

안구편위와 진탕을 동반한 현훈 환자 1례

심성용 · 김경태¹⁾ · 엄유식 · 남혜정 · 김경준
경원대학교 한의과대학 안이비인후과학교실
경원대학교 한의과대학 침구과학교실¹⁾

A Case of Vertigo with Heterophoria and Nystagmus

Sung-yong Sim, Kyung-tae Kim, Yu-sik Um, Hae-jeong Nam, Kyung-jun Kim

Vertigo is a symptom, not a disease. The term vertigo refers to the sensation of spinning or whirling that occurs as a result of a disturbance in balance. It's sometimes referred to as a hallucination of motion. The cause of vertigo is very various and generally divided into peripheral and central.

A patient presented with severe vertigo, nystagmus and heterophoria.

She has taken the BanHaBaekChulChunMa-tang and treated by acupuncture. After 2 days, her symptoms become disappeared and about 1 week, all symptoms except heterophoria were disappeared. And after 2 weeks, heterophoria was disappeared.

In conclusion, we diagnosed her case as vestibular neuronitis by her clinical course, but we also considered her illness as vertebrobasilar insufficiency, TIA etc.

Key words : Acne, Emmenopathy, Jaw.

서론

현훈은 임상에서 흔히 접하는 질환으로 중추성과 말초성으로 구분되는데 중추성이나 말초성 모두 전정기관의 장애를 유발한다.

眩暈은 빙빙 도는 느낌으로, 자신이나 주위의

움직임에 대한 환각이다.^{1,4)} 현훈은 단순한 회전감뿐 만이 아닌 구르는 느낌, 땅이 도는 듯한 느낌, 넘어 지는 듯한 느낌 등으로도 나타날 수 있다.²⁾

말초 전정장애로부터 기인한 현훈은 갑자기 시작되며, 정도가 심해서 환자가 걸거나 서기 힘들어하며 오심과 구토가 흔히 동반된다.²⁾

韓醫學에서는 眩暈에 대해 眩은 目眩, 眼花, 暈은 頭暈, 頭旋이라하여 眩과 暈을 구분하여 기술하였고, 發病原因을 風, 痰, 火, 虛로 보았는데^{9,11)}, 근래

교신저자: 심성용, 서울 송파구 송파동 20-8
경원대학교 부속 서울한방병원 안이비인후과
(Tel: 02-425-3456, E-mail: oriental-ood@hanmail.net)

에 와서는 眩暈을 전정계성과 비전정계성으로 나누며, 발병원인을 髓海不足, 氣血不足, 寒水上犯, 肝陽上亢, 痰濁中阻 등으로 나누어 治療를 하고 있다.^{6,8)}

본 증례는 안구 편위와 진탕을 동반한 회전성 현훈을 주증으로 하는 환자에 半夏白朮天麻湯加味를 主方으로 사용하여 좋은 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

증례

- 1 환자 : 옥 ○○ f/61
- 2 주소 : 현훈, 복시
- 3 발병일 : 2003.9.18
- 4 과거력 : 1999 DM
2001 HTN
2001 8. Cb-Inf
- 5 가족력 : 별무
- 6 현병력 : 현 61세 보통 체격, 원만한 성격의 여환으로 2003년 8월부터 과로시 어지러움 다소 있어오다 2003.9.17 무리를 한후 2003.9.18 오전 6시경 주소가 발하여 응급실 경유 입원함.
- 7 사회력 : 별무
- 8 입원 당시 초진 소견
 - 1) 의식 : 명료
 - 2) 두부 : 두통+ 현훈+
 - 3) 오관 : 복시+(우안) 안구진탕+(우안) 안구편위 (우안,우하방)
 - 4) 호흡 : 20회/분
 - 5) 흉부 : 특이 사항 없음
 - 6) 복부 : 특이 사항 없음
 - 7) 소화기 : 특이 사항 없음
 - 8) 비뇨기계 : 특이사항 없음
 - 9) 사지 : 특이 사항 없음
 - 10) 활력징후 : 140/90- 64 -20- 36.0
 - 11) 이학적 검사
Dix-Hallpike 검사 - 의의 없음

Romberg 검사 - 개안시 신체의 동요 및 심한 현훈을 호소하며 기립은 불가능

자발 안진 검사 - 우안의 편위 상태를 보임

주시 안진 검사 - 우안의 우하방을 향한 수평

회선성 안진을 보임

임상 경과 및 치료

응급실 내원 당시 환자는 개안시의 심한 어지러움을 호소하였다. 양성 발작성 두위 현기증 의심하여 Frenzel 안경 없이 육안으로 안진 유발검사를 시행하였으나 전 두위에서 우안의 우하방을 향한 수평 회선성 안진 및 현훈이 지속되어 양성 발작성 두위 현기증을 배제하고 입원가료를 권유하였다.

