

開結舒經湯을 투여한 긴장형 두통 여성 환자 치험례 1례

이유라¹, 오주현¹, 공건식¹, 송진영¹, 박진훈¹, 김소원¹, 강만호¹, 이형철¹, 엄국현¹, 송우섭¹, 임수연²
¹강남자생한방병원 한방내과, ²부천자생한방병원 한방신경정신과

A Case Report of *Gaegyeolseogyong-tang* Treatment of a Female Patient with a Tension Type Headache

Yu-ra Lee¹, Ju-hyun Oh¹, Geon-sik Kong¹, Jin-young Song¹, Jin-hun Park¹, So-won Kim¹,
Man-ho Kang¹, Hyung-chul Lee¹, Gook-hyun Eom¹, Woo-sub Song¹, Su-yeon Lim²

¹Dept. of Internal Oriental Medicine, Gang-nam Ja-Seng Korean Medicine Hospital

²Dept. of Internal Oriental Neuropsychiatry, Bu-cheon Ja-Seng Korean Medicine Hospital

ABSTRACT

Objective: Tension Type Headache is the most common primary headache, and the prevalence is highest among people in their thirties. The 2009 domestic headache epidemiological survey indicated a prevalence rate of 30.8% per year. The patients often complain of feeling "as if they are tightening their head or wearing a band." No other symptoms, such as nausea and vomiting, accompany the headache, and the physical and neurological findings are normal. Korean medicine treatment of tension type headache is mainly with acupuncture, not herbal medicine. In the present study, a patient with tension type headache was admitted to the Korean medicine hospital for treatment. We report on the patient's progress and the effects of the herbal treatment.

Methods: The patient was treated with *Gaegyeolseogyong-tang*, acupuncture, herbal acupuncture therapy, and physical therapy. We used the Korean Headache Impact Test-6 and Numeric Rating Scale to assess changes in tension type headache symptoms.

Results: The patient was diagnosed with Qi-stagnation syndrome (氣滯證) and Ganyangsanghang-headache (肝陽上亢頭痛). The patient was hospitalized for 42 days and showed recovery from the tension type headache without any adverse events.

Conclusion: Patients with tension type headache could be treated with Korean medicine.

Key words: tension-type headache, *Gaegyeolseogyong-tang*, Korean medicine treatment, case report, Ganyangsanghang-headache (肝陽上亢頭痛)

1. 서론

두통은 가장 흔히 나타나는 신체 증상 중 하나로^{1,2} 분류 시 크게 일차성 두통과 이차성 두통으로 나뉜다. 기질적 질환을 동반하는 이차성 두통보다는 기질적 질환을 동반하지 않는 일차성 두통이

임상적으로 더 흔하며 사회의 복잡화와 스트레스 증가 등으로 인해 최근에 증가하고 있는 추세이다³. 긴장형 두통은 가장 흔한 일차성 두통으로 사회 생활을 많이 하는 30대에서 유병률이 가장 높으며, 연령이 높을수록 적은 편이다. 2009년 국내 두통 역학조사에 따르면 긴장형 두통의 1년 유병률은 30.8%였다⁴. 주로 '머리를 조이거나 띠를 두른 듯한 두통'을 느낀다고 호소하며 오심, 구토 등의 동반 증상이 없고 이학적, 신경학적 소견은 정상이다. 보통 두부나 후경부에서 경결점을 쉽게 확인할 수

· 투고일: 2020.08.24, 심사일: 2020.10.26, 게재확정일: 2020.10.26
· 교신저자: 이유라 서울 강남구 강남대로 536
강남자생한방병원
TEL: 02-1577-0007 FAX: 02-514-9988
E-mail: yully0416@naver.com

있다. 긴장형 두통의 주된 원인은 피로, 정신적 및 육체적 스트레스, 동일한 자세의 장시간 유지 등이다. 두통을 호소하는 환자는 긴장 상태에 있으며 근육 수축을 동반한 경우가 많다. 가장 대중적으로 활용되는 치료는 진통제를 복용하는 약물치료이며, 아스피린, 아세트아미노펜, 이부프로펜 등의 비스테로이드성 소염진통제가 많이 쓰인다. 하지만 진통제의 장기간 사용을 피하여야 하고 과다 복용할 경우 두통이 만성적으로 될 가능성이 높기 때문에 두통에 대한 보완 대체 의학적 치료법이 대두되고 있다⁵.

한의학에서 두통의 발생원인은 風, 寒, 濕, 熱의 '外感'과 肝鬱, 腎虛, 脾虛, 痰, 氣血不足, 氣滯, 瘀血의 '內傷'으로 나뉘서 보고 있으며 특히 주요한 발병원인으로 七情이 있다⁶. 한방순환신경내과학에서는 두통을 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의 10가지로 분류하고 있다⁷. 이중 긴장성 두통은 外感보다는 內傷으로 인한 두통에 가장 가까우며, 肝, 脾, 腎의 병변과 관계가 있어 肝陽上亢, 氣鬱化火, 腎水不足, 肝腎陰虛 등의 병리로 설명된다⁸. 현재 한의학에서 일반적인 두통 치료는 한약, 약침, 침 및 추나치료 등으로 시행되고 있다. 긴장성 두통에 대한 한방치료의 호전 빈도는 81.3%로, 긴장성 두통에 대한 한방치료의 유용성이 입증되고 있다⁹. 또 다른 연구에 따르면 긴장성 두통에 체침과 이침을 병용하여 치료한 결과 총 유효율이 74.7%였다¹⁰.

이와 같이 긴장형 두통에 대한 국내 한의학계의 연구는 주로 침구치료에 관한 임상증례보고 또는 증례모음이며 한약치료에 대한 임상연구 및 메타 분석이나 체계적 고찰은 많지 않다. 따라서 본 연구에서는 긴장형 두통에 대해 '開結舒經湯'을 선택하여 한약치료를 시행한 후 호전된 결과를 얻었으며 이에 보고하는 바이다. 뿐만 아니라, 향후 긴장형 두통에 대한 한약처방과 약물 개발에 응용할 수 있도록 開結舒經湯의 임상에서의 적용 및 유효성을 고찰해보고자 한다.

