



개원의가 쉽게 다가가는 두통의 진단과 치료 원칙

김 용 재 | 이화여자대학교 의학전문대학원 신경과학교실

Diagnosis and treatment of headache in primary practice: a brief review

Yong-Jae Kim, MD

Department of Neurology, School of Medicine, Ewha Womans University, Seoul, Korea

E-mail: brain930@ewha.ac.kr

Received July 7, 2010 Accepted July 20, 2010

Abstract

Headache is a common symptom, often associated with disability, but rarely life threatening. However, even disabling migraine is under-diagnosed and under-treated. There are no diagnostic tests for migraine or tension-type headaches, and the history is all-important. A headache history requires time to elicit and a simple and helpful stratagem when the patient first presents in a clinic is to request the keeping of a diary over a few weeks. The pattern of attacks is a very helpful indicator of the right diagnosis. It must be ascertained first that a condition requiring more urgent intervention is not present. In this brief review, the crucial elements of a headache history are presented in detail, and key principles of treatment are described.

Keywords: Headache; Migraine; Diagnosis; History

서 론

그리스 신화에서 신들과 인간의 아버지로 군림한 제우스는 극심한 두통을 견디지 못해 프로메테우스에게 도끼로 자신의 머리를 쪼개달라고 부탁하였는데, 그대로 머리를 쪼개자 그 속에서 지혜, 정의와 전쟁의 신 아테나가 갑옷을 입은 모습으로 함성을 지르면서 태어났다고 한다. '신들의 신'인 제우스도 두통을 견디지는 못했던 것이다. 두통은 인류의 역사와 함께 하며, 우리 중 두통을 경험하지 않은 사람은 거의 없다. 진료실을 두드리는 대부분의 환자들은

그럴 때마다 '제우스'처럼 내 머리에 무언가 큰 이상이 있는 것은 아닌지 염려해 보았을 것이다. 대부분의 두통은 양성 증상이지만 드물게 종양이나 지주막하 출혈, 뇌수막염 혹은 거대 세포 동맥염 같은 심각한 병의 양상일 수 있다. 그러므로 두통 진료의 첫 과제는 자세하고 체계화된 병력청취와 이학적 및 신경학적 검사를 바탕으로 빠른 조치를 필요로 하는 위험한 두통이 아니라는 것을 확인하는 것이다. 그 다음으로는 환자의 두통이 편두통은 아닌지 항상 고민하여야 한다. 대부분의 역학연구에서 가장 흔한 두통을 긴장형 두통으로 기술하고 있지만 진료실을 찾게 되는 두통의

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

가장 흔하고 중요한 원인은 편두통이다. 편두통은 국내 성인 유병률이 6.5%에 달하는 흔한 질환이며 WHO에 의해 신체 장애를 일으키는 20대 질환에 포함되어 있다. 또한 의료비 증가와 학업, 근무시간의 손실, 생산성 저하를 초래해 사회경제적으로도 부담이 큰 질환이다. 편두통은 흔한 질환임에도 불구하고 정확한 진단이나 치료를 받는 비율이 낮다. 다수 환자가 부적절한 자가치료에 의존하고 있으며 이는 약물과용두통의 원인이 되고 있다.

두통의 진단

두통은 매우 흔한 증상이다. 그러나 때로 일상생활에 지장을 주는 경우도 있고 드물게는 생명을 위협하기도 한다. 두통은 두통 자체가 질환인 일차두통(primary headache)과 다른 원인 질환에 의하여 유발된 이차두통(secondary headache)으로 나뉜다[1]. 일차두통은 편두통이나 긴장형 두통으로 대표되며, 이차두통에는 뇌막염, 뇌종양, 뇌졸중 등의 두개내 질환에 의한 두통이나 굴절장애나 녹내장 등의 안과질환, 턱 관절 장애 등의 치과질환, 부비동염이나 중이염으로 대표되는 이비인후과 질환, 전신감염에 따른 두통 등이 포함되며, 약물과용에 의한 두통도 이차두통에 포함된다. 그러나 원인질환이 심각한 경우와 두통의 심한 정도가 비례하지는 않으며, 단순한 진통제에 잘 반응한다고 하여도 심각한 원인질환이 배제될 수 있지는 않다. 두통의 진단은 자세하고 체계화된 병력청취와 신경학적 검사를 바탕으로 분류체계 내에서 가장 합당한 두통의 유형을 찾아내는 것이다.

