

神經精神科를 來源한 頭痛患者에 대한 臨床的 考察

東國大學校 大醫院 韓醫學科 神經精神科學敎室

沈相敏 · 許聖 · 具炳壽

I. 緒 論

頭痛은 疲勞, 空腹, 口渴 等과 같이 사람에게서 나타나는 가장 흔한 不快感중의 하나로¹⁾, 기계적 자극, 화학적 자극, 염증, 순환장애 等이 頭蓋 內의 통각감수조직을 자극함으로써 발생되는데, 특정한 疾病單位는 아니지만 여러 가지 疾病의 수반증상 또는 심한 긴장이나 피로의 표현일 수도 있고^{2, 6)}, 때로는 두개 내 질환의 경고 일수도 있다⁷⁾. 이처럼 頭痛은 객관적으로 측정하기 어려운 주관적인 호소라는 점과 원인이 되는 질병이나 상황의 다양성으로 인하여 그 어느 증상보다도 신중한 판단이 요구된다⁸⁾.

韓醫學에서는 <素問, 五藏生成論>⁹⁾에서 “頭痛顛疾 下虛上實……”이라고 처음 언급된 이래, 頭腦戶痛¹⁰⁾, 首風¹¹⁾, 衝頭痛¹²⁾, <難經 六十難>의 眞頭痛과 厥頭痛¹³⁾, <諸病源候論>에서의 頭風¹⁴⁾ 등 다양한 頭痛 양상을 문헌에서 확인할 수 있다. 頭는 ‘諸陽之會, 清陽之府’로써 五臟의 精華之血과 六腑의 清陽之氣가 모두 여기에 모이게 되므로 밖으로 風邪가 顛頂을 犯하거나 안으로 勞倦, 七情, 飲食 等으로 損傷을 받아 氣血이 逆亂하게 되면 清陽이 閉塞되고 脈絡이 阻滯되어 氣血運行이 원활치 못하게 되어 頭痛을 일으키는 것으로 보고 있다¹⁵⁾.

現代社會는 생존경쟁의 치열함으로 인하여 직장이나 가정 등의 사회환경적 요인에 의해 頭痛이 점차 증가하고 있으며, 생활의 향상으로 인하여 점점 많은 환자가 頭痛을 호소하고 있으나 진통제의 남용과 오용으로 인한 일시적인 진통효과로 근원적인 치료를 하지 못하고 있어 頭痛患者에 대한 많은 관심이 요구되고 있는 실정이다. 이에 본 저자는 두통의 한방적 치료의 우수성과 임상적 진단가

치의 효용성을 연구하기 위해 본원 신경정신과를 내원한 두통환자를 중심으로 임상적 치료결과와 변증에 따른 ABR-2000(생체전기자율반응측정기)의 분석결과를 보고하는 바이다.

II. 研究對象 및 方法

1. 조사대상

본 조사는 1999년 11월부터 2000년 4월까지 6개월 동안 동국대학교 강남한방병원 개원 이래로 神經精神科에 頭痛을 主訴로 來源하여 입원 및 통원치료를 받은 환자중 고혈압이나 뇌혈관 병변과 같은 뚜렷한 신체적 병리의 원인이 있거나 기관의 구조에 변화가 명백한 기질적인 질환이 있는 경우의 두통을 제외 한 66명(입원 6명, 외래 60명)을 대상으로 하였다.

2. 조사방법

(1) 대상환자의 병록일지를 검토, 분석한 후 우선 직업별, 來源前 치료경과를 조사하였고, 국제 두통협회(IHS)의 기준¹⁶⁾에 의해 긴장형 두통, 편두통, 기타(外傷性 頭痛과 感冒時 동반된 頭痛)으로 나누어 분류하여 성별, 연령, 발생부위, 병력 기간, 통증양상, 수반증상, 유발인자 등의 일반적 관찰을 통하여 그 질환의 특성을 살펴보았다. 또한 환자의 主訴와 수반증상을 중심으로 문¹⁷⁾이 채택한 辨證類型을 이용하여 病情을 辨證分類한 후 上記 분류와의 상관성을 살펴보았다. 그 밖에 針療法, alcohol 附劑療法(背

部), 향기요법, 약물요법 및 보조요법을 통한 치료성적을 연령, 남녀, 병력기간, 두통 유형별, 변증유형별, 來源 및 수별로 조사관찰 하였다.

(2) ABR-2000(생체전자자율반응측정기)

양측 이마, 양손, 양발에 6개의 전선을 접촉시킨 후 13Hz, 340mA의 저주파 펄스 자극을 4초간 가하고 전극간에 음양을 바꾼 채로 4초간 자극하여 인체에 흘러들어가는 전류량을 측정하고, 이 후 인체에서 전극을 통해 방출되는 전류량을 4초 동안 측정하는 방식으로 1상한 오른쪽손-오른쪽머리, 2상한 오른쪽머리-왼쪽머리, 3상한 왼쪽머리-왼쪽손, 4상한 왼쪽손-오른쪽손, 5상한 오른쪽손-오른쪽발, 6상한 오른쪽발-왼쪽발, 7상한 왼쪽발-왼쪽손 등 7상한에서 나타나는 전기반응의 형태를 자동적으로 측정하는 기기이다. 이렇게 7부위까지 순차적으로 측정한 후 인체 자율반응이 이루어질 수 있도록 휴식을 취하게 하고 자동적으로 2차 측정을 시행한다. 이 기기는 인체에 유입된 전류량을 측정하는데, 만일 인체의 저항값이 작다면 흘러들어간 전류량이 많아질 것이고, 반대의 경우에는 전류량이 작아진다. 이러한 원리에 의하여 이 기기는 Curve, Regulation, Graph의 세가지 지표로 결과를 출력한다. 본 연구는 이 중 Graph 지표를 사용하였는데, 이는 A(Activity), R(Reactivity), P(Polarization)으로 구분된다. Activity는 인체 각 부위의 도전도(Conductivity)를 나타내며 높을수록 인체의 도전도가 높다는 것을 의미한다. Reactivity는 인체 각 부위의 충전 전하량(capacitance)를 나타내며 높을수록 인체가 내부에 더 많은 전하를 충전할 수 있다는 것을 의미한다. Polarization은 +펄스와 -펄스에 대한 인체 도전도의 비율로써 0에 근접할수록 +,-에 대한 도전도에 차이가 없고 각 부위를 측정하는 두 전극 사이에 전위차가 없다는 것을 의미한다.

A(활동성; Activity)는 표피로 드러나는 교감활동성의 관계로 현재의 활동성과 긴장도의 상태를 나타내고 정상범위보다 위로 벗어나면, 지나치게 긴장하거나 교감항진으로 인한 과도활동 및 과긴장 상태를 뜻하는 "H(High)"마크가 나타나며, 정상범위보다 아래로 벗어나면, 지나치게 이완되거나 미주항진으로 인한 비활동성 상태로써

"L(Low)"마크가 나타난다.

R(반응성 ; Reactivity)는 외부자극에 대한 인체의 탄력적 반응성으로 내부상태의 저항력을 나타낸다. 정상범위보다 벗어나면 H마크가, 정상범위보다 아래로 벗어나면 L마크가 나타난다.

ABR-2000의 한방적 해석을 보면 이 그래프의 머리부 1, 2, 3 상한은 스트레스의 여부를 알수 있는 신경계의 반응을 나타내고, 4-7상한은 원인이 되는 장기를 제시해 준다. A그래프에서는 한열의 상태, R그래프에서는 허실의 상태를 알수 있다. 또한 4상한과 6상한의 상대적 비교를 통해 上(4상한), 下(6상한)의 上熱下寒의 상태를 알수 있다. 5상한과 7상한은 좌우를 상대적으로 비교하여 기능의 균형상태로써 한열 및 허실을 판단할수 있다¹⁸⁾.

3. 두통분류기준

본원을 내원한 두통환자를 국제두통학회(IHS)의 기준에 의해 분류를 해 보면 첫째, 긴장성 두통으로 기질적이거나 대사적 질환의 배경 없이 비박동성의 압박이나 조이는 것 같은 두통이 양측성으로 발견되며, 일상생활에 지장을 주지 않을 정도의 경도 내지 중등도의 통증이 있으나 일상생활로 악화되지 않는 두통이다. 둘째는 편두통으로 원인불명의 재발성 두통질환으로 한번 발작 시 4-72시간 지속되고, 편측성으로 오며, 박동성이고, 중정도 이상의 심한 두통을 말하며, 종종 가족력을 가지는 질환으로 일상활동으로도 증상이 악화되고, 오심이나 광선 및 고성에 민감해지는 두통이다.

