

어지럼증을 주소로 하는 전하소뇌동맥경색 환자에 대한 한방치료 증례보고 1례

신주은, 강지윤, 양지혜, 원서영, 유호룡, 김윤식, 설인찬
대전대학교 한의과대학 침계내과학교실

Korean Medicine Treatment for Anterior Inferior Cerebellar Artery Infarction: A Case Report

Joo-eun Shin, Jie-yoon Kang, Ji-hae Yang, Seo-young Won, Ho-ryong Yoo, Yoon-sik Kim, In-chan Seol
Dept. of Cardiology and Neurology of Korean Medicine, College of Korean Medicine, Daejeon University

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to report the effectiveness of Korean medicine for a patient with dizziness following anterior inferior cerebellar artery infarction.

Methods: The patient was treated with traditional Korean methods including acupuncture, herbal therapy, moxibustion, and vestibular rehabilitation exercise during an admission period of seven days. The patient's dizziness was assessed using a numeric rating scale (NRS) and the Korean Dizziness Handicap Inventory (K-DHI), Korean Activities-specific Balance Confidence (K-ABC), Korean Vestibular Disorders Activities of Daily Living (K-VADL), the modified Rankin scale (mRS), and the Korean version of the Modified Barthel Index (K-MBI).

Results: After seven days of combined treatment with traditional methods and vestibular rehabilitation, the patient's dizziness was reduced from NRS 6-7 to NRS 2. In addition, K-DHI decreased from 84 to 22; K-ABC improved from 52% to 78.125%; K-VADL reduced from 175 to 37; the mRS score changed from 4 to 1; and the K-MBI score increased from 86 to 98. No adverse events were observed during treatment.

Conclusion: This study suggests that combined therapy of Korean medicine and vestibular rehabilitation can be effective treatment for anterior inferior cerebellar artery infarction patients.

Key words: anterior inferior cerebellar artery (AICA), infarction, dizziness, vestibular rehabilitation exercise, Korean medicine

1. 서 론

어지럼증은 환자의 주변 환경이 움직이는 것과 같은 객관적으로 확인이 어려운 주관적인 증상으로 양쪽 전정계의 긴장도의 균형이 깨지거나, 시각,

체성감각, 전정계로부터 받은 정보가 중추신경계에서 기대되는 패턴과 다를 때 발생하는 현상이다. 어지럼증은 말초성 어지러움과 중추성 어지러움으로 나눌 수 있다. 중추성 어지럼증은 급성적인 말초성 어지러움으로 종종 오인되는데, 말초성 어지럼증인 경우에는 증상이 심한 경우에도 독립적인 기립이 가능하다. 중추성 어지럼증인 경우 독립 기립 및 보행이 불가능할 수 있다¹.

어지럼증을 호소하며 응급실에 오는 전체 환자

· 투고일: 2022.04.01, 심사일: 2022.05.19, 게재확정일: 2022.05.19
· 교신저자: 설인찬 대전광역시 서구 대덕대로 176번길 75
대전대학교 대전한방병원
TEL: +82-42-470-9130 FAX: +82-42-470-9005
E-mail: seolinch@dju.kr

중 3.2~4.0%는 뇌졸중으로 인한 중추성 어지럼증을 호소하며 소뇌경색이 대표적인 원인이다². 뇌경색 중 소뇌경색은 2.3%로 빈도가 낮고 대부분의 소뇌경색은 후하소뇌동맥(Posterior inferior cerebellar artery, PICA), 상소뇌동맥(Superior cerebellar artery, SCA)에 발생하며 전하소뇌동맥(Anterior inferior cerebellar artery, AICA)의 경색은 소뇌경색 중에서도 매우 드물다³.

뇌경색 중에서도 전하소뇌동맥경색에서는 현기증, 안진, 이명, 청력소실, 보행장애 및 실조, 삼킴 곤란, 얼굴감각소실, 얼굴마비, 교차 감각장애, 호니 증후군 등을 보일 수 있으며⁴ 위약이나 운동의 실조가 없기 때문에 말초성 어지러움증으로 잘못 진단되어 적절한 치료를 받지 못할 수 있고, 소뇌경색의 경우 발병 이후에도 뇌수두증이나 뇌간의 압박 등 중증의 합병증을 유발할 수 있으므로 정확한 감별 진단에 있어 주의를 요하는 질환이다⁵.

