

Churg Strauss 증후군 증풍 환자의 치험 1례

이상규* · 이정훈 · 염승용 · 권영달

원광대학교 한의과대학 한방재활의학과교실

Case Report on Churg-Strauss Syndrome

Sang Gyu Lee*, Joung Hoon Lee, Seung-Ryong Yeom, Young Dal Kwon

Department of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, WonKwang University

There are few case reports on the treatment of churg strauss syndrome by oriental medicine. We experienced one case of a female patient, 47 ages, who had symptoms; Rt. hemiplegia, aphasia, M/S dull, Rt. facial palsy. We used acupuncture, physical therapy, herbal medication and taping therapy. After 6 months of Acupuncture therapy, Herbal medication, physical therapy and taping therapy, a remarkable improvement was made for cerebral infarction patient who accompany churg strauss syndrome. The patient could take self-ambulation after treatment and many symptoms have improved. Cerebral infarction patient who accompany churg strauss syndrome is not common ,but in case the treatment by korean traditional medicine, there was improvement in patient's state. We think that it need the further study and clinical practice for Churg Strauss Syndrome.

Key words : Churg Strauss Syndrome, Cerebral infarction, acupuncture

서 론

알레르기성 육아종성 혈관염(allergic granulomatosis and angiitis)이라고 불리는 척-스트라우스 증후군(Churg strauss syndrome)은 천식, 호산구 증다증을 특징으로 하는 드문 일차성 전신성 혈관염이다¹⁾. 1951년 Churg와 Strauss등이 13례의 부검 및 생검 소견을 통해 처음 기술한 이후 드물게 보고되어 온 질환이며 신경학적 발현이 흔히 동반될 수 있는 것으로 알려져 왔으나, 국내에서는 아직 체계적인 결과가 보고된 적이 없다.

척-스트라우스 증후군에 이환된 환자중 중추신경계 증상은 전체의 27%에 달한다고 하며, 중추신경계의 합병증은 뇌경색이나, 뇌출혈, 또는 의식장애 등의 비특이적 증상, 정신병등으로 다양하게 발현할 수 있으며, 뇌경색의 원인은 주로 혈관염에 기인한다²⁾. 이 질환은 외관상으로 천식의 과거력을 가진 일반증풍환자와 크게 차이가 없어 보이지만 양방에 있어서 호흡기내과, 천식 및 알레르기학회에서 이 질환을 간헐적으로 다루고 있을 만큼 흔하지 않은 질환이고, 한방에 있어서도 증례를 찾을 수 없을 만큼 희귀한 질환이며, 중추신경계 병변을 보유한 환자를 보는

것은 더욱 어려운 일이다.

이에 초진상 천식의 병력을 갖고 척-스트라우스 증후군으로 진단받았으며 Rt.hemiplegia, aphasia, M/S dull, Rt. facial palsy, purpura을 C/C로 본원에 내원한 환자가 호전된 1예가 있어 이를 보고하고자 한다.

증 례

1. 환자 : 박 ○○(F/47)
2. 주소
Rt. hemiplegia, aphasia, M/S dull, Rt. facial palsy, purpura
3. 발병일 : 2003.10.12 아침에 못 깨어나고 발견되심
4. 입원기간 : 2003.11.25일부터 2004.5.29
5. 진단
 - 1) 양방진단명 : 1. Lt. MCA territory Infarction
 2. Severe MS and AF
 3. Bronchial Asthma
 4. Churg-Strauss syndrome
 5. Bladder stone
- 2) 한방진단명 : ① 효천 ② 맥비 ③ 수족탄탄
6. 가족력 : 別無

* 교신저자 : 이상규, 광주시 남구 주월동 543-8, 원광대학교 광주한방병원

· E-mail : dailee01@hanmail.net, · Tel : 062-670-6767

· 접수 : 2004/07/12 · 수정 : 2004/08/17 · 채택 : 2004/09/20

7. 과거력 : 1998-1999년 가슴불편감 호소하여 심장판막이상 진단 받고 W-med Tx받음, 현재 Severe MS c AF 진단받은 상태.

8. 현병력

현재 48세의 조금 급한 성격의 소음인 체형의 환자로 평소 음주나 흡연은 하지 않았으나 Severe MS c AF, Bronchial Asthma, Churg-Strauss syndrome을 진단받고 전대병원 순환기 내과, 알레르기 내과 F/U 하던중 2003.10.12일 아침 주무신 상태에서 깨어나지 못하고 Drowsy M/S, Rt. motor hemiplegia, Motor aphasia 상태로 전대 응급실 내원하시어 Brain MRI 상 Lt. MCA territory infarction 진단받고 신경과에서 ICU care 받으셨고, 2003.11.12일 L-tube remove, 2003.11.15일 foley remove 하시고, 2003.11.25일 전대병원 D/C하였다. 2003.11.25일 본원 내원당시 M/S는 약간 dull하고, Rt. hemiplegia(M/G 0<1,0<1), aphasia, Rt. facial palsy, purpura을 C/C로 입원치료를 시작하였고 2004.5.29일 본원 D/C하였다.

