

[두통 보물상자] "뇌 검사는 정상이라는데 머리가 지그시 아파요"... 긴장형 두통의 실체와 감별법, 그리고 명확한 치료법

서론: 진료실에서 만난 안타까운 사연들과 두통을 바라보는 최신 의학적 시선

통증의학과 진료실을 찾으시는 환자분들 중에는 머리가 수개월에서 수년간 지속적으로 아파 "혹시 뇌혈관이 터지거나 뇌종양 같은 무서운 질병이 아닐까" 하는 불안감에 떨다가 오시는 분들이 많습니다 [1, 9]. 대학병원이나 대형 종합병원을 방문하여 수십만 원에서 백만 원이 넘는 비용을 들여 뇌 MRI, 뇌 CT 등 정밀 영상 촬영과 각종 검사를 받은 후, "뇌에는 아무런 이상이 없습니다"라는 소견을 듣고 안도하면서도 한편으로는 왜 머리가 계속 아픈지 몰라 답답해하시곤 합니다 [1].

이런 환자분들을 뵈는 때면 비용과 시간 소비에 안타까운 마음이 들기도 하지만, "뇌의 치명적인 질환이 아니라는 확신을 얻은 '안심 비용'으로 생각하십시오"라며 위로를 건네드립니다 [1, 9].

반대로, 과거에 편두통이나 군발성 두통이라는 이야기를 듣고 치료를 포기한 채, 매일 진통제만 복용하며 통증을 견디며 지내시는 환자분들도 계십니다 [1, 5, 9]. 그러나 진통제 장기 복용은 약물과용두통(Medication-Overuse Headache)이라는 또 다른 악순환을 유발할 수 있어 매우 주의가 필요합니다 [1, 4].

최신 의학계에서는 긴장형 두통을 단순히 "일시적인 머리 근육의 피로나 단순 마모"로 바라보던 과거의 단순한 관점에서 벗어나고 있습니다 [1, 2]. 최근 연구들에 따르면 긴장형 두통은 승모근 및 두경부 근육의 기계적 자극과 근막 통증, 유전적 소인, 그리고 신경계의 중앙감작(Central Sensitization)과 심리·스트레스 요인이 복합적으로 상호작용하여 발생하는 뇌-근육 신경계 질환으로 재정의되고 있습니다 [1, 2, 3, 6].

오늘 포스팅에서는 전 세계적으로 가장 흔하지만 여전히 오진과 방치가 많은 긴장형 두통(Tension-Type Headache)의 유병률, 다른 두통과의 오진 현황, 스스로 감별하는 정확한 방법, 그리고 TPI, 보톡스, 건침, 운동을 포함한 검증된 치료법과 예후를 논문 근거를 바탕으로 명확히 정리해 드리겠습니다.

본론 1: 전체 두통 중 긴장형 두통의 비율과 흔한 오진 현황

1. 긴장형 두통은 전체 두통에서 얼마나 차지할까요?

긴장형 두통은 전 세계 인구에서 가장 흔하게 발생하는 1차성 두통 질환입니다 [1, 3, 4].

