

국제두통질환분류 3판에서 개정된 분류와 진단



김 병 건

을지대학교 을지병원 신경과

What is the New of International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition?

Byung Kun Kim, MD, PhD

Department of Neurology, Eulji Hospital

After two successful editions of the International Classification of Headache Disorders (ICHD), the third edition is now published. ICHD-3 intended for not only the researcher and neurologist but also the general practitioner. All the headaches are classified into 3 parts and many subgroups to provide the level of diagnosis necessary for each user. ICHD-3 beta version will coordinate with the forthcoming International Classification of Diseases edition 11 (ICD-11) of the World Health Organization (WHO).

Key Words: Headache, Classification, ICD-11

서 론

1960년대 초부터 두통질환의 분류에 대한 시도가 있어 왔지만 국제적으로 통일된 분류와 진단기준은 1988년에 처음 확립되었다. 국제두통학회(International Headache Society, IHS)는 1988년 모든 두통질환을 체계적으로 분류하고 그 진단기준을 만들었다.¹ 1988년 제정된 분류와 진단기준에 근거하여 1990년대 두통질환에 대한 많은 연구들이 발표되었다. 이를 바탕으로 2004년 국제두통질환분류(International Classification of Headache Disorders)에 대한 개정판(ICHD-II2II)이 나왔다.² ICHD-3는 2판에서 논쟁이 되었던 부분들에 대한 보완과 함께 ICHD-3과 같은 분류를 사용할 세계보건기구(World Health Organization, WHO)의 국제질병분류 개정판(International Classification of Disease 11th edition, ICD-11)과 공조하기 위하여 정식 개정판 이전에 베타판을 먼저 발표하였다.³ ICD-11에 대한 현장시험(field trial)이 끝나고 ICD-11이 정식으로 공표될 때 ICHD-3의 정식판도 같이 발표될 예정이다.

본 론

1. 개요

국제두통질환분류는 모든 두통질환을 크게 1) 원발두통(primary headache), 2) 이차두통(secondary headache), 3) 뇌신경통과 기타 안면통으로 나누고 마지막에 부록(appendix)을 두었다. 원발두통은 증상에 기초하여 분류하였으나 이차두통은 원인 질환에 따라 분류하였다. 원발두통은 다시 편두통, 긴장형두통, 삼차지율신경두통, 기타 원발두통 4가지로 나뉘며 이차두통은 원인에 따라 외상, 혈관질환, 비혈관성 두개내질환, 물질 또는 물질의 금단, 감염, 항상성질환, 기타 두개 주변부 질환 및 정신과질환 등 8가지로 분류된다. 마지막으로 머리신경병증뇌신경통, 얼굴통중안면통 및 기타 두통을 분류하였다(Table 1).

부록의 주된 목적은 독립된 두통질환일 것으로 믿어지지만, 아직까지 충분한 근거가 없는 두통질환들에 대한 연구를 장려하기 위함이다. 향후 부록에 수록된 통일된 진단기준에 의거한 많은 연구들을 통해 증거가 누적되면 다음 개정판에

서 공식적인 진단으로 받아들여질 수 있다. 예를 들면 3판의 부록에 새로 포함된 전정편두통과 같은 질환은 향후 관련연구들이 보강되면 다음 개정판에서는 본문으로 옮겨지리라 기대된다. 또한 2판에 포함되었던 두통질환 중에서도 충분한 증거가 아직 없는 경우 분류에서 제외되는 첫 단계로서 부록에 포함하였다.

두통질환은 크게 14가지로 분류된 후 더 세분된다. 예를 들어 1. 편두통은 14가지 두통분류 중 한가지인데 1.2 조짐편두통과 같은 소분류를 포함하고, 조짐편두통은 다시 1.2.1 전형적조짐편두통(migraine with typical aura)과 같은 하위분류로 나뉘어 진다. 가정이나 내과의사에게 있어서는 급성기치료를 위하여 첫 단계(예를 들면 1. 편두통) 또는 두번째 단계(예를 들면 1.1 무조짐편두통)의 진단으로 충분할 수 있지만, 두통전문가나 신경과 의사는 다른 질환과의 감별이나 더 정확한 진단을 위하여 세 번째 단계(예를 들면 1.2.1전형적조짐편두통) 또는 네 번째 단계(예를 들면 1.2.1.1 두통을 동반하는 전형적조짐) 많게는 다섯 번째 단계의 진단이 필요

할 수 있다. 이러한 진단체계는 두통전문가나 비전문임상의사 모두에게 편리하게 적용될 수 있다.

