한방안이비인후피부과학회지 제18권 제3호(2005년 12월)
The Journal of Korean Oriental Medical Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology 2005;18(3):148-157

眩暈 治驗 2例

김규석 · 김윤범 · 윤희성 · 박외숙 · 김희정
경희대학교 한의과대학 안이비인후피부과교실

Two Clinical Cases of Vertigo

Keoo-seok Kim · Yoon-bum Kim · Hui-sung Kim · Owe-Suk Park · Hee-jeong Kim

Department of Oriental Ophthalmology, Otolaryngology & Dermatology, College of Oriental Medicine, Kyung-Hee University

Damum(痰飮) is a kind of pathologic secretion products that excessive water is accumulated in a part of body. Damhun(痰暈) is the vertigo induved by Damum(痰飮).

We experienced two clinical cases treated vertigo by orietal medicine(herbal medication, acupuncture). 33-years old male and 63-years old female patients had Damhun(痰暈), vertigo by Damum(痰飮). We administered Banhabaechulcheoma-tang (Pansiabaichutienma-tang) and Yeonggyechulgam-tang(Lingguishugna-tang) to each patient, and two patients improved vertigo and referred symptoms. In other words, this study is that We did not limited peripheral vertigo to vestibular system, made a diagnosis of Damum(痰飮) and treated vertigo by orietal medicine(herbal medication, acupuncture) referred to many medical practitioner of many generations.

We suggest that digestive sypmtom(related to Damum(痰飮)), abdominal examination and stool frequency are closely associated with vertigo and could be estimated prognosis of vertigo.

Key words : Dam Hun(痰暈), Damum(痰飮), Digestive symptom, Abdominal examination, stool frequency, Banhabaechulcheoma-tang(Pansiabaichutienma-tang), Yeonggyechulgam-tang(Lingguishugna-tang)

서 론

Yardley L. 등[1]은 매년 전체 인구의 1%가 어지럼증을 호소하고 0.5%는 현훈으로 의사의 진료를 받는다고 하였고 , Thomas B. 등[2]은 3만 명 이상을 대상으로 한 조사에서 전 인구의 17%가 현훈(vertigo) 혹 현기(dizziness)를 호소한다고 하는 등 조사마다 유병률의 차이는 있지만 임상에서 흔히 접하게 되는 흔한 질환 중 하나임에는 틀림없다. 현훈이란 사전적 의미로 '운동의 착각, 외계가 마치 환자의 주위를 회전하는 것 같은 감각(objective vertigo), 또는 환자 자신이 공간에서 회전하는 것 같은 감각'이라고 정의하고 있다.[3,4,5] 흔히 현기

교신저자: 김윤범, 서울시 동대문구 회기동 경희대학교 한방병원 안이비인후피부과교실
(Tel. 02-958-9181, E-mail: kyb6838@hanafos.com)

(dizziness)와 현훈(vertigo)을 혼용하여 사용하는데 공간에 대한 비정상적인 회전 감각 유무로 구별할 수 있을 것이다. 대개 의학적으로 현훈은 현훈의 성질, 발작 양상과 경과, 동반된 증상, 정도 및 지속시간, 원인인자로 작용할 수 있는 환자의 기왕력 등을 묻는 문진이 이루어지며 더불어 이학적 검사, 전정기능검사, 방사선 영상진단 등의 검사를 시행하여 말초전정계 질환과 중추전정계 질환으로 크게 구별하여 정신 요법, 식이요법, 약물 요법, 재활 치료 등을 시행하는 것이 일반적이다. 특히 병인 진단에 있어 미로, 후미로, 뇌간, 소뇌, 대뇌 등의 혈관성, 염증성, 종양성, 외상성, 중독성 인자에 의한 말초전정질환, 중수전정질환 및 순환기 질환, 자율신경 장애, 대사 내분지 장애, 안과적 질환, 치과적 질환, 부인과적 질환 등을 원인으로 생각하고 진단과 치료가 이루어진다.[3,4,5,6,8]

하지만, 한의학에서 현훈은 風, 火, 痰, 虛를 병인으로 하여 氣虛, 血虛, 上虛 등 虛證을 보이는 경우가 많다고 보았으며7), 특히 張仲景, 李東垣, 朱丹溪, 虞搏, 吳謙 등의 醫家들은 약간씩 차이는 있지만 痰飮으로 인한 현훈의 症狀, 病理, 治方을 통해 소화기 증상, 배변 양상 등의 痰飮 관련 제반 증상과 현훈과의 관련성을 중요시 하고 있다.[7,8]

따라서 본 증례에서는 현훈의 양방 진단, 치료에서 놓치고 있는 痰飮을 주된 병리 기전으로 보고 각각 半夏白朮天麻湯, 苓桂朮甘湯을 투여하여 현훈과 제반 증상이 호전된 痰飮 환자 2例를 통해 현훈 양상과 소화 증상, 배변 양상, 腹診 증상을 통해 痰飮과 현훈의 상관성을 고찰해 보고자 한다.

대상 및 방법

본 증례는 2005년 5월 30일부터 2005년 6월 24일까지 입원, 외래 치료를 받고 치료를 종결한 痰暈 남환 1례와 2005년 9월 3일부터 2005년 9월 30일까지 입원 치료를 받고 현재 외래 진료 중인 痰暈 여환 1례를 연구 대상으로 하였다.

