

추나요법을 병행한 한방치료로 호전된 만성 긴장성 두통 치험 1례

원제훈¹, 안희덕¹, 우창훈¹

¹대구한의대학교 한의과대학 한방재활의학과 교실

Received : 2013. 11. 13 Reviewed : 2013. 11. 14 Accepted : 2013. 12. 5

A Case Report on Chronic Tension-type Headache Improved by Korean Medicine with Chuna Manual Therapy

Je-Hoon Won, K.M.D.¹, Hee-Duk Ahn, K.M.D.¹, Chang-Hoon Woo, K.M.D.¹

¹Dept. of Rehabilitation Medicine of Korean Medicine, College of Korean Medicine, Daegu haany University

Objectives : The purpose of this study is to evaluate the Korean medical treatment for chronic tension-type headache, especially chuna manual therapy on cervical vertebrae.

Methods : One patient was treated with acupuncture, herbal medication and chuna manual therapy on cervical vertebrae. To evaluate the pain of head and neck, visual analog scale(VAS) was measured.

Results : After treatment for 1 week, the pain of head and neck was declined from VAS 10 to VAS 3.

Conclusions : Korean medical treatment including acupuncture, herbal medication and cervical chuna manual therapy is effective for chronic tension-type headache. But further studies are required to prove the effectiveness of chuna manual therapy on cervical vertebrae.

Key Words : Tension-type headache, Chuna manual therapy, Cervical manual therapy

I. 서 론

긴장성 두통은 가장 흔한 원발성 두통으로, 평생 유병률이 36-78% 정도이며 성인의 약 14%는 주당 1회 이상의 통증을 호소하고 약 3%는 통증을 매일 호소할 정도로 대부분의 사람들이 일생 살아가면서 한번 이상 경험한다¹⁾.

국제두통학회(International Headache Society, IHS)²⁾에서는 만성 긴장성 두통을 증상이 수 시간 지속되며, 양측성, 압박감 혹은 조이는 감, 정도 또는 중등도의 강도, 신체활동에 따라 통증이 악화되지 않음의 조건 중 두 가지 이상을 만족하며, 동시에 빛 공포증이나 경도의 구역이 한 가지 이상 없거나, 중등도 이상의 구역이나 구토가 없이 두통이 3개월을 초

■ 교신저자 : 우창훈, 경북 포항시 남구 대잠동 907-8번지 대구한의대학교 부속 포항한방병원 한방재활의학과.
Tel : (054) 281-0055 Fax: (054) 281-7463 E-mail : jungwsungw@hanmail.net

과하여 한 달에 평균 15일 이상 발생하는 것으로 정의하고 있다.

긴장성 두통의 병태생리는 확실히 정립되지 않았으나 근육의 수축과 심리적인 요인이 복합적으로 작용하는 것으로 추정되고 있다³⁾. 특히 긴장성 두통 환자에게서 두개골 주위, 경추부 근육의 비정상적인 수축이 있음이 보고되었고^{4,5)}, 구 등⁶⁾이 경추 만곡의 변화로 인한 자세불량이 긴장성 두통의 원인이 된다고 보고한 것으로 보아 두경부 근육 긴장과 긴장성 두통 간에 연관성이 있음을 시사하고 있다.

한의학에서 頭는 ‘諸陽之會, 清陽之腑’로서 五臟六腑의 氣血이 모두 머리에 모이는데, 外感六淫, 內傷七情 등으로 인하여 脈絡이 손상을 받으면 氣血運行이 원활하지 못하여 頭痛이 발생하게 된다⁷⁾. 두통의 한의학적 치료로 침구치료⁸⁻¹⁰⁾, 사상체질의학적 관점을 적용한 치료^{11,12)} 등이 보고되었으나 그 수는 여전히 부족하며 특히 추나요법을 적용한 사례는 전무한 상태이다.

이에 저자는 대구한의대학교 부속 포항한방병원에 내원한 만성 긴장성 두통 환자에게 침 치료, 한약 치료와 두경부 추나요법을 병행하여 증상 개선에 양호한 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2013년 10월 15일부터 2013년 10월 22일까지 대구한의대학교 부속 포항한방병원에 만성 긴장성 두통으로 입원한 환자 1명을 대상으로 하였다.

