

SLE 유사 환자 치험 1례

연경진 · 정현아 · 노석선

대전대학교 한의과대학 안이비인후피부과학교실

An Analogous Case of Systemic Lupus Erythematosus

Kyung-jin Yeon · Hyun-a Jeong · Seok-seon Roh

Systemic lupus erythematosus is a disease of unknown etiology that affects many organ system and is characterized by the presence of multiple autoantibodies that participated in immunology mediated tissue injury.

A 36 years-old female patient was admitted to ward due to high fever and erythematous rash on face and hole body. She exhibited itching sense, joint pain, nausea, fatigue, sensitivity to light.

The homatologic finding revealed anemia, decrease of lymphocyte, low platelet count, but LE cell, Anti nuclear antibody(ANA) were negative.

In the point of Differentiation of Syndrome(辨證), SLE can be thought to be a category of Seasonal febril disease(溫病). This subject diagnosed as Domination of intense evil heat(熱毒熾盛), and was administrated with Chungonpadocyem-gamibang(清瘟敗毒飲加味方).

The clinical and laboratory findings of our patient were improved by herb medication, acupuncture therapy and general supportive measure.

Key words : Systemic lupus erythematosus, Seasonal febril disease(溫病), Domination of intense evil heat(熱毒熾盛)

서론

Lupus는 늑대라는 뜻의 라틴어에서 유래한 말로 얼굴에 일어나는 발진의 모양이 마치 늑대에게 물린 자국과 비슷하다고 하여 1851년 처음 Lupus란 병명이 사용되었다. 그 후 피부에 나타나는 발진이 염증으로 빨갱게 되는 현상 때문에 홍반성 루프스라 하였고, 다시 1872년 피부뿐 아니라 전신에 염증을 동반한다는 것을 밝혀낸 뒤 전신성 홍반성 루프스라고 부르게 되었다¹⁾.

교신저자: 연경진, 대전시 중구 대흥동 22-5
대전대학교 한의과대학 안이비인후피부과학교실
(Tel. 042-229-6860, 011-9839-9706, E-mail:hayear@hanmail.net)

전신성 홍반성 루프스(systemic lupus erythematosus, SLE)는 류마티스 질환의 일종으로 피부, 관절, 근육, 혈액과 신장 등 신체의 각 기관과 조직에 만성적인 염증을 일으키는 자가면역질환이다²⁾.

한의학에서는 역대문헌상 SLE와 일치하는 내용은 찾아볼 수 없으나 근대 중국에서는 SLE의 특징적인 안면발진으로 인해 紅蝴蝶이란 명칭으로 부르기도 하며 본병의 임상증상에 근거하면 溫毒發斑, 陰陽毒, 虛損, 痺症 등과 관련이 있다³⁾.

이⁴⁾는 중국 자료를 중심으로 病理 및 治法에 대해 고찰하였고, 정⁵⁾은 역대문헌 고찰을 통해 증상에 대응되는 痺症, 陽毒發斑, 虛勞, 脇痛, 懸飲, 胸痛, 喘咳, 水腫 등의 범주에 속한다고 하였으나, 임상 치험에 대해서는 류⁶⁾가 1례를 발표한 외에는 없었다.

저자는 발열과 홍반, 관절통을 주증상으로 하는 SLE 유사 환자를 경험하고 熱毒熾盛의 溫病으로 변증하여 清瘟敗毒飲加味方을 투여하여 좋은 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

증례

1. 환자 : 이 ○ ○, F/36
2. 치료기간 : 2004년 5월 4일 - 5월 27일
3. 주소증
 - 1) 발열
 - 2) 전신 홍반, 소양
 - 3) 오심, 식욕부진, 소화불량
 - 4) 관절통, 무력감
4. 발병일, 발병동기 : 2004년 4월 5일경 처음 시작되어 5월 4일부터 악화됨, 심한 과로와 스트레스 겪은 후
5. 과거력 : 2002년 4월에도 상기와 같은 증상으로 서울대, 성모 병원에서 검사상 진단받지 못하고 한달간 입원치료하였으나 별무호전하여 본원에서 26일간 입원치료한 뒤 호전되었음.

