

특발성 안면신경마비 韓醫臨床診療 지침

Idiopathic Facial Palsy
Korean Medicine Clinical Practice Guideline

특발성
안면신경마비
韓醫學 임상진료지침

Copyright © 한국한의학연구원, 2015

본 책은 임상진료지침 개발과정 활용 및 교육 목적으로 복사하거나 사용할 수 있습니다. 상업 목적의 사용을 금하며, 본 책자의 내용을 인용할 때에는 반드시 한국한의학연구원에서 시행한 연구사업의 결과임을 밝혀야 합니다.

특별성 안면신경마비 韓醫임상진료지침은 한국한의학연구원 「다빈도 질환 한의임상진료지침개발사업(K13400, K14400, K15080)」의 성과입니다.

특별성 안면신경마비 韓醫임상진료지침

인 쇠 2015년 12월 21일
발 행 2015년 12월 30일
지은이 한국한의학연구원
발행인 이영준
발행처 엘스비어코리아 (유) (Elsevier Korea L.L.C.)
등 록 계 300-2005-155호 (2005. 9. 9)
주 소 서울특별시 용산구 이태원동 534 천우빌딩 4층
전 화 02-6714-3000
팩 스 02-725-4388
정 가 비매품
ISBN 978-89-5970-160-5

발행처인 엘스비어코리아 유한회사 (Elsevier Korea LLC) 의 서면 동의 없이 본서 내용의 어떤 부분도 전기 및 기계적 방법을 이용한 사진 복사, 디스크 복사 또는 여타 방법으로 복제하거나 정보 재생 시스템에 저장하거나, 그 밖의 방법으로 전송하는 등의 행위를 법률로 금합니다.

주 의

의학 정보는 계속 변화됩니다. 새로운 의학 정보가 발표되거나, 치료 · 수술 · 의학 기구 및 의약품 처방 정보에 변경 사항이 있을 수도 있습니다. 이 책의 저자와 발행인은 최대한 최신 정보를 정확하게 저술하고자 했습니다만, 특히 의약품 처방 정보를 검토할 때에는, 여타 관련 정보를 검색해보거나 최신 법안이나 규율 사항을 숙지할 것을 권고합니다.

특발성 안면신경마비 韓醫學 임상진료지침

Idiopathic Facial Paralysis
Korean Medicine Clinical Practice Guideline

진료지침 개발 총괄

- 이명수 | 한국한의학연구원
- 이주아 | 한국한의학연구원
- 최태영 | 한국한의학연구원
- 최지애 | 한국한의학연구원
- 전지희 | 한국한의학연구원
- 강병갑 | 한국한의학연구원
- 고미미 | 한국한의학연구원
- 유수성 | 한국한의학연구원
- 정지연 | 한국한의학연구원

진료지침 개발위원회

- 육태한 | 우석대학교 한의과대학
- 김건형 | 부산대학교 한의학전문대학원
- 김종욱 | 우석대학교 한의과대학
- 남동우 | 경희대학교 한의과대학
- 노정두 | 세명대학교 한의과대학
- 양기영 | 부산대학교 한의학전문대학원
- 홍권의 | 대전 누리세 한의원

발간사 I

「특발성 안면신경마비 韓醫임상진료지침」

한의학의 근거중심 보건의료 분야에서
중요한 자료로 이용되며,
향후 한의학 연구의 과학적이고 체계적인 발전과 성장의 촉진제가 되고
국민들의 건강 향상에 이바지 할 수 있기를 기원합니다.

국내 한의계에서는 임상진료지침 개발에 대한 필요성을 인식하고 이를 개발하고 확산 및 보급을 위한 노력이 점점 이루어지고 있습니다. 하지만 아직은 과학적이고 체계적인 방법론에 따른 근거 기반 임상진료지침 연구가 미비한 실정입니다.

의료인들이 납득할 만한 근거가 제시되지 않는 진료지침은 진료현장에 적용되기 어려우며 보건의료정책에도 반영될 수 없습니다. 이제는 한의학 영역에서도 객관적이고 체계적으로 근거를 평가하고 적용하는 방법론을 통해서 많은 진료지침이 개발되어야 합니다.

따라서 많은 환자들이 한방 의료기관을 이용하여 치료를 받고 있는 특발성 안면신경마비를 대상으로 현시점에서 활용 가능한 근거를 정리 분석하고 많은 임상전문가들의 경험을 집대성하여 한의임상진료지침을 개발하였으며, 본 진료지침은 근거중심 의학적 연구 방법론을 따르고자 노력하였고 어느 연구분야든 재현 가능한 객관성을 가지고 있는 장점이 있습니다.

특히, 양질의 많은 연구 자료가 충분히 축적되지 않은 현실에도 불구하고 근거분석을 요구받는 상황이 증가하고 있는 현재 보건의료분야의 연구 정책을 고려한다면, 향후 한의 진단 및 치료기술에 대해서도 이용 가능한 한의학적 근거를 신속히 연구하고 확대해 나가는 노력이 필요하며, 이러한 연구의 중심에 임상진료지침 개발 작업이 보다 체계적으로 이루어질 수 있도록 많은 지원이 필요합니다.

특발성 안면신경마비 한의임상진료지침은 2013년에 발간된 진료지침을 기반으로 하여 임상적 근거를 업데이트하고 사용자 입장에서 수용도를 높일 수 있게 재개정하여 출간하고자 합니다.

앞으로도 한국한의학연구원은 진료의 일관성을 유지시키면서 한의사의 진료와 과학적 근거의 간격을 줄이기 위해 지속적으로 관련 연구를 진행시킬 것이며, 이번에 발간되는 근거기반 특발성 안면신경마비 한의임상진료지침이 한방의료의 질 향상에 도움이 되고 국민에게 최적 의료서비스 제공의 기틀이 될 수 있기를 기대합니다.

근거중심의학 원리에 입각한 한의학의 발전을 위해 임상진료지침 개발에 주력할 것을 다짐하면서 한의 연구자들의 지속적인 관심과 조언을 부탁드립니다.



한국한의학연구원 원장 이혜정

발간사 II

한의사들은 선현들의 수많은 경험과 현대 한의학의 연구 성과에 근거한 한의임상진료를 해 오고 있다. 임상경험을 바탕으로 집필된 『내경(內經)』으로부터 『동의보감(東醫寶鑑)』을 비롯한 다양한 고문헌들과 현대 임상 각 과의 교과서 등을 통해 배우고 익히며, 이에 더해 개인의 노력으로 경험을 축적해 각자 나름의 진료관을 가지고 환자에 대한 진료에 임하고 있다.

그렇다 보니 누구는 이런 방법으로 누구는 저런 방법으로 각자 다르기도 하고 때로는 같은 방법을 통해 본인이 최선의 방법이라 믿는 진료를 해오고 있다. 의료의 혜택을 받기가 쉽지 않았던 과거에는 선택의 여지가 없었기에 환자나 환자 가족들은 의사의 실력과 경험을 믿고 신뢰하며 환자의 괴로움과 때로는 생명까지도 의탁하였었다. 그러나 정보의 홍수 속에 일반인들도 원하기만 하면 언제 어디서나 최고의 의사를 만날 수 있으며 최선의 진료, 최상의 의료서비스를 받고자 하는 시대가 되었다. 특히 인터넷에 접속할 수만 있다면 누구라도 최신 의료 지식을 쉽게 접할 수 있고 명의에 대한 정보를 얻을 수 있으며, 또한 최상의 진료기술과 약물, 치료방법 등에 대해서도 알 수 있게 되었다. 그렇기에 예전에는 운이라 치부하던 것도 의사의 잘잘못을 밝히려 들고 자신이 받은 진료가 최선이었는지, 문제점은 없었는지를 따지곤 하는 경우를 심심치 않게 접하게 된다. 당연히 의료소송도 늘어날 수밖에 없게 되었고 기타 사회적 비용의 증가도 불문가지이다.

이런 연유로 의사와 환자 모두 근거에 기반한 표준화된 진료지침에 따른 진료를 원할 수밖에 없으며, 이러한 사회의 열망을 해당 정부기관과 산하 단체 및 각 의료단체는 외면하지 못하게 되었다. 이에 각 나라의 책임 있는 의료직능 단체에서는 각 나라의 실정에 맞는 표준화된 진료지침을 개발 보급하는 데 나서게 된 것이다.

우리나라에서도 양의학 분야에서 먼저 대단위 표준진료지침 개발 사업을 시행하여 상당한 질환에 대한 표준진료지침을 개발 보급해오고 있으며, 한의학분야에서도 2009년부터 보건산업진흥원을 통한 경향통, 요통, 슬통 및 화병에 대한 표준진료지침이 개발되었고, 그 뒤를 이어 2013년부터 한국한의학연구원에서 근거에 기반한 한의임상진료지침 개발 사업이 3년째 진행되어 오고 있다.

특발성 안면신경마비에 대한 진료지침은 그 첫해인 2013년에 개발과제로 선정되어 대한침구학회에 위탁되어 대한침구학회 학술교육부 교수들을 중심으로 연구 개발되었고, 2015년에 기존 내용을 보완하여 이번에 그 결과물을 책자로 발간하게 되었다.

아직도 미진한 부분이 없지 않으나 시간과 인력 및 한정된 연구비 범위 안에서 최선의 결과였다고 생각하며, 향후 이를 바탕으로 한 근거창출 임상연구가 진행되어 보다 완성도 높은 특발성 안면신경마비 한의임상진료지침이 될 수 있기를 희망해 본다.

대한침구학회 회장 **육 태 한**

머리말

최근 수년 전부터 한·양방을 불문하고 임상 분야에 있어서 ‘근거중심의학(Evidence-Based Medicine, EBM)’이 큰 화두로 떠오르고 있습니다. 환자를 치료하는 데 있어서 특정 치료방법의 효과에 대한 과학적 검증과 기존에 알려져 있는 여러 치료방법들 중 가장 효율적인 치료방법이 무엇인지를 찾아가는 과정에 대한 연구들이 의학 분야에서 선택이 아닌 필수인 시대가 되어가고 있습니다.

한의학은 예로부터 수천 년에 걸쳐 내려오는 경험에 의해 검증된 치료방법들을 시대에 맞게 활용하여 임상에 적용해 오고 있습니다. 하지만 지금과 같은 근거중심의학의 시대에서 경험의 전수만으로 살아남기란 쉽지 않을 것으로 생각됩니다. 결국 한의학 치료법에 대한 철저한 검증과 최적의 치료법을 찾기 위한 노력이 절대적으로 필요하며 이러한 과정을 통해 한의학이 더욱 발전할 수 있는 계기가 마련될 것입니다. 이런 시대적 흐름에 맞추어 한의학계에서도 여러 분야에서 다양한 임상진료지침이 개발되고 있는 것은 다행스러운 일이라 할 수 있습니다.

이에 2013년에 개발된 특발성 안면신경마비 한의임상진료지침에 새로운 근거를 업데이트하여 개정판을 출판하게 되었습니다. 비록 아직까지는 한의학계에서의 특발성 안면신경마비에 대한 연구가 많이 부족하기는 하나 이에 대한 임상근거와 임상전문가들의 의견을 종합하여 한의사들에게 효율적인 특발성 안면신경마비의 진단 및 평가 방법과 효과를 기대해 볼 수 있는 한의학적 치료 기술들을 제시할 수 있는 좋은 기회가 될 것입니다.

또한 임상 진료 영역뿐만 아니라 연구 분야에 있어서도 한의학계 임상연구자들이 본 한의 임상진료지침 개발 과정에서 드러난 임상연구의 부족한 부분을 인지하고 향후 지금까지의 부족한 부분을 보완해나갈 수 있는 연구들을 계획하기 위한 기초 자료로서의 활용도 기대합니다.

한국한의학연구원 임상진료지침 개발 사업

총괄연구책임자 이 명 수

특별성 안면신경마비
한의임상진료지침

요약문

At a glance

01 배경 및 목적

특발성 안면신경마비는 매우 흔한 질환으로 비교적 많은 환자가 한방 의료기관을 이용하고 있으나 아직 한의임상진료지침 마련은 미비한 실정이다. 이에 본 한의임상진료지침 위원회는 특발성 안면신경마비의 한의임상진료지침 개발의 필요성을 공감하고 임상진료지침을 개발하게 되었다. 임상진료지침은 현재의 개발 시점에서 최상의 접근 가능한 근거를 투입하여 임상 현장에서 좀 더 객관적인 판단을 내릴 수 있도록 돕기 위한 목적으로 개발되었다.

02 임상진료지침 개발방법

임상진료지침 마련을 위해 일차적으로 전문가 그룹 구성, 연구 진행 계획 및 임상진료지침에 대한 개발 현황을 분석하였다. 이후 특발성 안면신경마비에 대한 진료지침 수집 및 분석, 특발성 안면신경마비에 대한 한·양방, 국내외 문헌 자료의 수집과 분석을 진행하였으며, 특발성 안면신경마비의 한의임상진료지침 초안을 개발하고, 검토위원회의 검토를 통한 수정 보완 후 대한침구의학회의 검토 및 인준 등이 진행되었다. 임상진료지침에서 근거수준은 현재까지 근거로 해당 증재의 효과에 대해 확실하는 정도를 말한다. 권고등급은 권고 대상 환자에서 증재를 시행하였을 때 원하는 결과가 원하지 않는 결과보다 많은 것으로 확실하는 정도를 말한다. 본 임상진료지침에서는 임상질문별 근거수준은 연구 디자인과 문헌의 질에 따라 결정하였다.

근거수준(Levels of evidence)

수준	내용
Ia	잘 수행된 무작위 임상연구의 메타분석 및 체계적 문헌고찰로부터 얻어진 근거
Ib	적어도 하나의 무작위 임상연구로부터 얻어진 근거
IIa	무작위 없이 적어도 하나의 잘 디자인된 대조군 연구로부터 얻어진 근거
IIb	적어도 하나의 잘 디자인된 관찰연구로부터 얻어진 근거
III	역사적 중요 문헌에 게재된 치료법으로 전문가 합의에 의한 근거
IV	비교 연구, 증례 연구로부터 얻어진 근거
V	전문가 의견 또는 임상 경험 전문가로부터 얻어진 근거

권고등급(Grade of recommendation)

등급	내용	고려되는 근거수준
A	사용할 것을 강하게 권고함 (Is recommended) 적어도 한 개 이상의 무작위 임상연구 또는 메타분석에 의한 근거가 있는 경우 권고할 수 있음	Ia, Ib
B	사용할 것을 권고함 (Should be considered) 무작위 임상연구가 아니더라도 잘 수행된 연구 디자인에 의한 근거이거나 역사적 중요 문헌에 의한 것이면 고려할 수 있음	IIa, IIb, III
C	사용하지 않을 것을 고려할 수 있음 (May be considered) 근거 자료가 부족하더라도 전문가 합의가 있을 경우 고려할 수 있음	IV, V
D	사용하지 않을 것을 권고함 (Is not recommended) 치료 효과가 없거나 나쁜 것에 대해 권고하지 않음	
GPP	임상진료지침 개발그룹의 임상적 경험에 근거하였을 경우 권고함	

*GPP: Good Practice Point

03 질환의 개요 및 진단

특발성 안면신경마비는 얼굴근육의 마비로 인하여 눈과 입 등이 한쪽으로 비뚤어지는 증상으로 한의학에서는 구안와사(口眼喎斜) 등의 명칭으로 불려왔다. 특발성 안면신경마비의 유병률은 국내의 경우 2010년 기준 인구 10만 명당 약 133명으로 추정될 정도로 비교적 흔한 질환이며, 진단은 마비 상태에 대한 육안적 평가와 근전도, 신경전도 등의 검사를 통해 이루어진다. 양의학적인 치료로는 급성기에 스테로이드와 항바이러스제 투여를 시행하며, 한의학에서는 침구치료, 한약치료, 약침치료, 물리치료 등이 빠른 회복을 돕기 위해 시행된다.

04 주요 권고안

1 특발성 안면신경마비의 진단

■ **감별진단을 위한 진단기기 활용**

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비의 원인 질환 파악과 감별진단, 배제 등이 필요할 경우 CT (Computed Tomography)나 MRI (Magnetic Resonance Imaging) 검사 시행을 임상진료지침 개발 그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고한다.	GPP	Q1

■ 평가 방법

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비의 육안적 평가방법으로 House-Brackmann scale, Yanagihara's unweighted grading system의 사용을 개발 그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고한다.	GPP	Q1

■ 평가에 적용되는 진단기기

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비의 예후 판단을 위해 급성기가 지난 후 근전도검사(Electromyography, EMG)와 신경전도검사(Electroneurography, ENoG)의 시행을 권고한다.	B	Q2
특발성 안면신경마비의 예후 판단을 위해 적외선체열진단기(Digital Infrared Thermal Imaging, D.I.T.I.)의 사용을 선택적으로 권고한다.	C	Q2

2 특발성 안면신경마비의 치료

■ 일반침

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비에 대하여 침치료를 시행하지 않는 것에 비해 시행하는 것을 매우 권고한다.	A	Q1
특발성 안면신경마비 환자에게 침치료와 스테로이드를 병행 시행하는 것이 스테로이드 단독 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 스테로이드를 시행 중인 특발성 안면신경마비 환자에 대한 침치료 시행을 매우 권고한다.	A	Q2
특발성 안면신경마비 환자의 침치료 시 득기를 유발하는 것을 권고한다.	B	Q3
특발성 안면신경마비 환자의 침치료 혈위로 환측 지창(ST4), 협거(ST6), 양백(GB14), 예풍(TE17), 하관(ST7)과 건측 합곡(LI4)을 기본 혈위로 사용하는 것을 임상진료지침 개발 그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고한다.	GPP	Q5
특발성 안면신경마비 환자의 침치료 기본혈위 외에 수구(GV26), 사백(ST2), 관료(SI8), 거료(ST3), 열결(LU7), 화료(LI19), 청회(GB2) 등의 선혈을 사용할 것을 임상진료지침 개발그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고한다.		

■ 전침

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비에 대하여 일반 침치료만 시행하는 것보다 전침치료를 시행하는 것을 권고한다.	B	Q1

■ 매선

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비 발병 1개월 이상 경과하고 일반적인 치료로 뚜렷한 호전을 보이지 않을 때 일반치료와 함께 매선요법을 병행할 것을 선택적으로 권고한다.	C	Q1, Q2

■ 약침

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비에 침치료만 시행하는 것보다 봉약침 시술을 병행하는 것을 권고한다. 봉약침 시술 부위로 양백(GB14), 관료(SI18), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17) 등을 취혈할 수 있다.	B	Q1
특발성 안면신경마비에 침치료만 시행하는 것보다 자하거 약침 시술을 4주 이상 병행하는 것을 매우 권고한다.	B	Q2
이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 환자의 통증의 강도와 통증 지속시간의 감소 효과를 얻기 위해 환측 예풍(TE17)에 봉약침이나 오공약침 또는 소염약침을 시술을 권고한다. 하지만 특발성 안면신경마비 증상의 개선 효과에 효과가 있다고 보기는 어렵다.	B	Q3

■ 기타 침

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비에 일반 체침치료만 시행하는 경우보다 두침요법(건측 감각구 하부 2/5 1~3분간 200회 이상 염전 후 15분간 유침)을 병행하는 것을 선택적으로 권고한다.	C	Q1
발병 7일 이내 급성기 특발성 안면신경마비에 일반적인 침치료를 시행하는 경우보다 동씨침치료(건측의 삼중(三重), 사화외(四花外), 측삼리(側三里), 측하삼리(側下三里))를 2주 이상 병행하는 것을 개발그룹의 임상 경험에 근거하여 권고한다.	GPP	Q2
발병 7일 이내 급성기 특발성 안면신경마비에 일반적인 침치료만 시행하는 경우에 비해 일반 침치료와 정안침요법을 병행하는 것에 대한 유효성이 입증되지는 않았으나 정안침요법을 회복기나 후유증기에 병행하는 것을 개발그룹의 임상 경험에 근거하여 권고한다.	GPP	Q3
특발성 안면신경마비에 일반 체침치료만 시행하는 경우보다 평형침치료(면탄(面癱), 편탄(偏癱), 명목(明目), 비염(鼻炎), 위통(胃痛), 두통(頭痛穴))을 병행하는 것을 개발그룹의 임상 경험에 근거하여 권고한다.	GPP	Q4

■ 한약

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비에 대한 한약 치료 처방으로는 견정산(牽正散), 이기거풍산(理氣祛風散), 청양탕(淸陽湯), 진교승마탕(秦茺升麻湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯), 서각승마탕(犀角升麻湯), 천선고(天仙膏) 등의 사용을 권고하며, 환자 개개인의 상태와 특성에 따라 변증을 통해 투여 처방을 결정할 수 있다.	GPP	Q1

■ 물리치료

권고내용	권고등급	임상질문
특발성 안면신경마비 환자의 치료에 있어서 침치료, 물리치료, 안면운동에 대한 복합치료를 수행할 것을 매우 권고한다.	A	Q1~Q3

Idiopathic Facial Paralysis
Korean Medicine Clinical Practice Guideline



Summary

At a glance

01 Background and purpose

Facial palsy is a very common disease, and many patients use Korean medicine for treatment. However, Korean medicine clinical practice guidelines for facial palsy remain poor. Therefore, the Korea Institute of Oriental Medicine and the Development Committee for Korean medicine clinical practice guidelines felt the necessity of providing Korean medicine clinical practice guidelines for facial palsy and developed the same. This guideline aims to help clinicians make more objective decisions by using the current best evidence associated with treatment.

02 Development method for clinical practice guideline

The first step toward developing the clinical practice guideline was organizing a professional group and formulating a plan. The work group analyzed the actual state of development of other clinical practice guidelines. It collected and analyzed domestic and international practice guidelines, literature, and studies about facial palsy, including Korean and Western medicine. As a result, a preliminary recommendation of clinical practice guidelines for Korean medicine for facial palsy was developed. The related committee revised and supplemented the draft and finally, the Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine Society reviewed and approved it.

The level of evidence in clinical practice guidelines is the degree of assurance of the effect of an intervention based on current grounds. The grade of recommendation is the recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group, namely, the degree of assurance is more of an expected result than of a negative result when an intervention is performed for a patient. In the clinical practice guideline, the level of evidence for each clinical question was decided according to the study design and quality of literature.

1 Levels of evidence

Level	Type of evidence
Ia	Evidence obtained from meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials.
Ib	Evidence obtained from at least one randomized controlled trial.
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomization or cohort study.
IIb	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study (observational study).
III	Evidence obtained from expert consensus of treatment published in important historical literature.
IV	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies, and case studies.
V	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities.

2 Grade of recommendation

Grade	Recommendation
A (Evidence levels Ia, Ib)	Recommended – at least one randomized controlled trial as part of the body of literature of overall good quality and consistency addressing specific recommendation.
B (Evidence levels IIa, IIb, III)	Should be considered – availability of well-conducted clinical studies but no randomized clinical trials on the topic of recommendation.
C (Evidence levels IV, V)	May be considered – evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities. Indicates absence of directly applicable clinical studies of good quality.
D	Not recommended – not effective treatment
GPP	Recommended best practice based on clinical experience of the guideline development group.

03 Introduction and diagnosis of disease

Facial palsy is a common problem characterized by the paralysis of the facial muscle; a common symptom is for the eye, mouth, etc. to get crooked toward one side. This is called “Guanwasa(口眼喎斜)” in Korean medicine.

This disease is mainly diagnosed through an assessment by the naked eye or by electromyography, electroneurography, etc. In western medicine, steroids and antiviral agents are applied in the acute phase.

04 Major recommendations

1 Diagnosis of facial palsy

(1) Use of diagnostic tool for differential diagnosis of facial palsy

- To classify the cause, differential diagnosis, exclusive diagnosis of disease, etc., CT (computed tomography) or MRI (magnetic resonance imaging) is recommended based on the clinical experience of the guideline development group (Grade GPP).

(2) Evaluation methods for facial palsy

- To evaluate the grade of facial palsy, the use of the House-Brackmann scale or Yanagihara's unweighted grading system is recommended based on the clinical experience of the guideline development group (Grade GPP).

(3) Diagnostic tools applied in assessment of facial palsy

- To judge the prognosis of facial palsy, electromyography (EMG) and electroneurography (ENoG) should be considered (Grade B).
- To judge the prognosis of facial palsy, the use of digital infrared thermal imaging (DITI) may be considered (Grade C).

2 Treatment of facial palsy

(1) Acupuncture

- It is better to perform acupuncture treatment for facial palsy than to not do so (Grade A).
- Acupuncture treatment (independent or combined with steroids) for facial palsy patients is effective compared to independent treatment with steroids; therefore, acupuncture treatment with steroids is recommended for facial palsy patients (Grade A).
- It is recommended to induce de-qi (得氣) in case of acupuncture treatment for facial palsy patients (Grade B).
- In the acupuncture treatment of facial palsy patients, it is recommended to use Jichang (ST4), Hyeopgeo (ST6), Yangbaek (GB14), Yepung (TE17), and Hagwan (ST7) on the affected side and Hapgok (LI4) on the unaffected side as the basic acupuncture points (Grade GPP).
- In the acupuncture treatment of facial palsy patients, the use of Sugu (GV26), Sabaek (ST2), Gwallyo (SI18), Georyo (ST3), Yeolgeol (LU7), Hwaryo (LI19), Cheonghoe (GB2), etc. should be considered in addition to the basic acupuncture points (Grade GPP).

(2) Electroacupuncture

- The use of electroacupuncture treatment rather than general acupuncture treatment alone should be considered for facial palsy (Grade B).

(3) Thread-embedding

- Combining thread-embedding therapy for facial palsy treatment should be considered (Grade C).

(4) Pharmacopuncture

- For facial palsy, combining bee venom pharmacopuncture should be considered instead of acupuncture alone (Grade B). Points for bee venom pharmacopuncture include Yangbaek (GB14), Gwallyo (SI18), Jichang (ST4), Hyeopgeo (ST6), and Yepung (TE17).
- For facial palsy, combining Hominis placenta pharmacopuncture for more than four weeks is summary recommended instead of acupuncture treatment alone (Grade B).
- To reduce the intensity and persistence of pain in facial palsy patients, for postauricular pain, applying Hominis placenta pharmacopuncture, Scolopendra pharmacopuncture, or Soyeom pharmacopuncture on the affected Yepung (TE17) should be considered (Grade B). However, the effectiveness of these treatments in improving the symptoms of facial palsy remains unknown.

(5) Other acupuncture

- For facial palsy, combining scalp acupuncture (needle retention for 15 min after rotating needle more than 200 times for 1~3 minutes on two-fifth of the lower part of the unaffected sensational field) may be considered instead of performing common acupuncture treatment alone (Grade C).
- For facial palsy in the acute phase within 7 days of disease onset, based on the clinical experience of the guideline development group, combining Dong-si acupuncture treatment (Samjoong (三重), Sahwaoi (四花外), Cheuksamri (側三里), and Cheukhasamri (側下三里) of the unaffected side) for over two weeks is recommended instead of general acupuncture treatment (Grade GPP).
- For acute phase facial palsy within 7 days of disease onset, based on the clinical experience of the guideline development group, combining Jung-an acupuncture therapy during the recovery period or sequelae is recommended, although the effectiveness of combining Jung-an acupuncture therapy with general acupuncture treatment has not been proved compared to general acupuncture treatment alone (Grade GPP).
- For facial palsy, based on the clinical experience of the guideline development group, combining Pyung-Hyung acupuncture therapy (Myeontan, Pyeontan (偏癱), Myeongmok (明目), Biyeom (鼻炎), Witong (胃痛), and Dootong point (頭痛穴) is recommended instead of performing common acupuncture treatment alone (Grade GPP).

(6) Herbal medicine

- For facial palsy, applying herbal medicine treatments such as Gyeonjeongsan (牽正散), Yigeopoongsan (理氣祛風散), Cheongyangtang (清陽湯), Jingyoseungmatang (秦艽升麻湯), Bulhwangeumdan (不換金丹), Cheongdamsungitang (清痰順氣湯), Seogakseungmatang (犀角升麻湯), Cheonsungo (天仙膏), etc. should be considered (Grade B). The treatment can be differentiated according to the individual condition and characteristics of the patient.

(7) Physical treatment

- SSP treatment can be combined with general treatment using Korean medicine (acupuncture and moxibustion, herbal medicine, etc.) for facial palsy patients (Grade A).

