

고열, 발진을 동반하는 전신형(systemic) 소아기 류마티스 관절염(juvenile rheumatoid arthritis; JRA) 환자 증례 1례 보고

유창길 · 이윤주

유창길 한의원

Abstract

A Case Report of Systemic Type Juvenile Rheumatoid Arthritis with Fever and Eruption

Yoo Chang Kil, Lee Yun Ju

Yoo Chang Kil Oriental Clinic

Objectives

This study is to report a case that has an important meaning as a result of treating Juvenile Rheumatoid Arthritis. We investigated a patient who had to maintain his life with western medicines such as DMARDs, NSAIDs and steroids for a long time. The patient has recovered from all symptoms and his ESR, CRP has been back to normal range with oriental medicine treatment.

Methods

The patient had fever, especially repeated fever during the afternoon, pain and swelling of joints, generalized skin eruption, anorexia, delayed growth, weight loss, fatigue. So we treated him with herbal medicine and reduced his western medicine. The aim of treatment was recovery from Juvenile Rheumatoid Arthritis after discontinuance of all western medicine.

Results

The symptoms of systemic type Juvenile Rheumatoid Arthritis was vanished and the patient maintains his condition with oriental medicine treatment after stopped all DMARDs such as MTX(methotrexate) and NSAIDs. His ESR and CRP levels were back to the normal range. After this treatment the patient's height and weight has been increased which showed a significant meaning in growth to the child.

Conclusions

This study showed that oriental medicine can elevate the Juvenile Rheumatoid Arthritis patient's quality of life with continuous health care and treatment for major problem. For more accurate studies, further studies would be needed with more cases.

Key words : Juvenile Rheumatoid Arthritis, Systemic type Juvenile Rheumatoid Arthritis, Oriental medicine treatment

I. 緒 論

소아기 류마티스 관절염은 만 16세 이하의 소아에게 발생하는 류마티스 관절염으로, 소아기에 가장 흔한 류마티스 질환 중 하나이며, 관절의 장단기간 기능 장애를 유발하는 중요한 만성 질환이다. 이 질환은 하나의 질병이라기보다는 동반되는 증상에 따라 만성 염증성 관절염의 다양한 형태로 설명될 수 있는데, 소아기 류마티스 관절염은 성인에서 볼 수 있는 류마티스 관절염과는 원인, 병의 경과 및 예후 등 여러 가지 면에 있어서 차이가 있기 때문에 소아기라는 말이 붙어있다.

소아기 류마티스의 진단은 주로 임상소견으로 이루어지므로, 검사 소견은 보조적으로 사용된다. 주요 증상으로는 6주 이상 지속되는 관절통, 발열, 발진, 임파선 종대, 간이나 비장 종대, 홍채염, 장막염 등의 증상이 나타날 수 있다¹⁾. ILAR(International League of Associations for Rheumatology; 국제류마티스학회)에서는 소아기 류마티스 관절염을 7가지로 분류하였는데, 16세 미만의 소아에서 6주 이상 지속되는 관절염이 있으면서, 특징적인 발열이 있고 발진, 임파선 종대, 간 및 비장종대, 장막염 중에서 한 가지 이상이 있는 경우를 전신형(systemic) 소아기 류마티스 관절염(JRA)으로 정의하였다¹⁻³⁾. 본 증례의 소아 환자의 경우, 이 분류 기준에 의해 전신형(systemic) 소아기 류마티스 관절염(juvenile rheumatoid arthritis; JRA)으로 진단할 수 있다.

현대의학적 치료는 관절강내 스테로이드 주사요법을 제한된 관절 질환 치료를 위해 이용하거나 저용량의 methotrexate, 항말라리아 제제, 주사용과 경구 Gold, Sulfasalazine, D-Penicillamine 등의 Disease-modifying antirheumatic

drugs(DMARDs)를 사용하는 경우도 있으며, 최근에는 tumor necrosis factor를 억제시키는 etanercept(TNF- α 에 대한 단클론 항체)도 사용되고 있고, 자가 골수 이식도 조심스럽게 시행되고 있다¹⁾.

