

긴장형 두통을 주소로 입원한 환자의 별갑약침을 포함한 한방치료에 대한 임상 보고 1례

김윤정, 강은진, 김광록
동의대학교 부속한방병원 한방내과학교실

A Case Report of a Patient with a Tension-Type Headache Treated by Korean Medical Treatment with ByeolGab Pharmacopuncture

Yoon-jung Kim, Eun-jin Kang, Koang-lok Kim
Dept. of Oriental Medicine, College of Oriental Medicine, Dong-Eui University

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to report the effects of Korean medical treatment with ByeolGab pharmacopuncture on a patient with a tension-type headache.

Methods: We treated a tension-type headache using Korean medical treatment including ByeolGab pharmacopuncture for 6 days a week for 2 weeks. As a measurement, the numerical rating scale (NRS), the Henry Ford Headache Disability Inventory (HDI), and a six point Likert scale were used to confirm pharmacopuncture therapy efficacy.

Results: After treatment, symptoms related to tension-type headache and other complaints were decreased and evaluation using the NRS, HDI, and six-point scale showed improvement in the patient.

Conclusions: This study shows that Korean medical treatment with ByeolGab pharmacopuncture has beneficial effects on control of tension-type headache and improvement in quality of life for patients.

Key words: tension-type headache (TTH), ByeolGab (*Trionycis Carapax*) pharmacopuncture, numerical rating scale (NRS), Henry Ford headache disability inventory (HDI), six point Likert scale

1. 서 론

두통이란 머리 부위에 느껴지는 모든 종류의 통증으로, 두개강 내부와 외부의 통증에 민감한 구조물들이 자극이나 손상을 받았을 때 발생하는 불쾌한 감각 및 감정 경험이라고 정의한다¹.

국제두통학회(Headache Classification Committee of the International Headache Society, 이하 IHS)가 2018년 발표한 ICHD-III(The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 이하 ICHD-III)에 따르면, 두통은 속성에 따라 크게 원발성 두통, 이차성 두통, 통증성 머리신경병증과 안면통 세가지로 분류할 수 있다. 두통은 매우 흔한 임상증상 중의 하나이다. 두통으로 병원을 찾는 대부분의 환자는 두통 자체가 질환인 원발성 두통을 호소한다. 원발성 두통 중 긴장형 두통의 경우 전체인구의 평생 유병률이 30-78%에 달할 만큼 매우 흔한 두

· 투고일: 2018.07.12, 심사일: 2018.10.22, 게재확정일: 2018.10.22
· 교신저자: 김광록 부산시 부산진구 양정로 62
동의대학교 부속한방병원 한방7내과
TEL: 051-850-8662 FAX: 051-867-5126
E-mail: stm-overmind@hanmail.net

통이다. 긴장형 두통은 빈도와 기간에 따라 삼화성과 만성긴장형두통으로 분리되는데 고빈도 삼화성 긴장형 두통과 만성 긴장형 두통은 환자의 삶의 질을 저하시키고, 사회 생산성을 하락시킬 만큼 심각한 영향을 준다².

한의학에서 두통은 《黃帝內經素問》에서부터 頭痛, 腦風, 首風 등으로 기재되어 있으며, '淸陽之會 淸陽之腑'인 頭는 外邪가 眞情을 범하거나 안으로 疲勞, 七情, 飲食 등에 의하여 손상을 받으면 인체의 상하 음양의 평형에 이상이 생기게 되고 두통이 발생한다고 보고 있다. 즉, 치료시 다양한 병인, 발병시기, 부위 및 허실을 따져 치료해야 한다³. 긴장형 두통의 한의학적 치료에는 침구치료⁴, 한약치료⁵, 추나요법⁶, 약침요법 등 다양한 치료법을 적용할 수 있으며, 특히 침치료의 경우 치료 효과에 대한 임상연구의 축적으로 체계적 문헌 고찰 연구까지 이루어져 있다.

약침요법은 침구요법과 약물요법을 결합하여 발전시킨 새로운 한의학적 치료법으로, 치료효과의 증대와 속효성, 간편성 등의 장점이 있어 다양한 질환에 응용되고 있으며, 임상적 효과를 보고하는 많은 연구들이 이루어지고 있다⁷. 두통에 대한 약침연구는 현재까지 황련해독약침 2편^{8,9}, 홍화약침 1편¹⁰, 면역약침 1편¹¹, 별갑약침 1편¹²의 증례보고형식으로 진행되었으나 활발한 연구는 부족한 상태이다.

