大田大學校 韓醫學硏究所 論文集
第13卷 第1號 2004年 6月 30日

소아자반에 관한 동서의학적 문헌적 고찰

金潤希·韓在敬·金允姬*

The Liturature Syudy of Purpura (In comparison with Purpura of Adult)

Yun Hee Kim, Jae Kyung Han, Yun Hee Kim
Dept. of Pediatrics, College of Oriental Medicine, Daejeon University

Objective: The aim of this study was to investigate the concept of purpura in the western and oriental medicine.

Method: We surveyed the western and oriental medical books from <General Treatise on the causes and Symptoms of Disease> to recent published books.

Result and Conclusion: The cause of purpura is devided into two branchs. One is sthenia syndrome includes stomach-heat, blood-heat and abnormal weather in four seasons.

The other is asthenia syndrome includes deficiency of stomache energy, spleen asthenia and deficiency of Yin.

In children, the cause of purpura is improper diet, inherent defect and the above things.

The treatment of oriental medicine is classified into herbal medication, acupuncture therapy and external treatment

Key word: Hernoch-Schönlein purpura, anaphylactoid purpura, Idiopathic thrombocytopenic purpura

I. 서 론

자반병은 피부, 점막, 내장, 조직에 출혈을 동반하는 질환의 총칭으로 학자에 따라 분류 방법이 다양하나 대개 혈소판 감소성 자반증과 비혈소판 감소성 자반증으로 대별할 수 있다

혈소판 감소성 자반증은 혈소판수명의 감소에 의한것과 골수의 형성부전에 의한 것이 있으며 비혈소판감소성 자반증은 알레르기성과 혈관, 혈소판의 질적 기능장애에 의한 것으로 분류할 수 있다. 소아에서 흔히 발생하는 자반병은 알레르기성 자반증과 특발성 혈소판 감소성 자반증 등이다. 한의학에서 자반은 혈액이 肌膚之間에 溢出하여 피부에 자색의 斑點 혹은 반괴를 일으키는 질병으로 發斑, 血症의 범주에 속하며 『諸病源候論』[1]에 斑毒 , 『醫宗金鑑·外科心法要之』[2]에 葡萄疫 등으로 언급되었으며 그 외에도 發斑, 斑疹, 陰陽毒, 斑痧등으로 명명되어 고대부터 현대에 이르기까지 역대문헌에 다양한 명칭으로 그 내용이 기술되어 왔고, 최근 중의계에서도 이에 대한 다양한 연구

* 대전대학교 한의과대학 소아과학교실
· 교신저자 : 김윤희 · E-mail : unia67@dju.ac.kr
· 채택일 : 2004년 5월 15일

가 이루어지고 있으며 치험례들이 보고되고 있다. 그러나 이 질환에 대한 내용이 동일한 명칭으로 기술되지 않았으며 각 의서마다 다양한 원인과 증상을 기술하고 있어 이에 대해 명확한 인식이 어려운점이 있다. 근래 이 질환이 양방, 한방적으로 많은 연구의 대상이 되고있는바 양방의 증상위주의 분류에 따른 연구결과와 한방의 病因, 病機위주의 역대문헌 기술, 연구를 두루 고찰하여 학문적 이해를 도모해 보고자한다.

II. 참고자료 및 연구방법

1. 연구배경

소아과의 임상에서 자반증은 임상상 흔한 질환이나 현대 서양 의학에서는 그 원인과 치료에 있어 명확한 이론을 제시하지 못하고 있으며 동양의학에서는 중의계에서 연구가 이루어지고는 있으나 역대 문헌에서 명칭과 기술내용이 다양하여 이 질환에 대한 명확한 인식이 어렵다. 이에 자반에 대한 서양 의학적 이론과 한의학에서의 역대 이론의 변화와 진전을 발견하고 임상에서 변증시치를 위한 기초를 마련하고자 하였다.

2. 조사자료 및 연구방법

① 서양의학적으로 소아에게 호발하는 자반병의 종류, 정의, 증상, 원인, 진단, 치료에 대하여 조사하였다.

② 한의학적으로 자반에 해당하는 發斑, 斑疹, 陰陽毒, 葡萄疫, 斑痧의 증상, 원인, 치법에 대하여 조사하였다.

③ 자반에 대해 언급한 역대 문헌중 소아와 관련하여 증상, 원인, 치법에 대해 기술한 내용을 조사하였다.

III. 본 론

1. 서양의학적 고찰

자반병은 혈소판 감소성 자반증과 비혈소판 감소성 자반증으로 대별할 수 있는데 혈소판 감소성 자반증은 혈소판 수명의 감소에 의한것과 골수의 형성부전에 의한 것이 있으며 비혈소판감소성 자반증에는 알레르기성과 혈관과 조직, 혈소판의 질적· 기능적 이상에 의한 것이 있다. 또한, 혈소판 감소성 자반증은 특발성(자가 면역성)혈소판 감소성 자반증, 혈전성 혈소판 감소성 자반증으로 분류할 수 있는데 특발성 혈소판감소성 자반증이 알레르기성 자반증과 함께 소아에서 호발하는 자반증이다.

(1) 혈소판 감소성 자반증 [3-6]

1) 특발성 혈소판 감소성 자반증

① 정의

특발성 혈소판 감소성 자반증은 골수 기능 정상, 혈소판 감소이외의 다른 조혈기능은 정상, 비장촉진 불가능 등을 진단요건으로 하는 자가면역성 질환으로, 밝혀지지 않은 항원·항체 반응에 의해 발생한다. 혈소판에 있어서의 자가면역성 용혈성 빈혈이라고 할수 있는데 혈중에 혈소판 자가항체가 만들어지고 그로인해 혈소판이 파괴되는것이다. IgG자가 항체가 형성되어 혈소판에 달라 붙게 되는데 비장내의 탐식세포에 Fc 수용체가 있어서 항체가 달라붙어 있는 혈소판과 결합하고 이로인해 혈소판 파괴가 일어난다. 10세 이하의 소아(특히 2~6세)에 다발하며 만성형은 20~40세에 발병빈도가 높고 여성에서 남성의 두 배 정도 많이 발병한다.

② 원인

급성으로 발병하며 상기도 감염같은 바이러스 감염에 의하여 흔히 촉발되며 성인에게 있어서는 특별한 발병원인이 없으며 만성질환이다. 헤파린은 약인성 혈소판 감소증의 원인이되며 전신성 홍반성 낭창이나 만성 림프구성 백혈병은 이차성 특발성 혈소판 감소성 자반증의 흔한 원인이다.

③ 증상

혈전성 혈소판 감소성 자반증과 달리 전신적으로 이상소견이 없으며 열을 동반하지 않는다. 점막이나 피부의 출혈만이 주 증상이며 출혈의 형태는 비출혈, 구강출혈, 월경과다, 점상출혈 등인데 피하출혈, 잇몸출혈, 비출혈, 성기출혈을 4대 증상으로 하며 피하출혈은 거의 모든 증례에서 발견된다. 急性 특발성 혈소판 감소성 자반증은 小兒 특히 2-6세에 많고 이중 약 70%에서 바이러스성 감

염이 선행한 후 약 2주내에 紫斑症이 출현한다. 또한 急性型에서는 血小板抗體가 잘 證明되지 않으며, 갑자기 시작하여 各種出血을 일으키고 皮下出血은 흔히 나타나서 點狀出血에서 斑狀出血까지 出血斑을 볼 수 있으며, 粘膜出血도 흔히 나타난다. 특히 鼻出血과 子宮出血이 잘 일어나며 가끔 齒齦出血이나 吐血, 下血이 나타나기도 한다. 慢性特발성 혈소판 감소성 자반증은 사춘기이후의 成人에 많고 男子보다 女子에게 더 자주 발생한다. 急性型은 약 80%이상에서 자연 완해되어 이중 1/2은 1개월 이내에 나머지는 4개월 이내에 낫는데 비하여 慢性型은 자연 완해되는 경우가 드물다. 臨床症狀으로는 서서히 시작하여 완만한 경과를 보이고 病程도 길다. 發作時에는 皮膚에 紫斑이 나타나는데 下肢에 현저하게 나타난다. 出血은 急性에 비해 輕하여 中等度의 出血 경향을 나타내며, 가끔 鼻出血이나 齒齦出血 또는 月經過多 等이 나타나고 外傷에 의한 紫斑症도 쉽게 나타난다. 특발성 혈소판 감소성 자반증 患者인 姙産婦는 血小板減少症을 가진 아이를 낳는 경우가 많다.

