

원저

두통의 분류와 진단의 동서의학적 고찰

정찬영* · 김은정* · 장민기* · 윤은혜* · 남동우** · 강중원** · 이승덕* ·
이재동** · 김갑성*

*동국대학교 한의과대학 침구학교실

**경희대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

The Study about the Comparison of Oriental-Western Medicine on the Classification and Diagnosis of Headache

Jung Chan-yung*, Kim Eun-jung*, Jang Min-gee*, Yoon Eun-hye*, Nam Dong-wo**,
Kang Jung-won**, Lee Seung-deok*, Lee Jae-dong** and Kim Kap-sung*

*Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Dongguk University

**Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine,
Kyung Hee University

Objectives : To establish a well organized and systematic oriental medicine classification of headache, the western and oriental medicine diagnosis and treatment systems of headache were reviewed.

Methods : The history and development process of western medicine classification of headache were studied. A literature review of oriental medicine classification of headache was done. The characters of each classification systems were assessed.

Results : In western medicine, many international societies concerning headache have been established. Through these societies, a classification of headache which can be used by both researchers and practitioners has been suggested. And the suggested classification system is highly recommended to be used in studies in order to increase utilization. As data is accumulated, new versions of the classification system were updated. But in the case of oriental medicine, various classification systems of headache are presented in numerous literatures. But the effort to unify and systemize the oriental medicine headache classification has been in lack.

* 본 연구는 2009년도 식품의약품안전청 용역연구개발과제의 연구개발비 지원(09112생약안291)에 의해 수행 되었음
· 접수 : 2009. 11. 17. · 수정 : 2009. 12. 2. · 채택 : 2009. 12. 2.
· 교신저자 : 김갑성, 경기도 고양시 일산동구 식사동 814번지 동국대학교 부속병원 한방병원
Tel. 031-961-9121 E-mail : kapsung@unitel.co.kr

Conclusions : Establishment and utilization of a standardized oriental medicine headache classification system, based on various classifications and detailed descriptions is needed.

Key words : Headache, Classification, Diagnosis, Oriental Medicine

I. 서론

두통은 두부 및 안면(above the neck)의 동통으로 정의된다¹⁾. 전체 인구 중 90% 이상이 일생에 한 번 이상 겪게 되며, 1년 유병률이 45~70%에 이르는 매우 흔한 신경학적 증상으로 이는 두통이 머리와 목(head and neck)의 질환뿐 아니라 전신질환, 환자의 성격, 환자의 사회경제적인 요인 등 여러 요인들에 의해 나타날 수 있기 때문이다²⁾. 대부분의 두통은 심각한 문제를 일으키지 않으므로 의사는 단순히 두통을 완화시키는 것을 진료의 목적으로 하는 경우가 적지 않으며, 실제로 대부분의 두통은 구조적인 원인질환에 의한 경우보다 두통 자체가 질환인 경우가 흔하므로 자세하고 체계화된 병력청취와 이학적·신경학적 검사를 바탕으로 두통의 분류체계에 적합한 진단을 내리는 것이 중요하다³⁾.

한의학에서는 頭는 諸陽之會 淸野之腑로서 五臟의 精華之血과 六腑의 淸陽之氣는 모두 여기에 모이게 되므로 氣血과 陰陽의 乘降이 정상적으로 유지되지 않으면 두통이 일어나게 된다고 보았다⁴⁾. 두통은 《黃帝內經》에서부터 언급되어 있으며, 밖으로 風邪가 眞精을 범하거나 안으로 疲勞, 七情, 飮食 등으로 손상을 받아 氣血이 逆亂하게 되면 淸陽이 폐색되고 脈絡이 저체되어 기혈운행이 원활치 못하게 되어 두통을 일으키는 것으로 보고 있다⁵⁾.

두통은 그 자체로 질환이 될 수도 있고, 내재성의 국소적 혹은 전신성의 질환이 있음을 나타내주는 신호이기도 하다⁶⁾. 두통은 특징적 소견과 수반되는 증상에 따라 구별할 수 있으며, 이에 따라 그 치료 및 예후는 크게 차이가 난다. 대부분의 두통은 대뇌의 구조적인 원인질환에 의한 경우보다 두통 그 자체가 질환인 경우가 흔하므로 특수한 경우가 아니라면, CT나 MRI와 같은 신경영상진단은 두통의 진단이나 치료에 대부분 도움이 되지 않는다. 즉 두통은 각종 병명을 확진할 수 있는 특정한 실험실적인 검사방법이 거의

전무하다고 볼 수 있다. 그러므로 자세하고 충분한 병력의 청취와 임상적 진찰 소견을 바탕으로 각종 두통에 적합한 진단을 내리는 것이 중요하다²⁾.

이처럼 두통은 그 자체가 객관적으로 측정될 수 없는 주관적인 호소라는 점과 원인이 되는 질병이나 정황의 다양성이 그 어느 증상보다도 조심스러운 판단을 요구하게 한다⁷⁾. 질환의 이러한 특성으로 인해 의사 각 개인에 따른 진단 체계의 만연은 적절한 진단과 질환의 연구를 어렵게 하여 연구결과의 교류나 진료 효율의 저해를 가져올 수 있다.

따라서 본 연구에서는 보다 체계적이고 계통적인 두통 분류를 위해 현재까지의 서양의학과 한의학에서의 두통의 진단과 치료를 위한 분류체계의 발전과정을 고찰해 보고자 한다.

II. 본론

1. 서양의학의 두통분류체계의 변천 및 특징

1) 두통의 역사²⁾

두통에 대한 기록은 고대 메소포타미아와 이집트의 신화에서 시작되었으며, 기원전까지 두통은 악마에 의해 생긴다고 믿거나 신의 저주라는 믿음이 지속되었다. 이처럼 고대 그리스 시대까지 두통에 대한 기록들은 의학적 태도에 신화적인 세계가 융합된 철학적 비평이 담겨 있다. 로마 시대에 이르러 그리스 의사인 Aretaios가 두통, 간질, 히스테리 등을 포함하는 신경학적인 질환에 대해 저술하였으며, 두통을 heterocrania(편두통), cephalgia(경하거나 흔치 않은 두통), cephalea(흔하거나 심한 두통)으로 분류하였다. 이러한 분류는 19세기까지 이어지게 되며, 이후 편두통과 긴장형 두통의 구분이 핵심인 1988년 국제두통학회(international headache society, IHS)의 국제적

분류의 근간이 되었다. 또한 2세기 로마의 Galen은 17세기까지 지속된 이슬람과 중세 의학의 기초를 확립하였다. 그는 육신거리는 동통은 혈관에서, 긴장성 동통은 힘줄이나 신경에서 생긴다고 하여 이는 오늘날의 긴장형 두통의 개념으로 이어졌고, 편두통이라는 단어 역시 Galen의 편측두통(hemicrania)이란 말에서 유래되어 사용되었다. 중세 유럽에서의 두통에 대한 이해는 잘못된 생활 습관에 대한 신성한 벌로 해석하는 시각과 동시에 실험과학적 접근에 이르기까지 다양한 임상적 견해로 나타났다.

두통의 현대적인 이해는 17세기에 이르러서 깨어나기 시작하여 Le Pois, Willis, Wepfer 등 신경학의 창시자들이 Galen의 이론을 보강하면서 두통의 뇌막, 두개강 내 혈관들과 뇌신경들과의 관련성을 설명하였고, 조짐증상이 동반된 편두통에 대해 기술하였다. Wepfer는 뇌혈관계에 관한 기존의 개념을 개선하여 편두통에 대한 병인에 대해 오늘날의 이해에 근접되게 예측하였고, 각종 동물들에 약물 투입을 시도하여 실험적 독물학의 개념을 구축하였으며 삼차신경통(trigemin neuralgia), 경막하출혈(subdural hematoma), 기저편두통(basilar migraine) 그리고 편두통성 뇌졸중(migrainous stricke) 등을 처음으로 기술하였다. 19세기에 이르러 실험신경생리학의 발달은 특히 편두통의 병리기전에 대한 이해에 많은 영향을 끼쳤으며, 20세기에 편두통에 관한 임상연구가 스위스, 독일, 미국 등에서 시작되었으며 2차 세계대전 후 통증 클리닉의 발전과 함께 두통 전문가들의 국제적인 모임이 구성되었다.

2) 두통의 분류

두통에 대한 분류는 1893년 Gowers에 의해 처음 시도된 이후, 1955년 Wilson 등에 의하여 두통에 대한 정확한 정의를 내리기 위한 구체적인 노력이 시도되었다⁸⁾. 이후 1962년 Friedman이 주축이 되어 미국 국립보건원(national institutes of health, NIH)의 Ad Hoc committee에서 두통 분류 및 진단기준을 제정 발표하였다^{9,10)}. 이는 객관성을 가진 최초의 두통분류법이었으나 많은 두통을 모두 포함하기에는 부족하였다. 또한 분류의 기술이 너무 포괄적이고 모호하여 검사자간의 진단 차이를 해소해주기 어려울 뿐 아니라 적절한 진단이 불가능할 수 있다는 문제점이 임상인들의 경험을 통해 제기되었다. 이러한 단점으로 인해 연구자 또는 임상가들 사이에서 통용되지 못하였고, 여러 개인적인 분류법이 시도되게 되었다^{2,11)}.