한의학에서 류마티스 관절염은 筋骨, 肌肉, 肢體, 關節에 疼痛, 痲木, 腫脹, 屈伸不利, 關節의 強直性 變形 등을 초래하는 ‘痺症’과 ‘歷節風’의 개념과 연관지어 볼 수 있다⁴⁾. 그러나 소아기 류마티스 관절염은 고열, 피부 발진 및 기타 동반되는 임상 증상이 다양하기 때문에, 기존의 ‘痺症’과 ‘歷節風’의 개념에 국한해서만 치료를 하기에는 부족한 부분이 많은 것을 알 수 있었다.

소아기 류마티스성 관절염에 대한 한의학적 치료는 최⁵⁾에 의해 보고된 적이 있으나, 아직까지는 이 질환에 대한 한의학적 증례 보고 사례는 많지 않다.

이에 저자는 양방 병원에서 소아기 류마티스 관절염으로 진단받고 면역억제제인 MTX(Methotrexate)와 비스테로이드성 항염증제를 포함한 기타 약물을 복용해 오던 중, 본원에 내원하여 小柴胡湯 合 四苓散을 위주로 치료한 환자 1례를 경험하고, 유의하게 호전되는 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 證 例

1. 환자

박○○ (M/4)

2. 진단명

소아기 류마티스 관절염(전신형)

3. 주소증(C/C)

- ① 관절 통증 및 부종, 열감: 양 족배부, 양 수지 근위지절, 양 슬관절부
- ② 발열(주기적)
- ③ 피부의 발진 및 소양감: 둔부, 안면부, 사지 체간부

4. 진단시기

2008년 5월 22일(울산 모 종합병원에서 확진받음)

5. 과거력

아토피성 피부염(3년전부터)

6. 가족력

None of specific

7. 현병력

상기 환자는 2008년 초부터 간혹 다리가 아프다고 부모에게 호소하였으나, 부모는 이를 성장통으로 인식하고, 인근 한의원에서 테이핑 치료를 받은 후 호전되었다. 2008년 3월부터 유치원에 다니기 시작하였는데, 아침마다 유치원에 가기 싫다는 표현을 부모에게 자주 하였다. 그러던 중, 2008년 5월 21일에 양 족배부로 모기물린 것처럼 붉은 발진이 일어나면서 고열이 발생하고, 슬관절 및 족배부 통증으로 갑자기 보행을 하지 못하는 상태가 되었다. 2008년 5월 22일 울산 모 종합병원에서 종합 검사를 시행한 후, 혈액 검사 결과를 고려한 임상 증상을 종합하여 소아기 류마티스 관절염으로 진단을 받고 바로 입원하였는데, 25일의 입원 기간 동안 약물 복용을 하면서 면역억제제를 3회 주사로 투여받았고, 퇴원 후 약물 복용을 하며 1주일에 1번씩 외래 통원하면서 약물 치료와 면역억제제 주사 치료를 지속

하던 중, 본원에 내원하였다.

8. 초진시 소견

- 1) 초진일 : 2008년 7월 9일
- 2) 초진시 신장: 109.6cm
- 3) 초진시 체중: 19.2kg
- 4) 소아기 류마티스 관절염의 특징적 소견: 부종 및 열감을 동반한 관절통. 오후 4-5시 이후부터 시작되는 주기적 발열(38°C-40°C). 전신 피부 발진(체간 및 근위부, 안면, 사지부)
- 5) 소화기계: 식욕 부진. 라면을 포함한 밀가루 음식과 유제품을 선호하는 식성.
- 6) 호흡기계: 양호
- 7) 수면 : 야간 한열왕래, 도한, 발열로 수면 상태 불량함.
- 8) 汗出: 오후 4-5시 이후부터 발열 시작과 함께 나타나며, 수면 중에 盜汗 후 체온 내림.
- 9) 舌 : 설첨부 적색. 표면 滑舌.
- 10) 渴 : 口渴, 多陰水
- 11) 腹診 : None of specific.

9. 검사 소견

본원의 한방 치료 시작 후에도 매일 1회 환아가 진료를 받고 있었던 서울 소재 S 대학병원에서 가급적 매일 1회 혈액검사를 시행하였다. ESR 과 C-반응 단백 수치는 다수 관절형 또는 전신형 소아기 류마티스 관절염의 추적 관찰에 유용하며, 약물의 치료적 효과를 평가하는 의미로서 사용된다¹⁾.

