

동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vo1. 14. No. 2, 2003

憂鬱, 不安 尺度를 利用한 緊張性 頭痛 患者의 臨床考察

박지운 · 정인철 · 이상룡
대전대학교 한의과대학 신경정신과 교실

A Clinical Study of Tension Headache Patients using Depression & Anxiety Scales

Jiun Park, Inchul Jung, Sangryong Lee

Department of Oriental Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Daejeon University, Daejeon, Korea

Abstract

Objective : The aims of this study were to show the clinical state and to investigate depression and anxiety by BDI and STAI scale in tension headache patients.

Method : The patient group was consisted of the 20 patients with Tension Headache who were treated in Department of Neuropsychiatry, Daejeon University Oriental Hospital from 3 March 2003 to 30 September 2003. The control group was consisted of the 20 patients on physical therapy with cerebaral vascular disorder in the Daejeon University Cheonan Oriental Hospital. The patient group was investigated by various characteristics, and compared with the control group by BDI and STAI scores.

Result :

1. The ratio of female was higher, the 40 aged were higher frequency, in distribution of the period of the clinical history, short term within 1 week was the most.
2. Tension headache was most frequent at whole portion, neck stiffness, shoulder pain, general body weakness were mainly coexited, and the prescription invigorating spleen · supplementing qi and tonifying qi and blood.
3. The BDI score was higher in patient group, but there was no significant difference.
4. The STAI score was higher in patient group, but there was no significant difference.

Key Word : Tension Headache, BDI, STAI

I. 緒論

頭痛은 일생에 누구나 한번 이상 경험할 수 있는 흔한 증상으로 기계적 자극, 화학적 자극, 염증, 순환장애 등이 두개 내의 통각감수조직을 자극함으로써 발생되는데, 특정한 질병단위는 아니지만 여러 가지 질병의 수반증상 또는 심한 긴장이나 피로의 표현일 수도 있고^{1,2)}, 때로는 두개 내 질환의 경고일 수도 있다³⁾.

현대사회는 생존경쟁의 치열함으로 인하여 많은 외적환경과 요인에 의한 정신적인 스트레스가 증가되고 있으며⁴⁾, 이러한 정신사회적 스트레스로 인한 두통을 스트레스 두통이라 하며, 일명 긴장성 두통으로 표현되고 있으며, 국제두통학회(IHS)의 기준에 의하면 긴장성 두통은 기질적이나 대사적 질환의 배경 없이 비박동성의 압박이나 조이는 것 같은 두통이 발견되며, 일상생활에 지장을 주지 않을 정도의 정도 내지 중등도의 통증이 있으나 일상생활로 악화되지 않는 두통을 말한다⁵⁾.

韓醫學에서는 頭痛을 《素問·五藏生成論》⁶⁾에서 “是以頭痛顛疾 下虛上實……”으로言及된 以來로, 《素問·氣交變大論》⁶⁾의 頭腦戶痛, 《素問·風論》⁶⁾의 首風, 《靈樞·經脈篇》⁷⁾의 衝頭痛, 扁⁸⁾의 眞頭痛과 痰頭痛, 巢⁹⁾의 頭風 등으로 頭痛樣狀이 多樣하게 言及되어 왔다. 그 以後 張¹⁰⁾은 六經頭痛을 말하였고, 李¹¹⁾는 內傷과 外感頭痛으로 區分하였고, 許¹²⁾는 部位 및 原因에 따라 十一種 頭痛으로 分類하고 있다.

현대사회는 다양한 환경 변화와 갈수록 힘들어지는 생존경쟁으로 인하여 직장이나 가정 내에서 스트레스 요인으로 인한 두통이 점차 증가하고 있는 추세로¹³⁾ 긴장성 두통은 다면적 인성 검사(MMPI) 상에서 경계 우울증과 신체화 척도가 높은 경우가 많으며, 육체적 혹은 정신적 스트레스가 유발인자로 인정되고 있다¹⁴⁾. 그러나 두통에 있어 가장 흔한 유형 중에 하나인 긴장성 두통에 대한 연구는 극히 제한되어 왔으며 정확한 기전도 제시 되지 못한 실정이다¹³⁾.

이에 著者는 2003년 3월 3일부터 2003년 9월 30일까지 대전대학교 부속 천안한방병원 신경정신과에서 緊張性 頭痛으로 진단된 患者 20例를 對象으로

일반적 사항에 대한 臨床觀察을 시행하고, 憂鬱, 不安 尺度를 비교분석한 결과 有意한 結果를 얻었기에 報告하는 바이다.

II. 研究對象 및 方法

1. 研究對象

2003년 3월 3일부터 2003년 9월 30일까지 대전대학교 부속 천안한방병원 신경정신과에서 緊張性 頭痛으로 진단된 환자 20例를 對象으로 하였다.

2. 研究方法

(1) 臨床觀察 方法

본 研究에서는 대전대학교 부속 한방병원 신경정신과에 外來 治療한 환자 중 국제두통학회(IHS)의 기준⁵⁾에 따라 緊張性 頭痛으로 診斷된 20例를 對象으로 아래와 같은 方法으로 나누고 관찰, 분석 하였다.

