

## 小腦梗塞으로 인한 中樞性 眩暈患者의 治驗 1例

韓基璿 · 李源哲

東國大學校 韓醫科大學 內科學教室

【초록】 임상적으로 흔히 접할 수 있는 현훈의 원인은 크게 말초성과 중추성으로 구분되는데, 말초성 현훈의 경우는 전정기관 장애가 많은 반면, 중추성 현훈의 경우는 소뇌와 뇌간 부위의 혈관인성 질환, 종양 질환 등이 대부분을 차지한다. 이에 필자는 소뇌경색으로 인한 중추성 현훈 환자가 한방 치료를 통해 호전된 증례가 있어 보고하고자 한다. 61세의 남환으로 인후통, 해수 등의 상기도 감염 증세가 있어 가료하던 중, 현훈·두통 발생하여 뇌전산화단층촬영 및 자기공명영상촬영에서 소뇌경색 진단받은 후 상초풍열·열담으로 진단하여 청인이격탕을 투여한 결과 제반증상 호전을 확인하여 이를 보고하고자 한다.

중심낱말 : 소뇌경색(小腦梗塞), 현훈(眩暈), 청인이격탕(淸咽利膈湯)

### I. 緒 論

眩暈은 자신이나 주위가 빙빙 도는 느낌으로, 크게 생리적인 眩暈과 병적 眩暈으로 구분할 수 있다. 생리적 眩暈으로는 배멀미 등과 같이 전정계가 상황에 적응하지 못하는 경우, 머리와 목의 자세 변경에서 비롯되는 경우 및 빠르게 움직이는 영상 및 물체를 추적하는 동안 발생하는 경우 등이 있다. 병적 眩暈은 말초성과 중추성 장애로 나눌 수 있는데, 말초성 장애는 주로 전정기능장애가 대부분을 차지하며, 惡心嘔吐, 자세불안 등이 동반되기도 한다.<sup>1)</sup> 중추성 장애는 소뇌 및 뇌간, 종종 뇌간이상의 다른 중추들의 혈관질환이나 종양 등에 의해서 발생하며 병변 부위와 관련된 신경학적 증상 이외에 뇌압 상승의 징후를 동반하기도 한다.<sup>2)</sup>

한의학에서는 눈앞이 흐려지는 眩과 외계 사물이 도는 듯한 느낌인 暈을 합쳐 眩暈이라고 하며, 風·痰·火·虛 등의 病因으로 발생한다. 風火上搖, 痰濕中阻, 陰虛陽亢, 心脾血虛, 中氣不足, 腎精虧虛의 病機로 분류하여 각각 祛風化痰, 淸痰火, 補中氣虛, 補腎精 등의 方法으로 치료한다.<sup>3)</sup>

이에 저자는 상기도 감염을 동반한 후하소뇌 동맥경색으로 인한 중추성 眩暈 환자의 치험 1例를 보고하는 바이다.

### II. 症 例

1. 환자 : 김 ○○, 남자 61세.

2. 진단명 : 1) 소뇌경색  
2) 상기도감염

1) Kurt J. Isselbacher, 해리슨 번역 편찬위원회 ; 해리슨 내과학, 서울 정담출판사, pp.98~101, 1997.

2) Lawrence M. Tierney, Jr., MD., Stephen J. McPhee, MD., Maxine A. Papadakis, MD., 전국의과대학교수 역 ; 오늘의 진단 및 치료, 서울 한우리, p.253, 1999.

3) 李鳳教 : 症狀鑑別治療, 서울 成輔社, pp.141~143, 1991.

3. 주소 : 眩暈, 頭痛, 咽喉痛, 咳嗽.

4. 발병일 : 頭痛, 眩暈 - 2000년 3월 27일  
咽喉痛, 咳嗽 - 2000년 3월 24일

5. 과거력 : 특이사항 없음.

