으며, 생활관리는 의료적 중재를 시행하지 않고 일상생활 관리, 교육 등만을 시행한 경우를 선정하였다. 의과통상치료는 수술요법 이외에 어깨 통증에 대해 1차적으로 시행되는 약물요법, 비약물요법으로 정의하였으며 주로 권고되고 시행되는 물리치료, 진통소염제의 경구복용, 주사요법, 도수치료 등의 수기요법 등을 모두 포함하였다. 해당되는 연구가 없는 경우 별도 권고안을 도출하지 않았다.

연구결과를 도출함에 있어 선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 이에 따라 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 또한 연구결과의 선택적 보고가 의심되는 경우 정량 분석을 시행하지 않았다. 연구가 시험군과 대조군의 두 군을 비교하는 것이 아니라, 세 군을 비교하는 형태로 설계된 연구 역시 제외하였다.

(2) 임상질문 : Q2

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 전침치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	전침치료	대조군 (거짓전침치료, 진통소염제)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Hoyos 등(2004)¹⁾은 8주간 어깨 통증 환자에게 전침치료 혹은 비투과거짓전침치료를 시행하여 치료 후, 3개월 후, 6개월 후 통증과 움직임 범위, 어깨기능, 삶의 질, 진통제 복용 정도를 평가하였다. 그 결과 6개월 후 전침치료군에서 대조군에 비하여 통계적으로 유의한 통증 감소를 나타냈다.

Xuan 등(2008)²⁾은 어깨 통증 환자 271명을 조구혈(條口穴, ST38)을 취혈한 전침치료군(n=137)과 진통소염제를 복용하는 대조군(n=134)으로 나누어 5회의 치료를 시행하였다. 치료 전후 비교 시 두 군 모두 통증과 어깨기능의 호전을 보였으나 5회 치료 후와 치료 1개월 후 전침치료군에서의 개선효과가 대조군에 비하여 높게 나타났다. 군간 비교 시 통증은 전침치료군이 대조군 대비 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, 어깨 기능은 통계적으로 유의하지 않았다.

(2) 임상질문 : Q2-1

성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 전침치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	전침	대조군 (거짓전침, 진통소염제)	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

(2) 임상질문 : Q2-1-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 전침치료가 거짓전침치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	전침	거짓전침	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 직후 및 치료 3개월 후와 치료 6개월 후의 통증 VAS 척도가 전침치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 나타냈다(통증 VAS_치료 직후 MD -1.70 [95% CI -2.47, -0.93, $p < 0.0001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 통증 VAS_3개월 후 MD -1.70 [95% CI -2.62, -0.78, $p = 0.0003$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 통증

VAS_6개월 후 MD -2.30 [95% CI -3.24, -1.36, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응은 전침군에서 14건, 대조군에서 6건 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다(RR 2.33 [95% CI 0.97, 5.63, $p = 0.06$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS IAT critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 1.70 낮음 [-2.47, -0.93]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS 3months critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 1.70 낮음 [-2.62, -0.78]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS 6months critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 2.30 낮음 [-3.24, -1.36]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Adverse events critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	RR 2.33 [0.97, 5.63]	-	-	점수가 높을수록 부작용 사례가 더 많음을 의미함

VAS: Visual analogue scale for pain intensity; IAT: Immediately after treatment;

a: Sample size < 300

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q2-1-2

성인 견비통 환자의 통증 개선에 전침치료가 진통소염제에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	전침	진통소염제	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 직후와 치료 1개월 후의 통증 VAS 척도가 전침치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 나타냈다(통증 직후 MD -1.50 [95% CI -1.66, -1.34, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 통증 VAS_1개월 후 MD -2.93 [95% CI -3.12, -2.74, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응은 포함된 연구의 전침치료군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS IAT critical	271 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 1.50 낮음 [-1.66, -1.34]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS 1month critical	271 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.93 낮음 [-3.12, -2.74]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

VAS: Visual analogue scale for pain intensity; IAT: Immediately after treatment;

a: The included study(ies) had a risk of performance biases.

b: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q2-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 전침치료가 거짓전침치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	전침	거짓전침	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 후, 치료 3개월 후, 치료 6개월 후의 외전 가동범위가 전침치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 나타냈다(외전 IAT MD 24.80 [95% CI 14.08, 35.52, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 외전_3개월 후 MD 31.40 [95% CI 19.26, 43.54, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 외전_6개월 후 MD 35.70 [95% CI 22.91, 48.49, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응은 대조군 대비 전침치료군에서 더 많이 발생하였으나 통계적으로 유의하지 않았다(Adverse events RR 2.33 [95% CI 0.97, 5.63, $p = 0.06$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
abduction IAT critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 24.80 높음 [14.08, 35.52]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
abduction 3months critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 31.40 높음 [19.26, 43.54]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
abduction 6months critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 35.70 높음 [22.91, 48.49]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Adverse events critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^b	RR 2.33 [0.97, 5.63]	-	-	점수가 높을수록 부작용 사례가 더 많음을 의미함

IAT: Immediately after treatment;

a: Sample size < 300

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q2-3

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 전침치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	전침	대조군 (거짓침, 무처치, 물리치료)	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

(2) 임상질문 : Q2-3-1

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 전침치료가 거짓전침치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	전침	거짓전침	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 후와 치료 3개월 후, 치료 6개월 후의 기능평가척도인 SPADI의 변화가 전침치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 나타내지 않았다.(SPADI IAT MD 12.40 [95% CI 1.61, 23.19, $p=0.02$ / $I^2=$ Not applicable]; SPADI_3개월 후 MD 12.90 [95% CI 1.42, 24.38, $p=0.03$ / $I^2=$ Not applicable]; SPADI_6개월 후 MD 17.20 [95% CI 5.54, 28.86, $p=0.004$ / $I^2=$ Not applicable]). 또한 이상반응은 대조군 대비 전침치료군에서 더 많이 발생하였으나 통계적으로 유의하지 않았다 (Adverse events RR 2.33 [95% CI 0.97, 5.63, $p=0.06$ / $I^2=$ Not applicable]).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SPADI -total IAT critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^a	-	-	MD 12.40 높음 [1.61, 23.19]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SPADI -total 3months critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^a	-	-	MD 12.90 높음 [1.42, 24.38]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI -total 6months critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^a	-	-	MD 17.20 높음 [5.54, 28.86]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI -pain IAT important	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^b	-	-	MD 3.30 높음 [-1.39, 7.99]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI -pain 3months important	110 (1 RCT)	⊕⊕⊙⊙ Low ^b	-	-	MD 4.00 높음 [-0.95, 8.95]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI -pain 6months important	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^a	-	-	MD 5.90 높음 [1.02, 10.78]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI -disability IAT important	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^a	-	-	MD 8.50 높음 [1.45, 15.55]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI -disability 3months important	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^a	-	-	MD 8.90 높음 [1.57, 16.23]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI -disability 6months important	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^a	-	-	MD 11.40 높음 [4.03, 18.77]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
COOP/ WONCA 6months important	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^a	-	-	MD 3.00 낮음 [-4.50, -1.50]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Adverse events critical	110 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^b	RR 2.33 [0.97, 5.63]	-	-	점수가 높을수록 부작용 사례가 더 많음을 의미함

IAT: Immediately after treatment; SPADI: Shoulder pain and disability index; COOP/WONCA: Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

a: Sample size < 300

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q2-3-2

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 전침치료가 진통소염제에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	전침	진통소염제	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 직후와 치료 1개월 후 Melle score 척도가 전침치료군에서 대조군 대비 호전을 나타냈으나, 치료 1개월 후의 Melle score만 통계적으로 유의한 호전을 나타냈다(Melle score_치료 직후 MD 0.12 [95% CI -0.43, 0.67, $p=0.67$ / $I^2=$ Not applicable]; Melle score_1개월 후 MD 2.57 [95% CI 1.98, 3.16, $p<0.00001$ / $I^2=$ Not applicable]). 이상반응은 포함된 연구의 전침치료군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Melle score IAT critical	271 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.12 높음 [-0.43, 0.67]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Melle score 1month critical	271 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 2.57 높음 [1.98, 3.16]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately after treatment

a: The included study(ies) had a risk of performance biases.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

c: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 성인 견비통 환자의 증상 개선을 위해 전침치료를 시행해야 하는가라는 임상질문을 바탕으로 거짓전침치료, 진통소염제 복용과의 비교를 시행한 3개의 임상질문을 포함한다. 본 권고문은 임상적 의미를 고려하여 결과지표를 각각 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선으로 나누고 포함된 연구의 이질성을 줄이기 위해 거짓전침치료 대조군을 적용한 경우와 대조군에서 진통소염제 복용을 실시한 경우로 나누어 분석한 이후 도출하였다. 권고안 도출 시에는 한의사 대상 설문조사에서 가장 중요한 진단요소이자 치료목표로 나타난 통증과 가동범위 개선의 근거수준을 우선적으로 인용하였으며 둘 중 더 낮은 근거수준을 인용하였다.

임상질문 2-1-1에서 전침치료와 거짓전침치료를 비교 시, 통증 개선효과의 근거수

준은 중등도(Moderate)로 평가되었으며, 임상질문 2-1-2에서 전침치료와 진통소염제 복용을 비교 시, 전침치료의 통증 개선효과 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 두 임상질문 중 거짓전침치료와 전침치료를 비교한 임상질문 2-1-1을 인용하여 전침치료의 통증 개선효과에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가한다.

임상질문 2-2에서 전침치료와 거짓전침치료를 비교할 때, 외전의 가동범위 개선에 대한 전침치료의 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 포함된 연구가 1편으로, 연구 대상자수 부족과 추후 결과의 변화 가능성이 있을 수 있으며 이에 따라 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이나 다를 수도 있다.

임상질문 2-3-1에서 전침치료와 거짓전침치료를 비교한 기능 및 삶의 질 개선효과는 핵심 결과지표인 SPADI 기능척도에서 통계적 유의한 전침치료의 개선효과를 확인하지 못하였다. 임상질문 2-3-2에서 전침치료와 진통소염제를 비교하여 전침치료군에서 Melle score 개선효과를 확인하였으나 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 임상질문 2-3-1의 근거수준이 중등도(Moderate)로 평가되었으나, 포함된 연구 전체에서 치료군과 대조군에 해석을 반대로 하고 있으며, 효과의 추정치에 대한 확신이 제한적이라고 판단하여 근거수준을 낮추어 낮음(Low)으로 평가한다.

통증 및 가동범위 개선 효과에 대한 임상질문 2-1과 2-2를 인용하여 전침치료의 견비통 증상 개선 효과에 대해 전체 근거수준을 중등도(Moderate)로 평가한다. 또한, 전침치료가 임상현장에서 다용되는 치료방법임²⁾과 본 임상질문에 포함되어 분석된 연구에서 중대한 이상반응이 보고되지 않았을 뿐만 아니라 일반적인 임상현장에서의 이득과 위해, 진료현장의 활용도에 따른 적용 가능성을 고려하여 근거수준, 임상효능, 전문가 의견의 종합적 평가에 따라 권고등급을 상향조정하여 A를 부여한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의임상진료지침과 달리, 연구결과를 도출함에 있어 선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 이에 따라 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 두 군의 비교가 아닌 세 군의 비교로 설계된 연구의 경우 역시 분석에서 제외하였다. PICO에 따라 검색된 Xu 등(2006)의 연구³⁾는 오십견 환자 216명을 견우혈(肩髃穴)을 취혈한 전침치료군(n=108)과 진통소염제(ibuprofen)를 복용하는 대조군(n=108)으로 나누어 두 군 모두 치료 전후 통증 강도, 치료율의 호전을 확인하고 군 간 비교 시 치료율의 호전에 있어서는 전침치료군이 대조군 대비 통계적 유의성을 보인다고 보고하였으나, 선택적 결과보고가 의심됨에 따라 분석에서 제외하였다. 또한, 시험군의 중재를 명시하지 않았거나 침치료와 전침치료, 온침치료의 3가지 한의치료를 각각 단독중재로 활용하고 있는 경우에도 정량분석을 위한 연구의 포함 기준에 적합하지 않아 분석에

서 제외하였다. 이에 따라 Cong 등(2010)⁴⁾, Cong 등(2012)⁵⁾, Shi 등(2012)⁶⁾, Xu 등(2006)의 연구³⁾가 정량분석에서 제외되었다.

[참고문헌]

1. Hoyos JAG, Carmen Adres Martin M, Leon EByB, et al. Randomised trial of long term effect of acupuncture for shoulder pain. *Pain*. 2004;12:289-98.
2. Park JW, Song Y, Keum DH, Park SH. Survey of Korean Medicine Doctors' Practices in Treating Shoulder Pain: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2025;13(13):1482.
3. Xu X, Fang J, Zhang Y, Wang CY. Therapeutic effect of electroacupuncture at Jianyu(LI 15) for scapulohumeral periarthritis of prophase adhesion type. *Acupuncture Research*. 2006;31(5):298-301.
4. Cong WJ, Fang JQ, Wang CY, Li BW, Shi H. Comparison of the therapeutic effects of fili-form needle-based different acupuncture methods on scapulohumeral periarthritis. *Shanghai J Acu-mox*. 2010;29(11):713-5.
5. Cong WJ, Fang JQ, Wang CY, Shi H, Li BW. Comparison of therapeutic efficacy of different acupuncture methods with 60-min retention on pain in frozen shoulder. *Chinese Journal of Traditional Chinese Medicine*, 2012; 30(1): 140-142.
6. Shi H, Fang JQ, Li BW, Cong WJ, Zhang Y, Chen L. Efficacy assessment for different acupuncture therapies in the treatment of frozen shoulder. *World Journal of Acupuncture-Moxibustion*. 2012;22(2):6-11.

3) 온침치료

【 R3 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 온침치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 온침치료는 경맥을 따뜻하게 하고 소통시키며 기혈의 순환을 원활하게 하는 목적으로 견비통의 통증 및 기능 개선을 위해 사용할 수 있다. 온침치료 시에는 적절한 취혈을 시행하여야 하며 화상에 주의하여야 한다.

(1) 배경

온침은 자침 후에 침 끝에 뜸을 붙이고 태워서 열을 가하거나, 자침 후 중간에 구멍이 뚫린 뜸을 올려서 열을 가하는 치료방법이다. 침치료 단독치료 혹은 뜸치료 단독치료에 비하여 경맥을 따뜻하게 하고 소통시키며 기혈의 순환을 원활하게 하는 효과가 큰 치료로 알려져 있다. 온침치료에 대하여 퇴행성 슬관절염 등 일반침치료에 비하여 온침치료가 근골격계 통증 및 기능 개선에 더 효과적이라는 선행연구가 보고된 바 있으나, 견비통과 관련한 연구는 부족하다.

본 권고안에서는 온침치료를 시험군에서 단독 중재로 활용한 연구를 선정하였다. 대조군은 의과약물요법인 진통소염제 경구복용, 스테로이드 주사요법으로 설정하였으며, 한의통상치료는 대조군에서 제외하였다. 또한, 두 군의 비교가 아닌 세 군의 비교로 설계된 연구의 경우, 대조군으로 한의중재를 사용한 경우는 분석에서 제외하였다.

(2) 임상질문 : Q3

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 온침치료를 고려해야 하는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	온침치료	대조군 (의과약물요법)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Yang 등(2009)¹⁾은 120명의 어깨 통증 환자를 온침치료군(n=60)과 진통소염제(ibu-
profen)를 복용하는 대조군(n=60)으로 나누어 연구를 시행하였다. 치료 전과 후를 비
교할 때 두 군 모두에서 통증 VAS, Melle 점수의 호전을 확인하였으며 온침치료군과
대조군의 통계적으로 유의한 차이를 확인하였다.

Xiao 등(2006)²⁾은 160명의 어깨 통증 환자를 온침치료를 시행하는 시험군(n=80)
과 스테로이드주사를 적용하는 대조군(n=80)으로 나누어 2주간 연구를 시행하여 두
군 모두에서 통증 감소 효과를 확인하였으나 두 군 사이의 통계적으로 유의한 차이는
없었다.

Pu 등(2017)³⁾은 70명의 어깨 통증 환자를 진통소염제를 복용하는 대조군(n=35)과 온침치료를 시행하는 시험군(n=35)으로 나누어 4주간 치료를 시행하였다. 치료 결과, 통증 VAS와 어깨 기능은 시험군에서 대조군보다 통계적으로 유의하게 개선되었다.

Lin 등(2018)⁴⁾은 88명의 오십견 환자를 온침치료를 시행하는 군과 진통소염제를 복용하는 군으로 나누어 30일간 치료를 시행한 후 통증, 어깨활동정도, 근력, 일상생활기능을 비교하여 대조군 대비 온침치료군의 개선효과를 확인하였으나 통계적으로 유의하지 않았다.

(2) 임상질문 : Q3-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 온침치료가 의과약물요법에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	온침치료	의과약물요법 (진통소염제, 스테로이드 주사)	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 전 대비 치료 후 온침치료군에서 통증 VAS가 감소하였으나 통계적으로 유의하지 않았다(통증 VAS MD -0.99 [95% CI -2.58, 0.60, $p=0.22$ / $I^2=99\%$]). 이상반응은 온침치료군에서 대조군 대비 더 많이 발생하였으나 통계적으로 유의하지 않았다(Adverse events RR 7.00 [95% CI 0.37, 130.69, $p=0.19$ / $I^2=Not\ applicable$]).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain IAT (VAS) critical	350 (3 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{abc}	-	-	MD 0.99 낮음 [-2.58, 0.60]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Adverse events critical	230 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ad}	RR 7.00 [0.37, 130.69]	-	-	점수가 높을수록 부작용 사례가 더 많음을 의미함

IAT: Immediately after treatment; VAS: Visual analogue scale for pain intensity

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: $I^2 \geq 75\%$ and the effects are not consistent.

c: The 95% confidence interval overlapped with no effect.

d: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q3-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 온침치료가 의과약물요법에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	온침치료	의과약물요법 (진통소염제, 스테로이드 주사)	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 전 대비 치료 후 온침치료군에서 통계적으로 유의한 외전의 개선을 확인하였다(외전 ROM MD 79.00 [95% CI 74.56, 83.44, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응은 포함된 연구의 온침치료군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Abduction important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 79.00 높음 [74.56, 83.44]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q3-3

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 온침치료가 의과약물요법에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	온침치료	의과약물요법 (진통소염제, 스테로이드 주사)	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, Melle 기능평가척도가 치료 전 대비 치료 후 온침치료군에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(Melle score MD -2.64 [95% CI -3.70, -1.58, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응 관련 보고는 없었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Melle score critical	120 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.64 낮음 [-3.70, -1.58]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately after treatment; VAS: Visual analogue scale for pain intensity; ROM: Range of motion; FUNC: Function

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

견비통 증상 개선을 위해 온침치료를 고려해야 하는가라는 임상질문에 대하여 치료목적에 따라 통증 개선, 가동범위 개선, 기능 및 삶의 질 개선으로 임상질문을 나누어 분석하였다. 포함된 연구는 모두 온침치료와 경구 진통소염제 복용 혹은 스테로이드 주사요법으로 이뤄진 의과약물요법의 대조군을 비교하였다.

온침치료와 의과약물요법의 통증개선효과를 비교한 임상질문 3-1의 근거수준은 매우 낮음(Very Low)으로 평가되었다. 이는 견비통의 특성상 염증이 동반될 수 있으며, 이 경우 온열자극을 기반으로 하는 온침치료보다는 소염 목적의 의과약물요법이 더 효과적으로 나타났기 때문으로 생각된다. 그러나 견비통이 염증을 동반한 열증 양상이 아닌 경우 결과는 달라질 수 있으며 효과 추정치에 대한 확신이 어렵다.

온침치료와 의과약물요법의 가동범위 개선효과를 비교한 임상질문 3-2와, 기능 및 삶의 질 개선효과를 비교한 임상질문 3-3의 분석 결과 온침치료의 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다.

통증 개선효과에 대한 임상질문 3-1과 가동범위 개선효과에 대한 임상질문 3-2 중 임상질문 3-1의 근거수준이 더 낮아 원칙에 따라 이를 인용해야 하나, 대조군이 진통소염제라는 점과 95% 신뢰구간이 통계적 유의성을 가지지 않음에 따라 해당 근거수준을 그대로 인용하는 것에 대해 전문가 합의에 도달하지 못하였다. 이에 3-2의 근거수준을 인용하여 온침치료의 근거수준을 낮음(Low)으로 평가한다. 온침치료는 화상 및 피부 자극 등의 이상반응이 발생할 수 있으나 한의사의 판단하에 적절하게 시행되는 경우 위해가 이득을 상회한다고 볼 수 없으며 보고된 이상반응 역시 온침치료군에서 더 많은 사례가 보고되었으나 이 이상반응 보고가 통계적 유의성을 가지지는 않았다. 이에 따라 근거수준, 임상효능, 전문가 의견을 종합적으로 평가하여 근거수준을 인용하여 가동범위 개선을 위한 온침치료의 권고등급을 C로 부여한다. 그러나 포함된 연구의 수가 적어 효과의 추정치에 대한 확신이 제한적이며, 추후 연구에 따라 효과 추정치가 달라질 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서는 3가지 치료 중재를 적용하여 3개 군을 비교한 연구에 대해 핵심질문별로 모두 포함하여 분석을 시행하고 권고안을 도출하여 근거수준을 Low로 평가하고 권고등급을 상향 조정하여 B를 부여하였다. 그러나 임상 연구 결과가 중복되어 확대해석될 가능성이 있다는 점과 핵심질문끼리 상충할 수 있는 점을 고려하여 본 한의표준임상진료지침에서는 각기 다른 한의중재를 단독치료로 적용하여 3군 이상의 치료 효과를 비교한 연구는 분석에서 제외하였다.

이에 따라 일반침치료군, 전침치료군, 온침치료군으로 나누어 연구를 시행한 Shi 등(2012)⁵⁾, Cong 등(2010)⁶⁾, Cong 등(2012)⁷⁾의 연구가 분석에서 제외되었다.

또한 임상현장에서의 의사결정 상황을 반영하기 위하여 한의중재끼리의 효과를 비교한 연구를 제외함에 따라 기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서 분석한 Yang 등(2017)⁸⁾, Zhang 등(2016)⁹⁾, Zhou 등(2017)¹⁰⁾, Huang 등(2015)¹¹⁾, Liu 등(2014)¹²⁾의 연구는 제외되었다.

[참고문헌]

1. Yang RC. Warming acupuncture clinical study of periarthritis of shoulder. Journal of Liaoning University of TCM. 2009;11(6):181-2.
2. 肖文鑫, 徐建晶, 曾仕伦. 密集型压痛点银质针针刺治疗肩周炎临床观察. 海南医学院学报. 2006;12(6):545-6.
3. Pu SX. Randomized Parallel Control Study on Warming Acupuncture and Moxibustion Treatment of Scapulohumeral Periarthritis. Journal of Practical Traditional Chinese Internal Medicine. 2017;31(11):60-2.
4. 林佳, 宁晓军, 余兰. 温针灸与西医疗疗肩周炎的对比分析. 内蒙古中医药第. 2018;37(3):71-2.
5. Shi H, Fang JQ, Li BW, Cong WJ, Zhang Y, Chen L. Efficacy assessment for different acupuncture therapies in the treatment of frozen shoulder. World Journal of Acupuncture-Moxibustion. 2012;22(2):6-11.
6. Cong WJ, Fang JQ, Wang CY, Li BW, Shi H. Comparison of the therapeutic effects of filiform needle-based different acupuncture methods on scapulohumeral periarthritis. Shanghai J Acu-mox. 2010;29(11):713-5.
7. Cong WJ, Fang JQ, Wang CY, Shi H, Li BW. Comparison of therapeutic efficacy of different acupuncture methods with 60-min retention on pain in frozen shoulder. Chinese Journal of Traditional Chinese Medicine, 2012; 30(1): 140-142.
8. 杨瑞萍. 围刺法配合温针灸治疗寒湿型肩周炎的临床疗效. 临床合理用药. 2017;10(4C):97-8.
9. 张在伟. 温针灸治疗肩关节周围炎的临床疗效. 临床合理用药. 2016;9(1C):125-6.
10. 周亚锋, 殷建权, 严伟. 肩三针温针灸治疗肩周炎 87 例分析. 中华全科医学. 2017;15(5):868-70.
11. 黄元华. 温针灸与电针治疗肩周炎的疗效比较分析. 内蒙古中医药. 2015:110-1.
12. Liu L. The comparison on curative effects and the analgesic effects on scapulohumeral periarthritis between the warm acupuncture and electroacupuncture. Guiding Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 2014;20(10):92-4.

4) 침도치료

【 R4 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 의과통상치료(진통소염제, 도수치료)에 비해 침도치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 침도치료는 연부조직을 유착박리하거나 절개, 혹은 절단하여 연부조직의 손상으로 인한 고질적 견비통을 치료하는 목적으로 활용할 수 있다. 통증 부위 및 어깨의 오구돌기, 상완골 소결절, 상완골 결절간구, 견봉하 활액낭, 소원근 등을 목표지점으로 시술할 수 있으며, 연부조직 유착 해소 및 관절가동범위 회복을 목표로 시행할 수 있다. 침도치료를 시행할 때에는 적절한 부위를 선정하고 적절한 깊이로 시행하여야 하며 감염에 주의하여야 한다.

(1) 배경

침도는 acupotomy, ceramic acupuncture therapy, acupotome 등으로 불리며 건강보험 한의의료행위 요양급여 정의에 따르면 “12경락상 혈위 및 기타 혈위에 자기편 혹은 도기편 및 칼 모양의 침을 침구로 하여 천자, 사혈을 통해 피부표증(경피), 경근, 경맥의 사기를 몰아내고 관련질환을 치료하는 행위”를 일컫는다. 침구의학 교과서에서는 “1979년 중국의 주한장이 한의학적 침구이론과 현대의학의 수술요법을 결합하여 개발한 ‘소침도요법’이 ‘침도침술’로 발전된 것으로 연부조직의 유착을 박리하거나 절개, 혹은 절단하여 연부조직의 손상으로 인한 고질적 동통성 질환을 치료하는 방법”으로 소개하고 있다. 2013년 대한한 의사협회의 비급여행위분류에서는 “침도침술은 2000여년 전부터 칼모양의 침도로 사용된 침술로 환자의 압통점 및 주요 시술처를 진단하여 혈위를 정한다”라고 정의하고 있다. 이에 따라 본 견비통 한의임상진료지침에서는 침도의 정의에 부합하는 연구를 모두 포함하였으며 침도라는 표현 이외에도 원리침, 혹은 중재 방법의 설명이 자기편, 도기편 혹은 칼 모양의 침을 이용하여 연부조직의 유착을 박리하거나 절개 혹은 절단하는 방법을 사용한 연구는 모두 포함하여 분석을 시행하였다.

(2) 임상질문 : Q4

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 침도치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	침도치료	의과통상치료 (진통소염제, 도수치료)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Chang 등(2020)¹⁾은 오십견 환자 80명을 침도치료군(n=40)과 대조군(n=40)으로 나

누어 침도치료군은 3회의 치료를 시행하였고 대조군은 나프록센을 복용하도록 하였다. 2주 치료 후 통증, Melle 점수, 움직임 범위, 치료율을 평가한 결과 모든 지표에서 대조군 대비 침도치료군의 통계적으로 유의한 호전을 확인하였다. 그러나, 통증 VAS와 Melle 점수는 치료 후 결과를 구체적인 수치로 표기하지 않아 선택적 보고의 위험을 고려하여 정량분석에서는 제외하였다.

Zhou 등(2018)²⁾은 160명의 오십견 환자를 침도치료군(n=80)과 도수치료군(n=80)으로 나누어 치료를 적용하고 치료 후, 3개월 후, 6개월 후 통증과 CMS의 평가를 시행하였다. 그 결과 두 군 모두에서 통증과 CMS의 개선을 확인하였으며 두 군의 차이를 비교 시 통계적으로 유의한 차이를 확인하였다.

