

한방 변증과 양방 협진에 의한 전신성 홍반성 낭창 (Systemic Lupus Erythematosus) 치료 1예

정대영, 한명아, 백동기, 황상일, 신선호, 김동웅
원광대학교 한의과대학 전주한방병원 내과

One Case of Systemic Lupus Erythematosus treated by Integrated Therapy of Western Medicine with Oriental Differential Diagnosis of Symptoms and Signs

Dae-Young Jung, Myoung-Ah Han, Dong-gi Baek, Sang-il Hwang, Sun-Ho Shin, Dong-Woung Kim

Dept. of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University, Jeonju, Korea

Systemic Lupus Erythematosus(SLE) is a autoimmune disease characterized by combined symptoms of malar rash, discoid rash, neuropsychiatric disorder, renal disorder, hematologic disorder, photosensitivity, immunologic disorder, oral ulcer, anti-nuclear antibody, arthritis, pleuritis and pericarditis, etc. Multiple genetic or environmental causes are supposed to facilitate antibody production to autoantigen such as ds-DNA, histone, phospholipid, red blood cell, platelet, etc. And defective complementary system fail to remove autoantigen-antibody complex, which deposit in multiple organs and result in inflammatory damages. SLE does not correctly correspond to any specific category of oriental medicine. But, according to previous reports, it can be controlled by herb medications used differently patients-to-patients. So we are to report this one SLE case being successfully controlled by classic corticosteroids with herb medications based on oriental differential diagnosis of symptoms and signs.

Key Words: Systemic Lupus Erythematosus(SLE), oriental differential diagnosis of symptoms and signs

I. 서론

전신성 홍반성 낭창(Systemic Lupus Erythematosus, SLE)은 안면 관골부의 나비양 홍반, 피부의 인설을 수반한 발적, 관절염, 백혈구 감소증, 혈소판 감소증, 빈혈 등의 혈액학적 이상 소견, 단백뇨 등 신장염의 소견, 흉막염, 심외막염, 중추신경계 증상, 구강의 궤양, 햇빛 노출시의 피곤과 피부 증상의 악화 등을 복

합적으로 나타내며, 특징적으로 악화와 완화를 반복하는 자가면역 질환의 일종이다. 자가 항원에 대한 자가 항체가 형성되는 과정에 대하여 여러 유전적, 환경적 원인을 규명하기 위한 연구가 진행중이며, 각각 면역 반응과 이에 의한 염증 억제제를 목적으로 하는 부신피질 호르몬의 사용과 각종 면역억제제의 사용이 양방의 주된 치료법이다.^{1,3} 그러나, 부신피질 호르몬의 장기간 사용은 고혈압, 고지질혈증 등의 부작용을 초래하며, 면역억제제의 사용 역시 간, 신, 골수 독성 및 기회 감염의 증가 등 다양한 부작용을 초래할 수 있어 주의를 요한다.^{4,6}

· 접수 : 2002년 5월 17일 · 채택 : 2002년 7월 31일
· 교신저자 : 한명아, 전북 전주시 덕진구 덕진동 원광대 전주한방병원 심계내과
(Tel. 063) 270-1013, E-mail: extro831@hitel.net)

이⁷, 채⁸ 등에 따르면 전신성 홍반성 낭창은 한방의 虛勞, 痺證, 陽毒發斑, 縣陰, 風水 등의 범주에 속하는 데, 熱毒이 病因이고, 증상의 표현에 따라 虛實로 辨證하여 치료하며, 장기간 양방 치료에 따른 부작용에 대하여도 동일한 방법으로 치료 가능하다고 하였다. 또한, 백⁹ 등에 의해 전신성 홍반성 낭창에 병발한 뇌경색과 신장염에 대하여 氣虛와 氣血虛로 변증하여 補中益氣湯과 十全大補湯을 사용하여 치료한 임상 보고도 있었다.

이에 저자는 원광대학교 전주 한방병원에서 전신성 홍반성 낭창으로 진단되어 양방의 부신피질 호르몬과 한방 변증 치료를 병행한 환자 1례에 대하여 양호한 결과를 얻었기에 그 임상 경과와 치료 성과를 보고하고자 한다.

