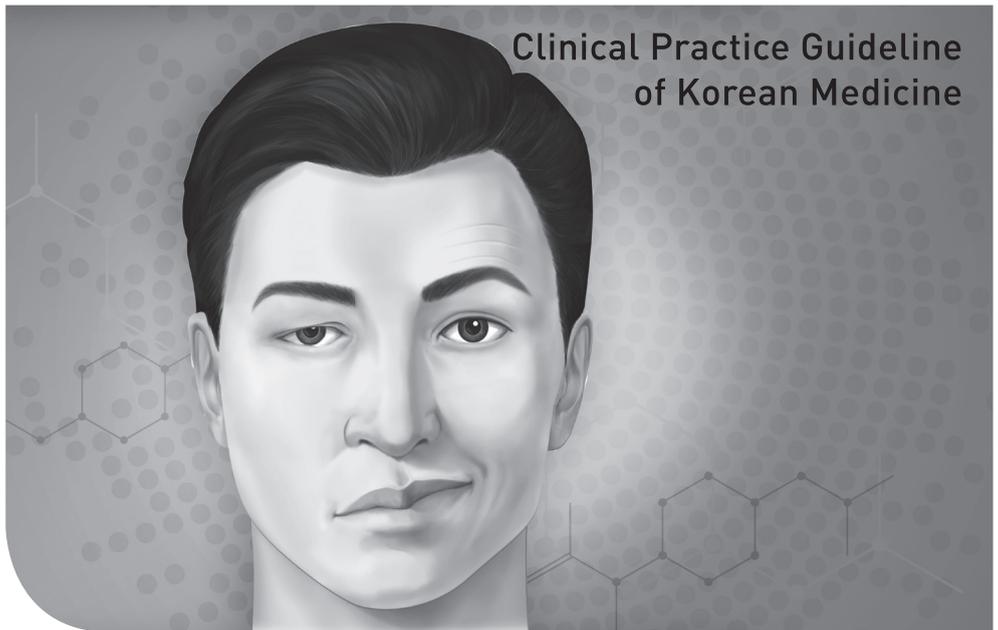


한의표준임상진료지침

안면신경마비 Facial Palsy



Clinical Practice Guideline
of Korean Medicine

보건복지부 한의약선도기술개발사업
한의표준임상진료지침 개발사업단

안면신경마비 한의표준임상진료지침

첫째판 1쇄 인쇄 | 2021년 12월 20일

첫째판 1쇄 발행 | 2021년 12월 30일

집 필 대한침구의학회

편 집 인 김남권

발 행 인 정창현

발 행 처 한국한의학진흥원 한의표준임상진료지침 개발사업단

디자인·인쇄 군자출판사(주)

© 2021년, 안면신경마비 한의표준임상진료지침 / 한의표준임상진료지침 개발사업단

이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로

무단 복제와 전제는 금지되어 있습니다.

상업적 목적이나 제품판매의 목적으로 사용할 수 없습니다(비매품).

ISBN 979-11-5955-820-7

발간등록번호 11-B554036-000021-14

발간사

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

한의표준임상진료지침개발사업단
단장 김 남 권

머리말

그동안 한의계 내외로부터 한의학적 치료에 대해서 과학적인 근거가 충분하지 않다는 의견들이 있어왔으며, 다양한 질환들에 대해 한의학적인 진단과 치료와 관련된 객관적 근거를 통한 진료지침 마련에 대한 요구들이 꾸준히 존재해 왔습니다.

다행히 최근들어 진료지침 개발과 관련된 연구 사업들이 많이 늘어나면서 한의계에서도 임상진료지침을 개발하기 위한 움직임들이 활발하게 일어나기 시작했습니다. 특히 2016년에 시작된 한의표준임상진료지침 개발 사업을 통해 30여 개의 질환에 대한 한의표준임상진료지침이 개발되거나 개발 완료로 앞두고 있으며, 현 시점에도 매년 새로운 질환을 대상으로 한의임상진료지침 개발을 위한 연구들이 진행되고 있는 점은 정말 고무적인 일이라고 생각합니다.

안면신경마비 한의임상진료지침의 경우 국내에서는 2013년 한국한의학연구원에서 처음 개발이 이루어졌으며 이후 업데이트도 진행된 바 있습니다. 기존 임상진료지침 개발을 위한 맘과 노력을 이어받아 이번 안면신경마비 한의표준임상진료지침 개발 과정에서도 안면신경마비의 진단과 한의치료에 대한 권고안들의 수준을 높이기 위해 많은 노력이 추가되었다고 생각합니다.

먼저 기존 진료지침에 비해 더 많은 정보를 포함시키기 위해 검색대상 데이터베이스를 확대하였습니다. 이에 따라 분석 대상 연구 문헌이 더 많이 수집되면서 개별 항목별 정량적 분석 비중도 늘어나 더욱 객관적이고 높은 수준의 분석 근거를 확보할 수 있었습니다.

여기에 임상 한의사들을 대상으로 시행한 안면신경마비 한의 임상진료와 관련된 대규모 설문조사로 수집된 정보들을 통해 한의표준임상진료지침 내에 한의 임상진료 환경의 현실을 최대한 반영하기 위한 노력들도 더해졌습니다.

또한 이번 연구에는 단순히 문헌 분석을 통해 진료지침을 개발하는 작업에만 국한되지 않고 부족한 임상 근거의 수준을 높이기 위한 임상연구도 함께 진행되어 한의 진료 환경에서 취약점이 많은 분야로 평가되던 진단장비 활용과 관련된 임상연구와 최근 임상에서 점차 많이 사용되고 있는 매선치료와 관

련된 임상연구를 완료함으로써 각 임상연구 결과를 해당 임상질문에 대한 중요한 근거 문헌으로 활용하여 근거 수준을 상향할 수 있는 성과를 얻기도 하였습니다.

이러한 과정들을 통해 기존 진료지침을 바탕으로 한 단계 더 업그레이드된 진료지침을 개발할 수 있었다고 평가해 볼 수 있을 것 같습니다. 앞으로도 이번 개발에서 끝나지 않고 주기적인 업데이트가 이루어질 수 있는 연구 환경이 마련되고, 아울러 한의표준임상진료지침 개발 사업이 일회성이 아닌 향후 지속적인 사업으로 계속되기를 희망해 봅니다.

끝으로 안면신경마비 한의표준임상진료지침 개발을 위해 밤샘 작업도 마다하지 않았던 개발 연구진과 개발위원님들, 그리고 이번 개발 과정의 길잡이 역할을 해주신 한의표준임상진료지침 개발 사업단을 포함하여 개발에 도움을 주신 모든 분들께 감사의 인사를 드립니다.

안면신경마비 한의표준임상진료지침 임상연구 책임자
육 태 한

일러두기

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

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

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

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

집필진

육태한 우석대학교
송범용 우석대학교
김종욱 우석대학교
최유민 우석대학교
남상수 경희대학교
박연철 경희대학교
윤현민 동의대학교
김철홍 동의대학교
김남권 부산대학교
김석희 우석대학교
김주용 우석대학교
김보현 우석대학교
신진현 우석대학교

목차

요약문	1	■ 치료	65
Summary	9	1. 침 · 65	
I. 서론	19	2. 전침 · 94	
1. 한의표준임상진료지침 개발 배경 · 20		3. 한약 · 105	
II. 안면신경마비 개요	21	4. 약침 · 117	
1. 정의 · 22		5. 매선 · 128	
2. 임상 현황 · 22		6. 뜸 · 134	
3. 진단 및 평가 · 23		7. 부항 · 141	
4. 치료 · 28		8. 레이저침 · 153	
5. 예방 및 관리 · 30		9. 물리치료 및 안면운동 · 156	
III. 안면신경마비 임상진료지침 개발 절차	33	V. 안면신경마비 임상진료지침 활용	161
1. 기획 · 34		1. 안면신경마비 임상진료지침 활용 · 162	
2. 개발 · 39		2. 한계점 및 의의 · 162	
3. 승인 및 인증 · 51		3. 향후 계획 · 163	
4. 출판 · 53		VI. 진료 알고리즘	167
IV. 권고사항	55	VII. 확산 도구	171
■ 진단	56	VIII. 부록	177
1. 안면신경마비의 감별진단을 위한 진단기기 활용 · 56		1. 용어 정리 · 178	
2. 안면신경마비의 육안적 평가 방법 · 59		2. 이해상충선언서 · 184	
3. 안면신경마비의 평가에 적용되는 진단기기 · 62		3. 승인서 · 186	

요약문

1. 배경 및 목적
2. 질환 개요
3. 권고안
4. 진료 알고리즘

1. 배경 및 목적

안면신경마비는 매우 흔한 질환으로 비교적 많은 환자들이 한방의료기관을 이용하고 있으나 아직 안면신경마비에 대한 한의임상진료지침 마련이 미비한 실정이다. 이에 본 한의표준임상진료지침 개발 위원회에서는 안면신경마비의 한의표준임상진료지침 제작의 필요성을 공감하고 본 임상진료지침을 제작하게 되었다. 임상진료지침은 현재 시점에서 접근 가능한 최상의 근거를 투입하여 임상 현장에서 더욱 객관적인 판단을 내릴 수 있도록 돕기 위한 목적으로 개발되었다.

2. 질환 개요

안면신경마비는 얼굴근육의 마비로 인하여 눈과 입 등이 한쪽으로 비뚤어지는 증상으로 한의학에서는 ‘구안와사(口眼喎斜)’ 등의 명칭으로 불려왔다. 안면신경마비는 유병률이 국내의 경우 2018년 기준 인구 10만 명당 약 95.37명으로 추정될 정도로 비교적 흔한 질환이며, 2018년 입원환자 기준 건강보험통계의 한방 총 요양급여비용은 5,565,197(천 원)으로, 다빈도 질병 순위는 16위에 해당된다. 주요한 진단 요점은 마비 상태에 대한 평가와 병력 조사이며, 필요시 영상 및 진단의학검사를 시행할 수 있다. 양의학적인 치료로는 급성기에 스테로이드제 투여를 시행하며, 한의학에서는 침구치료, 한약치료, 약침치료, 물리치료 등이 빠른 회복을 돕기 위해 시행된다.

3. 권고안

진단

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

치료

권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
1) 침		
협진치료		
R6	<p>특별성 안면신경마비 환자에게 스테로이드를 포함한 양약 단독치료를 시행하는 것에 비해 침과 양약 협진치료를 시행할 것을 권고한다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> • 문헌에 제시된 다빈도 경혈은 지창(ST4), 협거(ST6), 태양(EX-HN5), 예풍(TE17), 양백(GB14), 관료(SI18), 함곡(LI4), 풍지(GB20) 등이었다. 한의사는 환자의 증상에 맞춰 그 외 다양한 혈위를 사용할 수 있다. • 스테로이드 치료는 본 임상진료지침의 연구 범위는 아니나, 기타 임상진료지침을 참고할 때 발병 72시간 이내의 벨마비 환자에게 표준적 치료로 사용될 수 있다. • 병적인 비만, 조절되지 않는 당뇨병자, 골다공증, 임신부의 경우 주의해야 하며, 스테로이드 치료로 인한 대표적인 부작용은 위장관 장애, 당 조절 장애, 혈압 상승 등이 있으므로, 복약기간 중 침 치료 시 환자를 주의 깊게 살필 필요가 있다. • 스테로이드 외 항바이러스제 및 비타민 치료법의 효과에 대해서는 논쟁적(controversial)이다. 	A/Moderate
	<p>특별성 안면신경마비 환자에게 침과 양약 협진치료 시 득기(得氣)를 유발할 것을 고려해야 한다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> • 득기감은 빠근함, 찌릿함, 묵직함, 시원함 등의 감각의 확산 또는 전도되는 것을 의미한다. • 과도한 득기감은 오히려 환자에게 불편함, 통증 등을 유발할 수 있으므로 주의한다. 	B/Moderate
R8	<p>특별성 안면신경마비 환자에게 침과 양약 협진치료 시 급성기 이후부터 침 치료를 시작하는 것에 비해 급성기부터 침 치료를 시행할 것을 권고한다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> • 안면신경마비의 급성기란, 발병 후 7일 이내를 의미한다. 	A/Moderate
	병행치료	
R9	<p>특별성 안면신경마비 환자에게 침 치료 단독으로 시행하는 것에 비해 침과 두침치료를 병행치료하는 것을 고려할 수 있다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> • 두침요법은 굵기 0.30~0.45 mm, 길이 45~70 mm의 호침을 사용한다. 자세한 조작법은 『침구의학』 교과서를 참조할 수 있다. • 두침 시술 시 강한 자극으로 인해 환자의 불편감이 발생할 수 있음을 인지하고 주의해야한다. 	C/Low
	<p>특별성 안면신경마비 환자에게 침 치료 단독으로 시행하는 경우에 비해 침과 동씨침을 병행치료하는 것을 고려할 수 있다.</p> <p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> • 동씨침 치료는 건측 상천(上泉), 중천(中泉), 하천(下泉)과 양측 족일중(足一重), 족이중(足二重), 족삼중(足三重), 사화외(四花外), 측삼리(側三里), 측하삼리(側下三里)의 경혈을 사용할 수 있다. 	C/Low
R11	<p>특별성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침과 평형침을 병행치료하는 것을 고려할 수 있다.</p>	C/Low

2) 전침		
병행치료		
R12	특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 일반침 치료만 시행하는 것보다 전침 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
	<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자극에 민감한 일부 환자의 경우 전침 강도 조절 시 전침 자극에 의한 갑작스러운 통증을 호소할 수 있으므로 강도를 높일 때 주의가 필요하며, 전침 강도를 높일 때 환자가 불편해 하지 않을 정도의 적절한 강도로 자극을 진행해야 한다. • 전침 자극으로 인한 환자의 불편감이나 이상 반응이 나타날 경우 신속하게 자극 강도를 낮추거나 전침 자극을 중단해야 하며, 전침 시술 부위 가까운 위치에 금속이나 전자장치가 삽입되어 있는 경우 또는 환자의 금기증 해당 여부에 대해 반드시 확인한 후 시술을 진행해야 한다. 	
R13	특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 한약 치료와 함께 침 치료만 시행하는 것보다 한약 치료와 함께 전침 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
협진치료		
R14	특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 일반 치료 ¹⁾ 와 함께 침 치료만 시행하는 것보다 일반 치료 ¹⁾ 와 함께 전침 치료를 협진하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
3) 한약		
협진치료		
R15	특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 스테로이드 치료를 단독으로 시행하는 것보다 견정산(牽正散) 처방을 협진하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
병행치료		
R16	특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 침 치료를 단독으로 시행하는 것보다 침 치료와 함께 견정산(牽正散) 처방을 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
R17	특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 침구치료를 단독으로 시행하는 것보다 침구치료와 함께 보중익기탕(補中益氣湯) 처방을 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
단독치료		
R18	안면신경마비에 대한 한약 치료 처방으로 이기거풍산(理氣祛風散), 견정산(牽正散), 청양탕(淸陽湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯) 등의 사용을 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고하며, 환자 개인의 상태와 특성에 따라 변증을 통해 투여 처방을 결정할 수 있다.	GPP/CTB
	<p>임상적 고려사항</p> <p>천오, 백부자 등 유독한 한약재가 포함된 견정산(牽正散), 불환금단(不換金丹)은 투여 시 주의가 필요하다.</p>	
4) 약침		
단독치료		
R19	치료가 지연된 안면신경마비 환자에게 일반침 치료에 비해 봉약침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R20	특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료 ²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 와 함께 봉약침 치료를 고려할 수 있다.	C/Very low
	<p>임상적 고려사항</p> <ul style="list-style-type: none"> • 봉약침은 한의사의 전문적인 지식을 기반으로 사용되어야 한다. • 봉약침의 적용 전 피부과민반응검사(skin test)를 통해 과민반응 여부를 확인해야 한다. • 봉약침의 임상 활용 시 과민반응과 아나필락시스에 대해 전문적인 지식과 적극적인 대처방법을 갖출 필요가 있다. • 봉약침의 시술부위는 양백(GB14), 관료(SI18), 영향(LI20), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17) 등을 고려할 수 있다 	

R21	특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료 ²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 에 자하거 약침 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
R22	이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 와 함께 약침 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Low
5) 매선		
병행치료		
R23	특발성 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 일반 한의치료 ²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 와 함께 매선요법을 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 매선 치료는 시술 후 통증과 부종으로 인한 불편감, 멍 그리고 이물감이 있을 수 있으므로 시술 전 환자에게 사전 설명을 충분히 하여 치료여부를 선택할 수 있게 해야 한다.	C/Low
R24	안면신경마비 발병 3개월 이상 경과하고 일반적인 치료로 뚜렷한 호전을 보이지 않을 때 일반 한의치료 ²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 와 함께 매선요법을 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate
6) 뜸		
병행치료		
R25	특발성 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 함께 뜸 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 안면부에 시행하는 뜸 요법의 경우 안면부 화상으로 인한 흉터 발생 등의 위험 가능성이 있으므로 사용 시 신중한 판단과 주의를 요한다.	C/Low
R26	특발성 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 일반 한의치료 ²⁾ 만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료 ²⁾ 와 함께 뜸 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 임상적 고려사항: 안면부에 시행하는 뜸 요법의 경우 안면부 화상으로 인한 흉터 발생 등의 위험 가능성이 있으므로 사용 시 신중한 판단과 주의를 요한다.	C/Low
단독치료		
R27	안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 청회(GB2), 협거(ST6), 지창(ST4)에 뜸 요법 시행을 전문가 그룹의 공식적인 합의에 근거하여 권고한다. 임상적 고려사항 안면부에 시행하는 뜸 요법의 경우 안면부 화상으로 인한 흉터 발생 등의 위험 가능성이 있으므로 사용 시 신중한 판단과 주의를 요한다.	GPP/CTB
7) 부항		
병행치료		
R28	특발성 안면신경마비 환자에게 이후통을 개선하기 위해 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 함께 이후통 부위의 자락관법 병행치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 자락관법의 시술 부위는 예풍(TE17), 완골(GB12) 등 귀 뒷부분의 아시혈(阿是穴)을 목표로 한다. • 자락관법의 시술 시 교차감염을 예방하기 위하여 정침법(Clean needle technique, CNT)에 기반하여 멸균 소독된 1회용 부항을 사용해야 한다.	C/Low

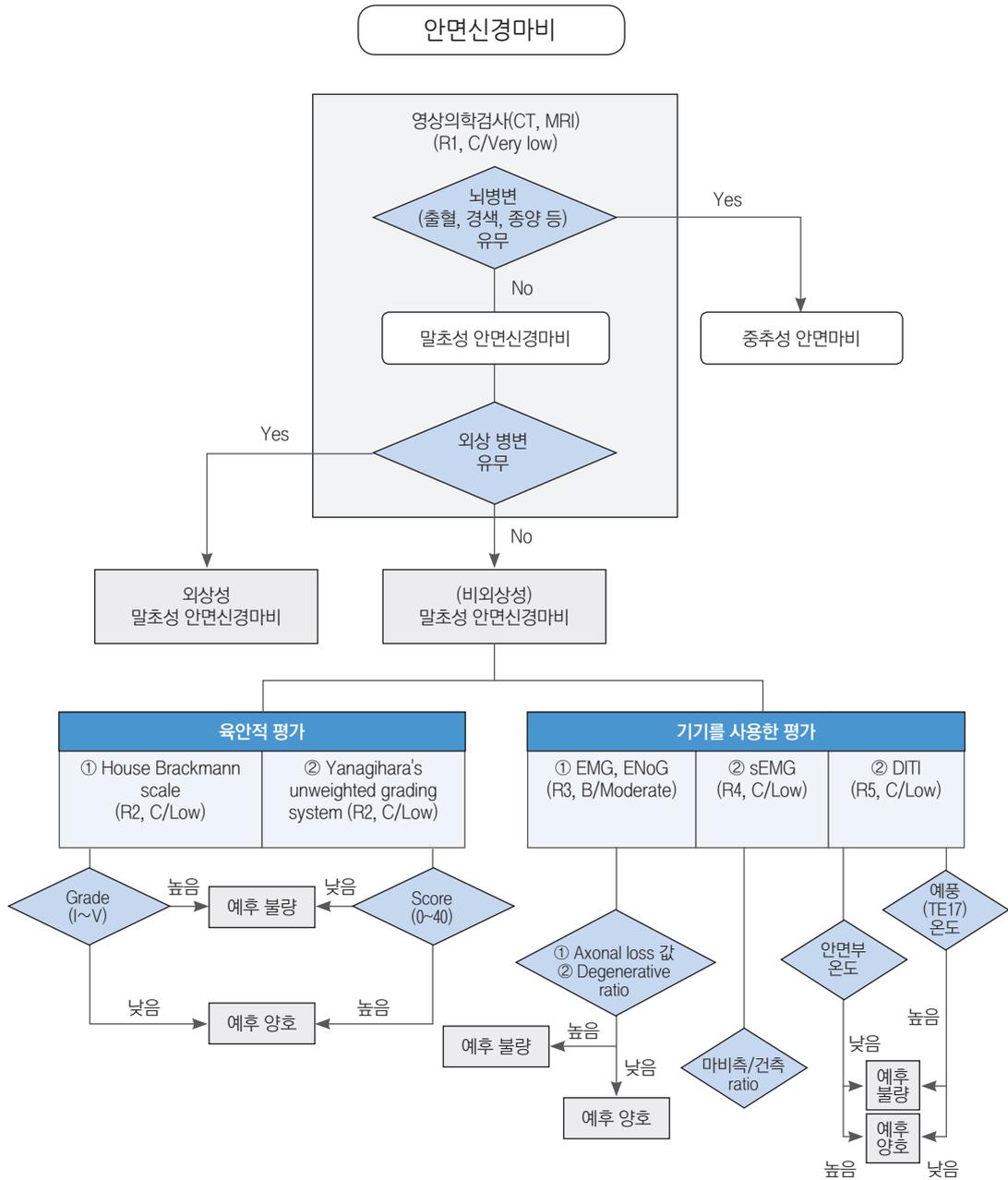
R29	특발성 안면신경마비 환자의 안면 증상을 개선하기 위해 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 자락관법의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> 안면신경마비 환자의 이후통의 소실은 결과적으로 마비증상의 호전과 연관이 있을 것으로 생각된다. 자락관법의 시술 부위는 예풍(TE17), 완골(GB12) 등 귀 뒷부분의 아시혈(阿是穴)을 목표로 한다. 	
R30	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 건식부항의 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
8) 레이저침		
병행치료		
R31	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 레이저침 병행치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low
9) 물리치료 및 안면운동		
병행치료		
R32	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 함께 안면운동을 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Moderate
	임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> 안면운동은 거울운동(mirror exercise), 바이오피드백(biofeedback)이 대표적이며 근육의 움직임에 따라 다양한 방향으로 시행할 수 있다. 안면운동의 시작시점은 논쟁적(controversial)이다. 향후 추가적 연구가 필요하다. 	

일반 치료¹⁾: 본 권고안은 스테로이드(steroid)를 포함한 의과 약물치료 및 운동치료를 일반 치료로 정의한다.

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

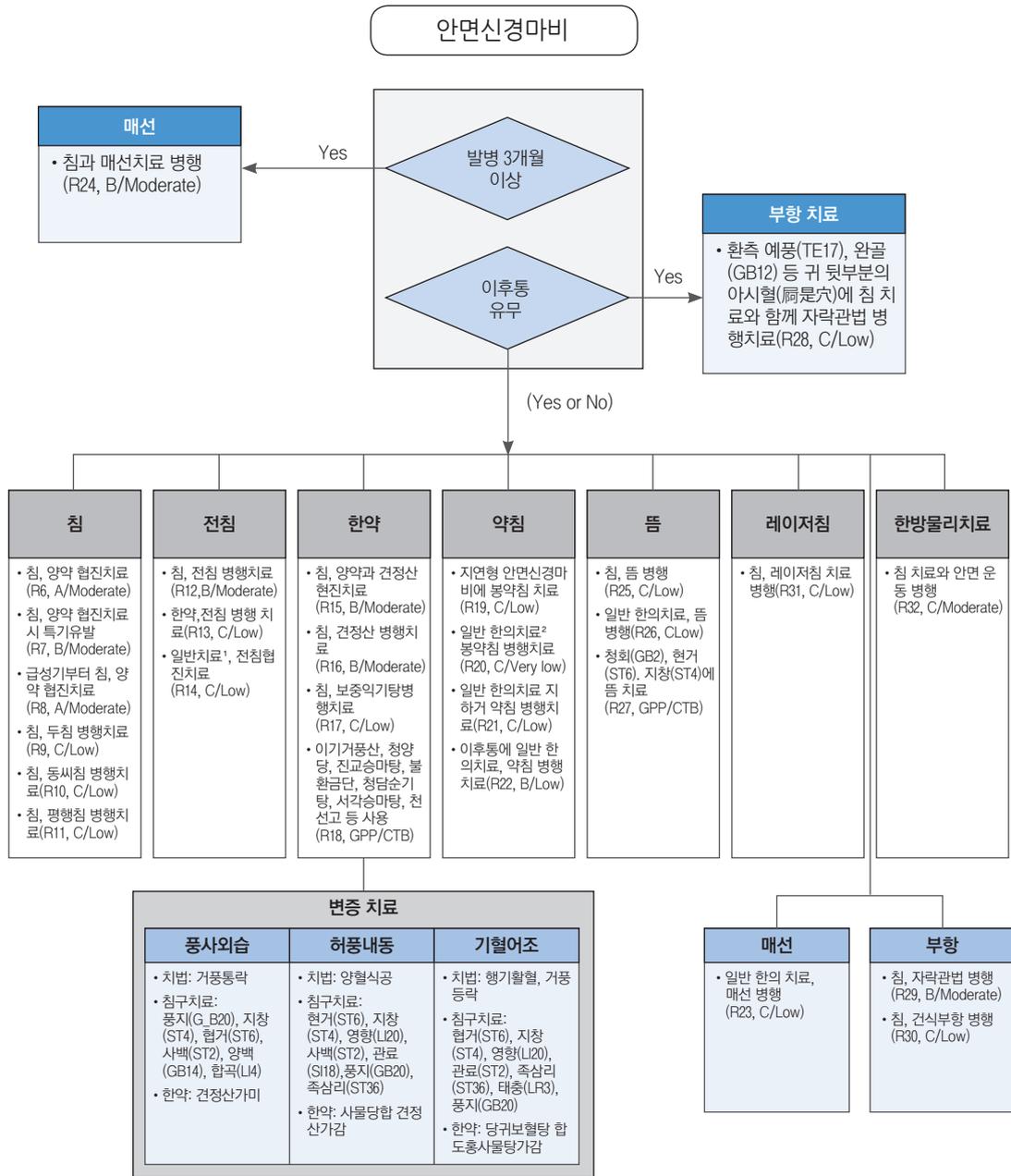
4. 진료 알고리즘

1) 진단 알고리즘



※ 중추성과 외상성 안면신경마비의 평가 방법도 동일함

2) 치료 알고리즘



일반 치료¹ : 본 권고안은 스테로이드(steroid)를 포함한 의과 약물치료 및 운동치료를 일반 치료로 정의한다.
 일반 한의치료² : 본 권고안은 침과 전침, 한약, 물리치료 등의 치료를 일반 한의치료로 정의한다.

※ 본 치료 알고리즘에서는 한의학적 치료만 다루기로 함

Summary

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

1. Background and purpose

Facial palsy is a very common disease. Relatively many patients with facial palsy are using Korean medicine clinics & hospitals, but clinical guidelines for the treatment of facial palsy have not been prepared sufficiently. Therefore, the Development Committee for Standard Korean Medicine Clinical Guidelines agrees with the necessity of preparing the Standard Korean Medicine Clinical Guidelines for facial palsy and publishes this Clinical Guideline. This Clinical Guideline was developed with aiming to help practitioners make more objective decisions by providing the best accessible evidence at the time of its development.

2. Overview of disease

Facial palsy is a symptom that twists an eye or the mouth to one side due to the paralysis of facial muscles. In Korean medicine, it has been called ‘Guanwasa’ and other names. Facial palsy is a relatively common disease with a prevalence rate of 95.37 persons per 100,000 people in South Korea as of 2018. According to health insurance statistics for inpatients in 2018, the total cost of treatment for Korean medicine was 5,565,197,000won, which placed 16th in the ranking of frequent diseases. The diagnosis is mainly done through tests including visual evaluation, an electromyogram, and nerve conduction. Western medicine administers steroids in the acute phase, while Korean medicine conducts acupuncture, herbal medicine, pharmacupuncture, and physiotherapeutic therapy to facilitate fast recovery.

3. Recommendations

Diagnosis

No.	Recommendation	Strength of Recommendation/ Level of evidence
R1	<p>Conducting computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI) may be considered when it is necessary to identify the cause of the facial palsy, diagnose it, or exclude a cause.</p> <p>Clinical consideration</p> <ul style="list-style-type: none"> • When conducting a CT or MRI test, please follow the contraindicants or cautions of the diagnostic equipment • Since a Korean medical doctor cannot perform a CT or MRI test directly, it is necessary to refer to a medical institution that can conduct the test. It is recommended to preferably confirm the readings of a radiology specialist before conducting examination. 	C/Very low

R2	House–Brackmann scale and Yanagihara’s unweighted grading system may be considered as a visual assessment method of the facial palsy.	C/Low
R3	Conducting an electromyography (EMG) test and an electroneurography (ENoG) test should be considered after the acute phase to determine the prognosis of facial palsy.	B/Moderate
R4	A surface electromyography (sEMG) may be considered after the acute phase for objectively assessing facial palsy.	C/Low
R5	Digital infrared thermal imaging (D.I.T.I.) may be used to determine the prognosis of the facial palsy.	C/Low

Treatment

No.	Recommendation	Strength of Recommendation/ Level of evidence
1) Acupuncture		
Integrative treatment		
R6	It is recommended to treat patients with idiopathic facial palsy with acupuncture and western medicine simultaneously, rather than practicing western medicine including steroids alone.	A/Moderate
	<p>Clinical consideration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequently used spots on the body suitable for acupuncture in the previous literature were Jichang (ST4), Hyeopgeo (ST6), Yangbaek (GB14), Yepung (TE17), and Hagwan (ST7) on the affected side and Hapgok (LI4) on the unaffected side as the basic acupuncture points. And the use of Sugu (GV26), Sabaek (ST2), Gwallyo (SI18), Georyo (ST3), Yeolgeol (LU07), Hwaryo (LI19), Cheonghoe (GB2), etc. A Korean medicine doctor can use other spots depending on the condition of a patient. • Although steroid therapy is not within the scope of this clinical guideline, it can be used as a standard treatment for patients with Bell palsy within 72 hours of onset referring to other clinical guidelines. • Caution should be given for pathological obesity, uncontrolled diabetes, osteoporosis, and pregnant women. Typical side effects of steroid therapy include gastrointestinal disorders, glucose control disorders, and increased blood pressure. It is necessary to examine a patient carefully if the patient is taking the medication. • The effects of antiviral and vitamin therapies besides steroids are controversial. 	
R7	Inducing de–qi should be considered when treating a idiopathic facial palsy with acupuncture and western medication at the same time.	B/Moderate
	<p>Clinical consideration</p> <ul style="list-style-type: none"> • The sense of de–qi means the spreading or conducting of the senses such as stiffness, shooting, heavyness, and coolness. • Be careful because excessive de–qi can cause discomfort and pain to the patient. 	
R8	It is recommended to practice acupuncture from the acute phase compared to the recommendation of starting acupuncture treatment after the acute phase when simultaneously practicing acupuncture and western medicine at the same time.	A/Moderate
	<p>Clinical consideration</p> <p>The acute phase of facial palsy means within 7 days of onset.</p>	

Add-on treatment		
R9	It can be considered to practice acupuncture along with Scalp acupuncture therapy to patients with idiopathic facial palsy, instead of practicing acupuncture treatment alone.	C/Low
	Clinical consideration <ul style="list-style-type: none"> Scalp acupuncture therapy uses filiform needle which is 0.30~0.45mm thick and 45~70mm long. Please refer to "Acupuncture & Moxibustion Medicine" textbook for detailed operation. Scalp acupuncture therapy can cause discomfort to patients due to strong stimulation. Please be cautious. 	
R10	It may be considered to practice acupuncture and Tong's acupuncture treatment simultaneously to patients with idiopathic facial palsy instead of practicing acupuncture therapy alone.	C/Low
	Clinical consideration The Tong's acupuncture treatment can use the spots on the body suitable for acupuncture such as Sangcheon(上泉), Jungcheon(中泉), Hacheon(下泉) of the unaffected side and Jokiljung(足一重), Jokijung(足二重), Joksamjung(足三重), Sahwaoi(四花外), Cheuksamni(側三里), and Cheukhasamni(側下三里) of the both side.	
R11	Practicing acupuncture and Balanced Acupuncture simultaneously may be considered for patients with idiopathic facial palsy instead of conducting acupuncture treatment only.	C/Low
2) Electroacupuncture		
Add-on treatment		
R12	Practicing electroacupuncture should be considered for improving the facial symptoms of patients with idiopathic facial palsy instead of conducting acupuncture alone.	B/Moderate
	Clinical consideration <ul style="list-style-type: none"> Some patients who are sensitive to stimulation may express sudden pain due to the stimulation of the electroacupuncture when adjusting the intensity. Therefore, the stimulation should be given appropriately not to give discomfort to the patient. If the patient feels discomfort or adverse reaction appears due to the stimulation of the electroacupuncture, the intensity should be lowered quickly or the stimulation of the electroacupuncture should be stopped immediately. The practice should be conducted after checking contraindicants or examining any metal or electronic device near the practice. 	
R13	Conducting electroacupuncture along with herbal medicine may be considered to improve the facial symptoms of patients with idiopathic facial palsy rather than practicing acupuncture and herbal medicine	C/Low
Integrative treatment		
R14	Conducting electroacupuncture along with herbal medicine may be considered to improve the facial symptoms of patients with idiopathic facial palsy rather than practicing acupuncture and herbal medicine	C/Low
3) Herbal Medicine		
Integrative treatment		
R15	Conducting electroacupuncture along with general treatments* may be considered to improve the facial symptoms of patients with idiopathic facial palsy rather than practicing general treatments ¹⁾ alone.	B/Moderate

Add-on treatment		
R16	It should be considered to prescribe Gyeonjeongsan(牽正散) along with acupuncture treatment to improve the facial symptoms of patients with idiopathic facial palsy rather than practicing acupuncture alone.	B/Moderate
R17	It should be considered to prescribe Bojungikgitang(補中益氣湯) along with acupuncture treatment to improve the facial symptoms of patients with idiopathic facial palsy rather than practicing acupuncture alone.	C/Low
Alone treatment		
R18	The use of Yigigeopoongsan(理氣祛風散), Gyeonjeongsan(牽正散), Cheongyangtang(清陽湯), Jingyoseungmatang(秦苻升麻湯), Bulhwangeumdan(不換金丹), Cheongdamsungitang(清痰順氣湯), etc. is recommended as herbal medicinal treatment for patients with facial palsy based on the agreement of a expert group. The prescription shall be determined through diagnosis depending on the condition and characteristics of each patient.	GPP/CTB
	Clinical consideration Administering Gyeonjeongsan(牽正散) and Bulhwangeumdan(不換金丹), which contain toxic herbal medicines such as Aconitum carmichaeli Debeaux or Aconitum coreanum should be cautious.	
4) Pharmacopuncture		
Alone treatment		
R19	Practicing bee venom pharmacopuncture may be considered for patients with facial palsy whose treatment is delayed rather than general acupuncture treatment.	C/Low
R20	Practicing general Korean medicinal treatments ²⁾ along with the bee venom pharmacopuncture therapy may be considered for patients with idiopathic facial palsy instead of conducting general Korean medicinal treatments ²⁾ alone.	C/Very low
	Clinical consideration <ul style="list-style-type: none"> • Bee venom pharmacopuncture shall be used based on the professional knowledge of Korean medicinal doctor. • Prior to apply bee venom pharmacopuncture, hypersensitivity should be checked using the skin test. • When using bee venom pharmacopuncture clinically, it is necessary to have professional knowledge and active countermeasures against hypersensitivity reactions and anaphylaxis. • Yangbaek (GB14), Gwallyo (SI18), Yeonghyang (LI20), Jichang (ST4), Hyeopgeo (ST6), Yepung (TE17) can be considered for bee venom pharmacopuncture acupuncture sites. 	
R21	It may be considered to practice general Korean medicinal treatments ²⁾ along with Jahageo pharmacopuncture for patients with idiopathic facial palsy rather than giving general Korean medicinal treatments ²⁾ alone.	C/Low
R22	It may be considered to practice general Korean medicinal treatments along with pharmacopuncture for patients with idiopathic facial palsy accompanied by post-auricular pain rather than giving general Korean medicinal treatments ²⁾ alone.	B/Low

5) Thread-Embedding		
Add-on treatment		
R23	It may be considered to practice general Korean medicinal treatments ²⁾ along with thread-embedding therapy to improve the facial palsy symptoms of patients with idiopathic facial palsy rather than giving general Korean medicinal treatments ²⁾ alone.	C/Low
	Clinical consideration The patient should be able to make a selective decision with prior explanation about the treatment because the thread-embedding treatment can cause pain after treatment, discomfort due to edema, bruising, and feeling of irritation.	
R24	When it is more than 3 months after the onset of facial palsy and the general treatment does not show a clear improvement, it should be considered to practice general Korean medicinal treatments ²⁾ along with thread-embedding therapy rather than applying general Korean medicinal treatments ²⁾ alone.	B/Moderate
	Clinical consideration The patient should be able to make a selective decision with prior explanation about the treatment because the thread-embedding treatment can cause pain after treatment, discomfort due to edema, bruising, and feeling of irritation.	
6) Moxibustion		
Add-on treatment		
R25	It may be considered to practice acupuncture along with moxibustion to improve the facial palsy symptoms of patients with idiopathic facial palsy rather than giving an acupuncture treatment alone.	C/Low
	Clinical consideration Please use caution and careful judgment because moxibustion applied on the face poses a risk of scarring due to facial burn.	
R26	It may be considered to practice general Korean medicinal treatments ²⁾ along with moxibustion to improve the facial palsy symptoms of patients with idiopathic facial palsy rather than giving general Korean medicinal treatments ²⁾ alone.	C/Low
	Clinical consideration Clinical Considerations: Please use caution and careful judgment because moxibustion applied on the face poses a risk of scarring due to facial burn.	
Alone treatment		
R27	It is recommended to practice moxibustion to Cheonghoe (GB2), Hyeopgeo (ST6), and Jichang (ST4) to improve the facial palsy symptoms of patients with facial palsy based on the agreement of a expert group.	GPP/CTB
	Clinical consideration Please use caution and careful judgment because moxibustion applied on the face poses a risk of scarring due to facial burn.	

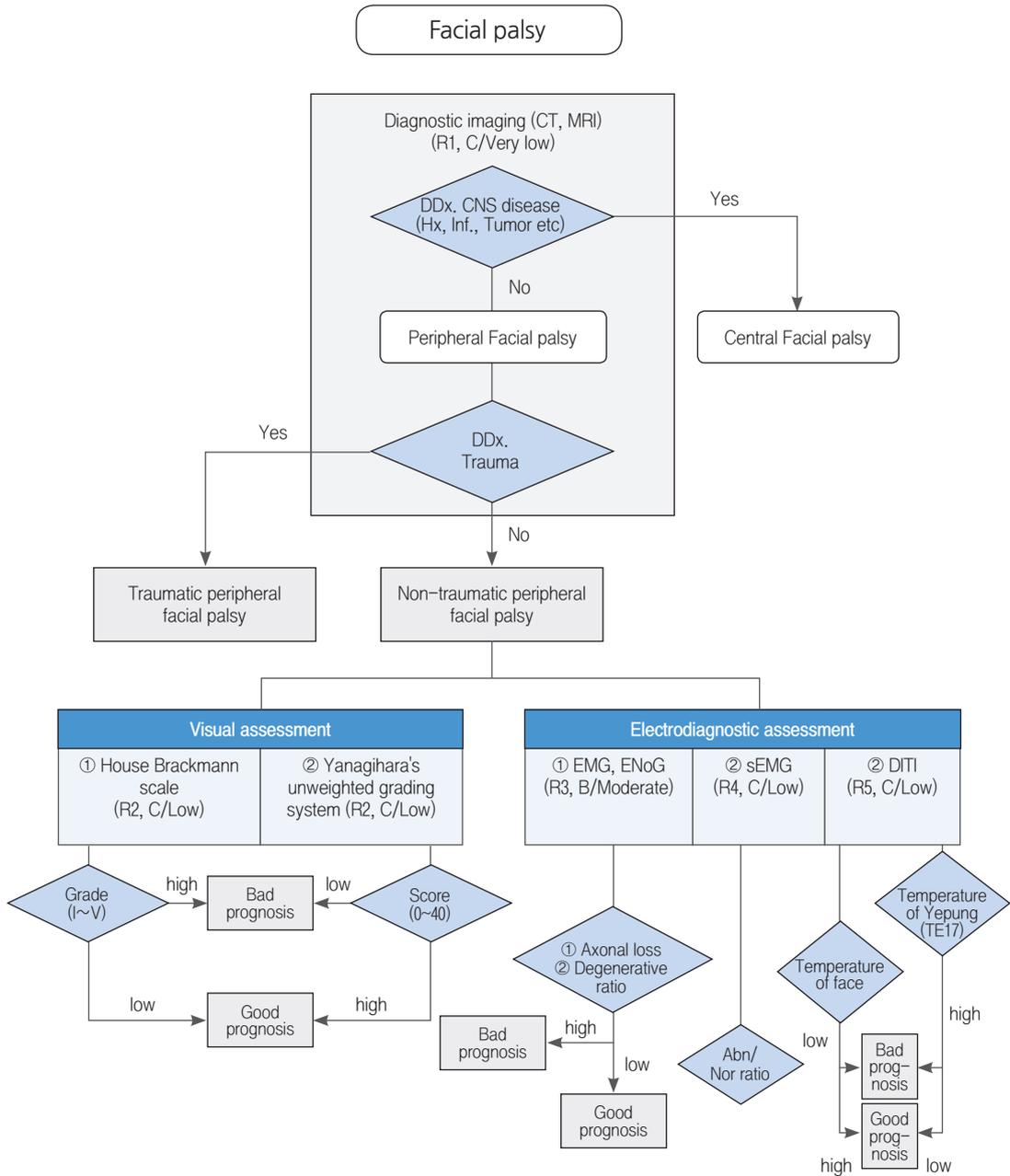
7) Cupping		
Add-on treatment		
R28	It may be considered to apply venesection cupping therapy to the area with postauricular pain along with acupuncture to improve the postauricular pain of patients with idiopathic facial palsy rather than practicing acupuncture alone.	C/Low
	Clinical consideration <ul style="list-style-type: none"> • The venesection cupping therapy shall target the Ashi-point(阿是穴) behind of the ear such as Yepung (TE17) and Wangol (GB12). • To prevent cross-contamination while applying venesection cupping therapy, disposable sterilized and disinfected cupping should be used based on the clean needle technique (CNT). 	
R29	It should be considered to practice acupuncture and venesection cupping therapy simultaneously to improve the facial symptoms of patients with idiopathic facial palsy instead of applying acupuncture alone.	B/Moderate
	Clinical consideration <ul style="list-style-type: none"> • It is believed that the loss of ear and throat pain in patients with facial palsy is associated with the improvement of the palsy. • The venesection cupping therapy shall target the Ashi-point(阿是穴) behind of the ear such as Yepung (TE17) and Wangol (GB12). 	
R30	It may be considered to practice acupuncture and dry cupping simultaneously for patients with idiopathic facial palsy instead of applying acupuncture alone.	C/Low
8) Laser Acupuncture		
Add-on treatment		
R31	It may be considered to practice acupuncture and laser acupuncture simultaneously for patients with idiopathic facial palsy instead of applying acupuncture alone.	C/Low
9) Physical Therapy and Facial Exercise		
Add-on treatment		
R32	It may be considered to practice acupuncture and facial exercise simultaneously for patients with idiopathic facial palsy instead of applying acupuncture alone.	C/Moderate
	Clinical consideration <ul style="list-style-type: none"> • Mirror exercise and biofeedback are representative facial exercise. It can be performed in various ways according to muscle movement. • The starting point of facial exercise is controversial. Further studies are needed. 	

general treatments¹⁾: This recommendation defines medical drug treatment including steroid and exercise therapy as general treatments.

general Korean medicinal treatments²⁾: This recommendation defines acupuncture, electroacupuncture, herbal medicine, physical therapy treatment as general Korean medicinal treatments.

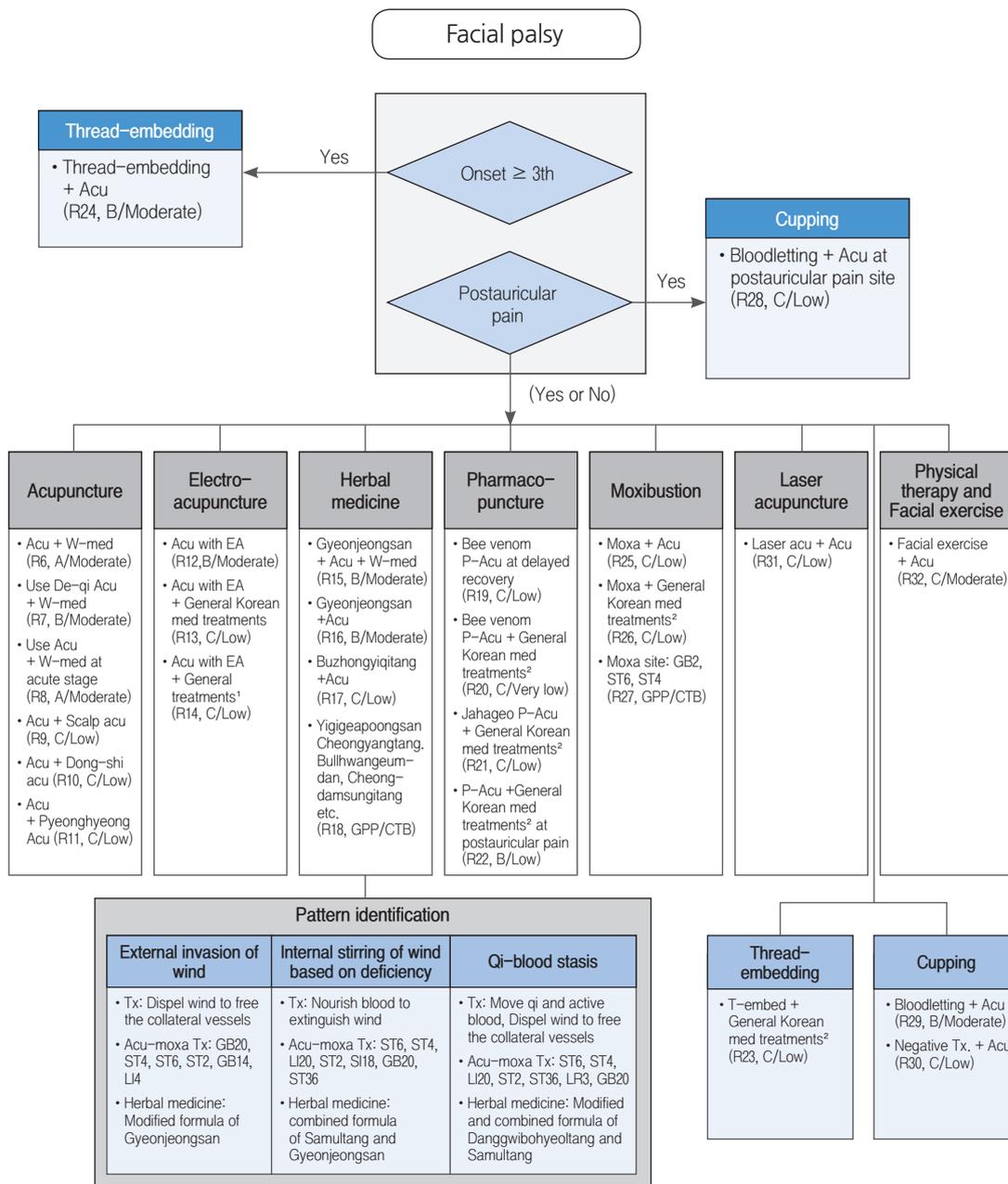
4. Clinical algorithm

1) Diagnosis algorithm



* Same use on central and traumatic facial palsy.

2) Treatment algorithm



Acupuncture
• Acu + W-med (R6, A/Moderate)
• Use De-qi Acu + W-med (R7, B/Moderate)
• Use Acu + W-med at acute stage (R8, A/Moderate)
• Acu + Scalp acu (R9, C/Low)
• Acu + Dong-shi acu (R10, C/Low)
• Acu + Pyeonghyeong Acu (R11, C/Low)

Electro-acupuncture
• Acu with EA (R12, B/Moderate)
• Acu with EA + General Korean med treatments (R13, C/Low)
• Acu with EA + General treatments ¹ (R14, C/Low)

Herbal medicine
• Gyeonjeongsan + Acu + W-med (R15, B/Moderate)
• Gyeonjeongsan + Acu (R16, B/Moderate)
• Buzhongyiqitang + Acu (R17, C/Low)
• Yigigeapoongsan Cheongyangtang, Bullhwangeumdan, Cheongdamsungitang etc. (R18, GPP/CTB)

Pharmacopuncture
• Bee venom P-Acu at delayed recovery (R19, C/Low)
• Bee venom P-Acu + General Korean med treatments ² (R20, C/Very low)
• Jahageo P-Acu + General Korean med treatments ² (R21, C/Low)
• P-Acu + General Korean med treatments ² at postauricular pain (R22, B/Low)

Moxibustion
• Moxa + Acu (R25, C/Low)
• Moxa + General Korean med treatments ² (R26, C/Low)
• Moxa site: GB2, ST6, ST4 (R27, GPP/CTB)

Laser acupuncture
• Laser acu + Acu (R31, C/Low)

Physical therapy and Facial exercise
• Facial exercise + Acu (R32, C/Moderate)

Pattern identification		
External invasion of wind	Internal stirring of wind based on deficiency	Qi-blood stasis
<ul style="list-style-type: none"> • Tx: Dispel wind to free the collateral vessels • Acu-moxa Tx: GB20, ST4, ST6, ST2, GB14, LI4 • Herbal medicine: Modified formula of Gyeonjeongsan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tx: Nourish blood to extinguish wind • Acu-moxa Tx: ST6, ST4, LI20, ST2, SH8, GB20, ST36 • Herbal medicine: combined formula of Samultang and Gyeonjeongsan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tx: Move qi and active blood, Dispel wind to free the collateral vessels • Acu-moxa Tx: ST6, ST4, LI20, ST2, ST36, LR3, GB20 • Herbal medicine: Modified and combined formula of Danggwibohyeolltang and Samultang

Thread-embedding
• T-embed + General Korean med treatments ² (R23, C/Low)

Cupping
• Bloodletting + Acu (R29, B/Moderate)
• Negative Tx. + Acu (R30, C/Low)

General treatments¹: This recommendation defines medical drug treatment including steroid and exercise therapy as general treatments.
 General Korean medicinal treatments²: This recommendation defines acupuncture, electroacupuncture, herbal medicine, physical therapy treatment as general Korean medicinal treatments.

※ The algorithm only describe therapeutic methods of Korean medicine.

I. 서론

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

한의학육성법에 의거한 제3차 한의학육성종합발전계획(2016-2020)은 첫 번째 목표로 ‘한의표준임상진료지침 개발/보급을 통한 근거 강화 및 신뢰도 제고’를 명시하고 있다. 이는 한의표준임상진료지침을 개발·보급해 근거를 강화하고 이를 통해 국민들에게 한의의료 서비스에 대한 건강보험보장성을 강화함으로써 접근성을 높이는 한편 이 과정에서 한의학 산업을 육성하고 국제적인 경쟁력을 강화한다는 정부의 한의학발전 정책 의지를 반영한 것이다.

말초성 안면신경마비는 다양한 원인으로 인해 제7번 뇌신경인 안면신경의 기능에 문제가 발생하여 눈과 입 등 한쪽 얼굴이 비뚤어지는 증상을 보이는 질환으로, 흔히 ‘구안와사(口眼喎斜)’라는 명칭으로도 많이 알려져 있다. 2018년 기준으로 국내에서는 49,241명이 안면마비로 의료기관의 진료를 받을 정도로 비교적 흔한 질환으로 한의학적 치료에 대한 선호도가 비교적 높다. 이에 환자와 치료자 모두에게 질환과 진단, 치료, 관리 등에 대한 최적의 정보를 제공하기 위한 한의표준임상진료지침의 마련은 필수적인 것으로 여겨진다.

본 임상진료지침은 안면신경마비질환에 대한 기초 생리, 병리 및 진단, 감별진단, 치료, 관리, 예후를 제시하여 개개인의 의료진이 특정한 상황에서 임상 의사와 환자의 의사결정을 돕기 위해 작성되었다. 이를 통해 효과가 입증된 치료는 권장하고 효과가 없는 것은 지양하게 하며, 치료의 일관성을 유지할 뿐만 아니라, 환자 입장에서의 건강 및 삶의 질의 향상을 도모하고자 하였다.

본 안면신경마비 한의표준임상진료지침은 보건복지부 한의학선도기술개발사업의 한의표준임상진료지침 개발사업단 일반세부과제인 ‘안면신경마비 한의표준임상진료지침 임상연구(HB16C0028)’의 일환으로 기 개발된 임상진료지침을 수정·보완하여 제작되었으며, 진료지침의 개발에 있어서 재정후원단체의 의견이 진료지침의 내용에 영향을 주지 않았다.

