

# 군발 두통 환자의 한방 치료 치험 1례: 증례 보고

김만기, 조한별, 김근우, 구병수

동국대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

## Korean Medicine Treatment for a Patient with Cluster Headache: A Case Report

Man-Gi Kim, Han-Byul Cho, Geun-Woo Kim, Byung-Soo Koo

Department of Oriental Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Dongguk University

**Received:** May 9, 2022

**Revised:** June 14, 2022

**Accepted:** June 18, 2022

### Correspondence to

Byung-Soo Koo  
Department of Oriental  
Neuropsychiatry, Dongguk University  
Ilsan Medical Center, 27 Dongguk-ro,  
Ilsandong-gu, Goyang, Korea.  
Tel: +82-31-961-9140  
Fax: +82-31-961-9009  
E-mail: koobs1009@gmail.com

**Objectives:** The purpose of this study was to report the effect of Korean medicine (KM) treatment on a patient diagnosed with cluster headache.

**Methods:** The patient included in this study was diagnosed with cluster headache who received KM therapy (herbal medicine, acupuncture, moxibustion, cupping, and chu-na treatment). The main symptom of the patient was pain in the left occipital region and orbital region. It was diagnosed as a pattern of liver depression and spleen deficiency by oriental medicine. During the hospitalization period, treatment effect was evaluated by NRS. HIT-6, BDI, and STAI were additionally performed to assess depression and anxiety.

**Results:** After 24 days of treatment, the intensity of headache decreased from NRS7 to NRS3. During follow-up at two weeks, there was no pain. Normal daily activities were possible.

**Conclusions:** Korean medical approach might be useful for pain relief and restoration of daily living ability for patients with cluster headache.

**Key Words:** Cluster headache, Korean medicine, Case report.

## I. 서론

군발 두통(Cluster Headache)은 삼차 자율 신경 두통의 일종으로, 편측 안구 주위 또는 관자놀이 부위의 극심한 통증과 함께 눈물, 땀, 결막 충혈, 콧물 등과 같은 자율 신경 증상이 동반되는 특징을 보인다<sup>1)</sup>. 긴장성 두통, 편두통과 함께 원발성 두통으로 분류되나 상대적으로 발생 빈도는 낮은 편으로, 1년 유병률은 100,000명당 3명~150명, 평생 유병률은 0.12%으로 보고되며, 남성이 여성보다 2.5배 더 흔하게 나타난다<sup>2)</sup>. 두통 중 가장 높은 수준의 통증을 보이기 때문에 군발 두통 발병 이후에 우울증이 발생할 확률이 정상인에 비해 5.6배 높으며, 군발 두통 환자의 55%에서 자살 생각이 발생한다고 알려져 있다<sup>3)</sup>.

군발 두통의 치료는 급성기, 예방기, 과도기에 따라 나뉘는데, 급성기에는 약 15~180분의 단기간의 발작에 빠른 효과를 보기 위해 고유량 산소 흡입 및 트립탄 계열 약물이, 예방기에는 통증 발작 발생을 예방하는 것을 목표로 베라파밀과 리튬이, 급성기와 예방기 사이의 과도기에는 경구용 스테로이드와 후두하 주사 치료가 권장된다<sup>3)</sup>. 하지만 약 20%의 환자는 산소 치료에 반응하지 않으며, 가정 산소 치료 시 국내에서 급여 지원이 되지 않는 점과 환자가 큰 산소통을 구비해서 사용하기에 번거롭다는 단점이 있다. 또한 국내에서는 즉각적으로 효과를 낼 수 있는 주사제나 비강 흡입 트립탄 계열은 처방받을 수 없는 실정이다<sup>4)</sup>.

한편 한의학에서 군발 두통은 병위와 동반되는 자율 신경계 증상으로 미루어볼 때 기존 고서의 미릉골통(眉棱骨痛)과 유사한 점이 많다. 변증으로는 풍담어조(風痰瘀阻), 간한기체(肝寒氣滯), 간음휴허(肝陰虧虛), 어조뇌락(瘀阻腦絡) 등이 제시되며, 간경(肝經)과 연관된 변증이 많다<sup>5)</sup>. 일반적으로 한의학에서는 두통의 병인을 풍한(風寒), 풍열(風熱), 풍습(風濕)의 외감(外感)과 간양상항(肝陽上亢), 신허(腎虛), 기허(氣虛), 혈허(血虛), 습담(濕痰), 어혈(瘀血), 열결(熱厥) 등의 내상으로 분류하며 허실(虛實)을 감별해서 치료하는데, 군발 두통은 통증이 매우 심하기 때문에 실증(實證)을 우선적으로 고려하는 경향이 있다<sup>5,6)</sup>.

기존 한의계에서 군발 두통에 대한 진료 지침은 마련되어 있지 않으며, 관련 국내 증례는 소양인 소양상풍증 환자에 대한 1례<sup>7)</sup>, 허혈성 심혈관 질환자에 대한 1례<sup>8)</sup>의 총 2편으로 극히 드문 편이다. 본 증례에서는 군발 두통을 주사로 내

원한 50대 남자를 간울비허(肝鬱脾虛)로 변증하여 한약, 침, 뜸, 부항, 아로마, 추나 요법을 포함한 한방 치료를 시행한 1례를 보고하고자 한다.

## II. 증례

### 1. 연구의 허가

본 연구는 동국대학교 일산한방병원 기관생명윤리위원회(IRB) 심의 후 심의 면제를 받았다(심의번호: DUIOH 2022-05-001).

### 2. 개인 정보(성별/나이/인종/직업)

남성/만 50세/한국인/회사원.

### 3. 주소증

#### 1) 두통

##### (1) 부위

좌측 후두부에서 두정부, 심할 경우 관자놀이 및 안와까지 통증이 발생한다고 한다.

##### (2) 양상

압박받는 양상이며, 통증 발생 시 멍해진다고 한다.

##### (3) 심화

새벽 수면 중, 스트레스 발생 시 심화된다고 한다.

##### (4) 완화

주간 활동 시 완화된다고 한다.

