

偏頭痛에 阿是穴療法을 應用한 治驗 2例

이근동 · 한성수 · 안춘재 · 서종은

한서대학교 한방병원 내과

Two Cases of Patients with Migraine Recovered by Trigger Point Treatment

Geun-Dong Lee O.M.D, Sung-Su Han O.M.D, Chun-Jae An O.M.D and Jong-Eun Seo O.M.D.

Department of Oriental Internal medicine, Hanseo University Oriental Medical Hospital

A migraine is a recurrent, throbbing headache generally felt on one side of the head. Migraines usually begin in early childhood, adolescence, or young adult life. Its accurate pathogenesis is still unknown but migraines are caused by a rapid widening and narrowing of blood vessel walls in the brain and head.

The classic migraine and the common migraine are the two main types. The onset of classical migraine may be signalled by visual disturbances in what is called the "aura" stage. Visual aura is most common among the auras of classical migraine. Common migraine (or migraine without aura) and classical migraine may be accompanied by various combinations of symptoms such as nausea, vomiting, and sensitivity to light and sound.

Recently we have experienced 2 cases of migraine patients and whose conditions were improved through trigger point needling and Oriental medical treatment.

Key Word : Migraine, Trigger point needling, Oriental medical treatment.

I. 緒 論

두통은 인류의 역사와 함께 발생한 증상으로 아직도 해결이 안된 난제이다.

이중 편두통은 젊은 나이에 시작되어 오랜 기간 주기적으로 나타나며 주로 편측에 박동성 두통을 보이는 특이한 형태로 진단이 쉬우나 많은 변형이 있다. 전형적인 편두통은 시각장애나 감각의 이상과 같은 전구증상을 보인 후 약 10-20분 지나면 편측 두통이 발생하며 대개의 예에서 두통은 24-48시간 지속되며 완전하고 깔끔한 성격의 소유자에게서 발생한다. 편두통의 증상은 매우 다양하고 일시적인 운동마비, 언어장애,

감정의 변화, 대소변의 이상을 동반할 수 있다.

이러한 편두통의 기전은 명확하지 않지만 혈관원인설(vascular theory), 신경원인설 등이 주요원인으로 생각되고 있으며¹⁾, 편두통의 진단은 자세한 과거력의 조사를 통해서 두통을 일으킬 수 있는 기질적 질환이 배제된 후에야 진단을 내릴 수 있다²⁾.

한방에서는 頭는 精明之府이자 髓海之所在로서 신체의 陽을 주하는 手足三陽經脈과 督脈이 모두 頭部에서 만나므로 '淸陽之府', '諸陽之會'라 칭한다. 특히 편두통은 頭部의 一側이 아픈 것으로 좌우로 나누어 병인을 파악하였는데 《壽世保元》⁶⁾에서는 "頭痛偏左者 屬

血虛火盛也 頭痛偏右者 屬痰與氣虛也 頭痛左右俱痛者 氣血兩虛也"라 하였고, 少陽經에 肝火나 肝陽上亢의 내인이 침습하여 편측으로 통증이 발생한다 해서 《儒門事親》에서는 "頭痛或額角 是三焦相火之經 及 陽明燥金勝也"이라 하여 少陽經과 陽明經으로 보았고, 《聖濟總錄》⁸⁾에서는 "偏頭痛之狀 由風邪客於陽經 其經偏虛者 邪氣湊於一邊 痛連額角"이라 하여 風邪의 침범과 경락의 偏虛를 언급하였다. 한방에서는 이미 오래전부터 약물치료와 침구치료를 병행하여 왔다.

양방에서는 최근 약물치료에 의한 부작용과 진통제의 장기투여로 인한 약물인성 두통의 유발 때문에 새로운 방법을 모색하게 되었다. 이런 가운데 근막동통증후군(Myofascial Pain

Syndrome, 이하 MPS) 또는 근육내자극(Intramuscular stimulation, 이하 IMS)이라 하여 긴장된 근육에 직접 침 자극을 줌으로써 긴장을 해소하는 서양 의학적 근육학에 바탕한 새로운 방법을 긴장성 두통이나 편두통에 응용하고 있다. 여기서 동통유발점(Trigger Point)에 대한 자침(Dry needling)은 우리 韓醫學의 근위취혈법과 유사하다고 볼 수 있는데 이를 우리는 아시혈 요법이라 칭하기도 한다.^{9,10)}

이에 저자는 한서대학교 한방병원 2내과의 편두통환자 중 입원치료한 환자 중에 아시혈 요법을 응용하여 편두통이 호전된 1예와 외래치료로 역시 아시혈 요법을 적용하여 호전된 1예에서 유의성 있는 치료효과를 관찰하였으므로 이를 보고하고자 한다.

II. 症 例

증례 1

1. 성명 : 이 ○ 분 (F/64)
 2. 발병일 : 2001년 3월 5일
 3. 입원일 : 2001년 3월 11일
 4. 주소증 : 편두통(좌측 측두두정부위), 흉민, 오심, 현훈
 5. 현병력 : 상기자는 차분한 성격을 소유한 비만형의 만 64세 여자환자로서 20여년 전부터 두통으로 고생하시며 local 양방의원, 병원에서 편두통이라고 진단받고 입원 또는 외래 치료하며 증상의 호전, 악화를 반복하던 중 2001년 3월 5일경부터 다시 좌측 측두두정부위에 편두통이 심해져서 태안○○병원 외래에서 편두통이라 진단받고 편두통에 관한 양방약물로 치료 중에 별무호전하여 2001년 3월 9일부터 10일까지 2일간 본원외래에서 치료하여서 호전되었다. 2001년 3월 11일 PM 2:00경부

터 극심한 편두통이 발하여 환자와 보호자가 더욱 집중적인 한방치료를 원하여 PM 5:00경에 외래 응급실을 통해 내원하여 당직의 진단결과 입원치료하기로 결정하고 선처치 후에 PM 6:00경에 by wheel chair로 본원 923호에 입원하심.

6. 과거력 : 1) 20여년 전부터 두통으로 고생하였음.

2) 10년전에 교통사고로 머리를 다침, 태안○○병원에서 20일간 입원치료하고 외래에서 3-4개월동안 치료함. 사건 당시 최초로 진단한 △△병원에서는 두부타박이라고 하였으나 Brain CT상 정상으로 진단함.

3) 2000년 9월경 가슴이 답답하여 △△병원에서 7일간 입원치료함.

4) 2001년 3월 5일경 태안○○병원에서 편두통으로 진단받고 외래에서 양방약물 치료중에 있었음.

5) 2001년 3월 8일경 아파트계단에 서 넘어져 좌측두부를 부딪힘.

7. 가족력 : None
 8. 사회력 : 성격- 차분한 성격
 9. Vital sign의 변화
 <Table 1. 혈압의 변화>
 10. 검사결과 및 변화

1) E.K.G. results(2001년 3월 11일) : Myocardiac ischemia (slight)- 경미한 ST-T의 이상

2) Brain CT result(2001년 3월 9일) : W.N.L.(Within normal limit 이하

W.N.L.)
 3) Chest PA (2001년 3월 12일) : W.N.L.

