

Original Article / 원저

현훈을 동반한 이명 환자들의 임상적 특성

김경준

가천대학교 한의과대학 안이비인후피부과(교수)

Clinical Characteristics of Patients with Tinnitus accompanied Vertigo

Kyung-Jun Kim

Dept. of Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology, College of Korean Medicine, Gachon University

Abstract

Objectives : This study is to find out clinical characteristics of patients with Tinnitus and Vertigo.

Methods : 28 patients were recruited in this study who were ill with tinnitus accompanied vertigo. They told me the aspects of tinnitus and wrote out the Tinnitus Handicap Inventory(THI). Also, they were divided into central and peripheral vertigo. Through symptoms of tinnitus and vertigo, the discrimination of Heo-sil(虛實) was based on the specific aspect of tinnitus along with Zhuang fu bian zheng(臟腑辨證).

Results : In tinnitus, high-narrow tone group is more than low-wide tone group and the rate of Heo symptom(虛證) group is higher than Sil symptom(實證) group. In vertigo, the rate of peripheral group is higher than central group.

Conclusions : It is expected that this survey will help patients with both tinnitus and vertigo in their treatment progress and prognostic judgment.

Key words : Tinnitus accompanied vertigo; THI; Zhuang fu bian zheng(臟腑辨證)

I. 서론

이명이나 난청, 현훈을 주요한 증상으로 하는 내이질환은 구조적인 특성상 상호 연관성이 커서 메니에르병과 같이 이들 증상이 복합적으로 나타나는 경향성을 가진다¹⁾. 이명을 중심으로 볼 때 그 동반 증상을 살펴보면 난청이 약 70%, 현훈이 약 13%, 그리고 두통이 약 4% 정도로 보고되었는데, 내이 증상의 발병 기전은 명확히 밝혀지지 않은 관계로 치료가 쉽지 않고 환자의 주관적 증상에 대한 객관화도 쉽지 않은 특징을 가지고 있다²⁾.

이들 가운데 이명과 현훈은 발현 과정이나 양상이 매우 복잡하여 임상 표현도 다양한 형태로 나타난다. 이명의 표현은 매미 소리, 삐 소리, 금속성 소리 등의 고음과 물 소리, 바람 소리와 같은 저음으로 대별되는데, 대체적으로 단속적인 저주파의 이명은 전음기관의 장애로 인식하며 지속적인 고주파의 이명은 감음계나 중추신경계의 장애로 볼 수 있다³⁾. 현훈(vertigo)은 회전성 어지럼인 전정계의 이상을 의미하며 이러한 현훈의 평생 유병률은 대략 7.8% 정도로⁴⁾, 일반 인구의 20-30%가 경험하는 공간 감각 장애(dizziness)와는 구별된다^{5,6)}.

이명이 심할 경우 신체적인 불편뿐만 아니라 일상생활에서의 감정적 변화를 포함하여 여러 방면에서 제약을 주게 되는데⁷⁾, 이는 환자에게 있어 난청이나 이폐색감 혹은 충만감, 두중이나 두통, 현훈이나 오심 그리고 우울증을 겸하게 되는 경우가 많기 때문이다⁸⁾.

현훈은 어지럼을 의미하는 것으로, 이를 일으키는 질환으로는 말초 전정 질환, 중추 전정 질환, 척추 질환, 심장 및 소화기 질환, 안과 질환 등으로⁹⁾ 이 중 말초성 현훈(vertigo)을 유발하는 구체적인 질환으로는 양성 돌발성 두위현훈(Benign Paroxysmal Positional Vertigo, BPPV)과 메니에르병 그리고 전정신경염 등을 들 수 있다.

이명과 어지럼의 상관관계에 대한 기존의 연구가 있었으나¹⁰⁾ 현훈을 동반한 이명 환자들의 특성에 관한 한의학적 조사는 없었기에 본인은 2017년 3월부터 2023년 12월까지 본원 이명 클리닉에 내원한 환자 중 현훈을 동반한 28인에 대하여 성별 및 연령별 분포, 이명의 양상(지속성 여부 포함) 및 변증 유형, 현훈의 분류 및 변증 유형, 여타 동반 증상 등을 살펴봄으로써 이들에 대한 특성 파악과 치료 경과에 대한 예후 판정에 도움을 주고자 본 연구를 기획하는 바이다.

II. 대상 및 방법

1. 선별 대상

2017년 3월부터 2023년 12월까지 가천대학교 부속 한방병원 이명 클리닉에 내원한 환자 중 현훈을 동반하고 있고 臟象을 비롯한 변증에 있어 비교적 명확한 기준에 부합되는 28명을 대상으로 하였다. 단, 환자군은 일주일에 평균 2회 이상 내원하고 10일 이상 통원 치료받은 경우를 대상으로 하였다(Fig. 1).