II. 안면신경마비 개요

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

1. 정의¹⁻⁵⁾

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

안면신경마비의 대표적인 증상은 편측에 나타나는 복합적인 얼굴 운동 장애로, 눈을 감기 어렵고 이마와 얼굴에 주름이 잡히지 않으며 입이 오므려지지 않아 음식물이 흐르는 등 다양한 증상을 호소한다. 이 외에도 얼굴과 목 부위의 이상감각 또는 통증, 청각과 미각의 변화, 눈물분비 감소, 유루증, 이명 등의 다양한 증상이 나타난다. 증상 발현 전 감기 또는 장염 등의 바이러스 감염 증상이 전구증상으로 동반되기도 한다. 안면신경마비의 진행은 수시간에서 수일에 걸쳐 진행하므로 일반적으로 증상 발현 48시간 내에 점점 심해지는 경향을 띤다. 진행과정은 전구기(Prodromal stage), 마비기(Paralytic stage), 악화기(Aggravating stage), 평행기(Parallel stage), 회복기(Recovery stage)의 순서를 밟는다.

한의학에서는 눈과 입 등이 한쪽으로 비뚤어지는 증상이 있는 경우에 구안와사(口眼喎斜), 구와(口喎), 구벽(口僻), 와벽(喎僻), 구와벽(口喎僻), 풍구와후(風口喎候), 구안와벽(口眼喎僻), 구안와사(口眼歪斜), 구금와사(口噤喎斜), 구금안합(口噤眼合), 풍견와벽(風牽喎僻), 면탄(面癱) 등으로 진단하였다. 또한 중추성과 말초성의 구분보다는 환자의 상태와 발병 원인에 따라 풍사외습(風邪外襲), 허풍내동(虛風內動), 기혈어조(氣血瘀阻) 등으로 변증시치하였다.⁷⁾

2. 임상 현황⁶⁾

안면신경마비는 비교적 흔한 질환으로 건강보험공단 자료를 근거로 구안와사의 성별, 연령별 발생 추이를 살펴보면 최근 5년간(2014년~2018년) 총 환자수는 2014년 41,875명에서 2018년 49,241명으로 5년 사이 1.18% 증가하였다. 해당 기간동안 입원, 외래별 총 내원 일수는 외래 251,423일, 입원 51,264일이었으며, 요양급여총액 비율 또한 외래 46.1%, 입원 53.9%의 비율로 나타났다.

안면마비 환자 수를 성별로 살펴보면, 2014년 남성 20,957명, 여성 20,918명에서 2018년 남성 25,157명, 여성 24,084명으로 남성은 1.2%, 여성은 1.15%의 증가추세를 보였다. 2018년 기준 안면마비의 국내 유병률은 인구 10만 명당 95.37명으로 추산된다.

2018년 입원환자 기준 건강보험통계의 한방 총 요양급여비용은 5,565,197(천 원)으로, 다빈도 질병 순위는 16위에 해당했으며, 양방 총 요양급여비용은 20,026,170(천 원)이었고, 다빈도 질병 순위는 156위에 해당하였다.

2017년도 한방의료 실태조사에 의하면 질환별 한방치료의 효과성에 대한 질문에서 안면신경마비

는 ‘효과있음’이 이용자추계 74.6%, 전 국민추계 71.4%로 비교적 한방치료효과에 대한 기대가 높은 질환에 속했다. 때문에 안면신경마비 환자는 발병 직후 한의 일차의료기관 또는 한방병원을 내원한다. 또한, 마비라는 증상의 특성 상 환자는 응급질환에 대한 검사를 위해 양방의료기관, 특히 응급실을 내원하는 경우가 많다.

3. 진단 및 평가

1) 한의학적 분류⁷⁾

(1) 진단기준

안면신경마비의 한의학적 명칭으로 구안와사(口眼喎斜)가 가장 대표적이며, 이 외에도 역대 문헌에서 구와(口喎), 구벽(口僻), 와벽(喎僻), 구와벽(口喎僻), 풍구와후(風口喎候), 구안와벽(口眼喎僻), 구안왜사(口眼歪斜), 구금와사(口噤喎斜), 구금안합(口噤眼合), 풍견와벽(風牽喎僻), 면탄(面癱) 등이 사용되었다. 한의학에서는 중추성과 말초성의 구분 없이 눈과 입등이 한쪽으로 비뚤어지는 증상이 있는 경우를 통틀어 위와 같은 병명으로 진단하였다.

(2) 진단 근거

눈과 입 등이 한쪽으로 비뚤어지는 증상이 있는 경우를 통틀어 구안와사(口眼喎斜) 등의 병명으로 진단하였으며, 환자의 상태와 발병 원인에 따른 변증을 진단 과정에서 중요시하였다.

(3) 변증 분류

① 풍사외습(風邪外襲)

- 주요증상은 돌연 구안와사(口眼喎斜), 안면부 감각 이상(面部感覺異常), 귀 뒤쪽이 은은하게 아픴(耳後隱痛) 혹은 오한이 오기도 하고 발열이 있기도 함(伴惡寒發熱), 두통이 있고 뼈를 회초리로 때린 듯이 아픴(頭痛骨楚), 담홍색 혀(舌淡紅), 설태가 얇고 희거나 얇고 황색(苔薄白或薄黃), 맥이 부삭하거나 부긴(脈浮數或浮緊), 또한 현세맥(亦有見弦細脈象) 등이며 찬바람 등에 감촉되어 발병하는 경우에 해당한다.
- 치법은 거풍통락(祛風通絡), 침구처방으로는 풍지(GB20), 지창(ST4), 협거(ST6), 사백(ST2), 양백(GB14), 합곡(LI4) 등이 사용되며, 한약처방으로는 견정산가미(牽正散加味)가 사용된다.

② 허풍내동(虛風內動)

- 주요 증상은 구안와사(口眼喎斜), 안면부가 마비되거나 판이 있는 듯한 긴장감(面部麻木或有板緊

之感), 안면근육 당김 및 경련(面肌掣動), 말할 때마다 감정이 격앙됨(每于情緒激動或說話時發), 입과 눈에 경련이 있거나 감기가 어려움(生口眼抽動或閉目難睛), 담담한 색의 혀(舌質淡), 설태가 얇고 희거나 적음(苔薄白或少苔), 현세맥(脈弦細) 등이다.

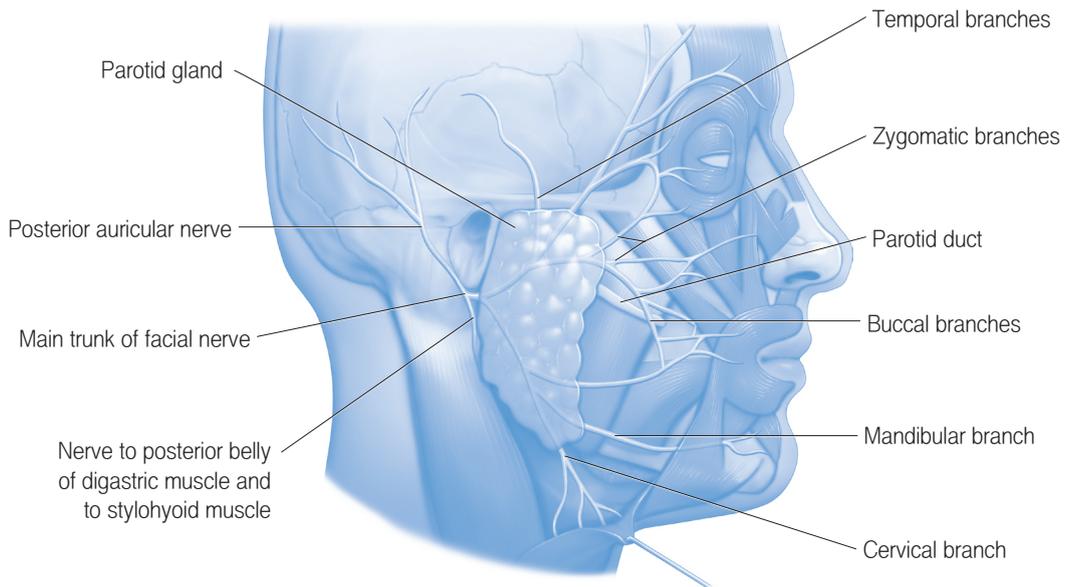
- 치법은 양혈식풍(養血熄風), 침구처방으로는 협거(ST6), 지창(ST4), 영향(LI20), 사백(ST2), 관료(SI18), 풍지(GB20), 족삼리(ST36) 등이 사용되며, 한약처방으로는 사물탕합견정산가감(四物湯合牽正散加減) 등이 사용된다.

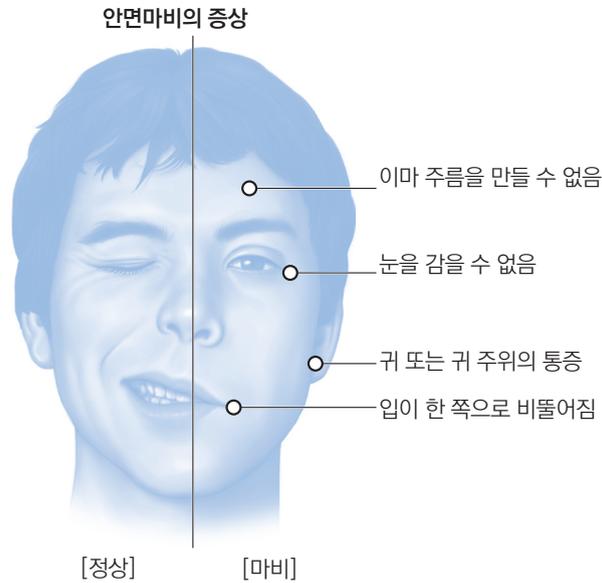
③ 기혈어조(氣血瘀阻)

- 주요 증상은 구안와사(口眼喎斜), 안면부 경련(面部抽搐), 환측 얼굴주름이 없어지거나 사라짐(病側額紋變淺或消失), 눈이 벌어져 잘 닫히지 않음(眼裂擴大), 팔자주름이 없어짐(鼻脣溝變淺), 입에서 침이 흐름(流口水), 오랫동안 낫지 않음(日久不愈), 암홍색의 혀(舌質暗), 설태가 얇고 희거나 얇고 황색(苔薄白或薄黃), 현맥(脈弦) 등이다. 주로 회복기 및 후유증기에 해당한다.
- 치법은 행기활혈(行氣活血), 거풍통락(祛風通絡), 침구처방은 협거(ST6), 지창(ST4), 영향(LI20), 관료(SI18), 족삼리(ST36), 태충(LR3), 풍지(GB20) 등이 사용되고, 한약처방으로는 당귀보혈탕합도홍사물탕가감(當歸補血湯合桃紅四物湯加減) 등이 사용된다.

2) 양의학적 분류

안면신경은 주행경로가 다른 뇌신경에 비해 길고 진행경로가 좁기 때문에, 중이염, 외상, 감염 등으로 쉽게 손상될 수 있는 신경이다. 또한 주변의 종양이나 전신 질환 등에 의해서도 안면신경마비가 발생할 수 있다.





말초성 안면신경마비의 원인에 따른 종류는 다음과 같다.

말초성 안면신경마비의 원인
특발성 안면신경마비
램지헌트증후군(Ramsay Hunt syndrome)
후천성 면역결핍질환으로 인한 안면신경마비
급성 중이염으로 인한 안면신경마비
만성 중이염과 진주종성 중이염으로 인한 안면신경마비
악성 외이도염으로 인한 안면신경마비
청신경종, 수막종, 선천성 진주종, 혈관종, 지주막낭종 등으로 인한 안면신경마비
악성종양으로 인한 안면신경마비

(1) 진단기준

일반적으로 얼굴의 마비를 포함한 특징적인 임상적 증상으로 진단이 가능하다. 최소한의 진단기준은 편측에 갑자기 발생한 얼굴 근육의 불완전 혹은 완전마비를 보이면서 다른 여러 질환을 배제할 때 특발성 안면신경마비로 진단한다.⁸⁾ 이성대상포진으로 인한 경우는 외이도의 수포를 관찰할 수 있으며, 종양으로 인한 경우는 진행이 느리고 회복경과가 보이지 않는 경우 의심할 수 있다. 중추신경계 질환으로 인한 경우는 안면신경마비 외에 여러 신경학적인 이상 징후가 나타날 수 있다.

(2) 진단 검사 방법9)

근전도(EMG), 표면근전도(sEMG), 신경전도검사(ENoG) 등과 같은 전기진단검사는 신경 변성 정도를 알 수 있으며 근육 변화에 대해 객관적으로 기록, 병변의 위치를 결정하고 신경 손상의 정도를 판단하는데 도움을 준다. 또한 예후 결정, 치료방법 선택에 도움이 될 뿐만 아니라 병변의 위치, 정도, 병변 진행의 호전 여부 또는 악화 여부를 판별하는 데도 도움을 준다. 영상평가의 경우에 반드시 시행되어야 하는 검사는 아니나, 증상의 경과나 양상이 비전형적일 경우, 중추성 안면마비의 감별 진단 및 기타 기질적 원인을 배제하는 데 도움이 될 수 있다. 혈액검사도 기타 기저질환을 알기 위해 시행할 수 있다(근전도(EMG): 신경과 근육에서 발생하는 전기적 신호를 기계를 통해 분석해 말초신경이나 신경 주변 및 근육의 이상이 있는지 보기 위한 검사, 표면근전도(sEMG): 근전도(EMG) 중에서 피부에 전극을 붙이는 검사, 신경전도검사(ENoG): 말초신경의 전도성과 통합성을 확인하기 위해 실시하는 비침습적 검사).

(3) 감별 진단¹⁰⁻¹⁸⁾

① 급성 중이염, 만성 중이염과 진주종성 중이염

급성 중이염으로 인한 세균성 염증이 주변에 염증을 유발하면서 2차적인 안면신경마비를 유발할 수 있다. 또한, 만성 중이염으로 인한 골염 혹은 진주종이 안면신경을 침범하면서 발생할 수 있다.

② 악성 외이도염

악성 외이도염의 경우는 주변 조직으로 염증이 퍼지면서 안면신경마비가 나타날 수 있으며, 두통, 이통, 이루, 턱관절 통증 외에도 침범범위에 따라 다른 뇌신경장애도 동반할 수 있는 응급질환이다.

③ 램지헌트증후군(Ramsay Hunt syndrome)

대상포진(Herpes zoster) 바이러스가 슬신경절(geniculate ganglion)을 침범하여 발생하는 안면신경마비로 외이도나 귀주변에 수포가 나타날 수 있으며, 이명, 청각감퇴, 어지럼증 등을 동반할 수 있다. 벨마비(Bell's palsy)에 비해 회복속도가 늦고 완치율도 낮다.

④ 후천성 면역결핍질환

면역결핍 바이러스에 의해 직접 신경이 손상되면서 발생하거나, 면역결핍 상태에서 대상포진 바이러스 등의 감염 등에 의해 발생할 수 있다.

⑤ 양성, 악성 종양

종양에 의한 내외부의 물리적 압박으로 안면신경마비가 발생할 수 있다. 악성 종양의 경우, 주로 외이도에서 발생하여 중이를 침범하면서 마비가 나타난다.

3) 평가척도

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

<House-Brackmann scale>

Grade	Description	Characteristics
I	정상(Normal)	모든 영역에서 안면기능 정상
II	가벼운 기능장애 (Mild dysfunction)	자세히 관찰했을 때 약간의 눈에 띄는 근력약화 휴식 시에 정상적인 대칭상을 유지하며 긴장도도 정상임
III	중등도 기능장애 (Moderate dysfunction)	명백히 양쪽의 차이가 심하지 않음 휴식 시 정상적으로 대칭을 유지하고 있으며 긴장도 유지됨
IV	심각한 중등도 기능장애 (Moderately severe dysfunction)	명백한 운동장애 또는 모양이 틀어지는 비대칭 휴식 시에 정상대칭을 유지하며 긴장도도 정상임
V	심각한 기능장애 (Severe dysfunction)	약간의 움직임만 간신히 느낄 정도, 휴식 시에도 비대칭
VI	완전마비(Total paralysis)	움직임 없음

<Yanagihara grading system>

		Characteristics
Y1	휴식 시 (At rest)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y2	이마주름 잡기 (Wrinkle forehead)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y3	눈 깜빡임 (Blink)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y4	가볍게 눈 감기(Closure of eye lightly)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y5	강하게 눈 감기(Closure of eye tightly)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y6	마비측 눈만 감기(Closure of eye on involved side only)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y7	코주름 잡기(Wrinkle nose)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y8	휘파람 불기(Whistle)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y9	활짝 웃음(Grin)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y10	입꼬리 내림(Depress lower lip)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
5 point system: 4 - normal, 3-slight paralysis, 2 - moderate, 1 - severe, 0-total		

4. 치료

1) 한의학적 치료방법¹⁹⁻²²⁾

(1) 일반 침

- 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료를 시행하는 것이 증상 개선에 효과적이다.
- 치료혈로는 합곡(LI4), 태충(LR3), 하관(ST7), 지창(ST4), 협거(ST6), 양백(GB14), 태양(EX-HN5), 승읍(ST1), 사백(ST2), 영향(LI20), 사죽공(TE23), 풍지(GB20), 족삼리(ST36) 등을 사용할 수 있다.
- 초씨두침: 감각구, 운동구 하부 2/5 부위, 표준두침 중 정섭전사선(頂顳前斜線) 하부 2/5 부위 등의 자극구
- 동씨침: 건측 상천(上泉), 중천(中泉), 하천(下泉), 삼중(三重), 사화외(四花外), 측삼리(側三里), 측하삼리(側下三里), 양측 족일중(足一重), 족이중(足二重), 족삼중(足三重) 등
- 정안침요법: 안면부, 전정부, 흉부 등
- 평형침: 면탄(面癱), 편탄(偏癱), 명목(明目), 비염(鼻炎), 위통(胃痛), 두통혈(頭痛穴) 등

(2) 전침

- 일반 침치료 외에 전침치료를 병행할 시 더욱 효과적이다.

(3) 한약

- 견정산(牽正散), 이기거풍산(理氣祛風散), 청양탕(淸陽湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯) 및 그 외 개개인의 상태와 변증에 따라 다양한 한약처방을 활용할 수 있다.

(4) 약침

- 양백(GB14), 관료(SI18), 영향(LI20), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17) 등의 혈위에 봉약침, 자하거약침 등 환자의 상태 및 변증에 따라 약침치료를 시행할 수 있다.
- 이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 혹은 지연성 안면신경마비 환자에게 봉약침을 병행하면 더 효과적이다.
- 봉약침을 사용할 경우 시술 전에 피부과민반응검사(skin test)를 통해 과민반응 여부를 확인해야 한다.

(5) 매선

- 특발성 안면신경마비 환자에게 일반적인 한방치료 외에 매선요법의 병행을 고려할 수 있으며, 특히 발병 3개월 이상 경과하고 일반적인 치료로 뚜렷한 호전을 보이지 않을 때 일반치료와 함께 매

선요법을 병행하는 것이 좋다.

(6) 뜸

- 청회(GB2), 협거(ST6), 지창(ST4) 등의 혈위에 뜸요법을 병행하는 것이 더 효과적이다.
- 단, 안면부에 시행하는 뜸요법의 경우 화상에 의한 흉터 발생 등의 위험 가능성이 있으므로 사용 시 신중한 판단과 주의를 요한다.

(7) 부항

- 특발성 안면신경마비 환자에게 부항요법을 병행하는 것이 더 효과적이다.
- 특발성 안면신경마비 환자의 이후통 개선을 위해 자락관법을 병행치료를 고려할 수 있다.

(8) 레이저침

- 특발성 안면신경마비 환자에게 레이저침요법을 병행하는 것이 더 효과적이다.

(9) 물리치료 및 안면운동

- 일반적인 한방치료 외에 물리치료, 안면운동을 추천한다.

2) 양의학적 치료방법

(1) 약물요법

- ① 부신피질 호르몬: 벨마비 초기의 경우 스테로이드 투여가 회복까지 걸리는 시간을 짧게 하고 안면 운동의 완전 회복 가능성을 높이는 데 효과적이라는 보고가 있다.²³⁾ 가능한 한 증상이 시작된 후 72 시간 내 스테로이드 투여를 시작하는 것이 좋으며 용량은 프레드니솔론(Prednisolone) (60~80 mg/day, for 1 week)이 권장된다.²⁴⁾
- ② 항바이러스제: 급성 벨마비 환자에서 항바이러스제 사용이 안면 기능의 완전 회복에 도움을 준다는 확실한 증거는 밝혀진 바 없다. 하지만 적은 규모의 연구들에서 발라시클로버(Valacyclovir)를 비롯한 항바이러스제를 스테로이드와 함께 사용하였을 때 발병 3~6개월 후 더 높은 회복률을 보였다고 보고한 바 있어²⁵⁾, 환자에게 스테로이드와 병행하여 1000 mg씩 하루 3회 일주일간 복용 권유할 수 있으나 항바이러스제의 단독 사용은 권장되지 않는다.²³⁾

(2) 기타

- ① 물리치료: 안면부의 혈액 공급을 자극하고, 근육의 긴장도를 유지하여 안면 근육의 위축을 예방하기 위해 물리치료를 시행할 수 있다. 환측 안면부에 대한 적외선 조사, 안면근육 마사지, 전기적 자극, 안면근육 운동, 바이오피드백, 레이저 및 온열요법 등이 회복에 도움이 되는 것으로 알려져 있으나

- 아직 그 효과에 대한 근거는 부족하다. 안면운동과 관련된 대부분 연구들이 긍정적인 효과를 보고하기는 하였으나 규모가 작아 근거의 크기가 부족하여 추후 더 높은 질의 연구가 필요한 실정이다.^{26,27)}
- ② 안(眼)치료: 눈이 불완전하게 감기는 경우 눈의 관리가 필수적이다.²⁸⁾ 마비 발생 시 안륜근의 마비가 동반되고 눈물샘의 기능이나 눈물의 생성에도 이상이 생기므로 눈의 자극 증상과 시리고, 가렵거나, 타는 듯한 느낌이나 통증을 호소하기도 한다. 방치 시 각막의 손상이나 궤양이 발생하기도 하므로 연고, 인공눈물의 사용을 권장하고 테이프 혹은 안대를 이용하여 눈을 보호하도록 하며, 안과의의 검진 필요성을 상기시켜 수시로 점검하도록 한다.
- ③ 수술요법: 6~8주간에 걸친 보존 요법을 실행하였음에도 전혀 회복이 되지 않는 경우, 안면신경마비가 있는 쪽의 누액 분비가 전혀 없는 경우, 환측의 타액 분비가 25% 이하인 경우, 심한 통증이 있거나 재발성 안면신경마비 환자인 경우, 갑자기 완전 마비가 온 경우 등은 수술요법을 고려할 수 있으며, 이러한 경우는 중추신경계에 대한 정확한 진단이 선행되어야 한다.²⁹⁾ 수술 방법은 안면신경 감압술(Decompression), 단단 문합술(End to end anastomosis), 신경이식(Nerve graft), 신경 문합술(Nerve or substitution anastomosis) 등이 있다.³⁰⁾

5. 예방 및 관리

1) 위험인자

안면마비의 원인은 특정할 수 없으나 임신, 비만, 고혈압, 당뇨, 상기도의 질병 등이 위험인자로 알려져 있다.

임산부는 발병률이 3배, 당뇨 환자는 발병률이 4배 증가한다. 연령이 증가함에 따라 발병률이 증가하는 것으로 알려져 있다. 지역, 인종, 성별에 따른 발병률 차이는 없다.³¹⁻³²⁾

발병 연령은 다양하나 15~45세 사이에, 여성이 남성보다 빈발한다. 242,000명의 임신부를 조사한 후향적 연구에서 42명(0.017%)이 임신기간 중 벨마비가 발병하였으며, 임신중독증과 관련이 있다고 보고하고 있다.

2) 예후

예후는 신경손상 정도와 관련이 있다. 불완전한 손상은 회복이 될 여지가 있다. House-Brackmann Grade에서 Gr. I, II는 좋은 예후를 보이며, Gr. V, VI는 예후가 좋지 않을 가능성이 높다.³³⁾ 한 대규모 연구에서는 85%가 3주 이내에 회복을 시작했으며, 71%가 완전 회복, 13%가 약간의 후유증, 16%가 연합운동, 구축감 등을 비롯한 후유증이 남았다.³⁴⁾ 이성대상포진으로 인한 안면신경마비의 경우 상술한 벨마비보다 좋지 않은 예후를 보이는 경우가 많다.³⁵⁾ 회복이 21일 이내에 시작되면 예후가 비교적 좋다고 알려져 있으나, 이 또한 신경손상의 정도에 따라 판단해야 할 것이다.³⁶⁾ 회복이 완전하지 않으며 구축감, 연합운동, “악어의 눈물”로 불리는 눈물샘 과다 분비 등의 후유증이 남을 수 있다.

[참고문헌]

1. Atzema C, Goldman RD. Should we use steroids to treat children with Bell's palsy? Can family Physician. 2006;52:313-4.
2. Slavkin HC. The significance of a human smile: observations on Bell's palsy. JADA. 1999;130:269-72.
3. Zaidi FH, Gregory-Evans K, Acheson JF et al. Familial Bell's palsy in females: a phenotype with a predilection for eyelids and lacrimal gland. Orbit. 2005;24:121-4.
4. Josef Finister. Management of peripheral facial nerve palsy. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008;265:742-52.
5. Yang GY, Lee BR, Kim YI. Clinical study of Two cases of Facial Diplegia with Continued Facial palsy. The journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2008;25(5):1-7.
6. 건강보험통계연보. 건강보험심사평가원. 2014.
7. 대한침구의학회 교재편찬위원회 편. 침구의학. 한미의학. 2016:638-42.
8. 김동원. 안면신경 마비의 진단과 치료. 대한의사협회지. 1999;472:469-78.
9. Ahn CB 외 2인. An Analysis of Clinical Prognosis Factors of Peripheral Facial Palsy and the Effects of Electrodiagnostic Test. The J of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2007;24(4):209-23.
10. 김태일. 급성 벨마비에서 acyclovir의 효과. 대한임상신경생리학회지. 2001;3(2):122-7.
11. 김동수. 소아 중이염의 진단과 치료. 대한의사협회지. 2004;47(3):239-44.
12. Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, Herbrecht R, Kontoyiannis DP, Marr KA, et al. Treatment of aspergillosis: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2008;46(3):327-60.
13. Nadol JB Jr. Histopathology of Pseudomonas osteomyelitis of the temporal bone starting as malignant external otitis. Am J Otolaryngol. 1980;1:359-71.
14. 변인영 외 3인. 측두하악관절을 침범한 악성 외이도염의 치험례. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2011;37:535-8.
15. Shambaugh GE 외1인. Facial nerve paralysis, in otolaryngology, Paparella and Shumrick, eds. Philadelphia: WB Saunders, 1973:275.
16. 이원상. 안면신경 마비와 수술적 치료. 대한의사협회지 학술논문. 2009;52(8):807-18.
17. Arena S. Tumor surgery of the temporal bone, Laryngoscope 1974;84:645-70
18. Gantz BJ, Rubinstein JT, Gidley P, Woodworth GG. Surgical management of Bell's palsy. Laryngoscope 1999;109:1177-88.
19. Heo Jun. Treasured Mirror of Eastern Medicine(東醫寶鑑). Bupin Publishing. Co. 2002:960-2.
20. Hwang DY. Collection Book of Formulas(方藥合編). Namsan Publishing. Co. 1992:67, 120,

130-1.

21. Hwang JY, Lee BR. A Literature Review on the Acupoint of Bell's Palsy. *The Journal of Daejeon Oriental Medicine*. 1998;7(1):817-29.
22. Heo Jun. *Treasured Mirror of Eastern Medicine(東醫寶鑑)*. Bupin Publishing. Co. 2002:995.
23. Gronseth GS, Paduga R. Evidence-based guideline update: steroids and antivirals for Bell palsy. *Neurology*. 2012;79:1-5.
24. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149:S1.
25. Numthavaj P, Thakkinstian A et al. Corticosteroid and antiviral therapy for Bell's palsy: A network meta-analysis. *BMC Neurology*. 2011;11(1):1-10.
26. Murthy JM, Saxena AB. Bell's palsy: Treatment guidelines. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011;14:70-2.
27. Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;12.
28. Gronseth GS, Paduga R. Evidence-based guideline update: steroids and antivirals for Bell palsy. *Neurology*. 2012;79:1-5.
29. Volk GG, Pantel M, Guntinas-Lichius O. Modern concepts in facial nerve reconstruction. *Head & Face Medicine*. 2010;6(25):1-11.
30. Kandari QA. Facial Paralysis: Reconstructive Surgery: State of Art. *Egypt J Plast Reconstr Surg*. 2011;35(2):317-24.
31. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl*. 2002;122(549):4-30.
32. Slavkin HC. The significance of a human smile: observations on Bell's palsy. *JADA*. 1999;130:269-72.
33. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985;93:146.
34. Peitersen E. The natural history of Bell's palsy. *Am J Otol*. 1982;4:107.
35. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl*. 2002;4.
36. Jabor MA, Gianoli G. Management of Bell's palsy. *J La State Med Soc*. 1996;148:279.

Ⅲ. 안면신경마비 임상진료지침 개발 절차

1. 기획
2. 개발
3. 승인 및 인증
4. 출판

1. 기획

1) 주제 및 범위 선정

안면신경마비는 2018년 기준 국내 인구 10만 명당 유병률이 95.37명에 이를 정도로 비교적 흔한 질환이며¹⁾, 한의학적 치료에 대한 선호도가 비교적 높은 질환이다. 따라서 본 질환과 관련된 모든 대상 집단에서 적극적으로 활용할 수 있는 한의임상진료지침의 개발은 필수적이라 할 수 있다. 본 진료지침에서는 안면신경마비의 질환에 대한 정보 제공을 위한 질환 개요를 정리하고, 안면신경마비의 진단과 치료방법(침, 전침, 한약, 약침, 매선, 뜸, 부항, 레이저침, 물리치료 및 안면운동)에 대한 임상연구 문헌을 분석하여 권고안을 도출하였다.

(1) 대상 인구집단

본 진료지침은 주로 특발성 안면신경장애(KCD-8 G51.0)의 급성, 아급성, 만성 단계의 환자군을 대상으로 하며, 기타 원인으로 인한 말초성 안면신경마비 질환을 가진 모든 환자군 역시 대상으로 한다. 중추성 안면신경마비는 본 진료지침의 질환 대상 범위에서 제외한다.

(2) 진료지침 사용자

본 진료지침은 말초성 안면신경마비 환자를 진료하는 한의사가 주 사용자가 되며, 기타 상기 질환과 관련 있는 의료인을 대상으로 한다.

(3) 의료환경

본 진료지침이 이용되는 주요 의료 환경은 1차 의료기관이 될 것이며, 보다 정확한 감별 진단 등을 위해 2, 3차 의료기관에도 이용될 수 있다.

2) 개발 그룹 구성

안면신경마비 한의표준임상진료지침 개발 그룹은 진료지침의 개발 과정을 담당하는 개발위원회와 임상한의사, 소비자 단체 전문가 및 한의계 연구전문가 등 각계의 의견 수렴을 위한 자문위원회 그리고 한의표준임상진료지침의 검토와 인준을 담당하는 주관학회의 총괄위원회로 구분하여 구성하였다. 개발 그룹과는 별도로 진료지침의 검토를 담당하는 다양한 학계의 전문가로 구성된 검토위원회와 권고안의 최종 합의 도출을 위한 다양한 학계의 Delphi 합의도출 전문가 위원회를 두어 진료지침의 완성도를 높이고자 하였다.

(1) 개발 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
총괄위원회 [인준위원회]	위원장	홍권의	누리제 한의원	대전	임상진료지침 총괄 [대한침구의학회]
	위원	김성철	원광대학교 한의과대학	광주	
		남상수	경희대학교 한의과대학	서울	
		송호섭	가천대학교 한의과대학	인천	
		이은용	세명대학교 한의과대학	충북	
		육태한	우석대학교 한의과대학	전북	
개발위원회	위원장	육태한	우석대학교 한의과대학	전북	연구책임자(총괄 및 1세부)
	간사	김종욱	우석대학교 한의과대학	전북	임상진료지침 개발 실무
	위원	남상수	경희대학교 한의과대학	서울	2세부 연구책임자
		박연철	경희대학교 한의과대학	서울	2세부 임상시험 총괄
		김남권 ¹	부산대학교 한의학전문대학원	부산	위탁연구책임자(경제성평가 연구)
		윤현민 ²	동의대학교 한의과대학	부산	위탁연구책임자(임상연구)
		김철홍 ²	동의대학교 한의과대학	부산	위탁임상연구 실무
		류수형	강동경희대 한방병원	서울	2세부 임상연구 및 임상진료지침 개발 실무
		이수연	강동경희대 한방병원	서울	2세부 임상연구 및 임상진료지침 개발 실무
		김홍국	강동경희대 한방병원	서울	2세부 임상연구 및 임상진료지침 개발 실무
		유덕우	강동경희대 한방병원	서울	2세부 임상연구 및 임상진료지침 개발 실무
		정성목	강동경희대 한방병원	서울	2세부 임상연구 및 임상진료지침 개발 실무
		김성진	강동경희대 한방병원	서울	2세부 임상연구 및 임상진료지침 개발 실무
		김민정	강동경희대 한방병원	서울	2세부 임상연구 및 임상진료지침 개발 실무
		구본혁	강동경희대 한방병원	서울	2세부 임상연구 및 임상진료지침 개발 실무
		김철윤	부산대학교 한방병원	부산	경제성평가 위탁연구 실무
		이득주	동의대학교 부속한방병원	부산	위탁임상연구 실무
		박종현	동의대학교 부속한방병원	부산	위탁임상연구 실무
		류혜민	동의대학교 부속한방병원	부산	위탁임상연구 실무
		최유민	우석대학교 한의과대학	전북	임상진료지침 개발 실무 (문헌분석 및 지침 작성)
		김석희	우석대학교 부속한방병원	전북	임상진료지침 개발 실무 (문헌분류 및 분석)
		김주용	우석대학교 부속한방병원	전북	임상진료지침 개발 실무 (문헌검색 및 분류)

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
개발위원회	위원	김보현	우석대학교 부속한방병원	전북	임상진료지침 개발 실무 (문헌검색 및 분류)
		신진현	우석대학교 부속한방병원	전북	임상진료지침 개발 실무 (문헌검색 및 분류)
		김건형	부산대학교 한의학전문대학원	부산	방법론 전문가
자문위원회	위원	조남근	원광대학교 한의과대학	전북	유관학회전문가
		안병수	대한약침학회	서울	유관학회전문가
		김태훈	경희대학교 한의약임상시험센터	서울	방법론 전문가
		신민섭	척유한의원	전북	1차 의료기관 자문위원
		최석우	늘건강한한의원	전북	1차 의료기관 자문위원
		최선미	한국한의학연구원	대전	한의학 연구기관 전문가
		김경례	한국소비자원	충북	소비자단체 자문위원

안면신경마비의 한의임상진료지침 총괄 및 개발 주관학회: 대한침구의학회

안면신경마비의 한의임상진료지침 개발 협업학회: 대한안이비인후피부과학회¹

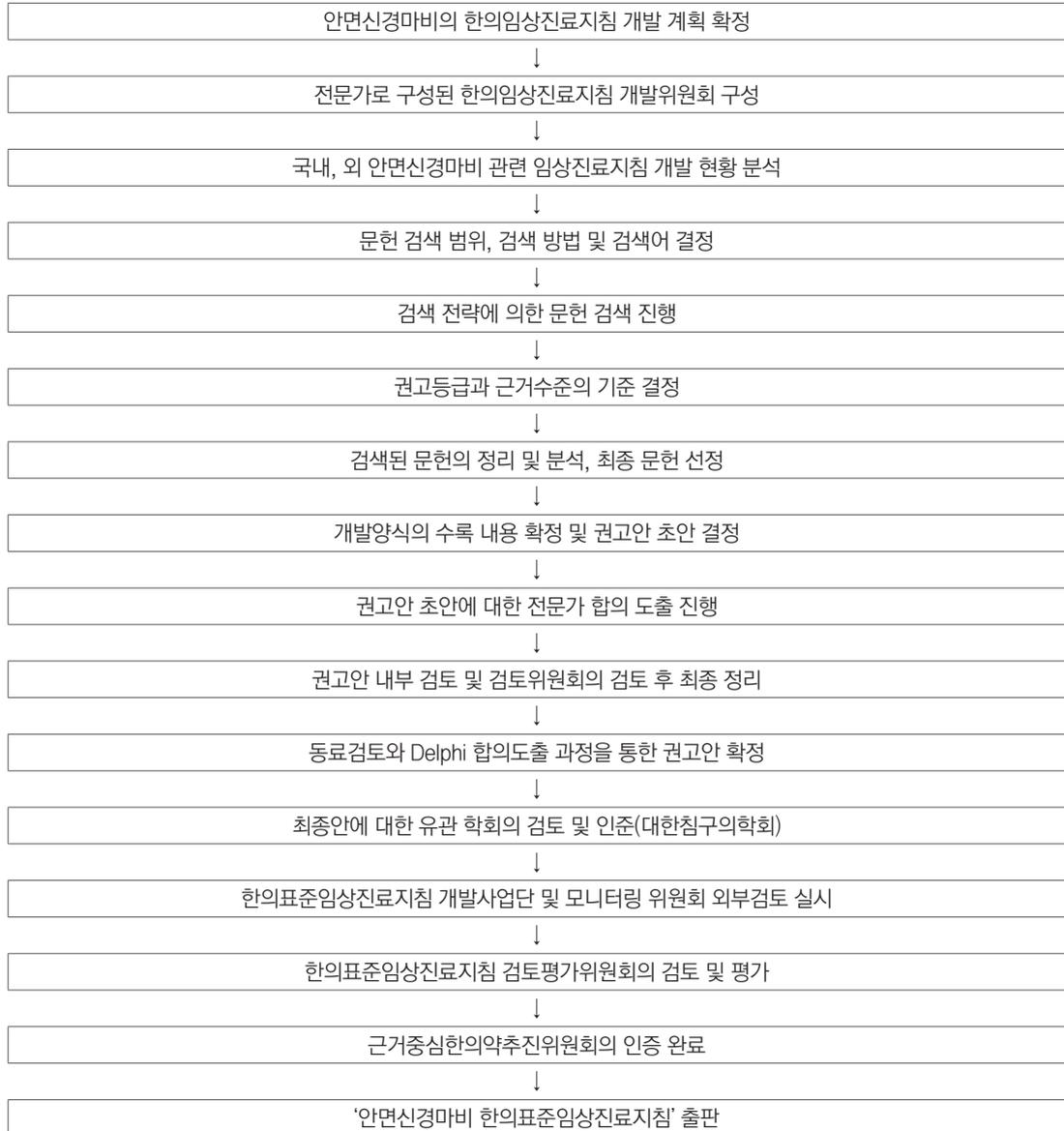
안면신경마비의 한의임상진료지침 개발 협업학회: 대한약침학회²

(2) 동료검토위원 및 Delphi 전문가 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
동료 검토위원회	위원	주종천	원광대학교 한의과대학	전북	사상체질의학과
		염승룡	원광대학교 한의과대학	광주	한방재활의학과
		조성훈	경희대학교 한의과대학	서울	한방신경정신과
		서병관	경희대학교 한의과대학	서울	침구의학과
		이동효	우석대학교 한의과대학	전북	한방안이비인후피부과
Delphi 합의도출 전문가 위원회	위원장	홍승욱	동국대학교 한의과대학	서울	한방안이비인후피부과
	위원	김재홍	동신대학교 한의과대학	광주	침구의학과
		남동우	경희대학교 한의과대학	서울	침구의학과
		노정두	세명대학교 한의과대학	충북	침구의학과
		양기영	부산대학교 한의학전문대학원	부산	침구의학과
		이광호	상지대학교 한의과대학	강원	침구의학과
		이윤규	대구한의대학교 한의과대학	경북	침구의학과
		서형식	부산대학교 한의학전문대학원	부산	한방안이비인후피부과
		홍석훈	원광대학교 한의과대학	전북	한방안이비인후피부과
		황의형	부산대학교 한의학전문대학원	부산	한방재활의학과
윤종민	원광대학교 한의과대학	전북	한방내과		

3) 개발 계획 수립

(1) 전체 개발과정



(2) 기획 단계

① 국내외 개발현황

가. 국외 임상진료지침 개발 현황

2019년 2월, 영국의 국영병원들에 적용할 진료지침을 직접 개발하는 조직인 NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence)에서 제안하는 임상진료지침 검색 데이터베이스 목록 전체의 검색이 이루어졌다. 검색 결과 국내외의 기 개발 안면신경마비 진료지침은 국외 6건이 검색되었다.

번호	제목	기관	연도
1	PRACTICE PARAMETER: STEROIDS, ACYCLOVIR, AND SURGERY FOR BELL'S Palsy (AN EVIDENCE-BASED REVIEW)	Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology	2000 (2012 Updated)
2	Clinical Practice Guideline: Bell's Palsy	American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery	2013
3	Management of Bell palsy: clinical practice guideline	Canadian Society of Otolaryngology - Head and Neck Surgery and Canadian Neurological Sciences Federation	2014
4	Clinical Practice Guideline of Acupuncture for Bell's Palsy	World Journal of Traditional Chinese Medicine	2015
5	Facial palsy	College of Optometrists	2012
6	Facial palsy: A guideline proposal following a review of practice	Journal of Paediatrics and Child Health	2007

나. 국내 임상진료지침 개발 현황

국내 임상진료지침정보센터(<http://www.guideline.or.kr>) 등을 검색한 결과 국내 2건이 검색되었다.

번호	제목	기관	연도
1	급성 안면신경마비 진료지침	대한이과학회	-
2	특발성 안면신경마비 한의임상진료지침	한국한의학연구원	2015

② 기존 임상진료지침 검토

국외 진료지침은 국가별로 미국 2건, 캐나다 1건, 영국 1건, 중국 1건, 호주와 뉴질랜드 1건이 확인 되었으며, 국내에서는 대한이과학회에서 1건 개발되었고, 한의계에서는 2015년 한국한의학연구원 에서 '특발성 안면신경마비 한의임상진료지침'을 출판하였다. 이 중 가장 인용지수가 높은 지침은 American Academy of Neurology의 2000년도 임상진료지침(Clinical Practice Guidelines, CPG)로 스테로이드, 항바이러스제 및 수술적 치료에 대해 권고하였다. 해당 지침은 2012년 업데이트 되었다. 또 다른 지침 은 American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery의 2013년도 지침이다. 스테로이드와

항 바이러스제 포함 전반적인 안면신경마비의 진단과 치료에 대하여 기술하였다. 중국에서는 2015년 World Journal of Traditional Chinese Medicine에 침을 중심으로 한 안면신경마비의 진단 및 치료지침을 발간하였다. 안면신경마비가 침의 활용도가 높은 질환인 만큼 급성기, 아급성기, 만성기로 나누어 치료 프로토콜을 제시하였다. 이 외에도 국내에서는 대한이과학회의 급성 안면신경마비 진료지침이 발간되었는데, 한방치료 전반을 하나의 임상질문으로 삼아 권고한 내용이 있었다. 상세 내용은 아래의 표에 기술하였다.

안면신경마비 질환을 대상으로 한 국내 한의임상진료지침으로는 ‘특발성 안면신경마비 한의임상진료지침’이 2015년 한국한의학연구원에서 개발된 바 있다. 기존 한의임상진료지침이 발표된 이후에도 많은 임상연구 결과들이 보고되었을 것이며, 기존 진료지침에서 다루지 못한 치료중재에 대한 권고안 마련의 필요성과 각 치료 중재의 병행치료 여부 및 대조군의 종류에 따른 세밀한 분석의 필요성 등을 고려하여 기존 진료지침 권고안의 업데이트와 새로운 권고안 마련 등을 포함한 진료지침을 새로이 개발하게 되었다.

본 임상진료지침에서는 기존 한의임상진료지침의 임상질문들을 기반으로 검색 데이터베이스를 중국, 일본까지 확대하고 기존 임상진료지침 검색시점 이후의 임상연구들도 포함하여 훨씬 광범위한 근거확보를 통해 일부 권고안의 경우 대규모 업데이트가 이루어졌다. 또한 개별 치료 중재들의 단독치료와 병행치료 여부 및 대조군의 종류에 따라 기존 진료지침에 비해 좀 더 세밀하게 구분되어 권고안이 기술되기도 하였으며, 일부의 경우 기존에 개발되지 않은 권고안이 추가되기도 하였다.

2. 개발

1) 핵심질문 선정

기 개발 진료지침의 경우 한의학적 치료에 대한 양질의 임상문헌이 많지 않은 특성을 고려하여 안면신경마비에 해당하는 질환명을 ‘대상자(P)’로 선정하고 모든 한의학적 치료 기술을 ‘중재(I)’로 통합하여 1차 검색을 하였으며, 비교군(C)과 결과(O)는 별도로 설정하지 않았다. 1차 검색결과를 연구자의 확인 및 분류 과정을 통해 최종 문헌을 선정하였다.

이번 개발 과정에서는 기존 진료지침의 수정·보완을 목적으로 개발된 만큼 기존 권고안의 핵심질문에 맞는 대상자(P)와 치료 중재(I)를 중심으로 검색어를 설정하였다. 국내 검색식의 경우 한글 검색어와 개발팀에서 합의한 영문 검색어를 추가로 설정하여 검색하였다. 중국어와 일본어 검색어는 개발팀의 합의하에 대표성을 띄는 검색어를 선정하여 진행하였다. 권고안별 PICO는 각 권고안 항목에 제시하였으며, 구체적인 검색전략은 부록에 제시하였다.

〈대상자(P) 검색어〉

항목	한국어	영어	중국어	일본어
P (Patient)	안면마비, 안면신경마비, 얼굴마비, 구안와사, 벨마비, 특발성 안면신경마비	facial paralysis, facial palsy, facial paresis, facial nerve paralysis, hemifacial paralysis, idiopathic facial paralysis, Bell palsy, Bell's palsy	面神经麻痹, 面瘫, 口眼喎斜, 面神经瘫痪, 贝尔面瘫, 贝尔麻痹	顔面神経麻痺 ベル麻痺

〈치료중재(I) 검색어〉

항목	한국어	영어	중국어	일본어
침	침, 경혈, 취혈, 선혈	acupuncture, acupuncture therapy, acupoint, acupuncture point	針, 针, 针刺治疗, 刺法, 经穴	針, 鍼, はり, 経穴
전침	전침, 전기침	electroacupuncture, electro-acupuncture, electric acupuncture	电针, 电针疗法	通電, 通電療法
한약	견정산	Gyeonjeongsan, QianZhengsan	牽正散	牽正散
	보중익기탕	Bojungikkintang, Hochuekkito, Buzhongyiqitang	补中益气汤	補中益氣湯
약침	약침	Pharmacopuncture, herbal acupuncture, Hydroacupuncture, Hydro-acupuncture	穴位注射, 水针	穴位注射, 水針
매선	매선, 약실	thread embedding, thread implantation, catgut embedding	埋针	埋線, 埋線鍼, 美顔鍼
뜸	뜸, 구법, 간접구, 직접구	moxibustion, moxabustion, moxa	艾灸	灸, きゅう
부항	부항	Cupping, Bloodletting, Phlebotomy, Venesection	罐	拔缶, カッピング
레이저침	레이저치료, 레이저조사, 저출력레이저치료, 레이저침	Low-level light therapy, Laser therapy, Low level laser therapy, Laser phototherapy, Laser acupuncture	光针, 激光穴位照射, 低能量激光治疗, 低强度激光疗法, 激光针灸	低出力レーザー, 低レベルレーザー
물리치료	물리치료	physical therapy, physical treatment, Pysiotherapy	物理治疗, 物理疗法	物理療法

No.	임상질문(Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
1) 침					
Q6	특발성 안면신경마비 환자에게 침과 스테로이드를 포함한 양약치료를 병행하는 것이 양약치료를 단독으로 시행하는 것에 비해 증상 개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	일반 침 +스테로이드 (Steroid) 양약치료	스테로이드 (Steroid) 양약치료	유효율 (Effective rate), 호전율(Cure rate), HB, ENoG, 치료기간 (Treatment period)
Q7	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료를 시행하는 것이 스테로이드를 포함한 양약 치료를 시행하는 것에 비해 안면 증상 개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침	스테로이드 (Steroid) 양약치료	유효율 (Effective rate)
Q8	특발성 안면신경마비 환자에게 침 양약 협진치료 시 득기를 유발하는 것이 그렇지 않은 경우에 비해 안면 증상 개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침 +양약 +득기	침+양약	유효율 (Effective rate)
Q9	특발성 안면신경마비 환자에게 침과 양약 협진치료시 급성기부터 침 치료를 하는 것이 그렇지 않은 경우에 비해 안면 증상 개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침+양약 급성기부터 시작	침+양약 급성기 이후부터 시작	유효율 (Effective rate), 치료기간 (Treatment period)
Q10	특발성 안면신경마비 환자에게 침과 두침 치료를 병행하는 것이 침 단독으로 치료를 하는 경우에 비해 안면 증상 개선에 더 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침+두침	일반 침	유효율 (Effective rate)
Q11	특발성 안면신경마비 환자에게 침과 동씨 침 치료를 병행하는 것이 침 단독으로 치료를 하는 경우에 비해 안면 증상 개선에 더 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침+동씨침	침	Y-system, HB
Q12	특발성 안면신경마비 환자에게 침과 정안 침 치료를 병행하는 것이 침 단독으로 치료를 하는 경우에 비해 안면 증상 개선에 더 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침+정안침	침	Y-system
Q13	특발성 안면신경마비 환자에게 침과 평형 침 치료를 병행하는 것이 침 단독으로 치료를 하는 경우에 비해 안면 증상 개선에 더 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침+평형침	침	Y-system

No.	임상질문(Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
2) 전침					
Q14	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비하여 전침치료를 시행하는 것이 더 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	전침	침	유효율 (Effective rate), HB grade, Y-system
Q15	특발성 안면신경마비 환자에게 한약 치료와 침 치료만 병행하는 것에 비하여 한약 치료와 전침 치료를 병행하는 것이 더 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	전침+한약	침+한약	유효율 (Effective rate)
Q16	특발성 안면신경마비 환자에게 일반적인 치료와 침 치료만 병행하는 것에 비하여 일반적인 치료와 전침 치료를 병행하는 것이 더 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	일반적인 치료 +전침	일반적인 치료 +침	유효율 (Effective rate)
Q17	특발성 안면신경마비 환자에게 전침 치료 시 연속파, 소밀파(Loose and dense wave), 단속파(Interrupted wave) 중 어떠한 파형을 적용하는 경우에 치료효과가 좋은가?	특발성 안면신경마비 환자	전침(연속파)	전침(단속파) or 전침(소밀파)	HB grade, Y-system, Sunnybrook grade, 유효율 (Effective rate)
3) 한약					
Q18	스테로이드 치료를 시행 중인 특발성 안면신경마비 환자에게 견정산 복합치료를 시행하는 것이 스테로이드 단독 치료에 비해 안면증상개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	견정산 +양약치료	양약치료	유효율 (Effective rate)
Q19	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료와 함께 견정산을 복용하는 것이 침 치료를 단독으로 시행하는 것보다 안면증상개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	견정산 +침 치료	침 치료	유효율 (Effective rate)
Q20	특발성 안면신경마비 환자에게 침구 치료와 함께 보중익기탕을 복용하는 것이 침구 치료를 단독으로 시행하는 것보다 안면증상개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	보중익기탕 +침구 치료	침구 치료	유효율 (Effective rate)
Q21	안면신경마비 환자에게 적용할 수 있는 한약 치료 처방으로 어떠한 처방이 있는가?	특발성 안면신경마비 환자	한약	-	-
4) 약침					
Q22	치료가 지연되는 특발성 안면신경마비 환자에게 봉약침 치료를 시술하는 것이 침 치료를 단독으로 시행하는 것에 비해 안면 증상 개선에 효과적인가?	치료가 지연되는 특발성 안면신경마비 환자	봉약침	침 치료	유효율 (Effective rate)
Q23	특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의 치료와 함께 봉약침 치료를 병행하는 것이 일반 한의치료를 단독으로 시행하는 것보다 안면증상개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	봉약침 +일반 한의치료	일반 한의치료	Y-system

No.	임상질문(Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
Q24	특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의 치료에 자하거 약침 치료를 병행하는 것이 일반 한의 치료를 단독으로 시행하는 것에 비해 안면증상 개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	자하거 약침 +일반 한의치료	일반 한의치료	Y-system 유효율 (Effective rate)
Q25	이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료와 함께 약침치료를 병행하는 것이 한의치료를 단독으로 시행하는 것보다 안면증상 개선에 효과적인가?	이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 환자	약침 +일반 한의치료	일반 한의치료	Y-system, VAS Pain-awareness time
5) 매선					
Q26	특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의 치료와 매선요법을 병행하는 것이 일반 한의치료만 시행하는 경우에 비하여 안면마비 증상 개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	매선 +일반 한의치료	일반 한의치료	Y- system
Q27	급성기가 지난 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료만 시행하는 것에 비해 매선요법을 병행하는 것이 효과적인가?	발병 3개월 이상 안면신경마비 후유증 환자	매선 +일반 한의치료	일반 한의치료	Y- system
6) 뜸					
Q28	특발성 안면신경마비 환자에 대해 침 치료와 함께 뜸 치료를 병행하는 것이 병행하지 않는 것보다 안면마비 증상 개선에 효과가 있는가?	특발성 안면신경마비 환자	뜸 치료 +침 치료	침 치료	유효율 (Effective rate)
Q29	특발성 안면신경마비 환자에 대해 일반 한의치료와 함께 뜸 치료를 병행하는 것이 병행하지 않는 것보다 안면마비 증상 개선에 효과가 있는가?	특발성 안면신경마비 환자	뜸 치료 +일반 한의치료	일반 한의치료	유효율 (Effective rate)
Q30	특발성 안면신경마비 환자에 안면마비증상 개선을 위해 어느 부위에 뜸 치료를 시행할 수 있는가?	특발성 안면신경마비 환자	뜸 치료	-	안면마비 증상 개선
7) 부항					
Q31	특발성 안면신경마비 환자에게 일반 침 치료에 이후통 부위 자락관법을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 이후통을 개선시키는가?	특발성 안면신경마비 환자	침 +자락관법	침	동통유지기간, SB, 유효율
Q32	특발성 안면신경마비 환자에게 일반 침 치료에 자락관법을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상 개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침 +자락관법	침	유효율, 호전율, HB, FDIS, FDIP
Q33	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료에 건식부항을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상 개선에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침 +건식부항	침	유효율

No.	임상질문(Clinical Question)	권고 적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
8) 레이저침					
Q34	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료에 레이저침을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상호전에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침 +레이저침	침	유효율
9) 물리치료 및 안면운동					
Q35	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료에 안면 운동을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상호전에 효과적인가?	특발성 안면신경마비 환자	침 +안면 운동	침	Portmann score, 호전율
Q36	특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료에 물리치료를 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상호전에 효과적인가?	안면신경마비 환자	침 +물리 치료	침	호전율

2) 근거 선택 (검색 전략, 포함 및 배제 기준 설정)

(1) 데이터베이스 선정

문헌 검색을 위한 데이터베이스 선정은 개발위원회 회의를 통해 선정하였다. 국외 데이터베이스는 MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, CNKI, CiNii, G-I-N, NGC를 선정하였고, 국내 데이터베이스는 한국한의학연구원의 OASIS, 한국과학기술정보원의 NDSL과 한국학술정보의 KISS를 주요하게 검색하였다. 추가적으로 한의학분야 개별 학회의 학술지인 대한침구의학회지, 대한한의학회지, 대한약침학회지, 대한한방안이비인후피부과학회지를 검색 대상으로 선정하였다. 문헌의 발행기간은 검색 시행 시점 이전의 모든 기간을 포함하였다. 검색어는 개발팀의 합의하에 상기한 기준에 따라 선정하였다. 각 중재는 2019년 3월 20일~2019년 3월 28일에 검색이 시행되었고, 상세한 검색식은 부록의 검색전략에 제시하였다.