6. 현병력 : 상gi자는 만 61세의 건장한 체격에 급한 성격의 男子患者로 평소 건강하게 생활하던 중, 2000년 3월 24일 咽喉痛, 咳嗽 등의 상기도 감염 증상 있어 안정가료하였다. 2000년 3월 27일에 頭痛·眩暈 발생하여 광주병원 응급실에서 Brain CT촬영 통해 정상조건 진단 받고 가료하였으나, 頭痛·眩暈 증상 보다 심해져, 2000년 3월 29일 인하병원에 입원하여 Brain CT 및 Brain MRI 검사상 소뇌경색 진단 받고 뇌압강하제(15% mannitol) 및 Ticlopidine, Nicitile 등의 처치 받고 頭痛, 眩暈 증상 호전되어 4월 4일 퇴원하였다. 4월 6일 頭痛·眩暈 증상 다시 심해져 한방치료 위해 본원에 입원함.

7. 가족력 : 특이사항 없음.

8. 사회력 : 일용직 현장근로자로 평소 2흡들이 소주를 한달에 스무병 정도로 마셨으며, 담배는 하루에 한갑정도 피웠으나, 본원 입원 10일전부터 금연.

9. 이학적 검사소견  
(Physical examination)

1) 초진소견(Review Of System)

全身症狀 : 전체적으로 氣力이 저하, 眩暈과 頭痛이 심함. 惡寒(+).

皮膚 : 赤白. 평소 自汗이 심하였으나, 발병일 이후 自汗증상 無.

呼吸器 : 晝夜間咳嗽, 呼吸困難(-), 喀痰(-).

口·咽喉 : 咽喉痛, 口渴, 喜冷飲, 口苦.

胸部 : 胸痛(-), 심전도는 정상소견임.

消化器 : 평소 식사상태나 소화상태 양호하였

으나, 발병이후 식욕저하. 惡心嘔吐(-).

睡眠 : 淺眠.

精神狀態 : 良好.

大便 : 평소 3일에 1회정도로 排便하였으나, 便秘 증상은 없었다.

마지막 排便은 2000년 4월 4일.

小便 : 小便良好.

舌診 : 舌紅無苔, 주변부는 黃白厚.

脈診 : 脈弦.

初診時活動徵候 : BP 110/70, BT 36.7, PR 80, RR 20, BST 86.

2) 신경학적 검진소견

① 평형감각검사(Equilibrium)

\* 단순 보행 불능(simple walking : - )

\* 세로로 나란히 걷기 검사 불능(tandem walking : - )

② 수의근 협동기능 검사(Coordination of voluntary muscle)

\* 鼻指鼻시험(finger to nose) : 정상

\* 빠른 교대성 운동기능 검사

(rapid alternative movement) : 정상

③ 말하기 : 정상 (scanning speech : - )

④ 눈 검사 (Eye sign)

\* 안구 운동 범위 (E.O.M.) : 정상

\* 안진 (nystagmus) : 정상

⑤ 기타

\* 기도 진전 (intental tremor) : 정상

\* Stewart - Holmes Rebound

phenomenon : 정상

3) 방사선학적 소견

① 두개내 자기공명촬영 : 2000년 3월 30일 인하병원에서 시행 (그림 1, 2, 3.)

1. Cerebellar infarction, Lt, posterior inferior cerebellar artery territory

2. Small vessel disease, grade I

② 흉부 X-선 검사 : 2000년 4월 12일 시행 : 특이사항 없음.

③ 복부(간) 초음파 검사 : 2000년 4월 15일 시행 : 특이사항 없음.

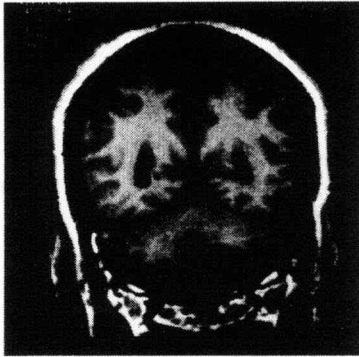


그림 1. T1-weighted

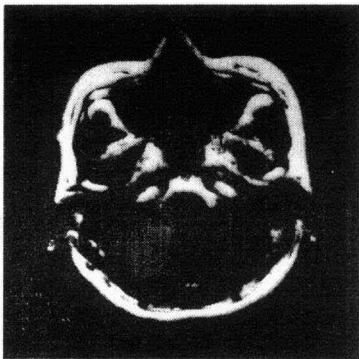


그림 2. T1-weighted

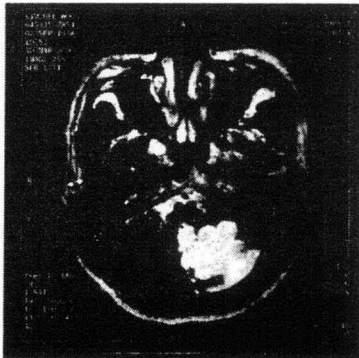


그림 3. T2-weighted

4) 초진 및 퇴원시 심전도 검사 소견 : 정상 소견.