2. 치료방법

1) 추나요법

7일의 입원기간동안 후두과 이완기법, JS 양와위

경추신연 교정법, 상부승모근 경근 이완/강화 기법을 4회 실시하였다.

(1) 후두과 이완기법¹³⁾

환자는 양와위로 눕고 의사는 환자의 머리 위쪽에 앉는다. 의사는 두 손으로 환자의 측두부, 후두부를 지지하고 손가락을 후두하 공간으로 밀어 넣는다. 중수지 관절을 90도로 구부리고 환자의 머리를 천천히 손바닥 위로 들어올린다. 결과적으로 제 1경추의 후궁은 중지와 약지의 손가락 끝에 놓이게 된다. 약지는 천장으로 향하여 밀어 올리고 시지와 중지를 방아쇠를 당기는 손가락처럼 이용하여 후두골을 침대를 향하여 당긴다. 압력을 풀지 말고 손을 벌려 두개골을 가볍게 위로 당긴다.

(2) JS 양와위 경추신연 교정법¹⁴⁾

환자는 양와위로 눕고 의사는 환자의 머리 위쪽에 앉는다. 장근부로 환자의 측두부를 받쳐주고, 의사의 양측 중지단으로 환자의 관절돌기면을 좌우로 열어 준다는 느낌으로 교대로 밀어준다. 다음은 장근부는 측두면에 접촉하고 의사의 식지를 이용하여 환자의 관절돌기면을 좌우 교대로 돌려준다는 느낌으로 한 분절씩 거상한다. 마지막으로 의사의 식지를 이용하여 제 2경추부터 제 6경추까지 환자의 관절돌기 후면을 들어서 가볍게 양측을 동시에 당겨주는 느낌으로 견인한다. 위 세 가지 동작을 제 2경추부터 제 6경추까지 차례대로 실시하고 2-3회 반복한다.

(3) 상부승모근 경근 이완/강화 기법¹⁴⁾

환자는 바로 누워 목을 건측으로 측굴한다. 의사는 환자의 머리 위쪽에 앉아 한 손으로 환자의 어깨를 고정하고, 다른 손으로는 환측의 유양돌기에 접촉한 후, 경추의 제한장벽까지 상부승모근을 신장시킨다. 환자는 환측 어깨를 귀쪽으로 움직이려는 노력을 하여(어깨를 으쓱하는 움직임) 등척성 수축이 일어나게 한다. 7-10초간의 수축 후 완전히 힘을 뺀 상태에서 의사가 새로운 제한장벽까지 반대쪽으로 경추를 더

육 측굴시키며 근육을 신장시킨다. 위와 같은 과정을 3회 반복한다.

2) 침 치료

0.25×40 mm 1회용 Stainless steel 멸균 호침 (Dongbang Acupuncture Inc., Korea)을 사용하였고 상부승모근의 아시혈과 風池(GB20), 風府(GV16), 肩井(GB21), 頭維(ST8)를 포함하여 총 10穴을 選穴하여 15분간 留鍼하였으며 매일 1회 시행했다.

3) 한약 치료

『方藥合編』¹⁵⁾ 中統 116번 처방인 淸上蠲痛湯 (Chungsanggyuntong-tang, qingshàngjuāntòngtang) 가미방을 사용하였으며 매일 2첩을 달여 하루 3회

식후 온복하도록 하였다. 1첩 당 약재의 구성은 아래와 같다(Table I).

3. 평가방법

환자의 주소증인 두통에 대한 평가를 위해 시각적 상사 척도(Visual Analog Scale, VAS)를 사용하였다. VAS는 환자가 느끼는 주관적인 통증의 객관화를 위하여 사용되는 평가방법으로 통증이 없는 상태를 0, 참을 수 없는 통증을 10으로 하고 통증 강도에 따라 해당된다고 생각하는 숫자를 환자에게 지정하게 하여 통증을 객관화하였다.

