

# 한방치료로 호전된 만성 두통 환자 치험 1례

방창호 · 윤종민\*

원광대학교 한의과대학 내과학교실

## Case Study of Chronic Headache Patient by Oriental Medical Treatment

Chang Ho Bang, Jong Min Yun\*

*Department of Internal Medicine, School of Oriental Medicine, Wonkwang University*

The purpose of this case study is to report the effect of oriental medical treatment on chronic tension-type headache. Despite the patient was treated by cervical nerve block for headache, headache was not improved. We diagnosed chronic tension-type headache according to ICHD-II (The International Classification of Headache Disorders) and Qi deficiency, dampness and phlegm by oriental differential diagnosis of symptom and signs. We applied herbal medicine, acupuncture, moxibustion and cupping therapy for hospitalization(7 days). Oriental medical treatment may have effective results in treating chronic tension-type headache that was not improved by cervical nerve block treatment. But this is a single case study, so further case-series research should be compiled.

Key words : chronic tension-type headache, oriental medical treatment, cervical nerve block

### 서 론

두통은 1년 유병률이 47~70%인 흔한 증상이며, 전체 인구 중 90% 이상이 일생에 한 번 이상 겪게 되는 증상이다. 세계보건기구의 편두통, 긴장형두통, 그리고 만성매일두통에 의한 부담에 대한 인구집단연구(population study)에 따르면, 전 세계적으로 두통의 유병률은 47%이며, 편두통은 10%, 긴장형두통은 38%로 보고되었다<sup>1)</sup>.

긴장형두통은 객관적으로 확진할 수 있는 영상학적 또는 임상 병리적 검사가 없기 때문에 임상소견으로 진단된다. 긴장형두통은 비박동성, 양측성, 중등도 이하의 두통강도를 가지며 두통 중 일상적인 활동에 의하여 두통이 악화되지 않는 특징을 가진다. 이전에는 신경성두통, 스트레스두통, 근육수축두통 또는 정신적 두통 등으로 불렸으며, 이는 그 원인이 과도한 스트레스나 근육의 지속적인 수축에 있음을 암시하지만 아직까지 그 원인은 명확하게 밝혀지지 않았다. 병인은 아직 불확실하지만 마음이나 근육의 긴장이 중요한 원인이 될 것으로 생각하여 국제두통분류에서는 긴장형두통으로 명칭하고 있다<sup>1)</sup>.

\* 교신저자 : 윤종민, 익산시 신용동 344-2 원광대학교 익산한방병원 내과 5

· E-mail : hwata@wku.ac.kr, · Tel : 063-859-2805

· 접수 : 2010/08/25 · 수정 : 2010/10/20 · 채택 : 2010/10/27

한의학에서 두통은 <내경>에서부터 언급한 이후로, 수많은 역대문헌에서 두통의 분류, 치료 등에 대해 언급하고 있으며, 발병원인에 따라 크게 內傷과 外感으로 나눈다. 그 중 內傷頭痛에서 氣虛頭痛은 脾胃의 氣가 부족해 淸陽이 못 올라가 생기는 것으로, 太陽穴 부위가 몹시 아프고, 음식 맛을 모르고, 정신이 피로하고, 노곤하며, 피로하면 통증이 더해지는 점이 긴장성두통과 비슷한 면이 있다.

긴장형두통은 남성이 69%, 여성이 88%로 여성에서 흔하고 20세에서 50세 사이에 이환되는 경우가 많으며 남녀 모두에서 나이가 증가함에 따라 줄어드는 경향을 보인다. 사회적으로 편두통만큼은 아니지만 긴장형두통도 문제가 되는데 특히 만성형 긴장형 두통은 사회적으로 편두통에 못지않은 제약이 따르면서 일을 하지 못하게 되는 날이 많아지게 되어 문제가 되고 있는 실정이다<sup>2)</sup>.

긴장형두통에 대한 한의학적 치료의 임상연구로 긴장형두통에 대한 침 치료 효과 연구, 긴장형두통과 자율신경과의 상관성 연구 등이 보고되었으나<sup>3-6)</sup>, 오랫동안 양의학적 치료에도 불구하고 낫지 않은 두통 환자에게 한의학적 치료를 통하여 호전된 예는 보고되지 않은 실정이다.

이에 저자는 2007년부터 2010년 5월까지 오랜 기간 동안 양약 복용과 경추신경차단술을 2차례 받은 후에도 호전되지 않은

두통 환자에게 한약, 침, 부항 등의 한의학적 치료로 우수한 효과를 보여 이에 보고하는 바이다.

