

원저

만성두통환자의 침치료효과에 대한 임상적 고찰

김지훈 · 이재동 · 최도영 · 안병철 · 박동석 · 이윤호

경희대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

Clinical study of Acupuncture effect on Chronic Headache

Ji-Hoon, Kim · Jae-Dong, Lee · Do-Young, Choi · Byung-Choul, Ahn
Dong-Suk, Park · Yun-Ho, Lee

Department of Acupuncture & Moxibustion
College of Oriental Medicine, Kyung Hee University

Chronic headache is one of the most common symptoms of outpatients. There are many approaches to treat chronic headache, but it is difficult to be resolved completely. So analgesics-addicted patients are increased in numbers. Acupuncture and ear-acupuncture have been used for relief headache. But it is not sufficient to compare the effect of acupuncture on several chronic headache groups. Thus we investigate the effect of acupuncture and ear-acupuncture on several chronic headache groups and analgesics-abused groups.

We researched 36 patients who were treated at Department of Acupuncture & Moxibustion, Kyung Hee Medical Center from August 1998 to July 1999. The chronic headache patients were classified into tension-type headache group, migraine group and unclassified headache group by Guide of IHS. Each group was treated with acupuncture and ear-acupuncture. The effect was assessed through questionnaires and self-rating headache index.

- 접수 : 2000년 8월 2일 · 수정 : 8월 17일 · 채택 : 8월 26일
· 교신저자 : 최도영, 서울 동대문구 회기동 1번지 경희대학교 부속한방병원 침구과 (Tel.02-958-9205)

The results of treatment are as follows; Treatment response assessed using self-rating headache index was relatively good in unclassified group(unclassified group 2.53 ± 0.83 ; tension-type headache group 2.2 ± 0.97 ; migraine group 2.45 ± 0.66), but no significant differences. The effect of acupuncture was significantly good in long-term analgesics-abused patients, especially tension-type headache group compared with other groups($P < 0.05$).

These results suggest that acupuncture and ear-acupuncture were effective treatment methods on long-term analgesics-abused headache patients, especially tension-type headache group

Key words : Chronic headache, analgesics abuse, acupuncture, earacupuncture

I. 서론

만성두통은 한방병원을 찾는 많은 환자들이 호소하는 증상으로서 일반인구의 40~65%가 경험하고 있다고 보고되고 있다³⁾. 두통은 기질적 원인에 의하여 유발되는 이차성 두통과 특별한 기질적 병변 없이 유발되는 원발성 두통으로 구분되며, 후자는 그 원인 및 기전이 아직 확실히 밝혀져 있지 않으며 대부분 만성적 경과를 밝게 된다. 이러한 두통은 개인적인 괴로움을 넘어 사회적으로도 심각한 문제로 받아들여지고 있으나, 많은 치료방법에도 불구하고 그 치료는 단순하지 않으며 단순히 진통제를 장기간 투여할 경우 오히려 약물인성 두통을 유발하므로 이러한 약물의 사용을 제한할 것이 권유되고 있다¹⁷⁾. 또한 만성두통 환자의 치료시 단순한 약물 치료를 통해 통증을 감소시키는 기존의 방법만으로는 부족하다는 견해들이 늘어나고 있다¹¹⁾.

한의학에서는 오래전부터 약물치료와 함께 침 치료를 시행하여 왔는데, 최근 시행된 임상연구에서도 편두통 및 긴장성 두통에 대하여 침치료가 매우 효

과적이었음이 보고되고 있다^{16,22)}. 또한 1997년 미국 국립보건원(NIH)에서 침치료 효과에 대한 평가를 위해 시행한 Consensus Conference의 Statement¹⁹⁾에서는 침치료가 두통의 치료수단 혹은 적절한 대체치료법, 혹은 포괄적인 치료 프로그램내의 포함 등에 유용하다고 기술하고 있다. 99년 Melchart등¹⁸⁾은 만성적 두통에 있어서 침치료가 시행된 연구에 대한 과학적 가치를 평가한 결과, randomized clinical trials에서도 침치료는 만성두통에 있어서 효과적이었던 것으로 보고하고 있다. 한의학적 치료법에 대한 구체적인 연구에 있어서는 한약 투여를 통한 두통치료와 침치료효과에 대하여 보고^{1,8)}되고 있는데, 최근에는 체침치료와 더불어 약침 및 이침을 병용한 치료법이 두통치료에 효과적이었음이 보고되었다^{4,5,6)}.