4) LFT, CBC, U/A (2001년 3월 12일) : W.N.L.

11. 진단 및 변증 : 濕痰으로 인한 편두통으로 진단하였으며, 태양방병원에서 편두통 및 신경증으로 진단을 받은 상태였다.

12. 치료경과와 소견
 <Table 2. 편두통 및 기타증상의 변화>

13. 치료경과의 정리
 편두통 : 소실, 흉민 : 소실, 오심 : 소실, 현훈 : 호전, 인후통 : 호전

14. 치료사항
 1) 약물치료 :
 (1) 淸上蠲痛湯(2001년 3월 11일~12일 점심)

黃芩 6g, 蒼朮, 羌活, 獨活, 防風, 川芎, 當歸, 白芷, 麥門冬 各 4g, 蔓荊子, 甘菊 各 2g, 細辛, 甘草 各 1.5g

(2) 蠲痛導痰湯(2001년 3월 12일 저녁~3월 14일 점심)

半夏 8g, 黃芩, 羌活, 獨活, 防風, 蒼朮, 當歸, 川芎, 白芷, 麥門冬, 南星, 陳皮, 赤茯苓, 枳殼, 山茱萸, 神麩炒, 麥芽炒 各 4g, 甘菊, 蔓荊子, 細辛, 甘草 各 2g

(3) 半夏白朮天麻湯(2001년 3월 14일 저녁~3월 23일)

半夏, 陳皮, 麥芽 各 6g, 白朮, 神麩炒 各 4g, 蒼朮, 人蔘, 黃芪, 天麻, 白茯苓,

Table 1. 혈압의 변화

날짜	혈압의 변화	기타
3/11 PM 5:00	180/100	입원당시 맥박 76회, 호흡수 23회, 체온 36.4℃
PM 5:50	160/110	
PM 6:30	160/80	
3/12 AM 1:30	170/120	두통호소함 여전히 두통호소함
AM 2:30	140/100	
3/13~3/23	130-150/70-90	이후에 혈압은 안정됨

Table 2. 편두통 및 기타증상의 변화

날짜	치료처방	치료침법	통증강도*	기타증상
3/11	淸上謁痛湯	일반체침	통증강도(+3) 양상: 좌측 측두두정부에 터지는 듯한 맥동성의 극심한 통증으로 입원하여 사혈, 자침, 혈압약 투여후 완화.(+2)	PM 5:00 BP 180/100 PM 5:50 BP 160/110 PM 6:30 BP 160/80 두통, 오심, 흉민이 약간 호전됨.
3/12	상동	상동	통증강도(+3) 양상: 극심한 통증이 새벽에 재발하여 혈압약 투여한후에도 통증이 완화 되지 않아서 양방진통제를 근육주사후에 완화(+1)	AM 1:30 BP 170/120 혈압약 투여후 AM 2:30 BP 140/100 두통은 더 심해짐 이후 혈압은 안정됨.
3/13	謁痛導痰湯	오전: 일반체침 오후: 아시혈요법 (후두하근, 흉쇄유돌근)	통증강도(+3) 양상: 전날 양방 편두통약을 투약한후에도 새벽에 통증이 재발하여 다시 양방진통제를 근육주사후에 완화(+1)되었다가 오전에 다시 재발하여(+3) 일반체침으로 치료하였으나 잠시 호전하였다가(+2) 오후에 다시 재발하여(+3) 아시혈요법과 사혈요법 후에 즉시(±0) 두통소실	AM 7:00 두통재발. 물어뜯는 듯한 통증. AM 10:00 일반체침으로 치료. 잠시 호전되다가 다시 재발됨. PM 6:00 두통이 살갓이 지끈지끈 아프고 눈을 뜨지못함. 아시혈요법과 사혈요법 이후에 두통소실, 오심, 수면호전.
3/14	半夏白朮天麻湯	오전: 아시혈요법 (후두하근, 흉쇄유돌근) 오후: 일반체침	통증강도(±0) 양상: 편두통은 재발하지 않았고, 약간 어지러운 증상만 남았으나 곧 소실됨.	흉민, 불면증, 오심소실. 식욕감퇴, 시야장애도 소실됨.
3/16	상동	상동	통증강도(±0)	두통은 없고, 감기 기운으로 인후통 발생.
3/17 3/23	상동	상동	통증강도(±0)	편두통이 재발없고 인후통도 호전됨.

* 통증강도 : ±0 두통이 없는 상태.
+1 간헐적으로 두통이 온근히 빠르하게 나타나는 상태.
+2 간헐적으로 두통이 쑤시는 듯한 날카로운 통증이 나타나는 상태.
+3 잦은 빈도로 터질듯한 또는 옥신옥신 쑤시는 듯한 심한 통증이 나타나는 상태.

澤瀉 各 2g, 乾薑 1.5g, 黃栢酒洗 1g
2) 침구치료 : (1) 2001년 3월 11일~13일 오전- 百會, 四神總, 印堂, 太陽, 頭維, 合谷, 列缺, 外關, 足三里, 太衝, 豐隆, 足臨泣穴에 자침하여 15분간 유침함.
(2) 2001년 3월 13일 오후- Suboccipital muscle(후두하근)의 발통점(좌측), Sternocleidomastoid muscle(흉쇄유돌근)의 발통점(좌측)을 자침하고 사혈함.
(3) 2001년 3월 14일~23일 오전- Suboccipital muscle(후두하근)의 발통

점(좌측), Sternocleidomastoid muscle(흉쇄유돌근)의 발통점(좌측)을 오전에 시술하고, 오후에는 百會, 四神總, 印堂, 太陽, 頭維, 風池, 天柱, 風府, 合谷, 列缺, 外關, 足三里, 太衝, 豐隆, 足臨泣穴에 자침하여 15분간 유침함.
3) 사혈요법 : (1) 2001년 3월 11일~13일 오전- 혈압상승시 百會, 大椎, 十宣穴
(2) 2001년 3월 13일~14일 오전- 발통점 시술후에 Suboccipital muscle(후두하근)의 발통점(좌측)
4) 양방약물치료 : 2001년 3월 5일~

3월 11일 타양방병원에서 진통제, 두통약 복용하나 별로호전
2001년 3월 12일~3월 13일 Mydrin 2정 1일 2회 경구복용
2001년 3월 11일, 12일 Adalat 1캡슐 설하복용(혈압 상승시)
2001년 3월 11일, 12일, 13일 새벽 Tramadol 1앰플 근육주사