〈한의표준임상진료지침 개발을 위한 권고 검색원〉

구분	DB명	DB 특성	비고	
해외	MEDLINE	미국 국립의학도서관 DB www.nlm.nih.gov	EMBASE NLM 권고 Core DB	
	EMBASE	네덜란드 Elsevier사 제공 DB www.eslevier.com/solutions/embase		
	COCHRANE CENTRAL	Cochrane의 RCT문헌 DB http://www.cochranelibrary.com		
	CiNii	일본학술논문정보 DB https://ci.nii.ac.jp	일본 학계 및 협회 간행물, 대학 연구 간행물, 국립 국회도서관의 잡지기사 등 학술논문정보를 검색대상으로 하는 1,970만 건 이상의 논문 데이터 서비스 제공	
	CNKI	중국의 국가 프로젝트로 구축된 종합 DB www.cnki.net	중국 7,000여 종의 정기 간행물과 1,000종의 신문, 박사 학위논문 16만 권, 논문 16만 권, 회의 논문 30만 권, 국내외 1,100여 개 전문 데이터베이스 집결DB	
국내	KMBASE	한국의학논문데이터베이스 http://kmbase.medic.or.kr	NECA 권고 국내 Core DB * NDSL→ScienceOn으로 확대 개편 (2020년 10월 이후)	
	KISS	한국학술정보 http://kiss.kstudy.com		
	NDSL	한국과학기술정보연구원 http://www.ndsl.kr		
	ScienceON	한국과학기술정보연구원 https://scienceon.kisti.re.kr		
	OASIS	http://oasis.kiom.re.kr/	한의학분야 전통의학지식포털	
RCT	WHO ICTRP	WHO 국제임상시험등록DB http://www.who.int/ict rp/en/	세계보건기구(WHO)에서 임상시험관련 정보 공유에 대한 국제적 합의에 따라 구축한 국제임상시험 등록플랫폼	
	JSOM	일본동양의학회 http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/index.html	일본동양의학회 EBM 위원회에서 일본에서 캠포 제제에 대한 RCT 연구를 PICO-SD와 같이 구조화된 요약 형태 제공하는 DB	
임상진료지침(CPG)	국내	NCKM	www.nckm.or.kr	보건복지부 산하 한의표준임상진료지침 개발, 확산을 위한 플랫폼
		KoMGI	www.guideline.or.kr	대한의학회 및 산하 전문학회의 임상진료지침 플랫폼
	해외	NICE	www.nice.org.uk	NICE 가 발표한 임상분야, 공중보건 및 사회복지 분야의 지침 및 방법론 매뉴얼 DB
		G-I-N	www.g-i-n.net	Guideline interantional network의 국제 임상진료 지침 등록 DB
		NCCIH	nccih.nih.gov/health/providers/clinicalpractice	미국 보완대체의학 임상진료지침 수집 DB

〈국외 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	MEDLINE (Pubmed)	US National Library of Medicine National Institutes of Health	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	2020.07.
2	EMBASE	네덜란드, Elsevier사	http://www.eslevier.com/solutions/embase	2020.07.
3	CENTRAL	The Cochrane Library	http://www.thecochranelibrary.com	2020.07.
4	CNKI	중국, 中国知网	http://www.cnki.net	2020.07.
5	CiNii	일본, 日本の論文をさがす	https://ci.nii.ac.jp	2020.07.
6	G-I-N	International Guideline Library	http://www.g-i-n.net/index.cfm?fuseaction=membersarea	2020.07.
7	NGC	National Guideline Clearinghouse	http://guideline.gov	2020.07.

〈국내 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	OASIS	한국한의학연구원	http://oasis.kiom.re.kr	2013.07.
2	NDSL	한국과학기술정보연구원	http://scholar.ndsl.kr	2014.08.
3	KISS	한국학술정보	http://kiss.kstudy.com	2014.08.
4	대한침구의학회지	대한침구의학회	http://www.e-jar.org	2014.08.
5	대한한의학회지	대한한의학회	http://jkom.org	2014.08.
6	대한약침학회지	대한약침학회	http://www.journal.ac	2014.08.
7	대한한방안이비인후 피부과학회지	대한한방안이비인후피부과학회	http://www.ood.or.kr	2014.08.

(2) 문헌 선택과 배제 기준

문헌선정은 담당 연구자가 독립적으로 수행하였다. 검색 후 중복 문헌을 배제하였고 1차적으로 제목과 초록을 확인 후 배제, 2차적으로 원문확인 후 배제한 후 최종 문헌을 선택하였다. 본 임상진료지침 개발위원회는 선정한 검색어를 기준으로 국내외 데이터베이스에서 문헌 검색을 시행한 후, 안면신경마비와 관련 없는 문헌, 중추성 또는 특정 질환에 의한 안면마비 등 본 임상진료지침의 대상으로 선정하지 않은 안면마비를 다룬 문헌 등을 일차적으로 배제한 후 본 임상진료지침의 참고문헌으로 적절치 않은 증례보고, 근거가 미흡한 문헌들을 추가 배제하였다. 본 임상진료지침은 국내·외의 임상현실을 치우침 없이 균형 있게 반영하고자 하였다. 따라서 개발팀은 채택된 문헌이 한 국가에 편향되어 있어 국내의 임상상황을 반영하기에 부족하다고 사료되는 경우, 메타분석, 체계적 문헌고찰, 무작위배정 임상연구 등 높은 근거의 임상연구가 정량적으로 부족한 경우에는 일부 중재 항목에 한하여 검색 결과 중 잘 짜여진 비무작위배정임상연구, 증례 문헌을 근거로 활용하였다. 본 임상진료지침의 선택, 배제 기준

및 수행 시 적용된 흐름표의 기본바탕으로 PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) Flow Chart를 활용하였다.

(3) 문헌 분석 및 평가

최종 선정된 연구문헌들은 연구디자인, 대상 인구집단, 중재와 대조군, 결과값 등을 추출하고 이후 문헌의 질평가와 효과 측정치 추출 등의 과정을 통해 연구 자료를 정리하였다. 자료 추출 결과는 근거 요약표(evidence table)로 정리하여 제시하였다. 추출된 결과들의 정량적 분석이 가능한 경우 메타분석을 시행하였으며 정량적 분석이 어려운 경우 개발그룹의 합의에 의한 정성적 평가를 통해 근거수준 결정에 적용하였다.

3) 근거 평가

최종적으로 선택된 근거 문헌의 비뚤림을 포함한 질 평가를 위해 체계적 문헌고찰, 메타분석에 대해서는 AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews) 도구를 사용하였고, 무작위 배정 임상연구(Randomized Controlled Trial, RCT)에 대하여 ROB (The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias)를, 비무작위 배정 임상연구(Non-Randomized Controlled Trial, NRCT; Case-Control Trial, CCT)에 대하여 RoBAN (Risk of Bias Assessment tool for Non-randomized Study)을 각각 사용하여 독립적으로 2인 이상의 연구자가 평가하였다.

상기된 질 평가 과정을 통해 근거문헌의 비뚤림 위험이 높은 것으로 확인될 경우, 개발팀 및 전문가 합의를 통해 권고안 작성 시 배제하거나 권고등급의 감등 등의 과정을 수행하였다.

4) 근거 합성과 분석

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 MD (Mean Difference) 또는 SMD (Standardized mean difference)로 제시하였다. 결과 변수가 이분형 자료인 경우에는 Mantel-Haenszel 분석을 이용하여 RR (Risk Ratio)로 제시하였다. 포함된 연구의 특성에 따라 fixed effect model과 random effect model 중 선택하여 사용하였다. 근거의 합성 및 메타분석 결과는 결과요약표(Summary of Findings)로 정리하여 본문에 제시하였다. 정량적 분석이 어려운 경우 개발그룹의 합의에 의한 정성적 평가를 통해 근거수준 결정에 적용하였다.

5) 근거 수준 및 권고 등급

본 합의표준임상진료지침에서는 GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation)에 준하여 근거수준과 권고등급을 평가하였다. GRADE 평가 과정은 크게 근거수준 평가와 권고등급 결정의 2단계로 진행된다.

근거수준 평가는 권고를 위한 핵심 질문을 생성한 후 각 질문에 대해 주요 결과를 확인하고 모든 관

련 근거를 요약하였으며 각 결과에 대해 근거의 질을 등급화하였다. 근거수준을 결정할 때 고려한 요소는 연구 디자인으로 무작위 배정 임상연구(RCT) 또는 비무작위 배정 임상연구(nRCT or CCT)의 경우 ‘높다(High)’, 코호트 및 관찰연구의 경우 ‘중등도(Moderate)’, 전후 연구, 증례 연구 및 전문가 의견의 경우 ‘낮다(Low)’로 배정하였다. AMSTAR, RoB, RoBANS을 통한 질 평가 결과에 따른 비뚤림의 위험(risk of bias), 근거의 비일관성, 근거의 비직접성, 근거의 비정밀성, 출판 비뚤림을 평가하여 근거 수준을 상향하거나 하향하여 최종적으로 근거수준을 평가하였다. 포함된 문헌이 10개 미만으로 근거가 부족한 경우 출판 비뚤림은 ‘없다(None)’로 평가하였다. 이상을 종합하여 ‘높다(High)’, ‘중등도(Moderate)’, ‘낮다(Low)’, ‘매우 낮다(Very Low)’로 각각 구분하여 근거 수준을 평가하였다. 근거수준이 낮다는 것은 근거가 없다는 의미가 아니며, 충분히 체계적인 과학적 방법에 따른 근거수준이 불충분하다는 의미로 해석해야 한다.

권고등급은 임상질문별 근거수준과 해당 임상적 중요성을 바탕으로 결정하였다. 권고 대상 환자에게 치료를 시행하였을 때 바람직한 결과(이득)와 바람직하지 않은 결과(위해)의 차이, 총이득의 크기 또는 이득에 대한 불확실성 정도를 고려하였고, 가치와 선호도 등을 종합적으로 고려하여 결정하였다. 권고안의 실행으로 인한 이득과 위해의 정도를 비교하여 이득이 명백하게 크다고 판단한 경우에는 A 등급을 부여하고, 정도에 따라서 B, C, D로 구분하였다. 근거수준은 낮지만 이득이 명백하고 임상현장에서 활용도가 높다고 판단되는 권고에 대해서는 개발위원회의 합의하에 권고등급을 일부 상향 조정하였다.

만약 현대적 연구방법론을 활용한 근거연구가 아직 수행되지 않았으나, 기성 한의서 등 고전 텍스트*에 기록된 근거가 있고 임상현장 활용도가 높은 경우에는 고전문헌 근거(Classical Text-based, CTB) 등급을 부여하도록 하고, 서지학적 근거 또는 임상현장 활용도를 기반으로 전문가 그룹의 합의에 근거하는 GPP (Good Practice Point)로 권고하였다.

(1) 근거수준

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

*보건복지부, 식약처 고시에서 규정한 한약서

(2) 권고등급

① 근거기반 권고등급

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

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

② 합의기반 권고

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

* GPP: Good Practice Point

(3) 근거수준과 권고등급의 연계

① (근거기반 권고등급 도출) 체계적 문헌 고찰과 전문가 합의를 통해 최종등급 도출

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

② (합의기반 권고등급 도출) 고전문헌 근거기반으로 공식적인 전문가 합의를 통해 권고 도출

구분	1단계	2단계	3단계	최종등급
고려사항 근거수준	이득과 위해	적용가능성	비용, 가치와 선호	공식적 전문가 합의
고전문헌 근거, CTB (Classical Text-based)	개발그룹의 편익에 대한 확신 정도에 따라 결정	임상 진료 현장의 활용도가 높을 경우 더 강하게 권고할 수 있음	환자의 선호 및 비용 등을 고려하여 권고에 반영함	GPP

6) 권고 작성

본 진료지침은 임상질문별 문헌검색 후 검색된 문헌들 중 최종 선정된 문헌들에 대한 체계적 분석 과정을 통해 근거수준을 결정하고, 근거수준에 따라 개발그룹의 합의를 통해 권고안을 작성하였다.

권고는 근거에 기초하여 특정 상황과 환자 집단에 적절한 관리가 무엇인지에 대해 최대한 구체적이고 정확한 기술을 담도록 하였으며, 근거가 확실하지 않거나 최선의 관리가 불확실한 경우 불확실한 부분에 대해서 진료지침에 기술하였다. 권고의 대상이 되는 환자 또는 인구집단과 권고 중재에 대해서는 가능한 자세히 명시하도록 하였다.

주요 권고는 쉽게 확인할 수 있도록 각 중재 항목의 가장 앞부분에 가시성이 좋도록 권고안 별로 번호를 부여하여 표(table) 안에 기술하였으며, 권고는 진료지침이 다루고 있는 핵심질문에 대한 답변의 형태로 작성되었다. 또한, 강한 권고는 ‘권고한다’ 등의 표현으로, 약한 권고는 ‘고려한다’ 등의 표현으로 제시하여 등급에 따라 적절히 표현되도록 하였으며, 권고등급과 근거수준은 권고와 동일한 표 안에 함께 제시하였다.

권고안 문장만으로 사용자의 이해가 부족할 수 있을 만한 권고안에는 임상적 고려사항을 추가하여 실제 임상 현장에서 해당 권고안 적용 시 고려해야 할 사항들에 대하여 상세히 설명하고자 하였다.

7) 합의안 도출

권고안 도출은 근거수준과 임상 전문가들의 경험을 바탕으로 권고안을 도출하였으며, 객관적인 근거가 부족한 경우에는 전문가 개발그룹 회의를 통해 최종 권고안을 확정하였다. 권고안 선정, 근거수준 및 권고등급 확정 등을 위한 합의 도출 과정은 엄격한 의미의 Delphi 기법을 적용했다고 보기에 부족한 부분이 있으나, 개발위원을 전문가 패널로 하여 이메일과 회의 등을 통한 수차례의 검토, 수정, 토론 등 여러 단계의 과정을 거쳐 이루어졌다.

전문가 패널 의견을 반영하여 권고안 등 초안 작성 후 회의와 이메일을 통한 수정 제의 요청 피드백을 통해 재수정안을 작성하였다. 본 임상진료지침 개정판에는 추가로 검색된 과학적 근거를 포함하여 근거수준을 재도출하고 그에 따라 권고등급 또한 조정하였다. 최종적으로 전문가 패널이 모여 진행된 회의를 통해 권고안 작성 과정 및 작성된 권고안을 검토하고 각 항목별로 전문가 패널들의 토론을 거쳐 합의에 의해 권고등급 조정, 임상적 고려사항 추가 등 최종 수정하였다. 수정된 권고안은 이메일을 통한 동료검토 위원회 검토를 통해 Delphi 합의 과정에 사용될 권고 내용으로 정리하였으며, 이후 다수

학회 위원이 포함된 Delphi 합의도출 과정을 거쳐 최종 권고안을 확정하였다.

Delphi 합의도출 과정에는 11명의 위원이 참여하였으며, 합의는 9점 척도로 전체 위원 중 90% 이상 인원의 응답결과가 반영되고 평균과 중간값이 모두 7 이상인 경우 권고안을 확정하였다. 평균이나 중간값이 7 미만인 경우 해당 라운드 미합의로 결정하고 미합의 항목들은 내용 보완을 통해 다음 라운드 합의 과정을 진행하며, 3라운드에서도 미합의되는 권고안의 경우 권고안 비도출로 최종 확정하는 방식을 정하여 시행하였다. 본 진료지침 권고안에 대한 Delphi 합의도출 결과 중 대부분의 권고안은 1라운드에서 합의에 도달하였으나 R7 항목의 경우 권고등급 상향 의견과 권고하였을 경우에 대한 우려 등 상반되는 의견들이 제시되면서 최종라운드까지 합의에 이르지 못해 권고안 비도출로 결론 내렸으며, R13 항목의 경우 근거문헌 부족, 진료현장의 활용도 부족 등의 의견으로 1라운드에 합의에 이르지 못했으나 임상적 고려사항 추가와 임상현장 적용의 편리성 등이 기술되면서 2라운드에서 합의에 도달하였다. 중간동료평가 및 Delphi 합의도출 과정 결과에 대해서는 부록에 간략히 기술하였다.

3. 승인 및 인증

1) 외부검토

개발그룹의 개발과 검토위원회, Delphi 합의도출 전문가 위원회의 검토 후 완성된 진료지침 초안에 대하여 완성도를 높이기 위하여 한의표준임상진료지침 개발사업단과 모니터링 위원회의 외부검토를 실시하였다.

외부검토 과정은 2019년 10월 진료지침 초안 제출 후 한의표준임상진료지침 개발사업단과 모니터링 위원회의 검토를 거쳐 검토 결과를 반영한 수정안에 대하여 전문학회의 검토와 인증 후 2019년 11월 1차 최종안을 제출하였으며, 이에 대해 검토평가위원회의 검토 및 평가를 거쳐 2차 수정·보완 후 근거중심한의약추진위원회의 최종인증을 받았다. 이후에도 한의표준임상진료지침 개발사업단의 템플릿 변경 및 기타 수정의견 등을 반영하여 2019년 12월 3차, 2020년 1월 4차, 2020년 3월 5차 수정을 거쳐 최종본이 완성되었다.

주요 검토 내용은 1차 검토에서는 권고등급 도출 및 권고안 기술 방식, 임상적 고려사항의 기술 내용 위주의 수정이 반영되었으며, 2차, 3차 검토에서는 주로 AGREE II 를 통한 검토 결과에 따른 진료지침 개발 과정과 절차에 대한 수정·보완이, 4차 검토에서는 추가 검토의견에 따른 수정 및 임상연구결과 반영이, 5차 검토에서는 AGREE II 항목별 재검토 의견과 진료지침 내용 수정 의견에 따른 수정·보완이 이루어졌다.

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

(1) 외부 검토 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
한의표준임상 진료지침 개발사업단	총괄	김남권	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 총괄
	실무자	이지현	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
		김수란	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
		권수현	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
외부검토그룹	위원장	김중우	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 실무 총괄
	위원	장보형	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
		이선행	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
		서효원	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
		김은정	동국대학교 한의과대학	경기	임상진료지침 검토 수행
		이동효	우석대학교 한의과대학	전북	임상진료지침 검토 수행

2) 전문 학회 승인

안면신경마비 한의표준임상진료지침은 본 진료지침의 개발 주관 및 유관 학회인 대한침구의학회, 대한안이비인후과피부과학회, 대한약침학회의 인증을 받았다. 각 학회에서는 정해진 공식적인 승인 절차와 기준에 따라 평가하였고, 각 학회의 공식적인 승인을 받았다. 각 학회의 승인서는 부록에 제시하였다.

3) 인증

한의표준임상진료지침은 한의표준임상진료지침 개발사업단의 주도하에 개발되고 있으며 사업단 내에서 개발된 지침의 인증절차를 진행하고 있다. 사업단에 학회 승인을 받은 지침의 초안이 제출되면 사업단은 검토·평가위원회를 열어 AGREE II에 의한 방법론적인 검토를 통해 미인증, 조건부인증, 인증의 세 가지 평가결과를 도출한다. 인증된 지침은 근거중심한의약추진위원회의 검토를 거쳐 최종 인증 완료되며, 근거중심한의약추진위원회에서 재검토를 요청할 경우 검토·평가위원회에서는 다시 검토와 평가를 진행한다. 검토 평가위원회에서 조건부인증으로 평가된 경우 지침 개발팀에게 보완 혹은 수정할 것을 요청하고 재평가를 진행한다.

안면신경마비 한의표준임상진료지침은 한의표준임상진료지침 개발사업단의 주도하에 개발되었으며 사업단내에서 인증절차를 진행하였다. 한의표준임상진료지침 개발사업단의 검토·평가위원회에 최종 결과물을 제출하였다. 검토·평가위원회에서 AGREE II를 사용하여 최종 결과물에 대해 검토 평가를 시행하고, 이후 근거중심한의약추진위원회에서 다시 검토와 평가를 진행하여 안면신경마비 한의표준임상진료지침으로 최종 인증을 받았다.

4. 출판

본 임상진료지침은 한의표준임상진료지침 개발사업단을 통하여 출판한다.

[참고문헌]

1. 건강보험통계연보, 건강보험심사평가원, 2014.

IV. 권고사항

■ 진단

1. 안면신경마비의 감별진단을 위한 진단기기 활용
2. 안면신경마비의 육안적 평가 방법
3. 안면신경마비의 평가에 적용되는 진단기기

■ 치료

1. 침
2. 전침
3. 한약
4. 약침
5. 매선
6. 뜸
7. 부항
8. 레이저침
9. 물리치료 및 안면운동

진단

1. 안면신경마비의 감별진단을 위한 진단기기 활용

【R1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
안면신경마비의 원인 질환 파악과 감별진단, 배제 등이 필요할 경우 CT (Computed Tomography)나 MRI (Magnetic Resonance Imaging) 검사 시행을 고려할 수 있다.	C/Very Low	1-2
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> • CT와 MRI 검사 시 해당 진단기기의 금기와 주의사항에 따른다. • 현재 CT나 MRI 검사의 경우 한의사가 직접 시행할 수 없으므로 검사가 가능한 의료기관에 검사 의뢰가 필요하며, 검사 결과에 대해서는 가급적 영상의학과 전문의의 판독 소견을 확인하고 진료에 임할 것을 권장한다. 		

(1) 배경

안면신경마비의 중추성, 말초성 여부 감별이나 종양 등 다른 질환에 의한 이차성 안면신경마비의 감별진단을 위해 영상 진단 장비를 통한 확인이 필요한 경우가 있을 수 있다. 안면마비의 정확한 원인 파악과 감별 진단을 위해 시행할 수 있는 영상진단장비 중 가장 적절한 진단장비의 선택과 활용을 고려해 볼 필요가 있다. 영상진단장비의 활용은 의료 현장에 따라 달라질 수 있으며, 필요할 경우 양·한방 협진을 통해 본 권고안의 진료 행위가 수행되어야 할 수 있다.

(2) 임상질문: Q1

전형적인 특발성 안면신경마비 증상을 보이지 않는 환자를 위하여 MRI 또는 CT촬영을 시행하는 것은 시행하지 않는 것에 비해 진단적 가치가 있는가?

MRI: 자기공명영상법(Magnetic Resonance Imaging)

CT: 컴퓨터단층촬영(Computed Tomography)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

안면신경마비의 중추성, 말초성에 대한 감별이나 안면신경마비를 야기할 수 있는 각종 원인 질환 유무를 확인하기 위해 활용될 수 있는 영상진단장비로 컴퓨터단층촬영(Computed Tomography, CT)나 자기공명영상법(Magnetic Resonance Imaging, MRI)을 꼽는 데에는 이견이 없을 것이다.

타 진료지침의 경우 안면신경마비 환자를 대상으로 하는 영상의학적 검사의 필요성 여부에 대한 의견이 나뉘는데, American Academy of Otolaryngology- Head and Neck Surgery에서 2013년 출판한 ‘Clinical Practice Guideline: Bell’s Palsy’에서는 ‘방사선학적 검사를 통상적으로 진행하지 않아도 된다’라고 제시하였고, Journal of Paediatrics and Child Health에서 2007년에 발표한 ‘Facial palsy: A guideline proposal following a review of practice’에서는 신경학적 검진을 꼭 해야 하며 이마에 주름을 관찰하고 중추성이 의심되는 경우 영상의학적 검사 고려해야 한다고 제시하였다.

본 항목에서는 타 진료지침에서 권고안을 일관성 있게 제시하지 못하고 있으며, CT나 MRI 검사의 필요성을 뒷받침할 수 있는 임상연구문헌이 확보되지 않아 근거수준이 매우 낮은(Very low) 것으로 판단하였다.

향후 영상진단검사의 효용성에 대한 근거 확보가 필요할 것이며, 나아가 CT나 MRI 외에도 안면신경마비의 감별진단이나 원인 질환을 확인하기 위하여 적용할 수 있는 다양한 영상진단기기의 활용 가능성이나 각 진단장비들의 임상에서의 효용성에 대하여 비교와 검토가 필요할 것으로 사료된다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안에서는 근거수준을 정하기 위한 임상연구 문헌을 찾을 수 없었으나, 안면신경마비의 원인 질환의 진단을 위해 CT나 MRI 검사가 가장 효과적인 진단 장비이고 타 진료지침의 권고안 등을 참고하여 전문가 합의에 따라 권고등급 C(근거 수준 Very low)로 결정하였다.

임상 현실에서 안면신경마비 환자의 경우 다양한 부수적인 증상과 기저질환을 동반하는 경우가 많다. 임상 한의사는 초진과정에서 환자의 임상증상을 면밀히 확인하는 스크리닝(screening)과정이 필수적이며, 신경학적 검사 상 중추성 질환을 의심할만한 증상이 확인될 경우 감별진단을 위해 영상의학 검사를 즉시 시행해야한다. 그 외에도 반복적인 안면마비, 유아돌기 이후 안면신경 가지(branch)의 부분적 마비 등에서도 영상의학적 검사가 의뢰될 수 있다.³⁾ 또한, 안면신경마비 환자 중 초기의 완전한 마비를 보이는 경우, 신경전도검사 상 매우 저하된 환측의 전기생리학적 기능이 확인될 경우^{3,4)}에는 감별진단 및 수술 요법의 적용을 고려하기 위해 영상의학적 검사를 의뢰할 수 있다. 다만, 수술적 요법의 경우 유효성에 대한 논쟁이 있는 치료법으로 일반적인 임상환자에서 모두 고려해야하는 것은 아니다.

CT나 MRI 검사의 경우 현재 한의사가 직접 시행할 수 있는 검사가 아니므로 검사가 가능한 의료기관에 검사 의뢰가 필요하며, 검사 결과에 대해서는 가능하면 영상의학과 전문의의 판독 결과를 확인하고 진료에 적용할 것을 권장한다.

(4) 참고문헌

1. American Academy of Otolaryngology- Head and Neck Surgery. Clinical Practice Guideline: Bell’s Palsy. 2013.
2. Journal of Paediatrics and Child Health. Facial palsy: A guideline proposal following a review of practice. 2007.

3. Erik Peitersen. Bell's Palsy: The Spontaneous Course of 2,500 Peripheral Facial Nerve Palsies of Different Etiologies, *Acta Otolaryngol*, 2002;549:4-30.
4. 대한이과학회 정도관리위원회 급성안면신경마비 진료지침팀. 급성안면신경마비 진료지침. 2010.

2. 안면신경마비의 육안적 평가 방법

【R2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
안면신경마비의 육안적 평가방법으로 House-Brackmann scale, Yanagihara's unweighted grading system의 사용을 고려할 수 있다.	C/Low	-

(1) 배경

안면신경마비의 평가는 크게 두 종류로, 진단기기를 활용한 평가 방법과 기기를 사용하지 않고 검사자가 육안으로 평가하는 육안적 평가 방법이 있다. 이 중 육안적 평가법은 임상에서 환자를 관찰하면서 특별한 도구 없이 가장 쉽고 빠르게 평가할 수 있는 방법이다. 이에 본 임상질문에서는 특별한 진단기기를 사용하지 않고 안면신경마비 환자의 안면마비 상태를 평가할 수 있는 육안적 평가법 중 가장 보편적이고 합당한 평가 방법을 도출하고자한다.

(2) 임상질문: Q2

안면신경마비에 대하여 진단기기를 사용하지 않고 평가할 수 있는 평가 방법으로는 어떤 평가법이 주로 사용되는가?

① 개별 연구 결과에 대한 설명

안면신경마비의 육안적 평가 방법은 크게 총괄법(Gross scale), 부위법(Regional scale), 특수법(Specific scale) 등으로 분류된다. 국내외 모두 임상에서 가장 널리 활용되고 있는 평가 방법은 총괄법에 해당하는 House-Brackmann scale이며, 국내의 경우 House-Brackmann scale과 더불어 부위법에 해당하는 Yanagihara's unweighted grading system이 가장 많이 사용되고 있는 평가 방법으로 확인되었다.

육안적 평가 방법을 사용한 국내 임상논문들을 분석한 결과 2019년 01월까지 발표된 임상논문 173편 중 House-Brackmann scale 112건, Yanagihara's unweighted grading system 80건, Lucille Daniels의 muscle testing법 8건, Sunnybrook facial grading system 5건 순(중복 포함)으로 사용되었음을 확인할 수 있었다.

타 진료지침에서도 안면신경마비의 평가 방법에 대하여 권고안을 제시하고 있다. 국내 대한이과학회의 '급성 안면신경마비 진료지침'에서는 안면신경마비의 평가방법으로 House-Brackmann grade 사용을 권고등급 B로 제시하였으며, World Journal of Traditional Chinese Medicine에서 2015년에 출판된 'Clinical Practice Guideline of Acupuncture for Bell's Palsy'에서는 House-Brackmann grade 사용을 권고등급 A로 정하고 있다. 타 진료지침의 권고등급 설정 기준이 본 진료지침 기준과 다르기 때문에 해당 권고등급을 그대로 반영하기는 어려울 것으로 사료되었다. 본 진료지침 개발위원회에서는 타 진료

지침의 내용을 참고하였고, 또한 국내 사용 현황의 근거가 된 국내 임상문헌들이 대부분 임상증례(Case study)에 해당됨을 고려하여 근거수준을 낮다(Low)로 설정하였다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안의 경우 육안적 평가 방법의 개별 근거수준을 제시할 수 있는 임상연구 결과를 확인할 수는 없었으나 안면신경마비 환자를 대상으로 한 국내 임상연구 문헌들에서의 평가 방법별 사용빈도나 임상활용의 편리성, 타 임상진료지침에서의 반영 등을 고려한 근거수준에 따라 권고등급 C를 부여하였다.

〈House-Brackmann scale〉

Grade	Description	Characteristics
I	정상(Normal)	모든 영역에서 안면기능 정상
II	가벼운 기능장애 (Mild dysfunction)	자세히 관찰했을 때 약간의 눈에 띄는 근력약화 휴식 시에 정상적인 대칭성을 유지하며 긴장도도 정상임
III	중등도 기능장애 (Moderate dysfunction)	명백히 양쪽의 차이가 심하지 않음 휴식 시 정상적으로 대칭을 유지하고 있으며 긴장도 유지됨
IV	심각한 중등도 기능장애 (Moderately severe dysfunction)	명백한 운동장애 또는 모양이 틀어지는 비대칭 휴식 시에 정상대칭을 유지하며 긴장도도 정상임
V	심각한 기능장애 (Severe dysfunction)	약간의 움직임만 간신히 느낄 정도, 휴식 시에도 비대칭
VI	완전마비(Total paralysis)	움직임 없음

〈Yanagihara grading system〉

		Scale of 5 rating No motility - Moderate - Normal
Y1	휴식 시 (At rest)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y2	이마주름 잡기 (Wrinkle forehead)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y3	눈 깜빡임 (Blink)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y4	가볍게 눈 감기(Closure of eye lightly)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y5	강하게 눈 감기(Closure of eye tightly)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y6	마비측 눈만 감기(Closure of eye on involved side only)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y7	코주름 잡기(Wrinkle nose)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y8	휘파람 불기(Whistle)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Y9	활짝 웃음(Grin)	0 - 1 - 2 - 3 - 4

Y10	입꼬리 내림(Depress lower lip)	0 - 1 - 2 - 3 - 4
5 point system: 4 - normal, 3-slight paralysis, 2 - moderate, 1 - severe, 0-total		

(4) 참고문헌

1. 김종인, 고흥균, 김창환. 구안와사의 평가방법에 대한 고찰. 대한침구의학회지. 2001;18(2):1-17.
2. House J W, Brackmann D E. Facial nerve grading systems. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 1985;93:146-7.
3. Yanagihara N. Grading of Facial Palsy. In Facial Nerve Surgery, Proceedings: Third International Symposium of Facial Nerve Surgery, Zurich, 1976. U. Fisch(Ed.). Amstelveen, Netherlands:Kugler Medical Publications, Birmingham, Al: Aesculapius Publishing Co. 1977:533-5.
4. John RA et al. Management of Bell palsy:clinical practice guideline. Canadian Medical Association Journal, 2014;186(12):917-22.
5. Baugh RF et al. Clinical Practice Guideline: Bell's Palsy. Otolaryngology Head Neck Surg. 2013;149(3):1-27.
6. 대한이과학회 정도관리위원회 급성안면신경마비 진료지침팀. 급성안면신경마비 진료지침. 2010.

3. 안면신경마비의 평가에 적용되는 진단기기

【R3】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
안면신경마비의 예후 판단을 위해 급성기가 지난 후 근전도검사(Electromyography, EMG)와 신경전도검사(Electroneurography, ENoG)의 시행을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2

【R4】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
안면신경마비의 객관적인 평가를 위해 급성기가 지난 후 표면근전도 검사(surface Electromyography, sEMG)의 시행을 고려할 수 있다.	C/Low	3-4

【R5】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
안면신경마비의 예후 판단을 위해 적외선체열진단기(Digital Infrared Thermal Imaging, D.I.T.I.)의 사용을 고려할 수 있다.	C/Low	5-7

(1) 배경

진단기기를 이용한 안면신경마비에 대한 평가 방법은 육안적 평가법에 비해 객관적 평가가 가능하다는 장점이 있다. 또한, 측정 결과를 분석하여 안면신경마비의 예후 판단에 활용하는 연구들도 다양하게 진행되어 의미 있는 결과들이 보고되고 있다. 이에 한의사들도 안면신경마비의 평가에 사용되는 진단 기기들을 적극적으로 활용하고 측정 결과를 분석할 수 있는 능력이 필요할 것으로 사료된다.

(2) 임상질문: Q3

안면신경마비의 평가와 예후 판단을 위해 사용되는 진단기기로는 무엇이 있는가?

① 개별 연구 결과에 대한 설명

안면신경마비와 관련된 기존의 다양한 임상진료지침에서도 근전도(EMG)와 신경전도검사(ENoG) 등 진단 장비를 활용한 검사방법들을 권고안으로 채택하고 있다. 이와 관련된 개별 연구 결과를 보면 신경전도검사(ENoG) 상 축삭돌기 손실(axonal loss) 값(%)이 높을수록 4주 후 호전도 평가 값이 좋지 않은 경향을 보이는 통계적으로 유의한 상관관계가 확인되었으며¹⁾, 또한 변성 비율(degenerative ratio)가 증가될수록 3주 후의 House-Brackmann grade scale의 변동 폭이 작고 예후가 좋지 않았던 연구 결과가 보고되었다.²⁾ 안면신경마비에 신경전도검사를 활용한 연구 결과들을 종합해 볼 때 신경전도검사가

안면신경마비의 예후를 판단하는데 도움이 될 수 있을 것으로 사료된다.

근전도와 신경전도검사 외에도 안면신경마비 환자에 대하여 표면근전도(sEMG)를 활용한 임상연구를 확인할 수 있었다. 표면근전도는 피부에 전극을 부착하여 근전도를 측정하는 방식으로 침을 삽입하여 측정하는 일반 근전도에 비하여 피검사자의 불편감이 덜하고 검사방법이 간편한 장점이 있어 안면신경마비 환자의 검사에도 용이할 것으로 예상되는 검사방법이다. Kim(2013) 등의 연구결과에 의하면 표면근전도 측정 결과에 의한 환측/건측 측정값 비율(%)은 House-Brackmann scale과는 통계적으로 유의한 역상관계, Yanagihara grading system 총점 및 Sunnybrook facial grading system 총점과는 통계적으로 유의한 상관관계가 있음을 확인하였다.³⁾ 또한 Ryu(2018) 등은 sEMG와 NCS(신경전도검사) 간에 발병 3~4주 사이에는 전두근과 협골근 구역의 측정값에서, 발병 5~6주 후에는 전두근, 협골근, 구륵근 구역의 측정값에서 유의한 양의 상관관계가 확인되었으며, House-Brackmann scale과는 유의한 음의 상관관계가 Yanagihara grading system 총점 및 Sunnybrook facial grading system 총점과는 유의한 양의 상관관계가 확인되었다.⁴⁾ 이러한 문헌 결과들은 표면근전도가 안면신경마비 평가에 있어서 객관적인 진단도구로 활용 가능한 점을 시사하고 있다.

안면신경마비에 대해 한의학 연구에서 가장 많이 활용되고 있는 진단기기 중 하나는 적외선체열진단(Digital Infrared Thermal Imaging, DITI)이다. 적외선체열진단 결과를 활용한 연구 결과들을 보면, 발병 후 10일 이내에 촬영한 적외선체열진단 결과에서 환측 안면의 온도가 건측의 온도보다 높을수록 예후가 좋고, 환측의 온도가 건측의 온도보다 낮을수록 예후가 좋지 않다는 연구 결과도 있으며⁵⁾, 12일 이내의 환자의 경우 환측 예풍(TE17) 영역이 건측보다 온도가 높을수록 예후가 좋지 않고 환측의 사죽공(TE23), 찬죽(BL2), 거료(ST3), 협거(ST6)의 온도는 높을수록 예후가 좋다는 연구 결과도 있었다.⁶⁾ 하지만 일부 연구들에서는 적외선체열진단 측정 결과와 안면신경마비의 예후 간에는 상관성이 없는 결과를 보이기도 하였다.⁷⁾ 이처럼 안면신경마비의 현재 상태에 대한 평가와 예후 판단을 위해 적외선체열진단을 활용한 여러 연구들을 통해 다양한 분석방법이 시도되고 있으나, 현재까지는 아직 표준화된 분석 방법이 없어 향후 표준화된 분석 방법을 제시하기 위한 더 많은 임상연구가 수행되어야 할 것이다.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

특발성 안면신경마비와 관련된 다수의 국내외 임상진료지침에서도 근전도검사(EMG)와 신경전도검사(ENoG)는 이미 권고안으로 채택하고 있으며, 본 진료지침 개발위원회에서도 연구문헌 검색 결과 상기한 검사방법들을 활용한 연구들에서 특발성 안면신경마비의 예후 판단에 있어서 의미 있는 결과를 확인할 수 있다. 이에 본 임상질문과 관련하여 선정된 문헌들의 평가를 통한 근거수준에 따라 권고등급 B를 부여하였다. 표면근전도검사(sEMG)의 경우 아직 관련된 문헌의 수가 부족하나 육안적 평가에 비해 객관적인 진단 방법으로서 활용의 의미가 있어 이득이 있고 특별한 위해는 없는 것으로 판단되어 전문가 합의에 따라 권고등급 C를 부여하였다. 향후 안면신경마비에 대한 표면근전도의 활용에 대한 근거확보를 위해 다양한 임상연구가 수행되어야 할 것으로 생각된다.

또한, 적외선체열진단(Digital Infrared Thermal Imaging, DITI)의 경우 모든 연구 결과에서 일관성 있는 결과를 보이지 못하고 아직 표준화된 분석 방법이 없는 점 등을 고려할 때 분석 방법의 표준화를 위해 향후 더 많은 연구가 진행되어야 할 것으로 사료된다. 근거수준은 낮으나(Low) 한의사도 사용가능한 진단기기이면서 일부 연구에서 안면마비에 대한 활용 가능성을 보이고 있는 점을 고려하여 전문가 합의에 따라 권고등급 C를 부여하였다.

(4) 참고문헌

1. 서은비, 주현아, 임진영, 황충연. 말초성 안면신경마비의 예후인자로서 Electroneuronography (ENoG)의 유용성에 대한 연구. 한방안이비인후피부과학회지. 2011;24(3):55-64.
2. 박민철. ENoG를 이용한 말초성 안면신경마비의 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2004;21(5):219-26.
3. 김종욱, 이형걸, 정다정, 최유민, 송범용, 육태한, 김우경, 김락형. 안면신경마비의 평가척도와 SEMG 검사 결과 간의 상관성 연구. 대한침구학회지. 2013;30(5):107-16.
4. Ryu HM, Lee SJ, Park EJ, Kim SG, Kim KH, Choi YM, Kim JU, Song BY, Kim CH, Yoon HM, Yook TH. Study on the Validity of Surface Electromyography as Assessment Tools for Facial Nerve Palsy. J. of Pharmacopuncture. 2018;21(4):258-67.
5. 성병곤, 박민철, 임규상. DITI를 이용한 안면신경마비환자의 호전도에 대한 임상적 고찰. 대한외관과학회지. 2000;13(2):190-9.
6. 송범용. 적외선 체열진단법을 이용한 Bell's palsy의 임상적 예후 진단 연구. 대한침구의학회지. 2001; 18(1):1-13.
7. 김진만, 홍철희, 두인선, 황충연, 김남권, 박민철, 이상관, 정상수, 윤준철. DITI 및 전기신경전도 검사(ENoG 및 EMG)를 이용한 구안와사(Bell's palsy) 환자에 대한 임상적 고찰. 대한외관과학회지. 2003;16(2):189-211.

치료

1. 침(Manual acupuncture)

● 배경

침 치료는 한의학 임상현장에서 가장 빈도 높게 활용되는 치료도구이다. 임상을 대상으로 진행된 개발팀의 설문결과에 따르면 침 치료는 안면신경마비의 치료기술 중 임상한의사의 선호도가 가장 높은 항목이며, 그 중요도 또한 가장 높게 평가되고 있다. 서구권에서 진행된 침 관련 연구(Western Medicine Acupuncture)에서는 일반적으로 침 치료(manual acupuncture)에 전기 침 치료(electroacupuncture)를 병행 시술할 경우 치료의 효과가 높다고 알려져 있다. 본 개발팀은 전기 침 치료에 대한 평가 이전에 일반 침의 안면신경마비 치료 효과에 대한 효과성 판정이 우선되어야 할 것으로 사료되어 본 문헌 연구를 기획하였다.

선행 임상진료지침 문헌들을 참고할 때, 침 치료의 안면신경마비 치료 효과에 대해서는 의견이 분분하다. 앞에서 언급한 임상한의사의 설문결과와는 대조적으로 대표적인 체계적 문헌고찰인 Cochrane review에서는 ‘무작위 배정 방법, 은닉, 눈가림 등 연구의 질이 적절하지 않기 때문에 침의 치료효과를 결론지을 수 없다고 제시하였다.¹⁾ 임상 현실에서 현재 세계적으로 인정받는 의과적 표준치료는 급성기 안면신경마비에 대한 스테로이드 치료이다. 따라서, 본 개발팀은 침 치료의 단독치료 효과뿐 아니라 의과적 표준치료와의 병행치료 효과또한 분석하기 위해 포괄적이고 구체적으로 문헌고찰을 수행하였다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 협진치료

【 R6 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 스테로이드를 포함한 양약 단독치료를 시행하는 것에 비해 침과 양약 협진치료를 시행할 것을 권고한다.	A/Moderate	1-12
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> • 문헌에 제시된 다빈도 경혈은 지창(ST4), 협거(ST6), 태양(EX-HN5), 예풍(TE17), 양백(GB14), 관료(SI18), 함곡(LI4), 풍지(GB20) 등 이었다. 한의사는 환자의 증상에 맞춰 그 외 다양한 혈위를 사용할 수 있다. • 스테로이드 치료는 본 임상진료지침의 연구 범위는 아니나, 기타 임상진료지침을 참고할 때 발병 72시간 이내의 벨마비 환자에게 표준적 치료로 사용될 수 있다. • 병적인 비만, 조절되지 않는 당뇨병, 골다공증, 임신부의 경우 주의해야 하며, 스테로이드 치료로 인한 대표적인 부작용은 위장관 장애, 당 조절 장애, 혈압 상승 등이 있으므로, 복용기간 중 침 치료 시 환자를 주의깊게 살필 필요가 있다. • 스테로이드 외 항바이러스제 및 비타민 치료법의 효과에 대해서는 논쟁적(controversial)이다. 		

(1) 임상질문: Q6

특발성 안면신경마비 환자에게 침과 스테로이드를 포함한 양약치료를 협진치료하는 것이 양약치료를 단독으로 시행하는 것에 비해 증상 개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	일반 침+ 스테로이드(Steroid) 양약치료	스테로이드(Steroid) 양약치료	유효율 (Effective rate), 호전율(Cure rate), HB, ENoG, 치료기간 (Treatment period)	한의원 및 한방병원

HB: House-Brackmann scale, ENoG: Electroneurography

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 5건의 무작위배정임상연구가 포함되었다.

Luo(2016)은 총 148명의 참가자를 무작위배정으로 실험군과 대조군에 각 74명씩 배정하였다. 실험군은 침과 스테로이드를 협진치료하였고, 대조군은 스테로이드포함 양약 단독치료를 시행하였다. 4주 후 유효율(Effective rate)을 비교한 결과 협진치료군은 95.95%의 회복율, 대조군은 87.84%의 회복율을 보여 양 군 간에 유의한 차이가 있음을 확인하였다($p=0.0408<0.05$) 치료기간을 비교할 때 실험군은 $14.67 \pm 2.13d$, 대조군은 $15.63 \pm 2.56d$ 가 소요되어 양 군 간 유의한 차이가 있음이 보고되었다($p=0.0143<0.05$).²⁾

Shao(1999)는 총 108명의 참가자를 침과 양약 복합치료군 58명, 양약단독치료군 50명으로 무작위

배정하여 치료효과를 비교하였다. 유효율(Effective rate)을 비교할 때, 복합치료군(98%)이 양약단독치료군(86%)에 비해 유의하게 높았다($p < 0.05$).³⁾

Wang(2007)은 60명의 특발성 안면신경마비 환자를 각 30명씩 2군으로 무작위 배정하여 각각 침과 스테로이드 포함 양약 협진치료와 양약 단독치료를 시행하였다. 2주 후의 유효율(Effective rate)을 비교할 때 치료군이 90%, 대조군이 73.3%의 회복을 보였으며 두 군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$). HB grade 평가 시 양 군은 모두 치료 전후에 통계적으로 유의하게 등급이 호전되었는데 (both $p < 0.05$) 그 중 실험군(1.8 ± 0.997)이 대조군(2.43 ± 1.35)에 비해 통계적으로 유의하게 낮아져 호전되었음을 확인할 수 있었다($p < 0.05$).⁴⁾

Zhang(2014)은 총 120명의 급성기 말초성 안면신경마비 환자를 각 60명씩 침과 양약 복합치료군과 양약단독치료군으로 나누어 치료를 시행하였다. 20일간의 치료 후 치유율을 비교할 때, 복합치료군(53.33%)이 양약단독치료군(20%)에 비해 유의한 호전이 있었다($p < 0.01$). 유효율(Effective rate) 또한 복합치료군(96.67%)이 양약단독치료군(81.67%)에 비해 유의한 호전을 보였다($p < 0.01$). 근전도 검사상 진폭과 잠복기(Latency)도 비교하였는데, 양 군 모두 치료 전후에 유의한 호전을 보임과 동시에, 특히 실험군의 검사 결과가 대조군의 검사 결과에 비해 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$).⁵⁾

Yang(2006)은 총 320명의 안면신경마비 환자를 침 단독치료군 107명, 침 양약 협진치료군 106명, 양약 단독치료군 107명으로 무작위배정하여 연구를 수행하였다. 1차평가지표(Primary outcome)으로 유효율(Effective rate)을 사용하였고, 결과적으로 협진치료군에서 106명의 유효율을, 단독치료군에서 98명의 유효율을 보여 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.01$).⁶⁾

또한, 3건의 체계적 문헌고찰이 포함되었다.

Xi(2015)는 벨마비 환자의 침 치료에 대해 Pubmed, Embase, Cochrane Central의 문헌을 검색하였다. 총 14편의 무작위 배정 임상연구(RCT)가 선정되어 메타분석을 수행하였다. 이 중 본 임상질문에 해당하는 문헌은 총 3건($n=382$)이었다. 일차평가변수(Primary outcome)는 유효율(Effective rate)로, 협진치료군이 양약 단독 치료군에 비해 더 높았다($RR=1.12$; 95% $CI=1.05, 1.19$).⁷⁾

Kim(2012)은 벨마비 환자의 침 치료에 대해 MEDLINE, AMED, CINAHL, EMBASE 등 7개의 해외 데이터베이스와 2개의 중국 데이터베이스, 6개의 국내 데이터베이스를 검색하였다. 총 8편의 무작위 배정 임상연구가 선정되었고, 그 중 '양약과 침의 협진치료가 양약 단독치료에 비해 효과적인가?'의 질문에 해당하는 연구는 5편이었다. 분석 결과 협진치료군이 양방 단독치료군보다 치유율이 높게 나타났다($n=512$, $RR=1.11$, 95% $CI=1.05, 1.17$).⁸⁾

Chen(2010)은 Cochrane CENTRAL 등 총 7개의 데이터베이스를 검색하여 총 6개의 문헌을 선정하였다. 그 중 1개의 문헌($n=108$)이 본 임상질문에 해당하였다. 부작용에 대한 보고는 없었으며 연구의 비뚤림의 위험성은 높았기 때문에 근거의 합성을 도출할 수 없었다.¹⁾

② 연구결과의 요약

유효율(Effective rate)을 비교한 5건의 RCT($n=649$)를 정량 분석한 결과 병행치료를 시행한 실

험군(n=328)의 총 유효율이 양약 단독치료 대조군(n=321)에 비해 유의하게 높은 호전도를 보였다(RR=1.13 95% CI=1.07, 1.18). GRADE평가 상 포함된 문헌의 무작위화(Randomization), 맹검(Blind) 등에서 비뚤림 위험성이 있었다. I²=0%로 비일관성에서 문제가 없었으며, 안면신경기능의 일차적 지표로 유효율(Effective rate)을 사용하였으므로 비직접성에서 중대한 문제는 없었다. 포함된 총 환자 수는 총 649명으로 OIS (Optimal Information Size, 충분한 검정력을 가진 단일 연구의 표본수) 400명의 기준을 충족했기에 비정밀성에서도 문제는 없었다. 그 외 추가적인 고려요인은 없는 것으로 사료된다.

호전율(Cure rate)을 비교한 2건의 RCT(n=321)을 합성한 결과, 병행치료군의 호전율이 양약치료군에 비해 유의하게 높았다(RR=4.07, 95% CI= 2.76, 6.19). GRADE 평가상 포함된 Yang (2006) 문헌의 무작위 배정이 초진순서에 따라 이루어져 비뚤림 위험성이 높은 것으로 판단되었으며, 병행치료는 맹검이 불가능하다는 점 등 전체적인 비뚤림 위험성이 있었다. I²=0%로 비일관성은 없었으며, 안면신경기능의 일차적인 지표로 호전율(Cure rate)을 사용하였으므로 비직접성은 없다고 판단하였다. 그러나 포함된 총 환자 수는 총 321명으로 OIS 400명의 기준을 충족하지 못했기에 비정밀성에 문제가 있다고 판단하였다. 다만, 해당되는 2개의 연구에서 일관성이 있고 교란변수가 없으며 효과의 크기는 컸으므로(RR=4.07) 한 단계 상승(Upgrade) 되었다.

House-Brackmann scale을 비교한 문헌은 1건(n=60)으로 정량적 분석을 시행할 수 없어 정성적으로 분석되었다. 맹검이 불가능한 중재라는 점에서 비뚤림의 위험성이 있으며, 무작위 배정, 은닉, 평가자 맹검 등에 대한 정보가 불충분하다는 점에서 비뚤림 위험성은 문제가 있다고 판단하였다. 1건의 연구로 일관성을 평가하기 어려웠으나 설명되지 않는 이질성이 없어 비일관성에서의 단계는 유지되었다. 안면신경의 일차적인 지표로 House-Brackmann scale을 사용하였으므로 비직접성에서 단계가 유지되었다. 다만, 총 환자 수 60명으로 OIS의 기준에 부합하지 못해 비정밀성에서 1단계 하강(Downgrade)되었다. 기타 추가적 고려요인은 없었다.

신경전도검사(ENoG)의 진폭(Amplitude)을 결과물로 분석한 문헌은 1건(n=120)으로 정성적으로 분석한 결과, 초진순서로 군 간 배정을 시행하였고 피험자 맹검이 불가능하다는 점에서 비뚤림의 위험이 심각했다. 단일 문헌으로 비일관성을 직접적으로 평가할 수 없었으나, 문헌 내 설명되지 않는 이질성은 없었으므로 비일관성의 등급(grade)은 유지되었다. 안면신경마비의 직접적 평가도구인 신경전도검사를 시행하여 비직접성의 단계는 유지되었다. 총 인원은 120명으로 충분히 확보되지 않아 비정밀성에서 심각한 하강(Downgrade)이 있었다. 기타 추가적 고려요인은 없었다.