1969년 세계신경연구회의 분류가 발표되었으나 과

거 NIH의 분류와 유사하였고, Lance(1982년), Clifford Rose(1986년) 등에 의해 또 다른 새로운 분류법이 시도되었지만 보편화되지 못하였을 뿐 아니라 오히려 질병명에 대한 혼돈을 가중시켜⁸⁾ 세계적으로 이루어지는 두통에 관한 연구에 대한 비교, 통합이 불가능하도록 하는 결과를 낳았다. 이에 국제두통학회(IHS)에서는 1985년 코펜하겐 대학의 Olesen 등이 중심이 되어 두통분류위원회(Classification Committee)를 구성하고 100여 명의 전문가를 동원하여, 1988년에 두통의 분류법(international classification of headache disorder, ICHD)을 제정하여 두통 분류와 진단기준을 발표하였다. 이때부터 편두통을 위시한 두통의 역학조사는 신뢰성을 가질 수 있게 되었으며, 서로 비교 가능한 연구들이 나오게 되었다^{2,8,12)}. 이후 이 분류법을 바탕으로 한 연구 결과들이 누적됨에 따라 이를 반영하여 개정된 두통 분류법(ICHD-II)이 2004년에 발표되었다.

(1) Ad-hoc Headache Classification

1962년 미국 국립보건연구소(NIH)에서 발표한 두통 분류법이다. NIH의 분류법은 두통을 크게 15종류로 구분하고, 제1항 및 6항에서 혈관성 두통을 편두통형과 비편두통형으로 구분하였다. 특징적으로 비편두통형 혈관성 두통에는 주로 전신감염이나 기타 대사 및 독물성 두통을 포함시키고, 외상성이나 고혈압성 두통도 여기에 속하도록 하였다. 제1항에서의 전형적 편두통(classic migraine)은 두통이 발병하기 전에 오는 특이한 전조증상이 없는 편두통을 말하며, 전조증상이 있는 경우를 보통형 편두통(common migraine)으로 갈라놓고 있다. 제9-13항은 두부를 형성하고 있는 눈, 코, 귀, 부비동, 치아 및 경부에 일차적 병변이 있으면서 이의 이차적 증상으로 두통이 나타나는 그룹을 분류하고 있다. 견인성 두통(traction headache)은 두개강 내에 뇌종양, 혈종 및 고름주머니인 뇌농양 등의 공간 점거성 병변이 있을 때 발생하는 두통으로 외과적인 수술을 요하는 경우들을 포함시키고 있다⁸⁾ (Table 1).

(2) ICHD- I

1988년 발표된 국제두통학회(IHS)에서는 계통적 분류항을 4자리 숫자로 세분하고, “headache not classifiable”을 포함한 13개 항의 대분류로 두통을 분류하였다. 대분류 1~4항까지를 일차성 두통으로, 그 다음부터는 이차성 두통으로 크게 분류하였으며¹¹⁾, 분류와 진단기준은 원인 혹은 질병의 서술에 근거하고, 특히

Table 1. Ad Hoc Committee Classification

1. Vascular headache of migraine type	
A. Classic migraine	B. Common migraine
C. Cluster headache	D. Hemiplegic & ophthalmoplegic migraine
E. Lower-half headache	
2. Muscle contraction headache	
3. Combined headache	
4. Headache of nasal vasomotor reaction	
5. Headache of delusion, conversion, hypochondriacal states	
6. Non-migrainous vascular headache	
7. Traction headache	
8. Headache of overt cranial inflammation	
9.~13. Headache due to disease of ocular, aural, nasal, and sinus, dental or other cranial or neck structures	
14. Cranial neuritis	
15. Cranial neuralgia	

Table 2. International Classification of Headache Disorder(1988)

A. Primary headache disorders	
1. Migraine	
1.1 Migraine without aura	1.2 Migraine with aura
1.3 Ophthalmoplegic	
2. Tension-type headache	
2.1 Episodic tension-type headache	2.2 Chronic tension-type headache
3. Cluster headache and chronic paroxysmal hemicrania	
3.1 Cluster headache	
3.1.1 Episodic cluster headache	3.1.2 Chronic cluster headache
3.2 Chronic paroxysmal hemicrania	
4. Miscellaneous headaches unassociated with structural lesion	
4.1 Idiopathic stabbing headache	4.2 External compression headache
4.3 Cold stimulus headache	4.4 Benign cough headache
4.5 Benign exertional headache	4.6 Headache associated with sexual activity
B. Secondary headache disorders	
5. Headache associated with head trauma	
6. Headache associated vascular disorders	
7. Headache associated with non-vascular intracranial disorder	
8. Headache associated with substances or their withdrawal	
9. Headache associated with non-cephalic infection	
10. Headache associated with metabolic disorder	
11. Headache or facial pain associated with disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures	
12. Cranial neuralgias, nerve trunk pain and defferentiation pain	
13. Headache not classifiable	

서술의 경우 징후 혹은 증상에 기초하였다. 모든 이차성 두통은 원인질환에 따라 분류하였으나, 일차성 두통의 경우 증상에 기초하였고 이는 ICHD-I에서는 물론 추후 개정판에서도 동일한 근거로 기술되었다¹³⁾ (Table 2).

ICHD-I의 구성 요소는 NIH의 분류법과는 상이한

점이 있는데, 우선 군발성 두통을 편두통에서 독립시키고 있으며, 혼합형 두통을 분류에서 삭제하였다. 또한 이전의 여러 유형의 편두통을 우선 일괄적으로 조짐증상의 유무에 따라 크게 구분하였고 심인성이나 근육 수축성 두통 등은 근육 및 정신요소가 같이 있는 경우가 많은 것으로 보고 긴장성 두통(tension head-

ache)이 아닌 긴장형 두통(tension-type headache)으로 분류하였다^{2,8)}.

본 분류법은 NIH 분류법보다 진일보하여 모든 두통 장애에 대해 사용 가능한 진단기준에 근거하여 마련되었으며, 4자리 숫자로 코드화 한 계층 시스템으로 원인 분석적 분류에 충실하게 작성되었다^{6,8)}. 또한 많은 나라에서 이 분류체계가 실제 임상 및 연구 목적에 유효하며 활용도가 높은 것으로 입증되었다. 또한 세계보건기구에서도 국제질병분류의 제10차 개정판(ICD-10)¹⁴⁾에서 이 분류체계를 채택하였다⁶⁾.

ICHD-I에서는 한 명의 환자에서 여러 유형의 두통을 가지고 있다고 하더라도 한 가지 진단에 맞출 것, 애매한 단어의 사용을 지양할 것, 진단기준의 민감도(sensitivity)와 특이도(specificity)를 높일 것 등을 기본적인 사항으로 한다¹¹⁾. 각 항목에는 항목별 분류가 서술되어 있고, 다음으로는 각각의 두통 소개와 분류 순서대로 기술되어 있다. 각각의 주된 질환에 대해 기존에 사용되던 진단명을 기술하였으며, 그 질환과 연관되었지만 다른 곳에 분류된 질환 역시 기술하였고, 간단한 설명을 통하여 그 질환을 규명할 수 있도록 하였으며, 그 다음으로 진단기준을 적고 끝으로 설명과 참고문헌을 제공하였다¹³⁾.

각각의 진단기준에는 ‘다음의 네 가지 특성 중 두 가지’ 등과 같은 특정한 요건을 두어 구체적으로 진단할 수 있게 하였으며 이러한 체제는 일반인을 대상으로 한 역학조사에서부터 삼차 의료기관의 두통센터에 이르기까지 본 분류법을 동일하게 사용 가능하도록 하였다. 각국에서 시행된 무전조/전조 편두통에서의 triptan의 치료 효과가 유사한 정도로 나타남으로써 분류법의 타당성과 재현 가능한 신뢰도가 입증되었다¹³⁾. 따라서 대부분의 임상 연구에서 표준 진단 연구로 이용되어 왔으며, 대부분의 두통에 관한 근거중심치료가 국제두통질환분류에 근거하여 개발되는 등 마치 두통 질환의 진단 교과서와 같은 역할을 수행해 왔다^{13,15)}. 이는 2차 개정판에서도 반영되어 기존의 편두통 진단 기준의 경우는 일부분만 변경되었으며, 진단 체계 역시 동일하게 적용되었다¹³⁾.