#### 2) 동반 증상

##### (1) 오심

두통 증상 심화시 상복부에 메스꺼운 증상이 동반된다고 한다.

##### (2) 좌측 안구 통증

좌측 안구 뻑뻑함 일중 지속되며, 두통 증상 발생시 안구 통증 발생하며, 눈물 흘리는 증상 생긴다고 한다.

### 4. 발병일

2020-06월경.

## 5. 치료기간

2020.09.24.~2020.10.17 (총 24일).

## 6. 현병력

평소 신경학적 기저 질환 특별히 없었던 분이나, 2020년 6월경 업무적인 스트레스 받은 이후 후두부~안와까지 극심한 통증 발생하였다. 타병원 신경과 입원하여 시행한 Brain Magnetic Resonance Imaging (B-MRI), Brain Computed Tomography (B-CT) 검사상 특별한 이상 없었으며, 약물 복용 및 재활 치료 시행 후 증상 소폭 완화되었다. 2020년 9월경 돌연 두통 심화되어 타병원 신경과 입원하여 재시행한 B-MRI, B-CT 검사상 특별한 이상 없었으나, 약물 복용 및 재활 치료 시행 후에도 증상 호전되지 않아 2020-09-24 본원 한방신경정신과에 입원하였다.

## 7. 과거력

### 1) 충수염

2015년경 진단받았으며, 외과 의원에서 충수절제술을 시행하였다.

### 2) 과민성 방광염

2020년경 진단받았으며, 비뇨기과 의원에서 시행한 경직장 초음파 검사상 특별한 이상이 없었다.

## 8. 가족력 및 사회력

### 1) 가족력

친모에게 고혈압, 당뇨 있으나, 군발 두통, 편두통의 가족력은 없었다.

### 2) 사회력

#### (1) 흡연

과거 1/2갑씩 10년간 피웠으나, 20년 전 중단했다.

#### (2) 음주

과거 2주에 1번 소주 1병씩 30년간 마셨으나, 최근 두통 발생 이후 중단했다.

## 9. 검사 소견

### 1) 일반 혈액 검사

입원 다음날 시행한 혈액 검사상 Hct 38.9로 정상 참고치인 39~49보다 조금 낮게 나왔고, 그 외에는 정상 소견이었다.

### 2) 방사선학적 소견

입원 전날 시행한 흉부 엑스레이 검사상 특별한 문제가 발견되지 않았다.

### 3) 심전도 소견

입원 이틀 후에 시행한 심전도 검사상 특별한 문제가 발견되지 않았다.

### 4) 신경학적 검사

입원 당일 시행한 신경학적 검진 상 특별한 문제가 발견되지 않았다.

### 5) 설문 검사

#### (1) BDI (Beck Depression Inventory)

BDI는 우울 증상의 유무 및 심각도를 평가하기 위해 널리 쓰이는 자가 보고식 설문으로 0~13은 약간의 우울, 14~19점은 경미한 우울, 20~28은 중증도 우울, 29~63은 심각한 우울로 평가한다<sup>9)</sup>. 본 환자의 입원 당시 점수는 24점이었다.

#### (2) STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

STAI는 특정 상황에서 느끼는 불안의 정도인 상태 불안과 평소에 느끼는 불안의 정도인 특성 불안을 측정하는 자가 보고식 설문으로 대학생을 대상으로 한국판 연구에서는 STAI1은 52~56점은 약간 높음, 57~61점은 상당히 높음, 62~80점은 매우 높음으로 평가하고, STAI2는 54~58점은 약간 높음, 59~63점은 상당히 높음, 64~80점은 매우 높음으로 평가한다<sup>10)</sup>. 본 환자의 입원 당시 점수는 STAI1은 36점, STAI2는 37점이었다.

10. 사진 소견

1) 망진

키 170 cm, 몸무게 51 kg (BMI 17.65)의 마른 체형이며, 얼굴 정면보다 측면이 발달하였다.

2) 설진

설담홍(舌淡紅), 미황태(微黃苔), 설첨적(舌尖赤)

3) 복진

전중(CV17) 부위의 압통, 흉협(胸脇) 부위의 압통은 NRS7으로 호소하였으며, 심하부(心下部)의 압통은 NRS3으로 호소하였다. 복직근련급(腹直筋攣急) 및 제상동계(臍上動悸) 있었으나 제하함몰(臍下陷沒) 및 제좌우압통(臍左右壓痛)은 크게 보이지 않았다. 양측 견정(肩井)부위 경결되어 있었으며 압진시 NRS5의 통증 호소하였다.

4) 맥진

침완(沈緩)

11. 진단: 군발 두통

두통의 진단은 ICHD-3에 따라 이루어졌다<sup>11)</sup> (Table 1). 본 환자의 경우 5번 이상의 발작이 발생하여 ICHD-3에서

제시한 군발 두통의 A 기준을 충족하며, 일측성의 극심한 두통이 안와부 주위에서 30분 이상 지속되어 B 기준을 충족하고, 두통이 나타나는 쪽으로 눈물이 흐르며, 정서적으로 안정되지 않고 안절부절하는 모습을 보여 C 기준의 1, 2를 모두 충족했다. 또한 군발기 동안 매일 통증이 반복되어 D 기준을 충족하며, 기타 검사(혈액 검사, 신경학적 검사, B-MRI 검사) 소견상 별다른 이상이 발견되지 않고 다른 ICDH-3의 진단으로는 더 잘 설명되지 않아 E 기준을 충족하여 최종적으로 군발 두통으로 진단했다.

군발 두통은 다시 삼화 군발 두통과 만성 군발 두통으로 분류되는데, 본 환자의 경우 7일 이상 지속되는 군발기가 2회(2020-06, 2020-09) 있었으며 군발기 사이에 관해기가 3개월 있었고 총 기간이 1년 이상 지속되지 않아 삼화 군발 두통에 해당한다.

