

증례

쭈쭈가무시병 (Tsutsugamushi disease)으로 진단된 환자를 升麻葛根湯加味方, 調中益氣湯 및 Doxycycline으로 치료한 치험 2예

양미라, 최진영, 김동웅
원광대학교 한의과대학 전주한방병원

Two Cases of Tsutsugamushi Disease Which Were Treated *Sengmagalgentang-gamibang*(升麻葛根湯加味方), *Chojungikitang*(調中益氣湯) and Doxycycline

Mi-Ra Yang, Jin-Young Choi, Dong-Woung Kim

Wonkwang University Oriental Chonju Medicine Hospital

We experienced two cases of Tsutsugamushi disease which occurred in October, 2000. The patients, who were over 70 years old and living in a rural area, visited Wonkwang University Oriental Chonju Medicine Hospital because of suffering fever, chill, skin rash, abdominal discomfort, and general weakness for a duration of seven days.

The diagnosis was confirmed as Tsutsugamushi disease by clinical findings such as eschar and high antibody titers on Reverse Passive Hemagglutination(RPHA).

As for treatment, we used *Sengmagalgentang-gamibang*(升麻葛根湯加味方) during the acute and *Chojungikitang*(調中益氣湯) during convalescent phases of the illness. The patients were treated with Doxycycline of western medicine.

The patients improved within 3 days of admission and were discharged within one week. (*J Korean Oriental Med 2000;21(4):292-299*)

Key Words: Tsutsugamushi disease, *Sengmagalgentang-gamibang*(升麻葛根湯加味方), *Chojungikitang*(調中益氣湯), Doxycycline

서론

쭈쭈가무시병은 Scrub typhus, Chigger borne rickettsiosis, mite-born typhus 등의 병명으로 불려지는¹⁾ 두

통, 발열, 오한, 발진, 근육통의 증상과 발진, 가피, 임파선 종대들의 임상 소견을 특징으로 하는 급성 열성 질환이다. 이 질환은 병원체인 *Rickettsia tsutsugamushi*에 감염된 진드기 유충(chigger)에 물렸을 때 감염되며, 전북지역에서는 신증후출혈열, 렙토스피라증, 발진열과 더불어 가을철 급성 열성 질환의 중요한 원인이 되고 있다.

쭈쭈가무시라는 이름은 일본말의 tsutsuga(작고 위

· 접수 : 2000년 11월 22일 · 채택 : 12월 14일
· 교신저자 : 양미라, 전북 전주시 덕진구 덕진동 원광대 전주한방병원
(Tel. 063-270-1531, Fax. 063-270-1199, E-mail : jayu-mr@hanmail.net)

힘스러운 어떤 것)와 mushi(생물)에서 유래하였고, scrub typhus는 발생지역이 주로 잔나무숲(scrub)이 있는 지역에서 생긴다는 말에서 유래되었으나 이 병은 이 지역외에도 모래해변, 고산사막, 열대림등의 지역에서도 발생된다²⁾. 이렇게 그 이름이 그러하듯이 쭈쭈가무시병은 일본의 풍토병으로서 남태평양의 여러 지역, 말레이시아, 대만, 뉴기니아, 필리핀 등지에서 발생이 보고되어 있으며 국내에서는 1951년 주한 U.N.군에서 처음 발병이 보고되었다³⁾. 이후 R. tsutsugamushi가 국내의 야생들쥐 진드기에서 분리된 이후 30년간 이 질환의 발생보고가 없다가 1986년에 국내 상주인에서는 처음으로 이 등⁴⁾과 이 등⁵⁾이 쭈쭈가무시병을 혈청학적으로 확진하여 보고하였고, 이어 김 등⁶⁾의 발표로 전국적으로 이 병이 발생하고 있음이 밝혀졌다.

쭈쭈가무시병의 진단방법에는 리켓치아를 분리하거나 혈청학적 방법 및 조직의 병리학적 검사 방법이 있고, 치료로는 Chloramphenicol이나 Tetracycline, Doxycycline이 유효하다고 알려져 있다⁷⁾.

한의학에서는 쭈쭈가무시병과 비슷한 증상을 가지는 질환을 발열을 동반하는 斑疹, 癩疹이라고 볼 수 있다. 이러한 경우의 치료로, 오한, 발열을 동반하는 급성기에는 升麻葛根湯에 柴胡, 黃芩을 첨가하여 복용케 하고, 식욕저하, 기력저하등의 氣虛, 脾虛증상을 가지고 있는 회복기에는 調中益氣湯을 복용케 하였다.

