

전염성 단핵구증의 中醫學 研究에 대한 考察

張奎台

東國大學校 韓醫科大學 小兒科學教室

A literature study of Infectious Mononucleosis in Traditional Chinese Medicine

Chang Gyu Tae

Department of Pediatrics, College of Oriental Medicine, Dongguk University

Objectives : Infectious mononucleosis is a clinical syndrome caused by Epstein-Barr virus that is particularly common in adolescents and children. This study was progressed for current oriental medical treatment of infectious mononucleosis in china. The purpose of this study is the opening oriental medical approach to infectious mononucleosis in Korea

Methods : Authors conducted a literature search in data of Traditional Chinese Medical Journal. The data were extracted in a standardized, predefined manner and accessed critically

Results : The study for infectious mononucleosis consists of basic, clinical, experimental study. Basic study consists of etiology & pathogenesis and the rule of treatment. Clinical study consists of symptoms-based treatment and adequate prescription treatment. Experimental study consists of effective herbs and new traditional chinese medical injection.

Conclusion : Traditional chinese medical approach using herbs works in children with infectious mononucleosis in Korea.

Key words : infectious mononucleosis, epstein-barr virus, traditional chinese medicine

접 수 : 2004년 11월 15일, 채택일자 : 2004년 12월 13일
교신저자 : 장규태, 경북 경주시 용강동 357번지 동국대학교 경주한방병원 소아과
(Tel. 054-770-1260, Fax. 054-770-1500, E-mail: gtchang@dongguk.ac.kr)

* 본 연구는 동국대학교 논문게재비 지원으로 이루어졌음

I. 緒 論

전염성 단핵구증(Infectious mononucleosis)은 Epstein-Barr virus(EBV)의 감염에 의해 발생하는 임상적 증후군으로 특히 소아와 청소년에 흔하고, 특징적인 증상은 발열, 인두염, 림프절병증, 권태감, 비정형림프구증가증이며 비종대, 간종대, 황달, 비장과열 등의 합병증이 발생할 수 있으나 매우 드물다¹⁾. 청소년기의 전형적인 증상은 인후통, 림프절비대, 발열, 편도비대이며, 인두감염과 일시적인 구개점상출혈도 흔하게 나타난다²⁾.

최초의 중앙 발생 바이러스로 알려진 EBV 감염과 관계되는 질환에는 전염성 단핵구증, Burkitt lymphoma, 비인두암, 위림프상피종 및 림프종식질환 등이 있으며 전염성 단핵구증이 가장 호발한다³⁾.

소아에서의 전염성 단핵구증은 전형적인 증세를 나타내지 않는 수가 많고, 어린 소아의 경우 증상은 대개 경미하여, 비특이적이어서 주의를 끌지 못하는데, 편도 인후염 또는 장기간의 발열이 나타나고, 때에 따라서는 림프절종대가 나타날 수 있으나, 2세 미만의 어린 소아에서는 대부분 EBV의 초감염인지 모르게 지나가며, 유증상 감염에서는 발진이 더 심하고, 호중구 감소증, 혈소판 감소증, 기도 폐쇄 및 중추 신경계 증상이 성인에서보다 흔히 일어난다³⁾.

전염성 단핵구증에 대한 기존 치료는 지지요법이라 할 수 있고 적당한 수분공급, 비스테로이드성 항염증제 또는 Acetaminophen, 그리고咽喉錠劑 또는 spray를 포함한다²⁾.

韓醫學的으로 傳染性, 流行性 그리고 發熱의 特徵을 根據로 하여 불 때 “溫病”, “溫疫”의 範疇에 속하고 심각한 咽頭炎, 淋巴節

腫大, 肝腫大 등의 臨床症狀을 根據로 하여 불 때 “喉痺”, “痰核”, “癰癤”, “癥積”의 병증과 유사하다⁴⁾. 中國에서는 “傳染性單核細胞增多症”이라고 하여 이에 대한 研究가 1980年代 以後 持續的으로 이어져 現在까지 이르고 있으나 國內의 研究는 아주 미미한 실정이다.

이에 著者는 전염성 단핵구증의 中醫學 文獻을 中心으로 最近의 研究 方向과 結果를 조사한 결과 若干의 知見을 얻었기에 報告하는 바이다.

II. 資料調查 및 研究方法

1. 資料調查

東國大學校 韓醫學圖書館에 비치되어 있고 확인 가능한 中醫學 雜誌 및 文獻 중 전염성 단핵구증과 관련된 부분을 발췌하여 조사하였다.

2. 研究方法

- 1) 전염성 단핵구증의 中國 病名인 “傳染性單核細胞增多症”, “傳染性單核細胞症”이 포함된 내용을 검토하였다.
- 2) 전염성 단핵구증을 改善하기 위하여 時行된 中醫學的 接近인 病因, 病機, 治法, 治方에 관하여 조사하였다.(단, 藥物療法에 限定하였다.)
- 3) 발췌된 文獻의 內容은 끝까지 검토되었고 著者가 미리 정의한 형식에 맞추어서 정리하였으며, 內容이 重複된 경우 가장

最近의 文獻만을 선택하였다.

Ⅲ. 本 論

1. 基礎研究

1) 病因病機 研究

(1) 熱毒, 疫毒

① 趙政⁵⁾은 本病은 “溫疫”의 範疇에 속하며 熱毒 혹은 疫毒을 받아들인 것이 原因이 된다고 인식하였다. 발병 초기에는 먼저 肺胃에 침범되어 發熱, 咳嗽, 咽痛, 高熱이 없어지지 않는 증상을 나타내며 肺胃熱이 번성하여 津液을 변화시켜 痰을 형성하고 痰火가 鬱結되어 淋巴節腫大가 나타난다. 熱毒과 體內的 氣血運行이 막혀 血瘀가 생기므로 肝脾腫大가 나타나고 熱毒이 풀리지 않고 津液을 손상하여 陰虛火旺證이 나타나며, 熱이 營血로 들어가 血絡을 손상하고 血을 逼迫하여 妄行하므로 紫癍이 생기고, 熱이 下焦에 모이면 血尿가 생기며, 熱毒이 풀리지 않고 瘀血이 없어지지 않으면 새로운 血液이 생기지 않아서 결국 血虛에 이르게 된다. 이상으로 보아 實熱型, 陰虛型, 熱毒紫癍型, 濕熱蘊積型, 血虛型으로 나뉘며 전염성 단핵구증의 특징으로 보아 邪毒의 熱이 오래가고 氣와 陰을 손상하여 正氣가 虛하게 되므로 外感에 의한 病程이 비교적 길고 發熱이 지속되어 없어지지 않는다고 하였다.

② 劉力戈 등⁶⁾은 전염성 단핵구증은 毒熱이 陰을 傷한 경우로 濕熱邪毒이 침범되어 臟腑가 失調되고 邪毒이 肺에 鬱結되어 肺氣가 閉鬱되어 氣滯에 이르게 되며 氣滯가 되면 血瘀가 생기고 이것이 經絡을 막게 되면 癰癤, 癥瘕가 되고 瘀血이 肺, 肝, 脾에 모이게 되면 發熱, 咳嗽, 肋下痞塊가 생긴다고 하였다.

③ 王春蓮 등⁷⁾은 本病은 “溫疫”, “溫毒” 등의 範疇에 속하고 熱毒의 邪氣가 鬱結되어 熱로변하여 氣滯血瘀가 생기고 이로 인해 肺, 肝, 脾 등의 臟器에 이상이 발생되어 發熱, 咽頭炎, 肝, 脾, 淋巴節腫大 등의 증상이 나타난다고 하였다.

(2) 風熱邪毒

安效先⁸⁾은 小兒는 純陽의 몸으로 風熱邪毒의 外侵에 쉽게 火나 熱로 변하여 病이 생기는데 熱象을 나타내며 熱勢가 重하고 熱程이 長하여 熱邪가 오래도록 머물러 없어지지 않으며 津液을 변화하여 痰을 형성하고 熱은 氣를 손상하고 血에 영향을 주므로 瘀를 형성하므로 痰瘀와 熱毒이 서로 결합하여 새로운 病因素가 되어 病이 복잡하고 多變하게 되므로 熱, 毒, 痰, 瘀가 病理變化의 주요한 原因이 된다고 인식하였다.

