



한의학표준임상진료지침

대상포진·대상포진후신경통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Herpes zoster·Postherpetic neuralgia



보건복지부

Ministry of Health and Welfare



한국한의학진흥원
한의학혁신기술개발사업단



한의표준임상진료지침

대상포진·대상포진후신경통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine
Herpes zoster · Postherpetic neuralgia



보건복지부

Ministry of Health and Welfare

한국한의학진흥원

한의학혁신기술개발사업단



발간사

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

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

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

한의약혁신기술개발사업단장
이 준 혁



머리말

대상포진은 수두-대상포진 바이러스(Varicella-Zoster Virus)의 재활성화로 발병하며, 극심한 통증과 피부 병변을 동반하는 대표적인 다빈도 질환입니다. 최근 급속한 인구 고령화로 인해 면역 기능이 저하된 고령 환자가 증가하면서 대상포진의 유병률 또한 가파르게 상승하고 있습니다. 무엇보다 초기 치료의 적기를 놓칠 경우, 난치성 통증 질환인 대상포진후신경통으로 이행되어 환자의 삶의 질을 현저히 떨어뜨릴 수 있기에, 임상 현장에서는 보다 전문적이고 체계적인 관리가 절실히 요구되는 실정입니다.

이에 본 연구팀은 그동안 명확한 기준이 부족했던 한의 치료 영역에서 표준화된 진료 프로토콜을 정립하고자 본 한의표준임상진료지침을 마련하였습니다. 본 지침은 사업단의 개발 매뉴얼을 엄격히 준수하여 제작되었으며, 임상 한의사 설문조사와 광범위한 국내외 문헌 고찰을 통해 객관적 근거를 확보하였습니다. 또한, GRADE 방법론을 적용하여 근거 수준과 권고 등급을 투명하게 결정하였고, 전문가 위원회 및 유관 학회의 심도 있는 검토와 인증을 거쳐 신뢰도를 높였습니다. 이를 통해 침, 뜸, 약침, 한약 등 급성기부터 만성기에 이르는 단계별 한의 치료법이 임상 현장에서 실질적인 가이드라인으로 자리 잡기를 기대합니다.

이번에 발간되는 대상포진·대상포진후신경통 한의표준임상진료지침이 향후 근거 중심 의학을 실현하는 초석이 되기를 바랍니다. 아울러 지속적인 최신 지견 반영과 개정을 통해 임상 의에게는 합리적인 의사결정의 기준을, 환자에게는 최적의 진료를 제공하는 데 기여할 수 있기를 희망합니다. 궁극적으로 이러한 노력이 모여 한의 의료의 질을 높이고 국민 보건 향상에 이바지할 수 있기를 소망합니다.

본 지침은 한국한의학진흥원 한의약혁신기술개발사업단의 지원과 각 위원회 위원님들의 헌신이 있었기에 결실을 맺을 수 있었습니다. 지침 개발이라는 긴 여정에 지혜를 모아주신 모든 연구자분들께 깊은 감사를 드립니다. 끝으로 묵묵히 연구에 매진하며 고락을 함께한 저희 연구팀원 모두에게 따뜻한 고마움을 전합니다.

대상포진·대상포진후신경통 한의표준임상진료지침 개발 연구책임자
이 승 훈



일러두기

「대상포진·대상포진후신경통 한의표준임상진료지침」은 한의약 분야의 대상포진 질환의 의료 과정에서 마주하는 다양한 의사 결정과 관련하여 근거 기반의 정보를 제공하기 위해 개발된 한의약혁신기술개발사업단의 공식 출간물입니다.

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

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

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



대상포진 · 대상포진후신경통
한의학표준임상진료지침

집필진

이 승 훈 경희대학교

김 규 석 경희대학교

홍 예 진 경희의료원

이 수 지 경희의료원

김 요 환 경희의료원

박 소 연 경희의료원

김 병 현 경희의료원

홍 예 은 경희의료원



목차

요약문 • 1

Summary • 13

I. 서론 • 29

1. 한의학표준임상진료지침 개발 배경 30

II. 대상포진·대상포진후신경통 질환 개요 • 33

1. 정의	34
2. 임상 현황	35
3. 진단 및 평가	38
4. 치료	39
5. 예방 및 관리	47

III. 대상포진·대상포진후신경통 임상진료지침 개발 절차 • 51

1. 기획	52
2. 개발	58
3. 승인 및 인증	70
4. 출판	71

IV. 권고사항 • 73

1. 대상포진	74
2. 대상포진후신경통	176

V. 대상포진·대상포진후신경통 임상진료지침 활용 • 263

1. 대상포진·대상포진후신경통 임상진료지침 활용	264
2. 한계점 및 의의	265
3. 향후 계획	266

VI. 진료 알고리즘 • 269

VII. 확산도구 • 271

1. 리플렛	273
2. 인포그래픽	274

VIII. 부록 • 275

1. 용어 정리	276
2. 이해상충선언서	280
3. 인증 내역	281



한의학표준임상진료지침

대상포진·대상포진후신경통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Herpes zoster · Postherpetic neuralgia



요약문

1. 배경 및 목적
2. 질환 개요
3. 권고안
4. 진료 알고리즘



1. 배경 및 목적

대상포진(Herpes zoster)과 대상포진후신경통(Postherpetic neuralgia)은 한의 진료 현장에서 흔히 접하는 주요 질환 중 하나이다. 2023년 건강보험공단 통계에 따르면, 대상포진으로 진료받은 환자(실인원 기준)는 연간 약 75만 명에 이르며 이 중 대상포진후신경통으로 이어지는 사례가 10~18% 정도로 높은 비율을 보인다. 특히 초고령사회 진입에 따라 면역력이 저하된 고령층의 발병률이 급격히 증가하고 있어 이에 따른 사회적, 의료적 부담이 커지고 있다.

본 지침 개발의 목적은 대상포진 및 대상포진후신경통에 대한 한의 치료(침, 뜸, 약침, 부항, 한약 등)의 근거 기반 표준화된 프로토콜을 마련하여 임상 현장에서의 실질적 활용을 촉진하고, 환자의 삶의 질을 높이며 치료의 안전성과 유효성을 확보하는 것이다. 또한, 본 지침을 통해 한의 의료서비스의 임상적 신뢰성을 높이고, 국민 건강보험 급여체계 내에서 한의 의료 보장성을 확대함으로써 한의학 산업의 경쟁력을 강화하는 데 기여하고자 한다.

2. 질환 개요

대상포진은 수두-대상포진 바이러스(Varicella-Zoster Virus)의 재활성화로 인해 신경절이 지배하는 피부와 신경조직에 급성 염증반응을 일으키는 질환이다. 주로 면역력 저하, 스트레스, 고령 등의 요인으로 인해 편측성으로 띠 모양의 수포와 심한 통증을 유발한다. 흔히 흉추 신경절을 침범해 가슴이나 등 부위에 나타나지만, 안면부나 요추 등 다양한 부위에서도 발생할 수 있다.

대상포진후신경통은 대상포진의 급성 병변이 소실된 이후에도 지속되는 만성 신경병성 통증으로, 발진 소실 후 1~3개월 이상 지속되는 경우로 정의한다. 주로 고령층과 면역력이 저하된 환자에서 자주 발생하며, 심각한 수면 장애, 우울증, 사회적 고립 등을 초래하여 환자의 삶의 질을 현저히 저하시킨다.

한의학에서는 대상포진을 전요화단(纏腰火丹), 사관창(蛇串瘡) 등으로 기술하며, 간경(肝經)의 울열이나 습열, 기체혈어, 비허 등으로 인해 체내에 잠복한 사독(邪毒)이 재활성화되어 발생한다고 본다. 대상포진후신경통은 급성 병변 후 경락에 어혈과 사독이 잔존하여 만성 통증으로 이어진 상태로, 환자의 상태와 증상에 따라 다양한 변증 치료를 적용한다.

서양의학에서는 주로 임상 증상을 기반으로 진단하며, 치료는 항바이러스제, 스테로이드, 신경병증성 통증 치료제, 신경차단술 등으로 이루어진다. 한의학에서는 침, 전침, 화침, 뜸, 자락관법, 약침 및 개별화된 한약 처방 등을 주요 치료법으로 활용하며, 특히 대상포진후신경통의 만성 통증 관리에 적극적으로 대응하고 있다.

3. 권고안

1) 대상포진

권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
한약단독치료		
1) 침 치료		
R1	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 침 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 병변 부위에 국소 침 치료를 시행하되 피부 병변을 면밀히 관찰하여 감염 예방에 주의한다. • 해당 분절의 협척혈(EX-B2)에 침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다. – 두면부 병변: 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 찬죽(BL2), 하관(ST7), 함곡(LI4), 외관(TE5) 등 – 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등 – 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등 • 이침의 혈자리로 양측 신문(TF4), 교감(AH6a), 내분비(CO18), 삼초(CO17), 피질하(AT4), 간(CO12), 비(CO13), 신(CO10), 심(CO15) 및 병소 대응 부위를 선택할 수 있다. • 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다. • 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 침 치료 적용 여부를 결정해야 한다.	C/Low
2) 전침 치료		
R2	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 전침 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 병변 주변 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 배수혈에 전침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다. – 두면부 병변: 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 찬죽(BL2), 하관(ST7), 함곡(LI4), 외관(TE5) 등 – 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등 – 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등 • 자극 방법: 병변 주변 부위에는 저빈도(1~4Hz), 분절 자극을 위해 협척혈(EX-B2) 등에 고빈도(100Hz 이상), 원위 주요 경혈에는 저빈도 혹은 소밀파(dense-disperse wave)로 자극한다. • 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다. • 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 전침 치료 적용 여부를 결정해야 한다.	C/Low
3) 화침 치료		
R3	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 화침 치료를 고려할 수 있다. 임상적 고려사항 • 병변 주변 부위, 포진 중앙 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 구허(GB40) 등에 화침 치료를 시행한다. • 국소 치료 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다. • 치료 빈도: 급성기에는 1회/1~2일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다. • 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 화침 치료 적용 여부를 결정해야 한다.	C/Very Low

4) 뜬 치료		
R4	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 뜬 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 병변 주변 부위, 협척혈(EX-B2), 백회(GV20)에 뜬 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다. – 상지 병변: 합곡(LI4), 내관(PC6), 곡지(LI11) 등 – 하지 병변: 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 승산(BL57) 등 – 허리 이상 병변: 지구(TE6) – 허리 이하 병변: 양릉천(GB34) • 직접구 등을 시행할 때는 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다. • 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 뜬 치료 적용 여부를 결정해야 한다.	
5) 자락관법 치료		
R5	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 자락관법을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 병변 주변 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 자락관법을 시행한다. • 국소 시술 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다. • 치료 빈도: 급성기에는 1회/1~2일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다. • 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 자락관법 치료 적용 여부를 결정해야 한다.	
6) 한약 치료		
R6	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 한약 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다. – 간담습열(肝膽濕熱): 용담사간탕(龍膽瀉肝湯) 가감 등 – 간울화화(肝鬱化火): 소요산(逍遙散) 가감 등 – 열독웅성(熱毒壅盛): 황련해독탕(黃連解毒湯), 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등 – 비습담조(脾濕痰阻): 오령산(五苓散), 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등 – 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부축어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등 – 기혈허손(氣血虛損): 십전대보탕(十全大補湯), 보중익기탕(補中益氣湯) 가감 등 • 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 한약 치료 적용 여부를 결정해야 한다.	
한의복합치료		
7) 침과 뜬 복합치료		
R7	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 침과 뜬의 복합 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 • 병변 주변 부위와 협척혈(EX-B2), 원위 주요 경혈 등에 침과 뜬 복합치료를 시행할 수 있다. • 직접구 등을 시행할 때는 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다. • 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 침과 뜬 복합 치료 적용 여부를 결정해야 한다.	

8) 침과 한약 복합치료

R8

성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 침과 한약의 복합 치료를 고려할 수 있다.

C/Low

임상적 고려사항

- 병변 부위에 국소 침 치료를 시행하되, 피부 병변을 면밀히 관찰하여 감염 예방에 주의한다.
- 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 함곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등에 자침할 수 있다.
- 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다.
 - 간담습열(肝膽濕熱): 용담사간탕(龍膽瀉肝湯) 가감 등
 - 간울화화(肝鬱化火): 소요산(逍遙散) 가감 등
 - 열독응성(熱毒壅盛): 황련해독탕(黃連解毒湯), 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등
 - 비습담조(脾濕痰阻): 오령산(五苓散), 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등
 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부죽어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등
 - 기혈허손(氣血虛損): 십전대보탕(十全大補湯), 보중익기탕(補中益氣湯) 가감 등
- 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 침과 한약 복합 치료 적용 여부를 결정해야 한다.

한양방복합치료

9) 침과 통상적 의과 치료 병행

R9

성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 침 치료를 고려해야 한다.

B/Low

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 침 치료가 병행될 수 있다.
- 병변 부위에 국소 침 치료를 시행하되, 피부 병변을 면밀히 관찰하여 감염 예방에 주의한다.
- 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 배수혈에 침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 기본 혈자리: 함곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 찬죽(BL2), 하관(ST7), 외관(TE5) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 배수혈, 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 이침의 혈자리로 양측 신문(TF4), 교감(AH6a), 내분비(CO18), 삼초(CO17), 피질해(AT4), 간(CO12), 비(CO13), 신(CO10), 심(CO15) 및 병소 대응 부위를 선택할 수 있다.
- 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

10) 전침과 통상적 의과 치료 병행

R10

성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 전침 치료를 고려해야 한다.

B/Moderate

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 전침 치료가 병행될 수 있다.
- 병변 주변 부위, 협척혈(EX-B2), 배수혈에 전침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 기본 혈자리: 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 곡지(LI11) 등
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 찬죽(BL2), 하관(ST7), 함곡(LI4), 외관(TE5) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 자극 방법: 병변 주변 부위에는 저빈도(1~4Hz), 분절 자극을 위해 협척혈(EX-B2) 등에 고빈도(100Hz 이상), 원위 주요 경혈에는 저빈도 혹은 소밀파(dense-disperse wave)로 자극한다.
- 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.



11) 화침과 통상적 의과 치료 병행		
R11	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 화침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 화침 치료가 병행될 수 있다. - 병변 주변 부위, 포진 중앙 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 구허(GB40) 등에 화침 치료를 시행한다. - 국소 치료 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다. - 치료 빈도: 급성기에는 1회/1~2일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.	
12) 약침과 통상적 의과 치료 병행		
R12	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 약침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 약침 치료가 병행될 수 있다. - 병변 주변 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 약침 치료를 시행한다. - 황련해독약침, 봉독약침, 중성어혈약침 등의 사용을 고려할 수 있다. - 봉독 약침 치료는 피부 반응 테스트(skin test)를 시행한 뒤 사용하고 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.	
13) 뜸과 통상적 의과 치료 병행		
R13	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 - 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 뜸 치료가 병행될 수 있다. - 병변 주변 부위, 협척혈(EX-B2), 백회(GV20)에 뜸 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다. - 상지 병변: 함곡(LI4), 내관(PC6), 곡지(LI11) 등 - 하지 병변: 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 승산(BL57) 등 - 허리 이상 병변: 지구(TE6) - 허리 이하 병변: 양릉천(GB34) - 직접구 등을 시행할 때는 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.	
14) 자락관법과 통상적 의과 치료 병행		
R14	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 자락관법을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 - 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 자락관법이 병행될 수 있다. - 병변 주변 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 자락관법을 시행한다. - 국소 시술 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다. - 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.	
15) 한약과 통상적 의과 치료 병행		
R15	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 - 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 한약 치료가 병행될 수 있다. - 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다. - 간담습열(肝膽濕熱): 용담사간탕(龍膽瀉肝湯) 가감 등	

R15	- 간울화화(肝鬱化火): 소요산(逍遙散) 가감 등 - 열독웅성(熱毒壅盛): 황련해독탕(黃連解毒湯), 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등 - 비습담조(脾濕痰阻): 오령산(五苓散), 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부죽어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등 - 기혈허손(氣血虛損): 십전대보탕(十全大補湯), 보중익기탕(補中益氣湯) 가감 등	
16) 침, 뜸과 통상적 의과 치료 병행		
R16	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 침과 뜸 복합 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 침과 뜸 복합 치료가 병행될 수 있다. • 병변 주변 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 침 치료를 시행한다. • 국소 뜸 시술 시 피부 증상을 면밀히 살피고 직접구 등을 시행할 때는 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.		
17) 침, 자락관법과 통상적 의과 치료 병행		
R17	성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 침과 자락관법 복합 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 침과 자락관법 복합 치료가 병행될 수 있다. • 병변 부위 주변, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 침 치료를 시행한다. • 국소 자락관법 시 피부 증상을 면밀히 살피고 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다.		

2) 대상포진후신경통

권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
한의원단독치료		
18) 침 치료		
R18	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 침 치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 • 통증 부위에 국소 침 치료를 시행하되, 이질통을 호소하는 경우 위자법(圍刺法)을 고려할 수 있다. • 해당 분절의 협척혈(EX-B2)에 침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다. - 기본 혈자리: 함곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 예풍(TE17), 하관(ST7), 사백(ST2), 찬죽(BL2) 등 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등 • 이침의 혈자리로 양측 신문(TF4), 교감(AH6a), 내분비(CO18), 삼초(CO17), 피질해(AT4), 간(CO12), 비(CO13), 신(CO10), 심(CO15) 및 병소 대응 부위를 선택할 수 있다. • 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.		
19) 전침 치료		
R19	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Low

R19	임상적 고려사항 • 통증 부위, 해당 분절의 협착혈(EX-B2), 배수혈에 전침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈 자리를 선택할 수 있다. - 기본 혈자리: 족삼리(ST36), 함곡(LI4), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 곡지(LI11), 삼음교(SP6), 지구(TE6) 등 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 예풍(TE17), 하관(ST7), 사백(ST2), 천죽(BL2) 등 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등 • 자극 방법: 병변 주변 부위에는 저빈도(1~4Hz), 분절 자극을 위해 협착혈(EX-B2) 등에 고빈도(100Hz 이상), 원위 주요 경혈에는 저빈도 혹은 소밀파(dense-disperse wave)로 자극한다. • 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.	
20) 화침 치료		
R20	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 화침 치료를 고려할 수 있다. C/Low	
	임상적 고려사항 • 통증 부위, 흉터 부위 및 해당 분절의 협착혈(EX-B2), 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등에 화침 치료를 시행한다. • 화침 치료 후 피부 손상을 최소화하고 감염에 주의해야 한다. • 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.	
21) 뜸 치료		
R21	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 뜸 치료를 고려할 수 있다. C/Very Low	
	임상적 고려사항 • 통증 부위, 해당 분절의 협착혈(EX-B2), 백회(GV20) 및 대상포진 이환 부위에 따라 혈자리를 선택할 수 있다. - 상지 병변: 함곡(LI4), 내관(PC6), 곡지(LI11) 등 - 하지 병변: 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 승산(BL57) 등 - 허리 이상 병변: 지구(TE6) - 허리 이하 병변: 양릉천(GB34) • 직접구 등을 시행할 때는 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.	
22) 자락관법 치료		
R22	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 자락관법을 고려할 수 있다. C/Low	
	임상적 고려사항 • 통증 부위, 해당 분절의 협착혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 자락관법을 시행한다. • 자락관법 후 피부 손상을 최소화하고 감염에 주의해야 한다. • 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.	
23) 한약 치료		
R23	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 한약 치료를 고려해야 한다. B/Low	
	임상적 고려사항 • 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다. - 간울기체(肝鬱氣滯): 소요산(逍遙散), 시호소간산(柴胡疏肝散) 가감 등 - 화독습열(火毒濕熱): 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부축어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등 - 비허담조(脾虛痰阻): 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등 - 어혈내조(瘀血內阻): 화어지통탕(化瘀止痛湯) 가감 등 - 기혈양허(氣血兩虛): 십전대보탕(十全大補湯), 보양환오탕(補陽還五湯) 가감 등 - 간신음허(肝腎陰虛): 일관전(一貫煎) 가감 등	

한의학복합치료

24) 침과 뜸 복합치료

R24	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료 보다 침과 뜸의 복합 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 - 통증 부위에 국소 침 치료를 시행하되 이질통을 호소하는 경우 위자법(圍刺法)을 고려할 수 있다. - 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 합곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등에 자침할 수 있다. - 직접구 등을 시행할 때는 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.		

25) 침과 한약 복합치료

R25	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 침과 한약의 복합 치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 - 통증 부위에 국소 침 치료를 시행하되 이질통을 호소하는 경우 위자법(圍刺法)을 고려할 수 있다. - 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 합곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등에 자침할 수 있다. - 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다. - 간울기체(肝鬱氣滯): 소요산(逍遙散), 시호소간산(柴胡疏肝散) 가감 등 - 화독습열(火毒濕熱): 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부죽어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등 - 비허담조(脾虛痰阻): 제습위경탕(除濕胃苓湯) 가감 등 - 어혈내조(瘀血內阻): 화어지통탕(化瘀止痛湯) 가감 등 - 기혈양허(氣血兩虛): 십전대보탕(十全大補湯), 보양환오탕(補陽還五湯) 가감 등 - 간신음허(肝腎陰虛): 일관전(一貫煎) 가감 등		

한양방복합치료

26) 침과 통상적 의과 치료 병행

R26	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 침 치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 - 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 침 치료가 병행될 수 있다. - 통증 부위에 국소 침 치료를 시행하되 이질통을 호소하는 경우 위자법(圍刺法)을 고려할 수 있다. - 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 배수혈 및 대상포진 이환 부위에 따라 혈자리를 선택할 수 있다. - 기본 혈자리: 합곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 예풍(TE17), 하관(ST7), 사백(ST2), 찬죽(BL2) 등 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등 - 이침의 혈자리로 양측 신문(TF4), 교감(AH6a), 내분비(CO18), 삼초(CO17), 피질하(AT4), 간(CO12), 비(CO13), 신(CO10), 심(CO15) 및 병소 대응 부위를 선택할 수 있다. - 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.		

27) 전침과 통상적 의과 치료 병행

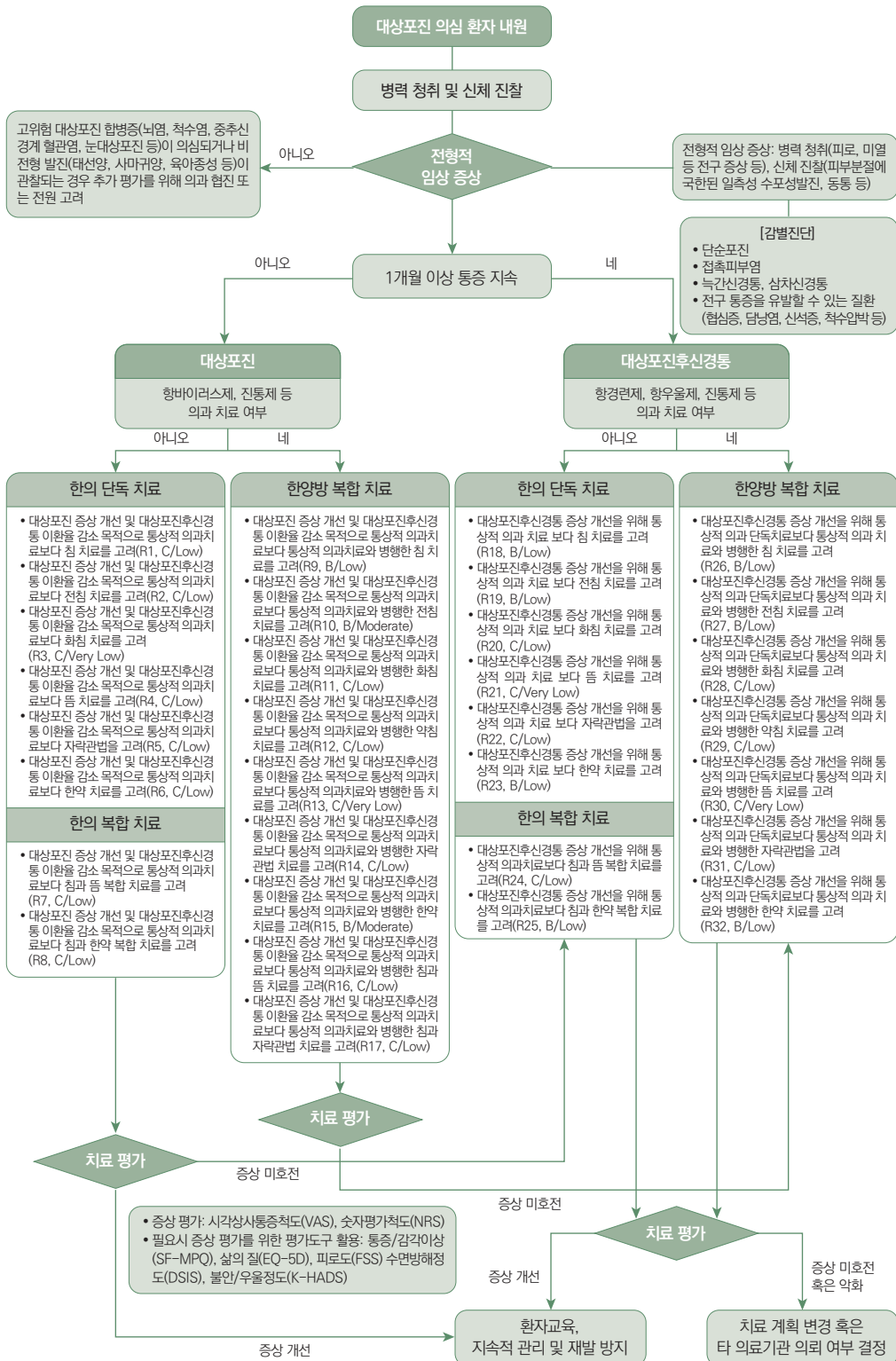
R27	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Low
임상적 고려사항 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 전침 치료가 병행될 수 있다.		

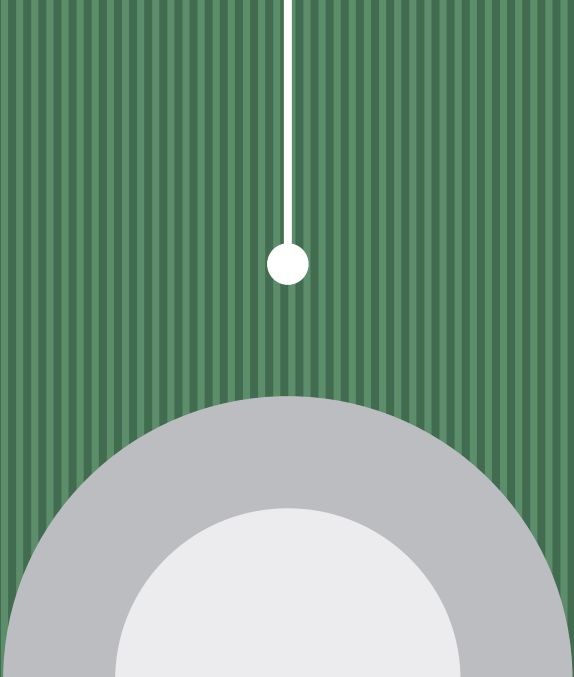


R27	• 통증 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 배수혈 및 대상포진 이환 부위에 따라 혈자리를 선택할 수 있다. - 기본 혈자리: 족삼리(ST36), 합곡(LI4), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 곡지(LI11), 삼음교(SP6), 지구(TE6) 등 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 예풍(TE17), 하관(ST7), 사백(ST2), 천죽(BL2) 등 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등 • 자극 방법: 병변 주변 부위에는 저빈도(1~4Hz), 분절 자극을 위해 협척혈(EX-B2) 등에 고빈도(100Hz 이상), 원위 주요 경혈에는 저빈도 혹은 소밀파(dense-disperse wave)로 자극한다. • 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.	
28) 화침과 통상적 의과 치료 병행		
R28	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 화침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 화침 치료가 병행될 수 있다. • 통증 부위, 흉터 부위 및 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등에 화침 치료를 시행한다. • 화침 치료 후 피부 손상을 최소화하고 감염에 주의해야 한다. • 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.		
29) 약침과 통상적 의과 치료 병행		
R29	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 약침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 • 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 약침 치료가 병행될 수 있다. • 통증 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 약침 치료를 시행한다. • 항련해독약침, 봉독약침, 중성어혈약침 등의 사용을 고려할 수 있다. • 봉독 약침 치료는 피부 반응 테스트(skin test)를 시행한 뒤 사용하고 이질통과 같이 민감한 부위에는 통증 주변 부위부터 사용한 뒤 점차 범위를 확대하여 시술한다.		
30) 뜸과 통상적 의과 치료 병행		
R30	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low
임상적 고려사항 • 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 뜸 치료가 병행될 수 있다. • 통증 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 백회(GV20) 및 대상포진 이환 부위에 따라 혈자리를 선택할 수 있다. - 상지 병변: 합곡(LI4), 내관(PC6), 곡지(LI11) 등 - 하지 병변: 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 승산(BL57) 등 - 허리 이상 병변: 지구(TE6) - 허리 이하 병변: 양릉천(GB34) • 직접구 등을 시행할 때는 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.		
31) 자락관법과 통상적 의과 치료 병행		
R31	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 자락관법을 고려할 수 있다.	C/Low

R31	임상적 고려사항 • 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 자락관법이 병행될 수 있다. • 통증 부위, 해당 분절의 협착혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 자락관법을 시행한다. • 자락관법 후 피부 손상을 최소화하고 감염에 주의해야 한다. • 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.	
32) 한약과 통상적 의과 치료 병행		
R32	성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 • 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다. – 간울기체(肝鬱氣滯): 소요산(逍遙散), 시호소간산(柴胡疏肝散) 가감 등 – 화독습열(火毒濕熱): 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등 – 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부죽어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등 – 비허담조(脾虛痰阻): 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등 – 어혈내조(瘀血內阻): 화어지통탕(化瘀止痛湯) 가감 등 – 기혈양허(氣血兩虛): 십전대보탕(十全大補湯), 보양환오탕(補陽還五湯) 가감 등 – 간신음허(肝腎陰虛): 일관전(一貫煎) 가감 등	

4. 진료 알고리즘





Summary

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



1. Background and purpose

Herpes zoster(shingles) and postherpetic neuralgia are among the most commonly encountered conditions in Korean medical institutions. According to 2023 statistics from the National Health Insurance Service, approximately 750,000 individuals receive medical care annually for herpes zoster, with 10% to 18% of these cases progressing to postherpetic neuralgia. The incidence rate among elderly populations with compromised immune function is increasing rapidly as society transitions into a super-aged demographic, consequently intensifying both social and healthcare burdens.

The purpose of developing these guidelines is to establish an evidence-based standardized protocol for Korean medical treatments(including acupuncture, moxibustion, pharmacopuncture, wet cupping therapy, and herbal medicine) for herpes zoster and postherpetic neuralgia. This initiative aims to promote practical clinical application, enhance patient quality of life, and ensure treatment safety and efficacy. Furthermore, these guidelines are designed to strengthen clinical confidence in Korean medical services and expand Korean medicine coverage within the national health insurance reimbursement system, thereby enhancing the competitiveness of the Korean medicine industry.

2. Overview of disease

Herpes zoster is a disease caused by the reactivation of the varicella-zoster virus, leading to acute inflammatory responses in the skin and neural tissues innervated by affected nerve ganglia. Predominantly triggered by factors such as weakened immunity, stress, and advanced age, it typically manifests as unilateral, belt-shaped blisters accompanied by severe pain. Although commonly affecting thoracic ganglia, resulting in symptoms on the chest or back, herpes zoster can also appear in various other areas, including facial and lumbar regions.

Postherpetic neuralgia is defined as chronic neuropathic pain persisting for more than three months after the resolution of the acute herpes zoster lesions. It frequently occurs in elderly individuals and immunocompromised patients,

significantly diminishing their quality of life through severe sleep disturbances, depression, and social isolation.

In traditional Korean medicine, herpes zoster is referred to as 纏腰火丹 or 蛇串瘡, attributed to factors such as stagnation heat in the liver meridian, damp-heat, Qi stagnation and blood stasis, or spleen deficiency, which lead to the reactivation of latent pathogenic toxins. Postherpetic neuralgia is viewed as a state of chronic pain caused by residual blood stasis and pathogenic toxins in the meridians after the acute phase, and various syndrome differentiation treatments are applied depending on the patient's condition and symptoms.

Western medicine primarily diagnoses herpes zoster based on clinical symptoms, and treatment usually includes antiviral medications, steroids, neuropathic pain medications, and nerve blocks. In traditional Korean medicine, major therapeutic methods include acupuncture, electroacupuncture, fire needling, moxibustion, wet cupping therapy, pharmacopuncture, and herbal medicine. These methods are particularly proactive in managing the chronic pain associated with postherpetic neuralgia.

3. Recommendations

1) Herpes zoster

NO	Recommendation	Strength of recommendation/ Level of evidence
Single-modality Korean Medicine interventions		
1) Acupuncture		
R1	For adult patients with herpes zoster, acupuncture may be considered to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, compared with conventional medical treatment.	C/Low
Clinical Considerations		
• Apply local acupuncture at the lesion site, while carefully monitoring skin lesions to prevent infection. • Apply acupuncture to EX-B2 of the affected spinal segment, and select additional points according to the lesion site: – Facial lesions: GB20, EX-HN5, BL2, ST7, LI4, TE5 – Thoracic and hypochondriac lesions: TE6, GB34, LR3 – Abdominal and lumbar lesions: GB34, ST36, SP6 • Auricular acupuncture points may include bilateral TF4, AH6a, CO18, CO17, AT4, CO12, CO13, CO10, CO15, as well as lesion-corresponding areas.		

R1	• Treatment frequency: Daily sessions may be provided during the acute phase, with subsequent adjustment based on clinical progress. • Administration of antiviral agents within 72 hours after rash onset is recommended as the standard medical treatment. However, the clinical studies forming the basis of this guideline also included patients who initiated treatment beyond 72 hours after onset. Therefore, in actual practice, the timing of onset and severity of symptoms should be comprehensively considered when determining whether to apply acupuncture therapy.	
2) Electroacupuncture		
R2	For adult patients with herpes zoster, electroacupuncture may be considered to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, compared with conventional medical treatment.	C/Low
Clinical Considerations • Apply electroacupuncture to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and the back-shu points. Additional points may be selected according to the lesion site: – Facial lesions: GB20, EX-HN5, BL2, ST7, LI4, TE5 – Thoracic and hypochondriac lesions: TE6, GB34, LR3 – Abdominal and lumbar lesions: GB34, ST36, SP6 • Stimulation method: Apply low-frequency stimulation(1–4 Hz) to the area surrounding the lesion, high-frequency stimulation(≥ 100 Hz) to EX-B2 for segmental stimulation, and either low-frequency or dense-disperse wave stimulation to the distal major points. • Treatment frequency: Daily sessions may be provided during the acute phase, with subsequent adjustment based on clinical progress. • Administration of antiviral agents within 72 hours after rash onset is recommended as the standard medical treatment. However, the clinical studies forming the basis of this guideline also included patients who initiated treatment beyond 72 hours after onset. Therefore, in actual practice, the timing of onset and severity of symptoms should be comprehensively considered when determining whether to apply electroacupuncture therapy.		
3) Fire needling		
R3	For adult patients with herpes zoster, fire needling may be considered to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, compared with conventional medical treatment.	C/Very Low
Clinical Considerations • Apply fire-needling therapy to the area surrounding the lesion, the central region of the rash, EX-B2 of the corresponding spinal segment, TE6, SI3, GB34, and GB40. • During local treatment, vesicles may rupture and exudate may be discharged; therefore, caution is required to prevent infection. • Treatment frequency: In the acute phase, treatment may be administered once every 1–2 days, with subsequent adjustment based on clinical progress. • Administration of antiviral agents within 72 hours after rash onset is recommended as the standard medical treatment. However, the clinical studies forming the basis of this guideline also included patients who initiated treatment beyond 72 hours after onset. Therefore, in actual practice, the timing of onset and severity of symptoms should be comprehensively considered when determining whether to apply fire needling therapy.		
4) Moxibustion		
R4	For adult patients with herpes zoster, moxibustion may be considered to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, compared with conventional medical treatment.	C/Low

R4	Clinical Considerations • Apply moxibustion to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and GV20. Additional points may be selected according to the lesion site: – Upper limb lesions: LI4, PC6, LI11 – Lower limb lesions: SP6, ST36, BL57 – Lesions above the lumbar region: TE6 – Lesions below the lumbar region: GB34 • When performing direct moxibustion or similar techniques, clinicians should take caution to avoid adverse skin reactions at vesicular sites. • Administration of antiviral agents within 72 hours after rash onset is recommended as the standard medical treatment. However, the clinical studies forming the basis of this guideline also included patients who initiated treatment beyond 72 hours after onset. Therefore, in actual practice, the timing of onset and severity of symptoms should be comprehensively considered when determining whether to apply moxibustion therapy.	
5) Wet cupping		
R5	For adult patients with herpes zoster, wet cupping therapy may be considered to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, compared with conventional medical treatment.	C/Low
Clinical Considerations • Apply wet cupping therapy to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and major distal points. • During local treatment, vesicles may rupture and exudate may be discharged; therefore, caution is required to prevent infection. • Treatment frequency: In the acute phase, treatment may be administered once every 1–2 days, with subsequent adjustment based on clinical progress. • Administration of antiviral agents within 72 hours after rash onset is recommended as the standard medical treatment. However, the clinical studies forming the basis of this guideline also included patients who initiated treatment beyond 72 hours after onset. Therefore, in actual practice, the timing of onset and severity of symptoms should be comprehensively considered when determining whether to apply wet cupping therapy.		
6) Herbal medicine		
R6	For adult patients with herpes zoster, herbal medicine may be considered to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, compared with conventional medical treatment.	C/Low
Clinical Considerations • Herbal prescriptions may be considered according to the patient's symptoms and pattern identification: – Liver-gallbladder damp-heat(肝膽濕熱): Yongdamsagan-tang(龍膽瀉肝湯) – Liver qi stagnation transforming into fire(肝鬱化火): Soyosan(逍遙散) – Pattern of heat-toxin congestion(熱毒壅盛): Hwangnyeonhaedok-tang(黃連解毒湯), Haedok hwalhyeol-tang(解毒活血湯) – Spleen dampness with phlegm obstruction(脾濕痰阻): Oryeong-san(五苓散), Jesupwiryong-tang(除濕胃苓湯) – Blood stasis due to qi stagnation(氣滯血瘀): Hyeolbuchukyeo-tang(血府逐瘀湯), Dohongsamul-tang(桃紅四物湯) – Qi and blood deficiency(氣血虛損): Sipeondaabo-tang(十全大補湯), Bojungikgi-tang(補中益氣湯)		



R6	Administration of antiviral agents within 72 hours after rash onset is recommended as the standard medical treatment. However, the clinical studies forming the basis of this guideline also included patients who initiated treatment beyond 72 hours after onset. Therefore, in actual practice, the timing of onset and severity of symptoms should be comprehensively considered when determining whether to apply herbal medicine therapy.	
Multimodal Korean Medicine interventions		
7) Acupuncture combined with moxibustion		
R7	For adult patients with herpes zoster, acupuncture combined with moxibustion therapy may be considered to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, compared with conventional medical treatment.	C/Low
Clinical Considerations		
- Acupuncture combined with moxibustion may be applied to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and major distal points. - When performing direct moxibustion or similar techniques, clinicians should take caution to avoid adverse skin reactions at vesicular sites. - Administration of antiviral agents within 72 hours after rash onset is recommended as the standard medical treatment. However, the clinical studies forming the basis of this guideline also included patients who initiated treatment beyond 72 hours after onset. Therefore, in actual practice, the timing of onset and severity of symptoms should be comprehensively considered when determining whether to apply combined acupuncture and moxibustion therapy.		
8) Acupuncture combined with herbal medicine		
R8	For adult patients with herpes zoster, acupuncture combined with herbal medicine may be considered to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, compared with conventional medical treatment.	C/Low
Clinical Considerations		
- Local acupuncture may be applied at the lesion site, with careful monitoring of skin lesions to prevent infection. - Additional acupuncture points may include EX-B2 of the corresponding spinal segment, LI4, LI11, GB34, LR3, TE6, SP10, and SP6. - Herbal prescriptions may be considered according to the patient's symptoms and pattern identification: - Liver-gallbladder damp-heat(肝膽濕熱): Yongdamsagan-tang(龍膽瀉肝湯) - Liver qi stagnation transforming into fire(肝鬱化火): Soyosan(逍遙散) - Pattern of heat-toxin congestion(熱毒壅盛): HHwangnyeonhaedok-tang(黃連解毒湯), Haedokh walhyeol-tang(解毒活血湯) - Spleen dampness with phlegm obstruction(脾濕痰阻): Oryeong-san(五苓散), Jesupwiryong-tang(除濕胃苓湯) - Blood stasis due to qi stagnation(氣滯血瘀): Hyeolbuchukyeo-tang(血府逐瘀湯), Dohongsamul-tang(桃紅四物湯) - Qi and blood deficiency(氣血虛損): Sipjeondaebo-tang(十全大補湯), Bojungikgi-tang(補中益氣湯) - Administration of antiviral agents within 72 hours after rash onset is recommended as the standard medical treatment. However, the clinical studies forming the basis of this guideline also included patients who initiated treatment beyond 72 hours after onset. Therefore, in actual practice, the timing of onset and severity of symptoms should be comprehensively considered when determining whether to apply combined acupuncture and herbal medicine therapy.		

Korean Medicine combined with conventional therapy

9) Acupuncture combined with conventional therapy

R9	For adult patients with herpes zoster, acupuncture should be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, rather than conventional medical treatment alone.	B/Low
Clinical Considerations • Acupuncture may be combined with conventional medical treatments, including antiviral agents, non-opioid analgesics, and corticosteroids. • Local acupuncture may be applied at the lesion site, with careful monitoring of skin lesions to prevent infection. • Acupuncture may be applied to EX-B2 of the corresponding spinal segment and the back-shu points, with additional points selected according to the lesion site: – Basic points: LI4, LI11, GB34, LR3, TE6, SP10, SP6 – Facial lesions: GB20, EX-HN5, BL2, ST7, TE5 – Thoracic and hypochondriac lesions: TE6, GB34, LR3 – Abdominal and lumbar lesions: GB34, ST36, SP6 • Auricular acupuncture points may include bilateral TF4, AH6a, CO18, CO17, AT4, CO12, CO13, CO10, CO15, as well as lesion-corresponding areas. • Treatment frequency: Daily sessions may be provided during the acute phase, with subsequent adjustment based on clinical progress.		

10) Electroacupuncture combined with conventional therapy

R10	For adult patients with herpes zoster, electroacupuncture should be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, rather than conventional medical treatment alone.	B/Moderate
Clinical Considerations • Electroacupuncture may be combined with conventional medical treatments, including antiviral agents, non-opioid analgesics, and corticosteroids. • Electroacupuncture may be applied to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and the back-shu points, with additional points selected according to the lesion site: – Basic points: TE6, SI3, GB34, LI11 – Facial lesions: GB20, EX-HN5, BL2, ST7, LI4, TE5 – Thoracic and hypochondriac lesions: TE6, GB34, LR3 – Abdominal and lumbar lesions: GB34, ST36, SP6 • Stimulation method: Apply low-frequency stimulation(1-4Hz) to the area surrounding the lesion, high-frequency stimulation(≥ 100Hz) to EX-B2 for segmental stimulation, and either low-frequency or dense-disperse wave stimulation to the distal major points. • Treatment frequency: Daily sessions may be provided during the acute phase, with subsequent adjustment according to clinical progress.		

11) Fire needling combined with conventional therapy

R11	For adult patients with herpes zoster, fire needling may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, rather than conventional medical treatment alone.	C/Low
Clinical Considerations • Fire needling may be combined with conventional medical treatments, including antiviral agents, non-opioid analgesics, and corticosteroids.		



R11	• Fire-needling therapy may be applied to the area surrounding the lesion, the central region of the rash, EX-B2 of the corresponding spinal segment, TE6, SI3, GB34, and GB40. • During local treatment, vesicles may rupture and exudate may be discharged; therefore, caution is required to prevent infection. • Treatment frequency: In the acute phase, treatment may be administered once every 1–2 days, with subsequent adjustment according to clinical progress.	
12) Pharmacopuncture combined with conventional therapy		
R12	For adult patients with herpes zoster, pharmacopuncture may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, rather than conventional medical treatment alone.	C/Low
Clinical Considerations		
• Pharmacopuncture may be combined with conventional medical treatments, including antiviral agents, non-opioid analgesics, and corticosteroids. • Pharmacopuncture may be applied to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and major distal points. • The use of Huanglian Jiedu pharmacopuncture, bee venom pharmacopuncture, or neutral blood stasis pharmacopuncture may be considered. • Bee venom pharmacopuncture should be administered only after a skin test and with caution to avoid adverse skin reactions at vesicular sites.		
13) Moxibustion combined with conventional therapy		
R13	For adult patients with herpes zoster, moxibustion may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, rather than conventional medical treatment alone.	C/Very Low
Clinical Considerations		
• Moxibustion may be combined with conventional medical treatments, including antiviral agents, non-opioid analgesics, and corticosteroids. • Apply moxibustion to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and GV20. Additional points may be selected according to the lesion site: – Upper limb lesions: LI4, PC6, LI11 – Lower limb lesions: SP6, ST36, BL57 – Lesions above the lumbar region: TE6 – Lesions below the lumbar region: GB34 • When performing direct moxibustion or similar techniques, clinicians should take caution to avoid adverse skin reactions at vesicular sites.		
14) Wet cupping combined with conventional therapy		
R14	For adult patients with herpes zoster, wet cupping therapy may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, rather than conventional medical treatment alone.	C/Low
Clinical Considerations		
• Wet cupping may be combined with conventional medical treatments, including antiviral agents, non-opioid analgesics, and corticosteroids. • Wet cupping therapy may be applied to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and major distal points. • During local treatment, vesicles may rupture and exudate may be discharged; therefore, caution is required to prevent infection. • Treatment frequency: Daily sessions may be provided during the acute phase, with subsequent adjustment according to clinical progress.		

15) Herbal medicine combined with conventional therapy

R15	For adult patients with herpes zoster, herbal medicine should be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, rather than conventional medical treatment alone.	B/Moderate
Clinical Considerations - Herbal medicine may be combined with conventional medical treatments, including antiviral agents, non-opioid analgesics, and corticosteroids. - Herbal prescriptions may be considered according to the patient's symptoms and pattern identification: - Liver-gallbladder damp-heat(肝膽濕熱): Yongdamsagan-tang(龍膽瀉肝湯) - Liver qi stagnation transforming into fire(肝鬱化火): Soyosan(逍遙散) - Pattern of heat-toxin congestion(熱毒壅盛): Hwangnyeonhaedok-tang(黃連解毒湯), Haedokh walhyeol-tang(解毒活血湯) - Spleen dampness with phlegm obstruction(脾濕痰阻): Oryeong-san(五苓散), Jesupwiryong-tang(除濕胃苓湯) - Blood stasis due to qi stagnation(氣滯血瘀): Hyeolbuchukyeo-tang(血府逐瘀湯), Dohongsamul-tang(桃紅四物湯) - Qi and blood deficiency(氣血虛損): Sipjeondaebo-tang(十全大補湯), Bojungikgi-tang(補中益氣湯)		

16) Acupuncture and moxibustion combined with conventional therapy

R16	For adult patients with herpes zoster, combined acupuncture and moxibustion therapy may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, rather than conventional medical treatment alone.	C/Low
Clinical Considerations - Combined acupuncture and moxibustion therapy may be combined with conventional medical treatments, including antiviral agents, non-opioid analgesics, and corticosteroids. - Acupuncture therapy may be applied to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and major distal points. - When performing direct moxibustion or similar techniques, clinicians should take caution to avoid adverse skin reactions at vesicular sites.		

17) Acupuncture and wet cupping combined with conventional therapy

R17	For adult patients with herpes zoster, combined acupuncture and wet cupping therapy may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms and reduce the incidence of postherpetic neuralgia, rather than conventional medical treatment alone.	C/Low
Clinical Considerations - Combined acupuncture and wet cupping therapy may be combined with conventional medical treatments, including antiviral agents, non-opioid analgesics, and corticosteroids. - Acupuncture therapy may be applied to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and major distal points. - During local wet cupping treatment, vesicles may rupture and exudate may be discharged; therefore, caution is required to prevent infection		

2) Postherpetic neuralgia

NO	Recommendation	Strength of recommendation/ Level of evidence
Single-modality Korean Medicine interventions		
18) Acupuncture		
R18	For adult patients with postherpetic neuralgia, acupuncture should be considered to improve symptoms, compared with conventional medical treatment.	B/Low
Clinical Considerations		
- Local acupuncture may be applied to the pain site; if patients complain of allodynia, the encircling needling method may be considered. - Acupuncture may also be applied to EX-B2 of the corresponding spinal segment, with additional points selected according to the lesion site: - Basic points: LI4, LI11, GB34, LR3, TE6, SP10, SP6 - Facial lesions: GB20, TE17, ST7, ST2, BL2 - Thoracic and hypochondriac lesions: TE6, GB34, LR3 - Abdominal and lumbar lesions: GB34, ST36, SP6 - Auricular acupuncture points may include bilateral TF4, AH6a, CO18, CO17, AT4, CO12, CO13, CO10, CO15, as well as lesion-corresponding areas. - Treatment frequency: In the initial phase, acupuncture may be administered 2–5 times per week, with subsequent adjustment according to clinical progress.		
19) Electroacupuncture		
R19	For adult patients with postherpetic neuralgia, electroacupuncture should be considered to improve symptoms.	B/Low
Clinical Considerations		
- Electroacupuncture may be applied to the pain site, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and the back-shu points, with additional points selected according to the lesion site: - Basic points: ST36, LI4, GB34, LR3, LI11, SP6, TE6 - Facial lesions: GB20, TE17, ST7, ST2, BL2 - Thoracic and hypochondriac lesions: TE6, GB34, LR3 - Abdominal and lumbar lesions: GB34, ST36, SP6 - Stimulation method: Apply low-frequency stimulation(1–4 Hz) to the area surrounding the lesion, high-frequency stimulation(≥ 100 Hz) to EX-B2 for segmental stimulation, and either low-frequency or dense-disperse wave stimulation to the distal major points. - Treatment frequency: In the initial phase, acupuncture may be administered 2–5 times per week, with subsequent adjustment according to clinical progress.		
20) Fire needling		
R20	For adult patients with postherpetic neuralgia, fire needling may be considered to improve symptoms, compared with conventional medical treatment.	C/Low
Clinical Considerations		
- Fire-needling therapy may be applied to the pain site, scar tissue, EX-B2 of the corresponding spinal segment, TE6, SI3, GB34, ST36, and SP6. - After fire-needling therapy, measures should be taken to minimize skin damage and caution should be exercised to prevent infection. - Treatment frequency: In the initial phase, acupuncture may be administered 2–5 times per week, with subsequent adjustment according to clinical progress.		

21) Moxibustion		
R21	For adult patients with postherpetic neuralgia, moxibustion may be considered to improve symptoms, compared with conventional medical treatment.	C/Very Low
Clinical Considerations • Apply moxibustion to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and GV20. Additional points may be selected according to the lesion site: – Upper limb lesions: LI4, PC6, LI11 – Lower limb lesions: SP6, ST36, BL57 – Lesions above the lumbar region: TE6 – Lesions below the lumbar region: GB34 • When performing direct moxibustion or similar techniques, clinicians should take caution to avoid adverse skin reactions at vesicular sites.		
22) Wet cupping		
R22	For adult patients with postherpetic neuralgia, wet cupping therapy may be considered to improve symptoms, compared with conventional medical treatment.	C/Low
Clinical Considerations • Wet cupping therapy may be applied to the pain site, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and major distal points. • After wet cupping therapy, measures should be taken to minimize skin damage and caution should be exercised to prevent infection. • Treatment frequency: In the initial phase, acupuncture may be administered 2–5 times per week, with subsequent adjustment according to clinical progress.		
23) Herbal medicine		
R23	For adult patients with postherpetic neuralgia, herbal medicine should be considered to improve symptoms, compared with conventional medical treatment.	B/Low
Clinical Considerations • Herbal prescriptions may be considered according to the patient's symptoms and pattern identification. – Liver qi stagnation(肝鬱氣滯): Soyosan(逍遙散), Siho-sogan-san(柴胡疏肝散) – Fire-toxin with damp-heat(火毒濕熱): Haedokhwahyeol-tang(解毒活血湯) – Blood stasis due to qi stagnation(氣滯血瘀): Hyeolbuchukeo-tang(血府逐瘀湯), Dohongsamul-tang(桃紅四物湯) – Spleen deficiency with phlegm-dampness(脾虛痰阻): Jesupwiryong-tang(除濕胃苓湯) – Blood stasis obstruction(瘀血內阻): Hwaiojitong-tang(化瘀止痛湯) – Qi and blood deficiency(氣血兩虛): Sipjeondaebo-tang(十全大補湯), Boyanghwano-tang(補陽還五湯) – Liver-kidney yin deficiency(肝腎陰虛): Ilgwanjeon(一貫煎)		
Single-modality Korean Medicine interventions		
24) Acupuncture combined with moxibustion		
R24	For adult patients with postherpetic neuralgia, acupuncture combined with moxibustion may be considered to improve symptoms, compared with conventional medical treatment.	C/Low
Clinical Considerations • Local acupuncture may be applied to the pain site; if patients complain of allodynia, the encircling needling method may be considered.		

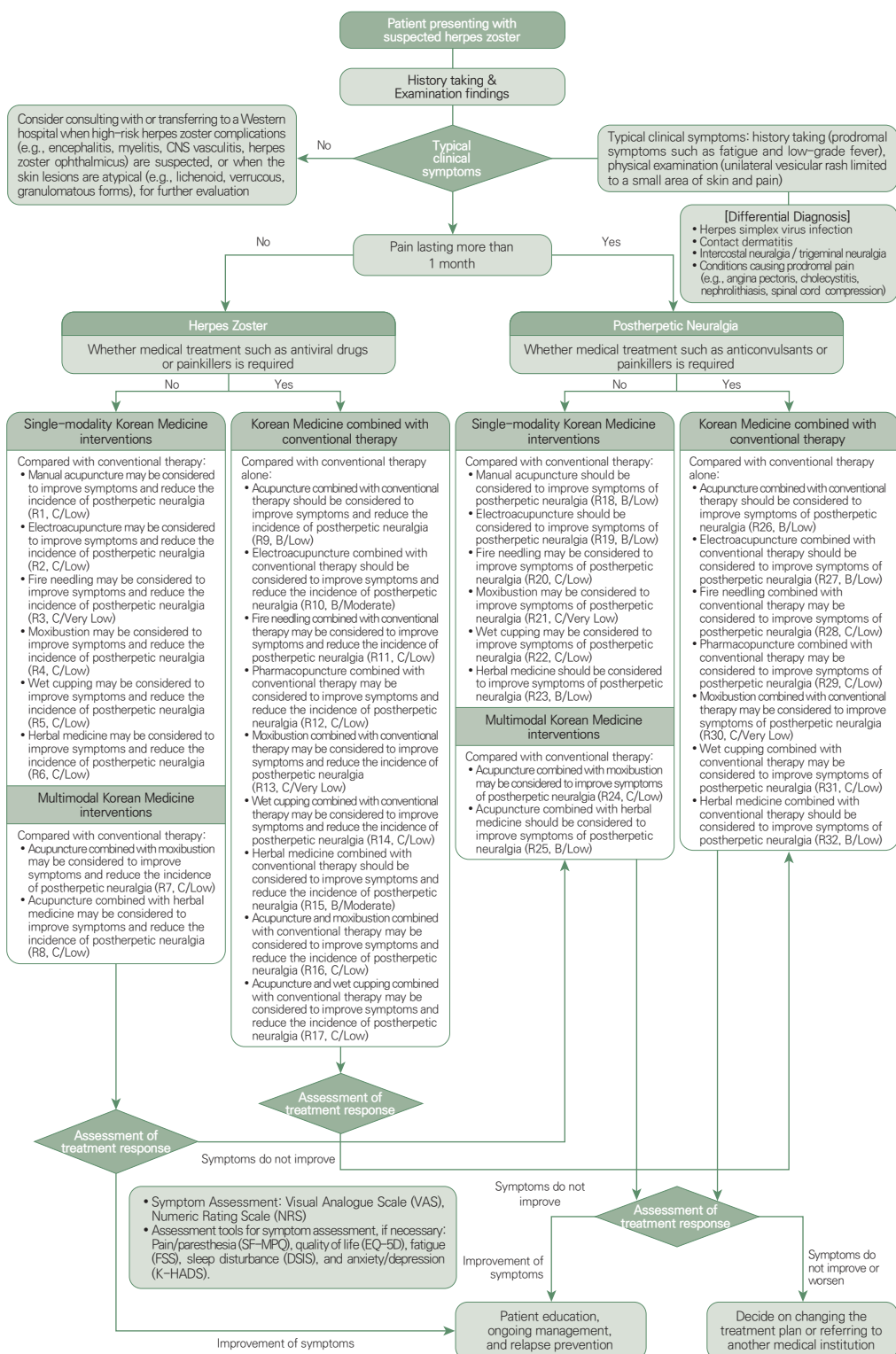


R24	- Additional acupuncture points may include EX-B2 of the corresponding spinal segment, LI4, LI11, GB34, LR3, TE6, SP10, and SP6. - When performing direct moxibustion or similar techniques, clinicians should take caution to avoid adverse skin reactions at vesicular sites.	
25) Acupuncture combined with herbal medicine		
R25	For adult patients with postherpetic neuralgia, acupuncture combined with herbal medicine should be considered to improve symptoms, compared with conventional medical treatment.	B/Low
Clinical Considerations - Local acupuncture may be applied to the pain site; if patients complain of allodynia, the encircling needling method may be considered. - Additional acupuncture points may include EX-B2 of the corresponding spinal segment, LI4, LI11, GB34, LR3, TE6, SP10, and SP6. - Herbal prescriptions may be considered according to the patient's symptoms and pattern identification. - Liver qi stagnation(肝鬱氣滯): Soyosan(逍遙散), Siho-sogan-san(柴胡疏肝散) - Fire-toxin with damp-heat(火毒濕熱): Haedokhwallyeol-tang(解毒活血湯) - Blood stasis due to qi stagnation(氣滯血瘀): Hyeolbuchukeo-tang(血府逐瘀湯), Dohongsamul-tang(桃紅四物湯) - Spleen deficiency with phlegm-dampness(脾虛痰阻): Jesupwiryong-tang(除濕胃苓湯) - Blood stasis obstruction(瘀血內阻): Hwaeeojitong-tang(化瘀止痛湯) - Qi and blood deficiency(氣血兩虛): Sipjeondaebo-tang(十全大補湯), Boyanghwano-tang(補陽還五湯) - Liver-kidney yin deficiency(肝腎陰虛): Ilgwanjeon(一貫煎)		
Korean Medicine combined with conventional therapy		
26) Acupuncture combined with conventional therapy		
R26	For adult patients with postherpetic neuralgia, acupuncture should be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms, rather than conventional medical treatment alone.	B/Low
Clinical Considerations - Acupuncture may be considered as an adjunct to conventional medical treatments, including anticonvulsants, tricyclic antidepressants, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, lidocaine patches, and interventional procedures such as nerve blocks. - Local acupuncture may be applied to the pain site; if patients complain of allodynia, the encircling needling method may be considered. - Acupuncture may also be applied to EX-B2 of the corresponding spinal segment, the back-shu points, and additional points selected according to the affected site: - Basic points: LI4, LI11, GB34, LR3, TE6, SP10, SP6 - Facial lesions: GB20, TE17, ST7, ST2, BL2 - Thoracic and hypochondriac lesions: TE6, GB34, LR3 - Abdominal and lumbar lesions: GB34, ST36, SP6 - Auricular acupuncture points may include bilateral TF4, AH6a, CO18, CO17, AT4, CO12, CO13, CO10, CO15, as well as lesion-corresponding areas. - Treatment frequency: In the initial phase, acupuncture may be administered 2–5 times per week, with subsequent adjustment according to clinical progress.		
27) Electroacupuncture combined with conventional therapy		
R27	For adult patients with postherpetic neuralgia, electroacupuncture should be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms, rather than conventional medical treatment alone.	B/Low

R27	Clinical Considerations • Electroacupuncture may be considered as an adjunct to conventional medical treatments, including anticonvulsants, tricyclic antidepressants, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, lidocaine patches, and interventional procedures such as nerve blocks. • Electroacupuncture may be applied to the pain site, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and the back-shu points, with additional points selected according to the lesion site: – Basic points: ST36, LI4, GB34, LR3, LI11, SP6, TE6 – Facial lesions: GB20, TE17, ST7, ST2, BL2 – Thoracic and hypochondriac lesions: TE6, GB34, LR3 – Abdominal and lumbar lesions: GB34, ST36, SP6 • Stimulation method: Apply low-frequency stimulation(1–4 Hz) to the area surrounding the lesion, high-frequency stimulation(≥ 100 Hz) to EX-B2 for segmental stimulation, and either low-frequency or dense-disperse wave stimulation to the distal major points. • Treatment frequency: In the initial phase, acupuncture may be administered 2–5 times per week, with subsequent adjustment according to clinical progress.	
28) Fire needling combined with conventional therapy		
R28	For adult patients with postherpetic neuralgia, fire needling may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms, rather than conventional medical treatment alone.	C/Low
Clinical Considerations • Fire needling may be considered as an adjunct to conventional medical treatments, including anticonvulsants, tricyclic antidepressants, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, lidocaine patches, and interventional procedures such as nerve blocks. • Fire-needling therapy may be applied to the pain site, scar tissue, EX-B2 of the corresponding spinal segment, TE6, SI3, GB34, ST36, and SP6. • After fire-needling therapy, measures should be taken to minimize skin damage and caution should be exercised to prevent infection. • Treatment frequency: In the initial phase, acupuncture may be administered 2–5 times per week, with subsequent adjustment according to clinical progress.		
29) Pharmacopuncture combined with conventional therapy		
R29	For adult patients with postherpetic neuralgia, pharmacopuncture may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms, rather than conventional medical treatment alone.	C/Low
Clinical Considerations • Pharmacopuncture may be considered as an adjunct to conventional medical treatments, including anticonvulsants, tricyclic antidepressants, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, lidocaine patches, and interventional procedures such as nerve blocks. • Pharmacopuncture may be applied to the pain site, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and major distal points. • The use of Huanglian Jiedu pharmacopuncture, bee venom pharmacopuncture, or neutral blood stasis pharmacopuncture may be considered. • Bee venom pharmacopuncture should be administered only after a skin test. For sensitive areas such as those with allodynia, treatment should begin around the periphery of the painful site and gradually be expanded.		
30) Moxibustion combined with conventional therapy		
R30	For adult patients with postherpetic neuralgia, moxibustion may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms, rather than conventional medical treatment alone.	C/Very Low

R30	Clinical Considerations • Moxibustion may be considered as an adjunct to conventional medical treatments, including anticonvulsants, tricyclic antidepressants, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, lidocaine patches, and interventional procedures such as nerve blocks. • Apply moxibustion to the area surrounding the lesion, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and GV20. Additional points may be selected according to the lesion site: – Upper limb lesions: LI4, PC6, LI11 – Lower limb lesions: SP6, ST36, BL57 – Lesions above the lumbar region: TE6 – Lesions below the lumbar region: GB34 • When performing direct moxibustion or similar techniques, clinicians should take caution to avoid adverse skin reactions at vesicular sites.	
31) Wet cupping combined with conventional therapy		
R31	For adult patients with postherpetic neuralgia, wet cupping therapy may be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms, rather than conventional medical treatment alone. Clinical Considerations Wet cupping may be considered as an adjunct to conventional medical treatments, including anticonvulsants, tricyclic antidepressants, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, lidocaine patches, and interventional procedures such as nerve blocks. • Wet cupping therapy may be applied to the pain site, EX-B2 of the corresponding spinal segment, and major distal points. • After wet cupping therapy, measures should be taken to minimize skin damage and caution should be exercised to prevent infection. • Treatment frequency: In the initial phase, acupuncture may be administered 2–5 times per week, with subsequent adjustment according to clinical progress.	C/Low
32) Herbal medicine combined with conventional therapy		
R32	For adult patients with postherpetic neuralgia, herbal medicine should be considered in combination with conventional medical treatment to improve symptoms, rather than conventional medical treatment alone. Clinical Considerations • Herbal prescriptions may be considered according to the patient's symptoms and pattern identification. – Liver qi stagnation(肝鬱氣滯): Soyosan(逍遙散), Siho-sogan-san(柴胡疏肝散) – Fire-toxin with damp-heat(火毒濕熱): Haedokhwahyeol-tang(解毒活血湯) – Blood stasis due to qi stagnation(氣滯血瘀): Hyeolbuchukeo-tang(血府逐瘀湯), Dohongsamul-tang(桃紅四物湯) – Spleen deficiency with phlegm-dampness(脾虛痰阻): Jesupwiryong-tang(除濕胃苓湯) – Blood stasis obstruction(瘀血內阻): Hwaeeojitong-tang(化瘀止痛湯) – Qi and blood deficiency(氣血兩虛): Sipjeondaebob-tang(十全大補湯), Boyanghwano-tang(補陽還五湯) – Liver-kidney yin deficiency(肝腎陰虛): Ilgwanjeon(一貫煎)	B/Low

4. Clinical algorithm



한의학표준임상진료지침

대상포진·대상포진후신경통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Herpes zoster · Postherpetic neuralgia



서론

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경



1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

제4차 한의약육성발전종합계획(2021~2025)은 ‘한의 의료서비스 체계 개선’을 위해 근거 중심 한의표준임상진료지침의 체계적 개발과 임상현장 확산을 통한 의료표준화를 핵심 전략으로 제시하고 있다. 이러한 정책적 지향은 과학적 근거에 기반한 진료지침의 개발과 보급을 통해 한의 의료서비스의 임상적 신뢰성을 확립하고, 나아가 국민건강보험 급여체계 내에서의 보장성 확대를 도모함으로써 한의 의료 접근성을 제고하는 동시에 한의약 산업의 경쟁력 강화를 추진하려는 정부의 전략적 의지를 구현한 것이다.