증상 호전에 대한 평가는 현훈 호소에 대한 객관적 평가가 어렵기 때문에 VAS(visual analogue scale)로 무증상 0점, 가장 심한 현훈 상태를 10점으로 그 사이를 10등분하여 현훈에 대한 주관적 증상을 점수화(X) 하였으며, 그 외 두통, 두중감, 이명, 난청, 오심, 구토, 불면, 시야 장애를 증상 정도에 따라 무증상(absent), 경미(mild), 심각함(severe)의 3단계로 나누어 각각 0점, 1점, 2점으로 점수화한 것을 합(Y)하여 이것을 현훈 VAS(X)와 다시 합하여 현훈과 동반 증상의 정도를 점수화(계 X+Y: 0-26점)하였다. (table 1 참조)

그리고 소화증상, 대변, 복진 상태의 변화를 현훈과 비교하기 위하여 복진 시 압통 정도, 복직근 긴장 정도, 소화 상태(心下痞滿, 腹脹 등)의 증상 정도에 따라 무증상(absent), 경미(mild), 심각함(severe)의 3단계로 각 각 0점, 1점, 2점으로 나누어 점수화(계 Z: 0-6점)하여 현훈 score(X+Y)와 비교하여 상관성을 알아보았고(table 1 참조), 배변(W)과 현훈의 관계도 살펴보았다.

Table 1. Accessment of vertigo and digestive symptom

vertigo and referred symptoms		digestive symptoms	
symptom	score	symptom	score
vertigo	VAS * 0-10(X)	pressure pain in abdominal examination	0-2†
headache	0-2†		
heavy head	0-2†		
tinnitus	0-2†	rectus abdominis muscle tension	0-2†
hearing loss	0-2†		
nausea	0-2†	digestive state	0-2†
vomiting	0-2†	total(Z)	0-6
insomnia	0-2†	stool frequency(W)	frequency/day
visual disorder	0-2†		
total(X+Y)	0-26		

3) * VAS: visual analogue scale

† 0: absent , 1: mild , 2: severe

1. 症例 1

- 환 자 : 박 ○ ○, 남자 33세
- 主 訴 : 眩暈, 嘔吐, 頭痛, 頭重感

- 발병일 : 2005.5.22 pm16:00
- 현병력 : 165cm, 59kg 33세 예민한 성격의 남환으로 복막염 외 별무대병 중 2005년 5월 22일 오후 4시경 현훈, 오심, 구토 발하면서 쓰러진 후 2005년 5월 24일 현훈, 오심, 구토 재발하며 쓰러져 서울대 병원 응급실 방문, MRI 상 별무 진단. Rt. ear 이상 메니에르 병 진단받고 약물 치료 중 별무 호전하여 2005년 5월 30일 경희의료원 한방병원 한방 안이비인후피부과 외래 경유하여 입원함.
- 과거력 : 중학교 2학년 때 복막염
- 진단명 : 痰暈(r/o Meniere's disease)
- 치료기간 : 2005.5.30-2005.6.24

1) 초진소견

식 욕 : 食欲有味
소 화 : 食後 頭痛, 惡心, 嘔吐 發
대 변 : 평소 便軟, 입원 당시 泄瀉 2회
소 변 : 色黃, 不決, 4-5회/日
수 면 : 頭痛, 惡心으로 不眠(평소 예민한 성격으로 淺眠)
정신상태 : 평소 예민한 성격
땀 : 微汗
수 족 : 溫
한 열 : 평소 惡熱(上熱下寒, 목감기 多發), 최근 들어 惡寒
설 진 : 舌紅 苔薄白
맥 진 : 微弦
복 진 : 복직근 硬結 심함. 복진 시 압통 호소(中脘, 氣海 부위)
망 진 : 黑瘦. 안면 虛熱로 發赤 보임

2) 검사소견

타 병원 Br-MRI : 別無異常
Chest X-ray(5/31) : No active lung lesion
ECG(5/31) : Normal sinus rhythm. Nonspecific intraventricular conduction delay. Borderline ECG
혈액 검사, 소변 검사, 내분비 검사(5/31) : 別無異常

3) 사용처방

半夏白朮天麻湯 (加 蒼朮8g 香附子4g): 半夏製 陳皮 麥芽炒 6g/ 白朮 神麴炒 蒼朮 4g/ 人蔘 黃芪 天麻 白伏苓 澤瀉 2g/ 乾薑 1.2g/ 黃柏酒洗 0.8g/ 生薑 10g

4) 임상경과 및 치료

165cm, 59kg 32세 검고 마른 체구의 예민한 성격의 32세 남환으로 발병 당시 5월 22일 오전 4시 이후 갑작스런 현훈과 구토, 식욕 부진, 가벼운 난청(우측)을 주소로 하였고, 두통, 두중감이 있었고 초진 당시도 오전 1회 구토 이후 아침과 점심은 식사를 못한 상태였다. 현훈 양상은 회전성으로 '머리가 빙빙 도는 것 같아요.'라고 호소하였으며, 체위 변화에 따른 현훈 변화는 없었으며, 오심, 구토 등 자율신경계 증상을 동반하였고 보행이 불가능한 상태로 자율신경계 증상이 심하여 침상 안정하였다. 현훈의 지속 시간은 수분-수시간이었다. 초진 당시 舌微紅, 苔薄白, 맥은 微弦하였고 대변은 설사 양상으로 2회하였으며 소변은 4-5회/일로 불쾌감이 있다고 하였으며, 입맛이 없고 식후 오심, 구토 등 증상이 發하였으며, 평소 惡熱하고, 주로 목감기를 자주 앓는 편이었다. 따라서 평소 소화기 장애와 더불어 전두부 두통, 두중감, 오심, 구토 등의 증상과 설태와 대변 상태를 토대로 한방적으로 痰飮으로 진단하고 半夏白朮天麻湯을 1일 3회 2첩 3분복하게 투여하고 예민한 성격으로 현훈, 두통 등으로 잠을 잘 이루지 못하는 상태여서 취침 전 督脈經과 膀胱經을 격일로 돌아가며 수면 부항을 하였으며, 中脘과 天樞 부위 신기구로 간접구를 하였다. 식사는 식염 제한(salt:10g)을 하였고 K+ 농도 조절 위해 오렌지 쥬스, 바나나 등 식이를 권하였고, 식사 형태는 연식(soft diet)으로 하였다. 5월 31일 저녁부터 식사가 가능하게 되고(죽 1/3 가량) 두통, 현훈이 감소하였으며 6월 1일 오전 구토 1회 이후 오심 현저히 감소하여 VAS 0-1정도로 줄

