동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 19. No. 2, 2008

교통사고 후유증으로 인한 瘀血頭痛 환자 치험 1례

최금애, 정종효, 김경옥
동신대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

A Case Report of Eo-hyeol headache(瘀血頭痛) Caused by Sequela of Traffic Accident

Geum-Ae Choi, Jong-Hyo Jung, Kyeong-Ok Kim
Dept. of Neurophychiatry, Colleage of Oriental Medicine, Dongshin University

Abstract

Headache is symptom of many people suffered. It caused simply by fatigue, stress, but it also caused by inflammation, mechanical or chemical stimulus, circulation disorder, brain damage.

Modern societies develop rapidly by traffic system. But lately it suffering with many traffic problem. Traffic accident is most important of many traffic problem.

We experienced a 35 year-old female who complained headache, caused by a traffic accident that happened 22 month ago.

We treated the patient by the way of Eo-hyeol (瘀血) type of headache with Herbal medication and Acupuncture.

After being treated, the patient show that symptoms(headache, insomnia, anorexia) was improved considerably.

This result suggests that oriental medicine treatment has good effect on headache due to traffic accident.

Key Words : Eo-hyeol headache(瘀血頭痛), Sequela of traffic accident

투고일 : 6/5 수정일 : 7/6 채택일 : 7/14
* 교신저자 : 김경옥 주소 : 전남순천시 조례동 1722-9 동신대학교 순천한방병원 신경정신과
Tel : 061)729-7166 Fax : 061)725-1717 E-mail : avecinok@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

두통은 인간이 생활하면서 경험할 수 있는 가장 흔한 증상 중 하나이며, 일생 중 한 번씩은 누구나 겪을 수 있는 증상이다. 여성은 90%이상, 남성은 70~90%정도에서 한번쯤은 두통을 경험한다[1,2]. 두통이란 머리에 위치하는 모든 통증 및 불쾌한 감정을 말하며, 기계적 자극, 화학적 자극, 염증, 순환장애 등이 頭蓋내의 통각감수조직을 자극함으로써 발생되며, 대부분의 만성·재발성 두통에는 편두통, 군집성 두통 또는 심인성의 두통들이 포함된다. 특정한 질병단위는 아니지만 여러 가지 질병의 수반증상 또는 심한 긴장이나 피로의 표현일 수도 있고, 때로는 頭蓋 內 질환의 경고일 수도 있다[3,4].

韓醫學的으로 頭痛은 <黃帝內經>[5]에서 "頭痛巔疾, 下虛上實"이라고 처음 언급한 이래 腦風, 首風, 頭痛顚疾, 氣虛頭痛, 眞頭痛, 腦眞痛 등으로 多樣하게 表現되었고, 그 이후로 張仲景이 六經頭痛으로 分類하였고, 李東垣은 內傷頭痛과 外感頭痛으로 大別하였으며 許浚은 部位 및 原因에 따라 十一種頭痛으로 종합하였고 偏頭痛은 聖濟總錄에서 처음 言及하였다[4]. 청대이전까지 瘀血頭痛에 대해 언급한 사람은 없었다. 淸代 王淸任이 <醫林改錯·頭痛>[6]에서 "查患頭痛者無表證, 無裏證, 無氣虛痰飮等證, 忽犯忽好, 百方無效, 用此方(血府逐瘀湯), 一劑而愈"라 하여 어혈이 만성· 난치성 두통의 원인이라고 처음 언급하였다[3].

우리사회는 근래에 급격히 증가하는 도시인구와 산업의 발달이 교통량의 급증을 초래하고 이를 뒤따르지 못하는 도로여건, 교통시설 등의 관계로 교통사고의 발생은 해마다 증가추세에 있다[7]. 교통사고로 인한 골절, 창상, 감염 등의 손상은 양방의료기관에서 대부분 담당하여 치료해 왔지만 그 외의 근골격계 손상, 뇌진탕, 외상 후 스트레스 장애 등 그 후유증 측면에서는 효과적인 대처방안을 제시하지 못하고 있다. 한의학에서는 교통사고로 인한 증상과 후유증에 대해 氣滯와 瘀血의 개념을 적용하여 좋은 치료효과를 거두고 있다[8]. 그러나 그 중 교통사고 후유증으로 인한 두통의 체계적인 치법 및 치료효과에 대한 보고는 적다.

본 증례의 환자는 교통사고 후유증으로 발생한 두통을 양방병원에서 1년 10개월 간 치료받았으나 증상의 호전 없이 더 심해지다가, 본원에서 瘀血頭痛으로 변증 후 치료하여 유의한 효과를 거두어 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 인적사항

채 ○ ○ (F / 35)

2. 주소증

① 두통 : 左側頭部제외하고 두부전체의 24시간동안 지속되는 통증, 정오 및 오후 6시경 발작적으로 심해짐, 심한 두통 발생 시 불안감, 우울감 호소

② 전신무력 : 약간의 활동에도 전신무력감 호소

3. 발병일자 및 동기

200○년 ○월 ○일 보행 중 버스에 머리 부딪힌 후, 200○(다음 해)년 ○월(교통사고 13개월 후) 상기 주증상이 심해짐. 200○년 ○월(교통사고 19개월 후) 여름 지나고 더 심해짐

4. 가족력 및 과거력

別無
두통과 관련된 가족력 및 과거력 없음

5. 현병력

上記 환자는 現 35세 조용한 성격, 마른 체격의 女患으로 平素 別無 吸煙, 飮酒, 嗜好食 해옴.

200○년 ○월 ○일 보행 중 버스에 머리 부딪힌 後 200○년 ○월 ○일 A병원에서 Brain CT상 우측후두부 경막외출혈 진단받고 B병원에서 수술 후 2달간 입원치료 받고, 200○년 ○월 A병원에서 1달간 입원치료 받고, 6개월간 양방약 치료하심.

200○년 ○월(교통사고 13개월 후) 상기 주증상 심해져 B병원에서 Brain MRI상 別無진단, 양측 전두부 뇌연화증 진단받고, 200○년 ○월(교통사고 19개월 후) 여름지내고 난 후 상기 주 증상 더 심해져, 200○년 ○월 B병원에서 1주일간 입원치료 후, C병원 Brain MRI상 양측 전두부 뇌연화증, 뇌파검사상 전두부기원성 간질파 진단받고 2달간 입원 치료했으나 증상 여전하여 보다 적극적인 한방 치료위하여 200○년 ○월 ○일(교통사고 22개월 후) 오후 5시 본원외래 경유하여 자가보행으로 입원함.

