

痰暈으로 변증된 양성 돌발성 체위성 현훈의 치험 4례

이성근* · 이재화 · 김영은

원광대학교 한의과대학 심계내과학교실

Four Cases of Benign Paroxysmal Positional Vertigo Diagnosed as *Damhun*

Seoung Geun Lee*, Jae Hwa Lee, Young Eun Kim

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University

Benign paroxysmal positional vertigo(BPPV) is the most common peripheral vestibular disorder clinically. It causes dizziness or vertigo, lightheadedness, imbalance, and nausea, by a change of position of the head with respect to gravity. BPPV is very well explained by mechanical consequences of loose debris within the inner ear and oriental medical theory of vertigo resulting from Phlegm(痰). Therefore, for treatment of BPPV, we can consider not only oriental medical therapy but also Canalith Repositioning Procedure. We report four improved cases of dizziness patient diagnosed BPPV and *Dam Hun*(痰暈) treated by canalith repositioning procedure and herbal medication and acupuncture.

Key words : BPPV, canalith repositioning procedure, acupuncture, *Damhun*(痰暈)

서론

양성 돌발성 체위성 현훈(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)은 전정계의 장애로 인한 현훈 중 하나로 두위 변화에 따라 발생하는 짧게 지속되고 반복되는 회전성 어지럼증을 말한다. 환자들은 주로 침대에서 일어나거나 누울 때, 누워서 몸이나 고개를 돌릴 때, 고개를 숙이거나 뒤로 젖힐 때 회전하는 양상으로 현훈을 통상 아침에 일어나 첫 번째 자세 바꿈에 의해 잘 일어나는 경향이라는 특징적인 증상을 호소하기 때문에 병력의 청취만으로도 진단에 도움이 되기도 한다. 이를 확진하기 위해 침대에 눕혀서 머리를 돌리면서 안진을 관찰하는 Dix-hallpike maneuver를 시행하게 되는데, 그 양상은 약 3~4초정도의 짧은 잠복기 후에 안진과 함께 회전성 현훈이 시작되어 심한 어지러움 양상이 30초 정도의 한정된 시간 이내로 지속되고, 오심, 구토, 이명, 귓속의 충만감, 두통 등의 증상이 동반된다. BPPV로 진단되면 관내 결석 정복술(Canalith Repositioning Procedure)을 하거나 증상을 완화시키기 위한 약물치료를 할 수 있다¹⁾.

한의학에서는 현훈을 風, 火, 痰, 虛가 원인이 된 肝, 脾, 腎

* 교신저자 : 이성근, 경기도 군포시 산본동 1126-1 원광대학교 산본한방병원

· E-mail : starrooty@hanmail.net, · Tel : 031-390-2755

· 접수 : 2009/04/03 · 수정 : 2009/04/23 · 채택 : 2009/05/14

의 기능실조 상태로 설명하여 肝陽上亢, 氣血兩虛, 腎精不足, 濕痰中阻로 변증하여 치료한다. 그 중 濕痰中阻형 현훈은 眩暈과 함께 頭重如蒙, 胸脘痞悶, 惡心, 食少多眠, 舌苔白膩, 脈濡滑할 경우로 변증하여 그 증상이 BPPV와 유사하다. 이는 許濬의 東醫寶鑑에서 현훈의 原因과 症狀에 따라 風暈, 熱暈, 濕暈, 痰暈, 氣暈, 虛暈의 6종으로 분류한 것 중 痰盛嘔吐하고 頭重不舉한 증상을 특징으로 하는 痰暈에도 해당한다²⁾.

이에 저자는 4가지 증례에서, 현훈을 비롯한 환자들이 호소하는 증상이 濕痰中阻형 현훈으로 변증되면서 Dix-Hallpike maneuver로 BPPV로 진단되는 환자를 痰暈으로 보고 증상에 따른 한방적인 치료와 더불어 관내 결석 정복술(Canalith Repositioning Procedure)을 이용하여 증상을 호전하는데 있어서 약간의 지견을 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

증례

1. 증례 1

1) 성명/성별/나이 : 이○○/F/60

2) 발병일 : 2008년 12월 20일

3) 발병동기 : 안구상처로 양약 복용 2회

4) 주소증 : 眩暈(체위 변경 시, 회전성, 증상 발생시 1분에서 20

분까지 지속된다고 함), 惡心, 胸悶, 口渴不欲飲 동반됨.

5) 과거력 : 고혈압(복약 중), 2007년 1회 체위변경 시 발생하는 심한 현훈 있었음.