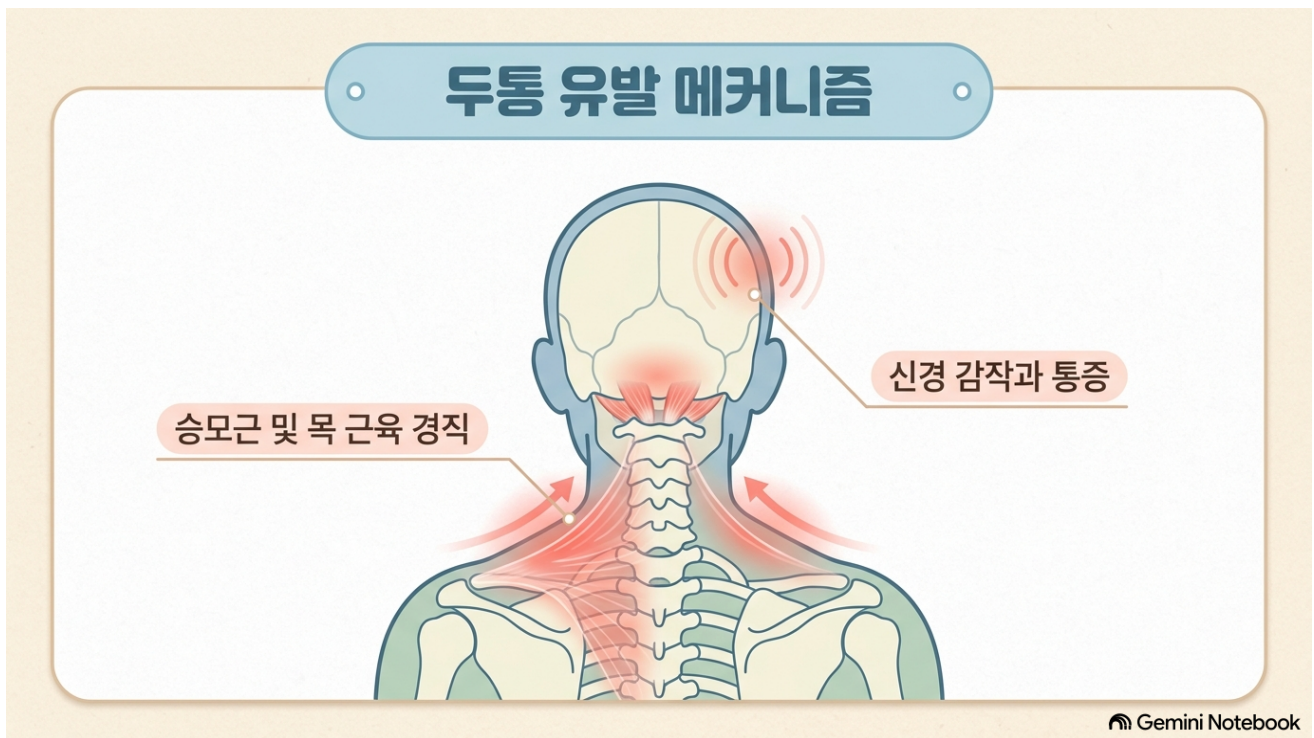
- **글로벌 유병률:** 대규모 세계질병부담(GBD) 연구 및 글로벌 역학 조사에 따르면, 긴장형 두통의 전 세계 유병률은 약 26.0% ~ 26.4%에 달하며, 전 세계적으로 약 20억 1천만 명 이상의 환자가 고통받고 있습니다 [1, 4]. 평생 유병률로 환산하면 인구의 30%~78%가 일생 동안 한 번 이상 긴장형 두통을 경험합니다 [1].
- **연령 및 성별 분포:** 긴장형 두통은 젊은 성인층부터 중장년층(20대~50대)에서 유병률이 가장 높게 나타나며, 여성 대 남성의 비율이 약 1.2:1로 여성에서 소폭 높게 관찰됩니다 (편두통의 3:1 비율에 비해서는 성별 차이가 적음) [1].

2. 긴장형 두통이 다른 두통과 오진되는 경우는 얼마나 될까요?

긴장형 두통은 흔한 질환임에도 불구하고 임상 현장에서 오진되거나 정확한 진단을 받지 못하는 비율이 매우 높습니다 [1].

- 응급실 및 1차 의료기관에서의 오진율: 응급실을 찾은 긴장형 두통 환자를 대상으로 한 TEDDi 연구에 따르면, 긴장형 두통으로 진단받은 환자 중 국제두통질한분류(ICHD) 진단 기준을 정확히 충족한 경우는 9.9%에 불과했습니다 [1].
- 편두통과의 진단 혼선: 긴장형 두통 진단을 받은 환자의 최대 3분의 1(약 33%)은 실제로는 경증 또는 둔한 양상의 편두통(Migraine)인 것으로 밝혀졌습니다 [1]. 반대로 아동·청소년 및 젊은 층에서 편두통이 육신거리지 않고 양측성으로 나타날 경우 긴장형 두통으로 잘못 진단되기도 합니다 [1].
- 엄격한 진단 기준(Strict Criteria) 적용 시 재분류: ICHD-3 표준 기준에 따른 긴장형 두통 환자 중 엄격한 진단 기준을 적용했을 때 40.6%만 긴장형 두통으로 유지되었으며, 나머지 59.4% 중 약 3분의 1은 개연성 편두통(Probable Migraine)으로, 3분의 2는 미분류 두통으로 재분류되었습니다 [1].
- 경추성 두통(Cervicogenic Headache)과의 오진: 목 관절 및 경추 신경 자극으로 발생하는 경추성 두통 역시 승모근 경직과 후두부 통증을 동반하기 때문에 긴장형 두통이나 근막통증증후군으로 오진되는 경우가 혼합니다 [7, 8, 9].