Table 1. Clinical Symptoms Progress

입원일	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Vertigo	+++	++	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diplopia	+++	+++	+++	++	+	+	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nystagmus	+++	+++	++	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Heterophoria	+++	+++	++	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-

현훈: +++ 개안이 불가능, ++개안 가능하나 현훈으로 5-10초 이내 폐안 + 개안가능하나 현훈 존재 - 개안시 현훈 없음
 복시: +++ 노력에 의해 극복 되지 않는 심한 복시 ++ 노력에 의해 극복되지만 극복 시간이 5초 이내 + 노력에 의해 극복 되는 복시 - 복시 증상 없음
 안진: +++ 지속적인 안진 ++ 지속적인 안진을 보이나 회수의 감소 + 간헐적 안진을 보임 - 안진 없음
 안구편위: +++ 노력에 의해 극복 안됨 ++ 노력에 의해 극복되나 다시 편위됨 + 노력에 의해 극복되며 그 지속시간이 30초 이상 - 안구의 편위 없음

Table 2. Medication

	구성
韓藥	半夏 6 陳皮 麥芽 神麴 蒼朮 4 沙蔘 黃芪 天麻 白茯苓 2 澤瀉 10 乾薑 1.5 黃柏 1 生薑 6 赤茯苓 6 白朮 6 豬苓 6 肉桂 2 丹蔘 12 紅花 3 桃仁 2
鍼	睛明, 足三里, 合谷, 太衝, 量聽區, 百會
洋藥	Edamon A 6#3, Astrix 100mg 1#1, Nari 5mg 1#1, Amaryl 2mg 1#1, Glucophage 500mg 3#3 NS IV 7 days

Table 3. Lab. of Admission

Lab.	2003.9.19
CBC	4.49-3.9-12.0-39.9
BC	PP2 330mg/dl
UA	Glucose +++
EKG	Normal
Central pons & Rt. cerebellar hemisphere에 T1 & FLAIR B-MRI low, T2 high SI cystic lesion이 있으며, Chronic stage of (9.24) infarction에 의한 Encephalomalacia로 생각됨 Chronic stage of infarction, pons & Rt. cerebellum	

韓藥으로는 李의 脾胃論에 최초로 수록된 처방으로 補氣하는 四君子湯, 治痰하는 二陳湯, 溫中散寒하는 理中湯에서 胸滿의 염려로 甘草를 去하고 補氣의 목적으로 黃芪를, 痰濕을 利하기 위해 澤瀉를, 頭目的 風을 散하고자 天麻를 가한 처방으로 吐逆 食不能停 痰唾粘稠 湧出不止 眼黑頭旋 惡心煩悶 氣短促上喘 無力不欲言 心身顛倒 兀兀不止 目不散開 如在風雲中 頭苦痛如裂 身重如山 四肢厥冷 不得安臥 한 증후를 치료하고자 만들었으며, 이후 많은 醫家들에 의하여 惡心嘔吐 眩暈 痰厥頭痛 手足厥冷汗證候에 補氣 健脾 溫中祛痰할 목적으로 빈용된 半夏白朮天麻湯에 利水滲濕 溫陽化氣하는 五苓散 및 破瘀 活絡하는 丹蔘 紅花 桃仁를 가하여 사용하였으며, 침치료로 足三里 合谷 四花 太衝 睛明을 主穴로 사용하였다.

현훈은 입원가료 2일째 입원당시에 비하여 환자 호소 상 50% 정도 호전을 보이기 시작하여 치료 7

일에 증상 소실되었으며, 경미한 현훈은 간헐적으로 발생하였으나 일상 활동에 지장을 주지는 않았다.

안구진탕 또한 현훈보다는 그 호전 속도가 느렸으나 입원 2-3일에 급격한 호전을 보이고 7일 정도에 증상 소실되었다.

복시 또한 안구 진탕과 비슷한 호전상을 보였다. 안구의 편위의 경우 입원 초반 7일까지는 빠른 회복을 보였으나 그 뒤 조금씩 호전되어 퇴원 2일 전 정도에 소실되었다.

현재 환자는 외래를 통하여 혈압과 당뇨를 조절하고 있으며 퇴원후 현훈 증상은 현재까지 없었다.