II. 증례

1. 환 자 : 주 ○ 화, 31세, 여자

2. 주 소 : 발열, 안면 홍조(특히 양측 관골부위), 양측 슬관절통, 우측 상지의 발적 및 부종, 우울증

3. 현병력 : 내원 26일전부터 안면과 우측 상지의 발적 및 부종과 상열감 지속되었으나 별다른 처치 없이 지내던 중 내원 하루전 오한, 상열감 심해져서 본원에 입원하였다.

4. 과거력 및 사회력 : 2년전부터 양측 슬관절의 주기적 부종 및 통증으로 서울 00 병원에 류마티스성 관절염으로 진단받고 증상 악화시만 양약 복용하였다. 특히 정신적 스트레스를 받을 때 슬관절의 통증 및 부종도 악화되는 양상을 보인다고 하였다. 내원 3달전에 흉부와 안면의 발적 증상으로 부산 00 병원에서 알러지성 피부질환으로 진단받고 일주일 정도 양약 복용하였다.

5. 가족력 : 특이사항 없음.

6. 이학적 검사 : 내원시 혈압은 140/80 mmHg, 호흡수 20회/분, 맥박수 80회/분, 체온 36.6℃이었고, 흉부 진찰상 양측 폐야에서 이상 호흡음을 확인할 수 없었으며, 전흉혈 부위의 압통만 호소하였다. 심박동음은 규칙적이었다.

7. 입원당시 검사실 소견 : 내원당시 말초 혈액 도말 검사상 WBC $1.9 \times 10^3/\mu$, RBC $2.69 \times 10^6/\mu$, Hemoglobin 7.4g/dl, Hematocrit 22.7%, Platelet $28 \times 10^3/\mu$ 였고, 생화학 검사상 AST 40U/L, ALT 24U/L, ALP 148K/A, Sodium 143.8mEq/L, Potassium 3.7mEq/L, BUN 23mg/dl, Cr 1.2mg/dl였으며, 요 검사상 Albumin +++, Occulblood +++, Cellular cast 10-14/LPF, RBC many/HPF, WBC 20-24/HPF로 나타났다.

8. 방사선학적 소견 및 복부 초음파 소견 : 내원 당시 단순 흉부 및 복부 X-선 검사상 정상 소견 보였다.

10. 치료 및 임상경과 :

입원 1일째 안면 홍조(특히 양측 관골부위)와 부종 및 상열감을 주로 호소하였고, 그 외에도 우측 상지의 발적과 부종, 양측 슬관절통, 우울감, 심계항진, 불면, 설사 및 식욕부진 등을 호소하였다. 특히 안면 및 우측 상지의 부종 및 발적과 상열감은 야간에 심한 편이라고 하였다. 脈浮數하고, 舌紅苔黃하여, 肝鬱脾虛와 裏熱證으로 변증하고 逍遙散 合 黃連解毒湯加減方(柴胡, 當歸, 白芍藥, 白朮, 白茯苓 10g, 甘草 5g, 乾薑, 薄荷, 木香, 天麻, 甘菊 3g, 牡丹皮, 梔子, 生地黄, 黃連, 黃芩, 黃柏 6g, 草龍膽 3g, 香附子, 鬱金 5g, 生薑 3g, 大棗 2g)을 투여하였다. 입원 당시 활력 징후는 혈압 140/80 mmHg, 호흡수 20회/분, 맥박수 80회/분, 체온 36.6℃으로 주간에는 별다른 변동이 없었으나, 오후 9시를 경과하면서 체온이 39.5℃로 상승하였다. 입원 당일 혈액의 생화학 검사상은 별다른 이상 없었으나, 말초 혈액 도말 검사상 WBC $1.9 \times 10^3/\mu$, RBC $2.69 \times 10^6/\mu$, Hemoglobin 7.4g/dl, Hematocrit 22.7%, Platelet $28 \times 10^3/\mu$ 를 나타내 범혈구 감소성 빈혈(Aplastic anemia) 양상을 보였고, 소변 검사상 단백뇨, 혈뇨 및 감염소견(Albumin +++, Occult blood +++, RBC many/HPF, WBC 20-24/HPF)을 나타내어 요로계 감염 혹은 신장병증이 의심되었다. 류마티스 관절염에 대한 기왕력 및 양측 슬관절의 통증, 환자의 피부(안면중 특히 관골부의 발적 및 부종과 우측 상지의 발적과 부종), 관절(양측 슬관절의 부종, 발적 및 통증), 혈액 검사 소견(범혈구 감소성 빈혈), 정신 신경계 증상(불면, 우울감) 및 소변 검사상의 신장병

