

현훈 한의표준임상진료지침 개정을 위한 한의사의 인식과 치료에 관한 실태조사

이석민¹ · 권진혁² · 이혜리^{1,3} · 이의주^{3,4,*}

¹경희대학교 일반대학원 임상한의학과, ²경희권한의원,
³경희대학교 한방병원 사상체질과, ⁴경희대학교 한의과대학 사상체질과

Abstract

Survey on Korean Medicine Doctors' Perceptions and Practices for Revising Dizziness Clinical Practice Guidelines

Seokmin Lee¹ · Jinhyeok Kwon² · Hyeri Lee^{1,3} · Euiju Lee^{3,4,*}

¹Dept. of Sasang Constitutional Medicine, Graduate School, Kyung Hee Univ, ²Kyung Hee Kwon Korean Medicine Clinic

³Dept. of Sasang Constitutional Medicine, Kyung Hee Univ. Korean Medicine Hospital

⁴Department of Sasang Constitutional Medicine, Kyung Hee University College of Korean Medicine,
Kyung Hee University Korean Medicine Hospital

Objective

This study aimed to assess the current clinical use and awareness of the "Korean Medicine Clinical Practice Guideline for Dizziness (KM-CPG-Dizziness)" among Korean Medicine doctors (KMDs), and to identify practical needs and directions for its future revision.

Methods

A cross-sectional online survey was conducted among 877 KMDs with clinical experience in treating dizziness, recruited through the Association of Korean Medicine. The survey included 54 items(37 main items and 17 conditional sub-items) covering demographic information, awareness and utilization of KM-CPG-Dizziness, diagnostic and treatment practices, and perceived needs for guideline revision. Descriptive statistics and chi-square tests were used to analyze the relationship between CPG utilization and clinical behaviors.

Result

Among respondents, 44.5% were aware of the KM-CPG-Dizziness, and 67.7% of them used it at least occasionally. Approximately 68.8% perceived a high need for revision, and 74.7% expressed strong willingness to use the revised version. The most requested improvements were in diagnostic(25.9%) and treatment(27.5%) sections. Significant differences were found by institution type and CPG utilization level. CPG users were more likely to conduct differential diagnosis for central, peripheral, and non-vestibular dizziness. Awareness and treatment experience of newer diagnostic concepts such as Persistent Postural-Perceptual Dizziness(PPPD) were also significantly higher among CPG users.

Conclusion

Although current utilization of the KM-CPG for Dizziness is limited, there is substantial demand for revision with enhanced practical applicability. The findings provide evidence-based directions for developing a more clinically relevant guideline that addresses real-world practice needs.

Key Words : Dizziness, Clinical Practice Guideline, Korean Medicine, Survey Research, Guideline Implementation

Received 11, July 2025 Revised 11, July 2025 Accepted 21, July 2025

Corresponding author: Euiju Lee

26, Kyungheedaero, Dongdaemun-gu, Seoul, 02447, Republic of Korea

Tel : +82-2-958-9232, Fax : +82-2-958-9104, E-mail : sasangin@khu.ac.kr

© The Society of Sasang Constitution and Immune Medicine. All rights reserved. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution Non-commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>)

I. 서론

임상진료지침(Clinical Practice Guideline, CPG)은 1990년 미국 의학연구소(Institute of Medicine, IOM)에 의해 “특정한 임상 상황에서 적절한 의료서비스에 대해 의사와 환자를 지원하기 위해 체계적으로 개발된 진술”로 정의되었다¹. 이러한 임상진료지침은 환자 치료의 표준화, 진료의 질 향상, 의료 자원의 효율적 사용, 그리고 의사의 임상 판단을 보조하기 위한 목적으로 전 세계적으로 활발히 개발되고 있다. 국내 한의계에서도 2013년 ‘화병’과 ‘근골격계 질환’에 대한 『한의표준임상진료지침』(이하 한의표준지침)이 처음 발표된 이후, 2025년 6월 기준으로 총 77개의 지침이 개발을 완료하였으며, 24개의 지침이 현재 개발중이다².

어지럼증은 어질어질한 느낌, 졸도할 것 같은 느낌, 혹은 주위가 회전하는 듯한 감각으로 인해 똑바로 걷기 어려운 평형 장애 증상으로, 두통, 시야 흐림, 이명, 구토, 발한, 실신 등의 증상이 동반될 수 있다³. 한의학에서는 이를 ‘현훈(眩暈)’이라 하며, ‘현(眩)’은 눈앞이 캄캄해지고 사물이 흐리게 보이는 상태를, ‘훈(暈)’은 자신이나 주위가 도는 느낌을 의미한다. 전통적으로 현훈은 간양상항, 기혈양허, 신정부족, 습담중조로 변증하였으며, 원인과 증상에 따라 풍훈, 열훈, 습훈, 담훈, 기훈, 허훈으로 분류하기도 하였다⁴. 그러나 2021년에 출간된 『현훈 한의표준임상진료지침』(이하 현훈 지침)에서는 혈어증, 풍담증, 간양상항증, 수기능심증, 신음허증, 신양허증, 심비양허증의 7가지 변증유형으로 구분하고 있다.

어지럼증은 그 양상과 유발 원인에 따라 회전성 어지럼증, 균형장애, 실신성 어지럼증, 심인성 어지럼증, 기타 어지럼증의 다섯 가지로 분류할 수 있다. 회전성 어지럼증은 자신 또는 주변이 회전하는 듯한 감각으로, 말초성 또는 중추성 전정계 질환에서 모두 발생할 수 있다. 균형장애는 안정시에는 특별한 이상이 없으나, 서 있거나 보행할 때 중심을 잡기 어려운 증상으로, 주로 운동조절을 담당하는 부위의 이상과

관련이 있다. 실신성 어지럼증은 의식을 잃을 것 같은 느낌과 함께 나타나며, 뇌혈류가 감소하거나 혈당이 저하될 때 발생한다. 심인성 어지럼증은 몸이 붓 떠 있는 듯한 비현실적인 감각이 특징이며, 공황장애나 우울증 등 정신과적 질환과 관련이 깊다⁵.

『현훈 한의표준임상진료지침』은 기존 국내의 진료 지침이 현훈에 대해 한의학적 진단과 치료에 활용하기에 적절하지 않다는 판단에 따라, 근거중심 의학에 기반한 표준화된 한의진료지침의 필요성이 제기되어 2021년에 개발되었다⁶. 이 지침은 서론, 질환 개요, 개발 절차, 권고사항, 진료지침 활용, 진료 알고리즘, 확산 도구, 부록의 총 8개 장으로 구성되어 있으며, 병태생리적 특성과 임상양상을 기반으로 현훈을 전정계 현훈과 비전정계 현훈으로 구분하여 기술하고 있다. 전정계 현훈은 다시 중추성과 말초성으로 세분화되며, 중추성 전정계 현훈에는 허혈성 뇌질환, 뇌동맥 경화성 현훈, 척추기저동맥부진성 현훈, 편두통성 현훈이 포함되어 있고, 말초성 전정계 현훈에는 메니에르병, 양성 돌발성 체위성 현훈, 전정신경염이 포함되어 있다. 비전정계 현훈은 경추성 현훈, 심인성 현훈(만성 심부전, 경동맥 심장 증후군, 고혈압성 현훈, 혈관 미주신경성 실신), 심인성 현훈(만성 주관적 어지럼증, 심인성 어지럼증), 부인과 질환(갱년기 증후군)으로 세분화되어 기술되어 있다. 한의학적 중재 방법으로는 침술, 한약, 약침술, 수기요법, 심신요법이 제시되어 있으며, 침, 부항, 뜸 등을 포괄적으로 ‘침술·항목’에 포함하고, 근건이완수기요법, 추나요법, 견인요법 등을 ‘수기요법’으로 제시하는 등 광범위한 치료 가이드라인을 제공하고 있다. 또한 한의 표준변증, 현훈 검사지, 도인운동요법 지도일지, 어지럼증 중증도 평가 도구 등의 확산 도구를 개발하여 임상 활용도를 높이고자 하였다.

이에 기존에 개발된 지침의 개정 필요성 및 지침 개정시 임상현장의 활용도와 선호도를 반영하기 위해 전국 한의사 대상 횡단면 설문조사 연구를 수행하였다. 본 연구는 첫째, 현훈 진료 경험이 있는 전국 한의사를 대상으로 『현훈 한의표준임상진료지침』에 대한

인식도와 활용도를 파악하고, 둘째, 한의사들의 실제 현훈 진료 현황을 진단, 검사, 치료, 안전성 영역으로 구분하여 체계적으로 조사하며, 셋째, 의료기관 유형과 지침 활용도에 따른 진료 패턴의 차이를 분석하여 지침 개정 시 고려해야 할 임상 현장의 다양성을 파악하고자 하였다. 이를 통해 『현훈 한의표준임상진료지침』의 실용적 개정을 위한 근거 기반 자료를 제공하여, 임상 현장에서 활용도가 높은 진료지침 구성에 기여하고자 한다.

II. 연구방법 및 절차

1. 설문 문항 개발

1) 설문 구성 및 내용

본 연구의 설문 문항은 『현훈 한의표준임상진료지침』 개정을 위한 한의사의 인식과 치료 실태를 체계적으로 조사하기 위해 다음과 같이 3개 영역으로 구성하였다.

(1) A영역: 응답자의 기본 정보

연령, 임상경력, 최종학위, 전문의 여부 및 전문과목, 근무지역, 의료기관 형태, 한양방 협진 형태 등 응답자의 인구사회학적 특성과 임상적 배경을 파악하기 위한 9개 문항(조건부 응답에 따른 보조문항 2개 포함)으로 구성하였다.

(2) B영역: 『현훈 한의표준임상진료지침』에 대한 인식과 활용

그간 한의계에서 발표되어온 해 한의표준지침에 대한 인지도와 활용도, 기개발된 현훈 지침에 대한 인지도와 수록된 한의표준변증, 현훈 검사지, 도인운동요법 지도일지, 어지럼증의 중증도 평가 도구의 활용도, 지침의 개정 필요성과 보강 희망 내용, 향후 활용 의향 등을 파악하기 위한 13개 문항(보조문항 8개 포함)으로 구성하였다.

(3) C영역: 현훈 진료 현황

임상 한의사의 현훈 진료 현황을 파악하기 위하여 진단, 검사, 치료, 이상반응의 4개 하위 영역으로 구성하였다. 진단 영역에서는 월평균 현훈 환자 수, 말초성/중추성/비진정계 현훈의 감별진단 여부, 지속적 체위-지각 어지럼의 인지 및 치료경험 여부, 양방진료 의뢰 현황 등을 파악하기 위한 8개 문항(보조문항 1개 포함), 검사 영역에서는 활용하는 한방검사, 현훈 평가 검사 및 도구 등을 파악하기 위한 3개 문항, 치료 영역에서는 주요 치료 중재, 한약 처방시 변증 사용 여부, 유효성 평가 도구 등을 파악하기 위한 14개 문항(보조문항 2개 포함), 안전성 영역에서는 이상반응 발생 현황을 조사하기 위한 6개 문항(보조문항 4개 포함) 및 현훈 진료시 어려움을 느끼는 요인에 대한 의견 청취 1개 문항으로 구성하였다.

