

針灸治療緊張性頭痛病案報告

李以岐^{1, #}、沈哲民^{1, #, *}、洪裕強^{1, 2}、黃升騰^{3, 4}、盧政男^{1, 2}

¹ 高雄長庚紀念醫院中醫科系，高雄，臺灣

² 長庚大學中醫學系，桃園，臺灣

³ 中國醫藥大學附設醫院中醫部，臺中，臺灣

⁴ 中國醫藥大學中醫系，臺中，臺灣

本病例報告為一 33 歲女性，自述至民國 105 年 5 月 15 日開始，早上睡醒後開始出現左邊顳側頭部緊痛，伴隨有左側肩頸緊繃，無頭暈、無噁心嘔吐，無預兆，診斷屬於緊張型頭痛。病患在民國 102 年 11 月以及 103 年 7 月也有出現單側顳側頭痛的情形。病患在 105 年 5 月 18 日至本院中醫門診就診，經中醫辨證論治後，證型屬於風濕頭痛兼有熱象。針灸治療採用辨證論治、標本同治的方式，藉針刺可行氣活血，以疏風清熱化濕。針灸加電針治療 15 分鐘後，病患表示疼痛程度從原本的 7~8 分減至 1~2 分。針灸後 2 日，頭痛完全緩解，病患的症狀獲得良好的控制，目前無復發。本病案說明針灸治療可做為緊張性頭痛一個治療的選擇。

關鍵字：中醫、緊張性頭痛、針灸、辨證論治

前言

緊張性頭痛是慢性頭痛最常見的一種，女性較為多見，男女比約為 4：5。臨床表現為脹痛、壓迫感或束緊感，疼痛多位於雙側枕頸部、顳部或全頭部，呈輕中度發作性或持續性，病程持續數日至數年不等，易於反覆發作。疼痛部位肌肉可有觸痛或壓痛，有時出現頭髮牽拉性疼痛，頭頸、肩背部肌肉有僵硬感。本疾病之診斷應排除其他疾病之可能，且沒有噁心、嘔吐，畏聲或畏光最

多出現一種症狀。在西藥治療上，通常使用阿斯匹靈（Aspirin）或非類固醇消炎止痛藥（Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs），但容易有胃炎或胃潰瘍等副作用 [1,2]。

中醫認為，頭為“諸陽之會”，手、足三陽經和足厥陰肝經均上頭面，督脈直接與腦府相聯繫，因此，各種外感及內傷因素導致頭部經絡功能失常，氣血失調，脈絡不通等，均可導致頭痛 [3]。風邪是緊張性頭痛的一大致病因素，可分為內風和外風。內風，乃氣血失調而生；外風，乃久病體虛，衛外

* 通訊作者：沈哲民，高雄長庚紀念醫院中醫科系，地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號，電話：07-7317123 分機 2334，傳真：07-7317123 分機 2335，E-mail：r12042@adm.cgmh.org.tw

#：共同第一作者，其貢獻度相等。

不固，外風乘虛侵襲而致。風邪上犯巔頂，清陽之氣受阻，氣血不暢而發為頭痛。外風亦可與正虛之內因相合，導致外感內傷兼有的虛實夾雜之證。

病歷闡述

1. 基本資料

姓名：于○○

性別：女

年齡：33 歲

職業：營養師

問診日期：105 年 5 月 18 日

2. 主訴

左顛側頭痛 3 天

3. 現病史

這位 33 歲女性，過去無系統性疾病，104 年 8 月 25 日自然產，生產後顧小孩生活忙碌。自述至民國 105 年 5 月 15 日開始，早上睡醒後開始出現左邊顛側頭部緊痛，約 1~2 分鐘發作一次，每次持續 1~2 秒。數字疼痛強度量表（Numerical rating scale, NRS）約 7~8 分 /10 分。伴隨有左側肩頸緊繃，按壓肩頸部頭痛減緩，無明顯加重因子，無頭暈、無噁心嘔吐，無預兆，無搏動感。疼痛影響睡眠，服用普拿疼幫助入睡。病人自述在民國 102 年 11 月曾有右後腦杓緊，伴隨右肩疼痛；以及 103 年 7 月曾有左側頭痛，伴隨左肩頸緊，針灸後有改善。