증과 요로계 감염 증상 등을 바탕으로 전신성 홍반성 낭창이 의심되어 C3, C4, RA factor, CRP, LE cell, Anti-nuclear Antibody, Anti-smith Antibody, Anti-ds DNA Antibody 등에 관한 혈액 검사가 실시되었다. 본원 양방 내과에 협진을 의뢰하여 해열 진통제 주사 및 수액 주사제를 추가하였다.

입원 2일째 야간중 체온이 일시적으로 37.4℃로 상승한 것 이외에 활력 징후는 안정적이었다. 상열감은 감소하였으나, 양측 슬관절 통증과 우측 견관절의 통증을 호소하였고, 불면과 식욕부진, 설사 등은 지속되었다. 입원시와 동일한 처방을 사용하였다.

입원 3일째 주간에는 활력 징후가 안정적이었으나 새벽 1시 경 다시 체온이 39℃로 상승하고, 야간중 심계항진과 불면, 전신 기력 저하와 설사 및 식욕부진을 호소하며, 舌紅薄黃苔, 脈弱數하여 裏熱로 氣陰이 손상되어 腎陰虛와 脾氣虛가 겸하였다고 변증하여 六味地黃湯 加減方(熟地黃, 山藥, 山茱萸 8g, 白茯苓, 牡丹皮, 澤瀉, 地骨皮, 生地黃, 陳皮, 白朮 4g, 知母, 黃柏, 玄麥, 五味子 2g)를 투여하였다. 또한, 입원 당일 의뢰한 추가 혈액 검사 결과가 보고되었는데 C3 18mg/dl(정상 90-180), C4 5mg/dl(정상 10-40), RA factor 47.5IU/ml(정상 10이하), CRP 0.11mg/dl(정상 0.4이하), LE cell 음성, Anti-nuclear Antibody 양성(정상 1:40 이하), Anti-smith Antibody 음성(정상 15 IU/ml 이하), Anti-ds DNA Antibody 500 IU/ml 이상

(정상 5.3이하)으로 전신성 홍반성 낭창으로 진단되었다. 본원 양방 내과에 협진을 의뢰하여 부신 피질 호르몬을 사용하였다.

입원 4-5일째 활력 징후는 안정적이었으며, 안면 관골부의 발적과 부종 및 우측 상지의 부종과 발적, 상열감, 설사, 식욕부진, 불면 등 전반적인 증상이 호전되고 양측 슬관절의 통증, 발적 및 부종만 호소하였다. 처방은 전일과 동일하게 사용하였다.

입원 6-7일째 증상의 별다른 변화 없었으나, 간헐적으로 수축기 혈압이 140-150mmHg, 확장기 혈압이 90mmHg로 상승하였으며 처방은 동일하게 사용하였다.

입원 9일째부터 좌측 고관절의 통증으로 보행곤란을 호소하였고, 안정시 좌측 고관절의 압통, 발적 및 부종이 나타났다. 다른 활력징후는 안정적이었으나 오전중에 체온이 39℃까지 상승하였고, 체온 상승시 혈압이 150/80 mmHg로 측정되었다. 고관절의 단순 X-ray 촬영에서는 별다른 이상을 확인할 수 없었으나 전신성 홍반성 낭창의 악화로 인한 급성 염증 반응으로 판단되어 본원 양방 내과에 의뢰하여 부신 피질 호르몬을 2배로 증량하였고, 소염진통제가 추가되었다. 한약 처방은 風濕熱痺로 변증하여 清熱瀉濕湯 合 大羌活湯 加味方(羌活, 升麻, 獨活, 蒼朮, 防己, 威靈仙, 白朮, 當歸, 赤茯苓, 澤瀉, 甘草, 黃柏, 蘇葉, 赤芍藥, 木瓜, 木通, 檳榔, 枳殼, 香附子, 牛膝, 甘草, 知母 4g, 燈心 6g, 白屈菜 8g)을 투여하였다.

