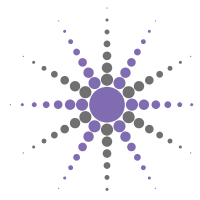
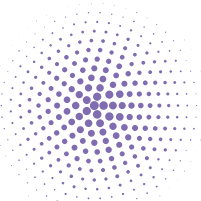
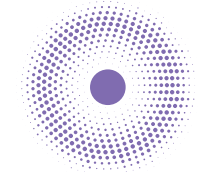
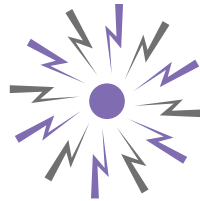
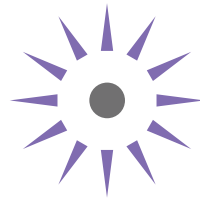


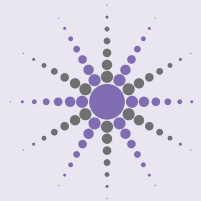
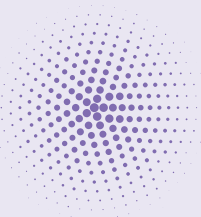
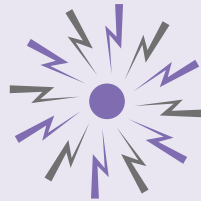
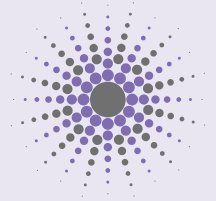
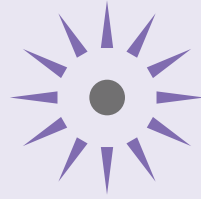
두통 진료지침 요약본

기존 근거의 체계적 검토 및 합성을 통한
두통 진료지침



두통 진료지침 요약본

기존 근거의 체계적 검토 및 합성을 통한
두통 진료지침



요약문

‘기존 근거의 체계적 검토 및 합성을 통한 두통 진료지침’ 개발연구는 만 19세 이상 성인 남녀의 긴장형 두통, 편두통, 군발두통, 약물과용두통의 평가, 진단 및 치료에 대한 근거중심의 지침을 제공하고자 시행되었다. 두통 진료지침 개발의 목적은 두통질환의 진단과 치료의 적절성을 향상시키고, 결과적으로 환자의 통증 조절 및 삶의 질 향상으로 이어지도록 하는 것이다. 이 진료지침의 사용자는 일반의 및 관련과 전문의(정신건강의학과, 신경과, 신경외과, 가정의학과 등)이다. 본 지침 개발연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건의료기술연구개발사업 지원에 의하여 이루어졌으며(과제고유번호: HC17C0117), 한국정신신체의학회가 개발하였다.

두통 진료지침은 ADAPTE Collaboration 조직이 제시한 수용개발 방법에 따라 개발되었다. 우선, 두통의 평가, 진단 및 치료와 관련한 총 13개의 핵심질문이 선정되었다. 체계적 근거 검색 과정에서 긴장형두통, 편두통, 군발두통, 약물과용두통 중 1가지 이상의 두통질환을 다루는 지침을 검색하였으며, 선정기준으로는 근거 중심의 진료지침, 최근 5년 이내의 근거를 포함하는 최신 진료 지침(개발 혹은 갱신 시 2012년 11월 이후의 근거를 포함하는 진료 지침), 영문 혹은 한글로 작성된 진료지침, 발행 기관이 학회 혹은 정부기관인 지침으로 정하였다. 또한 진단기준의 통일성을 위하여 정확한 진단기준을 명시한 지침만을 선택하였으며, 개정판이 있는 경우 최신판을 선정하였다. 선별된 5개의 진료지침을 대상으로 Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II 도구를 이용하여 진료지침의 질 평가를 시행하고, 그 외에도 최신성, 내용, 수용성/적용성 등 여러 가지 측면을 평가하였다. 그 결과, 최종적으로 1개의 진료지침을 수용개발의 대상으로 선정하였으며, National Institute for Health and Care Excellence(NICE)에서 발행한 ‘Headaches in over 12s: diagnosis and management, 2012 (2015 개정판)’이 이에 해당한다. 수용개발 과정의 최종 결과물은 13개의 핵심질문에 대한 총 39개의 권고안이다. 권고문에는 근거 수준 및 권고등급, 근거요약, 권고 고려사항(서로 다른 결과들의 상대적 가치, 임상적 이득과 위해, 경제적 고려사항, 국내 수용성과 적용성, 기타 고려사항 등), 참고문헌이 포함된다. 본 진료지침에서는 수용개발의 대상이 된 NICE의 지침에서 사용한 GRADE(the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) 방법론을 수용하여, 근거수준을 HIGH, MODERATE, LOW, 혹은 VERY LOW로 제시하였다. 또한 권고등급은 시행하는 것을 ‘권고한다’ - 시행하는 것을 ‘고려한다’ - 시행하지 ‘말 것을 고려한다’ - 시행하지 ‘말 것을 권고한다’의 4단계로 제시하였다. 권고의 최종화 과정에서는 검토 위원회를 대상으로 권고문 초안에 대한 동의정도를 조사하는 전문가 패널조사(델파이 방식)를 실시하였다.