5) 임상병리검사

**【표 1】 임상병리검사**

		4월 6일	4월 12일	4월 17일
Serum	ALP	100	166	161
	GPT	42	150	139
	GOT	24	70	86
	Gamma-GT	60		118
*HBs Ab		positive		
Whole Blood	W.B.C.	14500	13300	6900
	ESR	18	2	32

(\* HBs Ab는 HA<sup>4)</sup>법으로 확인함.)

**10. 증상변화 (표 2., 표 3., 그림 4. 참조)**

1) (2000.4.6.) : 입원당일 頭痛 및 眩暈 심하여 독립보행은 불가능한 상태였고, 全身無力感이 심하였다. 식욕은 저하되어 있었으나, 소화상태는 양호한 편으로 惡心, 嘔吐는 없었다. 咽喉痛, 咳嗽, 口渴, 惡寒 등의 상기도 감염 증상이 동반되어 있었다.

2) (2000.4.7.) : 頭痛, 眩暈은 입원당시보다 다소 증가된 상태였고, 大便은 3일째 보지 못한 상태였으나, 腹部不快感은 없었다. 입원당시 36.7℃ 였던 체온이 야간에 38.2℃ 로 상승하였고, 咳嗽·咽喉痛·惡寒 등의 상기도 감염 증상도 다소 심해진 상태였다.

3) (2000.4.8.) : 7일 자정에 淸咽利膈湯이 투여된 후, 頭痛·眩暈·咽喉痛·咳嗽·惡寒 등의 증상이 감소되기 시작하였다. 약복용 후 惡心증상이 5-6차례 발생하였고, 汗出이 동반되었다. 식욕부진 등의 증상은 여전하였다. 8일 오전부터 체온은 정상범주에 속했다. 大便은 오후에 보통으로 한차례 보았다. 8일 새벽에 있었던 惡心 증상은 그 이후 없었으며, 땀은 점점 줄어들어 오후 이후로는 피부에 잠시 느껴질 정도였

4) 李三悅 外 : 臨床病理検査法, 서울 연세대학교 출판부, p.646, 1996.

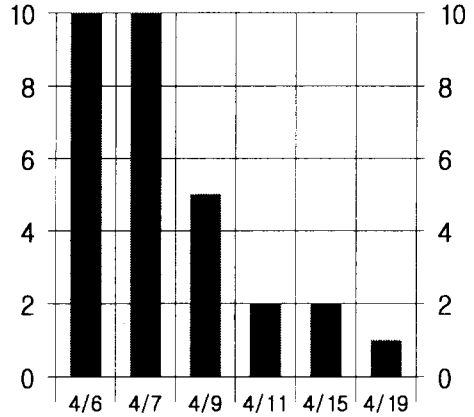
다. 8일 오후부터 惡寒이 사라지고, 寒熱往來가 나타났다.

4) (2000.4.9.-4.11.) : 8일부터 頭痛 및 眩暈이 호전되어 독립보행이 가능해졌고, 식욕호전되어 음식을 다 먹었다. 咽喉痛은 10일이후 소실되었으나, 咳嗽 및 寒熱往來 증상은 야간에 심해지는 경향을 보여 수면에 다소 지장을 주었다. 大便은 다소 묽은 상태로 매일 보았다. 微汗出 증상은 약복용 후 지속적으로 나타났으며, 체온이 10일과 11일 야간에 각각 37.5℃, 38.1℃로 확인됐으며, 全身痛이 10일부터 지속되었다.

5) (2000.4.12.-4.15.) : 頭痛 및 眩暈은 입원당시에 비해 10%정도 이하로 감소된 상태였다. 12일, 14일 야간에 체온이 각각 38.1℃, 38.2℃ 확인되었으나, 별무처치로 정상체온으로 회복되었다. 야간咳嗽가 호전되어 수면에 장애가 되지 않았으며, 全身痛도 다소 호전되었다.