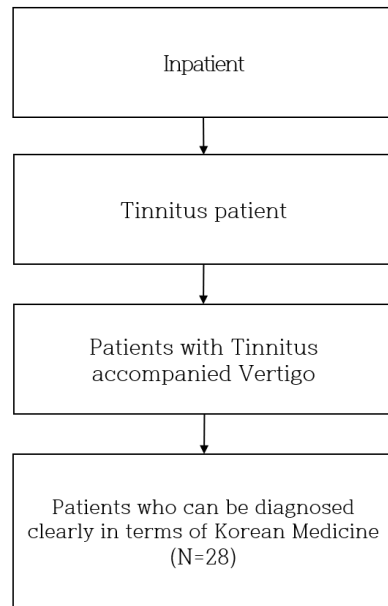


Fig. 1. Flowchart of Selecting Patients

Corresponding author : Kyung-Jun Kim, Dept. of Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology, College of Korean Medicine, Gachon University. (Tel : 032-770-1290, E-mail : kkjo215@hanmail.net)

• Received 2024/4/8 • Revised 2024/4/25 • Accepted 2024/5/2

2. 이명의 양상 및 불편 정도, 그리고 변증 유형에 대한 분석

환자는 초진 시 이명의 양상에 대해 구체적이고 세세하게 진술하게 하였다. 연구자는 문진을 통해 高細音 혹은 低廣音 여부를 판정하여 虛實 감별에 참고적으로 응용하였으며, 이 충만감과 그 지속성 여부를 함께 탐색하였다. 臟象의 辨證을 위해 腎精虧損, 脾胃虛弱, 痰火凝結, 肝火上擾, 心腎不交型의 5종으로 이명을 분류하였다. 郭¹¹⁾의 변증 기준에 의거한 개략은 아래와 같다(Table 1).

한편 이명으로 인한 불편함이나 일상생활 면에서 삶의 질에 미치는 영향을 측정하기 위해 Newman 등¹²⁾이 고안한 Tinnitus Handicap Inventory(THI) 한국어 번역판을 이용하여 환자를 대상으로 설문을 진행하였다(Appendix 1). THI는 총 25항목의 설문으로 구성되어 있는데, 그 내용은 기능 하위 척도 11항목, 정서 하위 척도 9항목, 재양화 하위 척도 5항목으로 편성되어 각각의 설문에 대하여 “그렇다”, “가끔 그렇다”, “아니다”로 응답하게 한 후 각 항목에 대해 각각 2점, 1점, 0점으로 수량화하여 계산하는 방식으로서 비교적 객관적으로 이명에 의한 삶의 질을 평가하는 도구로 인정받고 있다.

이명의 한의학적인 변증에 있어 腎精虧損은 腎陰不足에 의한 제반 증상의 발현과 설질 및 설태를 주요한 진단 기준으로 했으며 脾胃虛弱은 倦怠感이 있을 때 이명이 심화하는 경향성과 설상을 위주로 하였다. 痰火凝結은 식습관에 있어 고량후미의 섭취가 주된 원인으로 작용하고 이 충만감이나 폐색감이 있을 때, 肝火上擾는 肝氣鬱結 증상이 주요한 병기로 작용하고 설상이 이를 반영하고

있는지를 중시하였고, 心腎不交는 水昇火降의 문란에 의한 心火旺盛과 腎陰不足이 증상으로 나타나는지를 주된 기준으로 삼았다.

3. 현훈의 분류 및 변증 유형

현훈 질환의 감별 진단은 임상외도조차 어려워하고 있는 실정을 반영하여 고¹³⁾의 문헌에 의거하고 환자의 자각 증상에 대한 병력 청취를 바탕으로 분류하였다. 우선 말초성 현훈과 중추성 현훈으로 大分하고 구체적 질환명은 양방 의료기관에서의 진단을 참고하였으며 분명치 않은 경우도 별도로 기록하였다. 그 변증에 있어서는 김¹⁴⁾의 현훈의 원인에 관한 문헌적 고찰을 위주로 하고 한의 학적인 고유의 변증 기준을 근거로 시행하였는데 대별하면 風陽上搖, 心脾兩虛, 精虧髓虛, 痰濕交阻型으로 분류하였다.

4. 동반 증상

이명이나 현훈 외에 곁하고 있는 유관 증상을 살펴본다. 내이 증상으로는 난청과 이 충만감 여부를 관찰하였고 그 외 두통과 함께 자율신경계 증상인 오심이나 구역의 동반 여부를 알아보았다.

5. 연구 대상자에 대한 권익 보호

본 조사는 후향적인 관찰 연구이며 세부적인 신상이나 병력의 노출 위험이 없어 기관 IRB의 심사는 면제 받았으며(관리번호 : GIRB-24-103) 환자의 동의 취득 하에

Table 1. Criterion of Bian Zheng(辨證)

	Criterion of Bian Zheng(辨證)
腎精虧損型 (Sinjunghyuson-type)	靨紅, 潮熱, 腰膝痠軟, 遺精, 盜汗, 小便頻數, 舌紅少苔
脾胃虛弱型 (Biwiheoyag-type)	頭重, 消化不良, 面色痿黃, 無氣力, 勞倦, 困倦感, 腹滿, 舌苔泥
痰火凝結型 (Damhwaenggyul-type)	平素 好膏粱厚味 攝取傾向, 面紅, 不安, 易怒, 黃白泥苔
肝火上擾型 (Ganhwasangyo-type)	不思飲食, 口苦, 胸悶, 舌尖紅, 黃白苔
心腎不交型 (Simsinbulgyo-type)	心悸, 遺精, 多夢, 腰膝酸軟, 不眠, 健忘

진행하였음을 밝힌다.

