

Acute unilateral Vestibulopathy 환자의 한방 치험 1례

박주영, 변형식, 임정태, 이승엽, 최원우, 민인규, 정우상, 문상관, 조기호, 김영석
경희대학교 한의과대학 2내과학교실

The case of Acute unilateral Vestibulopathy

Joo-young Park, Hyung-sik Byeon, Jung-tae Leem, Seung-yeop Lee, Won-woo Choi, In-gyu Min,
Woo-sang Jung, Sang-kwan Moon, Ki-ho Cho, Young-suk Kim.
Department of Cardiovascular and Neurologic Diseases(Stroke Center)
College of Oriental Medicine, Kyung-Hee University,

ABSTRACT

Acute Vestibulopathy is characterized by Vertigo, Nausea, Ataxia, Nystagmus as main symptoms, has sudden onset, shows no Hearing Difficulty, Tinnitus omr Central nervous system related symptoms.

This study is on a 73 year old female patient with acute dizziness, ataxia, nausea, diarrhea as chief complaints. She had a history of stroke, hypertension, arteriosclerotic change of intracranial vessels but central vertigo was ruled out after the radiological examination

The patient was diagnosed as Acute Lt. Vestibulopathy after the Balanced Functional Test and took no western medicine., she took Korean medicine and was assessed by European Evaluation of Vertigo scale.

On this study, Korean medicine including Kwakhyangjeonggisang, Banhabaekchulcheonmatang showed fast improvement on this patient with dizziness and all of the symptoms subsided by ten days.

Key words : Vertigo, Vestibulopathy, Balanced Functional Test, European Evaluation of Vertigo scale, Kwakhyangjeonggisang

I. 서론

Acute Vestibulopathy 는 현훈, 오심, 운동실조, 안진을 주증상으로 하며 급작스럽게 발병하며, 청력감퇴, 이명 등의 청각적인 증상을 동반하지 않고, 중추신경계 증상을 보이지 않는 것을 특징으로 한다⁵. 말초성 원인에 의한 현훈의 경우 임상 진행과정이 양성적이며 특별한 치료가 없어도 합병증을

동반하지 않고 호전되는 예후를 가진다⁹. 그러나 통상적으로 처방되는 장기간의 전정신경억제제의 복용으로 기능적인 회복이 늦어지기도 한다¹. 본 증례는 뇌경색, 동맥경화, 고혈압 등의 과거력으로 중추성 현훈이 의심되었으나, 방사선 검사 및 이비인후과 검사 상 급성 일측성 전정신경병증으로 진단 받은 환자의 치험례이다. 현훈 및 두통, 오심, 설사 등을 보이는 환자를 外感風邪를 겸한 痰厥證의 범주에서 급성기의 빠른 증상변화에 따른 치료를 하였다. 상기 환자의 임상경과는 입원기간동안 European Evaluation of Vertigo scale 로 평가되었으며 특별한 양약치료 없이 한방적 치료만으로 기

교신저자: 문상관 서울특별시 동대문구 회기동 1번지
경희의료원 한방병원 2내과학교실
TEL: 02-958-9128 FAX: 02-958-9132
E-mail: rainy-zoo@hanmail.net