증례 2

1. 성명 : 김 ○ 희 (F/23)
2. 발병일 : 2000년 9월 말경

Table 3. 편두통 및 기타증상의 변화

날짜	치료침법	통증강도*	기타증상
4/3	일반체침	통증강도(+3) 양상: 침치료 시술 후에 편두통이 완화됨.(+1)	심계, 불면, 오심, 소화불량 등 다른 증상은 加減歸脾溫膽湯으로 치료하기로 함.
4/4	일반체침	통증강도(+2) 양상: 두통이 처음보다는 완화되었으나 침치료 후에는 완화되나(+1) 귀가 한 후에 다시 재발함.(+2)	상기처방을 복용한 후에 별다른 변화없음.
4/6	아시혈요법 (후두하근, 흉쇄 유돌근) 일반체침	통증강도(+2) 양상: 두통이 자주 재발하여 아시혈요법과 사혈요법을 시술한 후에 바로 두통이 소실되었다.(±0) 이후에 물리치료를 흉쇄유돌근과 후두하근 부위로 실시한 후에 일반체침 치료를 실시하였다.	상기처방을 복용한 후에 오심, 심계증상과 불면증이 소실되었다.
4/7	일반체침	통증강도(+1) 양상: 두통이 많이 완화되었다. 단지 진료시간을 넘어 내원하여 아시혈요법을 시술받지 못하였고, 두통의 강도는 변함없었다.(+1)	상동
4/8	무	통증강도(+3) 양상: 좌측 측두부에 육신거리는 맥동성 통증이 갑자기 재발하여 극심하게 나타났다. 외래가 휴진하여 별무치료하였다.	편두통증상을 제외한 다른 증상은 호전되었다.
4/9	(후두하근, 흉쇄 유돌근) 일반체침	통증강도(+3) 양상: 재발한 편두통을 다시 아시혈요법과 사혈요법 시술 후에 두통이 소실하였다.(±0) 이후에 4/6에 실시한 대로 치료하였다.	다른 증상들은 호전하였다.
4/10	상동	통증강도(±0) 양상: 4/9에 치료이후에 편두통은 재발하지 않았고, 약간 현훈증상만이 남았다.	소화불량이 해소되었다.
4/12	상동	통증강도(±0) 양상: 통증소실, 재발하지 않음.	상기처방으로 계속 약물치료하기로 함
4/14	상동	통증강도(±0) 양상: 통증소실, 재발하지 않음. 이로써 침구치료를 종료함.	심계, 불면, 오심, 소화불량등의 증상이 소실되어 치료를 종료함.

* 통증강도 : ±0 두통이 없는 상태.
 +1 간헐적으로 두통이 은근히 빠르게 나타나는 상태.
 +2 간헐적으로 두통이 쉬는 듯한 날카로운 통증이 나타나는 상태.
 +3 잦은 빈도로 터질듯한 또는 육신육신 쉬는 듯한 심한 통증이 나타나는 상태.

3. 내원일 : 2001년 4월 3일
 4. 주소증 : 편두통(좌측 측두부위), 현훈, 심계, 오심, 소화불량, 불면
 5. 현병력 : 상기 환자는 예민한 성격에 마른 체형의 만 23세 여성 환자로서 2000년 9월경부터 편두통(좌측 측두부위), 현훈, 심계, 오심, 소화불량, 불면이 발하여 local 양방내과의원에서 편두통이라 진단 받고 편두통에 관한 양방 약물치료를 수주정도 받았으나 별무호전

하여 2000년 11월 11일 본원에 내원하여 내과1 외래에서 치료하여 증세가 잠시 호전하였으나, 계속적인 증상의 악화와 호전을 반복하다가 2001년 3월말부터 평소 예민한 성격에 직장문제로 신경을 많이 쓴 후에 상기증상이 심해져서 2001년 4월3일 보다 적극적인 한방 치료 받을 것을 권유받아 본원 내과2 외래로 내원함.
 6. 과거력 : 1) 초등학교 2-3학년 때에

교통사고 날 뻔한 사건으로 크게 놀람.
 2) 초등학교 때부터 신경성 위염으로 고생하다가 강○병원에서 내시경으로 진단받고 2-3개월 입원치료함.
 7. 가족력 : None
 8. 검사결과 및 변화
 2000년 10월 (local 양방내과의원)
 1) E.K.G. : W.N.L 2) LFT : W.N.L
 9. 진단 및 변증 : 肝陽上亢으로 인한

편두통 및 勞傷心脾으로 진단하였으며, 태양방병원에서 편두통 및 신경증으로 진단을 받은 상태였다.

10. 치료경과와 소견

<Table 3. 편두통 및 기타증상의 변화>

11. 치료경과의 정리

편두통 : 소실, 현훈 : 호전, 심계 : 소실, 불면 : 호전, 오심 : 소실, 소화불량 : 소실

12. 치료사항

1) 약물치료 : 加減歸脾溫膽湯 (2001년 4월 3일, 12일)

香附子, 酸棗仁(炒) 各 8g, 黃芪 6g, 白朮, 白茯苓, 當歸, 川芎, 白芍藥, 元肉, 竹茹, 石菖蒲, 陳皮, 麥門冬, 枳實, 桔梗, 澤瀉, 烏藥, 山查, 神麩, 麥芽, 砂仁, 萊菔子, 甘草 各 4g 木香 2g

2) 침구치료

(1) 2001년 4월 3일, 4일, 7일- 百會, 四神總, 印堂, 太陽, 頭維, 合谷, 列缺, 外關, 足三里, 太衝, 豐隆, 足臨泣穴에 자침하고 15분간 유치함.

(2) 2001년 4월 6일, 9일, 10일, 12일, 14일- Suboccipital muscle(후두하근)의 발통점(좌측), Sternocleidomastoid muscle(흉쇄유돌근)의 발통점(좌측)을 자침하여 제거한 후에 물리치료 받고 나서 百會, 四神總, 印堂, 太陽, 頭維, 風池, 天柱, 風府, 合谷, 列缺, 外關, 足三里, 太衝, 豐隆, 足臨泣穴에 자침하고 15분간 유치함.

3) 사혈요법 : 2001년 4월 6일, 9일- 발통점 시술 후에 Suboccipital muscle(후두하근)의 발통점(좌측)

4) 양방물리치료 : post neck-① Lt. neck ② Rt. shoulder

(1) Hot pack (2) Ultra sono (3) ICT

III. 考 察

편두통은 구토, 주기적 재발, 광선 공포증, 수면 또는 암실에서 소실되는 특징을 갖는 발작적인 두개 반구의 통증으로 그리스인 Galen이 사용한 hemicrania에서 기원한다.

편두통의 원인과 기전은 혈관원인설과 신경원인설이 있다. 이 중에서 혈관원인설은 내경동맥수축에 의해 전구증상이, 외경동맥확장에 의해 편두통이 발생한다는 것이 vascular theory이며, 강력한 vasoconstrictor인 catecholamine-serotonin에 의해 편두통이 있는 동안 혈중에 그 대사물의 증가, platelet내 serotonin의 감소, reserpine이 편두통을 유발시킨다는 점, central acting serotonin이 편두통 증상을 경감시키는 점 등으로 편두통 발생의 기전을 설명한 것이 catecholamine-serotonin hypothesis이다. 그러나 전자의 가설은 주기적으로 내경, 외경 동맥이 수축, 확장되는 것을, 후자의 가설은 두통이 발작적으로 편측에 국한하여 발생하는 것을 명확히 설명하지는 못한다.