6) 진찰소견 : Dix-hallpike 검사(+) 우>좌 BP 110/70

顔面黃白, 內眼瞼紅, 體格普通, 汗出多, 頭痛無, 視力異常無, 耳鳴無, 耳內充滿感無, 手足不溫, 寒熱無. 舌質淡紅苔薄白, 脈沈滑, 腹診상 심와부 압통 및 振水音 있음. 근래 淺眠

7) 진단 : 痰暈, BPPV

8) 처치

(1) 至陽穴 습식 부항

百會, 風池, 外關, 合谷, 內關穴 : 1회 20분 유치, 12월 20, 22, 26, 30일 4회 자침

(2) 半夏白朮天麻湯 단미 엑스산혼합제(한풍제약) : 12월 20, 21일 식후30분 하루 3회 복용.

* 반하 2 진피 2 맥아 2 백출 1.33 신곡 1.33 창출 0.67 인삼 0.67 황기 0.33 천마 0.67 복령 0.13 택사 0.33 건강 0.2 황백 0.13 생강 0.73(g)

(3) 滋陰健脾湯加減 : 12월 21일-12월30일 1일 2접을 달여 1회 120cc 씩 하루 3회 복용

* 백출6, 진피4, 반하4, 백복령4, 당귀4, 백작약6, 생견지황4, 인삼4, 백복신2, 맥문동2, 원지2, 천궁2, 감초2, 백두구4, 사인4 황기6, 향부자6, 택사6, 승마2, 계지6, 갈근6, 소엽4, 생강3, 대조2(g).

(4) 우측 관내 결석 정복술

9) 경과

2007년에 1회 회전성 현훈이 있다가 자연 소실된 병력이 있는 환자로서 안구에 삼체가 있어 전일 양약을 2회 복용한 이후 2008년 12월 20일 새벽 5시 기상 후부터 갑자기 체위를 변경하면 심한 회전성 현훈이 발생하여 발생 당일 본원 한방 2내과 외래로 내원하였다. 진찰 시 Dix-hallpike 검사상 우측으로 누웠을 때 심한 회전성 현훈 및 안진이 관찰되었고 최근 양약을 복용한 점과 惡心, 胸悶, 顔面黃白, 汗出多, 근래 淺眠하고 脈象이 沈滑하며 腹診시 심와부 압통이 있어 痰暈으로 진단하여 관내 결석 정복술과 至陽穴 습식 부항, 百會, 風池, 外關, 合谷, 內關穴에 자침을 한 이후 半夏白朮天麻湯 과립제를 2일 복용시키고 향후 氣血虛損을 복돋아 주면서 祛痰飲하고자 滋陰健脾湯을 가감하여 처방하였다. 12월 22일 다시 내원하였을 때 초진 당시와 비교하여 현훈, 오심, 흉민, 구갈 증상이 80~90% 감소하였고, 12월 26일 내원 시 현훈 90% 이상, 오심, 흉민, 구갈 80~90%, 감소되었고, 12월 30일 내원 시 현훈은 90% 이상 호전되어 활동 시 머리가 맑지 않은 정도로 약간 남았으며 오심, 흉민, 구갈 모두 90% 이상 증상 소실한 정도로 호전되었다.

2. 증례 2

1) 성명/성별/나이 : 여○○/F/43

2) 발병일 : 2008년 12월 09일

3) 발병동기 : 6개월 정도 지속된 소화기장애

4) 주소증 : 眩暈(두위 변경 시, 회전성, 1~2분가량 지속된 이후 완화), 惡心, 嘔吐, 氣力低下

5) 과거력 : 빈혈, Brain MRA상 혈관이 좁아져 있다고 알고 있음.

6) 진찰소견 : Dix-Hallpike 검사(+) 양측성

顔面黃白, 內眼瞼淡紅, 體格小, 汗出多(현훈발생시 심), 頭痛無, 右上部視野缺損(양쪽), 眼球運動良好, 聽力良好, 耳鳴無, 耳內充滿感無, 手足冷, 舌質暗淡赤苔薄白, 脈滑有力, 腹診象 中脘 壓痛甚, 腹冷, 食慾低下, 消化不好, 평소 軟便, 小便黃赤, 疲勞, 淺眠 소뇌기능검사양호. 보행양호, Romberg test 정상

7) 진단 : 痰暈(R/O BPPV, R/O Vertebrobasilar Insufficiency)

8) 처치

(1) 08.12.10 至陽穴 습식 부항, 膽政格(通谷 俠谿 補, 商陽 窻陰 瀉), 08.12.15, 08.12.30 至陽穴 습식 부항 百會, 風池, 外關, 合谷, 內關穴

(2) 香砂平胃散 단미 엑스산혼합제(한풍제약) : 12월 20, 21일 식후30분 하루 3회 복용.

