



한의표준임상진료지침 만성 요통 증후군

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine
Chronic Lumbar Pain



보건복지부
Ministry of Health and Welfare

한국한의학진흥원
한의학혁신기술개발사업단





한의표준임상진료지침

만성요통증후군

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Chronic Lumbar Pain



발간사

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

모든 분야에서 “근거”는 매우 중요해지고 있습니다. 의약분야는 그중에서도 가장 “근거”에 대한 중요성을 일찍 깨닫고 근거중심 의학을 확립하기 위해 노력해 왔습니다. 한의약분야도 이러한 흐름에 동참하여, 2016년부터 국가주도 대규모 근거기반 한의약 임상진료지침 개발을 시작하였으며, 현재는 한의약혁신기술개발사업이라는 국가연구개발사업으로 이 사업을 진행하고 있습니다. 한의표준임상진료지침은 기존 의과의 임상진료지침과 발간절차와 과정이 대부분 동일하지만, “한의”의 의료 자체의 특징으로 인한 의과의 진료지침과는 다른 고유한 특징도 지니고 있습니다. 동일한 질환에 대해서도 진료행위가 다양한 “한의”의 특징으로 인해, 이를 뒷받침하는 평가와 검증 작업의 어려움이 존재합니다. 그리고 한국 한의학의 현실에 맞게 한방의료 임상현장을 반영해야 하고, 이러한 특성들이 반영되어야 실제 임상에서의 활용도가 높아질 수 있습니다. 또한 현재 1차 의료기관인 한의원에서 실행할 수 있는 내용을 담아야 하고, 각 질환이나 주제에 따른 범한의계의 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 전통의학 분야의 특성상 근거의 양과 연구 인력이 늘 부족하게 느껴집니다.

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

한의학혁신기술개발사업단장
이준혁



머리말

한의학에서는 오랜 시간 동안 표준화와 임상진료지침 마련에 대한 요구가 지속되어 왔습니다. 한의학의 본질이자 강점은 개개인의 평소 체질과 병적 상태에 따른 맞춤 진료에 있지만, 이 다양성이 때로는 임상 일관성과 신뢰 확보의 측면에서 아킬레스건으로 작용해온 것도 부정할 수 없는 현실입니다.

진단과 치료의 다양성을 존중하되, 환자에게 제공되는 최소한의 안전성과 신뢰성 확보를 위한 기준은 반드시 필요하며, 그 중심에 바로 표준화된 진료지침이 있다고 생각합니다.

과거 우리는 ‘진료지침’이라는 단어 자체를 두려워했던 시절이 있었습니다. 하나의 지침이 정해지면 그 외의 모든 치료가 비표준으로 낙인찍히는 것은 아닐지, 오히려 우리가 스스로 한계를 규정하게 되어 임상 자율성을 잃는 것은 아닐지 우려했기 때문입니다. 이는 현재 법제도 내에서 한의학과 한의의료행위에 대한 명확한 정의가 부재한 상황에서, 스스로를 지키려는 일종의 자기방어기제가 작동한 결과이기도 했습니다.

하지만 변화하는 시대와 보건의료 환경 속에서, 그리고 국민과 제도권이 요구하는 의료의 신뢰성과 책임성에 부응하기 위해, 진료지침과 표준화는 이제 더 이상 외면할 수 없는 과제로 우리 앞에 놓여 있습니다. 국민의 신뢰를 얻고 제도권 내에서 보호받으며 한의학이 발전해 나가기 위해서, 임상진료지침은 반드시 필요한 기초 인프라라 할 수 있습니다.

이번 『만성요통증후군 한의표준임상진료지침』은 2020년에 출판된 내용에 최신 데이터를 추가하여 업데이트하고, 수정 보완하여 개작한 결과물입니다. 출판 이후에도 보내주신 외부 피드백을 근거로 보다 실용적인 진료지침으로 거듭나고자 노력하였습니다. 또한 이번 개발 과정에 있어서는 분야별로 부족한 과학적 근거를 보완하기 위해 임상 근거 창출형으로 진행되어 임상연구도 수행하고 해당 내용을 반영하였습니다. 이 외에도 표준임상진료지침 개발에 있어서 최신 방법론에 따라 이전에 부족했던 부분들을 보완하는 고도화 작업도 거쳤습니다. 이전에도 밝혔듯이 본 한의표준임상진료지침은 완성본이 아닌, 끊임없이 진화해 나가는 생명체라고 믿습니다. 앞으로도 지속적으로 임상 현장과 과학적 연구의 피드백 속에서 꾸준히 보완되고 확장되어야 한다고 생각합니다.

저희는 다만, 그 지속적인 진화의 여정에 작은 이정표 하나를 남긴다는 마음으로 이번 연구에도 임했습니다. 본 지침이 임상 현장에서도 실질적인 도움이 되고, 더 나아가 지속적인 개정을 통해 대한민국 한의 보건 의료 정책 변화의 씨앗이 되어주기를 진심으로 바랍니다.

끝으로, 이번 지침 개발에 아낌없는 조언과 헌신을 보내주신 모든 연구자와 위원님들께 깊은 감사의 마음을 전합니다. 여러분의 열정이 모여, 한의 임상진료의 보장성과 과학성을 높이는 데 있어 귀중한 씨앗이 되기를 기대합니다.

감사합니다.

2025년
만성요통증후군 한의표준임상진료지침 개발
연구책임자 남동우



일러두기

「만성요통증후군 한의표준임상진료지침」은 한의학 분야의 만성요통증후군 질환의 의료 과정에서 마주하는 다양한 의사 결정과 관련하여 근거 기반의 정보를 제공하기 위해 개발된 한의학혁신기술 개발사업단의 공식 출간물입니다.

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

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

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

만성요통증후군 한의표준임상진료지침



집필진

- ▶ 남동우 경희대학교
- ▶ 홍예진 경희의료원
- ▶ 노승진 경희의료원
- ▶ 박기훈 경희의료원
- ▶ 신재민 경희의료원
- ▶ 박연철 경희대학교
- ▶ 김은정 동국대학교
- ▶ 이현종 대구한의대학교

▼ 목차

요약문 / 1

1. 배경 및 목적 / 2
2. 질환 개요 / 2
3. 권고안 / 3
4. 진료알고리즘 / 6

Summary / 9

I. 서론 / 17

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경 / 18

II. 만성요통증후군 질환 개요 / 19

1. 정의 / 20
2. 임상 현황 / 22
3. 진단 및 평가 / 24
4. 치료 / 27
5. 예방 및 관리 / 30
6. 참고문헌 / 32

III. 만성요통증후군 임상진료지침 개발 절차 / 35

1. 기획 / 36
2. 개발 / 50
3. 승인 및 인증 / 63
4. 출판 / 65

IV. 권고사항 / 67

1. 한의단독치료 / 68
2. 한의복합치료 / 131
3. 한양방복합치료 / 158

V. 만성요통증후군 임상진료지침 활용 / 161

1. 만성요통증후군 임상진료지침 활용 / 162
2. 한계점 및 의의 / 163
3. 향후 계획 / 164

VI. 진료알고리즘 / 167

VII. 확산도구 / 169

VIII. 부록 / 173

1. 용어 정리 / 174
2. 이해상충선언서 / 175
3. 인증 내역 / 176



요약문

1. 배경 및 목적
2. 질환 개요
3. 권고안
4. 진료알고리즘

1 배경 및 목적

인구의 절반 이상이 일생에 한 번 이상은 요통을 겪을 만큼, 요통은 성인에게 흔한 장애 중 하나이다. 이 중 10%의 환자는 3개월 이상 지속되는 만성요통으로 발전하게 되는데, 만성요통 중 원인이 될 만한 척추질환을 동반하지 않은 만성 비특이적 요통이 85~90%를 차지한다.¹⁾ 일반적으로 만성통증은 연령에 따라 증가하는 양상을 보이는데, 국내 관련 조사 자료에서는 60세 이상 남녀의 경우 만성통증의 90% 이상이 근골격계 부위에서 발생했으며, 이 중 요통이 2위를 차지하였다.²⁾ 만성통증의 경우, 통증만 문제가 되는 것이 아니라 환자의 일상생활을 제한하고 정신건강 및 삶의 질까지 영향을 미치며 많은 사회적 비용을 증가시키게 된다. 특히 우리나라의 경우, 세계에서 가장 빠른 고령화 속도를 보이므로, 앞으로 닥칠 초고령화 사회에 대비하여 만성요통 증후군에 관한 효과적인 대처방안을 마련하는 것은 매우 중요하다.

본 진료지침의 개발을 위해 만성요통증후군에 관한 기존의 여러 지침을 검토하였고, 문헌 검색을 통해 새롭게 추가된 문헌들을 체계적 문헌고찰 등 근거 중심 방법에 기반하여 분석하였다. 또한, 국내 한의 임상의들의 진료 경험을 바탕으로 한 검토 과정을 통해 국내 한의학 실정에 맞는 진료지침을 개발하고자 하였다.

본 진료지침은 만성요통증후군에 대하여 진료의 질 표준을 정립하여 임상 현장에서 임상 한의사가 보다 합리적인 판단을 내리도록 도움으로써 한의치료의 신뢰를 확보하고, 더 나아가 효과는 최대화하고 위험과 비용을 최소화하여 환자의 경제적 편익을 도모하기 위한 기초 자료를 제공하기 위해 개발되었다. 이로써 만성요통증후군에 대한 표준화된 한의치료를 통해 한의 진료의 질 향상 및 한의 치료를 통한 국민 건강 증진에 이바지하고자 한다.

2 질환 개요

만성요통증후군은 한국표준질병사인분류(KCD-8)에서 M545(요통), M5456(요통, 요추부), M5459(요통, 상세불명의 부위) 등에 해당되는 질환으로, 일생에 한 번 이상 인구의 절반 이상이 겪을 만큼 흔하게 나타나는 장애이다.³⁾ 이 중 비특이적 만성요통증후군은 병리해부학적 이상 상태 없이 3개월 이상 허리 부위에 지속되는 통증을 지칭하여 추간판 탈출증이나 골절 등 명백한 해부학적 이상이 있는 상태나 급성 염좌 등 이환기간이 3개월 이전인 급성 요통과 구분된다.⁴⁾

만성요통증후군은 대부분 기능 소실 없이 회복되지만 반복적으로 나타나는 특징이 있어, 60%의 환자들이 재발하는 과정을 거치므로⁵⁾ 의료적, 사회적으로 상당히 부담으로 작용하는 질환이다.⁶⁾ 2017년 미국 내과학회에서는 급·만성요통에 대한 임상

진료지침을 발표하였는데, 이 지침에서는 약물 치료 이전에 비약물적 치료가 선행되어야 한다는 것을 강조하고 있다.

만성요통에서의 약물 사용은 완치보다는 증상의 완화 및 일상생활의 불편감 개선을 목적으로 사용되며 주로 비스테로이드성 소염진통제(NSAIDs) 또는 근육이완제가 사용되고 있으나, NSAIDs는 신부전, 위궤양, 심혈관질환의 위험성을 높일 수 있는 부작용이 존재하기 때문에 사용에 주의를 기울여야 한다.⁷⁾ 비약물적 치료는 침 치료를 포함한 한의 치료, 운동요법, 물리 치료 등이 있다.

만성요통증후군 환자의 경우, 보통 일상생활이 가능하나 간헐적으로 증상이 반복되어 삶의 질에 영향을 받게 되므로 양방 혹은 한방의 일차의료기관으로 내원하여 보존적 치료를 받는 경우가 대부분이다. 양방 일차의료기관에서는 단순 방사선 촬영상 기질적인 문제가 발견되지 않기 때문에 비스테로이드성 소염진통제(NSAIDs) 또는 근육이완제 등을 처방하여 증상의 변화를 관찰하는 경우가 대부분이다. 한의 치료의 경우 환자 선호도가 높고 만성요통증후군의 보존적 치료에 주요 비중을 차지하고 있으며, 다양한 중재를 통해 임상적인 치료 효과를 높이고 있으므로, 이에 대한 진료지침을 개발하여 근거 기반 연구를 통한 한방 일차의료기관에서의 만성요통증후군에 대한 관리적 치료의 표준화에 기여하고자 하였다.

3

권고안

성인 만성 비특이적 요통환자

한의단독치료

권고안 번호	권고내용	권고등급/ 근거수준
침 치료		
R1	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R2	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준치료(약물, 물리 치료, 운동)보다 침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

임상적 고려사항

- 혈자리 : 독맥, 방광경, 담경의 혈자리들을 우선적으로 고려해야 한다. 대표적인 혈자리로는 요양관(GV3), 명문(GV4), 신수(BL23), 대장수(BL25), 상료(BL31), 차료(BL32), 위중(BL40), 곤륜(BL60), 양릉천(GB34), 삼음교(SP6) 등을 기본 혈자리로 활용할 것을 고려해야 한다.

전침 치료

R3	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R4	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

임상적 고려사항

- 전침의 주파수는 4~6Hz, 강도는 약간의 근육 연축이 나타나면서 환자가 견딜 수 있는 정도로 적용할 것을 고려해야 한다.

레이저침 치료

R5	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 레이저침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
----	---	-------

뜸 치료

R6	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
----	---	-------

임상적 고려사항

- 신수(BL23), 대장수(BL25), 양릉천(GB34), 요양관(GV3)(환측), 그리고 아시혈에 뜸 치료를 고려할 수 있다.

부항 치료

R7	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 부항 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R8	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 부항 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

약침 치료

R9	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 봉독약침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
----	--	------------

임상적 고려사항

- 봉독치료를 시행하기 전 skin test를 시행하여 봉독치료에 대한 피부 반응을 먼저 확인한다.
- 혈자리: 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 환도(GB30), 요양관(GV3), 명문(GV4), 현추(GV5) 등을 고려해야 한다.

매선 치료

R10	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 매선 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	---	-------

임상적 고려사항

- 요방형근, 척추기립근, 다열근 등을 치료목표로 매선 치료를 적용할 것을 고려할 수 있다.
- 요방형근: 요추 4번 양 가시돌기에서 좌우 장골능 방향으로 4cm 깊이로 횡자, 봉합사가 근육 천층에 위치하도록 자침
- 척추기립근: 천추 1번과 요추 3번에서 요추 1번 방향으로 요추 극돌기 양 옆 3~4cm에서 횡자, 봉합사가 근육 천층에 위치하도록 자침
- 다열근: 요추 5번과 천추1번 사이의 양 협척혈(EX-B2) 4cm 깊이로 직자

추나 치료

R11	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	---	-------

한약 치료

R12	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
-----	--	------------

임상적 고려사항

- 한약으로는 오작산, 소경활혈탕, 팔미지황탕, 당귀작약산 등을 고려해야 한다.

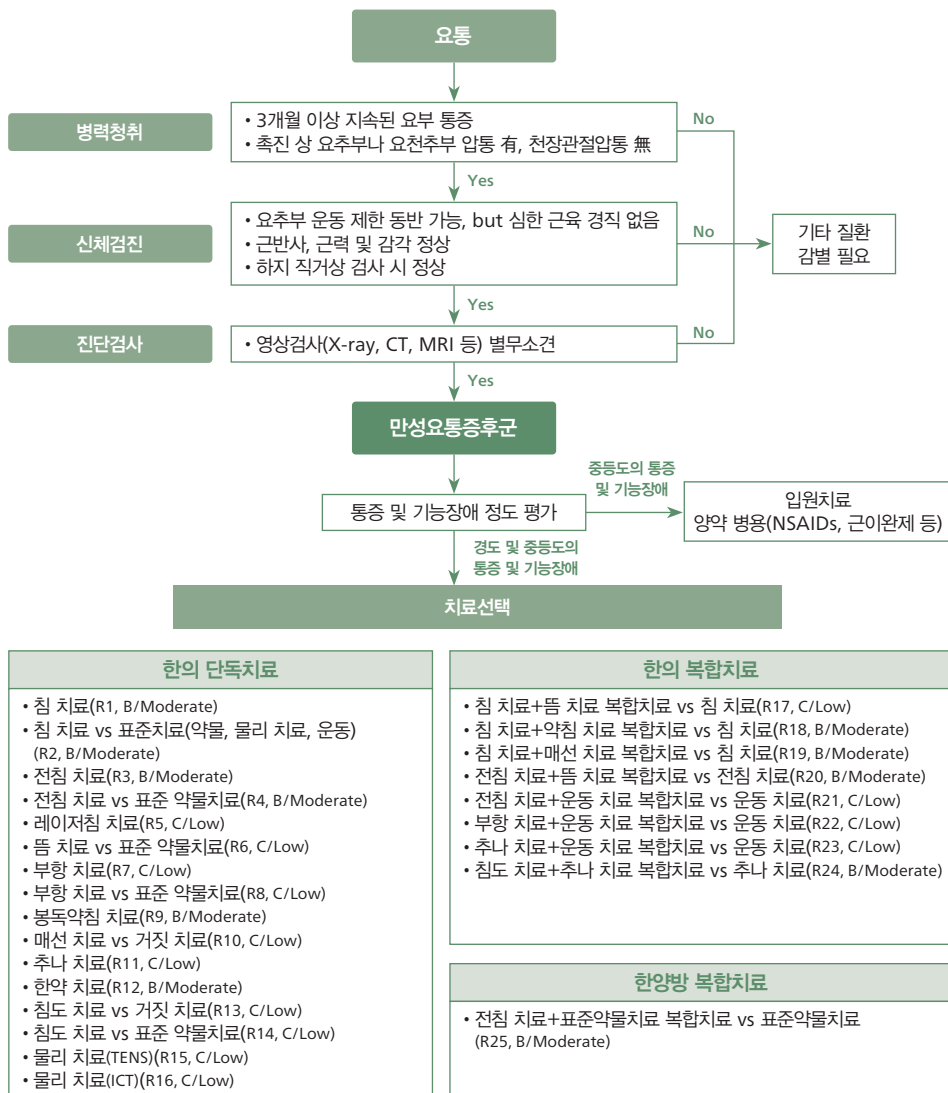
침도 치료

R13	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 개선을 위하여 침도 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R14	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 개선을 위하여 표준약물치료보다 침도 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

물리 치료		
R15	성인 만성 비특이적 요통환자에서 통증 및 기능 개선을 위해 TENS 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R16	성인 만성 비특이적 요통환자에서 통증 및 기능 개선을 위해 ICT 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
한의학복합치료		
1. 침 치료 + 뜸 치료		
R17	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
2. 침 치료 + 약침 치료		
R18	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
3. 침 치료 + 매선 치료		
R19	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
4. 전침 치료 + 뜸 치료		
R20	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 전침 치료보다 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
5. 전침 치료 + 운동 치료		
R21	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 전침 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
6. 부항 치료 + 운동 치료		
R22	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 부항 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
7. 추나 치료 + 운동 치료		
R23	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 추나 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
8. 침도 치료 + 추나 치료		
R24	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료보다 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
한양방복합치료		
1. 전침 치료 + 표준약물치료		
R25	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 전침 치료와 표준약물치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

4 진료알고리즘

비특이적 만성요통증후군은 병리해부학적 이상상태 없이 3개월 이상 허리 부위에 지속되는 통증을 지칭하며, 원인이 될 만한 척추질환이 없는 경우를 말한다. 따라서 임상증상, 이학적 검사, 영상검사 등을 종합하여 진단할 수 있으며, 통증 및 기능 장애 정도를 평가하여 한방, 양방, 한양방 협진 치료를 선택할 수 있다. 한의 치료의 경우 침 치료, 전침 치료, 레이저침 치료, 봉독 약침 치료, 뜸 치료, 부항 치료, 매선 치료, 추나 치료, 한약 치료, 침도 치료, 물리 치료 등을 고려할 수 있으며, 각 중재별 권고안을 알고리즘에 명시하였다.



[참고문헌]

1. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Clinical update: low back pain. *Lancet*. 2007;369:726-8.
2. 최경희, 박주영, 김남순, 박현영. 국내 장노년층 만성통증의 현황과 과제. *Public Health Wkly Rep(Korea)*. 2015;8(31):728-34.
3. 통계청. 제7차 한국표준질병·사인분류(KCD-7). 대전: 통계청; 2012.
4. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19(12):2075-94.
5. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J*. 2003;12:149-65.
6. Staal JB, de Bie R, de Vet HC, Hildebrandt J, Nelemans P. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3):CD001824.
7. Bally M, Dendukuri N, Rich B, Nadeau L, Helin-Salmivaara A, Garbe E, Brophy JM. Risk of acute myocardial infarction with NSAIDs in real world use: Bayesian meta-analysis of individual patient data. *BMJ*. 2017;357:j1909.



Summary

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

1 Background and purpose

More than half of the population experiences low back pain at least once in their lifetime, making it one of the most common disorders among adults. Among these cases, 10% progress to chronic low back pain lasting more than three months, and of these, 85~90% are classified as chronic nonspecific low back pain, in which no specific spinal disease can be identified as the cause.¹⁾ In general, the prevalence of chronic pain increases with age. According to domestic surveys, more than 90% of chronic pain in individuals aged 60 and older occurs in the musculoskeletal system, with low back pain ranking as the second most common site.²⁾ Chronic pain not only causes physical discomfort but also limits daily activities, affects mental health and quality of life, and leads to increased social costs. In particular, since Korea is experiencing the fastest rate of population aging in the world, establishing effective countermeasures against chronic low back pain syndrome is of great importance in preparation for a super-aged society.

To develop this clinical practice guideline, various existing guidelines on chronic low back pain syndrome were reviewed, and newly added literature was analyzed based on evidence-based methodologies, such as systematic literature review. In addition, a review process was conducted based on the clinical experiences of Korean medicine practitioners in order to develop a guideline suitable for the realities of Korean medicine.

This clinical guideline was developed to establish standards for the quality of care for chronic low back pain syndrome, to support Korean medicine clinicians in making more rational decisions in clinical settings, and to enhance the credibility of Korean medical treatments. Furthermore, it aims to maximize therapeutic effectiveness while minimizing risk and cost, thereby providing basic data to improve patients' economic benefits. Through the standardization of treatment for chronic low back pain syndrome, this guideline seeks to contribute to improving the quality of Korean medical care and promoting public health.

2 Overview of disease

Chronic Low Back Pain Syndrome corresponds to disease classifications M545(low back pain), M5456(low back pain, lumbar region), and M5459(low back pain,

unspecified location) in the Korean Standard Classification of Diseases(KCD-7), and it is a highly prevalent condition, experienced by more than half of the population at least once in their lifetime.³⁾ Among these, nonspecific chronic low back pain syndrome refers to pain persisting for more than three months in the lower back without any identifiable pathoanatomical abnormality, and is therefore distinguished from conditions such as herniated discs or fractures with clear anatomical causes, as well as acute low back pain occurring within three months, such as acute sprains.⁴⁾

Although chronic low back pain syndrome generally resolves without significant loss of function, it is characterized by recurrence, with approximately 60% of patients experiencing relapses.⁵⁾ As such, it imposes a substantial medical and societal burden.⁶⁾ In 2017, the American College of Physicians published clinical practice guidelines for acute and chronic low back pain, emphasizing that non-pharmacological treatment should precede pharmacological interventions.

Pharmacological treatment for chronic low back pain is aimed not at cure but at symptom relief and improving discomfort in daily life. Commonly used medications include non-steroidal anti-inflammatory drugs(NSAIDs) and muscle relaxants. However, NSAIDs carry potential adverse effects, including increased risk of renal failure, gastric ulcers, and cardiovascular disease, necessitating careful administration.⁷⁾ Non-pharmacological treatments include Korean medicine therapies such as acupuncture, as well as exercise therapy and physical therapy.

Patients with chronic low back pain syndrome are usually able to maintain daily functioning, though intermittent symptoms may affect quality of life. As a result, they often visit primary care institutions, either conventional or Korean medicine clinics, for conservative treatment. In conventional primary care settings, structural abnormalities are generally not observed in X-rays, and treatment often involves prescribing NSAIDs or muscle relaxants while monitoring symptom progression. In contrast, Korean medicine treatment is preferred by many patients and plays a significant role in the conservative management of chronic low back pain syndrome. Various interventions are employed to enhance clinical outcomes. Therefore, this guideline was developed to establish a standardized management approach for chronic low back pain syndrome in Korean medicine primary care institutions, based on evidence from clinical research.

3 Recommendations

Chronic non-specific low back pain patient

Monotherapy

Recommendation number	Recommendation content	Recommendation level / Evidence level
Acupuncture		
R1	Acupuncture should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	B/Moderate
R2	Acupuncture should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain compared to standard treatment(western medicine, physical therapy, or exercise therapy).	B/Moderate

Clinical Consideration

- Acupoints : Acupoints of the Governor Vessel, Bladder Meridian, and Gallbladder Meridian are prioritized. GV3, GV4, BL23, BL25, BL31, BL32, BL40, BL60, GB34, and SP6 are basically used.

Electroacupuncture

R3	Electroacupuncture should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	B/Moderate
R4	Electroacupuncture should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain compared to standard medicine treatment.	B/Moderate

Clinical Consideration

- For pain and function improvement in adult patients with chronic nonspecific low back pain, apply electroacupuncture at a frequency of 4~6 Hz and an intensity that induces slight muscle twitching within the patient's tolerance threshold.

Laser acupuncture

R5	Laser acupuncture may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
----	--	-------

Moxibustion

R6	Moxibustion may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain compared to standard medicine treatment.	C/Low
----	--	-------

Clinical Consideration

- Acupoints: BL23, BL25, GB34, GV3(affected side), and Ah-shi points are basically used.

Cupping therapy

R7	Cupping therapy may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
R8	Cupping therapy may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain compared to standard medicine treatment.	C/Low

Bee venom therapy and other pharmacopuncture therapies

R9	Bee venom pharmacopuncture should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	B/Moderate
----	--	------------

Clinical Consideration

- Perform a skin test to check for bee venom allergy before treatment.
- Acupoints: BL23, BL24, BL25, GB30, GV3, GV4, and GV5 are basically used.

Thread embedding acupuncture

R10	Thread embedding acupuncture may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
-----	---	-------

Clinical Consideration

- Thread embedding acupuncture can be considered to target the quadratus lumborum, erector spinae, and multifidus muscles.
- Quadratus lumborum: Insert the needle horizontally at a depth of 4 cm from the L4 spinous process toward the iliac crest bilaterally, ensuring the suture material remains in the superficial muscle layer.
- Erector spinae: Insert the needle horizontally from 3~4 cm lateral to the spinous processes of L3~S1 toward the L3 spinous process, ensuring the suture material remains in the superficial muscle layer.
- Multifidus: Insert the needle vertically at a depth of 4 cm into the bilateral EX-B2 points between L5 and S1.

Chuna therapy

R11	Chuna therapy may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
-----	--	-------

Herbal medicine

R12	Herbal medicine should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	B/Moderate
-----	---	------------

Clinical Consideration

- For improving pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain, recommended herbal prescriptions include Ohjeoksan, Sokyunghwalhyeoltang, Palmijihwangtang, and Dangguijakyaksan.

Acupotomy

R13	Acupotomy may be considered to improve pain in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
R14	Acupotomy may be considered to improve pain in adult patients with chronic nonspecific low back pain compared to standard medicine treatment.	C/Low

Physical Therapy

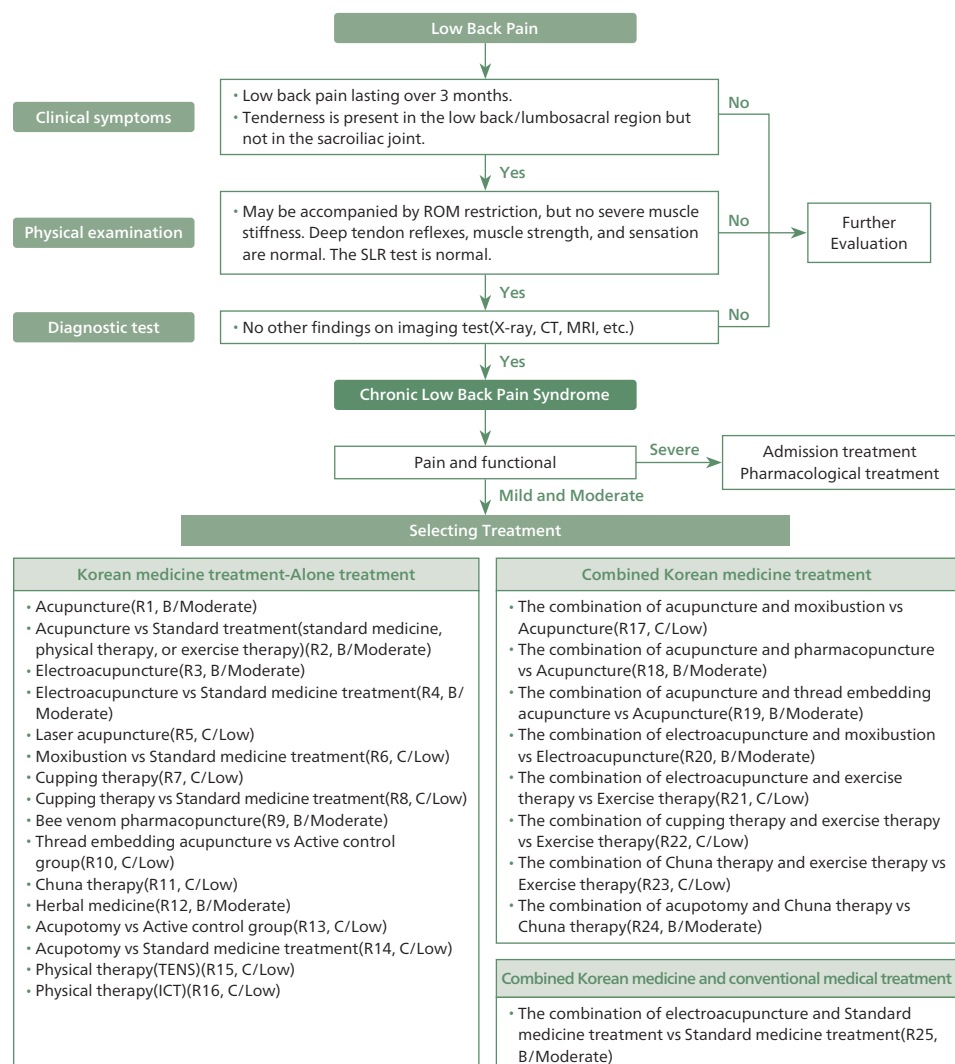
R15	TENS therapy may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
R16	ICT therapy may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low

Combined Korean medicine treatment		
1. Acupuncture + Moxibustion		
R17	The combination of acupuncture and moxibustion may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
2. Acupuncture + Pharmacopuncture		
R18	The combination of acupuncture and pharmacopuncture should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	B/Moderate
3. Acupuncture + Thread embedding acupuncture		
R19	The combination of acupuncture and thread embedding acupuncture should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	B/Moderate
4. Electroacupuncture + Moxibustion		
R20	The combination of electroacupuncture and moxibustion should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	B/Moderate
5. Electroacupuncture + Exercise therapy		
R21	The combination of electroacupuncture and exercise therapy may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
6. Cupping therapy + Exercise therapy		
R22	The combination of cupping therapy and exercise therapy may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
7. Chuna therapy + Exercise therapy		
R23	The combination of Chuna therapy and exercise therapy may be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	C/Low
8. Acupotomy + Chuna therapy		
R24	The combination of acupotomy and Chuna therapy should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain.	B/Moderate
Combined Korean medicine and conventional medical treatment		
1. Electroacupuncture + Standard medicine treatment		
R25	The combination of electroacupuncture and standard medicine treatment should be considered to improve pain and function in adult patients with chronic nonspecific low back pain, compared with standard medicine treatment alone.	B/Moderate

4 Clinical algorithm

Nonspecific chronic nonspecific low back pain syndrome refers to pain that persists in the lower back for more than three months without any identifiable pathoanatom-

ical abnormality, and is defined as a condition that no spinal disease can be identified as the cause. Therefore, diagnosis can be made based on a comprehensive assessment of clinical symptoms, physical examination, and imaging studies, and the degree of pain and functional disability should be evaluated to determine an appropriate treatment approach, including Korean medicine, Western medicine, or integrative Korean-Western medical care. In Korean medicine, treatments such as acupuncture, electroacupuncture, laser acupuncture, pharmacopuncture(e.g., bee venom), moxibustion, cupping therapy, thread embedding therapy(Maeseon therapy), Chuna therapy, herbal medicine, acupotomy, and physical therapy may be considered, and recommendations for each intervention are specified within the algorithm.



만성요통증후군 한의표준임상진료지침



서론

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

1 한의표준임상진료지침 개발 배경

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

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

한의약혁신기술개발사업은 한의표준임상진료지침의 개발과정 중 핵심적인 의사결정단계인 ‘핵심임상질문 선정’의 외부공개 절차를 도입하고, 개발된 지침에 대한 기술적이고 임상적인 다중적 ‘외부검토’ 절차를 강화하여 한의표준임상진료지침의 전문성을 제고하고 외적 타당도를 확보하고자 하였다. 아울러 임상진료지침 개발에 전문 유관학회 및 대학뿐 아니라 실제 지침의 사용자가 될 것으로 예상되는 임상, 환자 및 소비자 대표를 아우르는 개발위원의 참여를 유도하였다.

향후 한의표준임상진료지침을 통해 도출된 권고문을 기반으로 개발되는 표준임상경로(clinical pathway)는 국민들이 양질의 표준화된 한의의료서비스를 이용할 수 있도록 임상에 확산될 예정이다. 이를 통해 만성요통환자에게 근거 기반의 효과적이고 안전한 한의치료를 제공함으로써 통증 감소와 기능 개선을 도모하고, 진료의 편차를 줄여 치료 선택의 일관성을 확보할 수 있을 것으로 기대된다. 또한 불필요하거나 근거가 불충분한 중재의 사용을 최소화하여 의료 자원의 효율적 활용에 기여하고, 건강보험 정책 수립 및 보장성 확대의 근거 자료로 활용됨으로써 한의의료의 질 향상과 공공성 강화에 기여하고자 한다. 한의표준임상진료지침의 개발과 확산을 통해 체계적인 검증 과정을 기반으로 한의약의 안전성과 효과성을 지속적으로 입증함으로써 대국민 신뢰 회복에 기여하고자 한다.

본 만성요통증후군 한의표준임상진료지침은 보건복지부 한의약혁신기술개발사업의 한의약혁신기술개발사업단 세부과제(과제고유번호: HF22C0128)의 일환으로 제작되었다. (연구기간: 2022.07.01.~2025.12.31.) 임상진료지침 개발 과정에서 재정후원 단체는 행정적 지원에 한하여 관여하였으며, 지침의 내용 및 권고안 결정에 어떠한 영향도 미치지 않았다.

만성요통증후군 한의표준임상진료지침

II

만성요통증후군 질환 개요

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

1 정의

1) 개요

만성요통증후군(chronic low back pain)은 한국표준질병사인분류(KCD-8)의 M545(요통) 등에 해당하는 질환으로, 병리해부학적 불안정성 없이 통상적인 조직 회복 기간(6~12주)을 초과하여 3개월 이상 지속되는 허리 부위의 통증을 지칭한다. 단, 척추 골절, 종양, 감염, 강직성 척추염 등의 염증성 질환과 유증상 추간판탈출증 및 척추협착증 등은 비특이적 만성요통증후군의 범주에서 제외한다.¹⁾ 즉, 척추골절, 종양, 감염, 강직성 척추염 등의 염증성 질환, 그리고 증상을 동반하는 추간판탈출증 혹은 척추협착증 등은 비특이적 만성요통증후군에 해당하지 않는다. 요통환자의 15~20% 정도가 만성요통으로 진행되어 3개월 이상 통증이 지속되며, 대략 2~8%는 6개월 이상 증상이 유지되고 그중 반은 2년 이상 일상생활이나 업무에 차질을 빚게 되어 사회적 부담을 증가시키고 환자의 신체-정신적 장애의 원인이 되기도 한다.²⁾

2) 역학

(1) 유병률

① 국가

요통은 근골격계 통증으로, 성인의 65~85%가 일생에 한 번 이상 경험하는 것으로 알려져 있으며, 급성 요통을 경험한 사람의 72%가 12개월 이내에 요통이 재발한다. 2023년 WHO의 보고에 의하면, 2020년에는 전 세계적으로 약 6억 1,900만 명이 요통을 겪었으며, 인구 증가와 고령화로 인해 2050년에는 그 수가 약 8억 4,300만 명에 이를 것으로 추정된다. 특히, 비특이적 요통은 요통의 가장 흔한 원인으로, 전체 사례의 90% 정도를 차지한다.³⁾

요통은 1990~2016년 미국에서 연간 장애를 가지고 사는 질환 1위를 차지하였다.⁴⁾ Global Burden of Disease 연구에 따르면, 요통은 전 세계적으로 가장 높은 장애보정생존연수(DALY)를 차지하는 질환으로 보고되었으며, 만성 요통은 전 연령대에서 개인의 기능 저하와 삶의 질 감소에 주요한 영향을 미치는 질환이다.³⁾ 최근 미국 질병통제예방센터(CDC)의 조사에 따르면, 전체 미국인의 약 25%가 만성 통증을 겪고 있었으며, 이 중 약 10%는 일상생활이나 업무에 지장을 줄 정도로 심한 통증을 경험한다고 한다. 2020년 대한민국 국민건강영양조사에 따르면 20세 이상 성인에서 “요통을 경험한 경우”는 조사 대상 인구 중 15.4%로 나타났으며 만성요통을 경험한 경우는 5.7%로 나타났다. 50세 이상을 대상으로 한 조사에 의하면, 대상자 중 22.8%에서 3개월 중 1달 이상 요통을 호소한 것으로 나타났다.