II. 증례

1. 성 명 : 홍○실(F/46)
2. 주소증
 - 1) Headache
 - 2) Posterior neck pain
3. 입원기간 : 2019년 10월 18일-2019년 11월 28일
4. 발병일 : 2019년 09월경 일상생활 중 발생
5. 과거력 : N/S
6. 가족력 : N/S
7. 사회적력
 - 1) Alchol : 무
 - 2) Smoking : 무
8. 현병력

상기 환자는 상기 O/S에 상기 C/C 발생하여 별 무치료 중 증상 지속되어 자생한방병원 외래 치료 진행 후 미약호전 되었다. 집중적 한방치료 위하여 2019년 10월 18일 본원 한방 내과에 입원하였다.
9. 이학적 검사

<C-SPINE check>

 - 1) ROM : WNL
 - 2) Spurling test : -/-
 - 3) DTR : ++/++
 - 4) Sensory : ++/++
 - 5) Motor
 - (1) Biceps(++/++)
 - (2) Triceps(++/++)
 - (3) Elbow flexion(C5) : (G5,100%)/(G5,100%)
 - (4) Wrist extension(C6) : (G5,100%)/(G5,100%)
 - (5) Elbow extension(C7) : (G5,100%)/(G5,100%)
 - (6) Finger flexion(C8) : (G5,100%)/(G5,100%)
10. 검사 소견
 - 1) Brain MRI(2019년 11월 15일)
 - (1) Noted, dot like high SIs in subcortical WM of both frontal and Lt. temporal lobes.
 - : R/O UBOs, such as small vessel disease

- or old ischemic foci.
- (2) 그 외 대뇌, 소뇌, 뇌간, 뇌실, 뇌실질 외 공간에 허혈성 병변, 출혈, 종괴, 수두증 등의 주요 이상 소견 없음.
 - (3) R/O UBOs(unknown bright objects) such as old ischemic foci or small vessel disease.
- 2) C-SPINE X-ray(2019년 10월 18일)
- (1) Disc space narrowing at C4-5.
 - (2) Straightening of C spine curvature.
- 3) Lab Finding(2019년 10월 19일)
- (1) NEUT : 48.90[50.0-70.0]
 - (2) Monocyte : 8.90[3.0-8.0]
 - (3) Eosinophil : 5.80[0.5-5.0]
 - (4) RBC : 3.64[4.0-5.4]
 - (5) Hgb : 11.50[12.0-16.0]
 - (6) Hct : 34.10[36.0-51.0]
 - (7) HBs Ab : Positive
- 4) EKG(2019년 10월 19일) : WNL
11. 계통적 문진
- 1) 消化 : 소화불량, 항상 더부룩함, 체기가 있음, 腹滿
 - 2) 大便 : 1회/일, 硬便
 - 3) 小便 : 5~6회/일, 정상
 - 4) 睡眠 : 睡眠不寧, 두통으로 인해 야간통이 있는 경우가 많고 수면이 어려움
 - 5) 脈診 : 脈弦細數
 - 6) 舌診 : 舌紅苔白, 口乾
 - 7) 胸 : 胸滿, 가슴 부위가 그득하고 답답한 느낌
 - 8) 汗 : 별무이상
 - 9) 寒熱 : 야간에 간헐적으로 상열감
 - 10) 面 : 面紅
 - 11) 性格 : 예민한 편
12. 치료 방법
- 1) 한 약 : 입원 기간 동안 開結舒經湯 2첩을 매 식후 30분, 하루 3회 복용하였다. 1첩은 총 13가지 약재로 구성된다(Table 1).

Table 1. The Composition of *Caegyeo/seogyeong-tang*

Herbal name	Botanical name	Dosage (g)
紫蘇葉	Perillae Herba	3.0
陳皮	Pericarp of <i>Citrus unshiu Markovich</i>	3.0
香附子	Rhizome of Cyperi	3.0
烏藥	Radix of <i>Lindera strichnifolia</i> Vill.	3.0
川芎	Rhizome of <i>Cnidium officinale</i> MAKINO	3.0
蒼朮	Rhizome of <i>Atractylodes lancea</i> DC	3.0
羌活	Radix of <i>Ostericum koreanum</i> Maximowicz	3.0
天南星	Rhizome of <i>Arisaema amurense</i> Maximowicz	3.0
半夏	Rhizome of <i>Pinellia ternata</i> Breitenbach	3.0
當歸	Radix of <i>Angelica gigas</i> Nakai	3.0
桂枝	Ramulus of <i>Cinnamomum cassia</i> Blume	1.5
甘草	Radix of <i>Glycyrrhiza uralensis</i> Fisch.	1.5
生薑	Rhizome of <i>Zingiber officinale</i> Roscoe	2.63
Total amount (g)		35.63

2) 침구 치료

- (1) 침 치료 : 멸균 제작된 0.25×30 mm stainless steel(동방침구 제작 일회용 호침)을 사용하였다. 침 치료는 1일 2회(오전, 오후) 시행하였고, 유침은 20분간 진행하였다. 太衝(LR3), 太陽(EXHN-5), 風池(GB20), 風府(GV16), 肩井(GB21), 頭維(ST8), 百會(GV20) 및 경추부 척추 기립근 상 압통점에 자침하였다.
- (2) 약침 치료 : 약침 치료는 1일 2회(오전, 오후) 시행하였으며, 사용된 약침은 대한약침학회의 '약침 시술 및 조제지침서'를 바탕으로 한 자생한방병원 약침 연구소가 제작한 황련 약침을 사용하였다. 清熱解毒의 효과가

있는 황련 약침(黃連, 黃芩, 黃柏, 梔子 약재로 구성)을 사용하여 兩側 GB20(風池) 및 압통점에 약 1 cc씩 주입하였다.