- ① 性別 分布
- ② 年齡別 分布
- ③ 來院 前 治療現況의 分布
- ④ 發病動機 分布
- ⑤ 病歷期間 分布
- ⑥ 頭痛部位別 分布
- ⑦ 頭痛 持續時間別 分布
- ⑧ 同伴症狀 分布
- ⑨ 處方 分布

(2) BDI, STAI 시행방법

① 우울척도

우울의 정도를 측정하기 위하여 한국판 Beck 우울 척도(Korean Version of Beck Depression Inventory;BDI) 설문지를 사용하였는데, 이 척도는 우울증상의 유무와 증상의 심각성 정도를 평가하기 위한 목적으로 Beck이 제작한 자기보고형 척도로, 우리나라에서는 한홍무 등이 표준화하였다. 이 척도는 우울증의 정서적, 인지적, 동기적, 신체적 증상

영역을 포함하는 총 21문항으로 되어 있으며 각 문항마다 0점에서 3점으로 채점되며 총점의 범위는 0점에서 63점까지 이며, 점수가 높을수록 우울 정도가 심함을 나타낸다¹⁵⁾.

② 불안척도

불안의 정도를 측정하기 위하여 Spielberger의 상태-특성 불안 척도¹⁶⁾(State-Trait Anxiety Inventory;STAI) 설문지를 사용하였는데, 국내에서는 김정택¹⁷⁾에 의해 번역되어 정신장애가 없는 정상적인 성인의 불안 상태를 측정하는 것을 사용하였다.

총 40문항으로 상태불안(Stat Anxiety)을 측정하기 위한 20문항과 특성불안(Trait Anxiety)을 측정하기 위한 20문항으로 구성되었는데, 각 문항에서 '1-전혀아니다, 2-가끔 그렇다, 3-보통으로 그렇다, 4-항상 그렇다'의 4점 척도로 평정하였으며, 점수의 범위는 상태불안 및 특성불안에서 각각 20~80점까지이며, 점수가 높을수록 불안수준이 높은 것을 의미한다.

③ 관찰대상과 평가방법

2003년 3월 3일부터 2003년 9월 30일까지 대전대학교 부속 천안한방병원 신경정신과에서 緊張性頭痛으로 診斷된 患者 중에서 설문에 응한 20例를 觀察群으로 설정하였고, 2003년9월 29, 30일 대전대학교 부속 천안한방병원에서 뇌혈관장애로 진단 받은 후 절대안정기를 지나 재활치료 중인 患者 중에서 설문에 응한 20例를 對照群으로 설정하여 같은 방식으로 설문조사 후 이를 비교 분석하였다.

유의성 검증은 Student's T-test 분석 방법을 이용하였다.

III. 研究成績

1. 臨床的 觀察

(1) 性別 分布

性別 分布를 살펴보면 男性이 5例(25%), 女性이 15例(75%)이었다(Fig. 1).

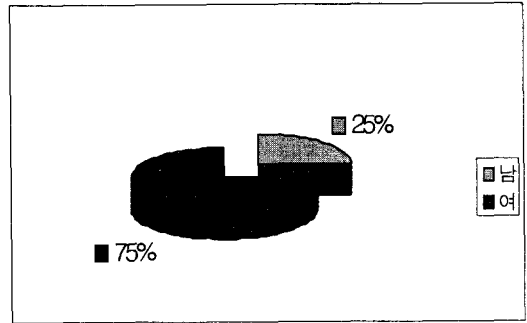


Fig. 1. 性別 分布

(2) 年齡別 分布

年齡別 分布를 살펴보면 40代가 11例(55%)로 가장 많았고, 30代, 50代가 各各 3例(15%), 20代 2例(10%), 60代 1例(5%)의 順이었다. (Fig. 2).

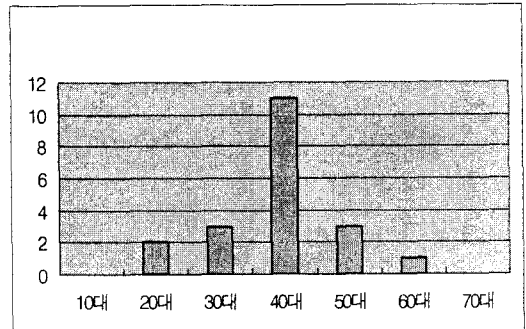


Fig. 2. 年齡別 分布

(3) 來院 前 治療現況의 分布

來院 前 治療現況의 分布를 살펴보면 初診이 8例(50.0%)로 가장 많았고, 洋方病院, 藥局 各各 3例(15.0%), 藥局→洋方病院 2例(10.0%), 韓醫院 1例(5.0%)의 順이었다(Fig. 3).

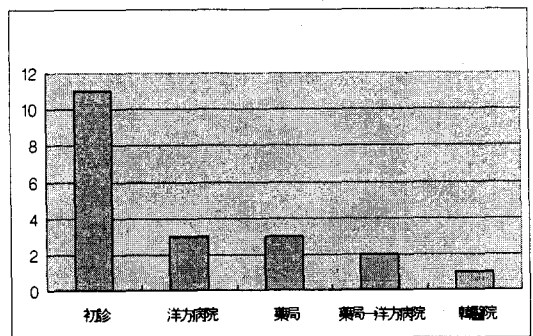


Fig. 3. 來院 前 治療現況의 分布

(4) 發病動機 分布

發病動機 分布를 살펴보면 별다른 이유를 찾지 못한 경우가 9例(45.0%)로 가장 많았고, 가족내 갈등, 가까운 사람의 사망이나 질병이 각각 3例(15.0%), 육체적 과로가 2例(10.0%), 건강염려, 경제적 문제, 대인관계 갈등이 각각 1例(5.0%)의 順이었다(Table I).

