

담훈으로 변증된 말초성 현훈 환자 5례에 대한 임상보고 - 반하백출천마탕 가감방을 중심으로 -

안소현 · 최정식 · 조충식* · 김철중

대전대학교 한의과대학 신계내과학교실

Five Case Report of Peripheral Vertigo Diagnosed Dam Hun with Oriental Medcal Treatment - Banhabaekchulchunma-tang gagam -

So Hyun An, Jeong Sik Choi, Chung Sik Cho*, Cheol Jung Kim

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

Peripheral vertigo occurs if there is a problem with the part of the inner ear that controls balance or with the vestibular nerve, which connects the inner ear to the brainstem. Peripheral vertigo is caused by benign paroxysmal positional vertigo(BPPV), Menieres disease, vestibular neuronitis, or labyrinthitis. We diagnosed five patients who have severe vertigo as peripheral vertigo and Dam Hun. We treated them with Banhabaekchulchunma-tang gagam and acupuncture. After treatment, vertigo and other symptoms -nausea, vomiting, abdominal discomfort had improved. So I report these cases, but more clinical case reports are needed.

Key words : dam hun(痰暈), peripheral vertigo, Banhabaekchulchunma-tang gagam(Banxiabaizhutanma-tang jiajian)

서론

현훈은 지구 중력 하에서 움직임이 없는데 움직임을 느끼는 것이라고 AAO-HNS(1995)는 정의하고 있으며¹⁾, 원인에 따라 말초전정질환, 중추전정질환, 내과적 질환, 원인불명의 현훈으로 분류 된다²⁾.

말초성 현훈은 말초전정계의 이상으로 인한 현훈을 말하며, 임상 진행과정이 양성으로 특별한 치료가 없어도 합병증을 동반하지 않고 호전된다고 알려져 있다³⁾. 하지만 현훈, 오심 등의 임상증상의 정도가 심하고, 지금까지 명확히 밝혀진 원인치료는 없는 실정으로, 현훈과 오심 등의 증상을 경감시키는 약물치료와 대상작용을 통한 기능회복을 돕는 방법이 주 치료이다.

한의학에서 현훈은 風, 火, 痰, 虛를 病因으로 하고, 氣血虛를 바탕으로 痰涎風火가 實한 本虛表實의 증상으로 보고 있다⁴⁾. 그 중 痰飲은 현훈의 주요 병기로 인식되어 왔으며⁵⁾, 痰暈의 대표적인 처방으로 半夏白朮天麻湯, 澤瀉湯, 天麻半夏湯, 清暈化痰湯 등이 있다⁶⁾.

半夏白朮天麻湯은 金元時代 李東垣⁹⁾의 脾胃論에 최초로 수록된 처방으로, 治脾胃虛弱 痰厥頭痛如裂 身重如山 四肢厥冷 嘔吐眩暈의 主治를 가지며⁷⁾, 痰厥頭痛 뿐만 아니라 임상에서 痰暈에도 활용되는 처방으로, 최근 국내에서는 이 등⁸⁻¹⁰⁾이 메니에르 병, 전정신경병증 환자에게 半夏白朮天麻湯 온방과 人蔘과 黃芪를 증량하거나, 蒼朮과 香附子를 加한 半夏白朮天麻湯을 처방하여 호전되었음을 보고한 증례가 발표된 바 있다.

본 증례는 痰暈으로 변증한 말초성 현훈 환자 5인을 대상으로 하였으며, 현훈과 오심이 심한 발병 초기에 治痰과 더불어 平肝泄熱의 작용을 강화한 半夏白朮天麻湯 加減方¹⁾을 중심으로 침, 부항요법의 치료를 병행하여 좋은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

대상 및 방법

1. 대상 환자

본 증례는 대전대학교 부속한방병원에 현훈으로 내원한 환자 중 현훈의 양상, 수반증상, 素證, 脈舌, 신경학적 검사, 안진검사, CT, MRI 등을 근거로 말초성 현훈 및 痰暈으로 진단된 5인

1) 대전대학교 한방병원: 한방병원 처방집, C100, 2006.

* 교신저자 : 조충식, 충남 천안시 두정동 621번지 대전대학교부속 천안한방병원

· E-mail : choo1o2@chol.com · Tel : 041-521-7531

· 접수 : 2008/12/29 · 수정 : 2009/01/10 · 채택 : 2009/01/21

을 대상으로 하였다.