- (3) 전침 및 뜸 치료 : 전침 치료는 1일 2회(오전, 오후) 침 치료와 병행하였으며, 전침 치료 혈위는 肩井(GB21)으로, 해당 혈위에 전침을 연결하여 2 Hz 자극으로 약 20분간 전침 치료를 시행하였다. 뜸(간접구) 치료의 경우 1일 2회(오전, 오후) 시행하였으며, 사용한 간접구는 미니뜸(강화 미니뜸, 이화당, 한국) 간접구를 사용하였다. 치료 혈위는 中腕(CV12)으로 약 3-5분간 뜸 치료를 시행하였다.
- (4) 추나 치료 : 입원 기간 동안 1일 1회씩 양와위 경추 JS신연교정기법을 시행하였다. 양와위 경추 JS신연 교정기법은 경추 가동성 제한 및 가벼운 회전변위에 사용하는 추나 기법으로 환자는 양와위로 눕고 의사는 환자 머리 위에서 족방을 향하여 앉은 상태에서 시행한다. 총 3단계에 걸쳐 시행된다. 1단계는 양측 장근부로 환자 측두부를 받쳐주고, 의사의 양측 중지단으로 환자의 관절돌기면을 교대로 밀어준다. 2단계는 장근부를 측두부에 접촉하고 의사의 식지를 이용하여 환자의 관절돌기면을 좌우 교대로 돌려준다는 느낌으로 한 분절씩 거상한다. 3단계는 의사의 식지를 이용하여 제 6경추부터 제 2경추까지 환자의 관절돌기 후면을 들어서 관절돌기까지 가볍게 양측을 동시에 당겨주는 느낌으로 신연한다. 위 세 가지 동작을 제 6경추에서 제 2경추까지 차례대로 실시하고 2-3회 반복한다.

13. 치료 평가

- 1) Numeric Rating Scale(NRS, 숫자 통증 등급)
: 두통 및 경향통 지표는 NRS 문진을 통하여

측정하였다. NRS는 주관적인 통증을 객관적 수치로 기록하기 위해 사용하는 평가방법으로 그 신뢰도와 타당도가 이미 입증되었으며 숫자를 이용한다. 통증이 없는 상태(0), 참을 수 없는 통증(10)을 수직선 일직선 상 끝에 숫자로 표시하여 간격화한 후 환자가 통증 정도를 숫자를 선택하도록 하였다. 두통 및 경향통 정도를 NRS를 사용하여 입원 기간 동안 1일 1회 측정하였다.

- 2) Korean Headache Impact Test-6(KHIT-6)¹¹ : HIT는 6개의 항목에 대해 다섯 가지 빈도(한번도 그런 적이 없다, 드물게 그렇다, 때때로 그렇다, 매우 자주 그렇다, 항상 그렇다.)로 답하게 하여 두통으로 인해 발생하는 일상 생활 장애 정도를 평가하는 도구이다. 총 점수가 높을수록 두통이 초래하는 장애가 큰 것을 의미하며 최저 36점에서 최고 78점까지 가능하다. HIT-6를 한국어로 번역한 Korean Headache Impact Test-6를 사용하여 입원 시, 입원 2주 후, 퇴원 시 각 1회씩 총 3회 측정하였다. 사용된 KHIT-6는 타당도와 신뢰도가 확인되었다(Table 2).
- 3) European Quality of Life - 5 Dimensions scale (EQ-5D) : EQ-5D는 현재 널리 사용되고 있는 건강 관련 삶의 질을 측정하기 위한 도구로 한국인에게서 타당도와 유효성이 검증된 측정 도구이다¹². 문항은 총 5가지 운동 능력, 자기 관리, 일상 활동, 통증/불편, 불안/우울로 구성되어 있으며 이를 5가지 수준의 척도인 '전혀 문제없음', '약간 문제 있음', '중간 정도', '심각한 문제 있음', '불가능한 상태' 등의 형태로 답하도록 구성되어 있다. EQ-5D를 사용하여 입원 시, 입원 2주 후, 퇴원 시 각 1회씩 총 3회 측정하였다.

Table 2. Korean Headache Impact Test-6

1. 두통이 있을 때, 얼마나 자주 두통이 심하다고 느끼시나요?
① 한번도 그런 적이 없다 ② 드물게 그렇다 ③ 때때로 그렇다 ④ 매우 자주 그렇다 ⑤ 항상 그렇다
2. 얼마나 자주 두통 때문에 집안일, 직장일, 학교 또는 사회활동 등 일상생활에 지장을 받습니까?
① 한번도 그런 적이 없다 ② 드물게 그렇다 ③ 때때로 그렇다 ④ 매우 자주 그렇다 ⑤ 항상 그렇다
3. 두통이 있을 때 누워서 쉬고 싶을 때는 얼마나 자주 있습니까?
① 한번도 그런 적이 없다 ② 드물게 그렇다 ③ 때때로 그렇다 ④ 매우 자주 그렇다 ⑤ 항상 그렇다
4. 지난 4주 동안, 얼마나 자주 두통 때문에 일 또는 일상생활을 못할 정도로 피곤했나요?
① 한번도 그런 적이 없다 ② 드물게 그렇다 ③ 때때로 그렇다 ④ 매우 자주 그렇다 ⑤ 항상 그렇다
5. 지난 4주 동안, 얼마나 자주 두통 때문에 짜증이나 신경질이 났습니까?
① 한번도 그런 적이 없다 ② 드물게 그렇다 ③ 때때로 그렇다 ④ 매우 자주 그렇다 ⑤ 항상 그렇다
6. 지난 4주 동안, 얼마나 자주 두통 때문에 일 또는 일상생활에 집중하기 힘들었습니까?
① 한번도 그런 적이 없다 ② 드물게 그렇다 ③ 때때로 그렇다 ④ 매우 자주 그렇다 ⑤ 항상 그렇다

III. 결 과

1. 치료 경과

1) 2019년 10월 18일-10월 25일(치료 1주차)

입원 시 하루 종일 양측에 나타나는 무거운 두통과 목부터 좌측 승모근까지의 경항통을 호소하였다. 두통은 두개골 전반에 띠를 두른 듯한 양상으로 호소하였으며, 좌측 승모근까지 통증이 퍼져 어깨에 짓누르는 듯한 묵직한 통증이 느껴진다고 하였다. 특별하게 두통이 나타나는 시간대나 유발되는 자세는 없었으나 1일 5-6회 많으면 8회까지 통증의 빈도를 보였다. 본 증상 이외에도 간헐적으로 가슴 답답함과 수지 뻣뻣함을 호소하였다. 두통을 완화시키기 위하여 입원 시부터 開結舒經湯을 매 식후 30분, 하루 3회 복용하였다. 입원 이틀 차에는 야간에도 두통 및 경항통이 나타났으며 수지뿐만 아니라 양쪽 하지 뻣뻣함과 저린감도 간헐적으로 호소하였다.