1. 병력청취

진료실을 찾는 두통환자를 진단하는 처음과 끝은 병력청취라고 해도 틀리지 않다. 특히 편두통과 같은 일차두통이나 약물과용두통의 진단은 검사가 아닌 병력청취를 통해서만 가능하다. 진단을 위한 병력청취에는 많은 시간을 요하기 때문에 바쁜 외래에서 충분치 않은 병력청취는 오진의 가장 큰 원인이 된다. 실제로 병력청취를 통하여 진단이나 치료의 결정을 내리지 못한 경우 환자의 검진이나 실험실적

검사를 통하여 얻을 수 있는 정보는 극히 제한되게 마련이며 불필요한 검사의 남발이나 필수적인 검사를 시행하지 못할 가능성이 높아진다. 외래에 응급이 아닌 두통 신환이 왔을 때 유용한 방법 중 하나는 두통일기를 이용하는 것이다. 두통일기를 통해서 두통의 양상을 보는 것은 정확한 진단뿐 아니라 치료방침을 정하는데도 중요하다. 두통환자의 문진은 반드시 환자의 입을 통한 증상의 표현에 중점을 두어야 하며 유도하는 듯한 질문이나 환자들이 많이 표현하는 ‘난 머리 한쪽이 아픈 편두통이다’와 같은 잘못된 자가진단에 의존하지 않는 것이 중요하다. 병력의 청취는 일반적으로 두통 유형과 관련된 질문으로 시작한다. 환자의 주소가 되는 두통 유형에 대하여 병력청취를 집중해야 하지만 그 환자가 가지고 있는 다른 유형의 두통도 파악하여 별도의 병력청취를 하여야 한다. 언제부터 두통이 시작되었으며 왜 병원에 오늘 오게 되었는지, 두통 발병 당시의 상황과 두통의 강도가 최고조에 달할 때까지의 시간, 얼마나 자주 발생하는지(특히 간헐적인 두통과 매일 또는 지속적인 두통을 감별하는 것은 중요하다), 두통의 지속시간과 같은 시간과 같은 질문이 필요하며, 통증의 강도나 양상, 위치, 동반된 증상과 같은 두통의 특징을 알아야 한다. 두통의 유발요인이나 두통의 악화나 완화에 관련된 요인 등을 기술하고 두통의 가족력도 확인한다. 두통이 일상생활에 미치는 영향, 즉 학교나 직장에 결근을 할 정도인지 알아보고, 두통 시 복용하는 약물, 두통을 피하기 위한 행동 등 두통에 대한 반응도 질문한다.

두통을 호소하는 환자에서 신경학적 혹은 이학적 검사상의 이상 소견이 발견되는 경우는 흔하지 않고, 가장 흔한 두통은 편두통, 긴장형 두통인 경우가 대부분이다. 또한 두개내 원인질환에 의한 두통에는 두통 이외의 다른 증상이 나타나고 두통은 여러 증상 중의 하나인 경우가 많다. 따라서 두통환자의 문진에는 반드시 다양한 신체 증상의 유무를 확인하여야 한다. 반신마비나 어지럼, 시야 혹은 시력장애, 의식저하가 동반되는 경우에는 영상검사가 필요하다. 물론 두통만을 호소하는 환자라 하더라도 위험한 두통을 시사하는 소견, 즉, 40-50대 이후에 처음으로 경험하는 새로운 종류의 두통이나 점차 악화되는 두통, 기존에 경험하지 못한 최

악의 두통, 졸리거나 혼미한 증상이 동반되는 두통, 두통의 양상이 변화하거나 적절한 치료에 잘 반응하지 않는 경우, 벼락 치듯이 갑자기 시작된 두통 등에 대하여는 주의를 기울여 조기에 검사를 시행하는 것이 정확한 원인 질환을 발견하는데 도움이 될 것이다. 다음은 두통병력에 필수적인 항목들이다[2, 3].

(1) 두통의 발현시기

소아기나 청소년기 혹은 30대 초반까지 발병하는 대부분의 두통은 편두통이 흔하며, 노년기에 처음 나타나는 두통의 경우는 관자동맥염(temporal arteritis), 뇌졸중, 종양 등 이차두통인 경우가 적지 않다. 편두통은 대부분 20대나 30대 초반의 여성에서 흔히 시작되어 폐경기에 소실되는 경우가 흔하나, 오히려 이 시기에 시작되는 경우도 있고 폐경기 이후 여성호르몬을 사용하여 악화되는 경우도 있다. 군발두통은 20-40대의 남성에서 시작되는 경우가 대부분이다. 긴장형 두통의 경우 연령에 따른 호발 시기가 뚜렷하지 않다.

