

류머티스성 관절염(Rheumatoid arthritis)에 대한 東西醫學的 考察

권영달, 송용선*

ABSTRACT

The studies of east-western medicine on Rheumatoid arthritis

Young Dal Kwon, Yong Sun Song

The studies look at the causes, pathology, symptom, diagnosis, treatment of rheumatoid arthritis in the sight of east-western medicine. Following are the results :

1. Rheumatoid arthritis korean-medically belongs to symptom such as Bi(痺), Poung Bi(風痺), Tong Poung(痛風), Youk Jeol Poung(歷節風), Bak Hoe Poung(白虎風), Bak Hoe Youk Jeol Poung(白虎歷節風), etc.
2. The causes of Rheumatoid arthritis are endopathic and exopathic : endopathically it is related to Chil Jeong(七情) and visceral imbalance, and exopathically it is related to Euk Eum(六淫) and environmental factors.
3. To figure out rheumatoid arthritis, we need to diagnose first the joint symptom and the general body condition. we need about 6 weeks to get the exact decision after the serologic test, the immune and inheritance test, the synovium test.
4. There are four kinds of treatments for rheumatoid arthritis : medicin, acupuncture and moxibustion, suction cup and purging away the blood, physical

*圓光大學校 韓醫科大學 附屬 全州韓方病院 韓方療法科

therapy. Cheong Eol So Bi(淸熱消痺) can be used for the acute stage and Jang Bu Seong Shai(臟腑盛衰) is to be considered for the chronic stage.

5. Rheumatoid arthritis should be constantly treated to prevent the patient from the deformity of joint and complication.

I. 緒 論

류머티스성 관절염(rheumatoid arthritis, 이하 RA로 略稱함)은 膠原性 疾患(connective tissue disease)의 일종으로 주로 多發性 關節炎을 일으키는 慢性的인 全身炎症性 自家疾患이며, 滑液膜의 慢性 肥大(hypertrophy) 및 炎症反應이 나타나 關節軟骨과 그 周圍組織을 파괴하여 初期에는 關節의 浮腫과 疼痛을 초래하나, 진행됨에 따라 特徵적인 關節變形및 強直이 유발되고 전신적으로 衰弱해지며 상당한 예에서는 關節外의 症狀, 즉 循環器系, 胃腸管系, 神經系 혹은 眼耳鼻咽喉科 領域 등에 關聯症狀이 나타날 수도 있다^{1, 5)}. RA는 모든 人種의 集團에서 세계적으로 發病하며, 發病率은 대부분 人口의 0.3~1.5%이며, 發病年齡은 주로 40~60代에 있으며 여성이 약 2~3배정도 남성보다 高발한다^{1, 6)}.

RA의 原因과 病態生理에 대해서는 아직은 명확한 결론이 없지만, 현재까지 제기된 RA의 病因的 假說은 感染說(streptococcus, diphtheroid, mycoplasma, virus, etc.), 비타민 결핍증, 호르몬의 부조화와 免疫學의 人體反應 등이 제기되어 있으나⁴⁾, 免疫學과 分子生物學의 발전으로, RA의 假說的 病因인 自家免疫의 發生機轉을 이해하는 데 도움이 되었으며, RA의 原因을 紛明하는 데도 큰 역할을 하게되었다⁵⁾. 따라서 현재 RA의 病因으로 가장 지지 받는 이론은 人體內의 自家免疫反應

이며, 이것의 이해에는 免疫反應의 基本的인 概念, 細胞免疫反應에서 組織適合性 抗原과 抗原提供細胞의 役割, 體液性 免疫과 媒介物質의 理解와 그 遺傳的인 背景이 필수적이라 할 수 있다^{1, 5)}.

韓醫學의으로는 痢, 風痺, 痛風, 歷節風, 白虎風, 白虎歷節風, 類風濕性 關節炎 等^{33, 38, 40, 43)}으로 表현할 수 있으며, 原因으로는 六淫中風, 寒, 濕, 熱과 外傷, 燥火兼 外邪, 營養不良, 精神刺劇 等^{38, 42, 43, 44)}을 들었으며, 治法으로는 清熱利濕, 祛風通絡, 溫經散寒, 補腎健脾 등⁴⁵⁾을 사용하였다. 이에 著者는 임상에서 흔히 접할 수 있으며 難治疾患중의 하나인 RA에 대한 韓醫學의 原因, 症狀 및 治療와 現代醫學의 最근의 報告를 중심으로 比較研究하여 韓醫學의 面에서의 RA의 治療에 도움을 주고자 文獻的 考察을 통하여 약간의 知見을 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 本 論

1. 西洋醫學의 面에서 RA

(1) 定義

RA는 慢性關節炎 가운데 退行性 關節炎 다음으로 흔한 關節炎으로서⁴⁾, 可動性 關節과 다른 다양한 기관을 침범하는 慢性 全身性 炎症性 疾患이다. RA는 진행함에 따라 滑液膜의 慢性的인 肥大 및 炎症反應이 나타나 關節軟

骨과 그 周圍組織을 破壞하여 初期에는 關節의 浮腫과 疼痛을 초래하나, 進行됨에 pannus의 형성과 더불어서 特징적인 關節變形 및 强直이 유발되고 전신적으로 衰弱해진다^[4]. 특히 RA는 전신적으로 肺, 心臟, 腎臟, 皮膚, 神經組織, 눈에 合併症 등을 나타내며, 疲倦, 疲勞, 低熱感, 위약감과 가벼운 림프병변을 동반하는 것은 RA에서 흔하다^[5].

(2) 發生頻度

發病率은 대부분 人口의 0.3~1.5% 이지만, 몇몇의 미국내 土着民에게는 3.5~5.3% 정도가 발견되며^[7], 發病年齡은 주로 40~60세로서, 대체로 60代에 최고치를 보이고 있으며^[1,6,16], 女性이 男性보다 약 3배정도 잘 침범되는 것 같다. 地域間, 氣候 및 文明에 따른 發生頻度의 差는 뚜렷하지 않으나, 热帶地方에서 發生頻度가 낮은 것은 이 지방 주민들의 平均年齡이 낮으며, 진단 받을 기회가 적기 때문일 것으로 생각된다. 한편 都市와 地方間의 差異는 남아프리카의 黑人에 있어 도시의 發生頻度가 지방보다 높은 것으로 되어 있으나, 一般的으로 屋外勞動의 發生頻度를 증가시키는 한 인자로 생각되고 있으므로 이들의 生活環境에 대한 고려가 있어야 하겠다^[6].

(3) 原因 및 病理學

RA의 原因은 아직 확실하지 않은 상태이나, 일반적으로 假說的인 原因이 제시되어 있으며, 주로 感染說과 비타민의 결핍증, 호르몬 부조화설과 免疫學的 異常反應 등^[4]으로 설명을 한다. 그러나, 다른 한편에서는 宿主의 遺傳的因素, 免疫調節의 非正常과 自家免疫, 微生物感染의 지속된 자극 등의 3가지 分野에서 研究가 진행되고 있으나^[1], 주로 遺傳的인 문제점에

서 免疫學的으로 原因을 설명하고 있으므로, 自家免疫을 위주로 원인과 병리를 서술하고자 한다. RA의 遺傳的 感受性은 이란성 쌍생아보다 일란성 쌍생아에게 好發되는 것으로 보아 家族的인 發生과 관계가 있는 듯하다. 主要한 組織適合性複合體(major histocompatibility complex, MHC)인 HLA(human leukocyte antigen)-DR4는 대부분 RA환자들에게서 의미있게 증가하며, HLA-DR4의 출현은 류머티스 인자(rheumatic factor, RF)의 역가, 關節의 破壞, 류머티스 폐질환, Felty'씨 증후군과 강한 연관성을 보이고 있다. 특히, EBV(Epstein-Barr Virus)는 류머티스 인자(rheumatic factor, RF)를 포함한 自家免疫抗體의 생성을 자극할 수 있는 polyclonal B cell의 活性體로서, EBV에 감염된 B 세포에서 표현되는 核抗原에 대한 抗體는 대다수의 RA환자에게서 출현되고, 다양한 특이적인 免疫反應이 RA환자에게서 발견이 된다. 최근에 EBV蛋白質은 RA의 민감성과 관계가 있는 HLA-DR4분자와 같은 5개의 아미노산을 공유하는 것으로서 "分子性 홍내(molecule mimicry)"^[3]의 가능성을 높이고 있다.

RA의 기본적인 病因과 病理은 關節內滑膜炎으로써, 病理的인 과정들은 關節內에서 진행되는데, 그 과정을 나열하면 다음과 같다.

- ① 不明의 抗原이 신체내의 순환을 거쳐 체내의 抗體와 선택적인 결합을 함으로써 宿主의 免疫反應의 결과로 滑膜炎(synovitis)을 일으킨다.
- ② 抗原의 關節內 존재와 抗體의 생산으로 免疫複合體(immune complex)는 滑液膜과 滑液에서 化學的 因子(chemotactic

factor)를 생산도록 하여 炎症變化가 진행되어, endothelial cell의 손상, 滑膜의 浮腫, fibrin 침착, 다형핵 백혈구의 침윤, lining cell의 肥厚 등이 일어나는 데 이런 변화는 免疫細胞(T and B cell)의 축적에 수반되며, endothelial cell의 손상은 활액내 炎症科程에서 림프구와 관여하는 세포에서 생산되는 cytokines(IFN- α , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, BCGF, BCDF 등), C55 및 C35 같은 보체생성물들, leukotrien B4같은 arachidonic acid metabolites와 histamine, serotonin 등에 의해서 진행된다. synovial lining cell과 chondrocyte도 collagenase, PG(prostaglandin)과 proteolytic enzyme 등을 분비하여 炎症을 진행시킨다.

③ 이런 과정속에서 생산되는 lysosome hydrolytic enzyme이 軟骨의 破壞와 과립조직의 증식을 수반하며 뼈를 침입하여 파괴하기도 한다. 연골은 滑液膜의 内膜下層의 대식세포에 의해서 분비된 interleukin-1(IL-1)에 의해서 손상이 되며 이것은 lysosomal enzyme을 분비하여 연골세포(chondrocyte)를 자극한다^{2,5)}.

위의 이런 염증과정에서 體液性 免疫과 細胞性 免疫이 관여하는 데, RA의 滑膜炎에서 이 면역기전의 역할이 계속 제안이 되어져 왔으며 지지를 받고 있다. 細胞性 免疫機轉으로서는 DR+cell에 의해서 출현되는 不明의 抗原에 의해서 침윤된 T림프구의 活性화와 연관이 되는데, T 림프구가 계속적으로 活性화되어 T 림프구에서 유도된 림포카인(lympokines)이 炎症의 발생과정에 중재역할을 하며, T 림프구

에 의해서 활성화된 단핵세포나 대식세포의 상호작용에 의하여 생산된 interleukin-1(IL-1)은 滑膜細胞를 지극하여 collagenase와 PGE2 생산을 유발시킨다. 이 중재물질들은 骨과 軟骨의 退行性 變化를 조장하게된다. 體液性 免疫機轉은 滑液膜안의 국소 류마티스 인자(rheumatic factor, RF)의 생성, IgM-IgG의 免疫複合體의 생성, 補體의 活性화와 消費作用에 의하여 증명이 되는 데, 연속적으로 활성화된 보체는 혈관의 투과성을 증가시키고 免疫複合體에 대한 식세포의 食食作用을 진행시키며, 이 免疫複合體를 탐식한 다형핵 백혈구를 'RA cell' 또는 'Ragocytes'라고 부른다. 이렇게 하여 형성된 免疫複合體는 關節腔內의 간질고분자인 초자연골과 섬유연골에 포착되어서 관절의 변화를 초래하며, 활액안에서 免疫複合體는 보체계, 탐식세포의 자극과 kinins, lysosome 효소방출을 활성화시켜 만들어진 화학적 중재물질은 활액세포를 증식시켜 proteinases와 PG를 생산하도록 자극한다. 이 생산물질은 關節軟骨과 結合組織 高分子의 分解를 일으키며, 섬유세포가 結合組織間質(fibrosis)을 생산토록 活性화시킨다^{1,4,7,40)}. 이와 같은 자가면역 과정중에서 출현하는 류마티스 인자(rheumatic factor, RF)는 19s의 IgM으로 초기에 原因不明의 인자의 刺激에 의하여 비반세포에서 생성되어 抗原과 결합하게 된다. RA에서 류마티스 인자(rheumatic factor, RF)의 강한 출현에도 불구하고 이 질환을 유발하지 않을 수 있으므로 주의해야 하며, 류마티스 인자(rheumatic factor, RF)는 특히, 세균성 심내막염, 결핵, 매독, kala-zar, 바이러스 감염, 혈관내 약물의 남용, 간경변 등에서도 일반적으로 출현이 되며,

정상개체에서도 나이가 들어감에 따라 RF의 생산이 가능해지므로, 모두 이런 경우는 HLA-DR4와 연관성이 없게 된다. 따라서 RA의 診斷에 假陽性을 잘 관찰하여야 하며 다른 검사도 요구된다¹⁾.