Ⅲ. 증 례

증례의 환자는 52세 여성으로 2009년경 일상생활

Table I . Composition of Chungsanggyuntong-tang(Qingshàngjuāntòngtang)

	藥材名	Dose(g)
黃芩	Scutellaria baicalensis	6
白茯苓	Poria cocos	6
半夏	Pinellia ternata	6
陳皮	Citrus unshiu	6
生薑	Zingiber officinale	6
蒼朮	Atractylodes lancea	6
麥門冬	Liriope platyphylla	4
防風	Saposhnikovia divaricata	4
白芷	Angelica dahurica	4
當歸	Angelica gigas	4
川芎	Cnidium officinale	4
羌活	Ostericum koreanum	4
獨活	Aralia continentalis	4
神麴	Massa medicata fermentata	3
麥芽	Hordeum vulgare	3
蔓荊子	Vitex rotundifolia	2
大棗	Zizyphus jujuba	2
細辛	Asiasarum heterotropoides var. mandshuricum	1
甘草	Glycyrrhiza uralensis FISCH	1
	Total Amount	76

중에 두통이 발생하였고 발생 당시 스트레스를 받는 일이 잦았다고 한다. 2010년에 서울대병원에서 Brain CT, MRI 검사 상 별무 진단, 2012년에 서울대병원에서 뇌혈류검사 상 별무 진단 받고 간헐적으로 진통제를 복용하였으나 2013년 9월에 통증이 악화되어 포항세명기독병원에서 Brain CT 검사, 별무 진단받은 후 한방치료를 받고자 2013년 10월 15일에 대구한의대학교 부속 포항한방병원에 내원하였다.

최초 내원시 환자는 양측 측두부로 지속적인 비박동성의 통증을 호소하였고 하루 일과 중 증상의 변화가 없었다. 미약한 오심은 있었으나 구토나 빛 공포증, 소리 공포증은 없었다. 경추부 상부승모근의 근육 긴장이 심했으며 압진했을 때 심한 통증을 호소하였다. 경추부의 통증과 두통 모두 우측이 더 심한 양상을 보였다. 상기 증상들로 보아 임상적으로 만성 긴장성 두통으로 진단하였다.

환자는 2013년 10월 15일부터 2013년 10월 22일까지 입원기간 중 침 치료, 한약치료와 4회의 추나요법을 받았으며 점진적인 증상 완화를 보였다. 퇴원일

에는 두경부의 통증이 VAS 10에서 VAS 3으로 감소하였다.

IV. 고 찰

두통은 평생 동안 한 번도 느끼지 않는 사람이 없을 정도로 흔한 신경학적 증상 중 하나로, 전체 인구의 약 90%가 1회 이상의 두통을 느낀 적이 있으며 그 중의 7~8%는 직무에 종사하지 못할 만큼 심각한 통증을 호소한다¹⁶⁾.

긴장성 두통은 가장 흔한 원발성 두통으로, 평생 유병률이 36~78% 정도이며 성인의 약 14%는 주당 1회 이상의 통증을 호소하고 약 3%는 통증을 매일 호소할 정도로 대부분의 사람들이 일생 중 한번 이상은 긴장성 두통을 경험한다¹⁾.

긴장성 두통은 객관적으로 확진할 수 있는 영상학적 또는 임상병리적 검사가 없기 때문에 임상소견으로 진단한다. IHS에서는 증상이 수 시간 지속되며,

Table II. Change of VAS

Treatment date	10.15	10.16	10.17	10.18	10/19	10.20	10.21	10.22
VAS	10	10	7	7	5	5	3	3

Table III. Definition of Chronic Tension-type Headache in IHS Criteria

A. Headache occurring on ≥ 15 days per month on average for >3 month(≥ 180 days per year) and fulfilling B-D
B. Headache lasts hours or may be continuous
C. Headache has at least two of the following characteristics
1. Bilateral location
2. Pressing/tightening (non-pulsating) quality
3. Mild or moderate intensity
4. Not aggravated by routine physical activity such as walking or climbing stairs
D. Both of the following:
1. No more than one of photophobia or mild nausea
2. Neither moderate or severe nausea nor vomiting

양측성, 압박감 혹은 조이는 감, 경도 또는 중등도의 강도, 신체활동에 따라 통증이 악화되지 않음의 조건 중 두 가지 이상을 만족하며, 동시에 빛 공포증이나 경도의 구역이 한 가지 이상 없거나, 중등도 이상의 구역이나 구토가 없이 두통이 3개월을 초과하여 한 달에 평균 15일 이상 발생하는 것으로 만성 긴장성 두통의 진단 기준을 제시하고 있다.