본론 2: 스스로 감별하는 두통 자가 진단법 & 통증 기전

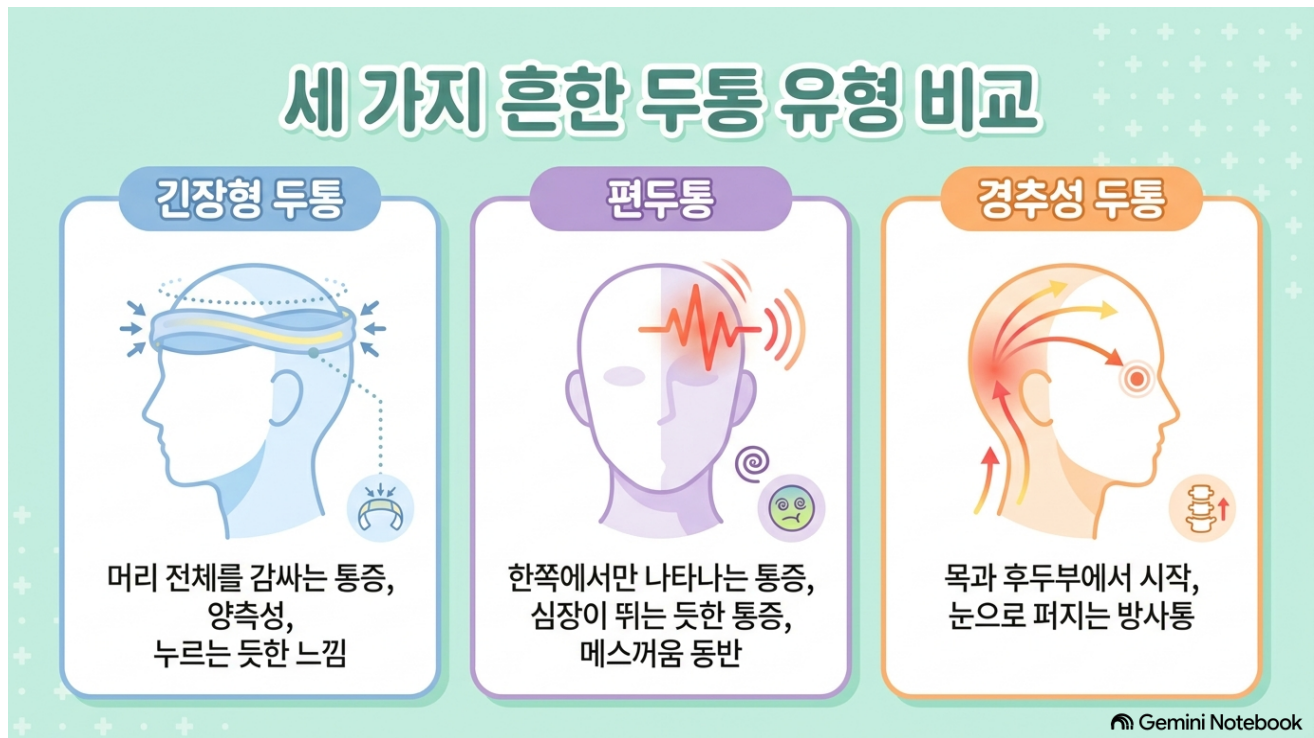


▲ 긴장형 두통 기전 및 승모근 경직

1. 두통 유형별 자가 감별 가이드

통증의 양상과 동반 증상을 통해 내가 겪는 두통이 긴장형 두통인지, 편두통인지, 경추성 두통인지 감별해 볼 수 있습니다 [1, 9].

