

원저

편두통 환자의 임상 양상 및 생체전기 자율반응과의 상관성 고찰

이현종 · 정인태 · 김수영 · 이두익 · 김건식 · 이재동 · 이윤호 · 최도영

경희대학교 동서의학연구소 경희비전2000 통증 및 신경의학연구팀

Abstract

The clinical manifestation of migraine and correlation study with autonomic bioelectric response

Lee Hyun-jong, Jung In-tae, Kim Su-young, Lee Doo-ik, Kim Keon-sik,
Lee Jae-dong, Lee Yun-ho and Choi Do-young

Research Group of Pain and Neuroscience in Vision 2000 Project,
East-West Medical Research Institute. Kyung-Hee University

Objective : We had a clinical report in headache but didn't in migraine. We have planned this study in order to get the basic data of migraine in oriental medicine.

Methods : The patient of 36 in migraine checked sex, age, onset, family history, severity of pain, influences of life, induced cause, clinical pain characteristics, associated symptom, treatment style, and prescription, frequency, using period of analgesics by a questionnaire and differentiated syndromes in migraine and evaluated autonomic bioelectric response recorder(ABR-2000).

* 이 논문은 2003년도 한국학술진흥재단과 경희대학교의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2003-005-E00001).

· 접수 : 2004년 5월 11일 · 수정 : 2004년 5월 15일 · 채택 : 2004년 5월 15일

· 교신저자 : 최도영, 서울시 동대문구 회기동 1번지 경희대학교 부속한방병원 침구과

Tel. 02-958-9205 E-mail : choi4532@unitel.co.kr

Results : There are 23.4% in prevalence rate of migraine. The ratio of sex is M:F=1:17. The age of an attack is the highest in thirties. The patient are the most in forties. The mean duration of illness is 12.0±9.9 years. 83.4% had a family history. 61.1% had a moderate grade in severity of pain. 77.8% selected fatigue in induced cause of migraine. 69.4% had tingling sense, nausea and vomiting in the associated symptoms. 91.7% used analgesics for treatment and 51.5% of them used analgesics voluntarily. 61.9% of them take analgesics less than once in a week. 33.6% had the phlegm syncope headache in differentiation of syndrome. In ABR-2000 results, item of graph showed low tendency mostly.

Conclusions : We expected that this report of clinical progress, differentiation of syndromes and ABR-2000 results in migraine would be used basic data by oriental medicine to treat migraine.

Key words : migraine, clinical progress, differentiation of syndromes, ABR-2000 results

I. 緒 論

두통은 인체에서 가장 흔히 나타나는 신체 증상 중의 하나로, 일생동안 한번도 두통을 경험하지 못한 경우는 없다고 해도 지나치지 않는다. 여러 연구자들의 통계를 보면 일반 인구 중에서 두통 환자의 비율이 40-65%까지 높게 보고¹⁾되고 있으며, 그중 의료기관을 찾는 반이상이 편두통 환자인 것으로 알려져 있다. 편두통은 유병율이 높고 또한 사회적으로 가장 왕성한 활동을 벌이는 시기에 호발함으로써 환자 개인적으로나 사회적으로 심각한 영향을 초래하는 질환이다²⁾.

한의학에서는 두통에 대해서 黃帝內經 이래로 수많은 문헌에서 발생원인, 치법, 치료를 논하고 있다. 대부분의 두통 발생 원인은 外感으로는 風, 寒, 濕, 熱을, 內傷으로는 肝鬱,

腎虛, 脾虛, 痰, 氣血不足, 氣滯瘀血로 보며, 특히 중요한 발병 요인으로 七情을 들 수 있다³⁾. 특히 편두통은 聖濟總錄에서 風邪가 陽經에 침범하여 그 經이 偏虛하여서 邪氣가 滲하여 통증이 額角에 連하여 진 것으로 최초로 언급하여 그 후 많은 의가들이 발생원인과 치법, 치료에 대하여 논하고 있다⁴⁾.

편두통은 매우 흔한 질병임에도 불구하고 발병 원인 및 기전에 대해서도 자세히 알지 못하며, 치료 자체로 완치까지는 기대하기 어렵고 사회 생활에 지장이 없을 정도로 완화시키거나 예방이 목적이다. 그리하여 대부분의 환자들은 의사에 의해 제대로 진단받지 못하고, 적절한 약을 처방 받지 못한 상태에서 임의로 진통제를 부분별하게 복용함으로 오히려 두통으로 더 고생하고 있다.

이에 한의학에서는 두통 전반에 대한 임상적 고찰은 있었으나, 편두통에 대해서는 따로 보고한 바가 없어 2003년 한의학 박람회 때

원한 두통 환자 중 편두통 환자 36명의 임상적 관찰 결과를 보고하는 바이다.

II. 연구내용 및 방법

1. 연구대상

2003년 7월 3일부터 7월 5일 까지 개최한 한의학 박람회에 래원한 두통 환자 154명에서 설문지(별첨)를 통해 편두통으로 진단된 36명을 대상으로 하였다.

2. 편두통 진단

환자의 진단은 국제 두통학회의 진단 기준⁵⁾을 이용하여, 치료하지 않을 경우 또는 성공적으로 치료되지 않을 경우 4~72시간 지속되는 두통과 일측성 두통, 박동성 통증, 일상 생활을 방해하는 통증, 활동에 의해 악화되는 통증 중 최소 2개와 위가 불편하여 토할 것 같은 느낌, 빛이나 소리가 싫어지는 것 중 1개가 있는 경우를 편두통으로 진단하였다.