존의 증례들에 비하여 빠른 호전을 보였으므로 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 환 자 : 정○○(F/73)
2. 주소증 : 眩暈, 頭痛, 惡心, 嘔吐, 泄瀉
3. 발병일
 - 1) 2008.5.23일 AM 4:30
4. 과거력
 - 1) 뇌경색
1998년. 우반신감각이상 호소. 입원 치료 후 별 무 후유증.
 - 2) 요추압박골절
2008년 4월 발생. 4.20-5.20 까지 한방병원 입원 치료 후 호전됨
 - 3) 고혈압 : 15년전 진단후 지속적 복용중.
5. 가족력 : 별다른 병력 없음
6. 사회력
 - 1) 전업주부
 - 2) 음주 흡연력: 別無
7. 현병력
150cm, 50kg 의 73세 여환으로 2008년 4월 요추 부 압박골절로 동서 한방병원 한달간 입원 치료 후 퇴원한지 3일만인 5월 24일 새벽 4시 30분에 화장실 가려던 중 갑자기 심한 어지러움과, 체한 듯한 상복부불편감 증상 나타났으며, 이후 설사 한차례 한 후 증상 호전되어 안정 가료중 몇시간후 다시 증세 심해져 5월 24일 오후 경희의료원 한방응급실 경유하여 입원함.
8. 입원당시 초진소견
 - 1) 안 면 : 面萎黃
 - 2) 頭
머리를 들려고 하면 심한 현훈 호소, 전두부 및 양측 태양혈 주위로 당기는 듯한 통증 호소
 - 3) 소 화
체기 있는 듯 명치아래 상복부 불편감 호소하

- 며 오심 지속됨, 구토 1회함.
- 4) 皮膚乾燥, 汗少.
 - 5) 대소변 : 식후 복통 호소하며 대변滑泄
 - 6) 소변 : 야간뇨 2회, 보통양상
 - 7) 舌質淡紅苔白薄, 脈滑數
 - 8) 활력징후
혈압 140/80mmHg, 체온 36.8℃, 맥박수 88회/분, 호흡수 20회/분
 - 9) 신경학적 검진
DTR, Babinski`s reflex: 특이소견 없음
Finger to nose test, Heel to knee test:음성
Romberg test: 심한 현훈으로 기립을 제대로 할 수 없어 평가하지 못함
 9. 검 사
 - 1) 방사선학적 소견
Br-MRI & Angiography (5/24일): No evidence of acute lesion. Multiple infarctions at both PVWMs, both BG, both external capsule, left thalamus. Mild focal stenosis at both proximal ICAs. Elongation of basilar artery.
Chest PA (5/23일): No change of RUL collapse. Tortuous aorta.
Mastoid series (5/26일): Right mastoiditis.
Lumbar spine AP&Lateral(5/23일):Compression fracture of L2. Osteoporosis.
 - 2) Balance Function Laboratory
Caloric Test: Rt.ear respons 30% weaker
Rotational Chair Test: Gain-Low at 004~032Hz
Symmetry: Deviation to Lt at 0.001Hz
Phase: Within Normal Lange except at 0.032Hz
Vestibular Evoked Myogenic Potential:양쪽 모두에서 p13n23 파형 관찰됨.
 - 3) 심전도 소견
Sinus rhythm with premature supraventricular complexes, Prolonged QT. Abnormal ECG.
 - 4) 임상병리검사

- (1) Chemistry Profile : 특이 소견 별무
 (2) 일반혈액학: 특이 소견 별무
10. 치료내용
- 1) 한약치료
- 5/23~5/26: 藿香正氣散加味(藿香·紫蘇葉·白芷·大腹皮·白茯苓·厚朴·白朮·半夏·陳皮·桔梗·枳殼·木香·烏藥·天麻·甘草·生薑·大棗 각 4.0g)
 - 5/27~5/29: 半夏白朮天麻湯(半夏·陳皮·麥芽炒 各 6g, 白朮·神曲炒·蒼朮 各 4g, 人蔘·黃耆·天麻·白茯苓·澤瀉·乾薑 各 2g, 黃柏 1g, 生薑 10g)
 - 5/30~6/4: 藿香正氣散加味(藿香·白朮 6g, 香薷·白扁豆·豬苓·肉桂·紫蘇葉 4g, 白芷·大腹皮·厚朴·陳皮·半夏薑劑·桔梗·炙甘草 各 2g)
- 2) 침구치료
 神門,內關 피내침

- 中完 關元 간접구
 百會,太陽,人中,風池,內關,神門,大陵,太淵,合谷,足三里,太衝,豐隆,三陰交,風市,
- 3) 양약치료(본원 동서협진과)
- Aspirin Protect 100mg/T 1T qd(항혈소판제제), Zestril 10mg/T 1T qd(혈압약-ACE inhibition), Legalon 1T qd(간세포보호제), Simvalord 20mg/T 1T qd(고지혈증-HMG-CoA reductase inhibition), Sitracal F 2T qd(골다공증), Beecom 1T qd(종합비타민).
- 4) 양방이빈인후과에서 Lt,vestibulopathy 진단 후 복용약을 처방하였으나, 환자 복용거부하고 한방치료 원하여 복용하지 않았다.
- 5) 평가
 European Evaluation of Vertigo scale(EEV)을 사용하였다²(Table 2).