차례

요약문	ix
Summary	xv

PART 1

임상진료지침 개요

1 임상진료지침 개요	3
2 임상진료지침 개발 방법	7
3 임상진료지침 제작 과정	13

PART 2

개요 및 진단

1 정의 및 증상	21
2 병인 및 병리	23
3 기초통계자료	25
4 진단기준 및 감별진단	27
5 기존 치료방법	33
6 위험 인자 및 예후	37

PART 3

권고안 Recommendations

1 진단	45
2 치료	53
01 일반침	54
02 전침	71
03 매선	76
04 약침	81

05 기타 침치료	91
06 한약	99
07 물리치료	102

PART 4

임상의사결정 지원체계

Clinical Decision Support System: CDSS

임상의사결정 지원체계	111
-------------	-----

부록

1 침시술 방법(임상연구)	117
2 이해상충서약서	129
3 개발된 임상진료지침	131
4 개발과정	137
5 용어정리	139
6 인준서	145

Part 1

임상진료지침 개요

- 1 임상진료지침 개요
 - 2 임상진료지침 개발 방법
 - 3 임상진료지침 제작 과정
-

임상진료지침 개요

1

01 목적

급성, 아급성 및 만성 단계의 특발성 안면신경마비질환에 대한 기초 생리, 병리 및 진단, 감별 진단, 치료, 관리, 예후를 제시하여 개개인의 의료진이 특정한 상황에서 의료인과 환자의 의사결정을 돕기 위해 작성되었다. 이를 통해 효과가 입증된 치료는 권장하고 효과가 없는 것은 지양하게 하며, 치료의 일관성을 유지할 뿐만 아니라 환자 입장에서의 건강 및 삶의 질 향상을 도모한다.

1 대상 인구집단

본 진료지침은 주로 특발성 안면신경마비질환의 급성, 아급성, 만성 단계의 환자군을 대상으로 하며, 기타 원인으로 인한 말초성 특발성 안면신경마비 질환을 가진 모든 환자군 역시 대상으로 한다.

2 진료지침 사용자

본 진료지침은 특발성 안면신경마비에 대한 한의학적, 양의학적 지식을 두루 갖춘 한의사가 주 사용자가 되며, 기타 상기 질환과 관련 있는 의료인을 대상으로 한다.

3 의료환경

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

02 국내외 개발 현황

- 급성 특발성 안면신경마비 진료지침. 대한이과학회
- Facial palsy guidelines. Royal Hospital for Sick Children
- Guidance from the literature: Facial palsy. EMPI, DJO global
- Facial palsy: A guideline proposal following a review of practice. Journal of Pediatrics and Child Health
- Facial palsy (including Bell's palsy). College of Optometrists
- Facial palsy Diagnostic and Treatment Considerations. The University of Texas Medical Branch

- Guideline for the Management of Acute Peripheral Facial Nerve Palsy
- Bell's Palsy-in Children. Ashford and St Peter's Hospitals
- 贝尔面瘫针灸临床实践指南. 成都中医药大学

03 필요성

실제 진료현장에서 적용되어 환자 건강 증진에 도움을 주고, 한의사들이 진료현장에 보다 원활하게 적용할 수 있도록 한다. 이를 통해 한의사들이 임상현장에서 의사결정의 질을 향상시키고, 가능한 결과를 제시하여 평가가 이루어질 수 있도록 하며, 이는 궁극적으로 환자의 건강 결과의 개선으로 이어진다.

따라서 본 임상진료지침은 2013년에 출판된 임상진료지침에서 근거를 재검색하여 개정판을 출판하고자 한다.

04 한계점

- 부족한 국내외 근거자료
 - ▶ 특발성 안면신경마비에 대한 국내외 한의학 임상연구 논문의 양적, 질적 측면에서 모두 부족한 실정임
 - ▶ 한의학적 진단기준에 의한 한의학 임상 연구 부족
- 권고안 도출 과정의 객관적 근거 부족 가능성
 - ▶ 특발성 안면신경마비에 대한 한의학적 치료에 관련하여 양질의 권고안을 도출할만한 문헌이 부족하여 한의학적 치료 기술 권고안 도출이 어려움
 - ▶ 임상 전문가 합의에 의한 권고등급의 경우 객관적 근거가 부족할 가능성이 있음
- 한의학적 개별 치료 권고안 도출의 어려움
 - ▶ 침치료 외에 다른 한의학적 치료 기술(뜸, 부항, 약침, 한약 등)을 단독으로 시행한 임상 연구가 거의 없어 개별 치료에 관한 권고안 도출이 어려움
- 권고사항에 대한 동의
 - ▶ 본 임상진료지침의 치료 권고사항에 모든 한의사가 동의하지 않음
 - ▶ 환자 개개인의 임상상황에 맞게 치료방법을 선정하는 최종 결정자는 개별 한의사임

05 향후 연구 주제 제시

본 임상진료지침을 제작하면서 권고안 도출 시 임상에서 많이 사용되는 치료기술이나 객관적 근거 부족으로 향후 근거 창출이 필요한 부분은 다음과 같다.

- 특발성 안면신경마비에 대한 침치료 시 가장 효율적인 혈위 조합에 대한 연구
- 침치료방법에 따른 치료효과 차이 연구(예: 침의 길이·두께, 자침 깊이, 유침 시간, 치료 빈도, 수기법의 종류 등)
- 특발성 안면신경마비에 시행하는 전침치료 효과에 대한 잘 디자인된 무작위 배정 임상연구(Randomized Controlled Trials, RCT)를 통한 근거 제시
- 매선요법이나 체침치료 외의 기타 침치료에 관련된 잘 디자인된 무작위 배정 임상연구를 통한 근거 제시
- 다빈도 한약처방들의 효능에 대한 근거 마련을 위한 연구
- 본 임상진료지침에서 제시된 약침 외에 다른 종류의 약침의 특발성 안면신경마비에 대한 효과 및 임상 활용 방법
- 봉약침의 용량과 농도에 따른 치료 효과 차이 및 용량과 농도 결정에 대한 지침 마련
- 특발성 안면신경마비의 진행 시기별 적절한 한의학적 치료방법 연구
- 기타 특발성 안면신경마비에 대한 한의학적 치료방법으로 알려져 있는 모든 치료법에 대한 무작위 배정 임상연구

임상진료지침 개발 방법

2

01 문헌 검색 및 스크리닝

1 핵심질문 선정 및 검색어

본 임상진료지침은 특발성 안면신경마비에 대한 한의학적 치료 근거들이 보고된 근거가 많지 않은 특성을 고려하여 임상질문별 특발성 안면신경마비에 해당하는 질환명을 ‘대상자(P)’로 선정하고 모든 한의학적 치료 기술을 ‘중재(I)’로 1차 검색을 하였으며, 비교군(C)과 결과(O)는 별도로 설정하지 않고 검색된 문헌을 연구자의 확인 과정을 통해 최종 문헌을 선정하였다. 국내 검색식의 경우 대상자(P) 검색어의 경우 영문 검색어(Bell’s palsy, facial palsy, Ramsay Hunt) 외에 한글 검색어로 ‘구안와사, 벨마비, 안면마비, 특발성 안면신경마비, 램세이헌트’를 추가 검색어로 설정하여 검색하였다.

2 데이터베이스 선정

문헌 검색을 위한 데이터베이스 선정은 개발위원회 회의를 통해 선정하였다. 국외 검색 DB는 MEDLINE, EMBASE, AMED와 CENTRAL을 선정하였고, 국내 검색 DB는 한국한의학 연구원의 OASIS, 한국과학기술정보원의 NDSL과 한의학분야의 개별 학회의 학술지인 대한침구학회지, 대한한의학학회지, 대한약침학회지, 대한한방안이비인후피부과학회지를 검색 대상으로 선정하였다. 검색기간은 검색을 진행한 시점 이전의 모든 문헌에 대하여 검색을 시행하였으며, 검색어는 상기 검색어 기준에 따라 결정하였다.

표 1-1 국외 데이터베이스

DB명	제공기관	URL
Ovid-MEDLINE	The Royal Society of Medicine	http://www.rsm.ac.uk/
Ovid-EMBASE	The Royal Society of Medicine	http://www.rsm.ac.uk/
AMED	The Royal Society of Medicine	http://www.rsm.ac.uk/
CENTRAL	The Cochrane Library	http://www.thecochranelibrary.com/

표 1-2 국내 데이터베이스

DB명	제공기관	URL
OASIS	한국한의학연구원	http://oasis.kiom.re.kr
NDSL	한국과학기술정보연구원	http://scholar.ndsl.kr
대한침구의학회지	대한침구의학회	http://www.kamms.org
대한한의학회지	대한한의학회	http://jkom.org
대한약침의학회지	대한약침의학회	http://www.pharmacopuncture.co.kr
대한한방안이비인후피부과학회지	대한한방안이비인후피부과학회	http://www.ood.or.kr

3 문헌 선택 및 배제 기준

문헌 선택은 담당 연구자가 독립적으로 수행하여 중복배제, 제목 및 초록 확인 후 배제, 원문 확인 후 배제로 진행하였다. 본 임상진료지침의 문헌은 특발성 안면신경마비에 대하여 사전에 선정된 검색어를 기준으로 국내외 문헌 검색을 진행한 후 선택 및 배제 기준에 따라 특발성 안면신경마비와 관련 없는 문헌, 특발성 안면신경마비 문헌 중 중추성 안면마비나 특정 질환에 의한 안면마비 등을 일차 배제 후 증례보고, 근거가 미흡한 문헌들을 추가 배제하였다. 잘 설계된 체계적 문헌고찰 및 무작위 배정 임상연구가 부족한 경우 일부 권고안은 잘 디자인된 비무작위 배정 임상연구, 증례 및 역사적 주요 문헌 등을 근거로써 활용하였다. 본 임상진료지침의 선택 및 배제 기준 수행 시 적용된 흐름표의 기본바탕이 된 사용도구로 PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) Flow Chart를 활용하였다.

02 문헌의 질 평가

권고안에 활용된 문헌의 비뚤림 위험 평가를 위해 무작위 배정 임상연구, 비무작위 배정 임상연구(Non-Randomized Controlled Trial, NRCT; Case-Control Trial, CCT)에 대하여 각각 ROB(Risk of Bias)와 RoBANS(Risk of Bias Assessment tool for Non-randomised Study)를 사용하여 독립적으로 2인 이상의 연구자가 평가하였다.

문헌의 질 평가를 통하여 비뚤림 위험이 높은 문헌의 경우 본 권고안 작성 시 배제하거나 해당 문헌에 의한 권고안의 권고등급 하향 등의 과정을 개발위원 및 전문가 합의를 통해 진행하였다.

03 근거수준과 권고 등급화

임상진료지침에서 근거수준은 현재까지 근거로 해당 중재의 효과에 대해 확신하는 정도를 말한다. 권고등급은 권고 대상 환자에서 중재를 시행하였을 때 원하는 결과가 원하지 않는 결과보다 많은 것으로 확신하는 정도를 말하는 것이다. 본 임상진료지침에서는 SIGN(Scottish Intercollegiate Guidelines Network)과 중국순증임상실천지남(中国循证临床实践指南)을 참고하여 개정하였다. 각 문헌별 근거 수준은 연구 디자인과 문헌의 질에 따라 결정하였으며, 임상질문별 전체적인 근거수준은 등급화하지 않았다. 권고등급은 근거수준(연구 디자인과 질 평가), 효과 이득의 저울질 그리고 가치와 선호 등의 정보를 종합하여 권고를 최종적으로 등급화하였다.

1 근거수준(Levels of evidence)

수준	내용
la	잘 수행된 무작위 배정 임상연구의 메타분석 및 체계적 문헌고찰로부터 얻어진 근거
lb	적어도 하나의 무작위 배정 임상연구로부터 얻어진 근거
IIa	무작위 없이 적어도 하나의 잘 디자인된 대조군 연구로부터 얻어진 근거
IIb	적어도 하나의 잘 디자인된 관찰연구로부터 얻어진 근거
III	역사적 중요 문헌에 게재된 치료법으로 전문가 합의에 의한 근거
IV	비교 연구, 증례 연구로부터 얻어진 근거
V	전문가 의견 또는 임상 경험 전문가로부터 얻어진 근거

2 권고등급(Grade of recommendation)

등급	내용	고려되는 근거수준
A	사용할 것을 강하게 권고함 (Is recommended) 적어도 한 개 이상의 무작위 배정 임상연구 또는 메타분석에 의한 근거가 있는 경우 권고할 수 있음	Ia, Ib
B	사용할 것을 권고함 (Should be considered) 무작위 임상연구가 아니더라도 잘 수행된 연구 디자인에 의한 근거이거나 역사적 중요 문헌에 의한 것이면 고려할 수 있음	IIa, IIb, III
C	사용하지 않을 것을 고려할 수 있음 (May be considered) 근거 자료가 부족하더라도 전문가 합의가 있을 경우 고려할 수 있음	IV, V
D	사용하지 않을 것을 권고함 (Is not recommended) 치료 효과가 없거나 나쁜 것에 대해 권고하지 않음	
GPP	임상진료지침 개발그룹의 임상적 경험에 근거하였을 경우 권고함	

*GPP: Good Practice Point

3 합의 도출 과정

권고안 도출은 근거수준과 임상인들의 경험을 바탕으로 권고안을 도출하였으며, 객관적인 근거가 부족한 경우에는 전문가 회의를 통해 최종 권고안을 확정하였다.

권고안 선정, 근거수준 및 권고등급 확정 등을 위한 합의 도출 과정은 엄격한 의미의 Delphi 기법을 적용했다고 보기에 부족한 부분이 많으나, 개발위원을 전문가 패널로 하여 이메일과 회의 등을 통한 수차례의 검토, 수정, 토론 등의 여러 단계의 과정을 거쳐 이루어졌다.

전문가 패널 의견을 반영하여 권고안 등 초안 작성 후 회의와 이메일을 통한 수정 제의 요청 피드백을 통해 재수정안을 작성하였다. 본 임상진료지침 개정판에는 추가로 검색된 과학적 근거를 포함하여 근거수준을 재도출하고 그에 따라 권고등급 또한 조정하였다. 최종적으로 전문가 패널이 모여 진행된 회의를 통해 권고안 작성 과정 및 작성된 권고안을 최종 검토하고 각 항목별로 전문가 패널들의 토론을 거쳐 합의에 의해 권고등급 조정 등의 최종 수정 후 최종안을 확정하였다.

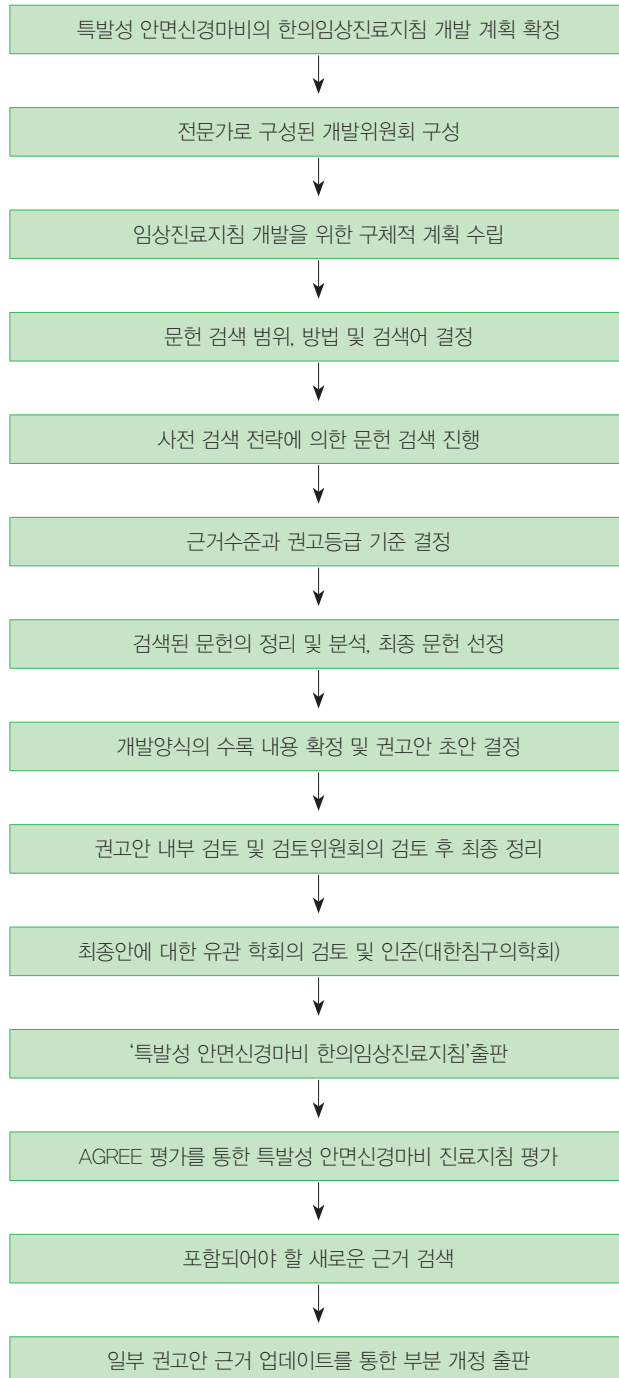
임상진료지침 제작 과정

3

01 진료지침 위원회 구성

위원회	직책	이름	소속	역할	
진료지침 개발 총괄 위원회	연구책임자	이명수	한국한의학연구원	진료지침 총괄	
	연구원	이주아	한국한의학연구원		
		최태영	한국한의학연구원		
		최지애	한국한의학연구원		
		전지희	한국한의학연구원		
		강병갑	한국한의학연구원		
		고미미	한국한의학연구원		
		유수성	한국한의학연구원		
		정지연	한국한의학연구원		
운영기획 위원회	위원장	김중우	경희대학교 한의과대학	진료지침 기획	
	간사	이정환	원광대학교 한의과대학		
		위원	고호연		세명대학교 한의과대학
			김동일		동국대학교 한의과대학
			신병철		부산대학교 한의학전문대학원
			양기영		부산대학교 한의학전문대학원
			이향숙		경희대학교 한의과대학
			임병목		부산대학교 한의학전문대학원
			조성훈		경희대학교 한의과대학
개발 위원회	위원장	육태한	우석대학교 한의과대학	진료지침 실무	
	위원	김건형	부산대학교 한의학전문대학원		
		김종욱	우석대학교 한의과대학		
		남동우	경희대학교 한의과대학		
		노정두	세명대학교 한의과대학		
		양기영	부산대학교 한의학전문대학원		
		홍권의	대전 누리세 한의원		

02 개발 과정



03 동료검토 절차

진료지침 출간 이전에 특발성 안면신경마비 유관 학회의 검토위원들의 검토와 한의학연구원 에서 선정한 각 분야의 전문가로 구성된 검토위원회의 검토를 통해 제안된 사항에 대해 의견 수렴 및 보완을 거친 후 최종안을 완성하였다.

04 공식적인 승인

본 연구 결과물은 특발성 안면신경마비의 한의임상진료지침으로 대한침구의학회의 인증을 받았다.

05 개발기금

본 임상진료지침은 한국한의학연구원의 주요사업인 다빈도 질환 한의임상진료지침개발사업 (K13400, K14400, K15080)의 특발성 안면신경마비의 한의임상진료지침 개발연구 과제의 일환으로 제작되었다.

06 이해관계선언

본 개발그룹 구성원들은 임상진료지침과 관련된 특정 기관이나 연구 관련자와의 이해관계가 없으며, 이에 대하여 이해상충공개서약서 서명을 통해 이해상충선언을 하였다. 즉, 연구에 참여한 모든 연구자는 이 연구에 참여하는 동안 이 연구와 관련되어 이해 상충 관계(conflict of interest, COI)가 발생하지 않았다.

07 갱신 계획

진료지침 갱신은 향후 한국한의학연구원의 계획에 따라 본 임상진료지침에서 권고등급과 근거수준 설정 시 미흡한 항목에 대한 추가 연구나 새로운 권고안 설정이 필요한 연구들을 해당 시점에서 재검토하여 갱신하기로 한다. 또한, 실제로 한의사 및 관련 연구자가 사용하면서 제기한 의문점 및 보완점을 고려하여 갱신하기로 한다.

08 실행과 확산

권고안이 효과적으로 확산 및 실행되기 위해서 진료지침 요약본, 간이 진료지침, 환자용 지침 등의 도구가 필요하다. 확산도구는 추후 정리하여 별도의 문서와 웹사이트를 통해 제공할 예정이다.

Part 2

개요 및 진단

- 1 정의 및 증상
 - 2 병인 및 병리
 - 3 기초통계자료
 - 4 진단기준 및 감별진단
 - 5 기존 치료방법
 - 6 위험인자 및 예후
-

정의 및 증상

1

안면신경마비는 다양한 원인으로 인하여 안면신경이 손상되어 안면부의 운동 장애 및 감각 장애가 나타나는 질환이다. 주로 특발성으로 발생한 급성 안면마비인 벨마비(Bell's palsy)와 이성대상포진으로 인한 램세이헌트증후군(Ramsay Hunt syndrome)이 안면신경마비의 대표적인 경우이다. 얼굴근육의 마비로 인하여 눈과 입 등이 한쪽으로 비뚤어지는 증상이 나타나므로 구안와사(口眼喎斜)라고도 한다.

안면신경마비의 주요 증상으로는 눈을 감기 힘들거나, 이마나 코의 주름을 잡기 힘들고, 표정을 짓기 힘든 복합적인 안면부 운동 장애와 함께 얼굴 혹은 목 부위의 이상감각이나 동통, 미각장애, 청각과민, 눈물감소, 유루증, 이명 등이 나타날 수 있고, 특징적인 바이러스 전구증을 동반하는 경우도 있다. 안면신경마비의 증상들은 일반적으로 48시간 내에 가장 심한 상태로 진행되는 경우가 많으며, 진행과정은 대체로 전구기(Prodromal stage), 마비기(Paralytic stage), 악화기(Aggravating stage), 평행기(Parallel stage), 회복기(Recovery stage)를 거친다.

병인 및 병리 2

특발성 안면신경마비의 발생 원인에 대한 가설로는 바이러스 감염, 허혈성 혈관질환에 의한 마비, 당뇨에 의한 혈관 장애, 다발성 신경염, 자가면역성 질환, 한냉 노출, 유전적 영향 등이 있다.¹⁻³⁾ 단순포진 바이러스(Herpes simplex virus), 대상포진 바이러스(Herpes zoster virus), 아데노 바이러스(Adenovirus), 인플루엔자 바이러스(Influenza virus), 거대세포 바이러스(Cytomegalovirus), 엡스타인바 바이러스(Epstein-Barr virus) 등 바이러스에 의한 감염이 가장 유력한 원인으로 제시되고 있으나 현재까지 환자의 혈청에서 바이러스가 분리된 적은 없고, 임상적 증상과 바이러스 항체 역가의 변화를 통해 바이러스 감염이 원인일 것으로 추정하고 있다. 바이러스 감염으로 인한 신경 내 염증 변화로 분절 탈수초 현상이 일어나고 이에 속발한 부종이 안면신경관 내의 신경을 압박하여 안면신경마비가 발생된다고 보고 있다.¹⁾ 탈수초 현상은 특히 미로 분절과 내이도 분절에서 가장 심하다. 허혈성 혈관질환에 의한 안면신경마비설은 소동맥 수축으로 인한 모세혈관 확장과 투과성의 증가로 여출액이 생성되고, 이 모세혈관 확장과 여출액의 압력이 안면신경관 내의 모세혈관과 소정맥을 압박하여 국소적인 허혈을 가중시킴으로써 안면신경마비가 발생한다는 학설이다.¹⁾ 특발성 안면신경마비의 병리조직 소견은 안면신경 조직 내 출혈, 부종과 세포 침윤 또는 안면신경관 내 혈관주위 림프구 침윤과 골막염 등 여러 가지가 있지만 아직 확실히 밝혀진 바는 없다.

기초통계자료 3

건강보험공단 자료를 근거로 구안와사의 성별, 연령별 발생 추이를 살펴보면 최근 5년간 (2009~2013년) 진료인원은 2009년 5만 6747명에서 2013년 6만 6011명으로 5년 사이 1만 명이 증가하여 16.3%의 증가율을 보였다. 연평균으로는 3.85%의 꾸준한 증가세였다. 이들 환자들 중 한의원, 한방병원을 통한 한방진료 이용 환자의 경우 2011년부터 2013년까지 약 1000명 정도 증가한 것으로 나타났다.

구안와사 진료환자를 성별로 살펴보면, 여성은 연평균 3.63%의 증가세를, 남성은 연평균 4.14%의 증가세를 보여 여성보다 남성의 증가율이 높았지만 진료인원은 여성이 약 1만 명이 상 많은 것으로 보인다.

2014년 건강보험통계의 한방 분류별 급여 현황을 보면 총 진료비 2,375,960,832(천원)이며 이중 특발성 안면신경마비(G510)가 포함된 안면신경장애(G51)의 한방의 총 진료비는 전체 27위를 차지하고 있으며 여자가 남자보다 약간 높다.⁶⁾

진단기준 및 감별진단

4

01 한의학적 분류⁷⁾

1 진단기준

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

2 진단 근거

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

3 변증 분류

1) 풍사외습(風邪外襲)

- ▶ 주요증상은 돌연 구안와사(口眼喎斜), 면부감각이상(面部感覺異常), 이후은통(耳後隱痛) 혹은 반오한발열(伴惡寒發熱), 두통골초(頭痛骨楚), 설담홍(舌淡紅), 태박백혹박황(苔薄白或薄黃), 맥부삭혹부긴(脈浮數或浮緊), 역유현현세맥상(亦有見弦細脈象) 등이며 찬바람 등에 감촉되어 발병하는 경우에 해당한다.
- ▶ 치법은 거풍통락(祛風通絡), 침구처방으로는 풍지(GB20), 지창(ST4), 협거(ST6), 사백(ST2), 양백(GB14), 합곡(LI4) 등이 사용되며, 한약처방으로는 견정산가미(牽正散加味)가 사용된다.

2) 허풍내동(虛風內動)

- ▶ 주요 증상은 구안와사(口眼喎斜), 면부마목혹유판긴지감(面部麻木或有板緊之感), 면기철동(面肌掣動), 매우정서격동혹설호시발(每于情緒激動或說話時發), 생구안축동혹폐목난정(生口眼抽動或閉目難睛), 설질담(舌質淡), 태박백혹소태(苔薄白或少苔), 맥현세(脈弦細) 등이다.
- ▶ 치법은 양혈식풍(養血熄風), 침구처방으로는 협거(ST6), 지창(ST4), 영향(LI20), 사백(ST2), 관료(SI18), 풍지(GB20), 족삼리(ST36) 등이 사용되며, 한약처방으로는 사물탕합견정산가감(四物湯合牽正散加減) 등이 사용된다.

3) 기혈어조(氣血瘀阻)

- ▶ 주요 증상은 구안와사(口眼喎斜), 면부추축(面部抽搐), 병측액문변천혹소실(病側額紋變淺或消失), 안열확대(眼裂擴大), 비순구변천(鼻脣溝變淺), 유구수(流口水), 일구불유(日久不愈), 설질 암(舌質暗), 태박백혹박황(苔薄白或薄黃), 맥현(脈弦) 등이다. 주로 회복기 및 후유증기에 해당한다.
- ▶ 치법은 행기활혈(行氣活血), 거풍통락(祛風通絡), 침구처방은 협거(ST6), 지창(ST4), 영향(LI20), 관료(SI18), 족삼리(ST36), 태충(LR3), 풍지(GB20) 등이 사용되고, 한약처방으로는 당귀보혈탕합도홍사물탕가감(當歸補血湯合桃紅四物湯加減) 등이 사용된다.

02 양의학적 분류

- 특발성 안면신경마비
- 램세이헌트증후군(Ramsay Hunt syndrome)
- 후천성 면역결핍질환으로 인한 안면신경마비
- 급성 중이염으로 인한 안면신경마비
- 만성 중이염과 진주종성 중이염으로 인한 안면신경마비
- 악성 외이도염으로 인한 안면신경마비
- 청신경종, 수막종, 선천성 진주종, 혈관종, 지주막낭 등으로 인한 안면신경마비
- 악성종양으로 인한 안면신경마비

1 진단기준

특발성 안면신경마비의 경우 진단은 안면신경마비를 유발하는 다른 질환을 배제함으로써 가 능하나 최소한의 진단적 기준으로 편측의 모든 안면근육의 불완전 혹은 완전 마비가 있고, 갑 자기 발생해야 하며, 중추신경계 질환, 이과 질환, 소뇌교각 질환이 없는 경우를 특발성 안면 신경마비라 할 수 있다.⁸⁾ 이성대상포진으로 인한 안면신경마비의 경우 외이도의 수포가 관찰 되면 의심해 볼 수 있다. 종양의 경우에는 진행이 느리고 회복의 증거가 없을 시 의심해 볼 수 있다.

2 진단 검사 방법⁹⁾

근전도(EMG), 신경전도검사(ENoG) 등과 같은 전기진단검사는 신경 변성 정도를 알 수 있으며 근육 변화에 대해 객관적으로 기록, 병변의 위치를 결정하고 신경 손상의 정도를 판단하는 데 도움을 준다. 또한 예후 결정, 치료방법 선택에 도움을 될 뿐만 아니라 병변의 위치, 정도, 병변 진행의 호전 여부 또는 악화 여부를 판별하는 데도 도움을 준다. 영상평가의 경우에 반드시 추천되는 검사는 아니며, 증상의 경과나 양상이 비전형적일 경우 기타 기질적 원인을 배 제하는 데 도움이 될 수 있다. 혈액검사도 기타 기저질환을 알기 위해 시행할 수 있다.

