

이차성 두통 (Secondary Headache)

강릉대학교 치과대학 구강내과 · 진단학교실

김영준, 박문수

1. 서 론

1) 이차성 두통(secondary headache)의 정의

두통은 인류와 역사를 같이 해온 가장 흔한 질병 중의 하나이다. 두통 환자는 자신의 통증 자체를 하나의 질환으로 생각하지만, 술자의 입장에서는 두통을 크게 두 가지로 구분한다. 두통을 유발할 수 있는 기초질환 없이 발현되는 것을 일차성 두통(primary headache, 본태성 두통, 특발성 두통, 기능성 두통)이라 하며, 원인질환이 깔려 있으면서 부수적으로 발생하는(어떤 질환의 한 증상으로 나타나는) 경우를 이차성 두통(secondary headache, 증후성 두통, 기질성 두통)이라 한다(Table 1). 국제 두통학회의 두통분류법에서는 대분류 1~4항, 12항을 제외한 나머지 7항들이 이차성 두통(secondary headache)의 범주에 속한다고 할 수

Table 1. Classification of headache

Primary headache	Secondary headache
Migraine	Secondary vascular headache
Classic migraine	Traction headache
Common migraine	Headache of cranial inflammation
Cluster headache	Headache associated with disorders of facial or cranial structures
Tension-type headache	
Cranial neuralgia	
Psychogenic headache	

있다(Table 2). 술자 입장에서 좀더 알기 쉽게 이차성 두통(secondary headache) 을 이해할 수 있도록 구분하고 예를 제시한 내용을 Table 3.에 정리하였다.

Table 2. Groups of 2nd headaches according to the International Headache Society

Headache associated with head trauma
Headache associated with vascular disorders
Headache associated with nonvascular intracranial disorders
Headache associated with substances or their withdrawal
Headache associated with noncephalic infection
Headache associated with metabolic disorder
Headache or facial pain associated with disorder of cranium, neck, eyes, nose, sinuses, teeth, mouth, or other facial or cranial structures

2) 이차성 두통(secondary headache)의 진단

두통은 그 원인이 양성이건 악성이건 간에 상관 없이 그 정도가 비슷하다. 따라서, 두통 환자들은 자신이 겪고 있는 두통이 심각한 질환 때문이라 믿는 경우가 많고 통증 완화와 더불어 자신의 정확한 상태에 대하여 알고자 하는 욕구가 크다. 따라서, 술자는 두통의 발현시기, 기간, 주기성 및 두통의 유발과 완화 인자, 두통의 성질, 부위와 강도, 가족력, 그리고 동반 증상의 유무 등에 대해 환자

Table 3. Types of secondary headache

Associated with	Examples
Head trauma	Acute or chronic posttraumatic headache
Vascular disorders	Ischemic cerebrovascular disease Intracranial hematoma & Subarachnoid hemorrhage
Nonvascular intracranial disorder	High & low cerebrospinal fluid pressure Intracranial infections Intracranial neoplasm
Substances	Caffeine withdrawal Monosodium glutamate (MSG) use
Noncephalic infections	Viral, bacterial, and other infections
Metabolic disorders	Hypoglycemia and hyperglycemia Hypoxia
Head structures	Sinusitis Temporomandibular disorder Dental caries
Pharmacologic agent	NSAIDs, Antihypertensive, H ₂ blocker

가 자세하게 설명하게 할 수 있게 하여야 한다. 이러한 사항들은 두통의 경중 정도를 파악하는 데 큰 역할을 하여, 외과적 처치가 필요한 상태인지, 혹은 약물요법이나 물리치료 또는 행동요법으로 치료가 가능한 상황인지를 결정하는데 큰 도움을 준다.

이차성 두통을 의심해 볼 수 있는 증상(symptom)과 징후(sign)는 다음과 같다.