6. 진단명

한방진단) 瘀血頭痛
양방진단) 우측후두부 경막외출혈, 양측 전두부 뇌연화증, 기질성 기분장애(의증), 주요우울장애, 공황장애

7. 치료기간

200○년 ○월 ○일 ~ 200○년 ○월 ○일(총 46일간)

8. 생체기능(200○. ○. ○ 입원당시)

수면 : 새벽 1시부터 오전 8시까지 淺眠, 꿈을 많이 꾸고 두통으로 2~3회 깸
식욕/소화 : 식욕부진(하루 3회, 매회 1/3공기씩 식사함)
대변 : 2~3일에 한번 정상 변
소변 : 하루에 4~5회, 소변 보는데 불편함 없음
經 : 월경불순 및 월경통 없음
舌 : 舌淡紅 苔薄白
脈 : 沈細弦

9. 검사소견

1) 타병원 검사소견
① Brain CT (교통사고 직후, Fig1)
우측후두부 경막외출혈
② Brain MRI (두통증상 심해진 후, Fig2)
B, C 병원에서 양측 전두부 뇌연화증 진단받으심, 두통의 원인이 되는 이상이 없다는 소견 들으심



Fig1. CT scan after traffic accident

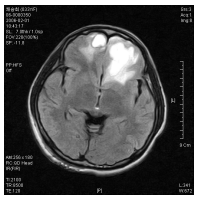


Fig2. MRI scan after headache get worse

③ 뇌파검사
전두부기원성 간질파 진단받으심
2) 본원검사 소견(입원 당시)
① Vital sign
혈압 100/60 mmHg, 맥박 72회/min, 호흡수 20회/min, 체온36.4℃

② 심전도: 정상

③ 흉부방사선 검사: 정상

④ 임상병리 검사

Hemoglobin 11.5g/dl, Hematocrit 35.1% 외 별무이상

10. 초진소견

1) 주요 증상

①頭痛

②全身無力

2)그 밖의 증상

①食慾不振(하루 3회, 매회 1/3공기씩 식사함): 우울증, 공황장애 치료를 위해 타병원에서 양방약 복용하면서 식욕급속저하

②憂鬱感, 不安感: 통증이 심하게 발생될 때 병발

③통증으로 인한 수면장애 : 새벽 1시부터 오전 8시까지 자지만, 깊이 잠들지 못하고 2~3회 깸

④전두부 뇌연화증으로 인한 성격변화와 기억력저하 : 성격이 느리고 조용한 성격에서 급한성격으로 변화되었으며, 잦은 건망증이 발생됨

11. 치료목표

① 두통은 두부 외상 후 제거되지 못한 瘀血로 인해 나타나는 것으로 변증하고, 초기에 한약 탕전법 중 酒水相半法을 활용하여 活血祛瘀를 목표로 치료한다.

② 전신무력과 여름 지난 후에 두통증상이 심해진 것을 氣血兩虛로 인지하고, 補氣血之劑를 활용하여 환자의 氣血을 補하는 치료를 병행한다.

③ 통증의 정도가 환자의 심리상태에 따라 좌우되는 면이 있으므로 환자의 기분변화상황을 유의하게 살핀다.

④ 두통이 심할 때 죽음에 대한 공포 때문에 과 호흡이 유발된 경력이 있으므로 두통이 심해질 때 빠른 처치와 심리적 안정으로 과 호흡 발생을 예방한다.

⑤ 환자는 MRI상 양측 전두부 뇌연화증을 진단 받았으므로 의식의 변화, 간질발작의 가능성에 대비해 적절한 V/S를 유지시킨다.

⑥ 치료평가는 본원에서 제작한 두통치료일기를 이용한다.

12. 타병원에서 처방받아 복용 중인 양방 약

래원시 항우울제, 진통제, 철분제, 항불안제, 항경련제 등 복약 중이었으며, 입원 4일 이후 약 복용을 싫어해서 중단하고, 철분제, 항경련제만 복용하도록 함.

13. 치료

① 한약 치료(Table1)

Table 1. The Change of Herbal Medication

치료기간	처방명	처방구성
입원1일째 ~12일째	益氣活血健腦開竅湯(酒水相半)	黃芪20g, 澤瀉15g, 丹蔘 8g, 白朮, 白茯苓, 熟地黃, 山茱萸, 女貞實, 蒼朮6g, 石菖蒲, 遠志, 天麻, 川芎, 赤芍藥, 柴胡, 紅花, 鬱金, 益智仁, 白芷, 葱白4g, 甘草2g
12일째~17일째	益氣活血健腦開竅湯	黃芪15g, 澤瀉15g, 丹蔘, 蒼朮8g, 白朮, 白茯神, 熟地黃, 山茱萸, 女貞實, 赤芍藥, 黃芩, 川芎(去油)6g, 石菖蒲, 遠志, 天麻, 柴胡, 紅花, 益智仁, 白芷, 葱白, 炙甘草4g
17일째~28일째	淸上蠲痛湯	澤瀉15g, 黃芩, 白朮6g, 麥門冬, 生薑, 白芷, 防風, 蒼朮, 川芎, 當歸, 獨活, 羌活, 柴胡4g, 蔓荊子, 甘菊2g, 細辛, 甘草1.2g
28일째~46일째	加減君子湯	澤瀉15g, 白何首烏, 黃芪 8g, 白灼藥, 當歸, 白朮, 黃芩, 丹蔘6g, 川芎, 玄胡索, 陳皮, 甘草, 香附子, 砂仁, 蒼朮4g, 蔓荊子, 蘇葉3g, 細辛2g

② 針治療 : 동방침구제작소의 0.30×30mm의 1회용 호침을 사용하여 <舍岩道人鍼灸要訣>[9]에 나오는 瘀血防인 太白·太然 補, 曲池·外關 瀉를 기본으로 하고, 足三里, 合谷, 太衝, 百會, 中脘穴을 배합하여 1일 1회 15~20분 유침함.