(2) 임상질문 : Q4-1

성인 견비통 환자의 통증개선에 침도치료가 진통소염제 복용 혹은 도수치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	침도치료	진통소염제, 도수치료	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, VAS 통증척도는 MD -1.70 [95% CI -2.39, -1.01, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]로 나타나 침도치료군이 대조군에 비하여 통계적으로 유의한 개선을 나타냈다. 이상반응에 대한 보고는 포함된 연구 모두에서 보고되지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS critical	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 1.70 낮음 [-2.39, -1.01]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

VAS: Visual analogue scale for pain intensity

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q4-2

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 침도치료가 진통소염제 복용 혹은 도수치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	침도치료	진통소염제, 도수치료	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, CMS 기능척도는 통증, 기능, 총합이 침도치료군이 대조군보다 높게 나타나 통계적으로 유의한 호전을 확인하였다(pain MD 4.61 [95% CI 4.24, 4.98, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; function MD 5.99 [95% CI 4.91, 7.07, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; total MD 10.21 [95% CI 8.52, 11.90, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응에 대한 보고는 포함된 연구 모두에서 보고되지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
CMS-total IAT critical	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 10.21 높음 [8.52, 11.90]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS-total 3months critical	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 19.67 높음 [18.12, 21.22]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS-total 6months critical	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 18.33 높음 [17.08, 19.58]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS-pain IAT important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.61 높음 [4.24, 4.98]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS-ADL IAT important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 1.09 낮음 [-1.85, -0.33]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS -function IAT important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 5.99 높음 [4.91, 7.07]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS -strength IAT important	160 (1 RCT)	⊕○○○ Very Low ^{abc}	-	-	MD 0.67 높음 [-0.06, 1.40]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS-pain 3months important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.08 높음 [4.58, 7.58]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS-ADL 3months important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 1.11 높음 [0.36, 1.86]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS -function 3months important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.78 높음 [2.35, 3.22]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

(계속)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
CMS -strength 3months important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.28 높음 [1.41, 3.15]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS-pain 6months important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.55 높음 [6.04, 7.06]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS-ADL 6months important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.69 높음 [1.98, 3.40]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS -function 6months important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.69 높음 [2.26, 3.12]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS -strength 6months important	160 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.99 높음 [4.09, 5.89]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately after treatment; CMS: Constant-Murley score

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300

c: The 95% confidence interval overlapped with no effect.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 침도 단독치료의 견비통 증상 개선에 대한 근거수준을 평가하고 권고등급을 도출하고자 마련되었다. 임상현장에서의 의사결정 활용도를 고려하여 치료목표인 통증, 기능 및 삶의 질 개선에 대한 침도 단독치료의 효과를 분석하였다. 침도치료의 통증개선효과를 도수치료와 비교한 임상질문 4-1의 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 침도치료의 기능 및 삶의 질 개선효과를 도수치료와 비교한 임상질문 4-2의 근거수준 역시 낮음(Low)으로 평가되었다. 분석에 포함된 연구에서 이상반응을 보고하지 않았다. 통증 및 가동범위 개선효과에 가중치를 두어 근거수준을 인용함에 따라 통증 개선효과를 확인한 임상질문 4-1을 인용하여 침도치료의 통증개선효과에 대한 근거수준을 낮음(Low)으로 평가한다. 연부조직 유착박리에 따른 이상반응의 위험이 있으나 적절한 부위에 적절한 깊이로 시행할 경우 근거수준을 하향 조정할 정도의 위해는 없다고 판단되어 근거수준, 임상효능, 전문가 의견을 종합적으로 인용하여 권고등급 C를 부여한다. 그러나 각 임상질문에 포함된 연구의 수가 1편에 불과하며 선정 연구의 실험군과 대조군의 중재가 상이함에 따른 비뚤림 위험 역시 존재한다. 또한, 다양한 결과지표를 평가하였으나 연구대상자 수 부족의 한계가 있다. 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과의 확신정도와 추정치가 변화할 수 있다.

침도치료의 목적이 연부조직의 유착을 박리하거나 절개, 혹은 절단하여 연부조직의 손상으로 인한 고질적 동통성 질환을 치료하는 방법임에 따라 적절한 부위에 적절한 깊이로 시행하는 것이 중요하며 이를 보조하기 위해 최근에는 초음파 유도하 침도치료 역시 증가하고 있다. 그러나 이를 활용한 연구는 아직 부족한 실정으로 적극적인 연구가 필요하며 추후 잘 설계된 연구 결과에 따라 근거수준 및 권고등급은 변화할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침과 같이 침도치료에 대해 근거수준 낮음(Low)으로 평가하고 권고등급 C를 부여하였다. 견비통 한의표준임상진료지침 기개발 이후 최근까지도 침도치료를 활용한 연구가 부족한 실정으로 적극적인 연구가 필요하다. 기개발된 견비통 한의표준임상진료지침과 달리 한의중재끼리의 비교는 시행하지 않기로 함에 따라 Lu 등(2008)³⁾, Zhang 등(2009)⁴⁾, Ying 등(2021)⁵⁾의 연구는 제외되었다.

[참고문헌]

1. Chang QG, Shi NM, Xin YF, Quan GW, Mira L. Acupotomy for scapulohumeral periarthritis. J Acupunct Res. 2020;37(4):254-8.
2. Zhou Y, Hu B, Yuan Z, Yang G, Shi L, Wang H, Li X. Percutaneous dynamic release in stress position by acupotomy in treating severe scapulohumeral periarthritis. China J Orthop Trauma. 2018;31(5):452-7.
3. Lu J, Sun JH, Fu ZH, Yuan JG, Li J, Ji AQ. Transient therapeutic effect and safety of superficial needling therapy for treatment of periarthritis of shoulder. Chinese Acupuncture & Moxibustion. 2008;28(6):414-6.
4. 张友芝. 小针刀治疗肩周炎临床疗效观察. 中医药临床杂志. 2009;21(2):142-3.
5. Ying S, Lin YP, Zhang ZY, Yang DW, Li J. Periarthritis of shoulder treated with Fu's subcutaneous needling and electroacupuncture: a control trial. World Journal of Acupuncture-Moxibustion. 2021;31:89-94.
6. Mun J., Baik M., Heo I. Ultrasound-guided acupotomy treatment for frozen shoulder: a systematic review and meta-analysis. J Korean Med Rehabil. 2024;34(4):103-16.

5) 약침치료

【 R5 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 약침치료의 적용을 전문가 합의에 기반하여 권고한다.	GPP

임상적 고려사항

- 견비통 증상 개선을 위해 약침치료를 고려할 수 있다. 약침치료는 황련해독약침, 중성어혈약침, 봉약침, 당귀주사액, 면역약침 등을 활용하여 시행할 수 있다. 약침치료 시에는 적절한 용량을 선택하여야 하며 봉약침을 사용한 약침치료 시에는 아나필락시스 반응 등 이상반응에 유의하여야 한다. 약침치료는 적절한 부위와 깊이에 시행하는 것이 중요하며 이를 위해 초음파 영상 등의 보조적 방법을 활용할 수 있다.

(1) 배경

약침치료는 경락학설과 약물요법의 원리를 결합한 치료법으로 치료경혈 및 체표 반응점에 특정 한약에서 정제 추출한 약물을 주입하는 치료방법이다. 자침과 한약물의 효과를 동시에 얻는 장점이 있어 한방 임상에서 폭넓게 활용되고 있으며 임상한의사를 대상으로 한 설문조사 시에도 약침치료는 중요도 및 활용도가 높은 치료방법으로 인식되고 있다. 실제 임상에서 근골격계 통증 관련 질환에 약침치료를 적용하며 다양한 연구가 적용되고 있으나, IND 승인 등의 문제로 대규모 무작위 대조군 연구가 적으며 특히 견비통에 대한 연구는 아직 부족한 실정이다. 또한 약침치료를 적용한 무작위 대조군 연구가 보고된 바 있으나, 스테로이드 제제를 혼합하여 사용한 경우가 대부분임에 따라 미리 합의한 연구 선정 기준에 부합하지 않아 이는 제외하였다.

약침치료를 중재로 사용하고 대조군의 중재로 거짓약침치료를 사용한 연구가 부재함에 따라 본 한의임상진료지침에서는 약침단독치료의 권고안을 한의통상치료 혹은 의과통상치료와 비교하여 도출하고자 하였다. 또한, 무작위 대조군 연구의 부재에 따라 결과지표를 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선을 기준으로 임상질문을 세부적으로 나누지 않고 전체 증상 개선을 중심으로 분석하여 이를 반영하고 검색결과를 고려하여 약침치료와 진통소염제 복용을 비교하는 임상질문을 설정하여 권고안을 도출하였다.

(2) 임상질문 : Q5

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 약침치료가 진통소염제 복용에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	약침치료	진통소염제	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

약침 단독치료를 한의통상치료와 비교한 연구는 보고되지 않았으며, 의과통상치료와 비교한 연구 1편만이 확인되었다.

Chen 등(2015)¹⁾은 88명의 오십견 환자에게 당귀주사액 약침치료 혹은 경구약물 복용(Celecoxib)을 3주간 시행한 후 호전율을 평가하였다. 호전율은 치료 후 통증이 사라질 때까지의 시간을 평가하여 150분 이내에 통증이 완화된 경우 효과 있음, 통증이 감소하지 않은 경우 효과 없음으로 판단하였다. 그 결과 대조군 대비 약침치료군에서 통계적으로 유의한 호전효과를 확인하였다. 그러나 호전율은 본 임상진료지침에서 분석하는 결과지표가 아님에 따라 정량분석은 시행하지 않았다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 임상에서 많이 활용하는 약침치료의 견비통 증상 개선에 대한 효과를 알아보고자 마련하였다. 그러나, 약침치료를 단독중재로 사용한 연구가 거의 보고되지 않았고, 본 임상진료지침에서 핵심적인 평가지표로 설정한 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 평가척도에 대한 결과지표를 보고한 연구는 거의 없었다. 핵심적인 평가지표에 대한 근거 평가가 불가하지만, 약침치료는 임상현장에서 다빈도로 활용되는 중재 방법으로 한의사 대상 설문조사 결과²⁾ 약침치료가 임상에서 활용도와 중요도가 높은 한의중재로 확인되었다. 이에 전문가 합의에 기반하여 견비통의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 약침치료를 시행할 것을 권고한다.

본 임상진료지침에서는 국내에서 사용되는 중재를 기준으로 함에 따라 분석에서 제외되었으나 중의약침을 모두 포괄하여 체계적 문헌고찰 및 메타분석을 시행한 Lee 등(2024)³⁾은 13개의 무작위대조군 연구를 분석하여 약침치료군에서 대조군 대비 통증 및 CMS 점수의 통계적으로 유의한 개선을 확인하여 보고하였다. 또한, 봉독을 사용한 1례에서 경미한 아나필락시스 반응이 발생한 것 이외의 이상반응 보고가 없고, 견정(SI9), 견전(EX-UE12), 견우혈(LI15)과 아시혈의 활용도가 높으며 적정용량과 3주 미만의 치료에서 효과적이었다고 보고한 바 있다. 약침치료는 적절한 부위와 깊이에 적절한 용량으로 시행하는 것이 중요하며 이를 보조하기 위해 최근에는 초음파 유도 하 약침술의 활용 역시 증가하고 있다. 중성어혈약침, 봉독약침, 황련해독약침 등이 주로 활용되고 있으며 견우(LI15), 견료(TE14), 견정(GB21) 등의 혈자리가 활용도가 높다. 그러나 이를 활용한 연구는 아직 부족한 실정으로 적극적 연구가 필요하다. 추후 잘 설계된 연구 결과에 따라 효과 추정치의 확신 정도가 변하거나 추정치가 달라질 수 있으며 근거수준 및 권고등급은 변화할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발 견비통 한의표준임상진료지침에서는 약침치료를 중재로 활용한 연구의 대부

분이 호전율만을 결과지표로 적용하여 권고안 도출에 어려움이 있었다. 약침치료 단독시행의 경우 본 한의표준임상진료지침 개발 시에도 호전율 외의 다른 결과지표를 적용한 무작위 대조군 임상연구는 검색되지 않았다. 그러나, 약침치료가 임상현장에서 높은 활용도와 중요도를 가지며 초음파 등의 영상 유도 하 약침시술 등 다양한 활용을 지속적으로 시도하고 있음에 따라 그 활용도와 중요도가 점차 증가할 것으로 생각되는 배경을 고려하여 약침치료 단독치료에 대한 전문가 합의 기반의 권고안을 도출하였다. 핵심적인(critical) 결과지표 부재로 인하여 추후 잘 설계된 연구에 따라 결과나 효과 추정치의 신뢰도가 달라질 수 있다.

[참고문헌]

1. 陈自主. 穴位注射复方当归注射液联合功能锻炼治疗肩周炎的疗效体会. 2015. DOI:10.16040/j.cnki.cn15-1101.2015.05.092
2. Park JW, Song Y, Keum DH, Park SH. Survey of Korean Medicine Doctors' Practices in Treating Shoulder Pain: A Cross-Sectional Study. Healthcare. 2025;13(13):1482.
3. Lee JH, Park HS, Park SH, Song YK, Keum DH, Park SH. Pharmacopuncture for the Treatment of Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Curr Pain Headache Rep. 2024;28(8):e01298. doi:10.1007/s11916-024-01298-4

6) 부항치료

【 R6 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 진통소염제 복용에 비해 부항치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 부항치료 시에는 수포가 발생할 수 있다. 일반적으로 발생 후 단순 드레싱 등의 감염예방 조치로 자연치유되거나 사후 감염 등을 주의하여야 한다.

(1) 배경

부항치료는 배(杯), 관(罐), 항(缸) 등을 도구로 하여 화력 등에 의해 기구 속의 공기를 배제하여 피부에 흡착하여 음압을 발생시켜 사기(邪氣)를 제거하고 어혈(瘀血)을 제거하며 소염, 진통의 효과를 유도하여 질병을 치료하는 치료법이다^{1,2)}. 최근에는 한습열독(寒濕熱毒)을 흡입하여 배출한다는 과거의 관점에서 벗어나 혈액순환장애의 개선, 신경계통, 면역계통의 조절 등의 목적으로 활용하고 있으며, 침치료와 함께 근골격계 통증 질환에 가장 많이 사용되는 치료 방법이다^{1,2)}. 본 권고안은 성인 견비통 환자에게 적용한 부항 단독치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하기 위해 마련하였다. 이에 따라 시험군의 증제는 부항 단독치료로 제한하였으며, 건식부항, 습식부항 등 부항치료의 방법에는 제한을 두지 않았다. 대조군의 증제는 의과통상치료인 진통소염제로 설정하였으며 무작위 대조군 연구만을 선정하여 분석을 시행하였다.

(2) 임상질문 : Q6

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 부항치료가 진통소염제 복용에 비해 효과적인가?

권고 적용군	증제	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	부항치료	진통소염제	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Zhang 등(2018)³⁾은 118명의 오십견 환자에게 부항치료(n=59) 혹은 아세트아미노펜 복용(n=59)을 적용하였다. 30일의 치료 이후 두 군 모두 움직임 범위의 호전을 확인하였으며, 두 군 간의 통계적으로 유의한 차이를 확인하였다.

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 굴곡, 외전, 신전의 움직임 범위 변화는 치료 전과 비교하여 치료 후 부항치료군에서 대조군에 비하여 통계적으로 유의한 호전을 나타내었다(굴곡 MD 15.85 [95% CI 10.58, 21.12, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 외전 MD 20.67 [95%

CI 12.20, 29.14, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 신전 MD 8.90 [95% CI 4.83, 12.97, $p < 0.0001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응에 대한 보고는 포함된 연구 모두에서 보고되지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
flexion critical	118 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 15.85 높음 [10.58, 21.12]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
abduction critical	118 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 20.67 높음 [12.20, 29.14]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
extension important	118 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 8.90 높음 [4.83, 12.97]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 부항 단독치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하기 위하여 마련하였다. 부항 단독치료를 시험군의 중재로 활용한 연구가 적음에 따라 분석에는 1편의 연구가 포함되었다. 부항치료의 가동범위 개선효과를 진통소염제 복용과 비교한 임상질문의 근거수준은 분석된 연구에 비풀림 위험이 존재하며, 총 대상자 수 부족으로 인한 비정밀성이 발생하여 낮음(Low)으로 평가되었다. 부항치료가 견비통 질환 치료에 활발하게 사용되는 한의중재임을 고려하여 근거수준을 인용하여 권고등급 C를 부여한다. 그러나, 포함된 연구가 1편에 불과하여 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 수 있으며 추정치가 바뀔 수 있다.

부항치료와 관련한 중대한 이상반응은 보고된 바 없으나, 임상에서 활용 시 수포가 발생할 수 있다²⁾. 부항 시술 후 발생한 수포는 감염이나 자가분해 항체가 없는 정상체액으로 시술 부위, 개인차이에 따라 달라진다고 알려져 있으며 일반적으로 발생 후 단순 드레싱 등의 감염예방 조치로 12주 내에 자연치유된다고 보고된 바 있다²⁾. 부항 시술 시에는 수포의 발생 가능성을 염두에 두어야 하며 발생 시 추가적인 감염 방지에 주의하여야 한다²⁾.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침과 동일하게 견식부항, 습식부항, 자락관법 등을 모두 포함하여 검색 후 권고안을 도출하였다.

[참고문헌]

1. Kwon OS, Lee SH, Choi SM, Ryu Y. A study of research patterns for standardization of cupping therapy. *Korean Journal of Acupuncture*. 2012;29(2):250-9.
2. 윤혜연, 권선오, 김승태, 박희준, 함대현, 이혜정. 부항 시술에 의해 형성된 수포에 관한 고찰. *경락경혈학회지*. 2011;28(3):141-50.
3. 张玉宝. 蒙医拔罐放血疗法治疗肩周炎的临床研究. *中国民族医药杂志*. 2018;24(6):22-3.

7) 추나치료

【R7】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질)개선을 위해 추나치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 견비통 질환의 치료를 위해 추나치료를 적용할 때에는 적절한 평가를 시행한 후 적용해야 한다. 신연기법, 근막 기법을 활용한 단순추나와 견갑대, 관절와상완관절, 척추부에 적용하는 복잡추나를 활용할 수 있으며 두경부, 흉요추부, 견갑대, 관절와상완관절 등에 적용할 수 있다.

(1) 배경

추나요법은 한의사가 손 또는 신체의 일부분이나 추나 테이블과 같은 보조기구를 이용하여 환자의 신체 구조에 자극을 가하는 한방수기요법을 말한다. 신경근육계 및 근골격계의 불균형과 부정렬 등에 적용하여 구조나 기능의 문제를 해결하는 목적으로 주로 활용하며 크게 정골추나기법을 포함하는 복잡추나기법과 근막추나기법을 포함하는 단순추나 기법으로 나뉜다. 추나요법은 시술자의 신체를 이용하기 때문에 넓은 의미에서 수기의학과 상통하며 동서양의 마사지나 중국의 정골요법 등을 포괄한다.

본 권고안에서는 추나요법의 정의에 기반하여 일반적으로 추나기법에 포함되는 manipulation, mobilization, thrust 등을 포괄하는 검색어를 설정하였으며 검색된 원문의 시술 방법 기술에 따라 연구를 선정하였다. 추나요법의 정의에 따라 도구만 활용한 수기요법이 아닌 시술자가 직접 환자의 몸에 접촉하여 시행하는 수기요법을 기준으로, 신경근육계 혹은 근골격계에 신체구조를 자극하는 것을 목적으로 하는 시술을 추나요법으로 분류하였다. 추나요법 여부의 판단은 임상경험 8년 이상의 한방재활 의학과 전문의 2인이 시행하였으며, 2인이 모두 추나요법이라고 분류할 수 있다고 합의한 경우에만 분석에 포함하였다. 또한, 분석에 포함된 연구는 성인 견비통 환자에게 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 등의 견비통 증상 개선을 목적으로 연구를 시행한 무작위 대조군 임상연구만을 선정하였다. 견비통의 이유가 경추나 다른 부위의 연관통인 경우, 뇌졸중이나 유방암 등 다른 원인질환이 있는 경우, 어깨 수술 후 환자를 대상으로 한 임상연구는 제외하였다.

한의학표준임상진료지침과 달리, 연구결과를 도출함에 있어 선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 이에 따라 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 연구가 시험군과 대조군의 두 군을 비교하는 것이 아니라, 세 군을 비교하는 형태로 설계된 경우는 제외하였으며 대조군의 중재로 거짓추나치료를 시행한 경우, 생활관리만을 시행한 경우, 추나치료가 아닌 중재를 시행한 경우를 우선적으로 선정하였다. 거짓추나치료를의 경우,

원문에서 '거짓' 혹은 'placebo' 혹은 'sham'이라고 표현한 경우만을 선정하였으며 대조군으로 추나치료를 적용한 경우는 제외하였다.

분석 시 이질성을 줄이기 위하여 대조군에 따라 임상질문을 다르게 설정하여 분석을 시행하였다.

(2) 임상질문 : Q7

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 추나치료를 고려해야 하는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료	대조군 (거짓추나치료, 무처치)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Kardouni 등(2015)¹⁾은 견봉하 충격증후군 환자에게 말초 및 중추 신경생리학적 자극을 목적으로 하부 흉추, 중부 흉추, 경추-흉추연접부에 고속-저진폭 흉추부 교정요법을 시행하였다. 어깨 통증 환자를 추나치료군(n=26)과 거짓추나치료군(n=26)으로 나누어 추나치료를 시행한 후 두 군 모두에서 치료 전 대비 치료 후 NRS 통증척도의 감소를 확인하였으나 두 군 간의 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

Haik 등(2017)²⁾은 어깨 충격증후군 환자에게 어깨 통증 감소를 목적으로 흉추부 운동성을 개선하고자 흉추부 교정요법을 시행하였다. 환자를 추나치료군(n=27)과 거짓추나치료군(n=28)으로 나누어 추나치료를 시행한 후 NRS 통증척도의 감소를 확인하였다. 치료 1회와 치료 2회 후, 3~4일의 경과 후의 결과를 비교할 때 추나치료군에서 통증정도의 감소를 확인하였으나 두 군 간의 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

Silva 등(2019)³⁾은 어깨 통증 환자에게 부정렬 교정을 통한 통증 감소 및 기능 향상 목적으로 흉추 4번과 5번 사이에 고속-저진폭 흉추부 교정요법을 시행하였다. 어깨 통증 환자를 추나치료군(n=30)과 거짓추나치료군(n=30)으로 나누어 추나치료를 시행한 후 두 군 모두에서 치료 전 대비 치료 후 VAS 통증척도의 감소를 확인하였으나 두 군 간의 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 또한 추나치료군에서 통증을 유발하는 외전과 굴곡 움직임 범위, 통증을 유발하지 않는 외전과 굴곡 움직임 범위의 통계적으로 유의한 증가를 확인하였다.

Michener 등(2015)⁴⁾은 견봉하 충격증후군 환자에게 어깨주위 근육의 기능향상 목적으로 하부, 중부, 경추-흉추 연접부인 상부 흉추부에 고속-저진폭 흉추 교정요법을 시행하였다. 어깨 통증 환자를 추나치료군(n=28)과 거짓추나치료군(n=28)으로 나누어 추나치료를 시행한 후 두 군 모두에서 치료 전 대비 치료 후 굴곡과 내회전 움직임 범위의 증가를 확인하였으나 두 군 간의 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

Schwerla 등(2020)⁵⁾은 어깨 통증 환자를 추나치료군(n=36)과 무처치 대조군

(n=34)으로 나누어 8주의 치료를 시행하는 실용적 무작위 대조군 임상연구를 시행하였다. 추나치료는 신체구조와 균형의 정렬을 치료적 수기요법으로 교정하여 생리적 기능과 항상성을 회복하는 것을 목적으로 관절교정, 인대 및 건의 장력 회복, 이완요법, 고속-저진폭 교정요법 등이 실용적 임상연구의 설계방법에 따라 적용되었다. 치료 후 추나치료군에서 평균 통증 정도와 가장 심할 때를 기준으로 한 통증 수치를 평가하여 두 평가 척도 모두 통계적으로 유의한 감소를 확인하였다.

(2) 임상질문 : Q7-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료가 거짓추나치료 혹은 무처치 대조군에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료	대조군 (거짓추나치료, 무처치)	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

(2) 임상질문 : Q7-1-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료가 거짓추나치료를 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료	거짓추나치료	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 전과 비교하여 치료 후 추나치료군의 통증의 호전을 확인하였으나 통계적 유의성은 없었다(통증 SMD -0.12 [95% CI -0.42, 0.19, p=0.47/I²=0%]). 이상반응에 대한 보고는 포함된 연구 모두에서 보고되지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS,NRS) critical	167 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	SMD 0.12 낮음 [-0.42, 0.19]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q7-1-2

성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료가 무처치 대조군에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료	무처치 대조군	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 전과 비교하여 치료 후 추나치료군의 평균 통증 VAS와 가장 심할 때의 통증 VAS의 통계적으로 유의한 개선을 확인하였다(통증 VAS_평균 MD -42.80 [95% CI -48.62, -36.98, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 통증 VAS_악화 MD -41.00 [95% CI -47.82, -34.18, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 이상반응에 대한 보고는 포함된 연구 모두에서 보고되지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS (average) critical	70 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 42.80 낮음 [-48.62, -36.98]	점수가 낮을수록 개선했음을 의미함
Pain VAS (worst) important	70 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 41.00 낮음 [-47.82, -34.18]	점수가 낮을수록 개선했음을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300.

(2) 임상질문 : Q7-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 추나치료가 거짓추나치료에 비해 효과적인가?

전고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료	거짓추나치료	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 전과 비교하여 치료 후 추나치료군의 굴곡, 외전, 내회전 가동범위의 개선을 확인하였으나 외전과 내회전 가동범위 개선의 통계적 유의성은 없었다(굴곡 MD 4.93 [95% CI 0.67, 9.18, $p = 0.02$ / $I^2 = 0\%$]; 외전 MD 12.71 [95% CI -2.05, 27.47, $p = 0.09$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 내회전 MD 5.46 [95% CI -1.29, 12.21, $p = 0.11$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
flexion critical	116 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.93 높음 [0.67, 9.18]	점수가 높을수록 개선했음을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
abduction critical	60 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 12.71 높음 [-2.05, 27.47]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
internal rotation important	56 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 5.46 높음 [-1.29, 12.21]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300

c: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q7-3

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 추나치료가 무처치 대조군에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료	무처치 대조군	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, SPADI 어깨기능척도가 치료 전 대비 치료 후 통계적으로 유의하게 감소하여 추나치료군의 대조군 대비 어깨기능 개선효과를 확인하였다(SPADI MD - 24.00 [95% CI - 32.34, -15.66, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SPADI critical	70 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 24.00 낮음 [-32.34, -15.66]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SF-36_ physical component important	70 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 3.00 높음 [-0.43, 6.43]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300.

c: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 추나 단독치료의 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질을 포함한 견비통 증상 개선 효과를 확인하고자 마련하였다. 연구의 이질성을 줄이기 위하여 대조군에 따라 임상질문을 각기 다르게 설정하여 분석을 시행하였다. 추나치료의 단독 효과를 확인

하고자 Surenkok 등(2009)⁶⁾과 같이 세 군을 비교한 연구나 Wang 등(2006)⁷⁾과 같이 추나치료를 실험군이 아닌 대조군의 중재로 활용한 경우는 제외하였다.

임상질문 7-1은 추나치료의 통증 개선효과를 거짓추나치료와 무처치 대조군과 비교한 임상질문으로, 연구대상자 수 부족 및 통계적 유의성 부재의 이유로 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 임상질문 7-2는 추나치료와 거짓추나치료의 가동범위 개선효과를 비교한 임상질문으로 연구대상자 수 부족 및 통계적 유의성 부재의 이유로 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 거짓추나치료와 비교한 2개의 임상질문에서 추나치료의 근거수준이 낮게 평가된 것은 거짓추나치료의 방법에 기인한 것으로 보인다. 본 임상질문에 포함된 연구의 거짓추나치료는 모두 실제로 해당 부위에 손을 대지만 최소 압박을 가하거나 혹은 고속-저진폭 쓰러스트를 가하지 않는 방법으로 시행되었는데, 이는 추나요법의 단순추나의 압박-이완 기법과 같은 유사효과를 나타내어 실제 고속-저진폭 쓰러스트 기법을 기반으로 하는 정골추나의 효과 추정치가 작게 평가되었을 수 있다.

임상질문 7-3은 추나치료와 무처치 대조군을 비교하여 추나치료의 기능 및 삶의 질 개선효과를 확인하고자 하였다. 핵심 평가지표인 SPADI 점수의 통계적으로 유의한 개선을 확인하였으나 포함된 연구가 1편에 불과하며 실험군과 대조군의 중재가 상이함에 따른 비พล림 위험이 존재하여 근거수준을 낮음(Low)으로 평가하였다.

통증 및 가동범위 개선에 대한 임상질문의 근거수준 평가를 우선 인용함에 따라 견비통 환자의 증상 개선에 대한 추나치료의 근거수준을 낮음(Low)으로 평가한다. 이상반응의 보고는 없으나 중대한 이상반응의 위험이 예상되지 않는다는 것과 한의사 대상 설문조사 결과⁸⁾에서 추나치료가 견비통 질환 치료에 적용하는 활용도와 중요도가 높은 한의중재로 확인되었으며, 추나요법의 건강보험 보장성 강화 이후 추나치료는 환자 요구도가 높고 경제적인 치료로 알려져 있다는 것을 고려하여 근거수준을 그대로 인용하여 별도의 조정 없이 권고등급 C를 부여한다. 본 권고문의 도출을 위해 분석된 무작위 대조군 임상연구의 수가 많지 않음을 고려 시 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추정치에 대한 확신 정도가 변할 수 있으며, 추정치가 달라질 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서는 체계적 문헌고찰을 통한 메타분석 연구를 선정하여 분석 후 권고안을 도출하였다. 본 한의표준임상진료지침에서는 무작위 대조군 연구를 기준에 따라 선정하여 분석하는 것을 원칙으로 함에 따라 임상질문을 설정하고 분석하여 권고안을 도출하였다. 또한 “추나치료”의 검색어로 검색되는 연구의 한계를 고려하여 추나치료의 행위정의에 따라 임상경력 8년 이상의 한방재활의학과 전문의가 전체 원문을 확인하여 추나치료에 부합하는 중재를 모두 포함하여 분석할 수 있도록 노력하였다.

