

급성 전정신경염 환자 2례 보고

조원준 · 황순이 · 황보민 · 지선영 · 이상곤
대구한의대학교 한의과대학 안이비인후피부과교실

Two Cases of Acute Vestibular Neuronitis

Won-joon Cho · Sun-yi Hwang · Min Hwang-bo · Seon-young Jee · Sang-kon Lee

Vertigo is a subtype of dizziness in which there is an illusion of movement, most commonly rotation. Acute peripheral vestibulopathy is one of the most common clinical neurologic syndromes at any age with the acute onset of vertigo, nausea, and vomiting lasting for several days and not associated with auditory or neurologic symptoms. Most affected patients gradually improve over one to two weeks, but some develop recurrent episode.

We treated two patients suffered from vertigo, nausea & vomiting, nystagmus, headache with herbal medicine, acupuncture, cupping-treatment. After treatment we observed the improvement. Based on this study, it is considered that oriental medical treatment can be applied to the management of vestibular neuronitis.

Key words: Acute Vestibular Neuronitis, Vertigo

서 론

급성 전정신경염은 와우장애, 중추신경장애를 동반하지 않고, 일측 전정기능의 갑작스런 소실로 심한 돌발성의 회전성 현기증을 주증상으로 하는 질병이다¹⁾.

발병연령은 평균 40대 초반이고 30-50대에서 발병률이 높으며 남녀 성비에는 큰 차이가 없다. 이는 신체의 노화로 나타나는 혈관계 질환 등의 만성

질환보다는 감염으로 인한 신경계의 급성 염증이 급성 전정신경염의 주요 원인으로 작용할 수 있음을 암시한다. 그러나 감염증이 동반되지 않는 예가 적지 않아 혈관 허혈 같은 다른 원인도 관련이 있을 것으로 생각된다²⁾.

증상은 정상 청력을 보이거나 일측성 전정기능 저하가 상기도 감염이 있는 후에 흔히 발생되며, 현훈은 돌발성으로 출현하고 구역과 구토를 동반한다. 1회의 지속적인 현훈을 특징으로 하며, 회복까지는 6개월 내지 1년이 걸린다³⁾.

韓醫學에서 급성 전정신경염의 임상 증상과 가장 흡사한 예는 眩暈에서 찾아볼 수 있다. 眩暈은 하나의 자각증상으로서, 眩은 目眩, 즉 眼花 혹은 眼

교신저자 : 조원준, 대구 수성구 상동 165 대구한의대학교 부속 대구한방병원 안이비인후피부과교실
(Tel : 053-770-2176, E-mail : saintc@hanmail.net)
• 접수 2006/06/30 • 수정 2006/07/24 • 채택 2006/08/10

前發黑, 視物模糊를 뜻하고, 暈은 頭暈, 즉 자신 혹은 外界事物이 도는 것 같아 站立할 수 없는 것으로 眩과 暈이 함께 나타나므로 眩暈이라 稱한다. 輕症인 경우에는 눈을 감으면 멎고, 重症인 경우에는 마치 배를 타는 기분이며 여기에 惡心, 嘔吐, 汗出 등의 증상이 수반되기도 하는데 이를 眩暈라고도 부른다⁴⁾.

본 증례는 Coats의 전정신경염의 진단기준(Coats's diagnostic criteria, 1969)¹⁾과 임상상 급성 전정신경염으로 판단되는 환자 2례에 大柴胡湯을 主方으로 사용하여 유의한 치료효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상 및 평가

眩暈 및 複視, 惡心嘔吐 등을 主訴證으로 본원 응급실 통해 내원하여 Coats's diagnostic criteria¹⁾ 및 임상상 급성 전정신경염으로 판단되어 입원치료한 환자 2례를 연구대상으로 하였다.

증상의 호전도 측정은 眩暈의 강도에 대해 Vertigo score⁵⁾를 사용하여 평가하였고 그 외의 主訴證 및 주요증상(惡心嘔吐, 頭痛, 複視, 眼振 등)에 대해서는 severe(+++), moderate(++), mild(+), elimination(-)의 총 4 단계로 나누어 평가하였다.

