

봉와직염 환자에 대한 한·양방적 치료 1례

이성균* · 문미현 · 조영기 · 이정섭 · 남상규 · 이승현¹ · 이연정

원광대학교 전주한방병원 내과, 1:원광대학교 전주한방병원 침구과

Clinical Study on 1 Case of Patient with Cellulitis Treated by Oriental and Western Medicine Simultaneously

Seong Kyun Lee*, Mi Hyun Moon, Young Kee Cho, Jung Sup Lee, Sang Kyu Nam, Seung Hyun Lee¹, Eon Jeong Lee

Department of internal Medicine, 1:Department of acupuncture&moxibustion, Jeonju Oriental Medicine Hospital, Wonkwang University

Cellulitis is a infectious disease characterized by acute purulent inflammation clinically manifested by erythema, pain or heating sensation caused by palpation, chilling sign and mild to moderate fever. In western medicine most part of the treatment is focused on injecting routine antibiotics hoping for the pathogen(in the case bacteria) to be treated but instead causing the bacteria to be resistant to antibiotics and consequently leads to longer admission. In oriental medicine Cellulitis belongs to the category of Ong(癰), Bal(發) or Dandok(丹毒) on symptoms. The chief cause of acute Cellulitis is the evil of wet and heat blended and the postraumatic infection evil. We experienced a case of acute cellulitis defined as Bicheonbal(腓膾發) and Chokbaebal(足背發). We attempted to use both methods using acupuncture, herbal medicine(Gamidangkwiijeomtong-tang(加味當歸拈痛湯)) as well as routine antibiotic treatment and as a result we have achieved remarkable results in laboratory tests though there was no difference in shortening the curing process compared to the average time that it take to cure when admitted to western medical center.

Key words : Cellulitis, Gamidangkwiijeomtong-tang(加味當歸拈痛湯)

서 론

봉와직염(cellulitis)은 임상적으로 紅斑, 壓痛, 陷凹 浮腫(pitting edema), 不快感, 發熱, 惡寒 등과 조직학적으로 진피와 피하지방층의 급성 화농성 염증을 특징으로 하는 感染性 疾患이다.²⁾ 주로 上肢와 下肢에 발생하며 때로는 병변이 皮下組織보다 깊게 파급하여 근육, 힘줄, 뼈에 이르기까지 하고³⁾ 또한 원인균의 동정이 어렵고 재발율이 높아서 장기간의 항생제 투여가 필요한 경우가 많아 정확한 원인균의 검출이나 치료 및 재발 방지에 대한 지침이 요구되고 있으나 대부분 원인균 동정을 생략한 채 경험적 항생제 투여로 인해 내성균주의 증가 및 치료 기간의 연장 등의 문제점을 유발하게 된다⁴⁾.

봉와직염은 한방적으로 “癰⁵⁾”, “發⁶⁾”, “丹毒⁶⁾”의 範疇에 해당된다. 《皇帝內經靈樞·癰疽篇》⁷⁾에 “寒氣化爲熱 熱勝則腐肉 肉

腐則爲膿 膿不瀉則爛筋 爛筋則傷骨 骨傷則髓消”라 하여 봉와직염의 原因, 病理, 經過에 대해서 언급하고 있다. 봉와직염은 발병 부위에 따라서 鎖喉癰, 臀癰, 腓膾發, 手背發, 足背發등으로 불리 운다⁸⁾. 下肢의 봉와직염은 보통 腓膾發, 手背發의 範疇에 속한다고 할 수 있고 원인은 濕熱下注, 外傷染毒, 氣血凝滯등의 病因에 의해서 急性的으로 발생한다.

본 저자들은 봉와직염 환자에 대해서 韓·洋方的 處置를 행하였다. 急性期 炎症으로 보고 韓方的으로 濕熱下注, 外傷染毒의 觀點에서 治療를 행하였고, 洋方的으로 經驗的 抗生劑 요법을 시행하였다. 봉와직염에 대한 단순한 洋方的 혹은 韓方的 治療를 언급한 논문은 있으나 韓·洋方的 治療로 접근한 논문은 없었다. 韓·洋方的 治療를 并行하여 양호한 치료 효과를 보인 본인 입원환자의 치료경과를 살펴보고, 韓·洋的 治療에 대한 효과를 고찰하여 이를 보고하는 바이다.