1. 50세 이상의 중년이나 노년환자 중에서, 두통을 처음 경험한 경우
2. 점차 악화되는 두통, 혹은 환자가 경험한 두통 중 가장 심한 두통
3. 졸리거나 혼미한 상태가 동반되는 두통
4. 종양 환자나 면역결핍환자에서의 두통
5. 특징적인 편두통의 증상 (예, 편두통성 시각 증상을 제외한 신경 증상 (예, 평형 장애나 편측 마비, 시각 또는 시야 장애)을 동반한 두통
6. 갑자기 발병하는 두통
7. 최근에 수면을 방해할 정도의 두통이 발생한 경우

8. 호흡, 자세 변화, 기침, 재채기, 긴장, 기타 신체 활동 등에 의해 두통이 심해진 경우
 9. 고열, 혈압의 급격한 상승, 원인불명의 구토
 10. 기존에 존재하던 두통의 패턴(pattern)이 갑작스럽게 변화했을 때
 11. 두부 외상(head trauma), 악성 종양(malignancy), 혈액응고장애 (coagulopathy) 등의 병력
- 그외에, 이차성 두통을 진단하는 데에는 기타 부가적인 진단 검사들이 필요한데, 이를 Table 4.에 정리하였다.

Table 4. Useful diagnostic tests and procedures

Test or procedure	Conditions to access for or rule out
Chemistry panel	Hyperglycemia or Hypoglycemia
CBC	Systemic infections and anemias
Drug screening	Drug intoxication
CT scanning / MR imaging	Hemorrhage or Space-occupying lesions
Lumbar puncture	Meningitis Elevated or reduced cerebrospinal pressures
Electroencephalography	Neuronal disturbances resulting from drug or metabolic illness or primary neurologic disease
Serum rapid plasma regain titer	Neurosyphilis
Sinus films	Sinusitis
Urinalysis	Glycosuria
Dental / jaw evaluation	TMJ dysfunction or Malocclusion or Abscess
Thyroid panel	Hyperthyroidism or Hypothyroidism

2. 두부 외상성 두통 (Headache associated with head trauma, Posttraumatic headache)

두부 외상성 두통(Posttraumatic headache)은 경부의 외상에 의하여 수상직후나 상당기간이 지난 다음에 지연성으로 발생하는 두통을 말하며, 두부, 목, 어깨의 동통은 대개 24-48시간내에 시

작된다.

수상후 14일 이전에 발생하는 두통을 급성 외상성 두통으로, 이후의 두통을 만성 외상성 두통으로 구분하고 있다. 외상성 두통의 발병 원인을 살펴보면, 경미한 뇌진탕에 의해서 뇌의 전기적 활동이 영향을 받고, 이로 인하여 중추신경과 혈관운동에 이상을 초래하게 된다. 이러한 이상은, 뇌혈류량의 변화를 일으키게 되고, 뇌허혈이나 뇌위축 및 탈수초(demyelination)현상을 유발하여 두통이 발생하는 것으로 추정하고 있다. 무엇보다도, 외상성 두통에서 중요한 관련을 갖는 것은 외상에 대한 보상성 욕구와의 관계이다. 사고에 대한 보상문제와 직결되어 있는 환자에서 두통의 발현이 심하고, 그 이환기간도 길어지며, 만성 외상성 두통의 형태로 나타나는 경우가 많다.

급성 외상성 두통의 양상은 전반적으로 조이거나 묵직한 양상을 보이며, 박동성을 나타내기도 한다. 갑작스런 체위 변화, 피로 및 심한 분노를 보이는 경우에 잘 발생된다. 만성 외상성 두통은 급성에서와 같이 갑작스러운 체위 변화 등으로 두통이 발생하며, 침대에 누워 머리를 낮게 하거나, 활동을 심하게 하는 경우 더욱 악화된다. 따라서 아침 기상시에 두통이 심해진다. 두부외상에서 눈여겨 볼 것은 경부에 발생하는 편타성 손상(Whiplash injury)에 의한 두통의 발생이다. 편타성 손상은, 경추를 둘러싸고 있는 인대나 근육에 손상을 초래하여 경부통과 경부 강직의 소견을 보이며, 목을 회전하는 경우 통증을 느끼게 된다. 이 경우의 두통은 편두통과 유사한 소견을 보인다.

외상성 두통은 긴장형 두통이나 편두통과 비슷하게 보고 치료하며, 일반적으로 항우울제, NSAIDS 등의 약물치료와 바이오피드백(biofeedback), 이완요법 등의 물리치료와 행동요법이 필요하며, 만약 간질이 일어나면, 항경련제가 필요하다.