본 증례의 연구 대상자는 중추성 어지럼증 중에서도 유병률이 낮은 전하소뇌동맥경색으로 인한 어지럼증으로 입원 시 독립 기립이 불가능할 정도였으나 한의 치료 후 일상생활에 큰 지장을 주지 않을 정도로 유의하게 호전되었다. 또한 중추성 현훈에 대한 반하백출천마탕가미의 효과에 대한 다양한 증례 보고가 있으나, 신뢰도와 타당도를 검증 받은 척도를 활용한 연구는 많지 않은 상황으로 본 증례에서는 신뢰도와 타당도를 검증받은 척도⁶를 활용하여 의미있는 결과를 보였기에 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 병력(Fig. 1)

본 증례는 2022년 02월 06일 A병원에서 Left AICA Infarction를 진단받고 2022년 02월 16일까지 B병원에서 입원 치료 받은 후 2022년 02월 16일부터 2022년 02월 22일까지 본원에서 치료받은 ○○○를 대상으로 하였다. 본 증례는 본원 IRB에서 심의면제(DJDSKH-22-E-04-1) 승인을 받았으며 환자의 인적사항은 다음과 같다.

- 1) 성명 : ○○○
- 2) 성별/연령 : 남자/만 73세
- 3) 진단명 : Left AICA Infarction
- 4) 주소증 : 어지럼증, 안면 감각저하, 청력저하, 복시
- 5) 발병일 : 2022년 02월 06일
- 6) 과거력 : 치핵(1980년경)
- 7) 현병력 : 2022년 02월 06일 19시 50분경 어지럼증 발생하여 A병원 응급실 내원하였으며 이후 청력 소실 및 양안복시 생겼으며, Brain MRI상 Left AICA Infarction 진단 받고 2022년 02월 06일부터 2022년 02월 11일까지 입원 치료 후 환자 및 환자보호자 B병원 진료 원하여 B병원으로 전원하여 2022년 02월 11일부터 2022년 02월 16일까지 입원치료 한 후 2022년 02월 16일 본원 입원하였다.

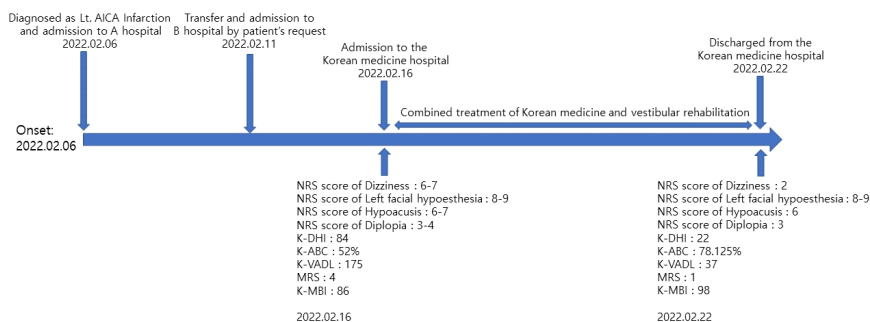


Fig. 1. Timeline of the patient's history.

2. 검사소견(Fig. 2)

1) Brain MRI : Left AICA Infarction

상기 환자 2022년 02월 06일 A병원에서 Brain MRI상 Left AICA Infarction 진단받았으나 2022년 02월 06일의 Brain MRI 자료는 본원에 가지고 있지 않았다.

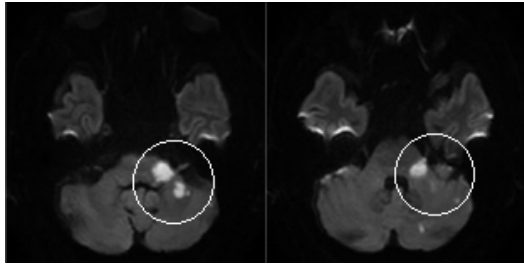


Fig. 2. 2022.02.12 (6 days after onset) brain MRI.

3. 초진기록

1) 입원 초진 검사 : 입원 당일 측정된 활력 징후는 정상이었으며 심전도 검사와 흉부 X선 검사 모두 특이 소견이 없었다.

