

Case Report / 증례

심한 현훈을 동반한 돌발성 난청 치험 1례

한정민 · 장인욱 · 윤화정 · 고우신
동의대학교 한의과대학 안이비인후피부과학교실

A Case of Korean Medical Treatment of Sudden Hearing Loss with Severe Vertigo

Jung-Min Han · In-Uk Jang · Hwa-Jung Yoon · Woo-Shin Ko

Dept. of Oriental Medical Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology, Dong-eui University

Abstract

Objectives : Sudden sensorineural hearing loss(SSNHL) is defined as an unexplainable decline in hearing which occurs within a short period of time. This study describes a case of SSNHL accompanied by many unfavourable prognosis factors including severe vertigo.

Methods : We treated 1 SSNHL patient who had many unfavourable prognosis factors including severe vertigo. After Korean medical treatment for 23 days, we measured the hearing recovery and decrease of vertigo. For diagnosis, pure tone audiometry was done. The degree of improvement was evaluated by Siegel's Criteria. Decrease of vertigo was assessed by Vertigo Scale.

Results & Conclusions : The pure tone 5 frequency(0.25, 0.5, 1, 2, 4kHz) average improved by 25dB(slightly recovered). Vertigo score decreased from 4 to 1. We may expect that the Korean medical therapy improves the hearing recovery in the SSNHL patients who have unfavourable prognosis factors such as vertigo.

Key words : Sudden sensorineural hearing loss; SSNHL; vertigo; Korean medicine

I. 서 론

돌발성 난청은 확실한 원인 없이 수 시간 또는 2-3 일 이내에 갑작스럽게 발생하는 감각신경성 난청으로¹⁾, 순음청력검사에서 3개 이상의 연속된 주파수에서 3일 이내에 발생하는 30dB 이상의 감각신경성 청력손실²⁾을 의미한다.

돌발성 난청의 자연회복률은 부분적 회복을 포함하여 47-63%에 이른다³⁾고 알려져 있으나, 일반적으로 1/3의 환자만이 정상청력을 되찾고 1/3에서는 40-60 dB의 청력손실이 남으며, 나머지 1/3은 완전히 청력을 잃는다⁴⁾. 돌발성 난청의 양방치료는 항염증제로서의 스테로이드 경구투약 혹은 고실내주사가 가장 일반적이며, 혈액순환개선제, 혈관확장제, 항바이러스제 등이 사용되고 있다¹⁾. 그러나 발병 후 1-2주 이내에 청력이 호전되지 않는 환자들의 치료반응은 회의적이며, 고실 내 스테로이드 주사의 경우에도 10일 이내에 반응을 보이지 않는 경우 2개월 이후에도 청력의 변화가 없어 이러한 경우에 대한 한방치료의 필요성과 효과가 보고 된 바 있다⁵⁾.

돌발성 난청의 예후에 관계되는 요소로는 발병연령, 초기 청력손실정도, 치료시작시기, 동반증상의 유무, 청력장애유형, 동반질환의 유무 등이 보고되었다. 발병 연령에 있어서는 15세 이하나 60세 이상에서 예후가 불량하고⁶⁾, 초기청력상실이 81dB 이상인 경우나 농인 경우, 청력도가 하강형, 전농형인 경우 예후가 불량⁷⁾하였다. 현훈을 동반한 경우 예후가 불량⁸⁾하였고, 고혈압, 당뇨병이 동반된 경우⁹⁾와 상기도감염이 선행된 경우¹⁰⁾ 예후가 불량하다는 보고도 있었다.

돌발성 난청에 대해 한의학계에서는 권¹¹⁾, 천¹²⁾, 윤¹³⁾의 증례보고를 시작으로, Marked recovery 이상 호전 3례를 발표한 유¹⁴⁾, 초기치료에 반응하지 않은 환

자를 대상으로 한 남⁵⁾, 양측성 돌발성 난청 1례를 발표한 송¹⁵⁾의 증례발표가 이어지고 있다. 그러나 발병 후 2주 이상 진행된 양방치료에 반응하지 않고, 알려진 예후불량요소에 중복 해당하는 환자 치료에 대한 단독보고는 없었다. 이에 발병 후 17일간의 양방치료에 별무호전하며 심한 현훈을 동반한 全聾形 돌발성 난청 환자 1명을 한의학적으로 虛聾, 虛暈으로 변증하여 치료한 바를 보고하고자 한다.

II. 증 례

1. 연구대상

1) 환자

이○○, 76세, 남성. 67kg, 166cm.

2) 발병일

2013년 2월 10일

3) 초진 시 주소

左側 難聽 - 좌측 귀로는 전혀 소리를 감지할 수 없음.

眩暈 - 회전성 어지러움이 지속적으로 발생하여, 제 자리에 서서 균형을 잡는 것과 보행이 전혀 불가함.