9. 초진소견

1) 사진

- (1) 수면 : 양호
- (2) 식사 : 양호(SD)
- (3) 소화 : 양호
- (4) 대변 : 양호, 1회/1일
- (5) 소변 : 빈삭(9-10회/1일)
- (6) 면색 : 면백
- (7) 설태 : 설자홍백태
- (8) 맥 : 결대맥

2) 이학적 검사

- (1) M/S dull
- (2) babinski : +/- (우측양성)
- (3) pupil : 2+/2+
- (4) BTR : ↑ / ↑ (양측향진)
- (5) PTR : ↑ / ↑ (양측향진)
- (6) neckstiffness: -
- (7) dysarthria state : 더듬거리면서 단어를 말하는 정도
- (8) 수지 근력 검사(manual muscle test. MMT)

Table 1. Result of MMT

	Rt.	Lt.
shoulder	0	N
elbow	0	N
wrst	0	N
finger	0	N
hp flexion	0	N
hip extension	0	N
knee flexion	0	N
ankle	0	N
toe	0	N

(Normal) : complete from resistance, G(Good) : active movement against gravity and resistance, F(Fair) : active movement against gravity, P(Poor) : active movement with gravity eliminated, T(Trace) : flicker, 0 or Z(Zero) : No contraction

3) 검사소견

(1) 방사선학적 검사 : 2003.10.13일 전남대H에서 Brain MRI촬영하여 Lt. MCA infarction 진단받음

(2) 입원당시 생체징후 : 혈압 90/60 mmHg, 맥박 72회/분, 체온 36.4℃, 호흡수 20회/분

(3) EKG 검사 : Atrial Fibrillation, counterclockwise rotation

(4) 임상병리검사

CBC : Hb 11.5g/dL(12-15g/dL), MCV 97.9fL(79-95fL),

PDW 8.7%(9.7-17.5%), MXD% 28.0%(0-14%), LYMPH# 1.2 10³/UL(1.5-3.5 10³/UL), RBC 3.41 백만/u(3.8-5.4 백만/u), Hct 33.4%(36-45%), LYMPH% 17.0%(22-40%), MXD# 1.8 10³/UL(0-1 10³/UL) Eosinophil 22.0%(1-5%)

LFT : Total Cholesterol 241.0 mg/dL (130-220 mg/dL), K 3.2 mmol/l(3.5-5.5 mmol/l), Creatinine 0.6mg/dL(0.6-1.2mg/dL)

UA : RBC many, WBC many, Epithelial cells Some, Leukocytes 75c/ul, Occult Blood 0.75 c/ul



Fig. 1 Brain MRI(T2) showed Lt. MCA infarction

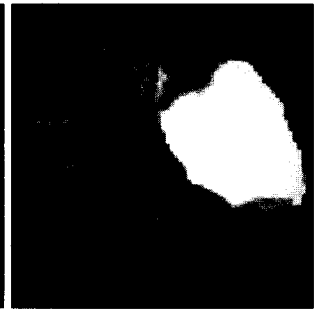


Fig. 2 Brain MRI(FLUR) showed Lt. MCA infarction

4) 기타소견

우측 대퇴부 전면부에 혈관염으로 보이는 적색반점이 있었으며 호흡이 약간 가쁘고 맑은 콧물이 조금씩 흐르고 있었다.