전체 설문은 주문항 37개와 조건부 응답에 따른 보조문항 17개로 총 54개 문항(복수응답 문항 18개)으로 구성되었으며, 응답 시간은 약 15분으로 예상되었다.

2) 전문가 자문

설문 문항의 내용 타당도를 확보하기 위해 현훈 관련 연구 및 임상 경험이 풍부한 한의사 7인을 대상으로 전문가 자문을 실시하였다. 자문은 엑셀 양식으로 구성된 설문지를 통해 이루어졌으며, 각 문항의 필요성에 대해 ‘필요성이 미미하다(1점)’부터 ‘매우 필요하다(5점)’까지의 5점 리커트 척도로 평가하고, 수정 의견을 자유기술 형태로 응답 받았다. 7인 중 5인으로부터 응답을 받아 71.4%의 응답률을 확보하였다.

전문가 자문 결과를 바탕으로 문항의 적절성, 표현의 명확성, 응답 선택지의 포괄성 등을 검토하여 설문 문항을 최종 수정·보완하였다. 특히 임상 현장의 실용성과 연구 목적과의 부합성을 고려하여 일부 문항의 표현을 명확화하고, 응답 선택지를 조정하였다.

3) 설문 도구 구축

최종 확정된 설문 문항은 Google Forms를 활용하여 온라인 설문 도구로 구축하였다. 조건부 질문에 대한 자동 분기 설정을 통해 응답자의 답변에 따라 불필요한 질문을 자동으로 생략하도록 구성하여 응답 부담을 최소화하였다. 또한 필수 응답 항목 설정과 숫자 입력 문항의 범위 제한 등을 통해 데이터 품질을 확보하였다.

2. 조사대상 및 기간

1) 조사대상

본 연구의 조사 대상은 현훈 진료 경험이 있는 임상 한의사로 설정하였다. 표본의 대표성을 확보하기 위해 대한한 의사협회에 협조를 요청하여 전국의 협회 소속 회원을 대상으로 설문조사를 실시하였다.

포함 기준은 다음과 같다.

- 현재 임상의로 근무하는 한의사
- 현훈 진료 경험이 있는 한의사
- 설문 참여에 자발적으로 동의한 한의사

제외 기준은 다음과 같다.

- 현재 임상 진료를 하지 않는 한의사
- 현훈 진료 경험이 없는 한의사

2) 조사방법 및 기간

설문조사는 2025년 2월 4일(화)부터 2025년 3월 3일(월)까지 4주간 실시하였다. 대한한 의사협회를 통해 전체 회원을 대상으로 설문 참여 안내 문자를 발송하고, Google Forms 링크))를 통한 모바일 설문조사 방식으로 진행하였다. 총 881명의 한의사가 설문에 응답하였으며, 이 중 현훈 진료 경험이 없다고 응답한 4명을 연구 참여 제외 기준에 따라 제외하고, 최종적으로 877명의 응답(유효 응답률 99.5%)을 분석 대상에

포함하였다.

이 연구는 경희대학교 한방병원의 기관생명윤리위원회(Institutional review board, IRB)의 심의 면제를 받아 진행하였다(KOMCIRB 2025-07-001).

3. 분석방법

수집된 설문 자료는 SPSS Statistics 27을 활용하여 분석하였다. 분석은 크게 기술통계와 차이검정의 두 단계로 구성되었다.

첫째, 기술통계 분석에서는 모든 단일선택형 문항에 대해 각 항목별 빈도와 백분율을 산출하였고, 다중 응답 문항은 각 항목별 빈도와 전체 응답 수를 기준으로 한 백분율(percent)을 제시하였다. 이를 통해 응답자의 인구학적 특성, 『현훈 한의표준임상진료지침』에 대한 인식 및 활용도, 그리고 한의임상현장에서의 진단, 검사, 치료, 안전성 등 현훈 진료의 주요 영역에 대한 전반적인 실태를 파악하였다.

둘째, 의료기관 유형 또는 『현훈 한의표준임상진료지침』 활용 정도에 따라 한의사의 인구학적 특성과 현훈 진료 현황에 유의한 차이가 나타나는지를 확인하기 위해 차이검정을 실시하였다. 이를 위해 분석 목적에 따라 일부 문항의 응답 범주를 재분류하고, 새로운 분석 변수로 구성하여 활용하였다. 우선, 의료기관 유형을 한의원, 병원급 의료기관(한방병원·대학병원·요양병원), 보건소 및 국공립의료기관의 세 집단으로 재분류하고, 현훈 지침의 활용도에서 ‘전혀 활용하지 않는다’ 또는 ‘거의 활용하지 않는다’는 ‘활용하지 않는 편’으로, ‘가끔’, ‘자주’, ‘항상 활용한다’는 ‘활용하는 편’으로 구분하였다. 이러한 두 변수를 독립변수로 설정하고, 종속변수로는 설문 문항 중 다중응답 문항 및 자유서술형 문항을 제외한 단일선택형 문항을 포함하였다. 이 중 응답옵션이 2개로 구성된 단일선택형 문항의 경우에는 별도의 재분류 없이 원자료 그대로 분석에 포함하였고, 응답옵션이 3개 이상인 문항들은 응답 경향에 따라 두 집단으로 재분류하여 분석에 활용하였다. 예를 들어, 5점 척도로 구성된 활

1) <https://forms.gle/6r8n7hjK3s3WHdKY8>

용도, 인식도, 감별진단 빈도 등은 '전혀 그렇지 않다' 또는 '거의 그렇지 않다'를 부정적 응답으로, '가끔', '자주', '항상' 등의 응답을 긍정적 응답으로 구분하였다. 현훈 지침에 수록된 한의표준변증, 현훈검사지, 도인운동요법 지도일지, 중증도 평가 도구의 활용 여부도 동일한 기준으로 재분류하였다. 또한, 감별진단 수행과 관련된 문항들(예: 말초성 전정계, 중추성 전정계, 비전정계 현훈으로의 감별진단, 말초 전정계 환자로 의심되는 경우 양성발작성현기증(이석증), 전정신경세포염, 메니에르병으로의 감별진단, 중추성 전정계 현훈 환자로 의심되는 경우 편두통성 현훈의 감별진단, 비전정계 현훈 환자로 의심되는 경우 경추성 현훈, 지속적 체위-지각 어지럼, 혈관미주신경성 실신으로의 감별진단)은 감별진단을 '않는 편'(감별진단하지 않는다), '드물게 감별진단한다'과 감별진단 '하는 편'(때때로, '자주', '항상')으로 구분하여 분석하였다. 그 외에도 한약 처방시 변증 사용 여부, 한양방 협진 시행 여부, 양방 진료 의뢰 빈도, 현훈 지침 기반 중재 설정 및 선택 의향 등도 동일한 방식으로 두 범주로 나누어 분석하였다. 이와 같이 응답을 두 집단으로 단순화함으로써, 임상적 활용 양상을 보다 명확하게 비교할 수 있도록 하였다.

교차분석에는 범주형 변수 간의 독립성 검정을 위해 Pearson 카이제곱 검정을 기본으로 적용하였다. 단, 기대빈도 조건을 만족하지 않는 경우에는 Fisher의 정확검정을 병행하여 활용하였다. 한편, 의료기관 유형처럼 3개 이상의 범주를 갖는 독립변수에서 통계적으로 유의한 결과가 도출된 경우에는 SPSS의 열비율 비교(z-test for column proportions) 기능을 활용하여 사후검정을 실시하였으며, Bonferroni 방법을 사용하여 다중비교에 따른 제1종 오류를 보정하였다. 각 집단 간 비율 차이가 유의한 경우에는 결과표에 서로 다른 첨자 문자(a, b, c 등)를 부여하여 사후검정 결과를 구분하였다.

모든 분석은 유의수준 .05에서 통계적 유의성을 판단하였다.

III. 결과

1. 빈도분석 결과

1) 응답자의 일반적 특성

응답자의 일반적 특성은 Table 1에 제시하였다.

연령은 20대 75명(8.6%), 30대 301명(34.3%), 40대 287명(32.7%), 50대 173명(19.7%), 60대 이상 41명(4.7%)으로 30대가 가장 많고, 60대 이상이 가장 적었다.

임상 경력은 5년 미만 133명(15.2%), 5~10년 미만 193명(22.0%), 10~20년 미만 320명(36.5%), 20~30년 미만 168명(19.2%), 30년 이상 63명(7.2%)으로 20년 미만이 74% 가까이 차지하였다. 최종 학위는 학사 496명(56.6%), 석사 168명(19.2%), 박사 213명(24.3%)으로 과반수 이상이 학사로 나타났다.

또한 전문의가 221명(25.2%)으로 전체의 4분의 1 가량이었고, 이들 중 전문 과목은 한방내과 77명(35.0%), 한방부인과 22명(10.0%), 한방소아과 13명(5.9%), 한방신경정신과 9명(4.1%), 침구과 41명(18.6%), 한방안이 비인후피부과 17명(7.7%), 한방재활의학과 29명(13.2%), 사상체질과 12명(5.5%)으로 한방내과가 가장 많았다.

근무 지역은 서울시 248명(28.3%), 광역시 251명(28.6%), 시 332명(37.9%), 군 46명(5.2%)으로, 군이 가장 적은 것으로 확인되었다.

소속 의료기관은 한의원이 622명(70.9%)으로 가장 많았으며, 한방병원 129명(14.7%), 대학병원 36명(4.1%), 국공립의료기관 9명(1.0%), 보건소/보건지소 38명(4.3%), 요양병원 39명(4.4%), 기타 4명(0.5%)²⁾이었다.

한의원 근무 응답자(n=622)의 진료 형태는 '원장 1인/입원실 없음'이 418명(67.4%)으로 가장 많았고, '원장 2인 이상/입원실 없음'이 159명(25.6%), '원장 2인 이상/입원실 있음'이 40명(6.5%), '원장 1인/입원실 있음'이 3명(0.5%)으로 나타났다.