3 감별 진단

1) 후천성 면역결핍질환

안면신경마비는 후천성 면역결핍질환의 어느 시기에나 발생할 수 있으며, 안면신경마비는 면역결핍 바이러스에 의한 일차적인 손상이거나 대상포진 바이러스에 의한 이차 감염의 형태로 발생한다.¹⁰⁾ 초기 후천성 면역결핍질환 환자의 경우 특발성 안면신경마비와 유사하게 갑자기 발생하며 이는 면역결핍 바이러스가 신경을 직접 침범하여 일어난다.

2) 급성 중이염

급성 중이염으로 인한 안면신경마비는 항생제 도입 이후 급격히 감소되었으며 주로 소아에 발생하며 전체 안면신경마비의 약 5%를 차지한다. 안면신경관의 결손부위, 중이와 안면신경관 사이의 생리적 소관, 안면신경관과 유양동 사이의 혈관을 통한 세균성 염증의 직접 전파로 주변에 염증을 일으켜 마비가 일어난다.¹¹⁾ 안면신경마비는 염증 후 약 2주 이내에 갑자기 혹은 서서히 진행되는데 완전 마비보다는 불완전 마비가 많아 예후는 양호한 편이다. 안면신경의 손상정도는 신경 무전도증이 대부분이며 신경 변성으로 진행되는 경우는 드물다. 그람 양성구균과 헤모필루스속(Hemophilus)의 치료가 가능한 항생제를 투여하고 고막절개술을 시행하여 치료한다.

3) 만성 중이염과 진주종성 중이염

만성 중이염에 의한 안면신경마비는 골염 혹은 진주종이 안면신경관을 침범하여 발생한다. 현재 항생제 사용으로 인하여 염증성 병변보다 진주종에 의한 경우가 더 많다. 골염 혹은 진주종이 고실 분절 부위의 안면신경을 가장 많이 침범한다. 일반적으로 만성 중이염에서 안면신경마비와 같은 합병증이 발생한 경우 발견 즉시 CT 검사 결과를 종합하여 병변의 범위를 파악하고 수술적 치료를 시행하는 것이 원칙이다.¹²⁾ 진주종이나 염증을 제거하면 회복될 수 있으며 유양동 삭개술과 안면신경감압술을 함께 시행한다.

4) 악성 외이도염

악성 외이도염(Malignant otitis externa)은 진성 악성 종양은 아니지만 그 임상 양상이 매우 침습적이며 치료가 어렵다.¹³⁾ 즉각적이고 적극적인 처치가 필요한 응급질환으로 장기간 당뇨병 기왕력이 있는 노령기에 많으며 다른 뇌신경 장애가 안면신경마비와 동반될 수 있다. 악성 외이도염은 녹농균에 의한 경우가 가장 많고 외이도 내에 질병의 병소가 존재하고 산토리니열(Santorini fissures) 혹은 경유돌공으로 염증이 파급되어 안면신경마비가 발생한다. 임상 증상으로는 이통, 이루, 두통, 턱관절 통증 등을 호소하며, 심한 경우 안면신경마비가 발생한다.¹⁴⁾

테크네튬(Technetium, Tc)을 이용한 방사선 동위원소촬영 시 골반응의 증가를 확인하여 진단할 수 있으나 이러한 소견은 염증이 소실된 이후에도 장기간 지속되므로 치료경과를 확인하기 위해서는 갈륨(Gallium)을 이용한 방사성 동위원소 촬영을 시행해야 한다. 치료방법으로는 병소의 괴사조직을 외과적으로 절제하고 항녹농균 항생제를 사용한다. 시프로플록사신(Ciprofloxacin)이나 녹농균에 효과 있는 페니실린계 항생제 등을 단독 혹은 복합하여 정맥 주사 하며 임상경과에 따라 경구용 항생제로 전환해 사용할 수 있다.

5) 양성 종양

종양에 의해 생기는 안면신경마비는 전체 안면신경마비의 약 5%를 차지하고 있는 것으로 알려져 있다.¹⁵⁾ 내부적 혹은 외부적 압박에 의해 안면신경 손상을 일으키는 양성 종양으로는 청신경종(Vestibular schwannoma), 안면신경종(Facial nerve schwannoma), 추체첨부를 침범한 진주종(Cholesteatoma)과 경정맥사구종(Glomus jugulare)이 있다. 이러한 양성 종양들은 두개내 혹은 측두 내에서 매우 천천히 자라기 때문에 진단 당시 안면신경마비 증상이 없이 발견이 되기도 하며, 종양의 완전 절제술 후 안면신경기능은 수술 방법과 수술자의 능숙도에 따라 매우 다를 수 있다.¹⁶⁾

6) 악성종양

측두골 내에도 다양한 악성 종양이 발견되며 가장 많은 종양은 편평세포암종(Squamous cell carcinoma)이고, 그 다음으로 선양낭성암종(Adenoid cystic carcinoma)이다.¹⁷⁾ 종양은 그 기원을 판별하기 어려울 때도 종종 있지만 주로 외이도에 생겨서 중이 속으로 침범하게 된다.¹⁸⁾ 치료는 안면신경의 보존을 위한 종양의 제거 수술이 일반적이며, 필요한 경우 신경이식술을 시행하며 수술 후 방사선치료와 항암화학요법을 추가하기도 한다.¹⁶⁾

기존 치료방법

5

01 한의학적 치료방법

1 약물치료

안면신경마비의 치료에 사용될 수 있는 한약 처방으로는 《동의보감(東醫寶鑑)》, 《방약합편(方藥合編)》 등의 문헌에 기재된 견정산(牽正散), 이기거풍산(理氣祛風散), 청양탕(淸陽湯), 진교승마탕(秦艽升麻湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯), 서각승마탕(犀角升麻湯), 천선고(天仙膏) 등이 있으며, 변증에 따라 견정산가미(牽正散加味), 사물탕합견정산가감(四物湯合牽正散加減), 당귀보혈탕합도홍사물탕가감(當歸補血湯合桃紅四物湯加減) 등을 사용할 수 있다.^{6, 19, 20)}

2 침구치료

역대 문헌에 의하면 침치료는 다빈도 순으로 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17), 수구(GV26), 사백(ST2), 관료(SI18), 거료(ST3), 열결(LU7), 합곡(LI4), 화료(LI19), 청회(GB2) 등을 기본으로 취혈하며, 경우에 따라 다양하게 가감할 수 있다.²¹⁾ 뜸치료는 침치료에 사용되는 대부분의 혈(穴)을 사용할 수 있으며, 《동의보감(東醫寶鑑)》에는 안면신경마비에 해당하는 ‘구안와사(口眼喎斜)’에 청회(GB2), 협거(ST6), 지창(ST4)에 뜸요법을 시행할 수 있다고 제시하였다.^{1, 22)}

3 기타요법

경우에 따라 약침요법, 전침요법, 이침요법, 두침요법, 오행침요법 등을 약물치료, 침구치료와 병행하여 적용할 수 있다.

02 양의학적 치료방법

1 약물요법

- ① 부신피질 호르몬: 벨마비 초기의 경우 스테로이드 투여가 회복까지 걸리는 시간을 짧게 하고 안면운동의 완전 회복 가능성을 높이는 데 효과적이라는 보고가 있다.²³⁾ 가능한 한 증상이 시작된 후 72시간 내 스테로이드 투여를 시작하는 것이 좋으며 용량은 프레드니솔론 (Prednisolone) (60~80 mg/day, for 1 week)이 권장된다.²⁴⁾
- ② 항바이러스제: 급성 벨마비 환자에서 항바이러스제 사용이 안면 기능의 완전 회복에 도움을 준다는 확실한 증거는 밝혀진 바 없다. 하지만 적은 규모의 연구들에서 발아시클로버 (Valacyclovir)를 비롯한 항바이러스제를 스테로이드와 함께 사용하였을 때 발병 3~6개월 후 더 높은 회복률을 보였다고 보고한 바 있어,²⁵⁾ 환자에게 스테로이드와 병행하여 1000 mg씩 하루 3회 일주일간 복용 권유할 수 있으나 항바이러스제의 단독 사용은 권장되지 않는다.²³⁾

2 기타

- ① 물리치료: 물리치료의 목적은 안면부의 혈액 공급을 자극하고, 근육의 긴장도를 유지하여 안면 근육의 위축을 예방하기 위함이다. 마비된 안면부에 대한 적외선 조사, 안면근육 마사지, 전기적 자극, 안면근육 운동, 바이오피드백, 레이저 및 온열요법 등이 회복에 도움이 되는 것으로 알려져 있으나 아직 그 효과에 대한 근거는 부족하다. 안면운동과 관련된 대부분 연구들이 긍정적인 효과를 보고하기는 하였으나 규모가 작아 근거의 크기가 부족하여 추후 더 높은 질의 연구가 필요하다.^{26, 27)}
- ② 안(眼)치료: 눈이 불완전하게 감기는 경우 눈의 관리가 필수적이다.²⁸⁾ 마비 발생 시 안륜근의 마비가 동반되고 눈물샘의 기능이나 눈물의 생성에도 이상이 생기므로 눈의 자극 증상과 시리고, 가렵거나, 타는 듯한 느낌이나 통증을 호소하기도 한다. 방치 시 각막의 손상이나 궤양이 발생하기도 하므로 연고, 인공눈물의 사용을 권장하고 테이프를 이용하여 눈을 붙이고 지내도록 하며 안과의의 검진 필요성을 상기시켜 수시로 점검하도록 한다.
- ③ 수술요법: 6~8주간에 걸친 보존 요법을 실행하였음에도 전혀 회복이 되지 않는 경우, 안면신경마비가 있는 쪽의 누액 분비가 전혀 없는 경우, 환측의 타액 분비가 25% 이하인 경우, 심한 통증이 있거나 재발 환자인 경우, 갑자기 완전 마비가 온 경우 등이며, 이런 경우는 중추신경계에 대한 정확한 진단이 선행되어야 한다.²⁹⁾ 수술 방법은 안면신경 감압술

(Decompression), 단단 문합술(End to end anastomosis), 신경이식(Nerve graft), 신경 문합술(Nerve or substitution anastomosis) 등이 있다.³⁰⁾

위험인자 및 예후

6

01 위험인자

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

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

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

02 예후

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

참고문헌

- 1) Atzema C, Goldman RD. Should we use steroids to treat children with Bell's palsy? Can family Physician. 2006; 52: 313-4.
- 2) Slavkin HC. The significance of a human smile: observations on Bell's palsy. JADA. 1999; 130: 269-72.
- 3) Zaidi FH, Gregory-Evans K, Acheson JF et al. Familial Bell's palsy in females: a phenotype with a predilection for eyelids and lacrimal gland. Orbit. 2005; 24: 121-4.
- 4) Josef Finister. Management of peripheral facial nerve palsy. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008; 265: 742-52.
- 5) Yang GY, Lee BR, Kim YI. Clinical study of Two cases of Facial Diplegia with Continued Facial palsy. The journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2008; 25(5): 1-7.
- 6) 건강보험통계연보. 건강보험심사평가원. 2014.
- 7) 대한침구의학회 교재편찬위원회 편. 침구의학. 집문당. 2012 : pp.625-9.
- 8) 김동원. 안면신경 마비의 진단과 치료. 대한의사협회지. 1999;472:469-78.
- 9) Ahn CB 외 2인. An Analysis of Clinical Prognosis Factors of Peripheral Facial Palsy and the Effects of Electrodiagnostic Test. The J of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2007;24(4):209-23.
- 10) 김태일. 급성 벨마비에서 acyclovir의 효과. 대한임상신경생리학회지. 2001;3(2):122-7.
- 11) 김동수. 소아 중이염의 진단과 치료. 대한의사협회지. 2004;47(3):239-44.
- 12) Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, Herbrecht R, Kontoyiannis DP, Marr KA, et al. Treatment of aspergillosis: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2008;46(3):327-60.
- 13) Nadol JB Jr. Histopathology of Pseudomonas osteomyelitis of the temporal bone starting as malignant external otitis. Am J Otolaryngol 1980;1:359-71.
- 14) 변인영 외 3인. 측두하악관절을 침범한 악성 외이도염의 치험례. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2011;37:535-8.
- 15) Shambaugh GE 외 1인. Facial nerve paralysis, in otolaryngology, Paparella and Shumrick, eds. Philadelphia: WB Saunders, 1973: 275.
- 16) 이원상. 안면신경 마비와 수술적 치료. 대한의사협회지 학술논문. 2009;52(8):807-18.
- 17) Arena S. Tumor surgery of the temporal bone, Laryngoscope 1974; 84: 645-70
- 18) Gantz BJ, Rubinstein JT, Gidley P, Woodworth GG. Surgical management of Bell's palsy. Laryngoscope 1999; 109: 1177-88.
- 19) Heo Jun. Treasured Mirror of Eastern Medicine(東醫寶鑑). Bupin Publishing. Co. 2002 : 960-2.
- 20) Hwang DY. Collection Book of Formulas(方藥合編). Namsan Publishing. Co. 1992 : 67, 120, 130-1.

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

Part 3

권고안

Recommendations

특발성 안면신경마비 한의임상진료지침의 권고안은 임상진료의 주체가 되는 한의사에게 임상진료 과정에서 권고할 수 있는 한의학적 치료방법을 제시하는 데 중점을 두었으며, 특발성 안면신경마비 환자의 한의학적 치료방법 중 최선의 과학적 근거 합성 및 전문가들의 공식적인 합의를 통해 권고를 제시하는 것을 목적으로 하였다. 아직 한의 치료는 연구가 부족하지만 현재까지의 최신의 국내외 근거를 바탕으로 우리나라 임상 현실에 맞게 실행 가능한 권고사항을 제시하고자 하였다.

그리고 치료 권고안을 제시하고 있지만 환자마다 신체적 특성이 다양하고 처한 환경 요건도 다를 수 있으므로 임상진료지침의 사용에 개별 환자의 임상적 특성과 환경적 요인도 함께 고려해야 하며 진료를 담당하는 한의사 개인의 임상경험 및 판단 또한 매우 존중되어야 한다.

즉 특발성 안면신경마비 한의임상진료지침은 진료를 지원하기 위한 것일 뿐 진료를 통제하려는 것이 아니므로 실제 임상에서 어떻게 환자에게 사용할지는 진료하는 한의사의 전문적 지식과 경험을 바탕으로 환자 및 보호자의 선호와 가치관을 고려하여 판단해야 한다. 진료를 담당하는 한의사의 의료 행위를 제한하거나 건강보험 심사의 기준으로 삼고자 하는 것이 아니며, 더욱이 특정한 임상적 상황에 놓인 환자에게 시행된 진료 행위에 대한 법률적 판단을 하는 데 이용되어서는 안된다.

1 진단

2 치료

진단

Diagnosis

1

01 특발성 안면신경마비 감별진단을 위한 진단기기 활용

1 배경

특발성 안면신경마비의 중추성, 말초성 여부와 종양과 같은 다른 질환에 의해 발생한 특발성 안면신경마비 등의 감별진단을 위해 영상진단기기의 활용이 필요한 경우가 있을 수 있다. 이처럼 정확한 원인의 파악과 진단을 위해 환자의 동의하에 시행할 수 있는 영상진단기기 중 가장 효율적이고 정확한 진단기기의 선택과 적용에 대하여 고려해 볼 필요가 있다. 다만 본 권고안은 의료현장에 따라 사용이 달라질 수 있으며 양·한방 협진을 통해 아래 권고의 진료 행위가 수행될 수 있어야 한다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비에 대하여 진단기기를 사용하지 않고 평가할 수 있는 평가 방법으로는 어떤 평가법이 주로 사용되는가?

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

특발성 안면신경마비에 대한 영상진단기기 활용에 대한 근거수준을 제시할 수 있는 문헌은 찾기 어려우나 대부분의 임상가들이 특발성 안면신경마비의 중추성, 말초성 여부 확인과 청신경 종, 수막종, 선천성 진주종, 혈관종, 지주막낭, 악성종양 등의 원인 질환 유무 확인을 위하여 시행할 수 있는 현시점에서의 가장 우수한 영상진단기기로 CT나 MRI를 꼽는 데에는 이견이 없을 것이다. 향후 CT나 MRI 외에 특발성 안면신경마비의 감별진단을 위해 적용할 수 있는 다양한 영상진단기기 및 기타 진단기기의 유효성에 대한 비교와 검토가 필요할 것으로 사료된다.

2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안의 경우 근거수준을 제시할 수 있는 문헌을 찾을 수 없으나 임상적으로 특발성 안면신경마비의 원인 질환 감별을 위해 CT나 MRI 검사가 필요할 수 있으므로 전문가 합의에 따라 해당 권고등급 (GPP)를 결정하였다.

현재 CT나 MRI 검사의 경우 한의사가 직접 시행할 수 없으므로 검사가 가능한 의료기관에 검사 의뢰가 필요하며, 검사 결과에 대해서는 가급적 영상의학과 전문의의 판독 소견을 확인하고 진료에 임할 것을 권장한다.

권고

권고내용

특발성 안면신경마비의 원인 질환 파악과 감별진단, 배제 등이 필요할 경우 CT (Computed Tomography)나 MRI (Magnetic Resonance Imaging) 검사 시행을 임상진료지침 개발 그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고한다.

권고등급

GPP

02 특발성 안면신경마비 평가 방법

1 배경

특발성 안면신경마비의 평가는 육안으로 평가하는 방법과 진단기기를 이용한 평가 방법이 있다. 이 중 한의사가 임상에서 환자를 관찰하면서 가장 빠르고 쉽게 평가할 수 있는 방법이 육안적인 관찰을 통해 진단하는 방법이다. 이에 진단기기 없이 특발성 안면신경마비 환자의 상태를 평가할 수 있는 진단 방법 중 가장 보편적이고 편리한 평가 방법을 찾는 것이 중요하다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비에 대하여 진단기기를 사용하지 않고 평가할 수 있는 평가 방법으로는 어떤 평가법이 주로 사용되는가?

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

특발성 안면신경마비의 육안적 평가 방법으로는 크게 Gross scale (총괄법), Regional scale (부위법), Specific scale (특수법) 등으로 분류된다. 이 중 국내외 모두 임상에서 가장 널리 활용되고 있는 방법으로는 총괄법에 해당하는 House-Brackmann scale이며, 국내의 경우 House-Brackmann scale과 더불어 부위법에 해당하는 Yanagihara's unweighted grading system이 많이 사용되고 있는 평가방법으로 확인되었다. (육안적 평가 방법을 사용한 임상논문 123편 중 House-Brackmann scale 73건, Yanagihara's unweighted grading system 52건, Lucille Daniels의 muscle testing법 8건 순-중복 포함)

2) 권고안 도출에 대한 설명

본 권고안의 경우 근거수준을 제시할 수 있는 문헌을 찾을 수 없으나 국내 임상 논문들에서의 평가 방법 사용빈도 및 임상활용의 편리성 등을 고려한 전문가 그룹의 임상적 경험을 종합하여 전문가 합의에 따라 해당 권고등급 GPP를 결정하였다.

권고

권고내용

특발성 안면신경마비의 육안적 평가방법으로 House-Brackmann scale, Yanagihara's unweighted grading system의 사용을 개발 그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고한다.

권고등급

GPP

〈House-Brackmann scale〉

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

〈Yanagihara grading system〉

		5점 척도 움직임 없음 - 중간 - 정상
Y1	휴식 시(At rest)	0-1-2-3-4
Y2	이마주름(Wrinkle forehead)	0-1-2-3-4
Y3	깜박거림(Blink)	0-1-2-3-4
Y4	가볍게 눈 깜박거림(Closure of eye lightly)	0-1-2-3-4
Y5	빠르게 눈 깜박거림(Closure of eye tightly)	0-1-2-3-4
Y6	관련된 부분만 오직 깜박거림(Closure of eye on involved side only)	0-1-2-3-4
Y7	코주름(Wrinkle nose)	0-1-2-3-4
Y8	휘파람(Whistle)	0-1-2-3-4
Y9	활짝 웃음(Grin)	0-1-2-3-4
Y10	입꼬리가 내려감(Depress lower lip)	0-1-2-3-4

5점척도: 4- 정상(normal), 3-약간 마비(slight paralysis), 2-중등도 마비(moderate), 1-심각한 마비(severe), 0-움직임 없음(total)

참고문헌

- 1) 김종인, 고흥균, 김창환. 구안와사의 평가방법에 대한 고찰. 대한침구학회지 2001;18(2):1-17.
- 2) House J W, Brackmann D E. Facial nerve grading systems. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 1985;93:146-7.
- 3) Yanagihara N. Grading of Facial Palsy. In Facial Nerve Surgery, Proceedings: Third International Symposium of Facial Nerve Surgery, Zurich, 1976. U. Fisch(Ed.). Amstelveen, Netherlands:Kugler Medical Publications. Birmingham, Al: Aesculapius Publishing Co. 1977:533-5.

03 특발성 안면신경마비 평가에 적용되는 진단기기

1 배경

특발성 안면신경마비의 평가에 있어서 진단기기를 이용한 평가 방법은 육안으로 평가하는 방법에 비하여 현 증상에 대하여 보다 객관적으로 평가하는 수단이 될 수 있으며, 진단기기를 통한 측정 결과를 활용하여 특발성 안면신경마비의 예후 판단에 적용하는 연구들도 국내외에서 다양하게 진행되어 유의한 결과들이 보고되고 있다. 이에 한의사들도 특발성 안면신경마비의 평가에 사용되는 진단기기의 측정 결과를 활용할 수 있는 능력이 필요할 것으로 사료된다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비의 평가와 예후 판단을 위해 사용되는 진단기기로는 무엇이 있는가?

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

근전도와 신경전도검사의 경우 특발성 안면신경마비와 관련된 기존의 국내외 임상진료지침에서도 권고안으로 채택하고 있다. 연구에 의하면 ENoG 검사상 axonal loss 값(%)이 높을수록 4주 후 호전도 평가 점수가 좋지 않은 경향을 보이는 유의한 상관관계가 확인되었으며,¹⁾ ENoG상에서 Degenerative ratio가 증가될수록 3주 후의 House-Brackmann grade scale의 변동 폭이 작고 예후가 좋지 않은 결과를 보였다.²⁾ 여러 연구 결과를 종합해 볼 때 ENoG 검사가 특발성 안면신경마비의 예후 판단에 도움이 될 수 있을 것으로 사료된다.

적외선체열진단(D.I.T.I)의 경우 안면신경마비에 대한 한의학 연구에서 많이 사용되는 진단기기 중 하나이다. 발병 후 10일 이내에 촬영한 D.I.T.I 결과에서 환측 안면의 온도가 건측의 온도보다 높을수록 예후가 좋고, 환측의 온도가 건측의 온도보다 낮을수록 예후가 좋지 않다는 연구 결과도 있으며 (근거수준 IIb)³⁾, 12일 이내의 환자의 경우 환측 예풍(TE17) 영역이 건측보다 온도가 높을수록 예후가 좋지 않고 환측의 사죽공(TE23), 찬죽(BL2), 거료(ST3), 협거(ST6)의 온도는 높을수록 예후가 좋다는 연구 결과도 있었다.⁴⁾ 하지만 일부 연구들은 D.I.T.I 측정 결과와 안면신경마비의 예후와 상관성이 없는 결과를 보이기도 하였다. 이처럼 D.I.T.I를 활용한 다양한 연구들을 통해 안면신경마비의 현 상태 평가와 예후 판단을 위한 다양한 방법의 분석방법이 시도되고 있으나 아직 표준화된 분석 방법은 없는 실정이다. 향후 표준화된 방식을 위한 더 많은 연구가 진행되어야 할 것으로 사료된다.

2) 권고안 도출에 대한 설명

근전도검사(EMG)와 신경전도검사(ENoG)는 이미 특발성 안면신경마비와 관련된 기존 국내외 임상진료지침에서 도 권고안으로 채택하고 있으며 본 개발그룹에서 검색된 문헌을 통해서도 특발성 안면신경마비의 예후 판단에 대하여 의미 있는 결과를 확인할 수 있다. 이에 본 권고안과 관련하여 채택된 문헌의 근거수준(LE IIb)에 따라 권고등급 B를 부여하였다.

또한, 적외선체열진단(D.I.T.I)의 경우 모든 연구 결과에서 아직 표준화된 분석 방법이 없는 실정으로 향후 분석 방법의 표준화를 위한 더 많은 연구가 진행되어야 할 것으로 판단되어 전문가 합의에 따라 권고등급 C를 부여하였다.

권고

권고내용	권고등급
특발성 안면신경마비의 예후 판단을 위해 급성기가 지난 후 근전도검사(Electromyography, EMG)와 신경전도검사(Electroneurography, ENoG)의 시행을 권고한다.	B
특발성 안면신경마비의 예후 판단을 위해 적외선체열진단기(Digital Infrared Thermal Imaging, D.I.T.I)의 사용을 선택적으로 권고한다.	C

참고문헌

- 1) 서은비, 주현아, 임진영, 황충연. 말초성 특발성 안면신경마비의 예후인자로서 Electroneurography (ENoG)의 유용성에 대한 연구. 한방안이빈인후피부과 2011;24(3):55-64.
- 2) 박민철. ENoG를 이용한 말초성 특발성 안면신경마비의 임상적 고찰. 대한침구학회지 2004;21(5):219-26.
- 3) 성병곤, 박민철, 임규상. DITI를 이용한 특발성 안면신경마비환자의 호전도에 대한 임상적 고찰. 대한외관과학회지 2000;13(2)190-9.
- 4) 송범용. 적외선 체열진단법을 이용한 Bell's palsy의 임상적 예후 진단 연구. 대한침구의학회지 2001;18(1):1-13.
- 5) 김진만, 홍철희, 두인선, 황충연, 김남권, 박민철, 이상관, 정상수, 윤준철. DITI 및 전기신경전도 검사(ENoG 및 EMG)를 이용한 구안와사(Bell's palsy) 환자에 대한 임상적 고찰. 대한외관과학회지 2003;16(2)189-211.

