

청신경초종 수술 후유증 환자 증례 1례

최은영, 김재우, 현진오, 현민경, 신원용, 임성우

동국대학교 한의과대학 한방내과학교실

Clinical study on a case of a patient with sequelae caused by removal of vestibular schwannoma

En-Young Choi, Jae-Woo Kim, Jin-Oh Hyun, Min-Kyung Hyun, Won-Yong Sin, Seong-Woo Lim

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

The purpose of this study is to develop an approach to diagnosis and treatment of sequelae after removal of vestibular schwannoma through Oriental Medicine.

An eighty year-old woman with sequelae after removal of vestibular schwannoma was observed and treated. She had difficulty of hearing, facial nerve palsy, dizziness and was generally weak. She was treated with herb medications for these symptoms.

Having been treated for 27 days in hospital her symptoms improved.

This report provides evidence for application of herbal medicine in treatment of sequelae. However, more cases are required for an in depth study of oriental treatments for this ailment in order to open this method of treatment to general application.

Key Words: Neuroma, Acoustic, Facial Paralysis, Dizziness

I. 緒 論

소뇌교각부는 해부학적으로 정점이 추체첨단, 기저부가 후두골, 추체융선부와 소뇌천막이 하외측 및 상외측벽, 뇌간부와 소뇌가 하내측 및 상내측 벽을 이루는 피라미드형 공간을 말한다. 이부위에서 발생하는 종양으로는 청신경초종, 수막종, 유상피종, 전이

암, 지주막낭종 등이 있으며²⁾ 이들 중 청신경초종이 문헌상 80~90%를 차지하여 가장 흔히 발생하는 종양이다.³⁾

발표된 임상분석을 보면 최 등의 연구에서 전체 두개강내 종양 143례 중 신경초종은 7.7%인 11례⁴⁾, 이의 연구에서 전체 68례의 후두와 종양 중 청신경초종은 19.1%인 13례⁵⁾, 김 등의 연구에서 전체 22례의 소뇌교각부 종양 중 청신경초종은 81.8%인 18례였다.⁶⁾

위와 같이 청신경초종은 두개강종양 중 흔하지 않은 질환임에도 불구하고 한방적인 연구는 미흡한 실

· 접수 : 2004년 7월 2일 · 채택 : 2004년 7월 28일
· 교신저자 : 최은영, 서울시 강남구 논현동 37-21 동국대학교
강남한방병원 8층 의사실
(Tel. 02-3416-9796, Fax. 02-3416-9790, E-mail :
enne@naver.com)

Table 1. Clinical Laboratory Result

	9. 22	10. 8	10. 10	10. 11	10. 13	Normal range
WBC	8470	6820	7040	6850	6830	4200~11000mm ³
RBC	3110000	2820000	2710000	2900000	3050000	3820000~5400000mm ³
HCT	28	26	25	28	27	36~48%
Hb	10.0	9.0	8.5	8.4	9.4	12~16g/dL
Platelet	181000	99000	106000	106000	140000	145000~375000mm ³
ESR	23	25	26		30	0~20mm/hr
Albumin	3.1		2.8		3.2	3.5~5g/dL
Na	136	139	135	139	142	135~145mmol/L
K	4.2	3.5	3.4	3.3	4.0	3.5~5.3mmol/L
Cl	100	101	89	103	101	98~110mmol/L

정이다. 이에 Koos grade II '의 소뇌교각부 청신경초종으로 이미 청각을 상실한 상태에서 골미로 접근법으로 청신경초종 전적출술을 시행한 후, House-Brackman grade II '의 안면신경손상을 입은 환자를 한방치료한 1례를 보고한다.

II. 症 例

- 성 명 : 이○○, 여자, 80세
- 주소증 : 1) 구안와사
2) 현훈
3) 이롱
4) 기력저하
- 발병일자 : 1) 2003년 9월 3일
2) 2003년 7월
3) 2000년 경
4) 2003년 7월
- 진 단 : 1) 청신경초종 수술 후유증
2) 음허허로
- 가족력 : none of spicity
- 과거력 : 1) 자궁낭종 op. : 20년전 local 병원 Dx.
2) HTN : 2000년 local 병원 Dx.
3) 청신경초종, Lacunar infaction : 2003년 ○○대학병원 Dx.
- 사회력 : 키 151cm, 몸무게 42.7kg, smoking -, Drinking -, para 4 -0- 2- 4

8. 현병력

상기자는 151cm, 42.7kg 체형의 만 80세 여환으로 평소 상기 과거력으로 지내던 중 2003년 9월 1일 ○○대학병원 입원하여 2003. 8. 12 BRAIN MRI상 Acoustic schwannoma, Lacunar infaction 진단받고 2003. 9. 3 tumor mass removal op. 받고 2003. 9. 20까지 입원 치료 받은 후 Lt. facial palsy Gr II (House-Brackman Grade7), Central origin Vertigo 상태로 보다 집중적인 한방치료 위하여 본원 2내과에 입원함.

