

한방 복합치료로 호전된 경추성 현훈 환자의 증례보고 1례

황동규¹, 김은지¹, 최기훈¹, 허승진¹, 윤덕원²

¹해운대자생한방병원 한방내과, ²해운대자생한방병원 침구의학과

A Case Report on a Patient with Cervical Vertigo Who Improved with a Combination of Korean Medicine Treatments

Dong-gyu Hwang¹, Eun-ji Kim¹, Ki-hoon Choi¹, Seung-jin Heo¹, Deok-won Youn²

¹Dept. of Korean Internal Medicine, Haeundae Ja-Seng Hospital of Korean Medicine

²Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Haeundae Ja-Seng Hospital of Korean Medicine

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient suffering from cervical vertigo who was treated with a combination of Korean medicine treatments (including acupuncture, pharmaco-acupuncture, and Chuna manual therapy).

Method: An outpatient with cervical vertigo was given a combination of Korean medicine treatments five times, from December 5 to 16, 2016. All of the treatments, acupuncture with electric stimulation and pharmaco-acupuncture, were applied on the trigger points (TP) of the cervical muscles and the upper trapezoid muscles. Chuna manual therapy was then applied on the cervical area. The Numeric Rating Scale (NRS) - according to outpatient's statement on vertigo, neck pain and headache - and the Korean Dizziness Handicap Inventory (DHI), which is a self-evaluating scale of dizziness in daily life, were used to evaluate the effects of this treatment.

Results: At the end of the treatment, the vertigo and the headache disappeared. The NRS decreased from 9 to 0 for vertigo and from 5 to 0 for headache. Although the neck pain also decreased, it did not disappear: this NRS decreased from 7 to 1. The DHI score also decreased significantly, from 64 to 4.

Conclusion: Since the symptoms of the patient with cervical vertigo improved after the very first treatment and the improvement of the symptoms was observed as the treatment progressed, this case report is worth supporting the efficacy of combined Korean medical treatments. However, because there was only one subject, it is hard to say that this efficacy can be generalized. Moreover, this report cannot prove the individual efficacy since various treatments were combined. While there are many researches related to cervical vertigo in Western medicine, the studies in Korean medicine are comparably insufficient: therefore, follow-up research on more subjects is needed.

Key words: cervical vertigo, Korean medicine treatment, case report

1. 서론

임상적으로 흔히 보게 되는 현훈은 하나의 자각

증상으로써, 眩은 目眩 眼花 즉 눈앞이 캄캄하거나 사물이 흐리게 보이며 때로는 눈앞에 불이 번쩍이는 것을 의미하고, 暈은 頭暈 頭旋 즉 자신이나 주위 사물이 도는 것 같아 서 있을 수 없는 것을 의미하는데 임상에서는 보통 目眩과 頭暈이 함께 나타나므로 眩暈이라고 한다¹.

그 중 경추성 현훈은 어지럼증과 평형이상이 경

· 투고일: 2017.03.22, 심사일: 2017.06.27, 게재확정일: 2017.06.26

· 교신저자: 황동규 부산광역시 해운대구 해운대로 793

해운대자생한방병원 6층 외과

TEL: 051-791-5102 FAX: 051-791-5155

E-mail: ngfriend-21c@nate.com

추 질환을 앓고 있는 환자들의 목 통증과 관련이 있는 것으로 환자들은 체위의 불안정성과 어지럼증(땅이 움직이는 것 같은)을 호소하며 대부분 경추 척추증(cervical spondylosis), 경추 관절염(cervical arthritis), 경추 추간판탈출증 및 편타손상이나 경부근육강직(cervical muscle spasms), 두부 외상을 앓고 있는 환자들의 경추 움직임의 장애와 관련된 것이 많다. 경추성 현훈 환자들에게서는 경부근육의 긴장이 동반되어 경향동이 항상 동반되며, 운동실조, 걸음걸이 문제, 혹은 자세 불균형과 경추 정상가동범위 제한이나 두통이 현저하다^{2,3}. 경추성 현훈의 진단은 배제 진단으로써 어지럼증이나 불안정감을 호소하는 환자가 경향동을 가지고 있을 때 이 증상의 원인을 경추부 장애로 판단하기 이전에 우선적으로 중추성 현훈과, 양성 돌발성 체위성 현훈(BPPV), 전정신경염, 메니에르 증후군 같은 말초성 현훈을 포함하는 전정계 장애, 그리고 각종 정신·신체적 순환·대사 장애가 배제되어야 한다³. 약 20여 년 전부터 경추성 현훈을 진단하고 이에 해당하는 환자의 수가 점차 늘어나고 있으며, 최근 연구가 활발해지면서 이를 정확하게 분류하여 환자를 치료하는데 임상인들의 노력이 필요하다^{2,4}.