또한 3판 베타판에서는 ICHD-3의 질병코드와 WHO ICD-11 질병코드를 일치하는 작업을 병행하고 있다. ICD질병코드는 일상적인 진료에서 자주 사용되고 있고 보험청구 및 질병통계의 근간이 되기 때문이다. ICHD-2II-II의 분류는 WHO 분류보다 더 자세하여 이는 일부 두통의 아형에서는 ICD-10코드를 사용하지 못하였지만 ICHD-3에 포함된 대부분의 두통질환이 일대일 대칭되는 ICD-11 코드를 가질 것이다.

두통전문가라도 광범위한 분류의 내용을 모두 암기할 수는 없다. 매 번 반복해서 참고하여야 하는 문서인 것이다(<http://www.ihs-classification.org>에서 영문판을 무료로 다운로드 받을 수 있고 대한두통학회에서 한글번역본을 무료 배포하였다). 환자를 볼 때마다 ICHD-3를 사용하여 진단을 해나가면 흔히 보는 1.1 무조짐전조편두통, 1.2 조짐편두통, 2. 긴장형두통 등의 진단기준에 쉽게 익숙해 질 것이다.

2. 사용방법

1) 이 분류는 보통 3-4단계, 많게는 다섯 단계까지의 계층적 구조를 가지고 있다. 우선 환자가 어떤 군에 속할지 대강 결정한다. 처음에는 1. 편두통 혹은 2. 긴장형두통, 3. 삼차 자율신경두통 등으로 14개 군 중의 하나로 먼저 분류한다. 이후 좀더 세밀한 정보와 목적에 따라 상세한 정도가 정해진다. 일차진료의 경우라면 대개 첫 번째 단계(1. 편두통)와 두 번째 단계(1.2 조짐편두통)의 진단이면 충분하지만, 두통전문이나 두통센터에서는 세 번째(1.2.3반신마비편두통)와 네 번째(1.2.3.1 가족형반신마비편두통) 또는 다섯 번째(1.2.3.1.1 가족형반신마비편두통1형) 단계의 진단명까지 붙이는 것이 적절 할 것이다.

2) 유전적 연구나 평생유병률 등의 목적으로는 일생 동안 발생한 두통이 사용되지만 보통은 현재 또는 일년 이내에 나타난 두통의 표현형(phenotype)에 의해 진단한다.

3) 환자들이 가지는 두통은 각 유형별로 분리하여 진단해야 한다. 따라서 자주 두통을 호소하는 환자는 다음과 같이 세 가지 진단과 분류를 동시에 가질 수 있다; 1.1 무조짐편두통, 2.2 고빈도삽화긴장형두통, 8.2 약물과용두통.

4) 환자가 하나 이상의 진단을 가지는 경우는 중요도의 순서로 기술되어야 한다. 즉 긴장형환자에서 군발두통이 발생한 경우 군발두통을 첫 번째 진단명으로 하고 긴장형두통은 두 번째로 한다.

5) 만약 특정 환자에서 보인 두통의 표현형이 두 가지 서로

Table 1. International Classification of Headache Disorders 3rd edition (beta version)

Part one

The primary headaches

1. Migraine
2. Tension-type headache
3. Trigeminal autonomic cephalalgias
4. Other primary headache disorders

Part two

The secondary headaches

5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck
6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder
7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder
8. Headache attributed to a substance or its withdrawal
9. Headache attributed to infection
10. Headache attributed to disorder of homeostasis
11. Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervicalcranial structure
12. Headache attributed to psychiatric disorder

Part three

Painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches

13. Painful cranial neuropathies and other facial pains
14. Other headache disorders

Appendix

다른 명백한 진단 기준에 해당하면, 두통의 경과, 가족력, 약물에 대한 반응, 월경과의 연관성, 나이, 성별 정보를 이용하여 기능성 높은 진단을 내려야 한다. 또한 1.5 개연편두통과 2.1 저빈도삽화긴장형두통의 진단 기준을 모두 충족하는 환자는 후자로 분류되어야 한다. 한 환자에서 어떤 두통발작이 한 진단기준에 맞지만 다른 두통발작은 다른 진단기준에 맞을 경우에는 앞에서 언급한 것과 같이 두 개의 진단을 내려야 한다.

