

동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 15. No. 1, 2004

긴장성 두통의 동서의학적 고찰

박 영 회
동국대학교 한의과대학

A Study of oriental-western medical research in tension headache

Park Young Hoi

Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, Dong-Kuk University

Abstract

Object : The purpose of this study is difference between western medicine and oriental medicine in tension headache.

Methods :

A literature study on the tension headache was performed. The cause, symptoms, relationship with other diseases, pathology and treatment of oriental and western medicine were investigated.

Conclusion :

In western medicine, tension headache is mainly caused by emotional stress, tension of head and neck musculatures. Treatments include medication, psychologic care, alteration of habits and biofeedback. Removal of muscle tension is of main interest in western medicine.

In oriental medicine, tension headache is classified into internal and external problem. The imbalance of organs of spleen, liver and kidney causes headache. Hyperactivity of liver chi and deficiency of kidney yin are main source of headache.

On the treatment, relieve of muscle tension and correction of bad habit are emphasized in western medicine while promotion of harmony among the internal organs is main target in oriental medicine.

Key Words : Tension headache, Muscle contraction, Oriental medicine

*위 논문은 동국대학교 전문학술지 게재 연구비 지원으로 이루어짐
교신저자: 박영회, 경기도 성남시 분당구 수내동 87-2 동국대학교 분당한방병원 한방재활의학과
Tel. 031-710-3744 E-mail : parkomd@netian.com
◆ 접수: 2004/5/24 수정: 2004/6/15 채택: 2004/6/18

I. 서론

긴장성 두통(tension headache)은 두통 분류에 관한 특별 위원회의 국제 분류에 따른 15가지 유형의 두통 중에서 가장 빈번하게 발생하는 것으로, 정확한 발병원인은 아직까지 밝혀지지 않고 있다¹⁾.

개인이 심리적인 스트레스에 대하여 반응할 때 나타나는 증상이거나, 두개골과 목 근육의 지속적인 수축에 의해 발생하는 것으로 추측하고 있다¹⁾. 많은 유형의 두통 중에서 가장 빈번하게 발생하는 두통으로 근수축성두통, 심인성두통, 양성두통 또는 신경성두통으로 불리기도 한다²⁾. 한의학에서는 頭를 諸陽이 모이는 곳으로 淸陽이 上注한다고 하였다. 두통은 外感이나 內傷 또는 기타 다른 이유에 의해 발생한다³⁾.

두통 중 긴장성 두통은 內傷에 의해 발생한 두통과 類似하며 여러 가지 치료방법이 연구 중이다. 긴장성 두통은 산업이 고도화되면서 점차 유병율이 높아가고 있다.

이에 본 저자는 긴장성 두통의 한의학적과 양의학적으로 원인, 증상 및 病機의 발전 등을 고찰하여 질환의 치료에 도움이 되는 방법을 모색해 보았다.

Possible areas of pain:
upper back and neck,
base of head,
the ears,
above the ears,
the jaw,
above the eyes