9. 검사소견

- 심전도검사(2003. 9. 20) : Borderline Abnormal
Low voltage(limb leads)
Flat T (Ant)
- 임상병리검사(2003.9.22) : RBC 3110000mm³, HCT 28%, Hb 10.0g/dL, ESR 23mm/hr, Albumin 3.1g/dL (이후의 임상병리검사 결과는 Table 1. 참조)
- 방사선과적검사 : Brain MRI(조영제 사용) : 2003. 8.12(Figure 1.)
1. Acoustic schwannoma most likely, left CP angle cistern.
2. Ischemic lesions, both PVWM and CS.
3. Lacunae infarction, both basal ganglia.
Brain CT : 2003.9.1(Figure 2.), 2003.9.17(Figure 3.)
Chest PA(2003. 9. 22) : Mild cardiomegaly, Chronic bronchitis, left lower lung field, Otherwise unremarkable
- 생명징후 및 혈압 : BP 100/60mmHg, PR 60회/min,

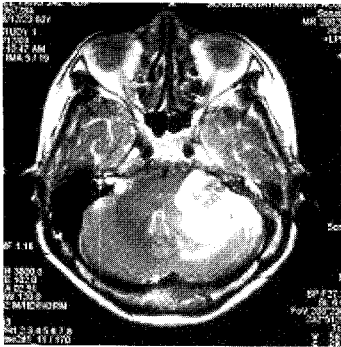


Figure 1. Brain MRI (2003.8.12)
There are 3*3*3.5cm sized solid and cystic mass noted in left CP angle cistern.

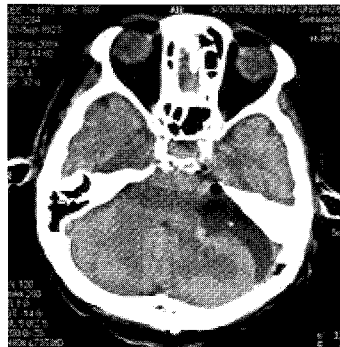


Figure 2. Brain CT (2003.9.3) Immediate post-operation

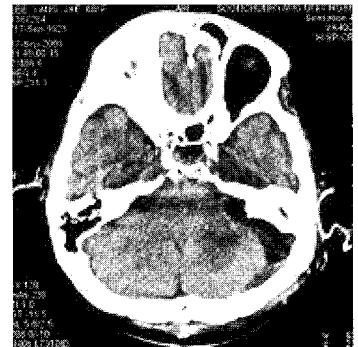


Figure 3. Brain CT(2003.9.17)At follow up

RR 18회/min, BT 36.6℃, BST 77mg/dl

10. 한의학적 四診

望診: 舌質裂紋, 舌紅少苔, 眼瞼下緣蒼白, 面黃
 聞診: 語聲低微, 痰聲若干
 問診: 耳聾(左>右), 氣力低下, 步行不利, 頭痛若干, 眼昏, 口乾, 口苦, 項強
 切診: 脈滑, 中腕部 壓痛, 下腹部 壓痛

Table 2. Herb Medications

Date	Herb Medications
9/20 - 9/23	補中益氣湯 合 生脈散 ¹⁾
9/23 - 9/23	十全大補湯 加 鹿茸 ²⁾
9/29 - 9/23	人蔘養榮湯 加 鹿茸 ³⁾
10/9	蔘蘇飲加味方 ⁴⁾
10/9 - 10/13	滋陰降火湯加味方 ⁵⁾
10/13 - 10/16	清離滋坎湯 ⁶⁾