(4) 臨床症狀

RA의 症狀은 關節內 症狀과 關節外 症狀으로 구분이 되며, 關節痛과 關節硬直은 활액막 염의 결과로 출현하고, 주로 手腕, 手指, 肩, 膝, 足, 足趾, 주관절 등의 활액막 관절이 주로 침범되나, 側頭下顎關節과 輪狀披裂軟骨關節은 흔히 침범되지 않으며, 경추의 발병은 제한되며 요추나 흉추에서는 더욱 드물다. 때때로 低熱을 가진 倦怠感과 疲勞를 수반할 수 있다. 관절의 발병양식은 전형적으로 多關節이며 對稱的으로 발생이 되고 특히 아침과 비활동후 1시간이상 계속되는 關節強直이 RA의 主訴이다. 이것은 매우 특징적인 증상으로 早朝強直의 기간이 가끔 炎症의 活動度에 대한 臨床研究에서 量的인 指標로서 사용된다. 특히, 疾患이 진행됨에 따라서 關節의 浮腫과 壓痛, 皮膚의 紅紫色의 脫色이 나타나게 된다. 手部에서는 주로 方錐形의 浮腫이 近位指關節에서 나타나나, 약 20%에서는 遠位指關節에서도 나타나며, 심하면 swan-neck 변형, boutonniere 변형의 屈曲拘縮이 오게 된다. 腕關節에서는 활막의 증식으로 종종 正中神經이 壓迫되어 수근골터널증후군을 일으킬 수 있으며, 수지의 전반적인 통증에 동반되는 異常 感覺과 손목의伸展時에 심해지는 통증 등의 증상은 주로 밤에 악화되고 티넬징후(Tinel's sign : 신경의 분지부위를 타진시 원위단에 느끼는 찌르한 통증으로 신경의 부분적 병변 또는 변성초기를

기리키는 징후이다.)가 특징적으로 관찰된다. 주관절의 활액막염은 RA환자의 약 20%에서 관찰되며 환자자신도 모르게 屈曲拘縮이 오기 때문에 연축이 온 환자를 자주 볼 수 있다. 견관절의 병변은 약 50%에서 관찰이 되며, 초기에 외전 장애가 나타나고 회선근개 건염(shoulder cuff tendinitis) 후에 상완골두가 상방으로 탈골이 되면 견관절의 기능이 완전 소실하게 된다. 고관절이 침범되면 鼠蹊部, 外側臀部, 腰部에 통증이 나타나고, 만약 股關節關節囊에 심한 통증이 나타나면 關節穿刺術이 행해져야 한다. 股關節의 無血性壞死는 스테로이드(steroiod) 치료와 연관이 되어 나타나며 심하면 대퇴골두가 관골구 내로의 돌출이 발생될 수도 있다. 體重負荷關節인 슬관절에서는 滑液膜의 增殖과 滑液의 渗出이 약 50%에서 침범이 되며, 골 및 연골의 파괴에 의한 것보다는 때로는 굴곡성 연축, 관절의 불안정성, 외반, 내반변형, 內障 등의 연부조직의 合併症이 많다. 특히, 슬관절과 낭종의 형성후에 삼출액이 팽창되어 종아리로 파열되어 들어가면 종아리의 肿脹과 疼痛이 출현하여, 혈전성 정맥염과 혼동될 수 있으니 감별을 요한다. 족관절에서는 跛趾骨關節이 호발 부위이며, 혼한 奇形을 초래하여 신발과 잘 맞지 않아서 자극되는 통증이 있게된다. 경추의 활막관절인 C1-C2에 침범되면 環軸樞關節의 亞脫丘가 일어날 수 있으며 심하면 사지의 위약, 방광이나 장의 실금, 真性 四肢麻痺의 頸髓壓迫症狀 等의 신경외과적 처치가 필요한 증상이 나타나난다. 輪狀破裂軟骨關節에 침범이 되면 연하곤란, 쉰 목소리, 경부앞의 통증이 수반되며 만약 喘鳴과 呼吸困難 등이 나타나면 즉시 응급처치가 필요하다.

關節外 症狀은 주로 혈청이 양성인 RA환자에게서 출현된다. 神經系의 病變으로는 완관절터널증후군, 末梢神經症, 頸髓脊髓病, 족관절터널증후군 등이 있고, 筋骨格系 合併症으로는 근의 쇠약, 골다공증 등이 나타난다. 血液系合併症으로서는 빈혈과 Felty씨 증후군, 혈관염 등이 나타나며, 특히 Felty씨 증후군은 RA, 비장종대, 과립백혈구수감소증을 특징으로 한다. 心血管系는 백혈구파괴성 혈관염이나 파사성 혈관염, 협착성 심막염 등이 나타나며, 협착성 심막염은 전형적으로 호흡곤란, 우측심부전, 말초부종 등이 나타나게된다. 류머티스결절은 심근이나 심장판막에서 나타나며, 심장의 전도이상, 판막의 부전이나 협착, 심근경색은 RA환자의 心臟疾患에서는 드물다. 呼吸器系의 合併症으로는 흉막염, 폐의 간질성 섬유화, 폐결절, 간질성 폐렴 등이 나타날 수 있으며, 특히 흉막염에서 흉막액은 당농도(glucose concentration)가 낮은 것이 특징이며 인도메타신(indometacin)에 잘 반응한다. 폐의 간질성 섬유화는 약 20~40%의 RA환자에게서 발견되며 심하면 스테로이드(steroids)치료를 해야하며, 孤立性 肺結節은 조직검사를 시행하여 악성종양과 감별을 요한다. 腎臟系의 合併症 으로는 amyloidosis에 동반되어 나타날 수 있는데, 장기적으로는 이환된 경우와 약물에 동반된 예를 제외하면 극히 드물게 나타난다. 피부에서는 RA환자의 약 20~25%에서 피하결절이 발생되며, 팔꿈치, 손과 발의 신글근의 건, Achilles 건과 후두부와 천골부 등 압력을 받기쉬운 關節周圍構造物에 쉽게 발생된다. 쉽게 挫傷이 나타나는 손바닥의 홍반은 피부의 취약성을 말해준다

1, 4, 7, 38)

(5) 診斷

1) 診斷의 基準

RA의 診斷을 정확히 내리려면 RA의 初期症狀과 몇가지 特징적인 臨床經過를 검토하여 다른 질환에 대한 可能性를 충분히 배제한 다음, 診斷의 基準에 합당하게 되면 최소 6주후에 RA의 診斷을 내리는 것이 바람직하다. 왜냐하면 RA라고 早期에 診斷을 받은 상당수의 환자가 수개월사이에 自然寬解가 와서 미국 RA학회(American Rheumatism Association, ARA) 診斷基準에 맞는 정확한 RA가 아니었고, 또 RA라 하더라도 이런 시기에 早期治療가 RA의 임상경과를 바꾼다는 근거가 없기 때문이다⁹⁾.

ARA에서는 1958년에 제정되어 약 30년간 RA의 診斷에 사용되던 11개 基準을 1987년에 改訂하여 7가지의 항목중 4가지 이상을 만족할 때 류머티스성 관절염으로 診斷을 내릴수 있다고하였다^{1, 10)}. RA환자의 診斷基準의 내용을 살펴보면 첫째, 關節痛과 强直은 아침에 더 심한 것이 특징이며, 早期强直의 지속되는 정도는 치료에 대한 효과를 예민하게 반영시키기도 한다. 둘째, RA는 初期에 單一 關節炎形態에서 발생하여 多發性 關節炎의 形態로進行하며, 6주이상 지속되어야 한다. 만일 3~4주 사이에 소실되거나 다른 관절로 이행하였다면 바이러스성 관절염이나 류머티스 열 및 反應性 關節炎일 가능성이 많다. 셋째, RA는 多發性 關節炎이라고 하여도 병변부위를 잘 살펴 보아야 하는 데 손목과 MCP나 PIP 등의 손의 관절은 RA환자의 90% 이상에서 침범이 되며, 그 다음으로 무릎, 발목관절 등의 순이다. 넷째, 관절염이 존재하더라도 중요한 것은 對稱

性이며, 非對稱的인 關節炎은 다른 질환을 의심해야한다. 다섯째, RA환자의 90% 이상에서 침범이 되는 곳이 손목과 MCP나 PIP 등의 손의 관절이므로 X-ray 소견은 Hand x-ray로 충분하며, 骨多孔症, 骨糜爛 등의 소견이 나타난다. 여섯째, 류마티스 결절은 주로四肢의 伸展面인 皮下에 觸知가 가능하게 발생하고, 이런 증상은 關節外의 전신적 침범을 의미하며 예후는 좋지않다. 일곱째, 류마티스 인자(reumatic factor)는 RA의 自家免疫抗體로 혈청 음성 류마티스 관절염과 RA 외의 류마티스 인자 양성질환에 주의깊게 診斷 鑑別해야 한다.

<1987년 개정된 RA의 診斷基準>

1. Morning stiffness for at least 1hr (>6wks)
2. Swelling(soft tissue) of 3 or more joint areas*(>6wks)
3. Swelling(soft tissue) of wrist, MCP or PIP joint(>6wks)
4. symmetric swelling(soft tissue)
5. Hand X-ray change
6. Rheumatoid nodules
7. Rheumatoid factor possibility

* Joint areas: PIP, MCP, wrist, elbow, knee, ankle, MTP

2) 診斷的 檢查

① 一般的인 血液 檢查^{1,4,8)}

(㉠ 赤血球 沈降 速度(erythrocyte

sedimentation rate, ESR)

고전적인 검사항목으로 임상적으로 유용한 赤血球 沈降 速度(erythrocyte sedimentation rate, ESR)는 미국의 류마티스 학회에서 정한豫備的 寬解基準에 포함된 유일한 항목으로서, 骨關節炎(osteoarthritis)과의 감별진단에 이용되고 週期的인 檢查를 함으로써 RA의 活性度를 推定할 수 있는 指標이다. ESR의 정상치는 연령과 성별에 따라 다르지만, 미국 류마티스 학회는豫備的 寬解基準으로 여자는 30mm/hr이하, 남자는 20mm/hr 이하로 정해놓고 있다..

㉡ C-reactive protein(CRP)

ESR과 더불어 비교적 고전적인 검사항목으로 급성기 반응물중 가장 대표적인 단백질로서, interleukin-1(IL-1)과 interleukin-6(IL-6)의 작용에 의해서 간세포에서 형성되며, 대개 질환의 활성도와 좋은 연관관계를 이루어 30mg/L이상의 수치가 RA에서 출현된다.

㉢ 粘度(viscosity)

혈장점도는 ESR처럼 慢性 炎症性 疾患의 調節에 좋은 指標가 되며, 성별, 연령, 혜모글로빈치, 흡연 등과 무관하고 정상범위도 좁으므로 偽陰性의 可能性도 거의 없다.

