

긴장성 두통의 진단과 치료

경희대학교 치의학전문대학원 구강내과학교실
부교수 전 양 현

1. 서론

우리가 흔히 머리가 아픈 것을 두통(Headache)이라고 한다. 일반적으로 '머리'라고 하면 구강안면부위를 포함하지만 통증의 분류에서는 구강, 눈, 코, 귀 부위의 통증을 제외한 나머지 부분, 즉 전두부, 양측 측두부, 후두부, 그리고 두정부의 통증이 있는 경우를 두통이라고 한다(그림 1).

이상의 5개 부위 중에서 가장 넓은 부위가 양측에 있는 측두부이며, 이곳에서 통증이 있는 경우에도 환자들은 두통이 있다고 한다. 그러나 이 부위는 저작에 관여하는 중요한 근육 중의 하나인 측두근이 분포하고 있으며, 저작과 관련이 있고 턱관절과 연결이 되어있다(그림 2).

최근에는 치과 임상에 두통을 주소로 내원하는 환자가 증가하는 추세에 있고, 이러한 환자를 분석한

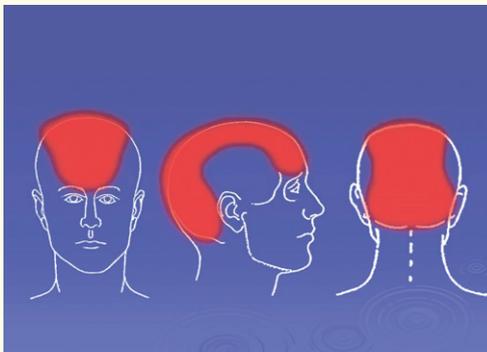


그림 1. 측두부를 제외한 두통부위 ; 전두부와 후두부, 그리고 두정부인데, 두통부위의 3/5, 즉 약 60%에 해당된다.

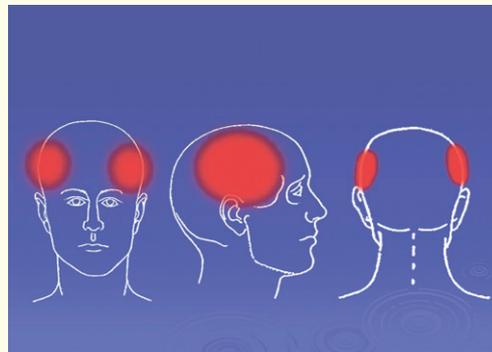


그림 2. 측두부 두통부위 ; 양측 측두부, 두통부위의 2/5, 즉 약 40%에 해당된다.

결과 상당수가 측두부의 통증과 관련이 있는 것으로 진단되었다. 따라서 치과의사들도 측두근 부위와 관련된 통증, 즉 두통에 관심을 갖는 것은 매우 중요한 일이다.

II. 두통의 종류

두통은 3차에 걸친 개정에 의해서 국제두통학회의 기준안이 마련되었는데, 대표적으로 혈관성인 편두통(Migraine)과 근육성인 긴장성 두통(Tension Type Headache)이 있다.

근집성 두통도 일차성 두통에 해당이 되며, 이차성 두통으로는 두경부 외상성 두통, 뇌 또는 경부 혈관장애성 두통, 비혈관성 두개내 질환에 의한 두통, 원인 물질이나 이의 투여중지에 의한 두통, 감염에 의한 두통, 항상성 장애에 의한 두통 그리고 턱관절장애가 포함된 두개골 목 눈 귀 코 부비동 치아 구강과 기타 안면 및 두개조직의 장애에 의한 두통과 안면통, 정신과적 장애에 의한 두통이 있고, 마지막으로 뇌신경통 중 추성과 일차성 안면통 및 기타 두통이 있다.

III. 긴장성 두통과 편두통

두통의 종류는 위에서 언급한 것처럼 매우 다양하지만 치과 임상에서 중요한 것은 긴장성 두통이다. 그러나 일반적으로 가장 흔한 두통이 편두통이기 때문에 치과의사는 우리의 치료대상인 긴장성 두통과 치료대상이 아닌 편두통을 감별 할 수 있어야 한다.

긴장성 두통의 대표적인 임상적 특징은 양측 측두근 부위가 딱 조이거나 누르는 것 같이 아프거나 혹은 불편한 느낌이 지속적으로 ‘땡’ 하게 나타난다는 것이다. 반면에 편두통은 혈관성이기 때문에 맥동성, 즉 맥박이 났을 때 통증이 증가하고, 따라서 맥박이 뛰는 것처럼 ‘푹 푹’ 리드미컬 하게 나타나는 것이 특징이다.