* 창출 2.67 진피 1.33 향부자 1.33 지실 1.07 곽향 0.53 후박 0.47 사인 0.47 목향 0.67 감초 0.67 생강 0.47 g

(3) 양측 관내 결석 정복술

9) 경과

2005년부터 심한 회전성 어지러움으로 5~6회 정도 쓰러졌던 병력이 있던 분으로 응급실에 가면 빈혈이라는 진단 받고 빈혈 약 복용 중에 6개월 전부터 惡心, 嘔吐 증상이 간헐적으로 발생하여 ○○대학병원에서 위내시경, 복부 CT상 특이소견 없어 경구약을 복용만 하던 중 내원 5일전부터 氣力低下, 發汗, 寒熱往來 증상이 발생하더니, 2008년 12월 9일 갑자기 머리를 돌리면 발생하는 심한 회전성의 현훈이 발생하고 1~2분후 완회되는 양상 있어 2008년 12월 10일 본원 2내과 외래로 내원하였다. 내원 2일 전부터 嘔吐는 멎었으나 12월 10일 내원 시 Dix-Hallpike 검사 상 양측 방향에서 모두 심한 회전성 현훈 호소하였으며 검사 후 심한 어지러움으로 嘔吐하였다. 痰暈으로 진단하여 관내 결석 정복술 시행 및 사암침의 膽政格을 자침하였다. 2008년 12월 15일 내원 시 50% 이상 회전성 현훈 호전되었으나, 惡心 및 심와부 불편감, 嘈雜, 氣力低下 있어 至陽穴 습식 부항, 百會, 風池, 外關, 合谷, 內關穴에 자침을 한 이후, 香砂平胃散 과립제 투여 하였으며, 12월 23일 다시 고개를 돌리면 약간 어지러운 정도 발생하여 參出健脾湯 과립제 투여하였더니 복용 후 100% 현훈증상 소실 되었으며 소화기 증상 및 淺眠 증상 호전되었다.

3. 증례 3

1) 성명/성별/나이 : 김○○/M/72

2) 발병일 : 2008년 6월 11일

3) 발병동기 : 상기도 감염

4) 주소증 : 眩暈(체위 변경 시, 회전성, 수초 지속, 안정 시 증상 소실), 심와부 불편감.

5) 과거력 : 고혈압(복약 중), 당뇨(복약 중), 2007년 3월 체위변경 시 발생하는 심한 현훈 있었음.

6) 진찰소견 : Dix-Hallpike 검사(+) 좌측 BP 115/60

面色良好, 內眼瞼紅, 體格普通, 汗出多, 頭痛無, 視力異常無,

耳鳴無, 耳內充滿感無, 寒熱無, 舌質淡紅苔薄白, 脈滑有力, 腹部柔軟, 食慾, 消和, 大小便, 睡眠良好

7) 진단 : 痰暈, BPPV

8) 처치

(1) 至陽穴 습식 부항 百會, 風池, 外關, 合谷, 內關穴 자침

(2) 좌측 관내 결석 정복술

9) 경과

2007년 3월 동작 시 어질한 양상의 현훈으로 통원치료 받으셨던 분으로 2008년 6월 11일 상기도 감염으로 주사를 맞고 난 뒤 6월 12일 기상 후부터 갑자기 체위 변경 시 심한 양상의 회전성 현훈이 발생하여 2008년 6월 13일 본원 한방 2내과 외래로 내원하였다. Dix-hallpike 검사상 좌측으로 누웠을 때 안진은 정확히 관찰되지 않았으나, 버둥거릴 정도의 심한 회전성 현훈이 관찰되었다. 약간의 심와부 불편감 및 脈滑有力하여 痰暈으로 진단하고 관내 결석 정복술을 시행하였고 침치료도 같이 시행하였다. 6월 16일 내원 시 6월 13일 내원하여 치료 후 증상 완화되어 14일 오후부터 현훈이 전혀 없다고 해서 통원치료 중단하였다.

4. 증례 4

1) 성명/성별/나이 : 김○○/M/76

2) 발병일 : 2008년 11월 중순

3) 발병동기 : 별무

4) 주소증 : 眩暈(두위 변경시 회전성), 頭不淸(머리에 뒤집어 씌워 놓은 듯), 惡心

5) 과거력 : 당뇨(insulin inj.+복약), BPH (복약 중), 2006년 3월 뇌경색으로 동안신경마비, 본원 한방 외과과 치료 후 호전된 상태.

6) 진찰소견 : Dix-Hallpike 검사(+) 우측 135/75

面色黃白, 內眼臉紅, 體格普通, 汗出多, 頭痛無, 視力異常無, 耳鳴無, 耳內充滿感無, 偏寒, 舌質淡紅苔薄白有裂紋, 脈緩滑有力, 腹部柔軟, 食慾, 消和, 大小便良好, 睡眠 간헐적 淺眠, 兩側 足底 全面部 感覺低下와 痺感

7) 진단 : 痰暈, BPPV

8) 처치

(1) 至陽穴 습식 부항 百會, 風池, 外關, 合谷, 內關穴 자침

(2) 半夏白朮天麻湯 단미 엑스산혼합제(한풍제약) : 11월 24, 25일 식후30분 하루 3회 복용.

