

## 알레르기성 자반증 106례에 대한 임상적 고찰 : Henoch-Schönlein 자반증을 중심으로

한동하  
한동하한의원

### Clinical Analysis on 106 cases of Henoch-Schönlein Purpura

Dong-ha Han  
Handongha Korean Traditional Medical Clinic

#### ABSTRACT

A clinical study of 106 cases of Henoch-Schönlein purpura was made. The author analyzed the result of Korean traditional medical therapy. It was observed more frequently in female at the sex ratio of 1:1.3. The most prevalent age group was 4~9 years(56.6%). In seasonal incidence, the cases were frequent during spring(50%), and the main specific history was upper respiratory tract infection(48.1%). The duration of contraction was  $420.9 \pm 1079.3$  days. The adults were more chronic than children( $p < 0.05$ ). The clinical manifestation showed in the skin(100%), the gastrointestinal tract(62.3%), the joints(64.2%), the kidney(25.3%), genitourinary system(11.3%), headache(6.6%), and scalp edema(4.7%) respectively. The first outbreak of symptoms was showing of skin purpura in 77 cases(72.6%) the highest frequency, and the gastrointestinal tract and joints were 16(15.1%) and 12 cases(11.3%) respectively. Of all patients, 22 cases(20.8%) experienced recurrences and 47 patients(44.3%) experienced hospitalization treatment. In the patients group which were recurrence experiences, the recurrence rate was high with patients(63.2%) who usually enjoyed meats and convenience foods and in patients(84%) who treated URI with chemical drugs( $p < 0.05$ ). The patients group(68.9%) that took steroids also experienced a relatively high recurrence rate. Out of the patients(68.9%) who took treatment with steroids, 46.6% experienced side effects, in orders moon face(100%), weight gain(47.1%), appetite increase(52.9%), and acne, alopecia(11.8%), etc. There was a statistically significant relationship between the period of taking the steroid and the side effects( $p < 0.05$ ). As the result of the herbal medicine treatment(treatment period;  $6.7 \pm 6.2$  weeks, a follow-up survey during 15~24 months), 67 patients(91.8%) among the 73 patients(68.9%) under 18 years old recovered completely but 3 cases(4.5%) recurred. 23 patients(69.7%) among the 33 patients(31.3%) above 19 years recovered completely but 5 cases(21.7%) recurred.

*Key Words* : Henoch-Schönlein purpura, Allergic purpura, hypersensitivity vasculitis

### 1. 서론

Henoch-Schönlein 자반증(이하 HS 자반증)은 과민성 혈관염의 아군으로 둔부와 하지에 분포하

는 축진성 자반증, 관절통, 소화기 증상과 징후, 사구체신염을 특징으로 한다<sup>1</sup>. 전통적으로 HS 자반증은 과민성 혈관염의 일종으로 간주되어 왔으나 현재는 구별을 하고 있으며<sup>2,3</sup>, HS 자반증은 우리나라 소아 자반병에 있어 가장 흔한 원인으로<sup>4</sup> 소아에게 다발하는 질병으로 알려져 있지만 전 연령에 걸쳐 발병이 가능하며<sup>5</sup> 소아의 경우는 유병율이 지속적으로 높아지고 있다<sup>6</sup>.

· 교신저자: 한동하 서울 서초구 서초동 1690-1  
삼풍프라자 4층 한동하한의원  
TEL: 02-537-8875 FAX: 02-537-1275  
E-mail: gamchoo@hanmail.net

양방에서의 주된 치료는 스테로이드 계열의 약물을 사용하고 있는데, 스테로이드는 복통, 관절통 등의 증상을 완화시키는 데는 도움이 되지만 자반 및 신장의 침범에는 영향을 미치지 못하는 것으로 알려져 있다<sup>78</sup>.

양방적인 치료에 있어서는 전 세계적으로 HS 자반증에 대한 다양한 임상보고들을 찾아 볼 수 있고<sup>9,10</sup> 국내에서도 임상보고가 비교적 활발한 편이다<sup>11,12,13</sup>. 연구결과들을 보면 자연경과가 좋은 것으로 알려져 있지만<sup>12</sup>, 신장이 침범된 경우는 예후가 좋지 않으며<sup>13</sup>, 소아들의 경우 대부분이 1~2개월 안에 회복을 보였지만<sup>10,11</sup> 성인의 경우는 만성적인 경과를 보이는 경우가 많고<sup>12</sup>, 특히 재발율이 높은 것이 문제이며<sup>10,12</sup> 재발성 HSP의 경우에는 특별한 치료법이 없다고 알려져 있다<sup>9,10</sup>.

자반은 한의학적으로 發斑, 斑疹, 陰陽毒, 癍痧, 肌衄 등의 개념에 속하며<sup>14</sup>, HS 자반증과 관련된 병증은 葡萄疫을 통하여 찾아 볼 수 있다<sup>15,16</sup>. 한방 치료와 관련되어서는 중국을 중심으로 과민성 자반증이라는 병명으로 임상사례가 보고되고 있지만<sup>17,18,19</sup>, 국내 한의학계에서는 피부근염에 이환되었던 환자의 HS 자반증 1례<sup>20</sup>가 보고된 외에 HS 자반증을 위시한 소아 자반에 대한 문헌적인 고찰이 이루어진 바 있으나<sup>14</sup>, 아직까지 한방치료에 대한 연구는 미진한 상태이다.

이에 저자는 2005년 3월부터 동년 12월까지 양방 병원에서 진단 후 한동하한의원 자반증 클리닉에 내원한 HS 자반증 환자 106명을 대상으로 임상적인 고찰과 함께 한방적인 치료가 HS 자반증의 병태에 미치는 영향에 대한 임상통계적인 고찰을 시행하였다.

## II. 연구대상

2005년 3월부터 동년 12월까지 한동하한의원 자반증 클리닉에 내원한 HS 자반증 환자 106명을 대상으로 하였다. 내원 환자들은 100% 양방병원에서 진단을 받은 환자들이었고, 가급적 병명이 명시된 진단서나 소견서를 제출하도록 하였다.

## III. 연구방법

환자들의 기본적인 정보는 초진시 간호사의 도움으로 설문작성을 통하여 관련된 정보를 1차 파악하고 진찰과정을 통하여 저자가 확인 수정하였다. 성인의 경우는 환자가 직접 설문에 응하도록 하였고, 소아나 미성년자의 경우는 보호자의 도움을 받았다.

임상소견으로는 성별과 연령별 발생 빈도, 계절별 발생 빈도, 최종 진단받은 병원, 이환기간, 임상양상, 입원치료경험, 재발경험, 식이습관과 재발과의 관계, 감기와와의 관련성, 스테로이드를 복용한 환자들의 부작용 경험, 스테로이드 복용기간과 부작용과의 관계, 스테로이드 투약여부와 재발과의 관계 등을 관찰하였고, 한방치료가 재발에 영향을 미치는지에 대한 고찰을 하였다.

본원에서의 검사는 초진 시 모발검사를 통한 중금속 및 미네랄 평가를 시도하였고, 내원시마다 소변검사를 시행하여 신증상의 여부와 악화 및 호전 정도를 파악하였다. 필요시 양방병원에 진료를 의뢰하여 관련검사를 시행하였다.

구체적인 치료지침은 다음과 같다.

1. 양방치료를 받는 와중에 내원한 경우 스테로이드를 복용 중이라면 급성 복증이 없는 경우는 tapering 후 중지시켰다.
2. 초기에는 절대안정을 시기하였고, 활동량이 자반에 영향을 미치지 않는 범위 내에서만 활동을 허락하였다.
3. 평균 2주 간격으로 소변검사를 통하여 단백뇨와 혈뇨의 정도를 파악하였다.
4. 식이요법은 동물성 육류 및 지방질, 인스턴트와 과자류 등을 금하고, 녹황색 채소, 과일류, 견과류, 씨앗류, 생선류, 발효식품류, 버섯류 등을 충분히 섭취하도록 격려했다.
5. 한방치료는 관련 증상이 모두 사라진 후 발병 전과 같이 100% 활동량을 늘렸음에도 불구하고 2주 이상 관련증상의 발현이 없는 시점에 종료하였다.