(3) ICHD-II

2004년에 새로 개정된 국제두통질환분류법(ICHD-II) 역시 초판과 같이 연구 및 임상적 목적 모두에 사용할 수 있도록 분류하였다. ICHD-II 두통분류방식은 크게 원발성 두통, 이차성 두통, 두개신경통으로 분류된다^{2,12)}. 분류와 진단기준은 원인 혹은 질병의 서

술에 근거하며 특히 증후 혹은 증상에 기초하였다²⁾. 원발성 두통은 증상에 기초하여 4가지 유형으로 구분되며, 이차성 두통은 원인질환에 따라 8가지 소분류로 구별하였다. 이차성 두통은 두통을 일으킬 수 있는 원인질환이 밝혀졌거나 시간적인 인과관계가 성립되는 경우, 혹은 외상 후 두통과 같은 일부의 경우를 제외하고는 원인질환이 소실되고, 3개월 이내에 두통이 완화 또는 소실되는 경우를 기준하였다³⁾. 진단을 위해서는 두통의 병력, 가족력, 약물의 효과, 월경과의 연관성, 나이 및 성별 등 다양한 조건이 포함되도록 하였으며, 각 분류의 아형 진단기준을 충족한다는 것은 각 해당 군에서 마지막에 기술된 개연적 범주 기준을 충족한다는 것을 의미한다¹³⁾(Table 3).

개정판은 초판과 비교하여 각 항목의 기본적인 구성은 동일하나 일부 새로운 연구 결과에 의해 변화가 있었다¹³⁾. 초판에서는 전체를 13개의 범주로 분류하고 원발성 두통과 이차성 두통의 2부로 나누어 분류하였으나 개정판에서는 총 14개 범주로 분류하고, 원발성 두통, 이차성 두통, 두개신경통, 중추성 및 원발성 안면통과 기타 두통의 3부로 나누어 분류하였다. 초판과 비교하여 특징적인 점 중 하나는 정신과 질환과 관련된 두통을 이차성 두통의 한 종류로 추가하여 분류를 시도한 점이다. 또한 이상의 3부 외에 부록을 따로 추가하여 현재까지 제안은 되었으나 그 타당성이 아직 검증되지 않은 새로운 범주에 속하는 두통유발질환들이나 진단적 가치를 개선한 진단기준 등을 제시함으로써 다음 개정판이 나올 때까지 연구 목적에 공통으로 사용할 수 있도록 하였다. 덧붙여 분류상에 언급되는 모든 두통 질환 또는 증후군들에 대한 최근 관련 문헌들을 참고문헌으로 게시함으로써 증거 체시를 보다 확고하게 하려는 노력을 하였음을 볼 수 있다¹⁵⁾.

초판과 비교하여 분류가 변경된 예를 살펴보면, 약물 남용없이 매달 15일 이상의 두통을 경험하는 소수의 환자들에서만 진단기준에 적합한 ‘1.5.1 만성 편두통’을 새로운 진단으로 제안하였고, 모든 이차성 두통은 초판의 분류에서는 “associated-연관된”으로 표현하였지만, 개정판에서는 “attributed-기인한”으로 기술하였다. 이는 두통과 원인질환의 인과관계가 대부분 명확하여 두 질환의 관계를 명백하게 표현할 수 있었기 때문이다. 또한 감염에 의한 모든 두통은 ‘9. 감염에 기인한 두통’에 포함한 반면 두개 내 감염에 의한 경우는 ‘두개 내 질환에 기인한 두통’에 포함시켰다. 새로운 항목인 ‘10. 항상성 질환’에 기인한 두통이 추가되었고 ‘4.5 수면두통’, ‘4.6 일차 벼락두통’ 그리고

Table 3. International Classification of Headache Disorder and WHO ICD-10NA Codes(2004)

<p>Part I : The primary headaches</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. [G43] Migraine <ol style="list-style-type: none"> 1.1 [G43.0] Migraine without aura 1.2 [G43.1] Migraine with aura 1.3 [G43.82] Childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine 1.4 [G43.81] Retinal migraine 1.5 [G43.3] Complications of migraine 1.6 [G43.83] Probable migraine 2. [G44.2] Tension-type headache(TTH) <ol style="list-style-type: none"> 2.1 [G44.2] Infrequent episodic tension-type headache 2.2 [G44.2] Frequent episodic tension-type headache 2.3 [G44.2] Chronic tension-type headache 2.4 [G44.28] Probable tension-type headache 3. [G44.0] Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias <ol style="list-style-type: none"> 3.1 [G44.0] Cluster headache 3.2 [G44.03] Paroxysmal hemicrania 3.3 [G44.08] Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing(SUNCT) 3.4 [G44.08] Probable trigeminal autonomic cephalalgia 4. [G44.80] Other primary headaches <ol style="list-style-type: none"> 4.1 [G44.800] Primary stabbing headache 4.2 [G44.803] Primary cough headache 4.3 [G44.804] Primary exertional headache 4.4 [G44.805] Primary headache associated with sexual activity 4.5 [G44.80] Hypnic headache 4.6 [G44.80] Primary thunderclap headache 4.7 [G44.80] Hemicrania continua 4.8 [G44.2] New daily-persistent headache(NDPH) 	<ol style="list-style-type: none"> 6.2 [G44.810] Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage [I62] 6.3 [G44.811] Headache attributed to unruptured vascular malformation [Q28] 6.4 [G44.812] Headache attributed to arteritis [M31] 6.5 [G44.810] Carotid or vertebral artery pain [I63.0, I63.2, I65.0, I65.2 or I67.0] 6.6 [G44.810] Headache attributed to cerebral venous thrombosis(CVT) [I63.6] 6.7 [G44.81] Headache attributed to other intracranial vascular disorder 7. [G44.82] Headache attributed to non-vascular intracranial disorder <ol style="list-style-type: none"> 7.1 [G44.820] Headache attributed to high cerebrospinal fluid pressure 7.2 [G44.820] Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure 7.3 [G44.82] Headache attributed to non-infectious inflammatory disease 7.4 [G44.822] Headache attributed to intracranial neoplasm [C00-D48] 7.5 [G44.824] Headache attributed to intrathecal injection [G97.8] 7.6 [G44.82] Headache attributed to epileptic seizure [G40.x or G41.x to specify seizure type] 7.7 [G44.82] Headache attributed to chiari malformation type I(CM1) [Q07.0] 7.8 [G44.82] Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis(HaNDL) 7.9 [G44.82] Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder 8. [G44.4 or G44.83] Headache attributed to a substance² or its withdrawal <ol style="list-style-type: none"> 8.1 [G44.40] Headache induced by acute substance use or exposure 8.2 [G44.41 or G44.83] Medication-overuse headache (MOH) 8.3 [G44.4] Headache as an adverse event attributed to chronic medication [code to specify substance] 8.4 [G44.83] Headache attributed to substance withdrawal 9. Headache attributed to infection <ol style="list-style-type: none"> 9.1 [G44.821] Headache attributed to intracranial infection [G00-G09] 9.2 [G44.881] Headache attributed to systemic infection [A00-B97] 9.3 [G44.821] Headache attributed to HIV/AIDS [B22] 9.4 [G44.821 or G44.881] Chronic post-infection headache [code to specify aetiology]
<p>Part II : The secondary headaches</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. [G44.88] Headache attributed to head and/or neck trauma <ol style="list-style-type: none"> 5.1 [G44.880] Acute post-traumatic headache 5.2 [G44.3] Chronic post-traumatic headache 5.3 [G44.841] Acute headache attributed to whiplash injury [S13.4] 5.4 [G44.841] Chronic headache attributed to whiplash injury [S13.4] 5.5 [G44.88] Headache attributed to traumatic intracranial haematoma 5.6 [G44.88] Headache attributed to other head and/or neck trauma [S06] 5.7 [G44.88] Post-craniotomy headache 6. [G44.81] Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder <ol style="list-style-type: none"> 6.1 [G44.810] Headache attributed to ischaemic stroke or transient ischaemic attack 	