㉣ 貧血(anemia)

약 30~35%의 RA환자에게서 나타나며 慢性正色素性, 正球性 貧血이 출현하지만, 전형적으로 철의 주입에는 별로 반응이 없으며 주로 erythropoietin은 빈혈이 좀더 심할때 효과적일 수 있다¹⁾.

㉤ 白血球數의 測定:white blood cell count)

백혈구는 정상이지만 드물게 백혈구 감소 혹

은 증가를 볼 수 있으며 일부의 RA환자에서
는 好中球減少와 中等度의 血小板增加, 5%정
도의 好酸球增多症이 나타날 수 있다.

② 關節液 所見^{1,4,8,38)}

⑦ mucin clot test

關節液에 酸을 가하여 mucin clot 형성의
모양과 濁度를 검사하는 것으로서, RA와 다른
염증성 관절질환을 감별진단하기 위해 이용
한다.

⑧ Ragocyte

일명 RA세포로서 炎症性 關節液의 백혈구중
공포(vacuole)나 검은 입자들이 특징적으로
관찰된다. 이것은 면역글로부린(immu-
noglobulin, Ig)와 류머티스 인자(reumatic
factor, RF)의 면역복합체로 간주되며, 다른
염증성 관절질환에서도 출현하지만 RA에서
더 많이 관찰된다.

⑨ SF-RF

혈청 RF검사가 隱性인 경우에 시행하며 關節
液의 전처치가 필요하며, 류머티스 인자
(reumatic factor, RF)가 음성인 환자의 다
수에서 SF-RF가 양성으로 관찰된다.

⑩ 백혈구검사

백혈구의 수는 5,000~20,000/mm²의 범위
안에 있으며, 50~70%정도가 多形核 白血球
이다.

⑪ 補體와 糖濃度

감소된 수치로 나타난다.

③ 면역혈청학적 검사(immunoserologic
test)^{1,8)}

⑦ 류머티스 인자(reumatic factor, RF)

류머티스 인자의 측정방법은 latex 粒子凝聚
法, 감작된 면양 적혈구 응집법(SCAT), 放射
免疫法(RIA), 間接免疫螢光法(IIF), 酶素免
疫法(ELISA) 등이 사용되지만, 주로 latex
입자응집법이 다용되며, 사람의 면역글로부린
G(immunoglobulin G, IgG)가 latex 표면
에 덮혀 있으므로 류머티스 인자가 포함된 혈
청과 만나면 육안적으로 응집이 관찰되어,
RA환자에게서 혈청양성으로 판독된다. 류머
티스 인자는 自家免疫抗體(autoimmune
antibody)로서, RA환자의 약 80%이상에서
양성으로 관찰되며, IgM의 류머티스 인자는
RA의 診斷 및豫後判定에 좋은 지표가 된다.
그러나 일부 전형적인 RA환자에서 음성으로
관찰되는 경우가 있는 데 이는 혈청내 면역글
로부린G가 다른 단백질과 복합체를 이루었기
때문에 이 검사법으로 검출이 안되는 것으로
간주된다. 높은 역가로 류머티스 인자가 지속
될 때 예후는 좋지 않으며, RA가 호전되거나
D-penicillamine과 같은 약제로 치료했을 때
류머티스 인자의 역가는 감소하거나 음성으로
나타난다. 그러나 류머티스 인자는 간염과
influenza와 같은 급성 바이러스감염, 말라리
아 등의 기생충감염, 악성종양, 세균성 심내막
염 등의 감염후 증후군, 慢性 肝疾患에서 나타
나는 고글로불린혈증, 전신성 홍반성낭창과
Hashimoto씨 갑상선염 등의 自家免疫疾患에
서 관찰이 되며, 정상인의 약 5%에서도 검출
이 되고 이는 나이가 많을수록 증가된다.

⑫ Anti-keratin

RA환자의 36~69%에서 관찰이 되며, 건강
인에서는 0~4.2%로 비교적 특이도가 높은
自家免疫抗體이다.

(5) 抗核周邊因子(Antiperinuclear factor, APF)

核周邊因子는 일부 정상인의 口腔內 粘膜細胞의 核周邊部에 위치하는 다수의 均質한 原型粒子로서 그 직경이 $0.5\sim4\mu\text{m}$ 정도 되며, 이 입자에 대한 자가항체가 抗核周邊因子로서 RA환자에서 예민도는 85%, 특이도는 95%나 된다.

(6) 抗核抗体(antinuclear antibody, ANA)

RA환자의 25~30%에서 양성소견을 보이며 力價는 높지 않다. RA가 다른 自家免疫疾患과 중복되어 있으면 1:640 이상의 높은 力價를 나타낸다.

(7) Anti-RA 33

RA환자의 36%에서 검출되고 다른 질환이나 정상인에서는 거의 발견이 안되며, 특히 류머티스 인자가 음성인 경우나 혈관염이 동반된 경우에 더 많이 관찰되므로 RA의 초기 단계의 표지자 항체로 이용될 가능성이 높다.

(6) 治療

RA의 直接的인 原因은 아직 규명되지 않고 있으며, 發病機轉 및 病態生理도 여러 갈래로 연구되고 있으나, 지난 20년간의 의학발전과 다양한 藥物의 개발로 과거에 비해 대단히 향상된 치료성적을 보이고 있다.

RA의 治療의 첫번째 目標는 疼痛의 減少, 炎症의 抑制, 副作用의 減少이며, 두번째 목표는 筋肉과 關節機能의 保存과 일상생활으로 빠른 復歸에 두고 있다^{1,10,15)}. 치료방식에는 종래에는 段階的 治療法(treatment pyramid)을 따랐으나 최근 수 년 동안은 段階的 治療法을 뒤엎는 방법으로 강력하고 적극적인 조기치료

와 다양한 複合化學療法(combination chemotherapy)이 도입되어 임상에 사용되고 있다. 조기에 적극적인 치료를 해야하는 RA는 발병후 2년내에 약 60~70%에서 骨髓爛이 일어나고 일단 관절이 파괴되기 시작하면 진행을 억제시키기가 쉽지 않다. RA환자가 처음 이환 되었을 때는 먼저 RA에 대한 교육이 절대적으로 필요하며, RA의 길고 긴 병정이 개체마다 어느 정도의 제한성이 있으며, 조절이 잘되면 그들이 익숙해진 활동을 계속할 수 있다는 사실을 강조한다.

1) 基礎療法^{1,10,16)}

적절한 營養供給, 安靜과 休息, 物理治療 등이 藥物療法 이전에 실시되어야만 한다. 關節의 急性炎症이 있을때는 우선 휴식을 권하며, 이때 심한 운동은 오히려 炎症을 악화시킨다. 반면에 장기간 운동을 하지 않으면 關節의 強直과 筋肉의 위축이 동반되어 運動能力이 대단히 감소하게 되므로 적절한 운동이 환자의 치료에 유리하다. 샤워, 목욕, warmpools, paraffin bath나 온습포는 關節을 느슨하게 하고 硬直을 경감시키는데 사용되고, 急性炎症性 關節에는 休息과 副木이 자세의 유지 및 기능의 유지에 도움이 된다. 食餌療法은 알러지의 원인이 되는 음식을 제외한 다른 음식물의 제한은 필요하지 않으며, 貧血의 출현에 무조건 鐵의 보충은 오히려 증상을 악화시킬 수 있다^{10,15)}.

2) 藥物療法^{1,10,11,12,15)}

(1) 아스피린(aspirin)과 비 스테로이드성 항염증약제(NSAID)

아스피린(aspirin)과 비 스테로이드성 항염

증약제(NSAID)는 prostaglandin(PG) 합성을 억제함으로써 抗炎鎮痛作用을 공통적으로 나타내며, 중성구기능의 억제와 대식세포의 기능억제에 관여할 것으로 추정하고 있다.

아스피린(aspirin)은 항염작용을 나타내기 위해서는 하루 3mg 이상을 사용하여 혈중 level이 20~30mg/dl정도 요구되나, 위장관장애가 문제가 된다. 이런 문제점때문에 서방형 Aspirin과 enteric coated aspirin이 개발되었다. 副作用은 血液凝固障礙와 血小板機能低下, 耳聾, 耳鳴, 胃腸管病變 등이 나타날 수 있다.

비 스테로이드성 항염증약제(nonsteroidal antiinflammatory drugs, NSAID)는 phenylacetic계, naphthalene acetic acid 계, indoleacetic acid계, fenamate계, oxicam계 등의 여러가지 계열의 약제가 쓰이고, 전체적인 副作用의 빈도와 치료효과는 대동소이하나, 각각의 장단점이 있으므로 임상적인 경험으로 부작용을 최소화하고 개개의 환자들에게 최대의 잇점을 주기위해서 이런 NSAID류의 약제들을 하나에서 다른 하나로 일시적인 交替使用이 제안되고 있다.

② Glucocorticoid

1948年에 처음 RA치료에 시도되었으며 환자의 臨床症狀과 炎症狀態의 개선이란 측면에서 보면, 가장 탁월한 효과를 나타낸다. 투여에는 經口投與, 靜脈內 衝擊療法, 關節腔內 주사로 구분이 되며, 靜脈內 衝擊療法에는 methyl prednisone을 사용하고, 關節腔內 注射法은 한 두 관절의 증상을 호소시에 유용하다. 한 관절에 4회 이상 투여는 피해야하며, 한번 주사한 후에는 최소한 3~4개월후에 재투여가

가능하다. 경구용 glucocorticoid는 장기간 사용해야되며, 副作用은 골다공증, 쿠싱증후군(cushing's syndrome), 위장관장애, 당뇨병, 고혈압 등의 合併症이 있고, 閉經期 이후의 RA에서는 골다공증이 문제가 되므로 Vitamin-D 등을 병용투여한다.

③ 항류머티스제제

소염진통제만으로 증상의 호전이 없고 계속 진행하는 경우에는 2차 항류머티스제제를 선택하여야 한다. 항류머티스제제로는 항말라리아제제, 금제제, D-penicillamine, sulfasalazine 등이 있으며, 이들 약제는 진통작용이 없어 치료후 수 주에서 수 개월후에 치료효과가 나타나므로 소염진통제와 함께 투여하고, 다양한 부작용이 있을 수 있으므로 추적검사가 필요하다.

항말라리아제제로는 보통 chlorquine과 hydroxychlorquine을 사용하며, 부작용은 망막병변과 시력손상 등을 유발할 수 있으므로 안과의사에게 적어도 1년에 1~2회 정도 검사를 받아야한다.

金療法은 골수와 신장에 대한 장기간의 잠재적인 독작용때문에 자주 요검사와 혈액검사가 필수적으로 행해져야 하고, 경구용 auranofin이 근육내 주사보다 독작용이 덜하며 副作用은 搔痒性 皮膚皮疹과 疼痛性 口腔潰瘍 등이며, 심하면 백혈구감소증이나 혈소판감소증 등의 골수억제와 단백뇨를 동반한 신장의 손상이 나타나나 신증후군은 드물다.

D-penicillamine은 1970~80년대에 많이 사용된 약제로 항류머티스효과는 주사용 금제제만큼 탁월하나, 부작용의 발생빈도가 상대적으로 높다. 이것의 효과는 아주 느리게 나타나

며 골수와 신장에 대해 영향을 미치므로 독작용에 대한 추적이 필요하며, 副作用으로는 증증근무력증, Good pasture's syndrome, 홍반성 낭창 등의 自家免疫疾患이 유발될 수도 있다는 것이다.

sulfasalazine은 1940년대에 RA의 치료제로 개발되었으나, 국내에서는 궤양성 대장염 치료제로 널리 알려져 있다. 副作用은 무과립 구증, 혈소판감소증, toxic epidermonecrosis, Steven-Johnson 증후군 등이 문제 가 된다.

④ Cytotoxic Agent

ⓐ Methotrexate

1980년대 이후부터 RA치료에 도입되어 현재는 구미에서 가장 많이 연구가 되고 있는 약제로서, 1주일에 1회 경구복용을 하면 다른 약제와 달리 4~8주 이내에 증상이 개선되며 암 발생의 위험성이 없다. 副作用은 위장관장애, 체중감소, 간기능장애, 급성과민성 폐렴 등이 보고되었으나, 간경변증으로 진행된 예는 거의 없다.