3. 혈관장애성 두통 (Headache associated with vascular disorders)

1) 허혈성 뇌혈관 장애 (Ischemic cerebrovascular disease)

허혈성 뇌혈관계 질환에서 발현되는 두통의 빈도는 대략 20~40% 등으로 알려져 있다. 뇌실질은 동통 감수조직이 없는 조직이기 때문에, 뇌경색(Cerebral infarction)이 두통을 야기하는 정확한 기전은 알려져 있지 않으나, 측부 순환 혈관의 확장에 따른 동통 감수 조직의 자극, 혈전 및 색전에 의한 혈관 확장에 의하여 발생하는 것으로 추정하고 있다.

2) 두개강내 혈종(Intracranial hematoma)

두개내 출혈에 의한 혈종 중에서 지막막하 출혈의 경우, 모든 환자에 있어서 특징적인 두통 양상을 보이므로 임상적으로 중요하다고 할 수 있다. 지막막하 출혈은, 지막막(Subarachnoid)과 뇌를 직접 싸고 있는 유막(Pia mater) 사이에 혈액이 고이는 질환으로, 환자는 일상적으로 발생하는 두통의 성격과는 판이한 극심한 두통에 시달리게 된다. 흔히 뇌성 두통(Thunderclap headache)이라 부르는 이 두통은, 뇌동맥류 등의 파열에 의하여 지막막으로 혈액이 유입되고, 이 혈액이 뇌척수액과 혼합되어 동통감수조직을 자극함으로써 발생하게 된다. 뇌동맥류 파열에 의한 두통의 또 다른 특징은 경고성 두통(warning headache)이다.

동맥류 파열 전 뇌동맥류가 커지거나 지막막강으로 미량의 혈액 유출이 발생됨으로써 생기게 되는데, 일차성 두통으로 오진하여 적절한 치료 시기를 놓치게 되는 경우도 적지않다. 경고성 두통의 경우, 약 2/3에서 오심, 구토, 경부 강직, 경부통, 시야장애 등을 동반하므로, 이를 면밀히 관찰해야 할 것이다.

4. 비혈관성 두개내 질환 (Headache associated with non-vascular intracranial disorder)

1) 뇌척수액압 항진성 두통 (Headache associated with high cerebrospinal fluid pressure)

두개 뇌압의 상승은 크게 원인불명인 경우와 전신성 낭창, 신질환, 부갑상선 기능장애, 정맥동 폐쇄, 경부 혈관 파열, 비타민 A 중독, 스테로이드의 금단 등의 증후성의 경우로 나뉜다. 그밖에 뇌종양, 두부 외상, 만성 중이염, 응고장애 등에 따라 이차성으로 오거나, 뇌수막종, 뇌수종, 뇌졸중, 뇌막염, 뇌염 등이 광범한 뇌압 상승의 원인이 된다.

(1) 양성 두개강내 고혈압(Benign intracranial hypertension)

양성 두개강내 고혈압(Benign intracranial hypertension)은 환자의 75%~100%에서 두통을 호소하므로, 두통과 관련된 질환으로서는 빼놓을 수 없는 질환이다. 가임기의 비대한 여성에게 흔히 나타나며, 뇌압 상승으로 인한 시력 저하나 시각 이상과 함께 두통이 동반되며 유두부종(papilledema)을 나타낸다. 두통은 중등도의 강도로 거의 매일 발생하는 편이며, 박동성 또는 압박성의 양상을 보일 수 있다. 체위에 따라 두통이 악화되는 경우도 있으며, 안구를 움직이면, 안구통이 발생하는 경우도 있다. 양성 두개내 고혈압으로 진단하기 전에 임신 고혈압, 당뇨, 갑상선질환, 철 결핍 빈혈, 경구 피임약 등과 관련된 대사성 중독성 질환들을 구분해야 하며 진단적 척수 천자가 필요하다.

(2) 뇌척수액 고압 수두증 (High-pressure hydrocephalus)

수두증(Hydrocephalus)은 두개강내에서 뇌척수액의 정상적인 흐름이 막혀서 고여있는 상태를 의미한다. 소아에서의 유병률은 10만명당 50~100명으로 비교적 높은 편이며, 주로 선천적 기형이나, 신생아 감염, 태아 감염, 분만 외상 등에 의해서 발생한다. 소아 수두증과는 달리, 성인에서는 주로 지주막하 출혈 후에 지막막강이 유착 폐쇄되어 발생하는 경우가 많다. 소아의 경우 두개 봉합선이 융합되지 않은 상태로 머리가 커지고, 천문이 돌출 및 팽대해지며, 구토와 두통이 발생한다. 성인의 경우는 뇌압 증가에 의하여 두통, 오심, 구토, 복시

(diplopia), 보행 장애, 유두 부종이 나타난다. 성인의 경우, 두통은 반복발작성을 보이며, 편두통과 유사한 양상을 보인다. 신체 활동과 밀접한 연관을 보여서 기침, 재채기, 배변 등이 두통을 악화시키기도 한다.