이번 지침 개발 연구를 통하여, 기존 근거의 체계적 검토 및 합성을 통한 두통 진료지침의 개발을 완료하였다. 두통 진료지침이 본 목적에 맞게, 두통질환의 진단과 치료의 적절성을 향상시키고, 환자의 통증 조절 및 삶의 질 향상을 가져올 수 있기를 기대한다. 개발된 권고안이 실제 임상 현장에 적용되어야 궁극적인 지침의 목적을 달성할 수 있으므로, 후속활동으로 지침 사용 모니터링 및 권고안의 적용성 평가 등을 제안하는 바이다.

진료지침의 사용자 및 사용자의 책임

본 진료지침의 사용자는 일반의 및 관련과 전문의(정신건강의학과, 신경과, 신경외과, 가정의학과 등)이다. 단, 지침의 사용자는 본 진료지침이 발간 시점에서 기존 근거를 바탕으로 한 평가 및 진료행위를 권장할지라도, 개별적인 환자 사례에 따른 의사의 판단을 완전히 대신할 수는 없다는 것을 유념해야 한다.

근거수준 및 권고등급 결정체계

본 두통 진료지침에서는 충분한 검토 후에, 수용개발의 대상이 된 NICE 지침에서 사용한 GRADE(the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) 방법론을 수용하기로 결정하였다.

NICE 지침에서 사용한 GRADE 방법은 다음과 같다.

(1) 연구 디자인에 따라 질 점수 평가를 시행한다. 무작위대조시험(randomized controlled trial, RCT)은 HIGH로 채점하고, 관찰연구(observational study)는 LOW, 대조군이 없는 환자군 연구(case series)는 LOW 또는 VERY LOW로 채점한다.

(2) 점수는 연구의 제한점(study limitations), 비일관성(inconsistency), 간접성(indirectness), 부정확성(imprecision), 그리고 보고 편향(reporting bias) 등의 특정 기준에 따라 감점된다. 관찰연구는 만약 효과의 크기가 매우 크거나, 용량 반응 기울기(dose-response gradient)가 잘 나타나거나, 고려해야 할 모든 교란변수가 잘 고려됨으로써 과장되어 크게 보고된 효과를 적절히 바로잡은 연구의 경우 1점의 가점이 부여된다. 또한, 편향(bias)의 위험이 '심각' 혹은 '매우 심각'하다고 간주되는 각 질적 요소들에 따라 각각 1점 혹은 2점이 감점된다.

(3) 감점과 가점을 종합하여 전반적인 질 점수가 수정된다. 예를 들어, HIGH로 시작된 무작위대조시험(RCT)이 만약 1점, 2점, 혹은 3점의 감점을 받게 되면, 각각 MODERATE, LOW, 혹은 VERY LOW로 평가된다.

GRADE 방법 이외에도, NICE의 지침에서는 기존 문헌고찰 결과 근거수준이 불분명한 경우에는 전문가들의 합의에 따라 권고안을 결정했으며, 이에 대한 근거수준을 Consensus라고 표시하였다.

단, 근거수준이 VERY LOW 등으로 낮아서, 결정사항이 이용 가능한 근거 및 NICE 지침 개발자들의 비공식적 합의 모두에 근거한 경우, VERY LOW/Consensus 등으로 표시하였다. 또한 근거수준이 MODERATE 이상의 수준이더라도, 근거가 다루는 범위 이외의 부분을 비공식적 합의로 보완한 경우, MODERATE/Consensus 등으로 표시하였다.

권고등급은 시행하는 것을 '권고한다' - 시행하는 것을 '고려한다' - 시행하지 '말 것을 고려한다' - 시행하지 '말 것을 권고한다'의 4단계로 설정하였다. 권고안에서 시행하는 것을 '권고한다'와 시행하지 '말 것을 권고한다'의 권고등급은 Strong으로, 시행하는 것을 '고려한다'와 시행하지 '말 것을 고려한다'는 Weak로 표시하였다.

각 핵심질문의 근거수준 및 권고등급은 수용개발의 대상이 된 NICE 지침의 근거표를 따랐다.

목차

1. 두통의 평가	5
1.1 추가적인 평가, 검사, 혹은 관련과 의뢰 기준	5
1.2 두통의 평가 및 진단을 위한 두통일기의 사용	6
2. 두통의 진단	6
2.1 원발두통과 약물과용두통의 진단	6
2.2 원발두통의 진단 및 치료에서의 뇌영상 검사	9
3. 두통의 치료	9
3.1 두통의 치료를 위한 두통일기의 사용	9
3.2 긴장형두통의 급성기 치료	10
3.3 긴장형두통의 예방 치료	10
3.4 조짐편두통 및 무조짐편두통의 급성기 치료	11
3.5 조짐편두통 및 무조짐편두통의 예방 치료	12
3.6 군발두통의 급성기 치료	13
3.7 군발두통의 예방 치료	13
3.8 약물과용두통의 치료	14
3.9 원발두통의 정신사회적 치료	15
[부록] 두통일기 양식의 예	16
[부록] 본 지침의 권고안에 포함된 약제 및 권장용량	22

두통 진료지침

1. 두통의 평가

1.1. 추가적인 평가, 검사, 혹은 관련과 의뢰 기준

임상질문 1.1 두통과 동반되었을 때, 심각한 뇌 내 이상의 가능성이 높아 보다 자세한 평가, 추가 검사, 그리고/또는 관련과 의뢰가 필요한 증상 및 징후는 무엇인가?

