경추 기원성 두통과 이명을 호소하는 환자 1례 증례보고

전형준, 지현우*

본아한의원 관악점

A Case Report of a Patient Complaining of Cervicogenic Headache and Tinnitus treated by Acupuncture and Chuna Manual Therapy

Hyoun-June Jeon, Hyun-Woo Jee*

Bona Korean Medicine Clinic, Gwanakgu, Seoul, Korea

Received November 6, 2021

Revised December 3, 2021

Accepted December 9, 2021

*Corresponding Author

Hyun-Woo Jee

Bona Korean Medicine Clinic, 1619-1
Nambusunhwan-ro, Gwanak-gu, Seoul
08754, Korea

Tel: +82-0507-1379-7585

Fax: +82-2-875-7584

E-mail: aidenjee@naver.com

The aim of this study was to report the effect of acupuncture and Chuna manual therapy on a cervicogenic headache and tinnitus. A 61-year-old male who was suffered from right tinnitus with chronic headache and cervical pain. The patient was treated with Korean medicine therapy, including the acupuncture and Chuna manual therapy. Treatment progress was assessed using the numeric rating scale (NRS) and Digital Infrared Thermographic Imaging (D.I.T.I). For 8 weeks, the patient visited 12 times and were treated with acupuncture, liquid acupuncture and chuna therapy. After treatment, significant improvements of tinnitus, neck pain and headache were shown. Numeric rating scales of tinnitus were decreased from 8 to 1. NRS of neck pain were decreased from 8 to 2 and the frequency of headaches in patients decreased after 8 weeks treatment. This improvement might suggest the feasibility of acupuncture and chuna therapy on cervical muscles to alleviate tinnitus. Korean medicine treatment, including acupuncture and chuna therapy might be a recommended therapeutic option for cervicogenic headache and tinnitus.

Keywords: Case report, Acupuncture, Chuna manual therapy, Cervicogenic headache, Tinnitus, Cervical pain, Traditional Korean Medicine

INTRODUCTION

두통(headache)은 일생에 한 번 이상은 대부분의 사람들이 경험하는 증상으로, 일차성 두통 및 이차성 두통으로 분류한다. 원발성으로 생기는 일차성 두통의 경우에는 긴장성 두통·군발 두통·편두통 등이 있다¹⁾. 다른 원인에 의해 생기는 이차성 두통은 경추부 장애로 인한 경추성 두통(Cervicogenic Headache)이 있다²⁾. 경추성 두통의 경우 경추 부위의 개선으로 통증이 현저히 줄어들며, 경추의 추체 및 디스크, 주변 연부조직에 문제가 생기면서 나타나는 두통을 말한다²⁾. 경추성 두통은 외상으로 가장 많이 발생하며, 잘못된 자세로 인한 근육의 긴장 또는 추간판 탈출증이나 척추관 협착증에 의해 발생한다³⁾.

이명(tinnitus)은 귀나 머리에서 소음이 들리는 것으로, 외부에 청각적인 자극이 없는 상황임에도 소리가 들리는 주관적인 느낌을 말한다. 이과(耳科) 영역에 있어 중요한 증상 중 하나로 많은 연구가 진행되어왔으나, 원인이나 기전에 있어서 뚜렷하게 밝혀진 것이 없어 치료가 어렵고 다양한 치료법에 비해 치료 효과는 뚜렷하지 않아 어려운 난치병으로 여겨지고 있다⁴⁾.

최근에는 복잡한 사회생활이 진행되며 증가하는 스트레스와 주변 소음의 증가, 음향기기 사용의 증가, 노령 인구의 증가, 불규칙한 생활습관 및 식습관 등 이명을 유발시키는 인자들이 증가하고 있다. 국내에서도 최근 들어 이명의 유병률이 증가하는 추세라고 보고되고 있다⁵⁾. 2010년에 발표된 Yeo의 연구에 의하면 이명의 증상을 가지고 있는 인구가 전체의 32% 정도 되며, 이명으로 고통받는 인구는 6% 정도 되고, 그 중 1%

정도는 일상생활에 어려움을 겪고 있다⁶⁾.

경추성 두통과 이명의 치료에 있어서 여러 연구가 계속 보고되고 있다. 경추성 두통에 대한 침치료 또는 추나치료 등의 한의학적 치료 연구가 보고되고 있으며^{7,8)}, 경추성 이명에 대한 연구도 활발히 보고되고 있다^{9,10)}.

황¹¹⁾은 이명 치료에 있어서 침과 한약 이외에 추나요법을 병행해 10-15%정도 치료 상승률을 보이며 새로운 접근 방안이 필요하다고 하였다. 또한 주¹²⁾는 교근(Masseter) 또는 흉쇄 유돌근(Sternocleidomastoid)의 통증 유발점의 동반증상으로 이명과 청력감소가 생긴다고 접근하였고, 정¹³⁾은 이명이 한 쪽 귀에 나타나면 교근의 문제로, 양측성인 경우에는 전체적인 근육의 문제로 접근해야 한다고 보았다.