## 증례

1. 성명 : 정OO

2. 성별/연령 : 남/41

3. 발병일

- 1) 2007년경 직장일로 심한 스트레스 받고 난 이후 두통 발생
- 2) 2010년 1월 직장일로 과로 및 스트레스 받고 두통 악화

4. 주소증 : 두통, 경항통, 양측 견통, 수면장애, 기력저하

5. 과거력

- 1) 2007년 맹장수술
- 2) 2008년 담낭제거술

6. 가족력 : 할아버지 고혈압

7. 사회적력

- 1) 음주 : 소주 3~4병/3회/주
- 2) 담배 : 1갑/음주시에만
- 3) 직업 : 회사내 총괄업무담당

8. 현병력

본 환자는 164 cm, 67 kg의 보통 체격에 급한 성격으로, 2007년경 회사 내에서 직무상 신경 쓰고 심한 스트레스 받은 후 두통 발생하여 필요시마다 양약 복용하던 환자로, 계속되는 두통으로 2009년 6월 00대학병원 신경외과 방문하여 뇌자기공명영상(Brain-MRI)검사 하였으나, 이상소견 발견되지 않음. 2010년 1월 경 잦은 음주와 과로 및 스트레스 받은 후 두통 악화되어 2010년 4월 13일과 4월 27일 경주 제3번 신경차단술을 2회 시술 받고 나서도 호전되지 않은 두통을 주소로 내원한 환자임.

9. 입원기간 : 2010년 5월 28일 - 2010년 6월 4일

10. 입원 당시 초진 소견

- 1) 식사 : 소화불량, 식욕저하
- 2) 대변 : 1회/일, 軟便
- 3) 소변 : 6회/일, 소변불리, 잔뇨감
- 4) 수면 : 淺眠(두통으로 잠들지 못하고, 깊게 수면 취하지 못함)
- 5) 舌診 : 舌淡紅 苔白
- 6) 脈診 : 浮細數, 無力
- 7) 腹診 : 心下部壓痛 및 臍下部 壓痛
- 8) 面 : 面微赤
- 9) 口 : 口乾

10) 胸 : 별무이상

11) 汗 : 별무이상

12) 寒熱 : 별무이상

11. 주요 검사 및 평가소견

- 1) 흉부 X-ray 검사 : No active lung lesion
- 2) 두부 자기공명영상(MRI)검사 : Normal brain MRI
- 3) 혈액검사소견
  - (1) monocyte 0.31  $\times 10^3/\mu\text{l}$  ↓
  - (2) Hb A1c 48.6 mmol/mol ↑
  - (3) Glucose 106 mg/dL ↑

12. 진단

- 1) 양방 진단 : 만성긴장형두통(임상적추정)
- 2) 한방 변증 : 氣虛, 濕痰, 酒後頭痛

13. 치료

1) 침치료

침은 0.30\*30 mm의 1회용 침(stainless steel, 동방침구, 서울)을 사용하여 百會(GV20), 瞳子膠(GB1), 率谷(GB8), 風池(GB20), 曲池(LI11), 合谷(LI4), 足三里(ST36), 太衝(LR3) 양측으로 1일 1회 자침하였으며 15분 간 유침하였다.

2) 뜸치료

中脘(CV12)에 간접구를 1일 1회 시술하였다.

3) 부항치료

두경부, 견부주위로 膀胱經 및 膽經, 小腸經을 따라 견부항을 시행하였으며, 근경결부위를 위주로 습부항을 1일 1회 시술하였다.

4) 한약치료

2010년 5월 28일부터 2010년 5월 29일까지는 葛花解醒湯(Table 1)을 투여하고, 2010년 5월 29일부터 2010년 6월 3일까지는 補中益氣湯加味方(Table 2)을 투여하였다. 한약은 1일 2침을 3회로 나누어 복용하였다.

