

## 돌발성 난청에 관한 연구

이화여자대학교 의과대학 이비인후과학교실

문 영 일

=ABSTRACT=

### A Study of Sudden Hearing Loss

Young Il Moon, M.D.

*Department of Otolaryngology, College of Medicine, Ewha Womans University*

Sudden hearing loss is an accepted abbreviation for the more complete term, idiopathic sudden sensorineural hearing loss.

Numerous definitions of this entity have been offered. It is distinguished from other forms of sensorineural hearing loss by the rapidity of its onset, which may be within a moment or over a few days.

The treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss is treatment of symptom, not a disease, for which no specific causes are definitely known.

A clinico-statistical survey was performed on 39 cases of idiopathic sensorineural hearing loss at the department of Otolaryngology, Ewha Womans University during the past 6 years from January 1978 to August 1984.

The results were as follows :

1) The occupation of the patients are employee of a company( 38.5%), commerce ( 17.9%), house wife( 15.4%), no occupation ( 15.4%), police man(7.7%) and soldier ( 5.1%).

2) Among configuration of the initial pure tone audiometry, profound high tone loss was found in 35.8%, severe hearing loss in 25.6%, moderate severe hearing loss in 20.5%, moderate hearing loss in 12.8%, mild hearing loss in 5.1%.

3) On the combined symptoms with sudden hearing loss, there was tinnitus in 46.2%, vertigo in 20.5%, tinnitus with vertigo in 17.9%, headache in 15.4%.

4) On the combined other diseases with sudden hearing loss, there was hypertension in 28.6%, diabetes mellitus in 19.0%, allergy in 19.0%, Influenza in 14.4%, arteriosclerosis in 9.5%, psychogenic deafness in 9.5%.

5) On the possible etiologic factors, 15.4% of them were hypertension, viral disease in 12.8%, diabetes mellitus in 10.3%, allergy in 10.3% and unknown origin in 15.4%.

- 6) Early treatment with low salt diet and bed rest had favorable results.
- 7) Our treatment method of In-patient were as follows :
  - a) The patient was hospitalized for at least 3 days.
  - b) Nicotinic acid in a flushing dose ( 50-300mg) given before meals and at bed time until hearing stabilized for at least 3 weeks.
  - c) 10% Dextran, 500cc every 12 hours for 3 days.
  - d) Prednisolon, 10 mg 3 times daily for 10 days then given in reduced amount to zero over 10 days.
  - e) Benadryl, 50 mg 4 times daily orally or by injection until the hearing stabilized for at least 3 weeks.

Treatment method of Out-patient :

- a) Absolute bed rest for 1 week and avoid every stimuli.
- b) Nicotinic acid therapy, prednisolon therapy and benadryl therapy were given as in-patient method.
- c) Ascorbic acid, ATP, thiamine hydrochloride were given.
- d) Low salt diet.

## 서      론

난청은 여러가지 많은 질환이 그 원인이 되고 있으며 서서히 진행되는 것이 보통이다. 그러나 이비인후과 영역에서 응급으로 취급하게 되는 것으로 돌발성 난청이 있는데 이런 환자는 대단히 불안해 하며 대개의 경우 편측성으로 오게 된다. 종종 청력이 저하만 되고 있는지 혹은 완전히 탈락되어 있는지를 구별하지 못하여 치료시기를 상실하는 경우가 있어서 여러가지 비슷한 질환과 감별하는 것이 중요하다. 원인없이 돌발적으로 고도의 갑작 신경성 난청이 발생하므로 돌발성 난청이라고 명명하고 있으며 이 중에는 외상, 매독, 내이염, 유행성이하선염 등으로 원인이 규명되어 원인치료를 시행할 수 있는 것도 있으나 원인이 불명한 것으로는 바이러스 감염과 내이혈관 순환장애 등을 주장하고 있어 이에 준하여 원인치료를 시행하고 있는 실정이다.

### 관찰대상 및 방법

1978년부터 1984년까지 6년동안 이화여자 대학교 의과대학 이비인후과에서 치료한 39명의 돌발성 난청 환자를 대상으로 하였는데 이 중에는 입원하여 치료를 받은 환자와 외래로 통원가료를 받은 환자를 모두 포함하였다. 이들 환자는 과거에 이질환에 이환된 경험이 없으며 정상청력을 가졌던 환자로서 이들에게 이비인후과적 이학검사 및 순음청력검사를 시행하였다.