2) 뇌척수액압 저하성 두통(Headache associated with low cerebrospinal fluid pressure)

뇌압이 90mm H₂O 이하로 떨어지게 되는 두개내압 저하는, 주로 전두부나 후두부에 국한되어서 또는 미만성으로 두통을 일으키게 된다. 동통은 심한 편이며, 무겁거나 맥동성을 보이며, 머리를 흔들거나 경정맥 압박 등으로 심해지고 일반 진통제에 반응하지 않는다. 어지러움, 이명, 구토, 오심 등이 동반되고 신체 검사와 뇌척수액 자체는 대개 정상이다. 두개내압 저하는 대개 자발성이거나 요추 천자, 외상, 뇌척추 수술, 뇌경막 파열, 종양, 심한 탈수, 당뇨병 혼수, 요독증, 감염 등에 의해서 유발된다.

3) 두개내 감염 (Intracranial infection)

(1) 세균성 뇌막염(Bacterial meningitis)

두통은 세균성 뇌막염의 경우에 있어서 가장 흔한 증상이다. 수막구균(Meningococcus), 폐렴구균(Pneumococcus), 인플루엔자 호혈균(Hemophilus influenzae) 등의 세균에 감염된 후, 염증이 지막막강(subarachnoid space)으로 퍼지게 되고, 뇌척수액강은 화농성 삼출액으로 가득 차고, 뇌혈관들은 울혈 및 확장하게 된다. 이러한 염증상태는 뇌막과 뇌막 주위의 혈관들에 분포하는 신경 말단들을 직접적으로 자극하게 되어서 통각과민(hyperalgesia) 혹은 이질통(allodynia)을 나타내게 된다. 때로는 염증성 삼출액의 축적에 의한 두개강 내압의 상승으로 인하여 두통이 올 수도 있다. 급성의 경우, 급작스런 두통(bursting headache)을 보이며 수분 안에 극심한 동통의 증가를 보이기도 한다. 동통의 부위는 미만성으로 또는 전두부에 국한되어 나타나며, 때로는 척수를 따라서 경부나 사지쪽으로 방사

되기도 한다.

(2) 무균성 뇌막염(Aseptic meningitis)

바이러스 감염에 의한 무균성 뇌막염은, 항생제 투여에도 불구하고 임상적 호전이 없는 경우에 의심해 볼 수 있다. 수시간내의 극심한 두통의 발현을 보이며, 그밖에 고열, 쇠약, 식욕부진, 광선 공포증(photophobia), 고성 공포증(phonophobia) 등의 증상을 보이게 된다.

4) 두개내 종양 (Intracranial neoplasm)

두통으로 고생하는 환자들은 언제나 머리 속에 뇌종양과 같은 심각한 질환이 있을 것이라는 막연한 불안으로 가득 차 있는 경우가 많으므로, 이를 안심시키거나 불식시켜 줄 필요가 있다. 뇌종양 환자에서의 두통 발생률은 연구자마다 상이하여 36~80%로 다양하게 나타나며, 대략 60%정도로 알려져 있다. 이는 종양의 성장 속도, 동통감수조직에 대한 자극 정도, 뇌압 상승과 수두증의 동반 여부 등에 따라 두통의 발생시기와 정도 등에 많은 차이를 보이고 있기 때문이다. 뇌종양이 서서히 성장하는 경우에는, 두통의 발생보다는 간질이나 다른 신경학적 결손 소견이 먼저 발생하고, 신속하게 성장하는 경우에는 두통이 최초 증상으로 나타난다. 뇌종양시 나타나는 3대 증상으로는 두통, 오심 및 구토, 유두부종 등을 들 수 있다. 이 때 발생된 두통은 대부분 긴장성 두통의 양상을 띠며, 주로 자고 일어난 아침에 심하며, 구토의 양상도 다른 질환에서의 구토와 상이하게 분출성 구토를 보인다. 대부분 그 정도가 심하지 않아 간단한 진통제의 복용으로 회복되는 경우가 많으며, 간헐적으로 발생하여 수시간 발생 후 소멸한다. 다른 특징으로는 기침이나 재채기, 배변 등으로 두통이 심해진다는 것이다. 뇌종양에 의한 임상적 소견은 종양이 어느 부위에 있느냐에 따라서 매우 다양하게 나타나므로, 진단시 기타 신경학적 소견을 면밀히 관찰할 필요가 있다.