Ⅲ. 결 과

1. 성별 및 연령 분포

조사 대상 28인의 성별은 남성이 12명(42.9%), 여성이 16명(57.1%)으로 나타났으며, 연령은 20~30세 2명(7.1%), 31~40세 6명(21.4%), 41~50세 9명(32.1%), 51~60세 6명(21.4%), 61~70세 3명(10.7%), 71세 이상 2명(7.1%)으로 집계되었다(Fig. 2, 3).

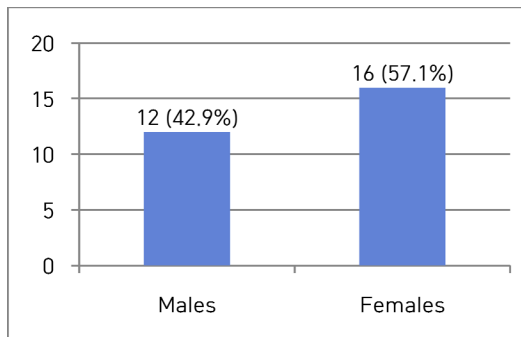


Fig. 2. Gender Distribution in Visiting Patients

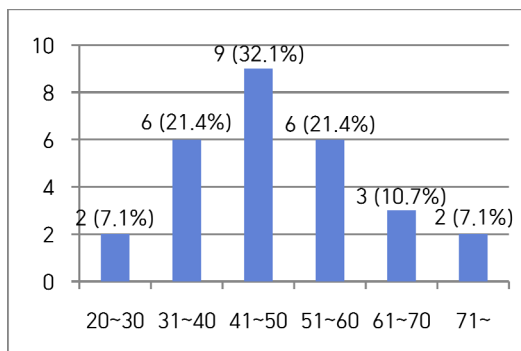


Fig. 3. Age Distribution in Visiting Patients

2. 이명의 양상 및 불편 정도, 그리고 변증 유형

28명의 환자들에 대한 이명의 양상을 분석하였다. 虛實 감별의 중요한 잣대의 하나인 高低음의 판별 결과, 高細音의 범주에 속하는 양태가 16명(57.1%), 低廣音의 범

주에 속하는 양태가 8명(28.6%), 그리고 양측을 모두 호소하거나 분류가 애매한 경우가 4명(14.3%)으로 조사되었다. 高細音은 蟬鳴音이나 “삐”와 유사하다고 진술한 경우가 가장 많은 11례였고, 低廣音 영역에서는 “우웅”이나 “쉬이”로 답변한 경우가 많았다.

高細音 이명 환자들에 대한 臟象의 辨證을 시행한 결과는 腎精虧損이 3명(20%), 脾胃虛弱이 6명(40%), 痰火凝結이 2명(13%), 肝火上擾가 3명(20%), 그리고 心腎不交가 1명(7%)으로 조사되었다(Fig. 4). 다만 변증에 있어서 그 분류가 명확하지 않은 경우는 본 조사 대상에서 배제하였다. 高細音 호소군 16명 중 THI 설문에 응답한 환자는 13명이었고 그 중 腎精虧損으로 분류된 환자군의 THI상 Total subscale은 29.28/50, 脾胃虛弱은 23.47/50, 痰火凝結은 30.44/50, 肝火上擾가 32.83/50, 그리고 心腎不交 1인은 28.12/50로 조사되었다. 高細音 환자군에 있어서 이 충만감이나 폐색감에 의한 생활면에서의 불편을 호소한 경우는 7명이었는데, 그 중 설문에 응답한 6명은 기능적 혹은 정서적인 THI 설문 상 각각 평균적으로 15.26/22(Functional subscale)과 13.34/18(Emotional subscale), 그리고 Total subscale은 34.66/50으로 나타나 그 불편함이 가중되어 있는 것으로 조사되었다.

이명을 호소한 환자군을 대상으로 한 기존의 연구¹⁵⁾에 비해 현훈을 겸한 환자군에서 THI 상 그 불편함이 한층 가중되어 있는 것으로 조사되었다.

高細音 환자군의 이명 지속성을 살펴본 결과는 16명 중 8명(50%)이 간헐적 이명이라 진술하였고, 5명(31.3%)은 종일 지속되는 경향성을 보인다고 진술하였으며 3명(18.8%)은 복합적인 형태의 이명이라 진술하였다.