2. 치료내용

- 1) 한약치료
半夏白朮天麻湯 加減方(Table 1), 3첩 3포 120cc, B,L,C PC/1hr 복용
- 2) 침치료(0.25×30 mm 우진침을 사용하여 1일 2회 刺鍼하고 20분 留鍼)
百會, 平衡區, 肝勝格(經渠, 中封 補, 少府, 行間 瀉)
- 3) 기타치료
부항요법(1일 1회), 유관법과 자락관법 격일로 시행)

3. 증상평가

현훈의 정도는 개안, 기좌, 보행의 활동 상태를 중심으로 6 단계로 구분하여 평가¹¹⁾하였으며, 동시에 VAS를 통하여 환자의 주관적인 임상경과를 같이 평가하였다. 오심 등의 기타 동반 증상은 심각함(+++), 보통(++), 경미(+), 무증상(-)의 4단계로 나누어 평가하였다(Table 2).

Table 1. Prescription of Banhabaekchulchunma-tang gagam

Herb	Scientific Name	Amount(g)
鈞鉤藤	UNCARIAE RMULUS ET UNCUS	16
牡蠣粉	OSTRAE CONCHA	16
白茯苓	FORIA COCOS	12
澤瀉	ALISMATIS RHIZOMA	8
半夏	PINELLIAE RHIZOMA	6
白朮	ATRACTYLODIS MACROCEPHALAE RHIZOMA	6
猪苓	POLYPORUS UMBELLATUS	6
陳皮	CITRI PERICARPIUM	4
桂枝	CINAMOMI RAMULUS	4
天麻	GASTRODIAE RHIZOMA	4
甘菊	CHRYSANTHEMI FLOS	4
黃芩	SCUTELLARIAE RADIX	4
竹茹	BAMBUSAE CAULIS IN TAENIAM	4
枳實	AURANTI IMMATURUS FRUCTUS	4
黃連	COPTIDIS RHIZOMA	4
生薑	ZINGIBERIS RHIZOMA RECENS	20
Total Amount		122

Table 2. The Accessment of Vertigo and Dizziness

Grade	Symptom
Gr 0	Because of vertigo and dizziness, no eye opening, no sitting and no standing, gait disorder
Gr 1	eye opening, no sitting and no standing, gait disorder
Gr 2	eye opening, some sitting and standing, gait disorder
Gr 3	eye opening, perfect sitting and standing, dependent walking, within 5m : dependent walking, around the bed.
Gr 4	eye opening, perfect sitting and standing, independent walking, within 5m : dependent walking above 5m because of vertigo and dizziness : dependent walking to stairs and ward.
Gr 5	no vertigo and dizziness, perfectly independent walking.

증 례

1. 증례 1

- 1) 환자 : 박○○, F/72
- 2) 주소 : 현훈, 오심

3) 발병일 : 2008년 8월 28일

4) 치료기간 : 2008년 8월 29일 ~ 2008년 9월 10일

5) 현병력

2008년 2월 발작성 체위변환성 현훈 의증 이후 별무대병하던 중, 상기 발병일에 기립 시 갑자기 천장이 도는 것 같은 어지러움과 함께 오심 증상 발생하여 본원 내원함.

6) 과거력

양성 발작성 체위변환성 현훈 의증(2008년 2월), 고혈압(2005년 인지, 현재 약 복용중임), 뇌내출혈(1982년), 위궤양(2007년), 복막염수술(1960년대)

7) 검사소견

Romberg's sign 양성, 신경학적 검사 정상소견, 새로 발생한 중추신경 장애증상 없었음. 우측으로 두위 회전 시 약 1분 동안 돌발적이며 심한 현훈 발생하는 양상 보임.

8) 素證 및 진료소견

평소 명치 밑이 답답하고, 머리가 맑지 않으며, 몸이 무겁다고 느꼈음. 복진시 중완부 압통, 惡心, 頭重感, 頭旋眩暈, 眼胞及眼下 如灰烟熏黑, 面黃, 舌白苔, 脈浮滑, 左寸浮 소견 보임.

9) 진단명 : 痰暈, 말초성 현훈(양성 발작성 체위변환성 현훈 의증)

10) 임상경과

발병일 다음날인 입원 당일에는 심한 현훈과 오심으로 앉아서 식사하기 힘든 정도였으나, 둘째 날부터 앉아서 식사 가능하였고, 셋째 날은 VAS 5 정도로 증상 호전되어 화장실 출입 등 가벼운 거동 가능하였으며, 다섯째 날부터는 VAS 3-4로 호전 유지하다가, 입원 11일째인 2008년 9월 8일부터는 증상 소실되었음 (Table 3).