[참고문헌]

1. Kardouni JR, Pidcoe PE, Shaffer SW, et al. Immediate changes in pressure pain sensitivity after thoracic spinal manipulative therapy in patients with subacromial impingement syndrome: A randomized controlled study. *Manual therapy*. 2015;20:540-6.
2. Haik MN, Albuquerque-Sendin F, Camargo PR. Short-term effects of thoracic spine manipulation on shoulder impingement syndrome: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2017;98:1594-605.
3. Silva AC, Santos GM, Godoy Marques CM, Marques JLB. Immediate effects of spinal manipulation on shoulder motion range and pain in individuals with shoulder pain: a randomized trial. *Journal of Chiropractic Medicine*. 2019;18(1):19-26.
4. Michener LA, Kardouni JR, Sousa CO, Ely JM. Validation of a sham comparator for thoracic spinal manipulation in patients with shoulder pain. *Manual therapy*. 2015;20:171-5.
5. Schwerla F, Hinse T, Klosterkamp M, Schmitt T, Rutz M, Resch KL. Osteopathic treatment of patients with shoulder pain. A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Body work & Movement Therapies*. 2020;24:21-8.
6. Surenkok O, Aytar A, Baltaci G. Acute effects of scapular mobilization in shoulder dysfunction: a double-blind randomized placebo-controlled trial. *Journal of Sport Rehabilitation*. 2009;18:493-501.
7. 王刚, 张德清, 林元平, 何建永. 体外冲击波与关节松动术治疗肩关节周围炎的临床疗效对比. *中华物理医学与康复杂志*. 2006;28(2):110-3.
8. Park JW, Song Y, Keum DH, Park SH. Survey of Korean Medicine Doctors' Practices in Treating Shoulder Pain: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2025;13(13):1482.

8) 도인운동치료

【 R8 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 생활관리에 비해 도인운동치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 도인운동치료는 회전근개 및 견갑대 근육의 기능을 조절하며 견관절, 견쇄관절, 견흉부의 생리적 움직임을 회복하고 촉진하는 것을 목적으로 활용할 수 있다. 어깨 수술의 과거력이 있는 환자, 어깨의 움직임과 관련한 다른 부위의 수술(금속삽입, 고정 포함) 과거력이 어깨의 움직임에 영향을 주는 경우, 염증성 관절염이 의심되는 경우 등은 도인운동치료 적용에 주의하여야 한다.

(1) 배경

도인운동요법은 과거의 ‘신체를 굽히고, 펴고, 두드리고, 호흡과 동작을 맞추는 운동법’인 도인법¹⁾에서 발전하여 ‘척추 및 사지 관절의 통증성 질환에 대하여 환자의 호흡을 조절하면서 피/능동적인 운동을 통해 관절의 통증과 그로 인한 기능장애를 치료하는 것’을 목적으로 하는 한방 물리요법을 의미한다.¹⁾ 도인운동요법의 행위정의를 관절의 구축 또는 가동범위 제한으로 인한 운동장애를 목적으로 시행주체가 한의사인 수동적 운동을 의미하며 능동적 운동이 아니라는 점에서 자가운동과 구분된다.¹⁾ 어깨 통증 환자에 대한 도인운동요법은 추나요법과 구별되는 행위이며, 관절의 구축 또는 가동범위 제한으로 인한 운동장애에 대해 맞춤형 호흡법을 유도하면서 그에 따른 근육 강화운동 및 수동적 관절운동 등을 적용하여 치료하는 행위를 의미한다¹⁾.

운동요법은 기개발 견비통 한의표준임상진료지침 개발과정에서 한의사들의 수요가 가장 높았던 치료 방법²⁾이며, 최근 추나요법의 건강보험 보장 및 도수치료 등 수기요법의 비용과 함께 환자들의 수요가 높은 치료 방법이지만 그 근거가 부족하여 도인운동치료의 견비통 질환 치료에 대한 유효성과 안전성을 확인하고자 본 권고안을 마련하였다.

치료적 운동(therapeutic exercise)을 모두 포함한 포괄적 문헌 검색을 시행한 이후 도인운동치료의 행위정의를 부합하는 연구를 선정하여 분석을 시행하였다.

(2) 임상질문 : Q8

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 도인운동요법이 생활관리에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	도인운동요법	생활관리	기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Li 등(2020)³⁾은 노인 어깨 통증 환자에게 전통도인운동(n=20) 혹은 생활관리를 12주간 시행하여 도인운동을 시행한 군에서 CMS 어깨기능평가척도의 통증, 생활정도, 근력의 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전 효과를 확인하였다.

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, CMS 기능평가척도의 통증과 생활정도 지표에서 치료 전 대비 치료 후 도인운동치료군의 통계적으로 유의한 개선효과를 확인하였다(CMS_pain MD 4.93 [95% CI 2.76, 7.10, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; CMS_ADL MD 4.89 [95% CI 3.51, 6.27, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
CMS_pain important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.93 높음 [2.76, 7.10]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS_ADL important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.89 높음 [3.51, 6.27]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS_ROM important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 8.68 높음 [6.81, 10.55]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS_MMET important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 0.52 낮음 [-1.78, 0.74]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (physical functioning) important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 11.10 높음 [2.60, 19.60]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (role limitation- physical) important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 20.49 높음 [3.23, 37.75]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (bodily pain) important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 8.06 높음 [0.87, 15.25]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (general health) important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 16.94 높음 [8.18, 25.70]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (vitality) important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 9.46 높음 [0.58, 18.34]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SF-36 (social functioning) important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 12.75 높음 [-2.33, 27.83]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (role limitation- emotion) important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 24.15 높음 [5.83, 42.47]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (mental health) important	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 9.83 높음 [1.12, 18.54]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300.

c: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 도인운동치료 단독치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하고자 마련하였다. 도인운동치료를 단독으로 시행한 연구가 많지 않아 근거수준 확인 및 권고안 도출에 어려움이 있었다. 도인운동치료를 단독으로 시행한 연구를 선정하여 그 유효성과 안전성을 평가하고자 하였으나, “therapeutic exercise,” “치료적 운동”으로 확인할 경우 한의중재인 도인운동요법의 행위정의에 부합하지 않는 경우가 많았으며, 도인운동으로 정의한 경우에도 수술 후 재활환자 등에 주로 적용하고 있어 본 한의표준임상진료지침이 정의한 연구대상에 부합하지 않았다.

도인운동요법과 생활관리를 비교하여 전체 근거수준을 평가할 때 모든 지표가 중요한(important) 결과지표에 해당되었으며 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 분석에 포함된 연구에 비뚤림 위험이 존재하며 총 대상자 수 부족으로 인한 비정밀성이 존재함에 따라 근거수준을 하향조정하였다. 또한, 근거수준 평가를 위한 분석에 포함된 연구가 1편에 불과하여 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추정치에 대한 확신 정도가 변할 수 있으며, 추정치가 달라질 수 있다. 중재의 근거수준을 평가하고 권고문을 도출함에 있어 임상질문 중 통증 및 가동범위 개선효과를 확인하고자 마련한 임상질문에 가중치를 두어 평가하고자 하였으나 도인운동요법과 관련하여 기능 및 삶의 질 개선효과를 보고한 연구만이 존재함에 따라, 해당 임상질문을 인용하여 도인운동요법의 근거수준을 낮음(Low)으로 평가한다. 도인운동요법에 대한 요구도가 증가하고 있으며, 중대한 이상반응이 보고되지 않았다는 점에서 근거수준 낮음(Low)을 그대로 인용하여 권고등급 C를 부여한다.

도인운동은 임상에서 주로 단독치료보다는 다른 한의중재에 결합한 복합치료의 형태로 많이 고려되며 도인운동치료를 포함한 한의복합치료는 R17을 참고한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서는 도인운동요법에 대한 별도 권고안을 도출하지 않고 추나요법, 수기요법에 대해서만 권고안을 도출하였다. 도인운동치료를 한의증재로 사용한 무작위 대조군 임상연구가 많지 않으나 한의사와 견비통 환자의 수요도가 높은 치료라는 배경을 고려하여 본 한의표준임상진료지침에서는 별도의 권고안을 도출하였다.

[참고문헌]

1. 척추신경추나의학회. 추나의학 2.5판. 척추신경추나의학회. 2017:431-6
2. 견비통 한의표준임상진료지침. 한의학연구원. 2020.
3. 李俊俊(2020). 基于中医养生典籍的新编导引方对中老年慢性肩痛患者的康复效果研究(硕士学位论文, 上海体育学院). <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?db-name=CMFD202101&filename=1020654252.nh>

9) 한약치료

【 R9 】

권고안		권고등급/근거수준
R9-1	성인 견비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 위약에 비해 한약외용제의 적용을 고려해야 한다.	B/Moderate
R9-2	성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 생활 관리에 비해 한약경구복용을 전문가 그룹의 합의에 근거하여 권고한다.	GPP

임상적 고려사항

- 한약외용제를 적용할 때에는 개체 특이적인 피부 과민반응에 주의하여야 하며 접촉성 알레르기 반응으로 수포, 발적, 소양감 등이 발생할 수 있음을 고려하여야 한다.

(1) 배경

견비통 증상 개선을 위해 적용할 수 있는 한약치료는 크게 외용제와 경구복용으로 나눌 수 있으며, 임상현장에서도 한약치료를 활발히 적용하고 있으나, 무작위 대조군 연구는 많지 않다.

분석에 포함된 연구는 성인 견비통 환자에게 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 등의 견비통 증상 개선을 목적으로 연구를 시행한 무작위 대조군 임상연구만을 선정하였다. 견비통의 이유가 경추나 다른 부위의 연관통인 경우, 뇌졸중이나 유방암 등 다른 원인질환이 있는 경우, 어깨 수술 후 환자를 대상으로 한 임상연구는 제외하였다.

시험군의 중재로 한약치료를 단독사용한 경우만을 선정하였으며 중재의 이질성을 고려하여 외용제와 경구복용을 분류하여 임상질문을 설정하였다. 또한 치료 목적에 따라 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선으로 임상질문을 구분하여 분석을 시행하였다. 분석에 포함된 연구는 한국에서 유통되지 않는 한약재를 포함한 한약의 경우 제외하였고 외용제는 단독적용한 경우에만 포함하였다.

(2) 임상질문 : Q9

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 한약외용제를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한약외용제	위약	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Jo 등(2014)¹⁾은 견비통 환자 30명에게 연자육(蓮子肉), 박하(薄荷), 황련(黃連), 감국(甘菊), 산조인(酸棗仁), 원지(遠志), 석창포(石菖蒲), 향부자(香附子), 죽여(竹茹), 백복신(白茯神) 등으로 구성된 한약외용제(n=15)와 위약(n=15)을 2주 동안 적용하고

VAS와 SPADI를 평가하여 두 군 모두에서 통증과 기능의 호전을 확인하였고, 치료군이 대조군 대비 통계적으로 유의하였다.

(2) 임상질문 : Q9-1-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 한약외용제가 위약에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한약외용제	위약	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, VAS 통증 척도는 MD - 23.26 [95% CI - 34.56, -11.96, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]로 나타나 한약치료군에서 위약군에 비해 통계적으로 유의한 통증 감소를 확인하였다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
VAS critical	30 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 23.26 낮음 [-34.56, -11.96]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q9-1-2

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 한약외용제가 위약에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한약외용제	위약	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, SPADI 기능 척도는 MD - 19.34 [95% CI - 28.17, -10.51, $p < 0.0001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]로 나타나 한약치료군에서 위약군에 비해 통계적으로 유의한 통증 호전을 확인하였다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SPADI critical	30 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -19.34 낮음 [-28.17, -10.51]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

SPADI: Shoulder pain and disability index

a: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q9-2

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 한약경구복용이 대조군에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한약경구복용	대조군(무처치 대조군, 침치료, 진통소염제)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Ko 등(2022)²⁾은 어깨 통증 환자를 한약치료군과 무처치 대조군으로 나누어 한약치료군은 계지복령환을 복용하게 하고 대조군은 한약 복용 없이 생활관리만을 시행하였다. 8주의 치료 후 통증평가 및 혈액검사를 시행하여 치료 전후 증상 개선을 확인하였다.

Li 등(2017)³⁾은 오십견 환자에게 익기통양탕을 복용하는 한약치료 혹은 침치료를 적용하여 10일 후 치료율, 어깨 기능, 통증을 평가하여 침치료군에 비해 한약치료군에서 통계적으로 유의한 호전율을 확인하였다.

그러나 Ko 등(2022)²⁾은 핵심적인 결과지표인 통증VAS의 수치를 변화값으로 제시하여, 본 임상진료지침 고도화에서 설정한 결과값의 제시방법과 일치하지 않는다는 점, Li 등(2017)³⁾은 통증을 이분형 수치로 제시하는 등 선택적 결과보고의 위험이 높다는 점과 두 연구의 대조군에 이질성이 존재한다는 점을 고려하여 근거수준 및 권고 등급 평가를 위한 정량분석에서는 제외하였다.

Li 등(2013)⁴⁾은 오십견 환자를 유간통락탕 복용과 생활관리(자가운동)를 시행하는 한의복합치료군과 이부프로펜 복용과 운동치료를 시행하는 의과통상치료군으로 나누어 3주간 치료를 시행 후 호전율과 통증을 평가하여 한의복합치료군에서 통계적으로 유의한 통증 감소를 확인하였다.

He 등(2014)⁵⁾은 오십견 환자에게 견웅탕 복용과 생활관리(자가운동)를 시행하는 한의복합치료군과 이부프로펜 복용과 운동치료를 시행하는 의과통상치료군으로 나누어 30일 동안 치료를 시행 후 호전율과 어깨의 통증 및 기능점수를 평가하여 한의복합치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 통증 감소를 확인하였다.

그러나 두 연구 모두 통증 VAS를 이분형 변수로 보고하여 선택적 보고의 위험을 줄이기 위해 정량분석에서는 제외하였으며 별도의 근거수준 평가는 시행하지 않았다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 한약치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하고자 마련하였다. 한약의 적용 방법이 다름을 고려하여 한약외용제에 대한 세부권고 9-1과 한약 경구복용에 대한 세부권고 9-2로 분리하여 권고안을 도출하였다. 세부권고 내에서 임상질문에 따라 한약외용제의 견비통 증상 효과를 통증 개선효과(임상질문 9-1-1) 및 기능 및 삶의 질 개선효과(임상질문 9-1-2)로 나누어 분석하였다. 임상질문 9-1-1과 9-1-2에 포함된 연구에서는 연자육(蓮子肉), 박하(薄荷), 황련(黃連), 감국(甘菊), 산조인(酸棗仁), 원지(遠志), 석창포(石菖蒲), 향부자(香附子), 죽여(竹茹), 백복신(白茯神) 등으로 구성된 한약추출물의 항염효과 및 진통작용을 이용하여 생체 이용능이 높은 젤 형태의 외용제를 만성 통증에 대한 진통작용을 치료 목적으로 활용하였다. 통증 VAS와 SPADI 기능점수 모두 통계적으로 유의한 호전을 보였으나, 전체적인 근거수준은 총 대상자 수 부족으로 인한 비정밀성의 문제가 발생하여 중등도(Moderate)로 평가되었다. 분석에 포함된 연구가 1편에 불과하여 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추정치에 대한 확신 정도가 변할 수 있고, 추정치가 달라질 수 있으나 임상에서의 높은 활용도⁶⁾를 고려하여 통증 개선효과의 근거수준 평가 결과인 중등도(Moderate)를 인용하고 이에 따라 한약외용제에 대해 권고등급 B를 부여한다.

한약 경구복용의 효과를 확인하기 위한 임상질문 9-2에는 무처치 대조군과 침치료, 진통소염제 복용을 대조군에 적용한 4개의 연구가 포함되었다. 본 임상진료지침에서 핵심적인 평가지표로 설정한 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 평가척도에 대한 결과지표를 보고한 연구가 부재하여 정량분석을 시행하지 않았다. 이에 따라 핵심적인 평가지표에 대한 근거 평가가 불가하지만, 한약치료가 임상에서 활발하게 사용되는 중요한 중재라는 점을 고려하여 전문가 그룹의 합의에 따라 GPP의 권고등급을 부여한다. 임상에서 활발하게 사용되는 어깨 통증에 대한 한약처방으로는 오약순기산, 서경탕, 견비탕, 오적산, 당귀수산, 개결서경탕 등이 있으며 이외에도 회수산, 이진탕, 서근탕 등의 다양한 처방이 활용되고 있다⁶⁾. 한약치료를 적용할 때에는 변증 등 견비통 환자의 개인 특성을 고려하여 적용이 필요하며 병인과 관련하여 풍한습(風寒濕), 어혈(瘀血), 담음(痰飲), 기혈양허(氣血兩虛), 허한(虛寒), 간신흔손(肝腎虧損) 등으로 나누어 적용할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침과 비교하여 임상활용도가 높은 한약 경구복용에 대한 권고안을 추가하였으며 한약추출외용제에 대한 권고안은 동일하다.

[참고문헌]

1. Jo SJ, Choi YD, Jang JT, Kim KS, Lee SD. A randomized controlled clinical trial of topical herbal gel treatment for chronic shoulder pain. *The Acupuncture*. 2014;31(4):1-9.
2. Ko MM, Jung J, Lee JE, Shin SM, Sung HK, Go HY, Jang S. Metabolomic analysis of Gyeji-bongneyong-Hwan for shoulder pain: a randomized, wait-list controlled pilot trial. *Phyto-medicine*. 2022;104:154248.
3. Li Q. Clinical observation on treating periarthrititis of shoulder by the Yiqi Tongyang therapy. *Clinical Journal of Chinese Medicine*. 2017;9(30):80-2.
4. 林彦生. 自拟柔肝通络汤治疗肩关节周围炎 48例. *广西中医药*. 2013;36(5):33-4.
5. 赫军, 李丽华, 王海红, 余伟, 赫辉. 自拟肩凝汤配合功能锻炼治疗肩关节周围炎疗效观察. *中医正骨*. 2014;26(2):49-50.
6. Park JW, Song Y, Keum DH, Park SH. Survey of Korean Medicine Doctors' Practices in Treating Shoulder Pain: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2025;13(13):1482.

2

한의학복합치료

10) 침치료를 포함한 한의학복합치료

【 R10 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의학복합치료를 고려해야 한다.	B/Low

임상적 고려사항

- 침치료와 함께 적용하는 한의중재로 추나요법을 포함한 한의수기요법 이외에도 뜸치료, 부항치료, 약침치료, 한의물리요법 등을 고려할 수 있다.

(1) 배경

침치료는 견비통에서 가장 활발하게 사용되는 한의치료 방법으로 침치료 단독으로 시행하기도 하나, 다른 한의중재치료를 함께 활용하여 한의학복합치료의 형태로 활용하는 것 역시 임상현장에서 쉽게 볼 수 있다.

본 권고안은 침치료를 중심으로 한 한의학복합치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하기 위한 권고안으로 일반침치료를 포함한 한의학복합치료를 중재군에 시행하고, 대조군에서 침치료를 제외한 한의통상치료 혹은 의과통상치료를 시행한 경우를 선정하여 분석을 시행하였다. 침치료를 포함한 한의학복합치료의 보다 명확한 효과 분석을 위하여 대조군의 중재와 시험군의 중재를 비교할 때, 침치료 외의 다른 중재가 존재하는 경우는 모두 제외하였다. 성인 견비통 환자의 견비통 원인 질환은 회전근개질환, 충격 증후군, 유착성 관절낭염 등을 모두 포함하였으나, 뇌졸중이나 유방암, 경추 디스크 탈출증 등 다른 질환에 속발한 어깨 통증은 배제하였다.

대조군으로 의과통상치료를 적용한 경우는 물리치료, 진통소염제 경구복용, 주사요법, 수기요법 등의 일반적인 통상치료를 모두 포함하고 제한을 두지 않았다. 대조군으로 한의학복합치료를 확인한 경우는, 시험군의 한의학복합치료 중재에서 침치료를 제외하고 다른 치료내용이 동일한 경우만을 포함하여 한의학복합치료 시 침치료의 효과를 좀 더 명확히 분석하고, 한의학복합치료에 대한 정량분석 시 이질성을 비롯한 오류를 줄이고자 하였다. 침치료를 포함한 한의학복합치료의 근거수준 및 권고등급을 평가하기 위한 연구결과를 도출함에 있어서 선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 또한 결과값을 평균과 중간값을 섞어서 보고한 경우 역시 배제하였다. 연구가 시험군과 대조군의 두 군을 비교하는 것이 아니라, 세 군을 비교하는 형태로 설계된 경우는 제외하였다.

이에 따라 침치료와 운동치료를 함께 시행한 한의복합치료와 운동치료를 비교한 임상질문을 본 권고안에서 포함하여 근거수준과 권고등급을 평가하였다.

(2) 임상질문 : Q10

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의 복합치료가 운동치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	침치료+운동치료	운동치료	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Arias-Buria JL(2017)¹⁾은 견봉하통증을 호소하는 환자를 극상근, 극하근, 견갑주위 안정화 운동을 중심으로 하는 운동치료만 시행하는 대조군(n=25)과 운동치료에 침치료를 함께 시행하는 시험군(n=25)으로 나누어 5주간 10회의 중재를 적용하고 1년간 추적관찰을 하였다. 치료 직후와 12개월 후 두 군 간의 평균 통증정도의 감소는 통계적으로 유의하지는 않으나 시험군에서 더 크게 나타났으며 DASH 점수는 12개월 후 운동과 침치료를 함께 시행한 군에서 대조군에 비하여 통계적으로 유의하게 더 큰 개선 효과를 확인하였다.

Sun KO(2001)²⁾는 35명의 유착성 관절낭염 환자를 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 군과 운동치료만을 시행하는 군으로 나누어 6주간 연구를 시행하였다. 6주 후와 20주 후 두 그룹 모두 통계적으로 유의한 CSA의 개선을 나타냈으며 CSA의 호전율은 6주 후와 20주 후 모두 침치료와 운동치료를 함께 시행한 군에서 통계적으로 유의하게 더 큰 효과를 나타내었다.

(2) 임상질문 : Q10-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 운동치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	침치료+운동치료	운동치료	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 치료 직후 및 6개월 후, 12개월 후의 평균 통증 NRS 점수가 치료군에서 대조군 대비 호전하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다(통증 NRS_IAT MD -0.10 [95% CI -1.46, 1.26, p=0.89 / I²=Not applicable]; 통증 NRS_6개월 후 MD -0.50 [95% CI -2.14, 1.14, p=0.55 / I²=Not applicable]; 통증 NRS_12개월 후 MD -0.40 [95% CI -1.40, 0.60, p=0.43 / I²=Not applicable]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain NRS-mean IAT critical	50 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.10 낮음 [-1.46, 1.26]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain NRS-mean 6months critical	49 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.50 낮음 [-2.14, 1.14]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain NRS-mean 12months critical	47 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.40 낮음 [-1.40, 0.60]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain NRS- worst IAT important	50 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.30 높음 [-1.20, 1.80]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain NRS-worst 6months important	49 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.50 낮음 [-2.14, 1.14]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain NRS-worst 12months important	47 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.40 낮음 [-1.40, 0.60]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately after treatment; NRS: Numeric rating scale for pain intensity;

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q10-2

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 운동치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	침치료+운동치료	운동치료	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, DASH와 CMS 기능평가척도는 모두 대조군 대비 시험군에서 통계적으로 유의한 호전을 나타내 어깨 기능 개선 효과를 확인하였다(DASH MD -20.60 [95% CI -23.75, -17.45, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; CMS MD 9.20 [95% CI 0.54, 17.86, $p = 0.04$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
DASH IAT critical	50 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 20.60 낮음 [-23.75, -17.45]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
DASH 12months critical	47 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 13.90 낮음 [-18.49, -9.31]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
CMS IAT critical	35 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 9.20 높음 [0.54, 17.86]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately after treatment; DASH: Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand; CMS: Constant-Murley score

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 견비통 환자의 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 등의 견비통 증상 개선을 위해 일반침치료와 운동치료를 함께 적용하는 한의복합치료의 시행을 고려해야 하는가라는 본 권고문은 침치료를 포함한 한의복합치료의 효과를 확인하기 위해 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의복합치료와 운동치료의 통증, 기능 개선효과를 비교하는 임상질문을 분석한 이후 제시되었다.

임상질문에 포함된 연구의 근거수준은 모두 낮음(Low)으로 평가되었으며 분석에 포함된 연구의 설계 상 실험군과 대조군의 중재가 상이함에 따른 비뚤림 위험이 존재하며 포함된 연구가 1편으로 연구대상자 수 부족에 따라 하향조정하였다. 견비통의 임상 특성상 움직임을 개선하는 운동치료가 중요 중재라는 점을 고려할 때, 운동치료와 침치료를 함께하는 한의복합치료를 운동치료와 비교하는 본 임상질문의 효과 추정치는 낮게 평가되었을 수 있다. 침치료를 포함한 한의복합치료는 임상에서 활용도와 중요도가 높은 한의중재³⁾에 해당하며 이상반응의 보고가 매우 드물어 위해가 이익을 상회하는 중재가 아니라고 판단된다. 이에 따라 근거수준, 임상효능, 전문가 의견을 종합적으로 평가하여 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의복합치료에 대해 권고등급을 상향조정하며 B를 부여한다. 포함된 연구의 수가 적은 점을 고려할 때 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추정치와 그 확실정도가 변할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서 침치료의 치료효과 확인을 위해 포함한 Lewis J(2017)⁴⁾는 227명의 견봉하통증 환자를 운동군(n=73), 운동과 침치료를 함께

시행하는 군(n=77), 운동과 침치료를 함께 시행하는 군(n=77)으로 나누어 연구를 시행하고 운동치료와 침치료를 시행한 군에서 6개월 및 12개월 후의 진통제 복용률이 더 감소하였으며 12개월 후의 야간통 비율 역시 더 낮게 나타나는 것을 확인하였으나, 세 군을 비교하는 연구설계에 따라 문헌선정 기준에 맞지 않아 제외하였다. 또한, Johansson 등(2011)⁵⁾을 분석한 바 있으나, 침치료와 생활관리(자가운동)를 시행한 시험군과 스테로이드 주사요법을 시행한 대조군을 비교하여 본 임상질문에 맞지 않아 제외하였다. 또한, 기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서 포함된 Johansson 등(2005)⁶⁾는 어깨기능평가척도인 UCLA, AL, CM의 합산점수만을 나타내어 선택적 결과보고의 위험이 높다고 판단되어 정량분석에서 제외하였다.

[참고문헌]

1. Arias-Buria JL, Fernandez-de-las-Penas C, Palacios-Cena M, et al. Exercise and dry needling for subacromial pain syndrome: a randomized parallel-group trial. *The Journal of Pain*. 2017;18(1):11-8.
2. Sun KO, Chan KC, Lo SL, Fong DYT. Acupuncture for frozen shoulder. *Hong Kong Medical Journal*. 2001;7(4):381-91.
3. Park JW, Song Y, Keum DH, Park SH. Survey of Korean Medicine Doctors' Practices in Treating Shoulder Pain: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2025;13(13):1482.
4. Lewis J, Sim J, Barlas P. Acupuncture and electro-acupuncture for people diagnosed with subacromial pain syndrome: a multicentre randomized trial. *European Journal of Pain*. 2017. doi:10.1002/ejp.1001
5. Johansson K, Bergstrom A, Schroder K, Foldevi M. Subacromial corticosteroid injection or acupuncture with home exercise when treating patients with subacromial impingement in primary care-a randomized clinical trial. *Family Practice*. 2011;28:355-65.
6. Johansson K, Adolfsson LE, Foldevi MO. Effects of acupuncture versus ultrasound in patients with impingement syndrome: Randomized clinical trial. *Physical Therapy*. 2005;85(6):490-501.

11) 화침치료를 포함한 한의복합치료

【 R11 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 한의통상치료와 화침치료를 함께 적용하는 한의복합 치료를 시행하는 임상질문에 대해 권고안을 비도출한다.	Inconclusive

임상적 고려사항

- 화침치료는 침치료, 전침치료 이외에도 온침치료 등의 한의치료와 병행하여 한의복합치료를 시행할 수 있다. 화침치료를 포함한 한의복합치료를 시행할 때는 화상 및 감염에 주의하여야 한다.

(1) 배경

화침치료는 침침 혹은 침체를 가열하여 추가적인 자극을 유도하는 침치료 방법으로 임상현장에서 화침 단독치료를 시행하기도 하나 일반침치료와 함께 한의복합치료로 활용하는 경우가 많다. 이에 따라 일반침치료 등을 포함한 한의통상치료에 화침치료를 병행하는 한의복합치료의 효과를 확인해보고자 하였다.