권고안 1.1.1 두통과 함께 다음 증상 중 하나 이상을 보이는 사람들은 자세히 평가할 것을 권고하며, 추가 검사 그리고/또는 관련과 의뢰 필요성을 고려한다 [Consensus, Weak recommendation, Agreement 100%]:

- 열이 나면서 심해지는 두통
- 갑자기 시작되어 5분 이내에 최고조에 달하는 두통
- 새롭게 발생한 신경학적 이상 증상
- 새롭게 발생한 인지기능 장애
- 성격의 변화
- 의식수준의 이상
- 최근(보통 3개월 이내)에 발생한 두부외상
- 기침, 발살바 조작(코와 입을 막은 상태에서 숨 쉬기), 또는 재채기할 때 발생하는 두통
- 운동할 때 발생하는 두통
- 기립성 두통(체위에 따라 변하는 두통)
- 거대세포동맥염을 시사하는 증상
- 급성폐쇄각녹내장의 증상 및 징후
- 두통의 양상이 상당한 변화를 보이는 경우.

권고안 1.1.2 새롭게 발생한 두통과 함께 다음 증상 중 하나 이상을 보이는 사람들에게 대하여 추가 검사 그리고/또는 관련과 의뢰를 고려한다 [Weak recommendation, Agreement 80%]:

- 면역력 저하(예를 들면, HIV 또는 면역억제제에 의한 면역력 저하) [VERY LOW]
- 20세 미만 그리고 악성 종양의 병력 [VERY LOW/Consensus]
- 뇌로 전이된다고 알려진 악성 종양의 병력 [VERY LOW/Consensus]
- 명확한 다른 원인이 없는 구토. [Consensus]

1.2. 두통의 평가 및 진단을 위한 두통일기의 사용

임상질문 1.2 원발두통이나 약물과용두통이 의심되는 사람들의 진단을 위해 두통일기를 사용하는 경우, 사용하지 않는 경우에 비하여 다음 항목들에 있어서 임상적으로 더 효과적인가?: 정확하게 진단된 사람의 수, 양성예측도, 음성예측도, 민감도, 특이도

권고안 1.2.1 원발두통의 진단을 위하여 두통일기를 사용하는 것을 고려한다. [LOW and VERY LOW/Consensus, Weak recommendation, Agreement 89%]

권고안 1.2.2 두통일기를 사용하는 경우, 환자에게 최소 8주간 다음 사항들을 기록하게 하는 것을 권고한다 [LOW, Strong recommendation, Agreement 90%]:

- 두통의 빈도, 지속시간 및 강도
- 연관되어 나타나는 증상들
- 두통 완화를 위해 복용한 모든 처방 약물 및 일반의약품
- 가능한 유발요인들
- 두통과 월경의 연관성.

2. 두통의 진단

2.1 원발두통과 약물과용두통의 진단

임상질문 2.1 긴장형두통, 편두통(조집 또는 무조집), 군발두통, 그리고 약물과용두통의 주요 진단적 특징은 무엇인가?

○ 긴장형두통, 편두통(조짐 또는 무조짐) 및 군발두통

권고안 2.1.1 표에 나와있는 두통 특성들을 기준으로 긴장형두통, 편두통, 또는 군발두통을 진단하기를 권고한다. [ICHD-II/Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

두통 특성	긴장형두통		편두통(조짐 또는 무조짐)		군발두통	
통증 부위	양측		편측 또는 양측		편측(눈 주변, 눈 위, 그리고 머리/얼굴의 엽을 따라)	
통증 양상	압박감/조이는 느낌 (비박동성)		박동성		다양함(날카로움, 도려내는 듯한, 따끔거림, 욱신거림, 조임)	
통증 세기	경도 혹은 중등도		중등도 이상		고도 또는 고도 이상	
생활에 미치는 영향	일상 신체 활동에 의해 악화되지 않음		일상 신체 활동에 의하여 악화되거나, 혹은 활동을 회피하게 됨.		초조 또는 동요	
기타 증상	없음		빛 그리고/또는 소리에 대한 과민성, 혹은 오심 그리고/ 또는 구토 조짐(aura) ² 두통과 함께 또는 두통 없이 나타나는 증상들이면서: • 완전히 가역적이며, • 적어도 5분 이상에 걸쳐 나타나며, • 5-60분 동안 지속됨. 전형적인 조짐 증상으로는: • 빛, 점, 또는 선의 번쩍거림 그리고/또는 부분적인 시력 저하 등의 시각 증상들; • 무감각 그리고/또는 저릿저릿함 같은 감각 증상들; • 그리고/또는 언어 장애 등이 있음.		두통과 동측으로: • 결막출혈 그리고/또는 눈물 • 코막힘 그리고/또는 콧물 • 눈꺼풀부종 • 이마와 얼굴의 땀 • 동공수축 그리고/또는 눈꺼풀 처짐 등이 나타남.	
두통 지속시간	30분-지속적		4-72시간		15-180분	
두통 빈도	<15일/월	≥15일/월, 3개월 이상	<15일/월	≥15일/월, 3개월 이상	이틀에 1번에서 하루 8번 사이의 발작빈도 ³ , 관해기 ⁴ 1개월	이틀에 1번에서 하루 8번 사이의 발작빈도 ³ , 12개월 내 지속적 관해기 ⁴ 1개월
진단	삼화긴장형두통	만성긴장형두통 ⁵	삼화편두통(조짐 또는 무조짐)	만성편두통(조짐 또는 무조짐)	삼화군발두통	만성군발두통

¹ 머리, 얼굴, 또는 목에서도 두통을 느낄 수 있음.

² 조짐편두통 진단에 관한 세부 내용은 권고안 2.1.2, 2.1.3 및 2.1.4를 참조 바람.