그러나 만성두통에서도 임상적 양상을 달리하는 편두통과 근긴장성 두통 및 미분류군의 두통에 대한 침치료 효과에 대해 비교한 보고는 부족하다. 또한 실제 만성 두통환자의 상당수를 차지하는 진통제 약물 의존적인 경향을 보이는 환자에서 침치료의 효과에 대한 보고가 없는 실정이다. 이에 저자는 최소한 1년이상 지속 혹은 반복되는 두통이 있으면서 여타의 기질적 이상이 없는 만성두통환자에 대

1. 머리가 아프신지는 얼마나 되었습니까?

- 6개월 미만 6개월~1년
- 1년~5년 5년~10년
- 10년이상

2. 주로 머리의 어느쪽 부위가 아프십니까?

- 오른쪽 왼쪽 양쪽
- 앞머리 뒷머리
- 옆머리 머리 꼭지
- 여기 저기 전체적으로

3. 주로 어떻게 아프십니까? 있는대로 골라 주십시오.

오.

- 머리가 무겁다
- 머리가 띵 띵 두른 듯 조인다
- 한 대 맞은 것처럼 멍하다
- 누르는 듯하다
- 뒷머리가 뻐뻐함
- 지속적으로 은근히 아프다
- 저리거나 차게 느껴진다
- 머리속이 흔들린다
- 머리가 앞으로 쏟아지는 듯하다
- 옥션 옥션 쑤신다
- 터지는 듯 하다
- 맥이 뛰는 듯 아프다
- 발작적으로 심하게 아프다
- 칼이나 송곳으로 쑤서대는 듯하다
- 전기가 통하듯 찌릿 찌릿하다
- 머리 속이 아프다
- 머리 겉이 아프다

4. 얼마나 자주 아프십니까?

- 매일 매일
- 일주일에 3일 이상
- 일주일에 1~3일 정도
- 1~2주일에 하루
- 한달에 1~2번 이하

5. 평소 머리가 아픈 정도는 어느 정도입니까?

- 참을 수 없을 정도
- 참을 수는 있으나 상당히 아픔
- 약먹지 않고도 견딜만 하다
- 아프다가 보다는 약간 불편한 정도

6. 평소에 잠은 잘 잡니까?

- 잘 잔다
- 대체로 잠을 잘 자는 편이나 때때로 신경 쓸 일이 있으면 못 잘 때도 있다
- 잠을 들기가 어렵다
- 잠을 푹 들지 못하고 쉽게 깨어나 얕은 잠을 잔다

7. 언제 주로 머리가 아프십니까?

- 항상 언제나
- 불규칙적으로
- 아침에 주로 더 아프다
- 저녁에 주로 더 아프다

8. 머리가 아플 때에 흔히 동반되는 증상이 있으시면 모두 골라 주십시오.

- 어지럽거나 머리속이 텅 빈 듯 멍하다
- 손끝이 저리거나 마비되는 느낌이 있다
- 얼굴에 열이 나는 듯이 화끈거린다
- 정신이 흐려지거나 의식을 잃을 것 같이 불안하다
- 속이 울렁거리거나 구역질이난다
- 눈앞이 흐려지거나 반점이 보인다
- 빛, 소리, 냄새 등에 예민히지고 싫어진다
- 눈앞에 빛이 번쩍거린다
- 코가 막히거나 눈물이난다

9. 두통에 대해 진통제를 복용하신 적이 있습니까?

- 있다 없다

10. 진통제를 복용한 적이 있다면,

가. 효과는?

- 좋아진다 약간 있다 없다

나. 진통제는 얼마나 자주 드십니까?

- 매일매일 일주일에 5알이상
- 일주일에 2~5알 일주일에 1알이하

다. 진통제는 얼마동안 복용하셨습니다?