2. 치료방법

1) 鍼灸治療

Stainless steel needle(杏林書院醫療器, 20×30 mm)를 사용하여 眩暈, 惡心嘔吐와 관련된 神庭, 上星, 顛會, 百會, 申脈, 足三里^{6,7)} 등의 經穴과 風眩에 사용하는 肝勝格(經渠, 中封 補, 少府, 行間瀉)⁸⁾을 迎隨補瀉를 이용하여 刺鍼하였다. 刺鍼의 深度는 經穴에 따라 10-30mm로 留鍼시간은 20分,

1日 1回 刺鍼하였다.

2) 藥物治療

大柴胡湯⁹⁾(柴胡 16g, 黃芩, 白芍藥 各 10g, 大黃 8g, 枳實 6g, 半夏 4g) 加 金銀花 6g을 하루 2貼을 煎탕하여 3회로 나누어(1回 120cc) 식후 30분에 복용하였다.

3) 附缸療法

附缸(대건부항)을 背部俞穴에 1回/日, 3-5分간 乾式 혹은 濕式 附缸을 시행하였다.

Table 1. Coats's diagnostic criteria of vestibular neuronitis, 1969¹⁾

- | |
|------------------------------|
| 1. 난청을 동반하지 않는 편측 말초성 전정기능장애 |
| 2. 30-40대의 중년층에 많으며 성별차이는 없음 |
| 3. 심한 지속적 현기증이 단발로 있음 |
| 4. 환측의 냉온 검사 반응의 저하 |
| 5. 6개월 이내에 증상의 완전회복 |

Table 2. Vertigo score

Grade I (0점)	현훈 없음
Grade II (1점)	가벼운 현훈, 자율신경증상(오심, 구토 등) 동반하지 않음
Grade III (2점)	심한 현훈, 오심 동반, 보행은 가능하나 평형장애 있음
Grade IV (3점)	심한 현훈, 오심, 구토 동반, 기립은 가능하나 보행은 불가능함
Grade V (4점)	심한 현훈, 오심, 구토 이외에 실신동반, 기립 및 보행 불가능함

증례 I

1. 환자

채○○, F/57

2. 주소

眩暈(回轉性), 複視, 惡心嘔吐

3. 발병일

2005년 12월 19일 오전 10:00

4. 과거력

1995년 HTN → P.O. med 중

5. 가족력

父 HTN → Expire

6. 현병력

57세의 다소 비만한 체격의 女子 患者로 성격은 느긋한 편이며, 別無飲酒, 別無吸煙, 別無嗜好食 해 음. 上記 患者는 평소 別無大病해오다 2005년 12월 19일 오전 TV 시청하던 중 갑자기 상기 증상 발하여 Local 병원에서 Brain MRI 상 別無所見, 이비인후과 검사 상 vestibular neuronitis 진단 받고, 치료받던 중 2005년 12월 20일 오전 11:00 본원 응급실 통해 입원함.

7. 사회력

別無所見

8. 초진소견

1) 의식

명료

2) 두부

頭痛, 眩暈, 惡心嘔吐(발병일 이후 嘔吐 5회), 顔面紅潮

3)五官

複視(左眼), 眼振(左眼), 眼球偏位(左眼 左側), 耳鳴(-), 難聽(-)

4) 흉복부

別無所見

5) 소화 및 식욕

발병일 이후 嘔吐 5회 하며 현저한 食慾低下 보임

6) 대소변

別無所見

7) 맥진 및 설진

脈弦滑, 舌淡紅 白苔

8) 활력징후

혈압 130/80mmHg 맥박 66회/분 호흡 21회/분 체온 37.0℃

9. 검사소견

1) 이학적 검사소견

Romberg 검사 및 Mann 검사 : 기립 불가능

자발안진 검사 : 좌안 편위 관찰됨

주시안진 검사 : 좌상방 주시시 수평안진 관찰됨 (중타성, 중빈도)

Dix-Hallpike 검사 : 검사 의의 없음

2) Routine Lab

① CBC - WBC 14000, ESR 19

LFT - None specific (05.12.20)

② CBC - WBC 4700 (05.12.26)