³ 회의 군발기(재발성 군발두통이 일어나 지속되는 기간) 중 재발성 두통의 빈도.

⁴ 군발기들 사이의 무통증 기간.

⁵ 만성편두통과 만성긴장형두통은 흔히 병발함. 편두통의 특성이 하나라도 보인다면, 만성편두통으로 진단함.

○ 조짐편두통

권고안 2.1.2 두통이 있던 없든 간에 다음과 같은 신경학적 증상들이 나타나는 사람들에게서 조짐(aura)을 의심하기를 권고한다 [ICHD-II/Consensus, Strong recommendation, Agreement 80%]:

- 완전히 가역적임, 그리고
- 한 번 일어나든 아니면 잇달아 일어나든, 최소 5분 이상에 걸쳐 점진적으로 나타남, 그리고
- 5-60분 동안 지속됨.

권고안 2.1.3 두통이 있던 없든 간에 권고안 2.1.2에 명시된 기준에 부합하는 전형적인 조짐 증상들 가운데 1개 이상의 조짐을 보이는 경우, 조짐편두통으로 진단하기를 권고한다 [ICHD-II/Consensus, Strong recommendation, Agreement 80%]:

- 양성적(예, 빛, 점, 또는 선이 번쩍거림) 그리고/또는 음성적(예, 부분적인 시력 저하) 시각 증상들
- 양성적(예, 저릿저릿함) 그리고/또는 음성적(예, 무감각) 감각 증상들
- 언어 장애.

권고안 2.1.4 편두통이 있던 없든 간에 권고안 2.1.2에 명시된 기준에 부합하는 다음과 같은 비전형적 조짐 증상들을 보이는 경우, 추가 검사 그리고/또는 관련과 의뢰 필요성을 고려한다 [ICHD-II/Consensus, Weak recommendation, Agreement 100%]:

- 근력 저하, 또는
- 복시, 또는
- 한 쪽 눈에만 영향을 주는 시각 증상들, 또는
- 균형감각 저하, 또는
- 의식 수준 저하.

○ 약물과용두통

권고안 2.1.5 3개월 이상 다음 약을 복용하는 동안 두통이 발생하거나 악화되는 경우, 약물과용두통 가능성에 유의하기를 권고한다 [ICHD-II/Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]:

- 한 달에 10일 이상 트립탄제, 아편제, 에르고트제, 또는 복합진통제를 복용할 경우, 또는
- 한 달에 15일 이상 acetaminophen(paracetamol), aspirin, 또는 NSAID를 단독 복용 또는 병용한 경우.

2.2 원발두통의 진단 및 치료에서의 뇌영상 검사

임상질문 2.2 원발두통이 의심되는 환자에게 심각한 병인을 감별하기 위하여 뇌영상 검사를 시행할 경우, 시행하지 않는 경우에 비하여 종양/암, 농양, 경막하 혈종, 수두증, 동정맥 기형 등의 이상을 발견할 확률이 얼마나 큰가?

권고안 2.2.1 처음으로 군발두통 군발기¹가 시작된 환자들에서의 뇌영상 검사 필요성에 대하여 관련과 전문의와 상의할 것을 권고한다. [Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

¹군발두통 군발기(bout of cluster headache): 재발성 군발두통이 일어나 지속되는 기간으로, 보통 수주 또는 수개월이다. 두통은 이틀에 한 번에서 하루 8회까지 나타난다.

권고안 2.2.2 긴장형두통, 편두통, 군발두통, 또는 약물과용두통으로 이미 진단된 사람들에게 단지 안심시키는 목적으로 뇌영상 검사를 하지 말 것을 권고한다. [MODERATE to VERY LOW, Strong recommendation, Agreement 80%]

3. 두통의 치료

3.1 두통의 치료를 위한 두통일기의 사용

임상질문 3.1 원발두통이나 약물과용두통 환자들의 치료를 위해 두통일기를 사용하는 것이 사용하지 않는 것에 비하여 다음 항목들에 있어서 임상적으로 더 효과적인가?: 두통에 대한 무작위대조시험(RCT)에서의 임상 결과, 환자 및 치료자의 경험

권고안 3.1.1 두통 치료 중 다음과 같은 목적으로 두통일기를 사용하는 것을 고려한다 [LOW, Weak recommendation, Agreement 100%]:

- 두통 빈도, 지속시간, 그리고 강도를 기록하기 위해,
- 두통 치료의 효과를 모니터 하기 위해,
- 두통 환자와 두통질환 및 그 영향에 대하여 상담할 때 기본 자료로 사용하기 위해.

3.2 긴장형두통의 급성기 치료

임상질문 3.2 긴장형두통의 급성기 약물치료에서, aspirin, NSAID, 아편제, acetaminophen (paracetamol)을 각각 투여한 경우, 위약을 투여한 경우에 비하여 다음의 통증 관련 지표가 호전되는가?: 통증 소실까지의 시간, 2시간 내 두통의 반응 정도, 2시간 후 통증 소실, 통증의 강도 차이, 24시간 내 두통의 반응 정도, 24시간 후 통증 소실, 기능적 건강 상태 및 건강 관련 삶의 질, 심각한 부작용 발생률

권고안 3.2.1 환자의 선호, 동반질환, 그리고 부작용 위험을 고려하면서, 긴장형두통의 급성기 치료를 위해 aspirin, acetaminophen(paracetamol) 또는 NSAID를 고려한다. [LOW, Weak recommendation, Agreement 90%]

권고안 3.2.2 긴장형두통의 급성기 치료를 위해 아편제를 처방하지 않기를 권고한다. [Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

3.3 긴장형두통의 예방 치료

임상질문 3.3 긴장형두통의 예방적 약물 치료에서, 안지오텐신전환효소억제제, 안지오텐신II수용체길항제, 항우울제(SNRI, SSRI, TCA), 베타차단제 및 항경련제를 각각 투여하는 경우, 위약을 투여한 경우에 비하여 다음의 통증 관련 지표가 호전되는가?: 환자가 보고하는 두통 일수·빈도 및 강도의 변화, 기능적 건강 상태 및 건강 관련 삶의 질, 반응 환자 비율, 두통과 관련된 삶의 질, 의료자원 이용, 급성기 약물치료 이용, 심각한 부작용 발생률

긴장형두통의 예방 치료에 대한 권고안을 도출할 만한 근거가 부족하다.

