

두통을 주소증으로 하여 입원한 환자 120예에 대한 임상적 고찰

권경만 · 김광록 · 신윤리 · 박선영 · 박동일

동의대학교 한의과대학 내과학교실

A Clinical Study of One Hundred Twenty Patients Admitted with Headache

Kyoung-Man Kwon, Koang-Lok Kim, Yoon-Ri Shin, Sun-Young Park, Dong-Il Park

Dept. of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongeui University

Abstract

Objectives : The Purpose of this study is to investigate clinical characteristics with 120 patients who have suffered from headache and were treated.

Methods : We classified 120 patients into several groups by International Headache Society(IHS) classification and evaluated the effects of oriental medical therapy on headache.

Results : 1. According to the statistics, women patients were more than men. And 50s has highest number of headache patients. 2. In classification by IHS, tension type headache were highest. 3. 24.2% of patients had entered Department of Internal Medicine, Colleague of Oriental Medicine Dongeui Univ for treatment within six month of onset. 4. According to the statistics, headache of whole part has highest number of headache patients. 5. The most number of associated symptoms were nausea, vomiting, dyspepsia etc. 6. The most number of headache patient's past history were hypertension. 7. In classification by oriental medical differentiation of symptom and signs, the rate of blood deficiency were highest. 8. 64.2% of patients said they were satisfied with treatment, reporting half the frequency of headache or better from before treatment.

Conclusions : In conclusion, the present results suggest that oriental medical therapy has effects on headache.

Key words : headache, oriental medical therapy, acupuncture and herbal medicines, Ohaen-hwaacupuncture, IHS classification

I. 서 론

두통은 안와에서 후두에 이르는 모든 통증 예민

부위에서 유래되는 통증 또는 불쾌감을 총칭하는 것으로 가장 흔한 통증증후군이다¹⁾. 배고픔, 목마름, 피곤 등과 함께 인간의 가장 흔한 불편감 중의 하나이다²⁾. 편두통의 발생률은 7~17%로 알려져 있으며, 긴장성 두통은 이보다 더 흔해 미국 성인의 38.3%가 긴장성 두통을 경험한다고 알려져 있다³⁾. 이 같은 두통은 환자에게 많은 생활의 제약을 가져오며 무기력함, 특정 음식의 회피 및 사회활동의 제약 또한 유발하게 된다⁴⁾.

· Corresponding author: Dong-Il Park, Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongeui University, Yangjung-dong, Busanjin-gu, Busan 614-710, Korea
Tel: +82-51-867-5101, Fax: +82-51-861-5162
E-mail: dipark@deu.ac.kr

· Received September 6, 2012, Revised November 6, 2012,
Accepted November 18, 2012

서양의학에서는 편두통, 긴장형두통 등과 같은 기능적 장애와, 뇌혈관질환 두개강내 종양, 염증, 감염, 외상 등으로 인해 뇌압이 상승되어 발생하는 기질적 장애, 기타약물이나 대사장애, 안면이나 경추 및 두개구조와 관련된 두통 등으로 분류한다²⁾.

한의학에서는 「素問, 五臟生成論」⁵⁾ “頭痛癩疾 下虛上實 過在足少陰巨陽 甚則入腎 心煩頭痛 病在膈中 過在手巨陽少陰”이라 언급된 이래 수많은 문헌에서 두통에 대한 발생원인과 분류, 증상, 치법이 논의되어 왔다. 특히 「東醫寶鑑」⁶⁾에서 許浚은 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의 11종 두통으로 분류하였다.

두통에 관한 최근 임상연구로는 Lee⁷⁾의 두통을 주소로 내원하여 입원치료 및 통원치료를 받은 환자 45예에 대한 임상연구가 있었고, 입원환자에 대한 연구로는 Kim 등⁸⁾의 두통을 주소로 입원한 환자 25예에 관한 임상적 고찰이 있다. 이에 저자는 두통을 주소로 입원한 환자에 대해 이전의 연구보다 그 임상례를 늘려 120예에 대한 임상적 고찰을 보고하는 바이다.

II. 재료 및 방법

1. 연구대상

본 조사는 2009년 1월 1일부터 2011년 12월 31일 까지 동의대학교 부속 한방병원 7내과에서 두통을 주소로 내원하여 입원치료를 받은 환자 120명을 대상으로 하였다.

2. 연구방법

1) 대상 환자의 병력 기록지와 문진을 통해 성별, 연령, 병력기간, 두통부위, 수반증상, 내원전 치료상황, 주요 과거력 및 五行和鍼法⁹⁾의 比較脈診法을 통해 五行和鍼法의 체질 등을 조사하였다. 오행 화침법의 비교맥진은 비교맥진에 숙련된 동의대학교 부속 한방병원 7내과 과장 및 전공의 2명으로 총 3명이 시행하여 그 결과를 도출하였다.

2) 진단은 국제 두통학회(International Headache Society, IHS)의 기준을 근거로 편두통, 긴장형 두통, 군집성 두통, 혈관장애성 두통, 비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통, 기타 두통으로 두통을

Table 1. Classification by Oriental Medical Differentiation of Symptom and Signs

Classification	Symptoms and signs	Medication
風寒頭痛	頭痛時作 痛連項背 惡風畏寒 遇風尤劇 常喜裹頭 口不渴 苔薄白 脈浮或緊	川芎茶調散
風熱頭痛	頭脹而痛 甚則頭痛如裂 發熱或惡風 面紅目赤 口渴欲飲 便秘尿黃 舌質紅苔黃 脈浮數	葛根解肌湯
風濕頭痛	頭痛如裹 肢體困重 食慾不振 納呆 胸悶 小便不利 大便溏瀉 苔白膩 脈濡	羌活勝濕湯
肝陽上亢頭痛	頭痛而眩 心煩易怒 睡眠不寧 或兼脇痛 面紅目赤 口苦 舌紅少苔 或苔薄黃 脈弦 或弦細數	清肝湯加味
腎虛頭痛	頭痛且空 眩暈耳鳴 腰痛痠軟 神疲乏力 遺精帶下 失眠 舌紅少苔 脈細無力	六味地黃湯
氣虛頭痛	頭痛 綿綿作痛 時發時止 兩太陽穴痛 遇勞則甚 少氣無力 食慾不振 易惡寒 舌苔薄白 脈虛無力	補中益氣湯, 調中益氣湯
血虛頭痛	頭痛眩暈 耳鳴 五心煩熱 少味多夢 遇勞則心 神疲乏力 心悸 怔忡 面色晄白 舌質紅苔薄白 脈沈細	人蔘養榮湯, 四物湯加味方
濕痰頭痛	頭痛昏蒙 胸脘滿悶 嘔惡痰涎 舌苔白膩 脈滑或弦滑	半夏白朮天麻湯, 二陳湯加味方
瘀血頭痛	頭痛經久不愈 痛處固定不移 痛如錐刺 或有頭部外傷病歷 舌質紫或有瘀斑 苔薄白 脈細或細澀	當歸鬚散
熱厥頭痛	頭痛煩熱 胸腹部灼熱感 目赤 口渴 煩燥 便秘 尿赤 舌苔黃 雖冬天大寒 猶喜風寒 其痛暫止 略來煖處或見煙火則其痛復作	清上蠲痛湯

분류하고¹⁰⁾, 이 분류에 따른 성별, 연령, 병력기간, 부위, 증상, 내원전 치료상황, 주요 과거력 등의 관찰성적을 분류하였다. 한방변증은 제반 증상을 바탕으로 심계내과학²⁾의 변증시체에 따라 風寒頭痛, 風熱頭痛, 風濕頭痛, 肝陽上亢頭痛, 腎虛頭痛, 氣虛頭痛, 血虛頭痛, 濕痰頭痛, 瘀血頭痛, 熱厥頭痛으로 분류하였다. 또한 Kim 등⁸⁾이 선행연구에 채택한 치료성적의 5단계 분류 방식을 선택하여 침치료, 약물치료를 통한 두통의 호전도를 5단계로 분류하여 연령, 한방변증, 진단, 五行和鍼法 체질에 따라 치료성적을 분류하였다.

3. 치료방법

1) 약물치료

약물치료는 동의대학교 부속 한방병원(주.광명제약)의 약제를 선정하여 전당한 당제를 투여하였으며, 심계내과학²⁾ 및 東醫寶鑑⁶⁾, 동의의료원 원내처방집에 근거하여 처방하였다. 심계내과학의 변증시체에 따라 風寒頭痛은 川芎茶調散, 風熱頭痛은 葛根解肌湯, 風濕頭痛은 羌活勝濕湯, 肝陽上亢頭痛은 清肝湯加味方, 腎虛頭痛은 六味地黃湯, 氣虛頭痛은 補中益氣湯, 調中益氣湯, 血虛頭痛은 四物湯 및 四物湯加味方, 人蔘養營湯, 濕痰頭痛은 半夏白朮天麻湯, 二陣湯加味方, 瘀血頭痛은 當歸鬚散, 熱厥頭痛은 清上蠲痛湯 등을 투여하였다(Table 1).

2) 침치료

침치료는 五行和鍼法⁹⁾의 比較脈診을 통해 진단된 五行和鍼法 체질에 따라 木實金虛人, 火實水虛人, 土實木虛人, 金實火虛人, 水實土虛人으로 분류하여 자침하였고, 동방침구제작소에서 제작한 0.20×30 mm의 스테인레스침을 사용하였다. 1일 2회 자침하였고, 留鍼시간은 30분으로 하였다.