#### 1) 환자의 직업분포

회사원이 15예(38.5%)로 가장 많았으며 이 중에는

2예(5.1%)의 여회사원이 포함되어 있었다. 다음이 상업에 종사하는 사람으로 7예(17.9%)의 남자, 2예(5.1%)의 여자가 포함되어 있었다. 다음이 주부와 직업이 없는 환자가 각각 6예(5.1%), 경찰관이 3예(7.7%), 군인이 2예(5.1%) 순이었다 (Table 1).

#### 2) 측별분포

난청이 나타난 부위는 우측이 22예(56.4%), 좌측이 12예(30.7%), 양측이 5예(12.9%)로 우측이 가장 많았으며 좌측과 우측중 어느 한쪽에 나타난 것이 대부분이었다 (Table 2).

#### 3) 연령 및 성별분포

연령분포는 최하 11세로부터 최고 58세까지였으며 이 중 30대에서 50대까지가 29예로써 대부분을 차지하고 있었다. 성별분포는 남자가 27예(69.2%), 여자가 12예(30.8%)로 남자에게서 많이 발생하였다.

Table 1. Occupation of patients ( ): female

Occupation	NO. of patients	%
An employee of a company	15 (2)	38.5 %
Commerce	7 (2)	17.9 %
House wife	(6)	15.4 %
No occupation	6 (2)	15.4 %
Police man	3	7.7 %
Soldier	2	5.1 %
Total	39	100 %

Table 2. Site incidence of involved case

Site	NO. of case	Percent
Rt. side	22	56.4 %
Lt. side	12	30.7 %
Both sides	5	12.9 %
Total	39	100 %

Table 3. Age and sex distribution

Age	Sex		Total	Percent
	Male	Female		
11 - 20	2	1	3	7.7 %
21 - 30	4	3	7	17.9 %
31 - 40	7	2	9	23.2 %
41 - 50	8	2	10	25.6 %
51 - 60	6	4	10	25.6 %
Total	27	12	39	100 %

Table 4. Interval before visit

Day	NO. of patients	Percent
onset - 3	6	15.4 %
4 - 7	14	35.9 %
7 - 14	10	25.6 %
15 - 30	5	12.8 %
30 -	4	10.3 %
Total	39	100 %

(Table 3).

4) 초진까지의 기간

발병되어 내원하기까지의 기간은 발병당일로부터 1개월 후까지 다양하였으며 대부분이 15일 이내에 내원하였다 (Table 4).

5) 발병시간

아침에 기상하자마자 곧 난청을 발견한 사람이 18예 (46.2%)로 가장 많았으며, 저녁에 8예 (20.5%), 밤에 8예 (20.5%), 오후의 5예 (12.8%) 순이었다 (Table 5).

6) 내원시 난청의 정도

완전 농이 14예 (35.8%)로 가장 많았고, 고도난청 10예 (25.6%), 중등고도 난청, 8예 (20.5%), 중등도 난청, 5예 (12.8%), 경도난청 2예 (5.1%) 순이었다 (Table 6).

Table 5. Time of onset

Time	NO. of patients	Percent
Morning	18	46.2 %
Afternoon	5	12.8 %
Evening	8	20.5 %
Night	8	20.5 %
Total	39	100 %

Table 6. Initial hearing loss by pure tone audiometry

Degree of hearing loss	NO. of patients	Percent
Mild hearing loss	2	5.1 %
Moderate hearing loss	5	12.8 %
Moderate severe hearing loss	8	20.5 %
Severe hearing loss	10	25.6 %
Profound hearing loss	14	35.8 %
Total	39	100 %

Table 7. Type of hearing loss

Type of hearing loss	NO. of patients	Percent
Low frequency hearing loss	7	18.0 %
Flat form hearing loss	11	28.2 %
High frequency hearing loss	13	33.3 %
Total hearing loss	8	20.5 %
Total	39	100 %

(Table 6).

난청형의 분포

고음성 난청이 13예 (33.3%)로 가장 많았으며 수평형의 형태를 가진 난청이 11예 (28.2%), 전음역 난청이 8예 (20.5%), 저음성 난청의 7예 (18.0%) 순으로써 대부분이 감각 신경성 난청을 나타냈다 (Table 7).

