

편두통성 어지럼증에 대한 임상적 분석

대구가톨릭대학교 의과대학 이비인후과학교실
이영호 · 김기영 · 예미경

The Clinical Manifestations of Migrainous Vertigo

Young Ho Lee, MD, Ki Young Kim, MD and Mi Kyung Ye, MD

Department of Otorhinolaryngology, School of Medicine, Catholic University of Daegu, Daegu, Korea

ABSTRACT

Background and Objectives : Migraine can cause vestibular symptoms and the possible link between Meniere's disease and migraine is suggested. The purpose of this study is to assess the various clinical manifestations of the migrainous vertigo and otologic symptoms associated of migraine in a dizziness clinic. **Subjects and Method** : The authors evaluated, retrospectively, 40 patients diagnosed as migrainous vertigo in the dizziness clinic during the last 6 months. We had patients record their history by filling out questionnaires and complete neurotologic examinations, and had them perform audiologic tests. Electro-nystagmography was also tested. **Results** : The age was distributed between 11 to 62 and the mean age was 37 years old. Patients who were co-diagnosed with migraine and Meniere's disease was 7 (18%), whereas 22 and 21 patients had tinnitus (55%) and earfullness (52%). Twelve patients (30%) with tinnitus and earfullness had migraine headache and vertigo attacks at the same time. The vertigo duration was various and did not have constant patterns. The seven young and middle aged patients had idiopathic unilateral low frequency sensorineural hearing loss or unilateral moderate sensorineural hearing loss ; 11 patients (27%) had canal weakness (>25%) at side unrelated with hearing loss, tinnitus, earfullness. Eighteen (45%) patients had or has had motion sickness and 8 patients had vertigo related with optokinetic stimulations. **Conclusion** : The migrainous vertigo has various clinical manifestations and vertigo durations. The characteristics of vertigo is not temporally associated with headaches. We think that the most important diagnostic point of migrainous vertigo is migrainer or not. (Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg 2007;50:1092-7)

KEY WORDS : Migraine · Vertigo.

서 론

편두통은 주기적인 두통을 주 증상으로 하는 질환으로 여성의 15~17%, 남성의 5~8%의 유병률을 보인다.¹⁾ 어지럼증은 일반인들에서 가장 흔한 증상 중 하나로 편두통 환자에서 흔히 호소되는 증상이기도 하다.²⁾

병태생리학적으로 연관성은 분명치 않지만 편두통이 메니에르병, 양성 발작성 체위성 어지럼증, 멀미 그리고 기립성 저혈압과도 통계적으로 연관성을 보이고 있다.³⁾ 어지럼증, 난청과 같은 이과적인 증상도 흔히 호소하고 이 증상이 유일한 증상이기도 하며⁴⁾ 이들에서 어지럼증의 평생 유병률이 23%에 이른다.⁵⁾

논문접수일 : 2007년 4월 30일 / 심사완료일 : 2007년 7월 12일
교신저자 : 이영호, 705-718 대구광역시 남구 대명4동 3056-6
대구가톨릭대학교 의과대학 이비인후과학교실
전화 : (053) 650-4525 · 전송 : (053) 650-4533
E-mail : youngholee@cu.ac.kr

이에 저자는 어지럼증을 주소로 내원한 환자들 중 병력 청취를 통해 편두통 환자들을 가려내고 그들의 임상적인 특성 및 이과적인 증상과의 연관성에 대해 조사하고자 하였다.

대상 및 방법

2006년 5월부터 2006년 10월까지 어지럼증 클리닉을 방문한 환자 중에서 편두통성 어지럼증으로 진단받고 편두통 예방약제(베타 차단제, 칼슘 차단제, 삼환계 항우울증제)로 약물치료를 받은 환자 40명(남자 10명 여자 30명)을 대상으로 하였으며 병력청취, 이학적 검사, 순음청력검사 그리고 전기안진검사를 시행하였다.

약물치료 없이 환자교육만 시행한 경우는 본 연구에서 제외하였다.

본 연구에서 편두통성 어지럼증으로 진단한 기준은 다음과 같다.

1) 재발성 어지럼증 2) 편두통 진단기준의 충족 3) 원인이 분명한 말초성, 중추성 어지럼증 질환의 배제 4) 약물 치료에 대한 반응을 모두 만족하는 것을 기준으로 하였다.