3. 연구방법

설문지를 통해 성별, 연령, 발병 연령, 이환 기간, 가족력, 두통 정도 및 생활에 미치는 영

향, 유발요인, 두통 양상, 동반 증상, 치료 형태 등을 조사하였으며, 한방 변증은 문⁶⁾이 제시한 변증분류기준표를 바탕으로 10개 변증을 하였으며, 생체전기 자율반응 측정 검사기 (autonomic bioelectric response recorder, 이하 ABR 2000)를 통해 환자의 생체전기 자율반응을 평가하여 편두통 환자의 질병 특성, 변증 유형, 생체전기 자율반응의 상관성을 고찰하였다. 다만, ABR 2000 검사 결과 분석에서 graph항목에서 low, low rigid, low reverse는 저하경향, high, high rigid, high reverse는 상승경향으로 변환하여 분석하였다.

III. 결 과

1. 성별, 연령 분포, 발병 연령

전체 두통 환자 154명 중 편두통의 유병율은 23.4%로 남녀간의 성비는 1:17로 여자의 비율이 높게 나타났으며, 연령 분포에서도 40대가 44.4%로 가장 높게 나타났으며, 다음은 50대 39.6%였다. 발병 연령은 30대가 38.9%로 높게 나타났으며, 40세 이전에 발생된 비율은 총 77.7%였다. 평균 이환 기간은 12.0 ± 9.9 년이었다(Table 1).

Table 1. The distribution of study population by sex, age, and onset

	연령 분포		발병 연령
	남	여	
20대 미만			7(19.4%)
20대		3(8.3%)	7(19.4%)
30대	1(2.8%)	5(13.9%)	14(38.9%)
40대	1(2.8%)	15(41.6%)	5(13.9%)
50대		11(39.6%)	3(8.3%)
합계	2	34	36

2. 가족력

전체 환자 중 아버지가 두통을 가지고 있는 경우는 16.7%이며, 어머니가 두통을 가지고 있는 경우는 44.4%이며, 부모 중 한분이라도 두통을 가지고 있는 경우가 52.8%이며, 형제 자매가 있는 경우는 30.6%이며, 가족력이 없는 경우는 22.2%만이 해당되었다(Table 2).

Table 2. The family history

가족력	빈도
아버지	6명(16.7%)
어머니	16명(44.4%)
아버지 or 어머니	19명(52.8%)
형제 자매	11명(30.6%)
기타	1명(2.8%)
없다	8명(22.2%)

3. 두통 정도 및 생활에 미치는 영향

두통의 정도는 근무하는데 지장이 많다는 중등도의 환자가 61.1%로 대부분을 차지하였으며, 죽고 싶을 정도의 고도의 두통을 호소하는 환자도 16.7%에 해당하였다. 두통이 생활에 미치는 영향을 평가한 결과 부담스럽지 않은 경우는 한 명도 없었으며, 부담을 갖는 환자가 69.4%로 대부분을 차지하였으며, 항상 두통에 대한 불안이 있으며, 상당히 부담스럽다고 느끼는 경우도 30.6%에 해당하였다 (Table 3).

Table 3. The severity of migraine and influence of life

항목	내용	빈도
두통 정도	참을만하며 일하는데 지장 없음(경도)	8명(22.2%)
	근무하는데 지장 많음(중등도)	22명(61.1%)
	근무 할 수 없고 죽고 싶다(고도)	6명(16.7%)
생활에 미치는 영향	항상 두통에 대한 불안이 있으며, 상당히 부담스럽다.	11명(30.6%)
	두통에 대한 부담이 있다	25명(69.4%)
	전혀 부담스럽지 않다	0명(0%)

4. 유발 요인

유발 요인 중 극심한 피로라고 응답한 환자가 77.8%로 가장 많이 호소하였으며, 그 다음은 정신적 스트레스로 75.0%가 응답하였으며,

수면 결핍과 긴장을 각각 61.1%씩 응답하여 이 네가지 요인이 대부분을 차지하였다(Table 4).

Table 4. The induced cause of migraine

유발 요인	빈도	유발 요인	빈도
극심한 피로	28명(77.8%)	특정 냄새	7명(19.4%)
정신적 스트레스	27명(75.0%)	추운 날씨	7명(19.4%)
수면 결핍	22명(61.1%)	특정한 음식	4명(11.1%)
긴장	22명(61.1%)	과격한 운동	3명(8.3%)
배고플 때	11명(30.6%)	목욕 후	3명(8.3%)
월경	7명(19.4%)	담배	2명(5.6%)
강한 햇빛	7명(19.4%)	특정한 약물	1명(2.8%)

5. 두통 양상

편두통의 진단 기준에 있는 박동성 통증 양상인 옥션옥션 쑤신다가 69.4%로 가장 많았으며, 맥이 뛰는 듯 아픈 경우도 47.2%가 응답하였다. 뒷머리가 뻣뻣하다는 호소를 58.3%가

응답하여 그 다음을 차지하였으며, 긴장성 두통의 양상인 머리가 무겁다, 누르는 듯 하다, 머리에 띠를 두른 듯 조인다의 응답도 각각 55.6%, 22.4%, 19.2%를 차지하였다(Table 5).