④ 검사소견 및 진단

말초혈액상에서 혈소판 수가 1만/㎖ 이하이며, 평균치는 대개 2500㎖정도이며 적혈구수는 정상이나 출혈에 의해 대량의 혈액이 체외로 빠져나가면 빈혈이 되며 철 결핍을 동반하는 경우도 있다. 혈액세포의 형태는 혈소판이 약간 커져있는데 이는 혈소판 파괴로 인해 신속히 생성된 젊은 혈소판이다. 약 10% 정도의 환자에서 자가 면역성 용혈성 빈혈이 동반되는데 이를 에반스 신드롬 이라하며 이 경우 빈혈, 망상구증가증, 타원형 적혈구 등이 말초혈액에서 관찰된다. 백혈구수는 정상이다.

골수천자 소견은 정상이며 거대핵세포가 증가하거나 정상 소견을 보이며 1차 지혈의 장애로 인하여 출혈시간이 연장되나 응고시간은 정상이다. 혈관 취약성이 나타나며 약 50% 정도에서 혈소판 관련 IgG인 PAIgG가 증가하게 되는데 이것이 면역반응에 의한 혈소판 파괴에 중요한 역할을 하게 된다.

⑤ 치료

급성형은 자연치유되는 예가 대부분으로 증상에 따라 대증요법을 시행하며 만성형의 치료는 출혈경향을 개선하는데 목적을 둔다. 성인의 만성형은 자연치유가 드물고 대부분은 치료를 받아야 하는데 초기 치료에는 prednisone 1~2㎎/㎏을 사용하며 이 약제는 비장내의 대식세포가 표면에 항체를 가지고 있는 혈소판과 달라붙는 것을 막는다. 고용량 prednisone 치료도 항체가 혈소판 표면에 붙는 것을 줄이며 장기적으로 사용하면 항체 생산을 줄일 수 있다. 혈관 안정성의 증가로 치료뒤 단시간 내에 혈소판 증가가 있지 않아도 출혈이 멈추는 경우도 있다. 혈소판 수는 1주일 이내에 증가하며 대부분 3주 이내에 반응을 보이고 80% 정도의 환자들이 혈소판 수가 정상수준으로 돌아온다. 고용량 치료는 혈소판수가 정상이 될 때까지 지속하며 이후 용량을 감소시킨다. 비장절제는 특발성 혈소판 감소성 자반증의 치료의 가장 확실한 방법이며 prednisone에 반응하지 않거나 고용량의 prednisone 치료가 지속적으로 필요한 경우에 시행한다. 고용량의 정맥내 면역글로불린 투여는 약 3~5일간 투여하는데 혈소판 수치를 급격하게 올린다. 투여 1~2일내에 90% 정도에서 반응을 보이나 지속 기간은 1~2주 정도이며 고비용으로 치료가 어렵다는 단점이 있다. 비장절제와 prednisone 치료에 실패한 환자일 경우 danazol이 사용되어 왔는데 약 50% 정도의 환자에서 효과가 있으며 면역억제제 치료도 충분히 위험성을 고려한후 사용하는 경우가 있다. 혈소판 감소에도 불구하고 외부 투여 혈소판은 수명이 짧기 때문에 수혈요법은 사용되지 않는다.

2) 혈전성 혈소판 감소성 자반증[4-5]

① 정의

비혈소판 감소성 자반증은 미세혈관병성 용혈성 빈혈, 혈소판 감소, 신경학적 이상, 열신장 이상 등 5가지 소견을 나타내는 증후군으로 임상상 매우 드물며 원인은 밝혀지지 않았다. 일차적으로 20~50대에서 발생하며 여성에서 약간 우세하게 나타나고 에스트로겐 사용이나 임신에 의해 촉진되고, HIV 환자에서 증가하고 있다.

② 증상

빈혈, 출혈과 두통, 혼동, 실어증등의 신경학적 이상을 나타내며 의식은 무기력에서 혼수까지 다

양하게 나타나고 병이 진행되면 반신불수와 발작이 나타난다. 열이 있으며 창백, 자반, 점상출혈과 신경학적 이상을 보이며 췌장염으로 인해 복통과 복부 압통을 나타낸다.

③ 검사소견 및 진단

혈소판 감소, 신경학적 이상, 신장 이상, 감염과 무관한 열 등이 진단의 요건이 되며 빈혈이 나타난다. 보통 망상 적혈구 증가증이 뚜렷이 나타나고 유핵 적혈구도 나타나며 분열적혈구, 헬멧 모양 세포, 삼각형 모양의 적혈구가 나타난다. 혈소판 감소가 나타나며 대상형 호중구가 증가된다. 용혈은 간접 빌리루빈 증가, 합토글로빈 부족, 혈색소 혈증과 혈색소 뇨증에 의해 생길 수 있으며 혈증이 갈색을 나타내는 경우도 있다. 응고검사상 정상이며 신부전, 소변검사상 이상 등이 나타날 수 있으며 혈관의 염증소견은 없으나 모세혈관과 소동맥에 혈전이 나타난다.

④ 치료

혈장반출 법으로 치료하며 혈장은 kg당 60~80 ㎖를 제거하고 신선 냉동 혈장으로 교환해야 한다. 치료는 완전 관해시까지 지속하여야 하며 혈장반출시 대개 항혈소판제제와 prednisone을 함께 사용하나 명확한 효과는 입증되지 않았으며 혈장반출 치료법으로 효과를 보지 못하면 비장적출을 시행한다. 현재 약 80~90% 정도의 환자가 완치되며 약 20% 정도는 만성으로 이행되거나 재발한다.

(2) 비혈소판 감소성 자반증

비혈소판 감소성 자반증은 알레르기성 자반증과 혈관, 혈소판의 질적 기능장애에 따른 노인성 자반, 유전성출혈성 모세혈관 확장, 거대해면상 혈관종, 결체조직 장애에 의한 자반, 대상성 자반증(스테로이드 사용, 괴혈병, 요독증, 간질환등에 의함), 기계적 자반증 등이 있다.

1) 알레르기성 자반증[7-9]

① 정의

알레르기성 자반증은 비혈소판 감소성 자반증으로 면역반응에 의해 전신적, 미만성인 소혈관염을 야기하며 임상적으로 피부발진, 소화기증상, 관절증상 및 신장증상을 나타내는 질환으로 주로 소아에서 호발한다.

② 원인

원인은 명확히 규명되지는 않았으나 음식물, 약물, 감염, 예방접종(천연두, 인플루엔자), 곤충교자, 한냉노출 등이 간혹 병인과 관련 있는 것으로 추정되어 왔으며 선행질환으로 상기도 감염(50~70%)예가 많아 연쇄성 구균의 감염이 원인이 된다고 추정하기도 하나 직접적인 연관성은 규명하지 못하였다. 최근에는 IgA가 관여하는 면역학적 기전에 의한 것으로 추정하고 있는데 IgA는 점막 초기의 국소면역에 주로 관여하며 대부분 점막 분비액 속에 존재하나 일부는 혈액에도 존재한다. 점막을 통해 들어온 항원에 대해서는 우선 IgA가 관여하는 국소면역계가 작용하게 된다. 알레르기성 자반증이 비특이적인 상기도, 위장관 및 요로 감염등 점막을 통한 감염후 시작되는 예가 대부분이고, 환자의 혈중에서 순환 IgA면역 복합체가 발견되며, 침범된 장기들의 혈관과 신장의 메산지움에서 IgA가 침착되는 것으로 보아 면역계의 이상으로 IgA면역 복합체의 과도한 생성 또는 이들 복합체의 제거 이상이 병인으로 생각된다.