2) 병원, 2차 병원, 양방병원, 기관소속 한의사

Table 1. General Characteristics

Variable	N	%	
Age (N=877)	< 30 years	75	8.6
	30 - 39 years	301	34.3
	40 - 49 years	287	32.7
	50 - 59 years	173	19.7
	60 - 69 years	37	4.2
	≥ 70 years	4	0.5
Years of Clinical Experience (N=877)	< 5 years	133	15.2
	5 - 9 years	193	22.0
	10 - 19 years	320	36.5
	20 - 29 years	168	19.2
	≥ 30 years	63	7.2
Highest Degree (N=877)	Bachelor's degree	496	56.6
	Master's degree	168	19.2
	Doctoral degree	213	24.3
Specialist Certification (N=877)	No	656	74.8
	Yes	221	25.2
Specialty (N=220) (respondents with specialist certification only)	Korean Internal Medicine	77	35.0
	Korean Obstetrics & Gynecology	22	10.0
	Korean Pediatrics	13	5.9
	Korean Neuropsychiatry	9	4.1
	Acupuncture & Moxibustion	41	18.6
	Korean Ophthalmology, Otorhinolaryngology & Dermatology	17	7.7
	Korean Rehabilitation Medicine	29	13.2
	Sasang Constitutional Medicine	12	5.5
Practice Region (N=877)	Seoul	248	28.3
	Metropolitan Cities	251	28.6
	City-level	332	37.9
	County-level	46	5.2
Type of Medical Institution (N=877)	Clinic	622	70.9
	KM Hospital	129	14.7
	University Hospital	36	4.1
	Public Medical Institution	9	1.0
	Public Health Centers and Subcenters	38	4.3
	Long-Term Care Hospital	39	4.4
	Others	4	0.5
Clinic Type (N=620) (respondents working at clinics only)	1 practitioner/No inpatient care	418	67.4
	1 practitioner/With inpatient care	3	0.5
	≥ 2 practitioners/No inpatient care	159	25.6
	≥ 2 practitioners/With inpatient care	40	6.5
Collaboration with Western Medicine (N=877)	No collaboration	587	66.9
	Test only	102	11.6
	Test and treatment	186	21.2
	Others	2	0.2

한양방협진 시행 여부 및 범위는 '시행하지 않음'이 587명(66.9%)으로 가장 많았으며, '검사/치료 모두 시행함'이 186명(21.2%), '검사항목만 시행함'이 102명

(11.6%), '기타' 2명(0.2%)³⁾순이었다.

3) 장비검사의 경우, 검사를 직접 하지는 않고 검사 결과 열람, 한방치료에 대해서 의과로 부터 협진 받음

2) 『현훈 한의표준임상진료지침』 인식과 활용
실태

『현훈 한의표준임상진료지침』에 대한 인식과 활용 실태는 Table 2에 제시하였다.

전체 응답자 중 86.4%는 한의표준지침을 인지하고 있었으며, 이들(n=758) 중 55.7%는 보통(3점)⁴⁾ 이상 수준(즉, 가끔, 자주, 항상)으로 해당 지침을 활용하고 있다고 응답하였다.

현훈 지침의 인지율은 44.5%로 한의표준지침의 인지율에 비해서 약 42% 낮았고, 이를 인지한 응답자(n=390) 중 67.7%는 가끔 이상 수준으로 해당 지침을 활용하고 있었다. 또한 현훈 지침을 인지한 응답자를 대상으로 해당 지침에 개발 수록된 주요 항목별 활용 수준을 살펴본 결과, ‘한의표준변증’⁵⁾에 대해 가끔 이상 활용한다고 응답한 비율은 60.7%, ‘현훈 검사지’⁶⁾ 43.7%, ‘도인운동요법 지도일지’⁷⁾ 27.2%, ‘어지럼증의 중증도 평가 도구’⁸⁾는 46.1%로 나타났다.

현훈 지침의 개정 필요성에 대해서는 전체 응답자

(n=877) 중 68.8%가 높음(4점)⁹⁾ 이상으로 응답하였다. 개정 시 보강이 필요한 영역으로는 ‘치료’(27.5%)가 가장 많았으며, 다음으로 ‘진단’(25.9%), ‘평가’(18.2%), ‘근거 보강 및 최신화’(18.2%), ‘예방 및 관리’(10.0%), ‘기타’(0.2%)⁸⁾ 순으로 나타났다.

향후 개정판이 개발될 경우 이에 대한 활용 의향은 높음 이상이 74.7%에 달하였다. ‘가끔’ 이상 활용할 의향이 있는 이유⁹⁾로는 ‘환자 상담(치료계획 등)에 도움’, ‘현훈 치료에 도움’, ‘한방 치료의 신뢰성 확보’에 대부분 복수 응답되었으며, 기타 의견으로는 ‘한의표준진료를 위해서’, ‘객관적 자료의 필요성’, ‘보건 의료 정책 및 연구개발에 도움’, ‘의사 및 환자 간 상호 대화가 원만하게 이루어지고, 객관화할 수 있는 좋은 도구라고 생각함’, ‘방어진료’, ‘교육’ 등이 있었다. ‘거의’ 이하로 활용하지 않을 의향인 경우에는 ‘진료시 찾아보기 어려움’을 62.5%로 가장 높은 이유¹⁰⁾로 들었고 기타 응답으로 ‘초보임상가라면 약간의 단서를 찾을 수 있겠으나 이미 임상에서 치료에 어려움이 없는데 활용할 이유가 없다’ 등이 있었다.

Table 2. Awareness and Utilization of KM-CPG* for Dizziness

Variable	n	%	
Awareness of KM-CPG* (N=877)	Not aware	119	13.6
	Aware	758	86.4
Utilization Level of KM-CPG* (N=758 [†])	Very low	54	6.9
	Low	236	30.0
	Moderate	374	47.5
	High	110	14.0
	Very high	13	1.7
Awareness of KM-CPG for Dizziness (N=877)	Not aware	487	55.5
	Aware	390	44.5
Utilization Level of KM-CPG for Dizziness (N = 390 [†])	Very low	28	7.2
	Low	98	25.1
	Moderate	200	51.3

4) 전혀 활용하지 않는다(1점), 거의 활용하지 않는다(2점), 가끔 활용한다(3점), 자주 활용한다(4점), 항상 활용한다(5점)
5) 현훈 한의표준변증 (혈어증, 풍담증, 간양상항증, 수기능심증, 신음허증, 신양허증, 심비양허증)
6) DHI(Dizziness Handicap Inventory), VSS(Vertigo Symptom Scale), ABC(Activities-specific balance confidence scale), VADL(Vestibular disorders activities of daily living scale), Berg Balance Scale(BBS)

7) 전혀 필요하지 않다고 생각함(1점), 별로 필요하지 않다고 생각함(2점), 어느정도 필요하다고 생각함(3점), 대체로 필요하다고 생각함(4점), 매우 필요하다고 생각함(5점)
8) 방어진료를 위한 안정성 자료, 본 적이 없어서 모름, 되는 걸 표준화 해야지
9) 현훈 치료에 도움, 환자 상담(치료계획 등)에 도움, 한방치료의 신뢰성 확보, 기타(free text)
10) 진료시 찾아보기 어려움, 치료의 자율성 제한, 진료 수익의 제한, 기타(free text)

Variable	n	%
Utilization of Standard Patterns in KM-CPG for Dizziness (N=390)	High	13.8
	Very high	2.6
	Very low	7.9
	Low	31.3
	Moderate	44.9
Utilization of Dizziness Diagnostic Sheet (N=390)	High	13.8
	Very high	2.1
	Very low	17.7
	Low	38.7
	Moderate	30.8
Utilization of Exercise Log (N=390)	High	10.8
	Very high	2.1
	Very low	33.1
	Low	39.7
	Moderate	19.5
Utilization of Dizziness Severity Assessment Tools (N=390)	High	6.7
	Very high	1.0
	Very low	17.7
	Low	35.9
	Moderate	32.0
Perceived Need for Revision of KM-CPG for Dizziness (N=877)	High	11.5
	Very high	2.6
	Very low	0.6
	Low	1.4
	Moderate	29.3
Areas Needing Reinforcement in KM-CPG/CP§ for Dizziness (Multiple responses allowed)	High	39.0
	Very high	29.8
	Diagnosis	25.9
	Evaluation	18.2
	Treatment	27.5
	Prevention/Management	10.0
Intention to Use Revised KM-CPG for Dizziness (N=877)	Evidence Update	18.2
	Others (free text)	0.2
	Not at all	0.5
	Rarely	0.7
	Occasionally	24.2
Reasons for Willingness to Use the Revised KM-CPG for Dizziness (Multiple responses allowed)	Frequently	56.3
	Always	18.4
	Dizziness treatment	33.2
	Patient communication	35.8
	Enhances credibility	30.7
Reasons for Unwillingness to Use the Revised KM-CPG for Dizziness (Multiple responses allowed)	Others (free text)	0.3
	Difficult to search during clinical use	62.5
	Limits clinical autonomy	25.0
	Others (free text)	12.5
		1

*KM-CPG : the Korean Medicine Clinical Practice Guideline; † N=758 : respondents aware of KM-CPG; ‡ N=390 : respondents aware of KM-CPG for Dizziness; §CP : Clinical Pathway

3) 현훈 진료 현황- 진단영역

현훈 진단과 관련된 임상 진료 현황은 Table 3에 제시하였다.

월 평균 진료하는 현훈 환자 수는 '1~3명 미만'이 36.4%로 가장 많았으며, '5명 이상'인 경우는 25.2%로 나타났다.

감별 진단 수행 수준을 살펴보면, 현훈 환자를 말초성 전정계, 중추성 전정계, 비전정계 현훈으로 감별 진단 하는지에 대해서는 전체 응답자(n=877) 중 80.6%가 보통(3점)¹¹⁾ 이상 수준(즉, 가끔, 자주, 항상)으로 감별진단을 시행한다고 응답하였다. 말초성 전정계 현훈 환자로 의심되는 경우 양성발작성현기증(이석증), 전정신경세포염, 메니에르병을 감별진단 하는지에 대해서는 78.2%가 '때때로' 이상 수준이었으

며, 중추성 전정계 현훈 환자로 의심되는 경우 편두통성 현훈을 감별진단 하는지에 대해서는 62.1%, 비전정계 현훈 환자로 의심되는 경우 경추성 현훈, 지속적 체위-지각 어지럼(PPPD), 혈관미주신경성 실신을 감별진단 하는지에 대해서는 70.0%가 '때때로' 이상의 수준으로 감별진단 하는 것으로 나타났다.

지속적 체위-지각 어지럼(PPPD, Persistent Postural-Perceptual Dizziness)에 대해 인지하고 있는 응답자는 전체의 44.7%에 달하였고, 이들(n=389) 중 63.5%가 PPPD 치료 경험이 있다고 응답하였다.

또한, 현훈 환자를 진료하는 과정에서 양방진료를 의뢰한 경험에 관련해서는 47.2%가 '의뢰한 적 없다' 또는 '드물게 의뢰한다고' 응답한 반면, 52.8%는 '때때로' 이상¹²⁾으로 의뢰한다고 응답하였다.

