

현훈과 오심, 구토를 주소로 하는 소뇌경색 환자의 한의학적 치료 증례보고 1례

김찬영, 정은선, 차지윤, 설인찬, 김윤식, 조현경, 유호룡
대전대학교 한의과대학 심계내과학

A Case of Cerebellar Infarction Patient with Vertigo, Nausea, and Vomiting

Chan-young Kim, Eun-sun Jung, Ji-yun Cha, In-chan Seol, Yoon-sik Kim, Hyun-kyung Jo, Ho-ryong Yoo
Dept. of Cardiology and Neurology of Korean Medicine, College of Korean Medicine, Dae-jeon University

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to report on the Korean medicine treatment of a case of a cerebellar infarction patient suffering from vertigo, nausea, and vomiting.

Methods: We applied herbal medicine (*Yangjin-tang*), acupuncture, and moxibustion to the patient, who was admitted to hospital for 51 days. Clinical symptoms were assessed with a numeral rating scale (NRS) and neurologic examination.

Results: After treatment, the vertigo, nausea, and vomiting symptoms were improved, and the NRS showed improvement.

Conclusions: This case shows that Korean medicine treatments are effective in relieving the symptoms of cerebellar infarction patients experiencing vertigo, nausea, and vomiting.

Key words: cerebellar infarction, Korean medicine, vertigo, nausea, vomiting, case report

1. 서 론

소뇌경색은 허혈성 뇌졸중의 3% 정도로 발생이 흔하지 않고¹ 임상적증상과 CT검사만으로는 MRI에 비해 진단 정확도가 떨어진다². 단독소뇌경색 환자의 10.4%에서는 현훈 이외 청각 이상 및 신경계 증상을 동반하지 않아 전정신경염 같은 말초질환과 감별이 어렵다³. 침범 영역이 큰 소뇌경색은 뇌간 압박이나 폐쇄성 수두증을 유발함으로써 혼수나 사

망에 이를 수 있으므로 주의가 필요하다⁴.

대동맥궁으로부터 분지된 양측 쇄골하동맥 각각에서 척추동맥이 나오고, 뇌혈류의 후순환을 담당하는 이 좌우 척추동맥은 경추의 횡돌기공을 통과하며 두부로 올라가 교뇌연수이음부에서 하나의 뇌기저동맥으로 합쳐진다. 뇌기저동맥은 교뇌와 소뇌로 수많은 혈관을 분지하고 다시 두 갈래의 후대뇌동맥으로 나뉘어 올라간다. 소뇌로 연결되는 주요한 혈관 중 상소뇌동맥(SCA)과 전하소뇌동맥(AICA)은 뇌기저동맥에서 나오고 후하소뇌동맥(PICA)은 양측 척추동맥에서 갈라진다. 이중 후하소뇌동맥은 소뇌의 뒤 아래면과 소뇌충부 아래쪽으로 혈액을 공급하며, 후하소뇌동맥 구역으로 허혈 및 경색이 생기면 심한 현훈, 오심 위주의 증상

· 투고일: 2018.08.03, 심사일: 2018.10.22, 게재확정일: 2018.10.23
· 교신저자: 유호룡 대전광역시 서구 대덕대로 176번길 75
대전대학교 둔산한방병원
TEL: +82-42-470-9131 FAX: +82-42-470-9005
E-mail: medicdragon@hanmail.net

이 발생하게 된다⁵.

한의학적 소뇌경색 치료에 대한 연구는 현훈과 운동실조를 주증상으로 하는 증례보고⁶⁻¹³가 대부분이며, 진전이나 호흡부전 등 증상을 동반하는 증례보고^{14,15}, 척추기저동맥박리에 의하거나 외측연수증후군에 동반하는 증례보고^{16,17}, 소뇌혈관별로 분석한 증례보고¹⁸, 체질적으로 접근한 증례보고^{6,19,20} 등이 있으나 아직 그 근거 수준이 높지 않은 편이다.

본 증례에서는 양방병원에서 한 달 동안 입원치료를 받았음에도 호전되지 않은 소뇌경색 환자에게 본 병원의 처방인 養進湯을 사용하여 일상생활에 불편감이 없을 정도의 현훈, 오심 및 제반 증상의 양호한 호전과 구토 및 운동실조 증상의 소실을 얻었다. 이전에 소뇌경색 환자에게 養進湯을 처방하여 증상이 호전을 얻었던 증례가 없기에 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 병력