국제두통학회(IHS)의 분류(2003년) 중 무전조성 편두통(migraine without aura)의 기준에 따라 편두통 환자로 진단하였다. 환자의 병력상 두통이 전조증상을 동반하는 경우 IHS 진단기준에 따라 유전조성 편두통(migraine with aura)으로 진단 후 각각의 전조증상에 대해 기록을 하였다. 신경 이과적 진찰상 중추성 질환이 의심되는 이학적 소견을 보이는 경우, 편두통의 양상과는 다른 지속적인 신경학적 증상을 보이는 경우, 고령의 환자 중에서 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 심혈관계질환 등 뇌혈관계질환의 위험인자를 가지는 경우 Brain MRI로 중추성 질환을 배제하였다. 만성중이염, 두부손상의 병력, 혹은 다른 내과적 질환이 있는 경우와 양성 발작성 체위성 어지럼증, 전정 신경염, 돌발성 난청과 같은 말초성 어지럼증의 진단이 확실한 경우는 제외하였다. 병력 및 청력검사상 메니에르병의 기준에도 합당한 경우는 편두통과 메니에르병으로 두 가지 병명으로 진단을 내렸다.

메니에르병 진단은 The American Academy of otolaryngology의 Committee on hearing and equilibrium의 진단기준(1995)에 따라 이명과 이충만감을 가지고 있으며 순음청력검사에서 청력감소가 확인이 되며 이들 증상이 어지럼증과 동반되는 경우에 메니에르병으로 진단을 내렸다.

또한 환자의 병력청취는 어지럼증 설문지를 통해 어지럼증의 양상을, 그리고 두통의 양상에 대해서는 IHS의 편두통기준에 따라 이루어졌다. 이학적 검사는 모든 환자에 Frenzel 안경을 통해 자발안진, 주시유발안진, Dix-Hallpike test, 두진후안진을 두부충격검사와 함께 모두 시행하였으며 순음청력검사와 칼로리 검사를 포함한 전기안진검사를 시행하였다.

예방약제의 투여는 1) 급성기의 치료임에도 불구하고 환자의 일상생활을 어렵게 만드는 재발성의 편두통으로 3일 이상 지속되는 편두통이 한 달에 2회 이상 혹은 그보다 재발은 적지만 정도가 심한 경우 2) 급성기에 사용하는 약물에 반응이 없거나, 급기가 되거나, 부작용이 있는 경우, 3) 급성기 약물의 남용 4) 편마비성 편두통이나 영구적인 신경학적 장애의 위험을 동반하는 경우 5) 일주일에 2회 이상의 매우 잦은 편두통이나 시간이 지남에 따라 두통발작이 증가하며 급성기 치료에 대해 반동성 두통이 생기는 경우 6) 환자가 가능하다면 급성발작 없이 지내기를 원하는 경우와 같은 기준에 따라 예방 약제를 투여하였다. 환자의 어지럼증의 정도나 두통의 정도가 횡수가 잦지 않고 환자가 약물 없이 견딜 만한 경우나 환자가 원하지 않는 경우는 일

반적인 편두통의 악화요인을 피하도록 교육하였다.

약물을 투여한 경우는 유전조성 편두통에는 일차약으로 propranolol 40 mg과 함께 수시로 복용할 수 있는 두통약(예 : acetaminophen 등)과 함께 2주일간 사용 후 반응이 없을 경우 약물의 용량을 증량하여 2주일을 추가로 더 투약한 후 모두 1개월간 투여 후 약물효과를 판정하였다. 여전히 두통이나 어지럼증에 대한 호전이 만족스럽지 않을 경우 다른 예방약물로 바꾸었으며 1개월째에 두통과 어지럼증의 강도나 횡수가 50% 이상 호전을 보이며 환자의 삶의 질이 크게 향상되었다고 환자가 판단하는 경우 효과가 있다고 판단하고 2개월간 추가로 약물을 투여하였다. 무전조성 편두통 환자의 경우 propranolol 혹은 칼슘차단제를 각각의 약물의 부작용을 고려하여 투여하였다.

항우울삼환계의 약물은 일차약물의 부작용을 호소하거나, 환자가 긴장성 두통을 호소하거나, 수면을 이루기 힘들어하는 경우 선별적으로 사용하였다.