4. 過去病史

4.1 頭痛：民國 102 年 11 月曾有右後腦杓緊，伴隨右肩疼痛，以及 103 年 7 月曾有左側頭痛，伴隨左肩頸緊，針灸後有改善。

4.2. 開刀史：過去無開刀史

4.3. 無高血壓、心臟病、糖尿病、肝炎、腎病等系統性疾病

5. 個人史

5.1. 藥物或食物過敏：使用支氣管擴張劑會心悸

5.2. 飲食習慣：葷

5.3. 抽菸：無

5.4. 喝酒：無

5.5. 檳榔：無

6. 家族史

無高血壓、糖尿病、心臟病、癌症等家族史

7. 實驗室數據

無

8. 中醫四診

8.1. 【望】

8.1.1. 整體：意識清楚，活動力正常

8.1.2. 體格：身材中等，身高 164 公分，體重 58 公斤，BMI:21.5

8.1.3. 神色：目光明亮，反應靈敏

8.1.4. 皮膚：無異狀

8.1.5. 毛髮：毛髮黑

8.1.6. 指甲：無乾枯或龜裂

8.1.7. 口唇：唇色淡紅，無口瘡

8.1.8. 舌診：舌質紅，有朱點，舌苔白膩

8.1.9. 二陰：未觀察

8.1.10. 排出物：未觀察

8.2. 【聞】

8.2.1. 氣味：口腔無腥臭味，無果酸味

8.2.2. 聲音：音量中等，語音流利

8.3. 【問】

8.3.1. 全身：易疲倦，精神差，怕冷，易出汗

8.3.2. 睡眠：疼痛影響睡眠，服用普拿疼幫助入睡

8.3.3. 情志：無易緊張，無易怒，無易煩躁，無工作壓力

8.3.4. 頭項：左顛側頭痛，左側肩頸僵硬

8.3.5. 五官：無口乾口苦，無目乾澀、無目癢、無耳鳴咽痛等

8.3.6. 胸部：無胸悶，無心悸，無脅肋疼痛

8.3.7. 腹部：無腹脹，無腹痛，腹無拒按，無腸鳴，無胃痛

8.3.8. 二便：大小便正常，無腹瀉

8.3.9. 腰背：脊柱活動正常，無腰痠背痛

8.3.10. 四肢：活動正常無不適

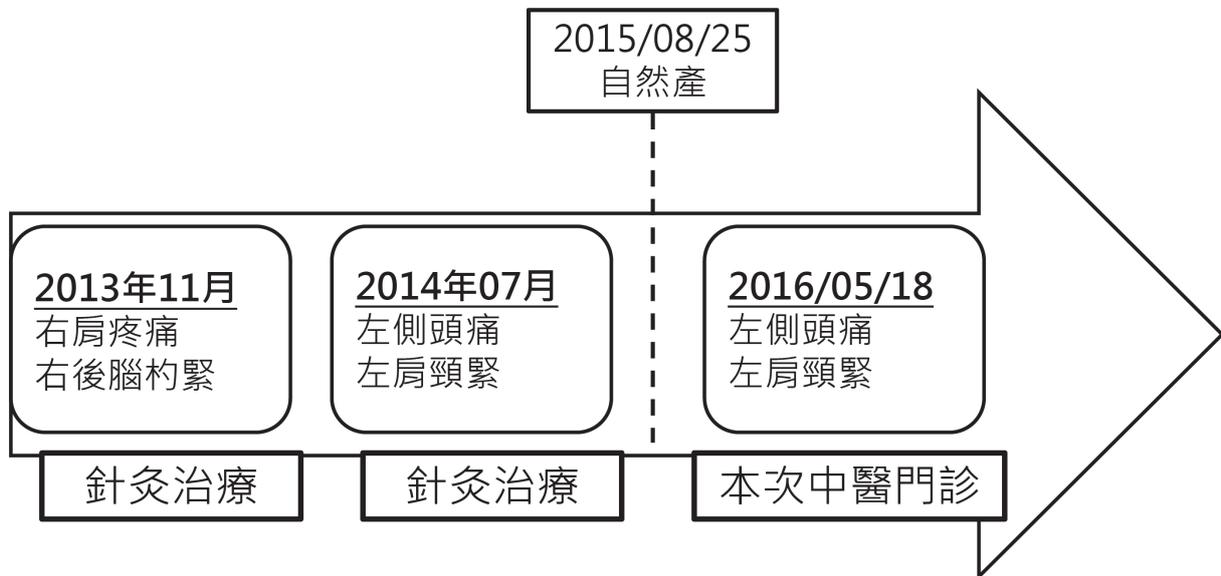
8.4. 【切】

8.4.1. 觸診：四肢溫，腹部柔軟無脹滿，關節活動正常，按壓肩頸部頭痛減緩

8.4.2. 脈診：脈弦滑

9. 時序圖

如（圖一）



圖一 中醫治療時序圖

10. 病因病機分析

【病因】：

風濕之邪外襲

【病位】：

解剖病位：左側頭部顛側