Table 5. The clinical pain characteristics of migraine

두통 양상	빈도
욱씬욱씬 쑤신다	25명(69.4%)
뒷머리(목)가 뻣뻣하다	21명(58.3%)
머리가 무겁다	20명(55.6%)
머리가 쪼개지는 것처럼 아프다	20명(55.6%)
맥이 뛰는 듯 아프다	17명(47.2%)
머리가 앞으로 쏟아지는 듯 하다	12명(33.3%)
칼이나 송곳으로 쑤서대는 듯하다	11명(30.6%)
터지는 듯 하다	10명(27.8%)
저리거나 차게 느껴진다	9명(25.0%)
누르는 듯 하다	8명(22.2%)
한 대 맞은 것처럼 멍하다	8명(22.2%)
전기가 통하듯 찌릿찌릿하다	8명(22.2%)
머리에 띠를 두른 듯 조인다	7명(19.4%)

6. 동반 증상

편두통의 진단 기준에 있는 오심·구토가 69.4%에 해당되어 가장 많은 호소를 하였으며, 수명(photophobia), 고성 공포증(phonophobia)

에 대한 응답은 47.2%가 해당되었다. 기타로 어지러움증이 63.9%를 호소하여 높게 나타났으며, 기타로 신경학적 증상, 안구 증상, 자율신경계 증상에 대한 호소도 있었다(Table 6).

Table 6. The associated symptom in migraine

동반 증상	빈도
속이 울렁거리고 구역질이 난다	25명(69.4%)
어지러움증이 있다	23명(63.9%)
빛, 소리, 냄새 등에 예민해지고 싫어진다	17명(47.2%)
손끝이 저리거나 마비되는 느낌이 있다	15명(41.7%)
눈앞이 흐려지거나 반점이 보인다	12명(33.3%)
정신이 흐려지거나 의식을 잃을 것 같이 불안하다	8명(22.2%)
눈앞에 빛이 번쩍거린다	3명(8.3%)
코가 막히거나 눈물이 난다	1명(2.8%)

7. 두통의 치료 형태

편두통의 치료는 91.7%의 환자가 진통제를 사용하여 접근하며, 한방 치료는 52.8%가 이용하였으며, 기타 치료는 41.7%가 이용하였다. 진통제의 효과는 42.4%에서 좋아진다고 하였으며, 약간 있다가 48.5%였으며, 한방 치료 효과는 좋아진다가 15.8%, 약간 있다가 57.9%였다(Table 7). 그런데 진통제 사용은 본인이 선택

해서 복용한 경우가 51.5%로 가장 많았으며 의사를 통해 처방을 받은 경우는 33.3%밖에 해당되지 않았다. 복용빈도는 일주일에 1알이하가 61.9%로 대부분을 차지하였으며, 진통제 복용 기간은 평균 이환기간이 12.0±9.9년인 점을 감안하면 5년 이상이 47.6%로 가장 많이 응답하였다(Table 8).

Table 7. The treatment style of migraine

치료 형태	경험		효과	빈도
진통제 사용	있다	33명 (91.7%)	좋아진다	14명(42.4%)
			약간있다	16명(48.5%)
			없다	3명(9.1%)
	없다			3명(8.3%)
한방 치료	있다	19명 (52.8%)	좋아진다	3명(15.8%)
			약간있다	11명(57.9%)
			없다	5명(26.3%)
	없다			17명(47.2%)
기타 다른 치료	있다			15명(41.7%)
	없다			21명(58.3%)

Table 8. The prescription, frequency, using period of analgesics

진통제 관련 항목	내용	빈도
진통제 처방	의사	11명(33.3%)
	약국	5명(15.2%)
	본인이 선택해서	17명(51.5%)
진통제 복용빈도	매일매일	1명(4.8%)
	일주일에 5알이상	0명(0%)
	일주일에 2-5알	7명(33.3%)
	일주일에 1알 이하	13명(61.9%)
진통제 복용 기간	2개월 이하	2명(9.5%)
	2개월-1년	3명(14.3%)
	1년-5년	6명(28.6%)
	5년이상	10명(47.6%)