12. 변증: 간울비허(肝鬱脾虛)

간울비허(肝鬱脾虛)는 정서적 스트레스로 간기(肝氣)의 소설(疏泄) 작용이 원활하지 못해 비위(脾胃)의 운화(運化) 기능이 허약해진 증(證)을 말한다<sup>12)</sup>. 한의병리학에서는 간울비허(肝鬱脾虛)의 변증 지표로 주증(主症)은 양협창만동통(兩脇脹滿疼痛), 완복창만(腕腹脹滿), 식욕부진(食慾不振), 번조이노(煩躁易怒), 차증(次症)은 선태식(善太息), 복통욕사(腹痛欲瀉), 장명실기(腸鳴失氣), 월경부조(月經不調), 설맥(舌脈)은 설태백니(舌苔白膩), 맥현완(脈弦緩)을 제시하고 있

Table 1. Diagnostic Criteria for Cluster Headache (ICHD-3)

---

1. Cluster Headache

- A. At least five attacks fulfilling criteria B~D
- B. Severe or very severe unilateral orbital, supraorbital and/or temporal pain lasting 15~180 minutes (when untreated)
- C. Either or both of the following:
  - 1. At least one of the following symptoms or signs, ipsilateral to the headache:
    - Conjunctival injection and/or lacrimation
    - Nasal congestion and/or rhinorrhoea
    - Eyelid oedema
    - Forehead and facial sweating
    - Miosis and/or ptosis
  - 2. A sense of restlessness or agitation
- D. Occurring with a frequency between one every other day and 8 per day
- E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

1.1. Episodic Cluster Headache

- A. Attacks fulfilling criteria for Cluster headache and occurring in bouts (cluster periods)
- B. At least two cluster periods lasting from seven days to one year (when untreated) and separated by pain-free remission periods of 3 months

1.2. Chronic Cluster Headache

- A. Attacks fulfilling criteria for Cluster headache, and criterion B below
- B. Occurring without a remission period, or with remissions lasting <3 months, for at least one year.

---

며, 진단의 요점으로 정서와 밀접한 연관이 있다는 것과 비위(脾胃)의 운화(運化) 기능 실조로 인한 복통(腹痛), 설사(泄瀉), 복창(腹脹), 장명(腸鳴) 등의 소화기계 증상이 동반된다는 점을 제시했다<sup>12)</sup>.

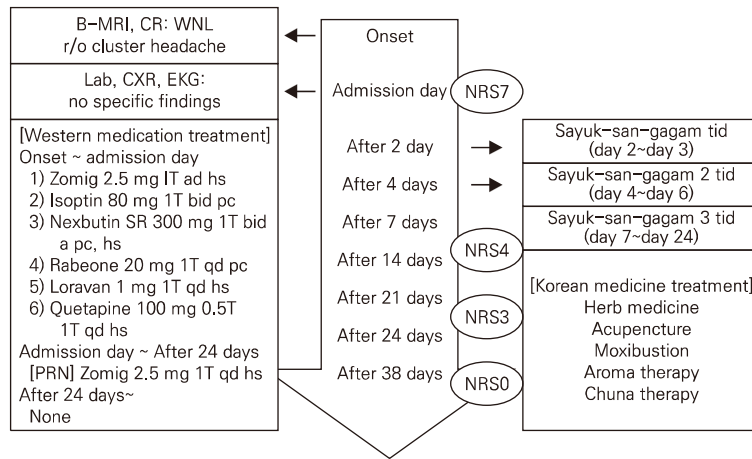
본 환자의 경우 정서적 요인에 따라 통증의 정도가 증감하고 복진상 흉협(胸脇) 부위의 압통을 호소하며, 가슴이 갑갑하면서 소화 불량, 오심 등 소화기계 증상들을 호소하고 있어 간울비허(肝鬱脾虛) 변증 진단에 부합한다고 판단했다.

### 13. 치료 내용

입원 기간 동안 한약, 침구, 뜸, 부항, 아로마, 추나 요법을 시행하였으며, 기존에 복용하던 양약은 병행해서 복용하되, 복용량을 점차 줄여나갔다(Fig. 1).

#### 1) 한약 치료

입원 다음날부터 사역산가감방(四逆散加減方)을 1일 2첩 3포(1회 1포 120 cc, 식후 2시간) 투약했으며, 입원 기간 중 증상 변화에 따라 2번의 약재 가감이 있었다(Table 2).



**Fig. 1.** Timeline of treatments.  
 B-MRI: brain magnetic resonance imaging, B-CT: brain computed tomography, WNL: within normal limit, Lab: laboratory blood test, CXR: chest X-ray, EKG: electrocardiogram, qd: quaque day, bid: bis in did, pc: post cibum, a pc: ante meridiem post cibum, hs: hora somni, PRN: pro re nata, NRS: numeral rating scale.

**Table 2.** Composition of Sayuk-san-gagam

Date	Prescription name	Prescription composition	Herb addition or subtraction (reason)
day 2 ~ day 3	Sayuk-san-gagam	Bupleuri Radix (柴胡), Paeoniae Radix (白芍藥) 4 g, Ponciri Fructus (枳實), Glycyrrhizae Radix (甘草) 2 g, Angelicae Gigantis Radix (當歸) 6 g, Achyranthis Radix (牛膝), Gardeniae Fructus (梔子) 3 g, Schizonepetae Spica (荊芥), Saposhnikoviae Radix (防風) 2 g, Cyperi Rhizoma (香附子) 4 g, Angelicae Dahuricae Radix (白芷), Zingiberis Rhizoma Recens (生薑), Zizyphi Fructus (大棗), Vitis Fructus (蔓荊子) 2 g	
day 4 ~ day 6	Sayuk-san-gagam 2	Bupleuri Radix (柴胡), Paeoniae Radix (白芍藥) 4 g, Ponciri Fructus (枳實), Glycyrrhizae Radix (甘草) 2 g, Angelicae Gigantis Radix (當歸), Cyperi Rhizoma (香附子) 6 g, Achyranthis Radix (牛膝), Gardeniae Fructus (梔子) 3 g, Schizonepetae Spica (荊芥), Saposhnikoviae Radix (防風) 2 g, Angelicae Dahuricae Radix (白芷), Zingiberis Rhizoma Recens (生薑), Zizyphi Fructus (大棗), Vitis Fructus (蔓荊子) 2 g, Ligustici Tenuissimi Rhizoma et Radix (藜蘆) 3 g	Cyperi Rhizoma (香附子) 4 g → 6 g, Add Ligustici Tenuissimi Rhizoma et Radix (藜蘆) 3 g
day 7 ~ day 24	Sayuk-san-gagam 3	Bupleuri Radix (柴胡), Paeoniae Radix (白芍藥) 4 g, Ponciri Fructus (枳實), Glycyrrhizae Radix (甘草) 2 g, Angelicae Gigantis Radix (當歸) 6 g, Achyranthis Radix (牛膝), Gardeniae Fructus (梔子) 3 g, Schizonepetae Spica (荊芥), Saposhnikoviae Radix (防風) 2 g, Cyperi Rhizoma (香附子) 4 g, Angelicae Dahuricae Radix (白芷), Zingiberis Rhizoma Recens (生薑), Zizyphi Fructus (大棗), Vitis Fructus (蔓荊子) 2 g, Ligustici Tenuissimi Rhizoma et Radix (藜蘆) 3 g, Atractylodis Rhizoma Alba (白朮) 4 g	Cyperi Rhizoma (香附子) 6 g → 4 g, Add Atractylodis Rhizoma Alba (白朮) 4 g  (To improve epigastric discomfort symptoms)