③ 附缸療法 : 背部 膀胱經 第 2線 상에 건식 부항을 10분 동안 1일 1회 시행

④ 灸療法 : 中脘, 氣海혈에 구관뜸을 1일 1회 시행

⑤ 물리치료 : 肩部에 TENS, M/W, HP을 시행

14. 두통 치료 일기 작성

(두통치료일기는 별첨)[10~12]

다른 통증환자들과 마찬가지로 두통 환자의 치료과정에 있어 통증 경감에 대한 치료효과를 전적으로 환자의 서술에 의존해야한다. 게다가 환자가 경험한 주관적인 통증을 객관적으로 평가하는 것을 매우 힘든 일이다. 李 등은 '한국인의 통증측정[10]'과 '동통평가도구 개발을 위한 연구[11]'에서 통증은 신체적인부분, 심리적인 부분이 혼재한 감각이어서 통증을 측정하는 방법으로 가장 정확한 방법이 주관적 판단이며, 그것을 위해서는 환자에게 통증의 정도를 묻는 것이 제일 정확하다고 하였다. 그것을 위해서 도표척도(직선상에 일정간격으로 글자를 나열하여 자신의 통증정도를 정확하게 측정하게 함, 두통일기 3번 참고)등을 사용하는 방법, 통증에 대한 표현어휘에 따른 강도차이(두통일기 4번 참고), 통증에 따른 불쾌감 정도 차이를 알아내는 방법(두통일기 5번 참고)을 제시하였다. 오 등[12]은 '근골격계 통증에 대한 문진에서 그림을 이용한 자가표시법의 효용성'에서 통증의 문진방법과 더불어 그림을 이용한 자가표시법(두통일기 2번 참고)을 제시하였다. 상기환자의 경우 두통의 양상이 24시간 지속되고, 통증이 시간대별로 변화가 있으며, 부위가 변화되는 등으로 인해 VAS 만으로는 통증의 증감정도를 파악하기 어려웠다. 그래서 상기환자에게 주관적 통증의 증감을 객관적 숫자로 표현하거나 24시간 지속되는 통증의 경감상태를 알아보기 위해 상기문헌을 참고하여 두통치료 일기를 제작하여 2~3일에 한번 작성하도록 하였다.

15. 증상 및 치료경과 (Table2,3)

1) 입원 2~3일

평상시 두통은 8. 좌측두부를 제외한 전체 두부의 통증이었다. 여전히 머리가 짓누르는 것 같으면서 묵직하게 아픔을 호소하였다. 하지만 본원에 오시어 나을 수 있다는 기대감 때문에 기분이 좋아지면서, 두통도 함께 가벼워진다고 하였다. 입원 2일째 오후에 1시간정도(오후 3시~오후 4시) 머리가 가벼워짐을 호소했다. 식사량은 매회 1/3 공기 정도로 식욕부진 여전하고, 수면 시 두통으로 2~3회 깼다.

2) 입원 4~7일

평상시 두통은 7정도로 감소되었다. 그러나 C병원에서 받아온 양방약를 독약 먹는 것 같다고 호소하시며 드시라는 권유에도 끊으셨다(철분제, 항경련제는 계속 드시도록 권유함). 진통제가 빠지면서 오전에는 상태가 좋다가 오후에 2~3차례 두통이 심해지는 현상 반복하였다. 두통 심해질 때 머리에서 열나면서 아프고 쪼인다고 호소하였다. 통증부위도 우측후두부에서 우측경부까지 확장되었다. 심한 통증 시 피내침과 청상견통탕(엑기스)로 통증조절 하였다. 식사량은 매회 3/1 공기 정도로 식욕부진 여전하고, 저녁에 심한 통증으로 수면 시 3~4회 깼다.

3) 입원 8~9일

평상시 두통이 5~6정도로 감소되면서 기분 좋은 상태 유지하였다. 저녁 때 2~3차례 심해지는 두통은 있었으나, 그 강도도 7정도로 심하지 않음. 통증이 심할 때도 두부상열감은 동반되지 않았다. 식사량은 매회 1/2 공기 정도로 식욕부진 경감되고, 수면 시 두통으로 2~3회 깨는 것은 여전하였다.

4) 입원 10~11일

평상시 두통이 특별한 이유 없이 9로 심해졌다. 통증이 오전부터 심해져 일상생활이 불가능한 정도여서 침상안정하였다. 심한 통증 시 두통 낫지 않을 것에 대한 두려움으로 불안, 우울감도 병발하고, 과호흡의 과거력도 있으므로 많은 대화로 환자에게 심리적으로 안심시켜드렸다. 위와 같이 피내침과 청상견통탕(엑기스)로 통증조절 유도하였다. 통증으로 수면상태도 불량해져서 산조인산(엑기스)로 개선되게 하였다. 식사량은 매회 1/3공기정도로 식욕부진 심해지고, 저녁에 심한 통증으로 3~4시간 수면을 취하였다.

5) 입원 12~16일

평상시 두통이 6으로 감소되고, 두통 범위가 우측두부로 축소되었다. 통증이 감소된 상태로 견딜만한 두통이 지속되었고, 오후 6시에 한번씩 두통이 심해졌으나 특별한 처치 없이 30분~1시간 뒤 경감되었다. 심할 때 두통 강도도 7정도로 심하지 않았다. 식사량은 매회 1/2공기 정도로 식욕부진 경감되고, 수면 시 두통으로 2~3회 깼다.

6) 입원 17~21일

평상시 두통이 6으로 유지되고, 두통 범위가 우측두부로 축소된 상태로 유지되었다. 오후 6시 정도에 심해지는 통증이 사라졌다. 식사량은 매회 1/2공기 정도로 식욕부진 경감되고, 심한 두통이 사라져서 수면상태가 안 깨고 깊이 자거나 1회만 깨는 정도로 개선되었다.

7) 입원 22~28일

평상시 두통이 5~6으로 감소되고, 두통 범위가 더 축소되었다. 그러나 매일 오후 6시만 되면 두통이 심해지면서, 환자가 “귀신 같이 6시만 되면 아파요.”라고 하였다. 심할 때 통증도 7정도로 특별한 조치 없이도 불안감, 우울감을 동반하지 않았다. 식사량은 매회 1/2공기 정도로 식욕이 적당히 유지되고, 심한 두통이 밤에는 없어져 수면상태가 안 깨고 깊이 자거나 1회만 깨는 정도로 유지되었다.

8) 입원 29~47일

평상시 두통이 5정도로 감소되고, 심할 때의 두통도 6정도로 감소되었다. 견디지 못할 정도의 심한 통증은 발생하지 않아서 가벼운 활동(산책)도 가능했다. 식사, 수면도 양호한 상태로 유지되었다. 환자분 외출하여 가족과 생활하면 증상이 더 개선되므로, 환자 및 보호자 분이 퇴원 원하여 퇴원처리 하였다.