6) 특정 두통이 진단되기 위해서는 환자는 최소한의 두통 발작의 수를 경험해야 하는 수가 많다. 이 발작 횟수는 두통 유형에 따라 명백히 진단기준에 지정되어 있다(무조짐편두통의 경우 5번 5회 이상, 조짐편두통의 경우 2번회 이상). 나아가 두통은 A, B, C 등으로 기술된 필요 기준을 충족해야 한다.

7) 원발두통의 빈도는 일년에 수 차례에서 매일까지 다양하며, 두통의 강도 또한 다양하다. 국제두통질환분류는 편두통의 '중등도 이상 통증 두통강도'와 같이 강도가 진단기준에 지정되거나, 1.3 만성편두통이나 2.2 고빈도삽화긴장형두통과 같이 빈도가 진단기준에 포함된 경우도 있지만 대부분은 빈도와 강도를 분류에 포함하지 않고 있다. 하지만 더 나은 진료를 위하여 빈도와 강도에 대한 사항을 의무기록지에 기술하도록 권유하고 있다.

8) 환자가 하나 이상의 두통 유형을 가지는 것으로 생각되면 진단적 두통일기를 쓰도록 권유한다. 이러한 두통일기는 진단의 정확성을 높이고 약물 효과를 판정하는데도 매우 유용하다. 일기는 두 개 이상의 다른 두통 유형이나 아형의 빈도를 평가하는데 도움이 된다. 마지막으로 환자가 다른 두통, 예를 들면 무조짐편두통과 삽화긴장형두통을 구분하는 방법을 교육하는데 효과적이다.

9) 이차두통에 대한 각 단위에서는 잘 알려지고 확립된 원인들이 언급되었고, 진단기준이 제공되었다. 하지만, 9. 감염에 기인한 두통처럼 가능한 원인이 무수히 많은 경우가 있다. 이런 경우 아주 드문 원인들은 9.2.3 기타 전신감염에 기인한 두통으로 분류하였다. 다른 이차두통의 단위에서도 동일한 체계가 적용된다.

10) 외상 후 발생하는 두통과 같이 만성화가 흔한 두통의 경우, 3개월 이상 두통이 지속되면 진단명이 바뀌게 된다. 질환의 경과과정에 따라 3개월 후에는 '특정질환에 기인한 지속성두통'으로 진단이 바뀌게 되는 것이다. 예를 들면 5.1 머리의 외상손상에 기인한 급성두통급성외상후두통(acute headache attributed to traumatic injury to the head)이 5.2 머리의 외상손상에 기인한 지속두통지속외상후두통(persistent head-

ache attributed to traumatic injury to the head, 2판의 만성외상후두통(chronic post-traumatic headache))으로 진단이 바뀐다.

11) 현재로는 독립된 두통질환으로의 증거가 불충분한 두통질환은 부록에 실려있다. 이들에 대한 진단기준은 관련질환의 연구를 장려할 목적으로 실려있는 것이다.