증 례

1. 환자 : 방 ○ ○, 42세, 여자

* 교신저자 : 이성균, 전주시 덕진구 덕진동 원광대학교 전주한방병원

· E-mail : phenix97@hanmail.net, · Tel : 063-270-1016

· 접수 : 2006/12/22 · 수정 : 2007/01/18 · 채택 : 2007/01/30

2. 주소 : Lt foot~calf area pain & swelling & heating & redness, chilling sign, headache

3. 발병일 : 2005년 09월 17일

4. 초진일 : 2005년 09월 20일

5. 현병력

2005년 09월 17일 갑작스럽게 惡寒, 發熱 症狀과 함께 상기 主訴症이 발생하여 전주 OO local 내과에서 fluid infusion & w-med po 후 別無好轉하다가 2006년 09월 20일 보다 전문적인 한방치료 위하여 원광대학교 전주 한방병원에 내원하여 입원치료 하였다.

6. 과거력

1985년경 Lt knee area에 丹毒이 발생하여 치료받은 경력 있고, 그 후로 거의 매년 상기 C/C 증상이 발생하여 injection, w-med po, bed rest하였다. 증상의 호전과 재발을 반복하였다가 2001년부터 최근까지 상기 C/C 증상이 발생하지 않았다고 한다.

7. 초진시 환자소견

초진시 惡寒과 發熱을 동반한 상태로 時作時止하는 頭痛을 호소하였다. 부족보행 상태로 이동하였고, 전체적으로 Lt foot에서 calf까지 붉은색으로 피부색이 변화되어 있었고, 주변과 불명확한 경계를 이루면서 요철이 있는 상태였다. 환자는 화끈하고 쑤시는 양상의 痛症을 호소하였다. 食慾不振으로 氣力低下된 상태였고, 3일간의 大便不通을 호소하였다. 脈細數, 舌紫紅, 白苔한 양상을 나타내었다.

8. 초진시 검사소견

내원시 혈압은 100/60mmHg, 호흡수 20회/분, 맥박수 76회/분, 체온 39℃였다.

말초 혈액 도말 검사상 CBC는 ESR 75.0mm/h WBC 13.4천/ul chemistry(21종)는 ALP 330 U/L 140.0 IU/L AST 83.0 IU/L r-GTP 93.0 Routine urinalysis(10종)는 RBC many glucose 1+ Urobilinogen 1+ occult Blood 3+ WBC 5.7/HPF CRP(정성)는 positive 소견이 나왔으며 기타 임상병리 소견은 정상을 나타내었다. LFT상에 높은 수치로 인해 2005년 05월 22일에 Ultrasono Abd(liver, GB, Pancreas)를 시행하였고 검사결과는 정상을 나타내었다.

9. 진단명 : cellulitis

10. 치료 및 임상경과

1) 韓方的 治療

입원기간동안 湯藥處方과 鍼灸治療를 하였다. 湯藥處方은 加味當歸拈痛湯(羌活 茵陳 黃芩(酒炒) 甘草(灸) 各 8g 知母 澤瀉 赤茯苓 猪苓 各 5g 防己 人參 苦參 升麻 葛根 當歸 3g 蒼朮 12g 大黃(酒炒) 4g 枳實 2g 金銀花 10g 蒲公英 6g 獨活 6g 黃柏(鹽水炒) 6g) 2貼을 달여 하루에 3회 복용케 하였고, 2005년 09월 22일에는 大黃(酒炒)을 10g으로 올렸고 2006년 09월 23일에 大黃(酒炒)을 12g으로 올려 處方하였다. 鍼灸治療는 少府, 合谷, 太衝 太

白 曲池 血海 健側으로 取穴하여 刺鍼하였다. 입원이후 3일간은 患部에 ice pack을 대게 하였다.

2) 洋方的인 치료

2세대 세팔로스포린계인 meicelin 500mg과 아미노글리코사이드계인 micronomicin을 근주와 정주 투였고, 부신피질호르몬제인 니소론5mg을 경구투여했다.