(3) 熱邪, 燥邪

韓仲義⁹⁾는 本病은 봄과 가을에 다발하고 熱邪 혹은 燥邪를 받아들여서 오래동안 病이 지속되어 陰液을 손상하므로 陰虛로 인하여 內熱이 생기고 熱이 陰分에 잠복하여 없어지지 않고 氣와 津이 모두 줄어서 陰液이 부족하게 된다. 熱毒이 內部에 모여서 津液을 자극하여 痰을 이루게 되어 淋巴節腫大가 나타

나고 肺陰을 상하여 熱毒이 없어지지 않으므로 咽頭炎이 나타나며 陰虛火炎하여 위로 心神을 교란시켜 神昏抽搐을 나타내고 陰虛血瘀는 肝脾腫大를 나타내며 氣과 血이 부족하고 마르게 되어 斑疹이 나오게 된다고 인식하였다.

(4) 外感風邪, 寒邪

陳丹¹⁰⁾은 外感風邪로 인해서 熱毒內生하거나 外感寒邪로 인해서 化熱入裏한 것으로 인식하였다. 어떤 邪든지 表를 따라 裏로 들어가며 이것이 熱毒을 內部에 생기게 하는데 病機는 正氣와 邪氣가 서로 싸워서 熱毒이 內部에 축적되고 血熱이 서로 모이므로 氣滯血瘀가 되어 이로 인해 癰癤, 癩癧 등의 증상이 보이게 된다고 하였다.

(5) 外感風熱, 陰虛, 穢濁時毒

韓貴淸¹¹⁾은 本病은 外感風熱의 邪氣 혹은 평소 陰虛한 體質이 熱邪가 蓄積된 경우에 이와 동시에 穢濁時毒을 받아들여서 발생한다고 인식하였다.

(6) 邪盛正虛

雷慧敏¹²⁾은 重症 患兒의 경우 邪氣가 盛하고 正氣가 虛하여 陰津이 涸竭되어 肺의 化源이 끊어지려는 상태를 原因으로 인식하였다.

(7) 濕熱邪毒

羅笑容⁴⁾은 전염성 단핵구증은 주로 小兒의 形氣가 充實하지 못하여 濕熱邪毒이 이러한 虛弱을 틈타서 人體로 들어와서 表에서 裏로 전파되고 內外로 모두 나타나며 邪熱이 세력이 강화되어 營血에 영향을 미치고 이로 말미암아 氣血瘀滯가 생기고 陰이 손상되고

津液이 소모되며 津液이 변화하여 痰을 이루어서 痰熱이 서로 결합하여 발생된다고 인식하였다.

2) 治則治法 研究

(1) 清熱解毒法

陳丹¹⁰⁾은 清熱解毒法으로 27例를 治療하였는데 銀翹散 혹은 靑黛散을 加減하여 사용하였다.

(2) 解毒養陰法

韓仲義⁹⁾는 371例를 觀察하여 體溫이 낮고, 힘이 없으며 咽喉에 腫痛이 존재하는 경우에 解毒養陰法을 사용하였는데 自擬藍根骨皮湯(板藍根, 蒲公英, 紫花地丁, 地骨皮, 沙參, 生地黃, 玄蔘, 甘草)를 사용하여 치유율이 95.6%로 나타났다.

(3) 解毒通瘀法

劉力戈 등⁶⁾은 本病을 毒熱傷陰, 氣滯血瘀에 속한다고 認識하고 解毒通瘀法을 사용하였는데 熱毒淨方(黃芪, 靑黛, 紫草, 牡丹皮, 黃芩, 莪朮, 當歸, 桃仁)으로 46例를 治療하여 유의한 效果를 거두었다.

(4) 化痰散結法

安效先 등¹³⁾은 주로 痰, 熱, 瘀, 毒을 主要原因으로 인식하고 化痰散結法을 治療의 大法으로 삼고 化痰散結方(黃芩, 金銀花, 連翹, 板藍根, 蒲公英, 川貝母, 山慈姑, 夏枯草, 白僵蠶, 玄蔘, 海藻, 昆布)을 사용하여 發熱, 淋巴節腫大 患者에게 투여하여 7日後 發熱이 없어지고 2週日後 모두 好轉되었다.

2. 臨床研究

1) 辨證論治 研究

(1) 營衛氣血에 따른 辨證論治

- ① 師群¹⁴⁾은 衛氣營血과 三焦辨證으로 분류하여 치료하였다. 邪犯肺衛型(初期)은 銀翹散加減(金銀花, 連翹, 淡竹葉, 荊芥, 牛蒡子, 薄荷, 淡豆豉, 鮮蘆根, 生甘草, 板藍根, 大青葉)을 사용하였고, 氣營熱盛型(中期)은 黃芩湯合清營湯加減(黃芩, 紫草, 牡丹皮, 玄蔘, 生地黃, 麥門冬, 金銀花, 連翹, 貝母, 丹蔘)을 사용하였으며, 陰虛遺熱型(恢復期)은 沙參麥門冬湯加減(沙參, 麥門冬, 玉竹, 知母, 鱉甲, 生地黃, 花粉, 甘草)을 사용하였다. 또한 이와 별도로 症狀에 따라 약물을 추가하였는데 發熱이 지속되고 舌苔가 白膩하면 甘露消毒丹加減을, 淋巴節腫大가 있으면 夏枯草, 赤芍, 昆布 등을, 咽喉腫痛에는 射干, 胖大海 등을, 咳嗽, 痰多 혹은 喘에는 杏仁, 桑白皮, 桔梗 등을, 腹瀉에는 白朮, 山藥, 薏苡仁 등을, 肝腫大와 肝部位壓痛에는 鬱金, 川棟子 등을, 抽搐에는 地龍, 釣鉤藤, 白芍, 菊花 등을 사용하였다. 50例를 치료하여 유효율이 100%로 나타났다.
- ② 賀金安¹⁵⁾은 發病初期에는 金銀花, 連翹, 牛蒡子, 薄荷, 淡豆豉, 大青葉, 鮮蘆根 各 6-10g, 板藍根 12-15g, 淡竹葉, 甘草 各 3-5g을 사용하였고, 熱入氣營에는 黃芩 9-15g, 紫草, 牡丹皮, 玄蔘, 鮮生地, 麥門冬, 金銀花, 貝母, 連翹, 丹蔘 各 6-10g을 사용하였으며, 恢復期에는 沙參, 黨參, 麥門冬, 白扁

豆, 桑葉, 玉竹, 黃芪, 白朮, 山藥, 建曲, 薏苡仁 各 6-10g, 天花粉, 防風, 甘草 各 3-6g을 사용하였다. 西醫治療는 병행하였고 생후 5개월에서 9세까지의 환자 37例 중 35例는 치유, 2例는 호전되었다.

- ③ 羅笑容⁴⁾은 營衛氣血辨證으로 분류하여 치료하였다. 첫째, 邪在衛分에는 銀翹散加減(金銀花 10g, 連翹 10g, 薄荷 6g, 蘆根 12g, 淡竹葉 7g, 牛蒡子 8g, 生甘草 3g, 桔梗 9g)을 사용하였고 둘째, 邪在氣分은 세가지로 細分되어 熱毒熾盛에는 白虎湯加減(生石膏 20g, 知母 10g, 大黃 6g, 玄明粉 3g, 黃芩 10g, 梔子 8g, 牛蒡子 8g, 射干 9g, 夏枯草 30g, 赤芍 12g, 桃仁 6g, 甘草 3g)을 사용하였고 濕熱蘊結에는 甘露消毒飲加減(滑石 18g, 茵陳蒿 10g, 黃芩 10g, 木通 10g, 射干 9g, 連翹 10g, 薄荷 6g, 藿香 8g, 白蔻仁 5g, 梔子 10g, 甘草 3g)을 사용하였으며 痰熱流注에는 黛蛤散合清肝化痰湯加減(青黛 9g, 海蛤粉 15g, 牛蒡子 9g, 白僵蠶 10g, 夏枯草 30g, 連翹 10g, 白花蛇舌草 15g, 昆布 10g, 海藻 10g, 浙貝母 10g, 甘草 3g)를 사용하였고 셋째, 熱灼營陰에는 清營湯加減(水牛角 20g, 生地黃 12g, 玄蔘 12g, 麥門冬 15g, 連翹 10g, 竹葉心 10g, 丹蔘 15g, 黃連 3g, 金銀花 10g, 甘草 3g)를 사용하였고 넷째 氣陰兩虛에는 沙參麥門冬湯加減(沙參 15g, 麥門冬 12g, 玉竹 12g, 太子參 15g, 五味子 8g, 天花粉 12g, 白芍 12g, 鱉甲 15g, 牡丹皮 12g, 甘草 3g)를 사용하였다.