본 증례는 2000년 10월에 원광대학교 부속 전주 한방병원에 입원하여 쭈쭈가무시병으로 진단된 환자 2명을 대상으로 하여 이 병의 임상적인 특징과 병리기전을 조사하고, 이를 한양방적으로 치료하여 가을철 급성 열성질환의 중요한 원인이 되고 있는 쭈쭈가무시병의 진료에 도움이 되고자 하였다.

증례

1. 증례 1

- 환자 : 박 ○ 룡, 75세, 남자
- 주소 : 두통, 발열, 오한, 현훈, 오심, 식욕저하, 전

신 기력저하

- **현병력** : 발병 10여일 전에 집 뒤뜰에서 일한 경험이 있으며, 발병 1주일 전부터 가벼운 두통이 유지되어 오다가 내원 이틀 전에는 오한, 발열, 두통, 현훈등을 호소하여 본원에 입원하였다.
- **과거력 및 사회력** : 특별한 과거력은 없으며 평소 건강은 양호하였다.
- **가족력** : 특이사항 없음.
- **이학적 검사** : 내원시 혈압은 130/80mmHg, 호흡수 20회/분, 맥박수 75회/분, 체온 36.5℃였으나, 오후 6시에 체온이 39.6℃로 상승하였다. 두경부 진찰상 안면부는 특이사항은 없었으며 입술 및 혀가 약간 말라 있었다. 흉부 진찰상에는 양측 폐야에서 기관지음이 청진되었고, 복부 및 배부와 사지부에는 직경 5mm정도의 發疹이 발견되었다. 또한 Penis하부에서 가피(Eschar)를 볼 수 있었다.
- **입원당시 검사실 소견** : 내원당시 말초 혈액 도말 검사상 WBC $3.8 \times 10^3/\mu l$, Hemoglobin 12.7g/dl, Platelet $116 \times 10^3/\mu l$ 였고, 생화학 검사상 ALP 131K/A, AST 71U/L, ALT 37U/L, Sodium 137.0mEq/L, Potassium 4.3mEq/L, BUN 15.09mg/dl, Creatinine 0.96mg/dl였으며, 요 검사상 Glucose trace, RBC 0-2/HPF, WBC 0-2/HPF이었다.
- **방사선학적 소견** : 내원 당시 단순 흉부 X-선 검사는 정상 소견을 보였다.
- **치료 및 임상경과** : 입원 1일째 체온이 39.6℃까지 상승하였으며, 다른 활력증후는 정상이었다. 두통, 현훈, 오심, 식욕저하등이 심하여 식사를 거의 못하였으며, 전반적으로 전신 기력저하한 상태였다. 發疹은 복부, 배부와 오른쪽 슬부 뒷부분에 있었고, 가려움증은 호소하지 않았다. 치료는 한약으로는 升麻葛根湯(葛根 8g, 升麻, 白芍藥, 甘草 각 4g, 生薑 3片, 葱白 2本)에 柴胡 8g, 黃芩 4g을 더하여 하루에 3번 복용케 하였고, 양약은 Doxycycline 100mg을 하루에 2번 복용케 하였다. 입원 2일째 체온은 36.5℃로 떨어졌으며, 다른 활력증후 또한 정상이었다. 하지만, 두통, 오심,

식욕저하는 여전하여 식사를 거의 못하였으며, 현훈증상은 약간 감소하였다. 發疹은 여전하였으며, 치료는 전날과 동일하였다.

입원 3일째 신체 활력증후는 정상이었고, 두통, 현훈은 약간 감소하였으나, 오심, 식욕저하는 여전하였으며, 식사는 유동식을 ½공기 정도 먹을 수 있었다. 發疹은 크기가 약간 감소하였고, 가려움증은 호소하지 않았으며, 전신 무력감은 약간 호전되었다. 치료는 한약으로는 調中益氣湯(黃芪 4g, 人蔘, 蒼朮, 炙甘草 각 3g, 升麻, 柴胡 각 2g, 陳皮, 黃柏酒洗 각 1g)을 하루에 3번 복용케 하였고, 양약은 동일하였다.

입원 4.5일째 신체 활력증후는 정상이었고, 두통, 현훈은 전날보다 호전되었으나, 오심, 식욕저하는 여전하였고 유동식을 절반정도 먹을 수 있었으며, 발진은 전날보다 크기와 숫자가 감소하였다. 혈청 검사상 *Richettia tsutsugamushi* Antibody 가 Positive(1:80)로 확인되었다. 치료는 전날과 동일하였다.

입원 6일째 신체 활력증후는 정상이었고, 두통, 현훈은 약간만 남아 있으며, 오심, 식욕저하증상은 절반 정도 호전되어 일반식을 ½공기 정도 먹기 시작했으며, 기력저하는 많이 호전되었다. 치료는 전날과 동일하였다.