(2) 두통의 위치

두통이 편측성(unilateral)인가 양측성(bilateral) 인가의 여부는 편두통과 긴장형 두통의 감별진단 매우 유용하다. 양쪽이 아프다고 하더라도 좌우를 번갈아 아프거나, 혹은 주로 한쪽이 아픈 경우가 편두통의 편측성에 해당한다. 군발두통은 짧고 뚜렷한 편측의 안구통을 호소하는 경우가 대부분이다. 편두통은 두부와 얼굴 어디에나 나타날 수 있으나, 대부분의 경우 관자부나 안구의 동통을 호소하는 경우가 흔하다. 안구나 부비동염 등에 의한 두통은 이마 부위가 아픈 경우가 대부분이지만, 뒤통수나 목으로 전이되어 나타나는 경우도 적지 않다. 턱 관절 이상으로 나타나는 두통은 초기에는 씹을 때 소리가 나고 귀 앞쪽으로 통증이 국한되기도 하나 시간 경과와 더불어 관자부 혹은 전체적인 두통으로 발전하기도 한다. 뇌종양의 경우 뒷머리뼈 움푹(posterior fossa) 부위의 종양은 뒤통수에 천막위 종양(supratentorial tumor)의 경우는 초기에는 이마나 마루점(vertex) 부위에 두통이 나타나는 것이 일반적이다. 종양이 초기이거나 경막(dura)이나 골에 침범된 경우는 병변부위 쪽으로 두통이 나타난다. 거미막밑출혈에 동반되는 두통은 대부분 병변부위 쪽으로 나타나는 것이 일반적이다. 긴장형

두통은 대부분 목이나 뒤통수, 어깨 등의 통증을 호소하나 시간의 경과와 함께 이마 두통이 뚜렷하게 되는 경우도 있고, 머리 전체의 두통을 호소하기도 한다.

(3) 두통의 발생, 기간, 특성, 강도

두통의 정도는 흔히 1에서 10으로 표현하고 VAS (visual analogue scale)를 주로 사용한다. 대부분의 편두통이나 군발두통의 경우는 중등도 이상, 즉, VAS가 5 이상을 보이고 긴장형 두통의 경우에는 5를 넘지 않는 경우가 대부분이다. 따라서 편두통은 두통이 심하고 계단을 오르내리는 정도의 일상적인 움직임으로 악화되기 때문에 일상생활에 장애를 가져온다. 발생과 강도에서 가장 특징적인 거미막밑출혈(subarachnoid hemorrhage)에 의한 두통은 평생 처음 경험하는 심한 두통이 벼락치듯이 혹은 망치로 내려치는 듯하게 나타난다고 표현하며, 이후 약간 경감된 두통이 지속적으로 나타나게 된다. 편두통이나 감염에 의한 두통은 특징적으로 맥박이 뛰는 듯한 혹은 쿵쿵 쑤시는 두통으로 표현되며, 긴장형 두통은 누르거나 조이는 듯한, 혹은 띠를 두른 듯하거나 머리가 맑지 못하고 무거운 멍한 두통을 호소한다. 군발두통은 눈을 쑤시는 듯한 심한 안구통을 호소하는 경우가 흔하다. 녹내장은 안구의 빠른 통증과 이마의 심한 통증을, 관자동맥염은 초기에 관자부의 심한 두통을 호소하게 된다. 수막염에 의한 두통은 목이 뻣뻣하고, 이학적 검사에서 경부경직(neck stiffness)을 보이면서 전체적인 비박동성의 심한 두통을 호소한다. 뇌출혈의 경우 뇌실이나 뇌척수액으로 퍼지는 경우 심한 두통을 일으키게 된다. 그러나 뇌졸중이나 뇌종양 등에서는 대부분 두통의 정도가 심하지 않으며, 편두통과 같은 박동성 두통이나 긴장형 두통과 같은 압박성 두통을 일으킬 수 있으므로 다른 특성을 고려하여 진단에 주의를 요하여야 한다.

(4) 빈도 및 경과

두통이 나타나는 빈도나 양상이 진단에 도움이 되는 경우도 흔하다. 예를 들어 삼차신경절이 흥분되면서 나타나는 삼차-자율신경두통(trigeminal autonomic cephalalgia) 중 군발두통의 경우 수 십 분에서 수 시간 지속되는 두통이 하루에도 여러 차례 반복되며, 돌발반두통(paroxysmal hemicranias)의 경우에는 수 십분 간 지속되는 두통이 하루