低廣音 호소군 8명에 대한 臟象의 辨證을 시행한 결과는 腎精虧損이 2명(25.0%), 脾胃虛弱이 3명(37.5%), 痰火凝結이 1명(12.5%), 그리고 肝火上擾가 2명(25.0%)으로 조사되었다(Fig. 4). 低廣音 호소군 8명 중 THI 설문

에 응답한 환자는 7명이었고 그 중 腎精虧損으로 분류된 환자군의 THI상 Total subscale은 26.40/50, 脾胃虛弱

은 28.74/50, 痰火凝結은 35.82/50, 그리고 肝火上擾는 34.88/50로 조사되었다. 低廣音 환자군에 있어서 이 충만감이나 폐색감을 호소한 경우는 6명이었는데, 이들의 Functional subscale의 평균은 17.00/22, Emotional subscale의 평균은 14.92/18로 나타나 그 불편함이 상당히 심한 것으로 조사되었다.

低廣音 환자군의 이명 지속성을 살펴본 결과는 8명 중 3명(37.5%)이 간헐적 이명이라 진술하였고, 5명(62.5%)은 종일 지속되는 이명의 형태라 진술하였다.

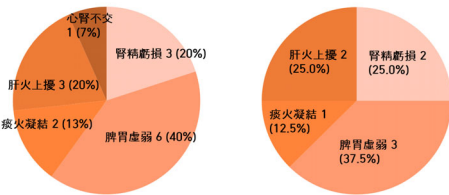


Fig. 4. Differentiation Types in High-narrow(Left) and Low-wide(Right) Type Groups

3. 현훈의 분류 및 변증 유형

28명의 환자 중 대별하여 말초성 현훈으로 분류된 환자는 23명이었고 중추성으로 판단되는 환자는 5명이었다. 말초성 전정 질환에 대비하는 중추성 현훈의 판단 기준으로는 1) 난청이 없으며, 2) 상대적으로 증상이 경미하고 평형장애를 동반하지 않으며, 3) 시간이 경과해도 증상의 보상이 없으며, 4) Romberg 검사상 양성이나 나타나고, 즉 눈의 개합에 상관없이 비슷한 움직임이 나타나며, 5) 어지러움이 지속적으로 나타나는 특징을 진단의 기준으로 하였다.

구체적인 현훈 유발 질환으로는 메니에르병으로 진단 받은 경우가 8명이었고, 그 외 전정신경염이나 BPPV를 진단받은 경우도 각각 2명과 3명으로 나타났다. 이는 일반적으로 BPPV가 말초성 현훈 유발에 있어 가장 높은 비율을 차지하는데 반해 본원에 내원한 경우 이명을 겸하는 경우를 전제로 한 영향으로 해석된다. 그 외 심장 및 소화기 질환과 척추 및 안과 질환도 현훈을 유발하는

것으로 추정되는데, 현훈의 특성상 환자의 주관적 증상에 대한 객관화가 용이치 않아 추정 진단을 하는 경우도 많았다.

한의학적인 변증 기준으로 風陽上搖證은 현훈이 격렬하게 발작하며 情志의 파동에 의해 그 加重이 달라지며 이명은 바람이 부는 것과 유사한 양상을 보이며 두통, 口苦咽乾, 胸脇脹滿, 躁急易怒, 舌紅苔黃, 脈弦數를 들 수 있다. 心脾兩虛證은 현훈이 時發時止하며 勞倦過度로 인해 증상이 발현하는 것이 특징으로 少氣懶言, 神疲乏力, 心悸怔忡, 失眠多夢, 顔色不華, 舌淡, 脈細弱의 증후를 가진다. 精虧髓虛證은 현훈이 지속적이며 頭空耳虛한 증세를 호소하며 이명과 이롱이 점차 심해지며 腰膝酸軟, 健忘, 失眠多夢, 手足心熱, 舌紅少苔, 脈細數의 증후를 가진다. 痰濕交阻證은 현훈이 음식의 부적절한 섭취에서 비롯되는 경우가 많고 이폐색감이 심하며 頭重, 胸脘滿悶, 嘔逆吐痰涎하며 舌苔白膩, 脈弦滑의 특징이 있다³⁾.

28명의 환자들에 대한 변증 결과, 風陽上搖證은 4명(14.3%), 心脾兩虛證은 11명(39.3%), 精虧髓虛證은 5명(17.9%), 그리고 痰濕交阻證이 8명(28.6%)으로 조사되었다(Fig. 5).

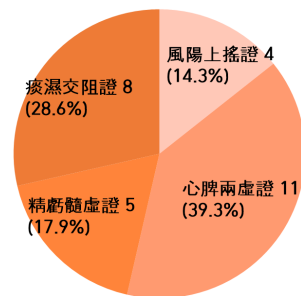


Fig. 5. Differentiation Types in Vertigo

4. 동반증상

이명과 현훈 이외의 동반 증상을 살펴본 결과 난청이 12명, 두통이나 두증이 7명, 이 충만감이 9명, 그리고 오심이나 구역감을 호소한 환자가 12명으로 나타났다(단 중복 응답 포함).