6. 진단적 검사

- 1) 흉부 방사선 : 이상소견 없음
- 2) Lab finding : Table 1,2 참조
(단, 정상범위의 검사항목은 생략함)

Table 1. LFT

LFT	정상범위	5/7	5/11	5/17
AST	0-34IU/L	202	888	41
ALT	0-38IU/L	100	489	60
r-GTP	0-30IU/L	102	542	364
LDH	225-450U/L	1412	2471	검사안함
ALP	64-300IU/L	305	1168	730
T.Bill	0.2-1.2mg/dl		1.4	0.5
D.Bill	0-0.5mg/dl		0.6	0.2

Table 2. CBC

CBC	정상범위	5/7	5/11	5/17
Lympho	15-45%	8.3	50.2	
Mono	2-10%	0.5	9.5	
Seg	40-80%	91.2	40.3	검사안함
ESR	0-15mm/hr	22	11	
RBC	400-60010 ⁴ /μl	395	372	
Hgb	12-16g/dl	12.1	11.7	
Platelet	15-4510 ⁴ /μl	3.5	9.7	47.4

- 3) U/A : 이상소견 없음 (5/14)
- 4) Serology Test : CRP 2.29
- 5) EKG : Sinus tachycardia
- 6) LE cell : negative
- 7) Anti nuclear ab(QL) : negative
7. 진단
 - 1) 한방적 : 溫病의 熱毒熾盛型
 - 2) 양방적 : R/O ① SLE ② 간염(A형 또는 E형)
8. 치료
 - 1) 침 : 大腸正格, 支溝, 行間, 丘墟, 瀉.
 - 2) 한약 : 清瘟敗毒飲加味方(石膏 10g, 生地黃 12g, 牛角鎊, 日黃連, 桔梗, 甘草, 竹葉 各 3g, 黃芩, 知母, 赤芍藥 各 6g, 玄蔘 8g, 連翹 6g, 牡丹皮 4g, 梔子 6g, 金銀花 12g, 蟬退, 牛蒡子, 山查肉, 神麩,

厚朴, 蒼朮, 白茯苓, 地骨皮, 紫草, 當歸 各 4g, 麥門冬 8g)

9. 치료경과

1) 5월 4일(내원 1일째) : 한달 전부터 미열과 관절통이 발생하였으나 증상이 심하지 않아 피로로만 여기고 별무치료함. 3일 전부터 신체 구간에 부분적으로 점상의 홍반이 나타나기 시작하고 37.5°C 정도의 발열이 있어 해열제 복용하다가 본원 외래 내원함. 수족근과 슬관절의 통증과 무력감, 오심과 소화불량 동반함.

2) 5월 6일(내원 2일째) : 홍반이 전신으로 확대되고 수족에 소양감 발생하면서 39°C 이상의 고열로 해열제 복용하였으나 효과가 없었다고 함. 발열이 심하면서 관절통증은 오히려 자각하지 못함. 환자 사정상 입원 거절함.

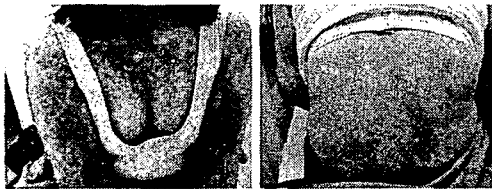


Fig 1. Picture of patient(5월 6일)

3) 5월 7일(입원 1일째) : 전신에 홍반이 퍼진 상태이며 38°C의 발열 지속됨. 안면부의 상열감과 부종, 수족부 소양감, 오심 구토, 심하통, 전신피로, 기면은 여전함.

4) 5월 8일(입원 2일째) : 홍반이 감소되기 시작했고 해열제 복용하여 발열 조절함, 오심은 소실되었으나 식욕부진으로 식사량 적음.

5) 5월 10일(입원 4일째) : 홍반 50% 정도 감소되고 해열제 필요 없이 체온 정상으로 호전됨. 안면부종 감소, 평소보다도 대소변 쾌하면서 심하통과 오심은 소실되었으나 아직 식욕부진함. 수족부의 소양감은 아직 남아있으나 자각적으로 편안하게 느낌.

6) 5월 12일(입원 6일째) : 홍반 90% 이상 소실되고 소양감도 완전 소실됨. 전신의 무력감만 남아

있으나 몸이 전보다 가볍게 느껴짐.