Table 3. Clinical Symptoms Progress of the First Case

Adm. day	1	2	3	4	5	6	7
Vertigo Grade	Gr 1	Gr 2	Gr 4	Gr 4	Gr 4	Gr 4	Gr 4
Vertigo(VAS)	10	7	5	3	3	2	2
Nausea	+++	++	++	+	+	+	-
Epigastric tenderness & discomfort	+++	+++	++	++	+	+	+
Tiredness	+++	+++	++	+	+	+	+

+++ : severe, ++ : moderate, + : mid, - : disappeared

2. 증례 2

- 1) 환자 : 임○○, M/48
- 2) 주소 : 현훈, 오심, 안구통증, 시야장애
- 3) 발병일 : 2008년 6월 4일
- 4) 치료기간 : 2008년 6월 16일 ~ 2008년 6월 18일
- 5) 현병력

상기 발병일에 오랜 운전 후, 갑자기 오심, 구토를 동반한 어지러움과 경미한 안구통증 및 눈앞이 뿌옇게 느껴지는 증상 발생함. 발병일 후 12일이 경과되어도 현훈이 VAS 6-7 정도로 유지되어 본원에 내원함. 내원당시 오심과 구토는 이미 소실된 상태였음.

6) 과거력

총수염수술(1998년경)

7) 검사소견

Brain MRI 검사 상 별무소견하며, 신경학적 검사 정상소견, 시력 및 안구운동의 장애나 중추신경 장애증상 없었음. 몸을 움직이거나 걸으려고 하면, 주위가 흔들리게 보이면서 5분 이상 지속되는 현훈을 호소함.

8) 素證 및 진료소견

평소 머리가 맑지 못하고, 腸鳴이 있었으며, 내원당시 惡心, 嘔逆感, 消化不良, 頭重感, 頭眩眩暈, 안구피로감 및 통증, 舌紅, 舌苔白, 脈弦滑 하였음.

9) 진단명 : 痰暈, 말초성 현훈(전정신경염 의증)

10) 임상경과

입원 당일, 현훈 VAS 6-7로 호소하였으며, 앉았다 일어나는 동작 가능하였고, 병실 안의 짧은 거리는 거동 가능하였으나, 병실 밖 출입은 가법계 부족 필요하였음. 둘째 날, 현훈 VAS 4로 호전되어 좀 더 먼 거리 거동 가능하였고, 셋째 날, 현훈 VAS 1-2로 호전되어 부족 없이 병실 안밖 출입 가능하였음(Table 4).

Table 4. Clinical Symptoms Progress of the Second Case

Adm. day	1	2	3
Vertigo Grade	Gr 3	Gr 4	Gr 5
Vertigo(VAS)	7	4	1-2
Dyspepsia	++	+	-
Ophthalmalgia	++	+	+

+++ : severe, ++ : moderate, + : mild, - : disappeared

3. 증례 3

1) 환자 : 인○○, F/44

2) 주소 : 현훈, 오심, 구토

3) 발병일 : 2006년 11월 24일

4) 치료기간 : 2006년 11월 24일 ~ 2006년 11월 30일

5) 현병력

상기 발병일에 점심식사 후, 오심, 구토, 현훈과 몸이 한쪽으로 기울어 가는 것 같은 느낌을 호소하며 내원함.

6) 과거력

교통사고(2005년, 타박상으로 1달간 입원치료 받음)

7) 검사소견

Brain CT 검사 상 별무소견하며, Romberg's sign 양성, 신경학적 검사 정상소견, 중추신경 장애증상 없었음. 우측으로 두위 회전 시 심해지는 현훈을 호소함. 현훈 지속시간은 1분 정도임.

8) 素證 및 진료소견

평소 속이 막힌 듯한 느낌 있었으며, 쉽게 피로감을 느끼는 편이며, 심와부 압통, 面黃, 舌白苔齒痕, 脈沈滑無力 하였음.

9) 진단명 : 痰暈, 말초성 현훈(양성 발작성 체위변환성 현훈 의증)

10) 임상경과

발병 당일, 고개를 오른쪽으로 돌리면 현훈과 오심 우심해지면서 입원당일 구토 3차례 함. 둘째 날, 오전까지 눈 감은 채 침상안정 취하다가, 오후 들어 침대에서 앉아 생활가능한 정도로 호전되었고, 셋째 날, 증상 VAS 5로 호전되어 침대에 오르내릴 수 있는 정도로 호전되었으며, 5일째에는 오심증상 소실되었으나, 간헐적인 현훈감은 남은 채, 병실 내 거동 가능하였고, 6일

째는 증상 거의 소실되어 고개를 돌릴 때 현훈감 없이 일상생활 가능한 정도로 회복됨(Table 5).