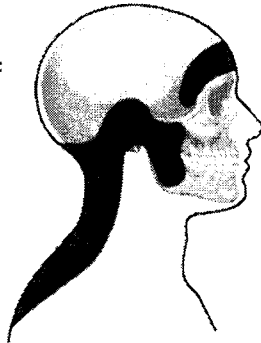


Fig. 1. Area of tension headache. Adapted by www.nucleusinc.com

II. 본론 및 고찰

1. 서양의학적 고찰

긴장성두통은 스트레스나 근육의 수축에 의해서 생기는 두통이다. 통증은 스트레스를 받는 상황에서 발생하고 장기적으로 유지되기도 하고 장기적이지 않을 때도 있다. 전두부, 후두부 또는 측두부에서 계속적으로 아프고, 양측성이며 서서히 시작되어 수 시간에서 수 년 까지 지속되기도 한다¹⁾. 편두통과는 달리 전조현상을 동반하지 않고, 동통이 심하지 않으며 오심과 같은 전신적인 증상은 나타나지 않는 경향이 있다. 임상적으로는 지속적인 통증이나 둔한 통증, 압박감이 나타나고, 쑤시는 듯한 동통이 일정하게 지속적으로 나타난다. 머리에 띠를 씌운 듯 한 압박감, 팍 조이는 느낌, 찢어지는 듯한 느낌 등의 증상이 나타난다. 또한 耳鳴, 眩氣症, 눈물분비 등을 경험하기도 하며 대개 하루중의 변화가 다양하고 집중을 해서 일을 하기 힘들다. 통증은 심해지기도 하고 수면에 지장을 초래하기도 한다⁴⁾. 스트레스나 정신적인 긴장이 유인이 되는 수가 많으므로 긴장성 두통(tension headache)내지는 심인성 두통(psychogenic headache)이라고 한다. 가족력 없이 어느 연령층에서나 보이지만 아이보다는 어른이 많고 사무직이나 수험생 등 정신노동자에서 호발 한다. 頸項部나 어깨가 무겁거나 아픈 경우가 많고, 두개골과 頸項部를 이어주는 근육이 굳어져 있거나 壓痛點을 보이는 수가 많다. 근수축성 두통은 편두통과 더불어 제일 흔한 두통이며, 외래 두통 환자의 약 40%를 차지한다²⁾. 혈관성 두통, 특히 편두통과 긴장성 두통이 함께 나타나는 경우 혼합성(mixed)또는 연합성 두통(combined headache)이라고 부른다.

긴장성 두통의 주요원인은 보통 스트레스나 과로, 긴장 등으로 頭頸部의 지속적 근수축에 의한 관련통으로 생각되고 있으나 정확한 원인은 아직까지 밝혀지지 않고 있다⁵⁾. 이외에 걱정, 우울, 시야의 과도하고 지속적인 피로, 나쁜 자세, 목 주변의 관절염이나 염좌 등의 외상, 측두 하악

관절 질환, 뇌의 화학적 부조화(Chemical imbalances in the brain)가 원인이 될 수 있다²⁾. 두통 발작시 두경부 근육의 수축이 두통의 1차적인 원인이 아니라 심리적, 정신적 긴장으로 인한 두통의 2차적인 결과라는 주장도 있다⁶⁾. 위험인자로서는 지속적인 우울과 걱정, 여성, 가족중에 긴장성 두통이 있는 경우, 이를 같거나 치아의 교합문제, 수면 중 무호흡증, 약물복용, 과도한 카페인 섭취 등이 있다⁷⁾.

적 수축을 촉진시켜 악순환이 계속된다고 하는 것이 근수축설⁵⁾의 설명인데 현재 근수축을 원인으로서가 아니라 결과로 보는 경향이 짙어지고 있다⁸⁾.

한편 amylnitrate나 nicotin산, methylalcohol등 혈관확장제 주입으로 때로는 두통이 유발되기도 하고, 때로는 치료적 효과를 보인다고 한다⁹⁾. 긴장형 두통이 있을 때, 눈 결막의 소혈관의 지속적인 수축이 관찰되기도 하여, 혈관운동신경의 불안정성이 예상되는 등 혈관성 인자도 중요시되고 있으나 그 정확한 역할은 잘 모르고 있다⁵⁾.

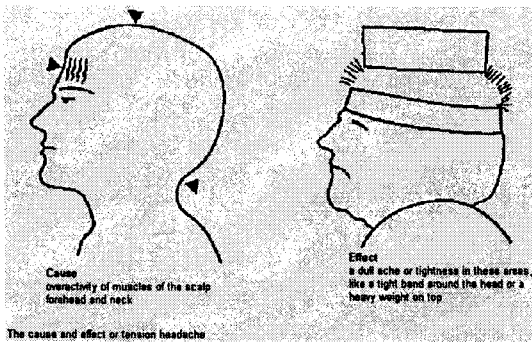


Fig. 5. The cause and effect of tension headache. Adapted by John Murtagh, Professor of General Practice Monash University, Melbourne, Australia