현훈에 관한 국내 한의학 연구는 다방면으로 진행되어 있으나, 경추성 현훈에 관련된 연구는 안 등⁵의 추골동맥혈류부전으로 인한 경추성 현훈환자에게 전신조정술 수기요법을 적용한 치험례 1편과, 조 등⁶의 기능성 현훈으로 분류하여 자음건비탕가미방을 적용한 사례의 증례보고로써 현재까지는 임상례가 활발하지 않은 실정이다.

이에 저자는 해운대자생한방병원에 현훈을 주소로 내원하여 경추성 현훈으로 진단된 환자를 대상으로 침치료 및 약침치료와 추나 치료를 병행하여 시행한 후 양호한 임상적 호전 경과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2016년 12월 5일부터 2016년 12월 16일까지 현훈을 주소로 해운대자생한방병원 한방내과에 내원하여 치료받은 환자 1명을 대상으로 하였다. 치료 종료 후, 자생한방병원 임상연구심의위원회(Institutional Review Board, IRB)의 심사를 통해 시행승인(IRB File No. 2017-02-001)을 획득한 뒤 후향적 증례보고를 작성하였다.

2. 평가방법

1) Numeric Rating Scale(NRS, 숫자평가척도)

환자가 느끼는 주관적인 통증 혹은 증상의 정도를 객관화하고 계량화하기 위한 방법 중 하나이다. 주로 0부터 10까지의 숫자를 사용하는 NRS-11을 많이 사용한다. 환자가 0~10까지의 숫자 중 자신의 증상 정도를 선택하는 것으로 평가하며, 0은 증상은 없는 경우를 의미하고, 10은 견디기 힘들 정도의 아주 심한 증상을 의미한다⁷. 초진 당시부터 매회 외래진료 내원시마다 환자의 진술에 따라 현훈, 경향동, 두통 세 가지 항목의 NRS를 기록하였다.

2) Dizziness Handicap Inventory(DHI)

1990년 Jacobson과 Newman이 개발한 설문지로, 현훈 환자를 대상으로 어지럼증에 의한 일상생활 장애를 조사하는 자기평가식 척도이다. 모두 25문항, 3단계, 100점의 척도로 되어있으며 항목별 점수의 합으로 장애 정도를 정량화 한다. 총점이 16~34점은 경증, 36~52점은 중등증, 54점 이상은 중증으로 분류한다. 각 설문항목은 기능적, 감정적, 신체적 영역의 제한을 측정하며 이 중 기능적 영역의 항목은 직업 또는 여가활동과 관련된 동작들에 대한 내용이고, 감정적 영역의 항목은 어지럼 발생에 따른 불안과 좌절에 대한 내용이며, 신체적 영역은 일상생활에서 흔히 경험하는 기본 신체동작에 관한 항목들이다. DHI는 최근까지 가장 널리 사용되어 왔고, Cronbach α 값이 0.95로 높은 신뢰도를 가

지고 있으며 다른 언어로 번역되어 사용했을 때도 신뢰도가 유지된다는 장점이 있다. 본 연구에서는 높은 신뢰도와 타당도를 지니고 있는 것으로 연구된 한국어 번역판 DHI(Korean dizziness handicap inventory)를 사용하였다(별첨 1)⁸.