Table 2. EEV scale

III.MOV		Illusion of Movement	
0	No illusion		
1		
2	Feeling of swaying to the right or left, ascending or descending movements, Light headedness, listing,rolling		
3		
4	Impressing of spinning(either of self or the environment)		
Dur.ILL		Duration of the Illusion	
0	None		
1	Less than 1 minute		
2	1 minute to 1 hour		
3	1 hour to 3 hours		
4	3 hours to 24 hours		
Mot.INT		Motion Intolerance	
0	No motion intolerance		
1	Rarely or marked		
2	Sometimes or moderate		
3	Often or marked		
4	Always or intense		
Neu.VEG		Neurovegetative Sign	
0	No Neurovegetative signs		
1	Nausea uncorrelated with attacks of vertigo		
2	Nausea correlated with attacks with one or two episodes of vomiting		

3	Nausea associated with one or two episodes of vomiting
4	Intractable Vomiting
Ins.TAB	Instability(including when under illusion)
0	No instability
1	Instability but no falls and no interferences with daily life activity
2	Instability, without falls, but interferes with daily life activity
3	Instability with occasional falls, either when standing or when walking
4	Instability with falls as soon as the patient stands up

III. 치료 및 경과

1. 입원기간: 2008년 5월 23일 - 2008년 6월 4일
2. 치료경과(Table 1, Fig. 1)
 입원당시에 환자는 본원 한방병원 응급실 경유하였으며 현훈과 오심, 구토를 주소로 하였다. 고개를 들지 못할 뿐 아니라 간혹 눈을 뜨고 있으면 주변

이 빙빙 돌아 계속해서 눈을 감고 있을정도 였다. 한번 시작된 현훈은 2-3시간 지속되었으며, 동반된 증상으로 체한 듯한 상복부 불편감과 지속되는 오심을 호소 하였다. 뇌경색의 과거력이 있던 터라 중풍이 재발된 것은 아니냐며 몹시 불안해 하고 있었고, 심한 현훈으로 기립 및 보행 불가능 하여 외래진료가 불가능하여 응급실로 방문한 상태였다.

Table 1. Change of EEV scale score during 11days

	Ill.Mov	Dur.ILL	Mot.INT	Neu.VEG	Ins.TAB	Total
05.23	4	4	4	3	4	19
05.24	4	4	4	2	4	18
05.25	2	3	3	3	2	13
05.26	2	2	3	1	2	10
05.27	3	3	4	2	4	16
05.28	2	2	1	1	2	8
05.29	2	1	1	1	1	6
05.30	0	0	0	1	1	2
05.31	0	0	0	1	0	1
06.01	0	0	0	0	0	0
06.02	0	0	0	0	0	0

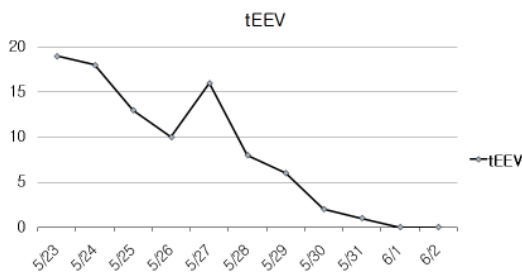


Fig. 1. Change of Self-Voiding Volume(ml) and Residual Volume(ml) during Eight weeks

1) 2008.5. 23-5.26

입원 이후 24일까지 이틀 동안은 어지러워서 앉은 자세의 유지가 어렵고 오심증상이 지속되어 식사를 할 수도 없었으며, 전두부와 양측두부의 통증으로 환자의 불안이 가중되었다. 25일부터는 움직임에 따른 어지러움 증상이 절반이상 경감되어 앉은 자세의 유지가 가능하고 오심증상 감소 및 구토, 두통 및 신체통

의 증상이 소실되었으나, 체위변화시, 특히 고개를 들어올릴 때의 어지러움 및 설사증상은 지속되었다(EEV scale:19~10).