(1) 2005년 09월 20일- 09월 22일

meicelin 500mg IM injection 2#2 0.9N/S
0.9% N/S 20ml + meicelin 1mg 20cc mix IV
0.9% N/S 1L IV
dibeta-C 2ml 1amp IM

(2) 2005년 09월 23일

meicelin 500mg IM injection 2#2 0.9N/S
0.9% N/S 20ml + meicelin 1mg 20cc mix IV
0.9% N/S 1L IV
dibeta-C 2ml 1amp IM
po med: (네오타제정 페티라제 5mg 엔티시드정 3#3
니소론 5mg 아스피린 500mg 3#3) × 7days

(3) 2005년 09월 24일

meicelin 500mg IM injection 2#2 0.9N/S
0.9% N/S 20ml + meicelin 1mg 20cc mix IV
0.9% N/S 1L IV
micronomicin 120mg 1amp 3#3 IM

(4) 2005년 09월 25일

0.9% N/S 1L IV
micronomicin 120mg 1amp 3#3 IM

(5) 2005년 09월 29일-10월 03일

micronomicin 120mg 1amp 3#3 IM

입원치료 후 치료 임상 경과와 임상병리 혈액검사 소견은 아래에 표로 정리하였다.

Table 1. Process of symptom

	swelling	皮膚凹凸	redness	heating	B/R pain	waking pain	chilling pain
9/20	+++	+++	+++	+++	+++	X	+++
9/21	+++	+++	+++	+++	+++	X	+
9/22	++	++	+++	+++	+++	X	-
9/23	+	-	++	++	++	+++	-
9/24	+	-	+	++	+++	+++	-
9/25	+	-	+	++	++	++	-
9/26	+	-	+	+	+	++	-
9/27	+	-	+	+	+	+	-
9/28	+ or-	-	+	-	+	-	-
9/29	+ or-	-	+	-	+	-	-
9/30	-	-	+	-	+ or-	-	-
10/1	-	-	+ or-	-	+ or-	-	-
10/2	-	-	+ or-	-	+ or-	-	-
10/3	-	-	-	-	-	-	-
10/4	-	-	-	-	-	-	-

Swelling-swelling lesion: from 3 to 8寸(especially severe in 3 to 5寸). B/R pain- pain that the patient him or herself feels in subjective manner when rested in comfortable state. Walking pain- pain that the patient him or herself feels in subjective manner when walking in self gait(without or with assisted help)/ X-stands for gait instability(state of impossibility). pain scale rated in '+'(from severe to mild, ++++)+ +)+ + or-), + or-: stands for ups and downs in progressive pain

Table 2. Process of the laboratory result

	9/20	9/23	9/24	9/26	9/29	10/1	10/4
WBC	13.4	18.3	17.0	17.1	17.0	7.3	5.3
ESR	75	85	119	107	22	85	56
CRP(qualitative)	+	+	+	+	+	+	+

WBC: thousand/ μ L ESR: mm/Hr +: positive

Table 3. Process of body temperature

	06:00	10:00	11:30	12:20	14:00	17:00	22:00	22:30
09/20			39.0	38.4		36.8		37.7
09/21	37.0	37.6			36.5		37.4	
09/22	36.8						37.2	
09/23	36.6						37.2	
09/24	37.0						36.6	

Unit: $^{\circ}$ C (note that body temperature was regulated down to 36.6 $^{\circ}$ C since Sept. 25th)

고찰

봉와직염(cellulitis)은 진피와 피하 조직의 급성 세균 감염증으로 정의되며 주된 원인균으로 A군 용혈성 연쇄구균(Group A β -hemolytic streptococcus)과 황색 포도구균(Staphylococcus aureus)을 들 수 있는데 이들 세균이 손상된 피부장벽으로 침투 후 증식하여 침범 부위에 홍반, 열감, 부종 및 압통의 발생을 특징으로 하는 질환이다^{2,8)}.