Table 1. Herb Medications used according to differential Diagnosis of Symptoms and Signs

入院期間	症狀 및 徵候	辨證	處方
1-2일	面赤, 上熱感, 憂鬱, 不眠, 心悸, 泄瀉, 食慾不振, 脈浮數, 舌紅苔黃	實證 肝鬱脾虛와 裏熱證	逍遙散 合 黃連解毒湯 加減方 (柴胡, 當歸, 白芍藥, 白朮, 白茯苓 10g, 甘草, 香附子, 鬱金 5g, 乾薑, 薄荷, 木香, 天麻, 甘菊, 草龍膽, 生薑 3g, 牡丹皮, 梔子, 生地黃, 黃連, 黃芩, 黃柏 6g, 大棗 2g)
3-8일	心悸(夜間甚), 不眠, 夜間發熱, 全身氣虛, 泄瀉, 食慾不振, 舌紅薄黃苔, 脈弱數	裏熱로 氣陰損傷 腎陰虛 兼 脾氣虛 虛實錯雜證	六味地黃湯 加減方 (熟地黃, 山藥, 山茱萸 8g, 白茯苓, 牡丹皮, 澤瀉, 地骨皮, 生地黃, 陳皮, 白朮 4g, 知母, 黃柏, 玄麥, 五味子 2g)
9-12일	股關節 痛症, 浮腫, 壓痛, 步行困難, 午前發熱	風濕熱痺	清熱瀉濕湯 合 大羌活湯 加味方 (羌活, 升麻, 獨活, 蒼朮, 防己, 威靈仙, 白朮, 當歸, 赤茯苓, 澤瀉, 甘草, 黃柏, 蘇葉, 赤芍藥, 木瓜, 木通, 檳榔, 枳殼, 香附)
13-14일	全身氣虛	脾肺氣虛	補中益氣湯 合 生脈散 加減方 (人參 8g, 白朮, 陳皮, 甘草, 白茯苓, 白芍藥 4g, 黃芪 20g, 麥門冬, 五味子 6g)

Table 2. Criteria for Diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus

1. Malar rash	Fixed erythema over malar eminence shaped like butterfly
2. Discoid rash	Erythematous raised patch with keratotic scaling usually over head, arms, chest, or back.
3. Photosensitivity	Skin rash reaction to sunlight
4. Oral ulcers	Oral or nasopharyngeal ulceration, usually painless
5. Arthritis	Involve more than two peripheral joints characterized by tenderness, swelling
6. Serositis	Pleuritis Pericarditis
7. Renal Disorder	Persistent proteinuria more than +++ or 0.5g/day red cell, hemoglobin, granular cell, tubular cell Cellular casts
8. Neurologic Seizure	Disorder Psychosis
9. Hematologic Disorder	Hemolytic anemia with reticulocytosis Leukopenia(<4000/ μ l) Thrombocytopenia(<100000/ μ l) Lymphopenia(<1500/ μ l)
10. Immunologic Disorder	AntiPhospholipid Antibody Anti-ds DNA antibody Anti-Smith Antibody False positive for syphilis
11. Anti-nuclear positive Antibody	

입원 11일째 고관절 통증은 감소하였으나, 주간에만 차례 체온이 38.6℃도로 상승하였다. 처방은 淸熱瀉濕湯 合 大羌活湯 加味方을 계속 투여하였다. 말초 혈액 도말 검사상 WBC $7.5 \times 10^3/\mu$ l, RBC $2.65 \times 10^6/\mu$ l, Hemoglobin 7.4g/dl, Hematocrit 22.1%, Platelet $84 \times 10^3/\mu$ l를 나타내 입원시보다 WBC와 Platelet가 상승하였다.

