동의신경정신과학회지 제22권 제4호(2011년 12월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2011;22(4):135-142

전침을 활용한 안검하수와 안구운동마비를 동반한 편두통환자의 치험 1례

유윤선, 노동진, 박장호, 이고은, 박인숙, 강형원, 류영수

원광대학교 한의과대학 신경정신과교실

A Clinical Study on the Case of Ophthalmoplegic Migraine Treated with Electroacupuncture

Yun-Sun Lyu, Dong-Jin No, Jang-Ho Park, Go-Eun Lee
In-Sook Park, Hyoung-Won Kang, Yeoung-Su Lyu

Dept. of Oriental Neuropsychiatry Medicine, College of Oriental Medicine, Won-Kwang University

Abstract

Objectives :
The purpose of this case was to investigate the effectiveness of electroacupuncture for ophthamoplegic migraine.

Methods :
We provided electroacupuncture therapy and prescribed oriental medicine, Joganiknoe-tang daily. We measured patient's pain by VAS(Visual Analogue Scale) and eye movement with a ruler every five days.

Results & Conclusions :
Any patient who has a headache with paresis of the extraocular muscle should be considered for ophthalmoplegic migraine. To diagnose ophthalmoplegic migraine, family history, past medical history, associated symptoms and signs, neurologic examinations and neuroimaging tests are needed.
The symptoms of patient improved gradually within 26days from the first day of admission, and we can see her complete recovery.

Key Words :
Headache, migraine, paresis of the extraocular muscle, electroacupuncture

투고 : 2011. 10. 20. 수정 : 2011. 11. 14. 채택 : 2011. 11. 30.
교신저자 : 류영수, 전북 전주시 덕진구 덕진동 2가 142-1 원광대학교 부속 전주한방병원 한방신경정신과
Tel) 063-270-1021, Fax) 063-270-1594, E-mail) yslyu@wonkwang.ac.kr

Ⅰ. 서 론

편두통은 대개 주기성이 있고 편측성, 박동성, 고정적으로 통증이 나타난다. 통증이 심하고 오심, 구토, 복통, 설사 같은 자율신경 증상을 동반하며, 환자의 2/3에서 가족력이 있다. 편두통의 원인은 명확히 규명되어 있지 않으나 혈관의 수축과 확장에 의해 나타난다는 혈관설과 삼차신경에 의해 혈관계가 활성화 되어 비감염성 염증이 발생해 나타난다는 신경설이 있으나 아직 명확히 밝혀진 바는 없으며[1,2,8]. 그에 따른 다양한 눈 증상을 나타낼 수 있다[2].

International Headache Society(HIS) 진단기준에 따르면 안근마비성 편두통은 반복되는 편두통성 두통과 동반된 하나 또는 그 이상의 뇌신경마비가 존재하는 것으로 정의된다[2,12,20]. 안근마비성 편두통의 발생률은 정확히 알려져 있지 않지만, Hansen은 매년 백만명 당 0.7명 정도로 추정하고 있으며 편두통과는 달리 남성에 더 호발 한다고 보고하였다[2,14]. 안근마비성 편두통의 발생 기전은 정확하게 밝혀지지 않았으며 신경학적 검사나 영상검사를 통해 다른 기질적인 질환을 배제한 후에 진단할 수 있다[2,12,20].

편두통에 대해 한의학에서는 『素問·五臟生成論』에서 “頭痛巔疾, 下虛上實”이라고 처음 언급한 이래 ‘首風’, ‘衝頭痛’, ‘頭風’, ‘眞頭痛’, ‘厥頭痛’ 등 다양한 양상을 문헌에서 확인할 수 있다. 頭部는 “精明之府 髓海之所在”로 一身의 陽을 主하는 手足의 六陽經脈과 督脈이 모두 頭部에 連絡되므로 “淸陽之府, 諸陽之會” 라고 설명하기도 한다. 이 때문에 外感六淫, 內傷七情으로 臟腑陰陽氣血이 失調되면 모두 頭痛을 야기할 수 있다[3,16].