8) 예상되는 원인성 인자

고혈압과 당뇨병으로 인한 내이의 혈관 장애로 추측되는 것이 10예 (25.7%)로 가장 많았으며, 바이러스 감염으로 기인된 것으로 추측되는 것이 5예 (12.8%),

**Table 8. Possible etiologic factors**

Etiologic factors	NO. of patients	Percent
Hypertension	6	15.4 %
Viral infection	5	12.8 %
Diabetes mellitus	4	10.3 %
Allergy	4	10.3 %
Explosion	3	7.7 %
Ototoxic drug	3	7.7 %
Arteriosclerosis	2	5.1 %
Menieres syndrome	2	5.1 %
Pregnancy	2	5.1 %
Trauma	2	5.1 %
Unknown	6	15.4 %
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

**Table 9. Combined symptom**

Combined symptom	NO. of patients	Percent
Tinnitus	18	46.2 %
Vertigo	8	20.5 %
Tinnitus with Vertigo	7	17.9 %
Headache	6	15.4 %
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

알레르기가 4예 (10.3%)였으며 원인불명이 6예 (15.4%)였다 (Table 8).

9) 난청과 동반된 증상

이명이 18예 (46.2%)로 가장 많았으며 현운이 8예 (20.5%), 이명과 현운이 같이 나타난 것이 7예 (17.9%), 두통이 6예 (15.4%)였다 (Table 9).

10) 합병되었다고 추측되는 전신질환

전 39예중 전신질환을 가졌다고 추측되는 것이 21예인데, 고혈압이 6예 (28.6%)로 가장 많았으며, 당뇨병과 알레르기가 각각 4예 (19.0%), 인플루엔자가 3예 (14.4%), 임신과 신경성 농이 2예 (9.5%)였다 (Table 10).

11) 치료효과

완전히 회복된 것이 11예 (28.2%), 회복되지 않은 것이 11예 (28.2%)로 같은 비율을 차지하고 있었으며, 경도회복이 9예 (23.1%), 부분회복이 8예 (20.5%)였다. 여기에서 경도회복은 15dB이상의 청력회복이 있으나 최종 청력이 45dB보다 나쁜 군이며 부분회복은 15dB이상의 청력회복이 있으나 최종 청력이 25dB~

**Table 10. Combined general disease**

Combined general disease	NO. of patients	Percent
Hypertension	6	28.6 %
Diabetes mellitus	4	19.0 %
Allergy	4	19.0 %
Influenza	3	14.4 %
Arteriosclerosis	2	9.5 %
Psychologic deaf	2	9.5 %
<b>Total</b>	<b>21/39</b>	<b>100 %</b>

**Table 11. Result of treatment**

Result of treatment	NO. of patients	Percent
No improvement	11	28.2 %
Slight improvement	9	23.1 %
Partial recovery	8	20.5 %
Complete recovery	11	28.2 %
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

45dB사이의 군을 말한다 (Table 11).

12) 치료방법

(1) 입원환자에 대한 치료방법

① 적어도 3일이상 10일 이내의 입원가료를 시행하였으며 저염분 식사를 하도록 하였다.

② Nicotinic acid, 하루 50mg로 시작하여 300mg까지 투여하였는데 안면에 홍조를 떠올 정도까지 식전과 취침전에 투여하였다.

③ 10% Dextran 500C.C 를 12시간 간격으로 정맥주사 하였다.

④ Prednisolon 10mg을 하루 3번 경구투여하였는데 약 10일 동안에 걸쳐 점차 감량하면서 투여하였다.

⑤ Benadryl 50mg을 하루 4번 경구 혹은 주사로 투여하였다.

⑥ 환자에게는 가급적 각종 자극을 피하도록 하였다.

2) 외래환자에 대한 치료방법

① 절대안정을 취하게 하면서 각종 자극을 피하도록 하였다.

② Nicotinic acid, prednisolon, benadryl 요법은 입원환자와 동일하게 투여하였다.

③ Ascorbic acid, ATP, thiamine hydrochloride 요법도 병행하였다.