이전 황¹²의 연구에서는 원발성 두통으로 내원한 외래 환자 3명을 대상으로 별갑약침을 시행하여 유효한 결과를 얻었다고 보고하고 있다. 본 연구에서는 원발성 두통중 매우 흔하게 나타나지만 심화될 경우 행동에 많은 제약을 일으키는 긴장형 두통으로 입원한 환자를 대상으로 별갑약침요법을 포함한 한방치료의 효과를 확인하고자 치료 전후 유효성 평가변수인 Numerical Rating Scale(이하 NRS), Henry Ford Headache Disability Inventory(이하 HDI), Six point Likert scale을 측정하여 호전된 결과를 관찰하였기에 이를 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 평가방법

1. 연구대상

2018년 3월 16일부터 2018년 4월 3일까지 긴장형 두통으로 동의대학교 부속한방병원 한방 7내과에 입원한 환자 1명을 대상으로 하였다.

2. 치료 및 시술방법

1) 약침치료

본 증례에 사용된 별갑약침(p53)은 동서비교한 의학회 원외탕전실에서 조제되었다. 별갑 약재를 세척하여 열수 추출과 알콜 추출 과정을 거친다. 이후 개별분리여과를 시행하여 원심분리를 통해 얻은 상등액을 감압 농축한다. microfiltration후 입자를 나노분자 수준까지 여과시켰다. 여과된 별갑액은 체내의 등장성과 pH에 근접하도록 조정된 뒤, 자외선 멸균이 이루어졌다. 약침병 또한 5% EtOH 세척, 암모니아수 세척, 음이온 교환수지내 5% EtOH 재세척 과정을 거쳤다. 5.0 cc 일회용 주사기((주) 한국백신, 한국)에 별갑약침액 2.0 cc를 뽑은 후 30 gauge 0.5 inch needle((주) 정림의료기 산업, 한국)로 교체하여 시술 도구를 준비하였다. 시술은 1일 1회, 주 6회, 2주간 총 12회 시행하였다. 자입 부위는 양측 GB20(風池), GV16(風府), GB12(完骨), GB21(肩井), BL43(膏肓) 및 해당 혈위 주변 부위 압통점 및 동통유발점이며, 각 부위당 별갑약침액 0.2 cc씩 총 2.0 cc를 주입하였다.

2) 침치료

0.20×30 mm 일회용 호침(stainless steel, 동방침, 한국)을 이용하였으며, 1일 2회, 각 치료당 15분간 유치하였다. 취혈 부위는 GV20(百會), NH46(太陽), EX-HN3(印堂), ST09(人迎), LI11(曲池), LI4(合谷), ST36(足三里), LR3(太衝)이며 直刺하였다.

3) 한약치료

淸肝解鬱湯加味(1첩당 白芷, 天花粉, 當歸, 瓜蒌仁, 金銀花, 皂角子 각 4 g, 白朮, 白芍藥, 梔子, 赤茯苓, 貝母, 熟地黃 각 3 g, 川芎, 甘草, 秦皮 각 2 g)

2침 3팩, 1팩당 120 cc, 1일 3회, 식후 30분에 투약하였다.

3. 평가방법

치료 유효성에 대한 평가는 NRS, HDI, Six point Likert scale을 통하여 이루어졌으며, 1주 간격(치료전, 치료 1주후, 치료 2주후)으로 설문지를 이용하여 기록하였다.

- 1) 수치 평가 척도 NRS(Numerical Rating Scale)¹³

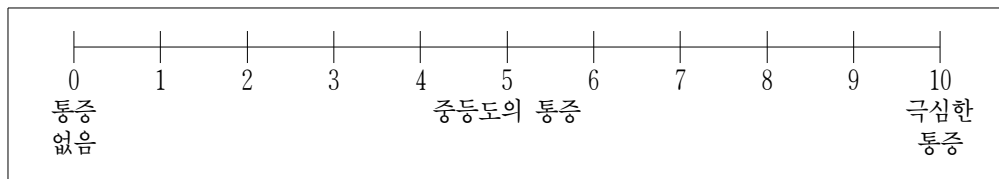


Fig. 1. Numerical rating scale (NRS).