에도 수 십 차례 반복된다. SUNCT (short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing)나 삼차 신경통과 같이 1초 이내의 통증이 하루에도 수 십 회 이상 반복되는 경우도 있다. 편두통은 대부분 한 달이나 1년에 수회 발생하지만, 만성화 되면서 두통의 빈도는 증가하고 강도는 약화되는 경향을 보인다. 월경의 주기에 따라 나타나는 경우에는 편두통의 진단이 더욱 신뢰성을 가지며, 이러한 경우 예방치료가 가능하다. 긴장형 두통은 하루 중에 변화를 보이기도 하지만, 대부분은 지속적이다. 편두통은 대부분 4-72시간 정도 지속되나 수 십분에서 일주일 이상 나타나기도 한다. 그러나 대부분은 24시간 내외로 수면 후에는 완화 되는 특징을 갖는다. 또한 편두통의 특징은 만성화 이전에는 뚜렷이 두통이 소실되는 시기를 갖게 되며, 이는 종양 등의 기질적 요인에 의한 두통이나 긴장형 두통과의 차이라고 할 수 있다. 또한 편두통이나 고혈압에 의한 두통은 아침에 일어나서 심한 두통을 호소하기도 하며, 군발두통이나 수면두통(hypnic headache)은 수면 이후에 나타나 수면을 방해하는 경우가 많다. 뇌종양에 의한 두통도 주로 오전에 흔한 특징을 가지며, 뇌압이 증가한 경우 구역, 구토 등의 증상이 나타난다. 또한 편두통은 주말이나 휴가의 시작, 불규칙한 수면 등에 흔히 나타나는 반면에 긴장형 두통은 평상의 근무 중에 자주 나타난다.

두통의 진행되는 속도가 유병기간에 따라 급성, 아급성, 만성으로 분류할 수 있다. 급성두통은 수분에서 수 시간에 걸친 빠른 시작을 보이고 매우 심하고 병인이 내재된 경우가 많다. 처음으로 심한 두통을 느낀 환자들은 수 년간 반복적인 두통을 겪은 환자들과 완전히 다른 진단적 특성을 가진다. 새로 발생한 심한 두통에서 심각한 이유를 찾을 가능성은 재발성 두통에서 보다 훨씬 높다. 고려할 만한 심각한 원인으로는 두개내에는 뇌막염이나 뇌염, 거미막밑출혈, 뇌종양 등이 있고 편두통, 군발두통 등 일차두통, 기타 외상후두통, 녹내장, 시신경염 등이 원인이 될 수 있다. 전신질환으로는 악성 고혈압, 갈색세포종(pheochromocytoma), 약물에 의한 두통 등이 있다. 염려할만한 증상과 징후가 나타날 때, 신속한 진단과 치료가 중요하다. 평가에서 철저한 신경학적 검

사는 필수적인 첫 단계이다. 대부분의 경우, 검사상의 이상 소견은 CT 혹은 MRI로 확인해야 한다. 간혹 양성 원인이 다른 검사를 통해 밝혀지지 않으면 요추천자가 필요할 수 있다. 급성두통의 일반적 검사는 혈압, 소변 검사에 의한 심혈관과 신장상태 검사, 안저경 검사, 안압 및 굴절률 검사, 촉진에 의한 뇌 동맥검사, 두부의 수술적 움직임에 의한 경추검사, 그리고 영상검사 등을 포함한다. 아급성두통은 수 일에서 수 주일에 걸쳐 심해지는 두통으로 과거에는 이러한 양상의 심한 정도의 두통이 없었던 경우에는 거미막밑출혈이나 관자동맥염, 뇌농양이나 뇌종양, 정맥굴 혈전증(intracranial sinus thrombosis), 양성 두개내압 저하증(benign intracranial hypotension) 등이 원인이 될 수 있다. 만성두통은 수 년간 지속되는 두통으로 신경학적 이상이 발견되지 않는다면 편두통이나 긴장형 두통일 가능성이 많다. 비특이적이거나 예방적인 요법에 반응이 없는 경우는 영상진단 등이 필요하다. 특히 만성적이면서 반복적인 심한 두통은 대부분이 편두통에 의한 경우이나 군발성 두통이나 약물 남용에 의한 두통도 고려하여야 한다. 드물지만, 마약을 얻기 위한 환자를 조심하여야 한다.

(5) 두통과 동반되는 증상들

두통에 동반되는 증상으로는 눈물이나 안구의 충혈이 나타나는지, 코가 막히는지, 구역이나 구토가 동반되는지, 경부 강직이나, 목, 어깨 등의 통증이 나타나는지, 두통 전후의 시각증상, 감각이상 여부 등에 대하여 물어보아야 한다. 감정이나 입맛의 변화, 하품, 사지의 위약감 등이 편두통의 전구증상(prodrome)으로 발병 수 시간에서 수 일 전에 나타나는 경우가 흔하고 섬광 암점이나 감각이상 등은 조짐 편두통의 직전에 나타나게 된다. 코 점막의 부종이나 충혈, 안구점막의 충혈 등은 편두통이나 군발두통 등에 흔히 나타나며, 드물게 부비동의 감염이나 종양 등에서도 관찰될 수 있다. 구역, 구토, 입맛의 소실 등은 편두통에 뚜렷한 증상이지만, 다른 두통에서도 흔히 나타날 수 있고 두통이 심할수록 더 뚜렷하다. 불면증이나 피로감, 성욕감퇴, 기억력 감소 등의 비특이적인 우울증의 증상은 만성 두통에서 흔히 관찰된다. 위약, 감각이상, 언어장애, 복시, 어지럼증 등은 뇌종양이나 뇌졸중 등에 흔히 관찰될 수 있지만, 만일 일시