Table 9. The differentiation of syndrome in migraine and effect of ABR test

ABR 결과		변증유형	풍담	풍열	풍습	간음 화화	기허	혈허	음허	기혈 양허	어혈	담결	합계		
			1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	2명 (5.6%)	5명 (13.9%)	8명 (22.2%)	1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	2명 (5.6%)	1명 (2.8%)	12명 (33.6%)	36명		
Curve	1	상승											15명 (41.7%)		
		저하				2명 (5.6%)	5명 (13.9%)		1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	1명 (2.8%)	4명 (11.1%)		15명 (41.7%)	
		불규칙													
	2	상승												24명 (66.7%)	
		저하	1명 (2.8%)		2명 (5.6%)	3명 (8.3%)	5명 (13.9%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	1명 (2.8%)	8명 (22.2%)	24명 (66.7%)		
		불규칙													
	3	상승												16명 (44.4%)	
		저하			2명 (5.6%)	3명 (8.3%)	2명 (5.6%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	5명 (13.9%)	16명 (44.4%)		
		불규칙													
Regulation	1	상승				2명 (5.6%)	1명 (2.8%)					1명 (2.8%)	4명 (11.1%)	13명 (36.1%)	
		저하	1명 (2.8%)		1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)		1명 (2.8%)	1명 (2.8%)			6명 (16.7%)		
		착란		1명 (2.8%)			1명 (2.8%)					1명 (2.8%)	3명 (8.3%)		
	2	상승			1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	4명 (11.1%)						4명 (11.1%)	10명 (27.8%)	18명 (50.0%)
		저하				2명 (5.6%)			1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	3명 (8.3%)	8명 (22.2%)		
		착란													
	3	상승			1명 (2.8%)	1명 (2.8%)								2명 (5.6%)	14명 (38.9%)
		저하				3명 (8.3%)	1명 (2.8%)		1명 (2.8%)			3명 (8.3%)	8명 (22.2%)		
		착란	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)			1명 (2.8%)					1명 (2.8%)	4명 (11.1%)		
Graph- activity	1	상승경향											26명 (72.2%)		
		저하경향			2명 (5.6%)	3명 (8.3%)	7명 (19.4%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	10명 (27.8%)		26명 (72.2%)	
	2	상승경향	1명 (2.8%)										1명 (2.8%)	28명 (77.8%)	
		저하경향			2명 (5.6%)	3명 (8.3%)	6명 (16.7%)	1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	11명 (30.6%)	27명 (75.0%)		
	3	상승경향									1명 (2.8%)		1명 (2.8%)	28명 (77.8%)	
		저하경향			2명 (5.6%)	3명 (8.3%)	7명 (19.4%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	11명 (30.6%)	27명 (75.0%)		
Graph- reactivity	1	상승경향											31명 (86.1%)		
		저하경향	1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	2명 (5.6%)	5명 (13.9%)	4명 (11.1%)	1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	2명 (5.6%)	1명 (2.8%)	11명 (30.6%)		31명 (86.1%)	
	2	상승경향												35명 (97.2%)	
		저하경향	1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	2명 (5.6%)	5명 (13.9%)	7명 (19.4%)	1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	2명 (5.6%)	1명 (2.8%)	12명 (33.3%)	35명 (97.2%)		
	3	상승경향												33명 (91.7%)	
		저하경향	1명 (2.8%)	1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	5명 (13.9%)	6명 (16.7%)	1명 (2.8%)	2명 (5.6%)	2명 (5.6%)	1명 (2.8%)	12명 (33.3%)	33명 (91.7%)		

8. 두통 변증 및 ABR 검사 결과 분석

편두통 환자의 변증별 구성은 담궐두통이 가장 많아 33.6%를 차지하였으며, 기허두통이 22.2%, 간울화화두통이 13.9%를 차지하였으며, 나머지는 모두 비슷한 분포를 보였다. ABR검사 결과는 curve항목에서 정상소견과 이상소견이 비슷한 비율로 관찰되었으며, 이상소견은 전부 저하반응으로 나타났으며, regulation항목에서는 정상소견이 이상소견보다 우세하였으며, 이상소견을 보인 환자에서 1상한에서는 저하가 16.7%로 우세하였으며, 2상한에서는 상승반응이 27.8%와 저하반응이 22.2%로 높게 나타났으나, 3상한에서는 저하반응이 22.2%로 우세하게 나타났으며, graph항목에서는 대부분 저하경향으로 반응이 나타났다(Table 9).

IV. 고 찰

일반적으로 편두통은 성인 여성에서 호발하는 것으로 알려져 있으며, 성인에서의 유병율은 1-35%까지 다양하게 보고되고 있다. 국제두통학회의 진단기준을 적용한 population based 연구는 그동안 미국, 프랑스, 캐나다, 독일 등에서 시행되었는데, 이들 연구를 종합해 보면 편두통의 유병율은 남성에서 6-22%이며, 여성에서 17.6-32%까지 다양하였다. 국내 보고에 의하면²⁾ 우리나라의 편두통 유병율은 22.7%라고 보고하였는데, 본 연구의 편두통환자의 유병율은 23.4%로 국내보고와 큰 차이는 없었다.

편두통의 유병율은 연령에 따라 다양한데,

7세 이전에는 드물어 3.2%에서 관찰되며 이후 사춘기까지 서서히 증가하다가 사춘기이후로는 급속히 증가하여 20-30대에 최고로 되며, 이후로는 점차 감소하는 것으로 알려져 있으나⁷⁾, 연령과는 관계가 없다는 보고도 있다⁸⁾. 국내 보고에서는²⁾ 15-19세 환자군에서 유병율이 가장 높으며 연령이 증가할수록 감소되는 양상으로 나타났다. 편두통의 유병율은 여자에서 남자에 비해 1.45-4배 정도 높은 것으로 알려져 있으며^{7,9)}, 이러한 성비는 연령에 따라 서로 달라지는데, 사춘기 이전에는 남자에서 더 흔하거나 남녀에서 비슷한 양상을 보이나, 사춘기를 지나면서 여자에서 더 흔하게 되며¹⁰⁾, 20세에는 여자와 남자간의 성비가 2:1 정도 되며, 이러한 성비의 차이는 40대 초반에서 최고로 되어 3.3:1 정도로 되었다가 이후로 감소하여 70세에는 2.5:1 정도로 된다는 보고가 있다¹¹⁾. 국내 보고²⁾에서는 남녀간의 유병율이 1:1.2로 차이가 크지 않다고 보고하였다. 그리고 편두통의 발병 연령에 대해서 Stewart¹⁰⁾는 전조가 있는 편두통의 경우 남성에서는 5세 정도에서, 여성에서는 12-13세 사이에서 가장 발병율이 높으며, 전조가 없는 편두통의 경우 남성에서는 10-11세 사이에서, 여성에서는 14-17세 사이에서 가장 발병율이 높고 남성에서는 20대에 편두통이 시작하는 경우는 드물다고 보고하였으며, Gobel⁷⁾은 편두통 환자의 평균유병기간이 12.9년이었다고 보고하였다. 국내 보고에서도 발병연령은 남녀 모두 10대에서 발병한 경우가 가장 많았으며, 그 다음은 20대에서 발병한 경우이며, 10대세 30대 사이에서 발병한 경우가 전체 환자의 84.2%로 대부분을 차지하였다. 본 연구에서는 환자의 연령에 따른 분포에서 40대와 50대에서 가장 높게 나타났으며, 남녀간의 성비