환자증상에 대한 부족한 정보는 환자와의 전화통화를 통해 추가적인 정보와 약물 반응의 효과에 대한 정보를 얻었다.

결 과

연 령

모두 40명의 환자들의 연령은 11~62세, 평균 37세였으며 남녀 비는 남자 10명, 여자 30명으로 1 : 3으로 여성들에서 많았다. 연령대를 기준으로 해서는 10대에서 50대까지 고르게 분포되어 있었다.

청력검사

임상적 양상 및 순음청력검사를 기초로 메니에르병 진단이 내려진 경우가 60대의 2명을 제외하면 7명(18%)이었다. 7명의 환자에서 편측성 저음역 청력감소나 중등도의 청력감소 소견을 보이고 있었다.

이명과 이충만감

메니에르병의 증상의 하나인 이명 및 이충만감은 22명(55%), 21명(52%)에서 동반하였다. 어지럼증과 동반하여 이명과 이충만감을 12명(30%)에서 같이 혹은 어지럼증이 발병하기 전에 생긴다고 하였으며 그 외에는 모두 어지럼증 발병과 상관없이 간헐적인 이명과 이충만감을 가진다고 하였다(Table 1).

어지럼증의 지속시간

어지럼증의 지속시간은 1분 미만인 14명(35%), 1~20분

Table 1. Clinical manifestation of migrainous vertigo

Clinical features	n (%)
Age	11-62 years (mean : 37)
Sex	M : F=1 : 3
Co-diagnosis with Meniere's disease	7 (18%)
Tinnitus	22 (55%)
Earfullness	21 (52%)
Vertigo with tinnitus and earfullness	12 (30%)
Duration of vertigo	<1 min : 14 (35%) 1-20 min : 10 (25%) 20 min-1 h : 8 (20%) >1 h : 4 (10%) Variable : 4 (10%) >1 d : 2
Description of vertigo	Spinning or turning : 30 (70%) Faintness or tendency to fall : 9 (23%) Swimming or drunken sensation : 12 (30%)
Relation of vertigo and migraine	Not related : 30 (75%) Closely related : 0 (25%)
Precipitating factor	40 (100%) Stress, fatigue, hunger, sleep deprivation, physical activity, alcohol Menstruation : 1/3 of female patients
Photophobia	19 (47%)
Phonophobia	11 (27%)
Other auras	14 (30%) Numbness of the face or extremities Weakness in the arms and legs Visual symptoms (flickering lights, spots or lines, loss of vision) Dysphasic speech disturbance
ENG	Canal paresis : 11 (27%) Positional nystagmus : 3 (7%) Saccadic pursuit : 7 (18%) Abnormal optokinetics : 4 (10%)
Motion sickness	18 (45%)
Sensitive to visual stimulus	8 (20%)

미만이 10명(25%), 20분에서 한 시간 미만이 8명(20%), 한 시간 이상이 4명(10%), 그리고 어지럼증의 발병 시 1분 미만에서 수 시간의 다양한 지속시간을 보이는 경우가 4명(10%)에서 보였다. 다양한 지속시간을 보이는 4명 중 2명은 하루 이상 어지럼증이 지속되는 경우도 있다고 답했다(Fig. 1).

어지럼증의 양상

환자가 이야기하는 어지럼증의 양상은 70%에서 '주위가 빙빙 돈다'라고 이야기하였으며 '앞이 캄캄해지면서 쓰

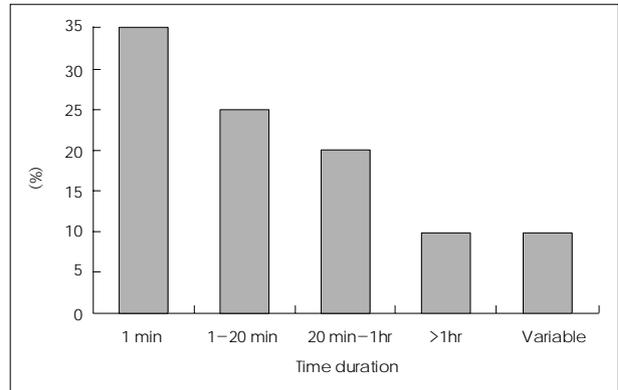


Fig. 1. Duration of dizziness.