6) (2000.4.16.-4.19.) : 頭痛 및 眩暈은 거의 소실된 상태였으며, 간간히 나타나는 야간乾咳를 제외하고는 다른 증상들은 소실된 상태였다. 식욕 및 소화양호하였으며, 대변도 큰 불편감없이 매일 보았다. 2000.4.19.에 호전되어 퇴원하였다.

그림 4. 頭痛·眩暈의 입원치료 후 경감과정



【표 2】 경과과정 (증상-1 : 頭痛·眩暈 / 증상-2 : 咳嗽·咽喉痛 / 증상-3 : 기타)

	증상-1	증상-2	증상-3	처방
4/6	頭痛·眩暈으로 독립보행 불가	咳嗽·咽喉痛·發熱惡寒 증상이 있음	食慾不振·不汗出 大便不得2일째	淸暈化痰湯
4/7	頭痛·眩暈여전	咳嗽·咽喉痛·發熱惡寒 여전	食慾不振·不汗出 大便不得3일째 야간발열 38.2℃	茵陳五苓散
4/8	頭痛·眩暈감소	咳嗽여전·咽喉痛감소, 惡寒소실·寒熱往來발생.	大便得 독립보행가능	淸咽利膈湯
4/9~4/11	頭痛·眩暈감소(2/10)*	주간咳嗽완화·야간咳嗽증가 咽喉痛소실 寒熱往來여전	每日大便得 微汗出	淸咽利膈湯
4/12~4/15	頭痛·眩暈감소(2/10)*	야간咳嗽감소 寒熱往來감소	12일 大便不得 야간발열 38.1℃ 14일 大便不得 야간발열 38.2℃ 15일 大便不得	滋陰降火湯
4/16~4/19	頭痛,眩暈 소실 (1/10)*	야간咳嗽소실 寒熱往來소실	不汗出·大便得	滋陰降火湯

(\* '2/10' 및 '1/10'은 입원 후 증상이 가장 심할때를 10으로 기준으로 한 비교표시임.)

표 3. 경과과정에 따른 투여 처방

	Herb-med	Herb-ex	Fluid
2000.4.6.	清暈化痰湯	清上鑷痛湯	D5W 1L (2M NaCl 30ml 2M KCl 15ml B1 mixed)
4.7.	茵陳五苓散	九味羌活湯	
4.8.	清咽利膈湯	利氣丸	
4.9.		利氣丸	
4.10.		小柴胡湯	
4.11.		利氣丸	
4.11.	小柴胡湯	六味地黃湯	
4.12.	滋陰降火湯	小柴胡湯	
4.13.		五苓散	
4.14.			
4.15.		D5W 1L (B1 mixed)	
4.16.			
4.17.			
4.18.	小柴胡湯		

### 11. 기타처치

상기 표 3.에 기재되어 있는 수액처치 이외에 는 별다른 양방처치 없었다.

본원에 입원하기전 orfil, bease, dramamin, ticlopidine, nicetile 등을 복용하고 계셨으나, 입원후 상기약은 복용하지 않았다. 체온상승시 에도 herb-med, herb-ex 및 tepid massage 로 처치하였다.

## III. 考 察

眩暈은 신체 및 사물이 빙빙 도는 것같이 느껴 지는 일종의 주관적 느낌으로<sup>5)</sup>, 공간에 대한 감각장애 및 평형감각장애로 나타난다.<sup>6)</sup> 정도에 따라 일상생활 및 사회생활에 영향을 미치기도 하는데, 미로(labyrinth), 전정신경(vestibular nerve) 또는 이들의 중추성 전도(central connection) 장애 및 중추성 장애로 나타난다. 중추성 장애

는 전정기능이 있는 뇌간과 이와 연결된 소 뇌, 척추기저동맥 등이 관련 있다. 전정(vestibule)분지들은 말초기관으로부터 시작되 어 추체골(petrous bone)을 통과하고, 내이도(internal auditory meatus)를 빠져나와 소뇌 뇌 교각(CP. angle)위치의 지주막하 부위를 거쳐 뇌교연수 경계부위의 뇌간속으로 들어간다. 여 기서 일부 자극은 말초신경의 신경섬유가 뇌간 을 통과하여 직접 소뇌에 전달되기도 한다. 그 러나 대부분의 자극은 뇌간의 전정 신경핵(vestibular nucleus)에서 접합을 형성한다. 이들 접합이후 두번째 신경섬유는 동측 전정로(vestibular tract)를 통해 하행하거나, 동측 내 측중속(medial longitudinal fasciculus)을 통해 제III, 제IV, 제VI 뇌신경에 전달되거나, 또는 측 두엽, 소뇌쪽으로 전달되는 경로를 밟는다. 이때 소뇌의 실정핵(fastigial nucleus)에서 균형자극 이 다시 되먹임경로를 통해 양측성으로 뇌간의 전정신경핵에 전달되는 등의 방법을 통해 전체

5) 배춘상 외 : 神經解剖學, 서울 高文社, p.165, 1995.