## 고 안

돌발성 난청이라는 명칭은 비교적 최근에 사용하게 된 것으로 이 범주에 속하게 되는 질환들은 그전부터 알려져 있었다. Politzer (1901)가 Akustikuslähmung 이라고 호칭한 것이나 Kobrak (1922)이 Angioneurotische Oktavuskrise라고 호칭한 것 중에는 오늘날 돌발성 난청이라고 불리워져도 타당할 증례가 포함되어 있다. 그러나 더욱 이목을 끌기 시작한 것은 De Kleyne (1944)이 21예의 증례를 발표한 이래로 계속하여 많은 보고가 뒤따라 발표되게 되었다. 특히 문제가 되는 것은 Meniere's 증후군처럼 근래에 와서 그 증례가 차차로 증가되는 경향이 있다는 사실이다. 본 질환의 성인에 관해서는 확실한 정설이 없으며 돌발적으로 난청이 나타나는 질환 중에는 예를 들면 음향의상, 기압의상, 두경부 외상, 매독, 유행성 이하선염, 이(耳)헬레스 등처럼 원인이 확실한 것도 있으나 진정한 의미에서는 이렇게 원인이 뚜렷한 것은 진정한 돌발성 난청은 아니고 오히려 감기나 육체적 혹은 정신적 피로가 유인이 될 수 있다. 그러나 돌발적으로 난청을 일으키는 질환이나 병적상태이면서, 증상이 거의 돌발성 난청과 흡사한 것으로 매독, 당뇨병, 임신 산욕, 고혈압, 청신경 종양, 심인성 난청등이 있으므로 경우에 따라서는 이런 질환등과 감별을 요할 때가 있다. 본 질환에 대한 증례의 보고를 보면 순환기 장애에 의한다고 주장한 사람이 많다 (Halleberg 1956, Bolognesi 1960). 내이의 동맥은 중말동맥이면서 부혈행이 없다. 따라서 그 도중에 무엇인가 장애가 일어나면, 그로부터 말단부는 곧 혈류가 끊겨서 순환장애에 의한 영향을 받게 된다. 이것에 관하여 Fowler (1950)는 유인으로써 정신적 자극을 중시하였고 이것이 자율신경을 통하여 내이의 순환장애를 초래한다고 보고하고 있다. 또 다른 설로서 Beickert (1956)는 경추이상을 중시하여, 이것에 의한 기계적 자극이 경추동맥이나 경부 교감신경을 통하여 내이에 영향을 미친다고 하였다. 또 한편 바이러스 감염에 의한 중독성 신경염을 성인으로 생각하는 사람도 있다. 본 조사에서 나타난 결과로도 합병되었다고 추측되는 전신질환으로 39예중 21예에서 고혈압, 알레르기, 인플루엔자, 임신, 신경성 농 등이 있는 것은 본증과 감별되어야 할 사항이었다. 그러나 돌발성 난청은 일반적으로 원일불명으로 되어 있으나 원인이나 유인이 비교적 명확한 것으로 돌연히 발생하는 난청도 있을 수 있다. 돌발성 난청을 진단함에 있어서는 우선 본증이 단순한 증상이나 증상군이 아니라 하나의 독립된 질환이라는

것을 인식할 필요가 있다. 따라서 그 병태에는 몇가지의 특징이 있으므로 그것을 잘 포착하여야 한다. 난청을 호소하는 환자가 내원하였을 때, 돌발성난청 환자는 반드시 그 난청이 돌발적으로 발생하였다고만 호소하고 있지는 않는다는 것이다. 따라서 난청환자의 진료에 임할 때는 우선 그 발생이 급하였나, 혹은 완만하였나를 문진하는 습관을 가질 필요가 있다. 돌발성 난청의 진단에는 세가지 관점이 있다. 첫째로 고막의 정상여부를 확인하는 것이다. 대개는 정상고막을 가지고 있으며 본 조사에서도 거의 전예가 정상고막이었다. 두번째는 순음청력검사 결과 50dB 이상의 감각 신경성 난청이 있는 것인데 고음성인 것과 대체로 수평형을 이루는 것이 많았고 그 다음으로 전음역 난청과 저음성 난청순이었다. 돌발성 난청은 와우의 어느 조직 즉 혈관, 신경, 혈관조, 유모세포, 개막(蓋膜) 및 내이액 중 어느것이나 병변이 있으면 발생할 수 있다. 그러나 野村(1975)가 주장한 것을 보면 와우에는 부위별 특성이 있어서 동일조직에 동일 원인으로, 동일 정도의 병변이 발생하여도 임상상은 어느정도 다르게 나타날 가능성이 있다는 것이다. 최근 돌발성 난청에 대하여 일반의 관심이 고조되고 있음에 따라 조기에 내원하는 증례가 증가하고 있다. 그 중에는 자연 치유에도 포함되어 있으며 치유 내지는 개선되는 비율은 치료법에 따라 그다지 큰 차이를 인정할 수 없다는 인상을 받고 있다. 임상적으로 돌발성 난청으로 진단된 것은 원인 및 성인이 다른 몇가지 질환군이 아닌가 추측된다. 그 중에는 발병당시부터 청력이 호전될 가능성이 전혀 없는 것, 치료없이도 자연히 호전되는 것, 치료에 따라 비로서 호전되는 것 등으로 나눌 수 있다. 따라서 치료함에 따라 효과가 기대되는 것에 대해서만 치료가 필요하게 되나 감별이 곤란하기 때문에 쓸데없는 치료도 시행되고 있음을 시인하지 않을 수 없다. 난청이 나타난 시간을 보면 아침에 기상하자마자 발견한 예가 가장 많은 것은 이승, 김등, Siegel 및 Paparella 등의 보고와 일치하고 있다. 연령분포를 보면 30대에서 50대까지가 대부분을 차지하고 있어 Meyerhoff, Shaia 및 Sheehy의 보고와 일치하고 있었으며 성별분포는 남녀비가 약 2 : 1로 남자가 많은 것도 다른 보고자들과 일치하고 있다. 난청의 정도에 관하여 보면 돌발하는 고도의 난청으로 규정하고 있는 보고가 가장 많고 그 이외에는 고도의 감각 신경성난청으로 보고되어 있다. 고도의 난청이 아니면 돌발성으로 감지되지 않는 것으로 생각되나 일측 저음역의 30dB 정도의 손실에서도 돌발성으로 감지하는 환자가 상당수에 달하고 있다. 중등도와 경도의 난청을 포함시킨 것은, 그것이 발증 후 수일을 경과하고 있을 경