뇌종양으로 인한 두통은 종양 자체에 의해서 국

소적 견인(local traction)이 발생되어 동통감수조직을 자극하므로 발생된다고 할 수 있다. 흔히, 뇌종양 등으로 인한 두통을 견인성 두통(traction headache)이라고 부르는 이유도 여기에 있다. 원위성 견인(distant traction)도 발생할 수 있는데, 종양이 점점 커짐에 따라 정상 뇌조직을 밀면서 이동시키게 되고(brain shift), 종양 점유효과(mass effect)가 발생하여 뇌의 구조에 변화를 초래하게 된다(distortion).

5. 원인물질이나 이익 투여 중지(Headache associated with substances or their withdrawal)

두통을 유발하는 물질이 약물이나 화학물질 및 독물 등인 경우를, 원인물질에 의한 두통(substance-induced headache)이라 하며, 약물성 두통(drug headache), 독물성 두통(toxic headache), 화학성 두통(chemical headache) 등으로 세분하여 부르기도 한다.

약물성 두통은 여러 질환의 치료에 쓰이는 다양한 약물들을 복용했을 때 나타나는 두통으로, 아테놀롤(Atenolol), 시메티딘(Cimetidine), 에르고타민(Ergotamine)등에서 두통이 발생한다는 보고들이 있다. 이밖에도, 인도메타신(Indomethacin), 피록시캄(Piroxicam), 디클로페낙(Diclofenac) 등 치과영역에서도 자주 사용되는 진통소염제들과 니페디핀(Nifedipine), 메토프로롤(Metoprolol), 프로프라노롤(Propranolol) 등의 고혈압 치료제 및 나이트레이트(Nitrate) 등의 협심증 치료제 등이 두통을 잘 일으키는 것으로 알려져있다. 약물성 두통의 정확한 발생 기전은 잘 알려져 있지 않으나, 크게 두 가지로 살펴보면, 첫째는 약물에 의하여 발생하는 혈관확장(vasodilation)을 들 수 있고, 두번째로는, 약물의 복용이 체내에 염분이나 수분을 저류시켜서, 뇌부종, 뇌압상승을 야기한 경우 등을 생각해 볼 수 있다.

화학성 두통은 초콜렛이나 치즈, 냉동육류, 조미

료 등에 함유되어 있는 화학물질에 의하여 발생하는 두통이다. 원인물질의 섭취나 노출이 단기간이거나 장기간 혹은 급성이나 만성적인지를 구분하는 것이 중요하며, 또한 각각에 따라 섭취나 노출을 끊은 경우 금단현상이 일어나는 경우도 구분해야 한다. 급성 섭취에 의한 경우는, 질산이나 아질산염 (Nitrate/Nitrite), 글루타민 산염 (Monosodium glutamate), 일산화산소, 알코올, 아스파탐 (Aspartame), 타이라민 (Tyramine), 코카인 (Cocaine), 마리화나 등이 문제가 되며, 만성 섭취의 경우는 에르고타민, 기타 진통제의 남용, 알코올, 카페인 등이 원인이 된다. 이들 성분은, 투여 중단 후에도 여러 가지 금단현상을 야기한다. 에르고타민이나 기타 진통제의 경우, 두통을 치료하기 위해서 투약하지만, 이의 남용은 다른 종류의 두통을 야기할 수도 있다는 사실을 명심해야 한다. 이 경우, 두통의 발현이 거의 매일 같이 있으며, 수면장애가 자주 발생한다. 두통이 생길 때마다 진통제를 복용하지만 약에 대한 내성이 점차 생겨나서 증량하지 않으면 효과가 없고 우울증과 같은 행동장애도 나타나게 된다.

