

증례

## 메니에르병의 현훈에 대한 한방치험례

이승은\* · 김중호\*\* · 김윤범\*

\*경희대학교 한의과대학 안이비인후피부과학교실

\*\*김중호한의원

### Abstract

## Oriental medical treatment in Meniere's disease

Lee Seung-eun\*, Kim Joong-ho\*\* and Kim Yoon-bum\*

\*Department of Oriental Ophthalmology, Otolaryngology & Dermatology, College of Oriental Medicine,  
Kyung-Hee University

\*\*Kim Joong-ho Oriental Medical Clinic

Meniere's disease is not a life-threatening but life-altering inner ear process characterized by episodic vertigo, fluctuating hearing loss, tinnitus, and ear fullness. The etiology and pathophysiology of the symptoms is still disputed. Thereby the treatment of Meniere's disease is empirical. As yet, no treatment has prospectively modified the clinical course of the condition and thereby prevented the progressive hearing loss.

We experienced two cases of Meniere's disease treated with herbal medication and acupuncture. 62 year-old male and 64 year-old female patients had definite Meniere's disease. *Banhabaekchulchurma-tang* was administered in both cases. After treatment Vertigo attacks were completely controlled in both, whereas Hearing level remained unchanged. Tinnitus was improved in one patient and unchanged in the other. Therefore, *Banhabaekchulchurma-tang* and acupuncture could be a safe and simple therapeutic modality that is effective in controlling the vertigo ; however further studies must be done on hearing preservation and tinnitus.

- 접수 : 2004년 10월 21일 · 수정 : 2004년 11월 26일 · 채택 : 2004년 11월 27일  
· 교신저자 : 이승은, 서울시 동대문구 회기동 경희대학교 한의과대학 안이비인후피부과학교실  
Tel. 02-958-9181 E-mail : lse94@hanmail.net

**Key words** : Meniere's disease, vertigo, *Banhabaekchulchunma-tang*(*Pansiabaihutienma-tang*), acupucture

## I. 서론

메니에르 병은 돌발성 현훈, 난청, 이명 혹은 이충만감을 특징적으로 하는 질환으로 병태생리는 원인불명의 내림프수종(idiopathic endolymphatic hydrops)이다. 1861년 Prosper Meniere가 처음 기술한 이후 오늘날까지도 치료는 논란의 대상이 되고 있다. 이러한 점은 이 질환의 발병원인과 병태 생리학적인 면이 명확히 밝혀지지 않은 것과 맥락을 같이 한다. 또한 지금까지 이 질환의 임상경과를 바꾸거나 진행성 난청을 예방할 수 있는 치료법은 없다고 알려져 있다.

메니에르 병을 한의학문헌에서는 현훈, 이명, 난청 등의 조문에서 찾아볼 수 있으며 이중 가장 특징적이며, 일상생활에 가장 큰 장애를 주는 요인이 반복되는 발작성 현훈인 점을 감안할 때 현훈에 대한 한의학적 연구보고를 살펴보면 문헌고찰과 증례보고는 있었지만 메니에르병에 대한 한방증례보고는 드물었고, 객관적 평가 scale을 사용한 증례보고는 없었다. 이에 저자는 1995년 AAO-HNS 진단기준<sup>1)</sup> 상 definite Meniere's disease에 해당하는 환자에 대해 반하백출천마탕과 침으로 유의한 치료효과를 얻었기에 간단한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## II. 대상 및 방법

2002년부터 2004년까지 현훈, 청력감소, 이명 또는 이충만감을 주소로 경희의료원 한방병원 안 이비인후과외과를 방문한 환자 중 1995년 미국 이비인후-두정부외과학회(AAO-HNS)의 진단기준<sup>1)</sup> 상 definite Meniere's disease에 해당하는 환자 2명을 대상으로 하였다. 치료효과 판정은 1995년 AAO-HNS 평가기준(Table 1)<sup>1)</sup>에 따라래원 전 6개월 동안과 치료 후 18개월에서 24개월 사이의 현훈 발작의 빈도, 현훈에 대한 적응상태, 평균 순음청력역치, 동반증상(이명, 이충만감)의 변화를 비교하였다. 다만 AAO-HNS 평가방법은 장기간의 현훈의 빈도 변화와 현훈에 대한 환자의 적응상태만을 평가하며 발작기동안 현훈 자체의 강도(intensity)를 평가하는 데는 한계가 있다고 사려 되어 치료기간동안 현훈 자체의 강도에 대해서는 vertigo score<sup>2)</sup>를 병행하여 기록하였다. Vertigo score는 현훈의 심한 정도를 5단계로 나누어 0점에서 4점까지 점수화한 것이다. 이명과 이충만감은 환자의 주관적인 증상변화여부를 묻는 방법에 의해 평가하였고 개선된 경우, 변화가 없는 경우, 악화된 경우로 구분하여 기록하였다.