#### IV. 통계분석

통계분석은 SPSS 12.0 을 사용하였으며, 빈도분석 및 chi-square 검정을 실시하였다. 통계적인 유의수준은 p-value < 0.05로 하였다.

#### V. 결 과

##### 1. 성별 및 연령별 발생 빈도

전체 환자의 성별분포는 남자가 47명(44.3%), 여자가 59명(55.7%)로 남녀비는 1:1.3이었다. 18세 이하 환자들의 경우는 총 73명(68.9%)이었고 남자 39명(53.4%), 여자 34명(46.6%)으로 남녀비가 1.2:1로 남자가 많았으며, 19세 이상의 성인의 경우는 총 33명(31.1%)이었고 남자 8명(24.2%), 여자 25명(75.8%)으로 남녀비가 1:3.1로 여자가 많았다. 연령별 분포는 4-9세가 전체 56.6%를 차지하여 가장 많은 빈도를 보였고, 그 외에는 20대(19.9%)를 제외하고서 대체로 낮은 빈도를 보였다(Table 1).

Table 1. Age and Sex Distribution

Age (year)	sex		Total(%)
	Male(%)	Female(%)	
1~3	0 (0.0)	2 (1.9)	73(68.9)
4~6	13 (12.3)	10 (9.4)	
7~9	21 (19.8)	16 (15.1)	
10~12	4 (3.8)	3 (2.8)	
13~15	1 (0.9)	2 (1.9)	
16~18	0 (0.0)	1 (0.9)	
19~29	6 (5.7)	15 (14.2)	33(31.1)
30~39	1 (0.9)	9 (8.5)	
40~49	1 (0.9)	1 (0.9)	
Total	47 (44.3)	59 (55.7)	106(100.0)

##### 2. 계절별 발생 빈도

전체 환자 중 봄에 53례(50%), 가을에 25례(23.6%), 여름에 16례(15.1%), 겨울에 12례(11.3%)의 빈도를 보였다(Table 2).

Table 2. Seasonal Distribution

Season	No. of cases(%)
Spring	53 (50.0)
Summer	16 (15.1)
Autumn	25 (23.6)
Winter	12 (11.3)
Total	106 (100.0)

##### 3. 최종 진단받은 병원

최종 진단병원은 대학병원 50명(47.2%), 종합병원 30명(28.3%), 개인병원 26명(24.5%)이었다.

##### 4. 이환기간

발병 이후 한의원 내원당시 초진까지의 이환기간을 보면 최소 1일에서 최대 240.6개월이며 평균 420.9±1079.3일이었다. 발병 후 1달 이내에 내원한 환자는 총 42명(39.6%)로 이 중 18세 이하가 40명(37.8%), 19세 이상이 2명(1.9%)을 차지했으며, 1달 ~ 1년 사이에 내원한 환자는 18세 이하는 29명(27.4%), 19세 이상은 14명(13.2%)이었고, 1년 이상의 이환기간을 갖는 환자는 18세 이하 4명(3.8%), 19세 이상 17명(16%)이었다. 이는 성인의 경우 보다 만성적인 경과를 겪는다는 것으로 판단되며 연령과 이환기간은 통계적으로 관련이 있는 것으로 나타났다(p<0.05)(Table 3).

Table 3. Duration of Contraction

Age	within 1 month(%)	1 month ~ 1 year(%)	over 1 year(%)	Total	$\chi^2$	p
1~18	40 (37.7)	29 (27.4)	4 (3.8)	73 (68.9)	37.974	0.000
over 19	2 (1.9)	14 (13.2)	17 (16.0)	33 (31.1)		
Total	42 (39.6)	43 (40.6)	20 (19.8)	106 (100.0)		

5. 임상양상

발현된 적이 있는 증상을 살펴보면 피부자반 증상 106례(100%), 위장관 증상 66례(62.3%), 관절증상 68례(64.2%), 신장증상 27례(25.3%), 음낭부종 12례(11.3%), 두피부종 5례(4.7%)였다. 최초 발현된 증상을 보면 피부자반이 77례(72.6%)로 가장

빈도가 높았으나, 위장증상 및 관절 증상도 각각 16례(15.1%), 12례(11.3%)를 차지하였다. 한의원 내원 당시 증상을 보면 피부자반은 106례(100%), 위장증상 21례(19.8%), 관절증상 32례(30.1%), 신장증상 15례(14.2%), 음낭부종, 두피부종은 모두 2례(1.9%)였다(Table 4).

Table 4. Clinical Manifestation

Clinical Manifestation	No. of Cases(%)		
	Symptoms once appeared(%)	Symptom revealed at the 1st(%)	Symptoms at the 1st medical examination
Skin(purpura)	106 (100)	77 (72.6)	106 (100)
Gastrointestinal	66 (62.3)	16 (15.1)	21 (19.8)
Joint	68 (64.2)	12 (11.3)	32 (30.1)
Renal	27 (25.3)	0 (0.0)	15 (14.2)
Genitourinary	12 (11.3)	0 (0.0)	2 (1.9)
Headache	7 (6.6)	0 (0.0)	3 (3.2)
Scalp edema	5 (4.7)	0 (0.0)	2 (1.9)

6. 입원치료경험

현재의 질환과 관련하여 외래치료만 한 경우는 59명(55.7%), 입원치료 경험이 있는 자는 47명(44.3%)이었는데, 그 중 1회 입원치료를 경험한 경우는 24명(22.6%), 2회 입원치료 경험은 18명(17%), 3회 입원치료 경험은 4명(3.8%), 4회 이상은 1명(0.9%)이었다.

7. 재발경험

6개월 이상 무증상으로 유지되다가 다시 관련 증상이 나타난 경우를 재발로 판단하였는데, 전체 환자 중 처음 발생한 경우가 84례(79.2%)였고, 재발한 경우는 총 22례(20.8%)였는데, 1~2회 재발한 경우가 13례(12.3%), 3회 이상 재발한 경우가 9례(8.5%)였다(Table 5).

Table 5. Recurrence

Frequency of recurrence	No. of cases(%)
0 time	84 (79.2)
1~2 times	13 (12.3)
over 3 times	9 (8.5)
Total	106 (100.0)

8. 식이습관과 재발과의 관계

식이습관을 살펴보면 전체 환자 중 육류 및 인스턴트 위주의 식이를 했던 환자는 67명(63.2%)이었고, 자연식이 위주의 식이를 했던 환자는 17명(16.0%)이었고, 일반적인 식이를 했던 환자는 22명(20.8%)이었다. 재발과 평소의 식이습관과의 관계를 살펴보면 전체 환자 중 22명(20.8%)의 환자가 재발을 경험하였는데, 이 중 평소 육류 및 인스턴트 위주의 식이를 했던 환자는 16명(15.1%), 자연식이 위주의 식이를 했던 환자와 보통의 식이를 했던 환자는 각각 3명(2.9%)이었다(Table 6).

Table 6. Relationship between Diet Pattern and Recurrence

Diet	No. of cases(%)	Recurrence		$\chi^2$	p
		No(%)	Yes(%)		
Meets, convenience foods etc.	67 (63.2)	51 (48.1)	16 (15.1)	1.176	0.556
Natural foods	17 (16.0)	14 (13.2)	3 (2.9)		
Ordinary	22 (20.8)	19 (17.9)	3 (2.9)		
Total	106 (100.0)	84 (79.2)	22 (20.8)		

9. 감기와 재발과의 관계

전체 환자 중 감기 이후에 발병을 했다고 진술한 환자는 51명(48.1%)이었고, 감기와는 무관한 경우가 55명(51.9%)이었다. 평소 감기치료의 패턴을 살펴보면 감기에 걸리면 양약(항생제 및 해열제) 위주의 치료를 했던 환자는 89명(84%)이었고, 자연치유를 시도했던 환자는 7명(6.6%), 가정요법 및 한방치료를 했던 환자는 3명(2.8%), 기타 7명

(6.6%)이었다. 감기와 재발과의 관계를 살펴보면 평소 양약위주로 감기를 치료했던 환자군에게서 재발은 15명(14.2%)이었고, 자연치유나 가정요법 및 한방치료를 위주로 치료했던 환자군에서는 각각 4명(3.8%), 2명(1.9%)으로 나타났으며 5보다 작은 기대빈도를 가지는 셀이 20%를 넘어 이들의 관련성을 언급하기에는 무리가 있다(Table 7).