- 2) HDI(Henry Ford Headache Disability Inventory)¹⁴

본 논문의 부 유효성 평가도구로 사용되며, 환자의 일상생활에 두통이 미치는 영향을 정량화할 수 있는 척도이다. 두통으로 인한 현재의 불편감 뿐 아니라 치료의 효과를 평가하는 데 유용하며, 높은 내적 일치도(Cronbach's alpha : 0.94)와 신뢰도(Pearson correlation coefficients : 0.83)를 가진다. 이는 총 25문항으로 구성되어 있는데, 두통으로 인한 삶의 기능적(functional) 불편감(12문항)과 감정적(emotional) 불편감(13문항)을 평가한다. 각 문항은 '예(yes)'(4 점), '가끔, 종종(sometimes)'(2점), '아니오(no)'(0 점) 세 개의 척도중 하나를 선택할 수 있다. 각 문

본 논문의 주요평가도구로 사용되며, 통증의 강도(intensity)를 측정하여 통증에 대한 일차원적 평가를 할 수 있는 방법이다. 통증에 대한 치료 효과의 유효성을 확인하기 위해서는 환자의 주관적 서술에 필수적으로 의존해야 한다. 환자가 호소하는 통증을 0(통증이 없는 상태)부터 10(환자가 느낄 수 있는 최고 강도의 통증)까지 계량화하여 주관적 통증의 강도를 객관화시킬 수 있다(Fig. 1).

항에서 선택한 척도의 총합을 통해 0-100점의 점수를 얻을 수 있으며, 높은 점수와 두통의 심각도는 비례한다고 본다(Table 1).

- 3) Six point Likert scale⁵

본 논문의 부 유효성 평가도구로 사용되며, 두통의 정도를 계량화할 수 있는 또 다른 방법이다. 이는 총화평정척도를 변형한 척도로, 특정한 한 개념인 두통에 대하여 여섯 개의 문항으로 이루어져 있어 질환에 대한 환자의 태도를 측정하는 지표이다. 척도를 0단계부터 5단계까지 설정하여 환자에게 해당하는 두통 정도를 확인한다(Table 2).

Table 1. Henry Ford Headache Disability Inventory (HDI)

	예 (4)	가끔 (2)	아니오 (0)
E1	나는 두통 때문에 장애가 있다고 느낀다.		
F2	나는 두통 때문에 일상생활을 수행하는데 있어 제한을 느낀다.		
E3	내 삶에 두통이 미치는 영향을 아무도 이해하지 못한다.		
F4	나는 두통 때문에 운동이나 취미활동에 제한을 받는다.		
E5	나는 두통 때문에 화가 난다.		
E6	가끔 나는 두통으로 인해 통제력을 잃을 것 같다.		
F7	나는 두통 때문에 사회력이 떨어진다고 느껴진다.		
E8	가족(배우자)이나 친구들은 나의 두통에 대한 해결책을 모른다.		
E9	나는 극심한 두통으로 미칠 것 같다.		
E10	나의 세상에 대한 견해는 두통에 의해 영향을 받는다.		
E11	나는 두통이 시작되면 외출하기 두렵다.		
E12	나는 두통 때문에 절망감을 느낀다.		
E13	나는 두통 때문에 직장/집에서 경고를 받는 것에 대해 걱정스럽다.		
E14	나는 두통 때문에 가족과 친구관계에서 스트레스를 느낀다.		
F15	나는 두통이 있을 때 주위 사람들을 피한다.		
F16	나는 두통 때문에 내 인생의 목표달성을 어렵게 한다고 생각한다.		
F17	나는 두통 때문에 명백한 사고를 할 수 없다.		
F18	나는 두통 때문에 긴장감(근육 긴장)을 느낀다.		
F19	나는 두통 때문에 친목회를 즐기지 못한다.		
E20	나는 두통 때문에 화를 잘 내는 것 같다.		
F21	나는 두통 때문에 여행을 피한다.		
E22	나는 두통 때문에 혼란스럽다.		
E23	나는 두통 때문에 좌절감을 느낀다.		
F24	나는 두통 때문에 책임기가 어렵다.		
F25	나는 두통으로부터 벗어나 다른 일에 집중하기 어렵다.		

Table 2. Six point Likert scale

0	두통 없음.
1	주의를 기울일 때만 두통을 느낀다.
2	보통의 두통으로, 가끔 느끼지 못할 때도 있다.
3	두통으로 고통스럽지만 직무나 통상의 일을 할 수 있다.
4	두통이 매우 심하여 일에 집중하기 어렵고 가벼운 정도의 일만 할 수 있다.
5	매우 심하여 아무런 일도 할 수 없다.