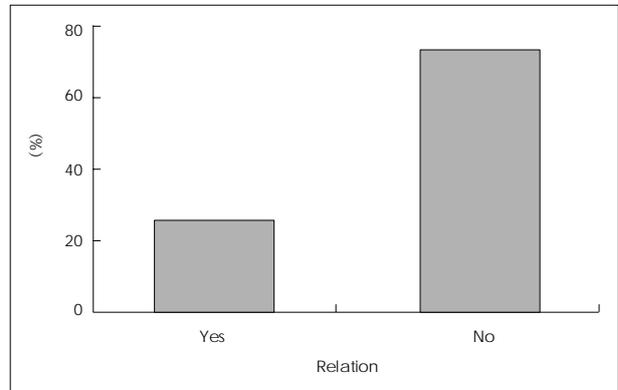


Fig. 2. Relation of dizziness and headache.

리질 것 같은 느낌'이라고 답한 사람이 9명(23%), 3명의 환자에서는 '술 취한 것 같은 느낌'이라고 하였으며 12명(30%)의 환자에서는 '머리를 움직이면 어지럼증이 악화 된다'고 하였다.

두통의 양상

40명의 환자 모두 IHS의 기준을 만족하는 편측성 혹은 양측성의 박동성 두통을 가지는 환자였으며 이 중 27명은 쉬거나 잠을 자거나 약물의 복용 후 호전되는 시간까지 포함하여 두통지속시간이 3시간 미만이라고 하였다. 이들 중 20명은 3시간이라고 이야기하였으며 나머지 7명은 1시간 미만이라고 하였으나 전조증상을 뚜렷이 가지고 있었다. 나머지 13명은 4시간 이상의 두통을 호소하였다.

두통의 양상의 경우, 40명의 환자 중 30명(75%)의 환자에서 두통과 어지럼증은 무관하다고 생각하고 있었으며 40명 중 13명(32%)은 치료 전에 두통약을 복용하고 쉬거나 해도 하루 이상 두통이 지속되는 경우를 경험하는 환자였다. 이들 13명의 환자들은 모두 어지럼증 지속시간이 수초, 수분, 혹은 하루 종일이라고 말하여 특별한 양상을 띠지는 않았다(Fig. 2).

두통 혹은 어지럼증의 악화요인

조사대상이 된 환자들 40명 모두(100%)에서 편두통의 악화인자로 정신적 스트레스나 몸이 피곤하거나 잠을 충분히 자지 못한 경우, 혹은 배가 고프거나 하는 경우 편두통이 악화된다고 하였다. 여성 중에서 9명(30%)의 환자에서 생리 때 두통이 악화된다고 하였다.

전조증상

두통에 대한 전조증상 중 눈부심증상(photophobia)은 19명(47%), 고성기괴증(phonophobia)은 11명(27%)에서 동반되었으며 14명(30%)의 환자에서는 얼굴이나 입주위의 일시적인 감각장애, 손발 저림이나 팔다리에 힘이 빠지거나 시각적 전조증상, 일시적인 구음장애 등의 전조증상을 가지는 유전조성 편두통이었다. 또한 이들 14명의 환자에서는 어지럼증과 전조증상이 때때로 같이 동반한다고 하였다.

전기안진검사

이들 40명의 전기안진검사 결과에서는 11명(27%)에서 편측의 반고리관 마비(Canal Paresis >25%)가 보였으며 이 중 10명에서는 청력감소와는 무관한 편측에 안진마비를 보여 청력의 감소와 전정기능의 감소 소견이 같이 보일 것이라는 예상과는 다른 결과를 보였다. 3명에서는 체위성 안진소견을 보였으며 7명의 환자에서는 단속형 시추적 운동장애소견을 보였으며 4명의 환자에서는 시운동성 검사에서 이상소견을 보였다.

멀미와 시자극에의 예민성

멀미와의 상관관계에 있어서는 18명(45%)에서 과거에 혹은 현재에도 비운전 시 멀미를 호소하고 있으며 이 중 3명은 두 시간 이상 본인이 운전 시에도 멀미를 한다고 하였다.

또한 8명(20%)에서는 시자극의 민감성으로 놀이기구가 움직이는 걸 보고 있거나 출렁이는 강물을 보고 있거나 밤에 현란한 네온 싸인의 움직임에 민감하며 어지럼증을 느낀다고 이야기하였다. 그들 모두 놀이공원에서의 전정자극을 혐오하고 있었으며 극장에서 영화를 보는 중에 어지럼증을 느낀다는 환자도 있었다.