10. 치료경과

환자상태의 변화와 그에 따른 처방의 변화에 따라서 입원할 때부터 퇴원할 때까지 상황을 3기로 나누어 서술하였다. 전 기간에 걸쳐서 침구치료는 체침으로 백회, 인당, 인중, 승상, 곡지, 외관, 합곡, 환도, 풍시, 양릉천, 족삼리, 현종, 족임읍, 태충을 자침하였고 전침(New pointer SJ-106, 신진전자)을 이용하여 특히 위경, 담경, 대장경을 중심으로 통전하였으며 전침의 파형은 constant로 선택하고 1일 1회 20분간 시술하였다. 물리치료는 FES(Function electrical stimulation), Aroma B(향기치료와 경향 부맛사지)을 실시하였고, Taping 요법은 견관절의 아탈구를 방지하기 위해 삼각근taping, 극상근 taping을 실시하였으며, 족관절의 배측굴곡 강화와 족하수 방지를 위하여 전경골근 taping, 족관절U 자&8자 taping을 2일 1회 시술하였다. 또한 제 1기와 제 3기기간에 걸쳐서 氣滯, 瘀血로 인한 제반 증상에 사용하는 溫性瘀血藥針을 족삼리, 현종, 태충, 합곡, 곡지부위에 주3회 시술하였다.(제 2기에 있어서는 온성어혈약침을 맞고 환자가 천식 발작을 일으킨 관계로 시술을 중지하였다) 환자의 자세설정에 있어서는 제1기와 제2기에는 환자가 환측 팔과 다리를 거의 움직이지 못하였기 때문에 발과 다리의 각도를 정상적으로 유지시키기 위해 규칙적으로 foot board를 대주어 비복근의 경축으로 인한 족저굴곡(foot drop)과 아킬레스건의 단축을 예방했다. 또한 베개를 겨드랑이 사이에 위치시켜 팔이 가슴에서 떨어지도록 해주므로써 손상받은 쪽 어깨의 내전은 예방하고, 팔을 약간 굴곡시킨 상태에서 중립적인 자세를 취해주고 베개를 팔 밑에 고여 팔꿈치는 어깨 보다 높게, 팔목은 팔꿈치 보다 높게 유지하

로써 팔의 부종과 아탈구를 예방하여 정상관절 운동범위의 유지를 유도하였다.(제 3기에 있어서는 하지의 이동이 가능하여 foot board를 제거하였다.)

1) 제 1기(11/25-12/18일)

초기 환자의 주소는 Rt. hemiplegia, aphasia, M/S dull, Rt. facial palsy, purpura이었으나 환자의 상태에서 Mental의 개선을 최우선이라고 생각하여 M/S dull을 개선하고 dysarthria의 치료에 사용되는 청신해어탕, 지황음자가미를 투여함. 투약후 1주일 내로 M/S alert해지고 12/18일까지 지속적인 언어장애의 개선이 있어 입원당시 dysarthria state는 더듬거리면서 단어를 말하는 정도에서 단어를 명확히 말하는 정도로 개선됨, MMT는 상지하지 모두 no contraction으로 특별한 호전변화 없음, purpura는 우측 대퇴부 전면에 약하게 관찰되었으며, 자침후에 자침한 곳에 purpura가 발생하면 없어지는 시간이 2주이상 소요됨

2) 제 2기(12/19일-1/25일)

12/19일 환자가 감기에 걸리면서 맑은 콧물을 지속적으로 흘리고 간헐적 해수를 시작함. 삼소음가감B, 가미안폐화담탕을 처방하였으나 맑은 콧물이 흐르는 증상 개선없이 지속적으로 진행됨. 지속적으로 상승되던 dysarthria state는 더듬거리면서 문장을 말하는 정도까지 개선됨, MMT는 상지하지 모두 no contraction으로 특별한 호전변화 없음. 우측 대퇴부 전면 purpura는 소멸되었으나 양하지 purpura는 지속적으로 관찰됨. 2004.1.14일 asthma 발작하면서 severe chest restriction발생, 청진시 Wheezing sound는 청취되지 않음, 소자강기탕투여, O₂ 공급, 산소분압 97% CHECK됨, 호흡곤란 증상 progress되어 전대병원으로 trans, CBC WBC 9300 Eosinophil 2050개로 상승, PNS study 상 both maxillar air-fluid level로 진단받고 w-medication후 본원으로 다시 전원하심. 그후 호흡곤란이나 맑은 콧물이 흐르는 증상 조금씩 가라앉음, 본원에서는 소자강기탕 지속 투여하여 1/25일 호흡곤란과 맑은 콧물이 흐르는 증상 완전 소멸됨.

3) 제 3기(1/26-5/29)

1/25일 천식발작 후 후유 감기증상이 개선되면서 환자 안정을 되찾음. 식욕저하, 전신무력증상, 자한, 부종호소하여 향사육군자탕가미, 만금탕처방. dysarthria state는 말하는 문장의 50% 이상을 이해할 수 있는 정도까지 개선되었고, MMT에 큰 변화가 생김, 우측 대퇴부 전면 purpura는 소멸되었으나 양하지 purpura는 지속적으로 관찰됨

Table 2. Result of MMT

	03.11.25	04.1.14	04.2.3	04.2.27	04.3.30	04.4.27	04.5.24
shoulder	0	0	0	0	0	T	T
elbow	0	0	0	0	0	0	0
wrist	0	0	0	0	0	0	0
finger	0	0	0	0	0	0	0
h.p flexion	0	T	P	P+	F	F+	G
hip extens on	0	T	P	P+	F	F+	G
knee flexion	0	0	T	P	P	P+	F
ankle	0	0	0	0	0	0	T
toe	0	0	0	0	0	0	0

