

## Case Report

## 호흡기 증상을 동반한 다발성 근염 환자의 증례연구

이기수<sup>1</sup>, 홍권의<sup>1</sup><sup>1</sup>대전대학교 한의과대학 침구학교실

Received : 10. 05. 11

Revised : 10. 06. 01

Accepted : 10. 06. 10

**Key Words:**

polymyositis, diffuse interstitial lung disease, Wei symptom(痿證)

## The case study about Polymyositis patient with respiratory symptoms

Ki-su Lee<sup>1</sup>, Kwon-eui Hong<sup>1</sup><sup>1</sup>Dept. of Acupuncture and Moxibustion, College of Oriental Medicine, Daejeon University**ABSTRACT****Objective :** This is a clinical report about the 77-years-old man patient with polymyositis treated by oriental medicine.**Methods :** The patient was treated by acupuncture and herb medication. The improvement of the patient was judged by MRC scale and CPK, LDH.**Results & Conclusions :**

1. Patient's symptoms(paraplegia) rapidly improved.
2. The level of CPK, LDH and Potassium are recovered to the normal range.
3. Associated with respiratory symptoms are getting better.

**I. 서론**

염증성 근육질환은 근위근 무력과 골격근의 비화농성 염증을 특징으로 하는 여러 질환의 총칭이다. 주로 사지의 근위근과 경부 및 인두근에 근쇠약과 위축을 일으키며 간혹 심근을 침범하기도 한다<sup>1)</sup>. 이 중 병변이 횡문근에 국한된 경우를 다발성 근염이라고 하고 특징적인 피부 발진을 동반하는 경우를 피부근염이라고 한다<sup>2)</sup>. 다발성 근염은 점차 진행되는 근위부 사지근 및 경부근 위약, 근육 동통, 혈청내 근육 효소의 증가, 근육의 염증성 변화와 근전도에서 특징적인 소견을 보이는 가장 흔한 후천성 근육병이다. 그러나, 다발성 근염 자체는 단일 질환이라기보다는 이종의 근 질환들을 포괄하고 있는 것으로, 아직 병리 기전이 분명히 정립되어 있지 않다<sup>3)</sup>.

다발성 근염의 원인은 다양한 주장이 제기되고 있으나

아직 확정된 것은 없고 다만 다른 자가면역질환과 자주 동반되며, 단핵구성 염증세포의 침윤과 면역 억제제에 의한 치료 효과로 미루어 보아 체액성 또는 세포 매개성 자가면역 기전이 다발성 근염을 발생시키는 원인일 것이라는 설로 설명된다<sup>4)</sup>.

진단 당시 임상 증상으로는 근위부 근력약화 86.5%로 가장 많았으며, 근육통 67.3%, 관절통/관절염 61.5%, 고열 44.2%, 레이노 현상 44.2%, 간질성 폐질환 38.5%, 연하곤란 19.2%, 심장침범 17.3%의 순으로 나타났다<sup>5)</sup>. 또한 김<sup>6)</sup> 등은 연하곤란 탈모증 Raynaud 현상이 각각 20% 22%에서 나타났으며 발열은 48%에서 관찰되었다고 하였다. 이 발열의 특기할 점은 다른 특이한 증상없이 발열을 주소로 한 불명열인 경우가 많았다는 것이었다.

\*Corresponding author : Kwon-eui Hong. Daejeon Oriental Hospital of Daejeon University, Daeheung-dong, Jung-gu, Daejeon, Korea.

Tel: +82-42-229-6816 Fax : +82-42-253-3403 E-mail : hkeacu@djju.ac.kr

다발성 근염은 한의학에서 痿證의 변증에 해당하며, 痿證은 肢體의 筋肉이 弛緩되어 手足이 痿軟無力함으로 말미암아 隨意的 運動을 할 수 없는 것을 特徵으로 하는 一種의 病症이라고 할 수 있으며, 갑자기 突發적으로 發生하거나 혹은 徐徐히 發病하며 輕者는 軟弱無力하나 重者는 痿閉不用하고 甚하면 生命이 危險할 수 있는 疾病이다<sup>7)</sup>. 痿證의 原因으로는 肺熱上津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱侵犯, 瘀阻脈絡 등이 있으며<sup>8)</sup>, 가장 흔한 原因으로는 《黃帝內經素問·痿論》에서 “有所失忘 所求不得 則發肺鳴 鳴則肺熱 葉焦 故曰五臟 因肺熱葉焦 發爲痿癰”<sup>9)</sup>이라 하였다. 痿證은 많은 경우에서 臟腑와 經絡의 失調로 인하여 많이 발생하기 때문에 臟腑의 失調된 機能을 調和롭게 하고, 氣血의 疏通을 원활하게 하는 것을 치료 목표로 한다<sup>10)</sup>.