Table 3. Clinical Practice for Dizziness - Diagnostic Domain

Variable	n	%	
Monthly Average Number of Dizziness Patients (N=877)	Fewer than 1 patient	91	10.4
	1 to fewer than 3 patients	319	36.4
	3 to fewer than 5 patients	246	28.1
	5 to fewer than 7 patients	104	11.9
	7 to fewer than 9 patients	43	4.9
	9 or more patients	74	8.4
Level of Differential Diagnosis by Dizziness Type (N=877)	Very low*	52	7.3
	Low	127	14.5
	Moderate	294	33.5
	High	237	27.0
	Very high	155	17.7
Differential Diagnosis - Peripheral Vestibular Disorders (BPPV*, Neuronitis, Ménière's) (N=877)	Very low	64	7.3
	Low	127	14.5
	Moderate	294	33.5
	High	237	27.0
	Very high	155	17.7
Differential Diagnosis - Central Vestibular Disorders (Vestibular Migraine) (N=877)	Very low	123	14.0
	Low	210	23.9
	Moderate	279	31.8
	High	168	19.2
	Very high	97	11.1

11) 감별진단 하지 않는다(1점), 드물게 감별진단 한다(2점), 때때로 감별진단 한다(3점), 자주 감별진단 한다(4점), 항상 감별진단 한다(5점)

12) 의뢰한 적 없다(1점), 드물게 의뢰한다(2점), 때때로 의뢰한다(3점), 자주 의뢰한다(4점), 항상 의뢰한다(5점)

Variable	n	%	
Differential Diagnosis - Non-Vestibular Causes (Cervicogenic, PPPD [‡] , Vasovagal Syncope) (N=877)	Very low	93	10.6
	Low	170	19.4
	Moderate	314	35.8
	High	194	22.1
	Very high	106	12.1
Awareness of PPPD [‡] (N=877)	Not aware	485	55.3
	Aware	392	44.7
Clinical Experience in Treating PPPD [‡] (N=389) [§]	No	142	36.5
	Yes	247	63.5
Level of Referral to Western Medicine during Dizziness Treatment (N=877)	Very low	163	18.6
	Low	251	28.6
	Moderate	323	36.8
	High	120	13.7
	Very high	20	2.3

[‡]Very low = not at all, Low = rarely, Moderate = sometimes, High = often, Very high = always; [†] BPPV, benign paroxysmal positional vertigo; [‡] PPPD, Persistent Postural-Perceptual Dizziness; [§]N=389 : Respondents aware of PPPD

4) 현훈 진료 현황- 검사영역

현훈 환자 진료 시 활용하는 한방 검사 및 평가도구에 대한 진료현황은 Table 4에 제시하였다.

현훈 환자 진료 시 활용하는 한방 검사(복수응답)에서는 수양명경락기능검사(HRV)의 활용 빈도가 20.1%로 가장 높았고, 다음으로는 전산화팔강검사(ABR)(11.7%), 맥전도검사(Pulse test)(6.7%), 체성분검사(BIA)(5.3%) 순이었다. 설진검사(4.6%), 가속도맥파검사(SDPTG)(2.0%), 심기능검사(ECG)(1.4%) 등 비급여 항목의 활용률은 대체로 낮았으며, 전체 응답자 중 33.2%는 한방 검사를 '사용하지 않는다'고 응답하였고, 기타로는 '맥진', '망진', '문진', '홍채진단', '이학적

검사', 'CT', 'MRI', 'MRA' 등을 사용한다는 응답이 있었다.

현훈 평가 시 활용하는 도구(복수응답)에서는 현훈 검사지의 활용 비율이 21.3%로 가장 높았고, Epley 수기법(19.7%)과 목정순동검사(12.1%)가 그 뒤를 이었다. HINTS 검사(4.3%) 및 George test(5.8%), 뇌맥혈류검사(2.1%) 등은 상대적으로 활용 비율이 낮았다. 응답자의 34.3%는 현훈 평가에서 이러한 도구들을 '활용하지 않는다'고 응답하였고, 기타로는 '소화기와 목립프 체크', '문진', '신경학적 진찰', '맥진', '혈액검사' 등을 활용한다는 응답이 있었다.

어지럼증의 중증도 평가 도구 활용(복수응답)에서

Table 4. Clinical Practice for Dizziness - Assessment Domain

Variable	n	%	
Diagnostic Tools Used in Korean Medicine for Dizziness (Multiple responses allowed) (N=877)	Dizziness Test (reimbursed)	151	11.7
	Suyangmyeong Meridian Function(HRV) (reimbursed)	260	20.1
	Pulse Waveform Test (reimbursed)	86	6.7
	Yangdorang Test (reimbursed)	53	4.1
	ABR Test (reimbursed)	11	0.9
	Thermography (non-reimbursed)	28	2.2
	Bioelectrical Impedance Analysis (non-reimbursed)	69	5.3
	Tongue diagnosis (non-reimbursed)	59	4.6

	Variable	n	%	
	Second Derivative of Photoplethysmogram (SDPTG) Test (non-reimbursed)	26	2.0	
	Electrocardiography (ECG) (non-reimbursed)	18	1.4	
	Transcranial Doppler (TCD) (non-reimbursed)	20	1.5	
	Pulse Wave Velocity (PWV) (non-reimbursed)	16	1.2	
	Posture&movement test (non-reimbursed)	6	0.5	
	Body Shape Assessment by Facial Measurement (non-reimbursed)	7	0.5	
	Body Shape Assessment by Trunk Measurement (non-reimbursed)	13	1.0	
	QSCC-II Personality Assessment Questionnaire (non-reimbursed)	28	2.2	
	Not used	428	33.2	
	Others (free text)	12	0.9	
Diagnostic Tools Used for Dizziness Assessment (Multiple responses allowed) (N=877)	Dizziness Assessment Sheet (e.g., Romberg, Mann, Single-leg standing)	255	21.3	
	Nystagmus Test	145	12.1	
	Epley Maneuver (Dix - Hallpike Test)	236	19.7	
	George test	69	5.8	
	HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew)	52	4.3	
	Transcranial Doppler (TCD)	25	2.1	
	Not used	411	34.3	
	Others (free text)	6	0.5	
	Tools Used to Assess Severity of Dizziness (Multiple responses allowed) (N=877)	Dizziness Handicap Inventory (DHI)	369	35.5
		Vertigo Symptom Scale (VSS)	334	32.1
Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC)		52	5.0	
Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale (VADL)		55	5.3	
Berg Balance Scale (BBS)		38	3.7	
Functional Level Scale (FL) - AAO-HNS		21	2.0	
Others (free text)	170	16.4		

는 Dizziness Handicap Inventory(DHI)가 35.5%로 가장 높은 활용률을 보였고, Vertigo Symptom Scale(VSS) (32.1%), ABC Scale(5.0%), VADL(5.3%), BBS(3.7%), Functional Level Scale(FL)(2.0%) 순으로 나타났다. 기타 평가 도구를 활용한다는 응답은 16.4%였으나, 이 중 1.5%는 VAS, NRS 척도를 활용한다고 응답한 경우였고, 나머지는 중증도 평가 도구를 사용하지 않는다고 답한 것으로 확인되었다.

5) 현훈 진료 현황- 치료영역

현훈 치료와 관련된 진료 현황을 확인한 결과는 Table 5에 제시하였다.

현훈 환자 치료 시 주로 사용하는 증재(복수응답)는 침(34.6%)과 한약(32.9%)이 가장 많았고, 그 외 약침(15.3%), 한방물리요법(13.0%), 양방 약물치료 병행 의

뢰(2.5%) 등의 순이었다. 응답자가 효과적인 치료법으로 인식한 항목(복수응답)에서도 한약(39.8%)과 침(32.5%)이 가장 높은 응답률을 보였다.

현훈 지침 치료 알고리즘을 활용하여 근거 기반 우선/필수 증재를 선택할 의향은 '높음 이상'(4점)¹³⁾ 응답이 70.1%(‘높음’ 54.8%, ‘매우 높음’ 15.3%)였으며, 치료 알고리즘을 활용해 선택한 증재에 대한 설명 의향도 69.6%(‘높음’ 54.4%, ‘매우 높음’ 15.2%)로 유사한 경향을 보였다.

현훈 환자에게 한약을 처방할 때 변증을 사용하는 지에 대해서는 77.9%가 ‘사용한다고’ 응답하였고, 사용 중인 변증 도구(복수응답)는 팔강변증(35.1%)이 가

13) 전혀 선택하지 않을 예정이다(1점), 거의 선택하지 않을 예정이다(2점), 가끔 선택할 의향이 있다(3점), 자주 선택할 의향이 있다(4점), 항상 선택할 의향이 있다(5점)

장 많았으며, 장부병증 변증(27.4%), 사상체질병증 변증(14.2%) 등의 순이었다. 특히, 현훈 지침에 수록된 ‘현훈 한의표준변증’을 사용한다는 응답도 14.7%로 나타났고, 이 중 가장 다빈도로 진단된 변증은 풍담증(風痰證)(28.1%), 간양상항증(肝陽上亢證)(24.3%), 혈어증(血瘀證)(16.1%)이었고, 그 외 심비양허증(心脾兩虛證)(13.6%), 신음허증(腎陰虛)(7.7%), 신양허증(腎陽虛證)(5.6%), 수기능심증(水氣凌心證)(4.6%)이

뒤를 이었다.

현훈 환자 치료 시 주로 활용하는 침법은 사용하는 침법(복수응답)은 체침/경혈침(54.9%)이 가장 많았고, 사암침(18.8%), MPS(14.5%), 동씨침(5.5%), 체질침(5.1%) 순으로 나타났다. 약침은 전체의 24.3%가 ‘사용하지 않는다고 응답하였고, 사용하는 경우 주요 약침 종류(복수응답)는 자하거(26.6%)와 중성어혈(17.6%), 소염(13.3%) 등의 순으로 나타났다

Table 5. Clinical Practice for Dizziness - Treatment Domain

Variable	n	%	
Main Interventions Used (Multiple responses allowed) (N=877)	Acupuncture	829	34.6
	Herbal medicine	788	32.9
	Pharmacopuncture	365	15.3
	KM physical therapy*	310	13.0
	KM psychotherapy†	36	1.5
	Concomitant Use of WM Medications	60	2.5
	Others (free text)	5	0.2
Perceived Effective Interventions (Multiple responses allowed) (N=877)	Acupuncture	633	32.5
	Herbal medicine	775	39.8
	Pharmacopuncture	250	12.8
	KM physical therapy	201	10.3
	KM psychotherapy	40	2.1
	Concomitant Use of WM Medications	43	2.2
	Others (free text)	5	0.3
Intention to Use KM-CPG-based Treatment (N=877)	Very low	6	0.7
	Low	13	1.5
	Moderate	243	27.7
	High	481	54.8
	Very high	134	15.3
Intention to Explain KM-CPG-based Treatment (N=877)	Very low	8	0.6
	Low	18	2.1
	Moderate	244	27.8
	High	477	54.4
	Very high	133	15.2
Use of Pattern Identification (N=877)	No	191	21.8
	Yes	683	77.9
	Others (free text)	3	0.3
Pattern Identification Tools Used (Multiple responses allowed) (N=681)	Standard Patterns in KM-CPG for Dizziness	167	14.7
	Eight principles pattern identification	399	35.1
	Organ pattern identification	311	27.4
	Six meridians pattern identification	85	7.5
	Sasang constitution pattern identification	162	14.2
	Others (free text)	13	1.1