5) 양약 처방

양약 처방전 (00대학병원 신경외과)(Table 3)

Table 1. Prescription of Galhwahaejung-tang

Herbal Name	Scientific Name	Amount(g)
갈화	<i>PUERARIAE RADIX</i>	20
사인	<i>AMOMI FRUCTUS</i>	20
백두구	<i>AMOMI ROTUNDUS FRUCTUS</i>	20
청피	<i>CITRI RETICULATAE VIRIDE PERICARPIMUM</i>	12
백출	<i>ASTRACTYLODES JAPONICA</i>	8
건강	<i>ZINGIBERIS RHIZOMA</i>	8
신곡	<i>MASSA MEDICATA FERMENTATA</i>	8
택사	<i>ALISMATIS RHIZOMA</i>	8
인삼	<i>PANAX GINSENG</i>	8
저령	<i>POLYPORUS UMBELLATUS</i>	8
적복령	<i>PORIA</i>	8
굴피	<i>CITRI PERICARPIMUM</i>	8
목향	<i>AUCKLANDIAE RADIX</i>	2
Total amount		138

Table 2. Prescription of Bojungikki-tang-gami

Herbal Name	Scientific Name	Amount(g)
황기	<i>ASTRAGALUS MEMBRANACEUS</i>	6
감초	<i>GLYCYRRHIZAE RADIX</i>	4
인삼	<i>PANAX GINSENG</i>	4
반하(강제)	<i>PINELLIAE RHIZOMA</i>	4
백작약	<i>PAEONIAE RADIX ALBA</i>	4
황금	<i>SCUTELLARIAE RADIX</i>	4
황백	<i>PHELLODENDRI CORTEX</i>	4
갈근	<i>PUERARIAE RADIX</i>	4
천궁	<i>CNIDI RHIZOMA</i>	4
대조	<i>JUJUBAE FRUCTUS</i>	2
진피	<i>CITRI PERICARPUM</i>	2
당귀(신)	<i>ANGELICAE GIGANTIS RADIX</i>	2
승마	<i>CIMICIFUGAE RHIZOMA</i>	1.2
시호	<i>BUPLAURI RADIX</i>	1.2
Total amount		46.4

Table 3. Prescription of Western Medication

Date	Drug name
~ 2010.5.31	Rize 5 mg/Tab Cien 100 mg/Tab
2010.6.1~	No Intake

14. 평가

주관적인 통증의 정도를 객관화하고 계량화하기 위한 방법으로 VAS를 사용하여 무증상을 0, 입원 첫날 통증 강도(수면장애의 경우 불편한 정도)를 10으로 정한 후, 10단계로 나누어 호전되는 것에 따라 숫자로 표기하여 치료효과를 평가하였다.

15. 치료경과 (Table 4, Fig. 1)

1) 2010.5.28 (입원 1일째)

머리 전체가 무겁고 멍한 통증이 하루종일 지속되며, 심할 때는 양측 太陽穴 및 후두부로 박동성의 찌르는 듯한 통증이 하루 2~3회 1시간내외로 나타남. 뒷목이 뻣뻣하고, 양측 견부로 무겁고, 빠근한 통증 호소함. 두통으로 인한 수면장애로 하루 3~4시간 수면 취함.

2) 2010.5.29 (입원 2일째)

두통은 양측 太陽穴 및 후두부로 찌르는 듯한 통증 강도 7로 감소. 경항통, 양측 견통, 수면장애는 변화 없음.

3) 2010.5.30 (입원 3일째)

양측 太陽穴 및 후두부로 박동성의 찌르는 듯한 통증은 소실되고 머리전체가 무겁고 멍한 통증은 남아있음. 두통 강도는 3으로 감소함. 양측 견통은 통증 강도 3으로 감소하고, 경항통은 입원시와 동일함. 수면장애는 6으로 감소함.

4) 2010.5.31 (입원 4일째)

박동성의 찌르는 듯한 통증 미미하게 수초간 지속 후 사라짐. 두통 및 양측 견통 강도 3으로 유지됨. 뒷목으로 뻣뻣하고 찌릿한 경항통은 3으로 호전됨.

수면장애 6으로 유지됨.

5) 2010.6.1 (입원 5일째)

두통강도는 2로 감소하고, 다른 동반증상도 2로 감소됨. 수면시간 늘어나고 폭 잤다고 함. 수면장애 정도는 1로 감소됨.

6) 2010.6.2 (입원 6일째)

두통 강도는 1로 호전되고, 경항통 및 양측 견통 역시 1로 호전됨. 수면은 도중에 깨는 일 없이 6시간 잠.

7) 2010.6.3 (입원 7일째)

두통, 경항통 및 양측 견통 1로 호전상태 유지됨.

Table 4. The Clinical Progress During Admission Days

	Headache	Post. Neck pain	Shoulder pain	Sleep disorder
5/28	10	10	10	10
5/29	7	10	10	10
5/30	3	10	3	6
5/31	3	3	3	6
6/1	2	2	2	1
6/2	1	1	1	1
6/3	1	1	1	1

The numbers are according to VAS score.