<p>10. [G44.882] Headache attributed to disorder of homeostasis</p> <p>10.1 [G44.882] Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia</p> <p>10.2 [G44.882] Dialysis headache [Y84.1]</p> <p>10.3 [G44.813] Headache attributed to arterial hypertension [I10]</p> <p>10.4 [G44.882] Headache attributed to hypothyroidism [E03.9]</p> <p>10.5 [G44.882] Headache attributed to fasting [T73.0]</p> <p>10.6 [G44.882] Cardiac cephalgia [code to specify aetiology]</p> <p>10.7 [G44.882] Headache attributed to other disorder of homeostasis [code to specify aetiology]</p> <p>11. [G44.84] Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures</p> <p>11.1 [G44.840] Headache attributed to disorder of cranial bone [M80-M89.8]</p> <p>11.2 [G44.841] Headache attributed to disorder of neck [M99]</p> <p>11.3 [G44.843] Headache attributed to disorder of eyes</p> <p>11.4 [G44.844] Headache attributed to disorder of ears [H60-H95]</p> <p>11.5 [G44.845] Headache attributed to rhinosinusitis [J01]</p> <p>11.6 [G44.846] Headache attributed to disorder of teeth, jaws or related structures [K00-K14]</p> <p>11.7 [G44.846] Headache or facial pain attributed to temporomandibular joint(TMJ) disorder [K07.6]</p> <p>11.8 [G44.84] Headache attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structures [code to specify aetiology]</p> <p>12. [R51] Headache attributed to psychiatric disorder</p> <p>12.1 [R51] Headache attributed to somatisation disorder [F45.0]</p>	<p>12.2 [R51] Headache attributed to psychotic disorder [code to specify aetiology]</p> <p>Part III : Cranial neuralgias central and primary facial pain and other headaches</p> <p>13. [G44.847, G44.848 or G44.85] Cranial neuralgias and central causes of facial pain</p> <p>13.1 [G44.847] Trigeminal neuralgia</p> <p>13.2 [G44.847] Glossopharyngeal neuralgia</p> <p>13.3 [G44.847] Nervus intermedius neuralgia [G51.80]</p> <p>13.4 [G44.847] Superior laryngeal neuralgia [G52.20]</p> <p>13.5 [G44.847] Nasociliary neuralgia [G52.80]</p> <p>13.6 [G44.847] Supraorbital neuralgia [G52.80]</p> <p>13.7 [G44.847] Other terminal branch neuralgias [G52.80]</p> <p>13.8 [G44.847] Occipital neuralgia [G52.80]</p> <p>13.9 [G44.851] Neck-tongue syndrome</p> <p>13.10 [G44.801] External compression headache</p> <p>13.11 [G44.802] Cold-stimulus headache</p> <p>13.12 [G44.848] Constant pain caused by compression, irritation or distortion of cranial nerves or upper cervical roots by structural lesions [G53.8] + [code to specify aetiology]</p> <p>13.13 [G44.848] Optic neuritis [H46]</p> <p>13.14 [G44.848] Ocular diabetic neuropathy [E10-E14]</p> <p>13.15 [G44.881 or G44.847] Head or facial pain attributed to herpes zoster</p> <p>13.16 [G44.850] Tolosa-Hunt syndrome</p> <p>13.17 [G43.80] Ophthalmoplegic 'migraine'</p> <p>13.18 [G44.810 or G44.847] Central causes of facial pain</p> <p>13.19 [G44.847] Other cranial neuralgia or other centrally mediated facial pain [code to specify aetiology]</p> <p>14. [R51] Other headache, cranial neuralgia, central or primary facial pain</p> <p>14.1 [R51] Headache not elsewhere classified</p> <p>14.2 [R51] Headache unspecified</p>
--	--

‘4.7 지속반두통’ 등이 추가되었다. 그리고 ‘13.17 안근마비편두통’은 ‘1. 편두통’에서 ‘13. 뇌신경통과중추성 원인의 안면통’ 항목으로 이동되었다¹³⁾.

추가로 초판에서 “운영진단기준”이라 언급한 부분을 “운영”이라는 용어의 의미가 명확하지 못하여 “명백한 진단기준”이라는 용어로 바꾸었으며, 이는 ‘모호하지 않고 정확하여 자의적인 해석의 여지가 적은’이라는 의미를 갖게 된다. 이는 기준을 명확하게 기술하여 서로 다른 의사가 동일한 진단 기준을 사용

할 수 있음을 의미한다. 따라서 해석이 필요한 ‘가끔’, ‘자주’, ‘대부분’ 등의 표현은 피하였으며 환자가 A, B, C, D 등으로 열거된 기준에 합치되도록 구성하였다¹³⁾.

코드번호를 부여하는 데 있어서 표 작성에 WHO ICD-10NA 코드를 사용하였는데, 이는 국제질병분류 코드가 일상적인 진료에서 자주 사용되고 있기 때문이다. 대부분의 경우 ICHD-II의 분류가 WHO의 분류보다 더 자세하여 일부 두통의 아형에서는 ICD-10NA 코드가 사용되지 못하였지만, 대부분의 ICD-

10NA코드는 ICHD-II에서 적절하게 사용되었다¹³⁾.

2. 한의학에서 두통변증의 변천 및 특징

국내에서 보고된 두통과 관련한 연구논문을 중심으로 연구동향을 분석하고, 《黃帝內經》 이후 현재 까지 연구에 선정된 문헌을 중심으로 두통의 분류와 원인 및 치료에 관련한 내용을 분석 정리하였다.

1) 두통에 관한 연구동향

한의학에서 두통은 전국시대의 《黃帝內經》에서 처음 언급되었으며, 이후 각각의 醫家들에 의해 다양한 학설이 제시되었다¹⁶⁾. 두통의 원인은 크게 外感과 內傷으로 구분된다. 外感 頭痛은 風, 寒, 濕, 熱 등의 원인으로 병증이 대부분 實證에 속하며, 발병이 비교적 급하고 병세도 극열하며, 통증이 간헐적이기도 않은 것을 특징으로 반면, 內傷의 頭痛은 七情에 의한 肝鬱, 腎虧, 脾虛生痰, 氣血不足, 氣滯血瘀가 원인으로 대부분 虛症에 속하고, 통증이 時作時止하고 痛勢는 비교적 輕하고 發病이 비교적 완만하다고 설명하고 있다¹⁷⁾.

역사적으로 두통에 대한 정의를 비롯한 변증 분류에 대해 각각의 의가들이 다양한 학설을 제시하고 있으며, 이를 바탕으로 각종 현대 한의학 서적에서 두통에 관하여 언급하고 있다. 그러나 서양의학의 두통 분류 체계와 같이 국내 또는 국제적으로 위원회를 구성하는 등의 과정을 통한 공인된 분류체계는 아직까지 없는 상황이다.

(1) 국내 한의학 저널에 투고된 두통논문현황
국내에서 이루어진 두통에 관한 한의학 연구동향을 살펴보면 발간된 총 50여 편의 논문 중 종설을 포함한 두통에 관한 문헌적인 고찰을 시행한 것이 14편으로 임상시험이나 증례와 같은 임상적 관찰에 관한 논문에 비해 그 비중이 상대적으로 적은 것을 관찰할 수 있다(Table 4).

(2) 두통에 관한 국내 한의학 문헌고찰논문에서 연구대상이 된 역대 의서

두통에 관한 국내 한의학 문헌고찰논문에서 연구대상이 된 역대 의서를 분석하여 보면 두통에 관한 문헌적 고찰을 시행한 14편의 논문에서는 고대에서부터 현대에 간행된 역대 의서 중 총 64종에 이르는 서적을 대상으로 하였고, 가장 많이 연구 대상이 된 의서는 《東醫寶鑑》, 《丹溪心法》, 《黃帝內經》, 《儒門事親》, 《醫學入門》, 《東垣十書》, 《衛生寶鑑》, 《景岳全書》, 《醫學心悟》 순이다^{4,7,17-28)}(Table 5).

이에 한의학에서의 두통에 대한 역대 의서에 관한 문헌적 고찰을 시행한 14편의 논문을 바탕으로 《黃帝內經·素問》에서부터 근대에 이르는 서적 중에서 빈번하게 고찰의 대상이 된 의서를 중심으로 두통의 원인과 치료에 관련된 내용을 살펴보고자 한다.

2) 문헌상의 두통분류와 분석

한의학에서 두통은 의가에 따라 그 증상 및 치료에 여러 가지 설이 제시되고 아울러 시대에 따라 그 내

Table 4. 국내 한의학 저널에 투고된 두통논문현황

학회지	문헌논문(편)	임상논문(편)	계(편)
대한침구학회지	3	16	19
동의신경정신과학회지	1	6	7
대한한의학회지	3	8	11
대한한의학원전학회	0	0	0
대한한의진단학회	0	0	0
대한경락경혈학회지	1	2	3
대전대학교 한의학연구소	2	3	5
동국대학교 한의학연구소	0	0	0
동의대학교 한의학연구소	0	1	1
대구한의대학교 제한동의학술원	4	3	7
경희대학교 한의학연구소	0	0	0
계(편)	14	39	53

*KSI 한국학술정보에서 '두통'이라는 검색어를 이용하여 2009년 10월 30일까지 검색.