입원 13일째 고관절 통증은 거의 소실되고 발열도 없었다. 혈압이 지속적으로 150/80mmHg로 측정되어 본원 양방 내과에 의뢰하여 항고혈압제가 추가되었다. 전신 기력 저하 외에 별다른 호소는 없고 급성기의 후유증상으로 판단하여 補中益氣湯 合 生脈散 加減方 (人蔘 8g, 白朮, 陳皮, 甘草, 白茯苓, 白芍藥 4g, 黃芪 20g, 麥門冬, 五味子 6g)을 투여했으며, 입원 14일째 퇴원하였다.

Ⅲ. 고찰 및 결론

전신성 홍반성 낭창(Systemic Lupus Erythematosus, SLE)은 발열, 안면 및 피부의 발적과 상열감, 관절염, 백혈구 감소증과 혈소판 감소증을 수반한 범혈구 감소성 빈혈, 신장염, 흉막염, 심막염, 중추신경계 증상 등이 복합적으로 나타난다.¹ 특징적으로 악화와 완화를 반복하는 자가면역 질환의 일종으로 SLE를 진단하기 위해서 설정된 임상적 혹은 실험실 결과의

11개 범주에서 4개 이상을 만족할 경우 진단된다 (Table 2. Criteria for Diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus).² 자가 항체의 형성을 유도하는 자가 항원은 세포핵의 double strain DNA(ds-DNA)와 histone 단백질, 세포질의 리보뉴클레오 단백질 조각인 Ro protein과 La protein, 세포표면의 phospholipid, 세포의 혈장 성분 적혈구와 혈소판, 보체계 단백질인 C1q 등이 알려져 있다.³

본 증례에서는 이러한 11가지 범주중 신경정신계 증상(우울), 관골부의 나비양 발적, 관절염(슬관절, 고관절, 견관절의 압통, 부종, 발적), 혈액학적 증상(혈소판 감소증, 백혈구 감소증, 빈혈), 신장 증상(요 검사상 +++의 단백뇨 및 cellular cast), 면역학적 증상(C3와 C4 감소, Anti-ds DNA Antibody 양성), Anti-nuclear Antibody 양성 등 7가지를 만족하여 전신성 홍반성 낭창으로 진단되었다.

SLE의 각종 임상 표현은 유전과 환경 요인에 의해 위와 같은 자가 항원에 대한 자가 항체가 형성되고, 항원-항체 복합체를 제거하는 혈장 보체계 단백질이 결핍되어 각종 조직 장기에 항원-항체 복합체가 침착함으로써 면역 매개성 염증이 발생한 경우에 나타난다.¹ SLE의 발생과 관련된 유전적 범주는 크게 세 가지로 자가항원을 제거하거나 자가항원에 부착하여 면역반응을 억제하게 하는 유전자, T 림프구와 B 림프구의 활성화를 위한 한계치를 결정하는 유전자, 특

정 기관에서 염증의 표현에 영향을 미치는 유전자들이다.^{3,10-11} 그러나, 낭창을 유발하는 유전적 요인이 있는 일란성 쌍생아의 24%만 모두 SLE가 발생하며, 말라리아 유병율이 높은 아프리카에서 상대적으로 SLE 발생률이 낮은 점, Hydralazine, procainamide 등의 약물 유발성 SLE의 발생과 가임기 여성에서 발생률이 높은 점 등으로 미루어 환경적 요인도 관여할 것으로 추정된다.¹ 특히, 약물 유발성 SLE는 anti-dsDNA antibody가 특징인 특발성 원인과 달리 anti-histone antibody가 흔하게 관찰되고, 사구체 신염의 발생률이 낮다고 알려져 있다.¹² 한편, 바이러스 감염도 SLE의 발생에 역할을 할 것으로 추정되며, 특히 Epstein-Barr virus (EBV) 감염이 청년과 소아의 SLE와 유관한 것으로 알려져 있기도 하다.¹³

