

원저

# 緊張型 頭痛의 臨床樣相 및 생체전기 자율반응과의 相關性 考察

정인태 · 이상훈 · 최도영

경희대학교 한의과대학 침구학교실

## Abstract

### The clinical manifestation of tension-type headache and correlation study with autonomic bioelectric response

Choung In-tae, Lee Sang-hoon and Choi Do-young

Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine,  
Kyung-hee University

**Objective** : Tension-type headache is the most common headache. The objective of this study is to find the clinical manifestation of tension-type headache and correlation with autonomic bioelectric response.

**Methods** : This observation was carried out on 60 patients with tension-type headache. We used headache questionnaire and the Autonomic Bioelectric Response recoder(ABR-2000) for this study.

- 접수 : 2004년 3월 17일 · 수정 : 2004년 3월 22일 · 채택 : 2004년 3월 24일  
· 교신저자 : 최도영, 서울특별시 동대문구 회기동 경희의료원 한방병원 침구과  
Tel. 02-958-9205 E-mail : choi4532@unitel.co.kr

**Results :**

1. Distribution of sex & age : male : female=5 : 7, 50s&60s group (28.3%)
2. Duration of onset : over 5years(50%), over one years(83.4%)
3. Causes of illness : stress(58.3%), severe fatigue(53.5%), tension(33.3%)
4. Time of attack : irregular(56.7%), day time(16.7%)
5. Pattern of pain: heavy(31 people), stiffness of occipital region (27 people) tightening around the head(25 people)
6. Curve : 40%, 56.7%, 35.0% SL(Slope low) at peak 1, 2, 3/ SH&SI not found
7. Regulation : 16.7% RR(Regulation reverse) at peak 1, 25% RH(Regulation high) at peak 2, 15% RR(Regulation reverse) at peak 3
8. Graph : Activity-60.0%, 70.0%, 63.3% lowered reaction(L, LR, L!) at peak 1, 2, 3  
Reactivity-83.3%, 95.0%, 93.3% lowered reaction at peak 1, 2, 3

**Conclusion :** We find tension-type headache has remarkable relativeness with autonomic bioelectric response.

**Key words :** tension-type headache, Autonomic Bioelectric Response

## I. 서론

두통은 인체에서 가장 흔히 나타나는 신체 증상중의 하나로, 일생동안 한번도 두통을 경험하지 못한 경우는 없다고 해도 지나치지 않는다. 여러 연구자들의 통계를 보면 일반 인구 중에서 두통환자의 비율이 40-65%까지 높게 보고되고 있다<sup>1)</sup>.

한의학에서는 <素問, 五藏生成論>에서 “頭痛巔疾 下虛上實....”이라고 처음 언급된 이래, 頭腦戶痛, 首風, 衝頭痛, <難經 六十難>의 眞頭痛과 厥頭痛, <諸病源候論>에서

의 頭風등 다양한 頭痛 樣相을 文獻에서 確認할 수 있다. 頭는 “諸陽之會, 清陽之府”로써 五臟의 精華之血과 六腑의 清陽之氣가 모두 여기에 모이게 되므로 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 원활치 못하게 되어 頭痛을 일으키는 것으로 보고 있다<sup>2)</sup>.

긴장형 두통은 편두통과 더불어 가장 흔한 원발성 두통의 하나로, 성년기에 흔한 질환이다. 두통은 대개 양측성으로 발생하며 조이거나 누르는 듯한 양상이고, 편두통과는 달리 오심이나 구토, 수명(photophobia)또는 고성공포증등을 동반하지 않는 것이 보통이다. 통증

의 강도는 대개 경도 내지 중등도로 일상활동에는 큰 영향을 미치지 않는 것이 일반적이다<sup>3)</sup>.

생체전기 자율반응 측정기(Autonomic Bioelectric Response Recorder, 이상 ABR-2000)는 인체가 의식하지 못하는 수준의 미세 전류를 인가했을 때 6개로 이루어진 전극부위에 의해 각 7 上限에서 일어나는 능동적인 반응상태인 생체전기 자율반응양상을 통해서 민감도, 자율신경계 조절, 생체 신호와 각 장기의 기능 상태 등을 관찰하는 기기이다. 생체전기 자율반응 측정기는 미세전류를 이용하여 생체의 에너지 상태를 평가하는 機器로 病症 診斷뿐만 아니라, 인체 臟腑虛實 등에 대한 평가의 가능성도 있다고 사료된다<sup>4)</sup>.

이에 본 저자는 2003 한의학국제박람회를 방문한 두통 환자를 대상으로 두통설문지와 문진을 통해 긴장형 두통을 분류하고 임상양상과 생체전기 자율반응 측정기의 분석결과를 보고 하려고 한다.

## II. 연구대상 및 방법

### 1. 연구대상

연구대상은 2003년 7월3일부터 7월6일 까지 제6회 한의학국제박람회 경희의료원 한방병원 두통 부스로 방문한 두통환자 154명 중 긴장형 두통으로 분류되는 환자 60명을 대상으로 하였다. 두통설문지와 問診을 통해 편두통으로 분류되는 환자와 긴장형 두통과 편두통의 혼합형은 관찰대상에서 제외하였다.

### 2. 진단기기

기기는 Medison Co. LTD에서 제작 생산한 생체전기 자율반응 측정기(Autonomic Bioelectric Response Recorder, ABR-2000)을 측정기기로 사용하였다.

### 3. 방법

1) 연구대상 환자에게 먼저 두통설문지를 작성하게 하고 問診과 舌診, 脈診 및 ABR-2000을 시행하였다. 국제 두통협회(IHS)의 기준<sup>5)</sup>(첨부1)에 의해 긴장형 두통과 편두통, 기타로 나누어 분류한 후 긴장형 두통 60명에 대하여 성별, 연령, 병력기간, 발생부위, 두통발생시간, 유발동기, 통증양상등을 통해 긴장형 두통의 특성을 관찰하였다. 또한 환자의 주소와 수반증상을 중심으로 문<sup>23)</sup>이 채택한 辨證類型(첨부2)을 이용하여 辨證 分類하여 긴장형 두통과의 연관성을 살펴보았다. 생체전기 자율반응 측정기를 통해서는 Curve, Regulation, Graph의 세가지 지표의 분석을 통해 긴장형 두통의 ABR 경향성에 대하여 관찰하였다.

### 2) 두통설문지

(첨부3)

### 3) ABR-2000

양측 이마, 양손, 양발에 6개의 전선을 접촉시킨 후 13Hz, 340mA의 저주파 펄스 자극을 4초간 가하고 전극간에 음양을 바꾼 채로 4초간 자극하여 인체에 흘러들어가는 전류량을 측정하고, 이 후 인체에 전극을 통해 방출되는 전류량을 4초 동안 측정하는 방식으로 1상한 오

른쪽 손-오른쪽 머리, 2상한 오른쪽 머리-왼쪽 머리, 3상한 왼쪽머리-왼쪽손, 4상한 왼쪽손-오른쪽 손, 5상한 오른쪽 손-오른쪽 발, 6상한 오른쪽 발-왼쪽 발, 7상한 왼쪽 발-왼쪽 손 등 7 부위 상한에서 나타나는 전기반응의 형태를 자동적으로 측정하는 기기이다. 이렇게 7부위까지 순차적으로 측정한 후 인체 자율반응이 이루어질 수 있도록 휴식을 취하게 하고 자동적으로 2차 측정을 시행한다. 이 기기는 인체에 유입된 전류량을 측정하는데, 만일 인체의 저항값이 작다면 흘러들어간 전류량이 많아질 것이고, 반대의 경우에는 전류량이 작아진다. 이러한 원리에 의하여 이 기기는 Curve, Regulation, Graph의 세가지 지표로 결과를 출력한다<sup>2)</sup>.