- 1) 2008년 6월 30일 검사소견
 - ① CBC and Diff. Count
 - WBC($12.86 \times 10^3/uL$) RBC($3.60 \times 10^6/uL$) HGB(850g/dL) HCT(25.80%) MCV(71.80 fl) MCH(23.70 pg) MCHC(33.00 g/dL) PLT($577 \times$



Fig. 1. The eruption of face at the first visit(2008.7.9.)



Fig. 2. The eruption of hip at the first visit(2008.7.9.)



Fig. 3. The rash and swelling of hand joints at the first visit(2008.7.9.)



Fig. 4. The eruption of feet at the first visit (2008.7.9.)

$10^3/\mu\text{L}$ NEUT(78.90%) LYMP(13.60%) MONO (1.90%) EOS(4.50%) BASO(0.10%) LUC(0.90 %) MPV(6.80fl)

② ESR: 64mm/hr

③ CRP(정량):7.63mg/dl

2) ESR, CRP 수치 변화 (Table 1)

3) 체온 변화 : 하루 중 최고 측정치 (Table 2)

10. 치료

1) 2008년 7월 10일 - 8월 6일

; 小柴胡湯合四苓散 2ch(첩)#3, t.i.d

2) 2008년 8월 7일 - 12월 11일

; 小柴胡湯合四苓散 2ch(첩)#3, t.i.d +陽毒白虎湯 1ch(첩)#1(오후 4시 1회 복용)

3) 2008년 12월 12일 - 2009년 2월 중반까지 (치료 종료)

; 小柴胡湯合四苓散 2ch(첩)#3, b.i.d

11. 양약 조절

내원 당시 환아가 복용 중이던 양약 처방은 다음과 같다. 처방 내용대로 복용하고 있는 상태에서도 발열 및 관절통을 비롯한 소아기 류

Table 1. Progress of ESR and CRP

	2008/6/30	8/25	9/19	10/19	11/19	12/17	2009/3/9
ESR(mm/hr)	64	103	77	117	103	47	2
CRP(mg/dl)	7.63	5.31	2.35	5.43	2.13	1.9	0.13

Table 2. Progress of Body Temperature

date	2008/7/11	7/17	7/21	7/23	7/28	7/29	7/30
temperature(°C)	38	38.7	38.5	39.5	38.7	38.8	38
date	2008/8/1	8/5	8/8	8/13	8/20	8/26	9/3
temperature(°C)	38	37.8	38.2	37.9	38.6	37.2	37.3
date	2008/9/8	9/12	9/19	9/26	10/1	10/9	10/17
temperature(°C)	37.4	37.7	37.9	37.6	37.8	37.7	37.6
date	2008/10/25	11/19	11/27	12/11	12/27	2009/1/30	02/28
temperature(°C)	37.4	W.N.L	W.N.L	W.N.L	W.N.L	W.N.L	W.N.L

마티스성 관절염의 증상은 변화가 없는 상태에서 본원에 내원함.

- ① 테노카프 10mg ; q.d
- ② Methothrexate 2.5mg + 2.5mg; 1회/week
- ③ 폴린정 1mg ; q.d
- ④ 아푸라스정 100mg (소화성궤양치료제); q.d

치료 시작과 함께 다음과 같은 방식으로 양약 복용량을 조절하였다.

Methothrexate는 2008년 7월 17일 복용을 마지막 복용으로 하였다. 이후 Methothrexate를 제외한 나머지 약들을 조금씩 복용량을 줄여 갔다.

(2008년 7월26일) 양약 복용량을 1/2 로 줄여서 복용 시작(단, 폴린정 1mg ; q.d는 유지함)

(2008년 7월30일) 양약 복용량을 다시 원래 복용하던 양으로 복귀.

(2008년 9월27일) 양약 복용량을 1/2 로 줄여서 복용 시작(단, 폴린정 1mg ; q.d는 유지함)

(2008년 10월5일) 양약 복용량을 1/4 로 줄여서 복용 시작(단, 폴린정 1mg ; q.d는 유지함)

(2008년 10월8일) 양약 복용을 완전 중단 시작(단, 폴린정 1mg ; q.d는 유지함)

2008년 10월 8일 이후로는, 양약 복용을 일절 안하는 상태에서, 치료 종결 시점까지 한약 복용만 하면서 유지하였다.

12. 치료 전후 키, 체중 변화

(최초진료일) 2008년 7월 9일; 109.6cm, 19.2kg

(치료종료일) 2009년 3월 9일; 112.1cm, 21.8kg



Fig. 5. Face of patient at the last visit(2009.3.9.)