4) 과거력

고혈압 - 2006년경 부산 소재 대학병원에서 진단받아 관련약물 복용 중.

당뇨병 - 2006년경 부산 소재 대학병원에서 진단받아 관련약물 복용 중.

5) 치료기간

2013년 2월 27일~2013년 3월 22일, 23일간 입원 치료.

교신저자 : 고우신, 부산광역시 부산진구 양정2동 산 45-1
동의의료원 한방안이비인후피부과
(Tel : 051-850-8658, E-mail : wsko@deu.ac.kr)

• 접수 2013/4/5 • 수정 2013/5/3 • 채택 2013/5/10

6) 현병력

상기 환자는 흡연음주하지 않는 보통체구의 남성 노인으로 평소 직접 회사를 경영할 만큼 건강한 편이었으나, 2013년 1월 25일경 인후통 및 가래를 주증상으로 하는 상기도감염이 발생하여 2013년 2월 5일까지 local 내과에서 복약 치료하였다. 2013년 2월 6일경 상기도감염 증상이 악화되어 부산 소재 대학병원 호흡기내과에서 입원치료를 시행하였고, 2013년 2월 10일 갑작스러운 회전성 어지러움 및 좌측 청력소실이 발생하였다. Brain MRI와 청력검사를 시행한 결과, 돌발성 난청으로 진단받고 같은 병원 이비인후과로 전과하였으며 이후 2013년 2월 22일까지 입원하며 2일 간격으로 고실 내 스테로이드 주사를 총 5회 시행하였다. 퇴원 후 복용하며 재택 안정하였으나 어지러움과 청력소실에 차도가 없어 2013년 2월 27일 wheel chair로 이동하여 내원하였다.

7) 망문문절

睡眠 : 1일 7-8시간, 숙면
 食事 : 1끼에 죽 1-2 숟가락 먹을 정도로 식욕저하. 상기도감염 시부터 식욕저하가 있었으나 어지러움과 청력소실이 발생한 후부터 더욱 심해져 1달 사이 10kg 가량 체중이 감소함.
 消化 : 더부룩함.
 大便 : 3-4일에 1회, 50cc 가량 평하게 봄.
 小便 : 주간 5-6회, 야간 1-2회, 快.
 浮腫, 口渴, 汗出 : 이상 없음.
 面黃
 舌淡苔白
 脈細弱

2. 치료방법

1) 韓藥治療

補中益氣湯加味
 : 黃芪 6g, 白朮 甘草 人蔘 鹿茸(上) 4g, 當歸身

石菖蒲 白茯苓 黃栢(鹽水炒) 知母(鹽酒炒) 羌活 川椒 白蒺藜 3g 陳皮 2g, 升麻 柴胡 1.2g, 生薑 3쪽, 大棗 2개.

난청과 현훈의 치료를 목표로 상기약물에 환자 상태에 따른 약제를 가미하여 하루 2침을 달여 90cc 또는 100cc씩 3회(아침, 점심, 저녁 식후) 복용하였다.

聰耳湯加味

: 柴胡 6g, 黃栢(酒炒) 5g, 梔子 4g, 全蠍 當歸(酒洗) 白芍藥(酒炒) 生地黃(酒洗) 川芎 知母(酒炒) 陳皮 烏藥 白芷 防風 羌活(酒浸) 獨活 薄荷 蔓荊子 藁本 3g, 細辛 2g.

이폐색감과 이종청의 치료를 목표로 하루 1침을 달여 90cc씩 2회(점심-저녁 식간 4pm과 취침 전 9pm) 복용하였다.

2) 鍼治療 및 電鍼, 赤外線 照射

1일 2회 오전, 오후에 동방침구제작소의 stainless steel needle(0.20×30mm) 일회용 침을 사용하여 자침, 20~30분간 留鍼하는 것을 원칙으로 하였으나 환자가 무기력 등 컨디션 저하를 호소하는 경우 오전에 1회만 시행하였다.

治療穴位로는 患側 耳門, 聽宮, 聽會, 下關, 風池, 翳風, 角孫과 兩側 手少陽三焦經의 中渚, 足少陰腎經의 然谷, 太谿, 復溜를 選穴하였으며 오전 鍼治療 시행 시 耳門-聽宮穴에 電鍼을 시행, 오전 오후 모두 患側 귀를 향해 4-50cm 거리에서 赤外線을 照射하였다.

3) 양약복용내용

환자가 입원 당시 청력소실과 어지러움, 상기도감염의 잔여증상인 기침, 가래와 관련하여 부산 소재 대학병원 이비인후과에서 처방받아 복용 중이던 수면진정제, 항히스타민제, 진해거담제 등 6종의 양약은 입원과 동시에 복용을 중지하였으며, 부산 소재 대학병원 내과에서 처방받아 복용중인 고혈압, 당뇨병 관련 양약 5종은 그대로 복용하도록 하였다.

