

眩暈을 主訴로 하는 小腦梗塞 환자의 한방치료 호전 1례

김석민, 선종주, 정재한, 최창민, 신원준, 이준우, 정우상, 문상관, 조기호, 김영석,
배형섭
경희대학교 한의과대학 2내과학교실

A Case of Vertigo Patient after Cerebellar infarction improved by Oriental medical Treatment

Kim Seok-min · Sun Jong-joo · Jung Jae-han · Choi Chang-min · Shin Won-jun · Rhee
Jun-woo · Jung Woo-sang · Moon Sang-kwan · Cho Ki-ho · Kim Young-suk · Bae
Hyung-sup

Department of Cardiovascular and neurologic Disease(Stroke Center) College of Oriental
Medicine, Kyung-Hee University, Seoul, Korea

Abstract

Patients with cerebellar infarction often complain of many symptom-vertigo, gait disturbance, nausea, vomiting. Especially, Vertigo is the main symptom, and patients cannot achieve normal activity in daily life. When we prescribed *Banhabakchulchunma-tang* and *Gastrodiae Rhizoma* extract to a 61year-old female stroke patient with vertigo, we could observe that the symptom was improved rapidly after treatment.

Therefore we suggest that *Banhabakchulchunma-tang* which increase *Chunma* in quantity is very useful for vertigo after stroke. Further case studies of herbal treatment of this ailment are needed.

Key Word: Cerebellar infarction, Vertigo, *BanHaBakChulChunMa-tang*, *Gastrodiae Rhizoma*

I. 緒論

眩暈은 자신이나 주위가 빙빙 도는 느낌으로, 크게 생리적인 현훈과 병적 현훈으로 구분할 수 있다. 생리적 현훈으로는 배멀미 등과 같이 전정계가 상황에 적응하지 못하는 경우, 머리와 목의 자세 변경에서 비롯되는 경우 및 빠르게 움직이는 영상 및 물체를 추적하는 동안 발생하는 경우 등이 있다. 병적 현훈은 말초성과 중추성 장애로 나눌 수 있는데, 말초성 장애는 주로 전정기능장애가 대부분을 차지하며, 오심구토, 자세불안 등이 동반되기도 한다. 중추성 장애는 소뇌 및 뇌간, 종종 뇌간이상의 다른 중추들의 혈관질환이나 종양 등에 의해서 발생하며 병변 부위와 관련된 신경학적 증상 이외에 뇌압상승의 징후를 동반하기도 한다¹.

소뇌는 두개골의 후와(posterior fossa)에 위치하고 소뇌천막에 의해 대뇌와 분리되어 있으며 뇌간의 뒤쪽에 자리 잡고 있다. 소뇌의 기능은 신체의 균형유지와 운동조절로 요약할 수 있다. 또한 소뇌경색은 전체 뇌경색의 1.5~4.2%를 차지한다. 이 질환에서 다른 신경학적 증상과 함께 현훈(중추성 현훈)이 나타날 수 있으며 이로 인하여 일상생활에 지장을 초래하는 경우가 많다².

이에 저자는 영상진단으로 확인된 소뇌경색환자에서 나타난 현훈에 대하여 半夏白朮天麻湯과 天麻추출 제제 약을 사용하여 현훈 및 제반 증상이 호전된 증례를 경험하였기에 이에 보고하는 바이다.

II. 狀態評價

현훈에 대한 환자의 자각증상의 평가는 Visual Analogue Scale을 이용하여 가장 심한 정도를 100점으로 하고, 증상이 소실된 것을 0점으로 표시하였다. (Fig. 1)

그리고 의사의 관찰에 의한 객관적 평가는 너무 어지러워서 보행이 힘든 상태, 혹은 누워만 있고 눈을 뜰 수 없는 상태를 4점, 앉아 있는 것이 가능한 상태, 걸을 때 부축이 필요한 상태를 3점, 부축 없이 보행이 가능한 상태를 2점, 약간의 현훈감을 호소하는 상태를 1점, 현훈이 없는 상태를 0점으로 표시하였다. (Fig. 2)

III. 證例

1. 환자: 전 O O (여자/61 세)

2. 진단명

Cerebellar infarction

HTN

DM

Hyperlipidemia

3. 주소증

眩暈

惡心

微嚔下障礙

4. 발병일: 2005. 1. 30 오전 3:00

5. 입원기간

2005.01.30-2005.3. 11

6. 과거력

Cerebral infarction: 04년 6월(Lt. Basal ganglia)

DM: 4~5년전 인지. 지속적 약 복용 중.