2) 신경학적 검사

- (1) Mental state : Alert
- (2) Pupil reflex : Both good
- (3) Neck stiffness : -
- (4) Deep tendon reflex
 - ① Biceps ++/++
 - ② Triceps ++/++
 - ③ Brachioradialis ++/++
 - ④ Knee ++/++
 - ⑤ Ankle ++/++
- (5) Babinski sign : -/-
- (6) Hoffmann sign : -/-

(7) Ankle clonus : -/-

3) 소뇌기능검사

- (1) Finger-to-nose test : -/+
- (2) Nose-finger-nose test : -/+
- (3) Heel-to-shin test : -/+
- (4) Romberg test : +
- (5) Tandem gait : +

4) 계통적 문진

- (1) 大便 : 1회/2일, 정상변
- (2) 小便 : 약 6-7회, 정상뇨
- (3) 食慾 : 3끼/1일, 약 1공기/1회, 식욕 양호함
- (4) 消和 : 양호
- (5) 汗 : 정상
- (6) 睡眠 : 발병 이후 약 15시간/1일, 다면경향
- (7) 面色 : 黃
- (8) 脈 : 沈弱
- (9) 舌 : 舌紅, 苔薄白

4. 치료 방법

1) 치료기간 : 2022년 02월 16일-2022년 02월 22일(총 7일)

2) 침치료 : 0.20×30 mm 멸균된 1회용 호침(stainless steel, 동방 일회용 호침)을 사용하여 오전 9시, 오후 2시 하루 2회로 시행하였으며 15분 유침하였다. 취혈 시 GV20(百會), EX-HN5(太陽), LI4(合谷), LI11(曲池), PC6(內關), ST36(足三里), GB39(懸鍾), LR3(太衝)을 활용하였다.

3) 한약치료

(1) 탕약치료(Table 1) : 입원 기간 동안 반하백출천마탕가미를 하루 2첩 3팩, 1팩당 100 cc로 전탕하여 오전 8시, 오후 1시, 오후 6시에 복용하도록 하였다. 1첩당 약재 구성은 Table 1과 같다.

Table 1. Prescription of Herbal Medicine

Prescription name (date)	Herb	Latin name	Dose (g)
<i>Banhabaekchulchunma-tang-gami</i> (2022.02.16.-2022.02.22)	釣鈎藤	<i>Uncariae Ramulus Et Uncus</i>	16
	牡蠣粉	<i>Ostreae Concha</i>	16
	白茯苓	<i>Poria cocos Wolf</i>	12
	澤瀉	<i>Alismatis Rhizoma</i>	8
	半夏	<i>Pinelliae Tuber</i>	6
	白朮	<i>Atractylodis Rhizoma Alba</i>	6
	豬苓	<i>Polyporus Sclerotium</i>	6
	陳皮	<i>Citri Unshius Pericarpium</i>	4
	桂枝	<i>Cinnamomi Ramulus</i>	4
	天麻	<i>Gastrodiae Rhizoma</i>	4
	甘菊	<i>Chrysanthemi indicis Flos</i>	4
	黃芩	<i>Scutellariae Radix</i>	4
	竹茹	<i>Phyllostachyos Caulis in Taeniam</i>	4
	枳實	<i>Ponciri Fructus Immaturus</i>	4
黃連	<i>Coptidis Rhizoma</i>	4	
生薑	<i>Zingiberis Rhizoma Recens</i>	20	

4) 뜸 치료 : 입원기간 중 월요일부터 토요일까지 뜸판(단전구합, Dongbang medical)에 황토뜸(쑥탄, Dongbang medical) 3장을 넣어 CV12(中脘), CV8(神闕), CV4(關元)에 30분간 유지하였고, 무연전자뜸(Cettum, K-medical)을 입원기간 중 매일 양측 GB21(肩井)에 15분간 유지하였다.

5) 물리 치료

(1) SSP-C(Silver Spike Point-Carbon, 경피경혈 자극요법 및 저출력 광선조사기) : 입원기간 중 월요일부터 토요일까지 좌측 얼굴의 EX-HN4(魚腰), Ex-HN5(太陽), SI18(顴髎), ST7(下關), ST4(地倉), ST6(頰車)에 SSP 치료를 1회 15분간 시행하였으며 SNO-1 저출력광선조사기((주)신진전자, Korea)를 좌측 안면에 15분 동안 같이 조사하였다.

6) 양방치료

(1) 양약치료(Table 2) : 2022년 02월 16일부터 2022년 02월 22일까지 B병원에서 퇴원 시 처

방 받은 약물들을 그대로 복용하게 하였다.