편두통과 감별을 하는 기준으로는 전통적으로 통증의 질, 통증의 강도, 통증의 양측성 유무 그리고 일상 생활에서 통증의 증가 유무 등의 4가지 기준을 사용하는데, 긴장성 두통은 편두통에 비해서 통증의 질은 둔통이고, 통증의 강도는 경도의 통증이며, 상대적으로 양측성으로 나타나고, 일상생활에 의해서 통증이 증가하지 않는 경향이 있다.

그러나 치과 임상에서는 저작시 또는 개폐구시 양측 측두부의 통증이 증가하거나, 심한 경우에는 양측 측

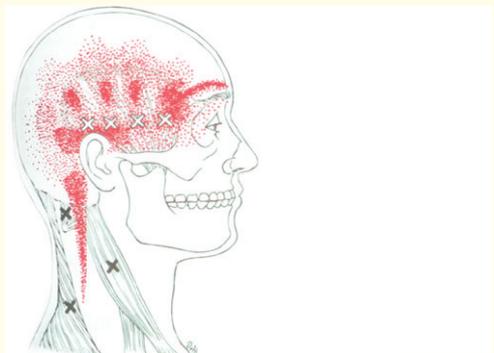


그림 3. 측두부에 통증이 발현된 연관통1.; 통증의 근원은 견부와 경부에 있다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p167)

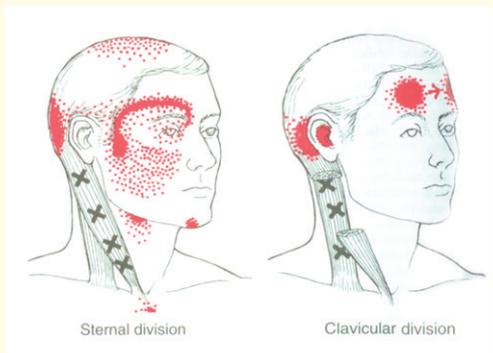


그림 4. 측두부에 통증이 발현된 연관통2.; 통증의 근원은 흉쇄유돌근에 있다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p203)

임상가를 위한 특집 1

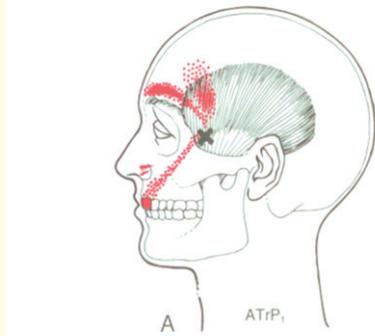


그림 5. 통증의 근원이 전측두근인 연관통; 통증은 상악전치부에서 나타난다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p237)

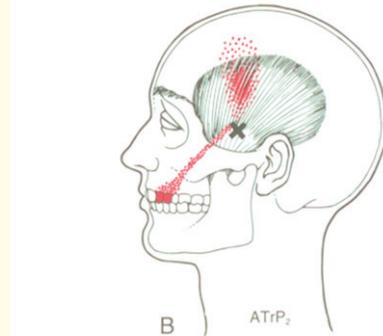


그림 6. 통증의 근원이 중측두근인 연관통; 통증은 상악견치와 소구치부위에서 나타난다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p237)

두근의 촉진시에도 통증이 증가되고, 아주 심한 경우에는 측두부를 스치기만 해도 아픈 경우가 있다. 다른 구강 내 문제와 턱관절의 이상 그리고 맥동성 두통이 아니면 긴장성 두통을 고려해야 한다.

특히 긴장성 두통의 가장 흔한 원인 중 하나가 근막 통증(myofascial pain)이기 때문에 근육에 발통점(trigger point)이 발생하면 심부 통증은 두통으로 표현되는 이소성 통증(heterotopic pain)을 유발한

다. 이런 유형의 통증은 저작계와 관련이 있기 때문에 치과 의사는 편두통과 감별하여 적절한 치료계획을 수립하고 치료에 임할 수 있는 능력이 필요하다.