(2) 暑溫에 따른 辨證論治

羅標石¹⁶⁾은 本病은 暑溫의 範疇에 속하며 暑熱과 濕熱로 나누어 치료하였다. 本病은 免役反應에 의한 疾病으로 中藥治療가 有效한 것은 주로 人體의 抵抗力 즉 疾病에 대한 對應力의 增加로 이루어진다. 暑熱型은 熱이 氣分에 있는 경우 清熱解毒하는 銀翹散合白虎湯加減을 사용하고 熱이 肺胃를 손상시키면 清理肺胃하는 清金化痰湯加減(黃芩, 桑葉, 瓜蒌殼, 知母, 陳皮, 茯苓, 鷄內金, 山豆根)을 사용하였다. 濕熱型은 脾胃의 熱이 있는 경우 芳香化濕, 清理脾胃하는 藿朴夏苓湯加減을 사용하고 濕熱이 蘊肺하는 경우 祛濕熱, 化痰止咳하는 葶藶湯加減을 사용하였다. 藥理學的 研究에 근거하여 金銀花, 黃芩, 黃連, 山豆根 등은 網狀內皮系의 활성화를 자극하고 食細胞의 貪食作用을 增加시키는 作用을 하고 동시에 蚤休, 柴胡, 藿香, 佩蘭 등은 항바이러스 작용을 한다.

(3) 活血化癥에 따른 辨證論治

① 盧偉¹⁷⁾는 活血化癥法을 爲主로 하고 清熱解毒藥을 추가하여 사용하고 西藥對照群을 둔 44例에 대하여 보고 하였다. 解毒通癥湯(黃芪 12g, 青黛, 紫草, 牡丹皮, 黃芩 各 9g, 莪朮, 當歸 各 10g, 桃仁 6g)은 熱毒內蘊, 氣滯血癥한 경우에 사용하였고, 得生湯(當歸, 芍藥, 各 9g, 益母草, 川芎 各 10g, 木香 3g)은 肝脾腫大, 氣滯血癥한 경우에 사용하였다. 治療 결과 해열작용, 호흡이상음 소실, 입원일수에 현저한 차이를 나타냈으나 肝, 脾, 淋巴節腫大의 平均消失時間은 현저한 차이를 나타내지 않았다.

② 張偉¹⁸⁾는 本病에 清熱解毒, 祛痰散癥하는 黃芩, 黃連, 牛蒡子, 元蓼, 白僵蠶, 山慈姑, 赤芍, 牡丹皮 各 10g, 連翹 15g, 板藍根 25g, 夏枯草 20g의 處方을 사용하였고 추가로 黃疸이면 茵陳, 梔子, 大黃, 茯苓을 加하고 肺炎에는 桑白皮, 魚腥草를 加하며 淋巴節腫大가 오래도록 없어지지 않으면 海藻, 昆布, 浙貝母를 加하고 脾腫大면 三稜, 莪朮을 加하였다. 7日을 1療程을 하여 3療程을 실시한 결과 모두 치료되었다.

(4) 西洋醫學의 分類에 따른 辨證論治

唐化勇¹⁹⁾은 西洋醫學의 臨床分類 즉 疾病의 進行段階와 侵犯된 臟器에 따라 7가지로 分類하여 治療하였다. 發熱型은 清熱解毒하는 清瘟敗毒飲加減(板藍根, 連翹, 牛蒡子, 玄蓼, 柴胡, 夏枯草, 陳皮, 桔梗, 白僵蠶, 升麻, 黃連, 生牡蠣)을 사용하였고, 腺腫型은 清熱解毒涼血하는 清瘟敗毒飲 加水牛角, 生石膏, 生地黃, 赤芍, 牡丹皮, 知母를 사용하였으며, 咽峽炎型은 清熱解毒利咽하는 黃芩, 梔子, 玄蓼, 板藍根, 連翹, 淡竹葉, 黃連, 生甘草, 桔梗, 牛蒡子, 白僵蠶, 升麻, 夏枯草의 處方을 사용하였고, 肺炎型은 宣肺化痰, 清熱解毒하는 麻黃, 北杏仁, 生石膏, 甘草, 桔梗, 白前, 桑白皮, 紫菀, 金銀花, 連翹, 桃仁, 貝母, 竹茹, 陳皮의 處方을 사용하였으며, 肝炎型은 清熱利濕退黃하는 茵陳蒿, 生大黃, 黃芩, 梔子, 龍膽草, 茯苓, 甘草, 車前子의 處方을 사용하였고, 腦炎型은 清熱熄風, 化痰開竅하는 安宮牛黃丸을 사용하였으며, 腎炎型은 清熱利濕, 涼血止血하는 清瘟敗毒飲 加 白花蛇舌草, 茯苓, 澤瀉, 鴨跖草, 車前子, 大薊, 小薊, 牡丹皮, 生

地黃, 白茅根, 蘆根을 사용하였다. 10例를 치료하여 양호한 효과를 얻었다.

(5) 時期에 따른 辨證論治

- ① 曲春華²⁰⁾는 本病을 3期로 나누었는데 急性熱證期에는 普濟消毒飲加減을 사용하고 熱戀陰傷期에는 靑蒿鱉甲湯合消癰丸을 사용하며 恢復期에는 沙參麥冬湯合桃紅四物湯加減을 사용하여 治療하였다. 처음부터 끝까지 活血化癥, 散結消腫을 기본으로 하여 初期에는 疏風涼血散血을 중시하여 牛蒡子, 玄蔘, 赤芍, 牡丹皮를 多用하였으며 中期에는 肝脾, 淋巴節腫大로 夏枯草, 炒牡蠣를 多用하여 軟堅散結하였고 後期에는 活血化癥하여 桃仁, 紅花, 赤芍을 多用하였다. 30例를 치료하여 모두 치료하였다.
- ② 李齋華²¹⁾은 本病을 3型으로 나누었는데 첫째 氣血兩燔型으로 氣分이 위주인 경우 清氣涼營, 解毒利咽의 治法으로 桑葉, 菊花, 金銀花, 連翹, 生石膏, 牛蒡子, 蒲公英, 黃芩, 牡丹皮, 玄蔘, 生荊芥, 知母를 사용하였고, 血分이 위주인 경우 清熱解毒, 涼血止血의 治法으로 玄蔘, 水牛角, 羚羊角, 生石膏, 生地黃, 牡丹皮, 赤芍, 蒲公英, 靑黛, 梔子, 貫衆, 金銀花, 連翹를 사용하였으며 둘째 陰虛邪戀型으로 養陰透熱, 益氣生津, 活血의 治法으로 靑蒿鱉甲湯加味(靑蒿, 鱉甲, 知母, 生地黃, 西沙參, 石斛, 麥門冬, 白薇, 玄蔘, 田七)를 사용하였고. 셋째 痰癥互結型으로 軟堅散結, 養血活血의 治法으로 煨牡蠣, 桃仁, 紅花, 赤芍, 鱉甲, 三七, 丹蔘를 사용하였다. 36例를 치료하여 모두 나았다.