Table I. 發病動機 分布

發病動機	症例(%)
別無動機	9(45.0)
가족내 갈등	3(15.0)
가까운 사람의 사망이나 질병	3(15.0)
육체적 과로	2(10.0)
건강염려	1(5.0)
경제적 문제	1(5.0)
대인관계갈등	1(5.0)
計	20(100)

(5) 病歷期間 分布

病歷期間 분포를 살펴보면 發病後 1週日以內가 11例(55.0%)로 가장 많았고, 1年以內가 4例(20.0%), 1週日~1個月以內가 3例(15.0%), 1個月~6個月以內, 6個月~1年以內가 각각 1例(5.0%)의 順이었다(Fig. 4).

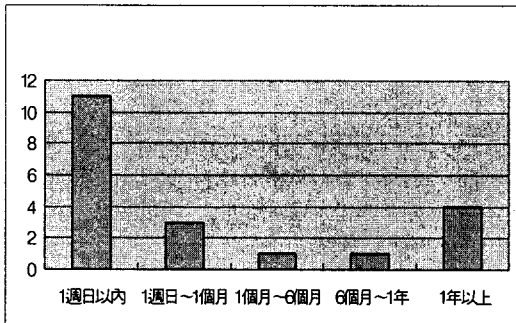


Fig. 4. 病歷期間 分布

(6) 頭痛部位別 分布

頭痛部位別 分布를 살펴보면 全部位가 10例(50.0%)로 가장 많았고, 偏側部가 8例(40.0%), 後頭部가 2例(10.0%)의 順이었다(Fig. 5).

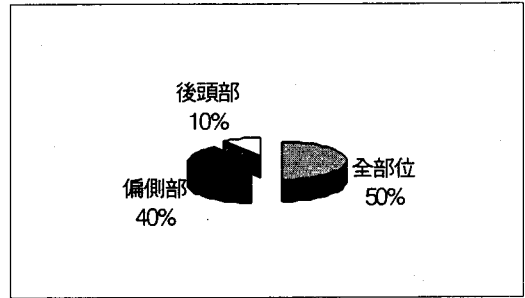


Fig. 5. 頭痛部位別 分布

(7) 頭痛 持續時間別 分布

頭痛 持續時間別 分布를 살펴보면 10分~1時間이 8例(40.0%)로 가장 많았고, 10分 以內가 5例(25.0%), 1時間 ~ 數時間이 4例(20.0%), 하루종일이 3例(15.0%)의 順이었다(Fig. 6).

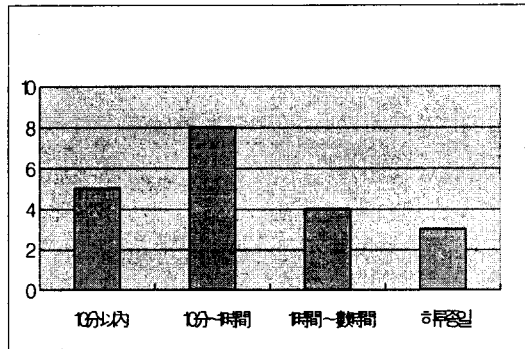


Fig. 6. 頭痛 持續時間別 分布

(8) 同伴症狀 分布

同伴症狀 分布를 살펴보면 頭部 症狀이 28例(34.6%)로 가장 많았는데, 項強 11例(13.6%), 眩暈 8例(9.9%), 上熱感 5例(6.2%), 眼痛 3例(3.7%), 舌部 麻木感 1例(1.2%)의 順이었다. 筋骨格系 症狀은 26例(32.1%)로 나타났는데, 肩背痛 11例(13.6%), 全身 無力感 10例(12.3%), 四肢痺感 3例(3.7%), 四肢冷感 2例(2.5%)의 順이었다. 呼吸 및 心血管系은 11例(13.6%)로 나타났는데, 驚悸·怔忡 8例(9.9%), 胸悶 3例(3.7%)의 順이었다. 神經精神系 症狀은 9例(11.1%)로 나타났는데, 不安感 4例(4.9%) 淺眠 3例(3.7%), 憂鬱感이 2例(2.5%)의 順이었다. 消化器系 症狀은 7例(8.6%)로 나타났는데, 消化障礙 4例(4.9%), 食欲不振 3例(3.7%) 順이었다(Table II).