* 반하 2 진피 2 맥아 2 백출 1.33 신곡 1.33 창출 0.67 인삼 0.67 황기 0.33 천마 0.67 복령 0.13 택사 0.33 건강 0.2 황백 0.13 생강 0.73(g)

(3) 半夏白朮天麻湯加減 11월 25일-12월 1일 1일 2첩을 달여 1회 120 cc 씩 하루 3회 복용

* 맥아, 반하, 생강, 진피, 택사 6 g 건강, 백복령, 백출, 신곡, 황기, 만형자, 시호, 백작약, 건지황, 당귀, 천궁 4 g 인삼, 천마, 지실(초), 형개, 박하, 세신 3 g, 창출, 황련, 황금 2 g.

(4) 우측 관내 결석 정복술

9) 경과

2008년 11월 중순경 갑자기 발생한 회전성 현훈을 주소로

11월 24일 한방 2내과 외래에 내원하였다. 진찰시 Dix-Hallpike 검사상 우측으로 심한 회전성 현훈 및 안진이 관찰되었고, 현훈의 양상과 머리가 무었을 뒤집어썩은 듯이 맑지 않다는 점, 惡心, 汗出多하고 평소 양약을 상복하시고, 脈緩滑有力하여 痰暈으로 진단하여 발생하여 우측으로 관내결석정복술 및 침치료를 시행 후 半夏白朮天麻湯 과립제와 이어서 드시도록 半夏白朮天麻湯을 가감하여 처방하였다. 11월 28일 내원하였을 때 현훈 및 頭不淸 증상이 60% 이상 호전되었다고 하여 1회 침치료를 더 하였으며, 12월 1일 내원하였을 때는 증상이 100% 호전되었다고 하여 치료를 중단하였다.

고 찰

현훈(vertigo)은 임상에서 환자들이 흔히 호소하는 증상으로, 운동의 착각이나, 환경이 환자의 주위를 회전하는 것 같은 감각 또는 환자 자신이 공간에서 회전하는 것 같은 감각을 말한다. 이는 전정계(vestibular system)나 체성감각신경계(proprioceptive system), 시각계(visual system) 등으로부터 오는 구심성 정보가 뇌중추에 원활히 통합되어 여기서 나오는 원심성 정보가 안구 운동, 사지의 운동에 관계하는 근육의 긴장도에 대해 반사적 조절을 하고 있는 양측의 평형반사회로의 부적절한 반응에 의해 야기되는 것으로 그 원인을 감별할 때 전정기능, 뇌간, 소뇌 및 대뇌질환과 순환장애 등의 전신질환, 척추질환, 안과 및 부인과 질환 등을 구별해야 한다³⁾. 그 중 양성 돌발성 체위성 현훈(BPPV)는 전정계의 장애로 인한 말초성 현훈의 가장 흔한 원인 질환으로, 보통 두위 변화에 따라 발생하는 짧게 지속되고 반복되는 회전성 어지럼, 그리고 반복적인 자극에 의해서 점차 약해지는 피로현상을 특징으로 하고, 심한 어지럼증은 대개 1분 이내 사라지나, 현훈 발작 사이에도 경미한 어지럼증이 지속되므로 환자들은 계속해서 어지럽다고 표현하는 하고, 현훈 발작과 함께 오심, 구토 증상이 동반되어 소화기 계통의 질환으로 보이기도 하는 증상을 보인다⁴⁾.

이 질환은 1921년 Barany가 처음 기술한 이래 1952년 Dix와 Hallpike가 특징적 안진을 유발시키는 검사수기와 안진의 특성을 기술하여 처음 양성 돌발성 체위성 현훈이라고 명명하면서 제시한 후반구관의 관석이론(canalolithiasis)과⁵⁾ 1985년 McClure가 양와위에서 양측 측와위를 취했을 때 지향성 수평안진을 보이는 현상으로 설명한 수평반구관의 관석이론(canalolithiasis)⁶⁾, 1995년 Baloh 등이 기존의 수평반구관 관석이론(canalolithiasis)과 유사하나 안진의 방향이 반대이고 피로현상이 나타나지 않는 것이 특징이라고 기술한 수평반구관 정석이론(cupulolithiasis)으로 설명되고 있다⁶⁾. 정상인의 경우 팽대마루(cupula)와 내림프액의 비중이 같아 머리가 회전할 때 내림프액과 팽대마루가 같이 움직여 팽대마루가 중력에 의한 영향을 받지 않는데, 관석이론(canalolithiasis)은 타원낭(utricle)의 평형반(macula)에 위치한 이석(otolith)이 변성되면서 부스러기(otolithic debris)들이 반고리관(semicircular canal)으로 들어가서 머리의 회전에 의해 반고리관이 중력방향으로 움직이면, 반고리관에 들어 있는 이석의 부스

러기들이 아래쪽으로 이동하면서 림프액의 흐름을 유도하고 이에 의해 팽대마루가 편위되어 현훈 및 안진이 발생한다는 것이고, 정석이론(cupulolithiasis)은 변성된 이석의 부스러기가 팽대마루에 달라붙어 팽대마루가 내림프액에 비해 무거워지면, 팽대마루가 중력에 민감하게 되어, 중력의 방향으로 자세 변화에 의해 아래로 편위 되어 이러한 팽대마루의 움직임이 전정신경을 비정상적으로 흥분시키므로 현훈 및 안진이 발생한다는 것이다.