Table 2. Western Medicine

Date	Component	Usage
2022.02.16 - 2022.02.22	Aspirin enteric coated 120.98 mg	1T QD B/PC
	Clopidogrel bisulfate 97.875 mg	1T QD B/PC
	Ezetimibe 10 mg	1T QD B/PC
	Rosuvastatin calcium 20.8 mg	1T QD B/PC
	Lansoprazole 15 mg	1T QD B/PC

* T : tablet, QD : once a day, B : breakfast, PC : post cibum, after meal

7) 전정재활운동(Fig. 3) : 본 증례에서는 환자에게 전정재활운동 방법을 알려준 후 하루에 무리없이 가능한 범위 내에서 최대한 시행하도록 하였다. 환자는 입원 기간 중 1일 10회~40회의 전정재활운동을 하였으며 환자에게 안내한 전정재활운동⁷⁾은 다음과 같다.

- (1) 중립자세에서 환자로 하여금 본인의 검지손가락을 바라보도록 한다.
- (2) 환자로 하여금 빠르게 왼쪽으로 머리를 돌리도록 한다.
- (3) 환자로 하여금 오른쪽으로 빠르게 머리를 돌리도록 한다.



Fig. 3. Vestibular rehabilitation exercise.

5. 평가방법

1) 주소증의 평가 : 환자가 호소한 어지럼증, 좌측 안면 감각 저하, 청력 저하, 복시 증상의 정도를 Numeric rating scale(NRS)를 이용하여 1점부터 10점까지 환자로 하여금 표현하도록 하였다. 본 증례에서는 매일 오전 7시경 NRS를 이용하여 주소증을 평가해 비교하였다.

2) 어지럼증 평가⁶⁾

(1) Korean Dizziness Handicap Inventory(K-DHI) : K-DHI는 널리 사용되는 환자의 어지럼증에 따른 일상생활에서의 장애를 평가하는 자기평가식 설문지로 총 25문항(총 100점)으로 구성되어 환자의 기능적, 신체적, 감정적인 영역을 정량적인 수치로 표현한다. 기능적 영역은 여가활동 및 직업과 관련된 항목, 신체적인 영역은 일상생활에서 하는 기본적인 신체동작과 관련된 항목, 감정적인 영역은 어지럼증에 따른 환자의 좌절감 및 불안감과 관련한 항목으로 구성된다. 따라서 환자에게 적용되는 치료의 효과를 객관적으로 평가할 수 있다. 본 증례에서는 입원 시와 퇴원 시에 환자의 K-DHI를 각각 시행해 비

교 평가하였다.

(2) Korean Activities-specific Balance Confidence Scale(K-ABC) : K-ABC는 각 항목에 해당하는 신체동작을 수행할 때 환자가 균형을 잃지 않을 자신감을 스스로 평가하도록 하는 설문지로 기능적, 감정적인 영역이 아닌 기본 신체 동작과 관련된 항목으로만 구성되어 있다. 설문지는 총 16항목으로 구성되어 있으며 각 항목을 환자가 스스로 0%~100%까지 10% 단위로 나눠 총 11단계로 평가한다. 본 증례에서는 입원 시와 퇴원 시에 환자의 K-ABC를 각각 시행해 비교 평가하였다.

(3) Korean Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale(K-VADL) : K-VADL은 어지럼증 환자의 일상생활 수행능력을 기능성, 기구 이용성, 이동성으로 구분하여 평가하는 설문지이다. K-VADL 설문지에서 기능성 영역은 씻거나 옷을 입는 등 환자의 일상에서의 기본동작에 대한 항목, 기구 이용성 영역은 가사 업무, 여가 활동 관련 항목, 이동성은 보행 및 계단 보행과 관련된 항목으로 구성되어 총 28항목을 1점(단독으로 정상 수행 가능)에서 10점(타인의 도움이 있어도 수행 불가)으로 평가하도록 한다. 본 증례에서는 입원 시와 퇴원 시에 환자의 K-VADL을 각각 시행해 비교 평가하였다.

3) 일상생활 수행 능력 평가

(1) Modified Rankin Scale(MRS) : MRS는 환자의 뇌졸중으로부터의 회복을 평가할 수 있는 척도⁸⁾로서, 일상생활에서 다른 사람의 도움이 필요한 정도에 따라 0점에서 6점으로 평가하며, 0점인 경우 정상에 해당하며 6점의 경우 사망에 해당한다⁹⁾. 본 증례에서는 입원 시와 퇴원 시에 환자의 MRS를 각각 시행해 비교 평가하였다.