6) 王新志 外: 中華實用中風病大全, 北京, 人民衛生出版社, pp.265~266, 1996.

적으로 신체 균형이 조절된다.<sup>7)</sup>

중추성 장애와 관련있는 소뇌는 두개골의 후와(posterior fossa)에 위치하며 소뇌천막(tentorium cerebelli)에 의해 대뇌와 분리되어 있으며 뇌간의 뒤쪽에 자리잡고 있다. 소뇌를 신경해부학적으로 크게 분류하면 외측의 두개의 소뇌반구와 이들 중간에 위치하는 虫部(vermis)로 구성되며, 원심성·구심성 신경섬유들이 지나가는 통로가 되기도 한다. 소뇌는 신경해부학적으로 뇌간 등 다른 인접구조와 매우 긴밀한 관련성을 유지하고 있으므로 때로는 소뇌

병변의 임상증후를 독립적으로 판별하기는 쉽지 않지만, 대체적으로 사지운동장애, 안구운동장애, 언어장애, 두부경사, 불수의적 운동 등으로 나눌 수 있다.<sup>3)</sup> 이러한 장애들을 몇가지 증후군으로 다시 나누어 볼 수 있는데, 신경해부학적 구조에 따라 소뇌충부증후군과 소뇌반구증후군으로 나눌 수도 있고(표 3), 소뇌의 발생학적 특징에 따라 고소뇌증후군 (archicerebellar syndrome), 구소뇌증후군(paleocerebellar syndrome), 신소뇌증후군(neocerebellar syndrome)으로도 나누어 볼 수도 있다(표 4).

【표 3】 신경해부학적인 구조에 따른 분류

신경해부학적인 구조에 따른 분류	중심부 병변	신경해부학적인 구조에 따른 분류
	반구 병변	동측성 장애가 출현. 수의적 운동을 조정하는 능력을 상실. →ataxia →dysmetria →dysdiadochokinesia →intention tremor →rebound phenomenon →pendular reflexes

【표 4】 발생학적 특징에 따른 분류

	症候群	病巢部位	症狀의 출현부위	運動失調			안진	構語障 碍
				歩行障 碍	上肢	下肢		
발생학적 특징에 따른 분류	archi-cbll	下虫部	體幹(몸통)	+	-	±	±	-
	paleo-cbll	上虫部	下肢	+	±	+	-	-
	neo-cbll	小腦半球	偏側	+	+	+	+	+
	전체	全體	全體	+	+	+	+	+

7) 이광우, 정희원 : 臨床 神經學, 서울, 高麗醫學, p276~296, 1996.

이러한 소뇌기능장애는 발생학적 이상, 탈수 초성 병변, 퇴행성 변화, 종양성 변화, 감염성 병변, 대사성 병변, 혈관성 병변, 약물-독성 병변 등에 의해서 출현할 수 있다.

소뇌에 분포하는 동맥은 다수의 문합을 가지고 있으므로, 혈관의 일부에 폐색이 일어나도 증상이 없는 경우가 많고, 동시에 소뇌동맥이 뇌간도 관류하고 있기 때문에 소뇌동맥의 장애에 의해 소뇌가 손상될 때에는 뇌간부손상을 수반하는 일이 종종 있다. 특히 후하소뇌동맥(PICA) 영역의 혈전은 빈도도 많고, 뇌간장애인 Wallenberg증후군을 보이고 소뇌증상을 보이는 경우도 많지만, 소뇌하면에 광범한 경색을 일으켜도 소뇌증상이 나타나지 않는 경우도 있다.<sup>8)</sup>

상기환자는 좌측 후하소뇌동맥경색(Left PICA infarction)이었으나, 頭痛·眩暈이외에 뇌간부손상 및 반구장애에 해당하는 소뇌증상은 없었다.