신경원인설은 최근에 약물 개발에 따라 제기되는 확설로 삼차신경-혈관자극(trigeminovascular stimulation)에 의한 신경원인성 염증과 이에 따른 substance P, neurokinin A, Calcitonin gene-related peptide의 유리가 통증의 시발점이라는 것이다.

최근에는 이 두 학설을 복합적으로 설명하려는 경향이 있으나, 아직까지는 확실한 편두통의 원인은 밝혀지지 않았다.

편두통의 유발인자로 내인성 유발요인, 식품 및 흡인에 의한 요인, 약물 및 기타 유발요인등이 있다. 내인성 요인에는 스트레스, 수면, 공복상태, 정서장애, 호르몬 변화, 피로등이 있고, 식품 및 흡

인에 의한 요인에는 음료수, 음식품, 음주, 흡연등이 있으며, 약물요인으로는 에르고타민의 남용, 에스트로젠, 니페디핀, 카페인 금단등이 있고, 기타 유발요인으로는 강한 빛에의 노출, 운동, 기후, 두부의상등이 있다¹¹⁾.

편두통은 고전적인 편두통과 일반 편두통으로 분류되어 지금까지 사용되어 왔는데, 1988년 국제두통연맹(International Headache Society, IHS)에서 과거분류방식의 불확실성과 개인적인 분류의 만연을 지양하고자 새로운 분류체제로 진단이 일원화되고 있다.

분류체계는 크게 전조가 없는 편두통(일반적 편두통, Migraine without aura), 전조가 있는 편두통(고전적 편두통, Migraine with aura), 안근마비성 편두통(Ophthalmoplegic Migraine),

망막성 편두통(Retinal Migraine)으로 분류된다.

먼저 전조가 없는 편두통은 신경계 증상으로서의 전조가 없이 통증만이 전형적으로 나타나는 특발성 재발성 두통 유형이다. 두통의 발작이 편두통 통증의 특성에 부합할 때에 진단할 수 있다. 전조가 있는 편두통은 대뇌피질이나 뇌간에서 발생하는 신경계 증상들이 5-20분에 걸쳐 서서히 나타나서 보통 60분가량 지속된다. 두통, 구토나 광협오증(Photophobia)등이 보통 신경계 전조 증세후 곧 혹은 1시간 경에 나타난다. 두통은 보통 4-72시간 지속된다.

여기서 전조가 있는 편두통은 다시 전형적 전조가 있는 편두통, 전조가 장기간 지속되는 편두통, 가족성 편마비성 편두통, 기저 편두통, 두통이 동반되지 않는 편두통 전조, 급성 전조가 있는 편두통 등으로 세분된다.

이중에서 전형적 전조가 있는 편두통은 전조들이 단독으로 나타나거나 조합

으로 나타나기도 한다. 가장 흔한 전조는 시각증상이고, 체감각 증상, 운동장애 등의 순으로 나타난다. 전조는 서서히 나타나서 약 1시간 가량후에 완전히 정상으로 회복된다.

안근마비성 편두통은 하나 이상의 안구 운동 신경의 마비를 동반하는 반복되는 두통으로 두개강 내에 병변이 발견되지 않는 경우에 한한다.

끝으로 망막성 편두통이 있는데 일안성 암점이나 시력상실이 나타나며 안질환이나 구조적 혈관질환 등이 없는 것이 확인돼야 한다³⁴.

편두통의 전구증상, 전조, 편두통의 통증, 자율신경계 장애 증상등이 있다.

전구증상은 전조나 두통이 나타나기 전에 수시간에서 수일간 희미한 심신증세가 나타날 수 있다. 이 증세는 여자에 흔하며 편두통 환자의 50-80%에서 나타난다. 증세의 양상은 정서의 변화, 초조감, 체액의 저류, 혹은 심한 갈증과 당뇨등이다. 무력감이 흔히 나타나거나 반대로 다행감과 함께 활력이 증가하기도 한다. 특정한 음식물을 몹시 탐하는 수도 있다.

전조는 시각, 체감각, 운동 혹은 정신의 장애가 10-25분간 나타나는 수가 있는데 이러한 신경계의 증상을 전조라고 칭한다. 가장 흔한 시각 전조는 섬광성 반맹현상으로 밝은 직책(zig-zag)양상의 영상이 시야의 중심부에서부터 주변으로 퍼져가는 형태로 나타난다. 이 증세는 일종의 두뇌의 양성적 현상으로서 10-20분 후 한시성의 음화성 암점(negative scotoma)이나 시야 결손이 따른다. 그 외에 섬광이나 파상선 등의 모습이 나타나거나 혹은 변시증(metamorphopsia), 채시(teichopsia)나 약시 등이 나타나기도 한다.

체감각 전조는 감각이상이나 무감각

으로 나타나며 국한된 부위를 넘어 퍼져나가는 경향이 있다. 체감각 장애증상은 일측성이나 양측성으로 나타날 수 있다.

편마비 등을 보이는 운동장애나 실어증이나 인지 능력 장애를 보이는 정신장애 등이 드물게 나타난다.

편두통의 통증은 비교적 점진적으로 나타나서 수십분에서 한시간에 걸쳐 서서히 심해진다. 그동안 통증의 심한 정도는 기록을 보이고, 맥박이나 혈압 또는 중심정맥압을 향진시키는 신체 활동은 맥동성(throbbing) 통증의 정도를 순간적으로 심하게 한다. 환자는 통증을 보통 짓누르는 듯한 통증, 터지는 듯한 통증, 혹은 날카로운 통증 등으로 표현하거나 욱신거리는 통증 등으로 표현한다. 통증의 부위는 편측 통증에서 끝나거나 머리 전체로 퍼지거나 혹은 양측 측두부나 양측 전두부로 파급될 수 있다. 기저 편두통은 양측 후두부의 통증을 나타낸다. 두피나 눈 부위에 찌르는 듯한 통증이 수초간 연속적으로 나타나기도 한다.

자율신경계 장애증상으로는 식욕이 감퇴되거나 음식냄새를 참지 못하는 증세가 보통 초기증세로 나타난다. 또 구토, 설사, 복부팽만, 복명, 변비 등이 전구증상으로 나타나기도 한다. 피부가 창백해지고 식은 땀이 나며 사지가 차가워진다. 눈 주위 피부색이 검게 변하거나 반상출혈이 나타난다. 편두통의 발작 중에 혈압이 올라간다. 기저편두통의 경우는 저혈압과 서맥이 나타난다^{3,4}.

이상의 편두통의 증세를 통한 진단은 통증이나 그 외의 증상이 병력상 편두통에 합당하면 두개강 내에 기질적 질환이 없다는 것을 확인한 후 편두통으로 진단할 수 있다³⁴.

