

양성 발작성 자세변환성 현훈(Benign Paroximal Positional Vertigo, BPPV)으로 의심되는 현훈증 환자를 滋陰建脾湯 加味方과 Dix-hallpike Maneuver로 치료한 치험 1례

정용준, 신선호

원광대학교 한의과대학 심계내과학교실

One Case of Dizziness Patients Suggested Benign Paroximal Positional Vertigo treated by Jaeumkunbitang-gamibang and Dix-hallpike maneuver

Yong-Jun Jeong, Sun-Ho Shin

Dept. of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University

Dizziness is one of common diseases clinically, it is defined as a hallucination or an illusion of motion that causes sensation disorder of circumstance, and described as circulatory · rotatory · leaning · shaking sensation.

In particular, benign paroximal positional vertigo(BPPV) is one of peripheral vertigo, it causes dizziness due to debris which has collected within a part of the inner ear. Chemically, debris are small crystals of calcium carbonate. They are derived from structures in the ear called "otoliths" that have been damaged by head injury, infection, or other disorder of the inner ear, or degenerated because of advanced age. The symptoms of BPPV include dizziness or vertigo, lightheadedness, imbalance, and nausea. Activities which bring on symptoms will vary in each person, but symptom are almost always precipitated by a position change of the head or body.

As for treatment of vertigo, it is differentiated as excess in the upper and deficiency in the lower(上實下虛) and treated in oriental medicine and are used to stability · antihistaminics · anticolinergrics · vestibule control drug of GABA system in western medicine. Moreover, Dix-hallpike maneuver is applicated in diagnosis and treatment of BPPV patients.

A case of dizziness patient suggested benign paroximal positional vertigo who is diagnosed as weakly dizziness(虛暈)showed prominent improvement by Jaeumkunbitang-gamibang(滋陰建脾湯) and Dix-hallpike maneuver.

Key Word :

1. 서 론

임상상 흔히 보게되는 질환의 하나인 현훈은 주변환경에 대한 감각장애를 일으키는 운동의 환각 혹은 운동착각이라고 정의되며, 흔히 회전하거나 기울거나 혹은 흔들리는 느낌으로 묘사된다. 특히 말초성·현훈의 하나인 양성 발작성 자세변환성 현훈(Benign Paroximal Positional Vertigo, BPPV)은 내이안

의 변성물질인 칼슘성분이 내이에서 가장 낮은 위치에 부착되어 있다가 머리의 움직임으로 인한 중력작용으로 움직여져서 전정자극이 일어나는 질환으로 오심, 구토, 발한 등의 자율신경 증상을 동반한다. 이는 특히 침대에서 몸을 굴리거나 머리를 일정한 방향으로 움직일 때 어지러움증과 안진이 나타남을 특징으로 하고 40대 이상의 여성에 호발한다¹⁾. 일반적으로 현훈의 치료는 '無虛不能

作眩', '無痰不能作眩'의 이론적 근거로 上實下虛로 변증하여 치료하며²⁾, 서양 의학에서는 안정과 항히스타민제제, 항콜린제제 또는 감마아미노부티르산(γ -aminobutyric acid, GABA)성의 전정억제제를 사용한다³⁾. 또한 디스할파이크수기법(Dix-hallpike maneuver)은 양성 발작성 자세변환성 현훈 환자의 진단과 동시에 치료에도 응용된다. 저자는 虛暈으로 진단된 현훈증 환자에게 滋陰健脾湯加味方을 투여하고 디스할파이크수기법을 시술하여 좋은 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 성명 : 김 ○ 순

2. 성별/나이 : 여/55

3. 주소증

- ① 眩暈(右轉時甚), 惡心
- ② 頭重感 및 後頭痛
- ③ 泄瀉(1개월전부터), 神疲, 氣力低下
- ④ 耳鳴(old)

4. 발병일 : 2000년 3월 4일

5. 가족력 : 별무소견

6. 과거력

- ① 5년전 부터 고혈압 치료중
- ② 3년전 기관지 확장증 진단 후 모 대학병원 치료 후 호전

7. 辨證 : 氣血虛損, 痰濕交阻

8. 진단

1) 한방진단

① 虛暈

② 中風

2) 양방진단

① R/O Benign Paroximal Positional Vertigo

② Cbr-infarction

③ Essential Hypertention

9. 검사결과

① Brain CT : Hemodynamic infarction in Rt. periventricular white matter of parietooccipital lobe