Table 7. Relationship between Pattern of URI Treatment and Recurrence

URI Treatment	No. of cases(%)	Recurrence		$\chi^2$	p
		No(%)	Yes(%)		
Chemical drugs	89 (84%)	74 (69.8)	15 (14.2)	12.653 <sup>†</sup>	0.013
Observation	7 (6.6%)	3 (2.8)	4 (3.8)		
Natural therapy	3 (2.8%)	1 (0.9)	2 (1.9)		
Others	7 (6.6%)	6 (5.6)	1 (0.9)		
Total	106 (100.0)	84 (79.2)	22 (20.8)		

† : 7셀 (70.0%)은 5보다 작은 기대 빈도를 가짐.

10. 스테로이드를 복용한 환자들의 부작용 경험

스테로이드를 복용하여 치료한 73명(68.9%) 중 부작용을 경험한 경우는 34명(46.6%), 부작용이 없었던 경우는 39명(53.4%)이었는데, 부작용을 경험

한 환자들 중 안면부종 34명(100%), 체중증가 16명(47.1%), 식욕증가 18명(52.9%), 기타 여드름, 탈모 등이 4명(11.8%) 순이었다(Table 8).

Table 8. Side Effects of Steroid Medication

Steroid	No. of cases(%)	side effects	No. of cases(%)
		Medication	73 (68.9)
weight gain	16 (47.1)		
appetite increase	18 (52.9)		
pimple, alopecia etc.	4 (11.8)		
none	39 (53.4)		
None Medication	33 (31.1)		
Total		106 (100.0)	

11. 스테로이드 복용기간과 부작용과의 관계

스테로이드를 복용한 환자들의 경우 복용했던 기간은 최소 1일에서 최장 240일이었고, 평균 27.1±48.0일이었다. 전체 환자 중 스테로이드를 복용한 기간이 7일 미만은 23명(21.7%), 7일 이상~1달 이하는 36명(34.0%), 1달 이상 복용한 경우가 14

명(13.2%)이었다. 이들 중 부작용을 경험한 경우는 7일 이내가 2명(6.1%), 7일 이상~1달 이하 복용한 경우에 21명(63.6%), 1달 이상이 10(30.3%)명으로 나타났으며 스테로이드 복용기간과 부작용은 통계적으로 유의한 관련이 있었다( $p < 0.05$ )(Table 9).

Table 9. Relationship between Side Effects of Steroid and Duration of Medication

Duration	Side Effects		Total	$\chi^2$	p
	No(%)	Yes(%)			
None medication	33 (45.2)	0 (0.0)	33 (31.1)	40.75	0.000
Within 7 days	21 (28.8)	2 (6.1)	23 (21.7)		
7 days ~ 1 month	15 (20.5)	21 (63.6)	36 (34.0)		
Over 1 month	4 (5.5)	10 (30.3)	14 (13.2)		
Total	73 (100.0)	33 (100.0)	106 (100.0)		

12. 스테로이드 투약여부와 재발과의 관계

전체 환자 중 스테로이드를 복용한 적이 없는 환자 33(31.1%)명 중 재발을 경험한 경우는 6명

(18.2%), 복용한 적이 있는 환자 73명(68.9%) 중 재발을 경험한 경우는 16명(21.9%)의 빈도를 보였 다(Table 10).

Table 10. Relationship between Steroid medication and Recurrence

Steroid medication	Recurrence		Total	$\chi^2$	p
	No(%)	Yes(%)			
None-medication	27 (25.5)	6 (5.7)	33 (31.2)	0.193	0.798
Medication	57 (53.8)	16 (15.1)	73 (68.8)		
Total	84 (79.2)	22 (20.8)	106 (100.0)		

13. 치료처방 분석

주요 약물치료 위주로 치료하였는데, 활용처방의 빈도를 살펴보면 淸熱消班湯이 적용된 환자는 74명(45.1%), 歸脾湯加味方은 41명(25%), 血府逐於湯加味方은 16명(9.8%), 柴苓湯은 12명(7.3%), 기타 다양한 처방이 21명(24.2%)에게 1-2회 적용되었다. 치료기간은 최단 7일에서 최장 28주였고, 평균 치료기간은 6.7±6.2주였다.

이 되지 않는 경우에 <완치> 판정, 치료 도중 극심함 보통 혹은 심각한 신장증상으로 대학병원으로 치료 의뢰한 경우에 <전원>, 여러 가지 사정으로부터 인하여 치료를 완결하지 못한 경우는 <중지>로 구분을 했다. 완치 판정 이후 15~24개월 동안 추적 관찰하여 증상이 다시 나타난 경우 <재발>로 하였다. 18세 이하 환자 73명(68.9%)의 경우 완치 67명(91.8%), 전원 3명(4.1%), 중지 3명(4.1%)이었고, 완치 판정이 내려진 환자 중 재발된 환자는 총 3명(4.5%)이었다. 19세 이상 환자 33명(31.1%)의 경우 완치 23명(69.7%), 전원 2명(6.1%), 중지 8명

14. 한방치료 후 재발을

한방치료 후 100% 활동을 해도 2주 이상 발현

(24.2%)이었고, 완치판정이 내려진 환자 중 재발된 경우는 5명(21.7%)이었다(Table 11).

Table 11. Recurrence after Herbal Medication Treatment

Age	No. of Cases(%)	Treatment	No. of Cases(%)	Recurrent Cases(%)
0~18	73 (68.9)	recovery	67 (91.8)	3/67 (4.5)
		transfer	3 (4.1)	-
		abandonment	3 (4.1)	-
over 19	33 (31.1)	recovery	23 (69.7)	5/23 (21.7)
		transfer	2 (6.1)	-
		abandonment	8 (24.2)	-

## VI. 고찰

전통적으로 HS 자반증은 과민성 혈관염(hypersensitivity vasculitis, HV)의 일종으로 간주되어 왔으나 1990년에 제시된 ACR(American Collage of Rheumatology) 분류법은 HS 자반증과 과민성 혈관염을 서로 다른 질병군으로 구별하였다<sup>2</sup>. 그러나 HS 자반증 환자의 일부가 진단에서 제외될 우려가 있어 감별진단에 한계가 있는 분류법이다<sup>21</sup>.

HS 자반증은 1801년에 Heberden에 의하여 처음 인식되었고, 1837년에 Schönlein에 의해 자반증과 관절염 상의 상관성이 처음으로 보고되었다. Henoch가 1874년에 위장관 침범, 1899년에 신장침범에 관한 기술을 덧붙인 이래로 Henoch-Schönlein 자반증으로 전세계적으로 보고되고 있다<sup>22</sup>.

소아 HS 자반증의 발병율은 1년에 10만명당 15명이 발병하고 성인의 경우는 이에 비해 드문 편이다<sup>23</sup>. 영국 어린이의 경우 10만명당 20.4명으로 약간 높은 유행율을 보였으며, 이 연구에서는 소아 HS 자반증은 이전에 보고된 것 이상으로 발병율이 높다고 하였다<sup>6</sup>.

HS 자반증의 원인은 정확하게 밝혀져 있지 않지만 지금까지 알려진 유인으로는 음식(우유, 초콜릿, 달걀, 콩, 파인애플 등), 약물(Aspirin, Phenacetin, Penicillin, Phenothiazine, Erythromycin, Quinidine,

Chlorothiazide, Chloramphenicol, Sulfonamide, Bisthmus, Insulin, Tetracycline, Isoniazid, Allopurinol, gamma-benzene hexachloride 등), 곤충 교자, 예방접종(천연두, 독감), 감염(수두, 풍진, 홍역, 디프테리아, 성홍열, 유아 결핵, Mycoplasma pneumonia, 전염성 다핵구증), 한랭노출 등이 있다<sup>11,24</sup>.