- 1) 麥門冬 8g, 黃芪 6g, 甘草, 白朮, 人蔘 各 4g, 當歸身, 陳皮, 五味子 各 2g, 升麻, 柴胡 各 1.2g
- 2) 甘草, 當歸, 大棗, 白茯苓, 白芍藥, 白朮, 生薑, 熟地黃, 肉桂, 人蔘, 川芎, 黃芪, 鹿茸(원자상대) 各 4g
- 3) 白芍藥 8g, 當歸身, 白朮, 熟地黃, 人蔘, 川芎(上), 黃芪 各 6g, 鹿茸(원자상대), 香附子, 甘草, 桂枝, 枸杞子, 麥門冬, 麥芽, 白茯苓, 眞砂仁, 陳皮 各 4g, 羌活, 槲防風, 生薑, 五味子, 黃柏 各 3g, 大棗, 木香 各 2g
- 4) 葛根, 大棗, 半夏(薑製), 生薑, 蘇葉, 人蔘, 赤茯苓, 前胡, 石斛, 沙參 各 4g, 甘草, 桔梗, 枳殼, 陳皮 各 3g
- 5) 當歸, 白芍藥 各 6g, 生地黃, 白朮, 麥門冬(去心), 熟地黃 各 4g, 生薑, 陳皮 各 3g, 甘草, 大棗, 知母, 黃柏, 白豆久, 砂仁 各 2g
- 6) 當歸, 麥門冬, 白茯苓, 山茱萸, 生乾地黃, 天門冬, 熟地黃, 山藥, 白朮, 白芍藥 各 3g, 牡丹皮, 知母, 澤瀉, 黃柏, 炙甘草 各 2g

11. 치료

1) 침치료 : 동방침구침 일회용 0.30×30mm stain less steel 호침을 사용하여 5-25mm 심도로 1회/日 자침하였으며 百會는 平補平瀉法을 시행하고 迎隨補瀉, 圓方補瀉法을 응용하여 經渠, 復溜에 補法을, 太白, 太溪에 瀉法을 쓰는 腎正格을 시행하며 유침시간은 20분으로 하였다.

2) 뜸치료 : 中腕, 關元 間接溫灸(多棒灸)를 각 2장/일 시술하였다.

3) 한약치료 : 입원시부터 나흘간 補中益氣湯 合 生脈散이 투여되었고, 그 뒤로 十全大補湯 加 鹿茸, 人蔘養榮湯 加 鹿茸, 蔘蘇飲加味方, 滋陰降火湯加味方, 清離滋坎湯이 차례로 투여되었다.(Table 2)

12. 치료경과

1) 口眼喎斜

약간의 구각비대칭만 보이는 House-Brackman Grade II 7의 비교적 가벼운 口眼喎斜였다. “이” 발음을 할 때의 양쪽 치아수의 차이를 보는 Mentalis로 구각비대칭의 정도를 측정하였다. 입원당시에는 오른쪽 윗니 5개 · 아랫니 5개, 왼쪽 윗니 3개 · 아랫니 4개가 보이는 좌우비대칭을 보이다가, 퇴원시에는 호전되어 오른쪽 윗니 4.5개 · 아랫니 5개, 왼쪽 윗니 4개 · 아랫니 5개가 보일 정도로 좌우비대칭이 호전되었다.(Table 3 참조.)

Table 3. Mentalis

Date	9. 20	9. 24	9. 28	10. 2	10. 6	10. 10	10. 14	10. 16
Teeth	Rt. / Lt.	Rt. / Lt.	Rt. / Lt.	Rt. / Lt.	Rt. / Lt.	Rt. / Lt.	Rt. / Lt.	Rt. / Lt.
Upper	5 3	4 2	4 2	4 4	4 4	4 4	4.5 4	4.5 4
Lower	5 4	5 3	4 3	5 4	5 5	5 5	5 5	5 5

Table 4. Walking distance

Date	9. 20	9. 24	9. 28	10. 2	10. 6	10. 10	10. 14	10. 16
Walking distance(km)	0.1	0.2	0.8	1.6	1.6	1.6	1.8	2.1

2) 眩暈

보행시에만 현훈을 호소하며 보행 장애가 있었으므로 보행양상 및 보행시간의 호전정도로 현훈의 호전도를 평가하였다. 입원 당시 보행할 때 앞으로 쓰러지려고 하였으며 간병인의 부축을 받고 하루 최대한 100m 보행하던 상태에서, 퇴원 시 비교적 안정감 있는 보행양상을 보이며 간병인의 부축에 의존하는 정도가 확연히 줄었으며 하루 최대한 2km 보행이 가능한 상태로 호전되었다.(Table 4 참조.)