2) 2019년 10월 26일-11월 2일(치료 2주차)

입원 2주차부터 두통이 조금씩 나아지는 증상을 보였고 특히 경항통이 감소되어 목을 좌우로 움직이는 운동 범위가 증가하였다. 양측에 전반적으로 나타났던 두통은 이마쪽으로 옮겨져 전두통을 호소하였다. 두통의 빈도는 여전히 1일 5-6회 나타났

다. 가슴 답답함의 증상은 아직 남아있었으며 수지 및 하지 뻣뻣함은 간헐적으로 나타났다. 탕약을 복용 후 설사 증세가 있어 消導止瀉散을 이틀간 추가적으로 투여 후 설사 증세는 호전되었다.

3) 2019년 11월 3일-11월 10일(치료 3주차)

경항통은 많이 감소되었으나 두통은 아직 2주차와 비슷한 정도로 남아있었다. 야간에 나타나는 두통은 줄어들었으나 낮 시간대에는 아직 두통이 간헐적으로 나타났다. 두통 부위는 전두통으로 나타났던 2주차와는 다르게 양측 측두근 부위로 통증 부위가 옮겨갔으며 일상 생활에 의해 통증이 심해지지는 않았다. 가슴 답답함은 야간에 특히 심하게 나타났으며 수면에도 영향을 주어 불면 증세를 가끔 호소하여 酸棗仁湯(복합EX)를 추가적으로 3일간 투여 후 호전되었다. 2주차에 나타났던 설사 증세는 호전되어 3주차에는 정상적인 대변의 양상을 보였다.

4) 2019년 11월 11일-11월 18일(치료 4주차)

두통의 정도와 빈도는 줄어들었으나 지속적으로 증상이 나타나 2019년 11월 15일 Brain MRI를 촬영하였다. Brain MRI 결과 '양측 전두부와 좌측 측두부에 작은 고음영 부분이 있으며 이는 과거 허혈성 부분이거나 혈관성 질환일 수 있으나 주요 이상소견이 아니며 현재 신경학적 증상이 없어 큰

임상적 의미는 없다.’는 판독을 받았다. 본 병원에서 촬영한 MRI로 Local 내과 내원하여 별무이상 진단받았다. 경항통과 좌측 승모근 통증은 3주차에 비해 크게 감소하였다. 두통은 양측 측두부에서 지속적으로 나타났으며 빈도수는 1일 3-4회로 줄어들었다. 수지 및 하지 뻣뻣함 정도도 2주차에 비해 감소하였다.

5) 2019년 11월 19일-11월 28일(치료 5주차)

두통의 빈도가 1일 1-2회 정도로 크게 감소하였고 통증의 정도도 감소하였다. 통증 부위는 양측 측두부에서 후두부 부위로 이동하였다. 간헐적으로 나타났던 가슴 답답함과 수지 및 하지 뻣뻣함도 호전되어 거의 호소하지 않았다. 경항통과 좌측 승모근 통증도 감소하였으나 아직 간헐적으로 나타났다.

2. 치료 평가 상 변화

1) NRS

2019년 10월 18일 입원 1일차에 두통에 대한 NRS는 9였으며, 11월 1일 입원 2주차에는 NRS 8, 11월 28일 퇴원 시에는 NRS 4로 감소하였다(Fig. 1).

2) K-HIT6

2019년 10월 18일 입원 1일차에 K-HIT6 점수는 68이었으며, 11월 1일 입원 2주차에는 50, 11월 28일 퇴원 시에는 48으로 감소하였다(Fig. 2).

3) EQ-5D

2019년 10월 18일 입원 1일차에 EQ-5D는 0.477이었으며, 11월 1일 입원 2주차에는 EQ-5D 0.511, 11월 28일 퇴원 시에는 EQ-5D 0.719로 증가하였다(Fig. 3).

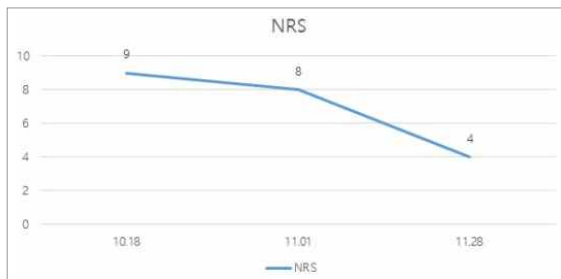


Fig. 1. Changes is the NRS by date.

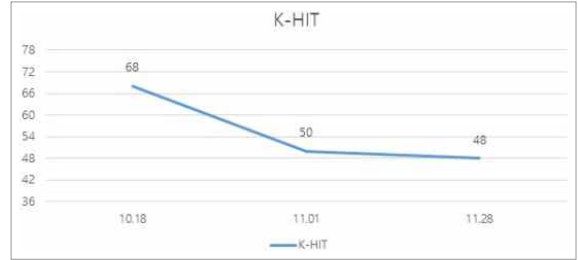


Fig. 2. Changes is the K-HIT6 by date.