經絡辨證：足少陽膽經、手少陽三焦經

【病性】：

體質為表氣虛，衛外不固，風冷乘虛侵襲，陽氣受阻，氣血瘀滯而發為頭痛。

【病勢】：

病患起病較急，痛勢劇烈。

【病機】：

10.1. 頭痛辨別外感與內傷，在於外感頭痛一般發病較急，痛勢較劇，多屬實證。內傷頭痛，一般起病、痛勢較緩，多表現為隱痛 [4]。病患起病較急，痛勢劇烈，不似內傷頭痛隱隱作痛。又由於病患為本院營養師，工作環境常處於冷氣房易受風。病患舌苔白膩、脈呈弦滑，體質有濕，推測為風濕之邪，

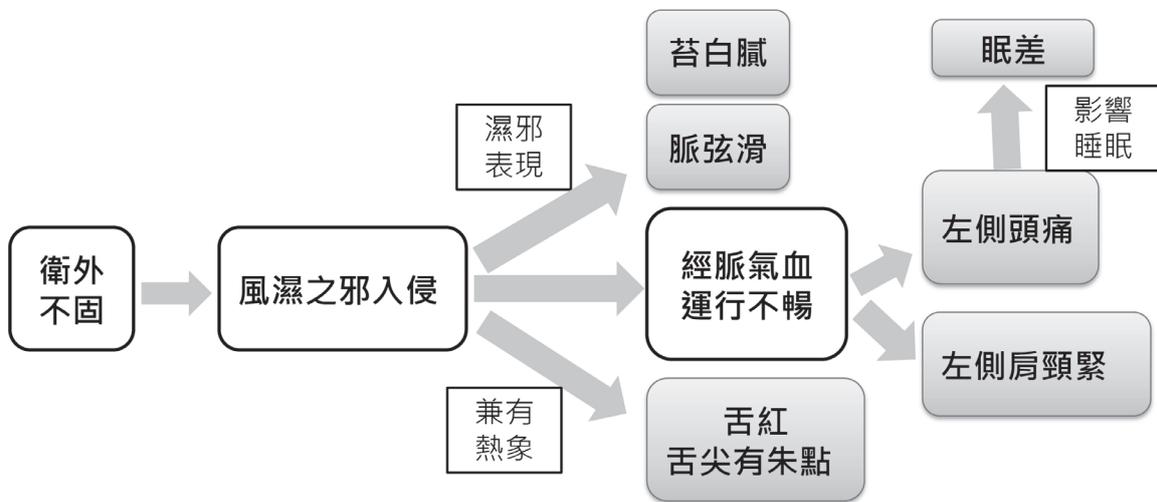
同時舌尖紅，有朱點，兼有熱象。

10.2. 根據經脈循行部位，按頭痛的部位辨證歸經，顛側頭痛為少陽頭痛——《靈樞·經脈》：「三焦手少陽之脈，起於小指之端，……其支者從臑中，上出缺盆，上項，系耳後，直上出耳上角，以屈下頰至。膽足少陽之脈，

起目銳眦，上抵頭角，下耳後，循頸，……其支者，從耳後入耳中，出走耳前，過客主人前，交頰，至目銳眦。」少陽頭痛，苔多呈黃膩或白膩，口苦，脈弦 [3]。

11. 病因病機分析圖

如（圖二）



圖二 病因病機圖

12. 診斷

西醫：極可能不常發陣發性緊縮型頭痛（Probable infrequent episodic tension-type headache）

中醫：頭痛

證型：外受風濕之邪兼有熱象

13. 治則

標：行氣活血止痛，疏風解表

本：清熱化濕

14. 處方

中渚（右）捻轉→風池（雙）捻轉→

→下肢：足三里、豐隆、太谿（左）

陽陵泉、蠱溝、太衝（右）

→上肢：合谷、大陵（左）

外關、中渚（右）

→留針 + 電針 15 分鐘

14.1. 初始先選用對側的中渚穴，施以捻轉手法瀉法，中渚屬於手少陽三焦經之俞穴，有益氣化濕、疏風通絡、止痛利關節等功效。再選用兩側風池穴，祛風解表、清利頭目，同樣行捻轉手法。兩處皆不留針。

14.2. 之後先取左側下肢的足三里、豐隆、太谿，再取右側陽陵泉、蠱溝、太衝。足三里屬於足陽明胃經，可清熱化濕、降逆利氣；豐隆屬於足陽明胃經

絡穴，可化痰濕、清神志，絡穴亦可活血止痛；太谿屬於足少陰腎經，可滋陰清熱；陽陵泉屬於足少陽膽經，可清利濕熱；蠡溝屬於足厥陰肝經絡穴，可以理氣降逆，又可活血止痛；太衝屬於足厥陰肝經，可調暢氣機、降逆。

