

양성발작성 현기증

계명대학교 의과대학

서 영 성

요 약

현기증은 일차의료에서 흔히 보는 병원 내원 이유이며 이 중에서 양성발작성 현기증이 흔한 원인 중의 하나로 알려져 있다. 그러나 어지러움의 원인을 진단하기 어려운 경우가 많으므로 가장 중요한 문진과 진찰을 통하여 어느 정도의 윤곽을 잡고 다음 검사를 시행하여 진단의 도움을 받아야 한다. 최근 양성발작성 현기증의 병리에 대한 지식의 발전으로 약물치료보다 각 원인 병리기전에 따른 체위변동법이 주치료로 알려져 있다. 따라서 일차의료를 담당하는 가정의는 정확한 원인 진단 후 양성발작성 현기증에 적용해야 할 적절한하고 간편한 치료법을 알고 있어야 하겠다.

서 론

어지럼증은 사지로부터 오는 감각신경, 눈에서 오는 시각신경, 귀속의 말초전정신경과 연결된 중추 전정신경의 이상에 의해 발생된다. 따라서 어지러움증의 원인으로 뇌졸중, 뇌외상, 뇌종양, 중추신경계 퇴행성질환과 같은 중추신경계 질환과 양성 발작성 현기증, 전정신경염, 메니에르씨병과 같은 말초신경질환, 그리고 심장병, 소화기병, 안질환 그리고 원인불명의 어지러움증 등 수많은 원인이 있다. 어지러움을 호소하는 환자는 매우 많으며 실제 병원에 내원하는 환자가 호소하는 흔한 증상 중의 한 가지이다. 어지럼증은 35세 이상에서 잘 나타나며 특히 남자보다 여자에서 많이 발생한다. 수많은 어지러움증의 원인을 진단하기 힘든 경우가 많지만 정확한 진단을 위해서 가장 중요한 것은 체계적인 문진과 진찰이다.¹⁾ 따라서 어지러움증의 원인질환 중 흔하고 외래에서 진단과 치료를 동시에 시행할 수 있는 양성발작성 현기증에 대하여 기술하고자 한다.

개 요

양성발작성 현기증은 머리를 일정한 방향으로 움직이면 빙빙 도는 어지러움과 안진이 나타나는 질환으로 어지러움 발생 후 30초 내 사라진다. 대부분 원인 없이 발생하는 것으로 알려져 있으며 두부손상, 추골-뇌저동맥부전, 신경미로염 후에도 발생할 수 있다. 증상의 병태 생리기전은 확립되지 않았지만 난형낭(utricle)에서 빠져 나온 이석(耳石)이 반고리관으로 들어감으로서 각 반고리관의 위치에 따른 특징적인 증상이 나타난다.

양성발작성 현기증은 성인 어지러움증의 가장 흔한 원인으로 모든 나이에서 발생할 수 있으나 대체로 50대 이후에 흔하고 여자가 남자보다 2배 많다. 약 반수의 환자에서 적어도 한 번은 재발하며 소수에서는 수년에 걸쳐 여러 번의 발작을 경험하기도 한다. Baloh는 양성발작성 현훈 240례의 고찰에서 표 1과 같은 원인을 발견하였다.²⁾

임상소견

난형낭에서 빠져나온 이석이 중력방향으로 이동

하므로 기립자세에선 약 90%에서 가장 낮은 부위인 후반고리관으로 들어간다. 그러므로 전반고리관이 나 수평반고리관으로 들어갈 확률은 10% 미만이다. 어지러운 증상은 가장 흔한 후반고리관 양성발작성 현기증의 경우 후반고리관과 같은 면에서 머리를 회전시킬 때 빙빙 도는 어지러움으로 나타난다. 자리에서 눕거나, 누웠다 일어날 때, 자리에서 몸을 뒤척일 때, 선 자세에서 위를 쳐다보기 위해 목을 뒤로 젖힐 때, 앞으로 머리를 숙일 때 나타난다. 수평반고리관 양성

발작성 현기증은 누운 자세에서 머리를 좌우로 흔들 때 빙빙 도는 어지러움이 나타난다. 어지러움은 보통 아침에 심하고 어지러운 증상과 더불어 오심과 구토를 동반하기도 하며, 어지러움과 동반되는 안진은 30초 이내 끝나지만 그후로도 빙빙 도는 느낌이 아닌 어지러운 느낌을 하루 종일 또는 몇 시간 동안 느낄 수 있다. 증상은 2주 후 자연 소실되거나 수주에서 수년간 지속되기도 한다.³⁾

안진은 회전성과 수평성의 방향으로 병변이 있는 쪽으로 향한다. 수직반고리관인 후반고리관과 전반고리관으로 이석이 들어가면 비틀림 안진이 나타난다.