SLE 환자에서 신경정신학적 증상은 전체 91%에서 나타나며, 급성 정신 착란, 경련 발작, 뇌졸중, 신경병증, 운동 장애, 횡단성 척수염, 뇌막염, 기질적 뇌병변, 정신병, 두통, 우울증, 불안, 인지 장애, 말초성 신경병증 등의 다양한 형태로 표현된다.¹⁴⁻¹⁶ SLE에서 신장 질환의 표현은 30.7%가 진단 5년후, 36%는 진단 당시에 관찰된다고 하였다.¹⁷ 신장염이 합병된 경우 감염의 위험이 증가하며, 지속적 치료에도 불구하고 결국 말기 신질환으로 진행되는 경향을 보이고, 특히 SLE 진단 초기에 혈중 creatinine 1.2mg/dl 이상인 경우, 고혈압이나 흡연을 수반한 경우는 신장 질환에 대한 예후가 좋지 않다고 알려져 있다.^{24,17} SLE에서 피부 증상은 가장 흔하게 관찰되는데, 관골부위의 변화(나비양 발적, 모세혈관 확장증, 홍반성 팽대)와 목, 귀, 이마 등에서의 홍반성 변화와 수포 및 인설 형성(햇빛 노출후 심해진다), 탈모, 담마진(안면과 안구 주위의 부종을 특징으로 하며, 36시간 이상 지속되며 햇빛 노출시 심해진다), 레이노 현상(손가락과 발가락의 미세경색과 청색증을 특징으로 한다)등 다양한 형태로 관찰된다.^{18,19}

SLE에 대한 예후는 10년 생존율이 90%로 정도로 점차 호전되는 추세이나, 중추신경계를 침범한 경우, 초발 연령이 낮은 경우, 신장을 침범하여 고질소혈증을 동반한 경우, 고혈압을 동반한 경우 좋지 않고, 감

염, 동맥경화성 질병의 발생, 급성 신장염을 포함한 급성의 다발성 장기 부전이 발생한 경우 사망률이 증가한다고 알려져 있다.^{1,24} SLE의 치료를 목적으로 면역억제제나 스테로이드를 장기간 사용하는 경우, 단백뇨, 신기능 부전이 동반한 경우에 감염 위험성이 높고, 특히 관절, 폐, 방광의 감염은 사망률을 크게 증가시킨다고 알려져 있다.⁴ 또한, SLE는 동맥 경화증의 진행을 가속화하여 협심증, 심근경색, 뇌졸중, 말초 혈관질환을 합병하고, 특히 SLE 단독으로도 젊은 여성에서 동맥 경화성 변화를 촉진할 뿐 아니라, 고혈압, 폐경 후 상태, 고령, 스테로이드의 장기간 사용, 고콜레스테롤혈증등을 수반한 경우 동맥 경화성 합병증과 이로 인한 사망의 위험이 크게 증가하므로 고혈압과 고콜레스테롤혈증에 대한 적극적 관리가 필요하다고 보고된 바 있다.^{4,5,20}

채⁶는 SLE와 같은 면역 질환의 한방 접근법에 관한 논술에서 황제내경²¹의 '正氣存內, 邪不可干' '風雨寒熱不得虛, 邪不能獨傷人' '邪之所湊, 其氣必虛'을 인용하여 한의학에서 正氣虛弱을 질병발생의 주요 원인이라고 보고 扶正祛邪法을 사용하는 것이 선천적으로 지니고 있는 저항성인 선천면역 혹은 자연면역 이론과 유사점이 있다고 지적하였다. SLE는 한방의 虛勞, 痺症, 陽毒發斑, 縣陰, 風水등의 범주에 해당하는데, 熱毒이 營分과 血分으로 침범하여 營血과 陰津을 손상하고, 心, 脾, 腎의 손상에 이르게 된다.⁷ 그 치료에 있어서는 虛實과 標本을 구분하여 實證을 주로 나타내는 증상의 급성 발현기에는 治標를 목적으로 清熱解毒法, 涼血固血法을 사용하고, 虛證을 주로 나타내는 만성 관해기에는 治本을 목적으로 滋肝腎陰法, 益氣養陰法과 겸하여 清熱毒이라고 하였다.²⁸