기타에는 급성 외상성 두통과 외감성 두통으로 구분하였는데, 급성 외상성 두통은 경미한 두부의 외상과 함께 14일 이내에 두통이 발병하며 8주 이내에 소실되는 것이고, 외감성 두통은 국제두통학회에는 정의되어 있지 않지만, 외감 시 동반되는 두통을 포함한다.

4. 치료방법

1) 藥物治療

藥物治療는 患者의 症狀에 따라 辨證加減하여 貼藥 또

는 Ex散을 投與하였다.

2) 鍼灸治療

百會, 風池, 合谷, 太衝, 太陽, 內關, 列缺, 三里, 三陰交, 中脘을 主穴로 使用하였으며, 통증이 심한 경우는 두피를 투자하고, 그 외 原因과 部位에 따라 取穴을 加減하고, 留鍼時間은 15分으로 하였다.

3) 其他治療

症狀에 따라 附缸療法, 瀉血, 灸療法을 並行하여 施術하였으며, 補助療法으로 患者와의 面談을 통해 疾病에 대한 理解를 도모함과 동시에 꿈의 해석 및 심리치료를 병행함으로써 病에 대한 患者 스스로의 念慮를 減少시키고 疾病克服의 意志를 增加 시키려고 하였다. 또한, 自家調節法의 一統으로 休息, 散策, 音樂感想, 沐浴 및 患者에게 適當한 運動療法과 呼吸調節을 통한 心身安定法을 活用하도록 誘導하였다.

5. 治療성적의 평가기준

患者의 호전도에 대한 문답에 근거하여 4段階로 나누어 治療成績의 判定基準으로 삼았다.

- ① 顯著: 治療後 痛症 및 症狀의 完全消失
- ② 有效: 治療後 痛症 및 症狀의 輕減이 있으나, 輕度의 痛症으로 불편함을 호소
- ③ 別無: 治療後 痛症이나 症狀이 輕減되었다가 시간이 경과 후 이전과 같은 痛症이나 症狀을 호소
- ④ 惡化: 治療後 痛症이나 症狀의 惡化를 호소

Ⅲ. 研究成績

1. 관찰성적

1) 職業別 분포

한국표준직업분류를 기준으로 조사한 것을 살펴보면, 전체 두통환자의 직업 중 경영관리자 3명(4.5%), 전문가 11명(16.6%), 준전문가 2명(3%), 사무직 12명(18.2%), 서비스종사자 5명(7.6%), 판매종사자 5명(7.6%), 학생 3명

(4.5%), 무직 25명(37.9%)이었다. 성별로는 남자들의 직업이 다양하였으며, 여자들은 37명중 전업주부들이 25명(67.6%)이었다. (표 1-1)

표 1-1. 職業別 분포

	남	여	계	
경영관리자	3(10.3)	0	3(4.5)	
전문가	의료전문가	1(3.5)	0	1(1.5)
	건설전문가	2(6.9)	0	2(3.0)
	컴퓨터전문가	3(10.3)	3(8.1)	6(9.1)
	종교전문가	1(3.5)	0	1(1.5)
	예술전문가	0	1(2.7)	1(1.5)
준전문가(건설팅원)	2(6.9)	0	2(3.0)	
사무직	8(27.6)	4(10.8)	12(18.2)	
서비스종사자	3(10.3)	2(5.4)	5(7.6)	
판매종사자	4(13.8)	1(2.7)	5(7.6)	
학생	2(6.9)	1(2.7)	3(4.5)	
무직	0	25(67.6)	25(37.9)	
계	29(100)	37(100)	66(100)	

2) 來源 前 治療상황

본원에 來源하기 前까지의 문진 과정에서 과거력을 조사한 결과, 초진은 40명(60.6%)으로 제일 많았고, 약국을 이용한 경우가 14명(21.2%), 한의원과 정신과 각각 4명(6.1%), 내과 3명(4.5%), 약국에서 한의원치료를 받았던 경우가 1명(1.5%) 순이었다. (표 1-2)

표 1-2. 來源 前 治療상황

치료기관	계
초진	40(60.6)
한의원	4(6.1)
약국	14(21.2)
내과	3(4.5)
정신과	4(6.1)
약국 → 한의원	1(1.5)
계	66

3) 性別 및 연령別 분포

관찰대상자 66명중 두통 분류와 성별분포를 살펴보면, 긴장형 두통은 36명(54.5%)으로 남자 15명(41.7%), 여자 21명(58.3%)이었고, 편두통은 26명(39.4%)으로 남자 13명

(50%), 여자 13명(50%)이었으며, 기타는 4명(6.1%)으로 남자 1명(25%), 여자 3명(75%)이었다. 전체적으로는 남자 29명(43.9%), 여자 37명(56.1%)으로 여성이 남성에 비하여 다소 많지만, 일반적으로 편두통은 여자에게 다발한다고 하나, 본원의 편두통 환자의 남녀 비율은 같았다.

연령별 분포를 보면, 10대 2명(3%), 20대 14명(21.2%), 30대 13명(19.7%), 40대 17명(25.8%), 50대 12명(18.2%), 60대 8명(12.1%)으로 40대가 제일 많았으며 20대 30대 50대순으로 조사되었다. 긴장형 두통은 10대 1명(2.8%), 20대 7명(19.4%), 30대 5명(13.9%), 40대 9명(25%), 50대 7명(19.5%), 60대 7명(19.5%)으로 40대가 제일 많았으나 50대 60대 20대 순으로 청장년층에서부터 고령층까지 발병 빈도가 비슷하였으나, 편두통은 10대 1명(3.8%), 20대 7명(26.9%), 30대 7명(26.9%), 40대 7명(26.9%), 50대 3명(11.5%), 60대 1명(3.8%)으로 20대 30대 40대에서 제일 많았고 나이가 들면서 발병율이 낮아지는 양상을 보였다. (표 1-3)

표 1-3. 성별 및 연령 분포

구분 연령	긴장형 두통 (n=36)		편두통 (n=26)		기타 (n=4)		총계 (n=66)	
	男	女	男	女	男	女	男	女
10-19세	0	1(2.8)	1(3.8)	0	0	0	1(1.5)	1(1.5)
20-29세	4(11.1)	3(8.3)	2(7.7)	5(19.2)	0	0	6(9.1)	8(12.1)
30-39세	5(13.9)	0	4(15.4)	3(11.5)	0	1(25)	9(13.6)	4(6.1)
40-49세	3(8.3)	6(16.7)	3(11.5)	4(15.4)	0	1(25)	6(9.1)	11(16.7)
50-59세	2(5.6)	5(13.9)	3(11.5)	0	1(25)	1(25)	6(9.1)	6(9.1)
60-69세	1(2.8)	6(16.7)	0	1(3.8)	0	0	1(1.5)	7(10.6)
계	15(41.7)	21(58.3)	13(50)	13(50)	1(25)	3(75)	29(43.9)	37(56.1)

4) 발생부위 분포

두통 발생부위 분포를 보면, 긴장형 두통의 경우 後頭部 20명(55.6%), 前頭部 5명(13.9%), 側頭部 5명(13.9%), 全頭部 4명(11.1%), 頭頂部 2명(5.6%) 순으로 나타났으며, 긴장형 두통에서 양측 편두통이 있는 경우중 3 경우에는 후두통도 같이 가지고 있었다.(중복처리는 하지 않음.) 편두통의 경우는 좌측 10명(38.5%), 양측 8명(30.8%), 우측 7명(26.9%), 前頭部 1명(3.8%) 순이었다. 기타는 前頭部 2명(50%), 우측두부 1명(25%), 全頭部 1명(25%)이었

다.