BPPV로 진단하기 위해서는 대부분의 경우 특별한 원인을 찾을 수 없으나 드물게 상기도 감염, 두부 외상, 전정신경염, 중이염 또는 내이 수술 등이 선행하며, 편두통이나 메니에르병(Menieres disease) 등에서 동반될 수 있어 이들 질환에 대한 병력청취를 해두어야 한다. 이후 Dix-Hallpike maneuver로 현훈을 유발하고 특징적인 안진을 관찰하는데 그 방법은 다음과 같다. 먼저 누웠을 때 환자의 어깨가 침대 끝에 닿을 정도의 적당한 위치에 환자를 앉히고, 검사자는 침대 옆에서 환자를 마주보고 선 후, 양 손으로 환자 양 쪽 머리를 잡고, 검사자가 선 방향으로 환자의 머리를 45도 정도 돌린다. 이 상태에서 환자를 뒤로 눕히면서, 침대 끝에서 환자의 머리가 45도 각도로 지면을 향하도록 한다(Fig. 1). 여기서 검사를 시행하기 전에는 환자를 안심시킨 상태에서 온 몸의 긴장을 풀도록 하고, 검사에 의해 현훈이 유발되면 환자는 자동적으로 눈을 감는 경향이 있으므로 환자에게 검사도중 눈을 뜨고 있도록 주지시켜야 한다⁷⁾.

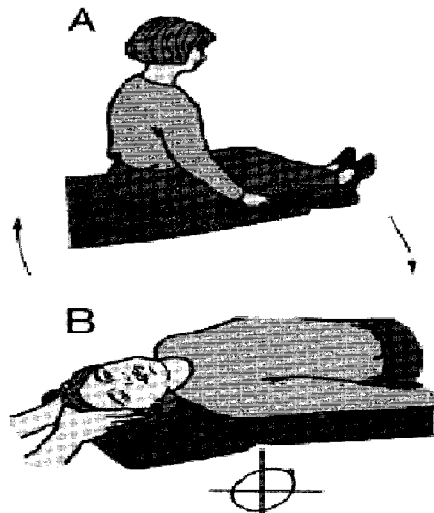


Fig. 1. Dix-Hallpike maneuver. A : Patient is brought from sitting to a supine position. B : Make head turned 45 degrees to symptomatic side and extended about 20 degrees backward. Observe nystagmus for several seconds.

BPPV는 전, 후, 수평반고리관중 어느 반고리관에서 기원하느냐에 따라 분류되며 이는 안진의 방향으로 살펴볼 수 있는데 후반고리관성 체위성 현훈에서는 관석이론에 따라 병변 쪽으로 돌면서 위로 향하는 회선성 상방방향이다. 수평반고리관성 현훈은 안진의 방향에 따라 두 가지로 나뉘는데 하나는 병변 쪽으로 고개를 돌릴 때 지면으로 향하는 지향안진성 현훈으로 이는 관석이론으로 설명되고 다른 하나는 천향안진성 현훈으로 고개를 옆으로 돌릴 때 하늘을 향하는 수평안진이 관찰되며 정석이론으

로 설명된다. 수평반고리관성 체위성 현훈은 양측으로 고개를 돌릴 때 안진의 방향이 바뀌므로 중추성 체위성 현훈과 감별에 유의하여야 한다. 전반고리관성 현훈은 드문데 안진 방향이 병변을 향하는 회선성 하방방향이다. 중추성 체위성 현훈은 현훈의 피로 현상이 드물고 뇌간 병변을 시사하는 다른 신경학적 소견들이 동반될 수 있어 말초성과 구분된다. 중추성 체위성 안진은 후반고리관성 현훈에서와 달리 환자를 곧바로 뒤로 눕힐 때에도 발생하며, 하방 안진이 흔하고, 머리를 특정 위치로 유지하는 동안 계속해서 안진이 발생하는 지속성 체위성 안진도 중추성 병변을 시사한다. 안진의 양상이 말초성 병변을 보이더라도, 48시간 동안 임상경과를 관찰하여 증세의 호전이 없을 경우에는 뇌 촬영을 시행하여 중추성 현훈과 감별하여야 한다⁷⁾.