② Chest PA & KUB : WNL

③ EKG : WNL

④ Lab finding : WNL

10. Herb medication : 滋陰健脾湯 加 天麻 荊芥 元防風

① 처방내용 : 白朮 6g, 陳皮 半夏 白茯苓 各4g, 當歸 白芍藥 生乾地黃 各3g, 人蔘 白茯苓 麥門冬 遠志 各2g, 川芎 甘草 各1.5g, 生薑 大棗 天麻 各4g, 荊芥 元防風 各2g

② 처방출전 : 萬病回春⁴⁾

11. Clinical Progress

3월 4일 처음으로 심한 어지러움, 구토 등의 증상이 발생하여 모 한약방에서 한약치료를 하였으나 증상이 호전되지 않았다. 기력저하와 오심증상이 지속되던 중 3월 10일 다시 심하게 어지러워 앓을 수도 없고, 눈을 뜰 수도 없는 상태에서 본원에 내원하였다. 당시 혈압은 130/90이었고 오른쪽으로 누웠을 때 더욱 심하게 어지러움을 호소하였으며, 동시에 후두통, 두중감, 오심 등의 증상 및 기력저하를 호소하였다. 신경학적 검사상 이상소견은 보이지 않았으나, 오른쪽으로 디스할파이크수기법을 시행하였을 때 현훈과 함께 안진소견을 보였다. 진단을 虛暈으로 하고 滋陰健脾湯 加 味方을 투여하였으나 환자 사정상 통원치료를 하였다. 3월 13일 호전 없이 같은 증상으로 내원하여 입원하였다. 입원 후 시행한 디스할파이크수기법에 서도 양성 반응으로 나타나 이석 재배치 수기(Fig.1)를 3회 실시하였다. 한약은 동일처방으로 투여하였고 수기 시행 후 24시간 동안 침대를 45° 세운 상태로 유지하고 고개를 들거나 숙이는 것을 피하게 하였다. 3월 14일 환자는 불면과 두중감, 상열감을 호소하였으나 내원시와 같이 오른쪽으로 누울 때 발생하는 현훈감은 거의 회복되었고 두 눈을 뜬채로 1시간이상 앓을 수 있었다.

또한 오심증상과 소화상태도 호전되어 거의 정상적인 식사를 할 수 있었다. 3월 15일에는 처음으로 숙면을 취했으며 현훈은 회복되었고 두중감과 상열감도 호전되어 보행연습을 시행하였으며 다른 불편감을 호소하지 않았다. 동일 호전된 상태로 퇴원하였다.

III. 고찰

현훈은 전정질환(vestibular disease)의 핵심으로 움직임이 없는데도 움직임을 느끼거나, 주어진 신체운동을 과민하게 느끼는 것이다. 그러므로 현훈은 단순히 회전감(spinning) 뿐만아니고, 구르는 느낌(sense of tumbling), 넘어지는 듯한 느낌, 땅이 도는 듯한 느낌(지진 같은) 등으로도 나타날 수도 있다. 이것은 중심 못잡기(imbalance), 머리가 어찢어 찢한 느낌(lightheadedness), 졸도(syncope) 등과 구별되어야 하며, 그것들은 보통 원인이 전정계가 아니다. 말초 전정장애(peripheral vestibulopathy)에서 기인한 현훈은 갑자기 시작되며 정도가 심해서 환자가 걷거나 서기 힘들어 하며, 오심(nausea)과 구토가 흔히 동반된다.