약물치료에 대한 반응

40명의 환자 중 일차약으로 propranolol을 선택한 환자는 19명이었으며 15명의 환자에서는 flunarizine을 그리고 3명의 환자에서 dichloride를, 3명의 환자에서 항우울제(ami-triptyline)를 일차약으로 선택하였다.

약물치료에 대한 반응은 39명의 환자 중 1명이 일차약

으로 diuretics를 처방받고 어지럼증은 호전되었으나 두통 및 편두통 전조증상이 지속되어 propranolol로의 변환이후에 두통과 어지럼증 모두에 반응을 보이는 한 예를 포함한 모든 경우에서 50% 이상 두통 및 어지럼증의 호전을 보였다.

고 찰

편두통이 어지럼증을 보일 수 있다는 것은 19세기 말에 이미 제기되었으나 이에 대해 전반적인 연구가 이루어지기 시작한 것은 Kayan와 Hood의 연구가 발표된 1980년대 부터이며,⁷⁾ 이후에도 많은 보고들이 나오고 있다.^{3,8-10)}

편두통성 어지럼증의 임상양상은 매우 다양하다. 환자들은 기립성 저혈압과 유사한 증상을 보이기도 하고 자발성, 혹은 체위성 어지럼증을 호소하기도 하며, 어떤 경우에는 처음에는 자발성 어지럼증을 경험하다가 어지럼증 발작시기의 후기에는 체위성 어지럼증으로 변하기도 한다.^{11,12)}

환자들의 40~70%에서는 양성 발작성 체위변환성 어지럼증과는 양상이 다른 체위변환성 어지럼증을 그들의 질병 경과 중에 경험하기도 한다.^{7,13)} 본 연구에서는 양성 발작성 체위변환성 어지럼증의 전형적인 소견을 보이는 경우에는 편두통성 어지럼증으로 고려하지는 않았으며, 진찰상 Dix-Hallpike test상 소견이 없었으나 전기안진검사 시에 체위성 안진을 보이는 예가 3명 있었다. 양성 발작성 체위변환성 어지럼증 환자에서 편두통의 유병률을 포함한다면 더 많은 환자에서 편두통과 연관을 지을 수 있을 것으로 생각된다.

머리의 움직임에 의해 악화되거나 유발되는 발작적인 평형 이상을 보이는 head motion intolerance는 전정계의 문 제임을 말해주는 것으로 편두통성 어지럼증과 비전정성 어지럼증이 동일 환자에서 같이 발생할 수 있다.¹³⁾ 본 연구에서는 30%의 환자에서 머리의 움직임에 의해 어지럼증이 악화된다고 하였다.

편두통성 어지럼증은 IHS 기저편두통의 전조증상 진단기준에 합당하는 지속시간을 보이기도 않고 편두통과 시간적인 연관성도 없어서 두통이 항상 어지럼증을 동반하지는 않는다고 한다.³⁾ 어지럼증의 지속시간은 수초에서 수시간 그리고 때로는 수일간 지속될 수 있으며 심지어 일부 환자에서는 발작 이후 완전히 회복되는 데에 수 주가 걸리기도 한다.³⁾ 결국 10~30%의 환자는 전형적인 편두통 전조증상의 지속시간인 5~60분간 어지럼증이 지속되고 20~30%에서는 전조증상보다 짧으며 20~50%에서는 수시간 혹은 수일간 지속될 수 있다.⁸⁾

본 연구에서도 이와 유사한 소견을 보였으며 편두통성 어지럼증 진단에 어지럼증의 지속시간은 감별점이 될 수 없

리라 판단된다.