분석에 포함된 연구는 성인 견비통 환자에게 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 등의 견비통 증상 개선을 목적으로 연구를 시행한 무작위 대조군 임상연구만을 선정하였다. 견비통의 이유가 경추나 다른 부위의 연관통인 경우, 뇌졸중이나 유방암 등 다른 원인질환이 있는 경우, 어깨 수술 후 환자를 대상으로 한 임상연구는 제외하였다.

시험군의 중재로 화침치료를 포함한 한의복합치료를 시행하고, 대조군의 중재로 화침치료가 포함되지 않은 치료를 시행한 경우를 선정하였다. 화침치료의 효과를 명확히 분석하기 위하여 시험군에서 대조군의 중재를 동일하게 적용하고 화침치료를 추가적으로 시행한 한의복합치료를 시행한 연구를 우선 선정하여 분석하였다.

연구결과를 도출함에 있어 선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 이에 따라 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 연구가 시험군과 대조군의 두 군을 비교하는 것이 아니라, 세 군을 비교하는 형태로 설계된 경우 역시 포함하지 않았다.

(2) 임상질문 : Q11

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 화침치료와 한의치료(침치료, 전침치료, 침도치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 화침치료를 포함하지 않은 한의단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	화침치료+한의치료 (침치료, 전침치료)	한의통상치료 (침치료, 전침치료)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Yan 등(2019)¹⁾은 오십견 환자 120명을 화침치료와 일반침치료를 시행하는 한의복합치료군(n=60)과 일반침치료군(n=60)으로 나누어 2주간 연구를 시행하였다. 6회의 치료 결과 두 군 모두에서 hundred-mark five-grade의 호전을 확인하였으며 화침치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 보였다. 치료율 또한 화침치료군이 대조군 대비 통계적으로 유의하게 높았다.

Li 등(2013)²⁾은 오십견 환자에게 화침치료와 일반침치료를 함께 시행하는 한의복합치료(n=31) 혹은 일반침치료(n=30)를 적용하였다. 20회의 치료 후 두 군 모두에서 VAS, CMS의 호전을 확인하였으며 군 간 비교는 보고하지 않았다.

Lai 등(2018)³⁾은 오십견 환자 61명에게 전침치료와 화침치료를 함께 시행하는 한의복합치료(n=31) 혹은 전침치료(n=30)를 10회 시행하여 두 군 모두에서 치료 전 대비 치료 후 VAS와 움직임 범위의 호전을 확인하였으며 군 간 비교 시 한의복합치료군이 대조군 대비 통계적으로 유의하였다.

Yu 등(2021)⁴⁾은 회전근개 손상이 있는 어깨 통증 환자 60명을 화침치료와 도수치료를 함께 적용하는 한양방복합치료군(n=30)과 도수치료만 시행하는 대조군(n=30)으로 나누어 6주의 연구를 시행하였다. 치료 결과 두 군 모두에서 치료 전 대비 VAS, CMS의 호전을 확인하였으나 한양방복합치료군에서 대조군에 비하여 통계적으로 유의한 호전을 확인하였다.

포함된 연구 중 움직임 범위를 움직임별로 나타내지 않고 모두 더하여 나타내거나, 주로 사용되지 않는 평가척도를 활용한 경우 정량분석에서는 해당 지표를 제외하고 시행하였다.

(2) 임상질문 : Q11-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 화침치료와 한의치료(침치료, 전침치료, 침도치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 화침치료를 포함하지 않은 한의단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	화침치료+한의치료 (침치료, 전침치료)	한의통상치료(침치료, 전침치료)	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, VAS 통증 평가척도는 치료 전과 비교하여 치료 후 화침치료를 포함한 한의복합치료군에서 대조군과 비교하여 통계적으로 유의한 호전을 나타냈다(VAS MD -1.44 [95% CI -2.21, -0.68, p=0.01 / I²=82%]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS critical	182 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{abc}	-	-	MD 1.44 낮음 [-2.21, -0.68]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

VAS: Visual analogue scale

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: $I^2 > 75$, but the effects are consistent.

c: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q11-2

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 화침치료와 한의치료(침치료, 전침치료, 침도치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 화침치료를 포함하지 않은 한의단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	화침치료+한의치료 (침치료, 전침치료)	한의통상치료 (침치료, 전침치료)	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, CMS 기능평가척도는 치료 전과 비교하여 치료 후 화침치료를 포함한 한의복합치료군에서 대조군과 비교하여 통계적으로 유의하게 호전하였다(CMS MD 9.50 [95% CI 6.26, 12.74, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
CMS critical	60 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}			MD 9.50 높음 [6.26, 12.74]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 성인 견비통 환자의 통증, 가동범위, 기능, 삶의 질 등의 견비통 증상 개선을 위해 화침치료와 한의통상치료를 함께 시행하는 한의복합치료의 효과를 확인하고자 마련하였다. 화침치료의 효과를 확인하기 위하여 대조군의 중재를 시험군에서 그대로 적용하고 화침치료만 추가로 시행하는 한의복합치료를 시험군의 중재로 적용한 연구를 우선 선정하여 분석을 시행하였으며 통증과 기능 및 삶의 질 개선의 치료 목표에 따라 임상질문을 구분하여 분석하였다. 화침치료를 포함한 한의복합치료의 통

증 개선 효과는 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 호전되었으나, 근거수준은 실험군과 대조군의 중재가 상이함에 따른 비뚤림 위험, 연구대상자 수 부족으로 인하여 낮음(Low)으로 평가되었다. 함께 시행한 중재의 차이, 연구에서 선정한 어깨 통증 유발 질환의 특성 차이로 인한 연구 대상 특성의 차이 등에서 비롯한 연구의 이질성이 존재할 수 있으며, 통증 평가 시 화침치료의 방식을 고려할 때, 일반침치료 등의 한의통상 치료에 비해 견비통 환자의 주관적 통증 감각이 개입되었을 확률 역시 고려할 수 있다. 화침치료를 포함한 한의복합치료의 기능 및 삶의 질 개선효과를 확인한 임상질문 11-2에서는 대조군 대비 통계적으로 유의한 기능개선효과를 확인하였으며 근거수준은 실험군과 대조군의 중재가 상이함에 따른 비뚤림 위험, 연구 대상자 수 부족에 따라 낮음(Low)으로 평가되었다.

권고문 도출 시, 통증 및 가동범위 개선효과와 관련한 임상질문의 근거수준을 우선 인용하고자 함에 따라 임상질문 11-1의 근거수준을 바탕으로 권고문의 도출을 위해 다양한 검토와 전문가 의견을 수렴하였으나 합의 도출을 이루지 못하여 통증 개선에 대한 화침치료를 포함한 한의복합치료에 대한 권고안을 비도출하였다. 평가에 포함된 연구의 수가 적고 이질성이 존재한다는 점, 전체 연구대상자 수가 적음을 고려할 때 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추정치에 대한 확신정도가 변할 수 있으며 추정치 역시 바뀔 수 있다. 화침치료는 화상 및 감염의 위험이 존재하므로 이득-위해를 고려 시 한의사의 적절한 시술이 필요하다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의임상진료지침과 달리, 연구결과를 도출함에 있어 선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 이에 따라 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 또한, 기개발된 견비통 한의임상진료지침에서 포함된 Zhang 등(2015)⁵⁾은 대조군이 3군 이상인 4군을 비교하는 연구로, 본 한의표준임상진료지침의 문헌 선정 기준에 부합하지 않아 분석에서 제외하였다.

기개발된 견비통 한의임상진료지침에서는 화침 단독치료와 일반침치료를 비교하는 임상질문을 설정하여 Li 등(2008)⁶⁾, Zhang 등(2015)⁷⁾, Yang 등(2007)⁸⁾, Hu 등(2011)⁹⁾의 연구 4편을 분석하고 일반침치료에 비한 화침치료의 견비통 증상 개선효과의 근거수준을 낮음(Low)으로 평가하고 권고등급 C를 부여하였다. 그러나 본 한의임상진료지침에서는 한의중재끼리의 비교는 임상현장에서의 의사결정 시, 한의통상치료(침치료 및 전침치료, 부항치료 등)와 다른 중재의 복합치료를 고려하는 경우가 더 많다는 점과 한의중재의 치료효과를 평가하는 핵심질문끼리 상충할 수 있다는 점을 고려하여 시행하지 않기로 함에 따라 일반침치료와 비교한 화침단독치료의 권고안은 도출되지 않았다.

[참고문헌]

1. Yan G, Liu MY, Wang S, Chen YH, Jie JP, Ji MQ. Combination of fire needle and filiform needle for frozen shoulder in different clinical stages. *World Journal of Acupuncture-Moxibustion*. 2019;29:119-22.
2. Li H, Ding HT, Wu JM, Shi RX. Clinical observation on shoulder pain in patients with peri-arthritis of shoulder by filiform needle and fire needle therapy. *JCAM*. 2013;29(19):1-4.
3. Lai H, Guo Q. Filiform needle, clinical observation on the treatment of periarthritis of shoulder with acupuncture. *Chinese Manipulation & Rehabilitation Medicine*. 2018;9(1):36-7.
4. Yu J, Chu J, Wang Y, Chen S, Wei Y. Clinical efficacy of fire needle stimulation of myofascial trigger point combined with rehabilitation training in the treatment of shoulder cuff injury. *China Modern Doctor*. 2021;59(32):1-6.
5. Zhang C, Zhang Y, Wang R, Xiong H, Liao Y. Clinical study on fire-needle combined with acupotomy therapy for supraspinatus tendinitis. *World Chinese Medicine*. 2015;10(1):93-6.
6. 李共信, 张锡三, 陈淑彦, 王建林. 火针治疗肩关节周围炎临床观察. *上海针灸杂志*. 2008;27(9):27-8.
7. Zhang X, Chen S, Jin F, Li G. Observation of the therapeutic effect of fire needle therapy on frozen shoulder. *Chinese Community Doctors*. 2015;31(18):77-8.
8. 杨晋红. 火针治疗肩关节周围炎64例. *中国针灸*. 2007;27(9):707-8.
9. 胡美新. 火针治疗肩关节周围炎40例临床观察. *浙江中医杂志*. 2011;46(1):46-7.

12) 뜬치료를 포함한 한의복합치료

【 R12 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 건비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 뜬치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 뜬치료와 침치료, 전침치료, 온침치료, 침도치료 등을 함께 시행하는 한의복합치료를 고려할 수 있다. 뜬치료를 시행 시에는 화상과 감염에 주의해야 하며 염증성 관절염 증상을 보이는 건비통 환자에게 적용할 때에는 주의하여야 한다.

(1) 배경

뜸치료는 체표의 혈위상에 쑥 등을 연소시켜 온열작용과 약물작용을 이용하는 치료 방법이다. 침, 부항과 함께 근골격계 통증 질환에서 가장 많이 사용되는 치료법으로 온경산한(溫經散寒), 부양고탈(扶陽固脫), 통경락(通經絡)의 효과를 활용하여 만성질환, 한증, 허증에 주로 적용한다. 뜬치료는 단독치료로 시행하기 보다는 침치료, 부항치료 등 다른 한의치료와 결합하여 한의복합치료로 시행하는 경우가 많다. 분석을 위해 뜬치료와 함께 시행하는 한의치료는 임상현장을 반영하기 위해 활용도가 높은 한의통상치료인 침치료와 전침치료로 제한하였다. 또한, 권고안의 목적이 뜬치료를 포함한 한의복합치료의 효과를 확인하는 것임에 따라 대조군의 중재로 활용한 한의치료와 시험군에서 활용한 한의복합치료가 뜬치료를 제외하고 그 중재방법이 동일한 연구만을 선정하여 분석을 시행하였다. 연구가 시험군과 대조군의 두 군을 비교하는 것이 아니라, 세 군을 비교하는 형태로 설계된 경우, 치료 효과의 해석이 확대해석되거나 불명확할 수 있다는 점을 고려하여 정량분석을 시행하지 않았다.

(2) 임상질문 : Q12

성인 건비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 뜬치료와 한의통상치료(침치료, 전침치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 뜬치료를 포함하지 않는 한의통상치료(침치료, 전침치료)에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 건비통 환자	뜸치료+한의통상치료 (침치료, 전침치료)	한의통상치료 (침치료, 전침치료)	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Lu 등(2012)¹⁾은 오십견 환자에게 뜬치료와 침치료를 시행하는 한의복합치료 혹은 침치료를 20일 동안 시행하였다. 15회 치료 후 호전율, Michael Reese 기능점수의 통증 및 관절 기능점수를 평가하여 두 군 모두에서 호전을 확인하였으며, 모든 지표에서 한의복합치료군이 침치료군 대비 통계적으로 유의하였다.

Gao 등(2019)²⁾은 오십견 환자에게 뜸치료와 침치료를 시행하는 한의복합치료 혹은 침치료를 10회 시행하고 호전율을 평가하여 한의복합치료군에서 침치료군보다 통계적으로 유의한 높은 호전율을 확인하였다. 그러나, 결과값을 명확히 제시하지 않아 선택적 보고의 위험을 줄이기 위해 정량분석에서 제외하였다.

Wang 등(2010)³⁾은 오십견 환자에게 뜸치료와 침치료를 시행하는 한의복합치료 혹은 침치료를 10회 시행한 이후 호전율을 평가하여 한의복합치료군에서 침치료군보다 통계적으로 유의한 높은 호전율을 확인하였다. 그러나 호전율만을 평가함에 따라 본 임상질문에 부합되지 않아 정량분석에서 제외되었다.

② 연구결과의 요약

정량분석 결과 뜸치료를 포함한 한의복합치료군에서 Michael Reese 점수 중 기능 점수의 통계적으로 유의한 개선을 확인하였다(Michael Reese function MD 3.17 [95% CI 0.16, 6.18, $p=0.04$ / $I^2=Not\ applicable$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Michael Reese pain important	30 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 9.17 높음 [-0.08, 18.42]	점수가 높을수록 개선했음을 의미함
Michael Reese function important	30 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 3.17 높음 [0.16, 6.18]	점수가 높을수록 개선했음을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

c: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 임상진료현장에서 뜸 단독치료보다는 뜸치료와 다른 한의통상치료를 결합한 한의복합치료를 주로 시행하는 것을 반영하여 뜸치료를 포함한 한의복합치료의 효과를 확인하고자 만들어졌다. 한의사 대상 설문조사 결과 침치료, 전침치료를 주로 많이 사용한다는 것을 고려하여 대조군의 중재를 침치료, 전침치료로 제한하였다.

총 4편의 연구가 검색되었으나 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질과 관련한 결과지표를 보고한 연구는 1편으로 불과하여 기능 및 삶의 질에 대한 뜸치료를 포함한 한의복합치료의 근거수준은 실험군과 대조군의 중재가 상이함에 따른 비뚤림 위험과 연구대상자 수 부족으로 낮음(Low)으로 평가하였다. 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추

정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 수 있으며 추정치가 바뀔 수 있다. 전자뜸의 보급 이후 전자뜸을 활용하여 한의통상치료와 복합치료를 많이 사용하는 임상현실과 뜸치료의 효과성에 대한 전문가 의견을 고려하여 활용도에 따라 권고등급 C를 부여한다.

뜸치료를 포함한 한의복합치료는 비뚤림 위험을 고려한 잘 설계된 연구가 존재하지 않으며, 보고된 연구가 적음에 따라 근거수준의 평가에 어려움이 있으나, 임상에서 활용도가 높다는 점에서 의의를 가진다. 추후 잘 설계된 연구를 통해 뜸치료를 포함한 한의복합치료의 정확한 효과 평가를 기대한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에 포함된 임상연구 중 Zhou Z and Xiong 등(2015)⁴⁾은 오십견 환자에게 뜸치료와 동작침치료를 시행하는 한의복합치료 혹은 동작침치료를 2주 적용하여 비교하였고, Jin 등(2014)⁵⁾은 오십견 환자에게 뜸치료와 온침치료를 적용하는 한의복합치료 혹은 온침치료를 시행하여 두 군의 치료 효과를 비교하였다. 그러나 이상의 연구는 본 한의표준임상진료지침에서 대조군의 중재를 한의통상치료로 설정함에 따라 제외되었다. 또한, Shen 등(2013)⁶⁾은 오십견 환자 135명을 뜸치료와 침치료를 시행하는 한의복합치료군(n=45), 뜸치료군(n=45), 침치료군(n=45)으로 나누어 10일 동안 연구를 진행하고 통증 VAS와 호전율을 평가하여 한의복합치료군에서 더 큰 통증 VAS의 감소를 확인하였으며, Li 등(2019)⁷⁾은 오십견 환자 89명을 뜸치료와 전침치료, 운동치료를 적용하는 한의복합치료를 시행하는 시험군(n=30), 전침치료와 운동치료를 시행하는 대조군(n=29), 뜸치료와 운동치료를 시행하는 대조군(n=30)으로 나누어 시험군에서 통증 VAS와 호전율의 가장 큰 호전을 확인하였으나, 세 군의 치료효과를 비교하는 연구 설계가 본 연구의 문헌선정 기준에 부합하지 않아 정량분석에서 제외하였다.

기개발된 견비통 한의임상진료지침에서는 뜸 단독치료와 전침치료를 비교하는 임상질문을 설정하여 Xu 등(2009)⁸⁾의 연구를 분석하고 전침치료에 비한 뜸 단독치료의 견비통 증상 개선효과의 근거수준을 낮음(Low)으로 평가하고 권고등급 C를 부여하였다. 그러나 본 한의임상진료지침에서는 한의중재끼리의 비교는 임상현장에서의 의사결정 시, 한의통상치료(침치료 및 전침치료, 부항치료 등)와 다른 중재의 복합치료를 고려하는 경우가 더 많다는 점과 한의중재의 치료효과를 평가하는 핵심질문끼리 상충할 수 있다는 점을 고려하여 시행하지 않기로 함에 따라 전침치료와 비교한 뜸 단독치료의 권고안은 도출되지 않았다.

[참고문헌]

1. Lu J, Zhang CR, Zhou X, Li J. Abdominal acupuncture combined with scarring moxibustion at Qihai for 15 cases of periarthritis of shoulder. *World Journal of Acupuncture-Moxibustion*. 2012;22(3):43-6.
2. Gao L, Li X, Wang DB, Du ML, Xie J, Gao XY. Clinical trial of treatment of frozen shoulder by intensive moxibustion plus acupuncture. *Acupuncture Research*. 2019;44(4):297-301.
3. Wang XH, Xu YZ, Hu WB. Frozen shoulder due to cold damp treated with acupuncture and moxibustion on tender points. *Chinese Acupuncture & Moxibustion*. 2010;30(5):364-6.
4. 周正正, 熊鹏. 热敏灸配合运动针法治疗肩关节周围炎临床疗效观察. *实用中西医结合临床*. 2015;15(2):79-80.
5. 金仁奎, 吴永昌, 郑英, 庄裴华, 龚秀萍, 余安胜. 热敏灸与温针灸治疗肩周炎临床疗效比较研究. *上海中医药杂志*. 2014;48(5):86-8.
6. Shen L, Yang LZ, Liu F. Therapeutic observation on revolving moxibustion plus acupuncture in treating periarthritis of shoulder. *Shanghai J Acu-mox*. 2013;32(3):198-9.
7. Li YH, Li M, Li Q, Guo Y, Liao XH, Wang SQ, Luo XJ. Treatment of scapulohumeral periarthritis by Fuyang-pot warming combined with electroacupuncture stimulation. *Acupuncture Research*. 2019;44(8):610-4.
8. Xu K, Huang M, Yao LY, Chen J, Su J, Zheng JQ. Clinical randomized controlled trials of moxibustion with salt in bamboo circle for treatment of periarthritis of shoulder. *Chinese Acupuncture & Moxibustion*. 2009;29(1):77-80.

13) 약침치료를 포함한 한의복합치료

【 R13 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 건비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 약침치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 건비통 증상 개선을 위해 약침치료를 고려할 수 있다. 약침치료는 황련해독약침, 중성어혈약침, 봉약침, 당귀주사액, 면역약침 등을 활용하여 시행할 수 있다. 약침치료 시에는 적절한 용량을 선택하여야 하며 봉약침을 사용한 약침치료 시에는 아나필락시스 반응 등 이상반응에 유의하여야 한다.

(1) 배경

약침치료는 자침과 한약물의 효과를 동시에 얻는 장점에 따라 최근 한의 임상현장에서 활발하게 사용되고 있으며 단독치료로 활용하는 경우도 많으나 침치료, 전침치료, 부항치료, 수기치료 등 다른 한의통상치료와 함께 복합치료의 형태로 활용하는 경우가 많다. 이에 따라 본 임상진료지침에서는 약침치료를 포함한 한의복합치료의 효과를 분석하고 권고안을 제시하고자 한다.

약침치료를 포함한 한의복합치료를 중재로 사용하고 대조군의 중재로 침치료, 전침치료, 부항치료의 한의통상치료를 활용한 연구를 선정하였으며, 약침치료의 효과에 중점을 두어 분석하기 위해 대조군과 시험군에서 약침치료를 제외한 다른 중재 방법이 동일한 연구를 우선 선정하여 분석하였다. 임상현장에서 활용도가 높아지고 있는 초음파 유도하 약침술을 중재로 한 일부 무작위 대조군 연구가 보고된 바 있으나 스테로이드 제제 혹은 국내에서 유통되지 않는 한약재를 포함한 중의학 기반의 한약물을 사용한 경우로 합의한 선정기준에 부합하지 않아 분석에서 제외하였다.

(2) 임상질문 : Q13

성인 건비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 약침치료와 한의치료(침치료, 부항치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 약침치료를 포함하지 않은 한의치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 건비통 환자	약침치료+한의치료 (침치료, 부항치료, 추나치료)	한의치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Chen 등(2020)¹⁾은 100명의 오십견 환자에게 약침치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료(n=50) 혹은 침치료 단독치료(n=50)를 2주간 시행하였다. 총 7회의 치료 이후 두 군 모두에서 VAS, CMS의 호전을 확인하였으며 한의복합치료군의 호전율이

대조군에 비해 높게 나타났다(45/50 vs 39/50). 군간 비교 시 모든 지표에서 한의복합 치료군이 대조군 대비 통계적으로 유의하였다.

Han 등(2017)²⁾은 오십견 환자에게 약침치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료 혹은 침치료 단독치료를 시행하여 20회 치료 후 통증 VAS, 호전율, 삶의 질을 평가하였다. 두 군 모두에서 통증, 삶의 질의 호전을 확인하였으며 군 간 비교에서도 통계적 유의성을 확인하였다.

Zhang 등(2013)³⁾은 60명의 오십견 환자를 약침치료, 부항치료, TDP 조사를 함께 시행하는 한의복합치료군(n=30)과 부항치료와 TDP 조사를 함께 시행하는 대조군(n=30)으로 나누어 치료를 시행하고 어깨 관절의 움직임과 호전율을 평가하여 대조군 대비 한의복합치료군에서 통계적으로 유의한 어깨관절 움직임의 호전을 확인하였다.

Liu 등(2007)⁴⁾은 오십견 환자에게 약침치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료 혹은 침치료 단독치료를 시행하여 20회의 치료 이후 호전율을 평가하였고, 한의복합치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 확인하였다.

Jiang 등(2011)⁵⁾은 오십견 환자에게 약침치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료 혹은 침치료를 적용하여 20회의 치료 후 두 군 모두에서 통증 VAS, 굴곡 및 외전, 외회전, 신전 및 내회전의 움직임 호전을 확인하였다. 호전율은 한의복합치료군에서 대조군 대비 통계적 유의성을 나타냈다.

Xu 등(2011)⁶⁾은 60명의 오십견 환자에게 약침치료(射丹香冠心注射液)와 전침치료 혹은 전침치료를 시행하고 치료율을 평가하여 약침치료군에서 대조군보다 통계적으로 유의한 호전을 확인하였다.

Li 등(2018)⁷⁾과 Wu 등(2014)⁸⁾은 각각 60명과 128명의 오십견 환자를 무작위로 약침치료와 추나치료를 함께 시행하는 한의복합치료군(n=30, n=68)과 추나치료만 시행하는 대조군(n=30, n=60)으로 나누어 15일 동안 연구를 시행하였다. 약침치료 시 당귀주사액, 단삼주사액, 황기주사액, 황서향주사액, 한약재복합 주사액 등을 구분 없이 사용하였으며 약침치료는 1일 1회, 추나치료는 1일 30분 시행하였다. 15회의 치료 후 두 군 모두에서 통증 정도와 호전율을 평가하였으며 한양방복합치료군에서 대조군보다 통계적으로 유의한 호전을 보고하였다.

Wu 등(2014)⁸⁾은 VAS가 아닌 다른 통증 척도를 활용함에 따라 정량분석에서는 제외하였다.

(2) 임상질문 : Q13-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 약침치료와 한의치료(침치료, 부항치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 약침치료를 포함하지 않은 한의치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	약침치료+한의치료 (침치료, 부항치료, 추나치료)	한의치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, VAS 통증 척도는 MD -2.24 [95% CI -5.32, 0.84, $p=0.15$ / $I^2=99\%$]로 나타나 치료 전 대비 치료 후 약침치료를 포함한 시험군에서 대조군 대비 호전을 나타냈으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
VAS critical	278 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{abc}	-	-	MD 2.27 낮음 [-5.32, 0.84]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: $I^2 \geq 75\%$ and the effects are consistent.

c: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q13-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 약침치료와 한의치료(침치료, 부항치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 약침치료를 포함하지 않은 한의치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	약침치료+한의치료 (침치료, 부항치료, 추나치료)	한의치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 외회전 가동범위는 치료 전 대비 치료 후 약침치료를 포함한 시험군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 나타냈다(외회전 MD 18.33 [95% CI 10.43, 26.23, $p<0.00001$ / $I^2=Not\ applicable$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
External Rotation important	94 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 18.33 높음 [10.43, 26.23]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q13-3

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 약침치료와 한의치료(침치료, 부항치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 약침치료를 포함하지 않은 한의치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	약침치료+한의치료 (침치료, 부항치료, 추나치료)	한의치료(침치료, 부항치료, 추나치료)	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, CMS 기능점수는 MD 7.94 [95% CI 0.70, 15.18, p=0.03 / I²=Not applicable]로 나타나 치료 전 대비 치료 후 약침치료를 포함한 시험군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 나타냈다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
CMS total critical	100 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 7.94 높음 [0.70, 15.18]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS pain important	100 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 1.00 높음 [-0.65, 2.65]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS ADL important	100 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.64 높음 [1.00, 4.28]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS mobility important	100 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.00 높음 [1.01, 6.99]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
CMS strength important	100 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 0.30 높음 [-0.83, 1.43]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SF-36 (physical function) important	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 18.78 높음 [14.60, 22.96]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (social role function) important	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.93 높음 [0.78, 9.08]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (mental health) important	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 7.32 높음 [3.08, 11.56]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
SF-36 (emotional role function) important	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 7.15 높음 [2.71, 11.59]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

CMS: Constant-Murley score

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: Sample size < 300

c: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 약침치료를 포함한 한의복합치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하고자 마련하였다. 전체적인 근거수준을 평가할 때, 통증(임상질문 13-1), 움직임 범위(임상질문 13-2), 어깨 기능 및 삶의 질(임상질문 13-3) 모두 그 근거수준이 낮음(Low)으로 나타났다. 포함된 연구 전체의 비뚤림 위험이 존재하였으며 약침치료와 함께 시행한 중재의 차이에 따라 이질성이 존재하였다. 그러나 전체 연구 수 부족으로 인해 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추정치에 대한 확신정도가 바뀔 수 있으며 추정치가 변화할 수 있다. 약침치료의 성인 견비통 증상 개선 효과에 대해 통증 및 가동범위 개선과 관련한 임상질문 13-1, 13-2를 인용하여 근거수준을 낮음(Low)으로 평가한다. 약침치료의 활발한 임상활용과 효과성을 고려하여 전체 낮음(Low)을 인용하여 별도의 권고등급 조정 없이 권고등급 C를 부여한다.

약침치료는 적절한 부위와 깊이에 적절한 용량으로 시행하는 것이 중요하며 이를 보조하기 위해 최근에는 초음파 유도하 약침술의 활용 역시 증가하고 있다. 그러나 이를 활용한 연구는 아직 부족한 실정으로 적극적 연구가 필요하다. 추후 잘 설계된 연구 결과에 따라 근거수준 및 권고등급은 변화할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

본 한의표준임상진료지침에서는 약침치료가 실제 임상현장에서 중요도와 활용도가

높은 중재임을 고려하여 약침치료를 활용한 모든 연구를 분석하고자 하였으나 기개발된 임상진료지침과 같이 유효율을 결과지표로 활용하지 않고 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 중심의 결과지표를 반영하여 분석하였다. 다만, 결과지표의 중요도에는 차이가 있으므로 통증과 어깨 기능 평가 척도는 핵심적인(critical) 결과지표로 분류하였고, 어깨 기능 평가 척도 중 세부 항목에 대해서는 중요한(important) 결과지표로 나누어 차등을 두고 핵심적인 결과지표에 가중치를 부여하여 근거수준을 평가하였다.