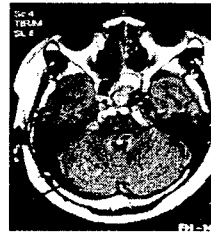


Fig 1. Brain-MRI Flair 2001-8-14

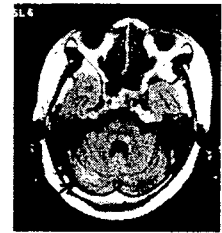


Fig 2. Brain-MRI Flair 2003-9-24

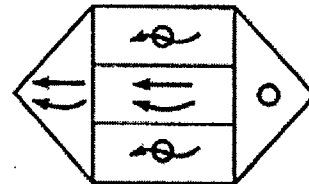


Fig 3. Result of gaze nystagmus test of Rt. eye

고찰

眩暈은 전정질환의 핵심증상으로 실제적으로는 身體의 움직임이 없어도 움직임을 느끼거나, 주어진 身體 운동을 과민하게 느끼는 것이다.

眩暈은 전정계성 현훈과 비전정계성 현훈으로 나

눌 수 있으며, 이중 전정계성 현훈은 중추성 현훈과 말초성 현훈으로 나뉜다. 이 중 중추성 眩暈은 소뇌 혹은 대뇌의 병변으로 인한 것이 많고, 말초성 현훈은 미로장애로 인한 것이 대부분이다.¹⁾

말초성 현훈을 일으키는 질환으로는 내이림프의 水腫으로 耳鳴, 難聽의 전구증상 출현 후 眩暈이 발작되는 메니에르병과 50%에서 상기도 감염을 일으킨 후 전정신경에 염증을 유발하여 眩暈발작이 일어나는 전정신경염, 바이러스성 감염후에 나타나는 미로염으로 인한 眩暈, 두부외상 후 미로진탕을 일으켜 나타나는 외상성 眩暈이 있고, 미로의 열공으로 인한 경우도 있으며, 이석조각이 반고리관을 자극하여 眩暈을 일으키는 양성 체위성 발작성 현훈(BPPV)이 있다.⁵⁾

말초성 현훈을 감별하는 일반적이고 간단한 방법으로 Dix-hallpike 검사, Romberg 검사, Mann 검사, 단각기립검사, 지시검사, 차안서자검사 등이 있으며 이 외에도 자세한 병력청취 및 컴퓨터단층촬영술 및 자기공명영상장치를 통한 영상진단도 확신에 도움을 줄 수 있으나 병력청취 및 상기한 방법만으로도 말초성 현훈에 대한 진단은 가능하다.^{3,5,17-19)}

이 외에도 홍¹³⁾은 현훈증에 대한 코오넬 의학적 수와 MMPI반응을 조사하여 眩暈症과 스트레스 등의 정신적 인자와의 연관성에 대해서도 기술한 바 있으며, 眩暈症 환자에서 전정유발근전위의 변화와 眩暈症의 연관성을 연구하여 근전위를 통한 眩暈진단에 있어 유의성을 기술한 것도 있다.^{12,15,20)}

현훈으로 응급실을 내원한 환자의 원인 분류를 보면, 1991년 3월부터 1994년 2월까지 지방공사 강남병원 이비인후과의 경우 전체 환자 중 말초성이 75%며 그중 전정신경염은 6.4%였다 보고 하였으며, 1999 원광대학교병원 응급실을 내원한 현훈 환자의 분류의 경우 말초성 현훈이 66%이며 그중 전정신경염은 28.3%였다. 또한 1999년 1월부터 2002년 12월까지 단국대학교병원 이비인후과교실에서 현훈환자를 관찰한 결과 원인질환을 가진 경우 메니에르병이 25%, 전정신경염이 20%였다고 보고하였다. 이처

럼 환자의 원인질환에 대한 보고가 다양한 것은 현훈에 대한 어휘가 명확하지 않아 환자의 주관적 자각증상의 호소의 애매모호함으로 응급실 내에서의 병력 청취 및 신체 검사가 어려우며, 또한 응급실에서 근무하는 의사는 환자가 중추성 현훈일 수도 있다는 압박감으로 자세한 병력 청취나 신체 검사보다는 영상촬영을 선호하기 때문일 수 있다.¹⁶⁻¹⁹⁾

전정신경염은 Rutin이 1909년 처음으로 그 임상적 특징을 기술한 이래 임상에서 현훈을 호소하는 환자에서 양성 체위성 현훈증, 메니에르 증후군과 함께 가장 흔히 볼 수 있는 말초성 전정장애의 대표적 질환이다. 24시간 이상 지속하는 심한 단발성의 회전성 현훈, 오심, 구토 및 전정성 실조와 함께 건축을 향하는 전정성 안진이 관찰되며 온도 검사상 일측성 전정기능의 마비 소견이 관찰되나, 청력은 정상이며 기타 신경학적 이상 소견이 관찰되지 않는 경우를 그 진단 기준으로 한다. 전정신경염은 감염성 질환 특히 부비동염과 다른 상기도 감염이 50%에서 선행되며, 당뇨병 환자에서 미세혈관 장애로 인하여 발생 할 수 있다. 대개 일측성으로 발생하며 봄과 초여름에 호발한다. 30세에서 60세 사이에 가장 많이 발생하며 남녀간 차이는 없다.^{5,14-15,17-20)}