첫 번째 가감은 두통(頭痛) 및 흉민(胸悶) 증상 개선 위해 향부자(香附子)가 4 g에서 6 g으로 증량되고, 고본(藎本)이 3 g 추가되었으며, 두 번째 가감은 지속적 소화 불량 증상 호소하여 향부자(香附子)가 6 g에서 4 g으로 감량되고 백출(白朮)이 4 g 추가되었다.

이외에 입원 기간 중 환자가 호소하는 증상에 따라 일시적으로 과립제가 투약되었다. 배변 곤란 증상 개선 위해 소풍순기원(疏風順氣元, 입원 경과 1일), 기력 저하 개선 위해 보중익기탕(補中益氣湯, 입원 경과 1일, 2일) 공진단(拱辰丹, 입원 경과 20일~23일), 오심 증상 개선 위해 반하사심탕(半夏瀉心湯, 입원 경과 6일), 소화 불량 증상 개선 위해 향사평위산(香砂平胃散, 입원 경과 6일~14일, 16일~22일), 인후통 증상 개선 위해 연교패독산(蓮翹敗毒散, 입원 경과 11일, 12일), 소화 불량이 동반된 어지럼증 증상 개선 위해 반하백출천마탕(半夏白朮天麻湯, 입원 경과 11일~15일)을 투약하였다.

## 2) 침구 치료

동방침구제작소의 0.20 mm×30 mm 스테인리스 호침을 사용하여 15분간 하루에 2회 자침하였으며, 유침 시간 동안에는 적외선혈위조사야법(IR-770, 주식회사 아이티시)를 적용하였다. 사용한 혈위는 백회사신총(百會四神總, GV20, EX-HN1), 신정(神庭, GV24), 단중(膻中, CV17), 중완(中腕, CV12), 양 찬죽(攢竹, BL2), 두유(頭維, ST8), 어요(魚腰, EX-HN4), 풍지(風池, B20), 사관혈(합곡(合谷, LI4), 태충(太衝, LR3)), 곡지(曲池, LI11), 천추(天樞, ST25), 내관(內關, PC6) 족삼리(足三里, ST36), 상거허(上巨虛, ST37), 하거허(下巨虛, ST39), 해계(解谿, ST41), 내정(內庭, ST44)이다.

## 3) 뜸 치료

동방메디컬의 쑥단, 온구기 제품을 이용하여 관원(關元, CV4) 부위에 1일 1회 15분간 간접구 치료를 시행하였다. 생뜸뜸쑥(영생사)의 쑥뜸을 뜸지기(에스엠션전자)로 점화하여 양 족삼리(足三里, ST36), 삼음교(三陰交, SP6) 부위에 1일 1회 직접구 치료를 시행하였다.

## 4) 부항 치료

경항부, 견배부 경결 부위 및 배수혈(背俞穴)에 건식부항으로 1일 1회 5분간 시행하였다. 입원 2일차 양 풍지(風池,

GB20)에 습식부항을 1회 5분간 시행하였다.

## 5) 아로마 치료

한의학자연요법학회의 라벤다 오일을 5×5 멸균 거즈에 3방울 떨어트린 후 침상 가까이에 두어 자는 동안 향을 맡을 수 있도록 했다.

## 6) 추나 치료

입원 11일차 야간에 경항부 통증 호소하여 본원 침구과 협진 하 입원 12일차, 입원 14일차 2회 시행하였다. 추나 치료 시행 전 추나 금기증 확인하기 위해 시행한 C-Spine XR상 별다른 이상이 발견되지 않았다.

## 7) 양약 복용

(1) 본과 입원 전 복용 약물(~2020.09.23., 내과 의원 처방)

Zomig 2.5 mg (기타 진통제) 1T 하루 1회 자기 전 필요할 때만 복용.

Ilsung Isoptin 80 mg (갈슘채널길항제) 1T 하루 2회 아침, 저녁 식후 복용.

Nexbutin SR 300 mg (위장운동조절 및 진경제) 1T 하루 2회 아침 식후, 자기 전 복용.

Rabeone 20 mg (프로톤 펌프 저해제) 1T 하루 1회 아침 식후 복용.

Loravan 1 mg (수면진정제 및 신경안정제) 1T 하루 1회 자기 전 복용.

Quetapine 100 mg 0.5T (항정신병약물, Major 트란퀼라이저) 하루 1회 자기 전 복용.

(2) 본과 입원 중 복용 약물(2020.09.24.~2020.10.17., 본원 신경과 처방)

① 2020.09.24.~2020.10.05.

아래 기술된 약물 처방 받았으나, Loravan, Quetapine, Sibeliun은 환자가 복용 거부하여 Zomig만 필요할 때마다 복용하였다.

[PRN] Zomig 2.5 mg (기타 진통제) 1T 하루 1회 자기 전 복용.

[-] Loravan 1 mg (수면진정제 및 신경안정제) 1T 하루 1회 자기 전 복용.