[참고문헌]

1. 陈达鑫, 陈臻, 吴晓鹏. 鹿瓜多肽注射液穴位注射联合肩三针针刺治疗原发性冻结肩临床研究. 中国合理用药探索. 2020;17(8):33-6.
2. 韩永亮, 孙玮琦, 霍尚飞. 当归注射液穴位注射联合筋针疗法治疗肩周炎 42 例. 中医研究. 2017;30(8):56-8.
3. 张莉雅, 文婷婷, 严汉文. 穴位注射结合拔罐放血、TDP 灯照射治疗肩周炎 30 例临床观察. 新中医. 2013;45(7):142-3.
4. 刘媛媛, 艾宙, 奚玉凤. 针刺配合穴位注射治疗肩周炎例临床观察. 黑龙江中医药. 2007;4:39-40.
5. 蒋学余. 针刺颈椎病穴加穴位注射治疗急性期肩周炎的临床观察. 湖南中医药大学学报. 2011;31(7):70-3.
6. 徐炳国, 王晶, 戴丽娟. 丹香注射液穴位注射治疗中重度肩周炎. 中国康复. 2011;26(6):430-1.
7. 李荣. 中医推拿结合药物穴位注射治疗肩周炎效果观察. 中西医结合心血管病杂志. 2018;6(21):143-4.
8. 吴桦. 中医推拿结合药物穴位注射治疗肩周炎的疗效观察. 中国老年保健医学. 2014;12(1):91-2.

14) 매선치료를 포함한 한의복합치료

【 R14 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 매선치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	GPP

임상적 고려사항

- 매선치료 이후 멍, 통증, 매선침 자입 부위의 불편감 등이 발생할 수 있다. 매선치료 시에는 항상 감염에 주의하여야 하며 멸균 상태를 유지하고 소독을 시행해야 하며, 시술 후 매선실이 피부 밖으로 노출되었는지 확인해야 한다. 또한, 환자에게도 매선치료 이후 감염 가능성을 설명하고 과도한 운동, 음주, 사우나 등을 자제하도록 해야 한다.

(1) 배경

매선침이란 ‘약실 자입 요법’이라고도 하며, 경락학설을 바탕으로 하는 침구요법이다. 특별히 고안된 기구를 사용하여 혈위, 경근, 경피, 경락 또는 통증과 질병을 일으키는 부위 내에 이물을 매입함으로써 지속적인 자극을 주며, 이를 통해 경락을 소통시키고 기혈을 조화롭게 하여 질병을 치료한다. 매선침은 최근 한의학계에서 통증에 대한 사용 범위가 확대되고 있는 추세이며, 견비통에 대해서도 임상적으로 활용하고 있는 것으로 확인되고 있어서, 이에 대한 근거를 확보하기 위해 권고안을 도출하고자 하였다. 그러나 매선침의 보급이 최근에 이루어지면서 견비통에 매선침을 적용한 연구가 매우 적어 근거수준 분석과 권고안 도출에 어려움이 있었다. 검색된 연구는 임상현장에서 매선치료와 다른 한의중재를 함께 사용하는 현실을 반영하여 임상질문을 작성하고자 하였다. 매선치료와 한의치료를 함께 시행하는 한의복합치료를 시험군의 중재로 활용하고 한의사 대상 설문조사 결과에 따라 활용도, 중요도가 높다고 응답된 침치료, 전침치료, 부항치료, 수기치료, 한약치료 등의 한의통상치료 혹은 다른 한의치료를 대조군의 중재로 활용하는 연구를 비교하는 임상질문을 설정하여 분석을 시행하였다.

(2) 임상질문 : Q14

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질)에 매선치료와 한의통상치료를 함께 시행하는 것이 한의통상치료를 시행하는 것에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	매선치료+한의통상치료	한의통상치료	통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Dong 등(2019)¹⁾은 어깨관절주위염 환자 45명을 침치료와 매선치료를 시행하는 치료

군(n=24)과 침치료만 시행하는 대조군(n=21)으로 나누어 30회의 치료를 시행하고 호전정도를 4단계로 평가하였다. 그 결과 치료군의 호전율이 대조군보다 통계적으로 유의하게 크게 나타났다($p < 0.05$). 그러나 호전율은 본 임상진료지침에서 분석하는 결과 지표가 아님에 따라 정량분석은 시행하지 않았다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 견비통 질환에 대한 매선치료와 한의통상치료를 함께 시행하는 한의복합치료의 효과 및 안전성을 확인하고자 마련하였다. 그러나 시험군과 대조군의 중재를 비교할 때 시험군의 중재로 매선치료를 포함한 한의복합치료를 적용하고 대조군의 중재로 매선치료를 제외한 시험군의 한의통상치료와 동일한 중재를 적용한 형태의 연구는 1편에 불과하였다.

매선을 포함한 한의복합치료의 효과를 평가한 연구는 다양하게 보고되었으나 본 한의표준임상진료지침에서는 한의중재의 치료 효과해석이 서로 충돌할 수 있음을 고려하여 한의단독중재끼리의 비교를 제외함에 따라 매선단독치료와 침치료, 전침치료, 한약치료를 비교한 Jiang 등(2021)²⁾, Yin(2017)³⁾, Du(2015)⁴⁾, Yu 등(2013)⁵⁾, Liu 등(2014)⁶⁾, Guan 등(2010)⁷⁾, Mai 등(2015)⁸⁾, Guo 등(2015)⁹⁾, 唐紅梅 등(2003)¹⁰⁾의 연구는 본 임상진료지침의 선정기준에 부합하지 않아 제외되었다.

본 임상진료지침에서 설정한 선정기준에 부합하는 연구가 부재하고 핵심적인 평가지표로 설정한 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 평가척도에 대한 결과지표를 보고한 연구 역시 부재함에 따라 핵심적인 평가지표에 대한 근거 평가가 불가하지만, 여러 연구에서 매선치료를 포함한 한의복합치료의 견비통 개선효과 보고가 이어지고 있다. 또한 최근 매선치료의 활용이 다양하게 시도되고 있다는 점을 고려하여 전문가 합의에 기반하여 견비통의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 매선치료를 포함한 한의복합치료를 시행할 것을 권고한다.

본 임상진료지침의 분석에서는 제외되었으나, Jiang 등(2021)²⁾은 어깨관절주위염 환자 59명을 매선치료와 TDP 조사를 함께 시행하는 치료군(n=30)과 전침치료와 TDP 조사를 시행하는 대조군(n=29)으로 나누어 4주간 치료를 시행하였다. 치료 전후 호전율, 통증 VAS, Michael Reese 어깨기능평가척도를 평가한 결과 대조군 대비 치료 직후 통증 VAS, Michael Reese 어깨기능평가척도와 치료 2주 후 통증 VAS의 치료군의 통계적으로 유의한 개선효과를 확인하였다. Yin(2017)³⁾은 어깨관절주위염 환자 80명을 매선침치료와 기능적 운동을 적용하는 치료군(n=40)과 침치료와 기능적 운동을 적용하는 대조군(n=40)으로 나누어 치료를 시행하고 호전 정도와 통증 정도를 평가하였다. 그 결과, 치료군의 호전율과 통증 VAS의 변화가 대조군보다 통계적으로 유의한 개선효과를 나타냈다($p < 0.05$, $p < 0.05$). Du(2015)⁴⁾은 어깨관절주위염 환자

140명을 매선치료와 점진적 기능운동을 적용하는 치료군(n=70)과 추나요법과 점진적 기능운동을 적용하는 대조군(n=70)으로 나누어 4주간 치료를 시행하고 4단계 호전 정도와 삶의 질을 평가하였다. 치료군에서 대조군에 비해 통계적으로 유의한 호전 효과를 나타냈으며, SF-36 삶의 질 평가척도에서 두 군 모두 치료 전 대비 치료 후 통계적으로 유의한 호전을 확인하였으나 군간 비교는 보고하지 않았다.

선행연구¹¹⁾에 따르면, 매선치료를 시행한 어깨 통증 질환으로는 유착성 관절낭염이 가장 많았으며, 시술간격은 7~10일, 견우(LI15), 견료(TE14), 견정(SI9), 견전(EX-UE) 등이 빈용 경혈로 보고되었다. 매선치료를 시행할 때에는 감염에 주의해야 한다. 시술 시, 멸균 상태를 유지하고 소독을 시행해야 하며, 시술 후 매선실이 피부 밖으로 노출되었는지 확인해야 한다. 또한, 환자에게도 매선치료 이후 감염 가능성을 설명하고 과도한 운동, 음주, 사우나 등을 자제하도록 해야 한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서 분석한 매선치료와 거짓매선치료를 비교한 무작위 대조군 임상연구는 출판된 연구를 대상으로 하는 본 한의표준임상진료지침의 문헌 선정 기준에 적합하지 않아 제외되었다.

최근 매선치료의 활용이 점차 증가하며 다양한 문헌을 통해 근거수준을 확인할 필요가 있다는 점에서 본 한의표준임상진료지침에서는 다양한 문헌을 포함하여 매선치료의 효과를 분석하고자 하였으나, 한의중재의 치료 효과해석이 서로 충돌할 수 있음을 고려하여 한의단독중재끼리의 비교를 제외함에 따라 매선단독치료와 침치료, 전침치료, 한약치료를 비교한 Yu 등(2013)⁵⁾, Liu 등(2014)⁶⁾, Guan 등(2010)⁷⁾, Mai 등(2016)⁸⁾, Guo 등(2015)⁹⁾, 唐紅梅 등(2003)¹⁰⁾의 연구를 분석한 매선단독치료에 대한 권고문은 도출되지 않았다. 그러나 매선치료를 포함한 한의복합치료의 효과성 및 안전성을 확인하고자 설정한 임상질문에 포함된 대부분의 연구에서 시험군과 대조군의 중재 이질성이 크게 판단됨에 따라 추후 잘 설계된 연구가 필요하다.

[참고문헌]

1. 董建萍, 蔡磊, 王丹丹, 谭佳慧(2019). 针刺结合穴位埋线治疗肩周炎45例临床观察. 黑龙江中医药(02), 196-197.
2. 江梓贤, 凌敬 & 陈安惠(2021). 简易速刺穴位埋线法治疗急性期肩周炎的临床疗效观察. 中国实用医药(23), 172-175. doi:10.14163/j.cnki.11-5547/r.2021.23.060.
3. 印宏琴(2017). 穴位埋线疗法治疗肩周炎疗效观察. 内蒙古中医药(Z1), 150-151.
4. 杜海绒(2015). 透刺埋线法配合渐进式功能锻炼治疗肩关节周围炎70例. 河南中医(12), 2997-2999.
5. 于小利, 周韶生, 景丹丹 & 郑丹丹(2013). 埋线火针治疗迁延性肩周炎临床疗效观察. 中国民族民间医药(07), 103-104.
6. 刘碧原 & 石跃(2014). 微型埋线针透穴埋线治疗颈肩肌筋膜炎. 中医药临床杂志(10), 1055-1056.

7. 官红霞 & 高映辉(2010). 仿浮针式埋线法治疗肩周炎临床观察. 湖北中医杂志(09), 64-65.
8. 麦凤香, 马惠昇 & 王银宁(2016). 穴位埋线治疗肩周炎的疗效观察. 宁夏医科大学学报(06), 726-728. doi:10.16050/j.cnki.issn1674-6309.2016.06.037.
9. 郭国英(2015). 肩痛穴微创埋线治疗肩周炎120例. 中国针灸(S1), 21-22. doi:CNKI:SUN:ZGZE.0.2015-S1-011.
10. 唐红梅, 王素娥, 李炜(2003). 快速埋线治疗颈肩肌筋膜炎. 中国临床康复(11), 1732
11. Lee J, Han S, Kim M, Keum D, Park S. Embedding therapy for treatment of shoulder pain: A scoping review. J Korean Med Rehabi. 2026;36(1):27-43.

15) 부항치료를 포함한 한의복합치료

【 R15 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 부항치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 한다.	B/Low

임상적 고려사항

- 부항치료 시에는 수포가 발생할 수 있다. 일반적으로 발생 후 단순 드레싱 등의 감염예방 조치로 자연치유되거나 사후 감염 등을 주의하여야 한다.

(1) 배경

부항치료는 침치료와 함께 근골격계 통증 질환의 치료를 위해 가장 많이 사용하는 한의 중재방법으로 단독치료뿐만 아니라, 다른 한의중재치료를 함께 활용하여 한의복합치료의 형태로 활용하는 것을 임상현장에서 쉽게 볼 수 있다.

본 권고안은 부항치료를 중심으로 한 한의복합치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하기 위한 권고안으로 부항치료를 포함한 한의복합치료를 중재군에 시행하고, 대조군에서 부항치료를 제외한 한의단독치료 혹은 한의복합치료를 시행한 경우를 선정하여 분석을 시행하였다. 성인 견비통 환자의 견비통 원인 질환은 회전근개질환, 충격 증후군, 유착성 관절낭염 등을 모두 포함하였으나, 뇌졸중이나 유방암, 경추 디스크 탈출증 등 다른 질환에 속발한 어깨 통증은 배제하였다.

대조군으로 한의치료를 적용한 경우 제한을 두지 않고 포함하였으며 시험군의 한의복합치료 중재에서 부항치료를 제외하고 다른 치료내용이 동일한 경우만을 포함하여 한의복합치료 시 부항치료의 효과를 좀 더 명확히 분석하고자 하였다. 또한 선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 또한 결과값을 평균과 중간값을 섞어서 보고한 경우 역시 배제하였다. 연구가 시험군과 대조군의 두 군을 비교하는 것이 아니라, 세 군을 비교하는 형태로 설계된 경우, 부항치료를 시험군의 중재로 포함하여 연구를 시행한 경우를 우선적으로 선정하였으며, 세 군의 치료효과를 비교한 연구는 제외하였다.

(2) 임상질문 : Q15

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 부항치료를 포함한 한의복합치료가 부항치료를 포함하지 않은 한의단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	부항치료+한의치료	한의치료	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Wang(2018)¹⁾은 78명의 오십견 환자에게 부항치료(n=39)와 온침치료(n=39)를 함께 시행하는 한의복합치료(n=39) 혹은 온침치료(n=39)를 시행하여 20일의 치료 후 통증, 일상생활 기능, 움직임 범위의 호전을 확인하였다. 치료 전 대비 치료 후 두 군 모두 통증의 감소를 확인하였으며, 군 간 비교 시 치료군이 대조군보다 통계적으로 유의하였다.

Wang(2018)²⁾은 오십견 환자에게 부항치료와 화침치료를 함께 시행하는 한의복합치료 혹은 화침단독치료를 시행하여 5일씩 3주기의 치료 후 회복률과 호전율을 평가하였으며 군 간 비교 시 통계적 유의성을 확인하였다.

Liu(2019)³⁾은 84명의 오십견 환자에게 부항치료와 온침치료를 함께 시행하는 한의복합치료 혹은 온침치료를 시행하였다. 20일의 치료 이후 두 군 모두에서 염증관련 인자인 IL-6, TNF- α 의 감소를 확인하였으며 호전 정도를 군 간 비교 시 통계적으로 유의한 차이를 확인하였다.

Chen(2004)⁴⁾은 80명의 어깨주위염 환자를 가동부항법을 활용한 부항치료와 관절가동 수기요법, 도인운동을 함께 시행하는 치료군 40명과 관절가동 수기요법과 도인운동만 시행하는 대조군으로 나누어 10회 치료를 시행한 이후 치료군에서 통계적으로 유의한 호전을 확인하였다.

Wang(2012)⁵⁾은 90명의 오십견 환자를 부항치료와 온침치료, 운동치료를 함께 시행하는 한의복합치료군과 온침치료와 운동치료를 함께 시행하는 대조군으로 분류하여 연구를 시행하였다. 치료 후 회복률과 호전율을 평가하여 대조군보다 한의복합치료군에서 통계적으로 유의하게 호전을 보임을 확인하였다.

Ji(2018)⁶⁾은 42명의 오십견 환자에게 부항치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료, 혹은 일반침치료를 시행하여 20회의 치료 후 통증의 감소를 확인하였다. 두 군 모두 치료 전과 비교하여 통증이 감소하였으며, 군 간 비교 시 시험군의 호전 정도가 대조군에 비하여 통계적으로 유의하게 크게 확인되었다.

Xu(2020)⁷⁾와 Wang(1996)⁸⁾은 오십견 환자에게 부항치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료 혹은 침치료 단독치료를 시행하여 호전율을 평가하였으며, 두 연구 모두 한의복합치료군에서 대조군보다 통계적으로 유의한 호전율을 확인하였다.

Yang 등(2013)⁹⁾은 120명의 오십견 환자를 부항과 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료군과 침치료만 시행하는 대조군으로 나누어 4주간 치료를 시행하였고, 한의복합치료군의 호전율이 대조군 대비 통계적으로 유의한 차이를 보임을 확인하였다.

(2) 임상질문 : Q15-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 부항치료를 포함한 한의복합치료가 부항치료를 포함하지 않은 한의치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	부항치료+한의치료	한의치료	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, VAS 통증 척도는 MD -0.97 [95% CI -1.95, 0.01, $p=0.051$ / $I^2=36\%$]로 나타나 부항치료를 포함한 한의복합치료군에서 대조군보다 통증의 호전을 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS critical	120 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.97 낮음 [-1.95, 0.01]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q15-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 부항치료를 포함한 한의복합치료가 부항치료를 포함하지 않은 한의치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	부항치료+한의치료	한의치료	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 굴곡, 외전, 신전, 외회전, 내회전의 움직임 범위 역시 치료 전과 비교하여 치료 후의 움직임 범위 증가가 부항치료를 포함한 한의복합치료군에서 대조군보다 증가를 나타냈다(굴곡 MD 20.79 [95% CI 0.11, 41.46, $p=0.05$ / $I^2=95\%$]; 외전 MD 20.77 [95% CI 10.59, 30.96, $p<0.00001$ / $I^2=73\%$]; 신전 MD 6.90 [95% CI 2.97, 10.83, $p=0.0006$ / $I^2=76\%$]; 외회전 MD 12.37 [95% CI 9.98, 14.76, $p<0.00001$ / $I^2=0\%$]; 내회전 MD 13.15 [95% CI 10.46, 15.83, $p<0.00001$ / $I^2=0\%$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
flexion critical	158 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 20.79 높음 [0.11, 41.46]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
abduction critical	158 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 20.77 높음 [10.59, 30.96]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
extension important	158 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.90 높음 [2.97, 10.83]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
ER important	158 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 12.37 높음 [9.98, 14.76]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
IR important	158 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 13.15 높음 [10.46, 15.83]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

ER: External rotation; IR: Internal rotation

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 부항치료를 포함한 한의복합치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하고자 마련하였다. 임상질문을 나누어 정량분석을 시행한 결과, VAS 통증 척도(임상질문 15-1)는 부항치료를 포함한 한의복합치료군에서 대조군 대비 호전을 보이거나 통계적으로 유의하지는 않았으며, 굴곡, 외전, 신전, 외회전, 내회전의 움직임 범위(임상질문 15-2) 개선은 한의복합치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의하게 나타났다. 그러나 포함된 모든 연구에서 비뿔림 위험이 존재하였으며 연구 대상자 수 부족으로 인한 비정밀성의 문제가 존재하였다. 이에 따라 부항치료를 포함한 한의복합치료의 통증 개선효과, 가동범위 개선효과에 대해 전체 근거수준은 모두 낮음(Low)으로 평가한다. 그러나 연구의 이질성이 존재하며 총 대상자 수가 부족함을 고려할 때, 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 수 있으며 추정치가 바뀔 수 있다. 또한 부항치료를 포함한 한의복합치료가 임상현장에서 높은 활용도를 보이는 통상치료¹⁰⁾라는 것과, 중대한 이상반응의 보고가 없는 비교적 안전한 치료임을 고려하여 전문가 합의에 따라 권고등급을 상향 조정하여 권고등급 B를 부여한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침과 달리 세 군을 비교하는 연구설계를 제외함에 따라 문헌선정기준 변화에 따라 Chen 등(2017)¹¹⁾, Deng 등(2016)¹²⁾의 연구는 제외되었으며, Jin 등(2022)¹³⁾은 부항치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료와 침치료를 비교하였으나, 치료군의 침치료와 대조군의 침치료 방법이 상이하여 제외하

였다. 또한 임상한의사를 대상으로 한 설문조사를 바탕으로 실제 임상에서의 활용도를 고려하여 전문가 합의에 따라 권고등급을 상향 조정하였다.

[참고문헌]

1. 王承惠. 温针灸联合刺络放血拔罐治疗肩周炎疗效及对患者肩关节活动功能影响的研究. 陕西中医. 2018;39(12):1814-7.
2. Wang F. Observation on the curative effect of walking canister combined with puncture, cupping and milled fire needle on scapulohumeral periarthritis. Chinese community doctors. 2018;34(24):111-2.
3. 刘军. 刺络放血拔罐配合温针灸疗法治疗肩周炎的疗效观察. 黑龙江医药科学. 2019;42(4):177-8.
4. 程继君, 张晨光. 走罐法为主治疗肩周炎临床观察. 上海针灸杂志. 2004;23(8):9-10.
5. 王辉鳌. 温针结合刺络拔罐治疗肩周炎疗效观察. 短篇论著. 2012;2(18):33-4.
6. 纪梦钊. 针刺配合刺血拔罐治疗肩周炎疗效分析. 实用中医药杂志. 2018;34(12):1509.
7. 徐向伟. 肩三针联合刺络拔罐治疗肩周炎的临床疗效研究. 继续医学教育. 2020;34(6):164-5.
8. 针灸科, 王重新. 针刺拔罐治疗肩凝症的体会. 天津中医学院学报. 1996;4:26.
9. Yang JX, Zhang YX, Jiang FX, Zhang JP. Therapeutic study on acupuncture plus medicinal cupping in treating periarthritis of shoulder. Shanghai J Acu-mox. 2013;32(3):195-7.
10. Park JW, Song Y, Keum DH, Park SH. Survey of Korean Medicine Doctors' Practices in Treating Shoulder Pain: A Cross-Sectional Study. Healthcare. 2025;13(13):1482.
11. Chen X, Ju X, Chen X, Zhang Y. Curative effect of scraping combined with cupping on scapulohumeral periarthritis. Jilin Journal of Chinese Medicine. 2017;37(8):832-4.
12. 邓玉玲, 廖琼, 李娇. 足三里穴针刺运动疗法联合刺络拔罐治疗肩周炎的效果观察. 中国当代医药. 2016;23(33):150-3.
13. Jin S, Zheng T, Wei Y, Zhu C, Zhao Y, Li X. Clinical observation on eye acupuncture combined with bloodletting and cupping in the treatment of frozen shoulder. CJGMCM. 2022;37(2):284-6.

16) 추나치료를 포함한 한의복합치료

【 R16 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 견비통 질환의 치료를 위해 추나치료를 적용할 때에는 적절한 평가를 시행한 후 적용해야 한다. 신연기법, 근막 기법을 활용한 단순추나와 견갑대, 관절와상완관절, 척추부에 적용하는 복잡추나를 활용할 수 있으며 두경부, 흉요추부, 견갑대, 관절와상완관절 등에 적용할 수 있다.

(1) 배경

추나요법은 한의사가 손 또는 신체의 일부분이나 추나 테이블과 같은 보조기구를 이용하여 환자의 신체 구조에 자극을 가하는 한방수기요법을 말한다. 신경근육계 및 근 골격계의 불균형과 부정렬 등에 적용하여 구조나 기능의 문제를 해결하는 목적으로 주로 활용하며 크게 정골추나기법을 포함하는 복잡추나기법과 근막추나기법을 포함하는 단순추나 기법으로 나뉜다. 추나요법은 시술자의 신체를 이용하기 때문에 넓은 의미에서 수기의학과 상통하며 동서양의 마사지나 중국의 정골요법 등을 포괄한다.

본 권고안에서는 추나요법의 정의에 기반하여 일반적으로 추나기법에 포함되는 manipulation, mobilization 등을 포괄하는 검색어를 설정하였으며 검색된 원문의 시술 방법 기술에 따라 연구를 선정하였다. 연구가 시험군과 대조군의 두 군을 비교하는 것이 아니라, 세 군을 비교하는 형태로 설계된 경우는 제외하였다. 연구결과를 도출함에 있어 선택적 결과 보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 이에 따라 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 분석 시 이질성을 줄이기 위하여 대조군에 따라 분석을 나누어 시행하였다.

(2) 임상질문 : Q16

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료를 포함한 한의복합치료	대조군	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Shin 등(2019)¹⁾은 어깨 통증 환자를 추나치료와 침치료, 부항치료를 함께 시행하는 시험군(n=33)과 거짓추나치료와 침치료, 부항치료를 함께 시행하는 대조군(n=33)으로 나누어 8주의 치료를 시행하였다. 추나치료는 견관절의 극상근, 극하근, 견갑하근

의 유착을 해소하는 목적으로 시행하였으며, 거짓추나치료는 동일한 위치에 최소자극을 주는 방법으로 시행하였다. 그 결과 두 군 모두에서 치료 전 대비 치료 후 통증의 감소를 확인하였으나 군 간 차이에 대한 통계적 유의성은 존재하지 않았다.

Cai(2016)²⁾은 어깨 통증 환자를 拿法, 滾法, 揉法을 중심으로 한 추나치료와 일반침치료를 함께 시행하는 시험군(n=42)과 일반침치료만 시행하는 대조군(n=42)으로 나누어 10일의 치료를 시행하고 시험군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 VAS 통증척도의 호전을 확인하였다.

Zhang 등(2018)³⁾은 어깨 통증 환자를 揉法과 가동요법을 중심으로 한 추나치료와 일반침치료를 함께 시행하는 시험군(n=46)과 일반침치료만 시행하는 대조군(n=46)으로 나누어 30일의 치료를 시행하고 VAS 통증척도의 호전을 확인하였으며 군 간 비교 시 시험군에서 통계적으로 유의한 호전을 나타냈다.

Xiao(2013)⁴⁾은 어깨 통증 환자를 揉法, 滾法, 搖等手法을 중심으로 한 추나치료와 일반침치료를 함께 시행하는 시험군과 일반침치료만 시행하는 대조군으로 나누어 4주의 치료를 시행하고 VAS 통증척도의 호전을 확인하였으나 군 간 비교는 보고하지 않았다.

Xie(2018)⁵⁾은 어깨 통증 환자를 揉法, 滾法, 가동요법을 중심으로 한 추나치료와 일반침치료를 함께 시행하는 시험군(n=36)과 일반침치료만 시행하는 대조군(n=36)으로 나누어 10일의 치료를 시행하고 VAS 통증척도와 CMS 기능척도의 호전을 확인하였다. 치료 후 호전 비율을 비교 시 시험군의 호전율이 대조군 대비 통계적으로 유의하게 크게 나타났다.

Zeng 등(2022)⁶⁾은 관절주위염을 동반한 어깨 통증 환자를 견관절 통증과 견관절 주위 근육 긴장을 유발하는 이상 해결을 목적으로 견인과 활주요법 중심의 가동요법으로 구성된 추나치료와 침치료를 병행하는 복합치료를 시행하는 시험군(n=23)과 침치료만 시행하는 대조군(n=23)으로 나누어 4주간 치료를 시행하고 8주의 추적관찰을 시행하였다. 그 결과 두 군 모두에서 치료 전 대비 치료 직후와 8주 후의 VAS 통증척도의 감소와 외전, 굴곡, 외회전 운동범위의 호전을 확인하였다. 운동범위 평가 시 시험군에서 대조군 대비 통계적으로 유의하게 호전하였다.

(2) 임상질문 : Q16-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?

연구 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료+한의치료	대조군(거짓추나치료+한의치료)	통증, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

(2) 임상질문 : Q16-1-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료를 포함한 한의복합치료가 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료+한의치료	거짓추나치료+한의치료	통증	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 추나치료를 포함한 시험군에서 거짓추나치료를 시행한 대조군 대비 통증 강도의 호전을 확인하였으나 모든 지표에서 통계적 유의성은 나타나지 않았다. 이상반응은 포함된 연구의 시험군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS rest IAT important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.09 낮음 [-0.57, 0.39]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS activity IAT important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.07 낮음 [-1.41, 1.27]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS night IAT important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.36 낮음 [-1.70, 0.98]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS rest 12weeks important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.19 낮음 [-1.20, 0.82]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS activity 12weeks important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.40 낮음 [-1.78, 0.98]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS night 12weeks important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.17 낮음 [-0.54, 1.24]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately after treatment; VAS: Visual analogue scale for pain intensity

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q16-1-2

성인 견비통 환자의 통증 개선에 추나치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료 단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료+침치료	침치료	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 통증 척도의 대조군 대비 시험군의 호전을 확인하였다(통증 MD -1.32 [95% CI -2.64, -0.01, $p=0.05$ / $I^2=99\%$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS, NRS) critical	369 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 1.32 낮음 [-2.64, -0.01]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

VAS: Visual analogue scale for pain intensity; NRS: Numeric rating scale

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: $I^2 \geq 75\%$ and the effects are not consistent.