표 1. 양성발작성 현훈 240예의 원인.

원인	환자수
원인불명(특발성)	118
외상후	43
Virus 신경미로염	37
추골-뇌저동맥 부전	11
메니에르병	5
일반수술 후	5
귀수술 후	5
이독성	4
매독성 미로염	2
만성 중이-유양돌기염	2
기타	2
합계	240

진단 및 감별진단

양성 발작성 현기증은 특징적인 임상증상과 더불어 간단한 검사법으로 진단과 치료를 병행할 수 있다.

체위 변동 시 어지러움을 호소하는 환자에서 Dix-Hallpike (Barany) 검사를 실시하여 머리가 몸보다 낮은 위치에 놓였을 때 전형적인 회전 안진과 빙빙 도는 어지러움이 나타나면 진단할 수 있다. 후반고리관 양성발작성 현기증은 환자의 머리를 45° 회전된 상태에서 뒤로 좌측 또는 우측으로 눕혀 머리를 검사대 밑으로 내리면 이상이 있는 반고리관이 가장 낮게 위치할 때 어지러움과 동시에 향지성(geotropic) 상향회전(torsion upbeat)하는 안진을 관찰할 수 있으

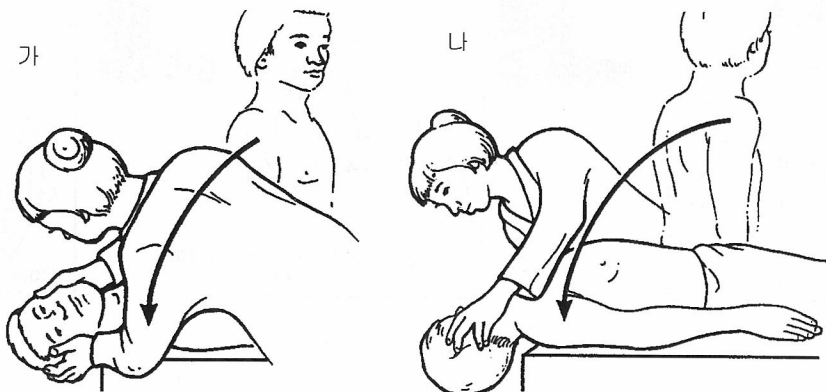


그림 1. Dix-Hallpike 검사법. (가) 우측 병변시 (나) 좌측 병변시. 이때 환자는 눈을 뜨고 검사자를 보도록 한다.

며 검사를 반복하게 되면 피로현상을 보여 안진이 나타나지 않거나 약해진다(그림 1).⁴⁾ 전반고리관 양성 발작성 현기증은 Dix-Hallpike 검사 시 환부 전반고

리관이 상부에 위치할 때 원지성 하향회전 안진이 보인다. 수평반고리관 양성발작성 현기증은 바로 누운 자세에서 머리를 좌우로 돌리면 빙빙 도는 어지러움

표 2. 세 반고리관 양성 발작성 현기증의 빈도와 임상양상.

	후반고리관	외측반고리관	상반고리관
빈도(%)	91%	6%	3%
유발 검사법	Dix-Hallpike 검사	Roll 검사	Dix-Hallpike 검사
안진	향지성 상향회전	수평성 방향 변환성	원지성 하향회전
치료	이석치환술 결석유리술 반복운동법	바비큐 치료법	이석치환술 반복운동법