眩暈은 하나의 자각 증상으로 여러 가지 증풍 증상 중에 하나로 볼 수도 있으며, 하나의 독립된 증상으로 볼 수도 있다. 眩은 目眩, 眼前發黑, 視物模糊 등을 뜻하고, 暈은 외계사물이 도는 듯한 느낌을 받는 것을 의미한다.<sup>9)</sup> 흔히 두가지가 같이 동반되므로 眩暈이라고 칭한다. 《內經, 素問 至真要大論》에서 '諸風掉眩 皆屬於肝'<sup>10)</sup>이라고 한 이후로, 張仲景은 《金匱要略, 痰飲咳嗽病脈證并治編》에서 眩暈의 원인을 痰으로 보고 이에 대해 澤瀉湯, 小半夏加茯苓湯<sup>11)</sup> 등을 治方으로 제시하였다. 金元時代에서는 眩

暈에 대한 각 醫家들의 醫論이 풍부해졌다. 劉河間은 '風火屬陽 陽主升動 爲眩暈'<sup>12)</sup>을, 李東垣은 《蘭室秘藏》에서 痰厥頭痛頭眩에 대해 半夏白朮天麻湯<sup>13)</sup>을 제시하였고, 朱丹溪는 《金匱鉤玄》에서 '無痰不作眩'<sup>14)</sup>을 주장하였다. 明清代의 張景岳, 龔延賢, 陳修園 등을 거치면서 더욱 이론들이 발전하였다. 결론적으로 眩暈의 病機는 크게 風火上搖, 陰虛陽亢, 心脾血虛, 中氣不足, 腎精不足 및 痰濁中阻으로 나누는데, 風火上搖에는 清火熄風 및 瀉肝膽之火하기 위해 天麻鉤藤飲, 龍膽瀉肝湯 등을, 陰虛陽亢에는 養陰平肝定眩하기 위해 杞菊地黃丸, 菊花芍藥湯 등을 사용한다. 心脾血虛 및 中氣不足에는 補益心脾·中氣하기 위해 歸脾湯, 補中益氣湯 등을, 腎精不足의 경우에는 補陰, 補陽하기 위해 右歸飲, 左歸飲, 六味地黃湯, 八味地黃湯 등을, 痰濁中阻로 인한 경우에는 祛痰化濕하기 위해 半夏白朮天麻湯, 清暈化痰湯 등을 쓴다.<sup>3)15)</sup> 이외 病因에 따라 傷風으로 인한 風暈, 化熱 上攻으로 인한 熱暈, 痰盛으로 인한 痰暈, 七情傷으로 인한 氣暈, 內傷氣虛로 인한 虛暈, 傷濕으로 인한 濕暈으로 구분하여, 風暈에는 川芎散·芎藭散 등을, 熱暈에는 大黃散, 荊黃湯 등을, 痰暈에는 澤瀉湯·清暈化痰湯 등을, 氣暈에는 玉液湯·補虛飲 등을, 虛暈에는 滋陰健脾湯 등을, 濕暈에는 芎朮湯 등을 사용하기도 한다.<sup>16)</sup>

상기환자의 경우, 전체적으로 痰濁中阻에 의한 眩暈으로 파악하여, 風火痰에 중점을 두어 清暈化痰湯을 투여하였으나 증상의 변화가 없어, 陽明濕熱, 水泛爲痰의 상태로 보고 茵蘆五苓

8) 金料元: 臨床神經診察法, 서울 瑞光醫學書林, pp.212~215, 1993.  
9) 李旋: 醫學入門, 서울 大星文化社, p.21, 1990.  
10) 洪元植 編纂: 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院, p.303, 1985.  
11) 張仲景: 仲景全書, 서울, 大星文化社, pp.395~396, 1989.  
12) 洪元植: 中國醫學史, 서울, 東洋醫學研究所, p.203, 1987.  
13) 李東垣: 東垣十種醫書, 台北, 五洲出版社, pp.181~185, 1985.  
14) 浙江省中醫藥研究院文獻研究室編校: 丹溪醫集, 北京, 人民衛生出版社, p.134, 1995.  
15) 中醫研究院: 中醫症狀鑑別診斷學, 北京 人民衛生出版社, pp.86~87, 1997.  
16) 許俊: 東醫寶鑑-外形篇, 서울 大星文化社, pp.61~66, 1990.