Table 5. 두통에 관한 국내 한의학 문헌고찰논문에서 연구대상이 된 역대 의서

시대	서적명	횟수	시대	서적명	횟수	시대	서적명	횟수
春秋戰國	黃帝內經	8	明代	醫學入門	8	清代	辨證錄	2
	難經	2		證治準繩	3		張氏醫通	2
漢代	金匱要略	3		幼科准繩(王肯堂)	3		臨證指南醫案	2
	仲景全書	1		醫宗必讀	4		石室秘錄	1
隋·唐代	諸病源候論	3		證治要訣	2	南雅堂醫書全集	1	
	備急千金要方	1		醫學綱目	3	(宣祖) 東醫寶鑑	11	
	外臺秘要	3		類經	1	(景宗) 醫門寶鑑	1	
宋代	三因極一病證方論	2		古今醫統	2	(正祖) 濟衆新編	2	
	普濟本事方	3		奇效良方	2	(高宗) 醫宗損益	1	
	濟生方	4		普濟方	1	萬病醫學原文	1	
	仁齋直指方	2		壽世保元	2	症狀鑑別 手冊	1	
	婦人大全良方	1		醫學心悟	5	醫學門徑	1	
	聖濟總錄	2		雜病廣要	1	中醫醫學類解	1	
	太平聖惠方	1		徐靈胎醫書全集	2	李常和 治療指針	1	
金·元代	儒門事親	8	類證治裁	2	惠庵醫方	1		
	蘭室秘藏	1	傷寒大白	1	臨床各科綜合治療學	1		
	東垣十種醫書	6	醫林改錯	2	中醫辨證證治寶典	1		
	衛生寶鑑	5	醫部全錄	1	瘡濟證方	1		
明代	丹溪心法	10	醫宗金鑑	3	診病診治大典	1		
	景岳全書	5	辨證奇聞	2	廣濟必給	1		
	醫學正傳	3	證治彙補	3	診療要鑑	1		
	萬病回春	3						

용이 조금씩 변화되었는데²⁵⁾ 《黃帝內經》에서부터 清代까지의 두통에 대한 병명으로 頭痛, 頭風, 眉稜骨痛이 있고, 병인, 부위, 수반증상, 기간, 좌우, 남녀, 예후에 따라 각각 구별하여 설명하였다. 두통의 病因으로 外因에 의한 경우에는 주로 風寒暑濕이 六經에 영향을 미쳐 나타나는 증상이고, 內因으로는 氣, 血, 風, 痰, 肝, 腎 등의 요인이 있다고 하였다²⁾.

(1) 《黃帝內經素問釋解》

<五臟生成論>

頭痛巔疾, 下虛上實, 過在足少陰, 巨陽, 甚則入腎. 徇蒙招尤, 目冥耳聾, … 心煩頭痛, 病在鬲中, 過在手巨陽, 少陰

<脈要精微論>

推而下之, 下而不上, 頭項痛也

<通評虛實論>

頭痛耳鳴, 九竅不利, 腸胃之所生也

<奇病論>

人有病頭痛, … 此安得之, 當有所犯大寒, 內至骨髓, … 腦逆, 故令頭痛, 齒亦痛, 病名曰厥逆. 帝曰, 善

<經脈篇>

是動則病衝頭痛, 目似脫, 項如拔

<厥病篇>

眞頭痛, 頭痛甚, 腦盡痛, 手足寒至節, 死不治

《黃帝內經》에서는 두통의 병인으로 邪氣가 上焦에서 實하고 正氣가 下焦에서 虛한 경우와 肝氣가 逆하거나 熱로 인하여 肝, 心, 肺를 침범할 경우, 두통이 발생한다고 하였으며, 또한 大寒이 骨髓까지 침입하여 두통이 발생한다고 하였다. 이러한 내용은 후대에 두통을 언급하는 많은 의서에서 수정 없이 반복되는 경향이 있어 체계적인 고찰이 부족하다고 볼 수 있다.

(2) 《儒門事親·頭痛不止三十七》

夫頭痛不止乃三陽之受病也三陽者各分部分頭與項痛者是足太陽膀胱之經也。攢竹痛俗呼爲眉稜痛者是也額角上痛俗呼爲偏頭痛者是少陽經也如痛久不已。則令人喪目以三陽受病皆胸膈有宿痰之致然也先以茶調散吐之後以香薷散白。虎湯投之則愈然頭痛不止可將葱白鬚豆豉湯吐之吐訖可服川芎薄荷辛涼清上。搜風丸香芎散之類仲景曰葱根豆豉亦吐傷寒頭痛叔和云寸脈急而頭痛是也

두통을 太陽, 少陽, 陽明으로 구분하고 두통이 일어나는 病因病理은 모두 胸膈의 熟痰이라 하였다. 두통이 오랫동안 낫지 않으면 시력을 잃는다고 언급하며 치험례를 함께 소개하고 있다.

(3) 《東垣十種醫書·蘭室秘藏·頭痛門·頭痛論》

在肝 俞在頸項 故春氣者 病在頭 又諸陽 會於頭面 如足太陽膀胱之脈 … 病衝頭痛 又足少陽膽之脈 起於目銳眥 上抵頭角 病則頭角額痛 夫風從上受之… 振寒頭痛 身重 惡寒 治在風池風府 調其陰陽 不足則補 有餘則瀉 汗之則愈 此傷寒頭痛也 頭痛 耳鳴 九竅不利者 腸胃之所生 乃氣虛頭痛也 心煩頭痛者 病在膈中 過在手巨陽少陰 乃濕熱頭痛也 如氣上不下 頭痛癱疾者 下虛上實也 過在足少陰巨陽 甚則入腎 寒濕頭痛也 如頭半邊痛者 先取手少陽陽明 後取足少陽陽明 此偏頭痛也 有眞頭痛者 甚則腦盡痛 手足寒 至節 死不治 有厥逆頭痛者 所犯大寒 內至骨髓 髓者以腦爲主 腦逆 故令頭痛 齒亦痛 … 凡頭痛 皆以風藥治之者 總其大體而言之也 高顛之上 惟風可到 故味之薄者 陰中之陽 乃自地升天者也 然亦有三陰三陽之異 故太陽頭痛 惡風 脈浮緊

川芎羌活獨活麻黃之類 爲主 少陽經頭痛 脈弦細 往來寒熱 柴胡爲主 陽明頭痛 自汗 發熱惡寒 脈浮緩長實者 升麻葛根石膏白芷 爲主 太陰頭痛 必有痰 體重 或腹痛 爲痰癖 其脈沈緩 蒼朮半夏南星 爲主 少陰經頭痛 三陰三陽經 不流行而足寒氣逆 爲寒厥 其脈沈細 麻黃附子細辛 爲主

두통의 병인을 傷寒, 氣虛, 濕熱, 寒濕으로 보았다. 外感頭痛을 六經으로 분류하고 傷寒論을 바탕으로 그 증상을 서술하였으며, 內因頭痛은 《黃帝內經》을 바탕으로 氣虛, 血虛, 氣血陽虛, 痰厥頭痛, 風濕頭痛, 厥陰頭痛으로 분류하였다. 이러한 이동원의 두통에 관한 학설은 후대의 모든 의가들이 기본으로 삼을 정도로 영향력이 컸다.

(4) 《衛生寶鑑·無時頭痛門并治法方》

太陽頭痛惡風寒. 諸血虛頭痛. (川芎主之) 少陽頭痛. 脈弦細寒熱. (柴胡主之) 陽明頭痛. 自汗發熱不惡寒. (白芷主之) 諸氣虛諸氣血俱虛. 頭痛. (黃芪主之) 太陰頭痛必有痰. 體重或腹痛爲痰癖. (半夏主之) 厥陰頭痛項痛. 其脈浮. 微緩. 知欲入太陽病矣. 必有痰. (吳茱萸主之) 少陽頭痛. 手三部三陽經不流行. 而足寒氣逆. 爲寒厥矣. (細辛主之)

두통을 太陽, 陽明, 少陽 및 太陰, 少陰, 厥陰의 六經으로 분류하였고, 肝經에 風이 성하여 발생하는 頭風에 관해 서술하고 있다.

(5) 《丹溪心法》

頭痛六十八, 頭痛多主於痰, 痛甚者火多, … 如肥人頭痛是濕痰, 宜半夏蒼朮 如瘦人是熱 … 偏頭風在左而屬風

朱丹溪의 이론은 모든 질환을 肥瘦, 左右로 구분하여 서술하는 것이 특징이다. 두통도 역시 마찬가지로 체질에 따른 병인을 설명하여 肥人은 濕痰으로 이하여, 瘦人은 熱과 血不足으로 두통이 발생한다고 하였다. 또한 “頭痛多主於痰, 痛甚者火多”라고 하여 痰과 火를 두통 발생의 주 원인으로 본 것은 중요한 한의학적 이론으로 후대에 지속적인 영향을 주었고, 편두풍의 경우 우측의 두통은 屬火屬熱하고 좌측은 屬風急血虛한다는 이론은 제시하였다. 그 외 血虛, 氣虛, 風熱, 感冒가 두통의 병인이 된다고 하였다.

(6) 《景岳全書》

凡診頭痛者, 當先審久暫, 次辨表裏. 蓋暫痛者, 必因邪氣 久病者, 必兼元氣. 以暫病言之, 則有表邪者, 此風寒外襲於經也, 治宜疏散, 最忌清降 有裏邪者, 此三陽之火熾於內也, 治宜清降, 最忌升散, 此治邪之法也. 其有久病者, 則或發或愈, 或以表虛者, 微感則發, 或以陽勝者, 微熱則發, 或以水虧於下, 而虛火乘之則發, 或以陽虛於上, 而陰寒勝之則發. 所以暫病者當重邪氣, 久病者當重元氣, 此固其大綱也. 然亦有暫病而虛者, 久病而實者, 又當因脈·因證而詳辨之, 不可執也.