호발연령은 소아의 경우 6~7세<sup>24</sup>, 5~8세<sup>11</sup>, 4~8세<sup>10</sup> 등에서 높은 것으로 보고되었는데, 본 증례에서는 4~9세가 전체의 56.6%를 차지하여 유사한 소견을 보였다. 성인의 경우는 고른 연령분포를 보인다고 했는데<sup>12</sup>, 본 증례에서는 20대(19.9%)를 제외하고는 대체로 낮은 분포를 보였다. 20대에서 상대적으로 높은 비율을 보인 것은 이 시기가 미용에 관심이 많은 시기로 그로 인한 내원환자가 많았기 때문인 것으로 파악된다. 남녀 발생비율은 15세 미만의 경우는 1.8:1<sup>11</sup>, 1.08:1<sup>24</sup>, 20세 이하의 경우 1.6:1로 보고되었는데<sup>13</sup>, 본 증례에서도 18세 이하의 경우가 1.2:1로 남자가 많은 반면, 기존 연구 결과 15세 이상은 1:1.08<sup>24</sup>이었는데, 본 증례에서도 1:3.1로 여자가 많았다.

계절별 발생비율을 보면 봄과 겨울<sup>12</sup>, 가을과 겨울<sup>13</sup>에 호발한다고도 보고되고 있으나, 봄과 가을에 주로 발생한다고 알려져 있고<sup>11,24</sup>, 저자의 연구에서도 봄(50%)과 가을(23.6%)에 호발하였다.

HS 자반증은 보통 절반 정도에서 선행질환이 있는 것으로 알려져 있는데<sup>12</sup>, 이 중 상기도 감염인

경우가 18.7~37.5%<sup>12,24</sup>이었는데, 대부분이 4주 이내 발병이었고<sup>12,11</sup> 거의 절반정도에서는 선행질환이 없는 경우도 있었다<sup>24</sup>. 본 연구에서는 48.1%의 환자들이 감기 이후에 발병을 했다.

기존의 연구결과를 보면 피부자반 증상은 100%<sup>12,24</sup>, 위장관 증상은 51~78.5%<sup>10,24</sup>, 관절 증상은 42.6~81%<sup>9,25</sup>, 신침범을 경험한 빈도는 27~54%<sup>10,13</sup>로 나타났다. 본 연구에서는 피부자반 증상 100%, 위장관 증상 62.3%, 관절증상 64.2%, 신장증상 25.3%로 비슷한 비율을 보였다. 이 증상들은 연속발생(70.8%)이 동시발생(29.2%)보다 흔했고, 피부병변은 100% 나타나나 첫 증상으로 나타나는 경우는 50~83% 정도인데, 타 증상이 선행할 경우 이로 인해 진단이 지연될 수 있다고 했다<sup>12</sup>. 최초증상으로 복통이 가장 먼저 나타나는 경우는 12~16.7%<sup>10,12</sup>, 관절통이 가장 먼저 나타나는 경우는 15~25%<sup>11,12</sup>로 알려져 있는데, 본 고찰에서는 자반이 최초증상으로 나타난 경우는 72.6%였는데, 15.1%의 경우에서는 위장증상이 최초증상으로 나타났고, 11.3%에서는 관절증상이 최초로 나타났다. 그러나 신증상이 최초로 나타난 경우는 단 1례도 없었다. HS 자반증에서 나타나는 복통은 매우 극심한데, 이처럼 자반보다 선행하여 복통이 나타나는 경우는 급성 복증과 감별이 어려워 충수돌기염으로 오진되어 불필요한 수술을 받는 경우도 있어 주의를 요하고<sup>12</sup>, 본 고찰에서도 2명의 소아가 오진으로 인한 불필요한 수술을 경험하였고, 초기증상으로 관절증상이 유일한 경우는 정형외과에서 스플린트(splint)를 한 후 2~3일 뒤에 자반이 나타나 확진되는 경우도 수 케이스 있었다.

일반적으로 HS 자반증에서 관찰되는 자반은 점상 출혈과 축진성 자반으로 되어있지만<sup>1</sup>, 본 증례들에서 살펴보면 축진성이 아닌 경우도 많았고, 반상 출혈반도 쉽게 관찰이 가능했다. 특히 축진성인 경우 가려움증을 동반하기도 하고 심한 경우는 출혈이 심하여 피딱지를 만드는 경우도 있다. 그리고 주로 하지에 다발하지만 심한 경우 상지와 체간부

에도 나타나기도 하고, 심지어 안면부, 귓바퀴, 혀에서도 관찰 가능했다.

신증상은 가장 심각한 증상이며 보고자에 따라서 20~50%에서 발생하며 국내 보고는 27~46%였다<sup>11</sup>. 주로 단백뇨(36.8~94%), 혈뇨(73.6~100%)를 동반하는데<sup>11,13</sup>, 대부분이 발병 후 3개월 이전에 나타나고 3개월 이후에 나타난 경우는 거의 없다고 했다<sup>26,27</sup>. 본 고찰에서는 25.3%의 환자에서 단백질뇨와 혈뇨를 포함해서 신증상을 보였다. 신증상을 보인 대부분의 환자들은 자반 등의 증상이 호전이 되면서 안정이 되는 경우가 많았으나, 일부에서는 기타 모든 증상이 사라졌음에도 불구하고 신증상은 호전되지 않아 추적관찰이 요구되었다.

다른 연구결과를 보면 소아의 경우 신증상 소실은 1개월 이내에 36.8%, 4개월 이내에 84.2% 소실, 6개월 이상 지속된 경우 10.6%이었는데<sup>11</sup>, 성인의 경우 신침범을 보인 경우 추적 관찰(평균 추적기간 16개월)한 결과 그 중 8.3%는 정상화를 경험하였고, 38.5%에서는 마지막까지 뇨소견의 이상이 지속되었으며, 1례에서 신기능의 저하를 보였지만 말기 신질환으로 진행된 예를 없었다고 보고했다<sup>12</sup>. HS 자반증에 있어 신장의 침범이 중요증상이지만 신장을 침범할 만한 위험인자를 미리 발견하는 것은 어렵다고 한다<sup>25</sup>. 따라서 유의한 단백뇨를 보이는 신장침범의 위험인자가 있는 환자는 발병일로부터 최소한 3개월에 1번 정도의 소변검사를 통한 주의깊은 관찰이 요망되고<sup>26</sup>, 첫 소변검사상 정상을 보였던 환자일지라도 최소한 6개월 동안은 소변검사를 해야 한다고 했다<sup>25</sup>.

주 증상이외에 간혹 두통, 안면신경마비, 경련, 뇌증, 혼수 등의 중추신경계 증상, 장폐색이나 천공, 장출혈이나 괴사, 심장병, 고혈압 등이 보고되기도 한다<sup>24</sup>. 본 연구에서도 주 증상이외에 음낭부종(11.3%), 두통(6.6%), 두피부종(4.7%) 등이 나타난 환자들을 관찰할 수 있었다. 고환침범은 고환이 축진되고 통증이 없거나 크지 않으면 보존적인 치료방법을 시행하는 것이 관례이다<sup>24</sup>. 간혹 치명적



인 합병증을 야기할 수 있는데, 성인에서 폐출혈, 경막하 출혈 등의 뇌혈관질환, 심각한 대량 위장관 출혈, 복막염, 성인형 호흡곤란 증후군 등으로 사망하기도 한다.<sup>7,12,28</sup> 본 증례에서 두통을 호소하는 몇몇 경우에서 뇌전산화단층촬영을 했으나 별다른 소견은 발견되지 않았고 경과관찰 동안 모두 소실되었다.