2) 2008.5.27-5.29

외감풍한의 증상이 경해지면서 처방을 담훈에 중점을 맞추어 半夏白朮天麻湯으로 변경하였다. 변경 후 현훈의 발작횟수 및 지속시간, 회전감 등이 27일 28일 양일에 걸쳐 빠르게 감소하여 29일에는 침상에서 일어날 시에만 몇 초간 빙빙 도는 증상이 발생하였으며, 혼자서 화장실에 다녀올 수 있을 정도로 회복되었다. (EEV scale: 16~6)

3) 2008.5.30-6.4

5월 30일에는 보호자 없이 혼자서 입원생활이 가능하였으며 입원 이후 처음으로 한번도 현훈 증상이 나타나지 않았다. 惡心, 心下滿 증상은 감소한 체로 지속되었고 변은 계속 滑泄의 양상으로 하루 한 두차례 보았다. 처방은 다시 藿香正氣散을 위주로 하여 향유, 백편두, 육계 등을 가미하였다. 6월 3일에는 여전히 현훈 증상이 없었으며 침대를 혼자서 오르고 내릴 때도 어지럽지 않았다, 대변이 보통양상으로 호전되었으며, 오심, 및 복부불편감 증상이 6월 3일 및 4일 양일에 걸쳐 한번도 나타나지 않았다.(EEV scale: 6~0)

IV. 고찰 및 결론

靈樞에서는 眩暈의 병리적 기전에 관하여“藏腑, 筋骨, 血氣之精, 與脈并爲目系, 上屬於腦, 後出於項中, 故邪中於項, 因逢其身之虛, 其入深則隨眼系以入於腦, 入於腦即腦轉, 腦轉則引目系急, 目系急則目眩以轉矣, 此言風入而眩暈”라고 하였다⁸. 내용 중에는 현훈 증상을 보일시 객관적인 증상인 안진과 관련한 설명이 있으며, 외부 邪氣의 침범이 內傷 虛證을 기본으로 할 때 현훈이 나타날 수 있음을 강조하고 있다.

상기 환자 역시 발병 당시 한 달 전에 발생한 압박골절로 인한 한 달 간의 입원 치료로 인하여, 전반적 체력이 저하된 상태였고 장기간의 침상생활 후 일상생활에 복귀하여 생활의 변화등이 심신에 무리가 되는 상황이었다.

또한 朱丹溪는 ‘眩暈者, 痰因火動也, 盖無痰不能作眩, 雖因風者, 亦必有痰’⁸ 이라 하여 현훈의 病機에 있어서 病因이 風, 즉 外感風邪로 인한 증상 발현이 뚜렷하여도 개체의 내부에 존재하는 痰을 動하게 할 때에 현훈이 발생함을 강조한다. 특히 상기 환자가 身體痛, 惡風, 등의 外感 증상을 겸하면서, 前頭部의 頭痛 및 惡心, 心下滿, 腹痛, 泄瀉 등의 痰厥증상을