頭痛有各經之辨. 凡外感頭痛, 當察三陽·厥陰. 蓋三陽之脈俱上頭, 厥陰之脈亦會於巔, 故仲景 《傷寒論》則惟三陽有頭痛, 厥陰亦有頭痛, 而太陰·少陰則無之. 其於辨之之法, 則頭腦·額 … 至若內傷頭痛, 則不得以三陽爲拘矣

景岳의 이론은 대부분 잘 분류된 편이다. 두통을 新痛, 久痛으로 구별하였으며, 表裏를 外因과 內因으로 구별하여 外感頭痛은 三陽과 厥陰을, 內傷은 火邪, 陰虛, 陽虛에 의한다고 제시하였다. 다른 의가들이 두통의 증상에 따라 개개의 질환으로 변증을 나열한 것과 달리 두통의 지속기간에 따른 邪氣와 元氣의 정도를 중시하고, 두통 증상도 이에 기인되어 발생하는 것으로 기술한 것이 특징이다.

(7) 《醫學入門》

外感頭痛 必有寒熱 宜分輕重解表 … 太陽惡風寒脈浮緊 … 陽明自汗 發熱惡寒 脈浮緩長 … 少陽寒熱往來 脈弦 … 太陰體重腹痛 脈沈 必有痰 … 少陰寒厥脈沈細 … 厥陰 吐沫 厥冷 脈浮緩 … 內虛氣滯太陽痛內傷氣虛 相火上衝 耳鳴九竅不利 兩太陽穴痛 … 血虛魚尾上生噴 腎虛巔痛七情嘔 … 痰火積皆同因.

두통을 內因과 外因으로 구별하여 外感頭痛과 內傷頭痛으로 나누어 변증을 제시하였고, 內傷頭痛에 氣滯, 血虛, 腎虛, 痰火, 食積이 병인이 된다고 하였다. 또한 七情이 두통의 병인으로 작용함을 설명하였다.

(8) 《醫學心悟》

頭爲諸陽之會, 清陽不升, 則邪氣乘之, 致令頭痛. 然有內傷, 外感之異, 外感風寒者, 宜散之. 熱邪傳入胃腑, 熱氣上攻者, 宜清之. 直中證, 寒氣上逼者, 宜溫之. 治法詳見傷寒門, 茲不贅. 然除正風寒外, 復有偏頭風, 雷頭風, 客寒犯腦, 胃火上沖, 痰厥頭痛, 大頭天行, 破腦傷風, 眉稜骨痛, 眼眶痛等證. 更有眞頭痛, 朝不保暮, 勢更危急. 皆宜細辨.

偏頭風者, 半邊頭痛, 有風熱, 有血虛. 風熱者, 筋脈抽搐, 或鼻塞, 常流濁涕, 清空膏主之; 血虛者, 晝輕夜重, 痛連眼角, 逍遙散主之. 雷頭風者, 頭痛而起核塊, 或頭中雷鳴, 多屬痰火, 清震湯主之. 客寒犯腦者, 腦痛連齒, 手足厥冷, 口鼻氣冷, 羌活附子湯主之. 胃火上沖者, 脈洪大, 口渴飲冷, 頭筋扛起者, 加味升麻湯主之. 痰厥頭痛者, 胸膈多痰, 動則眩暈, 半夏白術天麻湯主之. 腎厥頭痛者, 頭重足浮, 腰膝酸軟, 經所謂下虛上實是也. 腎氣衰, 則下虛, 浮火上泛, 故上實也, 然腎經有眞水虛者, 脈必數而無力; 有眞火虛者, 脈必大而無力. 水虛, 六味丸, 火虛, 八味丸. 大頭天行者, 頭腫大, 甚如斗, 時疫之證也, 輕者名發頤, 腫在耳前後, 皆火鬱也, 普濟消毒飲主之, 更加針砭以佐之. 破腦傷風者, 風從破處而入, 其症多發搐搦, 防風散主之. 眉稜骨痛, 或眼眶痛, 俱屬

肝經, 見光則頭痛者, 屬血虛, 逍遙散. 痛不可開者, 屬風熱, 清空膏. 眞頭痛者, 多屬陽衰. 頭統諸陽, 而腦爲髓海, 不任受邪, 若陽氣大虛, 腦受邪侵, 則發爲眞頭痛, 手足青至節, 勢難爲矣.

頭痛의 外因으로서 外感風寒邪, 熱邪, 直中證을 기술하여 다른 의가에 비해 보다 세분화된 변증을 제시하고 있으며, 두통 역시 偏頭痛, 雷頭風, 客寒犯腦, 胃火上沖, 痰厥頭痛, 大頭天行, 破腦傷風, 眉稜骨痛, 眼眶痛, 眞頭痛 등으로 다양하게 열거하고 있다. 다양한 임상 경험이 있음을 알 수 있으며 현대의학에서 이차성 두통으로 분류되는 두통에 해당되는 서술이 많으나, 병의 진행경과에 대한 내용이 빈약하고 체계적인 분류로 보기에는 부족하다.

(9) 《東醫寶鑑》

凡手之三陽 從手走頭 足之三陽 從頭走足 … 三陽有頭痛 三陰無頭痛 … 頭痛 有正頭痛 偏頭痛 風寒頭痛 濕熱頭痛 厥逆頭痛 痰厥頭痛 熱厥頭痛 濕厥頭痛 氣厥頭痛 眞頭痛 醉後頭痛

許浚은 《東醫寶鑑》에서 기존의 다양한 설을 정리하여 六經 및 內外의 구분을 생략한 채 특징적인 증상 소견에 따라 질환을 세분하여 11種 頭痛(頭痛 有正頭痛 偏頭痛 風寒頭痛 濕熱頭痛 厥逆頭痛 痰厥頭痛 熱厥頭痛 濕厥頭痛 氣厥頭痛 眞頭痛 醉後頭痛)으로 제시하고 있다. 두통의 원인으로는 精·氣가 부족하거나, 痰飲이 있거나, 胃·脾·腎에 문제가 있거나, 傷寒·瘟疫·瘧疾 등이 있다고 하였으며, 外邪에 의한 두통에 관한 언급은 간략한 편이다. 또한 腦風, 衝頭痛, 眞頭痛, 頭風痛, 雷頭風, 正頭痛, 須風, 傷寒頭痛 등의 頭痛類證을 취급함으로써 두통의 다양성을 보여주고 있다.

(10) 《한의진단명과 진단요건의 표준화연구》

역대 의가의 두통에 관한 학설을 바탕으로 이명, 개념, 진단의 요점을 기술하고 변증과 변증감별, 처방, 처방에 관해 언급하고 있으며, 참고 의서를 제시하고 있다. 변증으로 外感風熱, 氣虛, 痰熱相擁, 寒痰抵閉, 瘀血挾滯, 脾虛濕成, 肝腎陰虛의 6가지를 제시하고 있으나, 계층적인 분류로 구성되어 있지는 않다²⁹⁾.

(11) 《심계내과학》

두통을 발생원인에 따라 外感六淫으로 인한 外感

頭痛, 內傷雜病으로 인한 內傷頭痛, 발병시기에 따라 新病과 久病, 증후의 특성인 사정의 성쇠에 따라 實證과 虛證頭痛, 부위에 따라 前頭痛, 後頭痛, 側頭痛, 頭頂痛으로, 경락유주부위에 따라 太陽, 陽明, 少陽, 厥陰 頭痛으로 분류하고 있다. 外感頭痛은 風寒, 風熱, 風濕의 3가지, 內傷頭痛은 肝陽上亢, 腎虛, 氣虛(陽虛), 血虛(陰虛), 濕痰, 瘀血, 熱厥頭痛 7가지로 분류하고 있으며, 頭痛과 頭風은 같은 질환으로 병의 發病始期와 深淺, 豫後에 따라 구분된다고 정리하였다. 역대 의가의 학설이 풍부하게 포함되어 있으나 나열식에 그쳐 체계적인 분류로 보기에는 어렵다¹⁶⁾.

(12) 《한방진단학》

두통의 변증을 외감, 내상을 먼저 구분하는 것의 중요성을 강조하는 동시에 두통의 원인, 발작시간, 두통의 성질과 특징, 두통의 부위에 따른 구분을 정리하고 있으며 원인별 두통의 감별진단에 대해 언급하였다³⁰⁾.