- 2개월이하 2개월~1년
- 1년~5년 5년이상

Fig.1. 두통환자 증상 설문지

하여 침치료, 이침치료 등을 시행하고 설문조사 및 두통일기를 통한 통증 호전도 평가에서 소정의 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

1998년 8월 1일부터 1999년 7월 30일까지 두통을 주소로 경희대학교 부속한방병원 침구과에 방문한 환자들 중, 최소한 1년이상 지속 혹은 반복되는 두통이 있으면서, 이학적 및 신경학적 검사상 특이한 이상 소견이 없고, 본원에서 4주이상 치료받은 36명의 환자들을 대상으로 하였다. 뇌전산화단층촬영 혹은 뇌자기공명영상촬영상 이상 소견이 있는 경우는 대상에서 제외하였다. 처음 진료시 설문지를 통해 두통의 임상적 양상을 환자 스스로 기록하게 하였다(Fig.1). 이러한 설문지와 환자의 진찰을 통해 International Headache Society(IHS) 진단기준(Headache Classification Committee of the International Headache Society, 1988)¹⁵⁾에 의거하여 환자의 두통을 편두통(migraine)과 긴장성 두통(chronic tension-type headache), 미분류 군(unclassified group)으로 분류하였다. 미분류 군에는 위의 두가지 형태의 두통이 혼합된 형태(mixed form)이거나 편두통에서 긴장성 두통의 형태로 변형된 경우(transformed migraine), IHS의 진단기준에는 없으나 만성 두통으로 편두통 혹은 긴장성 두통의 어떤 기준에도 속하지 않은 경우를 포함시켰다.

2. 치료방법

침치료 및 이침치료를 위주로 시행하였다. 침은 동방침구제작소의 0.25×30mm 일회용 stainless

steel 호침을 사용하였으며 자침의 심도는 경혈부위에 따라 5~10mm로 하였고 주 3회 치료를 원칙으로 유침시간은 20분 정도로 하였다. 취혈은 百會, 四神聰, 太陽, 頭維, 翳風, 風池, 合谷, 太衝, 曲池, 足三里로 하였다. 이침은 주 2회 치료하였으며 취혈은 神門, 側頭, 視床點, 後頭骨, 前頭로 하였다(fig.2).

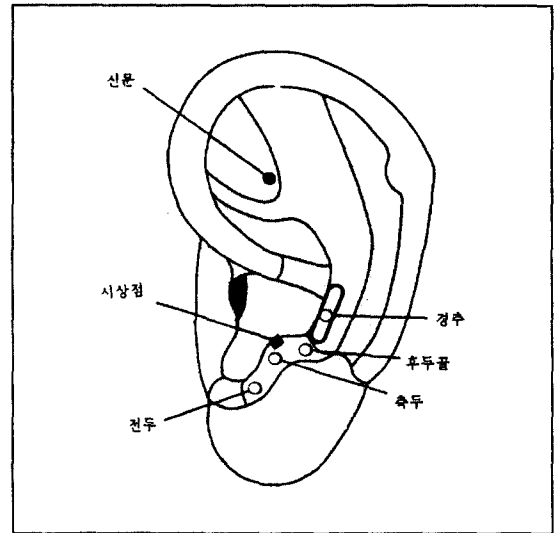


Fig. 2. 두통치료에 사용된 이혈

3. 두통의 평가

두통의 자가평가 지표를 일기형식(두통일기; 0~35점/주, fig.3)을 작성하게 하여 1주일간 두통의 정도 및 빈도를 기록하게 하고, 1주일간의 점수를 합산하여 basal score를 측정하고, 침치료 등을 시행한 4주후 다시 작성하도록 하였다. 두통의 호전 정도는 $\{(basal\ score - score\ at\ 4th\ week) / basal\ score\} \times 100(\%)$ 로 계산하였으며 75%이상 좋아진 경우를 GradeIV(4점), 51~75%까지 좋아진 경우를 GradeIII(3점), 26~50%까지 좋아진 경우를 GradeII(2점), 25%이하로 좋아지거나 나빠진 경우를 Grade I(1점)로 분류하여 평가하였다.

주 날짜	두통의 정도					
	0 아프지 않다.	1 아주 약간 아프다	2 약간 아프다.	3 꽤 아프다.	4 심하게 아프다.	5 아주 심하게 아프다.
월 일						
월 일						
월 일						
월 일						
월 일						
월 일						
월 일						
	합 계		점			

Fig.3. 두통평가를 위한 두통일기

4. 통계처리

결과의 값은 평균±표준편차로 표시하였으며, 통계학적 분석은 세군간의 비교에서는 비모수 통계법인 Kruskal-Wallis분석을 이용하였고, 침치료 등에 따른 두통 호전도의 평가 비교에서는 순위척도에 대한 비모수 통계법인 Mann-Whitney U-test법을 이용하였으며 p값이 0.05미만인 경우를 유의한 것으로 간주하였다.