신경전도검사(ENoG)의 잠복기(Latency)를 결과물로 분석한 문헌은 1건(n=120)으로 정성적으로 분석한 결과, 초진순서로 군 간 배정을 시행하였고 피험자 맹검이 불가능하다는 점에서 비뚤림의 위험이 심각했다. 단일 문헌으로 일관성을 직접적으로 평가할 수 없었으나 문헌 내 설명되지 않는 이질성은 없었으므로 비일관성의 문제는 없었다. 안면신경마비의 직접적 평가도구인 신경전도검사를 시행하여 비직접성의 단계는 유지되었다. 총 인원은 120명으로 충분히 확보되지 않아 비정밀성에서 심각한 하강(Downgrade)이 있었다. 기타 추가적 고려요인은 없었다.

회복까지의 시간(Treatment period)를 결과물로 분석한 문헌은 1건(n=148)으로 정성적으로 평가하

였다. 피험자 맹검이 어려우며 무작위 배정, 은닉 등이 보고되지 않은 점에서 비뿔림의 위험성이 있었으며 단일 문헌으로 일관성을 측정할 수 없었으나, 문헌 내 설명되지 않는 이질성은 없다고 판단하였다. 안면신경마비의 회복시간이라는 변수는 직접적 평가도구가 아닌 간접적 평가도구가 되므로 비직접성에서 하강(Downgrade)되었다. 총 인원은 148명으로 OIS기준으로 충분히 확보되지 않아 비정밀성에서 심각한 하강(Downgrade)이 있었다. 기타 추가적 고려요인은 없었다.

이를 종합한 최종 결과, 전체 문헌의 효과의 추정치에 대한 확신은 중등도(Moderate)로 구분되었다. 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	649 (5 RCTs)	●●●○ Moderate	RR=1.13 [1.07, 1.18] p<0.00001	-	-	높을수록 효과가 좋음을 의미
Cure rate (important)	321 (2 RCTs)	●●●○ Moderate	RR=4.07 [2.76, 5.99] p<0.00001	-	-	높을수록 효과가 좋음을 의미
HB (critical)	60 (1 RCT)	●●○○ Low	-	-	0.63 낮음 [-1.23, -0.03] p=0.04	낮을수록 효과가 좋음을 의미
ENoG (Amplitude) (critical)	120 (1 RCT)	●●○○ Low	-	-	0.29 높음 [0.01, 0.57] p=0.05	높을수록 효과가 좋음을 의미
ENoG (Latency) (critical)	120 (1 RCT)	●●○○ Low	-	-	0.44 낮음 [-0.86, -0.02] p=0.04	낮을수록 효과가 좋음을 의미
Treatment period (important)	148 (1 RCT)	●○○○ Very low	-	-	0.96 낮음 [-1.72, -0.20] p=0.01	낮을수록 효과가 좋음을 의미

HB: House-Brackmann grade, ENoG: Electroneurography, RR= Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

Madhok VB는 특발성 안면신경마비의 코르티코스테로이드(Corticosteroid)효과에 대한 Cochrane review에서 7건의 문헌(n=895)를 분석하였다. 결과적으로 특발성 안면신경마비에 스테로이드(Steroid) 치료는 효과적이며 중등도 또는 높은 근거수준을 갖고 있다고 보고되었다.⁹⁾ 비슷한 결과들이 종합한 대로, 스테로이드(Steroid)치료는 현재 서양의학에서 급성기 안면신경마비의 표준 치료로 시행되고 있다. 코르티코스테로이드(Corticosteroid)의 치료 효과는 포괄적으로 작용하며, 염증과 부종을 억제하여 안면신경의 손상을 늦추고 회복을 돕는다고 알려져 있다.⁹⁻¹¹⁾ 이러한 작용기전 때문에 스테로이드

(Steroid)치료는 특징적으로 발병 72시간 이내에 시작할 것이 권고되어, 그 외의 시기의 치료효과에 대한 근거는 제한적이다. 침 치료는 스테로이드(Steroid)의 약물적 치료효과와 더불어 물리, 화학적 자극을 유도해냄으로 안면신경마비의 회복을 돕는 데에 유효할 것으로 사료된다. 그러나 아직까지 침과 양약 복합치료에 대한 적절한 가이드라인은 제시되지 않은 실정이다.

본 임상질문은 표준 치료인 스테로이드(Steroid)를 포함한 양약 치료와 침 치료를 협진치료할 경우 얻게 되는 이득에 대한 평가를 목적으로 기획되었다.

체계적 문헌고찰 결과, 침과 양약 협진치료 실험군은 양약 단독 치료군에 비해 유효율(Effective rate)과 호전율에서 치료적 이득이 발생하는 것으로 확인되었다($n=649$, $RR=1.13$, $95\% CI=1.07, 1.18$, $p<0.00001$, $n=321$, $RR=4.07$, $95\% CI=2.76, 6.19$, $p<0.00001$). 침 치료의 일반적인 부작용(Adverse event)은 국소혈종, 통증 등 대체로 경미(mild)하다고 알려져 있으며, 일차적으로 물리적 중재인 침 치료와 약물적 중재인 스테로이드(Steroid) 치료 간에 상반된, 또는 적대적 작용으로 심각한 위해를 일으킬 가능성은 적을 것으로 사료된다. 때문에 개발팀은 침과 스테로이드(Steroid) 복합치료로 발생하는 치료적 이득이 위해에 비해 높다고 판단하였다. 구안와사(口眼喎斜)의 침 치료는 『침구대성(鍼灸大成)』 등에서 다양한 안면부 혈위의 자침을 요한다고 설명하며, 한의과대학 공식 교과서인 『침구의학』에서도 표준 치료인 스테로이드 요법을 안내하고, 한의학적으로 변증별 침 치료를 가감할 것을 권유하고 있다. 이러한 임상현장의 활용도와 이득과 위해의 비교, 문헌 근거, 전문가 합의를 종합하여 본 개발팀은 침 치료와 스테로이드(Steroid) 복합치료를 단순 스테로이드(Steroid) 등의 양약치료에 비해 시행할 것을 권고하여 권고등급 A를 부여하였다.

(3) 다른 임상진료지침과의 비교

Xi 등¹¹⁾은 2015년 벨 마비의 침 치료에 대한 임상진료지침을 개발하였다. 침구치료의 시기별, 변증별 치료를 중심으로 서술되었는데, 특히 병정 3개월 이상인 자에게 침구치료를 위주로 치료할 것을 권고하고 있다(권고등급 A). 이는, 기본적으로 스테로이드의 활용을 적극적으로 권장하나, 스테로이드 치료시점은 발병 후 72시간 내 투여가 원칙이므로 발병 후 일정기간 유지되고 있는 안면마비에는 상대적으로 침구치료의 효용이 높게 되는 임상 현실을 반영한 것으로 사료된다. 때문에 해당 문헌 연구진은 스테로이드의 사용과 더불어 침구치료의 적극적 활용을 추천하였다. 이러한 현실은 국내의 임상환경과 유사하므로 임상한의사의 진료 시 상호 보완적 관계의 병행치료를 고려할 수 있다.

대한이과학회¹²⁾는 2010년 급성안면신경마비 진료지침에서 2010년 발행된 Cochrane review를 채택하여 한방치료의 효용성에 대한 판단을 할 수 없다(권고등급 D)고 보고하였다. 대한이과학회의 진료지침은 Cochrane database, Pubmed, Koreamed의 세 가지 검색엔진에서 근거자료를 검색하였는데, 정확한 검색어가 제시되지 않았으며 검색엔진의 선정 및 연구방법론 상 국내 한의학 문헌에 대한 포괄적인 검색이 이루어지지 않았다. 또한, 한방치료의 다양한 중재법에 대한 이해가 부족하여 침 치료와 한방치료가 구분되어지지 않은 점 등이 개발팀의 연구결과와 상이한 연구결과를 가지고 오게 된 이유라고 사료된다.

(4) 참고문헌

1. Ning Chen, Muke Zhou, Li He, Dong Zhou, N Li. Acupuncture for Bell's palsy. The Cochrane database of systematic reviews. 2010;(8):CD002914.
2. 罗飞. 针刺治疗周围性面瘫74例临床观察. 光明中医. 2016;31(18):2699-700.
3. 邵书凤, 王中欣, 王莉. 针灸与西药联用治疗周围性面神经瘫痪58例. 新医学. 1999;30(1):14.
4. 王玲妹. 针药结合治疗急性特发性面神经麻痹的临床观察. 四川中医. 2007;25(11):109-10.
5. 张峻, 王健雄. 针刺治疗急性期周围性面瘫随机对照研究. 针灸临床杂志. 2014;(4):9-11.
6. 杨才德, 包金莲, 张佐佳, 宋建成. 针刺结合药物治疗面瘫320例疗效观察. 甘肃科技纵横. 2006;35(4):240-1.
7. 习振文, 陈国廉. 综合治疗周围性面神经麻痹急性期疗效观察. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2015;9:86-7.
8. Kim JI, Lee MS, Choi TY, Lee H, Kwon HJ. Acupuncture for Bell's palsy: a systematic review and meta-analysis. Chin J Integr Med. 2012;18(1):48-55.
9. Madhok VB, Gagyor I, Daly F, Somasundara D, Sullivan M, Gammie F, Sullivan F.. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev. 2016;18(7):1-41.
10. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. PRACTICE PARAMETER: STEROIDS, ACYCLOVIR, AND SURGERY FOR BELL'S PALSYP (AN EVIDENCE-BASED REVIEW). 2000. USA.
11. Xi W et al. Clinical Practice Guideline of Acupuncture for Bell's palsy. World J Tradit Chin Med. 2015;1(4):53-62.
12. 대한이과학회 정도관리위원회 급성안면신경마비 진료지침팀. 급성안면신경마비 진료지침. 2010.

▣ 단독치료

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
'특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료를 시행하는 것이 스테로이드를 포함한 양약치료를 시행하는 것에 비해 안면 증상 개선에 효과적인가?'라는 임상질문에 대해서 권고안 비도출	-	-

(1) 임상질문: Q7

특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료를 시행하는 것이 스테로이드를 포함한 양약치료를 시행하는 것에 비해 안면 증상 개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침	스테로이드(Steroid) 양약치료	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 7건의 무작위 배정 임상연구(RCT)가 포함되었다.

Liu(1996)는 안면신경마비 환자 130명을 치료군과 대조군에 각 65명씩 배정하여 무작위배정 임상 연구를 진행하였다. 환자의 유효율(Effective rate)은 치료군이 97%, 대조군이 77%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.01$).¹⁾

Dai(2010)은 총 91명의 안면신경마비환자를 대상으로 진행된 무작위 배정 임상연구이다. 50명의 침 치료군과 41명의 스테로이드(Steroid) 등 양약 복용군의 치료 후 치료효과를 비교한 결과, 실험군의 유효율(Effective rate)이 98%, 대조군이 78.04%로 양 군의 유효율에 통계학적 유의성이 있었다($p<0.05$).²⁾

Yang(2009)은 총 150명의 환자를 각 50명씩 침 치료(안면부와 양명경(陽明經)의 경근배자법(經筋排刺法)), 단순 안면부 침 치료, 양약치료군으로 배정하여 전향적 연구를 수행하였다. 유효율(Effective rate)을 비교할 때 경근배자법 침 치료군(96%)과 양약치료군(76%) 사이에는 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.01$). 경근배자법 치료군과 단순 안면부 침 치료군 사이에는 유의한 차이가 없었다($p>0.05$).³⁾

Yang(2014)은 총 120명의 환자를 각 40명씩 경근배자법 침치료군, 전통 침치료군, 양약치료군으로 배정하였다. 4주간의 치료 후 유효율(Effective rate)을 비교한 결과 경근배자법 침치료군에 비해 양약치료군의 유효율(Effective rate)이 통계적으로 유의하게 낮았다($p<0.01$).⁴⁾

Tong(2010)은 총 119명의 안면신경마비환자를 치료군 28명, 양약치료군 53명, 무처치군 38명으로 무작위 배정하여 임상연구를 수행하였다. House-Brackmann grade를 평가하여 Grade 3 이하의 호전을 보인 유효율을 평가한 결과, 치료군은 96.4%, 양약치료군은 86.9%, 무처치군은 89.5%로 통계적으로 유의하지 않았다. 본 연구는 점안액과 안면운동을 모든 군에서 기준치로 삼아 시행하였다.⁵⁾

Xi(2010)는 총 120명의 안면신경마비 환자를 각 40명씩 일반 침 치료군과 양약치료군, 병행치료군의 3군으로 무작위 배정한 임상연구이다. 유효율(Effective rate)을 비교한 결과, 침 치료군은 95%, 양약 치료군은 92.5%, 병행치료군은 97%의 효과를 보였으며, 침 치료군이 양약 단독 치료군에 비해, 또한 병행치료군이 양약 단독 치료군에 비해 통계적으로 유의한 치료효과를 보였다고 보고하였다($p < 0.05$).⁶⁾

Yang(2006)은 안면신경마비 환자 총 320명을 침 치료군과 양약 치료군, 병행치료군으로 나누어 임상연구를 수행하였다. 유효율(Effective rate)을 비교한 결과 침 치료군($n=107$)은 99.1%, 양약 단독 치료군($n=107$)은 91.6%, 병행치료군($n=106$)은 100%의 결과를 보였으며, 일반 침 치료가 양약 치료에 비해, 병행치료가 양약 치료에 비해 통계적으로 유의하게 효과적이었음을 보고하였다($p < 0.01$).⁷⁾

또한, 본 임상질문에 해당하는 체계적 문헌 고찰(Systematic review)은 5건이 검색되었다.

Xi(2015)는 벨마비 환자의 침 치료에 대해 Pubmed, Embase, Cochrane Central의 문헌을 검색하였다. 총 14편의 무작위 배정 임상연구(RCT)가 선정되어 메타분석을 수행하였다. 이 중 본 임상질문에 해당하는 문헌은 총 3건($n=415$)이었다. 일차평가변수(Primary outcome)는 유효율(Effective rate)로, 침 치료군이 스테로이드를 포함한 양약치료군에 비해 더 높았다($RR=1.10$; 95% $CI=1.04, 1.17$). 하지만 포함된 연구 간에 이질성이 존재($I^2=76%$)하였으며 비뮐림의 위험이 높아 연구의 질이 낮았으므로, 침 치료가 안면신경마비에 있어 유효한 것으로 보여지나 해석에 주의를 요한다고 결론내렸다.⁸⁾

Kim(2012)은 벨마비 환자의 침 치료에 대해 MEDLINE, AMED, CINAHL, EMBASE 등 7개의 해외 데이터베이스와 2개의 중국 데이터베이스, 6개의 국내 데이터베이스를 검색하였다. 총 8편의 무작위 배정 임상연구가 선정되었고, 그 중 침 단독치료와 약물 단독치료의 효과를 비교한 3개($n=463$)의 문헌이 본 임상질문에 적합하였다. 저자들은 침 치료군이 양약치료군에 비해 유효율이 더 높았으나 ($RR=1.07$, 95% $CI=1.02, 1.13$), 문헌의 질이 보장되지 않기 때문에 결론을 내기 어렵다고 기술하였다.⁹⁾

Chen(2010)은 Cochrane CENTRAL 등 총 7개의 데이터베이스를 검색하여 총 6개의 문헌을 선정하였다. 그 중 1개의 문헌이 본 임상질문에 해당하였다. 부작용에 대한 보고는 없었으며 연구의 비뮐림의 위험성은 높았다. 때문에 정량적 분석을 하지 못한 채 연구의 결과만 제시하였다. 결론적으로 본 연구에 포함된 문헌들은 침 치료의 효과를 결론짓기에 불충분한 근거들이라고 있다고 기술하였다.¹⁰⁾

Pan(2011)에서 분석한 총 8편의 무작위배정임상연구(RCT) 중 본 임상질문에 해당하는 문헌은 총 1건($n=134$)이었다. 침 치료를 한 실험군과 스테로이드 중심의 양약치료 대조군과의 유효율(Effective rate)은 호전도의 차이를 보였다($RR=1.10$; 95% $CI= 0.99, 1.23$). 그러나 본 문헌에 포함된 8개의 RCT 연구 중 오직 한편만이 다기관(Multi-center), 대규모(Large sample)연구였으며 나머지 연구의 Jadad 질 평가상 높지 않은 점, 표본크기(Sample size)가 적은 점 등을 고려할 때 추가적 연구가 필요할 것이라고 결론지었다.¹¹⁾

Chen(2018)은 총 8건의 무작위배정임상연구를 분석하였고 그 중 본 임상질문에 해당하는 자료는 총 5건($n=421$)이었다. 침 치료를 받은 군과 약물치료를 받은 군의 유효율(Effective rate)을 비교한 결과 통합추정치는 침 치료군이 대조군에 비해 호전율이 더 높았다($RR=1.20$; 95% $CI=1.11, 1.30$). 그러나 연구의 맹검, 은폐에서의 질이 낮았으며, 결측치와 부작용 보고가 이루어지지 않은 점 등을 고려할

때 연구의 결과를 조심스럽게 해석해야 할 것이며, 향후 대규모의 추가적 연구가 필요하다고 결론내렸다.¹²⁾

② 연구 결과의 요약

중재군과 대조군의 치료방법이 동일한 총 6건의 RCT(n=785)를 정량 분석한 결과 일반 침 치료를 시행한 실험군(n=442)과 스테로이드를 포함한 양약치료를 시행한 대조군(n=343)을 비교할 때, 유효율(Effective rate)은 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높은 것으로 확인되었다(RR=1.17; 95% CI=1.11, 1.23). GRADE 평가 시 맹검(Blind)과 할당(Allocation)에서 비플립의 위험성이 높았던 점에서 1단계 하강(Downgrade)을 시행하였다. $I^2=63\%$ 로 중간정도의 이질성이 존재할 것으로 예상되어 단계를 유지하였다. 유효율(Effective rate)은 안면신경기능의 회복에 대한 직접적 평가기준으로 비직접성에서 단계 유지, 전체 인원은 총 785명으로 OIS 400명 기준을 충족하는 점에서 단계가 유지되었다. 평가결과를 종합하여 효과의 추정치에 대한 확신을 중등도(Moderate)로 할 수 있으며 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	785 (6 RCTs)	●●●○ Moderate	RR=1.17 [1.11, 1.23] p<0.00001	-	-	높을수록 효과적임을 의미

RR= Relative risk

(2) 권고안 비도출에 대한 설명

침 치료는 안면신경마비 질환에 대한 한의학적 치료 방법 중 비교적 안전하고 비용이 적게 들며 뛰어난 활용성을 갖는 중요한 치료법이다. 주로 안면신경마비의 임상적 경과에 따라 다양한 침법을 사용하지만 그 중에서도 가장 높은 빈도를 갖는 것은 일반 침 치료이다. 본 임상질문은 일반적인 수기 침 치료가 의과적 치료방법에 비해 가지는 동등성 또는 우위성을 확인하고자 기획되었다. 따라서 본 문헌 고찰은 추가적 중재를 배제한, 오직 침 치료만을 대상으로 한방치료의 이득과 위해를 평가하였다.

총 5건의 체계적 문헌고찰과 7건의 무작위배정비교임상연구를 종합하였을 때, 일반 침 치료가 스테로이드를 위주로 한 양약치료에 비해 정량적으로 치료율이 높으며, 이에 따라 임상에서의 이득이 높을 것으로 예상된다. 이하 서술된 안전성에 대한 고찰에 따르면 말초성 안면신경마비 환자의 침 치료로 인해 발생하는 위해는 대부분 국소출혈, 피로감과 같이 교정가능한 경미한 이상반응(Mild Adverse event)이었다. 때문에 이득과 위해를 비교할 때 침 치료로 인해 얻는 효과가 더욱 크다고 판단하였다. 안면신경마비의 침 치료는 전국 한의과대학에서 공통적으로 사용하고 있는 공식 교과서인 『침구의학』에 포함되어 교육되고 있다. 이러한 임상적 활용성과 치료적 이득, 문헌 근거 결과를 종합하여 일반 침 단독치

료의 효과에 대해 개발팀의 논의를 거쳤다.

논의 결과, 한국의 의료현장에서 안면신경마비 급성기의 스테로이드(Steroid) 치료는 그 효과가 뚜렷하며 위해에 비해 이득이 큰 것으로 알려져 있어¹³⁻¹⁵⁾ 현재 안면신경마비의 의과적 표준치료로 사용되고 있다. 본 연구결과의 해석은 주의를 요하는데, 침 치료의 비교위험도(Relative risk, RR)값이 크지 않고 기타 체계적 문헌고찰과 마찬가지로 채택된 문헌의 비뮌 위험성이 상당히 존재하며, 주요 문헌들이 한 국가에서 집중적으로 발표된 점의 한계가 있어 급성기의 스테로이드 치료를 배제한 침 단독 치료를 무조건적으로 권고하는 것은 어렵다고 사료되었다. 따라서, 본 연구의 결과는 침 치료가 스테로이드 치료에 비해 동등성 내지 비열등성(Equivalence or Non-inferiority)을 가지는 근거가 될 수 있으나, 결론을 위해서는 질 높은 무작위 배정 임상연구가 반드시 필요하다고 논의되었다. 양약치료를 하지 않고 침 치료만 시행하는 권고에 대한 의견이 개발과정에서 다양하게 제시되었고, 델파이 합의 과정에서도 권고등급의 상향 권고와 반대로 양방 치료를 배제한 침치료만 권고하였을 경우에 대한 우려 등 권고와 비권고의 상반되는 의견들이 제시되면서 최종 라운드까지 합의기준에 도달하지 못해 본 권고안은 비도출되었다. 향후 연구의 질을 높여 비뮌 위험성을 낮추기 위한 노력이 절실히 필요하다.

(3) 다른 임상진료지침과의 비교

대한이과학회는 2010년 급성안면신경마비 진료지침에서 2010년 발행된 Cochrane review를 참고하여 한방치료의 효용성에 대한 판단을 할 수 없다(권고등급 D)고 보고하였다.¹⁶⁾ 대한이과학회의 진료지침은 Cochrane database, Pubmed, Koreamed의 세 가지 검색엔진에서 근거자료를 검색하였는데, 정확한 검색어가 제시되지 않았으며 검색엔진의 선정 및 연구방법론 상 국내 한방 문헌을 포괄적으로 이루어지지 않았다. 또한, 한방치료의 다양한 중재법에 대한 이해가 부족하여 침 치료와 한방치료가 구분되어지지 않은 점 등이 개발팀의 연구결과와 상이한 연구결과를 가지고 오게 된 이유라고 사료된다.

Xi 등은 2015년 벨마비의 침 치료에 대한 임상진료지침을 개발하였다. 침구치료의 시기별, 변증별 치료를 중심으로 서술되었는데, 특히 병정 3개월 이상인 자에게 침구치료를 위주로 치료할 것을 권고하고 있다(권고등급 A). 이는, 기본적으로 스테로이드의 활용을 적극적으로 권장하나, 스테로이드 치료시점은 발병 후 72시간 내 투여가 원칙¹⁷⁾이므로 발병 후 일정기간 유지되고 있는 안면마비에는 상대적으로 침구치료의 효용이 높게 되는 임상 현실을 반영한 것으로 사료된다. 때문에 해당 문헌 연구진은 스테로이드의 사용과 더불어 침구치료의 적극적 활용을 추천하였다. 이러한 현실은 국내의 임상환경과 유사하므로 임상한의사의 진료 시 본 개발팀의 권고안과 함께 참고할 근거가 될 것이다.

(4) 참고문헌

1. Liu M. 浅刺多针法和药物治疗治疗面瘫 130例疗效的对比观察. *Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion*. 1996;12(5,6):56.
2. 戴平, 肖银玲. 经筋刺法治疗周围性面神经麻痹 50例. *Chinese Journal of Modern Drug Application*. 2010;(22):95-6.

3. Yang Xuan, Zhang Hongxin, Ye Aiping, Zou Ran. Effect of Meridional Muscle Region Puncture on the Blink Reflex in Acute Infranuclear Facial Palsy. *Medical Journal of Wuhan University*. 2009;30(3):393-9.
4. 杨璇, 张晓冬. “经筋刺法”治疗急性期周围性面瘫的疗效观察. *湖北中医杂志*. 2014;36(9):19-20.
5. Tong FM, Chow SK, CA, Wa SS, Ng RK, Chan G, Chan WA, Ng A, Law CK. A prospective randomised controlled study on efficacies of acupuncture and steroid in treatment of idiopathic peripheral facial paralysis. *Acupuncture in Medicine* 2010;27(4):169-73.
6. 习振文, 陈国廉. 综合治疗周围性面神经麻痹急性期疗效观察. *中医临床研究*. 2015;(9):86-7.
7. 杨才德, 包金莲, 张佐佳, 宋建成. 针刺结合药物治疗面瘫320例疗效观察. *甘肃科技纵横*. 2006;35(4):240-1.
8. 习振文, 陈国廉. 综合治疗周围性面神经麻痹急性期疗效观察. *Clinical Journal of Chinese Medicine*. 2015;9:86-7.
9. Kim JI, Lee MS, Choi TY, Lee H, Kwon HJ. Acupuncture for Bell's palsy: a systematic review and meta-analysis. *Chin J Integr Med*. 2012;18(1):48-55.
10. Ning Chen, Muke Zhou, Li He, Dong Zhou, N Li. Acupuncture for Bell's palsy. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010;(8):CD002914.
11. 潘江, 章薇, 陈武善, 石文英. 针刺治疗周围性面瘫(急性期)的系统评价. *针灸临床杂志*. 2011;27(4):60-3.
12. 陈慧, 刘楠茜, 王雄将, 谭文澜. 针刺治疗面瘫随机对照研究的系统评价. *中医临床研究*. 2018;10(14):141-4.
13. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. PRACTICE PARAMETER: STEROIDS, ACYCLOVIR, AND SURGERY FOR BELL'S PALSYP (AN EVIDENCE-BASED REVIEW). 2000. USA.
14. American Academy of Otolaryngology- Head and Neck Surgery. *Clinical Practice Guideline: Bell's Palsy*. 2013. USA.
15. Canadian Society of Otolaryngology – Head and Neck Surgery and Canadian Neurological Sciences Federation. *Management of Bell palsy: clinical practice guideline*. 2014. CANADA.
16. 대한이과학회 정도관리위원회 급성안면신경마비 진료지침팀. 급성안면신경마비 진료지침. 2010.
17. Xi W et al. Clinical Practice Guideline of Acupuncture for Bell's Palsy. *World J Tradit Chin Med*. 2014;1(4):53-62.

【R7】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특별성 안면신경마비 환자에게 침 양약 협진치료 시 득기(得氣)를 유발할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2
임상적 고려사항 • 득기감은 빠근함, 찌릿함, 묵직함, 시원함 등의 감각의 확산 또는 전도되는 것을 의미한다. • 과도한 득기감은 오히려 환자에게 불편함, 통증 등을 유발할 수 있으므로 주의한다.		

(1) 임상질문: Q8

특별성 안면신경마비 환자에게 침 양약 협진치료 시 득기를 유발하는 것이 그렇지 않은 경우에 비해 안면 증상 개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특별성 안면신경마비 환자	침+양약+득기	침+양약	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 2개의 무작위배정임상연구가 포함되었다.

Mei(2010)는 50명의 안면신경마비 환자를 대상으로 침 치료 시 득기를 유발한 군과 단순 침자군을 비교하였다. 스테로이드를 포함한 양약 치료는 양 군 모두 협진하였으며 침 치료는 환측의 양백(GB14), 지창(ST4), 협거(ST6), 하관(ST7), 예풍(TE17)과 건측의 합곡(LI4)에 시술하였다. 득기 유발군(n=28)의 유효율은 89.2%, 단순 침자군의 유효율은 63.6%로 실험군이 대조군에 비해 유의한 호전이 있었다. 이상반응(Adverse event)은 보고되지 않았다.¹⁾

Xu(2013)는 11개 중의병원에서 수행한 다기관 연구로, 전체 인원을 침 치료 시 득기를 유발한 치료군(n=167)과 단순 자침군(n=171)에 무작위배정하여 총 20회의 침 치료를 시행하였다. 침 치료는 환측의 양백(GB14), 지창(ST4), 협거(ST6), 하관(ST7), 예풍(TE17)과 건측의 합곡(LI4)에 시술하였다.²⁾ 평가는 6개월 후 이루어졌다. 1차 평가 항목은 House-Brackmann grade 1 이하로 호전된 비율인 유효율(Effective rate)이었으며 2차로 안면장애지수(Facial Disability Index, FDI), WHO 삶의 질 설문지(WHO quality of life)를 사용하였다. 유효율은 득기군은 89.8%, 비득기군은 70.8%로 양 군 간 호전비율에서 유의한 차이를 나타내었다. FDI와 WHOQOL 역시 득기군과 비득기군이 유의한 차이를 나타냈다.

두 연구 모두 스테로이드를 포함한 양약치료와 협진하였다.

② 연구결과의 요약

총 2건의 RCT(n=388)를 정량적 분석한 결과 유효율(Effective rate)을 비교할 때, 득기를 시행한 침

치료군이 득기를 시행하지 않은 침 치료군에 비해 호전도에서 유의한 차이를 보였다[RR=1.28, (1.16, 1.43), $p < 0.00001$]. GRADE 평가 상 득기의 시행이 맹검(Blind)이 불가능하다는 점 등에서 문헌의 비풀립 위험성이 있었기에 하강(Downgrade)을, 총 인원 388명으로 400명의 OIS기준을 충족시키지 못하였으나 신뢰구간이 충분히 좁고 기준(baseline)과 떨어져 있으므로 비정밀성에서 등급을 유지하였다. $I^2=0\%$ 로 비일관성에서는 단계를 유지하였고, 치료 효과의 직접적 결과물인 유효율(Effective rate)를 사용했다는 점에서 단계를 유지하였다. 종합적으로 평가할 때 해당 중재의 근거수준은 중등도(Moderate)로 확정되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	388 (2 RCTs)	●●●○ Moderate	RR=1.28 [1.16, 1.43]	-	-	높을수록 효과가 좋음을 의미

RR=Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

득기는 침을 시술하는 동안 침시술자 혹은 환자가 느끼는 감각으로 침 아래 부위의 빠근함, 찌릿함, 묵직함, 시원함 등의 감각의 확산 또는 전도되는 것을 말한다. 2편의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과 안면신경마비 환자에게 침 치료를 할 경우 득기감을 유발하는 것이 유발하지 않는 것에 비해 호전도가 높았음을 확인하였다. Xu(2013)에서는 득기 침 치료와 비 득기 침치료로 인한 이상반응을 보고하였는데, 득기 침 치료군이 총 212례[경미한 출혈(minor bleeding), 통증(needling pain), 멍(bruise), 2례의 치료기간 중 실신(faintness during treatment)]였고 비 득기 침 치료군이 총 203례[경미한 출혈(minor bleeding), 통증(needling pain), 멍(bruise), 3례의 치료기간 중 실신(faintness during treatment), 1례의 졸음(drowsiness)]가 보고되었으며 모든 참가자는 이상반응으로부터 완전히 회복되었다고 하였다.²⁾ 따라서 득기 침 치료로 인해 발생하는 위험이 침 치료에 비해 높지는 않을 것이다. 때문에 득기 침 치료로 인해 얻는 이득이 위험에 비해 높을 것으로 사료된다.

또한, 현재 국내외의 임상현장에서 침 치료 시 득기를 유발하는 것은 일반적으로 사용되고 있으며 가치와 선호도의 변동성이 크지 않을 것으로 사료된다. 때문에 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 B를 부여한다.

(3) 참고 문헌

1. Mei JH, Gao S, Chen GH, Ye P, Qiu X, Zhang ZW, Liu BQ. Relationship between neuro-psychological factors and effect of acupuncture in treating Bell's palsy [神经心理因素与贝尔麻痹针刺治疗疗效关系观察]. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine.

- 2010;30(10):1026-9.
2. Xu SB, Huang B, Zhang CY, Du P, Yuan Q, Bi GJ, Zhang GB, Xie MJ, Luo X, Huang GY, Wang W. Effectiveness of strengthened stimulation during acupuncture for the treatment of Bell palsy: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*. 2013;185(6):473-9.

【 R8 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 침과 양약 협진치료 시 급성기 이후부터 침 치료를 시작하는 것에 비해 급성기부터 침 치료를 시행할 것을 권고한다.	A/Moderate	1-8
임상적 고려사항 안면신경마비의 급성기란, 발병 후 7일 이내를 의미한다.		

(1) 임상질문: Q9

특발성 안면신경마비 환자에게 침과 양약 협진치료 시 급성기부터 침 치료를 하는 것이 그렇지 않은 경우에 비해 안면 증상개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침+양약 급성기부터 시작	침+양약 급성기 이후부터 시작	유효율 (Effective rate), 치료기간 (Treatment period)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 7건의 무작위배정임상연구가 포함되었다.

Chen(2002)은 총 58명의 참가자를 실험군 32명, 대조군 26명에 배정하였다. 실험군은 양약치료를 기준치료로 하여 급성기 침 치료와 회복기의 전침치료를 병행하였고, 대조군은 양약치료 중 정지기부터 침 치료와 회복기의 전침치료를 병행하였다. 치료 후 유효율(Effective rate)과 호전율에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 양 군의 평균 치료기간이 급성기 침자군(16.7±5.4d)이 대조군(23.6±12.3d)에 비해 통계적으로 유의하게 짧았다($p<0.01$).¹⁾

Fu(2007)는 총 52명의 참가자를 대상으로 진행한 RCT연구이다. 양 군의 참가자는 모두 기준치료로 양약치료, 특정전자파(Tending Diancibo Pu, TDP)치료, 향후 전침 치료를 병행하였고, 실험군은 급성기부터 침 치료를, 대조군은 정지기부터 침 치료를 시작하였다. 8주 후 양 군의 치료결과를 비교하였다. 유효율(Effective rate)은 실험군과 대조군 사이에 유의한 차이는 없었으나, 호전율은 실험군(78.6%)이 대조군(50.0%)에 비해 유의하게 높았다($p=0.0309<0.05$). 30차 치료 후 양 군의 전유, 현효 도달자수는 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높았다($p=0.0163<0.05$).²⁾

Hua(1999)는 양약치료와 침관치료를 기준치료로, 급성기 침 치료를 시행 한 실험군 41례와 정지기부터 침 치료를 시행한 대조군 31례를 비교한 무작위배정임상연구이다. 치료 결과는 호전율은 실험군과 대조군 사이에 유의한 차이가 없었으나($p>0.05$), 평균치료시간은 실험군이(14.8±5.1d) 대조군(22.2±11.3d)에 비해 유의하게 짧았다($p<0.01$).³⁾

Huang(2012)은 총 257례의 환자를 급성기(3일) 침 치료군(n=86), 정지기(7d) 침 치료군(n=84), 정

지기(10d)부터 침 치료군(n=87)의 3군으로 배정하였다. 기준 치료로 모든 환자는 양약치료를 병행하였다. 8주 뒤에 측정된 유효율(Effective rate)에서 3days 침자군이 7days 침자군과 10days 침자군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05$).⁴⁾

Peng(2002)은 123례의 참가자를 양약치료를 기준으로 실험군은 급성기의 침 치료와 회복기의 전침 치료를, 대조군은 정지기부터 침 치료와 회복기의 전침치료를 병행한 임상시험이다. 치료 결과는 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높은 호전율을 보였다($p<0.01$).⁵⁾

Peng(2014)은 총 58명의 참가자를 실험군 30명, 대조군 28명으로 무작위배정하여 실험군은 양약치료를 급성기부터 침 치료를 병행, 대조군은 양약치료를 정지기부터 침 치료를 병행한 연구이다. 치료 결과, 유효율(Effective rate)은 실험군이(93.33%) 대조군(67.86%)에 비해 통계적으로 유의하게 높았으며($p<0.05$), 전유와 현효가 나타나는 치료시기는 실험군이 대조군에 비해 유의하게 짧았다($p<0.05$).⁶⁾

Yan(2012)은 양약 복용을 기준치료로 삼아 실험군은 급성기 침 치료를, 대조군은 정지기부터 침 치료를 시작한 연구이다. 2개월 후 유효율(Effective rate)은 실험군(95.2%)이 대조군(84.2%)에 비해 유의하게 좋았다($p=0.042<0.05$). 치료전후의 순목반사 R1파는 실험군(-2.8 ± 1.7)이 대조군(-1.8 ± 1.9)에 비해 유의하게 좋았다($p=0.027<0.05$). 안면장애지수(Facial Disability Index, FDI)의 신체기능점수(Physical)평균 전후차이는 실험군(10.1 ± 3.2)이 대조군(7.2 ± 3.4)에 비해 유의하게 높았고($p=0.035<0.05$), FDI의 사회생활점수(Social)평균 전후차이는 실험군(11.4 ± 3.1)이 대조군(8.2 ± 3.4)에 비해 유의하게 높았다($p=0.032<0.05$). 치료전후의 안면신경마비정도 분급평균차이 또한 실험군(24.2 ± 8.1)이 대조군(15.1 ± 9.2)에 비해 유의하게 좋았다($p=0.041<0.05$).⁷⁾

② 연구결과의 요약

유효율(Effective rate)을 평가변수로 설정한 7건의 RCT(n=700)문헌을 정량적 분석한 결과, 급성기에 침 치료를 시행한 실험군(n=321)이 정지기 또는 회복기에 침 치료를 시행한 대조군(n=379)에 비해 유효율(Effective rate)이 유의하게 높은 것으로 확인되었다(RR=1.07, 95% CI=1.03, 1.11). GRADE 평가 상 맹검(Blind)과 무작위화(Randomization)에서 비틀림 위험도가 높을 것으로 예상되어 한 단계 하강(Downgrade) 하였다. $I^2=0\%$ 로 비일관성에서 단계 유지, 안면신경회복의 직접적 평가도구인 유효율(Effective rate)를 사용하여 비직접성에서 단계 유지, 총 인원 700명을 대상으로 하여 OIS 400명을 충족시킨다는 점에서 비정밀성 단계는 유지되었다. 종합하여 GRADE 평가 상 문헌의 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

치료기간(Treatment period)을 평가변수로 설정한 2건의 RCT(n=130)를 정량 분석한 결과, 급성기에 침 치료를 시행한 실험군(n=73)이 정지기 또는 회복기에 침 치료를 시행한 대조군(n=57)에 비해 유의하게 치료기간이 짧았다(MD -7.19 95% CI=-10.46, -3.92). GRADE 평가 상 피험자 눈가림이 불가능한 점, 무작위 배정, 은닉 등의 보고가 이루어지지 않은 점에서 비틀림 위험도가 높을 것으로 예상하여 하강(Downgrade) 하였다. $I^2=0\%$ 로 설명하지 못할 이질성은 없었으며, 안면신경회복의 간접적 평가도구인 치료기간을 변수로 사용하여 비직접성에서 하강(Downgrade), 총 인원 130명을 대상으로 하여

OIS 400명을 충족시키지 못했다는 점에서 비정밀성에서 하강(Downgrade)되었다. 종합하여 GRADE 평가 상 문헌의 근거수준은 매우 낮음(Very low)으로 평가하였다. 결과적으로 주요한 평가변수인 유효율을 반영한 치료효과의 근거수준은 중등도(Moderate)로 결정하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	700 (7 RCTs)	●●●○ Moderate	RR=1.07 [1.03, 1.11] p=0.0005	-	-	높을수록 효과가 좋음을 의미
Treatment period (important)	130 (2 RCTs)	●○○○ Very low	-	-	7.19 낮음 [-10.46, -3.92] p<0.00001	낮을수록 효과가 좋음을 의미

RR=Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

안면신경마비의 병기는 자연경과에 따라 급성기(<=7d), 정지기(7~15d), 회복기(>=15d)으로 나눌 수 있다. 이는 안면신경의 염증과 부종, 그로 인한 원위부 안면신경의 변성(degeneration)이 발생되게 되고, 그 후 재생(regeneration)되는 과정에서 나타나는 임상적 시기분류이다. 일반적으로 임상현장에서는 병기에 관계없이 언제든지 침 치료를 시행하는 것이 일반적이나, 전문가의 논의에 따르면 특히 급성기에 침 치료를 시작하는 것이 더욱 효과적일 것이라는 의견이 지배적이었다. 때문에 급성기에 침 치료를 시작하는 것이 이후에 시작하는 것에 비해 효과적인가의 여부를 확인하기 위해 본 문헌고찰을 시행하였다.

분석 결과 급성기의 침 치료를 시작한 실험군은 정지기 또는 회복기에 침 치료를 시작한 대조군에 비해 치료적 이득이 높았다. 그러나 시기별 침 치료가 맹검(Blind)가 불가능하므로 기대효과에 비뚤림의 위험성이 존재한다는 점에서 향후 대규모의 잘 짜여진 임상시험이 필요할 것으로 예상된다. 더욱이 환자와 임상 의사들의 가치와 선호도 면에서 향후 변화가 크게 나타나지 않을 것으로 예상되며, 환자의 입장에서 고려할 때 의과 단독치료 시의 내복약 단독치료에 비해 침 치료를 통한 일종의 물리적 중재를 병행하는 것에 대해 환자의 순응도가 높을 것으로 예견되는 바, 이를 종합하여 개발팀은 급성기 침 치료를 시행하는 것에 대하여 권고등급 A를 부여하였다.

(3) 다른 임상진료지침과의 비교

WJTCM의 2015년도 임상진료지침에서는 급성기(Acute stage), 아급성기(Subacute stage), 회복기(Recovery stage), 만성기(Chronic stage)별로 침구치료의 가이드라인을 제시하였다.⁸⁾ 벨마비 급성기에는 가능한 빨리 침구치료를 시행해야 하며(Grade A) 환측 국소혈위와 양측 합곡(LI4) 위주로 선혈하며,

풍한외습형(風寒外襲型) 또는 풍열침습형(風熱侵襲型) 위주로 변증하며, 호침자(毫鍼刺) 위주의 침구치료를 권고하였다. 특징적으로, 급성기 전침의 활용은 근거는 있으나 연구진에서 권고하지는 않는다고 결론하였다.

(4) 참고 문헌

1. 陈雪琴. 周围性面瘫针灸治疗时机之我见. 浙江中醫藥大學學報. 2002;26(6):57.
2. Fu Xiao-hu. Observation on therapeutic effect of acupuncture on early peripheral facial paralysis [早期针刺治疗周围性面瘫疗效观察]. Chinese acupuncture & moxibustion, 2007;27(7):494-6.
3. 华英, 杨金凤. 分期针刺治疗周围性面瘫 72例疗效分析. 中国针灸. 1999;7:10.
4. 黄秀兰, 郝晓博. 周围性面瘫针灸治疗介入时机探讨. China's Naturopathy. 2012;20(8):12-3.
5. 彭建民. 面神经炎的早期针灸治疗效果分析. Xiandai Zhongxiyijiehe Zazhi. 2002;11(16):1556-7.
6. 彭瑛, 周莉. 针刺治疗周围性面瘫时机的临床观察. 时珍国医国药. 2014;25(6):1434-5.
7. 严年文. 针刺干预对急性面神经炎后的影响. Heilongjiang Zhongyiyao. 2012;41(5):45-6.
8. Xi W et al. Clinical Practice Guideline of Acupuncture for Bell's Palsy. World J Tradit Chin Med. 2014;1(4):53-62.

▣ 병행치료

【R9】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료를 단독으로 시행하는 것에 비해 침과 두침치료를 병행치료하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1-5
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> • 두침요법은 굵기 0.30~0.45 mm, 길이 45~70 mm의 호침을 사용한다. 자세한 조작법은 『침구의학』 교과서를 참조할 수 있다. • 두침 시술 시 강한 자극으로 인해 환자의 불편감이 발생할 수 있음을 인지하고 주의해야한다. 		

(1) 임상질문: Q10

특발성 안면신경마비 환자에게 침과 두침치료를 병행하는 것이 침 단독으로 치료를 하는 경우에 비해 안면 증상 개선에 더 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침+두침	일반 침	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Sun(2012)은 110명의 특발성 안면신경마비 환자를 일반침 치료에 두침치료 병행치료군 56명과 일반 침 치료군 54명으로 무작위 배정으로 나누어 10일 동안 치료 후 치료율과 HB grade를 관찰하였는데 두침군(건측 감각구 하부 2/5와 환측 섭전선(顳前線))이 통계적으로 유의한 차이가 있었다.¹⁾

Hu(2019)는 총 96명의 안면신경마비 환자를 일반 침과 두침 복합치료군(n=48)과 일반 침 치료군(n=48)례로 나누어 임상시험을 진행하였다. 치료에 사용된 두침 부위는 정섭전사선(頂顳前斜線) 하부 2/5 부위로 4주간의 치료 후 현효유효율은 두침 치료군(79.2%)이 일반 침 치료군(56.2%)에 비해 통계적으로 유의하게 호전되었으며(p=0.031<0.05), 유효율(Effective rate)은 두침 치료군(94.0%)이 일반 침 치료군(83.7%)에 비해 통계적으로 유의하게 높았다(p=0.009<0.05).²⁾

Choi(2010)는 총 40명의 안면신경마비 환자를 대상으로 한 무작위배정 임상연구로, 침을 포함한 광범위한 한방치료(침, 약침, 전침, 혈위광선조사, 한약, 물리치료 등)를 시행한 대조군(n=22)과 이 기준치료에 두침치료(건측 감각구 하부 2/5)를 시행한 실험군(n=18)의 치료효과를 비교하였다.³⁾ House-Brackmann grade와 Yanagihara grade를 비교한 결과, 병행치료군의 치료효과가 침 단독치료군에 비해 좋았으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다고 보고하였다.

② 연구 결과의 요약

중재와 시술이 유사한 2건의 무작위배정 임상연구가 정량분석의 대상이 되었다. 총 206명의 안면신

경마비 환자가 포함된 2건의 RCT문헌을 정량 분석한 결과 침과 두침 치료를 복합하여 시술한 복합치료군(n=104)이 단순 침 치료군(n=102)에 비해 유효율(Effective rate)이 유의하게 높았다(RR=1.24, 95% CI=1.09, 1.42, p=0.001). GRADE 평가 상 맹검(Blind)과 할당(Allocation)에서 비뿔림의 위험성이 높았고, 총 포함 환자군이 206명으로 OIS를 충족하지 못했기 때문에 총 2단계 하강(Downgrade)되었다. I²=63%로 비일관성에서는 등급이 유지되었고, 유효율(Effective rate)은 안면신경회복의 직접적 관찰결과로 판단되어 비직접성에서도 등급이 유지되었다. 결과적으로 문헌의 근거수준은 낮음(Low)으로 합의되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	206 (2 RCTs)	●○○○ Low	RR=1.24 [1.09, 1.42] p=0.001	-	-	높을수록 효과가 좋음을 의미

RR=Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

두침 치료는 한의학의 자침방법을 서양의학의 대뇌피질구(大腦皮質區)의 기능과 연관시켜 두피의 상응 부위에 자침하여 질병을 치료하는 방법으로서⁴⁾ 최씨두침(焦氏頭鍼)과 표준두침(標準頭鍼) 등 다양한 이론이 존재한다. 그 중 본 임상문헌에서 제시한 방법은 최씨두침(焦氏頭鍼) 중 감각구 하부 2/5 부위인 안면감각구(顔面感覺區)와 표준두침(標準頭鍼)상 정섭전사선(頂顳前斜線) 하부 2/5 부위를 자극하는 방법이다. 두 방법 모두 인체의 최상위인 두면부를 자극하기 위한 위치로, 안면신경마비의 치료에 활용해볼 수 있다.

두 문헌을 정량적 분석한 결과, 침 치료에 두침치료를 병행하여 얻는 치료적 이득은 단순 침 치료를 시행할 때에 비해 높은 것으로 확인되었다. 그러나 문헌의 근거수준이 높지 않아 비뿔림의 위험성이 있었다. 두침의 일반적인 조작법은 0.30~0.45 mm 굵기의 침으로 200회 이상의 염전(捻轉), 유침(留鍼), 매침(埋鍼)하므로 강한 자극이라는 점⁵⁾에서 임상 의와 환자의 선호도가 높지는 않을 것으로 예상된다. 그러나 두침 시술은 준비물과 시술과정이 일반 침 시술과 유사하여 침 시술 시 부수적으로 추가할 수 있다는 점에서 임상활용도가 높은 시술이다. 임상적 활용성과 문헌 근거, 전문가의 의견을 종합하여 본 개발팀은 두침과 침의 복합치료를 시행할 것을 고려할 수 있다고 판단하여 권고등급 C를 부여하였다.

(3) 참고문헌

1. 孙珮. 头针配合常规针刺治疗周围性面瘫临床观察. 辽宁中医杂志. 2012;39(6):1137-8.
2. 胡静, 杨翼. 头针顶颞前斜线下2/5 治疗Bells 面瘫96 例疗效观察. Clinical journal of traditional chinese medicine. 2019;31(2):360-4.

3. 최유진, 윤경진, 김민석, 박재연, 전재천, 이태호, 이은용, 노정두. 말초성 안면신경마비에 대한 일 반침 치료와 두침 병행치료의 효과비교, *Journal of Acupuncture Research*, 2010;27(6):101-9.
4. 대한침구의학회 교재편찬위원회 편. 침구의학. 한미의학. 2012:255.
5. 대한침구의학회 교재편찬위원회 편. 침구의학. 한미의학. 2012:262.

【R10】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료 단독으로 시행하는 경우에 비해 침과 동씨침을 병행치료할 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1-2
임상적 고려사항 동씨침 치료는 건측 상천(上泉), 중천(中泉), 하천(下泉)과 양측 족일중(足一重), 족이중(足二重), 족삼중(足三重), 사화외(四花外), 측삼리(側三理), 측하삼리(側下三理) 등의 혈을 사용할 수 있다.		

(1) 임상질문: Q11

특발성 안면신경마비 환자에게 침과 동씨침 치료를 병행하는 것이 침 단독으로 치료를 하는 경우에 비해 안면 증상 개선에 더 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침+동씨침	침	Y-system, HB	한의원 및 한방병원

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, HB: House-Brackmann scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Zhong(2016)은 총 90명의 안면신경마비 환자를 각 45명씩 동씨침 치료군과 일반 침 치료군으로 나누어 임상시험을 수행하였다. 실험군(n=45)은 동씨침(건측 上泉, 中泉, 下泉과 양측 足一重, 足二重, 足三重)과 침 치료를 병행하였고 대조군(n=45)은 침 치료만 시행하였다. 치료결과 양 군의 치료 후 House-Brackmann grade는 치료 전에 비해 모두 유의하게 호전되었는데($p<0.05$) 특히 실험군은 대조군에 비해 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 유효율은 양 군에서 모두 100%였으나 호전율은 실험군(68.9%)이 대조군(48.9%)에 비해 통계적으로 유의하게 높았으며($p<0.05$), 호전환자의 평균치료기간은 실험군이(20.15 ± 3.30)d이 대조군(28.41 ± 4.92)d에 비해 통계적으로 유의하게 짧았다($p<0.05$).¹⁾

Lee(2004)는 총 40명의 급성기 말초성 안면신경마비 환자를 대상으로 한약·양약의 기준치료와 함께 침 치료를 시행한 21명의 실험군과 동씨 침 치료[건측의 삼중(三重), 사화외(四花外), 측삼리(側三理), 측하삼리(側下三理)]를 시행한 19명의 대조군의 치료효과를 비교하였다. Yanagihara system으로 치료효과를 비교한 결과, 치료 1주 후 동씨 침 치료군의 치료효과가 대조군보다 우수하였으나 통계적으로 유의하지 않았고, 치료2~5주 후의 Follow up에서 유의하게 우수한 차이를 보였다($p<0.05$).²⁾

② 연구결과의 요약

두 건의 RCT는 결과(Outcome)가 각각 Y-system과 HB grade 등으로 이질성이 있어 정량적 분석을 할 수 없었다. 각각의 문헌의 정성적 분석 결과, Zhong(2016)의 연구에서는 동씨침과 일반 침 복합치료군은 일반 침 치료만 시행한 군에 비해 HB grade상 유의하게 높은 호전도를 보였다. Lee(2004) 문헌은

동씨 침 치료군이 일반 침 치료만 시행한 군에 비해 Y-grade상 유의하게 높은 호전도를 보였다. GRADE 상 두 문헌은 각각 무작위화(Randomization)과 맹검(Blind)등에서 비뚤림 위험도가 높았던 점, OIS를 충족하지 못했다는 점에서 하강(Downgrade)가 되어 종합적으로 각각 낮은(Low) 근거수준으로 평가되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Y-system (critical)	40 (1 RCT)	●●○○ Low	-	-	MD -5.40 [-6.30, -4.50] p<0.00001	높을수록 효과적임을 의미
HB (critical)	90 (1 RCT)	●●○○ Low	-	-	MD 0.33 [0.234, 0.43] p<0.00001	낮을수록 효과적임을 의미

Y-system: Yanagihara's unweighted grading scale, HB: House-Brackmann grade, RR=Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문에서는 동씨기혈을 이용한 동씨침 요법을 일반 침 치료와 병행했을 때 일반 침 치료보다 치료적 이득을 얻음을 확인하였다. 그러나 근거 문헌이 적고 문헌의 질이 좋지 않은 까닭에 명확한 권고문을 도출할 수 없었다. 다만, 동씨 침과 일반 침을 비교분석한 Lee(2004)의 논문을 참고할 때, 동씨침의 효과가 일반 침에 비해 우월한 효과크기를 보여, 동씨침이 일반침에 비해 동등성 내지 비열등성(Equivalence or Non-inferiority)을 가질 수 있음을 유추할 수 있었다. 동씨침의 일반적인 체침 치료에 비해 임상적 활용도가 낮은 점 등 고려하여 전문가 합의를 통해 동씨침과 일반침의 복합치료를 C등급으로 권고한다.