2020년 시작된 보건복지부 한의약 분야 국가연구개발사업인 ‘한의약혁신기술개발사업’은 임상진료지침 개발을 지원하며, 이 사업을 통해 10년간 총 51종의 신규 한의표준임상진료지침 개발 및 25종의 기존 임상진료지침 현행화·고도화를 목표로 하고 있다. 특히 지침 개발의 핵심적인 의사결정 단계인 ‘핵심임상질문 선정’ 과정에 외부 공개 절차를 도입하고, 개발된 지침의 기술적이고 임상적인 외부 검토를 강화함으로써 전문성을 높이고 외적 타당도를 확보하고자 하였다. 또한, 개발 과정에 전문 유관 학회 및 대학뿐만 아니라 실제 지침의 사용자인 임상의, 환자 및 소비자 대표의 참여를 적극 유도하였다.

한의표준임상진료지침을 통해 도출되는 임상권고사항은 향후 표준임상경로(clinical pathway) 개발의 기초자료로 활용되어 국민 대상 한의 의료서비스의 질적 균질화와 표준화를 실현하는 데 기여할 것으로 예상된다. 이러한 한의표준임상진료지침의 개발과 임상확산을 통해 한의학적 치료 중재의 안전성과 유효성에 대한 지속적이고 체계적인 과학적 검증체계를 구축함으로써 한의 의료에 대한 사회적 신뢰도 향상과 공공의료체계 내에서의 한의 의료 역할 확대에 기여하고자 한다.

대상포진은 한의 의료기관에 내원하는 환자의 다빈도 상병 중 하나로, 수두-대상포진 바이러스(Varicella-Zoster Virus)의 재활성화로 인해 발생하는 급성 피부질환이다. 특히 면역력이 저하된 고령층에서 발병률이 높아 고령사회 진입에 따른 사회인구학적 변화와 함께 환자 수가 지속적으로 증가하고 있는 질환이다.

대상포진은 면역력 저하나 고령 등의 다양한 원인으로 인해 수두-대상포진 바이러스가 재활성화되면서 나타나는 급성 감염성 질환으로, 발병 초기 신속한 치료가 필수적이며, 특히 발병 후 지속적인 통증이 남는 대상포진후신경통은 만성적이고 환자의 삶의 질에 큰 영향을 미친다. 그러나 지금까지 국내에서는 대상포진 및 대상포진후신경통에 대한 한의표준임상진료지침이 부재하여 환자와 의료진 모두에게 한의 치료 선택에 어려움이 존재하였다. 따라서 본 임상진료지침은 과학적이고 체계적인 근거 기반의 표준화된 치료 프로토콜을 마련하고, 급성기 및 만성기에 걸친 환자 중심의 다양한 치료법(침, 뜸, 약침, 한약 등)을 제시하여 임상 현장에서 활용 가능한 실질적인 치료 지침을 제공하는 데 목적을 두고 있다.

본 대상포진 및 대상포진후신경통 한의표준임상진료지침은 보건복지부 한의약혁신기술

개발사업의 한의약혁신기술개발사업단 세부과제인 ‘대상포진 한의표준임상진료지침 및 임상경로 개발 연구’(RS-2023-KH141844)의 일환으로 제작되었다.(연구 기간: 2023.07.01.~2025.12.31.) 임상진료지침의 개발에 있어서 재정후원단체의 의견이 임상진료지침의 내용에 영향을 주지 않았다.

한의학표준임상진료지침

대상포진·대상포진후신경통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Herpes zoster · Postherpetic neuralgia



대상포진. 대상포진후신경통 질환 개요

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



1. 정의

1) 대상포진의 정의

대상포진(Herpes Zoster, HZ, 帶狀疱疹)은 수두-대상포진 바이러스(Varicella Zoster Virus, VZV)가 재활성화되어 감염된 신경절 지배 영역의 피부와 신경 조직에 급성 염증 반응을 일으키는 질환이다.^{1,2)} 수두-대상포진 바이러스는 어린 시절 수두 감염 후 신경절(주로 척수 후근 신경절 혹은 삼차신경절)에 잠복해 있다가 면역력 저하, 스트레스, 고령 등의 요인으로 활성화될 때 편측성 띠 모양의 수포 발진과 통증이 나타난다. 흔히 흉추 신경절을 침범하여 가슴이나 등 부위에 나타나지만 안면부(삼차신경), 요추 신경절 등 다양한 부위에 발생할 수 있다.²⁾

2) 대상포진후신경통의 정의

대상포진후신경통(Postherpetic Neuralgia, 帶狀疱疹後神經痛)은 수두-대상포진 바이러스에 의한 피부 발진이 소실된 뒤에도 해당 신경 범위에 지속되는 통증을 말하며, 바이러스 감염에 의한 말초 신경 손상과 중추 신경계 과민화(central sensitization)가 복합적으로 작용해 발생하는 만성 신경병성 통증이다.³⁾ 임상적으로 대상포진 후유증으로 발생하는 통증에 대한 정의에는 다소 차이가 있다. 구체적으로 발진 후 30일 이내는 급성 대상포진통, 발진 후 30일부터 90일까지는 아급성 대상포진통, 발진 후 90일 이후까지 지속되는 통증을 대상포진후신경통으로 분류하고 있다. 다만, 대상포진후신경통에 대한 명확한 진단 기준이 합의되지 않아 개별 문헌에서 30일, 60일, 90일 등의 다양한 기준을 활용하고 있는 실정이다. 실제 한의 임상 현장에서 급성기 대상포진 이후 피부 증상이 호전되었으나 지속되는 통증에 대한 한의 치료 방법이 유사하며, 최근 문헌 등에서 대상포진으로 인한 피부 증상이 호전 후 발생 30일 이후에도 지속되는 통증을 대상포진후신경통으로 정의하는 경우를 감안하여, 본 임상진료지침에서는 대상포진후신경통을 발진이 발생하고 1개월 이후 발진이 치유되었음에도 불구하고 지속되는 통증으로 정의하였다. 60세 이상 고령, 면역 저하, 발진 범위가 넓었던 환자일수록 이환 위험이 높아지며 통증 양상은 칼로 베이는 듯한 통증, 전기 자극감, 이질통 등이 대표적이다.¹⁾ 대상포진후신경통은 심각한 수면 장애, 우울증, 사회적 고립 등으로 이어져 환자의 삶의 질을 크게 저하시킨다.³⁾

3) 대상포진 및 대상포진후신경통의 한의학적 의미

한의학 고전 문헌에서는 대상포진을 전요화단(纏腰火丹), 사관창(蛇串瘡), 증대창(甁帶瘡) 등의 범주로 기록하고 있다. 이는 “허리를 둘러싸는 불띠 모양의 병변”이라는 의미로, 대상

포진의 임상 양상을 묘사한 것이다. 한의학적으로는 간경(肝經)에 울체된 울열(鬱熱)이나 습열(濕熱), 기체혈어(氣滯血瘀), 비허(脾虛) 등으로 인해 체내에 잠복한 사독(邪毒)이 재발하여 발생하는 것으로 본다. 즉 간화(肝火)와 습열(濕熱)이 경락을 따라 피부에 몰려 발진이 생기거나 정기부족(正氣不足)으로 면역이 약해져 잠복해 있던 독사가 발현되는 등 여러 병인으로 해석된다. 대상포진후신경통은 한의학적으로 볼 때 급성 병변 후에도 경락에 어혈(瘀血)과 잔여 사독이 남아 통증이 지속되는 상태로 이해하며, 만성적인 비증(痺證)의 일종으로 보기도 한다. 정기 손상과 어혈(瘀血) 및 기체(氣滯)로 인한 만성 통증의 범주에서 환자의 증상과 상태에 따라 변증 치료를 적용하게 된다.^{1,4)}

2. 임상 현황

1) 국내외 임상 역학

전 세계적으로 대상포진은 비교적 흔한 질환으로, 평생 한 번이라도 대상포진을 앓을 확률이 약 20~30%로 추정된다.^{2,5)} 연령이 높아질수록 발병 위험이 급격히 증가하여, 60세 이상에서는 연간 1,000명당 6~12명까지 발생률이 높아진다.⁶⁾ 일반적으로 전체 인구에서는 연간 1,000명당 3~5명 정도의 발생률을 보인다.^{5,6)} 특히 65세 이상 노인 인구 비중 증가와 더불어, 면역억제 질환이나 치료를 받는 환자가 늘면서 대상포진 발병이 전 세계적으로도 증가하는 추세가 관찰되고 있다. 면역이 저하된 환자(예: HIV 감염, 조혈모세포이식, 항암치료, 장기 스테로이드 요법 등)의 경우 같은 연령대 대비 20~100배까지 발생 위험이 높아지는 것으로 보고된다.⁷⁾ 그 밖에 여성이 남성보다 발병률이 다소 높고, 백인이 흑인보다 발생 위험이 높다는 연구가 있으며, 대상포진의 가족력, 자가면역질환 동반, 당뇨, 천식, 만성 폐질환 등의 만성 질환도 위험인자로 지목된다.⁷⁾ 한편, 수두 예방접종의 확대도 역학에 영향을 미칠 수 있는데, 소아 대상포진 예방을 위해 시행된 수두 백신으로 성인들이 자연 수두-대상포진 바이러스에 재노출되어 면역을 강화할 기회가 줄어들면서, 장기적으로 성인 대상포진 증가에 일부 기여했을 가능성이 제기되고 있다. 다만 인구 고령화와 면역억제 상태 증가가 더 근본적인 원인으로 평가되며, 수두 백신의 영향은 명확히 입증되지는 않았다.⁶⁾

국내의 경우도 고령화와 함께 대상포진 환자가 증가 추세에 있다.⁸⁾ 국민건강보험공단 통계에 따르면 2017년 약 70만 5천 명이던 대상포진 연간 환자 수가 2019년 약 73만 8천 명, 2023년에는 74만 9천 명으로 증가 추세이다. 2020년(71만 2천 명)과 2022년(70만 4천 명)에는 다소 감소하였으나 이는 코로나19 유행으로 의료 이용이 줄었기 때문으로 추정된다.

연령별 환자 비중은 60대(24.7%), 50대(21.7%), 40대(15.7%) 순으로 높았다. 60대 환

자가 전체의 1/4 이상으로 최대인 것은 중년 이후 면역력이 약해지면서 잠복해 있던 수두-대상포진 바이러스가 재활성화될 확률이 높아지기 때문으로 추정된다. 80대 이상의 초고령층 환자 수는 2019년 대비 2023년 약 21.9% 증가하여 가장 높은 증가율을 보였다. 또한, 성별 분포에서 두드러지는 특징으로 50대 이상 연령층부터는 여성 발병률이 남성보다 현저히 높아지는 경향을 보인다. 2023년 통계 기준 50대는 여성(10만 5천 명)이 남성(5만 7천 명)의 거의 2배 수준이었고, 60대는 1.7배, 70대는 1.5배로 더 많았다. 이는 여성이 남성보다 수명이 길어 고령층 인구가 많고, 폐경 후 면역변화나 신체적 스트레스 등으로 면역력 저하 요인이 가중되기 때문으로 해석된다. 40대 이하에서는 남녀 환자 수가 크게 차이가 나지 않아 성별 차이는 주로 고령자 그룹의 특징적 현상으로 보인다. 앞으로 고령층 인구의 지속적 증가를 고려하면 대상포진 환자 수도 당분간 증가세를 이어갈 가능성이 높으므로, 예방접종 도입 검토, 고령자 한의 건강관리를 통한 면역력 증대와 고위험군 관리의 필요성이 더욱 강조된다.

대상포진의 가장 흔한 합병증이자 임상적으로 큰 문제를 일으키는 합병증이 대상포진후 신경통으로, 전체 대상포진 환자의 약 10~18% 정도에서 대상포진후신경통이 발생하는데 이 역시 연령이 높을수록 빈도가 증가한다.⁵⁾ 60세 이상 환자에서는 대상포진후신경통 발생률이 현저히 높아져 앞서 언급한 대로 50%까지 보고된다. 대상포진 급성기 통증이 심하거나 발진 범위가 넓을수록, 연령이 증가할수록, 면역이 저하된 경우, 암과 당뇨 등이 동반된 경우 대상포진후신경통으로 이행할 위험이 증가한다.³⁾ 대상포진후신경통은 환자의 수면 장애, 우울증과 같은 삶의 질 저하를 초래하는 난치성 통증으로, 고령화 사회에서 그 유병률이 지속 증가하여 사회의 의료 부담도 커지고 있다. 다행히 대상포진으로 인한 직접적인 사망은 드문 편으로, 미국의 경우 연간 사망자 수가 100명 미만으로 보고되며 주로 면역저하 고령층에 한정된다.⁵⁾

2) 한의 임상 현황

본 연구진은 대상포진 및 대상포진후신경통의 한의 진료 현황을 파악하고자 실태조사 설문지를 개발하여 한의사를 대상으로 설문조사를 시행하였다. 2024년 5월 7일부터 2024년 5월 21일까지 대한한 의사협회에 의뢰하여 협회에 등록된 한의사 회원을 대상으로 설문 링크 주소가 기재된 이메일 및 문자메시지를 발송하였다. 이에 국내 한의사 1,122명이 설문문에 응했으며, 응답자의 83.3%인 934명이 최근 1년 이내 대상포진 또는 대상포진후신경통 환자를 진료한 경험이 있다고 답해 이들의 답변을 분석하였다.

(1) 진료 현황

한의원당 월평균 초진 환자 수는 1~2명 수준인 경우가 가장 많았으며(약 48%), 일부 한

의원은 월 35명 이상 진료하는 곳도 있었다(약 30%). 환자들의 주 내원 시기는 발진 발생 전부터 발진 후 1개월 미만의 대상포진 단계(52.5%)와 발진 후 1개월이 지났음에도 통증이 지속되거나 재발한 대상포진후신경통 단계(47.5%)로 양분되었다. 또한, 내원 환자의 77.6%는 이미 의과 치료(항바이러스제, 진통제 등)를 받은 경험이 있었으며, 10.9%는 기타 처치를 받지 않는 상태에서 한의원에 내원하였다.

한 의사들이 진료한 환자의 주 연령층은 50~70대가 가장 많았고, 고령일수록 대상포진 후신경통 비중이 높았다. 설문 응답에 따르면 평균 치료 기간은 수주(週) 단위가 가장 많아, 대개 26주 사이에 걸쳐 치료가 이루어졌다.

(2) 한의 치료 목표 및 만족도

한의 치료 목표로는 통증과 감각 이상 완화(89.0%), 대상포진후신경통 이환 예방(49.8%), 삶의 질 개선(47.7%)이 가장 중시되었다.

치료가 완료되었거나 일정 기간 시행된 후 한의사가 평가한 환자들의 평균 만족도는 10점 만점에 약 7.1점으로 나타났으며, 이는 환자들 한의 치료에 전반적으로 만족했음을 보여준다. 다만 초기 통증이 매우 심했던 대상포진후신경통 환자의 경우 만족도가 낮았고, 경증의 환자는 높은 만족도를 보이는 등 편차가 있었다.

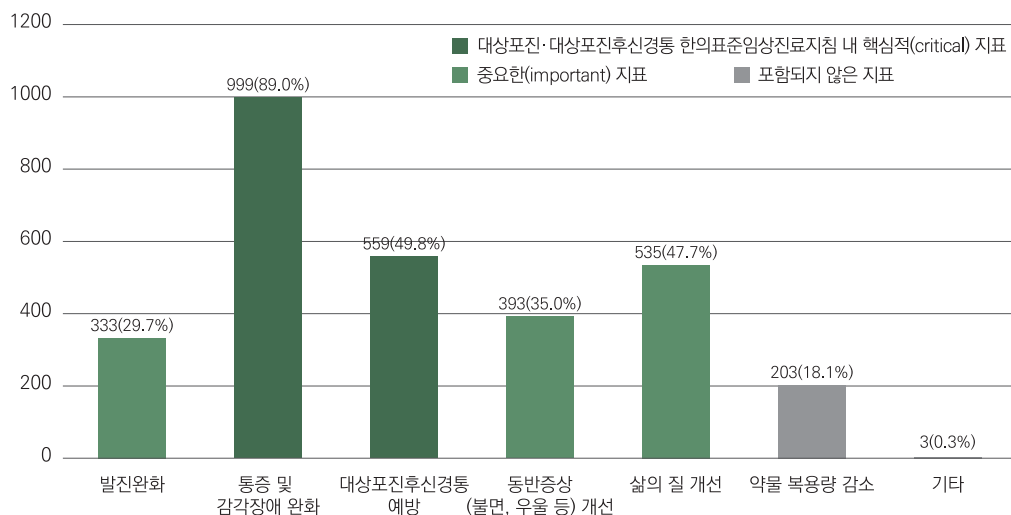


그림 1. 대상포진 및 대상포진후신경통의 한의 치료 목표

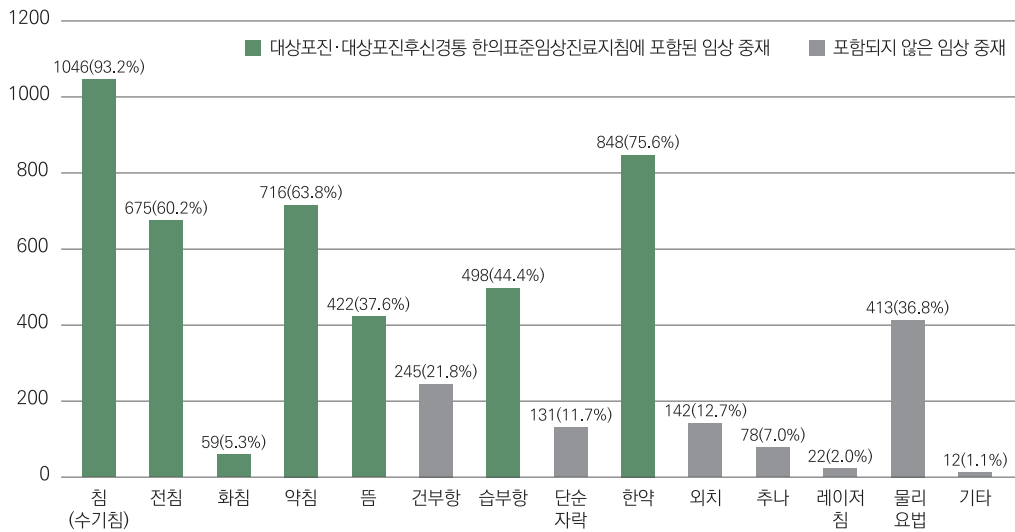


그림 2. 대상포진 및 대상포진후신경통의 한의 치료 현황

(3) 한의 치료 현황 및 인식

일반적으로 수행하는 치료에 대한 설문에서는 침(93.2%), 한약(75.6%), 약침(63.8%), 전침(60.2%), 습부항(44.4%), 뜸(37.6%) 순으로 조사되었다. 또한, 한의사들이 중요하게 여기는 치료 수단에 대해서 94.6%의 응답자가 한약 치료를 “중요하다” 또는 “매우 중요하다”고 평가했고, 90.1%는 침 치료를 중요하게 여겨 한약과 침이 가장 핵심적인 치료법으로 인식되고 있었다. 그 외에 약침 75.3%, 전침 63.3%, 습부항 55.7%로 조사되었다. 침 치료나 전침 치료 시에는 주로 병변 부위 및 아시혈(78.2%, 75.7%)과 경락 주행 및 신경분절을 고려한 취혈(66.4%, 69.2%)을 많이 활용했다. 전침 치료 시에는 저빈도(46.7%), 저빈도와 고빈도를 혼합한 방식(42.1%)을 가장 많이 사용하였다. 또한, 한약 처방 시 보익약(66.7%)과 청열약(40.2%)을 가장 많이 처방하였으며, 구체적으로 보중익기탕(補中益氣湯), 십전대보탕(十全大補湯), 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 황련해독탕(黃連解毒湯) 가감방 등이 주로 사용되었다. 한약 처방 시 권장 복용 기간은 절반 이상이 1개월 이상 3개월 미만으로 응답하였다. 안전성에 대한 인식 조사에서는 침이 93.1%로 가장 안전하다고 평가되었으며, 한약도 90.5%로 안전성이 매우 높게 평가되었다. 그 이외에 전침(80.0%)과 약침(72.6%)이 뒤를 이었다.

3. 진단 및 평가

대상포진의 진단은 주로 임상 양상에 기반한다. 환자의 병력 청취와 이학적 검진을 통해, 한쪽 몸의 특정 피부 분절(dermatome)을 따라 분포하는 군집성 수포와 홍반, 그리고 해

당 부위의 통증(화끈거림, 찌르는 듯한 통증, 감각 이상 등)이 특징적으로 나타나면 진단이 가능하다. 발진 발생 전 수일간 둔통, 따끔거림, 작열감 등 전구통이 선행하는 경우가 흔하며, 일부 환자에서는 피부 병변이 미미하거나 없더라도 신경통 증상(zoster sine herpete)이 나타날 수 있다.^{5,9)}

임상 증상이 전형적이지 않거나 단순포진 등과 감별이 필요한 경우, 수포액에서 수두-대상포진 바이러스 DNA를 검출하는 PCR 검사가 가장 민감하고 특이도가 높으며, Tzanck 도말 검사나 바이러스 배양, 면역형광항체법 등이 보조적으로 활용될 수 있다. 그러나 전형적인 임상 양상에서는 추가 검사 없이 진단 후 치료를 시작하는 것이 일반적이다.^{5,9,10)}

중추 신경계 합병증이 의심될 때에는 MRI, CT로 병변 범위를 평가하거나, 신경전도검사(Nerve Conduction Study, NCS) 및 근전도검사(Electromyography, EMG)로 신경 손상 정도를 추가로 확인할 수 있다.⁹⁾

감별 진단에는 단순포진(Herpes Simplex Virus, HSV), 늑간신경통, 삼차신경통, 접촉성 피부염, 전구 통증을 유발할 수 있는 질환(협심증, 담낭염, 신석증, 척수압박 등) 등이 포함되며, 이들은 병변의 형태, 분포, 통증 양상 등에서 차이를 보여 대개 임상적으로 구별이 가능하다.⁹⁾

대상포진후신경통은 피부 병변 치유 후에도 1개월 이상 지속되는 신경병성 통증으로 정의된다. 대상포진후신경통의 진단은 병력(과거 대상포진 에피소드)과 통증의 양상(찌르는 통증, 작열감, 감각 저하 및 이상감각, 옷깃만 스쳐도 아픈 이질통 등) 및 지속 기간을 토대로 하며, 통증의 정도는 시각상사통증척도(VAS)나 숫자평가척도(NRS)로 객관화할 수 있다. 신경통 진단에 보조적으로 NCS나 EMG, 감각기능 정량검사(Quantitative sensory test, QST), 적외선체열검사(Digital infrared thermal imaging, DITI) 등이 활용될 수 있고, 수면장애나 우울, 불안 등 동반 증상에 대한 정신심리 평가도 필요하다.^{3,9,11)}

4. 치료

1) 한의 치료

(1) 침 치료

침(鍼, acupuncture) 혹은 수기침(手技鍼, manual acupuncture) 치료는 한의학의 핵심 치료법 중 하나로, 인체의 경락과 경혈에 가는 침을 삽입하여 기혈의 순환을 조절하고 장부의 기능을 조화시키는 치료법이다.

한의학적으로는 경락의 기혈 순환 장애를 개선하여 음양의 균형을 회복시키고, 정기를 보강하며 사기를 제거하는 것을 목적으로 한다. 또한, 말초 및 중추 신경계, 면역계에 복합적으로 작용하여 통증을 완화하고 염증을 억제하며 체내 항상성을 조절하는 효과가 있다.

대상포진은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인해 피부 병변과 함께 급성 통증이 동반되어 침 치료는 통증 완화, 피부 병변 치유 촉진 및 대상포진후신경통 발생률 감소를 목적으로 임상현장에서 널리 활용되고 있다. 병변 부위 주변에 주로 호침(毫鍼)을 활용하여 국소 침 치료를 시행하며, 원위 취혈로 해당 분절의 협척혈 및 합곡, 곡지, 양릉천, 태충, 지구, 혈해, 삼음교, 이혈(耳穴) 등이 널리 활용된다. 대상포진 이환 부위에 따라 혈자리를 선택할 수 있는데, 두면부 병변에는 풍지, 태양, 찬죽, 하관, 합곡, 외관 등을, 흉협부 병변에는 해당 분절의 협척혈 및 배수혈, 지구, 양릉천, 태충 등을, 요복부 병변에는 해당 분절의 협척혈 및 배수혈, 양릉천, 족삼리, 삼음교 등을 활용할 수 있다. 급성기에는 7일에서 15일간 매일 치료할 수 있으며, 이후 경과에 따라 치료 빈도를 조절하여 시행한다.

일부 환자에서는 병변 회복 이후에도 약 1개월 이상 통증이 지속되어 대상포진후신경통으로 이행될 수 있다. 이때 신경병증성 통증 뿐 아니라 수면 장애, 불안, 우울, 피로 등의 증상이 동반되기 쉽고 삶의 질이 크게 저하된다. 이때 침 치료는 통증 완화 뿐 아니라 수면 장애, 불안, 우울, 피로 등의 증상을 개선하고 삶의 질을 높이기 위한 목적으로 활용된다. 통증 부위에 국소 침 치료를 시행하며, 이질통을 호소하는 경우 위자법(병변을 둘러싸고 침을 놓는 방법)을 고려할 수 있다. 원위 취혈은 대상포진 치료와 유사하게 해당 분절의 협척혈 및 합곡, 곡지, 양릉천, 태충, 지구, 혈해, 삼음교, 이혈 및 이환 부위에 따른 취혈을 한다. 통증의 정도와 병변 범위를 고려하여 초기에 주 2~5회 치료를 시행하고, 이후 증상 재평가에 따라 빈도를 조절한다.

특히 침 치료는 건강보험 급여 항목으로 대상포진 환자가 한의 의료기관 내원 시 쉽게 접근 가능한 치료 수단 중 하나이다. 한의사 대상 설문조사에 따르면, 대상포진 및 대상포진 후신경통에 대해 1,046명(93.2%)이 침 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 1,011명(90.1%)이 중요한 치료 방법으로 고려한다고 응답하였다. 또한 1,045명(93.1%)이 침 치료가 안전성이 높은 치료라고 답하였다. 이는 침 치료가 대상포진 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다.

(2) 전침 치료

전침(電鍼, electroacupuncture)은 침법과 전기 자극을 결합한 현대적 침구 치료법으로, 전통 침법의 기혈 조절 작용에 전기적 자극의 효과를 더하여 치료 효과를 증강시키는 방법이다. 한의학적으로는 경락의 기 순환을 더욱 강화하고, 기체혈어를 개선하며, 인체의 항상성을 유지한다. 베타엔도르핀과 같은 내인성 오피오이드 펩타이드 분비를 촉진하여 진통 효과를 높이고, 척수 및 뇌의 통증 전달 경로를 억제하며, 다양한 신경전달물질 분비를 증가시켜 통증을 조절하고 불안이나 우울 등에 효과적인 것으로 알려져 있다.^{12,13)} 치료 시 일반 침 치료보다 자극 강도가 강할 수 있으므로 근육 수축으로 인한 절침, 만침 등에 주의

해야 하며, 전기 자극이 심장이나 임신부의 복부 주변에 가해지지 않도록 주의한다.

병변이나 통증 주변 부위, 협척혈, 지구, 후계, 양릉천, 곡지 등에 전침 치료를 시행한다. 병변 주변 부위에는 저빈도 자극(약 1~4Hz), 분절 자극을 위한 협척혈 등에는 고빈도 자극(100Hz 이상), 원위 주요 경혈에는 저빈도 단독 또는 소밀과 자극을 선택하는 것이 일반적이다.

시중 활용되는 전침기의 형태를 고려할 때 전침 자극 부위는 2~10개 정도 혈위를 사용한다. 따라서 침 치료를 한 뒤에 전체 혹은 일부 혈위에 전기 자극을 가하는 형태로 일반 호침과 병행하여 시행된다.

(3) 화침 치료

화침(火鍼, fire needling)은 침침이나 침체를 불에 달구어 고온으로 인체의 특정 부위에 자극을 주는 한의학적 치료법이다. 이는 침법과 뜸법을 결합한 형태로서 침 자극과 더불어 심부까지 열 자극을 동시에 전달할 수 있다. 전통적으로는 침을 직접 불에 달군 뒤 신속하게 자입하는 화침 방식이 사용되었으나, 침을 자입한 뒤 침병에 애엽 등의 뜸불이나 열을 가하는 온침(溫鍼)이나 가열식 화침 등 다양한 방법이 임상에서 활용되고 있다.

고전문헌에 비증(痺證) 치료에 사용되었다는 기록이 다수 있으며, 양기(陽氣)를 북돋고 국소 순환을 촉진하고 경혈 및 경락의 응체를 풀어 사기(邪氣)를 제거하는 의미로 사용되었다. 관절 내부 및 인대에 염증반응을 일으켜 주변 조직을 강화하고 실제 온열 자극으로 관절 내부 및 인대 조직 내 미세 염증반응을 유발하고 열 충격 단백질 분비를 촉진하여 조직 재생과 치유를 돕고 통증 신호 전달을 억제한다.

대상포진 및 대상포진후신경통 환자 치료 경험이 있는 한의사 대상으로 실시한 설문 조사 결과, 응답자 중 5.3%가 사용하여 사용자 수는 상대적으로 낮지만, 화침은 대상포진과 대상포진후신경통 치료 효과에 대한 임상 연구들이 보고되고 있으며, 통증 완화와 신경 기능 회복을 위해 실제 임상에서도 그 활용 빈도가 점차 높아지고 있다.

대상포진 환자의 병변 부위 주변 및 포진 중앙 부위, 해당 분절의 협척혈, 지구, 후계, 양릉천, 구허 등에 화침 치료를 주로 시행할 수 있다. 대상포진후신경통의 경우 국소 부위에 냉감이 있고 어혈이 남은 경우 화침을 활용할 수 있으며, 통증 부위의 피부색이 어둡고 차가우며 통증이 극심할 때 화침은 국소 혈류량 증가와 통증 매개 물질 분산을 유도할 수 있다.

대상포진에는 1회/1~2일, 대상포진후신경통에는 2~5회/주 치료를 시행할 수 있으며 이후 증상에 따라 치료 빈도를 조절한다. 다만, 시술 시 화상에 주의해야 하며, 국소 치료 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다.

(4) 뜸 치료

뜸 치료(灸, moxibustion)는 주로 쑥을 이용해 경혈이나 통증 부위에 온열 자극을 가하

는 한의학적 치료법이다. 쑥을 작은 덩어리로 만들어 피부 위(직접구) 또는 피부와 일정 거리를 두거나 매개물을 통해(간접구) 태워, 열과 연기, 약성 성분을 신체에 전달한다. 뜸은 한의학에서 오랜 역사를 가진 대표적 온열요법으로, 열 자극을 통해 국소 혈류를 증가시키고, 신경 말단의 통증 전달을 억제하며, 염증반응을 조절하는 것으로 알려져 있다. 이러한 기전은 대상포진의 주요 증상인 통증, 감각 이상, 피부 병변 회복에 긍정적으로 작용할 수 있다.

임상에서는 병변이나 통증 부위 주변, 해당 분절의 협척혈, 백회 및 원위 주요 경혈 등에 뜸 치료를 시행한다. 상지 병변에는 합곡, 내관, 곡지 등을, 하지 병변에는 삼음교, 족삼리, 승산 등을, 허리 이상 병변에는 지구혈을, 허리 이하 병변에는 양릉천을 추가로 시행할 수 있다.

대상포진 및 대상포진후신경통 대상포진 급성기에 피부 열감이 있는 경우 직접구를 잘 쓰지 않지만, 직접구 등을 시행할 때는 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다. 또한, 최근에는 기기기술의 형태로 피부 화상을 유발하지 않고 일정한 온도를 지속적으로 가할 수 있는 형태의 뜸이 개발되어 임상에서 활용되고 있다.

대상포진 및 대상포진후신경통 환자 치료 경험이 있는 한의사 대상으로 실시한 설문 조사 결과에서 45.63% 한의사가 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 뜸 치료를 사용한다고 응답하였다.

(5) 자락관법

자락관법(刺絡罐法, wet cupping therapy)은 자락요법(刺絡療法)과 부항요법을 결합한 치료법으로, 사혈침(삼릉침, 랜셋 등)으로 피부를 빠르게 찔러 피부를 자극한 뒤, 그 위에 부항을 흡착시켜 추가적인 출혈(사혈)을 유도하는 치료법이다. 자락관법은 병변 부위의 어혈(瘀血)이나 국소 염증을 해소하고, 혈류를 개선하여 신경 및 조직의 회복을 촉진하는 효과가 있다. 임상연구 및 실제 진료 현황에서 자락관법은 대상포진 환자에서 통증 경감, 조직 회복, 신경 기능 개선을 위해 침, 뜸, 약침 등과 병행되어 다빈도로 적용되고 있으며, 건강보험 급여 항목으로도 인정되어 임상적 활용도가 높다.

주로 병변 부위 주변, 해당 분절의 협척혈 등에 사용되며 원위 주요 경혈에 활용될 수도 있다. 국소 시술 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 하며, 피부 손상을 최소화해야 한다. 또한, 멸균 처리된 부항컵과 사혈침을 사용해야 하며, 시술 후에는 이를 폐기해야 한다.

(6) 한약 치료

한약(韓藥, herbal medicine) 치료는 침과 더불어 한의학의 핵심 치료법으로서 천연 약재를 조합하여 환자의 체질과 병증에 맞게 처방하는 치료법이다. 한의학의 변증론치(辨證論治) 이론에 따라 환자의 증상과 체질을 종합적으로 판단하여 개별화된 처방을 구성한다.

약재의 사기(四氣), 오미(五味), 귀경(歸經) 이론을 바탕으로 장부의 기능을 조화롭게 하고 기혈음양의 균형을 회복시키는 것을 목적으로 한다.

가. 대상포진

대상포진은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화에 따라 발생하는 급성 열성 질환으로, 대부분 실열성(實熱性) 병태를 보인다. 주된 병리는 간담습열(肝膽濕熱), 간울화화(肝鬱化火), 열독옹성(熱毒壅盛), 비습담조(脾濕痰阻) 등이며, 병정이 오래가거나 고령자일수록 기체혈어(氣滯血瘀) 및 기혈허손(氣血虛損) 양상이 나타날 수 있다.

① 간담습열형(肝膽濕熱型)

옆구리나 갈비뼈 부위에 수포가 띠 모양으로 발생하고 진물이 많으며, 입이 쓰고 설태가 누르고 맥은 활삭(滑數)하다. 주로 용담사간탕(龍膽瀉肝湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

② 간울화화형(肝鬱化火型)

정서적 억압이나 스트레스가 발병 요인으로 작용하며, 육신거리는 통증과 혀가 붉고 맥이 현삭(弦數)하다. 주로 소요산(逍遙散) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

③ 열독옹성형(熱毒壅盛型)

병변 부위의 발적, 고열, 다량의 진물과 작열통이 동반되며 전신 권태감, 구갈, 두통이 함께 나타난다. 주로 황련해독탕(黃連解毒湯), 해독활혈탕(解毒活血湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

④ 비습담조형(脾濕痰阻型)

전신이 무력하고, 수포가 묽으며, 소화기 기능이 저하되고 설태가 하얗고 맥이 완만한 것이 특징이다. 주로 오령산(五苓散), 제습위령탕(除濕胃苓湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

⑤ 기체혈어형(氣滯血瘀型)

통증이 국소적으로 고정되고 야간에 심화되며, 통처 부위에 어반(瘀斑)이 관찰되기도 한다. 혀색이 자줏빛에 어둡고, 맥이 삼(澁)하다. 주로 혈부축어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

⑥ 기혈허손형(氣血虛損型)

고령이거나 체력이 약해 정기가 손상되며, 통증은 약화되나 지속적이고 전신 피로하고 안색이 창백하며 입맛이 없고 혀가 담(淡)하고 맥이 세약(細弱)하다. 주로 십전대보탕(十全

大補湯), 보중익기탕(補中益氣湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

나. 대상포진후신경통

대상포진후신경통은 수포가 사라진 후에도 통증이 1~3개월 이상 지속되는 상태로 대부분 기허(氣虛), 음허(陰虛), 혈어(血瘀) 등 만성 병리 상태로 전환된 경우가 많다. 대표적인 병리는 간울기체(肝鬱氣滯), 화독습열(火毒濕熱), 기체혈어(氣滯血瘀), 비허담조(脾虛痰阻), 어혈내조(瘀血內阻), 기혈양허(氣血兩虛), 간신음허(肝腎陰虛) 등이며, 수면 장애, 불안, 우울 등의 동반증상 등도 고려하여 변증에 따라 한약 치료 전략을 달리한다.

① 간울기체형(肝鬱氣滯型)

정서적 긴장이나 우울감과 통증이 연결되어 있으며, 옆구리가 답답하거나 탄식 등이 동반된다. 주로 소요산(逍遙散), 시호소간산(柴胡疏肝散) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

② 화독습열형(火毒濕熱型)

피부에 열감이 남아있고, 포진이 사라진 부위에 색소가 침착되며, 잔존 발진 및 진물 등이 나타나기도 한다. 구갈, 구취가 동반되기도 한다. 주로 해독활혈탕(解毒活血湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

③ 기체혈어형(氣滯血瘀型)

통증이 국소에 고정되고 찌르는 듯한 통증이 있으며 야간에 심화되는 경향이 있다. 주로 혈부축어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

④ 비허담조형(脾虛痰阻型)

통증 외에도 머리가 무겁거나 식욕이 부진하고 피로, 소화 장애 등 비허 증상이 동반된다. 주로 제습위령탕(除濕胃苓湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

⑤ 어혈내조형(瘀血內阻型)

국소 부위 결절이 있고, 압통점이 뚜렷하며 자색 반점 및 어반(瘀斑) 등이 존재하고 통증이 고정되어 지속된다. 주로 화어지통탕(化瘀止痛湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

⑥ 기혈양허형(氣血兩虛型)

병정이 오래되어 통증은 약한 상태로 둔하나 지속되고, 전신이 피로하고 어지러우며 안색이 창백하다. 십전대보탕(十全大補湯), 보양환오탕(補陽還五湯) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

⑦ 간신음허형(肝腎陰虛型)

통증이 야간에 심화되고 통증 부위나 전신이 건조하고 이명, 허리통증을 호소한다. 혀가 붉고 맥세삭(脈細數) 등의 소견을 보인다. 주로 일관전(一貫煎) 계열의 약을 가감하여 사용한다.

(7) 약침 치료

약침(藥鍼, pharmacopuncture)은 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합한 약액을 경혈이나 압통점 등의 혈위에 주입하는 한의 의료행위이다. 이는 침의 기계적 자극 효과와 한약의 약리적 효과를 동시에 얻기 위해 개발된 신침요법의 일종으로, 한약을 경혈 및 혈맥 등에 직접 주입함으로써 빠르고 강력한 치료 효과를 기대할 수 있다. 약침은 한약 복용이 어려운 환자에게도 적용이 가능하며, 위장관 부작용이 적고, 소량의 약물로도 효과가 크다는 장점이 있다. 국내외 임상연구와 증례 보고에 따르면, 약침, 특히 봉독약침은 대상포진 환자에서 통증 완화와 신경 기능 회복을 위해 다빈도로 사용되고 있다. 봉독에 함유된 멜리틴, 아파민 등이 항염증·면역조절 작용을 통해 신경병성 통증 완화에 유효하다는 임상연구들이 다수 보고되었다. 임상적으로 봉독약침을 환부 주위의 압통점이나 해당 신경 분절의 협척혈 등에 주입하면 통증 강도가 감소하고, 일부 환자에서는 감각 저하 등 신경학적 개선도 관찰된다. 다만 봉독은 알레르기 반응 위험이 있으므로 시술 전에 피부 반응 테스트 등을 시행한 뒤 시술을 결정해야 한다. 또한, 자하거 약침은 인태반에 함유된 다양한 핵산, 사이토카인, 성장인자 등으로 항염 및 재생 효과를 통해 대상포진 및 대상포진후 신경통에 활용되고 있다.

대상포진 및 대상포진후신경통 환자 치료 경험이 있는 한의사 대상으로 실시한 설문 조사 결과, 63.8%가 약침 치료를 시행하고, 75.3%가 약침 치료가 중요하다고 인식하였다. 사용하는 약침은 황련해독탕 약침이 가장 많았고, 봉독약침이 그 뒤를 이었다.

2) 통상적 의과 치료

(1) 대상포진의 통상적 의과 치료

대상포진의 치료는 급성 통증을 완화하고, 바이러스 확산을 억제하며, 합병증(특히 대상포진후신경통) 발생을 최소화하는 데 있다. 급성기에는 항바이러스제와 통증 조절이 치료의 핵심이다.^{14,15,16)}

가. 항바이러스제^{14,15)}

- 발진 발생 후 72시간 이내 투여가 권고되나, 새로운 피부 병변이 생기거나 면역저하, 중

추 신경계 합병증이 의심되는 경우 72시간이 지나도 투여가 권장된다.

- 1차 사용 약제로는 아시클로버(acyclovir), 발라시클로버(valacyclovir), 팜시클로버(famciclovir) 등이 있다.
- 항바이러스제는 바이러스 복제를 억제하여 피부병변 치유를 촉진하고 급성 통증 기간을 단축시키며, 대상포진후신경통 발생률을 감소시킬 수 있다. 단, 신기능 저하 환자에서는 용량 조절이 필요하다.

나. 스테로이드^{14,15)}

- 신경 부종과 염증을 줄여 급성기 통증 완화와 염증 억제에 일부 효과가 있으나, 대상포진후신경통 예방 효과는 불분명하다.
- 주로 발병 10일 이내에 투여하며 1~3주의 단기간 경구 스테로이드로 병용 가능하다. 단, 당뇨, 고혈압, 소화성 궤양, 감염 위험 등 기저질환 환자에서는 신중하게 사용해야 한다.

다. 급성 통증 관리^{3,17)}

- 경증의 통증에는 아세트아미노펜, 비스테로이드성 항염증제(Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug, NSAIDs) 등의 비마약성 진통제를 사용한다.
- 다만 중등도 이상의 통증에는 트라마돌 등 약한 마약성 진통제를 시작하고 필요 시 옥시코돈과 같이 강한 마약성 진통제를 단기간 사용한다.
- 경구 진통제로 조절되지 않는 중증의 통증이나 안면·안구 침범 등에서는 신경차단술 등의 중재적 치료도 고려할 수 있다.

(2) 대상포진후신경통의 통상적 의과 치료

가. 신경병증성 통증 치료제^{3,14,15,18)}

- 항경련제(anticonvulsants): 가바펜틴, 프레가발린 등은 칼슘 채널 차단을 통해 신경 흥분을 억제한다. 졸림, 어지럼증, 말초부종 등의 부작용이 있으며 신기능 저하 환자에서 주의가 필요하다.
- 삼환계 항우울제(Tricyclic Antidepressants, TCAs): 아미트립틸린, 노르트립틸린, 데시프라민 등은 노르에피네프린·세로토닌 재흡수 억제를 통해 통증을 감소시킨다. 항콜린성 부작용(구강건조, 변비, 인지장애 등)이 있으며 심장질환 환자에서 금기사항에 유의해야 한다.
- 국소 치료(topical agents): 5% 리도카인 패치, 8% 고농도 캡사이신 패치 등이 통각신경말단을 둔화시켜 통증을 줄일 수 있다.

- 마약성 진통제: 트라마돌, 옥시코돈 등은 중등도 이상의 통증에서 제한적으로 사용하며, 남용 및 의존성 위험에 주의해야 한다.

나. 신경차단술 및 중재적 시술^{3,19)}

- 신경차단술(nerve block): 급성기 및 대상포진후신경통 모두에서 통증 완화 효과가 있으며 대상포진후신경통 예방 효과가 보고되기도 하였다. 증상 및 병리 상황, 부작용 등을 고려하여 경막외(epidural), 신경근(nerve root), 말초신경(peripheral nerve) 교감신경(sympathetic nerve) 등에 선택적으로 시행한다.
- 박동성 고주파 전기치료(Pulsed Radiofrequency, pRF): 통증 신경절에 고주파 전류를 간헐적으로 흘려 신경 기능을 조절하여 대상포진후신경통 환자의 통증을 줄일 수 있다.
- 척수자극술(Spinal Cord Stimulation, SCS): 약물 및 보존적 치료에 반응하지 않는 난치성 대상포진환자에 고려할 수 있다. 척수 후주에 전극을 삽입해 전기 자극을 가해 통증 신호를 교란한다. 장기 추적 결과 환자의 통증과 삶의 질이 개선되었다는 보고가 있으나 시술의 어려움이나 부작용 등을 고려하여 시술을 결정해야 한다.
- 그 이외에 척수강내약물주입기(Intrathecal Drug Administration System, ITDAS) 보툴리눔 독신, 국소 스테로이드 주사 등도 일부 환자에서 시도되고 있다.

(3) 물리치료 및 심리 정신의학적 관리^{20,21)}

- 경피적 전기신경자극술(TENS), 저강도 레이저치료(LLLT), 초음파 치료, 온열치료, 수증치료 등은 근거 수준이 높지 않거나 아직 명확히 밝혀져 있지 않지만 대상포진환자의 통증 경감과 기능 회복에 도움을 줄 수 있다는 보고가 있다.
- 스크램블러 치료(scrambler therapy), 반복적 경두개 자기자극술(rTMS) 등 신경조절 기반의 최신 물리치료도 일부 연구에서 긍정적 효과가 보고되고 있다.
- 대상포진후신경통 환자의 20~30%에서 우울, 불안 등 정신건강 문제가 동반되기 때문에 인지행동치료(CBT), 이완요법, 정신과 한의정신요법 등 심리치료가 통증 감소, 우울·불안 완화, 삶의 질 개선에 도움을 줄 수 있다.

5. 예방 및 관리

대상포진과 대상포진후신경통은 만성 신경병성 통증으로 이행할 수 있으므로, 예방과 체계적 관리에 다학제적 접근이 필요하다.

1) 면역력 강화와 생활습관 관리^{3,5)}

면역력 유지는 대상포진 예방의 기본 전략이다. 규칙적인 유산소 운동, 균형 잡힌 영양 섭취, 충분한 수면, 스트레스 관리 등은 세포성 면역, 특히 T세포 반응을 강화해 바이러스 재활성화를 억제한다.

특히 고령, 암 치료, 면역억제제 복용, HIV 감염 등 면역저하자는 정기적 면역상태 평가와 함께, 예방적 항바이러스제 투약 또는 백신 접종을 적극 고려해야 한다.

2) 스트레스 조절 및 정서 관리²²⁾

만성 스트레스는 교감신경 활성화와 코르티솔 분비 증가로 면역기능을 저하시켜 대상포진 위험을 높인다. 기공, 명상, 요가, 이완요법, 취미활동 등 스트레스 관리 등을 통해 면역력을 높일 수 있다. 또한, 침 치료나 한약 치료 및 한의 정신요법 등도 도움을 줄 수 있다.

3) 예방접종²³⁾

대상포진 예방접종에는 대상포진 생백신(Zoster Vaccine Live, ZVL)과 재조합 대상포진 백신(Recombinant Zoster Vaccine, RZV) 두 종류가 있다.

일반적으로 만 50세 이상 성인에게는 RZV 접종이 우선 권고된다. RZV는 2~6개월 간격으로 총 2회 근육 주사하며, 50세 이상에서 91.3~97.4%의 높은 예방 효과를 보이고, 그 효과가 10년 이상 지속된다. 다만, RZV 접종 후 통증, 발적, 피로 등 반응원성 이상반응 발생 위험이 ZVL에 비해 높다고 알려져 있다.

ZVL은 만 50세 이상 성인에게 허가되었으며, RZV 대신 접종할 수 있다. ZVL은 1회 피하 주사하며, 예방 효과는 50~59세 69.8%, 60~69세 64%, 70세 이상 38% 수준이며 약 8년 지속된다고 알려져 있다. 가격이 저렴하고 반응원성이 낮은 장점이 있다.

만 18세 이상 중증면역저하자에게는 RZV 접종이 권고되며, 생백신인 ZVL은 중증면역저하자에게 접종해서는 안 된다. 과거 ZVL 접종력이 있거나 대상포진을 앓았던 사람도 RZV 접종이 가능하다. ZVL 접종 후 보통 5년 이상 간격을 두고 RZV 접종을 고려하나, 대상포진 위험이 높거나 피접종자가 원할 경우 더 빨리 접종할 수 있다.

대상포진 완치 후 예방 접종은 급성기를 지나 전신 상태가 회복된 후, 가급적 1년 이상 간격을 두는 것이 바람직하다. 다만, RZV 1차 접종 후 아나필락시스와 같은 중증 알레르기 반응이 나타났다면 2차 접종은 금기이다.

1. Kim J-H, Yoon H-J. Trends of Korean Medicine Treatment for Postherpetic Neuralgia: Analysis of Case Studies. *The Journal of Korean Medicine Ophthalmology and Otolaryngology and Dermatology*. 2023 Aug 25;36(3):27-41.
2. Park YM. Comprehensive review and update on herpes zoster. *J Korean Med Assoc*. 2018;61(2):116-122.
3. Lee SC. Herpes zoster: diagnosis, treatment, and prevention (in Korean). Seoul: Korean Medical Books; 2018.
4. Kim H-J, Kang H-R, Seo H-S. Analysis of the Effect on Korean Medicine Alone and Korean-Western Medicine Combination Treatment for Herpes Zoster through Domestic Case Report. *The Journal of Korean Medicine Ophthalmology and Otolaryngology and Dermatology*. 2021 Feb 25;34(1):44-55.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Shingles (herpes zoster): data and research [Internet]. Atlanta (GA): U.S. Department of Health & Human Services; 2024 Apr 16 [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/shingles/data-research/index.html>
6. van Oorschot D, Vroiling H, Bunge E, Diaz-Decaro J, Curran D, Yawn B. A systematic literature review of herpes zoster incidence worldwide. *Hum Vaccin Immunother*. 2021;17(6):1714-32.
7. Marra F, Parhar K, Huang B, Vadlamudi N. Risk factors for herpes zoster infection: a meta-analysis. *Open Forum Infect Dis*. 2020;7(1):ofaa005.
8. Health Insurance Review & Assessment Service. Regional status of herpes zoster treatment (2019-2023) [dataset]. Health and Medical Big Data Open System; 2024 [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://opendata.hira.or.kr/op/opb/selectRfrm.do?sno=13506>
9. BMJ Best Practice. Herpes zoster infection - Symptoms, diagnosis and treatment. 2025.
10. Opstelten W, van Loon AM, Schuller M, et al. Clinical diagnosis of herpes zoster in family practice. *Ann Fam Med*. 2007;5(4):305-9.
11. Nalamachu S, Morley-Forster P. Diagnosing and managing postherpetic neuralgia. *Drugs Aging*. 2012;29(11):863-9.
12. Cabyoglu MT, Ergene N, Tan U. The mechanism of acupuncture and clinical applications. *Int J Neurosci*. 2006;116(2):115-25. doi:10.1080/00207450500341472.
13. Han JS. Acupuncture and endorphins. *Neurosci Lett*. 2004 May 6;361(1-3):258-61. doi:10.1016/j.neulet.2003.12.019. PMID:15135942.
14. Saguil A, Kane S, Mercado M, Lauters R. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. *Am Fam Physician*. 2017 Nov 15;96(10):656-63.
15. Lim DZJ, Tey HL, Salada BMA, Oon JEL, Seah ED, Chandran NS, Pan JY. Herpes zoster and post-herpetic neuralgia—diagnosis, treatment, and vaccination strategies. *Pathogens*. 2024 Jul 17;13(7):596.

16. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis*. 2007;44 Suppl 1:S1-26.
17. Lee H, Jeon Y. Treatment of herpes zoster with ultrasound-guided superficial cervical plexus block. *J Dent Anesth Pain Med*. 2015;15(4):247-9.
18. Huerta MÁ, Garcia MM, García-Parra B, Serrano-Afonso A, Paniagua N. Investigational drugs for the treatment of postherpetic neuralgia: systematic review of randomized controlled trials. *Int J Mol Sci*. 2023;24(16):12987.
19. Kim HJ, Ahn HS, Lee JY, Choi SS, Cheong YS, Kwon K, et al. Effects of applying nerve blocks to prevent postherpetic neuralgia in patients with acute herpes zoster: a systematic review and meta-analysis. *Korean J Pain*. 2017;30(1):3-17.
20. Vasileiadis P, Benetos I, Evangelopoulou ME. The management of neuropathic pain and the physiotherapeutic rehabilitation of patients with chronic post-herpetic neuralgia. *Acta Orthop Traumatol Hell*. 2022;73(2):201.
21. Chen R, Wang D, Chen Z, Li J, Zhang C, Xu C, et al. Comprehensive nursing care improves symptoms and quality of life in elderly patients with postherpetic neuralgia. *Sci Rep*. 2024;14(1):30650.
22. Cohen S, Janicki-Deverts D, Doyle WJ, Miller GE, Frank E, Rabin BS, et al. Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012 Apr 17;109(16):5995-9.
23. Korean Society of Infectious Diseases. 2023 adult immunization guidelines: herpes zoster vaccine. 2023 [cited 2025 Jun 3]. Available from: https://www.ksid.or.kr/content/info/vaccine_rule.php



대상포진. 대상포진후신경통 임상진료지침 개발 절차

1. 기획
2. 개발
3. 승인 및 인증
4. 출판



1. 기획

1) 주제 및 범위 선정

(1) 배경 및 필요성

대상포진은 수두-대상포진 바이러스(Varicella-Zoster Virus, VZV)의 재활성화로 발생하는 질환으로, 신경분절을 따라 분포하는 특징적인 통증과 수포성 피부 병변을 주요 증상으로 한다. 국내에서는 50세 이상 인구를 중심으로 유병률이 증가하고 있으며, 특히 피부 병변 소실 이후에도 지속적인 신경병성 통증을 유발하는 대상포진후신경통은 삶의 질을 현저히 저하시키는 주요 합병증으로 알려져 있다.

국내 의료 현장에서는 한의 치료가 대상포진 및 대상포진후신경통의 통증 조절과 회복 촉진을 위한 보완적·대체적 접근으로 다양하게 활용되고 있으며, 관련 임상 경험도 풍부하다. 그러나 지금까지는 한의 치료에 대한 체계적 근거 정리와 표준화된 임상진료지침이 부재하여, 치료 일관성 확보 및 임상 활용도 제고에 한계가 있었다. 이에 본 지침은 한의학의 근거기반 진료체계를 강화하고, 일차 및 이차 진료현장에서의 실제적 활용을 목적으로, 대상포진 및 대상포진후신경통에 대한 한의학 임상진료지침을 개발하고자 하였다.

따라서 본 지침은 대상포진 및 대상포진후신경통에 대한 한의 치료의 효과와 안전성 근거를 체계적으로 정리하여 치료 선택의 표준을 마련하고, 임상 현장에서의 일관된 의사결정을 지원하며, 환자 예후 개선과 의료서비스 질 향상에 기여할 것으로 기대된다.

(2) 적용 대상 및 범위

① 대상 인구집단

본 임상진료지침은 대상포진 및 대상포진후신경통으로 진단된 19세 이상 성인 환자를 대상으로 한다. 대상포진의 경우, 피부 병변 및 통증 증상이 수반되는 급성기 환자를 포함하며, 대상포진후신경통은 피부 병변이 소실된 이후에도 지속되는 신경병성 통증을 주요 증상으로 호소하는 환자를 포함한다. 본 지침의 대상 질환은 한국표준질병사인분류(KCD-8)의 대상포진(B02) 및 그 하위 분류와 대상포진후신경통(G53.0)에 해당한다.

② 진료지침 사용자

본 지침은 대상포진 및 대상포진후신경통을 진료하는 한의사를 주 사용자로 하며, 한의과대학 학생, 한방병원 전공의, 관련 한의학 연구자 및 보건의료인에게도 교육 및 연구 자료로 활용될 수 있다. 또한, 환자와 보호자에게도 치료 선택에 참고가 되는 정보를 제공하고자 한다.

③ 의료 환경

한의학사가 근무하는 1차 의료기관(한의원), 2차 의료기관(한방병원) 및 협진기관에서도 이용할 수 있다. 또한 보건소, 보건지소, 국공립 시립병원과 같은 한의 공공의료기관 등 다양한 임상 현장에서 실제 적용 가능하도록 설계하였다.

2) 개발 그룹 구성

본 임상진료지침은 대한침구의학회 주관 하에 대한한방안이비인후피부과학회와 함께 다학제 전문가 그룹을 구성하여 개발하였다. 개발위원회는 대상포진 및 대상포진후신경통 관련 임상 전문가, 임상진료지침 개발 방법론 전문가, 체계적 문헌고찰 전문가, 통계분석 전문가 및 실무자를 포함하여 구성되었으며, 각 위원은 지침 개발 전 사전 교육을 통해 임상진료지침 개발 방법론에 대한 이해를 공유하였다.

개발위원회는 위원장, 개발위원, 검토자문위원, 임상의 패널위원으로 구성되었으며, 대상포진 및 대상포진후신경통 유관 전문학회인 대한침구의학회(주관학회), 대한한방안이비인후피부과학회 소속 전문가를 포함하여 구성하였다. 진료지침 개발에 앞서 개발 그룹은 대한침구의학회와 대한한방안이비인후피부과학회의 동의 및 추천서를 받았으며, 각 전문학회 추천 전문가를 포함하여 개발위원회를 구성하였다. 개발위원은 임상진료지침 개발의 실무 및 집필을 담당하였으며, 검토자문위원은 임상, 방법론, 델파이 수행을 담당하였고, 임상의 패널은 한의약혁신기술개발사업단에서 배정한 임상 한의사 패널로서 임상질문 검토를 수행하였다.

① 개발 그룹

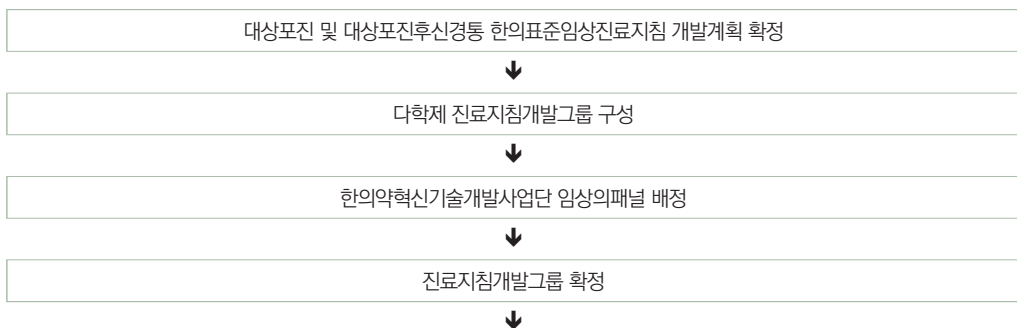
위원회	직책	이름	소속기관	지역	역할
개발 위원회	위원장	이승훈	경희대학교 한의과대학 침구학 교실	서울	대상포진 및 대상포진후신경통 임상진료지침 개발 연구 책임자
	개발 위원	김규석	경희대학교 한의과대학 한방안이비인후피부과 교실	서울	임상진료지침 개발 실무
		홍예진	경희대학교한방병원 침구과	서울	임상진료지침 개발 실무
		이수지	경희대학교한방병원 침구과	서울	임상진료지침 개발 실무
		김요환	경희대학교한방병원 침구과	서울	지침 작성 및 편집
		박소연	경희대학교한방병원 침구과	서울	지침 작성 및 편집
		김병현	경희대학교한방병원 한방안이비인후피부과	서울	지침 작성 및 편집
		홍예은	경희대학교한방병원 한방안이비인후피부과	서울	지침 작성 및 편집

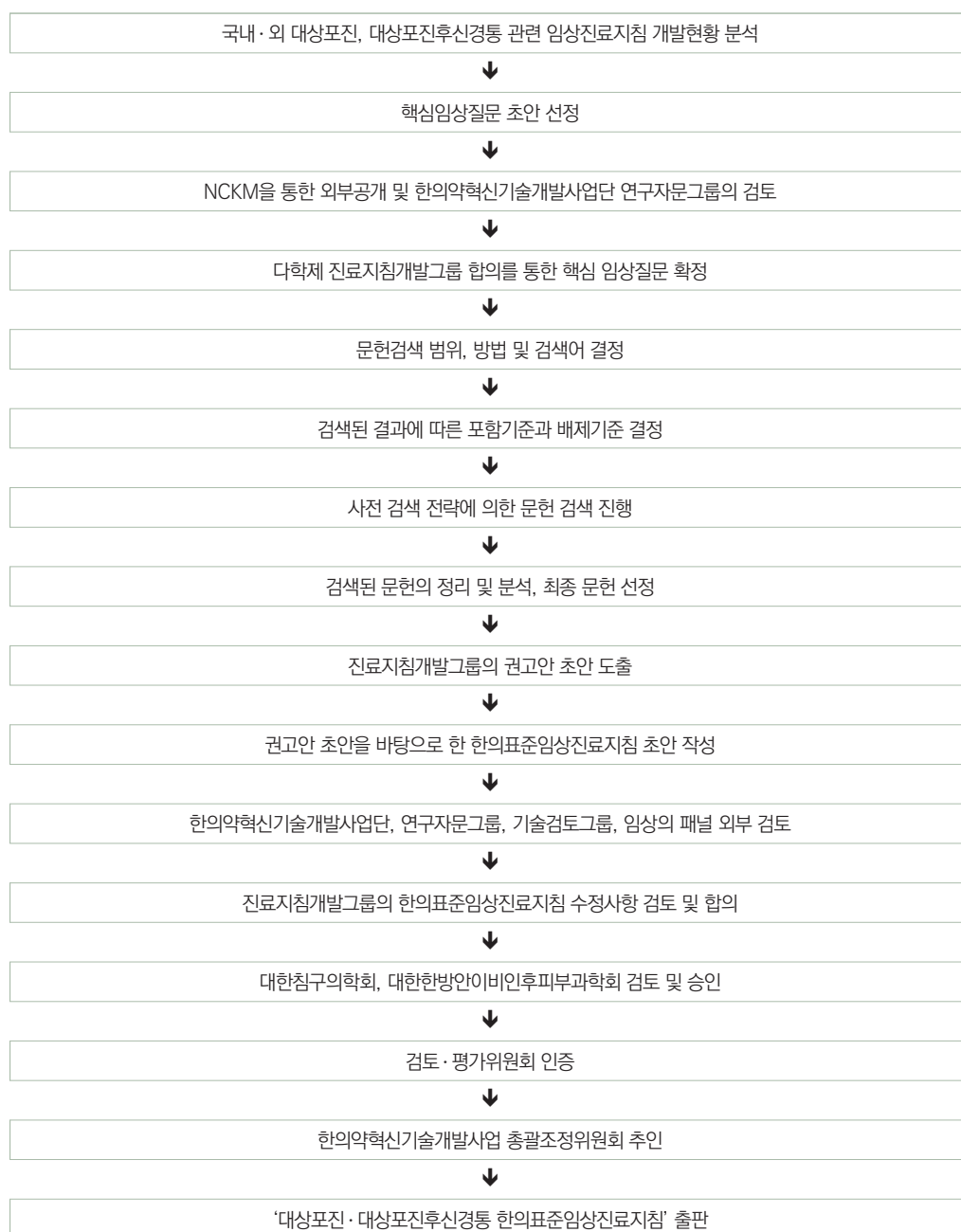
위원회	직책	이름	소속기관	지역	역할
개발위원회	검토자문위원	김은정	동국대학교 한의과대학 침구학 교실	경기	임상 자문 및 전문가 델파이 수행
		서형식	부산대학교 한의학전문대학원 한방안이비인후피부과 교실	부산	임상 자문 및 전문가 델파이 수행
		장보형	경희대학교 한의과대학 한방예방의학교실	서울	체계적문헌고찰 방법론 자문 및 전문가 델파이 수행(방법론 전문가)
		이선행	경희대학교 한의과대학 한방소아과 교실	서울	임상진료지침 방법론 자문 및 전문가 델파이 수행
		하원배	원광대학교 한의과대학 한방재활의학과 교실	광주	전문가 델파이 수행
		최미영	한국보건의료연구원 임상근거연구팀	서울	GRADE 방법론 자문 (방법론 전문가)
	임상의 패널위원	김민정	상지대학교 한의과대학 침구학 교실	강원	임상 전문가로서 임상질문 검토 및 델파이 수행
		윤광식	대전대학교 한의과대학 침구학 교실	대전	임상 전문가로서 임상질문 검토 및 델파이 수행
		이종진	원주 진제통의원한의원	강원	임상 전문가로서 임상질문 검토 (한의과·의과 복수면허)

3) 개발 계획 수립

본 임상진료지침은 국내 최초로 개발되는 대상포진 및 대상포진후신경통에 대한 한의표준임상진료지침으로, 근거기반 임상진료지침 개발을 위하여 현재까지 발표된 선행문헌과 기존의 임상진료지침들을 고찰하여 확보된 근거를 바탕으로 개발되었다. 개발위원회는 한의 임상 각 분야의 전문가 및 체계적 문헌고찰 경험을 보유한 방법론 전문가 등으로 구성되었으며, 연구 참여 기간 동안 관련 기관 또는 이해관계자와의 이해 상충 관계(conflict of interest)는 존재하지 않았음을 확인하였고, 이에 대한 공개서약서를 부록에 제시하였다.