IV. 고 찰

미로는 내림프를 담고 있는 안쪽의 막미로(membranous labyrinth)와 외림프가 들어 있는 바깥쪽의 골미로(bony labyrinth)로 구분하고, 앞으로부터 와우, 전정, 반규관의 순으로 구성되어 있다.

감음 기능과 더불어 인체의 평형을 유지하는 전정기는 3개의 반규관과 구형낭, 그리고 난형낭으로 구성되어 있으며, 이들이 視器 및 고유 감각기와의 협력 작용을 통해 우리 몸의 평형을 유지하게 되는데 이 같은 협동 작용을 총괄하고 있는 것이 소뇌이다. 우리 인체의 평형 유지는 신체의 위치, 자세 및 운동을 감수하여 그에 반사적으로 일어나는 수의근 및 자율 신경계의 반응에 대해 중력이나 관성, 원심력 등에 대한 재조정 현상으로 이해하면 되고 이에 파탄이 일어나면 현훈(vertigo)이 발생한다^{6,16)}.

내이의 병변에 의한 대표적인 증상으로는 청각 기능의 이상으로 인한 이명이나 난청, 그리고 전정 기능의 이상에 의한 현훈이 있고, 부수적으로 두통이나 오심 및 구역 등이 나타나게 된다.

내이질환은 그 구조적 특성상 청각과 전정 기능의 이상을 겸하는 경우도 있지만, 독립적으로 증상이 발생하여 감음 이상과 어지러움을 각각 개별적으로 호소하는 질환도 존재하는데, 전자의 대표적인 질환으로는 메니에르병을 들 수 있다.

메니에르병에서 어지럼의 전형적인 패턴은 통상 수 시간 지속되고 최소 20분 이상 이어지는 자발성의 회전성 어지럼으로 요약되는데 구역이나 구토와 같은 자율신경계의 증상을 동반한다^{17,18)}. 이 특징적 질환은 어떤 원인에 의해 내림프액이 과잉 생성되거나 흐름에 장애를 받을 때, 혹은 흡수 장애가 유발되어 내림프강의 압력이 증가함으로써 발생한다^{19,20)}.

청각 이상의 대표적인 질환은 난청과 이명으로, 이명은 청신경의 자발 방전 현상으로 규정하며, 그 원인이 분명히 밝혀지진 않았지만, 정신적인 스트레스나 자율신경의 기능 실조, 전해질 대사의 장애 및 Vit. 결핍 등이 발생 요인으로 알려져 있으며, 고혈압이나 당뇨병, 갑상선

기능 저하증과 같은 질환에서 유병률이 높아진다. 여타 다수의 내이 병변에서도 이명을 겸하는데, 앞서 말한 메니에르 증후군 뿐 아니라 노인성의 감각 신경성 난청, 돌발성 난청, 청신경 종양과의 연관성이 깊다고 알려져 있다²¹⁾.

전정 이상의 대표적인 질환으로는 말초성 내이질환 중 약 18.3%를 차지하는 양성 돌발성 두위 현훈이 있다. 이는 난형낭의 평형반에서 기원하는 유리 부유물(free floating debris)이 반고리관의 내림프 안으로 유입하면서 부유물에 작용하는 중력의 영향을 받아 머리 움직임에 따른 내림프 움직임의 비정상적인 항진 효과가 유발되어 현훈과 안진이 발생하게 된다^{22,23)}.

이와 유사하게 현훈, 오심, 구토, 자발 안진과 자세 불안정을 특징으로 하는 급성 전정 증후군(acute vestibular syndrome)은 말초 혹은 중추신경계의 편측 손상으로 발생하는데, 전정 신경염(vestibular neuritis)은 증상이 수 시간에 걸쳐 서서히 나타나고 하루 내에 최고조에 달했다가 수일에 걸쳐 줄어들게 된다²⁴⁾.

이에 연구자는 한방병원에 내원한 환자 중 현훈을 동반한 이명 환자들의 임상적 특징을 알아보기 위해 28인을 대상으로 성별 및 연령 분포, 이명의 양상과 불편함의 정도, 현훈의 분류, 이명과 현훈의 변증 유형, 그리고 동반 증상을 살펴보았다.

내원 환자들의 성별 분포에서는 여성이 남성보다 조금 많게 나타났다. 이는 현훈과 이명의 병발을 전제로 한 본 조사의 특성에서 메니에르 병의 일반적 환자 분포가 여성이 남성보다 1.8-2배 높게 나타나는 경향성이 영향을 미친 것으로 생각한다. 연령 면에서 30세에서 60세가 주된 연령층으로 특히 41세에서 50세까지의 분포가 가장 많은 것으로 나타났다.

이명의 양상은 그 경우의 수가 다양하고 복잡한 데다가, 그 양태에 대한 분석에 있어 환자의 진술에 의존해야 하는 이유로 연구자의 주관적인 판단에 의지해야 하는 다소간의 객관성 결여가 문제시 되지만, 비교적 공정하고 상세한 기록에 의거하여 高細音과 低廣音이라는 이명의 양상을 주된 잣대로 하여 虛實을 비롯한 臟象의 辨證

을 실시하였고 이명의 변증분류는 郭¹¹⁾의 기준을 위주로 하였다.