4. 치료성적의 평가

Kim 등⁸⁾이 채택한 5단계 분류방식을 선택하여 VAS (Visual Analog Scale)를 이용해 환자의 문진을 통한 퇴원시의 통증 정도를 조사하여 치료성적을 평가하였다.

현저(+++) : 치료 후 통증 및 증상의 완전 소실 혹은 9 이상의 통증 감소

유효(++) : 치료 후 통증 및 증상의 경감이 9 미만 5 이상인 경우

약간 유효(+) : 치료 후 통증 및 증상의 경감이 5 미만 1 이상인 경우

별무(±) : 치료 후 통증 및 증상의 경감이 1 미만이거나 악화나 호전이 없이 내원 시 상태유지

악화(-) : 치료 후 통증이나 증상의 악화나 새로운 증상이 출현한 경우

III. 결 과

1. 관찰성적

1) 성별 및 연령분포

연구대상자 120명 중 남자가 27명(22.5%), 여자가 93명(77.5%)으로 남자보다 여자가 많았다. 연령분포는 30세 미만이 11명(9.2%), 30세 이상 39세 이하가 10명(8.3%), 40세 이상 49세 이하가 23명(19.2%), 50세 이상 59세 이하가 35명(29.2%), 60세 이상 69세 이하가 21명(17.5%), 70세 이상이 20명(16.6%)으로 나타난다.

국제 두통학회(International Headache Society, IHS)의 기준에 따른 분류의 성별 및 연령 분포는 편두통은 22명(18.3%)으로 이 중 남자가 2명(9%), 여자가 20명(91%)이었고, 긴장형 두통은 69명(57.5%)으로 이 중 남자가 15명(21.7%), 여자가 54명(78.3%)이었고, 혈관장애성 두통은 10명(8.3%)으로 뇌경색 4명(40%), 뇌출혈 2명(20%), 대뇌동맥류 3명(30%), 모야모야병 1명(10%)이었으며, 남자가 4명(40%), 여자가 6명(60%)이었고, 비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통은 3명(2.5%)으로 뇌내종양이 3명(100%)이고, 남자가 1명(33.3%), 여자가 2명(66.7%)이었고, 근집성두통은 4명(3.3%)으로 남자가 2명(50%), 여자가 2명(50%)이었고, 기타두통은 두부 외상성 두통, 두부 이외의 감염증을 동반한 두통 등으로 12명(10%)이었고 남자가 2명(16.7%), 여자가 10명(83.3%)이었다(Table 2).

Table 2. Distribution of Sex and Ages

Unit : 名(%)

Sex	Classification		Migraine		Tension type Headache		Headache associated with vascular disorder		Headache associated with non-vascular intracranial disorder		Cluster headache		Etc.		Total by sex		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
<30	1(4.5)	3(13.7)	1(1.4)	3(4.3)	1(1.0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(16.7)	0(0)	5(4.2)	6(5)	11(9.2)
30~39	0(0)	3(13.7)	3(4.3)	3(4.3)	0(0)	0(0)	1(33.3)	0(0)	1(33.3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	4(3.3)	6(5)	10(8.3)
40~49	1(4.5)	6(27.3)	3(4.3)	7(10.1)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(50)	1(25)	0(0)	3(25)	0(0)	3(25)	6(5)	17(14.2)	23(19.2)
50~59	0(0)	6(27.3)	6(8.7)	16(23.2)	0(0)	2(20)	1(33.3)	1(33.3)	0(0)	0(0)	0(0)	3(25)	0(0)	3(25)	7(5.8)	28(23.3)	35(29.2)
60~69	0(0)	0(0)	1(1.4)	15(21.7)	1(10)	2(20)	0(0)	0(0)	0(0)	1(25)	0(0)	1(8.3)	0(0)	1(8.3)	2(1.7)	19(15.8)	21(17.5)
70≤	0(0)	2(9)	1(1.4)	10(14.5)	2(20)	2(20)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(25)	0(0)	3(25)	3(2.5)	17(14.2)	20(16.7)
Total by sex	2(9)	20(91)	15(21.7)	54(78.3)	4(40)	6(60)	1(33.3)	2(66.7)	2(50)	2(50)	2(50)	10(83.3)	2(16.7)	10(83.3)	27(22.5)	98(77.5)	
Total	22(18.3)	69(57.5)	10(8.3)	3(2.5)	4(3.3)	12(10)	120(100)	120(100)	120(100)	120(100)	120(100)	120(100)	120(100)	120(100)	120(100)	120(100)	120(100)

2) 두통 이환기간별 분포

두통 이환기간은 6개월 미만이 29명(24.2%)으로 가장 많았고, 1주일 이내가 26명(21.7%), 1년에서 5년 사이가 23명(19.2%), 1개월 미만이 19명(15.8%), 5년에서 10년 사이가 10명(8.3%), 10년 이상이 7명(5.8%), 6개월에서 1년 사이가 6명(5%)의 순이었다. 편두통은 5년에서 10년 사이가 5명(22.7%), 긴장형 두통은 6개월 미만이 19명(27.5%), 혈관장애성 두통은 6개월 미만이 5명(50%), 비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통은 1년에서 5년 사이가 3명(100%), 군집성 두통은 10년 이상이 2명(50%), 기타 두통은 1주일 이내가 8명(66.7%)으로 각각 가장 많았다(Table 3).

3) 발생 부위별 분포

두통의 발생 부위별 분포를 전체적으로 살펴보면, 頭部全痛이 36명(30%)으로 가장 많았고, 後頭痛이 23명(19.2%), 前頭痛이 16명(13.3%), 좌편두통이 15명(12.5%), 우편두통이 14명(11.7%), 양측 두통이 9명(7.5%), 頭頂部 통증이 7명(5.8%)의 순이었다. 편두통은 좌편두통이 11명(50%), 우편두통이 9명(40.9%), 양측두통이 2명(9.1%)의 순이었고, 긴장형 두통은 頭部全痛이 23명(33.3%), 後頭痛이 17명(24.6%), 前頭痛이 11명(15.9%)의 순이었다(Table 4).

4) 수반증상별 분포

두통의 수반증상으로 惡心, 嘔吐, 消化不良, 食欲低下, 腹痛 등의 소화기계 증상, 不安, 不眠, 心悸, 上熱感 등의 신경정신적 증상, 半身無力, 語鈍 등의 뇌혈관계 증상, 眩暈 등의 순환계 증상, 胸悶, 숨가쁨, 惡寒發熱, 감기증세 등의 호흡기계 증상, 項強, 手足痺, 肩背痛, 斜頸 등의 근골격계 증상, 耳鳴, 無氣力, 大小便障礙, 疲勞感, 痲痺感, 痙攣 등의 기타증상으로 분류하여 중복처리 하였다. 수반증상을 전체적으로 살펴보면, 소화기계 증상 호소가 42명(23.4%)으로 가장 많았고, 眩暈을 호소하는 환자가 32명(17.9%)으로 2번째로 많았다. 신경정신적 증상과 기타 증상이 25명(14%), 근골격계 증상 호소가 23명(12.8%), 호흡기계 증상 호소가 15명

두통을 주소증으로 하여 입원한 환자 120명에 대한 임상적 고찰

(8.4%), 뇌신경계 증상 호소가 9명(5%), 별다른 수반증상이 없는 경우가 8명(4.5%)의 순이었다. 편두통의 경우 소화기계 증상 호소가 12명(33.3%)으로 가장 많았고, 긴장형 두통의 경우 소화기계 증상 22명(22%), 眩暈 호소 20명(20%), 기타 증세 16명(16%)의 순이었다(Table 5).

5) 내원 전 치료 상황 분포

본원에 내원하기 전까지의 치료 상황을 분석한 결과 양방진료를 받은 경우가 54명(45%)으로 가장

많았고, 양한방진료를 모두 받은 경우가 40명(33.3%), 한방진료를 받은 경우가 18명(15%), 초진인 경우가 8명(6.7%)의 순이었다. 편두통은 양방진료를 받은 경우가 8명(36.7%)으로 가장 많았고, 긴장형 두통은 양한방진료 모두를 받은 환자가 27명(39.1%)으로 가장 많았다(Table 6).