NICE 지침에서는 예방적 치료를 필요로 하는 순수한 형태의 긴장형두통이 드물며, 긴장형두통의 예방적 치료를 권고할 만한 근거가 충분치 않다는데 동의하였다. 긴장형두통의 평가 과정에서 만성편두통의 진단에 부합되는 편두통 증상이 발견될 가능성이 높다.

3.4 조짐편두통 및 무조짐편두통의 급성기 치료

임상질문 3.4 조짐편두통 및 무조짐편두통의 급성기 약물치료에서, 항구토제, aspirin, NSAID, 아편제, acetaminophen(paracetamol), 트립탄제, 에르고트제 및 스테로이드제를 각각 투여한 경우, 위약을 투여한 경우에 비하여 다음의 통증 관련 지표가 호전되는가?: 통증 소실까지의 시간, 2시간 내 두통의 반응 정도, 2시간 후 통증 소실, 통증의 강도 차이, 24시간 내 두통의 반응 정도, 24시간 후 통증 소실, 기능적 건강 상태 및 건강 관련 삶의 질, 심각한 부작용 발생률

권고안 3.4.1 편두통 급성기 치료를 위해, 환자의 선호, 동반질환, 그리고 부작용 위험을 고려하면서, 경구 트립탄제와 NSAID, 또는 경구 트립탄제와 acetaminophen(paracetamol)의 병용요법을 사용할 것을 권고한다. [LOW and VERY LOW, Strong recommendation, Agreement 89%]

권고안 3.4.2 1가지 약만 복용하기를 선호하는 환자들의 편두통 급성기 치료를 위해, 그 환자의 선호, 동반질환, 그리고 부작용 위험을 참작하여, 경구 트립탄제, NSAID, aspirin(900mg), 또는 acetaminophen(paracetamol)의 단독요법을 고려한다. [MODERATE to VERY LOW, Weak recommendation, Agreement 78%]

권고안 3.4.3 트립탄제를 처방할 때, 구입비용이 가장 저렴한 트립탄제부터 시작하기를 권고하며; 이 트립탄제가 효과가 없는 경우, 1가지 이상의 대체 트립탄제를 시도하기를 권고한다. [MODERATE to VERY LOW/Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

권고안 3.4.4 구역 및 구토가 없더라도, 편두통 급성기 치료에 항구토제 첨가를 고려한다. [VERY LOW/Consensus, Weak recommendation, Agreement 89%]

권고안 3.4.5 편두통 급성기 치료를 위해 에르고트제 또는 아편제를 제공하지 말 것을 권고한다. [VERY LOW/Consensus, Strong recommendation, Agreement 90%]

권고안 3.4.6 편두통 급성기 치료용 경구 약물에 효과가 없거나 내약성이 없는 사람들에게는:

- metoclopramide 또는 prochlorperazine의 비경구약물을 권고한다. [MODERATE to VERY LOW/Consensus, Strong recommendation, Agreement %] 그리고
- 이전에 복용한 적이 없다면, 비경구 NSAID 또는 트립탄제를 위의 항구토제와 함께 투약하는 것을 고려한다. [LOW and VERY LOW/ Consensus, Weak recommendation, Agreement 75%]

3.5 조짐편두통 및 무조짐편두통의 예방 치료

임상질문 3.5 조짐편두통과 무조짐편두통의 예방적 약물치료에서, 안지오텐신전환효소억제제, 안지오텐신II수용체길항제, 항우울제(SNRI, SSRI, TCA), 베타차단제, 칼슘통로차단제, 항경련제 및 기타 세로토닌계 조절제를 각각 투여한 경우, 위약을 투여한 경우에 비하여 다음의 통증 관련 지표가 호전되는가?: 환자가 보고하는 두통 일수·빈도 및 강도의 변화, 기능적 건강 상태 및 건강 관련 삶의 질, 반응 환자 비율, 두통과 관련된 삶의 질, 의료자원 이용, 급성기 약물치료 이용, 심각한 부작용 발생률

권고안 3.5.1 환자의 선호, 동반질환, 부작용 위험성, 그리고 두통이 환자의 삶의 질에 미치는 영향을 고려하면서, 편두통 예방 치료의 이점과 위험성을 환자와 논의할 것을 권고한다. [Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

권고안 3.5.2 환자의 선호, 동반질환, 그리고 부작용 위험성을 고려하면서 편두통 예방 치료를 위해 topiramate 또는 propranolol을 처방할 것을 권고한다.
가임 여성들에게 topiramate가 태아기형 위험성과 관련이 있고, 호르몬 피임제의 효과를 떨어뜨릴 수 있다는 사실을 알릴 것을 권고한다. 필요 시, 가임 여성들에게 적절한 피임법을 제공할 것을 권고한다. [HIGH to LOW, Strong recommendation, Agreement 89%]