전정신경염에서는 심한 회전성 현훈의 지속 시간은 평균 2.4일로, 그 지속시간 만으로 볼 때 대개 수 시간 이내에 좋아지며 임상에서 흔히 볼 수 있는 메니에르 증후군과 감별이 된다.

안구진탕은 불수의적이고 율동적인 안구운동이며 상반되는 두 개의 방향으로 규칙적인 왕복운동을 하는 것을 말한다. 눈의 움직임은 전정기관과 안운동통합중추에 의해 조절되며 이들 두 기관에서는 항상 일정한 자극이 발생되어 외안근으로 전달되며, 이 자극으로 안구는 일정한 위치를 유지한다. 그러나 이들 기관 중 어딘가에 이상이 발생하면 안구는 형평 상태를 유지 하지 못 하고 한쪽으로 편위된다. 눈이 한쪽으로 편위되면 다시 이를 정상 위치로 만들려는 노력이 발생하게 되고 안구가 원래의 위치

로 돌아오면 다시 편위되는 과정이 반복되면서 안진이 발생하게 된다. 안구진탕증은 생리적으로도 발생할 수 있으며, 병리적으로는 말초성, 중추성, 망막성 모두에서 발생된다. 단편측성 안구진탕증은 중추성 및 말초성일 수 있으며 흔한 중추성 원인으로는 편측성 전정중후군, 소뇌 중후군 등이며, 말초성의 경우 말초성 전정중후군으로 전정신경염, 메니에르 질환, 혈관 장애 등을 의심할 수 있다.^{5,23,24)}

韓醫學에서는 眩暈을 眩과 暈으로 나누어 구분하고 眩은 주로 目眩, 眼花라하여 시각과 관련된 症狀을, 暈은 頭暈, 頭旋이라하여 회전감과 관련된 症狀을 기술하였으나 임상적으로는 같은 의미로 使用하고 있다.^{12,13)}

眩暈의 發病原因으로 《內經 素問》⁹⁾에서는 “諸風掉眩 皆屬於肝”이라 하여 風을, 朱震亨의 《丹溪心法》¹⁰⁾에서는 “痰挾氣虛并火 治痰爲主...無痰則不作眩 痰因火動”이라 하여 痰과 火를, 張景岳의 《景岳全書》¹¹⁾에서는 “眩運一症 虛者居其八九 而兼火”라고 하여 虛를 주요 발병인자로 보았으며 각각 이에 대한 治療를 施行하여왔다.

최근에는 眩暈을 중추성과 말초성으로 구분하고 發病原因을 髓海不足, 氣血不足, 寒水上犯, 肝陽上亢, 痰濁中阻로 나누어 각각 益腎水, 補氣血, 除痰濕, 抑肝陽하는 方法으로 治療를 하고 있다.^{6-8,12,13)}

본 증례는 61세의 여환으로 개안시의 심한 회전성 어지러움과 우안의 우하방 편위 및 우안의 우하방 수평 회선성 진탕, 그리고 복시를 호소하여 전정신경염에 의한 말초성 현훈으로 보았으며, 과거력상 고혈압, 당뇨, CVA 있어 Brain MRI 촬영을 통하여 CVA와의 감별을 시도하였다.

2003년의 Brain MRI 판독 결과, 2001년의 뇌경색 부위의 만성적 형태를 보이고 있었다.

주시 안진검사상 우안의 지속적인 우하방 수평 회선성 안진 양상을 보였으며 이는 양성 발작성 두위 현기에서의 피로 현상이 있는 체위 변환성 안진과 감별된다. 또한 주시 방향에 따라 일정한 방향의 안진은 주로 미로성 장애에 많으며 중추성인 것도

있다.

복시는 자연 개안 상태에서 물체가 두 개로 보이거나 안구의 편위상태로 주시할 때 복시가 사라지는 것으로 보아 안구 편위 및 진탕으로 상 융합의 불리로 인하여 발생하는 것으로 생각된다.