또한, 편두통성 어지럼증은 두통과의 시간적 연관성도 없어서 어지럼증이 두통의 전조증상처럼 선행하기도 하고 두통과 동시에 시작하기도 하며 두통보다 늦게 어지럼증이 생기기도 한다. 많은 환자들은 두통과 같이 혹은 두통 없이도 어지럼증 발작을 경험하고 어지럼증과 함께 두통이 사라지기도 하며 어지럼증과 두통이 전혀 같이 발생하지 않는 경우도 있다.^{8,13)}

본 연구에서는 75%의 환자에서 두통과 어지럼증의 시간적 상관관계에 대해서 무관하다고 하였으며 편두통의 전조증상을 지닌 14명의 모든 환자들은 때때로 어지럼증과 전조증상을 같이 가진다고 하여 Neuhauser에 의해 제시된 definite migrainous vertigo와 probable migrainous vertigo의 분류³⁾ 중 definite migrainous vertigo으로 분류되었다.

결국 두통과 어지럼증과의 시간적 관계가 불분명한 것으로 여기는 환자가 많으므로 환자와의 병력 중 편두통 환자이나 그렇지 않느냐가 편두통성 어지럼증 진단에서 가장 중요한 감별점이라 사료되었다.

때때로 어지럼증 발작 중에 편두통이 사라지는 것은 전정계와 삼차신경계와의 상호작용으로 추정되는데 편두통 발작 중에 시행한 칼로리 테스트 이후에 두통이 사라지거나 두통의 경감을 보인다는 연구결과가 이를 뒷받침한다.¹⁴⁾ 어지럼증 발작 중에 편두통이 사라진다는 것은 환자들이 느끼기에는 편두통 이후에 어지럼증이 오는 것으로 생각할 수 있는데 본 연구에서는 2명의 환자에서 편두통 이후에 어지럼증이 발병한다고 하였다.

청력감소와 이명은 편두통성 어지럼증의 주된 증상은 아니나 일부에서 동반할 수 있다는 보고도 있다.^{13,15)} 청력감소는 경하거나 일시적이며 병의 경과 중 진행하지 않는다고 하며 이러한 와우 증상은 어지럼증이 없는 시기의 편두통 환자에서 발견된다고 한다.⁷⁾ 본 연구에서는 환자들의 약 50%에서 이명과 이충만감과 같은 이과적인 증상을 동반하고 있었으며 편두통성 어지럼증 환자의 약 30%에서 어지러울 때 이러한 이과적인 증상을 동반하였다. 그리고 60대 환자 2명의 경한 편측성 난청환자를 노인성 난청이라 판단하고 제외하면 10대에서 40대의 환자 중에서는 7명의 환자 18%에서 편측에 저음역 청력감소 혹은 중등도의 편측 청력감소 소견을 보였으며 이 중 2명은 10대로 편측에 메니에르병에 합당한 저주파수 청력감소를 보였다. 이에 관해서는 편두통의 병태생리가 말초성 기관인 와우에 영향을 주어 청력감소 야기가 가능하다는 보고도 있다.⁴⁾

이와 연관되어 편두통과 메니에르와의 연관성도 제기되

고 있다.⁶⁾ Radtke에 따르면 편두통 환자의 유병률은 메니에르 환자에 있어서 56%로 대조군의 25%에 비해 높으며 메니에르 환자의 45%에서 적어도 한 번은 편두통증상으로 두통, 시각공포증, 전조증상을 경험하는 것으로 조사되었다. 메니에르병의 발병 동안에 편두통증상이 발생한다는 것은 병태생리학적으로 이들 두 질환이 연관이 있기 때문이라고 제안하였으며 편두통 자체도 청각-전정증상을 흔히 야기하기 때문에 현재의 진단 기준으로는 메니에르병과 편두통을 감별할 수 없을지도 모른다고 결론지었다.⁶⁾ 편두통이 내이에 영향을 끼쳐 영구적인 난청이나 전정기능의 저하를 야기할 수 있다는 임상적인 증거가 있으며 편두통 발병 중에 반복적인 혈류장애가 와우와 전정기능의 영구적 손상을 야기한다고 가정하고 있다.^{4,16-18)} 그러나 변동성 청력감소는 메니에르병의 특징이며 편두통에서는 청력이 거의 정상이며 감각신경성 난청이 거의 진행성을 보이지 않는다는 주장도 있다.¹⁹⁾

편두통성 어지럼증은 현재까지도 통용되는 임상적 진단 기준 없이 나름대로의 진단기준을 많은 저자들이 제시하고 있는 실정이다.