Table 1. 메니에르병의 증상 평가기준(AAO-HNS, 1995)

---

청력평가  
 순음청력검사(Hearing Threshold) (0.5, 1, 2, 3 kHz)

질병병기

Stage 1 : HT < 25dB  
 Stage 2 : HT 26-40 dB  
 Stage 3 : HT 41-70 dB  
 Stage 4 : HT > 70 dB

치료시작 6개월 전의 가장 불량한 청력검사 결과와 치료시작 후 18-24개월 사이의 청력검사 결과 변화 (HT) >10 dB 그리고, 혹은 단어인지(WR)변화 > 15% 일 때 변화의 의미가 있음

---

전정기능 평가

FV=현기증 빈도(최근 6개월 동안 확실한 현기증의 1달 평균 발작회수)  
 X=FV(치료 2년 후)  
 Y=FV(치료 시작 전)

치료 결과

(X/Y)×100	등급(Class)
0	A(complete control of definitive spells)
1-40	B(substantial control of definitive spells)
41-80	C(limited control of definitive spells)
81-120	D(insignificant control of definitive spells)
>120	E(worse(poorer) control of definitive spells)
장애(disability)로 인해 새로운 치료의 시작	F

치료 효과 보고 방법:  
 병기, 치료, 연령, 성별, 치료시작 시점과 치료시작 2년 또는 4년 후의 FV/HT/WR/FL

---

FV=frequency of vertigo, HT=hearing threshold, WR=word recognition, FL=functional level.

Table 2. Functional level (FL) scale of the AAO-HNS, 1995

현기증에 대한 전반적인 현재 적응상태를 평가하는 방법(6단계)

1. 현기증으로 인한 생활의 변화가 전혀 없다.
2. 현기증이 시작되면 하던 일을 잠시 멈추어야 하지만 곧 현기는 지나가고 하던 일을 계속 할 수 있다. 현기증 때문에 행동 선택에 제한을 받지 않는다. 현기증 때문에 그날의 계획이나 행동을 변경하지는 않았다.
3. 현기증이 시작되면 하던 일을 잠시 멈추어야 하지만 곧 현기증이 지나가고 하던 일을 계속 할 수 있다, 현기증 때문에 행동 선택에 제한을 받지 않는다.(예: 운전, 시장보기, 외출, 운동, 여행 등의 행동을 시작해야 하는 경우 제약을 받지 않는다). 하지만 현기증 때문에 그날의 계획을 변경해야 했고, 휴식을 위해 상사의 양해를 구해야 했다.
4. 운전이나 출근, 여행, 아기 보거나 집안일 등 대개의 기본적인 행동을 할 수 있지만 힘이 많이 들어 간신히 이런 일들을 해낸다.
5. 운전이나 직장을 다닐 수도 없고, 내 가족을 돌 볼 수 없다. 과거에는 능숙하던 대개의 일을 이제는 거의 할 수 없게 되었다. 나는 장애자이다.
6. 나는 1년 이상 아무 일도 할 수 없었고, 현기증(평형장애)으로 인해 보상금을 받은 적도 있다.

Table 3. Vertigo Score

Vertigo Score	증상
Grade 1 (0점)	현훈 없음
Grade 2 (1점)	가벼운 현훈, 자율신경증상(오심 구토 발한 등) 동반하지 않음
Grade 3 (2점)	심한 현훈, 오심 동반, 보행은 가능하나 평형장애 있음
Grade 4 (3점)	심한 현훈, 오심 구토 동반, 기립은 가능하나 보행은 불가능함
Grade 5 (4점)	심한 현훈, 오심 구토 이외에 실신동반, 기립 및 보행 불가능

1. 症例 1

환자 : 김 ○ ○, 남자 62세.

主訴 :

현훈(회전성) : 9주전부터 약 일주일 간격으로 8-9회 발작, 1회 발작 시 수십 분에서 수 시간 지속됨, 현훈이 심할 때는 오심, 구토, 발한이 동반되며 보행불가능

좌측 이명: 간헐적

좌측 청력 저하(38 dB)

발병일 : 1. 9주 전 2. 수개월 전 3. 1-2년 전

현병력 : 내원 1-2년부터 간헐적인 좌측 청력

저하 있었고, 내원 수개월 전부터는 좌측 이명 있어오다가, 내원 9주전 심한 현훈이 발생하여 이비인후과와 신경과에서 (Brain MRI, Temporal bone CT, 뇌파검사, 전정기능검사, 순음청력검사, 임상병리검사 상) 메니에르 병 진단 받고 식이와 약물치료를 하였다. 그러나 1회 발작 시 2-4시간 정도 지속되는 현훈이 약 일주일간격으로 8-9회 정도 지속되고 현훈이 심할 때는 구토와 발한이