치료

Treatments

2

01 일반침

02 전침

03 매선

04 약침

05 기타 침치료

06 한약

07 물리치료

01 일반침(Manual acupuncture)

1 배경

특발성 안면신경마비에 대한 침치료 효과에 대해서는 다양한 의견들이 있으며 양방 의학계의 기존 임상진료지침에서는 특발성 안면신경마비에 있어서 침치료를 권고할만한 근거가 아직 부족하다고 평가하고 있다. 하지만 국내에서는 특발성 안면신경마비에 대한 침치료 선호도가 높은 편이며 한의계에서도 침치료의 의미 있는 효과에 대한 보고가 다양하게 발표되고 있다. 현재까지 보고된 임상연구들을 바탕으로 권고안을 정리하고 향후 이와 관련하여 잘 계획된 대규모 임상연구들이 필요할 것으로 사료된다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료군이 양방 치료군에 비하여 특발성 안면신경마비로 인한 증상 개선을 보이는가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
안면마비 환자	일반침	양방치료 or 무처치군	치료율	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

안면신경마비 환자의 침치료에 대한 14편의 무작위 배정 임상연구가 포함된 체계적 문헌고찰 연구에서 임상시험 참가자 1541명을 분석한 결과, 통합추정치는 침치료군에서 유효율이 더 높았다(RR=1.14; 95% CI=1.04 to 1.25). 하지만 대부분의 포함 연구들에서 비뚤림 위험이 높으며, 침이 안면신경마비 환자에게 효과적인지는 근거가 불충분하다고 하였다.¹⁾

8편의 무작위 배정 임상연구를 분석한 체계적 문헌고찰의 메타분석결과, 통합 추정치는 4편의 침치료와 양방치료를 비교한 결과 침치료군이 전반적인 치료율이 더 높았으며(n=463, RR=1.07, 95% CI=1.02 to 1.13), 6편의 침과 양방 병행치료군이 양방 단독치료군보다 치료율이 높게 나타났다(n=512, RR=1.11, 95% CI=1.05 to 1.17).²⁾

또한, 6편의 무작위 배정 임상연구(임상시험 참여자 537명)를 포함하고 있는 침치료와 양방 치료를 비교한 코크란 리뷰 결과, 포함된 연구들 구체적인 안면신경마비 평가 측정에 관한 보고는 없었고 치료율만 보고하고 있다. 또한, 부작용에 대한 보고도 없으며, 연구의 비플림 위험이 높은 것으로 평가하여 침치료가 안면마비 환자의 증상 개선에 불충분한 근거를 가지고 있다고 하였다.³⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	포함 연구 설계	포함 연구 수 (포함 샘플 수)	중재군	주요 결과 지표	효과 추정치	포함 연구 질평가	SR 질평가	근거 수준
Li (2015) 중국	SR	RCT	14 (1541)	침 or 전침 or 침+양방 vs 양방	Response rate	RR=1.14 [1.04-1.20]; P=0.005	Poor	중등도	la
Kim (2012) 한국	SR	RCT	8 (1043)	침 or 침+양방 vs 양방	1) Response rate (침 vs 양방) 2) Response rate (침+양방 vs 양방)	1) RR=1.07 [.02 to 1.13]; P=0.006 2) RR=1.11 [1.05 to 1.17]; P=0.001	Poor	중등도	la
Chen (2010) 중국	SR	RCT	6 (573)	침 or 침+양방 vs 양방	Response rate	NS	Poor	높음	la

n.r.: not reported; SR: systematic review; RR: relative risk

특발성 안면신경마비 환자 119명을 대상으로 한 무작위 배정 임상연구로 침치료군(n=28), 양방치료군(스테로이드, n=53), 무처치군(n=38)으로 나누어 임상시험을 진행, House-Brackmann grade (H-B grade)으로 평가한 결과, 전반적인 개선 정도는 침치료군은 96.4%, 양방치료군은 86.9%, 무처치군은 89.5%로 통계적으로 유의하지는 않았다. 이 연구에서는 침치료와 양방치료가 회복 정도와 회복 속도에 동일한 결과를 보인다고 보고하였다.⁴⁾

특발성 안면신경마비 환자 130명을 대상으로 한 무작위배정 임상시험 연구결과 침치료군이 97%, 양방치료군이 77%로 안면마비 증상 개선에 유의하다고 보고하였다.⁵⁾

특발성 안면신경마비 환자 60명으로 한 무작위배정 임상시험에서 각각 30명으로 나누어 침치료와 양방치료를 2주 시행한 후 비교했을 때, 침치료가 치료율 및 H-B grade에서 보다 나은 결과를 보였다.⁶⁾

특발성 안면신경마비 환자 320명을 침치료군(n=107), 침+양방 병행군(n=106), 양방치료군(n=107)으로 나누어 연구를 진행한 결과 침+양방 병행군이 100%, 침치료군 99.1%, 양방치료군 91.6%로 총 치료율은 유의하지 않으나 완치율은 각각 67%, 59.8%, 16.8%로 침치료를 시행한 두 그룹이 양방치료군보다 유의하게 나타났다.⁷⁾

중국의 4개 중의병원에서 수행한 다기관 연구에서 침치료 단독 시행군(n=159), 침치료와 양방치료(스테로이드) 병행군(n=160), 양방치료(스테로이드) 단독군(n=161)으로 나누어 4주간 치료를 시행하였다. 세 그룹 모두 유의한 호전을 보였으며, 침치료를 시행한 두 그룹이 양방치료 단독군에 비해 다소 높은 치료율을 보였다. 침치료는 환측의 지창(ST4), 협거(ST6), 양백(GB14), 하관(ST7), 예풍(TE17)과 양측의 합곡(LI4)에 시술하였다.⁸⁾

특발성 안면신경마비 108명을 침치료군(n=40), 침+양방 병행군(n=33), 양방치료군(n=35)으로 나누어 연구를 진행한 결과 침+양방 병행군이 100%, 침치료군 100%, 양방치료군 94.3%로 총 치료율은 유의하지 않으나 완치율은 각각 75%, 75.7%, 57.1%로 침치료를 시행한 두 그룹이 양방치료군보다 유의하게 나타났다.⁹⁾

한국 경희대학교 한방병원에서 39명의 벨마비 후유증 환자를 대상으로 침치료군(n=26), 무처치군(n=13)으로 나누어 일주일에 3회, 8주간 치료를 시행하였다. 침치료군은 삶의 질 평가지표인 facial disability scale (FDI) 중 사회적 기능에서 큰 개선을 보였으며(MD=23.54; 95% CI=12.99 to 34.08), FDI 신체적 기능에서도 개선을 보였다(MD=21.54; 95% CI=7.62 to 35.46). 또한, Sunnybrook facial nerve grading 척도(MD=14.77; 95% CI=5.05 to 24.49), 및 stiffness 척도(MD=-1.58; 95% CI=-2.26 to -0.89)도 8주 치료 후 대기군에 비해 유효한 결과를 보였다. 침치료는 건측의 지창(ST4), 협거(ST6)과 환측의 승읍(ST1), 어요(EX-HN4), 사죽공(TE23), 영향(LI20), 그리고 양측의 예풍(TE17), 인영(ST9), 수삼리(LI10), 합곡(LI4), 족삼리(ST36), 양릉천(GB34)에 시술하였다.¹⁰⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Tong (2010) 홍콩	RCT	119명 12-95(n.r.)	(A) 침 (20분, 3회/ 주, 12주, n=28)	(B) 양방(Prednisone 30 mg 2회/일, pep- cidine 20 mg 2회/일, n=53) (C) 무처치군 (n=38)	H-B grade (grade 3 or better)	NS	L, L, U, L, U, U, L	Ib
Liu (1996) 중국	RCT	130명 8-75(n.r)	(A) 침 (30분, 1회/ d, 총10회, n=65)	(B) 양방(Prednisone 20 mg, 3회/일, vitamin B+dibazol, n=65)	Response rate	P<0.01	U, U, H, H, L, L, L	Ib
Wang (2007) 중국	RCT	60명 (A) 42.2 (B) 39.5	(A) 침 (30분, 1 회/d, 총10회, 휴 식2일, 총 20회, n=30)+(B)	(B) 양방(n=30) 1) I.V.: dexametha- sone 10 mg/d + 5 % glucose solution 250 mL, 4일 2) I.M.: vitamin B ₁ 100mg + vitamin B ₁₂ 0.5mg, 4일 3) Oral : 4 days after I.V., oral acyclovir 200&400 mg/day in descending dose	1) H-B grade 2) Response rate	1), 2) P<0.05,	U, U, H, H, U, U, L	Ib
Yang (2006) 중국	RCT	320 (A) 35.9±11.1 (B) 36.7±11.4 (C) 35.9±11.1	(A) 침(30분, 1회/d, 총10회, 휴식2일, 총 20회, n=107) (C) (A)+(B) (n=106)	(B) 양방 (Predni- sone, 20~40 mg, dexamethasone, 5~10 mg, ethylprednisolone 100 mg, n=107)	Response rate	(A) vs (C), P<0.01	L, U, H, H, U, U, L	Ib
Li (2004) 중국	RCT	480 (A) 40.5±15.7 (B) 39.6±14.6 (C) 40.3±14.8	(A) 침 (30분,1회/d, 5회/주, 총 20회, n=156) (B) (A)+(C) (n=159)	(C) 양방 (prednisone 30 mg, dibazole 10mg ,vitamin B ₁ 100mg and vitamin B ₁₂ 100mg, n=128)	1) Response rate 2) FDI 3) H-B grade	1) (A)vs(C), NS 2), 3) (A) vs(C), P<0.005	L, L, H, U, L, H, L	Ib

계속

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Zhu (2006) 중국	RCT	108 15&69(n.r.)	(A) 침 (30분, 1회/ d, 총10회, 휴식2 일, 총 20회, n=40) (B) (A)+(C) (n=33)	(C) 양방 (Prednisone 5mg, 3회/d, n=35)	Response rate	(A)vs(C), NS	U, U, U, U, U, U, U	1b
Kwon (2015) 한국	RCT	39 (A) 50.85± 10.48 (B) 13/13; 50.54 ±11.48	(A) 침 (30분, 1주일 3회, 총24회, n=26)	(B) 무처치군(n=13)	1) FDI(사회적) 2) FDI(신체적) 3) Sunny brook facial nerve grading 4) Stiffness 척도	1) MD, 23.54 [12.99 to 34.08] 2) MD, 21.54; [7.62 to 35.46] 3) MD, 14.77 [5.05 to 24.49] 4) MD, -1.58 [-2.26 to &0.89]	L, L, H, L, L, L, L	1b

FDI: facial disability index; **H-B grade**: House – Brackmann grade; **MD**: mean difference; **n.r.**:not report; **NS**: not significant; **RCT**: randomized control trial

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias. [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q1 권고안 도출에 대한 설명

3편의 체계적 문헌고찰 연구(Ia)와 7편의 무작위 배정 임상연구(Ib)들을 종합하여 볼 때, 일부 연구에서 특발성 안면신경마비에 통상적인 양방치료를 시행하는 경우보다 침치료를 시행하는 경우 증상 개선에 더 효과를 보인 결과를 볼 수 있었으나 모든 연구 결과가 일관성 있는 결과를 보이지는 않았다. 특발성 안면신경마비에 대한 침치료는 효과적이며 안전한 치료방법이므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 우리나라에서 현재 특발성 안면신경마비 치료에 침치료가 다빈도로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 특발성 안면신경마비에 통상적인 양방치료 또는 무처치군에 비해 침치료를 시행하는 것을 권고하여 권고등급 A를 부여하였다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비에 대하여 침치료를 시행하지 않는 것에 비해 시행하는 것을 매우 권고한다.	A	1-10	Q1

Q2 스테로이드(Steroid) 요법을 시행 중인 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료를 시행하는 것이 시행하지 않는 경우에 비해 증상 개선에 도움이 되는가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	일반침+양방	양방	FDI, 치료율	한방 일차 의원 및 병원

FDI: facial disability index

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

특발성 안면신경마비 환자 320명을 침치료군(n=107), 침+양방 병행군(n=106), 양방치료군(n=107)으로 나누어 연구를 진행한 결과 침+양방 병행군이 100%, 침치료군 99.1%, 양방치료군 91.6%로 총 치료율은 유의하지 않으나 완치율은 각각 67%, 59.8%, 16.8%로 침치료를 시행한 두 그룹이 양방치료군보다 유의하게 나타났다.⁷⁾

중국의 4개 중의병원에서 수행한 다기관 연구에서 침치료 단독 시행군(n=159), 침치료와 양방치료(스테로이드) 병행군(n=160), 양방치료(스테로이드) 단독군(n=161)으로 나누어 4주간 치료를 시행하였다. 세 그룹 모두 유의한 호전을 보였으며, 침치료를 시행한 두 그룹이 양방치료 단독군에 비해 다소 높은 치료율을 보였다. 침치료는 환측의 지창(ST4), 협거(ST6), 양백(GB14), 하관(ST7), 예풍(TE17)과 양측의 합곡(LI4)에 시술하였다.⁸⁾

특발성 안면신경마비 108명을 침치료군(n=40), 침+양방 병행군(n=33), 양방치료군(n=35)으로 나누어 연구를 진행한 결과 침+양방 병행군이 100%, 침치료군 100%, 양방치료군 94.3%로 총 치료율은 유의하지 않으나 완치율은 각각 75%, 75.7%, 57.1%로 침치료를 시행한 두 그룹이 양방치료군보다 유의하게 나타났다.⁹⁾

특발성 안면신경마비 환자 108명을 대상으로 무작위배정 임상시험 결과, 침+양방 병행치료군이 양방치료군에 비해 치료율이 유의하게 감소하였다.¹¹⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Yang (2006) 중국	RCT	320명 (A) 35.9±11.1 (B) 36.7±11.4 (C) 106/106; 35.9±11.1	(A) 침(30분, 1회/d, 총10회, 휴식2일, 총 20회, n=107) (B) (A)+(C) (n=106)	(C) 양방 (Predni- sone, 20~40mg, dexamethasone, 5~10 mg, meth- ylprednisolone 100mg, n=107)	Response rate	(B)vs(C), P(0,01)	L, U, H, H, U, U, L	1b
Li (2004) 중국	RCT	480 (A) 40.5±15.7 (B) 39.6±14.6 (C) 40.3±14.8	(A) 침(특기,30분,1회/ d, 5회/주, 총 20 회, n=156)+뜸(매 자침시5분) (B)(A)+(C)(n=159)	(C) 양방 (predni- sone 30 mg, 1회/ 일 3일, dibazole 10mg, 3회/일 2~4 주, vitamin B1 100mg 및 vitamin B12 100mg 1회/ 일, 10일, vitamin B1 10mg 3회/일, 10일, n=128)	1) Response rate 2) FDI 3) H-B grade	1) (C)vs(B), NS 2),3) (C) vs (B), P(0,005)	L, L, H, U, L, H, L	1b
Zhu (2006) 중국	RCT	108 15~69(n.r.)	(A) 침 (30분, 1회/d, 총10회, 휴식2일, 총 20회, n=40) (B) (A)+(C) (n=33)	(C) 양방 (Predni- sone 5 mg, 3회/일, n=35)	Response rate	(C) vs (B), P(0,05)	U, U, U, U, U, U, U	1b
Shao (1999) 중국	RCT	108 (A) 57 (B) 56	(A) 침 (30분,1회/ d, 15일, 휴식 4 일, 총 45회, n=58)+(B)	(C) 양방 (dexa- methasone, vitamin B1, vitamin B12, citicoline and ribavirin, n=50)	Response rate	P(0,05)	U, U, H, H, U, U, L	1b

FDI: facial disability index; **H-B grade:** House & Brackmann grade; **MD:** mean difference; **n.r.:** not report; **RCT:** randomized control trial

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias. [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q3 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문에 해당하는 침치료와 양방(스테로이드)치료를 병행한 치료군이 양방(스테로이드)치료만 시행한 치료군의 치료율을 비교한 4편의 임상연구를 분석하여 근거를 부여하였다. 특발성 안면신경마비에 대한 침치료가 효과적이고 심각한 부작용이 없었으므로 위해보다는 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 또한 현재 우리나라에서는 안면마비 치료로 일반침치료와 더불어 발병 초기 경구 스테로이드 병행이 많이 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 다만 비용대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 아직 없으므로 비용에 관한 판단은 제외하였다. 안면마비에 대한 일반침과 스테로이드 병행 치료는 근거수준과 편익이 신뢰할 수 있고 진료현장에서 활용도가 높아 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 A를 부여한다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비 환자에게 침치료와 스테로이드를 병행 시행하는 것이 스테로이드 단독 치료에 비해 효과적일 수 있으므로 스테로이드 요법을 시행 중인 특발성 안면신경마비 환자에 대한 침치료 시행을 매우 권고한다.	A	7-9,11	Q2

Q3 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료 시 득기를 유발하는 경우가 그렇지 않은 경우에 비교해 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	일반침+득기	일반침+비득기	치료율, FDI	한방 일차 의원 및 병원

FDI: facial disability index

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

50명의 특발성 안면신경마비 환자들 대상으로 침치료 후 득기유발군과 침 자입 후 득기비유발군을 비교하였다. 스테로이드, 비타민 B₁, B₁₂ 주사 등은 양 군 모두에서 병행하였으며 침치료는 환측의 양백(GB14), 지창(ST4), 협거(ST6), 하관(ST7), 예풍(TE17)과 건측의 합곡(LI4)을 취혈하였다. 이중 득기유발군(n=28)은 유효율 89.2% (25/28)로, 득기비유발군의 유효율 63.6% (14/22)에 비해 유의한 호전이 있음을 보고하였다. 유의성은 H-B grade I에 도달한 환자(완전치유), grade II에 도달한 환자(현격히 호전), grade III에 도달한 환자(호전), grade IV 이상으로 남아 있는 환자(무효)로 기준을 분류하고, 유효율은 완전치료-현격호전-호전을 치료 반응이 있으므로, 무효를 치료반응 없음으로 이분하여 비율을 체크하였다. 안전성 관련 정보는 보고되지 않았다.¹²⁾

중국의 11개 중의병원에서 수행한 다기관 연구에서 침 자극 시 득기 자극군(n=167)과 단순자침 및 득기 없는 유침군(n=171)으로 분류하여 20회의 침치료를 시행하였다. 침치료는 환측의 양백(GB14), 지창(ST4), 협거(ST6), 하관(ST7), 예풍(TE17)과 건측의 합곡(LI4)을 취혈하였으며, 6개월 후 측정된 평가도구는 완전회복된 환자의 비율(complete recovery rate), 안면장애지수(Facial Disability Index, FDI), WHO 삶의 질 설문지(WHO, quality of life)를 사용하였다. 연구 시작 6개월 후 H-B grade I에 도달한 환자의 비율을 완전회복 환자비율로 정의하였을 때, 득기군은 89.8% (150/167), 비득기군은 70.8% (121/171)로 양 군 간 호전비율에서 유의한 차이를 나타내었다. FDI와 WHOQOL 역시 득기군과 비득기군의 차이는 각각 9.8(95% CI=6.3-13.3), 29.9(95% CI=22.3-37.4)로 유의한 차이를 나타냈다.¹³⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Mei (2010) 중국	RCT	50명 39.72	(A) 침(보사수법, 30분, 1일 1회, 1주 일 5회, 휴식2일, 총4주, n=26)	(B) 침(보사수 법사용하지 않 음, 30분, 1일 1 회, 1주일 5회, 휴식2일, 총4주, n=24)	Response rate	P<0.01	U, L, H, U, L, U, L	1b
Xu (2013) 중국	RCT	355명 (A) 38.1±12.7 (B) 38.1±12.7	(A) 침(득기, 30 분, 1일1회, 1주일5 회, 총4주, 10분마 다 득기 여부 확인, n=159)	(B) 침(비득기, 30분, 1일1회, 1 주일5회, 총4주, n=157)	1) Complete recovery rate 2) FDI 3) WHOQOL 4) H-B grade	1) ADLSM 4.2[2.2-7.8] 2) ADLSM 9.80[6.29&13.3] 3) ADLSM 29.86[22.33&37.38] 4) Adjusted OR 1.07[1.04-1.09]	L, L, L, L, L, H, L	1b

ADLSM: Adjusted differences of least squares means **FDI:** facial disability index; **H-B grade:** House – Brackmann grade; **n.r.:** not report; **RCT:** randomized control trial; **WHOQOL:** WHO quality of life

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias. [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q3 권고안 도출에 대한 설명

득기는 침을 시술하는 동안 침시술자 혹은 환자가 느끼는 감각으로 침 아래 부위의 빠근함, 찌릿함, 묵직함, 시원함 등의 감각의 확산 또는 전도되는 것을 말하는데 실제로 득기감이 침 치료 효과에 연결되는지에 대해서는 아직 명확한 결론을 내리기 어렵다. 하지만 2편의 무작위 배정 임상연구 결과 통해 침치료 시 득기를 시행하는 것이 비득기에 비해 치료율이 높고 현재 우리나라 임상현장에서 침치료 시 득기를 일반적으로 사용되고 있으므로 정성적으로 가치와 선호도의 변이가 크지 않을 것으로 판단된다. 전문가들의 의견을 반영하여 권고등급 A를 부여한다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비 환자의 침치료 시 득기를 유발하는 것을 권고한다.	B	12-13	Q3

Q4 안면신경마비 환자의 침치료 시작 시기(급성기, 정지기, 회복기)에 따라 호전도에 차이가 있는가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	침(병기에 따른)	침(병기에 따르지 않은)	호전도	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

특발성 안면신경마비의 병기에 따른 침치료, 침치료와 뜸, 전침자극을 병행한 치료, 안면경락 및 근육 자침을 목적으로 한 치료, 병기와 상관없는 침치료 등 5개 군을 비교한 요인설계(factorial design)로 중국의 3개 임상연구센터에서 수행된 다기관 연구 결과, 모든 군들을 통합하였을 때, 호전도는 급성기에 50.1% (223/445), 정지기(resting stage)에서 52.1% (162/311), 회복기에서 25.9% (35/135)로 발생 초/중반에 치료 시 양호한 예후를 보였다. 5개 군 간의 효과 차이는 없었으며, 급성기 및 정지기(마비 발생 1~3주)에 침치료 시행 시 그 이후 치료 시행보다 양호한 효과를 낼 수 있다고 보고하였다. 해당 연구에 사용된 치료혈은 지창(ST4), 협거(ST6), 합곡(LI4), 양백(GB14), 태양(EX-HN5), 예풍 (TE17), 권료(SI8), 영향(LI20), 찬죽(BL2), (구)화료(LI19), 승장(CB24)이었다.¹⁴⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(평균)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Li (2011) 중국	RCT	900 (A) 40.7±14.2 (B) 39.9±13.8 (C) 141.1±15.4 (D) 40.9±14.6 (E) 39.8±13.5	병기에 따른 군 (급성기: 20분, 정 지기와 회복기: 30분, 1일 1회, 1주 일 5회, 휴식2일, 총4주, 총 20회)	(E) 병기에 따르지 않은 침 치료군 (특기, 30분, 1일 1 회, 1주일 5회, 휴 식2일, 총4주, 총 20회, n=179)	1) 병기별 군간 치 료율 2) 병기별(급성기, 정체기,회복기) 치료율(군에 상관없이)	1) P>0.05 2) P<0.01(급성기 50.1%(223/445), 정체기 52.1%(162/311) 회복기 25.9%(35/135))	L, L, H, U, L, H, L	Ib
			(A) 침(n=177) (B) 침+뜸(n=178) (C) 전침(n=179) (D) 침(line- puncture on muscle region of meridian group,n=178)					

RCT: randomized control trial

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias, [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q4 권고안 비도출에 대한 설명

특발성 안면신경마비 환자의 침치료는 급성기 및 정체기(1~3주 이내)에 시작하는 것이 증상 개선에 효과적이라는 결론은 의미하는 바가 큰 것으로 사료되지만 관련 연구의 수가 부족에 의한 낮은 근거수준으로 향후 질적으로 우수한 많은 임상연구가 시행된 이후에 권고안을 도출하는 것이 타당할 것으로 사료되어 권고안 도출을 하지 않았다.

Q5 특발성 안면신경마비 환자의 침치료 혈위로 어떤 혈들을 취혈하는 것이 좋은가?

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

특발성 안면신경마비의 침치료에 관한 무작위배정 임상연구 총 4편에서 공통적으로 사용한 침치료 혈위는 지창(ST4), 협거(ST6), 양백(GB14), 예풍(TE17), 합곡(LI4), 하관(ST7) 등이며, 안면부 혈위는 환측에 원위취혈 부위인 합곡(LI4)은 건측에 사용하였다.^{8,12-14)}

역대 문헌에서 언급된 구안와사의 치료혈을 분석한 연구에 의하면 구안와사의 치료혈로 가장 많이 언급된 경혈은 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17), 수구(GV26), 사백(ST2), 관료(SI18), 거료(ST3), 열결(LU7), 합곡(LI4), 화료(LI19), 청회(GB2) 등이었다.¹⁵⁾

Q5 권고안 도출에 대한 설명

본 진료지침에서는 특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 한 침치료 유효성과 관련 있는 임상연구들에 적용된 혈위들을 분석하여 다빈도 혈위를 확인할 수는 있었으나 각 혈의 개별 치료효과에 대한 근거 연구가 아직 미흡한 것으로 판단된다. 따라서 본 권고안의 경우 임상연구들을 통해 조사된 다빈도 혈위들이 임상적으로 다용되는 혈위임에는 동의하나 아직은 개별 혈들의 효과에 대한 근거가 부족함을 고려하여 본 진료지침 개발위원을 포함한 임상전문가들의 합의를 통해 해당 권고안의 권고등급 GPP를 부여하였다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
<ul style="list-style-type: none"> • 특발성 안면신경마비 환자의 침치료 혈위로 환측 지창(ST4), 협거(ST6), 양백(GB14), 예풍(TE17), 하관(ST7)과 건측 합곡(LI4)을 기본 혈위로 사용하는 것을 임상진료지침 개발그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고한다. • 특발성 안면신경마비 환자의 침치료 기본혈위 외에 수구(GV26), 사백(ST2), 관료(SI18), 거료(ST3), 열결(LU7), 화료(LI19), 청회(GB2) 등의 선혈을 사용할 것을 임상진료지침 개발그룹의 임상적 경험에 근거하여 권고한다. 	GPP	8,12-15	Q5

3 안전성

Xu 등¹³⁾이 침 자극 시 득기자극군(n=167)과 단순자침 및 득기 없는 유침군(n=171)으로 나누어 시행한 연구에서 중대이상반응은 양 군 어디에서도 발생하지 않았으며, 득기자극군에서 212건의 경미 이상반응(경미 출혈 94례, 자침통증 73례, 멍 43례, 혼침 2례)과 비득기유침군에서 203건의 경미 이상반응[경미 출혈 83례, 자침 통증 78례, 멍 38례, 혼침 3례, 의식상태 변화(drowsiness) 1례]을 보고하였다. 모든 피험자는 경미 이상반응으로부터 완전히 회복되었다.

Kim 등¹⁶⁾이 특발성 안면신경마비 입원 환자 50명을 대상으로 침치료 이상반응을 관찰한 결과, 36명의 환자는 1번 이상의 이상반응을 호소하였다. 1884회의 침치료(일반침치료 693례)를 시행하는 동안 163회(일반침 73례)의 이상반응이 보고되었으며, 일반침치료 후 주로 나타나는 부작용은 출혈 25례, 시술 부위의 통증 17례, 멍 14례, 피로감 6례, 혈종 6례, 감각이상 3례, 발침지연 1례, 땀 흘림 1례가 보고되었다. 중대한 이상반응은 전혀 없었으며, 일시적이거나 경미한 이상반응이 전부였다고 보고하였다.

이상의 결과로 침치료는 부작용이 적고 대체로 안전한 치료법이라고 사료된다. 하지만 보다 객관적인 안전성 검증을 위해 향후 다양한 환자를 대상으로 한 대규모 임상연구가 필요하다고 사료된다.

참고문헌

- 1) Li P, Qiu T, Qin C. Efficacy of Acupuncture for Bell's Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS one* 2015;10(5):e0121880.
- 2) Chen N, Zhou M, He L, Zhou D, Li N. Acupuncture for Bell's palsy. *The Cochrane database of systematic reviews* 2010(8):Cd002914.) Kim JI, Lee MS, Choi TY, Lee H, Kwon HJ. Acupuncture for Bell's palsy: a systematic review and meta-analysis. *Chinese journal of integrative medicine* 2012;18(1):48-55.
- 3) Tong FM, Chow SK, CA, Wa SS, Ng RK, Chan G, Chan WA, Ng A, Law CK. A prospective randomised controlled study on efficacies of acupuncture and steroid in treatment of idiopathic peripheral facial paralysis. *Acupuncture in Medicine* 2009;27(4):169-73.
- 4) Liu M. Observation of the efficacy of shallow-multi needle and drug therapy for facial paralysis of 130 cases [浅刺多针法和药物治疗治疗面瘫130例疗效的对比观察]. *Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion* 1996;5(12):56.
- 5) Wang LM. Clinical observation on acupuncture combined medicine treatment for acute idiopathic facial paralysis [针药结合治疗急性特发性面神经麻痹的临床观察]. *Sichuan Journal of Traditional Chinese Medicine* 2007;25(11):109-10.
- 6) Yang CD, Bao JL, Zhang ZJ, Song JC. Observations on the efficacy of combined acupuncture and medication for treating in 320 cases of facial paralysis [针刺结合药物治疗面瘫320例疗效观察]. *Scientific & Technical Information of Gansu* 2006;35(4):240-1.
- 7) Li Y, Liang FR, Xu SG, Li CD, Hu LX, Zhou D, Yuan XL, Li Y, Xia XH. Efficacy of acupuncture and moxibustion in treating Bell's palsy: a multicenter randomized controlled trial in China. *Chinese Medical Journal* 2004;117(10):1502-6.
- 8) Zhu LJ. Observations on the efficacy of combined acupuncture and medication for treating the acute stage of peripheral facial paralysis [针药并施治疗周围性面神经麻痹急性期疗效观察]. *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion* 2006;25(7):17-8.
- 9) Kwon HJ, Choi JY, Lee MS, Kim YS, Shin BC, Kim JI. Acupuncture for the sequelae of Bell's palsy: a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:246.
- 10) Shao SF, Wang ZQ, Wang L. Acupuncture treatment combined with Western medicine for peripheral facial nerve paralysis of 58 cases [针灸与西药联用治疗周围性面神经瘫痪58例]. *Journal of New Medicine* 1999;30(1):14.
- 11) Mei JH, Gao S, Chen GH, Ye P, Qiu X, Zhang ZW, Liu BQ. Relationship between neuro-psychological factors and effect of acupuncture in treating Bell's palsy [神经心理因素与贝尔麻痹针刺治疗疗效关系观察]. *Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine* 2010;30(10):1026-9.

- 12) Xu SB, Huang B, Zhang CY, Du P, Yuan Q, Bi GJ, Zhang GB, Xie MJ, Luo X, Huang GY, Wang W. Effectiveness of strengthened stimulation during acupuncture for the treatment of Bell palsy: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 2013;185(6):473-9.
- 13) Li Y, Li Y, Liu LA, Zhao L, Hu KM, Xu, X. CHen XQ, Li GP, Mang LL, Qi QH. Acupuncture and moxibustion for peripheral facial palsy at different stages: multi-central large-sample randomized controlled trial. *Chinese Acupuncture & Moxibustion* 2011;31(4):289-93.
- 14) 황재연, 이병렬. 구안와사의 치료혈에 대한 문헌적 고찰. *대전대학교 한의학논문집* 1998;7(1):817-29.
- 15) 김동혁, 김경욱, 김종한, 김현호, 박지민, 유재혁, 남동우, 이상훈, 최도영. 침치료 이상반응에 대한 전향적 관찰: 말초성 특발성 안면신경마비 입원 환자 50명을 대상으로. *대한침구학회지* 2011;28(4):65-75.