전체적으로 보면 측두부가 41명(47%)으로 제일 많았고, 후두부 20명(30.3%), 前頭部 8명(12.1%), 全頭部 5명(7.8%), 두정부 2명(3.0%)으로 나타났다. (표 1-4)

표 1-4. 발생부위 분포

구분 부위	긴장형 두통 (n=36)	편두통 (n=26)	기타 (n=4)	계 (n=66)	
前頭部	5(13.9)	1(3.8)	2(5.0)	8(12.1)	
側頭部	左	0	10(38.5)	10(15.2)	
	右	0	7(26.9)	1(25.0)	8(12.1)
	兩側	5(13.9)	8(30.8)	0	13(19.7)
頭頂部	2(5.6)	0	0	2(3.0)	
後頭部	20(55.6)	0	0	20(30.3)	
全頭部	4(11.1)	0	1(25.0)	5(7.8)	

5) 두통의 통증 양상

두통의 통증 양상을 살펴보면, 긴장형 두통은 압박성 21명(58.3%), 박동성 지속적 둔감 각각 6명(16.7%), 박동성과 견항부 견인통을 동반한 경우가 3명(8.3%)순으로 나타났고, 편두통에서는 박동성 14명(53.8%), 격렬감 6명(23.1%), 박동성과 견항부 견인통을 동반한 경우 3명(11.5%), 압박성 2명(7.7%), 지속적 둔감 1명(3.8%)순으로 나타났다. 기타에서는 압박성 1명(25%), 지속적 둔감 3명(75%)이었다.

전체적으로 보면 압박성 24명(36.4%), 박동성 20명(30.3%), 지속적 둔감 10명(15.2%), 격렬감, 박동성과 견항부 견인통을 동반한 경우가 각각 6명(9.1%) 순으로 나타났다. (표 1-5)

표 1-5. 두통의 통증 양상

특징	구분	긴장형 두통 (n=36)	편두통 (n=26)	기타 (n=4)	계 (n=66)
박동성		6(16.7)	14(53.8)	0	20(30.3)
압박성		21(58.3)	2(7.7)	1(25.0)	24(36.4)
격렬감		0	6(23.1)	0	6(9.1)
지속적 둔감		6(16.7)	1(3.8)	3(75.0)	10(15.2)
박동성과 견항부 견인통 동반		3(8.3)	3(11.5)	0	6(9.1)

6) 두통 병력기간

병력기간으로 분류를 해 보면, 긴장형 두통에서는 1주일 이내가 15명(41.7%), 1년 이상 10명(27.8%), 1개월 이내 4명(11.1%), 3개월 이내 3명(8.3%), 6개월 이내 2명(5.6%), 1년 이내 2명(5.6%)순이었고, 편두통은 1주일 이내 12명(40.2%), 1년 이상 7명(26.9%), 1개월 이내 4명(15.4%), 1년 이내 3명(11.5%)순으로 나타났다. 기타에서는 1주일 이내가 4명(100%)으로 나타났다.

전체적으로 보면 1주일 이내가 31명(47%)으로 제일 많았고, 1년 이상이 17명(25.8%)이었고, 1개월, 1년 이내, 3개월 이내, 6개월 이내 순이었다. (표 1-6)

표 1-6. 두통 병력기간

구분 기간	긴장형 두통 (n=36)	편두통 (n=26)	기타 (n=4)	계 (n=66)
1주일 이내	15(41.7)	12(46.2)	4(100)	31(47.0)
1개월 이내	4(11.1)	4(15.4)	0	8(12.1)
3개월 이내	3(8.3)	0	0	3(4.5)
6개월 이내	2(5.6)	0	0	2(3.0)
1년 이내	2(5.6)	3(11.5)	0	5(7.6)
1년 이상	10(27.8)	7(26.9)	0	17(25.8)

7) 수반증상

두통의 수반증상을 보면, 긴장형 두통인 경우 신경계 25명(69.4%), 기타(疲勞, 眼疲勞) 17명(42.7%), 근골격계 14명(38.8%), 순환계 11명(30.6%), 소화계 10명(27.8%), 호흡계 3명(8.3%), 무 1명(2.8%) 순이었고, 편두통의 경우는 기타(피로, 안피로) 14명(53.8%), 소화계 13명(50%), 신경계 순환계 8명(30.8%), 근골격계 5명(19.2%), 무 1명(3.8%) 순으로 나타났고, 기타의 경우는 호흡계 2명(50%), 기타(疲勞, 眼疲勞) 2명(25%), 근골격계 1명(25%)의 순으로 나타났다.

전체적으로 보면, 신경계 기타(피로, 안피로) 각각 33명(50%), 소화계 24명(36.4%), 근골격계 20명(30.3%), 순환계 19명(28.8%), 호흡계 5명(7.6%), 무 2명(3.0%) 순으로 나타났다. (표 1-7)

8) 유발인자

두통의 유발인자를 살펴보면, 긴장형 두통의 경우 신경과민 21명(58.3%), 피로 8명(22.2%), 소화불량 3명(8.3%), 불면 2명(5.5%), 방노 기타(안 좋은 향에 민감) 각각 1명(2.8%) 순으로 나타났고, 편두통의 경우는 신경과민 16명(61.5%), 피로 5명(19.2%), 기타(커피 마신 후, 찬 바람이나 따뜻한 곳에 있을 때, 안구 운동시) 3명(11.5%) 순으로 나타났다. 기타의 경우는 感冒 後 3명(75%), 두부외상 1명(25%) 순으로 나타났다. 전체적으로 보면, 신경과민 37명(56.1%), 과로 13명(19.7%), 소화불량 5명(7.6%), 기타 4명(6.1%), 感冒 後 3명(4.5%), 不眠 2명(3.0%), 房勞 頭部外傷 각각 1명(1.5%) 순으로 나타났다. (표 1-8)

표 1-7. 수반증상

구분 증상	긴장형 두통 (n=36)	편두통 (n=26)	기타 (n=4)	계 (n=66)
소화계	10(27.8)	13(50)	0	24(36.4)
소화불량	9(25)	6(23.1)	0	15(22.7)
오심	1(2.8)	4(15.4)	0	6(9.1)
변비	0	3(11.5)	0	3(4.5)
호흡계	3(8.3)	0	2(50)	5(7.6)
천식	1(2.8)	0	0	1(1.5)
감도	2(5.5)	0	2(50)	4(6.1)
신경계	25(69.4)	8(30.8)	0	33(50)
두중	7(19.4)	1(3.8)	0	8(12.1)
불안 초조	2(5.5)	0	0	2(3.0)
심계	5(13.9)	3(11.5)	0	8(12.1)
열상충	5(13.9)	1(3.8)	0	6(9.1)
다몽	1(2.8)	1(3.8)	0	2(3.0)
불면	5(13.9)	2(7.7)	0	7(10.6)
순환계	11(30.6)	8(30.8)	0	19(28.8)
고혈압	5(13.9)	2(7.7)	0	7(10.6)
흉통	1(2.8)	0	0	1(1.5)
현훈	4(11.1)	5(19.2)	0	9(13.6)
부종	1(2.8)	1(3.8)	0	2(3.0)
근골격계	14(38.8)	5(19.2)	1(25)	20(30.3)
견항통	8(22.2)	4(15.4)	0	12(18.2)
요배통	2(5.5)	0	0	2(3.0)
수족비	4(11.1)	1(3.8)	1(25)	6(9.1)
기타	17(47.2)	14(53.8)	2(50)	33(50)
피로	8(22.2)	9(34.6)	0	17(25.8)
안피로	9(25.0)	5(19.2)	2(50)	16(24.2)
무	1(2.8)	1(3.8)	0	2(3.0)

* 해당 수반증상을 중복 처리함

표 1-8. 유발인자

유발인자	구분 긴장형 두통 (n=36)	편두통 (n=26)	기타 (n=4)	계 (n=66)
신경과민	21(58.3)	16(61.5)	0	37(56.1)
과로(피로)	8(22.2)	5(19.2)	0	13(19.7)
방노	1(2.8)	0	0	1(1.5)
소화불량	3(8.3)	2(7.7)	0	5(7.6)
감모후	0	0	3(75)	3(4.5)
두부 외상	0	0	1(25)	1(1.5)
불면	2(5.5)	0	0	2(3.0)
기타	1(2.8)	3(11.5)	0	4(6.1)

9) 변증별 분포

변증별 분포를 살펴보면, 긴장형 두통의 경우 肝鬱化火 12명(33.3%), 氣虛 10명(27.8%), 痰厥 5명(13.9%), 氣血兩虛 4명(11.1%), 陰虛 3명(8.3%), 血虛 2명(5.5%) 순으로 나타났고, 편두통의 경우 肝鬱化火 11명(42.3%), 氣虛 5명(19.2%), 血虛 痰厥 各各 4명(15.4%), 氣血兩虛 風熱 各各 1명(3.8%) 순이었고, 기타의 경우 風濕 1명(25%), 氣虛 1명(25%), 氣血兩虛 1명(25%), 瘀血 1명(25%) 순으로 나타났다.