3) 耳聾

이름은 청신경초종 수술 전에 이미 왼쪽 청각은 거의 소실된 상태였으며, 오른쪽 청각은 바로 옆에서 소리를 질러야 알아듣는 정도로 치료기간 동안 호전을 보이지 않았다.

4) 기타증상

입원 당시 좌측 수술부위에 호소하시던 두통은 10월 6일 이후로 소실되었다. 氣力低下와 身重은 호전과 악화가 반복되었으나 퇴원 당시에는 다소 호전된 상태였고 보행량과 비례한다고 볼 때 호전되었음을 알 수 있다.

Ⅲ. 考 察

소뇌교각부는 해부학적으로 정점이 추체첨단, 기저부가 후두골, 추체융선부와 소뇌천막이 하외측 및 상외측벽, 뇌간부와 소뇌가 하내측 및 상내측 벽을 이루는 피라미드형 공간을 말한다. 이부위에서 발생하는 종양으로는 청신경초종, 수막종, 유상피종, 전이

암, 지주막낭종 등이 있으며⁷ 이들 중 청신경초종이 문헌상 80~90%를 차지하여 가장 흔히 발생하는 종양이다⁸.

최 등의 연구에서 1980년 1월부터 1984년 12월까지 인제대의 부산백병원 신경외과에 입원하여 수술한 두개강내 종양 143례에 대한 임상분석 상 전체 두개강내 종양 143례 중 신경초종은 7.7%인 11례였다. 이의 연구에서 1986년 1월부터 1991년 9월까지 한양대학병원 신경외과에 입원 수술 받은 총 68례의 후두와 종양 중 청신경초종은 19.1%인 13례였다고 하였다. 후두와 종양의 호발부위는 소뇌 반구가 38.2%, 소뇌 교각부가 27.9%, 소뇌 총부가 26.5%였는데 청신경초종 13례는 전례가 소뇌 교각에 발생하였다. 김 등의 연구에서 1986년 1월부터 1989년 12월까지 4년간 경북대학교 병원에 입원 수술 받은 총 22례의 소뇌교각부 종양 중 청신경초종은 81.8%인 18례였다. 위의 연구결과들에서 알 수 있듯이 청신경초종은 두개강내 종양 중 적지 않은 부분을 차지하고 있으며 청신경초종의 대부분은 소뇌교각부에 발생한다.

Ojemann등은 청신경초종 환자가 병원에 올 때는 98%에서 청력이 상실된 상태라고 밝혔다⁸. 이의 연구에서 청신경초종 13례 중 내원당시 호소한 증상은 청력 장애가 10례, 두통이 8례, 이명이 8례, 안면마비가 5례, 유두부종이 5례, 오심구토가 4례, 보행장애 4례, 시력장애 3례, 안면감각이상 3례, 현훈 1례, 안진 1례 등이었다. 청신경 초종의 초기 증상에서 진단까지의 시간은 6개월 미만인 6례로 후두와 종양 68례 중 44례가 6개월 미만에 진단되는 것에 비해 비교적 만

성 경과를 보였다³. 김의 연구에서는 청신경초종의 증상 중 청력소실이 가장 흔했고(88%), 다른 증상들은 이명(72%), 어지러움증(44%) 두통(11%)의 순서로 발하였다⁹. 이의 연구에서는 청신경초종의 수술 전 House-brackman grade⁷는 I 등급이 87%로 대부분의 환자에서 안면신경기능이 정상이었으며, Gardner-Robertson grade¹⁰는 I 등급이 28%, II 등급이 23%, III 등급이 13%, IV 등급이 11%, 그리고 V 등급이 24%로 51%에서 유용한 청력을 보였다¹¹. 위와 같이 청신경초종의 증상은 청력 장애, 이명, 두통, 현훈, 안면마비, 오심구토, 보행장애, 시력저하 등의 순으로 빈발하는 것으로 나타났다. 또 안면신경의 기능은 대부분 정상이나, 절반 정도는 유용하지 못한 청력을 가지고 있다.

