

건선으로 인한 박탈피부염 환자 치험 1례

박외숙 · 김윤범

경희대학교 한의과대학 안이비인후피부과학교실

One case report of Exfoliative Dermatitis due to Psoriasis

Owe-suk Park · Yoon-bum Kim

In clinical practice, Psoriasis is commonly difficult to be completely cured that only repeats improvement and to be worsen. We experienced one case of Psoriasis patient who had had generalized exfoliative Psoriasis for more than one year. After hospitalization treatment of ten days and outpatient treatment of three months, he's chief complain improved continuously and there was not worsen sign any more. So, He could return to his usual life. We still didn't know the mechanism that *Saengkankunbi-Tang* brought his improvement by, but we think that more case studies are necessary focusing on damp-heat because of much drinking for long time and years of duration of skin disease.

Key words : Psoriasis, exfoliative psoriasis, *Saengkankunbi-Tang*

서론

건선은 은백색의 인설을 동반한 구진을 나타내는 흔한 피부질환으로 분포나 정도가 개인에 따라 아주 다양한 원인 미상의 질환이다. 전세계적으로 발생하나 인종 및 종족 간 발생빈도에 현저한 차이를 보이며 임상경과는 다양할 수 있지만 대개 호전과 악화를 반복하면서 지속되는 형태를 보인다¹⁾. 박탈 피부염은 피부의 전체 또는 거의 모든 부위에 홍반성

발적과 낙설을 특징으로 하는 염증성 질환으로 대부분 건선, 접촉피부염, 아토피피부염, 지루피부염, 울체피부염, 모공성홍색비강진, 장미색비강진 등 선행하는 질환이 있으나 선행질환과 관계가 없거나 원인을 발견하지 못하는 경우도 10-40%나 된다²⁾.

건선에서 박탈피부염(박탈성 건선, 전신 홍피증)은 만성 건선에서 생기거나 드물게 처음부터 박탈성으로 오는 것으로 전신에 걸쳐 과도한 인설과 전신 홍피증, 발열 등 전신증상을 수반할 수 있으며 치료에 저항하는 심한 형태이다¹⁾.

우리나라에서의 정확한 통계는 아직 없으나 단일 병원 연구에서 건선의 발생율은 전체 피부과 환자의 2-3%정도를 차지한다고 하며^{1,5)} 한방병원 외래에 내원하는 피부질환 환자 중 7%⁶⁾, 노인피부환자 중

교신저자: 박외숙, 서울시 동대문구 회기동 1 경희의료원
한방병원 안이비인후피부과
(Tel: 02-958-9181 E-mail: impsue@empal.com)

에서는 13.5%¹⁰⁾를 차지하는 흔한 질환이면서도 그 치료가 쉽지 않고 만성적인 경과를 취하면서 우울과 스트레스를 유발하는 등 환자의 삶의 질에 영향을 미친다^{7,8)}. 더구나 박탈피부염의 상태로 되면 저단백혈증 등 영양결핍상태, 고열, 탈수증과 전해질 불균형⁹⁾, 간비종대나 심부전¹⁾ 등 생명의 위험을 초래할 수도 있다.

이처럼 피부질환 중 빈도가 높으면서도 만성적으로 경과하며 치료가 쉽지 않은 건선이 갑자기 전신으로 확대되어 심한 홍반과 소양감, 인설을 동반한 박탈피부염에 이르러 일상생활이 불가능하게 된 노인환자 1례를 치료하여 좋은 결과를 얻었기에 이에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증례

성 명 : 신 ○ ○, 남자, 64세.

主 訴 : 전신성 박탈과 홍반 소양감 건조감 및 burning sensation, 오한 간헐적 호흡곤란 식욕부진 안면부종

발병일 : remote-20여년 전. 두부국한 / recent-1년 전 전신화

현병력 : 20여년전부터 두부 국한성으로 소양감과 인설 있었으나 local 의원과 약국에서 간헐적으로 Mx한 외 별무Dx. 2003년 5월말 특별한 원인이 갑자기 병변이 전신으로 확대되어 ○○대병원서 조직검사상 건선으로 Dx. 이후 1년간 steroid, antihistamin /antiallergic agent 복용. 2004년 5월말 경 self로 양약 hold하면서 전신증상 더욱 심해졌으나 별무 Tx.하면서 집에서 가료 중 6월 중순부터는 식욕 현저히 저하되어 식사 거의 못한 상태로 20여일 경과 후 심한 오한과 간헐적 호흡곤란 느껴 적극적인 한방치료 받기 위하여 본원에 입원함.

과거력 :

1. HTN-13년전인지. 지속적 p.o med.
2. 2003년 7월 본원 외래 2회 진료 후 다소 호전

보인 적 있음.

3. 6.25 때 양다리 앓음. 의지상태

4. 음식으로 인한 두드러기 자주 발생. 별무 Tx.

5. 음주력: 13년 전까지 소주 반병-2병/회(3-4회/week). 항고혈압제 복용 후부터 점차 감량하여 현재는 금주상태.

가족력 : 특이사항 없음.