입원 7일째 신체 활력증후는 정상이었고 제반증상은 거의 소실되었으며, 치료는 동일하였다. 말초 혈액 도말 검사상 WBC $5.1 \times 10^3/\mu l$, Hemoglobin 12.8g/dl, Platelet $265 \times 10^3/\mu l$ 였고, 생화학 검사상 ALP 121K/A, AST 40U/L, ALT 45U/L, Bilirubin(Direct) 0.2mg/dl, Bilirubin(Total) 0.5mg/dl, Sodium 136.6mEq/L, Potassium 5.3mEq/L, BUN 17.39mg/dl, Creatinine 0.89mg/dl였으며, 요 검사상 RBC 0-2/HPF, WBC 0-2/HPF이었으며, 혈청 검사상 *Richettia tsutsugamushi* Antibody가 Positive(1:160)로 확인되었다.

2. 증례 2

· 환자 : 한 ○ 순, 70세, 여자

· 주소 : 고열, 오한, 두통, 현훈, 기력저하, 식욕저하, 복부발진

· 현병력 : 최근 가을 추수로 인한 농사일로 논밭에 나가 주로 일하였으며, 내원 1주일 전부터 고열, 오한증상이 발생하여 감기로 알고 집에서 치료하던 중 호전되지 않아 5일 후 보건소에서 양약을 처방받았으나 복용하지 않고 있다가 이틀 후 본원에 내원하였다.

· 과거력 및 사회력 : 특별한 과거력은 없으며 평소건강은 양호하였다.

· 가족력 : 특이사항 없음.

· 이학적 검사 : 내원시 혈압은 130/80mmHg, 호흡수 28회/분, 맥박수 104/분, 체온 39.1℃였고, 전신상태는 기력저하 이외에 두통이 있었으며, 두경부 진찰상 안면부는 홍조를 띠고 있었고, 입술과 혀가 약간 말라 있었다. 흉부 진찰상에는 양측 폐야에서 기관지음이 청진되었고, 좌측 쇄골하부에 가피(Eschar)가 발견되었다. 복부 진찰상에는 직경 5mm 정도의 붉은 반점이 있었으며, 사지부에서는 특이한 임상소견은 없었다.

· 입원당시 검사실 소견 : 내원당시 말초 혈액 도말 검사상 WBC $4.9 \times 10^3/\mu l$, Hemoglobin 10.5g/dl, Platelet $248 \times 10^3/\mu l$ 였고, 생화학 검사상 ALP 203K/A, AST 32U/L, ALT 32U/L, Sodium 141.3mEq/L, Potassium 3.3mEq/L, BUN 6.36mg/dl, Creatinine 0.48mg/dl였으며, 요 검사상 RBC 1-4/HPF, WBC 0-2/HPF이었다.

· 방사선학적 소견 : 내원 당시 단순 흉부 X-선 검사는 좌우폐야에 전반적인 간질부의 음영 증가 소견을 보였다.

· 치료 및 임상경과 : 입원 1일째 39.1℃의 고열, 오한, 두통, 현훈, 기력저하, 복부의 發疹 이외에는 특이사항 없었다. 식사량은 일반식 ½공기였고, 오후 10시경 체온은 정상으로 떨어졌으며, 간헐적인 기침과 호흡곤란을 호소하였다. 치료는 양약으로는 Doxycycline 100mg을 하루에 2번 복용

케 하고, 한약으로는 升麻葛根湯에 柴胡 8g, 黃芩, 白芷 각4g을 더하여 하루에 3번 복용케 하였다. 입원 2일째 신체 활력증후는 정상이며, 두통, 기력저하, 현훈, 기침증상은 약간 호전되었고, 약간의 호흡곤란 증상을 보였다. 식사량은 일반식 용공기였으며, 발진의 크기가 감소하였으며, 치료는 전날과 동일하였다.

입원 3일째 신체 활력증후는 정상이며, 간헐적인 두통과 현훈, 기침과 가벼운 기력저하 이외에는 제반 증상 호전되었고, 발진의 크기 및 숫자가 감소하였다. 치료는 양약은 전날과 동일하고, 한약으로는 調中益氣湯을 하루에 3번 복용케 하였다. 혈청 검사상 *Richettia tsutsugamushi* Antibody가 Negative로 나왔다.

입원 4-6일째 신체 활력증후는 정상이며, 제반 증상도 호전되었으며, 발진은 5일째 거의 보이지 않았다. 치료는 전날과 동일하였다.