(3) 참고문헌

1. 仲大奎. Observations on the Efficacy of Dong's Extra Point Opposing Needling in Treating Facial Paralysis[针刺董氏奇穴配合巨刺法治疗面神经麻痹疗效观察]. Shanghai Zhenjiu Zazhi, 2016;35(9):1059-61.
2. 이채우, 박인범, 김상우, 김흥기, 허성웅, 김철홍, 윤현민. 구안와사에 대한 체침과 동씨침의 효과 비교. 대한침구학회지. 2004;21(2):287-300.

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
'특별성 안면신경마비 환자에게 침과 정안침 치료를 병행하는 것이 침 단독으로 치료를 하는 경우에 비해 안면 증상 개선에 더 효과적인가?'라는 임상질문에 대해서 권고안 비도출	-	-

(1) 임상질문: Q12

특별성 안면신경마비 환자에게 침과 정안침 치료를 병행하는 것이 침 단독으로 치료를 하는 경우에 비해 안면 증상 개선에 더 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특별성 안면신경마비 환자	침+정안침	침	Y-system	한의원 및 한방병원

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Kim(2010)은 급성기 벨마비 환자 24명을 동전던지기를 사용하여 각각 12명씩 침-정안침 병행치료군과 침 단독 대조군으로 무작위배정하였다. 모든 참가자는 주 3회 침 치료를 시행하였고 실험군에서는 반자법(半刺法)을 사용하여 유침없이 정안침요법을 병행하였다(0.16 mm×30 mm, 경향부, 측두근, 후두근, 흥부, 전경부, 안면부 혈위). Yanagihara system으로 치료 전, 2주 후, 4주 후를 각각 평가한 결과 치료군과 대조군에 통계적으로 유의한 차이는 없었다.¹⁾

② 연구 결과의 요약

본 임상질문에 해당하는 문헌은 총 1건으로 정량적 분석을 수행할 수 없었다. 비플림의 위험성에서는 무작위 배정 시 동전던지기를 사용하였으나 12씩 정확하게 나누어 쪼으며 순서 배정에 관여하지 않았다는 언급이 없다는 점에서 비플림의 위험성은 하강(Downgrade)되었다. 한 개의 문헌으로 일관성을 파악하기 어려우나 설명하지 못할 이질성은 없었으며, 직접적 평가도구인 Yanagihara system을 사용하여 비직접성에서도 등급이 유지되었다. 참가자 수는 총 24명으로 충분하지 못했기 때문에 비정밀성에서 하강(Downgrade)되었다. 최종적으로 해당 문헌을 포함한 연구 결과는 낮음(Low)으로 평가되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Y-system (critical)	24 (1 RCT)	●○○○ Low	-	-	MD 0.41 [-4.58, 5.40] p=0.87]	높을수록 효과적임을 의미

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, MD: Mean Difference

(2) 권고안 비도출에 대한 설명

본 임상질문에 해당하는 1건의 문헌인 Kim(2010)은 분석 결과 정안침 병행치료의 임상적 편익을 확인할 수 없었다. 다만, 정안침 치료는 안면부에 다수의 침을 삽입하여 경혈과 경근, 근막을 자극하고 혈액과 림프의 활성을 높이는 데에 그 이론적인 목적이 있으므로 안면부의 미세한 표정근육과 표층근막체계(Superficial Muscular Aponeurotic System, SMAS, 얼굴의 얇은 지방층과 깊은 지방층 사이에 있는 얼굴 전체를 덮고 있는 섬유성 막)를 타겟으로 하여 향후 적절한 근거가 창출 될 가능성이 있다. 현재, 문헌의 절대적인 수가 적은 바, 향후 잘 짜여진 임상연구들이 의미있는 근거를 만들 수 있을 것이라 예상된다. 결과적으로 현재 상태에서 적절한 권고안을 낼 수 없다고 결론지었다.

(3) 참고문헌

1. 김성환, 김재수, 이봉효, 임성철, 정태영, 이경민. Bell's palsy에 대한 침치료와 침치료 및 정안요법 병행치료의 비교연구. 대한침구학회지. 2010;27(1):43-9.

【R11】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침과 평형침을 병행치료하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 평형침 치료 시 면탄(面癱), 편탄(偏癱), 명목(明目), 비염(鼻炎), 위통(胃痛), 두통혈(頭痛穴) 등의 사용을 고려할 수 있다.		

(1) 임상질문: Q13

특발성 안면신경마비 환자에게 침과 평형침 치료를 병행하는 것이 침 단독으로 치료를 하는 경우에 비해 안면 증상 개선에 더 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침+평형침	침	Y-system	한의원 및 한방병원

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Yoo(2012)는 말초성 특발성 안면신경마비 환자 총 44명을 대상으로 일반적인 한방치료(한약, 뜸, 적외선광선조사 및 안면운동, 기공요법)를 기준치료로, 일반 침 단독치료의 대조군(n=22)과 일반 침과 평형침(면탄(面癱), 편탄(偏癱), 명목(明目), 비염(鼻炎), 위통(胃痛), 두통혈(頭痛穴)) 병행치료군(n=22)의 치료효과를 비교하였다. Yanagihara system과 House-Brackmann grade를 적용하여 비교한 결과 Yanagihara system에서 대조군에 비해 평형치료군에서 유의하게 우수한 호전도를 보였다. House-Brackmann grade는 치료 전후에 양 군간 유의한 차이가 없었다.¹⁾

② 연구 결과의 요약

본 임상질문에 적합한 문헌은 총 1건의 무작위 배정 임상연구로 Yoo(2012) 등은 일반침과 평형침 병행치료군(n=22)이 일반침 단독치료군(n=22)에 비해 Yanagihara grade에서 유의하게 호전되었음을 보고하였다. 그러나 비플립 위험성이 높으며 대상자 수가 적어 비정밀성에 문제가 있어 두 단계 하강(Downgrade)되었다. 한건의 문헌으로 비일관성을 확인할 수 없으나, 설명되지 않는 이질성이 존재하지 않았으며 직접적인 안면기능 평가도구를 사용하여 비직접성에서도 등급은 유지되었다. 최종적으로 문헌의 근거는 낮음(Low)으로 평가되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Y-system (critical)	44 (1 RCT)	●●○○ Low	-	-	MD -4.36 [-6.87, -1.85] p=0.0007	-

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, MD=Mean Difference

(2) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문에 해당하는 Yoo(2012)를 정성적으로 분석한 결과 일반침과 평형침 병행치료 시 일반침 단독의 치료에 비해 치료적 편익이 높은 것으로 나타났다. 델파이 합의 과정에서 본 권고안은 2라운드에서 합의에 도달하였으나, 연구문헌의 부족, 진료현장의 활용도 부족 등에 대한 의견이 제시되어 향후 근거수준을 높이기 위한 임상연구와 임상현장에서 활용도를 높이기 위한 고민이 필요할 것으로 판단된다. 임상 현장에서 평형침을 활용할 경우 일반 침, 두침 등에 비해 사용되는 침의 개수, 환자의 통증 감내, 안전성이라는 면에서 기타 침 치료에 비해 선호도가 높을 것으로 예상되어 전문가 그룹의 합의에 근거하여 평형침 병행치료를 고려할 수 있을 것으로 결론지었다(Grade C).

(3) 참고문헌

1. 유제혁, 김경욱, 김동혁, 김종환, 김현호, 정인태, 김종인, 이상훈, 최도영. 말초성 안면신경마비에 대한 평형침 병행치료 효과의 대조군 연구. 대한침구의학회지. 2012;29(3):121-8.

● 안전성

Kim(2011) 등은 말초성 안면신경마비 입원환자 50명, 총 1800례의 침 시술을 대상으로 한 전향적 관찰연구에서 침 시술로 인해 발생한 이상반응을 다음의 빈도로 보고하였다. 중대한 이상반응은 1건도 보고되지 않았으며 모두가 일시적이거나 경미한 이상반응이었다. 안와 주위 혈자리 및 전두근 자침 시 관찰된 출혈이 가장 많았으며, 멍, 자침 시 통증, 피로감, 국소혈종, 감각이상 등이었다.¹⁾

Tong(2010)의 연구에 따르면 안면운동과 점안액 치료를 기준으로 침 복합치료군과 스테로이드 (Steroid) 복합치료군을 비교할 때 침 복합치료군에서는 경미한 이상반응(Mild adverse event)로 혈종이 3례 보고되었고 스테로이드(Steroid) 복합치료군에서는 특별한 이상반응이 보고되지 않았다.²⁾

[참고문헌]

1. 김동혁, 김경욱, 김종한, 김현호, 박지민, 유재혁, 남동우, 이상훈, 최도영. 침치료 이상반응에대한 전향적 관찰: 말초성 특발성 안면신경마비 입원 환자 50명을 대상으로. 대한침구학회지. 2011; 28(4):65-75.
2. Tong FM, Chow SK, CA, Wa SS, Ng RK, Chan G, Chan WA, Ng A, Law CK. A prospective randomised controlled study on efficacies of acupuncture and steroid in treatment of idiopathic peripheral facial paralysis. Acupuncture in Medicine. 2010;27(4):169-73.

2. 전침(Electroacupuncture)

● 배경

전침이란 2개 이상의 경혈에 자침한 후 침병에 약한 전류를 통과시켜 침자극과 함께 전기적 자극을 주어 질병을 치료하는 방법이다. 전침 치료는 급·만성통증에 동통완화뿐 아니라 침술마취나 각종 마비 질환, 내과질환의 치료 등 다양한 목적으로 적용되고 있다. 전침 치료는 국내에서 건강보험이 적용되는 치료항목이며 임상에서도 실제 많이 사용되고 있는 치료 방법 중 하나이지만, 안면신경마비에 대한 전침 치료의 구체적이고 표준화된 가이드라인은 마련되지 않은 실정이다. 국내에서는 아직 안면신경마비에 전침요법에 대한 대규모 임상연구가 부족하여 향후 이와 관련하여 잘 계획된 대규모 임상연구들의 시행이 필요할 것으로 사료된다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 병행치료

【R12】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 침 치료만 시행하는 것보다 전침 치료를 시행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-10
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> 자극에 민감한 일부 환자의 경우 전침 강도 조절 시 전침 자극에 의한 갑작스러운 통증을 호소할 수 있으므로 강도를 높일 때 주의가 필요하며, 전침 강도를 높일 때 환자가 불편해 하지 않을 정도의 적절한 강도로 자극을 진행해야 한다. 전침 자극으로 인한 환자의 불편감이나 이상 반응이 나타날 경우 신속하게 자극 강도를 낮추거나 전침 자극을 중단해야 하며, 전침 시술 부위 가까운 위치에 금속이나 전자장치가 삽입되어 있는 경우 또는 환자의 금기증 해당 여부에 대해 반드시 확인한 후 시술을 진행해야 한다. 		

(1) 임상질문: Q14

특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비하여 전침치료를 시행하는 것이 더 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	전침	침	유효율 (Effective rate), HB grade, Y-system	한의원 및 한방병원

HB grade: House-Brackmann scale; Y-System: Yanagihara's unweighted grading system

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Chen(2013) 등은 발병 2주 이내의 특발성 안면신경마비 환자 60명을 대상으로 무작위 배정을 통해 소밀파를 적용한 전침치료군(n=30)과 침 치료군(n=30)으로 나누어 시행한 임상연구 결과, 치료 2주 후 평가한 유효율(Effective rate)에서 전침 치료군이 침 치료군에 비해 유의하게 높음을 확인하였다.¹⁾

Jia(2014) 등의 연구에서는 안면신경마비 환자 100명을 전침치료군(n=50)과 침 치료군(n=50)으로 무작위배정하여 치료 20일 후 Portmann평가와 유효율을 확인하였다. 연구결과 Portmann평가에서 두 군간 유의한 차이는 없었고, 유효율은 전침 치료군이 침 치료군에 비해 높았으나 통계적인 유의성은 없었다($p>0.05$).²⁾

Jiang(2014) 등은 안면신경마비 환자 64명을 연속파(0~1Hz)를 적용한 전침 치료군(n=32)과 침 치료군(n=32)으로 무작위배정하여 치료 20일 후 Portmann간이평가법과 유효율을 통해 호전도를 평가하였다. Portmann평가에서 두 군간 유의한 차이는 없었고, 유효율은 전침 치료군이 침 치료군에 비해 높았으나 통계적인 유의성은 없었다($p>0.05$).³⁾

Jiang(2016) 등은 말초성 안면신경마비 환자 70명을 무작위배정을 통해 전침치료군(n=35)과 침 치료군(n=35)으로 나누어 임상연구를 진행하였으며, 치료 20일 후 평가한 유효율은 전침 치료군이 침 치료군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05$).⁴⁾

Li(2010) 등은 발병 후 1개월 이내의 특발성 안면신경마비 환자 72명을 단속파를 적용한 전침치료군(n=36)과 침 치료군(n=36)으로 무작위배정하여 시행한 임상연구 결과, 치료 40일 후 전유율(cure rate)이 전침 치료군에서 유의하게 높음을 확인하였다($p<0.05$).⁵⁾

Peng(2011) 발병 1주일 이내의 급성기 말초성 안면신경마비 환자 60명을 소밀파(10Hz)를 적용한 전침치료군(n=30)과 침 치료군(n=30)으로 무작위배정하여 임상연구를 시행하였다. 치료 10일 후 현효율과 유효율, 치료 23일 후 현효율과 유효율 모두 침 치료군이 전침 치료군에 비하여 유의하게 높았다($p<0.05$).⁶⁾

Wu(2017) 등은 발병 2주일 이내의 급성기 말초성 안면신경마비 환자 100명을 대상으로 연속파를 적용한 전침치료군(n=50)과 침 치료군(n=50)으로 나누어 무작위배정 임상연구를 시행하였다. 치료 후 평가에서 전침 치료군의 치유율(60%)이 침 치료군(32%)에 비하여 유의하게 높았으며($P<0.05$), 유효율 또한 전침치료군(92%)이 침 치료군(76%)에 비하여 유의하게 높았다($P<0.05$).⁷⁾

Zhang(2018b) 등은 말초성 안면신경마비 환자 80명을 대상으로 소밀파를 적용한 전침 치료군(n=40)과 침 치료군(n=40)으로 나누어 무작위배정 임상연구를 시행하였다. 치료 후 평가에서 전침 치료군의 치유율(62.5%)이 침 치료군(25%)에 비하여 유의하게 높았다($P<0.05$).⁸⁾

An(2005) 등은 발병 30일 이내의 특발성 안면신경마비 환자 40명을 대상으로 무작위대조임상시험을 진행하였다. 18명의 전침 치료군과 22명의 호침치료군을 대상으로 4주간 매일 치료를 시행한 결과를 비교하였다. 최종평가시까지 각각 18명 중 15명, 22명 중 19명이 옹하였다. 치료 시작 2주, 4주 후 HB grade와 Y-system으로 치료효과를 비교한 결과, 치료 2주 후 HB grade는 두 군간 유의한 차이가 없었으나 Y-system 상 전침 치료군이 침 치료군에 비해 유의한 성적 차이를 보였다. 치료 4주 후 HB grade

및 Y-system 모두 전침치료군이 호침치료군에 비해 통계적으로 유의하게 치료효과가 높았다.⁹⁾

Lee(1999) 등은 특발성 안면신경마비 환자를 전침 치료군과 침 치료군으로 나누어 치료효과를 비교하였다. 두 군은 모두 협거(ST6), 지창(ST4), 수구(GV26), 승장(CV24), 예풍(TE17), 사백(ST2), 합곡(LI4), 사죽공(TE23), 찬죽(BL2), 족삼리(ST36), 태충(LR3) 등에 매일 1회 시술하였다. 전침 치료군은 발병 1주까지는 소밀파(loose and dense wave)를, 이후에는 단속파(interrupted wave)를 사용하였고, 전침 시행 부위는 지창(ST4)-협거(ST6), 사죽공(TE23)-찬죽(BL2), 주파수 3Hz의 자극을 15~20분간 시행하였다. 결과적으로 전침 치료군은 완치 82.8%, 탁월 10.3%, 양호 및 불량이 각각 3.4%의 순으로 나타났고, 침 치료군은 완치 61.9%, 탁월과 양호가 각각 14.3%, 호전과 불량이 각각 4.8%로 나타났다. 완치까지의 치료기간은 전침 치료군이 1-2주 내 완치 7례, 2-3주 내 완치 7례였으며, 침 치료군은 2-3주 내 완치 6례, 3-4주 내 완치 4례였다. 전침 치료군의 치료기간이 침 치료군에 비해 짧았다고 결론 내렸다.¹⁰⁾

② 연구결과의 요약

9편의 무작위대조군임상연구와 1편의 비무작위대조군임상연구가 선정되었으며, 이 중 메타분석이 가능한 8편의 무작위대조군임상연구 결과에 대한 정량적 평가를 통해 침 치료만 단독으로 시행한 대조군에 비해 침 치료와 전침을 병행한 치료군이 유효율(Effective rate)에서 유의하게 높음을 확인하였다 [RR 1.12, (1.07, 1.18)]. 해당문헌들은 비뚤림 위험이 높지 않고 비직접성, 비정밀성에 해당하지 않는 것으로 판단하였으며, 이질성 검정에서 I²=85%로 비교적 높은 비일관성이 있는 것으로 판단되었으나 메타분석이 어려워 정성적 평가만 가능했던 두 편의 문헌을 포함하여 대부분 침 치료와 전침을 병행한 치료군이 단독 침 치료 대조군에 비해 유의한 효과가 있는 것으로 보고되어 근거수준을 한 단계 낮춰 중등도(Moderate)로 결정하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	606 (8 RCTs)	●●●○ Moderate	RR 1.12, [1.07, 1.18]	-	-	높을수록 개선됨을 의미
HB grade (important)	40 (1 RCT)	●●●○ Moderate	-	-	-	낮을수록 개선됨을 의미
HB grade (important)	50 (1 Non-RCT)	●●○○ Low	-	-	-	낮을수록 개선됨을 의미
Y-system (important)	40 (1 RCT)	●●●○ Moderate	-	-	-	높을수록 개선됨을 의미

H-B grade: House-Brackmann scale, Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

특발성 안면신경마비에 대한 전침요법이 단독 침치료에 비해 유의한 효과가 있는지를 알아보기 위한 무작위대조군임상연구 문헌들의 정량적 평가 결과 침치료에 전침요법을 병행한 치료군에서 침치료만 단독으로 시행한 대조군에 비하여 유효율(Effective rate)에서 유의하게 우수한 치료 효과를 확인할 수 있었으나, 비일관성을 고려하여 근거수준은 중등도(Moderate)로 결정하였다. 안면신경마비에 대한 전침요법은 현재 국내 임상현장에서 많이 사용되는 치료이며, 건강보험이 적용되는 치료항목으로 비용이 크지 않고 문헌분석 결과 유의한 치료효과를 기대할 수 있는 치료법으로 판단하여 근거수준에 따라 권고등급(B)을 부여하였다. 전침요법의 경우 강도, 빈도, 파형 등 매개변수의 차이에 따라 질환별로 효과가 다르게 나타날 가능성이 있으므로 향후 안면신경마비 치료를 위한 최적의 매개변수를 찾기 위한 추가 연구들이 필요할 것으로 사료된다. 본 권고안 도출에 있어서 비용대비 효과를 평가한 연구문헌이 확인되지 않아 비용에 대한 판단은 제외하였다.

(3) 참고문헌

1. CHEN YH, SU XQ, SUN ZR, YANG XP. Observation on Electroacupuncture with Sparse-density Wave for Idiopathic Facial Paralysis. *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion*. 2013;32(8):653-4.
2. 贾先红, 任玉乐. 穴位透刺配合电针用于治疗周围性面瘫及预后测评的研究. *实用医学杂志*. 2014;(10):1655-7.
3. 江进忠. 穴位透刺配合电针治疗急性期周围性面瘫的临床疗效观察. *中医临床研究*. 2014;(7):62-4.
4. JIANG XF, WANG J, WANG J. Effect of Acupuncture and Electroacupuncture in Treatment of Peripheral Facial Paralysis. *China Health Standard Management*. 2016;7(8):141-2.
5. 李剑. 电针透穴法治疗面瘫72例临床观察. *黑龙江医药*. 2010;23(4):653-4.
6. Peng XH, Li RG, Li G. Comparative Observation of Clinical Effectiveness on Different Acupuncture Methods to Treat 60 Cases of Peripheral Facial Paralysis. *Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine*. 2011;29(4):109-10.
7. WU Chaogang, JIA Ruili, LI Danhong, LIU Jingyang. Acupuncture combined with Electroacupuncture in the Treatment of Acute Peripheral Facial Paralysis for 50 Cases. *光明中医*. 2017;32(2):240-1.
8. 张新田. 透刺加电针治疗周围性面瘫的临床疗效观察. *甘肃科技*. 2018;34(15):109-12.
9. An BJ, Song HS. Effect of Electroacupuncture on Patients with Peripheral Facial Paralysis. 2005;22(4):121-9.
10. Lee SW, H'an SW. Clinical study of facial nerve paralysis through electro-acupunctre treatment. *Journal of Acupuncture Research*. 1999;16(4):149-63.

【R13】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 한약 치료와 함께 침 치료만 시행하는 것보다 한약 치료와 함께 전침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1-2

(1) 임상질문: Q15

특발성 안면신경마비 환자에게 한약 치료와 침 치료만 병행하는 것에 비하여 한약 치료와 전침 치료를 병행하는 것이 더 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	전침+한약	침+한약	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 2건의 무작위배정연구가 포함되었다.

Jiang(2008) 등은 말초성 안면신경마비 환자 95명을 대상으로 전침군(n=50)과 일반침군(n=45)으로 나누어 무작위배정임상연구를 시행하였다. 두 군 모두 한약(견정산)을 동일하게 투여하였으며, 전침군은 소밀파를 적용하였다. 치료 후 평가결과 유효율($p<0.05$)과 치유율($p<0.01$) 모두 전침군이 일반침군에 비해 유의하게 높음을 확인하였다.¹⁾

Liu(2006) 등은 급성기 말초성 안면신경마비 환자 86명을 전침치료군(n=45)과 일반침치료군(n=41)으로 무작위배정하여 임상연구를 시행하였다. 두 군 모두 한약치료(가미견정산)를 병행하였으며, 전침치료군은 소밀파와 연속파를 5분 간격으로 교대로 적용하였다. 치료 후 평가결과 유효율에서 전침치료군이 일반침치료군에 비해 유의하게 높았다($p<0.05$).²⁾

② 연구결과의 요약

총 2편의 무작위대조군임상연구 결과에 대한 정량적 평가에서 한약치료와 일반침치료를 병행한 대조군에 비해 한약치료와 전침요법을 병행한 치료군이 유효율(Effective rate)에서 유의하게 높음을 확인하였다[RR 1.11, (1.02, 1.21)]. 해당문헌들은 비직접성, 비일관성에 해당하지는 않았으나, 비뿔림 위험이 있고 샘플사이즈가 충분하지 않아 비정밀성에 해당하여 근거수준을 두 단계 낮춰 낮음(Low)으로 결정하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	181 (2 RCTs)	●●○○ Low	RR 1.11, [1.02, 1.21]	-	-	높을수록 개선됨을 의미

RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

특발성 안면신경마비에 대해 한약치료와 전침요법 병행치료가 한약치료와 침치료만을 병행한 치료에 비해 유효율(Effective rate)에서 유의하게 우수한 치료 효과를 확인할 수 있었으나, 비뿔림 위험과 비정밀성을 고려하여 근거수준은 낮음(Low)으로 결정하였다. 앞서 설명한 바와 같이 안면신경마비에 대한 전침요법은 현재 국내 임상현장에서 많이 사용되는 치료이며, 건강보험이 적용되는 치료항목으로 비용이 크지 않고 문헌분석 결과 유의한 치료효과를 기대할 수 있는 치료법으로 판단된다. 본 권고안은 근거수준에 따라 권고등급(C)을 부여하였다. 본 권고안 도출에 있어서 비용대비 효과를 평가한 연구문헌이 확인되지 않아 비용에 대한 판단은 제외하였다.

(3) 참고문헌

1. 姜爱华, 王颖, 何小英. 特发性面神经麻痹静止期和恢复期应用电针对疗效的影响. 中医药临床杂志. 2008;20(4):395-6.
2. 刘玉生, 欧阳应颐, 尹勇. 电针加中药治疗周围性面瘫的临床应用. 中国针灸. 2006;26(4):259-60.

▣ 협진치료

【R14】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 일반적인 치료와 함께 침 치료만 시행하는 것보다 일반적인 치료와 함께 전침 치료를 협진하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1-3

(1) 임상질문: Q16

특발성 안면신경마비 환자에게 일반적인 치료와 침 치료만 병행하는 것에 비하여 일반적인 치료와 전침 치료를 병행하는 것이 더 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	일반적인 치료+전침	일반적인 치료+침	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문은 스테로이드(Steroid)를 포함한 의과 약물치료 및 운동치료를 일반적인 치료로 정의하고, 일반적 치료에 전침치료를 병행한 군을 실험군으로, 일반적 치료 시행군을 대조군으로 설정하였다.

본 임상질문에는 총 3건의 무작위배정연구가 포함되었다.

Chen(2011) 등은 발병 1개월 이내의 말초성 안면신경마비 환자 70명을 대상으로 무작위 배정을 통해 전침치료군(n=40)과 일반침치료군(n=30)으로 나누어 치료 1개월 후 평가를 통한 유효율(Effective rate)을 비교하였다. 두 군 모두 스테로이드, 항바이러스제, 비타민B군 처방이 적용되었으며, 전침치료군은 소밀파를 적용하였다. 연구결과 유효율(Effective rate)은 일반침치료군에 비해 전침치료군에서 유의하게 높았다.¹⁾

Li(2013) 등은 말초성 안면신경마비 환자 64명을 전침치료군(n=32)과 일반침치료군(n=32)으로 무작위배정하여 임상연구를 시행하였다. 두 군 모두 양방치료(텍사메타손+비타민B1+메코발라민(Mecobalamin))를 병행하였으며, 전침치료군은 소밀파를 적용하였다. 치료 4주 후 Portmann 평가에서 두 군 모두 치료 전과 비교하여 유의한 호전을 보였으며(p<0.01), 군간 비교에서는 전침치료군의 치료 효과가 일반침치료군에 비하여 유의하게 우수하였다(p<0.01). 유효율(Effective rate)도 일반침치료군에 비해 전침치료군이 높았으나 통계적인 유의성은 없었다(p>0.05).²⁾

Zhang(2018a) 등은 발병 25일 이내의 말초성 안면신경마비 환자 60명을 대상으로 단속파를 적용한 전침치료군(n=30)과 일반침치료군(n=30)으로 무작위배정하여 임상연구를 시행하였다. 두 군 모두 운동요법을 병행하였다. 치료 40일 후 유효율(Effective rate)은 전침치료군(93.33%)이 일반침치료군(76.67%)에 비하여 높았으며, 삶의 질 점수(85.46±1.27;72.35±2.54)와 환자 만족도(86.24±

1.23:73.62±2.57) 역시 전침치료군이 일반침치료군보다 높게 나타났다.³⁾

② 연구결과의 요약

총 3편의 무작위대조군임상연구 결과에 대한 정량적 평가에서 일반적인 치료와 일반침치료를 병행한 대조군에 비해 일반적인 치료와 전침요법을 병행한 치료군이 유효율(Effective rate)에서 유의하게 높음을 확인하였다[RR 1.13, (1.03, 1.24)]. 해당문헌들은 비직접성, 비일관성에 해당하지는 않았으나, 비뚤림 위험이 있고 샘플사이즈가 충분하지 않아 비정밀성에 해당하여 근거수준을 두 단계 낮춰 낮은 (Low)으로 결정하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	194 (3 RCTs)	●●○○ Low	RR 1.13 [1.03, 1.24]	-	-	높을수록 개선됨을 의미

RR=Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

문헌분석 결과 특발성 안면신경마비에 대해 일반적인 치료와 전침의 협진 치료가 일반적인 치료와 침만을 협진 치료한 것에 비해 유효율(Effective rate)에서 유의하게 우수한 치료 효과를 확인할 수 있었으나, 비뚤림 위험과 비정밀성을 고려하여 근거수준은 낮은(Low)로 결정하였다. 앞서 설명한 바와 같이 안면신경마비에 대한 전침치료는 현재 국내 임상현장에서 많이 사용되는 치료이며, 건강보험이 적용되는 치료항목으로 비용이 크지 않고 문헌분석 결과 유의한 치료효과를 기대할 수 있는 치료법으로 판단된다. 본 권고안은 근거수준에 따라 권고등급(C)을 부여하였다. 본 권고안 도출에 있어서 비용대비 효과를 평가한 연구문헌이 확인되지 않아 비용에 대한 판단은 제외하였다.

(3) 참고문헌

1. 陈英, 曹晶晶, 王德飞, 杨卫杰. 针刺透穴合电针二联治疗周围性面瘫临床观察. 2011;03(3):64-5.
2. 李万婷, 赵立新. 穴位透刺配合电针法治疗周围性面瘫的疗效观察. 2013;11(2):141-2.
3. 张瑞华. 电针与常规针灸治疗周围性面神经麻痹对照研究. 内蒙古中医药. 2018;37(6):74-5.

▣ 단독치료 (전침 파형별 치료)

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
'특발성 안면신경마비 환자에게 전침 치료 시 연속파, 소밀파(Loose and dense wave), 단속파(Interrupted wave) 중 어떠한 파형을 적용하는 경우에 치료효과가 좋은가?'라는 임상질문에 대해 권고안 비도출	-	-

(1) 임상질문: Q17

특발성 안면신경마비 환자에게 전침 치료 시 연속파, 소밀파(Loose and dense wave), 단속파(Interrupted wave) 중 어떠한 파형을 적용하는 경우에 치료효과가 좋은가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	전침(연속파)	전침(단속파) or 전침(소밀파)	HB grade, Y-system, Sunnybrook grade, 유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Li(2017a)는 발병 후 1개월 이내인 말초성 안면신경마비 환자 120명을 대상으로 30Hz이하의 연속파(n=30), 30Hz이상의 연속파(n=30), 소밀파(n=30), 단속파(n=30) 4개의 군으로 나누어 시행한 무작위대조군임상연구 결과, 24일간 매일 치료 후 평가한 각 군의 유효율(Effective rate)에서 단속파 전침치료군이 연속파 2개 치료군 및 소밀파 치료군에 비하여 유의하게 우수한 치료효과를 확인하였다.¹⁾

Li(2017b) 등은 75명의 특발성 안면신경마비 환자 75명을 연속파(n=25), 단속파(n=25), 소밀파(n=25) 3군으로 나누어 전침치료를 시행한 무작위대조군임상연구 결과 총 유효율은 연속파, 소밀파, 단속파 치료군 순으로 높았으나 통계적인 유의성은 없었다($p>0.05$).²⁾

Ruan(2017)은 말초성 안면신경마비 환자 94명을 연속파(n=22), 소밀파(n=25), 단속파(n=23) 3개의 전침치료군과 전침을 적용하지 않은 일반침치료군(n=24) 총 4개의 군으로 나누어 시행한 무작위대조군임상연구 결과, Sunnybrook grading system 평가에서 치료 1개월 후 단속파 전침치료군이 나머지 3개의 군에 비해 유의한 호전을 보였으며, 3개월 후에도 단속파 전침치료군이 나머지 3개의 군에 높은 호전도를 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 또한 3개월 후 평가한 총 유효율에서는 전침치료 3개의 군이 각각 일반침 치료군에 비하여 유의하게 높은 결과를 보였으며($p<0.05$), 전침치료군 중에서는 소밀파군이 연속파, 단속파 군에 비하여 다소 높았으나 통계적 유의성은 확인되지 않았다($p=n.r.$).³⁾

Liu(2012) 등은 129명의 특발성 안면신경마비 환자를 전침치료 파형에 따라 연속파(n=45), 소밀파(n=40), 단속파(n=44) 적용군으로 나누어 시행한 무작위대조군임상연구 결과, 치료 3개월 후 평가를 통해 확인한 총 유효율이 소밀파, 연속파, 단속파 치료군 순으로 높았음을 확인하였으나 통계적인 유의

성은 없었다($p>0.05$).⁴⁾

Choi(2010) 등은 HB grade III 이상인 발병 30일 이내, 치료기간 2주 이상, 치료횟수 5회 이상인 특발성 안면신경마비 환자 56명 중 단속파 전침치료군 29명과 소밀파 전침치료군 27명을 비교하여, 치료 종료 후 HB grade와 Y-system을 이용한 평가를 통해 단속파 사용군이 소밀파 사용군에 비해 유의하게 우수한 치료효과가 있었음을 확인하였다.⁵⁾

(2) 권고안 비도출에 대한 설명

전침치료 시 주파수, 파형, 전류의 강도를 다양하게 조작하여 적용할 수 있는 만큼 전침치료 시 적용할 수 있는 전침 파형의 종류에 따른 치료효과 차이도 확인해볼 필요가 있다. 전침 파형에 따른 치료효과 차이에 대한 기존 국내 임상연구 문헌에서는 소밀파보다 단속파를 적용하는 것이 증상개선에 효과적이라는 결론을 제시하였으나, 전침 파형에 따른 치료효과를 확인하기 위해 시행된 몇몇 중국 임상연구 결과들을 확인해 본 결과 소밀파가 우수한 효과를 보인 연구가 2건, 단속파가 우수한 효과를 보인 연구가 2건 확인되었고 통계적인 유의한 차이를 보이지 않는 경우도 있었다. 또한 연구마다 파형 외에 적용된 전침 조작 조건이 다양하고 치료기간과 평가 방법 등에서 일관성이 떨어져 확인된 연구 결과만으로는 특정 파형에서 우수한 효과를 보이는 지에 대한 정량적 분석이 어려운 것으로 판단되었다. 이에 향후 잘 설계된 질적으로 우수한 임상연구가 시행된 이후에 권고안을 도출하는 것이 타당할 것으로 사료되어 권고안 도출을 하지 않았다.

(3) 참고문헌

1. 李秀叶. 不同波形电针治疗周围性面神经麻痹疗效对比研究. 上海针灸杂志. 2017;36(1):34-7.
2. 李小娟, 赵中亭, 曹朝霞, 魏玉婷, 严兴科. 电针不同波型治疗贝尔面瘫恢复期临床比较研究. 甘肃中医药大学学报. 2017;34(4):74-6.
3. 阮晨. 不同波型电针治疗恢复期周围性面瘫疗效观察. 上海针灸杂志. 2017;36(7):795-8.
4. 刘立安, 朱云红, 李清华, 于竹力. 不同波型电针治疗周围性面瘫的疗效比较与安全性评价. 中国针灸. 2012;32(7):587-90.
5. 최철훈, 송호섭. 파형에 따른 말초성 안면신경마비의 전침 복합 치료 효과. 대한침구학회지. 2010;27(5):43-50.

● 안전성

전침연구와 관련하여 선정된 연구문헌들에서는 전침치료에 의한 이상반응은 보고되지 않았다. 전침치료는 기본적인 침치료가 선행되는 시술인 만큼 일반적인 침치료에 의해 발생할 수 있는 이상반응들이 전침치료 시에도 발생할 수 있을 것이며, 추가로 전침자극에 의한 불편감이 발생할 수 있는 만큼 전침자극 중 이상반응에 대한 관찰이 필요할 것으로 사료된다.

전침치료를 포함한 침 치료 이상반응에 대한 연구로서 Kim 등이 보고한 결과¹⁾를 참고할 수 있다. Kim 등은 특발성 안면신경마비로 입원하여 치료한 환자 50명의 침치료 이상반응을 보고하였다. 36명의 환자가 1번 이상의 이상반응을 호소하였으며, 1884회의 침치료(전침 555회)를 시행하는 동안 163회(전침 41례)의 이상반응이 확인되었고, 그 중 전침 시술 후 출혈 26례, 시술 부위의 통증 9례, 멍 3례, 피로감 1례, 발침 지연 1례, 소양감 1례 순으로 보고되었다. 이상의 보고를 통해 전침치료는 부작용이 적고 대체로 안전한 치료법이라 판단할 수 있으나 향후 객관적 근거 창출을 위해 대규모 환자군 대상의 잘 디자인 된 임상연구가 필요할 것이다.

[참고문헌]

1. 김동혁, 김경욱, 김종한, 김현호, 박지민, 유제혁, 남동우, 이상훈, 최도영. 침치료 이상반응에 대한 전향적 관찰: 말초성 안면신경마비 입원 환자 50명을 대상으로. 대한침구의학회. 2011;28(4): 65-76.

3. 한약(Herbal medicine)

● 배경

안면신경마비의 한의학적 중재(Intervention) 중 한약치료는 침 치료와 더불어 대표적인 치료법이다. 임상한의사를 대상으로 한 개발팀의 설문조사에 따르면, 안면신경마비의 치료에 있어 한약 치료는 활용빈도와 중요도 면에서 침에 이어 2순위를 차지하고 있는 것을 확인할 수 있었다. 따라서 본 개발팀은 한약의 활용을 뒷받침 할 과학적 근거를 확인하고자 본 임상질문을 고려하게 되었다.

‘한약’이라는 중재의 개념을 명확히 하기 위하여 개발팀은 다음과 같이 논의하였다. 개원의패널 설문조사에 의하면 ‘치료원리’에 대한 선호도가 84%로 가장 높으나, 사전 검색 결과 안면신경마비의 한약 치료에 대해 ‘변증’을 키워드로 한 체계적 문헌고찰은 어려운 실정임을 확인하였다. 때문에 본 연구진은 임상한의사 대상 설문조사 결과 도출된 다빈도 한약을 중심으로 체계적 문헌고찰을 진행한 결과를 보고하며, 이와 더불어 고문에 근거한 포괄적 처방명을 제시하여 임상 현장에서 한약 사용에 대한 근거를 제시하고자 한다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 협진치료

【R15】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 스테로이드 치료를 단독으로 시행하는 것보다 건정산 처방을 협진하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-9

(1) 임상질문: Q18

스테로이드 치료를 시행 중인 특발성 안면신경마비 환자에게 건정산 협진치료를 시행하는 것이 스테로이드 단독 치료에 비해 안면증상개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	건정산+양약치료	양약치료	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 8건의 무작위배정연구가 포함되었다.

Zuo(2002)는 총 98례의 환자를 실험군 50명, 대조군 48명으로 나누어 치료경과를 비교하였다. 양군은 기준치료로 프레드니솔론(Prednisolone) 50 mg을 복용, 테이퍼링(tapering, 점점 줄여나가는 것)을 진행하였으며, 그 외에도 Dibazol, 비타민 등을 병복하였다. 실험군은 기준치료 상에 견정산가감방을 복용하며 수증가감하여 병행치료 하였다. 30일의 치료 후 치유율은 실험군이 90%, 대조군이 80%로 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다고 하였으나 p값은 보고되지 않았다. 평균 치료기간은 치료군이 20days, 대조군이 28days로 대체로 실험군이 짧은 경향을 보였으나 이 또한 통계처리 결과가 제시되지 않았다.¹⁾

He(2002)는 총 57례의 환자를 실험군 30명, 대조군 27명에 배분하여 프레드니솔론(Prednisolone), 비타민(Vitamin) 등의 양약치료를 중심으로 한 기준치료 상에 실험군은 견정산가감방을 병복하였다. 치료 30일 후 유효율은 치료군이 100%, 대조군이 87.19%로 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 치유율을 비교할 때 실험군은 93.33%, 대조군은 74.07%로 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.01$).²⁾

Peng(2017)은 총 128례의 특발성 안면신경마비 환자를 프레드니솔론(Prednisolone) 등의 양약치료를 한 대조군 64례, 동일한 양약치료와 함께 가미견정산치료를 협진한 실험군 64례로 나누어 전향적으로 관찰하였다. 8주 간의 치료 후 총 유효율을 비교한 결과 실험군은 93.75%의 회복율, 대조군은 76.56%에 비해 유의하게 높았다($p<0.05$).³⁾

Ni(2016) 문헌은 총 100례의 말초성 안면신경마비 환자를 실험군 50명, 대조군 50명으로 나누어 전향적 연구를 진행하였다. 대조군은 기준치료로서 스테로이드(Steroid)를 중심으로 한 양약치료를, 실험군은 기준치료 상에 수증가감한 견정산가미방을 병용하여 2주 치료 후 결과를 비교하였다. 1주 후의 유효율(Effective rate)은 실험군 96%, 대조군 88%로 통계적으로 유의하게 높았으며($p<0.01$), 2주 후의 유효율(Effective rate)은 실험군 98%, 대조군 92%로 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). H-B grade는 Grade 2 환자군이 1주 후에는 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높았으며($p<0.01$), 2주 후에는 Grade 1 환자군이 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높았다($p<0.05$). 안면신경기능평균은 양군 모두 치료 후 호전되었으며($p<0.01$) 실험군이 대조군에 비해 1주 후와 2주 후에 모두 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05, 0.01$).⁴⁾

Yan(2014) 문헌은 총 65명의 벨마비(Bell's palsy) 환자를 실험군 33명, 대조군 32명으로 나누어 전향적으로 관찰하였다. 실험군은 일반적 양약치료와 견정산가감방을 병행복용, 대조군은 일반적 양약치료만 시행하여 치료 후 유효율(Effective rate)을 비교하였다. 실험군은 93.94%의 회복율, 대조군은 81.25%의 회복율을 보여 실험군이 통계적으로 유의하게 높은 회복률을 보였다($p<0.05$).⁵⁾

Dong(2013)은 총 160명의 특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 임상연구를 진행하였다. 대조군 80명은 프레드니솔론(Prednisolone)을 중심으로 한 일반적 양약치료를 받았고 실험군 80명은 대조군의 양약치료에 견정산 가미방을 병행복용 하여 총 30일간의 치료기간 후 유효율(Effective rate)을 비교

하였다. 실험군의 총 유효율은 92.5%, 대조군은 75.0%로 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높은결과 ($p<0.05$)를 보였다.⁶⁾

Li(2013)는 총 80명의 특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 실험군과 대조군을 각각 40례로 배정하여 임상연구를 진행하였다. 실험군은 프레드니솔론(Prednisolone)을 중심으로 한 양약치료와 가미견정산 병행복용치료를, 대조군은 실험군과 동일한 양약치료를 시행한 후 4주 후 치료결과를 비교 평가하였다. 완전회복을 보인 치유율은 실험군이 50%로 대조군 27.5%에 비해 유의하게 높았다($p<0.01$). 유효율(Effective rate) 또한 실험군 92.5%이 대조군 75.0%에 비해 통계적으로 유의하게 높은 결과를 보였다($p<0.05$).⁷⁾

Zhou(2012)는 안면신경마비 환자 116례를 실험군 60명과 대조군 56명으로 배정하여 임상연구를 진행하였다. 대조군은 프레드니솔론(Prednisolone) 중심의 양약치료를 받았고 실험군은 대조군의 기준 치료 상에 견정산가미방을 병행복용하여 4주 후 치료결과를 확인하였다. 유효율(Effective rate)은 실험군이 91.67%, 대조군이 78.57%로 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05$).⁸⁾

② 연구결과의 요약

총 8건 문헌의 정량적 평가 결과 유효율(Effective rate)면에서 기준치료로 양약을 복용한 대조군에 비해 양약과 견정산 협진치료를 한 실험군이 유의하게 높은 호전율을 보였다[RR 1.18 (1.12, 1.25)]. GRADE 평가 결과 맹검(Blind)과 할당(Allocation)에서 비뿔림 위험성이 높은 점에서 하강(Downgrade)을 한 단계 실시하였다. 그 외에 $I^2=0\%$ 로 비일관성에서 단계 조정은 필요하지 않았으며 총 804명의 안면신경마비 환자군을 대상으로 시행하여 OIS를 충족하였기에 비정밀성에서도 단계 조정은 필요하지 않았다. 최종적으로 근거 수준은 중등도(Moderate)로 합의되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	804 (8 RCTs)	●●●○ Moderate	RR 1.18, (1.12, 1.25)	-	-	높을수록 개선됨을 의미

RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문은 현행 의과 기준치료로 다용되고 있는 스테로이드(Steroid)치료와 한약 협진치료의 효과성을 확인하고자 하였다. 스테로이드(Steroid) 투여방법은 임상적으로 다양하나, 일반적으로 1 mg/kg 을 감량기간 포함하여 10-14일간 복용하는 것이 제시되고 있다.⁹⁾ 때문에 안면신경마비의 급성기 기간 동안 일반적 치료와 한약 협진 치료를 하였을 때 효과적인 결과를 얻는다면, 임상 한의학 활용의 폭이 넓어질 것으로 사료된다.

정량적 분석결과 스테로이드(Steroid) 단독 치료에 비해 견정산 복합치료를 통해 얻는 이득이 높을 것으로 사료된다. 그러나 각 문헌의 평가시기가 단기간(Short term)에 해당되어 장기적인 안면운동기능의 회복이라고 해석하기는 어려워 향후 추가적 연구가 필요하다. 또한 복합치료의 안전성에 대한 보고는 경미한 이상반응(Mild adverse event) 위주였으나 대규모 연구가 필요하다는 점에서 한계가 있다. 그럼에도 불구하고 확인된 위해가 경미(mild)한 수준이었으며, 견정산 가감방의 복합치료가 임상적 이득이 클 것으로 사료되는 바, 전문가 집단과의 논의 하에 개발팀은 권고등급 B를 부여하였다.

(3) 참고문헌

1. 左尚宝, 李芳. 中西医结合治疗周围性面神经麻痹 50例疗效观察. 山东医药. 2002;42(20):5-7.
2. 何军. 中西医结合治疗周围性面瘫 57例. 河南中医. 2002;22(2):34.
3. 彭立夫, 邵长杰. Observation on the Therapeutic Effect of Modified Qianzheng Powder combined with Mecobalamine in Treating Idiopathic Facial Palsy[加味牵正散联合甲钴胺治疗特发性面神经麻痹疗效观察]. 光明中医. 2017;32(5):722-4.
4. 倪浩斌, 王华政. 牵正散加味治疗外感型周围性面神经麻痹的临床观察. 陕西中医. 2016;37(3):274-6.
5. 闫秋霜, 王吉英, 杨光辉. 牵正散加味治疗 Bell 麻痹疗效观察. 辽宁中医杂志. 2014;41(12):2639.
6. 董华丽. 牵正散加味治疗特发性面神经麻痹疗效观察. 中国实用神经疾病杂志. 2013;16(2):68-9.
7. 李四方. 自拟加味牵正散治疗特发性面神经麻痹 80例临床研究. 中国现代药物应用. 2013;7(9):10-1.
8. 周虹, 樊红彩. 牵正散加味煎服治疗风寒阻络型面神经麻痹. 中西医结合心脑血管病杂志. 2012;10(1):118-9.
9. 대한이과학회 정도관리위원회 급성안면신경마비 진료지침팀. 급성안면신경마비 진료지침. 2010.

▣ 병행치료

【R16】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 침 치료를 단독으로 시행하는 것보다 침 치료와 함께 견정산 처방을 병행하는 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-11

(1) 임상질문: Q19

특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료와 함께 견정산을 복용하는 것이 침 치료를 단독으로 시행하는 것보다 안면증상 개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	견정산+침 치료	침 치료	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 11건의 무작위배정연구가 포함되었다.

Sun(2018)은 총 80명의 급성기 말초성 안면신경마비 환자를 대상으로 한 연구로, 각 40명씩 실험군과 대조군으로 나누었다. 일반적인 침 치료를 시행한 대조군과 이에 견정산가감방을 하루 2차례 분복, 병행치료한 실험군의 유효율(Effective rate)을 비교하였다. 30일 뒤 유효율(Effective rate)은 실험군이 95.0%, 대조군이 87.5%로 통계적으로 유의하게 높았으며($p<0.05$), HB grade는 10일, 20일, 30일 전 범위 평가에 걸쳐 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 낮았음($p<0.05$)을 보고하였다. 이상반응은 보고되지 않았다.¹⁾

Chen(2016)은 총 66명의 말초성 안면신경마비 환자를 실험군과 대조군에 각 33명씩 배분하였다. 대조군은 일반적 침 치료를, 실험군은 일반적 침 치료에 견정산가감방을 수증가감하여 병행치료 하였다. 치료 후 총 유효율은 치료군이 93.9%, 대조군이 75.8%로 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05$). 이상반응은 보고되지 않았다.²⁾

An(2014)은 총 86명의 급성기 말초성 안면신경마비 환자를 각 43명씩 실험군과 대조군으로 나누어 일반 침 치료를 기준치료로 실험군은 견정산가감방을 수증가감하여 병행투여하였다. 2주 후 유효율(Effective rate)을 비교한 결과, 실험군이 65.1%, 대조군이 55.81%로 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05$). 이상반응은 보고되지 않았다.³⁾

Feng(2010)은 총 32명의 말초성 안면신경마비 환자를 실험군과 대조군 각 군에 16명씩 무작위배정하여 실행된 연구이다. 대조군은 일반 침 치료를, 실험군은 일반 침 치료와 함께 견정산가감방을 병행투여 하였다. 20일 후 유효율(Effective rate)을 비교한 결과, 실험군이 93.75%, 대조군이 75% 회복을 보

여 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높았음을 보고하였다($p < 0.05$). 이상반응은 보고되지 않았다.⁴⁾

Wu(2008) 문헌은 총 60명의 급성 말초성 안면신경마비 환자를 각 30명씩 실험군과 대조군으로 나누어 대조군은 일반 침 치료를, 실험군은 동일한 침 치료에 견정산을 하루 2차례 병행분복하였다. 1달 후 전유율을 비교한 결과, 실험군은 70.00%의 회복을, 대조군은 60.00%의 회복을 보여 실험군이 대조군에 비해 높은 완치율을 보였다고 보고하였다. 통계적 처리에 대한 결과보고와 이상반응 보고는 없었다.⁵⁾

Gao(2019) 연구는 총 40명의 안면신경마비 환자를 대상으로 진행되었다. 실험군과 대조군을 각 군당 20례씩 배정하였고, 대조군은 일반 침 치료를, 실험군은 침 치료와 더불어 가미견정산을 수증가감하여 하루 2차례씩 병행복용하였다. 유효율(Effective rate)을 비교한 결과, 치료군(100%)이 대조군(65.0%)에 비해 통계적으로 유의하게 높았음을 보고하였다($p = 0.000 < 0.05$). 또한 이상반응에 대한 보고는 없었다.

Wu(2018) 문헌은 안면신경마비 환자 30례를 각 15명씩 실험군과 대조군으로 나누어 연구하였다.⁶⁾ 대조군은 일반적 침 치료를, 실험군은 동일한 침 치료에 견정산가감방을 하루 2차례 분복치료 하였다. 20일 후 양 군의 유효율(Effective rate)을 비교한 결과 실험군은 치료군이 100%, 대조군이 86%로 보고 되었으며, 통계적 분석결과 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의한 차이가 있었음을 확인하였다($p < 0.05$). 이상반응에 대한 보고는 없었다.⁷⁾

Ba(2015)는 총 80명의 말초성 안면신경마비 환자를 각 40명씩 실험군과 대조군으로 나누어, 대조군은 일반 침 치료를, 실험군은 일반 침 치료에 견정산가감방을 수증가감하여 병행복용하였다. 4주의 치료 뒤 유효율(Effective rate)을 비교한 결과, 실험군은 97.5%의 유효율(Effective rate)을, 대조군은 85.0%의 유효율(Effective rate)을 보여 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높은 결과를 보였다고 보고하였다($p < 0.05$).⁸⁾

Xiao(2014)는 총 72명의 말초성 안면신경마비 환자를 36명의 일반 침 치료군과 36명의 침 치료와 가미견정산 병행치료군으로 나누어 2주 뒤의 치료결과를 분석하였다. 실험군은 88.9%의 총 유효율을, 대조군은 72.2%의 유효율(Effective rate)을 보여주어 통계분석 결과 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의한 차이를 보여주었다고 보고하였다($p < 0.05$).⁹⁾

Li(2011) 연구는 총 72명의 말초성 안면신경마비환자를 대상으로 침 치료군 38명과 침 치료와 견정산가미방 병행복용군 38명으로 나누어 20일간의 관찰을 진행하였다. 유효율(Effective rate)로 치료결과를 비교할 때, 치료군은 94.8%, 대조군은 81.6%로 두 군간에 통계적으로 유의한 차이가 있었음을 보고 하였다($p < 0.05$).¹⁰⁾

Deng(2009) 문헌은 총 120례의 말초성 안면신경마비 환자를 대상으로 진행한 연구이다. 연구자는 무작위배정을 통하여 실험군을 60례, 대조군을 60례로 배정하였다. 대조군은 일반적 침 치료를 진행하였으며 실험군은 동일한 침 치료에 가미견정산을 하루에 3차례씩 분복, 병행치료 하였다. 치료 후의 유효율(Effective rate)을 비교한 결과, 실험군은 97.50%의 회복을, 대조군은 72.50%의 회복을 보여 두 군

간에 통계적으로 유의한 차이가 있었음을 확인하였다($p=0.002<0.01$).¹¹⁾

② 연구결과의 요약

총 11건의 문헌을 정량적분석한 결과 일반 침 치료에 견정산가감방 한약치료를 병행한 실험군이 일반 침 치료를 병행할 때에 비해 18%의 증상 호전률을 보였다[RR(1.11, 1.25)]. GRADE 평가 상 비록 개별연구의 개체 수는 적었지만 정량적 합성으로 인해 전체 인원이 720명으로 확인되어 OIS를 만족하여 비정밀성에서 단계변화는 없었다. $I^2=67%$ 로 다소 높았지만 단계변화는 있지 않았으며 호전율(Cure rate)이라는 일차적 결과물을 사용하여 비직접성에서도 단계변화는 없었다. 그러나 개별 문헌의 비뚤림 위험도가 맹검(Blind)과 할당(Allocation) 면에서 높다(High) 또는 불명확(Unclear)하다는 점에서 비뚤림 위험성(Risk of bias)의 하강(Downgrade)가 있었다. 최종적으로 11건 문헌의 근거수준은 중등도(Moderate)로 도출되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	720 (11 RCTs)	●●●○ Moderate	RR 1.18 (1.11, 1.25) $p<0.00001$	-	-	높을수록 개선됨을 의미

RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

한약치료는 침 치료에 이어 안면신경마비질환에 다빈도로 활용된다. 그러나 현재까지 국내에서 잘 짜여진 임상시험으로 진행된 보고가 없어 부득이 중국 문헌의 활용례를 위주로 평가할 수밖에 없었다. 견정산은 『단계심법(丹溪心法)』에서 유래되어, 『동의보감(東醫寶鑑)』, 『방약합편(方藥合編)』 등 다양한 의서에서 인용되며 풍(風)으로 인한 구안와사의 기본방으로 알려져 있다. 세 가지 약재의 구성으로 이루어진 견정산은 원 처방뿐 아니라 다양한 변증의 가감(加減) 또는 합방(合方)으로 널리 사용되어 경제성 및 임상적 활용성이 높은 한약이다.