(2) Korean version of Modified Barthel Index(K-MBI) : K-MBI는 중풍 발생 초기 환자

의 예후 판정과 기능 회복의 객관적인 평가를 하는 데 유효성이 입증된 지포로써 환자의 일상생활과 관련한 10가지 항목을 평가하는 도구이다¹⁰. 본 증례에서는 입원 시와 퇴원 시에 환자의 K-MBI를 각각 시행해 비교 평가하였다.

6. 치료경과(Fig. 1)

- 1) 2022년 02월 16일(입원 1일) : 본원 입원 당시, 환자는 NRS 6-7의 심한 어지럼증으로 인해 단독으로 기립 및 보행이 불가능하고 위커를 이용한 보행 또한 불안정하여 다른 사람의 도움이 필요했다. 좌측 안면의 감각 저하 증상은 NRS 8-9점으로 좌측 안면의 감각이 우측에 비해 50% 정도만 느껴진다고 했으며 운동마비는 없었다. 청력 저하 증상은 NRS 6-7로 좌측 귀가 원래의 청력에 비해 50% 정도만 들리는 것 같다고 하였다. 복시 증상은 NRS 3-4로 좌측이나 우측 눈을 가리면 사물이 하나로 잘 보이지만 양쪽 눈으로 사물을 볼 때 정면과 오른쪽에 있는 사물은 2개로 보인다고 호소하였다. 어지럼증의 평가에 있어 환자는 입원 시 K-DHI 설문지의 25개 항목 중 19개 항목에서 어지럼증에 따른 일상생활에서의 장애가 항상 있다고 답변하여 84점이었다. K-ABC를 이용하여 환자가 신체동작을 수행할 때 어지럼증으로 인해 균형을 잃지 않을 자신감을 평가 시 환자는 52%의 자신감이 있다고 하였다. 또한 입원 시 환자의 K-VADL은 175점이었는데, 이는 K-VADL 설문지의 28개 각 항목이 평균적으로 6.25점이라는 뜻이다. K-VADL 설문지에서 6점은 환자가 일상생활을 하는데 있어서 어지럼증 때문에 보조 사물이 항상 필요하다는 것을 의미하고, 7점은 특수한 보조 사물이 필요하다는 것을 의미하여 환자가 독립적인 일상생활에 있어 큰 어려움이 있음을 나타낸다. 일상생활 수행 능력에 있어서 환자는 입원 시

MRS 4점으로 타인의 도움 없이 걸을 수도, 신체적인 욕구를 충족할 수도 없는 상태였으며 일상생활을 수행할 때 중등도의 도움에서 최소한의 도움이나 감시가 필요하여 K-MBI 86점으로 평가하였다.

- 2) 2022년 02월 22일(입원 7일) : 퇴원 시 환자의 어지럼증은 NRS 2로 호전되어 스스로 안정적인 기립 및 계단 보행이 가능하였고 손잡이를 잡지 않고 에스컬레이터와 같은 움직이는 곳도 넘어지지 않을 자신이 있다고 하였다. 좌측 안면 감각 저하는 NRS 8-9으로 입원 시와 같은 정도로 여전하다고 하였다. 청력 저하 증상은 NRS 6으로 원래의 청력의 70% 정도가 들린다고 하였고 복시 증상은 NRS 3으로 정면의 사물이 1개로 보이고 우측의 사물만 2개로 보이며 2개로 보이는 정도도 호전되었다고 하였다. 입원 7일차에 환자는 직장 업무 및 거의 모든 가사 활동을 할 수 있을 것으로 판단되어 퇴원 후 통원 치료를 받기로 하였다. 퇴원 시 환자는 K-DHI 설문지의 25개 항목 중 15개의 항목에서 어지럼증에 따른 일상생활에서의 장애가 전혀 없다고 답하여 22점으로 측정되었고 K-ABC는 78.125%였다. 퇴원 시의 환자의 K-VADL은 37점이었으며 이는 설문지의 28개 각 항목이 평균적으로 약 1.32점이라는 것을 뜻한다. K-VADL 설문지에서 1점은 환자가 일상생활을 하는 데 있어서 어지럼증에도 불구하고 스스로 정상적인 생활을 할 수 있다는 것을 의미하며, 2점은 다소 불편하긴 하지만 스스로 일상생활이 가능하다는 것을 의미하므로 입원 시보다 어지럼증이 유의하게 호전되었음을 알 수 있었다. 일상생활 수행능력은 환자는 퇴원 시 증상은 있지만 뚜렷한 장애는 없고 일상의 의무나 활동을 모두 수행할 수 있어 MRS 1점으로, K-MBI는 환자가 일상생활을 할 때 타인의 도움에서 거의 완전하게 독립적이었으나 계단 보행 시

최소한의 도움 및 감시가 필요할 것으로 판단되어 98점으로 호전되었다.