49세 남자 환자는 2017년 09월 22일 저녁 회식으로 음주 후 약 5회 구토하였고 익일 새벽부터 심한 현훈이 발생하였다. Local 의원에서 수액을 맞고

west medication을 복용하였으나 호전이 없어 2017년 09월 24일 ○○대학병원 응급실로 내원하였다. 현훈, 오심, 구토, 균형장애 및 보행실조 호소하는 상태로, 뇌혈관질환 관련 가족력은 없으며, 2015년경 겪은 돌발성 난청 외 특이 과거력은 없었다. 2017년 09월 24일 시행한 brain MRI 검사상 subacute infarct in Lt. PICA territory 소견 확인되었고, 09월 27일 재시행한 brain MRI 검사상 동부위로 hemorrhagic transformation 소견 확인되었다. 약 두 주 간 입원치료 하였으나 별무 호전하여 2018년 10월 11일 ○○재활전문병원으로 전원하였고, 현훈 및 구토 증상 여전히 극심하여 재활치료 불가능 상태로 한의학적 치료 위해 2017년 10월 26일 본원으로 내원하였다. 입원 시 west medication은 Clopidogrel 75 mg (크리빅스정), Rosuvastatin 10 mg(크레스토정 10 mg) 이외에 현훈, 오심, 구토에 대하여 Dimenhydrinate 150 mg #3(보나링에이정), Rebamipide 300 mg #3(무코스타정), Dexlansoprazole 30 mg(덱실란트 디알캡슐 30 mg), Domperidone 30 mg #3(알보젠포페리돈정)을 ○○대학병원에서 처방 받아 복용 중이었다.

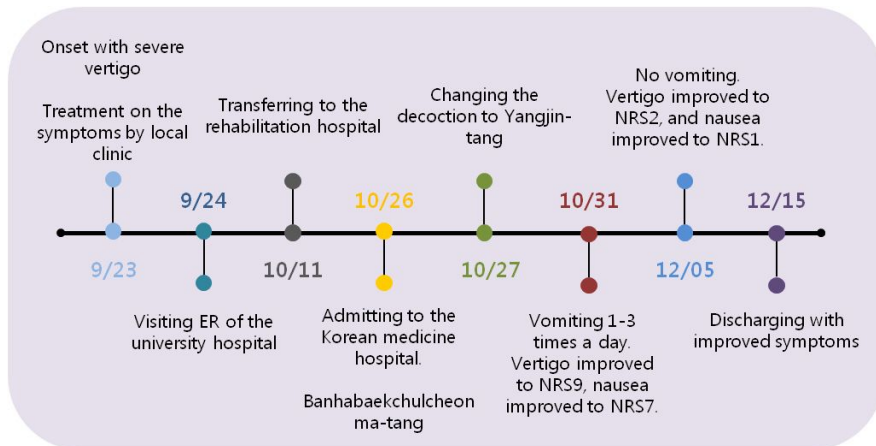


Fig. 1. Timeline of the patient's history.

2. 검사 소견

- 1) MRI Diffusion(2017년 09월 24일 by ○○대학 병원)
 - (1) Regional patchy high SI on DWI, FLAIR images at the vermis, anterior cbl. hemisphere, some Lt paramedian posterosup. cbl. hemisphere and some Rt. posteroinf. cbl. hemisphere. → subacute infarct in Lt. PICA territory.
 - (2) A few small UBOs(unknown bright objects) at the both frontal WM area.
 - (3) Mild brain atrophy with mild dilated both lateral, 3rd ventricles.
 - (4) A retention cyst in Rt. maxillary sinus.

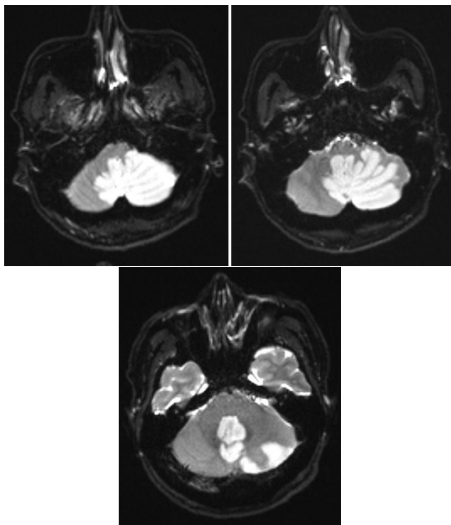


Fig. 2. 2017.09.27 brain MRI T2 image.

- 2) Admission vital sign : 특이소견 없음.
- 3) EKG(2017년 10월 27일) : 특이소견 없음.
- 4) Chest PA(2017년 10월 27일) : 특이소견 없음.
- 5) 혈액검사 : 특이소견 없음.
- 6) 신경학적 검사
 - (1) Pupil reflex : good/good
 - (2) Neck stiffness : -
 - (3) Deep tendon reflex : 특이소견 없음.