N(normal) : complete from resistance, G(Good) : active movement against gravity and resistance, F(Fair) : active movement against gravity, P(Poor) : active movement with gravity eliminated, T(Trace) : flicker, 0 or Z(Zero) : No contraction

고찰

알레르기성 혈관염과 육아종증은 척-스트라우스 증후군(Churg Strauss Syndrome, 이하 CSS)이라고도 불리며 전신성 혈관염의 일종이다. 1951년에 척(Churg)과 스트라우스(Strauss)1에 의해 기술되었고 진단기준으로 괴사성 혈관염, 호산구의 조직 내 침착, 혈관의 조직의 육아종 형성의 특징적인 조직학적 기준을 제시하였으나 3가지 소견은 소수에서만 함께 나타나기 때문에 Lanham3 등은 천식, 말초혈액에서의 호산구 증다증, 폐의 의 두 장기 이상에 혈관염을 포함할 경우로 제시하였다.

1990년에는 The American College of Rheumatology4에서 다양한 혈관염 증후군을 가진 807명의 환자들 중 20명의 척-스트라우스 증후군을 감별해낼 수 있었던 6가지의 진단 기준을 제시하였다. 즉 1) 천식, 2) 호산구 증다증, 3) 단신경염 또는 다발 신경병증, 4) 흉부X선상 비고정적인 폐침윤, 5) 부비동의 이상, 6) 조직 검사상 혈관벽 호산구 침윤 등이었고, 이 6가지 중 4가지 이상을 만족할 때 척-스트라우스 증후군에 합당한 것으로 판단했다.

본 증례의 경우 과거력상 특별한 가족력의 없었으나 수년전부터 알레르기 비염 및 천식으로 전남대학교 호흡기내과를 통해 치료를 받아왔고, 호산구 증다증이 있어서 본원 래원당시 Eosinophil이 22%로 측정되었다. 신경병증은 우측 대퇴 전면에 통통성 감각 운동이상을 동반한 신경병증이 나타났다. Chest X-ray 상 bulging of the left cardiac border, no pelural effusion or pulmonary edema로 진단받아 특별한 폐침윤은 없는 것으로 진단되었고 PNS 상 both maxillary sinusitis 진단되었다. 위에서 언급한 6번째 조건인 조직 검사상 혈관벽 호산구 침윤은 확인하지 못했으나 나머지 5가지 조건중에서 4가지를 만족하여 본 환자를 척-스트라우스 증후군으로 진단할 수 있었다.

Lanham 등은 CSS의 임상 양상을 전조기, 호산구 침윤기, 혈관염기의 세단계로 구분하여 기술하였는데, 반드시 이러한 순서를 따르는 것은 아니다. 전조기는 알레르기성 비염으로 시작하여 기관지 천식이 뒤따르며 이후 호산구 증다증이 발생하게 되는데 3-8년 정도 지속된다. 호산구 침윤기는 폐와 소화기관에 호산구의 침윤을 보이는데, 소화기 증상이 흔하여 출혈, 설사, 장폐쇄 등의 증상이 나타난다. 혈관염기에서는 발열감과 함께 전신 쇠약감을 호소하며, 주로 심장, 폐, 신경, 소화기, 신장 등이 침범된다⁵⁾. CSS는 과거력상 가족력과 관계없이 수년전부터 천식이나 알레르기 비염이 동반되어 있는 경우가 많으며 악화와 호전을 반복하면서 호산구 증다증이 동반되고 폐침윤이 1/3이상에서 일시적으로 발생한다. 또한 허혈성 혈관염으로 폐쇄 및 천공이 발생하여 사망하기도 한다. 전신성 혈관염이 발생하면 고열, 체중감소 증상과 함께 환자의 70%에서 피부 증상이 관찰된다⁶⁾. 증상으로는 천식이 가장 흔하며 혈관염성 신경병증이 그 다음으로 흔하다. 그 외 증상으로는 체중감소, 발열, 근육통, 피부 병변, 부비동염, 관절통, 폐 침윤, 경한 위장관 증상에서 심할 경우 괴양이나 천공, 그리고 심장 침범에 의한 급성 심낭염, 압축성 심낭염, 심부전 및 심근 경색을 들 수 있으며 드문 경우로 전반적인 폐출

혈에 의한 호흡부전을 보고한 예도 있다⁷⁾.

본 증례의 경우 천식이 있었으며 혈관염성 신경병증이 우측 대퇴전면부에 purpura의 형태로 나타났다. 그 외 심장침범에 의한 severe MS and AF가 나타났고, 부비동염이 있어서 맑은 콧물이 계속해서 흘렀다. 하지만, 발열, 근육통, 관절통, 위장관증상 등은 호소하지 않았다.