HTN: 10년전 인지. 지속적 약 복용 중.

Cataract: Rt. eye. 지속적 약 복용 중.

7. 현병력

상기 과거력 외 별무대병 중 상기 발병일에 상기 주소증 발하여 의정부 성모병원 응급실 visit, Br-CT상 r/o Cerebral infarction 진단. 본인 및 보호자 본격적 한방 Tx. 위해 05.1.30 경희의료원 한방병원 내원하여 입원 치료함. 당시에는 지속적 오심 호소 및 심한 현훈이 심하여 계속 눈을 감고 있는 상태였음.

8. 가족력

별무이상

9. 초진소견

外樣: 전반적으로 통통한 체격. 피부색이 희고 전반적으로 무기력해 보임.

神: 명료하나 심한 현훈으로 인해 의료진에게도 공격적인 반응 보임

睡眠: 가능하나 원활하지는 않음

언어: 語微澁

대변: 1회/ 1~2일

소변: 別無異常

소화: 惡心

舌: 舌紅苔白

脈: 浮

10. 검사실 소견

*Br-MRI(1/31)

Acute focal infarction at the left cerebellar hemisphere and small infarction at the left medullar oblongata.

Multiple small infarctions at the left BG and both PVWMs, more prominent on the left side.

Occlusion of the left distal vertebral artery and mild focal stenosis of the right distal vertebral artery.

*T-Chol/TG/HDL-C/LDL-C(2/28):227/108/45/160(1/31), 219/113/39/157(3/6)

*FBS/pp2: 123/182(2/23), 104/162(3/3)

11. 치료내용

1) 한약

1/30~2/10: 星香正氣散 1일 2ch#3

2/11~2/18: 香砂六君子湯 1일 2ch#3

2/19~3/12 :半夏白朮天麻湯, 祛風散(경희의료원제제, 天麻Ex.) 1일 3회 복용

2) 양약

1/30~2/8: Fluid Tx. (Normal saline, Mannitol, Heparin)

2/8~:Aspirin protect, Warfarin, Amaryl, Basen, 다이아벡스정, 시나룻정, 동아타나트릴정

3) 침구치료: 中風七處穴 위주

4) 식이: 당뇨 1400B

12. 임상경과

① 입원~2/10: 현훈 심하여 환자 매우 irritable한 상태, 절대안정상태에서 침상안정상태로 변경되었으나 현훈으로 보행不可

② 2.11~2.19: 환자 Nausea 증상 많이 개선되었으나 소화불량감 호소함. 환자 irritable 경향 감소하였으나, 여전히 irritable한 경향. HTN, DM등 처치에 상당히 비협조적임.

③ 2.19~3.3: 처방변화이후 Dizziness 증상 현저히 개선됨. 2.20부터 화장실 출입, 2.22부터는 병실주위를 배회하면서 스스로 보행연습함. VAS scale상 현저한 호전을 보여 3.3일에는 VAS 10점 정도라고 스스로 표현함.

④ 3.4~퇴원: 자각증상의 현저한 개선을 보여 기존처방 유지. 퇴원시에는 VAS 5점 정도 라고 표현함. 치료순응도도 높아져 의사의 지시에도 상당히 협조적임.

IV. 考察

어지러움 및 평형장애를 일으키는 질환에는 전정질환, 중추전정질환 및 순환기 질환, 소화기병, 안과질환 등이 있으며 원인을 찾기 어려운 경우도 많다³. 소뇌에서 경색증의 경우는 1.5~4.2%를 차지하며 비교적 드물지만, 최근 MRI의 발달로 기존의 CT에서 볼 수 없었던 작은 소뇌경색의 진단이 용이하게 되었으며, 특히 확산강조영상(diffusion-weighted imaging, DWI)의 발달로 급성 소뇌경색의 발견률이 더욱 높아지고 있다. 또한 소뇌경색은 초기에 주로 단순한 현기증으로 시작하지만 하루 천막 부위의 해부학적 특성에 의해 약 11~25%정도에서 가성종양 효과(pseudotumoral effect)로 인해 치명적일 수 있어 임상적 중요성이 있다^{4,5}.

소뇌를 신경해부학적으로 크게 분류하면 외측의 두개의 소뇌반구와 이들 중간에 위치하는 충부(vermis)로 구성되며, 원심성·구심성 신경섬유들이 지나는 통로가 되기도 한다. 소뇌는 신경해부학적으로 뇌간 등 다른 인접구조와 매우 긴밀한 관련성을 유지하고 있으므로 때로는 소뇌병변의 임상증후를 독립적으로 판별하기는 쉽지 않지만, 대체적으로 사지운동장애, 안구운동장애, 언어장애, 두부경사, 불수의적 운동 등으로 나눌 수 있다⁵.