Table II. 同伴症狀 分布

症狀		症例(%)	
頭部	項強	11(13.6)	28(34.6)
	眩暈	8(9.9)	
	上熱感	5(6.2)	
	眼痛	3(3.7)	
筋骨格系	舌部麻木感	1(1.2)	26(32.1)
	肩背痛	11(13.6)	
	全身無力感	10(12.3)	
	四肢痺感	3(3.7)	
呼吸 및 心血管系	四肢冷感	2(2.5)	11(13.6)
	驚悸怔忡	8(9.9)	
	胸悶	3(3.7)	
神經精神系	不感感	4(4.9)	9(11.1)
	淺眠	3(3.7)	
	憂感感	2(2.5)	
消化器系	消化不良	4(4.9)	7(8.6)
	食欲不振	3(3.7)	
計		81(100)	81(100)

(9) 處方 分布

處方 分布를 살펴보면 健脾益氣·補氣血하는 處方이 10例(35.7%)로 가장 많았는데, 八物湯 5例(17.9%), 補中益氣湯 4例(14.3%), 益氣補血湯1例(3.6%)였다. 다음으로는 祛痰順氣養血하는 處方이 9例(32.1%)였는데, 四物合二陳湯加減方 5例(17.9%), 回首散加減方 3例(10.7%), 半夏白朮天麻湯 1例(3.6%)였으며, 清心溫膽, 養血安神하는 處方은 7例(25.0%)였는데, 加味溫膽湯 4例(14.3%), 歸脾溫膽湯 2例(7.1%), 歸脾湯 1例(3.6%)의 順이었으며, 疎肝解鬱하는 逍遙散은 2例(7.1%)였다(Table III).

Table III. 處方 分布

處方		症例(%)	
健脾益氣補氣血	八物湯	5(17.9)	10(35.7)
	補中益氣湯	4(14.3)	
	益氣補血湯	1(3.6)	
祛痰順氣養血	四物合二陳湯加減方	5(17.9)	9(32.1)
	回首散加減方	3(10.7)	
	半夏白朮天麻湯	1(3.6)	
清心溫膽 養血安神	加味溫膽湯	4(14.3)	7(25.0)
	歸脾溫膽湯	2(7.1)	
	歸脾湯	1(3.6)	
疎肝解鬱	逍遙散	2(7.1)	2(7.1)
計		28(100)	

2. 우울, 불안척도 검사 결과분석

(1) 우울척도의 각 항목별 평균과 표준편차 비교

분석 BDI 총점에서는 관찰군은 17.0±8.86로, 대조군 16.5±9.58에 비해 높게 나타났으며, 각 항목별 평균과 표준편차에서는 대조군에 비해 자기상에 관한 항목에서 유의한 변화를 보였으며, 관찰군에서는 높게 나타난 항목은 불만족, 사회적 위축, 피로의 순이었다 (Table IV).

Table IV. Comparison of Each BDI Item between Two Groups

Factor	Patient group(n=20) M±SD	Control(n=20) M±SD	p value
1. Sadness	0.7±0.86	0.6±0.70	0.574
2. Pessimism	0.8±0.97	0.7±0.69	0.759
3. Failure	0.8±0.91	0.9±0.83	0.626
4. Dissatisfaction	1.2±1.01	1.1±0.80	0.626
5. Guilty	0.7±0.73	0.3±0.59	0.098
6. Punishment	0.9±1.12	0.8±1.04	0.850
7. Self-dislike	1.0±0.86	0.8±0.71	0.516
8. Self-accusation	1.0±0.79	0.7±0.69	0.174
9. Suicidal	0.7±0.81	0.4±0.62	0.383
10. Crying	0.5±0.76	0.4±0.78	0.660
11. Irritated	0.9±0.75	0.6±0.62	0.191
12. Withdrawal	0.8±0.72	1.1±0.83	0.163
13. Indecisiveness	0.9±0.85	0.8±0.73	0.637
14. Self-image	0.7±0.86	1.3±0.97	0.042*
15. Work inhibition	1.1±0.79	1.1±0.68	0.963
16. Insomnia	1.0±1.15	1.1±0.96	0.641
17. Tired	1.1±0.60	0.9±0.47	0.364
18. Appetite loss	0.6±0.88	0.8±0.88	0.538
19. Weight loss	0.2±0.41	0.3±0.57	0.638
20. Hypochondria	0.8±0.79	0.9±0.64	0.407
21. Libido loss	1.0±1.00	0.9±1.21	0.988
TOTAL	17.0±8.86	16.5±9.58	0.882

M : Mean. SD : Stand deviation.

* : Statistically significant value compared with control data by T test(* : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001).

(2) 불안척도의 각 항목별 평균과 표준편차 비교 분석

STAI 총점에서는 관찰군(92±14.5)은, 대조군(85±9.19)에 비해 높게 나타났으며, 상태불안과 특성 불안에서도 각각 관찰군(43.7±7.28, 47.9 ±8.77)이 대조군(40.7±5.36, 44.7±5.73)에 비해 높게 나타났으나 유의한 차이는 없었다.

각 항목별 평균과 표준편차에서도 대조군에 비해 유의한 차이는 없었으며, 관찰군에서 높게 나타난

항목은 상태불안에서는 걱정, 불안, 공허감, 특성불안에서는 피로, 실패에 대한 잊지못함, 부러움의 순이었다(Table V).