[-] Quetapine 100 mg 0.5T (항정신병약물, Major 트

란퀼라이저) 하루 1회 자기 전 복용.

[-] Sibelium 5 mg (편두통 치료제) 1C 하루 2회 식후 복용.

② 2020.10.06.~2020.10.17.

Zomig 2.5 mg (기타 진통제) 1T 하루 1회 자기 전 필요할 때만 복용.

### 8) 산소 요법

환자가 NRS7 이상의 극심한 두통 호소 시에만 6 L/min via mask로 최대 30분간 시행하였다.

### 14. 평가 지표

#### 1) 통증 평가 척도: NRS (Numeral Rating Scale), VAS (Visual Analog Scale)

NRS와 VAS를 이용하여 입원 기간 중의 증상 변화를 평가하였다(Fig. 2). 두통은 입원 당시 NRS7이었으나 입원 경과 2주 후에 NRS4로 감소하였고, 퇴원일에는 NRS3으로 입원시 대비 50% 이상의 통증 경감을 보였다. 퇴원 14일 후 진행된 추적 관찰에서는 통증이 완전히 소실되었다고 하였다. 안구의 뻑뻑한 느낌과 통증은 입원 당시 NRS3이었으며, 입원 기간 중 NRS2~3 정도로 큰 변화는 없었다. 입원 5일차에 발생했던 오심 및 소화기계 증상은 VAS5에서 퇴원시 VAS1로 80% 이상 감소하였으며, 입원 12일차 발생하였던 경향부 통증은 2번의 추가 치료 이후 퇴원 시 소실되었다.

### 2) HIT-6 (Headache Impact Test-6) 설문 검사

입원일 당시 점수는 67점이었고, 24일 경과한 퇴원일 당시 점수는 66점이었다. NRS 점수가 50% 이상 감소한 것에 비해 HIT-6 점수 변화가 크지 않아 환자에게 확인하니, 설문 검사지가 현재 상태가 아닌 지난 4주 동안의 결과를 물어서 비슷하게 응답했고, 퇴원 당시 두통 상태는 입원시 대비 크게 호전되었다고 답했다.

### 15. 임상 결과

#### 1) 입원 1일~입원 7일

입원 3일차, 입원 5일차 새벽에 Zomig 2.5 mg 1회 복용했으며, 두통 증상은 1주일간 호전 보이지 않았다(NRS7~NRS8). 급하게 입원 오느라 처리 하지 못한 회사 업무에 신경이 많이 쓰인다고 했다. 입원 6일차에는 오심 및 소화기계 증상 심화되어 사역산가감방(四逆散加減方) 구성 약재 가감 시행했으며(향부자(香附子) 6 g에서 4 g으로 감량, 백출(白朮) 4 g 추가), 향사평위산(香砂平胃散) 엑스제를 투약하기 시작했다.

#### 2) 입원 8일~입원 14일

입원 9일차, 10일차, 11일차 새벽에 Zomig 2.5 mg 1회 복용했으며, 입원 11일차에 오래 지속되는 두통으로 인한 스트레스 호소하여 환자를 안심시키기 위한 지지 요법 및 O2 inhalation을 시행하였다. 입원 12일차부터 두통 양상 호전 보였으며, 입원한지 14일(2주)이 되는 날 두통이 NRS4

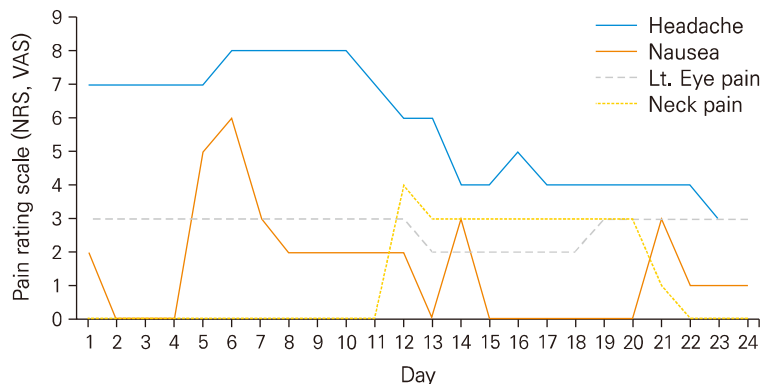


Fig. 2. Progression of main symptoms.

로 감소하였다. 입원 11일차 야간부터 경향부 통증 호소하여 본원 침구과 협진 하 입원 12일차, 입원 14일차에 추나 치료를 시행하였다.

### 3) 입원 15일~입원 24일

입원 15일차부터 퇴원일까지 두통 감소된 상태로 유지되었으며(NRS3~4), 퇴원일에는 두통 NRS3으로 입원 시 대비 50% 이상 감소하였다. 입원 5일차에 발생하였던 오심 및 소화기계 증상은 VAS5에서 VAS1로 80% 이상 감소하였으나, 안구의 뻑뻑하고 지끈거리는 통증은 NRS3으로 입원 시와 비교해서 비슷하게 유지되었다. 사역산가감방을 하루 3팩 분량으로 총 23일간 복용했으나 한약 복용으로 인한 환자의 자각적 이상 반응은 없었으며, 모두 거부감 없이 전부 복용하여 순응도에 문제가 없었다.

### 4) 퇴원 이후 추적 관찰

퇴원일로부터 14일째 되는 날 외래에 내원하였다. 기존에 복용하던 신경과 약물을 끊어도 두통 없으며, 이로 인해 회사 업무 수행이 원활해서 치료의 만족도가 높다고 하였다. 통증으로 인한 정서적 불안정도 많이 해소되었다고 답했다.