본 증례에서는 환자의 증상 변동에 따라 변증하여 한약을 사용하였는데, 안면 홍조, 상열감, 우울감, 불면, 심계항진, 식욕부진, 설사, 脈浮數, 舌紅苔黃한 입원 1-2일간은 實證이며, 肝鬱脾虛와 裏熱證으로 변증하고 逍遙散 合 黃連解毒湯 加減方(柴胡, 當歸, 白芍藥, 白朮, 白茯苓 10g, 甘草 5g, 乾薑, 薄荷, 木香, 天麻, 甘菊 3g, 牡丹皮, 梔子, 生地黃, 黃連, 黃芩, 黃柏 6g, 草龍膽 3g, 香附子, 鬱金 5g, 生薑 3g, 大棗 2g)을 투여하

였다. 입원 3-8일은 야간중 심계항진, 야간중 발열, 불면, 전신 기력 저하, 설사, 식욕부진, 舌紅薄黃苔, 脈弱數를 주증상으로 하였고, 裏熱로 氣陰이 손상되어 腎陰虛와 脾氣虛가 겸한 虛實錯雜證으로 변증하여 六味地黃湯 加減方(熟地黃, 山藥, 山茱萸 8g, 白茯苓, 牡丹皮, 澤瀉, 地骨皮, 生地黃, 陳皮, 白朮 4g, 知母, 黃柏, 玄麥, 五味子 2g)를 투여하였다. 입원 9-12일은 좌측 고관절의 통증, 부종 및 압통으로 인한 보행곤란, 오전중의 발열등이 주증상으로 風濕熱痺로 변증하여 清熱瀉濕湯 合 大羌活湯 加味方(羌活, 升麻, 獨活, 蒼朮, 防己, 威靈仙, 白朮, 當歸, 赤茯苓, 澤瀉, 甘草, 黃柏, 蘇葉, 赤芍藥, 牡果, 木通, 檳榔, 枳殼, 香附子, 牛膝, 甘草, 知母 4g, 燈心 6g, 白屈菜 8g)을 투여하였다. 입원 13-14일은 전신 기력저하 외에 별다른 증상이 없고 급성 증상의 후유기로 판단하여 補中益氣湯 合 生脈散 加減方(人參 8g, 白朮, 陳皮, 甘草, 白茯苓, 白芍藥 4g, 黃芪 20g, 麥門冬, 五味子 6g)을 투여하였다. SLE는 햇빛에 노출을 피하고, 지속적인 운동 및 정신적 안정을 도모하며, 고혈압을 적극적으로 관리하고, 경구 피임제의 복용을 피하며, 폐경후 여성의 경우 에스트로겐 치료를 실시하는 등의 관리가 필요하다.⁶ SLE에 관한 주된 양방 치료는 조직 장기의 염증성 손상을 최소화하기 위한 경구용 부신피질 호르몬의 사용이다.⁷ 또한, 혈중 콜레스테롤의 농도를 낮추고, 항혈소판응집 효과를 통해 혈전 형성을 방지함으로써 동맥경화증의 위험을 낮추는 항말라리아제가 SLE의 피부 및 관절염, 심외막염, 흉막염 등에 효과적이라고 알려져 있고, 이 외에도 면역 조절 혹은 억제 효과가 있는 약물을 부신피질 호르몬과 병용 치료하기도 한다.⁸ 그러나, 장기간의 부신피질 호르몬의 사용은 고지질혈증과 동맥경화증의 위험성을 증가시켜 허혈성 심질환, 뇌졸중 등으로 인한 사망률을 증가시키고, 각종 면역억제제의 경우 간독성, 신독성, 중성구 감소증, 신경병증, 감염 위험의 증가, 골수 억제, 과민반응 등의 부작용을 초래할 수 있다.⁶ 반면에 SLE의 치료 및 관리에 양방 및 한방 의료를 병행할 경우 단독 치료보다 부작용이 적고 치료 성과도 양호하다고 조사된 바 있다.⁹

따라서 전신성 홍반성 낭창 등과 같은 자가 면역 질환과 이러한 질환에 대한 양약 사용의 부작용에 대하여 변증 논치의 방법에 근거하여 한방 치료를 시도하고 이에 대한 결과를 체계화하는 적극적 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