Table V. Comparison of Each STAI Item between Two Groups

Factor	Patient group(n=20)	Control(n=20)	p value
	M±SD	M±SD	
1. Calmness	2.1±0.83	2.3±0.57	0.327
2. Stability	2.3±0.73	2.2±0.88	0.770
3. Strain	2.2±0.89	2.0±0.77	0.463
4. Repentance	2.3±1.12	2.1±1.00	0.575
5. Comfort	2.4±1.04	2.2±0.81	0.673
6. Embarrassment	1.6±1.00	1.6±0.70	0.984
7. Worry	2.2±1.09	2.1±0.80	0.761
8. Rest	2.3±1.02	2.3±0.84	0.784
9. Anxiety	2.4±0.93	2.1±0.64	0.261
10. Convenience	2.2±0.88	2.2±0.71	0.949
11. Confidence	2.2±0.88	2.2±0.99	0.957
12. Irrascibility	2.3±1.07	2.1±1.13	0.701
13. Irritability	2.3±1.08	1.9±0.76	0.180
14. tenseness	2.1±1.02	2.1±0.87	0.886
15. Relaxation	2.0±1.03	2.1±0.80	0.853
16. Satisfaction	2.3±1.08	1.9±0.80	0.255
17. Worry	2.5±0.89	2.3±0.77	0.539
18. Psychomotor agitation	1.7±1.04	1.3±0.59	0.252
19. Emptiness	2.5±0.89	1.9±0.83	0.052
20. Refresh	2.4±1.04	2.0±0.77	0.243
21. Refresh	2.2±0.77	1.9±0.73	0.299
22. Easy fatigability	3.0±1.00	2.6±1.04	0.313
23. Crying spell	2.4±1.09	1.9±0.87	0.212
24. Envy	2.8±1.02	3.2±0.65	0.095
25. Psychomotor retardation	2.1±0.85	1.9±0.76	0.424
26. Pacification	2.1±0.91	1.9±0.68	0.420
27. Imperturbability	2.2±0.95	2.2±0.79	0.907
28. Apprehension	2.3±1.12	2.1±0.76	0.654
29. Worry	2.7±0.92	2.6±0.78	0.605
30. Happiness	2.4±0.81	1.9±0.80	0.131
31. Arduousness	2.4±1.04	2.1±0.68	0.403
32. Insufficiency	2.5±0.69	2.3±0.83	0.377
33. Strength	2.3±0.73	2.1±0.87	0.359
34. Avoidance	2.1±1.02	2.6±0.62	0.102
35. Melancholy	2.4±0.88	2.3±0.89	0.803
36. Contentment	1.9±0.88	1.8±0.71	0.949
37. Troublesome	2.6±1.00	2.5±0.71	0.859
38. Unforgettability	3.0±0.97	2.4±0.86	0.069
39. Reliability	2.6±0.83	2.1±0.73	0.057
40. Restlessness	2.4±1.14	2.3±0.83	0.706
State Anxiety	43.7±7.28	40.7±5.36	0.163
Trait Anxiety	47.9±8.77	44.7±5.73	0.191
TOTAL	92±14.5	85±9.19	0.138

M : Mean. SD : Stand deviation.

IV. 考 察

살면서 두통을 경험하지 않은 사람은 거의 없으며, 매년 세계 인구의 약 40% 정도에서 심하고 참을 수 없는 두통을 호소한다. 발생률은 도시, 농촌이 거의 비슷하며, 양성두통은 스트레스, 불안에 의해 유발될 수 있다¹⁸⁾.

頭痛은 일생에 누구나 한번 이상 경험할 수 있는 흔한 증상으로 기계적 자극, 화학적 자극, 염증, 순환장애 등이 두개 내의 통각감수조직을 자극함으로써 발생되는데, 특정한 질병단위는 아니지만 여러 가지 질병의 수반증상 또는 심한 긴장이나 피로의 표현일 수도 있고^{1,2)}, 때로는 두개 내 질환의 경고 일수도 있다³⁾.

現代醫學的으로 頭痛은 1962년에 發表된 미국 국립보건연구소의(NIH)의 15종류의 분류¹⁹⁾와 1988년 발표된 국제두통학회(IHS)의 세분된 분류법이 혼용되어 쓰이고 있다⁵⁾. 頭痛을 일반적으로 분류하여 보면 첫째, 편두통 등 혈관성 두통과, 근수축성 두통 등을 포함하는 기능적 두통과, 둘째, 뇌종양 등 두개 내압항진에 의한 두통과, 수막염 등 염증성 두통 등을 포함하는 기질적 두통으로 나누어 볼 수 있으나¹⁹⁾, 임상에서는 긴장성 두통과 편두통이 대부분을 차지하고 있다²⁰⁾.

현대사회는 생존경쟁의 치열함으로 인하여 많은 외적환경과 요인에 의한 정신적인 스트레스가 증가되고 있으며⁴⁾, 이러한 정신사회적 스트레스로 인한 두통을 스트레스 두통이라 하며, 일명 긴장성 두통으로 표현되고 있다⁵⁾. 긴장성 두통은 두통 중에서 가장 흔한 형태이며 그 원인이 감정적인 긴장이나 스트레스라 하여 붙여진 이름으로 한때 근수축성 두통으로 전세계적으로 알려져 있었으나 근육 수축 없는 두통환자들이 있어서 다시 긴장성 두통으로 불리게 되었다¹⁴⁾.