동반되는 등 증상호전 없어 2002년 2월 한방 來院

과거력 : 별무

진단명 : Meniere's disease

치료기간 : 2002년 2월 - 2002년 4월

### 1) 초진소견

식욕 : 약간 감소

소화 : 가벼운 소화장애, 현훈발작 시 嘔逆, 嘔吐

대변 : 1회/1일, 보통 변

소변 : 빈뇨

수면 : 별무이상

정신상태 : 예민

땀 : 정상

手足 : 찬 편

기호 : 더운 음식을 좋아함

舌診 : 舌苔薄白 舌質淡

脈診 : 滑

腹診 : 別無異常

望診 : 약간 마르고 顔面이 萎黃色, 창백

### 2) 검사소견

Brain MRI & Temporal bone CT: no abnormal finding

뇌파검사 : normal

CBC, LFT, U/A : Within normal limit

순음청력역치 : 38dB(초진 시) -->40dB(2년 후)

### 3) 사용처방

半夏白朮天麻湯 : 半夏製 陳皮 麥芽炒 6g/ 白朮 神麴炒 蒼朮 4g/ 人蔘 黃芪 天麻 白茯苓 澤瀉 2g/ 乾薑 1.2g/ 黃柏酒洗 0.8g/ 生薑 10g

### 4) 임상경과 및 치료

왜소하고 마른 체구의 62세 남환으로, 안색은 창백하였다. 초진당시의 주소는 2-3개월 동안 7-8일 간격으로 발생하는 발작적 현훈, 가벼운 청력저하, 이명, 이충만감이었고, 현훈은 침상안정을 하고 눈을 감고 있어야할 정도로 심하였다 (vertigo score 3점, Funtional level scale 5).(Fig. 1, 2, Table 2, 3) 청력은 순음청력역치상 38 dB로 병기는 Stage 2에 해당하였다. 동반 증상으로 견배부 경결감, 전신소력감이 있었고 현훈 발작이 심할 때는 구역, 구토가 있었다. 환자가 내성적이고 소심하며 舌淡苔白 脈滑하고 평소 소화기 장애가 있었기에 痰暈으로 생각하여 半夏白朮天麻湯을 선택하였다. 1일 3회 투여하며 일주일 간격으로 추적관찰하였다. 전형적인 현훈은 첫 1주에 1회 있었으나 이후에는 발생하지 않았고 5주째부터는 현훈으로 인한 생활의 불편감이 거의 없을 정도로 회복되어(Funtional level scale 1) 8주째에 투약을 중지하였다. 이후 환자가 가벼운 어지럼증으로 신체의 불편감을 느낄 때 같은 약을 2회 더 투약하였다. 2년 후 설문조사 상 더 이상의 현훈 발작은 없었으며(class A) 청력은 40dB로 의미 있는 변화가 없었다. 이명은 변화가 없었고, 이충만감은 소실되었다.

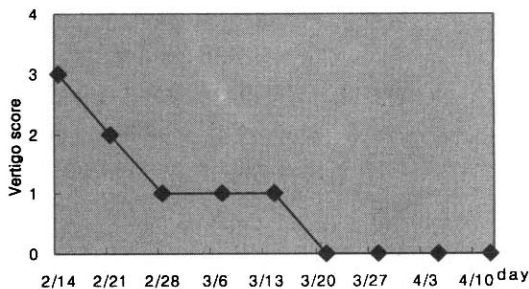


Fig. 1. Vertigo score according to time

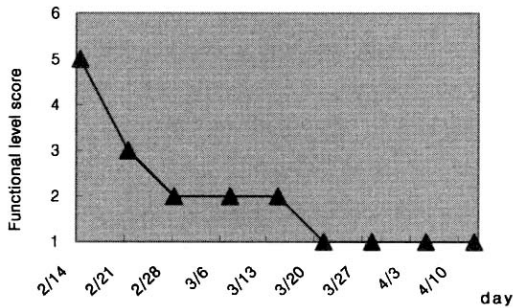


Fig. 2. Functional level score according to time

## 2. 症例 2

환 자 : 김 ○ ○, 여자, 64세.