6) 한방변증 유형 분포

한방변증별 유형을 살펴보면 전체적으로 血虛頭痛이 29명(24.2%)으로 가장 많았고, 濕痰頭痛이 26

Table 3. Distribution by Attack Times

Unit : 名(%)

Attack times	Migraine	Tension type headache	Headache associated with vascular disorder	Headache associated with non-vascular intracranial disorder	Cluster headache	Etc	Total
>1 week	4(18.1)	13(18.8)	1(10)	0(0)	0(0)	8(66.7)	26(21.7)
>1 month	4(18.1)	10(14.5)	1(10)	0(0)	1(25)	3(25)	19(15.8)
>6 months	4(18.1)	19(27.5)	5(50)	0(0)	1(25)	0(0)	29(24.2)
6 months~1 year	1(4.5)	4(5.8)	1(10)	0(0)	0(0)	0(0)	6(5)
1~5 years	1(4.5)	17(24.6)	1(10)	3(100)	0(0)	1(8.3)	23(19.2)
5~10 years	5(22.7)	4(5.8)	1(10)	0(0)	0(0)	0(0)	10(8.3)
<10 years	3(13.6)	2(2.9)	0(0)	0(0)	2(50)	0(0)	7(5.8)
Total	22(18.3)	69(57.5)	10(8.3)	3(2.5)	4(3.3)	12(10)	120(100)

Table 4. Distribution of the Regions of Headache

Unit : 名(%)

Region	Migraine	Tension type headache	Headache associated with vascular disorder	Headache associated with non-vascular intracranial disorder	Cluster headache	Etc	Total
Front head	0(0)	11(15.9)	2(20)	0(0)	0(0)	3(25)	16(13.3)
Side head Left	11(50)	4(5.8)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	15(12.5)
Right	9(40.9)	4(5.8)	0(0)	0(0)	1(25)	0(0)	14(11.7)
Both side	2(9.1)	4(5.8)	1(10)	0(0)	1(25)	1(8.3)	9(7.5)
Back head	0(0)	17(24.6)	0(0)	1(33.3)	1(25)	4(33.3)	23(19.2)
Parietal region	0(0)	6(8.7)	0(0)	0(0)	0(0)	1(8.3)	7(5.8)
Whole head	0(0)	23(33.3)	7(70)	2(66.7)	1(25)	3(25)	36(30)
Total	22(18.3)	69(57.5)	10(8.3)	3(2.5)	4(3.3)	12(10)	120(100)

Table 5. Distribution of Associated Symptoms*

Unit : 名(%)

Associated symptoms	Migraine	Tesion type headache	Headache associated with vascular disorder	Headache associated with non-vascular intracranial disorder	Cluster headache	Etc	Total
Musculoskeletal symptoms	3(8.3)	15(15)	1(9.1)	1(33.3)	1(14.3)	2(9.1)	23(12.8)
Neuropsychiatric symptoms	6(16.7)	14(14)	0(0)	0(0)	2(28.6)	3(13.6)	25(14)
Circulatory symptoms	6(16.7)	20(20)	2(18.2)	1(33.3)	0(0)	3(13.6)	32(17.9)
Respiratory symptoms	1(2.8)	6(6)	0(0)	0(0)	0(0)	8(36.7)	15(8.4)
Digestive symptoms	12(33.3)	22(22)	1(9.1)	1(33.3)	2(28.6)	4(18.1)	42(23.4)
Cerebrovascular symptoms	0(0)	2(2)	7(63.6)	0(0)	0(0)	0(0)	9(5)
Etc	6(16.7)	16(16)	0(0)	0(0)	2(28.6)	1(4.5)	25(14)
None	2(5.6)	5(5)	0(0)	0(0)	0(0)	1(4.5)	8(4.5)
Total	36(20.1)	100(55.9)	11(6.1)	3(1.7)	7(3.9)	22(12.3)	179(100)

*수반증세를 중복으로 처리하였다.

Table 6. Distribution of Previous Treatment before Admitted

Unit : 名(%)

Previous treatment	Migraine	Tesion type headache	Headache associated with vascular disorder	Headache associated with non-vascular intracranial disorder	Cluster headache	Etc	Total
Western medicine treatment	8(36.7)	26(37.7)	6(60)	2(66.7)	3(75)	9(75)	54(45)
Oriental medicine treatment	5(22.7)	11(15.9)	1(10)	0(0)	0(0)	1(8.3)	18(15)
Both	7(31.8)	27(39.1)	3(30)	1(33.3)	1(25)	1(8.3)	40(33.3)
First visit	2(9.1)	5(7.2)	0(0)	0(0)	0(0)	1(8.3)	8(6.7)
Total	22(18.3)	69(57.5)	10(8.3)	3(2.5)	4(3.3)	12(10)	120(100)

명(21.7%), 氣虛頭痛이 24명(20%), 腎虛頭痛이 14명(11.7%), 風濕頭痛이 8명(6.7%), 瘀血頭痛과 風寒頭痛이 5명(4.2%), 風熱頭痛과 熱厥頭痛이 4명(3.3%), 肝陽上亢頭痛이 1명(0.8%)의 순이었다. 편두통에서는 血虛頭痛이 9명(40.9%)으로 가장 많았

으며, 긴장형 두통은 血虛頭痛과 濕痰頭痛이 각 18명(26.1%)으로 가장 많았고, 혈관장애성두통은 腎虛頭痛이 6명(60%)으로 가장 많았다. 비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통은 腎虛頭痛, 血虛頭痛, 濕痰頭痛이 각 1명(33.3%)이었고, 근집성 두통은

Table 7. Distribution of Oriental Medicine Diagnosis

Unit : 名(%)

Oriental Medicine Dignosis	migraine	Tesion type headache	Headache associated with vascular disorder	Headache associated with non-vascular intracranial disorder	Cluster headache	Etc	Total
風寒頭痛	0(0)	1(1.4)	0(0)	0(0)	0(0)	4(33.3)	5(4.2)
風熱頭痛	0(0)	1(1.4)	0(0)	0(0)	0(0)	3(25)	4(3.3)
風濕頭痛	1(4.5)	7(10.1)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	8(6.7)
肝陽上亢頭痛	0(0)	1(1.4)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.8)
腎虛頭痛	1(4.5)	5(7.2)	6(60)	1(33.3)	1(25)	0(0)	14(11.7)
氣虛頭痛	5(22.7)	15(21.7)	2(20)	0(0)	2(50)	0(0)	24(20)
血虛頭痛	9(40.9)	18(26.1)	1(10)	1(33.3)	0(0)	0(0)	29(24.2)
濕痰頭痛	5(22.7)	18(26.1)	1(10)	1(33.3)	1(25)	0(0)	26(21.7)
瘀血頭痛	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	5(41.7)	5(4.2)
熱厥頭痛	1(4.5)	3(4.3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	4(3.3)
Total	22(18.3)	69(57.5)	10(8.3)	3(2.5)	4(3.3)	12(10)	120(120)

氣虛頭痛이 2명(50%)으로 가장 많았다. 기타 두통은 외상성 두통으로 발생한 瘀血頭痛이 5명(41.7%)으로 가장 많았다(Table 7).

7) 과거력 분석

두통환자가 동반하고 있는 과거력을 중복처리하여 분석한 결과, 고혈압이 32명(13.8%)으로 가장 많았고, 과거력이 별무인 경우가 30명(17.1%), 자궁질환, 유방질환 등의 여성질환이 23명(13.1%), 심장질환이 18명(10.3%), 소화기계질환이 17명(9.7%), 당뇨가 14명(8%), 척추디스크 등의 근골격계 질환과 불면, 불안 등의 신경정신과적 질환이 각 12명(6.8%), 갑상선 질환이 9명(5.1%), 기타 질환이 5명(2.8%), 뇌혈관계 질환이 3명(1.7%)의 순이었다.

편두통의 경우 과거력이 별무인 환자가 7명(23.3%)으로 가장 많았고, 여성질환이 6명(20%)으로 2번째로 많았다. 긴장형 두통의 경우 고혈압이 18명(17.5%), 여성질환이 14명(13.6%), 과거력이 별무인 경우 13명(12.6%), 심장질환이 12명(11.7%)의 순이었다. 혈관장애성두통에서는 고혈압이 8명(50%)으로 가장 많았다(Table 8).

8) 五行和鍼法 체질 분포

五行和鍼法 比較脈診에 따라 진단된 체질 분포를 살펴보면, 木實金虛인이 44명(36.7%)으로 가장 많았고, 火實水虛인이 42명(35%), 土實木虛인과 金實火虛인이 12명(10%), 水實土虛인이 10명(8.3%)의 순이었다. 성별에 따른 五行和鍼法 체질 분포를 살펴보면, 木實金虛인의 경우 여자 34명(77.3%), 남자 10명(22.7%)이고, 火實水虛인은 여자 31명(73.8%), 남자 11명(26.2%), 土實木虛인은 여자 10명(83.3%), 남자 2명(16.7%), 金實火虛인은 여자 9명(75%), 남자 3명(25%), 水實土虛인은 여자 9명(90%), 남자 1명(10%)으로 나타났다(Table 9).

2. 치료성적

1) 성별 및 연령별 치료성적

성별 및 연령별 치료성적을 살펴보면, 현저한 호전은 21명(17.5%), 유효한 호전은 68명(56.7%), 약간 유효한 호전은 26명(21.7%), 호전 정도가 별무인 경우는 5명(4.1%), 악화된 경우는 0명(0%)이었다. 연령별 치료성적은 30세 미만에서 현저 1명(9.1%), 유효 5명(45.5%), 약간 유효 4명(36.7%),

Table 8. Distribution of Past History*

Unit : 名(%)

Past history	Migraine	Tension type headache	Headache associated with vascular disorder	Headache associated with non-vascular intracranial disorder	Cluster headache	Etc	Total
Hypertension	2(6.7)	18(17.5)	8(5.0)	0(0)	2(33.3)	2(13.3)	32(18.3)
Diabetes mellitus	1(3.3)	9(8.7)	3(18.8)	0(0)	0(0)	1(6.7)	14(8)
Musculoskeletal disorder	2(6.7)	8(7.8)	2(12.5)	0(0)	0(0)	0(0)	12(6.9)
Thyroid disease	2(6.7)	4(3.9)	1(6.3)	1(20)	0(0)	1(6.7)	9(5.1)
Digestive disorder	4(13.3)	9(8.7)	0(0)	1(20)	2(33.3)	1(6.7)	17(9.7)
Cardiac disorder	3(10)	12(11.7)	1(6.3)	0(0)	2(33.3)	0(0)	18(10.3)
Neuropsychiatric disorder	3(10)	8(7.8)	0(0)	1(20)	0(0)	0(0)	12(6.9)
Cerebrovascular disease	0(0)	3(2.9)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(1.7)
Women's disease	6(20)	14(13.6)	0(0)	0(0)	0(0)	3(20)	23(13.1)
Etc	0(0)	5(4.9)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	5(2.9)
None	7(23.3)	13(12.6)	1(6.3)	2(20)	0(0)	7(46.7)	30(17.1)
Total	30(17.1)	103(58.9)	16(9.1)	5(2.9)	6(3.4)	15(8.6)	175(100)

*과거력을 중복으로 처리하였다.