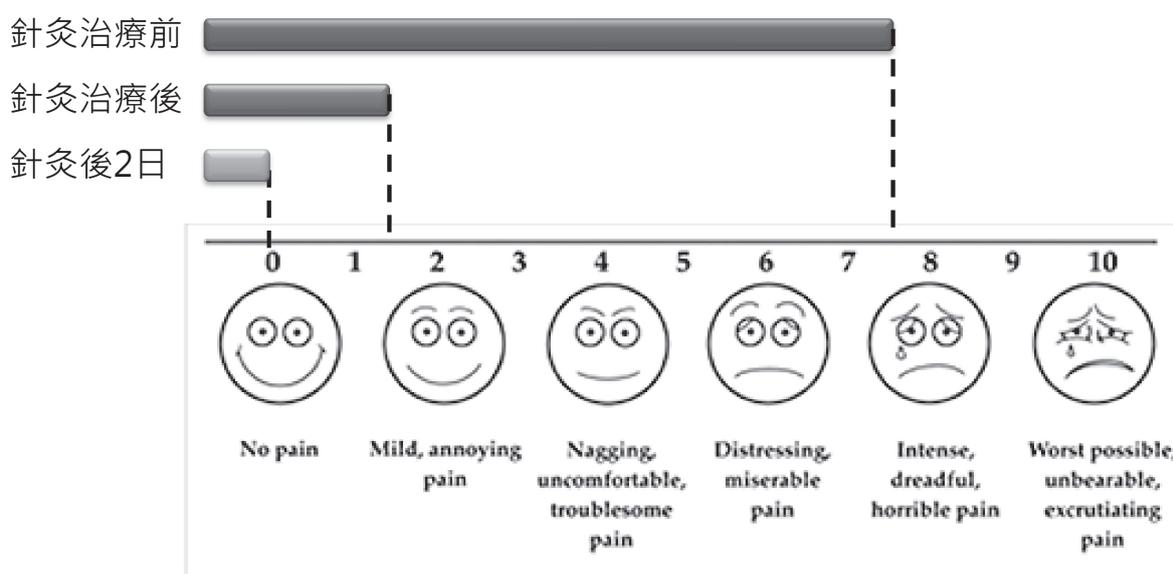
- 14.3. 最後針左側上肢合谷、大陵，以及右側外關、中渚。合谷屬於手陽明大腸經，可疏風清熱；大陵屬於手厥陰心包經之原穴，可清心寧神；手少陽三焦經之外關可聯絡氣血、疏風清熱，中渚益氣化濕、疏風通絡。針灸頭部、

四肢，整體可達到行氣活血，疏風瀉熱化濕的功效。

- 14.4. 電針左上肢合谷、大陵，下肢足三里、豐隆，右上肢外關、中渚，下肢陽陵泉、蠡溝，加強刺激。選用疏密波，1.2Hz，12-18V，在病患可接受的強度內進行。

15. 追蹤治療經過

- 15.1. 針灸 + 電針治療 15 分鐘後，病患表示疼痛程度從 7~8 分減至 1~2 分。
15.2. 5 日後 (5/23) 電話追蹤，病患表示針灸後 2 日，頭痛完全緩解。如 (圖三)



圖三 追蹤治療經過

討論

從西方醫學角度而言，頭痛之診斷應根據國際頭痛疾病分類第三 beta 版 [5]，區分為原發性頭痛以及次發性頭痛。緊張性頭痛屬原發性頭痛，其診斷標準為 A. 至少有 10 次

頭痛發作符合基準 B-D，且平均每月 < 1 天 (每年 < 12 天)。B. 持續 30 分鐘至 7 天。C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：1. 雙側 2. 壓迫或緊縮性 (非搏動性) 3. 疼痛程度輕或中 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇 D. 符合下列兩項：1. 無噁心或嘔吐 2. 畏光或怕吵最多

只有其中 1 項，如（表一）。本病患頭痛已持續 3 天，表現為單側緊痛，不因日常活動而加劇，也無噁心、嘔吐、畏光、怕吵等症狀。惟頭痛發作次數不到十次，扣除掉 1 項

特徵外即符合上述診斷基準，屬於極可能緊縮型頭痛（Probable tension-type headache）之診斷，且發作頻率未到經常性（平均每月 1-14 天，> 3 個月 [每年 ≥ 12 天]），屬於不常