본 문헌 고찰을 통해 확인된 11건의 무작위배정 비교임상시험은 침 치료를 단독으로 시행하는 것에 비하여 한약치료를 병행하였을 때 최종 치료 효과가 좋았음을 보고하였다. 이를 통해 견정산의 추가 치료를 통해 얻는 이득이 위해에 비해 높을 것으로 판단하였다. 그러나 임상시험의 설계 면에서 플라시보 한약이 적용되지 않아 정확한 한약의 치료효과를 반영한다고 보기는 어려울 수 있고, 안전성에 대한 보고가 충실히 이루어지지 않은 점 등이 권고안 도출 과정에서 주요한 논의대상이 되었으며, 해당 처방의 국내 사용 빈도 현황 등을 종합적으로 고려하여 본 개발팀은 임상전문가와와의 합의를 통해 최종적으로 근거수준(Moderate)에 따라 권고등급 B를 부여하였다. 향후 잘 설계된 임상시험을 통해 안전성과 효과성에 대한 적극적 보완이 필요할 것으로 사료된다.

(3) 참고문헌

1. 孙荣丽. Clinical Observation on Qianzheng Powder Combined with Acupuncture in Treating Acute Peripheral Facial Paralysis[牵正散联合针刺治疗急性期周围性面瘫临床观察]. 光明中医. 2018;33(11):1610-1.
2. 陈国庆. 运用牵正散配合针灸治疗周围性面瘫 33例疗效观察与分析. 内蒙古中医药. 2016;15(4):74.
3. 安化捷. 针药结合治疗急性周围性面瘫 43例. 河南中医. 2014;34(9):1832.
4. 冯峻屹. 针刺加牵正散治疗周围性面瘫 16例. 实用中医内科杂志. 2010;24(12):110-1.
5. 吴振英. 牵正散联合针刺治疗急性面神经麻痹 30例. JETCM. 2008;17(11):1610-1.
6. 高超. 观察加味牵正散配合针灸治疗面瘫的临床疗效. 中医中药. 2019;17(2):147.
7. 伍曙霞, 陆素琴. 面神经麻痹牵正散加减配合针灸治疗的临床分析. 临床医药文献杂志. 2018;5(78):172.
8. 巴春艳. 牵正散加减配合针灸治疗周围性面瘫 40例. 内外兼治中国民间疗法. 2015;23(7):60-1.
9. 肖再军. 72例周围性面瘫运用加味牵正散联合针刺疗法的疗效观察. 北方药学. 2014;11(4):49-50.
10. 李雁强. 牵正散加味联合针灸治疗周围性面神经麻痹疗效观察. 中医中药. 2011;9(25):317-8.
11. 邓润成. 牵正散加减配合针灸治疗周围性面神经麻痹疗效观察. 中医中药. 2009;8(12):142.

【R17】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면증상 개선을 위해 침구 치료를 단독으로 시행하는 것보다 침구 치료와 함께 보중익기탕 처방을 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1

(1) 임상질문: Q20

특발성 안면신경마비 환자에게 침구 치료와 함께 보중익기탕을 복용하는 것이 침구 치료를 단독으로 시행하는 것보다 안면증상개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	보중익기탕 + 침구 치료	침구 치료	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1건의 무작위배정연구가 포함되었다.

Liu(2018) 연구는 총 72명의 말초성 안면신경마비환자를 대상으로 30일에 걸쳐 임상시험을 진행하였다. 무작위로 배정된 대조군 36명은 환측 안면과 양측 원위취혈을 중심으로 침치료를 시행하며, 족삼리(ST36)에 애조구를 시행하였다. 실험군 36명은 상동한 침구치료에 보중익기탕가감방을 병용투여하였다. 30일 뒤 증상개선율을 비교한 결과, 실험군이 97.2%, 대조군이 83.3%로 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 호전되었다($p=0.000<0.05$). 치료기간을 비교한 결과, 실험군이 $20.07 \pm 6.87d$, 대조군이 $40.11 \pm 12.12d$ 로 실험군이 대조군에 비해 유의하게 짧았다($p=0.000$). 이상반응은 보고되지 않았다.¹⁾

② 연구결과의 요약

본 임상질문에 포함된 연구는 총 1건의 무작위배정연구로, 근거의 합성을 통한 근거수준 상승은 어려웠다.

증상개선율의 경우 RR 1.17 [95% CI, 1.00 to 1.36, $p=0.05$]로 증상은 호전되는 양상을 보였으나 통계적 유의성은 없었다. 치유까지의 치료기간을 비교할 때, MD=-20.04 [95% CI=-24.59 to -15.49, $p<0.00001$]로 치료기간이 단축되는 것을 확인할 수 있었다. 따라서, 단독 침치료군에 비해 침과 보중익기탕가감방 병행치료군이 치료기간을 단축시키는 효과가 있었다.

근거수준 평가를 위한 GRADE 기준 중, 증상개선 평가를 위한 정량적 평가도구가 아닌 육안적 평가도구가 사용되었다는 점, 결과 평가자와 연구자가 같음으로 인해 평가에 주관적 비뚤림의 가능성이 있다는 점에서 비뚤림 위험이 증가해 등급을 1단계 낮추었다. 포함 문헌이 1건으로 일관성 항목에서 등급은 유지되었다. 임상질문의 결과변수는 모두 안면신경마비와 직접적 관련성이 있는 항목으로 등급

은 유지되었다. 정밀성의 경우, 연구에 포함된 인원이 총 72명으로 적은 샘플수로 인해 비정밀성에 해당되어 1단계 낮추었다. 1건의 무작위연구에서 2단계 낮아져 최종적으로 낮음(Low)으로 평가되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	72 (1 RCT)	●○○○ Low	RR 1.17 (1.00, 1.36)	-	-	높을수록 개선됨을 의미

RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

한약은 환자 개개인의 특성과 질병상황을 고려하여 투약되므로 양약과 같은 획일적인 처방에 비해 다양한 종류의 한약이 활용된다. 임상한의사 대상의 설문조사에 따르면 특히 안면신경마비의 임상 경과에 따른 처방 양상이 뚜렷해 보였는데, 특히 회복기와 후유증기의 경우 보협과 비보협탕약을 통틀어 보중익기탕의 사용빈도가 가장 높은 것을 확인할 수 있었다. 때문에 연구팀의 초기의 가설은 임상현장을 반영하여 안면신경마비의 회복기, 후유증기에 보중익기탕의 활용도를 알아보고자 하였다. 그러나 실제 폭넓은 데이터베이스의 검색결과 보중익기탕을 주요 중재로 진행된 문헌의 절대수가 적었으며, 그 또한 회복기에 집중되지 않았고 포함된 인원이 매우 적어 임상적 효과를 대변하기 어려울 것이라 예상하였다. 따라서 본 항목에 대한 근거수준을 높이기 위해 향후 질적으로 우수한 임상연구가 시행되어야 할 것으로 사료되며, 본 항목에 대해서 개발팀은 근거수준(Low)에 따라 권고등급 C를 부여하였다.

(3) 참고문헌

1. 刘慎义, 姜宾, 李伟. 针灸联合补中益气汤加减治疗周围性面瘫患者的临床疗效. China J. of Pharmaceutical Economics, 2018:98-100

□ 단독치료

【R18】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
안면신경마비에 대한 한약 치료 처방으로 이기거풍산(理氣祛風散), 견정산(牽正散), 청양탕(淸陽湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯) 등의 사용을 전문가 그룹의 합의에 근거하여 권고하며, 환자 개개인의 상태와 특성에 따라 변증을 통해 투여 처방을 결정할 수 있다.	GPP/CTB	1-2
임상적 고려사항 천오, 백부자 등 유독한 한약재가 포함된 견정산, 불환금단은 투여 시 주의가 필요하다.		

(1) 임상질문: Q21

안면신경마비 환자에게 적용할 수 있는 한약 치료 처방으로 어떠한 처방이 있는가?

(2) 권고안 도출에 대한 설명

한약의 안면신경마비 치료효과에 대한 잘 디자인된 무작위배정임상연구는 그 수가 절대적으로 부족하다. 본 임상진료지침 개발팀은 ‘어떠한 처방을 권고할 것인가?’에 대하여 논의한 결과 「기존 한약서에 대한 잠정규정」(보건복지부 고시)에 따른 10종의 한약서를 종합하여 대표적으로 사용된 처방을 고전 문헌에 근거하여 권고하기로 합의하였다. 《방약합편(方藥合編)》은 견정산(牽正散)과 이기거풍산(理氣祛風散)의 활용하였고, 《동의보감(東醫寶鑑)》은 견정산(牽正散), 이기거풍산(理氣祛風散), 청양탕(淸陽湯), 진교승마탕(秦茺升麻湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯), 서각승마탕(犀角升麻湯), 천선고(天仙膏) 등을 활용하였기에 권고한다.^{1,2)}

그러나, 한의학 처방과정의 고유한 특성 상 한 개의 단일 처방이 최고의 선택이 될 수 없으며, 임상 현실에서는 해당 처방을 참고삼되 반드시 환자의 증상과 병리적 특성을 고려하여 다양한 처방 또는 약재를 가감하여 투여해야할 것이다. 본 권고안에서는 《동의보감》과 《방약합편》의 처방 중 임상 활용에 적절성에 대한 평가가 반영된 동료검토 평가와 전문가 합의과정을 통해 결정된 이기거풍산(理氣祛風散), 견정산(牽正散), 청양탕(淸陽湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯)을 권고 한약처방으로 제시하였으며, 임상연구의 절대적인 숫자는 부족하나, 서지학적 근거 또는 임상현장의 활용도를 기반으로 전문가 그룹의 합의에 근거하여 권고한다(GPP).

(3) 참고문헌

- 허준. 동의보감(東醫寶鑑). Bupin Publishing. Co. 2002:960-2.
- 황도연. 방약합편(方藥合編). Namsan Publishing. Co. 1992:67,120,130-1.

● 안전성

견정산에 대한 Peng(2017)의 임상연구에서 이상반응(Adverse event)은 실험군에서 오심 3건, 묽은변 2건, 복통과 설사가 1건이었다. 대조군은 오심 3건, 묽은변 3건, 구토가 2례로 확인되었다. 양 군의 이상반응(Adverse event) 발생률을 비교한 결과 양 군간 유의한 차이는 없는 것으로 확인되었다($p>0.05$).¹⁾ Zhou(2012)의 임상연구에서 실험군에서 위완부의 불편감, 작열감 등의 위장계증상이 2건 발생하였으나 처방을 증상에 맞게 가감하여 온중산한강역지구(溫中散寒降逆止嘔)한 후 자연스럽게 완해되었다. 대조군은 정신적 흥분상태, 수면불량 등의 정신계증상이 10건 발생하였으나 증상에 맞게 디아제팜(Diazepam)과 같은 진정제(Sedative drug)를 사용한 결과 증상이 개선되었다고 보고하였다.²⁾

이상의 증례를 고찰 할 때 심각한 이상반응(Severe adverse event)의 발생률은 적고 대증치료가 가능한 가벼운 이상반응 위주로 나타난 바, 양약과 견정산가감방의 병행치료는 상대적으로 안전함을 확인할 수 있었다. 그러나 경미(Mild)한 이상반응 또한 혈액검사(Lab)결과 또는 구체적 원인에 대한 보고가 명확하지 않은 점, 장기효과(Long term effect)에 대해서는 명확한 보고가 없는 점 등을 고려할 때 향후 약리학, 약동학적 관점에서 객관적인 안전성을 연구할 필요가 있다.

말초성 안면마비 환자군의 한약복용이 간 기능에 미치는 영향을 보고한 백 등³⁾의 연구에 따르면 침, 전침, 약침과 병행한 한약치료(평균 투약 기간: 19.811 ± 6.778 일)를 시행한 말초성 안면신경마비 환자 37명을 대상으로 한 투약기간 전후 간기능 검사 결과 평균 Total Protein (TP), Albumin, Total Bilirubin (TB), γ -Glutamyl Transferase (GGT)는 유의한 감소, Aspartate Amino Transferase (AST), Alanine Amino Transferase (ALT), Lactate Dehydrogenase (LDH), Alkaline Phosphatase (ALP)는 유의하지 않은 감소를 보였으나, 연구대상이 간기능 정상군이 아니고 투약 처방이 안면신경마비에 일반적으로 쓰이는 처방이 아니었다. 따라서 본 지침에서 권고한 처방들과 이질성이 존재하는 바, 추후 권고안 처방의 안전성에 대한 임상연구가 필요할 것이다.

[참고문헌]

1. 彭立夫, 邵长杰. Observation on the Therapeutic Effect of Modified Qianzheng Powder combined with Mecobalamine in Treating Idiopathic Facial Palsy[加味牵正散联合甲钴胺治疗特发性面神经麻痹疗效观察]. 光明中医. 2017;32(5):722-4.
2. 周虹, 樊红彩. 牵正散加味煎服治疗风寒阻络型面神经麻痹. 中西医结合心脑血管病杂志. 2012;10(1):118-9.
3. 백상철, 조은희, 박민철. 말초성 안면마비 환자군의 한약복용이 간 기능에 미치는 영향. The Journal of Korean Oriental Medical Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology. 2011;24(3): 37-54.

4. 약침(Pharmacopuncture)

● 배경

약침요법은 침을 이용한 경락이론과 한약의 기미론(氣味論)이 결합한 치료법이다. 경혈과 경근, 주요 해부학적 구조물을 대상으로 다양한 약침을 이용할 수 있어 근래에 다양한 임상영역에서 폭넓게 활용되고 있다. 한의사 647명을 대상으로 한 본 개발팀의 설문조사에 따르면 안면신경마비를 치료함에 있어 약침치료는 침, 한약에 이어 세 번째로 중요도가 높게(11.7%) 평가되는 항목이었다. 그만큼 약침 치료의 활용성에 대한 기대가 높아지고 있는 가운데, 실제 그 효과와 안전성을 평가한 체계적 문헌고찰은 현재까지 미비한 실정이었다. 따라서 안면신경마비에 적용 가능한 다양한 약침을 탐색하고 그 효과성을 확인하고자 본 임상질문을 기획하게 되었다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 단독 치료

【R19】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
치료가 지연된 안면신경마비 환자에게 일반침치료에 비해 봉약침 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1-2

(1) 임상질문: Q22

치료가 지연되는 특발성 안면신경마비 환자에게 봉약침 치료를 시술하는 것이 침 치료를 단독으로 시행하는 것에 비해 안면 증상 개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
치료가 지연되는 특발성 안면신경마비 환자	봉약침	침 치료	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Kim(2017)은 유병 2개월 이상에 자연회복이 지연된 말초성 안면신경마비 환자 80명을 일반 호침 치료를 시행한 대조군(n=40)과 봉약침치료를 시행한 실험군(n=40)으로 무작위배정하여 임상시험을 진행하였다. 시술자는 시술 전 피부 반응 검사(Skin test) 및 과민반응검사를 시행하였다. 치료 혈위는 환측 안면부 두유(ST08), 양백(GB14), 거료(ST3), 지창(ST4), 관료(SI18), 견정(GB21), 협거(ST6)였다. 주 2회 총 8회의 치료를 진행한 결과 전두근, 안륜근, 구륜근 부위의 신경전도검사(ENoG) 결과 대조군

에 비해 건측 대비 진폭의 회복효과가 유의하게 높았다($p<0.05$). 유효율 또한 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p<0.05$). 이상반응에 대한 보고는 없었다.¹⁾

Tan(2012)은 치료가 지연된 안면신경마비 환자 65례를 대상으로 한 RCT연구이다. 기간(Duration)은 실험군 평균 4.6개월, 대조군 평균 5.3개월로 두 군간 계통적 차이는 없었다($p>0.05$). 실험군은 피부 반응 검사(Skin test)와 과민반응 검사 후 양백(GB14), 거료(ST3), 협거(ST6), 하관(ST7), 족삼리(ST36), 합곡(LI4)의 혈위에 봉약침을 시술하였다. 대조군은 동일 혈위에 일반 호침치료를 시행하였다. 치료 결과 유효율(Effective rate)은 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높았다($p<0.01$). 이상반응에 대한 보고는 없었다.²⁾

② 연구결과의 요약

총 145명의 치료 지연형 안면신경마비 환자를 대상으로 봉약침 시술과 일반 침 시술의 효과를 정량적으로 분석한 결과, 유효율(Effective rate) 면에서 봉약침 시술군이 일반 침 시술군에 비해 유의하게 높은 호전도를 보였다[RR 1.60 (1.26, 2.02)]. GRADE 평가 상 봉약침이라는 시술이 맹검(Blind)가 불가능한 연구 설계였다는 점에서 비플립의 위험성이 높은 것으로 사료되며, 표본크기(Sample size)가 총 145명으로 비정밀성의 측면에서 하강(Downgrade)되어 최종적인 근거수준은 Low로 합의되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	145 (2 RCTs)	●○○○ Low	RR 1.60 [1.26, 2.02] $p=0.00001$	-	-	높을수록 호전됨을 의미

RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

문헌분석 결과 안면신경마비의 자연적인 치료가 지연되는 상황에서 단독 침 치료 외 봉약침을 시술하는 것에 치료적 이득이 있을 것으로 예상된다. 봉약침 치료는 자침(needling)을 통한 침 시술과 동시에 봉약침 주입을 통한 국소, 전신적 약물반응을 유발한다는 점에서 일반 침 치료와 약물치료가 병행되는 효과를 가진다. 때문에 본 연구 결과는 단독 침 치료를 진행하는 것에 비해 봉약침 치료 단독, 또는 봉약침과 침 병행치료를 하는 것이 의미가 있을 것이라고 해석할 수 있다. 그러나, 안전성에 대한 주의사항은 여전히 위해적 요소를 포함하고 있으므로 향후 적극적 개선이 필요하다. 이러한 임상적 활용도와 자원 이용의 효율성, 이득과 위해를 고려하여 개발팀은 본 임상질문에 대해 권고등급 C를 부여하였다.

(3) 참고문헌

1. 金宇, 晏为玮, 岳梨华. 蜂针治疗顽固性面瘫 40例临床观察. 云南中医中药杂志. 2017;38(8): 70-2.
2. 谭保华, 王苏娜. 蜂针蜇刺法治疗顽固性面瘫 36例疗效观察. 2012;33(1):50-1.

▣ 병행 치료

【 R20 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료와 함께 봉약침 치료를 고려할 수 있다.	C/Very low	1-2
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> • 봉약침은 한의사의 전문적인 지식을 기반으로 사용되어야 한다. • 봉약침의 적용 전 피부과민반응검사(skin test)를 통해 과민반응 여부를 확인해야 한다. • 봉약침의 임상 활용 시 과민반응과 아나필락시스에 대해 전문적인 지식과 적극적인 대처방법을 갖출 필요가 있다. • 봉약침의 시술부위는 양백(GB14), 관료(SI18), 영향(LI20), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17) 등을 고려할 수 있다. 		

(1) 임상질문: Q23

특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료와 함께 봉약침 치료를 병행하는 것이 일반 한의치료를 단독으로 시행하는 것보다 안면증상개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	봉약침 +일반 한의치료	일반 한의치료	Y-system	한의원 및 한방병원

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에서 대조군으로 설정한 일반 한의치료는 침과 전침, 한약, 물리치료 등의 치료를 의미한다.

본 임상질문에는 최종적으로 2개의 RCT문헌이 포함되었다.

Kim(2004)은 총 30명의 환자를 각 15명씩 실험군과 대조군으로 나누어 진행하였다. 대조군은 침과 전침, 한약, 물리치료 등 일반 한의치료를 병행하였고 실험군은 대조군의 일반 한의치료에 안면부 혈위에 대한 봉독약침 시술을 병행하였다. 치료 결과 Y-system 상 치료군의 증상호전도가 대조군에 비해 높았다[MD -9.26(-11.21, -7.31)]. 봉약침 시술은 4000:1 희석 봉독을 29G (1.0cc) syringe를 사용하여 환측의 양백(GB14), 관료(SI18), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17)에 각각 0.03cc씩 주입하였으며, 약 3~4일에 1회씩 최소 6회 이상 시술하였다. 연구는 환자의 자발적 동의 후 피부 반응 검사(Skin test)를 통해 봉독의 과민반응 검사를 진행하였고 이상반응은 보고되지 않았다. ‘일반적인 한의치료만을 시행하였다’고 표현하여 한방치료만을 사용하였을 것으로 추측되며 스테로이드(Steroid)의 병용투여는 보고되지 않았다.¹⁾

Yang(2009)은 총 30명의 환자를 일반 한의 복합치료를 받은 대조군(n=16)과 일반 한의 복합치료에 안면부 봉약침 치료를 받은 실험군(n=14)로 나누어 시행되었다. 치료결과 실험군의 Y-grade 증상호전도가 대조군에 비해 유의하게 높았다[MD -6.15(-6.99, -5.31)]. 약침은 3000:1 희석 봉독을 사용하

였고, 시술은 1주일에 3~4회 정도 29G (gauge) 인슐린 주사기를 이용하여 2~4 mm 깊이로 한 혈위당 0.01~0.02cc씩 1회 총 시술량 0.1cc 이내로 하였다. 시술 혈위는 양백(GB14), 관료(SI18), 영향(LI20) 등에 시행하였다. 이상반응과 스테로이드(Steroid) 병용투여여부는 보고되지 않았다.²⁾

② 연구 결과의 요약

두 문헌의 정량적 분석 결과, 급성기 안면신경마비 환자에게 일반적인 한의치료를 진행하며 안면부 혈위 봉약침시술을 병행하였을 때, 실험군의 Y-system 증상호전도가 대조군에 비해 유의하게 높았음을 확인하였다[MD -6.64(-7.41, -5.87)]. Cochrane Risk of Bias 검정 결과 무작위화(Randomization)과 할당(Allocation)에서 비뮴림의 위험성이 있으며, I²=81%로 비일관성이 존재하는 점, 표본크기(Sample size)가 총 환자 수 60명으로 매우 적은 점에서 각각 하강(Downgrade) (-1)되어 최종 근거수준은 매우 낮음(Very low)으로 도출되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Y-system (critical)	60 (2 RCTs)	●○○○ Very low	-	-	MD -6.64 [-7.41, -5.87] p<0.00001	높을수록 호전됨을 의미

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

각 문헌의 분석결과와 임상 전문가, 교과서 고찰 등을 종합할 때 급성기 안면신경마비 환자의 안면부 봉약침 치료는 일반 한의치료와 병행시술 할 때에 이득이 있을 것으로 판단된다. 그러나 봉약침의 특성상, 아나필락시스 쇼크(Anaphylactic shock) 등 과민반응의 가능성이 있으므로 시술 안전성을 위한 절차적 정당성 확보가 반드시 필요하다. 환자에게 이득과 위해에 관한 상세한 설명을 한 후 동의서를 확보하고 아나필락시스(Anaphylaxis)에 대한 적극적 협진과 응급대처가 중요하며, 더 나아가 한의사의 응급처치 및 대응능력증진을 위해 지속적인 재교육과 제도적 뒷받침이 필수적일 것이다. 개발팀은 이러한 이득과 위해, 임상적 효과 및 향후 개발가능성을 고려하여 본 임상질문에 대해 권고등급 C로 합의하였다.

(3) 참고문헌

1. 김민수, 김현중, 박영재, 김이화, 이은용. 봉독 약침이 구안와사에 미치는 영향에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2004;21(4):251-62.
2. 양가람, 송호섭. 말초성 안면신경마비에 대한 봉약침 복합치료 효과. 대한침구학회지. 2009; 26(4):29-37.

【 R21 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료에 자하거 약침 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1-3

(1) 임상질문: Q24

특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료에 자하거 약침 치료를 병행하는 것이 일반 한의 치료를 단독으로 시행하는 것에 비해 안면증상개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	자하거 약침 + 일반 한의치료	일반 한의치료	Y-system 유효율(Effective rate)	한의원 및 한방병원

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 연구에는 총 1개의 무작위배정임상연구와 2개의 비무작위배정비교임상연구가 선정되었다.

Lee(2005)는 특발성 안면신경마비 환자 44명을 대상으로 침, 한약, 물리치료와 선택적 양약치료를 기준치료로 시행하고, 실험군 23례는 총 0.3cc의 자하거 약침을 환측의 양백(GB14), 관료(SI18), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17), 사죽공(TE23)에 0.05cc씩 시술하였고 대조군 21례는 동일 혈위에 생리 식염수를 시술하였다. 치료 결과 치료 1, 2, 3주는 유의하지 않은 Y-system의 상승, 4, 5주에는 유의한 상승을 보였다($p < 0.05$).¹⁾

Lee(2002)는 말초성 안면신경마비 환자 26명에 대해 침구치료 시행군과 침구치료에 자하거 약침을 추가 시술한 치료군의 치료효과를 비교하였다. 자하거 병행치료군이 침 단독치료군에 비해 전체적으로 호전 및 양호의 치료성적이 높은 것으로 나타났으나, 치료기간에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 이러한 결과에 대하여 저자는 26명이라는 적은 인원수의 대상군 및 입원치료환자만을 대상으로 하였다는 점에서 한계가 있었다고 보고하였다.²⁾

Yoon(2000)은 각 8명씩 총 16명의 안면신경마비 환자를 대상으로 동일하게 침, 한약, 물리치료, 등을 사용하였다. 실험군은 대조군의 치료방법에 안면부혈위 0.1~0.2cc씩 자하거약침 시술을 병행치료 하였다. 치료 결과 유효한 치료효과를 얻은 증례는 실험군이 총 8례 중 8례, 대조군이 총 6례였다.³⁾

② 연구결과의 요약

본 문헌 중 1건의 RCT에 대해 정량적 평가를 한 결과 자하거 약침에 일반 한의치료를 병행한 군이 일반 한의치료만 시행한 군에 비해 Y-system상 높은 호전도를 보였다[MD -4.00(-5.63, -2.37)]. 해당 문헌은 자하거 약침의 효능을 검증하기 위해 생리식염수를 플라세보 약침으로 활용한 의미 있는 자료이다. 다만 총 44명에 대한 한건의 문헌 분석에 불과하므로 그 효과를 단정지어서 이야기 할 수 없으며, 구안와사의 특성상 5주 후에 완전 회복되기가 어려운 만큼 후유증 유무에 대한 치료 효과 여부에 대해 비

교 분석하기 어려운 점이다. 자하거 약침 효능의 유효성을 더욱 정확히 밝히기 위해선 조금 더 많은 환자를 대상으로 2달 이상의 비교 관찰과 장기간의 추적 관찰이 필요할 것으로 생각된다. 또한, 기타 중재에 있어서 양방치료와 물리치료 등 기타 치료가 병행되어 약침만의 효능으로 보기 힘들며 심각한 교란요인이 작용한다.

2건의 Non-RCT를 통해 자하거약침 복합치료의 효과를 정량적으로 분석한 결과 자하거약침 복합치료는 일반 한의치료에 비해 유효율(Effective rate)의 면에서 유의한 결과를 보였다[RR 1.37(1.01, 1.87)]. GRADE 평가상 해당 문헌들은 무작위화(Randomization)요소에서 비뿔림의 위험성이 높은 점, 표본크기(Sample size)가 매우적어 비정밀성이 있는 점 등을 이유로 하강(Downgrade)되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Y-system (critical)	44 (1, RCT)	●●○○○ Low	-	-	MD -4.00 [-5.63, -2.37]	높을수록 호전됨을 의미
Effective rate (critical)	42 (2, Non-RCTs)	●○○○○ Very low	RR 1.37 [1.01, 1.87]	-	-	높을수록 호전됨을 의미

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, MD: Mean Difference, RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상 질문에는 한 편의 무작위배정 임상연구와 두 편의 비무작위배정 임상연구가 포함되었으나 연구의 질이 비뿔림의 위험도가 높아 결과의 해석에 주의를 요한다. 특히, 무작위배정임상연구에서는 초기에 비해 후기에 더욱 효과가 증진되는 것으로 보고하였는데, 이를 통해 자하거 약침치료가 거풍통기가 위주가 되는 초기보다는 회복기 치료에 유의할 것으로 예측되며 특히 고령이나 소모성 질환, 치료 경과가 느린 경우에 더욱 효과적일 것으로 추정해 볼 수 있다. 위해에 대한 보고는 자하거 약침에 대한 절대적 연구수가 부족한 만큼 현재까지 보고된 바가 거의 없는 현실이다. 종합적 논의 결과, 본 임상질문의 효과추정치와 확신정도는 추후 연구로 바뀔 가능성이 매우 크다고 사료된다. 때문에, 임상적 근거와 전문가 집단의 경험을 고려하여 개발팀은 권고등급 C를 부여하였다.

(3) 참고문헌

1. 이채우, 김홍기, 허성웅, 정경근, 안창범, 송춘호, 장경진, 김철홍, 윤현민. 자하거 약침의 구안와 사에 대한 임상적 연구. 대한약침학회지. 2005;8(3):87-97.
2. 이정현, 김영호, 육태한, 이은용, 김이화. 자하거 약침이 말초성 안면신경마비에 미치는 영향에 관한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2002;19(1):11-23.
3. 윤정훈, 육태한, 송범룡. 자하거약침의 Bell's palsy에 대한 치험보고. 대한약침학회지. 2000;3(1): 89-99.

【 R22 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료와 함께 약침 치료를 병행할 것을 고려해야 한다.	B/Low	1-3

(1) 임상질문: Q25

이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료와 함께 약침치료를 병행하는 것이 한의치료를 단독으로 시행하는 것보다 안면증상개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 환자	약침+ 일반 한의치료	일반 한의치료	Y-system, VAS Pain-awareness time	한의원 및 한방병원

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, VAS: Visual analogue scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 3건의 무작위배정임상연구가 포함되었다.

Choi(2009a)문헌은 총 30명의 인원을 각 15명씩 실험군과 대조군에 무작위배정하였다. 양 군은 모두 침, 한약, 물리치료 등의 통상적인 한방침구치료를 시행하였고, 실험군(n=15)은 일반 한의치료에 더불어 대한약침학회의 소염약침(消炎藥鍼)을 환측 예풍(TE17)에 0.4 cc씩 시술하였다. 치료 결과, 초기 3일과 5일 간의 이후통에 대한 VAS는 치료군이 대조군에 비해 유의하게 낮았다(both $p < 0.05$). 그러나 치료 종료 후 두 그룹간 치료 호전도를 Y-system으로 비교하였을 때 실험군이 대조군에 비해 호전도가 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p > 0.05$).¹⁾

Shin(2009)은 총 30명의 말초성안면신경마비 환자를 침, 한약 등의 일반한의치료를 시행한 대조군(n=15), 일반 한방치료를 환측 예풍(TE17)에 소염약침(消炎藥鍼)을 시술한 실험군(n=15) 두 군으로 무작위배정하여 임상연구를 진행하였다. 치료 결과 2일, 4일까지의 VAS감소율은 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높았으나(both $p < 0.05$) 6일에는 오히려 대조군이 실험군에 비해 유의하게 감소되었다($p < 0.05$). 다만, 이후통의 지속기간은 실험군이 대조군에 비해 유의하게 짧았다($p < 0.05$). 3주 후 Y-system의 개선율을 비교한 결과 실험군이 대조군에 비해 다소 높았으나 유의한 차이는 없었다($p > 0.05$).²⁾

Choi(2009b)는 말초성 안면신경마비 환자 총 30례를 침, 한약, 물리치료 등의 일반 한의치료를 시행한 대조군(n=15)과 일반 한의치료에 20,000:1 봉약침(Bee venom)을 환측 예풍(TE17)에 3회 이상 시술한 실험군(n=15)으로 나누어 연구를 진행하였다. 0~2일, 2~4일 사이의 VAS 감소율의 평균은 $p < 0.05$ 로 유의한 차이가 있었으나, 4~6일 사이의 VAS감소율의 평균은 $p > 0.05$ 로 양 군간 유의한 차이가 없었다. 다만, 이후통의 지속기간은 실험군이 대조군에 비해 유의하게 짧았다($p = 0.000 < 0.05$). 최종 3주 후 안면부의 기능개선평가를 위한 Y-system의 개선율은 모두 실험군과 대조군 사이에 유의한 차이가 없었다.³⁾

3건의 모든 임상연구에서 이상반응은 보고되지 않았다.

② 연구결과의 요약

본 임상질문은 크게 2가지의 측면에서 분석되었다.

첫 번째는 약침의 활용이 안면신경마비 급성기에 동반되는 이후통(Post-auricular pain)을 유의하게 감소시키는가의 질문이다. 각 문헌을 정량적평가하고자 하였으나, VAS (Visual Analog Scale)와 NRS (Numeral Rating Scale)의 기준(baseline)이 확인되지 않아 합성이 불가능한 바, 문헌에서 제시된 치료 결과를 정성적으로 분석하였다. 전체 연구 결과를 요약할 때, 안면신경마비 초기에 동반된 이후통에 대해 소염약침, 봉약침 등이 빠르게 통증을 개선해주고, 통증이 유지되는 시기를 줄여주는 효과가 있을 것으로 예상된다.

두 번째는 약침의 활용이 치료 후의 안면신경마비의 최종 치료결과를 유의하게 개선시키는가의 여부이다. 해당 질문에 대해 정량적 평가를 위해 Y-system을 분석하였으나, 각 논문에서 제시된 결과와 마찬가지로 안면기능 개선의 효과를 확인하기는 어려웠다. 다만, 각 연구의 최종 평가가 발병 3주 후로, 안면신경마비의 최종적 기능 개선을 평가하기에 매우 짧은 시간인 점을 감안하여, 향후 대규모, 장기적 추적관찰이 진행되어야 할 것으로 사료된다.

근거수준 평가를 위한 GRADE 기준 중, 약침시술의 포함 여부가 피험자, 시술자, 평가자의 맹검(Blind)자체가 어려운 변수가 되어 비뿔림의 위험성이 높게 평가된 점, 연구 대상자 수가 적은 점 등에서 하강(Downgrade)가 진행되어 최종적으로 VAS와 통증자각기간, Y-system에서 Low로 평가되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
VAS (critical)	90 (3 RCTs)	●●○○ Low	-	-	p<0.05	-
Pain-awareness time (critical)	60 (2 RCTs)	●●○○ Low	-	-	p<0.05	-
Y-system (important)	90 (3 RCTs)	●●○○ Low	-	-	MD -1.37 [-2.08, -0.66]	-

VAS: Visual analogue scale, Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, MD: Mean Difference

(2) 권고안 도출에 대한 설명

E.Peitersen의 보고에 따르면, 이후통은 벨마비 환자의 약 52%에서 발생하는 다빈도의 증상이다. 이 후통을 가지고 있는 환자군은 64%에서 정상 기능을 회복한 데에 비해 이후통이 동반되지 않은 환자군은 78%의 회복률을 보였다(p<0.001)고 보고하여, 이후통의 존재가 추후 안면기능의 회복과 각별한

연관을 갖고 있음을 짐작할 수 있다.⁴⁾

본 임상질문은 이후통의 해소와 증상개선을 위한 한의학적 치료방법의 유효성을 찾고자 한 질문으로, 소염약침 또는 봉약침은 임상적 활용성이 뛰어나 약침 치료를 통해 얻는 이득이 충분할 것으로 예상되나, 연구의 개체수가 매우 적으며 약침치료의 맹검(Blind)을 위한 적절한 대조군의 설정이 되지 않은 점 등과 안전성에 대한 보고가 명확하지 않은 점 등을 고려하여 연구팀의 합의하에 권고등급을 B로 결정하였다. 향후 장기적, 대규모샘플, 정밀하게 계획된 임상연구가 필요하다.

(3) 참고문헌

1. 최병철, 한경수, 안택원. 소염약침이 이후통을 동반한 구안와사 환자에 미치는 영향. 대전대학교 학술지. 2009;8(2):89-94.
2. 신희웅, 강재희, 이현. 말초성 안면신경마비에 동반된 이후통에 대한 소염약침의 치료효과. 대한침구학회지. 2009;26(6):41-9.
3. 최주영, 이현, 강재희, 김영일, 김정호, 이성환, 김나연, 임윤경. 이후통을 호소하는 초기 안면신경마비 환자에 대한 일반치료와 봉약침 병행치료의 비교연구. 대한침구학회지. 2009;26(5):95-103.
4. Erik Peitersen. Bell's Palsy: The Spontaneous Course of 2,500 Peripheral Facial Nerve Palsies of Different Etiologies. Acta Otolaryngol. 2002;549:4-30.

● 안전성

안면신경마비 환자를 대상으로 한 약침시술에 대한 안전성과 관련된 연구문헌은 본 진료지침 개발과정의 검색 결과에서는 확인할 수 없었으나, 일반적인 약침시술의 안전성에 대한 연구문헌은 별도의 자료 수집을 통해 확인할 수 있었는데, 정 등⁵⁾이 보고한 ‘봉약침(Sweet Bee Venom) 시술환자 130례에 대한 임상보고’에서 SBV를 시술 한 130례 중 31.54%는 통증, 28.46%는 소양감을 호소하였다고 하였다. 안면부에 시술하였을 경우 나타날 수 있는 이상반응의 발생률을 정확히 판단하기는 어려우나, 본 연구 결과를 통하여 봉약침 시술 시 통증, 소양감 등의 이상반응이 나타날 가능성이 적지 않을 것으로 예상되어 봉약침 등 안면부 약침 시술 시에는 이상반응 발생에 대한 대비가 필요할 것이다.

또한 한국한의학연구원에서 개발한 ‘특별성 안면신경마비 한의임상진료지침(2015)’⁶⁾에 의하면 국내 3개의 대학 부속한방병원에서의 안면신경마비 환자를 대상으로 한 모든 약침시술에 대한 후향적 차트리뷰 결과에서 총 1035명의 대상 환자 중 소양감 4건, 통증 2건, 부종 3건, 경결발생 1건, 안면부종 1건, 피하출혈 1건 등의 이상반응이 확인되었으며, 중대한 이상반응은 보고되지 않았다고 하였다. 하지만 해당 결과는 후향적 차트리뷰 분석인만큼 모든 환자의 시술 후 이상반응에 대한 추적조사가 이루어지기 어려웠을 것이며, 일부 환자에서의 이상반응이 누락되었을 가능성도 배제할 수는 없을 것으로 사료된다.

이상의 보고들을 참고하여 볼 때 안면신경마비 환자를 대상으로 하는 약침시술 시 이상반응이 나타날 가능성에 대해서는 항상 대비가 필요할 것이며, 향후 안면신경마비 환자를 대상으로 하는 약침 시술에 대한 안전성과 관련된 대규모 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

[참고문헌]

1. Jung DJ, Lee HG, Choi YM, Song BY, Yook TH, Kim JU. The Clinical Study on 130 Cases with Sweet Bee Venom Treatment. *The Acupuncture*. 2013;30(5):211-7.
2. 한국한의학연구원. 특별성 안면신경마비 한의임상진료지침. Elsevier. 2015:89.

5. 매선(Tread-embedding therapy)

● 배경

매선(埋線)요법은 혈위매장요법(穴位埋藏療法) 주의 하나로 혈위, 경근, 경피, 경락 또는 통증과 질병을 일으키는 부위에 매선을 매입함으로써 혈위에 지속적인 자극을 주어 질병을 치료하는 요법이다. 유침(留鍼)작용과 매침(埋鍼)의 원리를 복합적으로 활용하는 신침요법(新鍼療法)에 속한다. 매선요법은 물리, 화학적 자극을 통하여 경락을 소통시키고 조직의 자생력을 증진시키는 치료법으로, 통증 질환 및 미용·성형 분야에서도 활용도가 높다. 안면신경마비 시 안면부의 증상 개선을 위해 사용빈도가 늘어나는 추세에 있으나, 양질의 무작위배정임상연구는 부족한 실정이다. 본 임상진료지침에서는 현재까지 발행된 매선의 안면신경마비 치료효과에 대한 임상문헌을 고찰하고 결론을 제시하였으며, 향후 추가적 연구를 통해 효과성과 안전성에 대한 근거가 마련되어야 할 것으로 사료된다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 병행치료

【 R23 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 일반 한의치료만 시행 하는 것에 비해 일반 한의치료와 함께 매선요법을 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 매선 치료는 시술 후 통증과 부종으로 인한 불편감, 멍 그리고 이물감이 있을 수 있으므로 시술 전 환자에게 사전 설명을 충분히 하여 치료여부를 선택할 수 있게 해야 한다.		

(1) 임상질문: Q26

특발성 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료와 매선요법을 병행하는 것이 일반 한의치료만 시행하는 경우에 비하여 안면마비 증상 개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	매선+일반 한의치료	일반 한의치료	Y- system	한의원 및 한방병원

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Kim(2005) 등은 안면신경마비환자 60명을 대상으로 일반 한의치료(침, 약침, 전침, 한약 등)를 시행한 30명의 대조군과 일반 한의치료에 매선요법을 병행치료한 30명의 실험군을 설정하고 후향적 차트 리뷰 연구를 진행하였다. 매선은 동방침구제작소에서 제작한 Miracu (29G, 폴리디옥사논복합사) 3.0 cm, 4.0 cm를 사용하였으며 양백(GB14)을 중심으로 전두근과 안륜근, 산소(Ex-HN), 거료(ST3), 관료(SI18)를 중심으로 입꼬리올림근, 광대근, 지창(ST4), 협거(ST6)을 중심으로 볼근, 교근, 상하구륜근 등의 부위에 환자의 상태에 따라 4.0 cm 5~7개, 3.0 cm 5~7개를 자입하였다. 치료효과를 비교한 결과 병행치료 실험군이 대조군에 비해 Y-system 상에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.¹⁾

② 연구 결과의 요약

본 임상질문과 관련된 1편의 비무작위 대조군 연구에서 한의학적 일반치료와 매선 기술을 병행하는 것이 한의학적 일반치료만 시행하는 경우에 비해 Yanagihara system score에서 상대적으로 유의한 개선 효과가 확인되었다. 문헌의 질평가 상 비뚤림 위험은 높지 않았으며, 비일관성, 비직접성에는 해당 사항이 없으나 적은 샘플 수로 인해 비정밀성에서 한 등급 낮추어 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였다. 따라서 해당 임상연구를 통한 효과 추정치에 대한 확신은 제한적일 것으로 예상된다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Y- system (Important)	60 (1 non-RCT)	●●○○ Low	-	-	-	-

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system

(2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안은 말초성 안면신경마비 환자에 대해 일반적인 한의학적 치료와 매선을 병행하였을 경우 증상 개선 효과를 기대할 수 있는가에 대한 임상질문에 따른 권고안으로, 관련 문헌 수와 샘플사이즈가 적어 근거수준이 낮음(Low)으로 평가되었으며 이에 따라 해당 권고안의 권고등급(C)을 부여하였다. 향후 관련된 임상연구들의 시행이 필요할 것으로 사료된다.

(3) 참고문헌

1. 김지수, 박수연, 김경수, 김경옥, 위통순, 최창원, 양승정, 말초성 안면신경마비에 대한 매선요법 복합치료 효과, 한방안이비인후피부과학회지. 2015;28(2):45-53.

【 R24 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
안면신경마비 발병 3개월 이상 경과하고 일반적인 치료로 뚜렷한 호전을 보이지 않을 때 일반 한의치료만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료와 함께 매선요법을 병행할 것을 고려해야 한다.	B/Moderate	1-3

(1) 임상질문: Q27

금성기가 지난 안면신경마비 환자에게 일반 한의치료만 시행하는 것에 비해 매선요법을 병행하는 것이 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
발병 3개월 이상 안면신경마비 후유증 환자	매선+일반 한의치료	일반 한의치료	Y- system 치료만족도 FDI	한의원 및 한방병원

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, FDI: Facial disability index

① 개별 연구 결과에 대한 설명

Lee(2011) 등의 연구에서는 27명의 특발성 안면신경마비환자 27명을 대상으로 매선요법(27G×40 mm, 20~30개/회)을 시행하고 Yanagihara system으로 평가하였다. 치료 결과, 치료 전 29.48±4.831에서 치료 후 33.11±3.588로 평균 3.63±3.065의 유의한 호전 결과를 보였다(p<0.05). 임상증상 개수(number of symptoms)는 치료 전 7.35±3.725개에서 치료 후 6.35±3.961개로 평균 1.00±1.624개의 통계적으로 유의한 감소효과가 관찰되었으며(p<0.05), 자각증상 점수(symptom score)는 치료 전 5.93±1.545에서 치료 후 4.71±1.596으로 평균 1.22±1.306점의 통계적으로 유의한 감소가 확인되었다(p<0.05).¹⁾

Ji(2012) 등은 특발성 안면신경마비 이환 후 3개월 이상이 경과하였음에도 후유증이 남아있는 환자 치료 지연형 안면신경마비 환자 16명을 대상으로 매선요법(27G×40 mm, 20~30개/회, 총 1~5회)을 시행하였다. 치료 결과 만족도 조사에서는 56.25%의 환자가 만족 이상으로 응답하였으며, 세부 항목으로 빠른 일상 복귀, 시술 후 얼굴의 자연스러움, 시술 후유증이 적음, 시술 시간의 짧음 등이 만족스러운 점으로 확인되었다.²⁾

Goo(2019) 등의 연구에서는 발병한지 3개월 이상 된 말초성 안면신경마비 환자를 대상으로 매선군(n=26)과 sham매선군(n=24)으로 무작위배정하여 매선군은 대영(ST5)에서 협거(ST6) 방향, 협거(ST6)에서 하관(ST7) 방향, 지창(ST4)에서 영향(LI20) 방향, 영향(LI20)에서 정명(BL1) 방향, 상관(GB3)에서 영향(LI20) 방향, 하관(ST7)에서 영향(LI20) 방향, 관료(SI18)에서 영향(LI20) 방향으로 4 cm 길이의 매선을 횡자자입하고, 대조군은 봉합사를 제거한 sham 매선으로 동일한 방향으로 자입하였으며, 두 군 모두 일반 침치료[사백(ST2), 지창(ST4), 협거(ST6), 하관(ST7), 영향(LI20), 찬죽(BL2), 양백(GB14), 사죽공(TE23), 동자료(GB1), 예풍(TE17), 함곡(LI4), 태충(LR3) 양측혈위, 인중(GV26), 승장(CV24)]는 동일하게 시행하였다. 매주 1회씩 총 8주를 시행한 후 1차 유효성 평가 변수인 FDI 변화량을 비교한

결과, 8주 후 두 군 간 비교에서 FDI score 항목 중 사회기능 점수(Social score)는 유의성($p=0.973$)이 나타나지 않았지만 신체기능 점수(Physical score)는 두 군 사이에 유의한 차이($p=0.048$)가 있었다. 시험군, 대조군 모두 군내에서의 FDI 점수는 4주차($p=0.049/p=0.026$), 8주차($p=0.002/p<0.001$) 때 기준(Baseline) 대비 모두 호전되었다. 총점(Total score)에서는 두 군 간의 통계적으로 유의성을 보이지는 않았지만, FDI 신체기능 점수(Physical score)에서 두 군사이의 유의한 효과가 있는 것으로 보아 매선치료가 벨마비 후유증에서의 신체 기능 호전에 영향을 미치는 것으로 사료된다. 2차 유효성 변수 중 일부인 8주 후 경직(Stiffness) 값의 변화량에 대한 군 간 비교에서 시험군이 대조군에 비하여 통계적으로 유의하게 호전되었고[시험군(2.11 ± 1.23), 대조군(2.86 ± 1.46)], 시험군의 변화량(-0.64 ± 1.25)은 임상적으로 유의한 것으로 판단되었다.^{3,4)} 또한 3개월 이상 된 말초성 안면신경마비 환자를 대상으로 한 매선 임상시험 병행 경제성평가 연구 결과, 8주간의 삶의 질 변화는 대조군에 비해 매선 치료군에서 유의하게 개선된 것으로 나타났으며($p=0.029$), 8주간 두 군에서 발생한 기저 삶의 질을 보정한 효용(QALYs) 또한 상대적으로 큰 것을 확인하였다($p=0.083$). 8주간 두 군에서 발생한 비용의 차이는 제한적 사회적 관점과 사회적 관점에서 모두 유의하게 매선치료군이 높은 것으로 나타났다($p<0.001$). 두 치료군에 대한 비용과 효용을 비교하는 점증적 비용 효과비(Incremental cost effectiveness ratio, ICER)는 제한적 사회적 관점에서 2,278,989,716 per QALY로, 사회적 관점에서 2,514,938,425 per QALY로 추정되었으며, 국내 경제성평가 지침에 제안하는 ICER의 한계점(threshold) (20,000,000 per QALYs)을 반영한 유의성을 부트스트래핑(Bootstrapping)으로 추정한 결과 비용-효과성은 없는 것으로 추정되었다. 다만, 본 경제성평가 분석은 8주의 임상시험 기간 중 발생한 QALY를 대상으로 분석하였으므로 효용이 과소 추정되었을 가능성이 있으며, 질환의 개선에 의한 효용이 일정 기간 지속될 것이라는 가정에 대한 분석을 시행한 결과, 36개월의 외삽 시에는 일반 치료군에 대한 매선 치료의 ICER가 33,439,763KRW per QALYs 로 추정되었으며, 향후 이를 확정하기 위한 추가 연구가 필요할 것이라 하였다.^{3,4)}

② 연구결과의 요약

본 임상질문과 관련된 2편의 사례 연구(Case series)와 1편의 무작위대조군 연구가 확인되었다.

발병 3개월 이상 경과한 말초성 안면신경마비 환자에 대해 한의학적 복합치료와 매선 시술을 병행하는 것이 한의학적 복합치료만 시행하는 경우에 비해 Yanagihara system score, FDI score에서 상대적으로 유의한 개선 효과가 확인되었다. 각각의 문헌들은 문헌의 질 평가 상 비뮌립 위험은 높지 않았으며, 비일관성, 비직접성에는 해당사항이 없으나 적은 샘플 수로 인해 비정밀성에서 한 등급 낮추어 근거수준은 중등도(Moderate)으로 평가하였다. 따라서 해당 임상연구를 통한 효과 추정치에 대한 확신은 제한적일 것으로 예상된다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Y-system (Important)	60 (1 non-RCT)	●●○○ Low	-	-	-	-
Satisfaction degree (Important)	16 (1 non-RCT)	●●○○ Low	-	-	-	-
FDI (Critical)	50 (1 RCT)	●●●○ Moderate	-	-	-	-

Y-system: Yanagihara's unweighted grading system, FDI: Facial disability index

(2) 권고안 도출에 대한 설명

본 문헌고찰에 포함된 3편의 문헌 중 2편의 증례보고는 발병 후 3개월 이상 경과한 치료지연형 특발성 안면신경마비의 경우, 일반적인 치료에 호전반응이 미약하다면 매선요법을 병행할 때 치료 반응이 나타날 수 있으며, 세부적으로는 치료기간이 길고 시술횟수가 많을수록 더욱 효과적일 것임을 제시하였다. 또한 1편의 무작위대조군 임상시험에서는 침치료와 매선요법을 병행한 치료군에서 FDI score가 매선요법을 시행하지 않은 대조군에 비하여 유의하게 개선된 효과가 관찰되었다. 모든 연구들이 적은 샘플사이즈로 인하여 비정밀성이 있는 것으로 판단하여 근거수준을 중등도(Moderate)로 결정하였으며, 발병 3개월 이상 경과한 안면신경마비 후유증 치료 시 매선요법에 대한 환자의 선호도에 따라 치료를 고려해 볼 수 있을 것으로 판단되어 근거수준(Moderate)에 따른 권고등급 B를 부여하였다. 본 권고안 도출 과정에서는 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구문헌이 확인되지 않아 비용에 대한 판단은 제외하였다. 매선요법은 안면신경마비 환자에게 있어 치료적·심미적 기대효과를 갖게 하여 최근 한의 임상현장에서 요구도가 높아지고 있다. 그러나 양질의 임상연구가 부족한 실정이어서 추후 안면신경마비 후유증 치료에 있어서 매선요법에 대한 잘 설계된 대규모 임상연구가 시행되어야 할 것으로 사료된다.

(3) 참고문헌

1. 이창우, 이승민, 전주현, 김정일, 김영일. 안면마비 후유증에 대한 매선치료의 효과. 대한침구학회지. 2011;28(4):93-103.
2. 지영승, 이승민, 이창우, 전주현, 김영일. 말초성 안면마비 후유증 환자에 대한 매선치료의 만족도 조사. 한방척추관절학회지. 2012;9(1):41-9.
3. Goo et al. Clinical efficacy and safety of thread-embedding acupuncture for treatment of the sequelae of Bell's palsy: A protocol for a patient-assessor blinded, randomized, controlled, parallel clinical trial. Medicine (2019) 98:7.
4. 말초성 안면마비 후유증에 대한 매선치료의 유효성 및 안전성 연구; 환자-평가자 눈가림, 무작위 배정 대조군 평행설계 임상연구. 2018. (CRIS registration No. KCT0002557)

● 안전성

Ji(2012) 등의 연구에서 매선요법의 불만족 사유 중 시술 부작용의 항목을 살펴보면, 시술 후 명으로 인한 불편함이 28.27%로 가장 많았으며, 그 외 ‘시술 후 이물감’, ‘시술 후 부종으로 불편감’, ‘시술 시 혹은 시술 후 통증’ 등이 있었다.¹⁾

Goo(2019) 등의 연구에서는 임상연구 치료를 1회 이상 받은 시험군 28명과 대조군 28명의 대상자에 대해 시험 기간 중에 활력징후 평가, 이상반응 등으로 안전성을 평가하였는데, 시험 기간 중 이상반응이 발생한 사례는 없었으며, 신체검사 등을 통한 안전성 평가결과 임상적으로 위해하다고 판단할 근거는 없었다고 하였다.²⁾

[참고문헌]

1. 지영승, 이승민, 이창우, 전주현, 김영일. 말초성 안면마비 후유증 환자에 대한 매선치료의 만족도 조사. 한방척추관절학회지. 2012;9(1):41-9.
2. Goo et al. Clinical efficacy and safety of thread-embedding acupuncture for treatment of the sequelae of Bell's palsy: A protocol for a patient-assessor blinded, randomized, controlled, parallel clinical trial. Medicine. 2019;98:7.