② 연령

2015년에 발표된 만성요통의 유병률에 대한 체계적 문헌고찰에 의하면, 24세에서 39세 사이에서는 4.2%, 20세에서 59세에서는 19.6%의 개인이 만성요통을 경험하는 것으로 확인되었다.⁵⁾ WHO의 보고에 의하면, 80세까지 연령이 높아질수록 요통의 유병률이 증가하며, 50~55세 사이의 유병률이 가장 높은 것으로 확인되었다.

한편, 2023년 건강보험심사평가원에서 척추와 관절질환을 중심으로 의료이용 분석 결과에 의하면, 2023년 척추질환 환자는 959만 6890명으로 2016년 839만 7832명 대비 7년 새 14.3% 늘었다. 연령대별 분포를 보면 20~40대 척추질환자의 비율이 2023년 기준 약 22%를 차지하여, 척추질환으로 진단받는 연령은 매년 낮아지는 추세를 보였다.

③ 성별

요통의 유병률은 여성이 남성보다 일관되게 높은 수치를 보이는 것이 특징이다.⁶⁾ 2022년 건강보험심사평가원 통계자료에 따르면 당해 척추질환으로 병원을 찾은 환자는 940만 9,894명으로 연령별로 보면 40대 이상 환자가 78.3%이며 40대부터 여성 환자의 비율이 높아지는 것으로 나타났다. 특히 50대 이상에서는 남성에 비해 여성 환자의 비율이 2배 이상을 차지하는 것으로 나타나 갱년기 이후 여성이 척추 질환에 가장 취약하다는 것을 알 수 있다.

(2) 위험인자

비특이적 요통의 위험 요인으로는 장시간 서 있거나 걷기, 혹은 무거운 물건 들기 등의 신체적 위험요인을 포함하여, 비만 등의 건강하지 않은 생활 습관, 심리적인 요인, 그리고 이전의 요통을 경험한 과거력 등이 있다. 요통 발생의 위험요인을 확인한 기존의 관찰연구는 비만, 흡연, 육체적 노동 등의 생활 습관이 요통 발생의 촉발 요인이 되며, 걷기와 자전거 타기 등의 운동이 요통의 위험을 줄이고, 요통이 발생한 이후 회복 기간을 단축시킨다고 보고하였다.^{7,8)}

3) 병태생리

대부분의 요통은 요추부나 요천추부에 가해지는 물리적인 스트레스가 원인이 되며, 추간판의 퇴행성 변화 및 이로 인한 척추 불안정증, 추간판탈출증, 후관절의 퇴행성 관절염이 선행되어 있을 때 쉽게 요통으로 발전한다. 사지로 보행하는 다른 동물들과 달리 인간은 두 다리로 서서 걷기 때문에 요추부나 요천추부에 무리한 힘이 가해져 조기에 추간판의 퇴행성 변화가 초래되고, 불량 자세나 직업으로부터 오는 만성적인 물리적 스트레스도 이러한 변화를 촉진하여 사소한 외상으로도 요통을 유발하게 된다.⁹⁾

요천추는 천추가 전방으로 기울어져 있어 과도한 전만각을 형성하고 있기 때문에

중력으로 인한 스트레스가 크게 작용하고 천추는 고정되어 있는 데 반해 요추는 운동 범위가 크기 때문에 갑작스러운 굴곡, 과신전 등에 대해 손상을 받기가 쉬우며, 염전력에도 약하다. 또한 복근의 쇠약 및 이로 인한 요추 전만도 요통의 원인이 된다. 그러나 통증을 일으키는 정확한 해부학적 부위 및 원인이 불분명한 경우가 많으며, 요통을 유발하는 외상의 정도도 매우 다양하다.

통증을 유발하는 해부학적인 변화로는 후종인대나 그 외의 요추부 인대의 부분 파열, 추간판 섬유륜의 파열, 추간판 내용물의 외상으로 인한 변화 등이 의심되며, 때에 따라서는 후관절의 변화도 의심된다. 염좌의 원인으로는 추간판의 퇴행성 변화로 인해 초래된 후관절의 퇴행성 관절염 및 비정상적인 체중부하라고 생각된다.

4) 요통의 한의학적 정의

한의학적으로 요통은 장부(臟腑), 기혈음양(氣血陰陽)의 허실(虛實)로 인한 내인(內因)이나 풍(風), 한(寒), 습(濕), 담(痰), 어혈(瘀血) 등으로 인한 외인(外因) 및 외상(外傷) 등으로 인하여 요천추부 주변 경락 및 연부조직이나 이를 지나는 경락에 영향을 미쳐 활동 시 동통 및 운동 제한을 일으키는 질환이다.¹⁰⁾

2

임상 현황

요통으로 인해 내원하는 환자들은 진단 및 검사결과에 따라 일반적으로 등통증(M54), 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S33), 근육의 기타 장애(M62) 등의 상병으로 치료받게 된다. 건강보험공단 통계에 따르면 M54로 진료 받은 환자는 2021년 한 해 약 546만 명으로 전체 인구의 10%에 달했다. 이는 2017년 약 512만 명에서 증가한 수치로, 요통이 의료기관 내원 원인 중 상위권을 차지하고 있음을 뜻한다.

2023년 한국 건강보험심사평가원에서 3년간 외래로 양방병의원을 내원한 환자들의 다빈도 질병을 조사한 결과, 등통증(M54)은 전체의 8위를 차지하였으며, 근골격계 질환 중에서는 1위를 차지하였다. 요양급여비용총액 기준으로는 4위를 차지하여, 1,269,076,778원을 기록하였다. 한편, 2023년 외래로 한방병의원을 내원한 환자들의 다빈도 질병 중에서 등통증(M54)은 1위를 차지하였으며, 요양급여비용총액 기준 1위로 675,536,411원을 기록하였고 2024년 729,512,356원으로 증가 추세를 보이고 있다.

특히 요통 관련 질환에 대한 진료비는 최근 5년간 꾸준한 증가 추세를 보였다. 2017년 등통증(M54)으로 인한 총 진료비는 약 8148억 원이었으나, 2020년에 1조원을 돌파했고 2021년에는 1조 1883억 원에 이르렀다. 불과 5년 사이에 진료비가 45.8% 급증한 것으로, 이는 인구 고령화와 만성요통환자 증가, 그리고 환자당 치료비 상승에 기인한다. 이에 따라, 요통 관련 질환의 진료비는 증가할 것으로 예상되어 이에 대한

대처 방안이 필요한 상황이다.

만성요통증후군은 생명을 위협하는 질환은 아니어서 보통 일상생활이 가능하나 60% 이상이 재발하는 등 환자의 삶의 질에 영향을 주게 되므로, 관리적 차원의 보존적 치료가 필요한 질환이다. 따라서 환자들은 증상 발생 시 양방 혹은 한방의 일차의료기관으로 내원하여 보존적 치료를 받게 되는데, 양방 일차의료기관에서는 단순 방사선 촬영 상 기질적인 문제가 발견되지 않기 때문에 대부분 비스테로이드성 소염진통제(NSAIDs) 또는 근육이완제 등을 처방하여 증상의 변화를 관찰하게 되고, 한방 일차의료기관에서는 침, 뜸, 한약 등 다양한 한의적 중재를 통해 관리적 차원의 보존적 치료를 시행하고 있다.¹¹⁾

2024년 「한방의료이용 및 한약소비 실태조사결과」에 따르면 2024년 19세 이상 국민 10명 중 약 7명(67.3%)이 한방 의료를 이용한 경험이 있는 것으로 조사되었다. 일반 국민이 한방 의료를 이용하는 목적은 질환치료목적(93.9%)이 가장 높으며, 한방 의료를 이용하는 주된 질환은 근골격계통(73.9%), 그 중 요통(73.3%)이 가장 높은 것으로 나타났다. 특히, 2023년 요통환자 1,024명을 대상으로 한 「한방의료이용 및 한약소비 실태조사결과」에 의하면, 가장 많이 사용된 한방 치료법은 침 치료로, 전체의 64.2%를 차지하였다. 그다음으로는 뜸 치료(21.5%), 부항 치료(17.9%), 약침(14.3%), 추나 치료(9.8%), 한약제제(7.5%), 첩약(6.8%), 한방물리요법(추나 제외)(5.5%), 기타(3.1%) 순으로 나타났다.

본 연구진은 만성요통증후군의 진료 현황을 파악하고자 실태조사 설문지를 개발하여 한의사를 대상으로 설문조사를 시행하였다. 2025년 11월 대한한 의사협회에 의뢰하여 협회에 등록된 한의사 회원을 대상으로 설문링크 주소가 기재된 이메일 및 문자 메시지를 발송하였다. 이에 국내 한의사 1088명이 설문에 응했으며, 응답자의 97.5%인 1061명이 최근 1년 이내 만성요통증후군 환자를 진료한 경험이 있다고 답해 이들의 설문을 분석하였다.

(1) 진료 현황

한의원당 월평균 초진 환자 수는 10~20명 수준인 경우가 가장 많았으며(약 38%), 일부 한의원은 월 41명 이상 진료하는 곳도 있었다(약 13%). 환자들의 주 내원 시기는 첫 요통 발생 이후 6개월 이내(38.5%)가 가장 많았다. 설문 응답에 따르면 평균 치료 기간은 1~2개월(29.7%)이 가장 많았으며, 환자들의 내원 횟수는 주 2회(41.4%)가 가장 많았다.

(2) 치료 효과 평가 지표

치료 효과 평가 지표로는 요부 통증 경감(46.7%), 생활 불편감 감소 및 삶의 질 향상(24.8%), 요부 기능 개선 및 관절 가동범위 증가(24.5%)가 가장 중시되었다.

(3) 한의 치료 현황 및 인식

일반적으로 수행하는 치료에 대한 설문에서는 침(99.5%), 부항(86.2%), 전침(81.4%), 약침(73.5%), 물리 치료(61.3%), 한약(58.6%), 뜸(54.9%), 추나(54.9%) 순으로 조사되었다. 또한 이 설문에서는 한의사들이 중요하게 여기는 치료 수단에 대해 조사하였는데, 91.6%의 응답자가 침 치료를 “중요하다” 또는 “매우 중요하다”고 평가했고, 71.6%는 약침 치료를 중요하게 여겨 침 치료와 약침 치료가 가장 핵심적인 치료법으로 인식되고 있었다. 그 외에 부항 62.2%, 전침 61.2%, 한약 57.8%로 조사되었다.

침 치료나 전침 치료 시에는 주로 아시혈(82.3%, 76.5%)과 협척혈(62.2%, 58.6%)을 많이 활용했다. 또한, 한약 처방 시 한약 처방의 유형은 오적산(五積散)이 68.6%로 가장 많았고, 이어 독활기생탕(獨活寄生湯) 35.7%, 작약감초탕(芍藥甘草湯) 32.2%, 쌍화탕(雙和湯) 30.5% 등이 주로 사용되었다. 한약 처방 시 권장 복용 기간은 1개월 이상 3개월 미만인 44.9%로 가장 많았다. 안전성에 대한 인식 조사에서는 전침이 99.3%로 가장 안전하다고 평가되었으며, 한약 치료 및 침 치료가 각각 99.1%, 99.0%로 안전성이 매우 높게 평가되었다. 그 이외에 부항 치료(98.6%), 물리 치료(98.6%), 레이저침(95.3%)이 뒤를 이었다.

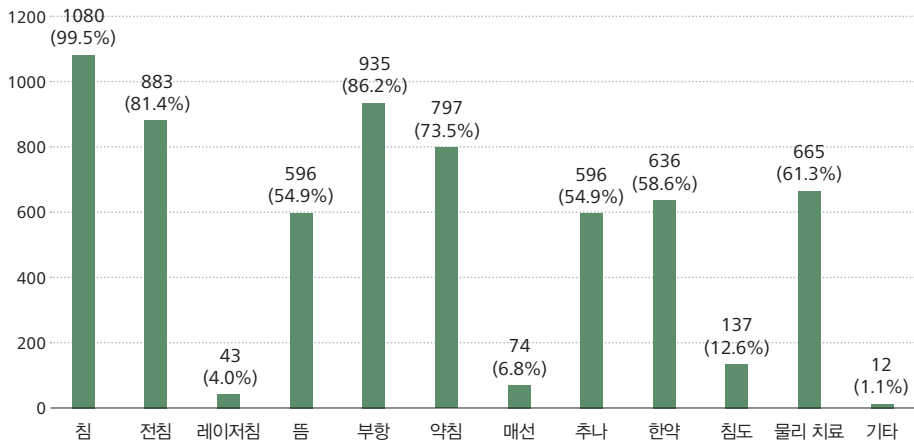


그림 1 만성요통증후군의 한의 치료 현황

3

진단 및 평가

1) 서양의학적 관점의 요통진단

만성요통증후군의 이학적 소견은 급성 요통 증후군과 비슷한 소견을 보이지만 정도는 훨씬 경미하여 요추부 운동의 제한을 동반한 요통은 있지만 급성 시에 보이는 심한 근

육의 경직은 보이지 않는다. 환자는 동통을 호소하며, 몸을 앞으로 구부리기가 어렵다고 하지만 다른 사람의 도움 없이 어느 정도 가능하고, 과신전 시 통증을 유발한다. 근반사, 근력 및 감각은 정상이고, 하지 직거상 검사 시 70~80도까지는 무리 없이 올라가나 그 이상 다리를 올려 골반이 움직여지면 통증을 호소한다. 복근이 약하거나 비만이 있으면 증상이 더해진다. 촉진 상 요추부나 요천추부에 압통이 있으며 천장관절에는 압통이 없다. 만성요통증후군 환자에서는 우울, 불안 등 정신건강 문제, 비만, 골다공증, 근골격계의 다른 퇴행성 질환 등이 동반될 수 있으며, 이러한 요인들은 통증으로 인한 일상생활 제한과 기능 회복 과정에 영향을 미칠 수 있다. 또한 고혈압, 당뇨병 등 만성질환의 동반 여부는 약물 사용 및 비약물적 치료 계획 수립에 영향을 줄 수 있으므로, 진단 과정에서 함께 평가하는 것이 필요하다.

방사선학적 검사상 환자는 추간판 및 후관절의 퇴행성 변화로 인한 척추의 후방전위, 전방전위, 추간판 간격의 협소, 척추체의 측방 전위 및 회전 아탈구, 척추체 골증식, 견인 골극, 좁아진 추간판 간격에서의 진공현상 등을 볼 수 있다. 아울러 후관절의 퇴행성 관절 변화, 측 관절 간격의 협소, 상하 관절 돌기의 골극 형성 및 경화 소견, 아탈구 등을 볼 수 있고 이는 사면 방사선 검사에서 잘 보인다. 추간판의 퇴행성 변화로 인해 퇴행성 척추 측만증이 관찰되기도 하고 요추부의 후만 변형을 보일 수도 있다. 측방 굴곡 신전 단순 방사선 소견상 척추의 불안정성으로 인해 척추체의 과도한 전위 및 각 변화를 보이기도 한다.

2) 한의학적 관점의 요통진단

(1) 문헌고찰

한의학적 요통의 분류별 표준화된 평가 방법이나 치료 방법 정립을 위해 고전 문헌에 있는 요통에 대한 분류 및 평가를 참고하기로 하였다.

먼저 고전 문헌 자료 수집을 위해 전국 한의과대학 원전학 교실, 경혈학 교실, 침구학 교실, 한방재활의학과 교실 교수님들에게 고문헌 목록을 송부하였으며, 요통 관련 문헌 고찰 시 반드시 참고해야 할 문헌을 선별하였다.

그 결과, 황제내경 소문(黃帝內經 素問)과 황제내경 영추(黃帝內經 靈樞)를 비롯하여 상한잡병론(傷寒雜病論), 상한론(傷寒論), 금궐요략(金匱要略), 맥경(脈經), 제병원후론(諸病源候論), 외대비요(外臺秘要), 삼인극일병증방론(三因極一病證方論), 침구자생경(鍼灸資生經), 난실비장(蘭室秘藏), 단계심법(丹溪心法), 빈호맥학(瀕湖脈學), 침구취영(鍼灸聚英), 침구대성(鍼灸大成), 경악전서(景岳全書), 동의보감 내경편(東醫寶鑑 內景篇), 동의보감 외형편(東醫寶鑑 外形篇), 동의보감 잡병편(東醫寶鑑 雜病篇), 사암도인침구요결(舍岩道人鍼灸要訣) 등이 요통 관련 핵심 참고 문헌으로 선정되었다.

문헌 검색은 먼저 참고 문헌의 전산화된 텍스트 자료를 수집하여 ‘Microsoft Word’나 ‘한글과컴퓨터 한글’의 문서 파일로 저장하였으며, 검색 기능을 통해 ‘腰痛’으로 검색하였다. 검색 결과를 토대로 13명의 경희대학교 한의과대학 본과 학생들이 내용별로 정리, 분류하였으며 정리한 내용을 토대로 요통 및 관련 전신 증상을 분류하였다.

(2) 십종요통(十種腰痛) 고찰

요통의 분류를 여러 고전 문헌 중에서 동의보감(東醫寶鑑) 외형편(外形篇)에 있는 십종요통(十種腰痛) 분류법으로 진단하기로 하였다.

십종요통은 요통의 원인을 신허(腎虛), 담음(痰飲), 식적(食積), 좌섬(挫閃), 어혈(瘀血), 풍(風), 한(寒), 습(濕), 습열(濕熱), 기(氣)의 10가지로 분류하였으며, 각각은 오장(五臟)(특히 비(脾)와 신(腎))의 문제, 병리적 산물인 어혈(瘀血), 담음(痰飲), 식적(食積), 외감(外感), 사기(邪氣)인 풍(風) · 한(寒) · 습(濕) 등이다.

① 신허요통(腎虛腰痛)

방로과다(房勞過多)로 신(腎)을 손상시키면, 정혈(精血)이 부족해져 종근(宗筋)을 보양하지 못하며, 음허(陰虛)해져서 발생된다. 요통의 양상은 항상 통증이 계속되고 거동하기 어렵고 누를 때 편해지며(喜安), 과로하면 심해지며, 쉬면 경감된다. 신양허(腎陽虛)의 경우 얼굴색이 희고 윤기가 없으며(面色光白), 손발이 차고(手足不溫), 혀는 창백하며(舌淡), 맥은 깊게 축지된다(脈沈). 신음허(腎陰虛)의 경우, 가슴이 답답하고 번민하며(心煩), 잠이 잘 오지 않거나 자주 깬다(失眠). 또한 얼굴이 붉게 달아오르고(面色潮紅), 손바닥과 발바닥이 화끈거리며(手足心熱), 혀는 붉고(舌紅), 맥은 팽팽하고 빠르다(脈弦數).

② 담음요통(痰飲腰痛)

담음(痰飲)이 경락(經絡)에 유주(流注)하여 발병하며, 요통의 양상은 허리와 등 부위에 통증이 있으며 상하로 유주(流注)하는 특징이 있다.

③ 식적요통(食積腰痛)

과음(酒醉)하거나 과식(飽食)한 뒤에 성행위(侵房)를 하면, 습열(濕熱)이 신(腎)의 허한 틈을 타서 침입함으로써 요통이 발생한다. 특징은 허리보다는 소화기 질환이 중점적으로 나타나며, 숙이거나 뒤로 젖히지를 못한다. 주로 T10, 11, 12 부위에서 통증이 나타난다.

④ 좌섬요통(挫閃腰痛)

무거운 것을 들다가 빠끗한 것으로 요통이 심한 경우를 말한다.

⑤ 어혈요통(瘀血腰痛)

타박상이나 추락상으로 인하여 경맥(經脈)에 기가 정체되어 통하지 않아 발생한다. 주 간에는 증상이 가벼우나, 야간에 더욱 심하고, 누르면 더욱 통증이 심하고 허리를 돌리면 침으로 찌르는 듯한 통증이 느껴진다. 또한 혀의 색(舌質)은 어둡고 자주색을 띠며, 어혈반점(瘀斑)이 나타나기도 하고, 맥은 거칠고 끊어지는 듯하다(脈澀).

⑥ 풍요통(風腰痛)

풍사(風邪)가 신(腎)에 침입하여 요통을 발하는 것으로 통처가 좌우로 일정하지 않고, 증상이 심해지면 양쪽 다리까지 통증이 뻗치고, 근육이 당기며 경직되는 듯하다(強急).

⑦ 한요통(寒腰痛)

한사(寒邪)가 신(腎)에 침범하여 요통을 야기하는 것으로 옆으로 구부리기 불가능하며 따뜻하게 해주면 경감되고, 차게 해주면 더욱 심해진다.

⑧ 습요통(濕腰痛)

습하고 낮은 곳(卑濕)에 오래 머무르거나(久處), 바람과 이슬에 포함된 습기(風露濕氣)가 신(腎)에 스며들어(浸淫) 요통이 발생하는 경우이다. 이때 허리는 마치 돌을 올려놓은 듯 무겁고, 열음을 댄 것처럼 차고 아픈 냉통(冷痛)이 특징적으로 나타난다.

⑨ 습열요통(濕熱腰痛)

평소에 기름지고 맛이 강한 음식(膏粱厚味)을 자주 먹는 사람에게서 발생하는 요통으로, 음산한(陰寒) 기후일 때 증상이 나타나며, 오래 앉아 있을 경우 통증이 더욱 심해진다.

⑩ 기요통(氣腰痛)

기요통(氣腰痛)의 병리기전 및 증상은 원하던 바가 이루어지지 않거나(所願不遂), 감정적인 충격으로 인해 심혈(心血)이 왕성하지 못하게 되면서 근맥(筋脈)을 제대로 영양하지 못하게 되어 발생한다. 이로 인해 기의 흐름이 막히고 정체되는 상태(澀滯)가 되어 요통이 유발되며, 오래 서 있거나 장시간 걷는 경우 통증이 더욱 심해진다.

4

치료

1) 한의학적 처치

만성요통의 치료에는 약물요법과 비약물요법이 사용되고 있다. 한의 영역에서는 만성 요통 치료를 위해 침(acupuncture), 전침(electroacupuncture), 레이저침 치료(laser

acupuncture), 뜸(moxibustion), 약침(pharmacopuncture), 매선(thread embedding acupuncture), 추나(chuna therapy), 한약(herbal medicine), 침도(acupotomy), 물리 치료(physical therapy) 등을 많이 사용한다.

(1) 침 치료

침 치료는 한방 의료기관에서 가장 널리 시행되는 치료방법이다. 침 치료는 경락학 설에 따라 특정 경혈 등을 자극하여 경맥의 흐름을 바로잡아 인체의 질병을 치료하는 한의 치료법으로, 내과질환을 비롯하여 마비 질환 등 다양한 목적으로 널리 활용될 수 있는데, 특히 근골격계 질환, 그중에서도 통증 질환에 특효한 것으로 잘 알려져 있다.

(2) 전침 치료

전침 치료는 자침 후에 침체에 전류가 흐르도록 하여 자극을 가하는 치료 방법이다. 이러한 자극은 침 치료 후 득기를 유발하여 침의 효과를 배가시키는 효과를 나타낸다. 전침 치료는 전기 자극의 빈도와 강도에 따라 다양한 효과를 보이며, 특히 진통 효과와 마비에 대한 치료 효과가 많이 보고되고 있다.

(3) 레이저침 치료

레이저침 치료는 레이저 광선을 경혈에 조사하여 그 에너지 자극으로 체내 경락계통에 영향을 주어 자침과 유사한 치료 효과를 나타내는 일종의 경락자극요법이다. 레이저침은 치료 목적과 병태에 따라 고출력 및 저출력 레이저를 모두 활용할 수 있는 치료기법으로, 레이저 치료의 생체자극효과와 경락자극효과를 동시에 기대할 수 있다. 이러한 특성으로 인해 특히 만성 통증 관리에 유용한 안전한 치료 방법이다.

(4) 뜸 치료

뜸 치료는 침 다음으로 널리 활용되고 쉽게 접할 수 있는 한의 치료법 중 하나로, 경락을 따뜻하게 해주고 차가운 기운을 물리치며 보양(補陽)시키는 효과가 있다. 또한 인체의 면역력을 높여 질병을 예방하고 건강을 지키는 목적으로도 활용되고 있다. 최근에는 전통적인 연소식 뜸뿐만 아니라, 온열 자극을 안정적으로 조절할 수 있는 전자뜸이 임상에서 널리 활용되고 있으며, 이를 통해 뜸 치료의 안전성과 적용 범위가 더욱 확장되고 있다.

(5) 부항 치료

부항 치료는 부항컵을 피부 표면에 흡착시켜 내부의 공기를 제거하여 생긴 음압을 이용하여, 체내 여러 요소를 체외로 배출시키는 치료법이다. 따라서 기의 흐름을 조절하고 혈액 순환을 촉진시키는 기전으로 다양한 근육 질환 및 통증 질환에 활용되고 있다.

(6) 약침 치료

약침 치료란 인체의 압통점, 경혈점 등에 한방 약액을 주입하는 한의요법으로서 침구요법과 약물요법을 결합한 신침요법 중 하나이다. 기존의 침구요법이 경혈을 통하여 물리적 자극을 전달하여 질병을 치료했다면 약침 치료는 한약을 포함한 화학적 자극을 부가적인 치료 수단으로 사용하여 자침과 약물의 효과를 동시에 얻는 장점이 있다. 그 중 봉독약침은 살아있는 서양종 일벌(*Apis mellifera*) 독낭에서 봉독을 추출, 가공하여 만든 제제를 사용하는 것으로, 소염진통, 면역조절, 혈액순환촉진, 항산화 등의 약리작용이 보고되고 있으며, 임상에서 통증 질환에 많이 응용된다.

(7) 매선 치료

매선 치료는 혈자리매장요법(穴位埋藏療法)의 일종으로, 특정 혈자리에 이물질을 삽입하여 해당 부위에 지속적인 자극을 유도함으로써 질병을 치료하는 침구 치료법이다. 국내에서는 주로 크롬염(Chromic salt) 처리된 catgut 봉합사가 사용되며, 이는 봉합사의 흡수 속도를 조절하여 일정 기간 동안 자극 효과를 유지하도록 고안된 것이다. 최근에는 조직 반응이 적고 생체 내에서 점진적으로 분해되는 폴리다이옥산논(polydioxanone, PDO) 성분의 봉합사가 안전성과 생체적합성이 우수하다는 평가를 받아 널리 활용되고 있다. 이와 같은 흡수성 봉합사는 분해되는 기간 동안 혈자리에 지속적인 물리적 자극을 제공할 수 있어, 임상에서는 특히 만성 통증 질환의 관리 및 치료에 효과적인 보조요법으로 사용되고 있다.

(8) 추나 치료

추나 치료는 시술자가 손 또는 신체의 일부분을 이용하거나 보조기구 등을 이용하여 추나 테이블에서 환자의 신체표면에 자극을 가하여 관절, 근육, 인대 및 신경 체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하고 예방하는 한의학 치료 기술을 말한다. 만성요통과 관련하여 임상에서는 다양한 추나 수기법을 통하여 경결 또는 위축된 근육 등에 피동적 운동을 통한 자극을 주는 방법을 많이 활용하고 있다.

(9) 한약 치료

한약 치료는 한의학적 기본 이론을 바탕으로 질병의 예방이나 치료를 위해 쓰이는 약재를 이용한 약물요법이다. 고문헌과 임상적 경험을 토대로 다양한 한약이 만성요통 증후군과 같은 근골격계 통증성 질환에도 활용되고 있으나, 환자 개개인의 상태와 특성을 고려하여 '변증'이라는 한의학적 진단 과정을 통해 투약하는 방식을 결정하기 때문에 시험약의 표준화 등 임상연구를 수행하면서 여러 어려움이 있어서 실제 임상효과에 비해 아직 과학적 근거가 많이 부족한 분야이다.

(10) 침도 치료

침도 치료는 칼날 형태로 가공된 침을 이용하여 유착된 연부조직을 절개·분리하는 치료법이다. 침 치료만으로 호전이 어려운 만성 근막 통증, 인대의 구축이나 섬유화, 신경근 압박 등이 있는 만성요통에 활용된다. 조직의 기계적 절개로 혈류와 신경 압박을 개선하여 통증 완화 및 기능 회복을 기대할 수 있다. 침습적 시술이므로 숙련된 의사가 시술해야 하고, 출혈성 질환자나 감염, 중증 골다공증 환자에게는 주의가 필요하다.

(11) 물리 치료

한의 의료기관에서는 만성요통의 보조적 치료법으로 경피적 전기신경자극 치료(TENS), 경근간섭저주파요법(IFT), 초음파 치료, 온열 치료 등의 물리 치료를 활용한다. 경피적 전기신경자극치료(TENS)는 피부에 부착한 전극을 통해 전기 자극을 주어 진통 효과를 얻는 방법이며, 경근간섭저주파요법(IFT)은 두 개의 중주파 전류를 교차시켜 심부 근육의 긴장을 완화하고 통증을 개선한다. 초음파 치료는 고주파 진동을 통증 부위에 적용하여 조직의 미세진동과 열 효과로 통증을 줄이며, 온열치료는 핫팩이나 적외선 등을 통해 허리 주변 근육을 따뜻하게 하여 혈류를 개선하고 근육 긴장을 완화시킨다. 각 방법은 보통 10~20분 시행하며, 환자의 상태에 따라 적절히 선택하여 침이나 추나요법과 병행할 수 있다. 심혈관 질환자나 전자 의료기기 착용 환자는 사용에 주의를 요한다.

2) 서양의학적 처치

일반적으로 약물치료보다는 비약물적 치료를 먼저 시행하게 된다. 2017년 발표된 미국 내과학회의 만성요통에 대한 가이드라인에서도 12주 이상의 만성요통은 무조건 비약물요법인 운동, 재활, 침 치료, 명상, 요가, 도수치료(추나요법) 등을 우선적으로 고려해야 하고, 비약물요법을 충분히 시행했는데도 불편할 경우에만 약물의 부작용을 충분히 고려하여 약물요법을 시행해야 한다고 권고하고 있다. 약물치료로는 비스테로이드성 소염진통제(NSAIDs) 또는 근육이완제가 주로 사용되며, 만성요통에서의 약물 사용은 완치보다는 증상의 완화 및 일상생활의 불편감 개선을 목적으로 사용된다. 비스테로이드성 소염진통제(NSAIDs)의 경우 신부전, 위궤양, 심혈관질환의 위험성을 높일 수 있는 부작용이 존재하기 때문에 사용에 주의를 기울여야 한다.

5 예방 및 관리

급성 요통 증후군의 경우 통증이 매우 심할 때는 침상 안정과 골반 견인, 더운물 찜질, 초음파 치료, 마사지, 소염 진통제의 복용 등으로 통증을 완화시킬 수 있다. 침상 안정

은 환자가 가장 편한 자세를 취하도록 하는데 대부분의 환자들은 슬관절과 고관절을 약간 굴곡시킨 자세에서 가장 편안해한다. 근경련에 의한 동통을 제거할 목적으로 근육 이완제가 처방되기도 하나 장기간의 사용은 피하도록 한다. 특별한 치료 없이도 보통 3~6주 후면 요통이 소실된다.

만성요통증후군의 치료에서 무엇보다 중요하게 강조되는 것은 평소에 얼마나 바른 자세로 생활하는가이다. 일상생활에서 자세를 바로 하여 척추에 가해지는 무리한 힘을 최소로 하여, 서 있을 때, 의자에 앉아 있을 때, 잘 때, 무거운 물건을 들 때 등 평소 생활에서 허리에 부담이 가장 적은 자세로 생활하는 것이 중요하다. 꾸준한 운동을 통하여 복부 근육과 배부 근육을 강화시킴으로써 척추의 불안정성으로 인한 요통을 미연에 방지한다.

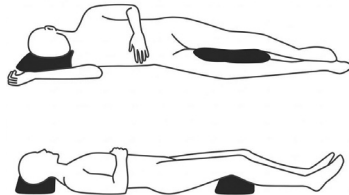
그 밖에도 침대는 딱딱한 것을 사용하도록 하고, 장시간의 운전을 피하며 흡연은 요통을 증가시키는 경향이 있으므로 피하며, 힘든 일을 할 때에는 허리에 충분히 준비 운동을 해야 한다. 증상이 심할 경우에는 코르셋이나 보조기를 착용하여 일상생활을 영위하게 할 수는 있지만 장기간의 착용은 주위 근육 및 골성 구조를 악화시키므로 피하는 것이 좋다. 또한 1~2주의 침상 안정은 증상이 매우 심할 경우 권장되나 그 이상의 침상 안정은 피해야 한다. 증상이 좋아지는 대로 조기 재활을 위한 운동이 필수적이며 이러한 보존적 치료에 효과가 없을 때 수술적인 치료가 시행된다.

■ 일상에서의 올바른 자세(출처: American Physical Therapy Association, APTA)

올바른 자세		
1. 설 때		턱을 약간 당기고, 귀가 어깨와 수직선상에 위치하도록 함. 어깨는 긴장을 풀고 자연스럽게 내림. 복부는 살짝 긴장시켜 골반을 중립 위치에 유지. 엉덩이를 과도하게 뒤로 빼거나 앞으로 내밀지 않음. 양발은 어깨 너비로 벌리고, 엄지발가락이 약간 바깥쪽으로 향하도록 함. 체중은 양발에 균등하게 분산.
2. 앉을 때		턱은 약간 당긴 상태로 유지, 척추는 요추 전만곡을 유지하며 엉덩이는 등받이에 깊숙이 닿도록 앉음. 무릎은 엉덩이와 수평 혹은 약간 낮은 위치에서 90~100도 굽힌 상태를 유지하고, 발바닥은 바닥에 완전히 닿으며 발목은 90도를 이루도록 함. 필요시 발 받침대를 사용할 수 있음. 업무 시 시선이 화면의 상단 1/3에 위치하도록 조절, 팔꿈치가 90도로 굽혀지고, 어깨가 올라가지 않는 위치에 두기.

올바른 자세

3. 누울 때



1) 양와위, Supine Position

베개: 목의 C자 커브를 지지할 수 있는 적당한 높이의 베개 사용

허리: 요추 전만곡이 유지되도록, 필요시 무릎 아래에 얇은 베개를 두어 요추 부담을 줄임

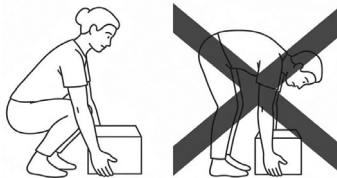
팔/어깨: 양팔은 옆으로 자연스럽게 두되, 어깨가 위로 올라가지 않게 함

2) 측와위, Side-Lying Position

베개: 베개의 높이는 어깨와 머리 사이 간격을 채울 수 있도록 하여 경추가 일직선이 되도록 조절
무릎 사이에 베개를 끼워 골반과 척추의 비틀림을 방지

어깨/팔: 아래팔이 눌리지 않도록, 팔 위치를 앞으로 조절

4. 무거운 짐을 들 때



물건에 최대한 가까이 다가가 몸과의 거리를 최소화하며, 발은 어깨 너비로 벌려 균형을 잡고, 무릎을 굽혀 앉고, 등을 곧게 펴며 척추의 중립 정렬을 유지한다. 복부에 힘을 주어 척추를 안정화시키고, 들어 올릴 때는 허리 대신 하체 근육의 힘을 이용해 천천히 일어난다. 이때 물건은 가슴 가까이 유지하고, 팔은 지지 역할만 하며, 이동 시에도 물건을 몸에 가깝게 붙인다.

5. 서서 일할 때



서서 일할 때 왼쪽 그림처럼 한 발을 받침대 위에 올려놓아서 허리의 부담을 줄이도록 한다.

[참고문헌]

1. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19(12):2075-94.
2. Andersson GBJ. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*. 1999;354:581-5.
3. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990 – 2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(6):e316-29.
4. US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2016: burden of diseases, injuries, and risk factors among US states. *JAMA*. 2018;319(14):1444-72.
5. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. What triggers an episode of acute low back pain? A case-crossover study. *Arthritis Care Res(Hoboken)*. 2015;67:403-10.
6. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736-47.
7. Grabois M. Management of chronic low back pain. *Am J Phys Med Rehabil*. 2005;84:S29-41.
8. Shiri R, Falah-Hassani K, Heliövaara M, Solovieva S, Amiri S, Lallukka T, et al. Risk factors for low back pain: a population-based longitudinal study. *Arthritis Care Res(Hoboken)*. 2019;71(2):290-9.
9. Yoon JH, Yoon SJ. Quantifying burden of disease to measure population health in Korea. *J Korean Med Sci*. 2016;31(Suppl 2):S101-7.
10. Oh MJ, Song HS. Effect of Sa-Am acupuncture bladder reinforcing method to Ryodoraku on the patients with chronic low back pain. *J Korean Acupunct Moxib Soc*. 2012;29(2):37-42. Korean.
11. Shmagel A, Foley R, Ibrahim H. Epidemiology of chronic low back pain in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2010. *Arthritis Care Res(Hoboken)*. 2016;68(11):1688-94.

만성요통증후군 한의표준임상진료지침

III

만성요통증후군 임상진료지침 개발 절차

1. 기획
2. 개발
3. 승인 및 인증
4. 출판

1

기획

1) 주제 및 범위 선정

본 임상진료지침은 2020년도에 개발된 바 있는 ‘만성요통증후군 한의임상진료지침’을 토대로 만성요통증후군에 대해 현재까지 알려진 국내외 자료와 국내 전문가의 의견을 반영하여 우리나라의 의료실정에 적절한 만성요통증후군 한의표준임상진료지침을 고도화하여 만성요통환자에게 양질의 한의학적 치료를 제공하고자 한다.

(1) 대상 인구집단

본 임상진료지침에서 다루고자 하는 대상 인구 집단은 만 18세 이상 성인 만성요통증후군 환자군이다. 만성요통증후군은 한국표준질병사인분류(KCD-8)에서 M545(요통) 등에 해당하는 질환으로, 병리 해부학적인 불안정성 없이 3개월 이상 지속되는 허리 부위의 통증을 지칭한다.