봉와직염은 일반적으로 손상된 피부장벽을 통한 세균의 침투와 증식의 결과라고 여겨지고 있으나 염증의 정도에 비해 원인균은 잘 검출되지 않는 특징을 보인다. 최근에 거론되는 발생 기전으로, 세균의 침범에 의해 본증의 염증반응이 시작되나 반응의 지속은 각질형성 세포를 비롯한 피부의 면역관련세포들이 분비하는 각종 cytokine에 의해 매개되는 면역학적 반응에 의한 것으로 보는 견해가 많으며, 특히 괴사성 봉와직염(gangrenous cellulitis, hemorrhagic cellulitis) 및 괴사성 근막염에서 더욱 그러하다. Drinker⁹⁾ 등과 Duvanel¹⁰⁾ 등은 균 접종 후 인위적으로 봉와직염을 유발시킨 동물실험을 통해 접종된지 첫 12시간 이후에 원인균의 검출률이 현저히 감소함을 관찰하였으며, 이러한 현상은 피부에 존재하는 림프관상계 세포들이 활성화된 후 분비하는 lymphokine과 cytokine이 말초혈액에서 순환 중인 대식세포와 호중구의 피부 내로의 침윤을 촉진하여 감염된 조직의 세균수를 감소시키는 결과라고 설명하였다. Sachs 등도 봉소염이 세균이나 내독소에 의해서 염증 반응이 시작되지만 세균이나 독소가 사라진 이후에도 면역학적 기관으로 간주되는 피부내의 각종 세포에 의해 염증 반응이 증폭 및 유지된다고 하였다¹¹⁾.

봉와직염에 대한 안 등의 논문을 살펴보면 호발부위는 下腿部가 30.5%로 가장 많이 발생하였고, 足部가 13.4%였으며 手部와 頭頸部가 각각 11.5%, 大腿部 9.5%, 前腕部와 腹部가 각각 5.8%, 胸腹과 鼠蹊部 4.0%, 上腕部와 背部가 각각 2.0%씩이었다. 전체적으로 보면 下肢가 가장 많은 發病部位 임을 나타내고 있다. 또한 紅斑과 壓痛은 모든 예에서 관찰되었으며 비교적 흔히 관찰된 皮膚 症狀은 腫脹(97.8%), 局所熱感(95.6%), 疼痛(93.3%)이었다. 그 외에도 국소림프절 종대(37.8%), 농양(20.0%), 수포(17.5%), 궤양(11.1%) 등이 관찰되었다. 전신 증상으로는 發熱

(66.7%)이 비교적 흔하게 동반되었으며 그 외에 頭痛(15.6%), 食慾不振(11.1%), 筋肉痛(8.9%), 惡心(8.9%), 嘔吐(4.4%)순으로 동반이 되었다. 洋方에서의 治療와 經過를 살펴보면 1세대 세팔로스포린계의 항생제만의 단독요법과 다른 항생제의 병용 요법의 평균 입원기간은 각각 6.7일과 8.7일, 평균 발열 기간은 각각 2.2일과 1.8일로 유의한 차이는 없었다. 내원당시 발열을 보였던 發熱群과 非發熱群의 평균 입원 기간은 각각 11.7일과 8.9일로 서로 유의한 차이를 보이지 않았다. 평균 항생제 사용기간은 18.2일로 대부분 약간의 국소 홍반과 압통만이 남았을 때 퇴원을 한 후 약 8일정도의 추가 사용을 하였다고 한다⁴⁾.

봉와직염은 단순한 감염성 질환이 아니라 피부과학 및 피부면역학의 견지에서 복합적으로 접근해야 한다. 즉 봉와직염이 일차적으로 병원균 침투의 결과이긴 하지만 현재는 면역학적 반응에 의한 염증성 질환으로 보는 견해가 많기 때문에 강력한 항소염제인 부신 피질 호르몬제의 전신 투여가 관심을 끄는 보조 요법이다. 하지만 아직 이의 효용성에 대해 언급한 논문은 없다. 재발하는 경우에는 재발할 때마다 어느 정도 림프계에 손상을 주기 때문에 그 결과 지속적인 부종과 림프순환 장애를 유발하여 다시 재발할 가능성을 높게 한다. 즉 일차적이나 이차적인 림프순환 장애가 있게 되면 봉와직염은 악순환이 되는 것이다. 이와 같이 재발 성향이 높은 림프 순환 장애가 있는 환자에서는 족부 백선의 적절한 치료 및 1개월에 한번씩 benzathine penicillin 근주나 1개월에 1주 동안 erythromycine의 경구복용 등의 예방적인 항생제 투여가 추천된다^{12,13)}.