Table 5. Clinical Symptoms Progress of the Third Case

Adm. day	1	2	3	4	5	6
Vertigo Grade	Gr 0	Gr 2	Gr 2	Gr 3	Gr 4	Gr 5
Vertigo(VAS)	10	7	4	2	0	1
Nausea	+++	+++	++	+	-	-
Epigastric tenderness & discomfort	+++	+++	++	+	+	+
Tiredness	+++	++	++	++	+	-

+++ : severe, ++ : moderate, + : mild, - : disappeared

4. 증례 4

1) 환자 : 전○○, F/38

2) 주소 : 현훈, 오심, 구토

3) 발병일 : 2007년 7월 1일 5:00pm경 현훈 발생, 2007년 7월 3일 현훈 우심, 오심 발생.

4) 치료기간 : 2007년 7월 3일 ~ 2007년 7월 7일

5) 현병력

2007년 7월 1일 5:00pm경부터 경미한 정도의 현훈 있었으며, 2007년 7월 3일 오전 식은땀과 오한 발생하여 이불 뒤집어쓰고 있던 중, 주변이 핑핑 도는 심한 현훈과 오심이 발생하면서, 구토를 4차례 한 후 10:00pm경 휠체어 타고 콘원 내원함. 조금만 움직여도 심한 현훈과 토할 것 같은 느낌 호소함. 현훈이 발생 당시부터 입원당시까지 무증상 기간이 거의 없이 지속적으로 있었다고 함.

6) 과거력

제왕절개 수술(1995, 1996년), 불임수술(2007년)

7) 검사소견

내원당시 현훈 심하여 Romberg's test 불가능하였으며, Brain CT 정상소견, 신경학적 검사 정상소견, 중추신경장애증상 없었음.

8) 素證 및 진료소견

평소 식사량이 적고, 腸鳴 있었으며, 내원당시 惡心, 嘔吐, 頭眩眩暈, 自汗, 無力感, 食慾不振, 面黃, 舌紅, 舌白苔齒痕, 脈滑 소견 보임.

9) 진단명 : 痰暈, 말초성 현훈(전정신경염 의증)

10) 임상경과

입원 첫째 날은 별무호전 하였고, 둘째 날, 입원 당시와 비슷한 정도의 현훈, 오심 호소하면서 아침식사를 모두 토한 후, 오후까지 증상 지속되다가 저녁식사 후에는 구토 없었음. 셋째 날, 현훈 VAS 3-4로 증상 호전되어 천천히 고개를 돌리거나, 병실 내 보행이 가능하였으며, 오심과 구토는 소실됨. 넷째 날, 오한 소실되었으며, VAS 2로 현훈 증상 좀 더 호전되었음. 입원 5일째, 현훈 VAS 3으로 호소하며, 자연스럽지는 않으나 일어나 앉아서 식사를 하거나 고개 돌리기 가능하며, 일상생활이 가능한 정도로 호전되어 퇴원함. 퇴원 후, 외래 추적 상 VAS 3으로 현훈감 지속되다가 퇴원 4일 후인 2007년 7월 11일경 현훈감 소실되었음(Table 6).

5. 증례 5

- 1) 환자 : 최○○, F/41
- 2) 주소 : 현훈, 오심
- 3) 발병일 : 2007년 6월 15일
- 4) 치료기간 : 2007년 6월 15일 ~ 2007년 6월 18일
- 5) 현병력
평소 좌측 청력 상실 있던 중, 2007년 6월 15일 아침 기상 후, 천장과 바닥이 빙빙 도는 느낌의 현훈과 오심 발생, 휠체어 타고 병원 내원함.
- 6) 과거력
난소낭종 수술(1991년), 경부 림프절병증 수술(1981, 1992년), 좌측 중이염 수술(1997년, 좌측 청력 상실)
- 7) 검사소견
Brain CT 정상소견, 신경학적 검사 정상소견, Romberg's sign 양성, 중추신경장애증상 없었음. 현훈 지속시간은 1분 내외로 짧았으며, 좌측으로 두위 회전 시 현훈 우심하였음.
- 8) 素證 및 진료소견
평소 속이 더부룩하고, 트림이 잦으며, 복진시 중완부 압통 호소, 惡心, 嘔逆感 頭眩暈, 舌白苔齒痕, 脈沈滑 소견 보임.
- 9) 진단명 : 痰暈, 말초성 현훈(양성 발작성 체위변환성 현훈 의증)
- 10) 임상경과
입원 당일 현훈으로 인해 일어나 앉기 불편해하였고, 다음날 VAS 5로 호전되어 가벼운 거동 가능하였으며, 입원 셋째 날 VAS 3으로 호전, 넷째 날 증상 소실되어 퇴원함(Table 7).