3. 원발두통

1) 편두통

편두통에서는 조짐의 분류와 진단기준에서 가장 큰 변화가 있었다(Table 2). ICHD-3에서는 망막편두통을 ICHD-2III와는 달리 조짐편두통의 분류에 포함시켜 조짐편두통을 전형적인조짐, 뇌간조짐, 반신편마비조짐, 망막조짐과 같이 4가지로 분류하였고 전형적인조짐에는 시각(visual), 감각(sensory) 및 말/언어(speech/language)를 포함시켰다. ICHD-2II와는 달리 조짐편두통의 조짐 진단기준을 다음과 같이 구체화하였으며 다음의 네 가지 특성 중 최소한 두 가지를 만족해야 한다. 1) 5분 이상에 걸쳐 서서히 퍼짐 동안 점차적으로 전개됨, 2) 각각의 조짐증상은 5-분 이상 및 60분 동안 이하의 지속됨 3) 최소한 한 가지의 조짐 증상은 편측성 조짐증상, 4) 두통은 조짐을 동반하거나 조짐 60분 이내에 두통이 나타남., 과 같은 4가지 조짐의 특징 중 2가지 이상을 만족시켜야 한다.

그리고 편두통을 반복되는 현훈의 중요한 원인질환으로 추정하는 전정편두통(vestibular migraine)을 부록(A 1.6.6)에 새로이 포함하였다.

2) 긴장형두통

긴장형두통에서 바뀐 내용은 부록에 긴장형두통의 진단범위를 대폭 축소한 대체진단기준이 포함된 점이다. 기존 긴장형두통의 진단기준은 두통의 특징 4가지 중 2가지를 만족하고 동반증상 중 빛공포증이나 소리공포증 중 하나는 허용하였다. 하지만 대체진단기준에서 긴장형두통의 진단기준은 매우 엄격하여 두통의 특성 4가지 중 3가지를 만족하고 동반증상 4가지는 하나도 없어야 한다. 이렇게 바뀔 경우 기존 긴장형두통으로 진단된 많은 환자들이 개연편두통으로 진단받게 되어 편두통과 긴장형두통의 중복이 많은 부분 해소되게 된다.

Table 2. Classification of migraine (ICHD-3 beta, 2013)

1.1 Migraine without aura	1.3 Chronic migraine
1.2 Migraine with aura	1.4 Complications of migraine
1.2.1 Migraine with typical aura	1.4.1 Status migrainosus
1.2.1.1 Typical aura with headache	1.4.2 Persistent aura without infarction
1.2.1.2 Typical aura without headache	1.4.3 Migrainous infarction
1.2.2 Migraine with brainstem aura	1.4.4 Migraine aura-triggered seizure
1.2.3 Hemiplegic migraine	1.5 Probable migraine
1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)	1.5.1 Probable migraine without aura
1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1	1.5.2 Probable migraine with aura
1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2	1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine
1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3	1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance
1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci	1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome
1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine	1.6.1.2 Abdominal migraine
1.2.4 Retinal migraine	1.6.2 Benign paroxysmal vertigo
	1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

3) 삼차자율신경두통

2판에서는 3부의 제목이 군발두통과 삼차자율신경두통이었으나 군발두통도 삼차자율신경두통에 속하기 때문에 3판에서는 제목이 삼차자율신경두통으로 바뀌었다. 또한 3판에서는 지속반두통(hemicranias continua)과 SUNA수나(short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms, SUNA)가 새로운 삼차자율신경두통질환으로 포함되었다.

4) 기타 원발두통

기타 원발두통은 분류와 진단기준에 있어 큰 변화가 있었다. 기타 원발두통은 임상적으로 두통양상이 이질적이고 병인은 아직까지 잘 규명되어 있지 않다. 개정된 국제두통질환 분류에서 기타 원발두통질환은 네 군으로 나뉜다. 1군은 신체적 노력운동적노작(physical exertion)과 연관된 두통들로 원발기침두통(primary cough headache), 원발운동두통(primary exercise headache), 성행위와 연관된 원발두통(primary headache associated with sexual activity)과 원발벼락두통(primary thunderclap headache)이 여기에 속한다. 2군은 직접적인 신체적자극에 의한 두통들로 저온자극두통(cold-stimulus headache)과 외압력두통(external-pressure headache)을 포함한다. 3군은 두피의 통증과 같은 두 개바깥두통(epicranial headache)군으로 원발찌름두통(primary stabbing headache)과 원형동전두통(nummular headache)이 속한다.