IV. 긴장성 두통의 감별진단

양측 머리부위가 조이는 듯이 아프면 일단 긴장성

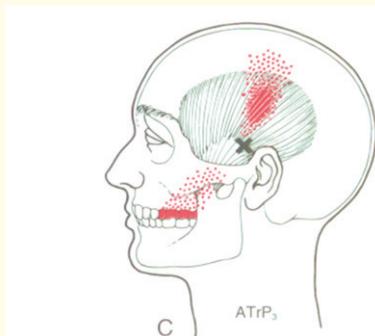


그림 7. 통증의 근원이 후측두근인 연관통; 통증은 상악구치부에서 나타난다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p237)

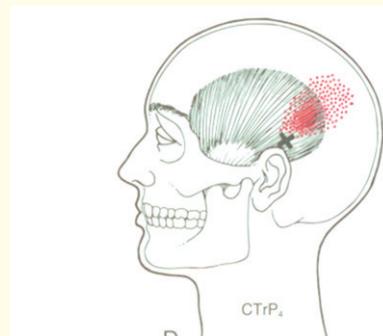


그림 8. 통증의 근원이 이부후방인 연관통; 통증은 측방후두부에서 나타난다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p237)

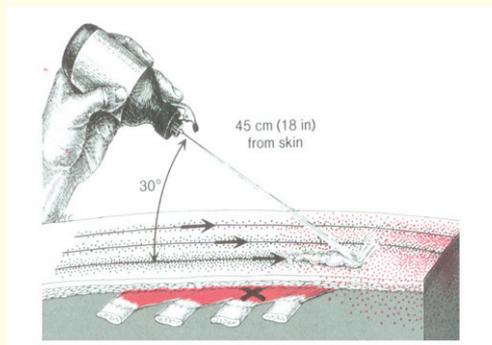


그림 9. 분사 모식도 ; 45cm의 거리와 30도 각도로 한 방향으로만 분사를 한다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction ; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p68)



그림 10. 실제로 분사하는 모습 ; 우측 상단의 약물 (ethylchloride 상품 예)을 사용해서, 환자의 눈과 귀를 가리고, 술자도 일정거리를 유지하면서 시행한다.

두통을 의심할 수 있지만, 통증의 발현 부위(site)는 측두부인데, 통증의 근원(source)이 다른 곳에 있는 경우도 있다(그림 3,4). 이런 경우에는 통증의 근원 부위를 치료해야 측두부의 통증이 없어진다.

반대로 측두부와는 상관없는 부위(site)에서 통증을 느끼지만 실제로 진료는 측두부(source)를 해야 하는 경우도 있다(그림 5,6,7,8).

이와 같이 통증의 원인 부위와 발현부위가 다른 연관통(referred pain)이 두통에도 흔히 있기 때문에 어느 부위를 치료해야 할지 잘 감별해야 한다.

V. 긴장성 두통의 치료

치과 임상에서도 시행이 가능한 물리치료는 비교적 치료의 후유증과 부작용이 적으며 시술이 쉽다는 장점을 가지고 있다. 여러 가지 치료법이 사용되고 있지만 긴장성 두통의 치료법으로 현재 치과 건강보험의 물리치료 급여항목으로 설정이 되어있는 분사신장 요법(spray and stretch technique)과 발통점 자극요법(trigger point injection; TPI)을 추천할 수 있다.

(1) 분사신장 요법

해당 부위의 근육에 비인화성이고 무독성인 냉각기화제를 사용하여 통증을 조절하는 방법으로 분사, 신장, 그리고 분사-신장의 반복이라는 3단계로 시행이 된다.

1단계 : 분사

일정한 약물 (fluorimethane, ethylchloride 등)을 일정한 거리 (피부에서 약 45cm)에서 일정한 각도 (근육 주행방향에 30도)와 일정한 방향 (기시부에서 종말부)으로 일정한 속도 (초당 10cm 진행속도)에 따라서 분사 (spray)를 한다(그림 9,10).

참고로,

약물이 환자의 눈과 귀에 들어가지 않게 하고, 술자도 가능한 분무를 흡입하지 않는 것이 좋다.

2단계 : 신장

분사 후 해당 근육을 신장(stretching)시킨다.

임상가를 위한 특집 1

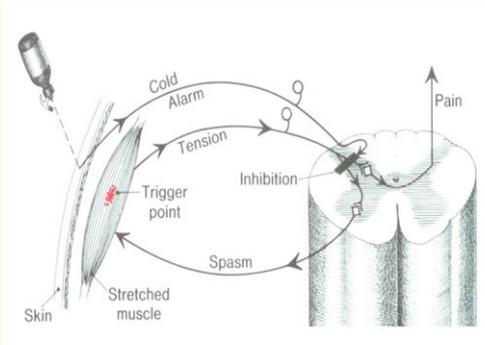


그림 11. 분사 후 신장의 개념도: 구심성 신경섬유를 자극하여 감마운동뉴런의 반사작용을 감소시킴으로써, 근육의 수동적 신장량을 증가시킨다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p72)

3단계 : 반복

신장 후 습열(moist heat)을 이용하여 피부를 따뜻하게 한 후

분사-신장을 수회 반복한다.