表一 緊縮型頭痛（Tension-type headache(TTH)）

類 型	診 斷 基 準
1. 不常發陣發性緊縮型頭痛	<p>A. 至少有 10 次頭痛發作符合基準 B-D，且平均每月 < 1 天（每年 < 12 天）</p> <p>B. 持續 30 分鐘至 7 天</p> <p>C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 雙側 2. 壓迫或緊縮性（非搏動性） 3. 疼痛程度輕或中度 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇 <p>D. 符合下列兩項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無噁心或嘔吐 2. 畏光或怕吵最多只有其中 1 項 <p>E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷。</p>
1.1 不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛	<p>A. 頭痛發作符合不常發陣發性緊縮型頭痛的診斷基準</p> <p>B. 觸診會增加顱周壓痛</p>
1.2 不常發陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛	<p>A. 頭痛發作符合不常發陣發性緊縮型頭痛的診斷基準</p> <p>B. 觸診不會增加顱周壓痛</p>
2. 經常陣發性緊縮型頭痛	<p>A. 至少有 10 次頭痛發作能符合基準 B-D，平均每月 1-14 天，且 > 3 個月（每年 ≥ 12 天且 < 180 天）。</p> <p>B. 頭痛發作持續 30 分鐘至 7 天</p> <p>C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 雙側 2. 壓迫或緊縮性（非搏動性） 3. 疼痛程度輕或中度 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇 <p>D. 符合下列 2 項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無噁心或嘔吐 2. 畏光或怕吵最多只有其中 1 項 <p>E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷。</p>
2.1 經常陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛	<p>A. 頭痛發作符合經常陣發性緊縮型頭痛的診斷基準</p> <p>B. 觸診會增加顱周壓痛</p>

類 型	診 斷 基 準
2.2 經常陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛	A. 頭痛發作符合經常陣發性緊縮型頭痛的診斷基準 B. 觸診不會增加顱周壓痛
3 慢性緊縮型頭痛	A. 頭痛發作平均每月 ≥ 15 天，已 > 3 個月（每年 ≥ 180 天），且符合基準 B-D B. 頭痛發作持續數小時至數天，或可能不緩解 C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項： 1. 雙側 2. 壓迫或緊縮性（非搏動性） 3. 頭痛程度輕或中度 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇 D. 符合下列 2 項： 1. 最多只有畏光、怕吵或輕度噁心其中 1 項 2. 無中度或重度噁心也無嘔吐 E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷
3.1 慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛	A. 頭痛符合慢性緊縮型頭痛的診斷基準 B. 觸診會增加顱周壓痛
3.2 慢性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛	A. 頭痛符合慢性緊縮型頭痛的診斷基準 B. 觸診不會增加顱周壓痛
4. 極可能緊縮型頭痛	
4.1 極可能不常發陣發性緊縮型頭痛	A. 一或多次的頭痛發作，尚缺其中任何 1 項，就完全符合不常發陣發性緊縮型頭痛診斷基準 A-D B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患 C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷
4.2 極可能經常陣發性緊縮型頭痛	A. 尚缺其中任何 1 項，頭痛發作就完全符合經常陣發性緊縮型頭痛診斷基準 A-D B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患 C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷
4.3 極可能慢性緊縮型頭痛	A. 尚缺其中任何 1 項，頭痛發作就完全符合慢性緊縮型頭痛診斷基準 A-D B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患 C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

發性（Infrequent）。緊張性頭痛應與偏頭痛、叢發性頭痛做鑑別診斷，且排除其他疾病之可能，如（表二）。偏頭痛之診斷基準 1. 噁

心及 / 或嘔吐 2. 畏光及怕吵需符合至少一項，叢發性頭痛應伴有同側結膜充血、流淚、鼻腔充血、流鼻水、前額及臉出汗、瞳孔縮

表二 原發性頭痛的分類

症 狀	緊張型頭痛	偏頭痛	叢發型頭痛
發作區域	雙側	成人：60-70% 單側、雙側額區或全頭痛佔 30% 兒童及青少年：多為雙側	全為單側，常發自眼睛周圍或顳側
特點	壓力或緊張，時強時弱	逐漸變強，有脈動感，中到強度，一般生理活動即可能發作	疼痛起勢快，數分鐘內即到達一定強度，疼痛深且連續，有時頭痛如劈、爆炸性頭痛等
患者表現	可能活動力尚可或需要休息	喜歡在暗且安靜的室內休息	不影響活動力
時間長度	30 分鐘 -7 天	4-72 小時	15 分鐘 -3 小時
相關症狀	無	噁心、嘔吐、畏光、畏音，可能有先兆（常為視覺的，但可包括其他感覺或說話或動作障礙）	患側流淚及眼紅，鼻塞、流鼻水、蒼白、流汗、Horner syndrome（瞳孔縮小，眼瞼下垂，半邊顏面無汗）；躁動或激動；少有局部的神經學症狀，對酒精敏感