- (4) Babinski sign : -/-
- (5) Hoffmann sign : -/-
- (6) Ankle clonus : -/-
- (7) Finger to nose test : -/-
- (8) Heel to shin test : -/-
- (9) Romberg test : -
- (10) Tandem gait : +

7) 망문문절

- (1) 脈 : 細
- (2) 舌 : 乾無苔
- (3) 腹 : 右天樞部壓痛
- (4) 食 事 : 매끼 죽 1/3공기 정도 먹었고 허기 지는 느낌은 있으나 식욕은 없다.
- (5) 소 화 : 소화는 양호한 편이나 오심과 복부 팽만감이 있고 식후에 오심이 심해지며 간혹 구토를 한다.
- (6) 대 변 : 이상 없음.
- (7) 소 변 : 야간뇨가 일 2-3회 있다.
- (8) 수 면 : 이상 없음.

3. 치료방법

- 1) 치료기간 : 2017년 10월 26일-2017년 12월 15일 (51 days)
- 2) 침치료 : 일 2회 일정한 시간(오전 8시 반경, 오후 2시경)에 멸균된 일회용 호침(0.20×40 mm, stainless steel, 동방침구제작소)을 사용하여 자침하였다. GV20(百會), Ex-HN1(四神聰), ST8(頭維), CV12(中脘), LI4(合谷), PC6(內關), TE5(外關), LR3(太衝), SP3(太白), ST44(內庭), SP6(三陰交), ST36(足三里), ST37(上巨虛), ST39(下巨虛), ST40(豐隆) 등 혈자리 중앙측에서 매회 총 15-25개 이내로 혈위를 취하였고, 일회용 알코올 솜으로 피부를 소독한 후 5~20 mm 깊이로 침을 자입하여 특이 반응을 유발하지 않고 별다른 조작 없이 15분 동안 유침하였다.
- 3) 한약치료
 - (1) 탕 약

- ① 입원 1일(10월 26일) : 半夏白朮天麻湯加味(鈞鉤藤, 牡蠣粉 16 g, 白茯苓 12 g, 澤瀉 8 g, 半夏(薑製), 白朮, 豬苓 6 g, 陳皮, 桂枝, 天麻, 甘菊, 黃芩, 竹茹, 枳實(炒), 日黃連 4 g, 生薑 20 g)를 입원 당일부터 익일까지 3첩을 120 cc씩 3회에 나누어 복용하게 하였다.
- ② 입원 2일-입원 51일(10월 27일~12월 5일) : 養進湯(龍眼肉 12 g, 黃芪(蜜炙), 白朮, 白茯苓 8 g, 白芍藥, 陳皮, 肉桂, 麥門冬(去心), 山藥, 山查肉, 神麩, 貢砂仁, 木香, 甘草 4 g, 烏梅 2 g, 生薑 8 g, 大棗 6 g) 가감 처방을 입원 2일째부터 퇴원시까지 일 2첩 3팩 기준으로 70~120 cc씩 3회에 나누어 복용하게 하였다.
- (2) 과립제 및 연조제 : 五苓散 과립제(아이월드 제약)를 입원기간 동안 3 pack#3 복용하게 하였고, 半夏白朮天麻湯 과립제(기화바이오)와 半夏瀉心湯 과립제(즈무라)를 각각 한 달씩 이어서 3 pack#3 복용하게 하였다. 消積健脾丸(KB원외탕진), 半夏瀉心湯 연조제(기화바이오)는 각각 소화불량이나 오심이 심해질 때 한의사의 지도하 필요에 따라 복용하였다.
- 4) 뜸치료 : 매일 무연전자뜸(Cettum, 케이메디칼)을 양측 HT8(少府), KI1(湧泉)에 15분간 유지하였고 뜸판(단전구합, 동방침구제작소)에 황토뜸(쑤단, 동방메디컬)을 3장 넣어서 CV12(中脘), CV8(神闕), CV4(關元)에 30분간 유지하였다.
- 5) 재활치료 : 전정재활운동 방법을 알려주어 환자 스스로 하루 수회 가능한 범위 내에서 시행하도록 하였다.

4. 평가방법

환자의 치료경과를 평가하기 위해 매일 오전 7시경 현훈과 오심의 numeral rating scale(NRS)를 측정하였고 구토 횟수를 기록하였다. 입원 시 치료 직전 현훈과 오심의 NRS를 10으로 기준하였다.

