동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 16. No. 2, 2005

긴장성 두통 환자 치험 1例

공현우, 김주원, 신현권, 박세진
동서한방병원 한방신경정신과

A clinical report of Tension Headache

Hyun-woo Kong, Ju-won Kim, Hyun-kwon Shin, Se-jin Park
Department of Neuropsychiatry, Dong-Seo Oriental Medical Hospital

Abstract

Tension headache is one of the most common form of headache. It may occur at any age, but is most common in adults and adolescents. One cause of this muscle contraction is a response to stress that induces changes and imbalance on autonomic nerve system. And it is not easy to classify the type of tension headache simply in oriental medicine.

In this case, we described a 25-year old woman who diagnosed as tension headache. She complained headache with nausea and vomiting, and her condition was improved through oriental medical treatment.

Key Word : Tension headache, Autonomic nerve system, Case study

◆ 투고:10/22, 수정:11/9, 채택:11/10
교신저자: 공현우 서울특별시 서대문구 연희3동 194-37 동서한방병원
Tel. 02-320-7808, Fax. 02-320-3207, E-mail. 51068@hanmail.net

Ⅰ 緖 論

頭痛은 두부에서 일어나는 모든 동통을 뜻하며 사람에서 가장 흔히 나타나는 불쾌감의 하나로[1], 두통 자체가 하나의 질병단위가 아니라 여러 가지 질병의 수반증상이라 할 수 있다[2]. 서양의학에서는 頭痛을 기질적 원인이 없는 機能性 頭痛과 기질적 원인에 의하여 유발되는 二次性 頭痛으로 분류한다. 그러나 頭痛은 매우 주관적인 증상의 하나로서 통증을 객관적으로 평가할 수 없으며, 뇌의 기질적 원인이 없는 경우 CT나 MRI로도 찾아낼 수 없어 자세한 병력청취를 통해 원인을 규명하고 진단하는 것이 중요하다.[3] 한의학에서 頭痛은 <內經>에서부터 언급되며, 東醫寶鑑에서는 원인과 증상에 따라 주로 10種 頭痛으로 분류하여 설명하고 있다.

현대 사회에서는 정신적인 스트레스가 증가하고 있는데, 이러한 스트레스는 지속적인 근육의 수축을 유발하여[4] 緊張型 頭痛을 유발하게 되는데 그 임상증상을 살펴보면 하나의 한의학적 원인으로 분류하기 힘든 경우가 많다.[5]

이에 저자는 스트레스 후 발생한 頭痛을 주소로 양방신경정신과에서 우울증 및 삼차신경통으로 진단받고 치료받던 중 惡心 및 嘔吐가 발생되어 동서한방병원 한방신경정신과로 입원한 환자를 검사상 기질적 병변이 없음을 확인 후 肝氣鬱結로 변증하고 한방치료를 통해 양호한 효과를 거두었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ 證 例

1. 성명 : 강 ○ ○ (F/25)

2. 증상

1) 주증상 : 頭痛, 惡心, 嘔吐

2) 부증상 : 食慾不振, 眩暈, 不眠, 泄瀉, 無力感

3. 발병일 : 2005.7.19

4. 과거력

1995년 폐렴으로 치료받음

5. 가족력

모친: 고혈압

6. 현병력

평소 식사습관이 불규칙하며 소화상태가 불량하고 泄瀉를 자주 하는 편으로, 2005년 7월 19일 頭痛 및 泄瀉 발생하여 2005년 7월 21일 local 내과에서 맹장염으로 진단받고 복약 및 주사제 치료를 받으나 별무호전 하였으며, 2005년 7월 22일 local 신경정신과를 내원하여 삼차신경통 및 우울증으로 진단 받고 복약을 시작하나 호전없이 두통이 차츰 심해지면서 2005년 7월 23일 惡心 및 嘔吐 추가 발생하여 2005년 7월 25일 본원 한방신경정신과 외래로 내원하여 입원함.