다발성 근염은 그 임상 양상이 다양하여 다른 근병증과의 감별이 어렵고 한방 치료에 따른 임상 보고가 드문 편이다. 이에 저자 등은 기침 및 가래, 심한 피로감, 경한 발열감, 비교적 아급성으로 진행되는 사지 근위부의 근력 약화를 보인 환자로서, 한방치료로 호전된 기질성 폐질환의 임상상을 동반한 다발성 근염 환자 1예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 이를 보고하고자 한다.

## II. 증례

### 1. 환자

김○○, 77세, 남자

### 2. 주소증

- ① 상행으로의 진행성의 하지부 근력약화 및 감각저하
- ② 기침, 객담, 호흡축급, 발열
- ③ 적갈색뇨

### 3. 발병일

2009년 12월 2일

### 4. 과거력

고혈압 : 1994년경 인지

### 5. 가족력

어머니께서 CVA로 고생하심

### 6. 현병력

환자는 본원 내원 약 2일 전 2009. 12. 2 발생한 좌하지 위약감이 발생한 이후 우하지 무력감이 동반되었으며 비교적 빠르게 진행되는 하지 근력 약화를 주소로 타 병원에서 입원 및 검사 결과 길랑-바레 신드롬 및 원인 불명의 근병증으로 추정진단 후 2009. 12. 4 본원으로 전원하였다.

### 7. 한방적 초진소견

- ① 睡眠 : 淺眠(상열감으로 숙면 힘들)
- ② 食欲 : 정상이나 최근 감소함
- ③ 消化 : 양호
- ④ 大便 : 便秘양상 보임
- ⑤ 小便 : 小便頻數, 소변을 보아도 시원하지 않음
- ⑥ 口渴 : 少飲

### 8. 이학적 소견 및 검사소견

#### 1) 초진 시 이학적 검사

- ① MRC score(하지) : 4/4ROM : normal
- ② Sensory : dysesthesia both lowerlimb
- ③ DTR(patellar reflex) : ++/++

#### 2) 임상병리소견

- ① 혈액 검사 및 요검사(2009.12.4)
  - WBC 18200/ $\mu$ l
  - Na 153mEq/L
  - K 2.1mEq/L
  - Cl 112mEq/L
  - AST 218IU/L
  - ALT 32IU/L
  - LDH 1337IU/L
  - CPK 31120U/L
  - Urine blood +++++

#### 3) 심전도 소견(2009.12.4)

특이소견 없음

## 4) 방사선학적 검사

## ① CHEST PA &amp; both lat

Old pul. tbc.

Chronic bronchitis.

Pul. Emphysema.

## ② L-s spine PA &amp; lat

Degenerative osteoarthritis,T-L spine.

R/O) Ankylosing spondylitis,T-L spine.

## 5) 생명활력검사

## ① 혈압 140/90mmHg

## ② 맥박수 80회/min

## ③ 호흡수 20회/min

## ④ 체온 37℃

## 9. 치료 기간

2009.12.4-2009.12.31

## 10. 치료 방법

## 1) 침치료

침 치료는 하루 2회씩 오전과 오후에 시행하였으며, 침은 동방침구침의 0.25x30mm 1회용 호침을 사용하였고, 유침시간은 15-20분으로 하였다. 취혈은 수태음폐경, 족양명위경, 족태양방광경, 족소음신경의 혈위 위주로 취혈을 하였고 그 외에도 환자의 상태에 따라 취혈 부위를 다르게 하였다.

## 2) 물리치료

증상 호전도를 보아 보행이 가능한 시기부터 경항부와 호흡근에 SSP를 이용한 전기 자극과 경피경근온열요법(Hot pack)을 시행하였다.