Table 6. Clinical Symptoms Progress of the Forth Case

Acm. day	1	2	3	4	5
Vertigo Grade	Gr 0	Gr 1	Gr 3	Gr 3	Gr 4
Vertigo(VAS)	10	8	4	2	3
Nausea	+++	+++	++	-	-
Anorexia	+++	+++	++	++	+

+++ : severe, ++ : moderate, + : mild, - : disappeared

Table 7. Clinical Symptoms Progress of the Fifth Case

Acm. day	1	2	3	4
Vertigo Grade	Gr 2	Gr 3	Gr 4	Gr 5
Vertigo(VAS)	10	5	3	0
Nausea	+++	++	+	-
Epigastric tenderness & discomfort	++	+	-	-

+++ : severe, ++ : moderate, + : mild, - : disappeared

고찰 및 결론

어지러움은 두통과 더불어 신경과 영역의 가장 흔한 질환으로, 현훈(Vertigo)과 비현훈(Dizziness)으로 구분된다. 현훈은 지구 중력 하에서 움직임이 없는데 움직임을 느끼는 것이라고 AAO-HNS(1995)는 정의하고 있으며¹⁾, 이러한 현훈을 일으킬 수 있는 질환은 말초전정질환, 중추전정질환, 심장질환, 소화기질환, 척추질환, 안과질환, 원인불명 등 수없이 많다²⁾.

현훈은 크게 말초성 현훈과 중추성 현훈으로 분류되고, 구형낭과 난형낭, 세반고리관, 전정신경을 포함하는 말초전정계의 이상으로 인한 현훈을 말초성 현훈이라고 한다²⁾. 현훈의 원인 중

85%가 말초성 현훈이고, 15%만이 중추성이라는 보고가 있을 정도로 말초성 현훈이 차지하는 비중은 크다고 알려져 있다³⁾.

말초성현훈의 범주에는 양성 발작성 체위변환성 현훈, 메니에르 병, 전정신경염, 지연성 림프수종, 재발성 전정장애, 외림프누공 등이 있으며, 돌발성 난청과 편두통에 현훈이 동반되는 경우도 포함된다. 통계적으로 말초성 현훈 중에서 양성 발작성 체위변환성 현훈이 가장 많으며, 다음으로 전정신경염이 많다고 보고되고 있다^{3,14)}.

말초성 현훈의 진단은 현훈의 성질, 지속시간, 정도와 동반 증상, 환자의 기왕력 등의 병력 청취와 신체균형 및 직립반사검사, 신경학적 검사, 안진검사, CT 등을 근거로 이루어지고, 진단에 있어서 가장 중요한 것은 중추성 현훈의 가능성을 배제하는 것이다. 말초성 현훈은 회전성인 경우가 많고, 현훈의 정도가 심하며, 그에 비례하여 오심, 구토 등의 자율신경증상이 흔히 동반되며, 때에 따라서 이명, 난청 등의 청각증상도 동반된다. 대개 병변의 반대편을 향하는 회전성 수평안진의 양상을 보이고, 주시안진은 없는 경우가 많으며, 시성보상이 있고, 의식의 변화나 뇌신경 증상은 수반하지 않고, 시간이 경과함에 따른 증상의 보상이 있다²⁾.

말초성 현훈이 의심되면, 현훈의 지속시간과 무증상 기간의 유무, 청각증상 동반여부, 두위에 따른 현훈의 증감 등을 중심으로 질환을 감별한다.

양성 발작성 체위변환성 현훈은 유리된 이석이 머리의 회전을 감지하는 반고리관의 생리적 변화를 야기하여 발작적이고 심한 현훈을 보이는 것으로¹²⁾, 모든 현훈 환자의 17%를 차지하고, 현훈을 일으키는 가장 흔한 원인으로 알려져 있다¹⁵⁾. 난청, 이명 등의 청각증상이 없이 특정 두위에서 심한 현훈을 보이며, 대부분 20초 이내, 길어도 1분 이내로 현훈을 호소하며¹⁶⁾, 수주일이나 수개월이면 자연치유 된다¹²⁾. 호발연령은 50-70대로, 고령일수록 발생 가능성이 높다고 알려져 있다¹⁷⁾.

전정신경염은 전정신경에 국한된 퇴행성 신경병변으로 청각 증상을 동반하지 않는 단발성 혹은 다발성의 심한 장기간의 현훈이 특징이다. 바이러스 감염이 주된 원인으로 생각되며, 주로 봄과 이른 여름에 유행성 또는 가족적으로 발생하고, 상기도 감염 후에 나타나는 경향이 있으며, 아침에 일어나면서 증상이 시작되는 경우가 흔하고, 현훈이 대부분 갑자기 시작되나 수 시간 동안 점차 심해질 수도 있으며, 약한 어지러움이 전구증상으로 있을 수도 있다. 자발안진이 관찰되는 것으로 양성 발작성 체위변환성 현훈과 감별 가능하다¹⁸⁾. 30-40대에서 가장 빈도가 높으며¹⁹⁾, 통상 격심한 현훈은 1일 이상 지속되는 예가 많고, 대개 2-3개월 지속되며, 평균 1개월 후에 사회에 복귀할 수 있으며, 완전회복까지는 6개월-1년이 걸리는 것으로 보고 있다²⁾.