③ 병태생리 및 진단

전신적, 미만성으로 발생하는 혈관염은 IgA면역 복합체가 혈관벽에 침착되고 여기에 보체가 별도경로에 의해 활성화되며 다른 면역관여 세포들의 침착과 혈액응고 계통의 활성화로 인해 혈관내피 세포의 손상이 초래되어 발생한다. 피부의 급성병소는 진피층의 무균성 혈관염이 있는것이 특징이며 혈관주위에 다형핵세포와 호산구에 의한 소위 소맷부리모양을 형성하고 섬유성 괴사와 혈소판 栓塞을 혈관내에서 볼 수 있는데 주로 말초동맥 혈관에서 볼수있다. 근육생검 조직에서는 정상이고 신장조직 소견은 사구체 신염과 유사하여 섬유소양 축적의 병소와 사구체안의 혈관 내층 비후와 세포의 증가 및 혈소판 전색 등이 있는 병소가 나타난다. 신세뇨관에는 위축, 혼탁, 종창 세뇨관원주 등이 나타나게 되고 사구체가 보우만주머니에 유착되고 반월형성, 근위관의 상피의 지방봉입 등이 나타난다.

④ 증상

알러지성 자반병의 4대증상은 소화기증상, 피부

발진, 신장증상, 관절증상인데 통상 4~6주 이내에 자연소실되나 간혹 재발하고 신장손상이 있는 경우 사망에 이르기도 한다.

피부증상은 급성으로 나타나며 처음에 홍반성 구진이 족관절 주위 피부에 국한되며 주로 중력을 받는 부위나 사지의 대퇴부의 신전부에 대칭적으로 나타난다. 점차 다른부위나 상지 및 둔부로 퍼질수 있고 압력에 의해 유발되지 않는다. 간혹 소양감이나 감각이상을 초래하기도 하며 발진의 초기에는 반점상 구진으로 점차 흑적색으로 바뀌며 겹쳐져 점상 혹은 반상 출혈 양상 후 약 2주 동안에 갈색으로 변하면서 사라진다. 보행시에 재발하는 경향이 있다. 부종이 동반될수 있는데 이는 혈관염의 정도와 비례하고 단백의 장내손실에 기인한다.

소화기 증상은 주증상이 복통, 오심, 구토, 혈변 및 토혈이며 본증의 20%정도에서 최초 증상으로 나타나므로 오진되는 수가 많다. 복통은 주로 복부 중앙에 있고 압통이 있기도 하며 야간에 발생한다. 위장관 점막에서 점상, 반상의 출혈이 발생될 수 있으며 공장과 회장이 가장 잘 침범되고 합병증으로 장폐색, 장천공, 장출혈, 급성췌장염 등이 나타날 수 있다.

관절증상은 주로 슬관절, 족관절등의 하지관절에 흔하며 후유증은 거의 없다고 보고되고 있다.

신장증상은 약 20~50% 정도에서 나타나며 대부분 무증상으로 회복되나 5~10% 정도는 아

급성, 만성경과를 취하기도 하며 이것이 예후에 가장 큰 영향을 미친다. 신증상 발현은 자반과 동반되기도 하나 일부에서는 수주후에 나타나기도 한다. 자반과 복부증상이 자주 재발되는 경우에서 빈도가 높다는 보고가 있으며 증상양상으로는 단백뇨와 혈뇨가 가장 많이 나타나고 심한 경우 신증후군이나 신부전으로 발전되기도 한다.

⑤ 치료

알러지성 자반병의 양방치료법은 특수한 방법이 없으며 대증치료법으로 과민증의 원인이 있을시 제거해주고, 연쇄상구균 감염이 의심되면 치료를 시행하며 통증이 심하면 Acetaminophen을 사용한다. 스테로이드(부신피질 호르몬)가 본증을 치료하기 위해 다양하게 사용되어 왔는데 복통, 관절통, 연부조직부종등의 증상을 완화하는데 효과가 있고 장중첩, 장천공, 장폐쇄의 위험을 감소시킨다고 하나 자반 및 이미 침범된 신장염의 임상 경과에는 효과가 없으며 지속적인 치료로는 부적합하다. 스테로이드가 복통을 경감시키는 것은 이론적으로 장벽의 부종이 감소되므로 일어난다고 하며 만성 신염에는 면역억제제를 사용하기도 한다.

2) 혈관과 혈소판의 질적 기능장애에 따른 자반[10]

① 노인성 자반

피부가 엷어 지는것에 기인하는, 병리적 의미는 없는 자반으로 피부의 모세혈관의 교원질 지지의 소실과 관련되어 있으며 치료가 불필요하다.

② 유전성 출혈성 모세혈관 확장에 따른 자반

상염색체 우성 질환으로 병변은 표면에 확장된 세동맥과 모세혈관으로 구성되며 쉽게 외상을 입어 삼출이 일어난다. 소아에서는 비점막에서 흔히 발생하며 성인에서는 병변이 입술, 입, 혀, 얼굴, 손, 식도, 위와 직장, 눈 등에서 발생하며 잠재성 장출혈을 동반하는 재발성 철결핍성 빈혈이 함께 나타난다.

③ 괴혈병성 자반

골라겐 섬유의 정상 양적, 질적 합성이 불가능하게 되므로 모세혈관벽이 약해져 출혈이 야기되고 자반이 발생한다. 유아에서는 자반과 빈혈이 동반되며 성인에서는 자반, 치은출혈, 모낭주위 출혈이 동반된다.

④ 스테로이드성 자반

과도한 부신피질 스테로이드는 모세혈관을 지지하는 교원질의 소실을 유발하여 자반성의 반점과 반상출혈이 발생하게 된다.

2. 한의학적 고찰

『金匱要略』[11]

陽毒之爲病, 面赤斑斑如錦紋, 咽喉痛, 唾膿血, 五日可治, 七日不可治, 升麻鼈甲湯主之.

陰毒之爲病, 面目靑, 身痛如被杖, 咽喉痛, 五日可治, 七日不可治, 升麻鼈甲湯去雄黃, 蜀椒主之

『外臺秘要』[12]

天行發斑

病源大熱病在表, 已發汗未解, 或吐下後熱毒氣不散, 煩躁譫語, 此爲表虛裏實 熱氣燥於外, 故身體發斑如錦文. 凡發斑不可用發表藥, 今瘡開洩, 更增斑爛, 表虛故也.

取好蜜遍身摩瘡上, 亦以蜜煎升麻數數拭之 亦佳.

以水濃煮升麻漬錦洗之, 若酒漬煮彌佳, 但燥痛難忍也.

溫病發斑

病源夫人冬月觸冒寒毒者, 至春始發病, 病初在表, 或已發汗吐下而表證未罷 毒氣不散, 故發斑瘡, 又冬月天時溫暖, 人感乘候之氣, 未則發病, 至春又破積寒所折, 毒氣不得泄, 至夏遇熱氣春寒解, 冬溫毒始發出於肌膚斑爛癮疹, 如錦文也.

『劉河間傷寒六書』[13]

發斑

發斑下證未全, 凉膈散. 未曾下, 胃熱發斑, 白虎湯加人蔘白朮. 陽明胃熱發斑, 脈沈, 須可下者, 三一承氣湯下之. 傷寒胃熱發斑, 凉膈散加滑石調五苓散甚妙. 傷寒七八日發黃, 有斑微熱腹滿者, 或痰實壅上, 雖諸承氣湯不過者. 仲景曰寸脈浮滑者, 可用瓜蒂散吐之.

『東垣十種醫書』[14]

潔考老人癍論

論曰, 癍疹之病其爲證各異, 瘡發燉腫於外者, 屬少陽三焦相火也, 謂之癍. 小紅點行皮膚之中不出者, 屬少陽君火謂之疹.