Table 1. Herbal medicine

Date	Herb-med
2013.2.27. ~2013.3.4.	<ul style="list-style-type: none"> • 補中益氣湯加味1을 1일 3회 90cc씩 복용. : 黃芪 6g, 白朮 甘草 人蔘 鹿茸(上) 4g, 當歸身 石菖蒲 白茯苓 黃柏(鹽水炒) 知母(鹽酒炒) 羌活 川椒 白茯苓 3g 陳皮 2g, 升麻 柴胡 1.2g, 生薑 3쪽, 大棗 2개 加 蘇子 白芥子 蘿蔔子 瓜蒌仁 桑白皮 3g
2013.3.5. ~2013.3.7.	<ul style="list-style-type: none"> • 補中益氣湯加味1을 1일 3회 100cc씩 복용. • 聰耳湯加味를 1일 2회(4pm, 9pm) 90cc씩 추가로 복용. : 柴胡 6g, 黃柏(酒炒) 5g, 梔子 4g, 全蝎 當歸(酒洗) 白芍藥(酒炒) 生地黃(酒洗) 川芎 知母(酒炒) 陳皮 烏藥 白芷 防風 羌活(酒浸) 獨活 薄荷 蔓荊子 藁本 3g, 細辛 2g.
2013.3.8. ~2013.3.15.	<ul style="list-style-type: none"> • 補中益氣湯加味를 1일 3회 100cc씩 복용. : 黃芪 6g, 白朮 甘草 人蔘 鹿茸(上) 4g, 當歸身 石菖蒲 白茯苓 黃柏(鹽水炒) 知母(鹽酒炒) 羌活 川椒 白茯苓 3g 陳皮 2g, 升麻 柴胡 1.2g, 生薑 3쪽, 大棗 2개. • 聰耳湯加味를 1일 2회(4pm, 9pm) 90cc씩 추가로 복용.
2013.3.16. ~2013.3.19.	<ul style="list-style-type: none"> • 補中益氣湯加味2를 1일 3회 100cc씩 복용. : 黃芪 6g, 白朮 甘草 人蔘 鹿茸(上) 4g, 當歸身 石菖蒲 白茯苓 黃柏(鹽水炒) 知母(鹽酒炒) 羌活 川椒 白茯苓 3g 陳皮 2g, 升麻 柴胡 1.2g, 生薑 3쪽, 大棗 2개 加 麥門冬 天門冬 5g, 紫苑 款冬花 4g, 黃芩 3g • 聰耳湯加味를 1일 2회(4pm, 9pm) 90cc씩 추가로 복용.
2013.3.20. ~2013.3.22.	<ul style="list-style-type: none"> • 補中益氣湯加味3을 1일 3회 100cc씩 복용. : 黃芪 6g, 白朮 甘草 人蔘 鹿茸(上) 4g, 當歸身 石菖蒲 白茯苓 黃柏(鹽水炒) 知母(鹽酒炒) 羌活 川椒 白茯苓 3g 陳皮 2g, 升麻 柴胡 1.2g, 生薑 3쪽, 大棗 2개 加 紫苑 款冬花 蘇子 白芥子 前胡 4g • 聰耳湯加味를 1일 2회(4pm, 9pm) 90cc씩 추가로 복용.
Discharge	<ul style="list-style-type: none"> • 補中益氣湯加味를 1일 3회 100cc씩 복용.

3. 평가방법

돌발성 난청의 평가를 위해 2013년 2월 22일 부산 소재 대학병원 이비인후과에서 시행한 순음청력검사와 2013년 3월 20일 본원 이비인후과와 협진하여 시행한 순음청력검사 결과를 이용하였다. 돌발성 난청의 진단을 위해서는 The Criteria for diagnosis of sudden deafness(Table 2)를, 청력장애정도의 판단을 위해서는 ISO(International Organization for standardization)의 The degree of hearing loss (Table 3)를 기준으로 삼았다. 또한 청력회복정도의

판단을 위해 The Criteria for hearing improvement (Table 4)를 참고하였다. 청력회복정도에 대한 주관적 만족도를 확인하기 위해 ‘전혀 들리지 않음’을 0점, ‘정상청력’을 10점으로 그 사이를 10단계로 나누어 평가하였다.

현훈 강도를 평가하기 위해서는 Vertigo score (Table 5)와 함께 VAS(Visual Analogue Scale)을 이용하여 무증상을 0, 가장 심한 현훈을 10으로 그 사이를 10단계로 나누어 평가하였다.