3. 치료방법

1) 침치료

외래 내원시마다 멸균된 0.25×40 mm 일회용 stainless 호침(동방메디칼)을 사용하여, 두관상근의 Trigger Point(TP)(風池(GB20)), 후두하근 주변부와(風府(GV16), 瘰門(GV15)), 完骨(GB12) 등의 여러 후경부의 TP 및 협척혈위에 일회용 70% 이소프로필알코올을 솜으로 소독 한 후 피부와 직각이 되도록 자침하고 양측 상부승모근, 흉쇄유돌근의 통증유발점(trigger point, TP)에 집게촉진을 이용하여 자침하였다. 자침깊이는 부위에 따라 조금씩 차이가 있으나 10~30 mm의 깊이로 자침하였다. 유침시간은 15분을 원칙으로 저주파자극기(스트라텍, STN-111)를 이용하여 2 Hz, constant 파형의 전기 자극을 병행하였다. 유침 시간 동안 보조적 온경락요법으로 적외선 치료기를 후경부에 조사하였다.

2) 약침치료

자생 원외탕전원에서 원료약재를 70% 주정으로 환류추출하고 정제 및 동결건조 후, 동결건조 분말을 여과된 생리식염수(0.9% NaCl)에 용해한 다음 제균여과(0.2 μm)한 뒤 용기에 충전하고 사후멸균(121 °C, 15분)하여 미생물학적 안전성을 확보한 약침을 사용한다. 황련해독탕 구성 약물을 가감한 황련해독탕 약침과, 청과전 구성 약물을 가감하여 제조한 신바로2 약침을 사용하였다. 일회용 Kovax-주사기(한국백신, 1 ml, 26 G×1/2" syringe)에 약침 용액을 보충하고 주사기 바늘을 더 작은 gauge 바늘(정립의료기, 30 G×1")로 교체함으로써 약침 치료를 준비한다. 황련해독탕 약침 1 cc를 후경부 혈위(風池, 風府, 瘰門, 完骨) 및 협척혈에 나누어 주

입하였고, 신바로2 약침 1 cc를 양측 상부승모근과 흉쇄유돌근에 나누어 일반침 치료와 같은 위치에서 10~20 mm의 깊이로 자입하여 시술하였다.

3) 추나치료

양와위 경추 JS 신연 교정기법을 내원시마다 실시하였다. 환자는 양와위를 취하고 의사는 환자의 머리위에서 족방을 향하여 앉은 뒤 주동수와 보조수의 구분 없이 양측 장근부로 환자의 측두부를 받쳐주고 양측 중지단으로 환자의 관절돌기면을 좌우로 밀어준다는 느낌으로 교대로 밀어준다. 그 이후, 양측 장근부를 환자의 측두부에 접촉하고 식지를 이용하여 관절돌기면을 좌우 교대로 돌려준다는 느낌으로 한 분절씩 거상한 뒤, 마지막으로 의사의 식지로 관절돌기 후면을 들어서 관절돌기까지 가볍게 양측을 동시에 당겨주는 느낌으로 신연 견인하는데, 위의 세 가지 동작을 제 6경추에서 제 2경추까지 차례대로 실시하고 2~3회 반복한다⁹.

III. 증례

- 환자 : 김○○, 여자, 33세
- 주소증
 - Vertigo
 - Post neck pain
- 발병일 : 2016년 11월 27일, 야간 수면 중 일어나서 보행 중 증상 발
- 과거력 : HIVD of C-SPINE(2013년)
- 가족력 : 없음
- 기타사항
 - 직업 : 프리랜서
 - 알러지 : 無
 - 상용약 : 없음.
 - 신장 : 164 cm
 - 체중 : 52 kg
- 현병력
상기 환자 보통 체격의 33세 여환으로 평소 일을 많이 하거나, 스트레스를 받으면 후경부과