도 1:17로 여자가 매우 높게 나타났으며, 발병 연령은 30대에서 38.9%로 가장 높게 나타났으며, 그 다음은 20대 미만과 20대로 각각 19.4%의 분포를 보여 40세 이전에 발병한 경우가 전체 환자의 77.7%를 차지하여 84.2%의 국내 보고와 큰 차이는 없었으며, 평균 유병 기간은 12.0년으로 gobel의 보고와 큰 차이가 없었다. 연령대별 유병율과 성비, 그리고 발병 연령은 한의학 박람회 특성상 내원하는 환자가 40대 이후의 여성분이 많으며, 최근 다양한 사회 발전과 그에 따른 스트레스의 증가가 연령대 분포와 발병 연령을 높이는 요인을 작용한 것으로 사료된다.

편두통의 가족력은 약 50%에서 동반되는 것으로 알려져 있는데¹²⁾, 부모 중 1명에서 편두통이 있을 때 자식에서 편두통이 있을 확률이 50% 정도 증가하며, 어머니가 편두통이 있을 때는 자녀간에 편두통이 생길 확률에 차이가 없으나, 아버지가 편두통이 있을 때는 아들에게서 편두통이 더 자주 나타난다는 보고도 있다¹³⁾. 국내 보고²⁾에서는 가족력이 35.3%에서 관찰되었으며 여성의 경우 가족력이 있는 비율이 41.6%로 남자의 28.2%보다 유의하게 높았다. 본 연구에서는 어머니가 두통을 가지고 있는 비율이 44.4%로 가장 높게 나타났으며, 아버지는 16.7%이었으며, 부모 중 한 분이라도 두통을 갖고 있는 비율은 52.8%로 국내 보고보다 높게 나타났다.

편두통은 대개 중등도 이상의 심한 통증으로 나타나는데, 96% 이상의 환자들이 중등도 이상의 통증을 호소하며, 60%이상의 환자가 심한 두통을 호소한다는 보고⁷⁾가 있었다. 편두통에 대한 장애정도는 두통으로 인한 업무 수행이나 일상 생활에서 제약을 받느냐에 따라 결정되는데, 남자의 경우 85%, 여자의 경

우 82%에서 장애가 있으며, 적어도 1/3정도에서는 장애 정도가 아주 심각하거나, 자리에 누워야 될 정도인 것으로 알려져 있다^{10,14)}. 국내 보고²⁾에서도 두통의 정도에 대해 일어나 있을 수 없을 정도로 굉장히 아픈 경우가 19.5%, 조용히 하고 있으면 좋아지는 정도의 중증도는 50.6%, 조금 참으면 나아지는 정도의 가벼운 두통은 29.9%이며, 생활에 미치는 정도에서 항상 편두통 발작에 대한 불안이 있으며 심리적으로도 상당히 부담된다고 응답한 환자가 13.3%, 발작에 대한 부담이 있는 경우가 46.9%로 보고하였다. 본 연구에서도 중등도 통증이 61.1%로 가장 많았으며, 고도의 통증이 16.7%로 응답하였으며, 두통이 생활에 미치는 영향이 부담스럽다고 느끼는 경우가 69.4%, 항상 두통에 대한 불안이 있으며, 상당히 부담을 느끼는 경우도 30.6%가 되었으며, 전혀 부담스럽지 않다고 대답한 경우는 한 명도 없었다.

편두통의 유발요인으로는 정신적 스트레스가 가장 중요한 유발 요인이며, 생리(월경 직전), 경구 피임약(휴약기), 티라민(tyramine)이 많은 음식(김치, 요구르트, 치즈 등의 발효물), 조미료의 일종인 monosodium glutamate가 든 음식, 알코올, 흡연, 날씨 변화, 수면 과다나 과소, 공복, 혈관확장제 등으로 알려져 있는데¹⁵⁾, 본 연구에서는 극심한 피로가 77.8%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 정신적 스트레스가 75.0%, 수면결핍과 긴장이 61.1%로 높게 나타났다. 현대 사회의 특징인 정신적 스트레스, 긴장, 그로 인한 정신적, 육체적 피로가 증가되는 특성이 두통을 호발하는 요인으로 작용하고 있음을 알 수 있다.