Table 2. The Criteria for Diagnosis of Sudden Deafness*

Main symptoms
1. Sudden onset of hearing loss
2. Severe sensorineural hearing loss
3. Unknown cause
Accessory symptoms
1. May be accompanied by tinnitus
2. May be accompanied by vertigo, nausea, and/or vomiting without recurrent episodes
3. No cranial nerve symptoms other than those from the eighth nerve.
Definite : all of the above criteria
Probable : main symptoms 1 and 2

* Criteria established in 1975 by the Sudden Deafness Research Committee of the Ministry of Health and Welfare, Japan.

Table 3. The Degree of Hearing Loss (1964)

Hearing loss (dB)	Description
10-26	Normal limits
27-40	Mild hearing loss
41-55	Moderate hearing loss
56-70	Moderately severe hearing loss
71-90	Severe hearing loss
91<	Profound hearing loss

Table 4. The Criteria for Hearing Improvement**

Level of improvement	Criteria
Complete recovery	1. Hearing level recovers to <20dB at 250, 500, 1000, 2000 and 4000Hz 2. Hearing level recovers to that of the intact ear if hearing of the intact ear is judged to be stable
Marked recovery	More than 30dB recovery in mean hearing level at the 5 frequencies tested
Slight recovery	Recovery of 10-29dB in mean hearing level at the 5 frequencies tested
No response	Average hearing improvement for 5 frequencies is <10dB

** Criteria established in 1981 by the Sudden Deafness Research Committee of the Ministry of Health and Welfare, Japan.

Table 5. Vertigo Scale

Vertigo Score	Symptoms
Grade 1 (0점)	현훈 없음
Grade 2 (1점)	가벼운 현훈, 자율신경증상(오심 구토 발한 등) 동반하지 않음
Grade 3 (2점)	심한 현훈, 오심 동반, 보행은 가능하나 평형장애 있음
Grade 4 (3점)	심한 현훈, 오심 구토 동반, 기립은 가능하나 보행은 못함
Grade 5 (4점)	심한 현훈, 오심 구토 이외에 실신 동반, 기립 및 보행 불가능

4. 치료경과

Table 6. Progress of Case

Date		Symptoms	Herb-med
2013.2.27. ~2013.3.1.	난청	우측 귀를 막으면 좌측으로는 전혀 소리를 감지할 수 없음. 이폐색감 있어 멍한 느낌 호소. 입원 시 대비 자각적 변화 없음.	
	현훈	서거나 움직이면 회전성 어지러움 발생하여 기립 시 뒤로 넘어지며, 눕거나 앉아 2~3분가량 안정하면 서서히 멈춤. Vertigo Score 4점, VAS 9~10.	
	기타	심한 기침, 가래로 밤사이 10여회 깨며 천면. 즉 1공기까지 식사량 서서히 증가, 소화호전.	補中益氣湯加味1을 1일 3회 90cc씩 복용.
2013.3.2. -2013.3.4.	난청	증상에 변화 없음.	
	현훈	기립, 보행 시 어지러움 감소하여 3-4m가량 부축, 독립보행을 반복함. 그 이상 보행 시 어지러움이 심해져 쓰러지려함. Vertigo score 2점.	
	기타	기침, 가래 다소 감소하여 숙면. 일반적으로 바꾸어 밥 1/2공기 먹음. 식욕호전 소화양호.	
2013.3.5. -2013.3.7.	난청	우측 귀를 막고 좌측으로 들을 때 왕왕거리는 형태로 소리 지각 가능함. 소리의 분별은 불가함. 이폐색감 약간 감소.	
	현훈	좌위에서의 어지러움 소실, 보행 시 어지러운 정도가 약간 감소하였으나 보행 가능 거리는 이전과 비슷함.	補中益氣湯加味1을 100cc로 증량하여 1일 3회, 聽耳湯加味를 90cc씩 1일 2회 복용.
	기타	기침, 가래 감소하 완전히 소실되지는 않음. 식사량 밥 3/4~1공기로 증가, 식욕호전, 소화양호.	
2013.3.8. -2013.3.15.	난청	들리는 양상은 이전과 유사하나 이폐색감은 입원 시 대비 50% 감소.	
	현훈	보행거리 점차 증가하여 200m가량 독립보행. 보행 중 3~4회 비회전성으로 순간 멍해지는 어지러움을 자각하여 멈추었다 보행 재개함. Vertigo score 1점, VAS 3.	補中益氣湯加味를 100cc씩 1일 3회 복용하고, 聽耳湯加味를 90cc씩 1일 2회 복용.
	기타	연기푸 발생하는 기침과 맑은 가래 다소 증가. 식사량 밥 1공기로, 식욕소화 양호.	
2013.3.16 -2013.3.19.	난청	우측 귀를 막고 좌측으로 들으면 말소리가 멀리서 들리는 듯 작게 들림. 말하는 바를 분별할 수 있음. 이폐색감 지속적으로 감소함.	補中益氣湯加味2를 100cc씩 1일 3회 복용하고, 聽耳湯加味를 90cc씩 1일 2회 복용.
	현훈	보행거리 더욱 증가하며 어지러움은 어쩔한 양상으로 아침에 보행 시만 발생. VAS 2.	
	기타	기침과 맑은 가래 유사한 정도로 지속.	
2013.3.20. -2013.3.22.	난청	좌측으로 들리는 말소리의 크기가 이전대비 20%가량 커짐을 자각. 2013.3.22. 순음청력검사 상 호전 확인. 이폐색감 소실.	補中益氣湯加味3을 100cc씩 1일 3회 복용하고, 聽耳湯加味를 90cc씩 1일 2회 복용.
	현훈	아침 기상 시와 보행시의 어쩔한 불편감이 다소 증가. VAS 3.	
	기타	기침과 맑은 가래 약간씩 감소.	