偏頭痛은 少陽頭痛이라고도 하며 머리의 한편이 아픈 것을 말한다. 右偏頭痛은 痰飮風熱에 기인하며, 左偏頭痛은 血虛風盛에 기인한다. 편두통의 침치료에 대해서는 風熱로 인한 것이 많으므로 祛風淸熱法을 사용하여 絲竹空, 率谷, 攢竹 등의 患部周圍穴과 風池, 百會, 太陽, 合谷, 列缺, 後谿를 배합한다. 風池는 足少陽, 陽維脈의 交會穴로서 祛風한다. 百會는 頭頂에 위치하여 三陽五會로서, 두 혈을 배합하여 散風通絡한다. 太陽은 경험혈로 通絡止通의 효과가 있다. 合谷은 手陽明에 속하여 머리에까지 이르며, 列缺은 手太陰에 속하며, 手太陰은 表에 속하므로 合谷, 列缺 두 혈을 배합하여 祛風通絡하는 작용이 있다. 解谿는 太陽의 兪穴이며 兪穴은 體重節痛을 주관하며 五行配屬으로는 木이다. 木은 風을 주관하므로 後谿로써 散寒利濕한다[4,21].

電鍼療法은 東洋醫學의 鍼療法과 現代科學技術의 結合에 의하여 발전된 鍼灸治療方法 중 하나로 최근 臨床에서 다양하게 응용되고 있다[5]. 頭痛의 電鍼療法은 매번 近位穴 1-2穴을 選穴하고 四肢穴 1穴을 選穴하여 得氣 後 電鍼을 연결하여 留鍼 시키고, 매일 혹은 격일로 시술한다[4].

안근마비성 편두통이 성인에게서 발병한 경우는 매우 드물다[13]. 국내에서도 황[16] 등이 편두통의 원인과 처방에 대한 문헌적 고찰을 하였고, 남[8] 등이 편두통의 침 치료에 대한 효과를 보고하였으며, 김[17], 이[18], 장[19] 등이 태음인, 소양인, 소음인 편두통 환자에 대해 보고하는 등 편두통에 대한 연구는 매우 활발히 이루어져 왔으나, 김[2] 등이 안근마비성 편두통 3례의 임상경과를 보고한 것, 김[23] 등이 동안신경 기시부의 조영증강 소견을 보이는 안근마비성 편두통 1례를 보고한 것, 조[24] 등이 영아기에 시작된 안근마비성 편두통 1례를 보고하는 등 수 건의 증례보고 이외에는 보다 구체적인 안근마비성 편두통에 대한 연구를 아직 접해보지 못하였다. 현재 특별한

영상의학적 소견을 보이지 않는 안근마비성 편두통이 성인 환자에게서 보고된 경우는 드물어 경과 및 예후에 대한 연구도 많이 이루어지지 않은 상태이다. 또한 대부분의 증례 보고에서 안근마비성 편두통에 대해 단순히 서양의학적인 접근만을 해 왔으며 이전 연구들에서 권유되었던 스테로이드, flunarizin 등의 약물 처방에 의존하여 치료를 진행하였다.

이에 저자는 안근마비성 편두통으로 인한 안검하수와 안구운동마비를 호소하는 환자 1례를 전침을 응용해 치료하였고, 그 경과를 관찰하여 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 환자명

최○○(여자/ 31세)

2. 주소증

1) 두통

(1) 우측 측두부, 안와 주위 간헐적으로 심해지는 박동성 통증

(2) 못으로 쑤시는 듯한 양상의 통증 동반

(3) 월경 전 두통 심해짐.

2) 우안검하수

눈뜨기 0mm

3) 우측 안구 운동 마비

모든 방향에서 불가능.

3. 과거력

특이사항 없음.

4. 가족력

특이사항 없음.

5. 치료기간

2011년 ○월 ○○일~2011년 ○월 ○○일(31일 동안)

6. 현병력

2011년 02월경 갑자기 두통과 함께 우측 안구의 안구운동마비 발생하여 일본여자대학병원 방문하시어 별무 진단 받으시고 안정가료 하셨으나 증상 호전 없어 3월경 전북대 병원 방문하여 Brain CT, MRI 상 별무 진단 받으시고 2주간 입원치료 받으심.