동시에 나타났던 점에 근거하여 祛風과 治痰이 치료의 주가 되었다. 경과상에 처방 변화는 祛風과 治痰의 비중의 주안점을 두고 초반 23일부터 26일까지는 頭痛, 身體痛, 惡心, 食滯 등의 外感風邪의 증상에 맞추어 藿香正氣散을 투여하였다. 27일부터는 頭痛과 身體痛, 惡風, 惡心 등의 증상이 감소하면서 眩暈 및 腹痛, 泄瀉 증상만이 두드러졌으며, 脾胃虛弱으로 인하여 停滯된 濕痰이 風邪를 만나 上逆하는 기세를 가라앉히는데 脾胃論의 半夏白朮天麻湯을 사용하였다. 眩暈 증상은 29일부터 두드러지게 호전을 보였으며, 이후 腹痛, 泄瀉 등의 지속되는 증상 해결을 위하여 藿香正氣散에 香薷, 白扁豆, 肉桂, 白朮을 가하여 鬱結된 濕濁을 제거하면서 기기를 통하게 하려 했으며, 발병 10일째인 6월 1일부터는 제반 증상이 소실되고 퇴원까지 3일 동안 별 다른 호소 없이 안정가로 하는 모습을 보였다.

Vestibulopathy 는 현훈, 오심, 운동실조, 안진을 주 증상으로 하며 급작스럽게 발병하며, 청력소실, 이명 등의 청각적인 증상을 동반하지 않고, 중추신경계 증상을 보이지 않는 것을 특징으로 한다. monophasic 한 경과를 밝으며, 보통 vestibular nerve 나 labyrinthine 의 일측성 기능이상으로 발생한다. 정확한 병인은 밝혀진 것이 없으나 급성허

혈성손상, viral infection, 다른기관의 infection 과의 연계 등이 제시되어 왔다. balanced functional test 에서의 특이 소견으로 caloric test에서 건측의 반응 크기가 중추성 억제에 의하여 병변측에 적응하며, rotational chair test 에서는 급성 전정장애의 경우 저주파에서 비정상적인 위상차선형, 전정안반사의 이득감소, 비대칭성을 보인다. Vestibular Evoked Myogenic Potential 검사에서는 일측성 전정병증 환자의 34~50% 가 VEMP 에서의 p13-n23 파형이 관찰되지 않는다는 보고가 있다³. 예후는 대부분 2개월 안에 회복을 보인다. 그러나 중추신경 손상이 동반되거나, 알콜성 소뇌병증이 있는 경우 회복시간이 오래 걸리며, bed rest 기간이 길수록 회복이 느려지는 경향이 있다. 치료의 원칙은 가능한 한 약물사용을 줄이면서 보통 발병 3일째부터는 전정억제제의 양을 최대한 감량하며, 활동을 격려하는 것이다. 보행연습과 시각-전정 운동 등 전정재활치료의 병행이 예후를 좋게 한다. 약물 치료는 대증요법과 발생기전에 따른 특이치료가 있다⁵. 대증요법은 전정신경핵의 흥분성 신경전달을 억제하거나, 억제성 신경전달을 강화하는 전정억제제와, 연수의 구토중추, 위장관의 도파민신경전달을 억제하는 항구토제의 사용이다. 발생기전에 따른 특이치료로는 바이러스 감염설을 토대로 한 스테로이드나 항바이러스제가 있다. 하지만 특히 전정억제제의 경우 장기간 사용은 중추성 보상기전을 저해 하므로, 후유증을 남기기도 한다¹.

상기 환자의 경우 어지럼증으로 인한 의식소실은 없었으며 주위가 빙빙돌며, 2~3시간 지속과 호전을 반복하며 눈을 감으면 증상이 덜하고 체위변화에 어지럼증이 심해지며 중추성 보상이 빨리 일어나는 양상이 말초성 현훈을 의심케 하였다. 하지만 고혈압, 동맥경화증, 혈관질환, 뇌졸중의 과거력은 중추성 현훈과 관련이 있는 것으로 알려져 있으며⁴ 상기 환자의 경우 뇌경색 과거력 및 고혈압, 동맥경화증의 과거력이 있으므로 중추성 감별을 요하였다. 그래서 시행한 뇌전산화단층촬영 및 자