호전정도가 별무인 경우 1명(9.1%)으로 나타났다. 30대에서는 현저 3명(30%), 유효 4명(40%), 약간 유효 2명(20%), 호전정도가 별무인 경우 1명(10%)으로 나타났고, 40대에서는 현저 6명(26.1%), 유효 12명(52.2%), 약간 유효 4명(17.4%), 별무 1명(4.3%)으로 나타났다. 50대에서는 현저 5명(14.3%), 유효 21명(60%), 약간 유효 7명(20%), 별무 2명(5.7%)으로 나타났으며, 60대에서는 현저 3명(14.3%), 유효 14명(66.7%), 약간 유효 4명(19%)으로 나타났으며, 70대에서는 현저 3명(15%), 유효 12명(60%), 약간 유효 5명(25%)으로 나타났다. 성별별 치료성적을 보면 현저한 호전 남자 5명(23.8%), 여자 16명(76.2%), 유효한 호전 남자 15명(22.1%), 여자 53명(77.9%), 약간 유효한 호전 남자 5명(19.2%), 여자 21(80.8), 호전정도가 별무인 경우 남자 2명(40%), 여자 3명(60%)으로 나타났다. 남자 중 유효이상의 호전도를 보인 환자 수는 20명(74.1%)이었고, 여자는 69명(74.2%)이었

다(Table 10).

2) 국제 두통학회(International Headache Society, IHS)의 기준에 따른 분류별 치료성적

국제 두통학회(International Headache Society, IHS)의 기준에 따른 분류별 치료성적을 살펴보면, 편두통에서는 현저 4명(18.1%), 유효 11명(50%), 약간 유효 6명(27.3%), 별무 1명(4.5%)으로 나타났고, 긴장형 두통의 경우 현저 13명(18.8%), 유효 40명(58%), 약간 유효 14명(20.3%), 별무 2명(2.9%)이었으며, 혈관장애성 두통은 유효 7명(70%), 약간 유효 3명(30%)으로 나타났다. 비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통은 현저 1명(33.3%), 유효 2명(66.7%)이었고, 군집성 두통은 현저 1명(25%), 유효 2명(50%), 약간 유효 1명(25%)이었으며, 기타 두통은 현저 2명(16.7%), 유효 6명(50%), 약간 유효 2명(16.7%), 별무 2명(16.7%)으

Table 9. Distribution of Ohaenghwaacupuncture's Constitution Unit : 名(%)

Constitution	木實金虛人		火實水虛人		土實木虛人		金實火虛人		水實土虛人		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Sex											
<30	1(2.3)	2(4.5)	3(7.1)	2(4.8)	0(0)	0(0)	1(8.3)	1(8.3)	0(0)	1(10)	6(5)
30~39	0(0)	3(6.8)	3(7.1)	0(0)	0(0)	1(8.3)	0(0)	1(8.3)	1(10)	1(10)	6(5)
40~49	2(4.5)	7(15.9)	8(19)	3(7.1)	1(8.3)	0(0)	0(0)	2(16.7)	0(0)	0(0)	17(14.2)
50~59	4(9.1)	9(20.5)	2(4.8)	10(23.8)	0(0)	5(41.7)	1(8.3)	2(16.7)	0(0)	2(20)	28(23.3)
60~69	2(4.5)	8(18.2)	0(0)	8(19)	0(0)	1(8.3)	0(0)	1(8.3)	0(0)	1(10)	19(15.8)
70≤	1(2.3)	5(11.4)	0(0)	3(7.1)	1(8.3)	3(25)	1(8.3)	2(16.7)	0(0)	4(40)	17(14.2)
Total	44(36.7)	42(35)	42(35)	12(10)	12(10)	12(10)	12(10)	10(8.3)	10(8.3)	120(100)	

Table 10. Rate of Improvement by Sex and Ages Unit : 名(%)

Improvement	+++		++		+		±		-		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Sex											
30<	0(0)	1(4.8)	2(2.9)	3(4.4)	2(7.7)	2(7.7)	1(20)	0(0)	0(0)	0(0)	11(9.2)
30~39	2(9.5)	1(4.8)	1(1.5)	3(4.4)	0(0)	2(7.7)	1(20)	0(0)	0(0)	0(0)	10(8.3)
40~49	1(4.8)	5(23.8)	4(5.9)	8(11.8)	1(3.8)	3(11.5)	0(0)	1(20)	0(0)	0(0)	23(19.2)
50~59	2(9.5)	3(14.3)	4(5.9)	17(25)	1(3.8)	6(23.1)	0(0)	2(40)	0(0)	0(0)	35(29.2)
60~69	0(0)	3(14.3)	2(2.9)	12(17.6)	0(0)	4(15.4)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	21(17.5)
70≤	0(0)	3(14.3)	2(2.9)	10(14.7)	1(3.8)	4(15.4)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	20(16.6)
Total by sex	5(23.8)	16(76.2)	15(22.1)	53(77.9)	5(19.2)	21(80.8)	2(40)	3(60)	0(0)	0(0)	120(100)
Total	21(17.5)	68(56.7)	26(21.7)	5(4.1)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	120(100)	

로 나타났다(Table 11).

3) 한방변증별 치료성적

변증별 치료성적을 살펴보면, 風寒頭痛에서는 현저 3명(60%), 유효 2명(40%), 風熱頭痛은 유효 2명(50%), 약간 유효 1명(25%), 별무 1명(25%), 風濕頭痛은 현저 1명(12.5%), 유효 4명(50%), 약간 유효 2명(25%), 별무 1명(12.5%), 肝陽上亢頭痛은 유효 1명(100%), 腎虛頭痛은 유효 12명(85.7%), 약간 유효 2명(14.3%), 氣虛頭痛은 현저 5명(20.8%), 유효 13명(54.2%), 약간 유효 6명(25%), 血虛頭痛은 현저 4명(13.8%), 유효 19명(65.5%), 약간 유효 5명(17.2%), 별무 1명(3.4%), 濕痰頭痛은 현저 8명

(30.8%), 유효 11명(42.3%), 약간 유효 7명(26.9%), 瘀血頭痛은 유효 3명(60%), 약간 유효 1명(20%), 별무 1명(20%), 熱厥頭痛은 유효 1명(25%), 약간 유효 2명(50%), 별무 1명(25%)으로 나타났다 (Table 12).

4) 五行和鍼法 체질별 치료성적

五行和鍼法 체질별 치료성적을 살펴보면, 木實金虛人의 경우 현저 6명(13.6%), 유효 25명(56.8%), 약간 유효 12명(27.3%), 별무 1명(2.3%)이며, 火實水虛人의 경우 현저 10명(23.8%), 유효 22명(52.4%), 약간 유효 6명(14.3%), 별무 4명(9.5%)으로 나타났고, 土實木虛人의 경우 현저 4명(33.3%),

Table 11. Rate of Improvement by Classification of Headache

Unit : 名(%)

Classification of headache	+++	++	+	±	-	Total
Migraine	4(18.1)	11(50)	6(27.3)	1(4.5)	0(0)	22(18.3)
Tesion type headache	13(18.8)	40(58)	14(20.3)	2(2.9)	0(0)	69(57.5)
Headache associated with vascular disorder	0(0)	7(70)	3(30)	0(0)	0(0)	10(8.3)
Headache associated with non-vascular intracranial disorder	1(33.3)	2(66.7)	0(0)	0(0)	0(0)	3(2.5)
Cluster headache	1(25)	2(50)	1(25)	0(0)	0(0)	4(3.3)
Etc	2(16.7)	6(50)	2(16.7)	2(16.7)	0(0)	12(10)
Total	21(17.5)	68(56.7)	26(21.7)	5(4.1)	0(0)	120(100)

Table 12. Rate of Improvement by Oriental Medicine Diagnosis

Unit : 名(%)

Oriental medicine diagnosis	+++	++	+	±	-	Total
風寒頭痛	3(60)	2(40)	0(0)	0(0)	0(0)	5(4.2)
風熱頭痛	0(0)	2(50)	1(25)	1(25)	0(0)	4(3.3)
風濕頭痛	1(12.5)	4(50)	2(25)	1(12.5)	0(0)	8(6.7)
肝陽上亢頭痛	0(0)	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.8)
腎虛頭痛	0(0)	12(85.7)	2(14.3)	0(0)	0(0)	14(11.7)
氣虛頭痛	5(20.8)	13(54.2)	6(25)	0(0)	0(0)	24(20)
血虛頭痛	4(13.8)	19(65.5)	5(17.2)	1(3.4)	0(0)	29(24.2)
濕痰頭痛	8(30.8)	11(42.3)	7(26.9)	0(0)	0(0)	26(21.7)
瘀血頭痛	0(0)	3(60)	1(20)	1(20)	0(0)	5(4.2)
熱厥頭痛	0(0)	1(25)	2(50)	1(25)	0(0)	4(3.3)
Total	21(17.5)	68(56.7)	26(21.7)	5(4.1)	0(0)	120(100)

Table 13. Rate of Improvement by Ohaenghwaacupuncture's Constitution

Unit : 名(%)

Costitution	+++	++	+	±	-	Total
木實金虛人	6(13.6)	25(56.8)	12(27.3)	1(2.3)	0(0)	44(36.7)
火實水虛人	10(23.8)	22(52.4)	6(14.3)	4(9.5)	0(0)	42(35)
土實木虛人	4(33.3)	7(58.3)	1(8.3)	0(0)	0(0)	12(10)
金實火虛人	0(0)	8(66.7)	4(33.3)	0(0)	0(0)	12(10)
水實土虛人	1(10)	6(60)	3(30)	0(0)	0(0)	10(8.3)
Total	21(17.5)	68(56.7)	26(21.7)	5(4.1)	0(0)	120(100)

유효 7명(58.3%), 약간 유효 1명(8.3%)이었으며, 金實火虛人의 경우 유효 8명(66.7%), 약간 유효 4명(33.3%)이고, 水實土虛人의 경우 현저 1명(10%), 유효 6명(60%), 약간 유효 3명(30%)으로 나타났다(Table 13).