## 3) 약물치료

## ① 침약치료

3첩 3팩을 기본으로 하여 하루 3번 복용하도록 하였다.

2009.12.4에는 仙方敗毒散加味方(금은화 연교10g, 패모 천산갑 조각자 백지 천화분 현삼 시호 황금 전호 상백피 강활 지각 독활 길경 감초 적복령 박하 형개

방풍 사간 산두근 우방자 우각방4g)을 투여하였다.

2009.12.5-6에는 防風通聖散(활석 6g, 감초 5g, 석고 황금 길경 3g, 방풍 천궁 당귀 적작약 대황 마황 박하 연교 망초 2g, 형개 백출 치자 1g)을 투여하였다. 2009.12.7-8에는 五苓散加味方(택사 10g, 적복령 백출 저령 6g, 육계 2g, 맥문동 4g, 오미자 4g)을 투여하였다.

2009.12.10-14에는 小青龍湯加味方(마황 백작약 오미자 반하 6g, 세신 건강 계지 감초 원지 백복령 행인 소자 4g)을 투여하였다.

2009.12.15-24까지는 滋陰降火湯加味方(백작약 숙지황 맥문동 생지황 6g, 당귀 5g, 백출 사삼 오미자 4g, 진피 3g, 지모 황백 감초 2g)을 사용하였다.

2009.12.26-31까지는 加味二陳湯(반하 8g, 백출 진피 인삼 6g, 백복령 산사육 맥아 신곡 후박 과루인 행인 오미자 생강 4g, 감초 2g)을 사용하였다.

## ② 환약치료

대전대학교 대흥동 한방병원에서 사용하고 있는 통비음, 통비환, 맥문동탕 엑기스제를 증상과 환자의 상태에 따라 수시로 복용시켰다.

## 11. 평가방법

## 1) Medical Research Council (MRC) Scale for Muscle Strength

환자의 근력약화에 대한 객관화를 위해 현재 가장 많이 쓰이는 방법 중 하나로서, 전혀 못움직이는 경우를 Gr.0, 정상인 경우를 Gr.5로 보고 환자의 움직임에 따라 등급 평가를 하는 방식이다.(Table 1.)

## 2) 주요 검사 소견의 변화

혈액검사 결과 중 근육의 손상으로 증가할 수 있는 효소인 CPK, LDH 및 수치에 있어 이상 소견을 보였던 WB C, K, Cardiac triple test 및 Urine Blood 등의 변화 내용을 수치화 하여 변화에 따른 객관화를 시켰으며 호전 반응에 대한 신뢰도를 높였다.

## 12. 치료 경과

## 1) 12월 4일(입원 1일째)

양하지의 마비감이 지속적으로 진행되며 금일부터 보행 불가능한 상태로 악화되었다. MRC scale 상 Gr는 3/3 정도이며 표재성 반사 및 심부건 반사상 이상은 보이지 않고 소변빈삭의 소견이 보인다. Cardiac triple test를 시행하였으며 결과상 Myoglobin은 positive 소견 보였으며 수치상 WBC 18200, CPK 31120, LDH 1337, K 2.1에서 현저한 이상 소견을 보였다. West medication(혜화의뢰)으로 멸균생리식염수 1L+KCL 3G(대한)/20ML/B(휴온스) 처치가 들어갔다.

## 2) 12월 5일(입원 2일째)

양하지의 마비감이 심화되며 금일부터 MRC scale 상 Grade는 2/2 정도로 감소되었다. 표재성 반사 및 심부건 반사상 이상은 보이지 않고 대소변의 조절이 원활치 않은 상태가 보여서 글래세린 관장 및 Foley inserted를 시행하였다. Cardiac triple test를 시행하였으며 결과상 Myoglobin은 여전히 positive 소견 보였으며 K은 2.0을 유지하여 아직 조정되지 않은 수치를 보였다. CPK는 수치상 29723이 나왔다. EKG상 저칼륨 혈증으로 인한 심전도의 부정맥 소견 보이며 EKG Monitoring 을 시행하였다. West medication으로 멸균생리식염수 1L+ KCL 3G(대한)/20ML/B(휴온스)와 케이콘틴서방정 600mg(한국파마)(1-0-1) 처치가 들어갔다.