(2) 진료지침 사용자

만성요통증후군 진료에 관여하는 한의사 및 관련 한의사 전문의가 주 사용자이며, 한의 진료를 받고자 하는 만성요통증후군 환자의 의사 결정에 기초 자료로 활용될 수 있다. 또한 전공의 및 병원 관리자 등의 한의 진료에 대한 학습에 사용될 수 있다.

(3) 의료 환경

만성요통증후군 환자를 진료하는 한의사가 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

- 개발위원회는 다학제적으로 조직하여 임상 각 과의 전문가, 다양한 분야의 개발전문가(체계적 문헌고찰 전문가, 임상진료지침 개발방법론 전문가, 통계 전문가 등)가 포함되도록 하고 각 위원들을 실무위원 혹은 패널위원으로 지정하여 역할을 수행하도록 한다. 사업단에서 지정한 지침 개발 관련 교육을 이수한 경우 개발전문가로 인정할 수 있다. 대한침구의학회 및 한방재활의학과학회로 구성되어 있다.
 - 실무위원: 임상질문 개발 및 체계적 문헌고찰, 메타분석, 임상진료지침의 집필(권고안 작성)을 담당한다.
 - 패널위원: 임상질문 개발 단계부터 적극적으로 의사결정에 참여하며 임상진료지침 초안 개발 시 델파이 합의에도 패널로 참여하는 위원으로서 체계적 문헌고찰, 메타분석, 임상진료지침의 집필 등 실무와 관련된 자문을 제공한다. 사업

단에서 배정한 임상한의사패널은 원칙적으로 개발위원회의 패널위원에 포함되어 지침개발 의사결정 과정에 참여하고 임상현장을 반영하는 역할을 수행한다. 패널위원이 참여한 공식·비공식 합의 과정을 통해 지침개발의 신뢰성과 외적 타당성을 확보할 수 있다.

그 외 개발그룹의 역할은 다음과 같다.

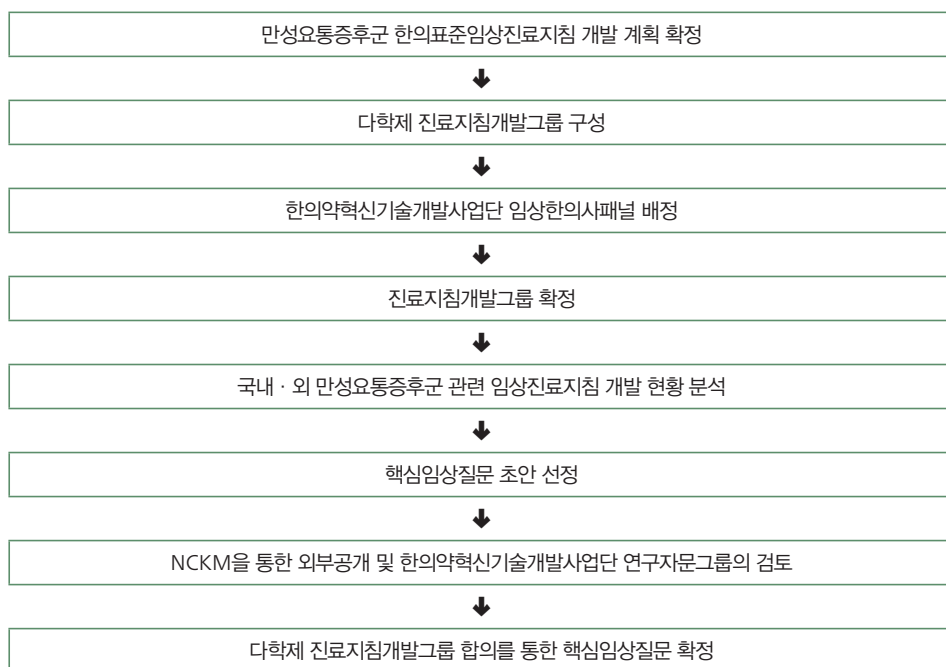
- 진료지침 검토위원회: 개발과정 중 내용 검토 및 델파이 기법을 통한 공식적 합의 과정을 도출하여 수정안을 작성하며, 대한침구의학회 및 한방재활의학과학회에서 추천한 임상 전문가인 임상한의사패널로 구성됨
- 진료지침 자문위원회: 진료지침 개발 방법의 타당성을 자문 및 검토하며, 대한침구의학회 및 한방재활의학과학회로 구성됨
- 진료지침 인준위원회: 진료지침 개발 후 전체적인 내용 검토 및 타당성 등에 대해 평가하여 인증하며, 대한침구의학회 및 한방재활의학과학회로 구성됨.

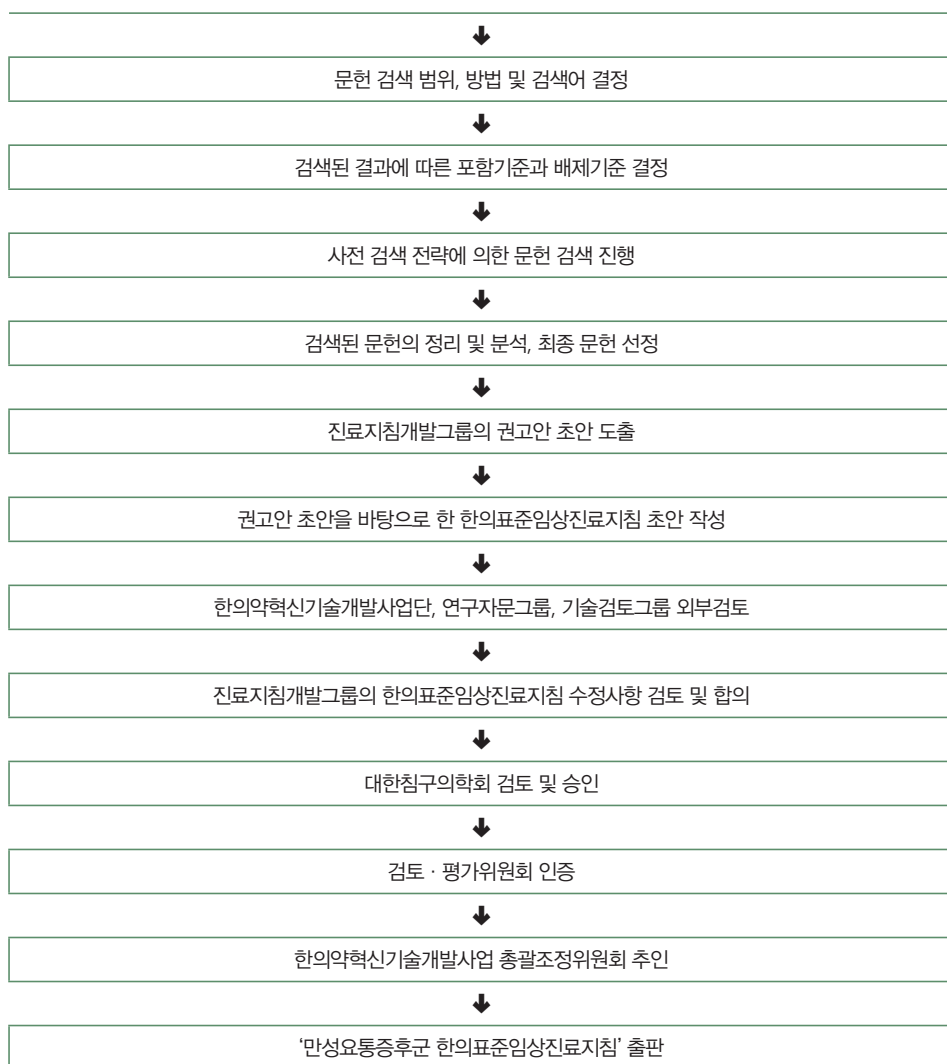
① 개발 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
개발 위원회	위원장	남동우	경희대학교 침구의학과	서울	만성요통증후군 임상진료지침 개발 연구책임
	실무 위원	홍예진	대한침구의학회	서울	GRADE 평가 및 임상진료지침 집필
		노승진	경희의료원 침구의학과	서울	임상질문 개발 및 체계적 문헌고찰 수행
		박기훈	경희의료원 침구의학과	서울	GRADE 평가 및 임상진료지침 집필
		신재민	경희의료원 침구의학과	서울	임상질문 개발 및 체계적 문헌고찰 수행 임상진료지침 집필, 인준 및 확산
	패널 위원	정원석	경희대학교 한방재활의학과	서울	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		조재홍	경희대학교 한방재활의학과	서울	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		차윤엽	상지대학교 한방재활의학과	원주	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		하인혁	자생의료재단	서울	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		이현중	대구한대의대 침구의학과	대구	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		김은정	동국대학교 침구의학과	경기	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		김재홍	동신대학교 침구의학과	광주	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		김종욱	우석대학교 침구의학과	전북	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
개발 위원회	패널 위원	서병관	대한침구의학회	서울	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		박연철	경희대학교 강동 경희대학교병원 침구의학과	서울	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		김형민	척추도인안교학회	서울	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		조예은	대한침구의학회	인천	임상진료지침 개발방법론 전문가로서 주요 의사결정에 참여
검토위원회	임상한의 사패널	권영구	경희은한의원	서울	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		박중훈	안산자생한방병원	경기	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
		최방섭	서울북부병원	서울	임상 전문가로서 주요 의사결정에 참여
자문위원회	위원	이재동	경희대학교 침구의학과	서울	진료지침 방법론 자문 및 검토
	위원	송호섭	가천대학교 침구의학과	인천	진료지침 방법론 자문 및 검토
	위원	백용현	대한한의학회	서울	진료지침 방법론 자문 및 검토
	위원	이윤재	자생의료재단	서울	진료지침 방법론 자문 및 검토
인준 위원회	위원장	김재홍	대한침구의학회	서울	대한침구의학회 임상진료지침 평가위원장
	위원	차윤엽	한방재활의학회	원주	한방재활의학회 임상진료지침 평가위원
		전철기	한방척추관절학회	서울	한방척추관절학회 임상진료지침 평가위원

3) 개발 계획 수립





4) 기획 단계

(1) 국내외 개발현황

가. 국외 임상진료지침 개발 현황

Guideline international network(<http://www.g-i-n.net>) 등을 통해 검색한 결과, 총 15개의 비특이적 만성요통 관련 임상진료지침이 검색되었다.

번호	제목	기관	연도
1	Noninvasive Treatment for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	ACP-American College of Physicians	2017

번호	제목	기관	연도
2	Ambassador Program guideline for the Evidence-informed Primary Care Management of Low back Pain	AAP-Alberta Ambassador Program	2017
3	Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain	Royal Dutch Society for Physiotherapy	2003
4	European guideline for the management of chronic nonspecific low back pain	European Commission, Research Directorate-General, department of Policy, Co-ordination and Strategy.	2006
5	Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain	NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)	2009
6	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain	Department of Veterans Affairs(VA) and Department of Defense(DoD)	2022
7	Non-Invasive and Minimally Invasive Management of Low Back Disorders	American College of Occupational and Environmental Medicine's(ACOEM)	2020
8	Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain	North American Spine Society	2020
9	Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021	Academy of Orthopaedic Physical Therapy	2021
10	Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain: Clinical Practice Guideline	Toward Optimized Practice(TOP) Low Back Pain Working Group	2018
11	PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care	Canadian Family Physician	2022
12	Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	2017
13	Chronic nonspecific(musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain(RSSP)	Russian Society for the Study of Pain(RSSP)	2019
14	Clinical Practice Guideline for Chronic Pain	The Committee for Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Pain	2021
15	Management of Chronic Pain	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	2013

나. 국내 임상진료지침 개발 현황

국내 임상진료지침정보센터(<http://www.guideline.or.kr>) 등을 검색한 결과, 비특이적 만성요통 관련 임상진료지침은 검색되지 않았다. 만성요통과 관련하여 ‘근거기반 만성요통의 고주파 전극도자절제술 임상진료지침’이 요통의 수술 대 비수술 비교효과 연구그룹에서 개발되었다. 이와 별도로 2013년도에는 ‘요통 침구임상 진료지침’이 대한

침구의학회에서 개발되었으며, 2020년에는 ‘만성요통증후군 한의표준임상진료지침’이 대한침구의학회에서 개발되었다.

(2) 기존 임상진료지침 검토

ACP(American College of Physicians) guideline은 미국 내과의학회에서 개발한 것으로 2007년 개발된 ACP guideline과 2008년 1월~2016년 11월 기간의 문헌고찰을 토대로 2017년 갱신한 최신 임상진료지침이다. 이 지침에서는 급성, 아급성, 만성요통에 관한 약물/비약물 요법의 체계적 문헌고찰을 통해 권고안을 제시하고 있는데, 만성요통의 경우 비약물요법을 먼저 고려해야 하고 비약물요법을 충분히 시행했는데도 불편할 경우 약물의 부작용을 충분히 고려하여 약물요법을 시행하도록 권고하고 있다(strong recommendation). 만성요통의 한의 치료에 관련하여 침, 레이저, 추나요법 등에 대한 권고안도 기술되어 있다.

캐나다 Alberta Ambassador Program은 2004년에 요통의 일차 진료에 관한 근거를 증진시키려는 목적으로 시작되었고, 준비단계에서 임상질문을 채택하는 진료지침 수용개발 과정이다. 따라서 용어의 정의 및 개발과정에 대한 설명이 중점적으로 기술되어 있다. 요통에 관하여 2017년에 Alberta CPG, 3rd Edition이 출판되었다. 이 지침은 2011년에 나온 Alberta CPG 2nd Edition에 양질의 guideline을 포함시켜 개발되었고, 비특이적 만성요통뿐 아니라 기질적 질환이 원인인 요통까지 광범위하게 포함하고 있다. 비특이적 만성요통에 관하여 침 치료, 레이저 치료에 관한 권고안이 정리되어 있으나 구체적으로 기술되어 있지 않다.

Royal Dutch Society for Physiotherapy에서는 2003년 비특이적 만성요통에 대한 물리 치료에 관한 Guideline을 발간하였다. 국외 CPG database인 Guideline international network에는 이 guideline에 대해 높은 비율의 guideline adherence가 있다는 2010년 연구 논문이 등재되어 있다(Geert M. Rutten et al. Adherence to Clinical Practice Guidelines for Low Back Pain in Physical Therapy: Do Patients Benefit?. Physical Therapy 2010;90(8);1111-1122). 이 guideline에는 일상 활동에 관한 권고도 포함하고 있으나, 한의치료에 관한 권고안은 제시되어 있지 않다.

European Commission에서는 2006년 비특이적 만성요통에 관한 European guideline을 발간하였다. 진단, 위험요인, 치료, 예후 등에 대해 근거와 유럽지역 국가들의 guideline에서의 권고사항, 토론/합의, 권고들을 함께 제시하고 있다. 한의 치료에 관해서는 침 치료, 추나 치료, 레이저에 대한 권고안이 제시되어 있다.

영국의 NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)에서는 2009년에 지속적인 비특이적 요통의 조기 관리에 관한 guideline을 발간하였다. 다양한 치료법의 근거와 권고 사항을 제시한 것과 함께 ‘key priority for implementation’도 제시하고 있다. 한의치료에 관해서는 침 치료, 추나 치료에 관한 권고안이 제시되

어 있다.

미국 Department of Veterans Affairs와 Department of Defense에서는 공동으로 2022년 요통에 관한 VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain을 발간하였다. 2020년 1월까지의 문헌을 바탕으로 신경학적 증상의 동반 여부와 관계없이 급성, 아급성, 만성요통환자의 진단 및 치료를 위한 근거 기반의 체계를 제공하여, 환자 중심의 치료와 임상 결과 향상을 목표로 하였다. 한의치료에 관해서는 만성요통에 대한 침 치료 및 추나 치료(spinal manipulation/mobilization)에 관한 권고안이 제시되어 있다.

미국 American College of Occupational and Environmental Medicine's(ACO-EM)에서는 2020년 요추 질환에 대한 Non-Invasive and Minimally Invasive Management of Low Back Disorders를 발간하였다. 급성, 아급성, 만성요통환자의 치료와 재활에 대해서 비침습적 및 최소침습적 치료에 대한 근거 기반 권고안을 제시하였다. 한의치료에 관해서는 만성요통에 대한 침 치료 및 추나 치료(spinal manipulation/mobilization)에 관한 권고안이 제시되어 있고, 물리 치료와 관련하여서는 TENS에 대한 권고안이 제시되어 있다.

미국 North American Spine Society에서는 2020년 요통에 대해서 Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain을 발간하였다. 성인 비특이적 요통에 대한 진단과 치료에 있어서 2016년 2월까지의 문헌을 바탕으로 작성되었으며, 일반적인 진단 혹은 질환명이 아닌 증상 중심의 진단 및 치료에 집중하였다. 한의치료와 관련해서는 비특이적 만성요통에 대한 침 치료에 관한 권고안이 제시되어 있다.

미국 Academy of Orthopaedic Physical Therapy(AOPT)에서는 2021년 급성 및 만성요통에 대해서 Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021을 발간하였다. 2012년에 AOPT에서 발간한 임상진료지침의 개정판으로, 물리 치료 기반의 치료 중재 연구 중심으로 권고 지침을 제시하고자 하였으며, 특히 비약물적 치료에 대한 근거를 종합하여 구체적인 치료 권고안을 제공하고 하였다. 한의치료에 관해서는 만성요통에 대한 침 치료(dry needling) 및 추나 치료(thrust/non-thrust manipulation, soft tissue manipulation)에 관한 권고안이 제시되어 있다.

캐나다 Toward Optimized Practice(TOP) Low Back Pain Working Group에서는 2018년 요통에 대해서 Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain: Clinical Practice Guideline을 발간하였다. 급성, 아급성, 만성요통에 대해서 진단, 검사, 약물 치료 및 비약물 치료를 권고하였으며, 성인에서의 비특이적이고 비암성(non-malignant) 요통으로 한정하였다. 한의치료에 관해서는 만성요통에 대한

단기간 침 치료와 한약 치료에 관한 권고안이 제시되어 있다.

캐나다 Canadian Family Physician은 2022년 만성통증의 관리에 대하여 PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritis, and neuropathic pain in primary care를 발간하였다. 골관절염, 요통, 신경변성 통증 등의 만성 통증 관리에 대해서 보편적이고 접근 가능한 보존적 치료에 대한 근거를 바탕으로 환자와의 공동 의사결정을 강조하며 개발되었다. 한의치료에 관해서는 침 치료와 추나 치료에 관한 권고안이 제시되어 있다.

독일 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften은 2017년 비특이적 요통의 관리에 대해서 Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz를 발간하였다. 2015년 3월부터 2017년 3월까지의 문헌을 기반으로 기존 임상진료지침을 개정하였으며, 진단과 치료의 절차, 만성화 요인, 약물 및 비약물 치료의 도입 시점, 그리고 다학제적 통증 치료의 필요성에 대한 권고안을 마련하였다. 한의치료에 관해서는 침 치료와 추나 치료(spinal manipulation and mobilization)에 관한 권고안이 제시되어 있다.

러시아 Russian Society for the Study of Pain(RSSP)은 2019년 만성 비특이적 요통의 관리에 대해서 Chronic nonspecific(musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain(RSSP)을 발간하였다. 만성 비특이적 요통의 진단, 다학제적 치료 접근법, 보조적 통증 조절, 그리고 예방 방법에 대해서 치료 권고안을 제시하였다. 한의치료에 관해서는 침 치료에 관한 권고안이 제시되어 있다.

일본 The Committee for Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Pain에서는 2021년 만성 통증에 대해서 Clinical Practice Guideline for Chronic Pain을 발간하였다. 2018년에 발간된 임상진료지침에 대한 개정판으로 일본 7개의 학회가 협업하여 발간하였으며, 암성 만성 통증을 제외한 만성 통증의 진단 및 증상의 범위를 밝히고 이에 대한 다학제적인 치료 접근 방법에 대한 치료안을 권고하였다. 한의치료에 관해서는 침 치료, 뜸 치료, 그리고 한약 치료에 대한 권고안이 제시되어 있다.

스코틀랜드 Scottish Intercollegiate Guidelines Network에서는 2013년 만성 통증에 대해서 Management of Chronic Pain을 발간하였다. 암성 통증을 제외한 성인의 만성 통증을 1차 진료 환경에서 평가하고 관리를 위한 최신 근거 기반 권고를 제공하며, 두통, 소아, 기저 질환에 대한 치료는 권고안의 범위에서 제외되었다. 한의치료에 관해서는 침 치료, 수기치료(manual therapy), TENS 치료에 대한 권고안이 제시되어 있다.

이 외에도 요통에 관한 여러 가이드라인이 개발되었으나 AGREEII 도구를 이용한

진료지침 평가 상 지침 사용을 권장할 수준이 되지 않는다.

국내에서는 2011년 대한 임상 통증학회에서 요통의 진단 및 치료지침에 관한 진료지침을 개발하였으나, 급·만성요통 및 신경근병증을 동반한 요통을 모두 포함하고 있다. 또한 대한척추외과학회에서 2016년 만성요통에 관한 비수술적 치료 지침(Non-Surgical Treatment Guideline for Chronic Low Back Pain)을 발표하였으나, 비특이적 만성요통 외에 기저질환에 의한 요통 역시 포함하고 있으며, 개발과정이 생략된 요약본 형식으로 발간하였다.

상기 임상진료지침 중 개발위원회 회의를 통해 근거기반 임상진료지침으로 적절하다고 판단된 국외 15개 지침을 선정한 후 AGREE(Appraisal of Guideline for Research and Evaluation)II 도구를 이용하여 3명의 평가자가 평가를 진행하였다. 15개 임상진료지침에 대한 평가 결과는 다음과 같다.

① Noninvasive Treatment for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline(American College of Physicians, 2017)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	21	21	21	63	100
이해당사자의 참여	3	3	21	16	17	17	50	75.9
개발의 엄격성	8	8	56	51	50	47	148	86.1
표현의 명확성	3	3	21	18	18	19	55	85.2
적용성	4	4	28	15	17	19	51	54.2
편집의 독립성	2	2	14	14	14	14	42	100

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

② Ambassador Program guideline for the Evidence-informed Primary Care Management of Low back Pain(Alberta Ambassador Program, 2017)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	17	17	16	50	75.9
이해당사자의 참여	3	3	21	15	17	14	46	68.5
개발의 엄격성	8	8	56	47	45	44	136	77.8
표현의 명확성	3	3	21	9	7	6	22	24.1
적용성	4	4	28	5	7	7	19	9.7
편집의 독립성	2	2	14	14	14	14	42	100

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

③ Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain(Royal Dutch Society for Physiotherapy, 2003)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	19	19	17	55	85.2
이해당사자의 참여	3	3	21	15	20	23	58	90.7
개발의 엄격성	8	8	56	33	28	26	87	43.8
표현의 명확성	3	3	21	16	14	13	43	63.0
적용성	4	4	28	9	7	7	23	15.3
편집의 독립성	2	2	14	8	8	6	22	44.4

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

④ European guideline for the management of chronic nonspecific low back pain(European Commission, Research Directorate-General, department of Policy, Co-ordination and Strategy 2006)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	19	19	20	58	90.7
이해당사자의 참여	3	3	21	14	11	11	36	50.0
개발의 엄격성	8	8	56	33	35	38	106	56.9
표현의 명확성	3	3	21	15	16	17	48	72.2
적용성	4	4	28	6	10	10	26	19.4
편집의 독립성	2	2	14	4	4	2	10	11.1

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑤ Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain(National Institute for Health and Clinical Excellence 2009)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	21	21	21	63	100
이해당사자의 참여	3	3	21	17	16	16	49	74.1
개발의 엄격성	8	8	56	45	44	41	130	73.6
표현의 명확성	3	3	21	19	17	18	54	83.3
적용성	4	4	28	10	10	10	30	25.0
편집의 독립성	2	2	14	14	14	14	42	100

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑥ VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain(Department of Veterans Affairs(VA) and Department of Defense(DoD), 2022)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	15	16	17	48	72
이해당사자의 참여	3	3	21	20	18	19	57	89
개발의 엄격성	8	8	56	43	41	42	126	71
표현의 명확성	3	3	21	19	18	18	55	85
적용성	4	4	28	18	20	19	57	63
편집의 독립성	2	2	14	14	13	14	41	97

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑦ Non-Invasive and Minimally Invasive Management of Low Back Disorders(American College of Occupational and Environmental Medicine's(ACOEM), 2020)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	17	17	16	50	76
이해당사자의 참여	3	3	21	12	11	11	34	46
개발의 엄격성	8	8	56	39	41	38	118	65
표현의 명확성	3	3	21	19	19	19	57	89
적용성	4	4	28	17	18	17	52	56
편집의 독립성	2	2	14	13	13	13	39	92

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑧ Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain(North American Spine Society, 2020)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	16	15	17	48	72
이해당사자의 참여	3	3	21	14	13	15	42	61
개발의 엄격성	8	8	56	47	45	49	141	81
표현의 명확성	3	3	21	20	21	19	60	94
적용성	4	4	28	16	14	15	45	46
편집의 독립성	2	2	14	14	14	14	42	100

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑨ Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021(Academy of Orthopaedic Physical Therapy, 2021)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	18	17	19	54	83
이해당사자의 참여	3	3	21	16	19	19	54	83
개발의 엄격성	8	8	56	34	35	36	105	56
표현의 명확성	3	3	21	21	20	19	60	94
적용성	4	4	28	15	16	17	48	50
편집의 독립성	2	2	14	14	14	14	42	100

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑩ Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain: Clinical Practice Guideline(Toward Optimized Practice(TOP) Low Back Pain Working Group, 2018)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	14	16	15	45	67
이해당사자의 참여	3	3	21	8	7	8	23	26
개발의 엄격성	8	8	56	24	25	23	72	33
표현의 명확성	3	3	21	18	18	18	54	83
적용성	4	4	28	15	17	16	48	50
편집의 독립성	2	2	14	6	6	6	18	33

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑪ PEER simplified chronic pain guideline:Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care(Canadian Family Physician, 2022)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	16	17	15	48	72
이해당사자의 참여	3	3	21	9	10	8	27	33
개발의 엄격성	8	8	56	28	27	27	82	40
표현의 명확성	3	3	21	14	14	14	42	61
적용성	4	4	28	15	14	16	45	46
편집의 독립성	2	2	14	14	14	14	42	100

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑫ Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz(Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2017)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	14	13	15	42	61
이해당사자의 참여	3	3	21	16	17	15	48	72
개발의 엄격성	8	8	56	50	48	50	148	86
표현의 명확성	3	3	21	20	19	21	60	94
적용성	4	4	28	14	13	12	39	38
편집의 독립성	2	2	14	12	12	12	36	83

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑬ Chronic nonspecific(musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain(RSSP)(Russian Society for the Study of Pain(RSSP), 2019)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	11	11	11	33	44
이해당사자의 참여	3	3	21	8	9	7	24	28
개발의 엄격성	8	8	56	15	16	15	46	15
표현의 명확성	3	3	21	13	13	13	39	56
적용성	4	4	28	14	14	14	42	42
편집의 독립성	2	2	14	10	10	10	30	67

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑭ Clinical Practice Guideline for Chronic Pain(The Committee for Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Pain, 2021)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	14	14	14	42	61
이해당사자의 참여	3	3	21	11	11	11	33	44
개발의 엄격성	8	8	56	30	31	32	93	48
표현의 명확성	3	3	21	11	12	11	34	46
적용성	4	4	28	13	13	13	39	38
편집의 독립성	2	2	14	13	13	12	38	89

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

⑮ Management of chronic pain(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013)

평가영역	평가문항수	점수 범위 (7점 척도/1인)		영역별 AGREEII 평가점수 (평가자 3명)				표준화점수 (%)*
		최소	최대	평가1	평가2	평가3	총점	
범위와 목적	3	3	21	18	18	18	54	83
이해당사자의 참여	3	3	21	17	18	19	54	83
개발의 엄격성	8	8	56	36	37	37	110	60
표현의 명확성	3	3	21	18	18	18	54	83
적용성	4	4	28	22	23	23	68	78
편집의 독립성	2	2	14	12	12	12	36	83

*표준화점수(%)=((영역별 취득 총점-영역별 가능한 최저 점수)/(영역별 가능한 최고점수-영역별 가능한 최저점수))
×100

(3) 개발 방법의 결정

국외 임상진료지침의 경우 임상에 실제로 적용 가능한 권고 내용이 부족하여, 국내의 임상현황이 반영되어 2020년에 기개발된 ‘만성요통증후군 한의표준임상진료지침’을 수용개작하여 지침 고도화 작업을 시행하기로 하였다.

5) 공식적인 승인

본 연구 결과물은 만성요통증후군 한의표준임상진료지침으로 대한침구의학회, 한방척추관절학회, 한방재활의학과학회의 승인을 받았으며, 한의약혁신기술개발사업단의 사업 절차에 따라 승인·선정되어 수행되었다.

6) 개발기금

본 임상진료지침은 보건복지부(보건산업진흥원)의 2022 한의약혁신기술개발사업 한의표준임상진료지침 개발사업의 일반세부과제인 「만성요통증후군의 한의표준임상진료지침 개발 연구 과제(HF22C0128)」의 일환으로 제작되었다. 개발기금 지원기관은 본 임상진료지침의 내용에 영향을 미치지 않았다.

7) 이해관계선언

본 개발위원회 구성원들은 한의표준임상진료지침과 관련된 특정 기관이나 연구 관련자와의 이해관계가 없으며, 이에 대하여 이해상충공개서약서를 통해 이해상충선언을 하였다. 즉, 연구에 참여한 모든 연구자는 최종적으로 이 연구에 참여하는 동안 이 연구와 관련되어 이해 상충 관계(COI: conflict of interest)가 발생하지 않았다. 또한 연구책임자가 수행한 임상연구 결과가 본 지침의 근거 문헌에 포함된 바 있으므로, 해당

문헌의 선정, 자료 추출 및 비뮴립 위험 평가는 연구책임자를 제외한 위원이 독립적으로 수행하였다. 또한 해당 권고안의 근거수준 평가 및 합의 과정에서도 이해상충이 있을 수 있는 위원은 의사결정에 참여하지 않도록 하여 잠재적 편향을 최소화하였다. 부록에 이해상충공개서약서를 제시하였다.

8) 갱신계획

본 임상진료지침은 발간 후 매 5년마다 정기적인 모니터링을 실시하며, 책임연구자 및 관련 학회 추천 전문가로 구성된 갱신 검토위원회가 이를 수행한다. 정기 모니터링 시에는 핵심임상질문에 대한 최신 문헌을 체계적으로 재검색하고, 기존 권고의 근거수준이나 권고강도에 영향을 미치는 새로운 과학적 근거가 확인되는 경우 또는 중재의 선호도 및 임상적 차이로 새로운 권고안 설정이 필요하다고 판단되는 경우, GRADE 방법론에 따라 근거를 재평가하여 개정 여부를 결정한다.

9) 실행과 확산

본 임상진료지침의 확산과 임상 적용을 위하여 적극적으로 학회 발표와 언론 홍보는 물론 권고안 전문, 요약본, 간이 진료지침, 환자용 지침, 영문판 등을 인터넷을 통해 공개하여 누구나 쉽게 접근할 수 있도록 노력할 계획이다.

또한 수련의 및 학생 교육 자료로도 적극 활용될 수 있도록 배포하여 진료지침의 활용도가 높아질 수 있도록 노력할 것이며, 추후 임상진료지침의 인지 여부, 임상에서의 활용도, 의료진과 환자들의 만족도 등에 대한 설문조사를 시행하여 시행 정도를 모니터링하고 활용도를 높일 수 있도록 개정하는 데 참고할 계획이다.

2

개발

1) 핵심질문 선정

만성요통증후군 한의표준임상진료지침의 핵심질문(임상질문)은 ‘만성요통증후군 환자에 대한 한의학 치료는 대조군 치료와 비교하여 통증 및 기능 관련 척도 개선을 보이는가?’이며 각 중재별 구체적인 핵심질문은 아래 표로 제시하였다. 핵심질문 선정 시 전문가 의견을 반영하여 한의학 치료 중재를 결정하였다.

병리해부학적인 불안정성 없이, 3개월 이상 지속되는 허리 부위의 통증을 나타내는 만성요통증후군이 ‘대상자(P)’가 되었다. 핵심질문의 ‘중재(I)’로는 침 치료, 전침 치료, 레이저침 치료, 뜸 치료, 부항 치료, 봉독약침 치료, 매선 치료, 추나 치료, 한약 치료, 침도 치료, 물리 치료가 선정되었다. 비교군(C)으로는 핵심질문에 따라 거짓 치료,

무처치, 기타 중재 등의 일반적인 치료를 선정하였다. 결과(O)는 통증, 기능, 삶의 질 등 만성요통과 연관된 모든 결과변수를 활용하고자 하였다.

한의단독치료	
침 치료	
CQ1	성인 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료가 거짓 침 치료 혹은 무처치에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
CQ2	성인 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료가 표준치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
전침 치료	
CQ3	성인 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료가 거짓 전침 치료 혹은 무처치에 비하여 통증 및 기능 개선 차이를 보이는가?
CQ4	성인 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료가 표준약물치료에 비하여 통증 및 기능 개선 차이를 보이는가?
레이저침 치료	
CQ5	성인 만성 비특이적 요통환자에게 레이저침 치료가 거짓 레이저침 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
뜸 치료	
CQ6	성인 만성 비특이적 요통환자에게 뜸 치료가 표준약물치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
부항 치료	
CQ7	성인 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료가 거짓 부항 치료 혹은 무처치에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
CQ8	성인 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료가 표준약물치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
봉독약침 치료	
CQ9	성인 만성 비특이적 요통환자에게 봉독약침 치료가 거짓 봉독약침 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
매선 치료	
CQ10	성인 만성 비특이적 요통환자에게 매선 치료가 거짓 매선 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
추나 치료	
CQ11	성인 만성 비특이적 요통환자에게 추나 치료가 거짓 추나 치료 혹은 무처치에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
한약 치료	
CQ12	성인 만성 비특이적 요통환자에게 한약 치료가 거짓 한약 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
침도 치료	
CQ13	성인 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료가 활성대조군에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
CQ14	성인 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료가 표준약물치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
물리 치료	
CQ15	성인 만성 비특이적 요통환자에게 TENS 치료가 거짓 TENS 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?
CQ16	성인 만성 비특이적 요통환자에게 ICT 치료가 거짓 ICT 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

한의학복합치료	
침 치료+뜸 치료	
CQ17	성인 만성 비특이적 요통환자에서 침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료는 침 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?
침 치료+약침 치료	
CQ18	성인 만성 비특이적 요통환자에서 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료는 침 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?
침 치료+매선 치료	
CQ19	성인 만성 비특이적 요통환자에서 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합치료는 침 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?
전침 치료+뜸 치료	
CQ20	성인 만성 비특이적 요통환자에서 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료는 전침 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?
전침 치료+운동 치료	
CQ21	성인 만성 비특이적 요통환자에서 전침 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료는 운동 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?
부항 치료+운동 치료	
CQ22	성인 만성 비특이적 요통환자에서 부항 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료는 운동 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?
추나 치료+운동 치료	
CQ23	성인 만성 비특이적 요통환자에서 추나 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료는 운동 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?
침도 치료+추나 치료	
CQ24	성인 만성 비특이적 요통환자에서 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료는 추나 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?
한양방복합치료	
전침 치료+표준약물치료	
CQ25	성인 만성 비특이적 요통환자에서 전침 치료와 표준약물치료로 구성된 복합치료는 표준약물치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

2) 검색어

질환에 대한 검색어로는 NICE guideline에 제시되어 있는 요통 검색어를 활용하였다. ‘low back pain’, ‘sciatica’, ‘radiculopathy’, ‘backache’, ‘lumbago’, ‘radiculitis’, ‘radicular pain’ 등을 사용하였으며, 한글 용어로는 ‘요통’, ‘요각통’, ‘척추’, ‘허리’ 등을 사용하였다.

치료와 관련된 검색어로는 각각 치료 기술에 따라 다음의 검색어를 사용하였다.

- ① 침 치료: ‘Acupuncture’, ‘acupuncture therapy’, ‘acupuncture points’, ‘acupoint*’, ‘meridian’, ‘electro-acupuncture’, ‘electroacupuncture’, ‘acupressure’, ‘needling’,

‘needle’, ‘침’과 ‘针’

- ② 뜸 치료: ‘Moxibustion’, ‘Artemisia’, ‘moxibustion’, ‘moxa’, ‘mugwort’, ‘뜸’과 ‘艾灸’
- ③ 부항 치료: ‘cupping’, ‘ventouse’, ‘bloodletting’, ‘blood letting’, ‘blood-letting’, ‘spilled blood’, ‘venesection’, ‘부항’과 ‘拔罐’
- ④ 약침 치료: ‘Bee venom’, ‘apiotherapy’, ‘apitherapy’, ‘apipuncture’, ‘bee venom therapy’, ‘bee venom acupuncture’, ‘pharmacoacupuncture’, ‘pharmacopuncture*’, ‘herbal acupuncture’, ‘aqua acupuncture’, ‘aquapuncture*’, ‘acupoint injection’, ‘봉독’, ‘蜂毒’, ‘药物穿刺’, ‘穴位注射’, ‘药物针刺’와 ‘药物注射疗法’
- ⑤ 매선 치료: ‘Embedding therapy’, ‘catgut’, ‘thread embed’, ‘needle embed’, ‘implantation’, ‘매선’, ‘약실’, ‘肠线植入术’, ‘螺纹植入’, ‘埋线’, ‘打捆针’, ‘埋入针’과 ‘梅森’
- ⑥ 추나 치료: ‘Chuna’, ‘tuina’, ‘tui na’, ‘manipulation’, ‘manual therapy’, ‘musculoskeletal manipulation’, ‘manipulative therapy’, ‘chinese manipulation’, ‘spinal manipulation’, ‘chiropractic’, ‘massage’, ‘massotherapy’, ‘mobilization’, ‘추나’, ‘수기’, ‘推拿’, ‘脊椎按摩疗法’과 ‘脊柱操作’
- ⑦ 한약 치료: ‘Phytotherapy’, ‘Herbal Medicine’, ‘complementary medicine’, ‘alternative medicine’, ‘한약’, ‘탕제’, ‘방제’, ‘추출물’, ‘한약추출물’, ‘탕’, ‘처방’, ‘본초’, ‘中草药’과 ‘煎剂’
- ⑧ 침도 치료: ‘Acupotome’, ‘Acupotomy’, ‘needle knife’, ‘cutting needle’, ‘needle scalpel’, ‘miniscalpel’, ‘mini-scalpel’, ‘침도’, ‘도침’, ‘刃针’과 ‘小针刀’
- ⑨ 물리 치료: ‘TENS’, ‘ICT’, ‘EST’, ‘heat therapy’, ‘cold therapy’, ‘electric stimulation therapy’, ‘electrotherapy’, ‘physical therapy’, ‘전기’, ‘전류’, ‘간섭파’, ‘자극’, ‘열’, ‘온열’, ‘냉온’, ‘한랭’, ‘얼음’, ‘电刺激疗法’, ‘电疗’, ‘冷’과 ‘热’

검색전략과 검색어는 데이터베이스 환경에 따라 수정하여 사용하였다.