감별 항목	긴장형 두통 (TTH)	편두통 (Migraine)	경추성 두통 (CGH)
통증 위치	머리 양측 (이마, 관자놀이, 뒷머리 전체) [1]	한쪽 머리 위주 (위치 이동 가능) [1, 9]	목 뒤, 후두부에서 시작하여 한쪽 눈/관자놀이로 방사 [9]
통증 양상	지그시 누르거나 머리를 띠로 조이는 듯함 [1]	욱신욱신 심장 뛰듯 뒬 (맥박성) [1, 9]	목을 움직일 때 빠르고 둔한 통증 유발 [9]
통증 강도	경도 ~ 중등도 (일상생활 유지 가능) [1]	중등도 ~ 중증 (일상생활 불가능) [1, 9]	중등도 (목 유연성 저하 동반) [9]
소화기 증상	메스꺼움, 구토 없음 [1]	메스꺼움, 구토 자주 동반 [1, 9]	메스꺼움이 간혹 미약하게 나타남 [9]
빛/소리 공포	빛과 소리 자극 공포증이 거의 없음 (둘 중 하나만 미약 가능) [1]	빛과 소리에 매우 민감 (빛·소리 공포증) [1, 9]	대개 동반되지 않음 [9]
신체 활동 영향	걷기 등 일상 활동으로 악화되지 않음 [1, 3]	계단 오르기 등 일상 활동 시 심하게 악화됨 [1, 9]	목 회전이나 특정 자세 유지 시 악화됨 [9]



▲ 두통 자가 감별 비교 차트

2. 뇌 검사가 필요한 '위험 신호(Red Flags)'

만약 다음과 같은 증상이 동반된다면 1차성 두통이 아닌 뇌혈관 질환, 뇌종양, 뇌수막염 등의 위험 신호일 수 있으므로 즉시 대형병원에서 영상 검사(MRI/CT)를 받아야 합니다 [9]:

1. 갑작스럽게 망치로 맞은 듯 극심하게 시작되는 벼락 두통 [9]
2. 발열, 목 뻣뻣함(경부 경직), 발진이 동반되는 경우 [9]
3. 팔다리 마비, 언어 장애, 시력 저하, 복시, 감각 이상 등 신경학적 이상 증상이 나타날 때 [9]
4. 50세 이후에 처음으로 시작된 지속적이고 새로운 두통 [9]

3. 승모근 경직도와 두통 중증도의 과학적 상관관계

최근 2025년 *European Journal of Neurology*에 발표된 연구(203명 환자 대상)에 따르면, 정밀 근육 경직도 측정기로 승모근을 측정한 결과 상부 승모근(Trapezius)의 경직도가 높을수록 두통의 중증도(HIT-6 점수)가 통계적으로 유의하게 증가함이 밝혀졌습니다 ($\beta = 0.148, p < 0.05$) [6]. 또한, 두통이 심할수록 몸의 무력감(Weakness)과 눈꺼풀이 무거운 느낌(Heavy eyelid sensation)이 주요 임상 지표로 동반되는 것으로 나타났습니다 [6].

본론 3: 근거 기반 다학제 치료법과 예후 (주사치료 · 비약물 치료 포함)

긴장형 두통 치료의 핵심은 급성기 통증 완화, 근육 및 신경 감각 차단, 그리고 만성화 예방입니다 [1, 2, 5].

1. 약물 치료 (급성기 및 예방치료)

- 급성기 치료: 통증이 시작될 때 소염진통제(NSAIDs: 이부프로펜, 나프록센) 또는 파라세타몰(아세트아미노펜) 단일제제를 1차적으로 사용합니다 [1, 5]. 그러나 주 2~3회 이상 자주 복용하면 약물과용두통을 유발하므로 남용을 금해야 합니다 [1, 4].
- 예방 약물 치료: 만성 긴장형 두통(월 15일 이상)이나 자주 발생하는 간헐성 두통의 경우 삼환계 항우울제인 아미트리프틸린(Amitriptyline) 10mg~100mg이 1차 예방약물로 입증되어 있습니다 (Network Meta-Analysis 수치: 4주, 8주 두통 일수 유의한 감소) [1, 5]. 또한 미르타자핀(Mirtazapine)이나 티자니딘(Tizanidine, 근육이완제) 등이 보조적으로 사용됩니다 [1, 5].

2. 주사 치료 및 통증 중재 시술 (TPI, 보톡스, 건침)

만성 긴장형 두통이나 약물 복용만으로 조절되지 않는 경우, 통증의학과에서는 전문적인 주사 치료와 중재 시술을 통해 뭉친 근육을 풀고 말초 신경 감각을 신속하게 해소합니다 [1, 5, 8].