었고 휠체어 ambulation이 가능하게 되었다. 6월 3일 식사량도 죽 2/3정도로 늘었고 대변도 묽긴 하지만 환자 스스로 快하다고 하였다. 하지만 頭重感과 현훈(VAS 4-5)은 여전히 남은 상태이며, 복직근 경결도 입원 당시 보다는 좋아졌으나 복진 시 압통은 여전히 있었다. 6월 4일 전날 저녁 과식 후 구토 1회 하고 현훈, 頭重感 증가하였으나 오심은 없었다. 이후 6월 8일 퇴원 전까지 6월 6일 과식 후 오심 한차례 있었던 것 외에 오심, 구토 없었고, 복직근 경결 많이 감소되었고, 頭重感, 현훈(VAS 2) 약간 남아 있으나 보행에 지장은 없고 이명, 난청, 이통, 이폐색감 등은 전혀 없었으며, 대소변도 快하여 퇴원 결정하고 외래 치료 받기로 하였다. 퇴원 이후 지속적인 복부 hot pack massage로 복부 경결 많이 풀렸고, 식사도 적당량 가능하게 되었으며, 6월 9일 구토 2회, 6월 14일 구토 1회 이후 6월 24일까지 오심, 구토 등 증상 없었고 6시간 이상 외출도 가능(외출 후 微眩暈 發하나 안정 시 없어짐)하게 되어 치료를 종결하였다.

2. 症例 2

- 환 자 : 안 ○ ,○, 여자 63세
- 主 訴 : 眩暈, 惡心, 嘔吐, 頭痛, 耳鳴(우측 경미), 복부 痞滿感
- 발병일 : 2005년 7월경
- 현병력 : 158cm, 57kg 63세 여환으로 유선 낭종(30세경), BPPV(양성 발작성 체위성 현훈, 2004년 1월), 대장 게실, 치질 수술(2004년 11월) 외 별무 대병 중 2005년 7월(정확한 날짜는 기억 못하심) 현훈, 오심, 구토 발하여 삼성의료원 응급실 방문 Meniere's disease 진단 받은 후 집에서 가료중 간헐적으로 증상 발하고 2005년 8월 19일 증상 심해져 삼성 의료원 응급실 재방문 경구 복용 약 처방 받고 집에서 가료 중 본격적 한방 치료 원해 경희의료원 한방병원 안이비인후피부과 외래 경유하여 입원함.
- 과거력 : 유선낭종(27세경 1년 정도 입원), BPPV(양성 발작성 체위성 현훈, 2004년 1월), 대장 게실, 치질 수술(2004년 11월)
- 진단명 : 痰暈(r/o Meniere's disease)
- 치료기간 : 2005년 9월 3일-2005년 10월 17일 (현재 외래 F/U 중)

1) 초진소견

식 욕 : 食慾無味

소 화 : 不良, 惡心, 心下痞滿(膻中-中脘 불편감, 속쓰림). 어릴 때부터 차멀미, 배멀미 심해 탈 것을 잘 못타고 등산하기도 힘들 정도로 脾胃 약함

대 변 : 3-4일에 1회. 硬(40세 이후)

소 변 : 5-6回/日 야간 2회

수 면 : 不良(淺眠, 短眠, 頻覺)

정신상태 : 예민한 성격, 평소 心悸, 不安 如人將捕之(어릴 때 놀이 기구 타고 크게 놀란 적 있음)

땀 : 自汗, 평소 汗出少(사우나 하면 기운이 빠지는 편)

수 족 : 手足 微冷

기 호 : 惡寒, 惡熱(폐쇄된 공간 답답해 함)

설 진 : 舌紅 苔白 乾燥

맥 진 : 沈弱

복 진 : 中脘, 氣海 左天樞 硬結. 中脘 下腹部 복진 시 압통 호소

망 진 : 面白, 黃

2) 검사소견

ECG(9/8) : Sinus bradycardia. Increased R/S ratio in V1, consider early transition or posterior infarct. Abnormal ECG(심장 내과 의뢰하였으나 axis deviation으로 이상 없다고 진단 받음)

Chest PA(9/3) : No active lung lesion. Tortuous

aorta.

Gastroscopy(9/21) : Mild atrophic gastritis

U/A(9/3) : Occult blood/Leucocyte : +-/++

생화학(9/21) : Glucose/LD/creatinine/HDL-cholesterol : 118/536/0.5/34

EGG(9/26) : Gastroparesis

3) 사용처방

半夏白朮天麻湯 (加 蒼朮8g 香附子4g): 半夏製 陳皮 麥芽炒 6g/ 白朮 神麴炒 蒼朮 4g/ 人蔘 黃芪 天麻 白伏苓 澤瀉 2g/ 乾薑 1.2g/ 黃柏酒洗 0.8g/ 生薑 10g

滋陰健脾湯: 白朮 6g/ 陳皮 半夏薑製 白茯苓 4g/ 當歸 白芍藥 生乾地黃 3g/ 人蔘 白茯神 麥門冬 遠志 川芎 甘草 2g/ 大棗 生薑 6g

苓桂朮甘湯合平胃散: 茯苓 6g/ 白朮 3g/ 桂枝 4g/ 甘草 炙 2g 合 蒼朮 8g/ 陳皮 5g/ 厚朴 4g/ 甘草 2g

山茱萸(炒) 單味 30g(취침 전 1회)