입원 7일째 제반 증상 호전되어 퇴원하였으며, 퇴원 이틀 후 실시한 말초 혈액 도말 검사상 WBC $3.8 \times 10^3/\mu$, Hemoglobin 10.9g/dl, Platelet $419 \times 10^3/\mu$ 였고, 혈청 검사상 *Richettia tsutsugamushi* Antibody가 Negative였으며, 생화학 검사상 ALP 187K/A, AST 42U/L, ALT 41U/L, Bilirubin(Direct) 0.2 mg/dl, Bilirubin(Total) 0.5 mg/dl이었고, 요 검사상 RBC 1-4/HPF, WBC 0-2/HPF이었다.

고 찰

*Rickettsia*는 *Rickettsia* Family에 속하는 미생물이며, 크기는 $0.3\mu\text{m} \times 1.0\text{-}2.0\mu\text{m}$ 로 광학현미경으로도 보

이는 형태가 다양한 미생물이다. 이 종류의 *R. tsutsugamushi*는 $0.3\text{-}0.5\mu\text{m} \times 1.2\mu\text{m}$ 정도의 간균인데, Giemsa나 Gimenez법으로 염색되며 세포외에서는 증식하지 못하는 성질을 비롯하여 다른 *Rickettsia*에 공통되는 성상을 가지고 있다. 그러나 다른 *R. tsutsugamushi*는 strain사이에 항원성의 차이가 있으며 Karp형, Gilliam형, Kato형은 대표적인 strain의 하나라는 반응한다.

쭈쭈가무시병은 *R. tsutsugamushi*를 보균한 쯤진드기(leptotrombidium)의 유충이 우발적으로 부착하여 조직액을 흡인하게 될 때 발생하게 된다. 이 때 *R. tsutsugamushi*가 인체내로 들어가서 그 부위에 증식하면서 구진이 생기고 이어 궤양이 된 다음에 가피(Eschar)를 형성하고 건조된다. 또한 이 시기에 소속 임파절이 커지고 4-5일 내에 전신의 임파절이 커지며 rickettsiemia가 생겨서 전신으로 퍼지게 된다.

쭈쭈가무시병은 동남아시아 및 극동지역에서 발견되는 감염증⁷⁾으로 역사적으로 보면 6세기경 중국의 양자강 유역에서 발생된 기록이 있으며, 1923년 Nagayo에 의해 *Rickettsia*가 병원체임을 밝히고, *R. tsutsugamushi*라 명명된 질환이다. 국내에서는 1986년 이 등⁴⁾과 이 등⁵⁾에 의해 처음으로 확진 보고된 이후 여러 보고자⁶⁾에 의해 보고되었으며, 현재 전국 각처에서 발생되고 있다. 전형적인 쭈쭈가무시병은 일본에서 여름철에 많으며 그 이유는 매개충인 *Leptotrombidium akamushi*가 여름철에 많다는 사실

Table 1. ALP, AST, ALT Change after Admission

	ALP	AST	ALT
Case 1(Admission)	131	71	37
Case 1(1 week after)	121	40	45
Case 2(Admission)	203	32	32
Case 2(1 week after)	187	42	41



Fig. 1. Photograph of eschar.

과 일치된다. 또한 동남아시아의 쭈쭈가무시병은 *L. delliense*에 의해 매개되고, 열대지방에서는 우기에 다수 발생하지만 1년내내 유충의 발생이 있기 때문에 항상 감염의 위험이 있다. 국내에서는 약 30여종의 *Leptotrombidium*이 있지만 전부가 매개충은 아니며 매개충으로 지목되는 *L. scutellare*, *L. pallidum*이 10, 11월에 나타난다는⁴⁵⁾ 사실과 늦가을의 유행이 관련이 있으리라 생각된다. 또한 이들 환자들이 대부분 야외의 생활한 경험이 있어서 설치동물의 생활환경과도 밀접한 관련을 보이고 있다. 본 증례에서도 병원에 내원하기 전 모두 논일, 밭일을 한 경험이 있으며 이때 토양이나 수풀에 접촉되어 매개체인 진드기에 노출된 것으로 생각된다.