발병기전으로는 근수축인자와 혈관인자 및 심리적인자 등이 거론되고 있다⁸⁾. 1962년 NIH의 두통 분류 특별위원회의 두통분류에서 근수축이 두통발생의 직접 원인으로 거론되고, 긴장형 두통증을 근수축성 두통으로 부르게 되었다. 스트레스나 정신적인 불안상태에서 전두근 등 두개 주변근군이 수축되기 쉽고, 일정시간 근수축이 지속되면 통증을 유발하는 것은 이해할 수 있으나 편두통환자에서도 두개주변근군의 수축이 있는데, 긴장형 환자에서 보다 더 뚜렷하였다고 하는 보고도 있고, 두통 없는 환자에서도 근수축이 뚜렷함을 볼 수 있어서 근수축인자의 병인론적 의의가 흔들리고 있다⁶⁾. 근육이 오래 수축하면 그 근육의 혈류 장애를 일으키고, 유산이나 serotonin, bradykinin 및 prostaglandins 등 통증 유발물질을 발생하고, 그것이 다시 근육의 지속

Table 1. Diagnostic Criteria for Tension-Type, Chronic Tension-Type, and Chronic Headache

Tension-Type headache
A. At least 10 previous headache episodes fulfilling criteria B through D;
number of days with such headaches: less than 180 per year or 15 per month
B. Headaches lasting from 30minutes to 7 days
C. At least two of the following pain characteristics:
1. Pressing or tightening(nonpulsating)quality
2. Mild to moderate intensity(nonprohibitive)
3. Bilateral location
4. No aggravation from walking stairs or similar routine activities
D. Both of the following
1. No nausea or vomiting
2. Photophobia and phonophobia absent, or only one is present
Chronic Tension-Type headache
Same as tension-type headache, except number of days with such headaches: at least 15 days per month, for at least six months
Chronic daily Headache
Features of tension-type headache
Occurs at least 6 days per week

Adapted with Headache Classification Committee of the International Headache Society. Cephalgia 1988;8(7) 1-96, with information from reference 12.

대개 활동성이 많은 중년기에 호발하며, 대개 여성에서 남성에 비해 약간 높은 유병율을 가지며 대략 환자의 20%의 환자가 의료기관을 찾게 된다²⁾. 자율신경계증상을 동반하지 않음으로써 군집성 두통과 구분되며, 양측성이며 비혈관성, 비박동성이며 일상 활동에 의해 악화되지 않음 등으로 인해 편두통과 감별된다. 두통의 강도가 점점 더 강해지지 않고 두개강 내압 증가 증상도 보이지 않으며 국소적인 신경 증상이 없다는 점에서 뇌종양으로 인한 두통과 감별된다. 질환의 치료가 늦어져서 2차적인 질환에 이환될 수 있고 과도한 치료약 복용에 의해 2차적 두통(rebound headache)을 일으킬 수 있다. 다음의 증상 군, 4가지 중에 2가지 이상의 증상이 있어야 국제두통학회(International Headache Society, IHS)에서는 긴장성 두통으로 진단한다.

첫째, 전반적이고 지속적인 압박통 둘째, 양측성으로 전두부나 경부, 후두부에 조이는 통증 셋째, 통증의 강도는 대개 중등도 이하 넷째, 일상적인 활동에 의해 통증이 악화되지 않아야 하는 등의 네 가지 증상군이다¹⁰⁾.

이러한 긴장성 두통은 일시적 긴장형 두통(Episodic tension type headache, 이하 ETTH), 만성 긴장형 두통(Chronic tension type headache, 이하 CTTH)으로 나뉜다. ETTH의 경우 13-66%의 유병율을 보이고, CTTH는 1-3%이다²⁾.