편두통에 대한 약물치료로는 편두통 급

성기의 치료와 편두통 재발 예방으로 나뉜다. 초기 편두통 급성기의 치료에는 Aspirin이나 Acetaminophen과 같은 비스테로이드성 진통소염제(NSAIDs)를 사용하는데, 이는 비스테로이드성 진통소염제의 약리기전이 혈관수축 항염증작용과 혈소판 응집억제효과로서 급성기 치료에 사용된다. 그러나 또렷한 전조증상이 있고 이것이 편두통 발작으로 이어질 가능성이 높은 경우는 Ergotamine이나 Sumatriptan을 처음부터 사용하는 것이 좋다³⁴. 편두통시 장운동의 역제가 일어나면 약물의 위장관을 통한 흡수는 감소된다. 오심이 없는 상태에서 흡수지연이 일어날 수 있고, 편두통의 심한 정도와 관련이 있으나, 편두통의 기간과는 관계가 없다. 그러므로 경구약이 실패했을 때에는 Ergotamine 좌약, 피하 Sumatriptan, 비경구 dihydroergotamine, chlorpromazine과 prchlorperazine 정주를 고려한다³⁴.

편두통의 재발 예방에는 최소한 한 달에 2회 이상 발작이 있을 때 예방적 치료를 한다. 효과는 2주 후에 나타나며, 2주는 세로토닌 수용체의 하강 조절을 위해 필요한 기간이다. 주요약제는 Propranolol, Amitryptiline, valproate, verapamil 등이 있으며, 어떤 항편두통 약제를 사용하더라도 성공률은 60-75%이다. 안정화되면 약은 5-6개월 쓰고 서서히 줄여 간다³⁴.

그러나 편두통 급성기의 치료에 사용되는 약물들의 부작용으로 구토, 설사, 동맥혈관의 연축유발, 근육통, 현기증, 심계, 피부발진, 복부, 가슴, 턱의 불편감, 약물의존성등이 나타나며, 편두통의 재발 예방에 사용되는 약물들도 우울증, 수면장애, 피로감, 오심, 운동력저하등의 부작용이 있어서 약물투여전 이 약물을 투여할 수 없는 금기사항 유무와 부작용 등을 잘 파악하여 결정하여야 한다³⁴.

그러나 아직까지 편두통의 기전이 명확히 밝혀지지 않았기 때문에 완전히 치료할 수 있는 방법은 없으며 이를 효과적으로 관리하는 것이 중요시 되고 있다. 이를 위하여 심리치료, 물리요법, 유발요인의 제거가 약물치료와 병행되어야 하는데, 최근 양방에서 Trigger Point요법을 근막동통증후군에 의한 긴장성 두통이나 편두통에 응용하고 있다.

근막동통증후군(Myofascial Pain Syndrome)은 만성 동통의 가장 빈번한 원인으로 하나 또는 그 이상의 근육이나 결합조직에 동통유발점이 있으면서 통증, 근경축, 압통, 경직, 관절가동 범위의 제한, 근력 약화 및 때때로 자율신경계 이상을 동반하는 질환이다. 근막통의 유발점은 골격근이나 근막에 존재하는 단단한 띠모양의 과민한 통점으로서 압박시 통증과 함께 특징적인 방사통이 야기된다. 동통유발점을 진단하는 기준으로는 단단한 띠모양의 축진과 띠위에 존재하는 압통점 및 압통점의 자극시 최소 2cm 이상 떨어진 곳으로 방사통이 유발되며, 침범된 근육의 신전 범위의 제한, 같은 부위에 다시 압박을 가했을 때 통증의 재발현, 침자극시 국소적인 연축반응 등이 있다. 이러한 동통유발점 형성의 기전은 근육의 긴장으로 근형질내세망(sarcoplasmic reticulum)이 손상을 받아 칼슘이 유리 축적되어 지속적인 근육의 수축을 일으키고 근섬유가 짧아져 단단한 띠모양을 형성 한다고 한다. 또한 조직손상으로 인해 히스타민, 세로토닌, 프로스타그란딘 같은 동통유발물질이 유리되어 국소순환을 방해하여 동통유발점의 형성을 촉진한다고 한다¹⁰.

이러한 근막동통증후군으로 두개주위 근육의 과민성이 증가되거나 근전도의 상승이 있을 때 이것을 두개주위근육이

상에 관련된 긴장성 두통이라고 한다. 긴장성 두통의 기전은 두개골 및 경추부 근육의 지속적인 수축경련에 의한 근육의 순환장애로 브라디키닌, 유산, K⁺ 같은 발통 물질이 유리되어 축적이 되면 침해수용기를 자극하여 동통이 발생된다¹².

이러한 침해수용기에서의 지속자극은 교감신경을 흥분시켜서 두경부 근육의 수축, 혈관의 내경을 변화시키고 골격근 특히 목의 근육에 수축을 일으켜 두통을 일으키게 된다¹³.

두통의 부위에 따른 침범근육은 두정통을 유발하는 근육은 두관상근, 홍쇄유돌근(홍골지) 등이고, 측두통을 유발하는 근육은 승모근 제1압통점, 홍쇄유돌근(홍골지), 측두근(제1-3압통점), 후두하근, 두반근, 경관상근 등이며, 전두통을 유발하는 근육은 홍쇄유돌근, 두반근, 전두근, 대협골근 등이며, 후두통을 유발하는 근육은 승모근 제1압통점, 홍쇄유돌근, 경관상근, 두반근, 경반근, 후두하근, 후두근, 이복근, 측두근 제4압통점 등이다. 하지만 환자에 따라 전신에 압통점을 치료하지 않으면 두통이 감소되지 않는 경우도 있고, 동통유발점의 지속인자를 교정해주지 못하면 치료 후에도 재발하게 된다⁹.

근막동통증후군의 치료로는 맛사지, 심부열치료, 신전술과 동통유발점 주사법(0.5% procaine 또는 1% lidocaine), 전기자극치료 등이 있으나 약물주입의 부작용을 피하기 위해 침자극(dry needling)을 사용하여 근육내자극(IMS)이라는 체계를 설명하고 있다¹⁰.

이러한 동통유발점은 근역학과 생체역학적인 이론을 배경으로 하고 있지만 우리 침구학의 阿是穴, 經筋理論, 그리고 근육에 자침하는 分刺, 浮刺, 合谷刺 및 근육에 자침하는 關刺와 恢刺 등과

유사한 점이 많다.

임상적으로 긴장성 두통과 편두통이 명확하게 분류되지 않는 경우가 흔히 있으며 특히 위의 두가지 형태의 두통이 혼합되어 있는 경우(mixed headache)가 많고, 오랜 기간 동안 이러한 두통이 지속되는 경우 편두통과 긴장성 두통의 구분이 어려운 경우가 많다¹⁴.