## 3) 12월 6일(입원 3일째)

양하지의 마비감이 큰 변화 없이 유지되었으며 MRC scale 상 Gr는 2/2 정도였다. 환자분 수면은 양호하였으나 전신적인 근육통 양상 호소하였다. 표재성 반사 및 심부건 반사상 이상은 보이지 않고 회음부 주변의 약간의 이상감각 호소하였다. 수치상 CPK 17614, K 2.0, WBC 11300으로 나타났으며 EKG상으로는 여전히 저칼륨혈증으로 인한 부정맥 소견이 보였다. West medication으로 멸균생리식염수 1L+KCL 3G(대한)/20ML/B(휴온스)와 케이콘틴서방정 600mg(한국파마)(1-0-1) 처치가 들어갔다.

## 4) 12월 7일(입원 4일째)

양하지의 근력이 회복되는 소견 보이며 MRC scale상 Gr는 3-4/3-4였다. 대퇴 후부와 서혜부에 있는 약한 감각 저하의 소견은 거의 소실되었으며 EKG가 안정되었으며 각종 혈액 검사상 수치가 안정되기 시작되었다. LDH는

345였고, CPK는 5450, K은 3.1이 나왔다. West medication으로 멸균생리식염수 1L+KCL 3G(대한)/20ML/B(휴온스)와 케이콘틴서방정 600mg(한국파마)(1-0-1) 처치가 들어갔다.

## 5) 12월 8일(입원 5일째)

양하지 근력 지속적인 호전 보이며 MRC scale상 Gr는 sl/sl을 유지하였다. 감각 저하나 통증 등의 증상은 나타나지 않았으며 EKG는 지속적인 안정 소견 보였고 혈액 검사상 수치도 안정적이었다. 소변 색이 정상 색으로 변화하였으나 소변 검사상 아직 Blood positive 소견 유지하였다. K은 3.6을 유지하였다.

## 6) 12월 9일(입원 6일째)

양하지 근력은 이상 증상 거의 소실되어 약간의 보행 가능한 상태 유지하였다. 감각이나 통증 등의 증상은 현재 모두 소실되었으며 혈액검사상 CPK 707, WBC 9500, K 3.8의 수치를 유지하였다. 다만 호흡기 증상이 심화되었는데 Chest PA상 More hazy streaky density, both upper lobe로 bronchopneumonic infiltration 소견이 보였다. 환자분께서 답답한 느낌 및 기침 가래가 증가하였으며 약간의 BT상승 소견이 보이며 Respiration이 22-28회로 불규칙한 소견이 보였다. West medication으로 세파클러캡슐 250mg(2세대 세팔로스포린계), 펩티라제정(소염효소제), 유니펙탄캡슐 300mg(진해거담제) 등의 처치가 동반되었다.

## 7) 12월 14-15일(입원 11-12일째)

양하지 근력 저하 및 보행의 지장은 없었으며 간간히 전신통 양상을 보였다. 숨차고 호흡의 불편감은 계속 유지되었다. K 수치는 3.7이 보였고, WBC는 6900, CPK는 50.7의 수치가 보였다. Chest PA 판독상으로는 별무변화 보였으나 약간의 음영의 감소가 있는 것이 보였다. Respiration은 20-28회를 유지하였고 BT는 37도 초반대를 유지하였다. 수일간의 항생제 처치로 인한 설사 양상이 보이기 시작하였다.

## 8) 12월 23일(입원 20일째)

지속적인 배뇨 훈련 후 19일경 Foley remove하였으며 자가 배뇨 원활한 상태 유지하였다. 약 17일 경부터 호흡과 발열감은 안정되었으며 환자분의 자각 증상도 많이 호전되었다. 소변검사 결과 Blood 역시 검출되지 않았다.

### 3. 평가결과

1) 각종 수치 및 검사변화(Table 2.)

2) CPK 수치 변화(Fig 2.)

## III. 고찰

다발성근염은 1863년 Wagner에 의해 기술된 이래 이에 대한 연구가 지속적으로 이루어지고 있다<sup>1)</sup>.