(1) 개발 과정





(2) 기획 단계

가. 국내외 개발현황

① 국외 임상진료지침 개발현황

G-I-N(Guideline International Network) Guidelines(<http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>) 등을 통해 검색한 결과, 총 6개의 대상포진



및 대상포진후신경통 관련 임상진료지침이 검색되었다. 1개의 임상진료지침이 대상포진을 대상으로 하였고, 이 외 5개의 임상진료지침은 대상포진 및 대상포진후신경통을 모두 다루었다. 전체 임상진료지침 중 2편은 전통의학 관련 진료지침이다.

번호	제목	기관	연도
1	Recommendations for the Management of Herpes Zoster	Infectious Diseases Society of America (IDSA)	2007
2	Management of Herpes Zoster and Post-Herpetic Neuralgia	National Skin Centre (NSC)	2013
3	대상포진 침구임상실천지남 (循證鍼灸臨牀實踐指南: 帶狀皰疹)	China Academy of Chinese Medical Sciences (CACMS)	2013
4	사관창(蛇串瘡) 중의진료지남(2014년 개정판)*	China Association of Chinese Medicine (CATCM)	2015 [†]
5	Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management	American Academy of Family Physicians (AAFP)	2017
6	S2k Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Herpes Zoster	German Dermatological Society (DDG)	2020

* 사관창(蛇串瘡)은 대상포진의 중의학 용어이다.

† 해당 진료지침은 2014년 개정되어 '2014년 개정판'으로 표기되었으나, 실제 발표 시점은 2015년이다.

㉔ 국내 임상진료지침 개발 현황

국내 임상진료지침정보센터(<http://www.guideline.or.kr>), 국가한의학정보센터(National Clearinghouse for Korean Medicine, NCKM; <https://nikom.or.kr/nckm>) 등을 통해 검색한 결과, 의과 영역에서 대한마취과학회(Korean Society of Anesthesiologists, KSA)의 '대상포진 및 대상포진후신경통 환자의 진료지침(2008)' 1편과 대한통증학회(Korean Pain Society)의 '난치성 대상포진후신경통의 통증관리 진료지침'(2025) 1편이 검색되었다. 한의과 영역에서는 공식적인 한의표준임상진료지침이 개발된 바가 없다.

번호	제목	기관	연도
1	대상포진 및 대상포진후신경통 환자의 진료지침	대한마취과학회 (Korean Society of Anesthesiologists)(KSA)*	2008
2	난치성 대상포진후신경통의 통증관리 진료지침	대한통증학회(Korean Pain Society)	2025

* 해당 지침은 2008년 당시 '대한마취과학회'에서 개발되었으며, 이후 학회명은 '대한마취통증의학회'로 변경되었다. 영문 표기(Korean Society of Anesthesiologists, KSA)는 개발 당시와 동일하게 유지되고 있으며, 본문에서는 지침 개발 시점의 학회명을 기준으로 기술하였다.

나. 기존 임상진료지침 검토

국내외에서 총 8개의 임상진료지침이 확인되었으며, 동일 기관에서 개정판이 존재하는

경우에는 가장 최신 버전을 기준으로 검토하였다. 이 외에도 일부 감염 관리 또는 통증 관리 진료지침에서 대상포진 또는 대상포진후신경통에 대한 권고안을 포함하고 있는 경우가 있었다.

국의 임상진료지침 중 대상포진 및 대상포진후신경통을 모두 다루는 진료지침으로는 싱가포르 국립피부센터(National Skin Centre, NSC)의 'Management of Herpes Zoster and Post-Herpetic Neuralgia(2013)', 미국가정의학회(American Academy of Family Physicians, AAFP)의 'Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management(2017)', 독일피부과학회(German Dermatological Society, DDG)의 'S2k Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Herpes Zoster(2020)'가 있다. 그 중 Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management(2017)은 2017년 개정판이며, 'S2k Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Herpes Zoster(2020)'은 2017년에 발표된 'European consensus-based(S2k) Guideline on the Management of Herpes Zoster - guided by the European Dermatology Forum(EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology(EADV), Part 1: Diagnosis'와 'European consensus-based(S2k) Guideline on the Management of Herpes Zoster - guided by the European Dermatology Forum(EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology(EADV), Part 2: Treatment'를 통합 후 개정한 지침이다.

대상포진을 단독으로 다룬 진료지침으로는 미국감염병학회(Infectious Diseases Society of America, IDSA)의 'Recommendations for the Management of Herpes Zoster(2007)'가 있으며, 대상포진후신경통만을 단독으로 다룬 진료지침으로는 미국신경과학회(American Academy of Neurology, AAN)의 'Practice Parameter: Treatment of Postherpetic Neuralgia(2004)'가 있었으나, 해당 진료지침은 2018년 폐기(Retired)된 상태이다.

전통의학 분야에서는 중국중의침구학회(China Academy of Chinese Medical Sciences, CACMS)의 '대상포진 침구임상실천지남(2013)', 중국중의약학회(China Association of Chinese Medicine, CATCM)의 '사관창(蛇串瘡) 중의진료지남, 2014년 개정판(2015)'이 있다. '대상포진 침구임상실천지남(2013)'은 침 중재를 중심으로 대상포진 및 대상포진후신경통 병기에 따른 부항, 사혈, 뜸 등의 치료를 부가 치료(add-on)로 제시하였다. '사관창(蛇串瘡) 중의진료지남, 2014년 개정판(2015)'은 변증에 초점을 두고 있으며, 변증에 따른 한약 치료 및 외치 요법을 제시하였다. 다만, 각각 침 중재 및 변증에 초점을 두고 있어 전체 한의학적 처치를 종합적으로 다룬다고 보기는 어렵다.

국내에서는 2008년에 발표된 대한마취과학회(Korean Society of Anesthesiologists, KSA)의 '대상포진 및 대상포진후신경통 환자의 진료지침(2008)'이 진단, 치료, 관리 및 예

방 등을 폭넓게 다루고 있으나, 이후 별도의 개정이 없어, 최신 임상 현황을 충실히 반영하기에는 한계가 있었다. 최근에는 대한통증학회(Korean Pain Society)가 ‘난치성 대상포진후신경통의 통증관리 진료지침(2025)’을 통해, 발진 발생 한달 이후에도 치유된 부위에 통증이 지속되는 경우를 대상포진후신경통으로 정의하고, 이에 대한 효과적인 치료법을 제시하기 위한 지침을 마련하였다.

이상의 내용을 종합하면, 중국에서 발표된 지침 외에는 국내외 다른 진료지침에서 한의학적 치료에 대한 언급이 없었다. 이처럼 이미 개발된 전통의학 임상지침은 적용 범위가 제한적일 뿐만 아니라, 국내 한의계에는 공식적인 한의표준임상진료지침이 마련되어 있지 않다. 따라서 국내 현실과 임상 수요를 반영한 한의표준임상진료지침 개발이 필요하다고 할 수 있다.

(3) 개발 방법의 결정

기개발된 대상포진 및 대상포진후신경통 관련 국내외 한의임상진료지침이 없으므로 신규개발을 결정하였다.

(4) 이해관계선언

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

2. 개발

1) 핵심질문 선정

구성 요소	의미 및 고려사항
대상인구	19세 이상 성인 대상포진 환자 또는 대상포진후신경통 환자
중재	- 한의 단독치료: 침(수기침), 전침, 화침, 약침, 부항(자락관법), 뜸, 한약 - 한의 복합치료: 침과 뜸, 침과 한약 - 한양방 복합치료: 침, 전침, 화침, 약침, 부항(자락관법), 뜸, 한약과 통상적 의과 치료

구성 요소	의미 및 고려사항
비교군	- 대상포진 통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등 - 대상포진후신경통 통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등 - 거짓 침
임상 결과	- 대상포진: 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응 - 대상포진후신경통: 통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응

- ① 대상포진 및 대상포진후신경통 한의표준임상진료지침의 핵심 질문(임상질문)은 “성인 대상포진 환자에 대한 한의학 치료가 대조군 치료보다 대상포진 증상과 대상포진후신경통 이환율을 개선시키는가?”와 “성인 대상포진후신경통 환자에 대한 한의학 치료가 대조군 치료보다 대상포진후신경통 증상을 개선시키는가?”이다.
- ② 중재는 한의 단독치료인 침(수기침), 전침, 화침, 약침, 부항(자락관법), 뜸, 한약 치료와 한의 복합치료인 침과 뜸 복합치료, 침과 한약 복합 치료, 복합 치료인 침, 전침, 화침, 약침, 부항(자락관법), 뜸, 한약과 통상적 의과 치료 병행 치료로 구분하여 문헌을 검색하였다. 단, 문헌검색과 반입은 동일한 연구자 1인이 수행하였다.
- ③ 본 임상진료지침 개발위원회는 개발 위원장 및 연구진 내 논의를 통해 대상포진후신경통 진단 기준 시점을 포진 발생 후 1개월 이상으로 하였다.
- ④ 임상적으로 적절한 진단기준을 사용하여 대상포진 또는 대상포진후신경통 환자가 ‘대상자(P)’가 되었으며, 침, 전침, 화침, 약침, 부항(자락관법), 뜸, 한약 치료는 ‘중재(I)’가 되었으며, 민감도를 높이기 위해 비교군(C)과 결과(O)는 별도로 설정하지 않고 검색된 문헌을 연구자들의 확인을 통해 최종 문헌으로 선정하였다.
- ⑤ 핵심 질문은 크게 한의 단독치료와 한의 복합치료, 한양방 복합치료로 구분하였다.
- ⑥ ‘단독치료’와 ‘복합치료’의 범주화는 중재의 핵심 기전과 임상현장에서의 통상적인 활용 방식을 고려하였다. 예를 들어, 전침 시술 시 일부 수기침이 병행되더라도 중재의 핵심 기전이 전기 자극의 적용에 있다고 판단하여 ‘전침’ 단독치료로 분류하였다. 또한, 자락관법(습식부항) 시술 시 보조적으로 건식부항이 일부 활용된 경우, ‘자락관법’ 단독치료 범주에 포함하였다.
- ⑦ 검색전략과 검색어는 각 검색원 환경에 따라 수정하여 사용하였다. 검색의 민감도를 높이기 위해 통제어(주제어), 자연어를 모두 활용하였으며, 검색원에 따라 해당 국가에서 ‘대상자(P)’와 ‘중재(I)’를 지칭하는 이명(異名)을 모두 포함하였다.



번호	권고 적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)	진료환경(S)
대상포진					
한의 단독치료					
1	성인 대상포진 환자	침	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
2	성인 대상포진 환자	전침	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
3	성인 대상포진 환자	화침	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
4	성인 대상포진 환자	뜸	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
5	성인 대상포진 환자	자락관법	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
6	성인 대상포진 환자	한약	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
한의 복합치료					
7	성인 대상포진 환자	침+뜸	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
8	성인 대상포진 환자	침+한약	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
한양방 복합치료					
9	성인 대상포진 환자	침+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
10	성인 대상포진 환자	전침+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관

번호	권고 적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)	진료환경(S)
11	성인 대상포진 환자	화침 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
12	성인 대상포진 환자	약침 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
13	성인 대상포진 환자	뜸 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
14	성인 대상포진 환자	자락관법 + 통상 적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
15	성인 대상포진 환자	한약 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
16	성인 대상포진 환자	침 + 뜸 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
17	성인 대상포진 환자	침 + 자락관법 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
대상포진후신경통 환자(대상포진 이후 1개월 이상 통증 지속)					
한의 단독치료					
18	성인 대상포진후신경통 환자	침	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
19-1	성인 대상포진후신경통 환자	전침	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
19-2	성인 대상포진후신경통 환자	전침	가짜 전침 또는 무처치	통증 강도, 총유효율, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
20	성인 대상포진후신경통 환자	화침	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관



번호	권고 적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)	진료환경(S)
21	성인 대상포진후신경통 환자	뜸	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
22	성인 대상포진후신경통 환자	자락관법	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
23	성인 대상포진후신경통 환자	한약	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
한의 복합치료					
24	성인 대상포진후신경통 환자	침+뜸	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
25	성인 대상포진후신경통 환자	침+한약	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
한양방 복합치료					
26	성인 대상포진후신경통 환자	침+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
27	성인 대상포진후신경통 환자	전침+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
28	성인 대상포진후신경통 환자	화침+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
29	성인 대상포진후신경통 환자	약침+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
30	성인 대상포진후신경통 환자	뜸+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관
31	성인 대상포진후신경통 환자	자락관법+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관

번호	권고 적용군(P)	중재(I)	비교(C)	결과(O)	진료환경(S)
32	성인 대상포진후신경통 환자	한약+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관

2) 건강결과의 상대적 중요도 결정

본 임상진료지침에서는 합의 과정을 통해 건강결과의 상대적 중요도를 평가하였다. 근거 평가 전후 실제 분석에 포함되는 결과들을 확인하여 결정된 건강결과에 대해서 핵심적(critical), 중요한(important), 덜 중요한(limited importance) 3가지 범주로 구분하였다. 또한, 평가 시 건강 결과를 1-9점으로 평가하여 중요도를 구분하였다(핵심적: 7~9점, 중요한: 4~6점, 덜 중요한: 1~3점).

개발위원회 7인의 상대적 중요도 평가 결과는 다음과 같았다.

No.	중요도	대상포진 건강 결과	평균	중앙값
1	핵심적	통증 강도	8.29	9
2	핵심적	대상포진후신경통 이환율	8.43	9
3	중요한	총유효율	5	5
4	중요한	피부 증상	5.57	6
5	중요한	이상반응	5.43	5

No.	중요도	대상포진후신경통 건강 결과	평균	중앙값
1	핵심적	통증 강도	8.57	9
2	중요한	총유효율	5.14	6
3	중요한	우울 증상	6	6
4	중요한	불안 증상	5.71	6
5	중요한	수면 증상	5.57	6
6	중요한	삶의 질	6.43	7
7	중요한	이상반응	5.43	5

3) 근거 선택(검색 전략, 포함 및 배제 기준 설정)

(1) 데이터베이스 선정

문헌검색을 위한 데이터베이스(DB)는 개발위원회 회의를 통해 선정되었다.

국외 검색 DB로는 PubMed, Embase, CENTRAL, CNKI, Wanfang, CiNii가, 국내

검색 DB로는 ScienceON, 한국학술정보시스템(KISS), 전통의학정보포털(OASIS), 한국 의학논문데이터베이스(KMBASE)가 사용되었다. 문헌의 출판 연도에 제한을 두지 않았으며, 데이터베이스별 최종검색일인 2024년 2월 29일까지 출판된 모든 문헌을 검색하였다. 각 DB별 검색식은 사전에 정한 검색어 기준에 따라 구성되었으며, 전문가의 자문을 거쳐 확정하였다. 검색 전략의 세부 내용은 부록에 제시하였다.

〈국외 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	Medline (via PubMed)	미국 국립의학도서관	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	2024년 2월 29일
2	EMBASE	네덜란드 Elsevier사	http://www.embase.com/	2024년 2월 29일
3	CENTRAL	Cochrane Library	https://www.cochranelibrary.com/central/2	2024년 2월 29일
4	CNKI	중국 中国知网	https://www.cnki.net	2024년 2월 29일
5	Wanfang	Wanfang Data Company	http://www.wanfangdata.com.cn	2024년 2월 29일
6	CiNii	일본 국립정보학연구소	https://ci.nii.ac.jp	2024년 2월 29일

〈국내 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	ScienceON	국가과학기술정보연구원 (KISTI)	https://scienceon.kisti.re.kr/	2024년 2월 29일
2	KISS	한국학술정보	http://kiss.kstudy.com	2024년 2월 29일
3	KMBASE	의과학연구정보센터 (MedRIC)	http://kmbase.medic.or.kr	2024년 2월 29일
4	OASIS (전통의학정보포털)	한국한의학연구원	http://oasis.kiom.re.kr	2024년 2월 29일

(2) 문헌 선택과 배제 기준

각 데이터베이스에서 검색된 문헌은 서지관리 프로그램(EndNote X21)을 사용하여 반입한 후 중복 문헌을 제거하였다. 근거 문헌으로는 무작위 배정 대조군 연구(Randomized Controlled Trial, RCT)에 한정하여 선정하였으며, 문헌 선정 및 배제 기준은 검색 이전에 개발 그룹 전체 회의를 통해 사전 확정하였다.

문헌 선택은 2인 이상의 연구자가 독립적으로 수행하였으며, 체계적 문헌고찰을 담당하는 연구자들은 대상자(P), 중재(I)를 기반으로 검색어를 설정하고, 합의에 따라 검색식을 도출한 뒤 문헌검색을 진행하였다.

검색된 문헌에 대해서는 2인 1조로 중복 문헌 확인, 제목 및 초록 검토, 원문 확인을 단

계적으로 실시하였고, 선정 또는 배제 여부에 대해 의견이 일치하지 않을 경우 합의를 거쳐 결정하였다. 필요 시에는 제3자의 검토를 통해 최종 판단을 내렸다.

문헌 선정은 원문을 확인하여 해당 연구가 임상질문과 관련성이 있는지 여부를 기준으로 하였으며, 포함된 무작위 배정 대조군 연구에 대해 메타분석을 실시하고 근거 수준을 도출하였다.

또한, 최신 국내 한의약 근거를 포괄적으로 반영하고 직접 수행한 근거창출 연구의 결과를 포함하기 위해, 임상시험 레지스트리에 등록된 한의학 임상연구도 검색 대상에 포함하였다.

해당 연구들의 출판 여부를 확인한 뒤, 출판된 논문은 근거 문헌으로 포함하였으며, 문헌 배제는 본문을 확인하여 대상자, 중재, 비교가 임상질문에 부합하는지를 기준으로 판단하였다. 또한, 국내에서 사용되지 않는 약재가 포함된 한약이나 약침 등의 중재는 분석에서 제외하였다.

문헌 선정 및 배제 전 과정은 PRISMA 흐름도(PRISMA Flow Diagram)를 통해 체계적으로 관리되었으며, 각 핵심질문별 문헌 선정 기준은 부록에 수록하였다.

(3) 문헌 분석 및 평가

문헌 분석 및 평가, 근거합성을 위한 자료 추출 등은 2인 이상의 연구자가 독립적으로 수행하였으며, 의견이 다른 경우 회의를 통해 조율하였다. 각 핵심 질문은 각각의 근거표를 작성한 후, 메타분석을 통해 근거를 합성하였다. 메타분석이 어려운 경우에는 개별 연구 결과를 기술하였다.

4) 근거 평가

권고안에 활용된 모든 무작위 배정 대조군 연구에 대하여 문헌의 비뚤림 위험과 방법론적 요소를 2인 이상의 연구자가 무작위 배정 대조군 연구에 대한 코크란 비뚤림 위험 평가 도구(cochrane risk of bias tool for randomized trials 1.0)를 사용하여 ① 무작위 배정순서 생성, ② 배정순서 은폐, ③ 연구 참여자, 연구자에 대한 눈가림, ④ 결과평가에 대한 눈가림, ⑤ 불충분한 결과자료, ⑥ 선택적 보고에 대해 독립적으로 평가하였다. 문헌의 질 평가를 통하여 비뚤림 위험이 높거나 방법론적 질이 낮은 문헌의 경우 근거 수준 평가 시 고려하였다.

5) 근거 합성과 분석

자료추출표를 기준으로 핵심 질문별로 문헌을 분배한 후, 각각의 담당 연구자가 메타분석 가능 여부를 독립적으로 평가하고 상호 검토하였으며, 의견이 일치하지 않는 경우에는

회의를 통해 조율하였다. 메타분석의 수행 여부는 비교 대상과 연구 목적, 중재 방법 및 평가 변수, 요약 통계량의 적절성, 개별 연구 간의 유사성, 그리고 통합 결과의 신뢰도를 종합적으로 고려하여 판단하였다. 메타분석이 가능한 경우에는 RevMan 5.4 프로그램을 사용하여 양적 합성을 실시하였다. 통계적 이질성은 I^2 통계를 기준으로 평가하였으며, 대상군, 중재 방법 등의 차이로 연구 간 이질성이 높은 경우에는 메타분석을 시행하지 않거나 통계적 기법을 적용하여 이질성을 조정하였다. 메타분석이 어려운 경우에는 각 연구 결과를 기술적으로 요약하여 정성적으로 해석하였다. 분석 결과는 각 핵심 질문에 대응하는 결과 요약표에 효과 크기와 함께 정리하였다. 본 지침에서는 개별 연구들 간에 이질성이 존재할 것으로 예상되어 근거 합성 시 무작위 효과 모델(random effect model)을 사용하여 연구 간 변동을 고려하였다.

대상포진 환자에 대해서는 총유효율(total effective rate), 통증 강도(pain intensity), 피부 증상, 대상포진후신경통 이환율을 주요 분석 지표로 설정하여 메타분석을 수행하였다.

대상포진후신경통 환자에 대해서는 총유효율, 통증 강도 외에도 우울 증상, 불안 증상, 수면 증상, 삶의 질(quality of life)을 주요 척도로 포함하였다.

통증 평가는 시각상사척도(Visual Analogue Scale, VAS)와 수치평가척도(Numeric Rating Scale, NRS)를 사용하였으며, 이들 연속형 척도는 의미하는 바가 유사하고 선형적으로 변환이 가능하여 표준화된 평균차(Standardized Mean Difference, SMD)가 아닌 평균차(Mean Difference, MD)를 이용해 효과 크기를 산출하였다.

총유효율은 전유(completely cured, 痊愈), 현효(markedly improved, 显效), 유효(improved, 有效), 무효(unimproved, 无效) 네 단계로 치료 효과를 평가한 연구의 경우, 전유·현효·유효에 해당하는 환자와 무효에 해당하는 환자의 비율을 산출하여 이분형 변수로 분석하였다. 그 이외의 연구에서는 무효와 그 이외의 환자의 비율을 산출하여 비교하였다. 피부 증상은 가피 형성까지의 시간(일)을 주요 지표로 활용하였으며, MD를 사용해 효과 크기를 산출하였다.

대상포진후신경통 이환율은 치료 종료 시점 혹은 연구에서 평가된 시점에서 대상포진후신경통 진단 기준에 따라 실제 대상포진후신경통에 이환된 환자의 비율을 산출하여 이분형 변수로 처리하였다. 이환율에 대한 다양한 평가 시점이 기재된 연구에서는 개발위원회에서 논의 후 보수적인 판단 기준인 발진 후 3개월에 가장 가까운 데이터를 분석에 활용하였다.

우울 증상 평가는 해밀턴 우울 평가 척도(Hamilton Depression Rating Scale, HAMD) 또는 자기평가 우울 척도(Self-Rating Depression Scale, SDS)를 사용하였으며, 서로 다른 평가 도구가 사용된 경우에는 SMD를 적용하였다.

불안 증상은 해밀턴 불안 평가 척도(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A) 또는 벡 불안 척도(Beck Anxiety Inventory, BAI)를 통해 평가되었으며, 이질적인 지표 간의 분석에서는 SMD를 사용하였다.

수면 상태는 피츠버그 수면 질 척도(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) 및 아테네 불면 척도(Athens Insomnia Scale, AIS)로 측정하였고, 이질적인 지표 간의 분석에서는 SMD를 사용하였다.

삶의 질 평가는 단축형 건강조사 36문항(Short Form-36 Health Survey, SF-36) 등을 이용하였으며, 연속형 변수로 간주하여 MD를 사용해 효과 크기를 산출하였다.

핵심적인 지표인 통증 감소의 임계값은 여러 문헌과 개발위원회의 논의를 거쳐 대상포진은 NRS의 MD -1점,¹⁾ 대상포진후신경통은 MD -1.5점²⁾으로 설정하였다. 또 다른 핵심적인 지표인 대상포진후신경통 이환율의 임계값은 위험 차이(Risk Difference, RD) 2%로 설정하였다. 환자 중심적인 총유효율의 임계값은 RD 10%로 설정하였으며, 이상반응의 임계값은 경증 이상반응을 기준으로 RD 5%로 설정하였으며, 실제 이상반응의 중등도를 고려하여 평가하였다. 이외에 피부 증상(가피 형성까지의 기간)에 대한 임계값은 MD -1일,³⁾ 수면 증상에 대한 PSQI의 임계값은 MD -3점,⁴⁾ 불안 증상에 대한 HAMA의 임계값은 MD -2점,⁵⁾ 우울 증상에 대한 HAMD의 임계값은 MD -3점⁶⁾으로 사전 정의하였다.

6) 근거 수준 및 권고등급

(1) 근거기반 권고문

① 근거 수준

근거 수준(level of evidence)이란 현재까지의 근거를 바탕으로 특정 중재의 효과에 대해 확신하는 정도를 의미하며, 권고등급(strength of recommendation)이란 권고 대상 환자에게 해당 중재를 시행하였을 때 위해(harm)보다 이득(benefit)이 더 클 것으로 혹은 작을 것으로 확신하는 정도를 말한다. 본 진료지침의 근거 수준은 Cochrane GRADE Working Group에서 개발한 The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation(GRADE) 방법론⁷⁾을 사용하였으며, 근거 수준은 높음(High), 중등도(Moderate), 낮음(Low), 매우 낮음(Very Low)의 4단계로 평가하였다. 먼저, 각 핵심 질문에 대한 체계적 문헌고찰을 통해 얻은 주요 연구 결과의 근거를 요약한 근거요약표를 작성하고, 각 연구들에 대해 비뚤림 위험, 비정밀성, 비직접성, 비일관성 및 기타 영역에 대해 평가하였다. 중요도가 가장 높은 결과들의 근거 수준 중 가장 낮은 근거 수준을 최종 근거 수준으로 채택하였다. 특히 비일관성을 판단할 때는 통계적 이질성을 고려하되 사전에 정의된 임계값을 기준으로 점추정치가 어떻게 분포되는지 확인하였다. 통계적 이질성은 I^2 을 기준으로 $I^2 < 40\%$ 는 중요하지 않은 이질성으로 간주하였으며, 30-60%는 중등도, 50-90%는 상당한, 75% 이상은 현저한 이질성으로 해석하였다. 임상적 맥락과 연구 간 효과 방향성을 종합하여 GRADE에서 비일관성에 따른 하향 여부를 결정하였다. 비정밀성을 판단할 때는 최적 정보 크기(optimal information size, OIS)를 고려하되 95%



신뢰구간이 효과 없음(null effect) 및 몇 개의 임계값을 가로지르는지를 종합적으로 고려하였다. 다만, 본 지침에서는 개별 연구를 합성할 때 무작위 효과 모델을 사용하여 신뢰구간 계산 시 비일관성의 원인인 연구 간 변동이 고려되었다. 따라서 비일관성과 비정밀성에 상당한 연관성이 있다고 판단되는 경우, 두 가지 항목의 근거 수준을 이중으로 낮추지 않았다.

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.

② 권고등급

권고등급(strength of recommendation)이란 권고 대상 환자에게 해당 중재를 시행하였을 때 위해보다 이득이 더 클 것으로 혹은 작을 것으로 확신하는 정도를 말한다. 본 임상진료지침의 권고 등급은 권고대상 환자에게 중재를 시행하였을 때 이득과 위해, 근거 수준, 진료현장 활용도, 비용, 가치와 선호 등을 종합적으로 고려하여 결정했다. 비용 근거가 부족한 경우에는, 해당 중재의 의료급여 적용 여부를 참고하여 환자 부담 수준과 접근성 측면을 보조적으로 평가하였다. 방향성(권고함, 권고하지 않음)과 강도(강함, 약함)를 토대로 4개의 범주로 구분하였으며 ‘원하는 효과와 원하지 않은 효과의 차이’, ‘근거 수준’에 따라 권고등급을 A, B, C, D로 각각 구분하였다. 합의와 의견수렴에도 불구하고 합의 도출을 이루지 못할 경우 Inconclusive로 권고등급 부여를 유보하였다.

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

③ 근거 수준과 권고등급의 연계

권고등급은 이득과 위해, 근거 수준, 진료현장의 활용도, 비용, 가치와 선호, 전문가 합의의 의견을 종합하여 결정된다. 최소의 근거가 있으면 GRADE 원칙에 맞게 근거 수준을 부여하며, 근거 수준과 이득과 위해를 비교하여 편익이 명백한 경우 A등급을 부여하고 정도에 따라서 B, C, D를 부여한다.

구분	1단계		2단계	3단계	최종등급
고려사항 근거수준	이득과 위해		진료현장의 활용도	비용, 가치와 선호	전문가 합의
	이득>위해	위해>이득			
높음 (High)	A	D	진료현장의 활용도에 따라, 더 강하거나 약하게 권고할 수 있음	환자의 선호 및 비용 등을 고려하여 권고에 반영함	A~D
중등도 (Moderate)	B				
낮음 (Low)	C				
매우 낮음 (Very Low)	D				

7) 권고 작성

대상포진 및 대상포진후신경통 환자 또는 보호자가 한의 치료를 원하는 이유는 통증 및 피부 증상 개선뿐만 아니라, 항우울제나 진통제 등의 약물이나 중재적 시술로 인한 부작용, 기존 치료에 대한 효과 불만족, 또는 보다 빠른 회복을 위한 보완적 치료를 희망하는 경우가 많을 것으로 개발 그룹은 판단하였다. 이에 이와 같은 임상적 판단에 근거하여 임상진료현장의 활용도가 높은 경우에는 일부 권고문의 권고등급의 상향을 고려하였다.

8) 합의안 도출

사전 결정된 근거 수준과 권고등급을 기준으로 기본안을 설정한 후 개발위원 간 이견이 있는 권고안에 대하여 회의를 거친 뒤 권고안 초안을 도출하였다. 권고안 초안을 바탕으로 설문지를 작성하였고, 이후 외부 전문가 패널을 대상으로 공식적인 합의 방법인 델파이 기법을 통해 권고안, 권고등급/근거 수준, 임상적 고려사항 및 평가기준에 대한 합의가 진행되었다. 합의는 7명의 전문가 패널에게 설문지를 배포하는 방식으로 진행되었고 동의 강도에 따라 1점부터 9점까지 점수를 부여하였다. 모든 전문가가 동의에 해당하는 6점 이상에 응답을 하였을 때 합의가 이루어진 것으로 보고 진행하였다. 합의가 되지 않은 문항에 대하여 다음 라운드를 진행하였으며, 이전 라운드에서 다른 패널들이 각 문항에 대하여 어떤



점수를 부여했는지를 공개하였다. 합의 중 동의하지 않는 권고안에 대해서는 수정 요청이 있는지에 대한 질문을 주관식으로 제시하여 의견을 수렴하였고, 다음 차 라운드에서 권고안 수정을 진행하였다.

3. 승인 및 인증

1) 외부 검토

개발그룹의 개발과 델파이 합의 전문가 위원회의 검토 후 완성된 임상진료지침 초안에 대하여 완성도를 높이기 위하여 한의약혁신기술개발사업단, 연구자문그룹, 기술검토그룹의 외부 검토를 실시하였다.

외부 검토 과정은 2025년 6월 임상진료지침 초안 제출 후 한의약혁신기술개발사업단, 연구자문그룹, 기술검토그룹 검토를 거쳐 검토 결과를 반영한 수정안에 대하여 전문학회의 검토와 승인 후 2025년 9월 1차 최종안을 제출하였으며, 이에 대해 검토평가위원회의 검토 및 평가를 거쳐 2차 수정·보완하였다. 이후에도 한의약혁신기술개발사업단의 템플릿 변경 및 기타 수정의견 등을 반영하여 2025년 10월 3차, 2025년 11월 4차 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 AGREEII를 통한 검토 결과에 따른 임상진료지침 개발 과정과 절차에 대한 수정·보완이, 4차 검토에서는 추가 검토의견에 따른 수정·보완이 이루어졌다.

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

① 외부 검토 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
한의약혁신기술 개발사업단	총괄	이준혁	한의약혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 총괄
	실무자	이희정	한의약혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
	실무자	권수현	한의약혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
	실무자	김금지	한의약혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
	실무자	최성원	한의약혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
연구자문그룹	위원	김남권	부산대학교 한의학전문대학원	서울	임상진료지침 검토 수행
	위원	이명수	한국한의학연구원	대전	임상진료지침 검토 수행
	위원	최미영	한국보건 의료연구원	서울	임상진료지침 검토 수행
	위원	장인수	우석대학교 한의과대학	전주	임상진료지침 검토 수행

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
기술검토그룹	위원	이윤재	자생의료재단	서울	임상진료지침 검토 수행
	위원	장수빈	대구한의대학교 한의과대학	경산	임상진료지침 검토 수행
	위원	권찬영	동의대학교 한의과대학	부산	임상진료지침 검토 수행
	위원	신승원	상지대학교 한의과대학	원주	임상진료지침 검토 수행
	위원	이보람	한국한의학연구원	대전	임상진료지침 검토 수행

2) 전문 학회 승인

본 임상진료지침은 대상포진, 대상포진후신경통에 대한 전문학회인 대한침구의학회, 대한한방안이비인후피부과학회의 승인을 받았다. 2023년 본 진료지침 개발에 대한 동의를 얻어 지침 개발을 시작했다. 2025년 10월 30일부터 11월 06일까지 개발의 엄격성, 내용 타당성, 권고안의 적용 및 실행 가능성, 결정 가능성 등 학술적 타당성과 외적 타당성 등을 중심으로 3명의 진료지침 인증평가위원들의 검토를 받은 후, 최종 결과물에 대해 위원장과 학회장의 승인을 거쳐 2025년 11월 06일 주관학회인 대한침구의학회의 인증을 받았다. 또한 2025년 10월 31일 유관학회인 대한한방안이비인후피부과학회의 인증을 받았다.

3) 인증 및 추진

한의표준임상진료지침은 한의약혁신기술개발사업단의 주관하에 개발되고 있으며 사업단 내에서 개발된 임상진료지침의 인증절차를 진행하고 있다. 사업단에 학회 승인을 받은 임상진료지침의 초안이 제출되면 사업단은 검토·평가위원회를 열어 AGREE II에 의한 방법론적인 검토를 통해 미인증, 조건부 인증, 인증의 세 가지 평가 결과를 도출한다. 인증된 임상진료지침은 한의약혁신기술개발사업 총괄조정위원회의 검토를 거쳐 최종 인증 완료되며, 재검토를 요청할 경우 검토·평가위원회에서는 다시 검토와 평가를 진행한다.

본 임상진료지침은 2025년 11월 전문학회 승인을 받은 최종안을 한의약혁신기술개발사업단 검토·평가위원회에 제출하였다. 검토·평가위원회에서는 AGREE II 방법론에 입각하여 진료지침의 타당성 확보를 위한 심도 깊은 검토를 시행하였고, 2025년 11월 검토·평가위원회의 검토 결과 인증을 받았다. 이후 검토·평가위원회 검토의견에 따른 수정사항 등을 반영하여 2025년 12월 총괄조정위원회에서 추진되었다.

4. 출판

본 임상진료지침은 한의약혁신기술개발사업단을 통하여 출판되었다.

1. Kwon W, Kim J, Ahn S, In CB. Effectiveness of paravertebral block in patients with herpes zoster according to the contrast spreading pattern: a retrospective cohort study. *Interv Pain Med*. 2025 Apr 28;4(2):100585.
2. López-de-Uralde-Villanueva I, Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland JA, Cook C, de-la-Llave-Rincón AI, Valera-Calero JA, Plaza-Manzano G. Minimal Clinically Important Differences in Hand Pain Intensity (Numerical Pain Rate Scale) and Related-Function (Boston Carpal Tunnel Questionnaire) in Women With Carpal Tunnel Syndrome. *Arch Phys Med Rehabil*. 2024 Jan;105(1):67-74.
3. Saguil A, Kane S, Mercado M, Lauters R. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management. *Am Fam Physician*. 2017 Nov 15;96(10):656-663.
4. Hughes CM, McCullough CA, Bradbury I, Boyde C, Hume D, Yuan J, Quinn F, McDonough SM. Acupuncture and reflexology for insomnia: a feasibility study. *Acupunct Med*. 2009 Dec;27(4):163-8.
5. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, Begley A, Houck PR, Mazumdar S, Reynolds CF. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med*. 2011;171(10):887-95. 3rd et al.
6. Maggio, M.G., Bonanno, L., Rizzo, A. *et al.* The role of virtual reality-based cognitive training in enhancing motivation and cognitive functions in individuals with chronic stroke. *Sci Rep* 15, 25258 (2025).
7. <https://book.gradeopro.org/>



IV

권고사항



1. 대상포진

■ 한의단독치료

1) 침 치료

[R1]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~12

임상적 고려사항

- 병변 부위에 국소 침 치료를 시행하되, 피부 병변을 면밀히 관찰하여 감염 예방에 주의한다.
- 해당 분절의 협척혈(EX-B2)에 침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 찬죽(BL2), 하관(ST7), 합곡(LI4), 외관(TE5) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 이침의 혈자리로 양측 신문(TF4), 교감(AH6a), 내분비(CO18), 삼초(CO17), 피질하(AT4), 간(CO12), 비(CO13), 신(CO10), 심(CO15) 및 병소 대응 부위를 선택할 수 있다.
- 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.
- 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 침 치료 적용 여부를 결정해야 한다.

(1) 배경

침 치료는 경혈에 자극을 가함으로써 말초 및 중추 신경계, 면역계에 복합적으로 작용하여 통증을 완화하고 체내 항상성을 조절하는 효과가 있다. 대상포진의 경우, 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인해 피부 병변과 함께 급성 신경병증성 통증이 동반되며, 일부 환자에서는 병변 회복 이후에도 통증이 지속되어 대상포진후신경통으로 이행될 수 있다. 침 치료는 이러한 통증 완화, 피부 병변 치유 촉진, 그리고 대상포진후신경통 발생률 감소를 목적으로 임상 현장에서 널리 활용되고 있다. 특히 침 치료는 건강보험 급여 항목으로 인정되어, 대상포진 환자가 한의 의료기관 내원 시 쉽게 접근 가능한 치료 수단 중 하나로 활용되고 있다.

2024년 5월 실시된 1,122명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 대상포진 및 대상포진후신경통에 대해 1,046명(93.2%)이 침 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 1,011명(90.1%)이 다소 중요한 치료로 고려한다고 답하였다. 또한 1,045명(93.1%)이 침 치료가 안전성이 높은 치료라고 답하였다. 이는 침 치료가 대상포진 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다.

이에 현재까지 수행된 연구와 임상 현황을 반영하여, 성인 대상포진 환자에 대한 침 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q1

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 침 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과 적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	침	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원, 공공의료기관, 협진의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 12편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Lin(2020)은 대상포진 환자 171명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료군(n=21)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Predisolone, Indomethacin, Calamine lotion)(n=19)을 비교하였다.¹⁾

Jin(2018)은 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 침 치료군(n=45)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir hydrochloride, Methylcobalamin)(n=45)을 비교하였다.²⁾

Su(2017)는 대상포진 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 량사침법(涼瀉鍼法) 치료군(n=34)과 염전사법(捻轉瀉法) 치료군(n=33), 통상적 의과 치료군(Valacyclovir hydrochloride, Methylcobalamin)(n=33)을 비교하였다.³⁾ 근거 합성 시에는 두 침 치료군과 통상적 의과 치료군을 각각 비교하였다.

Zhao(2015)는 대상포진 환자 94명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 침 치료군(n=31)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vitamin B1, Vitamin B12)(n=32)을 비교하였다.⁴⁾

Xu(2015)는 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 서조침자법(鼠爪針刺法) 치료군(n=20)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir)(n=20)을 비교하였다.⁵⁾

Yang(2015)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Famciclovir, Adenosylcobalamin, Laser therapy)(n=30)을 비교하였다.⁶⁾

Zhang(2015)는 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 12일간 시행한 침 치료군(n=32)과 통상적 의과 치료군(Famciclovir, Vitamin B1, Methylcobalamin)(n=32)을 비교하였다.⁷⁾

Li(2012)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간

시행한 서조침자법(鼠爪針刺法) 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir tablet, Vitamin B1)(n=30)을 비교하였다.⁸⁾

Zheng(2011a)은 대상포진 환자 67명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 5일간 시행한 침 치료군(n=36)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vitamin B1)(n=31)을 비교하였다.⁹⁾

Huang(2019)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 온통침법(溫通鍼法) 치료군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir hydrochloride, Methylcobalamin)(n=40)을 비교하였다.¹⁰⁾

Pu(2015)는 대상포진 환자 180명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 부침(浮鍼) 치료군(n=60)과 통상적 의과 치료군(Ganciclovir)(n=60)을 비교하였다.¹¹⁾

Li(2015)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir)(n=30)을 비교하였다.¹²⁾

㉔ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 8편으로 그중 변화량만 보고한 연구를 제외한 7편 총 483명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 76%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 대상자수가 OIS를 초과하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 4편으로 320명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않고 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 12편으로 830명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 32%로 통계적 이질성이 높지 않아 비일관성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

피부 증상에 대한 연구는 총 6편 427명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 72%로 통계적 이질성이 관찰되었으며 개별 연구들의 점 추정치가 임계값의 한쪽 범주에 분포하였으나 연구간 추정치 간격이 커서 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응을 기술한 연구는 총 4편으로 그 중 이상반응을 보고한 2편 총 253명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않고 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

침 치료를 받은 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -0.90 [-1.39, -0.41], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.30 [0.17, 0.55], 총유효율은 RR 1.20 [1.1, 1.31], 피부 증상(결가 시간)은 MD -2.42 [-2.97, -1.88]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.15 [0.04, 0.59]으로 침 치료를 받은 군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	483 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 0.90 낮음 [-1.39, -0.41]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	320 (4 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.30 [0.17, 0.55]	1,000명당 252명	1,000명당 176명이 감소 [-209, -113]	후유증이 발생한 대상자 수
총유효율 important	830 (12 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 1.20 [1.10, 1.31]	1,000명당 728명	1,000명당 145명이 증가 [73, 226]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결가 시간) important	427 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	-	-	MD 2.42 낮음 [-2.97, -1.88]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	253 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	RR 0.15 [0.04, 0.59]	1,000명당 98명	1,000명당 83명이 감소 [-94, -40]	이상반응이 발생한 대상자 수

- 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려
- 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
- 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
- 통계적 이질성이 상당히 높으며($I^2 > 50\%$), 연구간 추정치 간격이 넓음
- 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 침 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 12건의 무작위 배정 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 침 치료군에서 피로, 메스꺼움, 위장장애 등의 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 경미하고 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었다. 또한 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 침 치료를 시행하는 비율이 93.2%로 나타나 활용도가 매우 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

다만, 본 권고의 근거가 된 연구들은 대부분 한의 중재 시작 시점을 명시하지 않아, 발진 발생 후 72시간 이내와 이후의 효과를 직접 비교하지 못하였다. 기존 임상 근거에 따르면, 대상포진 발진 발생 72시간 이내의 환자에게는 급성기 증상 완화 및 대상포진후신경통 발생 위험 감소 효과가 입증된 항바이러스제 투여가 강력히 권고되고 있다. 이에 본 권고문은 표준 치료인 항바이러스제 투여를 대체하는 목적으로 해석되어서는 안 되며, 임상에서는 환자의 발병 시점, 증상의 중증도, 전반적인 건강 상태 등을 종합적으로 고려하여 본 권고를 대상포진 환자에게 적용해야 한다.

참고문헌

1. 林碧英. 中医对带状疱疹疼痛及睡眠障碍的疗效观察. 世界睡眠医学杂志. 2020;7(01):22-4.
2. 金凤萍, 郑氏凉泻针法治疗肝胆湿热型带状疱疹45例. 中医研究. 2018;31(04):57-9.
3. 苏成红. 凉泻针法治疗肝经郁热型带状疱疹的临床研究[硕士]. 甘肃中医药大学; 2017.
4. 赵丹, 黄建伟, 黄瑞雷. 针刺法配合药物治疗带状疱疹疗效分析. 亚太传统医药. 2015;11(15):84-5.
5. 许新智, 王巧明. 郑氏“鼠爪针刺法”治疗湿热型带状疱疹20例. 中医外治杂志. 2015;24(06):34-5.

6. 杨洋, 李军, 陈宝贵, 史金环. 眼针配合局部围刺治疗带状疱疹30例临床观察. 中华中医药杂志. 2015; 30(08):3040-2.
7. 张音, 李威, 蒋亚文. 针刺支沟、阳陵泉结合梅花针叩刺治疗带状疱疹32例临床观察. 江苏中医药. 2015; 47(10):56-7.
8. 李乃奇. 鼠爪刺针法治疗急性期带状疱疹的临床观察[硕士]: 广州中医药大学; 2012.
9. 郑英, 张明波, 金莲. 截根疗法配合辨证针刺治疗带状疱疹临床疗效观察. 辽宁中医药大学学报. 2011; 13(05):222-3.
10. 黄继升, 谢小强. 郑氏“温通针法”治疗脾虚湿蕴型带状疱疹40例. 中医外治杂志. 2019;28(01):46-8.
11. 普天强, 田有坤. 浮针疗法配合更昔洛韦治疗带状疱疹60例疗效观察. 云南中医中药杂志. 2015;36(06):75-6.
12. 李新龙. 针灸治疗带状疱疹的效果分析. 转化医学电子杂志. 2015;2(01):45-6.

2) 전침 치료

[R2]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 전침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~15

임상적 고려사항

- 병변 주변 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 배수혈에 전침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 천죽(BL2), 하관(ST7), 합곡(LI4), 외관(TE5) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 자극 방법: 병변 주변 부위에는 저빈도(1~4Hz), 분절 자극을 위해 협척혈(EX-B2) 등에 고빈도(100Hz 이상), 원위 주요 경혈에는 저빈도 혹은 소밀파(dense-disperse wave)로 자극한다.
- 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.
- 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 전침 치료 적용 여부를 결정해야 한다.

(1) 배경

전침(電鍼, electroacupuncture)은 침 치료의 한 형태로, 경혈에 자입한 침에 전기 자극을 가함으로써 침 자극과 전기 자극의 복합 효과를 유도하는 한의학적 중재이다. 전침 치료는 침의 기계적 자극에 더해 일정한 주파수와 강도의 전기 자극을 부여함으로써, 오피오이드 펩티드(베타엔도르핀, 엔케팔린, 다이노르핀 등) 및 세로토닌과 같은 신경전달물질의 분비를 촉진하고, 척수 및 중추 신경계의 통증 전달 경로를 억제함으로써 진통 효과를 증강시키는 것으로 알려져 있다. 이러한 생리적 기전에 기반하여 전침은 급성 및 만성 통증 질환에 폭넓게 활용되고 있으며, 또한 대상포진 및 대상포진후신경통과 같은 신경병증성 통증에서도 그 효과가 보고되고 있다. 특히 전침은 건강보험 급여 항목으로 등재되어 있어 환자 접근성이 높고, 임상 현장에서의 적용 가능성도 크다.

2024년 5월에 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사에 따르면, 전침 치료는 675명(60.2%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하였고, 710명(63.3%)은 이를 중요한 치료 선택지로 고려될 수 있다고 답하였다. 치료의 안전성에 대해서는 897명(80.0%)이 전침 치료가 높은 안전성을 갖춘 중재라고 평가하였다. 이는 전침 치료가 대상포진 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다.

이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 성인 대상포진 환자에 대한 전침 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q2

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 전침 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	전침	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 15편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Zhong(2016)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Methylcobalamin, Celecoxib)(n=40)을 비교하였다.¹⁾

Sun(2015)은 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침(33mm)군(n=30)과 전침(16mm)군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Vitamin B1)(n=30)을 비교하였다.²⁾ 근거 합성 시에는 두 전침군과 통상적 의과 치료군을 각각 비교하였다.

Zhou(2013)은 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=30), 전침과 고에너지적외선 복합군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Aciclovir, Methylcobalamin, Carbamazepine)(n=30)을 비교하였다.³⁾ 근거 합성 시에는 전침군과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

Li(2011)은 대상포진 환자 53명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=27)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Vitamin B1)(n=26)을 비교하였다.⁴⁾

Wang(2006)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 전침군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir injection)(n=40)을 비교하였다.⁵⁾

Yang(2019)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 전침군(n=60)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Methylcobalamin)(n=60)을 비교하였다.⁶⁾

Chen(2017)은 대상포진 환자 72명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=36)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Vitamin B1)(n=36)을 비교하였다.⁷⁾

Liu(2016)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 30일간 시행한 전침군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Vitamin B1)(n=40)을 비교하였다.⁸⁾

Song(2009)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir injection(Zovirax), mecobalamin(Vitamin B12))(n=30)을 비교하였다.⁹⁾

Li(2009)a은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, vitamin B1)(n=40)을 비교하였다.¹⁰⁾

Shi(2008)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, vitamin B1)(n=30)을 비교하였다.¹¹⁾

Liu(2012)은 대상포진 환자 189명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=94)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, vitamin B1)(n=95)을 비교하였다.¹²⁾

Bian(2010)은 대상포진 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=32)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, methylcobalamin)(n=30)을 비교하였다.¹³⁾

Li(2009)b은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, vitamin B1)(n=40)을 비교하였다.¹⁴⁾

Zhang(2009)은 대상포진 환자 50명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=25)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, mecobalamin)(n=25)을 비교하였다.¹⁵⁾

㉔ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 8편으로 528명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 95%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 대상자수가 OIS를 초과하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 6편으로 423명의 환자가 분석에 포함되었

다. 대부분의 연구에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않고 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 10편으로 783명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 16%로 통계적 이질성이 높지 않아 비일관성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 또한 funnel plot이 상당한 비대칭을 보여 출판 비뿔림의 가능성이 있어 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

피부 증상에 대한 연구는 총 9편 809명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 96%로 통계적 이질성이 현저히 높고 개별 연구들의 점추정치가 임계값의 양쪽 범주에 분포하여 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 대상자수가 OIS를 초과하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응을 기술한 연구는 총 3편으로 192명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않고 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 다만 95% 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

전침을 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.37 [-2.00, -0.75], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.12 [0.04, 0.34], 총유효율은 RR 1.14 [1.08, 1.21], 피부 증상(결과 시간)은 MD -1.82 [-2.66, -0.98]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.16 [0.04, 0.70]로 전침 치료군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	528 (8 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.37 낮음 [-2.00, -0.75]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
대상포진후 신경통 이환율 critical	423 (6 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.12 [0.04, 0.34]	1,000명당 179명	1,000명당 157명이 감소 [-171, -118]	후유증이 발생한 대상자 수
통유효율 important	783 (10 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,c,d}	RR 1.14 [1.08, 1.21]	1,000명당 786명	1,000명당 110명이 증가 [63, 165]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결가 시간) important	809 (9 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.82 낮음 [-2.66, -0.98]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	192 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	RR 0.16 [0.04, 0.70]	1,000명당 125명	1,000명당 105명이 감소 [-120, -38]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높고($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
d. funnel plot이 비대칭을 보여 출판 비뮌림 가능성이 있음
e. 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 전침 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 15건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과 지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 전침군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 전침 치료를 시행하는 비율이 60.2%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도 등을 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

다만, 본 권고의 근거가 된 연구들은 대부분 한의 증재 시작 시점을 명시하지 않아, 발진 발생 후 72시간 이내와 이후의 효과를 직접 비교하지 못하였다. 기존 임상 근거에 따르면, 대상포진 발진 발생 72시간 이내의 환자에게는 급성기 증상 완화 및 대상포진후신경통 발생 위험 감소 효과가 입증된 항바이러스제 투여가 강력히 권고되고 있다. 이에 본 권고문은 표준 치료인 항바이러스제 투여를 대체하는 목적으로 해석되어서는 안 되며, 임상적은 환자의 발병 시점, 증상의 중증도, 전반적인 건강 상태 등을 종합적으로 고려하여 본 권고를 대상포진 환자에게 적용해야 한다.

참고문헌

1. 钟杰雄. 刺络疗法治疗带状疱疹神经痛40例的临床研究. 中国实用医药. 2016;11(22):153-4.
2. 孙远征, 李磊, 于天洋. 电针治疗带状疱疹疗效观察. 上海针灸杂志. 2015;34(11):1046-9.
3. 周彩霞, 张鹏. 针刺结合半导体激光治疗仪治疗带状疱疹90例. 陕西中医. 2013;34(03):353-4.
4. 李丽霞, 陈楚云, 林国华, 刘悦, 李茜, 赵婷婷. 电针治疗急性期带状疱疹27例临床观察. 新中医. 2011;43(03):103-5.
5. 王素玲. 五虎群羊针法结合药物治疗带状疱疹40例疗效观察. 新中医. 2006(02):62-3.
6. 阳君, 王欣欣, 陈纯涛, 曹文娟, 吴艳. 电针结合综合护理治疗带状疱疹临床疗效观察. 四川中医. 2019;37(09):201-3.
7. 陈志祥, 谢扬, 李乔. 改良电针围刺疗法治疗躯干部带状疱疹临床疗效观察. 内蒙古中医药. 2017;36(14):102-3.
8. 刘鑫. 电针联合西药与西药治疗带状疱疹的对照观察. 中国社区医师. 2016;32(05):117-8.
9. 宋宜宁. 电针治疗急性期带状疱疹的临床研究 [硕士]: 广州中医药大学; 2009.
10. 李璇. 电针夹脊结合围刺治疗带状疱疹的疗效观察 [硕士]: 湖北中医学院; 2009.
11. 石昭恒. 电针结合围针治疗带状疱疹急性期临床疗效的观察 [硕士]: 广州中医药大学; 2008.
12. 刘元华, 杨运宽, 陈洪沛, 罗荣, 李雪薇, 谢西梅, et al. 不同针灸方法治疗带状疱疹主要时效指标的生存曲线分析. 时珍国医国药. 2012;23(06):1546-8.
13. 卞炜. 围刺加电针治疗带状疱疹的临床随机对照研究 [硕士]: 成都中医药大学; 2010.
14. 李璇, 张红星, 黄国付, 冯永芳, 邹燃. 电针夹脊配合围刺治疗带状疱疹疗效的随机对照观察. 针刺研究. 2009;34(02):125-7+35.
15. 张红星, 刘银妮, 黄国付, 邹燃, 魏巍. 不同针灸方法对带状疱疹镇痛效应的观察. 中国中医急症. 2009;18(12):1979-80+96.

3) 화침 치료

[R3]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 화침 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low	1~9

임상적 고려사항

- 병변 주변 부위, 포진 중앙 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 구허(GB40) 등에 화침 치료를 시행한다.
- 국소 치료 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다.
- 치료 빈도: 급성기에는 1회/1~2일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.
- 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 화침 치료 적용 여부를 결정해야 한다.

(1) 배경

화침(火鍼, fire needling)은 침침 또는 침체를 고온으로 가열하여 인체의 특정 부위에 자극을 가하는 한의학적 중재로, 전통적인 침 자극과 온열 자극을 결합한 형태이다. 이는 고온의 열자극을 피부와 피하조직뿐 아니라 심부조직까지 전달함으로써, 염증 조절, 혈류 개선, 신경 기능 회복 등 다양한 생리적 반응을 유도할 수 있다. 고전 문헌에서는 비증(痺證)이나 냉증(冷症) 등 한성(寒性)의 통증성 질환 치료에 활용되었으며, 양기를 보하고 사기를 제거하며, 경락의 울체를 해소하는 데 목적이 있었다. 현대 임상에서는 전통적인 방식의 화침뿐만 아니라, 자입된 침에 애엽 또는 전기온열기를 이용해 열을 가하는 방식의 온침(溫鍼) 등 다양한 형태가 사용되고 있으며, 관절 및 연부조직 질환뿐 아니라 신경병증성 통증 영역으로 그 활용 범위가 확대되고 있다. 특히, 화침은 조직에 미세한 염증 반응과 열 충격 단백질의 발현을 유도함으로써 조직 재생과 진통 효과를 기대할 수 있으며, 이러한 기전을 바탕으로 대상포진과 대상포진후신경통 환자의 통증 완화와 신경 기능 회복을 위한 치료 수단으로 주목받고 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 시행된 설문조사에서, 응답자 중 약 5.3%가 화침을 대상포진 및 대상포진후신경통에 대하여 기본 치료에 활용하고 있다고 보고하였다. 비록 전체 사용자 수는 상대적으로 낮지만, 최근에는 화침의 통증 완화 효과와 임상 적용 가능성에 대한 연구들이 점차 축적되고 있으며, 이를 토대로 실제 임상에서의 활용 빈도도 서서히 증가하는 추세이다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 반영하여 성인 대상포진 환자에 대해 화침 단독 치료의 효과에 관한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q3

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 화침 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	화침 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 9편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Zhang(2023)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침(n=40)과 통상적 의과 치료군(Mecobalamin, Valacyclovir Hydrochloride, Gabapentin)(n=40)을 비교하였다.¹⁾

He(2019)은 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침(n=32)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Mecobalamin)(n=32)을 비교하였다.²⁾

Qi(2018)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침(n=40)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir Hydrochloride, Mecobalamin)(n=40)을 비교하였다.³⁾

Yu(2016)은 대상포진 환자 44명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 2주간 화침(n=22)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir Injection, Mecobalamin, Thiamine, Loxoprofen Sodium)(n=22)을 비교하였다.⁴⁾

Liu(2015)은 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 화침(n=35)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Thiamine)(n=35)을 비교하였다.⁵⁾

Chen(2014)은 대상포진 환자 88명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침(n=44)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir Injection, Sodium Chloride Injection, Acyclovir Ointment)(n=44)을 비교하였다.⁶⁾

Dong(2013)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 화침(n=30)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Thiamine)(n=30)을 비교하였다.⁷⁾

Zhong(2012)은 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침(n=33)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Thiamine)

(n=31)을 비교하였다.⁸⁾

Kong(2012)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침(n=30)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, Thiamine)(n=30)을 비교하였다.⁹⁾

㉔ 연구결과 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 3편으로 200명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 77%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 대상자 수가 적고 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 3편으로 194명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않아 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 적어 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 단계 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 7편으로 476명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않아 비일관성은 낮다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않으나 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있어 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

피부 증상에 대한 연구는 총 4편 264명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 29%로 통계적 이질성이 적고 개별 연구들의 점추정치가 임계값의 한쪽 범주에 분포하여 비일관성이 적다고 판단하여 근거 수준을 낮추지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않으나 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있어 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 단계 낮추었다.

이상반응을 기술한 연구는 총 3편으로 그 중 이상반응을 보고한 1편 총 204명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구로 비일관성은 낮다고 판단하였다. 다만 95% 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하며 대상자 수가 적어 효과 크기에 불

확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

화침을 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -11.25 [-17.41, -5.1], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.27 [0.13, 0.56], 총유효율은 RR 1.17 [1.09, 1.25], 피부 증상(결과시간)은 MD -2.7 [-3.45, -1.94]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 9.00 [0.50, 161.86]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	200 (3 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	MD 11.25 낮음 [-17.41, -5.1]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	194 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.27 [0.13, 0.56]	1,000명당 316명	1,000명당 231명이 감소 [-275, -139]	후유증이 발생한 대상자 수
총유효율 important	476 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	RR 1.17 [1.09, 1.25]	1,000명당 802명	1,000명당 136명이 증가 [72, 200]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결과 시간) important	264 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	-	-	MD 2.7 낮음 [-3.45, -1.94]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	204 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 9.00 [0.50, 161.86]	1,000명당 0명	-	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려

b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

c. 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

d. 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않으나 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음

e. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 화침 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 9건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과 지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 매우 낮음(Very Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 매우 낮음(Very Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 것이다.

포함된 일부 연구의 화침 치료군에서 명등 등의 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 경미하고 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었다. 또한 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 화침 치료를 시행하는

비율이 5.3%로 아직 높지 않지만, 19.8%의 한의사가 임상적으로 중요하거나 매우 중요하다고 평가하고 있어, 향후 연구 근거의 축적과 함께 활용도가 점차 증가할 것으로 기대된다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 화침 치료가 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 C를 부여한다.

다만, 본 권고의 근거가 된 연구들은 대부분 한의 중재 시작 시점을 명시하지 않아, 발진 발생 후 72시간 이내와 이후의 효과를 직접 비교하지 못하였다. 기존 임상 근거에 따르면, 대상포진 발진 발생 72시간 이내의 환자에게는 급성기 증상 완화 및 대상포진후신경통 발생 위험 감소 효과가 입증된 항바이러스제 투여가 강력히 권고되고 있다. 이에 본 권고문은 표준 치료인 항바이러스제 투여를 대체하는 목적으로 해석되어서는 안 되며, 임상 의는 환자의 발병 시점, 증상의 중증도, 전반적인 건강 상태 등을 종합적으로 고려하여 본 권고를 대상포진 환자에게 적용해야 한다.

참고문헌

1. 张艳琳. 毫火针赞刺法治疗肝经郁热型急性期带状疱疹的临床研究 [硕士]: 湖北中医药大学; 2023.
2. 何克林, 陆婷婷, 马睿杰. 夹脊火针配合阿是穴点刺治疗胸背部带状疱疹急性期32例. 浙江中医杂志. 2019;54(11):842.
3. 祁宏超, 张春林, 李生鹏, 熊娟, 彭杨洋. 火针治疗带状疱疹急性期的疗效观察. 中医临床研究. 2018;10(20):109-10.
4. 余国辉, 平懋华, 郭霞, 杜菁, 张绍悟, 赵慧. 火针点刺治疗带状疱疹临床观察. 广西中医药. 2016;39(03):53-4.
5. 刘勇, 韩莉, 王亚男, 张少光, 王晶晶, 雷勇, et al. 火针治疗急性期带状疱疹的疗效观察. 临床医药文献电子杂志. 2015;2(27):5602-3.
6. 陈霞. 高密度火针点刺法治疗带状疱疹44例疗效观察. 新疆中医药. 2014;32(04):49-50.
7. 董方. 火针“火郁发之”法治疗急性期带状疱疹临床疗效研究 [硕士]: 广州中医药大学; 2013.
8. 钟振民. 火针“火郁发之”疗法对带状疱疹急性期患者CD4、CD8、IL-6的影响 [硕士]: 广州中医药大学; 2012.
9. 孔美君. 火针“火郁发之”法治疗急性期带状疱疹的临床研究 [硕士]: 广州中医药大学; 2012.

4) 뜸 치료

[R4]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~7

임상적 고려사항

- 병변 주변 부위, 협적혈(EX-B2), 백회혈(GV20)에 뜸 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 상지 병변: 합곡(LI4), 내관(PC6), 곡지(LI11) 등
 - 하지 병변: 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 승산(BL57) 등
 - 허리 이상 병변: 지구혈(TE6) / 허리 이하 병변: 양릉천(GB34)
- 직접구 등을 시행할 때는 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.
- 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 뜸 치료 적용 여부를 결정해야 한다.

(1) 배경

뜸 치료(灸, moxibustion)는 주로 약쑥을 이용해 경혈 또는 통증 부위에 온열 자극을 가하는 한의학적 치료법으로, 피부 위에서 쑥을 직접 또는 간접적으로 연소시켜 열과 연기, 약성 성분을 체내에 전달하는 방식으로 시행된다. 뜸의 온열 자극은 국소 혈류를 증가시키고, 신경 말단의 통증 전달을 억제하며, 염증 반응을 조절하는 것으로 알려져 있다. 이러한 기전을 바탕으로 뜸 치료는 대상포진의 주요 증상인 통증, 감각 이상, 피부 병변 회복 등에 긍정적인 영향을 줄 수 있으며, 한의임상에서 통증성 질환과 염증성 질환을 치료하는 데 오랜 기간 활용되어 왔다. 또한, 뜸 치료는 건강보험 급여 항목에 포함되어 있어 환자 접근성이 높고, 임상적 활용도 역시 높은 편이다.

대상포진은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인해 발생하는 질환으로, 피부 병변과 함께 급성 신경병증성 통증이 동반된다. 일부 환자에서는 병변이 회복된 이후에도 통증이 지속되어 대상포진후신경통으로 이행될 수 있다. 이러한 대상포진의 경과를 바이러스 활성화 억제와 함께, 국소 염증 반응 조절 및 통증 경감 전략이 병행되어야 할 필요성을 시사한다.

2024년 5월에 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사에 따르면, 뜸 치료는 422명(37.6%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하였고, 512명(45.6%)은 이를 중요한 치료 선택지로 고려될 수 있다고 답하였다. 치료의 안전성에 대해서는 532명(47.4%)이 뜸 치료가 높은 안전성을 갖춘 중재라고 평가하였다. 이는 뜸 치료가 임상 현장에서 일정 수준 이상으로 사용되고 있으며, 치료 선택지로서의 중요성 또한 인식되고 있음을 보여준다.