### Ⅲ. 결 과

#### 1. 설문분석결과

##### 1) 성별, 연령 및 병력기간

긴장형 두통으로 분류된 60명의 환자중 남자는 25명, 여자는 35명이었다. 연령은 50대와 60대가 가장 많아 각각 28.3%를 차지하였으며, 다음으로 40대가 25%를 차지하여 40대 이상이 85%를 차지하였다. 병력기간을 1개월 이내, 1개월-3개월, 3개월-6개월, 6개월-1년, 1년-3년, 3년-5년, 5년이상으로 분류하였을 때, 5년 이상이 50%로 가장 많았으며, 1년-3년이 21.7%, 3년-5년이 11.7% 순으로 1년 이상이 83.4%를 차지하였다.(Table 1, 2)

Table 1. The distribution of study population by sex, age

성별 \ 나이	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-	계
男	4	2	6	6	6	1	25
女	0	3	9	11	11	1	35
계(%)	4 (6.7)	5 (8.3)	15 (25.0)	17 (28.3)	17 (28.3)	2 (3.4)	60

Table 2. The duration of onset

병력기간	-1개월	1개월 -3개월	3개월 -6개월	6개월 -1년	1년 -3년	3년 -5년	5년이상	계
응답자수(%)	0	2 (3.2)	4 (6.7)	4 (6.7)	13 (21.7)	7 (11.7)	30 (50.0)	60

2) 발생부위

복수응답으로 뒷머리가 22명, 좌측이 15명,

옆머리가 10명을 차지했으며 전반적으로 두부의 여러 부위에서 통증이 발생하였다.(Table 3)

Table 3. The reported site of tension-type headache

부위	우측	좌측	양쪽	앞머리	뒷머리	옆머리	머리꼭지	여기저기	전체적	계
응답자수	8	15	8	9	22	10	9	6	5	92

3) 유발동기 및 발병시간

유발동기는 극심한 피로, 정신적 스트레스, 긴장, 수면 결핍, 배고플 때, 과격한 운동, 강한 햇볕, 기타로 분류하여 조사하였다. 복수응답으로 정신적 스트레스가 58.3%, 극심한 피로가 53.3%, 긴장이 33.3%를 차지했으며, 수면결핍도 28.3%를 차지했다.

발병시간은 항상 언제나, 불규칙적으로, 아침에 주로, 활동하는 낮시간에 주로, 저녁 및 자기전에 주로, 수면중에 주로 아프다로 분류하여 조사하였다. 응답자중 불규칙적으로가 34명으로 56.7%를 차지해 가장 많았으며, 다음으로 활동하는 낮시간에 주로 아프다가 16.7%를, 항상 언제나 아프다가 15%를 차지하였다.(Table 4, 5)

Table 4. The induced cause of tension-type headache

유발동기	응답자수(%:n=60)
극심한 피로	32(53.3)
정신적스트레스	35(58.3)
긴장	20(33.3)
수면결핍	17(28.3)
배고플때	7(11.7)
과격한 운동	4(6.7)
강한햇볕	4(6.7)
기타(무응답포함)	12(20.0)
계	131

Table 5. The time of attack

발병시간	응답자수(%)
항상 언제나	9(15.0)
불규칙적으로	34(56.7)
아침에 주로 아프다.	4(6.7)
활동하는 낮 시간에 주로	10(16.7)
저녁 및 자기전에 주로	2(3.3)
수면중에 주로	1(1.7)
계	60

4) 통증양상

복수응답으로 머리가 무겁다가 31명으로 가장 많았으며, 뒷머리가 뻣뻣하다가 27명, 머리속이 아프다와 머리에 띠를 두른 듯 조인다가 각각 25명을 차지하였고, 기타 머리가 쪼개지는 것처럼 아프다와 전기가 통하듯 찌릿 찌릿하다가 각각 10명을 차지하였다.(Table 6)

5) 한방적 변증분류

風痰, 風熱, 風濕, 肝鬱化火, 氣虛, 血虛, 陰虛, 氣血兩虛, 痰厥, 瘀血로 분류하여 조사하였다.

肝鬱化火가 21.7%로 가장 많았으며, 다음으로 氣虛가 20%, 痰厥이 16.7%를 차지하였다.(Table 7)

Table 6. The clinical pain characteristics of tension-type headache

통증양상	응답자수
머리가 무겁다	31
머리가 쪼개지는 것처럼 아프다	10
머리에 띠를 두른 듯 조인다	25
한대 맞은 것처럼 멍하다	5
누르는 듯 하다	15
뒷머리(목)가 뻣뻣하다	27
지속적으로 은근히 아프다	24
저리거나 차게 느껴진다	4
머리속이 흔들린다	4
머리가 앞으로 쏟아지는 듯하다	7
욱싹욱싹 쑤신다	5
터지는 듯 하다	5
맥이 뛰는 듯 아프다	3
발작적으로 심하게 아프다	3
칼이나 송곳으로 쑤셔대는 듯하다	6
전기가 통하듯 찌릿 찌릿하다	10
머리 속이 아프다	25
머리 곁이 아프다	8
계	217

Table 7. The differentiation of syndrome in tension-type headache

辨證類型	風痰	風熱	風濕	肝鬱化火	氣虛	血虛	陰虛	氣血兩虛	痰厥	瘀血	계
해당자수(%)	1(1.7)	2(3.3)	2(3.3)	13(21.7)	12(20.0)	6(10.0)	7(11.7)	5(8.3)	10(16.7)	2(3.3)	60

2. ABR 분석 결과

1) CURVE

1, 2, 3 上限 에서는 SL(Slope Low)가 각각 40%, 56.7%, 35.0%를 차지했으며 SH 와 SI는 없었다. 1, 2, 3 上限 전체에서 SL가 차지하는

비율은 43.9%로 높게 나타났다. 정상은 1, 2, 3 上限에서 각각 60%, 43.3%, 65.0%를 나타냈다.

4, 5, 6, 7 上限에서는 4上限에서만 SL 10%를 나타냈으며 나머지는 모두 정상이었다. (Table 8)

Table 8. CURVE

上限	上				下				
	1	2	3	계	4	5	6	7	계
SH(%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SL(%)	24(40.0)	34(56.7)	21(35.0)	79(43.9)	6(10.0)	0	0	0	6(2.5)
SI(%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
正常(%)	36(60.0)	26(43.3)	39(65.0)	101(56.1)	54(90.0)	60(100.0)	60(100.0)	60(100.0)	234(97.5)
계(%)	60	60	60	180	60	60	60	60	240

2) REGULATION

1, 2, 3 上限에서는 정상이 각각 63.3%, 65%, 66.7%를 차지했으며, 1 上限에서는 RR이 16.7%, 2上限에서는 RH가 25%, 3上限에서는 RR가 15%로 정상 다음을 차지했다.