HS 자반증의 일반적인 회복기간은 성인이 아닌 경우는 신증상을 제외하고는 피부, 관절, 복부 증상 모두 1~2달 이내에 소실된다고 알려져 있다.<sup>11,13</sup> 그러나 본 연구에서는 발병 이후 한의원 내원 당시 초진까지의 이환기간을 보면 최소 1일에서 최대 240.6개월이며 평균은  $420.9 \pm 1079.3$ 일로 병력 기간이 매우 길었다. 발병 후 1달 이후에 내원한 환자는 총 63명(60.4%)이었으며, 18세 이하의 경우는 병력이 비교적 짧았으나 19세 이상의 성인의 경우는 1년 이상 이환기간을 갖는 경우도 16%나 차지하여 성인의 경우 보다 만성적인 경과를 겪는다는 것으로 판단되며 유의성이 인정되었다( $p < 0.05$ ). 이 결과를 보면 HS 자반증이 대부분 자연치유된다는 기존의 보고는 좀더 정확한 판단이 요구된다고 볼 수 있으며, 특히 본 연구에서 이처럼 만성적인 경과를 겪는 환자들이 많은 것은 초기에 양방치료로 효과를 보지 못하고 만성화를 겪는 환자들이 한방치료를 받고자 내원한 것도 원인이 되는 것으로 파악된다. 이들 환자들 중 양방에서 외래 통원 치료만을 받은 환자는 59명(55.7%)이었고, 1회 입원치료 24명(22.6%), 2~3회 입원치료 22명(20.8%), 4회 이상 입원치료를 경험한 환자도 1명(0.9%)이 있어 절반 가까운 환자인 총 47명(44.3%)이 입원치료 경험이 있었다.

HS 자반증에 있어 소변검사를 제외하고는 일반적인 검사소견은 대부분 정상소견을 보이는데, 간혹 관찰되는 이상 소견으로는 ESR 상승(43.8~77%)<sup>10,11,12,13,24</sup>, 항 연쇄상구균 항체치 상승(30~37%)<sup>11,13</sup>, 대변잠혈검사 양성(38.5%)<sup>11</sup>, CRP 양성(34~57.6%)<sup>12,24</sup>, IgA 상승(50~54.4%)<sup>10,12,13</sup> 등

이다. 조직검사를 하는 경우 자반증이 보이는 피부 혈관염은 백혈구과쇄양 혈관염의 일종으로 소혈관벽 주위에서 보이는 백혈구 절편들이 관찰되고<sup>24</sup>, 조직검사상 병리적인 특징은 IgA과민증이지만 IgA가 침착되어 있지 않다 할지라도 진단이 배제될 수 없다고 한다.<sup>29</sup>

HS 자반증의 치료에 있어 아직까지 어떠한 치료제도 본증의 경과에 영향을 주지 못한다는 것이 지배적이며<sup>24</sup>, 발현기간을 단축할 수 있는 특별한 방법은 없는 것으로 보고되고 있다.<sup>9</sup> 양방치료에 있어 스테로이드가 주되게 사용되고 있는데, 스테로이드는 심한 복통과 관절통을 완화하는데 도움이 되지만 급성기와 회복기간, 피부자반을 목표로 사용하는 것은 의미가 없고<sup>11</sup> 더욱이 스테로이드의 조기투여가 신장 합병과 위장합병을 줄이지 못하는 것으로 알려져 있다.<sup>7,12</sup> 그리고 장기간 사용하게 되면 부작용이 나타나기 때문에 기본적으로 사용하는 것은 바람직하지 않다.<sup>8</sup> 본 고찰에서도 스테로이드를 투약 받은 적이 있었던 환자 73명(68.9%) 중 부작용을 경험한 환자는 총 34명(46.6%)으로서 안면부종(100%), 체중증가(47.1%), 식욕증가(52.9), 기타 여드름 탈모 등(11.8)의 부작용이 있었다. 복용기간은 최단 1일에서 최장 240일로 평균  $27.1 \pm 48.0$ 일이었는데, 이러한 부작용은 복용기간이 7일 이내인 경우는 단 2례(6.1%)였고, 대부분이 7일 이상 복용을 지속한 경우(93.9%)에 관찰이 되었다. 이는 통계적 유의성이 인정되었다( $p < 0.05$ ).

HS 자반증의 재발율은 다양하게 보고되고 있는데, 소아의 경우 보통 33~35%에서 1번 이상 재발을 하고<sup>9,10</sup>, 15세 이하의 경우 13%<sup>24</sup>에서 재발을 보였고, 성인의 경우는 이보다 높아 54.2%<sup>12</sup>에서 재발을 했다는 연구보고도 있다. 20세 이하에서 고찰한 연구를 보면 재발을 경험하는 시기는 보통 평균  $13.5 \pm 2.8$ 개월(2~26개월)만에 나타난다고 했는데<sup>30</sup>, 다른 연구에서는 이보다 빠른 시간인 2~5개월 만에 재발했다고 했고<sup>27</sup>, 다른 연구에서는 재발

은 첫 1년 동안에 나타난다고 했다<sup>25</sup>. 따라서 본 연구에서 재발유무를 확인하고자 추적 관찰한 기간이 15~24개월이었기 때문에 재발을 확인하는데 충분한 기간으로 볼 수 있다. 본 연구 대상이 되었던 환자들 중 내원당시 이미 재발을 경험한 환자들은 20.8%였는데, 재발을 경험했던 환자군은 평소 육류 및 인스턴트를 즐기는 식습관을 가진 환자들(63.2%)과 양약위주로 감기를 치료했던 환자들(84%)이 재발율이 높았고( $p < 0.05$ ), 스테로이드 복용군(68.9%)에서도 상대적으로 높았다. 이 결과는 식이조절이 재발에 영향을 미치며, 양약위주의 감기 치료가 인체의 면역체계에 부정적인 영향을 주는 것으로 판단할 수 있다. 스테로이드를 투약한 군에서 재발율이 높은 것은 기존의 연구보고<sup>10</sup>와 일치하는데 스테로이드 투약 자체가 재발율을 높였는지, 아니면 잦은 재발을 했기 때문에 스테로이드 투약 가능성이 높아졌는지의 상관성은 밝히지 못했다.

본 질환은 예후가 좋은 편이지만 신증상을 보인 경우는 수개월 동안 지속되기도 하고 결국 만성 신질환으로 넘어가기도 한다<sup>13</sup>. 해당 질환을 앓고 있는 환자의 신장의 심각한 합병증을 예견하는 것은 어려움이 있으나, 고혈압, 단백뇨( $>1\text{g/day}$ ), serum urea와 cratinine이 비정상적으로 높은 경우는 만성 신부전의 위험인자로 여겨진다<sup>7</sup>. 특히 성인의 경우 나이가 많을수록 신장염의 임상 증상은 심각하고 소아에 비하여 그 결과 또한 좋지 않아 신부전으로 이행될 가능성이 높고<sup>23</sup>, 만성적인 경과를 겪게 되면 만성신부전의 합병증이 생길 가능성은 발병자의 1.5% 정도에 이른다<sup>7</sup>. 신침범의 유무가 장기적인 예후에 있어 중요하고 신질환의 진행은 임상 증상 발현 후 3~4년 내에 보인다고 하여 적어도 5년간은 추적관찰이 필요하다고 한다<sup>12</sup>. 본 고찰에서도 치료 도중 양방대학병원으로 전원이 되거나 치료가 중지된 환자들은 심한 복통이나 육안적 혈뇨를 보이는 급성증상을 보이는 환자이거나, 단백뇨와 현미경상 혈뇨가 보이면서 치료에

반응을 보이지 않는 만성적인 경과를 겪는 신염 환자들이었다.