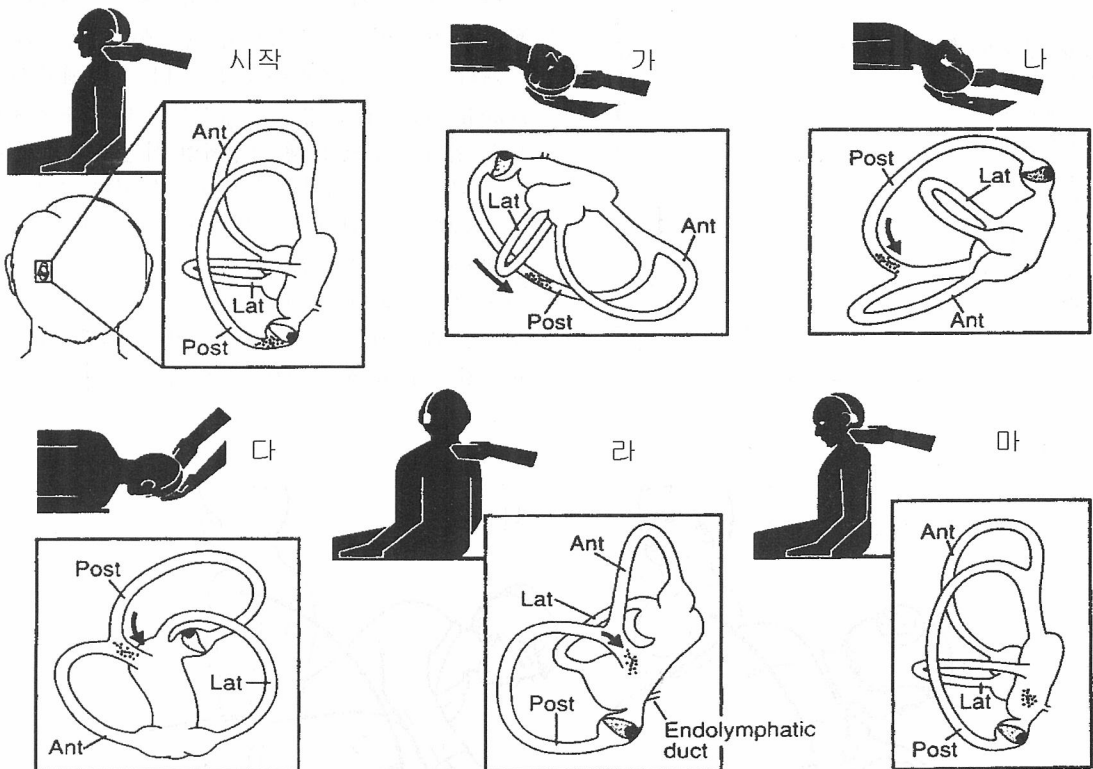


그림 2. 이석치환술. 좌측 후반고리관으로 빠져나온 이석을 난형낭으로 넣는 시술법의 예. (시작) 환자를 시술자 앞에 앉도록 한다. (가) 머리를 좌측으로 45° 돌린 상태에서 뒤로 누인다. (나) 누인 상태에서 머리를 우측으로 45° 돌린다. (다) 머리와 상체를 135° 돌려 얼굴이 바닥을 보도록 한다. (라) 머리는 오른쪽으로 돌린 상태를 유지하고 앉도록 한다. (마) 머리를 20° 숙이고 턱을 앞으로 당긴다. 각 자세의 유지는 어지럼증과 안진이 멈출 때까지 유지함-보통 30초 이내.

과 수평성 안진이 발생한다. Roll 검사는 바로 누운 자세에서 머리를 빨리 한쪽으로 돌리고 다시 반대편으로 돌린다. 이때 어지러움과 안진이 있는지 관찰하는 방법이다. 수평반고리관 양성발작성 현기증 시 어지러움 유발과 안진을 관찰할 수 있으며 어지러움을 느끼고 안진이 관찰되는 방향이 이환된 부위다(표 2).⁵⁾

감별해야 할 질환 중 어지러운 증상이 발작 후 수 초에서 1분 이내로 호전되는 질환으로 양성발작성 현기증과 더불어 체위성 저혈압, 불안증이 있다. 수 분 이상 지속되면 일과성 허혈이나 현기증이 동반된 편두통이 있고, 수 시간 이상 지속되는 경우 메니에르 병을 의심할 수 있다. 전형적인 양성 발작성 현기 증은 어지러운 증상의 지속시간이 짧고, 이명이나 청력감소가 없으며, 상향회전 안진과 같은 안진의 방향과 안진유발을 위한 간단한 검사로서 어지러움을 유발하는 다른 질환과 감별이 가능하다.

치 료

양성발작성 현기증은 대부분의 예에서 자연적으로 회복된다. 그 이유는 내림프액에서 떨어져 나온 평형사(otoconia)를 용해시킬 수 있다는 사실이 증명됨으로써 설명할 수 있게 되었다.³⁾ 최근에는 양성발작성 현기증의 치료의 주류가 재활치료이며 이석치환술, 반복운동법, 이석유리술, 바비큐치료법이 있다. 증상을 완화를 위해 사용하는 전정기능억제 약물 은 재활치료를 시행하기 힘들 정도의 빙빙 도는 어지러움과 오심 구토가 동반될 때 투약하기도 한다. 모든 치료에 반응하지 않는 심한 증상을 가진 환자의 경우 신경 절제술을 추천하지만 수술법이 기술적으로 어려워 많이 시행되지 못하고 있다.