小、眼皮下垂及 / 或眼皮水腫及 / 或合併不安或躁動等症狀。在理學檢查方面，緊張性頭痛通常無明顯發現。可以安排頭部的電腦斷層、頸椎的 X 光或是磁振造影，以排除造成其他頭痛的可能。甲狀腺功能低下也有可能造成類似的症狀，需抽血檢驗予以排除。壓力和人格特質也有可能是影響緊張性頭痛的原因之一 [6]。

以中醫理論而言，頭痛之病因可分為外感和內傷兩大類，外感頭痛多因感受風、寒、濕、熱等外邪，而以風邪為主。外感頭痛可分為風寒、風熱以及風濕頭痛等不同證型。風寒頭痛表現為痛連項背，惡風寒，舌質淡紅，苔薄白，脈浮緊；風熱頭痛而脹，甚則如裂，發熱惡風，舌邊尖紅，苔薄黃，脈浮數；風濕頭痛如裹，肢體困重，舌質淡紅，苔白膩，脈濡或滑。本病患頭部緊痛，舌苔白膩，脈弦滑，雖無肢體困重表現，但整體表現與

風濕頭痛證型相符。另外，也有研究探討原發性頭痛的西醫類型與中醫分型關係，發現緊張型頭痛和風濕型頭痛證型最相吻合 [7]，與本案例相符。

內傷頭痛之證型分為肝陽、腎虛、血虛、痰濁、瘀血等證型 [8]。肝陽頭痛表現為頭痛伴頭暈目眩，心煩易怒，舌質紅，苔薄黃，或少苔，脈弦；腎虛頭痛如空，眩暈耳鳴，健忘，腰膝酸軟，舌質紅，苔薄白，或少苔，脈沉細無力；血虛頭痛而暈，面色少華舌質淡，苔薄白，脈細弱；痰濁頭痛昏蒙重墜，胸脘痞悶，納呆嘔惡，舌質淡紅，苔白膩，脈滑或弦滑；瘀血頭痛經久不愈，刺痛，痛處固定不移舌暗紅，或邊尖有瘀斑、瘀點，苔薄白，脈弦細或細澀。本病患症狀無肝陽、腎虛、血虛、瘀血等特徵，但在舌脈上有符合痰濁頭痛之苔白膩，脈弦滑的情形，然因病患發病病程較急，痛勢較劇，不似內傷頭

痛之隱痛，故認為較符合外感風濕頭痛之證型。

選穴治療方面，本病案病患先選用中渚、風池穴祛風解表通絡，同時用捻轉手法作為瀉法。頭痛的發生與六經經氣逆亂密切相關，邪氣上逆會造成頭部氣機不利而出現頭痛。頭痛其標在頭，其本在經絡、臟腑，頭痛僅為一個症狀。治療原則宜採用急則治標，緩則治本。故治療上先瀉實後補虛，即“瀉頭上五行，行五，先取手少陰，後取足少陰”。先取頭上五經腧穴瀉法以瀉浮陽，如此則氣逆得解，臟腑陰陽調和，頭痛痊癒 [9]。

之後再取四肢穴位清熱化濕，足三里、豐隆、陽陵泉皆有清熱化濕之功效；太谿滋陰清熱；合谷疏風清熱，為治療頭痛之常用穴，太衝可降逆。合谷、太衝合為四關穴，可以改善氣機的升降。外關穴疏風清熱，外關、豐隆和蠡溝分別為手少陽三焦經、足陽明胃經和足厥陰肝經的絡穴，絡穴聯絡表裡兩經，對調節氣血運行有著重要作用 [10]。另一方面，肝主疏泄，通調人體氣機，疏泄功能正常，氣機通暢，故蠡溝可以調理氣機，運行氣血。大陵幫助寧神、助眠，並可助降逆之功。本病患因頭痛而影響睡眠的表現，雖無明顯緊張、易怒之情緒，但表示產後顧小孩而生活忙碌。臨床中可以看到不少緊張型頭痛患者有心煩意亂、神志不寧、情緒低落等相關症狀，說明疼痛皆關乎於心，有學者提出緊張型頭痛可從移神寧心來調治 [11]。《素問·至真要大論》云：“諸痛瘡癢，皆屬於心。”把氣血運行障礙引起的疼痛歸為心的作用。大陵為心包經之原穴，經絡滯而求原、別、交會之道，故經絡滯痛可用大陵。另從頭痛部位而言，病患頭痛在顛側，可以循少陽經取穴，取太衝降逆，陽陵泉瀉熱