7) 5월 14일(입원 8일째) : 식욕이 증가되고 홍반이 완전히 소실된 상태로 퇴원함.

8) 5월 17일(내원 2주후) : 증상 재발 없으며 전신무력감도 호전되어 일상생활 가능함.

9) 5월 18일 : 수족근과 슬관절의 무력감만 남아 있음.

10) 5월 24일(내원 3주후) : 관절통이 남아있으나 일상생활에 전혀 불편함을 주지 않을 정도로 개선됨.

11) 5월 27일 : 관절통 완전히 소실됨, 광과민성 인지(피부발진이 생겼다가 소실됨).

12) 6월 10일 : 광과민성 및 제반 증상 모두 소실.

고찰

전신성 홍반성 루프스는 병원성 자가항체와 면역복합체에 의해서 세포 및 조직이 손상을 받는 원인 불명의 자가면역질환이며 피부, 관절, 신장, 장막, 신경계 및 기타 내부 장기를 침범할 수 있는 결핵조직질환이다⁷⁾.

약 90%의 환자가 여성으로 대부분 가임기 연령에 발생하며 최근 예민도가 높은 검사가 발달함에 따라 진단되는 환자가 증가되는 추세이다. 20세기 초에는 2년 생존율이 50%였으나, 현재는 90%이상 환자들이 10년이상 생존하고 있으며, 요독증, 심부전, 출혈, 중추신경계질환 또는 병발되는 감염이 흔한 사망의 원인이 된다⁸⁾.

SLE의 원인은 아직 알려져 있지 않지만 환경적인 요인과 유전적인 인자가 관여하는 것으로 추측된다. 환경적인 요소에는 항생제의 복용(특히 설과제와 페니실린제), 자외선, 과도한 스트레스, 특정 약물의 복용 등이 포함된다. 어느 연령에서도 나타날 수 있고, 남성과 여성 모두가 걸릴 수 있지만, 성인 남성에 비해서 성인 여성의 발병 빈도가 10-15

배 높은 것과 월경 전이나 임신중에 증상이 심해지는 것은 여성 호르몬이 관련돼 있을지도 모른다는 것을 시사하고 있다¹⁾. 또 SLE 환자의 손상조직 내에서 자가항체(항핵항체)가 검출된다는 점에서 면역기능의 이상이 주된 원인일 것이라고 추측되고 있다⁹⁾.

SLE의 임상양상은 경하고 간헐적인 것부터 지속적이고 전격적인 것까지 다양하고 대부분 악화의 반복과 그 사이의 안정기를 경험한다⁷⁾. 진단기준에 포함된 임상상이 긴 시간에 걸쳐서 표현되는 경우가 많아서 진단 및 감별진단이 어려운 경우가 많고 치료도 그 임상양상 및 SLE의 조직검사 결과에 따라서 다양할 수 밖에 없다⁸⁾.

SLE의 증상은 대개 피로, 권태감, 발열, 식욕부진, 체중감소 등의 전신증상이 나타난다. 근골격계 증상으로 관절통과 근육통이 나타나고 간헐적인 관절염도 흔하다. 피부증상은 여러 가지 형태의 병변을 나타내는데 볼과 코에 걸쳐 나비모양의 안면발진이 나타나며 홍반, 위축, 말초혈관확장, 각질층전 등으로 이루어져 있다. 환자의 약 40%에서 이 특징적인 안면발진을 볼 수 있으며 구강점막에 궤양이 생길 수 있고 다른 피부증상으로 홍반, 대수포, 두드러기, 혈관신경성 부종 및 Raynode 증상을 볼 수 있다. 단백뇨와 혈뇨, 신증후군에 이르는 신장침범이 반수의 환자에게 나타나고 심막염 등의 심폐이상이 자주 나타난다. 중증 증상으로 여러 가지 중추신경계 침범과 정신이상도 나타날 수 있다. 그밖에 오심, 설사 등의 위장관 증상, 만성빈혈과 백혈구 감소증, 혈소판 감소증 등의 혈액이상이 나타난다⁷⁾.