1. 이석치환술(Canalith Repositional Maneuver)

가장 흔히 사용하는 치료법으로 반고리관으로 빠져나온 이석을 이석치환술을 사용하여 난형낭으로 이동시켜주는 치료법이다. 이석치환술(canalith repositioning maneuver)은 그림 2와 같이 시행하며 약 90% 이상 치료될 수 있다.^{6,7)} 이석이 난형낭에 들어간 후 45° 이상 상체를 숙이거나 머리를 젖히지 않도

록 하고 이틀 동안 안정을 취하도록 한다. 그러나 최근 연구결과 48시간 안정을 취하지 않아도 환자가 잘 반응한다.⁸⁾

2. 이석유리술(Liberatory Maneuver, Semont's Treatment)

후반고리관 양성발작성 현기증일 때 Dix-Hallpike 검사법으로 이환된 부위를 확인한 후 앉은 자세에서 얼굴을 45° 돌려 환측으로 갑자기 옆으로 눕는다. 이 자세에서 2~3분 경과 후 반대편으로 빠르게 눕는다. 이 자세에서 5분간 유지한다. 이후 천천히 앉은 자세로 돌아온다. 이렇게 한번 시행이 치료의 끝이며 이후 48시간 동안 누워서는 안된다.^{9,10)}

3. 반복운동법(Habituation exercises approach, Brandt & Daroff)

후반고리관이나 전반고리관 양성 발작성 현기증 시 시도해볼 수 있다. 머리를 45° 돌려서 유지한 상태로(전반고리관의 이환시 검사대 모서리에 앉아 있다)가 앉아 있다가 한쪽으로 빠르게 옆으로 눕는다. 이때 발생한 어지러움이 멈춘 후(보통 30초 이내) 상체를 바로 앉은 상태로 돌아오고 약 30초 기다린다. 다시 반대편으로 눕는다. 다시 바로 상체를 세운다. 일련의 자세변화를 1번으로 하고 1회 약 5~10번 시행하며 하루 1~2회 시행하면 1~2주 후 어지러운 증상이 사라진다.¹¹⁾

4. 바비큐치료법(Bar-b-que treatment)

환자를 바로 누인 후 이환된 귀가 밑에 있도록 머리를 90°돌린다. 서서히 얼굴을 바로 한 후 어지러움이 멈출 때까지 유지한다. 이후 이환된 귀가 가장 위에 오도록 머리를 90° 돌리고 어지러움이 멈출 때까지 그 자세를 유지한다. 다시 상체와 머리를 돌려 얼굴이 밑으로 향하도록 돌린다. 다시 머리를 돌려 이환된 귀가 가장 밑으로 가게 돌린다. 그후 천천히 앉는다.¹²⁾

참 고 문 헌

1. 김재일. 어지러움증. 대한의사협회지 2001;44:985-92.

2. Baloh RW, Honrubia V, Jacobson K. Benign positional vertigo: clinical and oculographic features in 240 cases. *Neurology* 1987;37(3):371-8.
3. 이정구. 양성 돌발성 체위성 어지러움. 어지러움. 서울: 단국대학교 출판부; 2001. p. 205-17.
4. Ei-Kashlan HK, Telian SA. Practical Issues in the Management of the Dizzy and Balance Disorder Patient. *Otolaryngol Clin North Am* 2000;33:563-77.
5. Fife TD. Recognition and management of horizontal canal benign positional vertigo. *Am J Otol* 1998; 19:345-51.
6. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;107(3):399-404.
7. Fung K, Hall SF. Particle repositioning maneuver: effective treatment for benign paroxysmal positional vertigo. *J Otolaryngol* 1996;25(4):243-8.
8. Tusa RJ. Vertigo. *Neurologic Clinics* 2001;19:23-55.
9. Herdman SJ, Tusa RJ, Zee DS, Proctor LR, Mattox DE. Single treatment approaches to benign paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;119(4):450-4.
10. Serafini G, Palmieri AM, Simoncelli C. Benign paroxysmal positional vertigo of posterior semicircular canal: results in 160 cases treated with Semont's maneuver. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996;105(10): 770-5.
11. Brandt T, Daroff RB. Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol* 1980; 106:484-5.
12. Lempert T, Tiel-Wilck K. A positional maneuver for treatment of horizontal-canal benign positional vertigo. *Laryngoscope* 1996;106:476-8.