[12]。

另外，下針的先後順序亦影響其療效。本案例先取遠端下肢腧穴進行針刺，再取上肢穴進行治療。如此順序既有利於疏解頭部瘀塞之氣血，又有利於調整周身之氣機。一般頭痛患者，多為經脈受阻於頭部，氣血壅滯不通於上而致。此時首先針刺遠端腧穴，可引氣下行使壅滯於頭部的氣血得以下降，如此頭痛症狀可迅速緩解，疏通經脈，引導調節周身氣機升降出入，使“氣從以順”，以達到標本兼治的目的 [13]。關於針刺取穴先後順序，首見於《黃帝內經》，《靈樞·周痹》云：“痛從上下者，先刺其下以過之，後刺其上以脫之；痛從下上者，先刺其上以過之，後刺其下以脫之”。指出疼痛從上向下發展的，先針刺疼痛部位之下使邪氣不再下傳，再針刺其上部疼痛的部位以祛除病邪 [9]。

在實證醫學方面，回顧近幾年來的文獻，多項系統性回顧文獻 [14,15,16] 認為，針灸對於偶發性或慢性緊張性頭痛是有價值的治療工具，但需要更多的試驗來證實。Klaus Linde 等人 [14] 對針灸治療緊張性頭痛做了系統性的回顧，針灸與傳統的照護和假的針灸相比較，頭痛頻率可減少至少 50%，但與物理治療、按摩或運動相比，沒有發現明顯的優勢 [17]。Matthew A. Davis 等人 [18] 通過對隨機對照試驗進行系統回顧和分析，結果顯示與對照組相比，針刺治療緊張型頭痛對頭痛發作頻率的降低效果有限，且在隨機對照試驗中缺乏標準化的穴位選擇和治療過程。Elisabeth I. Söderberg 等 [19] 比較針灸、身體訓練和放鬆訓練對病人主觀幸福感受的影響，認為身體訓練和放鬆訓練有較顯著、持久的影響。Yinglu Liu 等 [20] 的系統性研究，

則提供了針灸可做為緊張性頭痛非藥物治療的工具可能的證據，但是選取穴位的重要性以及和其他藥物療效的結果相比，則需要再作討論。有文獻 [21] 選擇天柱穴做為針灸的穴位，使得不同類型的頭痛獲得緩解。也有文獻提出 [22]，針刺刺激方式、留針時間和治療次數可能是影響療效的重要因子。對於針灸治療頭痛的原理，有文獻提出和頸肩區咀嚼肌張力的放鬆有關 [23]。也有研究顯示，針灸加電針對於緊張性頭痛的止痛效果，和血清中的腦源性神經營養因子（Brain-derived neurotrophic factor）有關 [24]。

結論

本病案之緊張性頭痛，經由針灸治療獲得良好治療效果。本病案治療採用辨證論治、標本同治的方法，使得病患的症狀獲得急性的緩解，說明針灸治療可做為緊張性頭痛一個治療的選擇。

參考文獻

1. Kaniecki, Robert G. Tension-type headache. *Continuum Lifelong Learning Neurol.* 2012;18(4):823-834.
2. Loder, Elizabeth, and Paul Rizzoli. Tension-type headache. *BMJ.* 2008, 336(7635): 88-92.
3. 孫麗，從頭痛證的歸經辨治看經絡學說在針灸治療中的指導作用。中國醫藥指南。2008，23: 306-3078。
4. 田德祿、蔡淦，中醫內科學，上海科學技術出版社，上海，pp. 281-287，2006。
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, (beta version). *Cephalalgia*, 2013.
6. Freitag, Frederick. Managing and treating tension-type headache. *Medical Clinics of North America.* 2013, 97(2): 281-292.
7. 葛鑫宇、陳寶田、于林、丁國安、白方會，原發性頭痛的西醫類型與中醫分型關係的探討。現代醫院。2013，13(7)：58-60。
8. 張伯興，中醫內科學，知音出版社，台北，pp. 278-285，1992。
9. 黃冬娥、郭健紅、林鶯，關於古醫籍對膻穴干預次序論述的思考。中華中醫藥雜誌。2009，24(9)：1130-1132。
10. 葛書慧，絡穴主治特點及其臨床應用配穴規律的研究碩士論文，遼寧中醫藥大學，2009。
11. 沈紅強，針灸調心治療緊張型頭痛臨床研究。實用中醫藥雜誌。2008，24(12)：791-792。
12. 郭志力，楊長森教授針灸治療頭痛經驗擷菁。江蘇中醫。2001，22(8)：12-13。
13. 崔林華、邢瀟、薛維華、王豔君、徐策君、高玉瑋、康鎖彬，高玉瑋教授針灸治療頭痛經驗擷菁。中國針灸。2015，35(12)：1285-1287。
14. Linde, K., Allais, G., Brinkhaus, B., Fei, Y., Mehring, M., Shin, BC., Vickers A, White AR. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2016, 4:CD007587.
15. France, S., Bown, J., Nowosilskyj, M., Mott, M., Rand, S., & Walters, J. Evidence for the use of dry needling and physiotherapy in the management of cervicogenic or tension-type headache: a systematic review. *Cephalalgia.* 2014, 34(12):994-1003.
16. Sun, Y., & Gan, T. J. Acupuncture for the management of chronic headache: a systematic review. *Anesthesia & Analgesia.* 2008,