4, 5, 6, 7 上限에서는 정상이 각각 60%, 75%, 81.6%, 80.0%를 차지했으며 4上限에서는 RH가 16.7%, 5上限에서는 RL이 15.7%, 6上限에서는 RL이 16.7%, 7上限에서는 RL이 11.7%로 정상 다음을 차지했다.(Table 9)

Table 9. REGULATION

上限	上				下				
	1	2	3	계	4	5	6	7	계
RH(%)	7(11.7)	15(25.0)	4(6.7)	26(14.4)	10(16.7)	5(8.3)	1(1.7)	2(3.3)	18(7.5)
RL(%)	5(8.3)	5(8.3)	7(11.7)	17(9.4)	9(15.0)	7(11.7)	10(16.7)	7(11.7)	33(13.8)
RR(%)	10(16.7)	1(1.7)	9(15.0)	20(11.1)	5(8.3)	3(5.0)	0	3(5.0)	11(4.6)
정상(%)	38(63.3)	39(65.0)	40(66.7)	117(65.0)	36(60.0)	45(75.0)	49(81.6)	48(80.0)	178(74.2)
계(%)	60	60	60	180	60	60	60	60	240

3) GRAPH

Activity에서는 1, 2, 3上限에서 저하반응(L, LR, L!)이 각각 60.0%, 70.0%, 63.3%로 높게

나타났으며 전체적으로 64.4%를 차지하였다. 4, 5, 6, 7 上限에서도 低下反應이 각각 41.7%, 43.3%, 33.3%, 43.3%로 亢進反應(H, HR, H!)이

보다 높게 나타났다. 전체적으로는 40.4%를 차지하였다.

Reactivity에서는 1, 2, 3 上限에서 低下反應이 각각 83.3%, 95.0%, 93.3%로 높게 나타났으

며, 전체적으로 90.6%를 차지하였다. 4, 5, 6, 7 上限에서도 低下反應이 각각 81.7%, 68.3%,

55.0%, 56.7 %로 나타났으며, 전체적으로 65.4%를 차지하였다.(Table 10)

Table 10. GRAPH

上限		上								下									
		1		2		3		계		4		5		6		7		계	
異常反應 類型		A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R
亢進	H	2	0	5	0	2	0	9	0	3	0	2	0	3	0	2	0	10	0
	HR	1	0	2	0	2	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	H!	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0	3	0
	계	4	0	8	0	4	0	16	0	5	0	2	0	5	0	2	0	14	0
	%	6.7	0	13.3	0	6.7	0	8.9	0	8.3	0	3.3	0	8.3	0	3.3	0	5.8	0
低下	L	29	21	29	21	23	21	81	63	12	31	11	23	9	13	10	16	42	83
	LR	4	18	3	22	4	23	11	63	11	9	12	10	7	8	13	7	43	34
	L!	3	11	10	14	11	12	24	37	2	9	3	8	4	12	3	11	12	40
	계	36	50	42	57	38	56	116	163	25	49	26	41	20	33	26	34	97	157
	%	60.0	83.3	70.0	95.0	63.3	93.3	64.4	90.6	41.7	81.7	43.3	68.3	33.3	55.0	43.3	56.7	40.4	65.4
정상		20	10	10	3	18	4	48	17	30	11	32	19	35	27	32	26	129	83
%		33.3	16.7	16.7	5.0	30.0	6.7	26.7	9.4	50.0	18.3	53.4	31.7	58.4	45.0	53.4	43.3	53.8	34.6
계		60	60	60	60	60	60	180	180	60	60	60	60	60	60	60	60	240	240

4) ABR 八綱分析

31.7%로 높게 나타났다.(Table 11)

八綱分析에서는 裏寒이 36.7%, 虛寒이

八綱分析基準

A Graph	正常	正常↑	正常↓	正常	正常↑	正常	正常↓	正常↓	正常↑
R Graph	正常	正常	正常	正常↑	正常↑	正常↓	正常↑	正常↓	正常↓
Analysis	正常	表熱	表寒	裏熱	實熱	裏寒	實寒	虛寒	虛熱



Table 11. The ABR eight principle syndroms analysis

八綱辨證	正常	表熱	表寒	裏熱	實熱	裏寒	實寒	虛寒	虛熱	계
해당자수 (%)	12 (20%)	0	5 (8.3%)	0	0	22 (36.7%)	0	19 (31.7%)	2 (3.3%)	60

#### IV. 고찰

긴장형 두통은 일반적으로 젊은 연령 및 여성에서 유병율이 높은 것으로 알려져 있으나<sup>6)</sup> 남녀간에 유병율에 큰 차이가 없고, 간헐성 긴장형 두통의 경우 연령에 따라 유병율의 차이가 없다는 보고도 있다<sup>7)</sup>. 그러나 대체로 편두통과 달리 유년기나 청소년기에 시작은 드물고 중년기에 훨씬 더 많이 발생하는 것으로 알려져 있다. 이는 인생을 살아가면서 겪는 불안증, 우울증이 오는 시기와 일치한다. 긴장형 두통의 유병율은 보고자마다 차이가 있어 3%에서 86%에 이르기까지 다양하게 보고되고 있고<sup>8-9)</sup> 외래 두통 환자의 약 40%를 차지하며, 편두통보다 높다는 보고가 대부분이다.

과거에는 긴장성 두통(tension headache), 근육축성 두통(muscle contraction headache), 정신근성 두통(psychomyogenic headache), 스트레스성 두통(stress headache), 원발성 두통(idiopathic headache), 일상 두통(ordinary headache), 심인성 두통(psychogenic headache) 등으로 다양하게 불리웠으나, 1988년 국제두통학회(International headache society, 이하 IHS)에 의행 긴장형 두통(tension type headache)으로 용어가 정리되었다. 긴장형 두통은 두통일수에 따라 간헐성(episodic)과 만성

형(chronic)으로 분류되며 이러한 두통은 다시 두경부 근육의 압통이나 근전도상의 이상 여부에 따라 세분되기도 한다. 긴장형 두통의 발병 기전에 대해서는 아직까지도 논란이 있으나 (Blanchard 등, 1989), 두통의 스트레스, 우울증, 불안등과 연관되어 발생하는 경우도 있어 (Rasmussen, 1993), 대부분의 연구자들은 근육의 수축과 정신적 요인이 서로 영향을 미치는 것으로 생각하고 있다.(Mebane, 1990), 긴장형 두통은 비록 두통의 정도가 편두통 보다는 경미하지만 일반적으로 가장 흔한 두통중의 하나이고, 만성 긴장형 두통 환자의 경우에는 우울증등과 같은 심각한 정신과적 질환이 내재되어 있을 수가 있어 임상적으로 중요한 의미를 갖는다고 볼 수 있다<sup>3)</sup>.

긴장형 두통은 보통 짓누르거나 조이는 듯한 양상의 두통이 꾸준하게 지속되는 것이 일반적인데, 경우에 따라서는 쑤시는 또는 머리 양옆이 조이는 듯한 두통을 호소하는 경우도 있고, 머리를 띠를 두른 것 같은 느낌을 호소하며, 목이나 턱의 근육에서 부자연스러운 느낌이 동반되는 경우도 있다. 일부 환자들은 두피에서 심한 압통을 호소하며 빗질을 하거나 모자를 쓸 때 심한 압통을 호소하며 빗질을 하거나 모자를 쓸 때 심한 통증을 호소하는데, 두피의 압통은 두통이 있을 때 심해지며 두통이 가라앉고 나서도 수일 간 지속될 수 있다.(Drummond, 1987)

증상의 시작은 편두통 보다 완만하게 시작되며 일단 긴장형 두통이 시작되면 증상이 다소 좋아졌다 나빠졌다 하면서 수주일, 수개월 심지어 수년동안 지속되기도 한다<sup>10)</sup>. 환자들이 오래 동안 매일, 하루 종일, 내내 통증이 있다고 호소하는 유일한 두통이기도 하다. 대개 머리가 아파서 잠에서 깨어나는 경우는 없으며 환자가 깨어나거나 깨어나서부터 얼마 두통이 시작되고 두통이 심할 때는 보통의 진통제는 별로 효과가 없다. 긴장형 두통과 편두통이 함께 존재하는 경우를 혼합형 두통 또는 연합성 두통이라고 하는데 편두통 환자의 50%에서 긴장형 두통이 발견되었다는 보고도 있다<sup>11)</sup>.