두통은 머리 전체에 빠근하게, 머리가 조이는 듯한(band-like) 통증으로 두피에 무엇이 닿거나, 주위가 시끄러우면 더 심해진다. 병력을 자세히 조사해보면 일상 생활 중 “긴장(tention)” 요소가 있으며 진찰 소견상 신체이상은 뚜렷이 발견되지 않는다. 두통의 기간은 수 시간 내지 수일이며, 규칙적인 경우는 드물다. 두통의 빈도는 가끔 발생하는 경우도

있으며, 또는 매일 발생하는 경우도 있다. 많은 경우 오후에 더 심해지는 경향이 있으며, 주말에는 완화되기도 한다. 발생기전은 계속적인 근수축과 관련된 것이 제일 흔하다. 즉, 자신도 모르게 이를 깨문다던가, 이마를 찌푸린다던가, 또는 고개를 이상한 자세로 유지하는 등의 문제를 갖고 있다²¹⁾.

韓醫學에서는 頭痛을 《素問·五藏生成論》⁶⁾에서 “是以頭痛巔疾 下虛上實……”으로 언급된 이래로 《素問·氣交變大論》⁶⁾의 頭腦戶痛, 《素問·風論》⁶⁾의 首風, 《靈樞·經脈篇》⁷⁾의 衝頭痛, 扁⁸⁾의 眞頭痛과 痰頭痛, 巢⁹⁾의 頭風 등으로 頭痛樣狀이多樣하게 言及되어왔다. 그 以後 王²²⁾은 勞役過度로 因한 陽氣不足 狀態에서 風을 맞으면 頭痛이 發生한다고 하였고, 朱²³⁾는 “頭痛多主於痰, 痛甚者 火多”라고 하여 痰과 火를 主要原因으로 보았고, 張²⁴⁾은 胸膈의 宿痰으로 因하여 發生하므로 吐之하라고 하였고, 張¹⁰⁾은 六經頭痛을 말하였고, 李¹¹⁾는 內傷과 外感頭痛으로 區分하였고 內傷頭痛에 氣滯, 血瘀, 腎虛, 痰火, 食積, 七情을 病因으로 說明하였고, 許¹²⁾는 部位 및 原因에 따라 十一種 頭痛으로 分類하고 있으며, 吳²⁵⁾는 痰, 熱, 風, 濕, 氣血虛이 頭痛의 原因이 되며, 部位에 따라 右頭痛은 氣虛와 痰熱, 左頭痛은 血虛와 風 때문이라고 하였다.

黃²⁶⁾은 頭는 “諸陽之會, 清陽之府”로서 五臟의 精華之血과 六腑의 清陽之氣가 모두 여기에 모이게 된다고 하였고, 揚²⁸⁾은 밖으로 風邪가 巔頂을 犯하거나 안으로 勞倦, 七情, 飲食 등으로 損傷을 받아 氣血이 逆亂하게 되면 清陽이 閉塞되고 脈絡이 阻滯되어 氣血運行이 圓滑치 못하게 되어 頭痛을 일으킨다고 하였다.

현대사회는 다양한 환경 변화와 갈수록 힘들어져가는 생존경쟁으로 인하여 직장이나 가정 내에서 스트레스 요인으로 인한 두통이 점차 증가하고 있는 추세로¹³⁾ 긴장성 두통은 다면적 인성 검사(MMPI) 상에서 경계 우울증과 신체화 척도가 높은 경우가 많으며, 육체적 혹은 정신적 스트레스가 유발인자로 인정되고 있으나¹⁴⁾, 그러나 《삭제》 두통에 있어 가장 흔한 유형 중에 하나인 긴장성 두통에 대한 연구는 극히 제한되어 왔으며 정확한 기전도 제시되지 못한 실정이다¹³⁾.

이에 著者는 2003년 3월 3일부터 2003년 9월 30일까지 대전대학교 부속 천안한방병원 신경정신과에

서 緊張性 頭痛으로 診斷된 患者 20例를 대상으로 일반적 사항에 대한 臨床觀察을 시행하고, 憂鬱, 不安 尺度를 분석한 결과 有意한 結果를 얻었기에 報告하는 바이다.

性別 分布는 女性(75%)이 男性(25%)에 비해 많았고(Fig. 1), 年齡別 分布는 40代(55%)가 가장 많았고, 30代(15%), 50代(15%), 20代(10%), 60代(5%)의 順이었는데(Fig. 2), 이는 頭痛은 女性에서 多發하며, 社會的 活動이 旺盛한 40代에서 제일 多發한다는 李 등²⁸⁾, 류 등²⁹⁾의 報告와 一致하였다.

來院 前 治療現項의 分布를 살펴보면 沈²⁰⁾의 報告와 마찬가지로 初診(50.0%)이 가장 많았는데(Fig. 3), 이는 최근 患者들의 한방치료 이용률의 증가를 意味하는 것으로 생각된다.

發病動機 分布를 살펴보면 별다른 이유를 찾지 못한 경우(45.0%)가 가장 많았고, 가족내 갈등(15.0%), 가까운 사람의 사망이나 질병(15.0%), 육체적 과로(10.0%), 건강염려(5.0%), 경제적 문제(5.0%), 대인관계 갈등(5.0%)의 順이었는데, 이러한 여러 종류의 스트레스가 頭痛을 유발할 수 있음을 알 수 있었다(Table I).