凡顯癍證, 若自吐瀉者, 愼勿亂治而多吉, 謂邪氣上下皆出也, 大凡瘡疹首尾皆不可下, 恐妄動而變此謂少陽通表宜和之也, 當先安裏解毒次微發之, 安裏解毒須安五臟防風湯是也..... 身溫煖者順, 身凉者逆, 二者宜多服防風湯和之 安裏 若大便實秘能飮食而內實宜當歸丸微裏之.

海藏老人癍論

夫癍之爲病皆有子在母腹中時浸漬食母血穢蘊而成毒, 皆太陰濕土壅滯君相二火之所作也. 因小兒眞氣既盛正氣又王, 邪無所容, 或因天冷, 或因傷表, 或因傷裏, 癍由是而生焉.

『丹溪心法·發瘡』[15]

陰證發斑,, 亦出胸背, 又出手足, 亦稀少而微紅

『丹溪心法·發斑』

斑者, 胃氣極虛, 一身火流行於外所致, 宜補以降, 於『陰證略例』中求之.

發斑似傷寒者, 痰熱之病發於外, 微汗以散之, 若下之非理.

『醫學正傳』[16]

或傷寒溫熱病而發斑 斑如錦紋者, 名曰發斑, 皆熱毒之所致也. 其證有陽毒, 有陰毒, 是皆冬應寒而反溫, 人受不正之氣, 故之春夏以發爲斑熾, 夫陽脈浮數而陰脈實大者, 名爲溫毒. 或爲內外結熱極深, 舌卷焦黑, 鼻若咽煤, 狂言見鬼, 面赤而斑熾者, 名爲陽毒. 如溫病下之太早, 熱氣乘虛入胃, 或下之太遲, 熱病鬱積胃中, 或醫者誤用熱藥過多, 胃氣熱甚, 及內傷熱病, 虛火燔灼肺之間, 皆能成發斑也. 是故發赤斑者半生反死, 發黑斑者九死一生. 治法用化斑湯, 升麻葛根湯, 黑膏, 黑奴丸之類, 是皆正治之法也, 學者宜詳察而用之.

『醫學入門』[17]

斑疹屬火有二因.

斑屬三焦無根之火, 疹屬心火其上侵於肺則一也.

外因, 初期頭疼, 身大熱, 口知味者, 忌大汗下, 宜解肌微汗, 有自吐瀉者, 則愈.

內因, 頭或微疼, 但手心熱, 脾胃虛者, 宜大補以降其火, 體壯者淸肺以化其痰.

斑勢掀發如錦紋, 有色痕而無頭粒. 重者 紅如錦瀹成片 多發在胸腹 傷寒誤溫誤下, 心火所主. 雜病 全是風熱挾痰 手少陽相火自裏發外. 治宜安裏藥 多發表藥少.

『景岳全書·血證』[18]

血本陰精, 不宜動也, 而動則爲病, 血主營氣, 不宜損也, 而損則爲病, 蓋動者多由于火, 火盛則迫血妄行; 損者多由于氣, 氣傷則血无以存

故妄行于上, 則見于七竅, 流注于下則出乎二陰, 或壅瘀于經絡則發爲癰疽膿血 或鬱于腸胃則留爲血壞血癥, 或乘風熱則爲斑,·····此蓋血病之症也

『景岳全書· 吐血證治』

凡治血症, 須知其要, 而血動之苗, 惟火惟氣耳·····

火盛迫血妄行者, 或上或下, 必有火脈可据 乃可以淸火爲先, 火淸而血自安矣. 芩, 連, 知, 元蔘, 童便, 犀角, ……如陽明火盛者, 須加大黃, 如熱壅于上, 火不絳者, 又淸火藥中須澤瀉 木通, 梔子之屬等之瀉之, 則火可降, 血可淸也

『證治準繩』[19]

夫紫癜風者, 由皮膚生紫点, 搔之皮起, 而不痒疼者是也, 此皆風濕邪氣客于腠理, 烏氣血相搏, 致衛否澁, 風冷在肌肉之間, 古今色紫也.

『證治彙補』[20]

斑疹

斑屬三焦無根之火. 疹屬心脾濕熱之火. 其上侵于肺卽一也.

內因 熱則傷血, 血熱不散, 裏實表虛, 出于皮膚而爲斑也.

外候 斑勢掀發微腫, 有色痕而無頭粒, 小者如芝麻, 大如坎實, 輕者如星布, 重者如錦紋, 其赤色者胃熱也, 紫黑者胃爛也, 或有靑藍色者見卽不治, 要知赤斑半死半生, 黑斑九死一生. 針頭稠密者凶, 喘促自汗者死, 氣實足煖者易治, 氣怯足冷者難醫, 自胸腹散四肢者可治, 自四肢入于腹者不治, 將發之先 先自吐瀉者吉, 旣發之後久瀉 不止者凶.

外感發斑 有傷寒發斑, 有時氣發斑, 有陽毒發斑, 有溫毒發斑, 四症之中, 溫毒爲重, 皆因熱邪在表, 不當下而下之, 乘虛入胃 或熱邪在裏, 胃熱不泄, 二者皆能發斑也. 初起必有頭疼身熱之表症, 先宜辛凉徹其表, 後用寒凉淸其中.

內傷發斑 內傷發斑, 輕如紋跡, 多在手足, 初起無頭疼身熱表證. 乃勞役過度, 胃氣極虛, 一身之火, 遊行于外, 或他證汗吐下後, 中氣虛乏, 餘邪無所歸附, 散于肌表, 宜補宜降, 不可妄行凉藥, 大建中湯.

陰證發斑 陰證發斑, 亦出胸背手足, 但稀少而淡紅, 如蚊迹之狀, 此名陰斑. 終不似陽斑之紅顯, 因腎氣太虛, 陰盛于下, 迫其無根之火 聚于胸中, 上薰肺分而爲斑, 若悞作熱證而用凉藥者非, 宜調中湯, 溫胃其火自降而斑自退.

『外科大成』[21]

葡萄疫

葡萄疫者, 形如靑紫葡萄, 大小不一, 頭面身體, 隨處可生. 由感四時不正之氣, 鬱於皮膚, 乃腑證也. 初起服羚羊角散, 淸熱凉血. 久卽牙根出血, 邪傳入胃也, 服胃脾湯, 滋益其內, 如牙腐爛者, 於牙疳門參考.

『溫熱論』[22]溫疫丙····凡斑疹初見, 須用紙捻照, 見胸背兩肋, 点大而在皮膚之上者爲斑, 或云頭隱隱, 或小粒者爲疹

若斑色者, 小點者, 心包熱也; 点大而紫, 胃中熱也; 黑斑而光亮者, 熱胜毒盛.

『赤水玄珠·血門』[23]

夫血者····妄行于上則吐血, 衰涸于中則虛痨, 妄返于下則便紅, 移熱膀胱, 則癃閉溺血, 滲遂腸間, 則爲腸風, 陰虛相搏, 則爲崩中, 濕蒸熱鬱, 則爲帶下; 熱極腐化, 則爲臟血; 火極似水, 血多紫黑; 熱胜于陰, 則爲瘡瘍; 濕滯于血, 則爲痛痒; 隱隱皮膚, 則爲冷痹, 蓄爲在上, 血爲喜忘; 蓄之在下, 則爲狂喜; 墮恐跌撲, 則瘀血內凝; 又細分之, 則咳血, 衄血出于肺".

『溫病學』[24]

辨斑疹

凡斑疹初見, 須用紙撚照見胸背兩脇. 點大而在皮膚之上者爲斑, 或雲頭隱隱 或瑣碎, 小粒子爲疹, 又宜見而不宜多見. 按方書謂斑色紅者屬爲熱, 紫者熱極 黑者胃爛, 然亦必看外證所合, 方可斷之.

若斑色者, 小點者, 心包熱也. 點大而紫, 胃中熱也. 黑斑而光亮者, 熱勝毒成 雖屬不治..... 如斑疹出而昏者, 正不勝邪, 內陷爲患, 或胃津內涸之故.