청신경초종은 소뇌교각부에 생기는 양성 종양으로 최근 보고에 의하면 전적출시 잔여종양성장률이 매우 낮아 완치가 가능한 질환으로 알려져 있으며 수술 결과도 양호한 편이다. 이의 보고에 따르면 종양을 많이 제거할수록 잔여 종양 성장률이 통계적으로 유의하게 감소하였다¹¹. 최 등은 수술한 신경초종 11례 중 6례에서 Ojemann's method⁸상 Good grade 이상의 양호한 결과를 얻었고 2례에서 사망하였다고 보고했다⁴. 이는 총 68례의 후두와 종양에서 전적출술과 아전적출술을 시행한 후 69.2%인 9례가 Good degree 이상으로 양호했다고 보고했다. 김 등은 총 22례의 소뇌교각부 종양에서 하후두접근법의 전적출술 실시 후 1례만 사망하였고, 나머지 21례는 수술 전과 같은 정상활동이 가능할 정도로 회복되었다고 보고하였다¹.

수술접근법으로는 후S자 정맥동 후두부접근술이 가장 많이 쓰이는데, 적용 대상에 제한이 없고 청력 보존이 가능하며 비교적 큰 종양의 광범위한 노출이 필요할 때 선호된다. 반면 전S자정맥동 접근술 중 골미로 접근술은 청력 보존의 가능성이 없는 작은 종양에서 주로 쓰이며, 내이도 내부 종양의 완전적출이 용이하다¹². 최근에는 측두골을 광범위하게 갈아내고, 수술 현미경을 이용한 충분한 시야 확보가 가능하여, 종양의 크기는 수술 접근법의 제한 요소가 되지 않

고, 골미로를 통한 접근법이 선호되어 진다. 청력을 보존할 필요가 없는 경우에는 일정한 골조직의 경계(bony landmark)를 이용하여 조기에 안면 신경의 확인이 가능하고, 안면 신경의 해부학적 및 기능적 보존의 용이하며, 뇌간이나 소뇌를 최소한만 견인해도 되고, 수술 후에 후두골을 통한 접근법보다 두통을 적게 호소하는 등의 장점 때문이다¹³. 정 등은 골미로 접근술을 시행한 13례를 후두부접근술을 시행한 39례와 비교할 때 골미로 접근술을 시행한 경우 전적출률과 안면신경 보존률이 더 높았으나 통계적으로는 유의하지 않았고, 뇌척수액의 누출 빈도가 높았으나 다른 합병증의 빈도는 후두부접근술보다 낮았다고 보고하였다¹⁴.

수술후유증으로는 안면신경마비가 흔히 발생하는데 종양의 크기가 작을 때 발견하여 수술할 경우 수술 후 안면신경의 기능이 유지될 가능성이 높다. 이의 보고에서 종양의 크기가 2cm 이하인 작은 종양에서는 수술 후 심한 안면신경마비가 23%에서 발생하였고, 2-4cm 및 4cm 이상인 경우는 각 62%와 68%에서 심한 안면신경마비가 발생하였다¹¹. Gomley 등은 전적출을 시행한 178명 중 40%의 환자에서 House-Brackman grade III⁷ 이상의 심한 안면신경마비를 보였고, 특히 직경 4cm 이상의 큰 종양에서는 62%에서 심한 안면신경마비를 보였다고 하였다⁴. 장 등은 수술을 받은 청신경초종 환자 열명 중 여덟 명은 안면신경마비 증상을 보였다고 보고하였다⁵. 김은 청신경초종 수술 후 18명 중 12명이 안면신경마비증상을 보였고, House-Brackman grade IV⁷ 이상의 중등도의 안면신경 마비가 5명에서 발생하였다고 보고하였다⁹.

한의학에서 청신경초종은 耳鳴, 眩暈, 喞斜에 속한다. 耳鳴 耳聾이 생기고 머리가 어지러우며 피로하고 허리와 무릎이 쭈시고, 舌苔가 白膩하고 脈이 細한 腎虛痰凝證은 補腎化痰하는 杞菊地黃丸 加味方을 쓴다. 眩暈 耳鳴이 생기고 얼굴이 아프며 입이 비뚤어지고 舌苔가 白膩하고 脈이 滑한 風痰阻絡證은 息風化痰, 散結하는 牽正散과 半夏白朮天麻湯에 浙貝母 牡蠣를 가한다. 머리가 아프고 토하며 얼굴과 눈이 붉고 眩暈과 耳鳴이 생기며 煩躁하고 대변이 굳는

증상이 나타나고,舌苔가 黃色이고 脈이 弦數한 肝火上攻證은 龍膽瀉肝湯에 羚羊角, 夏枯草를 가한다¹⁶.