ⓑ Azathioprine

關節炎으로 치료효과는 양호하나 그 副作用은 위장관장애, 간장애, 골수억제작용, carcinogenesis 등이 있다.

ⓒ Cyclophosphamide

과거에는 免疫抑制剤로 사용하였으나 최근에는 그 빈도가 감소하였고, azathioprine과 마찬가지로 부작용을 잘 추적 검사하여야 한다.

ⓓ Cyclosporine

臟器移植後 免疫抑制剤로 주로 사용되었으나 RA에 사용하여 임상적인 효과가 인정된 바 있다. 장기간 치료시에는 신기능장애를 유발하

고 의료비용의 부담이 높아 사용의 한계가 있다.

⑤ 기타 實驗的인 治療法

ⓐ 인터페론 감마(Interferon-γ)

국내에서는 약 64%에서 반응을 나타내었고, 副作用은 發熱, 惡寒, 頭痛이 가장 많았으며 그 외에 국소자극증상, 저혈압, 청색증도 관찰되었다¹²⁾.

ⓑ Total lymphoid irradiation

RA에서 임파구를 소멸시키면 증상이 극적으로 호전되므로 그 효과가 약 6~12개월에서 4년까지 지속된다. 그러나 전신적인 免疫抑制狀態때문에 感染이 가장 문제가 되며 약 30%에서 심한 bacteria 감염과 herpes zoster 감염이 발생하므로 실험적 수준에 불과한 치료법이다¹³⁾.

이외에 實驗的인 治療法으로는 혈장반출법(plasmapheresis), 단클론항체의 사용, T림프구·수용체와 조직적합항원, 기타 염증세포나 혈관내피세포의 유착분자 등이 있다.

3) 外科的 治療

RA는 충분한 藥物治療, 保存的 治療 및 物理治療에도 不拘하고 효과가 없이 關節의 疼痛과 關節의 肿脹이 지속되며 關節의 變形과 運動制限, 關節의 拘縮, 神經症勢 등이 출현하거나 진행되면 外科的 治療의 대상이 된다.

RA의 일반적인 수술의 목적은 關節疼痛의 除去, 關節機能의 改善과 維持, 關節變形의 防止, 關節의 變形과 不安定을 矯正, 關節의 外形의改善, 神經血管 및 腱, 韌帶 등의 연부조직의 손상예방으로 疾病의 進行을 抑制하는 것이다. 수술시에는 RA환자의 脆弱한 皮膚,

骨多孔症, 貧血, 手術中에 細菌感染과 化膿性 關節炎의 호발, 精神的不安定 등을 주의해야 하며, 수술방법으로는 滑膜切除術, 切骨術, 關節固定術, 關節成形術(切除關節成形術, 中間挿入 關節成形術, 人工關節代置術) 등이 있으며 關節의 最大機能恢復에 역점을 두고 있다^{1,4,13)}.

4) 再活治療

再活治療란 환자로 하여금 정상적인 생활을 위해서 가능한한 최대의 기능을 가질수 있도록 도와주는 모든 治療 및 補助具 處方으로서, 運動治療, 器具의 使用方法의 教育, 作業治療, 日常生活의 動作機能訓練, 自助器具의 使用訓練, 精神科的 補助, 職業에 대한 適性検查 및 相談, 職業의 再訓練 등의 가능한 모든 치료방법을 다양하게 복합적으로 적용시켜, 疼痛의 緩和, 運動範圍의 維持, 筋力의 維持, 關節의 變形防止 등을 이 치료의 목표로 삼고 있다.

치료는 急性期, 亞急性期, 慢性期 治療로 나뉘며, 더불어 작업치료 및 환자교육을 실시한다. 急性期의 再活治療目標는 炎症을 抑制 및 緩和시켜 關節의 機能을 維持하고 變形을 방지하여 일반적인 건강을 유지하는 것이다. 急性期의 關節運動은 痛症을 유발하기 쉬우므로, 환자의 가능한 운동은 副木을 단체로 할 수 있는 等尺性 運動으로, 절대로 통증이 없는 범위내에서 실시되어야하며, 關節의 休息, 變形의 防止, 機能亢進과 安靜, 구축된 관절의 교정을 위하여 부목의 이용은 필수적이다. 亞急性期에는 점진적으로 補助的인 能動關節運動을 시작하여 신체의 힘과 지구력을 개선하고 방지하는데 있다. 환자의 가능한 能動關節運動으로는 의자에 앉히기, 일어서기, 부축해서 걷기, 목발이나 단장을 짚고 걷기 등을 시킬 수 있으

며, 운동전에는 회전욕 (whirlpool bath), 온습포, 파라핀욕 등의 表在熱 治療를 하여 근육의 경직을 풀어주며, 關節內의 溫度와 壓力을 상승시켜 염증의 후유증을 재발시킬 수 있는 深部熱 治療는 이 기간에는 주의해야한다. 반면에, 冷治療는 운동시의 동통을 줄여줄 수 있으며, 낮에는 운동한다 하더라도 밤에는 부목으로 안정시키는 것이 좋다. 慢性期 治療의 목표는 筋痙攣과 疼痛의 減少, 혈액 및 림프액의 순환촉진, 關節運動의 範圍 및 筋力의 增進, 그리고 生活動作, 步行持久力의 改善 등이 중요하다. 이 시기에는 수영, 실내의 자전거타기, 짚은 원호내의 행동환경을 가지고 물건을 들어올리는 동작 등의 能動的이며 반복적인 等長性의 抵抗運動이 실시되며, 또한 作業治療도 병행 실시되는 데 일반적으로 상지 특히 손의 기능개선을 위해서 어떤 작업동작을 반복시켜 關節의 可動性과 筋力, 持久力, 作業能力을 유지하여 變形을 防止한다. 한편 활동과 안정의 중요성; 작업중의 에너지 절약방법, 關節의 保護方法, 疼痛의 緩和方法, 變形이 발생하기 전에 예방하는 법 등을 教育하는 것은 어느 치료시기에도 실시되어야만 한다^{14,17)}.

2. 韓醫學의 側面에서 R. A.

RA는 韓醫學의 으로 痢, 風痺, 痛風, 歷節風, 白虎風, 白虎歷節風, 類風濕性 關節炎 등의 病證에 屬한다고 볼 수 있으며^{29,33,36,38,42,43,44,45)}, 韓醫學의 文獻考察을 通해서 韓醫學의 痘因 및 病理, 症狀, 治法, 禁忌를 통하여 RA에 대한 접근을 시도해 보며, 서술해 보고자 한다.

(1) RA의 原因

痺症의原因是黃帝內經〈素問 痹論篇¹⁸⁾에 “風寒濕 三氣雜至, 合而爲痺, 其風氣勝者爲行痺, 寒氣勝者爲痛痺, 濕氣勝者爲着痺也.”, “其入臟者死, 其留連節骨間者疼久, 其留皮膚間者易也.”로 언급되었고, 喻 등^{21, 23, 24, 29, 30)}은 “諸痺 風寒濕 三氣雜至, 合而犯其經絡之陰也.” 하였으며, 林²⁷⁾은 营衛가 먼저 虛하여 주리가 不密하니 風寒濕邪가 虛를 틈타 侵入하여 痺症이 발생한다고 하였다. 王²⁵⁾은 痺症의 病因에 瘀血說을 주장하였으며, 唐²⁶⁾은 痺症에서도 痛症이 심한 것을 痛痺이라하여, 病因으로는 血虛에 外風邪가 虛한 틈을 타서 침입하여 발생한다고 하였다. 後世에는 痺症을 歷節風, 白虎歷節風, 痛風 등으로 불리었으며³⁹⁾, 최근에 催³⁴⁾는 痺症은 起居失常, 热傷氣血, 以주리開泄, 臟腑經絡 先有蓄熱, 復感風寒濕 三氣之邪外束, 熱閉于內, 氣不得通하여 發한다고 하였다. 董⁴⁴⁾은 風寒濕熱之邪가 肢體, 關節에 侵入하여 氣血이 痞阻不通하여 筋脈關節이 濡養을 잃어서 發생한다고 하였다. 鄭³⁹⁾은 痺症이 關節에 나타날 때는 風寒濕熱의 邪氣가 人體의 营衛를 失調시키면 주리가 空疏하고 正氣가 虛弱해진 틈을 侵入하여 關節에 凝滯하거나 氣血巡行이 順調롭지 못한 것이 原因이 되어 나타난다고 하였다.

風痺의原因是馬等^{18, 24)}은 痺症에서 風邪가 다른 痘邪보다 심할 경우에 나타난다고 하였으며, 行痺라고도 불렀다.

痛風의原因是林²⁷⁾은 痛痺의 하나라 하여, 三氣가 經絡에 入하여 营衛不行으로 正邪와 交爭하니 痛症이 발생한다고 하였다.

歷節風의原因是張等^{9, 23, 29)}은 汗出入水中하거나, 飲酒汗出하여 當風所致라 하였고, 巢²⁰⁾는 痺症이 關節을 循環한다 하여 歷節이라는

名稱을 사용하였으며, 原因으로 血氣가 虛하여 風邪가 侵入하면, 風邪가 關節의 血氣와 相搏하여 疼痛이 출현한다고 하였다. 金³⁰⁾은 濕毒이 體內에서 생성되어 周身關節에 移動留滯하여 發生한다고 하였으며, 楊⁴²⁾은 人體의 血虛한 틈을 타서 風寒濕熱이 侵入하여 相搏하므로 血行이 汚濁해지거나 혹은 痰飲, 血熱 등이 併發되고 혹은 冷水에 들어가거나 혹은 濕地에 오래앉거나 혹은 바람받이에 앉거나 누워서 取涼하면 血熱이 寒을 받아서 汚濁되고 凝滯되어 作痛하니 歷節風이 發生한다고 하였다.

歷節痛風의原因是張²⁴⁾은 歷節痛風은 行痺에 屬하며 氣血이 虛한 데 술을 마시면 주리가 열려 땀을 흘리는데 이때 風邪를 맞았거나, 勞倦後 調理를 하지 않아서 三氣의 邪氣가 侵入하여 氣血이 相搏하니 痛症이 發생한다고 하였다.

白虎風의原因是趙²²⁾는 風寒濕邪가 虛한 틈을 타 侵入하면 經絡氣血이 感하니, 이때 邪氣가 不散하면 陽氣는 虛弱해지고 陰氣는 盛하니 痛症이 虎咬와 같다고 하였다.

白虎歷節風의原因是金³¹⁾은 原因으로 邪氣가 陰分으로 巡行하기 때문에 痛症이 夜間에 심하다고 하였으며, 痛症이 全身을 돌아다니면서 甚하면 虎豹가 咬傷하는 것과 같이 疼痛하는 것이라고 하였다.