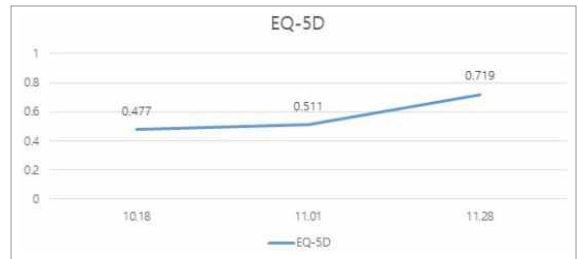


Fig. 3. Changes is the EQ-5D by date.

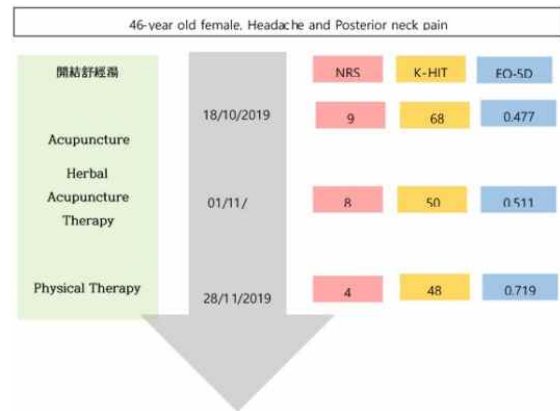


Fig. 4. Case report time line.

IV. 고 찰

두통은 1년 유병률이 47~70%인 흔한 증상으로, 전체 인구 중 90%이상이 일생에 한 번 이상 겪게 된다. 세계보건기구의 편두통, 긴장형두통, 그리고 만성 매일 두통에 의한 부담에 대한 인구집단연구에 따르면, 전 세계적으로 두통의 유병률은 47%이며, 편두통은 10%, 긴장형 두통은 38%로 보고되었다¹³. 2013년 국제두통학회에서는 ICHD-III 두통을

편두통, 긴장형 두통, 삼차신경 자율신경성 두통, 기타 일차성 두통, 두경부 외상 및 손상에 의한 두통, 두 개 또는 경부 혈관질환에 의한 두통, 감염증에 의한 두통 등 14항목으로 분류하였다¹⁴(Table 3). 이 중에서 임상에서는 근육 수축에 의한 긴장형 두통과 뇌혈관 확장에 의한 편두통이 가장 높은 비율을 차지하고 있다. 긴장형 두통은 저빈도 삽화 긴장형 두통, 고빈도 삽화 긴장형 두통, 만성 긴장형 두통, 개연 긴장형 두통으로 보다 세부적으로 구분할 수 있다(Table 4).

긴장형 두통은 남성이 69%, 여성이 88%로 여성에서 흔하고 20세에서 50세 사이에 이환되는 경우가 많으며 남녀 모두에서 나이가 증가함에 따라 줄어드는 경향을 보인다¹⁵. 긴장형 두통은 치료에 잘 반응하며 장기적인 합병증이나 후유증도 남기지 않는 편에 속한다. 긴장형 두통을 객관적으로 확진할 수 있는 영상학적 또는 임상 병리적 검사가 없기 때문에 보통 임상 소견으로 진단된다. 긴

장형 두통의 임상 증상은 비박동성, 양측성, 중등도 이하의 강도, 일상적인 활동에 의하여 악화되지 않는 특징을 가진다. 긴장형 두통은 현재 임상에서 가장 많이 대두되고 있는 증상임에도 불구하고 병인과 기전 및 치료법은 아직까지 모호한 실정이다. 현재 가장 유력한 기전은 두개골 및 경추부 근육의 지속적 수축과 경련에 의한 근육의 순환 장애다. 근육의 순환 장애로 브라디키닌, 유산, K⁺ 같은 발통 물질이 유리 축적되어 침해 수용기를 자극하고, 동통이 발생되며 침해 수용기에서의 지속적인 자극은 척수에 있어서 교감신경을 흥분시켜서 두경부 근육의 수축, 순환장애를 더욱 증대시켜 동통의 악순환을 형성한다¹⁶. 긴장형 두통의 치료는 보통 약물치료, 물리치료, 근전도생체피드백 등이 활용되고 있으며 가장 대중적으로 활용되는 치료는 약물치료이다. 주로 NSAIDs, 아세트아미노펜 등이 급성기 통증 완화치료로 사용되며, 예방치료로서 근이완제, 항전간제 및 항우울제 등도 사용되고 있다^{5,8}.

Table 3. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition

Part I : The primary headaches
1. Migraine
2. Tension-type headache (TTH)
3. Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)
4. Other primary headache disorders
Part II : The Secondary headaches
5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck
6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder
7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder
8. Headache attributed to a substance or its withdrawal
9. Headache attributed to infection
10. Headache attributed to disorder of homoeostasis
11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure
12. Headache attributed to psychiatric disorder
Part III : Neuropathies & Facial Pains and other headaches
13. Painful lesions of the cranial nerves and other facial pain
14. Other headache disorders

Table 4. The Criteria of Tension Type Headache

<p>1. Infrequent episodic tension-type headache</p> <p>A. At least 10 episodes of headache occurring on <1 day/month on average (<12 days/year) and fulfilling criteria B-D</p> <p>B. Lasting from 30 minutes to 7 days</p> <p>C. At least two of the following four characteristics</p> <p>1) Bilateral location</p> <p>2) Pressing or tightening (non-pulsating) quality</p> <p>3) Mild or moderate intensity</p> <p>4) Not aggravated by routine physical activity such as walking or climbing stairs</p> <p>D. Both of the following</p> <p>1) no nausea or vomiting</p> <p>2) no more than one of photophobia or phonophobia</p> <p>E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis¹.</p>
<p>1-1. Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness</p> <p>A. Episodes fulfilling criteria for 1. Infrequent episodic tension-type headache</p> <p>B. Increased pericranial tenderness on manual palpation.</p> <p>1-2. Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness</p> <p>A. Episodes fulfilling criteria for 1. Infrequent episodic tension-type headache</p> <p>B. No increase in pericranial tenderness.</p> <p>2. Frequent episodic tension-type headache</p> <p>A. At least 10 episodes of headache occurring on 1-14 days/month on average for >3 months (≥12 and <180 days/year) and fulfilling criteria B-D</p> <p>B. Episodes fulfilling criteria for 1. Infrequent episodic tension-type headache B-D</p>
<p>3. Chronic tension-type headache</p> <p>A. Headache occurring on ≥15 days/month on average for >3 months (≥180 days/year), fulfilling criteria B-D</p> <p>B. Lasting hours to days, or unremitting</p> <p>C. Episodes fulfilling criteria for 1. Infrequent episodic tension-type headache B-D</p>
<p>4. Probable tension-type headache</p> <p>Tension-type-like headache missing one of the features required to fulfil all criteria for a type or subtype of tension-type headache coded above, and not fulfilling criteria for another headache disorder.</p>