耳聾의 가장 주된 원인은 氣滯血瘀, 그 외에 腎精虧損, 肝火上炎, 肝陽上亢, 痰濕肺燥, 痰熱鬱結, 氣血虧虛, 脾胃虛弱, 風邪外凡 등의 원인을 들 수 있다. 따라서 活血化瘀, 通絡開竅, 清肝瀉火, 消風益腎通竅, 鎮肝潛陽 등의 방법으로 치료한다¹⁷.

《景岳全書》에서는 耳聾질환을 ‘五閉’라 하여 그 원인별로 火閉, 氣閉, 邪閉, 竅閉, 虛閉로 나누었다. 그 중 虛閉는 나이가 들거나 혹은 병을 앓은 후에 혹은 과도히 일을 하거나 하여 精脫腎虧해져서 점차적으로 聾閉한 것이니 크게 근본을 배양하지 않으면 안 된다. 耳聾證은 모두가 氣閉不通한 것이 원인인데 實閉인 경우는 적고 虛閉인 경우가 많다. 虛閉證은 肝腎이 중요하며, 나이가 들어 쇠약하거나 체질이 陰虛한 사람은 大補元煎, 左歸丸, 右歸丸, 肉蓯蓉丸, 十全大補湯 등으로 補陰하여 치료한다. 만약 위에서 陽虛하면 補中益氣湯, 歸脾湯의 종류로 補法, 開法으로 치료한다¹⁸. 《醫學入門》에서는 痰火聾, 風聾, 濕聾, 虛聾, 勞聾의 다섯 종류로 나누었다. 오랜 泄瀉나 重病을 앓은 뒤 허약해진 틈을 타서 風邪가 귀에 침입한 虛聾은 陰虛일 경우에는 四物湯 加味方이나 腎氣丸 加味方을 쓰고 陽虛일 경우에는 八味丸, 益腎散, 磁石湯을 쓴다고 하였다. 지나치게 힘든 일을 하여 기가 허해진 勞聾에는 補中益氣湯에 石菖蒲, 白茯苓, 黃柏, 知母를 가하여 치료한다¹⁹.

口眼喎斜는 靈樞 筋經篇에 “足之陽明 手之太陽 筋急則口目爲喎 皆急不能卒視 治皆如右方也”라고 기재된 이래 역대 수많은 문헌에서 언급되어 왔던 신경 병변 중 입상에서 가장 흔히 볼 수 있는 안면 근육의 마비, 流涎, 構音障礙, 落漏, 耳痛, 聽覺過敏, 偏側味覺消失 등을 주증으로 하는 질환이다. 口眼喎斜는 안면부의 편측 표정근과 안검 및 혀의 편측 운동장애 및 지각장애를 수반하는 일종의 증상으로 대개 正氣가 부족하고 絡脈이 空虛하며 腠理가 치밀하지 못한 가운데 風寒의 邪氣가 그 허한 틈을 타고 침입하여 氣血의 운행이 不暢하고 經氣가 阻滯되고 經筋이 滋養을 받지 못하여 肌肉이 弛緩不收함으로써 발

병한다²⁰.

《丹溪心法》에서는 血虛와 痰이 주원인이고 祛痰과 涼血行血을 위주로 하여야 한다고 하였다²¹. 《景岳全書》에서 “凡非風口眼喎斜, 有寒熱之辨, …然而血氣無虧, 則雖熱未必緩, 雖寒未必急, 亦總由血氣之衰可知也”라 하여 氣血이 虛한 상태에서 經絡의 寒熱에 의해 口眼喎斜가 나타난다 하였다¹⁸. 《類證治裁》에서는 “口眼喎斜 因血液衰涸, 不能營潤筋脈. 宜潤燥而息風”이라 하여 血液이 부족하고 말라서 筋脈을 滋養하지 못해서 나타난다 하였다²².

眩暈의 원인은 風, 寒, 濕, 暑 등의 六淫外傷과 氣血虛, 肝腎虛, 痰飲, 七情鬱結 등의 내상이며, 주로 虛로 인한 경우인데 上氣不足, 髓海不足, 肝虛, 血枯, 汗吐下의 太過로 인한 陽虛 氣血虛 등이고, 중추성 현훈은 氣血이 虛한 틈을 타 風熱, 痰火, 濕 등이 腦로入하여 발생한다²³.