3) Brain CT & MRI

None specific

4) EKG & Chest

EKG - Left ventricular Hypertrophy

Chest - None specific

10. 임상경과 및 치료

Table 3. The Progress of Clinical Symptoms

	眩暈	惡心嘔吐	眼振	複視	頭痛
2005. 12. 20 (입원 1일)	Gr V. 개안 시 악화되는 회전성 현훈 여진. 앉거나 서기가 불가능. 耳鳴(-), 難聽(-).	+++. 심한 惡心 동반한 嘔吐 5회.	++. 자발안진 검사 상 좌측 편위 관찰, 주시안진 검사 상 좌상방 주시시 중타성, 중빈도의 수평안진 관찰.	++. 개안 시 전방 50cm 정도 거리에서 물체 약 5cm 가량 차이 호소.	++. 嘔吐 시 마다 전두부의 頭痛을 호소. 鈍痛(+).
2005. 12. 23 (입원 4일)	Gr IV. 자각증상 30-40% 호전. 개안 시 악화되는 경향. 앉아서 식사 가능.	++. 嘔吐 상태 別無. 惡心 상태 호전 경향 보임.	++. 자발안진 검사 상 좌측 편위 好轉, 주시안진 검사 상 중타성, 중빈도의 수평안진 관찰.	+. 개안 시 전방 50cm 거리에서 물체 약 2-3cm 가량 차이 호소.	-. 상태 別無.
2005. 12. 26 (입원 7일)	Gr III. 자각 증상 60% 호전. 개안 시 악화되는 경향. 기립 가능하며 보행기 사용하여 보행연습함.	+. 嘔吐 상태 別無. 가벼운 惡心 동반.	+. 자발안진 검사 상 좌측 편위 미약하게 관찰, 주시안진 검사 상 저타성, 저빈도의 수평안진이 관찰.	+. 개안 시 전방 50cm 거리에서 물체 약 1cm 가량 차이 호소.	-. 別無所見.
2005. 12. 29 (입원 10일)	Gr II. 자각 증상 80% 호전. 부축 보행. 보행시 환측으로 기울어지는 경향 관찰.	-. 別無所見.	-. 상태 消失.	-. 상태 消失.	-. 別無所見.
2006. 1. 2 (입원 13일)	Gr II. 자각증상 90 % 호전. 독자적인 보행가능. 간헐적인 회전성 현훈 보이나 일상생활 지장 없음.	-. 別無所見.	-. 別無所見.	-. 別無所見.	-. 別無所見.

참고) +++ : severe ++ : moderate + : mild - : elimination

증 례 II

1. 환자

임○○, F/53

2. 주소

眩暈(회전성), 惡心嘔吐, 頭痛

3. 발병

2006년 1월 16일 오전 2:30

4. 과거력

2002년 HTN → P.O. med 중 CVA(Lt.) → 2001년 상태 발하나 현재 상태 호전(Gr V/Gr V)

5. 가족력

別無所見

6. 현병력

53세의 다소 비만한 체격의 女子 患者로 성격은

에민한 편이며, 別無飲酒, 別無吸煙, 別無嗜好食해
음. 上記 患者는 평소 別無大病해오다 2006년 1월
16일 오전 식당 일하던 중 갑자기 상기 증상 발하
여 別無處置 후 2006년 1월 16일 오전 4:00 본원
응급실 통해 입원함.

7. 사회력

別無所見

8. 초진소견

1) 의식

명료

2) 두부

頭痛, 眩暈, 惡心嘔吐(발병일 이후 嘔吐 5회), 顔
面紅潮

3) 오관

複視(-), 眼振(右眼), 眼球偏位(右眼 右側), 耳鳴(-),
難聽(-)

4) 흉복부

別無所見

5) 소화 및 식욕

평소 식욕 왕성한 편이나 발병 시각 이후 입원
전까지 嘔吐 3회 함

6) 대소변

別無所見

7) 맥진 및 설진

脈弦滑, 舌淡紅 白苔

8) 활력징후

혈압 140/80mmHg 맥박 74회/분 호흡 24회/분

체온 36.3℃

9. 검사소견

1) 이학적 검사소견

Romberg 검사 및 Mann 검사 : 기립 불가능

자발안진 검사 : 우안 편위 관찰됨

주시안진 검사 : 우상방 주시시 수평안진 관찰됨

(고타성, 고빈도)

Dix-Hallpike 검사 : 검사 의의 없음

2) Routine Lab

① CBC - WBC 12500, D/C Neutro 76

U/A - WBC 7-10

LFT - None specific (06.1.16)

② CBC - WBC 5200 (06.1.19)