## III. 고찰

군발 두통은 임상적으로 흔하지 않기 때문에 69%의 환자는 증상이 처음 발현하고 진단까지 걸리는 시간이 1년 이상 걸리며, 진단 지연 시간이 늘어날수록 우울, 불안, 자살 사고 등의 발생을 증가시킬 수 있다<sup>13)</sup>. 주로 감별해야 하는 질환으로는 편두통이 있는데, 편두통은 일반적으로 지속 시간이 길고(4시간 이상), 광 공포증이나 음성 공포증과 같은 특징적인 증상을 동반한다<sup>3)</sup>. 본 환자의 경우 일측성의 극심한 두통이 야간 시간대에 안와부 주위에서 30분~1시간 정도 짧은 시간 강렬하게 있었으며, 산소 치료에 반응하고, B-MRI, 혈액, 신경학적 검사 소견상 별다른 이상이 발견되지 않았으므로, ICHD-3의 기준에 따라 군발 두통으로 진단하였다. 군발 두통은 삽화 군발 두통과 만성 군발 두통으로 구분할 수 있는데, 본 환자의 경우 2020년 6월에 발작기가 생겼다가 중간에 약 3개월의 관해기를 거쳐 2020년 9월에 다시 발작기가 생겼으며, 군발 두통의 기간이 1년 이상 지속되지 않아 삽화 군발 두통에 해당한다<sup>11)</sup>.

본 환자의 두통 양상은 터질 것 같은 압박감이 느껴지고, 정서에 따라 통증의 강도가 증감되고, 안구 통증, 경향부 통증 등 통증이 고정되지 않고 옮겨 다니며, 입원 이전에 회사 생활로 스트레스로 인한 갑갑함과 억울함을 호소한 바 있어 간울(肝鬱)로 인한 기체(氣滯) 통증으로 판단했다. 또한 목소리 가 작고 쉽게 피곤해 하고 복진상 제상동계(膈上動悸)를 보이는 등 전신적 기허(氣虛) 증상과 함께 식사량이 적고, 식후의 더부룩함과 오심 증상을 호소하는 등 소화기계 증상을 호소하여 비기허(脾氣虛)로 진단하였다. 이를 종합하여 최종적으로 간울비허(肝鬱脾虛)로 변증했고, 이에 준하여 한의 복합 치료를 시행하였다.

2011년 국내에서 415명의 한의사를 대상으로 시행된 조사에 따르면 한의 임상에서 두통 치료시 침 치료(76%), 한약 치료(31.1%), 사혈 치료(23.5%), 뜸 치료(18.5%), 정신 치료(11.5%) 순으로 많이 사용한다고 보고되었으며, 침 치료와 한약 치료를 병행하여 사용하는 경우가 16.7%로 가장 높았다<sup>14)</sup>. 2017년 미국 건강보험자료 데이터를 바탕으로 시행한 횡단면 조사에 따르면 두통 환자의 37.6%가 보완 대체 의학을 이용했으며, 수기 요법(22%), 한약 보충제(21.7%), 심신 요법(17.9%) 순으로 많이 활용했고<sup>15)</sup> 두통의 예방과 치료에 있어서 보완 대체 의학의 다양한 치료법들에 대한 유효성이 보고되고 있으나, 군발 두통에 대한 연구는 드물었으며, 유효한 치료 효과를 보이지 않았다고 보고하였다<sup>16)</sup>. 본 증례에서 사용한 한의 치료 중재로는 한약, 침, 뜸, 부항, 추나(수기 요법), 아로마 요법이 있다.

사역산(四逆散)은 시호(柴胡), 작약(芍藥), 지실(枳實), 감초(甘草)로 구성되며, 간(肝)과 비(脾)의 울체(鬱滯)된 기운을 소통시켜서 간(肝)의 조달 기능과 비(脾)의 운화 기능을 돕는다<sup>17)</sup>. 기체(氣滯)로 인한 통증에 쓰이는 대표 처방이며<sup>18)</sup>, 일본에서 난치성 통증에 사역산 가미방이 효과를 보인 레가 보고된 바 있다<sup>19)</sup>. 본 증례에서 사용한 사역산가감방(四逆散加減方)의 구성은 시호(柴胡), 백작약(白芍藥) 4 g, 지실(枳實), 감초(甘草) 2 g, 당귀(當歸) 6 g, 우슬(牛膝), 치자(梔子) 3 g, 형개(荊芥), 방풍(防風) 2 g, 향부자(香附子) 4 g, 백지(白芷), 생강(生薑), 대조(大棗), 만형자(蔓荊子) 2 g, 백출(白朮) 4 g이다. 사역산(四逆散)을 기본으로 형개(荊芥), 방풍(防風), 고본(藁本), 백지(白芷), 만형자(蔓荊子) 등의 풍약(風藥)을 소풍지통(疏風止痛)하고 약효를 위로 이끄는 인경약 개념으로 가감했다.



침구 치료는 기존 치료에 반응하지 않는 군발 두통에 활용 가능한 전략으로 소개된 바 있지만<sup>20)</sup> 국외에서 소수의 증례 보고들만 이루어져 왔으며<sup>21-25)</sup> 군발 두통 환자들에게 동측의 사백(四白, ST2), 대영(大迎, ST5), 협거(頰車, ST6), 양백(陽白, GB14), 풍지(風池, GB20), 양측 합곡(合谷, LI4) 혈위를 자극하여 통증 조절 물질인 메텐케펄린 수치를 상승했다는 보고가 있지만, 그 기전은 명확하지 않다<sup>26)</sup>. 군발 두통은 안구 주위의 통증을 수반한다는 점으로 볼 때 기존 고서에 언급된 미릉골통과 유사한 점이 많은데, 동의보감에서는 찬죽(攢竹), 합곡(合谷), 신정(神庭), 두유(頭維), 해계(解谿)혈, 중의임상대전에는 통천(通天), 해계(解谿), 곤륜(崑崙)혈을, 임상한방강좌에는 후정(後頂), 풍지(風池), 대추(大椎), 곤륜(崑崙), 후계(後谿), 신맥(申脈), 풍부(風府)혈을 제시하고 있다<sup>27)</sup>. 본 증례에서 사용한 혈위는 백회사신총(百會四神總, GV20, EX-HN1), 신정(神庭, GV24), 단중(膻中, CV17), 중완(中腕, CV12), 양 찬죽(攢竹, BL2), 두유(頭維, ST8), 어요(魚腰, EX-HN4), 풍지(風池, B20), 사관혈(합곡(合谷, LI4), 태충(太衝, LR3)), 곡지(曲池, LI11), 천추(天樞, ST25), 내관(內關, PC6) 족삼리(足三里, ST36), 상거허(上巨虛, ST37), 하거허(下巨虛, ST39), 해계(解谿, ST41), 내정(內庭, ST44)이다. 간울(肝鬱)을 풀어주는 태충(太衝), 심화(心火)를 내려주는 단중(膻中)과 함께 비위(脾胃) 기능을 돕기 위해 위, 소장, 대장의 하합혈(下合穴)인 족양명위경의 족삼리(足三里), 상거허(上巨虛), 하거허(下巨虛) 혈과 중완(中腕), 양 천추(天樞), 해계(解谿), 내정(內庭)혈을 추가로 자침하였으며, 두부와 안구 주위 혈자리를 추가로 배합하여 적용하였다.