환자가 진술하는 이명의 양상을 조사한 결과에 따르면 蟬鳴音이나 “삐” 소리와 같은 高細音을 호소한 환자가 “웅”이나 “쉬이”와 유사한 低廣音은 호소한 환자에 비해 2배 가량 많게 나타났다. 高細音 이명을 호소하는 환자군 및 저광을 이명을 호소하는 환자군에서의 臟象的 辨證 결과, 양측 모두 허증의 범주에 속하는 脾胃虛弱이나 腎精虧損의 비율이 상대적으로 높게 나타났고 그 외 痰火凝結 및 肝火上擾, 그리고 心腎不交的 순으로 조사되었다. 이는 현훈이나 이명의 특성이 氣血虛를 바탕으로 痰涎風火가 壅滯한 本虛表實의 양상을 띠는 어지럼의 증후적 특성이 반영된 것으로 파악되며, 특히 痰飲을 가장 주요한 氣機로 인식하는 현훈의 특성과 상통한다고 볼 수 있다.

이명으로 인한 생활의 불편함을 알아보기 위해 현재 보편적으로 이명을 평가하는 척도로 인정받고 있는 THI 설문을 실시하였다. 이는 이명이 삶의 질에 미치는 영향을 측정하기 위해 25개의 설문으로 세분하여 진행하는 방법으로 구성되어, 비교적 간편하고 객관적인 현재의 이명 상태를 측정할 수 있는 것으로 알려져 있다²⁾.

설문 조사 결과, 痰火凝結이나 肝火上擾 같은 實證型에서의 불편함이 여타 辨證型에 비해 상대적으로 높게 나타났다. 특히 低廣音 이명 환자군에서는 그 불편함이 상당히 높은 결과를 보여주고 있었으며 귀의 충만감이나 폐색감을 호소하는 환자군에서는 불편함이 한층 배가되는 것으로 조사되었다. 이명의 양상에 따른 지속성 여부를 살펴본 결과는, 低廣音 환자군에서 간헐적 이명에 비한 지속적 이명의 진술 비율이 高細音 환자군보다 약간 우세한 것으로 조사되었으며 기존의 포괄적 이명 환자군에 대한 연구¹⁵⁾와 비교할 때, 현훈을 동반한 이명 환자군에 대한 본 조사에서 환자군을 불문하고 전반적으로 THI 상 불편함이 가중되어 있는 것으로 나타났다.

우리 몸은 좌우 대칭 구조로 그 균형을 유지하고 있다. 이를 위해서는 전정계(vestibular system)와 시각(vision)이 중요한 상호 보완 관계를 이루고 있으며 이에

이상이 일어나면 회전하는 느낌의 운동 착각 현상인 진성 어지럼증(vertigo)이 생긴다. 즉 한쪽의 전정 시스템이 손상되어 양쪽의 전정계 긴장도(vestibular tone)의 균형이 깨지게 되면 움직임과 공간 감각을 인지하는 기능에 장애가 나타나는 현상을 현훈이라 일컫는 것이다⁶⁾.

귀의 구조적인 특성상 내이 질환에서 이명을 중심으로 볼 때, 이명 환자 중 어지럼증을 동반하는 비율은 13% 정도인 것으로 알려져 있으며, 현훈을 동반하고 있는 환자의 불편함은 이명만을 호소하는 환자에 비해 훨씬 가중되어 있는 것으로 알려져 있다²⁾.

현훈의 字意的인 해석을 살펴 볼 때 眩은 眼花, 目眩, 視物模糊와 같이 아찔함이나 어두움의 의미를 가지고 있고, 暈은 頭暈이나 頭旋과 같은 어지러움이나 “빙빙 돈다”의 의미로 해석할 수 있다²⁵⁾. 한의학적인 현훈의 병리는 肝 기능계의 發生 기능 항진 및 腎 기능계의 沈靜 기능 쇠퇴, 그리고 三焦 기능의 실조에서 비롯되는 것으로 요약되는데¹³⁾, 이를 재해석하면 風, 火, 痰, 虛를 주된 병인으로 보는 가운데, 기혈 부족을 素因으로 하여 痰涎風火가 實한 本虛表實의 증후로 인식한다고 볼 수 있다²⁵⁾.

현훈을 유발하는 질환으로는 말초 전정 질환, 중추 전정 질환, 척추 질환, 심장 및 소화기 질환, 안과 질환 등을 들 수 있는데, 크게 나누면 말초성 현훈과 중추성 현훈으로 대별한다⁹⁾.