5. 치료경과

입원 시에는 누운 상태에서 고개를 돌리는 것만으로도 현훈과 오심이 심하여 매일 수회 구토하였으며 식사량이 적고 기력이 없었다. 식후나 보행 후 오심이 악화되는 경향 보였다. 보행은 가능하나 운동실조 양상으로 벽을 잡고 걸었다. 입원 기간 중 점차 호전되어 퇴원 시에는 보행 중 방향을 바꾸거나 고개를 돌리는 동작에서도 현훈이 심하지 않은 정도로, 현훈은 NRS 2, 오심은 NRS 2.5로 호전되었고 구토와 실조성 보행은 소실되었다. 식사량도 평소 정도로 증가하였다.

Table 1. Progress of the Symptoms

	10/26	10/31	11/10	11/19	12/05	12/15
현훈(NRS)	10	9	5	3	2	2
오심(NRS)	10	7	5	2	1	2.5
구토횟수	1-3회 /일	1-3회 /일	1회 /주	3회 /주	0회	0회

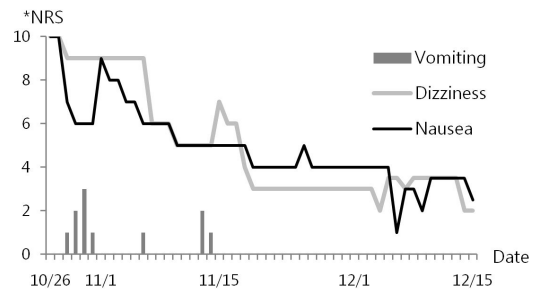


Fig. 3. Progress of the symptoms.

*NRS : numeric rating scale

III. 고찰

소뇌는 말초로부터 다양한 감각 정보를 받아들이고 이를 통합하여 세밀한 운동을 조절하는 역할을 한다²¹. 대뇌가 경험적으로 운동을 예측하여 음

직이게 한다면 소뇌는 말초로부터 받아들인 감각 정보와 대뇌의 정보를 종합하고 오차를 수정함으로써 움직임을 곧바로 정확하게 교정시킨다²². 소뇌에 병리적으로 허혈 및 경색이 발생하게 되면 주로 운동 조절 장애가 나타나게 되는데 이상이 발생한 혈관 영역에 따라 각기 다른 임상양상으로 나타난다.

소뇌에 분지하는 혈관은 크게 후하소뇌동맥, 전하소뇌동맥, 상소뇌동맥 세 가지로 나뉜다. 후하소뇌동맥 영역의 경색에서는 현훈과 몸통가쪽쏠림보행이 가장 흔한 증상으로 나타나며 소뇌장애의 주된 증상인 측정이상(dysmetria)이 잘 나타나지 않아 전정신경세포염과 같은 말초 질환 감별이 어려울 수 있다. 전하소뇌동맥은 위쪽 전정핵, 등가쪽 아래교뇌 및 소뇌의 타래와 더불어 미로동맥을 통한 말초전정기관의 혈액공급도 담당하고 있어 이 부위의 경색에서는 중추전정기능의 이상과 말초전정기능의 이상에서 보이는 증상들이 동반되어 나타날 수 있다. 후하소뇌동맥경색과 마찬가지로 현훈이 주된 증상이며 다른 신경학적 뇌간 증상이 잘 나타나지 않아 감별이 용이하지 않으나 전하소뇌동맥경색에서는 대부분 청력소실을 동반한다는 차이가 있다. 상소뇌동맥경색은 다른 소뇌경색에 비해 현훈이 드물고 안구운동장애가 나타나는데 이는 동반된 뇌간, 간뇌, 후두엽 병변에 의한 경우가 많다⁵.

한의학에서 소뇌경색에 해당하는 특정된 병명은 없으나 dizziness, vertigo, nausea, ataxia, disequilibrium, dysmetria 등 주된 증상에 따라 眩暈과 中風の 범주에 속한다고 볼 수 있다. 眩은 目眩과 眼花의 의미로 눈앞이 깜깜하고 사물이 모호하게 보이는 것을 말하고, 暈은 頭暈과 頭旋의 뜻으로 자기 자신이나 주위 사물이 빙빙 도는 것 같아서 시울 수 없는 것을 말하는 것으로 보통 目眩과 頭暈이 동반되어 나타나므로 眩暈이라고 하였다. 眩暈은 임상적으로 어지럼, 현기증, 불균형, 실신으로 나타나며 서양의학에서는 소뇌경색 이외에도 양성돌발성체

위성현훈증, 전정신경염, 메니에르증후군 등의 말초성 질환, 뇌간경색, 청신경초종 등의 중추성 질환, 기립저혈압 등의 전신질환, 공황장애, 불안장애 등의 심인성 질환에서 나타난다²³. 眩暈에 대한 역대 제가학설의 흐름을 살펴보면 《素問》에서는 '諸風掉眩 皆屬於肝'이라 하여 風이 眩暈의 주요 원인을 주장하며 경락병리로 설명하였고 금원시대의 劉河間은 風火가 相搏하면 발한다고 하여 음양 및 오행의 상생상극 관계로 병리를 설명하였으며 朱丹溪는 '無痰不能作眩', 張仲景은 '無虛不能作眩'이라 하여 痰과 虛에 의해 眩暈이 발생한다고 하였다. 최근에는 肝陽上亢, 濕痰中阻, 氣血兩虛, 腎精不足 등의 변증유형으로 병리를 설명하고 있다²⁴.