Fig. 6. Hip of patient at the last visit(2009.3.9.)



Fig. 7. Hand of patient at the last visit(2009.3.9.)



Fig. 8. Feet of patient at the last visit(2009.3.9.)

Ⅲ. 考 察

소아기 류마티스 관절염은 소아 연령대에 가장 흔하게 발생하는 류마티스 질환으로, 만성 염증성 관절염의 다양한 형태로 나타난다. 일반적인 성인에게 발생하는 류마티스 관절염과 원인, 경과, 예후에 있어서 많이 차이가 있기 때문에 소아기라는 용어가 붙여진다¹⁾.

소아기 류마티스 관절염의 발생 빈도는 우리나라에서는 아직까지 정확히 조사된 적은 없으나, 구미의 보고에 의하면 매년 100,000명

의 15세 이하 소아당 13.9명이며 유병률은 대략 소아 100,000명당 113명 정도 발생하는 것으로 되어있다⁶⁾.

이 질환의 원인과 병태생리는 일단 자가 면역질환이면서 동시에 유전적 성향도 가지고 있다는 것이 특징인데, Th1/Th2의 불균형이 발견되고 활액(synovial fluid)과 활막에서 T세포의 활성도가 증가되어 있는 점은 이 질환이 자가면역질환이라는 증거가 된다⁷⁾. 특히 전신형의 경우에는 3 가지 염증성 cytokines(IL-1, IL-6, TNF- α)이 증가되어 있다⁸⁾. 이 외에도 다양한

자기항체, 면역 복합체, 보체 활성화가 발견되어 체액성 면역 병리도 원인이 될 수 있음을 알 수 있다¹⁾.

소아기 류마티스 관절염의 진단 및 분류 기준은 다양한데, ACR(American College of Rheumatology), EULAR(European League Against Rheumatism)의 분류 기준으로 크게 나뉘어져오다가, 세계적으로 통용될 수 있는 새로운 분류법이 필요하게 되어 1994년 ILAR(International League of Associations for Rheumatology)에서 새로운 분류법을 제시하였다^{2,3,9,10)}. ILAR에서는 소아기 류마티스 관절염을 7가지로 분류하였는데, 16세 미만의 소아에서 6주 이상 지속되는 관절염이 있으면서, 특징적인 발열이 있고 발진, 임파선 종대, 간 및 비장종대, 장막염 중에서 한 가지 이상이 있는 경우를 전신형(systemic) 소아기 류마티스 관절염(JRA)으로 정의하였다¹⁻³⁾. 본 증례의 소아 환자의 경우, 대구 모 종합병원과 서울 S 대학병원에서 혈액 검사 및 임상 검사상으로 소아 류마티스 관절염으로 진단을 받은 상태였으며, ILAR에서 제시한 기준에 의해서도 전신형(systemic) 소아기 류마티스 관절염(JRA)으로 진단할 수 있는 상태였다.

소아 류마티스 관절염의 임상 양상은 조조 강직, 식욕부진, 체중감소, 성장부진, 심각한 피로증상 등의 전신성 증상, 급만성적인 관절 통증 및 부종, 홍반, 열감, 기능장애를 초래하는 관절 염증, 손,발의 신전부위, 발목주위의 경골건과 비골건등의 건활막염(Tenosynovitis) 등이 있다. 관절 외적으로는 성장 발달 장애가 일어나는데 양방적 치료로 인한 활동성 질환의 억제 상태나 관해기에는 성장촉진의 장애가 일어나며, 사춘기와 이차성징 지연도 종종 나타난다. 또한 염증 관절의 뼈에 있는 골화중심의 파괴로 인해 단지증(brachydactyly), 다리

길이의 차이, 소악 등이 초래되기도 한다. 이 밖에 장기 특이적 관절 외 증상으로는 류마티스 결절, 피부침범으로 인한 피부 발진, 림프 부종, 혈관염, 근육질환, 심장질환, 늑막 폐질환, 위장관 질환, 임파선 종대 및 비종대, 간질환, 신경질환, 신장질환이 있으며 소아기 류마티스 관절염의 주요 합병증 중 하나로는 만성 비육아종성 포도막염이 있다¹⁾. 특히, 전신형 소아기 류마티스 관절염의 경우 39°C 이상 고열이 최소 2주이상 지속되며, 발열과 함께 열은 붉은 색의 2-5mm 크기의 홍반이 몸통 및 사지 근위부에 나타난다¹⁻³⁾. 소아기 류마티스의 진단은 주로 임상소견으로 이루어지므로, 검사 소견은 보조적으로 사용된다¹⁾.