SLE의 진단에는 1982년 미국 류마티스 협회(ARA)에서 개정 발표한 진단기준이 이용되고 있는데 즉 안면홍조, 원판상 피부병변, 광과민성, 구강내 궤양, 비미관성 관절염, 장막염, 신장이상, 신경계이상, 혈액학적 이상, 면역이상, 항핵항체 양성 등의 11개의 기준 중 4개 또는 그 이상의 증상이 동시 혹은 연속적으로 나타나야 한다. 그러나 실제로 상당부분을 임상적인 진단에 의존하고 있는 실정이다¹⁰⁾.

SLE를 완치할 수 있는 방법은 현재 없으며 치료는 나타난 임상증상을 제거하고 질병의 진행으로 인한 여러 장기의 손상을 최대한 억제하는데 있다. 일반요법으로 자외선에 노출되지 않도록 하고, 질병에 대한 공포와 불안감에 대한 정신적인 보조요법을 사용한다. 약물치료는 환자의 임상증상에 따라 소염진통제, 항말라리아제, 스테로이드를 사용하고, 수술적 치료를 사용할 경우도 있다¹¹⁾.

한의학에서는 역대문헌상 SLE와 일치하는 내용은 찾아볼 수 없으나 근대에는 SLE의 특징적인 안면발진으로 인해 紅蝴蝶이란 명칭으로 부르기도 하며, 본병의 임상증상에 근거하면 溫毒發斑, 陰陽毒, 虛損, 痺症 등과 관련이 있다³⁾.

馬¹²⁾ 등은 SLE를 陰虛火旺, 熱毒熾盛, 脾腎兩虛로 나누어 변증치료하였고 熱毒熾盛型에 犀角地黃湯, 清瘟敗毒飲 등으로 치료한 예가 있다. SLE의 증상은 복잡하나 陰虛火毒의 임상표현이 많으므로 生地黃, 玄蔘, 紫草, 大靑葉, 知母, 黃柏, 蒲公英, 虎杖根을 常用하며 治法은 대개 清熱解毒, 涼血化斑, 養陰生津 등의 溫病 治法과 관계가 있다.

SLE의 발병, 임상증상, 전변과정 등은 伏氣溫病과 유사하다. 발병초기에 高熱이 不退하고 表證이 없거나 있어도 잠깐 나타나고 裏熱이 熾盛하고 煩躁 口渴 面赤 심하면 譫語 등의 熱毒熾盛의 증상이 나타난다. 面部 혹은 體幹에 紅斑이 나타나고 혹은 鼻衄 吐血 등의 증상이 나타나는 것은 熱毒이 營血로 깊이 들어가서 血을 耗損시키고 動하게 한 것이다. 만약 濕邪가 化하지 못하면 자주 피로하고 사지가 무력해지면서 四肢疼痛, 惡心嘔吐, 便溏泄瀉 등의 증상이 나타난다. 만약 病程이 더 진행되면 臟器 계통에 영향을 미쳐 心(心悸 失眠) 肺(咳嗽 氣促) 腎(少尿 浮腫) 肝(抽搐) 腦(精神異常 昏迷)의 이상이 나타난다¹³⁾.

內經에 冬不藏精이면 春必溫病이라 한 바 대개 春夏의 溫熱病은 겨울에 腎精을 傷한 것에 근원한다. 水虧火旺하여 少陰의 熱氣가 內盛하지만 겨울의 外寒이 막고 있으므로 잠복해 있다가 春夏에 陽이

旺盛해지고 溫熱한 기운이 感하면 發하여 邪氣가 太陽으로 나가고자 하여 發熱한다¹⁴⁾. 즉 腎氣가 먼저 虛하고 邪氣가 內伏하여 熱毒으로 化하여 밖으로 發하거나 혹은 外邪가 內를 동요시켜 발생하므로 面部와 皮膚의 斑疹은 모두 熱毒이 外發한 것이다³⁾.

본 증례의 환자는 36세 女患으로 고열과 전신의 흥반, 관절통, 오심, 구토 등을 호소하였고 혈청검사상 경미한 빈혈과 림프구, 혈소판의 감소 등으로 SLE를 의심할 수 있었으나 항핵항체와 LE세포는 음성으로 나타났다. 그러나 진단기준 11개 중에서 피부발진과 광과민성, 관절염, 혈액학적 이상의 4가지를 포함하고 있으므로 임상적인 진단은 가능하리라 보았다.