최근 중국의 많은 문헌에서는 RA를 類風濕性 關節炎으로 명명하여 많은 연구가 진행되고 있으며, 楊⁴²⁾은 類風濕性 關節炎은 심한 奇形의 慢性全身性 結合組織病으로 關節外에 전신의 結合組織을 침입한다고 하였으며, 歷節風, 頑痺, 痺 등의 범주에 속한다고 하여, 原因으로는 內生痰火와 復感外邪이며, 寒冷, 外傷, 潤濕, 营養不良, 精神緊張 등이 本病의 誘發要

因이라 하였고, 陳⁴³⁾은 類風濕性 關節炎의 原因을 內因과 外因으로 나누어 說明하였는데, 內因으로는 氣血不足과 營衛不固, 痰火이고, 外因으로는 氣候條件, 生活環境 等과 관련되어 風寒濕의 邪氣가 틈을 타서 侵入한다고 하였다. 南³⁸⁾은 外因을 分류하여, 外因이 體表에 感觸한 경우와 臟腑에 侵入한 경우로 나누었다. 董等^{42, 43, 44)}은 類風濕性 關節炎의 病理를 3 가지로 縮約하였는데 첫째는, 身體가 陽性 條件下에서 風濕熱의 陽邪가 肌膚에 侵入하여 關節에 內舍하면 三邪가 서로 相搏되어 經脈이 막히어서 熱이 發生하여 關節이 紅腫熱痛한다. 둘째는, 陽虛한 身體에 風寒濕邪가 感受되거나, 추운 날씨에 風寒의 外侵이 있거나, 潮濕地域에 居하거나, 비를 맞고 涉冷하면 濕邪가 外部에 鬱滯되니 陽氣는 宣發할 수 없게되고 氣血이 鬱閉되고 關節이 不利하게되니, 이때 身體의 陽虛로 因하여 風寒濕邪는 寒化하여 關節은 腫脹하고 凉痛하며 喜溫惡涼한다. 세째는, 痢證이 日久하면 氣血을 耗傷하고 臟腑에 까지 미치어서 正虛體寒이 형성되며, 어떤 경우에는 經絡이 邪氣를 받아서 臟에 內舍하는 경우도 있다.

(2) 症狀 및 辨證

痺症은 上下肢節, 背柱 또는 運動이 심한 筋肉 및 上下肢에 關節痛, 或은 筋肉痛을 일으키는 痘으로서, 심한 勞動後 또는 氣候의 換節期, 雨天時 等에 많이 發生한다. 許等^{18, 29, 31, 32, 34)}은 痢病에 疼痛과 不痛不仁한 것이 있으니, 疼痛이 있는 것은 寒氣가 많은 所致이고, 不痛不仁한 것은 痘이 深하여 營衛의 順行이 滯해지고, 또한 經絡이 疏豁해진 所致로, 皮膚가 不營하면 不仁하게 된다고 하였다. 痢病은 寒

冷하면 變急하고 溫熱하면 緩慢하게 되며, 風邪勝者를 行痺라하여 其痛이 流注하며, 行痺의 초기에는 惡寒發熱의 表證이 수반되고 舌苔는 薄白하고 脈은 浮하며, 寒邪勝者를 痛痺라하여, 其痛이 甚苦하며 씨르는 듯한 痛症이 있고 局部에는 冷感이 있고 舌苔는 白하고 脈은 弦緊하며, 濕邪勝者를 着痺라하여, 其痛이 重着하며 肢體關節이 重着, 麻木하고 痛處는 一定하며 活動이 不便하니 舌苔는 白이하고 脈은 濡緩하다고 하였다. 林等^{27, 36)}은 急性인 경우에는 全身이 惡寒發熱이 始作하여 一定處에 紅赤, 腫脹, 热痛이 發生하며, 대개 惡寒, 戰慄, 發熱과 關節에 侵潤될 때마다 稽留熱로 오는 수도 있으며 飲食不振, 口渴, 發汗, 便秘, 尿減少, 灰白色舌苔가 수반되며, 慢性인 경우에는 热은 없으나 患處의 腫痛이 오래 남아 있어서 때로는 惡化되어 關節의 變形으로 運動이 制限될 수 있다고 하였다. 吳等^{23, 24, 27, 29)}은 春時에는 邪氣가 侵入하면 筋痺가 되니, 筋攀節痛하여 屈할 수는 있으나 伸은 불가능하고, 夏時에는 邪氣가 侵入하여 脈痺가 되니, 脈中血은 流行하지 못하고 色變이 나타나며, 長夏時에 邪氣가 侵入하여 肌痺가 되니, 肌肉이 頑木하여 痛痺을 알지 못하고, 秋時에 邪氣가 侵入하여 皮痺가 되니, 皮膚는 비록 麻感이 있어도 痛을 약간 느낄 수 있는 경우이며, 冬時에는 邪氣가 侵入하면 骨痺가 되니 骨中痛하여 舉揭할 수가 없다. 五痺가 있는 조건에서 邪氣에 復感되어 內舍于臟하면 五臟痺가 되는 데, 痞가 五臟에 轉移되면, 각 臟腑에 痘의 狀況이 招來하니, 肝痺는 夜臥하면 輕하고 多飲하며 小便이 數하고 위로 引如懷한다. 心痺는 脈이不通하고 煩하며 心下鼓暴하고 上氣而喘하며 益乾하고 善噫하며, 噎氣上하면 恐한다. 脾痺

는 四肢가 懶惰하고 咳를 發하며 嘔汁하며 위로는 大塞한다. 肺痺는 煩滿하면 喘而嘔하고, 脊痺는 宣暢하고 尻에 代踵하고 背가 代頭한다.

痛風의 症狀으로는 許²⁹⁾는 “歷節疼痛 不可忍不得屈伸。”이라 하였다. 林²⁷⁾은 其痛處가 항상一定하며 당기는 것은 寒이 많은 것이고, 붓는 것은 濕邪가 많은 것이며, 汗出하는 것은 風邪가 많은 것으로, 三氣가 經絡에 侵入하여 營衛가 不行하여 正邪가 交爭하니, 痛症이 심하다고 하였다.

歷節風의 症狀으로 蘇²⁰⁾는 “短氣自汗出, 歷節疼痛 不可忍 屈伸不得是也.”라 하였고, 또, 許²⁹⁾는 “短氣自汗 頭眩欲吐 手指變曲 其腫如脫漸至催落 不得屈伸.”이라고 하였다.

白虎風의 症狀으로 趙²²⁾는 痛症이 骨節, 四肢에 있게되며 肌肉의 色은 變함이 없고, 낮보다 밤에 심하며 症狀이 발하면 痛症이 骨髓까지 이르며, 妄言과 妄視가 있을 수 있다고 하였다.

白虎歷節風의 症狀으로 金³¹⁾은 痛症이 全身을 돌아다니며 심하면 虎豹가 咬傷하는 것과 같이 疼痛한다고 하였다.

類風濕性 關節炎의 症狀으로 楊 等^{33, 42, 43, 44)}은 조기에는 流注性의 관절통과 기능장애의 반복 발작이 있으며, 말기에는 관절의 奇形과 强直, 기능의 상실이 있게되며, 또 전신 증상으로는 短氣, 自汗하며 頭眩하고 嘔逆이 나며 全身에 腫塊가 形成되어 그 腫塊가 脱落되는 것과 같이 漸次로 痛勢가 甚하여 牽引하는 것 같아서 全身을 屈伸하기가 困難하게 되며, 국소적으로는 手指가 曲曲引縮하고, 牵引하는 痛症이 나타나며, 이는 寒邪가 많기 때문이며 그 腫塊가 脱落되는 것과 같은 것은 濕이 많기 때문이며,

肢節 사이에 黃汗이 나는 것은 風이 많기 때문이다라고 하였다.

辨證을 살펴 볼 것 같으면, 許 等^{23, 24, 27, 29)}은 三痺(風痺, 寒痺, 濕痺), 五痺(筋痺, 骨痺, 脈痺, 肌痺, 膚痺), 五臟痺 等으로 分別하여 診斷을 한후에 治療를 시작하였으며, 現代의 韓醫學에서는 RA를 診斷한 후에 辨證을 하여 알맞은 處方과 治療計劃을 세워 환자에 臨하게 된다. 여기에서는 痢症을 중심으로 辨證時의 注意点과 方法을 살펴보도록 하겠다.

먼저 辨證을 하기 전에 注意할 점으로 董⁴⁴⁾은 첫번째로 痢症의 邪實爲主, 正虛邪實, 正虛爲主의 新久虛實을 分別하는 데, 新病은 多實하고 久病은 多虛하니 新久와 관련하여 虛實을 잘 구별하여야 한다. 둘째로는 患者的 體質을 辨別하는데, 陽虛人은 虛半體型으로 面色이 黃晦하고 多汗惡風하며, 動作乏力하고 大便當薄或 次數增多하고 舌半大質淡 脈虛로 風寒濕痺가 여기에 屬하며, 陰虛人은 瘦削體型으로 面色이 蒼黑或 面黃赤하고 潮熱盜汗하고 失眠多夢하며 大便乾結하고 舌瘦質紅 脈細數하며 風熱濕痺가 屬한다. 셋째로는 痘邪의 特點을 이해하는 데 風寒濕熱의 痞症之邪는 相異하며 각각의 特點이 있다. 風性은 輕揚하고 先行하니 其痛이 流注性으로 어느 一定한 固定部位가 없고 苔는 薄白하고 脈은 浮하다. 寒性은 凝滯하고 痛處가 固定되고 拘引하며 痛症은 칼로 도려내는 듯 매우 심하며 舌苔白하고 脈緊하다. 濕性은 粘滯纏綿하고 酸痛이 있으며 濡腫하고 苔白이 脈濡하다. 熱性은 急迫하고 津液을 熏灼하여 正常的 津液이 不行하니 筋脈失養하여 拘撓하니, 關節이 紅腫熱痛하고 痛症은 劇烈하고 手不可近하니 患者는 高熱口渴, 舌紅苔黃乾, 脈滑數한다. 往往 先後 雜至 또는 合而成痺하

니 主次를 분명히 가려서 治療에 착오가 없어야한다. 네째는 痰瘀病證을 식별하여야한다. 瘰症이 오랫동안 있게되면 經脈氣血이 장기간 通暢을 못하면 瘰血과 痰濁을 생산해낸다. 疼痛과 麻木, 腫脹이 있게되고 심지어는 骨節變形이 있게되어 活動이 制限되고 계속적인 痘邪의 深入으로 祛風散寒, 除濕之劑만 使用한다면 큰 효과를 못내니, 반드시 瘰血과 痰積을 驅除할 수 있는 藥物의 사용이 불가피하다. 瘰血의 舌은 紫色瘀斑하고 脈은 細澀하고, 痰濁의 舌은 白이며 脈은 濡緩하다.

辨證의 方法들은 多樣하지만, 多用하는 方法을 위주로 살펴볼 것 같으면, 董等^[4, 44]은 瘰에는 新久虛實의 차이와 偏風, 偏寒, 偏濕, 偏熱의 不同함이 있으니, 虛實을 나누면, 實瘡에는 行瘡, 痛瘡, 著瘡, 熱瘡, 積瘡가 속하고, 虛瘡에는 氣血虛瘡, 陽虛瘡, 陰虛瘡가 속하며, 瘰血瘡는 熱型, 寒型, 血虛型, 瘰阻型으로 나눈다. 또한, 陳^[43]은 瘰를 濕熱瘡, 寒濕瘡, 毒熱瘡, 肝腎虛瘡로 구별하기도 한다. 鄭^[39]은 實瘡 중 行瘡는 血瘀風濕型, 風熱型, 風濕型으로 나누고, 痛瘡는 寒凝型, 寒濕型, 風寒型으로 나누며, 着瘡는 濕邪留滯型, 濕鬱化熱型, 胃虛麻木型으로 나누고, 熱瘡는 熱毒型, 風熱型, 濕熱型, 風寒濕熱型으로 나눈다. 가장 多用하는 辨證의 方法은 實瘡(濕熱瘡, 寒濕瘡, 毒熱瘡)와 虛瘡(氣血虛瘡, 陽虛瘡, 陰虛瘡)로서, 濕熱瘡는 急性 發作期에 출현하며 症狀으로는 痘勢가 급하며 關節이 紅腫熱痛하고 身熱有汗하며 關節이 屈伸不利하고 早朝強直과 煩躁, 小便短, 舌苔黃, 脈數이 있다. 寒濕瘡는 주로 陽虛體質과 慢性期에 출현하며, 肢節劇痛하고 不可屈伸하며 甚하면 強直拘攣하고 時輕時重하며 寒을 만나면 重하고 热을 얻으면 감소하니 舌

苔薄白 脈弦緊 或 濡緩하다. 毒熱瘡는 急性 發作期에 주로 나타나며, 關節이 紅腫痛하고 热跳痛하니 不可觸近하고 轉側不可하며 皮下에 紅斑과 發熱, 寒戰하며, 心煩, 口渴, 小便黃, 大便乾, 苔黃, 脈弦滑數하다. 虛瘡에는 氣血虛瘡, 陽虛瘡, 陰虛瘡가 있으며, 氣血虛瘡는 瘰症이 日久不愈하여 骨節이 疼痛하고 時輕時重하니 屈伸時에 疼痛이 심하며 筋肉이 때로 驚拘跳動하고, 氣血虛의 症狀이 경해지니, 舌淡苔白 或 無苔, 脈은 濡弱 或 細微하다. 陽虛瘡는 骨節이 酸痛하고, 關節이 強硬變形하며 冷感이 명현하고 筋肉은 위축되며, 陽虛症의 일반 증상이 나타나니, 舌은 淡白하고 脈은 沈弱하다. 陰虛瘡는 骨節痛, 筋脈이 拘急牽引하고 때로는 運動시 심해지며, 形疲無力하고 煩躁盜汗하며 頭暈耳鳴, 舌紅少苔, 脈細의 일반적인 陰虛症狀이 경해진다. 南^[6]은 外因과 內因에 따라서 診斷과 辨證을 하는데, 外因인 境遇에는 體表와 臟腑에 侵入한 境遇에 따라 나누며, 특히 臟腑에 侵入한 境遇에는 表證이 本證보다 重한 경우와 本證이 表證보다 重한 境遇로서 病理現狀이 나타나지 않는 境遇, 本證이 表證보다 重하고 病理現狀이 나타나는 境遇로 나누어서 각각의 症狀에 따라 나누어 診斷하는 方法도 있다.