韓醫學에서는 頭痛을 <素問·五藏生成論><sup>12)</sup>에서 “是以頭痛巔疾 下虛上實...”이라고 언급된 이래 <素問·氣交變大論><sup>12)</sup>의 頭腦戶痛, <素問·風論><sup>12)</sup>의 首風, <靈樞·經脈篇><sup>13)</sup>의 衝頭痛, 扁<sup>14)</sup>의 眞頭痛과 痰頭痛, 巢<sup>15)</sup>의 頭風 등으로 頭痛樣相이 多樣하게 언급되어 왔다. 그 이후 王<sup>16)</sup>은 勞役過度로 인한 陽氣不足 상태에서 風을 맞으면 頭痛이 발생한다고 하였고, 朱<sup>17)</sup>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<sup>18)</sup>은 胸膈의 宿痰로 因하여 發生하므로 吐之하라고 하였고, 張<sup>18)</sup>은 六經頭痛을 말하였고, 李<sup>19)</sup>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 설명하였고, 許<sup>20)</sup>는 部位 및 原因에 따라 十日種 頭痛으로 分類하고 있으며, 吳<sup>21)</sup>는 痰, 熱, 風, 濕, 氣血虛가 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.

頭痛의 分類는 韓醫學的인 病因에 따라서 外感과 內傷頭痛으로 分類하며 外感頭痛은 다시 風寒頭痛, 風濕頭痛, 風熱頭痛으로 區分하고,

內傷頭痛은 肝鬱化火頭痛, 氣虛頭痛, 血虛頭痛, 陰虛頭痛, 氣血兩虛頭痛, 痰厥頭痛, 瘀血頭痛으로 分類하고 있다<sup>22)</sup>.

생체전기자율반응검사는 피검사자는 인체의 각 부위(머리, 좌우의 손, 좌우의 발)에 전극을 쥐고 편안한 상태로 검사를 받는다. 이때 사용하는 전류는 13Hz의 저주파 교류이다. 13Hz는 뇌파의  $\alpha$ 파(8-13Hz, 평균10Hz)와  $\beta$ 파(14-30Hz, 평균 20Hz)의 경계주파수를 의미한다. 생체전기 자율반응 검사에서는 13Hz의 저주파 교류 전류를 사용하여 8초동안 중단되지 않는 impulse pack을 방출한다. 이때 각 부위마다 “0”선을 기준으로 아랫부분에 4초간의 자극에 대한 반응이 그려지고 이어서 “0”선 위쪽으로 또한 4초간의 자극에 대한 반응이 나타난다. (positive자극과 negative자극을 번갈아 가며 준다.) 그리고 자극이 가해지지 않는 4초 동안에는 받은 자극에 이후 발생하는 피부반응을 기록한다. 만일 인체의 저항값이 작다면 단위시간당 흐르는 전류량이 많아질 것이고, 반대의 경우에는 전류량이 작아지게 된다. 전류량이 많을수록 플로터에 출력되는 측정 커브가 높은 수치를 나타낸다. 이 커브의 높이는 바로 인체로 흐른 전류량을 의미한다. 또한 인체 등가 회로는 저항뿐만 아니라 capacitor도 포함되어 산재된 형태이므로 이 측정 커브는 직선이 아니라 지수함수적으로 감수하는 커브를 그리게 된다. 한 부위 측정시 처음 4초 동안에는 오른쪽 손전극에 (+), 오른쪽 머리전극에 (-)극을 연결하고 펄스를 공급하고, 다음 4초 동안에는 오른쪽 손전극에 (-), 오른쪽 머리 전극에 (+)극을 연결하여 전류를 흘린다. 서로의 전류 방향이 다르기 때문에 음의 방향과 양의 방향의 그래프의 형태로 출력한다. 한 부위의 측정이 끝나면 다음 순간에는 자동적으로 2부위에 전

극을 바꾸어서 측정을 하게 되고, 이런 과정을 통하여 7부위까지 순차적으로 측정을 하게 된다. 이런 식으로 1차 측정이 끝난 이후에는 휴식을 하고, 휴식 이후에 다시 2차 측정을 같은 방법으로 반복하게 된다. 결과지의 해석은 Curve는 질환의 급성, 만성, 퇴화상태를 본다. SH(slope high)는 교감신경계가 신체기관의 일반기능보다 우세한 상태로 민감반응, 과잉에너지, 산화증가, 염증심화를 나타내며, SL(slope low)는 스트레스가 심한 상태, 무기력한 반응, 신경쇠약증세, 우울증세를 보여준다. SI(slope irregular)는 불규칙한 곡선으로 환자의 움직임이나, 해당上限의 질환유무에 유의성을 두고 관찰한다. Regulation은 신체내외의 환경변화 또는 자극에 적절히 대응할 수 있도록 생리적 활동을 증진시키거나 감소시켜 기능을 조절하는 자율신경조절반응 상태를 나타낸다. 1, 2, 3 上限은 1차반응이 2차반응보다 작아야 정상이며, 4, 5, 6, 7 上限 1차반응이 2차반응보다 커야 정상이다. RH(regulation high)는 자율조절반응이 정상보다 크게 변화하였다는 것을 의미하며 과도, 과민반응을 나타낸다. RL(regulation low)은 자율조절반응이 정상보다 작으며, 기능실조를 의미한다. RR(regulation reverse)은 자율조절반응이 역전된 상태로 조절착란을 의미한다.

Graph는 체표의 전기적인 자율반응의 제반 특성을 나타내면서 생체자율반응의 변화로서 활용하는 도전도, 용량, 전위차에 대한 연산이 이루어지는 부분이다. Activity는 汗腺의 활동에 영향을 받는 피부의 외피층에서 측정되는 것으로, 汗腺이 강하면 높은 도전도(작은 저항값)를 나타내며, 한선의 활동이 약하면 낮은 도전도(큰 저항값)를 나타낸다. 인체 각 上限의 도전도가 높을수록 인체의 도전도가 높다는 것