대부분의 소뇌 경색증은 뇌교 경색과 연관이 되어 일어난다. 초기에는 흔히 현기증, 구역, 구토, 안구진탕 혹은 운동 실조 등이 일어난다⁶. 추골동맥의 폐쇄로 동측의 후하소뇌동맥의 흐름을 막게 되면 외측연수증후군(lateral medullary syndrome)을 일으키게 되는데 이는 심한 현훈(vertigo), 오심, 구토, 안구진탕, 동측성실조(jpsilateral ataxia) 그리고 동측 Honer's Syndrome 등 증상이 나타난다. 전하소뇌동맥에 분포하는 명백한 손상은 흔하지 않다. 반면에 상소뇌동맥은 소뇌피질의 대부분을 공급한다. 그래서 이 혈관이 폐쇄되면 보행실조, 두통, 오심, 구토, 현기증(dizziness), 동측성 어둔(clumsiness) 그리고 구음장애를 특징으로 하는 소뇌경색이 나타나게 된다⁷.

眩暈은 하나의 자각 증상으로 여러 가지 증상 중에 하나로 볼 수도 있으며, 하나의 독립된 증상으로 볼 수도 있다. 眩暈의 病機는 風火上搖, 陰虛陽亢, 心脾血虛, 中氣不足, 腎精不足 및 痰濁中阻으로 나누는데, 風火上搖는 清火熄風 및 瀉肝膽之火하기 위해 天麻鉤藤飲, 龍膽瀉肝湯 등을, 陰虛陽亢에는 養陰平肝定眩하기 위해 杞菊地黃湯, 菊花芍藥湯 등을 사용한다. 心脾血虛 및 中氣不足에는 補益心脾·中氣하기 위해 歸脾湯, 補中益氣湯 등을, 腎精不足의 경우에는 補陰, 補陽하기 위해 右歸飲, 左歸飲, 六味地黃湯, 八味地黃湯 등을, 痰濁中阻로 인한 경우에는 祛痰化濕하기 위해 半夏白朮天麻湯, 清暈化痰湯 등을 쓴다. 이외 病因에 따라 傷風으로 인한 痰暈, 火熱上攻으로 인한 熱暈, 痰盛으로 인한 痰暈, 七情傷으로 인한 氣暈, 內傷氣虛로 인한 虛暈, 傷濕으로 인한 濕暈으로 구분하여, 風暈에는 川芎散·芎藭散 등을, 熱暈에는 大黃散, 荊黃湯 등을 痰暈에는 澤瀉湯·清暈化痰湯 등을, 氣暈에는 玉液湯·補虛飲 등을 處暈에는 滋陰健脾湯陰 등을, 濕暈에는 芎朮湯등을 사용하기도 한다⁸.

半夏白朮天麻湯은脾胃論에 나오는 처방으로서化痰熄風, 益氣健脾, 祛濕의 功效가 있어脾胃虛弱 痰厥頭痛 如裂 身重 四肢厥冷 嘔吐眩暈의 증상에 쓰인다⁹.

天麻는甘平質潤하여 오로지肝經에 들어가平肝, 息風, 止癢시키는 효능이 있어肝風內動으로 인한頭痛眩暈 肢體麻木 小兒驚風 破傷風症등 一切의 風症에 한열을 막론하고 모두 적용하며 특히頭痛과 眩暈에 더욱 양호한 효능이 있다¹⁰.

환자는 05.1.30 현훈, 오심을 주소로 입원한 환자이다. 환자는 작은 키에 통통한 체격의 소유자로, 피부는 희고 전반적으로 무기력해 보이는 양상이었다. 입원당시 심한 현훈으로 인해 상당히 공격적이면서 의료진에 비협조적이었다. 발병초기에는 절대안정의 기간이므로 이에 준하는 수액치료와 함께 한약으로는 星香正氣散이 투여되었다. 방사선(Brain MRI) 소견상 소뇌의 광범위한 부분에 손상이 와서 절대안정의 기간 또한 길었다. 입원 이후 10일 정도까지는 증상이 악화된 것은 없으나, 지속적 현훈으로 인해 화장실 출입 등의 근거리 이동 또한 할 수 없는 상태였다. 발병 12일부터는 지속적인 소화불량감을 호소하였다. 舌紅白苔하며 面白, 氣虛의 양상을 보여 초기 환자 상태가 안정되었다고 판단을 한 후 香砂六君子湯을 투여하였다. 이후 소화불량감은 호전이 되었으나, 현훈은 VAS상 80점 정도로 자각증상이 심하였다. 이 당시 환자는 의료진에 대해 심한 불신감을 갖고 있었으며, 가족들과도 잦은 언쟁을 벌일 정도로 신경이 극도로 예민해져있는 상태였다.