7. 정신과적 개인력

현재 25세의 여성으로 피부가 흰 편이며 약간 비만한 체격에 내성적인 성격으로, 지방에서 개인사업을 하시는 부모 밑에서 외동딸로 자랐으며, 고교졸업 후 서울소재의 사립대학으로 진학하고 졸업 후 유학을 준비중이었으나 2005년 초 부친의 사업에 문제가 생기면서 경제적인 이유로 유학이 불가능해졌고, 대학 졸업 후 부모님으로부터 취업을 권유받았으나 취업하지 않고 학비 마련을 위해 과외 아르바이트를 하며 유학준비를 계속하고 있던 상태로, 6월경부터 가정의 경제사정이 더욱 악화되면서 부모님으로부터 취업을 하거나 서울생활을 중단하고 지방으로 내려오도록 종용을 받고 있던 상태임.

8. 진료기간

2005.7.25-2005.8.3

9. 검사소견

① 생체징후 : (입원당시) 120/80mmHg, 36.5℃, 84회/분(맥박), 20회/분(호흡수)
② 심전도 : (입원당시) 정상
③ 방사선과적 검사 (2005.7.26 시행)
흉부 및 복부 X-ray 촬영 상 특이소견 없음
경추부 X-ray 촬영 상 특이소견 없음
Brain CT(enhance) 상 특이소견 없음
④ 임상병리검사 : (입원당시) CBC 상 ESR 25 mm/hr 외 정상
⑤ 임신반응검사 : (입원당시) 음성
⑥ TCD(뇌혈류초음파검사) : (입원당시) 특이소견 없음
⑦ HRV(심박변이도) : 측정시 외부 환경에 의해 자율신경계가 영향을 받지 않도록 환자가 앙와위로 5분간 안정하여 환경에 적응한 후 센서를 중지에 부착하고 5분간 측정하였다. 측정에는 심박변이 측정용 맥파계인 TAS9 (아이엠바이오 Co., Ltd, Korea)를 사용하였다. 심박변이도를 변동시킬 수 있는 요인을 배제하기 위해 측정전날의 음주 및 측정 2시간 전에는 음식물, 카페인이 함유된 음료의 섭취 및 흡연을 금하였다. Table 2 참고

10. 한의학적 소견

① 望診 : 面色蒼白, 肥白, 舌淡紅苔白, 齒痕
② 聞診 : 別無
③ 問診 : 주소증 외 自汗, 疲勞, 上氣, 驚悸, 不安, 多夢
④ 切診 : 脈浮數弱, 腹診 上 中脘壓痛 甚

11. 기타

① 월경 : 주기 30일, 월경전과 월경중 痛症有, 血塊 有, LMP(2005.7.2)
② 음주 : 일주일에 2-3회, 맥주 1000cc
③ 흡연 : 하루에 반갑

12. 진단

① 肝氣鬱結로 인한 頭痛
② R/O 痰厥頭痛
③ 緊張性 頭痛
④ 脾胃虛弱

13. 치료

① 鍼治療 : 동방침구제작소(한국)에서 제작된 0.25×30mm의 stainless steel 호침을 사용하여, 일일 1회 肝乘格으로 자침하고 30분간 유침하였다.
② 韓藥治療
香砂平胃散 : 7/25-7/28(1일 2첩 3회분복)
(蒼朮 2돈, 陳皮, 香附子 1錢半, 枳實, 藿香 8分, 厚朴, 砂仁 7分, 木香, 甘草 5分, 生薑 3片)
桃仁承氣湯 : 7/29-7/30(1일 2첩 3회분복)
(大黃 3錢, 桂心, 芒硝 2錢, 甘草 1錢, 桃仁 10枚)
四物湯 合 二陳湯 : 7/31-8/3(1일 2첩 3회분복)
(當歸, 川芎, 熟地黃, 芍藥 1錢2分半, 半夏 2錢, 橘皮, 茯苓 1錢, 甘草 5分)

14. 치료경과

① (7/25)
全頭部에서 심한 頭痛이 지속되고 머리가 무겁고 짓눌리는 듯한 느낌이 하루 종일 지속되고 있으며, 당일 嘔吐 4회, 약간의 眩暈과 不眠 호소
② (7/26-7/28)
頭痛이 좌측으로 치우치면서 특히 좌측 태양혈과 좌측 편두부에서 조이는 느낌이 들며 Visual Analogue Scale(시각적 상사 척도, 이하 VAS) 6 으로 감소하고 하루종일 지속되기는 하나 야간에 심한 경향, 惡心 嘔吐 소실, 약간의 眩暈과 淺眠 호소, 식사량 1/2 bowl/회
③ 7/29-7/30