입원치료 후 증상 호전되어 퇴원 하셨으나 4월경 증상 재발하여 서울 아산병원 진료 받고 Brain CT, MRI 상 별무 진단.

2011년 ○월 ○○일 본원 외래 경유하여 입원함.

7. 초진소견

1) 望診所見

面白. 手足冷, 服冷

2) 消和/飮食

良好/良好(GD 1/2bowl 3회/일)

3) 大便

1-2회/일. 풀어지는 형태.

4) 小便

5-6회/일. 정상.

5) 脈診

浮/浮(좌/우)

7) 舌診

舌淡苔白

8) 睡眠

良好

9) 활력징후

혈압 100/60 맥박 68회 호흡 20회 체온 36.4℃

10) 辨證

風熱

8. 평가 방법

1) 환자의 자각증상 변화는 입원 기간 동안 환자에게 한약 처방, 전침 등의 한방 치료 후 입원 당시 두통의 통증정도를 VAS10으로 문진을 통해 VAS를 기록하였다.

2) 안검열너비

上眼瞼緣 중앙과 下眼瞼緣 중앙 사이의 거리를 5일마다 측정하여 양안의 차이를 기록하였다.

3) 안구운동평가

정면 주시시의 동공 중심을 0으로 설정하고 兩眼의 내전, 외전, 상방 주시, 하방 주시 시 동공 중심의 위치 변화를 측정한 후, 정상 안구인 좌측 안구의 최대 운동 범위를 10으로 설정하고 마비된 안구의 움직임을 상대적으로 평가하였다.

9. 치료 방법

1) 한약처방

陳士鐸의 辨證奇聞에 수록된 助肝益腦湯의 가미방을 한 첩 분량으로 하여 두 첩을 360cc 로 달여 하루 3회 120cc 씩 식후 2시간마다 복용하였다.

2) 침구치료

침 치료에 사용된 침은 東方鍼 0.30×40mm 1회용 호침을 사용하였으며 매일 오전에는 통증부위가 膽經線上이고 實證으로 판단되어 반대측 膽勝格을 經穴에 따라 1-3mm 깊이로 자침하여 20분간 유침하였고 오후에는 患部周圍穴인 右側 絲竹空, 率谷, 贊竹과 兩側 風池, 百會, 太陽, 合谷, 列缺, 後谿에 經穴에 따라 1-3mm 깊이로 자침하여 率谷과 太陽, 合谷과 列缺에 2Hz 주파수의 전기자극을 2mA의 세기로 가하였고 20분 동안 유침하였다.

3) 물리치료

경피경근온열요법, 경근중주파요법, 경근초음파요법을 후경부에 1일 1회 시행하였다.

4) 양약 복용

(1) 입원일부터 11일후까지
(2) Propranolol HCl 40mg 1T#2/Day po
(3) Ibuprofen arginine 368.9mg 2T#2/Day po
(4) Flunarizine HCl 5.9mg 2C#2/Day po

10. 치료 및 경과

1) 입원 1일째

우측 측두부와 안와부에 이르는 부위 박동성 통증 심하여 양약을 하루에 2회씩 복용하였으며

하루 종일 박동감 느껴져 불편해함. 우안검 전혀 움직이지 않으며 안구 운동 전혀 되지 않는 상태.

2) 입원 6일째

두통 VAS 5정도로 많이 호전되었으며 양약은 여전히 하루 2회 복용중. 우안검 3mm 정도 떠지며 경미한 안구 운동만(좌우로 1mm 미만) 가능한 상태. 복시증상 호소함

3) 입원 10일째

두통 VAS 2 정도로 안와 주위 불편감만 약간 남아 있다 함. 양약을 하루 2회 복용중. 우안검 5mm 정도 떠지며 안구 운동 입원 당시보다 호전되어 좌.우로 각각 2mm 정도 가능하고 위쪽으로도 약간은 움직여지나 아직 아래쪽으로는 움직일 수 없음.

4) 입원 12일째

양약 복용 중단한 후 우측 측두부에 약간의 박동감 VAS4 정도로 느껴진다 함. 눈 움직임은 5월 6일과 별 차이 없음.