반면에 丹毒(Erysipelas)은 봉와직염에 비하여 상부 진피층의 염증과 부종으로 인하여 홍반의 경계가 명확하며 호발 부위가 얼굴이라는 차이점이 있다. 丹毒과 봉와직염은 실제 임상적으로 감별하기 어려운 경우가 많고 원인균 및 치료방법이 거의 동일한 경우가 많다¹¹⁾.

급성 봉와직염은 한방적으로 “癰⁵⁾”, “發⁶⁾”, “丹毒⁶⁾”의 범주에 해당된다. 丹毒은 隋·巢元方《諸病源候論》에서 제일 먼저 丹毒이라는 병명을 사용하였는데, “丹者, 人身忽然焮赤, 如丹塗之狀.”, “...或發于手足, 或發于腹上...”이라고 하여 병의 形態와 部位에 대해서 記述하고 있다. 丹毒은 일종의 炎症性 皮膚病으로 塗丹한 것 같은 片狀 紅腫이 갑자기 발생한다. 水腫紅斑, 灼熱疼痛과 아울러 發熱, 畏寒 등의 臨床 症狀을 동반하기도 한다¹⁴⁾. 顏面과 下肢에 주로 호발하고 西醫에서는 丹毒(Erysipelas)이라고 칭한다.

癰은 皮肉之間에 생기는 급성 화농성 질병으로 “癰者 壅也”라고 하여 “氣血爲毒邪壅塞而不通”의 의미가 있다. 癰은 內癰과 外癰의 구분이 있는데 內癰은 臟腑에서 생기고, 外癰은 體表에서 생긴다¹⁴⁾. 본 임상증례는 外癰에 해당된다.

發은 中醫學에서 癰疽의 毒死가 外部로 表出되는 것으로, 盛한 癰疽의 毒氣가 제거되지 않고 주변으로 확산되어 發을 이룬다고 보고 있다. 즉 發은 증상이 심한 癰疽를 통틀어 이르는 말로 癰疽에 비해 작은 범주라고 보여진다⁶⁾.

모두 表部의 軟部組織의 感染性 疾患이나 病의 症狀와 文獻表現上 봉와직염은 癰과 發의 범주에 더 類似性을 가지고 있다고 볼 수 있다. 《皇帝內經靈樞·癰疽篇》⁷⁾에 “寒氣化爲熱 熱勝

則腐肉 肉腐則爲膿 膿不瀉則爛筋 爛筋則傷骨 骨傷則髓消"라 하여 원인, 병리, 경과에 대해 자세하게 설명되고 있다. 癰과 發은 발병 부위에 따라 크게 鎖喉癰, 腎癰, 腓膈發, 手背發, 足背發 등의 이름으로 불리운다. 外感六淫의 邪氣가 肌膚에 鬱滯되어 經脈의 循行이 不利하여 氣血이 凝滯하고 飲食不節, 過食膏粱厚味로 脾胃의 運化機能이 失調되어 濕濁이 內蘊하고 鬱久化熱化火하여 肌膚에 結聚하므로 발생한다. 또는 筋肉, 皮膚가 損傷되어 毒死가 內侵함으로 발생하나, 部位에 따라 그 病因에 있어서 약간의 차이를 보이고 있다. 風溫邪가 肺胃에 침입하여 積熱이 頸喉를 上蒸하여 鎖喉癰이 발생하고, 濕熱火毒이 肌膚에 蓄積되거나 혹은 注射 등의 원인으로 毒邪內蘊化熱하여 腎癰이 발생하며, 또한 濕熱邪가 下注하여 腿部에 氣血이 응결하여 腓膈發이 발생한다고 본다. 手背發은 風火濕熱毒邪 혹은 外感毒邪로 발생하며, 足背發은 濕熱 혹은 外傷染毒으로 발생하는 것으로 여겨진다⁶⁾.