쭈쭈가무시병은 불형성 감염에서부터 사망에 이르기까지 상당한 차이를 보이며 일반적인 임상상태는 유충에게 물린 후 6-20일의 잠복기(보통 10-20일)를 거쳐 대개는 임상증세가 갑자기 생기며 처음에는 심한 두통이 생기고 수시간 내에 오한과 전율이 생기면서 39℃정도의 열이 나고 근육통이 심하다. 고열은 Sheely등⁴⁶⁾에 의하면 치료를 받지 않는 환자에서 병의 경중에 따라서 10일에서 36일까지 계속된다고 하였다. 본 증례의 경우에서도 내원 전에 이미 7-10일이 지난 후였으며, 두 예의 경우 모두 두통, 근육통, 고열 및 오한과 발진을 보였다. 그러나, 환자들은 이런 증상들을 모두 감기몸살로 판단하고 중요하게 생각하지 않다가 증상이 낫지 않고 심해지는 경우 내원하였다. 그외 피로감, 복통, 식욕저하, 기침 및 기력저하 등을 보여 다른 보고들⁴⁶⁾과 유사한 소견을 보이고 있다. 본 증례에서는 오한, 발열은 입원 2일째 호전되었고, 두통, 현훈, 기력저하, 식욕저하 등은 입원 3일째부터 호전되기 시작하여 5-6일째부터는 정상으로 되어 일상생활이 가능하였다. 입파선 종대는 많은 환자에서 액와부, 경부 혹은 서혜부 등에서 촉진되는데 압통이 있는 수가 있고, 가피 가까이 있는 입파절이 먼저 종대하고 치료를 하지 않을 때는 전신의 여러 입파절이 종대되기도 한다고 알려져 있다. 發疹은 약간 융기된 연한 적색이고 시일이 경과하면 적갈색으로 변하게 된다. 그 크기는 일정치 않으나 큰 것은 직

경이 5mm정도이며, 출혈성이 아니고 수포나 가피로 변하지도 않으면서 가려움증이 없는 것이 특징이다. 본 증례에서는 입파절 종대는 볼 수 없었지만, 發疹을 두 예에서 모두 관찰할 수 있었고 환자들은 이를 두드러기처럼 가볍게 생각하고 있었다. 또한 이 發疹은 증례 1에서는 입원 3일째 감소되기 시작하여 6일째 소실되었고, 증례 2에서는 입원 2일째 감소되기 시작하여 5일째 소실됨이 관찰되었다.

쭈쭈가무시병에 있어서 가장 중요한 소견은 가피(Eschar)이다. 좀진드기에 물린 자리는 발적, 수포, 궤양에 이어서 검은색 가피로 덮이게 된다. 검은색 가피는 지름이 1cm정도이고 주위는 붉은 색 피부로 덮이는데 보통 3-4주일이 걸리며, 그 후에도 반흔을 남기므로 오랜 뒤에도 관찰할 수 있다. 쭈쭈가무시병은 매개 진드기에 물리더라도 동통이나 가려움을 느끼지 않으므로 환자는 가피가 생긴 것을 알지 못한다. 가피는 배부, 서혜부 등 찾기 어려운 곳에 생기기도 하므로 세밀히 찾아야만 발견될 때도 있다. 국내 보고 예중 이 등⁴⁵⁾은 1985년 21예중 4예, 1986년 35예중 27예에서 이 등⁴⁵⁾은 31예중 24예에서 가피가 관찰됨을 보고함으로써 진단에서 가피의 중요성이 강조되고 있다. 본 증례에서도 두 명의 환자에게서 모두 가피를 관찰할 수 있었다(Fig. 1). 환자들은 가피에 대해서는 발견하지 못하거나(증례 1), 중요하게 생각하지 않으므로(증례 2) 주의깊은 관찰이 요구된다고 하겠다.

임상 검사 소견으로는 백혈구의 감소, 혈소판의 감소, 저단백혈증, AST와 ALT의 증가, 단백뇨등이 나타나며 흉부 단순촬영상 폐 간질부의 음영 증가 소견을 보이는데 본 증례에서도 ALP, AST, ALT의 증가를 보여 다른 보고들⁴⁶⁾과 일치하고 있다. 즉 간기능 검사상 두 예에서 모두 증가소견을 보인 것으로 보아 간기능 장애가 수반되는 것으로 생각된다. 그러나 입원당시와 입원 1주일 후 실시한 추적검사에서 증례 1에서는 수치의 감소가 관찰되었으나, 증례 2에서는 감소 소견이 관찰되지 않아 향후 더욱 많은 임상 사례가 필요할 것으로 생각된다(Table 1). 단백뇨와 흉부 단순 촬영상 폐간질부의 음영 증가소견은 증례

2에서 관찰되어 이 또한 많은 임상증례를 통한 고찰이 필요할 것으로 생각된다.