(13) 《한약제제 등의 임상시험 가이드라인 제정연구》

두통에 관한 임상시험에서 두통의 증상에 따른 등급을 분류하기 위해 제안되었다. 두통 중에서도 편두통에 관하여 기술하고 있다. 서양의학의 진단기준과 분류법을 소개하고, 두통의 中醫證候 진단기준을 肝陽上亢頭痛證, 痰濁頭痛證, 腎虛頭痛證, 瘀血頭痛證, 氣血虧虛證의 5가지로 제시하고 있으며 각 증후별 주증과 부증을 기술하여 증상의 정도에 따른 등급을 매기도록 하고 있다. 두통의 경중 정도를 평가할 수 있도록 시도한 점이 차별성이 있으나 한의학적인 두통 분류의 체계적인 구성에는 부족함이 있다³¹⁾.

Ⅲ. 고찰

일반적으로 두부에서 일어나는 통증과 안면에 있는 각 기관으로부터 발생하는 통증 및 경부에서 발생하는 통증을 총칭하여 두통이라 한다⁵⁾. 한의학에서 頭痛은 戰國時代의 《黃帝內經》에서부터 언급되었는데 頭痛, 腦風, 首風 등으로 기재되어 있다. 頭는 ‘清陽之會, 清陽之腑’로서 五臟의 精華之血과 六腑의 清陽之氣가 모두 여기에 모이게 되므로 밖으로 風邪가 眞情을 범하거나 안으로 疲勞, 七情, 飲食 등으로 손상을 받아 氣血이 逆亂하게 되면 清陽이 閉塞되고 脈

絡이 低滯되어 기혈운행이 원활치 못하게 되어 두통을 일으키는 것으로 보고 있다⁵⁾.

서양의학적 두통은 Markush 등에 의하면 15세에서 44세까지의 여성 중 75%가 과거 1년 동안 두통을 앓은 적이 있다고 보고하였으며, 심한 두통 또는 빈번한 두통의 유병률은 약 20%로 보고되고 전체 두통환자의 15%만이 의사에게 진료를 받은 것으로 나타났다³²⁾. 또한 American survey에서는 과거 2주 동안에 두통 때문에 병원에 가거나 또는 휴식을 취해야 했던 경우가 인구 100명당 2.6명이었으며 두통 때문에 일을 할 수 없었던 날은 1년 동안 100명당 5.5일이었다고 조사되었다. 이처럼 두통은 환자를 고통스럽게 할 뿐 아니라, 이로 인한 의료비나 휴직으로 인한 경제적 손실을 유발한다¹⁾. 이처럼 많은 두통 환자가 있음에도 불구하고 두통의 치료는 단순하지가 않으며, 특히 만성 두통인 경우는 치료가 어려운 것으로 알려져 있다⁵⁾. 또한 두통은 그 자체가 객관적으로 측정될 수 없는 주관적인 호소라는 점과 원인이 되는 질병이나 정황의 다양성이 그 어느 증상보다도 조심스러운 판단을 요구하게 한다⁷⁾.

분류는 어떠한 진단기준이 적용되며 이러한 요인들을 어떻게 의미있게 조합하는가를 결정하는 것으로 이를 위하여는 모든 가능한 증거가 필요하다. 즉 임상양상, 추적조사에서 나타난 결과, 역학, 치료결과, 유전학, 신경방사선학 그리고 병태생리 등의 자료가 필요하다^{2,3)}. 두통의 경우 매우 주관적인 증상의 하나로서 통증을 객관적으로 평가할 수 없을 뿐만 아니라 뇌의 기질적인 장애가 아닌 경우에는 전산화단층촬영장치(CT)나 자기공명영상장치(MRI)로도 찾아낼 수 없으므로¹⁶⁾ 진단의 90% 이상은 병력청취에 의하여 이루어지며 뇌 영상진단이나, 실험실적 검사에 의해 두통의 원인질환을 진단하게 되는 경우는 드물다³⁾. 그러므로 두통의 다양한 원인질환에 대한 적절한 분류를 통한 진단기준이 없다면 불필요한 검사의 남발이나 필수적인 검사를 시행하지 못할 가능성이 높아지게 된다²⁾.

질환 분류의 경우 대개 연구자와 임상 의사들 간에는 많은 차이가 있으므로 연구자와 임상 의사에 각각 적합한 분류의 개발을 제안할 수도 있으나, 만일 두 가지 분류가 동시에 사용될 경우 모든 새로운 정보는 연구자의 분류에 의해 수집되어 그 결과를 연구자 분류에서 임상 의사 분류로 전달하는 데 어려움을 겪게 될 것이다. 이와 같이 분류의 불확실성과 개인적인 분류의 만연은 결과적으로 연구 결과의 교류와 진료의

효율을 저해하므로²⁾ 분류와 진단기준은 신뢰할 수 있는 정도의 타당성과 신뢰성을 확보하여야 하며 이는 역학적인 연구와 임상적 진로 현장에서 증명될 수 있다¹³⁾.

질병의 분류와 그 진단적 기준은 대개 일반 의사 사회에서 회의적으로 반응하고, 그 결과 광범위하게 사용되지 않는 경우가 많다. 그러나 국제두통질환분류 초판(ICHD-I)의 경우 발표 후 적극적인 사용 권고를 통해 전 세계에 걸쳐 과학적 목적으로 받아들여지고 대부분의 두통에 관한 연구들이 이 분류에 기초하여 진단된 환자를 대상으로 이루어지면서¹³⁾, 여러 연구 기관간에 임상 데이터를 더 잘 비교할 수 있게 되었고 두통연구에서 큰 진전을 이루게 되었다는 평가를 받고 있다⁶⁾. 또한 이 분류의 원칙은 일차성 두통을 진단하는 임상진료에까지 영향을 주어 기존의 두통을 진단하기 위해 필요했던 많은 질문들이 이 분류에서 제시되고 있는 진단기준에 근거한 질문들로 바뀌어졌고, 세계 20개 이상의 언어들로 번역되어 전 세계의 많은 의사들이 사용하고 있다¹³⁾.

물론 이러한 서양의학의 두통 분류법도 다소의 문제점은 있다. 초기에 분류법이 개발될 당시에는 증거보다는 전문가의 의견에 기초하여 개발되었고, 발표 후 기대보다 적은 비판과 전세계적인 느린 보급 속도로 예상보다 개정안의 개발이 지연되었다^{13,15)}. 이는 ICHD-I 분류법이 임상에서 쉽게 사용하기에는 분류가 너무 광범위하고 제한적이라는 문제점을 가지고 있어⁸⁾ 개발 초기에 전적으로 근거중심적인 분류를 만들기에 다양한 두통의 임상 양상을 기술하고자 하는 질병학적 연구가 더디고 불충분하게 이루어졌기 때문이다. 그러나 개정을 위한 연구와 제안들이 시간에 따라 서서히 누적되고, 역학적·질병학적인 지식이 의미 있게 축적되면서 개정 작업이 이루어졌고, 2004년에 제2판(ICHD-II)이 발표되었다¹³⁾.

최신 개정판인 ICHD-II에서의 계통적인 분류는 모든 두통을 주분류에 포함시켰고, 이는 다시 소분류, 아형(subtype), 그리고 종속형(subform)의 세 단계로 구분되었다. 즉 '1. 편두통'은 두통의 한 가지 주분류로 '1.2 전조편두통'과 같은 소분류를 포함하고, 전조편두통은 다시 '1.2.1 편두통형 두통을 동반하는 전형적인 전조'와 같은 종속형으로 나뉘어질 수 있다. 이처럼 이 분류는 계층적이 구조를 가지고 있으며 목적에 따라서 상세한 정도가 정해지게 된다. 환자를 진료하는 1차 진료의에게 있어서는 급성기 치료를 위하여 첫 단계의 진단-편두통-으로 충분할 수 있지만, 만일 두통이 없는 경우와 같이 감별진단이 필요한 경우라

면 전조편두통이나 이와 유사한 다른 질환의 감별을 위해 두 단계 혹은 세 단계의 코드가 더 필요하게 된다³⁾. 두통 전문가나 신경과 의사는 전조편두통의 경우 대부분 세 단계의 진단이 가능하므로 이러한 진단 체계는 세계의 광범위한 의료체계에서 고르게 적용될 수 있을 것으로 예상된다¹³⁾. 그러나 ICHD-II 역시 임상적으로 쉽게 쓰기에는 너무 광범위하고³³⁾ 만성 두통 등의 진단 시에는 그 분류법이 적절하지 않는 등의 몇 가지 제한점을 여전히 가지고 있다⁵⁾.