- Wallace DJ, Hahn BH. DUBOIS' LUPUS ERYTHEMATOSUS. 4th edition. Philadelphia: Lea & Febiger;1992, p67-136.
- Drzen JM, Gill GN, Griggs RC, Kokko JP, Mandell JL, Powell DW, Schafer AI. Cecil. Textbook of Medicine. 21st edition. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000, p1509-1516.
- Robson MG, Walport MJ. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus (SLE). *Clinical & Experimental Allergy* 2001;31(5):678-685.
- Trager J, Ward MM. Mortality and causes of death in systemic lupus erythematosus. *Current Opinion in Rheumatology* 2001;13(5):345-351.
- Salmon JE, Roman MJ. Accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus: implications for patient management. *Current Opinion in Rheumatology* 2001;13(5):341-344.
- Morton SJ, Powell RJ. Management of systemic lupus erythematosus (SLE). *Clinical & Experimental Allergy* 2001;31(5):686-693.
- 이석우, 김한성, 김성훈. 전신성 홍반성 낭창의 동의 병리 및 치료에 관한 고찰. *대한한의 학회지* 1995; 16(1):51-70.
- 채우석. 면역질환의 한방 개념과 치료에 관한 문헌적 고찰. *대한한의 학회지* 1990;11(2):54-91.
- 백은탄, 임승만, 오상덕, 신현수, 김영태, 라수연. 뇌경색이 병발한 전신성 홍반성 루프스 환자 1례 보고. *한방내과학회지* 2001;22(4):729-733.
- Michel M, Johanet C, Meyer O, Frances C, Wittke F, Michel C, Arfi S. Immunologic Features of 125

- Multiplex Families. *Medicine* 2001;80(3):153-158.
11. Criswell LA, Amos CI. Update on genetic risk factors for systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Current opinion in Rheumatology* 2001; 12(2):85-90.
 12. Burlingame RW, Boey ML, Starkebaum G, Rubin RL. The Central Role of Chromatin in Autoimmune Responses to Histones and DNA in Systemic Lupus Erythematosus *Journal of Clinical Investigation* 1994;94(1):184-192.
 13. Katz BZ, Salimi B, Kim SB, Nsiah-Kumi P, Wagner-Weiner L. Epstein-Barr virus burden in adolescents with systemic lupus erythematosus. *Pediatric Infectious Disease Journal* 2001;20(2):148-153.
 14. Ainiäla H, Loukkola J, Peltola J, Korpela M, Hietaharju A. The prevalence of neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus. *Neurology* 2001;57(3):496-500.
 15. Heckman GA, Papaioannou A, Adachi JD, Denburg JA. Systemic Lupus Erythematosus Presenting as Subacute Delirium in an 82-Year-Old Woman. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49(4):458-461.
 16. McLean BN, Neurological involvement in systemic lupus erythematosus. *Current Opinion in Neurology* 1998;11(3):47-251.
 17. Peutz-Kootstra CJ, Hoedemaeker J, Abrass CK, Bruijn J. Lupus nephritis: Lessons from experimental animal models *Journal of Laboratory & Clinical Medicine* 2001 ;137(4):244-260.
 18. Yell JA, Mbuagbaw J, Burge SM. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. *British journal of dermatology* 1996:135(3):355-362.
 19. Hasan T, Nyberg F, Stephansson E, Puska P, Hakkinen M, Sarana S, Ros AM, Ranki A. Photosensitivity in lupus erythematosus, UV photoprovocation results compared with history of photosensitivity and clinical findings. *British Journal of Dermatology* 1997; 136(5):699-705.
 20. Roman MJ, Salmon JE, Sobel R, Lockshin MD, Sammaritano L, Schwartz JE, Devereux RB. Prevalence and Relation to Risk Factors of Carotid Atherosclerosis and Left Ventricular Hypertrophy in Systemic Lupus Erythematosus and Antiphospholipid Antibody Syndrome. *American Journal of Cardiology* 2001;87(5):663-666.
 21. 홍원식 편저. 정교황제내경. 서울:동양의학연구원;1981.p13,69,318.