IV. 고 찰

두통은 두부 및 안면의 통증으로 정의된다¹¹⁾. 전체 인구 중 90% 이상이 일생에 한 번 이상 겪게 되며, 1년 유병률이 45~70%에 이르는 매우 흔한 신경학적 증상으로 이는 두통이 머리와 목의 질환 뿐 아니라 전신질환, 환자의 성격, 환자의 사회경제적인 요인 등 여러 요인들에 의해 나타날 수 있기 때문이다^{11,12)}. 현대사회는 생존경쟁의 치열함으로 인하여 직장이나 가정 등의 사회환경적 요인에 의해 두통이 점차 증가하고 있으며, 생활의 향상으로 인하여 점점 많은 환자가 두통을 호소하고 있으나 진통제의 남용과 오용으로 인한 일시적인 진통효과로 근원적인 치료를 하지 못하고 있어 두통환자에 대한 많은 관심이 요구되고 있는 실정이다¹³⁾.

두통은 그 자체로 질환이 될 수도 있고, 내재성의 국소적 혹은 전신성의 질환이 있음을 나타내주는 신호이기도 하다¹⁴⁾. 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 않는

다. 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 중요하다¹²⁾.

서양의학에서는 두통이 두부에 존재하는 동통감수조직이 자극되어 나타나는 것으로 보는데 두개내와 두개외의 자극요인으로 구분하고 있다. 두개외 동통감수조직을 자극하는 것으로는 외경동맥을 염증으로 자극하여 발생하는 측두동맥염 등의 혈관염, 혈관확장으로 인하여 발생하는 편두통형 혈관성 두통, 두부나 안면을 지배하는 신경을 직접 자극하여 발생하는 근수축성두통을 들 수 있다. 그리고 두개내 동통감수조직을 자극하는 경우로는 첫째, 뇌종양과 같은 공간점거성 병변이 발생되어 정상뇌조직이 한쪽으로 편위된 경우, 둘째로는 저산소증 등으로 동통감수조직인 혈관 자체의 확장에 의한 경우, 셋째, 뇌염, 지주막하출혈 등으로 뇌를 싸고 있는 뇌막에 자극이 가해져서 두통이 생기는 경우이다. 이 중 가장 많은 빈도를 차지하고 있는 것은 근수축성 두통의 개념이 확장된 긴장형 두통과 편두통 계통이다¹⁵⁾.

또한 두통은 크게 기능성 두통과 기질성 두통으로 나뉘는데 일차성, 본태성, 특발성으로 지칭되는 기능성 두통은 대부분 육체적, 정신적으로 신경을 많이 쓴다든지 스트레스를 심하게 받아 생긴다. 이차성, 증후성, 기질성 두통의 경우 뇌혈관질환, 안과적 문제, 감염 등의 특정 질환의 증상으로 나타내는데 일차성 두통에는 편두통, 군집성 두통, 긴장형 두통, 두부 신경통, 심인성 두통이 있고, 이차성 두통에는 이차성 혈관성 두통, 견인성 두통, 염

증성 두통, 방사성 두통이 포함된다¹⁵⁾.

두통을 국제두통학회 기준에 따른 분류별로 살펴보면, 먼저 편두통은 크게 두 가지 형태로 분류된다. 하나는 특징적인 두통과 특별한 증상을 동반하는 무조집편두통과 국소신경학적 증상이 선행 또는 동반되는 조집편두통이다. 일부에서는 수시간이나 수일 전부터 나타나는 전구증상이나, 두통 전후의 과도한 흥분, 기분저하, 우울증, 특정한 음식의 탐닉, 하품이나 기타의 비특이적인 증상을 호소하기도 한다(Table 14)¹²⁾.

그리고 긴장형두통은 가장 흔한 형태의 두통으로 중등도 이하 강도의 비박동성 통증이 양측으로 나타나는 경우가 흔하다. 병인은 불확실하지만 마음이나 근육의 긴장이 중요한 원인이 될 것이라 생각하여 국제두통분류에서는 '긴장형' 두통으로 명칭하고 있다. 국제두통질환분류 제 1판에서는 한

달에 15일 미만으로 보이는 삼화성긴장형두통과 15일 이상 보이는 만성긴장형두통으로 나누었다. 2004년도 국제두통질환분류 제2판에서는 삼화성긴장형두통을 다시 저빈도와 고빈도삼화성긴장형두통으로 나누었다. 또한 무조집편두통의 진단기준에 맞지 않으면서 삼화성긴장형두통의 기준 중 한 가지를 만족하지 못하는 두통은 개연적긴장형두통으로 분류하였다(Table 15)¹²⁾.

혈관장애성 두통은 혈관질환에 기인한 두통으로 이차두통의 가장 중요한 원인이다. 혈관질환의 증상을 보이며 적절한 검사를 통하여 혈관질환이 확인되고 시간적으로 혈관질환과 밀접한 관계를 갖는 두통이 포함된다. 국제두통질환분류(ICHD-II)는 두통을 유발할 수 있는 혈관질환으로 허혈뇌졸중, 비외상성 뇌출혈, 동맥류, 동정맥기형, 경막동정맥류, 동맥박리, 뇌정맥혈전증과 함께 혈관염을 소

Table 14. Criteria for Migraine

편두통	
I. 무조집편두통	
A.	기준 B-D를 만족하는 발작이 최소한 5번 이상 발생
B.	치료하지 않거나 치료가 불완전할 경우 두통 발작이 4~72시간 지속
C.	두통은 다음 중 최소한 두 가지 이상을 가짐
1.	일측성
2.	박동성
3.	중등도 또는 심도의 통증강도
4.	일상적인 육체활동(걷거나 계단을 오르는 등)에 의해 악화되거나, 두통 때문에 이를 피하게 됨
D.	두통이 있는 동안 최소한 한 가지 이상을 가짐.
1.	구역 그리고/또는 구토
2.	빛공포증과 소리공포증
E.	다른 질환에 기인하지 않음.
II. 조집편두통	
A.	기준 B를 만족하는 발작이 최소한 2번이상 발생
B.	운동 약화를 제외하고 다음 중 최소한 한 가지를 나타내는 조짐
1.	양성 증상(섬광이나 점, 선)이나 음성증상(시력소실)을 포함하는 완전 가역성 시각 증상
2.	양성 증상(따끔거림)이나 음성증상(무감각)을 포함하는 완전 가역성 감각 증상
3.	완전 가역성 언어장애
C.	다음 중 최소한 두 가지 항목
1.	같은 쪽 시각 증상 그리고/또는 한쪽 감각 증상
2.	최소한 한 가지 조짐증상이 5분 이상 서서히 발생, 또는 다른 조짐증상이 연속해서 5분 이상 발생
3.	각 조짐증상은 5분 이상 및 60분 이하의 지속시간을 가짐.
D.	무조집 편두통의 B~D 항목을 만족하는 두통이 조짐 동안, 또는 조짐 후 60분 이내에 나타남
E.	다른 질환에 기인하지 않음

Table 15. Criteria for Tension Type Headache

긴장형두통	
I. 저빈도 삽화성 긴장형두통	
A. 기준 B-D를 만족하는 두통이 평균 하루 미만(1년에 12일 미만)으로 적어도 10번 이상 발생	
B. 두통은 30분에서 7일간 지속함.	
C. 두통은 다음 양상 중 적어도 두 가지 이상을 가진다.	
1. 양측성	
2. 압박감/조이는 느낌(비박동성)	
3. 경도 또는 중등도의 강도	
4. 걷거나 계 단 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.	
II. 고빈도 삽화성 긴장형 두통	
수분에서 수일 지속되며 최소 3개월 이상 한달에 1일 이상 15일 미만의 빈도를 보이는 경우가 적어도 10회 이상 있는 경우.(다른 진단기준은 저빈도 삽화성 긴장형 두통에 준함.)	
III. 만성 긴장형 두통	
3개월을 초과하여 평균 한 달에 15일 이상(1년에 180일 이상) 발생.	
IV. 개연적 긴장형 두통	
저빈도 삽화성 긴장형두통이나 고빈도 삽화성 긴장형두통 중 A~D의 기준에서 한가지를 제외한 모두를 만족시키는 경우.	