《內經 靈樞 大惑論》에서는 邪氣가 項에 適中하여 신체의 虛한 틈을 타고 深部로 入하면 眼系를 따라 腦로 들어가 腦轉하게 되고 腦轉하면 目系를 牽引하여 급하게 되며 目系가 급하면 눈이 眩轉하게 되는 것이라고 현훈의 병리를 설명하고 있다. 또한 諸風掉眩하는 것은 다 肝에 속한다 하며, 肝病은 頭目眩하고 邪在腎, 邪在心일 때도 때때로 眩한다고 하였다²⁴. 《醫宗金鑑》에서는 風, 氣鬱, 痰, 濕, 虛를 眩暈의 원인으로 보았고, 金은 眩暈이 上盛下虛에 기인하는 바 虛란 氣血이 虛함이요 盛이란 痰涎과 風火가 盛한 것을 말한다고 하였다²⁵. 《東醫寶鑑》에서는 원인과 증세에 따라 風暈, 熱暈, 痰暈, 氣暈, 虛暈, 濕暈으로 분류하였는데 그 중 虛暈은 內傷으로 氣가 虛해져 어지럼증이 생긴 데는 補中益氣湯이 좋고, 피를 너무 많이 흘려서 어지럼증이 생긴 데는 芎歸湯이 좋고, 虛해서 생긴 어지럼증에는 香橘飲, 滋陰健脾湯이 좋다. 노인이 아침에 일어날 때는 어지럼증이 있다가 조금 지나면 진정되는 것은 陽이 虛하기 때문인데, 이런 데는 黑錫丹이 좋고, 腎이 虛해서 氣가 제자리로 돌지 못하여 어지럼증이 생긴 데는 十全大補湯이 좋다고 하였다²⁶.

본 환자는 자기공명영상에서 종양이 뇌조공간에

위치하고 있으나 뇌간에 접촉하지 않은 Koos Grade II '의 좌측 소뇌교각부 청신경초종을 진단받았으며, 청신경초종의 증상으로 좌측 청각신경의 손상이 있었으며, 골미로접근법으로 전적출술을 시행하여 Ojemann's method⁸ 상 Grade II 의 양호한 결과를 얻었으나, House-brackman grade II '의 정도의 안면신경마비의 후유증이 남았다.

耳聾, 眩暈, 口眼喎斜, 氣力低下 등의 주소증과 舌質裂紋, 舌紅少苔, 面黃, 口乾, 脈滑 등 한의학적 四診을 통하여 氣陰兩虛로 한방변증하여 補中益氣湯 合 生脈散을 투여하였다. 환자의 호전정도가 미흡하여 氣血大虛로 보아 十全大補湯 加 鹿茸과 人蔘養榮湯 加 鹿茸으로 바꾸어 처방하였다. 氣力低下, 眩暈 등은 好轉이 있었으나 口乾, 口苦, 舌紅少苔의 증상은 변화가 없으며 午後潮熱이 발하여 滋陰降火湯 加 味方과 清離滋坎湯으로 다시 처방을 바꾸어 처방하였다.

환자의 주소증인 口眼喎斜는 House-brackman grade'상 입원당시 Grade II 의 mild dysfunction이 퇴원 시 거의 Grade I 인 Normal에 가까울 정도로 호전되었다. 입원 시 하루 최대 100m정도까지만 보행 가능했으나, 보행량이 꾸준히 늘어서 비연속적으로 하루에 2km 정도 보행이 가능할 정도로 眩暈과 氣力低下가 회복되었다. 이미 거의 소실된 왼쪽 청각은 치료 기간 동안 호전을 보이지 않았다.

1례만으로 청신경초종 수술 후유증에 대한 한방치료의 유의성을 단정하기는 어렵지만 환자의 전반적인 체력저하와 고령의 나이를 고려해 볼 때 의의를 가진다고 하겠다. 하지만 眩暈이나 耳聾에 대한 객관적인 평가에 미흡한 점이 있었다.

IV. 結 論

본 증례는 청각신경 손상의 증상이 있는 청신경초종으로 골미로접근법 전적출술을 받은 후, 안면신경마비의 후유증이 발한 80세 여환을 한방적으로 진단, 치료하여 호전을 보인 예이다. 청신경초종은 두개강내 종양 중 비교적 흔한 질환이며, 거의 대부분에서 수술을 시행하는데도, 청신경초종이나 청신경초

종 수술 후유증에 대한 한방 연구는 아직 미비한 고로 청신경초종이나 청신경초종 수술 후유증에 대한 임상경험의 축적과 다양한 연구가 필요하리라 사료된다.