III. 증 례

1. 성 명 : 김○○
2. 성별/나이 : M/39

3. 입원기간 : 2018년 3월 16일-2018년 4월 3일(27일)
4. 진단명 : 긴장형 두통(G442)
5. 주소증 : 두통
6. 발병일 : 2018년 2월 20일

7. 현병력

본 환자는 비만 체구의 남환으로, 2018년경 초부터 사업상의 스트레스가 심하였으며, 2018년 2월 20일 과식후 심화된 극심한 頭痛, 背痛, 胸悶 증상으로 2018년 2월말 경 ○○병원 내과에서 시행한 위내시경검사상 식도염, 위염 진단받아 양약 치료하고, 2018년 3월 14일 본원 순환기내과 내원하여 심초음파, 관상동맥조영술, 대동맥 CT, 흉부 X-ray상 특이 소견 없이 양약 복용하였음에도 크게 호전 없어, 2018년 3월말 적극적 한방 치료 원하여 본과로 입원함.

8. 과거력

- 1) 고지혈증 : 2018년 2월말경 ○○병원 내과에서 진단받았으나 별다른 처치하지 않음. 2018년 3월 14일 본원 순환기내과에서 진단받고 양약 치료중
- 2) 지방간 : 2014년 10월 14일 본원 소화기내과 내원하여 시행한 혈액 검사, 복부 초음파상 진단받고 양약 복용함.
- 3) HIVD : 2012년경 ○○한방병원에서 요추염좌라 소견 듣고 입원하여 침치료 받음. 2013년경 ○○병원 마취통증의학과에서 주사 치료 받음. 2014년 10월경 본원 신경외과 내원하여 시행한 요추 MRI상 L4-5 추간판탈출증 진단받고 입원하여 재활치료, 양약 복용함.
- 4) 膝 痛 : 2017년 11월 경 ○○병원 정형외과 내원하여 시행한 슬부 X-ray상 관절염 초기라 듣고 재활치료 받음. 2018년 3월 19일 양측 슬통으로 본원 정형외과에서 시행한 무릎 X-ray상 슬내장 소견 듣고 재활치료 받음.

9. 가족력 : 모(고혈압, 당뇨)

10. 사회력 : 금연, 음주(1회/주, 맥주 1병/회)

11. 초진소견

- 1) 睡 眠 : 不眠. 평균 6시간 정도 수면하지만 두통과 배통으로 인하여 淺眠함.
- 2) 食慾, 消化 : 식욕은 정상으로 하루 밥 1공기 3식으로 식사하며, 소화는 불량하여 식후 胸

悶, 心下痞 있음.

- 3) 小 便 : 정상. 주간 5회, 야간 0회 배뇨함.
- 4) 大 便 : 평균 1회/일 보통변으로 배변하나 후중감, 잔변감 있음.
- 5) 汗 : 정상
- 6) 浮腫 : 정상
- 7) 舌診 : 舌紅苔少
- 8) 脈診 : 脈弦細
12. 입원시 생체징후 : BP 100/70 BT 36.2 PR 78 RR 20
13. 주요 검사

2018년 3월 13일 시행한 Lab상 ALT 36↑ LDL-C 169↑의 검사 결과 보임. 흉부 X-ray, 심전도검사, 위내시경검사상 이상 소견 없음.

14. 복용약물

2018년 3월 13일 시행한 혈액검사상 LDL-C (low-density lipoprotein cholesterol) 수치 다소 높아 18년 3월 14일부터 Lipitor 20 mg 복용함.

15. 증 상

- 1) 두통의 양상 : 지속적으로 좌측 측두부, 후두부, 두정부에 우리하고 무거운 통증이 NRS 6으로 발생한다고 호소하였으며, 양측 상부 승모근 부위 압통을 함께 호소하였다. 사업상의 스트레스가 심화된 상태로 환자 진술상 수면 시간 전까지 두통이 심화된 채로 유지된다고 표현하였다.

2) 동반증상

- (1) 흥 민 : 지속적으로 흉부 전체 막힌 듯한 통증이 NRS 4로 발생하며, 간헐적으로 VAS 6 정도의 심한 흥통, 흥민이 발생하며 5분 정도 지속된다고 호소하였다. 전중, 대흉근 부위 압통을 함께 호소하였다.
- (2) 배 통 : 지속적으로 배부 상부 수면시 심화되는 몽친 듯한 통증이 NRS 5로 발생한다고 호소하였다.