우에는 자연히 경쾌되어 초진시의 경도난청으로 된 것으로 생각된다. 자연치유예를 보더라도 발증 후 수일 내에 자연치유되는 예가 많다. 초진시의 청력과 발증 당시의 청력과는 같지 않으므로 돌발성의 발증으로 자각한 것은, 초진시의 청력손실이 경도라고 할지라도 돌발성 난청에서 제외해서는 안된다. 만약 고도의 청력 손실의 것에 한정되면 고도손실이라는 것을 정의하여 야만 된다. 경도 저음성 돌발성 난청은 결코 희유한 것은 아니다. 왕왕 이런 증에는 이관협착증 등으로 잘못 진단되어 통기요법등을 계속하는 수가 있다. 이렇게 판단하게 되는 것으로는, 첫째로 돌발성 난청의 초 발증상으로써 이폐색감, 저조성의 이명등이 동반되는 경우가 많으므로 이관협착증의 증상과 유사하기 때문이다. 두번째로, 독감이나 인플루엔자 뒤에 발생하는 난청, 이폐색감은 보통 임상에서 흔히매하게 되는 중이 카탈이나 이관 협착증을 생각하게 되나 돌발성 난청도 감기같은 증상을 보인 후에 나타나는 증례가 많다는 것도 유의해야 할 것이다. 三宅 (1975)에 의하면 약 34%에 이른다고 보고하고 있다. 본 조사에서는 14%의 인플루엔자 환자에게서 본증이 발생하였다. 셋째로, 순음 청력검사시 골도검사의 마스크를 잘 하지 않으면 마치 전음성 난청과 같은 청력도를 얻게되므로 저음역에 대한 마스크를 철저히 시행하여야 한다. 이처럼 돌발성 난청의 진단을 소홀히 하여 확진을 하지 못할 때가 있는데, 우선 돌발성 난청이라는 질환을 염두에 두고 정확한 청력검사를 시행하며, 발병 당시의 병력을 잘 취취할 필요가 있다. 오히려 이런 형의 돌발성 난청에 현운을 동반할 때 메니엘씨 증후군으로 진단을 하게 되는 경우도 생각할 수 있다. 치료개시까지의 일수가 예후를 좌우한다는 것이 많은 연구자들이 주장하고 있는 공통점이다. 더 세밀하게 살펴보면 발증 3일 이내의 것과 7일 이내의 것, 14일 이내의 것과의 치료성적 간에는 명확한 차이가 있다고 보고하고 있다. 발증 3일 이내에 치료를 개시하는 것이 본증의 치료상 중요한 요점이다. 그러나 발증 후 3일 이내에 내원한 예가 본 조사에서는 15.4%에 불과했고 대부분 4일에서 2주일 이내에 내원하고 있다. 발증 3일 이내에 내원한 것으로 三宅 (1975)는 16.2%, 太田 (1975)는 18.5%를 보고하고 있어 본 조사와 대동소이 하였다. 난청의 형태를 보면, 고음역 만이 선택적으로 장애되는 소위 고음 급추형과, 가청주파 전역에 걸쳐 장애되는 소위 전음역 장애형으로 비교적 명확하게 구별되어, 이 두 형태의 것이 대부분을 차지하고 있다 (切替 등, 1963). 저자가 조사한 결과도 이 두가지 형의 것이 82%로 가장 많았다. 발병 직후 혹은 초기에 있어서는 전음역 장애이던 것이 일정기간이 경과함에