4군은 수면두통과 신생매일지속두통을 포함한다. 2판에서 기타 원발두통에 있었던 지속반두통은 삼차자율신경두통으로 재분류되었다. 뇌신경통과 중추성 원인의 얼굴안면통증에 속하던 외압박두통(external compression headache)과 저온자극두통(cold stimulus headache)이 기타 원발두통에 포함되었다.

4. 이차두통

이차두통은 원인질환의 종류에 따라 8가지로 분류된다. 원인 질환이 두통을 발생시킨다고 알려져 있고, 두통이 그 질환과 밀접한 시간연관성을 가지고 발생하거나 악화될 때 이차두통을 진단할 수 있다. ICHD-II2II에서는 원인질환의 치료 또는 관해 후 두통의 개선을 확인하는 것을 진단기준에 두었으나 ICHD-3에서는 질환의 치료 또는 관해 이전에도, 특징적인 임상양상이 있거나, 질환과 두통의 임상 경과가 연관되면 진단이 가능하도록 하였다. 이차두통을 진단하는 원칙은 아래와 같다.

만약 새로운 두통이 두통의 원인으로 알려진 다른 질환과 밀접한 시간연관성을 가지고 처음으로 나타난다면, 이 두통은 원인 질환에 따라 이차두통으로 분류한다. 이런 원칙은 새로운 두통의 양상이 편두통, 긴장형두통, 군발두통과 삼차자율신경두통이어도 마찬가지이다.

기존의 원발두통이 두통의 원인으로 알려진 다른 질환과 명백한 시간연관성을 가지고 악화되었다면 두 가지 가능성

이 존재한다. 환자는 기존의 원발두통으로 진단될 수도, 다른 질환에 의한 이차두통으로 진단될 수도 있다. 이차두통을 시사하는 인자는 다음과 같다: 원인질환과의 밀접한 시간연관성(보통 일주일 이내), 원발두통의 심각한 악화(보통 빈도나 강도가 2배 이상 증가된 경우를 의미함), 원인질환이 관찰된 바와 같이 원발두통을 악화시킬 수 있다는 증거(원문에서 ‘그 질환이 두통을 유발할 수 있다는 유력한 증거가 있음’의 문구를 말씀하시는 것이지요?), 마지막으로 추정되는 원인질환의 치료 이후에 두통의 호전 또는 소실. ICHD-II2II에서는 이차두통에 대한 최종적인 진단에는 원인 질환의 소실(치료 혹은 저절로 호전자발적 완화) 이후 일정기간 이내에 두통이 상당히 호전되거나, 혹은 소실이 입증되어야 했다는 확인이 필요하였다. 질환을 치료하기 전이나 치료의 결과를 알기 전에는 ‘[특정질환에 기인할 개연성이 있는 두통]’으로 진단하여야 했다. 하지만 ICHD-3에서는 원인질환의 치료 후 두통의 호전이나 소실을 진단기준에서 삭제하여 호전을 확인하기 전에 진단이 가능하도록 한 점이 2판과 비교하여 가장 큰 차이이다.

1) 머리와 목의 외상 및 손상에 기인한 두통후두통

머리와 목의 두부외상은 이차두통의 가장 흔한 원인이며 두통은 두정부부외상 후 가장 흔한 증상이다. 지속기간에 따라, 3개월 이내에 개선되면 급성외상후두통(acute headache post-traumatic headache)으로, 그 이후에도 지속되면 지속두통(persistent headache)외상후두통으로 진단된다. 2판에서의 만성(chronic)이 지속(persistent)으로 용어가 바뀌었다.

2) 두개 또는 경부의 뇌혈관질환에 기인한 두통

2판과의 큰 차이는 없지만 2판의 6.7 기타 두개내 혈관질환에 의한 두통이 3판에서는 ‘6.7 기타급성 두개내 동맥질환에 기인한 두통’, 6.8 유전성혈관병증에 기인한 두통’, ‘6.9 뇌하수체줄종에 기인한 두통’으로 세분되었다.