내이의 골미로(lalysinx)에 있는 종말기는 세반고리관과 이석기(타원낭, 구형낭)로 구성되고 세반고리관은 각가속을 변환하고, 이석기는 선형가속과 정적중력을 변환하며, 후자는 공간에서 두부위치감을 제공한다. 종말기의 신경출력은 제8뇌신경을 통해 뇌간의 전정핵에 전달된다. 전정핵에서의 중요한 투사는 제3, 제4 그리고 제6 뇌신경핵, 척수, 대뇌피질, 소뇌 등이다. 이러한 연결은 전정장애에 필히 동반되는 안구진탕(nystagmus)에 관여한다. 전정척수로 는 자세안정의 유지에 기여한다. 전정계

는 공간적 지남력과 자세를 유지하는 세 개의 감각계 중 하나이다. 다른 두개는 시각계와 피부, 관절, 근육 수용체로부터 말초적 정보를 전달하는 체감각계이다. 이 세 개의 안정계는 상대의 부족을 서로 보상하기 위해 부분적으로 또는 완전하게 충분히 중첩되어 있다. 현훈은 이 세 개의 체계 중 어느 하나에 생리적 자극이나 병적 장애를 의미한다^{3,5)}.

현훈환자의 신체검사에는 롬버그 검사(Romberg test), 보행분석, 안구진탕 검사 등이 있다. 안구진탕은 보통 회전성을 동반한 수평성이며 급속기(fast phase)가 병변에서 멀어지는 쪽이다. 시각고정(visual fixation)은 현훈을 억제하는 경향이며 매우 급성의 말초 병변이나 중추신경계 질병은 예외이다. 닐렌-바라니 검사(Nylen-Barany maneuver)는 체위성 현훈을 유도하려는 것이지만 환자가 시각고정을 할 수 있을 때는 사용이 제한된다. 후쿠타 검사(Fukuda test)는 환자가 눈을 감은 채로 제자리 걸음을 하는 것으로 미세한 병변을 찾아내는데 유용하다. 제자리 걸음에 의하여 환자가 도는 것이 관찰되면 양성반응이며, 보통 병변쪽으로 향한다.

말초성 현훈은 메니에 증후군(Meniere's syndrome), 미로염(Labyrinthitis), 전정 신경염(Vestibular neuronitis), 외상성 현훈(Traumatic vertigo), 자세변화성 현훈(Positioning vertigo)으로 구분하고, 중추성 현훈은 뇌간 혈관질환(Brainstem vascular disease), 동정맥 기형(Arteriovenous malformation), 뇌간 및 소뇌의 종양(Tumors of the brainstem and cerebellum), 다발성 경화증(Multiple sclerosis), 척추기저성 편두통(Vertebrobasilar migraine)으로 구분된다³⁾.

자세변화성 현훈은 침대에 드러눕거

나 구르거나, 허리를 굽히고 똑바로 서 있거나 머리를 뒤로 기울이게 하는 등의 머리를 어떤 특정한 자세를 취할 때 유발되며 양성 발작성 자세변화성 현훈(Benign Paroximal Positional Vertigo, BPPV)이 대표적인 질환이다. 양성 발작성 자세변화성 현훈은 이석(otoliths)이라 불리는 내이안의 변성물질인 칼슘 결정(calcium carbonate crystals)이 정상위치인 타원낭의 팽대부(utricle macule)에서 떨어져나와 후부 세반고리관(posterior semicircular canal)에서 머리의 움직임에 의한 중력작용으로 움직여져서 전정자극이 일어나는 질환으로 발작성 현훈과 안진을 특징으로 하고 오심, 구토, 발한 등의 자율신경 증상을 동반한다. 이런 현훈은 중력 벡터에 대한 특정한 머리위치가 아니라 머리위치의 빠른 변화에 의해 유발되고 두부손상, 미로염 등으로 올 수도 있지만 대개 유발인자가 발견되지 않으며 흔히 고령에 의한 변성으로 여겨진다.

현훈 발작은 1분이내로 지속되지만 몇 일 또는 수 개월, 드물게는 수 년 동안 주기적으로 재발되며, 현훈과 안진은 드물게 제4뇌실과 주위의 병변으로 발생되는 중심성 체위성 현훈과는 달리 잠복기와 피로(fatigability), 습관성(habituation)의 특징으로 구분되는 유형을 보인다^{4,6)}.

진단은 병력과 이하학적 검사를 기초로 하는데, 특히 디스할파이크수기법(Fig.1)⁷⁾으로 쉽게 확인할 수 있다. 이 수기법은 침대에서 앉은 자세의 환자를 재빠르게 침대에 머리를 30°~40°로 기울게 하고, 한 쪽으로 30°~45° 횡와위로 눕게하면 된다(Fig.1의 1, 2). 수 초 동안의 잠복기 후에 발작성 현훈이 유발되어 환자는 매우 놀라고 검사자나 침대를 붙잡거나 앉으려고 버둥거리게

된다. 이때 현훈은 진동시와 눈의 상극이 바닥을 향해 맥놀이 하는 회전성 안진이 동반된다^{6,8)}.