然春夏之間, 濕病俱發疹爲甚, 且其色要辨. 如淡紅色, 四肢淸, 口不甚渴, 脈不紅數, 非虛斑卽陰癍. 或胸微見數點, 面赤足冷, 或下利淸穀, 此陰盛格陽於上而見當溫之.

發斑戰汗合論

凡疫邪留於氣分, 解以戰汗. 留於血分, 解以發斑. 氣屬陽而輕淸, 血屬陰而重濁. 是以邪在氣分卽易疏透, 邪在血分恒多膠滯, 故陽主速而陰主遲, 所以從戰汗者, 可使頓解, 從發斑者, 當圖漸愈.

論斑疹

余每論熱疫不是傷寒, 傷寒不發斑疹. 或曰熱疫不

是傷寒固已. 至云傷寒不發斑疹, 古人何以謂傷寒熱未入胃, 下之太早, 熱乘虛入胃, 故發斑. 熱已入胃不卽下之, 熱不得泄, 亦發斑. 斯何謂欤? 曰: 古人以溫熱皆統於傷寒..... 旣云熱入胃, 縱非溫熱, 亦是寒邪化熱, 故可用白虎三黃化斑解毒等湯 以凉解也.

『實用中醫內科學』[25]

血液溢出于皮膚之間, 皮膚表現靑紫斑點, 或半壞的病證, 稱爲紫斑. 亦有稱爲肌衄, 發斑及葡萄疫者.

·血熱妄行証

症狀 : 皮膚出現紫色紅斑點 或斑壞 或兼鼻衄 齒衄 尿血 便血 發熱 口渴 便秘 舌質紅苔黃 脈弦數

治法 : 淸熱解毒 凉血散瘀

方藥 : 犀角地黃湯

·陰虛火旺証

症狀 : 皮膚靑紫斑點 或斑壞時發時止 或兼鼻衄 齒衄 月經過多 顴紅 手足心熱 潮熱 心煩 盜汗 舌質紅苔少 脈細數

治法 : 滋陰降火 宁絡止血

方藥 : 茜根散

·氣不攝血証

症狀 : 反復肌衄 病程較長 過勞加重 食慾不振 身倦乏力 頭暈目眩 心悸氣短 面色蒼白 舌質淡 脈細弱

治法 : 益氣攝血

治方 : 歸脾湯

『東醫寶鑑』[26]

斑疹

色有點而無課粒者, 曰癍. 浮小而有課粒者, 曰疹. 隨出則沒而于出(丹心)

發癍者, 因胃熱, 調手少陰火入于手太陰肺也, 紅點如斑生於皮膚之間, 白虎湯, 瀉心湯, 調胃承氣湯, 選用之.(丹心)

傷寒發斑謂之陽毒, 春溫發斑謂之溫毒, 夏熱發斑謂之熱毒, 時行發斑謂之時毒, 名雖不同, 同歸於熱, 皆心火入肺, 故紅點, 見於皮毛之間, 輕如疹子蚊迹, 只在手足先紅後黃, 重如錦紋發在胸腹先紅後赤, 切忌發汗, 重令開泄, 甚則皮膚斑爛.(入門)

發癍候

凡汗下不解, 足冷耳聾, 煩悶嘔咳, 便是發癍之候, 宜化癍消癍之藥以防之.

癍欲未出之際, 且與升麻葛根湯, 先透其毒.

『原口要論』[27]

發斑者, 火毒熾甚, 血被熬煎, 當以紫草, 紅花, 石膏等味, 凉血淸火爲主. 初熱時爲風寒所搏, 而成癮疹, 似斑非斑, 當宜疎解, 其癮自退. 若誤爲眞斑, 而用寒凉以 致水瀉不止, 元氣下陷, 不能透表, 急亡立之, 可不愼諸?

3. 소아 자반의 한의학적 고찰

『諸病源候論』[1]

斑毒之病, 是熱氣入胃, 而胃主肌肉, 其熱挾毒蘊積于胃, 毒氣熏發于肌肉, 狀如蚊蚤所咬 赤斑起, 周圍遍身

傷寒斑疱候, 傷寒陰陽毒候, 熱毒反疱候, 小兒染病諸候, 患斑毒病候

『外科正宗』[28]

葡萄疫

葡萄疫, 其患多生小兒, 感受四時不正之氣, 鬱于皮膚不散, 結成大小靑紫斑點, 色若葡萄, 發在遍體頭面, 乃爲腑症; 自無表裏, 邪毒傳胃, 牙根出血, 久卽虛人, 斑點方退. 初起宜服羚羊角散淸熱凉血, 久卽胃脾湯滋益其內, 又有牙根腐爛者人中白散.

『幼幼集成·斑疹癮疹證治』[29]

斑疹隱疹證治

小兒斑與疹, 宜別證候陰陽. 其掀腫於外者, 屬少陽相火, 謂之斑. 其證發於面部, 或背部, 或四肢, 極其稠密, 色如錦蚊, 紅赤者胃熱也, 紫黑者胃爛也. 宜消斑靑黛飮.

其紅點發於皮膚之內不出者, 屬少陰君火, 謂之疹. 其證發於胸腹手足, 稀而少者, 此由無根失守之火, 聚於胸中, 上蒸於肺, 隱於皮膚而成小疹, 其狀如蚊跡, 蚤斑而非錦蚊也. 理中湯.

斑疹自吐瀉者, 愼勿止之, 因其毒氣從上下出, 宜調中氣. 若吐瀉後遍身發熱, 斑如錦蚊者, 恐防熱氣乘虛入胃, 其夏月多有此證, 化斑湯.

『小兒衛生總微論方·血溢論』[30]

小兒諸血溢者, 由熱乘于血氣也, 血得熱則流溢, 隨氣而止, 自鼻出者, 爲衄血, 從口出者爲吐血, 少則爲唾血, 又有從耳官牙縫斷舌諸竅出血, 是血隨經絡外著溢, 自皮孔中出也"

『醫宗金鑑·外科心法要之』[2)]

葡萄疫

葡萄疫同葡萄狀, 感受疫癘鬱凝生, 偏身發點, 靑紫色, 毒攻牙齒類疳形.

註) 此證多因嬰兒感受疫癘之氣, 鬱於皮膚凝結而成, 大 小靑紫斑點, 色狀若葡萄, 發於偏身, 惟腿脛居多, 甚卽邪毒攻胃以致, 齒齦腐爛臭味出血, 形類兒疳, 而靑紫斑點其色反淡, 久卽令人虛羸. 初起宜服羚羊角散, 久虛者宜服胃脾湯, 米疳水漱口, 以非疳散, 日擦四五次卽效, 近見中年之人下虛者亦患此證 治法同前.

『醫宗金鑑·失血總括門』

九竅一蓋出血, 名曰大衄, 鼻出血, 曰鼻衄,····皮膚出血, 曰肌衄

『幼科金鍼』[31)]

葡萄疫····乃不正氣之氣使然, 小兒稍有寒熱, 忽生靑紫斑點, 大小不一, 但有点而无頭, 色紫若葡萄, 發于頭面者点小, 身上者点大, 此表證相于, 直中胃腑, 邪毒傷功, 必致牙宜, 十有八九, 身能虛人

『嬰童百聞』[32)]

發斑有兩症, 有溫毒發斑, 有胃爛發斑也. 溫毒發斑者, 爲冬月溫暖, 人感乖戾之氣, 未卽病發, 至春或被積寒所折, 毒氣不得泄, 至天氣暄熱, 溫毒始發, 則肌肉斑爛癮疹如綿紋, 其治用葛根橘皮湯, 黃連橘皮湯主之. 若胃爛發斑者, 傷寒未下則發斑, 下早亦發斑, 盖不當下而下之, 熱氣乘虛入胃, 當下失下, 則胃熱不得泄, 所以皆發斑也. 凡發斑不可用表藥, 盖表虛裏實, 若發其汗, 重今開泄, 更增斑爛, 表虛故也. 玄蔘升麻湯, 化斑湯主之. 傷寒發斑, 只是熱氣在臟腑, 先攻腸胃, 里蘊成瘡, 方發出外, 赤者易治, 黑者難治, 盖毒氣入胃之深故也, 羌活散加蟬蛻治斑亦可.