본 증례의 환자는 小腿部와 足背에 癰와 疔에 발생하였기에 腓膈發, 足背發에 해당한다. <外科眞詮·駟眼瘡>에서 "駟眼瘡, 生如足脛骨, 爛如膿瘡, 四旁紫黑, 時流毒水或消臭膿 俗名棍瘡 因其疼痛難堪 故名之也.", <醫宗金鑑·外科心法要訣>¹⁵⁾에서는 "腓膈發 此証生于腓膈 卽小腿肚也. 由腎水不足 膀胱積熱凝結而成 潰出清水者凶, 爲逆."라고 하여, 腓膈發을 魚肚瘡, 駟眼瘡이라는 異名으로 칭하고¹⁴⁾, 下肢의 小腿部에 발생하는 질환으로 발병 원인은 毒熱熾盛, 氣血凝滯, 濕熱下注, 氣血凝結, 腎水不足, 膀胱積熱, 勞傷筋脈, 外傷瘀血, 感染毒邪, 抓破感染毒邪 或 癰腫擠壓趾傷, 毒邪擴散而併發 등으로 보고 있다. 이를 살펴보면 古典에서는 腎水不足, 膀胱積熱凝結로 파악하였고, 現代에 들어서는 濕熱下注, 氣血凝結로 보고 있다¹⁶⁾.

<醫宗金鑑·外科心法要訣>¹⁵⁾에서는 "....初服仙方活命飲, 下虛者, 以桂附地黃丸服之."라고 하여 本病에 대한 治療原則을 간략하게 記述하고 있다. 治療에 있어서는 初期, 成膿, 혹은 潰破後로 구별하였는데, 초기에는 病因을 濕熱下注, 氣血凝結로 보고 養血活血 消腫清熱解毒, 和營利濕하는 仙方活命飲, 五神湯 合 葶藶滲濕湯을 投與하고, 成膿潰破後에는 補氣內托, 活血排膿하는 功補兩治의 托裏消毒飲을 投與하는 방법과 단순히 補氣補血하는 單補의 八珍湯, 十全大補湯, 桂附地黃丸 등을 投與하는 방법으로 나누고 있다^{15,16)}.

본 증례에서 저자들은 환자의 임상 증상과 병력에 근거하여 實症形의 腓膈發로 구분하여 濕熱下注, 氣血凝結의 觀點에서 湯藥處方을 응용하였다. 처방은 東醫寶鑑 足門에 나오는 當歸拈痛湯을 基本方으로 하여 清熱解毒, 利水消腫하는 藥物을 添加하여 加味當歸拈痛湯을 사용하였다. 當歸拈痛湯은 <東醫寶鑑>¹⁷⁾에서 "治濕熱氣腫痛"이라하여 濕熱로 생긴 下肢腫痛을 치료하는 處方이며, 본 증례의 환자도 濕熱下注로 인한 實證型의 환자로 下肢, 특히 足背와 外踝上 5寸 부위까지 심하게 發赤疼痛하고 붓는 증상을 호소하였다. 그리고 惡寒發熱하는 전신적인 感染 症狀을 수반하여 清熱解毒 하는 金銀花 蒲公英을 添加하고 濕熱下注에 대해 <東醫寶鑑>¹⁷⁾에서 "治濕熱"하는 二妙丸을 구성하는 藥物인 蒼朮과 黃柏을 添加하여 治療 效果를 補強하였다. 그리고 利水消腫하는 澤瀉, 赤茯苓, 豬苓, 防己를 倍方하였고, 환자의 便

秘와 發熱症狀를 해결하기 위해서 攻積導滯, 瀉下解毒, 清利濕熱하는 大黃을 4g에서 12g까지 用量을 增量하였다¹⁸⁾.

또한 鍼灸治療는 "不痛則痛"에 의해서 痛症이 발생하고 氣血凝滯에 의해서 浮腫이 발생한다는 觀點에서 調理氣血, 通絡止痛하는 合谷, 太衝, 調血清熱 宣通下焦하는 血海, 祛風濕調氣血하는 曲池, 祛經絡風濕, 疏下焦 通氣滯하는 三陰交를 取穴하였고, 또한 土에 土穴로 濕을 다스리는 太白과 火에 火穴로 전신적인 火氣를 다스리는 少府를 取穴하여 治濕熱하려고 하였다. 合谷, 太衝, 血海, 曲池, 三陰交, 太白, 少府를 健側에 사용하였다.