主 訴 :

현훈(회전성) : 1회 발작 시 수 시간 지속

우측 이명

우측 이충만감

우측 간헐적인 난청 : 34 dB

발병일 : 1. 1년 전 1회 발작. 최근 2002년 5월 3일 재발 2.2002년 4월 말 3.2002년 4월 말

현병력 : 내원 1년 전 심한 현훈으로 일주일 간 입원치료 후 호전되었으나 2002년 4월말부터 간헐적 이명, 이충만감 있었고 5월 3일 눈을 뜨기 힘들 정도의 회전성 현훈과 구토 있어 이비인후과에서 각종 검사상 메니에르병 진단 받았다. 일주일간 약물 복용했으나 가벼운 현훈, 오심, 식욕부진, 전신무력감 발하여 5월 10일 한방 來院

과거력 : 별무

내원일 : 2004년 5월 10일

진단명 : Meniere's disease

치료기간 : 2004년 5월 - 2004년 7월

### 1) 초진소견

식 욕 : 저하

소 화 : 비교적 잘되는 편이었는데 양약 먹고 속 쓰림. 발작 시 구역, 구토

대변, 소변: 快利

수 면 : 별무이상

정신상태: 예민

땀 : 정상

手 足 : 손발이 찬 편

기 호 : 더운 음식을 좋아함

舌 診 : 舌苔薄白 舌質淡 齒痕

脈 診 : 弱, 滑

腹 診 : 복부 무력. 특별한 압통점은 없음

望 診 : 약간 마르고 顔面이 萎黃色.

### 2) 검사소견

Brain MRI & Temporal bone CT : no abnormal finding

뇌파검사 : normal

CBC, LFT, U/A : Within normal limit

청력 검사소견 : 34dB(초진 시) -->38dB(2년 후)

### 3) 사용처방

半夏白朮天麻湯 : 半夏製 陳皮 麥芽炒 6g/ 白朮 神麴炒 蒼朮 4g/ 人蔘 黃芪 天麻 白茯苓 澤瀉 2g/ 乾薑 1.2g/ 黃栢酒洗 0.8g/ 生薑 10g

### 4) 임상경과 및 치료

64세 여자로 회전성 현훈, 간헐적 이명, 이충만감, 난청을 주소로 하였는데 초진 당시 오심이 동반된 심한 현훈으로 겨우 보행은 가능하나 평형장애가 있어 부축을 필요로 하였다(vertigo score 4점, functional level scale 5)(Fig. 3, 4). 환자는 1년 전에도 구토를 동반한 심한 현훈으로 입원한 과거력이 있었다. 청력은 순음청력역치상 34 dB로 병기는 stage 2였다. 안면은 창백하고 萎黃하였으며 지속적인 오심과 발한 등의 자율신경증상이 동반되었고 두중, 어깨결림, 목덜미의 통증, 전

신 소력감, 소화장애, 식욕저하가 동반되었다. 또한 수족이 싸늘하고 온몸이 무겁고 기운이 없다고 하였다. 복부는 무력하고 맥도 약한 편이었다. 痰暈으로 생각하여 半夏白朮天麻湯을 1일3회 약 2달간 투약하였다. 침치료는 먼저 合谷 太衝으로 氣를 소통시키고 脾正格을 사용하여 導痰 健脾하였다. 치료기간동안 vertigo score는 4점에서 0점으로 호전되었으며(Fig. 3) 안색과 함께 두중감, 오심, 발한, 경향부 경결감, 소화기 장애도 서서히 호전되었다. 약 2년 뒤 설문 조사 상 전형적인 현훈 발작은 더 이상 없었고(class A) functional level score도 5에서 1로 호전되었다. 순음청력역치는 34dB에서 38dB로 유의성 있는 변화는 없었다. 간헐적 이명과 이충만감은 호전되었다.

### Ⅲ. 고찰

메니에르병은 돌발성 현훈, 난청, 이명 혹은 이충만감을 특징으로하는 질환으로서 내림프수종이라는 병리소견으로 정의되어있다. 내림프 수종의 원인은 아직 밝혀져 있지 않고 다양한 요인이 관여할 것으로 생각된다. 또한 내림프수종에 의해 어떻게 현훈과 난청이 발생하는지, 왜 증상이 반복되면서 점차 악화되는지 등의 병태생리도 아직까지 충분히 밝혀져 있지 않다.

메니에르병에 대해 현재 가장 널리 사용되고 있는 정의 및 진단기준은 1995년 미국 이비인후-두경부외과학회(AAO-HNS)에서 개정한 것이다<sup>1)</sup>. 메니에르 병을 증상의 정도에 따라 certain, definite, possible, probable의 네 단계로 나눔으로써 1985년의 엄격한 진단 기준을 충족시키지는 못하지만 치료 및 추적관찰에 있어서 중요한 비전형 환자군을 포함시키기로 하였고 이중 certain과 definite군만을 연구보고에 채택하기로 하였다. 또한 메니에르병의 병인을 내림프 수종에 의하여 발생하는 특발성 증후군(idiopathic syndrome)으로 확정하였다.