02 전침(Electro-acupuncture)

1 배경

전침치료는 특발성 안면신경마비의 한의학적 치료방법 중 임상에서 많이 사용되고 있는 치료방법 중 하나이다. 하지만 특발성 안면신경마비에 대한 전침치료의 구체적이고 표준화된 진료지침은 마련되지 않은 실정이다. 특발성 안면신경마비에 적용한 전침치료에 대한 대규모 무작위 배정 임상연구가 아직 부족하여 상위 등급의 권고안을 정하는 것이 어려우나 현재까지 보고된 임상연구들을 바탕으로 권고안을 정리하였고 향후 이와 관련하여 잘 계획된 대규모 임상연구들이 필요할 것으로 사료된다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료만 시행하는 것에 비하여 전침치료를 시행하는 것이 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	전침	일반침	치료를	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

An 등¹⁾의 연구에 의하면 발병일 30일 이내인 말초성특발성 안면신경마비 환자 40명을 대상으로 무작위 배정을 통해 전침치료군(n=18)과 호침치료군(n=22)으로 나누어 4주간 매일 치료를 시행하고 치료 시작 2주와 4주 후에 H-B grade와 Y-system을 적용하여 치료 성적을 비교하였다. 치료 2주 후에 H-B grade는 유의한 차이가 없었으나 Y-system에서 전침치료군의 성적에 유의한 증가를 보였으며, 치료 4주 후 H-B grade, Y-system 모두 전침치료군에서 통계적으로 유의하게 호침치료군에 비해 우수한 치료 효과가 관찰되었다.

또한 Lee 등²⁾의 연구에 의하면 특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 전침을 사용한 균을 A군, 일반체침군을 B군으로 하여 두 군 모두 협거(ST6), 지창(ST4), 수구(GV26), 승장(CV24), 예풍(TE17), 사백(ST2), 합곡(LI4), 사죽공(TE23), 찬죽(BL2), 족삼리(ST36), 태충(LR3) 등을 1일 1회 자침하였으며, A군은 발병 1주일 이내에는 전침의 소밀파(loose and dense wave)를 발병 1주일 이후에는 단속파(interrupted wave)를 응용하였고 연결부위는 지창(ST4)-협거(ST6),

사죽공(TE23)-찬죽(BL2), 주파수 3 Hz, 유침시간은 15~20분 시행하였다. 그 결과 A군은 완치 24례(82.8%), 탁월 3례(10.3%), 양호와 불량이 각각 1례(3.4%)의 순으로 나타났고 B군은 완치 13례(61.9%), 탁월과 양호가 각각 3례(14.3%), 호전과 불량이 각각 1례(4.8%)로 나타났으며, 완치에 이르는 치료 기간에 있어서도 A군은 1~2주 내 완치가 7례, 2~3주 내 완치가 7례, B군은 2~3주 내 완치가 6례, 3~4주 내 완치가 4례로 전침을 사용한 군의 치료 효과가 일반 체침을 사용한 것보다는 앞선 것으로 예상할 수 있었다.

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
An (2005) 한국	RCT	40명 (A) 45.8±19.3 (B) 46.6±16.9	(A) 전침 (20분, 1회/일, 4주, n=15)	(B) 일반침 (20분, 1회/일, 4주, n=19)	1) H-B grade 2) Y-System	1), 2) P<0.05	L, U, H, U, L, L, U	Ib
Lee (1999) 한국	Non- RCT	50명 (A) n.r. (B) n.r.	(A) 전침 (15~20분, 1회/일, n.r., n=15)	(B) 일반침 (15~20분, 1회/일, n.r., n=19)	H-B grade	P<0.05	H, U, L, U, L, L	IV

CCT: controlled control trial; **H-B grade**: House-Brackmann grade; **n.r.**: not report; **Y-System**: Yanagihara's unweighed grading system;

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias, [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.] **Domains of quality assessment based on the Risk of Bias Assessment tool of Non-randomised Study(RoBAN): (1) Selection of participants (2) Confounding variables (3) Measurement of exposure (4) Blinding of outcome assessments (5) Incomplete outcome data (6) Selective outcome reporting. 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.

Q1 권고안 도출에 대한 설명

이상의 임상연구 결과를 통해 전침치료가 일반 침치료에 비해 증상 개선 효과에 있어서 다소 우위가 인정되나 전침과 관련된 연구 수가 부족하고, 환자의 불편감 등을 고려하면 모든 환자에게 적용하기 어려운 경우가 있을 수 있으며, 적용 혈위와 전침의 강도, 파형 등 가장 효과적인 전침 적용의 조건을 알아내기 위한 추가 연구가 더 필요할 것으로 사료되어 근거수준에 따른 권고등급 A를 정하지 않고 전문가 합의에 권고등급 B를 부여하였다.

권고				
권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문	
특발성 안면신경마비에 대하여 일반침치료만 시행하는 것보다 전침치료를 시행하는 것을 권고한다.	B	1-2	Q1	

Q2 특발성 안면신경마비 환자에게 특발성 안면신경마비 환자에게 전침치료 시 소밀파(Loose and dense wave)를 적용하는 경우와 단속파(Interrupted wave)를 적용하는 경우에 치료율에서 차이가 있는가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	전침+단속파	전침+소밀파	H-B grade Y-system	한방 일차 의원 및 병원

H-B grade: House - Brackmann grade; **Y-System:** Yanagihara's unweighed grading system

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

Choi 등³⁾의 연구에 의하면 H-B grade III 또는 III 이상인 발병 30일 이내, 치료기간 2주 이상, 치료횟수 5회 이상인 환자 56명 중 단속파를 사용한 전침 시술 군 29명과 소밀파를 사용한 전침 시술군 27명을 비교하였을 때, 치료 종결 후 H-B grade와 Y-system을 이용한 치료 성적 평가를 통해 단속파 사용군이 소밀파 사용군에 비해 유의하게 우수한 치료 효과를 보였다.

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Choi (2010) 한국	Non- RCT	56명 (A) 47.1±16.1 (B) 48.3±14.5	(A) 전침(단속 파, 3Hz로 고 정, 15분, 2회/ 일, n.r., n=29)	(B) 전침(소밀파, 2Hz~10Hz를 5초 간 격으로 교대, 15분, 2 회/일, n.r., n=27)	1) H-B grade (6단계평가척도) 2) Y-system (5단계평가척도)	1), 2) P<0.05	L, L, L, U, L, L	IV

CCT: controlled control trial; **H-B grade:** House - Brackmann grade; **n.r.:** not report; **Y-System:** Yanagihara's unweighed grading system;

*Domains of quality assessment based on the Risk of Bias Assessment tool of Non-randomised Study(RoBAN): (1) Selection of participants (2) Confounding variables (3) Measurement of exposure (4) Blinding of outcome assessments (5) Incomplete outcome data (6) Selective outcome reporting. 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.

Q2 권고안 비도출에 대한 설명

전침치료 시 소밀파보다 단속파를 적용하는 것이 증상개선에 효과적이라는 결론은 의미하는 바가 큰 것으로 사료되지만 관련 연구의 수가 부족에 의한 낮은 근거수준으로 향후 질적으로 우수한 많은 임상연구가 시행된 이후에 권고안을 도출하는 것이 타당할 것으로 사료되어 권고안 도출을 하지 않았다.

3 안전성

Kim 등⁴⁾이 특발성 안면신경마비 입원 환자 50명을 대상으로 침치료 이상반응을 관찰한 결과, 36명의 환자는 1번 이상의 이상반응을 호소하였다. 1884회의 침치료(전침 555회)를 시행하는 동안 163회(전침 41례)의 이상반응이 보고되었으며, 그중 전침 시술 후 출혈 26례, 시술 부위의 통증 9례, 명 3례, 피로감 1례, 발침 지연 1례, 소양감 1례 순이었다.

이상의 결과로 침치료는 부작용이 적도 대체로 안전한 치료법이라 사료된다. 하지만 보다 객관적인 안전성 검증을 위해 향후 다양한 환자들 대상으로 한 대규모 임상연구가 필요하다고 사료된다.

참고문헌

- 1) 안병준, 송호섭. 말초성특발성 안면신경마비의 전침치료 효과. 대한침구학회지 2005;22(4): 121-9.
- 2) 이승우, 한상원. 전침을 이용한 구안와사의 임상적 관찰. 대한침구학회지 1999;16(4):149-63.
- 3) 최철훈, 송호섭. 파형에 따른 말초성 특발성 안면신경마비의 전침 복합 치료 효과. 대한침구학회지 2010;27(5):43-50.
- 4) 김동혁, 김경욱, 김중환, 김현호, 박지민, 유재혁, 남동우, 이상훈, 최도영. 침치료 이상반응에 대한 전향적 관찰: 말초성 특발성 안면신경마비 입원 환자 50명을 대상으로. 대한침구학회지 2011;28(4):65-75.

03 매선(Thread-embedding)

1 배경

매선(埋線)요법은 혈위매장요법 혹은 약실자입요법이라고도 하며 유침(留鍼)과 매침(埋鍼)의 원리를 근거로 형성된 신침요법이다. 매선요법은 통증질환뿐만 아니라 최근 한방미용·성형 분야에서도 다양하게 활용되고 있는 기술이며 특발성 안면신경마비에도 점차 사용 빈도가 늘어가고 있는 추세이다. 아직 양질의 임상연구 결과들이 부족하지만 점점 특발성 안면신경마비에 매선을 적용한 연구 발표들이 늘어나고 있으며 향후 임상연구를 통해 특발성 안면신경마비에 대한 매선요법의 효과 검증 및 최적의 시술 방법 등에 대한 연구가 필요하다. 현재 두 편의 증례보고를 통해 매선의 치료 효과를 보고한 연구가 있다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비 환자에게 매선요법을 시행하는 것이 시행하지 않는 것에 비하여 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	매선+일반치료	일반치료	치료율	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

특발성 안면신경마비로 입원한 환자 중 발병일이 30일 이내, 치료기간이 10일 이상인 환자 60명을 매선요법을 추가 시술한 군 30명과 매선요법을 추가 시술하지 않은 군 30명으로 분류하여 후향적 차트 리뷰를 통해 치료율을 비교하였다. 매선요법 시술군은 대조군과 동일하게 치료(침치료, 약침치료, 전침요법, 적외선조사, 한약, 양약 등)하되 매선요법을 1회 이상 추가 시술하였다. 매선은 동방침구제작소에서 제작한 Miracu (29G, 폴리디옥사논봉합사) 3.0 cm, 4.0 cm를 사용하였으며 양백(GB14)을 중심으로 전두근과 안륜근, 산소(Ex-HN), 거료(ST3), 관료(SI18) 중심으로 입꼬리올림근, 광대근, 지창(ST4), 협거(ST6)를 중심으로 볼근, 교근, 상하구륜근 등의 부위에 환자의 상태에 따라 4.0 cm 5~7개, 3.0 cm 5~7개를 자입하였다. 매선요법 시술군이 대조군에 비해 치료 후 Y-system는 유의한 증가를 보였다.¹⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가**	비고
Kim (2015)	Non- RCT	60명 (A) 40.0±12.4 (B) 51.6±18.3	(A) 매선(PDO, 1회 시술시 5~7개 시술, n=30)+(B)	(B) 침(입원환자: 2회/일, 20분 유 침/통원환자: 주2~3회, 15분유 침)+전침+적외선조사) (C) 한약(이기거풍산, 보기거풍산 3회/일, 1회 120cc씩 복용) (D) 자하차 약침(주2~3회1회당 0.4cc투여, n=30)	Y-System	P<0.001	L, L, L, U, L, L	IV

CCT: controlled control trial; **n.r.:** not report; **Y-System:** Yanagihara's unweighed grading system;

**Domains of quality assessment based on the Risk of Bias Assessment tool of Non-randomised Study(RoBAN):
(1) Selection of participants (2) Confounding variables (3) Measurement of exposure (4) Blinding of outcome assessments (5) Incomplete outcome data (6) Selective outcome reporting. 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.

Q2 급성기가 지난 특발성 안면신경마비 후유증으로 내원한 환자에게 매선치료를 시행하는 것이 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	매선	치료효과 및 환자 만족도	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

발병 3개월 이상 지난 말초성 특발성 안면신경마비 환자 27명을 대상으로 매선요법(27G × 40 mm, 20~30개/회)을 시행한 연구에서 Y-system을 통한 평가 결과 유의한 효과를 관찰할 수 있었으며, 환자의 만족도 조사에서도 양호한 만족도를 확인할 수 있었다.²⁾

말초성 특발성 안면신경마비가 발병일로부터 3개월 이상 경과하였음에도 후유증이 남아 있는 환자 16명을 대상으로 매선요법(27G×40 mm, 20~30개/회, 총 1~5회) 시행 후 만족도 조사에서는 56.25%의 환자가 만족 이상으로 응답하였으며, 빠른 일상 복귀, 시술 후 얼굴의 자연스러움, 시술 후유증이 적음, 시술 시간의 짧음 등이 만족스러운 점으로 확인되었다.³⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	주요결과지표	효과 추정치	근거 수준
Lee (2011)	case series	27명; 47.33±14.739.	매선 (폴리다이옥사논 봉합사(polydioxanone, PDO, 1회당 20~30개 시술, 증상의 경중에 따라 1~4회(평균 2.59±0.931회), 1주일	1) Y-system 2) 임상증상 개수 3) 자각증상 점수	1) p<0.05 2) p<0.05 3) p<0.05	IV
Ji (2012)	case series	16명;n.r.	매선 (폴리다이옥사논 봉합사(polydioxanone, PDO, 1회 시술 시 20~30개 매선침 시술, 증상의 경중/호전 여부에 따라 1~5회 실시), 3달	1) 치료효과 2) 치료만족도	1) 평균 55% 2) 56.25%만족	IV

n.r.: not report; **Y-system**: Yanagihara's unweighed grading system.

Q1-Q2 권고안 도출에 대한 설명

두 편의 증례보고에서 특발성 안면신경마비 발병 3개월 이상 경과하고 일반적인 치료로 뚜렷한 호전을 보이지 않을 때 매선요법의 시행할 수 있으며 치료기간이 길수록 시술횟수가 많을수록 더 효과적일 수 있다고 보고하고 있다. 그러나 본 연구는 많은 한계점을 가지고 있는 증례보고로 권고안을 도출하기는 어려우며 연구 디자인과 연구의 내적 타당도를 평가하여 근거등급 IV를 제시한다. 추후 안면마비 발생 후 후유증 치료에 있어서 매선 치료법에 대한 잘 설계된 임상연구가 시행되어야 한다. 특발성 안면마비신경 환자에게 매선치료는 현재 한의

임상현장에서 활발하게 진행되고 있으며 임상의학의 경험에 의해 효과를 인정받고 있다. 그러나 잘 설계된 임상연구가 존재하지 않아 본 임상질문 Q1과 Q2를 합하여 임상현장에서 환자의 증상에 따라 발병 1개월 이상 경과한 안면마비 발생 후 후유증 치료에 있어서 매선 치료에 대해 환자의 선호도에 따라 치료를 선택적으로 권고한다.



권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비 발병 1개월 이상 경과하고 일반적인 치료로 뚜렷한 호전을 보이지 않을 때 일반치료와 함께 매선요법을 병행할 것을 선택적으로 권고한다.	C	1-3	Q1, Q2



임상적 고려사항

- 매선 치료는 시술 후 통증과 부종으로 인한 불편감, 멍 그리고 이물감으로 인해 환자에게 꼭 치료에 대해 의사를 꼭 사전 설명과 함께 선택적 결정을 할 수 있게 해야 한다.

3 안전성

Ji 등³⁾의 연구에서 조사된 매선요법의 불만족 이유 중 시술 부작용에 해당되는 내용을 살펴보면, 시술 후 멍이 들어 불편함이 28.27%로 가장 많았으며, ‘시술 후 이물감’, ‘시술 후 부종으로 불편감’, ‘시술 시 혹은 시술 후 통증’ 등이 확인되었다.

참고문헌

- 1) 김지수, 박수연, 김경수, 김경옥, 위통순, 최창원, 양승정, 말초성 특발성 안면신경마비에 대한 매선요법 복합치료 효과, 한방안이비인후피부과학회지 2015;28(2):45-53.
- 2) 이창우, 이승민, 전주현, 김정일, 김영일. 안면마비 후유증에 대한 매선치료의 효과. 대한침구학회지 2011;28(4):93-103.
- 3) 지영승, 이승민, 이창우, 전주현, 김영일. 말초성 특발성 안면신경마비 후유증 환자에 대한 매선치료의 만족도 조사. 척추신경추나학회지 2012;9(1):41-9.

04 약침(Pharmacopuncture)

1 배경

약침요법은 침구요법의 경락이론과 약물요법의 기미론이 결합한 치료법이며 최근 들어 다양한 임상 영역에서 폭넓게 활용되고 있는 한의학적 치료법 중 하나이다. 특발성 안면신경마비에 대해서도 실제 임상에서 약침요법을 병행하는 경우가 많아지고 있으며 임상연구 또한 활발하게 진행되고 있다. 기존의 약침제제뿐만 아니라 새로 개발되고 있는 약침제제를 특발성 안면신경마비에 적용하고 있는 시도도 다양하게 이루어지고 있는 만큼 향후 지속적인 임상연구가 진행되어야 할 것이다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료만 시행하는 것에 비하여 봉약침치료를 병행하는 것이 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	봉약침+기타 한의치료	일반 한의치료	치료 호전율	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

발병일 3주 이내의 말초성 특발성 안면신경마비 환자 30명을 대상으로 한 연구에서 봉약침치료와 호침치료 병행군(n=14)이 호침치료군(n=16)에 비하여 H-B grade와 Y-system을 이용한 평가에서 유의하게 우수한 호전도를 보였다. 평가는 치료 전과 치료 3주 후 시행하였으며 두 그룹 모두 호침, 전침, 한약, IR (Infrared) 등 봉약침 시술 외의 다른 치료 조건은 동일하였다. 봉약침은 3000 : 1 희석 봉독을 사용하였고, 시술은 1주일에 3~4회 정도 29G (gauge) 인슐린 주사기를 이용하여 2~4 mm 깊이로 한 혈위당 0.01~0.02 cc씩 1회 총 시술량 0.1 cc 이내로 하였다. 시술 혈위는 양백(GB14), 관료(SI18), 영향(LI20) 등에 시행하였다.¹⁾

발병일 30일 이내의 말초성 특발성 안면신경마비 환자 36명을 대상으로 하여 양백(GB14), 관료(SI18), 영향(LI20)에 봉약침을 시술한 복합치료군(n=19)과 양백(GB14), 관료(SI18), 영향(LI20), 예풍(TE17)에 봉약침을 시술한 복합치료군(n=17)을 비교한 Oh 등의 연구에서는 예풍(TE17)을 추가하여 봉약침을 시술한 군이 H-B grade와 Y-system을 이용한 평가에서 양백(GB14), 관료(SI18), 영향(LI20)에 봉약침을 시술한 군에 비하여 유의하게 우수한 호전도를

보였다. 봉약침 시술 방법과 기타 치료 조건은 앞의 연구와 동일하였다.²⁾

또다른 연구에서는 말초성 특발성 안면신경마비 환자 30명을 대상으로 호침, 전침, 약물, 기타 치료 등을 받은 일반 한방 치료군(Group B, n=15)과 일반 치료에 최소 6회 이상 봉약침을 추가 시술한 치료군(Group A, n=15)을 비교하여 봉약침 추가 시술 치료군이 유의하게 우수한 호전도를 보임을 확인하였다. 치료시기별 평균 마비 점수에 있어 1, 2주 후에는 비교군이 높았으며 3, 4주 후에는 봉약침이 포함된 군이 높게 나타났으나 모두 유의성 있는 차이는 없었다. 치료시기별 개선 지수에 있어서 A군이 B군보다 1, 2, 3, 4주 후 모두 높게 나타났으며, 3, 4주 이후에는 유의성 있게 높았다. 결론적으로 같은 기간 동안 구안와사 환자에게 봉독 약침을 추가로 시술한 치료가 일반적인 한방치료보다 더 효과적인 것을 알 수 있다. 봉약침 시술은 4000 : 1 희석 봉독을 29G (1.0 cc) syringe를 사용하여 환측의 양백(GB14), 관료 (SI18), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17)에 각각 0.03 cc씩 주입하였으며, 약 3~4일에 1회씩 최소 6회 이상 시술하였다.³⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Yang (2009) 한국	Non- RCT	30명; (A) 50.6±16.1 (B) 48.3±17.4	(A) 봉약침 (29Gauge1cc주사기, 혈마다0.01~0.02cc,주 3~4회,n=14)+(B)	(B) 자침(15~20분, 1일 1~2회, n=14) + 전침 (15~20분, Mixed 3Hz, n=14)+약물치료+혈 위 광선조사 및 다른 자극방법	1) H-B grade 2) Y-system	1), 2) NS (3주후) 1), 2) p(0.05 (치료종결후)	L, L, L, U, L, L	Ila
Oh (2010) 한국	Non- RCT	36명; (A) 55.0±14.1 (B) 49.8±15.2	(A) 봉약침 (29Gauge1cc주사기, 혈마다0.01~0.02cc,주 3~4회,n=17)+예풍혈 봉약침(봉약침과 동일 한 조건으로 예풍혈에 1회시행)+(B)	(B) 자침(15분, 1일 2 회, n=19) + 전침(15 분, Mixed 3Hz, n=19)+ 뜸(3회/일, 총6 회, n=19)+약물치료+ 혈위광선조사 및 다른 자극방법+봉약침 (29Gauge1cc주사 기, 0.01~0.02cc, 주 3~4회, n=19)	1) H-B grade 2) Y-system	1), 2) p < 0.05	L, L, L, U, L, L	Ila
Kim (2004) 한국	RCT	30명;n.r.	(A) 봉독약침 (29Gauge1cc주사 기, 0.03cc를 혈위 나누 어 주사, 주2회, n=15)	(B) 자침(n=15)+ 전침 (15분, 1일1회, 1~2Hz, n=15)	1) 안면마비 점수 2) 안면근마비 개선지수	1) NS 2) 1,2주후 NS/ 3,4주 p=0,049,0,044	U, U, H, U, L, L, U	Ilb

CCT: Clinical controlled trial; **H-B grade:** House-Brackmann grade; **RCT:** randomized controlled trial; **Y-system:** Yanagihara's unweighted grading system

*Domains of quality assessment based on the Risk of Bias Assessment tool of Non-randomised Study(RoBAN):

(1) Selection of participants (2) Confounding variables (3) Measurement of exposure (4) Blinding of outcome assessments (5) Incomplete outcome data (6) Selective outcome reporting. 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.

Q1 권고안 도출에 대한 설명

특발성 안면신경마비에 대한 봉약침의 활용과 효능에 대해서는 비교적 많은 수의 연구 결과들이 제시되어 있으나 두 편의 무작위 배정 임상연구가 존재하나 무작위 배정 방법과 배정할당이 제대로 이루어지지 않아 보고된 효과의 추정치를 확신하기는 어렵다. 그리고 호침요법의 단독 사용에 비하여 나은 효과의 가능성을 예상해 볼 수 있으나, 다양한 부작용(쇼크, 시술시 통증, 소양감, 현훈 등)에 대한 주의가 요망되고 일부 환자의 상당한 불편감 호소 등을 고려하여 근거수준에 따른 권고등급 A가 아닌 전문가 합의에 의해 상기와 같은 권고등급 B를 정하였으며 선택적으로 권고하여야 한다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비에 침치료만 시행하는 것보다 봉약침 시술을 병행하는 것을 권고한다. 봉약침 시술 부위로 양백(GB14), 관료(SI18), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17) 등을 취혈할 수 있다.	B	1-2	Q1

임상적 고려사항

- 봉약침 시술은 피부과민반응검사(Skin test) 후에 시술하도록 하며, 쇼크, 시술시 통증, 소양감, 두드러기, 현훈 등 국소 및 전신 부작용의 가능성에 항상 대비해야 하고 사용에 신중을 기하여야 한다.

Q2 특발성 안면신경마비 환자에게 자하거 약침치료를 병행하는 것이 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	자하거 약침	플라시보(생리식염수)	호전도	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

초진일이 발병 후 7일이 지나지 않고 7~10일간의 입원 치료와 이후 4주간의 통원 치료를 받았으며 양방 이비인후과에서 특발성 안면신경마비로 진단 받고, 양방 치료도 병행한 말초성 특발성 안면신경마비 환자 44명을 대상으로 한 연구에 의하면 환측의 양백(GB14), 관료(SI18), 지창(ST4), 협거(ST6), 예풍(TE17), 사죽공(TE23)에 0.05 cc씩 총 0.3 cc의 자하거 약

침을 시술 한 군(Group A, n=23)이 같은 양의 생리식염수 약침을 같은 부위에 시술한 군 (Group B, n=21)에 비해 1, 2, 3주는 유의하지 않은 Y-system 상승, 4, 5주에는 유의한 상승을 보였다. 두 그룹 모두 기본적인 침치료, 약치료, 물리치료 등은 동일하게 시행하였다. 각 그룹에 있어 치료 기간에 따라 유의성 있는 치료 효과 차이가 있었다(p-value: 0.05). 과거력은 고혈압, 발병 원인은 과로에 스트레스가 겹친 경우, 초기 수반 증상은 이후통이 가장 빈도가 높았다. 자하거 약침치료는 거풍통기가 위주가 되는 초기보다는 후기로 갈수록 유효한 것으로 생각되며 특히 고령이나 소모성 질환, 치료 경과가 느린 경우에 더욱 효과적일 것으로 추정해 본다. 자하거 약침의 (구안와사에 대한) 객관적인 효능을 검증하는 근거가 되며, 기존 논문에 비해 생리식염수를 플라세보 약침으로 활용하여 자하거의 효능을 보다 객관적으로 검증하려고 한 의미 있는 자료이다. 제한점은 샘플 크기가 작아 신뢰성이 떨어지며 구안와사의 특성상 5주 후에 완전 회복되기가 어려운 만큼 후유증 유무에 대한 치료 효과 여부에 대해 비교 분석하기 어려운 점이다. 자하거 약침 효능의 유효성을 더욱 정확히 밝히기 위해선 좀 더 많은 환자를 대상으로 2달 이상의 비교 관찰과 장기간의 추적 관찰이 필요할 것으로 생각된다. 기타 중재에 있어서 양방치료와 물리치료 등 기타 치료가 병행되어 약침만의 효능으로 보기 힘들며 심각한 교란요인이 작용한다.⁴⁾

이학적 검사상 말초성 안면마비로 진단된 환자 26명(장애부위가 고삭신경 분지 보다 말초인 환자)에 대한 침구치료 중 자하거 약침을 추가한 치료가 일반침구치료보다 전체적으로 호전 및 양호 이상의 치료 성적에서는 효과가 높게 나타났으나 치료 기간에 따른 성적에서는 효과적이지는 않았다. 제한점은 샘플 크기가 작고 입원치료만을 대상으로 하였다.⁵⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Lee (2005)	RCT	44명;n.r.	(A) 자하거 약침 (입원시 주 3회, 통원시 주2회 회당 총 0.03cc 주입 5주, n=23)	(B) 생리식염수 약침,5주 (n=21)	Y-system	p=0.032	U, U, H, U, L, L, U	lb
Lee (2002)	CCT	26명;n.r.	(A) 자하거 약침 (3주n=12)	(B) 일반 한방치료만을 받은 환자 (침구, 전침, 약물, 3주, n=14)	안면 근육 마비도 평가 방법-house 법	A가 치료 호전율이 높음	L, H, U, L, U	lb

H-B grade: House-Brackmann grade; **Y-system:** Yanagihara's unweighted grading system; **RCT:** randomized controlled trial

Q2 권고안 도출에 대한 설명

본 임상질문은 한편의 무작위 배정임상연구와 한편의 대조군 연구가 포함되었으나 연구에 많은 바이어스가 탐색되어 연구의 신뢰성이 높음을 판단하기는 어렵다. 따라서 본 연구의 효과 추정치에 대한 확신정도는 추후 연구로 바뀔 가능성이 매우 크다. 그러나 본 두 가지의 임상적 근거와 전문가의 경험으로 봤을 때 침치료만 시행하는 것보다는 자하거 약침 시술을 4주 이상 병행하는 것이 임상 전문가 합의에 의해 권고등급 B를 권고한다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비에 침치료만 시행하는 것보다 자하거 약침 시술을 4주 이상 병행하는 것을 매우 권고한다.	B	1-2	Q2

Q3 특발성 안면신경마비 환자의 이후통 치료를 위해 침치료만 시행하는 것에 비하여 약침요법을 병행하는 것이 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	약침치료+침	침 단독치료	호전도	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

이후통을 동반한 말초성 특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 약침요법을 응용한 임상연구들도 다양하게 보고되어 있다. 한 연구⁶⁾에 의하면 호침치료, 한약치료 및 기타 치료 등 일반적인 한방치료만 받은 환자군(n=15)보다 일반적인 한방치료에 최소 3회 이상 봉약침을 예풍(TE17) 부위에 시술한 군(n=2)이 초기 이후통이 유의하게 감소하였으며 이후통 지속시간 또한 유의하게 단축되었으며, 오공약침⁷⁾을 예풍(TE17)에 시술하거나 소염약침을 예풍(TE17)에 시술^{8,9)} 한 경우에도 이후통의 강도와 지속시간이 유의하게 감소한 결과를 보였다. 하지만 이후통을 동반한 말초성 특발성 안면신경마비 환자에 대하여 봉약침, 오공약침, 소염 약침을 예풍(TE17)에 시술한 연구들 모두에서 Y-system 평가를 통한 마비증상의 유의한 호전은 관찰되지 않았다.