자반은 한의학적으로 發斑, 斑疹, 陰陽毒, 葡萄疫, 癍痧, 肌衄 등의 개념에 속한다<sup>14,18</sup>. 원인은 胃熱, 血熱, 四氣不正之氣의 실증과 胃氣極虛, 陰虛火旺, 脾虛不攝 등의 허증으로 구분하거나<sup>14</sup>, 血熱, 氣血兩虛, 氣滯血虛, 陰虛火旺, 氣不攝血등으로 변증 시치하거나<sup>18</sup> 脾胃濕熱, 氣滯瘀血이 주된 원인이라는 연구결과들을 살펴볼 수 있다<sup>31</sup>.

HS 자반증을 인식한 내용을 구체적으로 <葡萄疫><sup>15,16</sup>을 통하여 찾아 볼 수 있는데, 陳<sup>15</sup>은 '葡萄疫은 소아에게서 다발하는 질환으로 四時不正之氣를 감수하여 鬱于皮膚不散하고 크고 작은 靑紫斑點을 이루는 것으로 색은 마치 포도와 같고 신체의 한쪽이나 두면부에 생기는데, 곧이어 臍症이 나타난다.'고 해서 감염 등의 선행질환 후에 발병을 하며 자반과 더불어 장부와 관련된 증상이 있음을 언급하였다. 吳<sup>16</sup>는 보다 구체적인 설명을 하고 있는데, '이 질환은 영유아에게 다발하는데.... (중략).... 오직 대퇴부와 정강이부분에 많이 생긴다.'라고 해서 발병부위가 하지에 다발하는 특징을 언급했고, '근래에는 중년의 나이에 下虛하면 생기는데 치법은 전과 같다.'라고 하여 주로 소아들에게 다발하나 성인에게도 발병하고 있음을 언급하고 있다.

중국내의 연구결과들을 살펴보면 HS 자반증을 과민성 자반증이라고 부르고 주된 치법은 清熱解毒, 涼血化癍法을 활용하고 있다<sup>17</sup>. 치료결과들은 비교적 양호하여 구체적으로 병정을 줄이고 재발율을 낮추며 약물의 부작용을 줄이는 등의 특징적인 효과가 있고, 면역기능을 조절할 수 있어 스테로이드제나 면역조절제에 의한 면역력 저하의 폐단을 피할 수 있는 장점이 있다고 설명하고 있다<sup>18</sup>. 그 외의 연구결과들은 자반증에 紫草를 효과적으로 활용하고 있는 임상 사례들<sup>18,32,33</sup>도 쉽게 찾아볼 수 있었다. HS 자반증에 의한 신염을 대상으로 한 연구에서는 원인을 熱壅血瘀로 보고 活血化於法으로 치료해야 한다고 했고<sup>34</sup>, 소아 HS 자반증성

신염에 자초를 가하여 처방한 치료군과 자초를 가하지 않은 대조군을 비교한 결과 치료군이 유의하게( $P<0.05$ ) 효과가 좋았다는 보고가 있다<sup>33</sup>. 양방적인 치료와 한방치료의 효과를 비교한 연구결과도 있었는데, 치료군은 한약물을 투약했고 대조군은 Prednisone을 투약하여 치료효과를 비교한 결과 치료군은 대조군에 비하여 치료기간이 단축되고, 피부증상( $P<0.01$ ), 위장 증상( $P<0.05$ ), 관절증상( $P<0.05$ )은 유의성 있는 차이가 있었으나 신증상은 별다른 차이가 없는 것으로 나타났다고 보고하였다<sup>19</sup>.

본 연구에서 활용된 처방의 빈도를 살펴보면 淸熱消斑湯(45.1%), 歸脾湯加味方(25%), 血府逐瘀湯加味方(9.8%) 순이었고, 신장증상을 목표로 柴苓湯加味方(7.3%)도 비교적 다용되었다. <淸熱消斑湯>은 淸熱解毒작용이 있는 犀角地黃湯을 기본방으로 창방한 것으로 ‘紫草 牛角方 各 12g 金銀花 蒲公英 生地黃 白茅根 赤小豆 各 6g 仙鶴草 牡丹皮 白芍 蟬退 各 4g 防風 玄參 當歸尾 各 3g 紅花 甘草 各 4g’으로 이루어져 있는 처방이다. 활용 목표는 1) 血熱로 변증되는 경우, 2) 급성적인 증상을 보이거나 병정이 짧고 진행양상이 급박한 경우, 3) 양체질의 경우 등이다. 歸脾湯加味方은 저자가 <益氣消斑湯>으로 명명한 처방으로 益氣攝血효능이 있는 歸脾湯을 기본방으로 창방한 것인데, ‘紫草 12g 黃芪 8g 白芍 6g 當歸 元肉 酸棗仁炒 遠志 沙參 白朮 白茯苓 麥門冬 五味子 陳皮 丹參 地榆炒 三七根 各 4g 木香 甘草 各 2g’으로 구성되어 있다. 활용 목표 1) 脾氣虛로 변증되는 경우, 2) 만성적인 경과를 겪거나 진행양상이 완만한 경우, 3) 음체질의 경우 등이다. 血府逐瘀湯加味方은 活血去瘀작용이 있는 血府逐瘀湯이 기본방으로 창방된 것으로 ‘紫草 12g 桃仁 8g 當歸 生地黃 牛膝 紅花 仙鶴草 各 6g 枳殼 白芍 荷葉 各 4g 桔梗 川芎 柴胡 甘草 各 2g’으로 구성되어 저자는 <血府消斑湯>으로 명명하였다. 활용목표는 1) 瘀血로 변증되는 경우, 2) 脾氣는 문제가 없으면서도 만성적인 경과를

겪는 경우, 3) 자반의 재흡수가 더딘 경우 등이다. 연구 진행 과정동안에 급성복증이 나타나는 경우 한약처방으로 진정시키는 것이 어려웠으며, 신염 또한 대부분의 경우에는 빠른 시일내에 안정이 되었으나, 만성적인 경과를 보이는 경우 지속적인 한약물의 투약에는 보다 안전성이 확보된 치료대책이 요구되었다. 치료기간은 최단 7일에서 최장 28주였고, 평균 6.7±6.2주였다. 치료기간동안에는 식이요법을 지도하였고, 모발 증금속 및 미네랄 검사를 시행한 후 건강기능식품을 활용하여 영양요법을 병행하였다. 영양평가는 미네랄 중 아연결핍증을 중시하여 개선할 수 있도록 노력하였다. 구체적인 치료지침은 다음과 같다. 1) 양방치료를 받는 와중에 내원한 경우 스테로이드 복용 중이라면 급성 복증이 없는 경우는 tapering 후 중지시켰다. 2) 초기에는 절대안정을 지시하였고, 활동량이 자반에 영향을 미치지 않는 범위 내에서만 활동을 허락하였다. 3) 평균 2주 간격으로 소변검사를 통하여 단백뇨와 혈뇨의 정도를 파악하였다. 4) 식이요법은 동물성 육류 및 지방질, 인스턴트와 과자류 등을 금하고, 녹색채소, 과일류, 견과류, 씨앗류, 생선류, 발효식품류, 버섯류 등을 충분히 섭취하도록 격려했다. 5) 한방치료는 관련 증상이 모두 사라진 후 발병 전과 같이 100% 활동량을 늘렸음에도 불구하고 2주 이상 관련증상의 발현이 없는 시점에서 종료하였다.

106명의 HS 자반증 환자를 대상으로 평균 6.7±6.2주 동안 한방치료 후 15~24개월 동안 추적 관찰한 결과, 18세 이하 환자 73명(68.9%)의 경우 완치판정을 받은 67명(91.8%) 중 재발된 환자는 총 3명(4.5%)이었다. 19세 이상 환자 33명(31.1%)의 경우 완치판정을 받은 23명(69.7%) 중 재발된 경우는 5명(21.7%)이었다. 치료 도중 급성 복증이 나 예후가 좋지 않은 신염 소견으로 인하여 양방 대학병원으로 전원이 되거나 치료를 종결하지 못한 경우까지 완치율에 영향을 미치는 것으로 판정하였고, 재발율은 완치로 판정한 경우로 한정하였

다. 만 18세를 전후로 나이를 구분한 것은 기존의 연구결과와 비교하기 위함이었다. 결과적으로 기존의 소아 HS 자반증의 재발율이 보통 33~35%라는 연구결과<sup>9,10</sup>와 성인의 경우 54.2%에서 재발을 했다는 연구<sup>12</sup>와 비교해 보면 한방치료 후 18세 이하의 경우에는 재발율이 4.5%, 성인의 경우는 21.7%로 확인되어 한방치료가 HS 자반증의 재발을 낮춘다고 결론지을 수 있다.