病歷期間 分포를 살펴보면 發病後 1週日以內(55.0%)가 가장 많았고, 1年以內(20.0%), 1週日~1個月以內(15.0%), 1個月~6個月以內(5.0%), 6個月~1年以內(5.0%)의 順이었다(Fig. 4).

頭痛部位別 分布를 살펴보면 全部位(50.0%)가 가장 많았고, 偏側部(40.0%), 後頭部(10.0%)의 順으로(Fig. 5), 後頭部에서 가장 多發한다는 沈²⁰⁾, 류 등²⁹⁾의 報告와는 다르게 조사되었는데, 이는 머리 전체가 묵직하게 무겁거나 짓눌리는 듯한 통증, 머리 전체를 끈으로 조여 맨 듯한 통증 등의 緊張性 頭痛의 痛症 樣相을 表現하는 것으로 생각된다.

頭痛 持續時間別 分布를 살펴보면 10分~1時間(40.0%)이 가장 많았고, 10分以內(25.0%), 1時間~數時間(20.0%), 하루종일(15.0%)의 順이었다(Fig. 6).

同伴症狀 分布를 살펴보면 項強, 眩暈 等の 頭部 症狀가 가장 많았으며, 단일 症狀으로는 項強(13.6%), 肩背痛(13.6%), 全身無力感(12.3%)이 많았는데(Table II), 이는 여러 종류의 스트레스로 인한 육체적 긴장과 육체적 과로 등이 유발인자가 된다는 연구¹⁴⁾와 연관이 있는 것으로 생각된다.

處方 分布를 살펴보면 健脾益氣·補氣血하는 處方(35.7%)이 가장 많았으며, 祛痰順氣養血하는 處方(32.1%), 清心溫膽, 養血安神하는 處方(25.0%), 疎肝解鬱하는 處方(7.1%)의 順이었다(Table III).

우울척도의 비교 분석에서 BDI 총점에서는 관찰군은 17.0±8.86, 대조군은 16.5±9.58로 조사되었는데(Table IV), 이는 우울증 환자군의 BDI 평균 점수는 22.29±9.68, 경한 우울증 환자군의 BDI 평균 점수는 14.43±8.44로 발표한 신 등³⁰⁾의 보고와 비교하여 볼 때 관찰군, 대조군 모두 경한 우울증 환자 이상의 우울감을 가지고 있는 것으로 조사되어, 緊張性 頭痛의 患者의 治療時 이에 대한 보다 적극적인 治療가 필요할 것이라 생각된다.

BDI의 각 항목별 비교에서는 자기상에 관한 항목을 제외하고는 대조군과의 유의한 변화를 찾아 볼 수 없었는데(Table IV), 이는 긴장성 두통의 환자의 경우 뇌경색이나 뇌출혈로 진단 받은 후 재활치료 중인 患者와 비슷한 정도의 우울감을 지니고 있는 것으로 생각된다.

불안척도의 비교 분석에서 STAI 총점에서는 관찰군은 92±14.5, 대조군은 85±9.19으로, 상태불안과 특성불안은 관찰군은 각각 43.7±7.28, 47.9±8.77, 대조군은 40.7±5.36, 44.7±5.73으로 조사되었는데(Table V), 이는 Smith 등³¹⁾의 청소년 클리닉에서의 불안에 대한 연구에서 상태불안과 특성불안이 41.1±10.9, 41.3±11.8이라는 보고, 박 등³²⁾의 알코올 의존 환자의 스트레스 지각, 대처방식, 사회적지지 및 통제 소재가 우울과 불안에 미치는 영향에 관한 연구에서 STAI 총점이 53.0±10.1이라는 보고, 중풍 건강검진을 받고자 내원한 환자의 상태불안과 특성불안이 50.76±3.86, 51.10±4.56이었다는 이 등³³⁾의 보고와 비교하여 볼 때 긴장성 두통의 환자의 경우 상당히 높은 불안감을 가지고 있음을 알 수 있고, 患者의 치료시 이에 대한 보다 적극적인 治療가 필요할 것이라 생각된다.

STAI의 각 항목별 비교에서도 대조군에 비해 유의한 차이는 없었는데(Table V), 이는 긴장성 두통의 환자의 경우 뇌경색이나 뇌출혈로 진단 받은 후 재활치료 중인 患者와 비슷한 정도의 불안감을 지니고 있는 것으로 생각된다.

以上을 總括하여 보면 性別로는 女性이 많았고, 年齡別로는 40代에서 가장 多發하였으며, 다른 의

료기관을 경유 하지 않고 내원한 초진의 경우가 가장 많았으며, 病歷期間은 1週日以內가 가장 많았다. 頭痛의 部位는 全部位가 많았고, 持續時間은 10分~1時間이 가장 많았으며, 單일 증상으로는 項強, 肩背痛, 全身無力感 등의 症狀을 가장 많이 隨伴하였으며, 健脾益氣·補氣血하는 處方이 가장 多用되었다. BDI, STAI 점수는 모두 대조군에 비해 유의성은 나타나지 않았으나 총점에서 모두 대조군에 비해 높게 나타나 緊張性 頭痛의 患者의 경우 腦血管疾患으로 재환치료 중인 患者 이상의 우울감, 불안감을 지니고 있는 것으로 조사되어, 이에 대한 보다 적극적인 치료가 필요할 것이라 생각된다.