한의학에서의 두통 진단은 外因과 內因, 두통의 부위를 經絡과 연결시켜 고찰하는 방법으로 크게 구분할 수 있다. 外因은 六經으로 內因은 氣, 血, 痰, 火 등으로 臟腑는 肝, 腎으로 세분하여 관찰할 수 있으며, 經絡流注로는 太陽, 少陽, 陽明經을 들 수 있는데, 두통의 발생부위는 상당히 중요한 변증기준으로 의가들이 대부분 비슷한 이론을 수용, 전개하고 있다²⁵⁾. 이러한 한의학의 고전적 이론이나 치료가 두통에 대하여 탁월한 임상적 가치를 가지고 있는 것은 사실이지만, 여기에도 분명한 한계가 존재한다⁷⁾. 현재 임상현장은 물론, 한의학의 임상연구에서도 통일된 진단, 분류 체계가 아닌 임상가 또는 연구자가 선택하는 방식을 따라 제각기 다른 기준으로 두통을 진단하고 평가하는 경향이 있다. 이는 역대 의가들이 증상만으로 두통을 파악할 수밖에 없었던 한계성에 기인한 것으로²⁵⁾ 증상의 특징별 세분화된 분류만 있을 뿐 계층화·계통화된 정리가 부재하기 때문으로 여겨진다. 이로 인해 현대에서 그 해석 및 임상적용에 있어 혼란을 야기하고 있는 것 역시 사실이다.

의학의 어떤 분야이건 전 세계적으로 사용되고 폭넓게 받아들여지는 분류를 가지는 것은 중요하다. 특히 두통과 같은 분야에서는 더욱 중요한데, 이는 두통의 진단이 90% 이상은 환자에 대한 병력청취에 의하여 이루어지며, 각종 검사에 의해 두통의 원인질환을 진단하게 되는 경우는 드물어 실제 두통에 대한 많은 편견이 존재하기 때문이다. 그러므로 한의학의 두통 진단 및 병인론 역시 보다 체계적이고 계통적인 분류 작업이 보완되어야 하며, 증상뿐 아니라 기질적인 질환의 유무를 고려하는 자세 역시 필요하다²⁵⁾.

한의학에서의 두통 진단은 한의학적인 변증 기준으로 두통의 증상을 잘 분류하고 있으나, 체계적인 정리가 이루어지지 않고 역대 의가의 설이 점차 중복되고 추가되는 경향이 있어 광범위한 변증 체계로 인해 연구자와 임상가 사이에 두통의 분류에 통일성이 부족한 실정이다.

한의학의 두통 증상에 따른 구체적인 기술과 다양한 분류를 바탕으로 보다 체계적이고 계통적인 정리를 통해 한의학적인 면에서 두통분류지침을 정하고 이를 단계적으로 연구와 임상현장을 통해 검증하는 것이 필요하다. 이러한 표준화된 한의학적인 두통의 분류는 곧 진단기준으로 활용될 수 있다. 또한 한의학의 특성상 변증을 비롯한 진단은 대부분 치료법과 직접적으로 연결됨으로 인해 제대로 구성된 두통의 분류 체계는 직접적으로 치료의 지침으로도 이어질 수 있다. 따라서 국내 한의학계의 두통 연구자 및 임상가들이 포괄적으로 사용할 수 있는 체계적인 한방두통 분류법의 개발 및 보급이 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결 론

1. 서양의학에서의 두통은 현대에 이르기까지 다양한 분류방법이 제시됨에 따라 임상가와 연구자 사이에 통일성이 부족하였으나, 1988년에 발표된 두통의 분류법(international classification of headache disorder, ICHD)을 시작으로 표준화된 작업을 지속적으로 진행하고 있으며 최근 2004년도에 개정판이 제정되었다.
2. 서양의학의 경우 두통의 증상뿐 아니라 선천적인 문제, 다른 기질적인 질환 등에 대한 정보를 통합하여 원발성 두통과 이차성 두통을 구분하고 각각의 분류체계를 갖추려 노력하고 있다.
3. 한의학에서의 두통 역시 한의학적인 변증 기준을 바탕으로 두통의 증상을 잘 분류하고 있으나, 계통적인 정리가 이루어지지 않고 역대 의가의 설이 점차 중복되고 추가되는 경향이 있어 광범위한 변증 체계로 인해 연구자와 임상가 사이에 두통의 분류에 통일성이 부족할 가능성이 있다.
4. 두통에 관한 과학적이고 체계화된 연구 및 임상진료를 위하여 한방 두통분류체계의 장점과 단점의 분석을 통해 이를 보완하는 두통분류 및 변증의 표준화 작업이 필요하다.

V. 참고문헌

1. 이병인. 두통. 대한통증학회지. 1992 ; 5(2) : 188-

98.
 2. 대한두통학회. 두통학. 서울 : 군자출판사 2009.
 3. 김재문. 두통의 진단과 분류. Korean Journal of Headache. 2009 ; 10(1) : 1-13.
 4. 이준무, 지준환. 東醫寶鑑 頭痛分類에 따른 十種頭痛의 鍼灸治療에 대한 文獻研究. 대한경락경혈학회지. 2004 ; 21(4) : 167-77.
 5. 정인태, 이상훈, 김수영, 차남현, 김건식, 이두익 외. 만성두통환자에 대한 동서협진의 임상적 연구. 대한침구학회지. 2005 ; 22(3) : 93-104.
 6. Wall PD, Melzack R. 통증학. 서울 : 도서출판 정담. 2002.
 7. 정대규, 이승우, 이정호. 두통의 현대 의학적 감별 진단에 대한 고찰. 제한동의학술원논문집. 1999 ; 4(1) : 190-8.
 8. 하영일. 두통 클리닉. 서울 : 도서출판 고려의학. 1995.
 9. Nappi G, Agnoli A, Manzoni G. Classification and diagnostic criteria for primary headache disorders. Funct Neurol. 1989 ; 4(1) : 65-71.
 10. Ostfeld A. The Ad Hoc Committee on Headache Classification. Cephalalgia : an international journal of headache. 1993 ; 13 : 11.
 11. 이영진. 두통의 분류. 가정의학회지. 1998 ; 19(6) : 413-7.
 12. 나정호. 두통의 치료법. 대한내과학회지. 2004 ; 67(3) : 323-6.
 13. International Headache Society. The international classification of headache disorders. 2nd Ed. Cephalalgia. 2004 ; 24(S1) : 1-160.
 14. Committee IHC. ICD-10 Guide for Headaches. Cephalalgia. 1997 Oct ; 17 Suppl 19 : 1-82.
 15. 정진상. 국제두통학회 두통 분류법 개정판 : 무엇이 새로운가? 2^(nd) Edition of International Classification of Headache Disorders(ICHHD-II). 2003 ; 4(2) : 101-8.
 16. 전국한의학대학교 심계내과학교실. 심계내과학. 서울 : 서원당 1999.
 17. 김성욱, 구병수. 두통의 병인 분류와 침구치료에 대한 문헌적 고찰. 동의신경정신과학회지. 2000 ; 11(2) : 189-200.
 18. 송효정. 내경(內經) 이후의 두통병리에 관한 고찰. 대한한방내과학회지. 1985 ; 2(1) : 37-42.
 19. 박순달. 頭痛의 原因及 鍼灸治療에 관한 문헌적

- 고찰. 동서의학. 1988 ; 13(3) : 16-30.
20. 조기호, 김영석, 이경섭. 편두통에 관한 문헌적 고찰. 대한한의학회지. 1989 ; 10(1) : 240-8.
 21. 강수일, 신용철, 강석균. 두통의 한방치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1992 ; 13(1) : 324-35.
 22. 吳昭姐, 鄭智天, 李源哲. 頭風과 편두통(Migraine)에 對한 東西醫學的 文獻考察. 대한한방내과학회지. 1993 ; 14(1) : 129-38.
 23. 박성호, 이병렬. 두통의 원인과 침구치료법에 관한 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1998 ; 15(2) : 455-78.
 24. 심양수, 손인철. 두통의 원인별 침구 취혈방법 및 증상별 처방에 대한 문헌 연구. 대한침구학회지. 1998 ; 15(1) : 135-41.
 25. 신길조. 두통의 동서의학적 고찰. 한의정보학회지. 1999 ; 5(1) : 30-8.
 26. 황선미, 정대규. 편두통(偏頭痛)의 중의진단(中醫 診斷) 및 치험예(治驗例)에 대한 고찰(考察). 동의 신경정신과학회지. 1999 ; 10(2) : 157-68.
 27. 김종인, 황치원. 편두통(偏頭痛)의 원인과 처방에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2000 ; 8(2) : 171-89.
 28. 박영희. 긴장성 두통의 동서의학적 고찰. 동의신경정신과학회지. 2004 ; 15(1) : 1-7.
 29. 최선미 외 19명. 한의진단명과 진단요건의 표준화 연구 III. 한국한의학연구원논문집. 1997 ; 3(1) : 41-65.
 30. 이봉호, 박영배, 김진희. 한방진단학. 경기도 : 성보사. 2004.
 31. 식품의약품안전청. 한약제제 등의 임상시험 가이드라인 제정연구. 식품의약품안전청. 2005.
 32. Markush R, Karp H, Heyman A, O'Fallon W. Epidemiologic study of migraine symptoms in young women. Neurology. 1975 ; 25(5) : 430.
 33. 강희철. 두통. 가정의학회지. 2007 ; 28(3) : s111-S9.