이상의 두 환자가 모두 오랜 기간 동안 편두통에 이환되어 있었기에 상기의 경우처럼 편두통과 긴장성 두통이 혼합된 경우로서 편두통치료에서 아시혈요법이 효과를 나타냈다고 사료된다.

韓方的으로 頭는 精明之府이자 髓海之所在로서 신체의 陽을 주하는 手足三陽經脈과 督脈이 모두 頭部에서 만나므로 諸陽之會, 淸陽之府이며 五臟의 精華之血과 六府의 淸陽之氣가 모두 여기에 모이게 되므로 밖으로 外感風邪가 顛頂을 범하거나 안으로 勞倦, 七情, 飲食 등으로 손상을 받아 氣血이 逆亂하게 되면 淸陽이 閉塞되고 脈絡이 阻滯되어 氣血運行이 원활치 못하게 되면 두통을 일으키게 된다¹⁵.

편두통은 두부의 편측에 두통이 오는 것으로 두통의 부위적인 명칭이다. 편두통의 최초의 언급은 宋代의 《聖濟總錄》으로 “痛連額角”이라 하였고, 그 이후에 額角上痛, 頭偏痛¹⁶, 半邊頭痛¹⁷, 頭半邊痛¹⁸ 등으로 불리웠다.

편두통의 병리기전은 좌우에 따라 편두통의 원인을 세분하였는데 《壽世保元》¹⁶에서는 “頭痛偏左者 屬血虛火盛也 頭痛偏右者 屬痰與氣虛也 頭痛左右俱痛者 氣血兩虛也”라 하였다.

또 少陽經에 肝火나 肝陽上亢의 내인이 침습하여 편측으로 통증이 발생한다고 하여 《儒門事親》에서는 “頭痛或額角 是三焦相火之經 及 陽明燥金勝也”

이라 하여 少陽經과 陽明經으로 보았다. 또 《臨證指南醫案》¹⁹⁾에서는 “頭風既愈復發 痛甚嘔吐不己 陽明胃虛肝陽化風愈動”라 하여 陽明胃經虛와 肝陽化風을 병인으로 언급하였다.

《聖濟總錄》⁸⁾에서는 원인으로 風邪의 侵犯과 經絡의 偏虛를 언급하여 “偏頭痛之狀 由風邪客於陽經 其經偏虛者 邪氣湊於一邊 痛連額角”이라 하였다.

또 《辨證奇聞全書》²⁰⁾에는 “人有患 半邊頭風者 或痛在右, 或痛在左, 大約痛於左者居多 百藥治之罔效 人不知其故 此病得之 鬱氣不宣 又加風邪襲之於少陽之經 遂至半邊頭痛也”라 하여 鬱氣不宣 등의 정신적인 것을 병인으로 보았다.

편두통의 증상에 대해서는 痛連額角²¹⁾, 頭半邊痛²²⁾이라 하여 통증 부위에 대하여 주로 다루었고, 《東醫寶鑑》²³⁾에서는 “偏頭痛 年久 大便燥 目赤 眩暈者 此肺乘肝氣 鬱血 而然 宜 大承氣湯下之”라 하였다. 또 《儒門事親》²⁴⁾에서는 “偏頂頭痛 必大便澀滯”라 하여 대변을 잘 보지 못한다고 하였다. 이는 앞에서 편두통시 장운동의 억제가 일어난다는 것을 보여주는 예라 할 수 있다.

편두통의 약물치료는 《聖濟總錄》⁸⁾에는 至靈散, 乳香散, 烏頭散, 細辛散, 神聖散, 天南星方, 神妙方, 丁香散, 互效散, 四神散, 撥散이 치료제로 나왔고, 《東醫寶鑑》²³⁾에는 편두통이 우측에 있으면 二陣湯加 川芎, 白芷, 防風, 荊芥, 薄荷, 升麻 하고, 좌측에 있으면 二陣湯合 四物湯加 防風, 荊芥, 薄荷, 細辛, 蔓荊子, 柴胡, 酒芍 을 쓴다고 하였으며, 通治方으로 川芎茶調散, 一字輕金散, 川芎散, 芎止丸을 쓴다고 했다.

이상에서 약물의 구성은 和血, 活血祛瘀하는 當歸, 川芎등이 사용되고, 祛風 濕止痛하는 白芷, 羌活, 防風 등이 사용되며, 瀉火하는 蔓荊子, 石膏, 薄荷, 黃

芻, 菊花, 柴胡 등이 많이 사용되는 것으로 나타났다²⁵⁾.

편두통의 침구치료에 관한 취혈은 강²⁶⁾ 등의 연구에 의하면 두통의 주치료혈은 대략 101개 정도의 혈이며 百會, 合谷, 風池, 頭維, 風府, 太陽, 上星 순으로 많이 사용되었고, 두통에 대한 경락별 사용빈도는 膀胱經, 膽經, 督脈, 任脈, 胃經 순으로 활용된다고 하였다. 이외에도 耳鍼療法, 電鍼療法, 局所刺絡放血療法, 火罐療法, 頭鍼療法, 水鍼療法 등 다양한 방법들이 제시되어 있다.

본 증례의 환자는 20여년 전부터 두통으로 고생하여 왔는데 2001년 3월 5일경부터 다시 좌측 측두두정부위에 편두통이 심해져서 태안O○병원 외래에서 편두통이라 진단받고 편두통에 관한 양방약물로 치료 중에 별무호전하였다. 2001년 3월 9일 본원 내과2 외래에서 혈압이 130/100으로 상기부위에 터질 듯한 맥동성의 심한 두통, 현훈, 오심, 식욕감퇴 등을 호소하여 Brain CT를 찍었으나 별무소견하여 통원치료하기로 하고 침구치료하여 호전되어서 3월 10일까지 통원치료하다가, 2001년 3월 11일 PM 2:00경부터 다시 극심한 두통이 발생해서 환자와 보호자가 더욱 집중적인 한방치료를 위하여 PM 5:00경에 외래 응급실을 통해 내원하였다. 당직의사의 진단결과에 의거하여 입원치료하기로 결정하고 선처치 후에 PM 6:00경에 by wheel chair로 본원 923호에 입원하였다. 입원당시에 좌측 측두두정부위에 통증이 터질 듯이 맥동성으로 나타나고, 현훈, 오심, 흥민 증상이 나타났고, PM 5:00경 혈압이 180/100으로 나타나서 즉시 十宣穴과 두부에 사혈한 후에 PM 5:50경 혈압이 160/110로 되면서 두통과 흥민, 오심증상이 감소하여 평소 환자가 혈압약을

복용하지 않았다는 사실에서 일단 양방 내과에 의뢰하여 Adalat 1캡슐을 설하복용시켰다. 이후 PM 6:30경 혈압이 160/80으로 떨어지면서 상기증상들이 감소하였다. 3월 12일 AM 1:30경 환자가 두통을 호소하여 혈압을 check한 결과 혈압이 170/120로 나타나서 다시 한번 Adalat 1캡슐을 설하복용시켰다. 이후에 AM 2:30경에 다시 혈압을 check한 결과 혈압이 140/100로 혈압은 떨어졌지만 두통은 더 심해서 Tramadol 1앰플을 근육주사하고 1시간 정도 후부터 두통이 좀 호전되었다. 이후에 혈압약을 복용하여 퇴원할 때까지 혈압은 안정되었다. 이때까지도 환자에 대하여 고혈압성 뇌증을 의심하고 있었다. 그러나 이후에 혈압은 안정되어 정상범위를 벗어나지 않았지만 계속적인 두통의 재발이 있었다.