권고안 3.5.3 환자의 선호, 동반질환, 그리고 부작용 위험성을 감안하면서, 편두통 예방 치료를 위해 amitriptyline을 고려한다. [HIGH to VERY LOW, Weak recommendation, Agreement 90%]

권고안 3.5.4 편두통 예방 치료를 위해 gabapentin을 제공하지 말 것을 권고한다. [HIGH to VERY LOW, Strong recommendation, Agreement 89%]

권고안 3.5.5 다른 형태의 예방 치료를 이미 받고 있으면서 편두통이 잘 조절되고 있는 사람들에게는, 필요에 따라 현재의 치료를 계속할 것을 권고한다. [Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

권고안 3.5.6 예방 치료 시작 6개월 후, 편두통 예방 치료를 지속할 필요성을 검토하기를 권고한다. [Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

3.6 군발두통의 급성기 치료

임상질문 3.6 군발두통의 급성기 약물치료에서, 산소, aspirin, acetaminophen(paracetamol), 트립탄제, 에르고트제, NSAID 및 아편제를 각각 투여한 경우, 위약을 투여한 경우에 비하여 다음의 통증 관련 지표가 호전되는가?: 통증 소실까지의 시간, 2시간 내 두통의 반응 정도, 30분 후 통증 감소, 기능적 건강 상태 및 건강 관련 삶의 질, 심각한 부작용 발생률

권고안 3.6.1 군발두통 급성기 치료를 위해 산소 [MODERATE and LOW] 그리고/또는 피하 또는 비강 트립탄제를 권고한다. [MODERATE, Strong recommendation, Agreement 86%]

권고안 3.6.2 군발두통 급성기 치료를 위해 산소를 사용하는 경우:

- 비-재호흡 마스크(non-rebreathing mask)와 산소 주머니(reservoir bag)를 착용한 상태에서 분당 최소 12리터의 속도로 100% 산소를 사용할 것을 권고한다. [MODERATE, Strong recommendation, Agreement %]; 그리고
- 가정에서 또는 이동 시 사용할 산소를 구비하기를 권고한다. [MODERATE/Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

권고안 3.6.3 피하 또는 비강 트립탄제를 사용할 경우, 제조사의 1일 최대 허용량을 감안하면서, 환자의 군발기 과거력에 따라 계산된 충분한 용량의 트립탄제를 제공할 것을 권고한다. [MODERATE, Strong recommendation, Agreement 100%]

권고안 3.6.4 군발두통 급성기 치료를 위해 acetaminophen(paracetamol), NSAID, 아편제, 에르고트제, 또는 경구 트립탄제를 제공하지 말 것을 권고한다. [VERY LOW/Consensus, Strong recommendation, Agreement 86%]

3.7 군발두통의 예방 치료

임상질문 3.7 군발두통의 예방적 약물 치료에서, 칼슘통로차단제, 스테로이드제, lithium, melatonin, 항경련제, 트립탄제 및 기타 세로토닌계 조절제를 각각 투여한 경우, 위약을 투여한 경우에 비하여 다음의 통증 관련 지표가 호전되는가?: 환자가 보고하는 두통 일수·빈도 및 강도의 변화, 기능적 건강 상태 및 건강 관련 삶의 질, 반응 환자 비율, 두통과 관련된 삶의 질, 의료자원 이용, 급성기 약물치료 이용, 심각한 부작용 발생률

권고안 3.7.1 군발두통 군발기 중 예방 치료를 위해서는 verapamil을 고려한다. verapamil을 군발두통에 사용하는 것에 익숙하지 않은 경우, verapamil 복용 전 심전도 모니터링에 대한 조언 등 관련과 전문의의 조언을 구할 것을 권고한다. [LOW and VERY LOW, Strong recommendation, Agreement 86%]

권고안 3.7.2 근발두통이 verapamil에 반응하지 않는 경우 관련과 전문의의 조언을 구할 것을 권고한다. [Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

3.8 약물과용두통의 치료

임상질문 3.8 약물과용두통의 가능성이 있는 환자에서, 약물중단 전략, 심리치료, 스테로이드제 투약 및 NSAID 투약을 시행한 경우, 위약을 투여하거나 다른 비약물적 치료를 시행한 경우에 비하여 다음의 통증 관련 지표가 호전되는가?: 환자가 보고하는 두통 일수·빈도 및 강도의 변화, 기능적 건강 상태 및 건강 관련 삶의 질, 반응 환자 비율, 두통과 관련된 삶의 질, 의료자원 이용, 급성기 약물치료 이용, 심각한 부작용 발생률

권고안 3.8.1 과용하고 있는 약물의 사용을 중단하면 약물과용두통이 치료된다는 사실을 환자들에게 설명할 것을 권고한다. [VERY LOW/Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

권고안 3.8.2 환자들에게 과용하고 있는 급성기 두통 치료 약물의 복용을 최소 1개월 이상 중단하되, 점차적이 아니라 단번에 중단하도록 조언할 것을 권고한다. [Consensus, Strong recommendation, Agreement 90%]

권고안 3.8.3 환자들에게 두통 증상이 개선되기 전에 일시적으로 악화될 수도 있으며 이와 관련된 급단 증상도 생길 수 있다는 점을 조언하고, 필요에 따라 면밀한 추적 관찰 및 지원을 제공할 것을 권고한다. [Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