(3) 治療

RA를 診斷하고 辨證하게되면, 治療에 임하게 되는데, 治療의 方法에는 크게 藥物, 鍼灸, 附缸, 物理治療 등이 있게되며, 藥物治療와 鍼灸治療, 附缸治療, 物理治療를 為主로敍述하고자 한다.

1) 藥物療法

喻²¹⁾는 痢症을 痘變部位에 따라서 處方을 定했는데, 痘在上이면 桂枝五物湯, 痘在臀에 十味좌散, 痘在手足과 風溼末疾에 烏頭粥, 痘在手足 濕流關節에는 薏苡湯, 痘在身半以下에는 通瘡散, 痘在偏身에는 控涎丹, 痘在胸에는 瓜萎薤白半夏湯, 痘在胸에는 脾瀝湯을 使用하여 治療하였다. 吳²³⁾는 痘虛에는 加減小續命湯을, 痘實에는 增味五瘡湯을 사용하였는데, 이는 痘의 虛實을 구분하여 處方을 구성하였다. 張²⁴⁾은 痘는 外邪가 原因이라하여 痘의 本은 經에 있으나 심하면 臟에도 이어진다고 하였는데, 痘의 兼症이 나타나면 緩急과 先後를 헤아려서 痘狀에 따라 治療해야한다고 하였다. 風이 勝한 경우에는 發散法을 사용하며 處方으로는 敗毒散, 烏藥順氣散을 사용하고, 火를 兼하면 大秦臥湯, 九味羌活湯으로 主治한다. 寒이 勝한 경우이면 溫治하되 五積散, 小續命湯, 甘草附子湯의 種類로 主治한다. 濕이 勝한 경우에는 燥濕시키니 羌活勝濕湯을 사용하며 濕熱인 경우에는 清涼하게 해야 하므로 二妙散, 加味二妙散, 當歸견痛湯의 種類로 主治한다. 許²⁹⁾는 行瘡에는 防風湯, 痛瘡에는 茯苓湯, 着瘡에는 川芎茯苓湯을 사용하였다. 林²⁷⁾은 三瘡에는 각각의 勝하는 바가 있으니 이를 為主로 하며, 兼한 것은 佐之한다 라고하였다. 行瘡는 散風을 為主로 하며 祛寒利濕을 兼하며 補血을 參考한다. 痛瘡는 溫寒을 為主로 하며 疏風滲濕을 兼하며 益火를 參考한다. 著瘡는 利濕을 為主로 하고 祛風逐寒을 佐로 하고 補脾補氣를 參考한다. 따라서 行瘡에 上半身甚者에는 烏藥順氣散을 用하며, 下半身甚者에게는 虎骨散을 用한다. 痛瘡에는 疏風活血湯, 五령散을 用하고, 著瘡는 除濕견痛湯과 補中益氣湯加味를 用使하였으니 각각의 主次를 가려 治療法을 設定

하여 處方을 構成하였다. 唐²⁶⁾은 失血後 痘痛이 發하면 黃耆五物湯加味를 使用하여, 主로 血과 관계된 痘痛에 대하여 언급하며 治方을 구성하였다. 王²⁵⁾은 痘有瘀血을 주장하여 여러 藥物로 治療가 안되는 경우는 瘴血을 考慮해야 하니 身痛逐瘀湯을 設定하였다. 金³⁰⁾은 류머티스성 관절통에 大羌活湯과 清熱瀉濕湯을 合方加減한 羌活除痛飲을 使用하고, 多發性 류머티스성 관절염에는 加減通順散을 사용하였으며, 氣血痰滯가 있으면 加減五和飲을 使用하고, 氣血虛弱의 筋骨瘡痛에는 加味三氣飲을 用한다. 朴³⁶⁾은 急性에는 祛風除濕하며 慢性에는 通氣活血을 하여 治療하였는데 發熱惡寒의 急性에는 麻黃加朮湯을 使用하고, 急性의 風濕痛에는 大羌活湯을, 瘴血虛證의 慢性에는 疏風活血湯合四物湯을, 慢性의 氣力衰와 貧血時에는 大防風湯을 用하며, 이외에 桂芍知母湯, 加味四物湯을 構成한다고 하였다. 林³³⁾은 痘狀을 區分하여 處方을 사용했는데, 主로 疏風活血湯, 大羌活湯, 靈仙除痛飲, 烏藥順氣散, 菖夏湯, 二妙散 등을 구성하였다. 羅⁴⁰⁾는 RA를 治療한 臨床報告에서 29.9%에서 莪朮健脾湯을, 21.8%에서 疏風活血湯을, 16.1%에서 大防風湯加味가, 10.4%에서 靈仙除痛飲加味가 使用되었는데, 莪朮健脾湯이 多用된 이유는 全身衰弱의 虛證에 屬하는 患者が 많았기 때문이라고 보고하였다. 朴⁴¹⁾은 RA의 治療處方으로 經驗方인 清熱利水湯을 사용하였는데 RA의 發熱, 關節疼痛을 목표로하여 濕熱性 關節炎에 使用하여 好轉된 2例를 보고하였다. 李⁴⁶⁾는 痘症의 基本病機에는 瘴가 있으며, 熱瘡에는 白虎湯, 寒瘡에는 桂枝附子湯을 用하며, 附子, 川烏, 草烏와 鷄血藤, 活血藤의 藥을 使用함이 必須不可缺少하다고 하였다.

現在 中國에서는 1969년부터 福建三明地區 第二醫院에 雷公藤을 RA에 使用을 해온 이후에 蘆⁴⁷⁾는 雷公藤은 현저한 免疫의 抑制作作用을 하는 藥物로서, RA의 治療에서 약 90.9%의 有效率을 나타냈으며, 消化器의 症狀과 中毒症等의 副作用을 最少화하기 위해서 益氣補腎, 祛風活血藥 등을 加味하여 사용하였다. 또 內服으로는 益氣溫陽시키며 外用으로는 祛風活血法을 使用하기도 하였다. 雷公藤片은 抗炎과 免疫抑制作用이 있어서 RA의 活動期에 適用시키며, 副作用으로 消化管異常, 白血球減少, 中毒症狀을 報告하였다⁴³⁾. 따라서 中國에서는 雷公藤을 RA에 使用시 나타나는 副作用을 最少화시키기 위해서, 여러 藥物을 加味하여 처방을 구성하는 方向으로 研究가 진행되고 있다.

辨證을 하여, 實痺중 濕熱痺에는 清熱祛濕, 活血通絡宣痺시키고 宣痺湯合二妙散加味를 使用하며, 寒濕痺에는 溫經散寒, 除濕通痺시키는 烏頭湯合薏苡仁湯을 使用하며, 毒熱痺에는 清熱解毒, 活血涼血通痺시키며, 四妙勇安湯加味를 使用한다. 虛痺중 氣血虛痺에는 調補氣血하는 黃耆桂枝五物湯加當歸를 使用하며, 陽虛痺에는 溫陽益氣시키는 真武湯加味를 使用하며, 陰虛痺에는 滋腎養肝시키는 六味地黃湯加味를 使用한다^{42,43,44)}. 이밖에 風痺에는 祛風通絡, 散寒通絡시키며 견痛湯과 防風湯을 使用한다. 痛痺에는 辛溫散寒, 祛風除濕시키며, 烏頭湯加味와 茯苓湯을 使用하며, 着痺에는 健脾燥濕, 祛風散寒시키는 薏苡仁湯과 川芎茯苓湯을 使用한다^{32,34)}.

2) 鍼灸와 附缸, 獻血療法

張¹⁹⁾은 血痺에 鍼으로 陽氣를 끌어올리면 脈

이 調和되고 緊張이 사라져 治療가 된다고 하여 鍼治療를 언급하였다. 楊²⁸⁾은 風痺에 尺澤, 陽輔를, 身寒痺에는 曲池, 列缺, 環桃, 風市, 委中, 商丘, 中封, 臨泣을 刺入한다. 許²⁹⁾는 痘病은 燰鍼으로 刺하고, 金³⁵⁾은 痘의 治法은 患部配穴, 循經配穴을 주로하고 阿是穴을 使用하는 것이니, 行痺에는 脾俞, 血海의 獻法과 深刺 梅花鍼을 併用하고, 痛痺에는 腎俞, 關元의 灸와 深刺를 置鍼하고 痛症이 激甚하면 皮內鍼 또는 生薑灸를 併用하고, 着痺에는 足三里, 商丘에 鍼灸와 溫鍼, 梅花鍼, 吸角法을 사용하며, 各 關節에 따라 順經配穴을 取하였다. 任³⁷⁾은 全身關節痛에 主治穴로 大椎, 陽陵泉을, 配合穴로 曲池, 足三里에 강한 刺戟을 준다고 하였다. 林³³⁾은 阿是穴을 為主로 하되 炎症에 주의를 하고, 土麝香의 水鍼法이 利用된다고 하였다. 鄭³⁹⁾은 각각의 症狀에 맞게 적절한 阿是穴에 刺鍼, 獻血과 灸를 使用하며, 順經穴을 應用하여 溫鍼, 電鍼을 隨症加減한다고 하였다. 南³⁸⁾은 外因이 體俵를 感觸한 境遇는 각 關節部位에 따른 循經治療를 하고, 外因이 臟腑를 侵入한 경우에는 臟腑의 虛實에 따라서 五行鍼法으로 體內의 自然治癒力を 增強시켜 痘邪를 막으며, 內因에 의한 境遇는 五行鍼法을 使用하여 臟腑의 虛實을 調節한다고 하였다. 또 痰, 瘰血, 濕 등의 實證에는 獻血을 하고, 虛證에는 獻血後 灸를 使用하며, 陰證에는 陽膏을, 陽證에는 女膏을 應用하고, 實證에는 血餘藤을, 虛證에는 鹿茸, 麝香 등의 藥鍼療法을 施行하기도 한다. 催³⁴⁾는 治療穴에 尺澤, 曲池, 門穴 등을 使用하고, 각각의 痘症과 關節의 병변부위를 區分하여 經穴을 選擇 使用해야 한다고 하였다. 陳⁴³⁾은 鍼灸는 類風濕 關節炎의 緩解期에 適當하며, 急性期의 紅腫熱痛

증상에는 不適當하다고 하였다. 董⁴⁴⁾은 鍼灸療法은 痢症에 良好한 效果가 있다고 하여, 각각의 症狀에 맞는 補瀉鍼法를 使用하며 酸痛하고 軟癱木者는 多灸少鍼하고, 脹痛과 紅腫은 鍼刺만 하고 不灸하며, 重病에는 먼저 健側에 刺鍼하고 後에 患側에 刺鍼하며, 留鍼時間은 10~15분 정도가 적당하다고 하였다. 羅⁴⁰⁾는 關節炎으로 인한 關節自體에 壓痛點이 많아서 附缸療法을 施術하였으며, 鍼灸는 鎮痛效果 및 免疫機能強化 등의 作用을 하므로 鍼灸瀉血療法을 모두 使用한다고 報告하였다.