입원한 첫날에 환자가 좌측 측두두정부위에 터질 듯한 맥동성 통증이 계속 주기적으로 발작하고, 오심증상이 나타나고 전조가 나타나지 않는 것으로서 일반적 편두통으로 양방내과에서 진단하였고, 한방내과에서는 환자의 체형이 肥濕한 肥滿形이어서 濕痰에 의한 편두통으로 변증하여 清上蠲痛湯을 투여하다가 오심과 식욕감퇴가 심하여 3월 12일부터 蠲痛導痰湯로 강화하여 복용하였다. 그러나 3월 12일 AM 10:00경에 침치료를 받고 나서도 AM 11:00부터 다시 두통이 심해져서 PM 2:30경 다시 Tramadol 1앰플을 근육주사하고 百會穴, 十宣穴을 사혈하였다. 이후 저녁 때까지는 두통이 덜하였는데 양방내과에서 역시 편두통이라고 진단하여 Mydrin이란 편두통약을 주기로 하고, PM 7:00부터 투여하였다. 그러나 다시 3월 13일 AM 4:00경 다시 두통이 극심하여졌다. 다시 Tramadol 1앰플을 근

육주사하였다. 그리고 보호자와 환자가 상담을 위하여 14일까지 두통의 호전이 없으면 서울지역 양방병원으로 전원하고자 하였다. AM 7:00경에 두통이 좌측의 아픈 부위를 무언가가 물어뜯는 듯이 아프다고 호소하고, AM 10:00경에 침치료 후에도 별무호전하여 PM 6:00경 저녁 회진 시에 두통의 양상을 물어보니 좌측의 머리 살갓이 육신육신하고 지끈지끈 아프고 눈을 뜨지 못할 정도로 아프다고 호소하였다. 즉시 환자

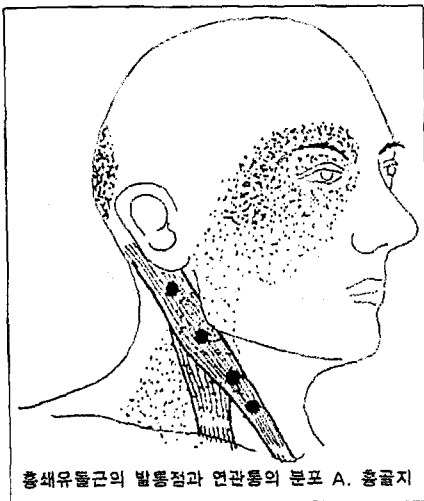


Fig. 1. 홍쇄유돌근의 발통점과 연관통의 분포 (흉골지)

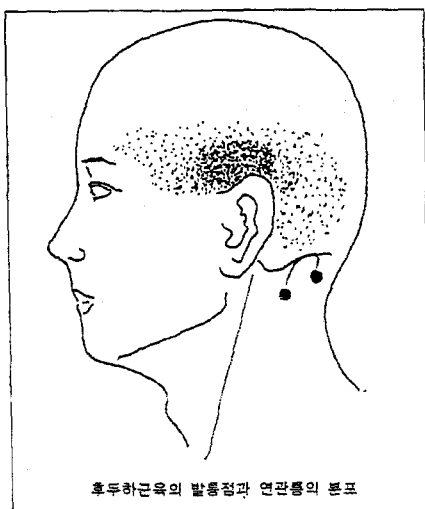


Fig. 2. 후두하근육의 발통점과 연관통의 분포

의 두부, 경항부와 승모근에서 동통유발점을 찾아 보았다. 그 결과 좌측 후두하근과 좌측 홍쇄유돌근의 흉골지에서 발통점이 발견되었다.

침으로 동통유발점을 자침하여 제거하고 신전운동을 시키고 후두하근의 동통유발점이 있는 곳을 습부항으로 사혈하자 즉시 두통이 소실되고 시야장애도 사라졌다. 환자는 그날 밤에 3월 5일 이후로 처음으로 두통없이 편안히 수면을 취하였다. 3월 14일부터 오전에는 후두하근과 홍쇄유돌근의 발통점을 자침하고, 후두하근의 동통유발점이 있는 곳을 습부항으로 사혈하였고, 이후에는 후두하근의 동통유발점을 자침으로만 제거하였다. 오후에는 百會, 四神總, 印堂, 太陽, 頭維, 風池, 天柱, 風府, 合谷, 列缺, 外關, 足三里, 太衝, 豐隆, 足臨泣에 15분간 유침하였다. 처방도 蠲痛導痰湯에서 半夏白朮天麻湯으로 바꾸었다. 이후 편두통은 거의 완전히 소실하였고, 흥민도 소실하였고, 불면도 소실되었다. 오심, 식욕감퇴와 시야장애도 다시 나타나지 않았다. 단지 3월 16일에 감기로 인하여 인후통이 생겼다가 18일 이후에 소실되었다. 편두통은 치료기간이 길며 재발이 잘 되는 특성이 있으나 본증례는 동통유발점 제거 후에 환자의 편두통이 획기적으로 좋아져서 3월 23일에 퇴원하였다. 이후에 6월 29일에 환자와 전화로 통화하여 추적 관찰한 결과로 입원치료 이후에는 편두통이 재발하지 않고 증세가 완전히 사라져서 정상적인 사회활동을 하고 있었다.

증례2의 환자는 2000년 9월경부터 좌측 측두부 편두통, 현훈, 심계, 오심, 소화불량, 불면이 발하여 local 양방내과의원에서 편두통이라고 진단받고 편두통에 관한 양방약물로 수주간 치료하였으나 별무호전하여 2000년 11월 11

일 본원에 내원하여 외래에서 치료하여 증세가 잠시 호전하였으나, 지속적인 증상의 악화와 호전을 반복하다가 2001년 3월말부터 평소 예민한 성격에 직장문제로 신경을 많이 쓴 후에 상기증상이 심해져서 2001년 4월 3일 보다 적극적인 한방치료를 받기 위하여 본원 내과2 외래로 내원하였다. 환자는 과거 초등학교 때에 신경성 위염을 앓은 적이 있는 마르고 성격이 예민한 23세 여성으로 양방내과에서 좌측 측두부에서 육신거리리는 맥동성 통증이 계속 재발되고 오심증상이 나타나고 전조는 나타나지 않아서 일반적 편두통이라고 진단하였고, 한방내과에서는 환자가 평소 예민한 성격에 직장문제로 신경을 많이 쓴 후에 두통이 심해진 것으로 肝陽上亢으로 인한 편두통 및 勞傷心脾으로 변증하였다.