Neuhauser는 definite migrainous vertigo와 probable migrainous vertigo로 나누어 진단기준을 제시하며 어지럼증과 편두통과의 연관성을 제시하면서 어지럼증 및 두통 클리닉의 많은 환자들이 편두통성 어지럼증이라고 하였으며, 실제로 많은 편두통성 어지럼증이 비인지되고 있다고 하였다.²⁾

또한 Brandt는 편두통의 진단을 확실하게 할 특징적인 검사가 없기 때문에 진단을 위해서는 우선 많은 다른 원인질환, 예를 들면 메니에르병, 일과성 허혈성 발작(transient ischemic attacks) 혹은 신경혈관압박에 의한 vestibular paroxysmia를 우선 배제했다.²⁰⁾ 그래서 그는 편두통성 어지럼증의 진단 시 우선 감별해야 할 다른 질환을 생각하고 치료 후 반응이 없는 경우 편두통 예방치료를 하고 이 치료에 반응을 보이는 경우 편두통성 어지럼증으로 진단이 이루어진다고 그의 경험을 피력했다.²⁰⁾ 또한 Furman은 그의 저술 'Vestibular disorder : case study approach'에서 편두통 환자에서 메니에르병 발병 시에 편두통에 대한 치료와 메니에르병에 대한 치료를 동시에 해야 한다고 주장하였다. 그러나, 저자의 경우에는 메니에르병과 편두통의 진단이 동시에 이루어진 경우 편두통에 대한 치료 이전에 메니에르병에 대해 치료를 하였으나 발병이 없는 시기에도 편두통증상이 지속되어 1~2개월 후부터는 편두통 예방약제로 바꾸었고, 이 경우에 편두통치료가 메니에르병의 증상호전에 효과를 보인 1예가 있었다.

편두통 환자의 대부분에서는 경한 중추성 안구운동장애를

보일 수 있는데 단속성 시추적, 자발 혹은 주시유발안진과 체위성 안진의 소견을 무증상시기에 보일 수 있다고 한다.²¹⁾ 이 보고에서는 급성 편두통성 어지럼증이 있는 시기에 병적인 안진이 70%의 환자에서 관찰되었다고 하며 50%에서 증추성 전정기능장애의 소견을, 15%에서 말초성 전정기능장애를 보였으며 35%에서는 부위를 알 수 없었다고 보고하며 모든 환자들이 어지럼증 기간 중에 청력은 영향을 받지 않았다고 하였다.²¹⁾ 또 다른 보고에서는 무증상기 환자의 66%에서 경한 증추성 안구운동장애를 보였으며 수직성 단속성 운동장애(48%), 수평성 단속성 운동장애(22%), 주시유발안진(27%), 중등도의 체위성 어지럼증(11%), 자발안진(11%)을 보였다고 하며 청각학적 증상이 16%에서 동반되었다고 한다.³⁾ 그러나 본 연구에서는 대부분의 환자들이 무증상기에 검사가 이루어졌으며 칼로리 검사상 반고리관 마비가 10명(25%)에서 나타났으며 3명의 환자에서 체위성 어지럼증 소견을 보였다. 또한 7명(18%)의 환자에서 단속성 시추적 운동장애를 보였으며 4명(10%)의 환자에서 시운동성 검사에서 이상 소견을 보였으며 그 외에는 특별한 다른 소견을 보이지는 않았다. 반고리관 마비를 보인 쪽은 청력검사나 이과적인 증상(이명, 이충만감)과는 무관하였으며 두진 후 안진검사나 급속회전검사에서는 특이 소견을 보이지 않았다. 이러한 어지럼증에 대한 객관적 검사가 편두통성 어지럼증 진단에 큰 도움을 주지는 않아 각각의 전기안진검사 소견을 임상적인 진찰 소견과 비교하여 판단하는 것이 중요할 것으로 사료되며 특히 칼로리 테스트의 경우 이학적 소견과의 연계 없이 단독 검사로써 그 의미를 찾기는 어려운 것으로 사료되었다. 어지럼증을 주소로 이비인후과에 내원하는 경우 환자에게 직접 두통에 대해 물어야만 편두통에 대한 이야기를 하는 경우가 대부분이므로 편두통에 관한 병력청취가 가장 중요하였다.