(2) 임상질문 : Q16-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료를 포함한 한의치료	대조군	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

(2) 임상질문 : Q16-2-1

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 추나치료를 포함한 한의복합치료가 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료+한의치료	거짓추나치료+한의치료	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 추나치료를 포함한 시험군에서 거짓추나치료를 시행한 대조군 대비 가동범위의 호전을 보였으나 통계적 유의성은 12주 후 측정된 외회전에서만 나타났다(외회전_12주 후 MD 32.24 [95% CI 22.29, 42.19, $p<0.00001$ / $I^2=Not\ applica-$

ble)). 이상반응은 포함된 연구의 시험군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
flexion IAT critical	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.30 높음 [-6.55, 15.15]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
abduction IAT critical	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.82 높음 [-7.18, 20.82]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
external rotation IAT important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.09 높음 [-8.98, 13.16]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
internal rotation IAT important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.27 높음 [-5.32, 9.86]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
flexion 12weeks critical	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 5.37 높음 [-4.80, 15.54]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
abduction 12weeks critical	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 8.97 높음 [-5.70, 23.64]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
external rotation 12weeks important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 32.24 높음 [22.29, 42.19]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
internal rotation 12weeks important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.78 높음 [-1.27, 10.83]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately after treatment

a: The included study(ies) had a high risk of blinding.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

c: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q16-2-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 추나치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료 단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료+침치료	침치료	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 외회전의 가동범위는 시험군에서 대조군 대비 호전하였으나, 통계적 유의성은 없었다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
abduction critical	46 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 22.96 낮음 [-30.29, -15.63]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
flexion critical	46 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 28.35 낮음 [-34.75, -21.95]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
external rotation critical	46 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 0.04 높음 [-2.04, 2.12]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300

c: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q16-3

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료+한의치료	대조군	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

(2) 임상질문 : Q16-3-1

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 추나치료를 포함한 한의복합치료가 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료+한의치료	거짓추나치료+한의치료	기능 및 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 추나치료를 포함한 시험군에서 거짓추나치료를 시행한 대조군 대비 기능 및 삶의 질 척도의 호전을 확인하였으나, 모든 지표에서 통계적 유의성은 나타나지 않았다. 이상반응은 포함된 연구의 시험군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SPADI_total IAT critical	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.15 낮음 [-12.11, 7.81]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI_total 12weeks critical	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.42 낮음 [-10.74, 9.90]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI_pain IAT important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 1.70 낮음 [-12.07, 8.67]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI_pain 12weeks important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.61 낮음 [-11.90, 10.68]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI_ disability IAT important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 2.26 낮음 [-12.44, 7.92]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI_ disability 12weeks important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.23 낮음 [-10.57, 10.11]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
EQ-5D IAT important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.00 높음 [-0.05, 0.05]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
EQ-5D 12weeks important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.03 높음 [-0.02, 0.08]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
EQ-VAS IAT important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 5.61 높음 [-3.01, 14.23]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
EQ-VAS 12weeks important	66 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.94 높음 [-0.29, 14.17]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately after treatment; VAS: Visual analogue scale for pain intensity; SPADI: Shoulder pain and disability index

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q16-3-2

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 추나치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료 단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	추나치료+침치료	침치료	기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, CMS 기능평가 척도는 MD 12.20 [95% CI 9.43, 14.97, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]로 나타나 대조군 대비 시험군의 통계적으로 유의한 기능개선 효과를 확인하였다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
CMS critical	72 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 12.20 높음 [9.43, 14.97]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

CMS: Constant Murley score

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 추나치료와 다른 한의통상치료의 중재를 함께 시행한 한의복합치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하고자 마련하였다. 연구의 이질성을 줄이기 위하여 대조군의 중재에 따라 각각 분석을 시행하였다.

추나치료를 포함한 한의복합치료의 통증(임상질문 16-1), 가동범위(임상질문 16-2), 기능 및 삶의 질(임상질문 16-3) 개선효과를 확인하고자 한 임상질문들은 모두 대조군에 따라 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료와 침치료로 나누어 분석하였다. 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료와 비교 시, 추나치료를 포함한 한의복합치료군에서 통증 개선효과를 나타냈으나 통계적으로 유의하지 않았고(임상질문 16-1-1) 침치료와 비교 시 통계적으로 유의한 통증 개선 효과를 확인하였으나 이질성 및 대조군과 시험군 중재 차이에 의한 비뚤림 위험의 문제가 존재하였다(임상질문 16-1-2). 또한 거짓추나치료 역시 시술자의 눈가림이 불가하여 비뚤림위험이 있다고 평가하였으며 이에 따라 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다.

임상질문 16-2는 추나치료를 포함한 한의복합치료의 가동범위 개선효과를 확인하고자 하였다. 거짓추나치료를 포함한 대조군(임상질문 16-2-1) 및 침치료 대조군(임상질문 16-2-2)과 비교 시 굴곡과 외전 등의 핵심 가동범위 개선효과는 연구대상자 수 부족, 눈가림 불가로 인한 비뚤림 위험으로 근거수준이 모두 낮음(Low)으로 평가되었다. 침치료와 비교한 임상질문 16-2-2는 일부 가동범위의 개선이 대조군에서 더 높게 나타났으나, 포함된 연구가 1건에 불과하여 실제 효과와 그 효과 추정치가 상당히 다를 수 있으며, 효과 추정치에 대한 확신이 제한적이다. 추후 잘 설계된 연구 결과에 따라 효과 추정치가 달라질 수 있다. 또한, 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료와 비교

한 임상질문 16-2-1에서 추나치료를 포함한 한의복합치료 후 통계적으로 유의하지 않으나 치료 직후 및 치료 12주 후 모든 가동범위지표의 개선 효과를 확인하였으며, 특히 치료 12주 후 평가한 외회전 가동범위에서만 통계적 유의성이 나타나 추나치료를 포함한 한의복합치료가 장기적인 가동범위 개선효과를 가질 가능성이 있다.

임상질문 16-3는 추나치료를 포함한 한의복합치료의 기능 및 삶의 질 개선효과를 확인하고자 하였다. 대조군과 비교 시 추나치료를 포함한 한의복합치료의 기능 및 삶의 질 개선의 핵심 결과지표인 SPADI, CMS는 모두 호전하였으나, 거짓추나치료를 포함한 한의복합치료와 비교 시에는 통계적 유의성이 없었다. 또한 포함된 연구가 1편에 불과하여 연구대상자 부족의 문제 및 이중눈가림 불가로 인한 비둘림 위험으로 인해 임상질문 16-3-1과 16-3-2를 통해 분석한 근거수준은 모두 낮음(Low)으로 평가되었다.

추나치료를 포함한 한의복합치료의 견비통 증상 개선 효과에 대해 통증 및 가동범위와 관련한 임상질문 16-1, 16-2를 인용하여 근거수준을 낮음(Low)으로 평가하며 이를 인용하여 권고등급 C를 부여한다.

그러나 본 임상질문 16-1, 16-2, 16-3에 포함된 연구의 수가 적고 연구 설계에 따른 비둘림 위험 등으로 인해 전체적인 근거수준이 낮게 평가되었으며 이로 인해 효과의 추정치에 대한 확신이 제한적이며 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다. 또한 거짓추나치료는 실제로 해당 부위에 손을 대지만 최소 압박을 가하는 방법으로 시행되었는데, 이는 추나요법의 단순추나의 압박-이완 기법과 같은 유사효과를 나타내어 추나치료의 효과 추정치가 작게 평가되었을 수 있다. 건강보험 급여화 이후 추나치료가 임상에서 한의사 및 환자의 요구도가 높은 한의중재 중 하나라는 점을 고려할 때, 추후 잘 설계된 무작위대조군 연구가 필요하며 이에 따라 효과 추정치가 달라질 수 있다. 추나치료 시에는 환자의 증상과 정렬 및 기능평가에 따라 적절한 기법을 사용하여야 하며, 일시적인 통증 증가가 동반될 수 있다는 것을 염두에 두어야 한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의임상진료지침과 달리, 연구결과를 도출함에 있어 선택적 결과보고에 따른 오류를 줄이고자 중재 후 측정값을 기준으로 하여 근거수준을 평가하고자 하였으며, 이에 따라 중재 전후 차이값만을 보고한 연구는 배제하였다. 연구가 시험군과 대조군의 두 군을 비교하는 것이 아니라, 세 군을 비교하는 형태로 설계된 Naranjo-Cinto 등(2022),⁷⁾ Aytar 등(2015)⁸⁾의 연구는 연구 효과의 과대해석을 주의하고자 모두 분석에서 제외하였다.

또한, 기개발된 견비통 한의임상진료지침에서 체계적 문헌고찰 연구를 바탕으로 권고안을 도출하였으나 본 한의표준임상진료지침에서는 무작위 대조군 임상연구를

바탕으로 권고안을 도출하였다. “추나치료”의 검색어로 검색되는 연구의 한계를 고려하여 추나치료의 효과를 비교한 많은 문헌을 포함하여 분석하고자 추나 이외에도 추나기법을 의미하는 검색어를 모두 포함하여 문헌 검색을 시행 후 추나치료의 행위정의에 따라 임상경력 8년 이상의 한방재활의학과 전문의가 전체 원문을 확인하여 추나치료에 부합하는 중재를 모두 포함하여 분석할 수 있도록 노력하였다.

[참고문헌]

1. Shin HR, Park K, An SH, Park SJ, Gu JH, et al. Chuna manual therapy combined with acupuncture and cupping for frozen shoulder(adhesive capsulitis): Multicenter, randomized, patients-assessor blind, clinical trial. EUJIM. 2019.
2. 蔡龙绍. 针灸推拿相结合治疗肩周炎效果探析. 中医诊疗标准前研究·诊治探讨. 2016;7(18):138-9.
3. 张瑀. 针刺推拿联合治疗肩周炎临床观察. 中国中医药现代远程教育. 2018;16(10):126-7.
4. 肖哲(Xiao Z). 针灸推拿综合治疗肩关节周围炎 75 例效果观察. 中医中药. 2013;20(9):121-2.
5. 解维莉(Xie W), 李霞. 针灸推拿联合治疗肩周炎 36 例临床效果. 中医中药. 2018.
6. Zeng Z, Xue A, Wang H, Leng H, Zha X, Meng L. The therapeutic effect of acupuncture combined with joint mobilization on periarthritis of the shoulder. World Journal of Advanced Research and Review. 2022;14(02):658-64.
7. Narango-Cinto F, Ceron-Cordero AI, Figueroa-Padilla C, et al. Real versus sham manual therapy in addition to therapeutic exercise in the treatment of non-specific shoulder pain: A randomized controlled trial. Journal of clinical medicine. 2022;11(15):1-8.
8. Aytar A, Baltaci G, Uhl T, Tuzun H, Oztop P, Karataş M. The effects of scapular mobilization in patients with subacromial impingement syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Journal of Sport Rehabilitation. 2015;24:116-29.

17) 도인운동요법을 포함한 한의복합치료

【 R17 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 침치료에 비해 침치료와 도인운동치료를 함께 시행하는 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 도인운동치료는 회전근개 및 견갑대 근육의 기능을 조절하며 견관절, 견쇄관절, 견흉부의 생리적 움직임을 회복하고 촉진하는 것을 목적으로 활용할 수 있다. 어깨 수술의 과거력이 있는 환자, 어깨의 움직임과 관련한 다른 부위의 수술(금속삽입, 고정 포함) 과거력이 어깨의 움직임에 영향을 주는 경우, 염증성 관절염이 의심되는 경우 등은 도인운동치료 적용에 주의하여야 한다.

(1) 배경

도인운동요법은 과거의 ‘신체를 굽히고, 펴고, 두드리고, 호흡과 동작을 맞추는 운동법인 도인법’에서 발전하여 ‘척추 및 사지 관절의 통증성 질환에 대하여 환자의 호흡을 조절하면서 피/능동적인 운동을 통해 관절의 통증과 그로 인한 기능장애를 치료하는 것’을 목적으로 하는 한방 물리요법을 의미한다.¹⁾ 도인운동요법의 행위정의는 관절의 구축 또는 가동범위 제한으로 인한 운동장애 완화를 목적으로 시행주체가 한의사인 수동적 운동을 의미하며 능동적 운동이 아니라는 점에서 자가운동과 구분된다.¹⁾ 어깨 통증 환자에 대한 도인운동요법은 추나요법과 구별되는 행위이며, 관절의 구축 또는 가동범위 제한으로 인한 운동장애에 대해 맞춤형 호흡법을 유도하면서 그에 따른 근육 강화운동 및 수동적 관절운동 등을 적용하여 치료하는 행위를 의미한다.¹⁾ 과거 도인운동요법은 오금희, 팔단금 등의 기공과 유사한 성격으로 주로 알려졌으나 현재는 현대 치료적 운동치료의 의미를 가지며 치료적 운동을 포함하여 한의사 및 환자의 요구도가 증가함에 따라 활용되고 있다.

운동요법은 기개발된 견비통 한의임상진료지침에서 한의사들의 수요가 가장 높았던 치료 방법이며, 최근 추나요법의 건강보험 보장 및 도수치료 등 수기요법의 비용과 함께 환자들의 수요가 높은 치료 방법이지만 그 근거가 부족하여 도인운동치료를 견비통 질환 치료에 대한 유효성과 안전성을 확인하고자 본 권고안을 마련하였다.

임상현실의 반영을 위해 임상현장에서 가장 활용도가 높은 형태인 침치료와 도인운동을 함께 시행하는 한의복합치료를 시험군의 중재로 정의하여 임상질문을 설정하였다. 치료적 운동(therapeutic exercise)을 모두 포함한 포괄적 문헌 검색을 시행한 이후 도인운동치료를 행위정의에 부합하는 연구를 선정하여 분석을 시행하였다. 행위 정의에 따라 한의사가 개입하지 않고 자가운동을 시행하는 형태는 모두 제외하였다.

(2) 임상질문 : Q17

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)에 침치료와 도인운동요법을 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료 단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	도인운동+침치료	침치료	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Lee 등(2026)²⁾은 어깨 통증 환자 82명을 침치료와 도인운동을 함께 적용하는 군(n=41)과 침치료만 적용하는 군(n=41)로 나누어 6주간 치료를 시행하고 치료결과를 비교하였다. 그 결과 침치료와 도인운동 복합치료 군에서 침치료군 대비 통계적으로 유의한 외회전 운동범위의 호전을 확인하였다. 또한 침치료와 도인운동 복합치료군에서 침치료 단독 시행군에 비하여 통계적 유의성은 없으나 SPADI(총합, 통증, 기능) 및 통증 NRS의 호전을 확인하였다.

(2) 임상질문 : Q17-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 침치료와 도인운동요법을 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료 단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	도인운동+침치료	침치료	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 도인운동치료와 침치료를 함께하는 한의복합치료는 침치료에 비해 통증 개선효과를 나타냈으나, 통계적으로 유의하지 않았다(통증 MD -0.71 [95% CI -1.56, 0.14, p=0.10 / I²=Not applicable]). 이상반응은 포함된 연구의 시험군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain NRS critical	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.71 낮음 [-1.56, 0.14]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

NRS: Numeric rating scale

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q17-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 침치료와 도인운동요법을 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료 단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	도인운동+침치료	침치료	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 침치료만 시행한 대조군에 비해 침치료와 도인운동치료를 함께 시행하는 치료군에서 치료 후 핵심 결과지표인 굴곡과 외전 가동범위가 증가하였으나, 통계적 유의성은 없었다. 이상반응은 포함된 연구의 시험군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
flexion critical	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.37 높음 [-5.25, 13.99]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
abduction critical	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 7.90 높음 [-2.28, 18.08]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
extension important	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 1.08 높음 [-3.52, 5.68]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
adduction important	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.03 높음 [-4.06, 4.12]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
external rotation important	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 5.05 높음 [-2.61, 12.71]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
internal rotation important	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.93 낮음 [-9.67, 7.81]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q17-3

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선에 침치료와 도인운동요법을 함께 시행하는 한의복합치료가 침치료 단독치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	도인운동+침치료	침치료	기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 핵심 결과지표인 SPADI 기능척도의 총 점수는 MD -6.49 [95% CI -17.05, 4.07, $p=0.23$ / $I^2=$ Not applicable]으로 나타나 시험군에서 대조군 대비 개선 효과를 나타내나 통계적 유의성은 없었다. 이상반응은 포함된 연구의 시험군과 대조군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SPADI Total critical	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.49 낮음 [-17.05, 4.07]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI pain important	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.98 낮음 [-5.54, 3.58]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SPADI function important	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 4.46 낮음 [-11.22, 2.30]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
EQ-5D-5L important	82 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.02 낮음 [-7.35, 7.31]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

SPADI: Shoulder pain and disability index

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 도인운동치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하고자 마련하였다. 추나요법의 건강보험 보장 및 도수치료 등 수기요법의 비용과 함께 환자들의 수요가 높은 치료 방법이지만 그 근거가 부족하여 치료적 운동(therapeutic exercise)을 모두 포함한 포괄적 문헌 검색을 시행한 이후 도인운동치료의 행위정의를 부합하는 연구를 선정하여 분석을 시행하였다. 행위정의에 따라 한의사가 개입하지 않고 자가운동을 시행하는 형태는 모두 제외함에 따라 Xaing 등(2023)³⁾의 연구와 같은 자가운동을 포함하는 연구는 모두 제외되었으며, 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질과 관련한 결과지표 없이 호전율만을 보고한 Wang 등(2019)⁴⁾의 연구 역시 제외되었다. 이에 따라 본 권고안에서는 Lee 등(2026)²⁾의 연구만을 포함하였다.

도인운동치료와 침치료를 함께 시행한 한의복합치료와 침치료 단독치료의 통증 개선효과(임상질문 17-1), 가동범위 개선효과(임상질문 17-2), 기능 및 삶의 질 개선효과(임상질문 17-3)를 비교한 임상질문의 핵심 결과지표는 모두 한의복합치료군에

서 개선효과를 나타냈으나 통계적으로 유의하지 않았다. 또한, 포함된 연구의 특성에 따라 눈가림 불가에 의한 비뚤림 위험, 연구대상자 부족의 문제로 모든 임상질문에 대해 근거수준은 낮음(Low)으로 평가한다. 임상질문 17-1과 17-2를 인용하여 도인운동과 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료의 견비통 증상 개선 효과의 근거수준을 낮음(Low)으로 평가하며 이에 따라 권고등급 C를 부여한다. 그러나, 낮은 근거수준으로 인해 효과의 추정치에 대한 확신이 제한적으로 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

권고문 도출을 위한 분석에 포함된 Lee 등(2026)²⁾의 연구에서는 초기 SPADI 점수의 상위 25%를 제외한 나머지 75%에서는 치료군과 대조군의 통계적으로 유의한 차이를 확인하였으며, 특히 외회전 가동범위의 유의한 차이를 확인하였다. 이는 정상적 움직임 기능을 회복하는 것을 목적으로 한 도인운동치료의 특성과 견비통의 일반적인 임상증상을 고려할 때, 염증기에 해당하여 통증 혹은 가동범위 제한이 극심한 경우에는 다른 치료방법이 더 효과적일 수 있음을 시사한다.

도인운동치료가 임상에서 한의사 및 환자의 요구도가 점차 증가하는 한의중재 중 하나라는 점을 고려할 때, 추후 잘 설계된 무작위대조군 연구가 필요하며 이에 따라 효과 추정치가 달라질 수 있다. 도인운동치료의 적용시에는 적용 부위와 목적, 치료방법이 적절하게 적용되어야 하며 이를 위해 환자의 증상 및 기능 평가가 선행되어야 한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서는 도인운동요법에 대한 별도 권고안을 도출하지 않고 추나요법, 수기요법에 대해서만 권고안을 도출하였다. 도인운동치료를 한의중재로 사용한 무작위 대조군 임상연구가 많지 않으나 한의사와 견비통 환자의 수요도가 높은 치료라는 배경을 고려하여 본 한의표준임상진료지침에서는 별도의 권고안을 도출하였다.

[참고문헌]

1. 척추신경추나의학회. 추나의학 2.5판. 척추신경추나의학회. 2017:431-6
2. Lee JH. Daoyin Exercise Therapy for Shoulder Pain and Dysfunction : a Multicenter, Randomized, Single-blinded, Pragmatic Controlled Trial [doctoral dissertation]. Seoul:Dongguk University graduate school; 2026.
3. 向澍, 苏翔, 施问民 & 郑春伟(2023).“松肩诀”导引配合针刀治疗冻结肩疗效观察. 广西中医药(06), 16-19. doi:CNKI:SUN:GXZY.0.2023-06-005.
4. 王莉 & 彭健(2019). 导引术结合针灸治疗肩痹30例观察. 浙江中医杂志(08), 609-610. doi:10.13633/j.cnki.zjtc.2019.08.042.

18) 한약치료를 포함한 한의복합치료

【 R18 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 한약치료(한약 경구복용)를 포함한 한의 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 한약치료는 변증 등 견비통 환자의 개인 특성을 고려하여 적용이 필요하며 병인과 관련하여 풍한습(風寒濕), 어혈(瘀血), 담음(痰飲), 기혈양허(氣血兩虛), 허한(虛寒), 간신흔손(肝腎虧損) 등으로 나누어 적용할 수 있다.

(1) 배경

한약치료는 단독으로도 활용되지만 다른 한의치료와 함께 한의복합치료의 형태로 활용되는 경우가 많다. 기개발된 견비통 한의임상진료지침에서는 한약치료를 포함한 복합치료에 대해 별도의 권고안을 도출하지 않았으나 본 한의임상진료지침에서는 임상에서의 활용도를 고려하여 한약치료를 포함한 한의복합치료에 대해 통합 권고안을 도출하고자 하였다.

성인 견비통 환자에게 경구복용하는 한약치료를 시행한 연구를 선정하였으며 한국에서 유통되지 않는 한약재를 포함한 한약을 적용한 경우는 제외하였다. 한약치료를 포함한 한의복합치료의 효과를 확인하는 것을 목적으로 하므로 대조군의 중재로 시험군에 적용한 한의복합치료에서 한약치료를 제외한 한의치료 혹은 의과통상치료, 한약방복합치료의 내용이 동일한 연구만을 선정하여 포함하였다. 견비통의 치료 목표를 고려하여 통증과 가동범위 개선의 결과지표로 임상질문을 활용해 분석을 시행하였으며, 호전율 등 이 외의 결과지표만을 활용한 연구, 한약외용제를 사용한 연구 등 문헌선정기준에 적합하지 않은 연구는 분석에서 제외하였다.

(2) 임상질문 : Q18

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 한약치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한약치료를 포함한 한의복합치료	대조군	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질	한의원, 한방병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Tong 등(2022)¹⁾은 오십견 환자를 계지부자탕을 복용하는 한약치료와 침도치료를 함께 시행하는 한의복합치료군과 침도치료만 시행하는 대조군으로 나누어 4주의 연구를 시행하고 호전율, 움직임 범위 등을 평가하여 대조군 대비 한의복합치료군의 통계적

으로 유의한 호전을 확인하였다.

Zhang(2018)²⁾은 오십견 환자를 갈근탕과 대시호탕의 합방을 적용하는 한약치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료군과 침치료만 시행하는 대조군으로 나누어 2주간 연구를 시행하고 한의복합치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전율을 확인하였다.

Guo(2016)³⁾는 오십견 환자에게 황기두충탕을 복용하는 한약치료와 추나치료를 적용하는 한의복합치료 혹은 추나치료 단독치료를 30일간 시행하여 호전율, 통증 VAS, 어깨 기능 움직임 점수를 평가하였다. 두 군 모두에서 통증과 어깨 기능의 개선을 확인하였으나 군 간 비교 시 한의복합치료 시행군이 대조군 대비 통계적으로 유의하였다. 호전율 또한 실험군이 대조군 대비 통계적으로 유의하게 높았다.

(2) 임상질문 : Q18-1

성인 견비통 환자의 통증 개선에 한약치료와 한의치료(침도치료, 침치료, 추나치료)를 함께 시행하는 한의복합치료가 한의치료(침도치료, 침치료, 추나치료) 단독시행에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한약+침도 한약+일반침 한약+추나치료	침도치료 일반침치료 추나치료	통증, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과 VAS 통증 척도는 MD -0.75 [95% CI -0.88, -0.62, $p < 0.00001$ / $I^2=0\%$]로 나타나 한약을 복용한 복합치료군에서 대조군 대비 통증의 통계적으로 유의한 감소를 확인하였다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain VAS critical	246 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 0.75 낮음 [-0.88, -0.62]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q18-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선에 한약치료와 침도치료를 함께 시행하는 한의복합치료가 침도치료 단독시행에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한약+침도	침도치료	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원

② 연구결과 요약

정량분석 결과 외회전과 내회전의 치료 후 증가 정도 역시 한약을 복용한 복합치료군에서 대조군 대비 가동범위의 통계적으로 유의한 호전을 나타내었다(외회전 MD 6.86 [95% CI 5.11, 8.61, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]; 내회전 MD 6.21 [95% CI 4.57, 7.85, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
ER important	126 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.86 높음 [5.11, 8.61]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
IR important	126 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.21 높음 [4.57, 7.85]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

ER: External rotation; IR: Internal rotation

a: The included study(ies) had an unclear risk of blinding

b: Sample size < 300

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 한약치료와 한의통상치료를 함께 시행한 한의복합치료의 견비통 증상 개선 효과를 확인하고자 마련하였다. 호전을 등 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선 외의 결과지표만을 활용한 연구, 한약외용제를 사용한 연구 등 문헌선정기준에 적합하지 않은 연구는 분석에서 제외함에 따라, 한약외용제를 사용한 Cheng 등(2008)의 연구⁴⁾, 호전율만을 보고한 Li 등(2017)⁵⁾, Luo and Chen 등(2008)⁶⁾, Wang 등(2013)⁷⁾, Zhang 등(2018)⁸⁾, Cheng 등(2023)⁹⁾, Cheng and Zhang 등(2020)¹⁰⁾과 한약 경구복용 외의 서로 다른 중재를 비교한 Tian and Qian 등(2018)¹¹⁾의 연구는 임상질문에 맞지 않아 제외되었다.

분석 시 이질성을 줄이기 위하여 한의통상치료를 대조군의 중재로 적용하고 대조군에 한약 경구복용의 한약치료를 병행한 한의복합치료를 시험군의 중재로 적용한 연구를 우선 선정하여 분석하였다. 한의치료와 한약치료를 함께 시행한 한의복합치료의 통증개선효과를 확인한 임상질문 18-1은 통계적으로 유의한 통증개선 효과를 확인하였으나 서로 다른 중재를 활용한 연구가 함께 분석됨에 따라 이질성이 높은 문제로 인해 근거수준이 낮음(Low)으로 평가되었다.

한약경구복용과 침도치료를 함께 적용하는 한의복합치료의 가동범위 개선효과를 확인한 임상질문 18-2는 연구대상자 수 부족 및 이중눈가림 미충족으로 인한 비뚤림 위험으로 근거수준이 낮음(Low)으로 평가되었다. 가동범위 개선의 핵심결과지표

인 굴곡과 외전의 가동범위 평가가 부재함에 따라 중요 결과지표인 외회전과 내회전의 근거수준인 낮음(Low)을 인용하여 평가하였다.

한약경구복용을 포함한 한의복합치료의 견비통 개선효과에 대해 통증 및 가동범위에 대한 임상질문을 인용하여 근거수준을 낮음(Low)으로 평가한다. 이는 분석에 포함된 연구의 비뚤림 위험이 존재하며, 총 대상자 수 부족으로 인한 비정밀성 문제가 발생한 것에 기인한 것으로 판단된다. 한약치료가 임상현장에서 많이 활용되는 중재이며 포함된 연구에서 중대한 이상반응 보고가 없음에 따라 별도의 조정 없이 근거수준을 인용하여 권고등급 C를 부여한다.

견비통의 치료를 위해 임상에서 한약치료는 활발하고 다양하게 사용되는 한의중재 중 하나로 다양한 처방이 여러 한의중재에 복합으로 사용됨에 따라 연구 간의 이질성이 높아 정확한 효과 추정치를 분석하고 이를 신뢰함에 제한이 있다. 추후 잘 설계된 연구에 따라 효과 추정치는 달라질 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의임상진료지침에서는 한약치료를 포함한 복합치료에 대해 별도의 권고안을 도출하지 않았으나 본 한의임상진료지침에서는 임상에서의 활용도를 고려하여 한약치료를 포함한 한의복합치료에 대해 통합 권고안을 도출하였다. 단, 단독 치료와 달리 주로 활용되는 형태를 활용하여 효과 추정치를 분석하고자 한약외용제의 형태는 제외하였으며 보다 정확한 효과 추정치의 분석을 위해 한약 경구복용과 한의 치료를 함께 시행한 한의복합치료를 치료군의 중재로 적용하고, 한약 경구복용을 제외한 다른 한의치료를 대조군에 동일하게 적용한 경우만을 선정하여 분석하였다.