4) 임상경과 및 치료

158cm, 57kg 63세 面色 창백한 여환으로 2005년 7월 중순경 발병 당시 아침 식사 후 오심, 구토, 현훈 두통 발하였는데 눈을 못 뜰 정도로 회전성으로 현훈이 심하였다고 하였다. 초진 시 회전성 현훈 양상은 아니었고 頭重感을 호소하며 좌우로 고개 돌릴 때 체위성 현훈을 호소하였으며, 보행은 가능하였고, 우측 경미한 이명 증상과 불면이 심하였고, 시야 장애는 없었으며 惡心있고 嘔吐는 없었고 中脘 부위부터 膻中까지 心下痞滿感과 食欲無味, 便秘(3일 1회 硬)를 호소하였다. 평소 脾胃가 약하여 차멀미가 심하고 식사가 불규칙적이었으며, 소화 장애로 속쓰림을 호소하고 頭重感과 현훈감을 호소하여 痰飮으로 보고 초기 半夏白朮天麻湯을 1일 2첩 3分服하였고 痰飮方(外關, 曲池 補 太淵 太白 瀉)과 內關을 자침하였으며 피부가 약하여 中脘에 화상위험이 있어 신기구는 첫날하고 그 이후에는 하지 못하였고, 不眠에 督脈經과 膀胱經 수면 부항과 山棗仁(炒) 單味 20g을 전탕해서 취침 전 투여하였다. 식이는 일반식(general diet 식염제한 salt 10g)을 하였다. 9월 7일까지 현훈 VAS 2-3(체위변환 시 약간 현훈 호소), 오심은 많이 줄었으나 남은 상태, 구토 없었고 頭重感, 이명 경미하게 호소하였다가 9월 7일 밤 11시 30분경 화장실 가는 중 현훈 심해지며 눈 뜨기 힘들고 오심 심하여 2차례 구토하여 9월 8일 오전 식사 못하고 점심부터 연식(soft diet)으로 변경하였다.(당시 6일 째 무변이었고 전날 병원 식사 外 콩국수를 먹었다고 함. 9월 8일 구토 이후 대변 봄) 이후 9월 12일까지 앉았다 일어날 때, 누울 때 등 체위 변환 시 현훈 남은 상태로 심하진 않았고 오심 경미하게 유지, 구토 없다가 9월 12일 점심 식사 후 눈 앞이 깜깜해지진 않으나 사물이 흔들리는 것 같고 눈을 감으면 몸이 가라앉는 느낌이라고 하며 현훈(VAS 5) 심해진 것 같다고 호소하였으며, 頭重感 남은 상태였다. 취침 전 산조인 투여 후(9월 12일부터 용량 20g에서 30g으로 증량) 수면 양상은 좋아졌으며, 入眠하는데 걸리는 시간도 짧아지고 수면 시간도 6시간 정도로 길어졌다. 하지만 기분 나쁜 꿈을 자주 꾼다고 하였다. 대변은 9월8일 이후 9월 12일까지 무변, 9월 12일 2회 대변보았다. 9월 20일까지 현훈 거의 없고 보행 잘하며 행동이나 체위변화도 민첩해진 모습이며 오심, 구토, 두통 호소 없으며 9월 17일 대변 1회 보았고, 9월 20일 현재 복압이 다소 증가되어 복부 경결 보이고 복진 시 압통 호소, 연식에서 일반식 변경(9/20) 후 환자 상태 보고 9월 21일 퇴원 예정이었다. 그러나 9월 21일 기상 후 현훈, 오심 지속적으로 發, 오전 11시 30분경 유형 물질없는 선홍색의 묽은 액체 양상으로 다량(150cc, 50cc 가량 2회 구토) 심한 구토하며, 심한 현훈 호소(VAS 8-9)하여 퇴원 취소하고 금식 상태로 fluid 치료와 함께 소화기 내과 의뢰하여 위내시경하였으나 Mild atrophic gastritis 외 별무소견, 출혈 소견은 없었다.(lab 상 aPTT, PT, AST, ALT, ESR 정상) 이후 소화기 내과 의뢰하여 EGG(Electro-gastro-gram)를 시행(9/26), EGG 상 위운동 저하가 심한 위마비(gastroparesis) 진단받고 식이는 연식 유지, 苓桂朮甘湯 合 平胃散을 처방

하였으며, 양측 足三里에 low frequency로 20분간 전침(electro-acupuncture)을 시행하였다. 9월 23일 현훈 VAS 2로 감소, 오심 VAS 2로 감소, 두통 없었고 복진 시 中脘, 氣海 부위 압통 호소(입원 당시 보다는 감소), 복직근 긴장이 여전히 있었고 9월 20일 이후 무변이었다가 9월 24일 대변 1회 봤다고 하였다. 수면 양상은 밤 10시에서 새벽 4시까지 주무시며 야간 1회 정도 야뇨를 보았다. 식사 후(2/3 공기 정도 드심) 약간 답답한 느낌 호소, 心下痞滿 여전히 있는 상태로 惡心 증상은 VAS 2-5사이로 늘었다 줄었다 하였다. 복진시 압통은 中脘보다 氣海쪽 하복부 부위가 심하였다. 9월 26일 이후 식사량이 조금씩 늘면서 9월 28일 죽 한공기 다 드시는 등 입맛이 좋다고 하였고 오심, 현훈은 VAS0-1 정도로 현저히 감소한 상태로 유지되었고 心下痞, 腹脹은 남은 상태로 기상시 비만감 호소하다 시간이 지나면 괜찮아진다고 호소였다. 수면은 督脈經과 膀胱經 수면 부항과 山棗仁(炒) 單味 20g을 전탕액을 투여한 이후 하루 6시간 정도로 잘 유지되며 나쁜 꿈도 현저히 줄었다. 현훈 양상은 기상시 VAS 2-3 정도에서 오후에 활동하면 사라진다고 하였고 9월 24일 이후 무변이었다가 9월 30일 현훈, 오심 증가 없이 대변 1회 보았다. 전반적인 행동 양상 민첩해지고 현훈(입원당시 VAS 7에서 퇴원 당시 VAS 0-1), 오심 거의 없으며, 食慾有末(입원 당시 食慾無味), 心下痞滿感도 감소하여 외래 통원 치료하기로 하고 퇴원하였다. 퇴원 이후 10월 17일까지 山棗仁(炒) 전탕제를 먹지 않고 6시간 이상 잘 주무시게 되었고, 오심, 구토 없었으며 발작성 현훈의 재발이 없는 상태로 유지되고 있으며 외래 통원 치료로 침치료와 함께 桂枝加半夏白朮天麻湯을 지속적으로 복용 중이다.