	Variable	n	%
Most Commonly Diagnosed Standard Patterns in KM-CPG for Dizziness (Multiple responses allowed) (N=681)	Blood stasis pattern (血瘀證)	63	16.1
	Phlegm-dampness pattern (風痰證)	110	28.1
	Liver yang rising pattern (肝陽上亢證)	95	24.3
	Water attacking heart pattern (水氣凌心證)	18	4.6
	Kidney yin deficiency pattern (腎陰虛證)	30	7.7
	Kidney yang deficiency pattern (腎陽虛證)	22	5.6
	Heart-spleen deficiency pattern (心脾兩虛證)	53	13.6
Acupuncture Methods Used (Multiple responses allowed) (N=167)	Body / Meridian point acupuncture	735	54.9
	Sa-am acupuncture	252	18.8
	Constitution-based acupuncture	68	5.1
	Dong's acupuncture	73	5.5
	MPS	194	14.5
	Not used	6	0.4
Types of Pharmacopuncture Used (Multiple responses allowed) (N=877)	Others (free text)	10	0.7
	Placenta (Jaha-geo)	300	26.6
	Deer antler (Nokyong)	87	7.4
	Wild ginseng (San-yang-san-sam)	54	4.6
	Bee venom	42	3.6
	Neutral (blood stasis-resolving)	206	17.6
	Anti-inflammatory	156	13.3
	Not used	284	24.3
	Others (free text)	42	3.6
	Tools Used for Effectiveness Evaluation (Multiple responses allowed) (N=877)	Dizziness Handicap Inventory (DHI)	265
Vertigo Symptom Scale (VSS)		220	19.5
Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC)		34	3.0
Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale (VADL)		25	2.2
Berg Balance Scale (BBS)		24	2.1
Transcranial Doppler indicators		8	0.7
Quality of life score		180	15.9
Response rate (Effective rate)		58	5.1
Not used		299	26.5
Others (free text)		17	1.5
Perceived Treatment Effectiveness (N=877)	Very low [‡]	1	0.1
	Low	14	1.6
	Moderate	305	34.8
	High	433	49.4
	Very high	124	14.1

[‡] KM physical therapy : e.g., Chuna manual therapy, muscle relaxation technique, traction therapy, qigong, Dao-yin exercises; [†] KM psychotherapy : e.g., meditation, EFT; [‡] Very low = Not effective at all, Low = slightly effective, High = generally effective, Very high = very effective

현훈 환자의 치료 유효성을 평가하기 위해 활용하는 도구(복수응답)는 Dizziness Handicap Inventory (DHI)(23.5%)와 Vertigo Symptom Scale(VSS)(19.5%)이

가장 많았고, 삶의 질 평가(15.9%), 유효율(5.1%) 등의 응답도 일부 있었다. 한편, 26.5%는 치료 평가 도구를 '사용하지 않는다'고 응답하였다.

한의 현훈 치료의 전반적인 효과성에 대한 인식은 '높음 이상'(4점)¹⁴⁾으로 응답한 비율이 63.5%(‘높음’ 49.4%, ‘매우 높음’ 14.1%)로 나타났다.

6) 현훈 진료 현황- 안전성 영역

한의 현훈 진료에 있어서 안전성과 관련된 임상 현황은 Table 6에 제시하였다.

응답자들이 활용하는 안전성 평가 지표로는 활력 징후 평가(38.7%)와 이상반응 평가(37.5%)가 가장 많았으며, 혈액검사(17.0%), 소변검사(5.6%) 등의 항목도 활용되고 있었다.

전체 응답자 중 6.6%(n=58)는 현훈 환자를 진료하는 과정에서 이상반응을 경험한 바 있다고 응답하였다. 이들 중 36.2%는 이상반응 발생 비율이 1% 미만이라고 응답하였고, 84.5%가 10% 미만으로 응답하여 대부분의 응답자가 이상반응의 발생 빈도가 낮다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 이상반응 사례로는 위장관계 부작용(구역, 오심 등)이 27.7%로 가장 많았

으며, 신경계 증상(불안, 불면 등)이 21.8%, 심혈관계 부작용(혈압 상승 등)이 14.9%, 정신계 증상(신경과민 등)이 12.9%, 근육계통 통증이 6.9%, 혈액검사 수치 이상이 6.9%)로 보고되었다. 이상반응의 중증도는 경증(치료 불필요)이 77.4%로 가장 많았으며, 중등증(16.1%), 중증(4.8%) 등 일부는 치료 중단이나 입원이 필요한 수준으로 보고되었다. 이상반응 발생 후 경과에 대해서는 회복됨(78.1%)이 가장 많았고, 회복되었으나 후유증 남음(7.8%), 회복 중(1.6%), 회복되지 않음(1.6%) 등의 응답도 일부 존재하였다.

현훈 환자 진료 시 어려움을 느끼는 요인으로는 진단 및 감별진단의 어려움(25.8%)이 가장 많았으며, 이어 환자의 경제적 부담(20.6%), 치료의 어려움(13.6%), 환자의 낮은 선호도(12.4%), 표준화된 진료 프로토콜 부재(8.2%), 복용 중인 양약과의 약물 상호작용(8.0%), 비용 대비 낮은 치료효과(4.7%), 부작용의 우려(1.2%) 순이었다. 반면, 별다른 어려움이 없었다고 응답한 비율은 5.1%에 불과하였다.

Table 6. Clinical Practice for Dizziness - Safety Domain

Variable	n	%	
Safety indicators used in clinical practice (Multiple responses allowed) (N=877)	Laboratory blood tests	226	17.0
	Urinalysis(U/A)	75	5.6
	Adverse event evaluation	499	37.5
	Vital signs monitoring	515	38.7
	Others (free text)	17	1.3
Experience of adverse events in dizziness treatment (N=877)	No	819	93.4
	Yes	58	6.6
Estimated incidence of adverse events (N=58)*	< 1%	21	36.2
	1% - <5%	9	15.5
	5% - <10%	19	32.8
	10% - <20%	7	12.1
	≥ 20%	2	3.4
Types of adverse events experienced (Multiple responses allowed) (N=58)	Abnormal blood test findings [†]	7	6.9
	Cardiovascular reactions	15	14.9
	Neurological symptoms	22	21.8
	Gastrointestinal symptoms	28	27.7

14) 전혀 효과적이지 않다고 생각함(1점), 별로 효과적이지 않다고 생각함(2점), 어느정도 효과적이라고 생각함(3점), 대체로 효과적이라고 생각함(4점), 매우 효과적이라고 생각함(5점)

Variable	n	%
Psychiatric symptoms	13	12.9
Musculoskeletal symptoms	7	6.9
Serious events	3	3.0
Respiratory symptoms	2	2.0
Urogenital symptoms	3	3.0
Skin reactions	1	1.0
Others (free text)	48	77.4
Severity of adverse events (Multiple responses allowed) (N=58)		
Mild [‡]	10	16.1
Moderate	3	4.8
Severe	1	1.6
Others (free text)	50	78.1
Recovered	6	9.4
Recovered with sequelae	5	7.8
Under recovery	1	1.6
Not recovered	1	1.6
Death	1	1.6
Unknown	95	5.1
Others (free text)	479	25.8
No difficulties	253	13.6
Difficulty in diagnosis/differential diagnosis	382	20.6
Difficulty in treatment	23	1.2
Financial burden for patient	87	4.7
Concern about adverse events	230	12.4
Low cost-effectiveness	153	8.2
Low patient preference	148	8.0
Lack of standardized clinical protocols	8	0.3
Difficulties in treating dizziness patients (Multiple responses allowed) (N=877)		

^{*}N=58 : Respondents with experience of adverse events; [‡] Abnormal blood test findings (e.g., ALT, AST, BUN, Creatinine), Cardiovascular reactions (e.g., hypertension, tachycardia), Neurological symptoms (e.g., anxiety, insomnia), Gastrointestinal symptoms (e.g., dry mouth, nausea), Psychiatric symptoms (e.g., irritability, emotional instability), Musculoskeletal symptoms (e.g., myalgia), Serious events (e.g., MI, stroke, seizure), Respiratory symptoms (e.g., cough, dyspnea), Urogenital symptoms (e.g., menstrual irregularity), Skin reactions (e.g., rash, urticaria); [‡] Mild (no additional treatment needed), Moderate (KM treatment continued with additional care), Severe (KM treatment discontinued or hospitalization required)

2. 차이 검정 결과

1) 의료기관 유형에 따른 차이

의료기관 유형(한의원, 병원급 의료기관, 보건소 및 공공의료기관)에 따라 한의사의 인구학적 특성과 진료 행태에 차이가 있는지를 확인하기 위해 차이 검정을 실시한 결과, 전체 문항 중 총 8개 항목에서 통계적으로 유의한 차이가 확인되었으며(Table 7), 해당 결과는 Figure 1을 통해 시각적으로 제시하였다. Figure 1은 응답 항목별 총합을 100%로 정규화한 후(proportion standardization), 각 항목 내에서 의료기관 유형(한의원, 병원, 공공기관)별 상대적 비율을 산출하여 수평

막대그래프 형식으로 시각화한 것으로, 항목 간 절대 값 비교보다는 항목 내 구성 비율의 차이를 직관적으로 파악할 수 있도록 하였다. 막대 내부의 수치는 각 기관 내 응답자의 비율을 나타낸다.

아래에서는 유의한 차이가 확인된 8개 항목에 대해 구체적인 결과를 제시하였다.

의료기관 유형에 따라, 한의사의 연령 분포에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=71.86$, $df=2$, $p<.001$). 사후검정 결과, 40세 이상 응답자의 비율은 한의원 65.6%^a, 병원급 의료기관 41.2%^b, 보건소 및 공공의료기관 17.6%^c로, 세 기관 간 모두 통계적으로

Table 7. Differences by Type of Medical Institution

Characteristics	Clinic [*]	Hospital [†]	Public [‡]	$\chi^2(df)$ [§]	p-value
Age				71.86(2)	<0.001
< 40	214 (34.4%) ^a	120 (58.8%) ^b	42 (82.4%) ^c		
≥ 40	408 (65.6%) ^a	84 (41.2%) ^b	9 (17.6%) ^c		
Clinical experience				66.38(2)	<0.001
< 10 years	183 (29.4%) ^a	104 (51.0%) ^b	39 (76.5%) ^c		
≥ 10 years	439 (70.6%) ^a	100 (49.0%) ^b	12 (23.5%) ^c		
Awareness of KM-CPG for Dizziness				14.02(2)	0.001
Unaware	367 (59.0%) ^a	102 (50.0%) ^{ab}	18 (35.3%) ^b		
Aware	255 (41.0%) ^a	102 (50.0%) ^{ab}	33 (64.7%) ^b		
Utilization of KM-CPG				18.21(2)	<0.001
Low	210 (40.1%) ^a	48 (25.7%) ^b	9 (19.1%) ^b		
High	314 (59.9%) ^a	139 (74.3%) ^b	38 (80.9%) ^b		
Utilization of Dizziness Severity Assessment Tools				15.62(2)	<0.001
Low	154 (60.4%) ^a	45 (44.1%) ^b	10 (30.3%) ^b		
High	101 (39.6%) ^a	57 (55.9%) ^b	23 (69.7%) ^b		
Collaboration with WM				475.78(2)	<0.001
No	544 (87.5%) ^a	9 (4.5%) ^b	34 (66.7%) ^c		
Yes	78 (12.5%) ^a	193 (95.5%) ^b	17 (33.3%) ^c		
Referral to WM				25.29(2)	<0.001
Low	324 (52.1%) ^a	65 (31.9%) ^b	25 (49.0%) ^{ab}		
High	298 (47.9%) ^a	139 (68.1%) ^b	26 (51.0%) ^{ab}		
Use of Pattern Identification				12.69(2)	.002
No	120 (19.3%) ^a	51 (25.2%) ^{ab}	20 (39.2%) ^b		
Yes	501 (80.7%) ^a	151 (74.8%) ^{ab}	31 (60.8%) ^b		

n (%), ^{*} Hospital : KM Hospital & University Hospital & Long-Term Care Hospital; [†] Hospital : KM Hospital & University Hospital & Long-Term Care Hospital; [‡] Public : Public Health Centers and Subcenters & Public Medical Institution; [§] $\chi^2(df)$: Chi-square statistic, df : degrees of freedom, Cells with different superscripts(a, b, c) differ significantly at p<.05.