Ⅲ. 고찰 및 결론

돌발성 난청은 72시간 이내에 급격히 진행되는 감각 신경성 난청으로, 3개의 연속된 주파수에서 30dB 이상의 난청이 발생한 경우로 정의되며, 국내 연간 유행률은 10만명당 10명 이상으로 보고되고 있다¹⁶⁾.

돌발성 난청의 원인 질환으로는 원인을 알 수 없는 경우가 가장 많으며(idiopathic, 71%), 그 외 감염성 질환(12.8%), 이과적 질환(4.7%), 외상(4.2%), 혈관성 혹은 혈액질환(2.8%), 종양(2.3%), 기타 중추신경계 질환이나 임신 및 기타질환(2.2%) 순으로 알려져 있다¹⁷⁾.

서양의학에서는 돌발성 난청의 일차치료법으로 전신적 스테로이드의 경구 혹은 정맥주사요법이 널리 시행되고 있으며, 고실내 스테로이드 주입법이나 항바이러스제, 항산화제, carbogen 등의 병합치료가 시행되기도 한다¹⁾. 근래에는 고실내 스테로이드 주입술이 부각되고 있는데, 전신적인 고용량 스테로이드와 병행할 때의 효과에 대해서는 이견이 있는 반면 전신적 스테로이드 치료의 효과가 만족스럽지 못하거나 전신적 스테로이드를 사용하기 어려운 경우, 전신적 고용량 스테로이드 치료로 인한 합병증을 원치 않는 환자에게는 고실내 스테로이드 주입술의 단독시행이 권해지고 있다¹⁸⁾.

돌발성 난청의 예후와 관련하여 최근 장¹⁹⁾이 시행한 통계적 분석연구에 따르면 고령일수록, 초기청력 소실의 정도가 클수록 청력회복 예후가 불량하며, 조기에 치료를 시작하는 것과 청력도 유형에서 상승형에 해당하는 것이 양성예후인자로 작용한다. 장¹⁹⁾은 어지러움이 청력회복에 미치는 영향은 매우 낮은 것으로 보고하였으나, 이는 Sheehy²⁰⁾, Byl²¹⁾ 등 많은 연구자들이 어지러움이 동반된 난청의 불량한 회복율을 보고해 온 것과 차이가 있다. Nakashima²²⁾도 같은 정도의 고도난청을 보이는 환자라도 어지러움을 동반한 경우 더 예후가 좋지 않다고 보고하였고, Mattox⁶⁾는 회전성 어지러움이 있는 경우 비회전성에 비해 예

후가 나쁘다고 보고하였다. 안²³⁾은 어지러움을 동반한 군에서는 초기청력역치가 유의하게 높았고 이 때문에 예후가 불량할 것이라 보고하였는데 이는 어지럼증을 동반한 환자군에서 고음역의 청력손실이 더 많아 나쁜 예후인자로 작용한다고 보고한 이⁹⁾의 견해와도 일치한다.

한의학에서 돌발성 난청은 耳聾의 범주로 생각해볼 수 있다. 《黃帝內經》에서 耳聾의 病因病機를 內氣暴薄, 肝虛, 精脫로 정의한 이래, 역대 의가들은 耳聾의 병인으로 腎虛精脫, 風邪, 手少陽經과 手太陽經의 氣厥逆, 火로 제시하고 鍼灸治療로 足少陰經, 手少陽經, 足少陽經, 手陽明經, 手太陽經을 選穴하였다²⁴⁾.

《東醫寶鑑》²⁵⁾에서는 이러한 역대의설을 종합하여 ‘耳聾皆屬於熱’, ‘必先調氣開鬱’이라하고, 風聾, 濕聾, 虛聾, 勞聾, 厥聾, 卒聾의 6종으로 분류하였다. 이중 虛聾은 ‘오랜 설사나 중병을 앓은 후 풍사가 허한 틈을 타고 귀로 들어가 정기와 맞부딪쳐 발생하는 것’으로, ‘일을 많이 하여 기가 빠진 경우 補中益氣湯에 菖蒲, 白茯苓, 黃柏과 知母(모두 鹽水炒)를 쓴다.’고 하였다.