을 의미한다. 임상적으로 표피로 드러나는 교감 활동성의 관계로 현재의 활동성과 긴장도, 스트레스의 상태를 알 수 있다. H(High)는 지나치게 긴장하거나 교감항진으로 인한 과도활동, 과긴장상태를 보여주며, L(low)는 지나치게 이완되거나 미주항진으로 인한 비활동성 상태를 나타낸다. H!(High rigid)는 정상범위보다 위로 벗어나면서 1, 2차반응의 결과가 변화 없음을 뜻하며, L!(Low rigid)는 정상범위보다 아래로 벗어나면서 1, 2차 반응의 결과가 변화 없음을 뜻한다. HR(High reverse)은 정상범위보다 높게 벗어난 상태에서 2차 반응 또한 정상 범위를 역행해서 정상범위보다 더 위로 벗어난 것을 의미하며, LR(Low reverse)은 정상범위보다 낮게 벗어난 상태에서 2차 반응 또한 정상 범위를 역행해서 정상범위보다 더 아래로 벗어난 것을 의미한다. Reactivity는 외부자극에 대한 인체의 탄력적 반응성으로 내부상태의 저항력을 나타낸다. H(High)는 과민, 자극, 급성, 왕성하게 항진된 상태로 과도한 과민반응을 보일 때 나타나며, L(Low)는 저하, 변성, 만성, 이미 과로하여 반응력을 잃었거나 둔감한 반응을 보일 때 나타난다. !(Rigid)는 1, 2차 반응의 변화가 없을 때, 경직을 보여준다. R(Reverse)은 1차에 대한 2차 반응결과가 역행 반응으로 장애를 나타낸다. 1, 2, 3 上限은 스트레스의 여부를 알 수 있는 신경계의 반응이고, 4, 5, 6, 7 上限은 원인이 되는 장기를 제시해준다.

현대사회는 다양한 변화와 경쟁으로 직장 및 가정에서 스트레스요인으로 인한 긴장성 두통이 날이 갈수록 증가해 가고 있다. 스트레스 진단기기인 ABR-2000이 스트레스와 밀접한 긴장형 두통을 진단하고, 치료후의 호전도를 평가하는데 있어 임상적으로 중요한 가치를 가

지고 있어, 본 저자는 2003 한의학국제박람회 경희의료원 한방병원 두통 부스를 방문한 두통 환자를 대상으로 두통설문지와 문진 및 ABR-2000을 통한 검사를 통해 긴장형 두통의 임상양상 및 ABR-2000 결과와의 상관관계를 살펴보았다.

성별 분포는 긴장형 두통으로 분류된 60명 중 남자 25명, 여자 35명이었으며, 연령분포는 남자의 경우 40대, 50대, 60대가 각각 6명으로 가장 많았으며, 20대는 4명이었다. 여자의 경우는 50대, 60대가 각각 17명으로 가장 많았으며, 40대가 9명이었고 20대는 4명이었다. 성별 구분없이 40대, 50대, 60대가 전체적으로 81.6%를 차지하였다. 이는 중년이후의 긴장성 두통 유병율이 높을 수 있다는 것을 반영한다.

병력기간은 5년 이상이 50%, 1-3년이 21.7%, 3-5년이 11.7%로 1년 이상이 전체적으로 83.4%를 차지해 긴장형 두통이 만성두통으로 갈 수 있다는 것을 반영한다고 볼 수 있다.

발생부위는 뒷머리가 22명, 좌측이 15명, 옆머리가 10명을 차지했으며 전반적으로 두부의 여러 부위에서 통증이 발생하였다. 이는 긴장성 두통이 특정 부위에 나타나지 않음을 반영한다고 볼 수 있다.

유발동기는 정신적 스트레스가 58.3%, 극심한 피로가 53.3%, 긴장이 33.3%를 차지했으며, 수면결핍도 28.3%를 차지했다. 긴장형 두통이 주로 스트레스 및 정신적 긴장, 피로로 유발될 수 있다는 것과 일치한다.

발병시간은 불규칙적으로가 34명으로 56.7%를 차지해 가장 많았으며, 다음으로 활동하는 낮시간에 주로 아프다가 16.7%를, 항상 언제나가 15%를 차지하였다.

통증양상은 머리가 무겁다가 31명으로 가장 많았으며, 뒷머리가 뻣뻣하다가 27명, 머리속이

아프다와 머리에 띠를 두른 듯 조인다가 각각 25명을 차지하였고, 기타 머리가 쪼개지는 것처럼 아프다와 전기가 통하듯 찌릿 찌릿하다가 각각 10명을 차지하였다. 긴장형 두통이 주로 짓누르거나 조이듯이 아픈 양상을 보인다는 것과는 달리 무겁다는 표현이 가장 많았으며 통증 양상이 다양하다는 것을 보여주었다.

韓方的 分類로는 肝鬱化火가 21.7%, 氣虛가 20%, 痰厥 16.7%, 陰虛가 11.7%, 血虛가 10%로, 스트레스 및 긴장과 체력저하가 원인이 될 수 있음을 보여주었다.

ABR-2000 분석 결과를 살펴보면, Curve는 1, 2, 3 上限 에서는 SL(Slope Low)가 각각 40%, 56.7%, 35.0%를 차지했으며 SH 와 SI는 없었다. 1, 2, 3 上限 전체에서 SL가 차지하는 비율은 43.9%로 높게 나타났다. 정상은 1, 2, 3 上限에서 각각 60%, 43.3%, 65.0%를 나타냈다. 이는 頭部神經系 反應을 보여주는 1, 2, 3 上限에서 만성 스트레스, 무기력 반응을 나타내주는 SL의 비중이 높게 나와 긴장성 두통의 원인과 일치하였다. 특히 2 上限은 머리의 전체 부위와 관계된 것으로 두통과 가장 연관성이 깊은데 다른 上限보다 SL이 56.7%로 높게 나와 긴장성 두통과의 상관관계가 있음을 보여주었다. 4, 5, 6, 7 上限에서는 4 上限에서만 SL 10%를 나타냈으며 나머지는 모두 정상이었다.

Regulation은 1, 2, 3 上限에서는 정상이 각각 63.3%, 65%, 66.7%를 차지했으며, 1 上限에서는 RR이 16.7%, 2 上限에서는 RH가 25%, 3 上限에서는 RR가 15%로 정상 다음을 차지했다. 4, 5, 6, 7 上限에서는 정상이 각각 60%, 75%, 81.6%, 80.0%를 차지했으며 4 上限에서는 RH가 16.7%, 5 上限에서는 RL이 15.7%, 6 上限에서는 RL이 16.7%, 7 上限에서는 RL이 11.7%로 정상 다음을 차지했다. 대부분은 정상이지

만 스트레스 여부를 알수 있는 신경계 반응인 1, 2, 3 上限에서 1, 3 上限은 RR이 2上限은 RH가 정상 다음을 차지해 각각 조절착란과 과도, 과민 반응을 나타냈다.

Graph를 분석하면 Activity에서는 1, 2, 3 上限에서 저하반응(L, LR, LI)이 각각 60.0%, 70.0%, 63.3%로 높게 나타났으며 전체적으로 64.4%를 차지하였다. 4, 5, 6, 7 上限에서도 저하반응이 각각 41.7%, 43.3%, 33.3%, 43.3%로 항진반응(H, HR, HI)보다 높게 나타났다. 전체적으로는 40.4%를 차지하였다. Reactivity에서는 1, 2, 3 上限에서 저하반응이 각각 83.3%, 95.0%, 93.3%로 높게 나타났으며, 전체적으로 90.6%를 차지하였다. 4, 5, 6, 7 上限에서도 저하반응이 각각 81.7%, 68.3%, 55.0%, 56.7%로 나타났으며, 전체적으로 65.4%를 차지하였다.

Activity 및 Reactivity에서 저하반응이 지배적으로 나타났다. 이는 八綱分析에서 裏寒이 36.7%, 虛寒이 31.7%로 높게 나타나는 것과 관련 있다.