Churg Strauss 증후군의 기본 치료는 부신피질 스테로이드 (Prednisolone 1 mg/Kg/day)를 사용해 호산구 수치와 적혈구침강속도(ESR)등을 정기적으로 검사하면서 1개월에서 12개월에 걸쳐 감량하는 것으로, 염증 반응이 조절된 이후에는 감염의 위험을 줄이기 위해 부신피질 스테로이드 격일 요법을 시행하며 스테로이드 투여의 증지는 혈관염 외에 천식 증상의 재발위험이 높아 주의가 필요한 것으로 알려져 있다.⁸⁾

본 증례에 있어서 환자는 지속적으로 전남대학교 호흡기내과에서 w-medication 중이었는데, CSS에 대한 질환에 대한 약은 특별히 투여하지 않았고 진해거담제, 이뇨제, 고혈압치료제, 신경안정제와 함께 항응고제인 warfarin을 처방받아 지속적으로 복용하였다. 또한 환자의 혈액상태평가를 위해 한달에 1회씩 Lab검사를 실시하였다.

Table 3. Result of routine lab

		03.1.25	04.1.14	04.2.3	04.2.27	04.3.30	04.4.27	04.5.24
CBC	WBC	6.4	9.3	7.5	8.3	8.9	7.3	6.5
	RBC	3.41	3.37	3.7	3.7	3.5	3.54	3.61
	Hb	11.5	11.1	12.5	12.5	12.1	12.4	12.7
	Hct	33.4	31.9	35.5	35.9	34.2	35.3	36.2
	eos.nopn ¹	22%	21.9%		166.0 2%	356.0	292.0	195.0
VVJVO	ESR			23.0	18.0	57.0	23.0	20.0
	PT		19.9		13.3	14.4	18.6	14.1
	APTT		56.1		37.5	40.8	60.9	40.9
JA	WBC	many	many	many	10-15	V.many	many	V.many
	RBC	many	20-30	0-1	1-3	7-10	15-20	7-10
	Leukocytes	75	75	75	75	500	75	500
	occult blood	0.75	0.75	0.03	0.06	0.06	0.15	0.15

CSS에 있어서 침범된 장기에 따라 예후는 다르지만 Guillain 등은 단백뇨와 위장관의 침범여부가 중요하며 이외에도 신부전을 동반한 크레아틴 혈증, 심근병증, 신경계 침범 여부 등이 관여되는 인자가 될 수 있다고 제시하였다. 심근염에 의한 심부전이 가장 흔한 사망원인이며 신부전, 뇌출혈, 위장관 천공 및 출혈 등도 가능한데 5년 생존율은 65%이며 평균 생존율은 9년이었다⁹⁾.

한의학적으로 CSS에 대한 내용은 자세히 분류된 바 없지만 증상에 대한 한의학적 변증을 정리하면 효천, 맥비, 수족탄탄으로 추정할 수 있다.

한의학적 개념으로 본 때 氣管支喘息은 呼吸促急 喉中有聲響 등을 주증상으로 하는 哮喘에 해당한다. 이에 대해 巢元方は “呬嗽者 猶是欬也 其胸膈痰飲多者”라 하여 哮喘을 언급하였고, 李梴은 “哮以聲響言 喘以氣息言”이라 하였고, 王肯堂은 “哮與喘相屬 但不似喘 開口出氣之多”라 하여 哮와 喘을 구분하였

다. 吳謙은 호흡이 促急한 것을 喘이라 하고 喉中에 聲響이 있는 것을 哮喘이라고 하였고, 林佩琴은 哮를 호흡시 喉間에서 톱을 끄는 것 같은 소리가 나는 것을 말한다고 설명하여서, 哮喘의 특징이 喘鳴에 있음을 강조하였다. 葉天士는 哮와 喘은 그 증상의 輕重, 緩急이 서로 같지 않다고 하여, 대개 哮喘에는 喘症을 겸하고 있으나 喘症에는 哮症을 겸하지 않는다고 하였으며, 또한 哮喘이 발생하면 항상 喘症이 동시에 나타난다고 하였다. 그러나, 근래에 이르러서는 일반적으로 哮와 喘을 나누어 구분하지 않고 哮喘이라 병칭하여 喘鳴有聲하고 呼吸促急한 것을 특징으로 하는 증후군이라 인식하고 있다. 그리고, 哮喘의 원인으로서는 가장 많이 제시된 것은 痰으로 인하여 발생한다는 痰因說인데, 張介賓은 夙根이라 하여 특수하게 내재된 소인을 가진 사람이 寒冷, 疲勞 등에 노출된 경우 본병을 發한다고 주장하였으나, 이는 현대의학의 알레르기 천식의 개념과 유사하다고 하겠다.