3) 근거 선택(검색 전략, 포함 및 배제 기준 설정)

(1) 데이터베이스 선정

한의임상진료지침 개발 그룹에서는 문헌검색 전문가를 포함한 회의를 통해 아래 데이터베이스를 선정했다. 국외 데이터베이스는 Medline, EMBASE, Cochrane library, CNKI를 이용했으며 국내 데이터베이스는 KoreaMed, 한국의학논문데이터베이스(KMbase), 한국학술정보(KISS), 사이언스온(ScienceON), 전통의학정보포털(OASIS)을 통해 관련 근거를 검색했다.

<국외 데이터베이스>

No.	DB명	제공기관	URL	비고
1	Medline	U.S. National Library of Medicine, 미국	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	NLM 권고 Core DB
2	EMBASE	Elsevier, 네덜란드	http://ovidsp.tx.ovid.com/	
3	Cochrane Library	Cochrane library, 미국	http://www.thecochranelibrary.com	
4	CNKI	中国知网, 중국	http://www.cnki.net	중국 7000여 종의 정기 간행물과 1000종의 신문, 박사 학위 논문 16만권, 논문 16만권, 회의 논문 30만권, 국내외 1100여개 전문 데이터베이스 집결DB
5	NICE	The National Institute for Health and Care Excellence, 영국	www.nice.org.uk	NICE가 발표한 임상분야, 공중분야 및 사회복지 분야의 지침 및 방법론 매뉴얼 DB
6	G-I-N	Scottish Guarantee Company, 스코틀랜드	www.g-i-n.net	Guideline international network 의 국제 임상진료지침 등록 DB
7	NCCIH	National Center for Complementary and Integrative Health, 미국	nccih.nih.gov/health/providers/clinicalpractice	미국 보완대체의학 임상진료지침 수집 DB

<국내 데이터베이스>

No.	DB명	제공기관	URL	비고
1	KoreaMed	대한의학학술지편집인협회	http://www.koreamed.org	NECA 권고 국내 Core DB
2	한국의학논문 데이터베이스 (KMbase)	국가지정 의학연구정보센터 (MedRIC)	http://kmbase.medric.or.kr	
3	한국학술정보 (KISS)	KSI 한국학술정보	http://kiss.kstudy.com/	
4	사이언스온 (ScienceON)	한국과학기술정보연구원	http://scienceon.kisti.re.kr	
5	전통의학정보 포털(OASIS)	한국한의학연구원	http://oasis.kiom.re.kr	한의학분야 전통의학지식포털
6	NCKM	국가한의학정보센터	www.nckm.or.kr	보건복지부 산하 한의표준임상진료지침 개발, 확산을 위한 플랫폼
7	KoMGI	임상진료지침 정보센터	www.guideline.or.kr	대한의학회 및 산하 전문학회의 임상진료지침 플랫폼

(2) 문헌선택과 배제 기준

문헌 검색은 검색 담당 연구자가 독립적으로 수행하였으며, 검색 전략에 대해서는 개발위원회 위원들의 의견을 수렴하여 진행하였다. 문헌 선정은 2024년 1월까지 출판된 논문을 기준으로 검색된 모든 문헌에 대해 2명 이상의 연구자가 독립적으로 시행하였으며, 중복 문헌 확인, 제목 및 초록 확인, 원문 확인의 과정을 진행하였다. 의견 불일치가 있는 경우 충분한 논의를 거쳐 의견 일치를 이루었으며, 일치가 안 된 경우 제3자가 개입하여 합의를 도출하였다. 근거 선택 및 배제 기준은 PRISMA(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)를 참고하였다.

본 임상진료지침의 근거 문헌은 성인 만성 비특이적 요통환자를 대상으로 한의치료 중재에 대한 무작위 대조 임상연구를 포함하였다. 증상 발생 시점으로부터 3개월이 경과하지 않은 요통이거나, 영상의학적 소견상 기질적 병변이 확인된 경우, 만성요통이 주된 연구 대상이 아닌 경우에는 배제되었다.

중재는 국내 한의임상 현장에서 통상적으로 시행되는 한의치료, 한방복합치료, 한양방복합치료를 포함하였다. 중재에는 침, 전침, 레이저침, 뜸, 부항, 약침, 매선, 추나 치료, 한약, 침도 및 물리 치료가 포함되었으며, 단일 또는 복합 중재 모두 분석 대상에 포함하였다. 또한, 한의학적 이론에 근거하지 않은 치료 중재(dry needling, 카이로프랙틱 등) 혹은 국내 한의임상 현장에서 일반적으로 사용되지 않는 치료법(국내 미사용 약침제제, 마취하 미세침도박리술 등)은 배제하였다.

대조군은 거짓 및 관찰 대조군, 통상적 치료를 포함한 활성 대조군으로 설정하였다. 활성 대조군은 국내 의과 임상에서 실제로 활용되고 있는 중재인 양약 치료, 운동 요법, 생활습관 관리 등을 포함하였다. 여기서 ‘통상적 치료’란 만성요통 치료를 위해 실제 임상 현장에서 시행되는 의과 및 한의과의 복합적 치료 과정을 의미한다.

한편, 평가 방법이 명확히 제시되지 않았거나, 평가 도구의 타당성이 불분명한 경우, 혹은 지표의 특성상 메타분석을 통한 근거 통합이 어려운 경우에도 해당 연구는 제외하였다. 유사한 개념을 지닌 평가 지표는 통합하여 메타분석에 포함하였으며, 단일 연구 내에서 2개 이상의 평가 지표가 사용된 경우, 해당 지표의 해석이 중복되지 않는 한 각각을 분석에 활용하였다. 그러나 같은 의미를 갖는 여러 지표가 사용된 경우에는 근거 중복 가능성을 고려하여, 가장 다빈도로 사용된 지표 하나만을 분석에 포함하였다.

P	성인 만성 비특이적 요통환자
I	침, 전침, 레이저침, 뜸, 부항, 약침, 매선, 추나, 한약, 침도, 물리 치료
C	거짓 치료&무처치, 활성대조군
O	통증, 기능, 삶의 질 평가도구

선택기준	배제기준
1. 무작위 대조 임상연구 2. 대조군: 거짓 치료군, 관찰 대조군, 활성 대조군	1. 관찰연구, 문헌 고찰, 증례보고, 동물실험 등 2. 평가도구 또는 평가 방법이 명확하게 제시되지 않은 경우 3. 결과 값의 부정확한 제시로 메타분석을 통한 근거 합성이 불가능한 경우

(3) 문헌 분석 및 평가

임상질문의 결과에 따라 근거수준 및 권고등급을 도출하기 위해 문헌 선택 및 배제 기준에 의해 선택된 문헌의 근거 종합표를 작성하였다. 근거 종합표는 연구의 일반 정보, 대상자 특성, 중재, 비교, 결과변수 및 효과 측정치 등 모든 선택된 연구에 대해 개별 자료를 추출하였으며, 자료 추출 결과는 근거표(Evidence table)로 정리하였다.

4) 근거 평가

문헌의 비편향 위험 평가를 위하여 Cochrane Collaboration에서 평가하는 RoB(Risk of Bias) 도구를 사용하였다. 모든 연구 자료에 대하여 독립적으로 2인 이상의 연구자가 평가하는 방식으로 이루어졌으며, 평가가 불일치하는 경우에는 평가자 2인이 합의를 했으며, 합의를 도출하지 못하는 경우에는 제3자가 중재하여 결정하였다.

5) 근거 합성과 분석

핵심 임상질문에 대해 선정된 일차 연구문헌을 찾은 후 각 연구에 대해 필요한 결과 값을 추출한다. 추출된 결과 값에 있어서는 양적 분석이 가능한 경우 Review Manager 5.3을 이용하여 메타분석을 시행하였다. 또한 연구 디자인 등을 감안하여 개발위원회에서 필요하다고 판단하는 경우 소그룹 분석(subgroup analysis)을 시행하였다. 정량적으로 메타분석을 하는 경우뿐만 아니라, 연구의 양이 불충분하고 heterogeneity가 있어 정량적 접근에 한계가 있어 기술적인 해석이 필요한 경우에도 결과 값을 추출해서 핵심 임상질문에 대한 근거의 양과 이에 대한 해석을 하였다. 체계적 문헌고찰 과정에서 근거표를 작성하여, 필요한 각종 데이터를 추출하고 정리하였다.

6) 근거수준 및 권고등급

(1) 근거기반 권고문

① 근거수준

근거수준(level of evidence)이란 현재까지의 근거를 바탕으로 특정 중재의 효과에 대해 확신하는 정도를 의미하며, 권고등급(strength of recommendation)이란 권고 대

상 환자에게 해당 중재를 시행하였을 때 위해(harm)보다 이득(benefit)이 더 클 것으로 혹은 작을 것으로 확신하는 정도를 말한다. 본 진료지침의 근거수준은 Cochrane GRADE Working Group에서 개발한 The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation(GRADE) 방법론을 사용하였으며, 근거수준은 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 근거수준 중 가장 낮은 근거수준을 최종 근거수준으로 채택하였다.

본 지침에서는 GRADE의 비뚤림 위험 평가를 Cochrane RoB(무작위 배정순서 생성, 배정 은폐, 눈가림, 불완전 결과자료, 선택적 보고 등) 항목에 근거하여 지침 전반에 동일한 기준으로 적용하였다. 확실성 하향(downgrade)은 단순히 일부 항목이 “불명확(unclear)”하거나 중재 특성상 눈가림이 제한적이라는 사유만으로 자동 적용하지 않고, 해당 비뚤림이 실제 효과 추정치에 미칠 가능성과 방향성(체계적 과대/과소 추정 가능성), 결과의 객관성 여부, 결과평가의 절차적 통제(예: 표준화된 도구 사용, 사전 정의된 분석계획, 탈락률 및 결측 처리의 적절성) 등을 종합적으로 고려하여 판단하였다. 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, $30 \sim 60\%$ 는 중등도, $50 \sim 90\%$ 는 상당한, 75% 이상은 현저한 이질성으로 해석하였다. 임상적 맥락과 연구 간 효과 방향성을 종합하여 GRADE에서 비일관성에 따른 하향 여부를 결정하였다. 비정밀성을 판단할 때는 최적 표본수(optimal information size, OIS)를 고려하되 95% 신뢰구간이 효과 없음을 포함하는지를 기준으로 종합적으로 평가하였다. 다만, 본 지침에서는 개별 연구를 합성할 때 무작위 효과 모델을 사용하여 신뢰구간 계산 시 비일관성의 원인인 연구 간 변동이 고려되었다.

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 권고등급은 권고대상 환자에게 중재를 시행하였을 때 이득과 위해, 근거수준, 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’, ‘근거수준’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, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 거의 모든 임상상황에서 강하게 권고한다.	사용할 것을 권고한다. (Is recommended)
B	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 대부분의 임상상황에서 시행을 고려해야 한다.	사용할 것을 고려해야 한다. (Should be considered)
C	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 일부 임상상황에서 시행을 고려할 수 있다.	사용할 것을 고려할 수 있다. (May be considered)
D	이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도를 고려하여 대부분의 임상상황에서 시행하지 않을 것을 권고한다.	사용하지 않을 것을 권고한다. (Is not recommended)
Inconclusive	합의안을 위한 다양한 검토와 의견수렴에도 불구하고 합의도출을 이루지 못하여 권고안을 도출하지 않았다.	권고안 비도출 (Is inconclusive)

③ 근거수준과 권고등급의 연계

권고등급은 이득과 위해, 근거수준, 진료현장의 활용도, 비용, 가치와 선호, 전문가 합의 의견을 종합하여 결정된다. 최소의 근거가 있으면 GRADE 원칙에 맞게 근거수준을 부여하며, 근거수준과 이득과 위해를 비교하여 편익이 명백한 경우 A등급을 부여하고 정도에 따라서 B, C, D를 부여한다.

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

7) 권고 작성

성인 만성 비특이적 요통환자		
한약단독치료		
권고안 번호	권고내용	권고등급/ 근거수준
침 치료		
R1	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R2	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준치료(약물, 물리 치료, 운동)보다 침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 혈자리 : 독맥, 방광경, 담경의 혈자리들을 우선적으로 고려해야 한다. 대표적인 혈자리로는 요양관(GV3), 명문(GV4), 신수(BL23), 대장수(BL25), 상료(BL31), 차료(BL32), 위중(BL40), 곤륜(BL60), 양릉천(GB34), 삼음교(SP6) 등을 기본 혈자리로 활용할 것을 고려해야 한다.		
전침 치료		
R3	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R4	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 전침의 주파수는 4~6Hz, 강도는 약간의 근육 연축이 나타나면서 환자가 견딜 수 있는 정도로 적용할 것을 고려해야 한다.		
레이저침 치료		
R5	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 레이저침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
뜸 치료		
R6	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
임상적 고려사항 신수(BL23), 대장수(BL25), 양릉천(GB34), 요양관(GV3)(환측), 그리고 아시혈에 뜸 치료를 고려할 수 있다.		
부항 치료		
R7	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 부항 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R8	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 부항 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
약침 치료		
R9	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 봉독약침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
임상적 고려사항 - 봉독치료를 시행하기 전 skin test를 시행하여 봉독치료에 대한 피부 반응을 먼저 확인한다. - 혈자리: 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 환도(GB30), 요양관(GV3), 명문(GV4), 현추(GV5) 등을 고려해야 한다.		
매선 치료		
R10	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 매선 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 요방형근, 척추기립근, 다열근 등을 치료목표로 매선 치료를 적용할 것을 고려할 수 있다.

- 요방형근 : 요추 4번 양 가시돌기에서 좌우 장골능 방향으로 4cm 깊이로 횡자, 봉합사가 근육 천층에 위치하도록 자침
- 척추기립근 : 천추 1번과 요추 3번에서 요추 1번 방향으로 요추 극돌기 양 옆 3~4cm에서 횡자, 봉합사가 근육 천층에 위치하도록 자침
- 다열근 : 요추 5번과 천추 1번 사이의 양 협척혈(EX-B2) 4cm 깊이로 직자

추나 치료

R11	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	---	-------

한약 치료

R12	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
-----	--	------------

임상적 고려사항

- 한약으로는 오작산, 소경활혈탕, 팔미지황탕, 당귀작약산 등을 고려해야 한다.

침도 치료

R13	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 개선을 위하여 침도 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	--	-------

R14	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 개선을 위하여 표준약물치료보다 침도 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	---	-------

물리 치료

R15	성인 만성 비특이적 요통환자에서 통증 및 기능 개선을 위해 TENS 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	---	-------

R16	성인 만성 비특이적 요통환자에서 통증 및 기능 개선을 위해 ICT 치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	--	-------

한약복합치료**1. 침 치료 + 뜸 치료**

R17	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	---	-------

2. 침 치료 + 약침 치료

R18	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
-----	---	------------

3. 침 치료 + 매선 치료

R19	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
-----	---	------------

4. 전침 치료 + 뜸 치료

R20	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 전침 치료보다 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
-----	--	------------

5. 전침 치료 + 운동 치료

R21	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 전침 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	--	-------

6. 부항 치료 + 운동 치료

R22	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 부항 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
-----	--	-------

7. 추나 치료 + 운동 치료		
R23	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 추나 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low
8. 침도 치료 + 추나 치료		
R24	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료보다 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
한양방복합치료		
1. 전침 치료 + 표준약물치료		
R25	성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 전침 치료와 표준약물치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

8) 합의안 도출

전문가 위원회 구성을 위하여 대한침구의학회 추천 전문가 3인, 대한한방재활의학과 학회 추천 전문가 3인, 한방척추관절학회 2인, 한의 임상진료지침 개발 방법론 전문가 1인 등 총 9명을 섭외하였다. 본 연구를 통해 취합된 논문들을 토대로 체계적 문헌 고찰과 메타분석을 시행하였고, 그 결과를 전문가 위원회에 제시하고 토론과 델파이(Delphi) 합의 도출 과정을 거쳐 합의된 권고안 초안을 마련하였다. 합의는 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 한하여 다음 라운드를 진행하였으며, 이전 라운드에서 다른 패널들이 각 문항에 대하여 어떤 점수를 부여했는지를 공개하였다. 합의 중 동의하지 않는 권고안에 대해서는 수정 요청이 있는지에 대한 질문을 주관식으로 제시하여 의견을 수렴하였고, 다음 차 라운드에서 권고안 수정을 진행하였다.

마련된 초안은 대한침구의학회, 한방척추관절학회, 한방재활의학과학회 등의 임원들과 한의약혁신기술개발사업단의 질 제고 모니터링팀으로부터 동료검토를 받아 각각의 의견 수렴과정을 거쳐 수정 보완하였다. 이후 다시 델파이(Delphi) 합의 도출을 통해 권고안을 최종적으로 확정하였다. 본 임상진료지침은 대한침구의학회, 한방척추관절학회, 한방재활의학과학회의 인증과정을 통해 외부검토를 받았다.

9) 기개발 만성요통증후군 한의표준임상진료지침과의 차이점

본 개정 진료지침은 2020년에 개발된 만성요통증후군 한의표준임상진료지침을 전면적으로 재검토하고 고도화한 것으로, 한의 임상 현장에서 실제 활용되는 치료법에 대한 최신 근거를 포괄적으로 검토하였다. 기존 진료지침에서 2016년부터 2024년까지 발표된 국내외 최신 문헌을 추가적으로 조사하였으며, 약침 중재(pharmacopuncture,

aquapuncture 등), 침도(acupotomy, needle knife, miniscalpel 등), 그리고 물리 치료(TENS, ICT 등)와 같은 신규 한의학적 중재 관련 검색어를 추가로 설정하여 체계적 문헌 고찰을 시행하였다. 이에 따라, 침도 치료에 대한 권고안은 개정판에서 신규 항목(R13, R14, R24)으로 포함되었으며, 물리 치료에 대한 권고안은 개정판에서 신규 항목(R15, R16)으로 포함되었다.

권고문은 한의단독치료와 한의복합치료로 구분하여 재구성되었으며, 전체적으로 권고문이 간소화되었다. 기존 권고문에서 비교군 중 기타 치료로 제시했던 부분은 표준약물치료, 운동 치료 등으로 명확히 설정하여 비교 가능한 구조로 개정하였다.

침 치료의 효과에 대한 권고안은 기존 진료지침에서 R1~R3까지 존재하며 단독치료와 병행치료를 모두 포함하였다. 그러나 본 개정판에서는 병행치료 항목(R3)이 제외되었고, 표준 침 치료와 개별 맞춤 침 치료를 비교하는 R1-1 항목도 삭제되었다. 이는 침 치료에 대한 권고를 단순화하고, 핵심 권고 중심으로 정리하려는 목적에서 시행되었다. 권고등급은 B/Moderate로 유지되었다.

전침 치료는 기존 권고(R4, R5) 중 병행치료 권고가 삭제되었고, 전침 단독치료의 효과에 대한 권고안은 등급이 B/Low에서 B/Moderate로 상향 조정되었다. 이는 만성요통에 대해 전침 치료를 시행한 연구가 추가되었고, 그에 따라 근거 수준 및 권고등급이 재평가되었음을 의미한다. 전침 복합치료에 대한 권고안은 전침 치료+뜸 치료(R20), 전침 치료+운동 치료(R21)로 새롭게 추가되었다.

레이저침 치료는 개정 과정에서 새로운 연구 결과가 추가되어 근거가 보완되었으나, 전체 근거의 수준과 일관성을 종합적으로 평가한 결과 근거 수준 및 권고등급은 기존과 동일한 C/Low로 유지되었다.

뜸 치료는 기존 권고안(R7)에서는 기타 한방치료와 병행하여 시행할 것을 권고하였으나, 개정판에서는 표준약물치료와의 비교를 통해 단독치료로서의 활용을 권고하였다. 권고등급은 C/Low로 제시되었다. 뜸 치료의 병행치료에 대한 권고는 침 치료+뜸 치료(R17)와 전침 치료+뜸 치료(R19)로 제시되어, 병행치료의 치료중재를 세부화하여 권고안을 제시하였다.

부항 치료에 대해서는 무처치 및 거짓 부항 치료와 비교한 단독치료 권고안(R7)에 더해, 표준약물치료와의 비교 연구 결과를 반영한 새로운 권고안(R8)이 추가되었다. 다만, R7의 경우 권고등급이 B/Low에서 C/Low로 하향 조정되었으며, 새롭게 추가된 권고안(R8)은 B/Moderate로 제시되었다. 아울러, 기존 권고안에서 임상적 고려사항으로 제시되었던 자락관법에 대해서는 시술 부위, 시술 빈도, 출혈량 등에 대한 구체적인 기준이 부족하다고 판단되어 삭제되었다.

약침요법은 개정판에서 기존과 동일한 권고안(R9)을 유지하였으며, 권고등급(B/Moderate)도 일관되게 유지되었다. 다만, 임상적 고려사항에서 자침 깊이, 치료 빈도,

봉독 농도, 봉독 용량에 대한 항목은 삭제되었다.

매선 치료는 기존 권고안에서 단독치료(R10) 및 병행치료(R11)로 구분되어 있었으나, 개정판에서는 단독치료에 대한 권고안(R10)만 제시되었고, 병행치료는 침 치료+매선 치료(R18), 전침 치료+매선 치료(R19)로 제시되었다. 단독치료에 대한 권고안(R10)의 권고등급은 B/Moderate에서 C/Low로 하향 조정되었으며, 임상적 고려사항은 동일하게 유지하였다.

추나 치료는 기존에 단독치료(R12), 물리 치료와의 비교(R13), 지속치료(R14) 등으로 분리되어 있었으나 개정판에서는 이를 하나의 권고안(R11)으로 통합하였다. 추나 치료의 단독치료에 대한 권고등급은 B/Moderate에서 C/Low로 하향 조정되었다. 또한, 기존의 기타 한방치료와 병행한 추나 치료 권고안(R15)은 추나 치료+운동 치료(R23), 침도 치료+추나 치료(R24)의 권고안으로 세분화되었다. 기존 진료지침에서의 지속치료에 대한 임상적 고려사항은 삭제되었다.

한약 치료는 기존의 권고안에서는 A/High 권고등급을 받았으나, 개정판에서는 B/Moderate로 하향 조정되었다. 또한, 기존에는 임상적 고려사항으로 오적산만이 주요 고려 처방으로 제시되었으나, 개정판에서는 소경활혈탕, 팔미지황탕, 당귀작약산 등이 추가되어 임상 현장에서의 활용을 폭넓게 반영하였다.

개정판에서 새롭게 제시된 치료 중재에는 침도 치료와 물리 치료가 있다. 침도 치료는 무처치 및 거짓 침도 치료와의 비교(R13), 표준약물치료와의 비교(R14), 추나 치료와의 병행치료(R24)에 대한 권고안으로 제시되었다. 물리 치료 관련 권고안으로는 TENS 치료(R15)와 ICT 치료(R16)의 단독 치료 효과를 제시한 권고가 신규 포함되었다.

종합하면, 본 개정 진료지침은 2016년부터 2024년까지의 최신 근거를 기반으로 기존 권고안의 타당성과 임상 적용성을 재검토하여, 만성 비특이적 요통에 대한 한의 치료의 권고체계를 정비하고자 하였다. 새로운 중재(침도, 물리 치료 등)의 포함, 비교군의 명확화, 복합치료에 대한 구체적 권고 제시 등은 진료지침의 실제 활용도를 높이고, 임상적 판단에 근거를 제공하고자 하였다. 또한, GRADE 기준에 따른 근거 수준 및 권고등급의 재평가는 치료 효과에 대한 최신 문헌의 질과 일관성을 반영함으로써 권고의 신뢰성과 투명성을 제고하였다.

3

승인 및 인증

1) 외부 검토

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

외부 검토 과정은 2025년 04월 임상진료지침 초안 제출 후 한의약혁신기술개발사업단, 연구자문그룹, 기술검토그룹 검토를 거쳐 검토 결과를 반영한 수정안에 대하여 전문학회의 검토와 승인 후 2025년 7월 1차 최종안을 제출하였으며, 이에 대해 검토 평가위원회의 검토 및 평가를 거쳐 2차 수정·보완 후 한의약혁신기술개발사업 총괄 조정위원회의 추인을 받았다. 이후에도 한의약혁신기술개발사업단의 템플릿 변경 및 기타 수정의견 등을 반영하여 2026년 1월 3차, 4차 수정을 거쳐 최종본이 완성되었다.

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

이처럼 본 임상진료지침은 개발그룹 자체 검토뿐만 아니라 외부 검토그룹의 검토 결과에 따른 수정 및 보완을 통해 임상진료지침의 완성도를 높일 수 있었다.

① 외부 검토 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
한의약혁신기술개발사업단	총괄	이준혁	한의약혁신기술개발사업단	서울	임상진료지침 검토 총괄
	실무자	이희정	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	한국보건의료연구원	서울	임상진료지침 검토 수행
	위원	장인수	우석대학교	전주	임상진료지침 검토 수행
기술검토그룹	위원	이주아	화평한의원	인천	임상진료지침 검토 수행
	위원	우현준	전) 세명대학교	충북	임상진료지침 검토 수행
	위원	이선행	경희대학교	서울	임상진료지침 검토 수행
	위원	박민정	가천대학교	경기	임상진료지침 검토 수행
	위원	신승원	상지대학교	강원	임상진료지침 검토 수행
	위원	이보람	한국한의학연구원	대전	임상진료지침 검토 수행
	위원	이지영	차의과학대학교	경기	임상진료지침 검토 수행
	위원	장수빈	대구한의대학교	경북	임상진료지침 검토 수행

2) 전문 학회 승인

본 임상진료지침은 대한한의학회를 통하여 해당 질환과 연관성이 있는 회원학회, 대한침구의학회, 한방척추관절학회, 한방재활의학과학회 등의 검토 및 승인을 받았다. 2022년 본 진료지침 개발에 대한 동의를 얻어 지침 개발을 시작했다. 개발의 엄격성, 내용 타당성, 권고안의 적용 및 실행 가능성, 결정 가능성 등 학술적 타당성과 외적 타당성 등을 중심으로 3명의 진료지침 인증평가 위원들의 검토를 받은 후, 최종 결과물에 대해 위원장과 학회장의 승인을 거쳐 2026년 1월 28일 주관학회인 대한침구의학회 인증을 받았다. 또한 2026년 1월 26일 유관학회인 한방척추관절학회, 2026년 1월 29일 한방재활의학과학회의 인증을 받았다.

3) 인증 및 추인

한의표준임상진료지침은 한의약혁신기술개발사업단의 주관하에 개발되고 있으며 사업단 내에서 개발된 임상진료지침의 인증 절차를 진행하고 있다. 사업단에 학회 승인을 받은 임상진료지침의 초안이 제출되면 사업단은 검토·평가위원회를 열어 AGREEII에 의한 방법론적인 검토를 통해 미인증, 조건부인증, 인증의 세 가지 평가 결과를 도출한다. 인증된 임상진료지침은 총괄조정위원회의 추인을 거쳐 일반공개 및 확산된다. 검토·평가위원회에서 조건부인증으로 평가된 경우 지침 개발그룹이 보완 혹은 수정하여 재인증을 신청한다.

본 임상진료지침은 2026년 1월 전문 학회 승인을 받은 최종안을 한의약혁신기술개발사업단 검토·평가위원회에 제출하였다. 검토·평가위원회에서는 AGREEII 방법론에 입각하여 진료지침의 타당성 확보를 위한 심도 깊은 검토를 시행하였고, 2026년 2월 검토·평가위원회의 검토 결과 인증을 받았다. 이후 검토·평가위원회 검토의견에 따른 수정사항 등을 반영하여 2026년 2월 총괄조정위원회에서 추인되었다.

4

출판

본 임상진료지침은 한의약혁신기술개발사업단을 통하여 출판한다.

만성요통증후군 한의표준임상진료지침

IV

권고사항

1. 한의단독치료

1

한의단독치료

1) 침 치료

(1) 배경

현재 한방 의료기관을 찾는 환자의 약 32%가 만성요통으로 내원한다. 그리고 이 환자들이 가장 보편적으로 많이 받게 되는 치료가 바로 침 치료다.

침 치료란 경락학설에 따라 특정 경혈 등을 자극하여 경맥의 흐름을 바로잡아 인체의 질병을 치료하는 한의 치료법이다. 침 치료는 내과 질환을 비롯하여 마비 질환 등 다양한 목적으로 널리 활용될 수 있는데, 특히 근골격계 질환, 그중에서도 통증 질환에 효과적인 것으로 잘 알려져 있다. 이러한 침의 진통 효과는 관문제어설(gate control theory) 등으로 설명되기도 하며, 침 자극이 인체의 진통 물질 분비를 촉진시킨다는 보고도 있다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 1080명(99.5%)이 침 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 1052명(97.0%)이 다소 중요한 치료 선택지로 고려한다고 답하였다. 또한 1075명(99.1%)이 침 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 적용하는 침 치료의 혈자리는 아시혈이 82.3%로 가장 많았고, 이어 협척혈 62.2%, 요양관(GV3) 55.8%, 환도(GB30) 52.9%, 신수(BL23) 51.7%, 대장수(BL25) 43.4%, 명문(GV4) 36.5%, 위중(BL40) 31.0%, 곤륜(BL60) 28.2%, 기해수(BL24) 26.9%, 상료(BL31) 22.2%, 차료(BL32) 21.3%, 양릉천(GB34) 14.9%, 삼음교(SP6) 11.8% 순으로 조사되었다. 이는 침 치료가 만성요통증후군 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다.

이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 침 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R1 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위해 침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

임상적 고려사항

- 혈자리 : 독맥, 방광경, 담경의 혈자리들을 우선적으로 고려한다. 대표적인 혈자리로는 요양관(GV3), 명문(GV4), 신수(BL23), 대장수(BL25), 상료(BL31), 차료(BL32), 위중(BL40), 곤륜(BL60), 양릉천(GB34), 삼음교(SP6) 등을 기본 혈자리로 활용할 것을 고려해야 한다.

(2) 임상질문 : Q1

성인 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료가 거짓 침 치료 혹은 무처치에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	침 치료	거짓 침 치료 혹은 무처치	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 통증감소량(%) ③ 기능(RMDQ) 점수 ④ 기능(ODI) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

ODI: Oswestry Disability Index; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Cho(2013)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 57명의 자침군과 59명의 거짓 침군으로 나누어 경락변증에 따른 혈자리에 자침을 실시한 후 통증 Visual Analogue Scale(VAS), Oswestry Disability Index(ODI), 한국판 Short Form-36(SF-36), 한국판 Beck Depression Inventory(BDI)를 이용하여 평가한 결과 침 치료군이 거짓 침군보다 통증 VAS와 SF-36에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내었고($p < 0.01$), ODI와 BDI에서도 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$). 이상 반응은 일시적인 부종, 통증, 멍 등으로 자침군에서 10례, 거짓 침군에서 17례 발생하였으며, 1주일 이상 반응이 지속되거나 심각한 경우는 없었다.

Motohiro(2006)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 15명의 자침군과 16명의 거짓 침군으로 나누어 아시혈에 1회 침 치료를 시행한 결과 통증 VAS와($p < 0.05$) Schober test를($p < 0.001$) 평가한 결과 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이상 반응은 언급되지 않았다.

Eric(2002)³⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 35명의 자침군과 40명의 거짓 침군으로 나누어 12주간 체침과 이침을 시행한 후 통증 VAS, Pain Disability Index(PDI), Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS), Spine flexion의 변화 정도를 평가한 결과 HADS에서만 통계적으로 유의한 개선을 보였다($p < 0.05$). 3건의 경미한 이상 반응을 보고하였다.

Yuan(2016)⁴⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 46명의 침 치료군과 46명의 거짓 침군, 44명의 무처치군의 3군으로 나누어 치료를 시행하였다. 근거분석 시 침 치료군과 거짓 침군, 침 치료군과 무처치군 간 비교 결과를 활용하였다. 침 치료군의 경우 신수(BL23), 대장수(BL25), 위중(BL40), 요양관(GV3), 환도(GB30)의 5개의 혈자리를 필수로 하고, 환자의 상태에 따라 10개의 혈을 선택하여 총 15개의 혈자리에 5~20 mm 자침하여 20분 동안 유침하였다. 거짓 침군의 경우 5혈에 피부에 자입되지 않으나 플라스틱 안에서 침체의 길이가 짧아져 자침하는 것처럼 보이게 하는 거짓 침을 이

용하여 자침군과 동일한 방법으로 시술하였다. 치료는 주 2회 6주간 시행되었고, 치료 종료 후 1주, 4주, 12주 후에 통증 VAS와 ODI를 평가하였다. 치료 종료 후 1주, 4주에서 침 치료군과 거짓 침 치료군에서 통증 VAS와 ODI 모두 통계적으로 유의미한 개선을 보였으며($p < 0.01$), 침 치료군에서 개선도가 거짓 침 치료군보다 유의미하게 높았고($p < 0.01$) 거짓 침 치료군에서 개선도가 무처치군보다 유의미하게 높았다($p < 0.01$). 무처치군에서는 통증 VAS, ODI 모두 통계적으로 유의미한 개선을 보이지 않았다. 치료 종료 후 12주 후에 평가한 통증 VAS와 ODI는 세 군 모두 통계적으로 유의하지 않아 치료의 Time effect를 나타내었다. 심각한 이상 반응은 보고되지 않았다.

Benno(2006)⁵⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 6개월 이상 지속된 요통환자를 대상으로 140명의 침 치료군과 74명의 무처치군으로 나누어 8주간 12회의 치료를 시행하였다. 통증 VAS, Funktionsfragebogen Hannover-Rucken(FFbH-R), PDI, SF-36, Schmerzempfindungsskala(SES), ADS(Allgemeine Depressionsskala), Time with limited function, Time with pain, Time with analgesics in weeks를 평가한 결과 ADS를 제외한 모든 평가지표에서 침 치료군이 무처치군에 비해 통계적으로 유의한 점수 호전을 보였다($p < 0.001$). 침 치료군에서 13명이 심각한 이상 반응을 보고하였으나, 치료와는 관련성이 없는 것으로 언급되었다.

Itoh(2009)⁶⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 7명의 자침군과 7명의 무처치군으로 나누어 신수(BL23), 대장수(BL25), 차료(BL32), 위중(BL40), 곤륜(BL60), 환도(GB30), 양릉천(GB34)에 5주간 5회 침 치료를 시행하였다. 통증 VAS와 Roland Morris Disability Questionnaire(RMDQ)를 이용하여 치료 효과를 평가한 결과 두 군에서 모두 치료 전에 비해 치료 후 통증 VAS와 RMDQ 점수 감소가 있었지만, 군 간 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 이상 반응은 보고되지 않았다.

Witt(2006)⁷⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 1451명의 자침군과 1390명의 무처치군으로 나누어 최대 15회 3개월간 개별 침 치료를 시행하여, Hanover Functional Ability Questionnaire(HFAQ), Low back pain rating scale, SF-36을 평가하였다. 그 결과 HFAQ, Low back pain rating scale, SF-36 모두에서 침 치료군이 무처치군에 비해 통계적으로 유의한 점수 호전을 보였다($p < 0.001$). 침 치료 이후 심각한 이상 반응은 나타나지 않았다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 6개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료를 시행한 경우, 거짓 침 치료 혹은 무처치보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향이 일치하나 $I^2 = 90\%$ 로 비

일관성이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. OIS를 충족하고, 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않아 비정밀성이 낮다고 판단하였다. 따라서 VAS를 통해 평가한 침 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

RMDQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료를 시행한 경우, 거짓 침 치료 혹은 무처치보다 기능 개선에 유리한 방향의 효과 추정치를 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 RMDQ를 통해 평가한 침 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

ODI를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료를 시행한 경우, 거짓 침 치료 혹은 무처치보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=0\%$ 이고, 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 ODI를 통해 평가한 침 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

통증감소량(%)을 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료를 시행한 경우, 거짓 침 치료 혹은 무처치보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. OIS를 충족하고, 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않아 비정밀성이 낮다고 판단하였다. 따라서 통증감소량(%)을 통해 평가한 침 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	586 (6 RCTs)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^a	-	-	MD -1.32 [-2.19, -0.45]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	14 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^c	-	-	MD -1.00 [-6.13, 4.13]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	136 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^d	-	-	MD -12.17 [-17.36, -6.98]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain (통증감소량) (%) Important	2841 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊙ Moderate ^b	-	-	MD 27.20 [27.06, 27.34]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 효과의 방향성이 일치하나, $I^2=90\%$ 로 비일관성의 위험이 있음.

b: 배정순서의 생성 및 은폐, 시술자와 참여자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

c: 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

d: 표본 수가 OIS보다 작아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 침 치료와 거짓 침 치료 혹은 무처치를 비교한 7건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 완화에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 침 치료군에서 출혈, 자통 등의 이상 반응이 보고되었으나 대체적으로 경미하고, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통 증후군 환자에게 침 치료를 시행하는 비율은 99.5%로 임상적 활용도가 매우 높았으며, 99.0%는 침 치료를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하여 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강보험 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고

등급 B를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료를 고려해야 한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

ACP(American College of Physicians) guideline에서는 만성요통환자에게 비약물요법을 먼저 시행하도록 강력하게 권고하고 있으며(권고등급 A), 이때 비약물요법 중 침 치료를 권고하고 있다(근거수준 Moderate).