- ③ 張薇²²⁾는 3型으로 나누었는데 氣營兩燔型에는 清氣涼營, 解毒利咽하는 白虎湯合清營湯加減(板藍根 9g, 金銀花 9g, 連翹 9g, 生石膏 30g, 知母 9g, 黃芩 9g, 生地 9g, 麥門冬 9g, 大黃 6g, 夏枯草 9g, 蒲公英 9g)을 사용하였고, 陰虛邪戀型에는 養陰透熱, 益氣生津活血하는 靑蒿鱉甲湯加味(靑蒿 9g, 鱉甲 9g, 知母 9g, 生地 9g, 夏枯草 9g, 麥門冬 9g, 石斛 9g, 乳香 6g, 沒藥 6g, 赤芍 9g, 牛蒡子 9g, 元參 9g)을 사용하였으며, 痰癥互結型에는 軟堅散結, 活血化癥하는 自擬消結化癥湯(桃仁 9g, 紅花 9g, 赤芍 9g, 丹蔘 9g, 夏枯草 9g, 煨牡蠣 9g, 鱉甲 9g, 三七根 3g, 蒲公英 9g, 皂角刺 9g, 乳香 6g, 沒藥 8g)을 사용하였다. 36例를 치료하였는데 유형별로 15, 6, 15명으로 治療 28例, 好轉 8例로 나타났다.
- ④ 鄔新華²³⁾는 2期로 나누어 治療하였는데 熱毒致盛型(初, 中期發熱期)에는 清瘟敗毒飲加減(金銀花, 連翹, 生石膏, 知母, 生地, 水牛角, 赤芍, 桔梗, 竹葉, 牡丹皮, 玄蔘, 甘草)를 사용하였고 痰熱互結型(後期)에는 桃紅四物湯加味(桃仁, 紅花, 當歸, 生地, 赤芍, 川芎, 夏枯草, 浙貝母, 昆布, 海藻, 靑皮, 陳皮)를 사용하였다.

2) 專藥專方 研究

(1) 普濟消毒飲

錢琳²⁴⁾은 普濟消毒飲加減(連翹, 板藍根, 黃連, 夏枯草, 玄蔘, 牛蒡子, 陳皮, 柴胡)을 사용하였는데 發熱不退에는 生石膏, 黃芩를 가하고 大便不通에는 芒硝, 大黃을 가

하며 肝脾腫大에는 三稜, 莪朮, 生牡蠣, 靑皮를 가하고 淋巴節腫大, 灼熱에는 海藻, 昆布를 가하며 惡心納呆에는 藿香, 砂仁, 法半夏를 가하였다. 10例를 치료하여 전부 치료되었다.

(2) 清營湯

① 谷欣欣²⁵⁾은 清營湯(犀角(代用 水牛角), 生地黃, 麥門冬, 淡竹葉, 金銀花, 連翹, 板藍根, 生石膏, 寒水石, 滑石, 牡丹皮, 紫雪散)을 사용하였고 추가로 高熱不退, 心神受擾에는 牛黃清心丸을 溫邪久羈, 陰傷及陽에는 紫丹蔘, 淡附片, 淡乾薑, 桂枝尖, 五味子, 炙甘草, 龍骨, 牡蠣, 玉竹, 火麻仁, 熟地黃, 麥門冬, 阿膠, 紅棗를 사용하였다.

② 朱慧華²⁶⁾은 清營湯加味(水牛角, 黃連 各 3g, 生地, 連翹, 公英, 丹蔘, 浙貝母, 玄蔘 各 12g, 黃芩, 金銀花, 白僵蠶 各 9g, 穿山甲 6g)을 사용하였고 추가로 體溫이 39℃보다 높으면 生石膏, 柴胡를 加하고 咳嗽(X선 촬영상에 음영이상)에는 百部, 杏仁을 加하며 咽部腫痛이 甚하면 射干, 馬勃을 加하고 肝脾腫大에는 茵陳, 梔子, 鱉甲을 加하며 淋巴節腫大가 甚하면 夏枯草, 生牡蠣를 가하고 恢復期에는 黃芪, 地骨皮를 加하여 사용하였다. 28例를 치료한 결과 全癒 23例, 好轉 4例, 無效 1例로 나타났다.

(3) 益氣散結湯

陳秋實²⁷⁾은 益氣散結湯(甘草 25g, 白僵蠶 15g, 黃芪 15g, 玄蔘 15g)을 사용하여 치료하였다.

(4) 小柴胡湯

郭路南²⁸⁾은 小柴胡湯加減(柴胡 9g, 黃芩, 半夏, 牡丹皮 各 6g, 人蔘 15g, 金銀花 20g, 板藍根 15g, 玄蔘 10g, 甘草 3g, 大棗 2枚)을 사용하였는데 高熱에는 石膏, 梔子를 가하고 咽痛에는 蒲公英, 牛蒡子를 가하며 咳喘에는 桔梗, 杏仁을 가하고 淋巴節腫大에는 貝母, 夏枯草, 白僵蠶, 海藻를 가하며 血瘀에는 赤芍, 桃仁을 가하였다. 22例에서 모두 치료되었고 그중 19例는 7일 이내에 치료되었다.

(5) 生脈飲

雷慧敏¹²⁾은 生脈飲加減(丹蔘, 知母, 鈞鈞藤, 麥門冬, 五味子, 紅花, 桃仁, 生石膏, 水牛角粉, 地骨皮, 靑黛)을 重證 전염성 단핵구증에 사용하여 치료하였다.

(6) 清化湯

毛玉香²⁹⁾은 清化湯加減(當歸, 桃仁, 丹蔘, 莪朮, 牡丹皮, 靑黛, 蚤休, 紫草, 黃芩, 甘草)을 사용하였다. 12例를 치료하여 4例는 3일 후 체온이 정상이 되었고 11例는 1주일 후 체온이 정상이 되었다.

(7) 涼膈散

鄧年春³⁰⁾은 涼膈散加減(大黃, 香薷, 蚤休, 各 6g, 黃芩, 連翹, 金銀花 各 9g, 淡竹葉, 梔子 各 12g, 靑蒿, 板藍根 各 15g)을 사용하였는데 皮疹에는 荊芥, 防風를 가하고 咳嗽에는 杏仁, 紫菀을 가하였다. 45例를 치료하여 13例는 顯效(24시간내 증상소실, 체온회복, 1주일 후 임파절종대 소실, 1개월 내에 재발이 없는 경우), 27例는 有效하였다.

(8) 清瘟敗毒飲

虞堅爾³¹⁾은 清瘟敗毒飲加減(石膏, 知母

黃連, 黃芩, 梔子, 甘草, 水牛角粉, 生地, 赤芍, 牡丹皮, 玄蔘, 連翹)을 사용하였는데 咽喉腫痛이 甚하면 射干, 山豆根, 公英을 가하고 淋巴節腫大에는 夏枯草, 生牡蠣를 가하며 肝脾腫大에는 茵陳, 鬱金을 가하고 咳嗽痰多(或喘)에는 麻黃, 杏仁, 桑白皮를 가하였다. 30例를 치료하여 全癒가 20例, 顯效가 6例, 有效가 3例, 無效 1例로 나타났다.

(9) 銀翹白虎湯

葛安霞³²⁾은 銀翹白虎湯加味(金銀花, 連翹, 大青葉, 天花粉, 蘆根 各 10g, 生石膏 15g, 知母, 梔子, 僵蠶, 桔梗, 甘草 各 6g)을 사용하였는데 咳嗽가 頻하면 麻黃, 杏仁, 桑白皮, 浙貝母를 가하고 淋巴節(或肝脾)腫大가 甚하면 夏枯草, 益母草, 桃仁, 赤芍, 丹蔘를 가하며 皮疹에는 荊芥穗, 紫草, 黃芩을 가하고 濕蘊中阻, 苔厚膩하면 藿香, 滑石, 薏苡仁을 가하며 津傷陰虧에는 麥門冬, 五味子, 太子參, 石斛 等を 가하였다. 92例를 치료한 결과 全癒 68例, 好轉 21例, 無效 3例로 나타났다.