안구의 편위는 4번 활차신경 내지는 좌측 핵간 안구 마비의 형태를 떠나, 노력에 의해 극복된다는 것에서 상기의 유형은 아니라는 점을 시사하며, 상핵이나 핵간 마비의 경우 복시를 유발시키는 일은 드물다는 점으로 보아 그 이하 부위에서의 기능 부전으로 안구의 편위가 발생한 것으로 사료된다.²³⁾

환자는 발병 전 당뇨 조절이 잘 되지 않았으며, 과로를 한 상태로 갑작스런 현훈이 발생한 점과 치료 2일째에 현훈의 급격한 호전을 보였으며, 현훈과 복시, 안구의 편위와 진탕 외 다른 신경학적 증상을 보이지 않았으며, Brain MRI 상 과거 소뇌의 Cb-inf.의 영상 외 다른 소견을 찾기 힘들었다는 점 등, 그 임상 경과로 보아 전정신경염을 의심할 수 있다.^{5,14,15,17,20)}

그러나 추골 뇌기저동맥의 부전이나 일시적인 뇌간 허혈 또는 급성 자율신경계 이상으로 생길 수도 있다는 점에서 보다 많은 연구가 필요하다.

참고문헌

1. 해리슨내과학편찬위원회. 해리슨내과학. 서울. 정담. 1997:98-101.
2. 전국의과대학교수. 오늘의 진단 및 치료 서울. 한우리. 1999:251-4.
3. 이정구. 어지러움. 서울. 단국대학교출판부. 2001:119-128, 205-218.
4. Forbes.Jackson. 임상의학. 서울. 한우리. 1998:471.
5. 민양기, 최종욱, 김리석. 이비인후과학임상. 일조각. 2001:326-330, 378-384.
- 6.王永飮.中醫耳鼻咽喉口腔科學.北京.人民衛生出版社. 2001:305-315.

7. 熊大經. 實用中醫耳鼻喉口齒科學. 上海. 上海科學技術出版社. 2001:127-9.
8. 李云英. 眼科與耳鼻喉科學專病. 北京. 人民衛生出版社. 2000:369-375.
9. 裴秉哲. 今釋 黃帝內經素問. 서울. 成輔社. 1994:805.
10. 朱震亨. 丹溪集注. 北京. 人民衛生出版社. 1993:246.
11. 張景岳. 景岳全書. 北京. 人民衛生出版社. 1993:178.
12. 김진수, 김성훈. 현훈의 병인병기에 관한 소고 대전대학교 한의학연구소 논문집 1998;7(1):1-11.
13. 설인찬, 김병탁. 현훈에 대한 문헌적 고찰, 대전대학교 한의학 연구소 논문집 1996;5(1):1-6.
14. 김재일. 어지러움증. 대한의사협회지 2001;44(9):985-992.
15. 이형, 이승환, 임정근, 오희중, 이상도, 박영춘. 급성 및 보상기의 전정 신경염에서 전정기능 검사. 대한신경과학회지 2000;18(1):54-59.
16. 이형호, 김진규, 정명걸, 김용찬, 김종대. 메니에르 증후군 의증의 현훈 환자 1례에 대한 팔체질침을 사용한 증례보고. 동의병리생리학회지 2002;16(5):1079-1083.
17. 문원식, 정경운, 위준선, 문정미, 전병조, 김용권, 소정일, 류진호, 허착, 민용일. 응급실에 내원한 환자에서 어지럼증의 원인과 임상양상의 분석. 대한응급의학회지 2001;12(3):259-267.
18. 김혁동, 유수진, 박재항. 응급센터에 내원한 급성 현훈발작 환자에 대한 임상분석. 대한응급의학회지 1999;11(4):546-554.
19. 이정구, 전상준, 우승훈. 고령의 어지러움 환자에 대한 임상 분석. 대한이비인후과학회 제 9차 종합 학술대회 초록등록 정보 <http://www.korl.or.kr/workshop/abstract/>
20. 김현영, 박기형, 김승현, 김희태, 김주한, 김명호, 성기범. 말초성 전정장애에서 전정유발 근원성 전위 검사의 유용성. 대한신경과학회지 2001;19(5):498-502.
21. 고흥, 이은. 택사탕으로 회전성 현훈과 보행 장애 치험 2례. 대한한방내과학회지 2000;21(3):511-514.
22. 이은, 박병욱, 고흥. 두위 변환에 따른 회전성 현훈증에서 택사탕가미방 투여 20례의 임상 고찰. 동의생리병리학회지 2001;15(6):1057-1060.
23. 고도일. 쉽게 배우는 신경학적 접근. 서울. 푸른솔. 1999:80-91.
24. 이상철, 김상현. 현기증 환자에서 두진안진의 의미. 인제의학 1991;12(3):367-379.