각 증상의 정의를 보면 다음과 같다. 현훈은 자발성으로 20분 이상, 일반적으로 수 시간 동안이며 회전성 양상을 띠고, 통상 수평 또는 수평회시성 안진이 동반된다. 이러한 어지럼이 2회 이상 재발될 때 메니에르 병의 어지럼이라고 정의한다. 가벼운 비전형의 비특이적인 비회전성 어지러움은 배제하도록 되어있다. 청력감소는 반드시 청력검사를 통하여 규명되어야 하지만 질병초기에 흔히 보이는 청력변동성을 규명하여야 하는 것은 아니다. 순음청력역치는 0.5, 1, 2, 3 kHz의 4개 주파수에서의 평균으로 10 dB이상 변화가 있을 때 의미가 있고, 어음 판별력은 15% 이상 변

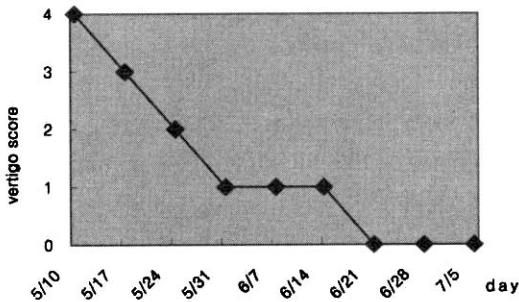


Fig. 3. Vertigo score according to time

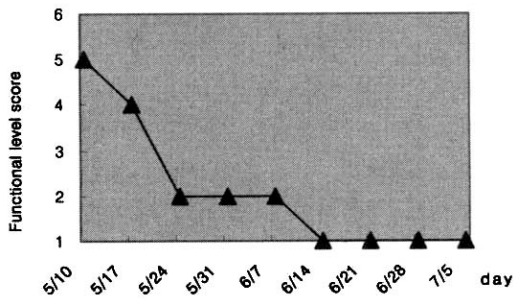


Fig. 4. Functional level score according to time

화할 때 임상적으로 의미가 있다. 위의 두 값이 각각 호전과 악화를 보일 때는 순음청력역치의 변동을 따른다. 이명 및 이충만감이 메니에르 병의 중요한 동반증상인 것은 인정하였으나 정량화하기 어려우므로 따로 정의하지 않았다. 기타 증상으로 증상의 정의에 기술되어 있지는 않지만 어지럼 발작 시 동반되는 구역 구토가 있다. 때로는 환자가 명확한 어지럼을 자각하지 못한 상태로 이러한 위장관 증상만을 느껴 소화기내과만을 방문한 병력을 가진 경우도 드물지 않다. 머리가 무겁고, 어깨 결림, 목덜미의 통증도 자주 볼 수 있는 동반 증상이다.

메니에르 병은 진행이나 증상의 발현 주기가 환자마다 다르게 나타나고 만성적인 자연경과를 위하기 때문에 치료효과를 판정하기 위하여 효과 검증의 기준을 만드는 것이 필요해졌다. 현재 가장 많이 쓰이고 있는 치료효과 판정기준은 1995년 미국 이비인후과학회(AAO-HNS)에서 개정한 것이며 이 기준에 의하면 치료 전 6개월간의 현훈 발작빈도, 가장 불량한 순음청력역치(0.5, 1, 2, 3 kHz), 어음청력검사상 어음명료도치, functional level scale을 치료 후 2년 또는 4년에 비교하도록 제시하고 있다<sup>1)</sup>.

이 병은 치료의 목적을 1) 현훈 발작의 발생 전 예방 및 발생 후 완화 2) 청력의 개선 및 추가 악화 방지 3) 양측성 메니에르 병의 예방에 두고 있다. 메니에르 병의 증상 중 궁극적으로 일상생활에 가장 큰 장애를 주는 요인은 반복되는 발작성 현훈으로 이 부분에 치료의 중점을 두고 있으며, 각각의 환자가 처한 사회 경제적 입장에 따른 일상생활 장애의 정도를 파악하고 이를 치료 방법의 선택에 있어 충분히 고려하여야 한다. 또한 발작 증세의 주기가 환자에 따라 다르게 나타나므로 현기증 발작의 주기와 강도, 청력 소실의 정도, 양측성 여부에 따라 치료방침을 달리 세워야 하며, 급성 현훈 발작기와 만성기에 따라 치료적 접근방법을 달리해야 한다.

치료 방침은 크게 보존적 요법, 약물요법, 외과적 요법으로 나눌 수 있다. 보존적 요법에는 식습관 개선에 의하여 1일 섭취 소금의 양을 1.8gm 이하로 조절하는 저염식과 술, 커피, 담배, 스트레스 등을 피하고 충분한 수면을 취하며 스트레스를 완화시킬 수 있는 방법들이 제시되고 있다. 그러나 이들의 효과에 대한 정확한 연구보고는 없다.