봉와직염에 대한 연구를 살펴보면, 鍼灸治療와 藥物治療를 병행한 서 등¹⁶⁾의 임상보고가 있었지만 증상에 대한 主觀의 病情에 대한 經過 報告만 있었을 뿐 봉와직염에 대한 객관적인 혈액 검사가 이루어지지 않았고 봉와직염에 대한 洋方적인 다수의 논문이 있었지만 韓·洋의인 治療로 접근한 논문은 보고된 바 없었다. 이에 저자들은 봉와직염에 대한 病理機轉을 實症型의 炎症을 동반한 濕熱型으로 보고 韓·洋의인 治療를 병행하였다. 한방적으로는 足部の 濕熱下注로 인한 腫痛에 쓰는 當歸拈痛湯과 鍼灸治療를 병행하였고, 洋方的으로는 경험적인 항생제 요법을 사용하였다. 임상병리검사와 증상 호전에 대한 양호한 효과를 얻었으나 洋方的 治療에서의 평균입원치료 기간과 발열기간에 비해 뚜렷한 기간의 단축은 없었다. 향후 韓·洋的인 綜合治療에 도움이 되고자하며, 이와 관련하여 더 많은 임상증례에 대한 연구가 필요하다고 사료된다.

결 론

봉와직염으로 원광대학교 한방병원에 입원한 환자에게 加味當歸拈痛湯과 鍼灸治療를 하였고, 이와 并行하여 洋的인 항생제 치료를 행하여 본 증례의 患者에 대해서 양호한 증상의 개선의 효과를 얻었으나 洋的의 평균 치료기간에 비해 뚜렷한 치료기간의 단축을 발견하지 못했다. 봉와직염에 대해서 韓·洋的으로 有效性있는 治療效果를 얻기 위해서 다각적인 韓·洋的의 接近과 研究 活動이 필요하다고 사료된다.

참고문헌

1. 대한피부과학회. 피부과학. 서울, 여문각, p 220, 221, 1994.
2. 의학교육연수원. 가정의학. 서울, 서울대학교 출판부, p 877, 878, 1987.
3. 李榮基. 原色最新醫療大百科事典. 서울, 新太陽社, p 31, 32, 1991.
4. 안광범, 장승호, 윤태영. 봉소염의 임상 및 병리조직학적 고찰. 대한 피부과학회지 37(11):1617-1626, 1999.
5. 柳志允. 外科·皮膚科의 辨證論治. 부천, 書苑堂, p 62, 1987.
6. 陳貴廷, 楊思澍. 實用中西醫結合診斷治療學. 서울, 一中社, pp 1204-1206, 1992.
7. 楊維傑. 皇帝內經素問靈樞釋解. 서울, 成輔社, p 613, 1980.
8. Finch, R. skin and soft-tissue infections. Lanet 2:164-167, 1988.

9. Drinker, C.K., Field, M.E., Ward, H.K. Increased susceptibility to local infection following blockage of lymph drainage. *Am J Physiol* 112:74-81, 1983.
10. Duvanel, T., Auckenthaler, R., Rohner, P., Saurat, J. Quantitative cultures of biopsy specimens from cutaneous cellulitis. *Arch Intern Med* 149:293-296, 1989.
11. 차영창, 장윤환, 이정주, 이석중, 정상립, 민복기 등. 봉소염 치료반응의 객관적인 평가 방법 및 부신피질 호르몬제의 투여 효과에 관한 연구. *대한피부과학회지* 41(2):147-151, 2003.
12. Babb, R.R., Spittel, E.T., Martine, W.J. Et al. Prophylaxis of recurrent lymphangitis complicating lymphedema. *JAMA* 195:871-873, 1966.
13. Lawrence, M., Tierney, Jr., M.D., Stephen, J., McPhee, M.D., Maxine, A., Papadakis, M.D. *Current Medical Diagnosis & Treatment*, 서울, 한우리, pp 170-172, 1999.
14. 歐陰恒, 楊志波. *新編中醫皮膚病學*. 北京, 人民衛生出版社, pp 105-107, 113-114, 322-324, 2000.
15. 吳謙. *欽定四庫全書 子部五醫家類* 50권. 서울, 대성문화사, pp 359-360, 1995.
16. 서형석, 노석선. 봉와직염 환자 1례에 대한 임상적 고찰. *대전대학교부속한방병원 외관과, 해화의학*, 7(1):14-21, 1998.
17. 許浚. *東醫寶鑑*. 서울, 법인문화사, p 780, 1091, 1999.
18. 辛民教. *臨床本草學*. 서울, 永林社, p 411, 412, 445, 446, 785, 786, 1997.