Table 16. Criteria for Cluster Headache

군집성두통	
A. 기준 B-D를 만족하는 발작이 최소한 5번	
B. 심한 또는 매우 심한 편측 안와, 안와위, 그리고/또는 관자부의 통증이 치료하지 않을 경우 15~180분 지속	
C. 다음 중 적어도 한가지 이상을 동반한다.	
1. 동측 결막충혈 그리고/또는 눈물	
2. 동측 코막힘 그리고/또는 콧물	
3. 동측 눈꺼풀 부종	
4. 동측 이마와 얼굴의 땀	
5. 동측 동공수축 그리고/또는 눈꺼풀 처짐	
6. 안절부절 못하고 초조한 느낌	
D. 발작은 이틀에 한번에서 하루 8번의 빈도를 보임	

개하고 있다¹²⁾.

비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통은 뇌척수액의 생산, 흐름, 흡수의 과정에 문제가 발생하게 되면 뇌압의 변화가 일어나게 되어 두통을 느끼게 된다. 국제두통학회에서는 뇌압의 변화에 의한 이러한 두통을 비혈관성 뇌질환과 관련된 두통으로

분류하고 있다. 고두개내압두통 및 두개내 종양에 의해 나타나는 두통 등이다¹²⁾.

군집성두통은 남자에 흔하며 20~40세경 발생한 다. 반드시 편측에만 발생하는 심한 통증이 안와, 안와위, 관자부 등에 15~180분간 지속된다. 편두통과 달리 두통 중에 안절부절 못하고 초조해하여

Table 17. Criteria for Headache Associated with Non-Cephalic Infection

두개의 감염에 기인한 두통
A. 다음 특성 중 적어도 한 개와 기준 C, D를 만족하는 두통
1. 미만성 통증
2. 중등도나 심도까지 증가하는 통증 강도
3. 발열, 전신무력이나 기타 전신감염의 증상과 연관됨.
B. 전신감염의 증거
C. 전신감염을 앓고 있는 중에 두통이 발생함.
D. 감염의 효과적인 치료 이후 72시간 이내에 두통이 사라짐.

왔다 갔다 하는 등의 특징을 가진다(Table 16)¹²⁾.

외상후두통을 살펴보면, 외상후두통은 외상후에 나타나는 두통으로 국제두통질환분류 제2판에서는 두부 및 경부의 손상과 관련된 두통을 7개의 범주로 나눈다. 외상후두통 중 급성 및 만성 외상후두통, 채찍질손상에 기인한 급, 만성 두통의 분류는 외상후 3개월 이내에 두통의 소실여부로 판단한다. 외성성 두개내혈종에 기인한 두통이나 개두술후두통도 외상후두통에 포함된다¹²⁾.

두개의 전신감염에 기인한 두통은 전신감염 자체로 인한 여러 다른 주된 증상에 가려지거나 다른 증상에 비하여 상대적으로 뚜렷하게 나타나지 않아서 진단에 별 도움이 되지 않는 경우가 많다. 전신감염 시 주로 전신무력, 발열과 전신적 증상이 특징적으로 나타나며 두통은 가벼운 경우가 보통이지만 인플루엔자와 같은 전신감염의 경우 발열 및 기타 증상과 함께 심한 두통을 동반하여 두드러진 증상으로 발현 할 수도 있다(Table 17)¹²⁾.

한의학에서 頭는 諸陽之會 清野之腑로서 五臟의 精華之血과 六腑의 清陽之氣는 모두 여기에 모이게 되므로 氣血과 陰陽의 乘降이 정상적으로 유지되지 않으면 두통이 일어나게 된다고 보았다¹⁶⁾. 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 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 氣血運行이 원활치 못하게 되어 頭痛을 일으키는 것으로 보고 있다¹⁷⁾.

「黃帝內經」⁵⁾에서는 頭痛의 病因으로 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 발생한다고 하였으며, 또한 大寒이 骨髓까지 침입하여 頭痛이 발생한다고 하였다. 「儒門事親」¹⁸⁾에서는 頭痛을 太陽, 少陽, 陽明으로 구분하여 두통이 일어나는 病因病理는 모두 胸膈의 熱痰이라 하였으며 頭痛이 오랫동안 낫지 않으면 시력을 잃는다고 언급하며 치험례를 함께 소개하고 있다. 「東垣十種醫書」¹⁹⁾에서는 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, 外感頭痛은 「黃帝內經」을 바탕으로 氣虛, 血虛, 氣血兩虛, 痰厥頭痛, 風濕頭痛, 厥陰頭痛으로 분류하였다. 「丹溪心法」²⁰⁾에서는 두통을 체질에 따른 병인으로 설명하여 肥人은 濕痰으로 인하여, 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, 편두통의 경우 우측의 두통은 屬火 屬熱하고 좌측은 屬風急血虛한다는 이론을 제시하였다. 그 외 血虛, 氣虛, 風熱, 感冒가 두통의 병인이 된다고 하였다. 「景岳全書」²¹⁾에서는 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 醫家들이 두통의 증상에 따라 개개의 질환으로 변증을 나열한 것과 달리 두통의 지속기간에 따라 邪氣와 元氣의 정도를 중시하고, 두통 증상도 이에 기인되어 발생하는 것으로 기술한 것이 특징이다. 「醫學入門」²²⁾에서는 두통을 內因과 外因으로 구별하여 外因頭痛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. 「東醫寶鑑」⁶⁾에서 許浚은 기존의 다양한 설을 정리하여 六經 및 內外的 구분을 생략한 채 특징적인 증상소견에 따라 질환을 세분하여 11腫 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, 귀·코·얼굴에 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, 腦頭風, 須風, 傷寒頭痛 등의 頭痛類證을 취급함으로써 두통의 다양성을 보여주고 있다.

이와 같은 보고를 참고로 하여 본 연구는 본원에서 두통을 주소로 입원한 환자 120명을 대상으로 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

성별 분포를 살펴보면, 연구대상자 120명 중 남자가 27명(22.5%), 여자가 93명(77.5%)으로 남자보다 여자가 많았다. 성비는 22.5 : 77.5로 나타났다. Kim 등⁸⁾이 조사한 보고에는 남녀 성비가 1 : 4로 나왔으나 이 차이는 실험집단의 규모가 크지 않아 생긴 것으로 보인다.

연령분포는 30세미만이 11명(9.2%), 30세 이상 39세 이하가 10명(8.3%), 40세 이상 49세 이하가 23명(19.2%), 50세 이상 59세 이하가 35명(29.2%), 60세 이상 69세 이하가 21명(17.5%), 70세 이상이 20명(16.6%)으로 나타나 50대가 가장 많았다.

국제 두통학회(International Headache Society, IHS)의 기준에 따른 분류의 성별 및 연령 분포는 편두통은 22명(18.3%)으로 이 중 남자가 2명(9%), 여자가 20명(91%)이었고, 긴장형 두통은 69명(57.5%)으로 이 중 남자가 15명(21.7%), 여자가 54명(78.3%)이었고, 혈관장애성 두통은 10명(8.3%)으로 뇌경색 4명(40%), 뇌출혈 2명(20%), 대뇌동맥류 3명(30%), 모야모야병 1명(10%)이었으며, 남자가 4명(40%), 여자가 6명(60%)이었고, 비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통은 3명(2.5%)으로 뇌내종양이 3명(100%)이고, 남자가 1명(33.3%), 여자가 2명(66.7%)이었고, 군집성두통은 4명(3.3%)으로 남자가 2명(50%), 여자가 2명(50%)이었고, 기타두통은 12명(10%)으로 두부 외상성 두통이 5명(41.7%), 두부 이외의 감염증을 동반한 두통이 7명(58.3%)이었고, 성별은 남자가 2명(16.7%), 여자가 10명(83.3%)이었다.

두통 이환기간을 살펴보면 1주일 이내가 26명(21.7%), 1개월 미만이 19명(15.8%), 6개월 미만이 29명(24.2%), 6개월에서 1년 사이가 6명(5%), 1년에서 5년 사이가 23명(19.2%), 5년에서 10년 사이가 10명(8.3%), 10년 이상이 7명(5.8%)이었다. 6개월 미만이 29명(24.2%)으로 가장 많았고, 1주일 이내가 26명(21.7%), 1년에서 5년 사이가 23명(19.2%), 1개월 미만이 19명(15.8%), 5년에서 10년 사이가 10명(8.3%), 10년 이상이 7명(5.8%), 6개월에서 1년 사이가 6명(5%)의 순이었다. 이환기간이 6개월 미만 두통환자의 비율이 74명(61.7%)으로 입원환자의 대다수를 이루는 것으로 보인다. 편두통은 5년에서 10년 사이가 5명(22.7%), 긴장형 두통은 6개월 미만이 19명(27.5%), 혈관장애성 두통은 6개월 미만이 5명(50%), 비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통은 1년에서 5년 사이가 3명(100%), 군집성 두통은 10년 이상이 2명(50%), 기타 두통은 1주일 이내가 8명(66.7%)으로 각각 가장 많았다.

두통의 발생 부위별 분포를 살펴보면, 頭部全痛이 36명(30%)으로 가장 많았고, 後頭痛이 23명(19.2%), 前頭痛이 16명(13.3%), 좌편두통이 15명(12.5%), 우편두통이 14명(11.7%), 양측두통이 9명(7.5%), 頭頂部 통증이 7명(5.8%)의 순이었다. 편두통은 좌편두통이 11명(50%), 우편두통이 9명(40.9%), 양측두통이 2명(9.1%)의 순이었고, 긴장형 두통은 頭部全痛이 23명(33.3%), 後頭痛이 17명(24.6%), 前頭痛이 11명(15.9%)의 순이었다.