본 증례의 환자는 증상 발생 익일 촬영한 brain MRI 검사 상 소뇌층부와 소뇌반구 전방, 좌측 후상방의 정중결 부위와 우측 후하방으로 경색이 크게 온 것을 확인할 수 있다. 이전 병원에서 현훈, 오심, 구토 증상이 심하여 재활치료 불가능한 상태였고 내원시 보행은 가능하였으나 균형을 잘 잡지 못하여 휘청거림이 있고 고개를 돌리면 오심이 심하여 하루에도 두세 차례씩 구토하였다. 소뇌실조 검사상 dysmetria는 심하지 않았으나 tandem gait는 불가하였다. 脈細, 舌乾無苔, 右天樞部壓痛 소견 보이며 기운이 빠지고 식욕부진, 소화불량이 있어 氣陰虛에 痰飲을 겸하였다고 보았고, 이에 養進湯을 기본처방으로 사용하였다. 養進湯은 龍眼肉 12 g, 黃芪(蜜炙), 白朮, 白茯苓 8 g, 白芍藥, 陳皮, 肉桂, 麥門冬(去心), 山藥, 山查肉, 神麩, 貢砂仁, 木香, 甘草 4 g, 烏梅 2 g, 生薑 8 g, 大棗 6 g로 구성된 처방으로 소화불량, 식욕부진, 구미부족한 증상에 다용한다. 十全大補湯을 변형, 가감한 처방으로 熟地黃과 人蔘 대신 龍眼肉, 天麻를 쓰고, 消食, 行氣, 生津하는 약물을 가미하였다. 龍眼肉은 心脾를 보하면서도 약에 甘味를 더하여 식욕부진한 환자가 복약시에 탕약의 쓴맛으로 인해 나타나는 거부감을 줄여주는 역할을 한다. 君藥이 되는 黃芪, 白朮, 白茯苓, 山藥은 補氣하면서 健脾하여 음식을 잘 먹지

못해 까라지는 환자에게 기운을 더해주고 섭취한 음식을 몸의 영양분으로 잘 전환시킬 수 있는 토대를 마련한다. 山楂, 神麩, 貢砂仁, 肉桂, 陳皮, 木香은 消食하면서 和胃하여 소화를 돕고, 흑여 膩滯한 보약으로 氣滯하지 않도록 行氣시키며, 麥門冬, 烏梅, 白芍藥은 陰血을 더하고 生津하여 입맛을 돌게 한다. 養進湯의 주안점은 구미를 당기게 하고 소화를 도와주면서 점차 식사량을 늘리고 전반적인 체력을 향상시키는 것에 있다. 음식을 잘 먹지 못하고 영양 섭취가 원활하지 않은 환자는 치료에 대한 반응이 떨어지는 경우가 많아 일차적으로 소화기능을 개선시킴으로써 신체가 스스로 회복하는 능력을 최대화한다. 비록 養進湯에 대한 기존 연구는 부재한 실정이나, 그 기본처방이 되는 十全大補湯에서 소뇌경색 환자의 현훈, 오심 치료에 대한 근거를 찾을 수 있다. 이²⁵는 십전대보탕을 투여한 뇌허혈 흰쥐에서 국소뇌혈류량이 기저치보다 유의하게 상승하였음을 밝혔고, 이²⁶는 十全大補湯추출물로 처리한 신경교세포주 C6 glioma에 hydrogen peroxide와 rotenone으로 산화적 스트레스를 유발하였을 때 항산화 기전 활성화를 통해 세포 사멸을 유의하게 방지했음을 밝혔다. 본 증례의 환자는 허혈성 뇌신경 손상에 속발한 회전성 현훈을 주소로 하므로 한약의 효과에 대한 위 연구를 근거로 그 회복 기전을 일부 설명할 수 있다. 증상에 따라 3-4일마다 약재를 가감하여 사용하였는데 기력저하에 人蔘, 몸이 무겁고 현훈이 심한 경우에 半夏, 南星, 澤瀉, 오심이 심한 경우에 半夏, 黃芩, 黃連을 가미하거나 증량하였고, 속이 더부룩하고 체한 것 같다고 호소하는 때는 氣滯할 수 있는 補陰藥 및 甘味藥을 감량하였으며, 식사량이 증가함에 따라 燥濕한 消食藥, 理氣藥, 清熱藥을 감량하여 처방하였다. 역대 문헌에 기록된 현훈 치료 경혈을 살펴보면 GB20(風池)가 최다 언급되었고, GV20(百會), ST36(足三里)가 다용되었으며, ST40(豐隆), GV24