고 찰

일반적으로 '어지럽다'고 호소하는 경우, 어지러움증은 크게 실신감(presyncope, faitness), 현훈(vertigo), 이상평형감(dys- equilibrium, imbalance), 기타 두부 이상감(other abnormal headsense)의 네 가지 부류로 나눌 수 있다. 이 중에 실신은 1)미주신경성 실신과 상황성 실신, 기립성 저혈압, 경동맥동성 실신 등의 반사성 실신과 2)유의한 심장 질환이 있어 좌심실의 심박출량이 감소될 때 발생하는 심장성 실신, 3)정신장애, 과호흡증후군, 저혈당, 빈혈로 인한 비혈관성 실신 등이 있다. 이상평형감은 구심성 감각(전정감각, 고유수용체감각, 체성감각)의 장애나 기저핵, 소뇌 등의 운동중추의 병변이 원인이 된다. 기타 두부 이상감은 실신감이나 현훈, 이상평형감에 분류하기 어려운 머리의 애매모호한 느낌을 말한다. 이러한 실신감, 이상평형감, 기타 두부 이상감을 제외한 어지러움증을 현훈이라고 하는데 현훈이란 자신이 주위환경이 움직이는 것과 같은 환각으로, 간혹 일직선상의 전위감이나 경사감을 느끼기도 하지만 일반적으로 빙글빙글 도는 것 같은 회전감을 호소한다.[6,9,11] 사전적 의미로 '운동의 착각, 외계가 마치 환자의 주위를 회전하는 것 같은 감각(objective vertigo), 또는 환자 자신이 공간에서 회전하는 것 같은 감각'으로, 병인론적 입장에서 보면, 내이미로(inner ear labyrinth), 시기(visual organ), 근육 및 관절의 심부지각기와 기타의 감각기로부터 오는 구심성 정보(input)가 뇌 중추에서 원활히 통합되지 못하거나, 여기서 나오는 원심성 정보(output)로 이루어지는 안구 운동이나 사지 운동과 관계있는 근육의 긴장도를 반사적으로 조절하는 양측 평형 반사 회로의 부적절한 반응에 의해 야기된 것이라 할 수 있다.[2,3,4,5,6] 진단은 1)현훈의 성질, 발작양상과 경과, 동반된, 증상, 현훈의 정도, 지속시간, 원인인자로 작용할 수 있는 환자의 기왕력 등을 묻는 문진과 2)Romberg test, Mann test, 단각기립검사 등의 신체균형 및 직립반사검사, 그리고 지시검사, 세로쓰기검사, 제자리걸음검사 등의 편의검사, 자발안진검사, 주시안진검사, 두위안진검사 등의 안진검사를 통한 전정기능검사에서 대략적인 병변의 위치, 예후 판단에 대한 정보를 얻을 수 있다. 대개 치료는 현훈 환

자의 대부분이 심리적으로 매우 불안한 사태이므로 정신 요법으로 안정시켜 주며, 전정억제제(vestibular compensation), 진토제(antiemetics), 혈관확장제(vasodialtors), 이뇨제(diuretics), 이독성 약제(ototoxic drugs), 기타 면역억제제 등의 약물요법 등을 시행하며, 자율신경증상(오심, 구토)이 동반되는 경우가 많으므로 소화하기 쉽고, 부담되지 않는 음식을 섭취토록 식이요법을 하고 있다.[3,4,5,6,9] 현훈은 크게 말초성, 중추성, 전신성 등으로 나누는데 말초성 원인은 전정기관의 기능부전에 기인하며, 미로와 후미로의 혈관성, 염증성, 종양성, 외상성, 중독성 원인이나 원인불명으로 구분하고, 중추성의 경우 뇌간, 소뇌, 대뇌의 혈관경색, 출혈, 염증, 종양, 외상, 원인불명으로 나누어 병소 및 병인 진단하며, 그 외 전신질환으로 순환장애(고혈압, 저혈압, 동맥경화증 등), 자율신경장애(기립성실조증, 자율신경실조증 등), 대사내분비장애(고지혈증, 당뇨), 알레르기성 질환, 중추성 질환, 심인성 어지러움증 등에 의해 현훈이 발생한다고 보고 있다.[3,6,9]

그런데 병원에 내원하는 말초성 현훈 환자들을 보면 많은 경우 오심, 구토 등의 자율신경증상과 더불어 心下痞滿, 中脘部 壓痛, 硬結, 大便不通, 腹脹 등의 소화기 증상을 겸하고 있는 경우가 많다. 하지만 양방에서는 腹診을 간과하는 경우가 많고 오심, 구토 등의 자율신경증상 외에 한방에서 말하는 '痰飮'과 관련된 소화기 증상과 배변 양상을 양방적 진단과 치료에 있어 간과하는 경우가 대부분이다.