쭈쭈가무시병의 진단방법에는 리켓치아를 분리하거나, 혈청학적 방법 및 조직의 병리학적인 검사 방법이 있다. 리켓치아를 분석하면 진단 및 혈청형을 알 수 있으나 그 방법이 어렵고, 많은 시간이 소요되므로 임상방법에서는 이용가치가 낮고, 혈청검사는 비특이적인 검사인 Weil-Felix시험이 있고 특이성 시험으로는 보체결합시험, 간접 면역형광항체법(Indirect Immunofluorescent Antibody), ELISA(Enzyme-linked Immunosorbent assay), Indirect immunoperoxidase test^{3,7)} 등이 있다. 본 증례에서는 서울의과학연구소(SCL)에 의뢰하여 역수신적혈구응집반응(Reverse Passive Hemagglutination)을 사용하여 2예 중 1예에서 양성율을 보여주었다. PHA(Passive Hemagglutination) 항체활성은 처음 1개월간은 거의 검출되지 않고⁹⁾, R.tsutsugamushi의 항체역가는 4-8주에 정점에 도달하므로¹⁰⁾ 혈청학적 검사에 대한 이러한 결과는 향후 추적검사가 필요하다고 생각된다.

쭈쭈가무시병은 특징적인 임상증세를 가지므로 본 병원과 같은 혈청검사 시설이 없는 한방 의료기관에서도 상당히 정확한 진단을 할 수 있으며, 치료는 Chloramphenicol이나 Tetracycline, Doxycycline 등이 유효하다고 알려져 있다⁷⁾. 치료 후 재발은 없었고, 퇴원 후 1주, 2주에 실시한 추적검사에서 재발증상의 소실을 보였다.

한의학에서는 쭈쭈가무시병과 비슷한 증상을 가지는 질환이 발열을 동반하는 斑疹, 癩疹이라고 볼 수 있다. 斑疹의 정의에 대해서 살펴보면 “有色點而無顆粒者 曰癩 浮小而有顆粒者 曰疹 隨出即沒而又出”¹¹⁾, “有色痕而無顆粒 重者 紅如綿繡 成片多發在胸腹”¹²⁾ 이라 하였고, 그 원인과 증상에 대해서도 크게 다음의 2가지로 나누고 있다.

醫學入門에서는 “癩屬 三焦無根之火 疹屬心火 其上侵於肺則一也. 外因 初期 頭疼身大熱口味者 忌大汗下 宜解肌微汗 有自吐瀉者即愈. 內因 頭或微疼 但手心熱 脾胃虛者 宜大補 以降其火 體壯者 宜清肺 以化其痰”이라 하였고¹²⁾, 丹溪心法에서는 “發癩者 因

胃熱助手少陰火 入于手太陰肺也. 紅點如斑 生於皮毛之間”이라 하여¹¹⁾ 크게는 모두 火에 속하나, 醫學入門에서는 이것을 외인과 내인으로 나누고 있는 것을 볼 수 있다.

또한 癩疹과 비슷한 증상을 보이는 경우도 발견할 수 있는데, 風熱型的 癩疹증상으로 發熱, 惡寒이나 腫痛등과 嘔吐나 腹痛을 수반하고 열이 있으면 皮疹이 중해지고 舌苔는 薄白 또는 浮黃하며 脈은 浮數하다고 하였다¹³⁾. 또한 일반적으로 皮疹이 전신에 돌아나는데 심한 경우는 안면부의 부종이 뚜렷하며 惡寒, 發熱, 胸悶氣短, 腹痛腹瀉, 惡心, 嘔吐, 頭暈등의 전신 증상을 동반한다고 한 것¹⁴⁾에서도 비슷한 증상을 확인할 수 있다. 또한 中醫實習手冊¹⁵⁾에서도 癩疹의 전구증상으로 氣力低下, 食慾低下를 들고 있으며 發熱, 惡心, 嘔吐, 咽喉部 異物感, 呼吸困難, 腹痛, 腹瀉를 각각증상으로 설명하고 있다. 이상에서 살펴볼 때 惡寒, 發熱, 頭痛, 斑疹 및 惡心, 嘔吐, 氣力低下등의 증상을 수반하는 쭈쭈가무시병은 한의학에서의 斑疹, 癩疹의 범위에 해당한다고 볼 수 있다.

치료로는 外感인 경우에는 升麻葛根湯에 玄蓼을 가하여 사용하고, 咽痛이 있으면 玄蓼升麻湯, 헛소리를 하고 便血이 있으면 陽毒升麻湯, 갈증이 있으면 化斑湯, 변비가 있으면 防風通聖散을 사용하라고 하였다. 또한 內傷으로 發疹이 생기는 경우는 초기에 頭痛, 身熱이 없고 胃虛에 속하므로 調中益氣湯을 복용하라고 하였다¹²⁾.