(神庭), PC6(內關)이 그 다음으로 나타났다²⁷. 침구치료는 이에 근거하여 취하되 오심, 구토 등 기타 증상에 따라 가감하여 사용하였고 사지와 두부에 균형적으로 자침하였다. 화장실 가는 정도의 보행으로도 현훈, 오심이 심해 입원 초기에는 전정재활훈련으로 누운 상태에서 좌우로 움직이는 손가락을 따라 시선을 옮기는 운동과 정면으로 들어올린 손가락을 응시한 채로 시선을 고정하고 고개를 좌우로 가로짓는 운동을 시행하였다. 제반 증상이 호전된 후에는 무리되지 않는 범위 내에서 보행하게 하였고, 좌우를 응시하며 보행하는 운동을 시행하게 하였다. 소뇌경색 환자의 실조성 파행을 평가하기 위한 척도로 Scale for the Assessment and Rating of Ataxia(SARA)가 빈용된다. SARA는 8가지 항목(gait, stance, sitting, speech, finger chase, nose-finger test, fast alternating hand movements, heel-shin slide)에 대하여 40점 만점으로 평가하는데, 상기 환자는 gait와 stance 이외 항목에 대해서는 negative 소견 보였고, 입원 시 gait(총 8점) 4점, stance(총 6점) 2점에서 퇴원 시 gait 0점, stance 0점으로 호전 보였으나 본 증례의 환자는 보행실조보다 현훈 증상으로 인한 오심과 구토를 심하게 호소하는 상태로 전인적 증상의 경과를 자세히 파악하기 어렵다. 어지럼증 척도인 Functional Level Scale of the AAO-HNS는 단일 항목에 대해 6단계 척도로 구성되어 빠르고 간편하게 적응 경과를 평가할 수 있으나 각 단계의 서술이 포괄적이고 모호하여 입체적인 환자 파악이 어렵다. Dizziness Handicap Inventory (DHI)는 25문항이 기능적, 감정적, 신체적 영역으로 구분되어 다른 척도에 비하여 현훈 환자를 다각적으로 평가하고 파악할 수 있는데, 슈퍼마켓 통로 보행 시 증상의 악화라든가, 집안일, 정원일 수행의 어려움과 같은 항목은 입원 중인 환자에서 측정이 불가하다는 측면이 존재한다.

Table 2. Scale for the Assessment and Rating of Ataxia (SARA)

Gait	0	Normal, no difficulties in walking, turning and walking tandem (up to one misstep allowed)
	1	Slight difficulties, only visible when walking 10 consecutive steps in tandem
	2	Clearly abnormal, tandem walking >10 steps not possible
	3	Considerable staggering, difficulties in half-turn, but without support
	4	Marked staggering, intermittent support of the wall required
	5	Severe staggering, permanent support of one stick or light support by one arm required
	6	Walking >10 m only with strong support (two special sticks or stroller or accompanying person)
	7	Walking <10 m only with strong support (two special sticks or stroller or accompanying person)
	8	Unable to walk, even supported
Stance	0	Normal, able to stand in tandem for >10 s
	1	Able to stand with feet together without sway, but not in tandem for >10 s
	2	Able to stand with feet together for >10 s, but only with sway
	3	Able to stand for >10 s without support in natural position, but not with feet together
	4	Able to stand for >10 s in natural position only with intermittent support
	5	Able to stand >10 s in natural position only with constant support of one arm
	6	Unable to stand for >10 s even with constant support of one arm

Table 3. Dizziness Handicap Inventory (DHI)

Questions	Always	Sometimes	No
1. Does looking up increase your problem?			
2. Because of your problem, do you feel frustrated?			
3. Because of your problem, do you restrict your travel for business or pleasure?			
4. Does walking down the aisle of a supermarket increase your problem?			
5. Because of your problem, do you have difficulty getting into or out of bed?			
6. Does your problem significantly restrict your participation in social activities, such as going out to dinner, going to movies, dancing or to parties?			
7. Because of your problem, do you have difficulty reading?			
8. Does performing more ambitious activities like sports, dancing, household chores, such as sweeping or putting dishes away; increase your problem?			
9. Because of your problem, are you afraid to leave your home without having someone accompany you?			
10. Because of your problem, have you been embarrassed in front of others?			
11. Do quick movements of your head increase your problem?			
12. Because of your problem, do you avoid heights?			
13. Does turning over in bed increase your problem?			
14. Because of your problem, is it difficult for you to do strenuous housework or yard work?			
15. Because of your problem, are you afraid people may think you are intoxicated?			
16. Because of your problem, is it difficult for you to go for a walk by yourself?			
17. Does walking down a sidewalk increase your problem?			
18. Because of your problem, is it difficult for you to concentrate?			