『嬰童要諦·失血論』[33)]

凡治此症, 視何經受病, 先以循氣爲主, 降火次之, 其循則血黨于經, 火降則血自止

,小兒純陽体, 不可妄補, 亦不可使用之劑

『中醫兒科學』[34)]

時邪外感, 熱毒內畜,

氣血虧損, 通攝无官

陰虛火旺, 血水火動

瘀血沮滯, 血不歸經

『小兒新知』[35)]

本病多人外感風熱, 或內傷飮食而發. 熱毒內蘊, 鬱蒸肌膚, 與氣血相搏, 損絡動血, 以至血溢脈外, 滲于皮下, 形成紫瘢. 風熱挾濕, 犯于經絡關節, 則成肢體關節疼痛; 若濕熱蘊蒸中焦, 胃腸絡傷瘀滯, 則見腹痛便血

本病初期多屬實證, 有風熱動血而出血之症, 同時, 濕熱痹沮(저, 자)者見關節腫痛, 熱傷胃絡者見腹痛便血, 病人者則多屬陰虛火炎或其不攝血, 多來瘀滯, 或兼血熱未淸之象, 治療原則在止血而不留瘀, 初期多取凉血止血, 或疎風通絡, 淸胃導滯. 久病多取滋陰淸熱, 補氣攝血培其本元; 病情反復者, 須隨證以施以淸熱化瘀或扶正固攝之功補法.

風熱動血/祛風淸熱, 凉血止血/犀角地黃湯加味

濕熱痹沮/淸熱祛濕, 疎風通絡/宣痹湯加減

熱傷胃絡/淸胃凉血, 解經通絡/淸胃散加減

氣不攝血/健脾養心, 益氣攝血/當脾湯加減

陰虛內熱/滋陰降火,散瘀止血/茜根散加減

『現代兒科診斷標準與治療』[36)]

① 皮膚

·表症段階 /解表宣肺, 淸熱解毒/柴胡升麻湯加減

·皮疹出現段階/活血化瘀, 淸熱解毒/解毒活血湯加減

·多形紅斑潰瘍坏死, 口腔潰瘍/淸熱解毒, 活血化瘀/銀花連翹赤小豆湯

② 關節形

·紫斑于風冷而發, 關節腫痛者, 用調和營衛, 活血化瘀之法/桂枝湯加味

·關節腫脹甚, 疼痛不已, 紫斑較重者用 疏通經絡, 活血化瘀之法/身通逐瘀湯

③ 腹形

·腹痛極烈, 或伴有血便, 或腹痛與紫斑交叉發作,治以活血化瘀, 緩急止痛/失笑散加味

·蛔蟲紫斑 治以殺蟲止痛/四君子湯加味

④ 腎臟形

·活血化瘀, 利水消腫之法/通營湯加味

『小兒與病臨床證治』[37]

辨證治療

早期以祛風淸熱解毒, 凉血止血爲法, 久病以補虛爲則, 而紫癜已成, 設明血已離經而成"瘀", 角證的治療又配合活血祛瘀以其瘀去而生神.

① 風熱傷絡

主證:紫斑以下肢和臀部多現, 顔色鮮紅, 形狀大小不一, 伴瘙痒, 發熱,微惡風寒, 咳嗽, 咽痛, 或伴關節腫痛, 腹痛, 便血等症, 舌紅, 苔薄黃, 脈浮數.

治法:淸熱解毒, 凉血祛風

方藥:銀翹解毒湯.

② 血熱妄行

主證:其病急速, 出血較重, 皮膚瘀斑成片, 色甚者, 多伴鼻衄, 齒衄, 便血, 尿血等, 腸熱煩渴, 關節腫痛, 或牽腹痛, 大便于結, 小便短赤, 舌紅絳, 苔黃, 脈滑數.

治法:淸熱解毒, 凉血止血

方藥:淸瘟敗毒散加減.

③ 瘀血沮絡

主證:病程延長, 反復發作, 紫斑色紫暗或紫紅, 關節疼痛, 或反復痛, 尿血, 舌暗紅或有瘀斑, 脈澁或弦.

治法:活血化瘀, 祛風利濕.

方藥:桃紅四物湯加味

④ 胃腸瘀熱

主證:下肢皮膚滿布瘀斑紫斑, 腹部痛, 口臭納呆腹脹, 或齒齦出血, 大便溏, 色暗或褐紫, 或便下蛔虫, 舌紅, 苔黃, 脈滑數, 常有飮食不當病史.

治法:淸腸瀉熱, 破瘀化斑.

方藥:大黃牧丹湯加減

⑤ 氣不攝血

主證:病程延長, 紫斑反復發作, 遲延不愈, 瘀点瘀瘢較弱散在, 色較淡, 面色少華, 身疲氣短, 食慾不振, 頭暈心季, 舌淡, 苔薄, 脈細無力.

治法:健脾益氣, 養血活血.

方藥:八珍湯加味.

⑥ 肝腎陰虛

主證:皮膚瘀斑色暗風, 始發時隱, 或紫斑已消失, 但仍伴腰膝汕軟, 五心煩熱, 潮熱盜汗, 頭暈耳鳴, 口燥因于, 大便于燥, 血尿較長時間不消失, 舌紅少津, 脈細數.

治法:滋陰降火, 凉血止血.

方藥:大補陰丸合二至丸加減.

IV. 고 찰

자반병은 혈소판 감소성 자반증과 비혈소판 감소성 자반증으로 대별[3]할 수 있으며 혈소판 감소성 자반증 중 특발성(자가 면역성)혈소판 감소성 자반증, 알레르기성 자반증이 소아에서 호발하는 자반증이다. 특발성 혈소판 감소성 자반증은 밝혀지지 않은 항원·항체 반응에 의해 혈중에 혈소판 자가항체가 만들어지고 그로인해 혈소판이 파괴되는것이다[4-6]. 급성 특발성 혈소판 감소성 자반증은 2-6세 소아에 호발하며 약 70%에서 바이러스성 감염이 선행한 후 약 2주후 紫斑이 나타난다. 급성으로 各種出血을 일으키고 點狀出血과 斑狀出血등의 出血斑과 鼻出血, 齒齦出血, 吐血, 下血이 발생한다. 慢性 특발성 감소성 자반증은 사춘기이후의 女子에게 호발하며 자반이 下肢에 현저하게 나타나나 出血은 急性에 비해 輕하며 간혹 鼻出血, 齒齦出血, 月經過多 等이 동반된다. 급성형은 80% 이상에서 6개월 내에 자연 관해되나 慢性型은 prednisone투여 및 비장적출을 시행한다[3-6]. 알레르기성 자반증은 IgA가 관여하는 면역학적 기전에 의해 전신의 소혈관에 미만성, 염증성 병변이 생겨 발생하는 것으로 추정되며 원인은 음식물, 약물, 감염, 예방접종(천연두, 인플루엔자) 곤충교자, 한냉노출, 연쇄상구균 등으로 추정된다. 남아와 여아의 발생비율은 1.25:1~3:1로 남아에게서 발병빈도가 높다. 1801년 Herberden등이 처음 기술한 이래 Schönlein이 관절증상을 동반한 전형적인 발진을 기술하였고, Hernoch가 복통 및 신장증상을 동반한다고 보고하여 Hernoch-Schönlein

purpura 혹은 anaphylactoid purpura로 명명되었다[7-9]. 4대증상은 소화기증상, 피부발진, 신장증상, 관절증상인데 통상 4~6주 이내에 자연소실되나 간혹 재발하고 신장손상이 있는 경우 사망에 이르기도 한다. 자반은 사지의 대퇴부의 신전부에 대칭적으로 나타나고 간혹 소양감이나 감각이상을 초래하며 소화기 증상으로 복통, 오심, 구토, 혈변, 토혈이 발생하며 합병증으로 장폐색, 장천공, 장출혈, 급성췌장염등이 나타날 수 있다. 관절증상은 주로 슬관절, 족관절에 나타나고 신장증상은 약 20~50% 정도에서 나타나며 예후에 관련된다. 명확한 치료법은 없으며 대증치료와 Acetaminophen, 면역억제제, 스테로이드(부신피질호르몬) 등을 사용한다.