III. 연구 성적

1. 성별, 연령 및 이환기간 분포

총 환자 36명중 남자가 10명(28%), 여자가 26명(72%)였는데 미분류군에서는 15명중 여자가 14명으로 높은 비율을 차지하였다. 평균연령은 근긴장성두통군에서 50.0±18.2세, 편두통군에서 47.8±15.0세, 미분류군에서 55.7±13.6세로 각 군별로 유의한 차이가 없었으며, 이환기간별 분포에서는 각

각 3.9±4.0년, 7.7±6.1년, 7.8±5.6년으로 근긴장성두통군의 이환기간이 짧은 경향을 보였으나 통계학적으로 유의성있는 차이는 인정되지 않았다(Table 1).

Table 1. Clinical Characteristics

	Tension-Type Group	Migraine Group	Unclassified Group
No. of subject	10	11	15
Sex (M/F)	5/5	4/7	1/14
Age	50.0±18.2	47.8±15.0	55.7±13.6
Symptom duration(years)	3.9±4.0	7.7±6.1	7.8±5.6

Data are mean±standard deviation. Statistical analysis was done by Kruskal-Wallis analysis. There was no significance.

2. 각 군별 침치료 및 이침치료 효과

두통 치료 전후의 두통일기 기록 점수를 비교하여 두통의 호전 정도에 따라 최고 4점에서 최하 1점으로 평가한 결과 근긴장성두통군에서는 2.2±0.97점, 편두통군에서는 2.45±0.66점, 미분류군에서는 2.53±0.83점을 나타내어 미분류군에서 가장 좋은 효과를 보였으나 유의성있는 차이는 인정되지 않았다(Table 2).

Table 2. Comparison of the Effect after Acupuncture-Tx & Earacupuncture-Tx

Type	No. of Subject	Effect Score
Tension-Type Group	10	2.2 ± 0.97
Migraine Group	11	2.45 ± 0.66
Unclassified Group	15	2.53 ± 0.83

Data are mean±standard deviations. Analysis was done within groups by Mann-Whitney U-test. There was no significance.

3. 진통제 복용정도에 따른 침치료 및 이 침치료 효과

전체 36명의 환자중 일주일에 2알 이상의 진통제를 장기간 복용한 환자가 18명으로 50%를 차지하였다. 전체적으로 약물비남용 환자에서 2.11 ± 0.83 점이었고 약물남용 환자에서는 2.72 ± 0.57 점으로 유의한 차이를 나타내었다. 세부적으로 근긴장성두통군에서 각각 1.67 ± 0.82 점, 3.0 ± 0.0 점으로 나타나 약물남용군에서의 호전도가 유의성있게 우수하게 나타났다. 편두통군에서는 각각 2.60 ± 0.55 점, 2.33 ± 0.52 점이었으며, 미분류군에서는 각각 2.14 ± 0.90 점, 2.88 ± 0.64 점으로 유의성있는 차이는 없었다(Table 3).

Table 3. Comparison of Acupuncture-Tx & Earacupuncture-Tx Effect Score between the analgesics abused patients with non-abused patients

Type	Analgesics abused patients		Non-abused patients	
	n	Effect Score	n	Effect Score
Tension-Type Group	4	$3.0 \pm 0.0^*$	6	1.67 ± 0.82
Migraine Group	8	2.33 ± 0.52	5	2.60 ± 0.55
Unclassified Group	8	2.88 ± 0.64	7	2.14 ± 0.90
Total	18	$2.72 \pm 0.57^*$	18	2.11 ± 0.83

Data are mean \pm standard deviations. *, $p < 0.05$ Analysed by Mann-Whitney U-test.

IV. 고찰

만성 원발성 두통은 여러 가지 형태로 나타날 수 있으나 대표적으로는 긴장성 두통과 편두통으로 분류할 수 있다. 그러나 임상적으로 긴장성 두통과 편

두통이 명확하게 분류되지 않는 경우가 흔히 있으며, 특히 위의 두가지 형태의 두통이 혼합되어 있는 경우(mixed headache)가 많고, 오랜 기간 동안 이러한 두통이 지속되는 경우 편두통과 긴장성 두통의 구분이 어려운 경우가 많다⁹⁾. 여기에서는 편두통에서 긴장성 두통의 형태로 변형된 경우, 편두통과 긴장성 두통이 혼합된 경우 및 명확하게 편두통과 긴장성 두통의 어느 쪽으로도 분류가 어려운 환자들을 미분류군이라는 용어로 분류하였다.