적인 증상이라면 편두통에서도 자주 관찰된다. 특히 환자들이 면도할 때나, 빗질할 때 피부의 민감도가 증가되어 있다고 호소하는 이질통증(무해자극통증, allodynia)은 편두통의 흔한 증상으로 기질적인 장애와 구별하여야 하며 과거의 두통발생 때에도 유사한 증상이 나타났는지를 확인하여야 한다. 어지럼증은 편두통에 선행하거나 동반되어 나타날 수 있는데 갑작스런 움직임이나 머리를 회전할 때 뚜렷한 양상은 외상 후두통이나 긴장형 두통에서도 흔히 관찰된다.

(6) 두통의 유발 요인

두통을 유발하는 요인들을 분석하면 예방하거나 치료 방침을 결정하는데 도움을 받을 수 있다. 따라서 환자에게 두통달력을 사용하여 두통의 발병 이전 상황, 특정한 음식물의 섭취여부, 두통이 잘 발생하는 시기 등을 기록하도록 하는 것이 중요하다. 불규칙한 수면, 알코올, 광자극이나 심한 소음, 냄새 등은 편두통을 유발하는 중요한 인자들이다. 특히 적포도주나 초콜릿, 아이스크림, 식품첨가제 등의 음식물과 커피나 차 등 카페인 많은 기호식품의 섭취는 일상에서 편두통을 유발하거나 악화하기 쉬우므로 반드시 확인하여야 한다. 월경은 많은 경우 편두통을 악화시키며, 때로는 수영 등의 운동이나 성적흥분 등에 의하여도 편두통이 유발되기도 하며, 두통이 발생하고 나면 운동이나 사소한 움직임뿐 아니라, 고개를 숙이는 것만으로도 더 심해진다. 군발두통은 흔히 알코올 섭취에 의하여 유발되거나 악화되는 경향을 보인다. 턱 관절 장애로 나타나는 두통은 딱딱한 음식을 오래 씹으면 유발되거나 악화된다. 특징적으로 요추 천자 후의 두통이나 자발성 두개내 저압증(spontaneous intracranial hypotension)의 경우에는 일어나거나 앉으면 두통이 악화되고 누우면 완화된다. 머리를 갑작스럽게 움직이면 대부분의 두통이 심해지는데 편두통, 숙취나 약물에 의한 두통, 전신 감염에 의한 두통, 뇌혈관의 염증 등에서는 더욱 뚜렷하다.

(7) 두통의 완화 요인

편두통 환자는 두통이 시작되면 어두운 방에서 소음이나 빛 등의 외부 자극을 피하고 가만히 누워있으면 두통이 완화된다. 또한 수면을 취하면 두통이 소실되기도 한다. 때로는 임신 중에 편두통이 일시적으로 소실되거나 반대로 악화

되기도 한다. 박동성 두통은 통증이 있는 쪽의 관자동맥 주위를 압박하면 일시적으로 완화되기도 한다. 긴장형 두통은 휴식이나 수면에 의하여 완화되며 긴장형 두통이나 목뼈에서 기원하는 두통은 운동으로 완화되는 특성을 보인다. 대부분의 두통은 수면에 의하여 완화되거나 두통이 수면을 방해하지는 않는다. 두통 자체보다는 동반된 우울증이나 불안 등에 의하여 수면에 방해를 받을 수는 있다. 그러나 군발두통이나 뇌막염, 수면두통(hypnic headache) 등은 수면을 방해하거나 수면 중에 나타난다.

(8) 가족력과 사회력

편두통은 가족력이 뚜렷하다. 부모가 편두통을 갖는 경우가 반 이상의 경우에 발견되며 80%에서 가족력을 보인다. 그러나 가족 내의 두통력이 있다고 하더라도 반드시 유전적인 요인에 의하지 않고 동일한 환경에 의한 두통의 가능성을 염두에 두어야 한다. 환자의 최근의 상황, 직업, 가족 내 혹은 사회적인 갈등 등에 대하여도 알아보아야 한다.