(10) 自擬方

- ① 褚東寧³³⁾은 褚氏方(大黃, 枳殼, 鮮地黃, 鮮石斛, 蘆根, 金銀花, 連翹, 大青葉, 淡竹葉, 赤芍, 鬱金, 玄明粉, 紫血散)을 사용하였다. 臟氣가 通하면 大黃과 玄明粉을 去하고 牡丹皮, 蟬衣를 加하여 5劑를 연속하여 복용 후 치료되었다.
- ② 張詠梅³⁴⁾은 大青葉, 板藍根 各 20g, 連翹, 夏枯草 各 15g, 蚤休 12g, 丹蔘 5g, 桃仁, 甘草 各 9g을 사용하였다. 40例를 치료하여 顯效 16例 有效 23例 無效 1例로 나타났다.

③ 李之穎 等³⁵⁾은 本病의 辨證을 熱毒內蘊, 氣滯血瘀로 인식하고 清熱解毒, 養血活血하는 처방(靑黛 3g, 紫草 10g, 乳香 6g, 地骨皮 10g, 菊花 15g, 板藍根 10g, 牡丹皮 12g, 鮮茅根 30g(生用 15g), 生地 10g, 鷄血藤 30g, 桑白皮 15g, 薄荷 3g)을 사용하였는데 淋巴節腫大가 현저한 경우에는 夏枯草 10g, 海藻 10g, 昆布 10g, 牡蠣 15g를 가하여 軟堅散結하고 咽喉腫痛이 현저한 경우에는 牛蒡子 10g, 射干 10g, 山豆根 6g 等を 가하며 肝脾腫大인 경우는 香附子 10g, 丹蔘 10g 等を 가하고 咳嗽痰多에는 杏仁 10g, 前胡 10g, 炙百部 12g 等を 가하여 사용하였다. 75例를 치료하여 治癒 62例, 好轉 11例 未好轉 2例로 나타났다.

3. 實驗研究

1) 單味中藥藥效 研究

(1) 清熱解毒藥³⁶⁾

臨床과 動物實驗研究에 의하면 清熱解毒藥物은 人體의 免役能力을 촉진하는 동시에 항바이러스 作用이 있다는 것이 보고되었다. 그중 白花蛇舌草는 항염증 作用과 면역기능 強化作用이 있고 口과조직의 망상세포를 현저히 증식시키고 백혈구와 식세포의 탐식작용을 증강시키며, 玄蔘은 항체작용을 연장하고 黃芪는 口과세포의 轉화를 촉진하여 망상내피계의 탐식작용을 증강시키고 면역기능을 향상시키며, 金銀花液은 체외에서 건강인의 口과세포의 轉화를 촉진하고 항체생산을 촉진하며 백혈구의 탐식작용을 증강시킨다. 藥理學的 實驗研究에 따르면 金銀花, 黃芩, 黃連, 山豆根 등은 망상내피계통을 자극하여 탐식작용

을 증강시키고 蚤休, 柴胡, 藿香, 佩蘭 은 항 바이러스작용을 나타내었다.

(2) 活血祛瘀藥

活血化瘀藥은 혈액의 흐름을 개선하고 전신 혹은 국소부위의 미세순환을 개선하며 염증으로 인해 생기는 삼출물을 감소시키고 인체 면역의 안정성을 회복하고 면역이상을 조절하는 작용을 한다³⁷⁾. 桃仁, 當歸는 인체세포의 면역을 억제하여 T림파구의 광범위한 독성반응을 억제하고 여러 장기의 손상을 경감시킨다³⁸⁾.

2) 中藥新劑型 研究(注射劑, 具有吸收快, 作用迅速的優點)

(1) 清開靈注射液(牛黃, 水牛角, 珍珠母, 黃芩, 梔子, 金銀花 板藍根)

本藥은 清熱解毒涼血, 醒神開竅, 化癍祛瘀와 비교적 강력한 항감염작용과 간장보호작용, 손상된 간세포의 회복촉진, 뇌순환 개선작용을 나타낸다³⁹⁾.

李開⁴⁰⁾는 10例의 환자를 치료하였는데 退熱, 肝脾淋巴節縮小에 효과가 크고 10-40일 내에 모두 치료되었다.

(2) 雙黃連注射液(金銀花, 黃芩, 連翹)

本藥의 藥理研究에서 광범위한 항균작용이 있었는데 연쇄상구균, 폐렴, 결핵균 등이며 여러 종류의 바이러스에도 억제작용이 있었다. 인체의 면역조절기능을 자극하여 바이러스의 복제를 억제하고 인체특이의 면역기능을 증강하며 부작용은 없었다. 5-10일을 1療程으로 하여 치료하였는데 退熱, 咽部症狀 消失, 淋巴節腫大 減少, 入院其間에 있어 對照群에 비하여 현저한 차이를 나타내었다⁴¹⁾.

IV. 考 察

전염성 단핵구증은 EBV 감염에 의하여 발생되는 급성 전염성 열성 질환이다¹⁾. EBV는 Burkitt lymphoma 환자의 림프구에서 처음 발견되었으며 Double-stranded DNA virus (170KB, 분자량 100×10⁶ dalton)로서 전자현미경상 다른 herpesvirus와 구별할 수 없다. 이 바이러스는 DNA herpesvirus 중 γ -herpesvirus에 속하고 단순 포진성 바이러스와 같이 1형과 2형으로 세분류된다. 이 바이러스의 감염병은 병인적 역할과 연관성이 있다. 최초의 중앙 발생 바이러스로 알려진 EB 바이러스의 감염과 관계되는 질환에는 전염성 단핵구증, Burkitt lymphoma, 비인두암, 위림프상피종 및 림프증식질환 등이 있다³⁾.

EBV 감염은 전세계적으로 흔하여 대부분의 사람들이 성인이 되면 항체를 지니게 되고, 역학적으로 EBV 감염 발생은 경제적 여건, 위생 상태, 지리적 위치에 따라 차이를 보이며, 개발 도상 국가에서는 생후 3세가 되면 거의 모든 소아가 항체를 지니고 있어, 전형적인 전염성 단핵구증 환자를 볼 수 없으나, 선진국에서는 연령이 증가하면서 서서히 항체 보유율이 증가하여 성인에 이르러서 거의 모두가 항체 양성이 된다^{42,43)}. 한국에서는 5세까지 이미 대부분의 소아가 항체를 가지고 있어 전형적인 전염성 단핵구증 환자는 드물고, 소아기의 초회 감염은 대부분 증상이 없거나 가볍게 경과하지만 그 후 평생을 통하여 바이러스의 지속적인 증식 상태와 인체의 세포성, 체액성 면역 상태와의 균형에 따라 감염이 진행된다³⁾.

EBV 감염은 주로 감염 환자의 타액 분비물에 의하여 전파되므로 이 분비물과의 밀접한 접촉에 의하여 확산될 수 있고, 드물게 수

혈에 의해서도 감염되며, 잠복 감염 상태의 정상 소아와 성인에서 간헐적으로 활성화되어 지속적으로 배출된다⁴⁴⁾.

17-25세에서 초회 감염(primary infection)이 일어나는 경우에는 약 50%에서 임상 증상을 동반하나, 사춘기 이전의 소아에서는 증상이 없거나 가벼운 수가 많다. 선진국이나 생활 수준이 높은 사회에서 어린 소아기에 초회 감염을 거치지 않고 사춘기가 되어 초회 감염이 걸리는 경우가 많아, 생활 수준이 높은 선진국의 청장년에서 빈도가 높다^{45,46)}.

본병은 잠복기가 30-50일인 급성 자율성 질환(self-limiting disease)이며, EBV의 초회 감염에 의한 림프증식 질환이다⁴¹⁾. 주로 발열(38-40°C), 권태감, 식욕부진, 인후통(sore throat), 오한, 두통, 복통 등을 호소하며, 그 밖의 증상으로 90%이상에서 전신의 림프절 비대 소견이 보이며 주로 경부 림프절을 침범하고⁴⁷⁾, 50-60%에서 비장 비대가 나타나며, 드물게는 비장이 터져 출혈, 쇼크 및 사망까지 이르게 되고, 발병 첫 주에 나타나는 회백색의 막(grey-white membrane)과 인두부종창 및 편도비대를 동반하는데 첫 주에 입천장에 점상 출혈이 나타나기도 하고⁴⁸⁾, 3-15%에서는 연한 홍역양 발진이 24-48시간 지속되다가 소멸되며, ampicillin을 투여 받은 환자의 80%에서 나타나는데 이것은 ampicillin에 대한 특이 항체가 생겨 피부 세동맥 내에 면역 복합체를 생성한 후 침착되어 나타나는 것으로 보이며, 안와 주위 부종(periorbital edema)은 흔히 발병초기에 나타나서 간혹 신장염으로 오인되는 수도 있고, 간비대는 10-15%에서 오며, 간세포 손상으로 인하여 대개 간 효소치의 상승은 80% 이상에서 발병 2-3주경에 나타나 발병 5주경에 정상으로 되며 이중 약 5-25%에서는 빌리루빈치도 상승한다³⁾.