3) Brain CT & MRI

None specific

(Old lacunar infarction in periventricular
deep white matter and right basal ganglia)

4) EKG & Chest

EKG - ST-T abnormality

Chest - None specific

10. 임상경과 및 치료

Table 4. The Progress of Clinical Symptoms

	眩暈	惡心嘔吐	眼振	複視	頭痛
2006. 1. 16 (입원 1일)	Gr V. 개안 시 악화되는 심한 회전성 현훈. 앉거나 서기가 불가능. 귀鳴(-), 難聽(-)	+++. 심한 惡心 동반. 총 6回 嘔吐함(1回 50-100cc).	+++. 자발안진 검사 상 우측 편위 관찰, 주시안진 검사 상 우상방 주시시 고타성, 고빈도의 수평안진 관찰.	-. 別無所見.	+++. 안정 시에도 前頭部의 심한 頭痛 호소.
2006. 1. 17 (입원 2일)	Gr V. 자각 증상 10% 호전. 개안 시 악화되는 경향 여전히 전하며 閉眼, 側臥位로 식사함.	++. 惡心 微好轉 되나 惡心을 동반한 嘔吐 2回.	++. 자발안진 검사 상 우측 편위 微好轉, 주시안진 검사 상 중타성, 중빈도의 수평안진 관찰.	-. 別無所見.	+++. 자각 증상 10% 호전. 前頭部의 심한 頭痛 微好轉.
2006. 1. 18 (입원 3일)	Gr IV. 자각 증상 50% 호전. 개안 시 악화되는 경향 호전되며, 앉아서 식사 가능.	+. 惡心 자각 증상 50% 好轉되나, 嘔吐 1回 (100cc) 함.	++. 자발안진 검사 상 우측 편위 미약하게 관찰, 주시안진 검사 상 중타성, 중빈도의 수평안진이 관찰.	-. 別無所見.	++. 자각 증상 60% 호전.
2006. 1. 19 (입원 4일)	Gr III. 자각 증상 70% 호전. 개안 시 악화되는 경향 호전 중. 부측 보행하나 보행시 환측으로 기울어지는 경향 관찰.	+. 惡心 微弱. 嘔吐 別無.	+. 자발안진 검사 상 편위 소실, 주시안진 검사 상 저타성, 저빈도의 수평안진 관찰.	-. 別無所見.	+. 자각 증상 90% 호전.
2006. 1. 20 (입원 5일)	Gr II. 자각 증상 90% 호전. 독자적인 보행가능하나 환측으로 기울어지는 경향 간헐적으로 관찰 가능.	-. 別無所見.	±. 주시안진 검사 상 미약한 수평안진 간헐적으로 관찰.	-. 別無所見.	-. 상태 消失.
2006. 1. 21 (입원 6일)	Gr I. 자각적인 眩暈 消失. 독자적인 보행가능하며 보행시 기울어지는 경향 消失됨.	-. 別無所見.	-. 상태 消失.	-. 別無所見.	-. 別無所見.

참고) +++ : severe ++ : moderate + : mild - : elimination

고찰

평형감각은 일상생활에서 자세 변동으로 인한 신체의 무게중심이 이동하였을 때 자세의 부조화를

방지하기 위한 기능을 가지며 시각, 고유수용체, 전정기간 등이 관여하고 있다. 시각은 전방의 물체를 주시하므로 위치를 파악할 수 있으며 시운동계는 반사적인 자세의 조절에 관여한다. 고유수용체

는 각 관절에 존재하는 미소 근육으로 상부 경추의 척추간근육이 대표적이며 긴장성 경반사, 경안구반사 등을 초래한다. 그리고 전정기관은 측두골의 추체부에 위치하며, 시각, 고유수용체 등과 함께 반사적인 자세나 운동의 조절에 중요한 역할을 하고 있음은 널리 알려진 사실이다¹⁰⁾.

말초성 현훈을 일으키는 질환으로는 감염에 의한 와우나 전정기관의 염증성 질환인 내이염(미로염), 50%에서 상기도 감염 후 와우증상, 중추신경계 증상 없이 전정신경의 염증으로 인해 갑작스럽고 심한 현기증을 특징으로 하는 전정신경염, 내이림프의 수종으로 인한 메니에르병, 두부외상 후 미로 진탕을 일으켜 나타나는 외상성 眩暈이 있고, 미로의 열공으로 인한 경우도 있으며, 이석조각이 반고리관을 자극하는 양성 체위성 발작성 眩暈이 있다^{11,12)}.