散을 투여하였으나, 頭痛, 眩暈 및 제반 증상 다소 악화되었다. 입원 삼일째, 咽喉痛, 上熱感, 口渴, 口乾, 喜冷飲, 大便不得 등의 증상을 포함한 上焦風熱, 熱痰으로 진단하여 清咽利膈湯 투여 후 제반 증상 호전되기 시작하였다. 清咽利膈湯을 투여한지 4일만에 頭痛, 眩暈은 80%이상 경감되었으나, 야간해수·야간발열 및 한열왕래 등의 증상이 나타나 滋陰降火湯으로 처방을 바꾸었다. 이후 12, 14일에 야간발열 있었으나, 별다른 처치없이 소실되었다. 頭痛·眩暈·夜間咳嗽·夜間發熱 증상 등도 거의 소실되어 19일 퇴원하였다.

상기환자의 혈액학적 검사상, GOT, GPT 등이 본원에 입원한 뒤로 수치 변동이 있어 일반 혈액검사, 소변검사, 간중양검사, 간염검사, 간초음파검사 등을 시행하였으나, 다른 이상소견은 확인되지 않았다.(표 1.)

#### IV. 結 論

著者は 상기도 감염을 동반한 소뇌경색환자의 眩暈증상을 上焦風熱로 진단하고 清咽利膈湯을 사용하여 臨床症狀이 好轉됨을 확인하였으므로 이를 보고하는 바이다.

#### 參考文獻

1. 許俊 : 東醫寶鑑, 서울 大星文化社, 1990.
2. 배춘상 외 : 神經解剖學, 서울 高文社, 1995.
3. Lawrence M. Tierney, Jr., MD., Stephen J. McPhee, MD., Maxine A. Papadakis, MD., 전국의과대학교수역 ; 오늘의 진단 및 치료, 서울 한우리, 1999.
4. 李三悅 外 : 臨床病理檢査法, 서울, 延世大學校 出版部, 1996.
5. 이광우, 정희원 : 臨床神經學, 서울, 高麗醫學, 1996.
6. 金料元 : 臨床神經診察法, 서울 瑞光醫學書林, 1993.
7. 李稔 : 醫學入門, 서울 大星文化社, 1990.
8. 洪元植 編纂 : 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院, 1985.
9. 張仲景 : 仲景全書, 서울, 大星文化社, 1989.
10. 洪元植 : 中國醫學史, 서울, 東洋醫學研究所, 1987.
11. 李鳳教 : 症狀鑑別治療, 서울 成輔社, 1991.
12. Kurt J. Isselbacher, 해리슨 번역 편찬위원회 ; 해리슨 내과학, 서울 정담출판사, 1997.
13. 浙江省中醫藥研究院文獻研究室編校 : 丹溪醫集, 北京, 人民衛生出版社, 1995.
14. 李東垣 : 東垣十種醫書, 台北, 五洲出版社, 1985.
15. 中醫研究院 : 中醫症狀鑑別診斷學, 北京 人民衛生出版社, 1997.
16. 王新志 外 : 中華實用中風病大全, 北京, 人民衛生出版社, 1996.



= Abstract =

## **A Case of Dizziness Patient diagnosed as Cerebellar infarction and treated with Qingyanligetang(清咽利膈湯)**

Gi-Sun Han · Won-Chul Lee

*Dept. of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongguk University*

Dizziness is one of the common symptoms in many patients. The disorders of the labyrinth, vestibular nerve, vestibular nuclei, or their central connections are responsible for practically all vertigo. Most disorders of the central connections are the vascular diseases and tumors.

This study is based on the clinical consideration of one patient who suffered from the cerebellar infarction and the upper respiratory infection.

The patient, 61 - year - old man was diagnosed as the cerebellar infarction has been troubled with dizziness, a headache, a sore throat, a cough etc. The symptoms are classed as the Sanchopungyeul(上焦風熱) · Pungdam(風痰), and we prescribed Qingyanligetang(清咽利膈湯) for him and his symptoms took a turn for the better.

**Key words** : Cerebellar infarction, dizziness, Qingyanligetang(清咽利膈湯)