약물요법은 혈류개선제, 이뇨제, 스테로이드, 진정제 등의 경구투여와 아미노글리코사이드(streptomycin, gentamycin) 고실 내 투여 등의 방법이 있다. 일반적으로 효과가 있다고 연구 보고된 약물은 betahistine이라는 혈류개선제와 이뇨제이다. 그러나 이들 모두 질병의 자연경과를 바꾸는 효과는 거의 없는 실정이다<sup>3-4)</sup>. 급성기에는 현기증을 치료하기 위하여 전정억제제와 오심구토 억제제를 사용한다. 전정억제제로 diazepam이 많이 쓰이며 항히스타민제로 dimenhydrinate, diphenhydramine, meclizine 등이 많이 쓰인다. 만성기의 내과적 치료로는 betahistine, 이뇨제, 스테로이드, calcium antagonist등이 쓰이고 있다. 이중 betahistine이 비교적 효과적인 약제로 알려져 있다. 이뇨제는 내림프수종이라는 병인에 가장 부합되는 치료방법으로 Hydrochlorothiazide, acetazolamide 등이 사용되며 현기증에 효과가 있다는 보고가 많으나 청력에 대한 효과는 장기효과는 불분명하다. 또한 동물실험결과 병의 진행을 막지는 못하는 것으로 보고되어 있다. 특히 Hydrochlorothiazide의 경우 부작용으로 저칼륨혈증, 저혈압, 고혈당, 고지단백혈증, 피부발진등이 보고되고 있으며 저칼륨혈증은 심각한 부정맥을 유발할 수 있기 때문에 주의를 요한다. 삼투성이뇨제의 경우에도 전해질 이상에 주의하여야 한다. 스테로이드와 혈류개선제는 동물실험을 근거로 사용되고 있지만 객관적인 증거는 없다. Aminoglycoside계 항생제를 이용한 치료기전은 전정계의 감각세포파괴가 목적이며, 청력의 소실과 양측전정기능 소실이 발



생하는 문제점이 있으나 그 후 최소용량을 이용한 치료개념이 도입되면서 많은 발전이 있어 메니에르병의 중요한 치료방법으로 자리잡고 있다. 아미노글리코사이드 고실 내 주입방법은 시술자마다 차이가 있으나, 성공률은 현기증의 조절은 90%이상이며 청력보존은 70%내외로 알려져 있다<sup>5-8)</sup>. 그러나 이 치료법은 와우독성을 유발하여 청력의 저하를 발생시키는 것이 가장 큰 문제이므로 질환 초기부터 적용할 수 없고 1년이상 약물치료에 반응이 없는 환자에 한해 사회적용 청력(servideable hearing)이하로 청력이 나쁜 환자나 전신마취하에서 내림프낭 압박술이나 전정신경절단술을 시행할 수 없는 경우에 한해 수술 대상으로 하는 것이 일반화되어 있다.외과적 요법으로 내림프낭 압박술, 전정신경절제술, 미로절제술 등이 있다. 내림프낭 압박술은 현기증에 60-85%, 청력에 10-30%, 이명증에 40-60%의 효과가 있다고 보고된바 있으나 치료효과에 대해서는 아직 논란이 많다. 전정신경절제술은 청각 신경을 손상시키지 않는 방법이지만 영구적인 일측 전정신경기능 손실을 유발하므로 환자의 청력에 주의를 요한다. 미로절제술은 청력 소실과 전정기능 진소실을 동반하므로 잔존청력이 없는 환자에서 시행하나 최근에는 aminoglycoside계 항생제를 이용한 국소 투여방법이 보편화된 이후 거의 시행하지 않는 경향이다. 수술에 따른 위험부담과 부작용이 있고 청력을 희생해야 하는 경우도 있다. 이러한 여러 가지 방법들에도 불구하고 현재까지는 기능을 보존하며 어지럼 발작을 예방하고 난청의 진행을 멈추게 하는 효과적인 치료법이 없다고 알려져 있으며 오늘날에도 치료는 지속적인 논란의 대상이 되고 있다. 특히 메니에르병에 대한 약물치료의 효과에 대해서는 논란이 많다. 약물이 급성 현기증의 증상 치료에 효과적이지만 청력보존에 어떠한 효과가 있는지, 또한 병의 진행을 어느정도 막을 수 있는지는 아직 불분명하다.