양측 상부승모근의 뻣뻣함과 불편감을 자주 느끼며 생활하던 중 상기 발병일에 상기 주소증이 발하였다. 증상 발생시 구역감 및 미식거림이 심했으며 전신에서 식은땀이 나왔다. 어지러움이 매우 극심(NRS 9)하였으며 잠깐 앉아있을 때는 괜찮았으나, 보행 시 또는 와위 시 및 목을 뒤로 젖히거나 굽히는 등의 경부 가동 시에 어지러움 증상이 매우 심했다. 2016년 11월 28일 Local 내과에서 원인이 유발될만한 질환을 찾기 위해 혈액검사 시행하였으나 “별무이상” 소견 듣고 별무치료 후 귀가 하였으나 증상이 지속되었다. 2016년 11월 30일 ○○대학병원 이비인후과 내원하여 청력검사 및 전정기능 검사 상 “전정계 기능 이상 없으며, 이석증 및 메니에르병 아니다.” 진단 후 별무치료하고 Brain 검사 권유 받아, 신경과 Brain MRI 검사하였으나 “이상 없음” 소견 후 별무치료 하였다. 이후 5일간 자택에서 안정가료 하였으나 증상 여전하여 2016년 12월 05일 해운대자생한방병원 한방내과 외래로 내원하였다.

8. 계통적 문진(Review of system)

- 1) 食慾 : 보통, 1 BT*2/day
- 2) 消化 : 양호, 중완압통(-)
- 3) 大便 : 1~2회/일, 정상
- 4) 小便 : 5~6회/일, 정상
- 5) 月經 : 규칙, 생리통(+/-), 배란통(+), LMP 2016년 11월 15일, 0-0-0-0
- 6) 睡眠 : 7~8시간. 淺眠경향. 수면 중 소변을 보기위해 한 번씩 일어남.
- 7) 汗出 : 현훈증상 심할 경우 自汗 경향
- 8) 呼吸音 : 喘鳴音(-) 短氣(-) 哮喘(-) 기타(-)
- 9) 特異事項 : -, BV(-)
- 10) 舌 : 舌質淡紅
- 11) Vital Signs : 110/77-73-20-36.4

9. 검사소견

- 1) C-SPINE SERIES(AP, Lat, Both Oblique) (2016년 12월 07일)

- (1) Straightening of cervical spinal curvature
- (2) C5/6 disc space narrowing
- 2) C-SPINE MRI With Cervico-Thoraco-Lumbar (2016년 12월 07일)
 - (1) C3/4
 - ① Central disc moderate protrusion
 - ② Compression of ventral dural sac
 - (2) C5/6
 - ① Left central~subarticular disc extrusion
 - ② Moderate compression of left ventral dural sac
 - ③ Effacement of left lateral recess
- (3) More aggravation state, since 2013년 6월 7일
- (4) T, L-spines
 - ① T3/4 : hypertrophy or ossification of ligamentum flavum.
 - ② L4/5, L5/S1 : posterior disc mild protrusion with disc degeneration
- 3) Dix-hallpike test (-)

10. 치료경과(Table 1, Fig. 1)

- 1) 2016년 12월 5일(초진내원) : 목을 뒤로 젖히거나 앞으로 굽히는 등의 경부 가동시마다 심한 현훈(NRS 8)을 주로 호소하였으며, 어지러움의 정도는 경부 신전 시 및 앙와위 중 좌우로 체위변경 시 특히 가장 심했고 DHI score는 64점으로 기록되어 ‘중증’으로 분류되었다. 부수적으로 후경부 및 양측 상부승모근 부위의 경향통(NRS 7)과 후두부 압통, 안정 시 후두부~전두부 위주의 지끈한 두통(NRS 5)을 함께 호소하였다. BPPV와의 감별을 위해 Dix-hallpike test를 시행하였으나 음성으로 확인되었다. 침치료, 약침치료, 추나치료를 시행하고 동반되는 두통치료를 위해 청상견통탕 혼합단미엑스산을 하루 세 번 복용, 4일 분량으로 처방하고 후경부 맥켄지 스트레칭을 교육하였다.
- 2) 2016년 12월 7일 : 어지러움 증상에 다소 호전(NRS 5)이 느껴진다고 했으며, 경향통도 조금 덜하다(NRS 5)고 하였으나, 두통은 미약하게

덜한 것 같은 느낌은 들지만 큰 변화는 없이 아직은 비슷한 정도(NRS 4)로 느껴진다고 하였다. DHI score는 38점으로 측정되어 '중등증'으로 분류되었다.