哮喘의 치법으로는, 첫째, 風寒을 피하고 厚味를 절제하면서 體實者는 吐法, 體虛者는 祛痰을 위주로 하되 병증의 虛實을 감별하여 虛證에는 精氣扶養, 實證에는 散邪함이 마땅하며, 둘째 哮喘의 발작시기와 기간에 따라 발작 전에는 腎에 중점을 두고 精氣扶養을 위주로 하고, 발작 중에는 肺에 중점을 두고 散邪 위주로 치하며, 久發時에는 脾胃에 중점을 두고 補中해야 하며, 셋째 涼藥, 熱藥의 사용을 금하고 表散하는 약물을 함께 사용해야 한다고 하였다.¹⁰⁾

본 환자의 경우 양약을 복용중이어서 지속적으로 증상이 있는 것은 아니었으나 입원중에 한차례의 발작이 있었는데 그 때에는 “咳嗽이 생기고 반드시 눕지 못하며 가래 소리가 나며 가래가 맑고 묽다. 또 으슬으슬 추워지며 땀이 나지 않는데 심하면 몸이 차고 다리가 서늘해진다. 혀가 비만하고 설질이 연한 색이며 설태가 薄白色이며 맥이 浮緊하거나 弦하다.”¹¹⁾의 증상을 근거로 寒痰阻肺證으로 분류하여 小青龍湯(麻黃, 芍藥, 細辛, 乾薑, 甘草, 桂枝, 五味子, 半夏)을 투여하였다. 또한 寒痰을 원인으로 보아 蘇子降氣湯을 투여하였다. 哮喘을 다스리는 처방중 蘇子降氣湯은 宋代에 陳師文 등이 저술한 <太平惠民和劑局方>에서 처음 기재되었고, 그 구성약물은 半夏, 蘇子, 肉桂, 陳皮, 當歸, 前胡, 甘草, 生薑, 大棗, 紫蘇葉 등이며, 그 효능으로는 降氣平喘, 痰濕溫化, 降氣化痰 등이며 주로 痰涎壅盛으로 인한 咳嗽, 食痰, 胸膈滿悶, 咽喉不利 등을 다스린다. 즉, 上氣喘促, 痰盛咳嗽를 降氣, 化痰, 利氣 시켜서 치하는 방제이다.

본 환자의 경우 이렇게 발작적으로 천식이 심해진 기간에도 평소엔 천식과 부비동염을 동반하고 있기 때문에 痰飲의 증상을 많이 호소하였다. 맑은 가래나 지속적으로 흘러내리는 맑은 콧물, 코막힘등의 증상이 나타났으며, 소화기 쪽으로도 食慾不振, 全身浮腫등의 증상을 호소하였다. 그러나, 상기 처방에 대한 증상의 변화는 두드러지지 못했으며 祛痰에 강도에 대한 조절은 더 연구가 필요할 것으로 사료된다.

CSS 환자에 있어서 천식만큼 중요한 병변이 피부병변이다. 양방적으로 피부병변은 환자의 2/3에서 보고되는데, 다형 홍반과 유사한 병변, 출혈성 병변, 피부 및 피하 결절의 3가지 형태가 주로 나타나며, 그 중 결절성 병변이 가장 흔하다¹²⁾. 호발하는 부

위는 팔, 손, 다리, 발, 두피 등이며 호전과 악화를 반복한다. 이 질환은 호산구의 조직침윤, 소 동정맥의 괴사성 혈관염 및 혈관 외부의 육아종 형성을 조직학적 특징¹³⁾으로 하고 있으며, 이러한 조직학적 이상소견들은 임상적으로 CSS로 진단받은 환자에게서 조직 생검시 13%, 부검시 23%에서만 모두 관찰할 수 있다¹⁴⁾고 한다. 이러한 내용은 한의학적 개념으로 볼 때 脈痹에 해당할 것으로 사료된다.

脈痹는 <素問, 痺論>¹⁵⁾에서 “以夏遇此者爲脈痺”라 하였고, <素問, 四時刺逆從論>¹⁵⁾에서는 “陽明有餘病脈痺身熱不渴心痺”이라 한 것처럼 夏季는 心火에 해당하며, 心은 血脈을 주관하므로, 만약 邪氣가 脈에 저류되면 凝滯不通하므로 脈痹가 되며, 血脈이 瘀滯하면 皮膚와 舌色이 暗紫하고, 脈은 澁하며 皮膚가 失榮하므로 萎黃하고 毛髮이 乾枯해진다고 하였다.¹⁶⁾