한의학적으로 紫斑은 皮膚나 粘膜에 點狀 또는 斑狀의 出血을 主症狀으로 하는 全身性 出血傾向을 나타내는 病으로 張[11]이 "陽毒之爲病, 面赤斑斑如錦門, 咽喉痛, 唾膿血. 陰毒之爲病, 面色靑, 身痛如被杖, 咽喉痛"이라 하여 本病과 類似한 症狀을 最初로 言及한 이래 歷代醫家들이 發斑, 斑疹 陰陽毒, 葡萄疫, 癍痧 등의 各各 不同한 名稱을 使用하였다.

朱는[15] 發斑의 主 病因을 熱盛, 陽毒의 所致로 認知하였으며 內傷으로 斑이 발생하는 것은 胃氣가 虛한것으로 인하여 나타난다고 하였으며 이를 陰虛火動의 所致로 보았다. 內傷發斑의 槪念을 最初로 言及하였으며 內傷과 外感, 陽毒과·陰證을 구별하여 臨床에 있어 病人·病機 구분의 요지를 記述하였다. 李는[16] 전시대의 醫論을 總括하여 紫斑의 原因이 內傷, 外感 혹은 內傷·外感을 겸한것이라 하였으며 "外因의 경우 初期頭疼하고, 身大熱하며 口知味하는 者로 治法으로는 大汗下를 禁하고 마땅히 解肌微汗해야 하며 스스로 吐瀉하는 者는 愈한다. 內因의 경우는 頭或微疼하고 但手心熱하여 脾胃가 虛한 者는 마땅히 大補하여 降其火한다."고 하여 각각의 치법을 제시하였고 斑은 色의 痕迹은 있으나 頭粒은 없다는 斑의 특징을 記述하였다. 張[18]은 '火盛', '氣傷'을 諸血病의 原因으로 보았으며 血이 上·下로 妄行할때 上七竅와 下二陰에 증상이 나타나고 經絡을 따라 妄行하면 癰疽를 일으키며 臟腑에서는 血瘕·血塊를 생성한다 하였으며 乘風熱하면 斑·疹을 생성한다고 하여 증후의 특징을 記述하였다. 曹[27]는 斑은 熱毒으로 인한 것이며 疹은 熱이 風寒과 相搏함으로 인한 것으로 斑은 凉血淸火 하여야 하며 疹은 疎解하여야 한다고 하여 斑·疹의 원인, 치법을 구분하였다. 王[19]은 紫斑의 특징에 대해 기술하였는데 肌肉之間에 風冷沮滯가 있으므로 紫色을 띈다하였으며 瘙痒·疼痛을 同伴한다고 하였다. 葉[22]은 斑과 疹의 鑑別과 斑色과 크기에 따른 病因 구별에 대해 언급하였는데 紅小하면 心包熱, 大紫하면 胃熱, 黑光하면 熱毒의 所致로 보았다. 孫[23]은 임상상 의미가 있는, 病因에 따른 症狀과 病機, 瘀血에 대해 기술하였다. 張[18]은 '淸化'와 '降氣' 가 治法의 주요 原則임을 기술하였고 劉[13]는 紫斑을 "胃熱發斑에는 白虎湯加 人蔘 白朮, 陽明胃熱發斑한데 脈沈한 者는 三一承氣湯으로 下한다."하여 淸熱攻下法을 多用하였고 王[12]은 天行, 溫病發斑으로 분류하여 특징적으로 天行發斑에 蜜을 遍身瘡上에 摩하거나, 蜜煎升麻를 拭하거나, 水濃煎升麻로 漬錦洗之 한다는 外治法을 제시하였다.

以上을 살펴보면 紫斑의 病因을 虛證와 實證로 나눌 수 있으며, 虛證은 胃氣極虛로 因해 一身之火가 外行하는 所致[15, 16, 20], 또는 陰虛火旺, 脾虛不攝 等[17, 20, 25]으로, 實證은 熱毒蘊積于胃, 毒氣薰發於肌肉하거나[12, 13, 16, 22, 24, 27] 胃熱, 血熱, 四時不正之氣 等[12-13, 16, 18-19, 20-22, 24-25]으로 分類하여 辨證할 수 있다.

치법상으로는 紫斑의 原因을 주로 傷寒傳變에 의한 胃의 熱毒으로 파악하고 淸熱解毒, 淸瀉胃熱, 降火 등의 治法[17, 18, 21, 24,-25, 27]을 活用했으며, 朱丹溪가 內傷發斑의 이론을 제시한 후에는 병인에 따라 外感에는 徹其表한 後 淸其中하는 治法[20, 26-27]을 活用했고, 內傷發斑에는 大補以降其火하는 治法[15, 17, 20, 25]을 活用하였다. 소아는 성인의 축소판이 아니며 성장발육의 과정에 있으므로 성인과는 생리·병리에 있어 확연한 차이점이 있다. 소아는 외부 저항력이 약해 외감이 많이 발생하며, 소화기가 약하고 음식조절이 어려워 음식부절로 인한 내상도 발생하기 쉬우나 신체활동이 왕성하기 때문에 섭생에 주의하면 회복력이 성인에 비해 월등하다. 소아의 이러한 생리, 병리적 특질 때문에

자반의 원인, 병기, 치법, 예후 등에 있어서 성인과의 차이점이 나타나게 된다. 이를 살펴보면 巢[2]는 傷寒發瘡候, 傷寒陰陽毒, 瘟病發斑候, 熱病斑瘡候, 時行發斑候外에 內科雜病 및 小兒科에서 나타나는 紫斑을 包括하여 分類하였으며 胃主肌肉하며 斑毒의 病은 熱氣가 入胃한 것으로 그 熱이 俠毒하여 위에 蓄積되므로 毒氣가 肌肉으로 불거져나오니 赤斑이 全身에 나타나며 그 모습은 이의 이빨자욱같다고 하여 형상과 병인을 기술하였다. 治療方面에서는 "凡發斑不可用發表藥 …… 表虛故也"라하여 發表藥을 禁忌할 것을 제시했다. 李는[14] 母血穢蘊而成毒, 小兒 因天冷, 傷表, 傷裏로 發斑이 나타난다고 하였다. 『小兒衛生總微論方·血溢論』[30]에는 小兒의 모든 血病은 열로 말미암아 혈이 바깥으로 汎濫한 것으로 鼻孔으로 分出되면 衄血, 입으로 나오면 吐血, 이것이 양이 적으면 唾血, 耳官, 잇몸등으로도 分出된다고 하였으며 혈이 經絡을 따라 이동하면 皮空으로 나온다고 하여 血病의 인을 邪熱所乘으로 보았다. 陳은[28] "葡萄疫은 小兒에서 多生하는 疾患으로, 感受四時不正之氣로 인하여 鬱于皮膚不散하고 大小靑紫斑點을 이루는 것으로 色은 마치 葡萄와 같고 遍體頭面에 發한다 …… 邪毒傳胃하면 牙根出血하고 久卽虛人하여 斑點方退한다."라 하여 四時不正之氣로 인하여 發生하고, 發斑의 靑紫顔色과 紫葡萄가 비슷한 形狀을 보고 葡萄疫이라 稱하였으며, 예후에 대해 언급했다. 吳[2]는 "傷寒疹斑失汗下, 時氣初感卽其然 表邪覆營衛分"하여 紫斑을 溫毒이 피부에 鬱滯, 凝結된것이라 하여 溫病 病機로 說明하였으며 "發于遍身, 惟腿脛居多"라 하여 發病部位가 下肢에 많은 특징적인 症狀을 記述하였다. 秦[31] 發斑하는 자는 대개 虛한사람이라 하여 外感과 함께 內虛·內傷이 病證의 주요 원인임을 밝혔다. 王[35]은 外感風熱과 內傷飮食이 주요 病因임과 紫斑病이 胃腸症狀과 關節症狀을 同伴하게 되는 病機에 대해 설명하였으며 風熱動血, 濕熱脾沮, 熱傷胃絡, 氣不攝血, 陰虛內熱로 變證할수 있다고 하였고 周[36]는 原因을 外感時邪, 稟賦不足, 飮食不節, 瘀血, 積聚로 분류하였고 병기는 風熱傷絡, 血熱妄行, 氣虛不攝, 陰虛火旺, 瘀血沮絡, 胃腸瘀熱이라 기술하였다. 치법은 주로 청열을 원칙으로 했는데 王[33]은 小兒는 純陽之滯이므로 妄補하지 말라하였으며 魯[32]는 "凡發斑不可用表藥, 盖表虛裏實, 若發其汗, 重令開泄, 更增斑爛, 表虛故也羅"이라 하여 치법에 있어 發表하지 말 것을 기술하였다. 羅[37]는 자반을 表證段階, 皮疹段階, 多形紅斑潰瘍段階로 구분하여 각각의 治法을 淸熱解毒과 함께 解表宣肺, 活血化瘀, 活血化瘀 해야한다고 하였고 關節症狀이 있으면 活血化瘀와 함께 調和營爲·疏通經絡해야하며 胃腸症狀이 있을때는 活血化瘀와 緩急止痛해야하고 腎臟症狀이 있을시는 活血化瘀와 함께 利水消腫하여야 한다고 하였다.