頭痛은 여전히 좌측으로 나타나고 VAS 4로 감소하며 하루에 3-4회 발하며 지속시간은 30분-1시간으로 줄어들었음, 惡心, 嘔吐, 眩暈 소실, 수면은 7시간으로 늘어났으나 多夢 호소, 식사량 2/3 bowl/1회

④ (7/31-8/1)

頭痛은 좌측으로 나타나고 VAS 3으로 감소하고 오후에만 한번씩 나타나며 지속시간은 30분 이내로 줄어들었음, 惡心, 嘔吐, 眩暈 소실, 수면은 8시간정도이나 多夢 호소, 식사량 2/3 bowl/1회

⑤ (8/2-8/3)

頭痛은 좌측으로 야간에 VAS1-2로 나타나며 지속시간은 10분내외로 줄어들었음, 惡心, 嘔吐, 眩暈 소실, 수면은 8시간정도, 식사량 2/3 bowl/1회

Table 1. Symptoms and Description Changes

	7/25	7/26-7/28	7/29-7/30	7/31-8/1	8/2-8/3
頭痛	VAS10 全頭部. 머리가 무겁고 조이며 눌리는 느낌	VAS6 좌측으로 조이는 느낌 야간.	VAS4 좌측으로 조이는 느낌 하루 3-4회	VAS3 좌측으로 조이는 느낌 오후 1회	VAS2 좌측으로 미미하게 나타남 야간 10분내외
惡心 및 嘔吐	4회	-	-	-	-
眩暈	약간	약간	-	-	-
수면	不眠	淺眠	7시간, 多夢	8시간, 多夢	8시간
처방	香砂平胃散	香砂平胃散	桃仁承氣湯	四物湯 合 二陳湯	四物湯 合 二陳湯

Table 2. Change of HRV after treatment

	7/26 (Log)	8/2 (Log)
TP (7.57-9.47)	6.63	8.48
LF (6.24-8.30)	5.45	7.44
HF (4.56-7.79)	4.39	7.14
LF/HF ratio	1.24	1.04

Ⅲ. 考 察

頭痛은 머리에 나타나는 모든 통증이나 불쾌한 감각으로 일생동안 한번도 頭痛을 경험하지 못한 경우는 없다고 해도 지나치지 않다. 여러 연구자들의 통계를 보면 일반 인구 중에서 頭痛환자의 비율이 40-65%까지 높게 보고되고 있다.[6] 서양의학에서는 偏頭痛, 緊張性 頭痛 등과 같은 기능적 장애와, 뇌혈관질환, 두개강내종양, 염증, 감염, 외상 등으로 인해 뇌압이 상승되어 발생되는 기질적 장애, 기타 약물이나 대사 장애, 안면이나 경추 및 두개구조와 관련된 頭痛 등으로 분류한다. 대부분의 환자들은 주관적인 판단에 따라 참거나 자가 치료를 하는 경우가 많고 도저히 참을 수 없거나 통증에 대해 역치가 낮은 경우에 외래로 내원하여 의학적인 도움을 받게 된다.[3]

기능적 장애로 인한 頭痛 중 대표적인 것은 偏頭痛과 緊張性 頭痛인데, 偏頭痛은 반복성 頭痛發作으로 주로 발병시 一側으로 오며 惡心과 嘔吐가 생길 수 있고[7], 緊張性 頭痛은 비박동성 압통으로 兩側性이며 眩暈과 惡心을 수반하나 嘔吐는 나타나지 않는다고 하며[3] 짓누르거나 조이는 듯한 양상의 두통이 지속되고 일부에서는 두피에서 압통이 나타나기도 한다.[8]

그 중 緊張性 頭痛은 스트레스나 과로, 긴장 등으로 두경부의 지속적 근수축에 의한 관련통

으로, 근육이 오래 수축하면 근육의 혈류장애를 일으키고, 유산이나 세로토닌, 브라디키닌, 프로스타글란딘 등 발통물질을 발생하고, 그것이 다시 근육의 지속적인 수축을 촉진시킴으로서 발생한다[2].