한방문헌에서 眩暈의 병인을 살펴보면 風, 火, 痰, 虛가 주류를 이루고 있으며, 內經에서 “諸風掉眩 皆屬於肝” “上虛則眩” “髓海不足則 腦轉耳鳴 眩冒”이라고 하여 현훈의 병인을 설명하기 시작하였고, 張仲景은 <金匱要略痰飲咳嗽病脈證并治偏>에서 현훈의 원인을 痰으로 보고 이에 대해 澤瀉湯, 小半夏加茯苓湯등을 治方으로 제시하였다. 朱震亨<sup>9)</sup>은 丹溪心法에서 “無痰不作眩”이라고 하여 痰을 현훈의 병인으로 주장하였으며, 劉河間<sup>10)</sup>은 “風火皆屬陽...兩動相搏 卽爲旋轉”이라 하였고, 張介賓<sup>11)</sup>은 “虛하지 않으면 현훈을 일으키지 않는다.”라고 하여 虛를 강조하였으며, 葉天士<sup>12)</sup>는 肝風을 病因으로 보아 熄風을 주장하는 등 많은 병인과 병리들이 제시되어 있다. 許浚<sup>13)</sup>은 東醫寶鑑에서 원인과 증세에 따라 風·熱·痰·氣·虛·濕暈으로 분류하였다. 眩暈의 治法으로 朱<sup>9)</sup>는 “頭眩之症 多主於痰” 하므로 “治痰爲主”로 治療해야 한다고 하였고 張<sup>11)</sup>은 虛者가 大部分이고 兼火, 兼痰, 勞倦, 饑飽 등이 약간 있으므로 “治基氣 宜補基精” 해야 한다고 하였다. 葉<sup>12)</sup> 등은 熄風을 爲主로 治療해야 한다고 하였다. 許<sup>13)</sup>는 風暈, 熱暈, 痰暈, 氣暈, 虛暈, 濕暈 등으로 나누어 治療 하였고 最近문헌에서는 이러한 內容을 辨證類型에 따라 平肝潛陽, 補益氣血, 補腎助陽, 燥濕祛痰 등의 治法으로 변증시치하고 있다. 以上을 總括하여 볼 때 眩暈의 治法은 主로 治痰위주이고 장개빈이후 虛症에 對한 治療가 主張되었으며 最近에 와서는 고혈압 및 중풍 등의 질환이 증가하는 추세에 따라 점차 平肝熄風의 治法이 활용되고 있음을 알 수 있다. 中의저널을 보면 半夏白朮天麻湯, 澤瀉湯, 苓桂朮甘湯, 補陽還五湯의 가감방들이 현훈치료에 가장 많이 응용되었고, 기타 小半夏加茯苓湯 天麻鉤藤飲 平肝健脾湯 溫膽湯加味方 補腎活血湯 등이 사용되었음을 알 수 있다. 특히 半夏白朮天麻湯과 澤瀉湯을 合방하거나, 苓桂朮甘湯과 澤瀉湯의 合방하여 응용한 治療 레가 많았다<sup>14-17)</sup>.

현훈의 대표적인 원인이 痰이라고 볼 때 痰暈의 대표방으로 半夏白朮天麻湯을 들 수 있겠다. 본 증례의 환자들도 담훈증을 보였기에 반하백출천마탕을 선택하였으며 東醫寶鑑<sup>18)</sup>에는 “비위허약으로 痰厥頭痛이 생겨 머리가 터지는 것처럼 아프고 온몸이 산처럼 무겁고 팔다리가 싸늘하며, 토하고, 어지러워 눈을 뜰 수 없으며, 바람불고 구름 낀 속에 있는 듯한 것을 치료한다.(治脾胃虛弱 痰厥頭痛 其證頭苦痛如裂身重如山四肢厥冷嘔吐眩暈目不敢開如在風雲中 <東垣>)”라고 기술되어 있다. 대충경절<sup>19)</sup>은 “평소에 위장이 허약한 자로서 위내정수가 있고 外感과 정신적 쇼크 또는 식사의 不攝生 등에 의하여 위내의 水毒이 동요하여 상역하고 현훈 두통 구토를 발하는 자를 목표로 하는데 위무력형 체질로서 빈혈성이며 여원 경우가 많고 腹脈이 다 함께 연약하며 心下痞滿 肩臂痛 手足冷 전신권태 등을 호소한다.” 라고 기술하였다.

반하백출천마탕을 투여하고 2년간 추적관찰 결과 현훈에 대해서는 완전회복을 보였다. 본 논문의 의의는 가장 많이 사용되고 있는 진단기준과 객관적인 평가 척도를 사용하여 호전 여부를 평가하였다는 것, 서양의학적 치료법의 한계를 극복하기위해 한약물과 침을 사용하였다는 점을 제시할 수 있다. 즉 메니에르병의 약물치료로 진정제, 항히스타민제는 급성 현훈 구토 시에만 단기간의 효과가 있는 대증치료이며 질병의 자연경과를 바꾸는 효과는 없다는 점, 약물치료로서 가장 효과적이라는 이노제는 현기증에 어느정도 효과가 있고 청력에 대한 장기 효과는 불분명하다는 보고가 있지만 상술한 부작용이 있다는 점, aminoglycoside는 질병 초기부터 적용할 수 없는 제한점이 있다. 결론적으로 이노제의 치료 효과에 버금가면서 부작용이 적고 안전하며, aminoglycoside의 초기부터 시술할 수 없는 한계점을 극복할 수 있는 대안으로서 반하백출천마탕과 침의 가능성을 제시하는 바이다. 약은 또한 비위를 보하여 환자의