5) 2011년 5월 13일(입원 17일째)

양약 여전히 복용하지 않고 있으며 두통 거의 없다 함. 우안검 8mm 가량 떠지며 눈 움직임 많이 좋아졌다 함. 좌우로 각각 4mm, 6mm 정도 움직일 수 있으며 위쪽으로 3mm, 아래로 2mm 정도 움직일 수 있다 함. 복시 증상 아직은 남아 있다 함.

6) 입원 18일째

두통이 기상 직후부터 묵직한 양상으로 심하게 있어 VAS 8정도라 함. 원래 월경 전 두통이 심해지는 경향 있다 함. 눈 움직임은 어제와 별 차이 없다 함.

7) 입원 19일째

묵직한 양상의 두통 어제보다는 덜하다 하시며 통증 VAS 7정도라 함. 눈 움직임은 어제와 별 차이 없다 함

8) 입원 23일째

두통은 거의 없으며 간헐적으로 불편감만 잠깐씩 있다 함. 우안검 10mm 가량 떠지며 눈 움직임 많이 좋아지시어 모든 방향에서 안구 움직임이 왼쪽과 약 1-2mm 정도의 차이만 있다 함. 복시 증상 거의 없어졌으나 정면을 바라보지 않고 좌, 우 또는 상, 하로 주시할 경우 복시가 나타난다 함.

9) 입원 26일째

두통 거의 없으며 간헐적으로 불편감 나타나는 것은 여전하다 함. 눈 움직임 완전히 좋아져 복시 증상 없으며 양 눈의 눈동자 움직임 비슷하다 함.

Table Ⅰ. change of symptom

	4.27	5.2	5.7	5.12	5.17	5.22
頭痛(VAS)	10	5	2	1-2	1	1
양안의 안검열너비 차이(mm)	12	9	7	4	2	1
안구운동(上方)	0	0	2	6	8	10
안구운동(下方)	0	0	0	3	6	10
안구운동(外轉)	0	1.5	2	7	8	10

Ⅲ. 결론 및 고찰

안근마비성 편두통은 완벽한 병력청취, 영상검사 및 신경학적 검사를 통해 해면정맥동 및 상안와열 및 뇌혈관 기형 혈관류 종양 등을 배

제하고 진단할 수 있다. 안근마비성 편두통 에서 발생하는 신경마비는 대부분 편두통이 있는 쪽의 눈을 침범하게 되며, 두통이 발생하고 일주일 이내에 안구 운동장애가 발생하고 대부분은 수일에서 수개월 이내에 자연 호전된다[2,12,20]. 안근마비성 편두통은 모든 연령에서 발생할 수 있지만 주로 10세 이전에 발생하고 성인이 된 이후에 발병하는 일은 드물다[12,13,25]. 주로 3번 뇌신경마비를 가장 많이 동반하게 되고 4번 뇌신경이나 6번 뇌신경도 침범될 수 있다고 알려져 있다[2,12,14,15,25].

안근마비성 편두통은 매우 드물며 병태생리에 대해 아직 확실하게 밝혀진 것은 없다. 안근마비성 편두통은 편두통의 변종이라는 가설 혹은 뇌신경통의 일종이거나 양성 탈수초성 신경병증이라는 의견들이 있다[212,15,25]. 또 다른 기전으로는 뇌신경의 압박이나 허혈, 신경병증 또는 감염 등을 원인으로 생각할 수 있다[2,12,13,25]. 또한 이 질환은 Tolosa-Hunt 증후군의 변종이라는 견해도 있다[2,22].

안근마비성 편두통은 대부분 첫 발병보다는 재발할 경우 증상이 더욱 심하며, 약 50%의 환자에서 평균 3주에 걸쳐 증상의 완전한 관해를 보이고, 30%에서는 영구적인 신경학적 결손을 가져온다고 한다. 서양 의학에서는 두통의 반복되는 발작을 예방하기 위해 베타수용체차단제 또는 칼슘채널차단제를 추천한 보고가 있으며, flunarizin, 또는 스테로이드가 권유되기도 한다. 그러나 안근마비성 편두통의 치료에 대해 확실히 알려진 것은 없다[12,25].