- 3) 2016년 12월 9일 : 현훈이 많이 줄어들었다(NRS 3)고 말씀하시며, 동반되었던 경향통(NRS 2)과 두통(NRS 2) 또한 상당히 호전되었음이 확인되었다. DHI score는 16점으로 확인되어 '경증'으로 분류되었다.
- 4) 2016년 12월 12일 : 아주 가끔씩 미약한 정도의 어지러움이 있을 때가 있으나 일상생활 중 대부분에서 현훈을 느끼지 못한다(NRS 1)고 하였으며, 두통은 모두 소실됨(NRS 0)을 확인하였다.
- 5) 2016년 12월 16일 : 후경부 및 양측 상부승모근 부위에 일상생활에 크게 지장이 없을 정도의 경미한 통증(NRS 1) 만을 남기고 현훈과 두통이 모두 소실되어, 현훈에 대한 외래치료를 종결하였다.

Table 1. Changes of NRS

	Vertigo	Neck pain	Headache
16.11.27 (On set)	9	7	5
16.12.05 (Visit 1)	8	7	5
16.12.07 (Visit 2)	5	5	4
16.12.09 (Visit 3)	3	2	2
16.12.12 (Visit 4)	1	1	0
16.12.16 (Visit 5)	0	1	0

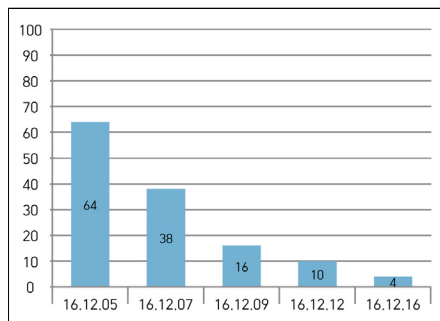


Fig. 1. Changes of Korean dizziness handicap inventory.

11. 순응도 및 부작용

환자분께서 본래 약을 복용하는 것을 좋아하지 않아 약 복용에 대한 순응도가 떨어져 처방한 청상건통탕 혼합단미엑스산은 1회 분량만 복용하였으며, 가정 내 자가 후경부 스트레칭은 따로 시행하지 않았다. 다만, 치료 후 현훈에 증상에 대한 호전이 보이자 외래치료를 꾸준히 예약하여 방문하였으며 치료 종결 시 “처음 치료 받을 때는 반신반의 했는데 치료를 받을 때마다 어지러움 증상이 눈에 띄게 호전되었다.”라고 말하며 상당한 만족감을 표현하였다. 약침 시술과 침치료시 및 시술 이후에 시술부위 감염소견이나 기타 부작용은 발생하지 않았다.

IV. 고 찰

현훈은 회전감, 부동감, 완전한 암흑감 등의 증상을 동반하는 평형장애로 나타나는 주관적인 증상으로 객관적인 측정은 쉽지 않은 편이다. 현훈 환자의 수는 점차적으로 증가하고 있는 추세이며 임상에서 흔하게 접하지만 현훈을 유발하는 원인들이 다양하여 현훈을 진단하는데 있어 어려움이 따르기도 한다. 현훈의 급성 증상은 오심 또는 구토가 있으나, 심리적으로 병에 대한 두려움도 함께 동반되기 때문에 적절한 치료가 이루어지지 않으면 사회 복귀의 시간이 지체되어 삶의 질이 저하된다. 따라서 현훈의 원인을 정확하게 파악하고, 적절한 치료를 하는 것이 중요하다. 현훈의 원인은 다양하며, 크게 중추성 현훈과 말초성 현훈으로 나눌 수 있다. 중추성 현훈은 뇌출혈, 뇌경색 등이 있고 말초성 현훈은 양성 돌발성 체위성 현훈, 전정신경염, 미로염, 메니에르 병 등이 있고, 그 이외에 생리학적 어지럼증, 심인성 어지럼증, 순환기병변에 의한 어지럼증, 혈액학적 원인에 의한 어지럼증 등이 있을 수 있다¹⁰.