1. 일시적 긴장형 두통(Episodic tension type headache, ETTH)

일시적 긴장형 두통의 진단기준은 다음 3개 항목을 충족시키는 두통이 10회 이상 있고, 1개월을 기준으로 15일 이하의 기간에 나타나는 경우이다.

두통의 성격은 첫째, 압박 또는 쥐어짜는 듯한 비박동성 통증이고, 둘째, 그 통증의 세기가 경도 내지는 중등도로서, 일상생활을 제약하기는 하지만 저해하지는 않으며, 셋째, 양측성으로 오는 등 세 가지 특징 중 두 가지를 충족시켜야 하고, 수반증상으로는 첫째, 오심, 구토를 수반하지 않는데 식욕저하는 있을 수 있고, 둘째, 광과민과

음과민은 없든가, 있더라도 그 어느 하나만 있으며, 원인으로서 두통과 관련된 기질적 질환이 없어야 한다. 일시적 긴장형 두통은 다시 두개주변근군(pericranial muscles)의 장애를 수반하는 경우와 그러한 두개주변근군의 장애가 수반되지 않은 경우로 나뉜다.

2. 만성 긴장형 두통(Chronic tension type headache, CTTH)

만성 긴장형 두통도 두개주변근군의 장애를 수반하는 것과 수반하지 않는 것으로 다시 구분하는데 진단기준으로서는 1개월 내에 16일 이상의 긴장형 두통이 6개월 이상 지속하는 것이다.

3. 비정형 긴장두통

위의 급성 및 만성, 두 긴장 두통증의 기준에 맞지 않는 다른 모든 긴장형 두통증을 포괄한다. 가령 7일 이상 지속하지만 10회 이하의 급성발작이 있었다든가, 1개월내에 1일 이하 발생하지만 6개월까지는 지속되지 않은 두통이 이에 속한다.

질병의 진단은 경추의 방사선 검사, 혈액검사, 신경학적 검사, 환자의 자세 검사 등으로 이루어진다. 근전도 검사상 근긴장의 확연한 변화가 있으나, 두개주변근군 근긴장이 확인되어도 두통이 없는 경우도 존재한다⁴⁾.

치료에 있어서는 환자 스스로의 관리가 중요하다. 이러한 노력 외에 일상생활에서 스트레스를 풀 수 있는 방법을 찾아야 한다. 때로는 일상생활의 변화나 심리요법으로 충분치 않아 약물치료나 물리치료가 필요한 경우도 많다. 약물로서는 항불안제제, 항우울제, 근이완제나 소염제를 단독 또는 병용하여 투여할 수가 있다¹¹⁾. 그러나 강력한 습관성 약물제제는 가급적 피하는 것이 좋으며, 장기간 사용은 피하여야 한다¹²⁾. 두통이 있는 상황에서 자가 요법으로 어두움 방에서 조용히 휴식을 취하거나, 뜨겁거나 차가운 마사지를 경항부나 頭部에 해주거나, 뜨거운 물을 이용한 샤워를 하거나, 목이나 관자놀이를 눌러주거나, 가벼운 운동을 하여 긴장된 근육이 풀어지도록 노력한다. Biofeedback법 등 심신의학적 요법도 때때로 효과적으로 이용되고 있다¹³⁾.

질환을 관리하는 방법¹⁴⁾으로 생활양식을 바꾸어 운동을 규칙적으로 하거나, 자세를 바르게 하고, 충분히 수면을 취하고, 일한 후 충분히 휴식을 취하는 등의 노력이 필요하다. 스트레스를 관리하기 위해 두통이 있기 전과 후에 일기를 써서 무엇이 두통을 유발했는지 이해하려 노력해야 한다. 스트레스 상황을 피하거나, 지혜롭게 이겨내는 방법을 찾아야 한다. 오랫동안 같은 자세로 일하는 것을 피하고, 자주 쉬고, 즐거운 일을 하는데 시간을 할애해야 하며, 주변 가족이나 친구들과 정신적인 유대를 강화해야 한다. 전화를 받을 때 수화기를 거드랑이에 끼고 받지 말고 몸을 수그리고 걸지 않아야 한다. 좀더 일찍 잠자리에 들어야 하며 깊이 수면을 취할 수 있게 여건을 만들어 나간다. 가급적 화를 내지 않는 것도 도움이 된다.