9) 퇴원 1개월 후

평상시 24시간 지속되는 통증은 사라지고, 스트레스나 과로에 의해 간헐적으로 두통이 유발되는 상태였다. 먹고 있던 나머지 양방약도 드시지 않는 상태이고, 가사일도 힘들지 않고 해낼 수 있으며, 일주일에 2번 정도는 농사일도 하고 계시는 상태였다.

Table 2. The Change of Headache (patient draw at treatment diary herself)

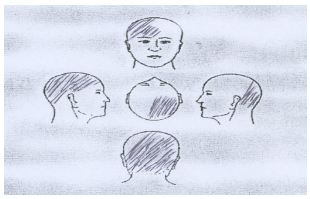
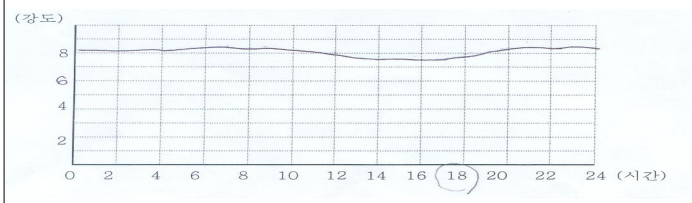
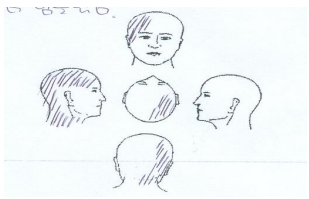
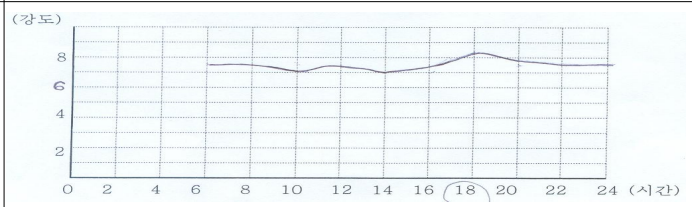
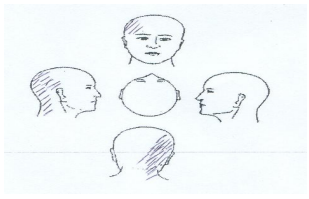
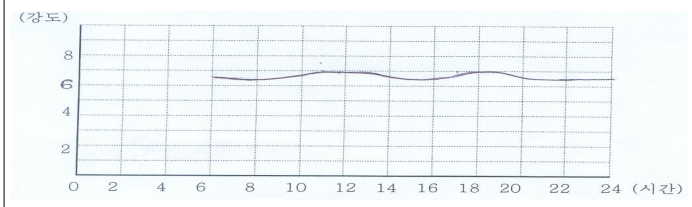
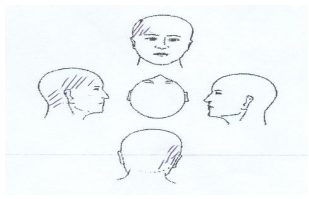
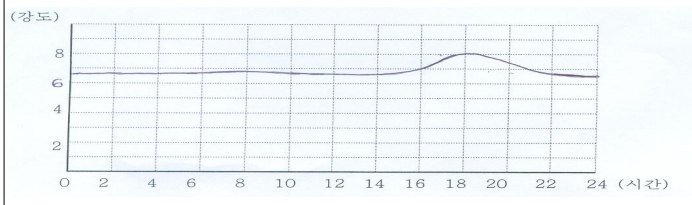
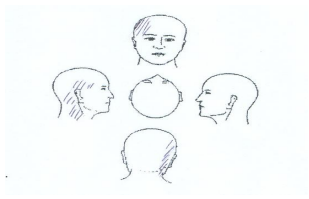
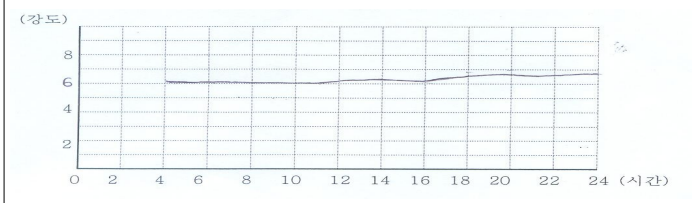
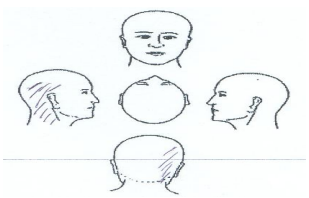
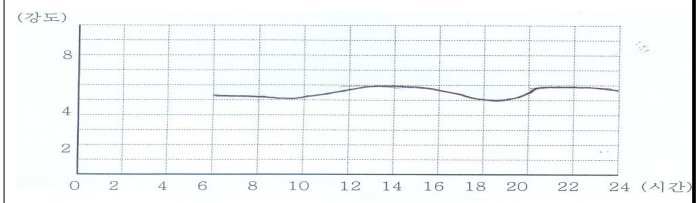
	통증부위	24시간 통증 강도 그래프
입원 2일째		
입원 6일째		
입원 8일째		
입원 13일째		
입원 17일째		
입원 28일째		

Table 3. The Change of Symtoms

	두 통				
	지속시간 (단위:시간)	평소강도 (VAS)	심할 때 강도 (VAS)	두통부위※ (총부위:5)	수면시 각성횟수 (단위:회)
입원 1일~3일	24	8	8.5	3.5	2~3
입원 4일~7일	24	7	8.5	2.5	3~4
입원 8일~9일	24	5.5	7	1.5	2~3
입원 10일~11일	24	9	9	1.5	3~4
입원 12일~16일	24	6	8	1.0	2~3
입원 17일~21일	24	6	7	1.0	0~1
입원 22일~28일	24	5.5	7	0.7	0~1
입원 29일~47일	24	5	6	0.5	0~1

※두통부위 계산은 전두부, 좌측두부, 우측두부, 후두부, 두정부를 각각 1로 하여 총 면적 5로 하였다.