전체적으로는 肝鬱化火 23명(34.8%)으로 제일 많았으며, 다음으로 氣虛 16명(24.2%), 痰厥 9명(13.6%), 血虛 氣血兩虛 各 6명(9.1%), 陰虛 3명(4.5%), 瘀血 風濕 風熱 各 1명(1.5%) 순으로 나타났다. (표 1-9)

표 1-9. 변증별 분포

변증유형	구분 긴장형 두통 (n=36)	편두통 (n=26)	기타 (n=4)	계 (n=66)
風痰	0	0	0	0
風熱	0	1(3.8)	0	1(1.5)
風濕	0	0	1(25)	1(1.5)
肝鬱化火	12(33.3)	11(42.3)	0	23(34.8)
氣虛	10(27.8)	5(19.2)	1(25)	16(24.2)
血虛	2(5.5)	4(15.4)	0	6(9.1)
氣血兩虛	4(11.1)	1(3.8)	1(25)	6(9.1)
痰厥	5(13.9)	4(15.4)	0	9(13.6)
陰虛	3(8.3)	0	0	3(4.5)
瘀血	0	0	1(25)	1(1.5)

10) 변증별 ABR-2000 결과 분석

환자들의 호소증상으로 辨證 한 것과 ABR-2000의 결

과를 비교하여 살펴보면, 肝鬱化火일 경우 정신신경계에서는 A그래프 정상 37.9%, 향진 33.3%, 저하 19%이었고, R그래프 정상 42.4%, 향진 24.2%, 저하 33.3%이었다. 또한 내부장부계에서는 A그래프 정상 28.4%, 향진 42.1%, 저하 29.5%이었고, R그래프 정상 48.9%, 향진 8.0%, 저하 43.2%이었다.

氣虛일 경우 정신신경계에서는 A그룹 정상 25%, 향진 10.4%, 저하 64.6%이었고, R그룹 정상 14.6%, 향진 8.3%, 저하 77.1%이었다. 내부장부계에서는 A그래프 정상 42.2%, 향진 26.7%, 저하31.3%이었고, R그래프 정상 57.8%, 향진 7.8%, 저하 40.6%이었다.

血虛일 경우 정신신경계에서는 A그래프 정상 33.3%, 향진 0%, 저하 66.7%이었고, R그래프 정상 5.6%, 향진 5.6%, 저하 100%이었다. 내부장부계에서는 A그래프 정상 29.2%, 향진 50%, 저하 20.8%이었고, R그래프 정상 58.3%, 향진 4.2%, 저하 37.5%이었다.

氣血兩虛일 경우 정신신경계에서는 A그래프 정상 16.7%, 향진 16.7%, 저하 66.7%이었고, R그래프 정상 22.2%, 향진 5.6%, 저하 72.2%이었다. 내부장부계에서는 A그래프 정상 58.3%, 향진16.7%, 저하 25%이었고, R그래프 정상 62.5%, 향진 0%, 저하 37.5%이었다.

痰厥일 경우 정신신경계에서는 A그래프 정상 22.2%, 향진 3.7%, 저하 74.1%이었고, R그래프 정상 33.3%, 향진 7.4%, 저하 59.3%이었다. 내부장부계에서는 A그래프 정상 50%, 향진 27.8%, 저하 22.2%이었고, R그래프 정상 58.3%, 향진 0%, 저하 41.7%이었다.

陰虛일 경우 정신신경계에서는 A그래프 정상 향진 저하 각각 33.3%, R그래프 정상 44.4%, 향진 7.4%, 저하 44.4%이었다. 내부장부계에서는 A그래프 정상 향진 각각 50%, 저하 0%이었고, R그래프 정상 66.7%, 향진 저하 각각 16.2% 이었다.

瘀血일 경우 정신신경계 A, R그래프 모두 저하 100%, 내부장부계 A그래프 정상 75%, 향진 25% 저하 0%이었고, R그래프 정상 50%, 향진 0%, 저하 50%이었다.

風熱일 경우 정신신경계 A그래프 정상 100%, R그래프 정상 66.6%, 향진 33.3% 저하 0%이었다. 내부장부계에서는 A,R그래프 모두 정상 100%이었다.

표 1-10. 분석표

		1		2		3		계		4		5		6		7		계	
		A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R
肝鬱化火 n=22	정상	9	11	8	4	8	13	25 (37.9%)	28 (42.4%)	6	7	5	10	7	14	7	12	25 (28.4%)	43 (48.9%)
	항진	9	2	6	14	7	0	22 (33.3%)	16 (24.2%)	9	0	11	2	9	3	8	2	37 (42.1%)	7 (8.0%)
	저하	4	9	8	4	7	9	19 (28.9%)	22 (33.3%)	7	15	6	10	6	5	7	8	26 (29.5%)	38 (43.2%)
氣虛 n=16	정상	5	2	2	2	5	3	12 (25%)	7 (14.6%)	6	1	7	10	7	14	7	12	27 (42.2%)	37 (57.8%)
	항진	1	0	3	4	1	0	5 (10.4%)	4 (8.3%)	3	0	4	1	6	0	4	0	17 (26.7%)	5 (7.8%)
	저하	10	14	11	10	10	13	31 (64.6%)	37 (77.1%)	7	15	5	5	3	2	5	4	20 (31.3%)	26 (40.6%)
血虛 n=6	정상	2	0	2	1	2	0	6 (33.3%)	1 (5.6%)	1	3	2	2	2	4	2	5	7 (29.2%)	14 (58.3%)
	항진	0	0	0	1	0	0	0	1 (5.6%)	3	0	3	0	3	1	3	0	12 (50%)	1 (4.2%)
	저하	4	6	4	4	4	6	12 (66.7%)	16 (100%)	2	3	1	4	1	1	1	1	5 (20.8%)	9 (37.5%)
氣血兩虛 n=6	정상	1	1	0	1	2	2	3 (16.7%)	4 (22.2%)	4	0	4	3	2	6	4	6	14 (58.3%)	15 (62.5%)
	항진	1	0	2	1	0	0	3 (16.7%)	1 (5.6%)	1	0	1	0	1	0	1	0	4 (16.7%)	0
	저하	4	5	4	4	4	4	12 (66.7%)	13 (72.2%)	1	6	1	3	3	0	1	0	6 (25%)	9 (37.5%)
痰厥 n=9	정상	2	4	2	2	2	3	6 (22.2%)	9 (33.3%)	3	2	4	5	6	7	5	7	18 (50%)	21 (58.3%)
	항진	1	0	0	2	0	0	1 (3.7%)	2 (7.4%)	3	0	3	0	2	0	2	0	10 (27.8%)	0
	저하	6	5	7	5	7	6	20 (74.1%)	16 (59.3%)	3	7	2	4	1	2	2	2	8 (22.2%)	15 (41.7%)
陰虛 n=3	정상	1	2	1	1	1	1	3 (33.3%)	4 (44.4%)	3	1	1	2	1	2	1	3	6 (50%)	8 (66.7%)
	항진	1	0	1	1	1	0	3 (33.3%)	2 (7.4%)	0	0	2	1	2	1	2	0	6 (50%)	2 (16.7%)
	저하	1	1	1	1	1	2	3 (33.3%)	4 (44.4%)	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2 (16.7%)

風濕일 경우 정신신경계 A, R그래프 모두 저하 100% 이었고, 내부장부계에서는 A그래프 저하 100%, R그래프 정상 50%, 저하 50%이었다.

2. 치료성적

1) 연령, 남녀별 치료성적

연령별 치료성적을 보면, 10대에서 우수 2명(100%), 20대에서 우수 8명(57.1%), 호전 5명(35.7%), 여전(7.1%)이었고, 30대에서 우수 4명(30.8%), 호전 5명(38.5%), 여전 3명(23.1%), 악화 1명(7.7%)이었다. 40대에서는 우수 10명

(58.8%), 호전 6명(35.3%), 여전 1명(5.9%)이었고, 50대에서는 우수 3명(25%), 호전 4명(33.3%), 여전 5명(41.7%)이었고, 60대에서는 우수 3명(37.5%), 호전 3명(37.5%), 여전 2명(25%)이었다.