메니에르 병은 원인불명의 내림프 수종을 병리소견으로 하며, 내이의 기능장애로 인한 현훈, 난청, 이명을 3대 주 증상으로 하는 임상적 질환이다. 반복하여 발생하는 회전성 현훈이 20-30분에서 수 시간 지속되면서 파동상의 감각신경성 난청, 청력저하, 이충만감, 이명이 동반되는데, 발작 증세의 주기가 환자에 따라 다르게 나타난다. 만성적인 자연경과를 보이며, 초기 발병 환

자 중에서 80%가 자연치유 될 수 있다고 알려져 있다.

위와 같이 말초성 현훈은 임상진행과정이 양성이고 대개 특별한 치료가 없어도 합병증의 동반 없이 호전되지만³⁾, 초기 발작 시 현훈과 수반 증상의 정도가 심하여 치료를 필요로 한다.

서양의학적 치료로는 급성기에는 현훈과 오심 등의 증상을 경감시키는 전정억제제와 진토제 등의 약물치료와 안정요법을 위주로 처치하며, 간헐기와 만성기에는 조기 활동을 권장하여 대상작용을 통한 기능회복을 돕고, 원인질환에 따른 재발방지를 위한 혈관확장제, 순환개선제, 비타민제, 진정제 등의 약물치료를 한다²⁾. 지금까지 명확히 밝혀진 원인치료는 없는 실정으로, 한의학 치료에 대한 가능성이 큰 질환이라 사료된다.

한의학에서 眩은 目眩, 眼花, 眼前發黑, 視物模糊를 말하고, 暈은 頭暈, 頭旋을 말하는데, 임상 상 眩과 暈은 동반하는 경우가 많기에 총칭하여 眩暈이라 한다. 眩暈은 氣血虛를 바탕으로 痰涎 風火가 實한 本虛表實의 증상이며, 濕痰中阻, 肝陽上亢이나 腎精不足, 氣血兩虛 등으로 변증된다⁴⁾. 그중 痰飲은 여러 의가들에 의해 眩暈의 주요 병기로 인식되어 왔고⁵⁾, 痰暈의 대표적인 처방으로는 半夏白朮天麻湯, 澤瀉湯, 天麻半夏湯, 清暈化痰湯 등이 있다⁴⁾.

半夏白朮天麻湯은 金元時代 李東垣⁶⁾의 脾胃論에 최초로 수록된 처방으로, 半夏, 陳皮, 麥芽, 白朮, 神麩, 蒼朮, 人蔘, 黃芪, 天麻, 白茯苓, 澤瀉, 乾薑, 黃柏, 生薑으로 구성되어 있으며, “治脾胃虛弱 痰厥頭痛 其證頭苦痛如裂 身重如山 四肢厥冷 嘔吐眩暈 目不敢開 如在風雲中.”의 主治를 가지며⁷⁾, 痰厥頭痛 뿐만 아니라 임상에서 痰暈에도 활용되고 있다. 최근에는 진통작용, 진정작용, 위장관 및 혈관의 이완작용 등의 효과가 보고되며, 기능성 위장장애, 만성위염, 위하수 등의 소화기질환 뿐만 아니라 현훈, 고혈압, 만성피로증후군 등에 폭넓게 활용되고 있다^{20,21)}.

말초성 현훈에 대한 최근 연구에서는 治痰을 중점에 둔 半夏白朮天麻湯⁸⁻¹⁰⁾과 澤瀉湯²²⁾에 대한 치험례와 氣血虛損에 痰飲을 겸한 현훈에 滋陰健脾湯²³⁾을 처방한 치험례, 風火痰暈에 清暈化痰湯을 사용한 치험례²⁴⁾ 등 이 발표된 바 있다. 특히 말초성 현훈에 半夏白朮天麻湯을 사용한 치험례가 여러 차례 보고되었는데, 이⁸⁾가 메니에르 병 환자에게 半夏白朮天麻湯을 처방하여 호전시킨 증례보고와 박⁹⁾이 전정신경병증 환자에게 人蔘과 黃芪를 증량한 半夏白朮天麻湯을 처방하여 호전시킨 증례보고가 있었으며, 김¹⁰⁾이 메니에르 병 의증 환자에게 蒼朮과 香附子를 加한 半夏白朮天麻湯을 처방하여 호전되었음을 보고한 증례보고가 있었다.