16. 결 과

본 연구에서는 긴장형 두통에 별갑약침요법을

포함한 한방치료를 시행한 결과, NRS, HDI, six point Likert scale의 개선을 확인할 수 있었다(Table 3).

Table 3. The Results of the Case

	Before treatment	After 1 week	After 2 weeks
NRS*	6	3	1
HDI†	42	32	22
Six point Likert scale	4	3	2

*NRS : numerical rating scale

†HDI : Henry Ford headache disability inventory

IV. 고찰 및 결론

두통은 두 개강 내외의 구조물들이 여러 요인에 의한 자극, 손상을 받으면서 발생하는 통증이나 불쾌한 감각으로서, 가장 흔하게 나타나는 임상증상 중의 하나이다. 전체 인구의 90% 이상이 일생에 한 번 이상은 경험하며, 병원을 찾는 환자의 50% 이상이 호소하는 주요 증상이다¹⁵.

국제두통학회(Headache Classification Committee of the International Headache Society, ICH)에서는 1988년 국제두통질환분류(International Classification of Headache Disorders, ICHD)를 발표하고, 2004년 ICHD-II, 2013년 6월 ICHD-III 베타판을 발표하였다. 이후 추가 수정과 보완을 거쳐 올해 Cephalalgia를 통하여 ICHD-III 최종판을 발표하였다. ICHD-III에 따르면 두통은 속성에 따라 크게 원발성 두통, 이차성 두통, 통증성 머리신경병증과 안면통 세가지로 분류할 수 있다. 두통 자체가 질환일 경우 원발성 두통이라 하며, 정밀 검사를 통하여 특별한 원인을 찾지 못하는 경우가 많다. 원발성 두통은 다시 편두통, 긴장형 두통, 삼차자율신경두통, 기타 원발 두통 4가지 두통으로 세분화 된다. 이에 반해 다른 원인 질환에 의하여 발생한 두통은 이차성 두통에 해당한다.

임상에서는 이차성 두통, 통증성 머리신경병증

과 안면통에 비하여 원발성 두통이 더 흔하며, 원발성 두통 중 긴장형 두통은 전체인구의 평생 유병률이 30-78%에 달할 만큼 매우 흔한 두통이다. 긴장형 두통은 빈도와 기간에 따라 삽화성과 만성 긴장형두통으로 분리된다. 삽화성 두통은 더 세분화하여 두통이 한 달에 1회 이하로 발생 하는 저빈도 삽화 긴장형 두통과 그 이상의 빈도로 발생하는 고빈도 삽화 긴장형 두통이 있다. 고빈도 삽화 긴장형 두통이나 만성긴장형두통은 삶의 질을 상당히 저하하고 높은 정도의 장애를 유발하는 심각한 질환으로 보고 있다. 만성긴장형두통은 고빈도 삽화 긴장형 두통에서 시간이 흐르면서 이행된 형태의 질환으로, 두통 발생 시점이 불확실 할 경우에도 여기에 해당한다. 긴장형두통의 진단기준은 첫째, 두통이 30분에서 7일간 지속되어야 하며, 둘째, 양측위치, 압박동성의 압박감/조이는 느낌, 경도 또는 중등도의 강도, 걸기나 계단 오르기 같은 일상 신체 활동에 의해 악화되지 않음의 네 가지 양상 중 최소 두 가지 이상을 충족해야 한다. 셋째, 빛, 소리 공포증, 경도의 구역 중 한 가지는 있을 수 있으며, 중등도나 심도의 구역이나 구토는 없다. 마지막으로 다른 ICHD-III 진단으로 더 잘 설명되지 않을 때 긴장형두통에 부합한다. 긴장형두통의 기전은 정확히 알려진 바 없으나, 구조적 문제뿐 아니라 스트레스, 불안, 우울 등의 심리적인 요인, 전신 질환, 사회 경제적 문제에 의하여 발생할 수 있다고 보고 있다².

두통의 진단은 세밀한 병력청취가 중요하다. 대부분의 두통은 심각하게 문제를 일으키지 않아 두통에 대한 적절한 진단과 치료가 소홀히 이루어지는 경우가 많다. 통증은 손상에 대한 생리적 감각과 감정적 반응으로 두통에 대한 환자의 주관적 진술이 필수적으로 작용한다. 병력청취를 통하여 불필요한 검사를 줄이고, 적절한 시기에 필수적인 검사를 시행하여 심각한 질환을 조기진단하고 배제하여 적절한 치료를 선택할 수 있도록 한다¹⁶.