경추성 현훈은 전정 기관에 이상이 없음에도 현훈을 증상으로 보이는 병변을 말하는 것으로, 고소

현훈, 공포 현훈, 그리고 일부 형태의 시각적 현훈과 똑같이 “현훈”이라는 말이 붙는다. 그러나 경추성 현훈에 관해 다양한 논문들에서 기술하고 있는 증상에는 현훈의 정의에 해당하는 ‘착각에 의해 회전감을 느끼거나 선적인 움직임을 느낌’이 일반적으로 포함되지 않는다. 오히려 경추성 현훈의 증상은 평형장애(imbalance)의 정의(평형을 유지하거나 통제하는 능력의 저하)에 더 잘 부합하거나 혹은 광범위하게 말해서 현기증(dizziness)의 정의(개별적 환경적 불안정, 공간 불편감 혹은 둔감이 수반되는 불쾌하고 막연한 느낌)에 더 부합한다. 이러한 맥락에서 ‘경추성 현훈(Cervical vertigo)’이라는 용어는 암묵적으로 용인되고 있다⁴.

경추성 현훈은 1955년 Ryan과 Cope¹¹에 의해 처음 보고되었다. 이 연구는, 전정 기관에 이상이 없음에도 경추 통증을 수반한 현훈이 나타나는 것이 경추 척추증(cervical spondylosis), 경추의 견인 또는 외상 등에 의한 것이라고 하였으나, 정확한 메커니즘을 정의하지 못하였다. 현재까지도 경추성 현훈의 발병기전이 명확하게 밝혀지지 않았으나 최근까지 경추성 현훈에 대한 연구가 지속적으로 진행되어 오면서 고유감각의 변화, 경추부 신경근 압박과 교감신경 기능장애로 인한 반사성 혈관수축과 내이 허혈(Barre-Lieou 증후군), 두부 회전 시 추골동맥 혈류의 폐색 혹은 부전(회전성 추골동맥 현훈증)(Bow-Hunter 증후군), 편두통 연관 경추성 현훈의 4가지 주된 가설들이 제시되어 있다³. 그러나 경추성 현훈을 확진할 수 있는 객관화된 측정도구나 검사법이 없기 때문에 임상적 증상과 징후들이 진단 도구로써 인정되고 있다. 그렇기 때문에 경추성 현훈의 진단에서는 환자를 파악하는데 있어서 가장 중요한 단계이자, 첫 번째 단계인 자세한 병력청취가 필요하다¹².

Wrisley 등²에 의하면 경추성 현훈의 진단은 평형장애 및 현훈증과 목 부위의 통증 사이의 연관관계를 확인함과 동시에 이전의 경추 질환이나 손상의 병력확인, 전정기능검사들을 통해 기타 전정

기능 이상을 배제하는 방식으로 이루어지며, Brandt와 Bronstein¹³은 경추 또는 어깨 부위의 통증 및 불편감이 동반된 어지럼증이 있고 두부 또는 경부 움직임에 의해 어지럼증이 생겨나거나 심화가 되며 또한 전정신경검사 또는 청각신경검사에서 좌우각전정계의 이상소견이 없는 경우를 경추성 현훈에 해당된다고 하였고, Yahia 등¹⁴은 경추성 현훈을 만성적 경부 통증, 경부 회전 이후 안진 없는 현훈, 경추 골관절염 및 추간판 퇴행성 변화와 같은 세 가지 항목들의 연합이라고 정의했다.

경추성 현훈은 통상적으로 수 분 혹은 수 시간 동안 지속되는 삼화적(episodic) 성격으로 발생하는데, 경추성 현훈으로 초래되는 증상들은 목 부위를 움직이거나 목 통증이 발생하기 시작하면 심해지고, 목 통증을 개선하는 치료가 이루어지면 현훈 증상도 감소한다². 그러나 현재까지 경추성 현훈 환자에 대한 표준화 된 치료지침은 없는 상태이며, 환자의 상태에 따라 도수치료나, 신체적 운동과 균형잡기를 포함하는 전정기관 재활 훈련 요법, 물리치료, 온열치료 등이 권장되고 있다^{2,4}.