편두통의 두통 증상은 다양하게 나타날 수 있으나, 일측성이고 박동성 양상을 띠며, 두통

증세가 심하고 육체적 운동에 악화되는 특성을 갖고 있다. 이러한 두통은 오심, 구토, 수명(photophobia), 고성공포증(phonophobia) 등의 증상을 동반하는 것이 보통이다. 통증의 양상에 대한 응답에서는 편두통의 진단 기준에 있는 박동성 통증 양상인 옥썌옥썌 쑤신다가 69.4%로 가장 많았으며, 맥이 뛰는 듯 아픈 경우도 47.7%가 응답하여 박동성 통증에 대한 국내 보고²⁾ 61.4%와 큰 차이가 없었다. 그리고 뒷머리가 뻐뻐하다는 호소를 58.3%가 응답하여 그 다음을 차지하였으며, 긴장성 두통의 양상인 머리가 무겁다, 누르는 듯 하다, 머리에 따를 누른 듯 조인다는 응답도 각각 55.6%, 22.4%, 19.2%를 차지하였다. 국제통증학회의 진단기준을 적용하여 환자들의 두통을 분류할 때, 일부 환자들에서는 긴장형 두통과 편두통이 함께 존재하게 되는데, 이러한 혼합성 두통(mixed headache)이 차지하는 비율에도 보고자마다 많은 차이가 있다. Sanin¹⁶⁾은 편두통 환자 중 편두통만으로 진단된 경우는 25%에 불과하였고, 나머지 75%의 환자에서는 만성 긴장형 두통이나 약제 유발성 두통이 함께 존재하였다고 하였고, 편두통 환자의 50%에서 긴장형 두통이 발견되었다는 보고도 있다¹⁷⁾. 국내 보고¹⁸⁾에서도 긴장형 두통 환자의 48.4%, 편두통 환자의 35.1%가 혼합성 두통 양상을 보인다고 발표하였는데, 본 연구에서도 혼합성 두통양상을 보인 환자를 추정할 수 있었다.

동반되는 증상 중 pryse-phillips¹⁹⁾는 고성공포증(phonophobia)이 가장 흔히 동반되는 증상으로 편두통 환자의 74%에서 발생하며, 그 다음으로 수명(photophobia)으로 65%를 차지하며, 오심·구토가 61%를 차지한다고 보고하였다. 국내 보고²⁾에서는 고성공포증

(phonophobia) 및 수명(photophobia) 그리고 오심·구토가 동반되는 비율은 65.1%, 42.3%, 27.4%로 보고하였다. 그러나 본 연구에서는 오심·구토가 가장 많은 69.4%의 분포를 보였으며, 빛, 소리, 냄새 등에 예민해지고 싫어지는 빈도는 47.2%만이 해당되어 서구나 국내 보고와는 다른 분포를 보였으며, 기타로 어지러움증이 63.9%의 응답이 있었다.

대부분의 편두통 환자들은 심한 두통으로 인해 심각한 장애를 경험하게 되지만, 많은 환자들이 제대로 진단받지 못하거나 아니면, 치료를 받지 못하는 것으로 알려져 있다. Lipton¹⁴⁾ 등의 연구 결과에 의하면 심한 편두통 환자 중 의사에 의해 진단을 받은 환자는 전체 환자의 38%로, 여자의 경우 41%, 남자의 경우 29%에 불과하였다. 심한 편두통의 경우 환자의 95% 이상이 두통으로 약을 복용하나, 대부분의 경우는 의사에 의해 처방되는 약보다는 비처방의약품(over the count, OTC)의 약을 복용하는 것으로 알려져 있는데²⁰⁾, 이러한 경우는 대부분의 편두통 환자들이 의사에 의해 진단받지 못한다는 사실과 일치하는 것으로 생각된다. 국내 보고²⁾에서도 의사에 의해 치료를 받아본 경험이 있는 환자는 24.4%에 지나지 않았고, 의사에 의한 처방만으로 약을 복용하는 경우는 3.3%에 불과해 대부분의 환자들이 적절한 치료를 받지 못한 채 OTC 약을 남용하는 경향성이 있다고 나타났다. 본 연구에서도 편두통의 치료는 91.7%의 환자가 진통제를 사용하여 접근하며, 한방 치료는 52.8%가 이용하였으며, 기타 치료는 41.7%가 이용하였다. 그런데 진통제 사용은 본인이 선택해서 복용한 경우가 51.5%로 가장 많았으며 의사를 통해 처방을 받은 경우는 33.3%밖에 해당되지 않았다. 진통제의 효과는

42.4%에서 좋아진다고 하였으며, 약간 있다가 48.5%였으며, 한방 치료 효과는 좋아진다가 15.8%, 약간 있다가 57.9%로 대부분 효과에 대해 긍정적이었다. 진통제 복용빈도는 일주일에 1알이하가 61.9%로 대부분을 차지하였으며, 진통제 복용 기간은 5년 이상이 47.6%로 가장 많이 응답하였는데, 진통제의 자가진단에 의한 장기 복용에 대한 우리나라 현실에 맞는 대책이 필요하다고 사료된다.