한의학에서 頭痛에 관한 역대문헌을 살펴보면, 《黃帝內經》, 《黃帝內經靈樞》에서는 頭痛을 下虛上實, 熱甚氣逆, 外感風寒, 歲氣太過或不及, 三陰三陽氣厥, 大寒至骨髓, 惡血로 인한 것으로 보고 있으며¹⁷, 巢元方은 《巢氏諸病原候總論》에서 두통의 病因病理를 體虛한데 陽經脈이 風의 侵入을 받아 발생한다고 보고 運動勞役으로 陽氣를 發泄하면 腠理가 開하게 되므로 頭面을 순행하는 陽經脈이 受風하여 頭痛이 생긴다고 하였다¹⁸. 또한 李昊

는 《東垣十種醫書》에서 頭痛을 傷寒, 濕熱, 寒濕, 氣虛, 血虛, 痰厥, 三陰三陽頭痛으로 나누었으며 內證頭痛과 外感頭痛으로 나누었고¹⁹, 李梴은 《醫學入門》에서 氣滯, 血虛, 腎虛, 痰火, 食積을 內傷頭痛의 誘因이 된다고 하였고, 七情을 病因으로 설명하였다²⁰. 이처럼 역대 의가들은 頭痛을 氣血의 偏衰, 痰, 肝氣上逆, 腎虛 등의 내적 요소와 六淫 등의 외적 요소로 구분하여 보고 있으며, 다양한 분류 기준을 제시하였다²¹. 이와 같은 긴장형 두통에

대한 한의학적 치료 임상연구는 주로 침 치료 효과 연구가 대부분이며 한약 치료나 복합적 한방치료에 관한 연구의 수는 많지 않다^{22,23}.

본 증례는 긴장형 두통 환자에 대한 開結舒經湯을 위주로 한 복합적 한방 치료 시행 결과 유의한 효과를 보였다. 상기 증례의 환자는 2019년 9월경 일상생활 후 두통이 빈번하게 발생하여 두통을 주소증으로 입원하였다. 2019년 10월 18일 내원 당시 하루 종일 양측에 나타나는 무거운 두통과 목부터 좌측 승모근까지의 경항통을 호소하였다. 두통은 두개골 전반에 퍼져 두른 듯한 양상으로 호소하였으며, 좌측 승모근까지 통증이 퍼져 어깨에 짓누르는 듯한 목직한 통증이 느껴진다고 하였다. 특별하게 두통이 나타나는 시간대나 유발되는 자세는 없었으며 하루에 5-6번 많으면 8번까지 통증의 빈도를 보였다. 빛 공포증, 구역이나 구토 등 신경학적 증상은 동반되지 않았으며 2019년 11월 15일 본원에서 촬영한 두부자기공명영상(MRI) 검사 상 뇌출혈과 같은 기질적 병변은 발견되지 않았다. 이에 평균 1개월 내에 두통이 적어도 10회 이상 나타났고, 최소 1시간에서 최대 하루 이상 두통이 지속되며 비박동성, 양측성의 조이는 느낌의 양상을 보인다는 점, 구역이나 구토 및 광과민 현상을 동반하지 않은 점, 기타 다른 질환에 기인하지 않은 점 등을 미루어 보아 2013년 국제두통학회의 진단기준 ICHD-III(Table 3)에 따라 긴장형 두통으로 진단하였다. 양방적 이론이나 한방적 이론에서 모두 '긴장형 두통'의 공통적인 기전으로 '순환 장애'를 언급하고 있다. 양방 기전에서는 '근육의 순환장애, 수축이 진행되어 통증이 발생한다.'라고 서술되어 있으며, 한방적 기전에 따르면 《東醫寶鑑》에서 經氣가 上逆하여 清道를 침범하거나 邪氣가 바깥에서 侵襲하여 經氣가 운행하지 못하면 막혀서 두통이 되고²⁴ 《靈樞》에서는 氣血이 運行이 逆上하면 頭痛이 발생할 수 있다고 한다¹⁷. 이와 같이 氣血의 運行이 調和롭지 못하여, 經氣가 운행하지 못하여 막혀서 두통이 발생한다고 하였다. 즉 긴장형

두통의 주요한 요인으로 양방 한방 모두 '순환 장애'를 언급하고 있으며 순환 장애를 일으키는 요인 중 가장 주요한 요인으로 七情을 들고 있다⁶. 七情內傷으로 肝氣가 鬱結되거나 氣滯로 인하여 두통이 발생한다. 氣鬱은 임상적으로 목이나 어깨, 등, 옆구리, 가슴이나 또는 복부의 근육이나 근막이 긴장되고 신경이 항진된다. 정서의 변화에 따라 통증의 정도가 심했다 덜했다 하며 통증의 부위도 변하는 특징이 있다. 또한 정신적 스트레스로 생각이 많아지면 情志가 不和하여 鬱怒傷肝하게 되고 肝이 條達作用을 상실하여 氣鬱化火한다. 《臨証指南醫案·鬱·華岫雲按》에 따르면 '鬱하면 氣滯되고, 氣滯가 오래되면 반드시 熱로 변화된다'라고 하였는데 火性은 炎上하므로 火邪가 상승하여 清竅를 요란케하므로 두통이 발생하며 이를 肝陽上亢 두통이라고 한다²⁵. 肝陽上亢 두통은 임상적으로 두통과 현훈이 발생하며, 心煩易怒, 睡眠不寧, 或兼脇痛 등의 증상이 나타난다.