2) 한의학적 고찰

한의학에서 頭는 諸陽之會이고 淸陽之府이며, 腦는 髓之海이고 精明之府이다³⁾. 이는 頭가 모든 陽經이 모이는 곳으로 陽氣 및 髓海에 依存하여 정상 생리기능을 유지한다. 이 때문에 外感 및 內傷의 邪氣를 막론하고 陰陽의 平衡이 깨지면 두통이 발생한다. 足三陽經은 모두 頭部에서 起止한다. 手陽明經의 支脈은 鼻腔에서 止하고, 足陽明經은 鼻腔에서 起하며, 手太陽經은 目內眥에서 止하고 足太陽經은 目內眥에서 起하며, 足少陽經은 目外眥에서 起하고 手少陽經은 目外眥에서 止한다. 이는 六腑의 淸陽之氣가 모두 頭部에 上升하는 것을 말하는 것이다. <素問 陰陽應象大論>에 “淸陽出於竅, 濁陰出下竅, 淸陽發腠理, 濁陰走五臟, 淸陽實四肢, 濁陰歸六腑”이라 하였다¹⁶⁾. 두통에 대하여 內經에서는 腦風, 首風이라 하였고 風寒濕熱등의 外邪가 侵襲하거나 五臟의 機能失調로 經氣가 逆上하여 淸竅를 侵犯하여 運行하지 못하고 막혀서 痛증을 유발한다고 하였다¹⁷⁾. 漢代 張仲景은 두통을 六經에 따라서 太陽, 陽明, 少陽, 厥陰病에 두통이 나타나나 少陰, 太陰病은 나타나지 않는다고 하였다¹⁸⁾. 金元代의 李東垣은 두통을 內傷頭痛과 外感頭痛으로 구분하고 內經의 六經과 傷寒論의 證治의 기초 하에 太陽頭痛

과 少陰頭痛을 보충하였다¹⁹⁾. 明代 張景岳은 발병한지 오래되지 않은 두통은 邪氣를 없애는 치료를 하고 오래된 병은 元氣를 보충하는 치료방법을 써야한다고 하였다²⁰⁾. 朱丹溪는 <丹溪心法, 頭痛篇>에서 頭痛 多主於痰, 痛甚者火多, 有可吐者, 有可下者 라 하여 痰과 火를 두통의 주요 원인이라고 하였다²¹⁾. 清代 陳士鐸은 <石室秘錄, 偏治法>에서 “如人病頭痛者, 人以爲風在頭, 不知非風也, 亦腎水不足而 邪火冲于腦, 冬朝頭運, 似頭痛而非頭痛也. 若止治風, 即痛更甚, 法當大補腎水, 而頭痛頭運自也”라 하여 前人이 흔히 “高顛之上, 惟風可到”라 한 것은 두통의 원인을 단지 風邪로만 보서는 안 되고 臟器의 기능이상에 의해 유발되는 두통도 있다는 것을 강조하였다²²⁾. 葉天士는 頭는 諸陽之會이며, 厥陰肝脈은 頭頂部에 모인다. 모든 陰寒邪는 上逆하여 陽氣를 막지 못하는데 濁氣가 上部에 居할 수 있는 것은 厥陰風火로 逆上하기 때문이라고 하여 두통과 肝經과의 관계를 설명하였다²³⁾. 王清任은 <醫林改錯>에서 두통이 表證도 아니고 裏證도 아니고 氣虛, 痰飲도 아닌 破瘀血 하는 血府逐瘀湯을 사용해야 하는 瘀血證이 있다는 것을 주장하였다²⁴⁾.