본 연구에서 총 환자중 여자의 비율이 72%로 높았는데 이는 이등¹⁰⁾의 긴장형 두통에 대한 임상관찰에서 여성이 남성보다 2배의 발생 빈도를 보였으며, 문등⁷⁾의 보고에서도 여성이 3배의 비율을 보이고 있는 점과 일치한다. 평균연령 및 이환기간별 분포에서는 각 군별로 의미 있는 차이는 없었으나 미분류군의 연령과 이환기간이 다소 긴 경향을 보인 것은 연령이 증가하고 이환기간이 길어지면서 점차로 증상이 혼합되어 나타나는 것으로 생각된다.

만성 두통의 치료는 크게 유발요인의 제거와 약물요법등이 시행되어왔다. 편두통의 치료에는 유발요인 억제를 위한 정신요법, 식이요법 등과 함께 발작시 혹은 평상시에 발작을 방지하기 위한 약물요법이 사용된다. 근긴장성 두통에서는 스트레스의 해소, 운동, 온열요법, 물리치료등과 함께 진정제, 항우울제, 진통제등이 사용되고 있다. 편두통과 근긴장성두통의 혼합형에는 β 아드레날린성 길항제가 사용되기도 한다³⁾.

그러나 그 치료는 단순하지 않으며 단순히 진통제를 장기간 투여할 경우 오히려 약물인성 두통이 유발될 수 있다는 보고가 있고¹⁷⁾, 만성두통 환자의 치료시 단순한 약물치료를 통해 통증을 감소시키는 기존의 방법만으로는 부족하다는 견해들이 늘어나고 있는 실정이다¹¹⁾.

한의학에서 두통은 문헌적으로 <內經>에서부터 언급되어 있으며, 六淫外邪, 氣虛, 血虛, 氣滯, 七情

傷 등에 의하여 기혈순환의 장애가 생겨 나타나는 것으로 약물요법과 함께 침요법이 중요한 치료방법으로 사용되어 왔다. 강등¹⁾의 연구에 의하면 두통의 주요 치료혈은 대략 101혈이며 百會, 合谷, 風池, 頭維, 風府, 太陽, 上星 순으로 많이 사용되었으며 경락별 사용빈도수는 膀胱經, 膽經, 督脈, 任脈, 胃經 순으로 사용되었고, 새로운 치료법으로 耳鍼요법과 手鍼요법이 병행되어 사용된다고 하였다. 또한 김등⁴⁾의 보고에서도 체침과 이침을 병용한 긴장성 두통치료의 임상보고에서도 우수한 치료성적이 보고된 바 있다. 본 연구에서는 만성두통 환자에게 침치료 및 이침치료를 병행하여 시행하였으며 보다 객관적인 평가를 시행하고자 하였다.

통증을 느끼는 정도는 개인에 따라 차이가 심하며, 사회 문화적인 배경이나 개인의 처해있는 환경 등 여러 가지 요소에 의해 영향을 받게 되므로, 이를 정량화 한다는 것은 용이하지 않다. 결국 여러 가지 제약에도 불구하고 두통의 정도를 정량화하기 위해서는 환자 스스로 자신이 느끼는 두통의 정도를 일종의 일기형태로 기재하는 'headache index'를 이용할 수밖에 없으며, 많은 두통의 연구들에서 이러한 방법을 이용하였었다^{9,13,23)}. 이 연구에서도 두통 일기라는 형식의 수첩을 환자에게 나누어주어 자신이 느끼는 두통의 정도를 환자에게 스스로 기술하게 하였는데, 같은 환자에서 느끼는 증상의 변화를 측정하는 데에는 비교적 유용한 방법으로 사용되고 있다⁹⁾.

침치료 및 이침치료를 대한 효과는 치료 4주 경과 후 측정을 하여 변화를 비교하였는데, 두통의 호전 정도에 따라 최고 4점에서 최하 1점으로 평가한 결과 근긴장성두통군에서는 2.2 ± 0.97 점, 편두통군에서는 2.45 ± 0.66 점, 미분류군에서는 2.53 ± 0.83 점을 나타내어 미분류군에서 가장 좋은 효과를 보였으나 유의성있는 차이는 인정되지 않았다.