긴장형 두통의 서양의학적치료는 항불안제제, 항

우울제, 근이완제나 소염제를 단독 혹은 병용 투여하는 약물 치료와 행동요법, 물리적 치료와 같은 비약물 치료로 나눈다. 대부분의 긴장성 두통은 약물 조절을 우선으로 한다. 그러나 약물치료의 경우 오심, 위장관 부작용부터 혼돈, 진전까지 다양한 부작용이 발생할 가능성이 있기 때문에 과다 복용이나 장기간 투약을 피해야 한다고 권고한다¹⁷.

한의학에서 두통은 《黃帝內經素問》에서부터 “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”이라고 언급된 이래로 여러 문헌에서 두통에 대한 분류체계를 정립해왔다. 頭는 ‘清陽之會 清陽之腑’라 하여 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 등의 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 두통을 일으키는 것으로 보고 있다¹⁸.

이¹⁹의 연구에서는 여러 문헌의 변증을 風寒頭痛, 風熱頭痛, 風濕頭痛, 肝陽頭痛, 腎虛頭痛, 血虛頭痛, 痰飲頭痛, 瘀血頭痛 8개의 변증으로 종합하였다. 肝陽, 血虛, 痰飲이 흔해진 양상의 두통이 가장 많았고, 이러한 두통은 기가 정체되어 유발된다고 보고 있다. 박³의 연구에서는 두통의 원인을 外感, 內傷, 風邪, 痰飲, 氣滯, 飲食, 瘀血로 종합하였고, 긴장형 두통은 肝, 脾, 腎의 병변과 주요한 관계가 있어 내상을 원인으로 한 두통과 가장 유사하다고 설명하였다.

내원 당시 환자는 평균 6시간 정도 수면하지만 두통과 배통으로 인하여 淺眠을 호소하였다. 식욕은 보통이나 소화불량한 상태로 식후에는 특히 心下痞가 심화되는 양상을 보였다. 大便은 평균 1회/일 보통변으로 배변하나 후중감, 잔변감을 가지고 있었다. 지속적으로 좌측 측두부, 후두부, 두정부, 심화시 전두부까지 무거운 통증이 NRS 6으로 발생한다고 호소하였으며, 양측 상부 승모근 부위 압통을 함께 호소하였다. 2018년경 초부터 시

작된 사업상의 스트레스가 심화된 상태로 환자 진술상 수면시간 전까지 두통이 심화된 채로 유지된다고 표현하였다. 동반증상으로는 배통, 흥민을 호소하였다. 흥민의 경우 지속적으로 흥부 전체 막힌 듯한 통증이 NRS 4로 발생하며, 간헐적으로 VAS 6 정도의 심한 흥통, 흥민이 발생하며 5분 정도 지속된다고 호소하였다. 전중, 대흉근 부위쪽으로는 압통을 함께 호소하였다. 또한 지속적으로 배부 상부에 수면시 심화되는 뭉친 듯한 통증이 NRS 5로 발생한다고 호소하였다. 환자는 통증으로 인하여 일상생활을 유지하기 어려울 만큼 고통스러움을 표현하였으며, 입원치료를 받기로 결정하였다. 입원기간동안 통증 완화를 위한 양약은 일절 복용하지 않았다.

환자가 호소하는 통증을 토대로 두통의 변증중 하나인 肝陽上亢 頭痛으로 변증하였다. 肝陽上亢 두통은 情志不和로 鬱怒傷肝하면 간의 條達作用을 상실하여 肝氣鬱結, 氣鬱化火한다. 氣鬱化火가 오래되면 肝腎陰虧하여 肝陽亢盛하게 되고 清竅를 요란케 하여 두통이 발생한다. 頭痛而眩 心煩而怒 睡眠不寧 感兼脇痛 面紅目赤 口苦 舌紅少苔 感苔薄黃 脈弦 感弦細數한 증상을 호소하며, 平肝潛陽, 疏肝, 清肝火하는 치법을 사용하여야 한다¹⁹.