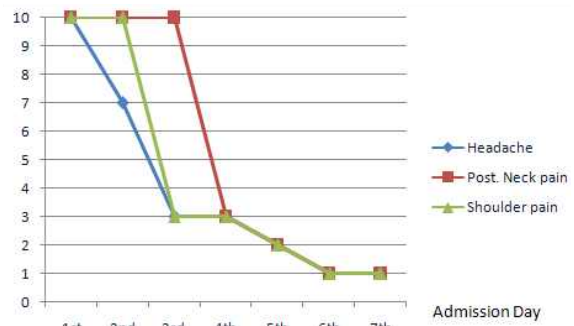


Fig. 1. Change of Patient's Symptom.

고 찰

두통은 일반적으로 다음과 같은 경우에 발생할 수 있다. 첫째, 두 개내 또는 두 개의 동맥들이 팽창, 당김 또는 확장된 경우, 둘째, 두 개내 큰 정맥이나 그들을 둘러싸고 있는 경질막이 당김 또는 변위된 경우, 셋째, 뇌신경과 상부 경추신경이 압박, 당김, 염증이 있는 경우, 넷째 머리 및 경추근육들에 연축, 염증, 또는 외상이 있는 경우, 다섯째, 수막자극과 두 개내압이 상승한 경우, 여섯째, 뇌줄기 구조물들을 활성화시킬 수 있는 경우 등에서 발생할 수 있다<sup>1)</sup>.

2004년 국제두통학회에서는 두통을 편두통, 긴장형두통, 군발두통, 기타 원발두통, 두경부 외상에 의한 두통, 두경부 혈관질환에 기인한 두통, 감염에 의한 두통 등 14항목으로 분류하였다<sup>2)</sup>. 이 중에서 임상에서는 근육수축에 의한 긴장형두통과 뇌혈관확장에 의한 편두통이 가장 많은 비율을 차지하고 있다.

편두통은 반복성 두통발작으로 중등도 또는 심도의 통증강도로 나타나며 주로 발병시 일측으로 나타나고 구역, 구토, 빛공포증, 소리공포증과 같은 증상이 동반되어 나타난다. 긴장형 두통은 비박동성 압통으로 중등도 이하의 두통강도를 가지며 양측성이며 현훈과 오심을 수반하나 구토는 나타나지 않는다고 하며 짓누르거나 조이는 듯한 양상의 두통이 지속되고 일부에서는 두피에서 압통이 나타나기도 한다. 긴장형두통과 편두통은 극명하게 구별된 것처럼 보이지만 환자의 증상이 두 질환의 경계선에 있거나 두통 때마다 임상양상이 다르게 나타나는 경우가 있어

감별진단에 주의를 요한다. 또한 만성긴장형두통의 경우, 환자 중 일부는 심한 두통발작이 있을 때 편두통과 유사한 임상증상을 보일 수 있고 반대로 일부 편두통 환자는 빈도가 증가함에 따라 긴장형두통과 유사한 두통이 일정 기간 발생할 수 있다<sup>17)</sup>.

상기 증례의 환자는 2007년경부터 직무상 스트레스, 과로 후 두통 발생하여 필요시마다 양약을 복용하였으며, 2010년 5월 28일 내원 당시 하루 종일 머리 전체가 무겁고 멍한 통증이 있으며, 뒷목이 뻣뻣하고 양측 어깨로 빠근한 통증이 함께 있었다. 빛공포증, 구역이나 구토는 동반되지 않았으며, 두통이 심할 때에는 양측 太陽穴 및 후두부로 박동성 통증과 찌르는 듯한 통증이 동반하여 나타났다. 2010년 1월 00대학병원 두부자기공명영상(MRI) 검사상 기질적 병변은 발견되지 않았다. 이에 두통이 3개월을 초과하여 거의 매일 나타났고, 하루종일 지속되며 양측성의 조이는 느낌의 양상을 보인다는 점, 구역이나 구토가 없고, 빛공포증이 동반되지 않은 점, 다른 질환에 기인하지 않은 점 등을 보아 2004년 국제두통학회의 진단기준(Table 5)에 따라 만성긴장형두통으로 진단하였다<sup>7)</sup>.