권고안 3.8.4 약물과용두통 환자들에서 과용하고 있는 약물의 복용을 중단하는 것 외에도, 근본적인 원발두통질환의 예방 치료를 고려한다. [VERY LOW/Consensus, Weak recommendation, Agreement 89%]

권고안 3.8.5 모든 약물과용두통 환자에게 약물중단을 위한 입원을 권유하지는 말 것을 권고한다. [VERY LOW/Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

권고안 3.8.6 강력한 아편제를 복용하고 있거나, 연관된 동반질환을 가지고 있거나, 또는 과거에 과용 약물의 중단에 반복하여 실패한 적이 있는 환자들의 경우, 관련과 전문의에게 의뢰하는 것, 그리고/또는 입원하여 과용 약물을 중단하는 것을 고려한다. [VERY LOW/Consensus, Weak recommendation, Agreement 90%]

권고안 3.8.7 과용 약물의 투약을 중단한지 4-8주 후 약물과용두통 진단의 적합성 여부와 추후 치료에 대해 검토할 것을 권고한다. [Consensus, Strong recommendation, Agreement 100%]

3.9 원발두통의 정신사회적 치료

임상질문 3.9 원발두통 환자의 비약물치료로서 정신사회적 치료를 시행한 경우, 기존의 약물치료만 시행하거나 다른 비약물적 치료를 시행한 경우에 비하여 다음의 통증 관련 지표가 호전되는가?: 환자가 보고하는 두통 일수·빈도 및 강도의 변화, 기능적 건강 상태 및 건강 관련 삶의 질, 반응 환자 비율, 두통과 관련된 삶의 질, 의료자원 이용, 급성기 약물치료 이용, 심각한 부작용 발생률

원발두통 환자의 정신사회적 치료에 대한 권고안을 도출할 만한 근거가 부족하다.

정신사회적 치료에 대한 연구에서 활성 대조군을 엄격히 설정하는 것이 어려운 경우가 많아 NICE 지침에서 근거로 포함하기에 제한이 있었다. NICE 지침에서는 만성적인 두통에서 정신사회적 치료들의 사용에 대한 근거를 강화하기 위한 연구를 권장하는데 동의하였다. 추후의 진료지침은 더욱 다양한 비약물적 치료 선택지를 제공할 수 있을 것이다.

[부록] 두통일기 양식의 예

1. 두통일기 양식 I

두통			증상과 유발인자			처치와 결과			
날짜	통증정도 0-10 (0=통증 없음, 10=가장 심함). 종류	지속 시간	일상 활동 제한 정도	수면	기분/ 스트레스	기타 증상과 유발 인자	사용 약 종류/양	약물 이 치け 방법 /양	치け의 효과 0-10 (0=전혀 없음, 10=가장 좋음)
(예) 10/12	5 이마 주위 육신계림	4시간	일할 수 있었음, 회의 참석함	전날 평소(7시간) 만큼 못 잠	업무 마감 기한이라 스트레스 받았음	피로	acetaminophen 650mg X 2정	점심 때 15분 산책	4

2. 두통일기 양식 II

____년 ____월

이름: _____ 생년월일: _____

• 통증정도

통증 정도	날짜		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	아침																																
	점심																																
	저녁																																

통증 정도 : 0~10점. (통증 없음=0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10(=가장 심함))

• 활동 제한 정도

활동 제한 정도	날짜		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

제한 정도: 0~3점 0=제한 없음, 1=평소 활동 때 수행함 2=평소 활동에 제한이 있었음, 3=평소 활동 수행하지 못함, 휴식함(하루 중일 혹은 일부)

- 증상 완화 약물 (급성기 두통 완화를 위해 쓰인 약제. 예, sumatriptan, acetaminophen 등)

날짜	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
종류 :																															
인화 정도																															
종류 :																															
인화 정도																															
종류 :																															
인화 정도																															
종류 :																															
인화 정도																															

두통 인화 정도 : 0 - 3점. 0=완화되지 않음, 1=약간 완화됨, 2=어느 정도 완화됨, 3=완전히 완화됨

- 예방 약물 (두통을 예방하기 위해 매일 복용하는 약제. 예, topiramate, amitriptyline 등)

날짜	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
종류 :																															
예방 정도																															
종류 :																															
예방 정도																															
종류 :																															
예방 정도																															

두통 예방 정도 : 0 - 3점. 0=예방되지 않음, 1=약간 예방됨, 2=어느 정도 예방됨, 3=완전히 예방됨

• 유발일자

날짜	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
유발일자																																

아래에 유발인자를 기입하고 두통이 있던 날에 해당하는 번호를 적어주세요.

유발일자 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

• 월경 주기

날짜	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
월경 주기																															

월경이 있었던 날에 O로 표시하세요. 해당사항 없으면 비워주세요.