Ⅲ. 考 察

頭痛은 頭部에 나타나는 모든 통증을 총칭하는 일련의 증상(띵하다, 무겁다, 멍하다, 깨질 것 같다, 콕콕 쑤신다, 덮어씌운 것 같다 등)을 말하며 그 동통은 전후좌우 혹은 痛部의 표피 또는 頭蓋내부의 국소적인 통증에 이르기까지 다양하다[13]. 즉 頸項部 이상의 頭部 혹은 前, 側, 後頭部의 동통을 의미하는 것이다. 두통은 특정한 질병단위가 아니라 여러 가지 질병의 수반증상이며 임상에서 가장 흔히 볼 수 있고, 그 원인이 다양하고 또 복잡하게 얽혀 있는 증상의 일종이며, 그 자체가 객관적으로 측정될 수 없는 주관적 호소라는 점과 원인이 되는 질병이나 상황의 다양성은 그 어느 증상보다도 조심스러운 판단과 임상처치를 요구하게 한다[13].

두통은 크게 두 가지로 나누는데, 두통이 어떤 질환의 한 증상으로 나타나는 경우를 이차성, 증후성 혹은 기질성 두통이라 부르며, 기질적 변화가 없이 발현되는 것을 일차성, 본태성, 특발성 혹은 기능성 두통이라고 부른다. 일차성 두통에는 편두통, 군발성두통, 긴장성 두통, 두부신경통, 심인성 두통이 포함되고, 이차성 두통에는 혈관성 두통, 견인성 두통, 염증성 두통, 방사성 두통이 포함된다. 이 중에서 기능성 두통은 대부분 육체적 정신적으로 신경을 많이 쓴다든지 스트레스를 심하게 받아 생기며, 그렇지 않은 경우에서도 정신적 감정적 요인에 의해 많은 영향을 받는다[14]. 상기 환자는 두부외상으로 나타난 두통으로 症候性, 기질성 두통에 해당된다.

頭痛에 대한 역대의서의 서술을 보면 <素問·風論篇>[5]에서는 “風氣循風府而上, 則爲腦風.” “新沐中風, 則爲首風.”이라 정의하였고, <素問·五藏生成論>[5] “頭痛巔疾, 下虛上實, 過在足少陰, 巨陽, 甚則入腎.”이라 하였다. <諸病源候論>[15]에서는 “頭面風者, 是體虛諸陽經脈爲風所乘也. 諸陽經脈, 上走于頭面, 運動勞役, 陽氣發泄, 腠理開而受風”이라하고, <濟生方·頭痛論治>[16] “夫頭者上配于天, 諸陽脈之所聚. 凡頭痛者, 血氣俱虛, 風寒暑濕之邪, 傷于陽經, 伏留不去者, 名曰厥頭痛. 蓋厥者逆也, 逆壅而衝于頭也. 痛引腦顚, 甚而手足冷者, 名曰眞頭痛, 非藥之能愈.”라 하여 內傷頭痛에 대하여 언급하여 外感으로 인한 頭痛보다 重함을 언급하였다. <丹溪心法·頭痛>[17]에서는“頭痛多主于痰, 痛甚者火多, 有可吐者, 可下者”, <醫學入門>[18]

에서는“厥頭痛將內外分 外感寒熱表家論 內虛氣滯太陽痛 血虛魚尾上生嗔 腎虛巔痛七情嘔痰火食積皆同因”이라 하여 頭痛의 원인은 대부분 痰에 의한 것이고 火, 氣滯에 의해서도 頭痛이 발생한다고 하였다[3,4].

韓醫學的으로 頭痛의 발생원인은 많지만 크게 外感과 內傷으로 나눌 수 있다. 外感頭痛은 起居不節, 坐臥當風 등으로 인하여 風寒濕熱 등의 外邪가 經絡을 따라 巔頂에 침입하면 淸陽의 氣가 장애를 받아서 氣血이 瘀滯되어 經絡을 막으므로 頭痛이 발생한다. 風은 百病之長으로 風에 손상을 받으면 먼저 頭部에 병변이 생기므로 外感六淫으로 발생되는 頭痛은 대부분 風邪가 주요한 원인이 되며 風·濕·熱邪로도 발생된다. 內傷頭痛은 주로 肝脾腎의 病變 및 瘀血과 관련이 깊다. 腦는 髓海로서 肝腎精血의 濡養에 의존하며, 脾腎은 後天之本으로 氣血生化之源이 되어 氣血을 腦에 공급될 수 있게 한다[3,4].

그 중에서 瘀血頭痛은 淸代 王淸任이 <醫林改錯·頭痛>[6]에서 처음으로 언급하였다. 王[6]은 “查患頭痛者無表證, 無裏證, 無氣虛痰飮等證, 忽犯忽好, 百方無效, 用此方(血府逐瘀湯), 一劑而愈”라하여 頭痛이 表證이나 裏證, 氣虛나 痰飮 등의 證이 없으면서 갑자기 악화되었다가 갑자기 호전되면서 여러 가지로 치료해도 효과가 없는 경우에 瘀血을 頭痛의 원인으로 보았다[3,4]. 王[6]은 通竅活血湯, 血府逐瘀湯, 膈下逐瘀湯, 少腹逐瘀湯, 身痛逐瘀湯 등의 방제를 만들어 頭髮脫落, 頭痛, 白癜風, 胸疼, 嘔逆, 小兒痞塊, 痺證 등 다수의 증후에 활용하였으며, 역대의가 중 瘀血로 인하여 발생되는 증후의 범위를 가장 넓게 정의하였다[19].

瘀血은 체내에서 혈액이 정체되는 것을 말하며 經脈 外로 溢出하여 조직의 사이에 축적됨으로써 괴사된 혈액인 惡血과 혈액순환이 장애를 받아 經脈管內나 器官內에 瘀積된 蓄血도 모두 瘀血의 범위에 속한다. 瘀血은 火熱, 氣虛, 外傷 등에 의해서 생기며 어혈이 腹內에 있으면 癥塊, 腹痛 등이 발현되고, 皮肉之間에 있으면 皮膚靑紫, 皮下血腫이, 腸胃에 있으면 嘔吐, 紫黑色血液 혹 大便色黑이, 心에 있으면 胸悶, 心絞痛이, 肺에 있으면 咳吐, 痰中 有紫色塊가, 子宮에 있으면 惡露不下, 經閉, 經行腹痛, 月經色紫塊 등이 유발되며, 頭部에 있으면 頭痛이 유발된다[19]. 즉 外傷이나 久病을 앓고 나면 邪氣가 入絡하여 氣滯血瘀하게 된다. “氣爲血之帥, 血爲氣之母”이므로 氣行則血行하고 氣滯則血凝한다. 만약 久病으로 氣虛하면 氣不帥血하여 血流가 不暢하게 된다. 또는 頭部外傷으로 氣血이 瘀滯하여 瘀血이 腦絡에 瘀滯되어 不通하면 頭痛이 발생한다[3,4].