6.7 급성 두개내 동맥질환에 의한 두통 중 6.7.3 가역적뇌혈관수축증후군(reversible cerebral vasoconstriction syndrome, RCVS)은 2판 이후 가장 많은 연구가 있는 이차두통 질환이다. 그간 축적된 임상데이터를 바탕으로 ‘1개월 이내에 반복적으로 발생하는 벼락두통’, ‘성행위, 운동, 발살바수기, 감정변화, 목욕 또는 샤워에 의한 유발’이 진단기준에 새로이 포함되었다. RCVS는 거미막하출혈과 유사한 벼락두통을 보이며 수일 혹은 수주에 걸쳐서 반복되는 벼락두통의 가장 흔한 원인이다. 두통이 RCVS의 유일한 증상인 경우가 흔

하지만 국소신경정후나 발작이 동반되기도 한다. 혈관조영술에서는 동맥의 협착과 확장이 교대로 나타나는 소견(염주모양 소견)을 보이나 임상 증상 발현 1주일내에는 정상으로 보일 수 있어 진단에 주의를 요한다. 즉 RCVS가 강력히 의심되면(벼락두통이 반복적으로 나타나면) 1주일 이후에 MRA나 TCD를 검사를 통하여 혈관연축을 다시 확인하여야 한다.

3) 비혈관성 두개내질환에 기인한 두통

여기에는 두개내압 항진과 저하, 비감염 염증병, 두개내 신 생물, 발작, 경막내 주사투여, 제1형 키아리기형 등이 포함되며 2판과 특별히 바뀐 내용은 없다.

4) 물질 또는 물질금단에 기인한 두통

약물이나 물질의 급성사용 또는 금단 및 약물과용에 의한 두통이 포함된다. ‘물질의 급성사용 또는 노출에 기인한 두통’에 외인성급성혈압상승제에 기인한 유발 두통과 외인성성호르몬에 기인한 제유발두통이 새로 추가되었다.

5) 감염에 기인한 두통

감염에 기인한 두통에서는 기존의 분류를 체계화하여 재 정비하였다. 2판에서와는 달리 감염을 두개내감염과 전신감염으로 이분하였다. 두개내감염의 경우 세균수막염, 바이러스수막염, 진균 및 기생충감염, 뇌농양, 경막하출혈 등 5개로 세분하였으며 전신감염의 경우 세균감염, 바이러스감염 및 기타 전신감염 등 3개로 세분하였다.

6) 항상성질환에 기인한 두통

두통을 유발하는 항상성질환에는 저산소증, 투석두통, 동맥고혈압, 갑상샘저하증, 공복, 심장허혈발작두통이 있다. 2판과의 차이점은 저산소증 또는 고탄산혈증에 기인한 두통에 항공여행에 기인한 두통이 새로 포함된 것이다. 항공여행에 기인한 두통은 비행기두통이라고도 하며 흔히 심한 강도의 찌르는 듯한 두통이 편일측 안와전두눈주부위에 나타나며 자율신경증상이 동반되지 않는다. 이 착륙 30분 이내에 사라진다. 항공여행에 기인한 두통은 85% 이상의 환자에서 착륙 중에 나타나는 특징을 가지고 있다.

7) 두개골, 목, 눈, 귀, 코, 부비동, 치아, 입 또는 기타 얼굴 및 경부 구조물의 질환구강에 기인한 두통 또는 얼굴 통증

활차도르래신경염(trochleitis)에 기인한 두통과 경상설골인대(stylohyoid)의 염증에 기인한 두통이 새로 포함되

었다. 활차도르래신경염은 활차도르래신경 또는 상사뿔근 싸개(sheath)에 발생하는 염증이다. 활차 도르래신경염은 아주 드물지는 않기 때문에 편측 안와주위 두통이 안구의 내전 하방 움직임에 의하여 악화될 때 반드시 감별진단에 포함하여야 한다. 경상설골인대의 염증에 기인한외한 두통은 기존에 이글증후군이라고도 불리었으며 편측 목, 인두 또는 얼굴 안면의 통증이 경상설골인대를 누르거나 촉진이나 머리를 돌리는 행위에 의하여 유발되거나 악화될 때 의심할 수 있다.