현재 긴장성 두통에 대한 한의학적 치료와 임상 연구는 일반적으로 침치료와 한약치료가 주를 이루고 있지만, 최근 효과가 우수한 약침 제제들이 개발되면서 약침치료법 또한 두통치료에 효과적이라는 연구가 이루어지고 있다⁸⁻¹². 약침요법은 한의학적 변증, 진단에 따라 한약재 등에서 추출, 정제, 희석, 혼합, 분리, 증식 또는 융합한 약침약과 치료 경혈 및 체표 반응점을 선택하고 약물자입기를 사용하여 약침약을 주입함으로써 경혈자극과 약리작용을 종합적으로 발휘할 수 있도록 하는 한방치료 방법이다. 이는 치료효과가 빠르며, 시술방법이 간편하고, 소량의 약침약을 경혈로 바로 주입하므로 약복용이 불가한 환자의 치료가 가능하며, 약물로 인한 위장관 손상을 방지할 수 있는 장점이 있다⁷.

본 연구에서 주재료로 쓰인 별갑약침액은 별갑

에서 추출한다. 별갑(ByeolGab, *Trionycis Carapax*)은 자라과(鱉科, Trionychidae)에 속한 동물인 자라(*Trionyx sinensis* WIEGMANN = *Amyda sinensis* WIEGMANN)의 背甲을 취하여 殘肉을 제거하고 晒乾한 것으로, 性味는 微寒無毒鹹하며 肝腎經으로 歸經한다. 滋陰潛陽, 軟堅散結, 退熱除蒸하는 효능이 있어 陰虛發熱, 陰虛陽亢, 骨蒸勞熱, 虛風內動, 癥瘕, 經閉, 久瘡瘡母 등을 치료한다²⁰. 이와 같이 별갑약침은 肝氣鬱結, 氣鬱化火로 인하여 발생한 두 개강 주변의 압통을 동반하면서 띠를 두른 듯 조이는 양상의 긴장형 두통에 활용하기 적합한 치료법중의 하나가 될 것으로 본다.

두통에 대한 진단과 평가를 내릴 때 객관적인 지표가 존재하지 않으므로 환자의 주관적 진술에 대부분 의존해야 한다. 치료전후 두통에 대한 객관적이고 정확한 평가가 이루어져야만 적절한 치료를 선택하고, 치료기간동안의 통증 변화, 치료 효과를 파악할 수 있다. 이를 위하여 적절한 통증평가법이 필요한데, 일반 평가 도구와 질환 특이 도구를 사용할 수 있다. 일반 평가 도구는 대표적으로 NRS가 있으며, 광범위한 삶의 면을 파악할 수 있다. 반면, 두통 특이 도구는 두통과 동반 증상으로 인한 불편함을 정량적으로 보여준다. 두통 특이 도구중 HDI는 두통으로 인한 기능적, 감정적인 면을 평가하여 통증의 심각도와 치료 효과를 파악하는데 용이한 척도로, 본 연구에서 부 유효성 평가도구로서 이용하였다¹⁴.

본 연구에서는 긴장형 두통환자를 대상으로 별갑약침요법을 포함한 한방치료를 이용하여 2주간 치료한 결과, NRS, HDI, six point Likert scale이 효과적으로 개선되었음을 확인하였다. 입원 당시 NRS는 6, HDI는 42, six point Likert scale은 4였다. 치료 1주후 NRS는 3, HDI는 32, Six point Likert scale은 3이었으며, 수면 중에 두통과 배통으로 각성하는 경우는 사라졌으며 간헐적으로 견딜 수 없을 만큼 발생했던 배통과 흥민은 더 이상 느껴지지 않는다고 하였다. 치료 2주후인 퇴원시 설문 결

과, NRS는 1, HDI는 22, six point Likert scale은 2였으며, 두통발생부위는 측두부로 국한되었고, 두통과 더불어 흥민 또한 거의 나타나지 않는다고 하였다.

이로써 긴장형 두통을 주소로 입원한 환자 1례를 통하여 별갑약침을 포함한 한방치료가 긴장형 두통 환자의 증상과 삶의 질 개선에 유의한 효과가 있다는 것을 확인하였다. 별갑약침에 대한 부작용으로는 시술 부위의 국소적 소양감 이외에 발생하지 않았다. 소양감 발생시 발적이나 부종은 없었으며, 시술 후 간단한 소독으로 소양감은 빠른 시간 내에 가라앉음을 확인하였다.