분사신장요법의 기전은 피부의 구심성 신경섬유를 자극하여 감마운동뉴런의 반사작용을 감소시키고, 그

로 인해 근육의 수동적 신장량을 증가시킨다(그림11).

몇 가지 금기증이 있지만 특히, 삼차신경통 환자나 포진후신경통 환자의 경우 통증에 과민하게 반응하거나 감각이 소실될 위험이 있으므로 삼가 해야 한다.

(2) 발통점 자극요법

촉진 시에 단단한 띠(taut band)로 나타나는 확인된 발통점(trigger point)에 주사바늘(needle)이나 침(acupuncture)을 사용하여 해당 부위에 약물을 주입하거나 바늘로 자극을 해서 통증을 조절하는 치료법이다.

1) 촉진으로 발통점을 찾는다(그림12,13).

2) 주사부위를 소독한 후 주사바늘이나 침을 삽입시킨다(그림 14).

3-1) (생리식염수, 진통제, 스테로이드제 등)약물을 주입하거나(그림 15)

3-2) 빈 주사기의 주사바늘(dry needle) 또는 침을 한 쪽 방향에서 수회 바늘을 넣었다 빼고(그림 16) 반대편 방향에서 다시 수회 넣었다 빼다(그림 17).

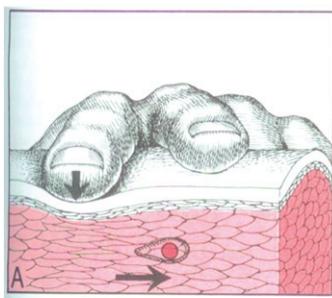


그림 12. 발통점 찾기 1. ; 단단한 띠를 촉진 후 한쪽 방향으로 모은다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p83)

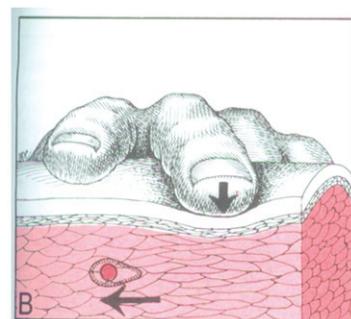


그림 13. 발통점 찾기 2. ; 한쪽은 막은 상태에서 반대편을 조이며 모은다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p83)

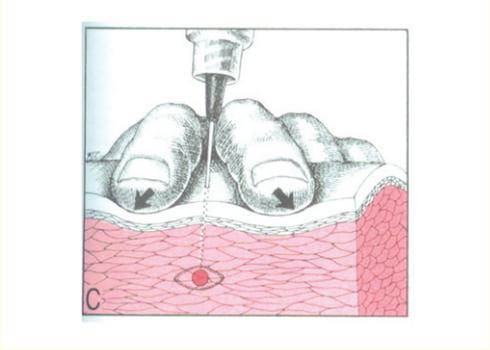


그림 14. 발통점에 자입하기 ; 양쪽에서 빠져나가지 않게 고정을 시킨 후 가운데에 자입한다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction ; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p83)

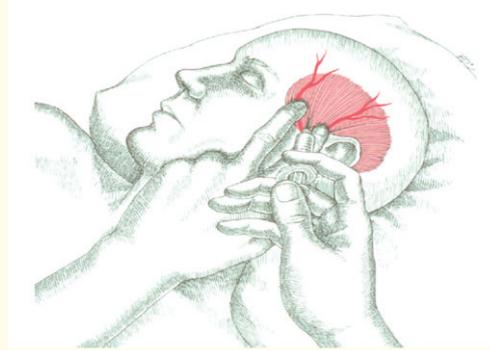


그림 15. 약물 주입 ; 해당부위에 적절한 약물을 주입한다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction ; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p245)