한의학에서 바라보는 두통의 원인과 기전은 다양한데, 군발 두통이 포함된 삼차 자율 신경 두통은 주로 풍화(風火), 간열(肝熱), 외감풍한(外感風寒)과 관련이 깊다<sup>5)</sup>. 동의보감에서는 두통의 원인을 주로 담(痰)으로 보며, 통증이 심한 경우 화(火)가 동반되었다고 하며, 두통에 눈까지 아플 때는 풍담(風痰)이 치고 올라간 것으로 본다<sup>28)</sup>. 따라서 두통을 치료할 때 위로 치솟은 화(火)를 내리고 수(水)를 올리는 수승화강(水昇火降)의 원리를 적용해 볼 수 있다<sup>29)</sup>. 본 증례에서는 원기(元氣)를 북돋고 전신의 기(氣) 순환을 도모하기 위해 간접구로 관원(關元)혈에 적용하고<sup>30)</sup>, 직접구로 족삼리(足三里), 삼음교(三陰交)혈에 적용하였다<sup>31)</sup>.

아로마테라피는 적용하기 쉽고 안전한 방법이기 때문에 임상적으로 많이 활용될 수 있다. 그 중에서도 특히 라벤더

는 항우울, 항불안 효과를 가지며, 유효 성분이 체내에 들어오면 도파민, 세로토닌 등의 신경전달물질들과 상호 작용하기 때문에 각종 통증 질환에 활용 가능하다<sup>32)</sup>. 2019년에 라벤더 향기 요법의 통증에 대한 메타 분석에 따르면, 두통, 관절염, 제왕절개산모 등의 다양한 통증 질환군에 활용할 수 있으며, 흡입법이 가장 효과적이라고 보고된 바 있다<sup>31)</sup>. 본 증례에서는 자기 전에 침상에서 라벤더 아로마 오일을 흡입하게 했으며, 라벤더 아로마 적용 이후 심리적으로 안정된다는 환자의 보고가 있었고, 입면까지 걸리는 시간도 단축되었다.

다음과 같은 한의 복합 치료 시행 이후 입원 기간 동안 두통의 강도가 NRS7에서 NRS3으로 50% 이상 감소하였고, 퇴원 2주 이후 추적 관찰 결과 통증이 소실되어 다시 직장 생활을 하기 시작했고, 불안, 우울감도 많은 호전이 있었다고 한다. 또한 기존에 복용하던 진통제, 항정신병 약물 및 산소 요법에 대한 의존도를 점차 줄여나갈 수 있었다. 긴장성 두통, 혈관성 두통 등 다른 원발성 두통과는 달리 군발 두통은 보완 대체 의학적인 접근이 유효한 효과를 보였다는 보고가 드물며<sup>7,8,21-25)</sup>, 일부 연구에서는 유효한 효과가 없다고 언급하고 있다<sup>16)</sup>. 하지만 본 증례에서는 기존 양방 치료로 호전되지 않는 환자에게 간울비허(肝鬱脾虛)로 변증하여 한의 복합 치료를 시행 후 두통 증상 소실, 일상 생활 수행 능력 회복 및 정서적 안정감을 가져왔다. 본 연구는 여전히 단일 증례 보고로 근거 수준이 낮기 때문에 일반화해서 결론 짓기는 어렵지만, 보다 정밀하게 설계된 연구를 통해 군발 두통에서 한방 치료의 유효성을 검증해 볼 가치가 충분하다고 생각된다.

본 연구가 가진 한계점은 다음과 같다. 먼저 우울, 불안의 정도를 알아보기 위해 시행한 BDI, STAI 검사가 입원 초기에만 1회 시행되었다. 군발 두통은 극심한 통증으로 인해 우울, 불안 등 정서적 불안정이 흔히 동반되는데 본 환자의 경우 입원 당시 시행한 BDI 검사상 24점으로 중증도의 우울 수준을 보여줬다. 외래 추적 관찰 환자 면담 시에 입원 치료 이후 심리적 안정감을 되찾고 정상적인 사회 생활이 가능하다고 했으나, 객관적인 검사 지표로 확인하지 못했다. 군발 두통으로 인한 정서적 문제 개선에 한방 치료가 가능성이 있다는 점을 객관적인 지표로 보여주지 못한 점이 아쉽다. 또한 한약, 침, 뜸, 부항, 아로마, 추나 등 여러 중재가 동시에 시행된 사례를 후향적으로 분석했기 때문에, 특정한 중재의

개별 효과에 대해서는 검토하지 못했다. 비록 실제 임상 현장에서는 다양한 증재가 동시에 개입되지만, 개별 치료의 유효성을 판단하기에는 부족한 점이 있다. 하지만 군발 두통에 대한 한의 증례 보고가 극히 드문 상태에서 한의 치료를 적용하여 통증이 소실되고 기존에 복용하던 양약에 대한 의존을 줄였다는 것에 본 증례의 의의가 있다고 생각된다. 추후 군발 두통의 한의 치료 증재에 대한 전향적 임상 연구 설계 등을 통해 군발 두통에 대한 한방 치료의 유효성 및 안전성 검증이 필요하리라 사료된다.