이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 성인 대상포진 환자에 대한 뜸 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q4

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 뜬 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과 적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	뜸 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 충유효율, 피부 증상(결가 시간)	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 7편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Tang(2011)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 10일간 시행한 뜬군(n=42)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Tramadol, Vit B1, Vit B12)(n=38)을 비교하였다.¹⁾

Wang(2010)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 5일간 시행한 뜬군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vit B1, Methylcobalamin, Diclofenac)(n=30)을 비교하였다.²⁾

Wèi(2021)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 10일간 시행한 뜬군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Polyinosinic acid-polycytidylic acid+Interferon α1b Injection, Famciclovir)(n=30)을 비교하였다.³⁾

Zēng(2017)은 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 7일간 시행한 뜬군(n=45)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vit B12 Injection)(n=45)을 비교하였다.⁴⁾

Wēn(2014)은 대상포진 환자 83명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 10일간 시행한 뜬군(n=46)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Ibuprofen, Vit B1, Vit B12)(n=37)을 비교하였다.⁵⁾

Jiāng(2010)은 대상포진 환자 99명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 20일간 시행한 뜬군(n=50)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Methylcobalamin, Acylcovir lotion)(n=49)을 비교하였다.⁶⁾

Xū(2003)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 12일간 시행한 뜬군(n=63)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vit B12, Polyinosinic: polycytidylic acid Injection, Calamine lotion or Gentian Violet 도포)(n=57)을 비교하였다.⁷⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 3편으로 230명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하나, I^2 가 92%로 통계적 이질성이 현저히 높고 설명되지 않아 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 3편으로 271명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았고, 개별 연구들의 결과가 임계값의 한쪽 범주에 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 7편으로 865명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 69%로 상당한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

피부 증상(결과 시간)에 대한 연구는 총 1편으로 60명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 단일 연구로서 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

뜸을 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -2.41 [-2.83, -1.98], 대상포진후 신경통 이환율은 RR 0.20 [0.07, 0.58], 총유효율은 RR 1.27 [1.13, 1.42], 피부 증상(결과 시간)은 MD -1.23 [-1.49, -0.97]로 유의한 호전을 보였다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	230 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.41 낮음 [-2.83, -1.98]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	271 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 0.20 [0.07, 0.58]	1,000명당 185명	1,000명당 148명이 감소 [-172, -78]	대상포진후 신경통이 발생한 대상자 수
총유효율 important	585 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 1.27 [1.13, 1.42]	1,000명당 755명	1,000명당 204명이 증가 [98, 317]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결과 시간) important	90 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	-	-	MD 1.23 낮음 [-1.49, -0.97]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미

- a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려
b. 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하나, 통계적 이질성이 현저히 높고($I^2 > 75\%$) 설명되지 않음
c. 신뢰구간이 임계값을 교체하지 않았으나, 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음
d. 통계적 이질성이 상당히 높으며($I^2 > 50\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
e. 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교체하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 뜸 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 7건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 뜸 치료군에서 보고된 이상반응이 없었고, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 뜸 치료를 시행하는 비율이 37.6%로 나타나 비교적 높은 활용도를 보이며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

다만, 본 권고의 근거가 된 연구들은 대부분 한의 중재 시작 시점을 명시하지 않아, 발진 발생 후 72시간 이내와 이후의 효과를 직접 비교하지 못하였다. 기존 임상 근거에 따르면, 대상포진 발진 발생 72시간 이내의 환자에게는 급성기 증상 완화 및 대상포진후신경통 발생 위험 감소 효과가 입증된 항바이러스제 투여가 강력히 권고되고 있다. 이에 본 권고문은 표준 치료인 항바이러스제 투여를 대체하는 목적으로 해석되어서는 안 되며, 임상 의는 환자의 발병 시점, 증상의 중증도, 전반적인 건강 상태 등을 종합적으로 고려하여 본 권고를 대상포진 환자에게 적용해야 한다.

참고문헌

1. 唐植纲, 朱姍姍. 灯火灸治疗带状疱疹42例临床观察. 湖南中医杂志. 2011;27(03):34-5.
2. 王见良, 求晓恩. 艾炷灸治疗带状疱疹临床疗效观察. 浙江中医药大学学报. 2010;34(03):402+4.
3. 魏林林, 曾科学, 盖娟娟, 王洋. 灯芯草灸对带状疱疹患者的治疗效果及疼痛缓解分析. 按摩与康复医学. 2021;12(01):8-10.
4. 曾育林, 刘燕妮, 刘秋琴. 灯火灸治疗带状疱疹45例临床观察. 云南中医中药杂志. 2017;38(10):23-6.
5. 温萍, 詹巧莲, 陈敏, 李旭方, 陈建宁. 艾灸蜘蛛穴治疗带状疱疹的临床效果观察. 社区医学杂志. 2014;12(21):41+6.
6. 姜雪原, 胡永红. 艾灸治疗带状疱疹50例. 陕西中医. 2010;31(08):1050-1.
7. 胥林波, 任飞, 龙绍疆, 李念, 都玖, 张硕. 铺棉灸法治疗带状疱疹疗效观察. 四川中医. 2003(08):82-3.

5) 자락관법 치료

[R5]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 자락관법을 고려할 수 있다.	C/Low	1~8

임상적 고려사항

- 병변 주변 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 자락관법을 시행한다.
- 국소 시술 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다.
- 치료 빈도: 급성기에는 1회/1~2일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.
- 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 자락관법 치료 적용 여부를 결정해야 한다.

(1) 배경

자락관법(刺絡罐法)은 피부에 사혈침(삼릉침, 란셋 등)으로 자극을 가해 소량의 혈액을 유도한 후 부항을 부착하여 출혈을 유도하는 한의학적 외치요법으로, 습식부항의 일종이다. 병변 부위의 어혈 및 염증을 제거하고 국소 혈류를 개선하며, 침자극, 사혈, 음압 자극의 복합적 작용을 통해 통증 매개물 배출과 면역반응 조절에 기여하는 것으로 알려져 있다. 이러한 생리학적 기전으로 인해 자락관법은 통증 완화, 조직 회복, 신경 기능 개선 등을 목적으로 다양한 통증성 질환 및 염증성 질환에 임상적으로 널리 활용되고 있으며, 건강보험 급여 항목에도 포함되어 임상적 접근성이 높다.

대상포진은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 발생하며 피부 병변과 신경통성 통증을 동반하는 급성 질환으로, 일부에서는 병변 소실 이후에도 통증이 지속되는 대상포진후신경통으로 진행될 수 있다. 자락관법은 이러한 급성기 통증 완화 및 염증 억제를 목적으로, 임상 현장에서 대상포진 치료에 병행 요법으로 자주 활용되고 있다. 그러나 자락관법 단독치료의 임상적 효과를 평가한 무작위 배정 대조군 연구는 제한적이었으며, 최근에 들어서야 단독 중재로서의 효과를 분석한 임상연구들이 축적되기 시작하였다.

2024년 5월 한의사 1,122명을 대상으로 설문을 실시한 결과, 498명(44.4%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 치료시 습식 부항을 일반적으로 수행한다고 답하였으며, 625명(55.7%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자에 대하여 습식부항을 다소 중요한 치료 선택지로 고려한다고 답하였다. 이는 자락관법이 실제 임상현장에서 대상포진 환자 치료에 있어 중요한 치료법 중 하나로 자리잡고 있음을 보여준다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상현황을 반영하여 성인 대상포진 환자에 대한 자락관법 단독치료에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q5

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 자락관법 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	자락관법 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 8편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Ding(2018)은 대상포진 환자 47명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 자락관법군($n=26$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir)($n=21$)을 비교하였다.¹⁾

Li(2018)은 대상포진 환자 118명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 자락관법군($n=59$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Mecobalamin)($n=59$)을 비교하였다.²⁾

Zhang(2017)은 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 자락관법군($n=35$)과 통상적 의과 치료군(진통제 처방을 포함한 일상 간호 중재)($n=35$)을 비교하였다.³⁾

Jin(2008)은 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 자락관법군($n=45$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Cimetidine, Indomethacin, Mecobalamin, Calamine lotion, Acyclovir lotion)($n=45$)을 비교하였다.⁴⁾

Gao(2014)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 자락관법군($n=30$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir)($n=30$)을 비교하였다.⁵⁾

Wo(2020)은 대상포진 환자 102명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7-21일간 시행한 자락관법군($n=54$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Mecobalamin)($n=48$)을 비교하였다.⁶⁾

Wo(2012)은 대상포진 환자 58명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 16일간 시행한 자락관법군($n=32$)과 통상적 의과 치료군($n=26$)을 비교하였다.⁷⁾

Chen(2014)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 자락관법군($n=30$)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir)($n=30$)을 비교하였다.⁸⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 2편으로 130명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 41%로 통계적 이질성이 높지 않아 비일관성은 높지 않다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하며 대상자 수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있어 비정밀성이 있다고 판단되어 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 1편으로 90명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하며 대상자 수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있어 비정밀성이 있다고 판단되어 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 7편으로 536명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 55%로 상당한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 1편으로 118명의 환자가 분석에 포함되었다. 이상반응은 나타나지 않았다.

자락관법을 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -0.94 [-1.67, -0.21]로 유의한 호전을 보였고, 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.09 [0.01, 1.60]로 유의한 차이를 보이지 않았다. 총유효율은 RR 1.18 [1.08, 1.29]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 두 군에서 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	130 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 0.94 낮음 [-1.67, -0.21]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	90 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 0.09 [0.01, 1.60]	1,000 명당 111명	1,000 명당 101명이 감소 [-110, 67]	후유증이 발생한 대상자 수

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
총유효율 important	536 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 1.18 [1.08, 1.29]	1,000 명당 800명	1,000 명당 144명이 증가 [64, 232]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
이상반응 important	118 (1 RCT)	-	Not estimable			이상반응이 나타난 대상자 수

a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려

b. 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하며 대상자 수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있음

c. 통계적 이질성이 상당히 높고($I^2 > 50\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 자라관법과 통상적 의과 치료를 비교한 8건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 자라관법 치료군에서 보고된 이상반응이 없었고, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 자라관법 치료를 시행하는 비율이 40.1%로 나타나 비교적 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

다만, 본 권고의 근거가 된 연구들은 대부분 한의 중재 시작 시점을 명시하지 않아, 발진 발생 후 72시간 이내와 이후의 효과를 직접 비교하지 못하였다. 기존 임상 근거에 따르면, 대상포진 발진 발생 72시간 이내의 환자에게는 급성기 증상 완화 및 대상포진후신경통 발생 위험 감소 효과가 입증된 항바이러스제 투여가 강력히 권고되고 있다. 이에 본 권고문은 표준 치료인 항바이러스제 투여를 대체하는 목적으로 해석되어서는 안 되며, 임상적은 환자의 발병 시점, 증상의 중증도, 전반적인 건강 상태 등을 종합적으로 고려하여 본 권고를 대상포진 환자에게 적용해야 한다.

1. 丁原全. 簇针刺加火罐治疗带状疱疹26例疗效分析. 山西医药杂志. 2018;47(06):702-3.
2. 李志权. 梅花针叩刺放血拔罐治疗急性期带状疱疹随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2018;32(01):69-70.
3. 张九菊, 邓乃哲. 梅花针叩刺配合拔罐在带状疱疹护理中的应用. 世界最新医学信息文摘. 2017;17(A0):291.
4. 金孟梓, 谢作群, 陈先威, 陈德秀, 陈德沛. 刺络拔罐治疗中老年带状疱疹疗效观察. 上海针灸杂志. 2008(03):20-1.
5. 高建忠, 朱桂玲. 点刺放血配合拔火罐治疗带状疱疹的临床观察. 中国民间疗法. 2014;22(09):29.
6. 王刚. 蒙医拔罐放血疗法治疗带状疱疹疗效观察. 中国民族医药杂志. 2020;26(03):19-20.
7. 王珏, 朱惠琴, 张骞. 刺络拔罐疗法治疗带状疱疹58例. 中国民间疗法. 2012;20(06):22.
8. 陈玮, 刘桂珍, 姚秋红. 刺络拔罐治疗急性期带状疱疹临床疗效观察. 上海针灸杂志. 2014;33(12):1132-4.

6) 한약 치료

[R6]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 한약 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~22

임상적 고려사항

- 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다.
 - 간담습열(肝膽濕熱): 용담사간탕(龍膽瀉肝湯) 가감 등
 - 간울화화(肝鬱化火): 소요산(逍遙散) 가감 등
 - 열독옹성(熱毒壅盛): 황련해독탕(黃連解毒湯), 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등
 - 비습담조(脾濕痰阻): 오령산(五苓散), 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등
 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부축어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등
 - 기혈허손(氣血虛損): 십전대보탕(十全大補湯), 보중익기탕(補中益氣湯) 가감 등
- 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 한약 치료 적용 여부를 결정해야 한다.

(1) 배경

한약(韓藥, herbal medicine) 치료는 침과 함께 한의학의 주요 치료법 중 하나로, 약재를 환자의 체질과 병증에 맞게 조합하여 처방하는 개별화된 중재이다. 한의학의 변증론치(辨證論治) 이론에 따라 증상과 체질을 종합적으로 분석하고, 약재의 사기(四氣), 오미(五味), 귀경(歸經) 이론을 바탕으로 장부 기능 조절과 기혈음양의 균형 회복을 도모한다. 한약은 체내 면역 반응 조절, 염증 완화, 바이러스 억제, 신경 회복 촉진 등 복합적인 기전을 통해 대상포진의 급성 통증 완화와 병변 회복, 대상포진후신경통 예방에 기여할 수 있다. 임상 현장에서는 의약품 형태의 한약제제보다 개인 맞춤형 첩약의 사용 빈도가 높은 편이나, 첩약은 표준화의 어려움과 식약처 임상시험 승인 절차 등의 제한으로 인해 국내에서는 무작위 배정 대조군 연구를 통한 근거 축적이 다소 부족한 실정이다.

2024년 5월에 실시된 전국 한의사 1,122명 대상 설문조사에 따르면, 848명(75.6%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 시 한약 치료를 일반적으로 사용한다고 응답하였고, 1,061명(94.6%)은 한약을 중요한 치료 선택지로 고려한다고 답하였다. 이들 중 한약 치료를 시행한다고 응답한 한의사를 대상으로 분석한 결과, 주요 사용 약물군은 보익약(66.7%), 청열약(40.2%), 이기약(26.3%), 해표약(24.6%) 순이었으며, 대표적인 처방으로는 보중익기탕(補中益氣湯), 십전대보탕(十全大補湯), 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 황련해독탕(黃連解毒湯) 등이 언급되었다. 권장 복용 기간은 1개월 이상 3개월 미만인 441명(52%)으로 가장 많았다. 이러한 결과는 한약 치료가 실제 임상에서 광범위하게 활용되고 있으며, 치료적 유효성과 안전성에 대한 인식이 높음을 보여준다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 반영하여 성인 대상포진 환자에 대한 한약 단

독 치료의 효과에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q6

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 한약 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	한약 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 22편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Jiang(2010)은 대상포진 환자 220명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 용담사간탕 합 천궁다조산(龍膽瀉肝湯 合 川芎茶調散)(n = 110)과 양약(Famciclovir), 주사치료(Thymosin, Vit B12)(n = 110)을 비교하였다.¹⁾

Jin(2010)은 대상포진 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 5일간 오령산 합 사묘용안탕(五苓散 合 四妙勇安湯)(n = 31)과 양약(Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir)(n = 31)을 비교하였다.²⁾

Guo(2011)은 대상포진 환자 302명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 단치소요산(丹梔逍遙散)(n = 150)과 양약(Acyclovir)(n = 152)을 비교하였다.³⁾

Tang(2022)은 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 용담사간탕가미(龍膽瀉肝湯加味)(n = 45)와 양약(Famciclovir)(n = 45)을 비교하였다.⁴⁾

Li(2011)은 대상포진 환자 57명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 한약(개별 변증에 따른 처방)(n = 27)과 양약(Acyclovir)(n = 30)을 비교하였다.⁵⁾

Miao(2015)은 대상포진 환자 48명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 용담사간탕 합 천궁다조산(龍膽瀉肝湯 合 川芎茶調散)(n = 24)과 양약(Mecobalamin), 주사치료(Acyclovir)(n = 24)을 비교하였다.⁶⁾

Xu(2012)은 대상포진 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 용담사간탕가감(龍膽瀉肝湯加減)(n = 50)과 주사치료(Acyclovir)(n = 50)을 비교하였다.⁷⁾

Xu(2010)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 해독활혈탕(解毒活血湯)(n = 60)과 양약(Acyclovir, Vit B1, Mecobalamin)(n = 60)을 비교하였다.⁸⁾

Shi(2013)은 대상포진 환자 58명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일

간 용담사간탕가감(龍膽瀉肝湯加減)(n = 29)과 양약(Acyclovir)(n = 29)을 비교하였다.⁹⁾

Wang(2010)은 대상포진 환자 78명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 21일간 해독지통탕(解毒止痛湯)(n = 40)과 양약(Famciclovir)(n = 38)을 비교하였다.¹⁰⁾

Ji(2019)은 대상포진 환자 86명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 소시호탕 합 오령산(小柴胡湯 合 五苓散)(n = 43)과 양약(Acyclovir, Vit B1, Mecobalamin), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir)(n = 43)을 비교하였다.¹¹⁾

He(2019)은 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 과루산(瓜蒌散), 활락효령단(活絡效靈丹)(n = 20)과 양약(Valacyclovir, Methylprednisolone, Diclofenac Sodium), 국소 도포 항바이러스제(Famciclovir)(n = 20)을 비교하였다.¹²⁾

Xiang(2012)은 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 과루산(瓜蒌散)(n = 20)과 양약(Ibuprofen), 주사치료(Acyclovir, Dexamethasone), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir)(n = 20)을 비교하였다.¹³⁾

Hu(2015)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 용담사간탕(龍膽瀉肝湯)(n = 30)과 양약(Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir)(n = 30)을 비교하였다.¹⁴⁾

Liu(2023)은 대상포진 환자 56명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 청열제습탕(清熱除濕湯)(n = 29)과 양약(Valacyclovir, Vit B1, Mecobalamin)(n = 27)을 비교하였다.¹⁵⁾

Shou(2004)은 대상포진 환자 108명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 해독활혈통락탕(解毒活血通絡湯)(n = 54)과 양약(Acyclovir, Prednisolone)(n = 54)을 비교하였다.¹⁶⁾

Xie(2016)은 대상포진 환자 87명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 한약(n = 60)과 양약(Acyclovir, Vitamin B Complex, Indomethacin)(n = 27)을 비교하였다.¹⁷⁾

Lang(2007)은 대상포진 환자 65명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 독피병해방(毒癩并解方)(n = 33)과 양약(Acyclovir)(n = 32)을 비교하였다.¹⁸⁾

Zheng(2008)은 대상포진 환자 122명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 사간배독탕(瀉肝排毒湯)(n = 62)과 주사치료(Acyclovir, Polyinosinic acid-polycytidylic acid)(n = 60)을 비교하였다.¹⁹⁾

Chen(2006)은 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 한약(n = 20)과 주사치료(Interferon, Vit B1, Vit B12)(n = 20)을 비교하였다.²⁰⁾

Han(2008)은 대상포진 환자 85명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 15일간 제습보기활혈탕(除濕補氣活血湯)(n = 43)과 양약(Acyclovir, calamine)(n = 42)을 비교하였다.²¹⁾

Long(2012)은 대상포진 환자 132명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 해열청독산(解鬱清毒散)(n=68)과 양약(Acyclovir, Vit B1, Vit B12, Acetaminophen and Codeine Tablets), 주사치료(Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir)(n=64)을 비교하였다.²²⁾

㉔ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 9편으로 697명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 90%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 10편으로 1,059명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았고, 개별 연구들의 결과가 임계값의 한쪽 범주에 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준 하향은 하지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 21편으로 1,620명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 56%로 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준 하향은 하지 않았다. 하지만 funnel plot에서 비대칭성이 확인되어 출판 비둘림의 가능성이 있다고 판단하여 근거 수준을 추가로 한 등급 낮추었다.

피부 증상(결가 시간)에 대한 연구는 총 14편으로 1,391명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 97%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준 하향은 하지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 10편으로 983명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않고 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

한약 치료를 받은 군(중재군)은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.35 [-1.89, -0.80], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.31 [0.20, 0.48], 총유효율은 RR 1.08 [1.03, 1.13], 피부 증상(결가시간)은 MD -1.96 [-2.81, -1.11] 로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.29 [0.10, 0.87] 로 한약 치료군에서 유의하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	697 (9 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.35 낮음 [-1.89, -0.80]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	1059 (10 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.31 [0.20, 0.48]	1,000명당 160명	1,000명당 110명이 감소 [-128, -83]	대상포진후신경통이 발생한 대상자 수
총유효율 important	1620 (21 RCTs)	⊕⊕○○ Very Low ^{a,c,d}	RR 1.08 [1.03, 1.13]	1,000명당 836명	1,000명당 67명이 증가 [25, 109]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상(결가시간) important	1391 (14 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.96 낮음 [-2.81, -1.11]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	983 (10 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.29 [0.10, 0.87]	1,000명당 31명	1,000명당 22명이 감소 [-27, -4]	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려

b. 통계적 이질성이 현저히 높고($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

c. 통계적 이질성이 상당히 높고($I^2 > 50\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

d. funnel plot이 비대칭성을 보임

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 한약 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 22건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과 지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평

가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 한약 치료군에서 오심, 위장장애, 구토, 설사 등의 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 경미하고 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었다. 또한 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 한약 치료를 시행하는 비율이 75.6%로 나타나 활용도가 매우 높으며, 임상적 위험이 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 일부 한약의 경우 건강보험 급여가 적용되는 제제로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

다만, 본 권고의 근거가 된 연구들은 대부분 한의 중재 시작 시점을 명시하지 않아, 발진 발생 후 72시간 이내와 이후의 효과를 직접 비교하지 못하였다. 기존 임상 근거에 따르면, 대상포진 발진 발생 72시간 이내의 환자에게는 급성기 증상 완화 및 대상포진후신경통 발생 위험 감소 효과가 입증된 항바이러스제 투여가 강력히 권고되고 있다. 이에 본 권고문은 표준 치료인 항바이러스제 투여를 대체하는 목적으로 해석되어서는 안 되며, 임상 의는 환자의 발병 시점, 증상의 중증도, 전반적인 건강 상태 등을 종합적으로 고려하여 본 권고를 대상포진 환자에게 적용해야 한다.

참고문헌

1. 江应政. 龙胆泻肝汤合川芎茶调散治疗带状疱疹110例. 中国中医急症. 2010;19(08):1431-2.
2. 金锡蓉, 杨胜强. 五苓散合四妙勇安汤治疗带状疱疹30例. 甘肃中医. 2010;23(04):48.
3. 郭瑛. 丹栀逍遥散治疗带状疱疹152例疗效观察. 吉林医学. 2011;32(24):5035.
4. 唐伟京. 龙胆泻肝汤加味治疗带状疱疹的疗效及对后遗神经痛的影响. 医学信息. 2022;35(01):168-70.
5. 李翠凤. 带状疱疹急性期治疗方案优选研究 [硕士]. 山东中医药大学; 2011.

6. 苗杨. 中西医结合治疗带状疱疹72例临床观察. 云南中医中药杂志. 2015;36(01):41-2.
7. 徐懿娟. 中医对照治疗带状疱疹临床观察. 中国现代药物应用. 2012;6(24):77-8.
8. 徐鸿雁, 李婧辉, 暴宏伶. 自拟解毒活血汤治疗带状疱疹的临床观察. 中国现代医学杂志. 2010;20(23):3656-8.
9. 施伟, 赵金胜, 杨梅, 刘贵华, 王凤玲. 龙胆泻肝汤治疗带状疱疹29例. 中国中医药现代远程教育. 2013;11(18):52.
10. 王靖. 解毒止痛汤治疗带状疱疹(肝经郁热型)的临床观察[硕士]: 黑龙江中医药大学; 2010.
11. 戢丹菊, 祁学章, 潘杰, 潘朝旺. 小柴胡汤合五苓散治疗带状疱疹临床研究. 鄂州大学学报. 2019;26(04):110-2.
12. 何英滔, 刘丽. 瓜蒌散合活络效灵丹加减治疗带状疱疹疗效观察. 临床医药文献电子杂志. 2019;6(77):166+77.
13. 向丹, 张旗. 加减瓜蒌散治疗带状疱疹疗效观察. 中国中医急症. 2012;21(08):1357-8.
14. 胡之华, 王海林. 加味瓜蒌散配合三黄洗剂治疗肝经郁热型带状疱疹临床疗效观察. 中国中西医结合皮肤性病学杂志. 2015;14(01):23-6.
15. 刘志勇, 秦万里, 孙丽蕴, 周冬梅, 王萍, 王莒生, et al. 清热除湿汤治疗带状疱疹肝经郁热证的随机对照试验. 中医杂志. 2023;64(11):1124-9.
16. 寿宏伟, 何德柱. 活血通络解毒汤治疗带状疱疹及其恢复期神经痛的临床观察. 上海中医药杂志. 2004(08):35-6.
17. 谢玉光. 中医辨证治疗带状疱疹60例分析. 世界最新医学信息文摘. 2016;16(97):170.
18. 郎娜. 毒疹并解方治疗带状疱疹毒疹互结证的临床研究[硕士]: 中国中医科学院; 2007.
19. 郑玉琴. 中药治疗带状疱疹临床观察. 中国临床医生. 2008(09):46-7.
20. 陈素文, 余惠萍, 陈焕萍. 中西医结合治疗带状疱疹后遗症神经痛的临床疗效分析. 国际医药卫生导报. 2006(16):37-9.
21. 韩平. 除湿补气活血汤治疗老年带状疱疹疗效观察. 中国热带医学. 2008(09):1627+44.
22. 龙雄初, 龙枚飞, 李晓玲, 赵社海. 自拟解郁清毒散治疗带状疱疹临床观察. 中国中医急症. 2012;21(04):654-5.

한의학 복합 치료

7) 침과 뜸 복합치료

[R7]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 침과 뜸의 복합 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~14

임상적 고려사항

- 병변 주변 부위와 협척혈(EX-B2), 원위 주요 경혈 등에 침과 뜸 복합치료를 시행할 수 있다.
- 직접구 등을 시행할 때는 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.
- 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 침과 뜸 복합 치료 적용 여부를 결정해야 한다.

(1) 배경

침 치료는 경혈에 자극을 가하여 말초 및 중추 신경계, 면역계 등에 복합적으로 작용함으로써 통증을 완화하고 체내 항상성을 조절하는 한의학적 중재이다. 대상포진은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인해 발생하며, 피부 병변과 함께 급성의 신경병증성 통증이 동반되고, 일부 환자에서는 병변 회복 이후에도 통증이 지속되어 대상포진후신경통으로 이행되기도 한다. 침 치료는 이러한 대상포진의 다양한 병태에 대응하기 위한 치료법으로 활용될 수 있다.

뜸 치료는 주로 약쑥을 이용하여 경혈 또는 환부에 온열 자극을 가하는 치료법으로, 국소 혈류 개선, 통증 전달 억제, 염증 반응 조절 등을 통해 통증 및 감각 이상을 완화하고 병변 회복을 도울 수 있다.

침과 뜸은 상호보완적인 작용 기전을 통해 대상포진에 대한 치료 효과를 증강시킬 수 있으며, 병행 시 통증 경감, 피부 병변 회복, 신경 기능 개선 등의 측면에서 보다 효과적인 치료 결과를 기대할 수 있다. 또한 두 치료법 모두 건강보험 급여 항목에 포함되어 있어 환자 접근성이 높고, 임상적 유용성이 크다.

2024년 5월, 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사 결과에 따르면, 침 치료는 93.2%가 일반적으로 시행한다고 응답하였고, 90.1%가 중요한 치료 선택지로 인식하고 있었다. 뜸 치료는 37.6%가 일반적으로 사용한다고 답하였으며, 45.6%가 이를 중요한 치료법으로 고려하였다. 두 치료 모두에 대해 과반 이상의 응답자가 높은 안전성을 갖춘 중재라고 평가하였다. 이는 침과 뜸이 각각 임상 현장에서 독립적으로 활용됨과 동시에, 병행 요법으로도 적용 가능함을 시사한다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 바탕으로, 성인 대상포진 환자에 대한 침 및 뜸 병행 치료에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q7

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 침 치료와 뜸 치료의 복합치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	침+뜸 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 14편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Bao(2011)은 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 뜸 치료의 복합치료군(n=32)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Mecobalamin)(n=32)을 비교하였다.¹⁾

Wang(2019)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7~10일간 침 치료와 뜸 및 통상적 의과 치료 복합군(n=40), 침 치료와 뜸 치료의 복합치료군(n=40), 통상적 의과 치료군(Acyclovir Injection)(n=40)을 비교하였다.²⁾ 근거 합성 시에는 침 치료와 뜸 치료의 복합치료군과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

Huang(2015)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 침 치료와 뜸 치료의 복합치료군(Valacyclovir, Vit B1 Injection, Vit B12 Injection, Calamine lotion)(n=30)과 통상적 의과 치료군(n=30)을 비교하였다.³⁾

Li(2014)은 대상포진 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 뜸 치료의 복합치료군(Valacyclovir hydrochloride, Thiamine, Mecobalamin)(n=32)과 통상적 의과 치료군(n=30)을 비교하였다.⁴⁾

Wen(2013)은 대상포진 환자 322명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 뜸 및 국소온열요법 복합군(n=168)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Prednisone, Nerve nutrition drugs)(n=154)을 비교하였다.⁵⁾

Tian(2011)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 뜸 치료 복합치료군(n=42)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Acyclovir lotion)(n=38)을 비교하였다.⁶⁾

Yang(2012)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료와 뜸 치료 복합치료군(Valacyclovir hydrochloride, Vitamin B1, Acyclovir lotion)(n=60)과 통상적 의과 치료군(n=60)을 비교하였다.⁷⁾

Zhang(2017)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로,

10일간 시행한 침 치료와 뜸 치료 복합치료군($n=30$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Thiamine, Acyclovir lotion)($n=30$)을 비교하였다.⁸⁾

Zhang(2018)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 뜸 치료 복합치료군($n=30$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vit B1, Acyclovir lotion)($n=30$)을 비교하였다.⁹⁾

Zuo(2013)은 대상포진 환자 201명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 뜸 치료 복합치료군($n=99$)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir hydrochloride, Thiamine)($n=102$)을 비교하였다.¹⁰⁾

He(2016)은 대상포진 환자 232명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 12주간 침 치료와 뜸 치료 복합치료군($n=116$)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir)($n=116$)을 비교하였다.¹¹⁾

Lin(2012)은 대상포진 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 뜸 치료 복합치료군($n=32$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Acyclovir lotion)($n=30$)을 비교하였다.¹²⁾

Yang(2014)은 대상포진 환자 59명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 침 치료와 뜸 복합군($n=29$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Mecobalamin, Gabapentin, Acyclovir lotion)($n=30$)을 비교하였다.¹³⁾

Yang(2016)은 대상포진 환자 50명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 1주간 시행한 침 치료와 뜸 복합군($n=25$)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir Injection, Prednisone, Mecobalamin, Gabapentin, Acyclovir lotion)($n=25$)을 비교하였다.¹⁴⁾

㉔ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 6편으로 583명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 100%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 7편으로 1,077명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았고, 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차

하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 14편으로 1,512명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 83%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

피부 증상(결과 시간)에 대한 연구는 총 8편으로 616명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 99%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 2편으로 180명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 1편의 연구에서만 이상반응을 보고하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하며 대상자 수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

침과 뜸을 병용 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.27 [-2.60, 0.06]으로 유의한 차이가 없었다. 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.33 [0.18, 0.57], 총유효율은 RR 1.19 [1.08, 1.31], 피부 증상(결과 시간)은 -1.96 [-2.14, -1.77]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.08 [0.00, 1.34]으로 두 군간 유의한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	583 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.27 낮음 [-2.6, 0.06]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	1077 (7 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.33 [0.18, 0.57]	1,000명당 120명	1,000명당 81명이 감소 [-99, -52]	후유증이 발생한 대상자 수
총유효율 important	1512 (14 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 1.19 [1.08, 1.31]	1,000명당 813명	1,000명당 154명이 증가 [65, 252]	증상의 호전이 나타난 대상자 수

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
피부 증상 (결과 시간) important	616 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.96 낮음 [-2.14, -1.77]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	180 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 0.08 [0.00, 1.34]	1,000명당 67명	1,000명당 61명이 감소 [-67, 23]	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뮌림과 실행 비뮌림 영역에서 위험성이 있으나, 병행 치료 연구 설계의 특성 고려

b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

c. 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하며 대상자 수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 침과 뜸의 병행 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 14건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서는 이상반응이 없었으며, 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었다. 또한 핵심 결과지표인 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 침 치료와 뜸 치료를 시행하는 비율이 각각 93.2%와 37.6%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

다만, 본 권고의 근거가 된 연구들은 대부분 한의 중재 시작 시점을 명시하지 않아, 발진 발생 후 72시간 이내와 이후의 효과를 직접 비교하지 못하였다. 기존 임상 근거에 따르면, 대상포진 발진 발생 72시간 이내의 환자에게는 급성기 증상 완화 및 대상포진후신경통 발생 위험 감소 효과가 입증된 항바이러스제 투여가 강력히 권고되고 있다. 이에 본 권고문은 표준 치료인 항바이러스제 투여를 대체하는 목적으로 해석되어서는 안 되며, 임상적의

환자의 발병 시점, 증상의 중증도, 전반적인 건강 상태 등을 종합적으로 고려하여 본 권고를 대상포진 환자에게 적용해야 한다.

참고문헌

1. 包峰峰. 针灸治疗带状疱疹32例. 山东中医杂志. 2011;30(11):798-9.
2. 李浪平, 陆志俊, 李传明, 沈亮, 熊源长. 穴位注射配合药物治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 上海针灸杂志. 2019;38(03):280-5.
3. 黄翠, 鄢燕, 许佳一. 烧棉法配合针刺治疗带状疱疹60例. 光明中医. 2015;30(06):1273-4.
4. 李梦, 苟春雁, 王毅刚. 针刺加细灸条着肤灸治疗带状疱疹62例临床疗效观察(英文). World Journal of Acupuncture-Moxibustion. 2014;24(02):15-8+24.
5. 温转, 王燕. 带状疱疹中医与西医治疗的疗效观察. 中医临床研究. 2013;5(16):52-3.
6. Tian H-Y, Hu J, Yang J-B. [Comparison on therapeutic effect between surround needling plus thin cotton moxibustion and Western medicine for herpes zoster]. Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion. 2011;31(3):219-22.
7. Yang JX, Xiang KW, Zhang YX. [Treatment of herpes zoster with cotton sheet moxibustion: multicentral randomized controlled trial]. Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion. 2012;32(5):417-21.
8. 张晓阳, 荣立洋. 以热引热法治疗肝经郁热型带状疱疹30例. 中国中医药现代远程教育. 2017;15(22):119-22.
9. 张晓阳, 王文秀, 荣立洋. 铺棉灸“以热引热”法治疗带状疱疹的临床观察. 中医药导报. 2018;24(22):96-8.
10. 左甲, 何佳, 杜晨, 杨运宽. 铺棉灸疗法治疗带状疱疹的临床研究. 南京中医药大学学报. 2013;29(03):211-3.
11. 何云飞, 刘丽华, 杨万军, 康斐. 铺棉灸和伐昔洛韦治疗带状疱疹临床研究. 河南中医. 2016;36(06):1013-5.
12. 林广华, 赵斌斌. 围刺为主配合悬灸治疗急性带状疱疹的疗效观察. 针灸临床杂志. 2012;28(06):41-3.
13. 杨国辉. 毫针皮下扇形透刺配合艾灸治疗急性期带状疱疹29例. 中国中医药现代远程教育. 2014;12(20):76-7.
14. 杨国辉, 陈敏, 祝君. 毫针皮下扇形透刺联合艾灸对急性期带状疱疹患者血浆NO的影响. 光明中医. 2016;31(22):3326-7.

8) 침과 한약 복합치료

[R8]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 치료보다 침과 한약의 복합 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~4

임상적 고려사항

- 병변 부위에 국소 침 치료를 시행하되, 피부 병변을 면밀히 관찰하여 감염 예방에 주의한다.
- 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 합곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등에 자침할 수 있다.
- 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다.
 - 간담습열(肝膽濕熱): 용담사간탕(龍膽瀉肝湯) 가감 등
 - 간울화화(肝鬱化火): 소요산(逍遙散) 가감 등
 - 열독웅성(熱毒壅盛): 황련해독탕(黃連解毒湯), 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등
 - 비습담조(脾濕痰阻): 오령산(五苓散), 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등
 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부죽어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등
 - 기혈허손(氣血虛損): 십전대보탕(十全大補湯), 보중익기탕(補中益氣湯) 가감 등
- 대상포진 발진 후 72시간 이내의 항바이러스제 투여는 의과 표준 치료로 권고된다. 다만, 본 지침의 근거가 된 임상 연구에는 발병 72시간 이후의 환자들도 포함되어 있다. 따라서 실제 임상에서는 환자의 발병 시점 및 증상의 위중도 등을 종합적으로 고려하여 침과 한약 복합 치료 적용 여부를 결정해야 한다.

(1) 배경

침 치료는 경혈에 자극을 가하여 말초 및 중추 신경계, 면역계 등에 복합적으로 작용함으로써 통증을 완화하고 체내 항상성을 조절하는 한의학적 중재이다. 대상포진은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인해 발생하며, 급성기의 신경병증성 통증과 피부 병변이 주요 증상으로 나타난다. 침 치료는 이러한 통증과 병변 회복을 촉진하고, 대상포진후신경통으로의 이행을 예방하기 위한 수단으로 임상 현장에서 널리 활용되고 있다.

한약 치료는 환자의 체질과 병증에 따라 개별적으로 조제되는 한의학의 핵심 중재로, 변증론치(辨證論治)에 기반하여 장부 기능 조절 및 기혈·음양의 균형 회복을 목표로 한다. 한약은 면역 반응 조절, 염증 완화, 바이러스 억제, 신경 회복 촉진 등 다양한 기전을 통해 대상포진의 급성 통증 완화와 병변 회복, 대상포진후신경통 예방에 기여할 수 있는 것으로 보고되고 있다.

침과 한약은 각각 기계적 자극과 약리적 작용을 기반으로 하며, 상호 보완적 기전을 통해 대상포진의 다양한 증상과 병태에 대해 보다 통합적이고 효과적인 치료 결과를 기대할 수 있다. 또한, 침은 건강보험 급여 항목에 포함되어 있어 환자 접근성이 높고, 한약은 다양한 임상 경험을 통해 그 유효성과 안전성이 널리 인식되고 있다.

2024년 5월, 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시된 설문조사 결과에 따르면, 침 치료는 93.2%가 일반적으로 시행하고 있으며, 90.1%는 이를 중요한 치료 선택지로 인식하였다. 한약 치료는 75.6%가 일반적으로 사용하고 있다고 응답하였으며, 94.6%는 이를 중요

한 치료 수단으로 간주하였다. 한약 사용 약물군으로는 보익약(66.7%), 청열약(40.2%), 이기약(26.3%), 해표약(24.6%) 등이 주로 보고되었고, 대표적인 처방으로는 보중익기탕(補中益氣湯), 십전대보탕(十全大補湯), 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 황련해독탕(黃連解毒湯) 등이 확인되었다. 이는 대상포진 환자의 다양한 병태에 대해 병행 요법으로 활용될 수 있음을 시사한다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 바탕으로 성인 대상포진 환자에 대한 침 및 한약 병행 치료에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q8

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 침과 한약 복합치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	침 + 한약 치료	통상적 의과 치료	대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 4편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Cai(2017)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 침 치료와 한약 치료(당귀 차전자 등 포함한 한약)의 복합치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir)(n=30)을 비교하였다.¹⁾

Yue(2014)는 대상포진 환자 56명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료와 한약 치료(대청엽, 포공영 등을 포함한 한약)의 복합치료군(n=28)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Amitriptyline 혹은 Diclofenac sodium, Acyclovir ointment 혹은 Mupirocin ointment)(n=28)을 비교하였다.²⁾

Zhang(2011)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 15일간 시행한 침 치료와 한약 치료(용담사간탕(龍膽瀉肝湯))와 TDP 치료의 복합치료군(n=60)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Laser therapy)(n=60)을 비교하였다.³⁾

Su(2015)은 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 침 치료와 한약 치료(용담사간탕가감(龍膽瀉肝湯加減))의 복합치료군(n=35)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir hydrochloride, Mecobalamin)(n=35)을 비교하였다.⁴⁾

② 연구결과의 요약

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 1편으로 60명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 3편으로 246명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 11%로 통계적 이질성이 높지 않아 비일관성은 높지 않다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나 대상자수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

피부 증상(결과 시간)에 대한 연구는 총 2편으로 130명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 86%로 통계적 이질성이 관찰되었으며 개별 연구들의 점 추정치가 임계값의 한쪽 범주에 분포하였으나 연구간 추정치 간격이 커서 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 대상자 수가 적고 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 4편으로 306명의 환자가 분석에 포함되었으나 이상반응은 나타나지 않았다.

침과 한약을 병용 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.40 [0.08, 1.90]으로 통상적 의과 치료에 비해 유의한 차이가 없었다. 다만, 총유효율은 RR 1.25 [1.12, 1.40], 피부 증상(결과 시간)은 MD -1.9 [-2.29, -1.51]으로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 두 군 모두 발생하지 않았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
대상포진후 신경통 이환율 critical	60 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 0.40 [0.08, 1.90]	1,000명당 167명	1,000명당 100명이 감소 [-153, 150]	후유증이 발생한 대상자 수

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
총유효율 important	246 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 1.25 [1.12, 1.40]	1,000명당 748명	1,000명당 187명이 증가 [90, 299]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결가 시간) important	130 (2 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,b,d}	—	—	MD 1.9 낮음 [-2.29, -1.51]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	306 (4 RCTs)	—	Not estimable	1,000명당 0명	1,000명당 0명이 감소	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뮴림과 실행 비뮴림 영역에서 위험성이 있으나, 병행 치료 연구 설계의 특성 고려

b. 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

c. 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않으나 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음

d. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 연구의 방향성이 같으나 효과 차이가 큼

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 침과 한약의 병행 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 4건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

보고된 연구에서 침과 한약의 병행치료군에서 이상반응이 보고된 바 없으며, 핵심 결과 지표인 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 침 치료와 한약 치료를 시행하는 비율이 각각 93.2%와 75.6%로 나타나, 두 치료법의 병행이 임상에서 가장 많이 활용되는 한의 치료 방식으로 조사되었다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 침 치료는 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

다만, 본 권고의 근거가 된 연구들은 대부분 한의 중재 시작 시점을 명시하지 않아, 발진 발생 후 72시간 이내와 이후의 효과를 직접 비교하지 못하였다. 기존 임상 근거에 따르면, 대상포진 발진 발생 72시간 이내의 환자에게는 급성기 증상 완화 및 대상포진후신경통 발



생 위험 감소 효과가 입증된 항바이러스제 투여가 강력히 권고되고 있다. 이에 본 권고문은 표준 치료인 항바이러스제 투여를 대체하는 목적으로 해석되어서는 안 되며, 임상 의는 환자의 발병 시점, 증상의 중증도, 전반적인 건강 상태 등을 종합적으로 고려하여 본 권고를 대상포진 환자에게 적용해야 한다.

참고문헌

1. 蔡国林. 中药联合针刺治疗肝经郁热型带状疱疹的疗效及预后. 河北中医. 2017;39(01):76-8+82.
2. 岳永军. 中药配合针灸治疗带状疱疹28例临床观察. 中国民族民间医药. 2014;23(09):104.
3. 张爱娜. 梅花针叩刺神灯TDP照射配合中药治疗带状疱疹60例. 辽宁中医杂志. 2011;38(05):973-4.
4. 李怀军 苏. 药针结合治疗带状疱疹肝经湿热证的疗效观察. 2015.

■ 한양방 복합 치료

9) 침과 통상적 의과 치료 병행

[R9]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 침 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1~30

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 침 치료가 병행될 수 있다.
- 병변 부위에 국소 침 치료를 시행하되, 피부 병변을 면밀히 관찰하여 감염 예방에 주의한다.
- 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 배수혈에 침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 기본 혈자리: 함곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 천죽(BL2), 하관(ST7), 외관(TE5) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 배수혈, 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 이침의 혈자리로 양측 신문(TF4), 교감(AH6a), 내분비(CO18), 삼초(CO17), 파질하(AT4), 간(CO12), 비(CO13), 신(CO10), 심(CO15) 및 병소 대응 부위를 선택할 수 있다.
- 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

침 치료는 경혈에 자극을 가함으로써 말초 및 중추 신경계, 면역계에 복합적으로 작용하여 통증을 완화하고 체내 항상성을 조절하는 효과가 있다. 대상포진의 경우, 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인해 피부 병변과 함께 급성 신경병증성 통증이 동반되며, 일부 환자에서는 병변 회복 이후에도 통증이 지속되어 대상포진후신경통으로 이행될 수 있다. 침 치료는 이러한 통증 완화, 피부 병변 치유 촉진, 그리고 대상포진후신경통 발생률 감소를 목적으로 임상 현장에서 널리 활용되고 있으며, 건강보험 급여 항목으로 인정되어 대상포진 환자가 한의 의료기관 내원 시 쉽게 접근할 수 있는 치료 수단 중 하나로 활용되고 있다.

2024년 5월에 실시된 전국 한의사 1,122명을 대상으로 한 설문조사에 따르면, 1,046명(93.2%)이 침 치료를 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하고 있었으며, 1,011명(90.1%)은 침 치료를 중요한 치료 선택지로 고려한다고 응답하였다. 또한 1,045명(93.1%)은 침 치료의 안전성이 높다고 평가하였다. 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있는 934명 중 725명(77.6%)은 내원한 환자가 통상적 의과 치료(항바이러스제, 스테로이드제, 진통제 등)를 이미 받은 상태였다고 응답하였다. 이는 실제 임상에서 침 치료가 통상적 의과 치료와 병행되는 형태로 활용될 수 있음을 시사한다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상 현황을 반영하여, 성인 대상포진 환자에 대한 침 치료와 통상적 의과 치료 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q9

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 침 치료가 단독 통상적 의과 치료 보다 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	침 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 30편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Zhang(2023)은 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 동씨기혈침(董氏奇穴鍼) 치료와 통상적 의과 치료(Methylcobalamin, Valacyclovir hydrochloride, Pregabalin) 복합군(n=45)과 통상적 의과 치료 단독군(Methylcobalamin, Valacyclovir hydrochloride, Pregabalin)(n=45)을 비교하였다.¹⁾

Peng(2023)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir) 복합군(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Adenosylcobalamin, Diclofenac sodium, Acyclovir)(n=30)을 비교하였다.²⁾

Bäumler(2012)는 대상포진 환자 102명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Paracetamol) 복합군(n=52)과 통상적 의과 치료 단독군(Pregabalin, Opioid, Paracetamol, Kirocaine)(n=50)을 비교하였다.³⁾

Xu(2011)는 대상포진 환자 92명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 이침(耳鍼) 치료와 통상적 의과 치료(Penciclovir, Vitamin B1) 복합군(n=46)과 통상적 의과 치료 단독군(Penciclovir, Vitamin B1)(n=46)을 비교하였다.⁴⁾

Zhou(2020)는 대상포진 환자 128명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 피내침 치료와 통상적 의과 치료(Famciclovir, Methylcobalamin, Gabapentin, Thymosin, Tetradrine A) 복합군(n=64)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Methylcobalamin, Gabapentin, Thymosin, Tetradrine A)(n=64)을 비교하였다.⁵⁾

Wei(2020)는 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 피내침 치료와 통상적 의과 치료(Ganciclovir) 복합군(n=35)과 통상적 의과 치료 단독군(Ganciclovir)(n=35)을 비교하였다.⁶⁾

Liang(2020)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 피내침 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir, Methylcobalamin) 복합군(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Methylcobalamin)(n=30)을 비교하였다.⁷⁾

Zhu(2019a)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 피내침 치료와 통상적 의과 치료 복합군($n=30$)과 통상적 의과 치료 단독군($n=30$)을 비교하였다.⁸⁾

Zhu(2019b)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 15일간 시행한 피내침 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir hydrochloride, Methylcobalamin) 복합군($n=40$)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir hydrochloride, Methylcobalamin) ($n=40$)을 비교하였다.⁹⁾

Zhu(2019c)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 15일간 시행한 피내침 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir, Methylcobalamin) 복합군($n=30$)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Methylcobalamin)($n=30$)을 비교하였다.¹⁰⁾

Li(2019)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir,) 복합군($n=30$)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir)($n=30$)을 비교하였다.¹¹⁾

Yang(2017)은 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 방씨두피침(方氏頭皮鍼) 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir, Vitamin B1, Dimazole, Methylcobalamin) 복합군($n=32$)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Vitamin B1, Dimazole, Methylcobalamin)($n=32$)을 비교하였다.¹²⁾

Wang(2016)은 대상포진 환자 78명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Famciclovir, Tramadol, Neurotropin) 복합군($n=39$)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Tramadol, Neurotropin)($n=39$)을 비교하였다.¹³⁾

Lu(2015a)는 대상포진 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 28일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Polyinosinic-polycytidylic acid, Ganciclovir) 복합군($n=50$)과 통상적 의과 치료 단독군(Polyinosinic-polycytidylic acid, Ganciclovir) ($n=50$)을 비교하였다.¹⁴⁾

Lu(2015b)는 대상포진 환자 59명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Ganciclovir) 복합군($n=31$)과 통상적 의과 치료 단독군(Ganciclovir)($n=28$)을 비교하였다.¹⁵⁾

Zhao(2015)는 대상포진 환자 94명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir, Vitamin B1, Vitamin B12) 복합군($n=31$)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Vitamin B1, Vitamin B12)($n=32$)을 비교하였다.¹⁶⁾

Wang(2015)은 대상포진 환자 87명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir, Amitriptyline) 복합군($n=42$)과 통

상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Amitriptyline)(n = 45)을 비교하였다.¹⁷⁾

Pu(2015)는 대상포진 환자 180명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 부침(浮鍼) 치료와 통상적 의과 치료(Ganciclovir) 복합군(n = 60)과 통상적 의과 치료 단독군(Ganciclovir)(n = 60)을 비교하였다.¹⁸⁾

Liu(2014)는 대상포진 환자 57명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 5주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Methylcobalamin, Vitamin B12, Acyclovir, Dexamethasone, Prostaglandiol) 복합군(n = 29)과 통상적 의과 치료 단독군(Methylcobalamin, Vitamin B12, Acyclovir, Dexamethasone, Prostaglandiol)(n = 28)을 비교하였다.¹⁹⁾

Ban(2014)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir hydrochloride, Vitamin B1) 복합군(n = 20)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir hydrochloride, Vitamin B1, Ibuprofen)(n = 20)을 비교하였다.²⁰⁾

Duan(2014)은 대상포진 환자 52명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 20일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir, Vitamin B1) 복합군(n = 26)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Vitamin B1)(n = 26)을 비교하였다.²¹⁾

Chen(2013a)은 대상포진 환자 25명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Famciclovir, Tramadol, Neurotrophin, Calamine) 복합군(n = 12)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Tramadol, Neurotrophin, Calamine)(n = 13)을 비교하였다.²²⁾

Wang(2011)은 대상포진 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir, Vitamin B1) 복합군(n = 34)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir, Vitamin B1)(n = 34)을 비교하였다.²³⁾

Li(2011)는 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Penciclovir) 복합군(n = 20)과 통상적 의과 치료 단독군(Penciclovir)(n = 20)을 비교하였다.²⁴⁾

Chen(2010)은 대상포진 환자 92명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Famciclovir, Vitamin B1) 복합군(n = 46)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Vitamin B1)(n = 46)을 비교하였다.²⁵⁾

Zheng(2010)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(척추주위 신경차단술) 복합군(n = 40)과 두 통상적 의과 치료 단독군(척추주위 신경차단술, n = 40 / Acyclovir, n = 40)을 비교하였다.²⁶⁾ 근거 합성 시에는 침 치료와 통상적 의과 치료 복합군과 척추주위 신경차단술을 시행한 군을 비교하였다.

Lin(2010)은 대상포진 환자 78명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 침 치료와 통상적 의과 치료(Famciclovir, Vitamin B1) 복합군($n=40$)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Vitamin B1)($n=38$)을 비교하였다.²⁷⁾

Chen(1999)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 12일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료 복합군($n=30$)과 통상적 의과 치료 단독군($n=30$)을 비교하였다.²⁸⁾

Sheng(1995)은 대상포진 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Ribavirin, Vitamin B1, Vitamin B12, Ethacridine Lactate zinc oxide) 복합군($n=32$)과 통상적 의과 치료 단독군(Ribavirin, Vitamin B1, Vitamin B12, Ethacridine Lactate zinc oxide)($n=30$)을 비교하였다.²⁹⁾

Liu(2015)는 대상포진 환자 112명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 침 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir, Methylcobalamin) 복합군($n=56$)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Methylcobalamin)($n=56$)을 비교하였다.³⁰⁾

㉔ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 15편으로 총 1,113명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 87%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 대상자수가 OIS를 초과하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 9편으로 761명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 28%로 통계적 이질성이 작다고 관찰되어 비일관성으로 근거 수준을 낮추지 않았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 21편으로 1,618명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않아 비일관성으로 근거 수준을 낮추지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다. funnel plot에서 상당한 비대칭이 관찰되어 출판 비뮌림으로 인해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

피부 증상에 대한 연구는 총 7편 484명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 97%로 통계적 이질성이 관찰되었으며 개별 연구들의 점추정치가 임계값의 한쪽 범주에 분포하였으나 연구간 추정치 간격이 커서 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응을 기술한 연구는 총 7편으로 그 중 이상반응을 보고한 2편 총 563명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않아 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.06 [-1.30, -0.82], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.35 [0.22, 0.57], 총유효율은 RR 1.14 [1.10, 1.18], 피부 증상(결과 시간)은 MD -1.92일 [-2.95, -0.88]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.51 [0.09, 2.88]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	1113 (15 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.06 낮음 [-1.30, -0.82]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	761 (9 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.35 [0.22, 0.57]	1,000명당 301명	1,000명당 195명이 감소 [-235, -129]	후유증이 발생한 대상자 수
총유효율 important	1618 (21 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,c,d}	RR 1.14 [1.10, 1.18]	1,000명당 805명	1,000명당 113명이 증가 [81, 145]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결과 시간) important	484 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.92 낮음 [-2.95, -0.88]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	563 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 0.51 [0.09, 2.88]	1,000명당 13명	1,000명당 7명이 감소 [-12, 25]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비둘림과 실행 비둘림 영역에서 위험성이 있으나, 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
d. funnel plot이 비대칭을 보여 출판 비둘림 가능성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 30건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나, 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 침 치료를 시행하는 비율이 93.2%로 나타나 활용도가 매우 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한 의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료가 대상포진 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 B를 부여한다.

참고문헌

1. 张可. 董氏奇穴治疗脾虚湿蕴型带状疱疹的临床疗效观察[硕士]: 成都中医药大学; 2023.
2. 彭博, 李海燕, 邓淦, 王继平. 截龙针刺法联合阿昔洛韦治疗带状疱疹急性期临床研究. 光明中医. 2023; 38(17):3423-6.
3. Bäuml P. Acupuncture for the treatment of severe acute pain in herpes zoster: Results of a nested, open-label, randomized trial in the VZV pain study. Deutsche Zeitschrift für Akupunktur. 2012;55(2):26-7.



4. 徐昭, 熊炜, 陈利远, editors. 针刺耳穴综合治疗带状疱疹. 2011年全国中医美容学术年会暨贵州省医学美学与美容学、激光医学分会学术年会; 2011; 中国贵州贵阳.
5. 周淑媚, 盛建群, 洪泉敏. 揠针围刺联合常规疗法治疗急性期带状疱疹临床研究. 新中医. 2020;52(23):133-6.
6. 魏宇娇. 揠针联合更昔洛韦治疗上皮型HSK肝经风热证的临床疗效观察[硕士]: 山西中医药大学; 2020.
7. 梁艳, 宋敏. 揠针干预急性期带状疱疹患者的疗效观察及护理体会. 中医外治杂志. 2020;29(03):68-9.
8. 朱璇璇, 段培蓓, 吴常征. 揠针围刺辅助治疗肝经郁热型蛇串疮疗效观察. 中国针灸. 2019;39(02):149-53.
9. 朱璇璇. 揠针围刺对带状疱疹急性期疼痛的疗效观察[硕士]: 南京中医药大学; 2019.
10. 朱璇璇. 揠针围刺治疗急性期带状疱疹患者的疗效观察及护理. 中国临床护理. 2019;11(04):350-3.
11. 李玲, 赵振, 万鸿春. 针刺联合阿昔洛韦片治疗带状疱疹的临床疗效观察. 甘肃科技. 2019;35(22):166-8.
12. 杨敏, 陈伟清. 方氏头皮针治疗带状疱疹32例临床疗效观察. 内蒙古中医药. 2017;36(13):78-9.
13. 王艳. 针灸联合药物治疗急性带状疱疹及预防后遗症神经痛的临床效果研究. 中国处方药. 2016;14(09):96-7.
14. 鲁勃文, 明春平, 杨忠友, 孙欣. 针刺联合聚肌胞注射液和更昔洛韦眼用凝胶治疗眼部带状疱疹. 贵阳医学院学报. 2015;40(08):879-81+85.
15. 鲁勃文, 明春平, 杨忠友, 孙欣. 针刺联合更昔洛韦眼用凝胶治疗眼部带状疱疹的疗效观察. 世界最新医学信息文摘. 2015;15(01):14-5.
16. 赵丹, 黄建伟, 黄瑞雷. 针刺法配合药物治疗带状疱疹疗效分析. 亚太传统医药. 2015;11(15):84-5.
17. 王束瑾. 中西医结合治疗带状疱疹临床研究. 医药论坛杂志. 2015;36(09):143-4.
18. 普天强, 田有坤. 浮针疗法配合更昔洛韦治疗带状疱疹60例疗效观察. 云南中医中药杂志. 2015;36(06):75-6.
19. 刘石, 刘鹏, 董义晗, 徐晖. 针药联合治疗耳带状疱疹引起面瘫的临床疗效观察. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学). 2014;29(01):27-8.
20. 班海燕. 局部围刺法配合叩刺拔罐治疗带状疱疹的临床观察[硕士]: 辽宁中医药大学; 2014.
21. 段天煜. 针刺治疗带状疱疹肝胆火盛证的临床观察[硕士]: 辽宁中医药大学; 2014.
22. 陈金生, 罗秀英, 宫庆娟, 黄秋兰, 越宇, 黄乔东, et al., editors. 针灸对急性带状疱疹患者血液c-FLIP表达的影响. 中华医学会疼痛学分会第十届学术年会; 2013; 中国北京.
23. 王明一. 清热解毒法治疗带状疱疹的临床观察及初步探讨[硕士]: 辽宁中医药大学; 2011.
24. 李静华, 王威岩, 周振坤, 刘军. 针刺治疗三叉神经带状疱疹的临床观察. 中国中医药科技. 2011;18(04):340.
25. 陈利远, 徐昭. 针刺疗法治疗带状疱疹46例疗效观察. 航空航天医药. 2010;21(08):1530.
26. 郑新金, 李旅萍. 围针结合神经阻滞治疗带状疱疹神经痛40例临床疗效观察. 亚太传统医药. 2010;6(09):43-4.
27. 蔺莉莉. 带状疱疹的治疗研究. 中国医药指南. 2010;8(35):223-4.
28. 陈红英. 针灸治疗带状疱疹的效果观察. 护理学杂志. 1999(02):36.
29. 盛文秀, 熊先明. 中西医结合治疗带状疱疹. 武汉医学杂志. 1995(02):96.
30. 刘剑. 针刺结合西药治疗带状疱疹112例. 深圳中西医结合杂志. 2015;25(20):34-6.

10) 전침과 통상적 의과 치료 병행

[R10]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1~15

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 전침 치료가 병행될 수 있다.
- 병변 주변 부위, 협척혈(EX-B2), 배수혈에 전침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 기본 혈자리: 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 곡지(LI11) 등
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 태양(EX-HN5), 찬죽(BL2), 하관(ST7), 합곡(LI4), 외관(TE5) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 자극 방법: 병변 주변 부위에는 저빈도(1~4Hz), 분절 자극을 위해 협척혈(EX-B2) 등에 고빈도(100Hz 이상), 원위 주요 경혈에는 저빈도 혹은 소밀파(dense-disperse wave)로 자극한다.
- 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

전침은 침 치료의 한 형태로, 경혈에 자입한 침에 전기 자극을 가함으로써 침 자극과 전기 자극의 복합 효과를 유도하는 한의학적 중재이다. 전침 치료는 침의 기계적 자극에 더해 일정한 주파수와 강도의 전기 자극을 부여함으로써, 오피오이드 펩티드(베타엔도르핀, 엔케팔린, 다이노르핀 등) 및 세로토닌과 같은 신경전달물질의 분비를 촉진하고, 척수 및 중추 신경계의 통증 전달 경로를 억제함으로써 진통 효과를 증강시키는 것으로 알려져 있다. 이러한 생리적 기전에 기반하여 전침은 급성 및 만성 통증 질환에 폭넓게 활용되고 있으며, 특히 대상포진 및 대상포진후신경통과 같은 신경병증성 통증에서도 그 효과가 보고되고 있다. 특히 전침은 건강보험 급여 항목으로 등재되어 있어 환자 접근성이 높고, 임상 현장에서의 적용 가능성도 크다.

2024년 5월에 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사에 따르면, 전침 치료는 675명(60.2%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하였고, 710명(63.3%)은 이를 중요한 치료 선택지로 고려될 수 있다고 답하였다. 치료의 안전성에 대해서는 897명(80.0%)이 전침 치료가 높은 안전성을 갖춘 중재라고 평가하였다. 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있는 934명 중 725명(77.6%)은 내원한 환자가 의과 처치(항바이러스제, 스테로이드제, 진통제 등)를 이미 받은 상태였다고 응답하였다. 이는 실제 임상에서 전침 치료가 통상적 의과 치료와 병행되는 형태로 활용될 수 있음을 시사한다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상 현황을 반영하여, 성인 대상포진 환자에 대한 전침 치료와 통상적 의과 치료 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q10

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 전침 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	전침 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 15편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Chen(2020)은 대상포진 환자 72명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Acyclovir, Methylcobalamin)(n=36)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Methylcobalamin)(n=36)을 비교하였다.¹⁾

Zhu(2019)은 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Famciclovir, Vitamin B1, Vitamin B12)(n=35)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Vitamin B1, Vitamin B12)(n=35)을 비교하였다.²⁾

Cheng(2018)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Valacyclovir, Methylcobalamin, Oxycodone)(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir, Methylcobalamin, Oxycodone)(n=30)을 비교하였다.³⁾

Ao(2016)은 대상포진 환자 124명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 21일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Ganciclovir, Methadone)(n=62)과 통상적 의과 치료 단독군(Ganciclovir, Methadone)(n=62)을 비교하였다.⁴⁾

Lin(2015)은 대상포진 환자 54명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Gabapentin, Acyclovir, Vitamin B1)(n=27)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin, Acyclovir, Vitamin B1)(n=27)을 비교하였다.⁵⁾

Lin(2011)은 대상포진 환자 160명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Acyclovir, Acyclovir cream)(n=80)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Vitamin B1 Injection)(n=80)을 비교하였다.⁶⁾

Zhao(2010)은 대상포진 환자 105명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Acyclovir)(n=53)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir)(n=52)을 비교하였다.⁷⁾

Tong(2010)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일(최대 20일)간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Acyclovir, Acyclovir Injection)(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Acyclovir Injection)(n=30)을 비교하였다.⁸⁾

Wang(2006)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Acyclovir Injection)(n=40)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir Injection)(n=40)을 비교하였다.⁹⁾

Peng(2002)은 대상포진 환자 116명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Acyclovir)(n=63)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Anti inflammatory drug)(n=53)을 비교하였다.¹⁰⁾

Wei(2019)은 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Valacyclovir, Adenosylcobalamin, Pregabalin)(n=45)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir, Adenosylcobalamin, Pregabalin)(n=45)을 비교하였다.¹¹⁾

Mao(2015)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Ganciclovir, Valacyclovir Hydrochloride, Mecobalamin)(n=20), 전침 및 통상적 의과 치료(Ganciclovir, Valacyclovir Hydrochloride, Mecobalamin), 적외선조사(TDP) 복합군(n=20)과 통상적 의과 치료 단독군(Ganciclovir, Valacyclovir Hydrochloride, Mecobalamin)(n=20)을 비교하였다.¹²⁾ 근거 합성 시에는 전침과 통상적 의과 치료 복합군과 통상적 의과 치료 단독군, 전침 및 통상적 의과 치료와 적외선조사 복합군과 통상적 의과 치료 단독군을 각각 비교하였다.

Zhang(2012)a은 대상포진 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Famciclovir, Mecobalamin, Vitamin B1, Acyclovir cream)(n=50)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Mecobalamin, Vitamin B1, Acyclovir cream)(n=50)을 비교하였다.¹³⁾

Zhang(2012)b은 대상포진 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Famciclovir, Mecobalamin, Vitamin B1, Acyclovir cream)(n=50)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Mecobalamin, Vitamin B1, Acyclovir cream)(n=50)을 비교하였다.¹⁴⁾

Zhang(2011)은 대상포진 환자 46명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 21일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료 복합군(Famciclovir, Mecobalamin, Vitamin B1, Acyclovir cream)(n=23)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Mecobalamin, Vitamin B1, Acyclovir cream)(n=23)을 비교하였다.¹⁵⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 6편으로 총 384명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 67%로 통계적 이질성이 관찰되었지만 개별 연구 결과들의 점추정치가 대부분 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성으로 근거 수준을 낮추지 않았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 7편으로 571명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않아 비일관성으로 근거 수준을 낮추지 않았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 11편으로 963명의 환자가 분석에 포함되었다. I^2 는 64%로 통계적 이질성이 관찰되었으며 개별 연구들의 점추정치가 임계값의 양쪽 범주에 분포하여 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다. funnel plot에서 상당한 비대칭이 관찰되어 출판 비둘림으로 인해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

피부 증상에 대한 연구는 총 6편 520명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 61%로 통계적 이질성이 관찰되었으며 개별 연구들의 점추정치가 임계값의 양쪽 범주에 분포하여 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응을 기술한 연구는 총 2편으로 그 중 이상반응을 보고한 1편 총 119명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구로 비일관성으로 인해 근거 수준을 낮추지 않았다. 대상자 수가 적고 95% 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

전침과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.39 [-1.70, -1.08], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.36 [0.22, 0.59], 총유효율은 RR 1.20 [1.10, 1.31], 피부 증상(결가 시간)은 MD -1.56 [-1.97, -1.15]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.67 [0.12, 3.71]로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	384 (6 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 1.39 낮음 [-1.70, -1.08]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	571 (7 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.36 [0.22, 0.59]	1,000명당 192명	1,000명당 123명이 감소 [-149, -79]	후유증이 발생한 대상자 수
중요효율 important	963 (11 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,b,c}	RR 1.20 [1.10, 1.31]	1,000명당 703명	1,000명당 141명이 증가 [70, 218]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결가 시간) important	520 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.56 낮음 [-1.97, -1.15]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	119 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.67 [0.12, 3.71]	1,000명당 51명	1,000명당 17명이 감소 [-45, 138]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 상당히 높으며($I^2 > 50\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. funnel plot이 비대칭을 보여 출판 비뮌림 가능성이 있음
d. 대상자 수가 적고 신뢰구간의 범위가 매우 넓어 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 전침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 15건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 전침 치료를 시행하는 비율이 60.2%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비

부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 B를 부여한다.