III. 고찰

소뇌에 혈액을 공급하는 혈관으로는 후하소뇌동맥, 상소뇌동맥, 전하소뇌동맥이 있고 각각의 혈관에 경색이 발생했을 때 각각 특이적인 증상이 발생할 수 있다. 후하소뇌동맥경색의 경우 후하소뇌동맥 분지가 전정계와 연결되어 있는 편엽소절엽에 분포하기 때문에 어지럼증이 비교적 빈번하게 발생하며^{11,12} 상소뇌동맥경색의 경우 운동 실조, 보행 실조, 수평성 안진 등이 특이적으로 발생할 수 있다¹³. 전하소뇌동맥경색의 경우 특징적인 증상으로 어지럼증, 청각저하, 안면마비, 얼굴 감각 저하, 복시 등의 증상이 있다¹⁴.

본 증례에서 환자는 일반적인 뇌경색 환자들에게 발생하는 마비나 위약 증상은 없었으나 입원 당시 어지럼증, 좌측 안면 감각 저하, 청력저하, 복시 증상을 호소하여 각 증상을 NRS로 평가하였으며 어지럼증에 대해서는 NRS 외에도 K-DHI, K-ABC, K-VADL 설문지를 통하여 추가적으로 평가하였다.

한의학적으로 전하소뇌동맥경색을 표현하는 병명은 없으나 전하소뇌동맥경색은 한의학적으로 中風에 해당한다. 역대 제가설을 종합하여 봤을 때 中風은 本虛와 標實을 겸한 병증으로 本은 肝腎이 陰虛하고 氣血이 衰少한 소치이며 標는 風火痰濕이 壅城하여 氣血이 瘀阻한 것이다¹⁵. 본 증례에서는 침치료 시 中風七處穴인 GV20(百會), ST36(足三里), LI11(曲池), GB39(懸鍾)과 舉風通絡하는 효능을 가진 EX-HN5(太陽) LI4(合谷), PC6(內關), 平肝熄風하는 효능을 가진 LR3(太衝)을 취혈하였다.

본 증례에서 환자가 내원 당시 독립 기립을 유지할 수 없을 정도의 심한 어지럼증을 호소하고 舌紅, 苔薄白하였으며 1일 15시간 이상 多眠 하는 등의 증상을 토대로 환자를 습담으로 인한 痰暈,

濕痰中阻로 변증하였다. 또한 內經에서 “諸風掉懸皆屬於肝”라고 하여 어지럼증을 오장 중 肝에 배속하고, 朱丹溪는 “眩暈者, 痰因火動也”라고 하여 어지럼증과 風火의 관계를 강조한 것을 바탕으로 심한 중추성 현훈에 대하여 平肝熄風하고 清肝泄熱하는 牡蠣粉, 鈞鉤藤을 군약으로 하는 반하백출천마탕가미를 활용할 수 있을 것으로 보았다. 본 증례에서 사용된 牡蠣粉, 鈞鉤藤을 군약으로 하는 반하백출천마탕가미는 대전대학교 한방병원에서 어지럼증에 반응하는 처방으로 祛痰熄風, 健脾化濕하여 痰濁으로 인한 眩暈, 頭重, 頭痛, 惡心, 嘔吐, 少食, 多寐, 舌紅, 苔薄白한 症에 適用하는 처방이다¹⁶.

중추신경계는 어지러움을 환자가 느낄 때만 보상 기전이 작동되기 때문에 급성기 어지러움에 안정을 취하는 것도 중요하지만, 최대한 빨리 움직이고 전정재활운동을 시작해야 어지럼증이 빨리 회복될 수 있다². 전정재활운동의 적응증은 전정기관의 병변으로 인한 말초성과 중추성 현훈 모두를 포괄하며, 전정재활운동의 원리는 환자의 전정 기능의 자연적인 회복, 전정 적응, 대치와 관련된 기전이 관계되어 전정재활운동을 통하여 전정 기능의 회복을 도울 수 있다⁷. 본 증례에서는 환자가 변화된 전정 기능에 대해 적응하고 심리적인 불안을 해소하며 평형을 유지할 수 있는 능력을 길러 일상생활로 안전하게 회복할 수 있도록 돕기 위한 목적으로 환자에게 전정재활운동을 시행하도록 하였다⁷. 환자는 입원 첫날에는 심한 어지럼증으로 인하여 전정재활운동 10회 이상 시행하지 못하였으나 입원 기간 중 어지럼증이 호전되어 퇴원 시에는 전정재활운동 40회를 무리 없이 시행할 수 있게 되었다.