본 증례는 오심, 구토를 동반한 심한 頭旋感을 보이는 현훈을 주소로 대전대학교 부속한방병원에 내원한 환자 중 병력청취와 이학적 검사 및 Brain CT나 MRI를 통하여 중추성 현훈의 가능성을 배제한 5명의 환자를 대상으로 하였다. 현훈의 지속시간과 발작 양상, 안진 검사 등을 토대로 3명은 양성 발작성 체위변환성 현훈 의증으로 진단하였고, 2명은 전정신경염 의증으로 진단하였다.

본 증례의 환자들은 문진결과 평소 消化不良, 胃內停水, 身重倦怠, 頭不清 등 痰飲의 증후를 가지고 있었고, 내원당시 惡心, 嘔逆感, 頭重感, 頭旋眩暈, 眼胞及眼下 如灰烟熏黑, 舌苔白, 脈滑하였으므로, 痰暈으로 변증하였다.

예로부터 현훈에 대하여 內經에서는 “諸風掉眩 皆屬於肝”이라 하여 오장변증으로 肝에 배속하였고, 何問은 “風火皆屬陽, 多爲兼化. 陽主乎動, 兩動相搏, 則頭目爲之眩暈而旋轉矣.”라 하여 현훈이 風火와 연관성이 있음을 말하였으며, 經에서는 “眩暈而嘔吐者, 風熱甚故也.”라 하였고, 朱丹溪는 “眩暈者, 痰因火動也. 蓋無痰不能作眩”이라 하여 痰火의 치료를 증시한 바 있다²⁵⁾.

따라서 현훈과 오심 등의 증상이 심한 말초성 현훈 발병 초기의 병리에는 治痰과 함께 平肝泄熱의 治法을 강화하는 것이 타당하다 사료되어, 본 증례에서는 平肝熄風, 清肝泄熱의 효능이 있는 鈞鈞藤, 牡蠣粉을 君으로 한 半夏白朮天麻湯 加減方을 사용하였다. 본 증례에 사용된 半夏白朮天麻湯 加減方은 대전대학교 한방병원에서 현훈 발생 초기 환자에게 활용하고 있는 처방으로, 祛痰熄風, 健脾化濕의 효과가 있어 痰濁으로 인한 眩暈, 頭重, 頭痛, 惡心, 嘔吐, 少食 등의 증에 적용하고 있으며, 鈞鈞藤 牡蠣粉 16 g, 白茯苓 12 g, 澤瀉 8 g, 半夏 白朮 猪苓 6 g, 陳皮 桂枝 天麻 甘菊 黃芩 竹茹 枳實 黃連 4 g, 生薑 20 g으로 구성되어 있다. 본 방은 清肝泄熱 平肝陽하는 鈞鈞藤과 平肝潛陽固澁하는 牡蠣粉을 君으로 하고, 清熱작용이 있는 甘菊, 黃芩, 黃連을 加하고, 消積化痰하는 竹茹, 破氣行痰하는 枳實, 治痰하는 半夏, 陳皮, 茯苓과 降逆의 작용이 있는 竹茹, 黃連, 陳皮, 半夏, 生薑, 利水滲濕하는 猪苓이 加해졌으며, 消導之劑인 麥芽, 神麩과 中焦의 濕을 제거하는 蒼朮, 補氣升舉作用을 하는 人蔘, 黃芪를 去한 처방이다. 이로 보아, 위 처방은 氣虛가 심하지 않고 소화력이 어느 정도 있는 사람이면서, 痰濁을 기본 병기로 하고, 발병 초기의 風火의 발현이 심한 상태에 활용할 수 있는 처방으로 여겨진다.

본 증례에서는 환자들에게 위 처방을 1일 3첩 3분복시켰고, 약물요법 이외에 침 치료와 부항요법을 시행하였는데, 침은 百會, 平衡區, 肝勝格(經渠, 中封 補, 少府, 行間 瀉)을 1일 2회 자침하였으며, 부항은 대추와 전정부위를 자락관법과 유관법을 병행하여 실시하였다. 치료 결과, 입원 이후 꾸준히 임상증상이 호전하여, 증상이 소실 또는 거의 소실된 상태로 퇴원하였고, 외래 추적 진료 상에서도 소실 상태가 계속 유지되고 있음을 확인할 수 있었다.