기공명촬영에서 증상과 관련된 중추신경계의 급성기 병변은 발견되지 않았다. 이 후 본원 이비인후과에 의뢰하여 시행한 순음청력검사 및 Balanced Functional test 상 Acute Lt. Vestibulopathy 로 진단 되었으며, 억제성 신경전달을 강화하여 전정억제작용을 하는 Valium 및 말초동맥순환제, 혈소판응집억제제 등을 처방 받았다. 하지만 현훈 증상의 빠른 호전과 환자 본인의 양약 복용 거부 등이 이유로 이비인후과 처방은 퇴원 당일까지 복용하지 않았다. 전정억제제의 복용을 하지 않은 것은 장기간의 전정신경억제제의 복용이 중추성 보상기전을 억제하여 환자의 기능적 회복을 느리게 한다는 최¹ 등의 주장에 근거할 때 환자의 빠른 회복에 부분적으로 도움이 되었을 것이다.

본 증례에서는 환자의 증상 호전도를 평가하기 위하여 사용한 EEV scale 은 현훈과 관련한 전정증상에 초점을 맞추고, 일상생활에서의 빈도나 그로 인한 Handicap은 배제한 것이 특징이다. 김 등의 Vestibulopathy 환자의 補虛飲 치료에 관한 증례에서 사용한 Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale 의 경우⁶ 일상생활에서의 구체적인 동작들로 구성된 문항이 치료 전후에 따른 기능적 제한과 신체적 장애의 변화를 세밀하게 측정할 수 있으나 만성, 재발성인 경우 판별력이 높으며⁷, 급성적으로 발생한 전정장애의 단기간의 입원 치료의 경과관찰의 도구로는 적합성이 떨어진다. 반면 본 증례에서는 EEV scale을 사용함으로써 증상변화가 빠른 급성기의 집중적인 입원치료 과정에서의 임상적 호전도가 효율적으로 평가되었다고 생각된다. 특히 각 평가 영역에 따른 증상 변화를 통하여 적절한 시기에 치료의 내용을 변경해 나갈 수 있었다.

그러나 본 증례에 있어서 어지러움과 관련하여 나타나는 증상들의 주관적인 기술이 주가 되는 급성일측성전정장애에서 단일증례로는 호전과 치료와의 관련성을 논하는데 무리가 따른다. 또한 호전 자체에 관한 신뢰성을 높이기 위한 전정기능평가

의 재평가가 이루어지지 않았으며 발병후 4주, 6주, 8주 후의 후유증 및 재발 여부의 확인이 필요하다.

이상에서 급성 일측성 전정신경병증으로 진단받은 환자를 外感風邪를 겸한 痰厥로 변증 후 증상의 변화에 맞춘 한방치료가 현훈 및 재발 증상을 비교적 빠른 시간 내에 호전시키는데 효과가 있었음을 보고하는 바이다.

참고문헌

1. 최광동. 전정신경병증에서의 일반적 약물치료. 대한평형의학회지. 2006;5(1):158-63.
2. Megnigbeto CA, Sauvage JP, Launois R. The European Evaluation of Vertigo scale: a Clinical Validation Study. Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. 2001;122(2):95-102.
3. 구자원. 급성전정기능소실의 임상평가. 대한평형의학회지. 2006;5(1):132-8.
4. Baloh RW. Differentiating between peripheral and central causes of vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg. 1998;119(1):55-9.
5. Hain TC, Uddin M. Pharmacological Treatment of Vertigo. CNS Drugs. 2003;17(2):85-10.
6. 김진석, 홍종희, 박재우, 전우현, 조남희, 오수완 등. 기훈 환자의 보허음 투여 후 호전 1례. 대한한의학회지. 2000;21(4):253-9.
7. 한규철, 이은정, 이주형, 박시내, 이홍엽, 전은주, 이형 등. 한국어 번역판 어지럼 척도 표준화 연구. 대한평형의학회지. 2004;3(2):307-25.
8. 허준. 동의보감. 서울:남산당. 1994:201-9
9. 김갑득, 송인한. 응급실에 내원한 어지럼증 환자에서 임상양상에 따른 중추성과 말초성의 감별. 대한응급의학회지. 2003;14(3):281-90.