긴장성 두통의 병태생리는 확실히 정립되지 않았으나 근육의 수축과 심리적인 요인이 복합적으로 작용하는 것으로 추정되고 있다³⁾. Altura¹⁷⁾는 측두근, 후두근, 두개골막, 경부근육 등의 지속적인 수축이 후두골 부위를 압박하여 대사산물이 축적되고, 축적된 대사산물이 통증에 예민한 조직인 피부, 피하, 근육, 동맥, 두개골막 등을 자극하여 두통이 나타난다고 하여 근육수축으로 인한 두통의 기전을 보고한 바 있는데, 특히 긴장성 두통 환자에서 두개골 주위, 경추부 근육의 비정상적인 수축이 있음이 보고되었다^{4,5)}.

한의학에서 頭는 ‘諸陽之會, 清陽之腑’로서 五臟六腑의 氣血이 모두 머리에 모이는데, 外感六淫, 內傷七情 등으로 인하여 清陽이 폐색되고 脈絡이 손상을 받으면 氣血運行이 원활하지 못하여 頭痛이 발생하게 된다⁷⁾. 경락학적으로 頭는 一身의 陽를 主하는 手足三陽經脈과 督脈이 모두 연락되는 부위인데, 頸項部는 任督脈과 手足三陽經脈이 흐르므로¹⁸⁾ 이에 頸項部和 두통이 밀접한 관계에 있음을 유추해볼 수 있다.

두통과 경향부에 관한 연구를 살펴보면 Calliet 등¹⁹⁾은 경추 만곡의 변화가 주위 근육이나 조직에 부하를 유발하고 주위의 연부조직이나 관절로부터 통증을 발생시킨다고 하였으며, 구⁶⁾ 등은 경추 만곡의 변화로 인한 만성적인 자세불량이 두경부의 근육에 대한 만성피로와 긴장을 유발하여 긴장성 두통이 발생한다고 하였다. Lipchik⁴⁾, Sturgis⁵⁾는 긴장성 두통 환자에서 두경부의 비정상적인 근육수축이 있음을 보고하였고, Nagasawa²⁰⁾ 등은 경추 방사선검사를 통하여 긴장성 두통 환자에서 경추의 전만 감소, 낮

은 어깨의 경향이 있음을 보고하였다.

두통에 대한 한방치료로 강 등⁸⁾은 문헌적 고찰을 통해 두통에 대한 치료혈로 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 활용되었다고 하였으며, 박 등⁹⁾의 연구에서는 合谷과 列缺이 일반적 두통 치료의 기본혈이라고 보고하였다. 또한 김 등¹⁰⁾은 체침과 이침을 병행하여 긴장성 두통을 치료한 임상적 결과를 보고하였고, 박 등¹¹⁾과 김 등¹²⁾은 긴장성 두통에 대한 사상체질의학적 관점을 적용한 치료사례를 보고하였다.

그러나 두통에 대한 한방치료들이 대부분 침 치료에 국한되어 있고, 특히 추나요법을 적용한 사례는 전무하다. 이에 저자는 두경부의 이상과 두통 사이에 연관성이 있다는 사실에 착안하여 만성 긴장성 두통 환자에 대하여 기존 한방치료와 두경부 추나요법을 병행하여 그 효과를 확인하고자 하였다.

본 증례의 환자는 4년 전부터 발생한 두통을 주소증으로 내원한 환자로, Brain CT, MRI 검사, 뇌혈류검사 등을 통해 기질적인 병변으로 인한 두통을 배제진단 받았다. 내원 당시 호소하였던 양측 측두부의 지속적인 비박동성 통증 양상과 구토나 빛 공포증, 소리 공포증이 없었던 것으로 보아 만성 긴장성 두통으로 진단하였다. 7일간의 입원기간동안 침 치료, 한약 치료와 두경부 추나요법을 병행하였으며, 그 결과 두경부의 통증은 VAS 10에서 VAS 3으로 호전되었다.