본 증례의 환자의 경우 현훈증상 발병 이후 본원에 내원하기 전 시행한 Brain MRI 검사상 이상소견이 보이지 않아 중추성 손상 가능성을 배제하였고, 청력검사 및 전정기능 검사 결과 평형청각계(vestibulocochlear system) 비정상 소견이 없었으며, Dix-hallpike test 에서도 이상소견이 보이지 않아 양성 돌발성 체위성 현훈이나 전정신경염 등 전정기관 손상을 배제하였다. 또한 난청, 이충만감 등의 증상이 없어 메니에르 질환도 배제하였고, 혈액검사 소견 또한 정상이었으므로 기타 대사 이상을 배제하였다. 상기 서술한 기준들에 의해 최종적으로 경추성 현훈으로 진단을 하고 경부 및 상부 승모근 부위에 침치료, 약침치료, 추나요법을 시행한 결과 현훈 증상의 소실 및 경항통의 호전되는 결과를 보였다.

Brandt와 Bronstein¹³은 경추 부위의 압통이나, 경추 움직임의 제한이 경부의 체성 감각(somatic

sensation)의 자극을 변화시켜 현훈을 유발한다는 개념을 말하며, 통증유발점 및 손상된 근육으로부터의 염증매개체들이 더욱 자극과 증상을 심화시킨다고 보고하였다. 이들의 연구는 근막 통증 증후군(myofascial pain syndrome, MPS)이 경추성 현훈과 관련되어 있음을 시사하며, 근막 통증 증후군의 치료를 통해 현훈 증상이 호전될 수 있음을 제안하였다. 국내에서도 조 등¹⁵의 연구에서 경추성 현훈 환자들을 대상으로 통증유발점주사(trigger point injection, TPI), 물리치료, 약물치료 등을 시행하여 경추성 현훈과 경추부 근육 및 상부승모근 MPS와의 밀접한 관련이 있음을 시사하였다. 위와 같은 이유로 본 증례에서는 환자의 경추부 및 상부승모근의 TP를 위주로 선혈하여 침치료와 약침치료를 시행하였다.

또한 본 연구에서는 수기치료로써 양와위 경추 JS 신연 교정 추나치료를 시행하였는데, 양와위 경추 JS 신연 교정기법의 적응증은 경추 가동성 제한 및 가벼운 회전변위에 이용한다⁹. 척추 교정요법과 같은 수기치료는 경추 후관절의 일반적인 움직임 회복시킴으로서 통증과 근육긴장 항진을 개선하여 궁극적으로 경추의 정상적인 고유감각 및 생화학 기능을 회복시켜 경추성 현훈을 치료하는데 효과적일 수 있다^{16,17}.

본 연구는, 경추성 현훈 환자를 대상으로 치료 전에 비해 단 1회의 치료 이후부터 현훈의 유의한 증상개선이 이루어졌으며, 치료가 진행될수록 현훈이 점차적으로 개선되어, 12일간 5회의 외래 한의 치료를 통하여 경부 움직임에 따른 극심한 현훈 증상이 모두 소실되었으며 또한 동반되었던 경향통은 미약한 수준으로 경감하였고, 두통은 모두 소실됨을 확인 할 수 있었던 좋은 치료 효과를 보인 증례라는 점에서 가치가 있다. 그러나 대상자가 1명으로 연구결과를 일반화시키기 어렵고, 복합적인 한방치료를 진행하여 결과를 보고했다는 연구로서의 개별 치료 효과를 판단할 수 없다는 한계점이 있다. 경추성 현훈에 대하여 서양의학에서는 꾸준

히 활발한 연구가 진행되고 있는데 반해, 한의계에서는 연구가 미흡한 실정으로 향후 더 많은 환자를 대상으로 한 후속 연구가 필요하며, 각각의 증례에 대한 치료 효과를 평가할 필요가 있다.