참고문헌

1. 陈科, 岳琳, 李佳, 陈华. 电针配合经皮神经电刺激治疗带状疱疹36例临床观察. 中医临床研究. 2020;12(19):23-5.
2. 朱明月. 电针夹脊穴联合腕踝针治疗急性期带状疱疹的临床观察 [硕士]: 山东中医药大学; 2019.
3. 程黎. 电针夹脊穴治疗带状疱疹的镇痛效应及对血清C3、C4的影响 [硕士]: 湖北中医药大学; 2018.
4. 敖金波, 陈少兰, 黄萍, 郭俐宏. 半导体激光浮针配合贴棉灸法治疗急性带状疱疹神经痛的初步临床研究. 针灸临床杂志. 2016;32(11):46-8.
5. Lin) 林P-c. 电针治疗急性期带状疱疹疼痛的临床研究 [硕士]: 广州中医药大学; 2015.
6. 林清昌. 针灸疗法联合阿昔洛韦治疗老年带状疱疹的效果分析. 中外医疗. 2011;30(35):83-4.
7. 赵明, 汪月强, 漆军. 针刺联合阿昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察. 人民军医. 2010;53(12):934-5.
8. 童晓云, 陈益丹, 吴小萍, 邵轶民, 金肖青, 俞迈红, et al. 针刺联合西药治疗带状疱疹的临床观察及其对血浆P物质的影响. 中国中西医结合皮肤性病学杂志. 2010;9(04):225-7.
9. 王素玲. 五虎群羊针法结合药物治疗带状疱疹40例疗效观察. 新中医. 2006(02):62-3.
10. 彭建民, 黄文富, 曾少平. 针刺联合阿昔洛韦治疗带状疱疹神经痛的临床观察. 海南医学. 2002(07):21.
11. 魏蓉. 电针治疗带状疱疹急性期疗效的临床观察. 世界最新医学信息文摘. 2019;19(76):201.
12. 茅贝珍, 张海峰, 冯健清, 张立坤, 王怡心, 庄丽华, et al. 毫针围刺配合高能红光治疗带状疱疹疗效观察. 上海针灸杂志. 2015;34(04):351-2.
13. 张爱珍, 张强. 电针配合药物治疗带状疱疹疗效观察. 实用中医药杂志. 2012;28(02):122-3.
14. 张爱珍, 梁毅. 电针对中老年带状疱疹患者细胞免疫功能及早期血液流变学的影响. 山东中医药大学学报. 2012;36(05):407-8.
15. 张爱珍, 张强. 电针对老年带状疱疹患者细胞免疫功能的影响. 实用中医药杂志. 2011;27(07):438-9.

11) 화침과 통상적 의과 치료 병행

[R11]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 화침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~14

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 화침 치료가 병행될 수 있다.
- 병변 주변 부위, 포진 중앙 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 구허(GB40) 등에 화침 치료를 시행한다.
- 국소 치료 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다.
- 치료 빈도: 급성기에는 1회/1~2일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

화침은 침체나 침점을 고온으로 가열한 뒤 인체의 특정 부위에 자극을 가하는 한의학적 중재로, 침 자극과 온열 자극을 결합하여 심부 조직까지 영향을 줄 수 있는 치료법이다. 전통적으로는 비증(痺證), 냉증(冷症) 등 한성 통증 질환의 치료에 활용되었으며, 양기를 보하고 사기를 제거하며 경락의 울체를 해소하는 목적에 사용되었다. 현대 임상에서는 전통적인 직접 가열 방식 외에도, 침 자입 후 애엽이나 전기 온열기를 활용한 온침(溫鍼) 등의 다양한 방식이 병행되어 사용되고 있으며, 관절 및 연부조직 질환뿐 아니라 신경병증성 통증에도 그 활용이 확대되고 있다. 화침은 미세 염증 반응과 열충격 단백질의 발현을 유도함으로써 조직 재생과 통증 조절에 기여할 수 있는 것으로 알려져 있으며, 이러한 기전을 바탕으로 대상포진 및 대상포진후신경통 환자의 통증 완화 및 신경 기능 회복에 효과적인 치료 수단으로 주목받고 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 한 설문조사 결과에 따르면, 응답자의 약 5.3%가 화침을 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 기본 치료로 활용하고 있다고 보고하였다. 설문에 응답한 한의사 중 934명이 대상포진 또는 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있다고 답했으며, 이 중 725명(77.6%)은 환자들이 이미 항바이러스제, 진통제, 스테로이드제 등의 의과 치료를 받은 이후 한의 의료기관을 내원했다고 보고하였다. 이는 실제 임상에서 화침이 통상적 의과 치료와 병행되어 활용될 수 있음을 시사한다. 비록 전체 사용자 수는 상대적으로 낮지만, 최근에는 화침의 통증 완화 효과와 임상 적용 가능성에 대한 연구들이 점차 축적되고 있으며, 이를 토대로 실제 임상에서의 활용 빈도도 서서히 증가하는 추세이다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 반영하여 성인 대상포진 환자에 대해 화침과 통상적 의과 치료의 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q11

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 화침 치료가 단독 통상적 의과 치료 보다 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	화침 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 14편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Zhang(2021)은 대상포진 환자 128명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 2주간 화침과 통상적 의과 치료 복합군(Acyclovir Injection, Sodium Chloride Injection, Thiamine, Mecobalamin)(n=64)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir Injection, Sodium Chloride Injection, Thiamine, Mecobalamin)(n=64)을 비교하였다.¹⁾

Zhou(2021)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 20일간 고밀도화침과 통상적 의과 치료 복합군(Valacyclovir Hydrochloride)(n=27), 국소병변화침과 통상적 의과 치료 복합군(Valacyclovir Hydrochloride)(n=26), 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir Hydrochloride)(n=27)을 비교하였다.²⁾

Song(2021)은 대상포진 환자 50명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 화침과 통상적 의과 치료 복합군(Penciclovir, Mecobalamin)(n=25)과 약선점 구(n=24) 또는 통상적 의과 치료 단독군(Penciclovir, Mecobalamin)(n=25)을 비교하였다.³⁾

Liu(2019)은 대상포진 환자 57명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침과 통상적 의과 치료 복합군(Valacyclovir Hydrochloride, Thiamine)(n=29)과 부항+통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir Hydrochloride, Thiamine)(n=28) 또는 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir Hydrochloride, Thiamine)(n=27)을 비교하였다.⁴⁾

Hu(2019)는 대상포진 환자 126명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침과 통상적 의과 치료 복합군(Nimesulide, Prednisone Acetate, Vitamin B Complex, Acyclovir Injection, Acyclovir Cream)(n=70)과 통상적 의과 치료 단독군(Nimesulide, Prednisone Acetate, Vitamin B Complex, Acyclovir Injection, Acyclovir Cream)(n=56)을 비교하였다.⁵⁾

Wei(2018)는 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 화침과 통상적 의과 치료 복합군(Famciclovir)(n=45)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir)(n=45)을 비교하였다.⁶⁾

Wang(2017)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침과 통상적 의과 치료 복합군(Valacyclovir Hydrochloride)(n=40)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir Hydrochloride)(n=40)을 비교하였다.⁷⁾

Tang(2016)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 12일간 화침과 통상적 의과 치료 복합군(Valacyclovir Hydrochloride, Indomethacin, Mecobalamin)(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir Hydrochloride, Indomethacin, Mecobalamin)(n=30)을 비교하였다.⁸⁾

Fan(2013)은 대상포진 환자 79명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침과 통상적 의과 치료 복합군(Valacyclovir Hydrochloride, Thiamine)(n=41)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir Hydrochloride, Thiamine)(n=38)을 비교하였다.⁹⁾

Du(2024)은 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 화침과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Mecobalamin, Gabapentin)(n=35)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Mecobalamin, Gabapentin)(n=35)을 비교하였다.¹⁰⁾

Mao(2021)은 대상포진 환자 76명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 화침과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir)(n=38)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir)(n=38)을 비교하였다.¹¹⁾

Wang(2024)은 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 화침과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir Hydrochloride)(n=32)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir Hydrochloride)(n=32)을 비교하였다.¹²⁾

Deng(2019)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Analgesics, Vitamin B Complex)(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Analgesics, Vitamin B Complex)(n=30)을 비교하였다.¹³⁾

Chen(2020)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 화침과 통상적 의과 치료 단독군(Mecobalamin, Acyclovir Injection, Nerve Block Therapy)(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Nerve Block Therapy)(n=30)을 비교하였다.¹⁴⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 8편으로 600명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 99%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 4편으로 269명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않고 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 9편으로 773명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 60%로 통계적 이질성이 상당히 높고, 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

피부 증상(결과 시간)에 대한 연구는 총 7편으로 486명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 91%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 1편으로 76명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

화침과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.57 [-2.23, -0.91], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.28 [0.14, 0.59], 총유효율은 RR 1.18 [1.08, 1.28], 피부 증상(결과시간)은 MD -2.15 [-2.72, -1.57]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.30 [0.09, 1.01]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	600 (8 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.57 낮음 [-2.23, -0.91]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	269 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 0.28 [0.14, 0.59]	1,000명당 231명	1,000명당 167명이 감소 [-199, -95]	후유증이 발생한 대상자 수
총유효율 important	773 (9 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 1.18 [1.08, 1.28]	1,000명당 786명	1,000명당 141명이 증가 [63, 220]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결과 시간) important	486 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	-	-	MD 2.15 낮음 [-2.72, -1.57]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	76 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,f}	RR 0.30 [0.09, 1.01]	1,000명당 263명	1,000명당 184명이 감소 [-239, 3]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뮴림, 실행 비뮴림, 검출 비뮴림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음
d. 통계적 이질성이 상당히 높고($I^2 > 50\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
e. 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하나, 통계적 이질성이 현저히 높고($I^2 > 75\%$) 설명되지 않음
f. 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 화침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 14건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대

한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 화침 치료를 시행하는 비율이 5.3%로 나타나 아직 활용도는 낮지만, 19.8%의 한의사가 임상적으로 중요하거나 매우 중요하다고 평가하고 있어 향후 근거 축적과 함께 활용도가 점차 증가할 것으로 기대된다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 张秋华. 阿昔洛韦联合火针治疗带状疱疹临床观察. 云南中医中药杂志. 2021;42(05):35-7.
2. 周停停. 比较毫火针密刺与点刺对头面部带状疱疹的止痛效果及与血清内IL-10、IL-17和TNF- α 水平的关系 [硕士]: 天津中医药大学; 2021.
3. 宋露. 改良火针治疗带状疱疹的临床研究 [硕士]: 广西中医药大学; 2021.
4. 刘哲. 带状疱疹急性期水疱拔罐与毫火针疗效对比研究 [硕士]: 广州中医药大学; 2019.
5. 胡波. 毫火针针刺治疗带状疱疹的临床应用. 中国民间疗法. 2019;27(03):38-9.
6. 魏晓燕, 朱铭华, 龚五洲, 冯丽蓉, 曾科学. 火针联合泛昔洛韦分散片治疗带状疱疹45例临床观察. 湖南中医杂志. 2018;34(11):77-8.
7. 王文达, 成一星. 毫火针治疗急性期带状疱疹40例. 浙江中医杂志. 2017;52(12):907.
8. 唐艺芯. 火针治疗带状疱疹急性期临床疗效观察 [硕士]: 广州中医药大学; 2016.
9. 范玉江, 刘清国, 尹改珍. 毫火针围点刺配合药物治疗带状疱疹疗效观察. 上海针灸杂志. 2013;32(02):118-20.
10. 杜军, 杨沁源, 单采霞. 火针疗法辅助治疗肝经郁热型带状疱疹效果观察. 中国乡村医药. 2024;31(03):15-6.
11. 毛青青, 李萍, 曹桂娟. 火针联合阿昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察. 陕西中医. 2021;42(07):958-60.
12. 王璇, 周一彤, 陈王蔚, 鲁娜, 赵艳霞. 毫火针治疗头面部带状疱疹对皮损愈合程度的临床疗效观察. 中国中西医结合皮肤性病学杂志. 2024;23(02):154-6.
13. 邓诗清, 李茜, 简雪仪, 龚舒. 岭南火针治疗带状疱疹的临床疗效及对免疫的影响. 数理医药学杂志. 2019;32(05):698-700.
14. 陈代亮. 神经阻滞联合火针治疗对带状疱疹急性期患者结痂、痊愈时间及病程的影响观察. 中国医疗器械信息. 2020;26(06):36-7+93.

12) 약침과 통상적 의과 치료 병행

[R12]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 약침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~2

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 약침 치료가 병행될 수 있다.
- 병변 주변 부위, 해당 분절의 협적혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 약침 치료를 시행한다.
- 황련해독약침, 봉독약침, 중성어혈약침 등의 사용을 고려할 수 있다.
- 봉독 약침 치료는 피부 반응 테스트(skin test)를 시행한 뒤 사용하고 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.

(1) 배경

약침은 한약재 등에서 유래한 약물을 추출·정제·혼합하여 생성된 약침액을 경혈, 압통점 등의 부위에 극소량 주입하는 한의 치료법으로, 침 자극과 약물의 약리작용을 동시에 유도하는 신침요법이다. 약침은 내복이 어려운 환자에게도 적용이 가능하며, 위장관계 부작용이 적고 소량의 약물만으로도 높은 치료 효과를 기대할 수 있다는 장점을 지닌다. 특히, 봉독약침과 같은 특정 약침제제는 신경병증성 통증에 대한 효과가 주목받고 있으며, 통증 완화 및 신경 기능 회복을 목적으로 다양한 임상 현장에서 활용되고 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사 결과, 716명(63.8%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 시 약침 치료를 일반적인 치료로 고려하고 있으며, 845명(75.3%)은 약침을 중요한 치료 선택지로 인식하고 있었다. 치료에 사용되는 주요 약침 제제로는 황련해독약침(51.1%), 봉독약침(40.9%), 중성어혈약침(34.8%) 등이 확인되었으며, 치료 부위는 통증 또는 감각이상 부위가 85.8%로 가장 많았다. 또한, 815명(72.6%)이 약침 치료의 안전성에 대해 긍정적으로 평가하였다. 설문 응답자 중 934명이 대상포진 또는 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있다고 답하였으며, 이 중 725명(77.6%)은 해당 환자들이 이미 항바이러스제, 진통제, 스테로이드제 등 통상적 의과 치료를 받은 이후 한의 의료기관을 내원했다고 보고하였다. 이는 임상적으로 약침 치료가 통상적 의과 치료 이후 병행 요법의 형태로 적용될 수 있음을 시사한다.

이에 현재까지의 연구 결과와 임상 현황을 바탕으로 성인 대상포진 환자에 대한 약침과 통상적 의과 치료의 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q12

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 약침 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	약침 치료 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 2편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Huang(2016)은 대상포진 환자 206명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 등잔세신주사액(燈臺細辛注射液) 약침 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir, Ibuprofen, Topical Therapy)의 복합군(n=103)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Ibuprofen, Topical Therapy)(n=103)을 비교하였다.¹⁾

Li(2010)는 대상포진 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 3주간 단삼주사액(丹蔘注射液) 약침 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir Hydrochloride, Gabapentin, Tramadol) 복합군(n=50)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Gabapentin, Tramadol)(n=50)을 비교하였다.²⁾

㉡ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 1편으로 96명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뮐림, 실행 비뮐림, 검출 비뮐림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 단일 연구로 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 1편으로 96명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뮐림, 실행 비뮐림, 검출 비뮐림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 신뢰구간이 임계값을 교차하여 않았으나, 단일 연구로 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 1편으로 206명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구들에서 선

택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과들이 한쪽 범주에 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 그러나 신뢰구간이 임계값을 교차하며, 단일 연구로 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

피부 증상(결과 시간)에 대한 연구는 총 1편으로 206명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 신뢰구간이 임계값을 교차하며, 단일 연구로 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 1편으로 100명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 단일 연구로 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

약침과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.09 [-1.15, -1.03], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.27 [0.08, 0.92], 충유효율은 RR 1.19 [1.08, 1.31], 피부 증상(결과 시간)은 MD -1.78 [-2.76, -0.8]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.21 [0.08, 0.57]로 약침과 통상적 의과 치료 병행군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	96 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.09 낮음 [-1.15, -1.03]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	96 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 0.27 [0.08, 0.92]	1,000명당 229명	1,000명당 167명이 감소 [-211, -18]	후유증이 발생한 대상자 수
충유효율 important	206 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 1.19 [1.08, 1.31]	1,000명당 816명	1,000명당 155명이 증가 [65, 253]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결과 시간) important	206 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 1.78 낮음 [-2.76, -0.8]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미



결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
이상반응 important	100 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 0.21 [0.08, 0.57]	1,000명당 380명	1,000명당 300명이 감소 [-350, -163]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음
c. 신뢰구간이 임계값을 교차하며, 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 약침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 2건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 약침 치료를 시행하는 비율이 63.8%로 나타나 활용도가 높고 75.3%가 중요한 치료로 평가하고 있으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 黄萍, 敖金波, 郭俐宏, 吴松. 灯盏细辛穴位注射联合浮针激光治疗带状疱疹神经痛的临床观察. 中国中医急症. 2016;25(06):1160-2.
2. 李浪平, 沈亮, 周进, 陆志俊. 穴位注射联合药物治疗急性带状疱疹临床观察. 上海针灸杂志. 2020;39(09):1166-71.

13) 뜸과 통상적 의과 치료 병행

[R13]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low	1~7

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 뜸 치료가 병행될 수 있다.
- 병변 주변 부위, 협척혈(EX-B2), 백회혈(GV20)에 뜸 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 상지 병변: 합곡(LI4), 내관(PC6), 곡지(LI11) 등
 - 하지 병변: 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 승산(BL57) 등
 - 허리 이상 병변: 지구혈(TE6) / 허리 이하 병변: 양릉천(GB34)
- 직접구 등을 시행할 때는 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.

(1) 배경

뜸 치료는 주로 약쥿을 이용하여 경혈이나 통증 부위에 온열 자극을 가하는 한의학적 치료법으로, 직접구 또는 간접구 형태로 피부 위에서 쥿을 연소시켜 열, 연기, 약성을 체 내에 전달한다. 뜸 치료는 국소 혈류를 증가시키고, 신경 말단의 통증 전달을 억제하며, 염증 반응을 조절하는 생리적 기전을 통해 통증 완화, 조직 회복 촉진, 면역 기능 개선 등에 기여하는 것으로 알려져 있다. 이러한 특성으로 인해 뜸 치료는 통증성 질환과 염증성 질환에 광범위하게 활용되고 있으며, 건강보험 급여 항목에도 포함되어 있어 임상 접근성 역시 높다.

2024년 5월에 실시된 전국 한의사 1,122명 대상 설문조사 결과에 따르면, 뜸 치료는 422명(37.6%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하고 있었으며, 512명(45.6%)은 중요한 치료 선택지로 간주하였다. 또한, 532명(47.4%)은 뜸 치료를 높은 안전성을 갖춘 중재라고 평가하였다. 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있는 934명 중 725명(77.6%)은 내원한 환자가 이미 항바이러스제, 스테로이드제, 진통제 등 의과 치료를 받은 상태였다고 응답하였다. 이는 실제 임상에서 뜸 치료가 기존의 의과 치료와 병행하여 보완적으로 활용되고 있음을 보여준다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상 현황을 반영하여, 성인 대상포진 환자에 대한 뜸 치료와 통상적 의과 치료 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q13

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 뜬 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	뜸 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 7편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Sòng(2021)은 대상포진 환자 50명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 14일간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(n=25)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Methylcobalamin)(n=25)을 비교하였다.¹⁾

Zhōu(2021)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 14일간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(n=40)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Indomethacin)(n=40)을 비교하였다.²⁾

Qu(2019)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 14일간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(n=40)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir)(n=40)을 비교하였다.³⁾

Lu(2014)는 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 10일간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(n=45)과 통상적 의과 치료 단독군(Ganciclovir)(n=45)을 비교하였다.⁴⁾

Chén(2013)은 대상포진 환자 48명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 10일간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(n=26)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir)(n=22)을 비교하였다.⁵⁾

Yuè(2009)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 7일간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(n=40)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir)(n=40)을 비교하였다.⁶⁾

Dèng(2023)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 10일간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir, Pregabalin, Methylcobalamin)(n=30)을 비교하였다.⁷⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 4편으로 268명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 82%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되었고, 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고, OIS를 만족하지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 3편으로 188명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 27%로 통계적 이질성이 높지 않아 비일관성은 높지 않다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

충유효율에 대한 연구는 총 6편으로 438명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않고 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

피부 증상(결가 시간)에 대한 연구는 총 4편으로 278명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 96%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 2편으로 139명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과가 한쪽 범주에 분포하여 비일관성은 낮다고 보았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

뜸과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는

MD -0.72 [-1.36, -0.09]로 유의한 호전을 보였으나, 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.53 [0.26, 1.08]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다. 총유효율은 RR 1.16 [1.07, 1.25]으로 유의한 호전을 보였고, 피부 증상(결과 시간)은 MD -1.91 [-4.24, 0.42]로 유의하지 않았다. 이상반응은 RR 3.10 [0.13, 73.14]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	268 (4 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	MD 0.72 낮음 [-1.36, -0.09]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	188 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.53 [0.26, 1.08]	1,000명당 179명	1,000명당 84명이 감소 [-132, -14]	대상포진후 신경통이 발생한 대상자 수
총유효율 important	438 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 1.16 [1.07, 1.25]	1,000명당 768명	1,000명당 123명이 증가 [54, 192]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결과 시간) important	278 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	MD 1.91 낮음 [-4.24, 0.42]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	139 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 3.10 [0.13, 73.14]	1,000명당 0명	-	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
- b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
- c. 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하며, OIS를 만족하지 못함
- d. 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차함

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 뜸 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 7건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 매우 낮음(Very Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과 지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Very Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과의 추정치와 상당히 다를 것이다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 뜸 치료를 시행하는 비율이 37.6%로 나타나 활용도가 높고 45.6%가 중

요한 치료로 평가하며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한 의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 뜸 치료가 대상포진 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 宋露. 改良火针治疗带状疱疹的临床研究 [硕士]: 广西中医药大学; 2021.
2. 周萍, 孔舒玲, 胡凤鸣. 热敏灸疗法对带状疱疹患者疼痛及生活质量的疗效观察. 皮肤病与性病. 2021; 43(02):242-3.
3. 区颖豪, 梁丽婷, 伍冬妮. 灯芯灸治疗急性期带状疱疹临床观察. 光明中医. 2019;34(18):2843-5.
4. 吕凤立. 铺棉灸合并更昔洛韦治疗带状疱疹45例临床观察. 云南中医学院学报. 2014;37(05):66-7.
5. 陈攀, 林辰, 陆惠燕. 壮医药线点灸对带状疱疹患者外周血T细胞亚群的影响. 成都中医药大学学报. 2013;36(02):37-8+41.
6. 岳增辉, 何新群, 姜京明. 闪火灸法治疗带状疱疹的临床研究. 湖南中医药大学学报. 2009;29(05):70-1+4.
7. 邓雪梅. 细药灸条灸术治疗急性期带状疱疹的临床疗效观察 [硕士]: 成都中医药大学; 2023.

14) 자락관법과 통상적 의과 치료 병행

[R14]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 자락관법을 고려할 수 있다.	C/Low	1~15

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 자락관법이 병행될 수 있다.
- 병변 주변 부위, 해당 분절의 협착혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 자락관법을 시행한다.
- 국소 시술 시 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다.
- 치료 빈도: 급성기에는 매일 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

자락관법은 피부에 사혈침(삼릉침, 란셋 등)으로 자극을 가해 소량의 혈액을 유도한 후 부항을 부착하여 출혈을 유도하는 한의학적 외치요법으로, 습식부항의 일종이다. 병변 부위의 어혈 및 염증을 제거하고 국소 혈류를 개선하며, 침자극, 사혈, 음압 자극의 복합적 작용을 통해 통증 매개물 배출과 면역반응 조절에 기여하는 것으로 알려져 있다. 이러한 생리학적 기전으로 인해 자락관법은 통증 완화, 조직 회복, 신경 기능 개선 등을 목적으로 다양한 통증성 및 염증성 질환에 활용되고 있으며, 건강보험 급여 항목에도 포함되어 임상적 접근성이 높다.

대상포진은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 발생하며 피부 병변과 신경통성 통증을 동반하는 급성 질환이다. 일부 환자에서는 병변이 소실된 이후에도 통증이 지속되며, 이는 대상포진후신경통으로 이행될 수 있다. 자락관법은 이러한 급성기 통증 완화 및 염증 억제를 목적으로 임상 현장에서 자주 활용되고 있으며, 특히 항바이러스제, 진통제, 신경병성 통증 조절제 등 통상적 의과 치료와 병행하여 보완적으로 적용되는 경우가 많다.

2024년 5월 실시된 1,122명의 한의사 대상 설문조사에서 498명(44.4%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 습식부항을 일반적으로 사용한다고 응답하였으며, 625명(55.7%)은 습식부항을 중요한 치료 선택지로 고려한다고 답하였다. 또한, 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 치료 경험이 있는 934명중 한의 의료기관에 내원한 대상포진 및 대상포진후신경통 환자가 내원 이전에 통상적 의과 치료(항바이러스제, 스테로이드제 등)를 받았다고 응답한 한의사는 725명(77.6%)에 달하였다. 이는 자락관법이 실제 임상현장에서 대상포진 환자 치료에 널리 활용되고 있으며, 기존 의과 치료와 병행하여 적용될 수 있는 주요 치료 전략 중 하나로 기능하고 있음을 시사한다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상현황을 반영하여 성인 대상포진 환자에 대한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행치료에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q14

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 자락관법 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	자락관법 치료 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 15편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Shi(2021)는 대상포진 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Valacyclovir, Mecobalamin)(n=34)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, Mecobalamin)(n=34)을 비교하였다.¹⁾

Liu(2019a)는 대상포진 환자 55명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Valacyclovir, Vitamin B1)(n=28)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, Vitamin B1)(n=27)을 비교하였다.²⁾

Liu(2019b)은 대상포진 환자 83명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Valacyclovir, Vitamin B1)(n=42)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, Vitamin B1)(n=41)을 비교하였다.³⁾

Tian(2019)은 대상포진 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Acyclovir Injection, Mecobalamin Injection, Pregabalin, Vitamin B1)(n=50)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir Injection, Mecobalamin Injection, Pregabalin, Vitamin B1)(n=50)을 비교하였다.⁴⁾

Huang(2012)은 대상포진 환자 93명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Prednisone, Mecobalamin, Vitamin B1, Ganciclovir Injection)(n=48)과 통상적 의과 치료군(Prednisone, Mecobalamin, Vitamin B1, Ganciclovir Injection)(n=45)을 비교하였다.⁵⁾

Sun(2011)은 대상포진 환자 98명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Mecobalamin, Acyclovir Injection)(n=50)과 통상적 의과 치료군(Mecobalamin, Acyclovir Injection)(n=48)을 비교하였다.⁶⁾

Guo(2006)는 대상포진 환자 71명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Acyclovir, Vitamin B1+Vitamin

B12 Injection)(n=36)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vitamin B1+Vitamin B12 Injection)(n=35)을 비교하였다.⁷⁾

Jiang(2019)은 대상포진 환자 63명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Valacyclovir, Mecobalamin, Vitamin B1)(n=32)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir, Mecobalamin, Vitamin B1)(n=31)을 비교하였다.⁸⁾

Li(2022)은 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Mecobalamin, Acyclovir Injection)(n=32)과 통상적 의과 치료군(Mecobalamin, Acyclovir Injection)(n=32)을 비교하였다.⁹⁾

Li(2014)는 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Famciclovir, Mecobalamin)(n=46)과 통상적 의과 치료군(Famciclovir, Mecobalamin)(n=44)을 비교하였다.¹⁰⁾

Li(2019)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 11일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Famciclovir, Mecobalamin)(n=40)과 통상적 의과 치료군(Famciclovir, Mecobalamin)(n=40)을 비교하였다.¹¹⁾

Cui(2020)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Famciclovir, Interferon α 1b Injection)(n=30)과 통상적 의과 치료군(Famciclovir, Interferon α 1b Injection)(n=30)을 비교하였다.¹²⁾

Liu(2014)는 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Mecobalamin, Ganciclovir+Polyinosinic acid-polycytidylic acid Injection, Acyclovir ointment)(n=32)과 통상적 의과 치료군(Mecobalamin, Ganciclovir+Polyinosinic acid-polycytidylic acid Injection, Acyclovir ointment)(n=32)을 비교하였다.¹³⁾

Xu(2004)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Acyclovir, Acyclovir ointment)(n=40)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Acyclovir ointment)(n=40)을 비교하였다.¹⁴⁾

Wang(2022)은 대상포진 환자 116명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 9일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Famciclovir, Gabapentin, Mecobalamin)(n=57)과 통상적 의과 치료군(Famciclovir, Gabapentin, Mecobalamin)(n=59)을 비교하였다.¹⁵⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 6편으로 총 436명의 환자가 분석에 포함되었다. I^2 는 80%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되었지만 개별 연구 결과들의 점추정치가 대부분 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성으로 근거 수준을 낮추지 않았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 4편으로 256명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 20%로 통계적 이질성이 낮고 결과가 임계값의 한쪽 범주에 분포하여 비일관성은 낮다고 보았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 신뢰구간이 넓고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 13편으로 1,065명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 55%로 통계적 이질성이 상당히 높고, 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

피부 증상(결가 시간)에 대한 연구는 총 7편으로 545명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 83%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 4편으로 320명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과가 일관된 방향을 보여 비일관성은 낮다고 보았다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 연구 대상자 수가 적고 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

자각관법과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.66 [-2.22, -1.09], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.20 [0.08, 0.51], 총

유효율은 RR 1.25 [1.15, 1.35], 피부 증상(결가시간)은 MD -2.2 [-2.78, -1.62]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.86[0.35, 2.10]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	436 (6 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 1.66 낮음 [-2.22, -1.09]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	256 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 0.20 [0.08, 0.51]	1,000명당 203명	1,000명당 163명이 감소 [-187, -100]	후유증이 발생한 대상자 수
총유효율 important	1065 (13 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 1.25 [1.15, 1.35]	1,000명당 694명	1,000명당 173명이 증가 [104, 243]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결가 시간) important	545 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	-	-	MD 2.2 낮음 [-2.78, -1.62]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	320 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	RR 0.86 [0.35, 2.10]	1,000명당 56명	1,000명당 8명이 감소 [36, 61]	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음

b. 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 신뢰구간이 넓고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음

c. 통계적 이질성이 상당히 높고($I^2 > 50\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

d. 통계적 이질성이 현저히 높고($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

e. 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 자라관법과 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 15건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과 지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 자라관법 치료를 시행하는 비율이 40.1%로 나타나 비교적 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예

방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신 경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여 준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 施佳君, 刘桂珍, 李俊雄, 吴文韬. 刺络拔罐法治疗急性期肝经郁热型带状疱疹的临床观察. 中国民间疗法. 2021;29(22):21-4.
2. 刘哲, 李东海, 叶小霞, 陈俊霖, 黄嘉祺. 带状疱疹急性期水疱局部拔罐与火针疗效对比研究. 中国中西医结合皮肤性病学杂志. 2019;18(06):595-9.
3. 刘哲. 带状疱疹急性期水疱拔罐与毫火针疗效对比研究 [硕士]: 广州中医药大学; 2019.
4. 田千慧, 朱咏梅, 张田宁, 邵丽丽, 项旭, 赵慧, et al. 早期梅花针叩刺、火罐联合威伐光治疗急性期带状疱疹的临床研究. 中国中医急症. 2019;28(07):1208-10.
5. 黄家铭, 蒋丽琴, 更昔洛韦, 泼尼松联合针刺拔罐放血治疗带状疱疹的临床疗效. 求医问药(下半月). 2012;10(08):732-3.
6. 孙荣华, 王进, 洪丽娟. 西药结合梅花针叩刺、拔罐治疗带状疱疹. 中国社区医师(医学专业). 2011;13(32):191.
7. 郭丽霞. 三棱针点刺加拔罐治疗带状疱疹疗效观察. 山西中医. 2006(03):41.
8. 江桂林, 朱璇璇, 吴常征. 刺络拔罐对急性期带状疱疹疼痛与焦虑情绪的影响. 中医药临床杂志. 2019;31(08):1574-6.
9. 李慧. 围散刺络拔罐治疗急性期带状疱疹的临床研究. 光明中医. 2022;37(11):2003-5.
10. 李虎, 葛荣生. 刺络拔罐放血疗法配合药物治疗带状疱疹46例疗效观察. 实用中西医结合临床. 2014;14(08):10-1.
11. 李杨帆, 林海. 刺血拔罐法治疗带状疱疹患者急性期疼痛疗效观察. 环球中医药. 2019;12(08):1278-80.
12. 崔婧, 游嵘, 刘婧. 刺络放血联合拔罐协同西药治疗带状疱疹临床观察. 山西中医. 2020;36(12):32-3.
13. 刘勤. 中西医结合治疗带状疱疹临床疗效观察. 中国现代医生. 2014;52(27):138-40.
14. 许岚, 杨新建. 阿昔洛韦联合刺络拔罐治疗头面部带状疱疹40例临床观察. 天津药学. 2004(03):23-4.
15. Wang L, Fang Y-F, Xu J-T, Wang G, Geng Q-N, Li Q-J, et al. [Effect mechanism of pricking and cupping therapy combined with Chinese herbal wet compress in treatment of herpes zoster based on Th1/Th2 imbalance and serum substance P]. Zhen ci yan jiu = Acupuncture research. 2022;47(9):814-20.

15) 한약과 통상적 의과 치료 병행

[R15]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1~49

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 한약 치료가 병행될 수 있다.
- 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다.
 - 간담습열(肝膽濕熱): 용담사간탕(龍膽瀉肝湯) 가감 등
 - 간음화화(肝鬱化火): 소요산(逍遙散) 가감 등
 - 열독웅성(熱毒壅盛): 황련해독탕(黃連解毒湯), 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등
 - 비습담조(脾濕痰阻): 오령산(五苓散), 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등
 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부축어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등
 - 기혈허손(氣血虛損): 십전대보탕(十全大補湯), 보중익기탕(補中益氣湯) 가감 등

(1) 배경

한약 치료는 침과 함께 한의학의 핵심적인 치료법 중 하나로, 환자의 체질과 병증에 따라 약재를 개별적으로 조합하여 처방하는 맞춤형 중재이다. 한의학의 변증론치(辨證論治) 이론에 기반하여, 증상과 체질을 종합적으로 분석하고, 약재의 사기(四氣), 오미(五味), 귀경(歸經) 이론에 따라 장부 기능의 조화 및 기혈음양의 균형 회복을 도모한다.

한약은 체내 면역 반응 조절, 염증 완화, 바이러스 억제, 신경 회복 촉진 등의 복합적 작용을 통해 대상포진의 급성 통증 완화와 병변 치유, 대상포진후신경통의 예방에 기여할 수 있는 잠재력을 가진다. 한약은 통상적 의과 치료와 병행하여 사용될 경우, 단일 치료의 한계를 보완하고 치료 효과를 극대화할 수 있다. 특히 일부 환자에서 나타날 수 있는 약약의 부작용을 경감시키고, 치료 강도를 조절하는 데 도움이 되며, 환자의 전신 상태를 개선하고 치료 순응도를 높이는 데 기여할 수 있다.

2024년 5월에 실시된 전국 한의사 1,122명 대상 설문조사에 따르면, 848명(75.6%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 시 한약 치료를 일반적으로 사용한다고 응답하였고, 1,061명(94.6%)은 한약을 중요한 치료 선택지로 고려하고 있다고 답하였다. 이들 중 한약 치료를 시행한다고 응답한 한의사를 대상으로 분석한 결과, 주요 사용 약물군은 보익약(66.7%), 청열약(40.2%), 이기약(26.3%), 해표약(24.6%) 순이었으며, 대표적인 처방으로는 보중익기탕(補中益氣湯), 십전대보탕(十全大補湯), 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 황련해독탕(黃連解毒湯) 등이 언급되었다. 권장 복용 기간은 1개월 이상 3개월 미만인 441명(52%)으로 가장 많았다. 설문에 응답한 한의사 중 934명이 대상포진 또는 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있다고 답했으며, 이 중 725명(77.6%)은 환자들이 이미 항바이러스제, 진통제, 스테로이드제 등 통상적 의과 치료를 받은 이후 한의 의료기관을 내원했다고 보고하

였다. 이는 한약 치료가 통상적 의과 치료와 병행되는 형태로 활용될 수 있음을 보여준다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 반영하여 성인 대상포진 환자에 대한 한약과 통상적 의과 치료의 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q15

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 한약 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	한약 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 49편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Tong(2017)은 대상포진 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 용담사간환(龍膽瀉肝丸), 양약(Famciclovir, Adenosylcobalamin), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=50)과 양약(Famciclovir, Adenosylcobalamin), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=50)을 비교하였다.¹⁾

Lu(2012)는 대상포진 환자 50명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 연화청온캡슐(連花清瘟膠囊), 주사치료(Acyclovir) 복합치료군(n=26)과 주사치료(Acyclovir, Vit B1, vit B12), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=24)을 비교하였다.²⁾

Li(2018)는 대상포진 환자 72명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 용담사간탕가감(龍膽瀉肝湯加減), 양약(Valacyclovir, Gabapentin, Vit B1, Mecobalamin), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=36)과 양약(Valacyclovir, Gabapentin, Vit B1, Mecobalamin), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=36)을 비교하였다.³⁾

Li(2017)는 대상포진 환자 86명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 20일간 소금환(小金丸), 양약(Acyclovir) 복합치료군(n=43)과 양약(Acyclovir) 치료군(n=43)을 비교하였다.⁴⁾

Li(2011)는 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 한약, 양약(Acyclovir) 복합치료군(n=34)과 양약(Acyclovir) 치료군(n=30)을 비교하였다.⁵⁾

Li(2012)는 대상포진 환자 160명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 고삼해독탕(苦參解毒湯), 양약(Valacyclovir) 복합치료군(n=110)과 양약(Valacyclovir) 치료군(n=50)을 비교하였다.⁶⁾

Miao(2015)는 대상포진 환자 48명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 용담사간탕 합 천궁다조산가감(龍膽瀉肝湯 合 川芎茶調散加減), 양약(Mecobalamin), 주사치료(Acyclovir) 복합치료군(n=24), 양약(Mecobalamin), 주사치료(Acyclovir) 치료군(n=24)을 비교하였다.⁷⁾

Pan(2010)은 대상포진 환자 123명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 21일간 청열량혈방(淸熱涼血方), 양약(Mecobalamin, Ibuprofen), 주사치료(Ganciclovir) 복합치료군(n=65)과 양약(Mecobalamin, Ibuprofen), 주사치료(Ganciclovir) 치료군(n=58)을 비교하였다.⁸⁾

Fan(2017)은 대상포진 환자 78명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 소풍해독정(消風解毒錠), 양약(Famciclovir), 주사치료(Vit B12), Red Light Therapy 복합치료군(n=39)과 양약(Famciclovir), 주사치료(Vit B12), Red Light Therapy 치료군(n=39)을 비교하였다.⁹⁾

Shi(2010)는 대상포진 환자 72명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 량혈해독통락방(涼血解毒通絡湯), 양약(Famciclovir, Mecobalamin), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=36)과 양약(Famciclovir, Mecobalamin), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=36)을 비교하였다.¹⁰⁾

Yu(2019)는 대상포진 환자 98명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 작약감초탕(芍藥甘草湯), 과루산(瓜蒌散), 양약(Famciclovir, Mecobalamin) 복합치료군(n=49)과 양약(Famciclovir, Mecobalamin) 치료군(n=49)을 비교하였다.¹¹⁾

Wang(2017)은 대상포진 환자 130명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 이묘산(二妙散) 복합치료군(n=65)과 양약(Acyclovir, Mecobalamin, Vit B1), 주사치료(Acyclovir, Mecobalamin) 치료군(n=65)을 비교하였다.¹²⁾

Wang(2016)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 서황환(西黃丸), 주사치료(Lidocaine), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=40)과 주사치료(Lidocaine), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=40)을 비교하였다.¹³⁾

Wang(2021)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 1개월간 청열거습방(淸熱除濕方), 양약(Acyclovir, Metformin Hydrochloride), TDP 복합치료군(n=30)과 양약(Acyclovir, Metformin Hydrochloride), TDP 치료군(n=30)을 비교하였다.¹⁴⁾

Wang(2012)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 제습위령탕(除濕胃苓湯), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir), Physical Therapy(NK808) 복합치료군(n=40)과 국소 도포 항바이러스제(金甘油, Acyclovir), Physical Therapy(NK808) 치료군(n=40)을 비교하였다.¹⁵⁾

Wang(2010)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 시간정통탕(瀉肝定痛湯), 주사치료(Prostaglandin E1) 복합치료군(n=32)과 양약(Mecobalamin, Vit B1), 주사치료(Acyclovir) 치료군(n=28)을 비교하였다.¹⁶⁾

Yin(2021)은 대상포진 환자 79명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 화반해독탕(化斑解毒湯), 양약(Famciclovir Hydrochloride, Diclofenac Sodium, Mecobalamin) 복합치료군(n=40)과 양약(Famciclovir Hydrochloride, Diclofenac Sodium, Mecobalamin) 치료군(n=39)을 비교하였다.¹⁷⁾

Ren(2010)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 한약(용담사간탕(龍膽瀉肝湯) or 제습위령탕(除濕胃苓湯) or 시호소간탕(柴胡疏肝湯)), 양약(Acyclovir, Vit E) 복합치료군(n=40)과 양약(Acyclovir, Vit E) 치료군(n=40)을 비교하였다.¹⁸⁾

Zhou(2011)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 한약(용담사간탕(龍膽瀉肝湯) or 제습위령탕(除濕胃苓湯) or 도홍사물탕(桃紅四物湯)), 국소 도포 항바이러스제(金甘油) 복합치료군(n=41)과 양약(Adenosylcobalamin, Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(金甘油) 치료군(n=39)을 비교하였다.¹⁹⁾

Zhu(2012)는 대상포진 환자 102명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 주사치료(Triamcinolone, Mecobalamin, Ribavirin) 복합치료군(n=51)과 주사치료(Triamcinolone, Mecobalamin, Ribavirin) 치료군(n=51)을 비교하였다.²⁰⁾

Zeng(2013)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 한약, 국소 도포 항바이러스제(calamine lotion) 복합치료군(n=60)과 양약(Acyclovir, Vit B1, Mecobalamin), 국소 도포 항바이러스제(calamine lotion) 치료군(n=60)을 비교하였다.²¹⁾

Dong(2022)은 대상포진 환자 108명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 과루산 합 활락효령단(瓜蒌散 合 活絡效靈丹), 양약(Acyclovir, Methylprednisolone, Diclofenac Sodium, Ibuprofen), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=54)과 양약(Acyclovir, Methylprednisolone, Diclofenac Sodium, Ibuprofen), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=54)을 비교하였다.²²⁾

Yu(2014)는 대상포진 환자 46명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 한약(용담사간탕(龍膽瀉肝湯) or 제습위령탕(除濕胃苓湯) or 혈부축어탕(血府逐瘀湯)), 양

약(Acyclovir or Valacyclovir, Pregabalin, Vit B1, Vit B12, Gamma globulin or Interferon), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir, Calamine), Physical therapy (Helium-Neon(He-Ne) laser irradiation) 복합치료군(n=23)과 양약(Acyclovir or Valacyclovir, Pregabalin, Vit B1, Vit B12, Gamma globulin or Interferon), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir, Calamine), Physical therapy(Helium-Neon(He-Ne) laser irradiation) 치료군(n=23)을 비교하였다.²³⁾

Liu(2022)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 소간활혈탕(疏肝活血湯), 양약(Valacyclovir) 복합치료군(n=40)과 양약(Valacyclovir) 치료군(n=40)을 비교하였다.²⁴⁾

Liu(2013)는 대상포진 환자 96명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 우황청심환(牛黃清心丸), 양약(Vit B), 주사치료(Acyclovir) 복합치료군(n=50)과 양약(Vit B), 주사치료(Acyclovir) 치료군(n=46)을 비교하였다.²⁵⁾

Liu(2017)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 해울청독산(解鬱清毒散), 양약(Acyclovir), 주사치료(Vit B1, Vit B12), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=30)과 양약(Acyclovir), 주사치료(Vit B1, Vit B12), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=30)을 비교하였다.²⁶⁾

Liu(2015a)는 대상포진 환자 89명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3일간 익기활혈탕(益氣活血湯), 양약(Acyclovir) 복합치료군(n=44)과 양약(Acyclovir) 치료군(n=45)을 비교하였다.²⁷⁾

Liu(2016)는 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 행기활혈방(行氣活血方), 양약(Mecobalamin, Valacyclovir) 복합치료군(n=20)과 양약(Mecobalamin, Valacyclovir) 치료군(n=20)을 비교하였다.²⁸⁾

Liu(2015b)는 대상포진 환자 72명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 청열해독지통산(清熱解毒止痛散), 양약(Acyclovir, Prednisolone, Cimetidine), 주사치료(Vit B1, Vit B12) 복합치료군(n=36)과 양약(Acyclovir, Prednisolone, Cimetidine), 주사치료(Vit B1, Vit B12) 치료군(n=36)을 비교하였다.²⁹⁾

Lu(2011)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 한약(용담사간탕(龍膽瀉肝湯) or 보양환오탕(補陽還五湯) or 곽박하령탕(藹朴夏苓湯)), 양약(Mecobalamin, Vit B1, Ibuprofen), 주사치료(Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(Famciclovir) 복합치료군(n=30)과 양약(Mecobalamin, Vit B1, Ibuprofen), 주사치료(Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(Famciclovir) 치료군(n=30)을 비교하였다.³⁰⁾

Zhang(2017)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 1개월간 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 양약(Metformin, Repaglinide, Valacyclovir) 복합치료군(n=30)과 양약(Metformin, Repaglinide, Valacyclovir) 치료군(n=30)을 비교

하였다.³¹⁾

Zhang(2013)은 대상포진 환자 208명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 한약, 양약(Acyclovir) 복합치료군(n=104)과 양약(Acyclovir), 주사치료(Triamcinolone) 치료군(n=104)을 비교하였다.³²⁾

Duo(2017)는 대상포진 환자 86명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 21일간 청간지통탕(淸肝止痛湯), 양약(Acyclovir, Diclofenac, Mecobalamin), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=43)과 양약(Acyclovir, Diclofenac, Mecobalamin), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=43)을 비교하였다.³³⁾

Yang(2016)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 청온해독환(淸瘟解毒丸), 양약(Acyclovir) 복합치료군(n=65)과 양약(Acyclovir) 치료군(n=55)을 비교하였다.³⁴⁾

Yang(2017)은 대상포진 환자 92명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 사묘산(四妙散), 양약(Valacyclovir, Mecobalamin) 복합치료군(n=46)과 양약(Valacyclovir, Mecobalamin) 치료군(n=46)을 비교하였다.³⁵⁾

Luo(2008)는 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 금지해독탕(金柅解毒湯), 국소 도포 항바이러스제(Calamine) 복합치료군(n=47)과 양약(Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(Calamine) 치료군(n=43)을 비교하였다.³⁶⁾

Nie(2015)는 대상포진 환자 170명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 한약(용담사간탕가감(龍膽瀉肝湯加減) or 제습위령탕가감(除濕胃苓湯加減) or 변증 처방(기체어혈형(氣滯血瘀型)), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=136)과 양약(Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=34)을 비교하였다.³⁷⁾

Zu(2019)는 대상포진 환자 180명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 보양환오탕(補陽還五湯), 인진호탕(茵陳蒿湯), 양약(Valacyclovir, Gabapentin), 주사치료(Vit B1) 복합치료군(n=90)과 양약(Valacyclovir, Gabapentin), 주사치료(Vit B1) 치료군(n=90)을 비교하였다.³⁸⁾

Zhao(2018)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 진무탕(眞武湯), 사묘용안탕(四妙勇安湯), 작약감초탕(芍藥甘草湯), 양약(Mecobalamin, Vit B1), 주사치료(Ganciclovir) 복합치료군(n=30)과 양약(Mecobalamin, Vit B1), 주사치료(Ganciclovir) 치료군(n=30)을 비교하였다.³⁹⁾

Zhao(2015)는 대상포진 환자 83명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 한약, 양약(Acyclovir, vit B1), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=42)과 양약(Acyclovir, vit B1), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=41)을 비교하였다.⁴⁰⁾

Qian(2018)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일

간 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 양약(Valacyclovir, Mecobalamin) 복합치료군(n=30)과 양약(Valacyclovir, Mecobalamin) 치료군(n=30)을 비교하였다.⁴¹⁾

Chen(2012)은 대상포진 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 한약(익기양음(益氣養陰)), 양약 복합치료군(n=36)과 양약 치료군(n=32)을 비교하였다.⁴²⁾

Chen(2022)은 대상포진 환자 164명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 건비거습해독탕(健脾祛濕解毒湯), 주사치료(Ganciclovir) 복합치료군(n=83)과 주사치료(Ganciclovir) 치료군(n=81)을 비교하였다.⁴³⁾

Chen(2006)은 대상포진 환자 56명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 한약, 주사치료(Interferon, Vit B1, Vit B12) 복합치료군(n=36)과 주사치료(Interferon, Vit B1, Vit B12) 치료군(n=20)을 비교하였다.⁴⁴⁾

Chen(2021)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 용담사간환(龍膽瀉肝丸), 양약(Valacyclovir, 기본치료) 복합치료군(n=40)과 양약(Valacyclovir, 기본치료) 치료군(n=40)을 비교하였다.⁴⁵⁾

Chen(2023)은 대상포진 환자 66명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 용담사간환(龍膽瀉肝丸), 양약(Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=33)과 양약(Acyclovir), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=33)을 비교하였다.⁴⁶⁾

Chen(2010)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 한약, 양약(Acyclovir, Vit B1), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=30)과 양약(Acyclovir, Vit B1), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=30)을 비교하였다.⁴⁷⁾

Ma(2005)는 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일 후간 용담사간탕가감(龍膽瀉肝湯加減), 양약(Acyclovir, Vit B12), 국소 도포 항바이러스제(Calamine) 복합치료군(n=35)과 양약(Acyclovir, Vit B12), 국소 도포 항바이러스제(Calamine) 치료군(n=35)을 비교하였다.⁴⁸⁾

Ma(2016)는 대상포진 환자 87명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 활혈지통방(活血止痛方), 양약(Acyclovir, Mecobalamin, Vit B1), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 복합치료군(n=44)과 양약(Acyclovir, Mecobalamin, Vit B1), 국소 도포 항바이러스제(Acyclovir) 치료군(n=43)을 비교하였다.⁴⁹⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 17편으로 총 1,543명의 환자가 분석에 포함되었다. I²는 94%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되었지만 개별 연구 결과들의 점추정치가 모두 효과

없음(null effect)을 넘고 대부분 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성으로 근거 수준을 낮추지 않았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 21편으로 1,795명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과가 한쪽 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 44편으로 3,871명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 44%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과들이 일관된 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다. 그러나 funnel plot에서 비대칭성이 확인되어 출판 비뚤림 가능성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

피부 증상(결과 시간)에 대한 연구는 총 29편으로 2,516명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 96%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 27편으로 2,165명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으나, 개별 연구 결과들의 점 추정치가 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

한약과 통상적 의과 치료를 복합적으로 받은 군(중재군)은 통상적 의과 치료를 받은 대조군 보다 통증 강도는 MD -1.52 [-1.86, -1.19], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.32 [0.24, 0.43], 총유효율은 RR 1.18 [1.14, 1.22], 피부 증상(결과시간)은 MD -1.99 [-2.47, -1.50]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.69 [0.47, 1.00]로 두 군간 유의한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	1543 (17 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 1.52 낮음 [-1.86, -1.19]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	1795 (21 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.32 [0.24 to 0.43]	1,000명당 190명	1,000명당 129명이 감소 [-145, -108]	대상포진후신경통이 발생한 대상자 수
총유효율 important	3871 (44 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 1.18 [1.14 to 1.22]	1,000명당 772명	1,000명당 139명이 증가 [108, 170]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결가시간) important	2516 (29 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 1.99 낮음 [-2.47, -1.50]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	2165 (27 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.69 [0.47, 1.00]	1,000명당 66명	1,000명당 20명이 감소 [-34, 0]	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려

b. funnel plot이 비대칭성을 보임

c. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

d. 통계적 이질성은 없으나 개별 연구 결과들의 점추정치가 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 한약 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 49건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군과 이상반응에 차이가 없었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 한약 치료를 시행하는 비율이 75.6%로 나타나 활용도가 매우 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 '통증 및 감각 이상 완화(89.0%)'와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 일부 한약의 경우 건강보험 급여가 적용되는

제제로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 B를 부여한다.

참고문헌

1. 童辉, 石年, 陈用军, 王建, 龚玲珍. 龙胆泻肝丸联合泛昔洛韦胶囊治疗带状疱疹的临床观察. 中成药. 2017;39(06):1321-3.
2. 鹿艳群, 王晓刚. 莲花清瘟胶囊联合阿昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察. 中国社区医师(医学专业). 2012;14(12):143-4.
3. 李京哲, 邵占强, 杨广伟. 清胆利肝疗法对老年带状疱疹患者临床症状、免疫功能和疱疹结局的影响. 中国中医急症. 2018;27(01):33-6.
4. 李乃芳. 小金丸联合阿昔洛韦片治疗带状疱疹疗效观察. 贵阳中医学院学报. 2017;39(02):58-60.
5. 李翠凤. 带状疱疹急性期治疗方案优选研究 [硕士]: 山东中医药大学; 2011.
6. 李应宏, 赵明芳. 伐昔洛韦联合中药治疗中老年带状疱疹50例. 中医研究. 2012;25(05):24-6.
7. 苗杨. 中西医结合治疗带状疱疹72例临床观察. 云南中医中药杂志. 2015;36(01):41-2.
8. 潘义敏, 胡秀英. 清热凉血方治疗带状疱疹65例. 陕西中医. 2010;31(07):866.
9. 范兴立, 禹辉, 王江潮. 疏风解毒胶囊治疗肝经郁热型带状疱疹的临床疗效观察. 世界最新医学信息文摘. 2017;17(05):82-3.
10. 史成和, 王秀娟. 凉血解毒通络中药治疗早期带状疱疹. 中国实验方剂学杂志. 2010;16(11):197-9.
11. 余木华. 芍药甘草汤联合瓜蒌散加减治疗带状疱疹49例临床观察. 中国民族民间医药. 2019;28(05):94-6.
12. 王林华. 龙胆泻肝汤合四妙散加减治疗带状疱疹的临床观察. 内蒙古中医药. 2017;36(05):9-10.
13. 王媛媛. 西黄丸治疗急性头面部带状疱疹患者的疗效观察. 中国民康医学. 2016;28(17):55-6.
14. 王定远, 赵丽, 王勇, 司圣海, 张秀环, 王培林, et al. 清热祛湿法治疗2型糖尿病合并急性带状疱疹临床疗效观察. 中医药临床杂志. 2021;33(01):134-7.
15. 王伟芳. 除湿胃苓汤加减治疗脾虚湿蕴型蛇串疮的临床观察 [硕士]: 湖北中医药大学; 2012.
16. 王红梅, 杨鲲. 前列地尔联合中药治疗带状疱疹疗效观察. 中国社区医师(医学专业). 2010;12(13):129-30.
17. 尹思思. 基于毒邪理论以化斑解毒汤治疗风毒证带状疱疹患者临床疗效观察 [硕士]: 成都中医药大学; 2021.
18. 任永亮. 中西医结合治疗带状疱疹80例疗效观察. 内蒙古中医药. 2010;29(17):73.
19. 周万伟. 辩证治疗带状疱疹及对后遗神经痛发生率的影响的观察 [硕士]: 湖北中医药大学; 2011.
20. 朱华东, 卢笛, 李国政, 周程, 王冬冬. 中西医结合预防带状疱疹后神经痛的疗效观察. 中华中医药学刊. 2012;30(05):1061-2.
21. 曾奇生. 中药治疗带状疱疹60例. 光明中医. 2013;28(12):2547-8.
22. 东媛, 张丽琨. 瓜蒌散合活络效灵丹加减治疗带状疱疹对患者疼痛的减轻效果. 内蒙古中医药. 2022;41(02):29-30.



23. 俞春娣. 带状疱疹病人的中医辨证施护效果观察. 全科护理. 2014;12(01):35-6.
24. 刘黎明. 疏肝活血汤治疗带状疱疹（肝经郁热型）的临床疗效观察 [硕士]: 天津中医药大学; 2022.
25. 刘孟兴. 牛黄清心丸和阿昔洛韦治疗带状疱疹的疗效及对血清IL-6的影响. 中国临床研究. 2013;26(09):929-30.
26. 刘民, 陈欣. 自拟解毒清毒散用于带状疱疹患者治疗中的临床效果. 双足与保健. 2017;26(04):62-3.
27. 刘素霞. 益气活血汤加减联合阿昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察. 中医临床研究. 2015;7(21):70-1.
28. 刘婧. 行气活血方加减治疗气滞血瘀型带状疱疹疼痛的临床疗效观察 [硕士]: 南京中医药大学; 2016.
29. 刘华之, 何光华. 清热解毒止痛散联合西医治疗带状疱疹的效果分析. 中国当代医药. 2015;22(31):149-51.
30. 吕华榕. 中医辨证论治配合西药治疗带状疱疹30例疗效观察. 云南中医中药杂志. 2011;32(01):21-2.
31. 张蔚. 龙胆泻肝汤化裁治疗2型糖尿病合并带状疱疹临床观察. 中医药临床杂志. 2017;29(09):1488-91.
32. 张圆. 曲安奈德联合中药汤剂治疗带状疱疹104例临床观察. 中医药导报. 2013;19(12):135-7.
33. 朵雄, 巴晓霞. 清肝止痛汤治疗肝经郁热型带状疱疹的临床疗效分析. 中国中医药科技. 2017;24(04):467-8.
34. 杨道秋, 李振明, 李瑾, 张媛, 徐学超. 中西医结合治疗带状疱疹的临床疗效观察. 中国民间疗法. 2016;24(04):76.
35. 杨云峰. 四妙散联合西医治疗带状疱疹急性期疗效及对患者炎症因子的影响. 中国中医急症. 2017;26(07):1264-6.
36. 罗文辉. 金柜解毒汤治疗带状疱疹47例临床观察. 湖南中医杂志. 2008(01):27-8.
37. 聂雅兰, 郭恕铎. 中医辨证治疗带状疱疹的疗效观察. 内蒙古中医药. 2015;34(04):25-6.
38. 许光仓, 章纬, 张栋梁. 补阳还五汤合茵陈蒿汤加减联合西药治疗老年带状疱疹（气虚血瘀夹湿证）的临床观察. 中国中医急症. 2019;28(08):1462-5.
39. 赵瑞霞, 杜延军. 中西医结合治疗带状疱疹30例疗效观察. 中国民族民间医药. 2018;27(01):101-3.
40. 赵慧杰. 中药联合阿昔洛韦治疗带状疱疹的疗效观察. 中国实用医药. 2015;10(29):189-90.
41. 钱珍珍. 龙胆泻肝汤联合西药治疗肝胆湿热型带状疱疹疗效观察 [硕士]: 北京中医药大学; 2018.
42. 陈文才. 益气养阴中药治疗老年带状疱疹后遗症68例临床观察. 北方药学. 2012;9(07):102.
43. 陈保疆, 李衬, 常贵珍, 王欢, 张理涛. 健脾祛湿解毒汤联合更昔洛韦对带状疱疹病毒感染患者BDNF、MITOL的影响. 中华医院感染学杂志. 2022;32(03):341-5.
44. 陈素文, 余惠萍, 陈焕萍. 中西医结合治疗带状疱疹后遗症神经痛的临床疗效分析. 国际医药卫生导报. 2006(16):37-9.
45. 陈小波, 卞坤鹏, 黄立新. 龙胆泻肝丸联合伐昔洛韦治疗带状疱疹的临床研究. 现代药物与临床. 2021;36(04):731-5.
46. 陈秀丽. 阿昔洛韦与龙胆泻肝丸联合治疗带状疱疹的疗效. 继续医学教育. 2023;37(10):177-80.
47. 陈晓阳, 简仁杰, 郑森, 郑伟军. 阿昔洛韦联合中药治疗带状疱疹的疗效观察. 中国当代医药. 2010;17(23):38-9.
48. 马学元. 中药内服配合外敷治疗带状疱疹临床观察. 青海医学院学报. 2005(04):274-6.
49. 马莹莹. “自拟活血止痛方”治疗初期带状疱疹（肝经郁热型）的疗效观察及对预防后遗症神经痛的临床探索 [硕士]: 成都中医药大学; 2016.

16) 침과 뜸 복합 치료와 통상적 의과 치료 병행

[R16]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 침과 뜸 복합 치료 고려할 수 있다.	C/Low	1~5

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 침과 뜸 복합 치료가 병행될 수 있다.
- 병변 주변 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 침 치료를 시행한다.
- 국소 뜸 시술 시 피부 증상을 면밀히 살피고 직접구 등을 시행할 때는 수포 부위 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.

(1) 배경

침 치료는 경혈에 자극을 가해 말초 및 중추 신경계, 면역계에 복합적으로 작용하여 통증을 완화하고 체내 항상성을 조절하는 효과가 있다. 대상포진은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인해 발생하며, 피부 병변과 함께 급성 신경병증성 통증이 동반된다. 일부 환자에서는 병변 회복 이후에도 통증이 지속되어 대상포진후신경통으로 이행되기도 한다. 침 치료는 이러한 통증 완화, 피부 병변 치유 촉진, 그리고 대상포진후신경통 발생률 감소를 목적으로 임상 현장에서 널리 활용되고 있으며, 건강보험 급여 항목으로 포함되어 있어 환자의 접근성 또한 높다.

뜸 치료는 주로 약쥬를 이용해 경혈이나 통증 부위에 온열 자극을 가하는 한의학적 치료법으로, 피부 위에서 쭉을 직접 또는 간접적으로 태워 열과 연기, 약성을 전달한다. 열 자극은 국소 혈류를 증가시키고, 신경 말단의 통증 전달을 억제하며, 염증 반응을 조절하는 것으로 알려져 있어, 대상포진의 주요 증상인 통증과 감각 이상, 피부 병변 회복에 긍정적인 영향을 줄 수 있다. 뜸 역시 건강보험 급여 항목으로 등재되어 있어 임상에서 활용도가 높다.

대상포진은 다양한 병태생리 기전이 복합적으로 작용하는 질환으로, 급성기에는 바이러스 억제와 염증 조절, 회복기에는 통증 완화 및 조직 재생 촉진이 모두 중요하다. 이에 따라 침, 뜸과 통상적 의과 치료를 병행하는 복합 중재는 각 치료의 기전을 상호 보완적으로 활용함으로써 치료 효과를 극대화하고, 단일 요법으로 충분히 조절되지 않는 증상에 대해 보다 다각적인 접근을 가능하게 한다. 이러한 병행 요법은 임상 현장에서 실제로 자주 활용되고 있으며, 환자의 증상 경감과 삶의 질 향상 측면에서 유의한 장점을 가질 수 있다.

2024년 5월에 실시된 전국 한의사 1,122명 대상 설문조사 결과, 침 치료에 대해 1,046명(93.2%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하였고, 1,011명(90.1%)은 중요한 치료 선택지로 고려한다고 응답하였다. 뜸 치료에 대해서는 422명(37.6%)이 일반적으로 사용한다고 응답하였고, 512명(45.6%)은 중요한 치료 선

택지로 간주하였다. 치료 안전성에 대해서는 침 치료에 대해 1,045명(93.1%), 뜬 치료에 대해 532명(47.4%)이 높은 안전성을 갖춘 치료로 평가하였다. 또한, 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있는 934명 중 725명(77.6%)은 내원한 환자가 이미 항바이러스제, 스테로이드제, 진통제 등 통상적 의과 치료를 받은 상태였다고 응답하였다. 이러한 설문 결과는 실제 임상에서 침과 뜬 치료가 통상적 의과 치료와 병행하여 보완적 치료 전략으로 활용되고 있음을 시사한다.