본 환자의 경우 우측 대퇴부에 혈관염성 신경병증으로 보이는 붉은 색의 결절이 없는 반점이 있었다. 이 반점은 우측 대퇴부에 국한되어 있었으며 입원하신지 2주가 지나서는 자국까지 없어져서 혈관염의 흔적이 관찰되지 않았다. 하지만 환자가 쉽게 멍이 들고 한 번 멍이 들면 그 자국이 쉽게 사라지지 않는 것과 더불어 舌紫紅, 脈結代, 皮膚가 失榮, 面色이 萎黃은 지속적으로 관찰되어 丹蔘, 桃仁, 紅花등과 같은 瘀血을 풀어주는 약물을 첨가하였고, 氣滯, 瘀血로 인한 제반 증상에 사용하는 溫性瘀血 藥針(黃芪, 玄胡索, 蘇木, 當歸, 乳香, 沒藥, 川烏)을 2004.1.14일까지 주3회 肩髃, 曲池, 合谷, 環跳, 風市, 三里, 絕骨등의 혈자리에 4cc 씩 자침하였다. 2004.1.14일 이후로는 溫性瘀血 藥針 자침후 천식의 악화가 나타나서 溫性瘀血 藥針이 allergen으로 작용될 수 있음이 의심되어 자침을 중단하였다. 천식발작에 대해서 온성여혈 약침이 시간상으로 가장 근접한 allergen이 되지만 지속적으로 자침하고 있었음을 생각해 볼 때 이 점에 대한 추가적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

일반적인 인식과 달리, 중추신경계 증상의 발현은 CSS에서 결코 드문 현상이 아니다. 척과 스트라우스는 13예의 환자들 중 8례에서 중추신경계 증상이 있었다고 보고하였고, 이보다는 훨씬 낮지만 전세계적인 문헌 고찰을 통하여 중추신경계 증상의 발현은 전반적으로 27%에 달한다고 한다. 중추신경계의 합병증은 뇌경색이나 뇌출혈, 또는 의식장애 등의 비특이적 증상, 정신병 등으로 다양하게 발현할 수 있으며, 뇌경색의 원인은 주로 혈관염에 기인한다.²⁾

한의학에서는 중풍의 증상을 卒然喎倒, 口眼喎斜, 半身不遂, 舌強不語, 脣吻不收라 하였고, 그 중 半身不收, 口眼喎斜는 내경에서 偏枯라 칭하고, 舌強不語, 脣吻不收는 내경에서 喎病이라 칭하였는데 이는 中倒後之證이라 하여 만성기 중풍의 증상을 설명하고 있다.¹⁷⁾ 중풍의 병인병리에 대한 그 간의 諸家說은 風, 火, 氣虛, 濕痰 및 瘀血설로 요약되며, 이러한 원인은 평소의 攝生에서 養生失宜, 五志過極, 七情內傷, 房勞六慾過多, 色慾不節, 勞力內傷, 酒色過度, 內外勞傷, 膏粱厚味, 厚味醇酒, 肥盛 등의 요인으로 五臟의 機能失調를 초래하여 內生風, 火熱, 濕痰, 瘀血 및 虛로 나타나고 이들 병인이 서로 복합적으로 작용하여 氣血의 逆亂 내지는 閉塞상태에 이르는 것이 중풍의 병리과정이다.¹⁸⁾ 중

풍은 기본적으로 本虛表實하고 上實下虛한 질환이다. 여기서, 회복기 이후에 대해서만 논해보면 대부분이 本虛가 중요하게 된다. 緩急을 살펴서 本을 치료하는데 扶正을 위주로 한다. 그러나, 半身不遂, 偏身麻木의 증상이 있는 것은 瘀血濕痰이 阻絡한 것이므로 치료에는 마땅히 標本을 모두 고려해야 한다. 益氣活血, 育陰通絡, 滋陰潛陽, 健脾化痰 등의 치법을 주로 사용한다.¹⁹⁾

본 환자의 경우 中風虛證(面瘡白, 手足麻木, 痿攣, 手肢無力)으로 변증하여 氣血凝滯, 氣血虛弱, 肝腎衰弱 등으로 인한 手足筋骨의 각종 痺症어 사용하는 萬金湯을 투여하였다. 萬金湯은 속단, 두충, 방풍, 백복령, 당귀, 우슬, 인삼, 세신, 계피, 감초 각 4g, 천궁, 독활, 진교, 숙지황 각2g20으로 이루어진 처방이다. 여기에 약간의 얼굴부종이 있어서 택사4g, 백복령 4g을 더하여 지속적으로 하루에 3차례 복용시켰다.

본 증례에서는 일반 중풍환자와 예후에 있어서 차이를 보였는데, motor grade의 개선이 3개월의 기간이 지난 후부터 이루어진 것과 관절의 강직이 심하지 않은 점, 초기에는 언어장애가 심했으나 호전의 속도가 매우 빠른 점 등이 특징적이었다.