Olesen은 두통의 기전으로 혈관성-상적수성-근육성모델(vascular-supraspinal-myogenic model)을 제시하였다. 이 모델에서는 삼차신경의 꼬리핵(trigeminal nucleus caudalis)이 머리와 목덜미 통증과 관계된 가장 중요한 부위이며, 뇌혈관에서 발생한 자극, 목덜미근육에서 발생한 자극, 그리고 정신적인 영향으로 통증이 활성화 될 수 있다고 하였다. 꼬리핵에 있는 신경원이 활성화되면 중추적, 말초적 통증 조절 기능의 이상을 유발, 비침해성 자극(nonnoceptive input)도 통증을 유발시킬 수 있다. 예를 들어, 편두통에서 일차적인 침해성 자극인 혈관성 자극과 정서적인 자극(vascular input and supraspinal facilitation)이 꼬리핵의 신경원을 활성화시키면 정상적인 근근막 자극도 통증을 유발, 이차적으로 근긴장성 두통이 발생하고, 또한 목덜미와 두개골 근육의 이상을 동반한 긴장형두통의 경우에도 근근막 통증 유발점의 활성화, 정서적인 역할에 의해 꼬리핵의 신경원이 활성화되면 이차적으로 정상적인 혈관성 자극에도 심한 통증을 유발시킬 수 있다<sup>8,9)</sup>.

경추신경차단술은 통증유발점 내 주사로도 제거되지 않는 목덜미 주위와 두개골 주위 근육에 발생한 근육성 자극을 효과적으로 제거함으로써 긴장형두통환자에서 77.78%, 경추성두통환자에서 91.67%, 편두통환자에서는 33.33%의 치료효과가 있다는 보고가 있다<sup>10,11)</sup>. 근긴장성 두통의 경우는 삼차신경의 꼬리핵을 활성화시키는 일차적인 침해성 자극의 원인을 제거하고, 편두통의 경우 혈관성 자극(vascular input)에 의해 꼬리핵이 활성화될 수는 있지만 근육성 자극을 제거함으로써 머리가 무겁고 맑지는 않지만 편두통 발작시의 심한 두통은 치료 할 수 있다고 하였다<sup>10)</sup>.

본 증례 환자의 경우, 2007년경 직장일로 심한 스트레스 받고 난 후 두통 발생하여 필요시마다 양약을 복용하였으며, 2010년 1월경 다시 직장일로 잦은 음주와 과로 및 스트레스 받은 후 두통이 더 악화되어 2010년 4월 12일경 00대학병원 신경외과에서 경추신경차단술을 2차례 받았다. 경추신경차단술 후 날카로운 통증은 사라졌으나, 여전히 무겁고 멍한 통증과 박동성의 찌르는

듯한 통증으로 일상생활에 불편감을 호소하여 2010년 5월 28일 본원에 내원하였다. 입원 당시 두통, 경항통, 양측 견통, 불면 증상을 주로 호소했으며, 기력저하, 소변불리, 舌淡紅 苔白, 脈細數而無力, 心下部壓痛 및 臍下部 壓痛 등의 소견 관찰되었다.

한의학에서 頭痛에 관한 歷代 醫家들의 견해를 보면, 《黃帝內經》, 《黃帝內經 靈樞》<sup>12)</sup>에서는 頭痛을 下虛上實, 熱甚氣逆, 外感風寒, 歲氣太過或不及, 三陰三陽氣厥, 大寒至骨髓, 惡血로 인한 것으로 보고 있으며, 巢元方은 《巢氏諸病原候總論》<sup>13)</sup>에서 두통의 病因病理를 體虛한데 陽經脈이 風의 侵入을 받아 발생한다고 보고 運動勞役으로 陽氣를 發泄하면 腠理가 開하게 되므로 頭面을 순행하는 陽經脈이 受風하여 頭痛이 생긴다고 하였다. 또한 李杲는 《東垣十種醫書》<sup>14)</sup>에서 頭痛을 傷寒, 濕熱, 寒濕, 氣虛, 血虛, 痰厥, 三陰三陽頭痛으로 나누었으며 內證頭痛과 外感頭痛으로 나누었고, 朱丹溪는 《丹溪心法》<sup>15)</sup>에서 頭痛多主於痰痛甚者火多, 頭痛屬痰者多有熱有風血虛라 하여 痰厥頭痛과 氣滯頭痛을 보충하였다. 李梴은 《醫學入門》<sup>16)</sup>에서 氣滯, 血虛, 腎虛, 痰火, 食積을 內傷頭痛의 誘因이 된다고 하였고, 七情을 病因으로 설명하였다. 王壽는 《外室秘要》<sup>17)</sup>에서 “勞役過度로 인하여 陽氣不足하면 風邪가 침입하여 頭痛이 발생한다”고 하였다. 이처럼 역대 의가들은 頭痛을 氣血의 偏衰, 痰, 肝氣上逆, 腎虛 등의 內的요소와 六淫 등의 外的요소로 구분하여 보고 있으며, 여러 분류기준을 제시하고 있다.