[참고문헌]

1. 全乐, 崔晨华, 史俊元, 赵克勤. 桂枝附子汤加减小联合动痛点针刀松解术治疗冻结肩急性期的效果研究. 中华中医药学刊. 2022;40(5):239-242.
2. 张素华. 葛根汤合大柴胡汤结合针刺治疗肩关节周围炎20例. 中国民间疗法. 2018;26(8):44-5.
3. 郭辰(Guo C). 推拿联合黄芪杜仲汤加减小治疗肩关节周围炎的临床疗效. 河北中医. 2016;38(5):758-61.
4. Cheng P, Shi WM, He J, Lang HT, Xi CL, Wu MJ. Efficacy and safety of infrared rays and Qingpeng paste in treating peri-arthritis of shoulder. Zhongguo Zuzhi Gongcheng Yanjiu yu Linchuang Kangfu. 2008;12(7):1353-1356.
5. 李强. 运用“益气通阳法”治疗肩关节周围炎临床观察. 中华医学. 2017;9(30):80-82.
6. 罗仁瀚, 陈秀玲. 针药并用治疗肩关节周围炎48例临床疗效观察. 云南中医中药杂志. 2008;29(6):34-5.
7. 王勇坚. 小针刀联合大秦芎汤治疗肩周炎临床疗效分析. 中国中藥雜誌. 2013;38(23):4164-7.
8. 张素华. 葛根汤合大柴胡汤结合针刺治疗肩关节周围炎20例. 中国民间疗法. 2018;26(8):44-5.
9. Cheng Z, Jiang S, Zhao J. Self-prepared Jianbi Decoction combined with Xiaotong plaster to

treat scapulohumeral periarthritis of wind cold blocking collateral syndrome. Clinical Journal of Traditional Chinese Medicine. (Accepted version) Online first publishing date:2023-05-11.

10. Cheng Q, Zhang J. Treating periarthritis with Jianning decoction combined with functional exercise of shoulder joint. Zhongyiyao Linchuang Zazhi. 2020;32(4):723-6.
11. 田金丹, 钱丽华. 观察当归四逆汤治疗肩周炎的临床应用效果. 北方药学. 2018;15(11):88-9.

19) 한의치료와 의과약물요법을 함께 시행하는 한양방복합치료

【 R19 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 한의치료와 의과약물치료(진통소염제, 스테로이드 주사 등)를 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 침치료와 물리치료, 소염진통제 복용, 주사요법, 수기요법 등의 의과통상치료 병행을 고려할 수 있다. 한양방복합치료 시에는 면밀한 진단과 경과관찰이 필요하다.

(1) 배경

견비통에 대한 의과의 통상치료는 물리치료, 도수치료, 체외충격파, 견인치료 등을 시행하는 비약물요법과 진통소염제 복용, 스테로이드 주사, 신경차단술 등을 시행하는 약물요법, 그리고 수술로 나눌 수 있다. 본 임상진료지침에서는 수술적 치료의 적응이 되는 견비통은 다루지 않기로 함에 따라 한양방복합치료에 대해 의과통상치료인 의과약물요법을 대조군의 중재로 시행하고, 대조군의 중재에 한의치료를 함께 시행한 한양방복합치료를 치료군의 중재로 설정하였으며 견비통의 주요 치료 목표인 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선에 따라 임상질문을 나누어 권고안을 도출하였다. 한의치료로는 침치료, 전침치료, 침도치료, 뜸치료, 부항치료, 주나치료, 한약치료가 포함되었으며 의과약물요법으로는 진통소염제 경구복용, 스테로이드 주사치료, 신경차단술 등이 포함되었으며 경구복용의 진통소염제 형태에는 제한을 두지 않았다. 의과약물요법에 한의치료를 함께 시행하는 한양방복합치료의 치료효과를 확인하고자, 대조군의 중재와 치료군의 중재가 하나의 한의치료 시행여부만 차이가 나는 연구를 선정하였으며, 무작위 대조군 연구가 치료군과 대조군을 비교하는 형태가 아닌 3군을 비교하는 연구설계는 제외하였다.

(2) 임상질문 : Q19

성인 견비통 환자의 증상 개선(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선)을 위해 한의치료와 의과약물치료(진통소염제, 스테로이드 주사 등)를 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한의치료+의과약물치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드 주사 등)	통증, 가동범위, 기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 한양방 협진병원

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Taheri 등(2022)¹⁾은 회전근개건염 환자 40명을 침치료와 운동, 경구약물복용(meloxicam)을 시행하는 시험군(n=20)과 운동과 경구약물복용(meloxicam)만을 적용하는 대조군(n=20)으로 나누어 치료 종료 직후 및 3개월 후의 호전 정도를 비교하였다. 두 군 모두 치료 후 통증, DASH의 호전을 보였으나 대조군 대비 시험군의 통계적으로 유의한 개선을 확인하였다.

王米 등(2020)²⁾은 84명의 오십견 환자를 초음파 중재하 주사치료와 일반침치료를 적용하는 시험군(n=42)과 초음파 중재하 주사치료만을 시행하는 대조군(n=42)으로 나누어 2주간 연구를 시행하였다. 그 결과 두 군 모두 치료 전과 비교하여 치료 후 야간통증 정도, 능동움직임 정도의 통계적으로 유의한 호전을 나타냈으며, 1주 후와 1개월 후의 야간통증 정도, 1주 후와 2개월 후의 능동 움직임 정도는 시험군에서 대조군 대비 통계적으로 유의하게 호전되었다.

Guo 등(2006)³⁾은 어깨 통증 환자 257명을 조구혈을 취혈한 일반침치료와 진통소염제를 복용하는 시험군(n=124)과 진통소염제 복용만을 시행하는 대조군(n=133)으로 나누어 12회의 치료를 시행하였다. 치료 후 시험군에서 대조군에 비하여 통계적으로 유의하게 높은 호전율과 어깨기능점수의 호전을 확인하였다.

Zhu 등(2020)⁴⁾은 오십견 환자 84명을 도침치료와 초음파유도 하 약물주사(리도카인, 베타메타손), 마취 하 도수치료, 시술 후 재활운동, 경구약물(diclofenac sodium)을 복용하는 시험군(n=42)과 초음파유도 하 약물주사(리도카인, 베타메타손), 마취 하 도수치료, 시술 후 재활운동, 경구약물(diclofenac sodium)을 복용하는 대조군(n=42)으로 나눠 연구를 시행하였다. 2주의 치료 후 VAS, CMS, 치료율을 평가하여 두 군 모두에서 치료 전 대비 견비통 증상의 개선을 확인하였으며, 실험군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 차이를 확인하였다.

Yu 등(2014)⁵⁾은 오십견 환자에게 도침치료와 신경차단술을 시행하는 한양방복합치료(n=44)와 신경차단술(n=42)을 시행하여 3주간 치료 후 치료율, VAS, 견관절의 기능정도를 평가하여 치료 전 대비 두 군 모두에서 호전이 있었으며, 시험군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 차이를 확인하였다.

Laixi 등(2015)⁶⁾은 오십견 환자 117명을 도침치료와 주사치료를 함께 시행하는 한양방복합치료군(n=59)과 주사치료만 시행하는 대조군(n=58)으로 나누어 1회의 치료를 시행한 이후 치료 1주 후, 4주 후의 VAS, McGill 통증 점수, 어깨 기능을 확인하여 대조군 대비 한양방복합치료군에서 통계적으로 유의한 통증 및 기능 호전을 보고하였다.

Kulakli 등(2020)⁷⁾은 어깨 통증 환자를 추나치료와 주사치료를 시행하는 시험군(n=42)과 주사치료만 시행하는 대조군(n=42)으로 나누어 1회 치료를 시행하고 4주의

추적관찰을 시행하였다. 그 결과 두 군 모두에서 치료 전 대비 치료 4주 후의 휴식 시 및 활동 시 VAS 통증척도의 감소를 확인하였다. 또한 외전, 굴곡, 내회전, 외회전 운동 범위의 호전을 확인하였으며 운동범위의 호전은 시험군에서 더 크게 나타났다.

Shang 등(2010)⁸⁾은 오십견 환자를 시험군과 대조군으로 나누어 2주간 연구를 시행하였다. 시험군은 황기당귀탕을 복용하는 한약치료, 통점주사, 생활관리(자가운동)를 시행하는 한양방복합치료를 적용하였으며 대조군은 통점주사와 생활관리(자가운동)를 시행하였다. 치료 후 호전율을 평가한 결과 시험군의 호전율이 대조군보다 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

Cao 등(2005)⁹⁾은 오십견 환자에게 소풍통비탕 복용과 이부프로펜 복용을 함께 적용하는 한양방복합치료 혹은 이부프로펜 단독복용을 적용하는 의과통상치료를 시행하여 2주 동안 연구를 시행하였다. 치료 후 호전율을 평가한 결과 한양방복합치료군의 호전율이 양약단독치료군보다 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

Zhu 등(2020)¹⁰⁾은 오십견 환자에게 견비탕 복용과 국부차단술을 시행하는 한양방복합치료와 국부차단술 단독치료를 시행하였다. 3주의 치료 후 호전율과 기능점수를 평가하여 두 군 모두에서 견비탕 증상의 개선을 확인하였으나, 호전율에서는 두 군 간의 통계적 유의성이 없었고, 기능점수는 한양방복합치료군이 대조군 대비 통계적으로 유의하였다.

Yan 등(2019)¹¹⁾은 오십견 환자에게 견옹탕 복용과 관절강내주사치료를 시행하는 한양방복합치료 혹은 관절강내주사치료를 시행하였다. 3주의 치료 후 호전율과 기능점수를 평가하여 두 군 모두에서 견비통 증상의 개선을 확인하였으며 군 간 비교 시 시험군이 대조군 대비 통계적으로 유의하였다.

Zeng 등(2010)¹²⁾은 오십견 환자를 당귀계혈등탕을 복용하는 한약치료와 주사치료를 함께 시행하는 한양방복합치료군과 주사치료만 시행하는 대조군으로 나누어 5주의 치료를 시행하였다. 치료 후 두 군 모두에서 통증의 감소를 확인하였으며 한양방복합치료군에서 대조군 대비 통계적으로 유의한 호전을 확인하였다.

(2) 임상질문 : Q19-1

성인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 한의치료와 의과약물치료(진통소염제, 스테로이드 주사 등)를 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한의치료+의과약물치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드 주사 등)	통증, 이상반응	한의원, 한방병원, 한양방 협진병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 통증 평가 척도와 3개월 후의 통증 VAS 모두 대조군 대비 시험군의 통계적으로 유의미한 개선을 보였다(통증 SMD -0.88 [95% CI -1.46, -0.30, $p=0.003$ / $I^2=92\%$]; 통증 VAS_3개월 후 MD -1.56 [95% CI -2.51, -0.61, $p=0.001$ / $I^2=Not\ applicable$]). 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS NRS) critical	606 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	SMD 0.88 낮음 [-1.46, -0.30]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS 3months critical	70 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 1.56 낮음 [-2.51, -0.61]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS rest important	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 0.60 낮음 [-1.14, -0.06]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain VAS activity important	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 1.30 낮음 [-1.95, -0.65]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

VAS: Visual analogue scale for pain intensity; NRS: Numeric rating scale

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: $I^2 \geq 75\%$ and the effects are not consistent.

c: Sample size < 300

(2) 임상질문 : Q19-2

성인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 한의치료와 의과약물치료(진통소염제, 스테로이드 주사 등)을 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한의치료+의과약물치료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드 주사 등)	가동범위, 이상반응	한의원, 한방병원, 한양방 협진병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, 한양방복합치료군에서 대조군 대비 굴곡, 외전, 신전, 외회전의 통계적으로 유의한 개선효과를 확인하였다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Flexion critical	163 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 7.88 높음 [2.77, 12.99]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Abduction critical	163 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 7.94 높음 [2.45, 13.44]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Extension important	79 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 6.26 높음 [1.89, 10.63]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
External rotation important	163 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 3.69 높음 [0.81, 6.56]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Internal rotation important	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 3.75 높음 [-0.55, 8.05]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300

c: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(2) 임상질문 : Q19-3

성인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 한의치료와 의과약물치료(진통소염제, 스테로이드 주사 등)을 함께 시행하는 한양방복합치료를 고려해야 하는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 견비통 환자	한의치료+의과약물치 료	의과약물치료 (진통소염제, 스테로이드 주사 등)	기능, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 한양방 협진병원

② 연구결과의 요약

정량분석 결과, SPADI 기능 평가 척도가 MD -10.25 [95% CI -13.45, -7.05, $p < 0.00001$ / $I^2 = \text{Not applicable}$]로 나타나 대조군 대비 시험군의 어깨 기능 개선효과를 확인하였다. 포함된 연구 모두에서 이상반응을 보고하지 않음에 따라 이상반응에 대한 정량분석은 미시행하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SPADI critical	40 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ab}	-	-	MD 10.25 낮음 [-13.45, -7.05]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Melle score critical	257 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{ac}	-	-	MD 0.25 높음 [-0.71, 1.21]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
DASH critical	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 2.70 높음 [-1.34, 6.74]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
CMS critical	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 4.71 높음 [-1.74, 11.16]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

SPADI: Shoulder pain and disability index; CMS: Constant Murley score; DASH: The disabilities of the arm, shoulder and hand

a: The included study(ies) had an unclear risk of selection, performance biases.

b: Sample size < 300

c: Sample size < 300, the 95% confidence interval overlapped with no effect.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 견비통의 의과통상치료인 약물요법과 한의치료를 함께 시행하는 한양방 복합치료의 통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질 개선효과를 확인하고자 마련하였다. 한 의사 대상 설문조사에서 한양방협진의 필요성이 50%의 응답률을 나타냈으며, 특히 진통소염제 등 약물복용이 필요할 경우 협진이 필요하다는 응답이 높음에 따라 이러한 임상현황을 반영하여 의과약물요법 단독시행과 한양방복합치료의 효과를 비교하는 임상질문을 설정하였다. 효과 비교를 위하여 포함되는 연구의 이질성이 발생할 수 있으나 다양한 중재를 포괄한 임상질문을 마련하였다. 다만, 세 군의 치료효과를 비교하는 연구 설계는 제외함에 따라 견비통 환자를 침치료와 뜸치료, 경구약물복용(diclofenac sodium), 재활치료를 시행하는 한양방복합치료 시험군과 뜸치료, 경구약물복용(diclofenac sodium), 재활치료를 시행하는 한양방복합치료 대조군, 경구약물복용(diclofenac sodium)과 재활치료를 시행하는 의과통상치료 대조군으로 나누어 치료효과를 비교한 Wang 등(2020)¹³⁾, 뜸치료와 견인도수 치료를 시행하는 한양방복합치료군, 견인도수군, 뜸치료군을 비교한 Huang 등(2014)¹⁴⁾은 제외되었다. 또한, 문헌선정 기준에 따라 침도치료, 진통소염제 경구복용, 한의 연고와 진통소염제 경구복용 및 한의연고를 비교한 Tian 등(2022)¹⁵⁾ 역시 제외되었다. 통증 개선효과를 확인한 임상질문 19-1은 분석에 포함된 연구대상자 수가 충분하나, 6개의 연구가 포함됨에 따라 연구 간의 이질성이 크고 연구 설계상 이중눈가림 불가로 인한 비뚤림 위험이 존재함에 따라 핵심 결과지표인 통증 NRS, VAS 척도의 근거수준인 낮음(Low)을 인용하여 근거수준을 낮음(Low)으로 평가한다.

가동범위 개선효과를 확인한 임상질문 19-2는 굴곡, 외전, 신전, 내회전, 외회전의 견관절 가동범위를 평가하였으며 이중 핵심결과지표인 굴곡과 외전의 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이는 연구대상자 수 부족 및 연구 설계상 이중눈가림 불가로 인한 비뚤림 위험이 존재함에 기인한 것으로 생각된다.

기능 및 삶의 질 개선효과를 확인한 임상질문 19-3은 핵심 결과지표인 CMS,

DASH, SPADI, Melle score의 호전을 확인하였으나, SPADI 점수 변화만 통계적으로 유의성을 나타냈다.

외과통상치료인 약물요법과 한의치료를 함께 시행하는 한양방복합치료의 견비통 증상 개선 효과에 대해 임상질문 19-1과 19-2를 인용하여 전체 근거수준을 낮음(Low)으로 평가한다. 약물요법과 한의치료를 함께 시행하는 한양방복합치료의 형태가 임상에서 흔히 활용되는 한양방 협진치료의 형태라는 점과 중대한 이상반응의 보고가 없었음을 고려하여 근거수준 낮음(Low)을 인용하여 권고등급 C를 부여한다.

포함된 연구의 수가 적고 이에 따라 연구대상자 수가 부족하며 비뮌 위험이 존재함에 따라 근거수준 및 권고등급은 추후 잘 설계된 연구에 따라 그 효과 추정치가 상당히 변화할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

기개발된 견비통 한의표준임상진료지침에서는 한양방복합치료에 대해 한의 중재별로 나누어 별도의 권고안을 도출하였으나, 본 임상진료지침에서는 임상현장에서 의사결정 시 한양방복합치료를 시행하는 한양방협진을 고려하는가 고려하지 않는가를 고민함을 반영하여 임상질문을 설정하고자 하였다. 이에 대조군의 중재 특성에 따라 약물요법인 진통소염제 경구복용, 스테로이드 주사치료, 신경차단술 등을 포함한 의과약물요법 대조군과 의과약물요법에 한의치료를 함께 시행하는 한양방복합치료를 비교하는 권고안을 도출하였다.

[참고문헌]

1. Taheri P, Seydi F, Maghroui R. Effectiveness of acupuncture in reducing pain and improving shoulder function in patients with rotator cuff tendinopathy: A clinical trial study. *Middle East J Rehabil Health Stud.* 2022;9(2):e121703.
2. 王米, 李胜男, 张学广, 王雪薇, 刘尧, 申文, 袁燕. 超声引导下双注射联合细银质针治疗. *医学研究杂志.* 2020;29(10):159-63.
3. Guo C, Zhang F, Fu P, Sha Y, Ma G, Liu Y, Liu Y, Ma H, Qin L. Study and evaluation on clinical therapeutic effect of acupuncture at Tiaokou(ST38) for treatment of periarthritis of shoulder. *J Beijing Univ Tradit Chin Med.* 2006;29(11):790-792.
4. 朱轶, 蒋静涵, 钟文晖, 邹锋, 樊远志, 朱伟民. 麻醉下四步手法松解联合超声针刀和药物注射治疗肩凝症的临床研究. *世界中西医结合杂志.* 2020;15(8):1540-3.
5. Yu Q, Li J, Tang W, Yao Z. Observation on the efficacy of micro needle knife lysis as main treatment for adhesive capsulitis of the shoulder. *Shanghai J Acu-mox.* 2014;33(4):346-5.
6. Laixi J, Wang H, Cao Y, Yan P, Jin X, Nie P, Wang C, Li R, Zhang C, Yang M, Yang J. Sharp-hook acupuncture(Feng Gou Zhen) for patients with periarthritis of shoulder: a randomized controlled trial. *Evidence-based complementary and alternative medicine.* 2015;article ID 312309.
7. Kulakli F, Ilhanli I, Sari IF, Turkoz A, Celik C. Can the efficacy of subacromial corticosteroid injection be improved using a single session mobilization treatment in subacromial impingement syndrome? A randomized single-blind controlled trial. *Turkish Journal of Medical Sciences.* 2020;50:205-12.

8. 费振国(Shang Z), 佐建华, 尚丹琪. 中西医结合治疗肩周炎48例临床观察. 中国伤残医学. 2010;18(4):29-30.
9. 曹伟志(Cao W). 疏风通痹汤治疗肩关节周围炎 80例临床观察. 中医药导报. 2005;11(6):31-2.
10. Zhu J, Chen B. Self-made Jianbi Decoction Combined with Local Closure for the Treatment of Cold Dampness Stagnation Type Rotator Cuff Injury. Zhongyiyao Linchuang Zazhi. 2020;32(4):700-3.
11. Yan Y, Zhang J. Clinical Observation on Treating Shoulder Periarthritis(wind cold wet Arthralgia Type) by Jianning Decoction Plus Sodium Hyaluronate Joint Cavity Injection. Clinical journal of traditional chinese medicine. 2019;31(3):573-5.
12. 曾屹(Zeng Y), 张旭桥, 谭雄, 苏华新. 当归鸡血藤汤加减联合阿尔治治疗肩关节周围炎20例观察. 实用中医药杂志. 2010;26(8):559.
13. Wang BB, Luo HP, Yang XQ, Huang XS. Herbal cake separated moxibustion combined with umbrella shaped acupuncture with round sharp needle for chronic scapulohumeral periarthritis of cold-damp stagnation. Chinese Acupuncture & Moxibustion. 2020;40(12):1291-4.
14. Huang HL, Zheng S, Peng L. Ertou Nabo Liuxiang traction therapy combined with thermal moxibustion for periarthritis of shoulder : clinical observation of 80 cases. JCAM. 2014;30(8):4-6.
15. 田向东, 周立群, 赵吉平, 黄叶, 丁天送. 基于特定解剖结构选点的针刀治疗肩峰下撞击综合征的临床效果. 中国医药导报. 2022;19(9):161-4

견비통 한의표준임상진료지침



견비통 임상진료지침 활용

1. 견비통 임상진료지침 활용
2. 한계점 및 의의
3. 향후 계획

1 견비통 임상진료지침 활용

본 한의표준임상진료지침은 임상 진료현장에서 활용도가 높은 중재, 한의학 교과서에 등재된 신뢰도 있는 중재 위주로 임상질문을 구성하였으며 비교군 역시 임상현장을 반영하여 무처치군, 한의통상치료군, 의과통상치료군 등으로 설정하여 실제 활용에 도움이 될 수 있다. 또한, 권고안마다 임상적 고려사항을 기술하여 임상현장에서 본 지침을 활용하여 실제적인 치료효과 향상을 돕고자 하였다.

본 지침의 내용을 효과적으로 확산하고 활용하기 위하여 한의약혁신기술개발사업단을 통해 확산도구를 개발하고 최종 인증 이후 보건복지부 산하 한의표준임상진료지침 개발, 확산을 위한 플랫폼(국가한의임상정보포털, <https://nikom.or.kr/nckm>) 및 대한한의학사협회 게시판 등을 통해 임상진료지침을 제공할 예정이다. 또한, 학회 보수교육 연계를 통해 진료지침 내용을 보수교육 내용에 포함시켜 보급되도록 할 예정이다.

2 한계점 및 의의

한의학에서는 환자의 특성이나 체질, 증상 양상에 따라 변증하여 치료하는 방법이 일반화되어 있기 때문에 표준화된 진단 및 치료를 원칙으로 하고 한의학의 임상현장을 온전히 담아내는 근거기반 임상진료지침을 개발하는 데 어려움이 있다. 또한 일부 중재에서 잘 수행된 무작위 대조군 연구를 바탕으로 한 근거가 부족하여 한계가 있다.

이러한 한계를 보완하기 위하여 본 임상진료지침은 개발 단계에서 한의사 대상 임상설문조사를 시행하고 이를 반영하여 임상현장을 온전히 담아내고자 하였다. 또한, 기개발된 견비통 한의표준임상진료지침의 견비통 질환 임상 근거가 침치료 중재에 편중됨에 따라 침치료 이외의 한의치료기술 효과성을 규명하고 이를 권고로 반영하여 본 지침을 개발하였다. 한의사 설문조사 시 근거마련 요구도가 높은 도인운동요법에 대한 프로토콜을 개발하고 도인운동요법의 임상 근거 창출 임상연구를 수행하였으며 이를 반영하였다.

본 임상진료지침에서는 한의학의 특성을 최대한 반영할 수 있도록 연구결과를 잘 종합하여 기술하고자 노력하였으며, 보완이 필요한 부분에 대해서는 향후 단계적 연구를 통해 근거를 확보해 나가고자 한다.

3 향후 계획

본 임상진료지침은 5년마다 갱신 필요성을 확인하며 새로운 과학적 근거가 확인되는 경우, 권고된 중재의 선호도 및 임상적 차이가 확인되어 새로운 권고안 설정이 필요한

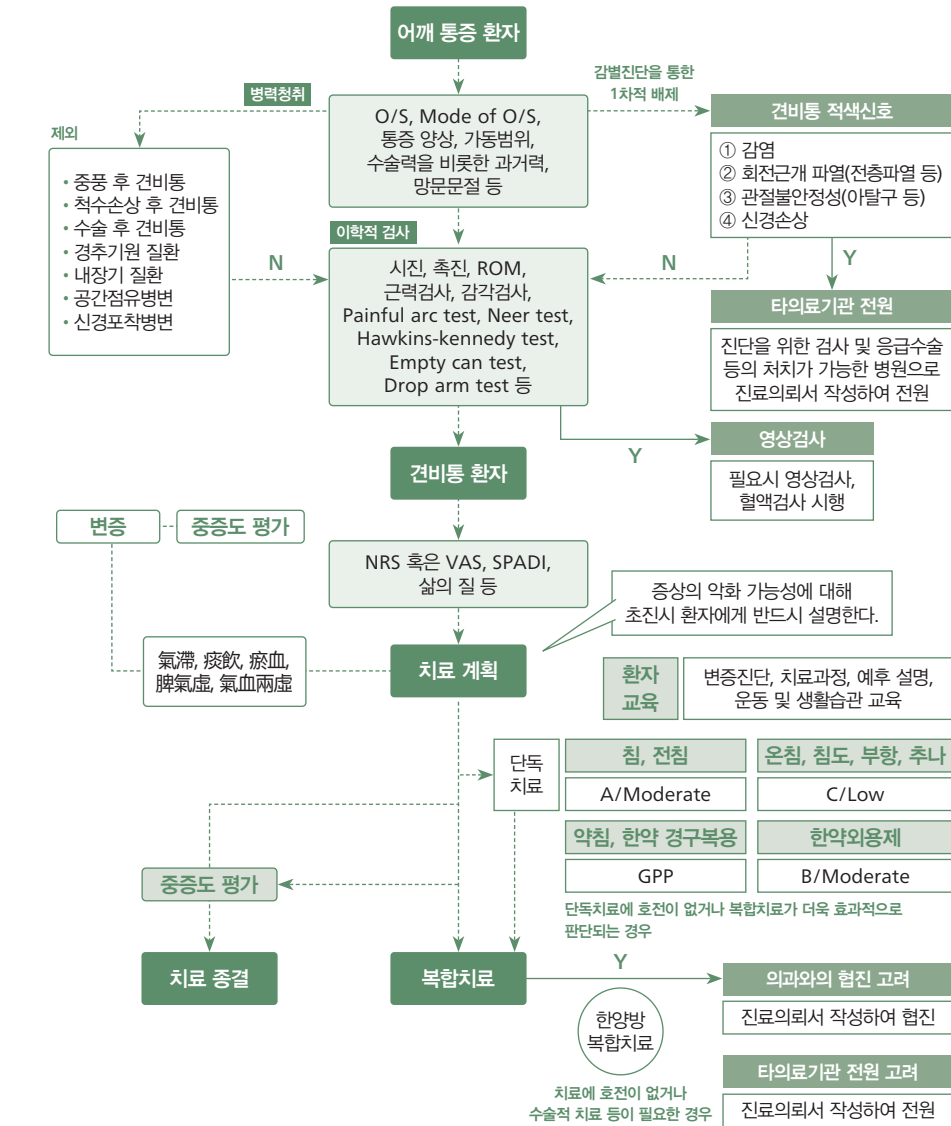
경우 임상진료지침 재검토를 수행하고 갱신하기로 한다.

임상진료지침에서 권고하는 중재의 수행 정도를 확인하는 대안적 방법으로 5년마다 임상한의사를 대상으로 실태조사를 시행할 예정이며 권고 적용의 활용도와 장애요인을 확인하고 검토할 예정이다.