대부분의 경우 양성으로 완전히 회복되지만 때로는 합병증이 나타나기도 한다. 제일 중한 합병증은 비장파열이며 자연적으로 또는 외상 후에 파열되어 심한 복통을 동반한다. 발병 2주 내에 주로 발생되나 매우 드물다. 신경계 합병증으로 수막염, 뇌염, Guillain-Barre 증후군이 나타날 수 있고 심근염 및 간질성 폐렴, 혈액학적 합병증인 용혈성 빈혈, 혈소판 감소성 자반증 및 재생 불량성 빈혈, 극심한 편도 비대, 아데노이드, 목젖, 후두부 종창으로 인하여 기도 폐쇄가 일어날 수 있다. 기타로 채장염, 이하선염, 고환염 및 Reye 증후군이 나타나며 드물지만 지속적, 중증 또는 치명적 감염으로 사망에 이르는 경우도 있다³⁾.

소아에서의 전염성 단핵구증은 이러한 전형적인 증세를 나타내지 않는 수가 많고, 어린 소아의 경우 증상은 대개 경미하여, 비특이적이어서 주의를 끌지 못하는데, 편도 인후염 또는 장기간의 발열이 나타나고, 때에 따라서는 림프절종대가 나타날 수 있으나, 2세 미만의 어린 소아에서는 대부분 EBV의 초감염인지 모르게 지나가며, 유증상 감염에서는 발진이 더 심하고, 호중구 감소증, 혈소판 감소증, 기도 폐쇄 및 중추 신경계 증상이 성인에서보다 흔히 일어난다³⁾.

전염성 단핵구증을 진단하기 위한 많은 검사방법이 있는데 발병 초 2주 동안 백혈구 증가를 보이는데($15-25 \times 10^3/\mu l$), 이 가운데 50%는 림프구이며, 약 20%는 비정상적 모양을 나타낸다. 이러한 비정형 림프구는 cytomegalovirus, hepatitis, toxoplasmosis, roseola, rubella 바이러스 감염, 결핵, 마이코플라스마 감염 때에도 나타나지만, 전염성 단핵구증 때처럼 많지는 않다. 형태학적으로 비정형 림프구는 정상 림프구보다 크며(지름:10-20 μm), 액포성 세포질(vacuolated cytoplasm)과 길쭉

하고 함입된 핵(elongated, indented nucleus)에 굵은 염색질이 나타난다. 또한 양의 적혈구를 응집시키는 이중 항체 반응을 검사한다. 말의 적혈구를 이용하면 양의 적혈구를 이용할 때보다 민감도가 증가하여 발병 초기나 말기에 낮은 혈청치를 보일 때 도움이 된다. 이중 항체가 나타나는 기간이 짧으므로 반복 검사가 필요한 경우가 있다. Monospot test는 신빙성이 있는 간편한 슬라이드 검사법이다. 4세 이하의 소아에서는 항체가 낮아서 검사가 양성으로 나타나지 않는 수도 많다³⁾.

임상적으로 EBV 감염이 의심되나 전형적 비전형 림프구 소견이 없거나 이중항체 반응이 음성일 경우에는 EBV에 대한 특이 항체 검사를 실시하여 진단할 수 있다^{49,50)}. EBV 특이 항원에 대한 항체검사는 네가지로 나뉘는데 첫째 Viral capsid antigen(VCA)에 대한 IgG 항체는 발병 초에 나타나며, 이미 최고치를 보인다. 항체는 평생 동안 지속된다. 둘째 Viral capsid antigen(VCA)에 대한 IgM 항체로 매우 의미 있는 진단적 가치가 있으나, 혈청 내의 rheumatoid 인자에 의하여 가양성(false positive)이 나올 수 있다. 항체의 지속 기간은 몇 개월이다. 셋째 Early antigen complex(EA)는 R(restricted)와 D(diffuse)의 두 성분으로 따로 측정되기도 한다. 바이러스 증식과 연관이 있으며, 감염 초기부터 나타나기 시작하여 6개월 내지 수년 후에 사라진다. 넷째 EB nuclear antigen(EBNA)에 대한 IgG 항체인데 잠복 감염 항원으로 이 항체가 가장 늦게(증상 시작 후 3-4개월) 나타나 영구히 지속되기 때문에 이 항체의 존재 여부에 따라 EBV의 초회 감염과의 감별 및 발생 시기를 알 수 있다⁵¹⁾.

전염성 단핵구증에 대한 특이적인 치료는 없고 증상에 따른 지지요법이 필요하다. 적당

한 수분공급, 비스테로이드성 항염증제 또는 Acetaminophen, 그리고 咽喉 錠劑 또는 스프레이를 포함한다²⁾.

기도 폐쇄, 혈소판 감소증, 용혈성 빈혈, 경련 및 지속적인 발열 등의 합병증이 있는 경우 스테로이드(prednisone)를 투여하면 증상이 완화될 수 있다⁴⁷⁾. 그러나 합병증이 없는 경우에는 이 치료를 행하지 말아야 한다⁵²⁾. 그리고 초기에는 고용량의 acyclovir를 투여하여 EBV의 증식을 차단하여 증상을 완화시키는 시도가 가능하다. 잠복된 EBV를 없앨 수 없어 궁극적인 치료는 기대할 수 없으며, 스테로이드를 투여할 경우 acyclovir를 병용 투여하면 단독 투여 한 경우보다 효과적일 수 있을 것이라는 가설 또한 확실한 유의성은 없다⁵³⁾.

증상은 몇 주간 지속되며, 소실된 후에도 체온은 지속적으로 상승하기도 한다. 대부분의 환자는 피로감과 쇠약감은 호소하며, 회복되는데 몇 주간이 필요하다. 때로는 이상성인 임상 결과를 따른다³⁾.

韓醫學的으로 本病은 傳染性, 流行性 그리고 發熱의 特徵을 根據로 하여 불 때 “溫病”, “溫疫”의 範疇에 속하고 심각한 咽喉炎, 淋巴節縱帶, 肝腫大 등의 臨床症狀를 根據로 하여 불 때 “喉痺”, “痰核”, “癰癤”, “癥積”의 病證과 유사하다⁴⁾. 中國에서는 “傳染性單核細胞增多症”이라고 하여 이에 대한 연구가 1980年代 以後 持續的으로 이어져 現在까지 이르고 있으나 國內의 研究는 아주 미미한 실정이다.