어지럼증은 환자가 호소하는 주관적인 장애로, 서구에서는 어지럼증을 평가하기 위해 여러 가지 설문지들을 임상에 활용하고 있고 우리나라에서도 어지럼증과 관련한 여러 설문지들이 이용되고 있으나 한국어로 번역된 설문지의 신뢰도와 타당도가 있는지 여부는 검증되지 못한 상태이다⁶. 따라

서 본 증례에서는 서구의 가장 보편적인 어지럼증 설문지를 한국어로 번역 후 신뢰도와 타당도를 입증한 설문지⁶를 이용하여 환자의 어지럼증을 평가하였다는 점에 의의를 갖는다. 또한 소뇌경색 후 발생한 중추성 어지럼증의 한방 치료 기간은 5일에서 60일로 다양하며 평균 25일 정도에 해당한다는 기존의 보고¹⁷가 있는데 본 증례는 7일의 단기적인 입원 기간 동안 한방치료를 통하여 어지럼증 및 보행에 있어 빠른 호전을 보여 의미가 있는 자료라고 생각된다.

한편 기타 주소증인 좌측 안면 감각 저하, 청력 저하, 복시 증상 중 좌측 안면 감각 저하 증상은 입원 시와 퇴원 시를 비교하였을 때 NRS 8-9로 유지되어 호전이 없었고, 청력 저하 증상은 NRS 6-7에서 NRS 6으로, 복시증상은 NRS 3-4에서 NRS 3으로 비교적 경미하게 호전되었다.

본 증례에서 환자의 좌측 안면 감각 저하 증상은 삼차신경 감각신경병증에 의한 것으로 교뇌경색에서는 등외측(Dorsolateral) 부분과 삼차신경이 교뇌로 들어오는 부분이 침범될 수 있는데 이러한 경우 삼차신경의 운동기능은 정상을 보이면서 얼굴의 감각마비를 일으킬 수 있다¹⁸. 본 증례에서 환자는 입원 시부터 퇴원 시까지 좌측 안면 감각이 우측 안면 감각의 50%만 느껴진다고 하여 호전을 보이지 않았다.

청력 저하 증상은 전하소뇌동맥에서 내청동맥이 기원하여 내이와 7번, 8번 뇌신경에 혈액을 공급하므로 내청동맥이 막히면 내이의 경색이 발생하여 돌발성 난청을 유발하기 때문이며¹⁴ 전하소뇌동맥 경색으로 인한 돌발성 난청의 예후는 개개인마다 다양하다. 일반적으로 돌발성 난청은 청력손실이 정도인 경우, 어지럼증이 동반되지 않은 경우, 치료가 빠른 경우 더 좋은 예후를 보인다¹⁴.

본 증례의 환자는 전하소뇌동맥경색 발생 당시 좌측 귀에 완전한 청력의 소실이 있었으며 본원 내원 당시 소실되었던 청력의 50%가 회복된 상태라고 하였다. 환자의 청력손실이 발병 당시 심했다

는 점과 어지럼증이 동반되었다는 점에서 좋은 예후를 기대하기 어려울 수 있지만 퇴원 시 자각적으로 원래의 청력의 70%까지 회복된 것으로 보아 추후에도 회복이 있을 것으로 사료된다.

복시를 비롯한 뇌졸중 후 시각 장애의 경우 뇌졸중 후유증 환자 3명 중 2명이 나타내는 흔한 증상이며 LR3(太衝)의 침 치료가 시각 피질을 활성화한다는 보고¹⁹가 있기도 하나 뇌졸중 후 시각 장애에 대하여 재활 치료를 하지 않더라도 발병 1달 후 42.6%가 증상이 완전히 회복되며 28.2%가 증상이 지속된다는 보고¹⁹가 있다. 따라서 본 증례에서의 복시 증상의 호전은 한방치료의 영향에 의한 것인지 자연 회복 경과인지 판단하기 어렵다는 한계가 있다.