결 론

편두통성 어지럼증 환자에서는 어지럼증과 두통이 같이 동반되어 온다는 것은 편두통성 어지럼증의 진단에 중요한 감별점은 아닌 것으로 생각되고 재발성으로 발병하는 어지럼증 환자에 있어서 편두통에 대한 병력은 필수적이라 여겨진다. 이명이나 이충만감과 같은 이과 증상이 어지럼증과 동반되는 경우도 메니에르병과 편두통의 세심한 감별이 필요하며 때로는 약물에 대한 반응을 보는 것이 감별에 필요하다고 생각된다.

편두통성 어지럼증은 이비인후과 의사나 신경과 의사에게 덜 인지되고 있는 어지럼증 질환으로서 그 진단적인 검

사방법의 부재로 인해 진단적인 검사방법을 가진 다른 어지럼증 질환에 대한 검사 및 약물치료 후 다른 질환의 배제 후에 이루어지는 질환으로 인식되는 바 환자의 병력에 의존하여 진단을 내려야 하는 경우가 대부분이다.

이에 어지럼증 환자를 대하는 이비인후과 의사에 있어서는 이에 대한 다양한 임상양상에 대한 분석과 진단적 기준을 마련하기 위한 노력이 필요하며 이미 확립된 어지럼증 질환과의 연관성도 많이 제기되고 있기 때문에 이에 관해 더 많은 연구가 필요할 것으로 사료된다.

중심 단어 : 어지럼증 · 편두통.

REFERENCES

- 1) Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. *Prevalence of migraine headache in the united states. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors.* JAMA 1992;267 (1):64-9.
- 2) Lempert T, Neuhauser H. *Migrainous vertigo.* Neurol Clin 2005;23 (3):715-30.
- 3) Neuhauser H, Lempert T. *Vertigo and dizziness related to migraine: A diagnostic challenge.* Cephalalgia 2004;24 (2):83-91.
- 4) Robert WB. *Neurotology of migraine.* Headache 1997;37:615-21.
- 5) Kronenke K, Price RK. *Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity.* Arch Intern Med 1993;153 (21):2474-80.
- 6) Radtke A, Lempert T, Gresty MA, Brookes GB, Bronstein AM, Neuhauser H. *Migraine and Meniere's disease: Is there a link?* Neurology 2002;59 (11):1700-4.
- 7) Kayan A, Hood JD. *Neuro-otological manifestations of migraine.* Brain 1984;107 (pt 4):1123-42.
- 8) Cutrer FM, Baloh RW. *Migraine-associated dizziness.* Headache 1992;32 (1):300-4.
- 9) Thakar A, Anjaneyulu C, Deka RC. *Vertigo syndromes and mechanisms in migraine.* J Laryngol Otol 2001;115 (10):782-7.
- 10) Crevits L, Bosman T. *Migraine-related vertigo: Towards a distinctive entity.* Clin Neurol Neurosurg 2005;107 (2):82-7.
- 11) Slater R. *Benign recurrent vertigo.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 1979; 42 (4):363-7.
- 12) Moretti G, Manzoni GC, Caffara P, Parma M. *"Benign recurrent vertigo" and its connection with migraine.* Headache 1980;20 (6):344-6.
- 13) Johnson GD. *Medical management of migraine-related dizziness and vertigo.* Laryngoscope 1998;108 (1 pt 2):1-28.
- 14) Kolev O. *How caloric vestibular irritation influences migraine attacks.* Cephalalgia 1990;10 (4):167-9.
- 15) Parker W. *Migraine and the vestibular system in adults.* Am J Otol 1991;12 (1):25-34.
- 16) Atkinson M. *Migraine and Meniere's disease.* Arch Otolaryngol 1962; 75:220-5.
- 17) Rassekh CH, Harker LA. *The prevalence of migraine in Meniere's disease.* Laryngoscope 1992;102 (2):135-8.
- 18) Parker W. *Meniere's disease. Etiologic considerations.* Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1995;121 (4):377-82.
- 19) Boyev KP. *Meniere's disease or migraine? The clinical significance of fluctuating hearing loss with vertigo.* Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2005;131 (5):457-9.
- 20) Thomas B. *A chameleon among the episodic vertigo syndromes: 'Migrainous vertigo' or 'vestibular migraine'.* Cephalalgia 2004;24:81-2.
- 21) von Brevern M, Zeise D, Neuhauser H, Clarke AH, Lempert T. *Acute migrainous vertigo: Clinical and oculographic findings.* Brain 2005; 128 (pt 2):365-74.