또한 《東醫寶鑑·頭眩暈》에는 ‘머리에 무언가를 뒤집어 쓴 것 같고 어지러우며 눈이 아찔하고 귀가 먹은 것은 下實上虛’이며, ‘上虛란 肝虛이다. 肝虛하면 頭暈이 있다.’고 하였다. 또한 眩暈을 風暈, 熱暈, 痰暈, 氣暈, 虛暈, 濕暈으로 분류하여 虛暈의 치법으로 ‘內傷으로 氣가 虛해져 어지러울 때는 역시 補中益氣湯을 써야한다.’고 제시하였다.

본 증례의 환자는 76세 남자환자로 평소 금연, 금주하며 건강관리를 하였으나 고령에도 불구하고 2개의 회사를 직접 경영하는 등 과로를 지속하였다. 발병 보름 전부터 심한 기침, 가래를 동반한 상기도감염을 앓아 local 내과에서 10여 일간 복약하였으나 증상이 악화되고 식욕이 저하되는 등 컨디션이 저하되어 2013년 2월 6일 부산 소재 대학병원 호흡기내과에 입원하였다. 입원치료 중 2013년 2월 10일 심한 회전성 어지러움을 동반한 좌측의 급작스러운 청력소실이 발

생하였고 이비인후과로 전과하여 시행한 Brain MRI 및 청력검사 상 특발성 돌발성 난청으로 진단되어 고실내 스테로이드 주입법을 2일 간격으로 5회 시행하였다. 그러나 2013년 2월 22일 시행한 청력검사 상 全聾形 양상을 보이며 치료에 반응하지 않음이 확인되었고 어지러움 또한 기립이 불가능할 정도로 심한 상태가 지속되었으며 식욕저하로 인해 10kg 가량 체중이 감소하는 등 자각적 컨디션도 악화되어 내원하였다.

The Criteria for diagnosis of sudden deafness (Table 2)를 참고하여 환자를 돌발성 난청으로 진단하였다. 환자가 고령인 점과 과로, 입원치료를 요하는 상기도감염 및 컨디션 저하가 선행하였던 점, 脈이 細弱한 점을 고려하여 한의학적으로는 虛聾 및 虛聾으로 판단하고 補中益氣湯加味方을 처방하였다. 補中益氣湯은 《東醫寶鑑·內傷·勞倦傷治法》에서 ‘일을 너무 많이 하였거나 음식을 절제하지 않아서 몸에 열이 나고 답답하며, 自汗이 있고 나른 한 것을 치료한다.’고 하였다. 환자에게 투약한 처방에는 《東醫寶鑑·耳·耳聾》의 補中益氣湯加味方에 上部의 風寒濕邪를 發散하는 羌活과 溫中散寒하는 川椒, 平肝解鬱하는 白蒺藜를 가하여 調氣開鬱을 증진하고자 하였고, 환자의 虛證을 고려하여 肝腎二經을 峻補하는 鹿茸을 가하였다. 또한 환자가 치료과정에서 상기도감염의 잔여증상인 기침, 가래를 때로 호소하였으므로 止咳平喘하는 蘇子 桑白皮 紫苑 款冬花와 化痰하는 白芥子 羅蔔子 瓜蒌仁 前胡, 養陰潤肺 清肺生津하는 天門冬 麥門冬과 清熱하는 黃芩을 상황에 따라 가감하였다.

환자의 소화기능이 정상을 회복하여 추가 복약이 가능해진 2013년 3월 5일부터는 聰耳湯加味를 1일 2회 추가 처방하였다. 聰耳湯은 《東醫寶鑑·耳·耳重聽》에서 ‘治耳重聽不清’이라 한 처방으로 환자에게는 원방에 柴胡, 梔子, 全蠍을 가미하여 이폐색감 및 말소리를 분간할 수 없이 왕왕거리는 왜곡을 치료하고자 하였다. 梔子は 輕清上行하여 上部의 火熱을 除하고, 柴胡는 肝의 疏泄을 원활케 하여 清陽의 氣를 升擧하며, 全蠍은 通絡에 뛰어나다²⁶⁾.

鍼治療는 매일 1~2회 患側 耳竅주위 및 頭頸部의 耳門, 聽宮, 聽會, 下關, 風池, 翳風, 角孫과 兩側 手少陽三焦經의 中渚, 足少陰腎經의 然谷, 太谿, 復溜를 選穴하여 20~30분간 留鍼하였으며 1일 1회 耳門-聽宮에 電鍼을, 1일 1~2회 患側 귀에 赤外線 照射를 시행하였다.