6. 뜬(Moxibustion)

● 배경

뜸 치료란 기타 약물이나 특별히 제작된 기기를 체표의 혈위 상에 놓고 소작(燒灼), 온위(溫熨)하여 뜬불의 열기를 피부(肌膚)에 투입시켜 경락의 작용을 통하여 기혈을 온통시킴으로써 질병 치료와 보건 목적에 도달하는 일종의 외치법으로 침 치료와 더불어 한의학적 치료로서 가장 많이 사용되고 있는 치료 방법 중 하나이다. 안면신경마비의 치료에 있어서 침 치료는 매우 보편적인 치료 방법으로 활용되고 있으나, 임상한의사들을 대상으로 한 자체 설문조사 결과 안면신경마비에 뜬 치료를 사용하는 한의사의 비율이 29.06%로 조사되어 침 치료(96.91%)에 비하여 임상 사용 빈도가 낮은 것으로 판단된다. 안면신경마비에 대한 뜬 치료는 대부분 침, 한약치료와 병행한 복합치료로 활용되고 있으며 중국에 비하여 국내의 뜬 치료 관련 임상 연구 또한 부족한 실정이다. 본 진료지침에서는 안면신경마비 환자에 대한 뜬 치료의 적용 가능성을 확인하고 향후 임상 활용 및 연구의 방향성을 제시하기 위해 뜬을 활용한 기존 임상연구 분석 결과와 역사적 중요 문헌에 게재된 치료법을 종합하여 권고안을 제시하였다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 병행 치료

【R25】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 함께 뜬 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1-3
임상적 고려사항 안면부에 시행하는 뜬요법의 경우 안면부 화상으로 인한 흉터 발생 등의 위험 가능성이 있으므로 사용시 신중한 판단과 주의를 요한다.		

(1) 임상질문: Q28

특발성 안면신경마비 환자에 대해 침 치료와 함께 뜬 치료를 병행하는 것이 병행하지 않는 것보다 안면마비 증상개선에 효과가 있는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	뜸 치료+침 치료	침 치료	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 3건의 무작위배정연구가 포함되었다.

Chen(2015)은 특발성 안면신경마비 환자 100명을 침 치료와 안면부 뜸 치료를 시행한 치료군(n=50), 침 치료만 단독으로 시행한 대조군(n=50)으로 나누어 시행한 무작위대조군임상시험 결과 유효율(Effective rate)에서 치료군(100%)이 대조군(92%)에 비해 유의하게 높았으며(p<0.05), 자체평가도 구 분석과 House-Brackmann scale 비교에서도 치료군이 대조군에 비해 유의한 호전도(p<0.05)를 보였음을 보고하였다.¹⁾

Gao(2009)의 연구에서는 침 치료와 뜸 치료를 병행한 치료군(n=30)과 침 치료만 시행한 대조군(n=30)으로 나누어 시행한 무작위대조군임상시험 결과 유효율(Effective rate)은 치료군이 96.7%, 대조군이 70.0%로 대조군에 비해 치료군에서 유의하게 높게 나타났다(p<0.05).²⁾

Leng(2014)의 연구에서는 특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 침 치료와 뜸치료를 병행한 치료군(n=40)과 침 치료만 시행한 대조군(n=40)으로 나누어 시행한 무작위대조군임상시험에서 4주 치료 후 두 군의 호전도를 비교한 결과, House-Brackmann scale에서는 치료군이 대조군에 비해 유의하게 낮았고(Z=-2.824, p<0.05), 유효율(Effective rate)은 치료군(97.5%)이 대조군(95%)에 비해 높았으나 통계적으로 유의한 차이가 없었으며($\chi^2=0.853$, P>0.05), 전유율(cure rate)은 치료군(92.5%)이 대조군(82.5%)에 비해 유의하게 높았다($\chi^2= 8.375$, P<0.05).³⁾

② 연구결과의 요약

총 3편의 무작위대조군임상연구 결과에 대한 정량적 평가에서 침 치료만 단독으로 시행한 대조군에 비해 침 치료와 뜸 치료를 병행한 치료군에서 유의하게 높은 유효율(Effective rate)을 보였다[RR 1.12 (1.04, 1.21)]. 선정된 문헌들은 질평가 상 비풀림 위험은 낮았고 비직접성에 해당되지는 않았으나, 이질성 검정에서 I²=73%로 비일관성이 있고 적은 샘플수로 인한 비정밀성이 있으므로 판단하여 근거 수준을 두 단계 낮춰 낮음(Low)으로 결정하였다. 선정된 연구문헌들에서 뜸 치료에 대한 부작용이나 이상반응은 보고되지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	240 (3 RCTs)	●●○○ Low	RR 1.12, [1.04, 1.21]	-	-	높을수록 개선됨을 의미

RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

특발성 안면신경마비를 대상으로 침 치료와 뜬 치료의 병행에 대한 치료효과를 알아보기 위한 무작위대조군임상연구 문헌들의 정량적 평가 결과, 앞서 분석된 한방복합치료와 함께 뜬 치료를 시행한 치료군에서 뜬 치료를 시행하지 않은 대조군에 비하여 유효율(Effective rate)에서 유의하게 우수한 치료 효과를 보였던 결과와 유사하게 침 치료와 뜬 치료를 병행한 치료군들이 침 치료만 단독으로 시행한 대조군에 비해서 유효율(Effective rate)에서 유의하게 우수한 치료 효과를 보인 것으로 확인되었다. 다만 각 연구결과들 간에 일관성이 부족하고 전체 샘플수가 충분하지 않다는 점에서 비정밀성이 있음으로 판단하여 근거수준은 낮음(Low)으로 결정하였다. 앞에서 언급한 바와 같이 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위한 뜬 치료는 현재 국내 임상현장에서 많이 선호되는 치료는 아니지만, 뜬 치료가 건강보험적용 치료항목으로 비용이 크지 않고 문헌분석 결과 유의한 치료효과의 가능성이 있으며 한의사들이 시행하기에 난이도가 높은 치료기술은 아니어서 향후 충분한 활용가치가 있을 것으로 판단하여 근거수준에 따라 권고등급(C)을 부여하였다. 안면신경마비 환자를 대상으로 한 뜬 치료의 부작용 또는 이상반응에 대한 연구보고나 뜬 치료의 비용 대비 효과에 대한 연구문헌은 확인되지 않아 본 권고안 도출을 위한 정량적 판단에서는 적용하지 않았으며, 추후 이에 대한 연구들이 필요할 것으로 사료된다.

(3) 참고문헌

1. 陈静. 针刺联合隔姜灸治疗周围性面神经麻痹的临床疗效观察. 针灸临床杂志. 2015;(12):31-3.
2. 高洁, 李家康. 针刺配合艾灸与单纯针刺治疗周围性面瘫急性期的比较观察. 湖北中医学院学报. 2009;11(2):47-8.
3. 冷锋强, 曹莲瑛, 张伟. 针刺配合艾灸翳风穴治疗面神经炎疗效观察. 上海针灸杂志. 2014;33(11):1001-2.

【 R26 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 일반 한의치료만 시행하는 것에 비해 일반 한의치료와 함께 뜸 치료를 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	1-4

(1) 임상질문: Q29

특발성 안면신경마비 환자에 대해 일반 한의치료와 함께 뜸 치료를 병행하는 것이 병행하지 않는 것보다 안면마비 증상 개선에 효과가 있는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	뜸 치료 +일반 한의치료	일반 한의치료	유효율 (Effective rate)	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 4건의 무작위배정연구가 포함되었다.

Kwon(2000)은 침을 포함한 한방복합치료에 안면부 뜸치료를 추가한 군(n=14)과 침을 포함한 한방복합치료만 시행한 군(n=16)을 비교한 무작위대조군연구에서 뜸 치료군은 92.8%, 대조군은 75.1%의 유효율을 보였음을 보고하였다.¹⁾

Xie(2016)의 연구에서는 침을 포함한 한방복합치료에 안면부 뜸치료를 추가한 군(n=50)과 침을 포함한 한방복합치료만 시행한 군(n=50)을 비교한 무작위대조군임상시험에서 유효율은 치료군(96.00%)이 대조군(62.00%)에 비해 유의하게 높았다($\chi^2=17.42, P<0.05$). 또한, 치료 후의 Portmann 등급도 치료군이(18.78±1.95) 대조군(12.67±2.31)에 비해 유의하게 높았다(p<0.05).²⁾

Yang(2013)은 침, 전침, TDP를 포함한 한방복합치료에 안면부 뜸치료를 추가한 치료군(n=33)과 침, 전침, TDP를 포함한 한방복합치료만 적용한 대조군(n=38)을 비교한 무작위대조군임상연구를 시행하였다. 치료 3주 후 유효율(Effective rate)은 치료군(100%)이 대조군(84.21%)에 비해 유의하게 높았다(p<0.05).³⁾

Zhao(2013)는 침, 전침 등 한방복합치료에 안면부 및 예풍(TE17)에 뜸치료를 시행한 치료군(n=48)과 뜸을 제외한 침, 전침 등 한방복합치료만 시행한 대조군(n=39)을 비교한 무작위대조군임상연구 결과 유효율(Effective rate)에서 치료군(100%)이 대조군(94.9%)에 비해 유의하게 높았음을 보고하였다(P=n.r.).⁴⁾

② 연구결과의 요약

총 4편의 무작위대조군임상연구 결과에 대한 정량적 평가에서 뜸치료를 제외한 한방복합치료만을 시행한 대조군에 비해 한방복합치료에 뜸치료를 병행한 치료군에서 유의하게 높은 유효율(Effective

rate)을 보였다[RR 1.32(1.19, 1.46)]. 선정된 문헌들은 비일관성, 비직접성에 해당되지는 않았으나, 해당 문헌들의 질평가 결과 비뚤림 위험성이 높고 전체 샘플수가 충분하지 않다는 점에서 비정밀성이 있음으로 판단하여 근거수준을 두 단계 낮춰 낮음(Low)으로 결정하였다. 선정된 연구문헌들에서 뜬치료에 대한 부작용이나 이상반응은 보고되지 않았다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	288 (4 RCTs)	●●○○ Low	RR 1.32, [1.19, 1.46]	-	-	높을수록 개선됨을 의미

RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

특발성 안면신경마비를 대상으로 한방복합치료와 뜬 치료를 병행에 대한 치료효과를 알아보기 위한 무작위대조군임상연구 문헌들의 정량적 평가 결과 한방복합치료와 함께 뜬 치료를 시행한 치료군에서 뜬 치료를 시행하지 않은 대조군에 비하여 유효율(Effective rate)에서 유의하게 우수한 치료 효과를 보였지만, 문헌들의 질평가 결과 비뚤림 위험성이 높고 전체 샘플수가 충분하지 않다는 점에서 비정밀성이 있음으로 판단하여 근거수준은 낮음(Low)으로 결정하였다. 안면신경마비에 대한 안면부 뜬 치료는 현재 국내 임상현장에서 많이 선호되는 치료는 아니지만, 뜬 치료는 국내 건강보험이 적용되는 치료항목으로 비용이 크지 않고 문헌분석 결과 유의한 치료효과가 인정될 수 있으며 한의사들이 시행하기에 난이도가 높은 치료기술은 아니어서 향후 충분한 활용가치가 있을 것으로 판단하여 근거수준에 따라 권고등급(C)을 부여하였다. 안면신경마비 환자를 대상으로 한 뜬 치료의 부작용 또는 이상반응에 대한 연구보고나 뜬 치료의 비용 대비 효과에 대한 연구문헌은 확인되지 않아 본 권고안 도출을 위한 정량적 판단에서는 적용하지 않았으며, 추후 이에 대한 연구들이 필요할 것으로 사료된다.

(3) 참고문헌

1. Kwon SJ, Song HS, Kim KH. The Influence of Moxibustion and Basic Compound Therapy on Peripheral Facial Paralysis. The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2000;17(4):160-71.
2. 谢辉. 针灸与艾灸治疗面瘫的临床效果观察. 内蒙古中医药. 2016;35(13):140.
3. 杨丽卿. 艾条灸在周围性面瘫中的护理应用. 中医外治杂志. 2013;22(4):50-1.
4. 赵盛惠. 应用针刺配合艾灸疗法治疗周围性面瘫伴耳后疼痛的临床疗效观察. 2013;11(10):166-7.

▣ 단독치료

【R27】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
안면신경마비 환자의 안면마비 증상 개선을 위해 청회(GB2), 협거(ST6), 지창(ST4)에 뜬요법 시행을 전문가 그룹의 합의에 근거하여 권고한다.	GPP/CTB	1

(1) 임상질문: Q30

특발성 안면신경마비 환자에 안면마비증상 개선을 위해 어느 부위에 뜬 치료를 시행할 수 있는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	뜸 치료	-	안면마비 증상 개선	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에 대한 개별 근거 연구는 없으나 역대 주요 한의학 문헌에 안면신경마비에 대한 뜬 치료 방법이 기재되어 있어 임상에서 활용할 수 있는 근거가 될 수 있을 것으로 사료된다. 《동의보감(東醫寶鑑)》에는 안면신경마비에 해당하는 구안와사(口眼喎斜)에 청회(GB2), 협거(ST6), 지창(ST4)에 뜬 치료를 시행할 수 있다고 제시하였다.¹⁾ 기성 한의서에는 기록이 있지만 현대적 연구방법론을 활용한 근거연구가 아직 수행되지 않아 고전근거(Classical Text-based, CTB) 등급을 부여하였다.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

어느 부위나 경혈에 뜬 치료를 하는 것이 안면신경마비 증상 개선에 효과적인지에 대한 임상연구는 확인되지 않았으나 본 진료지침의 개발 전략에 따라 기성 한의서인 《동의보감(東醫寶鑑)》에 수록된 내용을 근거로 근거수준(CTB)를 부여하였으며, 근거수준에 따라 본 진료지침 개발위원회와 전문가 합의에 따라 권고등급(GPP)을 결정하였다. 향후 본 권고안의 임상적 근거확보를 위한 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

(3) 참고문헌

1. Heo Jun, Treasured Mirror of Eastern Medicine(東醫寶鑑). Bupin Publishing, Co. 2002:995.

● 안전성

안면신경마비에 대한 뜸 치료의 안전성 연구 및 이상반응은 확인하지 못하였으나 안면부에 시행하는 뜸 치료의 경우 안면부 화상으로 인한 흉터 발생 등의 위험 가능성이 있으므로 사용 시 신중한 판단과 주의를 요한다. 또한 입과 코에 가까운 안면부에 시술할 경우 뜸 연기의 흡입으로 인한 불편감이나 이상반응이 발생할 수 있으므로 뜸 시술 시행 전 호흡기 질환 유무 여부를 확인하여 시술 가능 여부를 결정하고, 시술 중 불편감이 발생할 경우 즉시 중단 후 필요한 조치를 시행해야 한다. 뜸 시술은 환기시설이 설치되어있거나 환기가 잘 되는 진료실에서 시행하는 것을 권장한다.

7. 부항(Cupping)

● 배경

부항 치료는 부항(附缸)을 피부표면에 흡착시켜 내부의 공기를 제거하여 생긴 음압을 이용하여 경혈을 자극하는 치료법이다.¹⁾ 부항의 종류, 부착 시간, 온열 여부에 따라 다양한 종류가 임상현장에서 활용되는데, 그 중에서도 안면신경마비에는 주로 건식 유·섭관(乾式 留·閃罐)법과 자락관(刺絡罐)법이 운용된다.

임상적으로 안면신경마비 환자에 대한 부항의 적용은 크게 두 가지로 나뉜다. 첫 번째는 유양돌기 안쪽 깊은 부위의 통증, 즉 이후통(Postauricular pain)이다. Erik. P에 따르면 2,500명 벨마비(Bell's palsy) 환자의 약 52%(n=881)이 이후통(Postauricular pain)을 느꼈다.²⁾ 이후통의 원인은 명확하게 설명되지 않았으나, 손상된 신경 주변의 지각성(nociceptive) 통증, 또는 손상으로 인한 허혈성 변화에 따른 반응성(reactive) 혈관확장으로 기인한다는 설명이 있다.³⁾ 특히 증상 발생 2~3일 전 이후통이 전구증상으로 발생할 수 있으며 이후통을 가진 환자는 이후통이 없는 환자에 비해 호전율이 낮았다는 점 등을 고려할 때 이후통을 조절하는 것은 안면신경마비의 호전에 매우 중요한 요소이다.³⁾ 한의원과 한방병원에서는 이 이후통의 경감을 위해 정확한 압통처를 촉진 후 자락관법을 시행한다.

또한 건식부항, 즉 섭관과 유관법을 사용하는 경우는 주로 경혈과 경근에 대한 비침습적 자극을 목적으로 한다. 경향부와 배수혈이 주요한 자극처가 되며 압통처 또는 반응점을 찾아 음압을 이용한 건식 부항을 시술한다. 특히 섭관법은 약한 강도의 자극을 여러 차례에 걸쳐 줄 수 있어, 안면부 경근의 경직을 이완시키고 혈류순환을 증가시키기 위해 안면부에 시술할 수 있다.

본 개발팀이 임상한의사 647명을 대상으로 시행한 설문 결과, 안면신경마비 질환에서 침과 전침, 한약을 제외한 추가적 중재에서 부항의 선호도가 가장 높았다(10.6%). 이를 보건데, 부항의 임상활용은 안면신경마비의 급성기와 회복기를 막론하고 이론적 배경과 선호도가 매우 좋으나, 이의 효과를 뒷받침할만한 근거 수집은 부족한 현실이다. 따라서 본 개발팀은 '안면신경마비 증상의 개선과 이후통의 호전을 위해 건식·습식 부항을 사용하는 것이 효과적인가?'는 질문에 대해 체계적 문헌고찰을 기획하였다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 병행치료

【 R28 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 이후통을 개선하기 위해 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 함께 이후통 부위의 자락관법 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	5
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> • 자락관법의 시술 부위는 예풍(TE17), 완골(GB12) 등 귀 뒷부분의 아시혈(阿是穴)을 목표로 한다. • 자락관법의 시술 시 교차감염을 예방하기 위하여 CNT (Clean needle technique)에 기반하여 멸균소독된 1회용 부항을 사용해야 한다. 		

(1) 임상질문: Q31

특발성 안면신경마비 환자에게 일반 침 치료에 이후통 부위 자락관법을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 이후통을 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침+자락관법	침	동통유지기간, SB, 유효율	한의원 및 한방병원

SB: Sunny-brook scale

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 1건의 무작위배정임상연구가 포함되었다.

Wang(2013)은 총 120명의 안면신경마비 환자를 대상으로 침과 예풍(TE17) 등 자락관법 병행치료군(n=60)과 침 단독 치료군(n=60)의 치료효과를 비교하였다. 자락관법은 급성기(발병 7일까지)에만 시행되었다. 치료 결과 Sunnybrook scale이 치료군이 대조군에 비해 유의하게 높아졌다(p<0.05). 동통유지기간은 치료군은 3.61±0.89일, 대조군은 6.65±1.24일로 치료군이 대조군에 비해 유의하게 짧았다(p<0.05). 유효율(Effective rate) 또한 치료군(58/60)이 대조군(51/60)에 비해 유의하게 높았다(p<0.05). 치료과정 중 이상반응(Adverse event)은 발생하지 않았다.⁴⁾

② 연구 결과의 요약

해당 연구는 침과 자락관법 병행치료군이 침 단독 치료에 비해 이후통 개선에 효과적임을 보여주었다. 그러나 문헌이 1건으로 정량적 분석을 할 수 없어 정성적으로 분석되었다. 비플립의 위험성에서 맹검이 불가능한 중재라는 점과 기타 보고들이 누락되었다는 점에서 위험성이 높은 것으로 평가되었다. 1건의 문헌이나 설명되지 않는 이질성이 없다는 점에서 비일관성은 등급 유지, 직접적 평가도구인 유

효율과 동통지속기간, Sunnybrook scale을 사용했다는 점에서 비직접성은 등급이 유지되었다. 총 대상군이 120명으로 OIS를 충족시키지 못해 등급이 하강(Downgrade)되어 문헌의 근거수준은 낮음(Low)로 평가되었다. 최종적으로 본 임상질문의 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain-awareness time (critical)	120 (1 RCT)	●○○○ Low	-	-	MD -3.04 [-3.43, -2.65] p<0.00001	낮을수록 효과가 좋을 의미
SB (critical)	120 (1 RCT)	●○○○ Low	-	-	MD 15.64 [14.21, 17.07] p<0.00001	높을수록 효과가 좋을 의미
Effective rate (critical)	120 (1 RCT)	●○○○ Low	RR=1.14 [1.01, 1.28] p=0.03	-	-	높을수록 효과가 좋을 의미

SB: Sunnybrook scale, MD: Mean difference, RR: Relative risk

(2) 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문에 해당하는 무작위배정 임상연구는 총 1건으로 임상적 편익이 있다고 사료되나 근거가 부족하다고 판단하였다.

다만, Oh(2013)는 비무작위배정임상연구로 본 진료지침의 포함 기준(inclusion criteria)에는 해당하지 않으나, 예풍(TE17)·완골(GB12)부위의 통증 개선을 위한 임상문헌으로서 유의할 것으로 사료되어 참고하였다.⁵⁾ 총 37명의 급성기 안면신경마비 환자를 대상으로 19명의 대조군은 일반 한방치료(침, 전침, 뜸, 봉약침, 광선조사요법, 안면운동과 마사지)를 시행하였고 18명의 실험군은 일반 한방치료에 예풍(TE17), 완골(GB12)의 자락관법을 병행하였다. 치료 결과, VAS (Visual analogue scale)가 대조군에 비해 치료군에서 유의하게 줄어들었고(p=0.042<0.05) House-Brackmann grade 또한 치료군에서 유의하게 호전되었음을 보고하였다(p=0.022<0.05).

앞에서 기술한 바와 같이 자락관법을 포함한 부항 치료는 임상에서 한의사의 선호도가 높은 중재이다. 또한 한의과대학 공통교재인 『침구의학』에서는 유양돌기, 완골부의 염증에 예풍혈을 사혈할 것을 기술하고 있다.⁶⁾ 또한 자락관법은 인체 표면부의 완만한 침습적 치료로, 치료로 얻는 이득이 위해에 비해 높을 것으로 사료된다. 이러한 배경을 바탕으로, 개발팀은 권고등급을 C로 부여하였다.

(3) 참고문헌

1. 대한침구의학회 교재편찬위원회 편. 침구의학. 한미의학. 2012:p119.
2. Erik. P. Bell's palsy-The spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different

- etiologies. *Acta Otolaryngol*. 2002;549:4-30.
3. Daniele DS et al. Bell's palsy-Syptoms preceding and accompanying the facial paresis. *Scientific World Journal*. 2014;27.
 4. 王乐荣, 王海龙, 徐琳. Research of Cupping-based Treatment on Acute Phase of Bell's palsy with Liver and Gallbladder Damp-heat Syndrome. [刺络拔罐为主治疗急性期Bell 麻痹肝胆湿热证临床研究]. *JETCM*. 2013;22(6):889-90.
 5. Oh MJ, Song HS. Effect of Bloodletting Therapeutics Complx Therapy on Peripheral Facial Paralysis Patients with Back of the Affected Ear pain. *The Acupuncture*. 2013;30(2):1-8.
 6. 대한침구의학회 교재편찬위원회 편. *침구의학*. 한미의학. 2012;641.

【 R29 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자의 안면 증상을 개선하기 위해 침치료만 시행하는 것에 비해 침치료와 자락관법의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-9
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> 안면신경마비 환자의 이후통의 소실은 결과적으로 마비증상의 호전과 연관이 있을 것으로 생각된다. 자락관법의 시술 부위는 예풍(TE17), 완골(GB12) 등 귀 뒷부분의 아시혈(阿是穴)을 목표로 한다. 		

(1) 임상질문: Q32

특발성 안면신경마비 환자에게 일반 침 치료에 자락관법을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상 개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침 + 자락관법	침	유효율, 호전율, HB, FDIS, FDIP	한의원 및 한방병원

HB: House-Brackmann scale. FDIS: Facial disability index (social), FDIP: Facial disability index (physical)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 9건의 무작위배정임상연구가 포함되었다.

Lu(2002)는 총 96명의 안면신경마비 환자에게 일반 침 치료 대조군(n=48)과 대조군 치료에 예풍(TE17)에 자락관법치료를 병행한 실험군(n=48)의 치료효과를 비교하였다. 치료 결과 치료군과 대조군 모두 유효율은 100%였으나, 호전율은 치료군이 대조군보다 통계적으로 유의하게 높았다($\chi^2=3.46, P < 0.05$).¹⁾

Li(2005)는 총 60명의 안면신경마비 환자를 각 30명씩 무작위배정한 RCT연구이다. 대조군은 일반 침 치료를, 실험군은 동일한 침 치료에 급성기 자락관법을 병행하였다. 치료 결과 호전율은 실험군이 60%, 대조군이 33.3%로 실험군이 유의하게 높았다($p < 0.01$). 치료 횟수 또한 실험군은 12.6 ± 2.1 회, 대조군은 22.7 ± 2.6 회로 실험군이 대조군에 비해 유의하게 짧았다($p < 0.05$).²⁾

Gao(2010)는 총 92명의 안면신경마비 환자를 침과 예풍(TE17)·완골(GB12)부 자락관법으로 병행 치료 한 실험군(n=50)과 침 단독치료인 대조군(n=42)로 무작위배정하여 임상시험을 진행하였다. 치료 결과는 유효율로 평가하였는데, 실험군은 94.00%, 대조군은 76.19%로 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높은 치료효과가 있었다($p < 0.05$).³⁾

Huang(2010)은 총 116명의 안면신경마비 환자를 대상으로 시행된 RCT이다. 대조군(n=58)은 일반 침 치료를, 실험군(n=58)은 일반 침 치료에 예풍(TE17)·완골(GB12)부 자락관법을 병행치료 하였다. 치료결과는 유효율과 호전율로 비교하였다. 유효율은 실험군 96.55%, 대조군은 94.82%로 실험군이 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p > 0.05$). 호전율은 실험군은 60.34%, 대조군은 44.93% 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.05$).⁴⁾

Li(2013)는 총 80명의 안면신경마비 환자를 40명씩 실험군과 대조군으로 나누어 무작위배정 임상 연구를 진행하였다. 실험군은 침 치료와 예풍(TE17)혈 자락관법 치료를 병행하였고 대조군은 침 단독 치료를 시행하였다. 실험 결과 호전율은 실험군이 22례(55.0%), 대조군이 12례(30.0%)로 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높았다($p < 0.01$). 치료기간과 추적관찰기간 동안 이상반응(Adverse event)은 발생하지 않았다.⁵⁾

Huang(2013)은 총 130명의 안면신경마비 환자를 각 65명씩 실험군과 대조군에 무작위배정하여 임상 연구를 진행하였다. 실험군은 일반 침 치료에 예풍(TE17)혈 자락관법을 병행하였다. 치료 결과는 유효율과 호전율로 비교하였다. 유효율은 96.92%와 93.85%로 유의한 차이가 없었다($p > 0.05$). 호전율은 실험군은 35.38%, 대조군은 26.15%로 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$).⁶⁾

Ye(2017)는 총 80명의 안면신경마비환자를 대상으로 한 무작위배정임상연구이다. 대조군($n=40$)은 일반 침 치료를, 실험군($n=40$)은 동일 침 치료에 예풍(TE17), 완골(GB12), 견정(GB21) 부위의 자락관법을 병행하였다. 치료결과는 유효율과 호전율, House-Brackmann grade로 표현하였다. 유효율은 실험군(97.5%)이 대조군(85.0%)에 비해 유의하게 높았다($p=0.048 < 0.05$). 호전율은 실험군(72.5%)이 대조군(50.0%)에 비해 유의하게 높았다($p=0.039 < 0.05$). 치료 후 HB scale은 실험군이 대조군에 비해 유의하게 좋았다($p=0.018 < 0.05$).⁷⁾

Jin(2017)은 총 140명의 안면신경마비 환자를 대상으로 무작위배정 임상 연구를 수행하였다. 대조군($n=70$)은 단순 침 치료를, 실험군($n=70$)은 침 치료에 예풍(TE17)혈 자락관법을 더하여 시행하였다. 치료 결과는 유효율, 호전율, House-Brackmann grade, FDI (Facial Disability Index)로 표현하였다. 유효율은 치료군(97.14%)과 대조군(91.43%) 사이에 유의한 차이는 없었다($p > 0.05$). 호전율은 치료군(70.00%)이 대조군(51.43%)보다 통계적으로 유의하게 높았다($p=0.024 < 0.05$). 치료 6주 후 HB grade는 양 군에 유의한 차이가 있었다($p=0.000 < 0.05$). FDIS와 FDIP는 모두 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높았다($p < 0.05$).⁸⁾

Huang(2019)은 총 54명의 안면신경마비 환자를 대상으로 무작위배정 임상 연구를 수행하였다. 실험군($n=29$)은 침과 예풍(TE17)혈의 자락관법을, 대조군($n=25$)은 단순 침 치료를 시행하였다. 치료 결과를 유효율과 호전율로 비교한 결과, 유효율은 실험군(29/29), 대조군(21/25)이며 호전율은 실험군(27/29), 대조군(12/25)를 보여, 호전율에서 통계적으로 유의한 차이가 있었음을 보고하였다($p < 0.05$).⁹⁾

② 연구 결과의 요약

치료결과를 유효율(Effective rate)로 확인한 총 6개의 문헌을 분석한 결과 자락관법 병행치료군이 침 단독치료군에 비해 효과적임을 알 수 있었다($RR=1.08$, 95% $CI=1.03, 1.13$, $p=0.00007$). 자락관법의 중재가 눈가림이 불가능하다는 점과 대부분의 문헌에서 무작위배정과 은닉, 평가자 눈가림을 보고하지 않았다는 점에서 비뮴립 위험성은 높은 것으로 판단했다. $I^2=77\%$ 로 문헌 간에 비일관성이 있다고 보아 하강(Downgrade)를 시행하였고 직접적 평가지표인 유효율을 사용하여 비직접성에서 단계는 유지되었다. 전체 대상수는 568명으로 OIS 400명을 만족시켰으므로 비정밀성에서 단계는 유지되었다. 최종

적으로 근거수준은 낮음(Low)으로 판단하였다.

치료결과를 호전율(Cure rate)로 확인한 총 6개의 문헌을 분석한 결과 자락관법 병행치료군이 침 단독치료군에 비해 효과적임을 알 수 있었다(RR=1.48, 95% CI=1.24, 1.77, $p<0.00001$). 자락관법의 중재가 눈가림이 불가능하다는 점과 대부분의 문헌에서 무작위배정과 은닉, 평가자 눈가림을 보고하지 않았다는 점에서 비뚤림 위험성은 높은 것으로 판단했다. $I^2=0\%$ 이며 문헌 간에 설명되지 않는 이질성은 보이지 않아 비일관성에서 등급은 유지되었다. 치료효과를 판단하는 직접도구인 호전율을 사용하여 비직접성에서도 등급은 유지되었고, 총 대상군이 562명으로 OIS 400명을 만족시켰으므로 비정밀성에서도 등급이 유지되었다. 결과적으로 근거수준은 중등도(Moderate)로 판단하였다.

House-Brackmann scale로 치료결과를 보고한 문헌은 1건으로 근거의 합성은 불가능하여 정성적으로 분석하였다. 치료효과는 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났다(MD=-0.67, 95% CI=-0.77, -0.57, $p<0.00001$). 자락관법의 중재가 눈가림이 불가능하다는 점과 은닉, 평가자 눈가림, 탈락률을 보고하지 않았다는 점에서 비뚤림 위험성은 높은 것으로 판단했다. 문헌은 1건으로 비일관성을 측정할 수 없었으나 설명하지 않는 이질성이 없어 등급은 유지되었다. 안면신경마비의 직접적 평가도구인 HB grade를 활용하여 비직접성에서도 등급은 유지되었다. 다만 전체 대상이 총 140명으로 충분치 않았기 때문에 한 단계 하강(Downgrade) 되었다. 최종적으로 근거수준은 낮음(Low)으로 판단하였다.

Facial Disability Index (Social)로 치료결과를 보고한 문헌은 1건으로 근거의 합성은 불가능하여 정성적으로 분석하였다. 치료효과는 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났다(MD=-2.41, 95% CI=-3.17, -1.56, $p<0.00001$). 자락관법의 중재가 눈가림이 불가능하다는 점과 은닉, 평가자 눈가림, 탈락률을 보고하지 않았다는 점에서 비뚤림 위험성은 높은 것으로 판단했다. 문헌은 1건으로 비일관성을 측정할 수 없었으나 설명하지 않는 이질성이 없어 등급은 유지되었다. 안면신경마비의 직접적 평가도구인 FDIS를 활용하여 비직접성에서도 등급은 유지되었다. 다만 전체 대상이 총 140명으로 충분치 않았기 때문에 한 단계 하강(Downgrade)되었다. 최종적으로 근거수준은 낮음(Low)으로 판단하였다.

Facial Disability Index (Physical)로 치료결과를 보고한 문헌은 1건으로 근거의 합성은 불가능하여 정성적으로 분석하였다. 치료효과는 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났다(MD=3.44, 95% CI=2.27, 4.61, $p<0.00001$). 자락관법의 중재가 눈가림이 불가능하다는 점과 은닉, 평가자 눈가림, 탈락률을 보고하지 않았다는 점에서 비뚤림 위험성은 높은 것으로 판단했다. 문헌은 1건으로 비일관성을 측정할 수 없었으나 설명하지 않는 이질성이 없어 등급은 유지되었다. 안면신경마비의 직접적 평가도구인 FDIP를 활용하여 비직접성에서도 등급은 유지되었다. 다만 전체 대상이 총 140명으로 충분치 않았기 때문에 한 단계 하강(Downgrade) 되었다. 최종적으로 근거수준은 낮음(Low)으로 판단하였다.

전체 문헌의 근거수준을 종합하여 개발팀은 근거수준을 Moderate(중등도)로 합의하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	568 (6 RCTs)	●●○○ Low	RR 1.08 [1.03, 1.13] p=0.0007	-	-	높을수록 효과적임을 의미
Cure rate (critical)	562 (6 RCTs)	●●●○ Moderate	RR 1.08 [1.03, 1.13] p=0.0007	-	-	높을수록 효과적임을 의미
HB (critical)	140 (1 RCT)	●●○○ Low	-	-	MD -0.67 [-0.77, -0.57] p<0.00001	낮을수록 효과적임을 의미
FDIS (critical)	140 (1 RCT)	●●○○ Low	-	-	MD -2.41 [-3.17, -1.65] p<0.00001	낮을수록 효과적임을 의미
FDIP (critical)	140 (1 RCT)	●●○○ Low	-	-	MD 3.44 [2.27, 4.61] p<0.00001	높을수록 효과적임을 의미

HB: House-Brackmann scale. FDIS: Facial disability index (social), FDIP: Facial disability index (physical), RR: Relative risk, MD: Mean difference

(2) 권고안 도출에 대한 설명

해당 임상질문에 대한 체계적 문헌고찰을 시행한 결과 실험군이 대조군에 비해 치료효과의 편익은 유의하게 있는 것으로 사료된다. 부항요법은 개발팀의 설문조사 결과 임상현장에서의 선호도와 중요성에 대한 인식이 상대적으로 높은 중재였다. 특히 침 치료와 병행치료로서 예풍(TE17), 완골(GB12)혈을 포함한 이후통부위에 직접적으로 치료할 수 있고, 보험등재 항목으로서 환자에게 부가되는 비용이 크지 않으므로 임상적인 활용성이 높다고 볼 수 있어 강하게 권고할 수 있었다. 본 임상질문의 결과는 이후통의 유무가 치료의 호전율에 강한 위험요소(Risk factor)가 된다는 이전의 연구들과 일관된 결과를 보여주었다는 점에서도 자락관법의 활용을 뒷받침하는 근거는 충분하다고 사료된다. 그러나 임상문헌의 질이 눈가림이 불가능하고 무작위방법이 미기재 되는 등 비플림의 위험성이 있다고 생각되어, 최종적으로 중재의 편익이 신뢰할 만하고 진료현장에서 활용도가 높으므로 안면신경마비 증상의 개선을 위하여 침과 자락관법 병행치료를 시행할 것을 고려해야한다(권고등급 B)고 권고하였다.

(3) 참고문헌

1. 卢勤妹. 翳风穴刺络拔罐为主治疗急性期周围性面瘫 48例. Journal of External Therapy of TCM. 2002;11(6):28.
2. 李黄彤, 刘建华. 针刺加刺血拔罐治疗周围性面瘫的临床观察. J Chin Integr Med. 2005;3(1):18-9.

3. 高兵兵. 针灸加刺络拔罐治疗特发性面神经麻痹 92例. CJGMCM. 2010;25(7):1244-5.
4. 黄丽萍, 曹荣禄, 张晓霞. 翳风穴刺络拔罐治疗急性期周围性面瘫 58例. 陕西中医. 2010;31(4):473-4.
5. 李旅萍. 针刺结合重罐刺络放血治疗特发性面神经麻痹的疗效观察. 中国医学创新. 41-42. 2013;10(20).
6. 黄丽萍, 张晓霞, 孙玲莉. 翳风穴刺络拔罐治疗急性期周围性面瘫 65例. 陕西中医. 2013;33(12):1657-8.
7. 叶翥然, 蔡剑飞, 刘鸿. 针刺配合叩刺拔罐治疗周围性面瘫的临床疗效. 中国现代医生. 2017;55(26):126-9.
8. 金明卜, 徐萍, 张叶熙, 苏莉. 穴位针刺辅助刺络拔罐治疗周围性面瘫急性期疗效及对H-B 分级的影响. Chinese Archives of Traditional Chinese Medicine. 2017;35(10).
9. 黄建梅, 武春华. 针刺结合刺络闪罐治疗贝尔麻痹的临床观察. China Continuing Medical Education. 2019;11(3):129-31.

【 R30 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 건식부항의 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-5
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> • 본 임상질문에 해당된 문헌에서 활용된 건식부항은 대부분 설파법(閃罐法)으로 지창(ST4), 협거(ST6), 하관(ST7), 양백(GB14), 사백(ST2) 등의 안면부 혈위와, 대추(GV14), 예풍(TE17), 완골(GB12) 등의 경향, 견배부의 혈위를 고려할 수 있다. • 또한, 배수혈의 반응점을 촉진하여 유관법을 시행하는 것도 임상적으로 고려할 수 있다. 		

(1) 임상질문: Q33

특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료에 건식부항을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상 개선에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침+건식부항	침	유효율	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 총 5건의 무작위배정임상연구가 포함되었다.

Zhao(1997)는 총 116명의 안면신경마비 환자를 각 58명씩 실험군과 대조군으로 나누어 무작위배정 임상연구를 진행하였다. 건식부항은 설파법(閃罐法)으로 대추(GV14), 예풍(TE17), 지창(ST4), 협거(ST6), 사백(ST2), 하관(ST7), 양백(GB14) 혈위에 시술하였다. 유효율로 치료효과를 비교한 결과 실험군은 100%, 대조군은 91%로 호전되었다. 호전율은 실험군과 대조군 각각 86%와 60%였다.¹⁾

Zhou(2003)는 총 68명의 안면신경마비 환자를 대상으로 시행된 무작위배정 임상연구이다. 대조군(n=34)은 일반 침 치료를 시행하였고, 실험군(n=34)은 대조군과 동일한 일반 침 치료에 설파법(閃罐法)으로 지창(ST4), 협거(ST6), 양백(GB14), 사백(ST2) 등 혈위에 시술하였다. 유효율은 두 군 모두 100%였으며 현저한 효과가 나타나는 비율은 실험군이 94.12%, 대조군이 88.24%로 실험군이 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 평균 치료기간은 실험군이 26.5d, 대조군은 31.56d로 실험군이 통계적으로 유의하게 짧았다($p < 0.05$).²⁾

Gao(2011)는 총 93명의 안면신경마비 환자를 대상으로 무작위배정 임상연구를 진행하였다. 대조군(n=38)은 침과 전침치료를 시행하였고 실험군(n=45)은 대조군과 동일한 치료에 환측 안면부 설파법을 병행시술 하였다. 치료 결과는 유효율로, 실험군에서 95.5%, 대조군에서 86.9%를 보여 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$).³⁾

Zhao(2016)는 총 60명의 안면신경마비 환자를 모집하여 33명의 침-설파법 실험군과 27명의 침 단독치료군으로 나누어 임상시험을 수행하였다. 설파법의 위치는 안면부 경혈과 예풍(TE17), 완골

(GB12)혈이었다. 치료결과는 호전율로 나타내었는데 실험군은 60.61%, 대조군은 55.56%로 유의한 차이는 없었다($p > 0.05$).⁴⁾

Liu(2018)는 총 78명의 안면신경마비환자를 침 치료군($n=40$)과 침-섬관법 병행치료군($n=38$)으로 무작위로 배정하여 연구를 수행하였다. 치료 결과는 각각 유효율, 신경기능등급, 치료기간으로 산출하였는데, 모두 실험군이 대조군에 비해 유의하게 좋았다($p < 0.05$, $p < 0.001$, $p < 0.001$).⁵⁾

② 연구 결과의 요약

유효율(Effective rate)로 결과를 도출한 4건의 무작위배정 임상연구를 종합할 때, 침 치료와 건식부항을 병행하는 것이 침 단독 치료를 시행하는 것에 비해 치료적 편익이 있는 것으로 나타났다. 그러나 편익의 크기가 매우 작고, 기준(baseline)에 걸쳐있는 연구가 2건 존재하는 바, 개발팀은 결과의 해석을 주의 깊게 해야 한다고 논의하였다[RR=1.06, 95% CI=(1.01, 1.12)]. 주로 눈가림과 무작위배정 방법에서 비뿔림의 위험성이 높아서 한 단계 하강(Downgrade)되었고, 4건의 문헌의 이질성이 $I^2=84%$ 로 비일관성에서 한 단계 하강(Downgrade) 하였다. 직접적 평가방법인 유효율로 측정하였으므로 비직접성에서 단계 유지, 총 인원 344명으로 OIS를 충족시키지 못해 비정밀성에서 하강(Downgrade)되었다. 따라서 근거수준은 매우 낮음(Very low)가 되었다.

호전율(Cure rate)로 결과를 도출한 3건의 무작위배정 임상연구를 분석한 결과 침과 건식부항 병행 치료군이 침 단독치료군에 비해 얻는 치료적 편익이 있었다(RR=1.27, 95% CI=1.05, 1.55). 다만, 눈가림이 불가능한 중재라는 점과 무작위 배정, 은닉 등에서 보고되지 않은 점들이 있어 비뿔림 위험성이 존재한다는 점에서 근거수준을 한 단계 낮추었다. $I^2=0%$ 이며 문헌 간에 설명되지 않는 이질성은 존재하지 않았다. 직접적 결과물인 호전율을 비교하였으므로 비직접성에서는 단계가 유지되었고, 총인원 244명으로 충분한 대상자를 확보하지 못하였으므로 비정밀성에서 하강(Downgrade)하였다. 결론적으로 해당 근거수준은 낮음(Low)이었다.

개발팀은 두 결과를 종합하여 본 임상질문에 해당하는 문헌들의 근거수준은 낮음(Low)으로 합의하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Effective rate (critical)	345 (4 RCTs)	●●●○ Very low	RR 1.06 [1.01, 1.12] $p=0.03$	-	-	높을수록 효과적임을 의미
Cure rate (critical)	244 (3 RCTs)	●●○○ Low	RR 1.27 [1.05, 1.55] $p=0.01$	-	-	높을수록 효과적임을 의미

(2) 권고안 도출에 대한 설명

본 체계적 문헌고찰 결과 침과 건식부항의 병행치료는 침 치료만 단독으로 시행하는 경우에 비해 증상 개선에 효과적임을 알 수 있었다. 다만, 유효율에서는 효과의 크기가 매우 작으며 호전율에서도 크지 않은 점, 문헌의 질이 낮아 비뿔림 위험성이 높다는 점 등을 고려할 때 문헌의 근거수준이 낮고 편익이 작은 중재라고 판단하였다. 다만, 건식부항은 설파법과 유관법 모두 비침습적 중재로 일반적인 시술로 인해 발생하는 부작용 등의 위험이 매우 적다는 점, 활용성이 매우 높은 데에 비해 국내의 임상연구 문헌이 매우 적다는 점에서 향후 질 좋은 임상연구의 개발을 통해 효과추정치가 바뀔 가능성이 있을 것으로 사료되었다. 따라서, 개발팀의 합의하에 침 건식부항 복합치료의 권고등급은 C로 결론지었다.

(3) 참고문헌

1. 赵欢初. 针刺加闪罐治疗周围性面神经麻痹 58例. 上海鍼灸染志. 1997;16:24-5.
2. 周厚强. 针刺闪罐治疗面神经麻痹的疗效及取效时间对照观察. 2003;23(6):339-40.
3. 高亚会. 针刺配合闪罐治疗周围性面瘫45例疗效观察. 2011;3:63-4.
4. 赵正恩, 汪玲. 拔罐疗法结合针刺治疗面瘫急性期耳后疼痛 33例. 光明中医. 2016;31(14):2077-8.
5. 刘一然. 针灸联合拔罐疗法治疗周围性面神经麻痹恢复期的临床观察. 针灸临床杂志. 2018;34(12):29-32.

8. 레이저침(Laser acupuncture, Low-level light therapy, LLLT)

● 배경

레이저침은 레이저 광선을 경혈에 조사해서 그 에너지 자극으로 체내 경락계통에 영향을 주어 자침과 유사한 치료효과를 나타내는 일종의 경락자극요법이다.¹⁾ 그중 저출력레이저(Low-level laser therapy, LLLT)는 레이저 빛으로 생체자극반응을 일으켜 세포와 조직의 광화학적(Photochemical)반응을 유도한다. 이를 통해 손상 조직세포의 재생과 국소조직세포의 대사를 촉진하는 Biostimulation 효과가 있어 진통, 항염, 항경련, 항신경통 및 혈관 확장의 효능이 있다.²⁾

안면신경마비의 원인에 대해서는 많은 논의가 있으나, 특히 특발성 안면신경마비인 벨마비(Bell's palsy)의 경우, 두개골 내 얇은 구조물인 안면신경관(Fallopian canal) 주변에서 안면신경이 염증성 손상을 입는다고 알려져 있다. 또 최근의 연구들에서는 Herpes simplex virus군이 신경에 염증성 변화를 일으킨다고 밝히기도 하였다.^{3,5)} 레이저침에 사용되는 저출력레이저(LLLT)는 절제, 절삭이 가능한 고출력레이저(High intensity light therapy, HILT)에 비해 조직에 전달하는 열에너지가 작아 “Cold laser”라고 불린다. 환자가 느끼는 자극이 적으면서도 광화학적 효과를 유발할 수 있는 치료법이라는 의미이다. 말초신경계 질환에서 레이저침은 경혈 자극의 목적과 더불어 손상을 입은 신경을 자극하여 신경 염증과 부종을 가라앉히고 산소와 영양분 공급을 증가시켜 신경의 손상을 막고 회복을 자극하는 것으로 알려져 있다.

저출력레이저침의 가장 큰 장점은 치료의 적응증이 넓고 위해가 적어 표준치료로 알려진 스테로이드 요법을 사용할 수 없는 환자들에게도 적극적으로 활용이 가능하다는 점이다. 예를 들어 임신부, 과도한 비만, 골다공증 환자, 조절되지 않는 당뇨 환자 등 스테로이드의 활용이 어려운 환자에게도 사용의 제한점이 적다. 이러한 이유로 서구권에서는 저출력레이저를 이용한 치료에 대해 다양한 근거 문헌이 창출되고 있으나 국내 임상 현실에서 활용도가 높지 않아 아직까지 근거가 미비한 상태이다.

따라서 본 개발팀은 레이저침의 효과성에 대한 의문을 갖고 본 임상질문을 기획하게 되었다. 향후 레이저침의 신경보호효과(neuroprotective effect)에 대해 잘 짜여진 임상연구가 필요하다.

● 임상질문 및 권고안

■ 병행치료

【 R31 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 레이저침 병행치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Low	6-8

(1) 임상질문: Q34

특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료에 레이저침을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상호전에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침+레이저침	침	유효율	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에 해당하는 무작위배정 임상연구는 총 3건이었다.

Zhang(2003)은 총 92명의 안면신경마비 환자를 무작위배정하여 침 단독 치료 대조군(n=42)과 동일 침 치료에 LLLT를 병행한 실험군(n=50)으로 나누었다. LLLT는 He-Ne 레이저로 하관(ST7), 예풍(TE17)혈위에 하루 10분씩 10일간 조사하였다. 유효율에서는 유의한 차이가 없었으나 호전율은 치료군이 대조군에 비해 유의하게 높았다(p<0.01).⁶⁾

Dai(2004)는 총 100명의 안면신경마비 환자를 각 50명씩 실험군과 대조군에 무작위배정하여 대조군은 침 단독 시술을, 실험군은 레이저침을 시행하였다. LLLT는 He-Ne 레이저, 파장 6328 nm, 10 mW의 출력으로 환측 예풍(TE17)혈에 30분간 조사하였다. 치료 결과, 호전율은 실험군이 80.0%, 대조군이 42.0%로 실험군이 통계적으로 유의하게 호전율이 높았다(p<0.05).⁷⁾

Yang(2008)은 총 120명의 안면신경마비 환자군을 80명씩 실험군과 대조군으로 무작위배정하여 임상연구를 수행하였다. LLLT는 MDC-500(GaAlAs laser)를 사용하였고, 파장 650~830 nm, 300 mW의 출력으로 양 안면에 시행하였다. 실험결과 유효율(Effective rate)은 치료군이 100%, 대조군이 92.50%였으며, 호전율은 각각 95.0%와 55.0%로 통계적으로 유의하게 차이가 있었다(p<0.01).⁸⁾

② 연구 결과의 요약

유효율(Effective rate)을 결과변수로 보고한 3건의 문헌을 정량분석, 합성한 결과 침과 레이저침 복합치료군이 단순 침 시술군에 비해 치료적 편익이 있는 것으로 나타났다(RR=1.06, 95% CI=1.01, 1.11,

p=0.02). 그러나 피험자의 눈가림을 할 수 없는 중재라는 점, 무작위배정과 은닉 등에서 비뿔림의 위험요소가 높다는 점에서 문헌의 질이 낮다고 판단하였다. 또한, $I^2=0\%$ 로 비일관성에서 등급은 유지되었으며 직접적 결과변수인 유효율을 사용하여 비직접성 또한 등급이 유지되었다. 총 대상자수는 312명으로 OIS 400명을 충족하지 못하여 비정밀성에서 하강(Downgrade)되었다. 결과적으로 문헌의 근거수준은 낮음(Low)으로 결론하였다.

호전율(Cure rate)을 결과변수로 보고한 3건의 문헌을 정량분석, 합성한 결과 침과 레이저침 복합 치료군이 단순 침 치료군에 비해 치료적 편익이 있는 것으로 나타났다(RR=1.63, 95% CI=1.38, 1.93, p<0.00001). 그러나, 눈가림을 하기 어려운 중재로, 비뿔림 위험성은 모두 높았으며, 은닉과 무작위 배정에서 비뿔림의 위험성이 있다고 사료되는 바, 문헌의 질은 낮다고 판단하였다. $I^2=42\%$ 로 비일관성에서 등급 유지되었으며 설명되지 않는 이질성은 없다고 확인하였다. 직접적인 평가변수를 사용하여 비직접성에서도 등급은 유지되었다. 총 대상자수는 312명으로 OIS 400명을 충족하지 못하여 비정밀성에서 Downgrade되었다. 결과적으로 문헌의 근거수준은 낮음(Low)으로 판단하였다.

두 고찰을 근거하여 개발팀은 해당 임상질문 문헌의 근거수준을 낮음(Low)으로 판단하였다.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

유효율과 호전율의 근거 합성결과를 참고할 때, 레이저침을 침과 병행치료하는 것이 침 단독으로 시술하는 것에 비해 안면증상 개선에 효과적이었다. 다만, 유효율에 차이가 크지 않고 호전율에서 명확한 편익을 확인할 수 있었다. 그러나 문헌의 질이 낮아 신뢰도가 떨어진다는 점, 아직까지 국내 임상의 활용도가 높지는 않다는 점에서 추가적 단계상승은 이루어지지 않았다. 그러나 레이저침은 비침습적이며 적은 비용으로 치료 가능한, 위해가 적고 이득이 있는 중재이다. 따라서 최종적으로 개발팀의 합의에 의해 권고등급은 C를 부여하였다.

(3) 참고문헌

1. 대한침구의학회 교재편찬위원회 편. 침구의학. 한미의학. 2012;199,201.
2. E.Peitersen. Bell's palsy: The spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Acta Oto-Laryngologica. Supplementum. 2002;549:4-30.
3. Schirm J. Mulken PS. Bell's palsy and herpes simplex virus. APMIS. 1997;105(11):815-23.
4. Baringer JR. Herpes simplex virus and Bell palsy. Annals of Internal Medicine. 1996;124(1):63-5.
5. 张薰. 针刺配合激光穴位照射治疗周围性面瘫疗效观察. 上海针灸杂志. 2003;22(12):11-2.
6. 戴海霞. 针刺配合氦氛激光穴位照射治疗周围性面神经麻痹 50例. 福建中医药. 2004;35(5):18-9.
7. 杨玉光, 王永民. 电针配合激光照射治疗周围性面瘫 120例. 光明中医. 2008;23(12):1979-8.