유의한 차이를 보였다. 참고로, 40세 미만 응답자 비율 역시 보건소 및 공공기관 82.4%, 병원급 58.8%, 한의원 34.4%로 나타나, 모든 집단 간 차이가 유의하였다.

의료기관 유형에 따라 한의사의 임상경력 분포에서도 통계적으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2 = 66.38$, $df=2$, $p<.001$). 사후검정 결과, 10년 이상 임상경력을 가진 응답자의 비율은 한의원 70.6%^a, 병원급 의료기관 49.0%^b, 보건소 및 공공기관 23.5%^c로 나타나, 세 집단 간 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 참고로, 10년 미만 응답자 비율 역시 보건소 및 공공기관 76.5%^c, 병원급 51.0%^b, 한의원 29.4%^a로 나타났다.

『현훈 한의표준임상진료지침』 인식 여부가 기관

유형에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다($\chi^2 = 14.02$, $df=2$, $p<.001$). 사후검정 결과, 현훈 지침을 ‘안다’고 응답한 비율은 보건소 및 공공의료기관이 64.7%^b로 가장 높았고, 한의원이 41.0%^a로 가장 낮았다. 병원급 의료기관은 50.0%^{ab}로 두 집단 사이에 위치하였다. 즉, 보건소와 한의원 간에는 현훈 지침 인식 여부에 유의한 차이가 있었으며, 병원급은 두 집단 모두와 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다.

『한의표준임상진료지침』의 활용 정도에서도 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2 = 18.21$, $df=2$, $p<.001$). 사후검정 결과, 한의표준지침을 ‘활용하는 편’이라고 응답한 비율은 보건소 및 공공기관 80.9%^b, 병원급 의료기관 74.3%^b, 한의원 59.9%^a 순으로 나타나, 보건

소 및 공공기관이 다른 기관에 비해 한의표준지침 활용도가 유의하게 높고, 한의원이 다른 기관에 비해 한의표준지침 활용도가 유의하게 낮은 것으로 확인되었다.

『현훈 한의표준임상진료지침』에 수록된 어지럼증 증정도 평가도구¹⁵⁾의 활용 여부 또한 기관 간 차이를 보였다($\chi^2=15.62$, $df=2$, $p<.001$). 사후검정 결과, ‘활용하는 편’이라고 응답한 비율은 보건소 및 공공기관 69.7%^b, 병원급 의료기관 55.9%^b, 한의원 39.6%^a 순으로 나타나, 한의원이 다른 기관에 비해 활용률이 유의하게 낮았다. 마찬가지로 ‘활용하지 않는 편’ 응답자가 한의원에서 60.4%로 가장 높았고, 병원급 44.1%^b, 공공기관 30.3%^b 순이었다.

한양방 협진 시행 여부에서는 매우 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=475.78$, $df=2$, $p<.001$). 사후검정 결과, ‘협진을 시행한다고 응답한 비율은 병원급 의료기관이 95.5%^b로 가장 높았으며, 보건소 및 공공기관이 33.3%^a, 한의원이 12.5%^a로 뒤를 이었다.

양방진료 의뢰 빈도에서도 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=25.29$, $df=2$, $p<.001$). 사후검정 결과, ‘때때로 이상’ 의뢰한다고 응답한 비율은 병원급 의료기관이 68.1%^b로 가장 높았고, 보건소 및 공공기관이 51.0%^{ab}, 한의원이 47.9%^a로 나타났다. 마찬가지로 ‘드물게 이하’ 응답 비율은 한의원 52.1%^a, 공공기관 49.0%^{ab}, 병원급 31.9%^b 순이었으며, 병원급이 상대적으로 의뢰 빈도가 가장 높고, 한의원은 상대적으로 의뢰 빈도가 가장 낮은 것으로 확인되었다.

의료기관 유형에 따라 현훈 환자에 대한 변증 처방 여부에서도 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=12.69$, $df=2$, $p=.002$). 사후검정 결과, ‘변증 처방을 시행한다는 응답 비율은 한의원이 80.7%^b로 가장 높았고, 병원급은 74.8%^{ab}, 보건소 및 공공기관은 60.8%^b로 나타났다. 반대로 ‘통치방을 사용한다는 응답은 보건소에서 39.2%^b로 가장 높았으며, 병원급 25.2%^{ab}, 한의

원 19.3%^a 순이었다.

2) 『현훈 한의표준임상진료지침』 활용 정도에 따른 차이

『현훈 한의표준임상진료지침』의 활용 정도에 따라 한의사의 지침 인식 및 진료 행태에 차이가 있는지를 확인하고자 차이검정을 시행한 결과, 전체 문항 중 총 7개 항목에서 통계적으로 유의한 차이가 확인되었으며(Table 8), 해당 결과는 Figure 2를 통해 시각화하였다. Figure 2는 현훈 지침의 활용 정도에 따른 항목별 응답 분포를 시각화한 것으로, 각 항목 내에서 집단별 상대 구성 비율이 100%가 되도록 정규화(proportion standardization)하여 표현하였다. 이를 통해 빈도 차이 보다는 동일 항목 내에서 두 집단 간 응답 경향의 차이를 명확히 파악할 수 있도록 하였다. 막대 내부의 수치는 해당 집단 내 응답자의 비율을 나타낸다.

아래에서는 유의한 차이가 확인된 7개 항목에 대해 구체적인 분석 결과를 제시하였다.

『현훈 한의표준임상진료지침』의 활용 정도에 따라, 『한의표준임상진료지침』의 인식 여부에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=13.91$, $df=1$, $p<.001$). 현훈 지침을 ‘활용하는 편’이라고 응답한 집단에서는 98.5%가 한의표준지침을 ‘안다’고 응답한 반면, ‘활용하지 않는 편’ 집단에서는 90.5%가 ‘안다’고 응답하였다. 참고로, 한의표준지침을 ‘모른다’는 응답은 현훈 지침을 ‘활용하지 않는 편’인 집단에서 9.5%, ‘활용하는 편’인 집단에서 1.5%로 나타나, 한의표준지침 인식률은 현훈 지침 활용 집단에서 현저히 더 높은 것으로 나타났다.

『현훈 한의표준임상진료지침』의 활용 정도에 따라 『한의표준임상진료지침』의 활용 정도에서도 통계적으로 매우 유의한 차이가 확인되었다($\chi^2=194.96$, $df=1$, $p<.001$). 현훈 지침을 ‘활용하는 편’이라고 응답한 집단에서는 97.3%가 한의표준지침을 ‘활용하는 편’이라고 응답한 반면, 현훈 지침을 ‘활용하지 않는 편’ 집단에서는 68.4%가 ‘활용하지 않는 편’이라고 응답하였다.

15) DHI(Dizziness Handicap Inventory), VSS(Vertigo Symptom Scale), ABC(Activities-specific balance confidence scale), VADL(Vestibular disorders activities of daily living scale), BBS(Berg Balance Scale), FL(Functional Level Scale of the AAO-HNF)

Table 8. Differences by Level of Utilization of the KM-CPG for Dizziness

Characteristics	Utilization Level of KM-CPG for Dizziness*		χ^2 (df)	p-value
	Low	High		
Awareness of KM-CPG			13.91 (1)	<0.001
Not aware	12 (9.5%)	4 (1.5%)		
Aware	114 (90.5%)	260 (98.5%)		
Utilization of KM-CPG			194.96 (1)	<0.001
Low	78 (68.4%)	7 (2.7%)		
High	36 (31.6%)	253 (97.3%)		
Awareness of PPPD			24.00 (1)	<0.001
Not aware	76 (60.3%)	90 (34.1%)		
Aware	50 (39.7%)	174 (65.9%)		
Differential Diagnosis of Dizziness Type			9.19 (1)	0.002
Low	21 (16.7%)	18 (6.8%)		
High	105 (83.3%)	246 (93.2%)		
Differential Diagnosis of Peripheral Vestibular Disorders			23.12 (1)	<0.001
Low	31 (24.6%)	19 (7.2%)		
High	95 (75.4%)	245 (92.8%)		
Differential Diagnosis of Central Vestibular Disorders			8.48 (1)	0.004
Low	48 (38.1%)	63 (23.9%)		
High	78 (61.9%)	201 (76.1%)		
Differential Diagnosis of Non-Vestibular Causes			7.41 (1)	0.006
Low	36 (28.6%)	44 (16.7%)		
High	90 (71.4%)	220 (83.3%)		

*N(%)

현훈 환자에 대한 감별진단 수행 여부¹⁶⁾에서도 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=9.19$, $df=1$, $p=.002$). 현훈 지침을 ‘활용하는 편’이라고 응답한 집단에서는 93.2%가 감별진단을 ‘하는 편’이라고 응답하였으며, ‘활용하지 않는 편’ 집단에서는 83.3%가 ‘하는 편’이라고 응답하였다. 참고로 감별진단을 ‘하지 않는 편’이라는 응답은 현훈 지침을 활용하지 않는 집단에서 16.7%, 활용하는 집단에서 6.8%로 나타났다.

말초성 전정계 감별진단 수행 여부¹⁷⁾에서도 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=23.12$, $df=1$, $p<.001$). 현훈 지침을 ‘활용하는 편’이라고 응답한 집

단에서는 92.8%가 말초성 전정계 감별진단을 ‘하는 편’이라고 응답하였고, ‘활용하지 않는 편’ 집단에서는 75.4%가 ‘하는 편’이라고 응답하였다. 참고로 감별진단을 ‘하지 않는 편’이라는 응답은 지침을 ‘활용하지 않는 편’ 집단에서 24.6%, ‘활용하는 편’ 집단에서 7.2%로 나타났다.

중추성 전정계 감별진단 수행 여부¹⁸⁾에서도 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=8.48$, $df=1$, $p=.004$). 현훈 지침을 ‘활용하는 편’이라고 응답한 집단에서는 76.1%가 중추성 전정계 감별진단을 ‘하는 편’이라고 응답하였고, ‘활용하지 않는 편’ 집단에서는 61.9%가 ‘하는 편’이라고 응답하였다. 참고로 감별진단을 ‘하지 않는 편’이라는 응답은 지침을 ‘활용하지 않는 편’ 집단에서 38.1%, ‘활용하는 편’ 집단에서

16) 귀하께서는 현훈 환자를 (말초성 전정계 현훈, 중추성 전정계 현훈, 비전정계 현훈)으로 감별진단하십니까?