이러한 결과는 김등⁴⁾의 긴장성 두통의 침치료 및

이침치료 효과가 74.7%의 유효율을 나타내었다는 보고와 이등¹⁰⁾의 두통치료의 임상보고에서 호전빈도가 81.3%였으며 만성긴장형이 반복발작형 보다 호전빈도가 다소 낮았다는 보고와 비슷한 경향성을 보였다. 그러나 만성두통 환자에게 적용되는 진통제, 칼슘길항제, 항우울제 등에 의한 치료효과가 긴장성 두통 및 편두통에서는 효과가 있었으나 미분류군에서는 효과가 적었던 보고들^{9,20)}과는 상반되는 결과를 보였다. 이러한 결과는 침치료 및 이침치료가 만성적인 경과로 근긴장성 두통과 편두통이 혼합되어 나타나는 두통에 매우 효과적인 치료방법이 될 수 있음을 시사한다고 생각된다.

또한, 1년이상 일주일에 2알 이상의 진통제를 장기간 복용한 환자와 그렇지 않은 환자에서 침치료 및 이침치료를 대한 효과차이를 살펴본 결과 진통제를 장기간 복용한 약물남용 환자에서 두통의 호전 정도가 높게 나타났다. 기존의보고^{9,17)}에서는 진통제의 장기간 투여로 인해 유발되기 쉬운 약물인성 두통 경향의 환자에서 약물치료 반응은 좋지 않았다고 하였다. 그러나, 본 연구의 침치료 및 이침치료를 받은 환자에서는 오히려 더 좋은 호전을 보인 것은, 만성두통 환자 치료시 통증 감소를 위한 단순 약물치료 등의 기존 방법만으로는 부족하다는 보고¹¹⁾와 같이 새로운 치료방법이 필요하다는 것을 시사하는 것이며, 침치료 및 이침치료가 그 대안이 될 가능성이 있다고 생각된다. 특히 이침치료가 각종 약물남용 치료에 있어 효과적이라는 보고²⁾는 이러한 사실을 뒷받침해 줄 수 있다.

약물인성 두통이 발생하는 기전에 대하여는 아직까지 정확하게 알려진 바가 없으나 중추신경계의 통증억제 기전(antinociceptive mechanism)이 과다한 진통제의 투여로 과다하게 억제되어 나타나는 것으로 생각되고 있다⁹⁾. 그 치료를 위해 남용하고 있는 약물을 중단하는 것만으로도 50%이상의 효과를 기대할 수 있다는 보고^{12,17)}도 있어 이와 같은

사실을 지지해 준다. 한편, 침치료의 신경생리학적 연구에 의하면 침치료에 의한 통증제어 효과는 일반적 진통제의 기전과는 달리 시상하부, 궁상핵, 중뇌중심회백질, 슬기핵, 척수에 이르는 하행성 통증억제계(descending pain inhibitory system)과 β -endorphin, enkephalin, dynorphin등이 관여되는 내인성아편양 통증조절계(endogenous opioid analgesic system)가 관여하는 것으로 알려져 있다^{14,21)}. 따라서 침치료 및 이침치료가 통증조절계를 활성화 시킴으로서 과도한 진통제 복용에 의해 억제된 기능을 회복시키는 것이 아닌가 생각되지만, 그 기전에 있어서는 추가적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

특히 근긴장성두통군에서 두통 호전도가 가장 우수하게 나타났는데, 근긴장성 두통은 정신적 스트레스와 관련이 많으며, 과도하고 지속적인 스트레스는 교감신경계를 흥분시켜 혈관의 내경을 변화시키고, 골격근 특히 목의 근육에 수축을 일으켜 두통을 일으키게 된다⁴⁾. 침치료는 상기의 통증조절계 활성화 기전 외에도 근긴장 감소 및 스트레스 억제효과¹⁰⁾를 통하여 근긴장성 두통에 효과를 나타내는 것으로 생각된다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 만성두통 환자 치료시 침치료 및 이침치료가 효과적이며, 특히 진통제를 주2회 이상 장기간 복용한 난치성의 근긴장성두통 환자의 치료에 적극적으로 고려하는 것이 도움이 될 것이라고 생각된다. 또한 그 기전의 연구 및 구체적인 치료방법에 대한 추가적인 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 결론

만성두통환자를 근긴장성두통군, 편두통군, 미분

류군으로 분류하고, 침치료, 이침치료등을 시행하여 설문조사 및 두통일기를 이용한 두통 호전도를 평가한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1) 총 환자 36명중 여자의 비율이 높았으며 특히 미분류군에서 높은 비율을 차지하였다. 평균연령에서는 각 군별로 유의한 차이가 없었으며, 이환기간별 분포에서는 근긴장성두통군의 이환기간이 짧은 경향을 보였으나 통계학적으로 유의성 있는 차이는 인정되지 않았다.