본 연구는 입원환자의 특성상 별갑약침의 단독 치료를 시행하기에는 어려움이 있어 침치료와 한약치료를 병행하였다. 한약치료의 경우 肝臟鬱火, 傷血의 처방중 하나인 청간해울당가미를 투약하였다. 이와 같이 다른 한방 치료를 병행하였기에 별갑약침의 단독치료 효과가 명확하지 않은 점, 증례 1례에 국한되어 있다는 점, 퇴원 후 추적관찰을 하지 못한 점 등의 한계가 있다. 향후 이를 보완하여 별갑약침의 긴장형 두통 치료에 대한 지속적인 증례 보고 축적과 별갑약침의 안정성, 유효성에 대한 추가보완연구가 필요할 것으로 사료된다.

감사의 글

본 논문은 2018학년도 동의대학교 교내연구비를 지원받아 연구하였습니다.

참고문헌

1. Cutrer M, O'Donnell A. Pathophysiology of headaches. In : Warfield CA, Bajwa, ZH. Principles and practice of pain medicine. 2nd ed. Seoul: McGraw-Hill; 2004, p. 204-8.
2. Headache Classification Committee of the International

- Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38(1):1-211.
3. Park YH. A Study of oriental-western medical research in tension headache. *J Oriental Neuropsychiatry* 2004;15(1):1-7.
 4. Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith C, Ellis N, et al. Acupuncture for chronic headache in primary care: Large, pragmatic, randomised trial. *BMJ* 2004;328(7442):744-7.
 5. Choi EJ, Kwon CY, Han KH, Kim JW, Chung SY. Herbal Medicine for Tension-type Headache: Systematic Review and Meta Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Oriental Neuropsychiatry* 2015; 26(4):383-406.
 6. Won JH, Ahn HD, Woo CH. A Case Report on Chronic Tension-type Headache Improved by Korean Medicine with Chuna Manual Therapy. *The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine for Spine & Nerves* 2013;8(2):105-11.
 7. Korean Pharmacopuncture Institute. Pharmacopunctureology. Seoul: Elsevier; 2011, p. 3-8, 329-36.
 8. Choi EG, Gu BS. Effect of Hwangryunhaedoktang herd-acupuncture on functional headache. *J Oriental Neuropsychiatry* 2000;11(1):75-80.
 9. Lee DY, Lee SH, Kang HW, Lyu YS, Jang HH. Clinical Studies on Hwangryunhaedoktang Herbal Acupuncture Therapy on Headache. *J Pharmacopuncture* 2003;6(1):52-60.
 10. Kim MK, Park SU, Jung WS, Park JM, Ko CN, Cho KH, et al. The effect of Carthami-Semen acupuncture on chronic daily headache: A pilot study. *J pharmacopuncture* 2010;13(4):109-18.
 11. Ha TD, Jung C. A Case Report on Severe Tension-Type Headache Treated with Pharmacopuncture. *J Korea Immuno-Yakchim* 2016;5(1):37-45.
 12. Hwang YK, Kim WI, Kim KL. Clinical Effects of ByeolGab Pharmacopuncture for Primary Headache in Three Case Reports. *J Int Korean Med* 2017;38(5):834-41.
 13. Kim KO, Choi GA, Kim WC, Kim KS. The Preliminary Study for Pain Measurements of Headache Patients used by Pain Face Scale. *J Oriental Neuropsychiatry* 2010;21(3):65-75.
 14. Jacobson GP, Newman CW, Ramadan NM, Aggarwal SK. The Henry Ford hospital headache disability inventory(HDI). *Neurology* 1994;44(5):837-42.
 15. Rizzoli P, Mullally WJ. Headache. *Am J Med* 2018;131(1):17-24.
 16. Kim JM. Overview of diagnosis and classification of headache. *Korean J Headache* 2009;10(1):1-13.
 17. Choi YJ. Comprehensive treatment of tension-type headache. *Korean J Headache* 2015;16(1):13-20.
 18. 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. *J Korean Acupuncture & Moxibustion Society* 2005; 22(3):93-104.
 19. Lee KS, Kim MJ, Park MR, Lee SB, Hong KE. The study about oriental medical diagnosis and approach related to weighting according to differentiation of CTTH. *J Korean Medicine* 2010;31(5):41-59.
 20. Editorial Committee of Herbal medicine, College of Oriental Medicine. Herbal medicine. 3rd edition. Seoul: Yeonglimsa; 2013, p. 662-4.