잘 낫지 않는 두통의 치료와 예방

연수강좌

조양제

연세대학교 의과대학 세브란스병원 신경과학교실

Abstract

Headache is one of the most common complaints among patients presenting to an outpatient neurological practice. The evaluation, diagnosis, and treatment of headache can be challenging even for the experienced neurologist. The first step that a physician must keep in mind when seeing the headache patient is to differentiate primary headache and secondary headache, although the latter is relatively small in number, but it needs thoughtful investigation and sometimes emergent management. After ruling out the secondary headache, the physician should make a correct diagnosis of primary headache that can be encountered in most clinical practices according to the "The International Headache Society's International Classification of Headache Disorders 2nd Edition (ICHD-2)", and appropriate treatment.

In this article, the author review some of the essential factors that are part of headache evaluation, warning signs and investigation plan of secondary headache disorders. Then I will address a brief review on the diagnosis of primary headache disorders and treatment strategies of the more common primary headache disorders focusing on migraine, tension-type headache, and chronic daily headache.

Keywords: Headache, Migraine, Tension-type headache, Chronic daily headache

Korean Journal of Family Practice
Copyrights © 2012 by The Korean Academy of Family Medicine

두통환자의 평가

1. 문진

두통 환자를 볼 때, 가장 첫 단계는 이차성 두통인지 여부를 감별진단 하는 것이다. 이차성 두통은 일반적으로 10% 이내로 그 빈도는 많지 않으나(약물과용 두통도 포함되므로), 그 원인에 따라 응급 치료를 요하는 경우도 있어서 철저한 문진과 신경학적 진찰을 통해 뇌 영상을 비롯한 추가 검사 여부를 결정하여야 한다. 흔한 이차성 두통의 원인은 표 1에 나열되어 있다. 두통 환자는 그 특성 상, 문진이 중요한데 일반적으로 의사들이 문진을 통해 이차성 두통임을 반드시 의심해야 할 사항은 50세 이상의 환자에서 처음 발병한 경우, 외상 후 두통, 난생 처음(first) 겪어본 두통, 이전과는 완전히 다른 양상의(new) 두통, 겪어본 최악의(worst) 두통, 점점 심해지는 두통, 특정 상황에서 유발되는 두통이 그 예이다. 이런 환자들은 추가 병력 조사를 해서 최근 외상의 병력이 있는지, 암이나 자가면역질환 같은 병력이 있는지, 특정 약물을 새로이 복용하거나 변경한 적이 있는지를 조사하여야 한다. 진찰 상 이상 신경학적 징후가 있으면 당연히 이차성 두통을 의심하여야 한다.[1,2]

이와 같이 두통의 진단을 위해서는 두통의 양상에 대해 철저한 문진을 요구하게 된다. 신경과 의사들이 반드시 평가하는 대표적 항목을 중요 순으로 나열하면, 발병 나이 및 성별, 두통의 지속 시간, 두통의 빈도(삽화성인지 지속성인지를 포함하여), 두통의 양상(부위, 심한 정도, 양상), 동반 증상, 악화 및 호전 요인 및 그 시간대 등이다. 그 후에 과거 병력, 가족력, 약물 복용력(저자는 반드시 처방전을 확인한다), 감정 및 수면 상태를 확인하여야 대체적인 진단을 할 수 있게 된다. 편두통이나, 군집성 두통의 경우 젊은 나이에서 많이 발병하며, 반대로 긴장성 두통은 중년 여성에서 더 많은 것으로 알려져 있다. 두통의 지속 시간 또한 매우 중요한데, International

표 1. 흔한 이차성 두통의 원인.[1)]

Causes	Exmaples
Cerebrovascular diseases	Carotid or vertebral artery dissension, cerebral venous sinus thrombosis, arteriovenous malformations, subdural hematoma, giant cell arteritis
Altered CSF dynamics	Idiopathic intracranial hypertension, hydrocephalus, spontaneous CSF leak (intracranial hypotension)
Intracranial space-occupying lesion	Neoplasm, abscess, subdural hemorrhage
Infection	Meningitis, encephalitis, abscess, sinusitis
Trauma	Sub-/epidural hemorrhage
Musculoskeletal	Cervical spine disorders, temporomandibular joint disorders
Medications	Medication overuse headache

표 2. 비전조성 편두통의 진단기준.[3)]