- 통증점 주사치료 (TPI, Trigger Point Injection): 승모근, 측두근, 후두하근 등 단단하게 뭉친 근막 유발점(Trigger Point)에 국소마취제(리도카인 등)를 정밀 주사하는 치료입니다 [1, 5]. 근육의 섬유화 및 허혈 상태를 개선하고 말초 통증 신호 전달을 즉각적으로 차단하여 두통을 신속히 완화합니다 [1, 5].
- 보툴리눔 독신 주사 (Botox, 보톡스 치료): 3개월 이상 지속되는 만성 긴장형 두통 환자나 약물 부작용으로 드시기 힘든 환자분들에게 효과적인 전문 주사 요법입니다 [1, 5]. 신경근 접합부에서 아세틸콜린 분비를 억제하여 승모근, 측두근, 전두근 등의 지속적인 근육 긴장을 해소합니다 [1, 5]. 최신 연구에 따르면, 보툴리눔 독신(BTX-A 100U 등) 주사는 위약 대비 월간 두통 일수를 유의하게 줄여주는(MD -3.79일 감소) 임상적 예방 효과가 입증되었습니다 [1, 5].
- 건침(Dry Needling) 및 자극 치료: 승모근 및 후두하근의 뭉친 자극점에 주사바늘이나 침 자극을 통해 미세 혈류량을 늘리고 근막 통증 유발점을 풀어주는 치료법입니다 [2, 8].

3. 비약물 및 물리치료 / 운동 요법 (핵심 권장)

2025년 체계적 문헌고찰 및 메타분석 연구들에 따르면, 약물 치료 단독보다 물리치료 및 운동 요법을 병행할 때 두통 빈도, 강도, 지속시간이 훨씬 더 유의하게 감소했습니다 [2, 3].

- 경추-어깨 근력 강화 및 자세 교정 운동: 목과 어깨 심부 근육을 강화하고 거북목 자세를 교정하는 운동은 경추 안정성을 높여 두통 일수를 현저히 줄여줍니다 [2, 3].
- 심리 치료 및 이완 요법: 인지행동치료(CBT), 바이오피드백(Biofeedback), 점진적 근육이완법, 마인드풀니스(Mindfulness) 및 복식호흡은 자율신경계를 안정시키고 월간 두통 일수를 평균 4.53일 감소시키는 탁월한 효과를 보였습니다 [1, 4].

4. 경과 및 예후 (Prognosis)

가끔 발생하는 간헐성 긴장형 두통(ETTH)은 자세 교정, 운동, 스트레스 관리로 예후가 매우 양호합니다 [1, 3]. 그러나 적절한 치료 없이 통증을 방치하거나 진통제에만 의존할 경우, 뇌간과 척수 수준에서 중앙감작(Central Sensitization)이 진행되어 매월 15일 이상 머리가 아픈 만성 긴장형 두통(CTTH)으로 이행할 수 있습니다 [1, 2]. 따라서 초기부터 주사 치료, 물리치료, 운동, 생활습관을 동시에 관리하는 다학제적 접근이 무엇보다 중요합니다 [1, 2, 4, 5].

자주 묻는 질문 (Q&A)

Q1. 뇌 MRI와 CT 검사에서 정상이라고 나오는데 왜 머리는 계속 지그시 아플까요?

A: 뇌 MRI나 CT 영상 검사는 뇌종양, 뇌출혈, 뇌경색 같은 뇌의 구조적 이상을 확인하는 검사입니다 [1, 9]. 긴장형 두통은 뇌 실질의 구조적 병변이 아니라, 머리와 목 주변 근육의 지속적인 경직, 미세 혈류 장애, 그리고 통증 신호를 전달하는 신경계의 기능적 감작(Sensitization) 때문에 발생하므로 영상 검사에는 나타나지 않습니다 [1, 2, 6]. 영상이 정상이라는 것은 무서운 뇌질환이 없다는 안심할 수 있는 신호입니다 [1].

Q2. 머리가 아플 때마다 진통제를 매일 먹어도 괜찮을까요?

A: 진통제를 주 2~3회 이상, 월 10~15일 이상 장기간 복용하면 오히려 뇌의 통증 조절 시스템이 무너져 약물과용두통(Medication-Overuse Headache)이 발생할 수 있습니다 [1, 4]. 진통제로 통증이 조절되지 않거나 자주 복용 횟수가 늘어난다면 약을 늘리지 마시고 통증의학과를 찾아 예방 치료 및 물리·운동 치료, 주사 치료를 시작하셔야 합니다 [1, 2, 5].