서양의학적 치료 방법으로는 비스테로이드성 항염제, 아스피린, MTX(Methotrexate), DMARDs (Disease-modifying antirheumatic drugs; 항말라리아제, 주사용과 경구용 Gold, Sulfasalazine, D-Penicillamine), 부신피질스테로이드, 면역 글로불린 등이 사용된다¹⁾. 최근에는 tumor necrosis factor를 억제하는 etanercept와 infliximab(TNF- α 에 대한 단클론 항체) 도 사용되고 있으며¹¹⁾, 자가 골수 이식도 조심스럽게 시행되고 있는 상황이다¹²⁾. 여타의 류마티스 질환의 치료와 마찬가지로, 현대의학적으로 소아기 류마티스성 관절염에 대한 근본적인 발병 원인은 아직 명확히 밝혀지지 않고 있다. 본 증례의 환자의 경우, 초진 내원 당시에, 면역억제제인 Methothrexate와 비스테로이드성 항염제를 비롯한 기타 약물들이 포함한 처방대로 복용을 쭉 해온 상태였지만, 발열과 발진, 관절통과 같은 소아기 류마티스성 질환의 증상이 더 악화되지는 않을 정도로 힘들게 유지만 하고 있는 상태에서 본원에 내원하였다.

한의학에서 류마티스 관절염은 筋骨, 肌肉, 肢體, 關節에 疼痛, 麻木, 腫脹, 屈伸不利, 關

節의 强直性 變形 등을 초래하는 ‘痺症’과 ‘歷節風’의 개념으로 인식되고 있다⁴⁾. 그러나, 소아기 류마티스 관절염은 ‘痺症’의 증상 외에 高熱, 發熱, 皮膚 發疹 등, 소아기 류마티스 관절염만의 특징적인 증상들이 나타나므로 ‘痺症’과 ‘歷節風’에 해당하는 개념에 국한하여 치료를 하기보다는, 漢代 張仲景의 傷寒論¹³⁾과 清代 吳有性の 溫疫論¹⁴⁾의 이론과 개념을 적용해야만 했다. 그 중에서, 전신성 소아기 류마티스 관절염의 증상과 부합하는 小柴胡湯과 四苓散을 治方으로 選擇하고, 두 처방을 合方하여 투여하였다. 張仲景의 傷寒論 중, 傷寒 少陽病의 寒熱往來, 胸脇苦滿, 默默不欲飲食, 心煩喜嘔 등 症의 적응증을 가진 것으로 收載^{13,15)}되어 있는 小柴胡湯은 이후에도 王¹⁶⁾ 및 여러 학자들^{15,17-24)}에 의하여 傷寒 少陽病에 응용되어 왔으며, 근래에 들어서는 解熱, 鎮痛, 肝疾患 등에 활용^{20,25,26)}되고 있다. 東醫寶鑑²⁰⁾에서 언급되는 小柴胡湯을 보면, ‘和解之劑’, ‘餘熱不退’, ‘傷寒潮熱’, ‘熱有晝夜之分’, ‘瘟疫治法’ 등을 비롯한 많은 경우의 조문에서 볼 수 있다. 四苓散은 吳¹⁴⁾가 治口渴引陰, 自覺水停心下에 응용한 이후, 黃²¹⁾은 治火說에 응용하였다. 또한, 최근 급속한 발전을 거듭하고 있는 免疫學은 초기의 感染性疾病에 대한 防禦的 意味의 免疫現狀 뿐 아니라, 炎症反應을 포함하여 老化 및 遺傳까지도 여러 免疫反應으로 설명²⁷⁻²⁸⁾하고 있음을 알 수 있다. 小柴胡湯合四苓散에 대한 실험적 보고도 있었는데, 두²⁹⁾는 小柴胡湯合四苓散이 세포성 면역반응 및 체액성 면역반응을 증가시킨다고 보고하였다. 여기서 ‘면역’이라는 용어에 대한 인식에 있어, 양한방의 개념 차이가 있을 수 있다. 일반적으로 현대의학에서 자가면역질환은, 자신의 면역체계가 이상향진되어, 정상적인 자신의 세포를 적으로 인식하여 공격하는 질환으