이상에서 살펴본 바와 같이 척-스트라우스 증후군은 천식, 호산구증다증, 신경병증, 폐침윤, 피부병변 등의 증상을 나타낸다. 여기에 중추신경계를 침범한 경우 일반 중풍환자와 비슷한 언어장애, 운동장애와 감각장애를 보인다. 따라서, CSS에 의한 병변의 진행으로 중풍이 발병한 환자와 그렇지 않은 중풍 환자를 감별하고 치료하는 것이 중요할 것으로 사료된다.

한의학적 望聞問切에 의해 환자에게서 천식의 과거력이 있으면서, 瘀斑등의 瘀血증상이 관찰되고, 全身浮腫, 食慾不振과 같은 痰飲의 증상이 나타날 때, 이 질환을 의심해 볼수 있으나 워낙 흔치 않은 질환이므로 혈액검사, 조직검사, x-ray검사에 의해서 진단을 받을 때까지 세심한 관찰이 필요할 것으로 사료된다.

결 론

척 스트라우스 증후군으로 진단받은 Lt. MCA infaction환자를 瘀血을 동반한 中風虛症으로 변증하여 증상 호전을 보인 치료 1례를 경험할 수 있었다. 한방에서는 아직 희귀한 척-스트라우스 증후군에 대한 임상보고가 이어진다면 보다 유의성 있는 치료법을 모색할 수 있으리라고 사료된다.

참고문헌

1. Churg J, Strauss L. Allergic granulomatous and periarteritis nodosa. Am J pathol. 27:227-284, 1951.
2. 강동화, 정인경, 김호진, 이광우. 척-스트라우스 증후군의 신경학적 발현. 대한신경과학회지. 17(6):836-40, 2000.
3. Lanham JG, Elkon KB, Pusey CD. Systemic vasculitis with asthma and eosinophilia, A clinical approach to the Churg-Strauss syndrome. Medicine. 63:65-81, 1984.
4. Masi AT, Hunder GG, Lie JT, Michel BA, Bloch DA, Arend WP et al. The American college of rheumatology 1990

- criteria for the classification of Churg-Strauss syndrome (allergic granulomatosis and angiitis). *Arthritis Rheum.* 33: 1094-1100, 1990.
5. Lanham JG, Elkon KB, Pusey CD, Hughes GR. Systemic vasculitis with asthma and eosinophilia: a clinical approach to the Churg-Strauss syndrome. *Medicine(Baltimore).* 83: 249-250, 1984.
 6. 박형윤, 박태호, 정분철, 유재학, 김계정, 이규백, 급성 사구체 신염을 동반한 처크 스트라우스 증후군 1예. *대한피부과학회지.* 39(9):995-999, 2001.
 7. 이병환, 민태훈, 조덕신, 이춘영, 이병재, 최동철, 한정호, 급성 호흡 부전을 동반한 Churg-Strauss 증후군 1례. *천식 및 알레르기.* 21(5):977-985, 2001.
 8. Cottin V, Cordier JF: Churg-Strauss syndrome. *Allergy.* 54: 535-551, 1999.
 9. Guillevin L, Cohen P, Gayraud M, Lhote F, Jarrousse B, Casassus P. Churg-Strauss syndrome. Clinical study and long-term follow-up of 96 patients. *Medicine.* 78:26-37, 1999.
 10. 정승기, 이행구, 효천의 원인 및 치료에 관한 연구. *대한한의학회지.* 7(1):60-67, 1986.
 11. 김갑성, 김명동, 김윤범, 김장현외, 실용 동서의학임상총서 1 권. 정담, 서울, p.53-63, 2001.
 12. Crotty CP, Deremee RA and Winkelmann RK. Cutaneous clinicopathologic correlation of allergic granulomatosis. *J Am Acad Deematol.* 5:571-581, 1981.
 13. Varrie P, Minoque WF, Alfenito JC: Allergic granulomatosis: cases report and review of the literature. *ARCH Intern Med.* 113:235-240, 1964.
 14. Ellis AG: The pathological anatomy of bronchial asthma. *Am J Med Sci.* 136:407-429, 1908.
 15. 왕 빙 편찬, 이원기 현토. *신편황제내경소문*, 대성문화사, 서울, p.134-137, p.193-195, 1994.
 16. 한방재활의학과학회. *한방재활의학과학*. 군자출판사, 서울, p.103, 2003.
 17. 樓英 原著, 高登, 魯北麟 編著. *醫學綱目*. 정담, 서울, p.293, 1984.
 18. 金永錫. 중풍(뇌졸중), 중풍 학술대회 논문집, 대한 한의학회 내과학회 발간, 서울, p.3-56, 1995.
 19. 전국한의과대학심계내과학교실 편, *심계내과학*, 서원당, 서울, p.427-428, 1999.
 20. 허준, *동의보감*, 법인문화사, 서울, p.968, 1999.