(9) 과거력

다른 질환에 대한 병력은 반드시 청취하여야 하나, 두통 환자에서는 두통에 대한 과거력이 중요하다. 두통의 발진 양상과 더불어 초기 두통의 특성을 자세히 파악하는 것이 만성두통 환자에서는 매우 중요하다. 편두통이나 긴장형 두통 모두 시간의 경과와 함께 두통 양상이 다양하게 변할 수 있으므로 초기 두통의 특성을 자세히 아는 것이 진단에도 도움을 준다. 또한 과거의 치료에 대한 조사가 필요하다. 이는 향후의 치료 방침을 세우고 환자의 순응도를 파악 하는데 필수적이다. 이와 더불어 반드시 약물이나 호르몬제 등의 복용력과 약물의존성 여부를 파악한다.

2. 이학적 검사

급성두통을 호소하는 환자에서는 뇌막자극후가 중요하다. 이는 뇌막염, 뇌염, 거미막밑출혈, 뇌종양 등의 진단에 필수적이다. 만일 의식만 저하되어 있다면 뇌졸중, 거미막밑출혈, 뇌종양 등을 의심할 수 있다. 안구증상을 보인다면 녹내장, 시신경염, 군발두통, 해면정맥굴 혈전증(cavernous sinus thrombosis), 안구내의 종양이나 감염 등을 감별하여야 한다. 심각한 고혈압이 있다면 본태성 고혈압 의

에 갈색세포종, MAO 억제제 등의 약물부작용, 혹은 종양이나, 거미막밑출혈, 혹은 양성 두개내압 상승(benign intracranial hypertension) 등이 원인이 될 수 있다. 특히 이 때는 유두부종의 판별이 중요한데 유두부종은 관자동맥염을 제외하고 대부분의 급성두통에서 나타날 수 있다. 거미막밑출혈, 뇌농양, 뇌종양 등에는 편마비나 편측의 감각이상 등 편측성의 신경학적 결손이 나타날 수 있다. 고열은 뇌막염이나 뇌염, 뇌농양, 관자동맥염, 전신감염 등의 중요한 증상이다.

3. 영상 검사

두통환자의 대부분은 특수 검사는 필요하지 않아 충분한 병력의 청취와 임상적 관찰만으로 진단이 가능하다. 만일 필요한 경우는 뇌 CT/MRI가 진단에 도움이 된다. 영상진단으로도 적절한 진단이 곤란하다면 해당 전문가의 자문을 얻거나 진단 및 치료가 가능한 시설을 갖추고 있는 병원의 후송이 요구된다.

CT나 MRI 같은 신경영상진단은 새로운 두통, 두통 양상의 변화, 의식 저하, 경련이나 국소적인 신경학적 소견이 있는 경우가 아니라면 만성 두통환자들에 있어 진단이나 치료에 대부분 도움이 되지 않는다[4]. 그러나 적절한 치료에 일정한 시간 반응하지 않거나 환자가 불안감 등을 이유로 검사를 원하는 경우 선택적인 경우에 영상 검사를 시행한다. 뇌파는 저렴하고 비침습적인 검사지만, 특이도 및 민감도가 낮기 때문에 간질 발작과의 감별이 필요한 두통환자 이외에는 대부분 도움이 되지 않는다. 뇌척수액 검사는 뇌염, 뇌막염, 거미막하출혈의 확진을 위하여 시행하며 특별한 원인이 없이 머리의 위치에 따라 두통이 발생하는 위치성 두통의 경우에도 요추천자로 두개내압 저하(intracranial hypotension)를 진단하는데 도움이 된다. 난치성, 아급성 또는 만성 매일 두통은 보통의 치료에는 잘 반응을 하지 않아 신경성 또는 심인성 원인으로 오인되는 경우가 많은데, 종종 유두부종이 동반되지 않고도 두개내 압력이 증가되어 두통이 발생하는 경우가 있다. ESR (erythrocyte sedimentation rate)은 관자동맥염의 진단에 유용하나 확진은 조직생검을 통하여 이루어진다.

편두통의 진단

병력청취나 이학적 검사를 통해 위험한 두통의 원인이 배제되면 의사는 진료실을 찾아온 환자의 두통이 편두통이 아닌지 우선적으로 감별하여야 한다. 편두통의 임상적 특징은 주기적인 심한 두통이다. 4-72시간 지속되는 두통이 반복하여 발생하는데 두통은 일측성과 박동성이 흔하며 일상활동에 의해 악화되는 심한 통증이 특징적이다. 그리고 구역이나 빛 공포증과 소리 공포증이 함께 나타나기 때문에 환자는 조용하고 어두운 곳에서 움직이지 않으려는 경향이 있다. 2004년 국제두통학회의 진단기준은 환자보다는 증상에 초점을 맞추고 있어 두통의 중요한 면을 모두 기술하고 있지는 못하지만 일상적인 병력청취와 같이 사용하면 편두통과 긴장형 두통을 감별하는데 효과적으로 이용할 수 있다[1].