조사 대상의 다수는 말초성 현훈으로 분류되었는데, 그 중 이명을 동반하는 비율이 가장 많은 메니에르병으로 진단받은 경우가 8명으로 나타났고 BPPV와 전정신경염으로 진단받은 경우도 각각 3명과 2명으로 조사되었다. 이는 본원의 이명 클리닉에 내원한 환자들을 전제로 조사를 진행한 영향으로 생각되며, 이명을 호소하지만, 중추성 현훈으로 추정되는 사례도 5명 존재하였다.

현훈에 대한 한의학적 변증은 心脾兩虛, 精虧髓虛, 痰濕交阻, 風陽上搖證으로 분류하여 진행하였다. 이는 김등²⁵⁾의 기준을 근거로 하였으며, 이는 虛, 痰, 風, 火라는 현훈의 병인과도 일맥상통한다.

28명 환자들을 변증한 결과, 心脾兩虛證이 12명으로

가장 많았고 痰濕交阻證이 8명, 그리고 精虧髓虛證과 風陽上搖證이 각각 5명과 4명으로 조사되었는데, 이는 氣血이 허약한 상황을 기반으로 風火나 痰涎이 壅滯하는 어지럼의 속성을 잘 보여주는 것으로 해석할 수 있다. 이명, 현훈과 더불어 나타난 증후를 살펴본 결과는, 난청이나 오심, 구역감을 호소하는 비율이 가장 높았고 이 충만감이나 두중통이 그 뒤를 따랐는데 이는 일반적으로 이명이나 현훈, 구역감이 겸하여 나타나는 메니에르 병 환자의 비율이 높았던 결과로 볼 수 있다.

V. 결 론

2017년 3월부터 2023년 12월까지 가천대학교 부속 한방병원 이명 클리닉에 내원한 환자 중 현훈을 동반하고 있으며 한의학적 변증이 비교적 명료하다고 생각되는 28명을 대상으로 한약 복용과 침 치료를 시행하여 성별, 연령별 분포, 환자가 호소하는 이명의 양상 및 불편 정도, 그리고 변증 유형, 현훈의 분류 및 변증과 동반 증상을 살펴 본 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 내원 환자의 성별 분포에서는 여성이 남성보다 약간 많은 것으로 조사되었고, 연령 분포는 40이나 50대의 내원비율이 상대적으로 높았다. 이는 단일 질환 중 가장 높은 빈도를 차지한 메니에르 병의 유병률과 연관성 있는 것으로 파악된다.
2. 이명의 양상은 高細音이 低廣音에 비해 2배 가량 많게 나타났으며 臟象的 辨證에서는 허증의 범주에 속하는 脾胃虛弱이나 腎精虧損의 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 이는 기혈 부족을 바탕으로 痰涎風火가 응체한 本虛表實의 양상을 띠는 현훈의 특징을 반영하는 것으로 생각된다.
3. 痰火凝結이나 肝火上擾證 유형의 실증에서 이명으로 인한 불편함이 허증에 비해 높게 나타났다. 특히 低廣音 이명 호소군과 이 충만감이나 폐색감을 겸한 환자군에서 불편함은 배가되었다.
4. 현훈의 분류에서는 말초성 현훈이 중추성 현훈에 비해 훨씬 많은 것으로 나타났으며, 유발 질환으로는

이명과 현훈이 일반적으로 동시에 나타나는 메니에르 병의 진단 비율이 높았다.

5. 현훈에 대한 臟象的 辨證에서는 心脾兩虛證이 가장 많았고 痰濕交阻, 精虧髓虛, 風陽上搖證의 순으로 조사되었으며, 동반하는 증상을 살펴본 결과는 오심, 구역감이 가장 많았고 이 충만감이나 두중통이 그 뒤를 따랐다.

6. 현훈을 동반한 이명 환자군이 호소하는 불편감은 포괄적 이명 환자군에 비해 더 높은 것으로 조사되었다. 이명과 현훈을 겸하여 한방병원에 내원한 환자들에 대한 임상적 특성을 살핀 본 조사를 통해, 이들에 대한 증후적 분류의 특징을 파악하고 한의학적 臟象辨證을 시도하였다. 향후 이명과 현훈을 동반한 환자들에 대한 치료 경과와 예후적 판단에 도움을 받을 수 있을 것으로 기대하며, 좀 더 다양하고 많은 개체군에 대한 후향적 연구가 후행되기를 기대한다.

ORCID

Kyung-Jun Kim
(<https://orcid.org/0000-0002-0284-6427>)

References

1. Back MK. New Otolaryngology Head and Neck Surgery. 2nd ed. Seoul:Iljogak. 1994:26-8.
2. Rubin W. Vestibular suppressant drugs. Arch Otolaryngol. 1973;97(2):135-8.
3. The Society of Korean Medicine Ophthalmology, Otolaryngology & Dermatology. The Society of Korean Medicine: Ophthalmology, Otolaryngology and Dermatology. 1st ed. Paju: Globooks. 2019:24,5,31,91-4,103.
4. Neuhauser HK, Von Bravern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, et al. Epidemiol