1975년 Bohan과 Peter 등은 임상증상, 피부발진의 여부와 혈철검사, 전기전도검사, 근육병리소견의 특징을 바탕으로 하여 특발성 근염을 다발성근염, 피부근염, 소아형 다발성근염 및 피부근염, 악성종양과 동반된 다발성근염 및 피부근염 등의 다섯가지 아형으로 분류하였다<sup>2)</sup>. 그러나 Bohan과 Peter 등에 의한 고전적 분류법으로는 특발성 근염의 아형들을 감별하는데 여러 가지 문제점이 발생하였다. 이에 고전적 분류법을 보완한 여러 재분류법이 나왔으며 2004년 European Neuromuscular Center (ENMC) workshop에서 제정한 분류법에 의해서 다발성 근염의 새로운 진단 기준이 정립되었는데 이는 임상증상으로 18세 이상에서 증상이 발생해서 점차 진행되는 양상을 보이며 근력약화가 대칭적이면서 몸쪽 근육에서 뚜렷하고, 혈청검사에서 혈청CK의 상승 또는 혈청내 근염-특이항원(myositis-specificantigen: MSA)이 양성인 경우, 근전도검사상 근병증(myopathy)에 합당한 소견, 그리고 상기 조건을 모두 만족하면서 근조직 검사에서 비괴사성(non necrotic) 근세포 내부로 T세포가 침윤하는 경우를 확정적인(definite) 근염으로, 비괴사성 근세포 내부로의 염증세포 침윤은 없지만 근내막에 염증세포가 관찰되는 경우를 추정적(probable) PM으로 정의하였다<sup>3)</sup>.

다발성 근염과 피부근염의 발병률은 1년에 백만명당 2.18-10명정도 발병하는 것으로 알려졌으며 모든 연령층에서 발병할 수 있으나 주로 40-50대의 장년층에서 많고 청년기에서 발생이 드문 것으로 알려져있다<sup>4)</sup>.

김 등은 그의 논문에서 진단당시 임상 증상으로는 근위 근쇠약이 74%로 가장 많았으며 근육통, 관절통, 연하곤란, 탈모증, Raynaud 현상이 각각 나타났으며, 특이한 점은 다른 증상 없이 발열을 주소로 한 불명열로 입원한 환자에서 다발성 근염이나 피부근염을 진단하는 경우가 많았다는 것이다<sup>6)</sup>.

다발성 근염에서는 종양이나 간질성 폐질환의 동반 여부에 대한 관계에 대하여도 다각적인 연구가 이루어졌는데 김 등이 시행한 피부근염 및 다발성근염 100례의 분석에 따르면 환자의 9%에서 악성종양이 동반되었고 그 예후가 일반적으로 좋지 않음을 설명하였다<sup>6)</sup>. 염증성 근육질환에 동반된 간질성 폐질환은 Mills와 Mathews<sup>14)</sup>에 의해 피부근염에서 동반된 간질성 폐렴이 처음 보고된 이래 약 5-10% 정도에서만 동반되는 것으로 알려져 있다. 김 등<sup>15)</sup>은 연구에서 다발성 근염의 예후 인자로서 간질성 폐렴의 동반 여부가 통계적 의미가 있음을 확인하였으며 간질성 폐질환의 조기 진단 및 치료가 다발성 근염의 예후와 직접적 관련성이 있을 것이라는 연구를 시행하였다. 또한 Fathi 등<sup>16)</sup>은 염증성 근병증에서 별다른 호흡기 증상이 없어도 진단 시 65%에서 방사선학적 이상이나 폐기능 검사에서의 제한성 환기장애가 발견됨을 보고하면서 증상과 무관하게 고해상도 흉부 전산화 촬영을 포함한 방사선학적 검사와 폐기능 검사를 시행하도록 권고한 바가 있다.