이에 著者는 전염성 단핵구증에 관한 韓醫學的 治療에 있어 中醫學 文獻을 中心으로 最近의 研究를 조사한 결과 基礎, 臨床, 實驗研究의 3가지로 要約할 수 있었다. 基礎研究는 病因病機와 治則治法의 研究로 분류하였다. 病因病機는 7가지로 分類하여

첫째, 熱毒, 疫毒이 인체로 侵犯하여 症狀을 惹起하는 것으로 趙⁵⁾, 劉⁶⁾, 王 등⁷⁾은 治療方法이 進行樣相에 따라 달랐지만 原因은 同一하였다. 둘째, 安 등⁸⁾은 小兒의 生理的 特徵을 根據로 하여 風熱邪毒을 原因으로 파악하였고 熱, 毒, 痰, 瘀가 病理變化의 주요한 要因이 된다고 인식하였다. 셋째, 韓⁹⁾은 季節的 流行性을 바탕으로 熱邪 혹은 燥邪로 인하여 發病됨을 인식하였다. 넷째, 陳¹⁰⁾은 外感風邪로 인해서 熱毒內生하거나 外感寒邪로 인해서 化熱入裏한 것으로 인식하였다. 다섯째, 韓¹¹⁾은 外感風熱의 邪氣 혹은 평소 陰虛한 體質이 熱邪가 蓄積된 경우에 이와 동시에 穢濁時毒을 받아들여서 발생한다고 인식하였다. 여섯째, 雷¹²⁾은 重症 患兒의 경우 邪氣가 盛하고 正氣가 虛하여 陰津이 涸竭되어 肺의 化源이 끊어지려는 상태를 原因으로 인식하였다. 일곱째, 羅⁴⁾은 小兒의 形氣가 充實하지 못하여 溫熱邪毒이 이러한 虛弱을 틈타서 人體로 들어와 발생된다고 인식하였다. 이상을 종합하여 보면 실제적인 外邪 즉 EBV에 대한 解釋의 差異라고 할 수 있으며 이후 病理變化의 內容은 急慢性의 區分이 있을 뿐 비슷한 內容을 언급하고 있었다. 治則治法 研究는 清熱解毒法¹⁰⁾, 解毒養陰法⁹⁾, 解毒通瘀法⁶⁾, 化痰散結法¹³⁾로 조사되었다.

臨床研究는 藥物治療의 두가지 傾向인 辨證論治와 專藥專方研究으로 分類하였다. 辨證論治研究는 크게 세가지로 구분되는데 韓醫學的 理論에 바탕을 둔 觀點, 西洋醫學的 觀點, 疾患의 進行狀況 및 時期의 觀點으로 區分하였다. 특히 韓醫學的 理論에 바탕을 둔 觀點은 營衛氣血, 暑溫, 活血化瘀 등으로 나타났다. 溫病의 기본 辨證인 營衛氣血 및 三焦辨證을 基礎로 하여 師¹⁴⁾은 邪犯肺衛型, 氣營熱盛型, 陰虛遺熱型으로 分類하여 치료

에 임하였고, 賀¹⁵⁾는 發病初期, 熱入氣營, 恢復期로 分類하여 치료에 임하여 유의한 效果를 나타내었으며, 羅⁴⁾은 邪在衛分, 邪在氣分(熱毒熾盛, 濕熱蘊結, 痰熱流注), 熱灼營陰으로 分流하여 치료하였다. 羅¹⁶⁾는 溫病의 分類 중 하나인 暑溫으로 인식하여 暑熱과 濕熱의 두가지로 나누어 치료하였다. 盧¹⁷⁾는 活血化瘀法을 爲主로 하고 清熱解毒藥을 추가하여 사용한 治驗例를 보고하였으며 張¹⁸⁾은 清熱解毒, 祛痰散瘀하는 黃芩, 黃連, 牛蒡子, 元蓼, 白僵蠶, 山慈姑, 赤芍, 牡丹皮 各 10g, 連翹 15g, 板藍根 25g, 夏枯草 20g의 處方을 사용하여 우수한 結果를 보고하였다. 唐¹⁹⁾은 西洋醫學의 臨床分類 즉 疾病의 進行段階와 侵犯된 臟器에 따라 7가지 즉 發熱型, 腺腫型, 咽峽炎型, 肺炎型, 肝炎型, 腦炎型, 腎炎型으로 分類하여 치료한 結果 양호한 效果를 얻었다. 曲²⁰⁾은 急性熱證期, 熱戀陰傷期, 恢復期의 3기로 나누어 治療하였고, 李²¹⁾과 張²²⁾은 氣營兩燔, 陰虛邪戀, 痰瘀互結의 3型으로 나누어 치료하였으며, 鄺²³⁾은 熱毒致盛型(初, 中期發熱期), 痰熱互結型(後期)의 2기로 나누어 治療하였다. 이상을 종합해 볼 때 症狀의 變化에 따른 辨證論治는 有效한 治療의 基本的 概念이라고 생각할 수 있다.

단일처방으로 접근하는 專藥專方은 普濟消毒飲²⁴⁾, 清營湯^{25,26)}, 益氣散結湯²⁷⁾, 小柴胡湯²⁸⁾, 生脈飲¹²⁾, 清化湯²⁹⁾, 涼膈散³⁰⁾, 清瘟敗毒飲³¹⁾, 銀翹白虎湯³²⁾ 등이 있었고 스스로 製作한 處方³³⁻³⁵⁾도 있었다. 주로 清熱解毒, 祛痰散瘀의 治法이 基本이 되고 症狀에 따른 加減을 爲主로 하여 處方을 選擇하였다.

實驗研究는 中國內에서 進行되고 있는 두 分野인 單味中藥藥效와 中藥新劑型 研究로 分類하였다. 單味中藥藥效는 清熱解毒藥(白

花蛇舌草, 玄參, 黃芪, 金銀花, 黃芩, 黃連, 山豆根, 蚤休, 柴胡, 藿香, 佩蘭 등)과活血祛瘀藥(桃仁, 當歸 등)을 爲主로 하여 進行되고 있으며, 淸熱解毒藥은 人體의 免疫力 強化와 항바이러스 效果에 中點을 두고 있고³⁶⁾, 活血祛瘀藥은 循環改善을 통한 損傷部位의 毒性反應 弱화³⁷⁾와 治癒能力³⁸⁾에 中點을 두고 있었다. 中藥新劑型은 淸開靈注射液은 淸熱解毒涼血, 醒神開竅, 化瘀祛瘀와 비교적 強力한 抗感染作用과 肝臟保護作用, 損傷된 肝細布의 恢復促進, 腦循環 改善作用을 나타내었고^{39,40)}, 雙黃連注射液은 藥理研究에서 廣範圍한 抗菌作用과 항바이러스作用이 있었고 臨床에서 退熱, 咽部症狀 消失, 淋巴節腫大 減少, 入院其間에 있어 對照群에 比하여 현저한 差異를 나타내었다⁴¹⁾. 이상으로 볼 때 實驗室內에서의 研究는 臨床診療에 대한 基礎로서 疾患 接近의 바탕을 이루는 것으로 處方의 藥理作用을 가늠해 보는 指標로서의 役割과 基本方에 單味를 加減하는 具體的인 根據로서 活用될 수 있으리라 생각된다.

현재 전염성 단핵구증의 國內 臨床報告는 全無한 常態이므로 中醫學的 治療의 內容을 參考로 하여 研究된 著者의 論文이 基礎的 資料로 活用되기를 기대하며 향후 傳染性 疾患 특히 바이러스성 疾患에 대한 韓醫學的인 多樣한 接近이 이루어져야 할 것으로 생각되며 溫病에 대한 보다 심도있는 研究를 통한 資料가 臨床診療에 活用될 수 있는 方案에 대하여 적극 검토해야 할 것으로 생각된다.

V. 結 論

전염성 단핵구증에 관한 韓醫學的 治療에 있어 中醫學 文獻을 中心으로 最近의 研究 方向과 結果를 基礎, 臨床, 實驗研究로 分類하여 調査한 結果 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 基礎研究는 病因病機는 熱毒(疫毒), 風熱邪毒, 熱邪(燥邪), 外感風邪(寒邪), 外感風熱(陰虛, 穢濁時毒), 邪盛正虛, 濕熱邪毒 등으로 分類되었고, 治則治法 研究는 淸熱解毒法, 解毒養陰法, 解毒通瘀法, 化痰散結法로 調査되었다.
2. 臨床研究는 辨證論治는 韓醫學的 理論에 根據한 營衛氣血, 暑溫, 活血化瘀, 西洋醫學의 分類, 時期 등으로 分類되었고, 專藥專方은 普濟消毒飲, 淸營湯, 益氣散結湯, 小柴胡湯, 生脈飲, 淸化湯, 涼膈散, 淸瘟敗毒飲, 銀翹白虎湯, 自擬方 등을 治療에 使用하였다.
3. 實驗研究는 單味中藥藥效는 淸熱解毒藥, 活血祛瘀藥을 爲主로 進行되었고, 中藥新劑型은 淸開靈注射液, 雙黃連注射液 등을 使用하였다.