치료기간 : 입원치료 2004.7.3 - 2004.7.13 /외래치료: 퇴원 후 지속적으로 약물치료 중.

망문문질

식 욕 : 6월 중순부터(피부증상 심해진 후 20여일 경과) 식사 거의 못함. 배고프나 식욕전무

소 화 : 별무이상

대 변 : 평소 1회/1일. 6월 중순 식사 못하면서 부터는 1회/3일.

소 변 : 별무이상

수 면 : 소양감으로 3시간정도 수면.

호 흡 : 6월 중순부터 하루 2차례정도의 간헐적 호흡곤란. 1회 30분가량지속.

寒 熱 : 오한 심하여 내의 3점 입고있음. 微口乾 喜飲溫水

舌 診 : 舌質 暗紫. 舌苔 薄白.

脈 診 : 脈浮數

望 診 : 안면부종

검사소견

검사	참고치	7월3일	7월7일	7월13일	
생화학	protein/alb	5.8-8.0/3.1-5.2 (g/dL)	4.8/2.3	5.0/2.6	4.9/2.6
	glucose	76-110 (mg/dL)	99(식후)	62	64
일반	WBC	4.8-10.8 (3/mm ³)	17.08*10	14.72	15.76
혈액학	IgE	<100 (IU/mL)	627	5580	4570
	C3/C4	88-201/15-45 (mg/dL)	75/25	-	83/23

피부상태 : 코를 제외한 전신이 비늘상의 인설로 덮여 있으며 인설 아래 피부는 홍반을 나타냄. 목부위 홍반이 가장 심함. 대개 인설은 1-2일을 주기로 박탈되고 다시 발생하는 경향. 소양, 건조감 심하며 야간에 소양감 더욱 심해져 수면방해(평균수면3시간). 홍반부위 burning sensation.

치료방법 및 경과

1. 침치료 : 3.00mmX4.00mm 호침을 사용하여 오전에 원위취혈법으로 양측 四關, 太陽, 迎香, 曲池 자침 후 30분간 留針하고 오후에 사암침법 肺正格 자침 후 30분간 留針.

2. 뜸치료 : 오전 중 中腕・關元부위 간접구(신기구) 3장씩(1회/일)

3. 약물치료 : 生肝健脾湯(경희한방처방집 HMO02: 茵陳20g 澤瀉15g 唐山査 白朮 麥芽 각7.5g

白茯苓 厚朴 藿香 각4g 生薑6g 豬苓 陳皮 唐木香 각4g 元砂仁 蘿菴子 甘草 三稜 蓬朮 枳實 靑皮 3g)

4. 양약 및 외용제 : 혈압조절제(brodipine, enalapril, dichlozide 각 1T 1회/1일) self약으로 지속적 복용. 가려움증 심할 때 ○○대 병원서 처방받은 antihistamin agent 복용. 보습제 수시도포(neutrogena제품)

5. 치료경과

Table 1. Progress of symptom

7/5 (입원3일)	<ul style="list-style-type: none"> • 피부증상 별무변화 • 오한 감소하여 내의 1겹. 식사가능. • burning sensation 감소 소양감 간헐성으로 바뀜.
7/6 (입원4일)	<ul style="list-style-type: none"> 보습제 도포하면서 건조감 감소 • 식욕소화 별문제 없으며 소화에 부담되어 식사량1/2정도로 유지. • 전체적으로 흉만 감소하였으며 부분적으로 더욱 개선되어 피부색조 얼룩덜룩하게 보임. 기존인설 떨어졌으나(7/8) 새로운 인설 발생하지 않은 상태.
7/9 (입원7일)	<ul style="list-style-type: none"> burning sensation 더욱 감소하였으며 간헐적. • 호흡곤란 여전히 있으나 지속시간 5분 정도로 단축. • 7/8부터 매일 배변하며 배변상태별무이상. • 오한 느끼지 않음. 안면부종감소 실질개선. • 현저히 흉만 감소(특히 목,얼굴부위) burning sensation 거의 없음. 인설 다시 생겼으나 발생주기 길어지고 두께 얇으며 크기도 작아짐. 야간 소양증은 여전히.
7/10 (입원8일)	<ul style="list-style-type: none"> • 이틀째 호흡곤란 증세 없음.