본 증례 환자의 경우, 평소 스트레스를 쉽게 받고 胸悶, 脇痛 등을 호소하여 七情으로 인해 經氣가 운행하지 못하면서 肝氣가 鬱結되거나 氣滯로 인하여 정상적인 순환기능에 장애를 미쳐 두통 및 경항통을 일으킨 것으로 판단하였다. 消化不良, 睡眠不寧, 脈弦細數, 舌紅苔白, 가슴부위가 그득하고 답답한 느낌, 수지 및 하지 뻣뻣함 등의 증상들을 참고하여 氣鬱, 肝陽上亢 頭痛으로 변증하고 한약, 침, 뜸, 추나 등의 복합적 한방 치료를 시행하였다. 한약치료는 理氣開鬱, 行氣, 活血하고 祛濕痰을 목적으로 開結舒經湯을 투여하였다. 침 치료는 諸陽明之會이기에 頭部의 經氣를 소통시키기 위하여 원위취혈로 手陽明經의 合谷(LI4)과 足陽明經의 足三里(ST36)를 취하였다. 熄肝風, 潛肝陽, 清神志舉陽氣下陷목적으로 百會(GV20), 清熄肝火 肝陽, 疏肝理氣 하는 太衝(LR3)을 취하였으며 太陽(EXHN-5), 風池(GB20), 風府(GV16), 肩井(GB21), 頭維(ST8)등 경추부 척추 기립근 상 압통점에 자침하였다. 약침 치료는 기능성 두통치료에 효과가

있는 황련해독 약침을 사용하여 GB20(風池) 및 압통점에 약 1 cc씩 주입하였다²⁶. 뜸은 化濕滯, 理中焦, 調升降작용이 있는 中脘부위에 뜸을 간접구로 1일 2회 시술하였다. 추나 요법은 양와위 경추 JS 신전 기법 및 상부승모근 이완/강화 기법을 사용하여 환자가 호소하는 경추부 및 승모근 근육의 비정상적인 긴장을 완화시켰다. 開結舒經湯은 《東醫寶鑑》에 “治婦人七情六鬱 氣滯經絡 手足麻痺”, 《醫監》에서는 開鬱舒經湯이라 하여 “氣鬱麻木을 치료하는 처방이다.”라고 되어있다. 본방은 紫蘇葉, 香附子로 발산시키고 行氣하는 烏藥과 陳皮를 가하여 氣鬱을 치료하고 當歸, 川芎으로 行氣活血시키고 天南星, 半夏로 經絡에 울체된 痰飲을 없애주는 한편 羌活, 蒼朮과 더불어 祛濕止痛하고 桂枝로는 溫經通絡하게 된다. 따라서 본방은 理氣開鬱, 行氣, 活血하고 祛濕痰하며 溫經通絡之劑를 사용하여 七情六鬱로 氣, 血, 痰이 經絡에 울체되어 발생하는 증상을 치료하는 방제이다^{27,28}. 보통은 七情六鬱로 인한 부인의 수족마비 치료에 자주 사용되나 본 증례의 환자가 婦人七情六鬱로 인한 氣滯, 痰이 형성되어 발생한 두통이 있고 理氣不利로 인한 수지 및 하지의 뻣뻣함이 간헐적으로 나타났기에 理氣開鬱의 목표로 본 방을 처방하였다.

환자는 입원 기간 중 두통 NRS가 9에서 4로 감소하였다. 비록 두통의 위치와 빈도 및 시간대가 매일 변화였지만 최종적으로 두통의 강도가 감소하는 양상을 보였다. K-HIT6는 입원 시 68점에서 퇴원 시 48점으로 두통으로 인해 발생하는 일상생활 장애가 개선된 것을 확인하였다. 특히 입원 시부터 입원 2주차까지 68점에서 58점으로 변화 감소 폭이 컸다. 본 증례의 환자는 두통을 느끼는 정도가 줄어들었으며 빈도도 1일 6-8회에서 1-2회로 줄어들었으며 정신적인 스트레스 측면에서도 개선되었다고 하였다. EQ-5D는 입원 시 0.477점에서 퇴원 시는 0.719점이었다. 입원 전 후 삶의 질 평가에서 호전이 관찰되었다.

본 증례는 氣滯 및 肝陽上亢頭痛으로 진단된 긴

장형 두통에 대한 開結舒經湯의 유효한 효과를 관찰하였다. 긴장형 두통은 양방적 치료 방법도 단순한 진통제 이외에는 뚜렷한 치료 방법이 없으며, 항 우울제 등의 약물을 예방적 차원에서 투여하지만 약물 과용 혹은 약물 부작용이 우려될 가능성이 높다⁵. 하지만 한방치료에서는 긴장형 두통을 원인에 따라 氣虛頭痛, 肝陽上亢頭痛, 血虛頭痛, 痰積頭痛 등으로 변증하여 이미 두통 치료에 적합하다고 연구된 침, 약침 및 한약 치료 등을 시행하여 보다 효과적으로 치료 할 수 있다. 실제 긴장형 두통에 대한 한방치료의 호전빈도는 81.3%로, 긴장형 두통에 대한 한방치료의 유용성이 입증되고 있다⁹. 연구에 따르면 긴장형 두통에 체침과 이침을 병용하여 치료한 결과 총 유효율이 74.7%였다¹⁰. 이와 같이 긴장형 두통을 한의학적인 변증을 적용하여 다양한 변증적 치료를 연구하고 환자에게 적용하는 것은 임상적 의미가 있다.