한의학적 변증에 대한 보고에서 문⁶⁾의 두통환자에 대한 분류 중 혈허두통이 25.0%로 가장 많았으며, 음허두통 17.4%, 간울화화두통 16.0%, 담결두통 13.9%의 분포를 보였으며, 심²¹⁾의 편두통 환자에 대한 분류 중 간울화화두통이 가장 많아 42.3%고 가장 높게 보고되었으며, 기허두통 19.2%, 담결두통 15.4%, 혈허두통 15.4%의 분포를 보였다. 그러나 본 연구에서는 담결두통이 가장 많아 33.6%를 차지하였으며, 기허두통은 22.2%, 간울화화두통은 13.9%를 차지하였으며, 나머지는 모두 비슷한 분포를 보였다. 이는 담결두통의 目重不能開, 惡心 등의 증상이 편두통의 수명(photophobia), 오심 증상과 유사하며, 본 연구에서 동반 증상 중 현훈 증상의 빈도가 높은 것과 관련이 있을 것으로 사료된다.

편두통 환자의 ABR 검사 결과에 대한 보고에서 김²²⁾은 curve항목 전체에서 정상소견이 79.2% 나타났으며 이상반응은 20.8% 나타났으나, 이상반응은 모두 저하반응이었으며, regulation항목은 정상반응과 이상반응이 비슷한 비율로 나타났으나, 착란반응이 우세하게 나타났으며, graph항목에서는 정상반응보다 이상반응이 우세하게 나타났으며, 이상반응 중 대부분이 저하경향으로 반응이 나타났다. 본 연구에서는 curve항목에서 정상소견과 이

상소견이 비슷한 비율로 나타났으며, 이상소견은 김²²⁾의 보고와 마찬가지로 전부 저하반응으로 나타났으며, regulation항목에서는 정상소견이 이상소견보다 우세하였으며, 이상소견을 보인 환자에서 1상한에서는 저하가 16.7%로 우세하였으며, 2상한에서는 상승반응이 27.8%와 저하반응이 22.2%로 높게 나타났으며, 3상한에서는 저하반응이 22.2%로 우세하게 나타났으나, 김²²⁾의 착란반응이 우세한 보고와는 달랐다. Graph항목에서는 대부분 저하경향으로 반응이 나타나 김²²⁾의 보고와 일치하였다. Curve는 기울에 따라서 질환의 급성, 만성, 퇴화상태를 볼 수 있으며, regulation은 신체내외의 환경변화 또는 자극에 대해 적절히 대응할 수 있도록 생리적 활동을 증진시키거나, 감소시켜 기능을 조절하는 자율신경조절반응 상태를 나타내며, graph-activity는 표피로 드러나는 교감활동성의 관계로 현재의 활동성과 긴장도의 상태를 나타내고, graph-reactivity는 외부자극에 대한 인체의 탄력적 반응성으로 내부상태의 저항력을 나타낸다²¹⁻²²⁾. 이러한 관점에서 본 연구결과를 해석해 보면, curve항목, regulation항목, graph항목에서 대부분 저하경향으로 나타났는데, 이러한 저하경향은 만성적인 경과를 가지고, 교감신경을 포함한 자율신경조절반응이 저하된 것이며, 외부의 변화에 대한 탄력적 대응도 저하된 것이다. 이것은 연구에 참가한 편두통 환자가 병력 기간이 길고 연령대가 40대이후가 대부분이어서 생체전기 자율반응이 저하되는 방향으로 나타나는 것인지 아니면 편두통의 특성상 자율신경조절반응이 저하된 것으로 나타나는지 향후 정상인의 생체전기 자율반응과 대조해야 할 것으로 사료된다.

편두통은 그 통증이 매우 심하며, 생활에

미치는 영향이 매우 크나, 완치는 기대하기 어려운 질환으로 대부분의 환자들이 적절한 치료를 받지 못하는 우리나라의 의료현실에서 본 연구가 한의학적인 접근에 기초 자료로 사용될 수 있기는 기대한다.

V. 결 론

2003년 한의학 박람회에 래원한 두통 환자 중 편두통 환자 36명을 임상적 관찰하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 전체 두통 환자 154명 중 편두통의 유병율은 23.4%로 남녀간의 성비는 1:17로 여자의 비율이 높게 나타났으며, 연령 분포에서도 40대가 44.4%로 가장 높게 나타났으며, 발병 연령은 30대가 38.9%로 가장 높게 나타났으며, 평균 이환 기간은 12.0±9.9년이었다.
2. 전체 환자 중 부모가 두통을 가지고 있는 경우가 52.8%이며, 가족력이 없는 경우는 22.2%만이 해당되었다.
3. 두통의 정도는 중등도의 환자가 61.1%로 대부분을 차지하였으며, 고도의 두통을 호소하는 환자는 16.7%에 해당하였다. 두통이 생활에 미치는 영향을 평가한 결과 부담스럽지 않은 경우는 한 명도 없었으며, 부담을 갖는 환자가 69.4%로 대부분을 차지하였으며, 상당히 부담스럽다고 느끼는 경우도 30.6%에 해당하였다.
4. 극심한 피로를 유발 요인으로 응답한 환자가 77.8%로 가장 많았으며, 그 다음은

정신적 스트레스로 75.0%, 수면 결핍과 긴장이 각각 61.1% 응답하였다.