19. Because of your problem, is it difficult for you to walk around your house in the dark?
20. Because of your problem, are you afraid to stay home alone?
21. Because of your problem, do you feel handicapped?
22. Has your problem placed stress on your relationships with members of your family or friends?
23. Because of your problem, are you depressed?
24. Does your problem interfere with your job or household responsibilities?
25. Does bending over increase your problem?
Total

소뇌경색 수반 증상과 중추성 현훈의 자연경과에 대한 기존 연구가 부족한 편으로 본 증례 경과와의 객관적 비교가 어려웠다. 다만 급성 양측성 소뇌경색의 임상 양상 및 기전에 대한 연구에서 홍²⁸은 퇴원시 modified Rankin Disability Scale 점수와 입원 기간을 기준으로 할 때 양측성 소뇌경색이 편측성 소뇌경색에 비해 통계적으로 유의하게 불량하다고 하였고, 또 상기 환자는 경색 침범 영역도 넓은 편인데 발병 5일째에 시행한 영상검사에서 출혈 변환 소견까지 확인되어 신경학적 회복 경과가 단순 편측성 소뇌경색 환자보다 나쁠 것으로 사료되었다. 실제로 한 달 간의 양방병원 입원 치료에도 심한 현훈, 오심, 구토 증상이 자연호전을 얻지 못했다. 이 환자는 본원에서 동일한 주된 처방을 지속적으로 복용하여 점차 현훈과 보행실조가 완화되며 일상생활에 무리 없을 정도로 신체적, 기능적 호전을 얻었을 뿐만 아니라 식사량이 늘고, 구토가 멎으면서 감정적, 사회적 영역에서도 양호한 호전을 얻었다는 의의가 있다. 시기와 증상마다 가감한 약제와 사용한 혈위가 조금씩 변했다는 점과 여러 한의학적 치료를 병행하여 독립된 치료의 효과에 대해 파악하기 어렵다는 점, 그리고 증상에 대한 적절한 처도의 사용이 부족했다는 점에서 한계를 갖는다. 향후 더 많은 소뇌경색 환자에 대한 한의학적 증례의 축적과 지속적이고 체계적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결론

현훈과 오심, 구토를 주소로 하는 소뇌경색 환자에게 養進湯을 처방하고 침구치료를 병행함으로써 제반 증상에 양호한 호전을 얻어 이에 보고하는 바이다.

감사의 글

본 연구는 한국 보건산업진흥원/중부권 한의약 임상시험센터의 지원을 받아 진행됨. (HI15C0006)

참고문헌

1. Edlow JA, Newman-Toker DE, Savitz SI. Diagnosis and initial management of cerebellar infarction. *The Lancet Neurology* 2008;7(10):951-64.
2. Simmons Z, Biller J, Adams Jr HP, Dunn V, Jacoby CG. Cerebellar infarction: comparison of computed tomography and magnetic resonance imaging. *Annals of neurology* 1986;19(3):291-3.
3. Lee H, Sohn SI, Cho YW, Lee SR, Ahn BH, Park BR, et al. Cerebellar infarction presenting isolated vertigo frequency and vascular topographical patterns. *Neurology* 2006;67(7):1178-83.
4. Hornig CR, Rust DS, Busse O, Jauss M, Laun A.