스트레스에 대한 적응 반응은 생존에 필수적이며 일관성 있게 나타나기 때문에 많은 연구가 이루어져 있다. 자율신경계는 생체의 내환경을 조절하는 신경으로 모든 장기에 있는 평활근, 심장과 분비선 조직에 분포하며 동맥혈액, 소화관의 운동과 분비활동, 배뇨, 발한, 체온조절과 같은 반응을 조절한다. 자율신경계는 교감신경과 부교감신경으로 구성되며, 교감신경과 부교감신경의 지배를 동시에 받는 많은 장기나 조직에서 두 신경계는 주로 길항작용을 가지며 때로 협동작용을 나타낸다. 교감신경의 자극은 심박출량을 증가시키고, 소화관이나 내장장기의 혈관을 축소시켜 내장장기내의 혈액을 골격근이나 중추신경으로 이동시키며, 소화관의 연동운동을 억제시킨다. 부교감신경의 자극은 미주신경을 통해 심장박동수의 감소, 혈압의 감소를 나타내며, 위장관에 대해 흥분성 반응을 보여 연동운동의 증가, 소화선의 분비활동 강화를 나타낸다. 두 자율신경계는 많은 장기에서 길항작용을 보이는데, 교감신경을 자극하면 심장의 박동수가 증가하고 소화관의 운동성 저하가 나타나며, 반대로 부교감신경 자극시에는 심장박동수와 수축력의 감소, 장관운동성의 증가, 소화관 괄약근의 이완이 일어난다.[9]

무의식적이고 만성적인 심한 감정은 자율신경계의 지배를 받는 내장기를 통하여 생리적으로 표현을 하게 된다. 이러한 표현의 일단으로 나타나는 신체장애를 心身症이라고 하는데, 주로 일정한 기관에 고정되어 나타나며, 때로는 기질적인 변화를 나타내기도 하며 피부, 근골격계, 호흡기계, 순환기계, 소화기계, 비뇨생식기계 등 신체 전반에 걸쳐 증상을 보여, 頭痛, 眩暈, 변비, 설사, 호흡곤란, 소화불량, 不眠 등 다양한 증상을 나타낼 수 있다.[10]

한의학에서 頭痛은 <內經>에서부터 기술되어 있는데, 특히 東醫寶鑑에서는 正頭痛, 偏頭痛, 風寒頭痛, 濕熱頭痛, 厥逆頭痛, 痰厥頭痛, 氣厥頭痛, 熱厥頭痛, 濕厥頭痛, 眞頭痛, 醉後頭痛 등으로 구분하고 있으며, 그 중 痰厥頭痛은 그 증상을 頭痛每發時 兩頰靑黃 眩運 目不欲開 懶於言語 身體沈重 兀兀欲吐고 설명하고 있다[11]. 頭痛의 발생원인을 外感과 內傷으로 나누어 보면, 外感으로 인한 것은 風寒外侵, 風熱侵入, 風濕侵入으로 나뉘고, 內傷으로 인한 것은 肝陽上亢, 腎精不足, 脾胃虛弱, 瘀血頭痛으로 나눌 수 있다. 그 중 肝陽上亢으로 인한 頭痛은 肝氣의 疏泄하는 작용이 人體 氣機의 升降과 밀접하게 관계가 있어, 肝氣의 疏泄이 정상적으로 이루어지지 못하면서, 情志가 不和하여 鬱怒傷肝하면 肝氣가 鬱結되어 氣鬱化火하여 頭痛이 발생하는 것이다. 또 음식을 무절제하게 섭취하거나 기름지고 단 음식이나 술을 좋아하게 되면 脾失健運하여 痰濕이 內生하여 淸陽을 막아 淸竅를 蒙弊하므로 頭痛이 발생하게 된다.[3]

본 환자의 경우, 평소 식사 습관이 불규칙하고 소화불량이 있었으며 대변상태가 고르지 않았던 상태로, 집안의 경제사정을 이유로 갑작스럽게 유학이 포기되었고, 본인은 취업을 원치 않으며 대학 졸업 후 고향으로 내려가지 않고 아르바이트를 통해 유학자금을 준비중이었으나 6월초 가정의 경제사정 악화로 부모님으로부터 취업을 하지 않으면 서울생활을 그만둘 것을 권유받고 그로 인해 계속 스트레스가 있던 상태에서 頭痛, 泄瀉가 발생하였고, 양방 내과에서는 맹장염을 진단받으나 치료에 반응이 없었으며, 양방 신경정신과에서는 우울증 및 삼차신경통으로 진단하고 항우울제 1정/일, 항경련제 1정/일을 처방하여 복용하였으나, 頭痛이 점차 심해지면서 惡心과 嘔吐가 추가로 발생하여 본원에 내원하여 입원치료를 받게 되었다.