조짐을 동반하는 편두통은 흔치는 않지만 전형적인 조짐이 있는 경우 비교적 쉽게 진단할 수 있다. 그러나 환자가 말하는 시각 증상이 전조가 아닐 수 있다는 점에 주의해야 한다. 단순히 두통 중에 눈이 침침하다든지 시야에 점이 보인다는 증상은 진단적 가치가 없다. 조짐의 특징은 두통 전에 나타나며 서서히 진행된 후 수십 분간 지속되는 점이다. 시각 증상은 가장 흔한 형태의 조짐으로 성곽분광, 즉 지그재그 형태의 번쩍거리는 선이 고정시야 주변부에서 좌우로 번져나가고 바깥쪽으로 불룩하면서 모가 난 섬광모서리를 가지는 모양을 띠고 있으며, 지나간 자리에는 다양한 크기의 암점을 남긴다. 어떤 경우는 섬광방출과 같은 양성적 성격의 증상 없이 작은 암점이 서서히 커져 나가기도 한다. 다음으로 흔한 증상은 따끔거리는 감각이상인 한 부위에서 시작하여 점차 움직이며 한 쪽 몸통이나 얼굴의 일부분을 침범하며, 지나간 자리에는 감각소실이 나타나기도 한다. 드물게, 언어장애가 나타나기도 한다. 두 가지 이상의 조짐이 한번에 발생하는 경우 대부분 시각증상, 감각증상, 언어장애의 순서로 나타나지만, 다른 순서로 발생할 수도 있다. 환자들이 증상을 기술하는데 있어 흔한 실수는 증상 발생이 좌측인지 우측인지, 급작스런 발생인지 서서히 발생한 것인지 하는 것과 같은 쪽 시야의 시각증상을 한쪽 눈의 시각증상으로, 감각이상을 운동 약화로 오인하는 경우가 많다. 이

를 위해 조짐에 관한 일기를 기록하게 하면 진단에 많은 도움이 될 수 있다. 일부 환자는 전형적인 조짐 이후 항상 편두통이 오기도 하지만, 다수의 환자들은 이런 조짐 후에 비편두통형 두통이 나타나거나, 아예 두통이 없는 경우도 종종 있다. 편두통형 두통을 동반하는 전형적인 조짐에서 나아가 들면서 두통은 사라지고 조짐증상만 남게 되는 경우가 있으므로 일과성 허혈 발작과 같은 다른 질환과 감별이 매우 중요하다. 특히 40세 이후에 조짐증상이 나타나기 시작했고 음성증상(예: 반맹)이 주로 나타나며, 조짐의 지속시간이 너무 짧거나 긴 경우는 반드시 다른 질환을 배제해야 한다. 두통이 사라지고 나서도 조짐이 지속되거나 만성편두통의 경우에는 정확한 진단과 치료를 위하여 두통 전문가에게 의뢰를 해야 한다.

편두통약물에 대한 반응을 가지고 편두통을 진단하는 방법도 합리적일 수 있다. 하지만 현재까지 알려진 가장 효과적인 치료제인 트립탄도 약 1/4의 환자에서는 효과가 없을 수 있다는 점을 고려해야 한다. 즉, 치료약물을 이용한 진단은 민감도가 떨어지기 때문에 잘못된 진단을 유도할 수도 있다. 제한된 진료시간에 효율적으로 편두통을 진단하기 위하여 “ID MIGRAINE”을 사용하는 것도 하나의 대안이 될 수 있다. ① 최근 3개월 동안 두통으로 인하여 일상생활에 장애를 느껴본 적이 있는가? ② 두통 발작 시 속이 울렁거리거나 아픈가? ③ 두통 발작 시 빛을 보면 통증이 더 심해지거나 민감한가? 라는 3개의 질문 중 2가지 이상 ‘예’라고 응답한 환자 중 93%가 편두통 환자로 밝혀졌다[5].

두통치료의 원칙

약물치료나 기타의 방법을 통하여 두통이 영원히 사라지기를 바라는 것이 대부분의 환자들이 기대하는 바일 것이다. 그러나 다른 한편으로는 많은 두통 환자들이 적절한 치료를 통해서 삶의 질이 개선될 수 있다는 기대조차 하지 않고 부적절한 자기치료에 의존하고 있는 것도 사실이다. 치료의 목표는 증상의 조절을 통해서 환자의 삶에 미치는 영향을 최소화하는 것이다. ‘완치’라는 것이 현실적으로 가능한 목표가 아니라는 것을 환자에게 먼저 이해시켜야 한다.