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가	근거 수준
Choi (2009) ^a 한국	RCT	30명;n.r	(A) 소염약침 (0.4cc를 혈위를 나누어 주사, n=15)+(B)	(B) 자침(20분, 1 일 2회, n=15) + 약물치료 +물리치료	Y-system	NS (p>0.05)	U, U, H, U, L, U, U	Ib
Shin (2009) 한국	RCT	30명 (A) 39.3±13.5 (B) 47.2±12.5	(A) 소염약침 (26Gauge1/2 1cc 주사기, 0.6 ~ 0.8ml, 입원일로부 터 3회를 격일 로 시행, 3주, n=15)+(B)	(B) 자침(20분, 1 일 2회, n=15)	1)안면근마비 점수 2)안면근마비 개선지수	1) NS (p>0.05) 2) NS (p>0.05)	U, U, H, U, L, L, U	Ib
Kwak (2012) 한국	Non- RCT	32명 (A) 40.6±13.9 (B) 50.6±12.7	(A) 오공약침 (30Gauge1/21ml 주사 기,0.4~0.8ml, 입원일로부터 3 회를 격일로 시 행,n=16)+(B)	(B) 자침(15분, 1 일 2회, n=16) + 약물치료 +물리치료맞은 동요법	Y-system	NS (p=0.110)	L, L, L, U, L, L	Iib
Choi (2009) ^a 한국	RCT	30명 (A) 40.0±13.9 (B) 46.3±12.3;	(A) 봉독약침 (26Gauge 1cc 주사기,1회당 0.2~0.6cc를 혈 위를 나누어6번 주사, 입원일로 부터 3회를 격 일로 시행, 3주, n=15)+(B)	(B) 자침(20분, 1 일 2회, n=15) + 약물치료 +물리치료 및 운 동요법	1) 안면근마비 점수 2) 안면개선 지수	1) NS (p=0.122) 2) NS (p=0.832)	U, U, H, U, L, L, U	Iib

H-B grade: House-Brackmann grade; **Y-system:** Yanagihara's unweighted grading system; **RCT:** randomized controlled trial; **VAS:** Visual analogue scale

Q3 권고안 도출에 대한 설명

이후통을 동반한 특발성 안면신경마비의 경우 다양한 약침을 사용한 연구들에 의해 유의한 수준의 통증강도 및 지속시간의 감소를 관찰, 환자의 불편함을 감소시켜주는 효과가 입증되었으나 이것은 안면마비 증상 자체에 대한 개선효과까지 기대할 수는 없다. 봉약침이나 오공약침의 경우 다양한 부작용(쇼크, 시술 시 통증, 소양감, 현훈 등)에 대한 주의가 요망되고 일부 환자의 상당한 불편감 호소 등의 가능성과 본 권고안에서 제시된 시술의 경우 특발성 안면신경마비의 증상 개선 효과가 인정되지 않는 점 등을 고려하여 전문가 합의에 의해 상기와 같은 권고등급 B로 정하였다.

또한 본 임상질문은 세 편의 무작위 배정임상연구와 한편의 대조군 연구가 포함되었으나 연구에 많은 바이어스가 탐색되어 연구의 신뢰성이 높음을 판단하기는 어렵다. 그리고 포함된 연구의 각 약침의 종류가 다르며 따라서 본 연구의 효과 추정치에 대한 확신정도는 추후 연구로 바뀔 가능성이 매우 크다. 그러나 본 두 가지의 임상적 근거와 전문가의 경험으로 봤을 때 침치료만 시행하는 것보다는 자하거 약침 시술을 4주 이상 병행하는 것이 임상 전문가 합의에 의해 권고한다.

한 연구에 따르면 일반침과 봉약침과 일반침과 자하거 약침을 무작위 배정 임상연구로 치료효과를 비교한 자료에서 두 치료법에 대해 효과 차이가 없음을 보고하였다.¹⁰⁾ 그러나 본 연구는 많은 바이어스가 탐색되며 바이어스를 잘 컨트롤한 잘 설계된 약침 간의 치료 효과 비교를 통해 특발성 안면신경마비 환자에게 있어서 어떠한 약침이 가장 효과적인 무작위 배정 임상연구가 필요하다.

특발성 안면신경마비에 대한 약침의 활용에 있어서 약침요법과 관련된 상기 권고안들에서 제시된 약침의 종류 외에 아직 문헌으로 보고되지 않은 타 약침의 효능과 사용 가능성에 대해 고려해 볼 필요가 있으며, 특발성 안면신경마비의 진행 시기별로 어떠한 약침의 사용이 더 적합한지에 대한 연구 및 봉약침의 용량과 농도에 따른 효능 차이의 가능성 등에 대한 연구가 향후 진행되어야 할 것으로 사료된다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
이후통을 동반한 특발성 안면신경마비 환자의 통증의 강도와 통증 지속시간의 감소 효과를 얻기 위해 환측 예풍(TE17)에 봉약침이나 오공약침 또는 소염약침을 시술을 권고한다. 하지만 특발성 안면신경마비 증상의 개선 효과에 효과가 있다고 보기는 어렵다.	B	6-9	Q3

3 약침 안전성

특발성 안면신경마비 진단을 받은 환자 중 약침치료 환자의 기본 자료와 약침치료의 안전성 관련 자료를 후향적 차트 리뷰를 통해 3개 다기관 대학 부속 한방병원을 대상으로 총 1035명을 수집하였다. 특발성 안면신경마비 치료에 주로 사용하는 약침은 자하거 약침(42%)으로 사용빈도가 가장 많았고, 중초약침(13.2%), 소염약침(12.1%) 순으로 보고하였다. 약침치료 후 이상반응은 12명(1.2%)에서 보고되었다. 약침 중에서도 스위트 봉약침 시술 시 부작용 발생이 7건 가장 많았다. 다음으로는 녹용약침 2건, 자하거 약침 2건, 중초약침 1건으로 보고되었고, 주요 이상반응 증상으로는 소양감 4건, 부종 3건, 경결발생 1건, 안면부종 1건, 통증 2건, 피하출혈 1건으로 보고되었다.

중대한 이상반응은 단 1건도 발견되지 않았으며, 모두가 일시적이거나 경미한 이상반응이었다. 지금까지 우리나라에서 수행된 약침치료 이상반응에 대한 연구는 안전성을 객관적으로 검증하기에 부족한 점이 많았다. 본 연구를 통하여 향후 약침에 대한 전향적 안전성 연구의 필요성 제기하며, 앞으로 관련 연구 자료의 기초 자료로 활용될 것으로 기대된다. 또한, 약침 이상반응 보고를 활성화하기 위한 보고 양식을 만들어 이상반응을 보고하고, 이를 바탕으로 이상반응 발생 원인을 분석하여 임상한의사에게 피드백할 수 있는 시스템 개발이 필요하다고 사료된다.

참고문헌

- 1) 양가람, 송호섭. 말초성 특발성 안면신경마비에 대한 봉약침 복합치료 효과. 대한침구학회지 2009;26(4):29-37.
- 2) 오현준, 송호섭. 말초성 특발성 안면신경마비에 대한 예풍혈 봉약침 복합치료 효과. 대한침구학회지 2010;27(4):179-85.
- 3) 김민수, 김현중, 박영재, 김이화, 이은용. 봉독 약침이 구안와사에 미치는 영향에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지 2004;21(4):251-62.
- 4) 이정현, 김영호, 육태한, 이은용, 김이화. 자하거 약침이 말초성 안면 신경 마비에 미치는 영향에 관한 임상적 고찰. 대한침구학회지 2002;19(1):11-23.
- 5) 이채우, 김홍기, 허성용, 정경근, 안창범, 송춘호, 장경전, 김철홍, 윤현민. 자하거 약침의 구안와사에 대한 임상적 연구. 대한약침학회지 2005;8(3):87-97.
- 6) 최주영, 이현, 강제희, 김영일, 김정호, 이성환, 김나연, 임윤경. 이후통을 호소하는 초기 특발성 안면신경마비 환자에 대한 일반치료와 봉약침 병행치료의 비교연구. 대한침구학회지 2009;26(5):95-103.
- 7) 곽규인, 강제희, 윤광식, 조은, 이현. 말초성 특발성 안면신경마비의 초기 수반증상 중 이후통에 대한 오공약침의 치료효과 비교. 대한침구학회지 2012;29(5):51-9.
- 8) 신희용, 강제희, 이현. 말초성 특발성 안면신경마비에 동반된 이후통에 대한 소염약침의 치료효과. 대한침구학회지 2009;26(6):41-9.
- 9) 최병철, 한경수, 안택원. 소염약침이 이후통을 동반한 구안와사 환자에 미치는 영향. 대전대학교 학술지 2009;8(2):89-94.
- 10) 박재홍, 장선희, 이창환, 구지영, 전대성, 안창범, 김철홍, 송춘호, 윤현민. 말초성 특발성 안면신경마비에 대한 약침병행치료 효능의 임상적 고찰-자하거 약침과 Sweet Bee Venom을 중심으로. 대한침구학회지 2010;27(2):79-87.

05 기타 침치료

1 배경

체침 이외에 두침이나 동씨침 등 다양한 침법을 특발성 안면신경마비에 적용하고 있으나 아직까지 임상연구가 활발히 진행되지 않은 상태이다. 이번 임상질문에서는 기타 침법들에 대한 효과 검증 및 최적의 시술 방법 등이 정리될 것으로 사료된다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료만 시행하는 것에 비하여 두침요법을 병행하는 것이 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	두침요법	일반침	치료율, H-B grade	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

일반적인 한의학치료(침구치료, 약침치료, 전침요법, 혈위광선조사, 한약치료, 물리치료 등)를 시행한 말초성 특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 호침치료만 시행한 환자군(n=22)과 호침치료와 두침치료(건측 감각구 하부 2/5 1~3분간 200회 이상 염전 후 15분간 유침)를 병행한 환자군(n=18)의 H-B grade, Y-system을 비교한 무작위 배정 임상연구에서 두침치료를 병행한 환자군의 치료 효과가 있었으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다.¹⁾

특발성 안면신경마비 환자 56명을 대상으로 두침치료과 일반침을 병용한 군과 일반침을 사용한 군으로 나누어 치료율을 관찰하였는데 두침치료(운동구하점의 중심 및 좌우 1촌 부위)를 병행한 군의 치료율과 H-B grade가 통계적으로 유의한 차이를 보였다.²⁾

110명의 특발성 안면신경마비 환자를 두침치료군 56명과 일반침치료군 54명으로 무작위 배정으로 나누어 10일 동안 치료 후 치료율과 H-B grade을 관찰하였는데 두침군(감각구 하부 2/5 부위)이 치료효과뿐만 아니라 통계적으로도 유의한 차이가 있다고 보고하였다.³⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가	근거 수준
Choi (2010) 한국	RCT	40명 (A) 49.1±17.1 (B) 58.9±18.3	(A) 두침(15분, 건축 감각구 하부 2/5 부 위, n=18)+(B)	(B) 일반침+자침시 전침 및 적외선 시행+약침 (자하거 약침)(n=22)	1) H-B grade 2) Y-system	1), 2) NS	L, U, U, U, L, L, L	lb
Sun (2012) 중국	RCT	110명 (A) 42.5±13.5 (B) 41.8±14.1	(A) 두침(30분, 건 측 감각구 하부 2/5 부위, n=56)+(B)	(B) 일반침 (n=54)	H-B grade	P<0.05	U, U, U, U, L, L, L	lb
Zhu (2013) 중국	RCT	56명 (A) 35.3 (B) 36.6	(A) 두침(30분, 운 동구하부, 중심 및 좌우 1촌부위, n=28)	(B) 일반침 (n=28)	H-B grade	P<0.05	L, U, U, U, L, L, L	lb

H-B grade: House-Brackmann grade; **n.r.:** not report; **NS:** not significant; **RCT:** randomized control trial; **Y-system:** Yanagihara's unweighted grading system

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias, [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance), 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q1 권고안 도출에 대한 설명

두침요법 연구의 경우 무작위 배정 임상연구를 통해 제시되었고 경혈을 이용하는 일반침에 비하여 증상개선에 더 효과를 보인 결과를 볼 수 있었으나 모든 연구결과가 일관성 있는 결과를 보이지는 않았다. 아직 실제 임상에서 활용빈도가 낮으며 보완 연구들이 필요할 것으로 사료되어 전문가 합의를 통하여 권고등급 C를 부여한다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비에 일반 체침치료만 시행하는 경우보다 두침요법(건축 감각구 하루 2/5 1~3분간 200회 이상 염전 후 15분간 유침)을 병행하는 것을 선택적으로 권고한다.	C	1-3	Q1

Q2 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료만 시행하는 것에 비하여 동씨침치료를 병행하는 것이 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	동씨침법	일반침	치료율	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

말초성 특발성 안면신경마비 발병 7일 이내의 환자를 대상으로 양한방 약물치료와 함께 체침치료(협거(ST6), 지창(ST4), 수구(GV26), 승장(CV24), 예풍(TE17), 사백(ST2), 양백(GB14), 합곡(LI4), 사죽공(TE23), 찬죽(BL2), 족삼리(ST36), 태충(LR3) 등)를 시행한 군(n=21)과 양한방 약물치료와 함께 동씨침치료(건축의 삼중(三重), 사화외(四花外), 측삼리(側三里), 측하삼리(側下三里))를 시행한 군(n=19)의 치료성적을 Y-system을 적용하여 비교한 결과, 치료 1주 후 동씨침치료를 시행한 그룹에서 더 우수한 치료 효과를 보였으나 통계적 유의성이 없었고, 치료 2~5주 후에 통계적으로 유의하게 우수한 치료 효과를 보였다. 침치료는 두 그룹 모두 2회/주~1회/일 시행하였으며, 15~20분간 유침을 원칙으로 하였다.⁴⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수;나이(평균)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	이상 반응	질평가	근거 수준
Lee (2004) 한국	RCT	40명 (A) 47.79±14.46 (B) 42.57±20.37	(A) 동씨침(董氏鍼) (15~20분, 입원치 료 : 1/d, 통원치료 : 1/2d, n=19)	(B) 자침(15~20 분, 입원치료: 1 /d, 통원치료 : 1/2d, n=21)	Y-system	P<0.05	n.r.	U, U, U, U, L, L, L	Ib

H-B grade: House-Brackmann grade; **n.r.:** not report; **NS:** not significant; **RCT:** randomized control trial; **Y-system:** Yanagihara's unweighted grading system

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias, [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.

Q2 권고안 도출에 대한 설명

본 진료지침에서는 특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 한 동씨침치료 연구의 경우 무작위 배정 임상연구를 통해 제시되었고 경혈을 이용하는 체침에 비하여 치료성적이 좋은 결과를 보이긴 했으나, 치료효과에 대한 근거 연구가 아직 미흡한 것으로 판단된다. 추가적인 보완 연구들이 필요할 것으로 사료되고 실제 임상에서 체침에 비하여 낮은 활용빈도를 고려하여 전문가 합의를 통하여 해당 권고안의 권고등급 GPP를 부여하였다.

권고			
권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
발병 7일 이내 급성기 특발성 안면신경마비에 일반적인 침치료를 시행하는 경우보다 동씨침치료(건축의 삼중(三重), 사화외(四花外), 측삼리(側三里), 측하삼리(側下三里))를 2주 이상 병행하는 것을 개발그룹의 임상 경험에 근거하여 권고한다.	GPP	4	Q2

Q3 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료만 시행하는 것에 비하여 정안침요법을 병행하는 것이 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	정안침	일반침	치료를	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

벨마비로 진단 받고 한방 치료만 실시한 발병 후 7일 이내의 환자를 대상으로 주 3회씩 일반 침치료에 정안침요법(0.16 mm × 30 mm, 경항부, 측두근, 후두근, 흉부, 전경부, 안면부 혈위, 횡자(橫刺), 반자법(半刺法))을 병행 시행한 A군(n=12)과 일반적인 침치료만 시행한 B군(n=12)의 치료 2, 4주 후의 치료 결과를 Y-system을 적용하여 비교한 결과 호전도에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다.⁵⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(평균)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Kim (2010) 한국	RCT	24명 (A) 53.3±9.4 (B) 53.9±10.1	(A) 정안침 (유침하지 않 음, 4주간 매주 3회, n=12)+(B)	(B) 자침(20분, 4주간 매주 3회, n=12)	Y-system	NS	U, U, U, U, L, L, L	Ib

H-B grade: House-Brackmann grade; **n.r.:** not report; **NS:** not significant; **RCT:** randomized control trial; **Y-system:** Yanagihara's unweighted grading system;

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias. [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q3 권고안 도출에 대한 설명

정안침요법 연구의 경우 일반적인 경혈을 사용한 침치료를 시행한 군과 비교하여 통계적으로 유의한 치료효과의 차이를 보이지 않고 아직 실제 임상에서 활용빈도가 낮으며 보완 연구들이 필요할 것으로 사료된다. 그러나 최근 안면부의 주름 개선이나 얼굴노화지연 등 피부미용성형분야에서 활용빈도가 높아지고 있다. 혈액과 림프의 순환을 돕는 정안침법이론과 특발성 안면신경마비의 치료방법이 서로 유사하기에 회복기나 후유증기 안면신경마비 환자에 응용할 수 있다고 판단하여 개발그룹의 임상경험 근거하여 전문가 합의를 통해 권고등급 GPP를 부여하였다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
발병 7일 이내 급성기 특발성 안면신경마비에 일반적인 침치료만 시행하는 경우에 비해 일반 침치료와 정안침요법을 병행하는 것에 대한 유효성이 입증되지는 않았으나 정안침요법을 회복기나 후유증기에 병행하는 것을 개발그룹의 임상 경험에 근거하여 권고한다.	GPP	5	Q3

Q4 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료만 시행하는 것에 비하여 평형침치료를 병행하는 것이 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	평형침	일반침	치료율	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

발병일 30일 이내의 말초성 특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 일반적인 한방치료에 일반 침치료와 평형침(면탄(面癱), 편탄(偏癱), 명목(明目), 비염(鼻炎), 위통(胃痛), 두통혈(頭痛穴))을 병행치료한 군(Group A, n=22)과 평형침을 병행하지 않고 일반 침치료만 시행한 대조군(Group B, n=22)의 치료 성적을 Y-system과 H-B grade를 적용하여 비교한 결과 Y-system에서 대조군에 비해 평형침 병행군에서 유의하게 우수한 호전도를 보였다. H-B grade에서는 평형침 병행군에서만 유의한 호전도를 보였으나 양 군 간 통계적으로 유의한 차이는 없었다.⁶⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(평균)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Yoo (2012) 한국	RCT	44명 (A) 44.4±20.3 (B) 53.5±11.7	(A) 평형침(유침하지 않 음, 1일 1회, n=22)+(B)	(B) 자침(20분, 1일 1~2회)+ 전침(20분, 자 침 시 Mixed 3 Hz frequency, n=22)	1) H-B grade 2) Y-system	1) NS 2) P<0.05	U, U, U, U, L, L, L	Ib

H-B grade: House-Brackmann grade; **n.r.:** not report; **NS:** not significant; **RCT:** randomized control trial; **Y-system:** Yanagihara's unweighted grading system

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias, [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q4 권고안 도출에 대한 설명

평형침치료 연구의 경우 무작위 배정 임상연구를 통해 제시되어 있으나, 추가적인 보완 연구들이 필요할 것으로 사료되고 실제 임상에서 체침에 비하여 낮은 활용빈도를 고려하여 전문가 합의를 통하여 권고등급 GPP를 부여하였다.

 권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비에 일반 체침치료만 시행하는 경우보다 평형침치료(면탄(面癱), 편탄(偏癱), 명목(明目), 비염(鼻炎), 위통(胃痛), 두통(頭痛穴))을 병행하는 것을 개발그룹의 임상 경험에 근거하여 권고한다.	GPP	6	Q4

참고문헌

- 1) 최유진, 윤경진, 김민석, 박재연, 전재천, 이태호, 이은용, 노정두. 말초성 특발성 안면신경마비에 대한 일반침치료와 두침 병행치료의 효과비교. 대한침구학회지 2010;27(6):101-9.
- 2) Zhu DM. The clinical observation of intractable facial paralysis by cluster needling of scalp points of lower part in the motor area [头针丛刺运动区下点治疗顽固性面瘫临床观察] Tianjin Journal of Traditional Chinese Medicine 2013;30(6):339-40.
- 3) Sun P. Effect of Scalp Acupuncture Combined with the Conventional Acupuncture Treatment of Facial Paralysis [头针配合常规针刺治疗周围性面瘫临床观察]. Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine 2012;39(6):1137-8.
- 4) 이채우, 박인범, 김상우, 김흥기, 허성웅, 김철홍, 윤현민. 구안와사에 대한 체침과 동씨침의 효과 비교. 대한침구학회지 2004;21(2):287-300.
- 5) 김성환, 김재수, 이봉효, 임성철, 정태영, 이경민. Bell's palsy에 대한 침치료와 침치료 및 정안요법 병행치료의 비교연구. 대한침구학회지 2010;27(1):43-9.
- 6) 유제혁, 김경옥, 김동혁, 김종환, 김현호, 정인태, 김종인, 이상훈, 최도영. 말초성 특발성 안면신경마비에 대한 평형침 병행치료 효과의 대조군 연구. 대한침구의학회지 2012;29(3):121-8.

06 한약(Herbal medicine)

1 배경

특발성 안면신경마비 대한 한약치료는 한의학적 치료에 있어서 아주 중요한 부분을 차지하고 있다. 한약치료는 환자 개개인의 상태와 특성을 고려하여 '변증'이라는 한의학적 치료 과정을 통해 투약 방식을 결정하기 때문에 양방의 공식화된 투약 방식에 비하여 표준화하기 쉽지 않은 특징을 가지고 있다. 또한 한의학적 치료를 선호하는 환자들의 경우 침치료를 제외하고 단독 한약 투여만으로 치료를 시행하는 연구 진행도 어려운 실정이다. 따라서 본 진료지침에서는 향후 특발성 안면신경마비에 대한 한약 치료의 유효성의 근거를 마련할 수 있는 잘 계획된 임상연구들이 진행되기를 기대하면서 역사적 중요 문헌에 게재된 치료법을 중심으로 전문가 합의에 의한 권고안을 제시하고자 한다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비 환자에게 적용할 수 있는 한약 치료 처방으로 어떠한 처방이 있는가?

특발성 안면신경마비 대한 한약 치료에 대한 대규모 임상연구는 부족한 실정이며, 역대 문헌을 통해 오랜 기간 사용되어 오면서 경험적으로 효과가 인정되고 있는 처방으로 《방약합편(方藥合編)》의 견정산(牽正散), 이기거풍산(理氣祛風散)과 《동의보감(東醫寶鑑)》의 견정산(牽正散), 이기거풍산(理氣祛風散), 청양탕(淸陽湯), 진교승마탕(秦茺升麻湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯), 서각 승마탕(犀角升麻湯), 천선고(天仙膏) 등이 있다(LE III).¹⁻²⁾ 하지만 실제 임상에서는 위의 처방 외에 다양한 처방을 활용할 수 있으며 환자 개개인의 상태와 특성에 따라 변증을 통해 투여 처방을 결정해야 한다. 특발성 안면신경마비에 대한 한약치료의 경우 아직 대규모 임상연구가 부족하긴 하나 오랜 기간 사용되어 오면서 경험적으로 효과가 인정되며, 역대문헌에서 제시된 처방의 경우 권고안 도출 기준에서 제시한 근거수준에 따라 권고등급 GPP를 부여하였다.

권고

권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비에 대한 한약 치료 처방으로는 견정산(牽正散), 이기거풍산(理氣祛風散), 청양탕(淸陽湯), 진교승마탕(秦艽升麻湯), 불환금단(不換金丹), 청담순기탕(淸痰順氣湯), 서각승마탕(犀角升麻湯), 천선고(天仙膏) 등의 사용을 권고하며, 환자 개개인의 상태와 특성에 따라 변증을 통해 투여 처방을 결정할 수 있다.	GPP	1-3	Q1

3 안전성

한 연구³⁾에 따르면 말초성 특발성 안면신경마비 환자군의 한약복용이 간 기능에 미치는 영향에 대한 연구에 따르면 침, 전침, 약침과 병행한 한약치료(평균 투약 기간: 19.811±6.778일)를 시행한 말초성 특발성 안면신경마비 환자 37명을 대상으로 한 투약기간 전후 간기능 검사 결과 평균 Total Protein (TP), Albumin, Total Bilirubin (TB), γ -Glutamyl Transferase (GGT)는 유의한 감소, Aspartate Amino Transferase (AST), Alanine Amino Transferase (ALT), Lactate Dehydrogenase (LDH), Alkaline Phosphatase (ALP)는 유의하지 않은 감소를 보였으나, 연구 대상이 간기능 정상군이 아니고 투약 처방이 특발성 안면신경마비에 일반적으로 쓰이는 처방이 아니므로 본 권고안에서 제시한 처방들에 대한 안정성에 대해서는 추후 상세한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

- 1) 허준. 동의보감(東醫寶鑑). Bupin Publishing. Co. 2002:960-2.
- 2) Hwang DY. 방약합편(方藥合編). Namsan Publishing. Co. 1992:67, 120, 130-1.
- 3) 백상철, 조은희, 박민철. 말초성 안면마비 환자군의 한약복용이 간 기능에 미치는 영향. 한방안이비인후피부과학회 2011;24(3):37-54.

07 물리치료(Physical therapy)

1 배경

특발성 안면신경마비에 대한 국내외 타 임상진료지침에서는 특발성 안면신경마비에 물리치료를 시행하는 것에 대하여 ‘통상적으로 사용 가능하나 이득이 명확치 않다’거나 ‘치료 효과에 대한 연구 결과의 일관성 없고 아직 연구 결과가 충분하지 않다’ 등의 의견을 제시하면서 권고등급을 높게 설정하지 않고 있다. 특발성 안면신경마비에 대한 한의학 임상연구에서도 물리치료의 효과에 대한 연구는 거의 없는 실정이나 국외에서 시행된 여러 임상연구를 통해 물리치료와 침치료를 병행에 대한 치료효과를 보고자 임상질문을 정의하였다.

2 임상질문 및 권고안

Q1 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료와 운동을 병행한 군이 침치료만 시행한 것에 비해 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	침치료+운동	침치료	치료 호전율	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

특발성 안면신경마비 환자 74명을 대상으로 한 달 동안 두 개의 다른 치료를 수행하였다. 두 그룹 모두 코르티손(cortisone), 메코발라민(mecobalamin), 비타민 B₂ 를 복용하고 물리치료와 마사지 그리고 침치료를 수행하였다. 운동그룹 43명에게는 기능적 운동을 추가하였고 결과는 안면근육기능과 Portman 점수를 한 달 후에 측정하였다. 30일 후의 안면근육기능 Portmann 점수에서 운동그룹에서 통계적으로 유의함을 보였다(MD=8.47 points, 95% CI=7.05 to 9.89).¹⁾

그리고 90명을 대상으로 3개의 그룹으로 나누어 안면운동과 침치료 병행군, 침치료 단독 치료군, 안면운동군으로 나누어 효과 측정치를 2달 후에 H-B grade 을 이용하여 추정하였다. 60일 후에 회복이 없는 대상자 결과치에 있어서 유의한 차이를 보이지 않았다(RR=0.67, 95% CI=0.12 to 3.71). 그러나 치료 후 H-B grade 평균 결과값에 있어서 침치료를 추가한 그룹에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다(MD=-5.30 points, 95% CI=-6.33 to -4.27).²⁾

또 다른 연구는 61명의 안면마비 환자를 두 그룹으로 나누었고 결측치는 없었으며 두 그룹

모두 침치료를 받았다. 시험군에 안면운동을 침치료와 함께 병행하여 시행하였다. 효과 측정치는 완전회복, 매우 효과적, 효과적, 효과적이지 않음의 4가지 범주에 따라 안면 근육을 14일 후에 측정하였다(RR 0.16, 95% CI 0.02 to 1.26).³⁾

근거종합표(Evidence table)

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(년)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Wong (2004)	RCT	74명 (A) 41.6 ±14.5 (B) 40.9±13.4	(A) 약+물리치료+마 사지+침+운동 (n=43), 1달	(B) 물리치료+ 운동+마사지+ 침치료	Portmann점수	MD 8.47 [7.05,9.89]	L, L, L, L, H, H, H,	Ib
Qu (2005)	RCT	90명 (A) 43.5 (B) 41.6 (C) 42.5	(A) 안면운동+침치료 (n=30),58일	(B) 침치료 (n=30) (C) 안면운동 (n=30)	1) 회복이 없는 참가자수 2) H-B grade	1) RR 0.67 [0.12,3.71] 2) MD&5.30 [-6.33,-4.27]	H, H, L, L, H, H, H,	Ib
Zhang (2005)	RCT	61명 (A) 43.3 ±16.8 (B) 42.8±17.9	(A) 안면운동+침치료 (n=31),14일	(B) 침치료 (n=30)	회복이 없는 참가자수	RR 0.16 [0.02,1.26]	U, U, L, L, H, H, H,	Ib

RCT: randomised controlled trial; **n.r.**: not reported

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias. [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q2 특발성 안면신경마비 환자에게 전기치료와 침치료를 병행한 군이 침치료만 시행한 것에 비해 더 효과적인가?