Q3. 약을 먹어도 효과가 없거나 만성화된 두통에도 주사 치료(TPI, 보톡스)가 도움이 되나요?

A: 네, 큰 도움이 될 수 있습니다 [1, 5]. 약물 치료로 통증 조절이 잘 안 되거나 진통제 부작용이 있는 경우, 통증의학과에서는 TPI(통증점 주사치료)를 통해 뭉친 근육 유발점에 국소마취제를 주사하여 만성 통증 고리를 즉시 끊어줍니다 [1, 5]. 또한, 3개월 이상 지속되는 만성 긴장형 두통 환자분들에게는 보툴리눔 독소(보톡스) 주사를 통해 승모근과 머리 주변 근육의 긴장을 지속적으로 완화시킴으로써 월간 두통 빈도와 강도를 크게 낮출 수 있습니다 [1, 5].

Q4. 어깨와 목 근육을 푸는 운동이 실제로 두통 예방에 도움이 되나요?

A: 네, 매우 과학적인 근거가 확립되어 있습니다 [2, 3, 6]. 승모근과 목 뒤쪽 후두하근의 경직은 두통 중증도와 직결되어 있습니다 [6]. 임상 시험 메타분석 결과, 주 2~3회 목·어깨 근력 강화 운동과 이완 운동을 지속한 환자군에서 두통 발생 빈도와 지속시간이 크게 감소했습니다 [2, 3].

결론: 희망의 메시지와 당부의 글

지속되는 두통으로 대형병원 검사까지 받고 이상이 없다는 말을 들으셨을 때의 답답함, 그리고 편두통이나 군발성 두통이라 생각하고 약에만 의존하며 지내셨던 환자분들의 마음을 깊이 공감합니다 [1, 9].

하지만 긴장형 두통은 원인을 정확히 이해하고 올바르게 접근하면 충분히 조절되고 완치될 수 있는 질환입니다 [1, 2, 3, 5]. 뇌 정밀 검사에서 이상이 없다는 소견은 무서운 병이 아니라는 값진 확신의 선물입니다 [1]. 이제는 통증의학과 전문의와

함께 승모근과 경추 근육의 긴장을 풀고, TPI나 보톡스 등 맞춤형 주사 치료와 올바른 자세, 운동을 통해 두통 없는 쾌적하고 맑은 일상을 되찾으시길 진심으로 응원합니다 [1, 2, 3, 5].

인용 논문 출처 (References)

1. Pan LLH, Ling YH, Wang SJ, et al. Hallmarks of primary headache: part 2- Tension-type headache. **The Journal of Headache and Pain** (2025); 26:164. [PMID: 40676501]
2. Onan D, et al. The efficacy of physiotherapy approaches in chronic tension type headache: a systematic review and meta-analysis. **The Journal of Headache and Pain** (2025). [PMID: 40129422]
3. Pérez-de-Rueda CJ, et al. Effect of Exercise on Chronic Tension Type Headache and Chronic Migraine: A Systematic Review. **Healthcare** (2025); 13:1612. [PMID: 40648636]
4. Yuan L, Pantila K, Niu XY, Zhang YX, Yang F, Zheng H. Efficacy of psychological treatment for tension-type headache: a systematic review and meta-analysis. **The Journal of Headache and Pain** (2025/2026); 27:1. [PMID: 41315905]
5. Tao QF, Hua C, Zheng H, et al. Comparative effects of pharmacological interventions in the prophylactic treatment of tension-type headache. **Expert Review of Neurotherapeutics** (2026). [PMID: 41548075]
6. Shimada D, Ishikawa E, et al. Association Between Trapezius Muscle Stiffness and Headache Severity in Patients With Tension-Type Headache. **European Journal of Neurology** (2025). [PMID: 41140061]
7. Comparative safety and efficacy of manual therapy interventions for cervicogenic headache: a systematic review and network meta-analysis. **Frontiers in Neurology** (2025). [PMID: 40452767]
8. Effects of Dry Needling of the Obliquus Capitis Inferior in Patients with Cervicogenic Headache. **Journal of Clinical Medicine** (2025). [PMID: 41010828]
9. Cervicogenic headache and occipital neuralgia. **Pain Practice** (2024). [PMID: 39219023]
10. Occipital Nerve Stimulation for Refractory Occipital Neuralgia. **Neurosurgery** (2026). [PMID: 41827338]