이상의 결과를 볼 때 HS 자반증에 대한 한방치료는 스테로이드 대체효과 및 의존도를 낮추며 이러한 결과는 투여된 처방들의 면역안정 효과에 의한 것으로 생각되며, 재발율에 있어서도 소아 HS 자반증의 재발율은 현저하게 낮추며 성인에 있어서도 긍정적인 효과를 나타내는 것으로 판단된다. 그리고 재발율을 낮추기 위해서는 한방치료 외에도 스테로이드의 무분별한 사용을 자제하고 평소에 자연식이 위주로 식이를 하고, 감기의 경우 무분별한 항생제 및 해열제의 투약을 자제해야 하겠다. 따라서 지금까지 HS 자반증에 영향을 미치는 치료법은 없다는 연구결과들이 지배적인 상황에서 좀 더 체계적이고 추가적인 연구를 지속한다면 적극적인 대안을 모색할 수 있을 것으로 생각된다.

## VII. 결론

2005년 3월부터 동년 12월까지 양방병원에서 진단 후 한동하한의원 자반증 클리닉에 내원한 HS 자반증 환자 106명을 대상으로 시행한 한방치료 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 전체 환자의 성별 남녀비율은 1:1.3이었으나, 18세 이하 환자들의 경우는 1.2:1로 남자가 많았으며, 19세 이상의 성인의 경우는 1:3.1로 여자가 많았다. 연령별 분포는 4-9세(56.6%)가 가장 높은 빈도를 보였다.
2. 발병 계절은 봄에 53례(50%)에 주로 발병하였고, 48.1%에서 감기가 선행질환이었다.
3. 이환기간은 최소 1일에서 최대 240.6개월이며 평균  $420.9 \pm 1079.3$ 일이었다. 발병 후 1달 이후에 내원한 환자는 총 63명(60.4%)이었으며, 18세 이하의 경우는 병력이 비교적 짧았으나 19세 이상의 성인의 경우는 1년 이상 이환기간을 갖는 경우도 16%나 차지하여 성인의 경우 보다 만성적인 경과를 겪었다. 이 결과는 유의성이 인정되었다.
4. 임상양상을 살펴보면 피부자반 증상 106례(100%), 위장관 증상 66례(62.3%), 관절증상 68례(64.2%), 신장증상 27례(25.3%), 고환부종 12례(11.3%), 두통 7례(6.6%), 두피부종 5례(4.7%)였다. 최초 발현된 증상을 보면 피부자반이 77례(72.6%)로 가장 빈도가 높았으나, 위장증상 및 관절 증상도 각각 16례(15.1%), 12례(11.3%)를 차지하였다.
5. 전체 환자 중 총 22례(20.8%)가 재발을 경험하였고, 47명(44.3%)에서 입원치료를 경험하였다.
6. 재발을 경험했던 환자군은 평소 육류 및 인스턴트를 즐기는 식이습관을 가진 환자들(63.2%)과 양약위주로 감기를 치료했던 환자들(84%)이 재발율이 높았고( $p < 0.05$ ), 스테로이드 복용군(68.9%)에서도 상대적으로 높았다.
7. 스테로이드를 복용하여 치료한 환자(68.9%) 중 46.6%가 부작용을 경험하였는데, 안면부종(100%), 체중증가(47.1%), 식욕증가(52.9%), 기타 여드름, 탈모 등(11.8%) 순이었으며 스테로이드 복용기간과 부작용은 통계적으로 유의한 관련이 있었다. 이 결과는 유의성이 인정되었다.
8. 평균  $6.7 \pm 6.2$ 주 동안 한방치료 후 15~24개월 동안 추적 관찰한 결과, 18세 이하 환자 73명(68.9%)의 경우 완치판정을 받은 67명(91.8%) 중 재발된 환자는 총 3명(4.5%)이었고, 19세 이상 환자 33명(31.1%)의 경우 완치판정을 받은 23명(69.7%) 중 재발된 경우는 5명(21.7%)이었다. 이러한 한방치료 결과는 기존의 양방치료에 비하여 재발율을 낮추는 것으로 인정되었다.

## 참고문헌

1. 해리슨 내과학 편찬위원회. HARRISON'S 내과학 2권. 서울: 정담; 1997, p.1082.
2. Mills JA, Michel BA, Bloch DA, Calabrese LH, Hunder GG, Arend WP, Edworthy SM, Fauci AS, Leavitt RY, Lie JT, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch-Schonlein purpura. *Arthritis Rheum.* 1990 Aug;33(8):1114-21.
3. Garcia-Porrúa C, Gonzalez-Gay MA., Comparative clinical and epidemiological study of hypersensitivity vasculitis versus Henoch-Schonlein purpura in adults. *Semin Arthritis Rheum.* 1999 Jun;28(6):404-12.
4. 한창수, 박성원, 강용섭, 이철호, 김연기. 소아자반병에 대한 임상적 고찰. *소아과.* 1981;24:56-62.
5. 김장섭, 박병배, 정태원, 나하연. Henoch Schönlein 증후군 195례의 임상적 관찰. *대한내과학회지.* 1983;26:948-57.
6. Gardner-Medwin JM, Dolezalova P, Cummins C, Southwood TR. Incidence of Henoch-Schonlein purpura, Kawasaki disease, and rare vasculitides in children of different ethnic origins. *Lancet.* 2002 Oct 19;360(9341):1197-202.
7. Adam M. Huber, Jim King, Peter McLaine, Terry Klassen, Mary Potos. A randomized, placebo-controlled trial of prednisone in early Henoch Schonlein Purpura. *BMC Med* 2004;2(1):7.
8. Ronkainen J, Koskimies O, Ala-Houhala M, Antikainen M, Merenmies J, Rajantie J, Ormala T, Turtinen J, Nuutinen M. *J Pediatr.* Early prednisone therapy in Henoch-Schonlein purpura: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. 2006 Aug;149(2):241-7.
9. Saulsbury FT.. Henoch-Schonlein purpura in children. Report of 100 patients and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 1999 Nov;78(6):395-409.
10. Trapani S, Micheli A, Grisolia F, Resti M, Chiappini E, Falcini F, De Martino M. Henoch Schonlein purpura in childhood: epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and review of literature. *Semin Arthritis Rheum.* 2005 Dec;35(3):143-53.
11. 정종원, 정선희, 윤운기, 오지섭. 소아 알레르기 자반증에 대한 임상적 고찰. *천식 및 알레르기.* 1998;18(4):672-80.
12. 권은희, 김성진, 나민아, 정유석, 이동원, 이수봉, 곽임수. 성인 Henoch-Schönlein 자반증의 임상적, 병리적 고찰. *대한내과학회지.* 2003; 65(3):323-34.
13. 김병천, 이규석. Henoch - Schönlein 자반증의 임상적 고찰. *대한피부과학회지.* 1999;37(6):701-7.
14. 金潤希, 韓在敬, 金允姬, 소아자반에 관한 동서 의학적 문헌적 고찰. *대전대학교 한의학연구소 논문집.* 2004;13:183-95.
15. 陳實功. 外科正宗. 北京: 人民衛生出版社; 1998, p. 281-2.
16. 吳謙. 醫宗金鑑. 서울: 大星文化社; 1994, p. 504.
17. 朱莉娜, 清熱解毒涼血化癥法治療小兒過敏性紫癍30例, 北京中醫. 2000;2:38.
18. 叶慶. 過敏性紫癍的中醫治療現狀及展望. *四川中醫.* 1998;16(4):17-9.
19. 閻豐韋, 馬耀輝, 趙紅. 清癍合劑治療 兒童過敏性紫癍 57例 療效觀察. *新中醫.* 2003;35(11): 29-30.
20. 홍상훈, 김성환. 피부근염에 이환되었던 환자의 Henoch-Schonlein 자반증 증례 1례. *대한한의학회지.* 2002;23(2):225-30.
21. Murali NS, George R, John GT, Chandi SM, Jacob M, Jeyaseelan L, Thomas PP, Jacob