로 파악한다. 따라서, 면역체계의 이상향진을 막기 위한 면역억제제 Methothrexate 또는 부신피질스테로이드를 최근까지도 필수적으로 사용하고 있다. 그러나, 이러한 면역억제 목적의 약물 치료는 본 증례의 환자의 경우처럼, 자가면역질환 치료에 있어 증상의 악화를 방지하고 유지, 관리 차원으로 접근을 하고 있으며, 질환의 특성상 장기간 약물 복용을 유지하게 되는 경우가 대부분인데, 장기간 복용으로 인해 유발되는 여러 부작용을 호소하는 자가면역질환 환자들의 경우를 임상에서 많이 볼 수 있다. 면역억제제를 장기간 복용할수록, 약물에 의존하지 않는 상태에서 정상 상태를 유지하는 것이 점점 힘들어지는 경우가 많음을 임상에서 경험할 수 있었다. 한방으로 자가면역질환을 치료할 경우에는 이러한 현대의학에서 인식하는 ‘면역 억제’의 개념이 아닌, 다른 관점으로 접근할 필요가 있다. ‘인체의 불균형’ 해소는 한의학이 가지고 있는 주요한 치료 개념 중의 하나이다. 이런 ‘인체의 불균형’을 해결하면 ‘精氣’가 자연스레 회복되어 자가면역질환의 증상 호전이 나타남을 임상적으로 경험할 수 있었다. 자가면역질환의 면역체계 이상향진을 치료하기 위한 현대의학에서의 ‘면역억제’ 개념을, 한의학적 치료에 있어서는 ‘인체의 불균형’을 조절하는 개념으로 접근하는 것이 타당하다. 이런 이유로, ‘인체의 불균형’으로 나타나는 發熱의 治方으로 小柴胡湯을 선택한 것이다. 이러한古今의 이론과 관점에서 종합적으로 판단하여 小柴胡湯合四苓散을 치료 처방으로 결정하고, 치료 시작일인 2008년 7월 10일부터 12월 11일까지 투여하였다. 小柴胡湯合四苓散을 투여한 직후부터 고열 및 주기적 체온 상승은 조절이 잘 되었으나, 피부의 발진은 변화가 매우 미약하였다. 따라서, 小柴胡湯合四苓散 3회 복용을 유지하

되, 2008년 8월 7일부터 12월 11일까지 “治陽毒發斑” 하는 陽毒白虎湯³⁰⁾을 매일 오후 4시에 1회 추가로 복용시켰다. 오후 4시로 복용 시간을 정한 것은, 환자의 체온 상승이 매일 오후 4-5시 경부터 상승하기 시작하여 새벽까지 이어진 후 하강하는 패턴으로 매일 반복되었기 때문이다. 陽毒白虎湯을 추가 복용시킨 시점 이후부터, 피부의 발진은 조금씩 감소하기 시작했다. 체온이 안정되어 갈수록, 그에 따라 전신의 관절통증도 조금씩 줄어들었다. 2008년 11월 초 이후부터는 환아는 통증 호소를 거의 하지 않을 정도로 호전이 되었다. 류마티스 발병 이전의 정상 생활을 하는데 아무런 장애가 없게 되었다. 특히, 2008년 11월 19일부터는 하루 중 최고 체온이 37°C 이상 올라가지 않는 상태로 유지가 잘 되었다. 이런 상황에 이르자, 환아의 부모는 치료를 더 지속할 필요가 있는 지를 문의하였지만, 류마티스성 질환의 임상 경과와 질환의 특성 상 치료를 더 지속할 것을 권유하고, 치료를 계속 진행하였다. 2008년 12월 11일 까지, 고열 및 오후의 주기적 발열, 전신 관절통은 호전된 상태로 안정적으로 유지되었다. 따라서, 2008년 12월 12일부터 매일 오후 1회 투약하던 陽毒白虎湯을 중단하였고, 치료 종료 시점까지 小柴胡湯合四苓散을 아침, 저녁 하루 2회 복용으로 줄여서 투약하였다. 2008년 11월부터 임상 증상상으로 환아의 모든 증상이 호전된 상태로 유지되기 시작했지만, 본원 치료와 병행하고 있었던 서울 S 대학병원에서 2009년 3월 9일 모든 혈액 검사 수치가 정상으로 회복되었고, 임상 증상으로도 정상적으로 회복되었다는 판정을 받았다(ESR; 2mm/hr, CRP; 0.13mg/dl). 또한, 류마티스 발병 이후 성장이 정체된 상태로 유지되었는데, 한방 치료 후에는 증상 호전뿐만이 아니라 성장 발달이 나타났다. 치료 시작 시점