치료는 우선 百會, 四神總, 印堂, 太陽, 頭維, 合谷, 列缺, 外關, 足三里, 太衝, 豐隆, 足臨泣에 15분간 유침하여 편두통을 치료하고, 현훈, 심계, 소화불량, 불면은 加減歸脾溫膽湯을 투여하기로 했다. 침시술 후에 편두통은 약간 호전되었으나 귀가 후에 다시 재발하였다. 4월 4일 내원시에 환자의 상태는 편두통은 처음 보다는 약간 호전하였으나 계속 재발하였고, 다른 증상들은 아직 큰 변화가 없었다. 4월 6일 내원시에 환자가 편두통에 대하여 별무호전하다고 호소하여 상기 증례1의 경험으로 환자의 두부, 경항부와 승모근에서 동통유발점을 찾아 보았다. 결과적으로 좌측 후두하근과 좌측 홍쇄유돌근의 흉골지에서 발통점이 발견되었다. 침으로 동통유발점을 자침하여 제거하고 신전운동을 시키고 후두하근의 동통유발점이 있는 곳을 습부항으로 사혈하자 바로 편두통이 소실되었다. 이후에 양방물리치료를 홍쇄유돌근과 후두하근쪽에 대하여 함께 치료하기로

하고 물리치료 받고나서 百會, 四神總, 印堂, 太陽, 頭維, 風池, 天柱, 風府, 合谷, 列缺, 外關, 足三里, 太衝, 豐隆, 足臨泣에 자침하여 치료하였다. 다른 증상은 복약 후에 오심, 심계증상과 불면증이 없어졌다고 하였다. 4월 7일에 진료시간이 넘어서 내원하여서 당직의에게 침치료를 받았으나 별무호전하였다. 4월 8일에 다른 증상들은 호전되었으나 좌측 측두부에 육신거리는 맥동성 통증이 다시 극심하게 나타났다. 4월 9일 다시 동통유발점을 자침하여 제거하고 신전운동을 시키고 후두하근의 동통유발점이 있는 곳을 습부항으로 사혈하자 편두통이 바로 소실되었다. 이후에는 후두하근의 동통유발점을 자침으로만 제거하였다. 4월 10일에는 편두통이 재발되지 않고 소화불량도 해소되고 현훈증상만 약간 남았다. 4월 12일에는 상기 모든 증상이 호전되었고, 加味歸脾溫膽湯으로 치료하기로 하였다. 4월 14일 상기 모든 증상이 소실하였고, 편두통이 재발하지 않았다. 이로써 침구치료를 종료하게 되었다. 이후에 6월 29일에 환자와 전화로 통화하여 추적관찰한 결과로 통원치료 이후에는 편두통이 재발하지 않았고, 다른 증세는 완전히 사라졌고, 직장에서 일하고 피곤한 경우에는 약간 어지러운 증상만이 남아있어서 추후에 좀 더 적극적인 한방치료를 원하였다.

이상의 두 증례를 통하여 편두통이 단기간에 완치가 어렵고, 치료기간이 길고 재발이 잘 되는 특성이 있으나 그 원인을 잘 살피고 기질적인 원인이 배제

된 상태에서 한방적 침치료와 약물치료를 병행하며 아시혈 요법을 사용하여 유효한 효과를 얻었다고 사료되었다. 물론 아시혈 요법만을 사용하여 치료하지 않고, 약물치료를 병행하였으나 두 환자가 모두 이미 양방약물치료에서 별무호과하였고, 두 증례의 편두통이 확실한 개선을 이룬 시점이 아시혈 요법을 시행한 후 즉시 나타났다는 점에서 아시혈 요법이 편두통치료에 효과를 미쳤다고 사료되며, 향후 지속적인 연구와 증례보고가 필요할 것으로 생각된다.

IV. 結 論

편두통으로 진단받은 환자 2예에 대하여 1예는 2001년 3월 11일부터 2001년 3월 23일까지 淸上蠲痛湯, 蠲痛導痰湯과 半夏白朮天麻湯을 주약으로 후두하근과 흉쇄유돌근에 아시혈요법을 사용하여 유의한 치료효과를 얻었고, 2예는 2001년 4월 3일부터 2001년 4월 14일까지 加減歸脾溫膽湯을 주약으로 후두하근과 흉쇄유돌근에 아시혈요법을 사용하여 유의성 있는 치료효과를 경험하였기에 이를 보고하는 바이다.

參考文獻

1. 의학교육연수원. 가정의학5판. 서울:서울대학교출판부; 1998, pp.103~107.
2. Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci and Kasper. Harrison's principles of internal medicine-14th edition. 서울:정담; 1998, pp.68~73.
3. 김장성. 편두통의 진단과 치료. 대한의학협회지 1995;38(3):329-42
4. 김재문. 편두통의 진단과 치료. 가정의학회지 1999;20(5):590-7
5. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:南山堂; 1987, pp.201~208.
6. 龔廷賢. 壽世保元. 臺北:宏業書局; 1986, pp.392~393.
7. 張子和. 儒門事親. 臺北:施風出版社; 1978, 卷7, p.4, 18.
8. 曹佑外. 聖濟總錄. 臺北:新文農出版公社; 1978, p.192.
9. 최호영. 임상근육학. 서울:대성의학사; 1999, pp.3~42.
10. 옥광휘. Gunn의 접근법에 의한 만성통증의 치료. 서울:군자출판사; 1998, pp.3~37.
11. 河榮一. 두통클리닉. 서울:고려의학; 1995, pp.81~83, pp.92~94.
12. 대한통증학회. 통증의학(둘째판). 서울:군자출판사; 2000, pp.88~92.
13. 김양식, 김성현. 체침과 이침을 병용하여 치료한 긴장성 두통에 관한 임상적 고찰. 대한한의학회지 1996;17(1):433-46
14. 손영호. 만성두통환자의 심리적 특성과 치료효과에 대한 영향. 대한신경과학회지 1997;15(4):847-57
15. 沈奎魚. 頭痛證治. 北京:中醫古籍出版社; 1988, p.7.
16. 靈昭遇, 王懷德. 太平聖惠方. 서울:太平社; 1980, pp.1202~1204.
17. 程國彭. 醫學心悟. 香港:友聯出版社; 1961, p.156.
18. 李東垣. 東垣十種醫書. 서울:大星文化社; 1983, p.181.
19. 葉天士. 臨證指南醫案. 上海:上海科學技術出版社; 1991, p.36.
20. 錢鏡湖. 辨證奇聞全書. 臺北:甘地出版社; 1980, pp.154~155.
21. 김종인, 황치원. 편두통의 원인과 처방에 관한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집 2000;8(2):171-89
22. 강수일, 신용철, 강석균. 두통의 한방치료에 관한 연구. 대한한의학회지 1992; 13(1):32435