Migraine without aura
A. At least five attacks fulfilling criteria B-D
B. Headache attacks lasting 4－72 hours (untreated or unsuccessfully treated)
C. Headache has at least two of the following characteristics:
Unilateral location
Pulsating quality
Moderate or severe pain intensity
Aggravation by or causing avoidance of routine physical activity (e.g., walking or climbing stairs)
D. During headache at least one of the following:
Nausea and/or vomiting
Photophobia and phonophobia
E. Not attributed to another disorder

Headache Society's International Classification of Headache Disorders 2nd Edition (ICHD-2, 2004)[3] 에 따르면, 편두통은 4－72시간 정도 지속되는 반면, 군집성 두통은 15분에서 3시간 이내 이다. 반면 SUNCT (short-acting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing)나 occipital neuralgia의 경우 1분에서 수초의 매우 짧은 지속 시간을 가진다. 이러한 일차성 두통의 경우 그 빈도에 따라 1달에 15일 이상 지속되는 경우 만성 매일 두통(chronic daily headache)으로 분류할 수 있으며, 이러한 분류에 해당하는 두통은 진단 기준이 다를뿐더러 치료방법도 달리하여야 한다.

2. 신체 검사 및 뇌영상 검사

두통을 호소하는 환자 들은 일반적 신체 검사 이외에 신경학적 검사가 반드시 필요하다. 특히 뇌압 상승 여부를 알아보기 위해 fundoscopy로 papilledema를 확인하는 것은 유용한 방법이다(신경과 의사들의 필수 도구 중의 하나이다). 머리와 얼굴, 목, 어깨를 만져보아서 압점이 있는지, 수포성 병변이 있는지, 또는 열감이 있어 국소 염증이 있는지 반드시 알아보아야 한다. 또한 경부강직이 있는지를 반드시 검사하여야 하며, 후두부 신경통(occipital neuralgia)의 경우, 두드려서 신경통이 유발되는지(Tinel sign) 확인하여야 한다. 일반적으로 뇌영상은 모든 두통 환자에서 일률적으로 시행할 필요는 없을 것이다. 하지만 전술한대로 이차성 두통이 의심되는 경우, 반드시 뇌영상을 시행할 것을 권유한다.[1,2)]

흔한 일차성 두통의 진단과 치료

1. 편두통

편두통은 전체 유병률이 6－12%, 여성은 18%, 남성은 6%까지 보고되는 매우 흔한 일차성 두통이다. 흔히 전조의 유무에 따라 migraine without aura와 migraine with aura로 분류하며(표 2), 전자가 약 70－80% 정도이다. 통상적인 편두통은 삽화성 편두통(episodic migraine), 유병 기간에 따라 3개월 이상, 1달에 15일 이상 두통이 있으면서(1달의 반), 그 중 8일 이상의 편두통 기준에 합당하는 두통(15일의 반)이 있으며 triptan이나, ergot에 반응이 있는 경우 만성 편두통(chronic migraine)으로 진단한다.[1-4)] 편두통은 대개 오랜 유병기간을 가지므로, 1주에 2일 이상 진통제를 복용한다면, 약물과 용두통의 가능성을 항상 의심하여야 한다. 편두통의 치료는 급성기 치료(abortive treatment)와 예방적 치료로 나뉘며 아직까지 약물치료가 주된 치료이다. 급성기 치료 약물로는 NSAIDs, 진토제, triptan제제, ergotamine제제 등이 널리 쓰인다. 일반적으로 두통의 강도가 아주 심하지 않다면 단일 NSAIDs나

aspirin (600 mg 이상), acetaminophen (2000 mg 이상)으로 시작한다. 하지만 두통의 강도가 너무 심한 경우, triptan을 투여하는 것이 좋다. 각각의 triptan 약물은 그 특성이 다르므로 한가지 약물에 성공하지 못하면 다른 약물로 바꿔볼 수 있다. Triptan은 협심증, 뇌졸중, 말초 혈관병의 병력을 가진 환자에선 피하여야 하며, SSRI나 SNRI와 같은 세로토닌계 항우울제를 복용하는 경우, 절대 금기는 아니나 세로토닌 증후군의 가능성을 염두에 두면서 조심해서 써야 한다. 한 달에 5회 이상 편두통 삽화가 있거나, 그 강도가 심해 일상생활에 장애가 있는 경우, 예방적 요법을 사용한다. 특히 약물 과용이 의심되는 경우, 반드시 고려하도록 한다. 대표적 약물로는 propranolol을 비롯한 β-blockers, topiramate나 divalproex sodium과 같은 항간질약물, 그리고 TCA 계통이 있다. 각 약물 마다 특유의 부작용과 또 장점이 있으므로 환자의 상황에 맞춰서 사용하여야 한다. 예방 요법의 목표는 두통을 완치하는 것이 아니라 증상을 경감하고 빈도를 낮추는 것임을 잘 교육하여야 하며, 최소 3개월에서 1년 정도 사용하는 것이 보편적이다.[1,2,4,5] 최근 만성 편두통에서 botulinum type A toxin 주사치료가 효과적인 예방치료임이 입증되었으며,[6] 하지만 아직 다른 두통에서는 그 효과가 입증되지는 못했다.