저자는 환자의 面白, 肥濕한 體形, 頭重如夢, 惡心, 舌紅白苔를 근거로 痰濕中阻로 진단을 하였다. 그리고 지속적으로 두통을 호소하며, 짜증과 함께 신경질적인 양상, 眼紅을 보이며, 고혈압의 병력을 참고하여 추가로 肝陽上亢證을 辨證하였다. 이에 05.2.19일부터 痰濁中阻에 쓰이는 半夏白朮天麻湯과 肝陽上亢으로 인한 肝風에 쓰이는 天麻를 투여하기로 결정했다. 半夏白朮天麻湯은 경희의료원 원내처방(半夏, 陳皮, 麥芽 炒 6g, 白朮, 神麩 炒, 蒼朮 各 4g, 人蔘, 黃芪, 天麻, 白茯苓, 澤瀉 各 2g, 乾薑 1.2g, 黃柏 酒洗 0.8g, 生薑 10g)의 용량을 따랐으며, 天麻 역시 경희의료원 원내 처방 祛風散(天麻 Ex.산)을 사용하였다. 거풍산 1포(6g)은 천마 약제 14.8g에 해당하는 분량이다.

이후 환자는 현훈의 증상이 현저히 개선되었으며, 02.20 일에는 VAS 50점을 나타내며 화장실을 가는 등의 운동가능 양상을 보이기 시작했다. 더불어 짜증섞인 신경질적 반응으로 의료진 뿐만 아니라 같은 병실 환자들과의 언쟁도 벌이지 않고 온순한 태도를 나타내기 시작하였다. 2.22일에는 VAS 30점을 나타내며 병동 주위를 거닐면서 스스로 보행연습을 하기도 했다. 환자의 증상이 좋아지면서, 의료진에 대한 처치에도 상당히 협조적인 자세를 보였다. 이에 따라 HTN, DM 양상도 정상범위에서 조절이 되어져갔다. 증상의 호전이 있어 처방을 계속 유지하기로 하였다.

3.3일 부터는 VAS 10점을 호소하며, 퇴원시에는 거의 증상을 호소하지 않았다.

본 증례에서는 面白, 氣虛, 肥濕한 체형, 舌紅苔白, 짜증, 신경질적인 반응, 眼紅등의 증상에 착안하여 痰濕中阻, 肝陽上亢으로 변증을 하고 半夏白朮天麻湯과 天麻를 투여하였다. 半夏白朮天麻湯은 기존 증례에서도 소뇌경색으로 인한 현훈에 사용되었다. 이 증례에서는 기존과 달리 환자의 정서적 상태, 의료진에의 비협조적인 상황을 고려하여 天麻를 추가하여 사용하였다. 현훈 또한 肝陽上亢의 한 증상으로 볼 수 있으며, 두 가지 처방의 병용투여로 인한 천마의 증량투여로 기존 증례에서 보이는 완만한 효과와 달리 빠른 치료효과를 볼 수 있었다. 또한 환자의 현훈과 신경질적인 정서 상황을 개선함으로써 치료에 대한 만족도를 높일 수가 있었다.

소뇌경색으로 인한 현훈에 대한 논문은 몇 차례 보고되어졌다. 임 등¹¹은 소뇌경색과 소뇌출혈환자에서의 현훈 증상에 半夏白朮天麻湯가미방으로 효과를 나타내었으며, 선 등¹²은 淸心蓮子湯을 투여했으며, 이 등¹³은 소뇌경색환자에 天麻鉤藤飲을 투여하였다. 저자는 여기에서^{11,13} 소뇌경색환자의 현훈을 치료하는 약물 중 天麻에 주목하였다. 기존에 문 등¹⁴은 20세 전후의 건강한 남녀를 대상으로 天麻제제를 복용하게 한 후 경두개 도플러를 이용한 검사에서 天麻복용군의 뇌혈관반응도가 증가되었음을 보고하였다. 논문에서는 天麻복용후 뇌세동맥의 저항성이 감소되어 뇌혈류의 증가를 시사하였으며 기존의 天麻의 임상효과¹⁰-현훈, 두통 개선-는 뇌혈류의 개선으로 인함을