한방에서 말하는 痰飮이란 체내의 과다한 수분이 일부분에 停聚하여 생성된 穢濁한 膠液性 水毒으로서 일종의 비생리적인 분비물을 의미한다.[12,13] 痰飮은 內傷, 外感, 七情, 虛勞 등의 발병인자로 인하여 肺, 脾, 腎 三臟의 정상적인 氣化가 失調케 되면 水液이 化生하지 못하고, 수분이 기화 배출되지 못하여서 체내에 積聚되어 痰飮을 형성하는 것이다.[14] 한의학 문헌에서 張仲景은 최초로 痰飮으로 인해 眩暈이 발생하는 기전을 설명하였고, 金元代에 이르러서야 金元四大家를 중심으로 痰暈의 개념, 病因, 病機, 治法, 方藥 등에 대하여 많은 발전이 이루어졌다.[7,8] 張[15]은 '傷寒苦吐苦下後 心下逆滿 氣上衝胸 起則頭眩 脈沈緊 發汗則動經 身爲振振搖者 苓桂朮甘湯主之'라 하여 痰飮으로 인한 眩暈의 병리 기전을 설명하였고, 이[16]는 《東垣十種醫書·蘭室秘藏 頭痛門》에서 '半夏白朮天麻湯 治痰厥頭痛藥...增以吐逆 食不能 停痰唾稠粘 湧出不止 眼黑頭旋 惡心煩悶 氣短促 上喘無力 自言心神顚倒...足太陰痰厥頭痛 非半夏不能療 安頭旋 風虛內作 飛天麻 不能制...'라 하여 痰飮으로 인해 머리가 어지럽고 회전감이 있으며 오심으로 식사를 할 수 없는 등의 증상이 있을 때 半夏白朮天麻湯을 쓸 수 있다고 하여 痰飮으로 인한 현훈의 증상과 치료에 대해 상세히 서술하고 있다. 이러한 痰飮에 의한 眩暈, 즉 痰暈에 대한 한 층 더 발전된 견해를 제시한 이가 朱丹溪이다. 朱[17]는 《丹溪心法附餘 頭眩》에 따르면 '痰挾氣虛併火 治痰爲主 挾補氣藥及相火藥 無痰則不作眩 痰因火動 又有濕痰 有火痰者 濕痰者 多宜二陳湯 火者加黃芩 挾氣虛者相火也 治痰爲先 挾氣藥降火藥 如東垣半夏白朮天麻湯之類...'라 하여 痰, 氣虛, 火를 세 가지 원인으로 보고 痰飮으로 인해 火가 動하여 眩暈이 발생한다고 보고 治痰降火를 강조하였다. 丹溪의 이러한 설을 이어 醫學綱目에서도 '論眩 皆屬肝木 屬上虛 丹溪論眩 主於補虛 治痰降火 仲景治眩 亦以痰飮爲先也 諸風掉眩 皆屬於肝'이라고 하였다.[7,8] 明代에 들어서는 현훈을 체질별로 분류하여 虞搏은 《醫學正傳》에서 '肥白之人 濕痰滯於上 陰火氣於下 是以痰挾虛火 上衝頭目 正氣不能勝敵 忽然眼黑生花 若坐舟車而旋運也 甚而至於卒倒 無所知者有之 丹溪所謂 無痰不能作眩者 正謂此也...若夫黑瘦之人 軀體薄弱 眞水虧少 或勞役過度 相火上炎 亦有時時眩運 何濕痰之有哉'라 하여 肥白人은 濕痰이 원인이므로 淸痰降火의 치법을 위주로 사용하고 黑瘦人은 眞水가 虛하므로 滋陰降火를 치법으로 사용하라고 하였지만 이 또한 眩暈의 病因에 있어 痰飮을 염두에 둔 것이라 할 수 있다. 徐春甫 또한 《古今醫統大全》에서 眩暈의 원인을 氣虛有痰, 血虛有火, 陽虛

와 四氣眩暈, 七情鬱結로 나누고 모든 경우에 痰이 眩暈의 발생에 중요한 역할을 한다고 하였으며 龔信은 《萬病回春》에서 風, 寒, 暑, 濕氣가 痰을 발생하며 '大凡頭眩者 痰也'라 하여 대개의 頭眩은 痰에 의해 발생한다고 하여 각각을 脈에 의해 판별하였고, 眩暈에 대한 치법으로 理氣를 우선으로 하는 治痰法을 사용하였고 치방으로는 淸暈化痰湯을 대표방으로 하고 肥人에는 四君子湯을 瘦人에는 四物湯을 가감하여 사용했으며, 風痰에는 二陳湯加味方을 사용하여 痰暈의 변증시치에 대해 정리하였다.[7,8,12] 張景岳은 朱丹溪가 말한 '無痰不能作眩'을 비판하여 眩暈의 원인은 十中八九가 虛로 인하고 痰火로 인한 眩暈은 十中之一二로 드물다고 하여 補氣爲主의 치법을 강조하였으나 이것 또한 氣虛로 인해 濕滯되고 시간이 지나면 痰飮이 발생하고 이로인해 火가 동하는 痰飮의 병리 기전을 볼 때 痰飮을 병인으로 眩暈을 보는 관점에서 시간적 차이만 있을 뿐 대강에서는 벗어나지 않는다고 볼 수 있다.[7,8] 淸代에 吳謙, 葉天士 등도 痰으로 인해 眩暈이 발생한다고 보았다.[7,8] 이처럼 張仲景 이후 眩暈에 대해 痰飮을 기본 병리로 惡心, 嘔吐, 頭眩, 胸煩 등의 증상을 기술하며 苓桂朮甘湯, 半夏白朮天麻湯, 加味二陳湯, 淸暈化痰湯 등을 처방으로 제시하며 眩暈에 있어 痰飮으로 인한 脾胃運化失調와 燥濕 조절 불균형로 파생되는 제반 소화기 증상을 중요시 하였음을 알 수 있다.[7,8]

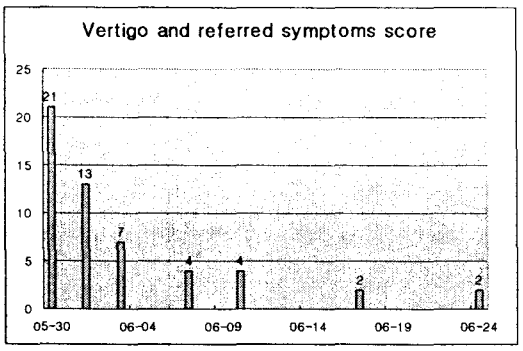

Fig 1. Vertigo and referred symptoms score

본 증례도 이러한 역대 의가들의 眩暈과 痰飮에 대한 상관성을 뒷받침한다고 할 수 있다. 증례 1에서 Vertigo score와 digestive symptom score를 추적 조사한 결과는 fig. 1, 2와 같고 이들의 상관성을 비교하기 위해 같이 나타낸 것이 fig. 3과 같다.