본 증례의 환자는 기질성 폐질환이 동반된 염증성 근질환 의심되는 환자로 입원당시 기침 및 가래, 심한 피로감, 경한 발열감, 비교적 아급성으로 진행되는 사지 근위부의 근력 약화 등의 소견이 보였다. 타병원에서 근병증 혹은 길랑바레 신드롬 의심 증상으로 진단받고 내원하셨으며 처음 입원하였을 때 혈액검사상 CPK31120, K2.1이었으며 DTR 및 신경학적검사상 특이 사항은 없었다. 한방적으로는 肺熱(傷津)이 원인이 되어 발생한 痿證으로 진단하였다. 처음 입원 당시 증상상 하지 무력감이 진행되었으며 피로감을 동반한 상열감이 나타났다. 입원 2일째인 5일과 입원 3일째인 6일은 MRC scale grade상 양하지 Grade가 2/2로 첫날에 비해 감소된 채 유지되었으며 소변조절은 되나 불편감과 잔뇨감 있으며 대변보는 것이 불편하고 힘듦을 호소하였다. 5-6일 양일간 防風通聖散을 사용하여 去風清熱시켰으며 2차례의 침치료 동반하였다. 입원 4일째인 7일부터는 호전반응이 보이기 시작하였다. 양하지 Grade가 3/4로 증가하였으며 CPK가 5450, 칼륨은 3.1로 교정되기 시작하였다. 입원 5일째인 8일부터는 양하지 Grade가 sl/sl로 더욱 호전되었으며 소변색이 정상색으로 변하였다. 7-8일 양일간 五苓散加味方を 투여하여 利水滲濕에 의해 小便通利 하려고 하였으며 침치료 하루 2회 지속적으로 시행하였다. 입원 6일째인 9일에는 양하지 근력의 이상 증상 거의 소실되어 보행 운동 및 전기치료 시행하기 시작하였으며 혈액검사상 CPK707, K3.8유지하였다. 다만 호흡기 증상 심화되며 기침 가래

증가하였고 방사선 검사상 양측 폐상엽으로 음영의 증가가 보여 West medication(혜화병원 의뢰)으로 세파클러캡슐 250mg(2세대 세팔로스포린계), 펩티라제정(소염효소제), 유니펙탄캡슐 300mg(진해거담제) 등의 처치가 동반되었다. 입원 7일째인 10일부터 입원 11일째인 14일까지는 小青龍湯加味方을 사용하여 溫肺化痰하였으며 하루 2차례의 침치료 및 전기치료도 병행하였다. 12.15-24까지는 滋陰降火湯加味方을, 12.26-31까지는 加味二陣湯을 사용하였다. 23일 경에는 호흡 및 체온도 안정적으로 유지하였으며 기타 호흡기 증상 소실되었으며 무력감 양상 소실되어 2009.12.31일까지 입원치료 후 퇴원하였다.

이후 경과 관찰 결과 2010년 5월경까지 증상의 재발이나 호흡기 질환의 악화 없으며 현재까지 일상 생활의 문제 없이 추적 관찰중이다.

상기 환자의 치료 예를 통해 근병증의 치료에 있어서 한의학적 치료를 주로 하여도 우수한 효과를 나타낼 수 있음을 알 수 있다. 현재 서양의학에서는 염증성 근병증의 치료를 위해 휴식 및 부신피질호르몬의 투여, 심하면 면역억제제를 사용하고 있다<sup>7)</sup>. 그러나 위의 방법들이 절대적인 치료 효과를 보장하는 것이 아니고 장기간의 복용 시 다양한 부작용이 나타날 가능성이 있기에 부작용이 적고 비침습적인 한의학적인 치료에 대한 개발이 증상 개선과 관리에 있어 새로운 방향을 제시할 수 있다고 하겠다.

또한 위의 증례에서 볼 때 단순한 근육 질환에 있어서의 접근뿐만 아니라 증상과 동반된 호흡기 질환 및 전해질 장애에 대한 교정 및 치료가 병행되었을 때 더 빠른 호전 양상이 보임을 알 수 있었다.

단 본 증례는 1례에 불과하며 질환의 정확한 판별을 위한 근전도 및 근생검이 이루어지지 않았다는 한계점이 있었다. 다발성 근염의 한방치료를 위해 다양한 방법이 이루어졌으나 각각의 치료에 따른 효과에 대한 것은 좀더 많은 사례 및 임상연구가 필요할 것으로 보인다. 또한 환자의 증상 재발 및 새로운 질환의 발생에 대한 장기적인 추적조사가 필요하며, 향후 다발성 근염에 대하여 침치료 및 약물치료 등의 한의학적인 수단에 의한 임상연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

#### IV. 결론

2009년 12월 4일부터 2009년 12월 31일까지 대전대학교 부속 대흥동 한방병원 침구과에 입원한 다발성근염

의증환자 1명에 대한 일반적인 한의학적 방법만을 사용하여 치료한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 본 증례의 환자에게 한의학적 치료를 시행하여 유의한 치료 효과를 얻었으며, 증상 호전 및 합병증의 회복 속도도 양호한 편이었다.
2. 본 증례는 1례에 한하므로 향후 다발성 근염에 대한 좀더 많은 사례 모집 및 임상 연구를 통하여 다발성 근염에 대한 한방치료 효과의 평가가 이루어져야겠다.