Alberta Ambassador Program에서 발간한 지침에서는 침 치료와 관련하여 만성요통환자에게 단기간 통증 완화를 위한 치료로 고려할 수 있다고 권고하고 있다(권고등급 A).

NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)에서는 비특이적 요통에 관하여 침 치료는 12주 동안 10회까지 받는 것을 고려해 볼 수 있다고 권고하고 있으나 권고등급을 따로 부여하지는 않았다.

하지만 European guideline에서는 침 치료가 거짓 침 치료보다 효과적이라고 보기 힘들다고 하였으며(근거수준 C), 이는 거짓 침 치료 혈자리를 경혈에서 1cm 미만으로 떨어진 곳으로 정하고 자침하는 등 거짓 침 치료에 대한 설계가 적절하지 못한 경우가 많기 때문인 것으로 보인다. 포함된 양질의 한 연구에서는 침 치료와 거짓 침 치료, 침 치료와 물리 치료의 효과를 분석하였고, 침 치료가 물리 치료보다 통증과 기능 개선에 효과적이나, 거짓 침보다 더 낫지 않다는 결과를 보고하였다.

PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care에서는 만성요통에 대하여 spinal manipulation이 통증 개선에 권고할 수 있다고 보고하였다(권고등급 C, 근거수준 Low). 침 치료의 치료 효과는 거짓 치료군에 비교하였을 때, overall analysis에서는 효과가 있었으나, subgroup analysis에 있어서는 유의한 효과가 확인되지 않았다고 보고하였다.

Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz에서는 만성 비특이적 요통에 대해서 침 치료가 활용될 수 있다고 보고하였다(권고등급 중립).

스코틀랜드의 Management of Chronic Pain에서는 만성요통에 대해서 단기적인 통증 완화를 위해서 침 치료를 권고하였다(권고등급 A).

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain에서는 만성요통의 치료에 침 치료를 고려할 수 있었다(권고등급 C).

Non-Invasive and Minimally Invasive Management of Low Back Disorders에서는 만성요통에 대해서 효과적인 치료의 보조 수단으로 침 치료를 선택적으로 사용하는 것은 고려할 수 있었다(권고등급 C, 근거수준 Low).

[참고문헌]

1. Cho YJ, Song YK, Cha YY, Shin BC, Shin IH, Park HJ, et al. Acupuncture for chronic low back pain: a multicenter, randomized, patient-assessor blind, sham-controlled clinical trial. *Spine*. 2013;38(7):549-57.
2. Motohiro I, Kitakoji H, Ishizaki N, Yano T, Katsumi Y, et al. Relief of low back pain immediately after acupuncture treatment: a randomised, placebo-controlled trial. *Acupunct Med*. 2006;24(3):103-8.
3. Eric L, Leonhardt U, Köster G, Goerlitz A, Rosenfeldt JA, Hilgers R, et al. Acupuncture treatment of chronic low back pain: a randomized, blinded, placebo-controlled trial with 9-month follow-up. *Pain*. 2002;96:189-96.
4. Yuan QL, Liu L, Ma JT, Wu WT, Ye ML, Zhang YG. Clinical study on acupuncture treatment of chronic non-specific low back pain. *Zhongguo Gu Shang*. 2016;28(6):12-17. Chinese.
5. Benno B, Witt CM, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S, et al. Acupuncture in patients with chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2006;166:450-7.
6. Itoh K, Itoh S, Katsumi Y, Kitakoji H, Yano T, Ishizaki N, et al. A pilot study on using acupuncture and transcutaneous electrical nerve stimulation to treat chronic non-specific low back pain. *Complement Ther Clin Pract*. 2009;15:22-5.
7. Witt CM, Jena S, Selim D, Benno B, Reinhold T, Wruck K, et al. Pragmatic randomized trial evaluating the clinical and economic effectiveness of acupuncture for chronic low back pain. *Am J Epidemiol*. 2006;164(5):487-96.

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준치료(약물, 물리 치료, 운동)보다 침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

(1) 임상질문 : Q2

성인 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료가 표준치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	침 치료	표준치료 (약물, 물리 치료, 운동)	통증, 기능 ① 통증 CPGS 점수 ② 기능 HFAQ 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

CPGS: Chronic Pain Grade Scale; HFAQ: Hanover Functional Ability Questionnaire

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Haake(2007)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 387명의 자침군과 387명의 표준치료군(약물, 물리 치료, 운동 등)으로 나누어 개별 침 자리에 침 치료를 실시한 후 Von Korff Chronic Pain Grade Scale(CPGS)을 이용해 통증 변화를 평가한 결과, 두 군에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$). HFAQ와 SF-36으로 각각의 기능 개선 및 삶의 질을 평가한 결과 두 군 모두에서 점수 개선을 보였다. 침 치료군에서 12건, 표준치료군에서 16건의 이상 반응이 있었으나, 모두 치료와는 관련이 없는 것으로 보고되었다.

② 연구결과의 요약

CPGS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료를 시행한 경우, 표준치료군보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. OIS를 충족하고, 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않아 비정밀성이 낮다고 판단하였다. 따라서 CPGS를 통해 평가한 침 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

HFAQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료를 시행하였을 때, 표준치료군보다 기능 개선 효과를 보였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되

어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. OIS를 충족하고, 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않아 비정밀성이 낮다고 판단하였다. 따라서 HFAQ를 통해 평가한 침 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (CPGS) Important	774 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -8.50 [-10.97, -6.03]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (HFAQ) Important	774 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 7.70 [4.75, 10.65]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

CPGS: Chronic Pain Grade Scale; HFAQ: Hanover Functional Ability Questionnaire; RCT: Randomized controlled trial

a: 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 침 치료와 표준치료(약물, 물리 치료, 운동)를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. 권고 여부를 결정할 수 있는 결정적(Critical) 결과지표가 부족하여, 본 권고문에서는 중요한(Important) 결과지표를 중심으로 근거수준을 평가하였다. 이에 통증 완화에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 침 치료군에서 이상 반응이 보고되었으나 치료와 관련성이 없었으며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 침 치료를 시행하는 비율은 99.5%로 임상적 활용도가 매우 높았으며, 99.0%는 침 치료를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하여 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준치료(약물, 물리 치료, 운동)보다 침 치료를 고려해야 한다.

[참고문헌]

1. Haake M, Müller HH, Schade-Brittinger C, Basler HD, Schäfer H, Maier C, et al. German acupuncture trials(GERAC) for chronic low back pain. Arch Intern Med. 2007;167(17):1892-8.

2) 전침 치료

(1) 배경

침 치료 후에 흔히 득기를 유발한다고 하여 보사법을 시행하는 등의 수기 자극을 가하게 된다. 이러한 자극이 침의 효과를 더 배가시키는 것으로 알려져 있다. 이러한 수기법을 대신하여 자침 후에 침체에 전류가 흐르도록 하여 자극을 가하는 치료 방법이 전침 치료이다. 이러한 전침 치료는 침에 가해지는 자극을 수기법에 비하여 간편하게 적용할 수 있으며 자극 정도도 표준화할 수 있다는 장점이 있다.

전침 치료는 전기 자극의 빈도와 강도에 따라 다양한 효과를 보인다. 특히 진통 효과와 마비에 대한 치료 효과가 많이 보고되고 있다. 2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 882명(81.3%)이 전침 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 855명(78.8%)이 다소 중요한 치료 선택지로 고려한다고 답하였다. 또한 1077명(99.3%)이 전침 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 적용하는 전침 치료의 혈자리는 아시혈이 76.5%로 가장 많았고, 이어 협척혈 58.6%, 신수(BL23) 33.4%, 요양관(GV3) 31.8%, 대장수(BL25) 29.8%, 환도(GB30) 29.0%, 기해수(BL24) 20.6%, 명문(GV4) 20.2%, 차료(BL32) 13.0%, 상료(BL31) 12.0%, 위중(BL40) 7.3%, 양릉천(GB34) 4.4%, 곤륜(BL60) 4.3%, 삼음교(SP6) 2.7% 순으로 조사되었다. 이는 전침 치료가 만성요통증후군 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 전침 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R3 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

(2) 임상질문 : Q3

성인 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료가 거짓 전침 치료 혹은 무처치에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	전침 치료	거짓 전침 치료 혹은 무처치	통증, 기능 ① 통증 VAS 점수 ② 기능(RMDQ) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Zaringhalam(2010)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 20명의 전침(Electroacupuncture)군, 20명의 바클로펜(baclofen)(30mg/day) 투여군, 20명의 전침+바클로펜(baclofen)(30mg/day) 투여군, 20명의 무처치 대조군의 4개 군으로 나누어 전침 치료의 경우, 양측 신수(BL23), 대장수(BL25), 방광수(BL28), 차료(BL32), 곤륜(BL60), 환도(GB30), 양릉천(GB34)에 치료를 실시한 후 통증 VAS, RMDQ를 이용하여 평가하였다. 전침의 경우 0.2×40mm 침으로 득기감을 느끼게 자침하였고 4~6Hz의 빈도로 시행하였으며 20~25분간 시술하였다. 치료는 5주간 주 2회 빈도로 총 10회 진행되었으며 1회 치료당 자침 개수는 10~12개였다. 시술 후 결과 평가 시 전침군에서 대조군에 비하여 통증 VAS($p<0.001$) 및 RMDQ($p<0.05$) 모두 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다.

Kong(2020)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 만성요통환자 121명을 대상으로 전침 치료군(59명)과 가짜 전침 치료군(62명)으로 나누어 치료를 시행하였다. 전침 치료군은 주 2회씩 총 6주간 전기 자극이 포함된 전침 치료를 받았고, 가짜 전침 치료군은 비활성 전기 자극을 사용하여 동일한 빈도로 치료를 받았다. 평가 도구로는 PROMIS 통증 강도 척도와 RMDQ를 사용하여 치료 전, 치료 후, 그리고 2개월 후를 평가하였다. 연구 결과, PROMIS 통증 강도 감소 효과에서는 두 군 간 유의미한 차이가 없었으나($p=0.06$), RMDQ 변화량에서 전침 치료군이 가짜 전침 치료군에 비해 유의미한 장애 감소 효과를 보였다($p=0.01$). 부작용으로는 전침 치료군에서 경미한 자극 반응이 보고되었으나 심각한 경우는 없었다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료를 시행한 경우, 거짓전침 치료 혹은 무처치보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 VAS를 통해 평가한 전침 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

RMDQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료를 시행한 경우, 거짓 전침 치료 혹은 무처치보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=0\%$ 이고, 효과 방향이 일

치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 RMDQ를 통해 평가한 전침 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	40 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -1.73 [-3.07, -0.39]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	161 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -2.64 [-4.02, -1.27]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 전침 치료와 거짓 전침 치료 혹은 무치치를 비교한 2건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가 기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 완화에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 전침 치료군에서 보고된 이상 반응은 대부분 경미하며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 전침 치료를 시행하는 비율은 81.3%로 임상적 활용도가 높았으며, 99.3%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하여 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여 준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 전침 치료를 고려해야 한다.

[참고문헌]

1. Zaringhalam J, Manaheji H, Rastqar A, Sadeghi M, et al. Reduction of chronic non-specific low back pain: a randomised controlled clinical trial on acupuncture and baclofen. *Chin Med(Lond)*. 2010;5:15.
2. Kong JT, Puetz C, Tian L, et al. Effect of electroacupuncture vs sham treatment on change in pain severity among adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10):e2022787.

【 R4 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 전침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

(1) 임상질문 : Q4

성인 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료가 표준약물치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	전침	표준약물치료	통증, 기능 ① 통증 VAS 점수 ② 기능(RMDQ) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Zaringhalam(2010)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 20명의 전침(Electroacupuncture)군, 20명의 Baclofen(30mg/day) 투여군, 20명의 전침+Baclofen(30mg/day) 투여군, 20명의 무처치 대조군의 4개 군으로 나누어 전침 치료의 경우, 양측 신수(BL23), 대장수(BL25), 방광수(BL28), 차료(BL32), 곤륜(BL60), 환도(GB30), 양릉천(GB34)에 치료를 실시한 후 통증 VAS, RMDQ를 이용하여 평가하였다. 전침의 경우 0.2×40mm 침으로 득기감을 느끼게 자침하였고 4~6Hz의 빈도로 시행하였으며 20~25분간 시술하였다. 치료는 5주간 주 2회 빈도로 총 10회 진행되었으며 1회 치료당 자침 개수는 10~12개였다. 시술 후 결과 평가 시 전침군에서 대조군에 비하여 통증 VAS($p<0.001$) 및 RMDQ($p<0.05$) 모두 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료를 시행한 경우, 표준약물치료보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 VAS를 통해 평가한 전침 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

RMDQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석

한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료를 시행한 경우, 표준약물치료보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뒤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 RMDQ를 통해 평가한 전침 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	40 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -1.49 [-2.78, -0.20]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	40 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -2.40 [-4.49, -0.31]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 전침 치료와 표준약물치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 완화에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 전침 치료군에서 보고된 이상 반응은 대부분 경미하며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 전침 치료를 시행하는 비율은 81.3%로 임상적 활용도가 높았으며, 99.3%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하여 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 만성

비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 전침 치료를 고려해야 한다.

[참고문헌]

1. Zaringhalam J, Manaheji H, Rastqar A, Zaringhalam M, et al. Reduction of chronic non-specific low back pain: a randomised controlled clinical trial on acupuncture and baclofen. Chin Med. 2010;5(15):1-7.

3) 레이저침 치료

(1) 배경

레이저침은 레이저 광선을 경혈에 조사해서 그 에너지 자극으로 체내 경락계통에 영향을 주어 자침과 유사한 치료효과를 나타내는 일종의 경락자극요법이라고 정의할 수 있다.

1960년 Hughes 연구소의 Theodore H. Maiman에 의해 가시광선 영역인 694.3 nm의 붉은색 루비 레이저가 최초로 개발되었고, 1961년 Javan 등에 의해 최초의 기체 레이저인 헬륨-네온레이저(He-Ne Laser)가 발진되었다. 이후 CO₂ 레이저, YAG 레이저, 반도체 레이저 등 다양한 매질을 이용한 레이저들이 개발되어 산업분야뿐만 아니라 의학에서도 다양하게 응용되어 사용되고 있다.

레이저광은 높은 동시성(coherence)과 지향성(directionality)이 있고 빛에너지를 좁은 점에 집적할 수 있어 경혈을 자극하는 데 유용하다.

1970년 전후 구 소련의 Mester 등이 He-Ne 레이저를 이용하여 혈관확장, 진통, 소염작용을 보고한 이후 1973년 독일의 Plog이 침구학의 경락이론과 레이저를 접목하여 경혈 자극 시 침 대신 He-Ne 레이저를 사용하여 임상에 활용되기 시작하였다.

레이저침과 레이저 치료의 차이점은 일반적인 레이저 치료는 피부나 심부의 병변 조직에 직접 레이저를 조사하여 병변조직에서 직접 효과를 유발하는 데 반해 레이저침은 인체의 경혈, 경외기혈 및 아시혈 등 수혈을 레이저 광원으로 자극하여 경락의 기능을 통해 치료 효과를 나타낸다는 점이다.

이러한 레이저침은 표피를 뚫고 자입되는 침 치료에 비하여 통증 유발이 적어서 침에 대한 공포감이 있거나 통증에 민감한 환자들에게도 쉽게 적용 가능하여 차츰 활용도가 높아지고 있다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 43명(4.0%)이 레이저침 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 132명(12.2%)이 다소 중요한 치료 선택지라고 고려한다고 답하였다. 또한 1,034명(95.3%)이 레이저침 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 적용하는 레이저침 치료의 혈자리는 아시혈이 65.9%로 가장 많았고, 이어 협척혈 45.5%, 요양관(GV3) 40.9%, 명문(GV4) 15.9%, 신수(BL23) 15.9%, 기해수(BL24) 15.9%, 차료(BL32) 13.6%, 대장수(BL25) 13.6%, 상료(BL31) 11.4%, 환도(GB30) 11.4%, 양릉천(GB34) 11.4%, 곤륜(BL60) 11.4%, 위중(BL40) 6.8%, 삼음교(SP6) 6.8% 순으로 조사되었다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 레이저침 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R5 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 레이저침 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 레이저침의 강도는 0.2~0.8 Joules per point로 자극 시간은 10초~40초의 범위에서 적용할 것을 고려할 수 있다.

(2) 임상질문 : Q5

성인 만성 비특이적 요통환자에게 레이저침 치료가 거짓 레이저침 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	레이저침 치료	거짓 레이저침 치료	통증, 기능 ① 통증 VAS, NRS 점수 ② 기능(RMDQ) 점수 ③ 기능(ODI) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

NRS: Numeric Rating Scale; ODI: Oswestry Disability Index; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Glazov(2014)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 48명의 0.2 J per point 레이저침군과 48명의 0.8 J per point 레이저침군, 48명의 거짓 레이저침군으로 환자를 배정하여 개별 침 자리에 치료를 시행한 후, 통증 강도(NRS), 기능 장애 지표(ODI), 활동 제한 정도(NLARS; numerical rating scale of limitation of activities), 전반적 치료 평가(global assessment of treatment), 지난 1개월간의 진통제 복용 빈도 및 치료 전 대비 진통제 사용 변화, 이상 반응 등을 평가하였다. 결과 보고 시 통증 VAS의 경우 0.2 J 레이저침 치료군은 46명, 0.8 J 레이저침 치료군은 47명, 거짓 레이저침군은 46명이 포함되었고, ODI의 경우 0.2 J 레이저침 치료군은 46명, 0.8 J 레이저침 치료군은 45명, 거짓 레이저침군은 45명이 포함되었다. 그 결과, 레이저 조사 용량에 관계없이 레이저 침 치료는 거짓 레이저침 치료와 비교하여 주요 평가 지표에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

Lin(2012)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 21명의 레이저침(0.8J per point)군과 21명의 거짓 레이저침군으로 나누어 위증, 허리 아시혈 자리에 치료를 실시하였고, 통증 VAS와 경락별 양도락을 평가하였다. 통증 VAS는 두 군 간 통계적으로 유의한 차이는 없었고, 경락별 양도락은 대장경, 비경, 간경, 방광경, 위경에서 두 군 간 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이상 반응은 언급되지 않았다.

Glazov(2009)³⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 50명의 레이저침(0.2J per point)군과 50명의 거짓 레이저침군으로 나누어 개별 침, 아시혈 자리에 치료를 실시한 후

통증 VAS, ODI, DASS-depression, DASS-anxiety, DASS-stress, PWI-A(Personal Wellbeing Index-Adult), SWH, 이상 반응을 이용하여 평가하였다. 결과보고 시 통증 VAS는 대조군 44명, 중재군 43명이 포함되었고, ODI는 대조군 40명, 중재군 38명이 포함되었다. 통증 VAS, ODI, DASS-stress 상 두 군 간 통계적 유의한 차이가 있었고($p < 0.001$) DASS-depression 상에도 두 군 간 통계적 유의한 차이가 있었다($p < 0.01$). DASS-anxiety, PWI-A, SWH 상 통계적 유의한 차이는 없었고 두 군 모두에서 이상 반응은 보고되지 않았다.

Lin(2017)⁴⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 20명의 저용량 레이저침(0.8J per point)군과 23명의 거짓 레이저침군으로 나누어 위증, 허리 아시혈 자리에 치료한 후, 두 그룹 모두 L2-5 위치의 근육부위에 유관법 치료를 연이어 실시하였고, 통증 VAS와 plasma cortisol level을 평가하였다. 통증 VAS와 plasma cortisol level 모두 두 군 간 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이상 반응은 언급되지 않았다.

Kim(2022)⁵⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 45명의 만성 비특이적 요통환자를 650nm 파장의 침습적 레이저침 치료군 15명, 830nm 파장의 침습적 레이저침 치료군 15명, 거짓 레이저침 치료군 15명으로 배정하여 치료를 시행하였으며, 통증 VAS와 기능 장애 지표(ODI)를 평가하였다. 그 결과, 650nm 파장의 침습적 레이저침 치료군은 거짓 레이저침 치료군에 비해 통증 VAS와 ODI에서 통계적으로 유의한 개선을 보였으며, 830nm 파장의 침습적 레이저침 치료군은 ODI 개선에서 유의한 효과를 나타냈다. 한편, 치료와 관련된 중대한 이상 반응은 보고되지 않았으며, 일부 대상자에서 경미한 명이나 메스꺼움이 관찰되었으나 모두 자연적으로 회복되었다.

Khooloosy(2020)⁶⁾ 등은 무작위 배정 임상연구를 통해 40명의 만성 요통환자를 레이저침 치료군 20명과 거짓 레이저침 치료군 20명으로 배정하여 치료를 시행하였으며, 통증 VAS, 기능 장애 지표(RMDQ), 관절 가동 범위(ROM)를 평가하였다. 연구 결과, 레이저침 치료군은 통증 VAS, RMDQ, ROM에서 유의한 개선을 보였으며, 이 효과는 3개월까지 지속되었다. 반면, 거짓 레이저침 치료군에서는 1개월까지 통증 감소 효과가 있었으나, 3개월 후에는 다시 원래 수준으로 회복되었다. 또한, 치료와 관련된 심각한 부작용은 없었으며, 일부 환자에서 경미한 통증 증가와 위장장애가 보고되었으나 치료 지속에는 영향을 주지 않았음을 확인하였다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 6개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 레이저침 치료를 시행한 경우, 거짓 레이저침 치료보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향이 일치하지 않고, $I^2=81\%$ 로 비일관성이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비

직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고 있어 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS를 통해 평가한 레이저침 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

RMDQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 레이저침 치료를 시행한 경우, 거짓 레이저침 치료보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 RMDQ를 통해 평가한 레이저침 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

ODI를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 레이저침 치료를 시행한 경우, 거짓 레이저침 치료보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=0\%$ 이나 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 ODI를 통해 평가한 레이저침 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS, NRS) Critical	401 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD -0.42 [-0.91, 0.08]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	40 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{c,d}	-	-	MD -2.80 [-5.22, -0.38]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	214 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^d	-	-	MD 2.56 [0.93, 4.18]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

NRS: Numeric Rating Scale; ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial;

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 효과의 방향성이 일치하나, $I^2=81\%$ 로 상당한 이질성이 있어 비일관성이 높음.

b: 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고 있어 비정밀성이 높음.

c: 참여자 및 시술자 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음

d: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 레이저침 치료와 거짓 레이저침 치료를 비교한 6건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low), 기능 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)~중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 레이저침 치료군에서 보고된 이상 반응은 대부분 경미하며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 레이저침 치료를 시행하는 비율은 4.0%로 임상적 활용도는 상대적으로 낮았으나, 95.3%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하여 임상 현장에서의 안전성 인식을 확인할 수 있었다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험급여 등 재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 레이저침 치료를 고려할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

ACP(American College of Physicians) guideline에서는 만성요통환자에게 비약물요법을 먼저 시행하도록 강력하게 권고하고 있으며(권고등급 A), 이때 비약물요법 중 레이저치료를 권고하고 있다(근거수준 Low).

Alberta Ambassador Program에서는 저용량 레이저 치료에 관하여는 만성요통환자에게 치료의 대안으로 고려해 볼 수 있다고 권고하고 있다(권고등급 B).

하지만 European guideline에서는 레이저침 치료가 만성요통의 통증 개선에 효과적이지 않다고 하였으며(근거수준 C), 레이저침 치료와 운동요법 사이에 효과의 차이가 없다고(근거수준 C) 하였는데, 이는 운동요법 또한 만성요통환자의 관리에 도움되기 때문에 대조군의 설정이 잘못된 것으로 사료된다.

[참고문헌]

1. Glazov G, Yelland M, Emery J. Low-dose laser acupuncture for non-specific chronic low back pain: a double-blind randomised controlled trial. *Acupunct Med.* 2014;32:116-23.
2. Lin ML, Wu HC, Hsieh YH, Su CT, Shih YS, Lin CW, et al. Evaluation of the effect of laser acupuncture and cupping with Ryodoraku and visual analog scale on low back pain. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012;2012:1-7.

3. Glazov G, Schattner P, Lopez D, Shandley K. Laser acupuncture for chronic non-specific low back pain: a controlled clinical trial. *Acupunct Med.* 2009;27:94-100.
4. Lin ML, Wu JH, Lin CW, Su CT, Wu HC, Shih YS, et al. Clinical effects of laser acupuncture plus Chinese cupping on pain and plasma cortisol levels in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2017;2017:1-7.
5. Kim JH, Lee SM, Kim AR, Lee SH, Kim JY, Park JH, et al. Efficacy of invasive laser acupuncture in treating chronic non-specific low back pain: a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2022;17(5):e0269282.
6. Kholoosy L, Elyaspour D, Akhgari MR, Razzaghi Z, Khodamardi Z, Bayat M. Evaluation of the therapeutic effect of low-level laser in controlling low back pain: a randomized controlled trial. *J Lasers Med Sci.* 2020;11(2):120.

4) 뜸 치료

(1) 배경

예로부터 일침, 이구, 삼약(一鍼二灸三藥)이라 하여, 뜸은 침 다음으로 널리 활용되고 쉽게 접할 수 있는 한의 치료법 중 하나이다. 온열 자극과 쑥 자체의 약성을 활용하여 인체를 치료하는 원리에 따라 임상에서는 한증, 만성병 및 일체의 허증 등에 널리 활용될 수 있다.

이러한 뜸도 시대의 흐름에 따라 다양한 형태로 발전해가고 있다. 최근에는 화상의 위험성도 적고 냄새 등으로부터 자유로운 전자식 뜸도 개발되어 널리 활용되고 있다.

뜸은 경락을 따뜻하게 해주고, 차가운 기운을 물리치며, 보양시키는 효과도 있으며, 인체의 면역력을 높여 질병을 예방하고 건강을 지키는 목적으로도 활용되고 있다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 594명(54.7%)이 뜸 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 549명(50.6%)이 다소 중요한 치료 선택지라고 고려한다고 답하였다. 또한 998명(92.0%)이 뜸 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 적용하는 뜸 치료의 유형은 전자뜸(1,164건)이 가장 많았고, 이어 간접구(886건), 직접구(437건) 순으로 조사되었다. 이는 뜸 치료가 만성요통증후군 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 뜸 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R6 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 뜸 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(2) 임상질문 : Q6

성인 만성 비특이적 요통환자에게 뜸 치료가 표준약물치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	뜸	표준약물치료	통증 ① NRS 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

NRS: Numeric Rating Scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Yu(2016)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 31명의 뜬 치료군(이동식 뜬기)과 30명의 표준약물치료군(celecoxib 200mg)으로 나누어 치료를 시행하였다. 뜬 치료군은 1주일에 3회씩 총 6주간 아시헐, 신수, 위중, 요양관, 명문 자리에 이동식 뜬기를 이용한 직접구 치료를 실시하였고 대조군은 celecoxib capsule 200mg을 하루 한 번 총 6주간 복용하도록 하였으며 NRS, 임상효과평가를 이용하여 평가하였다. NRS상 통계적 유의한 차이가 있었고($p < 0.001$) 임상효과평가상으로도 두 군 간 통계적 유의한 차이가 있었다($p = 0.007$). 뜬 치료군에서 작은 물집의 이상 반응이 8례 발생하였으나 3일 후 자연적으로 흡수되어 심각한 경우는 없었다.

② 연구결과의 요약

NRS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 뜬 치료를 시행한 경우, 표준약물치료보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 NRS를 통해 평가한 뜬 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (NRS) Critical	61 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -1.78 [-2.99, -0.57]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

NRS: Numeric Rating Scale; RCT: Randomized controlled trial

a: 배정순서의 은폐, 참여자, 시술자 및 결과 평가의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음

b: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 뜬 치료와 표준약물치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과

추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 뜬 치료군에서 보고된 이상 반응은 주로 경미한 국소 반응에 해당하며, 통증 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 뜬 치료를 시행하는 비율은 54.7%로 임상적 활용도가 높은 것으로 나타났으며, 92.0%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하여 임상 현장의 가치와 선호도를 반영하고 있음을 보여준다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 뜬 치료를 고려할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

일본의 Clinical Practice Guideline for Chronic Pain에서는 만성 통증에 대해서 침 치료와 뜬 치료를 적용할 것을 고려할 수 있다고 하였다(권고등급 C, 근거수준 Low).

[참고문헌]

1. 虞晓珍, 蔡微微, 沙芬芳. 随身灸改善ICU护士职业性腰背痛的效果研究. 护理学杂志. 2016;31(15):20-21.

5) 부항 치료

(1) 배경

부항요법은 부항컵을 피부표면에 흡착시켜 내부의 공기를 제거하여 생긴 음압을 이용하여, 체내 여러 요소를 체외로 배출시키는 치료법이다. 이러한 부항은 동서양 모두 고대부터 이용한 것으로 되어 있다. 여러 문헌 기록에 따르면 부항요법과 비슷한 치료 행위가 히포크라테스 이전부터 있었다는 기록도 있다.

이러한 부항은 기의 흐름을 조절하고 혈액 순환을 촉진시키는 것으로 설명되고 있으며, 다양한 근육 질환 및 통증 질환에 활용되고 있다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 932명(85.9%)이 부항 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 927명(85.4%)이 다소 중요한 치료 선택지라고 고려한다고 답하였다. 또한 1,070명(98.6%)이 부항 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 적용하는 부항 치료의 기법은 자락관법(878건)이 가장 많았고, 이어 유관법(715건), 주관법(79건), 섬관법(70건) 순으로 조사되었다. 이는 부항 치료가 만성요통증후군 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 부항 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R7 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 부항 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(2) 임상질문 : Q7

성인 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료가 거짓 부항 치료 혹은 무처치에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	부항	거짓 부항 치료 혹은 무처치	통증, 기능 ① 통증 VAS, NRS 점수 ② 기능(ODI) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

NRS: Numeric Rating Scale; ODI: Oswestry Disability Index; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Kim(2011)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 21명의 자락관법군과 11명의 대기군으로 나누어 요부(BL23, BL24, BL25 중 압통이 가장 심한 2지점)에 2주 동안 주 3회(총

6회) 자락관법 치료를 실시한 후 통증(NRS, PPI), 기능장애(ODI), Acetaminophen 사용량을 평가하였다. 그 결과, 자락관법군이 대기군에 비해 현재 통증(PPI)에서 통계학적으로 유의한 개선($p<0.01$)을 보였으나, NRS($p=0.37$), ODI($p=0.14$), Acetaminophen 사용량($p=0.09$)에서는 두 군 간 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이상 반응은 보고되지 않았다.

Wang(2020)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 50명의 주관법군과 50명의 플라시보군(바세린 도포)으로 나누어 요부의 통증 부위 및 척추 양측에 주 1회, 총 4회(4주간) 부항 치료를 실시한 후 통증(VAS), 삶의 질(SF-36), 골밀도(BMD)를 평가한 결과 두 군 간 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며(통증 VAS, SF-36, BMD 모두 $P<0.01$), 주관법군이 플라시보군보다 통증 감소 및 삶의 질, 골밀도 개선에서 더 우수한 효과를 보였다. 이상 반응은 보고되지 않았다.

Silva(2021)³⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 45명의 유관법군과 45명의 거짓 부항군으로 나누어 요추(L1~L5 부위)에 8주간(주 1회, 총 8회) 유관법 치료를 실시한 후 통증(NRS), ODI, 기능적 움직임(Timed Up & Go), 요추 운동범위, 전반적 효과 인지, 삶의 질(SF-36), 심리적 증상(HADS), 약물 사용량을 평가한 결과, 모든 평가 지표에서 두 군 간 통계학적으로 유의한 차이가 없었다. 이상 반응은 유관법군에서 일시적 통증 증가 1례, 감기 유사증상 2례가 있었으며 중대한 이상 반응은 없었다.

Salemi(2021)⁴⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 19명의 유관법군과 18명의 거짓 부항군으로 나누어 명문(GV4), 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 백환수(BL30), 위중(BL40), 비양(BL58), 소해(HT3), 족삼리(ST36) 혈자리에 주 2회, 총 5회(2주간) 유관법 치료를 실시한 후 통증 VAS, ODI, SBST, 주간 통증 일수를 평가한 결과, 모든 지표에서 유관법군이 거짓 부항군보다 치료 직후 통계학적으로 유의하게 우수하였으며(통증 VAS $p<0.001$, ODI $p=0.017$, SBST $p=0.01$, 주간 통증 일수 $p<0.02$), 치료 종료 4주 후에도 통증 VAS와 SBST에서 유관법군이 유의하게 우수하였다. 이상 반응은 유관법군에서 경미한 피부 색소침착이 있었으나 4일 이내 자연 소실되었고 중대한 이상 반응은 없었다.

Razali(2021)⁵⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 13명의 주관법군과 13명의 무처치군으로 나누어 삼초수(BL22), 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 관원수(BL26) 부위에 3주간 주 1회(총 3회) 주관법 치료를 실시한 후 NRS와 ODI를 평가한 결과 두 군 간 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며(NRS $p=0.001$, ODI $p=0.001$), 주관법군이 무처치군보다 통증 및 기능장애 개선에 더 우수한 결과를 나타냈다. 이상 반응은 보고되지 않았다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS, NRS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 5개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료를 시행한 경우, 비활성 대조군보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향이 일치하지 않고, $I^2=95\%$ 로 비일관성이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS를 통해 평가한 부항 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

ODI를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 4개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료를 시행한 경우, 비활성 대조군보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향이 일치하나, $I^2=83\%$ 로 비일관성이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 ODI를 통해 평가한 부항 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS, NRS) Critical	285 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD -1.84 [-3.22, -0.45]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	185 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{b,c}	-	-	MD -5.86 [-10.46, -1.27]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale; NRS: Numeric Rating Scale

a: 효과의 방향성이 일치하지 않고, $I^2=95\%$ 로 상당한 이질성이 있어 비일관성이 높음.

b: 표본 수가 OIS보다 작아 비정밀성이 높음

c: 효과의 방향성이 일치하나, $I^2=83\%$ 로 상당한 이질성이 있어 비일관성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 부항 치료와 거짓 부항 치료 및 무치치를 비교한 5건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low), 기능 개선

에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 부항 치료군에서 보고된 이상 반응은 근육통 및 몸살 기운으로 대부분 경미하며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통 증후군 환자에게 부항 치료를 시행하는 비율은 85.9%로 임상적 활용도가 매우 높았으며, 98.6%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하여 임상 현장에서의 가치와 선호도를 반영하는 것으로 나타났다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고 등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 부항 치료를 고려할 수 있다.

[참고문헌]

1. Kim JI, Kim TH, Lee MS, Kang JW, Kim KH, Choi JY, et al. Evaluation of wet-cupping therapy for persistent non-specific low back pain. *Trials*. 2011;12:146.
2. Wang J, Wang D, Zhao W, Wang Y, Pei H, Shang Y, et al. Effect of cupping therapy in the treatment of low back pain among nurses in China. *J Altern Complement Integr Med*. 2020;6:092.
3. Silva HJA, Barbosa GM, Silva RS, Saragiotto BT, Oliveira JMP, Pinheiro YT, et al. Dry cupping therapy is not superior to sham cupping to improve clinical outcomes in people with non-specific chronic low back pain: a randomised trial. *J Physiother*. 2021;67(2):132-9.
4. Salemi MM, Gomes VMSA, Bezerra LMR, Melo TMS, Alencar GG, Montenegro IHPM, et al. Effect of dry cupping therapy on pain and functional disability in persistent non-specific low back pain: a randomized controlled clinical trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 2021;14(6):219-30.
5. Razali AI, Lee AC. The effectiveness of dry cupping and hot pack in pain relief and reducing functional disability in non-specific low back pain. *Eur J Transl Clin Med*. 2021;8(3):2796-810.

【 R8 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 부항 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(1) 임상질문 : Q8

성인 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료가 표준약물치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	부항	표준약물치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(ODI) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

ODI: Oswestry Disability Index; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Farhadi(2009)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 48명의 자락관법군과 50명의 일반적 치료군(진통제 및 교정 운동)으로 나누어 T1~T3 견갑골 사이 부위, 천골부 및 비복근 중앙부에 1주 동안 총 3회(0, 3, 6일차) 자락관법 치료를 실시한 후 통증(PPI), 기능장애(ODI), 약물 사용량(MQS)을 평가하였다. 그 결과, 모든 평가 항목에서 자락관법군이 일반적 치료군보다 통계학적으로 유의하게 우수한 개선을 보였다(PPI, ODI, MQS 모두 $p < 0.01$). 이상 반응은 보고되지 않았다

AlBedah(2015)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 40명의 자락관법군과 40명의 무처치군으로 나누어 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25) 중 매회 두 지점씩 선택하여 2주 동안 주 3회(총 6회) 자락관법 치료를 실시한 후 NRS, PPI, ODI를 평가한 결과, 자락관법군이 무처치군에 비해 모든 평가 항목에서 통계학적으로 유의한 개선을 보였으며, 구제약으로의 아세트아미노펜 복용량은 두 군 간 차이가 없었다. 이상 반응은 두 군 모두 없었다.