5. 통증 양상에서 박동성 통증 양상인 옥션 옥션 쑤신다가 69.4%로 가장 많았으며, 맥이 뛰는 듯 아픈 경우도 47.2%가 응답하였으며, 긴장성 두통의 양상인 머리가 무겁다, 누르는 듯 하다, 머리에 띠를 두른 듯 조인다가 응답도 각각 55.6%, 22.4%, 19.2%를 차지하였다.
6. 동반 증상에서 오심·구토가 69.4%에 해당되어 가장 많은 호소를 하였으며, 수명(photophobia), 고성 공포증(phonophobia)에 대한 응답은 47.2% 해당되었다.
7. 치료는 91.7%의 환자가 진통제를 사용하여 접근하며, 한방 치료는 52.8%, 기타 치료는 41.7%가 이용하였다. 진통제의 효과는 42.4%에서 좋아진다고 하였으며, 약간 있다가 48.5%였으며, 한방 치료 효과는 좋아진다가 15.8%, 약간 있다가 57.9%였다. 진통제 사용은 본인이 선택해서 복용한 경우가 51.5%로 가장 많았으며 의사를 통해 처방을 받은 경우는 33.3%밖에 해당되지 않았다. 복용빈도는 일주일에 1알이하가 61.9%로 대부분을 차지하였으며, 진통제 복용 기간은 5년 이상이 47.6%로 가장 많이 응답하였다.
8. 변증별 구성은 담결두통이 가장 많아 33.6%를 차지하였으며, 기허두통이 22.2%, 간울화화두통이 13.9%를 차지하였으며, 나머지는 모두 비슷한 분포를 보였다. ABR 2000 검사 결과는 curve항목과 regulation항목은 각각 정상반응과 이상반응이 비슷한 비율로 나타나거나 정상반응이 우세하였으며, graph항목은 대부분이 이상반응인데, 모든 항목에서 이상

반응은 대부분 저하경향으로 나타났다.

VI. 참고문헌

1. 김승민. 두통의 내과적 치료. 통증. 1997 ; 7 : 23-7.
2. 노재규, 김지수, 안윤옥. 국내 편두통의 역학 및 임상 특성 연구. 대한신경과학회지. 1997 ; 15(1) : 1-18.
3. 강수일, 신용철, 강석균. 두통의 한방치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1992 ; 13(1) : 324-35.
4. 조기호, 김영석, 이경섭. 편두통에 관한 문헌적 고찰. 대한한의학회지. 1989 ; 10(1) : 240-48.
5. Headache classification committee of the international headache society. Classification and diagnostic criteria for headache disorder, cranial neuralgia and facial pain. Cephalgia. 1998 ; 8(suppl 7) : 1-96.
6. 문유모, 이상룡. 한방 신경정신과 영역의 두통에 관한 임상적 고찰. 대한한의학회지. 1988 ; 9(2) : 15-25.
7. Gobel H, Petersen-Braun M, Soyka D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. Cephalgia. 1994 Apr ; 14(2) : 97-106.
8. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population--a prevalence study. J Clin Epidemiol. 1991 ; 44(11) : 1147-57.
9. Celentano DD, Linet MS, Stewart WF. Gender differences in the experience of headache. Soc Sci Med. 1990 ; 30(12) : 1289-95.
10. Stewart WF, Linet MS, Celentano DD, Van Natta M, Ziegler D. Age- and sex-specific incidence rates of migraine with and without visual aura. Am J Epidemiol. 1991 Nov 15 ; 134(10) : 1111-20.
11. Stewart WF, Celentano DD, Linet MS. Disability, physician consultation, and use of prescription medications in a population-based study of headache. Biomed Pharmacother. 1989 ; 43(10) : 711-8.
12. SELBY G, LANCE JW. Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960 Feb ; 23 : 23-32.
13. Deubner DC. An epidemiologic study of migraine and headache in 10-20 year olds. Headache. 1977 Sep ; 17(4) : 173-80.
14. Lipton RB, Stewart WF, Celentano DD, Reed ML. Undiagnosed migraine headaches. A comparison of symptom-based and reported physician diagnosis. Arch Intern Med. 1992 Jun ; 152(6) : 1273-8.
15. 최현림. 두통의 진단과 치료. 가정의학학

- 회지. 1998 ; 19(6) : 418-31.
16. Sanin LC, Mathew NT, Bellmeyer LR, Ali S. The International Headache Society (IHS) headache classification as applied to a headache clinic population. *Cephalalgia*. 1994 Dec ; 14(6) : 443-6.
17. Stang PE, Von Korff M. The diagnosis of headache in primary care: factors in the agreement of clinical and standardized diagnoses. *Headache*. 1994 Mar ; 34(3) : 138-42.
18. 김지수, 노재규, 안윤옥. 국내 긴장형 두통의 역학 및 임상특성 연구. *대한신경과학회지*. 1997 ; 15(3) : 615-23.
19. Pryse-Phillips W, Findlay H, Tugwell P, Edmeads J, Murray TJ, Nelson RF. A Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *Can J Neurol Sci*. 1992 Aug ; 19(3) : 333-9.
20. Celentano DD, Stewart WF, Lipton RB, Reed ML. Medication use and disability among migraineurs: a national probability sample survey. *Headache*. 1992 May ; 32(5) : 223-8.
21. 심상민, 허성, 구병수. 신경정신과를 래원한 두통환자에 대한 임상적 고찰. *동의신경정신과학회지*. 2000 ; 11(1) : 83-96.
22. 김명진, 이상룡. 두통의 임상증상 및 생체전기자율반응에 대한 임상적 고찰. *동의신경정신과학회지*. 2001 ; 12(2) : 103-22.