- CK. Problems of classification of Henoch Schonlein purpura: an Indian perspective. *Clin Exp Dermatol.* 2002 Jun;27(4):260-3.
22. Ballinger S., Henoch-Schonlein purpura. *Curr Opin Rheumatol.* 2003 Sep;15(5):591-4.
23. Pillebout E, Thervet E, Hill G, Alberti C, Vanhille P, Nochy D., Henoch-Schonlein Purpura in adults: outcome and prognostic factors. *J Am Soc Nephrol.* 2002 May;13(5):1271-8.
24. 전해원, 노요안, 관현주, 유기환, 김순겸. Henoch - Schönlein 자반증 200예에 관한 고찰. *대한신장학회지.* 1994;13(3):560-8.
25. Pabunruang W, Treepongkaruna S, Tangnararatchakit K, Chunharas A, Phuapradit P. Henoch-Schonlein purpura: clinical manifestations and long-term outcomes in Thai children. *J Med Assoc Thai.* 2002 Nov;85 Suppl 4:S1213-8.
26. Sano H, Izumida M, Shimizu H, Ogawa Y., Risk factors of renal involvement and significant proteinuria in Henoch-Schonlein purpura. *Eur J Pediatr.* 2002 Apr;161(4):196-201.
27. Cakir M, Orhan F, Mungan I, Sonmez FM, Aslan Y, Kalyoncu M, Erduran E, Gedik Y, Okten A. Henoch-Schonlein purpura in north-eastern Turkey. *Ann Trop Paediatr.* 2006 Mar;26(1):59-65.
28. Nunnelee JD., Henoch-Schonlein purpura: a review of the literature. *Clin Excell Nurse Pract.* 2000 Mar;4(2):72-5.
29. S. Mukhopadhyay, S. Mousa, B. R. George, A. Perl. Palpable purpura, polyarthritis and abdominal pain. *MJA* 2004;180(3):121-2.
30. Prais D, Amir J, Nussinovitch M. Recurrent Henoch-Schonlein purpura in children. *J Clin Rheumatol.* 2007 Feb;13(1):25-8.
31. 張新渝. 吳康衡治療過敏性紫癜的經驗. *中醫雜誌.* 1996;37(12):721-2.
32. 楊桂芹, 劉玉美, 楊云英. 紫草治療過敏性紫癜. *中醫雜誌.* 1996;37(9):518.
33. 章惠陵. 紫草治療過敏性紫癜腎炎. *中醫雜誌.* 1996;37(3):134-5.
34. 王志鈞, 陳昭定, 林陳紅, 王芳. 中藥活血化癥法治療過敏性紫癜腎炎體會. *北京中醫.* 1996;4:27-8.

<b>알레르기성 자반증 환자용 2호 차트</b>					
성명		성별 및 나이	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 만	세	작성일 200 년 월 일

기본적 정보를 확인하기 위한 질문입니다. 모든 질문에 답을 해 주시기 바랍니다.

**발병일** 이번 발병한 알레르기성 자반증과 관련된 증상은 언제 처음 생겼습니까?  
 200 년 월 일

**재발 유무** 이번 알레르기성 자반증은 재발된 것입니까? 예 아니오  
 만약 재발이 되었다면 몇 번째이고, 언제의 일이었습니까?  
 현재 자반증은 \_\_\_\_\_ 번째 발병 처음 발병된 때 \_\_\_\_\_

**식이습관** 평소의 식이습관은 어떻습니까? 해당 사항에 모두 체크하기 바랍니다.  
 육류 위주의 식이  인스턴트 위주의 식이  자연식이 위주의 식이  일반적인 보통의 식이

**항병력** 감기는 1년에 몇 차례나 걸리나요?  
달고 산다. 환절기마다 1-2차례 거의 걸리지 않는다.

**항병력** 지금껏 감기에 걸리면 평소에 어떻게 치료했습니까? 해당 사항에 모두 체크합니다.  
 약약(항생제 및 해열제) 위주의 치료  자연치유를 시도  가정요법 및 한방치료  기타

**감기와 관련성** 발병 당시, 감기에 걸린 후 자반증이 처음 나타났습니까? 예 아니오  
 그렇다면 감기에 걸린 후 몇 일만에 증상이 생겼습니까? \_\_\_\_\_ 일 만에

**약물 복용 관련성** 특정한 약물을 복용한 후 자반증이 생겼습니까? 예 아니오  
 만약 약물을 복용했다면, 약물을 복용한 후 얼마 만에 증상이 생겼습니까? \_\_\_\_\_ 일째  
 만약 약물을 복용했다면, 어떤 약물을 복용했습니까? 중복되는 것은 가능한 대로 모두 체크하시기 바랍니다.  
약국용 종합감기약 양방병원 처방(내용 모름) 항생제 해열제 한약 \_\_\_\_\_

**초기의 증상** 알레르기성 자반증으로 지금까지 경험한 모든 증상을 순서대로 번호로 적습니다.

- |   |
|---|
| ① 다리 부분에 피멍 ② 관절의 부종과 통증 ③ 복통 ④ 구토 ⑤ 설사 ⑥ 대변의 출혈<br>⑦ 고환의 염증 및 부종 ⑧ 소변 검사상 단백뇨 ⑨ 소변 검사상 혈뇨 ⑩ 기타 |
|---|

→ → → → → → → → →

기타 : \_\_\_\_\_

**현재 증상** 현재 나타나고 있는 증상은 어떤 것들입니까? 나타나고 있는 모든 증상에 체크합니다.

[피멍] 다리부분 엉덩이 팔 손 배 등 얼굴 지속적으로 올라옴 안정을 취하면 피멍이 줄어들고 활동량을 늘리면 심해짐

[관절] 관절의 부종과 통증 잘 걷지를 못함

[위장관] 복통 구토 설사 대변의 출혈

[콩팥] 단백뇨 혈뇨 고환의 염증 및 부종

[기타] (구체적으로 적어주세요) \_\_\_\_\_

**진단받은 병원** 발병초기 처음으로 진단은 어디에서 받았습니까?

양방-개인의원 양방-종합병원 양방-대학병원 한방-한방병원 한방-한의원

**입원치료 경험** 입원 치료한 적이 있습니까? 예 아니오

입원한 적이 있다면, 어느 병원에 얼마동안 몇 차례나 입원치료 하였습니까?

병원이름 \_\_\_\_\_ 총 입원 기간 \_\_\_\_\_ 일 횟수 \_\_\_\_\_ 회

**치료받은 병원** 지금껏 치료는 어디에서 했습니까? 치료받았던 병의원을 모두 체크하세요.

양방-개인의원 양방-종합병원 양방-대학병원 한방-한방병원 한방-한의원

**스테로이드 복용 유무** 자반증 치료를 위해 스테로이드를 복용하였습니까? 예 아니오

그렇다면 얼마동안 복용하였습니까? \_\_\_\_\_ 동안

스테로이드를 사용 중에 사용량을 줄이거나 끊으면 다시 심해짐을 경험하였습니까? 예 아니오

현재도 스테로이드를 투약 받고 있습니까? 예 아니오

**스테로이드 부작용 경험** 스테로이드를 사용 중 부작용이 있었습니까? 예 아니오

만약 있었다면 무엇이었나요? 얼굴이 부어옴 살이 찌 식욕이 왕성해짐 기타 \_\_\_\_\_

스테로이드 외에 사용하는 약물이 있었습니까? 예 아니오

있다면 무엇인가요. 모름 스테로이드 외의 약물 \_\_\_\_\_