남녀별 치료성적을 살펴보면 남자에서는 우수 14명(48.3%), 호전 10명(34.5%), 여전 5명(17.2%)로 호전이상이 전체 29명중 82.8%를 차지했고, 여자에서는 우수 16명(43.2%), 호전 13명(44.8%), 여전 7명(18.9%), 악화 1명(2.7%)로 호전이상이 전체 37명중 88%를 차지했다. (표 2-1)

표 2-1. 연령, 남녀별 치료성적

	우수			호전			여전			악화			총계		
	男	女	합	男	女	합	男	女	합	男	女	합	男	女	합
10-19세	1 (100)	1 (100)	2 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (100)	1 (100)	2 (100)
20-29세	5 (83.3)	3 (37.5)	8 (57.1)	1 (16.7)	4 (50)	5 (35.7)	0	1 (12.5)	1 (7.1)	0	0	0	6 (100)	8 (100)	14 (100)
30-39세	3 (33.3)	1 (25)	4 (30.8)	4 (44.4)	1 (25)	5 (38.5)	2 (22.2)	1 (25)	3 (23.1)	0	1 (25)	1 (7.7)	9 (100)	4 (100)	13 (100)
40-49세	4 (66.7)	6 (54.5)	10 (58.8)	2 (33.3)	4 (36.4)	6 (35.3)	0	1 (9.1)	1 (5.9)	0	0	0	6 (100)	11 (100)	17 (100)
50-59세	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (25)	2 (33.3)	2 (33.3)	4 (33.3)	3 (50)	2 (33.3)	5 (41.7)	0	0	0	6 (100)	6 (100)	12 (100)
60-69세	0	3 (42.9)	3 (37.5)	1 (100)	2 (28.6)	3 (37.5)	0	2 (28.6)	2 (25)	0	0	0	1 (100)	7 (100)	8 (100)
계	14 (48.3)	16 (43.2)	30 (45.5)	10 (34.5)	13 (44.8)	23 (34.8)	5 (17.2)	7 (18.9)	12 (18.2)	0	1 (2.7)	1 (1.5)	29 (100)	37 (100)	66 (100)

2) 병력기간별 치료성적

병력기간별 치료성적을 살펴보면, 1주일 이내에서 우수 16명(51.6%), 호전 10명(32.3%), 여전 4명(12.9%), 악화 1명(3.2%)이었고, 1개월 이내에서는 우수 5명(62.5%), 호전 2명(12.5%), 여전 1명(12.5%)이었고, 3개월 이내에서는 우수 1명(33.3%), 호전 2명(66.7%)이었고, 6개월 이내에서는 우수 1명(50%), 호전 1명(50%)이었다. 1년 이내에서는 호전 3명(60%), 여전 2명(40%)이었고, 1년 이상에서는 우수 7명(41.2%), 호전 5명(29.4%), 여전 5명(29.4%)이었다. (표 2-2)

표 2-2. 병력기간별 치료성적

	우수	호전	여전	악화	계
1주일 이내	16(51.6)	10(32.3)	4(12.9)	1(3.2)	31(100)
1개월 이내	5(62.5)	2(12.5)	1(12.5)	0	8(100)
3개월 이내	1(33.3)	2(66.7)	0	0	3(100)
6개월 이내	1(50)	1(50)	0	0	2(100)
1년 이내	0	3(60)	2(40)	0	5(100)
1년 이상	7(41.2)	5(29.4)	5(29.4)	0	17(100)

3) 두통 분류별 치료성적

두통 분류별 치료성적을 살펴보면, 긴장형 두통에서는 우수 14명(38.9%), 호전 13명(36.1%), 여전 9명(25%)이었

고, 편두통에서는 우수 15명(57.7%), 호전 9명(34.6%), 여전 2명(7.7%)이었고, 기타에서는 우수, 호전, 여전, 불량 각각 1명씩(25%)을 차지하였다. (표 2-3)

표 2-3. 두통 분류별 치료성적

	긴장형 두통 (n=36)	편두통 (n=26)	기타 (n=4)	계 (n=66)
우수	14(38.9)	15(57.7)	1(25)	30(45.5)
호전	13(36.1)	9(34.6)	1(25)	23(34.8)
여전	9(25)	2(7.7)	1(25)	12(18.2)
불량	0	0	1(25)	1(1.5)

4) 두통 辨證別 치료성적

辨證別 치료성적을 보면, 風熱, 風濕型에서는 각각 호전 1명(100%), 肝鬱化火는 우수 13명(56.5%), 호전 6명(26.1%), 여전 4명(17.4%)이었고, 氣虛型 우수 2명(12.5%), 호전 10명(62.5%), 여전 4명(25%)이었다. 血虛型에서는 우수 4명(66.7%), 호전 1명(16.7%), 여전 1명(16.7%)이었고, 氣血兩虛型에서는 우수 3명(50%), 호전 2명(33.3%), 여전 1명(16.7%)이었다. 痰厥型에서는 우수 7명(77.8%), 호전 1명(11.1%), 여전 1명(11.1%)이었고, 陰虛型에서는 우수, 호전, 여전 각각 1명(33.3%)을 차지하였다. 瘀血型에서는 악화 1명(100%)로 나타났다. (표 2-4)

표 2-4. 두통변증별 치료성적

변증유형	치료평가 우수	호전	여전	불량	계
風熱	0	1(100)	0	0	1(100)
風濕	0	1(100)	0	0	1(100)
肝鬱化火	13(56.5)	6(26.1)	4(17.4)	0	23(100)
氣虛	2(12.5)	10(62.5)	4(25)	0	16(100)
血虛	4(66.7)	1(16.7)	1(16.7)	0	6(100)
氣血兩虛	3(50)	2(33.3)	1(16.7)	0	6(100)
痰厥	7(77.8)	1(11.1)	1(11.1)	0	9(100)
陰虛	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	0	3(100)
瘀血	0	0	0	1(100)	1(100)

5) 來源 횡수별 치료성적

來源 횡수별 치료성적을 보면, 1회일 경우는 우수 1명(12.5%), 호전 4명(50%), 여전 3명(37.5%)이었고, 2회일 경우는 우수 4명(33.3%), 호전 5명(41.7%), 여전 3명(25%)이었으며, 3회일 경우는 우수 5명(45.5%), 호전 2명(18.2%), 여전 3명(27.3%), 불량 1명(9.1%)이었다. 4-5회 경우는 우수 5명(55.6%), 호전 3명(33.3%), 여전 1명(11.1%)이었고, 6-8회일 경우는 우수 7명(63.6%), 호전 4명(36.4%)이었으며, 9-12회일 경우는 우수 4명(57.1%), 호전 2명(28.6%), 여전 1명(14.3%)이었다. 13-15회일 경우는 우수, 호전 각각 2명(40%), 여전 1명(20%)이었고, 16회 이상일 경우는 우수 2명(66.7%), 호전 1명(33.3%)이었다.

치료효과의 호전면에서 보면 1회 5명(62.5%), 2회 9명(75%), 3회 7명(63.7%), 4-5회 8명(88.9%), 6-8회 11명(100%), 9-12회 6명(85.7%), 13-15회 4명(80%), 16회 이상 3명(100%)이었다.

전체적으로 보면, 치료성적의 우수가 30명(45.5%), 호전 23명(34.8%), 여전 12명(18.2%), 불량 1명(1.5%)으로 나타났으며, 66명중 53명(80.3%)이 호전된 효과를 보였다. (표 2-5)

표 2-5. 來源 횡수별 치료성적

治療평가 來源 횡수	우수	호전	여전	불량	계
1	1(12.5)	4(50)	3(37.5)	0	8(100)
2	4(33.3)	5(41.7)	3(25)	0	12(100)

治療평가 來源 횡수	우수	호전	여전	불량	계
3	5(45.5)	2(18.2)	3(27.3)	1(9.1)	11(100)
4-5	5(55.6)	3(33.3)	1(11.1)	0	9(100)
6-8	7(63.6)	4(36.4)	0	0	11(100)
9-12	4(57.1)	2(28.6)	1(14.3)	0	7(100)
13-15	2(40)	2(40)	1(20)	0	5(100)
16 이상	2(66.7)	1(33.3)	0	0	3(100)
계	30(45.5)	23(34.8)	12(18.2)	1(1.5)	66(100)

IV. 考察

頭痛은 두개내의 통각감수조직이 자극되어 발생하는 것으로, 자극으로는 기계적자극, 화학적자극, 염증, 순환장애 등이 있으며, 頭痛의 발생기전으로 동정맥의 견인이나 신전, 편위, 염증과 말초신경, 뇌신경, 경신경의 압박, 견인과 두개내외의 염증 및 근육의 지속적 수축으로 일어난다^{19, 20)}.