17) 말초성 전정계 현훈 환자로 의심되는 경우 귀하께서는 (양성 발작성현기증(이석증), 전정신경세포염, 메니에르병)을 감별진단하십니까?

18) 중추성 전정계 현훈 환자로 의심되는 경우 귀하께서는 편두통성 현훈을 감별진단하십니까?

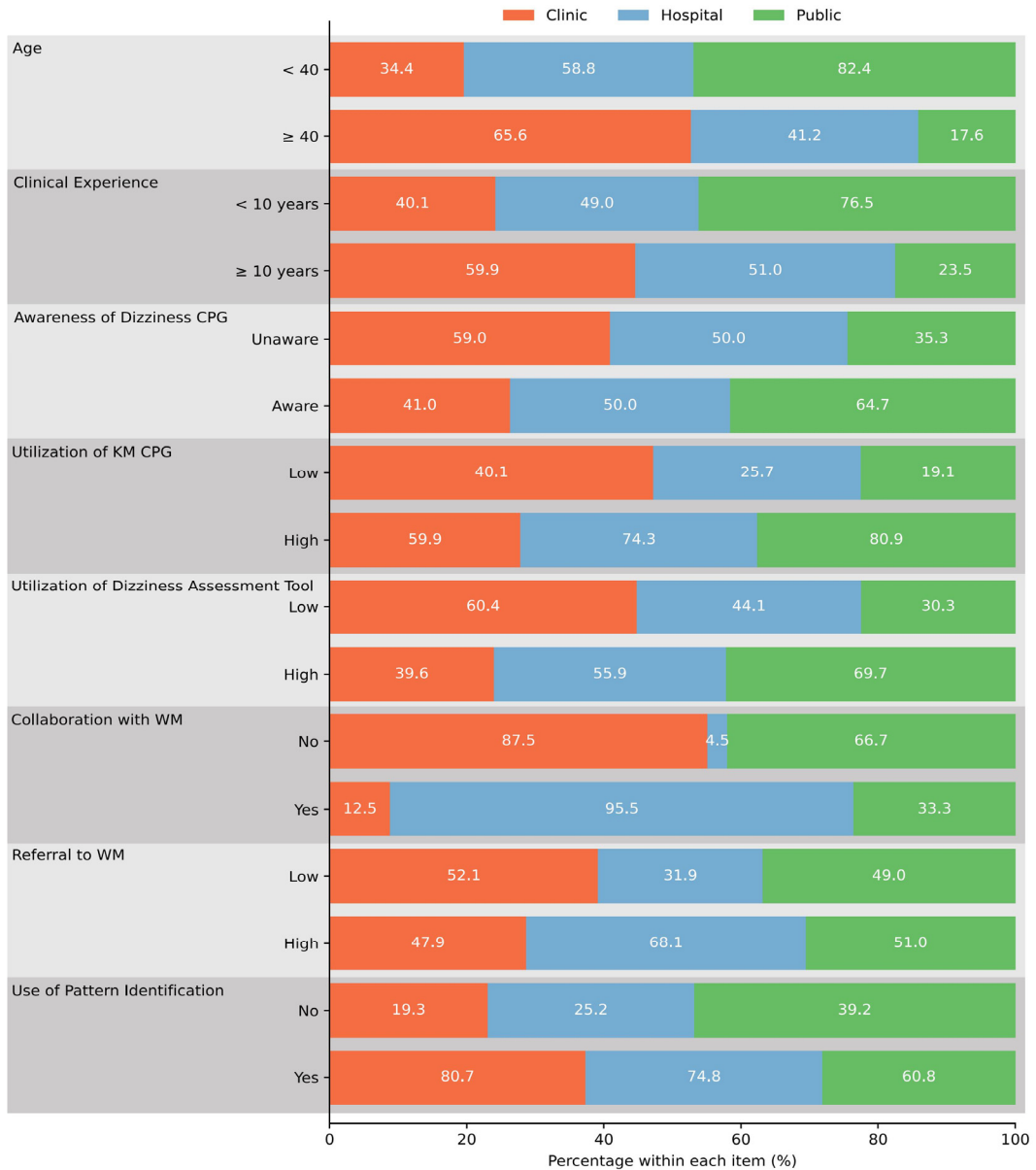


Figure 1. Normalized response proportions by type of medical institution

23.9%로 나타났다.

비전정계 감별진단 수행 여부에서도 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=7.41$, $df=1$, $p=.006$). 현훈 지침을 ‘활용하는 편’이라고 응답한 집단에서는 83.3%가 비전정계 감별진단을 ‘하는 편’이라고 응답

한 반면, ‘활용하지 않는 편’ 집단에서는 71.4%가 ‘하는 편’이라고 응답하였다. 참고로 감별진단을 ‘하지 않는 편’이라고 응답한 비율은 지침을 ‘활용하지 않는 편’ 집단에서 28.6%, ‘활용하는 편’ 집단에서는 16.7%로 나타났다.

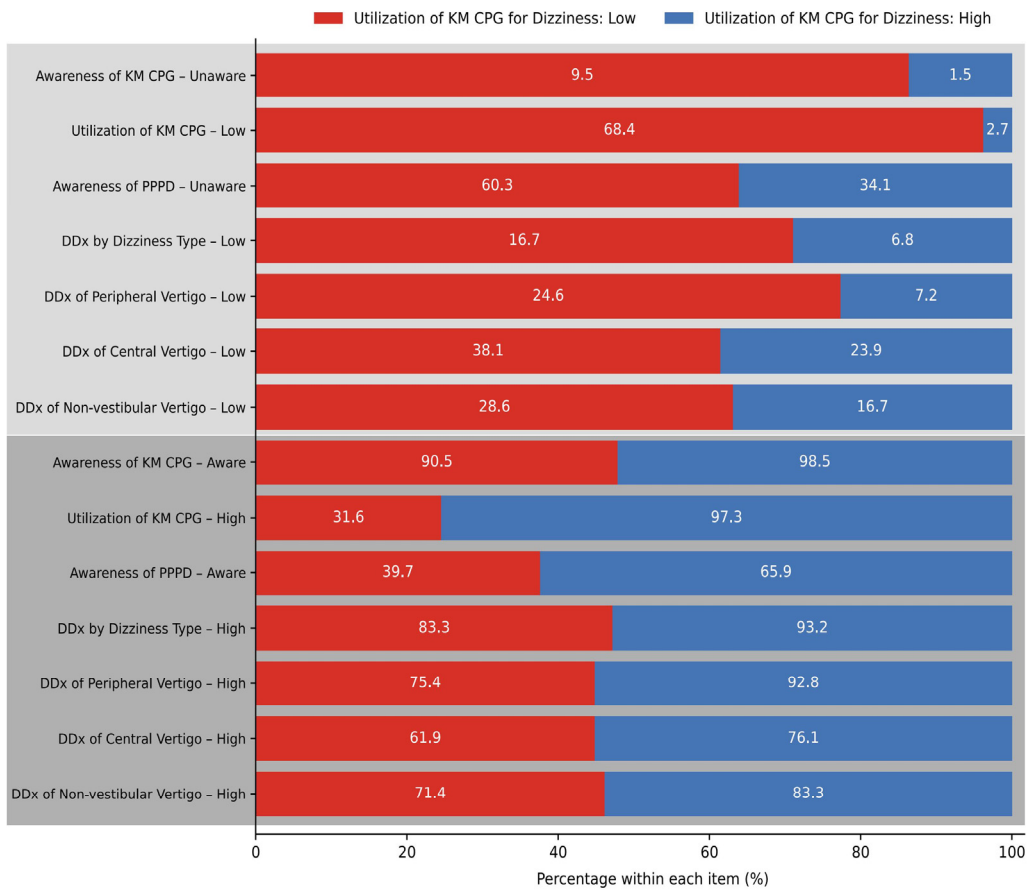


Figure 2. Normalized response proportions by utilization level of KM CPG for dizziness

『현훈 한의표준임상진료지침』의 활용 정도에 따라 PPPD(Persistent Postural-Perceptual Dizziness) 인식 여부에서도 통계적으로 유의한 차이가 확인되었다($\chi^2=24.00$, $df=1$, $p<.001$). 현훈 지침을 ‘활용하는 편’이라고 응답한 집단에서는 65.9%가 PPPD를 ‘안다고 응답하였으며, ‘활용하지 않는 편’ 집단에서는 39.7%가 ‘안다고 응답하였다. 참고로 PPPD를 ‘모른다고 응답한 비율은 지침을 ‘활용하지 않는 편’ 집단에서 60.3%, ‘활용하는 편’ 집단에서 34.1%로 나타났다.

IV. 고찰

어지럼증은 전체 인구의 약 10%가 경험하는 흔한 증상으로, 60세 이상에서는 유병률이 30%에 달하며, 이 중20%은 일상생활에 영향을 줄 정도의 어지럼증을 겪는 것으로 보고된다⁶⁷. 국내 건강보험 통계에 따르면 어지럼증으로 인한 진료 수요는 지속적으로 증가하고 있으며, 특히 한의치료에 대한 수요도 매년 상승하는 추세를 보인다⁶⁸. 이러한 현훈 진료 수요 증가에 대응하여 기개발된 『현훈 한의표준임상진료지침』의 개정 필요성을 검토하고, 향후 지침 개정 시 임상

현장의 활용도와 선호도를 반영하기 위해 전국 한의사 877명을 대상으로 설문조사를 시행하였다. 연구 결과, 현훈 지침에 대한 인식도와 활용도, 실제 진료 현황, 그리고 의료기관 유형과 지침 활용도에 따른 진료 패턴의 차이에 대한 중요한 시사점들을 도출할 수 있었다.

먼저 현훈 지침에 대한 인식도를 살펴보면, 전체 응답자의 86.4%가 한의표준지침에 대해 인지하고 있었으나, 현훈 지침에 대한 인지율은 44.5%에 불과하였다. 현훈 지침을 인지하고 있는 응답자 중에서는 67.7%가 '보통' 이상 수준으로 이를 활용하고 있다고 응답하였으나, 전반적인 인지율이 낮다는 점을 고려할 때 실질적인 활용도 또한 제한적인 것으로 해석된다. 흥미롭게도, 현훈 지침의 개정 필요성에 대해서는 '높음' 이상으로 응답한 비율이 68.8%에 달했으며, 향후 개정판에 대한 활용 의향도 '높음' 이상이 74.7%로 높게 나타났다. 이는 현훈에 대한 한의학적 치료 수요가 지속적으로 증가하고 있는 상황에서*, 현재 지침이 실제 임상 요구를 충분히 반영하지 못하고 있어 개정이 시급하다는 점을 의미한다. 개정 시 보강이 필요한 영역으로 치료(27.5%)와 진단(25.9%) 영역이 가장 높은 요구를 보인 것은 실용적이고 구체적인 임상 지침에 대한 현장의 요구를 반영한다.