현재까지 긴장성 두통 치료에 있어 추나요법을 적용한 사례는 전무했기 때문에 본 사례 보고가 두통에 대한 한방치료에 추나요법을 적용하는 하나의 방향을 제시한다는 면에서 고무적이기는 하나 사례가 1례에 불과하여 일반화하기 어렵고 입원환자라는 현실적인 문제로 추나요법을 단독으로 시행하지 못한 것은 아쉬운 점으로 남는다. 향후 더 많은 사례와 대조군 설정을 통한 심도 있는 연구가 필요할 것으로 생각된다.

V. 결 론

2013년 10월 15일부터 2013년 10월 22일까지 대구한의대학교 부속 포항한방병원에 만성 긴장성 두통으로 입원한 환자 1명을 대상으로 침 치료, 한약 치료와 추나요법을 병행하여 다음 결과를 얻었다.

1. VAS를 이용한 평가에서 환자의 주소증인 두통이 내원일 기준 VAS 10에서 VAS 3으로 호전되었다.

이상의 결과로 볼 때, 침 치료, 한약 치료와 추나요법을 병행한 한방치료가 만성 긴장성 두통에 양호한 치료 효과가 있음을 확인하였다. 추후 만성 긴장성 두통에 대한 한방치료를 본 연구가 하나의 방향성을 제시하는 데에 도움이 될 것으로 생각되며, 향후 더 많은 사례와 대조군 설정을 통한 심도 있는 연구가 필요할 것으로 사료된다.

VI. 참고문헌

1. Silberstein SD. Tension-type Headache. Headache. 1994;34:2-7.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of the Headache Disorders. Cephalalgia. 2004; 24:1-160.
3. 김병모, 노재규, 박성호 외. 두통의 진단과 치료. 현대의학사. 2000:1-254.
4. Lipchik GL, Holroyd KA, France CR, Kvaal SA, Segal D, Cordingley GE. Central and peripheral mechanism in chronic Tension-type Headache. Pain. 1996;64(3): 467-75.
5. Sturgis ET, Schaefer CA, Ahles TA,

- Sikora TL. Effect of movement and position in the evaluation of tension headache and nonheadache control subject. Headache. 1984;24:88-93.
6. 구선주, 최재갑. 만성 긴장성 두통 환자에 있어서 두경부 자세 평가. 대한구강내과학회지. 1994;18:9-14.
7. 김성욱, 구병수. 頭痛의 原因 分類와 鍼灸治療에 대한 文獻的 考察. 동의신경정신과학회지. 2000;11(2):189-200.
8. 강수일, 신용철, 강석균. 두통의 한방치료에 관한 연구. 대한한의학회지. 1992;13(1):324-35
9. 박성호, 이병렬. 두통의 원인과 침구치료혈에 관한 문헌적 고찰. 대한침구학회지. 1998; 15(2):455-61.
10. 김양식, 김성현, 체침과 이침을 병용하여 치료한 긴장성 두통에 관한 임상적 고찰. 대한한의사협회지. 1996;17(1):433-46.
11. 박병주, 신현상, 강미정, 이지원, 장현수, 이준희, 이의주, 고병희. 반복 발작성 긴장성 두통을 호소하는 소양인, 태음인 치험 2례. 사상체질학회지. 2010;22(2):123-34.
12. 김성기, 함성훈, 송은영, 임은철, 서상경. 소양인 긴장형 두통에 감수말을 사용한 치험 3례. 사상체질학회지. 2011;23(4):514-7.
13. Barnes JF. 김형태 역. 손락이완요법. 1994: 123.
14. 척추신경추나의학회 편저. 추나의학. 서울:척추신경추나의학회. 2011:182,528.
15. 황보연. 방약합편. 서울:영림사. 2002:235.
16. Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension-type headache. a review of epidemiological and experimental studies. Cephalalgia. 1999:602-21.
17. Altura BM. Magnesium in tension headache and muscle tension. Medical Hypotheses. 2001;57(6):705-13.

18. 허준. 동의보감. 서울:법인문화사. 1999:653-5.
19. Calliet R. Neck and arm pain. FA Davis. 1991:348-67.
20. Nagasawa A, Sakakibara T, Takahashi A. Roentgenographic findings of the cervical spine on tension type headache. Headache. 1993;33:90-5.