2. 긴장성 두통

가장 흔한 일차성 두통으로 평생 유병률이 약 70－80%에 달한다. 양측성이며, 30분에서 7일 까지 지속되고 대개 누르거나 조이는 듯한 두통을 특징으로 한다. 강도는 약하며 움직일 때 악화되지 않는 것이 중요 감별요인이다. 1년에 12회 미만으로 발생할 때 삽화성 긴장성 두통이라 하며, 역시 1달에 15일 이상 아플 때 만성 긴장성 두통이라 한다. 진단기준에는 없으나 두개, 목, 어깨에 흔히 압점이 있다.[1,2] 급성기 치료는 NSAIDs를 사용하며 효과적이지만 triptan이나 ergotamine은 별 효과가 없다. 예방적 치료는 일반적으로 사용하지 않으나, 그 증상이 심하고 자주 있으면 사용한다. 대표적인 약물은 TCA이다.[7] 그 외 사용할 수 있는 약물로서는 topiramate, divalproex sodium, mirtazapine, tizanidine 등이 있으나 botulinum toxin은 그 효과가 없는 것으로 나타났다. 하지만 압점에 직접 주사하는 TPI (trigger point injection)는 효과가 있다.[1,2]

3. 만성매일두통(chronic daily headache)

약 4－5%의 환자들이 앓는 것으로 보고되고 있으며, 이 분류에 해당하는 대표적인 것은 chronic migraine, chronic tension-type headache, hemicrania continua, 그리고 new daily persistent headache 등이 있다. 가장 흔한 것은 만성 편두통과 긴장성 두통이다. 만성매일두통의 치료에 여러 약물을 사용해 볼 수 있으나, 그 효과가 이중맹검연구로 입증된 것은 topiramate, divalproex sodium, gabapentin, tizanidine, botulinum toxin 밖에 없다.[8,9] 적은 수에서 amitriptyline이나 fluoxetine이 효과가 있다는 주장도 있다. 약물과용두통은 가장 치료가 어려운 두통의 하나로 약 1－1.4%가 앓고 있으며, 통상적인 급성기 치료 및 예방치료로는 효과가 없다. 치료원칙은 무조건 약물을 중단하는 것이다. 극심한 rebound 두통이 올 수 있으므로 때로는 입원해서 치료하기도 한다. 대개 급격한 중단이 더 효과적이라는 보고가 많으며, NSAIDs등으로 증상을 조절해 볼 수 있다. 이러한 약물 중단 치료와 더불어 대개 예방적 요법을 동시에 시작하는 경우가 많다. 재발은 5년 이내에 약 40%가 다시 경험하는 것으로 보고되어 있다.[9]

REFERENCES

1. Mathew P and Garza I. Headache. Semin Neurol 2011;31: 5-17.
2. Mathew P, Peterlin B. Tension-type headache. In: Jay GW ed. Clinician's Guide to Chronic Headache and Facial Pain. New York: Informa Healthcare; 2010:16-26.
3. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004;24(S1): 9-160.
4. Lipton RB, Diamond S, Reed M, Diamond ML, Stewart WF. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. Headache 2001;41(7):638-45.
5. Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB. Triptans (serotonin, 5-HT1B/1D agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. Cephalalgia 2002;22(8):633-58.
6. Mathew NT, Jaffri SF. A double-blind comparison of onabotulinumtoxinA (BOTOX) and topiramate (TOPAMAX) for the prophylactic treatment of chronic migraine: a pilot study. Headache 2009;49(10):1466-78.
7. Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial

tenderness in patients with chronic tension-type headache. Cephalalgia 2000;20(6):603-10.
8. Saper JR, Lake AE III, Cantrell DT, Winner PK, White JR. Chronic daily headache prophylaxis with tizanidine: a doubleblind, placebo-controlled, multicenter outcome study. Headache 2002;42(6):470-82.
9. Garza I, Schwedt TJ. Diagnosis and management of chronic daily headache. Semin Neurol 2010;30(2):154-66.