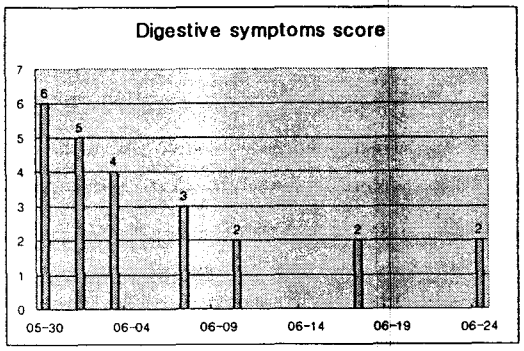

Fig 2. Digestive symptom score

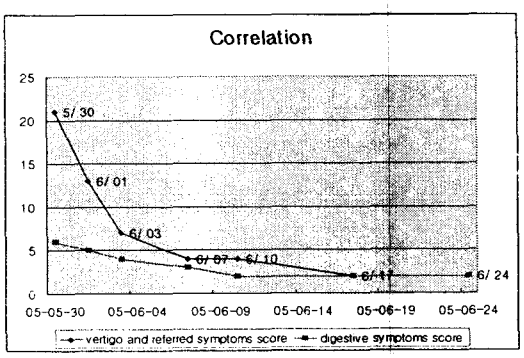

Fig 3. Correlation

Fig. 3에서 보듯이 Digestive symptom score가 감소함에 따라 Vertigo and referred symptoms score가 감소하는 것을 알 수 있으며, 이를 통해 이들의 상관성을 유추해 볼 수 있다. 즉 담음 관련 증상이 감소함에 따라 현훈 양상이 감소함을 알 수 있다. 이것은 양방적으로 기능성 소화불량이나 위마비(gastroparesis)에서 위배출이 지연되고 위운동성이 저하되는 경우 구역, 구토, 체중감소, 조기만복감 등의 소화기 증상을 나타나게 되는 경우와 관련하여 생각해 볼 수 있다.[18,19,20]

증례 2에서 환자의 Vertigo score와 Digestive symptom score를 추적 조사한 결과는 fig. 4와 같고, 배변 양상과 Vertigo score의 상관성을 비교하기 위해 그림으로 나타낸 것이 fig. 5와 같다.

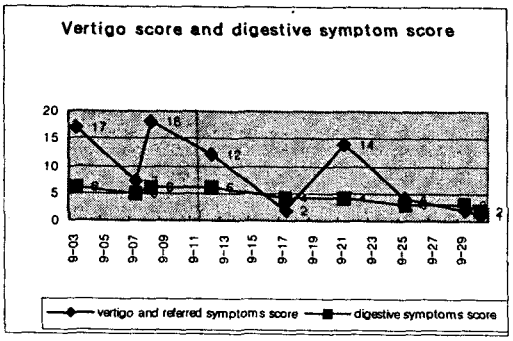

Fig 4. Vertigo score and Digestive symptom score

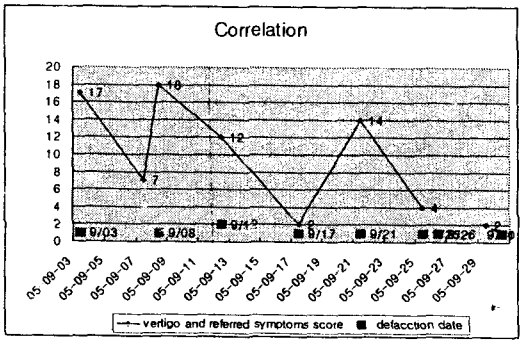

Fig 5. Vertigo score and stool frequency

앞서 증례 1에서와 마찬가지로 증례 2에서도 Fig. 5에서 보듯이, 배변 양상과 현훈과의 상관성이 있음을 알 수 있다. 즉 무변이 오래도록 지속될 경우 현훈이 심해지며 구토 후 배변을 할 경우 현훈 양상이 감소됨을 알 수 있었다. 이것은 양방적으로, 오심과 구토의 발생 기전에서 그 관련성을 생각해 볼 수 있다. 오심과 구토를 양방에서는 신체에 침입한 독소에 대한 방어적 반사 기능으로 보고 구토 중추(vomiting center)와 화학수용체방아쇠영역(chemoreceptor trigger zone; CTZ)이 관여한다고 보고 있다. 구토를 일으키는 주요한 자극에는 위장 염증, 내장 확장, 심근 경색, 뇌압상승, 대사 이상, 약물, 인후 자극, 정서적 흥분 등이 있으며 이들 자극에 의해 구심성 교감신경과 미주신경을 통해 구토 중추에 전달되어 구토를 유발하거나 전정계 이상이나 중추 신경에 작용하는 약물, 대사 이상 등은 제4뇌실 기저에 존재하는 화학수용체방아쇠영역을 자극하여 구토 중추를 활성화시켜 오심과 구토를 유발한다고 보고 있다.[21] 즉 이를 통해 유추해 보건데, 大便不通으로 인한 복압의 상승은 뇌압의 상승 원인이 되어 구토 중추를 자극하거나, 전정계 이상으로 인해 화학수용체방아쇠영역을 자극하여 구토 중추를 간접적으로 활성화시켜 오심과 구토를 유발하며 이러한 오심, 구토 등의 자율신경 실조 증상이 역으로 심장 내로의 정맥혈 유입의 감소에 따른 보상작용으로 교감신경의 활성이 증가하면 심실의 과도한 수축이 일어나고, 이것이 심실벽의 기계적 수용체(구심성 미주신경 C섬유)를 자극하여 중추를 통한 반사작용으로 부교감신경계의 활성증가를 가져와 심박동수의 감소와 혈압저하를 유발하여 미주신경성 실신과 유사한 어지러움을 유발할 수 있을 것이다.[11,21]