두통의 수반증상을 중복처리하여 살펴보면, 惡心, 嘔吐, 消化不良, 食欲低下, 腹痛 등 소화기계 증상 호소가 42명(23.4%)으로 가장 많았고, 眩暈 등 순환계 증상을 호소하는 환자가 32명(17.9%)으로 2번째로 많았다. 不安, 不眠, 心悸, 上熱感 등 신경정신적 증상과 耳鳴, 無氣力, 大小便障礙, 疲勞感, 痲痺感, 痙攣 등의 기타 증상이 25명(14%), 項強, 手足痺, 肩背痛, 斜頸 등 근골격계 증상 호소가 23명(12.8%), 胸悶, 숨가쁨, 惡寒發熱, 감기증세 등의 호흡기계 증상 호소가 15명(8.4%), 半身無力, 語鈍 등의 뇌신경계 증상 호소가 9명(5%), 별다른 수반 증상이 없는 경우가 8명(4.5%)의 순이었다. 편두통의 경우 소화기계 증상 호소가 12명(33.3%)으로

가장 많았고, 긴장형 두통의 경우 소화기계 증상 22명(22%), 暈暈 호소 20명(20%), 기타 증세 16명(16%)의 순이었다.

본원 내원하기 전 치료 상황을 살펴보면 양방진료를 받은 경우가 54명(45%)으로 가장 많았고, 양방과 한방 진료를 모두 받은 경우가 40명(33.3%), 한방진료를 받은 경우가 18명(15%), 초진인 경우가 8명(6.7%)의 순이었다. 편두통은 양방진료를 받은 경우가 8명(36.7%)으로 가장 많았고, 긴장형 두통의 경우 양한방진료 모두를 받은 환자가 27명(39.1%)으로 가장 많았다. 양방치료를 받은 환자의 수는 총 94명, 한방치료를 받은 환자의 수는 58명으로 나타난다. 이는 두통으로 입원한 환자의 대부분은 극심한 두통양상으로 양방치료를 통해 영상의학적 검사를 한 것으로 보인다. 그러나 영상의학적 검사를 한 환자수에 비해 혈관장애성 두통과 비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통 환자의 수는 13명(10.8%)으로 기질적 이상에 의한 두통의 수가 극히 적음을 알 수 있다.

한방변증별 유형을 살펴보면 血虛頭痛이 29명(24.2%)으로 가장 많았고, 濕痰頭痛이 26명(21.7%), 氣虛頭痛이 24명(20%), 腎虛頭痛이 14명(11.7%), 風濕頭痛이 8명(6.7%), 瘀血頭痛과 風寒頭痛이 5명(4.2%), 風熱頭痛과 熱厥頭痛이 4명(3.3%), 肝陽上亢頭痛이 1명(0.8%)의 순이었다. 이는 연구대상 중 여성이 많으며, 또한 연령 분포 또한 40대 이상이 많기에 血虛頭痛이 가장 많은 것으로 보인다. 편두통에서는 血虛頭痛이 9명(40.9%)으로 가장 많았으며, 긴장형 두통은 血虛頭痛과 濕痰頭痛이 각 18명(26.1%)으로 가장 많았고, 혈관장애성두통은 腎虛頭痛이 6명(60%)으로 가장 많았다. 편두통과 긴장형 두통에서는 血虛頭痛이 가장 많았고, 혈관장애성두통 환자 중 9명(90%)이 50대 이상으로 腎虛頭痛이 많은 것으로 보인다. 비혈관성 두개내 질환과 관련된 두통은 腎虛頭痛, 血虛頭痛, 濕痰頭痛이 각 1명(33.3%)이었고, 군집성 두통은 氣虛頭痛이 2명(50%)으로 가장 많았다. 기타두통은 외상성 두통으로 발생한 瘀血頭痛이 5명(41.7%)으로 가장 많았다.

두통환자가 동반하고 있는 과거력을 증복처리하여 분석한 결과, 고혈압이 32명(18.3%)으로 가장

많았고, 과거력이 별무인 경우가 30명(17.1%), 자궁질환, 유방질환 등의 여성질환이 23명(13.1%), 심장질환이 18명(10.3%), 소화기계질환이 17명(9.7%), 당뇨가 14명(8%), 척추디스크 등의 근골격계 질환과 불면, 불안 등의 신경정신과적 질환이 각 12명(6.8%), 갑상선 질환이 9명(5.1%), 기타 질환이 5명(2.8%), 뇌혈관계 질환이 3명(1.7%)의 순이었다. 편두통의 경우 과거력이 별무인 환자가 7명(23.3%)으로 가장 많았고, 여성질환이 6명(20%)으로 2번째로 많았다. 긴장형 두통의 경우 고혈압이 18명(17.5%), 여성질환이 14명(13.6%) 등의 순이었고, 혈관장애성두통에서는 고혈압이 8명(50%)으로 가장 많았다. 편두통과 혈관장애성두통에 있어 고혈압의 과거력이 가장 많은 영향이 있음을 알 수 있다.

五行和鍼法 比較脈診에 따라 진단된 체질 분포를 살펴보면, 木實金虛인이 44명(36.7%)으로 가장 많았고, 火實水虛인이 42명(35%), 土實木虛인과 金實火虛인이 12명(10%), 水實土虛인이 10명(8.3%)의 순이었다. 성별에 따른 五行和鍼法 체질 분포를 살펴보면, 木實金虛인의 경우 여자 34명(77.3%), 남자 10명(22.7%)이고, 火實水虛인은 여자 31명(73.8%), 남자 11명(26.2%), 土實木虛인은 여자 10명(83.3%), 남자 2명(16.7%), 金實火虛인은 여자 9명(75%), 남자 3명(25%), 水實土虛인은 여자 9명(90%), 남자 1명(10%)으로 나타났다.

다음으로 五行和鍼法과 藥物治療를 통한 두통의 치료성적을 살펴보면 다음과 같다.

성별 및 연령별 치료성적을 살펴보면, 현저 21명(17.5%), 유효 68명(56.7%), 약간 유효 26명(21.7%), 호전정도가 별무인 경우는 5명(4.1%), 악화된 경우는 0명(0%)으로 나타났다.

연령별 치료성적은 30세 미만에서 현저 1명(9.1%), 유효 5명(45.5%), 약간 유효 4명(36.7%), 호전정도가 별무인 경우 1명(9.1%)으로 나타났다. 30대에서는 현저 3명(30%), 유효 4명(40%), 약간 유효 2명(20%), 호전정도가 별무인 경우 1명(10%)으로 나타났고, 40대에서는 현저 6명(26.1%), 유효 12명(52.2%), 약간 유효 4명(17.4%), 별무 1명(4.3%)으로 나타났다. 50대에서는 현저 5명(14.3%), 유효 21명(60%), 약간 유효 7명(20%),

별무 2명(5.7%)으로 나타났으며, 60대에서는 현저 3명(14.3%), 유효 14명(66.7%), 약간 유효 4명(19%)으로 나타났으며, 70대에서는 현저 3명(15%), 유효 12명(60%), 약간 유효 5명(25%)으로 나타났다.

성별별 치료성적을 보면 현저 남자 5명(23.8%), 여자 16명(76.2%), 유효 남자 15명(22.1%), 여자 53명(77.9%), 약간 유효 남자 5명(19.2%), 여자 21(80.8), 호전정도가 별무인 경우 남자 2명(40%), 여자 3명(60%)으로 나타났다. 남자 중 유효이상의 호전도를 보인 환자수는 20명(74.1%)이었고, 여자는 69명(74.2%)이었다.

국제 두통학회(International Headache Society, IHS)의 기준에 따른 분류별 치료성적을 살펴보면, 편두통에서는 현저 4명(18.1%), 유효 11명(50%), 약간 유효 6명(27.3%), 별무 1명(4.5%)으로 나타났고, 긴장형 두통의 경우 현저 13명(18.8%), 유효 40명(58%), 약간 유효 14명(20.3%), 별무 2명(2.9%)이었으며, 혈관장애성 두통은 유효 7명(70%), 약간 유효 3명(30%)으로 나타났다. 비혈관성 두개 내 질환과 관련된 두통은 현저 1명(33.3%), 유효 2명(66.7%)이었고, 근집성 두통은 현저 1명(25%), 유효 2명(50%), 약간 유효 1명(25%)이었으며, 기타 두통은 현저 2명(16.7%), 유효 6명(50%), 약간 유효 2명(16.7%), 별무 2명(16.7%)으로 나타났다.

한방변증별 치료성적을 살펴보면, 風寒頭痛에서는 현저 3명(60%), 유효 2명(40%), 風熱頭痛은 유효 2명(50%), 약간 유효 1명(25%), 별무 1명(25%), 風濕頭痛은 현저 1명(12.5%), 유효 4명(50%), 약간 유효 2명(25%), 별무 1명(12.5%), 肝陽上亢頭痛은 유효 1명(100%), 腎虛頭痛은 유효 12명(85.7%), 약간 유효 2명(14.3%), 氣虛頭痛은 현저 5명(20.8%), 유효 13명(54.2%), 약간 유효 6명(25%), 血虛頭痛은 현저 4명(13.8%), 유효 19명(65.5%), 약간 유효 5명(17.2%), 별무 1명(3.4%), 濕痰頭痛은 현저 8명(30.8%), 유효 11명(42.3%), 약간 유효 7명(26.9%), 瘀血頭痛은 유효 3명(60%), 약간 유효 1명(20%), 별무 1명(20%), 熱厥頭痛은 유효 1명(25%), 약간 유효 2명(50%), 별무 1명(25%)으로 나타났다.