#### IV. 결론

본 증례는 군발 두통으로 진단 받은 환자를 간울비허(肝鬱脾虛)로 변증하여 한약, 침, 뜸, 부항, 아로마, 추나 등 한의 치료를 시행하여 주 호소인 두통 증상이 소실되었으며, 원활한 일상 생활을 영위할 수 있게 되었다. 향후 더 많은 증례 보고와 함께 군발 두통에 대한 한의 치료의 유효성을 검증할 객관적 연구가 필요할 것으로 사료된다.

#### REFERENCES

1. Na EJ, Park JI, Yang JC. Pharmacological Treatments of Headache. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*. 2016;24(1):20-7.
2. Wei DYT, Ong JYJ, Goadsby PJ. Cluster headache: epidemiology, pathophysiology, clinical features, and diagnosis. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2018; 21(Suppl 1):S3.
3. Cheema S, Matharu M. Cluster headache: what's new?. *Neurology India*. 2021;69(7):124.
4. Sohn JH, Lee MJ, Cho SJ. Update on Treatment of Cluster Headache. *Journal of the Korean Neurological Association*. 2021;39(3):113-20.
5. Lee JS, Park MS, Kim YM. The Study on Pattern Differentiations of Primary Headache in Korean Medicine according to the International Classification of Headache Disorders, 2017;31(4):201-12.
6. Jung CY, Kim EJ, Jang MG, Yoon EH, Nam DW, Kang JW, Lee SD, Lee JD, Kim KS. The Study about the Comparison of Oriental-Western Medicine on the Classification and Diagnosis of Headache. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society*. 2009;26(6):225-39.
7. Yu JS. A Case Study of a Patient with Cluster Headache Diagnosed as Soyang-sangpung Symptomatology. *Journal of Sasang Constitutional Medicine*. 2016;28(4):396-402.
8. Lee H, Bae IH, Ha WJ, Kim SH, Cho KH, Moon SK, Jung WS, Kwon SW, Jin C. A case of Cluster Headache treated with Traditional Korean Medicine. *The Journal of the Society of Stroke on Korean Medicine*. 2020;21(1):39-46.
9. Cho HJ, Chae JH, Jun TY. The Overview of Clinical Assessment Tools for Depression. *Journal of the Korean Neurological Association*. 2007;46(2):110-21.
10. Kim JT. The relationship between trait anxiety and sociality [master's thesis]. Seoul:Korea University;1970.
11. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders*, 3rd edition. Cephalalgia. 2018; 38(1):1-211.
12. The Textbook Compilation Committee of Oriental Pathology. *Oriental Pathology*. Seoul: Hanimunhwasa. 2015;486-7.
13. Kim BS, Chung PW, Kim BK, Lee MJ, Chu MK, Ahn JY, Bae DW, Song TJ, Sohn JH, Oh KM, Kim DY, Kim JM, Park JW, Chung JM, Moon HS, Cho SH, Seo JG, Kim SK, Cho YJ, Park KY, Chung CS, Cho SJ. Diagnostic Delay and Its Predictors in Cluster Headache. *Frontiers in Neurology*. 2022;13:e827734.
14. Park JE, Jung HJ, Kim AR, Jung SY, Hwang HS, Choi SM. Current State of Pain Treatment in Oriental Medicine. 2011;32(2):23-41.
15. Zhang Y, Dennis JA, Leach MJ, Bishop FL, Cramer H, Chung VCH, Moore C, Lauche R, Cook R, Sibbritt D, Adams J. Complementary and Alternative Medicine Use Among US Adults With Headache or Migraine: Results from the 2012 National Health Interview Survey. *Headache*. 2017;57(8):1228-42.
16. Millstine D, Chen CY, Bauer B. Complementary and integrative medicine in the management of headache. *BMJ*. 2017;357:j1805.
17. Lee DN, Yang WM, Lee TK, Lim EM. A Study of Sayuk-san and Soyo-san for Clinical Using. *The Journal of Oriental Gynecology*. 2000;13(1):485-500.
18. The Textbook Compilation Committee of Oriental Pathology. *Oriental Pathology*. Seoul: Hanimunhwasa. 2008; 325-6.
19. Mori Y, Gono Y, Oikiwa T, Odaguchi H, Hanawa T. Usefulness of Senkito when Taken only during pain in Cluster headaches. *Kampo Medicine*. 2016;67(3):274-9.
20. Tepper SJ, Stillman MJ. Cluster headache: potential options for medically refractory patients (when all else fails). *Headache. The Journal of Head and Face Pain*. 2013;53(7): 1183-90.
21. Gwan KH. Treatment of cluster headache by acupuncture. *American Journal of Chinese Medicine*. 1977;5(1): 91-4.
22. Ofi L, Allais G, Quirico PE. Acupuncture in cluster headache: four cases and review of the literature. *Neurological Sciences*. 2014;35:195-8.
23. Hayhoe S. Acupuncture for episodic cluster headache: a trigeminal approach. *BMJ Case Reports*. 2015;Sep 10:

- PMC4567725.
24. Hayhoe S. Acupuncture for episodic cluster headache: a trigeminal approach. *Acupuncture Medicine*. 2016;34(1): 55-8.
  25. Rigo JC, Couto C, Dalla-Corte RR. Cluster headache in an elderly patient treated with neurofunctional acupuncture a case report. *Acupuncture and Related Therapies*. 2014;2(2):39-42.
  26. Hardebo JE, Ekman R, Eriksson M. Low CSF met-enkephalin levels in cluster headache are elevated by acupuncture. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 1989;29(8):494-7.
  27. Jung DG, Kim BY. A literature review on acupuncture prescriptions according to headache sites and causes. *The Journal of Applied Oriental Medicine*. 2003;3(1): 103-16.
  28. Heojun, Dongeuibogam, Dongeuibogamchulpansa. 2006; 452.
  29. Jung HG. Dongeuibogam Speical Lecture, Junghaengchulpansa. 2018;552.
  30. Heojun, Dongeuibogam, Dongeuibogamchulpansa. 2006; 61.
  31. Jung HG. Dongeuibogam Speical Lecture, Junghaengchulpansa. 2018;110-1.
  32. Park YS, Lee MK. Meta-analysis of the effects of Lavender Aromatherapy on pain. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2019;20(5):300-10.