인 2008년 7월 9일 109.6cm, 19.2kg였던 환아는 치료종료일인 2009년 3월 9일엔 112.1cm, 21.8kg으로 성장 발달이 이루어졌다. 치료 시작점의 키와 체중이 한국 표준 성장곡선으로 보았을 때 정상치 이하는 아니었으나 환아는 수개월 전부터 이 상태를 유지한 채 성장이 멈춘 상태였고 치료기간 동안 통증과 체온이 안정된 이후에 성장 및 체중의 증가를 보여 치료 종료점에는 표준 성장치를 웃도는 결과를 나타내었다. 종합적으로 볼 때 임상 증상으로는, 혈액 검사 상으로는 모두 호전되었고 성장 발달까지 나타나 좋은 결과로 나타났는데, 한가지 미진했던 점은 환아가 류마티스 발병하기 이전에 수년 전부터 가지고 있었던 슬관절과 주관절 내측면의 아토피성 피부염 증상은 치료 종결 시점에도 여전히 남아있었다는 점이다. 이 부분은 향후에 지속적으로 치료를 요할 것으로 사료된다.

본 증례 치료결과는, 기존 현대의학적 치료 관점에서 면역억제제인 MTX(methotrexate)를 비롯한 기타 면역을 억제하는 방향의 약물과 주사 요법의 치료를 통해서 장기간 유지해나가야 하는 소아기 류마티스 관절염이 한약 치료를 통해 제반 증상의 현저한 소실과 혈액검사 상 염증 수치가 정상으로 회복될 수 있는 가능성을 보였다는 것에 큰 의미가 있다. 단, 아직까지는 소아기 류마티스성 관절염 환자가 한방 치료를 선택하는 경우가 흔치 않기 때문에, 본 증례 보고의 환자수가 충분치 못한 점은 향후 지속적으로 노력해야할 부분으로 보인다. 한의학계에서 소아기 류마티스 관절염을 포함하여, 보다 많은 다양한 류마티스 질환 치료에 대한 증례 보고가 나올 수 있도록 향후 지속적 노력이 요구될 것으로 사료된다.

IV. 結 論

고열 및 주기적 발열, 전신의 피부 발진, 관절의 통증과 부종을 호소하는 전신형(systemic) 소아기 류마티스 관절염(JRA) 환아를 2008년 7월 9일부터 2009년 3월 9일까지 약 8개월 간 한방 치료를 시행한 결과, 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 본 증례의 전신형(systemic) 소아기 류마티스 관절염(JRA) 환아는 약 8개월 간의 한방 치료를 통해 혈액학적 검사 소견을 포함한 임상 증상상, 유의성있게 정상 회복되었다.
2. 小柴胡湯合四苓散, 陽毒白虎湯을 상태에 따라 적절히 병용한 결과, 유의성 있는 호전 결과를 얻을 수 있었다. 小柴胡湯合四苓散, 陽毒白虎湯 이 두 처방은 자가면역질환에 일정한 효과가 있을 것으로 사료된다.
3. 류마티스 발병 이후, 성장 발달이 정체된 상태로 지속되던 본 증례의 환아는, 한방 치료를 시작한 후 증상 호전이 나타나면서 성장 발달이 이루어지는 결과를 나타냈다.
4. 면역억제제를 포함한 양약의 복용량을 점차 줄였으며, 최종적으로는 복용을 완전히 중단한 상태에서도, 한방 치료를 받은 본 증례의 환아가 가진 주요 증상과 혈액검사상 결과는 유의성있게 호전되었다.
5. 전신형(systemic) 소아기 류마티스 관절염(JRA)은 특징적으로 동반되는 ‘發熱’ 증상 때문에, ‘痺症’, ‘歷節風’ 개념을 토대로, 漢代 張仲景의 傷寒論과 清代 吳有性の 溫疫論에서 언급하고 있는 이론과 개념을 추가로 적용하여 치료를 시행해야 할 것으로 판단된다.