五行和鍼法 체질별 치료성적을 살펴보면, 木實金

虛人의 경우 현저 6명(13.6%), 유효 25명(56.8%), 약간 유효 12명(27.3%), 별무 1명(2.3%)이며, 火實水虛人의 경우 현저 10명(23.8%), 유효 22명(52.4%), 약간 유효 6명(14.3%), 별무 4명(9.5%)으로 나타났고, 土實木虛人의 경우 현저 4명(33.3%), 유효 7명(58.3%), 약간 유효 1명(8.3%)이었으며, 金實火虛人의 경우 유효 8명(66.7%), 약간 유효 4명(33.3%)이고, 水實土虛人의 경우 현저 1명(10%), 유효 6명(60%), 약간 유효 3명(30%)으로 나타났다.

이상에서 본원 한방 7내과에 두통을 주소로 입원한 120명에 대한 환자의 관찰성적과 치료성적을 살펴보았다. Lee⁷⁾, Kim 등⁸⁾이 연구한 두통환자에 대한 임상적 고찰과 비교하여 연구대상면에서는 증례수가 증가하였으나 여전히 정확한 호전도와 한방치료의 유용성에 대한 고찰을 위해서는 자료의 수가 적었다. 또한 의사 및 환자가 만족할 만한 증상의 호전을 보이기 전에 퇴원하는 경우도 많아 임상적 고찰을 하는데 아쉬움이 있었다. 그리고 이번 연구가 입원치료를 한 환자군에 대한 전향적 조사로 약물 및 침의 상관성, 침 치료와 한약치료 등 개개의 한방치료가 가지는 효과에 대한 고찰은 결여되었다. 이에 대한 후향적 조사가 필요할 것으로 사료된다. 앞으로 현대의 두통환자가 한방 병원, 의원을 찾는 경우가 늘어나고 있어 두통의 한방적 치료에 대한 많은 관심이 요구되는 상황이다. 이에 한방치료를 효용성을 입증하기 위해 명확한 변증에 근거한 침과 약물치료 외에 약침, 아로마요법 등의 다양한 방법으로 더 나은 진단과 치료에 힘써야 할 것이다. 향후 두통의 한의학적 치료에 대한 임상 경험의 축적 및 지속적 연구가 필요하다고 생각된다.

V. 결 론

2009년 1월 1일부터 2011년 12월 31일까지 동의대학교 부속 한방병원 7내과에서 두통을 주소로 내원하여 입원치료를 받은 환자 120명을 대상으로 하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 연구대상의 성별 및 연령분포를 살펴보면 연구대상자 120명 중 남자가 27명(22.5%), 여자

가 93명(77.5%)으로 남자보다 여자가 많았다. 연령별 분포는 50대가 35명(29.2%)으로 가장 많았다.

2. 국제 두통학회(International Headache Society, IHS)의 기준에 따른 분포는 긴장형 두통은 69명(57.5%)으로 가장 많았고, 편두통은 22명(18.3%)으로 두 번째로 많았다.
3. 두통 이환기간은 6개월 미만인 29명(24.2%)으로 가장 많았고, 1주일 이내가 26명(21.7%)으로 두 번째로 많았다.
4. 두통의 발생 부위별 분포는 頭部全痛이 36명(30%)으로 가장 많았다.
5. 두통의 수반증상을 중복처리하여 살펴보면, 소화기계 증상 호소가 42명(23.4%)으로 가장 많았고, 眩暈을 호소하는 환자가 32명(17.9%)으로 두 번째로 많았다.
6. 본원에 내원하기 전까지의 치료 상황을 분석한 결과 양방진료를 받은 경우가 54명(45%)으로 가장 많았다. 이는 극심한 두통으로 영상 의학적 검사를 위한 것으로 보인다.
7. 한방변증별 유형을 살펴보면 전체적으로 血虛頭痛이 29명(24.2%)으로 가장 많았고, 濕痰頭痛이 26명(21.7%), 氣虛頭痛이 24명(20%) 등의 순서였다. 편두통과 긴장형 두통에서는 血虛頭痛이 가장 많았고, 혈관장애성두통 환자 중 9명(90%)이 50대 이상으로 腎虛頭痛이 많다.
8. 과거력을 중복처리하여 분석한 결과, 고혈압이 32명(18.3%)으로 가장 많다. 특히 긴장형 두통과 혈관장애성두통 환자에서 고혈압 과거력을 가진 경우가 많았다.
9. 五行和鍼法 比較脈診에 따라 진단된 체질 분포를 살펴보면, 木實金虛人이 44명(36.7%)으로 가장 많았고, 火實水虛人이 42명(35%)으로 두 번째로 많았다.
10. 치료성적을 살펴보면, 현저한 호전은 21명(17.5%), 유효한 호전은 68명(56.7%)으로 50% 이상 증상의 호전을 보인, 즉 유효이상인 64.2%였다. 전 연령층에서 증상호전이 유효이상인 경우가 절반이상이었으며, 남자 중 유효이상의 호전도를 보인 환자수는 20명(74.1%)이

있고, 여자는 69명(74.2%)이었다. 편두통에서는 유효이상인 15명(68.1%)으로 나타났고, 긴장형 두통은 유효이상인 53명(76.8%)이었으며, 한방변증별 치료성적 중 유효이상인 치료 성적은 氣虛頭痛 18명(75%), 血虛頭痛 23명(82.3%), 濕痰頭痛 13명(73.1%)으로 나타났다. 五行和鍼法 체질별 치료성적을 살펴보면, 유효이상인 木實金虛人 31명(70.4%) 火實水虛人 32명(76.2%)으로 나타났다.

이상으로 본원 한방 7내과에 두통을 주소로 입원한 환자의 관찰성적 및 치료성적을 살펴보았다. 두통을 주소로 입원한 환자의 수가 많지 않았고, 입원기간 또한 의사 및 환자가 충분한 호전을 보기 전에 퇴원한 경우도 많아 연구에 미흡한 점이 많았다. 그러나 두통에 있어 한의학의 진단 및 치료가 임상적 효용가치가 있다는 점을 보여주고 있기에 앞으로 다양한 연구가 필요할 것이라 사료된다.

참고문헌

1. Kenneth W, Lindsay IB, Lee KW. Neurology and Neurosurgery Illustrated. 3rd ed. Seoul : E-Public. 2006 : 111.
2. Department of Cardiovascular & Neurologic Disease, College of Oriental Medicine, Korea. Cardiovascular & Neurologic Disease. Seoul : Koon Ja Publishing Company. 2006 : 299-316.
3. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA. 1998 ; 279(5) : 381-3.
4. Jacobson GP, Ramadan NM, Aggarwal SK, Newman CW. The Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI). Neurology. 1994 ; 44(5) : 837-42.
5. Bae BC . Huangdineijing Interpretation. Seoul : Sung Bo Publishing Company. 2000 : 66, 116, 162-5, 221, 265, 284.
6. Heo J, Dong Eui Bo Gam. Seoul : Bub In Publishing Company. 1999 : 494-503.

7. Lee SG. A clinical study of forty-five patients with headache. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2001 ; 12(1) : 209-17.
8. Kim JY, Hong HW, Kim JY, Lee SD, Park DI, Kam CW. A clinical study of twenty-five patients admitted with headache. *The Journal of Korean Oriental Internal Medicine*. 2004 ; 25(4) : 34-44.
9. Sim SH, Kam CW, Kim JY, Baek SI, Lee BG, Son HY. Theory study and work of Ohaeng-Hwa Acupuncture. *Journal of Meridian & Acupoint*. 2009 ; 26(4) : 119-33.
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004 ; 24(Suppl 1) : 1-152.
11. Lee BI. Headache. *The Korean Journal of Pain*. 1992 ; 5(2) : 188-98.
12. The Korean Headache Society. *The Headache*. Seoul : Koon Ja Publishing Company. 2009 : 24-35, 39-52, 183, 410, 423, 461-62.
13. Sim SM, Heo S, Gu BS. A clinical study of patients with headache visited neuropsychiatry. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2000 ; 11(1) : 83-96.
14. Patrick D Wall, Ronald Melzack. *Textbook of Pain*. Seoul : Jeong Dam Publishing Company. 2002 : 889.
15. Ha YI. *Headache Clinic*. Seoul : Korea Medical Publishing Company. 1995 : 56-60, 65-9.
16. Lee JM, Ji JH. A story of literature n acupuncture & moxibustion techniques to treat 10 kinds of lumbago described by Huh Jun in DongEuiBoGam. *Korean Journal of Meridian & Acupoint*. 2004 ; 21(4) : 167-77.
17. Jung IT, Lee SH, Kim SY, Cha NH, Kim KS, Lee DI, et al. A clinical study of East-West pain treatment on chronic headache patients. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society*. 2005 ; 22(3) : 93-104.
18. Zhang ZH. *Rumenshiqin*. Seoul : Jeong Dam Publishing Company. 1993 : vol 4. 18.
19. Li G. *東垣十種醫書*. Seoul : Dae Sung Publishing Company. 1989 : 38-40.
20. Zhu ZH. *Danxixinfu*. Seoul : Dae Sung Publishing Company. 1993 : 452-61.
21. Zhang ZB. *Jingyuequanshu*. Seoul : Bub In Publishing Company. 2007 : 468-72.
22. Li C. *Yixuerumen*. Seoul : Bub In Publishing Company. 2009 : 1275-79.