한의학에서는 편두통에 침이나 한약 등의 한의학적 요법을 주로 응용하는데, Worthington 등이 편두통의 비 약물적 요법을 review한 연구에 의하면, 침 치료가 편두통의 증상을 경감시키는 효과가 있다는 것은 의심할 여지가 적으며 (level I evidence, class B recommendation)[7], 국내에서도 남[8] 등이 편두통 환자에게 太陽, 頭維, 風池혈에 2주간 자침을 시행하여 유의한 뇌혈류 감소 효과를 보였다는 보고가 있다.

한편 중국에서는 전침을 응용한 연구가 많이 보고되고 있는데, Huo YL[9], Gao JY[10] 등의 연구에서는 편두통 환자에게 丘墟(GB40)와 天樞(ST25)에 4주간 전침을 시행하여 대조군에 비해 유의한 통증 경감 효과를 얻었으며, Xu H[11]등은 China National Knowledge Information를 Review하여 Oculomotor Paralysis에서 전기 자극이 침 자극을 지속적으로 유지시켜 침의 효과를 강화한다고 보고하였다. 국내에서는 이[6] 등이 신경병증성 통증을 유발한 쥐에게 전침 자극을 30분동안 주어 대조군에 비해 유의한 통증 경감 효과를 얻었고, 특히 저빈도- 고강도 자극이 가장 효과적이며 진통 효과도 오랫동안 유지되었음을 보고하였다.

전침 요법은 한의학에서 편두통 치료에 흔히 이용되는 치료 방법으로, 편두통의 증상 경감에 효과적이라고 알려져 있으므로 이에 저자는 안근마비성 편두통을 호소하는 환자에게 전침 요법을 응용하여 보기로 하였다. 또한 위에서 언급하였던 여러 연구 결과를 참고하여 전침의 저빈도-고강도 자극이 통증 제어 효과가 가장 효과적이고 진통 효과도 오랫동안 유지될 것이라 판단하여 환자에게 저빈도-고강도 자극을 가하였다.

1례의 본 증례에서는 Brain MRI 검사상 해면정맥동 및 상안와열 및 뇌혈관 기형 혈관류 종양 등의 기저질환이 없었고, 특별한 발병 원인 없이 갑자기 右側 偏頭痛과 眼球運動 痲痺 증상이 발생하였으며, 약 2주만에 호전되었다가 2주 후 다시 재발하였다. 환자에게 患部周圍穴과 祛風淸熱하는 穴을 取穴하고 통증 경감 효과에 가

장 유의하다고 생각되는 저빈도-고강도 전기 자극을 가하여 매일 1회 20분씩 1개월간 침 치료를 시행하였다. 또한 助肝益腦湯 加味方을 꾸준히 복용하였다. 또한 偏頭痛發作이 있을 때 환자의 고통이 심하여 양약을 하루 3회 복용시켰고 증상이 호전됨에 따라 양약 투여량을 줄였다.

약 26일간 전침 요법을 응용하여 1례의 환자를 치료한 결과 환자의 偏頭痛과 眼球運動麻痺 증상은 소실되었으며, 약 50%의 환자에서 평균 3주 만에 완전 회복을 보이는 것과는 큰 차이가 없었다. 그러나 환자의 추후 외래 진료가 이루어지지 않아 月經其間에 偏頭痛發作이 재발하였는지의 여부는 확실하지 않으며, 관찰 경과로 미루어 볼 때 환자의 회복이 시간에 따른 자연스러운 경과였는지 아니면 전침의 효과로 더욱 빠르게 회복되었는지의 여부는 확인해 보기 어려웠다.

저자는 지금까지 국내에서 많이 보고되지 않았던 안근마비성 편두통 환자 1례를 전침을 응용해 치료하였고, 치료 경과와 임상 양상을 보고하는 바이다. 아직 안근마비성 편두통의 예후, 발병 기전, 원인 등은 완전하게 밝혀지지 않았으며, 여러 증례 보고와 검사 소견 등을 종합한 추가적인 연구가 필요하다고 생각한다.