권고 적용군 (Population)	중재 (Intervention)	비교 (Comparison)	결과 (Outcome)	진료환경 (Health setting)
특발성 안면신경마비 환자	침치료+전기자극	침치료	회복이 없는 대상자수 감소율	한방 일차 의원 및 병원

1) 개별 근거의 연구 결과에 대한 설명

단파투열치료와 침치료를 병행한 38명과 침치료만을 시행한 37명을 비교한 무작위 배정 임상연구에서 30일 후에 회복이 없는 대상자 수의 감소치에 있어서 유의한 차이를 보이지 않았다(RR=0.49, 95% CI=0.05 to 5.14).⁴⁾

주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(평균)	중재군(n)	비교군(n)	주요결 과지표	효과추정치	이상 반응	질평가	근거 수준
Pan (2004)	RCT	75명 20-50	(A) 전기치 료+(B) (n=38)	(B) 침치료 (n=37)	회복이 없는 참가자수 감소율	RR 0.49 [0.05, 5.14]	n.r	U, U, L, L, H, H, H,	Ib

RCT: randomised controlled trial; **RR**: risk ratio; **n.r**: not reported

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias. [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q3 특발성 안면신경마비 환자에게 침치료와 물리치료를 병행한 군이 침치료만 시행한 것에 비해 더 효과적인가?

특발성 안면신경마비 환자를 대상으로 물리치료와 침치료를 시행한 중재군과 침치료만을 단독으로 시행한 두 군을 비교한 무작위 배정 임상연구에서 21일 후에 회복이 없는 대상자 수에 있어서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.⁵⁾

근거종합표(Evidence table)


주저자 (연도)	연구 설계	샘플수; 나이(평균)	중재군(n)	비교군(n)	주요 결과 지표	효과 추정치	질평가*	근거 수준
Yang (2001)	RCT	60명 (A) 37.8 ±11.2 (B) 39.6±10.5 5, 20일	(A) 물리치료(com- mercial rapid therapeutic de- vice)+(B)(n=30)	(B) 침치료 (n=30)	회복이 없는 참가자수 감 소율	RR 0.0 [-0.06, 0.06]	U, U, L, L, H, H, H,	Ib

RCT: randomised controlled trials; RR: risk ratio; n.r: not reported

*Domains of quality assessment based on the Cochrane tools for assessing risk of bias. [(1) random sequence generation, (2) allocation concealment, (3) blinding of participants and personnel, (4) blinding of outcome assessment, (5) incomplete outcome data, (6) selective outcome reporting and (7) other sources of bias (we evaluate baseline imbalance). 'L' indicated a low risk of bias; 'U' indicated that the risk of bias is uncertain; 'H' indicated a high risk of bias.]

Q1-Q3 권고안 도출에 대한 설명

특발성 안면신경마비 환자에게 있어서 물리치료는 한방 임상현장에서 다른 치료 기술들과 함께 치료 효과를 보기위해 사용되고 있다. 앞서 기술된 근거들에서 물리치료 또는 안면운동과 침치료를 병행한 군에서 치료 추정치가 더 효과적임을 볼 수 있었다. 그러나 본 연구는 너무 짧은 기간을 관찰하였다는 한계점이 있으며 거의 모든 연구가 한 달 이하에서 효과를 추정하였다. 그리고 대부분의 연구가 눈가림이 되지 않았으며 할당배정에 있어서 비뮌림이 있다고 평가되었다. 안면운동을 포함한 다양한 치료법을 병행하여 치료하면 주요 첫 2주 내에 회복이 없는 대상자수가 감소함을 보였다. 그러나 역시 무작위 배정 임상연구임에도 불구하고 근거 수준은 낮게 평가되었다(RR=0.16, 95% CI=0.02 to 1.26, one study, n=61). 본 권고안은 임상질문에 각각 권고안을 도출하기에 적절하지 않다 판단하였으며 포함된 근거를 전문가 합의에 따라 정성적으로 판단하여 다음과 같이 권고등급 A를 부여하였다.

 권고			
권고내용	권고등급	참고문헌	임상질문
특발성 안면신경마비 환자의 치료에 있어서 침치료, 물리치료, 안면운동에 대한 복합치료를 수행할 것을 매우 권고한다.	A	1-5	Q1-Q3

참고문헌

- 1) Wong XH, Zhang LM, Han M, Zhang KQ. Clinical application of functional exercise and staged therapy in treatment of facial nerve paralysis. *Zhonghua Linchuang Kangfu Zazhi* [Chinese Journal of Experimental and Clinical Virology] 2004;8(4):616-7.
- 2) Qu Y. Clinical observation on acupuncture by stages combined with exercise therapy for treatment of Bell palsy at acute stage. *Zhongguo Zhen Jiu* [Chinese Acupuncture & Moxibustion] 2005;25(8):545-7.
- 3) Zhang H. Acupuncture combined with facial muscle training for peripheral facial paralysis. *Chinese Journal of Rehabilitation Theory and Practice* 2005;11(12):1037-8.
- 4) Pan L. Acupuncture plus short wave for 38 peripheral facial paralysis. *Journal of Clinical Acupuncture & Moxibustion* 2004;20(4):26-7.
- 5) Yang G. Comparison of the efficacy between acupuncture and therapy apparatus for Bell's palsy. *Journal of Clinical Acupuncture & Moxibustion* 2001;17(8):28-9.

Part 4

임상의사결정 지원체계

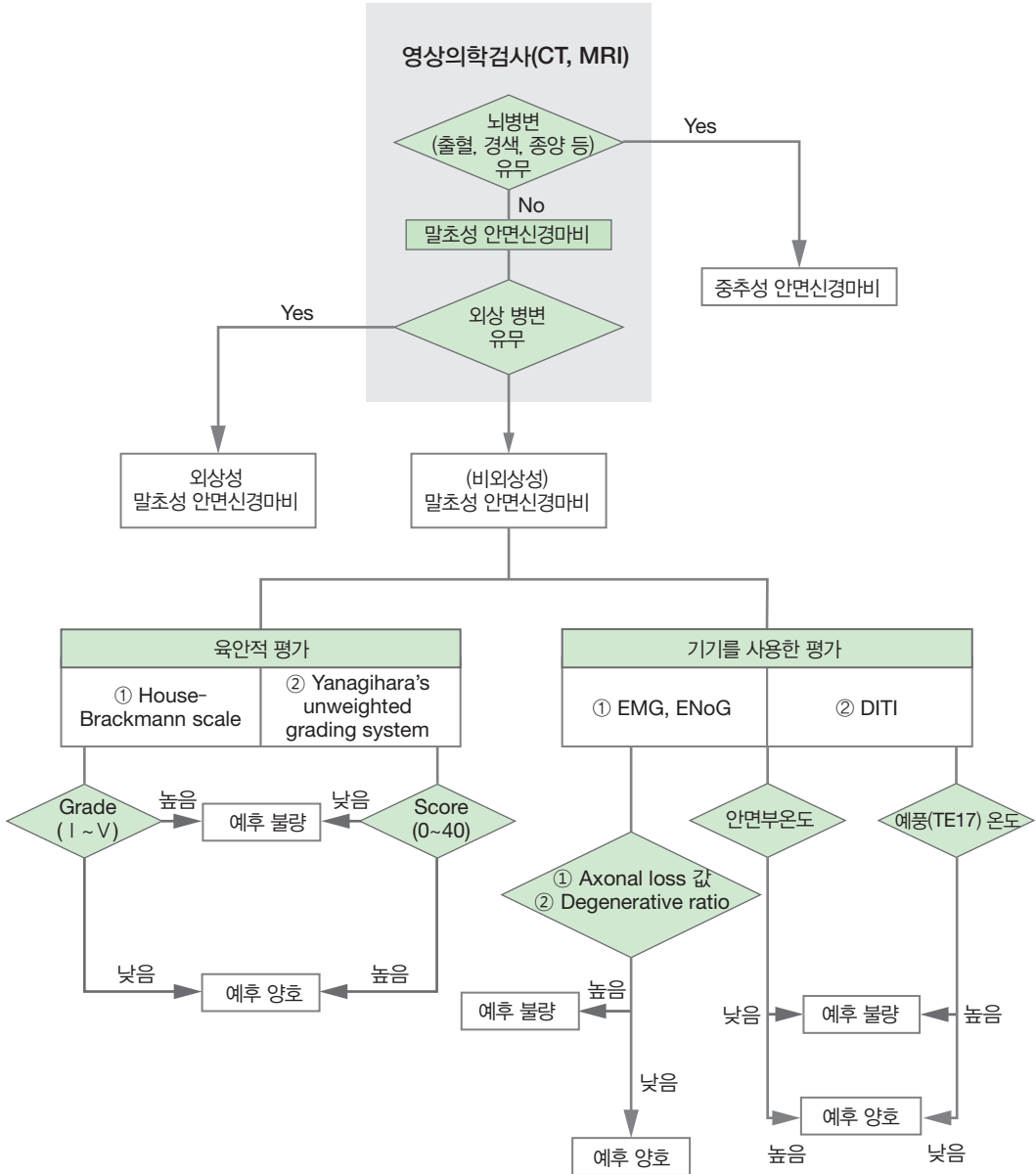
Clinical Decision Support System: CDSS

임상의사결정 지원체계

Clinical Decision Support System, CDSS

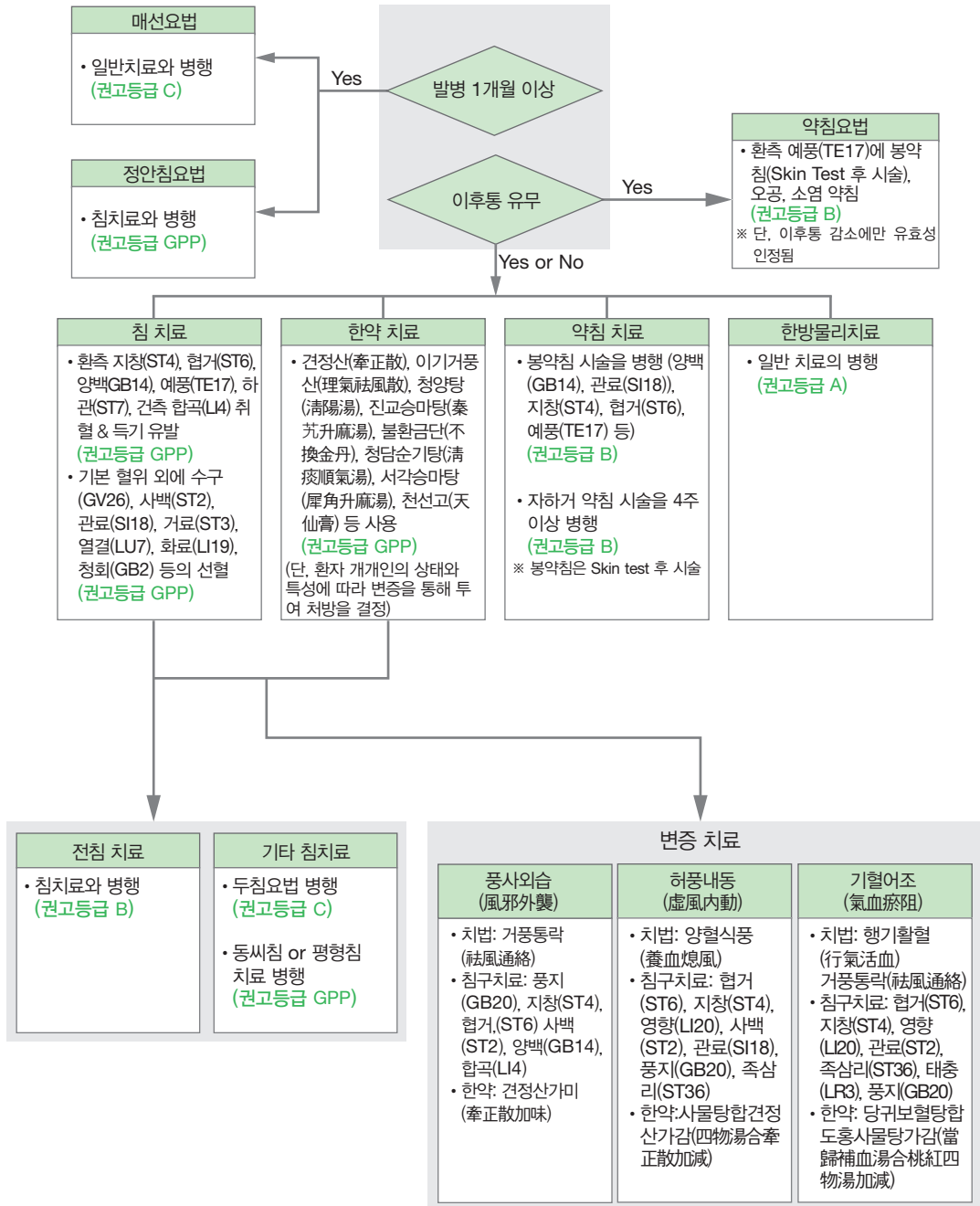
1

특발성 안면신경마비 진단



※ 중추성과 외상성 안면신경마비의 평가 방법도 동일함

특발성 안면신경마비 치료



※ 본 임상 의사결정 지원체계에서는 한의학적 치료만 다루기로 함

Appendix

부록

1 침시술 방법(임상연구)	4 개발과정
2 이해상충서약서	5 용어정리
3 개발된 임상진료지침	6 인준서

침시술 방법(임상연구)

1

표 1 일반침

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 자극 형태	유침 시간	침의 형태	횟 수	빈도와 시간	침치료와 함께 시행된 다른 중재
Tong (2010) 홍콩	RCT	8~12	관료, 사백, 지창, 협거, 양백, 합곡, 예풍, 태양	n.r.	득기	수기침	20분	Sterile dispos- able stainless steel filiform needles (0,25×25 mm)	36	1일 1회 1주일 3회 총 12주	스테로이드 Prednisone 30 mg 2회/ 일, pepsidine 20 mg 2회/일
Liu (1996) 중국	RCT	10~12	양백, 사백, 정명, 관료, 태양, 찬죽, 동자료, 예풍, 지창, 영향, 풍지, 합곡	n.r.	득기	수기침	30분	Filiform needles (1,5 cun×0,30 mm)	10	1일 1회 총 10일	스테로이드 Prednisone, vitamin
Wang (2007) 중국	RCT	5~15	발병7일 이내: 풍지, 합곡, 태충(사법) 발병7일 이후: 인 당투산근, 사백, 지창투, 협거, 하 관, 예풍, 합곡(양 쪽), 태충(양쪽) 변 증에 따라 혈자리 추가	n.r.	득기	수기침	30분	Filiform needles (1,5 cun×0,32 mm)	12	1일 1회 1주일 6회 총 2주	스테로이드 Prednisone, vitamin
Yang (2006) 중국	RCT	15	환측: 찬죽, 정명, 양백, 어요, 사죽 공, 태백, 지창, 협거, 영향, 사백, 관료, 하관, 예풍, 풍지 건측: 합곡	n.r.	득기	수기침	30분	n.r.	20	1일 1회 총 20일	스테로이드 Prednisone, dexametha- sone
Li (2004) 중국	RCT	7	환측: 지창, 협거, 합곡, 양백, 하관, 예풍 건측: 합곡	n.r.	득기	수기침	30분	Filiform nee- dles (1~1,5 cun×0,32 mm)	20	1일 1회, 1주일 5회 총 4주	뜸 시술(5min)

계속

표 1 일반침(계속)

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 자극 형태	유침 시간	침의 형태	횟 수	빈도와 시간	침치료와 함께 시행된 다른 중재
Zhu (2006) 중국	RCT	9	환측: 양백, 사죽 공, 사백, 지창, 영향, 관료, 협거, 풍지 건측: 합곡	0.5 cun	득기	수기침	30분	Filiform needles (0.35×25 mm)	20	1일 1회 10일 후 2일 휴식 총 20일	스테로이드 Prednisone 5 mg, 3회/d
Kwon (2015) 한국	RCT	18	환측: 지창, 협거, 어요, 사죽공, 영향 건측: 예풍, 인영, 수삼리, 합곡, 족 삼리, 양릉천	5~ 30 mm	득기	수기침	20분	Disposal needle (0.20×30 mm, 동방침구제작 사)	24	1일 1회 1주일 에 3회 총 8주	None
Shao (1999) 중국	RCT	5~7	태양, 하관, 협거, 지창, 관료, 예풍, 영향 배합혈: 합곡, 풍 용, 족삼리, 태충 변증에 따라 혈자 리 선택	n.r.	n.r.	수기침	n.r.	n.r.	15	1일 1회 총 15일	스테로이드 Dexametha- sone, vitamin B ₁ , vitamin B ₂
Mei (2010) 중국	RCT	6	환측: 양백, 지창, 협거, 하관, 예풍 건측: 합곡	n.r.	득기	수기침	30분	n.r.	20	1일 1회 1주일 5회 총 4주	None
Xu (2013) 중국	RCT	6	환측: 양백, 지창, 협거, 하관, 예풍 건측: 합곡	n.r.	득기	수기침	30분	Disposable sterile acupuncture needles(0.25 mm×25 mm, Shanghai Taicheng Technology and Develop- ment Co., Ltd.)	20	1일 1회 1주일 5회 총 4주	스테로이드 Prednisone

계속

표 1 일반침(계속)

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 자극 형태	유침 시간	침의 형태	횟 수	빈도와 시간	침치료와 함께 시행된 다른 중재
Li(2011) 중국	RCT	2	급성기: 환측: 예 풍 건축: 합곡	0.3 cm	n.r.	수기침	20분 이내	n.r.	20	1일 1회 1주일 5회 2일 휴식 총 4주	None
		6	정지기: 급성기 혈자리+지창투협 거, 태양투관료	0.3 ~0.5 cm	n.r.	수기침	30분	n.r.	20	1일 1회 1주일 5회 2일 휴식 총 4주	None
		7	회복기: 정지기 혈자리+ 족삼리	n.r.	n.r.	수기침	30분	n.r.	20	1일 1회 1주일 5회 2일 휴식 총 4주	None
		2~7	Stage에 따른 자 침은 (A)와 동일	n.r.	n.r.	수기침	20 ~30 분	n.r.	20	1일 1회 1주일 5회 2일 휴식 총 4주	뜸(5 min)
		2~7	Stage에 따른 자 침은 (A)와 동일	n.r.	n.r.	전침	20 ~30 분	n.r.	20	1일 1회 1주일 5회 2일 휴식 총 4주	None
		2~17	Stage에 따른 자 침은 (A)와 동일 양명경에 근육을 따라 8~10개 자 침	0.5 cm	n.r.	수기침	20 ~30 분	n.r.	20	1일 1회 1주일 5회 2일 휴식 총 4주	None
		8	Stage에 따르지 않고 지창, 협거, 합곡, 양백, 태양, 예풍, 관료, 하관	n.r.	n.r.	수기침	30분	n.r.	20	1일 1회 1주일 5회 2일 휴식 총 4주	None

표 2 전침

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 자극 형태	유침 시간	침의 형태	횟수	빈도와 시간	침군에 수행된 다른 중재
An (2005) 한국	RCT	15	환측: 양 백, 어요, 찬죽, 사죽 공, 상영 항, 지창, 협거, 하 관, 관료, 인당, 비익 건축: 합곡 후계, 해 계, 태충	n.r.	근육의 가벼운 수축	전침	20분	Stainless steel needle (0.25 × 40 mm, 동방침 구사제작) 전침(Mixed 3 Hz frequency, PG-6, 이토 초단파주식 회사)	28회	1일 1회 n.r. 총 4주	한약 처방 및 유침시 간동안 환측 안면부 에 적외선을 조사/안 면근육 운동과 마사 지 병용
Lee (1999) 한국	CCT	11	협거, 지 창, 인중, 승장, 예 풍, 사백, 합곡, 사죽 공, 찬죽, 족삼리, 태 충	n.r.	n.r.	전침(발병 1 주일 이내에 는 소밀파, 이후에는 단 속파 사용)	15 ~20분	Stainless steel needle (0.25 × 40 mm, 동방침 구사제작) 전침(3Hz frequency, n.r., n.r.)	n.r.	n.r.	유침시간동안 환측 안면부에 적외선을 조사/안면근육 운동 과 마사지 병용
Choi (2010) 한국	CCT	16	환측: 인 당, 찬죽, 어요, 사죽 공, 양백, 지창, 비 익, 지창, 협거, 하 관, 관료 건축: 합 곡, 족삼 리, 후계, 해계, 태충	n.r.	n.r.	전침(소밀파, 2,10 Hz의 주 파수를 5초 간격으로 교 대하여 설계)	15분	Stainless steel needle (0.25 × 30 mm, 동방침 구사제작) Hand needle (0.18 × 8 mm) 전침 (2~10 Hz frequency, PG-306, 이토초단파 주식회사)	5회 이상	1일 2회 n.r. n.r.	유침시간동안 환측 안면부에 적외선을 조사/안면근육 운동 과 마사지 병용

표 3 약침

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 종류	유침 시간	침의 형태	횟 수	빈도와 시간	침군에 수행된 다른 중재	
Yang (2009)	RCT	약침	8	찬죽, 어요, 사죽공, 양 백, 영향, 비익, 지창, 관료	2~4 mm	n.r.	약침(각 혈에 0.01~0.02cc 씩, 1회 총 0.1cc를 넘지않 게)	n.r.	약침 (29Gauge, 신아양행, 봉약침)	n.r.	주 3~4 회, n.r.	None
		호침	15	환측: 인당, 찬죽, 어요, 사죽공, 양 백, 영향, 비익, 지창, 협저, 하관, 관료 건측: 합곡, 후계, 족삼 리, 지창, 태충	n.r.	n.r.	수기침	15~20분	호침(0.25, 30, 동방침 구제작소 Stainless steel)	n.r.	1일 1~2 회, n.r.	None
		전침	15	환측: 인당, 찬죽, 어요, 사죽공, 양 백, 영향, 비익, 지창, 협저, ST7, 관료 건측: 합곡, 후계, 족삼 리, 지창, 태충	n.r.	n.r.	전침	15~20분	전침 (Mixed 3Hz frequency, PG-6, 이 토초단파주 식회사)	n.r.	1일 1~2 회, n.r.	None
Oh (2010)	non RCT	약침	4	양백, 관 료, 영향, 예풍	2~4 mm	n.r.	약침(각 혈에 0.01~0.02cc 씩, 1회 총 0.1cc를 넘지 않게)	n.r.	약침 (29Gauge, 신아양행, 봉약침)	n.r.	주 3~4 회, n.r.	자침, 한 약, 적외선 조사, 안면 마사지, 운 동

계속

표 3 약침(계속)

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 종류	유침 시간	침의 형태	횟 수	빈도와 시간	침군에 수행된 다른 중재	
	호침	15	환측: 인당, 찬죽, 어요, 사죽공, 양 백, 영향, 비익, 지창, 협처, 하관, 관료 건측: 합곡, 후계, 족삼 리, 지창, 태충	n.r.	n.r.	수기침	15분	호침(0.25 ×30 mm, 동방침 구제작소 Stainless steel)	n.r.	1일 2회, n.r.	한약, 적외 선 조사, 안면 마사 지, 운동	
	전침	15	환측: 인당, 찬죽, 어요, 사죽공, 양 백, 영향, 비익, 지창, 협처, 하관, 관료 건측: 합곡, 후계, 족삼 리, 지창, 태충	n.r.	n.r.	전침	15분	전침 (Mixed 3Hz frequency, PG-6, 이 토초단파주 식회사)	n.r.	1일 2회, n.r.		
Kim (2004)	RCT	봉침	5	양백, 관 료, 지창, 협처, 예풍	n.r.	n.r.	약침(각 혈에 0.03cc씩)	n.r.	약침 (29Gauge, n.r., 봉약 침)	n.r.	주 2회, n.r.	자침, 한 약, 자침시 적외선 조 사, 물리치 료
	호침	15	환측: 지창, 협처, 대영, 청궁, 이문, 사백, 관료, 예풍, 사죽 공, 어요, 양백 건측: 합곡, 내관, 사관, 족삼리	n.r.	n.r.	수기침	n.r.	호침(0.30 ×40 mm, 동방침 구제작소 Stainless steel)	n.r.	n.r.	한약, 자침 시 적외선 조사, 물리 치료	
	전침	7	하관, 관 료, 지창, 협처, 찬죽, 사죽공	n.r.	n.r.	전침(1~2Hz)	15분	전침	n.r.	1일 1회, n.r.		