斑疹은 대개 급성기에는 頭痛, 發熱, 惡寒등의 外感과 유사한 증상을 수반하므로 清熱化毒시킬 목적으로 升麻葛根湯을 복용케 하고, 급성기가 지난 회복기에는 外感증상보다는 惡心, 嘔吐, 食慾低下, 氣力低下와 같은 脾虛, 氣虛증상을 수반하는 경우가 많으므로 健脾益氣시킬 목적으로 調中益氣湯을 복용케 한 것으로 생각된다.

한의학에서 제시된 예후를 살펴보면 무릇 斑疹이 적색이고 몸이 따뜻하며 흉복부에서 시작하여 사지로 퍼지는 자는 예후가 양호하나, 斑疹이 흑색이고 몸이 차가우며 사지에서 시작하여 복부로 퍼지는 자는 죽는다고 하였다¹²⁾. 이것은 쭈쭈가무시병이 재발

올과 사망률이 거의 없고, 斑疹의 색이 적색이며 발열증상이 있어 몸이 따뜻하고 대부분의 斑疹이 흉복부에서 시작하여 사지부로 퍼진다는 것과 일치하고 있음을 보여주고 있다.

醫學入門¹²⁾을 살펴보면 대체로 땀을 내거나 설사 시켜도 병이 풀리지 않고 발이 차고 귀가 먹먹하며 잘 들리지 않고 구역이 나며 기침을 하는 것은 斑疹이 돋으려는 증후라고 하였는데, 이것은 진드기에 물린 후 發疹이 돌아나기 전에 전신의 기력저하, 미열, 현훈, 식욕저하등의 증상이 있는 것과도 또한 유사함을 알 수 있다.

斑疹의 급성기에 복용하는 升麻葛根湯은 宋代 錢¹⁶⁾의 <<小兒藥證直訣>>에 “治傷寒 瘧疫 風熱, 壯熱 頭痛, 肢體痛 瘡疹已發未發 病宜服之”라 하여 처음 수록된 이후 많은 醫家들¹⁶⁾에 의해 傷寒瘧疫, 痘瘡, 癩疹, 陽症發斑등을 치료하는데 사용되었다. 최근의 연구로는 黃¹⁷⁾등이 알레르기인한 피부질환의 치료에 升麻葛根湯加味方이 효과가 있다고 하였으며 또한 탐식세포의 면역능을 증강시키므로 병원체나 알레르기 인자에 대한 저항력을 길러주어 알레르기 질환의 예방에도 광범위하게 사용할 수 있다고 하였다. 약물구성을 살펴보면 發表透疹, 清熱解毒의 升麻와 解肌退熱, 透疹, 生津止渴, 滋潤筋脈의 葛根이 주요 약재로 이 둘을 배합하면 透疹에 유효하다고 하며, 芍藥은 和營泄熱을 甘草는 제약을 조화한다. 따라서 이들을 병용하면 解肌透疹, 和營解毒하는 작용이 현저하며, 열이 심하면 黃芩을 첨가하고, 오한발열에는 柴胡를, 전신통에는 防風, 羌活을, 두통에는 川芎, 白芷를, 胃虛食少하면 白朮을 첨가하라고 하여 증상에 따라 처방할 것을 제시하고 있다¹⁸⁾.

調中益氣湯은 元代 李의 <<蘭室秘藏>>¹⁹⁾에 기재된 처방으로 補中益氣湯(黃芪, 人蔘, 白朮, 甘草, 當歸, 陳皮, 升麻, 柴胡)에 去 當歸, 白朮, 加 蒼朮, 黃柏하여 飢飽勞倦이나 脾胃損傷으로 인한 원기부족에 활용되며, 李 等²⁰⁾은 각각 용량 및 처방구성을 달리 하여 內傷發斑에 補脾胃하고 瀉陰火의 목적으로 활용하였다.

따라서 이 질환의 회복기에 보이는 식욕저하, 기력

저하등은 대부분 氣虛, 脾虛증상에 해당되므로 補脾胃하는 調中益氣湯을 복용하여 高熱, 惡寒, 自汗으로 인해 손상된 원기를 보충하도록 하였다.

이상에서와 같이 Doxycycline으로는 리켓치아에 대해 항생작용을 하고, 급성기에는 升麻葛根湯加味方으로서 解毒透疹, 和營泄熱하고, 회복기에는 調中益氣湯으로 補脾胃, 瀉陰火하여 이 질환에 대해 단계적으로 치료할 수 있었다. 본 증례의 두 환자의 경우 내원 전 기력저하, 미열, 두통, 현훈등의 전구증상이 있었고, 생화학 검사상 간기능 수치의 증가소견을 보였다. 치료 후 입원 2일째 오한, 발열증상은 호전되었고, 두통, 현훈, 기력저하, 식욕저하등은 입원 3일째부터 호전되기 시작하여 5-6일째부터는 정상으로 되어 일상생활이 가능하였다.