6. 두부 이외의 감염증을 동반한 두통 (Headache associated with non-cephalic infection)

두개강내의 직접적인 미생물의 침입 없이, 전신적인 감염에 의해서도 두통이 발생된다. 미생물에 의해 생성된 독소 등이 외인성 발열인자로 작용하여, 발열 뿐만 아니라 두통을 발생시키며, 항원항체 결합물질이나 보체 및 일부 활성화된 림프구 등의 내인성 발열인자로 인해서도 두통이 발생된다. 이 밖에, 발열인자에 의하여 아라키돈 산(arachidonic acid)이 증가하여 프로스타글란딘(prostaglandin)이 생성되거나, 뇌간(brain stem)의 신경핵(nucleus)들이 자극받아서 두통이 발생되기도 한다. 고열 자체에 의해서도 두통이 올 수 있는데, 이는 이산화탄소의 분압이 증가하여 뇌혈류량의 증가를 가져오

기 때문이다.

7. 대사장애와 동반된 두통 (Headache associated with metabolic disorder)

1) 저산소증(hypoxia)

저산소증은 뇌혈관의 확장을 야기하며, 삼차신경의 감각 분지를 자극하게 되어 그에 따르는 두통을 유발할 수 있다. 구체적인 원인으로는 대기 산소의 부족에서 오는 고산병이나 비행사의 훈련이 이루어지는 감압실 환경에 오래 노출되어 있는 경우 등을 꼽을 수 있으며, 그밖에 대기의 산소분압이 정상이라도 폐질환이 있어서 산소의 섭취가 어려운 경우, 빈혈, 심부전증, 일산화탄소 중독 등을 생각해 볼 수 있다.

2) 저혈당증에 의한 두통

혈중의 혈당치가 떨어져서 발생하는 이 두통은 국제두통학회의 진단 기준상 혈당치가 2.2mmol/l 이하인 경우로 잡고 있다. 보통 공복성 두통 (Hunger headache)이라 부르는데 식사를 건너뛰거나 제시간에 하지 못하는 경우에 혈당이 떨어져서 발생하는 두통이다. 공복 이외에 혈당치를 떨어뜨릴 수 있는 질환에서도 이 두통을 관찰할 수 있는데, 당뇨병 환자 중 인슐린을 과다 투여 받거나, 췌장암 환자, 뇌하수체 기능 저하증, 갑상선 및 부신피질 기능저하증 등에서 저혈당에 의한 두통을 볼 수가 있다.

3) 내분비장애성 두통

두통을 유발할 수 있는 내분비장애 중 가장 특징적인 질환은 뇌하수체졸중(Pituitary apoplexy), 크롬친화세포종(Pheochromocytoma), 그리고 부갑상선 기능항진증이다.

뇌하수체졸중은 흔한 질환은 아니지만 뇌하수체의 출혈과 괴사소견이 급속히 진행되면서, 격심한 두통이 안구주위에 발생한다. 또한 시야 장애를 동

반하며 의식 혼미를 거쳐서 혼수상태에 빠지기도 한다.

크롬친화세포종은 80%이상에서 두통이 발생하고 이중 10%는 두통이 유일한 증상인 경우도 있다. 두통의 발현은 박동성으로 급작스럽고 심하게 발병되면서 절정에 도달한 이후, 대개 15분 이내에 점차 소실되는 경향을 보인다. 이는 카테콜아민의 분비와 때를 같이 하기 때문으로 해석된다. 크롬친화세포종은 두통 이외에 발한, 빈맥, 오심 및 구토, 수전증 등을 동반하기도 한다.

부갑상선 기능항진증에서도 두통의 발현이 관찰되는데, 이는 주로 고칼슘혈증으로 인하여 발생되는 것으로 추정하고 있다. 부갑상선을 절제하면 두통은 호전된다.

8. 두부 및 안면 구조물의 질환과 연관된 두통 (Headache associated with disorders of facial or cranial structures)

1) 안과영역과 관련된 두통

(1) 급성 녹내장

급성 폐쇄성 녹내장은, 각막 부종에 의하여 발생하는 시야 결손과 함께, 극심한 안구통이 발생한다. 또한 귀나 치아 및 전두부로 방사하는 두통이 생기며, 오심 및 구토가 심하고 눈이 부시는 증상이 있게 된다. 군집성 두통과 비슷한 증상을 보이나, 군집성 두통에서는 시야장애가 없고, 동공이 수축되어 있으며, 안검하수가 있다는 점에서 감별이 가능하다.