입원 당시 기본적인 검사로서 생체징후, 심전도, 흉부 및 복부 X-Ray 검사상 이상 소견 발견되지 않았으며, 임상병리검사 상 ESR만이 25mm/Hr로 정상범위(6-20mm/Hr)에서 약간 벗어난 것이 관찰되었다. 경추부의 이상여부를 감별하기 위해 경추부 X-ray를 촬영하였으나 이상소견은 관찰되지 않았다. 뇌압상승에 따른 임상증세로서의 頭痛 및 嘔吐[12]와 감별하기 위하여 Brain CT(enhance)를 촬영하였으나 이상소견은 관찰되지 않았으며, LMP 2005.7.2이며 진술 상 임신가능성은 없다고 하였으나 본인 동의하에 임신반응검사를 실시하여 음성으로 확인되었고, 뇌혈류이상 여부를 확인하기 위해 TCD 시행하였으나 검사상 특이소견은 없었다.

이에 기질적 이상에 의한 頭痛의 가능성을 배제하였으며, 비록 嘔吐를 동반하고 있지만 19일 발병한 이후 두통이 계속 지속되면서 심해진다는 점과 환자의 頭痛의 양상이 머리가 무겁고 머리 전체를 조이는 것 같으면서 뭔가에 짓눌리는 느낌이 있다고 진술하고 비박동성이며 입원 이후 의료진이 직접 두피를 만졌을 때 민감한 통증을 보이는 점에 근거하여 스트레스에 의한 緊張性 頭痛으로 진단하였고, 한방적으로는 본래 脾胃虛弱한데 頭痛과 嘔吐가 병발함에 우선 痰厥頭痛으로 생각할 수 있었으나, 병력 청취 상 장기간의 스트레스가 인정되며 환자 스스로도 최근 신경질이 많아지고 매사가 짜증스럽다고 하여 우선 肝氣鬱滯하여 발생한 頭痛으로 진단하였고, 中脘의 심한 壓痛에 근거하여 東醫寶鑑 內傷門 食傷消導之劑 중 香砂平胃散을 투여하게 되었다.

입원당시 두부 전체에서 머리가 짓눌리는 듯한 비박동성의 심한 통증을 호소하였고, 3일간 1일 3-4회의 嘔吐를 발하며 식사 및 수면이 거의 불가능한 상태였으며, 복진 상 中脘의 심한 압통이 나타났으며, 입원 전일까지 수차례 泄瀉를 했으며, 약간의 眩暈과 全身無力感을 호소하고 있었다. 우선적으로 4일간 香砂平胃散을 투여하였는데, 香砂平胃散을 투여한 직후부터 惡心이 소실되었고, 嘔吐 역시 나타나지 않았으며, 頭痛의 정도는 VAS 6으로 감소하면서 좌측으로 치우치고 주로 야간에 심해지는 경향이 두드러지게 나타나게 되었다. 입원 2일째부터 매 식사시 절반정도의 식사가 가능하게 되었으며, 얕은 잠을 자기 시작했다. 眩暈은 약하게 지속되는 상태였다.

5일째부터는 좌측 태양혈과 좌측 편두부 쪽으로 특히 조이는 느낌이 있으면서 주로 야간에 VAS 5 정도의 간헐적 頭痛을 호소하며, 평소 월경력을 문진하였을 때 월경통이 있고 血塊가 있으며 복진 상 좌하복부의 壓痛이 있음을 보고 瘀血이 있는 것으로 판단하고 桃仁承氣湯을 투여하였는데, 평소 설사를 잘하는 등 대변상태가 고르지 않은 부분이 있어 2일간만 투여하였다. 투여기간 동안 대변상태의 변화는 나타나지 않으며 1일 1회 정상변을 보았고 식사량은 매 식사시 2/3정도의 식사를 하게 되었고 頭痛의 정도는 VAS 4로 감소하였으며 수면은 7시간정도로 안정되었으나 多夢을 호소하였다.