결과적으로 痰暈으로 변증된 말초성 현훈의 발병 초기 환자에게 健脾祛痰 위주의 半夏白朮天麻湯에 平肝泄熱의 작용을 강화시킨 半夏白朮天麻湯 加減方을 사용하여 유의한 효과가 있음을 확인할 수 있었고, 이에 저자는 현훈의 발병 초기에 平肝의 치료가 임상적으로 유의성을 가질 것으로 판단하는 바이다. 하지만, 본 방은 治標 중심의 처방으로 주 증상 호전 후에 治本하는 후처치가 지속되어야 할 것으로 사료된다. 앞으로 말초성 현훈의 한약치료에 대한 다양한 임상보고가 이루어지기를 기대한다.

참고문헌

1. Committee on hearing and equilibrium: Committee on hearing and equilibrium guideline for diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. Otolaryngol Head Neck Surg. 113: 181-185, 1995.

2. 김경래. 일차진료를 위한 현훈의 진단과 치료. 가정의학회지 22(2):137-146, 2001.
3. Tintinalli, J.E., Kelen, G.D., Stapezynski, J.S. Emergency Medicine. A comprehensive study guide. 4th ed. New york: McGraw-Hill. pp 1452-1463, 2000.
4. 전국한의과대학심계내과학교실. 심계내과학. 서울, 군자출판사, pp 317-330, 2006.
5. 김진수, 김성훈. 현훈의 병인병기에 관한 소고. 대전대학교 한의학연구소 논문집 7(1):465-475, 1998.
6. 李杲. 東垣十種醫書. 台北, 五洲出版社, p 67, 75, 108, 1973.
7. 황도연. 변증론치 방약합편. 서울, 남산당, p 442, 2000.
8. 이승은, 김중호, 김윤범. 메니에르병의 현훈에 대한 한방치험례. 대한침구학회지 21(6):269-279, 2004.
9. 박용호, 유미경, 최정화, 김종한, 박수연. 전정 신경병증 환자 치험 1례에 대한 고찰. 한방안이비인후피부과학회지 18(2): 93-98, 2005.
10. 김규석, 김윤범, 윤희성, 박외숙, 김희정. 현훈 치험 2례. 한방안이비인후피부과학회지 18(3):148-157, 2005.
11. 박용호, 유미경, 최정화, 김종한, 박수연. 전정 신경병증 환자 치험 1례에 대한 고찰. 한방안이비인후과학회지 18(2):93-98, 2005.
12. 대한이비인후과학회 편. 이비인후과학. 서울, 일조각, pp 59-64, 2007.
13. 고의경, 공수근. 말초성 현훈의 진단기준. 臨床耳鼻, 17(2): 161-169, 2006.
14. Brandt, T. Approaching the patient. In: Vertigo. its multisensory syndromes. 2nd ed. London: Springer-Verlaglimited. pp 23-48, 1999.
15. Katsarkas, A. Benign paroxysmal positional vertigo(BPPV): Idiopathic versus post-traumatic. Acta Otolaryngol. 119: 745-749, 1999.
16. 대한평형의학회편. 임상평형의학. 서울, 군자출판사, pp 527-595, 2005.
17. Parnes, L.S., Agrawal, S.K., Atlas, J. Diagnosis and management of Benign paroxysmal positional vertigo(BPPV). CMAJ. 169: 681-693, 2003.
18. 김병건. 급성 현훈의 진단과 치료. J Korean Balance Soc. 6(1):80-83, 2007.
19. Bohmer, A. Acute unilateral peripheral vestibulopathy. In: Baloh RW and Halmagyi GM editors. Disorders of the vestibular system. New york: Oxford University Press. pp 318-327, 1996.
20. 윤용갑. 동의방제와 처방해설. 서울, 의성당, p 339, 396, 2002.
21. 백태현, 류봉하, 박동원, 류기원. 반하백출천마탕과 반하백출천마탕가미방의 항암효과와 면역반응에 관한 실험적 연구. 대한한방중양학회지 1(1):141-165, 1995.
22. 고희, 이은. 택사탕으로 회전성 현훈과 보행장애 치험 2례. 대한한방내과학회지 21(3):511-514, 2000.
23. 정용준, 신선호. 양성 발작성 자세변환성 현훈으로 의심되는 현훈증 환자를 자음건비탕 가미방과 Dix-hallpike Maneuver로 치료한 치험 1례. 대한한방내과학회지 21(1):181-184, 2000.
24. 이승희, 김성균, 라수연, 김민석, 윤기봉. 청훈화담탕으로 현훈을 치료한 치험 2례. 한방성인병학회지 7(1):92-99, 2001
25. 허준. 對譯 東醫寶鑑. 경남 하동, 동의보감 출판사, pp 447-450, 2005.