(2) 굴절이상이나 외안근의 불균형에 의한 두통

정시안이 아니고 굴절 이상이 있는 심한 원시 및 난시, 노인 또는 안경도수가 맞지 않는 안경을 착용한 경우 두통이 올 수 있다. 국제두통학회에서는 굴절이상에 의한 두통으로 진단받기 위해서는 정시안이 아닌 상태에서 경미한 두통이 전두부나 안구에 발생해야 하며, 이런 통증이 기상시에는 없다가

응시하는 활동을 하게 되면 심해지는 것으로 진단 기준을 잡고 있다. 한편, 외안근의 불균형에 의하여 발생하는 사시에 의하여 두통을 유발하는 경우가 드물게 보고되고 있다. 전두부나 안구에 경미한 통증이 있고 눈을 많이 사용한 후에 심해지거나 복시가 있는 경우를 진단기준으로 삼고 있다.

2) 이비인후과 영역과 관련된 두통

(1) 비성 두통

비성 두통을 유발할 수 있는 질환으로는 비중격의 선천성 기형, 혈종, 알러지성 혹은 혈관운동성 비염, 폴립, 외상 및 비종양 등을 들 수 있다. 비중격은 동통에 둔감하므로, 주로 비갑개 등의 동통에 예민한 측방 구조물에 가해지는 압박에 의하여 두통이 발생하는 것으로 생각하고 있다.

(2) 부비동 질환에 의한 두통

두통과 관련된 부비동 질환으로는 급성 및 만성 염증, 악성종양 등이 대표적이다. 부비동염에 의한 두통의 진단기준으로는, 자발적이거나 흡입에 의하여 농비루가 있어야 하며, 방사선 사진상 병변이 관찰되어야 되고, 부비동염과 두통이 동일 시기에 발생되어야 하며, 부비동염이 치료된 뒤엔 두통이 소실되어야 한다. 부비동염과 관련된 두통은 주로 두중감이나 충만감, 심부통이나 박동성으로 나타나고, 오심이나 구토를 동반하는 경우는 드물다. 통증은 머리를 굽히거나 흔드는 경우, 기침이나 재채기를 하는 경우에 악화된다. 또한 특징적인 것은 두통의 발생부위가 부비동에 따라 제한된다는 점이다.

부비동에 발생하는 악성종양의 임상적 특징은 지속적인 통증을 보이고, 점차 악화되는 두통을 갖고 있다는 점이다. 두통이 나타나는 부위는 부비동염과 동일하다.

(3) 인두질환에 의한 두통

급성 인두염은 주로 바이러스 감염에 의하여 발생되어, 두통과 기침, 연하통, 발열, 전신권태 등을

나타낸다. 한편, 상인두에 발생하는 종양은 두통만을 호소하는 경우가 많아 주의를 요한다. 이 두통은 주로 후두부 및 두정부에 많이 발생하고, 동반 증상으로는 비폐, 이폐감, 난청, 복시 등이 일어날 수 있다.

(4) 이성 두통

중이염의 경우, 두통은 주로 측두부에 발생하고 두중감을 나타내게 된다. 그밖에 난청, 이폐감을 보이며, 고름이 외이도로 흘러나오기도 한다.

내이의 질환으로 두통을 유발하는 경우로는 내이염과 메니엘병(Meniere's disease)을 들 수 있다.

3) 정형외과 영역과 관련된 두통

경부질환에 의하여 발생하는 두통은 일반적으로 경성 두통(Cervicogenic headache)이라고 부른다. 진단기준을 살펴보면, 동통이 목이나 후두부에 있으면서 전두부, 안구 주위부, 측두부, 정수리 및 귀로 퍼져 나가고, 동통은 특정한 목운동을 할 때 악화되어야 한다. 또한, 수동적 목운동에 제한을 보이는 경우, 목근육의 압통 유무 등을 살펴보아야 하며, 방사선학적 검사 결과 이상 소견(운동이상, 경추의 비정상적인 형태, 골절, 선천성 기형, 종양 등)이 관찰되어야 한다.