또한, 임상에서 가장 흔하게 볼 수 있는 증상의 일종으로 드물게 두개내기관의 重篤한 질환의 경도가 되는 경우도 있으나 이러한 뇌질환뿐 아니라 발열, 중독, 두부외상, 안이비인후과질환, 두부신경통 등과, 신경정신과적인 질환, 근골격질환 등 거의 모든 질환이 頭痛을 야기할 수 있다⁷⁾.

頭痛의 分類는 韓醫學의인 病因에 따라서 外感과 內傷 頭痛으로 分類하며 外感頭痛은 다시 風寒頭痛, 風濕頭痛, 風熱頭痛으로 구분하고, 內傷頭痛은 肝鬱化火頭痛, 氣虛頭痛, 血虛頭痛, 陰虛頭痛, 氣血兩虛頭痛, 痰濁頭痛, 瘀血頭痛으로 分類하고 있다^{21, 23)}.

現代醫學의인 頭痛의 일반적 분류는 국제두통학회(IHS)의 기준에 의하면 크게 두통을 유발할수 있는 기초 질환 없이 발생하는 일차성 혹은 기능성 두통과 원인질환이 있어 이에 부수적으로 발생하는 이차성 혹은 기질적 두통으로 대별할 수 있다. 현대사회로 진행됨에 따라 문명의 발달과 복잡 다양한 사회생활과 환경 변화 속에서 정신적 스트레스가 증가되고 있으며 이로 인한 일차성, 기능성 두통 또한 많은 실정이다. 간단하게 이분법적 분류에 의해 일차성 두통은 긴장성 두통, 긴장성 두통, 군발

두통, 두부신경통, 심인성두통으로 분류되며 그중 긴장성 두통과 편두통이 대부분을 차지하고 있다.

긴장성 두통은 기질적이나 대사적 질환의 배경 없이 비박동성의 압박이나 조이는 것 같은 두통이 양측성으로 발견되며, 일상생활에 지장을 주지 않을 정도의 경도 내지 중등도의 통증이 있으나 일상생활로 악화되지 않는 두통이다.

편두통은 원인불명의 재발성 두통질환으로 한번 발작 시 4-72시간 지속되고, 편측성으로 오며, 박동성이고, 중정도 이상의 심한 두통을 말하며, 종종 가족력을 가지는 질환으로 일상활동으로도 증상이 악화되고, 오심이나 광선 및 고성에 민감해지는 두통이다.

복잡하고 빠르게 변하는 現代社會에서는 사회 환경적 요인에 의해 頭痛이 점차 증가하고 있으며, 생활의 향상에 의하여 점점 많은 환자가 頭痛을 主訴로 병원을 찾고 있으므로 頭痛患者에 대한 많은 관심과 연구가 필요하다고 사료된다. 이에 저자는 본원 신경정신과를 來源한 두통 환자 66명을 대상으로 두통별 분류 및 한방적 치료를 통한 치료결과를 분석하여 다음과 같은 결론을 얻었으며, 아울러 두통환자 변증에 따른 ABR-2000의 검사결과를 분석하여 그 결과와 한방적 변증 분류와의 상관성을 살펴 보고자 한다.

우선, 직업별 분포를 보면, 사무직 이상 일반 전문직에 해당하는 사람이 28명으로 전체의 42.3%이었고, 무직 25명중 여성이 모두 차지하였으므로 남성들의 직업이 다양한 반면 여성들은 전체 37명중 67.6%가 전업주부들이었다. (표 1-1)

來源前 치료상황을 보면, 본원에 來源하기 前까지의 과거력을 조사하여 두통환자의 의뢰기관 이용실태를 알아보았는데 초진 40명(60.6%)으로 제일 많았다. 이는 요즘 사람들의 한방병원 이용률이 높은 것을 반영한 것으로 보이며, 또한 이전의 1987년 대전대에서 조사된 결과¹⁷⁾에는 약국을 이용한 경우가 제일 많은 것에 비하면 그 동안의 변화를 알 수 있었다. (표 1-2)

두통 분류별 성별 분포를 보면, 전체적으로는 남자29명(43.9%), 여자37명(56.1%)으로 여성이 남성에 비하여 다소 많았는데, 이는 대전대의 조사에서 3배가량 여자환자가

많았던 것에 비하여 현저한 차이를 보였으며, 또한 편두통은 일반적으로 여자에게 다발한다고 하나²⁴⁾, 본원의 편두통 환자의 남녀 비율은 같았다. 이는 본원을 來源한 남자 두통환자가 많은 것인지, 아니면 남자들의 두통 罹患率이 늘어 나는 것인지는 정확히는 알 수 없었다. (표 1-3)

두통 분류별 연령별 분포를 보면, 전체적으로 사회적 활동이 많은 40대가 제일 많았으며, 긴장형 두통은 청장년층에서부터 고령층까지 발병빈도가 비슷하였고, 편두통은 20대 30대 40대에서 제일 많았고 나이가 들면서 발병율이 낮아지는 양상을 보였다. (표 1-3)

두통의 발생부위 분포를 보면, 긴장형 두통의 경우 後頭部, 前頭部, 側頭部, 全頭部, 頭頂部 순으로 나타났으며, 편두통의 경우는 左側頭部, 兩側, 右側, 前頭部 순이었다. 전체적 側頭部가 31명(47%)으로 제일 많았고, 後頭部, 前頭部, 全頭部, 頭頂部 순으로 나타났다. 頭部는 經絡의 지배 영역상 陽經의 지배영역으로 대표되고 있으며, 이것은 다시 三陽經의 분포에 의해 前頭部는 陽明經, 側頭部는 少陽經, 後頭部는 太陽經, 頭頂部는 厥陰經으로 구분된다²⁵⁻³¹⁾. 側頭部 두통은 편두통 유발인자와 같이 정서적 요소의 작용인데 이는 少陽經의 특징과 유사하고, 後頭部 頭痛은 足太陽膀胱經과 足少陽膽經 및 督脈경과 유관하다고 할 수 있다. (표 1-4)

두통의 통증양상을 보면, 긴장형 두통은 압박성 21명(58.3%)이 제일 많았고, 편두통에서는 박동성 14명(53.8%)이 제일 많았다. 기타에서는 압박성 1명(2%), 지속적 둔감 3명(75%)이었다.

전체적으로 보면 압박성, 박동성, 지속적 둔감, 격렬감, 박동성과 견항부 견인통을 동반한 경우 순으로 나타났다. 통증양상의 차이는 통증의 경과상의 차이에 따라 다르게 나타날 수 있는데 긴장성 두통이라도 초기에는 격렬하게 나타나는 경우도 있고, 박동성으로 나타나기도 하며 시간이 지나면 통증이 약간 약해지면서 은은한 압박감으로 변하기도 한다. 전체적으로 압박성 두통이 많은 것은 통증양상이 극심할 때 내원한 경우보다 그보다 약할 때 한방적 치료를 선호한다고 사료된다. (표 1-5)

두통의 병력기간을 보면, 전체적으로 1주일 이내가 31

명(47%)으로 제일 많았다. 이는 초진환자가 많았던 것과 상관이라고 보아지고, 1년이상 된 경우가 두 번째로 많은 것으로 보아 만성 두통환자가 한방병원을 來源한 경우도 많은 것으로 사료된다. (표 1-6)

두통 수반증상을 보면, 전체적으로 신경계, 기타(피로, 眼疲勞), 소화계, 근육격계, 순환계, 호흡계%), 무 순으로 나타났다. 긴장성 두통의 경우는 신경과민으로 인한 신경성 질환을 제일 많이 동반하였으며, 편두통에서는 피로와 소화불량을 동반한 경우가 제일 많은 것으로 조사되었다. (표 1-7)