한방적 辨證 分類에서는 肝鬱化火(21.7%)가 ABR 八綱分析에서는 裏寒(36.7%)이 가장 높은 부분을 차지해 전자와 후자간의 상관성이 없는 것으로 나타났다. 이것에 대한 연구가 자세히 이루어져야 ABR 진단기의 八綱分析에 대한 신뢰도가 높아질 수 있을 거라 생각된다.

본 연구는 한의학 국제 박람회로 방문한 두통 환자를 대상으로 한 것이기 때문에 박람회 특성상 방문객의 연령대가 다양하지 못하다는 점과 실제 두통 환자가 아닌 경우도 있어 연구의 정확성이 떨어질 수도 있다고 생각된다. 하지만 설문지와 문진 및 ABR검사를 통해 최대한 감별 하려고 노력하였으며 기존 두통 관련 한방 논문 중에서 긴장형 두통 단일 군으로 60명은 가장 많은 숫자이기 때문에 연구의 신뢰

도를 높여 줄 수 있을 거라 사료된다.

## V. 결 론

2003년 7월 3일부터 7월 6일까지 제6회 한의학회박람회 경희의료원 한방병원 두통부스로 방문한 두통환자 중 긴장형 두통으로 분류되는 환자 60명을 대상으로 두통설문지와 ABR-2000을 통해 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 남녀의 성비는 5:7 이었으며, 남녀 주로 50대와 60대가 각각 28.3%로 많았고, 40대 이상은 남녀 구분없이 85%를 차지하였다.

2. 병력기간은 5년 이상이 50%를 차지하여 가장 많았고, 1년 이상은 83.4%를 차지하였다.

발생부위는 뒷머리가 22명으로 가장 많았고, 머리 여러부위에 발생 비율이 비슷하게 나타났다.

3. 유발동기로는 정신적 스트레스가 58.3%, 극심한 피로가 53.3%, 긴장이 33.3%를 차지했으며, 수면결핍도 28.3%를 차지했다.

4. 발병시간은 불규칙적으로가 34명으로 56.7%를 차지해 가장 많았으며, 다음으로 활동하는 낮시간에 주로 아프다가 16.7%를, 항상 언제나가 15%를 차지하였다.

5. 통증양상은 머리가 무겁다가 31명으로 가장 많았으며, 뒷머리가 뻣뻣하다가 27명, 머리속이 아프다와 머리에 띠를 두른 듯 조인다가 각각 25명을 차지하였고, 기타 머리가 쪼개지는 것처럼 아프다와 전기가 통하듯 찌릿 찌릿하다가 각각 10명을 차지하였다.

6. 韓方的 分類로는 肝鬱化火가 21.7%, 氣虛가 20%, 痰厥 16.7%, 陰虛가 11.7%, 血虛가 10%를 차지하였다.

7. Curve는 1, 2, 3 上限 에서는 SL(Slope Low)가 각각 40%, 56.7%, 35.0%를 차지했으며 SH 와 SI는 없었다. 1, 2, 3 上限 전체에서 SL 가 차지하는 비율은 43.9%로 높게 나타났다. 정상은 1, 2, 3 上限에서 각각 60%, 43.3%, 65.0%를 나타냈다. 4, 5, 6, 7 上限에서는 4上限에서만 SL 10%를 나타냈으며 나머지는 모두 정상이었다.

8. Regulation은 1, 2, 3 上限에서는 정상이 각각 63.3%, 65%, 66.7%를 차지했으며, 1 上限에서는 RR이 16.7%, 2上限에서는 RH가 25%, 3上限에서는 RR가 15%로 정상 다음을 차지했다. 4, 5, 6, 7 上限에서는 정상이 각각 60%, 75%, 81.6%, 80.0%를 차지했으며 4上限에서는 RH가 16.7%, 5上限에서는 RL이 15.7%, 6上限에서는 RL이 16.7%, 7上限에서는 RL이 11.7%로 정상 다음을 차지했다.

9. Graph를 살펴보면, Activity에서는 1, 2, 3 上限에서 저하반응(L, LR, L!)이 각각 60.0%, 70.0%, 63.3%로 높게 나타났으며 전체적으로 64.4%를 차지하였다. 4, 5, 6, 7 上限에서도 저하반응이 각각 41.7%, 43.3%, 33.3%, 43.3%로 항진반응(H, HR, HI)보다 높게 나타났다. 전체적으로는 40.4%를 차지하였다. Reactivity에서는 1, 2, 3 上限에서 저하반응이 각각 83.3%, 95.0%, 93.3%로 높게 나타났으며, 전체적으로 90.6%를 차지하였다. 4, 5, 6, 7 上限에서도 저하반응이 각각 81.7%, 68.3%, 55.0%, 56.7%로 나타났으며, 전체적으로 65.4%를 차지하였다.

10. ABR 八綱分析에서는 裏寒이 36.7%, 虛寒이 31.7%로 높게 나타났다.

## VI. 參考文獻

1. 김승민. 두통의 내과적 치료. 통증. 1997 ; 7 : 23-27.
2. 沈相敏외. 신경정신과를 내원한 두통환자에 대한 임상적 고찰. 동의신경정신과 학회지. 2000 ; 11(1) : 83-96.
3. 김지수, 노재규, 안윤옥. 국내 긴장형 두통의 역학 및 임상특성 연구. 대한 신경과 학회지. 1997 ; 15(3) : 615-23.
4. 황선미, 이승진, 정대규. 만성두통환자의 생체전기자율반응검사에 의한 임상적 고찰. 동의신경과 학회지. 2000 ; 11(2) : 63-78.
5. 하영일. 두통클리닉. 서울 : 고려의학. 1995 : 81-86, 114-115, 170.
6. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. Cephalgia 1995 ; 15 : 45-68.
7. Globel H, Petersen-Braun M, Soyka D. The epidemiology of headache in Germany : a national wide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the international Headache Society. Cephalgia 1994 ; 14 : 97-106.
8. Wong TW, Wong KS, Yu TS, Kay R. Prevalance of migraine and other headaches in Hong Kong. Neuroepidemiology 1995 ; 14 : 82-91.
9. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M et al. Epidemiology of headache in a general population : A prevalence study, J Clin Epidemiol 1991 ; 44 : 1147.
10. Adams RD, Victor M, Principles of neurology.

- 15th ed. New York. McGraw-Hill, Inc. 1993 : 148-70.
11. Stang PE, Von-Korff M. The diagnosis of headache in primary care : factors in the agreement of clinical and standardized diagnoses. *Headache* 1994 ; 34 : 138-42.
12. 王玉文 外. 黃帝內經素問今釋. 서울 : 成輔社. 1983 : 59-63, 202-205, 337-348.
13. 楊維傑 黃帝內經靈樞. 서울 : 成輔社. 1980 : 121.
14. 扁鵲 八十一難經解釋. 서울 : 高文社. 1982 : 84.
15. 巢元方. 諸病源候論. 台北 : 集文書局. 1976 : 17.
16. 王壽. 外臺秘要, 臺北 : 國立中國醫藥研究所, 1964 : 416.
17. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울 : 大星文化社. 1982 : 461-469.
18. 張仲景. 金匱要略方論. 台北 : 台聯國風出版社. 1977 : 233.
19. 李梴. 醫學入門. 서울 : 大星文化社. 1981 : 24- 26.
20. 허준. 동의보감. 서울 : 남산당. 1979 : 202-206.
21. 吳謙. 의종금감. 북경 : 인민위생출판사. 1963 : 1119-1121.
22. 黃義完外 編著. 동의정신의학. 서울 : 現代醫學書籍社. 1991 : 658.
23. 文流模, 李相龍, 韓方 神經精神科 영역의 頭痛에 關한 臨床的 考察. 대한한의학회지. 1988 ; 9(2) ; 23.