3. 두통일기 양식 III

_____년 _____월 _____일
 이름 : _____ 생년월일 : _____

일	요일	시간	두통 정도 (0-10)	지속시간 (분/시간)	구역/ 구토	통증 조절 약물 (종류/양)	기타 (예: 유발요인, 기간, 부작용 등)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

두통 정도 : 0-10점. (통증 없음=) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (=가장 심함)

일	요일	시간	정도 (0-10)	지속시간 (분/시간)	구역/ 구도	통증 조절 약물 (종류/양)	기타 (예: 유발요인, 기간, 부작용 등)
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

두통 정도 : 0-10점. (통증 없음=0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (=가장 심함))

[부록] 본 지침의 권고안에 포함된 약제 및 권장용량

간장형두통	급성	경구 acetaminophen(paracetamol)	1회 650~1300mg, 1일 최대 3900mg ¹
		경구 aspirin	1회 500~1500mg ² , 1일 2~3회
		경구 NSAID ³	ibuprofen 1회 200~400mg, 1일 최대 1600mg naproxen 1회 500~750mg ⁴ , 1일 최대 1250mg
편두통	급성	경구 트립탄제 ⁵	sumatriptan 1회 50~100mg, 1일 최대 300mg
			rizatriptan 1회 5~10mg, 1일 최대 30mg
			almotriptan 1회 12.5mg, 1일 최대 25mg
			frovatriptan 1회 2.5mg, 1일 최대 5mg
			naratriptan 1회 2.5mg, 1일 최대 5mg
			zolmitriptan 1회 2.5mg, 1일 최대 10mg
	급성	경구 NSAID ³	ibuprofen 1회 400mg, 1일 최대 1600mg
			naproxen 1회 500~750mg, 1일 최대 1250mg
			aceclofenac 1회 100mg, 1일 최대 200mg
			tolfenamic acid 1회 200mg, 1일 최대 600mg
			diclofenac potassium 1회 50mg, 1일 최대 200mg
	급성	비경구 NSAID	ketorolac 1회 10mg, 1일 최대 90mg
	급성	경구 aspirin	1회 500~1500mg ⁶ , 1일 2~3회
	급성	경구 acetaminophen(paracetamol)	1회 650~1300mg ⁷ , 1일 최대 3900mg
	급성	경구 항구토제	metoclopramide 1회 10mg, 1일 최대 30mg (국내 식약처 허가 불포함)
domperidone ⁸ 1회 10mg, 1일 최대 30mg (국내 식약처 허가 불포함)			
비경구 항구토제		metoclopramide 1회 10mg, 1일 최대 30mg (국내 식약처 허가 불포함) prochlorperazine (국내 미출시)	
예방	경구 항경련제	topiramate 1회 25~100mg, 1일 최대 200mg	
	경구 베타차단제	propranolol 1회 10~40mg, 1일 최대 160mg (국내 식약처 허가 불포함)	
	경구 TCA	amitriptyline 1회 10~25mg, 1일 최대 150mg (국내 식약처 허가 불포함)	
군발두통	급성	100% 산소 12L/min 4시간	가정/보행용 산소 발생장치의 적응증이 없음
		피하 또는 비강 트립탄제	국내 미출시
	예방	경구 칼슘통로차단제	verapamil 1회 40~80mg, 1일 최대 240mg ⁹ (국내 식약처 허가 불포함)

¹ 수용개발의 대상이 된 NICE 지침에서 근거로 포함한 연구에서는 acetaminophen(paracetamol)을 1회 500~1000mg 용량으로 사용함.

² aspirin의 용량은 약전의 내용을 기준으로 기재하였으며, NICE 지침에서 근거로 포함한 연구에서는 aspirin을 300mg 씩 하루 2회 사용함.

³ NSAID는 국내에서 출시된 약제의 수가 많아, NICE 지침에서 근거로 포함한 약제인 ibuprofen과 naproxen의 용량만을 기재함.

⁴ 약전에는 편두통에서 naproxen의 1회 권장용량이 750mg라고 기재되어 있음. NICE 지침에서 근거로 포함한 긴장형두통 관련 연구에서는 500mg의 용량을 사용하였기에, 권장용량을 500~750mg이라고 기재함.

⁵ 트립탄제는 약제의 종류가 많지 않아, 국내에서 출시된 모든 약제를 기재함. NICE 지침에서는 sumatriptan 및 rizatriptan을 사용한 연구가 근거로 포함되었으며, 근거의 질 평가 대상이었던 'CHS-Migraine Prophylaxis, 2012' 및 'CHS-Acute Migraine, 2013'에서는 almotriptan, frovatriptan, naratriptan, zolmitriptan을 포함함.

⁶ NICE 지침에서는 경구 aspirin 900mg 이상 사용할 것을 권고함.

⁷ NICE 지침에서 근거로 포함한 연구에서는 경구 acetaminophen(paracetamol)을 500~1000mg로 사용함.

⁸ NICE 지침에서는 domperidone 관련 연구가 근거로 포함되지 않았으나, 'CHS-Migraine Prophylaxis, 2012'에는 포함되어 있어 기재함.

⁹ NICE 지침에서 근거로 포함한 연구에서는 verapamil을 120mg 씩 하루 3회 사용함.

※ 단, 본 표의 내용은 2018년 8월 기준 약전의 권장용량을 바탕으로 작성되었으며, 건강한 성인에 대한 권장용량임. 본 표의 내용이 이 시점에서의 기존 근거 및 약전을 바탕으로 하여 진료행위를 권장할지라도, 개별적인 환자 사례에 따른 의사의 판단을 완전히 대신할 수는 없음.

- 본 지침 개발연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건의료기술연구개발사업 지원에 의하여 이루어졌으며(과제고유번호: HC17C0117), 한국정신신체의학회가 개발하였습니다.
- 본 지침의 저작권은 한국정신신체의학회에 있으며, 무단 전재 및 재배포를 금합니다.
- 본 출판물은 영리 목적으로 활용할 수 없습니다.

두통 진료지침 요약본
기존 근거의 체계적 검토 및 합성을 통한 두통 진료지침

발행인 김의중
편집인 김선미
발행처 정신신체의학회
홈페이지 <http://www.psychosomatics.or.kr/>
디자인 편집회사 나무(02-2268-2592)