신¹⁴⁾ 등의 systematic review에 의하면 경추성 두통에 있어서 경추 장애의 개선을 위한 추나 치료가 유효할 것으로 보이나 경추성 두통에 추나를 적용한 국내 연구는 부족한 편이다. 또한 경추성 두통과 이명을 함께 치료한 경우를 보고한 연구는 더욱 부족하다.

이번 증례에서 경추성으로 판단되는 두통과 일측성 이명 환자에게 추나 치료와 함께 침치료 및 약침치료를 통하여 두통과 이명이 함께 호전되는 유의미한 임상결과를 얻었기에 이에 보고한다.

CASE REPORT

1. 대상환자 정보 및 동의

상기 환자는 61세 남성 환자로 2021년 1월경 경추통과 두통이 발생하였으며, 같은 해 2월경 이명 또한 병발한 자로 본원에 한의치료 위해 내원하였다. 본 증례보고는 후향적 의무기록 분석 방식으로 연구의 출판 및 개인정보 보호에 대해 환자의 동의를 얻고 진행한다.

2. 환자의 증상과 병력 그리고 진단적 평가

환자는 61세 남성 환자로 2021년 1월부터 생긴 경향통과 두통을 주로 호소하며, 두통의 양상은 뒷머리 쪽으로 지끈거리는 통증이다. 이명은 같은해 2월경 발생하였으며 발농사를 할 때 증상이 심해진다고 호소한다. 이명의 경우 이비인후과 외래 치료를 통해 약물치료를 시도하였으나 호전이 크게 없었고, 도수 치료에도 큰 효과를 보지 못했다.

본원에서는 환자의 경추통, 두통 및 이명 증상 평가를 위해 시각상사척도(Numeric rating scale; NRS)를 활용하였으며, 환자의 증상에 대해 경추성 문제를 평가하고자 적외선 체열 진단기(Digital Infrared Thermographic Imaging; D.I.T.I MESGH T-1000, Korea)를 사용하였다(Fig. 1).

환자는 초진 시 경추 신전각도 35도 정도로 관절가동범위에 제한이 발생한 상태였으며, 경추 우측 측굴 제한 및 측굴 시 우측 측경부 통증이 관찰되었다. 환자의 경추 2번 극돌기에서 압통 및 우측 후관절 부위 경결 및 통증이 관찰되었으며, 양측 상부승모근, 두판상근, 대후두직근, 소후두직근 부착부, 상두사근 부착부에서 압통이 관찰되었다.

3. 치료적 중재

1) 침 치료

환자의 증상에 대한 침 치료는 동방침구제작소의 stainless steel needle (0.25×40 mm) 일회용 멸균침을 사용하였으며, 자침의 심도는 경혈 부위에 따라 5-20 mm로 하였다. 침 치료는 혈자리로는 완골(完骨, GB12), 풍지(風池, GB20), 풍부(風府, GV16), 견정(肩井, GV16) 및 경추의 夾脊穴을 이용하였다. 해부학적으로 보면 경추 좌우 후관절 경결부위와 양측 소후두직근, 대후두직근, 상두사근 부착부와 두판상근, 상부승모근에 자침하였고, 약 20분 가량 유침하였다.

2) 약침 치료

환자의 증상에 대한 약침치료는 자연생탕전실에서 제조한 세신 약침(7.5%) 2 cc를 일회용 주사기를 사용해 주입하였다.

Figure 1. Digital infrared thermographic image of body before treatment (2021-06-23).

약침 치료의 혈자리는 완골(完骨, GB12), 천주(天柱, BL10), 견정(肩井, GV16)에 균등하게 나누어 시행하였다. 또한 경추 좌우 후관절 경결 부위 및 압통점 부위에 시행하였다.

3) 추나 치료

환자의 증상에 대한 추나 치료는 양와위 경추 교정기법으로 정골기법을 사용하였고, 경추 부위를 고속-저진폭으로 교정하였다. 또한 양와위 흉추 교정기법을 통해서 하부 흉추에서부터 상부 흉추까지 교정하였다.