급성현훈의 일반적인 치료는 안정과 항히스타민제, 중추에 작용하는 항콜린제 또는 GABA성의 진정제같은 전정억제제가 있다. 반복성 현훈에서 가장 중요한 치료 중 하나는 운동요법으로, 이는 미로성 장애를 보상하는 중추신경계의 능력을 향상시킨다³⁾.

또한 이석 재배치 수기방법(Fig.1)이 있는데 이는 세반고리관에서 부동성(free-floating)의 이석을 머리운동으로 인하여 재위치시키는 방법으로 진단적 디스할파이크 수기와 동일하다. 증세를 유발시키는 머리를 매달리는 자세에서, 각각 20초 간격을 두고 3단계의 연속과정으로 머리를 돌리게한다. 먼저 머리를 반대편 귀쪽으로 45°~60° 돌리고, 20초 후 환자를 그쪽으로 돌아눕게 하고 추가로 머리를 45° 돌려 바닥과 평형을 이루게 한 뒤 20초를 유지한다. 그 후 환자는 똑바로 앉은 자세로 돌아온 다음 24시간 동안에 적어도 45°로 똑바로 선 자세를 유지하게 한다(Fig.1의 4,5,6)^{6,8)}.

현훈에 대해 한의학에서는 眩은 目眩, 眼花 또는 眼前發黑, 視物模糊를 말하고, 暈은 頭暈, 頭旋 즉 자신이나 주위 사물이 도는 것 같아 서있을 수 없는 것인데, 임상상 眩과 暈은 동시에 나타나므로 총칭하여 현훈이라 하며 輕重의 구별이 있다. 輕證인 경우에는 눈을 감거나 혹은 안정하여 휴식을 취하면 증상이 완해되거나 소실되는데 비해 重症은 차멀미나 배멀미를 하는것 처럼 어지러워 오래 서있을 수가 없으며 耳鳴, 耳聾, 惡心, 嘔吐, 突然昏倒 등의 증상을 동반한다.

발병원인에 대해 內經에서는 “諸風掉

眩皆屬於肝”이라 하였고, 朱丹溪는 <丹溪心法>에서 ‘無痰則不作眩’이라고 하여 痰火가 원인이 된다고 하였다. 또한 張景岳은 ‘無虛不能作眩’을 강조하였는데 內經의 ‘上虛則眩’ 이론을 기초로 하여 下虛로 인하여 현훈이 나타난다고 보았다. 주로 風, 火, 痰, 虛가 원인이 되는데 그중 十中八九는 虛하기 때문이며, 十中一二가 風痰火로 實하기 때문인데, 임상상 흔히 虛實이 같이 나타나며, 上實下虛한 경우가 많다. 上實은 痰濁, 風火 또는 肝陽, 肝風으로 일어나며, 下虛는 肝腎陰虛, 心脾의 氣血不足 등으로 나타난다”.

본 증례에 사용한 처방인 滋陰健脾湯은 萬病回春⁴⁾에 수록된 처방으로 心脾 虛怯으로 氣血虛損하고 痰飲을 겸한 현훈을 치료하는 처방으로 補氣養血, 祛痰 強心의 效가 있어 신경이 약한 허약자의 虛暈에 적합한 처방이다”.

본 증례의 환자는 73세의 고령으로 체격은 다소 비대하고 급한 성격의 여자환자였다. 5년전 부터 고혈압 치료중이었으나 내원 당시 혈압은 안정되어 있었다. 1개월전부터 원인불명의 무른 변 양상의 설사증상, 소화장애가 지속적 으로 있었고 전반적인 기력저하 증상을 호소하였다. 내원시 심한 현훈과 후두통, 두중감으로 환자가 혼자 앉거나 몸을 지탱할 수 없는 상태였으며, 오른쪽으로 누울때에는 증상이 더 심해져 눈을 뜰 수 없었다. 뇌단층촬영상 뇌경색으로 의심되는 부위가 나타났으나 중심성 현훈의 원인이 되는 소뇌나 뇌교에는 병변이 없었으며, 중추성으로 의심되는 다른 신경학적 증상도 보이지 않았다.