<첨부 1>

## 국제두통학회(IHS)의 긴장형 두통 분류 기준

### 1.1 우발성 긴장형 두통

- A. 다음 B-D 항목을 충족시키는 두통이 적어도 10회 이상 있고, 1개월에 15일 이하(1년에 180일 이하) 두통을 경험하는 경우
- B. 두통의 지속시간은 30분부터 7일 이내이며,
- C. 두통의 성격은 다음 중 적어도 두 가지를 충족시켜야 한다.
  - 1. 누르는 듯하거나 띠로 조이는 듯한 비박동성의 통증이며,
  - 2. 그 통증의 강도가 경도 내지는 중등도로서, 일상생활에 약간의 지장은 있지만 심각한 정도는 아니며,
  - 3. 양측성이며,
  - 4. 계단은 걷는 것과 같은 일상적인 활동에 의해서는 악화되지 않는다.
- D. 식욕부진은 두통과 함께 동반될 수 있으나, 오심 또는 구토는 동반하지 않으며, 광선공포증(눈부심)이나 소리 공포증은 동반되지 않던가, 동반하더라도 둘 중 하나만 있어야 한다.
- E. 두통의 원인으로서는 다음 중 적어도 한 가지를 만족시켜야만 한다.
  - 1. 병력, 이학적 및 신경학적 검사 상 범주에 열거된 이차성 두통이 임상적으로 의심되지 않으며,
  - 2. 병력, 이학적 및 신경학적 검사 상 그러한 질환이 임상적으로 의심되더라도 적절한 검사에 의해서 배제되고
  - 3. 설령 그러한 질환이 있음이 밝혀지더라도, 긴장형 두통은 그 질환과 긴밀한 시간적 연관성을 가지고 처음으로 나타난 것은 아니다.

#### 1.1.1 두개주변 근육의 장애와 관련된 우발성 긴장형 두통

- A. 우발성 긴장형 두통의 진단기준을 충족하고,
- B. 다음 중 적어도 한 가지인 경우
  - 1. 촉진이나 압통각계에 의해서 제시된 두 개주변 근육의 증가된 압통
  - 2. 휴식 상태 또는 생리적 상태에서 시행한 근전도 상 두 개주변 근육의 활성이 증가된 경우

#### 1.1.2 두개주변 근육의 장애와 관련되지 않은 우발성 긴장형 두통

- A. 우발성 긴장형 두통의 진단기준을 충족하고
- B. 두 개주변 근육의 압통이 증가되어 있지 않음. 근전도로 검사한 경우 두 개주변 근육은 정상활성을 보임

### 1.2 만성 긴장형 두통

- A. 빈도가 1개월에 15일 이상(1년에 180일 이상)인 두통이 6개월 이상 지속되며, 다음 B-D의 사항



을 충족하는 경우

- B. 두통의 성격은 다음 중 적어도 두 가지를 충족시켜야 한다.
  - 1. 누르는 듯하거나 찌로 조이는 듯한 비박동성의 통증이고,
  - 2. 그 통증의 강도가 경도 내지는 중등도로서, 일상생활에 약간의 지장은 있지만 심각한 정도는 아니며,
  - 3. 양측성이며.
  - 4. 계단을 걷는 것과 같은 일상적인 활동에 의해서는 악화되지 않는다.
- C. 구토는 동반되지 않으며, 다음 세 가지 증상 중에서 한 가지 이상을 동반하면 안된다.-메스꺼움, 광선공포증, 소리공포증
- D. 두통의 원인으로서 다음 중 적어도 한 가지를 만족시켜야 한다.
  - 1. 병력, 이학적 및 신경학적 검사 상 범주에 열거된 이차성 두통이 임상적으로 의심되지 않으며,
  - 2. 병력, 이학적 및 신경학적 검사상 그러한 질환이 임상적으로 의심되더라도 적절한 검사에 의해서 배제되고,
  - 3. 설령 그러한 질환이 있음이 밝혀지더라도, 긴장형 두통은 그 질환과 긴밀한 시간적 연관성을 가지고 처음으로 나타난 것은 아니다.

#### 1.2.1 두개주변 근육의 장애와 관련된 만성 긴장형 두통

- A. 만성 긴장형 두통의 진단기준을 충족하고,
- B. 다음 중 적어도 한가지인 경우
  - 1. 촉진이나 압통각계에 의해서 제시된 두개주변 근육의 증가된 압통
  - 2. 휴식 상태 또는 생리적 상태에서 시행한 근전도 상 두개주변 근육의 활성이 증가된 경우

#### 1.2.2 두개주변 근육의 장애와 관련되지 않은 만성 긴장형 두통

- A. 만성 긴장형 두통의 진단기준을 충족하고,
- B. 두개주변 근육의 압통이 증가되어 있지 않음. 근전도로 검사한 경우 두개주변 근육은 정상활성을 보임

#### 1.2.3 상기 진단기준을 충족하지 못하는 긴장형 두통

- A. 하나 또는 그 이상의 긴장형 두통의 유형에 대한 진단기준 중 한가지 기준만을 제외하고는 모두 충족하는 경우
- B. 무전조성 편두통의 진단기준을 충족하지 못하는 경우

<첨부 2>

辨證分類基準標

辨證分類	症狀	舌, 脈象
風痰	頭痛時克如裂, 身疼, 咳嗽聲粗, 惡心, 嘔吐, 胸部脹悶, 或吐膠痰濁沫, 眩暈	舌紅, 苔白膩 脈滑弦
風熱	頭痛如裂, 面紅目赤, 發熱, 惡風, 或嗽 惡風寒, 口乾欲飲, 便秘	舌苔薄黃 脈浮數
風濕	頭重首如裹, 昏脹沈重, 四肢困重, 倦怠嗜臥, 納呆, 胸悶惡心	舌苔白膩 脈濡緩
肝鬱化火	眩暈而頭痛, 耳鳴, 心煩易怒, 面目紅赤, 咽乾口苦, 便秘, 頭脹痛, 心情鬱悶	舌紅, 苔黃或白, 脈弦
氣虛	頭痛綿綿, 頭昏目眩, 倦怠少氣, 惡風, 自汗, 食少納呆	舌淡紅 脈虛弱
血虛	頭痛而昏迷, 下午加克, 心悸易荒, 嘔吐眩暈, 健忘, 失眠, 面色少華, 口脣色淡, 四肢麻痺, 上衝熱	舌紅, 脈細澁或虛弱
陰虛	頭痛, 眩暈, 耳鳴, 兩目昏花, 腰痠腿軟, 遺精早泄, 五心煩熱, 虛煩不眠, 虛火上炎, 面觀紅赤	舌紅少苔 脈沈細澁
氣血兩虛	頭痛綿綿, 倦怠, 心悸易驚, 眩暈, 耳鳴, 面脣色淡	舌質淡 脈細弱
瘀血	頭痛如鍼刺, 有定處, 反復發作, 而不易治癒, 精神憂鬱, 晝輕夜重	舌紫暗 或有瘀斑, 脈細澁
痰厥	頭重眩暈, 甚即目重不能開, 惡心, 嗜臥, 甚即神志不安, 譫語顛倒	舌紅, 苔膩 脈弦滑

일시 \_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 성별/나이 \_\_\_\_\_ 직업 \_\_\_\_\_

<첨부 3>

## 두통설문지

※ 아래의 질문에 답해 주십시오

1. 머리가 아프신지는 얼마나 되셨습니까?