2) 두통 치료 전후의 두통일기 기록 점수를 비교하여 두통의 호전 정도에 따라 최고 4점에서 최하 1점으로 평가한 결과 미분류군에서 가장 좋은 효과를 보였으나 유의성 있는 차이는 인정되지 않았다.

3) 전체 환자중 일주일에 2알 이상의 진통제를 장기간 복용한 약물남용 환자에서 두통의 호전 정도가 유의성 있게 높았다. 특히 약물 남용된 근긴장성두통군에서 두통 호전도가 가장 우수하게 나타났다.

이상의 결과로 보아 침치료 및 이침치료가 만성두통환자의 호전에 좋은 효과가 있으며, 특히 진통제를 주2회 이상 장기간 복용한 난치성의 근긴장성두통 환자의 호전에 우수한 효과가 있는 것으로 사료된다.

VI. 참고문헌

1. 강수일, 신용철, 강석균. 두통의 한방치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1992;13 (1): 324~35.
2. 권도희, 이재동, 최도영. 약물남용에 대한 침요법의 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1996;

- 13(1):242~62.
3. 김승민. 두통의 내과적 치료. *통증*. 1997; 7:23~7.
4. 김양식, 김성현. 체침과 이침을 병용하여 치료한 긴장성 두통에 관한 임상적 고찰. *대한한의학회지*. 1996;17(1):433~46.
5. 김한성. 녹용약침액의 아문혈 주입에 의한 두통의 치료효과. *대한한의학회지*. 1993;14(1): 279~89.
6. 노태석, 노석선. 우황가웅담약침액이 두통에 미치는 임상적 연구. *대한한의학회지*. 1994; 15(1):441~50.
7. 문충모, 이상룡. 한방 신경정신과 영역의 두통에 관한 임상적 고찰. *대한한의학회지*. 1988; 9(2):15~25.
8. 박성민, 이병렬. 두통의 원인과 침구치료법에 관한 문헌적 고찰. *대한침구학회지*. 1998; 15(2):455~78.
9. 손영호. 만성두통환자의 심리적 특성과 치료효과에 대한 영향. *대한신경과학회지*. 1997; 15(4):847~57.
10. 이정우, 정대규. 긴장형 두통에 관한 임상적 관찰. *동의신경정신과학회지*. 1997;8(1)127~140.
11. Andrasik F. Psychologic and behavioral aspects of chronic headache. *Neurol Clin*. 1990;8:961~76.
12. Baumgartner C, Wessely P, Bingol C, et al. Longterm prognosis of analgesic withdrawal in patients with drug-induced headaches. *Headache*. 1989;29:510~4.
13. Blanchard EB, Appelbaum KA, Guarnieri P, et al. Five year prospective follow-up on the treatment of chronic headache with biofeedback and/or relaxation. *Headache*. 1987;27:580~3.
14. Han JS, Terenius L. Neurochemical basis of acupuncture analgesia. *Ann Rev Pharmacol Toxicol*. 1982;22:193~220.
15. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1998;8(suppl 7): 29~34.
16. Heydenreich A. Punctuate transcutaneous electrical nerve stimulation in migraine therapy. *Psychiatr Neurol Med Psychol*.1988;40(12):717~23.
17. Mathew NT. Drug-induced headache. *Neurol Clin*. 1990;8:903~12.
18. Melchart D, Linde K, Fischer P, et al. Acupuncture for recurrent headaches: a systematic review of randomized controlled trials. *Cephalalgia*. 1999;19(9): 779~86.
19. NIH Consensus Conference. Acupuncture. *JAMA*. 1998;280(17):1518~24.
20. Silberstein SD. Tension-type and chronic daily headache. *Neurology*. 1993; 43:1644~9.
21. Takeshige C, Sato T, Mera T, Hisamitsu T, Fang J. Descending pain inhibitory system involved in acupuncture analgesia. *Brain Res Bull*. 1992;29:617~34.
22. Tavola T, Gala C, Conte G, Invernizzi G. Traditional chinese acupuncture in tension-type headache: a controlled study. *Pain*. 1992;48:325~9.
23. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, et al. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992;50:133~49.