BPPV의 치료방법으로는 전정기관을 안정시키는 약물 요법과 관내 결석 정복술(canalith repositioning maneuver)이 있는데, 관내 결석 정복술은 반고리관 내에 들어있는 이석의 부스러기들을 단계적인 두위 변환을 통해 타원낭 속으로 들어가면 타원낭막에 달라붙거나 내림프관(endolymphatic duct)을 통해 제거하는 것이다. 그러나 이석의 부스러기들이 팽대마루에 달라붙어 BPPV를 유발하는 경우에는 머리를 빠르게 흔들어 이석의 부스러기들을 팽대마루로부터 떨어뜨린 후 결석 정복술을 시도해 볼 수 있다. 후반고리관 양성 돌발성 체위성 현훈의 경우 Brandt-Daroff Habituation Exercise, Semont maneuver, Epley maneuver(Canalith Repositioning Procedure), 수평반고리관 양성 돌발성 체위성 현훈의 경우 Barbecue rotation, forced prolonged position, Cupulolith Repositioning Maneuver, Modified Semont maneuver가 있고, 전반고리관 양성 돌발성 체위성 현훈의 경우에는 후반고리관형에서 사용하는 체위 변환법을 사용하되, 후반고리관에 사용하는 방법과는 반대로 정상 쪽 반고리관쪽이 먼저 밑으로 위치하게 한 후 반대편으로 머리를 돌려 머리를 낮추는 체위를 취하게 한 후 앉게 하는 방법과, 마찬가지로 건강한 측을 하방으로 옆으로 누워서 하는 Modified Rahko maneuver가 있다⁸⁾.

이 중 BPPV에서 가장 높은 빈도를 보이고 있는 후반고리관형 BPPV에 적용하는 관내결석정복술 중 하나인 1993년 Herdman이 Epley의 maneuver를 약간 변형시켜 소개한 modified Epley maneuver는 다음과 같다(Fig. 2). 우선 Dix-Hallpike 검사를 시행하여 후반고리관성 현훈임을 확인하는데 바른 방향으로 이동한다면 회선성 상방 안진이 관찰된다. 이후 현훈 및 안진이 발생하게 된 체위 그대로 유지시킨 상태로 안진 및 현훈이 가라앉기를 기다렸다가 검사자는 환자의 머리 쪽으로 자리를 옮겨, 머리를 떨어뜨린 자세에서 건축으로 45도까지 고개를 돌리고 안진 및 현훈이 사라지기를 기다린 후, 몸통까지 회전하며 135도를 돌아 코가 땅에 닿도록 하며 고개를 건축으로 돌린 상태에서 일어나 앉고 고개를 바로 한다. maneuver를 마친 후 타원낭으로 제거된 결석들이 다시 반고리관 속으로 들어가 증상이 재발되는 것을 방지하도록, 관내 결석 정복술 후 48시간 동안은 환자에게 머리를 숙이거나 뒤로 젖히지 않도록 하며, 높은 베개를 사용하고, 병변 쪽으로 눕지 않도록 한다⁸⁾.

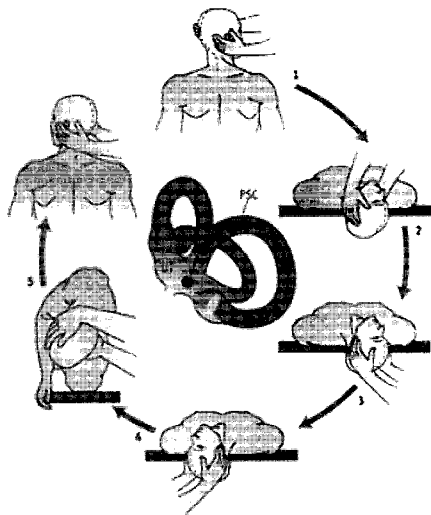


Fig. 2. modified Epley maneuver. 1. Place patient's head turned to the symptomatic side(right) a 45 degree angle and make patient lie down on back. 2. Place head over end of table, 45 degrees to right. 3. keeping head tilted downward, rotate to 45 degrees right. 4. Rotate head and body until facing downward 135 degrees from supine. 5. keeping head turned left, bring patient to sitting position. Turn head toward, chin down 20 degrees. Pause at each position until nystagmus approaches termination or for T(latency+duration) seconds if no nystagmus. Keeping repeating entire series (1-5) until no nystagmus in any position.