늦가을 및 초겨울에 야외 생활한 사람들 중 급성 열성 질환 환자인 경우 현재까지 한방에서는 임상특징 및 진단법이 명확치 않았고, 한의학적 치료법 또한 명확치 않았다. 따라서 이 경우에 쯤쯤가무시병을 배제해서는 안 되며, 특징적인 임상소견이 나타나기 때문에 검사소견에 앞서 세심한 관찰 및 조기진단, 조기치료가 중요한 것으로 사료된다. 이에 본 증례에서는 한방 및 양방 치료로 호전된 환자에 대한 임상적 경과 및 결과를 보고하는 바이며, 향후 이에 대한 체계적인 연구 및 더욱 많은 임상 사례가 필요하다고 생각한다.

결론

가을철 급성 열병 질환을 가지고 2000년 10월 원광대학교 전주 한방병원에 쯤쯤가무시병으로 진단되어 입원한 환자에게 항생작용을 가지는 Doxycycline을 복용케 하고, 한약으로는 급성기에 升麻葛根湯加味方을, 회복기에는 調中益氣湯을 복용케 하였다.

본 증례는 현재까지 한의학적인 진단법 및 치료방법이 명확치 않았던 쯤쯤가무시병에 있어서 한방 및 양방치료로 호전된 환자 2예를 보고하는 바이며, 앞으로 더욱 체계적이고 검증받을 수 있는 연구 활동이 필요하다고 사료된다.

참고문헌

1. Traude R, Wisseeman CL. The Ecology of Chigger-Borne Rickettsiosis (Scrub typhus). *Entomol.* 1974;11:237.
2. 대한미생물학회. 의학미생물학. 여문각. 1991:633.
3. Munro-Faure AD, Andrew R, Missen Gak, Mackay Dick J. Scrub Typhus in Korea. *J Royal Army Med Corps.* 1951;97:227.
4. 이정상, 안규리, 김성권, 이준호. 국내 상주 한국인에서 처음으로 확진된 쯔쯔가무시병 9예를 포함한 Rickettsia 감염. *대한의학협회지.* 1986;29:430.
5. 이강수, 정윤섭, 권오현, 이삼열, 김길영, 우지이기아 쓰오. 쯔쯔가무시병으로 규명된 진해 지방에서 발생 하던 발진성 질환. *대한미생물학회지.* 1986; 21:113.
6. 김민자, 유재명, 박승철. Tsutsugamushi병 14예의 임상적 고찰. *감염.* 1987;19:23.
7. Sheehy RW, Hazlett D, Turk RE. Scrub typhus, A comparison of chloramphenicol and tetracycline in its treatment. *Arch Intern Med.* 1973;132:77.
8. 이강수. 진해 지방에서 발생한 쯔쯔가무시병의 임상상. *감염.* 1986;18:93.
9. 이귀녕, 이종순. 임상병리파일. 서울:의학문화사. 1996:55-57.
10. Kass EM, Szaniawski WK, Levy H, Leach J, Srinivasan K, Rives C. Rickettialpox In A New York City Hospital 1980 To 1989. *The New England Journal of Med.* 1994;331:1612.
11. 朱震亨. 丹溪心法附餘 下. 서울:大星文化社. 1982:457-458.
12. 安秉國 譯. 國譯 編註醫學入門. 4卷. 南山堂. 1974:212-218.
13. 柳志允. 外科 皮膚科의 辨證論治. 부천:書苑堂. 1988:206-208.
14. 北京中醫學院 北京市中醫學校 編. 韓醫學 臨床病理. 서울:成補社. 1983:544-546.
15. 張載信. 中醫實習手冊. 北京:安徽科學技術出版社. 1988:311-313.
16. 錢 乙. 小兒藥證直訣. 江蘇:江蘇科學技術出版社. 1982:90.
17. 金南權, 黃忠淵, 林圭序. 升麻葛根湯加味方이 마우스의 抗 Allergy 및 免疫反應에 미치는 影響. *大韓外官科學會誌.* 1995;8:1.
18. 申載鏞 編著. 方藥合編解說. 서울:傳統醫學研究所. 1988:115.
19. 李東垣. 東垣十種醫書. 臺北:五州出版社. 1984:687-696.
20. 李梴. 醫學入門. 서울:高麗醫學. 1987:367.