4. 치료 결과와 추적 관찰 결과

환자는 8주 동안 12차례 방문하여 침, 약침, 추나 치료를 받았다. 치료 경과에 Table 1에 표기하였다. 환자는 초진 시 두통과 이명, 경향통은 NRS 8로 호소하였으나, 치료 2회 차부터 경추 가동범위에 호전을 보이면서 두통과 경향통이 호전되었고 이명도 개선되었다. 두통과 이명은 9번째 치료 후 NRS 1로 호소해 크게 호전되었다. 경향통의 경우 치료 기간 중간에 환자가 농사일을 다시 시작하면서 7번째 치료 후 경향통이 증가

하는 소견을 보였으나 9번째 치료 후에 다시 줄어드는 모습을 보였고 10회 차에는 NRS 2까지 떨어졌다. 이후 환자가 농사일을 다시 하는 동안 두통과 이명이 악화되지 않았다. 치료 기간 동안 환자에게서 침 치료, 추나 치료로 인한 이상반응이나 부작용은 관찰되지 않았다(Fig. 2).

DISCUSSION

두통의 경우 Sjaastad는 경추성 두통을 경추 또는 후두에 위치한 통각 수용 구조물에서 발생하는 임상적 두통 증후군이라고 하였다¹⁵⁾. 이는 평소 나쁜 자세로 인하거나 편타성 손상, 경추부의 외상 등으로 인하여 발생할 수 있으며 그로 인해 경추부의 운동 제한을 동반한 머리로 뻗어 올라가는 둔통이나 견인통 등이 일측에서 발생하며 수분에서 며칠간 증상이 나타날 수 있다¹⁶⁾. 경추성 두통의 경우 약물치료로 진통제, 항경련제 등을 사용하고 있는데, 환자마다 약물반응이 달라 비특이적이다. Droz 등은 후향적 연구로 332명을 대상으로 도수요법을 시행하였으며 대상자 80%에서 75% 이상의 증상 호전을, 7%에서 변화가 없거나 악화되었다고 보고하였다¹⁷⁾.

이명은 주관적 이명과 객관적 이명으로 분류할 수 있다. 주관적 이명의 경우에는 외부 관찰자는 인지하지 못하고 본인만 소리를 인지하는 경우를 말하며, 객관적 이명의 경우에는 체성 소리 자극(혈관음, 근수축 등)에 의해 발생하므로 외부 관찰자가 감지할 수 있는 이명을 말한다. 2018년도에 발표된 주관적 이명의 자연경과에 관한 메타분석 결과를 보면 시간이 지나면서 전반적인 이명의 심각도는 어느 정도 개선을 보이지만, 이명의 강도와 함께 우울감·불안증 등 정서적 측면은 개선되지 않았다고 보고하였다¹⁸⁾. 경추부의 문제와 이명의 연관성에 대해서 Michiels는 선별된 만성 이명 환자 중 43%가 경추성 이명 환자라고 보고하였다¹⁹⁾.

본 증례의 환자는 경추성 두통 및 이명, 경향통을 동반한 환자로서 진찰상 경추 2번 우측 후관절 부위 압통과 경결점이 있었고, 우측으로 일측성 이명이 나타나며, 경향통과 두통을 가지고 있다. 또한 관절가동범위를 확인하였을 때 경추 신전에

Table 1. Process in patient diagnosed cervicogenic tinnitus and headache

Visit	Treatment process
Visit 1	Treatment start
Visit 2	Rt. tinnitus NRS 8→7 Neck pain 8→7 Headache NRS 8→7 Cervical extension 35°→50°
Visit 3	No change
Visit 4	Rt. tinnitus NRS 7→5 Neck pain 7→5 Headache NRS 7→5
Visit 5	No change
Visit 6	Rt. tinnitus NRS 5→4 Neck pain 5→3 Headache NRS 5→3
Visit 7	Neck pain 3→5
Visit 8	Rt. tinnitus NRS 4→2 Cervical extension 50°→65°
Visit 9	Rt. tinnitus NRS 2→1 Neck pain 5→3 Headache NRS 3→1
Visit 10	Neck pain 3→2
Visit 11	No change
Visit 12	No change

Figure 2. NRS of tinnitus, neck pain and headache.

제한이 있었고, 두판상근·후두하근·상부 승모근 등 경추 주변 근육에 압통이 있었으며, 적외선체열진단 검사상 뒷목 부위와 우측 옆 목이 붉게 나타남을 확인하였다. 또한 환자의 병력상 과거 이비인후과에서 이과(耳科)검사를 시행하고, 약물치료로 호전이 안 되는 점을 보아 선행 연구들을 참고하였을 때, 환자의 경추부 문제가 이명 증상에 영향을 미쳤다고 연구진은 판단하고 있다.

본 연구진은 경추 부위의 구조적인 원인 제거를 통해 환자의 증상이 호전될 것으로 판단하였으며 추나 치료를 시행하여 환자의 경추성 두통, 경항통, 이명을 개선하였다. 특히 침 치료 및 약침 치료에 있어서 이명에 자주 사용하는 귀 주위 혈자리인 청궁(SI 19)와 예풍(TE 17) 등을 사용하지 않고 경추부 치료를 통해 환자의 이명이 호전되었다는 점에서 본 연구가 가지는 의의가 있다.