한방에의 眩暈은 그 글자 그대로의 의미를 살펴보면, 眩은 目眩 즉 眼花 또는 眼前發黑, 視物模糊를 의미하고, 暈은 頭暈, 頭旋 즉 자선이나 주위 사물이 도는 것 같아서 있을 수 없는 것을 의미하여 임상에서는 보통 頭暈과 眼花가 함께 나타나므로 眩暈이라고 한다. 현훈의 발병은 風, 火, 痰, 虛로 인하여 肝, 脾, 腎의 기능실조로 발생한다 하여 그에 따라 크게 4가지로 변증하여 치료할 수 있다. 肝陽上亢한 경우 그 증상은 眩暈耳鳴, 頭脹痛, 煩惱 或 忿怒加重, 面色紅潮, 煩燥易怒, 少睡多夢, 口苦, 舌質紅, 苔少, 脈弦或細數하며, 平肝潛陽, 養陰安神하여 天麻鉤藤飲 등의 처방을 사용한다. 氣血兩虛인 경우는 그 증상이 眩暈, 動則加劇, 疲勞則發, 面色黃白, 髮色不澤, 爪甲不華, 心悸少睡, 神疲懶言, 食少, 舌質淡, 脈細弱하고, 補陽氣血, 建運脾胃하는 치료를 하여, 滋陰健脾湯, 補中益氣湯, 歸脾湯 등의 처방을 사용한다. 腎精不足인 경우는 眩暈耳鳴, 記憶力減退, 腰酸酸軟, 遺精한데 偏陽虛者는 四肢不溫, 舌質淡, 脈沈細하고 偏陰虛者는 五心煩熱, 舌質紅, 脈沈細數하니 陽虛자는 補腎溫陽하여 右歸丸, 八味地黃湯을 쓰고, 陰虛는 補腎滋陰하여 左歸丸, 六味地黃湯을 사용한다. 濕痰中阻인 경우는 眩暈, 頭重如蒙, 胸脘痞悶, 惡心, 食少多眠, 舌苔白膩, 脈濡滑하니, 燥濕祛痰 健脾和胃하여 半夏白朮天麻湯, 清暈化痰湯, 澤瀉湯, 黃連溫痰湯 등을 사용하여 치료한다.²⁾ 중국의 國家中醫藥管理局에서 나온 中醫病證診斷療效標準에서도 風陽上扰하면 眩暈耳鳴, 頭痛且脹, 易怒, 失眠多夢, 惡面紅目赤, 口苦, 舌紅, 苔黃, 脈弦滑하고, 痰濁上蒙 頭重如裹, 視物旋轉 胸悶作惡, 嘔吐痰涎, 苔白膩, 脈弦滑하며, 氣虛虧虛하면 頭暈目眩, 面色淡白, 神倦乏力, 心悸少寐, 舌淡, 苔薄白, 脈弱하고, 肝腎陰虛하면 眩暈久發不已, 視力減退, 少寐健忘, 心煩口渴, 耳鳴, 神倦乏力, 腰酸膝軟, 舌紅, 苔薄, 脈弦細하다고 설명하여 그 변증이 유사하다⁹⁾.

漢代의 張仲景에서부터 痰飲을 현훈의 중요한 원인으로 보았고, 元代의 朱丹溪는 “無痰則不作眩.”이라고 하여 현훈에 대한 치료를 하는데 있어 痰飲을 중요성을 강조하였다. 濕痰은 脾의 運化기능이 실조되면 聚濕生痰하거나 腎虛하여 化氣行水하지 못하여 水泛爲痰하여 생성된다. 痰이 축적되어 清陽이 상승하지 못하고 濁陰이 下降하지 못하면 濕痰이 逆上하여 清竅를 막아 현훈을 일으킨다. 肝氣鬱結하면 氣鬱阻滯生痰하기도 하고 만약 痰이 鬱滯되어 火로 변화되면 痰火가 上昇하여 清竅를 침범하므로 현훈이 더욱 심해진다. 아울러 痰濁이 中焦에 阻塞되어 濁氣下降 脾陽不昇하면 胸脘痞悶, 惡心하며 食少多眠한다. 舌苔白膩 脈濡滑한 것도 濕痰中阻로 清陽이 부진한 증상 중 하나이다²⁾.

BPPV의 경우 현훈이 회전성이고, 머리가 어지러워 눈을 뜨기 힘들고 동반증상으로 惡心, 嘔吐가 많아 한방치료로 변증하면 濕痰中阻형 즉 痰暈과 유사하다. 이는 신 등이 滋陰健脾湯加味方과 Dix-Hallpike Maneuver로 치료한 증례¹⁰⁾, 이 등이 澤瀉湯가미방으로 치료한 20례¹¹⁾, 신 등이 半夏白朮天麻湯과 夏朮補心湯과 Dix-Hallpike Maneuver를 시행하여 호전된 증례¹²⁾, 현 등이 清暈化痰湯과 침치료를 통해 치료한 증례¹³⁾를 통해 보여진다. 濕痰中阻형의 현훈은 脾失健運하여 濕痰中阻하니 清陽不昇, 濁陰不降하게 되어 현훈이 발생하므로 이에 燥濕祛痰, 健脾和胃하도록 半夏白朮天麻湯, 清暈化痰湯, 澤瀉湯 등을 쓰도록 하고 있다²⁾.