頭는 天象이며 諸陽의 首로서 六腑清陽의 氣와 五臟精華의 血이 다 머리에서 만나는 데, 經氣가 上逆하여 清道를 침범하거나 邪氣가 바깥에서 侵襲하여 經氣가 운행하지 못하면 막혀서 두통이 된다. 《黃帝內經》<sup>12)</sup> 脈要精微論에는 頭者精明之府라 하여 五臟六腑의 精氣가 모두 머리 부분에 있음을 말하였고, 李時珍은 “腦爲元神之府”라 한 바 있고, 《東醫寶鑑》<sup>18)</sup>에서는 ‘頭爲天谷以藏神 元神所住之宮’라 하여 머리에서 神을 藏한다 하였다. 《靈樞》<sup>12)</sup>에서는 ‘心者 五臟六腑之大主也 精神之所舍也’라 하였다. 이는 元神之府인 腦와 精神이 머무는 心이 不調한 결과로 氣血이 運行이 逆上하면 頭痛이 발생할 수 있는 것으로, 이는 긴장형두통과 연관이 있다고 생각된다<sup>19)</sup>.

한의학에서는 脾의 志는 思이며, 脾는 氣血化生之源이 되고 生痰之源이다. 정신적 스트레스로 생각이 많아지면 脾의 升清作用이 방해가 되어 소화가 안되고, 氣血생성이 저해되어 자주 피로하게 되며, 울체된 기운은 痰을 생성시켜 두통을 일으킨다. 또 음식을 무절제하게 섭취하거나 기름지고 단 음식이나 술을 좋아하게 되면 脾失健運하여 痰濕이 內生하여 清陽을 막아 清竅를 蒙蔽하므로 頭痛이 발생하게 된다. 동의보감에서 말한 痰厥頭痛, 氣虛頭痛, 血虛頭痛이 여기에 해당한다.

본 증례 환자의 경우, 스트레스와 과로 및 음주가 정상적인 비위기능에 장애를 미쳐 두통 및 경항통, 양측 견통 등을 일으킨 것으로 판단하고, 消化不良, 心下部壓痛, 軟便, 氣力低下, 脈浮數而無力, 舌淡紅太白 등의 증상을 참고하여 氣虛와 濕痰, 酒後頭痛으로 변증하고 한약, 침, 뜸 등의 치료하였다.

한약치료는 滲濕利尿하여 健脾除濕을 목적으로 葛花解醒湯과 益氣健脾하고 燥濕化痰을 목적으로 補中益氣湯加味方을 투여

하였다. 침치료는 頭部는 諸陽明之會로 頭部の 經氣를 소통시키기 위하여 手陽明經의 合谷과 足陽明經의 足三里를 취하였고, 祛痰의 목적으로 足陽明經의 豐隆을 취하였다. 또한, 熄肝風, 潛肝陽, 清神志 舉陽氣下陷 목적으로 百會, 清熄肝火肝陽, 疏肝理氣하는 太衝을 취하였으며, 率谷, 腫子膠, 風紙 등의 두부부위 혈자리를 취하였다.

뜸은 비위기능의 회복을 위해 和胃氣, 化濕滯, 理中焦, 調升降 작용이 있는 中脘부위에 뜸을 간접구로 1일 1회 시술하였다<sup>20,21</sup>. 부항치료는 환자의 기혈순환을 돕고 두개골주위 근육긴장의 해소목적으로 膀胱經 및 膽經, 小腸經을 따라 건부항을 시행하였으며, 두경부 근육 경결부위를 위주로 습부항을 1일 1회 시술하였다.