이를 종합하여 볼 때 頭痛의 원인은 外感, 內傷, 風邪, 痰火, 氣滯, 飲食, 瘀血 등으로 보았는데 그중 內傷을 원인으로 한 頭痛이 긴장성 두통에 가장 유사하다고 할 수 있다²⁵⁾. 이에 內傷으로 인한 頭痛은 肝, 脾, 腎 病變과 주요한 관계가 있다³⁾. 腦가 髓之海이므로 肝腎 精血의 자양에 依存하며, 脾胃는 後天之本이며, 氣血生化之源으로 능히 氣血을 輸布하여 頭部에 滋養하게 한다. 肝陽上亢에 의해 肝陽이 上亢하여 火邪가 上으로 淸竅를 搖亂하게 하여 두통을 일으킬 수 있고 氣鬱化火가 오래되어 津液을 損傷하여 肝陰이 不足하여 肝이 滋養작용을 상실하게 되면 腎水不足으로 水不涵木하면 肝腎陰虛 하여 肝陽이 亢盛하여 다시 肝陰을 傷하고 下로 腎水を 消耗하면 肝腎陰液이 더욱 부족하여 악성 순환을 형성하게 된다. 이와 함께 腎精이 부족해서 발생하는 두통을 先天不足 혹은 房勞過度로 腎精이 약해져 腦髓가 空虛해져 발생한다. 脾胃의 기능이상으로는 脾胃虛弱으로 氣血生化의 기능이 약해져서 腦髓脈絡으로 上榮하지 못하여 두통이 생길 수 있다. 임상

에서 흔하게 볼 수 있는 두통으로 신경쇠약이나 정신적인 노동이 과도한 경우에 유발된다고 하였다. 이와 함께 정서적인 변화, 정신적인 긴장에 의하여 통증이 자주 변하고 부위도 넓고 자주 변한다. 함께 나타나는 증상은 少力感, 失眠, 記憶力減退, 集中力障礙 등의 증상을 함께 가진다²⁵⁾.

이러한 두통에 대한 치료로 각각의 원인에 대하여 치료를 하는 것으로 王²⁶⁾은 肝木에 관계가 깊다고 하여 肝을 治療하는 여섯 가지 방법을 제시하였다. 肝虛頭痛을 치료하는데 補肝法, 肝寒頭痛을 치료하는데 暖肝法, 肝鬱頭痛을 舒肝法, 肝熱頭痛을 清肝法, 肝火頭痛을 泄肝法, 肝陽上亢頭痛을 鎮肝法을 사용하였다. 劉²⁷⁾는 두통의 원인이 각각 다르기 때문에 각각의 원인에 대하여 치료해야 한다고 전제하고 치료법으로 12가지를 제시하였다. 李²⁸⁾는 두통환자 102 case에 대하여 血虛, 氣虛, 血瘀, 肝腎陰虛, 腎陽虛, 痰濕, 外感風寒, 外感風熱, 外感風熱등의 9가지 종류로 나누고 치료하여 우수한 효과를 거두었다고 하였다. 최근에 이등²⁹⁾은 동통유발점과 遠位取穴에 의해서 긴장성 두통의 치료에 약물과 침치료가 사용되고 침치료로 玉枕, 上星, 列缺, 湧泉, 攢竹, 百會, 後溪, 靈骨, 大白, 側三里, 合谷, 正筋, 正宗 등을 사용하여 우수한 효과를 거두었다고 주장하였다.

III. 결 론

위에서 긴장성 두통에 대하여 동서의학적인 病因, 病機, 治療에 대하여 고찰하여 본 결과 다음과 같은 사실을 도출할 수 있다.

1. 양의학적으로 긴장성 두통은 정서적인 이거나 두개근군의 긴장, 기타의 요인에 의해서 생기며 약물치료, 심리적 안정치료, 생활습관의 변화 모색, biofeedback 등의 방법으로 치료하고 근육의 긴장과 유발하는 원인을 찾아 제거하는데 관심을 가지고있다.
2. 한의학적으로 두통은 外感과 內傷으로 구분되고 내부 장기의 부조화에 의해서 두통이

발생하고, 주로 脾臟, 肝臟, 腎臟에 의해 後天之源의 부족에 의하거나 肝陽上항에 의하거나 腎水의 부족으로 야기되는 것으로 보았다.