경부조직에는 동통에 민감한 조직이 많으며, 경부에서 발생하는 통증은 많은 방사통을 동반하는 경우가 많다. 이는 경추 신경의 해부학적 분포에 의한 것으로, 경추 신경의 자극으로 전두부나 안면부의 동통으로 흔하게 방사될 수 있다. 해부학적 원인 이외에도, 경성두통이 발생하는 기전을 복합적으로 다루어서, 긴장성 두통, 신경혈관성 두통, 후두 신경통 등이 혼합되어 나타나는 것으로 파악하는 경우도 있다.

4) 치과 영역과 관련된 두통

치통이나 이로 인한 안면통 및 두통과 감별해야 할 가장 중요한 질환은 삼차신경통이다. 이런 질환과의 확실한 감별 없이 근관치료나 발치 등을 시행

하는 것은 바람직하지 않으며, 감별이 어려운 경우에는 삼차신경통 치료에 확실한 효과를 보이는 테그레톨 등을 투여하여, 그 경과를 관찰한 후에 치과적 치료를 시행하는 것이 옳다고 하겠다. 또한, 안면통의 형태로 나타나는 편두통이나 만성 발작성 반두증(Chronic paroxysmal hemicrania) 및 군집성 두통과의 감별도 매우 중요하다.

(1) 치성 두통

치아질환은 국소통을 일으키는 경우가 대부분이고, 두통을 유발하는 경우가 흔하지 않다. 감염이나 외상성 자극에 의하여 발생하는 치수염에서 국소통 이외에 두통을 포함한 안면통을 방사하는 경우가 보고되고 있다.

(2) 측두하악장애

측두하악장애가 실제로 두통을 일으키느냐에 대한 논란은 아직도 계속되고 있다. 지금까지의 대다수의 의견은, 측두하악장애를 두통을 악화시키는 요인으로서만 파악하고 있으며, 원인으로 작용하는 경우는 저작계와 연관된 명확한 증상이나 징후가 있을 때만으로 한정하는 견해가 일반적이다.

9. 결 론

두통은 하나의 증상으로 나타나지만, 그 발병 원인이 매우 다양하여, 수많은 선학들의 노력에도 불구하고, 최근에서야 비로소 두통의 체계적인 진단과 치료가 이루어지고 있다. 아직까지는 두통에 대한 완벽한 치료법은 없지만, 새로운 치료 약물의 개발 및 수술법의 도입 등 현대 의학의 발달과 더불어 그 치료영역과 가능성이 점차 높아지고 있다. 명확한 진단 없이는 오진의 가능성도 많고 그 치료 또한 매우 어렵기 때문에, 술자의 특별한 주의가 요망되며, 특히, 수많은 질환이 두경부에서 서로 유사한 두통 형태로 나타내기 때문에 치과의사는 감별진단시에 저작계와 무관한 질환도 반드시 고려해야 한다.

참 고 문 헌

1. Olsen, J., Tfelt-Hansen, P., and Welch, K.M.A. : The Headache, 2nd ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000, pp 9-14, 763-927
2. 기우천, 최재갑, 윤창륙, 고명연 역: 구강안면통증, 지성출판사, 서울, 1996, pp 55-63
3. 하영일 : 두통 클리닉, 고려의학, 서울, 1995, pp 64-70, 137-161, 169-175, 207-239
4. Saper, J.R., Silberstein, S., Gordon, C.D., and Hamel, R.L. : Handbook of headache management, Williams & Wilkins, Baltimore, 1993, pp 23-34
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society : Classification and diagnosis criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain, Cephalalgia 1988; 8 (suppl 7): 1-96
6. 정경천 : 두통의 치료, 정신신체의학 1999; 7(2): 263-273
7. Dym, H. : Diagnosis and management of facial pain, Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2000; 12(2): 244-246
8. 정성창, 김영구 외 : 구강안면동통과 측두하악장애, 신흥인터내셔널, 서울, 1996, pp 9-10, 196-214
9. 서울대학교 치과대학 편 : 악안면 신경과학, 군자출판사, 서울, 1995, pp 117-123
10. 정성창, 김영구, 한경수 역 : 악관절장애와 두개안면동통, 지성출판사, 서울, 1995, pp 16-19
11. Okeson, J.P. : Bell's orofacial pains, 5th ed, Quintessence, Chicago, 1995, pp 124-125