- 107(6):2038-2047.
17. Sun-Edelstein, C., & Mauskop, A. Complementary and alternative approaches to the treatment of tension-type headache. *Current pain and headache reports*. 2012, 16(6):539-544.
18. Davis, M. A., Kononowech, R. W., Rolin, S. A., & Spierings, E. L. Acupuncture for tension-type headache: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *The Journal of pain*. 2008, 9(8):667-677.
19. Söderberg, E. I., Carlsson, J. Y., Stener-Victorin, E., & Dahlöf, C. Subjective well-being in patients with chronic tension-type headache: effect of acupuncture, physical training, and relaxation training. *The Clinical journal of pain*. 2011, 27(5): 448-456.
20. Liu, Y., & Yu, S. Acupuncture may be considered to be an effective tool for patients with frequent episodic or chronic tension-type headache. *Evidence-based medicine*. 2016, 21(5):183-183.
21. Manaka, S. Application of acupuncture as a headache management tool. *Rinsho shinkeigaku=Clinical neurology*. 2012, 52(11):1299-1302.
22. Hao, X., Xue, C. C., Dong, L., & Zheng, Z. Factors associated with conflicting findings on acupuncture for tension-type headache: qualitative and quantitative analyses. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2013, 19(4): 285-297.
23. Yamaguchi, S., & Araki, N. The practical use of acupuncture and moxibustion treatment cooperated with neurological practice. *Rinsho shinkeigaku=Clinical neurology*. 2012, 52(11):1287-1289. [In Japanese: English abstract]
24. Chassot, M., Dussan-Sarria, J. A., Sehn, F. C., Deitos, A., de Souza, A., Vercelino, R., ... & Caumo, W. Electroacupuncture analgesia is associated with increased serum brain-derived neurotrophic factor in chronic tension-type headache: a randomized, sham controlled, crossover trial. *BMC complementary and alternative medicine*. 2015, 15(1):144.

Case Report

The Therapeutic Effect of Acupuncture on Tension-Type Headache – A Case Report

Yi-Chiao Lee^{1,#}, Jer-Ming Sheen^{1,#,*}, Yu-Chiang Hung^{1,2}, Sheng-Teng Huang^{3,4},
Cheng-Nan Lu^{1,2}

¹*Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital Chinese Medicine Department, Kaohsiung, Taiwan*

²*School of Traditional Chinese Medicine, Chang Gung University, Tao-Yuan, Taiwan*

³*Department of Chinese Medicine China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan*

⁴*School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine China Medical University, Taichung, Taiwan*

This is a 33-year-old female patient suffered from headache in left temple accompanied with left neck and shoulder stiffness since 2016/05/15. No dizziness, nausea, vomiting or aura was mentioned. There were also unilateral temporal headaches in November 2001 and July 2003. Due to above situations, she visited our Chinese Medicine department for help on 2016/05/18. The diagnosis of tension-type headache was impressed.

Based on Chinese medical differential diagnosis, the patterns were affection of exogenous wind- phlegm with heat. Acupuncture therapy was performed for promoting qi to activate blood, and the acupuncture points was chosen for dissipating the wind, purging the heat, and dissipating dampness. After 15 minutes of electro-acupuncture therapy, the patient's numerical rating scale decreased from 7~8 to 1~2. Then her headache relieved completely two days later. In conclusion, acupuncture may be one of the choices in treating tension headache.

Key words: Traditional Chinese Medicine, tension-type headache, acupuncture, syndrome differentiation and treatment

*Correspondence author: Jer-Ming Sheen, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital Chinese Medicine Department, No. 123, Dapi Rd., Niasong Dist., Kaohsiung City 83301, Taiwan, Tel:+886-7-7317123 ext.2334, E-mail:r12042@adm.cgmh.org.tw

These authors contributed equally to this work.

Received 14th December 2016, accepted 3th May 2018