Wang(2020)³⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 40명의 자락관법군과 각 40명의 침 치료군, 약물(텍시부프로펜)군으로 나누어 양측 위중(BL40)에 격일 1회, 총 9회(3주간) 자락관법 치료(방혈 및 부항)를 실시한 후 통증 VAS, ODI, TKS, NHP, 6MWT, IL-1, PGE2를 평가한 결과 모든 평가 지표에서 자락관법군이 침 치료군 및 약물군보다 우수한 효과를 보였다. 이상 반응은 보고되지 않았다. 근거분석 시 자락관법군과 약물(텍시부프로펜)군 간 비교 결과를 활용하였다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS, NRS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를

종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료를 시행한 경우, 표준약물치료보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. $I^2=0\%$ 이고 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 VAS, NRS를 통해 평가한 부항 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

ODI를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 3개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료를 시행한 경우, 표준약물치료보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향이 일치하나, $I^2=92\%$ 로 비일관성이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 ODI를 통해 평가한 부항 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS, NRS) Critical	160 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	SMD -2.05 [-2.43, -1.66]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	246 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{b,c}	-	-	MD -11.85 [-19.33, -4.37]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

NRS: Numeric Rating Scale; ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale

a: 참여자 및 시술자 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

b: 표본 수가 OIS보다 작아 비정밀성이 높음

c: 효과의 방향성이 일치하나, $I^2=92\%$ 로 상당한 이질성이 있어 비일관성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 부항 치료와 표준약물치료를 비교한 3건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low), 기능 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 부항 치료군에서 보고된 이상 반응은 나타나지 않았고, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 부항 치료를 시행하는 비율은 85.9%로 임상적 활용도가 매우 높았으며, 98.6%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하여 임상 현장에서의 가치와 선호도를 반영하는 것으로 나타났다. 비용 대비 효과를 평가한 연구는 현재까지 없으나 건강보험급여 등재 행위로 의료비 부담이 크지 않고 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 부항 치료를 고려할 수 있다.

[참고문헌]

1. Farhadi K, Schwebel DC, Saeb M, Choubsaz M, Mohammadi R, Ahmadi A. The effectiveness of wet-cupping for nonspecific low back pain in Iran: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med*. 2009;17(1):9-15.
2. AlBedah A, Khalil M, Elolemy A, Hussein AA, AlQaed M, Al Mudaiheem A, et al. The use of wet cupping for persistent nonspecific low back pain: randomized controlled clinical trial. *J Altern Complement Med*. 2015;21(8):504-8.
3. Wang Y, Chen Q. Clinical observation on bloodletting at Weizhong(BL40) points in the treatment of blood stasis – type non-specific low back pain. *J Clin Acupunct Moxibustion*. 2020;36(5):90-2.

6) 약침 치료

(1) 배경

약침 치료(pharmacopuncture therapy)란 인체의 압통점, 경혈점 등에 한방 약액을 주입하는 한의요법으로서 침구요법과 약물요법을 결합한 신침요법 중 하나이다. 기존의 침구요법이 경혈을 통하여 물리적 자극을 전달하여 질병을 치료했다면 약침요법은 한약을 포함한 화학적 자극을 부가적인 치료수단으로 사용하여 자침과 약물의 효과를 동시에 얻는 장점이 있다.

그중 봉독약침 치료는 살아 있는 꿀벌(서양종 일벌, *Apis mellifera*) 독낭에서 봉독을 추출, 가공하여 약침제제로 만든 후, 변증을 통하여 선정된 혈자리에 적정량 주입함으로써 침 자극과 봉독의 약리학적 자극을 동시에 응용한 치료이다. 약리작용으로는 소염진통, 면역조절, 혈액순환촉진, 항산화, 항균, 항바이러스 작용 등과 방사능 저항, 독성, 알러젠, 통증유발, 세포용해 및 신경독성 작용 등이 보고되고 있다. 건조 봉독의 화학물질들은 국소 세포독성, 신경독성, 염증 유발 작용이 현저하여 알러젠 작용을 중심으로 많은 연구가 진행되었으며, 치료적 약리작용에 대한 보고들도 일부 있었다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 794명(73.2%)이 약침 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 945명(87.1%)이 다소 중요한 치료 선택지라고 고려한다고 답하였다. 또한 1,037명(95.6%)이 약침 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 적용하는 약침 치료의 유형은 중성어혈약침(61.5%), 봉약침(52.8%), 자하거약침(25.7%), 황련해독탕약침(19.2%), PN/PDRN 약침(10.9%), 신바로약침(10.5%) 등의 순으로 조사되었다. 이는 약침 치료가 만성요통증후군 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 약침 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R9 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 봉독약침 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

임상적 고려사항

- 봉독치료를 시행하기 전 skin test를 시행하여 봉독치료에 대한 피부 반응을 먼저 확인한다.
- 혈자리: 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 환도(GB30), 요양관(GV3), 명문(GV4), 현추(GV5) 등을 고려해야 한다.

(2) 임상질문 : Q9

성인 만성 비특이적 요통환자에게 봉독약침 치료가 거짓 봉독약침 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	봉독약침 치료	거짓 봉독약침 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(ODI) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

ODI: Oswestry Disability Index; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Seo(2017)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 27명의 봉독치료군, 27명의 Normal saline 군으로 나누어 양측 신수(BL23), 기해수(BL24), 대장수(BL25), 환도(GB30), 요양관(GV3), 명문(GV4), 현추(GV5) 중 총 10곳 취혈에 치료를 실시하였고 봉독 농도는 1:20000을 사용하였으며 각 혈당 0.2ml(1주차)에서 0.4ml(2주차), 0.8ml(3주차)까지 매주 증량하여 사용하였다. 시술은 3주간 주 2회로 총 6회 시행되었다. 시술 후 통증 VAS, ODI, BDI score, EQ-5D score, 이상 반응을 이용하여 평가하였다. 그 결과 통증 VAS 차이에서는 기준선 값을 공변량으로 보정한 ANCOVA 분석을 수행한 결과로 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($p=0.049$), ODI에서 또한 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($p=0.009$), BDI 및 EQ-5D score 또한 통계적으로 유의한 차이를 보였다(각각 $p=0.004$, $p=0.051$). 이상 반응에서는 봉독 치료군에서는 소양감 4건, 두통 1건, 근육통 1건 등의 총 6례에서 이상 반응이 나타났으며 Normal saline 군에서는 두통 2건, 어지럼증 2건 등 총 4례의 이상 반응이 평가되었다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구들을 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 봉독약침 치료를 시행하였을 때, 거짓 봉독약침 치료군보다 통증 개선에 유리한 방향의 효과 추정치를 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정은 폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, VAS를 통해 평가한 봉독약침 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

ODI를 통해 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 봉독약침 치료를 시행하였을 때, 거짓 봉독약침 치료보다

기능 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, ODI를 통해 평가한 봉독약침 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	54 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -0.93 [-1.87, 0.01]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	54 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	-	-	MD -8.51 [-14.50, -2.52]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale

a: 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

b: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 봉독약침 치료와 거짓 봉독약침 치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 약침 치료군에서 보고된 소양감, 근육통 등의 이상 반응은 대부분 경미하며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 약침 치료를 시행하는 비율은 73.2%로 임상적 활용도가 높은 것으로 나타났다으며, 95.6%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하였다. 약침 치료는 건강보험 비급여 항목이지만 임상에서 활용도가 높아 비용 부담이 임상 적용을 제한하는 수준은 아닌 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 봉독약침 치료를 고려해야 한다.

[참고문헌]

1. Seo BK, Han K, Kwon O, Jo DJ, Lee JH. Efficacy of bee venom acupuncture for chronic low back pain: a randomized, double-blinded, sham-controlled trial. *Toxins(Basel)*. 2017;9(11):361.

7) 매선 치료

(1) 배경

매선 치료란 혈자리매장요법 중의 하나로 혈자리 내에 이물을 매립함으로써 혈자리에 지속적인 자극을 주어 질병을 치료하는 요법이다. 국내에서는 chromic으로 된 외과 수술용 실을 주로 사용하며, 조직반응이 적고 일정시간 후 수화되어 녹는, 안전성이 입증된 polydioxanone(PDO)을 주성분으로 하는 봉합사가 널리 쓰이고 있다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 74명(6.8%)이 매선 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 337명(31.1%)이 다소 중요한 치료 선택지라고 고려한다고 답하였다. 또한 888명(81.8%)이 매선 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 매선을 적용하는 주요 부위는 척추기립근이 79.4%로 가장 많았고, 이어 다열근 54.8%, 요방형근 53.2%, 둔근 44.4% 순으로 조사되었다. 이는 매선 치료가 만성요통증후군 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 매선 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R10 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 매선 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(2) 임상질문 : Q10

성인 만성 비특이적 요통환자에게 매선 치료가 거짓 매선 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	매선	거짓 매선 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(ODI) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

ODI: Oswestry Disability Index; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Yoo(2015)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통하여 15명의 매선 치료군, 15명의 거짓 매선 치료군으로 나누어 치료를 시행하였다. 매선 치료군은 48시간 간격으로 2회까지 척추세움근에 2개의 매선침을 시술하여 약실이 근육 천층에 위치하도록 하였고, 거짓 매선 치료군은 동일한 과정을 거치지만 매선 약실이 제거된 거짓 매선을 사용하여 실제 매선 약실을 삽입하지 않는 방식으로 이루어졌다. 치료는 스크리닝 시에 측정

한 sEMG(surface electromyography)의 결과를 바탕으로 좌측 또는 우측 중 보다 낮은 RMS(root mean square)값을 나타낸 쪽의 척추세움근에 적용하였다. 그 결과 2차 시술 후 48시간이 경과한 시점에서의 통증 VAS 상 두 군 간 유의한 차이가 있었고($p < 0.001$) ODI 및 sEMG 값의 비대칭도(asymmetry index, AI) 상에도 두 군 간 통계적 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$). 이상 반응 여부를 확인하였다고 언급하였으나, 보고된 이상 반응은 없었다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구들을 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 매선 치료를 시행하였을 때, 거짓 매선 치료보다 통증 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비풀림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, 통증 VAS를 통해 평가한 매선 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

ODI를 통해 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구들을 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 매선 치료를 시행하였을 때, 거짓 매선 치료군보다 기능 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비풀림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, ODI를 통해 평가한 매선 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	30 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -1.70 [-2.55, -0.85]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	30 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -8.39 [-15.57, -1.21]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale

a: 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비풀림 위험성이 높음.

b: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 매선 치료와 거짓 매선 치료군을 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low), 기능 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 매선 치료군에서 보고된 이상 반응은 없었으며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 매선 치료를 시행하는 비율은 6.8%로 임상적 활용도가 상대적으로 낮았으나, 81.8%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하였다. 매선 치료는 건강보험 비급여 항목이지만 임상에서 선택적으로 활용되고 있으며, 비용 부담이 임상 적용을 결정적으로 제한하는 수준은 아닌 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 매선 치료를 고려할 수 있다.

[참고문헌]

1. Yoo DJ, Jung JY, Jung SH. Effects of the embedding acupuncture treatments for chronic low back pain patients. J Korean Med Rehabil. 2015;25(4):105-112.

8) 추나 치료

(1) 배경

추나요법(推拿療法)은 시술자가 손 또는 신체의 일부분을 이용하거나 보조기구 등을 이용하여 추나 테이블에서 환자의 신체표면에 자극을 가하여 관절, 근육, 인대 및 신경 체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하고 예방하는 한의학 치료기술을 말한다. 추나요법은 특히 척추관절계의 모든 구조적 변위에 의하여 발생하는 병리적 현상을 다양한 추나 수기법을 통하여 경결 또는 위축된 근육 등에 피동적 운동을 통한 자극을 주거나 변위를 바르게 교정해 줌으로써 신경 등과 같은 매개체를 통해 뇌 등에 신호로 전달되어 관련 기관의 조절기능을 정상적인 상태로 회복시키는 방법이라고 정의할 수도 있다. 추나요법은 수기치료의 한 형태로, 이는 도인운동요법과 근건이완수기요법과는 구분되는 치료법이다. 관절 가동기법, 근막 이완기법, 관절신연기법, 관절 교정 기법 등이 있으며, 특수 추나기법으로 탈구 추나, 내장기 추나, 두개천골추나기법이 있다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 595명(54.8%)이 추나 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 783명(72.2%)이 다소 중요한 치료 선택지라고 고려한다고 답하였다. 또한 1006명(92.7%)이 추나 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 이는 추나 치료가 만성요통증후군 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 추나 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R11 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(2) 임상질문 : Q11

성인 만성 비특이적 요통환자에게 추나 치료가 거짓 추나 치료 혹은 무처치에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	추나 치료	거짓 추나 치료 혹은 무처치	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(ODI) 점수 ③ 기능(RMDQ) 점수 ④ SF-36 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

ODI: Oswestry Disability Index; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale; SF-36: The 36-Item Short Form Health Survey

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Bicalho(2010)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 20명의 추나 치료군과 20명의 무처치군으로 나누어 L4-L5 고속 추나 치료(high-velocity lumbar manipulation)를 실시한 후 통증 VAS, Finger-to-floor distance, 굴곡-신전 과정 시 근전도를 이용하여 평가하였다. 그 결과, 통증 VAS에서는 두 군 간에 통계학적으로 유의한 차이가 있었으나($p=0.0379$), Finger-to-floor distance에 대한 두 군 간의 차이에 대한 언급은 없었다. 이완 시 최대 근전도 정상화 백분율 변화량에서 두 군 간에 유의한 차이가 있었으나(우측 $p=0.001$, 좌측 $p<0.001$), 이 외 굴곡-신전 과정에서의 근전도에는 통계학적으로 유의한 차이가 없었다. 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

Buran(2021)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 15명의 단순추나 치료군과 15명의 거짓 추나 치료군으로 나누어 Sustained natural apophyseal glides 방법으로 단순추나 치료를 실시한 후, 통증 VAS, Sit and reach test, FRT, Flamingo balance test, Biering Sorensen test, Side bridge test를 이용하여 평가한 결과, 통증 VAS, Sit and reach test, Biering Sorensen test, Side bridge test에 있어서 두 군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었으나($p<0.0001$), FRT($p=0.723$)와 Flamingo balance test($p=.412$)에 있어서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이상 반응은 보고되지 않았다.

Devantery(2023)³⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 24명의 단순추나 치료군과 24명의 거짓 추나 치료군으로 나누어 myofascial therapy 방법으로 단순추나 치료를 실시한 후, 통증 VAS를 이용하여 평가한 결과 두 군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.0001$). 이상 반응은 보고되지 않았다.

Kogure(2015)⁴⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 90명의 추나 치료군과 89명의 거짓 추나 치료군으로 나누어 AKA-H 방법의 추나 치료를 실시한 후 통증 VAS, RMDQ, SF-36을 이용하여 평가한 결과 두 군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다(각 $p<0.0016$, $p<0.001$, $p<0.001$). 추나 치료군에서는 8건(요통 4건, 근위약 2건, 하지 저림 2건), 거짓 추나 치료군에서는 10건(요통 5건, 근위약 3건, 하지 저림 2건)의 경미한 이상 반응이 보고되었다.

Yakut 등(2022)⁵⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 36명의 만성요통환자를 대상으로 19명은 실제 추나 치료를, 17명은 거짓 추나 치료를 적용하여 비교하였다. 통증 VAS, ROM, 유연성, 지구력, 기능성, 장애 등을 평가한 결과, 치료 후 즉시 통증, 내회전 및 엉덩이 굴곡 ROM에 유의미한 개선을 보였으며($p<0.05$), 유연성, 장애, 기능성, 지구력 및 요추 굴곡 ROM, 직선다리 올리기(SLR) ROM에서 장기적인 효과가 나타났다($p<0.0001$). 6개월까지는 유연성, 장애, 기능성 및 지구력에 대한 효과가 지속되었으며, 거짓 추나 치료와 차이가 유의미하게 나타났다. 이상 반응은 보고되지 않았다.

Didehdar(2020)⁶⁾은 무작위 대조군 임상연구를 통해서 10명의 천장관절 및 요추 부 복잡 추나 치료군과 13명의 거짓 추나 치료군으로 나누어 6일 동안 치료를 시행하였다. 통증 VAS와 ODI를 이용하여 평가한 결과, 추나 치료군에서 거짓 치료군에 비해서 통계적으로 유의한 개선이 확인되었다($p < 0.001$). 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

Dougherty(2014)⁷⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 61명의 추나 치료군과 60명의 거짓 치료군으로 나누어 추나 치료를 실시한 후 통증 VAS, SF-36의 통증 항목, ODI, SF-36의 신체 기능 항목, TUG(Timed Up and Go)를 이용하여 평가한 결과, 두 군 간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다(각 $p=0.17$, $p=0.10$, $p=0.27$, $p=0.52$, $p=0.38$). 추나 치료군 5건, 거짓 치료군 1건 등 총 6건(실신, 흉통 등)의 중증 이상 반응이 보고되었으며, 보고된 250건의 이상 반응(대부분 경증에서 중등도의 근골격계 통증과 연관) 중 추나 치료군은 56%, 거짓 치료군은 44%였다.

Loss(2020)⁸⁾은 무작위 대조군 임상연구를 통해서 12명의 high-velocity Low-amplitude 술기를 통한 복잡 추나 치료군과 12명의 거짓 추나 치료군으로 나누어 1회 치료를 시행하였다. 통증 VAS, 척추 극돌기의 압통 VAS, 우측 척추근과 좌측 척추근의 압통 VAS를 이용하여 평가한 결과, 두 군 간의 통계적으로 유의한 차이가 없었다(각 $p=0.9$, $p=0.73$, $p=0.62$, $p=0.62$). 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

Senna(2011)⁹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 20명의 지속적 추나 치료군과 20명의 거짓 추나 치료군으로 나누어 치료를 실시한 후 통증 VAS, ODI, SF-36, 변형된 Schober test를 이용하여 평가한 결과, 두 군 간에 통계학적으로 유의한 차이가 있었다(모두 $p < 0.001$). 국소 불편감과 피로를 가장 일반적인 이상 반응으로 보고하였으며, 대부분 일시적이며 경증에서 중등도라고 하였다. 심각한 이상 반응은 없었다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 통증 점수를 평가한 8개의 무작위 배정 임상연구들을 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 추나 치료를 시행하였을 때, 무처치 및 거짓 추나 치료군보다 통증 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뒤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향이 일치하지 않고, $I^2=91\%$ 로 비일관성이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. OIS를 충족하고, 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않아 비정밀성이 낮다고 판단하였다. 이에 따라, 통증VAS를 통해 평가한 추나 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

ODI를 통해 기능 점수를 평가한 4개의 무작위 배정 임상연구들을 확인한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 추나 치료를 시행하였을 때, 거짓 추나 치료군보다 기능

개선 효과를 보였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향이 일치하나, $I^2=99\%$ 로 비일관성이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, ODI를 통해 평가한 추나 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

RMDQ를 통해 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 확인한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 추나 치료를 시행했을 때 거짓 추나 치료군보다 기능 개선 효과를 보였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, RMDQ를 통해 평가한 추나 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다.

SF-36를 통해 기능 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구들을 확인한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 추나 치료를 시행했을 때 거짓 추나 치료군보다 기능 개선에 유리한 방향의 효과 추정치를 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향성이 상이하며 $I^2=99\%$ 로 비일관성의 위험이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, SF-36를 통해 평가한 추나 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	541 (9 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -1.79 [-2.57, -1.00]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	222 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{b,c}	-	-	MD -11.43 [-22.73, -0.12]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	179 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^c	-	-	MD -6.70 [-9.51, -3.89]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Disability (SF-36) Important	161 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{d,e}	-	-	MD -3.12 [-9.26, 3.03]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale; SF-36: The 36-Item Short Form Health Survey

a: 효과의 방향성이 일치하지 않고, $I^2=91\%$ 로 상당한 이질성이 있어 비일관성이 높음.

b: 효과의 방향성이 일치하나, $I^2=99\%$ 로 상당한 이질성이 있어 비일관성이 높음.

c: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

d: 효과의 방향성이 일치하지 않고, $I^2=99\%$ 로 상당한 이질성이 있어 비일관성이 높음.

e: 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 추나 치료와 거짓 추나 치료 혹은 무처치를 비교한 9건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)~중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 추나 치료군에서 보고된 이상 반응은 대부분 경미하며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 추나 치료를 시행하는 비율은 54.8%로 임상적 활용도가 높은 것으로 나타났으며, 92.7%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하였다. 추나 치료는 건강보험 급여 항목으로 의료비 부담이 크지 않아 접근성이 높고, 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 미치는 영향도 제한적일 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료를 고려할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

ACP(American College of Physicians) guideline에서는 만성요통환자에게 비약물요법을 먼저 시행하도록 강력하게 권고하고 있으며(권고등급 A), 이때 비약물요법 중 추나 치료를 권고하고 있다(근거수준 Low).

European guideline에서는 만성요통의 치료에서 추나 치료가 거짓 추나 치료보다 단기간 통증 개선 효과를 보여 권고하고 있다(권고등급 B, 근거수준 Moderate).

Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Re-

vision 2021에서는 만성요통에 대하여 통증 및 기능 개선을 위하여 thrust 혹은 non-thrust manipulation을 사용해야 하며(권고등급 A), 단기적인 통증 및 기능 개선을 위해 다른 치료와 병행하여 연부조직 가동술(soft tissue mobilization) 사용을 고려해야 한다고 하였다(권고등급 B).

스코틀랜드의 Management of Chronic Pain에서는 만성요통에 대한 단기 증상 완화를 위해서 수기치료(manual therapy)를 고려해야 한다고 하였다(권고등급 B).

[참고문헌]

1. Bicalho E, Setti JAP, Macagnan J, Cano JLR, Manffra EF. Immediate effects of a high-velocity spine manipulation on paraspinal muscle activity in subjects with nonspecific chronic low back pain. *Man Ther.* 2010;15(5):469-75.
2. Buran Çirak Y, Yurdaişik I, Elbaşı ND, Tütüneken YE, Köçe K, Çınar B. Effect of sustained natural apophyseal glides on stiffness of lumbar stabilizer muscles in patients with nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2021;44(6):445-54.
3. Devantéry K, Morin M, Grimard J, Gaudreault N. Effects of a myofascial technique on the stiffness and thickness of the thoracolumbar fascia and lumbar erector spinae muscles in adults with chronic low back pain: a randomized before-and-after experimental study. *Bio-engineering(Basel).* 2023;10(3):312.
4. Kogure A, Kotani K, Katada S, Takagi H, Kamikozuru M, Isaji T, et al. A randomized, single-blind, placebo-controlled study on the efficacy of the arthrokinematic approach – Hakata method in patients with chronic nonspecific low back pain. *PLoS One.* 2015;10(12):e0144443.
5. Yakut H, Yakut Y, Doral M. Immediate, short- and long-term clinical results of combined Mulligan mobilization with movement techniques in nonspecific chronic low back pain: a randomized placebo-controlled trial. *Adv Rehabil.* 2022;36(1):1-9.
6. Didehdar D, Pourtaheri N, Shafiei E, Moradi A, Rahmani A, Farahmand F, et al. The effect of spinal manipulation on brain neurometabolites in chronic nonspecific low back pain patients: a randomized clinical trial. *Ir J Med Sci.* 2020;189(2):543-50.
7. Dougherty PE, Karuza J, Dunn AS, Savino D, Katz P. Spinal manipulative therapy for chronic lower back pain in older veterans: a prospective, randomized, placebo-controlled trial. *Geriatr Orthop Surg Rehabil.* 2014;5(4):154-64.
8. Loss JF, da Silva LS, Miranda IF, Groisman S, Wagner Neto ES, Souza C, et al. Immediate effects of a lumbar spine manipulation on pain sensitivity and postural control in individuals with nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Chiropr Man Therap.* 2020;28(1):25.
9. Senna MK, Machaly SA. Does maintained spinal manipulation therapy for chronic nonspecific low back pain result in better long-term outcome? *Spine.* 2011;36(18):1427-37.

9) 한약 치료

(1) 배경

한약은 한의 임상 진료 중에 매우 중요한 부분을 차지하고 있다. 한약은 한의학적 기본 이론을 바탕으로 질병의 예방이나 치료를 위해 쓰이는 약재를 말한다. 한약 치료는 환자 개개인의 상태와 특성을 고려하여 ‘변증’이라는 한의학적 진단 과정을 통해 투약하는 방식을 결정하기 때문에 한의학적 진단과 평가 방법이 먼저 표준화되어야만 진정한 표준화가 될 수 있을 것으로 생각된다.

고문헌과 임상적 경험을 토대로 다양한 한약이 만성요통증후군과 같은 근골격계 통증성 질환에도 활용되고 있으나, 시험약의 표준화 등 임상연구를 수행함에 있어서 여러 어려움이 있어서 아직 과학적 근거가 많이 부족한 분야로 꼽을 수 있다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 633명(58.3%)이 한약 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 898명(82.8%)이 다소 중요한 치료 선택지라고 고려한다고 답하였다. 또한 1,075명(99.1%)이 한약 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 적용하는 한약 처방의 유형은 오적산이 68.6%로 가장 많았고, 이어 독활기생탕 35.7%, 작약감초탕 32.2%, 쌍화탕 30.5%, 팔미지황탕 27.7%, 소경활혈탕 17.9%, 활락탕 15.5% 등 순으로 조사되었다. 이는 한약 치료가 만성요통증후군 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 한약 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R12 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 한약 치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

임상적 고려사항

- 한약으로는 오적산, 소경활혈탕, 팔미지황탕, 당귀작약산 등을 고려해야 한다.

(2) 임상질문 : Q12

성인 만성 비특이적 요통환자에게 한약 치료가 거짓 한약 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	한약	위약	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(RMDQ) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Lee(2010)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 16명의 오적산단미혼합엑스산제 복용군, 17명의 오적산복합엑스산제 복용군, 18명의 위약복용군으로 나누어 오적산 혹은 위약을 1일 3회, 총 4주간 복용하게 한 후 통증 VAS, SF-36 bodily pain scale, RMDQ, SF-36 total score, MMST(Modified-modified Schober test), DITI를 이용하여 평가하였다. 이상 반응과 혈액검사상 결과로 오적산단미혼합엑스산제 복용군에서는 이상 반응 총 3건(설사 1건으로 제외), 혈액검사상 GGT 중등도 상승 1건이 발생하였고, 오적산복합엑스산제 복용군에서는 이상 반응 총 3건(설사 1건으로 제외), 혈액검사상 GGT 미약한 상승 1건이 있었고, 위약복용군에서는 이상 반응 총 4건(안면부종 1건으로 제외), 혈액검사상 GGT 미약한 상승 2건, GGT 중등도 상승 1건, bilirubin 상승 1건, AST 상승 1건, ALT 상승 1건이 있었다.

만성요통증후군 한의표준임상진료지침 개발팀(2025)은 한약의 임상적 근거 강화를 위해 무작위 배정 임상연구를 시행하였다. 45명 소경활혈탕 복용군, 45명의 위약 복용군으로 나누어 소경활혈탕 혹은 위약을 1일 3회, 총 6주간 복용하게 한 후 VAS, RMDQ 를 이용하여 평가하였다. 이상 반응은 보고되지 않았다.

② 연구결과의 요약

VAS 변화량을 통해 통증 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 한약 치료를 시행하였을 때, 위약군보다 통증 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=0\%$ 이고, 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서, VAS를 통해 평가한 한약 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

RMDQ를 통해 기능 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 한약 치료를 시행하였을 때, 위약군보다 기능 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=0\%$ 이고, 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서, RMDQ를 통해 평가한 한약 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS변화량) Critical	141 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 9.28 [2.50, 16.05]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	141 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 0.93 [0.10, 1.75]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 한약 치료와 위약치료를 비교한 2건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 한약 치료군에서는 설사를 제외한 경미한 이상 반응이 소수 보고되었고, 혈액검사에서 GGT의 정도 또는 중등도 상승이 일부 확인되었으나 전반적으로 안전성이 양호한 것으로 판단되었다. 통증 개선 및 기능 개선에서도 유의한 효과가 나타나 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 평가된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 한약 치료를 시행하는 비율은 58.3%로 임상적 활용도가 높은 것으로 나타났으며, 99.1%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하였다. 현재 식품의약품안전처에서 허가받은 한약 보험제제 중 만성 요통을 적응증으로 포함하고 있는 약제로는 오적산, 소경활혈탕, 팔미지황탕, 당귀작약산 등이 있으며, 실제 임상에서도 자주 활용되고 있다. 환자의 증상과 체질에 따라 다양한 한약 처방이 변증적으로 적용될 수 있으며, 전문가 집단의 논의를 통해 위 약제들이 만성요통에 대해 임상적으로 사용할 수 있는 약물로 합의되었다. 한약 치료는 건강보험 급여와 비급여가 혼재되어 있으나 비교적 접근성이 높고 비용 부담이 임상 적용을 제한하는 수준은 아닌 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 B를 부여한다. 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 한약 치료를 고려해야 한다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain: Clinical Practice Guideline에서는 만성요통의 급성 악화에 대해서 특정 한약재 성분(Harpagophytum procumbens, Salix daphnoides, Salix purpurea, Capsicum frutescens)을 적용할 것을 고려할 수 있다고 하였다(권고등급 C).

일본의 Clinical Practice Guideline for Chronic Pain에서는 만성 통증에 대해서 한약 치료를 적용할 것을 고려할 수 있다고 하였다(권고등급 C, 근거수준 Low).

[참고문헌]

1. 이승훈. 요통환자를 대상으로 한 오적산 추출방법 차이에 따른 효능 비교: 무작위 이중맹검 임상시험. 경희대학교 석사학위논문; 2010.
2. 만성요통증후군 한의표준임상진료지침 개발팀. 만성요통증후군 한의표준임상진료지침 고도화연구. 연구보고서. 경희대학교 산학협력단; 2025.

10) 침도 치료

(1) 배경

침도 치료는 침 치료와 수술 요법을 결합한 치료법으로, 최소 침습적으로 연부조직을 절개하는 방식이다. 황제내경에서 '9침법' 중 한 가지 침 치료 형태로 제시되어 있으며, 1976년 Zhu Hanzhang에 의해 현대적 방식의 침도 치료로 개발되었다. 침도는 납작한 바늘 끝에 편평한 수술용 메스가 있는, 너비 1.0mm, 길이 80mm 내외의 형태이며, 침도, acupotomy, acupotome, needle knife 등의 용어로 혼용되기도 한다. 연부조직의 유착과 구축을 완화함으로써 염증을 감소시키고, 비정상적인 압력을 줄이는 효과가 있다. 특히, 근육의 경결점을 분리시켜 근육 경련을 줄이고, 압박된 혈관과 신경을 이완시킬 수 있다. 유착성 관절낭염, 수근관 증후군, 요추 협착증 등의 만성 근골격계 질환 환자들의 통증을 줄이고 삶의 질을 개선시키기 위해 활용되고 있다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 136명(12.5%)이 침도 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 424명(39.1%)이 다소 중요한 치료 선택지라고 고려한다고 답하였다. 또한 778명(71.7%)이 침도 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 침도 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R13 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 개선을 위하여 침도 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(2) 임상질문 : Q13

성인 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료는 활성대조군에 비하여 통증 개선을 보이는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	침도 치료	침 치료	통증 ① 통증(VAS) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Lv(2016)¹⁾은 204명을 대상으로 한 무작위 배정 임상연구를 통해 102명의 침도 치료군과 102명의 침 치료군으로 나누어, 침도 치료는 요방형근과 중둔근 및 소둔근의 통증 유발점에 1회/10일, 총 2회차 치료를 시행하였으며, 침 치료는 동일한 통증 유발점 및 아시혈에 1회/10일, 총 2회차 치료를 실시하였다. 치료 전과 치료 후의 통증 VAS

를 이용하여 평가한 결과, 침도 치료군에서 통증 VAS 지표가 유의하게 감소한 것이 확인되었다($p=0.028$). 이상 반응은 언급되지 않았다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료를 시행하였을 때, 침 치료군보다 통증 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서, 통증 VAS를 통해 평가한 침도 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	204 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -2.70 [-3.24, -2.16]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale

a: 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

b: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료와 침 치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 침도 치료군에서 보고된 이상 반응은 보고되지 않았으며, 통증 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 침도 치료를 시행하는 비율은 12.5%로 임상적 활용도는 상대적으로 낮았으나, 71.7%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하였다. 침도 치료는 건강보험 비급여 항목이지만 임상에서 선택적으로 활용되고 있으며, 비용 부담이 임상 적용을 제한하는 수준은 아닌 것

으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 개선을 위하여 침도 치료를 고려할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

WJAM(World Journal of Acupuncture-Moxibustion) guideline에서는 요통의 치료에 있어서 침도 치료는 요추 연조직(근육, 인대, 관절낭) 병변의 유착 치료에 권장된다(권고등급 C, 근거수준 Low).

[참고문헌]

1. 吕尧, 刘云鹏, 权革, 修瑞华. 针刀治疗深筋膜激痛点对椎管外源性腰痛作用的临床研究. 中外医疗. 2016;35(6):153-4.

【 R14 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 개선을 위하여 표준약물치료보다 침도 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(1) 임상질문 : Q14

성인 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료는 표준약물치료에 비하여 통증 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	침도 치료	표준약물치료	① 통증(VAS) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Guo(2021)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 30명의 침도 치료군과 30명의 표준 약물치료군으로 나누어, 침도 치료는 압통점, 척추기립근, 횡돌기인대 등의 경결점에 1회/주 총 3주 치료를 하였으며, 표준약물치료군은 celecoxib(1회 1정, 1회/일)와 eperisone(1회 1정, 3회/일)을 3주간 병용투여하였으며, 진정제나 근이완제 복용을 금하였다. 치료 전과 치료 후의 통증 VAS를 이용하여 평가한 결과, 침도 치료군에서 통증 VAS 지표가 유의하게 감소한 것이 확인되었다($p < 0.001$). 침도 치료군에서는 부작용이 2례 보고되었으며, 피하출혈이 확인되었는데 휴식 후 점진적으로 소실되었으며, 표준약물치료군에서는 부작용이 3례 보고되었으며, 공복 시 복부 불편감을 호소하였으며, 위점막 보호제 복용 후 증상이 소실되었다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료를 시행하였을 때, 표준약물치료군보다 통증 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, 통증 VAS를 통해 평가한 침도 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	60 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -2.89 [-3.88, -1.90]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale

a: 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

b: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 침도 치료와 표준약물치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 침도 치료군에서 보고된 이상 반응은 경미하였으며, 통증 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 침도 치료를 시행하는 비율은 12.5%로 임상적 활용도는 상대적으로 낮았으나, 71.6%는 이를 임상적 위험이 낮은 안전한 치료로 평가하였다. 침도 치료는 건강보험 비급여 항목이지만 임상에서 선택적으로 활용되고 있으며, 비용 부담이 임상 적용을 제한하는 수준은 아닌 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 개선을 위하여 표준약물치료보다 침도 치료를 고려할 수 있다.

(3) 다른 임상진료지침과의 비교

WJAM(World Journal of Acupuncture-Moxibustion) guideline에서는 요통의 치료에 있어서 침도 치료는 요추 연조직(근육, 인대, 관절낭) 병변의 유착 치료에 권장된다(권고등급 C, 근거수준 Low).

[참고문헌]

1. 郭柱能, 陈嘉怡, 何锦安. 针刀筋膜松解技术治疗慢性劳损性腰痛的疗效分析. 中国现代药物应用. 2021;4(105).

11) 물리 치료

(1) 배경

물리 치료(物理治療)는 자연의 힘이나 물리적 작용을 이용한 비수술적 치료 방법을 일컫는다. 광선 요법과 전기 요법, 온열 요법 및 냉각 요법, 마사지 요법 등이 포함되며, 신경자극 및 혈관확장을 통해 통증 감소, 관절 가동범위 제한 완화를 통해 환자가 느끼는 증상으로 인한 불편감을 줄이는 효과를 지닌다. 주로 활용되는 물리 치료로는 경피적 전기 신경자극치료(transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS), 간섭파전류치료(interferential current therapy, ICT), 체외충격파치료(extracorporeal shock wave therapy, ESWT), 신경근자극치료(neuromuscular electrical stimulation, NMES) 및 초음파치료, 레이저 치료, 온열 치료, 한랭치료 등이 있다.

2025년 11월 실시된 1085명의 한의사 대상 설문조사에 따르면, 만성요통증후군에 대해 663명(61.1%)이 물리 치료를 일반적으로 수행하는 치료이며, 669명(61.7%)이 다소 중요한 치료 선택지라고 고려한다고 답하였다. 또한 1,069명(98.5%)이 물리 치료가 안전한 치료라고 답하였다. 적용하는 물리 치료의 유형은 간섭파전류치료(ECT)가 89.7%로 가장 많았고, 이어 온열치료 64.2%, 경피적 전기 신경자극치료(TENS) 46.3%, 한랭치료 8.5%, 초음파치료 7.9% 등 순으로 조사되었다. 이는 물리 치료가 만성요통증후군 환자 치료에 있어 임상적으로 높은 활용도를 보이고 있으며, 실제 치료 선택지로서의 인식도 또한 높다는 점을 보여준다. 이에 현재까지 수행된 연구와 임상현황을 반영하여, 만성요통증후군 환자에 대한 물리 치료 단독요법에 대한 권고안을 제시하였다.

【 R15 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자에서 통증 및 기능 개선을 위해 TENS 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(2) 임상질문 : Q15

성인 만성 비특이적 요통환자에게 TENS 치료가 거짓 TENS 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	TENS 치료	거짓 TENS 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 통증(MPQ) 점수 ③ 기능(RMDQ) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

MPQ: McGill Pain Questionnaire; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Aguilar Ferrándiz(2016)¹⁾는 무작위 배정 임상연구를 통해 16명의 TENS 치료군과 16명의 거짓 TENS 치료군으로 나누어 lumbar myofascial trigger points에 20분간 16mA, 8Hz로 3주간 총 6회 실시한 후, 통증 VAS를 이용하여 평가한 결과 치료군내 전후 비교 값은 유의하게 변화했으나 군 간 변화가 없었다. TENS 및 거짓 TENS군에서 local bleeding, focal pain, Minor headache 등의 경미한 이상 반응이 보고되었다.

de Alencar Caldas(2021)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 11명의 TENS 치료군과 11명의 거짓 TENS 치료군으로 나누어 20분간 4Hz의 TENS 치료와 educational program을 4주간 총 10회 실시한 후 통증 VAS의 통증 항목, RMDQ의 신체 기능 항목을 이용하여 평가한 결과, 두 군 간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다(각 $p=0.744$, $p=0.082$). 두 군에서 모두 이상 반응은 보고되지 않았다.