V. 결 론

해운대자생한방병원에 경부 가동성 현훈을 주소로 내원한 경추성 현훈 환자를 대상으로 침치료, 약침치료, 추나치료를 시행하여 현훈의 소실과 두통의 소실, 경향통의 호전 등 유의한 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

참고문헌

1. Department of Simgye Internal Medicine in national university of Korean Medicine. Cardiology · Neurology of Korean Medicine. 4th Edition. Seoul: Gunja publisher; 2010, p. 388-403.
2. Wrisley DM, Sparto PJ, Whitney SL, Furman JM. Cervicogenic dizziness: a review of diagnosis and treatment. *J Orthop Sports Phys Ther* 2000;30(12):755-66.
3. Li Y, Peng B. Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment of Cervical Vertigo. *Pain Physician* 2015;18(4):E583-95.
4. Yacovino DA, Hain TC. Clinical Characteristics of Cervicogenic-Related Dizziness and Vertigo. *Semin Neurol* 2013;33:244-55.
5. Ahn JL, Lee IS. Treatment of Cervicogenic Vertigo by General Coordinative Manipulation: Two Cases Report. *J Korean Med Rehabil* 2001;11(1):281-7.
6. Jo CH, Park HJ, Baek IK, Kim DH, Kim JH, An JJ, et al. 2 Cases Study of The Effect of Jaeumgeonbi-tang Gamibang on the functional dizziness. *J Int Korean Med* 2011;32:390-4.

7. Shim SY, Park HJ, Lee JM, Lee HS. An Overview of Pain Measurements. *Korean J Acupunct* 2007; 24(2):77-97.
8. Han GC, Lee EJ, Lee JH, Park SN, Lee HY, Jeon EJ, et al. The Study of Standardization for a Korean Adaptation of Self-report Measures of Dizziness. *J Korean Bal Soc* 2004;3(2):307-25.
9. Korean Society of Chuna manual Medicine for Spine & Nerves. Chuna manual medicine. 2nd Edition. Seoul: Korean Society of Chuna manual Medicine for Spine & Nerves publisher; 2014, p. 133-4.
10. Kim JY, Kim WH, Lee JS, Oh HM, Kim DW, Choi DJ. The Diagnosis and Treatment of the Cervical Vertigo. *Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg* 2015;58(3):177-81.
11. Ryan GM, Cope S. Cervical vertigo. *Lancet* 1955;269(6905):1355-8.
12. Kentala E, Rauch SD. A practical assessment algorithm for diagnosis of dizziness. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128(1):54-9.
13. Brandt T, Bronstein AM. Cervical vertigo. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71(1):8-12.
14. Yahia A, Ghroubi S, Jribi S, Malla J, Baklouti S, Ghorbel A, et al. Chronic neck pain and vertigo: Is a true balance disorder present? *Ann Phys Rehabil Med* 2009;52(7-8):556-67.
15. Cho DK, Rhee CK, Lee SJ, Jang YY, Hyun JK. Myofascial pain syndrome in patients with cervical vertigo. *J Korean Acad Rehabil Med* 2011;35(2):243-9.
16. Reid SA, Rivett DA. Manual therapy treatment of cervicogenic dizziness: A systematic review. *Man Ther* 2005;10(1):4-13.
17. Heikkila H, Johansson M, Wenngren BI. Effects of acupuncture, cervical manipulation, and NSAID therapy on dizziness and impaired head repositioning of suspected cervical origin: A pilot study. *Man Ther* 2000;5(3):151-7.

【별첨 1】 Korean Dizziness Handicap Inventory

이 설문지의 목적은 어지럼으로 인한 증상 때문에 당신이 경험하는 어려움을 알고자 하는 것입니다. 각 항목에 대해 “항상”, “가끔”, “없다”로 답변해 주십시오.

	항상	가끔	없다
P1			
E2			
F3			
P4			
F5			
F6			
F7			
F8			
E9			
E10			
P11			
F12			
P13			
F14			
E15			
F16			
P17			
E18			
F19			
E20			
E21			
E22			
E23			
E24			
P25			