본 증례는 기존 긴장형 두통 관련 연구에서 비교적 많이 다루어지지 않았던 開結舒經湯을 주 처방으로 하는 연구라는 점에 의의가 있다. 하지만 침, 약침, 추나 치료 및 한약 치료의 복합적인 치료가 시행되었기 때문에 ‘開結舒經湯’ 치료의 단독 효과를 입증하기에는 어려운 점이 있다. 증례가 1례에 불과하며 대조군 연구가 아니기 때문에 일반화하기에도 역시 어려움이 있다. 추후 더욱 체계적인 연구를 통하여 긴장형 두통 환자의 구체적인 임상 양상을 밝히고 치료 효과를 입증하여야 할 것이다.

V. 결 론

본 증례에서 저자는 2019년 10월 18일부터 2019년 11월 28일까지 자생한방병원 한방내과에 입원하여 긴장형 두통 환자를 한의학적으로는 婦人七情六鬱 및 스트레스로 유발된 氣滯와 濕痰, 肝陽上亢頭痛으로 변증하여 開結舒經湯을 투여, 침 및 추나 등의 치료를 시행한 결과, 비교적 단기간에 두통을 포함한 제반증상이 유의한 호전을 보여 보고

하는 바이다.

참고문헌

1. Van de lisonk EH. Perceived and presented morbidity in general practice: A study with diaries in four general practices in The Netherlands. *Scand J Prim Health Care* 1989;7(2):73-8.
2. McIntyre FL. Dimensi ons One in a Million: When Extraordinary Cases Occur in an Ordinary Practice. *J Fam Pract* 1993;36(1):17-8.
3. Kim HK, Youn HM, Ahn CB. Clinical studies on hwangryunhaedoktang herbal-acupuncture therapy on functional headache. *J Korean Institute of Herbal Acupunct* 2006;9(3):131-8.
4. Kang SY, Kang JH, Ko SH, Koo BD, Koo JS, Kwon KH, et al. Textbook of neurology. The 2nd edition. Seoul: Bummooneducation; 2012, p. 256.
5. Kwak BM, Kim MJ, Kim YM, Lee JM, Park YC, Cho JH, et al. Persisting Effects of Acupuncture Method for Chronic Tension-type Headache:A Randomized Controlled Trial. *J of Acupuncture Research* 2008;25(2):165-77.
6. Kang SI, Shin YC, Kang SK. A study of the oriental medical therapy on headache. *J Korean Med* 1992;13(1):324-35.
7. The Textbook Compilation Committee of Internal Medicine of Heart of oriental medical schools in nation. The Internal Medicine of Heart of Oriental Medicine. 4th ed. Seoul: Goonja Publishment. 2006, p. 299-316.
8. Park YH. A Study of oriental-western medical research in tension headache. *J of oriental neuropsychiatry* 2004;15(1):1-7.
9. Lee JW, Jeong DG. A Clinical Observation on Tension-Type Headache. *J of oriental neuropsychiatry* 1997;8(1):127-40.
10. Kim YS, Kim SH. A clinical review on the effect of Acupuncture(body and ears) treatment for strained head-ache. *J Korean Orient Med* 1996;17(1):433-46.
11. Chu MK, Im HJ, Ju YS, Kim JY, Kim YJ, Yu KH, et al. Validity and Reliability Assessment of Korean Headache Impact Test-6 (HIT-6). *J Korean Neurol Assoc* 2009;27(1):1-6.
12. Kim SH, Ahn JH, Ock MS, Shin SJ, Park JY, Nan Luo, et al. The EQ-5D-5L valuation study in Korea. *Quality of life research* 2016;25(7):1845-52.
13. The Korean Headache Society. Headache. Seoul: Goonja Publishment; 2009, p. 183-4.
14. Zhang XW, Zhou ZB, Steiner T, Zhang W, Liu RZ, Dong Z, et al. Validation of ICHD-3 beta diagnostic criteria for 13.7 Tolosa-Hunt syndrome: Analysis of 77 cases of painful ophthalmoplegia. *Cephalalgia* 2014;34(8):624-56.
15. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;279(5):381-3.
16. The Korean Pain Society. Pain Medicine. the 2nd edition. Seoul: Goonja Publishment; 2000, p. 88-92.
17. Bae BC. Hwangzenekeongdokhe. Seoul: Sungbosa; 2000, p. 66, 116, 162-5, 221, 265.
18. 巢元方. 巢氏諸病原候總論. 台北: 國立醫案研究所; 1964, p. 8.
19. 李東垣. 東垣十種醫書. 서울: 大星文化社; 1989, p. 181-5.
20. 朱丹溪. 改訂版丹溪心法. 서울: 大星文化社; 1982, p. 461.
21. Bang CH, Yun JM. Case Study of Chronic Headache Patient by Oriental Medical Treatment. *JPPKM* 2010;4(6):1105-10.
22. Kong HW, Kim JW, Shin HK, Park SJ. A

- clinical report of Tension Headache. *J of oriental neuropsychiatry* 2005;16(2):259-66.
23. Lee SM, Hwang KS, Han HC, Jeong HS. Clinical Study of Different Effect between Trigger Point Needling and Remote Acupuncture Point Needling on Tension - type Headache. *J of Acupuncture Research* 2001;18(1):14-20.
24. 許浚. 對譯東醫寶鑑. 서울: 法仁文化社: 1999, p. 487, 1135-8, 1141-3.
25. The Textbook Compilation Committee of Internal Medicine of Heart of oriental medical schools in nation. The Internal Medicine of Heart of Oriental Medicine. 4th ed. Seoul: Goonja Publishment, 2006, p. 370-5.
26. Lee DY, Lee SH, Kang HW, Lyu YS, Jang HH. Clinical Studies on HWANGRYUNHAEDOKTANG Herbal Acupuncture Therapy on Headache. *J of Korean Institue of Pharmacopuncture*. 2003; 6(1):52-60.
27. Kang SY, Kim HJ, Shim HN, Yoon JW, Kim WS, Sim KJ, et al. A Case of Conversion Disorder Treated with Gaegyeolseogyong-tang. *Korean J Orient Int Med* 2004;25(3):590-5.
28. 尹用甲. 東醫方劑와 處方解說. 서울: 醫聖堂: 1998, p. 571-2.