- ogy of vestibular vertigo: a neurotologic survey of the general population. *Neurology*. 2005;65(6):898-904.
5. Hornig CR, Rust DS, Busse O, Jauss M, Laun A. Space-occupying cerebellar infarction. Clinical course and prognosis. *Stroke*. 1994;25(2):372-4.
 6. Zee DS. Perspective on the pharmacotherapy of vertigo. *Arch Otolaryngol*. 1995;111(9):609-12.
 7. Back MJ, Hwang MS. Handicap of Tinnitus and Quality of Life in Tinnitus patients. *J Clinical Otolaryngology*. 2002;13(1):50-5.
 8. Langguth B, Hund V, Busch V, Jürgens TP, Lainez JM, Landgrebe M, et al. Tinnitus and headache. *Biomed Res Int*. 2015;16:74-6.
 9. Korean Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otorhinolaryngology*. Seoul:Iljogak. 2007:59-64.
 10. Park MN, Suh MW. Associated Symptoms in Dizziness: Hearing Loss and Tinnitus. *Research in Vestibular Science*. 2013;12(1):16-23.
 11. Kwak BD. *Zhongyi Erbihoukexue*. 1st ed. Beijing:Renminwei-jheng publish. 2015:52-5.
 12. W Newman, G P Jacobson, J B Spitzer. Development of the Tinnitus handicap Inventory. *Arch Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 1996;122(2):143-8.
 13. Goh EK. Discrimination of peripheral Vertigo. Korean Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery Otorhinolaryngology lecture. Seoul:Joongang Munhwasa. 1998:44-5.
 14. Kim BW. *Literatural Study on the Causes of Vertigo*. Seoul:New physiology. 1979:170-4.
 15. Kim KJ. A Study on the quality of Life by jansang(臟象)'s relational analysis and Byunjeung(辨證)'s type according to Tinnitus's aspect. *J Korean Med Ophthalmol Otolaryngol Dermatol*. 2017;30(3):20-30.
 16. Noh GT. *Otorhinolaryngology*. Seoul:Iljogak. 1999:55-67.
 17. Committee on Hearing and Equilibrium. Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head-Neck Surg*. 1995;113(3):181-5.
 18. Paparella MM. *The natural course of Meniere's disease*. Amsterdam:Kugler. 1994:29-40.
 19. Shea JJ. Endolymph pressure in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck surg*. 1990;103(5(Pt 1)):695-6.
 20. Bohmer A. Hydrostatic pressure in the inner ear fluid compartments and its effects on inner ear function. *Acta Otolaryngol Suppl*. 1993;507:3-24.
 21. Chung IC, Cha YY, Heo I. Chuna Manual Therapy for Tinnitus : A Systematic Review and meta-analysis. *The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine for spine and Nerves*. 2019;14(1):13-23.
 22. Brandt T, Strupp M. General vestibular testing. *Clin Neurophysiol*. 2005;116(2):406-26.
 23. Pames LS, Agrawal SK, Atlas J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo(BPPV). *Cmaj*. 2003;169(7):681-93.
 24. Silvoniemi P. Vestibular neuronitis. An otoneurological evaluation. *Acta Otolaryngol suppl*. 1998;453:1-72.
 25. Kim JS, Kim SH. A Study of Cause and Mechanism of Vertigo. *Journal of Haehwa Medicine*. 1998;7(1):465-75.

Appendix 1. THI Questionnaire

Factor	Subscale	Item
1	F	Because of your tinnitus is it difficult for you to concentrate?
2	F	Does the loudness of your tinnitus make it difficult for you to hear people?
3	E	Does your tinnitus make you angry?
4	F	Does your tinnitus make you feel confused?
5	C	Because of your tinnitus do you feel desperate?
6	E	Do you complain a great deal about your tinnitus?
7	F	Because of your tinnitus do you have trouble falling to sleep at night?
8	C	Do you feel as though you cannot escape your tinnitus?
9	F	Does your tinnitus interfere with your ability to enjoy social activities(such as going out to dinner, to the movies)?
10	E	Because of your tinnitus do you feel frustrated?
11	C	Because of your tinnitus do you feel that you have a terrible disease?
12	F	Does your tinnitus make it difficult for you to enjoy life?
13	F	Does your tinnitus interfere with your job or household responsibilities?
14	E	Because of your tinnitus do you find that you are often irritable?
15	F	Because of your tinnitus is it difficult for you to read?
16	E	Does your tinnitus make you upset?
17	E	Do you feel that your tinnitus problem has placed stress on your relationship with members of your family and friends?
18	F	Do you find it difficult to focus your attention away from your tinnitus and on other things?
19	C	Do you feel that you have no control over your tinnitus?
20	F	Because of your tinnitus do you often feel tired?
21	E	Because of your tinnitus do you feel depressed?
22	E	Does your tinnitus make you feel anxious?
23	C	Do you feel that you can no longer cope with your tinnitus?
24	F	Does your tinnitus get worse when you are under stress?
25	E	Does your tinnitus make you feel insecure?

* Tinnitus Handicap Inventory(THI). F : Functional subscale, E : Emotional subscale, C : Catastrophic subscale