본 연구는 경추성 두통, 경항통과 이명에 대한 한의치료의 효과에 대해 유의미한 임상결과를 얻었지만 한계가 존재한다. 첫째, 진료 시 보이는 소견으로만 진단을 하고 치료를 하였기에 대증 치료의 결과만 관찰을 하게 되었다. 둘째, 침 치료와 약침 치료 및 추나 치료가 동시에 적용되었기 때문에 환자 증상 개선에 있어서 단일 중재의 효과를 명확히 파악하기 힘들다는 한계가 있다. 셋째, 본 연구는 증례보고 연구로, 후향적 보고 성격을 띄는 본 연구의 설계 상 임상 효과에 대해 명확한 결론을 내리기에는 한계점이 있다. 본 연구진은 향후 추가 증례 보고를 통해서 경추성 두통, 경항통과 이명에 대한 한의치료의 효과에 대해 지속적으로 연구하고자 한다.

CONCLUSION

61세 남성 환자에 대하여 12회에 걸쳐 약 두 달간 한방 치료를 시행하였다. 경추 부위 침 치료와 약침치료 및 추나 교정을 실시하였고, 이를 통해 두통과 이명 환자를 치료하여 양호한 임상 결과를 얻었다. 본 연구는 단일 사례에 대한 증례보고이므로 결과를 일반화 할 수 없다. 따라서 관련 주제에 대한 임상연구가 지속적으로 이루어져야 한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

ORCID

Hyoung-June Jeon, <https://orcid.org/0000-0002-6196-5530>
Hyun-Woo Jee, <https://orcid.org/0000-0002-5534-7613>

REFERENCES

1. Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine Society. Acupuncture and Moxibustion Medicine. 3rd ed. Seoul:Jipmoondang. 2012:770-3.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
3. Ha YL. Headache Clinic. Seoul:Korea medical book publishing Co. 1995;56:234-5.
4. Yeo SG. Review: Treatment of tinnitus for primary care physicians. Korean Journal of Family Practice. 2001; 22(2):159-68.
5. Lee HM, Han KD, Kong SK, Nam EC, Park SN, Shim HJ, et al. Epidemiology of Clinically Significant Tinnitus: A 10-Year Trend From Nationwide Health Claims Data in South Korea. Otol Neurotol 2018;39(6):680-7.
6. Yeo SG. Recent pharmacologic treatment for tinnitus. Kyung Hee tinnitus seminar. 2010;50-63. Seoul, Republic of Korea.
7. Yun SH, Jung WS, Cho SH, Cho HS. The Clinical Study for Chuna Treatment on Patients with Cervicogenic Headache Caused by Traffic Accident. J Oriental Rehab Med. 2012;22(2):165-75.
8. Park MY, Kim SH, Lee SM. The Case Report of Posterior Headache Caused by Traffic Accident Treated with Musculoskeletal Ultrasound-guided Acupotomy Therapy. The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine Society. 2011;28(2):165-72.
9. Wyant GM. Chronic pain syndromes and their treatment. II. Trigger points. Can Anaesth Soc J. 1979;26(3):216-9.
10. Tjell C, Tenenbaum A, Rosenhall U. Auditory function in whiplash-associated disorders. Scand Audiol. 1999;28(4):203-9.
11. Hwang JO. A New Approach to Tinnitus Treatment. 19th Korean Medicine Conference. 1997;32-4. Seoul, Republic of Korea.
12. Joo JH, Ok KH Treatment of musculoskeletal pain. Paju:Koonja Publishing Co. 1995:38-43,56-61.
13. Jung HW, Park HS. Myofascial Pain Syndrome Series. Seou:Iljung publishing Co. 1999:77.
14. Kim SH, Han KI, Jeon YT, Ko YS, Lee JH. Systematic Review of Chuna Manual Therapy for Cervicogenic Headache. The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine

- for Spine & Nerves. 2017;12(1):1-12.
15. Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, Breivik H, Grønbaek E. "Cervicogenic" headache. An hypothesis. *Cephalalgia*. 1983;3(4):249-56.
 16. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group. *Headache*. 1998;38(6):442-5.
 17. Browning JE. Chiropractic distractive decompression in treating pelvic pain and multiple system pelvic organic dysfunction. *J Manipulative Physiol Ther*. 1989;12:265-74.
 18. Phillips JS, McFerran DJ, Hall DA, Hoare DJ. The natural history of subjective tinnitus in adults: A systematic review and meta-analysis of no-intervention periods in controlled trials. *Laryngoscope*. 2018;128(1):217-27.
 19. Michiels S, De Hertogh W, Truijen S, Van de Heyning P. Cervical spine dysfunctions in patients with chronic subjective tinnitus. *Otol Neurotol*. 2015;36(4):741e5.