따라 저음역으로부터 회복되어 고음 장애형으로 변화하는 것도 있다. 切替 등 (1966)은 청력이 회복하는 것은 발명후 1개월 이내이며, 그 이후가 되면 거의 변동하지 않는다고 보고하고 있으나 이 사실은, 본 질환의 치료시기가 발명후 1개월을 경과하면 청력회복의 가능성이 희박해 진다는 것을 시사하고 있다. 본 조사에서도 완전히 회복된 28.2%와 회복되지 않은 28.2%가 이 경우에 해당하고 있었다. 다행스러운 것은 돌발성 난청은 대부분 편측성이어서 양측성인 경우가 드물다는 것이다. 鈴木 (1974)는 양측성인 것을 10%, 李 (1983)는 19%라고 보고하고 있으며 본 조사에서도 이와 비슷하게 12.9%로 나타나 있다. 이 명은 정도의 차이는 있으나 대부분에서 나타나는 수반증상이며 난청과 함께 이명을 자각하는 예가 대다수이나 이명이 선행하는 경우도 있다. 반대로 난청이 생긴 후에 이명이 뒤따르는 경우는 비교적 적다. 현운과 같은 전정증상은 이명과는 달리 동반하는 경우도 있고 없는 수도 있어 일정치가 않다. 현운의 빈도에 대하여 조사한 것을 보면 30%이하라고 한것으로부터 80% 이상이라고 한것까지 보고자에 따라서 상당한 차이가 있다. 본 조사에서는 약 33.3%의 조사결과를 나타내고 있다. 현운과 같은 전정증상이 추가 되면 메니엘씨 증후군과 어떻게 구별하느냐가 문제가 되는데, Lindsay 등 (1950)은 돌발성 난청은 단 한번의 발작이 고도의 난청을 야기하는 것에 반하여 메니엘씨 증후군에서는 현운발작이 반복되는 것과, 청력과 현운발작의 반복에 따라 단계적으로 천천히 악화되어 가는 예가 많은 것으로 감별이 가능하다고 하였다. 본 조사에서도 이와같은 애매한 증례를 경험할 수 있었다. 돌발성 난청의 치료로는 병인이 확실하지 않기 때문에 치료도 확정된 것이 없다. 치료의 제 1 목표는 육체적, 정신적인 안정을 도모하는 것이다. 따라서 가능한 한 입원치료를 원칙으로 한다. 그러나 환자측의 사정으로 입원보다는 통원치료쪽을 택하려는 환자가 상당히 있었다는 것이 유감이었다. 돌발성 난청은 자연회복이 되는 증례가 종종 있으나 치료를 받은 증례에 비하면 그 성적이 불량하므로 적극적으로 치료를 시행할 필요가 있다. 또 순환장애실을 기초로하여 내이의 혈행장애를 개선할 목적으로 혈관확장제인 nicotinic acid를 빈번히 사용한다. 10% Dextran 500C.C.를 12시간 마다 3일동안 매일 정맥주사하며 자율신경을 통하여 혈관에 작용하는 약물인 필로칼핀, 혹은 각종 자율신경 차단제 및 조정제등을 사용한다. Stellate block도 이런 목적으로 사용된다. 만약 혈전에 의한다고 생각된다면 혈구응집을 원해시킬 목적으로 헤파린, 데카마를 등 항응혈제의 사용이 권장되나 이때에는 푸로도름빈