본 4개의 증례에서는 현훈을 호소하는 환자들이 내원하였을 때 BPPV로 진단이 내려지는 경우 modified Epley maneuver와 痰暈에 해당하는 한방치료를 병행하여 호전되는 경우를 다루었다. 환자들은 내원 당시 모두 체위나 두위를 변경할 때 회전성 현훈이 발생하였고 자세변환을 하지 않으면 현훈이 1분 이내로 호전된다고 하였다. 모든 환자들은 Dix-Hallpike 검사 상 고개를 좌우 45도로 돌려서 눕혔을 때 눈을 뜰 수 없을 정도로 심한 양상의 회전성 현훈이 발생하였고, 1분 이내에 현훈이 호전되었다. 다만 비디오안진검사장비나, Frenzel 안경이 없어서 시선고정을 하지 못해 체위변경에 따른 심한 현훈 호소 외에 안진이 경미하거나 관찰되지 않았다. 따라서 안진 이외의 증상으로 전, 후, 수평반고리관의 구분 없이 처음 내원할 당시에 modified Epley maneuver를 시행한 이후 현훈이 발생하면서 소화기증상인 오심, 심오부 비색감 등을 함께 느끼므로 理氣機 寬胸膈하는 督脈經상의 至陽穴을 습식부항하고, 현훈을 치료하고자 熄肝風 潛肝陽 清神志 回陽固脫 舉陽氣下陷 清熱開竅하는 百會穴, 調氣血 祛風解表 疏邪清熱 清頭開竅 明目益聽 利氣關하는 風池穴, 祛六淫表邪 疏三焦壅熱 通經絡氣滯 疎風解表하는 外關穴 發表解熱 疏風解表 清泄肺氣 通降腸胃 鎮痛安神 通經活絡하는 合谷穴, 疏三焦 寧心安神 寬胸理氣 和胃 鎮靜鎮痛하는 內關穴을 자침하였다. 그 결과 환자들은 모두 재차 내원하였을 때 증상이 50~100% 호전을 보였다^{14,15)}.

결론

이상 4개의 증례와 같이 현훈을 주소로 하는 환자를 치료함에 있어서 BPPV로 진단되면서 현훈과 그와 동반되는 증상인 오

심 및 심와부 비색감과 같은 소화기 장애 증상이 痰暈으로 진단 되면 서양의학의 이론에 따른 관내 결석 정복술과 한방치료를 같이 시행하여 빠른 시간 내에 증상의 호전을 보이는 것을 볼 수 있었다. 이에 BPPV를 치료함에 관내 결석 정복술을 시행하여 심한 어지러움이 사라지더라도 현훈의 잔존감 및 오심 증상 등이 남아 있는 경우가 드물지 않아, 향후 현훈 환자 중에 BPPV로 진단되는 경우 치료에 있어서 관내 결석 정복술과 더불어 痰暈에 해당하는 한방치료를 병행하는 것이 도움이 될 것으로 사료된다.

감사의 글

이 논문은 2007년도 원광대학교의 교비 지원에 의해서 수행됨.

참고문헌

1. 이승한. 재발성 두위성 현훈, 대한평형의학회지 7(2):244-252, 2008.
2. 전국 한의과대학 심계 내과학 교실. 심계 내과학 1판. 서울, 군자출판사, pp 317-330, 2006.
3. 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회. 해리슨내과학 15판. 서울, 도서출판 MIP, pp 116-118, 2003.
4. Dix, R., Hallpike, C.S. The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 6: 987-1016, 1952.
5. McClure, J.A. Horizontal canal BPV. *J Otolaryngol*, 14(1):

- 30-35, 1985.
6. Baloh, R.W., Yue, Q., Jacobson, K.M., Honrubia, V. Persistent direction-changing positional nystagmus: another variant of benign positional nystagmus, *Neurology*, 45(7):1297-1301, 1995.
7. 김지수. 양성 체위성 현훈, 가정의학회지 23(4):430-439, 2002.
8. 반재호, 최현진. 양성 돌발성 두위현훈의 전정 재활치료, 대한평형의학회지 6(1):100-110.
9. 國家中醫藥管理局. 中醫病証診斷療效標準, 南京大學出版社, 1994. 12.
10. 신선호, 정용준. 양성 발작성 자세변환성 현훈으로 의심되는 현훈증 환자를 자음건비탕가미방과 Dix-Hallpike Maneuver로 치료한 치험 1례. 대한한방내과학회지 21(1):181-184, 2000.
11. 이 은, 박병욱, 고 흥. 두위변환에 따른 회전성 현훈증에서 택사탕가미방 투여 20예의 임상고찰. 동의병리학회지 15(6):1057-1060, 2001.
12. 신정인, 정운석, 서운교. 양성 발작성 자세변환성 현훈 환자 치험 1례. 대한한방내과학회지 24(4):959-965, 2003.
13. 현민경, 정병무, 최준혁, 윤철호, 정지천, 민건우, 이철웅, 박종혁. 양성 체위성 현훈 환자 1례에 관한 증례보고. 대한한방내과학회지 24(3):645-650, 2003.
14. 이선화 안창범. 현훈의 침구치료에 대한 문헌적 고찰. 동의한의연구, 5: 5-22, 2001.
15. 전국한의학대침구경혈학교실. 침구학(상). 서울, 집문당, p 323, 574, 588, 705, 707, 2001.