어지럼증 있는 환자에게 시행하는 편의검사, 안진검사(자발안진, 주시안진, 두위안진검사, 두위변환안진검사), 직립반사검사(Romberg, Mann, 단각기립검사) 등의 전정기능검사는 환자에서 평형 기능이 정상인지를 판정하고, 좌우측 중 어느 쪽이 병변부위인지 찾고, 아울러 치료 계획과 질병의 경과를 알기 위해 시행한다. 또한 자세한 병력과 신체검사, 임상검사 소견, 방사선 검사와 더불어 컴퓨터단층촬영술 및 자기공명영상장치를 통한 영상진단도 확진에 도움을 줄 수 있으며, 병력청취 및 상기한 검사를 통해 말초성 현훈에 대한 진단은 가능하다.^{2,10,13)}

급성 전정신경염은 난청, 이명 등의 와우증상이나 중추신경계 증상 없이 갑작스런 일측성의 전정기능 장애로 인하여 갑작스럽게 발생하여 수일에서 수주간 지속되는 현기증을 특징으로 하는 질환이다. 감염성 질환, 특히 부비동염과 다른 상기도 감염이 50%에서 선행되며, 당뇨병 환자에서 미세혈관의 장애로 인하여 발생할 수 있다. 대개 일측성으로 발생하며 30-50대에 발병율이 높으나 남녀 성

비에 큰 차이가 없다. 갑작스런 심한 현기증이 수일간 지속되며 수주에 걸쳐 서서히 호전되는 양상을 보이며 6개월까지는 거의 모든 환자에서 완전회복을 보이며 자발안진은 보통 발병 1-3일의 급성기를 지나 3-5일부터 불완전하게 억제되는 단계를 거쳐 2-3주 정도에 임상적으로 거의 소실되며 메니에르병, 급성뇌경색, 추골뇌기저동맥부전, 청신경종의 질환과 감별을 요한다. 자발안진은 병변 반대측에 나타나며, caloric test에서 병변측 귀의 반응 감소나 소실이 나타나나 급성기의 환자에서는 caloric test를 시행하는 것은 임상적인 의의는 거의 없다.

서양의학적인 치료는 급성기에는 일반적인 대증 치료가 주된 방법이며 급성 어지럼증 치료에는 전정계 억제제, 오심 억제제가 필요하며 급성기가 지난 뒤에는 중추신경계 보상을 위한 전정재활이 주된 치료방법이다. 대증적 치료시 오심 및 구토를 동반하는 심한 회전성의 어지럼증은 수일간 지속되며 대개 2-3개월에 걸쳐 호전되는 경향을 보이며 완전회복기간은 6개월 가량 소요되는 것으로 보고되고 있다^{1,2,12)}.

韓醫學에서 급성 전정신경염의 임상 증상과 가장 흡사한 예는 眩暈에서 찾아볼 수 있다. 眩暈은 하나의 자각증상으로서 眩은 目眩, 즉 眼花 혹은 眼前發黑, 視物模糊를 뜻하고, 暈은 頭暈, 즉 자신 혹은 外界事物이 도는 것 같아 站立할 수 없는 것으로 眩과 暈이 함께 나타나므로 眩暈이라 稱한다.⁴⁾

《素問 至真要大論》¹⁴⁾에서는 “諸風掉眩 皆屬於肝”이라 하여 風을 眩暈의 주된 발병원인으로 보고 五臟六腑 중 肝과 연관지어 생각하였다. 朱震亨은 《丹溪心法》¹⁵⁾에서 “無痰則不作眩”이라 하였으며, 張介賓은 《景岳全書》¹⁶⁾에서 “無虛不能作眩”이라 하였다. 이상 여러 諸家^{14,15,16)}에 의하면 眩暈은 주로 風, 火, 痰, 虛에 기인한다고 보았으며 肝陽上亢, 氣血兩虛, 腎精不足, 濕痰中阻 등으로 변증한다. 輕症인 경우에는 눈을 감으면 몇

고, 重症인 경우에는 마치 배를 타는 기분이며 여기에 惡心, 嘔吐, 汗出 등의 증상이 수반되기도 하는데 이를 眩暈이라고도 부른다.^{4,17,18)}