이상의 치료 결과로 보아, 전신형(systemic) 소아기 류마티스 관절염(JRA)에 대한 한방 치

료가 유의성 있게 효과를 나타냄을 알 수 있으나, 아직은 류마티스 질환을 가진 환자들이 한방 치료를 선택하는 경우가 드물기 때문에, 본 증례 보고의 환자수가 많지 않고 다양하지 못한 점은 향후 지속적으로 노력해야 할 부분으로 사료된다.

參考文獻

1. 임상류마티스학 편찬위원회. 임상류마티스학. 제1판. 서울:도서출판 한국의학사. 2006: 292-309.
2. Fink CW, and the Task Force for Classification Criteria. Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood. J Rheumatol. 1995;22:1566.
3. Petty R, Southwood TR, Baum J, et al. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997. J Rheumatol. 1998;25:1991-4.
4. 한방재활의학과학회. 한방재활의학. 서울:군자출판사. 2005:78-99.
5. 최진봉 외. 소아 류마티스 관절염 환자에 대한 임상적 고찰. 한방재활의학과학회지. 1998:306.
6. Oen KG, Cheang M. Epidemiology of chronic arthritis in childhood. Semin Arthritis Rheum. 1996;26:575-91.
7. Woo P. The cytokine network in juvenile chronic arthritis. Ann Med. 1997;29:145-7.
8. De Benedetti F, Massa M, Pignatti P, et al. Serum soluble interleukin 6(IL-6) receptor and IL-6/soluble IL-6 receptor complex in systemic juvenile rheumatoid arthritis. J Clin Invest.

1994;93:2114-9.

9. European League Against Rheumatism: EULAR Bulletin No. 4. Nomenclature and Classification of Arthritis in Children. Basel, National Zeitung AG. 1977.
10. Fink CW, and the Task Force for Classification Criteria. Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood. J Rheumatol. 1995;22:1566.
11. Keystone EC. The role of tumor necrosis factor antagonism in clinical practice. J Rheumatol. 1999;26(Suppl):22-8.
12. Tyndall A. Gratwohl A. Bone marrow transplantation in the treatment of autoimmune diseases. Br J Rheumatol. 1997;36:1-3.
13. 張仲景. 仲景全書. 서울:大成文化社. 1984: 165-66,156-57.
14. 吳有性. 溫疫論補註(下). 上海:晉及書局. 1975:24.
15. 周命新. 醫門寶鑑, 서울:三協出版社, 1964:17.
16. 王壽. 外臺秘要(上). 서울:成補社. 1975:55.
17. 康命吉. 濟衆新編. 서울:杏林書院. 1975:12.
18. 尹吉榮. 東醫臨床方劑學, 서울:明費出版社. 1985:161-79,185-97.
19. 蔡仁植. 傷寒論譯詮. 서울:高文社. 1985: 456-61,481-2.
20. 許竣. 東醫寶鑑. 서울:南山堂. 1981:395, 82.
21. 黃道淵. 方藥合編. 서울:南山堂. 1983:129-130,134,151.
22. 徐大春. 徐靈胎醫書三十二種(下). 서울:慶熙大學校醫科大學 韓醫學科. 1974:1181.
23. 孫思邈. 千金翼方. 臺北:中國醫藥研究所. 1966:101.
24. 李遷. 醫學入門. 서울:南山堂. 1984: 427-8,430.
25. 具本弘. 消化器疾患의 韓方 臨床. 서울:杏林出版社. 1977:232-40,249,259.
26. 金定劑, 金秉雲. 東醫肝系內科學. 서울:東洋醫學研究員. 1978:12,17,21,23.
27. 金周德, 金聖光譯. 免疫學入門. 서울:醫齒學社. 1983:217-24
28. 李文鎬. 內科學(上). 서울:博愛出版社. 1976: 1240-6.
29. 두호경 외. 小柴胡湯合四苓散이 HgCl₂ 로 중독된 실험동물 손상신의 면역반응 및 이뇨에 미치는 영향에 관한 연구. 경희의학. 1989;5(2):158-67
30. 全國韓醫科大學 四象醫學敎室. 四象醫學. 서울:집문당. 1998:478.