계속

표 3 약침(계속)

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 종류	유침 시간	침의 형태	횟 수	빈도와 시간	침군에 수행된 다른 중재
Lee (2005)	RCT	6	환측: 양백, 관료, 지창, 협거, 예풍, 사죽공	n.r.	n.r.	약침(자허거, 각각 0.05cc씩 총 0.3cc)	n.r.	약침(n.r., 대한약침학 회, 자허거)	n.r.	입원 주 3회/통 원 주2 회	자침, 한 약, 물리 치료
Lee (2002)	CCT 약침	7	환측: 지창, 협거, 찬죽, 사죽공, 어 요, 사백, 관료	n.r.	n.r.	약침(자허거, 각각 0.1cc 시 술)		약침(-, 신 동방의료주 식회사, 자 허거)	n.r.	3일연속 1회, 그 후 2~3 일에 1회 주입	자침, 한 약, 작외선 조사, 물리 치
	호침	16 이 상	환측: 지창, 협거, 대영, 청궁, 승장, 관료, 예풍, 사백, 합곡, 사죽공, 찬 죽, 어요 건축: 내관, 로영, 합곡, 족삼리 변증에 따 라 취혈	n.r.	n.r.	수기침	n.r.	호침(0.30 ×40 mm, 동방침 구제작소 Stainless steel)	n.r.	n.r.	한약, 작외 선 조사, 물리치료
	전침	8	환측: 지창, 협거, 사백, 어요, 대영, 관료, 찬죽, 사죽공	n.r.	n.r.	전침(4~8Hz)	15~20분	전침	n.r.	n.r.	
Choi (2009) a	RCT (A)	1	예풍	n.r.	n.r.	약침(환측 예 풍 0.4cc 시술)	n.r.	약침(n.r., n.r., 소염 약침)	n.r.	n.r.	한약, 물 리치료 및 운동요법
	(B)	15	환측: 사죽 공, 찬죽, 사백, 양백, 관료, 영항, 인중, 승장, 협거, 지창 건축: 합곡, 삼중, 측하 삼리, 측삼 리, 태충	10~15 mm	n.r.	수기침(오전에 환측을, 오후 에 건축을 취 혈)	20분	호침(0.25, 30, 동방침 구제작소 Stainless steel)	n.r.	1일 2회, 오전 오 후 1회씩	한약, 물 리치료 및 운동요법

계속

표 3 약침(계속)

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 종류	유침 시간	침의 형태	횟 수	빈도와 시간	침군에 수행된 다른 중재	
Kwak (2012)	non RCT	(A)	1	예풍	n.r.	n.r.	오공약침(환 측 예풍 주변 으로 0.4~0.8 mL를 시술)	n.r.	약침(30 Gauge* 1/2 정림의 료기산업)	n.r.	입원 당 일 시작 하여 격 일로 총 3회, 오후	자침, 약물 치료, 물 리치료 및 운동요법
		(B)	15	환측: 사죽 공, 찬죽, 사백, 양백, 관료, 영향, 지창, 협거, 승장 건측: 합곡, 삼중, 측하 삼리, 측삼 리, 태충	10~15 mm	n.r.	수기침(오전에 환측을, 오후 에 건측을 취 혈)	15분	호침(0.25, 30, 우진침 구제작소 Stainless steel)	n.r.	1일 2회, 오전 오 후 1회씩	약물치료, 물리치료 및 운동요 법
Shin (2009)	RCT	1	예풍	n.r.	n.r.	약침(환측 예 풍 주변으로 0.6~0.8 mL를 시술)	n.r.	약침(26 Gauge* 1/2, 화진메 디컬, 소염 약침)	3 회	입원 당 일 시작 하여 격 일로 총 3회, 오전	자침, 한 약, 물리치 료 및 운 동요법	
		15	환측: 사죽 공, 찬죽, 사백, 양백, 관료, 영향, 인중, 승장, 협저, 지창 건측: 합곡, 삼중, 측하 삼리, 측삼 리, 태충	10~15 mm	n.r.	수기침(오전에 환측을, 오후 에 건측을 취 혈)	20분	호침(0.25, 30, 우진침 구제작소 Stainless steel)	n.r.	1일 2회, 오전 오 후 1회씩	한약, 물 리치료 및 운동요법	

계속

표 3 약침(계속)

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 종류	유침 시간	침의 형태	횃 수	빈도와 시간	침군에 수행된 다른 중재
Choi (2009) b	RCT	1	예풍	n.r.	n.r.	약침(환측 예 풍 주변으로 0.2~0.6 cc를 시술)	n.r.	약침(26 Gauge, 봉 약침)	n.r.	입원 당 일 시작 하여 격 일로 총 3회, n.r.	한약, 물리 치료, 운동 요법
		15	환측: 사죽 공, 찬죽, 사백, 양백, 관료, 영향, 인중, 승장, 협저, 지창 건축: 합곡, 삼중, 측하 삼리, 측삼 리, 태충	10~15 mm	n.r.	수기침(오전에 환측을, 오후 에 건측을 취 혈)	20분	호침(0.25, 30, 우진침 구제작소 Stainless steel)	n.r.	1일 2회, 오전 오 후 1회씩	

표 4 기타침

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 자극 형태	유침시간	침의 형태	횃 수	빈도 와 시 간	침군에 수행된 다른 중재	
Choi (2010) 한국	RCT	두침	n.r.	감각부 하부 2/5 부위 (각각 구: 운동구에 서 후방으로 1.5 cm 평행이동한 선분)	n.r.	유침 전 매분 200 회 이상 1~3분가 량 염전	수기침 (두침, 염전법)	15분	호침 (0.25, 40, 동방침구 제작소 Stainless steel)	n.r.	n.r.	자침 후 적 외선 조사, 한약치방, 물리치료, 안면마사 지, 부항
		침	10	환측: 협저, 지 창, 승장, 예풍, 양백, 사죽공, 찬죽 건축: 합곡, 측 삼리, 외관	n.r.	수기침 +전침 (3 Hz fre- quency)	n.r.					
		약침	6	환측: 협저, 지 창, 승장, 양백, 사죽공, 찬죽	n.r.	약침	혈위당 0.1 cc	약침(29 Gauge, 신아양행)				

계속

표 4 기타침(계속)

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 자극 형태	유침시간	침의 형태	횃 수	빈도 와 시 간	침군에 수행된 다른 중재	
Zhu (2013) 중국	RCT	두침	3	운동구하점 증 심, 오른쪽 왼 쪽 각각 1촌 부 위	n.r.	n.r.	수기침	30분	Filiform needles (0.304 × 40 mm)	30 30 총 30 일	1일 1회 총 30 일	None
		침	5개 이상	환측: 헝거, 지 창, 양백, 승장, 합곡 등								
Sun (2012) 중국	RCT	두침	n.r.	감각부 하부 2/5 부위	1.5~ 2 cun	n.r. n.r.	수기침	30분	n.r.	10	1일 1 회 총 10 일	None
		침	10 이상	환측: 양백, 찬 죽, 어요, 사백, 관료, 헝거, 지 창 건측: 합곡, 곤 륜, 족삼리 변증에 따라 가 감	0.5~ 2 cun							
Lee (2004) 한국	RCT	동시 침	-	건측 삼중, 사 화외, 족삼리, 족하삼리혈	n.r.	n.r.	수기침	15~20분	호침(0.25, 30, 동 방침구 제작소 Stainless steel)	n.r.	입원 기간 1 일 1회 통원 기간 주 2 회, -	한약처방, 신경자극검 사, 신경전 도술, 물리 치료, 말초 신경확산제 복용
		침	12	환측 헝거, 지 창, 수구, 승장, 예풍, 사백, 양 백, 합곡, 사죽 공, 찬죽, 족삼 리, 태충								
Kim (2010) 한국	RCT	정안 침		경향부, 측두근, 후두근, 흉부, 전경부, 안면부 혈위를 선택하 여 횡자함	n.r. n.r.	특기 특기	수기침 (정안침, 반자법)	n.r.	호침(0.16, 30, 동 방침구 제작소 Stainless steel)	20	주 3 회	한약, 물리 치료
		침	10개 이상	환측 지창, 헝 거, 승장, 사백, 사죽공, 양백, 인향, 찬죽, 하 관, 관료 등			수기침	20분				

계속

표 4 기타침(계속)

주저자 (년도)	연구 디자인	일회 치료시 환자당 자침수	경혈	자침 깊이	유발한 반응	침 자극 형태	유침시간	침의 형태	횟 수	빈도 와 시 간	침군에 수행된 다른 중재	
Yoo (2012) 한국	RCT 평형 침	6	면차: 견부 쇠 골상와 증점. 편차: 측두부 이침에서 1.5촌 올라가는 곳. 명목: 이수하연 후방의 하악골 과 유양돌기 사 이의 함요처. 비통: 구각에서 직하방으로 1촌 내려간 곳. 두 통: 족배의 앞 쪽 제1중족골과 제2중족골 사이	20 ~30 mm	특기	단자법 (특기감 유발한 후 바로 기침)	유침하지 않음	호침(0.25, 40, 동 방침구 제작소 Stainless steel)	7 회 이 상	1일 1 회 오후 4~5 시 사 이	한약, 적외 선조사, 안 면 운 동, 기공요 법	
		침	16	환측 인당, 찬 죽, 어요, 사죽 공, 양백, 인항, 비익, 지창, 협 처, 하관, 인중, 승장 건측: 합곡, 후 계, 족삼리, 태 충	n.r.	n.r.	수기침	20 min	호침(0.25, 40, 동 방침구 제작소 Stainless steel)	n.r.	1일 1~2 회, -	
		전침	8	환측 찬죽, 사 죽공, 양백, 지 창, 협처, 하관, 인중, 승장	n.r.	n.r.	전침	n.r.	전침 (Mixed 3 Hz fre- quency, STN-111, 스트라텍)	n.r.	1일 1~2 회, -	

이해상충서약서

2

이해상충공개서약서 (Conflict of Interest Disclosure)

다음 질문들의 목적은 임상진료지침 개발과정에 참여하는 모든 참여 연구원은 활동과 관련된 실제적, 명시적 이해관계를 공개하도록 하는 것이다. 확인한 모든 내용은 정확히 기술되었으며 만약 연구 진행 중에 재정적인 이해관계가 변동되는 이해상충(COI)이 생기는 경우 보고하겠다고 선언하였다.

따라서 본인들은 상기 연구와 관련하여 특정기관과 연구 관련자로부터 연구결과에 영향을 미치는 지원과 제공에 대한 다음과 같이 확인하여 보고한다.

연구 과제명	특발성 안면신경마비 한의임상진료지침 개발 연구
참여 연구원	이명수, 이주아, 최태영, 최지애, 전지희, 강병갑, 고미미, 유수성, 정지연 (이하 한국한의학연구원) 육태한 (우석대학교), 김건형(부산대학교), 김종욱(우석대학교), 남동우(경희대학교), 노정두(세명대학교), 양기영 (부산대학교), 홍권의(대전 누리세한의원)

아래 사항 중 항목 이상 해당됩니다.

- 지원기관으로부터 **제한 없이 사용할 수 있도록** 연구비용이나 교육 보조금, 연구기기, 자문 또는 사례금 형태로 **1,000만원 상당의 비용**을 제공받았습니다.
총 금액 : _____
-
- 지원기관의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 **경제적 이익에 대한 권리**를 제공받았습니다.
총 금액 : _____
종 류 : _____
-
- 기타 **1,000만원 상당 또는 5%가 넘는 지분이익이나 이권**을 제공 받았습니다.
총 금액 : _____
종 류 : _____
-
- 지원기관에 **공식/비공식적인 직함**을 가지고 있습니다. (예: 사장, 자문역, 고문 등)
기관명 : _____
직 위 : _____
-
- 연구대상에 대한 지적재산권**을 가지고 있습니다. (예: 특허, 상표권, 라이선싱, 로열티 등)
종 류 : _____
-
- 본인 또는 배우자의 가족이 소속된 회사**가 위에서 기술된 것과 같은 관계를 가지고 있습니다.
가족관계 : _____

■ 상기 항목 모두 해당되지 않습니다.

제출일자: 2015년 12월 31일

개발된 임상진료지침

3

지침 특성 요약표

순서	제목	출판자	국가, 언어	출판일자	검색 종료일	의견
CPG#1	급성 안면신경마비 진료지침	대한이과학회	대한민국, 한국어	-	2014년 8월	-
CPG#2	Facial palsy guidelines	Royal Hospital for Sick Children	UK, English	2013년 5월	-	-
CPG#3	Guidance from the literature: Facial palsy	EMPI, DJO global	USA, English	2009년 11월 9일	-	-
CPG#4	Facial palsy: A guideline proposal following a review of practice	Journal of Paediatrics and Child Health	Australia and New Zealand, English	2007년 8월 30일	-	소아의 안면마 비에 대한 임 상 지침
CPG#5	Facial palsy	College of Optometrists	UK, English	2012년 2월 3일	-	안과의사들을 대상으로 작성 된 진료지침으 로 치료관련 내용 미비
CPG#6	Facial palsy diagnostic and treatment considerations	The University of Texas Medical Branch	USA, English	2012년 10월 29일	-	-
CPG#7	Guideline for the management of acute peripheral facial nerve palsy Facial palsy - in Children	Ashford and St Peter's Hospitals	UK, English	2009년 2월	-	-
CPG #8	贝尔面瘫针灸临床 实践指南	成都中医药 大学	China, Chinese	2009년	-	Facial palsy의 침구임상진료 지침으로 급성 기, 아급 성기, 회복기, 후유증 기의 침구치료 권고안 제시

지침 내용 요약표

내 용	진료지침별 상세내용			
	CPG#1	CPG#2	CPG#3	CPG#4
급성 안면신경마비의 평가방법	주로 House-Brackmann 등급 (grade)을 사용한다: 권고등급 B	-	주로 House-Brackmann 등급 사용	-
안면신경 전도검사 또는 근전도 검사로 급성 안면신경마비의 예후를 예측	예후 예측에 도움이 된다: 권고등급 B	-	-	-
단순포진 바이러스(herpes simplex virus), 수두 대상포진 바이러스(varicella zoster virus) 항체에 대한 혈청검사의 진단적인 의의	진단적인 의의가 명확하지 않다: 권고등급 D	-	-	-
방사선학적 검사(자기공명 영상, 컴퓨터단층촬영)의 진단적인 의의	4) 진단적인 의의가 명확하지 않다: 권고등급 D	Full 신경학적 검진을 꼭 해야 하며 이마에 주름 잡히지 않거나 중추성 신경, 말초성 특히 방사선학적 검사 고려	-	Full 신경학적 검진 꼭 해야 하며 이마에 주름 잡히지 않거나 중추성 신경, 말초성 특히 방사선학적 검사 고려
스테로이드 치료 및 스테로이드와 항바이러스제의 병용요법	스테로이드치료는 시행한다: 권고등급 A 항바이러스제와 병용요법은 통상적 사용 가능: 권고등급 C	• 스테로이드: 1 mg/kg/ up to 40mg for 7 days 완전 회복할 확률을 높여준다. • 항바이러스제: 수포 혹은 대상포진 증상 있을 경우 Aciclovir 200 mg for five days	-	• 스테로이드: 소아 안면신경마비 치료에 있어서 스테로이드 치료의 효과는 아직 근거 없음 • 항바이러스제: 수포 혹은 대상포진 증상이 있을 경우 Aciclovir 200 mg for five days
전기자극을 포함한 물리치료	통상적으로 사용가능하나 이득이 명확치 않다: 권고등급 C	-	• 치료 효과에 대한 연구결과가 일관성이 없다. • NMES의 경우도 아직 연구 결과가 충분하지 않다.	-
급성 안면신경마비의 한방치료	자료가 부족하여 효용성을 판단할 수 없다: 권고등급 D	-	치료 효과에 대한 연구결과가 일관성이 없다.	-
급성 안면신경마비의 수술치료	완전마비의 경우 조기 수술에서 효과를 기대할 수 있다: 권고등급 C	-	-	-

(계속)

지침 내용 요약표

내 용	진료지침별 상세내용			
	CPG#5	CPG#6	CPG#7	CPG#8
급성 안면신경마비의 평가 방법	-	• House-Brackmann 등급 (grade)을 사용함	-	-
안면신경 전도검사 또는 근전도 검사로 급성 안면 신경마비의 예후를 예측	-	• 안면신경 전도검사로 안면 신경마비 예후 예측 가능	-	-
단순포진 바이러스 (herpes simplex virus), 수두대상포진 바이러스(varicella zoster virus) 항체에 대한 혈청검사의 진단적인 의의	-	-	혈압 검사, 라임질환이나 대상포진 감별을 위한 혈청학적 검사를 통해 병인 감별 필요	-
방사선학적 검사 (자기공명영상, 컴퓨터 단층촬영)의 진단적인 의의	-	• 종양 배제를 위해해야 함	Full 신경학적 검진 꼭 해야 하며 추가적으로 이도, 고막 검사, 청력검사, 이하선 부위, 입, 인두 검사까지 권유	-
스테로이드 치료 및 항바이러스제의 병용 요법	-	• 스테로이드: 1mg/kg/ up to 70~80 mg 완전 회복할 확률을 높여줌 • 항바이러스제: 스테로이드와 같이 사용할 경우 유익함	• 스테로이드: 10일 동안 경구 용 prednisolone 1 mg/kg/day maximum dose 50 mg ← 72 hours 이내에 최대한 빨리 사용할 것 • 항바이러스제: 람세이헌트 증후군에서는 항상 acyclovir 사용할 것 루틴하게 처방하는 것에 대해서는 불충분한 근거 • Eye care	-
전기자극을 포함한 물리 치료	-	-	-	-
급성안면신경마비의 수술치료	-	• ENoG에서 > 90% 신경 손상 • 14일 이내에 자발적인 움직임 전혀 없을 경우 고려 가능	-	-
급성안면신경마비의 한방치료	-	-	-	침구치료 권고안 제시 (아래 기술함)

CPG #8 贝尔面瘫针灸临床实践指南

권고의견	권고등급
벨마비의 침구치료 원칙과 특징	
병정 3개월 이내 경도의 벨마비는 침구, 양약 혹은 침구·양약 복합치료를 권고하며, 중등도 벨마비는 침구 혹 침구·양약 복합치료를 권고한다. 병정 3개월 이상 환자는 침구치료 위주를 권고한다.	A
벨마비의 침구치료는 가능한 한 빨리 시행하는 것이 병정의 진행을 억제하는 데 유효하고, 임상적 치유시간을 단축시키며, 동통과 유루(流淚) 등 동반증상의 호전율을 높인다.	A
벨마비의 침구치료는 마땅히 단계를 나누고 변증·대증치료를 결합해야 하는데, 급성기, 아급성기는 풍한외 습형(風寒外襲型) 또는 풍열침습형(風熱侵襲型) 위주, 회복기와 후유증기는 담어조락형(痰瘀阻絡型), 기허혈 어형(氣虛血瘀型) 또는 음허생풍형(陰虛生風型) 위주이다.	GPP
벨마비 침구치료의 선혈처방은 주로 국소취혈, 순경취혈과 변증취혈이 특징이 되며, 수족양명경혈(手足陽明 經穴) 위주로 선택한다.	A
벨마비 침구치료의 침, 뜸 방법은 다양한데, 호침자(毫鍼刺), 애구(艾灸), 전침과 혈위주사 등을 위주로 하며, 2 종 또는 2종 이상의 침구치료방법의 복합응용을 위주로 한다.	A
벨마비 급성기의 침구치료	
벨마비 급성기에는 가능한 빨리 침구치료를 시행해야 한다. 환측 국소혈위와 양측 합곡(LI4)위주로 선혈하며, 풍한외습형(風寒外襲型) 또는 풍열침습형(風熱侵襲型) 위주 로 변증하며, 호침자(毫鍼刺) 위주의 침구치료방법을 권고한다. 풍한외습형(風寒外襲型)은 애구법(艾灸法)과 배합이 가능하다.	A
벨마비 아급성기의 침구치료	
벨마비 아급성기는 환측 국소혈위와 양측 합곡(LI4) 위주로 선혈한다. 풍한외습형(風寒外襲型) 또는 풍열침습형(風熱侵襲型) 위주로 변증하며, 호침자(毫鍼刺) 위주의 침구치료방 법을 권고한다. 애구법(艾灸法) 혹은 안면부마사지의 배합이 가능하며, 전침이나 적외선조사 또는 혈위주사 배합도 가능하다.	A
벨마비 회복기의 침구치료	
벨마비 회복기는 환측 국소혈위와 양측 합곡(LI4) 위주로 선혈한다. 담어조락형(痰瘀阻絡型), 기허혈어형(氣虛血瘀型) 또는 음허생풍형(陰虛生風型) 위주로 변증하며, 호침투자 (毫鍼透刺) 또는 전침 위주의 침구치료방법을 권고한다. 애구(艾灸), 물리요법 혹은 혈위주사의 배합도 가능하다.	A
벨마비 후유증기의 침구치료	
벨마비 후유증기는 환측 국소혈위와 양측 합곡(LI4), 족삼리(ST36) 위주로 선혈한다. 담어조락형(痰瘀阻絡型), 기허혈어형(氣虛血瘀型) 또는 음허생풍형(陰虛生風型) 위주로 변증한다. 호침투자(毫鍼透刺)와 전침, 애구(艾灸) 혹은 혈위주사 등의 침구치료방법 배합을 권고한다.	B

개발과정 4

일시	주제	내용
2013. 04. 19.-04. 20.	안면신경마비 한의임상진료지침 개발 연구 진행 계획 회의	임상진료지침 개발 연구의 진행 방향 계획
2013. 05. 25.-05. 26.	임상진료지침 개발 연구의 문헌 검색 계획 회의	타 임상진료지침 검색 및 국내외 문헌 검색과 정리의 역할 분담
2013. 07. 19.-07. 20.	검색 문헌 정리 및 연구 진행 점검 회의	문헌 검색 중 보완이 필요한 부분 논의 및 추후 연구 진행 계획
2013. 11. 23.-11. 24.	문헌 검색 결과 분석 및 근거 수준, 권고등급 적용과 전문가 합의를 위한 회의	문헌 검색 결과 확인 및 진료지침에 활용될 문헌 정리, 근거수준, 권고등급 적용, 개별 항목의 전문가 합의 도출
2014. 12. 31.	진료지침 출판	안면신경마비 1판 인쇄
2015. 03. 20.	안면신경마비 개정안 계획 수립 회의	안면신경마비 개정안 계획 수립
2015. 12. 31.	<ul style="list-style-type: none"> • 근거자료 검토 및 재분석 • 근거 업데이트 	안면신경마비 개정판 발간

용어정리 5

벨마비(Facial palsy)

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

람세이헌트증후군(Ramsay Hunt syndrome)

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

아데노 바이러스(Adenovirus)

1950년대에 발견된 아데노바이러스과(Adenoviridae)를 구성하는 바이러스. 사람에게 인후염과 열을 일으키는 30여 가지를 포함하여 개에서는 간염, 닭·쥐·소·돼지·원숭이 등에서 여러 가지 질병을 일으킨다. 바이러스 입자는 외부에 막(膜)이 없으며 너비가 약 70 nm인 구형으로, 252개의 캡소미어(Capsomere)라고 하는 규칙적으로 배열된 단백질의 기본단위로 덮여 있으며, 단백질 보호막으로 둘러싸여 있는 디옥시리보핵산(DNA)을 가지고 있다. 아데노 바이러스는 감염된 세포의 핵 안에서 발달하며 그 안에서 뚜렷한 결정체의 형태로 배열되어 있는 것을 종종 관찰할 수 있다.

거대세포 바이러스(Cytomegalovirus)

그리스어로 “세포”를 뜻하는 “사이토(cyto-)”와 “크다” 는 뜻의 메갈로(-megalo-)가 바이러스와 합쳐진 말

엡스타인바 바이러스(Ebstein-Barr virus)

영국의 과학자 M. A. 엡스타인, Y. M. 바, B. G. 에이 칸에 의해서 최초로 보고된 바이러스로 EB 바이러스라고도 한다. 이 바이러스는 급성 감염성 단핵세포증가증의 주요원인인 헤르페스 바이러스이며, 이 바이러스로 인한 질병은 열, 이후통, 심한 피로, 림프선의 부종 등을 주요 특징으로 하는 흔한 증후군이다.

청신경종(Acoustic neuroma)

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

수막종(Meningioma)

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

진주종(Cholesteatoma)

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

테크네튬(Tc; Technetium)

주기율표 7족에 속하는 인공적으로 만들어진 최초의 합성 방사성 원소. 테크네튬은 우라늄이 자발적으로 붕괴되어 얻어지는 생성물로 지각에서 소량 산출되며, 비교적 반감기가 짧다.

갈륨(Ga; gallium)

주기율표 13족(붕소족)에 속하는 금속원소로 1875년 폴 에밀 르코크 드 부아 보드랑이 최초로 발견하였다. 방사성 ^{72}Ga 는 이 동위원소의 화합물이 뼈의 발암부위에 흡수될 수 있기 때문에 골수암 연구에 도움이 될 것으로 전망된다.

녹농균(Pseudomonas aeruginosa)

슈도모나스과 그람음성의 무산소 막대균. 1882년 게사드가 청색 고름에서 분리하였다. 사람에게 병원성을 가진 균종으로 청녹색의 색소인 Pyocyanin을 생산하여 고름중에서 볼 수 있는 ‘녹색고름’의 원인이 된다. 병원 감염의 중요한 균종으로 심내막염, 폐렴, 수막염 등 사람의 여러 질병의 원인이 되며, 더운날귀(Hot weather ear)라고 알려져 있는 귀염을 일으킨다.

헤모필루스속(Hemophilus)

유연관계가 불분명한 아주 작은 간균(桿菌)의 한 속(屬). 사람을 포함한 항온동물의 기도와 일부 변온동물에 나타나는 완전 기생체로 생존을 위해서는 혈액 성분이 필요하다. 그람음성 균으로 비운동성이며 통성혐기성균(通性嫌氣性菌)이다. 한때 사람에게 인플루엔자를 일으키는 것으로 생각되었던 인플루엔자균이 지금은 바이러스성 질환으로 알려진 인플루엔자 환자에게 2차 감염원으로 작용한다고 알려져 있다.

점액표피양암종(Mucoepidermoid carcinoma)

점액표피양암종은 주타액선에서 생기는 가장 흔한 암종으로, 악성도가 낮은 것부터 아주 높은 것까지 다양한 형태로 존재한다. 악성도가 낮은 점액표피양암종은 국소수술만으로 충분한 치료가 되지만 악성도가 중급에서 상급으로 높아지면 국소적으로 신경 혈관 등을 침범하고

조기에 전이되는 성질을 띠게 되므로 치료 시 충분한 1차 종양절제와 함께 국소림프절 절제가 권장되며, 수술 후 방사선치료도 겸하여야 재발률을 낮출 수 있다고 알려져 있다.

선양낭성암종(Adenoid cystic carcinoma)

선양낭성 암종은 주타액선 중 악하선에 가장 많이 발생하며, 소타액선에서도 발생하기 때문에 우리가 밥을 먹고 숨 쉬는 길인 상부기도소화관의 어느 부위에서도 발견될 수 있다. 치료 후에도 신경을 따라 재발하는 경향이 높기 때문에 완전절제 후 방사선 치료가 권장된다. 국소 재발이나 원격전이가 있더라도 오랜 기간 동안 진행되는 자연경과를 보이기 때문에 어떤 환자들은 폐전이에도 불구하고 10~15년 정도 생존하는 경우도 있다.

연합운동(Synkinesis)

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

악어의 눈물 증후군(Crocodile tears syndrome)

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

근전도검사(Electromyography, EMG)

근육의 활동전위를 기록한 곡선. 인체의 피부 표면에 전극을 부착하여 전위를 인도하는 표면도출법과, 침상전극(鍼狀電極)을 근육에 꽂아 넣고 근육 내의 한 지점에 생긴 활동전위를 이끌어내어 운동단위의 활동을 검출하는 바늘전극법이 있다. 근전도에 의해서 운동기능의 이상의 원인을 진찰할 수 있는 경우도 있다.

신경전도검사(Electroneurography, ENoG)

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

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

인체에서 자연적으로 방출되는 적외선 감지하여 통증이나 염증, 신경손상 부위의 미세한 체열변화를 통하여 질병을 정확하게 판별해 주는 검사

견정산(牽正散)

백부자, 백강잠, 전갈 모두 생용(生用) 각 등분. 약재들을 가루내어 8g씩 뜨거운 술로 조합해서 복용한다. 중풍으로 인한 와사(喎斜)를 치료한다. 『방약합편』, 『동의보감』 이기거풍산(理氣祛風散): 강활 2.4g, 독활 2.4g, 지각 2.4g, 청피 2.4g, 진피 2.4g, 오약 2.4g, 길경 2.4g, 남성 2.4g, 반하 2.4g, 천마 2.4g, 천궁 2.4g, 백지 2.4g, 형개 2.4g, 방풍 2.4g, 백작약 2.4g, 감초 2.4g. 1일 2첩 수전(水煎) 3회 분복. 중풍, 구안와사를 치료한다. 『방약합편』, 『동의보감』 청양탕(淸陽湯): 승마, 황기, 당귀 각각 8g, 갈근 6g, 자(炙)감초 4g, 소목, 생(生)감초 각각 2g, 주황백(酒黃柏; 술에 법제한 황백), 홍화, 계지 각각 0.8g. 약재들을 썰어서 1첩으로 하여 술 3잔에 넣고 1잔이 되게 달인다. 세 번에 나누어 따뜻하게 하여 먹는다. 중풍으로 입이 비뚤어지고 뺨이 몹시 썩기는 것을 치료한다. 이것은 위(胃)에 화(火)가 성(盛)하여 생긴 것이므로 이때에는 반드시 뺨이 계속 나오고 오줌이 잦다. 『동의보감』

진교승마탕(秦茺升麻湯)

승마, 갈근, 백작약, 인삼, 감초 각각 6g, 진교, 백지, 방풍, 계지 각각 2.8g. 약재들을 썰어서 1첩으로 하고 여기에 총백 3대를 뿌리가 있는 채로 넣어서 물에 달여 끼니 뒤에 먹는다. 수족양명경(手足陽明經)이 풍(風)을 맞아서 입과 눈이 비뚤어진 것을 치료한다. 『동의보감』

불환금단(不換金丹)

박하 120g, 형개수, 백강잠, 방풍, 천마, 감초 각각 40g, 생(生)천오, 백부자, 강활, 세신, 천궁, 갈초(蝟梢; 전갈꼬리), 곽향 각각 20g. 위의 약들을 가루내서 꿀에 반죽하여 달걀 노른자위만 하게 알약을 만든다. 한 번에 1알씩 씹어서 찬물로 넘긴다. 만일 왼쪽으로 비뚤어졌을 때에 이 약을 오른쪽 뺨에 바르면 곧 바로 선다. 중풍으로 입이 비뚤어진 것을 치료한다. 『동의보감』

청담순기탕(淸痰順氣湯)

천남성, 과루인, 형개수, 패모, 진피, 창출, 육계, 방풍 각각 4g, 황련(주초), 황금(주초), 감초 각각 2.4g. 약들을 썰어서 생강 3쪽과 함께 물에 달인다. 여기에 목향과 침향가루를 각각 2g씩 타서 먹는다. 경락이 풍에 맞아서 입과 눈이 비뚤어진 것을 치료한다. 『동의보감』

서각승마탕(犀角升麻湯)

서각 6g, 승마 5g, 강활 4g, 방풍 4g, 천궁 3g, 백부자(포(炮)) 3g, 백지 3g, 황금 3g, 감초 2g. 1일 2첩 수전 3회 분복. ① 중풍으로 코와 이마 사이가 아프고, 입을 열지 못하고 왼쪽 이마와 볼 위가 헐고 마비되는 급증을 치료한다. ② 내외풍열로 인한 치은종통(齒齦腫痛)을 치료한다. 『방약합편』, 『동의보감』

천선고(天仙膏)

천남성(큰 것) 1개, 초오(큰 것) 1개, 백급 8 g, 백강잠 7개. 위의 약들을 가루내어 선어혈(鱧魚血)에 개서 고약을 만들어 비뚤어진 쪽에 붙이는데 바로 서면 곧 씻어 버려야 한다. 갑자기 증풍으로 입과 눈이 비뚤어진 것을 치료한다. 『동의보감』

섬관법(閃罐法)

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

SSP (Silver Spike Point Therapy)

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

贝尔面癱

벨마비(Facial palsy)

臨床實踐指南

임상진료지침

인준서 6

임상진료지침 인증서

본 학회에서는 한국한의학연구원의 주요
사업의 일환으로 개발된 “안면신경마비 한
의임상진료지침(개정판)”을 검토하였으며,
그 내용에 대한 학회 승인을 합니다.

2015년 12월 30일

대한침구의학회 회장 육 태 한



KMCPG-Idiopathic Facial Palsy

특발성 안면신경마비

개정판

韓醫臨床診療 지침

Idiopathic Facial Palsy
Korean Medicine Clinical Practice Guideline

ELSEVIER