이에 현재까지의 연구 및 임상현황을 바탕으로 성인 대상포진 환자에 대한 침 및 뜬 치료와 통상적 의과 치료 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q16

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 침과 뜬 복합 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	침+뜸 +통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 5편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Ren(2019)은 대상포진 환자 81명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 5일간 시행한 두피침(頭皮鍼) 치료 및 맥립구(麥粒灸)뜸 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir, NSAID, Glucocorticoid) 복합군(n=27)과 완과침(腕踝鍼) 치료 및 맥립구(麥粒灸)뜸 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir, NSAID, Glucocorticoid) 복합군(n=27)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir, NSAID, Glucocorticoid)(n=27)을 비교하였다.¹⁾ 근거 합성 시에는 두 침 및 뜬, 통상적 의과 치료 병행군과 통상적 의과 치료 단독군을 각각 비교하였다.

Xu(2009)는 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료 및 격산구(隔蒜灸)뜸 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir, Vitamin B1, Calamine, Boric acid) 복합군(n=60)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Vitamin B1, Calamine, Boric acid)(n=60)을 비교하였다.²⁾

Wen(2019)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료 및 뜬 치료와 통상적 의과 치료(Famciclovir) 복합군(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir)(n=30)을 비교하였다.³⁾

Gao(2018)는 대상포진 환자 148명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료 및 뜸 치료와 통상적 의과 치료(Famciclovir) 복합군($n=74$)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir)($n=74$)을 비교하였다.⁴⁾

Wang(2019)은 대상포진 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7~10일간 시행한 침 치료 및 뜸 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir) 복합군($n=40$), 침 및 뜸 복합치료군($n=40$), 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir)($n=40$)을 비교하였다.⁵⁾ 근거 합성 시에는 침, 뜸, 통상적 의과 치료 복합군과 통상적 의과 치료 단독군을 비교하였다.

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 1편으로 148명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 단일 연구로서 대상자 수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 5편으로 487명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 52%로 통계적 이질성이 상당히 높으나 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성으로 근거 수준을 낮추지 않았다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 5편으로 487명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과들이 한쪽 방향으로 일관되게 분포하여 비일관성은 낮다고 보았다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

피부 증상(결가 시간)에 대한 연구는 총 3편으로 260명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 89%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 1편으로 79명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 매우 넓고 2개의 임계값을 넘어 비정밀성을 이유로 근거 수준을 두 등급 낮추었다.

침과 뜸 복합치료에 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -2.56 [-2.78, -2.34], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.36 [0.17, 0.74], 충유효율은 RR 1.20 [1.12, 1.29], 피부 증상(결가 시간)은 MD -1.40 [-2.49, -0.30]으로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 2.59 [0.13, 50.38]로 두 군간 유의한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	148 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.56 낮음 [-2.78, -2.34]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	487 (5 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.36 [0.17, 0.74]	1,000명당 221명	1,000명당 141명이 감소 [-183, -57]	후유증이 발생한 대상자 수
충유효율 important	487 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 1.20 [1.12, 1.29]	1,000명당 788명	1,000명당 158명이 증가 [62, 228]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결가 시간) important	260 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	-	-	MD 1.40 낮음 [-2.49, -0.30]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	79 (1 RCT)	⊕○○○ Very Low ^{a,e}	RR 2.59 [0.13, 50.38]	1,000명당 0명	-	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뚤림과 실행 비뚤림 영역에서 위험성이 있으나, 병행 치료 연구 설계의 특성 고려

b. 단일 연구로서 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음

c. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

d. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

e. 신뢰구간이 매우 넓고 2개의 임계값을 넘음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 침과 뜸 복합치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 5건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)로 평가되었다. 이에 본 권

고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 침 치료와 뜸 치료를 시행하는 비율이 각각 93.2%와 37.6%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등 재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 任圣, 鲍春龄, 李申, 杨滢瑶, 王亚平, 郑巧平. 麦粒灸联合微针治疗带状疱疹的临床随机对照观察. 中国中西医结合杂志. 2019;39(10):1204-8.
2. 徐晓燕. 阿昔洛韦联合针灸治疗带状疱疹60例. 河南中医. 2009;29(12):1209-10.
3. 温志娟, 胡赛升. 药线点灸联合泛昔洛韦治疗带状疱疹30例临床观察. 中国民族民间医药. 2019;28(07):76-8.
4. 高以红, 毛秋霞, 朱红柳. 艾灸合毫针辅助西医治疗带状疱疹急性期疗效及对NO、ERK、JNK水平的影响. 中国中医急症. 2018;27(12):2206-8.
5. 王志刚. 阿昔洛韦联合阿是穴针灸治疗带状疱疹的疗效观察. 海峡药学. 2019;31(04):121-2.

17) 침과 자락관법 복합 치료와 통상적 의과 치료 병행

[R17]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진 환자의 대상포진 증상 개선 및 대상포진후신경통 이환율 감소를 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 침과 자락관법 복합 치료 고려할 수 있다.	C/Low	1~14

임상적 고려사항

- 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등의 통상적 의과 치료와 침과 자락관법 복합 치료가 병행될 수 있다.
- 병변 부위 주변, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 침 치료를 시행한다.
- 국소 자락관법 시 피부 증상을 면밀히 살피고 포진이 터져 삼출물이 배액될 수 있어 감염에 주의해야 한다.

(1) 배경

침 치료는 경혈에 자극을 가해 말초 및 중추 신경계, 면역계에 복합적으로 작용함으로써 통증을 완화하고 체내 항상성을 조절하는 효과를 가진 한의학적 중재이다. 대상포진은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인해 발생하며, 피부 병변과 더불어 급성 신경병증성 통증이 동반되는 질환이다. 일부 환자에서는 병변 회복 이후에도 통증이 지속되어 대상포진후신경통으로 이행되기도 한다. 침 치료는 이러한 통증의 조절, 병변 치유 촉진, 대상포진후신경통 발생률 감소 등을 목적으로 임상 현장에서 널리 활용되고 있으며, 건강보험 급여 항목으로 등재되어 있어 환자 접근성도 높다.

자락관법은 피부에 삼침침이나 란셋 등을 이용해 소량의 출혈을 유도한 뒤, 해당 부위에 부항을 부착하여 음압 자극을 가하는 습식부항의 한 형태이다. 자락관법은 병변 부위의 어혈 및 염증을 제거하고 국소 혈류를 개선하며, 침 자극, 사혈, 음압 자극의 복합 작용을 통해 통증 매개물의 배출 및 면역반응 조절을 유도하는 것으로 알려져 있다. 이러한 생리학적 기전을 바탕으로 자락관법은 통증 완화, 조직 회복, 신경 기능 개선을 목적으로 다양한 급성 및 만성 통증성 질환에 폭넓게 적용되고 있으며, 대상포진 환자 치료에도 다수 활용되고 있다.

대상포진은 급성기와 회복기에 다양한 병태생리적 요인이 작용하는 복합 질환으로, 바이러스 억제, 염증 조절, 통증 경감, 조직 회복 촉진 등의 다면적 접근이 요구된다. 이에 따라 침 치료와 자락관법을 통상적 의과 치료와 병행하는 복합중재 전략은 각 치료법의 상호 보완적 기전을 통해 치료 효과를 극대화하고, 단일 요법으로는 충분히 조절되지 않는 증상에 대해 보다 유연하고 포괄적인 개입이 가능하게 한다.

2024년 5월 실시된 전국 한의사 1,122명을 대상으로 한 설문조사 결과에 따르면, 1,046명(93.2%)이 침 치료가 대상포진 및 대상포진후신경통 환자에 대하여 일반적으로 사용되는 치료라고 인식하였고, 1,011명(90.1%)이 중요한 치료 선택지로 고려한다고 응답하였다. 습식부항의 경우, 498명(44.4%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자에 대해

여 일반적인 치료라고 인식하며, 625명(55.7%)이 중요한 치료 선택지로 고려한다고 응답하였다. 치료 안전성에 대해서는 침 치료에 대해 1,045명(93.1%), 자락관법에 대해 604명(53.8%)이 높은 안전성을 갖춘 치료로 평가하였다. 또한, 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있는 934명 중 725명(77.6%)은 내원 환자가 이미 항바이러스제, 진통제, 스테로이드제 등 의과 치료를 받은 상태였다고 보고하였다. 이는 침 치료 및 자락관법이 실제 임상에서 통상적 의과 치료와 병행하여 적용되는 보완적 치료 전략으로 광범위하게 활용되고 있음을 보여준다.

이에 현재까지의 연구 결과와 임상 현황을 바탕으로, 성인 대상포진 환자에 대한 침 치료 및 자락관법과 통상적 의과 치료의 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q17

성인 대상포진 환자의 통증 감소, 피부 증상 개선, 대상포진후신경통 이환율 감소에 통상적 의과 치료와 병행한 침과 자락관법 복합치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진 환자	침+자락관법 +통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 대상포진후신경통 이환율, 총유효율, 피부 증상(결가 시간), 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항바이러스제, 비마약성진통제, 스테로이드제 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 14편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Feng(2020)은 대상포진 환자 128명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Vitamin B1, Vitamin B12, Acyclovir) 복합군(n=64)과 통상적 의과 치료 단독군(Vitamin B1, Vitamin B12, Acyclovir)(n=64)을 비교하였다.¹⁾

Tian(2019)은 대상포진 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 매화침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(wIRA, Pregabalin, Vitamin B1, Acyclovir, Mecobalamin) 복합군(n=50)과 통상적 의과 치료 단독군(Pregabalin, Vitamin B1, Acyclovir, Mecobalamin)(n=50)을 비교하였다.²⁾

Song(2019)은 대상포진 환자 66명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 침 치료(호침, 매화침) 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir hydrochloride, Mecobalamin) 복합군(n=33)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir hydrochloride, Mecobalamin)(n=33)을 비교하였다.³⁾

Zhu(2018)는 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일

간 시행한 침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir hydrochloride, Vitamin C) 복합군($n=45$)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir hydrochloride, Vitamin C)($n=45$)을 비교하였다.⁴⁾

Lv(2017)는 대상포진 환자 102명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir hydrochloride, Methylcobalamin, Acyclovir) 복합군($n=52$)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir hydrochloride, Methylcobalamin, Acyclovir)($n=50$)을 비교하였다.⁵⁾

Ban(2014)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료(호침, 매화침) 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Valacyclovir hydrochloride, Vitamin B1) 복합군($n=20$)과 통상적 의과 치료 단독군(Valacyclovir hydrochloride, Vitamin B1, Ibuprofen)($n=20$)을 비교하였다.⁶⁾

Chen(2013b)은 대상포진 환자 92명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Tellentin, Antibiotics, Ganciclovir, Adenosylcobalamin) 복합군($n=46$)과 통상적 의과 치료 단독군(Tellentin, Antibiotics, Ganciclovir, Adenosylcobalamin)($n=46$)을 비교하였다.⁷⁾

Chang(2013)은 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 매화침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Vitamin B1, Vitamin B12) 복합군($n=20$)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Vitamin B1, Vitamin B12)($n=20$)을 비교하였다.⁸⁾

Zheng(2011b)은 대상포진 환자 46명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 매화침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(TDP, Acyclovir, Oral transfer factor solution) 복합군($n=23$)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Oral transfer factor solution)($n=23$)을 비교하였다.⁹⁾

Hong(2010)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 18일간 시행한 침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Vitamin B1, Vitamin B12) 복합군($n=30$)과 통상적 의과 치료 단독군(Vitamin B1, Vitamin B12)($n=30$)을 비교하였다.¹⁰⁾

Lian(2010)은 대상포진 환자 32명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료(호침, 매화침) 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir) 복합군($n=16$)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir)($n=16$)을 비교하였다.¹¹⁾

Xie(2009)는 대상포진 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 매화침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Famciclovir) 복합군($n=34$)과 통상적 의과 치료 단독군(Famciclovir)($n=34$)을 비교하였다.¹²⁾

Zhang(2004)은 대상포진 환자 41명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약

11일간 시행한 침 치료 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Acyclovir) 복합군(n = 19)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir)(n = 22)을 비교하였다.¹³⁾

Feng(2023)은 대상포진 환자 104명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 침 치료(호침, 매화침) 및 자락관법 치료와 통상적 의과 치료(Vitamin B1, Acyclovir) 복합군(n = 52)과 통상적 의과 치료 단독군(Vitamin B1, Acyclovir)(n = 52)을 비교하였다.¹⁴⁾

㉔ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 7편으로 586명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 97%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

대상포진후신경통 이환율에 대한 연구는 총 5편으로 394명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았고, 연구 결과가 임계값의 한쪽 범주에 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 14편으로 1,007명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 65%로 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

피부 증상(결가 시간)에 대한 연구는 총 7편으로 520명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 95%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 5편으로 304명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 한편의 연구에서 이상반응을 보고하여 비일관성은 평가되지 못했다. 95% 신

뢰구간이 임계값을 교차하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

침과 자락관법 복합치료에 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 SMD -2.82 [-4.07, -1.57], 대상포진후신경통 이환율은 RR 0.26 [0.11, 0.63], 총유효율은 RR 1.18 [1.09, 1.28], 피부 증상(결과 시간)은 MD -1.85 [-2.52, -1.19]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.11 [0.11, 1.94]로 두 군간 유의한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	586 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 2.82 낮음 [-4.07, -1.57]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
대상포진후 신경통 이환율 critical	394 (5 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.26 [0.11, 0.63]	1,000명당 138명	1,000명당 102명이 감소 [-123, -51]	후유증이 발생한 대상자 수
총유효율 important	1007 (14 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 1.18 [1.09, 1.28]	1,000명당 764명	1,000명당 137명이 증가 [69, 214]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
피부 증상 (결과 시간) important	520 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.85 낮음 [-2.52, -1.19]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	304 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.11 [0.11, 1.94]	1,000명당 26명	1,000명당 23명이 감소 [-23, 25]	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뮌림과 실행 비뮌림 영역에서 위험성이 있으나, 병행 치료 연구 설계의 특성 고려

b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

c. 통계적 이질성이 상당히 높으며($I^2 > 50\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

d. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진 환자에 침과 자락관법 복합치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 15건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 대상포진후신경통 이환율에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도, 대상포진후신경통 이

환율에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 침 치료와 자락관법 치료를 시행하는 비율이 각각 93.2%와 40.1%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 대상포진후신경통 예방(49.8%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 대상포진후신경통 이환율과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 冯勇伟, 王朝阳, 李国梁, 谷世喆. 刺络拔罐加围刺法对急性期带状疱疹患者疼痛及相关炎症因子水平的影响. 现代中西医结合杂志. 2020;29(21):2333-6.
2. 田千慧, 朱咏梅, 张田宁, 邵丽丽, 项旭, 赵慧, et al. 早期梅花针叩刺、火罐联合威伐光治疗急性期带状疱疹的临床研究. 中国中医急症. 2019;28(07):1208-10.
3. 宋丹丹. 刺络拔罐联合围刺治疗急性期带状疱疹的临床研究[硕士]. 辽宁中医药大学; 2019.
4. 朱骏, 周利. 刺络拔罐结合针灸治疗45例带状疱疹的临床观察. 中医临床研究. 2018;10(01):28-30.
5. 吕金, 孙飒, 多兰·达力汗. 围针联合药物治疗头面部带状疱疹临床疗效观察. 新疆医学. 2017;47(06):643-4.
6. 班海燕. 局部围刺法配合叩刺拔罐治疗带状疱疹的临床观察[硕士]. 辽宁中医药大学; 2014.
7. 陈星荣, 李芳梅, 张丽. 针刺加拔罐联合更昔洛韦治疗带状疱疹神经痛临床观察与护理. 环球中医药. 2013;6(S2):85-6.
8. 常淑彪, 李亚敏, 李朝华. 皮肤针叩刺配合拔罐治疗带状疱疹的开放随机对照研究. 内蒙古中医药. 2013;32(13):73-4.
9. 郑翔凌. 针药综合治疗带状疱疹. 中国中医药现代远程教育. 2011;9(03):55.
10. 洪永波. 针刺放血早期干预防治带状疱疹后遗神经痛临床疗效观察. 医学研究杂志. 2010;39(10):103-5.
11. 廉玉平, 牛桂森. 针刺拔罐配合药物治疗带状疱疹临床疗效分析. 中国医药导报. 2010;7(33):52-3.
12. 谢倩, 徐佳, 杨榕青, 谢玉兰. 泛昔洛韦联合针刺拔罐放血疗法治疗带状疱疹疗效观察. 临床医药实践. 2009;18(18):437-8.
13. 张建文, 王秀玲, 周树红. 阿昔洛韦联合针刺疗法治疗带状疱疹41例临床观察. 中国全科医学. 2004(16):1179-80.
14. 冯倩, 卢加庆, 徐琳. 双重围刺联合刺络拔罐放血治疗急性期带状疱疹的价值. 辽宁中医杂志. 2023;50(07):198-201.

2. 대상포진후신경통

■ 한의단독치료

18) 침 치료

[R18]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 침 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1~18

임상적 고려사항

- 통증 부위에 국소 침 치료를 시행하되, 이질통을 호소하는 경우 위자법을 고려할 수 있다.
- 해당 분절의 협척혈(EX-B2)에 침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 기본 혈자리: 함곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 예풍(TE17), 하관(ST7), 사백(ST2), 찬죽(BL2) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 이침의 혈자리로 양측 신문(TF4), 교감(AH6a), 내분비(CO18), 삼초(CO17), 피질해(AT4), 간(CO12), 비(CO13), 신(CO10), 심(CO15) 및 병소 대응 부위를 선택할 수 있다.
- 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

침 치료는 경혈을 자극하여 말초 및 중추 신경계, 면역계에 복합적으로 작용함으로써 통증을 완화하고 체내 항상성 조절을 유도하는 한의학적 중재로, 다양한 신경병성 통증 질환에서 활용되어 왔다. 대상포진후신경통은 수두-대상포진 바이러스 감염 이후 피부 병변이 소실된 뒤에도 통증이 지속되는 상태로, 고령층에서 특히 흔하며 삶의 질 저하를 초래한다. 기존의 의과 치료에는 항경련제, 삼환계 항우울제, 국소 리도카인이나 캡사이신 제제 등이 사용되지만, 일부 환자에게는 부작용 또는 치료 반응 부족으로 인해 치료 유지가 어려운 경우도 있다. 이러한 임상적 한계 속에서 침 치료는 대상포진후신경통 환자에 대한 통증 조절을 목적으로 임상 현장에서 폭넓게 사용되고 있으며, 건강보험 급여 항목에 포함되어 있어 접근성이 높다는 장점이 있다.

2024년 5월에 실시된 전국 한의사 1,122명을 대상으로 한 설문조사에 따르면, 1,046명(93.2%)이 침 치료를 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하고 있었으며, 1,011명(90.1%)은 침 치료를 중요한 치료 선택지로 고려한다고 응답하였다. 또한 1,045명(93.1%)은 침 치료의 안전성이 높다고 평가하였다. 이는 침 치료가 대상포진후신경통 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상현황을 반영하여, 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 침 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q18

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소에 일반 침 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	침 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 18편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Wu(2023)는 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 침 치료(호침, 피내침)군($n=40$)과 통상적 의과 치료군(Methylcobalamin, Pregabalin)($n=40$)을 비교하였다.¹⁾

Hu(2022)는 대상포진후신경통 환자 50명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 21일간 시행한 침 치료(호침, 매화침)군($n=25$)과 통상적 의과 치료군(Methylcobalamin, Gabapentin)($n=25$)을 비교하였다.²⁾

Kang(2020)은 대상포진후신경통 환자 92명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 27일간 시행한 침 치료군($n=46$)과 통상적 의과 치료군($n=46$)을 비교하였다.³⁾

Zheng(2016)은 대상포진후신경통 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 15일간 시행한 침 치료군($n=20$)과 통상적 의과 치료군($n=20$)을 비교하였다.⁴⁾

Zeng(2016)은 대상포진후신경통 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 침 치료군($n=50$)과 통상적 의과 치료군($n=50$)을 비교하였다.⁵⁾

He(2015)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 20일간 시행한 부침(浮鍼) 치료군($n=30$)과 통상적 의과 치료군(Amitriptyline hydrochloride)($n=30$)을 비교하였다.⁶⁾

Zhang(2015)은 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 60일간 시행한 침 치료군($n=20$)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)($n=20$)을 비교하였다.⁷⁾

Feng(2015)은 대상포진후신경통 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료군($n=34$)과 통상적 의과 치료군(Meloxicam, Carbamazepine)($n=34$)을 비교하였다.⁸⁾

Li(2015a)는 대상포진후신경통 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 23일간 시행한 부침(浮鍼) 치료군($n=31$)과 통상적 의과 치료군(Methamphetamine)($n=31$)을 비교하였다.⁹⁾

Wang(2014)은 대상포진후신경통 환자 63명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연

구로, 2주간 시행한 침 치료군($n=21$)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)($n=21$)을 비교하였다.¹⁰⁾

Sun(2013)은 대상포진후신경통 환자 44명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 28일간 시행한 원리침 치료군($n=22$)과 통상적 의과 치료군(Methylcobalamin, Carbamazepine)($n=22$)을 비교하였다.¹¹⁾

Chen(2011)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 10일간 시행한 침 치료군($n=30$)과 통상적 의과 치료군($n=30$)을 비교하였다.¹²⁾

Zhao(2011)는 대상포진후신경통 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 16일간 시행한 침 치료군($n=60$)과 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Codeine, Methylcobalamin)($n=60$)을 비교하였다.¹³⁾

Tian(2011)은 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 12일간 시행한 침 치료군($n=40$)과 통상적 의과 치료군(Methylcobalamin, Diclofenac sodium)($n=40$)을 비교하였다.¹⁴⁾

Chen(2008)은 대상포진후신경통 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료군($n=32$)과 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)($n=30$)을 비교하였다.¹⁵⁾

Tian(2008)은 대상포진후신경통 환자 76명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 침 치료군($n=40$)과 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)($n=36$)을 비교하였다.¹⁶⁾

Zhu(2006)는 대상포진후신경통 환자 126명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 침 치료군($n=67$)과 통상적 의과 치료군(Anti-inflammatory agent, Vitamin B1, Vitamin B12)($n=59$)을 비교하였다.¹⁷⁾

Li(2015b)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 침 치료군($n=30$)과 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)($n=30$)을 비교하였다.¹⁸⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 10편으로 총 651명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 96%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하며, 대상자수가 OIS를 초과하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 17편으로 1,217명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 매우 낮아 비일관성으로 인해 근거 수준을 낮추지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

수면 증상에 대한 연구는 총 2편 172명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 81%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되었으나 개별 연구 결과들의 효과 추정치가 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성으로 인한 근거 수준을 낮추지 않았다. 대상자 수가 적고 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응을 보고한 연구는 총 5편 426명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 14%로 낮은 통계적 이질성이 관찰되었다. 95% 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

침 치료를 받은 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.50 [-2.06, -0.94], 총유효율은 RR 1.27 [1.20, 1.34], 수면은 MD -2.20 [-3.41, -1.00]으로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.17 [0.04, 0.68]로 침 치료를 받은 군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	651 (10 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.50 낮음 [-2.06, -0.94]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	1217 (17 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 1.27 [1.20, 1.34]	1,000명당 692명	1,000명당 187명이 증가 [138, 235]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
수면 important	172 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 2.20 낮음 [-3.41, -1.00]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	426 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.17 [0.04, 0.68]	1,000명당 110명	1,000명당 91명이 감소 [-106, -35]	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려

b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

c. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

d. 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 침 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 18건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)~낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구 중 일부 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 침 치료를 시행하는 비율이 93.2%로 나타나 활용도가 매우 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면 증상과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 침 치료가 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 B를 부여한다.

참고문헌

1. 吴春苗. 针刺疗法联合揞针治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效观察[硕士]: 湖北中医药大学; 2023.
2. 胡亚才, 刘佳琳. 针刺联合梅花针叩刺治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察. 内蒙古中医药. 2022;41(01):89-90.
3. 康拥军. 针刺治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察. 内蒙古中医药. 2020;39(10):146-7.
4. 郑艳艳, 李文萍. 针灸治疗带状疱疹后遗神经痛20例的临床疗效观察. 世界最新医学信息文摘. 2016;16(94):214.
5. 曾菲. 中医针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果分析. 世界最新医学信息文摘. 2016;16(05):134.
6. 贺青涛, 曾科学. 浮针治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 实用中西医结合临床. 2015;15(07):71+85.

7. 张玉霞. 不同针刺方法治疗带状疱疹后遗神经痛疗效比较. 上海针灸杂志. 2015;34(07):620-2.
8. 冯启廷, 何彬, 陈小丽, 李荣华. 冯氏排针法治疗带状疱疹后遗肋间神经痛疗效观察. 实用中医药杂志. 2015;31(01):51-2.
9. 李先兰. 浅针治疗气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛临床疗效观察[硕士]: 福建中医药大学; 2015.
10. 王昊, 谢志浩, 冯建来. 加巴喷丁联合针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察. 中国疗养医学. 2014; 23(02):130-1+93.
11. 孙远征, 刘蕾. 埋针治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 上海针灸杂志. 2013;32(09):719-20.
12. 陈春香. 针灸治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 中医学报. 2011;26(08):1015-6.
13. 赵瑞勤. 三棱针刺血疗法治疗带状疱疹后遗神经痛60例. 陕西中医. 2011;32(05):595-7.
14. 田庆. 针灸治疗带状疱疹后遗神经痛40例. 现代中医药. 2011;31(05):69.
15. 陈云志, 刘安英. 多针浅刺治疗带状疱疹后遗神经痛32例. 时珍国医国药. 2008(04):845-6.
16. 田杰, 饶卫平. 平行浅刺治疗带状疱疹后遗神经痛40例疗效观察. 河南中医. 2008(04):62.
17. 朱明芳, 匡琳, 欧阳恒, 杨志波, 王畅. 针灸围刺治疗带状疱疹后遗神经痛126例临床观察. 湖南中医药大学学报. 2006(05):52-3.
18. 李季, 李天浩, 向云霞. 局部透刺结合循经取穴治疗带状疱疹后遗神经痛30例疗效观察. 湖南中医杂志. 2015;31(08):84+115.

19) 전침 치료

[R19]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1~17

임상적 고려사항

- 통증 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 배수혈에 전침 치료를 시행하며, 병변 이환 부위에 따라 다음 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 기본 혈자리: 족삼리(ST36), 합곡(LI4), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 곡지(LI11), 삼음교(SP6), 지구(TE6) 등
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 예풍(TE17), 하관(ST7), 사백(ST2), 찬죽(BL2) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 자극 방법: 병변 주변 부위에는 저빈도(1~4Hz), 분절 자극을 위해 협척혈(EX-B2) 등에 고빈도(100Hz 이상), 원위 주요 경혈에는 저빈도 혹은 소밀파(dense-disperse wave)로 자극한다.
- 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

전침은 침 치료의 한 형태로, 경혈에 자입한 침에 전기 자극을 가함으로써 침의 기계적 자극과 전기 자극의 복합 효과를 유도하는 한의학적 중재이다. 전침은 일정한 주파수와 강도의 전기 자극을 부여함으로써 오피오이드 펩티드(예: 베타엔도르핀, 엔케팔린, 다이노르핀) 및 세로토닌 등의 신경전달물질 분비를 촉진하고, 척수 및 중추 신경계 수준에서 통증 전달 경로를 억제하여 진통 효과를 증강시키는 것으로 알려져 있다. 이러한 생리적 기전에 기반하여, 전침은 급성 및 만성 통증 질환에 폭넓게 활용되고 있으며, 특히 신경병 증성 통증인 대상포진후신경통에서도 통증 완화 및 기능 회복을 목적으로 임상 적용이 증가하고 있다.

2024년 5월에 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사에 따르면, 전침 치료는 675명(60.2%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하였고, 710명(63.3%)은 이를 중요한 치료 선택지로 고려될 수 있다고 답하였다. 치료의 안전성에 대해서는 897명(80.0%)이 전침 치료가 높은 안전성을 갖춘 중재라고 평가하였다. 이는 전침 치료가 대상포진 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다.

이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 전침 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q19-1

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 전침 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	전침	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 16편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Ren(2016)은 대상포진 환자 41명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 전침군(n=21)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin, Diclofenac, Gastroprotective agent)(n=20)을 비교하였다.¹⁾

Ji(2016)는 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 20일간 시행한 전침군(n=20)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=20)을 비교하였다.²⁾

Fang(2013)은 대상포진 환자 211명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 20일간 시행한 전침군(n=107)과 통상적 의과 치료군(Indomethacin, Mecobalamin)(n=104)을 비교하였다.³⁾

Xie(2012)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 20일간 시행한 전침군(n=31)과 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Vitamin B1, B12)(n=29)을 비교하였다.⁴⁾

Tang(2024)은 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 21일간 시행한 전침군(n=35)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=35)을 비교하였다.⁵⁾

Huang(2021)은 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 전침군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=40)을 비교하였다.⁶⁾

Li(2021)는 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 전침군(n=32)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=32)을 비교하였다.⁷⁾

Lei(2015)는 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 전침군(n=20)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=20)을 비교하였다.⁸⁾

Tan(2013)은 대상포진 환자 44명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 시행한 전침군(n=22)과 통상적 의과 치료군(Vitamin B, Tramadol, Ibuprofen)(n=22)을 비교하였다.⁹⁾

Ma(2007)는 대상포진 환자 30명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 30일간 시행한 전침군(n=15)과 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)(n=15)을 비교하였다.¹⁰⁾

Zhang(2023)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약

28일간 시행한 전침군($n=30$)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)($n=30$)을 비교하였다.¹¹⁾

Chen(2021)은 대상포진 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 30일간 시행한 전침군($n=45$)과 통상적 의과 치료군(Bromazepam, Vitamin B1, Vitamin B12, Galactose Neutrotrophic Peptide, Vitamin B1 injection, Mecobalamin)($n=45$)을 비교하였다.¹²⁾

Zeng(2016)은 대상포진 환자 125명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 21일간 시행한 전침군($n=62$)과 통상적 의과 치료군(Oxcarbazepine, Mecobalamin)($n=63$)을 비교하였다.¹³⁾

Zhang(2013)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 20일간 시행한 전침군($n=30$)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)($n=30$)을 비교하였다.¹⁴⁾

Zhang(2011)은 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 20일간 시행한 전침군($n=35$)과 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Vitamin B1, Mecobalamin)($n=35$)을 비교하였다.¹⁵⁾

Wang(2014)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 전침군($n=30$)과 통상적 의과 치료군(성상신경절 차단술)($n=30$)을 비교하였다.¹⁶⁾

㊫ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 11편으로 총 681명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 73%로 통계적 이질성이 관찰되었어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하며, 대상자수가 OIS를 초과하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 12편으로 928명의 환자가 분석에 포함되었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않아 비일관성으로 인해 근거 수준을 낮추지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고, 대상자수가 OIS를 초과하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

우울 증상에 대한 연구는 총 5편 246명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 90%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이

임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

불안 증상에 대한 연구는 총 1편 80명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구로 비일관성으로 근거 수준을 낮추지 않았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 대상자 수가 적고 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 단계 낮추었다.

수면 증상에 대한 연구는 총 4편 243명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 91%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되었으며 개별 연구 결과들의 효과 추정치가 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성으로 인한 근거 수준을 한 단계 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 단계 낮추었다.

이상반응을 보고한 연구는 총 5편 301명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

전침을 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.42 [-1.70, -1.13], 총유효율은 RR 1.23 [1.16, 1.30], 우울은 MD -1.21 [-2.1, -0.32], 불안은 MD -3.57 [-5.45, -1.69], 수면은 MD -1.58 [-2.89, -0.27]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.25 [0.10, 0.62]로 전침 치료군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	681 (11 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.42 낮음 [-1.70, -1.13]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	928 (12 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 1.23 [1.16, 1.30]	1,000명당 716명	1,000명당 165명이 증가 [115, 215]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
우울 important	246 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD 1.21 낮음 [-2.1, -0.32]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
불안 important	80 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 3.57 낮음 [-5.45, -1.69]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
수면 important	243 (4 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	MD 1.58 낮음 [-2.89, -0.27]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미



결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
이상반응 important	301 (5 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 0.25 [0.10, 0.62]	1,000명당 127명	1,000명당 95명이 감소 [-114, -48]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 신뢰구간이 넓고 대상자 수가 적으며 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 임상질문: Q19-2

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 전침 치료가 거짓 치료(또는 무처치)에 비해 효과 적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	전침	가짜 전침 또는 무처치	통증 강도, 총유효율, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 1편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Liu(2022)는 대상포진 환자 273명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 전침군($n = 136$)과 가짜 전침군($n = 137$)을 비교하였다.¹⁷⁾

㉡ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 1편으로 총 270명의 환자가 분석에 포함되었다. 해당 연구는 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 높지 않다고 판단하여 비뚤림 위험으로 인한 근거 수준을 낮추지 않았다. 단일 연구로 비일관성으로 인한 근거 수준은 낮추지 않았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 단일 연구로 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나 연구 대상자수가 적어 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 단계 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 1편으로 총 270명의 환자가 분석에 포함되었다. 해당 연구는 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 높지 않다고 판단하여 비뚤림 위험으로 인한 근거 수준을 낮추지 않았다. 단일 연구로 비일관성으로 인한 근거 수준은 낮추지 않았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 단일 연구로 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 신뢰구간이 넓으며 연구 대상자수가 적어 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 단계 낮추었다.

이상반응을 보고한 연구는 총 1편으로 총 270명의 환자가 분석에 포함되었다. 해당 연구는 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림의 위험성이 높지 않다고 판단하여 비뿔림 위험으로 인한 근거 수준을 낮추지 않았다. 단일 연구로 비일관성으로 인한 근거 수준은 낮추지 않았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 단일 연구로 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 신뢰구간이 넓으며 연구 대상자수가 적어 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 단계 낮추었다.

전침을 치료한 군은 가짜 전침 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -0.35 [-0.62, -0.08], 총유효율은 RR 1.54 [1.09, 2.16]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 3.53 [0.75, 16.67]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	270 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 0.35 낮음 [-0.62, -0.08]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	270 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	RR 1.54 [1.09, 2.16]	1,000명당 272명	1,000명당 147명이 증가 [24, 316]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
이상반응 important	270 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	RR 3.53 [0.75, 16.67]	1,000명당 15명	1,000명당 38명이 증가 [-4, 234]	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 단일 연구로 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나 대상자수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있음

b. 단일 연구로 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하며 연구 대상자수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있음

(4) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 전침 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 16건의 무작위 대조군 연구, 전침 치료와 가짜 전침 치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표인 통증 강도에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)~낮음(Low), 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)~낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구 중 일부 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 전침 치료를 시행하는 비율이 60.2%로 나타나 임상에서 높은 활용도를 보였으며, 63.3%의 한의사가 전침 치료를 임상적으로 중요하거나 매

우 중요하다고 평가하였다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화 (89.0%)’로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도와 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 침 치료가 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 B를 부여한다.

참고문헌

1. 任永生, 孙汉臻, 任长吉, 牟恒志, 董振彬, 李虹, et al. 针刀点刺联合高压静电疗法治疗顽固性带状疱疹后神经痛的临床观察. 中西医结合心血管病电子杂志. 2016;4(26):169-70+72.
2. 季静, 王和生, 刘兰英. 盛氏“祛瘀扶正”针法对不同性质带状疱疹后神经痛疗效观察. 辽宁中医药大学学报. 2016;18(12):142-5.
3. 房晓宇, 韩利民, 吴红宇. 电针直针刺治疗带状疱疹后遗神经痛临床疗效观察. 人民军医. 2013;56(12):1427-8.
4. 谢玉华. 五输穴包围刺治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 四川中医. 2012;30(07):135-6.
5. 唐文龙, 张仁义, 程孝顶, 郭小川, 曲善忠, 王晓旭, et al. 排刺疗法治疗带状疱疹后神经痛的临床观察. 中国民间疗法. 2024;32(11):46-9.
6. 黄兰. 按神经节段取穴针刺治疗躯干部带状疱疹后遗神经痛的临床研究 [硕士]: 广西中医药大学; 2021.
7. 李海燕. 电针夹脊穴治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效观察 [硕士]: 黑龙江中医药大学; 2021.
8. 雷玉婷. 盛氏“祛瘀扶正”针法治疗带状疱疹后神经痛的疗效观察及对血清中5-HT的影响 [硕士]: 南京中医药大学; 2015.
9. 谭健忠. 火针治疗带状疱疹后遗症随机平行对照研究. 实用中医内科杂志. 2013;27(03):139-40.
10. 马劲云. 针刺治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究 [硕士]: 黑龙江中医药大学; 2007.
11. 张悦毓. 电针夹脊穴联合皮内针治疗带状疱疹后神经痛的临床研究 [硕士]: 湖北中医药大学; 2023.
12. 陈焱. 针灸联合耳穴贴压治疗带状疱疹后遗神经痛临床研究. 新中医. 2021;53(22):171-3.
13. 曾云, 魏正国, 任钰杰, 苟亮, 周荣. 电针夹脊结合围刺治疗带状疱疹后遗神经痛62例. 云南中医中药杂志. 2016;37(12):89-90.
14. 张聪. 围刺治疗带状疱疹后神经痛的临床观察及对血清IL-6的影响 [硕士]: 南京中医药大学; 2013.
15. 张继红. 浮针结合电针治疗带状疱疹后遗神经痛. 河北中医药学报. 2011;26(04):41.
16. 王彦, 胡志远. 星状神经节阻滞联合电针治疗颈面部带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 西部医学. 2014;26(02):232-3+6.
17. 刘芊言. 电针对带状疱疹后神经痛的镇痛作用及基于rs-fMRI的中枢机制 [博士]: 南京中医药大学; 2022.

20) 화침 치료

[R20]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 화침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~5

임상적 고려사항

- 통증 부위, 흉터 부위 및 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등에 화침 치료를 시행한다.
- 화침 치료 후 피부 손상을 최소화하고 감염에 주의해야 한다.
- 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

화침은 침체나 침점을 고온으로 가열한 뒤 인체의 특정 부위에 자극을 가하는 한의학적 중재로, 침 자극과 온열 자극을 결합하여 심부 조직까지 영향을 줄 수 있는 치료법이다. 전통적으로는 비증(痺證), 냉증(冷症) 등 한성 통증 질환의 치료에 활용되었으며, 양기를 보하고 사기를 제거하며 경락의 울체를 해소하는 목적에 사용되었다. 현대 임상에서는 전통적인 직접 가열 방식 외에도, 침 자입 후 애엽이나 전기 온열기를 활용한 온침(溫鍼) 등의 다양한 방식이 병행되어 사용되고 있으며, 관절 및 연부조직 질환뿐 아니라 신경병증성 통증에도 그 활용이 확대되고 있다. 화침은 미세 염증 반응과 열충격 단백질의 발현을 유도함으로써 조직 재생과 통증 조절에 기여할 수 있는 것으로 알려져 있으며, 이러한 기전을 바탕으로 대상포진 및 대상포진후신경통 환자의 통증 완화 및 신경 기능 회복에 효과적인 치료 수단으로 주목받고 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 시행된 설문조사에서, 응답자 중 약 5.3%가 화침을 대상포진 및 대상포진후신경통에 대하여 기본 치료에 활용하고 있다고 보고하였다. 비록 전체 사용자 수는 상대적으로 낮지만, 최근에는 화침의 통증 완화 효과와 임상 적용 가능성에 대한 연구들이 점차 축적되고 있으며, 이를 토대로 실제 임상에서의 활용 빈도도 서서히 증가하는 추세이다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 반영하여 성인 대상포진 환자에 대해 화침과 통상적 의과 치료의 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q20

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 화침 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적 인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	화침 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 5편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Liu(2019)는 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 1개월간 화침(n=40)과 통상적 의과 치료군(Diclofenac Sodium Ointment)(n=40)을 비교하였다.¹⁾

Qiu(2017)는 대상포진후신경통 환자 103명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 1개월간 화침(n=55)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Acetaminophen, Mecobalamin)(n=48)을 비교하였다.²⁾

Liu(2012)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 화침(n=30)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir Hydrochloride, Thiamine)(n=30)을 비교하였다.³⁾

Yuan(2021)은 대상포진후신경통 환자 94명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침(n=47)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir)(n=47)을 비교하였다.⁴⁾

Yan(2016)은 대상포진후신경통 환자 75명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 4주간 화침(n=38)과 통상적 의과 치료군(Diclofenac Sodium Ointment)(n=37)을 비교하였다.⁵⁾

㉡ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 4편으로 309명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뮌림, 실험 비뮌림, 검출 비뮌림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 91%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 5편으로 412명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구

에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 51%로 통계적 이질성이 상당히 높고, 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 1편으로 60명의 환자가 분석에 포함되었다. 포함된 연구에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

화침을 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.40 [-2.11, -0.70], 총유효율은 RR 1.15 [1.05, 1.25]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 13.00 [0.76, 220.96]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증강도 critical	309 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -1.40 [-2.11, -0.70]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	412 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 1.15 [1.05, 1.25]	1,000명당 832명	1,000명당 125명이 증가 [42, 208]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
이상반응 important	60 (1 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 13.00 [0.76, 220.96]	1,000명당 0명	-	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려

b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

c. 통계적 이질성이 상당히 높으며($I^2 > 50\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

d. 단일 연구로서 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 화침 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 5건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구 중 하나의 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 심각한 이

상반응은 보고되지 않았고, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자 에게 화침 치료를 시행하는 비율이 5.3%로 나타나 아직 활용도는 낮으나, 19.8%의 한의사 가 임상적으로 중요하거나 매우 중요하다고 평가하고 있어, 향후 근거 축적과 임상 경험의 확대에 따라 활용도가 점차 증가할 것으로 판단된다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도와 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 어느 정도 반영하고 있음을 보여 준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 刘秋琴, 曾育林, 付玉智. 火针扬刺法和扶他林软膏治疗带状疱疹后遗神经痛的优劣差异. 内蒙古中医药. 2019;38(05):20-1.
2. 邱创臻, 肖伦焕. 火针与西药在缓解带状疱疹疼痛方面的疗效. 中国实用医药. 2017;12(15):127-9.
3. 刘立群. 火针治疗带状疱疹急性期临床疗效及CD4和CD8观察 [硕士]: 广州中医药大学; 2012.
4. 袁仁镒. 火针治疗带状疱疹后神经痛的效果及对睡眠质量的影响研究. 世界睡眠医学杂志. 2021;8(08):1349-50.
5. 闫琨, 赵志轩, 刘松江. 火针扬刺法治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察. 针灸临床杂志. 2016;32(05):46-7.

21) 뜬 치료

[R21]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료 보다 뜬 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low	1~6

임상적 고려사항

- 통증 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 백회혈 및 대상포진 이환 부위에 따라 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 상지 병변: 합곡(LI4), 내관(PC6), 곡지(LI11) 등
 - 하지 병변: 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 승산(BL57) 등
 - 허리 이상 병변: 지구혈(TE6) / 허리 이하 병변: 양릉천(GB34)
- 직접구 등을 시행할 때는 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.

(1) 배경

뜸 치료는 전통 한의학에서 오랜 기간 활용되어 온 대표적인 온열 자극 요법으로, 약쑥을 연소시켜 경혈 또는 통증 부위에 직접 혹은 간접적으로 적용함으로써 열과 약성을 체내에 전달한다. 이러한 온열 자극은 국소 혈류를 증가시키고, 신경 말단의 통증 신호 전달을 억제하며, 염증 반응을 조절하는 등 신경병성 통증 완화에 긍정적으로 작용할 수 있는 생리적 기전을 갖고 있다. 특히 뜬 치료는 건강보험 급여 항목으로 인정되어 있어, 임상 현장에서서의 접근성이 높고 실제로 다양한 통증성 질환에 널리 활용되고 있다.

대상포진후신경통은 수두-대상포진 바이러스 감염 후 피부 병변이 소실된 이후에도 지속되는 만성 신경병증성 통증으로, 고령층에서 흔히 발생하며 삶의 질을 심각하게 저하시킨다. 기존의 의과 치료는 항경련제, 삼환계 항우울제, 국소 리도카인 또는 캡사이신 제제 등이 사용되지만, 일부 환자에서는 치료 반응이 불충분하거나 부작용으로 인해 지속적인 사용이 어려운 경우도 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사에 따르면, 뜬 치료를 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용한다고 응답한 비율은 422명(37.6%) 이었고, 512명(45.6%)은 뜬 치료를 중요한 치료 선택지로 간주하였다. 또한 532명(47.4%)은 뜬 치료의 안전성이 높다고 평가하였다. 아울러, 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있는 934명 중 725명(77.6%)은 내원한 환자가 이미 항바이러스제, 스테로이드제, 진통제 등 의과 치료를 받은 상태였다고 응답하였다.

이러한 결과는 뜬 치료가 임상 현장에서 일정 수준 이상으로 사용되고 있으며, 통상적 의과 치료와 병행되거나 대안으로 고려될 수 있는 치료 전략 중 하나로 인식되고 있음을 시사한다.

이에 현재까지의 연구 및 임상현황을 바탕으로, 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 뜬 단독 치료에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q21

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 뜬 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	뜸 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 6편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Wú(2018)는 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 1개월간 시행한 전자뜸군(n=20)과 통상적 의과 치료군(n=20)을 비교하였다.¹⁾

Bái(2016)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 30일간 시행한 경수(輕手, 1초 이내 가볍게 치료) 뜸군(n=20), 중수(重手, 2초 이상 강하게 치료) 뜸군(n=20)과 통상적 의과 치료군(n=20)을 비교하였다.²⁾

Lǐ(2012)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 4주간 시행한 뜸군(n=30)과 통상적 의과 치료군(n=30)을 비교하였다.³⁾

Lín(2011)는 대상포진 환자 56명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 4주간 시행한 뜸군(n=29)과 통상적 의과 치료군(n=27)을 비교하였다.⁴⁾

Zhōng(2008)은 대상포진 환자 54명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 2주간 시행한 뜸군(n=28)과 통상적 의과 치료군(n=26)을 비교하였다.⁵⁾

Dù(2014)는 대상포진 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 4주간 시행한 뜸군(n=40)과 통상적 의과 치료군(n=40)을 비교하였다.⁶⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 5편으로 292명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 88%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 6편으로 346명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 41%로 통계적 이질성이 높지 않고, 연구 결과가 임계값의 한쪽 범주에 분포하

여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 그러나 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

수면에 대한 연구는 총 1편으로 56명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 6편으로 346명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 44%로 통계적 이질성이 있고, 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 효과 없음에 해당하는 연구도 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

뜸을 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.43 [-2.43, -0.43], 총유효율은 RR 1.24 [1.08, 1.42], 수면은 MD -1.1 [-1.51, -0.69]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.54 [0.26, 1.10]로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	292 (5 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	MD 1.43 낮음 [-2.43, -0.43]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	346 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 1.24 [1.08, 1.42]	1,000명당 675명	1,000명당 162명이 증가 [54, 284]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
수면 important	56 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	-	-	MD 1.1 낮음 [-1.51, -0.69]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	346 (6 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,c,f}	RR 0.54 [0.26, 1.10]	1,000명당 269명	1,000명당 124명이 감소 [-199, 27]	이상반응이 발생한 대상자 수

- 선택 비뿔림, 실행 비뿔림, 검출 비뿔림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려
- 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
- 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음
- 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
- 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
- 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 뜬 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 6건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 매우 낮음(Very Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 매우 낮음(Very Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 것이다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 뜬 치료를 시행하는 비율이 37.6%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면 증상 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 뜬 치료가 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 吴浩浪, 刘倩霞, 陈明春. 电子灸联合加巴喷丁治疗带状疱疹后神经痛的临床研究. 皮肤性病诊疗学杂志. 2018;25(02):74-7.
2. 白露, 陈攀, 范小婷, 林辰. 壮医药线点灸法治疗带状疱疹后遗神经痛临床研究. 亚太传统医药. 2016; 12(12):16-7.
3. 李晶晶, 林辰, 罗婕, 方刚, 杨丽萍. 壮医药线点灸治疗带状疱疹后遗神经痛及随访观察. 辽宁中医药大学学报. 2012;14(10):117-9.
4. 林辰, 杨建萍, 陈攀. 标准化壮医药线点灸治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效及安全性研究. 河北中医. 2011;33(08):1189-90+251.
5. 钟江, 林辰. 壮医药线点灸治疗带状疱疹后遗神经痛疗效分析. 中国民族医药杂志. 2008(07):18-9.
6. 杜艳, 黄月莲, 韦日铺, 吴海标. 壮医药线点灸配合针刺治疗带状疱疹后遗神经痛的优化方案研究. 辽宁中医杂志. 2014;41(08):1719-21.

22) 자락관법 치료

[R22]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 자락관법을 고려할 수 있다.	C/Low	1~11

임상적 고려사항

- 통증 부위, 해당 분절의 협착혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 자락관법을 시행한다.
- 자락관법 후 피부 손상을 최소화하고 감염에 주의해야 한다.
- 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

자락관법은 피부에 사혈침(삼릉침, 란셋 등)을 이용해 소량의 혈액을 유도한 후, 해당 부위에 부항을 부착하여 출혈을 유도하는 한의학적 외치요법으로, 습식부항의 한 형태이다. 자락관법은 병변 부위의 어혈과 염증을 해소하고, 국소 혈류를 개선함으로써 통증 매개물 및 염증성 물질의 배출을 돕고, 면역반응을 조절하는 것으로 알려져 있다. 침 자극, 사혈, 음압 자극의 복합적인 생리학적 기전을 통해 통증 완화, 조직 회복, 신경 기능 개선에 기여하며, 다양한 통증성 및 염증성 질환에 활용되고 있다. 건강보험 급여 항목으로도 등재되어 있어 임상 접근성 또한 높다.

대상포진후신경통은 수두-대상포진 바이러스 감염에 의해 유발된 대상포진의 급성 병변이 소실된 이후에도 통증이 지속되는 상태로, 고령층에서 흔하며 일상생활의 질을 심각하게 저하시킨다. 기존의 의과 치료에서는 항경련제, 삼환계 항우울제, 국소 리도카인 또는 캡사이신 제제 등이 사용되나, 일부 환자에서 치료 반응이 미흡하거나 부작용으로 인해 지속적인 사용이 어려운 경우가 있다.

자락관법은 이러한 대상포진후신경통 환자에게도 통증 경감을 목적으로 적용되어 왔으며, 특히 의과 치료에 대한 만족도가 낮은 환자들에게 대체 혹은 보완 치료로 활용되고 있다.

2024년 5월 실시된 1,122명의 한의사 대상 설문조사에서 498명(44.4%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 습식부항을 일반적으로 사용한다고 응답하였으며, 625명(55.7%)은 습식부항을 중요한 치료 선택지로 고려한다고 답하였다. 또한, 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 치료 경험이 있는 934명중 한의 의료기관에 내원한 대상포진 및 대상포진후신경통 환자가 내원 이전에 통상적 의과 치료(항바이러스제, 스테로이드제 등)를 받았다고 응답한 한의사는 725명(77.6%)에 달하였다. 이는 자락관법이 실제 임상현장에서 대상포진후신경통 환자의 치료에 주요한 치료 전략으로 활용되고 있음을 시사한다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상현황을 반영하여 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 자락관법 단독치료에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q22

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 자락관법 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과 적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	자락관법 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 11편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Gong(2013)은 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 8일간 시행한 자락관법군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Mecobalamin, Acyclovir ointment)(n=40)을 비교하였다.¹⁾

Zhang(2018)은 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 자락관법군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=40)을 비교하였다.²⁾

Zhang(2015a)은 대상포진후신경통 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 자락관법군(n=20)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=20)을 비교하였다.³⁾

Feng(2015)은 대상포진후신경통 환자 76명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 30일간 시행한 자락관법군(n=38)과 통상적 의과 치료군(Mecobalamin, Indometacin)(n=38)을 비교하였다.⁴⁾

Tian(2014)은 대상포진후신경통 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 16일간 시행한 자락관법군(n=34)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=34)을 비교하였다.⁵⁾

Tian(2013a)은 대상포진후신경통 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 16일간 시행한 자락관법군(n=34)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=34)을 비교하였다.⁶⁾

Tian(2013b)은 대상포진후신경통 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 16일간 시행한 자락관법군(n=32)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=32)을 비교하였다.⁷⁾

Wang(2020)은 대상포진후신경통 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 16일간 시행한 자락관법군(n=33)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=35)을 비교하였다.⁸⁾

Zhang(2015b)은 대상포진후신경통 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 30일간 시행한 자락관법군($n=34$)과 통상적 의과 치료군(Amitriptyline)($n=34$)을 비교하였다.⁹⁾

Zhang(2014)은 대상포진후신경통 환자 66명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 자락관법군($n=33$)과 통상적 의과 치료군(Amitriptyline, Levocetirizine Hydrochloride, Doxepin Hydrochloride, Triamcinolone and Urea 피부 도포)($n=33$)을 비교하였다.¹⁰⁾

Han(2018)은 대상포진후신경통 환자 96명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 60일간 시행한 자락관법군($n=32$), 건식부항군($n=32$), 통상적 의과 치료군($n=32$)을 비교하였다.¹¹⁾ 근거 합성 시에는 자락관법군과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 6편으로 376명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 99%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 7편으로 468명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 40%로 통계적 이질성이 높지 않고, 연구 결과들이 일관되게 한쪽 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

우울에 대한 연구는 총 1편으로 64명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 3편으로 180명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과가 일관된 방향으로 분포

하여 비일관성은 낮다고 보았다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 연구대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

자락관법을 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.75 [-2.86, -0.65], 총유효율은 RR 1.29 [1.16, 1.45], 우울은 MD -14.63 [-18.79, -10.47]으로 유의한 호전을 보였다. 이상반응 발생률은 RR 0.15 [0.03, 0.82]로 자락관법군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	376 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.75 낮음 [-2.86, -0.65]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	468 (7 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 1.29 [1.16, 1.45]	1,000명당 691명	1,000명당 200명이 증가 [111, 311]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
우울 important	64 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 14.63 낮음 [-18.79, -10.47]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	180 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.15 [0.03, 0.82]	1,000명당 122명	1,000명당 104명이 감소 [-119, -22]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
d. 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 자락관법과 통상적 의과 치료를 비교한 11건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)~낮음(Low)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 자락관법 치료를 시행하는 비율이 44.4%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치

료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 삶의 질 개선(47.7%), 수면 장애 등의 동반 증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면, 우울, 불안 증상 및 삶의 질 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 龚憬. 刺络放血配合走罐联合治疗带状疱疹后遗神经痛40例. 中国医药指南. 2013;11(20):292-3.
2. 张勇, 薛志欣, 李佩佩. 梅花针叩刺督脉对带状疱疹后神经痛患者血清NF-kB、IL-6含量的影响. 陕西中医药大学学报. 2018;41(05):69-71.
3. Zhang YX. Comparative study on therapeutic efficacies of different acupuncture methods for post-herpetic neuralgia. Shanghai journal of acupuncture and moxibustion [shang hai zhen jiu za zhi]. 2015;34(7):620-2.
4. 冯立峰. 梅花针叩刺配合拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察. 光明中医. 2015;30(05):1114-5.
5. 田浩, 王莹莹, 王兵, 杨莉, 田永静. 刺血拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛32例. 陕西中医. 2014;35(07):903-4.
6. Tian H, Tian Y-J, Wang B, Yang L, Wang Y-Y, Yang J-S. [Impacts of bleeding and cupping therapy on serum P substance in patients of postherpetic neuralgia]. Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion. 2013;33(8):678-81.
7. 田浩. 刺血拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效与机制研究 [博士]: 中国中医科学院; 2013.
8. 王丽, 方玉甫, 李庆娟, 李静文, 李伟玲. 刺络拔罐对带状疱疹后遗神经痛患者血清P物质及IL-6的影响. 中国中医药现代远程教育. 2020;18(16):92-4.
9. 张晓群, 胡春兰. 走罐配合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 按摩与康复医学. 2015;6(11):28-9.
10. 张艳丽, 梁爱芳, 杨小静. 刺络拔罐治疗带状疱疹后顽固性瘙痒33例. 河南中医. 2014;34(09):1836-7.
11. 韩海涛, 李美康, 李婕, 李秀娟, 赖菁菁, 李伟茜, et al. 壮医莲花针拔罐逐瘀法对患者的镇痛作用及血清IL-18、TNF- α 的影响. 广西中医药大学学报. 2018;21(04):8-11.

23) 한약 치료

[R23]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1~19

임상적 고려사항

- 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다.
 - 간울기체(肝鬱氣滯): 소요산(逍遙散), 시호소간산(柴胡疏肝散) 가감 등
 - 화독습열(火毒濕熱): 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등
 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부죽어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등
 - 비허담조(脾虛痰阻): 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등
 - 어혈내조(瘀血內阻): 화어지통탕(化瘀止痛湯) 가감 등
 - 기혈양허(氣血兩虛): 십전대보탕(十全大補湯), 보양환오탕(補陽還五湯) 가감 등
 - 간신음허(肝腎陰虛): 일관전(一貫煎) 가감 등

(1) 배경

한약 치료는 침과 함께 한의학의 핵심 치료법 중 하나로, 환자의 체질과 병증에 따라 약재를 개별적으로 조합하여 처방하는 맞춤형 중재이다. 한의학의 변증론치(辨證論治) 이론에 따라 증상과 체질을 종합적으로 분석하고, 약재의 사기(四氣), 오미(五味), 귀경(歸經) 이론을 기반으로 장부 기능의 조화 및 기혈음양의 균형 회복을 도모한다.

한약은 체내 면역 반응 조절, 염증 완화, 신경 회복 촉진 등의 복합적인 기전을 통해 대상포진후신경통과 같은 만성 신경병증성 통증의 경감에 기여할 수 있다. 특히 대상포진후신경통은 장기간 지속되는 신경 손상성 통증으로 삶의 질을 심각하게 저해할 수 있으며, 기존의 의과 치료로는 일부 환자에서 충분한 효과를 기대하기 어려운 경우, 임상에서 한약 치료를 보완적 또는 대안적 치료로 고려할 수 있다.

2024년 5월에 전국 한의사 1,122명을 대상으로 시행된 설문조사 결과, 848명(75.6%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 시 한약 치료를 일반적으로 사용하고 있다고 응답하였으며, 1,061명(94.6%)은 한약을 중요한 치료 선택지로 고려하고 있다고 답하였다. 실제 한약 치료를 시행하고 있다고 응답한 한의사를 대상으로 분석한 결과, 주요 사용 약물군은 보익약(66.7%), 청열약(40.2%), 이기약(26.3%), 해표약(24.6%) 순이었으며, 대표적인 처방으로는 보중익기탕(補中益氣湯), 십전대보탕(十全大補湯), 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 황련해독탕(黃連解毒湯) 등이 언급되었다. 권장 복용 기간은 1개월 이상 3개월 미만인 441명(52%)으로 가장 많았다. 이러한 결과는 한약 치료가 실제 임상에서 광범위하게 활용되고 있으며, 대상포진후신경통 환자 관리에 있어 하나의 유효한 치료 선택지로 인식되고 있음을 보여준다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 반영하여 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 한약 단독 치료에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q23

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 한약 치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적 인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	한약	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 19편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Tang(2023)은 대상포진후신경통 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(기연지통탕(芪延止痛湯)) 치료군(n=36)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=36)을 비교하였다.¹⁾

Liang(2013)은 대상포진후신경통 환자 79명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 20일간 시행한 한약(보신통락방(補腎通絡方)) 치료군(n=41)과 통상적 의과 치료군(Carbamazepine, Vitamin B1, Methylcobalamin)(n=38)을 비교하였다.²⁾

Wen(2023)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(익기지통방(益氣止痛方)) 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=30)을 비교하였다.³⁾

Fang(2011)은 대상포진후신경통 환자 45명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 15일간 시행한 한약(가미도홍사물탕(加味桃紅四物湯)) 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Indomethacin)(n=15)을 비교하였다.⁴⁾

Xu(2018)는 대상포진후신경통 환자 65명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 한약(소시호탕 합 견정산(小柴胡湯 合 牽正散)) 치료군(n=33)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=32)을 비교하였다.⁵⁾

Wang(2009)은 대상포진후신경통 환자 50명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 30일간 시행한 한약(도홍사물탕가미(桃紅四物湯加味)) 치료군(n=26)과 통상적 의과 치료군(Indomethacin, Vitamin B1, B6, C, Acyclovir ointment)(n=24)을 비교하였다.⁶⁾

Wang(2008)은 대상포진후신경통 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3개월간 시행한 한약(황기, 당귀, 생지황 등을 포함한 처방, 변증에 따라 가미) 치료군(n=50)과 통상적 의과 치료군(Indomethacin, Vitamin B1)(n=50)을 비교하였다.⁷⁾

Wang(2005)은 대상포진후신경통 환자 67명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 한약(보양환오탕가감(補陽還五湯加減)) 및 통상적 의과 치료군(Interferon, Vit B1, Vit B12 Injection)(n=24), 한약(보양환오탕가감(補陽還五湯加減))

치료군(n=23), 그리고 통상적 의과 치료군(n=20)을 비교하였다.⁸⁾

Tian(2005)은 대상포진후신경통 환자 160명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 한약(금령자산가미(金鈴子散加味)) 및 통상적 의과 치료군(n=55), 한약(금령자산가미(金鈴子散加味)) 치료군(n=55), 그리고 통상적 의과 치료군(Methylcobalamin Injection)(n=50)을 비교하였다.⁹⁾ 근거 합성 시에는 한약군과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

Feng(2008)은 대상포진후신경통 환자 65명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 15일간 시행한 한약(육신환(六神丸)) 및 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)(n=24), 한약(육신환(六神丸)) 치료군(n=19), 그리고 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)(n=22)을 비교하였다.¹⁰⁾ 근거 합성 시에는 한약군과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

Zhang(2014)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 한약(오령산가미(五苓散加味)) 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Nimesulide, Vit B1)(n=30)을 비교하였다.¹¹⁾

Zhang(2017a)은 대상포진후신경통 환자 240명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 20일간 시행한 한약(시호소간산 합 도홍사물탕가감(柴胡疏肝散 合 桃紅四物湯加減)) 치료군(n=120)과 통상적 의과 치료군(Vitamin B1, Vitamin B12 Injection, Ibuprofen)(n=120)을 비교하였다.¹²⁾

Zhang(2012)은 대상포진후신경통 환자 94명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(시호, 백작약, 생지황을 포함한 자가 처방) 치료군(n=54)과 통상적 의과 치료군(Mecobalamin, Vitamin B1, Vitamin E, Tramadol)(n=40)을 비교하였다.¹³⁾

Chen(2009)은 대상포진후신경통 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 30일간 시행한 한약(활혈지통방(活血止痛方)) 치료군(n=46)과 통상적 의과 치료군(Carbamazepine, Vitamin B1, Vitamin B12 Injection)(n=44)을 비교하였다.¹⁴⁾

Hu(2012a)는 대상포진후신경통 환자 150명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 20일간 시행한 한약(시호, 백작약, 진피, 도인, 천궁 등을 포함한 자가방) 치료군(n=75)과 통상적 의과 치료군(n=75)을 비교하였다.¹⁵⁾

Liang(2011)은 대상포진후신경통 환자 94명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(사중금구탕(四重金鉤湯)) 및 통상적 의과 치료군(Indomethacin, Dipyridamole, Carbamazepine)(n=35), 한약(사중금구탕(四重金鉤湯)) 치료군(n=32), 그리고 통상적 의과 치료군(Indomethacin, Dipyridamole, Carbamazepine)(n=27)을 비교하였다.¹⁶⁾

Wang(2018a)은 대상포진후신경통 환자 114명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(사단유후환(蛇丹愈后丸)) 및 통상적 의과 치료군(Gabapentin,

Mecobalamin+ Vitamin B1)(n=38), 한약(사단유후환(蛇丹愈后丸)) 치료군(n=38), 그리고 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Mecobalamin+ Vitamin B1)(n=38)을 비교하였다.¹⁷⁾

Shen(2010)은 대상포진후신경통 환자 57명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 30일간 시행한 한약(익기활혈지통방(益氣活血止痛方)) 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Carbamazepine, Vitamin B1, Mecobalamin)(n=27)을 비교하였다.¹⁸⁾

Hu(2012b)는 대상포진후신경통 환자 66명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 21일간 시행한 한약(용담사간연캅술(龍膽瀉肝軟膠囊)) 및 통상적 의과 치료군(Gabapentin) (n=22), 한약 치료군(n=20), 그리고 통상적 의과 치료군(Gabapentin) (n=24)을 비교하였다.¹⁹⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 7편으로 616명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 90%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 18편으로 1465명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 45%로 통계적 이질성이 높지 않아 연구 결과가 일관되게 한쪽 범주에 분포해 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

불안에 대한 연구는 총 1편으로 60명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

수면에 대한 연구는 총 1편으로 60명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적

절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

삶의 질에 대한 연구는 총 1편으로 76명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 14편으로 1,090명 중 93명의 환자에서 이상반응이 나타났다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 10%로 통계적 이질성이 높지 않고, 연구 결과가 일관된 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

한약 치료를 받은 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군에 비해, 통증 강도는 MD -1.19 [-1.83, -0.55], 총유효율은 RR 1.25 [1.16, 1.35], 불안은 MD -2.16 [-4.07, -0.25], 그리고 수면은 MD -2.52 [-4.49, -0.55]로 유의한 호전을 보였다. 삶의 질의 경우 MD 2.34 [-0.45, 5.13]로 통상적 의과 치료에 비해 유의한 차이가 없었다. 이상반응은 RR 0.28 [0.16, 0.46]로 한약 치료군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	616 (7 RCTs)	⊖⊖⊖⊖ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.19 낮음 [-1.83, -0.55]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	1465 (18 RCTs)	⊖⊖⊖⊖ Moderate ^a	RR 1.25 [1.16, 1.35]	1,000명당 679명	1,000명당 177명이 증가 [115, 238]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
불안 important	60 (1 RCT)	⊖⊖⊖⊖ Low ^{a,c}	-	-	MD 2.16 낮음 [-4.07, -0.25]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
수면 important	60 (1 RCT)	⊖⊖⊖⊖ Low ^{a,c}	-	-	MD 2.52 낮음 [-4.49, -0.55]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
삶의 질 important	76 (1 RCT)	⊖⊖⊖⊖ Low ^{a,c}	-	-	MD 2.34 높음 [-0.45, 5.13]	점수가 높을수록 증상이 개선됨을 의미

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
이상반응 important	1090 (14 RCTs)	⊖⊖⊖⊖ Moderate ^a	RR 0.28 [0.16, 0.46]	1,000명당 175명	1,000명당 126명이 감소 [-147, -95]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 활성 대조군 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 한약 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 19건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)~낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 가벼운 소화불량, 어지럼증, 피곤함 등의 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 한약 치료를 시행하는 비율이 75.6%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 삶의 질 개선(47.7%), 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심 결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면, 불안 증상 및 삶의 질 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 일부 한약의 경우 건강보험 급여가 적용되는 제제로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 한약 치료가 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 B를 부여한다.