진단 영역에 대한 설문 결과, 현훈 환자를 말초성, 중추성, 비전정계 현훈으로 감별진단 하는지에 대해서는 80.6%가 '보통' 이상이라고 응답하였으나, 세부적으로 살펴보면 말초성 전정계 질환(BPPV, 전정신경염, 메니에르병)의 감별진단 비율이 78.2%로 가장 높고, 중추성(편두통성 현훈)은 62.1%, 비전정계(경추성 현훈, PPPD, 혈관미주신경성 실신)는 70%로 상대적으로 낮은 진단률을 보였다. 이는 실제 임상 현장에서 특정 질환군에 대한 진단 활동이 상대적으로 집중되고 있음을 시사한다. 특히 주목할 점은 기존 현훈 지침에는 포함되지 않았던 PPPD에 대해 응답자의 44.7%가 인지하고 있으며, 이 중 63.5%는 실제 치료 경험이 있다고 응답했다는 점이다. 본 연구 결과는 PPPD에 대한 임상적 수요와 관심이 이미 일정 수준 이상 형성

되어 있음을 보여주며, 향후 지침 개정 시 PPPD를 신규 질환군으로 포함할 필요성을 강하게 뒷받침하는 근거가 된다.

검사 영역에 대한 설문 결과, 현훈 환자 진료 시 한방 검사를 '미활용'한다고 응답한 비율이 33.2%로 가장 높았으며, 이어서 '수양명경락기능검사(20.1%), '현훈검사(11.7%) 순으로 나타났다. 특히 기본적인 검사인 수양명경락기능검사보다도 현훈검사의 활용도가 낮은 것은 주목할 만하다. 이러한 결과는 설문 응답자의 70.9%가 한의원에서 근무하고 있으며, 그 중 67.4%가 '원장 1인/입원실 없음' 형태인 점을 고려할 때, 기존의 현훈 검사를 시행하는 데 있어 시간적·공간적 제약이 있었을 가능성을 시사한다. 어지럼증 중증도 평가 도구로는 Dizziness Handicap Inventory(DHI) (35.5%)와 Vertigo Symptom Scale(VSS)(32.1%)이 가장 높은 사용률을 보였으며, 1/3에 해당하는 응답자들은 중증도 평가 도구를 활용하지 않거나, Visual Analog Scale(VAS) 및 Numeric Rating Scale(NRS) 등 단순 주관적 척도에 의존하고 있어, 표준화된 중증도 평가 도구의 도입과 사용 교육이 필요한 것으로 보인다.

안정성 영역에 대한 설문 결과, 이상반응이 발생한 사례는 전체 응답의 6.6%에 불과했으며, 이상반응의 대부분은 위장관계 증상(27.7%)과 신경계 증상(21.8%)으로 경미한 수준이었으며, 77.4%가 경증으로 분류되어 한의학적 현훈 치료의 안전성을 뒷받침한다. 그러나 안전성 평가 지표 활용에서 활력징후 평가(38.7%)와 이상반응 평가(37.5%)가 주를 이루고, 혈액검사(17.0%)나 소변검사(5.6%)의 활용률이 상대적으로 낮아 것은 객관적 안전성 모니터링 체계의 보완이 요구된다.

한편 환자 진료 시 어려움을 느끼는 요인으로는 '진단/감별진단' 다음으로 '환자의 경제적 부담'이 20.6%를 차지해 주요 진료 장벽으로 작용하고 있는 것으로 나타나, 임상 지침 개정과 함께 환자 교육 자료 개발을 통한 치료 수용성 향상 전략이 필요함을 보여 준다.

의료기관 유형에 따른 차이검정에서 주목할 만한

점은, 보건소 및 공공의료기관(이하 보건소)에서 현훈 지침 인식률(64.7%)과 한의표준지침 활용률(80.9%)이 가장 높게 나타난 반면, 한의원에서는 각각 41.0%와 59.9%로 가장 낮았다는 것이다. 또한 중증도 평가 도구가 역시 보건소와 병원급에서 더 활발히 이루어진 반면, 한의원에서는 60.4%가 이를 '활용하지 않는다'고 응답하였다. 이러한 결과는 보건소 및 병원급 기관이 근거 기반 진료에 대한 노출 기회와 지침 적용을 위한 교육 및 환경이 비교적 잘 갖춰져 있는 반면, 개원의 환경에서는 임상 경험과 개별적 진료 방식에 대한 선호, 도구 접근성 부족, 시간 제약, 교육 기회의 부족 등이 표준화된 지침 및 평가도구 활용을 제한하는 요인으로 작용하고 있음을 시사한다. 변증 처방 여부에서는 한의원이 가장 높은 비율(80.7%)을 보였고, 보건소에서는 통치방 사용비율이 높았다. 이는 상대적으로 경력이 짧은 공공기관 소속 한의사들이 정형화된 처방을 선호하는 경향으로 해석할 수 있다.

현훈 지침 활용도에 따른 분석에서 가장 주목할 만한 발견은 지침을 활용하는 집단에서 감별진단 수행률이 일관되게 높았다는 점이다. 말초성 전정계 현훈, 중추성 전정계 현훈, 비전정계 현훈에 대한 감별진단(93.2% vs 83.3%), 말초성 전정계인 경우 양성발작성 현기증, 전정신경세포염, 메니에르병에 대한 감별진단(92.8% vs 75.4%), 중추성 전정계인 경우 편두통성 현훈에 대한 감별진단(76.1% vs 61.9%), 비전정계의 경우 경추성, 지속적 체위-지각 어지럼, 혈관미주신경성 실신에 대한 감별진단(83.3% vs 71.4%) 모두에서 지침 활용 집단이 유의하게 높은 수행률을 보였다. 이는 임상진료지침 내 감별진단 항목이 실제 임상행위에 반영되고 있을 뿐만 아니라, 임상진료지침이 진단적 사고 과정을 체계화하는 데 기여하고 있음도 시사한다. 특히, 지침 활용 집단에서 지속적 자세-지각 어지럼증(PPPD)에 대한 인식률이 65.9%로 비활용 집단의 39.7%보다 높게 나타난 것은 임상진료지침이 최신 의학 지식의 확산에도 중요한 역할을 하고 있음을 보여준다. 따라서 현훈 지침이 단순한 권고 수준을 넘어, 임상 진단 체계의 정립, 질환 개념의 교육적 전

달, 임상 역량 제고 등의 측면에서 실질적인 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

본 연구는 설문조사 방법론의 특성상 응답자의 주관적 인식에 의존한다는 한계가 있으나, 877명의 대규모 전국 한의사를 대상으로 한 체계적 실태조사를 통해 현훈 지침 개정을 위한 실증적 근거를 제시했다는 점에서 의의가 있다. 현훈 지침에 대한 낮은 인식률(44.5%)과 높은 개정 요구(68.8%), 그리고 지침 활용도에 따른 명확한 진료 패턴 차이는 실용적이고 현장 적용성이 높은 지침 개정의 필요성을 뒷받침한다. 특히 의료기관 유형별 진료 특성의 차이와 PPPD와 같은 신규 질환에 대한 임상 수요 확인은 향후 지침 개정이 고려해야 할 중요한 방향을 제시한다. 이러한 결과는 진료지침과 임상현장 간의 갭을 줄이고, 활용도가 높은 진료지침 개발의 기초 자료로 활용될 것으로 기대된다.

V. 결론

본 연구는 『현훈 한의표준임상진료지침』의 임상적 활용 실태를 파악하고, 현장의 진료 현황과 요구를 반영하기 위해 현훈 진료 경험이 있는 전국 한의사를 대상으로 설문조사를 실시하였다.

1. 『현훈 한의표준임상진료지침』의 인지율은 44.5%로 낮았으나, 인지한 응답자 중 67.7%가 실제 임상에서 활용하고 있었다. 전체 응답자의 68.8%는 지침 개정의 필요성을 인식하고 있었으며, 74.7%는 개정판 활용 의향을 보였다. 개정 시 보강이 필요한 영역으로는 치료(27.5%)와 진단(25.9%)이 주요하게 응답되었다.
2. 감별진단 수행률은 말초성 전정계 질환 78.2%, 중추성 전정계 질환 62.1%, 비전정계 질환 70%였으며, PPPD 인지율은 44.7%, 그 중 치료 경험률은 63.5%였다.

3. 한방 검사 미활용률은 33.2%였고, 증정도 평가 도구로는 DHII(35.5%)와 VSS(32.1%)가 가장 많이 사용되었다.
4. 이상반응 발생률은 6.6%였으며, 주요 증상은 위장관계(27.7%) 및 신경계(21.8%)였고, 대부분은 경증(77.4%)이었다. 안정성 평가는 활력징후(38.7%)와 이상반응 평가(37.5%) 위주였으며, 혈액검사(17.0%)와 소변검사(5.6%) 활용률은 낮았다.
5. 진료 시 어려움으로 진단 외에 환자의 경제적 부담이 20.6%를 차지하였다.
6. 보건소는 지침 인식률 64.7% 활용률 80.9%로 가장 높았고, 한의원은 각각 41.0%, 59.9%로 가장 낮았다. PPPD 인식률은 지침 활용 집단(65.9%) 이 비활용 집단(39.7%) 보다 높게 나타났다.

VI. Acknowledgement

HR Lee, EJ Lee are supported by a grant of the Korea Health Technology R&D Project through the Korea Health Industry Development Institute (KHIDI), funded by the Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea (grant number : RS-2024-00441603)

VII. References

1. Field MJ, Lohr KN, editors. Clinical practice guidelines: Directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
2. Korea Institute of Oriental Medicine. National Portal of Korean Medicine Clinical Information [Internet]. Daejeon: Korea Institute of Oriental Medicine; [cited 2025 Jun 11]. Available from:

<https://www.komc.kr>

3. Oh JM, Um TM, Choi GE, Heo JW, Kim HT, Cho HK, et al. A clinical study on dizziness patients visiting a Korean medicine hospital. J Physiol Pathol Korean Med. 2015;29(5):378-385. (Korean)
4. Department of Liver and Gastrointestinal Internal Medicine, Colleges of Korean Medicine Nationwide. Liver and Gastrointestinal Internal Medicine. Seoul: Nado Publishing; 2013. (Korean)
5. Korean Institute of Oriental Medicine. Clinical practice guideline for Hyeonhun (vertigo). Daejeon: KIOM; 2021. (Korean)
6. Chawla N, Olshaker JS. Diagnosis and management of dizziness and vertigo. Med Clin North Am. 2006;90(2):291-304.
7. Park YH, Im B, Ok HJ, Seon JJ, Park JH. A case of acute vestibular neuritis transitioning to benign paroxysmal positional vertigo treated with collaborative Korean and Western medicine. J Korean Orient Intern Med. 2016;37(2):273-282. (Korean)
8. Lee GH, Jung CY, Hong SW. Analysis of trends in clinical studies on vertigo published in Korean journals of Korean medicine. J Korean Med Ophthalmol Otolaryngol Dermatol. 2017;30(3):88-102. (Korean)

<저자들의 소속 및 직위>

이석민/경희대학교 한의과대학 임상한의학과
(사상체질과)/대학원생

권진혁/경희권한의원/원장

이혜리/경희대학교 일반대학원 임상한의학과
(사상체질의학전공)/대학원생·경희대학교
한방병원(사상체질과)/임상조교수

이의주/경희대학교 한의과대학(사상체질과) ·
한방병원(사상체질과)/교수