자동차가 현대사회의 주요한 교통수단이 된 이후, 교통사고로 인한 외상의 발생 빈도도 증가하는 추세로, 교통사고로 인한 상해 및 후유증 관리에 대한 사회적 관심이 증대되고 있다. 교통사고는 자동차, 철도, 선박, 항공기 등이 그 운행 또는 사용 중 교통수단 상호간 또는 사람이나 물건이 충돌 접촉하거나 전복하여 사람을 사상시키거나 재물을 파괴하는 것을 말하고, 교통사고 후유증이란 교통사고로 인하여 발생한 제반 증상이 일정기간을 경과하여도 소실되지 않고 남아있는 임상증상을 총괄하여 말한다[20]. 교통사고로 인한 손상유형 중 腦挫傷은 23.0%로 가장 많은 찰과 타박상(24.9%) 다음으로 많고[21], 교통사고에 의한 손상부위는 하지(40~45%)가 가장 많고, 두부(30~35%)는 그 다음이나, 치명상의 부위로서는 75~80%로 압도적으로 두부가 많았다[22]. 게다가 두부손상 후 頭痛을 일으키는 임상 례는 약 53%이며 그중 1/5은 重證이어서 적극적 치료를 요하는 경우가 많다[20].

한의학적인 관점에서는 교통사고로 인한 후유증을 落傷, 打撲, 蓄血, 血結, 脫骨, 瘀血骨折

등으로 간주하여 외부의 충격으로 인한 氣滯의 발생과 그로 인한 血行不調로 瘀血이 발생하는 것으로 생각할 수 있다. 따라서 氣와 血의 不調를 바로잡아 順氣, 祛瘀하여 손상부위에 혈액순환을 도와서 교통사고 후유증의 임상적 치료효과를 기대할 수 있다[23].

본 증례 환자의 경우, 과거에 두통이 없다가 교통사고로 인한 開頭術 후에 頭痛이 발생하였고 여름을 힘들게 보낸 후에 그 증상이 심해졌으므로, 이는 두부외상으로 인하여 瘀血이 阻滯되어 두통이 발생하였고 여름의 濕熱한 邪氣에 氣血이 손상됨으로 인해 氣血이 虛해지고 瘀滯가 심해져서 증상이 심해진 것으로 파악하였다.

頭部腦外傷환자가 호소하는 두통을 관찰해 보면 두 가지 종류로 구별된다. 그 중 하나는 외상 직후 발통조직을 침해 자극함으로서, 혹은 그 창상 및 주위염증으로 인하여 손상직후부터 수면되는 急性外傷性頭痛이고, 다른 하나는 환자의 의식이 명료해지고 기립보행이 가능할 무렵 즉, 두부외상의 회복기에 가서 최초 병발되는 慢性外傷性頭痛이다[20]. 외상성 두통이 손상 후 발생되는 시기에 따라 급성 및 만성으로 구분되므로 손상 후 언제를 기준으로 할 것인가 하는 점이 구분점이 된다. 두통에 대한 국제 분류에서는 이를 14일을 기준으로 삼고 있으며, 의식이 없는 경우는 의식회복 후 14일로 보고 있다. 따라서 외상 후 14일 이전에 발생되는 두통을 급성외상성두통으로 보고 있으며, 이후의 두통발병을 만성외상성두통으로 구분하고 있다[24]. 급성외상성두통은 신체 다른 부위에서와 마찬가지로 두통은 언제나 있을 수 있는 것이며, 또 외상이 치유됨에 따라 동통도 감퇴되는 것이 원칙이다. 그러나 만성외상성두통은 外傷性腦症候(post traumatic cerebral syndrom)의 하나로서 손상부위가 치유된 후에 나타나니 뇌외상이 타 장기와 다른 특수성을 띈 것이라고 할 수 있다. 두부뇌외상의 후유증 중에서도 外傷性 頭痛은 外傷性 癲癎과 함께 가장 발병률이 높고, 다급한 대책을 요구한다. 李 등[20]의 '외상성 두통의 통계적 관찰'에 의하면 외상성으로 인한 두통의 발생시기는 손상 후 의식이 회복되면서 즉, 손상직후 혹 손상 후 비교적 조기에 두통이 병발되어 시일이 경과할수록 심해진 경우가 75%로 대다수이지만, 나머지 25%에서는 손상 후 1개월~수개월 혹 그 이상에 가서 처음으로 두통이 시작되었다[20].

상기 환자는 두통 증상이 두부외상 후 약 13개월 이후에 심해졌으나 사고 전 두통으로 고생한 적이 없었고, 두통발생 부위가 사고로 인한 開頭術 부위와 일치하므로 두통증상을 외상에 의한 만성두통으로 설명할 수 있다.

두부 외상으로 인한 두통의 양상은 둔하고, 전반적이며, 지속적인 두통이다. 환자의 약 50%에서, 두통이 1년 이상 지속되며, 25%에서는 3년 이상 지속된다[25]. 두부외상으로 인한 두통이 症候性, 기질성 두통에 해당되기는 하지만 두통의 양상이나 강도가 기후, 감정, 육체적 피로, 수면상태, 휴식상태에 변화될 수 있다. 李 등[20]의 '외상성 두통의 통계적 관찰'에서 기후변화에 의해 약 77.5%가 영향을 받았고, 특히 태양광선이 두통에는 큰 영향을 미치어 발작을 유발하는 경향이 많아서 환자들은 대개 정오를 중심으로 하여 발작빈도가 높아서 되도록 햇빛을 피하려고 하는 경향이 있었다. 게다가 외상성 두통환자의 63.1%는 자신의 감정변화에 따라 두통에 큰 변동이 있었고, 약 80%이상의 환자들이 육체적 피로에 의해 두통이 현저히 악화되거나 발작이 유발되었으며, 60%가 수면에 의해 두통이 가벼워지고, 68%가 휴식에 의해 두통이 가벼워졌다[20].