\_\_\_\_\_개월 / \_\_\_\_\_년

2. 두통이 언제 처음 발생하였습니까? \_\_\_\_\_세

3. 머리가 얼마나 자주 아프십니까?

· 주기적 :  계절  특정 요일  생리  기타

· 비주기적 : \_\_\_\_\_회/일, \_\_\_\_\_회/주 \_\_\_\_\_회/월, \_\_\_\_\_회/년

4. 두통의 지속시간은 얼마나 됩니까? (약을 복용하지 않았을 경우)

몇분에서 4시간  4시간-1일  1일 이내

1일-3일  3일 이상  꼭 약을 먹어야 함

5. 주로 머리의 어느 부위가 아프십니까?

오른쪽  왼쪽  양쪽  앞머리  뒷머리

옆머리  머리 꼭지  여기 저기  전체적으로

6. 언제 주로 머리가 아프십니까?

항상 언제나  불규칙적으로

아침에 주로 아프다  활동하는 낮시간에 주로 아프다

저녁 및 자기전에 주로 아프다  수면중에 주로 아프다

7. 평소 머리가 아픈 정도는 어느 정도입니까?

참을만하며 일하는데 지장 없음(경도)  근무하는데 지장 많음(중등도)

근무할 수 없고 죽고 싶다(고도)

일시 \_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 성별/나이 \_\_\_\_\_ 직업 \_\_\_\_\_

8. 평소 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 깨거나 얇은 잠을 잔다

9. 두통을 일으키는 경우가 있다면 모두 골라 주십시오

- [ ] 극심한 피로 [ ] 수면 결핍 [ ] 긴장 [ ] 월경 [ ] 강한 햇볕  
[ ] 특정한 음식 [ ] 특정한 약물 [ ] 특정 냄새 [ ] 과격한 운동 [ ] 성교  
[ ] 추운 날씨 [ ] 목욕 후 [ ] 배고플 때 [ ] 담배 [ ] 피임약  
[ ] 정신적 스트레스 [ ] 기타 \_\_\_\_\_

10. 두통에 대해 진통제를 복용하신 적이 있습니까?

- [ ] 있다 [ ] 없다

11. 진통제를 복용한 적이 있다면,

가. 효과는? [ ] 좋아진다 [ ] 약간 있다 [ ] 없다

나. 처방은 어디서 받으십니까? [ ] 의사 [ ] 약국 [ ] 본인이 선택해서

다. 진통제는 얼마나 자주 드십니까?

- [ ] 매일매일 [ ] 일주일에 5알 이상 [ ] 일주일에 2-5알 [ ] 일주일에 1알 이하

라. 진통제는 얼마동안 복용하셨습니다?

- [ ] 2개월 이하 [ ] 2개월-1년 [ ] 1년-5년 [ ] 5년 이상

12. 한방치료는 받아보신 적이 있습니까?

- [ ] 있다 [ ] 없다

12-1. 한방치료를 받아 보셨다면 효과는?

- [ ] 좋아진다 [ ] 약간 있다 [ ] 없다

13. 기타 다른 치료를 받아 보신 적이 있으십니까?

- [ ] 있다 [ ] 없다

14. 두통이 나의 생활에 미치는 영향이 어느 정도라고 생각하십니까?

[ ] 항상 두통에 대한 불안이 있으며 상당히 부담된다

[ ] 두통에 대한 부담이 있다 [ ] 전혀 부담스럽지 않다

경희의료원 한방병원 침구과

일시 \_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 성별/나이 \_\_\_\_\_ 직업 \_\_\_\_\_

15. 가족중 두통이 있는 사람이 있습니까?

- 아버지     어머니     형제자매     기타     없다

16. 주로 어떻게 아프십니까? (있는데로 골라 주십시오.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 머리가 무겁다           | <input type="checkbox"/> 머리가 쪼개지는 것처럼 아프다 |
| <input type="checkbox"/> 머리에 띠를 두른 듯 조인다   | <input type="checkbox"/> 한대 맞은 것처럼 멍하다    |
| <input type="checkbox"/> 누르는 듯 하다          | <input type="checkbox"/> 뒷머리(목)가 뻣뻣하다     |
| <input type="checkbox"/> 지속적으로 은근히 아프다     | <input type="checkbox"/> 저리거나 차게 느껴진다     |
| <input type="checkbox"/> 머리속이 흔들린다         | <input type="checkbox"/> 머리가 앞으로 쏟아지는 듯하다 |
| <input type="checkbox"/> 옥싯옥싯 쑤신다          | <input type="checkbox"/> 터지는 듯 하다         |
| <input type="checkbox"/> 맥이 뛰는 듯 아프다       | <input type="checkbox"/> 발작적으로 심하게 아프다    |
| <input type="checkbox"/> 칼이나 송곳으로 쑤셔대는 듯하다 | <input type="checkbox"/> 전기가 통하듯 찌릿 찌릿하다  |
| <input type="checkbox"/> 머리 속이 아프다         | <input type="checkbox"/> 머리 곁이 아프다        |

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 어지럼증이 있다                | <input type="checkbox"/> 손끝이 저리거나 마비되는 느낌이 있다  |
| <input type="checkbox"/> 얼굴에 열이 나는 듯이 화끈거린다      | <input type="checkbox"/> 정신이 흐려지거나 의식을 잃을 것 같다 |
| <input type="checkbox"/> 속이 울렁거리거나 구역질이 난다       | <input type="checkbox"/> 눈앞이 흐려지거나 반점이 보인다     |
| <input type="checkbox"/> 빛, 소리, 냄새 등에 예민해지고 싫어진다 | <input type="checkbox"/> 눈앞에 빛이 번쩍거린다          |
| <input type="checkbox"/> 코가 막히거나 눈물이 난다          | <input type="checkbox"/> 머리속이 텅 빈듯 멍하다         |
| <input type="checkbox"/> 머리가 맑지 않다               | <input type="checkbox"/> 가슴이 답답하다              |
| <input type="checkbox"/> 가슴이 두근거린다               | <input type="checkbox"/> 온몸에 열이 나는 것 같다        |
| <input type="checkbox"/> 변비가 있다                  | <input type="checkbox"/> 팔다리에 힘이 빠지고 무겁다       |
| <input type="checkbox"/> 쉽게 피곤해진다                | <input type="checkbox"/> 입이 마른다                |
| <input type="checkbox"/> 나도 모르게 땀을 흘린다           | <input type="checkbox"/> 눈이 침침하고 허리나 다리가 시큰거린다 |
| <input type="checkbox"/> 손바닥 발바닥에 열이 난다          | <input type="checkbox"/> 가슴에 열이 나서 잠을 잘 못잔다    |
| <input type="checkbox"/> 소화가 잘 안된다               |  |

脈 : \_\_\_\_\_

舌苔 : \_\_\_\_\_

頭痛 辨證 : 風痰    風熱    風濕    肝鬱化火    氣虛    血虛    陰虛    氣血兩虛    瘀血    痰厥