7일째부터는 좌측 태양혈과 좌측 편두부쪽으로 VAS 3 정도의 頭痛이 오후에 1-2회 나타나는 정도로 증상이 안정되었으며, 惡心, 嘔吐 및 眩暈은 소실되었다. 식사는 2/3정도로 본인 진술 상 평소의 식사량과 거의 비슷한 정도로 회복되었으며 수면은 8시간 정도로 안정되었으나 지속적인 多夢을 호소하였다. 평소 소화장애가 있는 편이며 호전중이기는 하나 지속적인 無力感을 호소하고 舌診上 舌淡紅苔白하며 齒痕이 약간 보이며 面色이 약간 蒼白하고 평소 잘 놀라고 불안한 증세가 있으며 타지에서 홀로 생활을 하면서 식사가 불규칙하고 섭생이 올바르지 않았으며 아르바이트를 통해 체력이 많이 소모되었으리라 판단하여 補法을 바탕으로 처방을 수정하기로 하고 우선 四物湯을 기본으로 하고 평소 소화기가 약하였다는 점에 근거하여 二陳湯을 合하여 투여하였는데, 頭痛

은 야간에 좌측으로 VAS 1-2 정도로 10여분간 나타나는 정도로 감소했고, 惡心, 嘔吐, 眩暈, 無力感 등은 모두 소실되었으며, 수면은 8시간정도이나 간헐적인 다몽을 호소했고 식사량은 2/3 정도로 유지되었다.

본 치료과정 중 가장 유효했던 처방은 香砂平胃散이다. 투여 직후 惡心 및 嘔吐가 소실되었으며 頭痛 역시 빠르게 감소하고 식사 상태 및 수면이 개선되면서 전반적인 상태의 호전이 나타나면서 예상되었던 치료기간이 단축되었으며, 환자 및 보호자의 치료에 대한 신뢰감이 크게 형성될 수 있었다.

東醫寶鑑의 香砂平胃散은 처방구성이 蒼朮 2錢, 陳皮, 香附子 1錢半, 枳實, 藿香 8分, 厚朴, 砂仁 7分, 木香, 甘草 5分, 生薑 3片으로[10], 그 중 香附子는 甘微寒無毒하여 主除胸中熱하며 血中氣藥으로 鬱而不達한 氣를 치료하며 하강하여 상승하지 못하는 血을 치료하므로[13] 본 환자에서 소화기 증상과 동반된 肝氣鬱結을 풀어 초기 치료효과를 나타내는데 주효했다고 본다.

환자 및 보호자는 頭痛이 갑작스럽게 나타난 점과 양방 내과 및 양방 신경정신과에서의 투약 후에도 증상이 개선되지 않고 오히려 惡心과 嘔吐가 나타남에 뇌종양을 의심하며 심리적으로 매우 불안정한 상태였는데, 입원 후 香砂平胃散이 투여되면서 증상이 호전됨에 안정적으로 치료에 응해주었으며, 이후 검사상 기질적 이상이 없음을 확인 후 더욱 치료에 호의적인 태도로 임해주었다. 이에 환자 및 보호자에게 스트레스성으로 인한 질환임을 인식시켜주기 위해 HRV를 시행하게 되었다.

HRV(심박변이도. Heart Rate Variability)는 심장의 박동이 자율신경의 통제하에서 체내의 항상성을 유지하고자 지속적으로 변화하는 시간적 변동을 분석하여 정량적인 정보를 얻는 것으로 이를 통해 교감 및 부교감신경간의 균형상태와 각각의 활성도를 알 수 있는데, TP(Total Power)는 자율신경계의 전반적인 활성도를 반영하고, LF(저주파수 영역, Low Frequecy)는 주로 교감신경의 활성도를 반영하며, HF(고주파수 영역, High Frequency)는 부교감신경의 활성도를 반영한다.[14] 본 환자의 경우 스트레스로 인한 자율신경계 활성도에 변화가 있을 것으로 생각하고 입원 2일째 검사를 시행하였고, 퇴원 전일 치료에 의한 변화를 확인하기 위해 재검하였다.

일반적으로 장기간의 스트레스에 의한 질환을 호소하는 환자의 경우 TP가 상당히 저하되어 있으며, 특히 교감신경의 기능이 항진되기 때문에 LF의 값이 높아지게 된다.[15] 본 환자의 경우 첫 번째 검사에서 TP 6.63(정상범위: 7.57-9.47), LF 5.45(정상범위: 6.24-8.30), HF 4.39(정상범위 4.56-7.79)로 전체적으로 정상범위에 미치지 못하는 상태로 자율신경계 기능저하로 볼 수 있었으며, LF/HF ratio 1.24 로 나타났다. 증상 호전 후 두 번째 검사에서 TP 8.48, LF 7.44, HF 7.14 로 전체적으로 정상범위로 회복되었으며, LF/HF ratio 1.04로 교감신경이 이전에 비해 안정되어 있음으로 생각할 수 있었다.