葛花解醒湯은 滲濕利尿하고 健脾除濕하며 消食醒酒하는 처방으로, 소화불량, 心下部壓痛, 연변, 소변불리 등을 고려하여 비위기능이상으로 인한 두통 증상 개선을 목표로 처방하였다<sup>20,21</sup>. 葛花解醒湯의 구성약물은 葛花, 砂仁, 白豆蔻를 君藥으로 하고 靑皮, 白朮, 乾薑, 神麴, 澤瀉, 人蔘, 猪苓, 赤茯苓, 橘皮, 木香으로 구성되어 葛花는 갈증을 없애고 利尿하고 酒毒을 풀며, 砂仁, 白豆蔻는 胸滯를 소산시키고 寒腹痛을 제거하고 비위를 따듯이 하는 작용을 한다<sup>22,23</sup>.

補中益氣湯加味方은 許浚<sup>18</sup>의 《東醫寶鑑》 <內傷門>의 酒病治法에서 補中益氣湯에 白朮을 빼고, 半夏, 白芍藥, 黃芩, 黃柏, 葛根, 川芎을 더한 처방으로, 처음 수록된 것은 李의 《東垣十種醫書》<sup>14</sup>이며, “脾胃之氣 卽氣 而元氣不能充 而諸病之所由也”라 하여 中氣不足 및 제만 氣虛證에 사용되는 대표적인 처방이다. 補中益氣湯加味方의 구성약물은 黃芪, 甘草, 人蔘, 當歸, 陳皮, 升麻, 柴胡, 半夏, 白芍藥, 黃芩, 黃柏, 葛根, 川芎으로 구성되어 있는데, 黃芪를 君藥으로 補中益氣하고 升陽固表하여 止汗하게 하며, 人蔘, 炙甘草를 臣藥으로 하여 益氣健脾하고 君藥과 배합되어 益氣補中하며, 佐藥에는 理氣和胃시키는 陳皮와 養血하는 當歸를 사용하고, 使藥으로는 소량의 升麻, 柴胡로 君藥을 협조하면서 下陷된 陽氣를 升提케 한다. 또, 半夏는 燥濕化痰, 消痞散結하며, 黃芩, 黃柏은 清熱燥濕, 瀉火解毒하며, 葛根은 生津止渴하고 酒毒을 풀며, 川芎은 活血行氣하며 頭痛을 멈추게 한다.

입원 첫날은 음주력, 소화불량, 心下部壓痛, 軟便, 소변불리 등을 고려하여 葛花解醒湯을 투여하였으나, 葛花解醒湯은 發汗, 利尿 작용을 통해 체내의 濕을 체외로 배출하는 처방으로, 주로 邪氣가 實한 경우에 사용하며 常服時 正氣損傷의 우려가 있다. 본 환자의 경우, 상기증세 뿐만 아니라 기력저하, 피로감, 脈微細而無力한 점 등을 고려하여 입원 둘째날부터 補中益氣湯加味方으로 변경하여 투약하였다.

상기 증례의 환자는 입원 당시 하루 종일 머리 전체가 멍하고 무거운 통증이 있으며, 양측 太陽穴 및 후두부로 박동성의 찌르는 듯한 통증이 1시간씩 하루에 2~3회 나타났다. 입원 2일째는 찌르는 양상의 두통은 강도가 약해져 통증 강도 7로 감소했으며, 입원 3일째는 양측 견통과 두통 강도가 3으로 감소했고, 양측 太陽穴 및 후두부로 박동성의 찌르는 듯한 통증은 소실되었다. 입원 4일째에는 박동성의 찌르는 듯한 통증은 미미하게 수초 지

속 후 사라졌으며, 뒷목으로 뻣뻣한 통증 강도는 3으로 감소했다. 입원 5일째에는 몸의 제반 증상이 좋아지면서 두통, 경항통, 양측 견통의 강도가 2로 감소했고 6일째, 7일째에도 증상의 악화 없이 통증강도 1로 유지하였다.

본 증례에서 저자는 2007년부터 2010년 5월까지 오랜 기간 동안 양약 복용과 경추신경차단술을 받은 후에도 호전되지 않은 두통으로 내원한 환자를 한의학적으로는 음주습관, 과로 및 만성 스트레스로 유발된 氣虛와 濕痰, 酒後頭痛으로 변증하여 한약, 침, 뜸 등의 치료를 시행한 결과, 비교적 단기간에 두통을 포함한 제반증상이 유의한 호전을 보여 보고하는 바이다.