치의 측정등에 주의를 기울여야 한다. 이밖에 조직의 병변을 개선할 목적으로 대사개선 및 부활제인 비타민 B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>12</sub>, ATP 등을 사용하며 부종을 제거하며 한편 항염증 목적으로 스테로이드 호르몬 또는 항 바이러스 요법으로 항생물질 투여도 고려한다. 저자의 시험예를 통하여 관찰하건데 완전히 회복된 11예의 증례는 대부분 발병후 7일 이내에 내원하였으며 회복하지 못한 11예는 대부분 20일 내지 1개월 후에 내원하였거나 통원가료등으로 소극적인 치료를 받은 환자군이였다. 결론적으로 본 질환의 치료에 있어서 가장 중요한 것은 치료개시일까지의 일수인 것이다. 발병후 치료개시까지의 일수가 짧을수록 청력개선의 가능성이 크고, 발병후 시간이 경과될수록 그 가능성이 현저히 감소한다는 것이다. 1개월 이후에 치료를 개시한다면 청력회복의 희망은 거의 없다고 보아도 무방할 것이다.

## 결 론

돌발성 난청은 난치성 질환의 한가지로써 취급된 이래로 초기에 내원하는 환자의 수가 증가하고 있으며, 조기진단과 조기치료 개시가 청력회복등의 예후에 절대적인 요건이 되기 때문에 가능한 한 입원치료를 통하여 적극적인 치료가 절실히 요구되고 있다. 본 질환의 성인에 대하여는 정설이 없으며 원인이 규명된 질환중에서 돌발성 난청과 유사한 질환이 많기 때문에 정확한 진단을 통하여 진정한 돌발성 난청을 가려내는 것이 중요하리라고 생각된다.

본 조사에서 경험한 39예중 완전히 회복된 증례가 11예, 회복이 안된 증례가 11예로 그다지 좋은 결과를 얻지는 못하였으나 앞으로 본 질환의 정확한진단과 아울러 조기입원치료가 강력히 요구되리라고 사료된다.

## REFERENCES

- 1) Beikert P: Plötzlich auftretende einseitige Ertaubung and ihre Behandlung Z Laryng 1956, 35 : 384.
- 2) Bolognesi AVB: Sudden deafness, Arch Otolaryng 1960, 72 : 31.

- 3) De Kleyn: 鈴木篤郎의 難聽에서 引用 1974, 95.
- 4) Fowler EP: Sudden deafness, Ann Otol Rhin Laryng 1950, 59 : 980.
- 5) Hallberg OE: Sudden deafness of obscure origin, Laryngoscope 1956, 66 : 1237.
- 6) 金宗善·金鎮永·盧寬澤: 突發性難聽의 臨床的分析, 韓耳咽誌 1984, 27 : 121.
- 7) 切替一郎·石井哲夫·野末道彦: Sudden deafness of the 聽力型について, 耳喉, 1963, 35 : 437.
- 8) 切替一郎·井出大二·中村賢二: Sudden deafness of the 豫後, 耳喉, 1966, 38 : 575.
- 9) Kobrak: 鈴木篤郎의 難聽에서 引用, 1974, 95.
- 10) 이병희·이민형·강백: 돌발성 난청의 임상적고찰, 韓耳咽誌, 1983, 26 : 465.
- 11) Lindsay JR and Zuidema JJ: Inner ear deafness of sudden onset, Laryngoscope, 1950, 60: 238
- 12) Meyerhoff ML: Sudden deafness, Texas Med J 1976, 72 : 80.
- 13) 三宅弘: 突發性難聽의 診斷と治療, 耳鼻科臨床, 1975, 68 : 1200.
- 14) 野村恭也: 突發性難聽의 診斷と治療, 耳鼻科臨床, 1975, 68 : 1198.
- 15) 太田文彦: 突發性難聽의 診斷と治療の問題點, 1975, 68 : 1193.
- 16) Politzer: 鈴木篤郎의 難聽에서 引用, 1974, 95.
- 17) Shaia F and Sheehy J: Sudden sensorineural hearing impairment: a report of 1220 cases, Laryngoscope, 1976, 86 : 389.
- 18) Siegel LG, and Paparella MM: Progress report: The national registry for idiopathic sudden deafness. In proceedings of Shambaugh fifth international workshop on middle ear micro-surgery and fluctuant hearing loss. Shambaugh, GE Jr and Shea JJ (Ed) 1977, 458-469.
- 19) 鈴木篤郎: 難聽, 金原出版, 1974, 95 - 100.
- 20) 設樂哲也: 突發性難聽의 診斷と治療, 耳鼻科臨床, 1975, 68 : 1195.
- 21) 立木孝: 突發性難聽의 要點, 耳鼻科臨床, 1975, 68: 1197.