大柴胡湯은 柴胡, 黃芩, 白芍藥, 大黃, 枳實, 半夏로 구성된 방제로서 少陽을 和解하고 內瀉熱結하는 효능을 지니며¹⁹⁾, 《東醫寶鑑》에서는 “治傷寒病 不惡寒 反惡熱 大便堅 小便赤 譫語 腹脹 潮熱 (正傳)” 라고 기술되고 있다. 최근에는 鎮痛, 解熱 및 痙攣抑制 작용을 가지며 血壓降下 효과 등이 보고되고 있다.^{20,21)}

증례 I의 환자는 local 병원에서 컴퓨터단층촬영영술(Brain CT) 및 자기공명영상장치(Brain MRI) 상 別無所見, 이비인후과 검사 상 급성 전정신경염 진단을 받고 내원한 환자로서 중추성 현훈을 배제하고 급성 전정신경염 환자에서 임상적인 의의가 적은 Caloric test²⁾를 제외한 Coats의 전정신경염의 진단기준(Coats's diagnostic criteria, 1969)¹⁾ 및 임상상 급성 전정신경염라 판단하였고, 眩暈의 양상, 惡心嘔吐, 眼振, 複視, 頭痛의 양상, 顏面紅潮 및 Routine Lab 검사 상 WBC 14000 등의 소견을 참고하여 風과 火의 兼證이라 辨證하여 和解少陽, 內瀉熱結하는 효능을 지닌 大柴胡湯에 清熱解毒, 涼散風熱, 消炎 등의 효능이 있는 金銀花²²⁾를 6g 加味하여 입원기간 총 13일 동안 복용시켰으며, 眩暈, 惡心嘔吐와 관련된 神庭, 上星, 顛會, 百會, 申脈, 足三里^{6,7)} 등의 經穴과 風熱로 인한 眩暈으로 胸中이 不利하고 어지러워서 넘어질 것 같은 증상을 나타내는 風眩에 사용하는 肝勝格⁸⁾을 刺鍼하였다.

입원 4일 후부터 앉아서 일정시간을 보낼 수 있을 정도의 호전을 보였으며, 입원 7일 후부터 起立 및 보행기를 사용한 보행이 가능할 정도로 호전되었으며 CBC 검사상 WBC 4700으로 감소하였으며, 입원 13일 퇴원 당시에는 혼자서 걷는데 큰 무리가 없었으며 惡心嘔吐, 眼振, 複視, 頭痛 등의 증상은 대부분 消失되어 일상생활을 유지하는데 무리가

없었다.

증례 II의 환자는 眩暈, 惡心嘔吐, 眼振, 頭痛을 호소하였는데 Caloric test²⁾를 제외한 Coats의 전정신경염의 진단기준(Coats's diagnostic criteria, 1969)¹⁾ 상 급성 전정신경염라 판단하였으나, 頭痛의 양상이 너무 심하고 HTN, CVA의 과거력이 있어 컴퓨터단층촬영영술(Brain CT) 및 자기공명영상장치(Brain MRI) 촬영을 통하여 뇌혈관질환으로 인한 중추성 현훈과의 감별을 시도하였다. 증례 II의 환자도 증례 I의 환자와 마찬가지로 眩暈의 양상, 惡心嘔吐, 眼振, 複視, 頭痛의 양상, 顏面紅潮 및 Routine Lab 검사 상 WBC 12500 등의 소견을 참고하여 風과 火의 兼證이라 辨證하여 和解少陽, 內瀉熱結하는 효능을 지닌 大柴胡湯에 清熱解毒, 涼散風熱, 消炎 등의 효능이 있는 金銀花²²⁾를 6g 加味하여 입원기간 총 6일 동안 복용시켰으며, 眩暈, 惡心嘔吐와 관련된 神庭, 上星, 顛會, 百會, 申脈, 足三里^{6,7)} 등의 經穴과 風熱로 인한 眩暈으로 胸中이 不利하고 어지러워서 넘어질 것 같은 증상을 나타내는 風眩에 사용하는 肝勝格⁸⁾을 자침하였다.