2013년 2월 22일 5회의 고실내 스테로이드 주입법 후 시행한 순음청력검사 상 저음역, 중음역 대에서 110~100dB, 고음역대에서는 반응하지 않는 것으로 확인되어 5 frequency(0.25, 0.5, 1, 2, 4kHz) average는 107dB, The Degree of Hearing Loss(Table 3) 상 Profound hearing loss에 해당하였다. 한방치료 후 2013년 3월 20일 시행한 순음청력검사에서는 저음역대 85dB, 중음역대 75~70dB, 고음역대 110~95dB, 5 frequency(0.25, 0.5, 1, 2, 4kHz) average는 82dB로 25dB 호전되었다. 이는 The Criteria for Hearing Improvement(Table 4) 상 Slight recovery에 해당한다(Fig. 1, 2). 청력회복정도의 주관적 만족도의 판단을 위해 ‘전혀 들리지 않음’을 0점, ‘정상청력’을 10점으로 하여 그 사이를 10단계로 나누어 질문하였을 때, 입원 당시 0점에서 치료 후 6점으로 호전되었다 답하였다. 현훈은 한방치료 전과 후를 비교하여 Vertigo Score 4점에서 1점으로, VAS 9~10에서 VAS 2~3으로 호전되었다(Fig. 3).

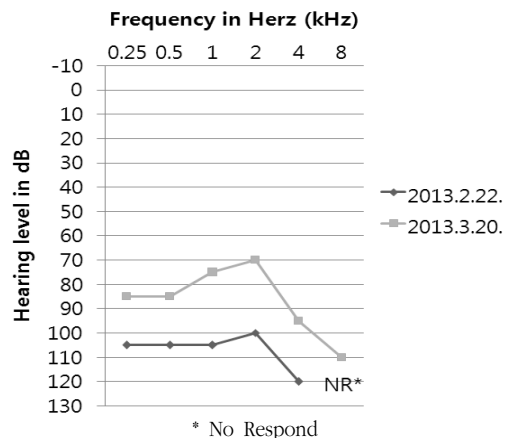


Fig. 1. The change of hearing level

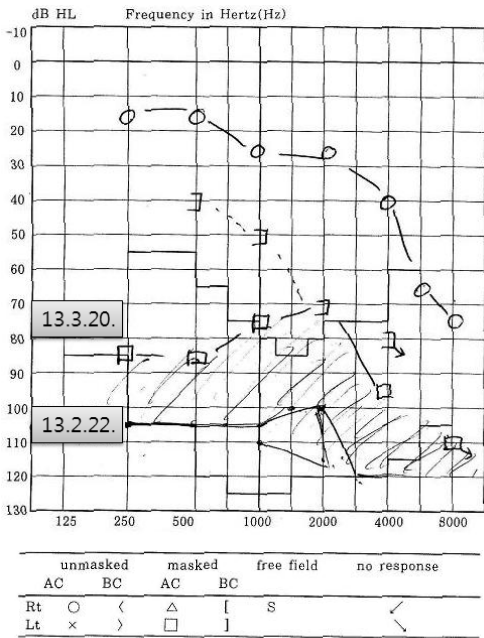


Fig. 2. Pure tone audiogram

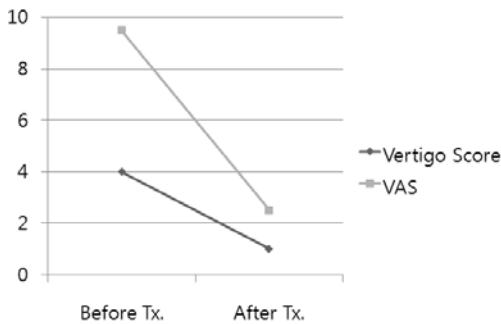


Fig. 3. The change of vertigo

상기 환자는 고령, 심한 초기청력소실, 초기치료에 의 무반응, 어지러움 동반, 고혈압·당뇨병의 유병, 상기도감염의 선행 등 돌발성 난청의 예후불량요소로 발표된 바 있는 여러 요소에 다중 해당되는 경우였으나, 한의학적으로 虛聾, 虛聵으로 판단하여 시행한 한방치료를 통해 청력소실, 어지러움, 자각적 컨디션의 회복에서 상기의 효과를 얻었다. 청력의 회복정도가 Slight recovery에 그친 점은 아쉬우나, 치료기간이 짧았던 점과 환자의 주관적 만족도가 높았던 점, 퇴원

후 외래 내원 시 추가로 음의 분별이 호전되었음을 확인 한 점을 고려할 때 지속적인 외래치료를 통해 그 이상의 호전을 기대해 볼 수 있을 것으로 사료된다.