10일간의 입원 치료 후 환자의 頭痛은 VAS 2로 감소하였으며, 동반되었던 惡心, 嘔吐, 眩暈, 無力感, 不眠 등은 모두 소실된 상태로 남은 頭痛 및 多夢의 증상은 외래를 통해 치료하기로 하고 퇴원하였다. 퇴원당시 四物湯 合 二陳湯 10일분을 추가로 처방하여 주었으며, 퇴원 후 통원치료를 다니지 않기에 9월초에 1회, 10월 28일 경 1회 본인과의 전화 통화를 한 결과, 퇴원 후 한약을 모두 복용 후 頭痛은 소실된 상태로 재발하지 않았다고 하며 9월말 경 부모님의 뜻에 따라 서울 생활을 접고 10월말 현재 고향으로 돌아가 쉬고 있는 중이라고 하였다.

Ⅳ. 要 約

상기 환자는 25세 여환으로 유학 준비 중 경제적 이유로 유학이 좌절되면서 취업과 유학 준비의 문제로 부모님과 마찰이 있던 상태에서 2005년 7월 19일 頭痛이 발생하여 양방 내과 및 신경정신과 치료를 받으나 별무호전하고 2005년 7월 23일 惡心 및 嘔吐가 추가 발생하여 2005년 7월 25일부터 2005년 8월 3일까지 동서한방병원 한방신경정신과로 입원한 환자로 한방적으로는 肝氣鬱結로 인한 頭痛으로, 양방적으로는 緊張型 頭痛으로 진단받고 한방치료를 통해 호전된 환자이다. 내원당시 다양한 양방적 검사를 시행하여 기질성 질환 여부를 배제하였고, 頭痛과 겸발한 嘔吐에 초점을 두고 香砂平胃散을 투여하여 빠른 치료효과를 나타낼 수 있었다. 이러한 자율신경계의 균형 이상에서 발생하는 증상의 경우 환자 및 보호자와의 면담 도구로서 HRV의 사용이 상당한 설득력을 보였으나, 보편성의 확보를 위해서는 많은 임상연구 및 치험례의 보고가 필요할 것으로 사려된다

參 考 文 獻

1. 이문교 외. 내과학 1. 서울:금강출판사. 1986:10
2. 王顯明. 中醫內科辨證學. 북경:人民衛生出版社. 1984:160-61
3. 전국한의과대학심계내과학교실 편. 심계내과학. 서울:서원당. 1999:375-399.
4. 김정진. 생리학. 서울:고문사. 1987:40
5. 이정우, 정대규. 긴장형 두통에 관한 임상적 관찰. 동의신경정신과 학회지. 1997;8:127-40
6. 김승민. 두통의 내과적 치료. 통증. 1997;7:23-7
7. 하영일. 두통클리닉. 1. 서울: 고려의학. 1995: 71-2
8. 김지수, 노재규, 안윤옥. 국내 긴장형 두통의 역학 및 임상특성 연구. 대한 신경과 학회지. 1997; 15(3): 615-23
9. 성호경, 김기환. 생리학. 서울: 의학문화사. 1996:627-638
10. 김상효. 동의신경정신과학. 서울: 행림출판. 1984:258-277
11. 許浚. 東醫寶鑑. 서울: 법인문화사. 1999: 494-501, 1129-31
12. 이광우 편저. 임상신경학 3판. 서울: 고려의학. 2002: 124-135
13. 鄒澍. 本經疏證. 서울: 아티전. 1999: 649-50
14. Pomeranz B, Macaulay R, Caudill M, Kutz I, Adam D, Gordon D, et al. Assessment of autonomic function in humans by heart rate spectral analysis. Am J Physiol 1985; 248: H151-53
15. 심상민 외. 심인성 두통의 심박변이도(HRV) 분석에 의한 자율신경기능 평가. 동의신경정신과학회지. 2002; 13(1): 39-52