참고문헌

1. 唐江丽. 芪延止痛汤治疗带状疱疹后遗神经痛气虚血瘀证的临床研究 [硕士]: 云南中医药大学; 2023.
2. 梁成. 补肾通络方治疗带状疱疹后遗神经痛41例. 中国中医药现代远程教育. 2013;11(17):37.



3. 文佳鹏. 自拟益气止痛方治疗气虚血瘀型带状疱疹后神经痛的临床疗效观察 [硕士]: 江西中医药大学; 2023.
4. 方镇强, 李鸣九, 张恒耀. 加味桃红四物汤治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察. 湖北中医杂志. 2011; 33(01):44.
5. 徐浩刚, 陈正平, 桑穆惠. 小柴胡汤结合牵正散治疗带状疱疹后神经痛33例临床观察. 湖南中医杂志. 2018;34(10):71-2.
6. 王文平, 刘雅妮, 徐静, 徐武清. 桃红四物汤加味治疗带状疱疹后遗神经痛26例. 新中医. 2009;41(02):77-8.
7. 王恒, 吴胜利. 调气和血法治疗带状疱疹后遗神经痛50例临床观察. 江苏中医药. 2008(02):42.
8. 汪海珍, 曹武勋. 中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛24例临床观察. 中医药导报. 2005(10):35-6.
9. 田中伟, 宋向凤, 李万里, 冯捷. 中药联合甲钴胺治疗顽固性带状疱疹后遗性神经痛. 中国临床康复. 2005(17):24-5.
10. 冯培民, 陈蕾. 六神丸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 中成药. 2008(06):799-801.
11. 张凌宇. 五苓散加味治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察. 内蒙古中医药. 2014;33(08):13-4.
12. 张永. 柴胡疏肝散合桃红四物汤加减治疗带状疱疹后遗神经痛120例分析. 西部中医药. 2017;30(09):104-6.
13. 张继霞. 祛痛方治疗带状疱疹后遗神经痛. 山西中医. 2012;28(12):11.
14. 陈丽红. 活血益气法治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 光明中医. 2009;24(03):467-8.
15. 胡艳阁. 自拟理气活血方治疗75例带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 中医临床研究. 2012;4(21):50-1.
16. 梁俊梅. 带状疱疹后遗神经痛治疗方案优选研究 [硕士]: 山东中医药大学; 2011.
17. 王丽, 方玉甫, 李庆娟, 耿庆娜, 周国秀. 蛇丹愈后丸联合加巴喷丁治疗气虚血瘀型带状疱疹后遗神经痛的临床观察. 中国实验方剂学杂志. 2018;24(08):183-8.
18. 沈晓英, 张元兴, 徐舒, 朱建军. 中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛43例. 吉林中医药. 2010;30(09):782-3.
19. 胡银娥, 张义轩, 王斌, 瞿伟, 高俊玲. 龙胆泻肝软胶囊联合加巴喷丁治疗老年带状疱疹后遗神经痛临床观察. 中国医学创新. 2012;9(04):121-2.

■ 한의 복합 치료

24) 침과 뜸 복합치료

[R24]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 침과 뜸의 복합 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~4

임상적 고려사항

- 통증 부위에 국소 침 치료를 시행하되 이질통을 호소하는 경우 위자법을 고려할 수 있다.
- 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 합곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등에 자침할 수 있다.
- 직접구 등을 시행할 때는 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.

(1) 배경

침 치료는 경혈에 자극을 가하여 말초 및 중추 신경계, 면역계 등에 복합적으로 작용함으로써 통증을 완화하고 체내 항상성을 조절하는 한의학적 중재이다. 대상포진후신경통은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인한 대상포진 병변이 회복된 이후에도 통증이 지속되는 만성 신경병증성 통증으로, 침 치료는 이러한 잔여 통증의 완화와 신경 기능 개선을 위한 수단으로 임상에서 활용되고 있다.

뜸 치료는 약쑥 등을 이용하여 경혈 또는 환부에 온열 자극을 가함으로써 국소 혈류 개선, 통증 전달 억제, 염증 반응 조절 등의 효과를 유도하며, 대상포진후신경통 환자에서 통증 완화와 감각 이상 개선에 기여할 수 있는 치료법으로 사용되고 있다.

침과 뜸은 상호보완적인 작용 기전을 통해 대상포진후신경통의 다양한 병태에 대응할 수 있으며, 병행 시 통증 경감, 신경 기능 회복 등의 측면에서 보다 효과적인 치료 효과를 기대할 수 있다. 특히 두 치료 모두 건강보험 급여 항목에 포함되어 있어 환자의 접근성이 높고, 임상 적용 가능성이 크다는 점에서 복합 치료법으로서의 활용 가치가 높다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사 결과에 따르면, 침 치료는 93.2%가 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 시행하고 있다고 응답하였고, 90.1%는 이를 중요한 치료 선택지로 인식하였다. 뜸 치료는 37.6%가 일반적으로 사용한다고 답하였으며, 45.6%가 이를 중요한 치료법으로 고려하였다. 또한 두 치료 모두 과반 이상의 한의사가 높은 안전성을 갖춘 중재라고 평가하였다. 이는 침과 뜸이 각각 독립적으로 활용될 뿐 아니라, 병행 치료로도 적용 가능할 수 있음을 보여준다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 바탕으로, 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 침 및 뜸 병행 치료에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q24

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 침과 뜸 복합치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	침+뜸 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 4편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Feng(2017)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 30일간 시행한 침 치료와 뜸 치료의 복합 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Ibuprofen, Methylcobalamin)(n=30)을 비교하였다.¹⁾

Ji(2016)는 대상포진후신경통 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 3주간 시행한 침 치료와 뜸 치료의 복합 치료군(n=20)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=20)을 비교하였다.²⁾

Lu(2020)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 침 치료와 뜸 치료의 복합 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)(n=30)을 비교하였다.³⁾

Pan(2020)은 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 침 치료와 뜸 치료의 복합 치료군(n=40)과 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Cimetidine)(n=40)을 비교하였다.⁴⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 4편으로 229명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뮌립, 실행 비뮌립, 검출 비뮌립 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 10%로 통계적 이질성이 높지 않고, 연구 결과들이 일관된 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 4편으로 233명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뮌립, 실행 비뮌립, 검출 비뮌립 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주

에 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

우울에 대한 연구는 총 1편으로 58명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

수면에 대한 연구는 총 4편으로 222명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 91%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 4편으로 240명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 43%로 통계적 이질성이 높지 않고, 연구 결과가 일관된 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 보았다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

침과 뜸을 병용 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.17 [-1.62, -0.73], 충유효율은 RR 1.14 [1.04, 1.26], 우울은 MD -3.28 [-4.56, -2.00], 수면은 SMD -1.53 [-2.60, -0.47]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.34 [0.06, 2.07]로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	229 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.17 감소 [-1.62, -0.73]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
총유효율 important	233 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 1.14 [1.04, 1.26]	1,000명당 810명	1,000명당 113명이 증가 [32, 211]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
우울 important	58 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 3.28 감소 [-4.56, -2.00]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
수면 important	222 (4 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,d,e}	-	-	SMD 1.53 감소 [-2.60, -0.47]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	240 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	RR 0.34 [0.06, 2.07]	1,000명당 100명	1,000명당 66명이 감소 [-94, 107]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음
c. 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
d. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
e. 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 침과 뜸의 병행 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 4건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 침 치료와 뜸 치료를 시행하는 비율이 각각 93.2%와 37.6%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면, 우울 증상 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

1. 冯玉山. 针刺结合壮医药线治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究 [硕士]: 广西中医药大学; 2017.
2. 季静. “祛瘀生新”疗法治疗不同疼痛性质的带状疱疹后神经痛的临床疗效观察 [硕士]: 南京中医药大学; 2016.
3. 吕松谕. 腹针结合局部艾灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察 [硕士]: 广西中医药大学; 2020.
4. 潘波洋, 陈甜, 雷龙鸣. 壮医药线点灸配合脐内环穴针刺治疗带状疱疹后遗神经痛临床疗效观察. 中华中医药杂志. 2020;35(01):486-9.

25) 침과 한약 복합치료

[R25]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 치료보다 침과 한약의 복합 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1~15

임상적 고려사항

- 통증 부위에 국소 침 치료를 시행하되 이질통을 호소하는 경우 위자법을 고려할 수 있다.
- 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 합곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등에 자침할 수 있다.
- 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다.
 - 간울기체(肝鬱氣滯): 소요산(逍遙散), 시호소간산(柴胡疏肝散) 가감 등
 - 화독습열(火毒濕熱): 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등
 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부죽어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등
 - 비허담조(脾虛痰阻): 제습위경탕(除濕胃苓湯) 가감 등
 - 어혈내조(瘀血內阻): 화어지통탕(化瘀止痛湯) 가감 등
 - 기혈양허(氣血兩虛): 십전대보탕(十全大補湯), 보양환오탕(補陽還五湯) 가감 등
 - 간신음허(肝腎陰虛): 일관전(一貫煎) 가감 등

(1) 배경

침 치료는 경혈에 자극을 가하여 말초 및 중추 신경계, 면역계 등에 복합적으로 작용함으로써 통증을 완화하고 체내 항상성을 조절하는 한의학적 중재이다. 대상포진후신경통은 수두-대상포진 바이러스 감염 이후 피부 병변은 회복되었지만, 통증이 1개월 이상 지속되는 상태로 정의되며, 만성 신경병증성 통증의 대표적인 질환 중 하나이다. 침 치료는 이러한 대상포진후신경통의 만성 통증 조절, 신경 기능 회복, 삶의 질 개선 등을 목표로 임상 현장에서 폭넓게 활용되고 있다.

한약 치료는 환자의 체질과 병증에 따라 개별적으로 조제되는 한의학의 핵심 중재로, 변증론치(辨證論治)에 기반하여 장부 기능 조절 및 기혈·음양의 균형 회복을 목표로 한다. 한약은 면역 반응 조절, 염증 완화, 신경 회복 촉진, 체력 보강 등을 통해 대상포진후신경통의 통증 경감과 전신 상태 개선에 기여할 수 있는 것으로 보고되고 있다.

침과 한약은 각각 기계적 자극과 약리적 작용을 기반으로 하며, 상호 보완적 기전을 통해 대상포진후신경통의 다양한 병태에 대해 보다 통합적이고 효과적인 치료 결과를 기대할 수 있다. 특히, 침 치료는 건강보험 급여 항목에 포함되어 있어 환자 접근성이 높고, 한약은 다양한 임상 경험과 전통적 근거를 통해 그 유효성과 안전성이 널리 인식되고 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사 결과에 따르면, 침 치료는 93.2%가 대상포진후신경통 환자에 대해 일반적으로 시행하고 있으며, 90.1%가 이를 중요한 치료 선택지로 인식하였다. 한약 치료는 75.6%가 일반적으로 사용하고 있다고 응답하였고, 94.6%는 이를 중요한 치료 수단으로 간주하였다. 한약 사용 약물군으로는 보익

약(66.7%), 청열약(40.2%), 이기약(26.3%), 해표약(24.6%) 등이 주로 보고되었으며, 대표적인 처방으로는 보중익기탕(補中益氣湯), 십전대보탕(十全大補湯), 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 황련해독탕(黃連解毒湯) 등이 언급되었다. 이는 대상포진후신경통 환자에게 침과 한약이 폭넓게 활용되고 있으며 함께 시행될 수 있음을 시사한다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 바탕으로, 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 침 및 한약 병행 치료에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q25

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 침과 한약의 복합치료가 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	침 + 한약 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 불안, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 15편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Bu(2013)는 대상포진후신경통 환자 82명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 30일간 시행한 침 치료와 한약 치료(활혈산어탕가감(活血散瘀湯加減))의 복합 치료군(n=41)과 통상적 의과 치료군(Mecobalamin, Carbamazepine, Ibuprofen)(n=41)을 비교하였다.¹⁾

Ji(2019)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 36일간 시행한 침 치료와 한약 치료(지통탕(止痛湯))의 복합 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Thiamine, Methylcobalamin)(n=30)을 비교하였다.²⁾

Li(2012)는 대상포진후신경통 환자 45명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 침 치료와 한약 치료(황기 당귀 등을 포함한 한약)의 복합 치료군(n=22)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin, Capsaicin 도포, Mecobalamin Injection)(n=23)을 비교하였다.³⁾

Liu(2010)는 대상포진후신경통 환자 65명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 침 치료와 한약 치료(용담사간탕+선방활명음가감(龍膽瀉肝湯+仙方活命飲加減))의 복합 치료군(n=34)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vitamin B1, Vitamin B12)(n=31)을 비교하였다.⁴⁾

Liu(2014)는 대상포진후신경통 환자 65명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 4주간 시행한 침 치료와 한약(도인, 홍화 등을 포함한 한약) 복합 치료군(n=33)과

통상적 의과 치료군(Mecobalamin, Ibuprofen)(n=32)을 비교하였다.⁵⁾

Wang(2015)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 2주간 시행한 침 치료와 한약 치료(용담사간탕(龍膽瀉肝湯))의 복합 치료군(Carbamazepine, Vitamin B1, Vitamin B12 Injection)(n=30)과 통상적 의과 치료군(n=30)을 비교하였다.⁶⁾

Wen(2018)은 대상포진후신경통 환자 72명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 4주간 시행한 침 치료와 한약 치료(익기활혈탕(益氣活血湯))의 복합 치료군(n=36)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Methylcobalamin)(n=36)을 비교하였다.⁷⁾

Wu(2018)는 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 침 치료와 한약 치료(신통축어탕(身痛逐瘀湯))의 복합 치료군(n=38)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin, Vitamin B1, Mecobalamin, Duloxetine)(n=42)을 비교하였다.⁸⁾

Xu(2013)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 침 치료와 한약 치료(가미시호소간산(加味柴胡疏肝散))의 복합 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Indometacin, Mecobalamin, Mecobalamin Injection)(n=30)을 비교하였다.⁹⁾

Yin(2018)은 대상포진후신경통 환자 58명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 3주간 시행한 침 치료와 한약 치료(도홍사물탕가미(桃紅四物湯加味))의 복합 치료군(n=29)과 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Thiamine, Methylcobalamin)(n=29)을 비교하였다.¹⁰⁾

Zhang(2011)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 30일간 시행한 침 치료와 한약 치료(기릉탕(芪稜湯))의 복합 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)(n=30)을 비교하였다.¹¹⁾

Zhang(2015)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 1개월간 시행한 침 치료와 한약 치료(시호 황기 등을 포함한 한약)의 복합 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Indometacin, Thiamine Injection, Methylcobalamin Injection)(n=30)을 비교하였다.¹²⁾

Zhu(2020)는 대상포진후신경통 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 32일간 시행한 침 치료와 한약 치료(일관전가감(一貫煎加減))의 복합 치료군(n=31)과 통상적 의과 치료군(Famciclovir, Methylcobalamin)(n=31)을 비교하였다.¹³⁾

Zou(2010)는 대상포진후신경통 환자 58명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 20일간 시행한 침 치료와 한약 치료(도홍사물탕가감(桃紅四物湯加味))의 복합 치료군(n=30)과 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Thiamine, Methylcobalamin)(n=28)을 비교하였다.¹⁴⁾

Lei(2017)는 대상포진후신경통 환자 92명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 20일간 시행한 침 치료와 한약 치료(익기양음(益氣養陰) 및 활혈화어(活血化瘀) 효능 한약)의 복합 치료군($n=46$)과 통상적 의과 치료군(Indomethacin, Vitamin B1, Mecobalamin)($n=46$)을 비교하였다.¹⁵⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 7편으로 490명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 86%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 12편으로 786명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되었으며, 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포해 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

수면에 대한 연구는 총 4편으로 283명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 26%로 통계적 이질성이 높지 않고, 연구 결과들이 일관된 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

불안에 대한 연구는 총 1편으로 92명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 15편으로 979명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과들이 일관되게

한쪽 범주에 분포하여 비일관성은 낮다고 보았다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 발생율이 매우 적어 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

침과 한약을 병용 치료한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.07 [-1.54, -0.60], 총유효율은 RR 1.20 [1.13, 1.27], 수면은 MD -1.95 [-2.43, -1.46], 불안은 MD -6.61 [-6.85, -6.37]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.26 [0.09, 0.76]으로 침과 한약 병용 치료군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	490 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.07 낮음 [-1.54, -0.60]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	786 (12 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 1.20 [1.13, 1.27]	1,000명당 746명	1,000명당 149명이 증가 [97, 201]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
수면 important	283 (4 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 1.95 낮음 [-2.43, -1.46]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
불안 important	92 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 6.61 낮음 [-6.85, -6.37]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	979 (15 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.26 [0.09, 0.76]	1,000명당 31명	1,000명당 23명이 감소 [-28, -7]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
- b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
- c. 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
- d. 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 발생율이 매우 적어 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 침과 한약의 병행 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 15건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)~낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구 중 일부 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한

효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 침 치료와 한약 치료를 시행하는 비율이 각각 93.2%와 75.6%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요 결과지표인 수면, 불안 증상 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 침 치료는 건강보험 급여 등재 행위이고, 일부 한약의 경우 건강보험 급여가 적용되는 제제로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 침과 한약의 병행 치료가 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 B를 부여한다.

참고문헌

1. 卜召飞. 针药合用治疗带状疱疹后遗神经痛41例. 河南中医. 2013;33(11):1955-6.
2. 季微. 针药治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察 [硕士]: 辽宁中医药大学; 2019.
3. 李鹤, 张晓琳, 魏冉梅. 针药配合治疗带状疱疹后遗神经痛22例. 针灸临床杂志. 2012;28(02):32-4.
4. 刘丽雅, 陈庚, 郑健刚. 针药结合治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察. 长春中医药大学学报. 2010;26(01):97-8.
5. 刘娜娜. 活血通络理气止痛法联合针刺治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察 [硕士]: 河北医科大学; 2014.
6. 王静丽. 针药结合治疗带状疱疹后遗神经痛临床疗效观察. 世界最新医学信息文摘. 2015;15(66):97.
7. 文琪. 自拟益气活血汤配合梅花针叩刺治疗带状疱疹后遗神经痛 (气虚血瘀型) 的临床观察 [硕士]: 成都中医药大学; 2018.
8. 吴家民, 谭汶键, 吴锦镇, 储开宇, 李敏. 皮肤针叩刺联合身痛逐瘀汤治疗气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛临床观察. 河北中医. 2018;40(02):283-6.
9. 许文婷, 邹伟. 针药并用治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察. 针灸临床杂志. 2013;29(09):15-6.
10. 阴雨顺. 中药配合针刺治疗带状疱疹后遗神经痛58例. 世界最新医学信息文摘. 2018;18(40):158.

11. 张思为, 邓世芳, 苏峥, 郭少军, 邓茜, 蒋红玉. 芪棱汤配合针刺治疗带状疱疹后遗神经痛30例临床研究. 亚太传统医药. 2011;7(07):112-4.
12. 张在伟. 中药联合针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效观察. 医学理论与实践. 2015;28(21):2944-5.
13. 朱广红. 一贯煎配合针灸治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 中国社区医师. 2020;36(03):118-9.
14. 邹国明, 李金娥, 管行义, 江丽芳. 中药配合针刺治疗带状疱疹后遗神经痛30例. 江西中医药. 2010;41(11):58-9.
15. 雷进攻, 许庆强. 围刺联合益气养阴、活血化瘀中药复方治疗老年性带状疱疹后遗神经痛患者46例. 环球中医药. 2017;10(01):88-90.



■ 한양방 복합 치료

26) 침과 통상적 의과 치료 병행

[R26]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 침 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1~12

임상적 고려사항

- 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 침 치료가 병행될 수 있다.
- 통증 부위에 국소 침 치료를 시행하되 이질통을 호소하는 경우 위자법을 고려할 수 있다.
- 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 배수혈 및 대상포진 이환 부위에 따라 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 기본 혈자리: 함곡(LI4), 곡지(LI11), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 지구(TE6), 혈해(SP10), 삼음교(SP6) 등에 자침할 수 있다.
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 예풍(TE17), 하관(ST7), 사백(ST2), 찬죽(BL2) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 이침의 혈자리로 양측 신문(TF4), 교감(AH6a), 내분비(CO18), 삼초(CO17), 피질하(AT4), 간(CO12), 비(CO13), 신(CO10), 심(CO15) 및 병소 대응 부위를 선택할 수 있다.
- 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

침 치료는 경혈을 자극하여 말초 및 중추 신경계, 면역계에 복합적으로 작용함으로써 통증을 완화하고 체내 항상성 유지에 기여하는 한의학적 중재로, 다양한 신경병성 통증 질환의 치료에 활용되고 있다. 대상포진후신경통은 수두-대상포진 바이러스의 재활성화로 인해 발생한 대상포진의 피부 병변이 회복된 이후에도 통증이 지속되는 상태로, 특히 고령 환자에게 흔하게 발생하며 일상생활의 기능적 저하와 삶의 질 저하를 유발할 수 있다.

대상포진후신경통에 대한 기존의 의과 치료는 항경련제, 삼환계 항우울제, 국소 리도카인 제제 또는 캡사이신 제제 등이 활용되고 있으나, 일부 환자에서는 치료 반응이 미비하거나 약물의 부작용으로 인해 장기적인 치료 지속이 어려운 경우가 보고되고 있다. 이러한 한계 속에서 침 치료는 대상포진후신경통 환자에 대해 통증 경감, 신경 기능 조절, 삶의 질 개선 등을 기대하며 임상 현장에서 보완적 치료 전략으로 빈번히 사용되고 있다.

2024년 5월에 실시된 전국 한의사 1,122명을 대상으로 한 설문조사에 따르면, 1,046명(93.2%)이 침 치료를 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하고 있었으며, 1,011명(90.1%)은 침 치료를 중요한 치료 선택지로 고려한다고 응답하였다. 또한 1,045명(93.1%)은 침 치료의 안전성이 높다고 평가하였다. 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있는 934명 중 725명(77.6%)은 내원한 환자가 통상적 의과 치료(항바이러스제, 스테로이드제, 진통제 등)를 이미 받은 상태였다고 응답하였

다. 이는 실제 임상에서 침 치료가 기존 통상적 의과 치료와 병행하여 적용되는 치료 전략 중 하나로 활발히 활용되고 있음을 시사한다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상현황을 반영하여, 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 침 치료와 통상적 의과 치료 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q26

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 통상적 의과 치료와 병행한 침 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	침 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 12편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Wang(2021)은 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 6주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Gabapentin) 복합군($n=40$)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin)($n=40$)을 비교하였다.¹⁾

Gao(2023)는 대상포진후신경통 환자 61명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(척추주위 신경차단술) 복합군($n=30$)과 통상적 의과 치료 단독군(척추주위 신경차단술)($n=31$)을 비교하였다.²⁾

Liu(2019)는 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료 복합군($n=40$)과 통상적 의과 치료 단독군($n=40$)을 비교하였다.³⁾

Wang(2018b)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 27일간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Vitamin B1, Vitamin B6, Indometacin, Methylcobalamin, Acyclovir) 복합군($n=30$)과 통상적 의과 치료 단독군(Vitamin B1, Vitamin B6, Indometacin, Methylcobalamin, Acyclovir)($n=30$)을 비교하였다.⁴⁾

Guo(2018)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Gabapentin, Methylcobalamin) 복합군($n=30$)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin, Methylcobalamin)($n=30$)을 비교하였다.⁵⁾

Zhang(2016)은 대상포진후신경통 환자 76명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군

연구로, 침 치료와 통상적 의과 치료(Ibuprofen) 복합군(n=38)과 통상적 의과 치료 단독군(Ibuprofen)(n=38)을 비교하였다.⁶⁾

Li(2015c)는 대상포진후신경통 환자 56명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Mycobain, Vitamin B1, Pregabalin) 복합군(n=28)과 통상적 의과 치료 단독군(Mycobain, Vitamin B1, Pregabalin)(n=28)을 비교하였다.⁷⁾

Huang(2014)은 대상포진후신경통 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 부침(浮鍼) 치료와 통상적 의과 치료(Amitriptyline) 복합군(n=31)과 통상적 의과 치료 단독군(Amitriptyline)(n=31)을 비교하였다.⁸⁾

Wang(2014)은 대상포진후신경통 환자 63명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Gabapentin) 복합군(n=21)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin)(n=21)을 비교하였다.⁹⁾

Liu(2013)은 대상포진후신경통 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 원리침(圓利鍼) 치료와 통상적 의과 치료(Methylcobalamin, Carbamazepine) 복합군(n=31)과 통상적 의과 치료 단독군(Methylcobalamin, Carbamazepine)(n=31)을 비교하였다.¹⁰⁾

Yang(2012)은 대상포진후신경통 환자 56명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 34일간 시행한 이침(耳鍼) 치료와 통상적 의과 치료(Indometacin, Vitamin B1, Vitamin E) 복합군(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Indometacin, Vitamin B1, Vitamin E)(n=26)을 비교하였다.¹¹⁾

Deng(2020)은 대상포진후신경통 환자 86명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 침 치료와 통상적 의과 치료(Methylcobalamin, Vitamin B1, Gabapentin) 복합군(n=43)과 통상적 의과 치료 단독군(Methylcobalamin, Vitamin B1, Gabapentin)(n=43)을 비교하였다.¹²⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 7편으로 총 466명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I²는 97%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 대상자수가 OIS를 초과하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 10편으로 658명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연

구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 40%로 통계적 이질성이 높지 않고 대부분의 연구가 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성의 근거 수준을 한 등급 낮추었다. funnel plot이 소규모 연구에서 추정치가 효과 있는 방향으로 심각한 비대칭성을 보여 출판 비뚤림으로 인해 근거 수준을 한 단계 낮추었다.

우울 증상에 대한 연구는 총 1편 62명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

수면 증상에 대한 연구는 총 2편 120명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았다. 대상자 수가 적고 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응을 보고한 연구는 총 5편 334명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았다. 95% 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.17 [-1.71, -0.62], 총유효율은 RR 1.25 [1.14, 1.36], 우울 증상은 MD -1.71 [-2.71, -0.71], 수면 증상은 SMD -0.65 [-1.02, -0.28]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.36 [0.16, 0.8]으로 침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	466 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.17 낮음 [-1.71, -0.62]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	658 (10 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,c,d}	RR 1.25 [1.14, 1.36]	1,000명당 713명	1,000명당 178명이 증가 [100, 257]	증상의 호전이 나타난 대상자 수

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
우울 important	62 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	-	-	MD 1.71 낮음 [-2.71, -0.71]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
수면 important	120 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	SMD 0.65 낮음 [-1.02, -0.28]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	334 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	RR 0.36 [0.16, 0.80]	1,000명당 139명	1,000명당 89명이 감소 [-117, -28]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
d. funnel plot이 비대칭성을 보임
e. 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독치료를 비교한 12건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표인 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)~매우 낮음(Very Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구 중 일부 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 침 치료를 시행하는 비율이 93.2%로 나타나 활용도가 매우 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면, 우울 증상 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 의과 치료와 병행한 침 치료가 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 B를 부여한다.

1. 王雪梅, 张宝, 于涛. 针灸联合加巴喷丁胶囊对带状疱疹后遗神经痛患者血清SP和NPY水平的影响. 西部中医药. 2021;34(08):133-5.
2. Gao X, Wang C, I YN, Zhang H. Clinical effect of acupuncture along fascia, meridians, and nerves combined with ultrasound-guided paravertebral nerve block in the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized parallel-controlled study. Journal of traditional Chinese medicine = Chung i tsa chih ying wen pan. 2023; 43(2).
3. 刘莹. 针灸联合常规治疗带状疱疹神经痛的疗效观察. 中医临床研究. 2019;11(29):72-4.
4. 王兰兰. 针灸治疗带状疱疹后遗神经痛临床效果观察. 中国实用医药. 2018;13(11):135-6.
5. 郭加磊, 杨正明, 姚文平. 蛇头穴刺络放血结合天应穴浮刺治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 针灸临床杂志. 2018;34(07):59-61.
6. 张永清. 带状疱疹后遗神经痛的治疗体会. 健康之路. 2016;15(08):233.
7. 李玲, 吕萍. 留置针联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗神经痛. 创伤与急诊电子杂志. 2015;3(04):45-8.
8. 黄史乐. 浮针疗法治疗带状疱疹后遗神经痛的随机对照临床研究. 辽宁中医杂志. 2014;41(08):1724-5.
9. 王昊, 谢志浩, 冯建来. 加巴喷丁联合针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察. 中国疗养医学. 2014; 23(02):130-1+93.
10. 刘蕾. 督脉埋针治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察[硕士]: 黑龙江中医药大学; 2013.
11. 杨京慧. 耳穴综合疗法治疗带状疱疹后遗神经痛30例临床疗效观察. 中国中西医结合皮肤性病学杂志. 2012;11(06):373-4.
12. 邓文娅, 张怡, 徐爽, 桂俊芳, 王佩芳, 易雪梅, et al. 局部围刺联合加巴喷丁治疗带状疱疹后遗神经痛气滞血瘀证的临床疗效观察. 中国中西医结合皮肤性病学杂志. 2020;19(03):252-4.

27) 전침과 통상적 의과 치료 병행

[R27]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단 독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1~9

임상적 고려사항

- 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 전침 치료가 병행될 수 있다.
- 통증부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 배수혈 및 대상포진 이환 부위에 따라 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 기본 혈자리: 족삼리(ST36), 합곡(LI4), 양릉천(GB34), 태충(LR3), 곡지(LI11), 삼음교(SP6), 지구(TE6) 등
 - 두면부 병변: 풍지(GB20), 예풍(TE17), 하관(ST7), 사백(ST2), 찬죽(BL2) 등
 - 흉협부 병변: 지구(TE6), 양릉천(GB34), 태충(LR3) 등
 - 요복부 병변: 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등
- 자극 방법: 병변 주변 부위에는 저빈도(1~4Hz), 분절 자극을 위해 협척혈(EX-B2) 등에 고빈도(100Hz 이상), 원위 주요 경혈에는 저빈도 혹은 소밀파(dense-disperse wave)로 자극한다.
- 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

전침은 침 치료의 한 형태로, 경혈에 자입한 침에 전기 자극을 가함으로써 침의 기계적 자극과 전기 자극의 복합 효과를 유도하는 한의학적 중재이다. 전침은 일정한 주파수와 강도의 전기 자극을 부여함으로써 오피오이드 펩티드(예: 베타엔도르핀, 엔케팔린, 다이노르핀) 및 세로토닌 등의 신경전달물질 분비를 촉진하고, 척수 및 중추 신경계 수준에서 통증 전달 경로를 억제하여 진통 효과를 증강 시키는 것으로 알려져 있다. 이러한 생리적 기전에 기반하여, 전침은 급성 및 만성 통증 질환에 폭넓게 활용되고 있으며, 특히 신경병증성 통증인 대상포진후신경통에서도 통증 완화 및 기능 회복을 목적으로 임상 적용이 증가하고 있다.

2024년 5월에 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사에 따르면, 전침 치료는 675명(60.2%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 일반적으로 사용하는 치료라고 인식하였고, 710명(63.3%)은 이를 중요한 치료 선택지로 고려될 수 있다고 답하였다. 치료의 안전성에 대해서는 897명(80.0%)이 전침 치료가 높은 안전성을 갖춘 중재라고 평가하였다. 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있는 934명 중 725명(77.6%)은 내원한 환자가 의과 처치(항바이러스제, 스테로이드제, 진통제 등)를 이미 받은 상태였다고 응답하였다. 이는 실제 임상에서 전침 치료가 통상적 의과 치료와 병행되는 형태로 활용될 수 있음을 시사한다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상 현황을 반영하여, 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 전침 치료와 통상적 의과 치료 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q27

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 통상적 의과 치료와 병행한 전침 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	전침+통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 9편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Yang(2016)은 대상포진 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료(Gabapentin) 복합군(n=34)과 통상적 의과 치료(Gabapentin) 단독군(n=34)을 비교하였다.¹⁾

Ren(2016)은 대상포진 환자 38명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료(Pregabalin, Diclofenac, Gastroprotective Agent) 복합군(n=18)과 통상적 의과 치료(Pregabalin, Diclofenac, Gastroprotective Agent) 단독군(n=20)을 비교하였다.²⁾

Chen(2014)은 대상포진 환자 240명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 20일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료(Mecobalamin, Amitriptyline, Thiamine, Indomethacin) 복합군(n=120)과 통상적 의과 치료(Mecobalamin, Amitriptyline, Thiamine, Indomethacin) 단독군(n=120)을 비교하였다.³⁾

Zhang(2014)은 대상포진 환자 84명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 15일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료(Lidocaine, Thiamine, Mecobalamin, Diclofenac Sodium Injection) 복합군(n=42)과 통상적 의과 치료(Lidocaine, Thiamine, Mecobalamin, Diclofenac Sodium Injection) 단독군(n=42)을 비교하였다.⁴⁾

Wang(2014)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료(Nerve Block Therapy) 복합군(n=30)과 통상적 의과 치료(Nerve Block Therapy) 단독군(n=30)을 비교하였다.⁵⁾

Lan(2024)은 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 56일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료(Gabapentin) 복합군(n=35)과 통상적 의과 치료(Gabapentin) 단독군(n=35)을 비교하였다.⁶⁾

Deng(2019)은 대상포진 환자 88명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 7일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료(Valacyclovir, Mecobalamin, Vitamin B1, Acyclovir cream) 복합군(n=44)과 통상적 의과 치료(Valacyclovir, Mecobalamin,

Vitamin B1, Acyclovir cream) 단독군(n=44)을 비교하였다.⁷⁾

Wang(2013)은 대상포진 환자 77명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 전침과 통상적 의과 치료(Pregabalin) 복합군(n=41)과 통상적 의과 치료 단독군(Pregabalin)(n=36)을 비교하였다.⁸⁾

Qi(2022)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 1회 시행한 전침과 통상적 의과 치료(Nerve Block Therapy, Radiofrequency Thermocoagulation) 복합군(n=30)과 통상적 의과 치료(Nerve Block Therapy, Radiofrequency Thermocoagulation) 단독군(n=30)을 비교하였다.⁹⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 6편으로 총 396명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 81%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하며 대상자수가 OIS를 초과하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 5편으로 557명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 86%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않다고 판단하였다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비일관성과 비정밀성의 근거 수준을 이중으로 하향하지 않았다.

우울 증상에 대한 연구는 총 1편 65명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구로 이질성으로 인한 비일관성은 관찰되지 않았다. 대상자수가 적고 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

불안 증상에 대한 연구는 총 1편 65명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구로 이질성으로 인한 비일관성은 관찰되지 않았다. 대상자수가 적고 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

수면 상태에 대한 연구는 총 1편 65명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구로 이질성으로 인한 비일관성은 관찰되지 않았다. 대상자수가 적고 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응을 보고한 연구는 총 4편 243명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림의 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았다. 95% 신뢰구간이 넓고 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

전침과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.77 [-2.17, -1.36], 충유효율은 RR 1.24 [1.04, 1.48], 우울은 MD -2.09 [-2.64, -1.54], 불안은 MD -1.79 [-2.32, -1.26], 수면은 MD -2.16 [-3.82, -0.50]으로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.73 [0.39, 1.35]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	396 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.77 낮음 [-2.17, -1.36]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
충유효율 important	557 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 1.24 [1.04, 1.48]	1,000명당 728명	1,000명당 175명이 증가 [29, 350]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
우울 important	65 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 2.09 낮음 [-2.64, -1.54]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
불안 important	65 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 1.79 낮음 [-2.32, -1.26]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
수면 important	65 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 2.16 낮음 [-3.82, -0.50]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	243 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.73 [0.39, 1.35]	1,000명당 142명	1,000명당 38명이 감소 [-86, 50]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
d. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 전침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독치료를 비교한 9건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표인 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low), 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 모두 낮음으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구 중 일부 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 전침 치료를 시행하는 비율이 60.2%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면, 우울, 불안 증상 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 의과 치료와 병행한 전침 치료가 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 B를 부여한다.

참고문헌

1. 杨志刚, 潘春联. 加巴喷丁联合电针疗法治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效分析. 临床医学工程. 2016;23(01):43-4+7.
2. 任永生, 孙汉臻, 任长吉, 牟恒志, 董振彬, 李虹, et al. 针刀点刺联合高压静电疗法治疗顽固性带状疱疹后神经痛的临床观察. 中西医结合心血管病电子杂志. 2016;4(26):169-70+72.
3. 陈燕坤. 电针治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察. 中医药临床杂志. 2014;26(10):1048-9.
4. 张鸿斌. 针灸疗法结合穴位注射药物疗法治疗带状疱疹后遗神经痛的体会. 内蒙古中医药. 2014;33(05):42-3.
5. 王彦, 胡志远. 星状神经节阻滞联合电针治疗颈面部带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 西部医学. 2014;26(02):232-3+6.

6. 藍松森, 俞欽濤, 王妍儒, 韓德雄. 鄧穴行“龍虎交戰”手法結合電針治療帶狀疱疹後神經痛療效觀察. 浙江臨床醫學. 2024;26(05):683-4+7.
7. 鄧詩清, 李茜, 陳曉峰, 陳远航. 電針治療老年帶狀疱疹的臨床療效研究. 實用中西醫結合臨床. 2019;19(06):149-50+73.
8. 王文娟, 趙梓綱, 李恒進. 電針聯合普瑞巴林治療帶狀疱疹後神經痛的療效觀察. 中華保健醫學雜誌. 2013;15(02):146-8.
9. 漆濤, 鍾超, 吉冰, 羅銳, 蘭桦, 張華梅. 帶狀疱疹後遺神經痛背根神經節毀損術針刺複合局麻麻醉效果觀察. 山西中醫. 2022;38(04):36-7+42.

28) 화침과 통상적 의과 치료 병행

[R28]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 화침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1~8

임상적 고려사항

- 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 화침 치료가 병행될 수 있다.
- 통증 부위, 흉터 부위 및 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 지구(TE6), 후계(SI3), 양릉천(GB34), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) 등에 화침 치료를 시행한다.
- 화침 치료 후 피부 손상을 최소화하고 감염에 주의해야 한다.
- 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

화침은 침체나 침침을 고온으로 가열한 뒤 인체의 특정 부위에 자극을 가하는 한의학적 중재로, 침 자극과 온열 자극을 결합하여 심부 조직까지 영향을 줄 수 있는 치료법이다. 전통적으로는 비증(痺證), 냉증(冷症) 등 한성 통증 질환의 치료에 활용되었으며, 양기를 보하고 사기를 제거하며 경락의 울체를 해소하는 목적에 사용되었다. 현대 임상에서는 전통적인 직접 가열 방식 외에도, 침 자입 후 애엽이나 전기 온열기를 활용한 온침(溫鍼) 등의 다양한 방식이 병행되어 사용되고 있으며, 관절 및 연부조직 질환뿐 아니라 신경병증성 통증에도 그 활용이 확대되고 있다. 화침은 미세 염증 반응과 열충격 단백질의 발현을 유도함으로써 조직 재생과 통증 조절에 기여할 수 있는 것으로 알려져 있으며, 이러한 기전을 바탕으로 대상포진 및 대상포진후신경통 환자의 통증 완화 및 신경 기능 회복에 효과적인 치료 수단으로 주목받고 있다. 또한 기존의 통상적 의과 치료만으로 충분한 통증 조절이 어려운 환자군에 대해, 화침을 병용함으로써 통증 경감 및 기능 회복 측면에서 추가적인 치료 효과를 기대할 수 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 한 설문조사 결과에 따르면, 응답자의 약 5.3%가 화침을 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 기본 치료로 활용하고 있다고 보고하였다. 설문에 응답한 한의사 중 934명이 대상포진 또는 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있다고 답했으며, 이 중 725명(77.6%)은 환자들이 이미 항바이러스제, 진통제, 스테로이드제 등의 의과 치료를 받은 이후 한의 의료기관을 내원했다고 보고하였다. 이는 실제 임상에서 화침이 통상적 의과 치료와 병행되어 활용될 수 있음을 시사한다. 비록 전체 사용자 수는 상대적으로 낮지만, 최근에는 화침의 통증 완화 효과와 임상 적용 가능성에 대한 연구들이 점차 축적되고 있으며, 이를 토대로 실제 임상에서의 활용 빈도도 서서히 증가하는 추세이다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 반영하여 성인 대상포진후신경통 환자에 대

해 화침과 통상적 의과 치료의 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q28

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 통상적 의과 치료와 병행한 화침 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	화침 +통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 종유효율, 우울, 불안, 수면, 삶의 질, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 8편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Chen(2023)은 대상포진후신경통 환자 42명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 2주간 화침과 통상적 의과 치료(Mecobalamin, Tramadol Hydrochloride, Gabapentin) 복합군(n=21)과 통상적 의과 치료 단독군(Mecobalamin, Tramadol Hydrochloride, Gabapentin)(n=21)을 비교하였다.¹⁾

Zhang(2022)은 대상포진후신경통 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 4주간 화침과 통상적 의과 치료(Radiofrequency Therapy) 복합군(n=60)과 통상적 의과 치료 단독군(Radiofrequency Therapy)(n=60)를 비교하였다.²⁾

Huang(2020)은 대상포진후신경통 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 2주간 화침과 통상적 의과 치료(Pregabalin, Mecobalamin, Ibuprofen) 복합군(n=35)과 통상적 의과 치료 단독군(Pregabalin, Mecobalamin, Ibuprofen)(n=35)을 비교하였다.³⁾

Wang(2020)은 대상포진후신경통 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 2주간 화침과 통상적 의과 치료(Nerve Block Therapy)(n=60) 복합군과 통상적 의과 치료 단독군(Nerve Block Therapy)(n=60)을 비교하였다.⁴⁾

Tong(2023)은 대상포진후신경통 환자 84명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 화침과 통상적 의과 치료(Pregabalin) 복합군(n=42)과 통상적 의과 치료 단독군(Pregabalin)(n=42)을 비교하였다.⁵⁾

Zhang(2016)은 대상포진후신경통 환자 300명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 6주간 화침과 통상적 의과 치료(Acyclovir, Thiamine, Mecobalamin) 복합군(n=150)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir, Thiamine, Mecobalamin)(n=150)을 비교하였다.⁶⁾

Yang(2023)은 대상포진후신경통 환자 48명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 6일간 화침과 통상적 의과 치료(Radiofrequency Thermocoagulation) 복합군(n=24)과 통상적 의과 치료 단독군(Radiofrequency Thermocoagulation)(n=24)을 비교하였다.⁷⁾

Chen(2011)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 10일간 화침과 통상적 의과 치료(Nerve Block Therapy) 복합군(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Nerve Block Therapy)(n=30)을 비교하였다.⁸⁾

② 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 6편으로 460명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 95%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 7편으로 784명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 존재해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았고, 연구 결과가 한쪽 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

우울에 대한 연구는 총 2편으로 168명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 존재해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았고, 연구 결과가 한쪽 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

불안에 대한 연구는 총 1편으로 120명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

수면에 대한 연구는 총 2편으로 90명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 55%로 통계적 이질성이 관찰되나, 연구 결과가 한쪽 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

삶의 질에 대한 연구는 총 1편으로 84명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 1편으로 84명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비둘림, 실행 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 존재해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

화침과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.57 [-2.00, -1.13], 총유효율은 RR 1.14[1.08, 1.20], 우울은 MD -4.70 [-6.15, -3.26], 불안은 MD -1.35 [-1.72, -0.98], 수면은 MD -2.86 [-3.87, -1.84], 삶의 질은 MD 5.42 [2.66, 8.18]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.53 [0.14, 1.95]으로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	460 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.57 낮음 [-2.00, -1.13]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	784 (7 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 1.14 [1.08, 1.20]	1,000명당 827명	1,000명당 116명이 증가 [66, 165]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
우울 important	168 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 4.7 낮음 [-6.15, -3.26]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
불안 important	120 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	-	-	MD 1.35 낮음 [-1.72, -0.98]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
수면 important	90 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	-	-	MD 2.86 낮음 [-3.87, -1.84]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
삶의 질 important	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	-	-	MD 5.42 높음 [2.66, 8.18]	점수가 높을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	84 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.53 [0.14, 1.95]	1,000명당 167명	1,000명당 78명이 감소 [-143, 158]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음
d. 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
e. 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 화침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 8건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)~낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구 중 일부 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 의과 치료와 병행하여 화침 치료를 시행하는 비율이 5.3%로 나타나 아직 활용도는 낮으나, 19.8%의 한의사가 임상적으로 중요하거나 매우 중요하다고 평가하고 있어, 향후 임상 경험의 축적과 근거 강화에 따라 병행치료의 활용도가 점차 증가할 것으로 판단된다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 삶의 질 개선(47.7%), 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면, 우울, 불안 증상 및 삶의 질 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

1. 陈苑珠, 王柳均, 周秀华, 陈小玲. 火针联合常规药物治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果. 中国社区医师. 2023;39(06):78-80.
2. 张安东, 王婷婷, 李旭英, 周雪添, 周立志. “逆流补营”火针法联合脉冲射频治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效及对血清SP和NK-1水平影响. 针灸临床杂志. 2022;38(04):19-22.
3. 黄莹, 谭凤芝, 汪金字, 付雅楠. 火针治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察. 光明中医. 2020;35(05):713-5.
4. 王自强, 尹君, 陈新德. 火针针刺触发点联合硬膜外神经阻滞治疗顽固性带状疱疹后遗神经痛临床研究. 新中医. 2020;52(06):129-31.
5. 童飞. 毫火针联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗神经痛气滞血瘀证临床研究. 新中医. 2023;55(14):141-5.
6. 张立欣, 张金芳, 边莉. 火针治疗带状疱疹后遗神经痛疗效分析. 亚太传统医药. 2016;12(11):100-1.
7. 杨成武, 孙伟翔, 孙璐璐, 吴安源, 袁爱红. 阿是穴火针联合CT引导下背根神经节热凝射频术治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效. 河北中医. 2023;45(01):90-3.
8. 陈素兰, 陈昱, 陈霞, 冯晖, 王玉林, 莫云达. 热传导银质针皮内针刺治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 华夏医学. 2011;24(02):154-6.

29) 약침과 통상적 의과 치료 병행

[R29]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 약침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

- 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 약침 치료가 병행될 수 있다.
- 통증 부위, 해당 분절의 협착혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 약침 치료를 시행한다.
- 황련해독약침, 봉독약침, 중성어혈약침 등의 사용을 고려할 수 있다.
- 봉독 약침 치료는 피부 반응 테스트(skin test)를 시행한 뒤 사용하고 이질통과 같이 민감한 부위에는 통증 주변 부위부터 사용한 뒤 점차 범위를 확대하여 시술한다.

(1) 배경

약침은 한약재 등에서 유래한 약물을 추출·정제·혼합하여 생성된 약침액을 경혈, 압통점 등의 부위에 극소량 주입하는 한의 치료법으로, 침 자극과 약물의 약리작용을 동시에 유도하는 신침요법이다. 약침은 내복이 어려운 환자에게도 적용이 가능하며, 위장관계 부작용이 적고 소량의 약물만으로도 높은 치료 효과를 기대할 수 있다는 장점을 지닌다. 특히, 봉독약침과 같은 특정 약침제제는 신경병증성 통증에 대한 효과가 주목받고 있으며, 통증 완화 및 신경 기능 회복을 목적으로 다양한 임상 현장에서 활용되고 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사 결과, 716명(63.8%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 시 약침 치료를 일반적인 치료로 고려하고 있으며, 845명(75.3%)은 약침을 중요한 치료 선택지로 인식하고 있었다. 치료에 사용되는 주요 약침 제제로는 황련해독약침(51.1%), 봉독약침(40.9%), 중성어혈약침(34.8%) 등이 확인되었으며, 치료 부위는 통증 또는 감각이상 부위가 85.8%로 가장 많았다. 또한, 815명(72.6%)이 약침 치료의 안전성에 대해 긍정적으로 평가하였다. 설문 응답자 중 934명이 대상포진 또는 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있다고 답하였으며, 이 중 725명(77.6%)은 해당 환자들이 이미 항바이러스제, 진통제, 스테로이드제 등 통상적 의과 치료를 받은 이후 한의 의료기관을 내원했다고 보고하였다. 이는 약침 치료가 대상포진후신경통 환자에서 통상적 의과 치료와 병행하여 활용될 수 있음을 시사한다.

이에 현재까지의 연구 결과와 임상 현황을 바탕으로 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 약침과 통상적 의과 치료의 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q29

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 통상적 의과 치료와 병행한 약침 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	약침 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 1편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Li(2019)는 대상포진 환자 64명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 3주간 단삼약침(*Salvia miltiorrhiza* injection)치료와 통상적 의과 치료의 복합군(n=32)과 통상적 의과 치료 단독군(n=32)을 비교하였다.¹⁾

㉡ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 1편으로 59명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고, 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 1편으로 64명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고, 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 존재한다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

약침과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.30 [-1.37, -1.23]으로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.22 [0.08, 0.58]로 약침과 통상적 의과 치료군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	59 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 1.30 낮음 [-1.37, -1.23]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	64 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	RR 0.22 [0.08, 0.58]	1,000명당 563명	1,000명당 439명이 감소 [-518, -236]	이상반응이 발생한 대상자 수

a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려

b. 단일 연구로 대상자 수가 적어 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 약침 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구의 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위 해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진 환자에게 의과 치료와 병행하여 약침 치료를 시행하는 비율이 63.8%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위험이 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도와 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 李浪平, 陆志俊, 李传明, 沈亮, 熊源长. 穴位注射配合药物治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 上海针灸杂志. 2019;38(03):280-5.

30) 뜬과 통상적 의과 치료 병행

[R30]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단 독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 뜬 치료를 고려할 수 있다.	C/Very Low	1~6

임상적 고려사항

- 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 뜬 치료가 병행 될 수 있다.
- 통증 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2), 백회혈 및 대상포진 이환 부위에 따라 혈자리를 선택할 수 있다.
 - 상지 병변: 합곡(LI4), 내관(PC6), 곡지(LI11) 등
 - 하지 병변: 삼음교(SP6), 족삼리(ST36), 승산(BL57) 등
 - 허리 이상 병변: 지구혈(TE6) / 허리 이하 병변: 양릉천(GB34)
- 직접구 등을 시행할 때는 피부 이상반응에 유의하며 시술한다.

(1) 배경

뜸 치료는 약쑥을 연소시켜 경혈 또는 통증 부위에 직접 또는 간접적으로 적용함으로써 열 자극과 함께 약성을 전달하는 한의학적 치료법으로, 국소 혈류를 증가시키고 신경 말단의 통증 전달을 억제하며 염증 반응을 조절하는 등의 작용을 통해 신경병성 통증 완화에 긍정적인 효과를 기대할 수 있다. 또한, 뜬 치료는 건강보험 급여 항목으로 포함되어 있어 접근성이 높고, 다양한 통증성 질환에서 임상적으로 널리 활용되고 있다.

대상포진후신경통은 수두-대상포진 바이러스 감염 후 피부 병변이 소실된 이후에도 통증이 지속되는 만성 신경병증성 통증으로, 고령층에서 흔히 발생하며 삶의 질을 심각하게 저해한다. 기존 의과 치료로는 항경련제, 삼환계 항우울제, 국소 리도카인 제제, 캡사이신 제제 등이 사용되지만, 일부 환자에서는 효과가 제한적이거나 부작용으로 인해 장기적인 사용이 어려운 경우도 보고되고 있다. 이러한 한계 속에서 뜬 치료는 통증 조절, 염증 완화, 신경 기능 조절 등을 통한 보완적 치료 전략으로 임상에서 주목받고 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 실시한 설문조사 결과, 422명(37.6%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자에게 뜬 치료를 일반적으로 시행하고 있다고 응답하였고, 512명(45.6%)은 뜬 치료를 중요한 치료 선택지로 고려하고 있다고 답하였다. 또한, 532명(47.4%)은 뜬 치료의 안전성에 대해 긍정적으로 평가하였다. 아울러 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 경험이 있는 한의사 934명 중 725명(77.6%)은 환자들이 내원 당시 이미 항바이러스제, 진통제, 스테로이드제 등 의과 치료를 받은 상태였다고 응답하였다. 이는 뜬 치료가 실제 임상 현장에서 통상적 의과 치료와 병행하여 활용되고 있음을 시사한다.

이에 따라, 현재까지 축적된 연구 결과 및 임상 현황을 바탕으로 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 뜬 치료와 통상적 의과 치료 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q30

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 통상적 의과 치료와 병행한 뜬 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	뜸 + 통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 6편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Shàng(2020)은 대상포진 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 4주간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(Gabapentin, Methylcobalamin)(n=31)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin, Methylcobalamin)(n=31)을 비교하였다.¹⁾

Zhōu(2020)는 대상포진 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 2주간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(Acyclovir lotion)(n=35)과 통상적 의과 치료 단독군(Acyclovir lotion)(n=35)을 비교하였다.²⁾

Wú(2018)는 대상포진 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 1개월간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(Gabapentin)(n=20)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin)(n=20)을 비교하였다.³⁾

Wáng(2015)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 3주간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(Gabapentin)(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin)(n=30)을 비교하였다.⁴⁾

Zhōu(2023)는 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 2주간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(Gabapentin)(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin)(n=30)을 비교하였다.⁵⁾

Táng(2021)은 대상포진 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 임상 시험으로, 약 4주간 시행한 뜬과 통상적 의과 치료 복합군(Ibuprofen, Methylcobalamin)(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Ibuprofen, Methylcobalamin)(n=30)을 비교하였다.⁶⁾

㉡ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 5편으로 290명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 83%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되었으며 개별 연구들의 점추정치

가 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

총유효율에 대한 연구는 총 5편으로 290명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과들이 한쪽 방향으로 분포해 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

우울에 대한 연구는 총 1편으로 60명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

불안에 대한 연구는 총 1편으로 60명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

수면에 대한 연구는 총 3편으로 180명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 31%로 통계적 이질성이 높지 않고, 연구 결과들이 한쪽 방향으로 분포해 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 2편으로 100명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 하나의 연구에서만 이상반응이 관찰되어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단되어 비정밀성이 있다고 보아 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

뜸과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -1.53 [-2.08, -0.98], 충유효율은 RR 1.12 [1.03, 1.22], 우울은 MD -3.12 [-4.13, -2.11], 불안은 MD -1.7 [-3.07, -0.33], 수면은 MD -2.99 [-3.99, -1.99]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.75 [0.19, 2.93]로 두 군간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	290 (5 RCTs)	⊕○○○ Very Low ^{a,b,c}	-	-	MD 1.53 낮음 [-2.08, -0.98]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
충유효율 important	290 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 1.12 [1.03, 1.22]	1,000명당 807명	1,000명당 97명이 증가 [24, 178]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
우울 important	60 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	-	-	MD 3.12 낮음 [-4.13, -2.11]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
불안 important	60 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	-	-	MD 1.7 낮음 [-3.07, -0.33]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
수면 important	180 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	-	-	MD 2.99 낮음 [-3.99, -1.99]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	100 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.75 [0.19, 2.93]	1,000명당 80명	1,000명당 20명이 감소 [-65, 154]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뮌림, 실행 비뮌림, 검출 비뮌림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
d. 신뢰구간이 임계값을 교차하고 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음
e. 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 뜸 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 6건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 매우 낮음(Very Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 매우 낮음(Very Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 것이다.

포함된 연구 중 일부 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 의과 치료와 병행하여 뜸 치료를 시행하는 비율이

37.6%로 나타나 활용도가 높고 45.6%가 중요한 치료로 평가하며, 임상적 위험이 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면, 우울, 불안 증상 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 뜸과 통상적 의과 치료를 병행하는 것이 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 尚颖. 无烟聚能灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究[硕士]: 山东中医药大学; 2020.
2. 周双宝, 陈秀红. 蒙医传统灸法治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效. 中国民族医药杂志. 2020;26(06):1-3.
3. 吴浩浪, 刘倩霞, 陈明春. 电子灸联合加巴喷丁治疗带状疱疹后神经痛的临床研究. 皮肤性病诊疗学杂志. 2018;25(02):74-7.
4. 王东, 王强, 任凯芳. 雷火灸合并加巴喷丁治疗带状疱疹后遗神经痛60例. 中国实用医药. 2015;10(33):27-8.
5. 周婕. 实按灸加药物治疗带状疱疹后遗肋间神经痛的临床疗效观察[硕士]: 湖南中医药大学; 2023.
6. 任彦景, 李振彬, 张彦敏, 王力, 温晓华. 通督扶阳灸法联合穴位贴敷治疗阳虚痹阻型带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 现代中西医结合杂志. 2021;30(12):1277-81.

31) 자락관법과 통상적 의과 치료 병행

[R31]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 자락관법을 고려할 수 있다.	C/Low	1~6

임상적 고려사항

- 항경련제, 삼환계 항우울제, 소염진통제, 리도카인 패치, 신경차단 등 중재적 시술 등의 통상적 의과 치료와 침 치료가 병행될 수 있다.
- 통증 부위, 해당 분절의 협척혈(EX-B2) 및 원위 주요 경혈 등에 자락관법을 시행한다.
- 자락관법 후 피부 손상을 최소화하고 감염에 주의해야 한다.
- 치료 빈도: 초기에 주 2~5회 시행할 수 있고, 이후 경과에 따라 치료 횟수를 조절한다.

(1) 배경

자락관법은 피부에 사혈침(삼릉침, 랜셋 등)으로 자극을 가해 소량의 혈액을 유도한 후 부항을 부착하여 출혈을 유도하는 한의학적 외치요법으로, 습식부항의 일종이다. 이 치료는 병변 부위의 어혈과 염증을 제거하고, 국소 혈류를 개선하며, 침 자극, 사혈, 음압 자극이 복합적으로 작용하여 통증 매개물의 배출과 면역반응 조절에 기여하는 것으로 알려져 있다. 이러한 생리학적인 기전으로 인해 자락관법은 통증 완화, 조직 회복, 신경 기능 개선을 목적으로 다양한 통증성 및 염증성 질환에 활용되고 있으며, 건강보험 급여 항목에도 등재되어 있어 임상 접근성이 높은 치료법이다.

대상포진후신경통은 대상포진의 급성 병변이 소실된 이후에도 통증이 지속되는 만성 신경병증성 질환으로, 고령층에서의 유병률이 높고 일상생활의 기능을 크게 저하시킨다. 현재 의과 표준 치료에는 항경련제, 삼환계 항우울제, 국소 진통제 등이 포함되며, 이러한 약물치료는 일부 환자에게 효과적이거나 장기 복용 시 부작용이나 치료 반응의 개인차로 인해 보완적 치료에 대한 수요가 존재한다.

2024년 5월 실시된 1,122명의 한의사 대상 설문조사에서 498명(44.4%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 치료에 습식부항을 일반적으로 사용한다고 응답하였으며, 625명(55.7%)은 습식부항을 중요한 치료 선택지로 고려한다고 답하였다. 또한, 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 치료 경험이 있는 934명 중 한의 의료기관에 내원한 대상포진 및 대상포진후신경통 환자가 내원 이전에 통상적 의과 치료(항바이러스제, 스테로이드제 등)를 받았다고 응답한 한의사는 725명(77.6%)에 달하였다. 이는 자락관법이 대상포진후신경통 환자에 대한 치료 전략으로 실제 임상에서 의과 치료와 병행하여 활용될 수 있음을 보여주는 결과로, 보완적 접근을 모색하는 상황에서 적용 가능한 선택지 중 하나로 평가될 수 있다.

이에 현재까지 수행된 연구 및 임상 현황을 반영하여 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q31

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 통상적 의과 치료와 병행한 자락관법 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	자락관법 치료 +통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

㉠ 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 6편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Gao(2020)는 대상포진후신경통 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Gabapentin)(n=35)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin)(n=35)을 비교하였다.¹⁾

Li(2020)는 대상포진후신경통 환자 72명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Mecobalamin)(n=36)과 통상적 의과 치료 단독군(Mecobalamin)(n=36)을 비교하였다.²⁾

Ding(2021)은 대상포진후신경통 환자 115명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Gabapentin, Mecobalamin)(n=57)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin, Mecobalamin)(n=58)을 비교하였다.³⁾

Liu(2024)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 28일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Gabapentin)(n=30)과 통상적 의과 치료 단독군(Gabapentin)(n=30)을 비교하였다.⁴⁾

Zhang(2021)은 대상포진후신경통 환자 61명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 30일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Pregabalin)(n=31)과 통상적 의과 치료 단독군(Pregabalin)(n=30)을 비교하였다.⁵⁾

Yang(2019)은 대상포진후신경통 환자 130명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 약 14일간 시행한 자락관법과 통상적 의과 치료 병행군(Mouse Nerve Growth Factor Injection)(n=65)과 통상적 의과 치료 단독군(Mouse Nerve Growth Factor Injection)(n=65)을 비교하였다.⁶⁾

㉡ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 5편으로 438명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비둘림, 실험 비둘림, 검출 비둘림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I²는 96%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되고 개별 연구 결과들이 임계값의

양쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 5편으로 431명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비폴립, 실행 비폴립, 검출 비폴립 위험성이 존재해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 42%로 통계적 이질성이 높지 않고, 연구 결과들이 한쪽 범주에 분포해 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제와 관련된 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

수면에 대한 연구는 총 1편으로 70명의 환자가 분석에 포함되었다. 연구에서 선택 비폴립, 실행 비폴립, 검출 비폴립 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 단일 연구만 포함되어 있어 비일관성은 평가가 불가능하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 단일 연구로 연구 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

이상반응에 대한 연구는 총 5편으로 427명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비폴립, 실행 비폴립, 검출 비폴립 위험성이 존재해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았으며, 연구 결과들이 한쪽 방향으로 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 연구 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있다고 보아 비정밀성이 존재한다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

자각관법과 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군보다 통증 강도는 MD -2.08 [-2.94, -1.23], 총유효율은 RR 1.32 [1.15, 1.51], 수면은 MD -2.23 [-3.56, -0.91]으로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.93 [0.48, 1.83]으로 두 군 간 유의미한 차이가 없었다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	438 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.08 낮음 [-2.94, -1.23]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	431 (5 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	RR 1.32 [1.15, 1.51]	1,000명당 602명	1,000명당 193명이 증가 [90, 307]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
수면 important	70 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	-	-	MD 2.23 낮음 [-3.56, -0.91]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
이상반응 important	427 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	RR 0.93 [0.48, 1.83]	1,000명당 80명	1,000명당 6명이 감소 [-42, 66]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. 단일 연구로 대상자 수가 적고 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음
d. 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않았으나, 대상자 수가 OIS에 미치지 못해 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 자락관법과 통상적 의과 치료를 병행한 치료와 통상적 의과 단독 치료를 비교한 6건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)~낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구 중 일부 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 의과 치료와 병행하여 자락관법 치료를 시행하는 비율이 44.4%로 나타나 비교적 활용도가 높고 55.7%가 중요한 치료로 평가하며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면 증상 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험 급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다.

참고문헌

1. 高渝, 梅花针联合走罐法治疗带状疱疹后遗神经痛(气滞血瘀证)的临床疗效观察 [硕士]: 成都中医药大学; 2020.

2. 李雅静, 岳璐璐, 严长宏. 割治疗法联合蒙医铜罐治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察. 中国民族医药杂志. 2020;26(07):40-1.
3. 丁翔云, 杨永明, 丁影, 张新. 刺络拔罐联合加巴喷丁治疗中重度带状疱疹后遗神经痛患者的疗效及其对疼痛相关神经肽与炎性因子的影响. 中国中西医结合皮肤性病学杂志. 2021;20(05):453-6.
4. 刘美静, 张雪. 刺络拔罐联合加巴喷丁治疗带状疱疹后神经痛的疗效分析. 世界复合医学(中英文). 2024;10(01):1-3+8.
5. 张丽芹, 丁锋, 矫英. 归芍颗粒、刺血拔罐法联合普瑞巴林对带状疱疹后遗神经痛患者的临床疗效. 中成药. 2021;43(02):560-2.
6. 杨春, 林金祥, 王维, 王玉珍, 韩佩佩, 王蓓. 刺络拔罐联合鼠神经生长因子治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效. 中国中西医结合皮肤性病学杂志. 2019;18(05):460-2.