견비통 한의표준임상진료지침

VI

진료알고리즘



침 병행치료 (B/Low)	뜸 병행치료 (C/Low)	약침병행치료 (C/Low)	매선병행치료 (GPP)
견비통 환자에게 침을 포함한 한의복합치료	견비통 환자에게 뜸을 포함한 한의복합치료	견비통 환자에게 약침을 포함한 한의복합치료	견비통 환자에게 매선을 포함한 한의복합치료
부항 병행치료 (B/Low)	추나병행치료 (C/Low)	도인운동 병행치료 (C/Low)	한약병행치료 (C/Low)
견비통 환자에게 부항을 포함한 한의복합치료	견비통 환자에게 추나를 포함한 한의복합치료	견비통 환자에게 도인운동을 포함한 한의복합치료	견비통 환자에게 한약을 포함한 한의복합치료

견비통 한의표준임상진료지침

VII

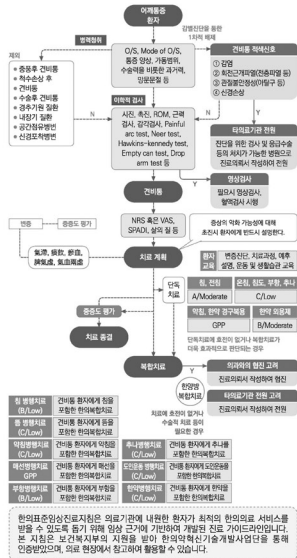
확산도구

리플렛

관고안

알고리즘

R1	상인 건비통 환자의 통증 및 기능범위 개선을 위해 일반치료를 시행한다.	A/Moderate
R2	상인 건비통 환자의 통증 및 기능범위 개선을 위해 전신요법을 시행한다.	A/Moderate
R3	상인 건비통 환자의 기능범위 개선을 위해 온열요법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R4	상인 건비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 마취요법(인트라로이데, 도수요법)에 비해 약침요법을 고려할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R5	상인 건비통 환자의 증상(통증, 기능범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 진통소염제 복용에 비해 약침요법을 고려할 수 있다.	GPP
R6	상인 건비통 환자의 증상(통증, 기능범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 진통소염제 복용에 비해 부항요법을 고려할 수 있다.	C/Low
R7	상인 건비통 환자의 증상(통증, 기능범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 추나요법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R8	상인 건비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 생활관리(비대 운동요법)를 고려할 수 있다.	C/Low
R9-R10	상인 건비통 환자의 증상(통증, 기능범위, 기능 및 삶의 질)을 위해 한의약요법을 고려할 수 있다.	B/Moderate
R9-R10	상인 건비통 환자의 증상(통증, 기능범위, 기능 및 삶의 질)을 위해 한의약요법을 고려할 수 있다.	GPP
R10	상인 건비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 온열요법에 비해 침요법과 온열요법을 함께 시행하는 한의약요법을 고려할 수 있다.	B/Low
R11	상인 건비통 환자의 통증 개선을 위해 한의약요법(약침요법)에 비해 침요법과 온열요법을 함께 시행하는 한의약요법을 고려할 수 있다.	Inconclusive
R12	상인 건비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 침요법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R13	상인 건비통 환자의 증상(통증, 기능범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 약침요법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R14	상인 건비통 환자의 증상(통증, 기능범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 추나요법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	GPP
R15	상인 건비통 환자의 통증 및 기능범위 개선을 위해 부항요법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	B/Low
R16	상인 건비통 환자의 증상(통증, 기능범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 추나요법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R17	상인 건비통 환자의 증상(통증, 기능범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 추나요법을 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R18	상인 건비통 환자의 통증 및 기능범위 개선을 위해 한의약요법(약침요법)에 비해 침요법과 온열요법을 함께 시행하는 한의약요법을 고려할 수 있다.	C/Low



한국한의학연구원
한의학연구개발사업단

견비통 한의표준임상진료지침

KOREAN MEDICINE CLINICAL
PRACTICE GUIDELINE



한국한의학연구원
한의학연구개발사업단

한의표준진료지침과 권고등급

견비통의 한의치료

견비통의 예방 및 관리



견갑부통 포함 견관절과 그 주변 조직, 상지에 연관되어 나타나는 통증 질환으로, 어깨 통증과 함께 관절기능범위 제한(외회전·내회전·외전·굴곡)을 동반하는 기능장애를 특징으로 한다.

- ① 왜 견비통은 쉽게 생길까?**
 - A 견관절은 기능범위가 크지만 구조적으로 불안정
 - A 통증은 어깨뿐 아니라
 - 목·팔·척간과도 연관될 수 있음
- ② 핵심 원인 질환**
 - 회전근개 질환
 - 동결견
 - 점액낭염·충격충진
 - 외상성 손상
- ③ 유발 요인**

관절 기능 이상과 근막통증후군이 있으며, 퇴행성 변화, 건염, 관절낭염, 점액낭염 등 염증성 병변이 병발할 수 있다.
- ④ 주요 위험인자**

견관절 외상, 팔을 들어 올린 상태의 작업, 장시간 컴퓨터 사용, 고령, 당뇨, 중풍, 스트레스 등이다.
- ⑤ 정확한 진단이 치료의 시작이다**
 - 병력청취·이학적 검사
 - (필요 시) X-ray·초음파·MRI

견비통의 한의치료에는 약침치료, 침구치료, 추나요법 및 한의수기 치료, 기타 한의물리요법 등을 적용할 수 있다.

- ① 한약**

환자 개개인의 상태와 특성에 따라 변증을 통해 적용한다
- ② 침구치료**

단순침치료, 전침요법, 온침요법, 약침요법, 매선침요법, 화침, 침도, 뜰 등 해당

침치료 방법
아픈 쪽의 근육부에 침치료를 시행하는 방법, 근육부 이외의 다른 부위의 침치료를 시행하는 방법이 있으며 전가자극, 고강도 수기요법 등의 자극을 함께 시행할 수 있다. 단순침치료, 전침요법 및 온침요법, 약침요법을 시행할 때는 오기후, 상완골 소결점, 상완골 대결점, 견봉하, 결절간구 주위의 아픈 부위 및 견갑절, 견갑사각관 주위 아픈 부위에 침치료를 시행할 수 있다.
- ③ 부항요법(자파관법), 한방물리요법 (냉습포, 온습포, 침도요법 (데이밍), 자기운동요법 등**

약침치료, 침구치료와 병행하여 적용할 경우 효과적
- ④ 추나요법**

견갑골과 견관절의 관절가동술, 근육기법, 근대너지법 등을 적용하거나, 인대나 건 등의 연부조직을 주로 치료하는 근간이한 수기요법을 병행하여 시행하거나, 도인운동 요법을 병행할 수 있다
- ⑤ 도인운동요법**

회전근개 및 견갑대 근육의 기능을 조절하고 견관절, 견배관, 견골부의 생리적 움직임을 회복하고 촉진하는 것을 목적으로 활용할 수 있다

어깨 통증의 위험인자인 어깨의 근력저하 및 기능범위 감소, 견갑골의 움직임 이상, 자세불량 등을 조절하는 예방운동이 어깨통증 예방에 효과적이라고 알려져 있다. 예방운동으로는 스트레칭, 가동성 및 근력강화, 균형 운동 등을 포함하는 프로그램이 활용되고 있으며 꾸준히 하고 적극적인 운동 수행이 손상 예방 효과에 중요하다고 알려져 있다.

- ① 운동의 원칙**

회전근개 근육, 전가자, 상부 승모근 등에 대한 스트레칭과 더불어 견갑을 안정화운동 및 근력강화운동을 병행하도록 한다. 이때 관절가동범위 제한이 있는 경우 스트레칭 위주로 시행한다. 가동범위가 호전될수록 재발 방지 목적으로 견갑을 안정화운동 및 근력강화운동에 중점을 둔다. 이와 더불어 걷기, 자전거 타기, 수영, 아무라비 등의 유산소 운동을 병행할 수 있다.
- ② 자기운동 방법**

스트레칭, 견갑골을 움직이는 근육에 대한 견갑관 안정화 운동, 회전근개 근육에 대한 근력강화운동 등을 시행할 수 있다. 관절 가동범위 제한이 위주가 되는 경우에 스트레칭 방법을 주로 적용할 수 있고, 관절 가동범위 제한이 줄어들면서 통증이 위주가 되는 경우에는 견갑관 안정화 운동 및 회전근개 근력강화 운동을 적용할 수 있다. 단, 견갑관 안정화 운동 및 회전근개 근력강화 운동을 시행하기 전에 가법계 스트레칭 운동을 먼저 시행하여야 한다
- ③ 주의 사항**

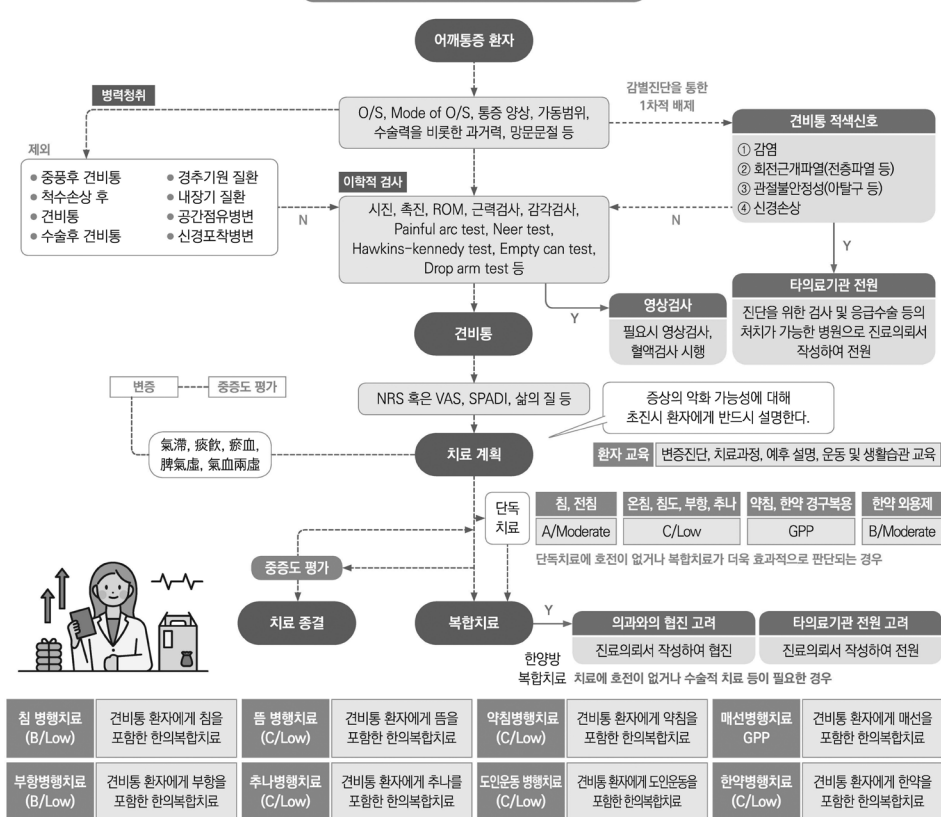
머리 위로 팔이 올라가는 동작(overhead)을 피하도록 한다. 아픈 어깨를 잡고 지지 않도록 하며, 무거운 물건을 들 때 좌우 양쪽 팔을 사용해 반값이 되도록 한다. 갑작스럽게 스트레칭이나 근력 강화운동의 운동량이나 횟수를 늘리지 않도록 주의해야 한다.
- ④ 자세 관리**

마리전방자세(head forward)와 둥근 어깨(round shoulder) 예방을 위해 견추와 어깨의 정상적인 위치 및 올바른 자세를 취하는 것이 좋다.

KOREAN MEDICINE CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

견비통 한의표준임상진료지침

알고리즘



권고안

R1	상인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 일반침치료를 시행해야 한다.	A/Moderate	R10	상인 견비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 운동치료에 비해 침치료와 운동치료를 함께 시행하는 한의복합치료를 고려해야 한다.	B/Low
R2	상인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 전침치료를 시행해야 한다.	A/Moderate	R11	상인 견비통 환자의 통증 개선을 위해 한의통상치료와 화침치료를 함께 시행하는 한의복합치료를 시행할 것에 대한 임상실문에 대해서 권고안을 비도출한다.	Inconclusive
R3	상인 견비통 환자의 가동범위 개선을 위해 온침치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low	R12	상인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 침치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R4	상인 견비통 환자의 통증, 기능 및 삶의 질 개선을 위해 의과통상치료(전통소매제, 도수치료)에 비해 침도치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low	R13	상인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 약침치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R5	상인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 전통소매제 복용에 비해 약침치료를 고려할 것을 전문가 합의에 기반하여 권고한다.	GPP	R14	상인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 매선치료를 포함한 한의복합치료를 시행할 것을 전문가 합의에 기반하여 권고한다.	GPP
R6	상인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 전통소매제 복용에 비해 부항치료를 고려할 수 있다.	C/Low	R15	상인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 부항치료를 포함한 한의복합치료를 고려해야 한다.	B/Low
R7	상인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 추나치료를 시행할 것을 고려할 수 있다.	C/Low	R16	상인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 추나치료를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R8	상인 견비통 환자의 기능 및 삶의 질 개선을 위해 생활관리에 비해 한약외용제의 적용을 고려해야 한다.	C/Low	R17	상인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질) 개선을 위해 도인운동치료와 침치료를 함께 시행하는 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R9-1	상인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질)을 위해 한약경구복용을 시행할 것을 전문가 합의에 기반하여 권고한다.	B/Moderate	R18	상인 견비통 환자의 통증 및 가동범위 개선을 위해 한약치료(한약 경구복용)를 포함한 한의복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R9-2	상인 견비통 환자의 증상(통증, 가동범위, 기능 및 삶의 질)을 위해 한약경구복용을 시행할 것을 전문가 합의에 기반하여 권고한다.	GPP			

NOTICE

한의학표준임상진료지침은 의료기관에 내원한 환자가 최적의 한의의료 서비스를 받을 수 있도록 돕기 위해 임상 근거에 기반하여 개발된 진료 가이드라인입니다. 본 지침은 보건복지부의 지원을 받아 한의약혁신기술개발사업단을 통해 인증받았으며, 의료 현장에서 참고하여 활용할 수 있습니다.

한국한의약진흥원
한의학혁신기술개발사업단

견비통 한의표준임상진료지침

VIII

부록

1. 도인운동요법 프로토콜
2. 용어 정리
3. 이해상충선언
4. 인증 내역

1 도인운동요법 프로토콜

다음의 내용은 본 지침 근거창출 임상연구에서 사용된 프로토콜이며, 어깨 통증에 대한 도인운동요법은 견관절의 안정화운동과 회전근개 및 어깨 주변 근육의 강화운동으로 구성됨.

1) 도인운동요법 운동법 선정 근거

- 어깨 통증 환자에 대한 도인운동요법은 운동 및 재활치료, 수기치료와 관련한 문헌 1-5)과 견비통 진료지침 개발위원회 및 전문학회의 자문위원 5인(척추신경추나의학회 3인, 한방재활의학과학회 1인, 스포츠한의학회 1인)의 자문을 바탕으로 연구진이 시행방법을 선정함. 최종적으로 전문학회(한방재활의학과학회, 척추신경추나의학회)의 검토를 거쳐 본 연구의 도인운동요법 운동법 프로토콜이 마련됨.
- 견갑대 구성요소인 근육 및 관절부위에 대한 평가를 바탕으로 1) 근육 긴장이 있는 부위에 대한 이완을 시행하고 2) 관절의 구축, 운동제한, 부정렬을 개선시킬 수 있는 위치로 재정렬시킨 상태에서 정상적인 움직임을 유도하는 방법으로 도인운동요법을 시행함.

2) 시행방법

- 도인운동요법은 긴장 및 움직임제한이 있는 근육에 대해 먼저, 능동보조운동을 시행하고, 구축 및 운동제한이 있는 관절에 수동보조운동을 시행하는 순서로 시행함.
: 관절에 대한 도인운동요법은 한 세트당 6회 반복 적용하며, 1회 치료 시 3세트를 시행함. 도인운동요법의 횟수 및 강도는 다음 내원시 적절한 평가를 통하여 시행하며, 3-9세트 까지 늘려 적용할 수 있으나 본 연구수행시에는 주관적인 횟수 및 강도의 조절이 결과에 영향을 미치지 않도록 한 세트당 6회 반복, 1회 치료시 3세트, 각 세트 마지막 6회 시행시 최대각도로 3초간 유지하여 충분한 고유수용기에 대한 자극을 주는 방법으로 통일하여 시행하도록 함.
- 모든 도인운동요법은 시행중 통증이 없어야 함을 원칙으로 함.
: 어깨 관절성형술, 골절후 불유합, 관절의 불안정성, 관절 기능장애 혹은 통증의 원인이 염증인 경우, 유착성 관절낭염의 염증기에는 시행하지 않음.

(1) 근육

견갑대 움직임 관련 근육의 긴장 및 움직임 제한을 평가하고, 기능제한이 있는 부위에 근육긴장을 이완시키기 위한 능동보조운동을 시행함.

관련 근육의 평가는 극상근, 극하근, 소원근, 견갑하근, 대원근, 삼각근, 대흉근, 광배근, 오혜완근, 상완이두근, 상완삼두근에 대해 시행함.

부위	기능제한	시행방법
근육	근육긴장 및 움직임제한이 있는 근육	1) 환자는 양와위로 눕고 시술자는 환자의 환측에 앉는다. 2) 시술자의 한쪽 손은 해당 근육의 긴장정도를 확인하고 다른 한 손은 환자의 완관절 부위에서 전완을 가볍게 잡는다. 3) 해당 근육의 신장을 유지한 상태에서 등척성 수축(10~20% 강도)을 시행하여 근건이행부를 신장시킨다. 4) 해당근육의 움직임 방향으로 능동보조운동(5~10% 강도)로 움직임을 유도하며, 가동범위에서 근육긴장과 압통이 해소될 때까지 시행한다.

(2) 관절

견갑골의 위치평가를 통해 견갑골의 내전/외전, 내회전/외회전, 상승/하강 및 상완골두의 전/후방, 상/하방 등 견갑대 운동제한 부위 및 정렬 상태를 파악하고, 기능제한이 있는 부위에 시행함.

부위	기능제한	시행방법
견봉쇄골 관절	쇄골의 끝단이 상승한 경우, 견관절 굴곡제한, 어깨의 거상 제한, 외회전 혹은 수평내전의 제한	1) 환자는 팔을 편안히 내리고 의자에 좌위. 시술자는 환측 어깨 뒤에 선다. 2) 시술자는 환자의 환측과 같은 방향의 시술자의 손목 척골 편위 혹은 제2수지 본절(이간 혹은 삼간혈 부위)을 이용하여 환자의 쇄골 끝단을 후방→전방, 상방→하방으로 압력을 적용한다. 이때 시술자의 반대쪽 손은 다른 손을 감싸서 지지한다. 3) 시술자의 활주 압력을 적용한 상태에서 환자는 어깨관절의 굴곡을 시도한다. (통증이 유발되거나 제한된 움직임을 시행한다.) 4) 1세트 6회 시행하며, 마지막 6회에서는 최대 각도로 3초 유지하여 통증 없이 과압력을 적용한다. 총 3세트 시행 후 환자의 움직임을 재평가
견갑골	견갑골의 하강, 후인, 하방회전으로 인해 견관절 외전, 굴곡, 또는 견갑골 거상시 운동 제한이나 통증이 발생하는 경우, 수평 내전 시 통증이 발생하는 경우	1) 환자는 팔을 편안히 내리고 의자에 좌위. 시술자는 환측 어깨 반대편에 선다. 2) 시술자는 환자의 쇄골의 내측 1/3위에 한 손을 올리고, 견갑골 가시의 외측 끝부분에 다른 손의 엄지구와 무지구를 올린다. - 쇄골의 내측 끝단에 시술자의 pisiform이 닿도록 tissue pull 하여 내측 1/3 부분을 시술자의 소지구부분이 감싸도록 한다. - 엄지손가락만 벌린 상태로, 엄지구는 견갑골 가시 위에 얹고 나머지 네 손가락으로 견갑골의 내측연을 감싼다. 3) 시술자는 견갑골 가시에 위치한 손을 사용하여 견갑골을 하강, 내전시킨다(견갑골을 하강 후 환자의 전방으로 견갑골이 내전될 수 있도록 유도한다) 4) 동시에 쇄골과 환자의 견갑골이 서로 가까워질 수 있도록 시술자의 양손을 모아 유도한다. 5) 환자는 견갑면(scapular plane, 30도)에서 굴곡, 외전 또는 거상을 통해 팔을 능동적으로 들어올린다. 6) 1세트 6회 시행하며, 마지막 6회에서는 최대 각도로 3초 유지하여 통증 없이 과압력을 적용한다. 총 3세트 시행 후 환자의 움직임을 재평가한다.

부위	기능제한	시행방법
상완골두 1	상완골두가 전방활주, 견갑골이 거상, 전인(protraction)되어 굴곡 혹은 외전 시 통증이 발생하는 경우	1) 환자는 팔을 편안히 내리고 의자에 좌위. 시술자는 환측 어깨 반대편에 선다. 2) 견갑골 가시의 끝부분에 다른 손의 엄지구와 무지구를 올리고 다른 손가락으로 견갑골의 가시 아래를 감싼다. - 엄지손가락만 벌린한 상태로 엄지손가락, 무지구를 견갑골 가시 위에 얹는다. - 엄지손가락과 무지구에 압력을 가하여 견갑골을 하방시킨다. 견갑거근이 긴장하여 견갑골이 거상한 상태이므로 견갑골 상각에 하방압력을 가하여 충분히 하방시켜야 한다. - 견갑골을 감싼 다른 손가락과 손바닥을 환자의 척추쪽으로 감싸듯 당겨 환자의 견갑골을 retraction시켜 고정한다. 3) 상완골두는 관절와의 면을 따라 시술자의 다른 손에 의해 후방과 외측으로 병진된다. - 시술자의 무지구로 환자의 상완골두를 접촉하여 내측→외측으로 가볍게 밀어준 이후 전방→후방으로 밀어 상완골두의 전방활주를 교정한다. 환자의 상완골두가 전방활주함에 따라 좁아진 부위를 넓혀준다는 느낌으로 시행한다. 4) 시술자의 양손으로 견갑골과 상완골두의 활주를 유지한 상태에서 환자는 견갑면(scapular plane, 30도)을 따라 능동적으로 외전을 시행한다. 이 때 주관절은 굴곡한 상태로 시행한다. 5) 1세트 6회 시행하며, 마지막 6회에서는 최대 각도로 3초 유지하여 통증 없이 과압력을 적용한다. 총 3세트 시행 후 환자의 움직임을 재평가한다.
상완골두 2	어깨 움직임 끝범위에서 발생한 통증, 뻣뻣함으로 인한 어깨 거상이 제한되는 경우, 흉추 후만이 있는 경우	1) 환자는 편안히 앉아서 제한되는 위치까지 환측 팔을 거상하고 시술자는 환측에 선다. 2) 시술자의 무지구와 소지구 사이에 환자의 견갑골 하각이 오도록 하여 환자의 견갑골을 감싸 고정한다. 상지의 거상동안 환자의 견갑골이 하강, 하방회전하지 않도록 한다. 3) 시술자는 환자의 상완골두를 후하방으로 밀어 G-H joint를 밀착시키고 환자는 제한된 위치에서 더 위로 상지를 거상한다. 4) 1세트 6회 시행하며, 마지막 6회에서는 최대 각도로 3초 유지하여 통증 없이 과압력을 적용한다. 총 3세트 시행 후 환자의 움직임을 재평가한다.
견갑골 및 상완골두	견갑골 위치 불안정성이 있으며, 통증보다는 뻣뻣함 때문에 어깨 거상시 끝범위가 제한되는 경우	1) 환자는 어깨를 굴곡하고 양외위로 눕는다. 시술자는 환측 머리 위에 선다. 2) 환자의 환측과 같은 방향의 시술자의 한 손으로 환자의 상완골두와 가까운 상완 위쪽을 잡는다. 이때 시술자의 제2수지를 펴고 관절와를 향해 잡는다. 3) 시술자의 다른 한 손을 환자의 주관절 근처를 잡고 환자의 상완골을 가볍게 외회전시킨다. 이후 시술자의 제2수지 방향에 따라 관절와를 향해 상완을 가볍게 밀착시켜 G-H joint의 밀착을 유도한다. 4) 시술자가 활주 힘을 유지하며 환자는 상지를 완전히 거상한다. 5) 1세트 6회 시행하며, 마지막 6회에서는 최대 각도로 3초 유지하여 통증 없이 과압력을 적용한다. 총 3세트 시행 후 환자의 움직임을 재평가한다.

[참고문헌]

1. 척추신경추나의학회. 추나의학 2.5판. 척추신경추나의학회. 2017:431-6
2. Susan S. Adler. 고유수용성 신경근 촉진법. 4판. 영문출판사. 2016.
3. Yoshikazu AKABANE. 어깨관절 구축의 진단과 운동치료. 한술. 2018:218-28.
4. S. Brent Brotzman. 근골격계 질환의 진단 및 재활치료. 3판. 한미의학. 2012.
5. Brian Mulligan. 멀리건의 정형도수치료-움직임을 동반한 유동술. 6판. 한미의학. 2011.

CMS: Constant Murley score

COOP/WONCA: Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

DASH: The disabilities of the arm, shoulder and hand

EQ-5D-5L: EuroQol 5-Dimension 5-Level Questionnaire

ER: External rotation

FUNC: function

IAT: Immediately after treatment

IR: Internal rotation

NRS: Numeric rating scale for pain intensity

ROM: Range of motion

SF-36: Short form – 36 health survey

SPADI: Shoulder pain and disability index

VAS: Visual analogue scale for pain intensity

3

이해상충선언서

1) 이해상충선언서 서식

이해상충공개서약서

연구 과제명	견비통 한의표준임상진료지침 및 임상경로 개발 (RS-2022-KH131123)
참여 연구원	금동호, 김민수, 박상현, 송윤경, 박서현, 이지호, 한시현

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 1,000만원 상당의 비용을 제공받았습니다. 총 금액 :
☐	지원기관의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 경제적 이익에 대한 권리를 제공받았습니다. 총 금액 : 종 류 :
☐	기타 1,000만원 상당 또는 5%가 넘는 지분이익이나 이권을 제공 받았습니다. 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 보고하겠습니다.	
제출일자: 2025년 11월 6일	

2) 이해상충선언 결과

구분	직책	이름	소속	지역	역할
검토 위원회	위원	조재홍	경희대학교 한의과대학	서울	한방재활의학과학회 평가위원
		하인혁	자생의료재단 척추관절연구소	서울	한방재활의학과학회 평가위원
		서병관	경희대학교 한의과대학	서울	대한침구의학회 평가위원
		최유민	우석대학교 한의과대학	전북	대한침구의학회 평가위원
		황의형	부산대학교 한의학전문대학원	부산	척추신경추나의학회 평가위원
		이진현	카톨릭관동대학교 국제성모병원	인천	척추신경추나의학회 평가위원
		박지훈	박지훈 한의원	경기	스포츠 한의학회 평가위원
개발 위원회	위원장	송윤경	가천대학교 한의과대학	인천	임상진료지침 연구 책임
	실무 위원	김지유	가천대학교 한의과대학	인천	임상진료지침 개발 실무총괄
		박서현	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행, 임상진료지침 집필
		박상현	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행
		이지호	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행
		한시현	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행
		김민수	동국대학교 한의과대학	경기	임상질문개발 및 체계적 문헌고찰 수행
		금동호	동국대학교 한의과대학	경기	임상진료지침 인준 및 확산
	패널 위원	황의형	부산대학교 한의학전문대학원	부산	임상진료지침 개발 자문
		백용현	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 문헌 선정 및 근거수준 자문
		박연철	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 문헌 선정 및 근거수준 자문
		염승룡	원광대학교 한의과대학	광주	기개발 진료지침 연구책임자로 임상진료 지침 개발 과정 자문
		이준환	한국한의학연구원	대전	임상연구 방법론 전문가로 임상연구 자문
		강병갑	한국한의학연구원	대전	통계전문가로 임상연구 자문
		남향우	치유본한방병원	서울	도인운동요법 임상연구 자문
		기성훈	누리담한의원	서울	도인운동요법 임상연구 자문
		이웅진	유송한의원	서울	도인운동요법 임상연구 자문
개발 위원회	패널 위원	김동목	주작나무 한의원	서울	임상한의사 패널로 주요 의사결정에 참여
		이은	노들담 한의원	서울	임상한의사 패널로 주요 의사결정에 참여
		이기상	원광대 장흥통합의료병원	전라	임상한의사 패널로 주요 의사결정에 참여

4

인증 내역

	인증 주체	인증 주체의 장	인증일자	인증 구분
1	척추신경추추나의학회	양희천	2025년 11월 04일	인준
2	한방재활의학과학회	차윤엽	2025년 11월 07일	인준
3	대한침구의학회	김재홍	2025년 11월 27일	인준
4	한의학표준임상진료지침		2025년 11월 28일	인증
5	한의학혁신기술개발사업 총괄조정위원회		2025년 12월 10일	추인



한의표준임상진료지침

견비통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Shoulder Pain

인쇄 2026년 8월 21일

발행 2026년 8월 28일

집필 대한침구의학회

편집인 이준혁

발행인 고호연

발행처 한국한의약진흥원 한의약혁신기술개발사업단

디자인 · 인쇄 범문에듀케이션

© 2026년, 한국한의약진흥원

이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로

무단 복제와 전제는 금지되어 있습니다.

상업적 목적이나 제품판매의 목적으로 사용할 수 없습니다(비매품).

ISBN 979-11-93073-28-5 (93510)



한의표준임상진료지침

견비통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine
Shoulder Pain



보건복지부
Ministry of Health and Welfare



한국한의학진흥원
한의학혁신기술개발사업단

ISBN 979-11-93073-28-5 (93510)