#### V. 참고문헌

1. Medsger TA Jr, Robinson H, Masi AT. Factors affecting survivorship in polymyositis : A life table study of 124 patients. *Arthritis Rheum* 1971 Mar-Apr;14(2):249-58
2. Logan RG, Bandera JM, Mikkelsen WM, Duff IF. Polymyositis, a clinical study. *Ann Int Med* 1966 Nov;65(5):996-1007
3. 변우규, 이상수, 박계연, 한설희, 이성현, 최강현. 폐쇄성 세기관지-기질화 폐렴과 동반된 다발성 근염. *대한신경과학회지*;19(5):547-9
4. Whitaker JN, Engel WK. Vacuolar deposits of immunoglobulin and complement in idiopathic inflammatory myopathy. *N Engl J Med* 1972; 286:333-338.
5. Dawkins RL, Mastaglia FL. Cell-mediated cytotoxicity to muscle in polymyositis : effect of immunosuppression. *N Engl J Med* 1973;288:434-438.
6. 이상현, 임효영, 양형인, 박성환, 조철수, 김호연. 염증성 근병증의 임상적 고찰. *대한 류마티스학회지*; 2(1):42-51
7. Kim SM, Choi YH, Nam TS, Pai HJ, Oh MD, Chung MH, et al. A clinical analysis of 100 patients with dermatomyositis-polymyositis. *Korean J Intern Med* 1990;39:812-23.
8. 中醫研究院. 中醫症狀鑑別診斷學. 北京 : 人民衛生出版社. 1987 : 191-2.
9. 전국 한의과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 서울

- : 군자출판사. 2006 :353-8
10. 田溶敏 編著. 再編黃帝內經素問. 서울 : 대성문화사. 1998 : 128.
  11. 대한 침구학회 교재편찬위원회. 침구학(하). 집문당. 2008 : 198-9.
  12. 문준식, 김진호, 이영진, 이명식, 최일생. 공피증이 동반된 피부근염 1예. 대한신경학회지;8(1):185-91
  13. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (second of two parts). N Engl J Med 1975;292:403-7.
  14. Hoogendijk JE, Amato AA, Lecky BR, Choy EH, Lundberg IE, Rose MR, et al. 119th ENMC international workshop: trial design in adult idiopathic inflammatory myopathies, with the exception of inclusion body myositis, 10-12 October 2003, Naarden, The Netherlands. Neuromuscul Disord 2004;14:337-45.
  15. Mills ES, Mathews WH. Interstitial pneumonitis in dermatomyositis. JAMA 1956 Apr 28;160(17):1467-70
  16. 김혜인, 백희경, 정진규, 조용민, 이상엽, 이성원, 정원태. 염증성 근질환 환자의 생존률에 대한 예후 인자 연구. 대한류마티스학회지;16(2):108-14.
  17. Fathi M, Dastmalchi M, Rasmussen E, Lundberg IE, Tornling G. Interstitial lung disease, a common manifestation of newly diagnosed polymyositis and dermatomyositis. Ann Rheum Dis 2004;63:297-301.
  18. Iorizzo LJ, Jorizzo JL. The treatment and prognosis of dermatomyositis: an updated review. J Am Acad Dermatol 2008;59:99-112.