32) 한약과 통상적 의과 치료 병행

[R32]

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 대상포진후신경통 환자의 대상포진후신경통 증상 개선을 위해 통상적 의과 단독치료보다 통상적 의과 치료와 병행한 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Low	1~37

임상적 고려사항

- 환자의 증상 및 변증에 따라 다음과 같은 처방을 고려할 수 있다.
 - 간울기체(肝鬱氣滯): 소요산(逍遙散), 시호소간산(柴胡疏肝散) 가감 등
 - 화독습열(火毒濕熱): 해독활혈탕(解毒活血湯) 가감 등
 - 기체혈어(氣滯血瘀): 혈부축어탕(血府逐瘀湯), 도홍사물탕(桃紅四物湯) 가감 등
 - 비허담조(脾虛痰阻): 제습위령탕(除濕胃苓湯) 가감 등
 - 어혈내조(瘀血內阻): 화어지통탕(化瘀止痛湯) 가감 등
 - 기혈양허(氣血兩虛): 십전대보탕(十全大補湯), 보양환오탕(補陽還五湯) 가감 등
 - 간신음허(肝腎陰虛): 일관전(一貫煎) 가감 등

(1) 배경

한약 치료는 침과 함께 한의학의 주요 치료법 중 하나로, 환자의 체질과 병증에 따라 약재를 개별적으로 조합하여 처방하는 맞춤형 중재이다. 한의학의 변증론치(辨證論治) 이론에 따라 증상과 체질을 종합적으로 분석하고, 약재의 사기(四氣), 오미(五味), 귀경(歸經) 이론을 바탕으로 장부 기능을 조절하고 기혈음양의 균형 회복을 도모한다.

한약은 체내 면역 반응 조절, 염증 완화, 신경 회복 촉진 등의 복합적인 기전을 통해 대상포진후신경통과 같은 만성 신경병증성 통증의 경감에 기여할 수 있다. 대상포진후신경통은 대상포진 이후 수개월 이상 지속되는 신경병성 통증으로, 고령자에서 흔히 발생하며 삶의 질 저하와 정신적 고통을 유발한다. 기존의 통상적 의과 치료만으로는 충분한 통증 조절이 어려운 사례도 존재하여, 한약 치료를 병행하는 방안이 임상적으로 고려된다. 한약은 통상적 의과 치료와 병행할 경우 단일 치료의 한계를 보완하고 치료 효과를 극대화할 수 있다. 특히 일부 환자에서 나타날 수 있는 양약의 부작용을 경감시키고, 치료 강도를 조절하는데 도움이 되며, 환자의 전신 상태를 개선하고 치료 순응도를 높이는 데 기여할 수 있다.

2024년 5월 전국 한의사 1,122명을 대상으로 시행된 설문조사에 따르면, 848명(75.6%)이 대상포진 및 대상포진후신경통 환자 진료 시 한약 치료를 일반적으로 사용한다고 응답하였고, 1,061명(94.6%)은 한약을 중요한 치료 선택지로 고려하고 있다고 답하였다. 한약 치료를 실제로 시행하고 있다고 응답한 한의사들을 분석한 결과, 주요 사용 약물군은 보익약(66.7%), 청열약(40.2%), 이기약(26.3%), 해표약(24.6%) 순이었으며, 대표적인 처방으로는 보중익기탕(補中益氣湯), 십전대보탕(十全大補湯), 용담사간탕(龍膽瀉肝湯), 황련해독탕(黃連解毒湯) 등이 언급되었다. 권장 복용 기간은 1개월 이상 3개월 미만이 441명(52%)으로 가장 많았다. 또한, 설문에 응답한 한의사 중 934명이 대상포진 또는 대상포

진후신경통 환자 진료 경험이라고 답하였으며, 이 중 725명(77.6%)은 환자들이 이미 항바이러스제, 진통제, 스테로이드제 등 의과 치료를 받은 이후 한의 의료기관을 내원했다고 보고하였다. 이는 한약 치료가 단독 요법뿐 아니라, 통상적 의과 치료와 병행되는 형태로도 임상에서 널리 활용되고 있음을 시사한다.

이에 현재까지의 연구 결과 및 임상 현황을 반영하여 성인 대상포진후신경통 환자에 대한 한약과 통상적 의과 치료 병행 요법에 대한 권고안을 제시하였다.

(2) 임상질문: Q32

성인 대상포진후신경통 환자의 통증 감소, 동반증상의 감소, 삶의 질 향상에 통상적 의과 치료와 병행한 한약 치료가 단독 통상적 의과 치료에 비해 효과적인가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 대상포진후신경통 환자	한약 +통상적 의과 치료	통상적 의과 치료	통증 강도, 총유효율, 우울, 불안, 수면, 이상반응	한의원, 한방병원/협진병원, 한의학공공의료기관

통상적 의과 치료: 항경련제, 삼환계 항우울제, 리도카인 패치, 마약성진통제, 신경차단술 등

① 개별 연구에 대한 설명

본 임상질문에 대한 근거로 총 37편의 무작위 배정 대조군 연구가 선정되었다.

Chen(2012)는 대상포진후신경통 환자 68명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(익기양음(益氣養陰)) 및 통상적 의과 치료군(항바이러스제, 진통제 등)(n=36)과 통상적 의과 치료군(항바이러스제, 진통제 등)(n=32)을 비교하였다.¹⁾

Liang(2011)은 대상포진후신경통 환자 94명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(사중금구탕(四重金鉤湯)) 및 통상적 의과 치료군(Indomethacin, Dipyridamole, Carbamazepine)(n=35), 한약 치료군(사중금구탕(四重金鉤湯))(n=32), 그리고 통상적 의과 치료군(Indomethacin, Dipyridamole, Carbamazepine)(n=27)을 비교하였다.²⁾ 근거 합성 시에는 한약 및 통상적 의과 치료군과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

Jin(2012)은 대상포진후신경통 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 한약(소간산화탕(疏肝散火湯)) 및 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vitamin B2)(n=45)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Vitamin B2)(n=45)을 비교하였다.³⁾

Duan(2016)은 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 28일간 시행한 한약(혈부축어캡슐(血府逐瘀膠囊)) 및 통상적 의과 치료군(LED, Ibuprofen, Carbamazepine, Mecobalamin)(n=40)과 통상적 의과 치료군(LED, Ibuprofen, Carbamazepine, Mecobalamin)(n=40)을 비교하였다.⁴⁾

Li(2020)는 대상포진후신경통 환자 42명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구

로, 4주간 시행한 한약(시호소간산 합 도홍사물탕가감(柴胡疏肝散 合 桃紅四物湯加減)) 및 통상적 의과 치료군(Oxcarbazepine, Vitamin B6, Mecobalamin, Fursultiamine)(n=21)과 통상적 의과 치료군(Oxcarbazepine, Vitamin B6, Mecobalamin, Fursultiamine)(n=21)을 비교하였다.⁵⁾

Lin(2006)은 대상포진후신경통 환자 74명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 8주간 시행한 한약(혈부축어캡슐(血府逐瘀膠囊))및 통상적 의과 치료군(Amitriptyline, Gabapentin, 성상신경절 차단술)(n=40)과 통상적 의과 치료군(Amitriptyline, Gabapentin, 성상신경절 차단술)(n=34)을 비교하였다.⁶⁾

Fu(2017)는 대상포진후신경통 환자 174명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(도홍사물탕가미(桃紅四物湯加味)) 및 통상적 의과 치료군(Diclofenac sodium, Vitamin B1, Mecobalamin)(n=87)과 통상적 의과 치료군(Diclofenac sodium, Vitamin B1, Mecobalamin)(n=87)을 비교하였다.⁷⁾

Ni(2023)는 대상포진후신경통 환자 70명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 한약(신통축어탕가감(身痛逐瘀湯加減)) 및 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=35)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=35)을 비교하였다.⁸⁾

Wang(2019)은 대상포진후신경통 환자 126명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 30일간 시행한 한약(혈부축어캡슐(血府逐瘀膠囊)) 및 통상적 의과 치료군(Recombinant Human Interferon α 2b Injection)(n=63)과 통상적 의과 치료군(Recombinant Human Interferon α 2b Injection)(n=63)을 비교하였다.⁹⁾

Wang(2016)은 대상포진후신경통 환자 86명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(소간해울캡슐(疏肝解鬱膠囊))및 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=43)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=43)을 비교하였다.¹⁰⁾

Wang(2005)은 대상포진후신경통 환자 67명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 한약(보양환오탕(補陽還五湯加減)) 및 통상적 의과 치료군(Interferon, Vitamin B1, Vit B12 Injection)(n=24), 한약 치료군(보양환오탕(補陽還五湯加減))(n=23), 그리고 통상적 의과 치료군(Interferon, Vitamin B1, Vit B12 Injection)(n=20)을 비교하였다.¹¹⁾ 근거 합성 시에는 한약 및 통상적 의과 치료군과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

Wang(2018)은 대상포진후신경통 환자 114명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(사단유후환(蛇丹愈后丸)) 및 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Mecobalamin, Vitamin B1)(n=38), 한약 치료군(사단유후환(蛇丹愈后丸))(n=38), 그리고 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Mecobalamin, Vitamin B1)(n=38)을 비교하였다.¹²⁾ 근거 합성 시에는 한약 및 통상적 의과 치료군과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

Wang(2010)은 대상포진후신경통 환자 90명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연

구로, 4주간 시행한 한약(시호소간음 합 금령자산가감(柴胡疏肝飲 合 金鈴子散加減)) 및 통상적 의과 치료군(Amitriptyline, Vitamin B)(n=45)과 통상적 의과 치료군(Amitriptyline, Vitamin B)(n=45)을 비교하였다.¹³⁾

Yuan(2015)은 대상포진후신경통 환자 59명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 한약(자가 조제 활혈통락(活血通絡), 소간이기(疏肝理氣), 부정고본(扶正固本)탕제) 및 통상적 의과 치료군(Doxepin, Vitamin B1, Vitamin B12)(n=30)과 통상적 의과 치료군(Doxepin, Vitamin B1, Vitamin B12)(n=29)을 비교하였다.¹⁴⁾

Zhuang(2015)은 대상포진후신경통 환자 98명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2주간 시행한 한약 및 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Vitamin B1, Methylcobalamin)(n=49)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Vitamin B1, Methylcobalamin)(n=49)을 비교하였다.¹⁵⁾

Cheng(2014)은 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(단치소요산가감(丹梔逍遙散加減)) 및 통상적 의과 치료군(Valacyclovir)(n=30)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir)(n=30)을 비교하였다.¹⁶⁾

Zhou(2020)는 대상포진후신경통 환자 40명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 8주간 시행한 한약(소통탕(消痛湯)) 및 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=20)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=20)을 비교하였다.¹⁷⁾

Zhou(2018)는 대상포진후신경통 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(산풍청열조방(散風清熱組方)) 및 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=31)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=31)을 비교하였다.¹⁸⁾

Zhou(2019)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 1개월간 시행한 한약(전천산(全川散)) 및 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=30)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=30)을 비교하였다.¹⁹⁾

Zhou(2021)는 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(작약감초탕(芍藥甘草湯)) 및 통상적 의과 치료군(Pregabalin, Famciclovir)(n=40)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin, Famciclovir)(n=40)을 비교하였다.²⁰⁾

Zhou(2020b)는 대상포진후신경통 환자 120명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(소풍해독캡슐(疏風解毒膠囊)) 및 통상적 의과 치료군(Ibuprofen)(n=60)과 통상적 의과 치료군(Ibuprofen)(n=60)을 비교하였다.²¹⁾

Hu(2012b)는 대상포진후신경통 환자 66명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 21일간 시행한 한약(용담사간음캡슐(龍膽瀉肝飲膠囊)) 및 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=22), 한약 치료군(용담사간음캡슐(龍膽瀉肝飲膠囊))(n=20), 그리고 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=24)을 비교하였다.²²⁾ 근거 합성 시에는 한약 및 통상적 의과 치료군

과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

Yu(2015)는 대상포진후신경통 환자 98명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(원호지통편(元胡止痛片)) 및 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Vitamin B1)(n=49)과 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Vitamin B1)(n=49)을 비교하였다.²³⁾

Feng(2008)은 대상포진후신경통 환자 65명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 15일간 시행한 한약(육신환(六神丸)) 및 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)(n=24), 한약 치료군(육신환(六神丸))(n=19), 그리고 통상적 의과 치료군(Carbamazepine)(n=22)을 비교하였다.²⁴⁾ 근거 합성 시에는 한약 및 통상적 의과 치료군과 통상적 의과 치료군을 비교하였다.

Liu(2017)는 대상포진후신경통 환자 86명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(도홍사물탕(桃紅四物湯)) 및 통상적 의과 치료군(Diclofenac)(n=43)과 통상적 의과 치료군(Diclofenac)(n=43)을 비교하였다.²⁵⁾

Liu(2021)는 대상포진후신경통 환자 72명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(소시호탕가미(小柴胡湯加味)) 및 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Lidocaine cream)(n=36)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin, Lidocaine cream)(n=36)을 비교하였다.²⁶⁾

Wu(2017)는 대상포진후신경통 환자 110명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3개월간 시행한 한약(정향고(丁香膏), 통락익기(通絡益氣)) 및 통상적 의과 치료군(Intrathecal block)(n=55)과 통상적 의과 치료군(Intrathecal block)(n=55)을 비교하였다.²⁷⁾

Sun(2021)은 대상포진후신경통 환자 98명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 2개월간 시행한 한약(자체 조제 사충익기양혈탕(四虫益氣養血湯)) 및 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=49)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=49)을 비교하였다.²⁸⁾

Zhang(2017)은 대상포진후신경통 환자 91명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 한약(소금환(小金丸)) 및 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=46)과 통상적 의과 치료군(Gabapentin)(n=45)을 비교하였다.²⁹⁾

Zhang(2021)은 대상포진후신경통 환자 100명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(원호지통편(元胡止痛片)) 및 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=50)과 통상적 의과 치료군(Pregabalin)(n=50)을 비교하였다.³⁰⁾

Zha(2013)는 대상포진후신경통 환자 62명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 3주간 시행한 한약(신통축어탕가감(身痛逐瘀湯加減)) 및 통상적 의과 치료군(Doxepin)(n=31)과 통상적 의과 치료군(Doxepin)(n=31)을 비교하였다.³¹⁾

Xu(2015)는 대상포진후신경통 환자 60명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구

로, 14일간 시행한 한약(활혈견통탕(活血鑣痛湯)) 및 통상적 의과 치료군(신경차단술)(n = 30)과 통상적 의과 치료군(신경차단술)(n = 30)을 비교하였다.³²⁾

Tan(2004)은 대상포진후신경통 환자 72명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 14일간 시행한 한약(자체 조제 지통음(止痛飮)) 및 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Tetrahydropalmatine)(n = 42)과 통상적 의과 치료군(Acyclovir, Tetrahydropalmatine)(n = 30)을 비교하였다.³³⁾

Jia(2016)는 대상포진후신경통 환자 80명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(복원활혈탕가감(復元活血湯加減)) 및 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Mecobalamin, Ranitidine)(n = 40)과 통상적 의과 치료군(Ibuprofen, Mecobalamin, Ranitidine)(n = 40)을 비교하였다.³⁴⁾

Lin(2016)은 대상포진후신경통 환자 46명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 7일간 시행한 한약(사역산 합 계지복령환(四逆散 合 桂枝茯苓丸)) 및 통상적 의과 치료군(항히스타민제, 진통제, 항바이러스제, 비타민 등 대증 치료)(n = 23)과 통상적 의과 치료군(항히스타민제, 진통제, 항바이러스제, 비타민 등 대증 치료)(n = 23)을 비교하였다.³⁵⁾

Wang(2018)은 대상포진후신경통 환자 205명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 8주간 시행한 한약 및 통상적 의과 치료군(Valacyclovir)(n = 103)과 통상적 의과 치료군(Valacyclovir)(n = 102)을 비교하였다.³⁶⁾

Cheng(2009)은 대상포진후신경통 환자 66명을 대상으로 시행한 무작위 배정 대조군 연구로, 4주간 시행한 한약(거어진통탕가감(祛瘀鎮痛湯加減)) 및 통상적 의과 치료군(Dothiepin, Vitamin B1, Adenosylcobalamin)(n = 35)과 통상적 의과 치료군(Dothiepin, Vitamin B1, Adenosylcobalamin)(n = 31)을 비교하였다.³⁷⁾

㉔ 연구결과의 요약

통증 강도에 대한 연구는 총 27편으로 2,276명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 97%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되었으며, 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포해 비일관성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하였으나 무작위 효과 모델을 사용함을 감안하고 비일관성의 영향을 고려하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

총유효율에 대한 연구는 총 35편으로 2,845명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 26%로 통계적 이질성이 높지 않고, 개별 연구 결과들이 임계값의 한쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비

직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다. 그러나 funnel plot에서 비대칭성이 확인되어 출판 비뚤림 가능성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

우울에 대한 연구는 총 4편으로 310명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 79%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되었으나, 개별 연구 결과들이 임계값의 한 쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 그러나 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있다고 판단하여 비정밀성을 이유로 근거 수준을 한 등급 낮추었다.

불안에 대한 연구는 총 3편으로 196명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 존재하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았고, 개별 연구 결과들이 임계값의 한 쪽 범주에 분포하고 있어 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

수면에 대한 연구는 총 7편으로 554명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단하여 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 83%로 현저한 통계적 이질성이 관찰되었으며, 연구 결과들이 임계값의 양 쪽 범주에 분포하여 비일관성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

이상반응에 대한 연구는 총 22편으로 1,732명의 환자가 분석에 포함되었다. 대부분의 연구에서 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 위험성이 있다고 판단해 근거 수준을 한 등급 낮추었다. I^2 는 0%로 통계적 이질성이 관찰되지 않았고, 연구 결과들이 한 쪽 범주에 분포하여 비일관성은 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 높지 않았다. 95% 신뢰구간이 임계값을 교차하지 않아 비정밀성을 이유로 근거 수준을 낮추지 않았다.

한약 치료와 통상적 의과 치료를 병행한 군은 통상적 의과 치료를 받은 대조군에 비해 통증 강도는 MD -1.53 [-1.59, -1.48], 총유효율은 RR 1.22 [1.18, 1.27], 우울은 MD -2.14 [-3.29, -1.00], 불안은 MD -4.43 [-5.44, -3.42], 수면은 SMD -1.42 [-1.88, -0.95]로 유의한 호전을 보였다. 이상반응은 RR 0.74 [0.57, 0.95]로 한약 및 통상적 의과 치료군에서 유의미하게 낮았다.

결과요약표(Summary of Findings)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
통증 강도 critical	2276 (27 RCTs)	⊖⊖⊖⊖ Low ^{a,b}	—	—	MD 1.53 낮음 [-1.59, -1.48]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
총유효율 important	2845 (35 RCTs)	⊖⊖⊖⊖ Low ^{a,c}	RR 1.22 [1.18, 1.27]	1,000명당 728명	1,000명당 160명이 증가 [131, 197]	증상의 호전이 나타난 대상자 수
우울 important	310 (4 RCTs)	⊖⊖⊖⊖ Low ^{a,d}	—	—	MD 2.14 낮음 [-3.29, -1.00]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
불안 important	196 (3 RCTs)	⊖⊖⊖⊖ Moderate ^a	—	—	MD 4.43 낮음 [-5.44, -3.42]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
수면 important	554 (7 RCTs)	⊖⊖⊖⊖ Low ^{a,b}	—	—	SMD 1.42 낮음 [-1.88, -0.95]	점수가 낮을수록 증상이 개선됨을 의미
이상반응 important	1732 (22 RCTs)	⊖⊖⊖⊖ Moderate ^a	RR 0.74 [0.57, 0.95]	1,000명당 121명	1,000명당 31명이 감소 [-52, -6]	이상반응이 발생한 대상자 수

- a. 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 검출 비뚤림 영역에서 위험성이 있음. 병행 치료 연구 설계의 특성 고려
b. 통계적 이질성이 현저히 높으며($I^2 > 75\%$), 개별 연구 결과들이 임계값의 양쪽 범주에 분포하고 있음
c. funnel plot에서 비대칭성이 보임
d. 신뢰구간이 임계값을 교차하여 효과 크기에 불확실성이 있음

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 대상포진후신경통 환자에 한약 치료와 통상적 의과 치료를 비교한 37건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거 수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 강도에 대한 근거 수준은 낮음(Low)이며, 중요한 결과지표에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)~낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 연구 중 일부 연구에서 실험군에서 경미한 이상반응이 보고되었으나 대체적으로 대조군에 비해 이상반응의 발생 빈도가 적었으며, 핵심 결과지표인 통증 강도에서 유의한 효과를 보여 위해보다 이득이 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 대상포진후신경통 환자에게 의과 치료와 병행하여 한약 치료를 시행하는 비율이 75.6%로 나타나 활용도가 높으며, 임상적 위해가 낮은 안전한 치료 방법으로 사용되고 있다. 또한, 한의사의 최우선 치료 목표는 ‘통증 및 감각 이상 완화(89.0%)’와 수면 장애 등의 동반증상(35.0%)으로 조사되었는데, 이는 본 지침의 핵심결과지표인 통증 강도 및 중요결과지표인 수면, 우울, 불안 증상 등과 일치하여 본 권고안이 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 일부 한약의 경우 건강보험 급여가 적용되는 제제로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강 불평등

및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거 수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 통상적 의과 치료와 병행한 한약 치료가 대상포진후신경통 환자에게 임상 현장에서 효과적으로 사용될 수 있을 것으로 판단되어 개발위원회는 권고등급을 한 단계 상향하여 권고등급 B를 부여한다.

참고문헌

1. 陈文才. 益气养阴中药治疗老年带状疱疹后遗症68例临床观察. 北方药学. 2012;9(07):102.
2. 梁俊梅. 带状疱疹后遗神经痛治疗方案优选研究 [硕士]: 山东中医药大学; 2011.
3. 金云顺. 疏肝散火法内服治疗带状疱疹后神经痛的效果观察. 中国卫生产业. 2012;9(33):169.
4. 段宝学, 梁虹. 血府逐瘀胶囊联合LED红光照射治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 中国实用神经疾病杂志. 2016;19(16):5-8.
5. 李秀英, 汪美霞, 陈龙. 柴胡舒肝散合桃红四物汤加减联合奥卡西平治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 中医药临床杂志. 2020;32(02):354-7.
6. 林海, 高小燕, 王均炉, 林寿春. 星状神经节阻滞联合血府逐瘀胶囊治疗带状疱疹后神经痛的临床观察. 中成药. 2006(09):1317-9.
7. 付静, 黄凤渊. 桃红四物汤联合双氯芬酸钠缓释胶囊治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察. 中医药导报. 2017;23(21):101-3.
8. 倪国勇, 钮雪松, 张凤霞, 曾瀚琳, 张春杰. 身痛逐瘀汤治疗气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛临床观察. 光明中医. 2023;38(13):2562-5.
9. 王宇, 贺达, 沈玉杰. 血府逐瘀胶囊联合干扰素治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 现代药物与临床. 2019;34(05):1364-7.
10. 王俊伟, 郑双进. 普瑞巴林胶囊联合疏肝解郁胶囊治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察. 中国实用医药. 2016;11(29):3-5.
11. 汪海珍, 曹武勋. 中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛24例临床观察. 中医药导报. 2005(10):35-6.
12. 王丽, 方玉甫, 李庆娟, 耿庆娜, 周国秀. 蛇丹愈后丸联合加巴喷丁治疗气虚血瘀型带状疱疹后遗神经痛的临床观察. 中国实验方剂学杂志. 2018;24(08):183-8.
13. 王来群, 侯萍. 阿米替林联合中草药治疗带状疱疹后神经痛39例. 临床医学. 2010;30(10):112-3.

14. 袁晶, 聂雪峰, 车光龙. 活血通络、疏肝理气、扶正固本汤治疗老年的疗效观察. 西南国防医药. 2015; 25(05):540-1.
15. 田中伟, 宋向凤, 李万里, 冯捷. 中药联合甲钴胺治疗顽固性带状疱疹后遗症性神经痛. 中国临床康复. 2005(17):24-5.
16. 程甘露. 丹栀逍遥散加减联合伐昔洛韦治疗带状疱疹后遗症神经痛30例. 内蒙古中医药. 2014;33(23):9.
17. 周洋. 消痛汤联合加巴喷丁胶囊治疗带状疱疹后遗症神经痛临床观察. 实用中医药杂志. 2020;36(10): 1319-20.
18. 周邗轲, 康晓日. 散风清热组方治疗头面部带状疱疹后遗症神经痛疗效观察. 中国中西医结合皮肤性病学杂志. 2018;17(01):41-2.
19. 周书祥. 全川散配合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗症神经痛疗效观察. 皮肤病与性病. 2019;41(03):448-9.
20. 周银平. 芍药甘草汤治疗带状疱疹后遗症神经痛的临床疗效及其安全性. 临床合理用药杂志. 2021;14(15):127-9.
21. 周阳贞. 疏风解毒胶囊联合布洛芬缓释胶囊治疗带状疱疹后遗症神经痛患者疗效及对免疫球蛋白P物质和IFN- γ 水平的影响. 基层医学论坛. 2020;24(10):1440-2.
22. 胡银娥, 张义轩, 王斌, 瞿伟, 高俊玲. 龙胆泻肝软胶囊联合加巴喷丁治疗老年带状疱疹后遗症神经痛临床观察. 中国医学创新. 2012;9(04):121-2.
23. 俞晓艳, 原永芳. 元胡止痛片联合布洛芬和维生素B₁治疗带状疱疹后遗症神经痛的疗效观察. 现代药物与临床. 2015;30(10):1251-4.
24. 冯培民, 陈蕾. 六神丸治疗带状疱疹后遗症神经痛的临床研究. 中成药. 2008(06):799-801.
25. 刘立文, 赵嘉晶, 顾卫联, 高书荣. 桃红四物汤联合双氯芬酸钠缓释胶囊治疗带状疱疹后遗症神经痛效果观察. 现代中西医结合杂志. 2017;26(15):1679-80+85.
26. 刘于媛. 小柴胡汤加味治疗肝脾失和证带状疱疹后神经痛临床研究 [硕士]: 云南中医药大学; 2021.
27. 吴为民, 王秀玲, 姜伯彬. 丁香膏+通络益气中药联合椎管内阻滞治疗顽固性带状疱疹后遗症神经痛疗效及对T淋巴细胞亚群、 β -内啡肽的影响. 现代中西医结合杂志. 2017;26(30):3348-50.
28. 孙岚. 自拟四虫益气养血汤联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗症神经痛的临床疗效. 中国现代医生. 2021; 59(12):142-5.
29. 张朝晖. 小金丸联合加巴喷丁治疗带状疱疹后遗症神经痛疗效观察. 中国实用神经疾病杂志. 2017;20(06):117-8.
30. 张沛, 冯亮群, 李利霞, 杨木强. 元胡止痛片联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗症神经痛的临床研究. 现代药物与临床. 2021;36(12):2516-21.
31. 查锦东. 身痛逐瘀汤联合多虑平治疗带状疱疹后遗症神经痛临床疗效观察 [硕士]: 湖北中医药大学; 2013.
32. 许旭东, 商建飞, 张爱萍, 盛志锋. 神经阻滞联合中药口服治疗老年带状疱疹后遗症神经痛的疗效观察. 中西医结合心血管病电子杂志. 2015;3(15):53-4.
33. 谭春明. 止痛饮治疗带状疱疹后遗症神经痛42例. 陕西中医. 2004(06):499-500.
34. 贾锦韬. 中西医结合治疗带状疱疹后遗症神经痛40例疗效观察. 大家健康(学术版). 2016;10(12):129.
35. 林春华, 钟英豪. 四逆散合桂枝茯苓丸加味佐治带状疱疹后遗症神经痛23例. 国医论坛. 2016;31(01):9-10.
36. 王金凤. 中药联合伐昔洛韦片治疗带状疱疹后遗症神经痛疗效观察. 中国处方药. 2018;16(04):97-8.
37. 程靖. 祛瘀镇痛汤加减治疗带状疱疹后遗症神经痛临床疗效观察 [硕士]: 湖北中医学院; 2009.

한의학표준임상진료지침

대상포진·대상포진후신경통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Herpes zoster · Postherpetic neuralgia



대상포진. 대상포진후신경통 임상진료지침 활용

1. 대상포진 · 대상포진후신경통
임상진료지침 활용
2. 한계점 및 의의
3. 향후 계획



1. 대상포진·대상포진후신경통 임상진료지침 활용

초고령사회에 접어들며 대상포진 및 대상포진후신경통 환자의 유병률이 점차 높아지며 한의 임상 진료에서 표준화된 임상진료지침의 필요성이 높아지고 있다. 그러나 그간 급성 대상포진 치료는 항바이러스제 등의 표준화된 치료 프로토콜이 마련되어 있는 의과 치료 위주로 진행되어 왔다. 또한 대상포진후신경통은 한의 치료의 이용 빈도가 높은 만성 요통, 발목 염좌 등에 비해 임상 근거가 부족하여 잠재적 임상 효과에 비해 활용도가 낮았다. 이에 본 임상진료지침은 대상포진 및 대상포진후신경통의 임상 현황과 임상 근거를 종합하여 한의 단독 치료 뿐 아니라 기존 정형화된 의과 치료와 더불어 한의 치료를 제공할 수 있는 표준화된 지침을 마련하여 해당 질환에 한의 치료 이용을 증대시키고자 개발되었다.

이번 지침은 근거중심의 개발 절차를 거쳐 대상포진 및 대상포진후신경통 한의 치료의 표준을 정립하였으며, 국내외 문헌 근거와 전문가 합의를 반영하여 통상적 의과 치료와 더불어 환자에게 적절한 한의 치료를 제공하는 데 목적을 두고 있다. 한의 임상 현장에서 대상포진 환자에게 활용될 수 있는 침, 전침, 화침, 약침, 부항, 한약 치료 등의 다양한 한의 치료법에 대해 안전하고 효과적인 적용 방안을 제시함으로써, 치료의 표준화와 임상 활용도를 높이고자 하는 배경에서 개발되었다. 실제 임상 현장의 인식과 적용 현황을 파악하기 위해 개발진은 2024년 5월 임상 한의사들을 대상으로 이메일 설문조사를 시행하였다. 이를 통해 한의사들이 대상포진 환자에 대해 어느 정도 한의 치료를 적용하고 있는지, 해당 지침의 필요성과 기대효과에 대해 어떻게 인식하고 있는지 등이 확인되었다. 설문 결과 다수의 한의 임상가가 대상포진 급성기 통증 경감과 합병증 예방을 위해 침 치료를 비롯한 한의 치료를 이미 활용하고 있으며, 향후 표준지침이 현장에 도입된다면 치료의 일관성과 신뢰성이 높아질 것이라고 응답하였다. 또한 일부는 항바이러스제 등의 통상적 의과 치료와 한의 치료의 협진 형태로 환자를 관리하고 있다고 보고하여, 본 지침이 실질적인 한양방 협진의 길잡이 역할을 할 것으로 기대한다. 다만, 실제 임상 현장에서는 의료기관 간 자원 격차나 한양방 협진 체계의 미비, 한의 치료의 보험 적용 범위 제한 등으로 인해 지침의 전면적 적용에는 다소 제약이 따를 수 있다. 이러한 현실적 장애요인은 향후 확산 단계에서는 단계적 교육 프로그램 구축, 요약형 지침 개발, 협진 모델 예시 제공, 보험 급여 확대 필요성 검토 등을 통해 장애요인 극복을 위한 체계적인 지원 방안을 마련하고자 한다.

본 지침은 한의 치료법 각각의 효과와 적응증을 임상 근거에 따라 정리하고, 대상포진 급성기와 대상포진후신경통 각 단계별로 적용할 수 있는 치료 전략을 제시한다. 지침의 서술 형식과 구성은 다른 질환의 임상진료지침과 유사하게 표준화되어 있어 사용자가 쉽게 참고할 수 있도록 하였으며, 동시에 대상포진 및 대상포진후신경통의 특성을 반영하여 급성 감염 질환으로서의 시급성과 신경병증성 통증의 만성화를 모두 고려한 권고안을 담고 있다. 이를 통해 임상 현장에서도 지침을 따라 환자 상태에 따른 맞춤형 한의 치료를 시행하면서

도, 일정 수준 이상의 표준화된 치료를 제공할 수 있도록 활용할 수 있다. 지침 시행의 효과를 평가하기 위해 핵심 권고안의 실제 적용 비율과 환자결과지표 변화를 주요 평가지표로 설정하였다. 이러한 지표를 기반으로 지침의 이행도와 임상적 파급효과를 지속적으로 모니터링할 예정이다.

한의학혁신기술개발사업단의 최종 인증을 받은 임상진료지침은 보건복지부 산하 한의표준임상진료지침 개발, 확산을 위한 플랫폼(국가한의임상정보포털: NCKM; <https://www.nikom.or.kr/nckm>) 및 대한한 의사협회 게시판 등에서 제공될 예정이다.

2. 한계점 및 의의

본 임상진료지침을 개발하는 과정에서 확인된 주된 한계는 국내외 한의 치료에 대한 질 높은 근거자료의 부족이다. 현재까지 대상포진 및 대상포진후신경통에 대한 한의 치료 연구는 중국을 중심으로 다수 이루어졌으나, 상당수 연구가 비뮌의 위험성이 높아 내적 타당도를 확보하기 어려웠다. 특히 국내 한의 임상 연구 자료가 충분하지 않아, 개발된 지침의 권고안을 실제 국내 임상 현장에서 확신을 가지고 적용하기에 어려운 상황이다. 이러한 근거 부족은 권고안의 강도에 영향을 미쳐, 일부 권고는 높은 수준의 근거보다는 전문가들의 임상 경험과 합의에 기반하여 제시될 수밖에 없었다.

또한 본 지침의 한계는 환자의 임상적 이질성을 반영한 세분화된 근거의 부재이다. 대상포진 및 대상포진후신경통은 환자의 나이, 건강 상태, 면역력(예: 당뇨병 등 만성질환 동반, 면역저하 상태) 등에 따라 임상 경과와 예후에 차이를 보인다. 본 개발위원회 역시 이러한 환자 특성을 반영한 맞춤형 권고안을 도출하는 것을 중요한 목표로 삼았다. 그러나 분석에 포함된 대부분의 임상 연구가 ‘일반적인 환자군’을 대상으로 하여 환자의 이질성을 반영한 하위 그룹 분석이 어려웠다. 이로 인해, 임상 현장에서 적용 가능한 ‘환자 특성별 세부 권고’를 근거 기반으로 도출하는 데 근본적인 한계가 있었다. 결과적으로 본 지침은 환자별 고유 특성에 따른 구체적인 치료 적용 방안을 제시하기보다, 다양한 치료 선택지를 포괄적으로 제시하였다. 결국 본 지침은 현존하는 근거의 한계 내에서, ‘일반적인 환자군’에 적용될 수 있는 표준을 제시하되, 환자 개별 상황에 따른 임상적 재량을 인정하는 형태로 권고사항을 기술하였다.

그럼에도 불구하고 이번 지침 개발은 환자 중심의 치료 원칙을 확립하고 환자의 증상과 질병 상태에 따라 다양한 한의 치료법을 제시함으로써 맞춤 치료의 방향성을 제시하였다. 또한 기존의 의과 치료 외에 다양한 한의약적 치료 자원을 체계적으로 활용할 수 있는 토대를 마련하였다. 또한 한의계 내부적으로는 표준 진료지침을 통해 학술적·임상적 소통의 공통 언어를 갖게 되었다는 점에서도 의미가 크다.

비록 근거의 한계로 인해 미비한 점이 남아있으나, 본 지침이 향후 한의 치료의 효과를 과학적으로 입증하고, 부족한 근거를 생산하도록 촉진하며, 한의학의 대내외적 신뢰도를 높이는 기반이 될 것으로 기대된다.

3. 향후 계획

지침 개발을 주관한 본 연구진은 임상 현장에서의 폭넓은 활용을 위해 앞으로 지속적인 지침 보완과 관리를 계획하고 있다. 우선 임상적용에 대한 모니터링을 실시하여, 일선 한 의사들이 지침을 어떻게 적용하고 있는지, 어떤 어려움이냐 개선점이 있는지를 파악할 예정이다. 이를 위해 설문조사, 사용자 의견 수렴 창구 운영, 임상 사례 수집 등을 진행하고, 수집된 피드백을 토대로 지침의 개정이나 보완이 필요한 부분을 업데이트할 방침이다.

또한 교육 자료 개발과 보급을 통해 지침의 임상 활용도를 제고하고자 한다. 한의사들을 대상으로 지침 내용과 활용법을 알기 쉽게 설명한 가이드북, 온라인 강좌, 학회 세미나 등을 마련하여 지침에 대한 이해도를 높이고 실제 진료에 적용할 수 있도록 할 예정이다. 특히 대상포진 및 대상포진후신경통의 치료에 익숙하지 않은 한의사들도 지침을 통해 표준화된 치료 전략을 습득할 수 있도록, 사례 중심의 교육 프로그램이나 임상 실습 워크숍 등을 개발하는 방안도 검토되고 있다. 더불어 보건 정책 측면에서는 본 지침의 내용을 의료 기관 표준진료지침 및 임상경로에 반영하도록 노력하고, 한의 치료에 대한 건강보험 적용 확대나 한양방 협진 모델 개발 등 정책적 지원과 연계시키는 것을 목표로 하고 있다. 이를 위해 관계 기관과의 협력을 추진하고 지침 활용 근거를 정책 담당자들에게 지속적으로 공유할 계획이다.

마지막으로 환자와 일반 국민을 대상으로 한 홍보 및 인식 제고 활동도 향후 과제로 삼고 있다. 대상포진 및 대상포진후신경통에 대한 한의 치료의 유용성과 표준지침의 존재를 환자들이 알 수 있도록, 대국민 홍보 자료 배포나 언론 매체를 통한 캠페인을 실시할 예정이다. 환자들의 인식 제고는 치료 시기에 한의 치료를 적극 활용하도록 유도하여 치료 접근성을 높이고 예후를 개선하는 데 기여할 것으로 기대된다.

향후 지침의 효과를 평가하기 위한 임상 자료를 꾸준히 축적하고, 5년 주기의 지침 개정 시기에 이러한 자료를 반영함으로써, 본 임상진료지침이 계속해서 진화하고 발전해나갈 수 있을 것이다. 개정 시 ‘개정 위원회(가칭)’를 새롭게 구성하여 위원회는 최신 문헌에 대한 체계적 문헌 고찰을 다시 수행하고, GRADE 방법론 등 표준화된 근거 평가 도구를 사용하여 권고안의 수정 여부를 결정할 것이다. 이와 같은 개정된 내용은 전문가 합의와 외부 검토를 거쳐 확정될 예정이다. 단, 환자의 안전에 중대한 영향을 미치는 새로운 근거가 보고되거나, 치료의 패러다임을 바꾸는 신의료기술이 등재될 경우 즉시 개정을 진행할 수 있다.

이러한 일련의 노력은 결과적으로 대상포진 및 대상포진후신경통 환자들에게 보다 향상된 통합적 의료서비스를 제공하고, 한의학의 근거 창출과 표준화에 기여하는 방향으로 진행될 전망이다.

한의학표준임상진료지침

대상포진·대상포진후신경통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

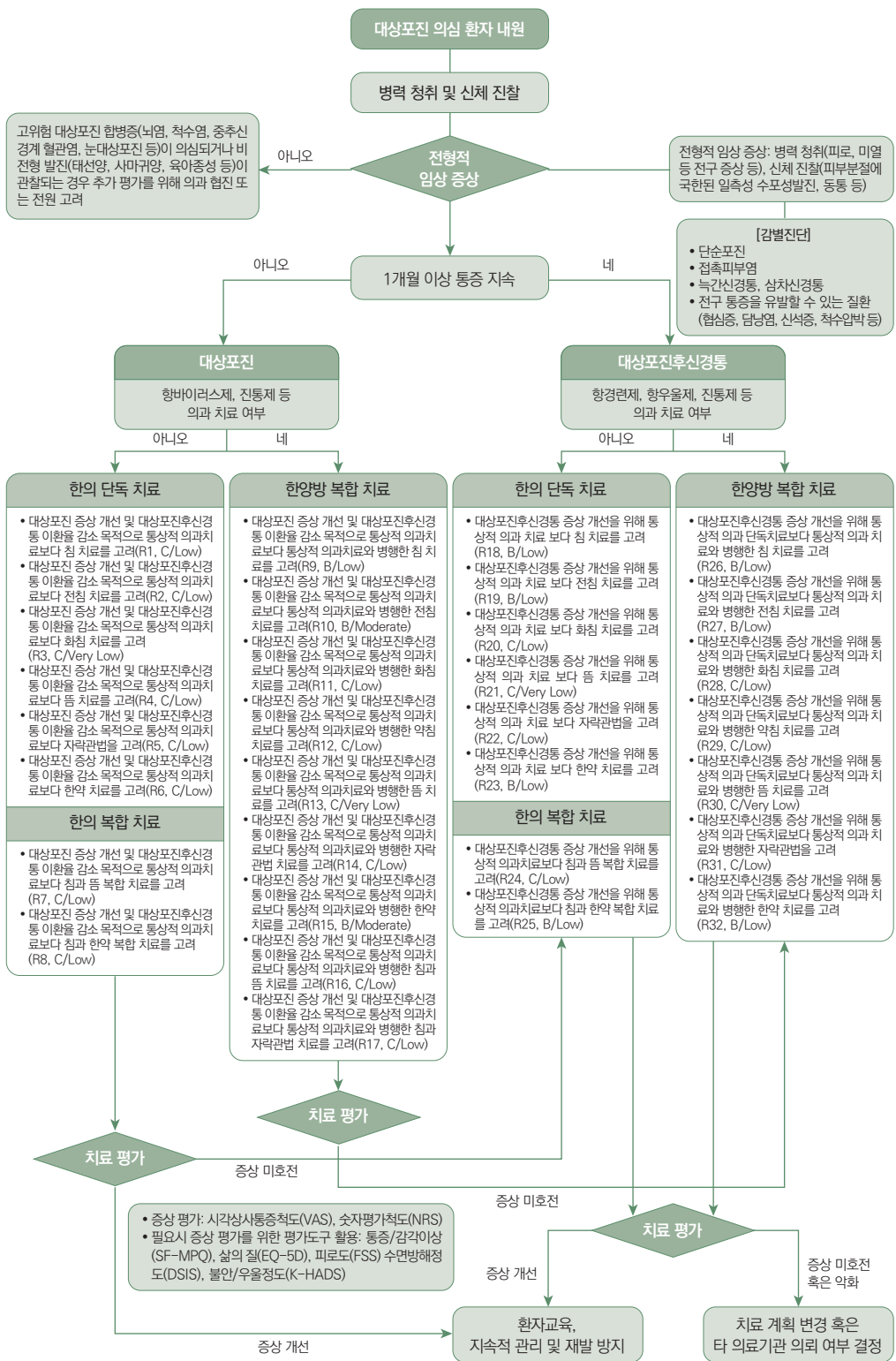
Herpes zoster · Postherpetic neuralgia



VI

진료 알고리즘







VII

확산도구





임상진료지침 보급과 활용 노력은 임상진료지침 개발의 완결 과정이자 정책효과를 좌우하는 가장 중요한 단계이다. 선진국의 많은 사례에서 막대한 비용과 노력을 기울여 다양한 분야의 임상진료지침이 개발되었음에도 불구하고 정작 임상현장에서 제대로 활용되는 경우가 제한적이라는 지적이 제기되었다. 이에 따라 최근에는 임상진료지침에 대한 연구와 지원의 관심이 단순히 임상진료지침을 개발하는 노력에서 나아가 임상진료지침의 보급과 활용을 높이려는데 집중되고 있다. 임상진료지침 보급과 활용은 각 나라의 의료공급체계나 의료전문가 집단이 갖는 하위문화의 영향을 많이 받는다. 이들 속성이 나라마다 다르므로 각 나라의 현실에 맞는 전략을 수립하는 것이 무엇보다도 중요하다.

1. 리플렛

한약 치료

① 침
신경의 과민 반응을 안정시키고 통증을 줄입니다. 기혈 순환 장애를 개선하여 피부 병변의 회복을 촉진합니다. 병변 주변 부위, 합척혈(등에 위치한 경혈) 및 손, 발에 위치한 주요 경혈에 시술합니다.

② 전침
침에 전기 자극을 가하는 치료로서 우리 몸의 진통 물질 분비를 촉진해 통증 완화에 도움을 줍니다. 저전도(1~4Hz)와 고전도(100Hz 이상) 자극을 적절히 배합하여 시술합니다.

③ 약침
한약재 등에서 추출·정제·혼합한 약침액의 약리 효과에 따라 통증 및 염증을 조절하고 전신 면역력을 개선합니다. 환자분의 증상에 따라 복통약침, 황련해독약침 등을 시술합니다.

④ 자화과립
사혈한 부위에 부항을 시행하여 국소 염증을 완화하고 통증 개선을 돕습니다. 감염 예방을 위해 멸균 부항컵과 사혈침을 사용하여 시술합니다.

⑤ 한약치료
면역 반응을 조절하고 염증을 완화하여 대상포진의 병변을 개선하고, 대상포진후신경통을 예방합니다. 환자분의 체질과 병증에 따라 개인별 맞춤 처방을 시행합니다.

예방 및 생활관리

면역력 유지
기공, 명상, 이완요법 등을 통해 면역 체계를 안정시키며, 침·한약·한약장신 요법이 도움을 줄 수 있습니다.

스트레스 관리
통증과 전신 동반 증상을 종합적으로 평가하여 환자 맞춤형 한의 치료를 시행합니다.



한의학표준임상진료지침은 의료기관에 내원한 환자가 최적인 한의의료 서비스를 받을 수 있도록 돕기 위해 임상 근거에 기반하여 개발된 진료 가이드라인입니다. 본 지침은 보건복지부의 지원을 받아 한의약혁신기술개발사업단을 통해 인증받았으며, 의료 현장에서 참고하여 활용할 수 있습니다.

한국한의약진흥원
한의학혁신기술개발사업단

대상포진 · 대상포진후신경통 한의학표준임상진료지침

KOREAN MEDICINE CLINICAL PRACTICE GUIDELINE



한국한의약진흥원
한의학혁신기술개발사업단

[대상포진 (Herpes Zoster)]이란?

대상포진은 어린 시절 수두를 일으켰던 수두-대상포진 바이러스가 신경절에 잠복해 있다가, 면역력 저하로 재활성되어 신경을 따라 피부 발진과 심한 통증을 일으키는 질환입니다. 주로 한쪽으로 띠 모양의 수포가 나타나며, 흉추 신경절을 가장 흔하게 침범합니다. 그 외에도 두통, 관대감, 발열 등의 전신 증상이 동반됩니다. 한의학 고전 문헌에서는 '허리를 둘러싸는 불피'라는 의미의 전요화단(纏腰火丹) 또는 사관창(蛇串瘡) 등으로 기록하며, 체내의 습열(濕熱)이나 사독(邪毒)이 경락을 타고 발현된 것으로 보았습니다.



대상포진후신경통 (Postherpetic Neuralgia)이란?

대상포진의 피부 발진이 치유된 후에도 통증이 사라지지 않고 약 1~3개월 이상 지속되는 합병증 상태를 말합니다. 바이러스에 의한 말초 신경 손상과 중추 신경계의 과민화가 복합적으로 작용하여 발생하는 만성 신경병성 통증입니다. 민감한 통증과 더불어 수면 장애·우울·불안·피로 등이 동반되어 삶의 질을 크게 저하시킵니다. 한의학 고전 문헌에서는 급성 병변이 사라진 뒤에도 아혈(瘀血)과 사독(邪毒)이 남아 통증이 지속되는 만성적인 '비독(痺毒)'의 일종으로 보았습니다.



역학 및 위험요인

① 발병 현황
국내 대상포진 환자는 2023년 기준 약 74만 9천 명으로 지속적인 증가 추세에 있습니다.

② 고위험군
60대(24.7%)와 50대(21.7%)에서 가장 많이 발생하며, 특히 50대 이상부터는 여성 발생률이 남성보다 현저히 높습니다.

③ 위험 요인
고령, 스트레스, 면역 저하 질환 및 면역억제제 치료력, 가족력, 당뇨병 등이 주요 위험인자로 꼽힙니다.

④ 대상포진후신경통 이행
대상포진 환자의 약 10~18%가 신경통으로 이행되며, 60세 이상 고령자일수록 그 빈도가 급격히 증가합니다.

진단 및 평가

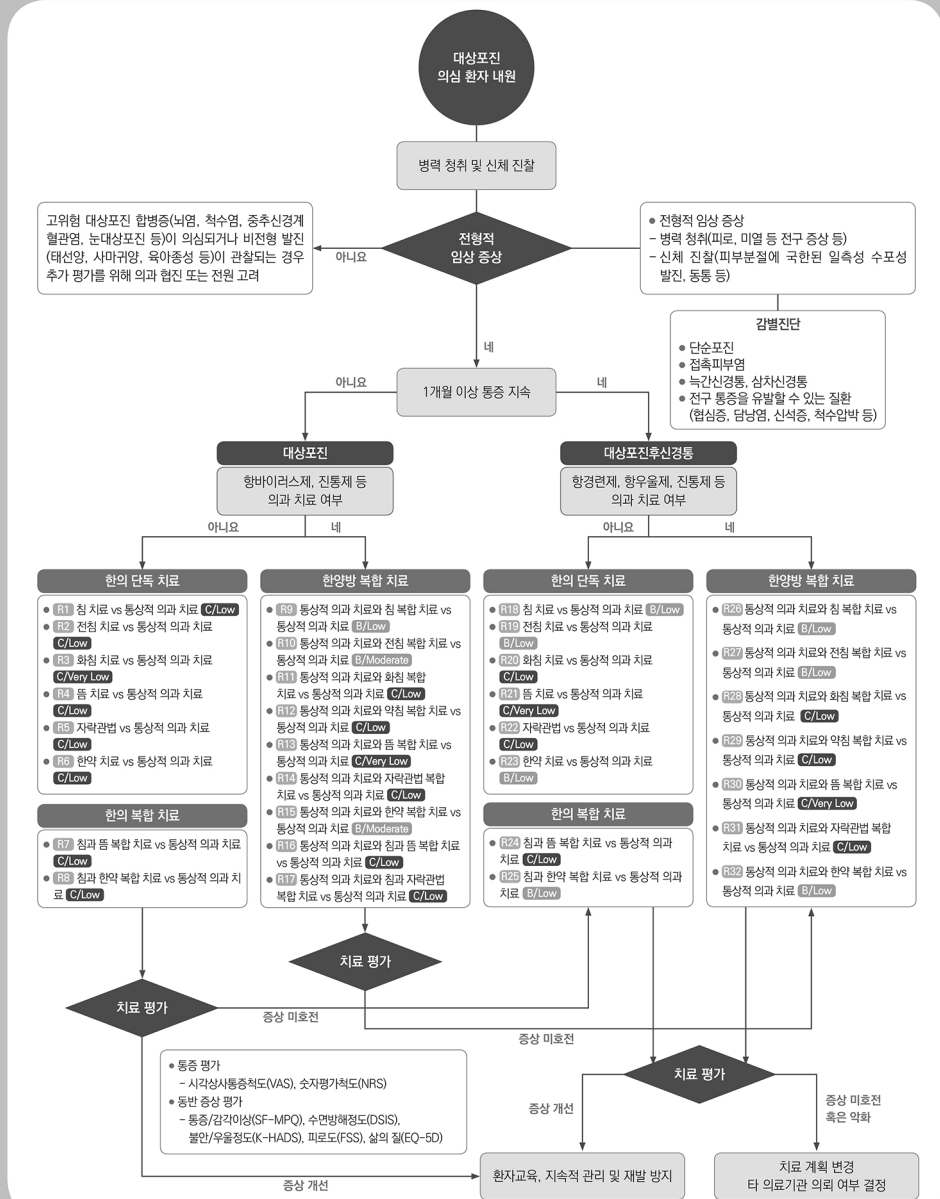
① 임상 진단
몸의 한쪽에 띠 모양으로 울집과 붉은 발진이 나타나고, 화끈거리거나 찢는 듯한 통증이 특징입니다. 피부 증상 발생 며칠 전부터 통증이 먼저 시작될 수 있으며, 드물게는 피부 발진이 뚜렷하지 않은 경우도 있습니다.

② 증상 평가
통증 정도는 시각상지통중척도(VAS)나 숫자평가척도(NRS)로 수치화하고, 대표적인 동반증상인 수면 장애, 우울·불안, 피로 및 삶의 질 지표를 함께 평가합니다.

2. 인포그래픽

KOREAN MEDICINE CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

대상포진·대상포진후신경통 한의표준임상진료지침



NOTICE

한의학표준임상진료지침은 의료기관에 내원한 환자가 최적의 한의의료 서비스를 받을 수 있도록 돕기 위해 임상 근거에 기반하여 개발된 진료 가이드라인입니다. 본 지침은 보건복지부의 지원을 받아 한의약혁신기술개발사업단을 통해 인증받았으며, 의료 현장에서 참고하여 활용할 수 있습니다.

한국한의학연구원
한의학표준임상진료지침사업단



VIII

부록

1. 용어 정리
2. 이해상충선언서
3. 인증 내역



1. 용어 정리

- HZ: Herpes Zoster [대상포진]
소아기에 수두를 일으킨 후 신경절에 잠복해 있다가 면역력이 저하될 때 재활성화되어 발생하는 질환. 특정 피부절을 따라 띠 모양의 발진과 수포가 나타나며, 극심한 통증을 동반하는 것이 특징임
- VZV: Varicella Zoster Virus [수두-대상포진 바이러스]
초기 감염 시 수두를 유발하고 이후 체내 신경절에 잠복하였다가 재활성화될 경우 대상 포진을 일으키는 병원체
- HIV: Human Immunodeficiency Virus [인간 면역결핍 바이러스]
에이즈를 일으키는 원인 바이러스
- PCR: Polymerase Chain Reaction [중합효소연쇄반응]
특정 표적 DNA 서열을 시험관 내에서 열 순환 과정을 통해 지수적으로 증폭하는 분자 생물학적 기법. 극미량의 핵산도 검출·분석이 가능하도록 충분한 양으로 확대함으로써 유전자 진단, 감염체 검출, 분자생물학 연구 전반에서 핵심적으로 활용됨
- EMG: Electromyography [근전도검사]
침형 전극 또는 표면 전극을 이용해 골격근의 전기적 활동을 기록·분석하여 근육 및 말초신경의 기능적 상태를 평가하는 검사
- HSV: Herpes Simplex Virus [단순포진바이러스]
헤르페스바이러스과(Herpesviridae)에 속하는 DNA 바이러스로, HSV-1은 주로 구강·안면부 포진, HSV-2는 주로 생식기 포진을 유발. 신경절에 잠복 감염 형태로 존재하며, 스트레스·면역저하 등으로 재활성화되어 반복적인 수포성 피부·점막 병변을 유발하는 것이 특징
- VAS: Visual Analogue Scale [시각상사통증척도]
10cm 길이의 선으로 한쪽 끝에는 통증이 없음을 기록하고 다른 편의 끝에는 상상 가능한 가장 심한 고통을 기록하도록 되어 있는 척도
- NRS: Numeric Rating Scale [숫자평가척도]
환자가 경험하는 통증의 강도를 0부터 10까지의 숫자로 표현하도록 하여 통증 정도를 정량화하는 평가 도구
- NCS: Nerve Conduction Study [신경전도검사]
말초신경에 전기 자극을 가하여 유발된 신경 전기신호의 전도 속도, 잠복기, 진폭 등을 측정함으로써 신경의 기능적 이상 여부를 평가하는 전기생리학적 검사

- QST: Quantitative Sensory Test [감각기능 정량검사]
온도, 진동, 압력 등 다양한 감각 자극에 대한 환자의 감지 역치와 반응을 정량적으로 평가하는 신경생리학적 검사
- DITI: Digital Infrared Thermal Imaging [적외선 체열검사]
체표면에서 방출되는 적외선 열 신호를 디지털 영상으로 전환하여 체열 분포를 시각화하는 검사
- NSAIDs: Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [비스테로이드 항염증제]
스테로이드 구조를 갖지 않으면서 프로스타글란딘 합성에 관여하는 COX 효소를 억제하여 염증, 통증, 발열을 완화하는 약물군. 근골격계 통증, 염증성 질환에 광범위하게 사용되나 위장관계, 신장, 심혈관계 부작용에 대한 모니터링이 필요함
- TCAs: Tricyclic Antidepressants [삼환계 항우울제]
삼환 고리(tricyclic) 구조를 가진 항우울제로, 세로토닌과 노르에피네프린의 재흡수를 억제하여 신경전달물질의 농도를 높임으로써 통증 조절 및 항우울 효과를 나타냄
- pRF: Pulsed Radiofrequency [박동성 고주파 전기치료]
신경 조직 주변에 고주파 전류를 간헐적(pulsed)으로 전달하여 조직 온도를 비가열 범위에서 유지하면서 신경 전달을 조절하는 중재적 통증치료 기법
- SCS: Spinal Cord Stimulation [척수자극술]
경막외 공간에 전극을 삽입하여 척수 후주(dorsal column)에 전기적 자극을 전달함으로써 통증 신호 전달을 조절하는 신경조절술
- ITDAS: Intrathecal Drug Administration System [척수강내약물주입기]
척수강(intrathecal space)에 약물을 지속적 또는 간헐적으로 투여하기 위해 체내에 이식하는 펌프 및 카테터 시스템
- TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation [경피적 전기신경자극술]
피부 표면에 부착한 전극을 통해 저강도 전기 자극을 전달하여 통증 신호의 전달을 감소시키거나 게이트 조절(gate control) 기전을 활성화하는 비침습적 통증조절 기법
- LLLT: Low Level Laser Therapy [저강도 레이저치료]
저출력 레이저를 조직에 조사하여 세포 대사 촉진, 염증 감소, 미세순환 개선 등을 유도하는 비열적(non-thermal) 광생물자극 치료법
- rTMS: repetitive Transcranial Magnetic Stimulation [반복적 경두개 자기자극술]
두개골 외부에서 반복적인 자기장 펄스를 전달하여 대뇌피질의 신경세포막에 유도전류를 발생시켜 신경 흥분성(excitability)을 조절하는 비침습적 신경자극술



- CBT: Cognitive Behavioral Therapy [인지행동치료]
심리적 문제를 유발하거나 유지시키는 비합리적 사고, 부적응적 신념, 행동 패턴을 체계적으로 교정하는 구조화된 치료 접근법
- ZVL: Zoster Vaccine Live [대상포진 생백신]
약독화된 생바이러스(Varicella Zoster Virus)를 사용하여 면역반응을 유도하는 대상포진 예방백신
- RZV: Recombinant Zoster Vaccine [재조합 대상포진 백신]
Varicella Zoster Virus의 당단백(gE)을 재조합 기술로 생산한 항원과 면역증강제(adjuvant system)를 포함한 비생백신(non-live) 형태의 대상포진 예방백신
- G-I-N: Guidelines International Network [국제 진료지침 네트워크]
근거 기반 진료지침의 개발·조화·보급을 촉진하기 위해 설립된 국제적 협력체
- RCT: Randomized Controlled Trials [무작위배정 대조군연구]
연구 대상자를 무작위로 실험군과 대조군에 배정하여 개입의 효과를 평가하는 임상연구 설계의 표준. 무작위 배정을 통해 교란변수의 영향을 최소화하며, 비교를 통해 개입의 인과관계를 가장 신뢰성 있게 검증할 수 있음
- PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses [체계적 문헌고찰 및 메타분석 보고 지침]
체계적 문헌고찰과 메타분석의 투명성·완전성·재현성을 향상시키기 위해 개발된 국제 표준 보고 지침
- SMD: Standardized Mean Difference [표준화된 평균차]
포함된 여러 연구들 간에 척도가 다르고 연속형 변수인 경우 결과값의 평균차를 표준편차로 나눈 값
- MD: Mean Difference [평균차]
치료군과 대조군의 평균값의 차이
- HAMD: Hamilton Depression Rating Scale [해밀턴 우울 평가 척도]
임상의가 면담을 통해 평가하는 우울증 중증도 측정 도구로, 기분, 불안, 수면, 신체증상 등 다양한 증상을 포함하며, 주요우울장애 환자의 증상 심각도 평가, 치료 반응 모니터링, 임상연구에서 근거 확보 등에 널리 활용됨
- SDS: Self-Rating Depression Scale [자기평가 우울 척도]
환자가 직접 문항을 응답하여 우울 증상의 존재와 심각도를 스스로 평가하는 자기보고식 우울 측정 도구

- HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale [해밀턴 불안 평가 척도]
임상의가 면담을 통해 평가하는 불안 증상의 정도를 정량화하는 평가 도구. 정신적 불안(걱정, 긴장)과 신체적 불안(심계항진, 근육 긴장, 위장관 증상 등)을 포함한 14개 항목으로 구성되며, 불안장애 진단 보조, 증상 중증도 평가 및 치료 반응 모니터링에 활용
- BAI: Beck Anxiety Inventory [벡 불안 척도]
환자가 스스로 응답하는 불안 증상 자기평가 도구로, 정신적 불안(걱정, 공포)과 신체적 불안(심계항진, 떨림 등) 관련 21개 항목으로 구성
- PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index [피츠버그 수면 질 척도]
지난 한 달간의 수면 양, 수면 효율, 수면 지연, 수면 장애, 수면 약물 사용, 주간 기능 장애 등 다양한 수면 관련 요인을 평가하는 자기보고식 설문지
- AIS: Athens Insomnia Scale [아테네 불면 척도]
최근 한 달간의 수면 시작, 수면 유지, 조기 각성, 수면 시간, 수면 만족도, 주간 기능 장애 등을 평가하는 자기보고식 불면 평가 도구
- SF-36: Short Form-36 Health Survey [36-문항 단축형 건강조사]
대상자의 건강 상태와 삶의 질을 평가하는 자기보고식 설문 도구. 신체적 기능(PF), 사회적 기능(SF), 신체적 역할 제한(RP), 감정적 역할 제한(RE), 정신 건강(MH), 활력(VT), 통증(BP), 일반 건강(GH) 등 8개 영역(domain)을 측정함
- RD: Risk Difference [위험 차이]
두 집단 간 사건 발생률의 “절대적 차이(실험군 사건률 - 대조군 사건률)”를 의미함. 예방효과나 치료효과를 절대적 수치로 평가할 수 있으며, 임상시험 및 역학 연구에서 개입의 실제적 영향 크기를 직관적으로 이해하는 데 사용함
- GRADE: The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation [근거 등급 평가 방법론]
Cochrane GRADE Working Group에서 개발한 진료지침 및 근거기반 의료 의사결정을 위한 체계적 평가 방법
- OIS: Optimal information size [최적 정보 크기]
메타분석 결과에서 무작위 오류로 인한 불확실성을 줄이고 충분한 통계적 정밀성을 확보하기 위해 요구되는 최소한의 총 정보 크기, 즉 필요한 총 대상자 수 또는 사건 수를 의미
- RR: Relative Risk [상대위험도]
특정 위험요소에 노출된 사람의 발병률과 노출되지 않은 사람의 발병률과의 비율

2. 이해상충선언서

이해상충공개서약서

연구 과제명	대상포진·대상포진후신경통 한의표준임상진료지침
참여 연구원	이승훈, 김규석, 홍예진, 김요환, 이수지, 박소연, 김병현, 홍예은

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

☐ 아래 사항 중 한 항목 이상 해당됩니다.	
☐	지원기관으로부터 제한 없이 사용할 수 있도록 연구비용이나 교육 보조금, 연구기기, 자문 또는 사례금 형태로 1,000만원 상당의 비용을 제공받았습니다. 총 금액 : 종 류 :
☐	지원기관의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 경제적 이익에 대한 권리를 제공받았습니다. 총 금액 : 종 류 :
☐	기타 1,000만원 상당 또는 5%가 넘는 지분이익이나 이권을 제공 받았습니다. 총 금액 : 종 류 :
☐	지원기관에 공식/비공식적인 직함을 가지고 있습니다. (예: 사장, 자문역, 고문 등) 기관명 : 직 위 :
☐	연구대상에 대한 지적재산권을 가지고 있습니다. (예: 특허, 상품권, 라이선싱, 로열티 등) 종 류 :
☐	본인 또는 배우자의 가족이 소속된 회사가 위에서 기술된 것과 같은 관계를 가지고 있습니다. 가족관계 :
☒ 상기 항목 모두 해당되지 않습니다.	
본인이 확인한 모든 내용은 정확히 기술되었으며 만약 연구 진행 중에 재정적인 이해관계가 변동되는 이해상충(COI) 이 생기는 경우 이를 인지한 날로 부터 30일 이내에 대한침구학회에 보고하겠습니다.	
제출일자: 2023년 09월 01일	

3. 인증 내역

	인증 주체	인증일자	인증 구분
1	대한침구의학회(주관학회)	2025년 11월 06일	승인
2	한방안이비인후피부과학회(유관학회)	2025년 10월 31일	승인
3	한약표준임상진료지침 검토·평가위원회	2025년 12월 10일	인증
4	한약학혁신기술개발사업 총괄조정위원회	2025년 12월 18일	추인

한의학표준임상진료지침

대상포진·대상포진후신경통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Herpes zoster · Postherpetic neuralgia

인 쇄 2026년 6월 22일

발 행 2026년 6월 29일

집 필 대한침구의학회

편 집 인 이준혁

발 행 인 고호연

발 행 처 한국한의학진흥원 한의약혁신기술개발사업단

디자인·인쇄 ㈜도서출판알투스

© 2026년, 한국한의학진흥원

이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로

무단 복제와 전제는 금지되어 있습니다.

상업적 목적이나 제품판매의 목적으로 사용할 수 없습니다(비매품).

ISBN 979-11-93073-26-1 (93510)

한의표준임상진료지침

대상포진·대상포진후신경통

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Herpes zoster·Postherpetic neuralgia



보건복지부
Ministry of Health and Welfare

한국한의학진흥원
한의학혁신기술개발사업단



ISBN 979-11-93073-26-1(93510)