두통의 유발인자를 보면, 전체적으로 보면 신경과민, 파로, 소화불량, 기타, 感冒 後, 불면, 房勞後, 두부외상 순으로 나타났다. 긴장형 두통, 편두통 모두 신경과민이 제일 많은 유발인자를 차지하였는데 어떤 문제로 인한 것인지는 조사되지 않아 아쉬운 점이 있었다. 두통에서 생기는 부담은 일반적으로 경제적인 것, 사회적인 요구 그리고 결혼이나 가족문제 등으로 생긴다고 한다.³²⁾ (표 1-8)

변증별 분포를 보면, 전체적으로는 肝鬱化火 23명(34.8%)으로 제일 많았으며, 다음으로 氣虛, 痰厥, 血虛, 氣血兩虛, 陰虛, 瘀血, 風濕, 風熱 순으로 나타났다. (표 1-9)

변증별 ABR-2000의 결과를 분석한 결과, 우선 스트레스를 알 수 있는 정신신경계를 비교해 보면, 肝鬱化火일 경우 A그래프 정상 37.9%, 항진 33.3%, 저하 19%이었고, R그래프 정상 42.4%, 항진 24.2%, 저하 33.3%이었고, 氣虛일 경우 A그래프 정상 25%, 항진 10.4%, 저하 64.6%이었고, R그래프 정상 14.6%, 항진 8.3%, 저하 77.1%이었다. 血虛일 경우 A그래프 정상 33.3%, 항진 0%, 저하 66.7%이었고, R그래프 정상 5.6%, 항진 5.6%, 저하 100%이었다. 氣血兩虛일 경우 A그래프 정상 16.7%, 항진 16.7%, 저하 66.7%이었고, R그래프 정상 22.2%, 항진 5.6%, 저하 72.2%이었다. 痰厥일 경우 A그래프 정상 22.2%, 항진 3.7%, 저하 74.1%이었고, R그래프 정상 33.3%, 항진 7.4%, 저하 59.3%이었다. 이상으로 비교해 보면 肝鬱化火에서 항진이 제일 많았고, 저하도 제일 적었으며, 血虛에서 항진이 제일 적고 저하가 제일 많이 나왔다. 氣虛와 血虛일 경우 상호 비교는 크게 안되나, 氣虛는 항진

10.4%, 8.3% 저하 64.6%, 77.1%이었고, 血虛는 항진 0%, 5.6%, 저하 66.7%, 100%로 血虛에서 항진이 약간 적고, 저하가 더 많이 나왔다. 氣血兩虛는 경우의 수가 적은 관계로 정확한 통계로 보여지지는 않으나, 대체적으로 항진 보다는 저하가 많이 나왔다. 痰厥의 경우도 저하가 비교적 많이 나왔다. 陰虛, 瘀血, 風濕, 風熱의 경우는 적으므로 나열만 해 보면 陰虛에서는 A그래프 정상 항진 저하 각각 33.3%, R그래프 정상 44.4%, 항진 7.4%, 저하 44.4%이었고, 瘀血일 경우 A,R그래프 모두 저하 100%, 風熱일 경우 A그래프 정상 100%, R그래프 정상 66.6%, 항진 33.3% 저하 0%이었다. 風濕일 경우 A, R그래프 모두 저하 100%이었다. 이상 모두 스트레스지수인 항진의 수는 높지 않았다.

내부장부계를 비교해 보면, 肝鬱化火에서 A그래프 정상 28.4%, 항진 42.1%, 저하 29.5%이었고, R그래프 정상 48.9%, 항진 8.0%, 저하 43.2%이었고, 氣虛일 경우 A그래프 정상 42.2%, 항진 26.7%, 저하 31.3%이었고, R그래프 정상 57.8%, 항진 7.8%, 저하 40.6%이었다. 血虛일 경우 A그래프 정상 29.2%, 항진 50%, 저하 20.8%이었고, R그래프 정상 58.3%, 항진 4.2%, 저하 37.5%이었다. 氣血兩虛일 경우 A그래프 정상 58.3%, 항진 16.7%, 저하 25%이었고, R그래프 정상 62.5%, 항진 0%, 저하 37.5%이었다. 痰厥일 경우 A그래프 정상 50%, 항진 27.8%, 저하 22.2%이었고, R그래프 정상 58.3%, 항진 0%, 저하 41.7%이었다. 항진이 제일 많은 경우는 肝鬱化火인 경우와 血虛인 경우이고, 저하가 많은 경우는 肝鬱化火인 경우와 痰厥인 경우나 氣虛, 血虛인 경우도 비슷하였으므로 상대적 비교는 안되었다. 정신신경계에서는 肝鬱化火에서 항진이 저하에 비해 뚜렷이 많았으나 내부장부계에서는 저하도 제일 많은 것으로 보아 내부적으로는 虛證이 많은 것으로 사료되고, 血虛인 경우도 내부적으로 저하에 비하여 항진인 경우도 많았으므로 스트레스 지수는 낮아도 내부적인 지수와는 다른 것을 알 수 있었다. 하지만 내부장기허실 지수로 A그래프 지수보다는 R그래프 지수가 더 유의성이 높다고 할 때²⁴⁾ 전반적으로 저하가 많은 것으로 조사되었다.

陰虛일 경우 A그래프 정상 항진 각각 50%, 저하 0%

이었고, R그래프 정상 66.7%, 항진, 저하 각각 16.2% 이었고, 瘀血일 경우 A그래프 정상 75%, 항진 25% 저하 0%이었고, R그래프 정상 50%, 항진 0%, 저하 50%이었다. 風熱일 경우 A,R그래프 모두 정상 100%이었고, 風濕일 경우 A그래프 저하 100%, R그래프 정상 50%, 저하 50%이었다. (표 1-10)

다음으로는 針과 附缸療法 및 약물요법과 보조요법을 통한 두통의 치료결과를 보면 다음과 같다.

전체적으로 우수 30명, 호전 23명, 여전, 악화 1명으로 호전이상이 전체 66명중 53명(80.3%)을 차지하였다. 연령별 치료성적을 호전 면에서 보면, 대체적으로 치료효과가 높았으나, 특히 60대인 노년층도 높은 결과를 보였다. 男女別 치료성적을 호전 면에서 보면, 남녀 모두 치료효과가 비슷하였으나 여자가 약간 높았다. (표 2-1)

병력기간별 치료성적을 호전 면에서 보면, 오래된 경우에도 치료효과가 높은 것이 특징이었고, 전반적으로 치료효과가 높았다. (표 2-2)

두통 분류별 치료성적을 호전 면에서 보면, 긴장형 두통 27명(75%), 편두통 24명(92.3%), 기타 2명(50%)으로 편두통의 치료효과가 제일 높았다. (표 2-3)

두통변증별 치료성적을 호전 면에서 보면, 전반적으로 肝鬱化火, 痰厥, 血虛, 氣血兩虛일 경우가 치료효과가 높았다. (표 2-4)

來源 횃수별 치료성적을 호전 면에서 보면, 4-5회 이상 來源한 경우부터 치료효과가 높았고 이는 보통 2주에서 4주간의 치료기간의 경우이며, 장기치료인 경우에도 치료효과가 높았다. (표 2-5)

이상으로 본원 신경정신과를 來源한 두통환자의 치료성적을 살펴보았다. 대체적으로 국제두통협회 분류에 충실하게 분류하도록 노력하였으나 실제 임상에서는 긴장형과 편두통이 혼합된 경우가 많아 분류에 어려움이 많았다. 특히 통증부위와 양상에 있어 혼잡이 많았는데 後頭痛은 긴장형 두통의 특징으로 하였고, 박동성 두통이 偏側과 양측으로 확실할 경우에는 편두통의 특징으로 하였다. 그러나 혼합된 경우도 있었으므로 이때는 여러 가지를 종합적으로 더 가치 있는 쪽으로 분류하였다. 기타로 분류한 두통에는 感冒로 인한 두통도 있는데 이는 국제두

통협회에 분류되어 있지는 않으나, 본원 신경정신과를 來源한 환자 모두를 집합으로 하였기에 제외시키지 않은 것이다.

辨證에 있어 좀더 객관적인 자료가 부족하였고, 그에 따른 ABR-2000도 來源 1회때 실시한 것이므로 재현성에 대한 검토가 부족하였으나, 변증에 따른 ABR-2000의 한방적 해석의 시도는 의의가 있었고, 앞으로 좀더 많은 자료의 축적이 요구되리라 생각된다.