시사하였다. 임 등¹¹의 半夏白朮天麻湯에서는 1첩당 2.5g을 사용하였으며, 이 등¹³의 天麻鉤藤飲에서는 1첩당 9g을 사용하였다. 임 등¹¹의 결과에서는 처방을 투여하고 나서 완만한 경과를 보였으나, 이 등¹³의 연구에서는 처방의 투여시작하고 빠른 증상의 회복을 보였으며, 독립보행까지의 시간도 짧아졌다. 여기서 저자는 天麻와 현훈증상간의 용량의존적인 효과가 있지 않을까 생각하였다. 실제로 임상에 있는 관계로 天麻 단독투여는 힘들었으며, 환자의 진단명에 따른 처방에 추가로 天麻제제를 투여하기로 하였다. 초제로 추가를 할 수 있었지만, 초제는 주처방(半夏白朮天麻湯)을 변경해야 할 수 있는 여지가 있기 때문에 원내처방 본방을 사용하기로 했다.

이번 연구에서는 半夏白朮天麻湯과 天麻를 병용투여해서 신속한 효과를 거두었지만, 이 또한 병용투여의 한계로 독립적 처방의 유효성에 대한 평가가 어렵다. 특히나 天麻 단독의 효과인지에 대해서는 명확히 언급을 하기 어렵다. 또한 기존 연구보다 天麻가 증량되어 증상이 호전되었기는 하지만, 기존 연구와 객관적인 평가척도를 공유한 것이 아니며 VAS scale에 의존하여 객관성이 떨어진다. 또한 기존 초제에 증량한 것이 아니고 제제약으로 증량을 한 것도 한계로 남는다. 따라서 이후에는 좀 더 개별적이고 독립적이며 계량적인 연구가 필요하리라 사료된다. 또한 이후 좀 더 많은 증례로서 축적된 자료를 통해 유의성 있는 연구가 필요하다.

V. 結論

저자는 眩暈을 主訴로 하는 소뇌경색환자를 肝陽上亢 및 痰濁中阻로 진단하고 半夏白朮天麻湯과 天麻추출제제를 사용하여 임상증상이 호전되었음을 확인하였으므로 이를 보고하는 바이다.

참고문헌

1. Kurt J. Isselbacher. 해리슨 번역 편찬위원회. 해리슨 내과학, 서울: 정담출판사; 1997, p98-101,
2. 이광우. 정희원 역. 임상신경학. 서울: 고려의학; 1997, p278, 290
3. 김경래. 일차진료의를 위한 현훈의 진단과 치료. 가정의학회지. 2001; 22(2); p137-138
4. 홍지만, 신상건, 김장성, 방오영, 주인수, 허균. 급성 양측성 소뇌경색의 임상 양상 및 기전. 대한신경과학회지. 2003; 21(1); p7-8
5. 이광우, 정희원 역. 임상신경학. 서울: 고려의학; 1997, p290-296
6. 이대희. 임상신경학 각론. 서울:고려의학; 1998, p66
7. Goldman L, Bennett JC. Cecil Textbook of medicine. 21st edition. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000, p2100
8. 한기선 외 1인. 소뇌경색으로 인한 중추성 현훈환자의 치험 1례. 동국한의학연구소논문집. 2000; 9, p31
9. 김상찬 외 10인. 방제학. 서울: 영림사; 1999, p549-550
10. 전국한의학대학교공동교재편찬위원회. 본초학. 서울: 영림사; 2000, p310
11. 임중화, 김현경, 이준석, 유종민, 장선영, 한숙영 등. 소뇌출혈및 소뇌경색 환자에서의 현훈 치험2례. 대한한방내과학회 춘계학술대회지. 2004; spr(1), p139-145
12. 선승호, 이재은, 한동윤, 이성우, 이선란, 고성규. 중추성현훈과 소뇌성보행실조를 주소로 한 태음인 환자 치험 2례. 대한한방내과학회지. 2004; 25(2), p335-343
13. 이준우, 김태훈, 이차로, 나병조, 김은주, 이상호 등. 천마구등음을 이용한 소뇌경색환자의 현훈 치험례. 대한한방내과학회 추계학술대회지. 2003; aut(2), p119-125
14. 문상관, 김영석, 박성욱, 정우상, 고창남, 조기호 등. 천마추출물이 정상인의 뇌혈류에 미치는 영향. 대한한의학회지. 2005; 26(1), p115-122