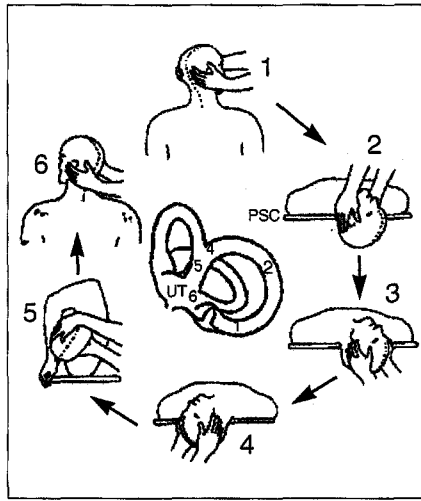


Fig 1. 오른쪽 귀에 병변이 있는 양성 발작성 체위성 현훈의 치료 수기법.

설 명 : 머리의 위치를 변화시키면서 후부세반고리관안에있는 칼슘결정체를 타원낭으로 유도해내는 방법이다. 각 자세는 칼슘결정체의 부유물이 가속화되어 움직일 수 있도록 빠르게 시행되어야하며 각 단계마다 약 20초동안 유지한 후에 다음단계로 넘어간다.

양성 발작성 자세변화성 현훈의 진단을 위해 디스할파이크 수기법을 시행한 결과 환자는 매우 놀라면서 침대를 붙잡고 버둥거리는 발작성 현훈이 유발되었고 회전성 안진이 동반되었다. 氣力低下, 神疲, 食少, 眩暈 動則加劇 하여 虛暈으로 진단하여 滋陰健脾湯에 活套에 의거 天麻 防風 荊芥를 加하여 투약하였다. 투약 3일 동안은 호전없었으나 입원치료 후 투약과 동시에 이석 재배치 수기법을 시행하므로 환자의 상태가 호전되었다. 제반 증상도 호전되어 정상생활을 할 수있어 퇴원하였다. 퇴원 1주일 후 다시 재발되지 않았고 생활에 불편 없이 지내고 있었다.

IV. 결 론

현훈의 여러원인 가운데 氣血虛損에 의한 虛暈, 특히 40대 이후에 다발하는 양성 체위성 자세변화성 현훈의 경우 滋陰健脾湯 투여와 이석 재배치 수기를 동시에 실시했을 때 좋은 효과를 볼 수 있었다. 양성 체위성 자세변화성 현훈의 정확한 진단을 위해 전기안구운동 검사 등이 시행되어야 하고 한약투여로 인해 현훈발작의 발생 빈도를 낮추고 재발을 방지할 수 있는지에 대해 보다 많은 임상 증례와 장기적인 추적, 관찰이 요망된다.

V. 참고문헌

1. Lanska, Douglas J, Remler, Bernd. Benign Paroximal Positioning Vertigo : classic descriptions, origins of the provocative positioning technique and conceptual developments. *Neurology* 1997 ; 48(5) : 1167-77.
2. 전국 한의과대학 심계내과학 교실 편 . 심계내과학. 초판. 서울 : 서원당. 1999, p.400-9.
3. 의과대학 교수 편 . 오늘의 진단과 치료. 초판.서울 : 한우리. 1999, p.251-4.
4. 龔廷賢 . 萬病回春. 人民衛生出版社. 1980, p.217-8.
5. 해리슨 번역 편찬위원회 역 . 해리슨 내과학. 초판. 서울 : 정담. 1997, p.98-100.
6. Raymond D. Adams 외 . Adams 신경외과학. 초판. 서울 : 정담. 1998, p.273-82.
7. J. Claude Bennett, Fred Plum. Cecil textbook of medicine. 21th edition. W.L. Saunders com. 1996, p.2024-7.
8. Vrabec, Jeffrey T. Benign Paroximal Positioning Vertigo and Otolith Repositioning. *Archives* 1998 : 124(2) : 223-5.
9. 강순수. 바른 방제학. 초판. 서울 : 대성문화사. 1996, p.338-9.