V. 結 論

2003年 3月 3日부터 2003年 9月 30日까지 大田大學校 附屬 天安韓方病院 神經精神科에서 緊張性 頭痛으로 診斷된 患者 20例를 對象으로 臨床的 觀察을 한 바 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 性別로는 女性이 많았고, 年齡別로는 40代에서 多發하였으며, 初診의 경우가 가장 많았으며, 病歷期間은 1週日個月以內 많았다.
2. 頭痛部位는 全部位가 많았고, 持續時間은 10分~1時間이 가장 많았으며, 項強, 肩背痛, 全身無力感 등의 症狀을 가장 많이 隨伴하였으며, 健脾益氣·補氣血하는 處方이 가장 多用되었다.
3. BDI 점수는 뇌병변장애로 재환치료 중인 대조군에 비해 높게 나타났으나 유의한 차이는 없었다.
4. STAI 점수는 뇌병변장애로 재환치료 중인 대조군에 비해 높게 나타났으나 유의한 차이는 없었다.

參 考 文 獻

1. 黃義完 外. 東醫精神醫學. 서울:現代醫學書籍社. 1987:658

2. 이근후 외. 最新臨牀精神醫學. 서울:하나의학사. 1988:533.
3. 臨牀教育研究院 編. 應急處置. 서울:서울대학교출판부. 1987:38-39
4. 李流模 外. 스트레스에 관한 문헌적 고찰. 동의신경정신과 학회지. 1991;2(1):38-50.
5. 하영일. 두통클리닉, 서울:고려의학. 1995:64-70, 111.
6. 王玉文 外. 黃帝內經素問今釋. 서울:成輔社. 1983:59-63, 202-205, 337-348.
7. 楊維傑. 黃帝內經靈樞. 서울:成輔社. 1980:121.
8. 扁鵲. 八十一難經解釋. 서울:高文社. 1982:84.
9. 巢元方. 諸病源候論. 台北:集文書局. 1976:17.
10. 張仲景. 金匱要略方論. 台北:台聯國風出版社. 1977:233.
11. 李槿. 醫學入門. 서울:大星文化社. 1981:24-26.
12. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:南山堂. 1979:202-206.
13. 채운원 외. 긴장성 두통의 병리생리학적 기전에 관한 고찰. 특수교육재활과학연구. 2000; 39(2):349-362.
14. 오홍근. 통증의학. 서울:군자출판사. 1995:41-42.
15. 황선희, 왕성근, 신윤오. 청소년기 비만 여학생들의 체형만족도와 적응기능. 신경전신의학. 1998;37(5):952-961.
16. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L.,&Luschene, R. E. : Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Pal. Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1970.
17. 김정택. 특성불안과 사회성과의 관계 -Spielberger의 STAI를 중심으로. 고려대학교대학원. 1978.
18. 해리슨 내과학 편찬위원회 편. 내과학(I). 서울: 도서출판 정담. 1997:68-73.
19. 郭隆燾. 圖解 腦神經外科學. 서울:第一醫學史. 1992:13-15.
20. 沈相敏, 許聖, 具炳壽. 神經精神科를 來院한 頭痛 患者에 대한 臨床的 考察. 동의신경정신과 학회지. 2000;11(1):83-96.
21. 이광우, 정희원 편저. 임상신경학. 서울:고려의학. 1996:119.
22. 王壽. 外臺秘要. 臺北:國立中國醫藥研究所. 1964:416-417.

23. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울:大星文化社. 1982: 461-469.
24. 張子和. 儒門事親. 臺北:旋風出版社. 1978:18.
25. 吳謙. 醫宗金鑑. 北京:人民衛生出版社. 1963:1119-1121.
26. 黃義完 외. 東醫精神醫學. 서울:現代醫學書籍社. 1991:658.
27. 楊思澍 외. 中醫臨床大全(上冊). 北京:北京科學技術出版社. 1991:174-175.
28. 李政祐, 鄭大奎. 緊張型 頭痛에 關한 臨床的 考察. 동의신경정신과 학회지. 1997;8(1):127- 140.
29. 류영수 외. 機能性 頭痛에 對한 耳鍼療法의 臨床的 研究. 동의신경정신과 학회지. 1997; 8(2):85-95.
30. 신호철, 김철환, 박용우, 조비룡, 송상욱, 윤영호, 오상우. 우울증 선별 검사 도구로서 Beck Depression Inventory(BDI)의 타당성. 가정의학회지. 2000;21(11):1451-1465
31. Smith MS, Mitchell J, Mccauley EA, Calderon R : Screening for anxiety and Depression in an adolescent Clinic Pediatrics. 1990;85:262-266.
32. 박문희, 박민철. 알코올 의존 환자의 스트레스 지각, 대처방식, 사회적지지 및 통제 소재가 우울과 불안에 미치는 영향, 신경정신의학34(5). 1995:1451-1459.
33. 이정아, 박세진, 박상동. 中風에 對한 健康檢診을 받고자 來院한 患者의 情緒狀態에 對한 研究 . 동의신경정신과 학회지. 2001;12(2): 123-133.