8) 정신과질환에 기인한 두통

2판과 마찬가지로 두통을 유발할 수 있는 정신과질환으로

Table 3. Classification of painful cranial neuropathies and other facial pains (ICHD-3 beta, 2013)

13.1 Trigeminal neuralgia
13.1.1 Classical trigeminal neuralgia
13.1.1.1 Classical trigeminal neuralgia, purely paroxysmal
13.1.1.2 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain
13.1.2 Painful trigeminal neuropathy
13.1.2.1 Painful trigeminal neuropathy attributed to acute Herpes zoster
13.1.2.2 Post-herpetic trigeminal neuropathy
13.1.2.3 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy
13.1.2.4 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque
13.1.2.5 Painful trigeminal neuropathy attributed to space-occupying lesion
13.1.2.6 Painful trigeminal neuropathy attributed to other disorder
13.2 Glossopharyngeal neuralgia
13.3 Nervus intermedius (facial nerve) neuralgia
13.3.1 Classical nervus intermedius neuralgia
13.3.2 Nervus intermedius neuropathy attributed to Herpes zoster
13.4 Occipital neuralgia
13.5 Optic neuritis
13.6 Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy
13.7 Tolosa-Hunt syndrome
13.8 Paratrigeminal oculosympathetic (Raeder's) syndrome
13.9 Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy
13.10 Burning mouth syndrome (BMS)
13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP)
13.12 Central neuropathic pain
13.12.1 Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis (MS)
13.12.2 Central post-stroke pain (CPSP)

신체화장애와 정신병장애 만을 수록하였다. 하지만 부록에는 우울장애증, 범불안장애증, 공포증, 공황장애, 외상후스트레스질환 등 다양한 정신과질환을 두통의 원인질환으로 포함하였다. 3판에서는 특정공포증과 분리불안장애도 두통의 원인이 되는 정신과질환으로 추가하였다.

5. 통증성두개머리신경병증 및 기타 얼굴통증안면통

머리와 목두개와 경부의 통증은 삼차신경, 중간신경, 혀인 두설인신경, 미주신경, 상부 경추에서 기원한 구심섬유후두 신경들로에 의하여 전달된다. 국제두통질환분류에서는 이를 12가지로 분류하였다(Table 3). 통증은 대상포진이나 영상 검사에서 밝혀지는 구조적 이상과 같이 명확한 원인이 있는 경우도 있지만, 일부 환자에 있어서는 원인이 불명확할 때가 있다.

ICHD-3에서 나타난 중요한 변화는 삼차신경통을 신경혈관압박 외에 뚜렷한 원인이 없는 고전적삼차신경통(classical trigeminal neuralgia)과 대상포진, 외상, 다발경화증 또는 공간점유병소변 등 명확한 원인이 있는 통증성삼차신경병증(painful trigeminal neuropathy)으로 나눈 점이다. 그 밖에 기타 얼굴통증안면통에 속하였던 2판의 외압박두통과 저온 자극두통이 기타원발두통으로 이동한 점이 큰 차이다.

결 론

ICHD-3 베타판은 2004년 ICHD-III2에 근거한 많은 임상 경험과 연구결과를 바탕으로 하여 개정되었다. ICHD-3 베타판은 편두통조짐의 진단기준과 기타 원발두통의 분류에서 진일보하였으며, 이차두통에서 원인의 소실제거 후 두통호전을 확인하지 않아도 진단을 가능하게 하는 실용적인 변화가 있었다. 최종본은 향후 베타판을 임상과 연구에 적용 후 사용자의 의견을 거쳐 2016년에 발표될 예정이다. 국제두통학회는 ICHD-3 베타판이 최종판과 거의 다르지 않을 것으로 더 이상 ICHD-II2II를 사용하지 말고 즉시 ICHD-3 베타판을 임상과 연구에 적용할 것을 권고하고 있다.

참고문헌

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Cephalalgia. 1988;8 suppl 7:1-96.
2. Headache Classification Committee of the International

Headache Society, The international classification of headache disorders (second edition), Cephalalgia, 2004;24 suppl 1:1-160.

3. Headache Classification Committee of the International Headache Society, The international classification of headache disorders 3rd edition beta, Cephalalgia, 2013;33:627-808.