이러한 목적을 위해서는 적절한 진단을 내린 후 두통의 경과와 치료에 대한 설명과 안심 혹은 확신(reassurance)을 통해 적절하고 현실적인 기대감을 가지고 치료에 임하도록 해주어야 하며, 병력이나 두통일기에서 확인된 유발이나 악화요인을 확인하여 피하도록 하는 것과 같은 적절한 비약물적 요법도 기본적인 약물치료에 병행되어야 한다. 그리고 이러한 치료과정은 가능한 근거중심의 치료지침을 따르는 것이 좋다. 그러나, 아직도 국내외적으로 일차 임상진료에서는 이에 대한 인식이 낮고, 진단과 치료에 적절하게 사용되지 않고 있다. 2002년에 대한두통학회에서 편두통진료지침을 발간한 바 있으나 이후 새로운 연구결과들이 많이 축적되어 개정 및 보완이 필요하였다. 이에 대한신경과학회 및 대한두통학회 소속 두통질환 전문가들이 근거중심의학에 의한 자료들을 수집하고 국내자료를 보완하였으며, 미국(American Academy of Neurology), 영국(British Association for the Study of Headache), 유럽(European Federation of Neurological Societies), 캐나다(Canadian Medical Association), 프랑스(The French Society for the Study of Migraine Headache), 일본(Japanese Headache Society) 등 각국의 진료지침을 참고하고 우리나라 편두통 진료의 특수성을 고려하여 2008년 편두통진료지침이 출간되었다[6]. 치료에 대한 개별적인 지침은 이를 참고하여 의사와 환자간의 상호 대화를 통하여 개개인에 맞는 가장 적절한 치료 방법을 선택해야 하는 것이 가장 바람직할 것이다.

결론

진료실에서 두통을 호소하는 환자의 대부분은 양성 질환이다 보니, 위험한 질환에 대한 의심은 항상 유지하기가 쉽지 않다. 두통환자를 대할 때, 현재의 진료상황에서 충분한 시간을 내기가 어렵지만, 꼼꼼한 병력 청취와 간단하지만 체계적인 신경학적 검사, 증상 및 약물 사용 등을 기록한 두통일기의 사용, 이차두통을 시사하는 위험한 징후들에 대한 인식만 있다면 심각한 문제들은 피할 수 있다. 임상적으로 가장 어려운 경우는 편두통과 긴장형 두통의 구분인 경우가 가장 흔하다. 또 걱정이 되는 중요한 부분은 많은 두통이 의

인성(iatrogenic), 즉 약물과용과 연관이 있다는 점이다. 병력 청취 시 이를 간과하면 부적절한 치료로 이어지게 된다. 진단이 이루어지지 않는 두통은 전문가에게 의뢰하는 것이 필요하다.

핵심용어: 두통; 편두통; 진단; 병력

REFERENCES

1. International Headache Society Classification Subcommittee. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24: 1-160.
2. Silberstein SD, Saper JR, Freitag F. Migraine: Diagnosis and treatment. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. Wolff's headache and other head pain. 7th ed. New York: Oxford University Press, 2001: 121-237.
3. Kim JM. Overview of Diagnosis and Classification of Headache. Korean J Headache 2009; 10: 1-13.
4. American Academy of Neurology. Practice parameter: the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. (Summary statement.) Report of the Quality Standards Subcommittee. Neurology 1994; 44: 1353-1354.
5. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, Kolodner K, Endicott J, Hettiarachchi J, Harrison W; ID Migraine validation study. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. Neurology 2003; 61: 375-382.
6. Korean Neurological Association, Korean Headache Society. Guidelines for management of migraine, 2nd ed. 2008.



Peer Reviewers' Commentary

두통은 일생을 살아가면서 한번 이상은 경험하게 되는 가장 흔한 증상이다. 환자들이 통증으로 고통을 받지만 구체적인 병력 청취로 정확한 진단을 할 수가 있다면 고통으로부터 해방될 수가 있다. 실제로 이차성 두통은 MRI 등 영상검사가 필요하지만 그 빈도는 많지는 않다. 두통의 원인중 가장 흔한 긴장성 두통과 편두통은 병력 청취만으로 쉽게 진단을 할 수가 있으며 흔하지는 않지만 특징적인 임상 양상을 가지면서 극심한 두통을 호소하는 군집성 두통, paroxysmal hemimicarnias 등은 치료후 신뢰를 받게 만드는 질환들이다. 진료의뢰서에 편두통이라고 기록되어 있는 환자들 대부분은 긴장성 두통인 경우가 흔하다. 바꿔 말하면 한쪽 머리가 아프면 편두통이라고 진단을 내리는 경우가 많다는 것이다. 개원의가 가장 걱정하는것은 이차성 두통이다. 이차성 두통을 시사하는 여러 가지 소견이 본 논문에 자세히 기술되어 있으므로 많은 도움이 되리라 생각한다.

[정리: 편집위원회]