본 증례1, 2에서는 痰飮으로 현훈의 대표적 처방인 苓桂朮甘湯과 半夏白朮天麻湯을 두 환자에게 각각 주요 처방으로 투여하였다. 먼저 苓桂朮甘湯은 《傷寒論》[13] '傷寒苦吐苦下後 心下逆滿 氣上衝胸 起則頭眩 脈沈緊 發汗則動經 身爲振振搖者 苓桂朮甘湯主之', '傷寒吐下後發汗, 虛煩, 脈甚微 八九日心下痞硬 脅下痛, 氣上衝咽喉 眩冒 經脈動惕者 久而成痰 宜茯苓桂枝白朮甘草湯'라 하였고, 《金匱要略》[17] '心下有痰飮, 胸脇之滿 目眩, 茯苓桂枝白朮甘草湯主之', '夫短氣有微飮 當從小便去之, 茯苓桂枝白朮甘草湯主之'라 하여 문헌에서 볼 수 있다. 半夏白朮天麻湯은 '治脾胃內傷 眼黑頭眩 頭痛如裂 身重如山 惡心煩悶 四肢厥冷 爲之足太陰痰厥頭痛'이라 하여 李東垣이 脾胃氣虛로 인해 痰이 발생하여 惡心嘔吐, 痰唾稠粘, 眼黑頭旋, 目不能開한 증상을 동반하는 痰暈에 처음 사용한 것으로 그 이후로 方賢, 吳謙 등에 의해 그 方義가 이어졌다.[7] 이처럼 半夏白朮天麻

湯과 苓桂朮甘湯은 痰暈의 대표적인 처방으로 현대에서도 痰飮이 의심되는 현훈에 사용할 수 있다.

결 론

본 연구는 眩暈 환자 증례 1,2를 통하여 말초성 현훈을 전정계에 국한하여 보지 않고 역대의가들의 설을 참고하여 痰暈으로 진단, 半夏白朮天麻湯과 苓桂朮甘湯을 투여하여 호전된 경우이다. 저자는 본 증례를 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 脾胃機能失調로 인한 소화기 관련 痰飮 증상과 眩暈 양상과는 일정 상관성이 있다.
2. 大便不通(無便)이 오래 지속되면 眩暈이 증가하므로 大便이 통할 수 있게 하여 현훈이 증가되기 전에 이를 예방하여야 한다.
3. 복직근 경결, 복진 시 압통 등의 복진 상 증상은 현훈의 예후를 판단하는데 유용한 지표로 이러한 증상이 감소됨에 따라 현훈 양상도 감소함을 알 수 있다.
4. 주관적 증상을 객관화하는데 있어 증상 정도에 따라 점수화하는 것은 시술자의 주관이 개입될 여지가 있으므로 더 많은 연구가 필요할 것이다.

참고 문헌

1. Yardley L, Luxon LM. Treating dizziness with vestibular rehabilitation. Br Med J. 1994; 308:1252
2. Thomas B., Micheal S. General vestibular testing. Clinical Neurophysiology. 2005;116:406-426
3. 김경래. 일차진료의를 위한 현훈의 진단과 치료. 가정의학회지. 2001;22(2):137-146
4. Hilton E. Vertigo: A practical approach. Emergency Medicine Australasia 2004;16:13-16
5. 이정구. Case analysis of vertigo patient: evaluation and management. 대한이비인후과학회 종합학술대회 추계 연수강좌. 1996:65-71
6. 차창일. A diagnostic approach of dizzy patients. 전정계 심포지움. 1995:131-142
7. 권정남. 眩暈의 原因에 關한 文獻 考察. 한의학연구원 동의한의연. 1997;9(1):123-147
8. 김용진, 황도원. 痰暈에 대한 문헌적 고찰. 대한한방내과학회지. 1999;20(2):295-305
9. Robert W. Vertigo. Lancet 1998;352:1841-46
10. 김갑득, 송인한. 응급실에 내원한 어지럼증 환자에서 임상양상에 따른 중추성과 말초성 감별. 대한응습의학회지 2003;14(3):281-290
11. 변재준. 어지러움증, 가정의학회지 1997;18(11):1257-64
12. 박원화, 최달영. 담음에 관한 문헌적 고찰. 한의대 연구소논문집. 1992;1(1):141-160
13. 장인규 외. 담음의 원인, 증상, 치법에 관한 문헌적 고찰. 대한한의학회지 1986;7(1):160-169
14. 박원환. 담음병태모형의 개발을 위한 痰·瘀同原理論의 문헌적 고찰. 동서의학지. 1992;17(2):60 73
15. 李正來, 東醫要諦眞全 卷2 傷寒論譯解情設. 光林公社 學研圖書. 1980:741
16. 李東垣 외, 東垣十種醫書, 서울. 대성출판사. 1989:181-182
17. 方廣. 丹溪心法附餘. 서울. 성보출판사. 1982:726-728
18. 이준성. 당뇨병성 위 마비증의 최신지견. 대한소화관운동학회 춘계심포지엄 Session1 2004:18-29
19. 최명규, 한석원. 기능성 소화불량증의 최신지견. 가정의학회지 1999;20(11): 1335-46
20. Thorsten P., Wolfram D. Gastric function measurements in drug deveelopment. Br J Clin Pharmacol 2003;56:156-164
21. 서상연. 오심과 구토. 가정의학회지 2002;23(2):161-170
22. 곽동렬 編譯. 金匱要略譯解. 成輔社. 2002:284-285