- Space-occupying cerebellar infarction. Clinical course and prognosis. *Stroke* 1994;25(2):372-4.
5. Korean Stroke Society. Text book of STROKE. 2nd ed. Seoul: Beom Moon Education: 2015.
 6. Sun SH, Lee JE, Han DY, Lee SW, Lee SL, Ko SG. The Two Case Reports of Taeumin with Central Dizziness and Cerebellar Ataxia. *Korean J Orient Int Med* 2004;25(2):335-43.
 7. Kim SM, Sun JJ, Jung JH, Choi CM, Shin WJ, Rhee JW, et al. A Case of Vertigo Patient after Cerebellar infarction improved by Oriental medical Treatment. *The journal of oriental chronic diseases* 2005;10(1):62-8.
 8. Lee JW, Hong SH, Kim JE, Son HY, Kim DG, Sin CK. Case Study of Cerebellar Infarction Base on Oriental Medical Diagnosis of Dongeuibogam. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2009; 23(6):1497-502.
 9. Choi KS, Lee HH, Shin YS, Kim JS, Kim YS, Han YH, et al. Case Studies of Central Vertigo Patients Diagnosed as Cerebellar infarction. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2008;22(6):1589-93.
 10. Han GS, Lee WC. A Case of Dizziness Patient diagnosed as Cerebellar infarction and treated with Qingyanligetang. *Dongguk J the institute of oriental medicine* 2000;9:25-33.
 11. Cho YY, Shin JH, Baik TH, Park HM, Sun SH. A Case Study of a Patient with a Cerebellar Infarction, Dizziness, and Ataxia Who Was Treated with Traditional Korean Medicine. *J Int Korean Med* 2017;38(2):270-5.
 12. Choi JS, Lee JY, Bae NY, Ahn TW. Three Cases of Cerebellar Infarction Patients with Dizziness and Ataxia who were Evaluated using the Equilibrium Function Test. *Journal of Sasang Constitutional Medicine* 2010;22(4):113-23.
 13. Park JS, Lim DS, Lee HH, Choi GS, Lee YS, Choi CW, et al. A case of Acute bilateral Cerebellar Infarction patient with ataxia and vertigo. *J Int Korean Med* 2007:spr:135-42.
 14. Choi YK, Ko JC, Ko SH, Lee CJH, Park SK, Kim DW, et al. One Case Treated Dyspnea with Cerebellar Infarction. *J Int Korean Med* 2000;21(4):687-91.
 15. Hwang JW, Kang RY, Shim HJ, Na YJ, Kim BC, Song SC, et al. A Case Study of Tremor Patient diagnosed as Cerebellar infarction. *Korean J Orient Int Med* 2007;28(4):929-36.
 16. Lee SS, Hwang GS, Kim DS, Yun JM, Moon BS. A Case Report of a Patient with Cerebellar Infarction with Vertebrobasilar Artery Dissection. *The Journal of Internal Korean Medicine* 2017; 38(5):709-18.
 17. Han SH, Paik JW, Jeong SH, Shin GC, Lee WC. A Treatment Report of Lateral Medullary Syndrome with Cerebellar Infarction. *Korean J Orient Int Med* 2003;24(3):667-74.
 18. Heo JW, Cha JY, Jo HK. Case Report of Cerebellar Artery Infarction Patients Treated by Traditional Korean Medicine. *J Int Korean Med* 2016;37(2):143-55.
 19. Kim SH, Seok JH, Lee KS, Choi KJ, Ham TI, Hwang MW, et al. A Case Study about Taeumin Patient Suffering from Nausea and Vomiting, Treated with Taeumin 'Interior-hot Disease'. *Journal of Sasang Constitutional Medicine* 2006; 18(2):133-8.
 20. Hwang MW, Lee TG, Lim SK, Song IB. A Clinical Study of Taeyangin's Yulkyuk disease. *Journal of Sasang Constitutional Medicine* 2003; 15(3):216-20.
 21. Korean Neurological Association. Textbook of Neurology. 3rd ed. Seoul: Beom Moon Education:

- 2017.
22. Park MH. All that Brain Science with Illustration. 1st ed. Seoul: Humanist; 2013.
23. Association of Korean Medicine Professors for Cardiovascular and Neurological Medicine. Cardiovascular and Neurological Medicine in Korean Medicine I. revised ed. Seoul: Woori Medicine publication; 2018.
24. Seol IC, Kim BT. A Literature Review on Dizziness. *Journal of Haehwa Medicine* 1996; 5(1):205-10.
25. Lee SY, Jeong HW. Experimental Effects of Sibjeondaebo-tang and Gamy-Sibjeondaebo-tang on Cerebral Hemodynamics in Cerebral Ischemia Rats. *Journal of physiology & pathology in Korean Medicine* 2013;27(2):173-82.
26. Lee SY, Kim HW, Kim KY, Choi CH, Yoon YC, Jeong HW. Protective Effects and Anti-oxidative Effects of Sipjeon-Daebo-Tang and Gami-Sipjeon-Daebo-Tang in C6 Glioma Cell. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2009;23(6):1292-8.
27. Park SY, Hwang SY, Hwang WJ, Eom TS. A Literature Review on Acupuncture treatment of Dizziness. *J Korean Acupunct Moxib Soc* 1990;7(1):369-79.
28. Hong JM, Shin SG, Kim JS, Bang OY, Joo IS, Heo G. Neurological Features and Mechanisms of Acute Bilateral Cerebellar Infarction. *Journal of Clinical Neurology* 2003;21(1):7-13.