참고문헌

1. 전국 한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 서울:집문당. 2010:282.
2. 최정훈, 이주연, 김윤정. 눈근육마비편두통 3예. 대한안과학회지. 2010;51(2):307-11.
3. 전국 한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 서울:집문당. 2010:274.
4. 대한침구학회 교재편찬위원회. 침구학 하. 서울:집문당. 2008:403-6.
5. 전국한의과대학 침구·경혈학교실. 침구학<하>. 서울:집문당. 2007:1447.
6. 이형석. 신경병증성 통증모델에 있어서 전침의 자극 조건에 따른 진통효과. 경희대학교 대학원. 동서의학과. 2002.
7. William E.M. Pryse-Phillips, David W. Dodick, John G. Edmeads, Marek J. Gawel, Robert F. Nelson, R. Allan Purdy, Gordon Robinson, Denise Stirling, Irene Worthington, BScPhm. Guidelines for the nonpharmacologic management of migraine in clinical practice. CMAJ 1998; 159:47-54.
8. 이시섭, 김동원, 안교필, 엄효진, 남 영. 편두통 환자의 뇌혈류에 대한 침치료의 효과. 대한침구학회지. 2001;18(6):135-40.
9. Jia CS, Ma XS, Shi J, Wang YM, Li YF, Yuan J, Li M, Zheng LX, Zhang XJ, Wang SJ, Gao JY, Li XF, Huo YL. Electroacupuncture at Qiuxu(GB 40) for treatment of migraine-a clinical multicentral random controlled study. J Tradit Chin Med. 2009;29(1):43-9.
10. Jia CS, Shi J, Ma XS, Zhang XJ, Wang YM, Yuan J, Li YF, Li M, Zheng LX, Gao JY. Study on the therapeutic effect of electroacupuncture on migraine and influencing factors. Zhongguo Zhen Jiu. 2007;27(8):557-61.
11. Zhou LY, Ji XJ, Zhao M, Jiang L, Zhang XM, Xu H. Progress of treatment on oculomotor paralysis with electroacupuncture. Zhongguo Zhen Jiu. 2011;31(3):286-8.
12. HJ McMillan, DL Keene, P Jacob, P Humphreys. Ophthalmoplegic Migraine: Inflammatory Neuropathy with Secondary Migraine? Can. J. Neurol. Sci. 2007;34:349-55.

13. Lal V. Ophthalmoplegic migraine : Past, present and future. Neurol India. 2010;58: 15-9.
14. Hansen SL, Borelli-Moller L, Strange P, et al. Ophthalmoplegic migraine : diagnostic criteria, incidence of hospitalization, and possible etiology. Acta Neurol Scand. 1990; 81:54-60.
15. Lance JW, Zagami AS. Ophthalmoplegic migraine: a recurrent demyelinating neuropathy? Cephalalgia. 2001;21:84-9.
16. 김종인, 황치원. 편두통의 원인과 처방에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구원 논문집. 2000;8(2):171-89.
17. 김단희. 태음인 편두통 환자. 체형사상학회지. 2007;12:60-1.
18. 이상준. 소양인 편두통 환자. 체형사상학회지. 2009;26:80-3.
19. 장기숙. 소음인 편두통 환자. 체형사상학회지. 2010;28:53-4.
20. Headache ClassiIfication Sub-Committee of the International Headache society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edtion. Cephalalgia. 2004; 24:1-160.
21. 김경식. 침구치료요감. 서울:의성당. 2008: 45-6.
22. Straube A, Bandmann O, Büttner U, Schmidt H. Contrast enhanced lesion of the III nerve on MR of a patient with ophthalmoplegic migraine as evidence for a Tolosa-Hunt syndrome. Headache. 1993;33:446-8.
23. 김태유, 최낙천, 권오영, 윤혜정, 곽준혁, 전성철, 임병훈, 김태유, 최낙천. 뇌자기공명영상에서 동안신경 기시부에 조영증강 소견을 보인 안근마비성 편두통 1예. 대한신경과학회지. 1999;17(1):168-72.
24. 조홍상, 서지영, 유은경, 채규영. 영아기에 시작된 안구마비성 편두통 1례. 대한소아신경학회지. 2003;11(2):372-6.
25. Thomas J. Carlow. Oculomotor Ophthalmoplegic Migraine: Is It Really Migraine? J Neuro-Ophthalmol. 2002;22:215-21.