Dias(2021)³⁾는 무작위 배정 임상연구로, sensory-level TENS군(35명), motor-level TENS군(35명), sham TENS군(35명)으로 구성되었다. TENS는 요추부에 4주간 적용하였으며, 통증 VAS와 MPQ로 치료 효과를 평가하였다. 그 결과 치료 후 통증 지표에서 군 간 유의한 차이가 보고되었고(모두 $p<0.05$), 이상 반응은 보고되지 않았다. 근거분석에서는 sensory-level TENS군과 sham TENS군, motor-level TENS군과 sham TENS군 간 비교 결과를 각각 활용하였다.

Pivovarsky(2021)⁴⁾는 무작위 배정 임상연구로, conventional TENS군(35명), burst TENS군(35명), sham TENS군(35명)으로 구성되었다. TENS는 30분간 100Hz로 1회 적용하였고, 통증 VAS 및 MPQ 변화량으로 평가하였다. 통증 VAS에서는 군 간 유의한 차이가 없었으나($p=1.00$), MPQ에서는 유의한 차이가 보고되었으며($p=0.02$), 이상 반응은 보고되지 않았다. 근거분석에서는 conventional TENS군과 sham TENS군, burst TENS군과 sham TENS군 간 비교 결과를 각각 활용하였다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 통증 점수를 평가한 4개의 무작위 배정 임상연구들을 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 TENS 치료를 시행하였을 때, 거짓 TENS 치료군보다 통증 개선에 유리한 방향의 효과 추정치를 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=0\%$ 이나, 효과의 방향이 일치하지 않아 비일관성이 높은 것으로 판단하여 근거수준을 한등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, 통증 VAS를 통해 평가한 TENS 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

RMDQ를 통해 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 TENS 치료와 거짓 TENS 치료 간 기능 개선 효과의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, RMDQ를 통해 평가한 TENS 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

MPQ를 통해 통증 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구들을 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 TENS 치료를 시행하였을 때, 거짓 TENS 치료군보다 통증 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=0\%$ 이고, 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, MPQ를 통해 평가한 TENS 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	264 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.45 [-1.14, 0.24]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	22 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	-	-	MD 0.18 [-2.57, 2.93]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Pain (MPQ) Important	210 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^c	-	-	MD -2.35 [-4.12, -0.59]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

MPQ: McGill Pain Questionnaire; RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 효과의 방향성이 일치하지 않아 비일관성이 높음.

b: 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

c: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(3) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에게 TENS 치료와 거짓 TENS 치료를 비교한 4건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low), 기능 개선에 대한

근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 물리 치료군에서 보고된 이상 반응은 대부분 경미하며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 물리 치료를 시행하는 비율은 61.1%이며, 이 중 TENS는 46.3%로 임상적 활용도가 높은 것으로 나타났으며, 98.5%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하였다. 물리 치료는 건강보험 급여 항목으로 접근성이 높고, 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 미치는 영향도 제한적일 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자에서 통증 및 기능 개선을 위해 TENS 치료를 고려할 수 있다.

(4) 다른 임상진료지침과의 비교

ACP(American College of Physicians) guideline에서는 만성요통의 치료에 있어서 TENS 치료와 거짓 TENS 치료가 통증 및 기능 개선 효과에 차이가 없으며(근거 수준 Low), TEN치료와 침 치료가 단기 혹은 장기간 통증 개선 효과에 차이가 없는 것으로 나타났다(근거 수준 Low).

European guideline에서는 만성요통의 치료에서 TENS 치료가 위약이나 거짓 TENS 치료에 비해서 더 효과적이지 않다고 권고하고 있으며(권고등급 A, 근거수준 High), 척추 감압술, 침 치료, 경막외 신경 성형술, 혹은 전침 치료에 비해서 효과적이지 않다고 권고하고 있다(권고등급 B, 근거수준 Moderate).

Non-Invasive and Minimally Invasive Management of Low Back Disorders에서는 만성요통 및 만성적인 요추 방사통에 대해서 효과적인 치료의 보조 수단으로서 TENS 치료를 선택할 것을 제안하였다(권고등급 I, 근거수준 Low).

스코틀랜드의 Management of Chronic Pain에서는 만성 통증에 대해서 증상 완화를 위해서 주파수 세기와 상관없이 TENS 치료 사용을 고려해야 한다고 하였다(권고등급 B).

[참고문헌]

1. Aguilar Ferrándiz ME, Nijs J, Gidron Y, Roussel N, Vanderstraeten R, Van Dyck D, et al. Auto-targeted neurostimulation is not superior to placebo in chronic low back pain: a four-fold blind randomized clinical trial. Pain Physician. 2016;19(5):E707-19.
2. de Alencar Caldas VV, Maciel DG, Cerqueira MS, Barboza JAM, Neto JBV, Dantas G, et al. Effect of pain education, cryotherapy, and transcutaneous electrical nerve stimulation on pain, functional capacity, and quality of life in patients with nonspecific chronic low back pain: a single-blind randomized controlled trial. Am J Phys Med Rehabil. 2021;100(3):243-9.

3. Dias LV, Cordeiro MA, Schmidt de Sales R, Dos Santos M, Korelo RIG, Wojciechowski AS, et al. Immediate analgesic effect of transcutaneous electrical nerve stimulation(TENS) and interferential current(IFC) on chronic low back pain: a randomised placebo-controlled trial. *J Bodyw Mov Ther.* 2021;27:181-90.
4. Pivovarsky MLF, Gomes F, de Moura RM, Guarda KRI, César GL, Eloin LR, et al. Immediate analgesic effect of two modes of transcutaneous electrical nerve stimulation on patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Einstein(Sao Paulo).* 2021;19.

【 R16 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자에서 통증 및 기능 개선을 위해 ICT 치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(1) 임상질문 : Q16

성인 만성 비특이적 요통환자에게 ICT 치료가 거짓 ICT 치료에 비하여 통증 및 기능 개선을 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	ICT 치료	거짓 ICT 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS, NRS) 점수 ② 기능(RMDQ) 점수 ③ 기능(ODI) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

ODI: Oswestry Disability Index; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale; NRS: Numeric Rating Scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Almeida(2020)¹⁾는 무작위 배정 임상연구를 통해 각 35명씩의 4가지 ICT 치료군(2kHz/100Hz, 2 kHz/2Hz, 4kHz/100Hz, 4kHz/2Hz)과 35명의 거짓 ICT 치료군으로 나누어 1회의 치료를 30분간 100Hz frequency, carrier frequency 2000Hz로 실시한 후 통증 NRS를 이용하여 평가하였다. 그 결과, 군 모두 군 내 변화에서 통계적으로 유의한 차이가 있었으며(모두 $p < 0.05$) 군 간에도 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$). 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

Correa(2016)²⁾은 무작위 배정 임상연구로 1kHz 군, 4kHz 군, 거짓 ICT 군(placebo)으로 배정하여 4주간 총 12회 치료를 시행하였으며, 본 메타분석에서는 4kHz ICT 군(46명)과 거짓 ICT 군(44명)을 비교하여 통증 VAS와 RMDQ를 평가하였다. 그 결과, 통증 NRS와 RMDQ에서 두 군 간에 통계학적으로 유의한 차이가 있었다(각 $p=0.0002$, $p=0.05$). 이상 반응은 없다고 보고하였다.

Jung(2020)³⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 44명의 ICT 치료군과 20명의 거짓 ICT 치료군으로 나누어 4주간 12회의 치료를 실시한 후 통증 VAS, ODI를 이용하여 평가하였다. 그 결과, ODI에서는 두 군 간에 통계학적으로 유의한 차이가 있었으나 통증 VAS에서는 두 군 간에 통계학적으로 유의한 차이가 없었다(각 $p=0.039$, $p=0.886$). 이상 반응은 없다고 보고하였다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 통증 점수를 평가한 3개의 무작위 배정 임상연구들을 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 ICT 치료를 시행하였을 때, 거짓 ICT 치료군보다 통증 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=7\%$ 이고, 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연

구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, 통증 VAS를 통해 평가한 ICT 치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

RMDQ를 통해 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 ICT 치료를 시행하였을 때, 거짓 ICT 치료군보다 기능 개선을 보였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, RMDQ를 통해 평가한 ICT 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

ODI를 통해 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 ICT 치료를 시행하였을 때, 거짓 ICT 치료군보다 기능 개선에 유리한 방향의 효과 추정치를 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, ODI를 통해 평가한 ICT 치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS, NRS) Critical	329 (3 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -0.93 [-1.40, -0.45]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	136 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -3.05 [-5.60, -0.50]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	64 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{b,c}	-	-	MD -1.25 [-5.65, 3.15]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

b: 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

c: 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에게 ICT 치료와 거짓 ICT 치료를 비교한 3건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 물리 치료군에서 보고된 이상 반응은 대부분 경미하며, 통증 개선 및 기능 개선에 유의한 효과를 보여 위해보다 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사 결과, 만성요통증후군 환자에게 물리 치료를 시행하는 비율은 61.1%이며, 이 중 ICT는 89.7%로 임상적 활용도가 높은 것으로 나타났으며, 98.5%는 이를 임상적 위해가 낮은 안전한 치료로 평가하였다. 물리 치료는 건강보험 급여 항목으로 접근성이 높고, 시술 비용이 건강불평등 및 형평성에 미치는 영향도 제한적일 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자에서 통증 및 기능 개선을 위해 ICT 치료를 고려할 수 있다.

(3) 다른 임상진료지침과의 비교

ACP(American College of Physicians) guideline에서는 만성요통의 치료에 있어서 ICT 치료가 위약 혹은 거짓 ICT 치료와 비교하여 효과적이지 않으며(권고등급 D, 근거 수준 Very Low), ICT 치료가 TENS 치료와 기계식 요추 견인 및 마사지 병행 치료가 동일하게 효과적이라는 근거는 제한적이었다(권고등급 C, 근거 수준 Low).

European guideline에서는 만성요통의 치료에 있어서 ICT 치료의 효과를 판단하기에 근거가 불충분하다고 보고하였다.

[참고문헌]

1. Almeida N, Paladini LH, Korelo RG, Liebano RE, de Macedo ACB. Immediate effects of the combination of interferential therapy parameters on chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Pain Pract.* 2020;20(6):615-25.
2. Corrêa JB, Costa LOP, Oliveira NTB, Lima WP, Sluka KA, Liebano RE. Effects of the carrier frequency of interferential current on pain modulation and central hypersensitivity in people with chronic nonspecific low back pain: a randomized placebo-controlled trial. *Eur J Pain.* 2016;20(10):1653-66.
3. Jung KS, Im TS. Effects of interferential current treatment on pain, disability, and balance in patients with chronic low back pain: a randomized controlled study. *J Korean Soc Phys Med.* 2020;15(3):21-7.

1) 침 치료 + 뜸 치료

【 R17 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

임상적 고려사항

- 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 신수(BL23), 대장수(BL25), 양릉천(GB34), 요양관(GV3)(환측), 그리고 아시혈에 뜸 치료를 시행하는 것을 고려할 수 있다.

(1) 임상질문 : Q17

성인 만성 비특이적 요통환자에서 침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료는 침 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	침 치료 + 뜸 치료	침 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(ODI) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

ODI: Oswestry Disability Index; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Zhang(2022)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 32명의 침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료군과 32명의 대조군으로 나누어 치료를 시행하였다. 복합치료군의 침 치료는 한 세션당 3회씩 진행했으며 매주 첫 침 치료 후 뜸을 시행하는 방식으로 치료를 진행하였고, 뜸 치료는 1주일을 한 세션으로 하여 총 4 세션을 진행했고 주 1회씩 명문(GV4)을 중심으로 반경 8~10cm의 원형 영역에 두께 2~3cm의 생강덩어리 위에 직접구의 형태로 시행했으며 60분간 진행했다. 대조군은 침 치료만 진행했다. 통증 VAS와 ODI를 통해 평가를 시행했으며 통증 VAS 상 통계적 유의한 차이는 없었으나($p=0.054$), ODI상 두 군 간 통계적 유의한 차이가 있었다($p=0.001$). 뜸 치료군에서 1건의 국소적 홍반 및 발열이 보고되었으나 화상연고 사용 후 정상 회복되었으며 대조군에서는 우측 신수(BL23) 부위 피하혈종이 1건 있었으나 자연 회복되었다고 보고되었다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료를 시행한

경우, 침 치료보다 통증 개선에 유리한 방향의 효과 추정치를 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS로 평가한 침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

ODI를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 침 치료보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 ODI를 통해 평가한 침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	64 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.47 [-0.94, -0.00]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	64 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -6.65 [-7.75, -5.56]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale

a: 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

b: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료와 침 치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low), 기능 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료군에서 보고된 이상 반응은 주로 경미한 국소 반응에 해당하며, 개별 치료와 비교했을 때 위해도가 증가한다는 근거는 없었고, 통증 개선과 기능 개선에서는 호전을 보이는 경향이 확인되어, 전반적으로 위해보다 이득의 효과가 큰 치료방법으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사에서도 침 치료는 99.5%, 뜸 치료는 54.7%의 임상적 적용률을 보였고, 각각 99.0%, 92.0%의 응답자가 안전한 치료로 평가하는 등 두 치료 모두 높은 활용도와 안전성 인식을 확보하고 있었다. 침과 뜸은 모두 건강보험 급여 항목으로 의료비 부담이 크지 않고, 비용 측면에서 접근성이 높아 임상 적용의 장애요인이 적은 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료에 대해 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.

[참고문헌]

1. 张晚叶. 针刺联合温阳益肾灸治疗寒湿型慢性非特异性下腰痛的临床研究. 湖北中医药大学 硕士学位论文; 2022. doi:10.27134/d.cnki.ghbzc.2022.000109.

2) 침 치료 + 약침 치료

【 R18 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

(1) 임상질문 : Q18

성인 만성 비특이적 요통환자에서 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료는 침 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	침 치료 +약침 치료	침 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(RMDQ) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

만성요통증후군 한의표준임상진료지침 개발팀(2025)은 약침 치료의 임상적 근거 강화를 위해 무작위 배정 임상연구를 시행하였다. 임상에서 실제로 사용되는 형태의 실용적 임상연구 형태로 진행하였으며, 약침 치료의 시너지효과를 보기 위하여 35명의 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료군, 35명의 침 치료군으로 나누었다. 한의사의 임상적 판단에 따라 요추부 압통점 및 주요 경혈에 치료하였으며, 시술 시 사용한 약침액의 종류는 봉독, 자하거 등으로 한의사의 임상적 판단에 따라 선택하였고, 용량은 0.1~0.6cc 범위로 사용하였다. 각 군에 해당하는 치료를 1주에 2번씩, 6주간 총 12번 시행한 후 VAS, RMDQ를 이용하여 평가하였다. 이상 반응은 보고되지 않았다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS 변화량을 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 침 치료군보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS를 통해 평가한 침 치료 및 약침 치료로 구성된 복합치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

RMDQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 침 치료군보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 RMDQ를 통해 평가한 침 치료 및 약침 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS변화량) Critical	70 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 1.45 [0.63, 2.27]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	70 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 2.00 [0.76, 3.24]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 OIS보다 작아 비정밀성이 높음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료 및 약침 치료로 구성된 복합치료와 침 치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료군에서 보고된 이상 반응은 없었으며, 개별 치료와 비교했을 때 위해도가 증가한다는 근거는 없었고, 통증 개선과 기능 개선에서도 호전을 보이는 경향이 확인되어 전반적으로 위해보다 이득의 효과가 큰 치료방법으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사에서도 침 치료는 99.5%, 약침 치료는 73.2%의 임상적 적용률을 보였고, 각각 99.0%, 95.5%의 응답자가 안전한 치료로 평가하는 등 두 치료 모두 높은 활용도와 안전성 인식을 확보하고 있었다. 침 치료는 건강보험 급여 항목이며, 약침 치료는 비급여 항목이지만 실

제 임상에서 활용도가 높고 비용 부담이 치료 접근성을 제한하는 수준은 아닌 것으로 평가된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료에 대해 권고등급 B를 부여한다. 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 약침 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.

[참고문헌]

1. 만성요통증후군 한의표준임상진료지침 개발팀. 만성요통증후군 한의표준임상진료지침 고도화연구. 연구보고서. 경희대학교 산학협력단; 2025.

3) 침 치료 + 매선 치료

【 R19 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

(1) 임상질문 : Q19

성인 만성 비특이적 요통환자에서 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합치료는 침 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	침 치료 +매선 치료	침 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(RMDQ) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Sung(2020)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통하여 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합 치료군 19명 침 치료군 19명을 나누어 치료를 시행하였다. 복합치료군의 경우 요방형근, 척추기립근, 다열근을 치료목표로 하여 10개의 매선을 1주일에 1회씩 8주 동안 치료하였고, BL23, BL24, BL25, BL26, GV3, EX-B5, BL40, BL60 총 15개의 혈자리에 1주일에 2번 20분씩 유침하여 8주 동안 침 치료를 병행하였다. 침 치료군의 경우, 복합치료군에서 시행한 침 치료와 동일하게 치료하였다. 그 결과 치료종료 직후, 치료종료 3개월 후에 통증 VAS가 두 군에서 유의한 차이를 보였고, RMDQ에서는 유의한 차이가 없었다. 이상 반응 여부를 확인하였다고 언급하였으나, 보고된 이상 반응은 없었다.

② 연구결과 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 침 치료군보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생생 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS를 통해 평가한 침 치료 및 매선 치료로 구성된 복합치료의 통증 개선 효과에 대

한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

RMDQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 침 치료군보다 기능 개선에 유리한 방향의 효과 추정치를 확인하였다. 배정 순서의 생성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 RMDQ를 통해 평가한 침 치료 및 매선 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	38 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -1.43 [-2.66, -0.20]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	38 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	-	-	MD -0.50 [-2.83, 1.83]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 OIS보다 작아 비정밀성이 높음.

b: 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 침 치료 및 매선 치료로 구성된 복합치료와 침 치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합치료군에서 보고된 이상 반응은 없었으며, 개별 치료와 비교했을 때 위해도가 증가한다는 근거는 없었고, 통증 개선과 기능 개선에서도 호전을 보이는 경향이 확인되어 전반적으로 위해보다 이득의 효과가 큰 치료방법으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사에서도 침 치료는 99.5%, 매선 치료는 6.8%의 임상적 적용률을 보였으며, 각각 99.0%, 81.8%의

응답자가 안전한 치료로 평가하는 등 두 치료 모두 임상 현장에서의 안전성 인식을 확보하고 있었다. 침 치료는 건강보험 급여 항목으로 접근성이 높고, 매선 치료는 비급여 항목이지만 임상에서 선택적으로 활용되고 있으며, 비용 부담이 치료 접근성을 제한하는 수준은 아닌 것으로 평가된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합치료에 대해 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통 환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 침 치료보다 침 치료와 매선 치료로 구성된 복합 치료를 고려해야 한다.

[참고문헌]

1. Sung WS, Hong Y, Jeon SR, Yoon J, Chung EK, Jo HG, et al. Efficacy and safety of thread embedding acupuncture combined with acupuncture for chronic low back pain: a randomized, controlled, assessor-blinded, multicenter clinical trial. *Medicine(Baltimore)*. 2020;99(49):e22526.

4) 전침 치료 + 뜸 치료

【 R20 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 전침 치료보다 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

(1) 임상질문 : Q20

성인 만성 비특이적 요통환자에서 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료는 전침 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	전침 치료 + 뜸 치료	전침 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(JOA) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

JOA score: Japanese Orthopaedic Association Score; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Liu(2019)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 30명의 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료군과 30명의 대조군으로 나누어 치료를 시행하였다. 복합치료군의 뜸 치료는 하루 1회, 6일 시행 후 1일 휴식을 한 세션으로 하여 두 세션 동안 치료를 진행했으며 신수(BL23), 대장수(BL25), 위중(BL40), 명문(GV4) 또는 태계(KI3)에 침과 연결된 간접구의 형태로 2장씩 시행하였다. 이와 동시에 아시혈에는 전침을 병행했으며, 대조군은 전침 치료만 시행하였다. 통증 VAS, Japanese Orthopaedic Association Questionnaire(JOA)를 통해 평가를 시행하였고 통증 VAS와 JOA 모두 두 군 간 통계적 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$). 뜸 치료군에서 2건의 경미한 피부발적과 통증, 대조군에서 1건의 어지럼증과 두근거림이 있었으나 치료와는 영향이 없다고 보고했다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료가 전침 치료보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 한편, 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS를 통해 평가한 전침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중

등도(Moderate)로 평가하였다.

JOA Score를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료가 전침 치료보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 한편, 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 JOA Score를 통해 평가한 전침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	60 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -0.94 [-1.38, -0.50]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (JOA score) Important	60 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD 4.36 [2.78, 5.94]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

JOA score: Japanese Orthopedic Association Score; RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 전침 치료 및 뜸 치료로 구성된 복합치료와 전침 치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료군에서 보고된 이상 반응은 주로 경미한 국소 반응에 해당하며, 개별 치료와 비교했을 때 위해도가 증가한다는 근거는 없었고, 통증 개선과 기능 개선에서도 호전을 보이는 경향이 확인되어 전반적으로 위해보다 이득의 효과가 큰 치료방법으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사에서도 전침 치료는 81.3%, 뜸 치료는 54.7%의 임상적 적용률을 보였으며, 각각 99.3%, 92.0%의 응답자가 안전한 치료로 평가하는 등 두 치료 모두 높은

활용도와 안전성 인식을 확보하고 있었다. 전침과 뜸은 모두 건강보험 급여 항목으로 의료비 부담이 크지 않아 비용 측면에서도 접근성이 높으며, 임상 적용을 제한하는 장애요인이 적은 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료에 대해 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 전침 치료보다 전침 치료와 뜸 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.

[참고문헌]

1. 刘云平. 艾灸联合电针治疗肾虚型腰痛의疗效观察. 湖北民族大学 硕士学位论文; 2019.

5) 전침 치료 + 운동 치료

【 R21 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 전침 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(1) 임상질문 : Q21

성인 만성 비특이적 요통환자에서 전침 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료는 운동 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	전침 치료 + 운동 치료	운동 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS, NRS) 점수 ② 기능(RMDQ) 점수 ③ 기능(ODI) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

NRS: Numeric Rating Scale; ODI: Oswestry Disability Index; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Yeung(2003)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 25명의 Electroacupuncture(EA)+exercise군, 24명의 exercise군의 2개 군으로 나누어 전침 치료의 경우, 신수(BL23), 대장수(BL25), 위중(BL40), 삼음교(SP6)에 0.3 × 40mm 침으로 득기감을 느끼게 자침 하였고 2Hz의 빈도로 시행하였으며 30분간 시술하였다. 치료는 4주간 주 3회 빈도로 총 12회 진행되었으며 1회 치료당 자침 개수는 4개였다. 시술 후 NRS, Aberdeen LBP scale, AROM, Isokinetic strength를 이용하여 평가하였다. 통증은 NRS로 평가하였으며 평가 전 1주일간의 평균적인 통증을 기록한 NRS-average 및 가장 심한 통증을 기록한 NRS-worst 모두 EA+exercise군에서 exercise군과 비교하여 모두 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다($p < 0.05$). Aberdeen LBP scale에서도 EA+exercise군에서 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다($p < 0.05$). Extension 및 Flexion을 평가한 AROM 및 60°에서의 Isokinetic strength를 평가하는 Flexor peak torque percent body weight(FPTBW), extensor peak torque percent body weight(EPTBW), flexor total work percent body weight(FTWBW), extensor total work percent body weight(ETWBW) 항목에서는 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다.

Cheng(2023)²⁾ 등은 무작위 배정 임상연구를 통해 30명의 Lumbar-pelvic training과 Electroacupuncture로 구성된 복합치료군, 30명의 Lumbar-pelvic training 단독 치료군, 30명의 Electroacupuncture 단독 치료군으로 나누어 통증 VAS와 ODI를

평가하였다. 신수(BL23), 대장수(BL25), 관원수(BL26), 질변(BL54) 등에 총 15~20분 간 유침하면서 일주일에 5회, 총 2주간 시행하였고 연구 결과, Lumbar-pelvic training와 Electroacupuncture를 병행한 복합치료군에서 통증 VAS 및 ODI 점수가 유의미하게 감소하였으며, 치료 후 신경근 기능 회복이 촉진되었으며, 국소 감각 반응이 활성화되어 신경 자극 효과가 증대되었음을 확인하였다. 치료 후 심각한 이상 반응은 없었다. 근거분석 시 Lumbar-pelvic training과 Electroacupuncture로 구성된 복합치료군과 Lumbar-pelvic training 단독 치료군 간 비교 결과를 활용하였다.

Tsui(2004)³⁾는 무작위 배정 임상연구를 통해 14명의 Electroacupuncture(EA)+운동 치료군과 14명의 Electrical Heat acupuncture(EH)+운동 치료군, 14명의 운동 치료군으로 나누어 자침 시 대장수(BL25), 관원수(BL26), 환도(GB30), 족삼리(ST36)에 치료를 실시하였고 EA군에서는 2/15Hz의 교대 빈도로 20분간 시술하였고, EH군에서는 EA와 동일한 위치에 42°C로 설정되어 5초간 켜지고 5초간 꺼지는 것의 교대로 시술하였다. 침 치료들은 4주간 주2회로 총 8회 시행되었다. 대조군의 경우에는 6가지의 mobilization exercise를 20회, 1가지의 abdominal stabilization exercise를 10회를 세트로 하여 하루에 3회 집에서 운동을 하도록 하였고, EA군, EH군 모두 대조군과 같은 운동 치료를 병행하였다. 시술 후 NPRS(numeric rating scale of pain), SLR, RMDQ를 평가하였으며 NPRS는 비교군에 비하여 EA에서 통계적으로 유의한 차이가 있었고($p=0.001$), SLR의 경우도 비교군에 비하여 EA에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p=0.001$). RMDQ는 비교군에 대하여 EA군에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 근거분석 시 Electroacupuncture(EA)+운동 치료군과 운동 치료군 간 비교 결과를 활용하였다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS, NRS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 3개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 운동 치료군보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뒤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=0\%$ 이고, 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS를 통해 평가한 전침 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

RMDQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시

행한 경우, 운동 치료군보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 배정 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 RMDQ를 통해 평가한 전침 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

ODI를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 운동 치료군보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 ODI를 통해 평가한 전침 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS, NRS) Critical	137 (3 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	SMD -1.13 [-1.75, -0.51]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	28 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -2.43 [-3.81, -1.05]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	60 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -6.87 [-8.85, -4.89]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

NRS: Numeric Rating Scale; ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

b: 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료와 운동 치료를 비교한 3건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다.

GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)~중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 전침 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료군에서 보고된 이상 반응은 주로 경미한 국소 반응에 해당하며, 개별 치료와 비교했을 때 위해도가 증가한다는 근거는 없었고, 통증 개선과 기능 개선에서도 일관된 호전 경향이 확인되어 전반적으로 위해보다 이득의 효과가 큰 치료방법으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사에서도 전침 치료는 81.3%의 임상적 적용률을 보였고, 99.3%의 응답자가 안전한 치료로 평가하였으며, 운동 치료 역시 근골격계 질환에서 보편적으로 활용되는 비약물적 중재로서 안전성이 높고 임상 수용도가 높은 것으로 확인된다. 전침 치료는 건강보험 여 항목으로 접근성이 높으며, 운동 치료는 별도의 비용이 들지 않는 환자 자가 관리 중심의 중재로 비용 부담이 거의 없어 임상 적용의 장애요인이 매우 적은 것으로 평가된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 전침 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료에 대해 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 전침 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.

[참고문헌]

1. Yeung CK, Leung MCP, Chow DHK. The use of electroacupuncture in conjunction with exercise for the treatment of chronic low-back pain. *J Altern Complement Med.* 2003;9(4):479-90.
2. Cheng YD, Zhou JJ, Wang XH, Liu Y, Zhang Y, Li J, et al. Effects of lumbar-pelvic training combined with electroacupuncture on chronic nonspecific low back pain. *Medicine(Baltimore).* 2023;102(29):e34407.
3. Tsui MLK. The effectiveness of electroacupuncture versus electrical heat acupuncture in the management of chronic low-back pain. *J Altern Complement Med.* 2004;10(5):803-9.

6) 부항 치료 + 운동 치료

【 R22 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 부항 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(1) 임상질문 : Q22

성인 만성 비특이적 요통환자에서 부항 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료는 운동 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	부항 치료 + 운동 치료	운동 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(ODI) 점수 ③ 기능(JOA) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

JOA: Japanese Orthopaedic Association score; ODI: Oswestry Disability Index; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

An(2020)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 48명의 자락관법과 맥켄지 치료로 구성된 복합치료군과 48명의 맥켄지 단독군으로 나누어 신수(BL23), 위중(BL40) 및 아시혈에 20일간 격일 1회(총 10회) 자락관법 치료를 실시한 후 통증 VAS, ODI, JOA를 평가하였다. 그 결과, 자락관법 복합치료군이 맥켄지 단독군보다 통증(VAS), 기능장애(ODI), 허리 기능(JOA) 모두에서 통계학적으로 유의하게 우수한 결과를 보였다(통증 VAS $p < 0.05$, ODI $p < 0.05$, JOA $p < 0.05$). 이상 반응은 자락관법군에서 경미한 국소 피부 홍반과 멍이 각 1례 보고되었으며, 중대한 이상 반응은 없었다.

Chen(2021)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 48명의 자락관법+맥켄지 치료군과 48명의 맥켄지 단독군으로 나누어 신수(BL23), 위중(BL40) 및 아시혈에 10일간 격일 1회(총 5회) 자락관법 치료를 실시한 후 통증 VAS, ODI, JOA를 평가하였다. 그 결과, 자락관법 복합치료군이 맥켄지 단독군보다 통증 VAS($p < 0.001$), ODI($p < 0.001$), JOA($p < 0.001$) 모두에서 통계학적으로 유의하게 우수한 결과를 보였다. 이상 반응은 보고되지 않았다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시행했을 때, 운동 치료만 시행한 것보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정 순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이

높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. $I^2=72\%$ 나 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS를 통해 평가한 부항 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

ODI를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시행했을 때, 운동 치료만 시행한 것보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정 순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. $I^2=70\%$ 나 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 ODI를 통해 평가한 부항 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

JOA를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 부항 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시행했을 때, 운동 치료만 시행한 것보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정 순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 효과의 방향이 일치하나, $I^2=86\%$ 로 비일관성이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 JOA를 통해 평가한 부항 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 매우 낮음(Very low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	192 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -1.00 [-1.70, -0.30]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	192 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -6.08 [-9.45, -2.70]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Disability (JOA) Important	192 (2 RCTs)	⊕○○○ Very low ^{a,b,c}	-	-	MD 4.39 [1.36, 7.43]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale; JOA: Japanese Orthopaedic Association Score

a: 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

b: 표본 수가 OIS보다 작아 비정밀성이 높음

c: 효과의 방향성이 일치하나, $I^2=86\%$ 로 상당한 이질성이 있어 비일관성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 부항 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료와 운동 치료를 비교한 2건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low), 기능 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 부항 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료군에서 보고된 이상 반응은 주로 경미한 국소 반응에 해당하며, 개별 치료와 비교했을 때 위해도가 증가한다는 근거는 없었고, 통증 개선과 기능 개선에서도 일관된 호전 경향이 확인되어 전반적으로 위해보다 이득의 효과가 큰 치료방법으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사에서도 부항 치료는 85.9%의 임상적 적용률을 보였고, 98.6%의 응답자가 안전한 치료로 평가하였으며, 운동 치료 역시 근골격계 질환에서 보편적으로 활용되는 비약물적 중재로서 안전성이 높고 임상 수용도가 높은 것으로 확인된다. 부항 치료는 건강보험 급여 항목으로 접근성이 높으며, 운동 치료는 별도의 비용이 들지 않는 환자 자가 관리 중심의 중재로 비용 부담이 거의 없어 임상 적용의 장애요인이 매우 적은 것으로 평가된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 부항 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료에 대해 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 부항 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.

[참고문헌]

1. An Y, Duan Y, Chen J. Puncture cupping plus McKenzie therapy in improving lumbar flexion and extension function of patients suffering lower back pain. *Acta Chinese Medicine*. 2020;35(5):1115-9, 1130.
2. Chen J, An Y, Duan Y. Clinical observation of puncture cupping combined with McKenzie therapy in the treatment of chronic nonspecific low back pain in the elderly. *Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine*. 2021;30(13):1442-6.

7) 추나 치료 + 운동 치료

【 R23 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 추나 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.	C/Low

(1) 임상질문 : Q23

성인 만성 비특이적 요통환자에서 추나 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료는 운동 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	추나 치료 + 운동 치료	운동 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(ODI) 점수 ③ 기능(OMPSQ) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

ODI: Oswestry Disability Index; OMPSQ: Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire;
VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Ahmed(2021)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 MET와 동적 안정화 운동을 병행한 41명과 동적 안정화 운동만 받은 39명을 비교하였다. 12주간의 치료 후 MET를 병행한 군에서 통증 VAS, ODI, OMPSQ 모두에서 통계적으로 유의미한 개선을 보였고($p < 0.001$), 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

Ibrahim(2023)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 Maitland 가동술과 운동 프로그램을 병행한 26명과 운동 프로그램만 받은 26명을 비교한 결과, 통증 VAS와 ODI에서 유의미한 차이를 보였고($p < 0.001$, $p = 0.004$), 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

Jang(2022)³⁾은 무작위 대조군 임상연구를 통해 24명의 Maitland manipulation과 안정화 운동을 병행하여 시행한 군과 24명의 운동 치료(안정화 운동) 단독 치료군으로 나누어 8주간 치료를 시행하였다. 통증 VAS와 요부의 굴곡 각도를 이용하여 평가한 결과, 통증 VAS에 대해서는 병행 치료군에서 통계적으로 유의한 개선이 있었으나, 요부 굴곡 각도는 군 간 유의한 차이가 없었다. 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

Shu(2021)⁴⁾은 무작위 대조군 임상연구를 통해 47명의 복잡 추나와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시행한 군과 47명의 운동 치료군으로 나누어 4주간 치료를 실시한 후, 통증 VAS, ODI, static waist muscle endurance, 그리고 dynamic waist muscle endurance를 사용하여 평가하였다. 그 결과 모든 평가 지표에 대해서 추나 병행 치료를 시행한 군에서 운동 치료를 시행한 군보다 유의한 개선이 있었다($p < 0.05$). 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

Manzoor(2020)⁵⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 MET와 McKenzie 치료를 병행한 16명과 McKenzie 치료만 받은 16명을 비교하였다. 2주간의 치료 후, NPRS에서는 MET를 병행한 군에서 대조군보다 유의미한 개선이 있었으나($p=0.03$), ODI에서는 유의한 차이가 없었다($p=0.28$). 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

Wang(2019)⁶⁾은 무작위 대조군 임상연구를 통해 30명의 Oblique pulling manipulation와 운동요법(sling exercise)으로 구성된 복합치료를 시행한 군과 30명의 운동요법(sling exercise) 단독 치료군으로 나누어 4주간 치료를 시행하였다. 통증 VAS, 근력 정도를 이용하여 평가한 결과, 두 가지 평가지표에서 군 간 유의한 차이가 없었다(각 $p=0.757$, $p=0.685$). 이상 반응에 대한 보고는 없었다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 6개의 무작위 배정 임상연구들을 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 추나 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시행했을 때 운동 치료를 단독 시행했을 때 보다 통증 개선 효과를 보였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림이 적절하게 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향이 일치하지 않고, $I^2=86\%$ 로 비일관성이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, 통증 VAS를 통해 평가한 추나 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다.

ODI를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 4개의 무작위 배정 임상연구들을 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 추나 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시행했을 때 운동 치료를 단독 시행했을 때보다 기능 개선 효과를 보였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림이 적절하게 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 효과의 방향성이 다르고, $I^2=50\%$ 로 비일관성의 위험이 높아 한 등급 낮추었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 이에 따라, ODI를 통해 평가한 추나 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가되었다.

OMPSQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 추나 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 시행했을 때 운동 치료를 단독 시행했을 때보다 기능 개선 효과를 보였다. 배정순서

의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 OMPSQ를 통해 평가한 추나 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	366 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD -0.69 [-1.00, -0.37]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	258 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{b,c}	-	-	MD -1.31 [-2.10, -0.52]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (OMPSQ) Important	80 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{b,d}	-	-	MD -15.55 [-16.24, -14.86]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

ODI: Oswestry Disability Index; OMPSQ: Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire;
RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual Analogue Scale

a: 효과의 방향성이 일치하지 않고, $I^2=86\%$ 로 상당한 이질성이 있어 비일관성이 높음.

b: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

c: 효과의 방향성이 일치하지 않아 비일관성이 높음.

d: 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 추나 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료와 운동 치료를 비교한 6건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low), 기능 개선에 대한 근거수준은 낮음(Low)으로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 낮음(Low)으로 평가하였으며, 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.