3) 物理治療^{5,6)}

RA에 對한 物理治療는 干涉波와 光線療法(NO. 3001~4008), 超音波, 極超短波, 水治療法(파라핀 욕, Hubbard tank) 등이 응용되며, 急性일 경우에는 안정과 휴식을 취하며, 냉찜질을 사용하고 암박붕대로 암박하며, 관절의 증상이 심하면 副木을 適切하게 사용하여 고정시켜주고, 腫脹이 있는 부위는 거상하여 炎症이 신속히 소실될 수 있도록 하고 干涉波를 사용하며, 특히, 열찜질과 光線療法(NO. 3001~4008), 超音波, 極超短波 등의 열 치료는 急性炎症이 소실되지 않을 때에는 사용하지 않는다. 慢性일 경우에는 關節에 热感이 없을 때 體力回復과 自然治癒力を 증강시킬 수 있는 光線療法(NO. 3001~4008)을 5분정도 사용하며, 이 외에 超音波, 極超短波의 深部熱治療가 사용되고, 關節의 强直과 變形을 방지하기 위하여 運動을 실시하는 데 이때는 가벼운 運動에서 점차로 關節의 부담이 안되는 運動量까지 늘려간다. 水治療는 물의 부력을 이용해 關節의 負擔을 減少시킬 수 있으므로 關節의 運動을 시키는 데 適切하다고 할 수 있다.

이 외에 諸般治療에 進展이 없거나 症狀이 경감되었다가 자주 再發하는 경우에는 體質改善의 目的으로 節食療法을 실시하는 데, 이때에는 患者的 症狀의 輕重과 臟腑氣血의 盛衰를 고려하여 시행한 뒤에 諸治療를 할 수 있다. 以上으로, RA의 治療法은 藥物療法, 鍼灸, 附缸 및 瀉血療法과 物理治療을 들 수 있으며, 藥物療法은 각각의 患者的 狀態에 따라서 辨證하여 治療하며, 鍼은 阿是穴과 順應穴을 주로 사용하였고, 五行鍼은 臟腑의 盛衰에 따라 사용되며, 症狀에 따라 藥鍼도 사용하였다. 灸는 瀉血後나 慢性的인 虛證에 使用하며, 急性으로 實證을 떠면서 感染의 우려가 없을 때에는 瀉血을 하며, 物理治療는 急性과 慢性에 따라 適切한 處方과 關節의 運動療法이 중요하다고 할 수 있다.

(4) 禁忌事項^{19, 29, 32, 38)}

酸味에 傷하면 筋이 弛緩되고, 鹹味에 傷하면 骨에 위症을 發하고 發熱하며, 變해서 痛痺과 癲木 등이 되므로 腴魚, 麵, 酒, 漿, 醋, 肉 등은 助火하므로 過食하지 않는 것이 좋다.

III. 考 察

RA는 膠原性 疾患의 一種으로 주로 多發性 關節炎을 일으키는 慢性의 全身性 炎症 疾患으로서⁵⁾, 모든 人種에서 약 0.3~1.5%가 발병된다고 報告되었으며, 주로 40~60대에 發生이 되나, 60代에 최고조에 이른다고 하였다^{1,6)}. 도시나 農村의 發生率은 큰 차이가 없으나, 어느 特定 民族에서는 HLA-DR4형과 RA의 關係가 어느 정도 밝혀졌다. 따라서 家族性도 RA의 發病에 어느정도 관계가 있을 수 있다

고 생각된다. RA의 원인은 정확히 밝혀지지 않았으나, 가설적인 원인으로는 感染說, 비타민 결핍증, 호르몬의 부조화와 免疫學的反應으로 나뉘어지니⁴⁾, 가장 우세하게 지지받는 이론은 自家免疫學的反應이다. RA는 韓醫學의 으로 脂, 風腫, 痛風, 歷節風, 白虎風, 白虎歷節風, 類風濕性 關節炎의 痘證에 屬한다고 볼 수 있으며^{29, 33, 36, 38, 42, 43, 44, 45)}, 原因으로는 身體의 氣血과 臟腑가 內虛한 狀態에서 六淫之邪가 侵入하여 病理的 產物인 痰, 火와 瘀血을 생성하여 內外因이 交作하니, 이것이 關節에 留着하여 發病된다. 外因이 臟腑를 侵入한 경우에는 體虛(氣血虛, 元氣不充, 中氣不足)한 상태에 起居失常(沐浴, 涉寒, 居卑濕) 하여 六淫之邪의 外因에 感觸되어 發病되는데, 痘久而不去하여 다시 邪氣에 감촉되면 臟腑까지 침입하여 臟腑의 虛實을 더욱 深化시키고 各種 病理的 產物을 生成하게 되는데, 이때 病理的 產物과 風寒濕熱之邪는 標證이고 臟腑의 虛實은 本證이 되며, 起居失常은 發病誘因이 되는 것이다. 內因이 또한 發病原因이 될 수 있는데, 七情, 飲食不節, 虛勞, 房勞 等이 臟腑의 虛實을 招來하여 發病한 경우이다. 따라서 <素問>에서는 “飲食居處가 그 根本이 된다”, “痺症은 各其 그 때에 風寒濕의 氣를 많이 받아 發生된 것이다.”라고 하였고, <濟生方>에서는 “모두가 身體가 虛하여 주리가 空疏하여 風寒濕의 邪氣를 받아서 瘺症이 發生된 것이다.”라고 하였으니³²⁾, 이는 瘺症의 發病에 身體的 條件이 중요하게 관여하고 있음을 알수있다. 또한 入房後 汗出이 심하거나 下體에 外邪가 侵入할 때 發病한다고 하였으니, 先天의인 精과 神을 잘 保存하는 것은 免疫과 聯關이 있으리라 생각한다. 以上으로 原因을 살펴보면, 具³²⁾는 本病은 身體虛弱으로 經絡이 空虛하여 風寒濕의 邪氣가 虛한 틈을 타서 侵入하고 經絡, 肌肉, 關節로 流注하여 氣血의 運行을 不暢하게하고 阻塞케 하므로 發生한다고 하였다. 즉, 身體의 어느정도의 內的인 不均衡으로 인하여 免疫力이 떨어져 있을 때 virus나 외부세균의 感染과 自家免疫이 발생할 수 있음을 알 수 있다. 즉 逆으로 말하자면, 身體의in 自家充實度가 뛰어나면 면역을 담당하는 세포 또한 자기인식의 생리적 과정이 잘 조절되어 본질환의 발병유인이 있다해도 원인으로 작용치 못할 것으로 料된다.

RA는 多發性 關節炎으로 거의 모든 關節에 침입을 하며, RA가 주로 多發하는 關節은 手腕, 手指, 肩, 膝, 足, 足趾, 주관절 등이며, 드물게 C1-C2관절이 침범되나, 下頸關節이나 輪狀披裂軟骨關節은 잘 침범되지 않는다고 하였다¹⁾. RA의 症狀은 크게 關節內 症狀과 關節外 症狀으로 區分할 수 있는데^{1, 7)}, 關節內 症狀으로는 각 關節이 紅腫熱痛을 나타내며 심하면 關節의 拘縮과 變形을 誘發한다. 初期의 각 關節의 急性 炎症期에는 抗炎劑와 鎮痛劑를 적절히 병용처방하여 患者的 狀態를 惡化시키지 말아야하며, 急性期에 適切한 治療를 못하면, 관절은 拘縮하게되고, 日常生活은 不可能하게 된다. 關節外 症狀으로는 肺, 心, 腎臟, 皮膚 등에 合併症이 出現하며, 이런 증상이 출현시에는 적절한 치료를 하여야한다. 韓方에서도 脂(三脂, 五脂, 五臟脂), 痛風, 歷節風, 白虎風, 白虎歷節風, 類風濕性 關節炎 등으로 나누어서 症狀을 敘述하였지만, 症狀의 輕重의 차이는 있지만, 서로 비슷한 질환임을 알 수 있다. 증상^{33, 42, 43)}은 短氣, 自汗하며 頭眩하고 嘔逆이 나며 手指가 曲曲引縮하고 全身에 肿塊가 形成되어 그 肿塊가 脫落되는 것과 같이 漸次

로 痛勢가 甚하여 牽引하는 것 같아서 全身을 屈伸하기가 困難하게 되고, 痛症이 牵引하는 것은 寒이 많기 때문이며 그 腫塊가 脫落되는 것과 같은 것은 濕이 많기 때문이며 肢節 사이에 黃汗이 나는 것은 風이 많기 때문이다. 따라서 局所的인 關節의 症狀이 나타날 뿐만 아니라, 적절한 치료를 하지 못하면 각 臟腑에 침입을 하고 전신관절외의 증상을 발현하여 慢性화가 된다는 것을 잘 말하여 주고 있다.

患者의 診斷에는 1987년 개정된 ARA의 7개 항목을 기준으로 하여 적어도 4가지 이상을 만족하여야 하며, 일반적인 혈액검사와 면역혈청검사, 활액검사 등이 병행되어야하며 무엇보다 중요한 것은 환자의 현 상태와 四診을 통하여 약 6주이상 꾸준한 관찰이 요구된다. 韓方의으로는 診斷과 辨證을 하는데는 많은 難解한 點이 있지만, 全身의 症狀과 局所의 症狀을 四診을 통하여 잘 파악하여 辨證 診斷하고, 診斷에 따라 治法과 處方을 構成하게 된다. 가장 多用하는 辨證의 方法은 濕熱痺, 寒濕痺, 毒熱痺, 虛痺로서, 濕熱痺는 急性發作期에 출현하며, 寒濕痺는 주로 陽虛體質과 慢性期에 출현하고, 寒을 만나면 重하고 热을 얻으면 감소된다. 毒熱痺는 RA의 急性發作期에 나타나며 關節이 紅腫痛하고 热跳痛한다. 虛痺에는 氣血虛痺, 陽虛痺, 陰虛痺가 있는데, 氣血虛痺는 痘症이 日久不愈하여 骨節이 酸痛하고 時輕時重하며 屈伸時에 심하며 筋肉이 때로 驚拘跳動하고, 氣血虛症狀이 겹친다. 陽虛痺는 骨節이 酸痛하고, 關節이 強硬變形하며 冷感이 뚜렷하여 筋肉은 위축하고, 陽虛의 一般 症狀이 나타난다. 陰虛痺에는 骨節痛, 筋脈의 拘急牽引, 때로는 運動시 심해지며, 形疲無力하고 煩躁盜汗하며 頭暈耳鳴, 舌紅少苔, 脈細數 등

의 一般的인 陰虛症狀이 겹친다.