9. 물리치료 및 안면운동(Physical therapy and Facial exercise)

● 배경

안면신경마비의 물리치료는 온열치료, 전기치료, 마사지, 안면 운동, 바이오피드백(biofeedback) 등 다양한 방면에서 적용되고 있다. 이론적으로 운동요법과 전기치료는 근육의 힘을 기르고 신경 기능을 회복하기 위해서 사용되며, 온열치료와 마사지는 연부조직의 부종을 감소시키고 조직 내 혈류 증가를 유발해 산소공급을 결과적으로 자연 회복을 돕는 것을 목표로 한다. 그 중 안면운동은 가장 임상적 활용도가 높은 중재이다. 그러나 운동의 방법은 시술자에 따라 매우 다양하여 일관된 효과성에 대한 평가가 어려운 실정이다. 또한, 안면신경의 재활치료는 주로 전기자극을 통한 신경재활치료가 이루어지는 데 이 또한 효과성에 대한 논쟁이 한 가지 결론을 내지 못한 상태이다.

때문에, 본 개발팀은 대표적인 물리치료 방법인 안면 운동과 물리치료가 침 치료의 병행치료로서 가지는 효과성을 확인하고자 본 임상질문을 기획하게 되었다. 안면운동, 물리치료는 모두 포괄적인 중재인만큼 안면신경마비의 회복에 끼치는 효과크기는 작을 수 있고 임상현실을 반영하기 어려울 수 있다는 한계가 있다. 한의사가 국내 임상현실에서 물리치료를 시행하고자 한다면 본 권고를 참고삼아 환자 개인의 특성을 반영하여 적용하여야 할 것이다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 병행치료

【 R32 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료만 시행하는 것에 비해 침 치료와 함께 안면운동을 병행하는 것을 고려할 수 있다.	C/Moderate	1-3
임상적 고려사항 <ul style="list-style-type: none"> 안면운동은 거울운동(mirror exercise), 바이오피드백(biofeedback)이 대표적이며 근육의 움직임에 따라 다양한 방법으로 시행할 수 있다. 안면운동의 시작시점은 논쟁적(controversial)이다. 향후 추가적 연구가 필요하다. 		

(1) 임상질문: Q35

특발성 안면신경마비 환자에게 침 치료에 안면 운동을 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상호전에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
특발성 안면신경마비 환자	침+안면 운동	침	Portmann score, 호전을	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에 해당하는 무작위배정 임상연구는 총 2건이었다.

Wong(2004)은 총 74명의 벨마비 환자를 대상으로 무작위배정 임상연구를 수행하였다. 대조군(n=31)은 침과 양약, 마사지 등 기타치료들을 병행하였고 실험군(n=43)은 대조군의 치료에 안면운동을 병행하였다. 치료 결과는 Portmann간이평가법을 이용해 평가하였다. 1달간의 치료 후 실험군은 15.7674 ± 2.3888 , 대조군은 7.3226 ± 2.5480 의 전후 등급 차이를 보여 통계적으로 유의하게 좋아졌음($p=0.000$)을 확인하였다.¹⁾

Qu(2005)는 총 90명의 벨마비 환자를 침과 안면운동 병행 치료군, 침 단독 치료군, 운동 단독치료군 총 3군으로 무작위로 배정하여 임상연구를 수행하였다. 치료결과 호전율이 병행치료군은 66.7%, 침 단독시술군은 53.3%, 운동 단독 치료군은 46.7%로, 실험군이 두 대조군에 비해 유의하게 높았다($p<0.05$).²⁾

② 연구 결과의 요약

Portmann score로 비교한 1건의 RCT를 정성적으로 분석한 결과, 침과 안면운동 병행치료군이 침 치료군에 비해 유의하게 호전되었음을 확인할 수 있었다(MD=8.44, 95% CI=7.30, 9.59, $p<0.00001$). 눈가림에서 비풀림의 위험성이 높았으나 그 외 방법에서 낮은 위험성이 있어 문헌의 질은 등급을 유지하였다. 한 건의 문헌으로 비일관성을 평가할 수 없었으나 문헌에서 설명되지 않는 이질성이 없어 비일관성에서 등급은 유지되었다. 직접적 평가도구인 Portmann score를 사용하여 비직접성에서도 등급은 유지되었고, 총 대상수 74명으로 OIS가 불충분하다고 생각되어 하강(Downgrade)되었다. 총 문헌의 근거수준은 중등도(Moderate)로 판단하였다.

호전율을 보고한 1건의 RCT를 정성적으로 분석한 결과, 침과 안면운동 병행치료군이 침 치료군에 비해 유의하게 호전되었음을 확인할 수 있었다(RR=1.25, 95% CI=0.82, 1.90, $p=0.30$). 다만, 무작위 배정과 눈가림, 은닉 등에서 비풀림의 위험성이 높았기 때문에 1단계 하강(Downgrade)를 하였다. 1건의 문헌으로 비일관성을 평가할 수 없었으나 문헌에서 설명되지 않는 이질성이 없어 비일관성에서 등급은 유지되었다. 직접적 평가도구인 호전율을 사용하여 비직접성에서도 등급은 유지되었고, 총 대상수 60명으로 OIS가 불충분하다고 생각되어 하강(Downgrade)되었다.

전체 문헌의 근거수준을 종합한 결과 개발팀은 중등도(Moderate)로 판단하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Portmann score (critical)	74 (1 RCT)	●●●○ Moderate	-	-	MD 8.44 [7.30, 9.59] p<0.00001	높을수록 효과가 있음을 의미
Cure rate (critical)	60 (1 RCT)	●●○○ Low	RR 1.25 [0.82, 1.90] p=0.30	-	-	높을수록 효과가 있음을 의미

RR: Relative risk, MD: Mean difference

(2) 권고안 도출에 대한 설명

Portmann score와 호전율(Cure rate)을 결과변수로 보고한 2건의 RCT 문헌을 볼 때, 정량적 합성은 불가능 하지만 안면운동의 병행치료가 치료적 편익이 있을 것으로 사료된다. 다만, 문헌의 질이 낮고 대상자수가 적었으며, 안면 운동의 방법이 매우 다양하고 포괄적이라는 점에서 임상현실에서 해당 편익을 그대로 신뢰하기는 어렵다고 판단하였다. 다만, 안면운동은 치료적 중재 외 부가적 중재로서 임상적 활용도가 매우 높은 방법이며³⁾ 추가적 비용이 발생하지 않는 자기보고적 운동이라는 점, 운동으로 인해 발생하는 위해가 분명하지 않아 이득이 위해에 비해 크다는 점 등을 참조할 때 임상현실에서 안면운동의 활용은 권고할 수 있을 것이라 논의되었다. 최종적으로 개발팀의 합의에 의해 권고등급은 C를 부여하였다.

임상 현실에서 안면 운동을 시행할 때 고려해야 할 점은 운동의 시작 시기와 강도 변수이다. 향후 잘 짜여진 임상연구를 통해 해당 변수에 대한 근거를 마련해야 할 것으로 생각된다.

(3) 참고문헌

1. 王晓红, 张黎明, 韩梅, 张克清. 功能训练与分期治疗在面神经麻痹中的临床应用. 中国临床康复. 2004;8(4):616-7.
2. 屈勇. 分期针刺配合运动疗法治疗急性期Bell麻痹的临床观察. 2005;25(8):545-7.
3. Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011;12.

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
'특별성 안면신경마비 환자에게 침 치료에 물리치료를 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상호전에 효과적인가?'라는 임상질문에 권고안 비도출	-	-

(1) 임상질문: Q36

특별성 안면신경마비 환자에게 침 치료에 물리치료를 병행하는 것은 침 치료만 시행하는 것에 비해 증상호전에 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
안면신경마비 환자	침+물리 치료	침	호전율	한의원 및 한방병원

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에 해당한 무작위배정 임상연구는 총 1건이었다.

Pan(2004)은 총 75명의 안면신경마비 환자를 침 단독치료 대조군(n=37)과 침과 단파(Shortwave)치료를 병행한 실험군(n=38)로 나누어 무작위배정임상연구를 수행하였다. 호전율은 실험군이 92.1%, 대조군이 73%로 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p<0.05).¹⁾

② 연구 결과의 요약

호전율을 보고한 문헌은 총 1건으로 연구결과를 정성적으로 분석한 결과 침과 물리치료 병행군이 침 치료군에 비해 유의한 치료 효과가 있음을 확인할 수 있었다(RR=1.26, 95% CI=1.02, 1.57, p=0.04). 그러나 연구의 디자인이 눈가림이 이루어지지 않았으며 비플림의 위험성이 있다는 점에서 하강(Downgrade)를, 총 75명의 환자 대상으로 OIS 400명을 충분히 만족하지 못했으므로 하강(Downgrade)를 주었다. 1건의 문헌으로 비일관성에서 문제가 되는 항목은 없었으며, 안면신경호전의 주요한 지표인 호전율을 대상으로 하였으므로 비직접성 에서도 등급을 유지하였다. 문헌의 근거수준은 낮음(Low) 로으로 판단되었으며, 전체 문헌의 근거수준 또한 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Cure rate (critical)	75 (1 RCT)	●○○○ Low	RR 1.26 [1.02, 1.57] p=0.04	-	-	높을수록 효과가 있음을 의미

RR: Relative risk

(2) 권고안 비도출에 대한 설명

1건의 해당 RCT를 고찰한 결과, 안면신경마비 환자에게 침 치료와 물리치료를 병행시술하였을 때 얻는 편익이 침 단독 치료를 할 때에 비해 유의하게 높음을 알 수 있었다. 그러나, 포함기준에 맞는 문헌이 오직 1개였기 때문에 근거의 신뢰수준이 낮았다. 특히, 물리치료의 종류는 매우 다양하여 전기자극 치료 외에 다양한 중재를 포괄하므로 문헌 고찰 결과가 전체 물리치료의 효과를 대변한다고 할 수 없을 것이라 사료된다. 그럼에도 불구하고 물리치료의 임상적 의의는 손상된 신경에 지속적으로 자극을 가하여 환자의 편익을 최대화하고자 하는 바, 위해에 비해 이득이 클 것이라 예상하였다. 이러한 개발팀의 의견을 종합하여 물리치료 병행요법의 효과에 대해 이번 지침에서는 권고안을 도출할 수 없다고 판단하였다. 향후 특정 물리치료에 대한 잘 짜여진 임상연구 결과가 나온다면 권고의 수준은 크게 달라질 것이라 예상된다.

(3) 참고문헌

1. 潘良德. 针灸加短波治疗周围性面瘫 38例临床分析. JCAM. 2004;20(4):26-7.

V. 안면신경마비 임상진료지침 활용

1. 안면신경마비 임상진료지침 활용
2. 한계점 및 의의
3. 향후 계획

1. 안면신경마비 임상진료지침의 활용

안면신경마비는 2018년 기준으로 국내 유병률이 인구 10만명 당 95.37명에 이를 정도로 비교적 흔한 질환이며, 한의학적 치료에 대한 선호도가 비교적 높은 질환이다. 따라서 환자와 한의사를 포함하여 본 질환과 관련된 모든 대상 집단에서 적극적으로 활용할 수 있는 안면신경마비의 한의임상진료지침의 개발은 필수적이라 할 수 있다.

본 진료지침의 주요 대상 인구집단은 주로 특발성 안면신경장애(KCD-8 G51.0)의 환자군이며, 기타 원인으로 인한 말초성 안면신경마비 질환을 가진 모든 환자군 역시 활용 대상이 될 수 있다.

본 진료지침의 사용자는 안면신경마비에 대한 한의학적, 양의학적 지식을 두루 갖춘 한의사가 주 사용자가 되며, 기타 상기 질환과 관련 있는 의료인과 환자 또한 사용자가 될 수 있다. 본 진료지침이 이용되는 주요 의료 환경은 1차 의료기관이 될 것이며, 보다 정확한 감별 진단 등을 위해 2, 3차 의료기관에도 이용될 수 있다.

본 진료지침에서는 질환 개요를 통해 변증을 포함한 진단, 감별, 치료 및 예방에 대한 필수 지식을 갖출 수 있도록 하였다. 진단 도구와 치료 기술들의 구체적인 권고사항과 임상적 고려사항은 권고 내용의 개별 항목들에 상세히 기술하여 사용자의 선호도에 따라 권고 내용을 참고하여 임상에 적용할 수 있도록 하였다.

본 진료지침은 실제 진료현장에서 적용되어 환자 건강의 향상에 도움을 주고, 한의사들이 진료현장에 보다 원활하게 적용할 수 있도록 하기 위해 제작되었다. 이를 통해 한의사들의 임상 진료 시 의사 결정의 질을 향상시키고, 가능한 결과를 제시하여 평가가 이루어질 수 있도록 하며, 이는 궁극적으로 환자의 건강 결과의 개선으로 이어질 수 있을 것으로 기대된다.

2. 한계점 및 의의

1) 한계점

(1) 국내외 양질의 임상연구 문헌의 부족

- ① 국내외 임상문헌을 고찰한 결과 안면신경마비에 대한 잘 짜여진 임상연구 논문이 절대적으로 부족하다.
- ② 한의학 고유의 진단 및 변증논치(辨證論治)를 반영한 임상연구 문헌이 부족하다.
- ③ 국내외 현실상 무작위대조군 임상연구 연구가 활발하지 못해 상대적으로 중국 문헌에 대한 의존도가 높아 국내 임상 현실과의 이질성이 있을 수 있다.

(2) 근거중심적으로 객관적인 권고안 도출을 위한 근거문헌 부족 가능성

- ① 잘 짜여진 양질의 근거문헌이 부족한 이유로 근거중심적인 권고안 도출이 어려웠던 권고안 파트들이 존재한다.
- ② 고전문헌에 근거하거나 임상 전문가의 합의에 의해 결정된 권고안의 경우 근거중심의학의 위계상 객관성이 높다고 할 수 없다.

(3) 한의학 치료기술의 경우 단독치료의 권고안 도출의 어려움

- ① 침 치료를 제외한 모든 한의학적 증재는 해당 증재 단독으로 디자인된 임상문헌이 매우 적었으므로 단독치료의 효과성에 대한 권고안 도출이 어려웠다.

(4) 임상진료지침에 대한 임상 현장의 동의

- ① 개인별 맞춤 치료라는 한의학의 고유한 특징 때문에 본 임상진료지침의 권고안을 모든 한의사가 동의한다고 볼 수 없으며, 모든 임상현장에서 일반화할 수 없다.
- ② 따라서, 환자 개인의 증상 및 증후에 따라 가장 효과적인 치료 방법을 선택하는 최종 결정자는 개별 한의사이다.
- ③ 임상에서 진료를 담당하는 한의사의 의료행위를 제한하거나 건강보험 심사기준으로 삼고자 하는 것이 아니며, 더욱이 특정한 임상적 상황에 처한 환자에게 시행된 의료행위를 법률적으로 판단하는 근거가 될 수 없다.

2) 의의

한의표준임상진료지침 개발은 근거중심 의학적 방법론에 입각하여 엄격한 지침개발 절차에 따라 체계적이고 과학적으로 이루어졌으며, 한의학 치료방법들의 특성을 최대한 살릴 수 있도록 개발되었다.

3. 향후 계획**1) 임상진료지침의 보급과 확산을 위한 노력**

본 진료지침은 5년 주기로 한의표준진료지침 개발사업단의 지원과 지침 갱신계획에 의거하여 향후 주기적인 모니터링을 통해 새로운 과학적 근거가 확인되는 경우 또는 임상진료지침의 주사용자인 한의사 및 관련 연구자 대상으로 설문 조사를 통하여 권고된 증재의 선호도나 임상 현장에서의 활용도가 변하여 새로운 권고안 설정이 필요하다고 판단되는 경우 재검토하여 본 진료지침의 개발 절차에 따라 수정 및 보완작업을 거쳐 갱신할 계획이다.

2) 임상진료지침 근거창출을 위한 향후 임상연구 주제

본 임상진료지침을 제작하면서 권고안 도출시 근거가 부족하거나 향후 근거창출을 위한 임상연구가 필요한 사항들은 다음과 같다.

(1) 침과 전침치료 연구

- ① 침 치료 시 가장 효율적인 선혈(選穴)에 대한 연구
- ② 침 치료 및 전침 치료의 매개변수에 따른 치료효과 연구 (예: 침의 길이 · 두께, 방향, 자침 깊이, 유침 시간, 전침의 파형, 전침의 강도, 수기법의 종류 등)
- ③ 전침 치료의 효과를 밝히기 위한 잘 짜여진 무작위대조군 임상연구
- ④ 다양한 침구이론에 따른 침 치료의 효과를 밝히기 위한 잘 짜여진 무작위대조군 임상연구

(2) 한약치료 연구

- ① 임상현실을 반영한 다빈도 한약처방의 효과에 대한 임상 연구
- ② 시기별, 체질별, 변증별 한약처방 가이드라인 마련을 위한 연구

(3) 부항요법 및 뜸요법 연구

- ① 본 임상진료지침에서 제시된 권고안과 관련하여 근거수준 향상을 위한 대규모 임상연구

(4) 약침요법 연구

- ① 봉약침, 자하거 약침 등 본 임상진료지침의 제시된 약침들의 근거수준 향상을 위한 대규모 임상 연구
- ② 본 임상진료지침에 제시된 약침 외 다양한 기존 및 신규 약침에 대한 안면신경마비 적용가능성 연구
- ③ 봉약침의 다양한 매개변수에 따른 치료 효과 차이 및 안전한 봉약침 활용을 위한 지침 마련 연구 (예: 용량, 농도, 부위 등)

(5) 기타

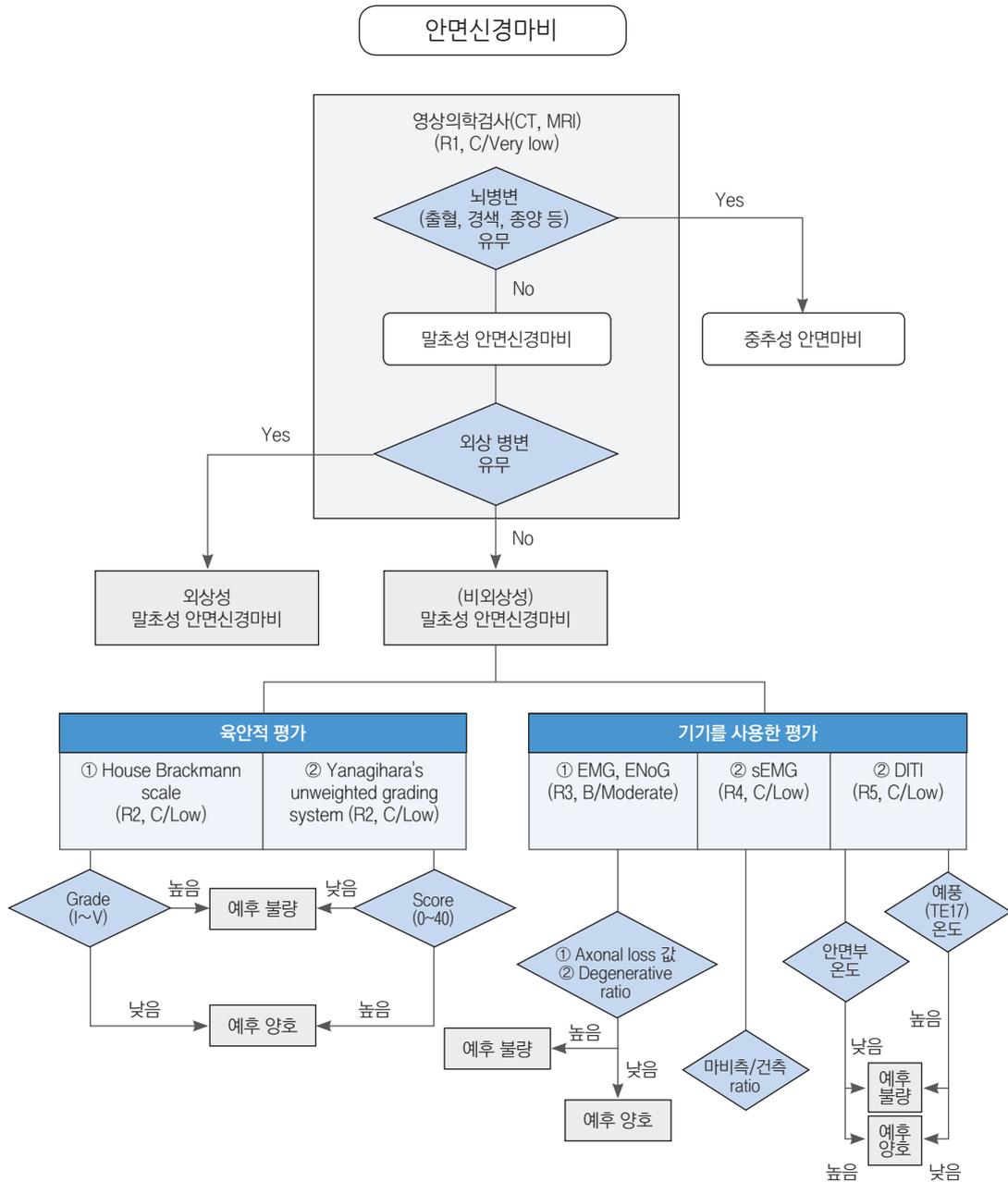
- ① 기타 안면신경마비에 대한 한의학적 치료방법으로 알려져 있는 모든 치료법에 대한 근거창출 및 근거수준 향상을 위한 연구
- ② 안면신경마비의 진행 시기별 적절한 한의학적 치료 방법 연구
- ③ 진료지침에 제시된 치료방법 외에 효과적인 한의학적 치료기술 발굴을 위한 연구

3) 환자의 관점과 선호도를 반영하기 위한 노력

본 임상진료지침 개발 시 임상한의사를 대상으로 한 두 차례 대규모 설문조사와 1차 의료기관 자문
한의사 의견 수렴 등 본 진료지침의 사용자 중 임상한의사를 위한 관점과 선호도는 개발 과정 중 상당
부분 반영되었으나 실제 안면신경마비 환자의 관점과 선호도에 대한 의견 반영은 부족한 실정이다. 향
후 안면신경마비 환자의 치료 기대치, 선호하는 또는 선호하지 않는 치료에 대한 수요도 조사, 치료 항
목별 만족도 등 환자의 관점과 선호도 파악을 위한 실제 환자 대상의 설문조사나 수요 조사 등이 수행
되고 이에 대한 반영이 필요할 것이다.

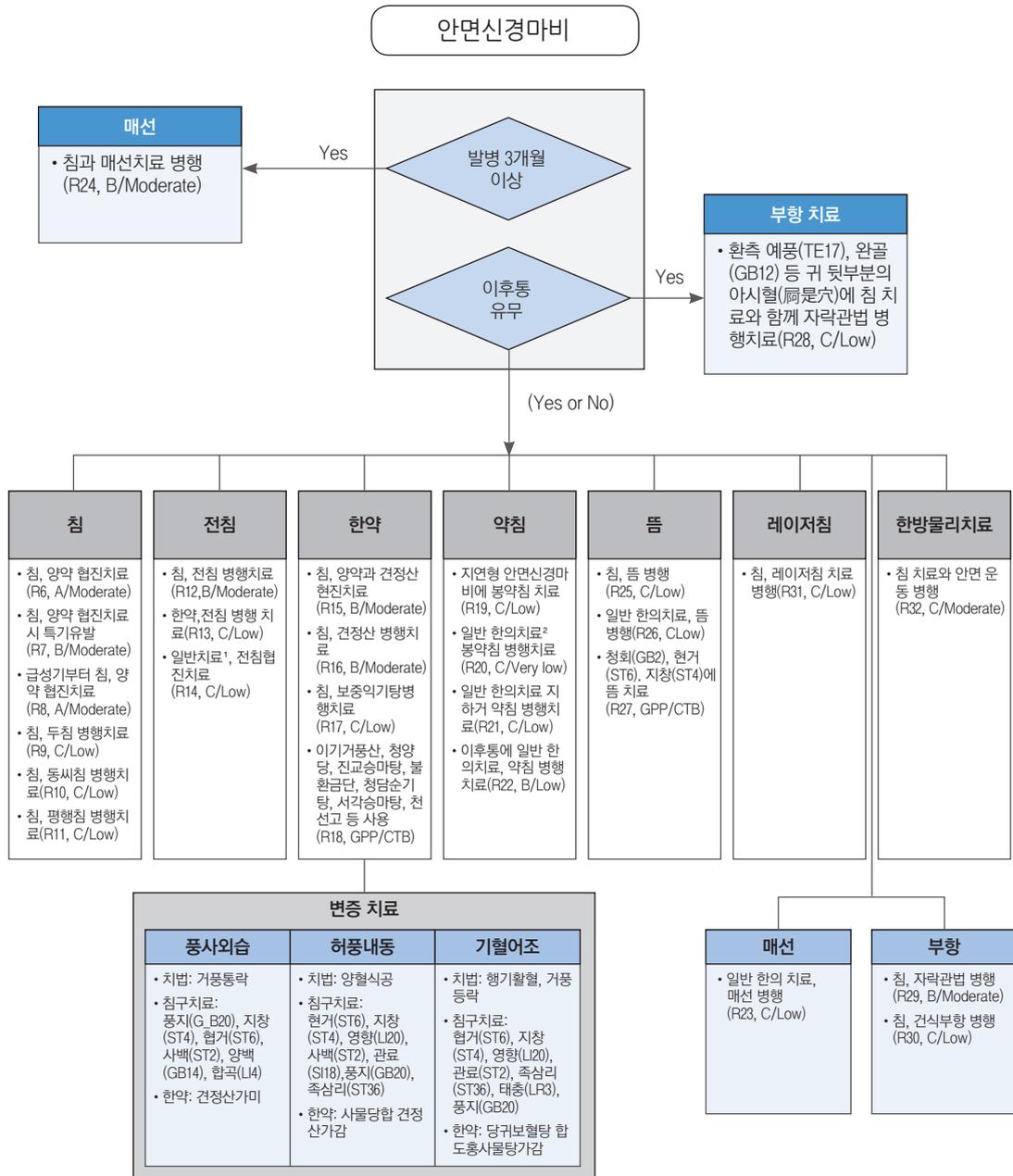
VI. 진료 알고리즘

▣ 진단



※ 중추성과 외상성 안면신경마비의 평가 방법도 동일함

▣ 치료



일반 치료¹ : 본 권고안은 스테로이드(steroid)를 포함한 의과 약물치료 및 운동치료를 일반 치료로 정의한다.
 일반 한의치료² : 본 권고안은 침과 전침, 한약, 물리치료 등의 치료를 일반 한의치료로 정의한다.

※ 본 진료 알고리즘에서는 한의학적 치료만 다루기로 함

Ⅶ. 확산 도구

2016년 시행한 한의사 대상 설문조사 결과 기존 안면신경마비 한의임상진료지침에 대해 50.7%는 ‘전혀 모른다’, 30.1%는 ‘출간 사실을 알고는 있었으나 내용은 모른다’라고 하였으며, 실제 임상에서 활용하는 비율은 13.3%에 불과하여 진료지침에 대한 인식도와 활용도가 현저히 낮음을 확인할 수 있었다. 이처럼 본 임상진료지침 실행의 장애요인으로는 임상한의사들의 임상진료지침에 대한 인식 및 활용의 부족이라고 할 수 있으며, 향후 임상진료지침의 개발뿐만 아니라 개발된 임상진료지침의 인식도와 활용도를 높이기 위한 방안이 필요할 것으로 사료된다.

권고안이 효과적으로 확산 및 실행되기 위해서 진료지침 요약본, 간이 진료지침, 환자용 지침 등의 도구가 필요하다. 확산도구로는 추후 개발이 완료된 진료지침의 인쇄본을 출판하고 파일 등을 한의표준임상진료지침 개발사업단에서 구축 예정인 한의표준임상진료지침 통합정보사이트를 통해 제공 예정이다. 이외에도 학술대회와 보수교육을 통한 진료지침 소개와 강좌, 권고안을 반영한 관련 교과서 개정 등의 확산 방안을 고려할 수 있다. 또한 개발된 지침의 인지도와 활용성에 대한 설문조사, 권고안별 활용 현황에 대한 설문조사, 진료지침 다운로드 건수 조사와 같은 실행과 확산을 위한 지속적인 모니터링을 통해 이후 갱신 시 임상 반영도를 높일 수 있도록 한다.

본 임상진료지침 실행의 촉진요인으로는 임상현장에서 많이 활용되는 치료중재를 우선적으로 선택하여 권고안을 마련하였다는 점과 주요 권고안에 임상적 고려사항을 추가하여 본 지침이 임상 활용에 실질적인 도움이 될 수 있도록 하였다는 점이다.

1. 리플렛

- 한의원과 한방병원의 환자 대기 장소에 비치하여 환자 및 보호자가 자유롭게 열람할 수 있도록 활용 가능함
- 한의사가 안면신경마비 환자를 대상으로 본 리플릿을 직접 보여주거나 리플릿 내용의 파일을 진료실의 환자가 볼 수 있는 모니터에 게시하여 이를 통해 환자에게 안면신경마비의 개요 및 증상, 원인, 예후, 한방치료 등을 설명하기 위한 도구로 활용 가능함

안면신경마비의 개요 및 증상

안면신경마비는 입과 눈을 포함한 반쪽의 얼굴이 타박한 안색 때문이 아닌 특별한 원인으로, 예후가 "양호하다"는 것을 기준으로 알려져 있습니다.

주요 증상은 특별한 인공이 운동장애가 대표적으로, 눈을 감기 힘들거나 수면이나 코의 주름을 잡기 힘들며, 입이 한쪽으로 휘어지거나 혀를 내밀 수 있는 것 같은 표정을 짓기 어렵습니다.

얼굴 혹은 목 부위의 이상감각이나 통증, 미각장애, 청각장애, 눈물감소, 이명 등이 동반될 수 있습니다.

안면신경마비의 예후

예후는 신경성 정도와 관련이 있고 이상대칭으로 인한 경우 좋지 않은 예후를 보이는 경우가 많습니다.

대개 85%가 3주 이내에 회복을 시작하며, 71%가 완전 회복, 13%가 약간의 후유증, 10%가 완전유증, 구축할 정도의 후유증을 남기기도 합니다.

안면신경마비

한의학표준임상진료지침

Korean Medicine Clinical Practice Guideline

Korean Medicine Clinical Practice Guideline

NIKOM 한국한의학진흥원

일반침

안면신경마비에 침 자극을 받는 것은 효과적이며 안전한 치료법입니다. 침 자극과 약침 자극을 동시에 하는 경우에도 안전하고 효과적입니다.

전침

안면신경마비에 대하여 음전류 자극은 침 자극과 함께 효과를 증진시키는 것으로 관찰됩니다.

매선

안면신경마비에 방만한 지 1개월 이상 경과하고 임상적인 치료로 뚜렷한 호전을 보이지 않을 때 영면침과 함께 매선 요법을 병행하는 것이 좋습니다.

치료절위

안면신경마비 환자에게는 안면신경과 근육이 위축된 지 4주 이상 경과한 경우 4주 이상 병행하는 것을 권장합니다.

약침

구 구에 통증이 동반되었을 때 약침 자극을 가함으로써 도움을 줄 수 있습니다. 침 자극과 함께 저농도 약침 사용은 4주 이상 병행하는 것을 권장합니다.

한약

안면신경마비에 대해 이기거울산, 간장산, 향문산, 진귀승마유, 불황판단, 향문산기생 등 4가지 처방을 기본으로 하여, 환자의 상태를 통해 용해 개개인의 상태와 특성에 따라 처방의 가감된 한약을 처방할 수 있습니다.

한의학표준임상진료지침 개발사업단 제작(2020년)
 다운로드: <http://www.nckm.or.kr>

2. 카드뉴스

- 한의원과 한방병원의 환자 대기 장소에 비치하여 환자 및 보호자가 자유롭게 열람할 수 있도록 활용 가능함



NIKOM
한국한의원진흥원

안면신경마비

**어느 날
갑자기 얼굴이
비뚤어져서
안움직인다면?**



“

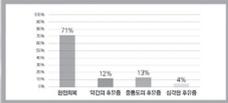
얼굴 한쪽이 마비되는
구안와사라는
질환을 많이 들어봤을거야.
입만 돌아가는게 아니라
이마, 눈, 코, 귀 등
여러부위에서 증상이
나타날 수 있어.

”

2,500명의 안면마비 환자의 회복에 관한 연구

특발성 안면신경마비 환자의
71%는 완전 회복을 보였다.
12%는 약간의 후유증이,
13%는 중증도의 후유증이 남았으며
오직 4%에서만 심각한 후유증이 남았다.

중요한 점은 어떠한 환자도
완전 마비 상태로 남지는 않았다는 것이다.



*출처 : E. Pethersen, Bell's Palsy: The Spontaneous Course of 2,500 Peripheral Facial Nerve Palsies of Different Etiologies



침 치료

근거수준 ★★★★★ 권고등급 👍👍👍👍

안면신경마비에 침 치료가 효과적!!

*출처 : 안면신경마비 한의표준임상진료지침



전침

안면신경마비에 일반 침치료보다 전침을 사용하면 회복을 앞당길 수 있어.

전침은 침을 놓은 곳에 약한 전기자극을 주어 득기감(得氣感)을 주는 치료로, 득기감을 침 치료의 효과를 좌우하는 중요한 요소들 하나이다.

근거수준 ☆☆☆☆☆ 권고등급 👍👍👍👍👍

한의학에게 진찰 받고 내 증상에 맞는 적절한 약침치료를 받는 것이 중요해

약침

근거수준 ☆☆☆☆☆ 권고등급 👍👍👍👍👍

*출처: 안면신경마비 한의표준임상진료지침

Q 만약 안면신경마비가 오고 1개월 이상 호전이 없고 후유증이 남았다면 어떻게 해야 해?

매선요법

만약 안면신경마비가 오고 1달이 넘도록 호전이 없다면 **매선요법**을 병행하는 것을 고려해봐.

*출처: 안면신경마비 한의표준임상진료지침

안면마비치료는 후유증이 최대한 남지 않게 하는 것이 중요해! 그렇다면 지금 가야할 곳은 어디?
한의원!

한의표준임상진료지침 개발사업단 제작(2020년)
다운로드: <http://www.nckm.or.kr>

3. 인포그래픽

안면신경마비 한의표준임상진료지침

중추신경계 질환 유무 (출혈, 경색, 종양 등) No

외상 병변 유무 영상의학적검사(CT, MRI)

중추성 안면마비 Yes

육안적 평가

① House Brackmann scale ② Yanagihara's unweighted grading system

Grade (I~V) Score (0~40)

높음 ← 예후 불량 ← 낮음

낮음 ← 예후 양호 ← 높음

(비외상성) 말초성 안면신경마비 Yes

기기를 사용한 평가

① EMG, ENoG ② sEMG ③ DITI

① Axonal loss ratio ② Degeneration ratio ③ 마비측/건강측 ratio ④ 안면부 온도 ⑤ 예종(TE17) 온도

높음 낮음 낮음 낮음 낮음

예후 불량 예후 양호 예후 양호 예후 불량 예후 불량

이후통 유무 Yes

Yes or No

침치료

- 침치료를 시행 (R6, A/Moderate)
- 침치료를 특기 유발 (R8, B/Moderate)
- 환측 지창(ST4), 협개(ST6), 양백(GB14), 예종(TE17), 하관(ST7), 견측 함곡(L14) 취혈
- 기본 혈위 외 수구(GV26), 사백(ST2), 관료(S18), 거료(ST3), 열결(LU7), 화료(LI19), 청회(GB2) 등의 선혈

약침치료

- 침과 약침치료 병행 (R22, C/Very Low)
- 침과 물약침 치료 병행 ※ 병약침은 skin test 후 시행

레이저침치료

- 침치료, 레이저침치료 병행 (R34, C/Low)

한방물리치료

- 침치료, 물리치료 병행
- 침치료, 인면운동 병행 (R35, C/Moderate)

한약치료

- 건청산, 이기거풍산, 보중이기탕 등 사용 (R21, GPP/CTB) (단, 환자 개인의 상태와 특성에 따라 변증을 통해 투여 처방을 결정)

변증 치료

풍사외승(風邪外擧)	허풍내동(虛風內動)	기혈어조(氣血虛損)
<ul style="list-style-type: none"> 차법: 기풍토박 침구치료: 풍사(GB20), 시창, 협개(ST6), 사백(ST2), 관료(S18), 공지(GB20), 속삼리(ST36) 한약: 건청산기미 	<ul style="list-style-type: none"> 차법: 양기활탕 침구치료: 협개(ST6), 사창(ST4), 영향(LI20), 사백(ST2), 관료(S18), 공지(GB20), 속삼리(ST36) 한약: 사물탕합견정산기감 	<ul style="list-style-type: none"> 차법: 행기활탕, 기풍토박 침구치료: 협개(ST6), 사창(ST4), 영향(LI20), 관료(ST2), 속삼리(ST36), 태충(LR3), 풍지(GB20) 한약: 단귀보혈당합도홍사물탕기감

침치료를 시행하지 않음

- 환측 예종(TE17)에 봉약침 (skintest 후 시행), 소염 (R25, B/Low) ※ 단, 이후통 감소에만 유효성 인정됨
- 환측 예종(TE17)에 부항요법 시행(자력관법) (R31, C/Low)

Yes

No

전침치료

- 침치료와 병행 (R14, B/Moderate)

기타침치료

- 두침요법 병행 (C/Low)
- 동사침 or 평행침 치료 병행 (C/Low)

뜸치료

- 침치료와 뜸치료 병행 (R28, C/Low)

매선치료

- 침과 매선치료 병행 (R26, C/Low)

약침치료

- 침과 지하거약침 병행 (R24, C/Low)

Yes

병발 3개월 이상

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

NICKOM

 한국한의학진흥원

한의표준임상진료지침 개발사업단 제작(2020년)
 다운로드: <http://www.nckm.or.kr>

176

VIII. 부록

1. 용어 정리
2. 이해상충선언서
3. 승인서

1. 용어 정리

House-Brackmann scale

House J W.와 Brackmann D E.가 1985년 발표한 Facial nerve grading systems에 수록된 안면신경마비를 평가하는 도구. 안면마비 상태를 정상(Grade I)에서 완전마비(Grade VI)까지 6개의 단계로 구분하여 평가하는 육안적 평가도구이다.

SSP (Silver Spike Point Therapy)

침과 같은 효과를 내기 위해 은도금한 원뿔모양의 삼각 원추형 전극을 경혈이나 발통점, 압통점에 배치하여 저주파 통전을 실시하는 경피적 전기침 자극요법.

Yanagihara unweighted grading system

Yanagihara N.이 1976년 Grading of Facial Palsy로 발표한 안면신경마비의 평가도구로 10개 항목에 각각 0점에서 4점까지 배점하여 총 40점 만점으로 마비의 상태를 평가한다. 부위별로 마비의 상태를 평가할 수 있으며 점수가 낮을수록 마비가 심한 상태로 평가할 수 있다.

거료(ST3)

얼굴, 동공의 바로 아래, 콧방울 아래쪽 모서리와 같은 높이.

견정산(牽正散)

중풍, 구안와사를 치료한다(治中風喎斜). 백부자 백강잠 전갈 각 등분. 《丹心》

관료(SI18)

얼굴, 광뼈 아래쪽, 가쪽 눈구석 바로 아래 오목한 곳.

근전도검사(EMG; Electromyography)

근육의 활동전위를 기록한 곡선. 인체의 피부 표면에 전극을 부착하여 전위를 인도하는 표면도출법과 침상전극(鍼狀電極)을 근육에 꽂아 넣고 근육 내의 한 지점에 생긴 활동전위를 이끌어내어 운동단위의 활동을 검출하는 바늘전극법이 있다.

근전도에 의해서 운동기능의 이상의 원인을 진찰할 수 있는 경우도 있다.

동자료(GB1)

머리, 눈 부위 오목한 곳, 바깥눈구석에서 가쪽으로 0.5촌.

램지헌트증후군(Ramsay Hunt syndrome)

대상포진 바이러스가 원인인 안면신경마비로 예후는 벨마비보다는 좋지 않다. 바이러스가 침범한 신경주위 수포를 동반하는 경우도 있다. 약물요법을 비롯하여 온열 요법, 전기 요법, 마사지 등이 치료에 이용되며, 최근에는 부신피질 스테로이드 호르몬제를 이용한 약물요법이 치료 효과를 나타내고 있다.

벨마비(Bell's palsy)

특발성 말초성 안면신경마비로 대개 한쪽으로 많이 나타나며, 눈물분비장애, 미각장애, 청각과민, 이후통 등을 동반하기도 한다. 높은 비율로 자연 회복된다.

보중익기탕(補中益氣湯)

과로, 식욕부진을 치료한다(治勞役太甚, 或飲食失節). 황기 6g, 인삼, 백출, 감초 4g, 당귀신, 진피 2g, 승마, 시호 1.2g. 《脾胃論》

불환금단(不換金丹)

중풍, 구안와사를 치료한다(治中風口喎). 박하 120g, 형개수, 백강잠, 방풍, 천마, 감초 각 40g, 천오, 백부자, 강활, 세신, 천궁, 갈초, 곽향 각 20g. 《丹心》

사백(ST2)

얼굴, 눈확아래 구멍.

사죽공(TE23)

머리, 눈썹 가쪽끝의 오목한 곳.

서각승마탕(犀角升麻湯)

중풍으로 코, 뺨, 입, 발제 등이 아픈 것, 입을 벌리지 못하는 것, 한쪽 이마와 뺨이 풀칠한 듯한 것을 치료한다(治中風鼻額間痛, 脣口, 頰車, 髮際皆痛, 口不可開, 左額頰上如糊急, 手觸之則痛). 서각 6g, 승마 5g, 방풍, 강활 각 4g, 천궁 백부자 백지 황금 각 3g, 감초 2g. 《寶鑑》

섬관법(閃罐法)

부항을 흡착시킨 후 손목의 힘을 이용해서 발관(拔罐)하는 것을 피부가 홍적색이 되도록 반복하는 것.

수구(GV26)

얼굴, 인중 도랑 정중선의 중점.

수막종(Meningioma)

뇌와 척수를 덮는 막에 발생하는 종양. 성인에게서 많이 발생하고 대부분 양성인 경우가 많다. 물혹의 형태나 석회의 형태로 나타나기도 하며, 제거수술 후 재발율은 낮다.

승읍(ST1)

얼굴, 안구와 눈확아래 모서리의 사이, 동공의 바로 아래.

승장(CV24)

얼굴, 턱끝입술고랑 중심의 오목한 곳.

신경전도검사(ENoG ; Electroneurography)

신경의 변성 정도와 이로 인한 근육의 변화를 전기적 방법으로 기록하여 병변의 위치를 결정하고 신경 손상의 생리적 정도를 판단하여 치료방법과 예후를 예측하는 검사로서 마비된 부위의 반응 크기를 정상측과 비교하여 변성 정도를 비율로 표시한다.

악어의 눈물 증후군(Crocodile tears syndrome)

안면신경마비의 후유증으로 나타나며, 환자들의 침샘과 눈물샘의 신경이 뒤얽혀 마치 악어가 먹이를 먹을 때처럼 침과 눈물을 함께 흘린다는 뜻에서 이런 이름이 붙었다.

양백(GB14)

머리, 눈썹에서 위쪽으로 1촌, 동공 중심에서 똑바로 위쪽.

어요(Ex-HN4)

머리의 이마부위(frontal region), 동공(pupil) 바로 위의 눈썹 중앙 부위.

연합운동(Synkinesis)

움직이고자 하는 특정 안면근육을 움직일 때, 의도하지 않은 안면근육의 움직임이 같이 나타나는 증상

열결(LU7)

아래팔 노쪽면, 긴엄지벌림근힘줄과 짧은엄지뽀근힘줄 사이, 긴엄지벌림근힘줄 고랑의 오목한 곳,

손 바닥쪽 손목주름에서 위로 1.5촌.

영향(LI20)

얼굴, 콧방울고랑 위, 콧방울 가쪽 모서리의 중점과 같은 높이.

예풍(TE17)

앞쪽 목 부위, 귓볼의 뒤쪽, 꼭지돌기 아래끝에서 앞쪽 오목한 곳.

이기거풍산(理氣祛風散)

중풍, 구안와사를 치료한다(治中風, 口眼喎斜). 강활, 독활, 지각, 청피, 진피, 오약, 길경, 천남성, 반하, 천마, 천궁, 백지, 형개, 방풍, 백작약, 감초 각 2.5g 《醫鑑》

인당(EX-HN3)

이마에서 두 눈썹 사이.

자락관법(刺絡罐法)

침구 치료법의 하나로 無痛瀉血鍼 등으로 소혈관을 刺破한 후, 罐을 부착시켜 瀉血한다. 刺絡法에 附缸法을 배합한 것으로서 刺絡法의 효과를 높인다.

적외선체열진단기(D.I.T.I ; Digital Infrared Thermal Imaging)

인체에서 자연적으로 방출되는 적외선을 감지하여 통증이나 염증, 신경손상 부위의 미세한 체열변화를 통하여 질병을 정확하게 판별해주는 검사.

정명(BL1)

얼굴, 안쪽 눈구석의 위 안쪽 부분과 눈확의 안쪽 벽 사이의 오목한 곳.

지창(ST4)

얼굴, 입꼬리 옆에서 가쪽으로 0.4지촌.

진교승마탕(秦艽升麻湯)

중풍과 구안와사를 치료한다(治中風手足陽明經, 口眼喎斜). 승마, 갈근, 백작약, 인삼, 감초 각 6g, 진교, 백지, 방풍, 계지 각 2.8g. 《寶鑑》

진주종(Cholesteatoma)

피부 조직이 비정상적으로 고막 안쪽에 존재하는 것을 말하며, 초기에는 진주처럼 작은 형태로 존재하는 것이 보통이나 점차 진행하게 되면 주위 조직을 파괴하며 커지게 된다.

찬죽(BL2)

머리, 눈썹 안쪽끝의 오목한 곳.

천선고(天仙膏)

갑작스런 중풍이나 구안와사를 치료한다(治卒中風, 口眼喎斜). 천남성, 초오 각 큰 것 1개, 오약 백급 각 8g, 백강잠 7개. 《得效》

청담순기탕(淸痰順氣湯)

중풍과, 구안와사를 치료한다(治中風經絡, 口眼喎斜). 천남성, 과루인, 형개수, 패모, 진피, 창출, 관계, 방풍 각 4g, 황련, 황금(주초), 감초 각 2.4g, 생강 3편. 《回春》

청신경종(Acoustic neuroma)

내이 입구 가까이에 있는 전정달팽이신경(vestibulocochlear nerve)의 양성종양. 양성이지만 초기에 발견하지 못하면 뇌강(腦腔) 안으로 전이될 수도 있다. 초기 증상으로는 한쪽 귀의 경미한 청각장애, 이명, 현기증 등이 있다. 종양이 뇌강까지 전이되면 두통·마비가 나타난다. 외과적 절제로 치료해야 한다.

청양탕(淸陽湯)

중풍, 구안와사와 뺨이 갑자기 당기는 증상을 치료한다(治中風, 口喎斜, 頰顙急緊). 승마, 황기, 당귀신 각 8g, 갈근 6g, 감초(구) 4g, 소목, 감초(생) 각 2g, 황백(주), 홍화, 계지 각 0.8g. 《脾胃論》

청회(GB2)

얼굴, 귀구슬사이패임과 아래턱뼈 관절돌기 사이의 오목한 곳.

태백(SP3)

발 안쪽면, 첫째 발허리발가락관절에서 몸쪽 오목한 곳, 적백육제.

태양(EX-HN5)

눈썹 바깥쪽 끝과 눈 바깥모서리의 중점으로부터 뒤로 1촌.

태충(LR3)

발등, 첫째 및 둘째 발허리뼈 사이, 두 뼈뿌리의 결합부에서 먼쪽 오목한 곳, 발등동맥 위.

표면근전도검사(sEMG; surface Electromyography)

근육의 활동전위를 기록한 곡선. 인체의 피부 표면에 전극을 부착하여 전위를 인도하는 표면도출법으로 침근전도에 비해 피검사자의 불편감이 덜하다.

풍지(GB20)

앞쪽 목 부위, 뒤통수뼈의 아래쪽, 목빗근 기시와 등세모근 사이의 오목한 곳.

하관(ST7)

얼굴, 광활 아래쪽 모서리의 중점과 턱뼈패임 사이의 오목한 곳.

합곡(LI4)

손등, 둘째 손허리뼈 노쪽 중점.

협거(ST6)

얼굴, 아래턱뼈뿔에서 위 앞쪽으로 1지촌 되는 곳.

화료(LI19)

얼굴, 인중 도랑의 중점과 같은 높이로, 콧구멍 가쪽 모서리의 아래.

후계(SI3)

손등, 자쪽 다섯째 손허리손가락관절의 몸쪽 오목한 곳, 적백육제.

临床实践指南

임상진료지침

贝尔面瘫

벨마비(Facial palsy)

2. 이해상충선언서

1) 이해상충서약서 서식

이해상충공개서약서

연구 과제명	안면신경마비 한의표준임상진료지침 임상연구(HB16C0028)
참여 연구원	육태한, 송범용, 김락형, 김종옥, 최유민, 김경한, 오용택, 남상수, 박연철, 김남권, 윤현민, 김철홍, 류수형, 이수연, 김홍국, 유덕우, 정성목, 김성진, 김민정, 구본혁, 김철윤, 이득주, 박종현, 류혜민, 김석희, 김주용, 김보현, 신진현

본 연구진은 상기 연구와 관련하여 특정기관과 연구 관련자로부터 연구결과에 영향을 미치는 지원과 제공에 대해 다음과 같이 확인하여 보고합니다.

<input type="checkbox"/> 아래 사항 중 한 항목 이상 해당됩니다.	
<input type="checkbox"/>	지원기관으로부터 제한 없이 사용할 수 있도록 연구비용이나 교육 보조금, 연구기기, 자문 또는 사례금 형태로 1,000만 원 상당의 비용을 제공받았습니다. 총 금액: 종 류:
<input type="checkbox"/>	지원기관의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 경제적 이익에 대한 권리를 제공받았습니다. 총 금액: 종 류:
<input type="checkbox"/>	기타 1,000만 원 상당 또는 5%가 넘는 지분이익이나 이권을 제공 받았습니다. 총 금액: 종 류:
<input type="checkbox"/>	지원기관에 공식/비공식적인 직함을 가지고 있습니다. (예: 사장, 자문역, 고문 등) 기관명: 직 위:
<input type="checkbox"/>	연구대상에 대한 지적재산권을 가지고 있습니다. (예: 특허, 상품권, 라이선싱, 로열티 등) 종 류:
<input type="checkbox"/>	본인 또는 배우자의 가족이 소속된 회사가 위에서 기술된 것과 같은 관계를 가지고 있습니다. 가족관계:
<input checked="" type="checkbox"/> 상기 항목 모두 해당되지 않습니다. 본인이 확인한 모든 내용은 정확히 기술되었으며 만약 연구 진행 중에 재정적인 이해관계가 변동되는 이해상충(COI)이 생기는 경우 이를 인지한 날로부터 30일 이내에 대한한방신경정신과학회에 보고하겠습니다. <div style="text-align: right;">제출일자: 2019년 10월 07일</div>	

2) 이해상충선언 결과

구분	직책	이름	소속	이해상충관계
총괄위원회	위원장	홍권의	누리제 한의원	없음
	위원	김성철	원광대학교 한의과대학	없음
		남상수	경희대학교 한의과대학	없음
		송호섭	가천대학교 한의과대학	없음
		이은용	세명대학교 한의과대학	없음
		육태한	우석대학교 한의과대학	없음
개발위원회	위원장	육태한	우석대학교 한의과대학	없음
	간사	김종욱	우석대학교 한의과대학	없음
	위원	남상수	경희대학교 한의과대학	없음
		박연철	경희대학교 한의과대학	없음
		김남권	부산대학교 한의학전문대학원	없음
		윤현민	동의대학교 한의과대학	없음
		김철홍	동의대학교 한의과대학	없음
		류수형	강동경희대 한방병원	없음
		이수연	강동경희대 한방병원	없음
		김홍국	강동경희대 한방병원	없음
		유덕우	강동경희대 한방병원	없음
		정성목	강동경희대 한방병원	없음
		김성진	강동경희대 한방병원	없음
		김민정	강동경희대 한방병원	없음
		구본혁	강동경희대 한방병원	없음
		김철윤	부산대학교 한방병원	없음
		이득주	동의대학교 부속한방병원	없음
		박종현	동의대학교 부속한방병원	없음
		류혜민	동의대학교 부속한방병원	없음
		최유민	우석대학교 한의과대학	없음
		김석희	우석대학교 부속한방병원	없음
		김주용	우석대학교 부속한방병원	없음
		김보현	우석대학교 부속한방병원	없음
신진현	우석대학교 부속한방병원	없음		
김건형	부산대학교 한의학전문대학원	없음		

구분	직책	이름	소속	이해상충관계
자문위원회	위원	조남근	원광대학교 한의과대학	없음
		안병수	대한약침학회	없음
		김태훈	경희대학교 한의약임상시험센터	없음
		신민섭	척유한의원	없음
		최석우	늘건강한한의원	없음
		최선미	한국한의학회연구원	없음
		김경례	한국소비자원	없음

3. 승인서

아래 학회에서는 보건복지부 한의약선도기술개발사업의 일환으로 개발된 “안면신경마비 한의표준 임상진료지침”을 검토하였으며, 그 내용에 대해 승인합니다.

	학회명	학회장	승인일자
1	대한침구의학회	회장 송호섭	2019년 11월 14일
2	대한한방안이비인후피부과학회	회장 최인화	2019년 11월 18일
3	대한약침학회	회장 안병수	2019년 11월 18일



대한한방안이비인후피부과학회
The Society of Korean Medicine Ophthalmology, Otolaryngology & Dermatology