포함된 일부 연구의 추나 치료 및 운동 치료로 구성된 복합치료군에서 보고된 이상 반응은 대부분 경미한 국소 반응에 해당하며, 개별 치료와 비교했을 때 위해도가 증가한다는 근거는 없었고, 통증 개선과 기능 개선에서도 일관된 호전 경향이 확인되어 전반적으로 위해보다 이득의 효과가 큰 치료방법으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사에서도 추나 치료는 54.8%의 임상적 적용률을 보였고, 92.7%의

응답자가 안전한 치료로 평가하였으며, 운동 치료 역시 근골격계 질환에서 널리 활용되는 비약물적 중재로서 안전성과 임상 수용도가 높은 것으로 확인된다. 추나 치료는 건강보험 급여 항목으로 접근성이 높으며, 운동 치료는 별도의 비용이 들지 않는 환자자가 관리 중심의 중재로 비용 부담이 거의 없어 임상 적용의 장애요인이 매우 적은 것으로 평가된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 추나 치료 및 운동 치료로 구성된 복합 치료에 대해 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 운동 치료보다 추나 치료와 운동 치료로 구성된 복합치료를 고려할 수 있다.

(3) 다른 임상진료지침과의 비교

European guideline에서는 만성요통의 치료에서 일반치료에 추나 치료를 더한 경우가 일반치료 단독시행한 경우보다 더 효과적이므로 단기간의 치료로 고려할 수 있다고 권고한다(권고등급 B, 근거수준 Moderate).

[참고문헌]

1. Ahmed UA, Maharaj SS, Van Oosterwijck J. Effects of dynamic stabilization exercises and muscle energy technique on selected biopsychosocial outcomes for patients with chronic non-specific low back pain: a double-blind randomized controlled trial. *Scand J Pain*. 2021;21(3):495-511.
2. Ibrahim A, Elkeblawy M, Howeidy M, Grase M, Aneis Y. Effect of Maitland mobilization on lumbar proprioception, pain, and disability in patients with chronic nonspecific low back pain. *Physiother Q*. 2023.
3. 장재선, 김용남. 도수 교정과 안정화 운동 복합적용이 만성 허리통증 환자의 통증과 척추만곡도에 미치는 영향. *J Korean Phys Ther Sci*. 2022;29(2):38-47. Korean.
4. Shu J, Li D, Tao W, Chen S. Observation on the curative effect of massage manipulation combined with core strength training in patients with chronic nonspecific low back pain. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;2021:7534577.
5. Manzoor R, Mohammad S, Wattoo B. Comparative study of muscle energy technique and McKenzie therapy in patients with chronic low back pain. *J Riphah Coll Rehabil Sci*. 2020;8(1):1-.
6. Wang SQ, Chen M, Wei X, Gao XX, Zhao GD. Clinical research on lumbar oblique-pulling manipulation in combination with sling exercise therapy for patients with chronic nonspecific low back pain. *Rev Assoc Med Bras*(1992). 2019;65(6):886-92.

8) 침도 치료 + 추나 치료

【 R24 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료보다 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

(1) 임상질문 : Q24

성인 만성 비특이적 요통환자에서 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료는 추나 치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	침도 치료 + 추나 치료	추나 치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(ODI) 점수 ③ 기능(JOA) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

JOA: Japanese Orthopaedic Association Questionnaire; ODI: Oswestry Disability Index; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Huang(2016)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 50명의 침도 및 추나 치료군과 50명의 추나 치료군으로 나누어, 침도 치료는 압통점 및 척추 극상 인대, 횡돌간인대 등의 경결점에 주 1회, 총 4주간 치료를 하였으며, 추나 치료는 요추 측와위 신연기법과 요추 신연 기법을 시행하였다. 치료 전과 치료 후의 통증 VAS와 JOA 지표를 이용하여 평가한 결과, 침도 치료 군에서 통증 VAS 지표가 유의하게 감소한 것, JOA 지표가 상승한 것이 확인되었다(각각 $p < 0.001$, $p < 0.001$). 이상 반응은 언급되지 않았다.

Liu(2023)²⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 32명의 침도 및 추나 치료군과 28명의 추나 치료군으로 나누어, 침도 치료는 1~5개의 압통점에 1회/2주 총 1개월간 치료를 하였으며, 추나 치료는 2회/주 총 1개월간 치료를 하였다. 치료 전과 치료 후의 통증 VAS 지표, ODI 지표, 그리고 요추굴곡도 지표를 이용하여 평가한 결과, 침도 및 추나 치료군에서 통증 VAS 지표, ODI 지표, 그리고 요추굴곡도 지표 모두 유의하게 개선된 것이 확인되었다(각각 $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$). 두 군에서 모두 이상반응은 확인되지 않았다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 2개의 무작위 배정 임상연구를 종합한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 추나 치료군보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생

성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. $I^2=0\%$ 이고, 효과 방향이 일치하여 비일관성이 낮다고 판단하였다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS를 통해 평가한 침도 치료 및 추나 치료로 구성된 복합치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

ODI를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 추나 치료군보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 ODI를 통해 평가한 침도 치료 및 추나 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

JOA를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료를 시행한 경우, 추나 치료군보다 기능 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐, 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 JOA를 통해 평가한 침도 치료 및 추나 치료로 구성된 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 낮음(Low)으로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	160 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -1.20 [-1.38, -1.02]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (ODI) Critical	60 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -2.82 [-3.73, -1.91]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Disability (JOA) Important	100 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	-	-	MD 2.45 [0.86, 4.04]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

JOA: Japanese Orthopaedic Association Questionnaire; ODI: Oswestry Disability Index; RCT: Randomized controlled trial; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 10보다 작아 비정밀성이 높음.

b: 참여자 및 시술자의 눈가림에 대한 언급이 없어 비뚤림 위험성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료와 추나 치료를 비교한 2건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 일부 연구의 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료군에서 보고된 이상 반응은 대부분 경미한 국소 반응에 해당하며, 개별 치료와 비교했을 때 위해도가 증가한다는 근거는 없었고, 통증 개선과 기능 개선에서도 호전을 보이는 경향이 확인되어 전반적으로 위해보다 이득의 효과가 큰 치료방법으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사에서도 침도 치료는 12.5%, 추나 치료는 54.8%의 임상적 적용률을 보였으며, 각각 71.7%, 92.7%의 응답자가 안전한 치료로 평가하는 등 두 치료 모두 임상 현장에서의 안전성 인식을 확보하고 있었다. 추나 치료는 건강보험 급여 항목으로 접근성이 높으며, 침도 치료는 비급여 항목이지만 임상에서 선택적으로 활용되고 있고 비용 부담이 치료 접근성을 제한하는 수준은 아닌 것으로 평가된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료에 대해 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 추나 치료보다 침도 치료와 추나 치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.

(3) 다른 임상진료지침과의 비교

WJAM(World Journal of Acupuncture-Moxibustion) guideline에서는 요통의 치료에 있어서 침도 치료는 요추 연조직(근육, 인대, 관절낭) 병변의 유착 치료에 권장된다(권고등급 C, 근거수준 Low).

[참고문헌]

1. 黄冠明. 小针刀配合整脊推拿治疗慢性腰痛的临床研究. 黑龙江医学. 2016;40(12):1105-6.
2. 刘淳. 针刀配合美式整脊汤普森技术治疗非特异性腰痛的临床研究. 辽宁中医杂志. 2023;50(2):178-80.

3

한양방복합치료

1) 전침 치료 + 표준약물치료

【 R25 】

권고안	권고등급/근거수준
성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 전침 치료와 표준약물치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

(1) 임상질문 : Q25

성인 만성 비특이적 요통환자에서 전침 치료와 표준약물치료로 구성된 복합치료는 표준약물치료만을 시행한 경우에 비하여 통증 및 기능 개선 효과를 보이는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 만성 비특이적 요통환자	전침 치료 + 표준약물 치료	표준약물치료	통증, 기능 ① 통증(VAS) 점수 ② 기능(RMDQ) 점수	한의원 한방병원 협진병원 한의 공공의료기관

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

① 검색 결과 및 포함된 근거의 특성

Zaringhalam(2010)¹⁾은 무작위 배정 임상연구를 통해 20명의 전침 치료와 바클로펜(baclofen)(30mg/day) 투여로 구성된 복합치료군, 20명의 전침 치료군, 20명의 바클로펜(baclofen)(30mg/day) 투여군, 20명의 무처치군의 4개 군으로 나누었다. 전침 치료의 경우, 양측 신수(BL23), 대장수(BL25), 방광수(BL28), 차료(BL32), 곤륜(BL60), 환도(GB30), 양릉천(GB34)에 치료를 실시한 후 통증 VAS, RMDQ를 이용하여 평가하였다. 전침의 경우 0.2×40mm 침으로 득기감을 느끼게 자침하였고 4~6Hz의 빈도로 시행하였으며 20~25분간 시술하였다. 치료는 5주간 주 2회 빈도로 총 10회 진행되었으며 1회 치료당 자침 개수는 10~12개였다. 시술 후 결과 평가 시 전침군에서 대조군에 비하여 통증 VAS($p<0.001$) 및 RMDQ($p<0.05$) 모두 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다.

② 연구결과의 요약

통증 VAS를 통해 치료 후 통증 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료와 표준약물치료로 구성된 복합치료가 약물치료보다 통증 개선 효과를 보이는 것을 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 한편, 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다.

고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하지 않으나, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 통증 VAS를 통해 평가한 전침 치료 및 표준약물치료를 구성한 복합치료의 통증 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

RMDQ를 통해 치료 후 기능 점수를 평가한 1개의 무작위 배정 임상연구를 분석한 결과, 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료와 표준약물치료를 구성한 복합치료가 표준약물치료보다 기능 개선에 유리한 방향의 효과 추정치를 확인하였다. 배정순서의 생성 및 은폐가 적절히 이루어져 비뚤림 위험은 낮다고 판단하였다. 한편, 1건의 연구만이 포함되어 비일관성은 평가할 수 없었다. 연구 주제에 관한 변수는 적절하여 비직접성은 낮다고 판단하였다. 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, OIS를 충족하지 못하여 비정밀성이 높다고 판단하여 한 등급 낮추었다. 따라서 RMDQ를 통해 평가한 전침 치료 및 표준약물치료를 구성한 복합치료의 기능 개선 효과에 대한 근거 수준은 중등도(Moderate)로 평가하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 결과중요도	총 환자수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과(95% CI)		비고
				대조군	중재군	
Pain (VAS) Critical	40 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	-	-	MD -2.18 [-3.32, -1.04]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Disability (RMDQ) Critical	40 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	-	-	MD -0.70 [-2.11, 0.71]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

RCT: Randomized controlled trial; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; VAS: Visual analogue scale

a: 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

b: 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음의 범위를 포함하고, 표본 수가 OIS를 만족하지 않아 비정밀성이 높음.

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 만성 비특이적 요통환자에게 전침 치료 및 표준약물치료를 구성한 복합치료와 표준약물치료를 비교한 1건의 무작위 대조군 연구를 바탕으로 근거수준 및 권고안을 도출했다. GRADE 평가기준에 따라 핵심적인 결과지표 중 통증 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate), 기능 개선에 대한 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가되었다. 이에 본 권고안의 종합적인 근거수준은 중등도(Moderate)로 평가하였으며, 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.

포함된 연구의 전침 치료와 표준약물치료를 구성한 복합치료군에서 보고된 이상반응은 주로 경미한 국소 반응에 해당하며, 개별 치료와 비교했을 때 위험도가 증가한

다는 근거는 없었고, 통증 개선과 기능 개선에서도 호전을 보이는 경향이 확인되어 전반적으로 위해보다 이득의 효과가 큰 치료방법으로 판단된다. 국내 진료 현장에 대한 한의사 설문조사에서도 전침 치료는 81.3%의 임상적 적용률을 보였으며, 99.3%의 응답자가 안전한 치료로 평가하는 등 높은 활용도와 안전성 인식을 확보하고 있었다. 전침은 건강보험 급여 항목으로 의료비 부담이 크지 않아 비용 측면에서도 접근성이 높으며, 임상 적용을 제한하는 장애요인이 적은 것으로 판단된다. 이에 이득과 위해, 근거수준, 진료 현장의 활용도, 수용도 및 가치 부합도, 비용 및 자원 등을 종합적으로 고려하여 전침 치료와 표준약물치료로 구성된 복합치료에 대해 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 만성 비특이적 요통환자의 통증 및 기능 개선을 위하여 표준약물치료보다 전침 치료와 표준약물치료로 구성된 복합치료를 고려해야 한다.

[참고문헌]

1. Zaringhalam J, Manaheji H, Rastqar A, Zaringhalam M. Reduction of chronic non-specific low back pain: a randomised controlled clinical trial on acupuncture and baclofen. Chin Med(Lond). 2010;5:15.

만성요통증후군 한의표준임상진료지침



만성요통증후군 임상진료지침 활용

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

만성요통증후군 임상진료지침 활용

해외의 경우 National Institute for Health and Care Excellence(NICE), The National Health and Medical Research Council(NHMRC), New Zealand Guidelines Group(NZGG) 등에 요통과 관련한 추간판 탈출증, 척추관 협착증, 허리의 외상 등에 대한 침구 guideline이 이미 제시되어 있다. 국내에서도 2013년도에 요통 침구임상진료지침이 개발된 바 있으나, 질환 범위가 광범위하게 설정되어 있고 치료 또한 침구치료를 국한되어 있어 최근 임상에서 활용되는 다양한 한의 중재를 충분히 반영하지 못한 한계가 있다. 또한 2020년에 개발된 만성요통증후군 한의표준임상진료지침에서는 지침의 확산 및 갱신 여부를 결정하기 위하여 임상 현장의 활용 현황을 모니터링하겠다고 명시한 바 있다. 이후 약침, 침도, 물리치료 등 다양한 중재에 대한 국내외 연구가 지속적으로 축적되면서, 최신 근거를 반영한 체계적 재검토와 권고안의 구조적 정비가 요구되는 상황이 되었다. 이에 본 개정 과정에서는 2025년에 한의사를 대상으로 설문조사를 시행하여 기존 지침의 활용도와 개선 요구 사항을 확인하고, 추가 근거 검토가 필요한 중재 영역을 파악하였다. 설문 결과와 최신 연구 축적 상황을 종합하여 본 개정판에서는 기존 지침을 전면 재검토하고, 2020년부터 2024년까지 발표된 최신 문헌을 추가적으로 조사하여 근거를 보완하였으며, 임상 현장에서 실제 활용되는 치료법을 중심으로 권고 체계를 재구성하고 비교군을 명확히 설정함으로써 진료지침의 임상적 활용성과 설명력을 제고하고자 하였다.

본 진료지침은 임상 한의사가 한의원 및 한방병원 등 임상 현장에서 만성요통증후군 환자들에게 적절한 한의학적 치료를 하도록 합리적 판단의 근거를 제시하고, 효과는 최대화하고 위험과 비용을 최소화하여 환자의 경제적 편익을 도모하기 위한 기초 자료를 제공하기 위해 개발되었다. 하지만 아직까지 출판되지 않거나 진행 중인 연구도 많아 근거가 제한적이며 다양한 환자의 특성을 모두 반영할 수 없으므로, 주 사용자인 임상 한의사는 임상적 경험 및 판단을 통해 반드시 환자의 개별적 상황을 고려하여 최종적인 의학적 판단을 해야 한다. 다만, 본 지침은 만성요통증후군의 한의 치료에 대해 지금까지의 진행된 연구를 종합하고 전문가의 의견을 반영하였으므로, 임상 현장에서 주 사용자인 임상 한의사의 의사결정을 보조하는 신뢰할 수 있는 근거로 활용할 수 있을 것이다.

다만, 실제 임상 현장에서는 의료기관 간 인적·물적 자원 격차, 한양방 협진 체계의 미비, 한의 치료의 보험 적용 범위 제한, 의료 환경에 따른 진료 여건의 차이 등이 지침 적용의 장애요인으로 작용할 수 있다. 반면, 관련 학회의 승인과 국가 연구개발 사업을 통한 체계적 개발 과정, 표준화된 진료에 대한 임상적 요구 증대 등은 지침 확산의 촉진요인으로 작용할 수 있다.

이러한 장애요인을 완화하기 위하여 확산 단계에서는 핵심 권고안을 중심으로 한 단계적 교육 프로그램 운영, 요약형 및 실무 중심 지침 자료 개발, 협진 적용 사례 제시, 지침 활용 모니터링 체계 구축 등을 추진하고자 한다. 또한 보험 적용 범위와의 합성을 고려한 정책적 개선 필요성을 검토함으로써 제도적 기반을 점진적으로 마련할 계획이다.

이를 통해 임상 현장에서도 지침을 따라 환자 상태에 따른 맞춤형 한의 치료를 시행하면서도, 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. 모니터링은 책임연구자 및 관련 학회 추천 전문가로 구성된 평가 소위원회가 주관하며, 발간 후 2년 및 5년 시점에 단계적으로 시행한다. 핵심 권고안의 적용 비율은 참여 의료기관을 대상으로 한 설문조사 및 표본 의무기록 검토를 통해 확인하고, 환자결과지표는 통증(VAS 등) 및 기능지표(ODI 등)의 평균 변화량을 중심으로 수집·분석한다. 수집된 자료는 기술통계 중심으로 분석하여 지침의 이행도와 임상적 파급효과를 평가하고, 그 결과를 향후 개정 여부 판단의 참고 자료로 활용한다.

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

1) 한계점

(1) 부족한 국내자료

- 국내외 침구치료와 관련한 논문의 질과 양 양면에서 부족하다.
- 특히 한의학적 진단기준에 의한 한의학적 치료 논문이 부족하다.

(2) 권고사항에 대한 동의

- 본 임상진료지침의 내용에 모든 치료자가 동의하지는 않는다.
- 무엇보다 환자 개개인의 임상상황에 맞게 치료자가 최종 결정자임을 잊지 말아야 한다.
- 따라서 개개 환자에 대한 진료행위는 담당 한의사가 환자의 여러 상황을 고려하여 최종적으로 결정하여야 한다. 이 진료지침은 현장에서 진료를 담당하는 의료인의 의료행위를 제한하거나, 건강보험 심사의 기준으로 삼고자 하는 것이 아니다. 더욱이 특정한 임상적 상황에 놓인 환자에 시행된 진료행위에 대한 법률적 판단을 하는 데 이용되어서는 안 된다.

(3) 적용대상

- 본 지침은 한국표준질병사인분류(KCD-8)에서 M545(요통) 등에 해당하며, 병리해부학적 이상상태 없이 3개월 이상 허리 부위에 지속되는 비특이적 만성요통증후군으로 진단된 만 18세 이상의 성인들을 대상으로 한다. 소아 및 청소년 환자는 본 임상진료지침의 대상이 아니다.

2) 의의

이러한 한계점으로 인해 기존 임상연구 방법만으로는 한의학의 임상현장을 온전히 담아내기 힘들고, 더불어 제도적 제약으로 인해 근거창출을 위한 임상연구를 수행하기 어려운 경우가 많다.

그럼에도 불구하고 본 한의표준임상진료지침에서는 한의학의 특성을 최대한 반영할 수 있도록 연구결과를 잘 종합하여 기술하고, 보완이 필요한 부분에 대해서는 향후 단계적 연구를 통해 근거를 확보해 나가고자 한다.

3

향후 계획

본 한의표준임상진료지침의 핵심 임상 질문에 대한 적절한 근거 연구가 양적 및 질적인 측면에서 부족한 한계에 대하여 향후 아래와 같은 연구 방향성을 기반으로 관련 연구를 수행하고자 한다.

1) 한의표준임상진료지침 개정을 위한 체계적 문헌 고찰 수행

- (1) 중재별 최신 체계적 문헌고찰 등을 참조하여, 포괄적인 검색전략을 재수립한다.
- (2) 일본 DB 등을 포함한 근거 탐색 범위를 확장한다.
- (3) 근거 연구의 이질성을 해결하기 위한 하위 그룹 분석 등을 통한 요인을 도출한다.
- (4) 안전성에 대한 고찰을 위해 non-RCT 및 관찰연구도 포함한 고찰을 수행한다.

2) 한의 치료 기술 임상연구

- (1) 기존 연구의 질적 한계를 보완하기 위해, CONSORT 등 표준화된 방법론에 따른 엄격한 RCT 설계 및 연구를 수행한다.
- (2) 통증 및 기능지표 외에 삶의 질과 관련된 평가지표를 포함한다.
- (3) 안전성에 대한 평가지표를 기반으로 한 임상연구 외에도, 관찰연구 등을 통한 안전성 관련 데이터를 축적한다.

3) 임상 활용도를 높이기 위한 지침 내용 보완

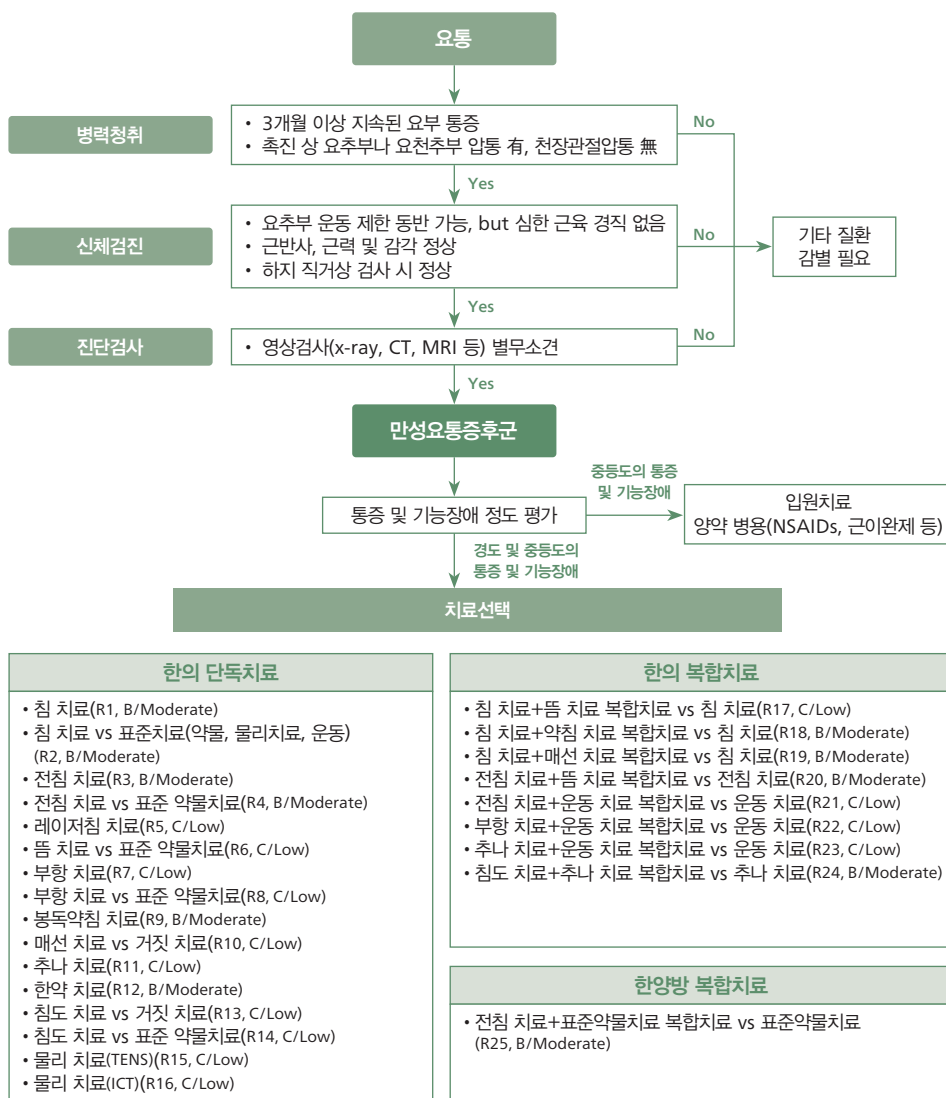
- (1) 치료 기술 외에도 진단, 평가 및 예후 예측에 대한 체계적인 지침 내용을 보완한다.
- (2) 표준화된 권고안 방식 외에도 한의 치료 기술에 대한 세부적인 방법 및 적용 대상에 내용을 기술하여 일차 의료기관에서 활용도 제고한다.
- (3) 주요 권고안 외에도 한의 임상 정보 수집 및 전문가 집단의 의견 수렴을 통한 임상적 고려사항에 대한 정보 제공한다.

더불어 본 임상진료지침은 주기적인 모니터링을 통해 새로운 과학적 근거가 확인 되는 경우 또는 사용자들 대상으로 권고된 중재의 선호도 및 임상적 차이를 확인하여 새로운 권고안 설정이 필요한 경우 재검토하여 갱신할 계획이다. 또한 임상 현장에서 활용하는 과학기술이 개발되거나 행위구분이 명확해지는 중재에 대해서도 향후 갱신 시 포함할 계획이다.

만성요통증후군 한의표준임상진료지침

VI

진료알고리즘



만성요통증후군 한의표준임상진료지침

VII

확산도구

1. 리플렛
2. 인포그래픽

1 리플렛

만성요통증후군이란?



만성요통증후군은 허리 통증이 3개월 이상 지속 되는 상태를 말합니다. 주로 성인에서 흔하며, 반복적인 부담과 퇴행성 변화로 척추의 안정성이 떨어지면서 통증이 지속될 수 있습니다. 허리 통증의 반복, 오래 앉거나 서 있을 때 악화, 움직임 제한, 빠른감이나 당김 등이 나타나며, 경우에 따라 엉덩이나 다리로 불편감이 동반되기도 합니다.

한의학에서는 증상과 병력, 생활 습관을 종합적으로 확인하고 신체 진찰과 기능 평가를 통해 상태를 판단 합니다. 한의학적으로는 기혈과 장부의 불균형, 다양한 병리적 요인을 고려하여 망문진찰 진찰 후 침, 뜸, 부항, 약침,推拿, 한약 치료 등을 환자 상태에 맞게 시행합니다.

통증이 계속 악화되거나 다리 감각 이상, 근력 저하, 보행 곤란, 대소변 이상, 발열, 외상 이후 통증 등 다른 질환이 의심되는 경우에는 전문의 상담과 추가 검사가 필요합니다.

생활 관리

만성요통증후군은 일상생활 속 관리가 치료만큼 중요합니다. 올바른 자세와 규칙적인 운동은 통증 완화와 재발 예방에 도움이 됩니다.

⑤ 생활습관 조절

- ▶ 장시간 앉기, 서기 등 같은 자세를 오래 유지하지 않기
- ▶ 무거운 물건을 들 때 허리에 부담이 적은 방법으로 들기
- ▶ 금연

⑤ 관리 방법

- ▶ 앉기, 서기, 물건 들기 시 허리에 부담이 적은 자세 유지
- ▶ 복부와 등 근육을 강화하는 운동
- ▶ 장시간 같은 자세를 피하고 중간 중간 스트레칭
- ▶ 통증이 완화되면 가능한 범위에서 활동을 점진적으로 증가

⑤ 주의 사항

- ▶ 통증이 심할 때 일시적인 안정은 도움이 될 수 있으나, 장기간 침상 안정은 피함
- ▶ 보조기나 코르셋은 단기간 보조적으로 사용

한의학임상진료지침은 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.

한국한의학진흥원
한의학혁신기술개발사업단

KOREAN MEDICINE CLINICAL
PRACTICE GUIDELINE



만성요통증후군

한의학표준임상진료지침

한국한의학진흥원
한의학혁신기술개발사업단

진단 기준

만성요통증후군은 허리 통증이 3개월 이상 지속되는 경우를 기준으로, 환자가 호소하는 증상과 병력, 신체 진찰 결과들을 종합하여 진단합니다.

⑤ 신체 진찰 및 기능 평가

- ▶ 허리 움직임 제한, 압통, 특정 동작 시 통증 여부 확인
- ▶ 보행 상태와 일상 동작 수행 시 불편 정도 평가
- ▶ 필요 시 다리 근력, 감각 등 신경학적 이상 확인

⑤ 영상 검사

- ▶ X-ray 등으로 척추의 퇴행성 변화나 구조적 이상 확인
- ▶ 영상 소견은 통증 정도와 항상 일치하지 않아 임상 증상과 함께 판단

⑤ 통증 및 생활 영향 평가

- ▶ 통증 위치, 지속 기간, 악화 요인 확인
- ▶ 수면 장애, 활동 제한 등 일상생활 영향 평가

⑤ 한의학적 진찰

- ▶ 망문진찰을 통해 통증 양상과 전신 상태를 파악하고 변증하여 치료 방향 결정

⑤ 추가 평가가 필요한 경우

- ▶ 다리 감각 저하나 근력 약화가 동반되는 경우
- ▶ 보행이나 일상생활이 어려울 정도로 기능 저하가 심한 경우
- ▶ 대소변 이상, 발열, 외상 이후 통증 등 다른 질환이 의심되는 경우

만성요통증후군 한의치료는?

⑤ 침 치료

허리 주변 경혈과 압통점을 자극하여 통증 완화와 움직임 개선을 돕는 가장 기본적인 치료입니다.

⑤ 전침 치료

침 자극에 전기 자극을 더해 통증 조절 효과를 높이는 치료로, 만성 통증 관리에 활용됩니다.

⑤ 레이저침 치료

레이저 자극을 이용하여 경혈을 자극하는 치료로, 통증 완화와 기능 회복을 돕는 치료입니다.

⑤ 뜸 치료

온열 자극을 통해 혈류를 개선하고 근육 긴장을 완화하는 데 도움을 줍니다.

⑤ 부항 치료

음압 자극으로 근육 긴장 완화와 국소 순환 개선을 돕는 치료입니다.

⑤ 약침 치료

경혈이나 압통점에 약침액을 주입하여 침 자극과 약물 자극을 함께 이용하는 치료입니다.

⑤ 매선 치료

체내 흡수되는 봉합사를 이용해 혈위에 지속적인 자극을 주어 만성 통증을 조절합니다.

⑤推拿 치료

수기요법으로 관절, 근육, 인대 기능을 조절하여 통증 완화와 움직임 회복을 돕습니다.

⑤ 한약 치료

환자의 체질과 증상에 맞춰 처방하여 통증과 전신 상태를 함께 조절합니다.

⑤ 침도 치료

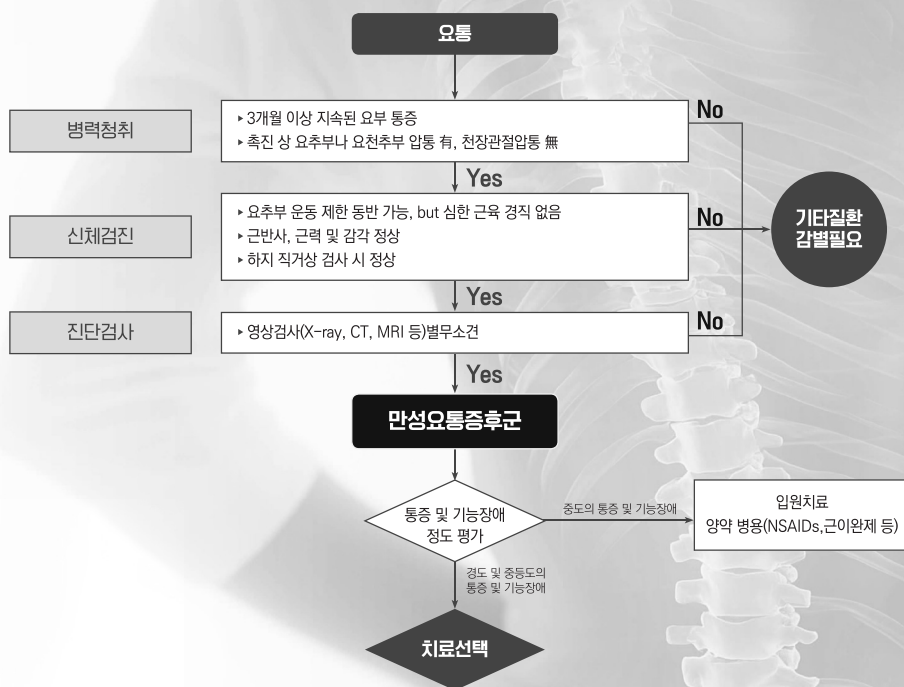
유착된 연부조직을 자극하여 통증 완화와 기능 회복을 돕는 치료로서, 만성 통증에서 선택적으로 시행됩니다.

⑤ 물리 치료

온열 치료, 경파적 전기신경자극치료(TENS), 경근감각자주파요법(CT)을 통해 통증을 줄이고 근육 긴장을 완화하는 치료입니다.

KOREAN MEDICINE CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

만성요통증후군 한의표준임상진료지침



한의 단독치료

- ▶ 침 치료 (R1, B/Moderate)
- ▶ 침 치료 vs 표준 치료(약물, 물리치료, 운동) (R2, B/Moderate)
- ▶ 전침 치료 (R3, B/Moderate)
- ▶ 전침 치료 vs 표준 약물치료 (R4, B/Moderate)
- ▶ 레이저침 치료 (R5, C/Low)
- ▶ 뜸 치료 vs 표준 약물치료 (R6, C/Low)
- ▶ 부항 치료 (R7, C/Low)
- ▶ 부항 치료 vs 표준 약물치료 (R8, C/Low)
- ▶ 봉독약침 치료 (R9, B/Moderate)
- ▶ 매선 치료 vs 활성대조군 (R10, C/Low)
- ▶ 추나 치료 (R11, C/Low)
- ▶ 한약 치료 (R12, B/Moderate)
- ▶ 침도 치료 vs 활성대조군 (R13, C/Low)
- ▶ 침도 치료 vs 표준 약물치료 (R14, C/Low)
- ▶ 물리 치료(TENS) (R15, C/Low)
- ▶ 물리 치료(CT) (R16, C/Low)

한의 복합치료

- ▶ 침 치료+뜸 치료 복합치료 vs 침 치료 (R17, C/Low)
- ▶ 침 치료+약침 치료 복합치료 vs 침 치료 (R18, B/Moderate)
- ▶ 침 치료+매선 치료 복합치료 vs 침 치료 (R19, B/Moderate)
- ▶ 전침 치료+뜸 치료 복합치료 vs 전침 치료 (R20, B/Moderate)
- ▶ 전침 치료+운동 치료 복합치료 vs 운동 치료 (R21, C/Low)
- ▶ 부항 치료+운동 치료 복합치료 vs 운동 치료 (R22, C/Low)
- ▶ 추나 치료+운동 치료 복합치료 vs 운동 치료 (R23, C/Low)
- ▶ 침도 치료+추나 치료 복합치료 vs 추나 치료 (R24, B/Moderate)

한양방 복합치료

- ▶ 전침 치료 + 표준약물 치료 복합치료 vs 표준약물 치료 (R25, B/Moderate)

NOTICE

한의표준임상진료지침은 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.

한국한의학진흥원
한의학혁신기술개발사업단

만성요통증후군 한의표준임상진료지침

VIII

부록

1. 용어 정리
2. 이해상충선언서
3. 인증 내역

용어 정리

VAS: Visual Analogue Scale

NRS: Numeric Rating Scale

CPGS: Chronic Pain Grade Scale

ODI: Oswestry Disability Index

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire

RCT: Randomized controlled trial

SF-36: The 36-Item Short Form Health Survey

JOA score: Japanese Orthopedic Association Score

ODQ: Oswestry Disability Questionnaire

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

SMT: Stimulative manipulation therapy

AE : Adverse event

SAE : Serious adverse event

NPRS : Numeric Pain Rating Scale

HRQoL : Health related quality of life

SLR : Straight Leg Raising

EMG : Electromyography

이해상충공개서약서

연구 과제명	만성요통증후군의 한의임상진료지침 고도화 연구
참여 연구원	남동우, 홍예진, 노승진, 박기훈, 신재민

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

□ 아래 사항 중 한 항목 이상 해당됩니다.	
☐	지원기관으로부터 제한 없이 사용할 수 있도록 연구비용이나 교육 보조금, 연구기기, 자문 또는 사례금 형태로 1,000만원 상당의 비용을 제공받았습니다. 총 금액 :
☐	지원기관의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 경제적 이익에 대한 권리를 제공받았습니다. 총 금액 : 종류 :
☐	기타 1,000만원 상당 또는 5%가 넘는 지분이익이나 이권을 제공받았습니다. 총 금액 : 종류 :
☐	지원기관에 공식/비공식적인 직함을 가지고 있습니다. (예: 사장, 자문역, 고문 등) 기관명 : 직위 :
☐	연구대상에 대한 지적재산권을 가지고 있습니다. (예: 특허, 상품권, 라이선싱, 로열티 등) 종류 :
☐	본인 또는 배우자의 가족이 소속된 회사가 위에서 기술된 것과 같은 관계를 가지고 있습니다. 가족관계 :
■ 상기 항목 모두 해당되지 않습니다.	
본인이 확인한 모든 내용은 정확히 기술되었으며 만약 연구 진행 중에 재정적인 이해관계가 변동되는 이해상충 (COI)이 생기는 경우 이를 인지한 날로부터 30일 이내에 대한침구의학회에 보고하겠습니다. 제출일자: 2025년 4월 11일	

3 인증 내역

	인증 주체	인증일자	인증 구분
1	대한침구의학회	2026년 01월 28일	인준
2	한방척추관절학회	2026년 01월 26일	인준
3	한방재활의학과학회	2026년 01월 29일	인준
4	한의학표준임상진료지침 검토·평가위원회	2025년 11월 28일	인증
5	한의학혁신기술개발사업 총괄조정위원회	2025년 12월 10일	추인

한의표준임상진료지침

만성요통증후군

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Chronic Lumbar Pain

인쇄 2026년 8월 21일

발행 2026년 8월 28일

집필 대한침구의학회

편집인 이준혁

발행인 고호연

발행처 한국한의학진흥원 한의약혁신기술개발사업단

디자인 · 인쇄 범문에듀케이션

© 2026년, 한국한의학진흥원

이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로

무단 복제와 전제는 금지되어 있습니다.

상업적 목적이나 제품판매의 목적으로 사용할 수 없습니다(비매품).

ISBN 979-11-93073-29-2 (93510)



한의표준임상진료지침

만성 요통 증후군

Clinical Practice Guideline of Korean Medicine

Chronic Lumbar Pain