전반적인 몸상태를 개선하므로 단순히 서양의학적인 치료만 하는 것과는 또 다른 장점이 있다 하겠다. 앞으로 현훈 발작전 예방과 발작후 완화 뿐 아니라 질병의 자연경과에 미치는 효과에 대한 연구도 필요하리라 생각된다.

## IV. 결 론

저자는 AAO-HNS 기준상 definite Meniere's disease에 속하는 두 증례에 대하여 痰暈으로 보고 반하백출천마탕과 침을 치료법으로 선택하였다. AAO-HNS의 객관적인 평가척도를 사용한 2년간의 추적관찰결과 현훈 발작은 두 증례 모두 완전 회복을 보였고(Class A), 현훈으로 인한 Funtional level scale도 5에서 1로 완전히 좋아졌다. 청력은 의미 있는 변화가 없었으나 악화되지는 않았고, 이명은 한 례에서는 호전, 다른 한 례에서는 변화가 없었다. 이충만감은 두 증례 모두 호전되었다. 본 보고가 증례 둘로 제한된 점, 추적관찰기간이 수십년 간의 대규모 연구에 비해 2년으로 비교적 짧은 점 등의 한계가 있지만, 서양의학적 치료의 제한점과 부작용을 극복할 수 있는 대안으로서 반하백출천마탕과 침의 가능성을 제시하는 바이며, 장기간의 대규모 연구를 통해 새로운 therapeutic modality로 자리매김 할 수 있기를 기대하는 바이다.

## V. 참고문헌

1. AAO-HNS. 1995 Committee on hearing and equilibrium guidelines for the diagnosis and

- evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngology Head Neck Surg.* 1995 ; 113 : 181.
2. 이은, 박병욱, 고흥. 두위변환에 따른 회전성 현훈에서 텍사탕가미방 투여 20례의 임상고찰. *Korean J Oriental Medical Physiology & Pathology.* 2001 ; 15(6) : 1057-1060.
  3. Ervin SE. Meniere's disease : identifying classic symptoms and current treatments. *AAOHN J.* 2004 Apr ; 52(4) : 156-158.
  4. Sajjadi H. Medical management of Meniere's disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2002 Jun ; 35(3) : 581-589, vii.
  5. Perez N, Eduardo M, Rafael G. Intratympanic Gentamicin for Intractable Meniere's disease. *Laryngoscope.* March 2003 ; 113.
  6. 정운교, 이원상, 문상우 등. 메니에르 환자에 서 정원창을 통한 streptomycin국소투여의 치료효과. *한이인지.* 1998 ; 41 : 725-729.
  7. Hellstorm S, Odkvist L. Pharmacologic Labyrinthectomy. *Otolaryngologic Clinics of North America.* 1994 ; 27 : 307-315.
  8. Blakley BW. Update on intratympanic gentamicin for Meniere's disease. *Laryngoscope.* 2000 ; 110 : 236-240.
  9. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울 : 大成文化社. 1982 : 457-461.
  10. 劉河間. 劉河間三六書. 서울 : 成輔社. 1976 : 257.
  11. 張介賓. 景岳全書(上). 서울 : 翰成社. 1983 : 337-339.
  12. 葉天士. 類證聚裁. 臺北 : 旋風出版社, 1978 : 347.
  13. 許俊. 동의보감. 서울 : 남산당. 1989 : 170-174.
  14. 주예평, 당해정. 半夏白朮天麻湯與補陽換五湯治療眩暈臨床觀察. *상해중의약잡지.* 2003 ; 37(9) : 16-17.
  15. 원조영, 원평, 원걸. 半夏白朮天麻湯治療老年性眩暈. *산동중의잡지.* 2003 ; 22(9) : 548.
  16. 원신순, 한청우. 苓桂朮甘湯加牽引治療痰濕內耳性眩暈56례. *하북중의.* 2003 ; 25(5) : 364-365.
  17. 조운화. 加味半夏白朮天麻湯治療內耳性眩暈 40例療效觀察. *운남중의중약잡지.* 2003 ; 24(4) : 21.
  18. 허준. 대역 동의보감. 서울 : 법인문화사. 1999 : 498-499.
  19. 李載熙. 圖說 韓方診療要方. 서울 : 의학연구사. 1983 : 296-297.