參考文獻

1. Bailey RE. Diagnosis and treatment of infectious mononucleosis. Am Fam Physician. 1994;49:879-8.
2. Mark H. ebell. Ebstein-Barr Virus In-

- fectious Mononucleosis. Am Fam Physician. 2004;70:1279-87.
3. 홍창익. 소아과학. 서울:대한교과서(주). 2001:471-3.
 4. 羅笑容. 兒科專病中醫臨床診治. 北京:人民衛生出版社. 2000:482.
 5. 趙政. 中醫辨證分型治療小兒傳染性單核細胞增多症23例的療效分析. 中醫雜誌. 1981;22(3):26-8.
 6. 劉力戈. 中藥治療傳染性單核細胞增多症123例療效觀察. 中醫雜誌. 1996;37(7):422-3.
 7. 王春蓮, 侯林毅, 李素亭. 清熱解毒法治療小兒傳染性單核細胞增多症150例. 中醫雜誌. 2004;45(2):126.
 8. 安效先. 中國當代中醫專家臨床薈萃(二), 傳染性單核細胞增多症. 北京:學苑出版社. 1996:281.
 9. 韓仲義. 371例傳染性單核細胞增多症的辨證施治. 河北中醫. 1986;8(2):13.
 10. 陳丹. 中藥治療小兒傳染性單核細胞增多症27例. 中醫雜誌. 1988;29(6):46-7.
 11. 韓貴清. 傳染性單核細胞增多症58例臨床分析. 中醫雜誌. 1989;30(11):30.
 12. 雷慧敏. 辨證治療重症傳染性單核細胞增多症體會. 天津中醫. 1992;(4):31.
 13. 安效先, 劉長虹. 小兒傳染性單核細胞增多症87例分析. 中國醫藥學報. 1994;9(1):25-6.
 14. 師群. 中西醫結合治療小兒傳染性單核細胞增多症50例. 中國中西醫結合雜誌. 1992;(5):307-8.
 15. 賀金安. 中西醫結合治療傳染性單核細胞增多症37例. 現代中西醫結合雜誌. 2001;10(18):1782-3.
 16. 羅標石. 傳染性單核細胞增多症的辨證論治. 江西中醫藥. 1981;(3):22-5.
 17. 盧偉. 活血化痰爲主治療傳染性單核細胞增多症44例. 中西醫結合雜誌. 1989;9(4):233.
 18. 張偉. 清熱解毒,祛痰散結法治療小兒傳染性單核細胞增多症19例. 中醫藥信息. 2003;20(4):26.
 19. 唐化勇. 清瘟敗毒飲治療傳染性單核細胞增多症10例. 浙江中醫雜誌. 1985;(1):13.
 20. 曲春華. 辨證治療小兒傳染性細胞增多症30例. 中醫雜誌. 1990;31(10):49.
 21. 李奮華. 辨證治療小兒傳染性單核細胞增多症36例療效觀察. 新中醫. 1998;30(5):16-8.
 22. 張薇. 辨證治療小兒傳染性單核細胞增多症36例. 山西中醫. 1999;15(5):12-3.
 23. 鄺新華. 清熱解毒活血化痰治療小兒傳染性單核細胞增多症45例. 湖南中醫藥導報. 2000;6(3):27-8.
 24. 錢琳. 普濟消毒飲加減治療傳染性單核細胞增多症. 浙江中醫雜誌. 1985;(1):13.
 25. 谷欣欣. 谷振聲治療傳染性單核細胞增多症經驗. 浙江中醫雜誌. 1987;(3):105.
 26. 朱慧華. 清營湯加味治療小兒傳染性單核細胞增多症28例療效觀察. 河北中醫. 2001;23(8):571-3.
 27. 陳秋實. 自擬益氣散結湯治療傳染性單核細胞增多症. 中醫信息. 1989;(4):36.
 28. 郭路南. 小柴胡湯治療小兒傳染性單核細胞增多症. 浙江中醫雜誌. 1990;(5):206.
 29. 毛玉香. 自擬清化湯治療傳染性單核細胞增多症. 河北中醫. 1994;16(4):18.
 30. 鄧年春. 中藥治療傳染性單核細胞增多

- 綜合症45例. 天津中醫. 2001;18(2):22.
31. 虞堅爾. 清瘟敗毒飲加減治療小兒傳染性單核細胞增多症. 上海中醫藥雜誌. 2000;(6):24-5.
32. 葛安霞. 銀翹白虎湯爲主治療傳染性單核細胞增多症療效觀察. 中國中醫急症. 2003;12(1):19,96.
33. 褚東寧. 傳染性單核細胞增多症治驗. 浙江中醫雜誌. 1986;(9):421.
34. 張詠梅. 中藥治療小兒傳染性單核細胞增多症40例. 中國中西醫結合雜誌. 2000;7(5):299.
35. 李之穎, 楊連元. 中藥治療小兒傳染性單核細胞增多症臨床觀察. 北京中醫藥大學學報. 2002;25(4):66-7.
36. 鄧文龍. 清熱解毒,活血化癥及其合用的抗感染療效原理研究. 中藥通報. 1985;10(2):37.
37. 張問渠. 論活血化癥. 北京:中國環境科學出版社. 1989:14.
38. 翁維良. 血癥證及活血化癥中西醫結合研究新進展. 中西醫結合雜誌. 1987;7(3):190.
39. 曾淵華, 黃瑞琴. 清開靈注射液臨床應用近況. 中成藥. 1995;17(3):19-21.
40. 李開. 清開靈注射液治療傳染性單核細胞增多症(瘟毒)10例. 北京中醫學院學報. 1992;(2):53-4.
41. 喻樹珍, 陳申義. 雙黃連治療兒童傳染性單核細胞增多症. 中國中醫急症. 1997;6(1):29.
42. Henke CE, Kurland LT, Elveback LR. Infectious mononucleosis in Rochester, Minnesota, 1950 through 1969. *Am J Epidemiol* 1973;98:483-90.
43. Fry J. Infectious mononucleosis: some new observations from a 15-year study. *J Fam Pract* 1980;10:1087-9.
44. Andersson JP. Clinical aspects of Epstein-Barr virus infection. *Scand J Infect Dis Suppl* 1991;80:94-104.
45. Van Cauwenberge PB, Vander Mijnsbrugge A. Pharyngitis: a survey of the microbiologic etiology. *Pediatr Infect Dis J* 1991;10(10 suppl):S39-42.
46. Candy B, Chalder T, Cleare AJ, Wessley S, White PD, Hotopf M. Recovery from infectious mononucleosis: a case for more than symptomatic therapy? A systematic review. *Br J Gen Pract* 2002;52:844-51.
47. Hoagland RJ. Infectious mononucleosis. *Prim Care* 1975;2:295-307.
48. Aronson MD, Komaroff AL, Pass TM, Ervin CT, Branch WT. Heterophil antibody in adults with sore throat: frequency and clinical presentation. *Ann Intern Med* 1982;96:505-8.
49. Bruu AL, Hjetland R, Holter E, Mortensen L, Natas O, Petterson W, et al. Evaluation of 12 commercial tests for detection of Epstein-Barr virus-specific and heterophile antibodies. *Clin Diagn Lab Immunol* 2000;7:451-6.
50. Elgh F, Linderholm M. Evaluation of six commercially available kits using purified heterophile antigen for

the rapid diagnosis of infectious mononucleosis compared with Epstein-Barr virus-specific serology. *Clin Diagn Virol* 1996;7:17-21.

51. Grotto I, Mimouni D, Huerta M, Mimoumi M, Cohen D, Robin G, et al. Clinical and laboratory presentation of EBV positive infectious mononucleosis in young adults. *Epidemiol Infect* 2003;131:683-9.
52. Epstein-Barr virus and infectious mononucleosis. Accessed online August 16, 2004, at: <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/ebv.htm>.
53. Tynell E, Aurelius E, Brandell A, Julander I, Wood M, Yao QY, et al. Acyclovir and prednisolone treatment of acute infectious mononucleosis: a multicenter, double-blind, placebo-controlled study. *J Infect Dis* 1996;174:324-31.