IV. 참고문헌

1. Korean Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery. Otorhinolaryngology. Seoul:Ilchokak, 2002.
2. Wilson WR, Veltri RW, Laird N, Sprinkle PM. Viral and epidemiologic studies of idiopathic sudden hearing loss. Otolaryngol Head Neck Surg. 1983;91:653-8.
3. Monsell EM, Teixido MT, Wilson MD, Hughes GB. Nonhereditary hearing loss. In: Hughes GB, Pensak ML. Clinical Otology 2nd Ed. New York: Thieme-stratton, 1997:294-5.
4. Yoon TH, Paparella MM, Schachern PA, Avella M. Histopathology of sudden hearing loss. Laryngoscope. 1990;100(7):707-15.
5. Nam HJ. Oriental medical therapy for sudden Sensorineural Hearing Loss. J Korean Oriental Med. 2009;30(4):169-78.
6. Mattox DE, Simmons FB. Natural history of sudden sensorineural hearing loss. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1977;86(4 Pt 1):463-80.
7. Chung YY. Assessments of Prognostic Factors on Sudden Deafness. J Soonchunhyang Med Coll. 1997;3(2):695-706.
8. Lee EJ, Han GC, Kim KS. Hearing Recovery in Patients of Sudden Hearing Loss with Vertigo; Incheon. Res Vestibul Sci. 2003; 2(1):103-6.
9. Byl FM. Sudden hearing loss research clinic. Otolaryngol Clin North Am. 1978;11(1):71-9.

10. Anderson RG, Meyerhoff WL. Sudden sensorineural hearing loss. *Otolaryngol Clin North Am*. 1983;16:189-95.
11. Kwon K, Choi KH, Park JY, Owi JS, Park HS, Park YH. The Clinical Study of Three Patients Hospitalized due to Sudden Sensorineural Hearing Loss. *The Journal of Oriental Medical Surgery, Ophthalmology & Otolaryngology*. 2002;15(2):156-68.
12. Chun SC, Jo SH, Jee SY. Two Cases of Sudden Deafness Treated with Herbal Acupuncture Therapy. *The Journal of Oriental Medical Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology*. 2003;16(1):206-13.
13. Yoon Hs, Lee SE, Han EJ, Kim YB. Six Cases of Sudden Sensorineural Hearing Loss. *The Journal of Oriental Medical Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology*. 2003;16(2):221-43.
14. Yu HJ, Hong SU. Three Cases of Sudden Sensorineural Hearing Loss with Marked or Complete Recovery. *The Journal of Korean Oriental Medical Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology*. 2006;19(2):263-71.
15. Song MK, Hong SU. A Case of Bilateral Sudden Sensorineural Hearing Loss with Incomplete Recovery by Oriental and Western Medical Therapy. *The Journal of Korean Oriental Medical Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology*. 2010;23(1):289-99.
16. Shin SO. Management of Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Seoul Symposium*. 2007;13:108-17.
17. Chau JK, Lin JR, Atashband S, Irvine RA, Westerberg BD. Systematic review of the evidence for the etiology of adult sudden sensorineural hearing loss. *Laryngoscope*. 2004;114(10):1686-92.
18. Kang WS, Kim YH, Park KH, Seo MW, Son EJ, Yoo SY, et al. Treatment strategy for sudden sensorineural hearing loss. *Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg*. 2011;54(10):675-82.
19. Chang DS, Park SW, Choi JY, Kim AY, Park KY, Cho CS, et al. Estimate Hearing Recovery Rate Using Statistical Analysis of Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg*. 2011;54:603-9.
20. Sheehy JL. Vasodilator therapy in sensory-neural hearing loss. *Otolaryngol Clin North Am*. 1975;8(2):467-73.
21. Byl FM Jr. Sudden hearing loss: eight years' experience and suggested prognostic table. *Laryngoscope*. 1984;94(5 Pt 1):647-61.
22. Nakashima, T, Yanagita N. Outcome of sudden deafness with and without vertigo. *Laryngoscope*. 1993;103(10):1145-9.
23. Ahn JH, Yoon TH, Chung JW. Analysis of prognosis in patient with sudden sensorineural hearing loss and dizziness. *Korean J Otolaryngol-Head Neck Surg*. 2001;44(10):1032-7.
24. Yun JE, Rho HA, Rho SS. Study of oriental medical documentary records of sudden sensorineural hearing loss. *The journal of Research Institute of Korean Medicine, Taejon University*. 2010;19(1):55-74.
25. Heo J. Donguibogam, trans. Yoon SH, Kim HJ, Choi CH, Jeon JH, Nam MK, Kang YH,

- et al. Hadong:Donguibogam, 2005.
26. Kam BS, Kim IL, Kim HC, Guk YB, Park YK, Seo BI, et al. Herbal medicine. Seoul:Younglimsa, 2006.