3. 치료에 있어서 서양의학적으로는 근육의 긴장에 대한 치료와 생활의 안정을 강조하였고 한의학적으로는 臟器間의 不調和의 解消에 치료의 주안점으로 삼았다.

참 고 문 헌

1. Bakal, D.A. A biopsychological perspective. *Psychological Bulletin*, 1975;82,369-382
2. Rasmussen B.K. Epidimiology of headache. *Cephalalgia*. 1995;15,45-68
3. 전국한의학대학심계내과학교실, 동의심계내과학, 서원당, 서울 1995 (하)69-70
4. Olesen, J. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain, cephalalgia. 1988;8(7):I-96, .
5. Vinken, P.J., Bruyn, G.W., Klawans, H.L. *Handbook of Clinical Neurology*. Elseviler science publishers. Amsterdam New York, 1986.154
6. Houy-Schafer S, Grotemeyer KH. *Schmerz*. 2004;18(2):104-8.
7. Sutton C.L. Weisberg L.A. Which headache patients should undergo neuroimaging? *Emerg med* 1999;19:12-33
8. Solomon S. Lipton R.B. Newman L.C. Clinical features of chronic daily headache. *Headache* 1992;32:325-9
9. Boline P.D. Kassak K. Bronfort G. Nelson C. Spinal manipulation vs amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headaches: a randomized clinical trial. *J Manipulative*

- Physiol Ther
1995;18:148-54
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia. 1988;8(7):1-96,
 11. Redillas C. Solomon S. Prophylactic pharmacological treatment of chronic daily headache. Headache 2000;40:83-102
 12. Rapoport A. Stang P. Analgesic rebound headache in clinical practice. Headache 1996;36:14-9
 13. 조현섭. 손정락. 긴장성두통에 미치는 자기효율성, 우울 및 다차원 건강 내외통제 수준에 따른 전두부 EMG 바이오피드백 훈련의 효과. 한국심리학회지 1988;7(1):43-53
 14. Attanasio V. Andrasik F. Blanchard E.B. Cognitive therapy and relaxation training in muscle contraction headache. Headache 1987;27:254-60
 15. 北京中醫學院. 實用中醫學. 北京: 北京出版社.1997:156-8
 16. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울: 東洋醫學研究所出版局.1981:23-24
 17. 楊思漱. 中醫臨狀大全. 北京: 北京科學出版社. 1991:174-5
 18. 張仲景. 景岳全書. 서울: 大星文化社. 1996:35-7
 19. 李杲. 東垣十種醫書. 서울: 大星文化社. 1996:35-7
 20. 張景岳. 景岳全書. 서울: 大星文化社. 1996:271
 21. 朱丹溪. 丹溪心法. 서울: 大星文化社.1998:76
 22. 陳士鐸. 國譯石室秘錄. 서울: 書苑堂. 2000:50
 23. 葉天士. 中醫內科學. 북경 : 북경중의학원. 1995: 125
 24. 王清任. 醫林改錯. 서울: 大星文化社. 1999:26
 25. 王顯明. 中醫內科辨證學. 北京: 人民衛生出版社. 1984:160,166
 26. 王鐵宗, 頭痛治肝6法, 遼寧中醫雜誌 1985;12:9-18
 27. 劉秉眞, 頭痛治療十二法, 浙江中醫雜誌 1981;16(6): 16-22
 28. 李兆鼎, 頭痛辨證治療, 雲南中醫雜誌 1985;6(5):23-24
 29. 이상무, 황규선, 한희철, 정형섭, 긴장성 두통에 대한 동통유발점 자침과 원위취혈자침의 치료효과에 대한 임상적 비교 연구, 대한침구학회지 2001;18(1):14-20