입원 3일 후부터 앉아서 일정시간을 보낼 수 있을 정도의 호전을 보였으며, 입원 4일 후부터는 起立 및 보행기를 사용한 보행이 가능할 정도로 호전되었으며 구토 상태가 소실되고 심한 두통 90%가량 호전을 보였으며 CBC 검사상 WBC 4700으로 감소하였다. 입원 5일 후부터는 독자적인 보행이 가능할 정도로 호전되었으며 惡心嘔吐 및 頭痛은 소실되었으며, 입원 6일 퇴원 당시에는 혼자서 걷는데 큰 무리가 없었으며 惡心嘔吐, 眼振, 複視, 頭痛 등의 증상은 대부분 別無하여 일상생활을 유지하는데 어려움이 없었다.

이상의 증례로 眩暈, 惡心嘔吐, 眼振, 複視, 頭痛의 양상 및 한의학적 변증을 근거로 한의학적 치료를 시행한 급성 전정신경염 환자의 치료에 있어 유효한 결과를 보였다. 서양의학적인 대증적인 치료

방법인 전정계 억제제, 오심 억제제 등의 사용으로 인한 치료가 아닌 인체의 기본 정황을 바탕으로 한 한의학적 접근은 좋은 치료 효과를 기대할 수 있을 것으로 생각된다. 그러나 본고는 증례 수의 부족과 급성 전정신경염의 증상 전부를 파악하지 못한 점 등에서 부족한 점이 있으며 급성 전정신경염을 비롯한 메니에르병, 내이염(미로염), 외상성 현훈 등 말초성 현훈의 감별과 정확한 진단 및 변증에 대해 및 한의학적인 접근과 치료방법에 대한 더 많은 연구와 보고가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 이종담. 이과학. 서울:한국의학사. 2003:387-389.
2. 대한이비인후과학회. 이비인후과학, 서울:일조각. 2005:42-53, 63-64, 178-179.
3. 백만기. 최신이비인후과학. 서울:일조각. 1987: 147-148.
4. 대한한방신경정신과학회. 韓方神經精神醫學. 경 기:집문당. 2005:270-273.
5. 이은, 박병욱, 고흥. 두위변환에 따른 회전성 현 훈에서 텍사탕가미방 투여 20례의 임상고찰. 대 한생리병리학회지. 2001;15(6):1057-1060.
6. 전국한의학과대학침구경혈학교실. 鍼灸學(下). 서 울:집문당. 2001:1210-1211.
7. 박수영 외. 현훈의 침구치료에 관한 문헌적 고 찰. 대한침구학회지. 1990;7(1):50-61.
8. 이태호. 사암도인침구요결. 서울:행림출판. 2001: 91.
9. 허준. 동의보감. 서울:법민문화사. 1999:1022.
10. 이정구. 어지러움. 서울:단국대학교출판부. 2001:59-72 .
11. 민양기, 최종욱, 김리석. 일차진료를 위한 이비 인후과학임상. 서울:일조각. 2005:378-385.
12. 문원식, 정경운, 위준선 외. 응급실에 내원한 환자에서 어지럼증의 원인과 임상양상의 분석. 대한응급의학회지. 2001;12(3):259-267.
13. 김갑득, 송인한. 응급실에 내원한 어지럼증 환 자에서 임상양상에 따른 중추성과 말초성의 감 별. 2003;14(3):281-290.
14. 배병철. 今釋 黃帝內經素問. 서울:성보사. 1994:805.
15. 朱震亨. 新編 丹溪心法. 서울:대성문화사. 1993:449.
16. 張介賓. 景岳全書(上). 서울:대성문화사. 1988: 371-373.
17. 전국한의학과대학간계내과학교실. 간계내과학. 서 울:동양의학연구원. 2001:31.
18. 전국한의학과대학심계내과학교실. 심계내과학. 서 울:서원당. 1999:400-421.
19. 전국한의학과대학방제학교실. 방제학. 서울:영림 사. 1999:260-262.
20. 홍남두, 정해철, 원도희 등. 大柴胡湯이 중추신 경계 및 소화기계에 미치는 영향에 대하여. 한 국생약학회. 생약학회지. 1982;12:176.
21. 한승동, 박순달. 大柴胡湯加味方이 고혈압 및 고지혈증에 미치는 영향. 제한동의학술원. 1998;3(1):73-78 .
22. 전국한의학과대학본초학교실. 본초학. 서울:영림 사. 1999:198-199.