V. 結 論

1999년 11월부터 2000년 4월까지 6개월 동안 기질적인 질환이 있는 경우의 두통을 제외 한 66명을 대상으로 하여 임상적 관찰을 한 바 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 직업별 분포를 보면 사무직이상 일반 전문직이 전체 42.3%이었고, 남성들의 직업이 다양한 반면 여성들은 과반수이상인 전업주부였다. 來源 전 치료상황을 보면 기존의 약국에서 진통제를 복용한 경우가 많았던 것에 비하여 초진이 40명(60.6%)으로 제일 많았다.

2. 긴장형 두통이 편두통보다 많았으며, 성별로는 전체적으로 여성이 남성에 다소 많았으나 편두통의 罹患率은 남녀 비율이 같았으며, 긴장형 두통은 청장년층에서 고령층까지 발병빈도가 비슷하였으나, 편두통은 나이가 들면서 발병율이 낮아지는 양상을 보였다.

3. 발생부위는 긴장형 두통에서는 후두통에서의 압박감이 많았고, 편두통에서는 측두부에서의 박동성이 많았다.

4. 병력기간은 1주일 이내가 제일 많았고, 1년 이상인 만성인 경우가 두번째로 많았다.

유발인자로는 전체적으로는 신경과민, 과로, 소화불량순으로 제일 많았으며 특히 긴장형 두통, 편두통 모두에서 신경과민이 유발인자로 제일 많았다.

5. 변증유형은 긴장형 두통의 경우 肝鬱化火와 氣虛가 제일 많았고, 편두통의 경우 肝鬱化火의 氣虛, 血虛, 痰厥 모두 많았다. 수반증상으로는 전체적으로 신경계증상과 피로가 제일 많았고, 긴장형 두통에서는 신경계증상이 제일 많았고, 편두통에서는 피로와 소화불량을 동반한 경우

가 제일 많았다.

6. 변증별 ABR-2000을 분석한 결과, 스트레스를 알 수 있는 정신신경계에서는 肝鬱化火인 경우에서 제일 스트레스가 높게 나왔고, 氣虛와 血虛인 경우에 스트레스가 낮게 나오고 기능저하가 제일 높게 나왔다. 또한 내부장부계인 한방의 虛實辨證과 관련한 부위에서는 전체적으로 기능저하가 높게 나왔으나, 肝鬱化火와 血虛의 경우에서 寒熱辨證으로 有意性이 높은 A그래프에서 약간의 기능향진도 보였다.

7. 치료성적을 보면 전 연령층에서 호전이 있었으며, 여자가 약간 높았고, 전체적으로 호전이상이 전체의 80.3%을 차지하였다. 병력기간별로는 급성인 경우와 1년 이상의 만성인 경우 모두 호전율이 높았고, 두통 분류별로는 편두통이 긴장형 두통보다 효과가 높았다. 변증별로는 肝鬱化火, 血虛, 氣血兩虛일 경우가 치료효과가 높았고, 치료기간은 보통 2주에서 4주간의 치료기간의 경우에 호전율이 높았고, 장기치료인 경우에도 치료효과가 높았다.

이상의 결과를 정리해 보면 기질적 病變을 포함하지 않은 두통의 한방적 치료효과는 상당한 임상적 효용가치를 증명하고 있으며, 앞으로 좀더 객관적인 진단방법과 새로운 치료법을 개발하려는 적극적인 노력이 계속되어야 할 것이다.

參考文獻

1. 李文鎬外 編著. 內科學 I. 서울:금강출판사. 1986:10.
2. 金賢濟外 3人 編譯. 最新針灸學. 서울:成輔社. 1981:640.
3. 李憲在. 頭痛. 大韓醫學協會誌. 1976;19: 67-68.
4. 王顯明. 中醫內科辨證學. 北京:人民衛生出版社. 1984: 160-161.
5. 尹邦夫. 頭痛. 大韓家庭醫學會誌. 1981;2: 15-20.
6. 黃義完外 1人 編著. 東醫精神醫學. 서울:現代醫學書籍社. 1987:658.
7. 이근후外 4人 譯. 最新臨床精神醫學. 서울:하나의학사. 1988:533.
8. 臨床教育研究院 編. 應急處置. 서울:서울대학교출판부. 1987:38-39.
9. 洪元植 編. 精校黃帝內經素問. 서울:東洋醫學研究院出版部. 1984:39.
10. 楊維傑 編. 黃帝內經解釋 素問. 서울:成輔社. 1980:538.
11. 楊維傑 編. 黃帝內經解釋 素問. 서울:成輔社. 1980:323.
12. 楊維傑 編. 黃帝內經解釋 靈樞. 서울:成輔社. 1980:121.
13. 扁鵲. 八十一難經解釋. 서울:高文社. 1982:84.
14. 巢元方. 諸病源候論. 台北:集文書局. 1976:17
15. 楊思澍外 主編. 中醫臨床大全(上冊). 北京:北京科學技術出版社. 1991:174-175.
16. 하영일. 두통클리닉. 서울:고려의학. 1995:81-86, 114-115, 170.
17. 문유막, 이상용. 한방신경정신과 영역의 두통에 관한 임상적 고찰. 대한한의학회지 1988;9: 22-23.
18. 金禹英. ABR-2000 八綱診斷臨床解釋. 北京:首屆全國經絡理論과 中醫保健學術研究會. 2000:20-23.
19. 이문호외. 內科學(上). 서울:박애출판사. 1977:10-13.
20. 郭隆燦 編著. 圖解腦神經科學. 서울:제일의학사. 1992: 13-14.
21. 黃義完外 編著. 東醫精神醫學. 서울:現代醫學書籍社. 1991:658.
22. 方約中外. 實用中醫內科學. 上海:上海科學技術出版社. 1988:578-579.
23. 楊思澍外 主編. 中醫臨床大全(上冊). 北京:北京科學技術出版社. 1991:174-175.
24. 아담스신경과학편찬위원회. 신경과학. 서울:정담. 1997: 164.
25. 허준. 동의보감. 서울:남산당. 1987:203-207.
26. 黃義完 편저. 동의정신의학. 서울:현대의학서적사. 1987:658-669.
27. 金壽山外 6人編. 실용중의내과학. 上海:科技出版社. 1986:578-583.
28. 樓 英. 醫學綱目. 含南:北一出版社. 1974: X V 2.
29. 陸青節. 萬病醫藥顧問. 台北:대중국도서공사. 1965:195-205.
30. 李東垣. 東垣十種醫書. 서울:대성문화사 1983:33.

31. 李聽甫. 전통노년의학. 湖南:과기출판사. 1986:335-336.
32. 조필자외 1人. 두통을 주소로 입원한 환자에 관한 임상적 고찰. 신경정신의학. 1980;19: 4.

=Abstract=

A Clinical Study of Patients with Headache visited Neuropsychiatry

Sang-Min Shim · Seong Heo · Byung-Su Gu

Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dong Guk University, Seoul, Korea.

Objectives: In order to study the effect of the oriental medical therapy on the patients who visited Neuropsychiatry and oriental medical differentiation of symptoms and signs with ABR(Autonomic Bioelectric Response recorder)-2000, these clinical studies were performed.

Methods: Sixty six patients with headache were classified into three groups: the first is tension

headache, the second is migraine headache, the last is the others. each group was investigated of a various characteristic, the effect of the oriental medical therapy and stress was measured by ABR-2000.

Result: 1. According to the statics, the tension headache's rate was higher than migraine; on the whole woman's rate was higher than man's, however in the migraine the rate of sex was equal.

2. According to the cause factor, oversensitiveness, overexertion, dyspepsia, etc. were numerous in the order.

3. According to the oriental medical differentiation of symptoms and signs, the rate of stagnation of the liver-qi's fire-transmission(肝鬱化火) and deficiency of qi(氣虛), these two types were highest. result of analyzing ABR-2000 is that stagnation of the liver-qi's fire-transmission(肝鬱化火) is the highest stress.

4. According to treatment rate, 80.3 percent of patients satisfied of treatment.

Key words: patients with headache, oriental medical therapy, ABR(Autonomic Bioelectric Response recorder), oriental medical differentiation of symptoms and signs