또한 한약, 양약, 침, 뜸, 물리치료, 전정재활치료 등을 병행하여 치료하여 각각의 개별적인 효과를 판단하기 어렵다는 점과 안면 감각저하, 청력저하, 복시를 평가할 때 주관적인 평가척도인 NRS만을 이용하여 평가하여 객관적이고 정밀한 평가가 되지 못하였다는 점에서 한계가 있다. 따라서 향후 보다 많은 증례 보고 및 임상 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결 론

어지럼증을 주소로한 좌측 전하소뇌동맥경색 환자에게 침치료, 한약, 뜸, 물리치료 등을 포함한 한방 치료와 전정 재활운동을 병행하여 어지럼증에 대한 유의한 호전을 얻어 보고하는 바이다.

참고문헌

1. Stone HE. Vertigo: A practical approach. *Emerg Med Australas* 2004;16(1):13-6.
2. Sung KB, Park SA, Lee TK. Understanding of dizziness. *J Korean Balance Soc* 2002;2(1):157-64.

3. Barth A, Bogousslavsky J, Regli F. The clinical and topographic spectrum of cerebellar infarcts: A clinical-magnetic resonance imaging correlation study. *Ann Neurol* 1993;33(5):451-6.
4. Korean stroke society. Stroke. Seoul: Panmunedu; 2015, p. 92.
5. Kim SE, Jang HY, Eo EK, Kim YJ, Cheon YJ, Jung KY. Clinical Analysis of Cerebellar Infarctions Diagnosed via the Emergency Department. *Department of Emergency Medicine of Korea* 2002;13(3):269-74.
6. Han GC, Lee EJ, Lee JH. The Study of Standardization for a Korean Adaptation of Self-report Measures of Dizziness. *J Korean Balance Soc* 2004;3(2):307-25.
7. Rhee CK, Jung JY, Chung YW. Practice of Vestibular Rehabilitation. *J Korean Balance Soc* 2006;5(1):149-57.
8. Banks JL, Marotta CA. Outcomes Validity and Reliability of the Modified Rankin Scale: Implications for Stroke Clinical Trials: a literature review and synthesis. *Stroke* 2007;38(3):1091-6.
9. Hong KS. Outcome Measure and Efficacy Analysis in Stroke Clinical Trials. *J Korean Neurol Assoc* 2006;24(5):411-20.
10. Young HY, Park BK, Shin HS, Kang YK, Pyun SB, Paik NJ, et al. Development of the Korean Version of Modified Barthen Index(K-MBI): Multi-center Study for Subjects. *Ann Rehabil Med* 2007;31(3):283-97.
11. Amarenco P, Hauw JJ. Anatomie des arteres cerebelleuses. *Rev Neurol* 1989;145(4):267-76.
12. Struck LK, Biller J, Bruno A, Neiman RF, Loftus CM, Yuh WTC, et al. Superior cerebellar artery territory infarction. *Cerebrovasc Dis* 1991;1:71-5.
13. Kase CS, Norrving B, Levine SR, Babikian VL, Chodosh EH, Wolf PA, et al. Cerebellar Infarction: Clinical and Anatomic Observations in 66 Cases. *Stroke* 1993;24(1):76-83.
14. Jeong BM, Hyun MK, Sin WY, Kim MR, Shin HC, Jeong JC, et al. Vertigo and sudden Hearing Loss Caused by Pontine Infarction. *The Journal of Internal Korean Medicine* 2004; 25(4):200-6.
15. 대한침구의학회 교재편찬위원회. Acupuncture Medicine. Seoul: Hanmibook; 2016, p. 597-616.
16. An SH, Choi JS, Cho CS, Kim CJ. Five Case Report of Peripheral Vertigo Diagnosed Dam Hun with Oriental Medcal Treatment - Banhabaekchulchunma-tang gagam -. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2009;23(1):263-8.
17. Jin C, Min KD, Lee, HK, Kim YS, Cho KH, Moon SK, et al. A Case Report of a Cerebellar Infarction Patient with Isolated Dizziness Treated by Traditional Korean Medicine. *Korean J Oriental Int Med* 2014;spr:151-4.
18. Oh DH, Heo JH, Sung JJ. Pontine Lesion Presenting as Trigeminal Sensory Neuropathy. Pontine Lesion Presenting as Trigeminal Sensory Neuropathy. *Korean Society for Clinical Neurophysiology* 2005;7(1):43-5.
19. Liu H, Xu J, Shan B, Li Y, Li L, Xue J, et al. Determining the Precise Cerebral Response to Acupuncture:an Improved fMRI Study. *PLoS One* 2012;7(11):e49154.