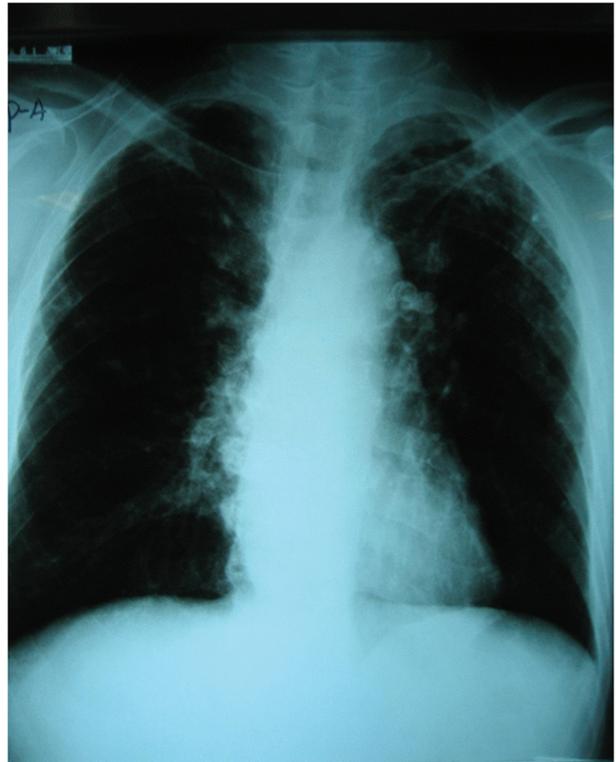


Fig. 1. Chest PA(2009.12.4)

Table 1. The Medical Research Council Scale for Grading Muscle Strength

Grade	
0	No Contraction
1	Flicker or trace of contraction
2	Active movement, with gravity eliminated
3	Active movement against gravity
4	Active movement against gravity and resistance
5	Normal power

Table 2. Change of MRC Grade, DTR, LDH, AST, WBC

	MRC grade	DTR (Patellar reflex)	LDH (IU/L)	AST (IU/L)	WBC (100/ $\mu$ l)
2009.12.4	3/3	++/++	1337	218	182
2009.12.5	2/2	++/++	.	233	132
2009.12.6	2/2	++/++	.	193	113
2009.12.7	3/3	++/++	345	128	.
2009.12.8	sl/sl	++/++	.	.	.
2009.12.9	sl/sl	++/++	219	.	95
2009.12.11	5/5	++/++	.	.	66
2009.12.14	5/5	++/++	.	.	69

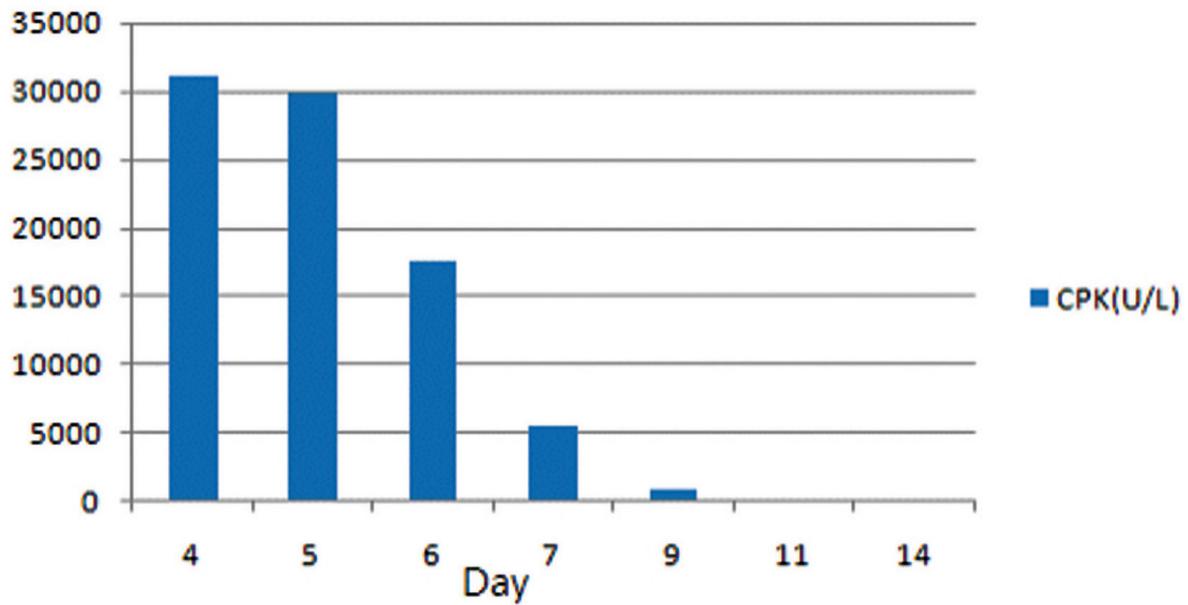


Fig 2. Change of CPK levels