한의학적으로는 발병이 급박하고 고열이 지속되며 皮膚紅斑과 口渴, 肌肉酸痛과 關節疼痛, 惡心嘔吐, 舌紅白苔, 脈洪數 등에 근거하여 熱毒熾盛型의 溫病으로 진단하였다. 氣分과 血分の 熱을 모두 淸하는 淸瘟敗毒飲에 金銀花 蟬退 牛蒡子 紫草를 加味하여 斑疹 瘙癢을 兼治하고 山查 神麩 厚朴 蒼朮 등을 加味하여 소화 장애를 동시에 해소하고자 하였다.

침 치료는 大腸正格¹⁵⁾과 함께 三焦와 少陽經의 熱을 해소하고자 支溝, 行間, 丘墟를 瀉하였다.

치료를 시작한 지 4일 후 즉 입원 2일째부터 발열이 소실되고 피부의 흥반이 감소되기 시작하였고 입원 4일째에는 발열과 제반 증상이 호전되면서 흥반이 50% 감소되었다. 입원 8일째 피부 흥반이 거의 소실된 상태로 퇴원할 수 있었으며 통원치료 중 발병 후 3주 가량 경과된 시기에도 관절통만 남아 있으나 일상생활에 전혀 불편이 없을 정도로 개선되었다. 1개월 가량 후 환자 직장내 혈액검사 결과 LFT 수치상의 이상도 모두 정상범위 내로 호전되었다고 하였다.

본 환자의 증상은 완치되었으나 결국 腎精의 不足이 근본 원인이므로 향후 재발을 예방하기 위해서는 滋陰補腎하는 약물이나 음식으로 조리하고 또

한 정신을 안정하여 五志之火를 동요시키지 말아야 할 것이다.

SLE 및 기타 유사한 자가 면역 질환에 대한 철저한 진단 및 한의학적인 변증을 통한 치료의 개발이 향후 SLE 치료에 대한 한의학적 영역의 확대에 도움이 되리라 사료된다.

결론

SLE와 유사한 증상으로 입원 및 통원치료 받은 환자 1례를 熱毒熾盛의 溫病으로 변증하고 이에 따라 淸瘟敗毒飲加味方을 투여하고 침 치료한 뒤 양호한 치료 효과를 거둘 수 있었다.

참고문헌

1. <http://www.luisa.or.kr/jaryo/jaryo1.asp>.
2. 대한피부과학회 교과서간행위원회 : 피부과학. 개정4판. 서울:麗文閣 2001:433-441.
3. 彭建中 : 中臣古今醫籍詳粹選譯. 學苑出版社, 2541-2542.
4. 이석우 외 : 전신성 홍반성 낭창의 동의병리 및 치료법에 관한 고찰. 대한한의학회지. 1995;16(1):51-70.
5. 정현아 외 : 전신성 홍반성 낭창에 대한 문헌적 고찰. 대한안이비인후피부과학회지. 2002;15(1): 356-384.
6. 류현신 외 : 전신성 홍반성 루프스 환자 1례와 동창상 홍반성 루프스 환자 1례에 관한 임상적 고찰. 대한안이비인후피부과학회지. 2002;15(2):244-251.
7. E. Braunwald 외, 대한내과학회 해리슨내과학 편집위원회 : HARRISON'S 내과학, 서울:도서출판 MIP. 2003:1983-1990.
8. 신영태 외 : 전신성 홍반성 낭창의 임상적 고찰. 충남의대잡지. 1998;25(1):165-185.
9. 유희범, 김병태 : 가족력을 동반한 전신성 홍반성 낭창 1례. 순천향대학교논문집. 1993;16(2):397-404.
10. 강원형 : 피부질환 아틀라스 서울:한미의학.

- 2002:394-395.
11. 유대현 : 전신성 루프스의 치료 류마티스 건강학회지. 1996;3(2):240-244.
 12. 馬紹堯 외 : 辨症治療系統性紅斑狼瘡96例臨床觀察. 新中醫. 1994;26(3):45-46.
 13. 彭勝權 : 溫病學. 인민위생출판사. 2000:597-603.
 14. 李正來 : 醫易閑談. 대전:동양학술원. 1999:359-361.
 15. 李泰浩 : 國文譯註舍岩道人鍼灸要訣. 서울:행림서원. 1996:106,233,246.