患者의 治療에서는 西洋醫學에서는 藥物治療, 手術治療, 再活治療로 나뉘며, 藥物治療로는 aspirin과 NASID, glucocorticoid, 항류머티스제제, cytotoxic agent 등이 있으며, 예전의 단계적 치료법(pyramid treatment)에서 現在는 複合化學療法(combination chemotherapy)이 사용되고 있다. 手術的 治療로는 滑膜切除術, 切骨術, 關節固定術, 關節成形術 등이 있으며 關節의 最大機能의 恢復에 力點을 두어야 한다. 再活治療란 환자로 하여금 正常의 生活을 위해서 가능한 한 最大의 機能을 가질 수 있도록 도와주는 모든 治療 및 補助器具의 處方으로, 疼痛의 緩和, 運動範圍의 維持, 筋力의 維持, 關節의 變形防止 등에 목표를 두고, 急性期, 亞急性期, 慢性期 治療로 나누어 作業治療 및 患者教育을 병행 실시한다. 作業治療는 일반적으로 上肢 특히 손의 機能改善를 위해서 어떤 作業動作을 反復시키는 것으로, 關節의 可動性을 維持하고 變形을 防止하며 筋力, 持久力, 作業能力을 維持하는 데 있다. 급성기의 副木의 사용은 關節의 休息과 안정, 變形의 防止, 拘縮된 關節의 矯正, 機能亢進 등을 위해서 필요하다^{14,17)}. 韓醫學의 治療方法에는 風寒濕 三氣와 內的 要素인 氣血과 臟腑의 虛實을 區分하여, 각각의 症狀에 따른 治療法을 設定하였다. 크게 藥物, 鍼灸, 附缸, 物理治療가 있게 되며, 藥物治療는 먼저 風寒濕熱 등 六淫之邪의 外因에 의한 경우에는 이를 邪氣를 體外로 逐出하는 治法을 為主로 하고, 外因이 臟腑까지 侵入했을 경우는 表證과 本證의 輕重을 따라 어느 것을 먼저 治療할 것인가를 결정하고, 內因에 의한 경우에는 氣血과 臟腑의 虛實이 聯關되어

內生된 病理的 產物인 瘀血, 痰飲을 考慮하여 治法을 정해야 되는 데, 항상 內外因의 구별이 뚜렷이 구분되는 것이 아니므로 신중하게 處方을 구성해야 할 것으로 料된다. 實溼증 濕熱痺에는 清熱祛濕, 活血通絡宣痺시키고 宣痺湯合二妙散加味를 使用하며, 寒濕痺에는 溫經散寒, 除濕通痺시키는 烏頭湯合薏苡仁湯을 使用하며, 毒熱痺에는 清熱解毒, 活血涼血通痺시키며, 四妙勇安湯加味를 使用한다. 虛溼증 氣血虛痺에는 調補氣血하는 黃耆桂枝五物湯加當歸를 使用하며, 陽虛痺에는 溫陽益氣시키는 真武湯加味를 使用하고, 陰虛痺에는 滋腎養肝시키는 六味地黃湯加味를 使用한다.^{42, 43, 44)} 이상으로 살펴보면 RA에 대한 韓方的 藥物治療法은 辨證을 하여 全身의in 狀態와 局所關節의 症狀을 參照하여 處方을 構成해야 할 것이다. 鍼灸와 灸血療法이 또한 사용될 수 있는데, 鍼은 阿是穴, 順應穴과 五行鍼法을 주로 使用하며, 灸는 灸血後나 慢性的인 虛症에 使用하고, 急性으로 實症을 떠면서 感染의 우려가 없을 때에는 灸血을 하는 것이 무방하다고 하겠다.

以上으로 보면, 著者は 韓方과 洋方의 兩側面에서 接近을 하였는데, 洋方에서도 아직까지 정확한 原因이 밝혀지지 않았지만 自家免疫說이 가장 인정받고 있으며 RA를 診斷하는데 檢查의 많은 發展이 있었지만, 여전히 診斷하는 데는 어려움이 상당히 있다. 그러나 診斷에 더욱 중요한 것은 患者的 現 狀態를 정확하게 파악하는 것과 問診이므로 이를 소홀히 하면 患者에 대한 중요한 정보를 놓치게 된다. 따라서 韓方에서도 RA를 診斷하는 데, 患者的 關節症狀과 全身狀態를 잘 把握한 후에 免疫血清學의 檢查 등의 臨床의in 檢查成績을 참고하여 RA의 診斷에 이용하고, 또 환자에게

關節의 重要性과 에너지의 節約方法, 關節의 運動이 重要하다는 사실을 인지시켜 患者 스스로가 平素에 關節의 管理를 積極的으로 할 수 있도록 해야하며 藥物 治療, 鍼灸, 附缸瀉血療法, 物理治療 등을 포함한 韓方의 治療方法을 토대로 RA의 治療에 대한 臨床的研究가 免疫學의in 進行되어야 할 것으로 料된다.

IV. 結論

以上으로 RA에 대한 原因 및 病理, 症狀, 診斷, 治療 등을 東西醫學의in 側面에서 考察하였다. RA라는 疾患에 對해 보는 觀點들이 相似한 點과 相異한 點도 있으나, 이에 著者は 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. RA는 韓醫學의in 痘, 風痺, 痛風, 歷節風, 白虎風, 白虎歷節風, 類風濕性 關節炎 등의 病證에 屬한다고 볼 수 있다.
2. RA의 原因은 內因과 外因이 있으며, 外因으로 風寒濕의 六淫之氣, 環境의in 要素와 內因으로는 七情과 臟腑의 不均衡으로 인하여 痰濕과 瘀血의 病理의 產物이 關與한다.
3. RA의 診斷은 환자의 局所의in 關節의 症狀과 全身의in 狀態의 觀察이 중요하며, 血清學의in 檢查, 免疫 및 遺傳學의 檢查, 滑液의 檢查가 並行된 후에 약 6週以上 患者的 狀態를 계속적으로 觀察하여 診斷을 내리는 것이 타당하다고 料된다.
4. RA의 治療는 크게 藥物, 鍼灸, 附缸(瀉血) 및 物理療法 등으로 나눌 수 있으며, 藥物은 急性期에는 清熱消痺, 活血祛瘀시키며, 慢性期에는 각 臟腑盛衰를 考慮하여 治療를 해야

하며, 鍼灸, 附缸 및 物理療法 등의 치료를 병행하는 것이 효과적이라고 생각되며, 앞으로 이러한 치료법의 免疫學的인 研究가 진행되어야 할 것으로 料된다.

5. RA는 惡化와 寛解를 되풀이 하는 疾患으로서, 完治할 수 있는 疾患이 아니라는 사실을 인식하고, 關節의 奇形 및 合併症을 예방하기 위하여 지속적인 治療와 管理를 해야 할 것으로 料된다.

參 考 文 獻

1. James, B. Wyngaarden : Cecil Textbook of Medicine, Philadelphia, WA Saunders company, pp. 1508~1515, 1992.
2. Frank H. Netter, M. D. : The CIVA collection of medical illustration, New Jersey, VOL. 8 Part II, pp. 152~165, 1987.
3. 하대유 : 그림으로본 면역학, 서울, 고문사, p. 358, 1994.
4. 대한정형외과학회 : 정형외과학, 서울, 최신의학사, pp. 109~120, 1992.
5. 김호연 : 류머티스관절염의 병인, 서울, 大韓醫學協會誌, 제35권, 10호, p. 1198, 1992.
6. 金穆鉉 : 류머티스양 관절염의 역학, 서울, 大韓醫學協會誌, 제29권, 제1호, pp. 7~10, 1986.
7. 李守坤 : 류머티스 관절염의 원인 및 증상, 서울, 大韓醫學協會誌, 제35권, 10호, pp. 1213~1221, 1992.
8. 金伸圭 : 류머티스관절염의 면역혈청학적 검사, 서울, 大韓醫學協會誌, 제35권, 10호, pp. 1206~1212, 1992.
9. 김호연 : 류머티스양관절염의 진단및 감별, 서울, 大韓醫學協會誌, 제 29권, 1호, pp. 15~20, 1986,
10. 김성윤 : 류머티스관절염의 진단과 치료, 서울, 家庭醫學會誌, 제 15권, 1호, pp. 51~57, 1993.
11. 김성윤 : 류머티스관절염의 내과적 치료, 서울, 大韓醫學協會誌, 제35권, 제10호, pp. 1223~1229, 1992.
12. 김재생 외 : 류머티스양 관절염환자에서 Recombinant interferron-gamma 의 임상응용, 서울, 大韓醫學協會誌, 제32권, 제12호, pp. 1331~1335, 1989.
13. 金明哲 : 류머티스관절염의 외과적 치료, 서울, 大韓醫學協會誌, 제35권, 제10호, pp. 1230~1238, 1992.
14. 金眞浩 : 류머티스관절염의 재활치료, 서울, 大韓醫學協會誌, 제35권, 제10호, pp. 1239~1243, 1992.
15. 金種云 : 약물요법, 서울, 서울대학교출판사, pp. 305~311, 1992.
16. 金東輝 외 : 最新診斷과 治療, 서울, 약업신문사, pp. 634~637, 1992.
17. 金眞浩, 韓太倫 : 재활의학, 서울, 삼화출판사, pp. 1044~1049, 1994.
18. 馬元臺 외 : 皇帝內經素問, 서울, 成輔社, p. 298, 1975.
19. 張仲景 : 금궤요락증면, 臺南, 世一書局, pp. 56~78, 1982.
20. 巢元方 : 巢氏諸病源候論, 臺北, 照人出版社, p. 19, 1974.
21. 喻 昌 : 醫門法律, 上海, 上海科技出版社,

- pp. 117~123, 1981.
22. 趙信編 : 聖濟總錄, 北京, 人民衛生出版社, pp. 229~230, 1962.
23. 吳謙 : 醫宗金鑒, 北京, 人民衛生出版社, pp. 1044~1049, 1982.
24. 張景岳 : 景岳全書, 上海, 上海科學技術出版社, pp. 208~213, 1984.
25. 王勳臣 : 醫林改錯, 臺北, 台聯國風出版社, p. 65, 1980.
26. 唐宗海 : 血證論, 北京, 人民衛生出版社, p. 100, 1990.
27. 林佩琴 : 類證治裁, 臺北, 旋風出版社, pp. 322~336, 1980.
28. 楊繼州 : 鍼灸大成, 서울, 杏林出版社, pp. 296~298, 1981.
29. 許 埃 : 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, pp. 370~373, 1987.
30. 金永勳 : 晴崗醫鑑, 서울, 成輔社, pp. 314~518, 1990.
31. 金定濟 : 診療要鑑, 서울, 書苑堂, pp. 459~460, 1977.
32. 具本泓 外 : 東醫心系內科學, 서울, 書苑堂, pp. 248~265, 1987.
33. 林準圭 外 : 東醫物理療法科學, 서울, 高文社, pp. 268~270, 1980.
34. 催容泰 外 : 鍼灸學, 서울, 集文堂, pp. 1294~1297, 1988.
35. 金庚植 : 鍼灸配穴事典, 서울, 一中社, pp. 170~174, 1991.
36. 朴炳昆 : 漢方臨床 四十年, 서울, 大光出版社, pp. 422~424, 1990.
37. 임양근 : 속효침구요법, 서울, 여강출판사, pp. 118~120, 1991.
38. 南相璟 : RA에 대한 考察, 서울, 大韓韓醫學協會誌, Vol. 13 ; No. 2, pp. 74~86, 1992.
39. 鄭錫熙 外 : 痢症의 分類와 治療에 대한 考察, 서울, 東醫物理療法科學會誌, Vol. 2 ; No. 1, pp. 181~190, 1992.
40. 羅昌洙 外 : 류마티스성 관절염에 관한 임상적 고찰, 서울, 大韓韓醫學協會誌, Vol. 14 ; No. 2, pp. 205~215, 1993.
41. 朴允熹 外 : 류마티스성 관절염에 대한 치료 2예, 서울, 大韓韓醫學協會誌, Vol. 9 ; No. 2, pp. 72~75, 1988.
42. 楊思澍 外 : 中醫臨牀大全, 北京, 北京科學技術出版社, pp. 1154~1155, 1991.
43. 陳貴廷 : 實用中西醫結合診斷治療學, 北京, 中國醫藥科技出版社, pp. 637~641, 1991.
44. 董黎明 : 實用中醫內科學, 上海, 上海科學技術出版社, pp. 554~569, 1986.
45. 上선민 : 痢症治驗三則, 北京, 中醫雜誌, 제27권, 5기, pp. 21~22, 1986.
46. 李濟仁 : 痢症用藥經驗談, 北京, 中醫雜誌, 제31권, 제11기, pp. 18~19, 1990.
49. 노 을 : 類風關合劑 治療類風濕關節炎 22例, 上海, 上海中醫雜誌, 제 9기, pp. 26~27, 1993.