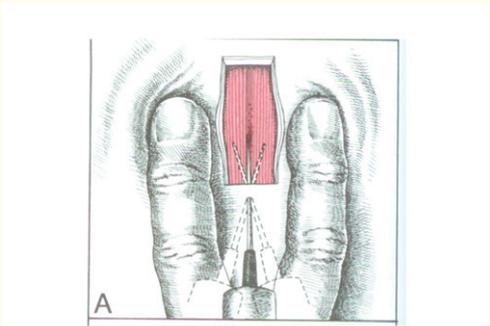


그림 16. 건침요법(dry needling) 1. ; 양 손가락으로 발통점을 고정시키고 손가락 방향에서 건침을 바로 자입하고 빼내어 양 옆으로 수회 다시 자입한다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction ; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p84)

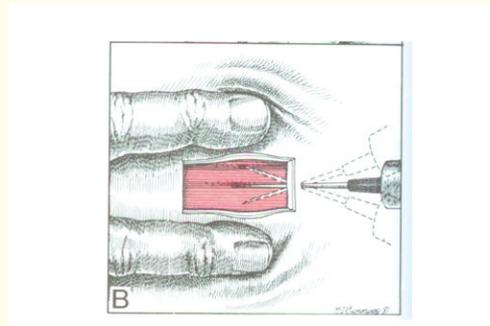


그림 17. 건침요법(dry needling) 2. ; 양 손가락으로 발통점을 고정시킨 상태에서 손가락의 반대 방향에서 건침을 바로 자입하고 빼내어 양 옆으로 수회 다시 자입한다. (From Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction ; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, p84)

VI. 결 론

두통을 주소로 내원한 환자를 치과의사가 접할 때, 먼저 치과의사가 진료를 할 수 있는 두통, 즉 긴장성 두통인지 아닌지를 감별하고, 치과와 관련된 두통이

라면 근육의 치료에 초점을 맞춰야 한다. 장치요법과 약물요법을 병행하면서 현재 치과 건강보험 급여항목으로 있는 분사신장요법과 발통점자극요법을 시행하면 긴장성 두통을 조절하는데 커다란 도움이 될 수 있다.

참 고 문 헌

- 전양현, 홍정표. 긴장성 두통. 대한치과의사협회지 2003 ; 41(9) ; 604-609.
- 이홍규, 홍정표, 전양현. 긴장성 두통의 치의학적 평가. 대한구강내과학회지 2004 ; 29(4) ; 395-406.
- 어규식, 홍정표, 전양현. 긴장성 두통과 측두하악장애의 통증을 중심으로 한 임상적 비교. 대한구강내과학회지 2004 ; 29(4) ; 353-365.
- 허기희, 김진석, 홍정표, 전양현. 긴장성 두통과 이 같이 습관의 상호관계. 대한구강내과학회지 2005 ; 30(1) ; 79-85.
- 김진석, 어규식, 이진용, 홍정표, 전양현. 측두하악관절과 저작근의 통증이 긴장성 두통에 미치는 영향. 대한구강내과학회지 2006 ; 31(4) ; 326-335.
- 오병섭, 어규식, 홍정표, 전양현. 긴장성 두통 환자에서의 측두하악부 관절-근육통의 양상. 대한구강내과학회지 2007 ; 32(1) ; 113-120.
- 고석호, 어규식, 홍정표, 전양현. 성별에 다른 측두하악장애 환자의 긴장성 두통 양상. 대한구강내과학회지 2009 ; 34(1) ; (인쇄중)
- 문경환, 어규식, 홍정표, 전양현. 연령에 다른 측두하악장애 환자의 긴장성 두통 양상. 대한구강내과학회지 2009 ; (심사중)
- Ad hoc Committee on Classification of Headache : Classification of headache. JAMA 1962 ; 179 ; 717-723.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society : Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. Cephalalgia 1988 ; 8(suppl 7) ; 1-96.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society : The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia 2004 ; 24(suppl 1) ; 1-152.
- 정성창, 김영구 외 공저. 구강안면동통과 측두하악장애. 개정판, 서울, 2006, 신희인터내셔널, 117-246.
- 전양현, 홍정표. 임상구강내과학. 초판, 서울, 2004, 경희대학교출판국, 317-372.
- 홍정표, 전양현. 구강안면통증의 이해. 초판, 서울, 2002, 상아출판사, 163-284.
- Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction; the trigger point manual, ed 2, Baltimore, 1999, Lippincott Williams & Wilkins, 67-78.
- Okeson JP. Bell's orofacial pains, ed 6, Chicago, 2005, Quintessence, 287-328.
- Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. ed 6, St. Louis, 2008, Mosby, 333-453.
- Reny de Leeuw. Orofacial Pain ; AAOP Guidelines. ed 4, Chicago, 2008, Quintessence, 71-82.