상기환자는 두통 증상이 24시간 지속되고, 피곤하거나 긴장하거나 스트레스를 받으면 심해졌다. 두통이 두통의 양상은 끈으로 조이는

듯하고 묵직하고 뻐근하다고 호소하였으며, 4시간 묵직하고 뻐근하게 지속되는 두통은 오후 6시경에 발작적으로 심해졌다. 두통이 심해지기 전 환자는 불안하고 우울한 기분을 호소하였으며 심할 때는 팔다리가 마비되는 듯한 느낌도 있었다. 두통이 발작적으로 심해진 시간인 오후 6시는 환자가 사고 발생 후 경막외출혈로 인한 開頭術을 실시한 시간과 일치하여 환자의 두통이 외상 후 두개내의 조직 손상에 의한 원인과 함께 교통사고에 의한 스트레스도 작용하고 있음을 알 수 있다.

외상성 두통은 모든 예가 다 견디지 못할 만큼 심한 것은 아니고, 그 중 약 20%정도가 격심해서 적극적인 치료대책이 강구되며 나머지 80%는 aspirin 등의 약물복용으로 일정기간만 경과하면 자연히 경감된다. 그러나 重症外傷性頭痛에 대한 약물요법(양약)은 치료에 효과가 없는 경우가 많다. 이것은 첫째로 두통이 오래도록(수개월~수년간)지속되는 만성질환인 것과 둘째로는 약물로서 頭蓋內 機械的인 이상을 근본적으로 제거할 수 없는 점, 그리고 일반사회에서는 배상문제로 인한 고의적인 혹은 정신적인 작용이 포함되어서 다른 종류의 두통보다도 약물반응 혹은 약물효과가 적은 것처럼 보이는 것일 수도 있는 점 등 때문이다[20].

상기 환자는 평소 큰 병 없이 생활하던 중 보행하다가 버스에 좌측 전두부를 부딪힌 뒤 A병원과 B병원에서 우측 후두부 경막외출혈 진단 받고 수술하신 후 두통 증상 생겨 치료받던 중 여름 지나고 증상이 심해져서 B병원과 C병원에서 2달간 치료 받았으나 호전 없으시어, 두통, 식욕저하, 우울감, 수면장애 등의 증상으로 본원에서 입원치료 받으신 환자이다. 환자의 발병 동기 상 외상 후에 발생한 것을 중점을 삼고, 병이 1년 이상 지속된 것과, 통증이 트라몰서방정·탈리메드 등 진통제에도 반응하지 않는 것을 보아 瘀血과 氣虛·陰虛로 인한 虛實이 挾雜한 두통환자로 보았다.

처음에 사용한 益氣活血健腦開竅湯은 두부외상으로 인한 각종 후유증에 사용되는 처방으로 黃芪를 君藥으로 사용하여 益氣하고, 丹蔘, 川芎, 赤芍藥, 紅花를 사용하여 活血하였으며, 熟地黃, 山茱萸, 女貞子, 天麻 등으로 健腦하고, 石菖蒲, 遠志로 開竅하는 효과를 발휘하는데 여기에 酒水相半의 煎湯法을 초기에 활용하여 瘀血을 제거하는데 중점을 두었다. 이 처방을 복용하면서 환자의 통증 강도가 초기 VAS 8에서 6정도로 감소하였고, 통증의 부위가 좌측두부를 제외한 전체에서 우측두부로 축소되었다. 그 후 통증의 전체적 강도 감소를 위하여 淸上蠲痛湯을 사용하였는데 이 처방을 一切頭痛을 다스려, 新久左右頭痛에 효험이 있다고 하였다. '蠲'은 潔, 除 滅, 滌, 湯의 의미를 갖고 있으며 이것은 진통작용이 대단히 강함을 가리킨 말이다. '淸上'은 頭上의 氣不通을 淸解시킴을 의미하니, 따라서 鎭痛, 發汗, 解熱, 鎭靜 등의 작용에 의하여 頭上의 疼痛을 다스리는 처방이다. 黃芩으로 頭部의 火熱을 내려주고, 羌活, 獨活, 白芷, 甘菊으로 散表寒, 祛風濕작용으로 通竅하여 止痛하고, 麥門冬으로 淸心除煩하여 上焦의 虛火를 내려주었다.[1] 그리고 澤瀉 白朮을 가하여 澤瀉湯의 의미로 利濕하여 뇌연화증으로 인한 후유증을 예방하였다. 이 처방 복용 후 환자의 통증 강도가 VAS 6에서 5정도로 감소되었다. 입원 치료의 마지막 단계에서는 환자의 氣血을 補하여 두통을 감소시키기 위하여 加減君子湯으로 처방하여 치료하였다. 통증이 VAS 5정도로 감소된 상태를 유지하며 참지 못하게 심한 통증 없이 생활하였고, 환자의 수면상태도 2~3회 깨던 淺眠에서 깨지 않거나 깨는 횟수가 1회로 줄어들었다. 그러나 환자가 병원을 갑갑해하고 외출하여 가족과 생활한 후 두통이 감소되므로 환자와 가족이 원하여 퇴원하였다. 퇴원 후 외래로 치료를 계속하면서 스트

레스 요인이 있을 시 미약한 두통만 있을 뿐 평상시 24시간 지속되는 두통은 없어져서 일상생활에 큰 지장이 없는 상태가 되어 치료를 종결하였다.

Ⅳ. 結 論

교통사고로 인한 두부손상 후 두통, 식욕부진, 우울감, 천면을 주소로 하는 환자 치험 1례를 고찰하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 교통사고 후 두통이 발생하여 13개월 이후 심해졌으나 환자가 사고 전 두통으로 고생한 적이 없었고, 두통발생 부위가 사고로 인한 開頭術 부위와 일치하며, 외상으로 인한 두통은 손상 후 수개월 이후에도 발생하는 경우가 많으므로 두통증상을 외상에 의한 만성두통으로 설명할 수 있다.

2. 외상성 두부 손상으로 인한 두통을 瘀血, 氣血兩虛로 변증하여 益氣活血健腦開竅湯을 酒水相半하여 투여함으로써 통증의 감소에서 상당한 결과를 얻었다.

3. 瘀血頭痛의 회복단계에서 氣血을 보하면서 통증을 제어하는 加減君子湯을 투여하여 두통과 함께 우울감, 식욕저하 등 증상개선에 양호한 효과를 얻었다.