Table 5. Diagnostic Criteria of Chronic Tension-type Headache

- A. 기준 B-D를 만족하는 두통이 3개월을 초과하여 평균 한 달에 15일 이상 발생
- B. 두통은 30분에서 7일간 지속함.
- C. 두통은 다음 양상 중 적어도 두가지 이상을 가진다.
  1. 양측성
  2. 압박감/조이는 느낌(비박동성)
  3. 정도 또는 중증도의 강도
  4. 걸거나 계단 오르기 같은 일상 신체활동에 의해 악화되지 않음.
- D. 다음의 두 가지를 모두 만족함.
  1. 구역이나 구토가 없음(식욕부진은 있을 수 있음).
  2. 빛공포증이나 소리공포증 중 한가지만 있을 수 있음.
- E. 다른 질환에 기인하지 않음.

## 결론

상기 증례에서 저자는 2007년부터 2010년 5월까지 오랜 기간 동안 양약 복용과 경추신경차단술을 받고도 호전되지 않은 만성 두통 환자 1례에 대하여 한의학적으로 氣虛, 濕痰, 酒後頭痛으로 변증하여 한약투여와 침구치료 등을 시행하여 양호한 결과를 보여 이에 보고하는 바이다. 향후 더 많은 임상증례의 보고와 객관적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

## 참고문헌

1. 대한두통학회. 두통학. 첫째판. 서울, 군자출판사, pp 183-184, 2009.
2. Schwartz, B.S., Stewart, W.F., Simon, D., Lipton, R.B. Epidemiology of tension-type headache. JAMA 279: 381-383, 1998.
3. 공현우, 김주원, 신현권, 박세진. 긴장성 두통 환자 치험 1례. 동의신경정신과학회지 16(2):259-266, 2005.
4. 이상무, 황규신, 한희철, 정형섭. 긴장성 두통에 대한 동통유발점 자침과 원위취혈 자침의 치료효과에 대한 임상적 비교 연구. 대한침구학회지 18(1):14-20, 2001.
5. 김양식, 김성현. 체침과 이침을 병용하여 치료한 긴장성 두통에 관한 임상적 고찰. 대한한의학회지 17(1):433-446, 1996.
6. 정인태, 이상훈, 최도영. 긴장형 두통의 임상양상 및 생체전기 자율반응과의 상관성 고찰. 대한침구학회지 21(2):183-204, 2004.
7. Headache classification subcommittee of the International

- Headache Society. The international Classification of headache disorders: 2nd edition. Cephalagia, 24(Suppl 1):9, 2004.
8. Olesen, J., Tfelt-Hansen, P., Welch, K.M.A. The Headaches. 1st ed. New York, Raven Press. pp 117-127, 1993.
  9. Olesen, J. Clinical and Pathophysiological observations in migraine and tension-type headache explained by intergration of vascular, supraspinal and myofascil inputs. Pain 46: 125-132, 1991.
  10. 김경태, 송찬우. 경추성 두통, 긴장성 두통 및 전구증상이 없는 편두통 환자에서 제2경추신경절 차단술의 효과 비교. 대한마취과학회지 32: 990-995, 1997.
  11. 손지영. 긴장성 두통 환자에서 통증유발점 치료 및 제2 경추 신경절 차단술의 효과. 인제의학. 18(3):315-319, 1997.
  12. 裴秉哲 주해. 황제내경독해. 서울, 성보사, pp 66, 116, 162-165, 221, 265, 2000.
  13. 巢元方. 巢氏諸病原候總論. 台北, 國立醫案研究所, p 8, 1964.
  14. 李東垣. 東垣十種醫書. 서울, 대성문화사, pp 181-185, 1989.
  15. 朱丹溪. 改訂版 丹溪心法. 서울, 大星文化社, p 461, 1982.
  16. 李梴 編著. 醫學入門. 서울, 대성문화사, p 489, 1990.
  17. 王 壽. 外室秘要. 臺北, 文光圖書有限公司印行. pp 416-417, 1982.
  18. 許 浚. 對譯東醫寶鑑. 서울, 범인문화사, pp 487, 1135-1138, 1141-1143, 1999.
  19. 금양식, 금성현. 體鍼과 耳鍼을 併用하여 治療한 緊張性 頭痛에 關한 臨床的 考察. 대한한의학회지 17(1):433-446, 1996.
  20. 침구·경혈학교실. 침구학. 서울, 집문당, p 323, 330, 382, 667, 730, 705, 2005.
  21. 김경식. 동의임상지침. 서울, 대성문화사, pp 73-77, 80-84, 1998.
  22. 신민교. 임상본초학. 서울, 영림사, pp 179, 592-593, 650-657, 2000.
  23. 윤용갑. 동의방제와 처방해설. 개정판. 서울, 의성당, pp 459, 485-507, 2004.