參考文獻

1. Lilliequist B. The subarachnoid cistern. An anatomic and roentgenologic study. *Acta Radiol Suppl.* 1959;185:1-108.
2. Northfield, D.W.C. Schwannoma and neurofibroma. in Northfield, D.W.C.(ed) *The surgery of the Central Nervous System.* Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1973,p.263-7.
3. 김재홍, 김경수, 황성규, 함인석, 박연목, 김승래. 소뇌교각부 종양에 대한 임상적 고찰. *경북의인지.* 1990; 31(1):50-8.
4. 최병욱, 김수찬, 김형동, 김수휴, 심재홍. 두개강내종양의 임상적 고찰. *인제의학.* 1985;6(4):553-60.
5. 이지용. 후두와 종양 68례에 대한 고찰. *한양대학교 대학원 석사학위 논문.* 1991.
6. Koos WT, Spetzler RF, Lang J. *Color Atlas of Microneurosurgery.* ed 2. Stuttgart: Thieme; 1993.
7. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading systems. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1985;93:146-7
8. Ojemann RG, Martuza RL. Acoustic Neuroma. in Youmans, J.R(ed) *Neurological Surgery.* Third ed. Philadelphia: Saunders; 1990,p.3316-50.
9. 김종현, 조태구, 박관, 박익성, 남도현, 이정일 등. The Clinical Usefulness of Translabyrinthine Approach for Removal of the Vestibular Schwannomas. *J Kor Neurosurg Soc.* 2001;30(6):755-60.
10. Gardner G, Robertson JH. Hearing preservation in unilateral acoustic neurinoma surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1988;97:55-6.
11. 이동엽. 청신경초종 수술 후 장기 성적 16례의 분석. *서울대학교 대학원 의학과 신경외과학 학위논문.* 2000.
12. Jung HW, Lee JI, Kim JS, et al. The translabyrinthine approach for removal of the acoustic neurinomas comparison with the suboccipital approach. *J Kor Neurosurg Soc.* 1994;23:1129-36.
13. Lanman TH, Brackman DE, Hitselberger WE, Subin B.

- Report of 190 consecutive cases of large acoustic tumors(Vestibular schwannoma) removed via the trans labyrinthine approach. *J Neurosurg.* 1999;90:617-23.
14. Gormley WB, Sekhar LN, Wright DC, et al. Acoustic neurinomas: results of current surgical management. *Neurosurgery* 1997;41:50-8.
 15. 장홍석, 윤세철, 서태석, 유미령, 김연실, 김문찬 등. Linear Accelerator-Based Stereotactic Radiosurgery for Acoustic Neurinomas. *J Korean Cancer Assoc.* 1997;29(6):992-9.
 16. 김갑성, 김명동, 김윤범, 김장현, 김중호, 이원철 등. 실용 동서의학 임상총서(3권). 서울:정담출판사; 2001, p.17-177.
 17. 박해선, 최규동. 돌발성난청의 증서의 치료. *동서의학.* 2000;25(2):1289-94.
 18. 張介賓. 景岳全書. 北京:人民衛生出版社; 1991,p.226, 604-6.
 19. 李梴 編著. 新校 編註醫學入門(하권). 서울:대성문화사; 1994,p.183-4.
 20. 李道生 主編. 新編鍼灸治療學. 北京:人民衛生出版社; 1998,p.155-6.
 21. 朱震亨. 丹溪心法心要. 山東省:山東科學技術出版社; 1985,p.1.
 22. 裴秉哲 編. 類證治裁. 서울:남산당; 1984,p.92, 360-4.
 23. 권정남. 현훈의 원인에 관한 문헌 고찰. *동의한의연.* 1997;1:123-47.
 24. 홍원식 編. 精校 黃帝內經靈樞. 서울:동양의학연구소 출판사; 1981,p.128, 130, 147, 159, 174, 176, 236, 342.
 25. 吳謙. 醫宗金鑑. 서울:동양의학연구원 출판부; 1983,p.291-3.
 26. 許浚. 東醫寶鑑國譯委員會 譯. 東醫寶鑑. 서울:법인문화사; 1999,p.493.