4. 치료에도 불구하고 스트레스에 의한 미약한 두통이 남아있는 상태이므로 상황에 따른 후속 치료와 관리가 장기간 계속되어야 할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

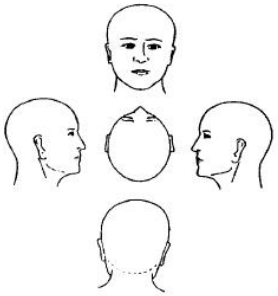
1. 김제영, 이시섭, 유정석, 송범용, 김락형, 육태한. 慢性頭痛에 대한 腦淸熱解毒湯의 임상적 효과. 동의신경정신과학회지. 2007;18(1):134-135.
2. 이준홍. 골칫거리 두통 원인을 알아야 고친다. 서울:건강생활. 2006:36-37.
3. 대한한방신경정신과학회 편. 한방신경정신의학. 파주:집문당. 2005:264-269.
4. 전국 한의과대학 심계내과학 교실 편. 심계내과학. 서울:서원당. 1999:375-399.
5. 이경우 역. 黃帝內經素問. 서울:여강출판사. 2001:331~360(1),43~69(3).
6. 王淸任 著. 醫林改錯. 서울:裕昌德書店. 1960:65.
7. 송가이, 전병천, 김연일, 최창욱, 김학현. 교통사고 환자에 대한 임상적 분석. 대한정형외과학회지. 1982;17(5):954.
8. 고경모 외. 교통사고후 외상성 스트레스장애 후유증환자에 대한 고찰. 대한침구학회지. 2007;24(6):66.
9. 舍岩 著. 舍岩道人鍼灸要訣. 서울:행림출판. 2001:150, 249.
10. 이은옥. 한국인의 통증 측정. 간호학탐구. 2002;11(2):60-62.
11. 이은옥, 송미순. 동통평가도구개발을 위한 연구. 대한간호학회지. 1983;13(3):108.
12. 오세욱, 박수정, 최윤선, 조경환, 홍명호, 장정애, 박영규. 근골격계 통증에 대한 문진에서 그림을 이용한 자가표시법의 효용성. 가정의학회지. 2002;23(5):629, 633.
13. 이승희, 정인철, 이상룡. 긴장성 두통환자 치험 1례 보고. 대전대학교한의학연구소논문집. 2006;15(1):113.
14. 송지형, 김근우, 구병수. 卒中風 환자의 頭

痛에 관한 임상적 고찰. 동의신경정신과학회지. 2000;11(2):103, 107.
15. 巢元方. 諸病源候論. 오사카:동양의학연구회. 1981:28.
16. 嚴用和. 濟生方:新文豊出版公司編. 醫部全錄 卷三 臺北:新文豊出版公司. 1968:17-18.
17. 朱震亨. 丹溪醫集. 浙江省:人民衛生出版社. 1997:376-378.
18. 李梴. 新校編註醫學入門. 서울:대성문화사. 1994:174-175.
19. 임준규, 안규석 외, 어혈의 병리에 관한 문헌적 고찰, 동서의학회지. 1980;966-971.
20. 이헌재, 허원필, 주용. 外傷性頭痛의 統計的 觀察. 대한외과학회지. 1960;53-55.
21. 윤여규, 고영관, 윤충, 주홍재. 교통사고 환자에 대한 임상적 분석. 경희의학. 1987;3(1):66.
22. 곽융찬. 도해뇌신경외과학. 서울:제일의학사. 1992:425, 448.
23. 송주현, 조재희, 이효은, 강인, 임명장, 문자영, 장형석. 교통사고로 인한 편타성 손상 환자의 瘀血方 치료효능에 관한 임상적 연구. 대한침구학회지. 2007;24(6):98.
24. 하영일. 두통클리닉. 서울:고려의학. 1995:169-175.
25. 강철민 역. 정신과 의사들을 위한 임상신경학. 서울:하나의학사. 1988:751.

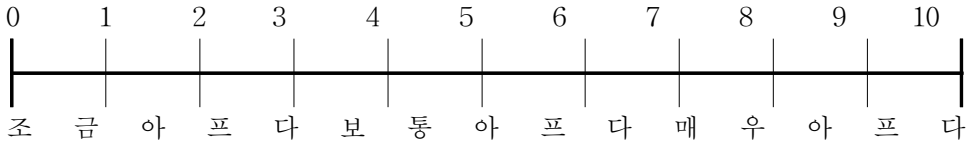
년 월 일 **<두통 치료 일기>** [1]

1. 오늘 전체적 컨디션은 어떠셨습니까? (어제와 두통의 양상을 비교해보았을 때)

2. 오늘 두통이 발생했던 부위는 어디였습니까? (그림에 표시해 주세요)



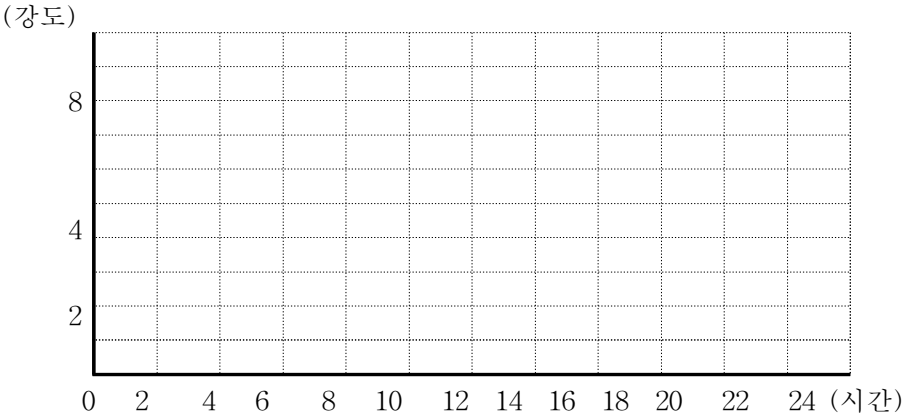
3. 오늘 두통의 정도를 그래프위에 표시해 보세요.



4. 오늘은 머리가 어떤 식으로 아팠습니까?
1) 멍하다. 2) 띵하다. 3) 찌뿌드드하다. 4) 묵지근하다. 5) 뻑적지근하다. 6) 뻐개지듯이 아프다.

5. 두통 때문에 불편한 정도가 어떻습니까?
1) 귀찮다. 2) 불쾌하다. 3) 짜증스럽다. 4) 괴롭다. 5) 고통스럽다. 6) 견디기 어렵다.
7) 매우 견디기 어렵다.

6. 시간에 따라 아픈 정도를 그래프로 표시해 보세요.



1) 본원에서 두통으로 입원한 환자의 관리를 위하여 제작함.