이상 자반에 대한 각가의 설을 살펴본 결과 자반에 대해서 巢[1]이래 각각의 醫家들이 吐血, 衄血, 便血등의 다른 出血疾患과 함께 다양하게 언급해 왔다. 이상의 내용을 종합해보면 소아는 흔히 성인에 있어서 자반의 원이이 되는 外感, 熱毒이외에도 稟賦不足, 飮食不節이 원인이되어 자반이 발생하는 경우가 있으며 純陽之體, 陰不足陽有餘하므로 병사가 쉽게 熱化하고 虛火內生하기 쉬우며 치료에 있어서도 純陽之體임을 고려하여 補함에 주의해야 한다는 결론을 얻을 수 있다.

V. 결 론

紫斑病에 대해 諸病源候論 이래 최근까지의 文獻的 考察을 통해 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 紫斑은 皮膚나 粘膜에 點狀 또는 斑狀의 出血을 主症狀으로 하는 全身性 出血傾向을 나타내는 病으로 한의학적으로 發斑, 斑疹 陰陽毒, 葡萄疫, 癍痧 등의 개념에 속한다.

2. 한의학적으로 胃熱, 血熱, 四時不正之氣의 실증과 胃氣極虛, 陰虛火旺, 脾虛不攝 等의 허증성 원인으로 분류할수 있으며 서양의학적으로는 면역학적 원인과 감염에 의한 원인등이 제시되었으나 명확한 원인은 밝혀지지 않았다.

3. 한의학적 치료는 약물치료, 침구치료, 외치법 등이 사용되며 서양의학적 치료는 주로 대증요법이 주가 되며 알레르기성 자반증일때는 스테로이드제, 특발성 혈소판 감소성 자반증일때는 prednisone, 비장적출을 시행하며 면역억제제가 사

용되기도 한다.

4. 소아의 경우 성인의 外感, 熱毒등의 원인이외에도 先天稟賦不足이나 飮食失調가 원인이 되기도 하며 陽有餘陰不足의 체질로 쉽게 陰虛火旺해지므로 자반증이 발생함을 알수 있다.

參考文獻

1. 巢元方 . 巢氏 諸病源候論, 北京: 人民衛生出版社, 1983: 244, 277, 315, 335, 348.

2. 吳謙. 醫宗金鑑, 서울: 大星文化社, 1994:504, 505, 612-614.

3. 홍창희. 소아과. 서울: 대한교과서 주식회사 6판 1997:821.

4. 의과대학교수편. 임상의학 오늘의 진단 및 치료. 서울: 한우리 1999:582-585, 913, 918.

5. Kurt J Isseibacher. 해리슨 내과학. 서울: 정담. 1997:329, 1421, 1945-1946.

6. 의학교육연수원. 가정의학, 서울, 서울대학교 출판부, 2001:607-608, 697.

7. Behrman BE. Nelson Textbook of pediatrics 14th, W B Saunders Co.1992:628-629, 1283.

8. 이재호, 고경옥: 소아알레르기성 자반증에 대한 임상적 고찰, 충남의대잡지.1992: 19:173-180.

9. 곡화성. 한국소아에 있어서 알레르기성 자반증에 대하여, 소아과학회지 1975;18: 53-58.

10. Forbes. Jackson. Color atlas 임상의학, 서울: 한우리, 1998:459-460.

11. 張仲景. 金匱要略, 北京: 人民衛生出版社. 1989: 108-112.

12. 王燾. 外臺秘要. 臺北: 文光圖書有限公司, 卷上. 199: 119,133-134.

13. 劉河間. 劉河間傷寒六書. 서울: 成輔社. 1976: 375.

14. 李東垣. 東垣十種醫書. 臺北: 五洲出版社. 1984: 687-696.

15. 朱震亨. 丹溪醫集. 北京: 人民衛生出版社. 1993:221,222.

16. 虞摶. 醫學正傳. 서울: 成輔社 1986: 56-61.

17. 李梴. 醫學入門. 서울: 高麗醫學. 1987:367.

18. 張介賓. 景岳全書. 上海: 上海科學技術出版社. 1986: 514-516.

19. 王肯堂. 證治準繩 五 幼科. 上海: 上海科學技術出版社. 1959: 206-207.

20. 李用粹. 證治彙補. 臺北: 旋風出版社. 1976: 170-175.

21. 祁坤. 外科大成, 臺北: 文光圖書有限公司. 1979: 369,370.

22. 葉天士. 溫熱論注評. 中醫古籍出版社. 1993: 51-54.

23. 孫一奎. 赤水玄珠:中國醫學大系34. 서울: 鼎淡出版社. 1987: 320-324.

24. 孟澍江. 溫病學. 台北: 知音出版社. 1991:78-81, 347-351, 474, 484, 485, 645-651.

25. 黃文東. 實用中醫內科學. 上海: 上海科學技術出版社. 1986: 548-553.

26. 許浚. 東醫寶鑑 聯合醫書 第2卷. 1990: 390-394.

27. 曹炳章. 原□要論: 中國醫學大成7. 北京: 中國中醫藥出版社. 1997: 638.

28. 陳實功. 外科正宗. 北京: 人民衛生出版社. 1983: 281, 282.

29. 陳復正. 幼幼集成. 北京: 人民衛生出版社. 1988: 364-365.

30. 不著選者. 小兒衛生總微論方. 北京: 人民衛生出版社. 1986: 438-443.

31. 秦昌遇. 幼科金鍼: 上海中醫學院中醫文獻研究所. 歷代中醫珍本集成27 1990: 117-118.

32. 魯伯嗣. 嬰童百問: 郭君雙. 中醫兒科名著10. 北京: 華夏出版社. 1997: 431.

33. 王大綸. 嬰童類萃. 서울: 翰成社. 1984.

34. 王伯岳. 中醫兒科學. 북경: 人民衛生出版社. 1998: 788-795.

35. 王受傳. 小兒新知. 북경: 人民衛生出版社. 1994: 306-309.

36. 周長江. 北京東眞門內北新包18 現代兒科診斷標準與治療. 북경: 東醫古籍出版社. 1992, 273-277.

37. 羅云堅 劉茂才. 小兒與臨床證治. 북경: 人民衛生出版社, 2000: 343-345.