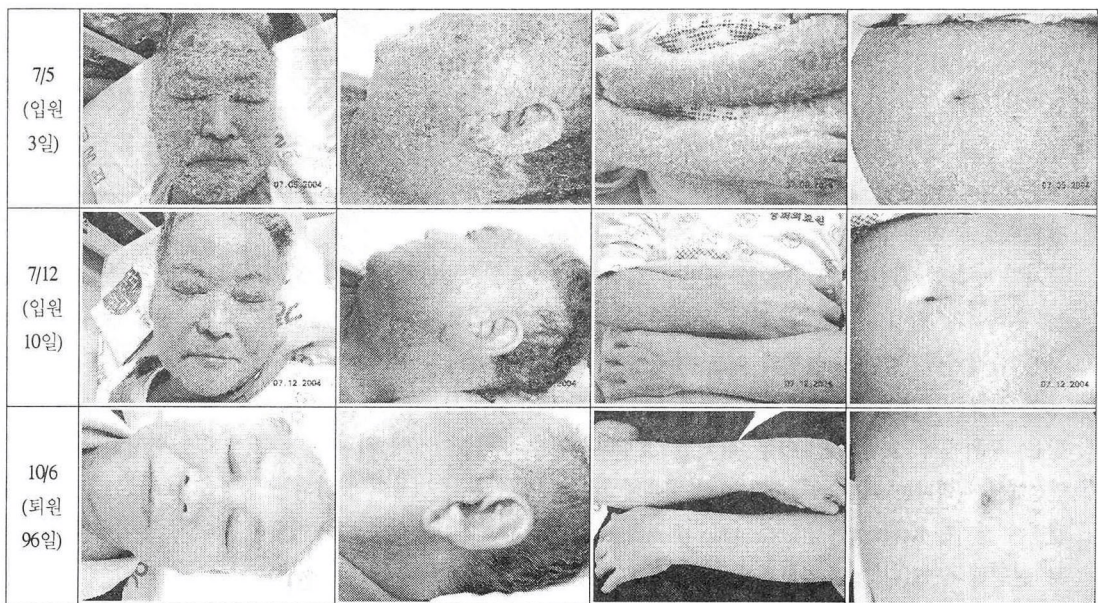


Fig 1. 환자사진 I

Table 1. Progress of symptom (continued)

	• 흥반감소 burning sensation 주말동안 2회 있었으며 자각증상 심하지는 않았음. 야간 소양증은 큰 호전
7/12 (일원10일)	없음(vas 10). • 호흡곤란 없으며 오한은 새벽이나 샤워 후에만 느낌.
7/13 (퇴원일)	• 매일 정상 배변함. 설질개선(暗紫-暗紅) • 식사 호흡문제, 오한 없으며 피부상태 개선되어 외래치료 지속하기로 하고 퇴원함.
7/26 (퇴원4일)	• 인설 새로 발생하나 주기 길어지고 크기 및 두께 감소 야간 소양증 감소
8/6 (퇴원35일)	• 인설 감소 야간 소양증 개선되어 수면에 크게 방해 받지 않음.
8/25 (퇴원55일)	• 인설 감소 야간 소양증 거의 없음.
9/15 (퇴원76일)	• 인설 남아 있으나 얇게 일어나며 작음. 야간 소양감 별무. 흥반 거의 소실되어 정상 피부색에 가까움. 현재 보습제 항히스타민제 등 한약 외 복용하거나 바르는 약 없음. 외출가능하며 정상 생활.
10/6 (퇴원97일)	• 물방울양건선 형태로 노출부위(안면, 전박, 목의 앞부분)를 제외한 전신에 분포하며 병변은 흥반성 구진으로 인설은 거의 없음. 머리부분에만 인설 남아있음.

고찰

건선은 만성으로 경과하는 구진성, 낙설성 피부 질환으로써 염증성이며 발진은 원형 혹은 타원형의 경계가 명확한 흥반이 생기며 그 표면에 회백색 또는 은백색의 인설이 운모와 같이 두텁게 중첩하는 것이 특징이다. 병변은 신체의 어느 부위에서나 발생이 가능하지만 두부, 슬관절, 주관절 등¹¹⁾ 마찰이 많은 부위에서 호발하며 이런 특이한 호발부위는 건선에서 나타나는 피부의 국소적 손상 부위에 동일한 질병이 생기는 Koebner현상(isomorphic phenomenon)으로 설명할 수 있다¹²⁾. 초발부위에 대한 보고는 드물지만 1025명에 대한 윤 등의 임상보고에서 두부가 가장 많아 28.5%를 차지한다고 하였고¹⁴⁾ 상기 증례에서도 20여년 전 두부 인설과 소양감으로 증상이

시작되었다.

발생원인으로는 유전적 요인, 면역학적 요인, 표피운동성이상, 각질형성세포분화의 이상, 생화학적 요인, 진피혈관이상설, 신경펩티드설, 최근의 암유전자 관여설 등 여러 가지가 거론되고 있으나 아직 확실히 알려진 것은 없으며¹⁾, 최근 활발한 연구 진전에 따라 T보조세포에 의해 매개되는 이상 각질세포 증식질환이라는 가설이 입증되고 있어²⁾ 면역학적 병인이 건선의 발생원인으로 주목받고 있다³⁾.

건선은 나타나는 병변의 형태, 침범한 피부부위, 임상경과, 발생연령, 경중도 등에 따라 다양한 분류법이 있다(Table. 2)²⁾. 자외선 치료법이 보편화되면서 치료전후의 병의 경중도 비교를 위해 침범범위에 근거한 경중도에 따른 분류기준을 가장 많이 사용하고 있지만¹⁵⁾ 발생시기별로 건선의 경과, 치료반응, 예후, 유전양상 등에 많은 차이가 있음이 밝혀지면서 조기초발건선과 만기초발건선으로 분류하는 발생연령별 분류법의 중요성이 점차 인식되고 있다¹⁶⁾.

Table 2. 건선의 분류

형태	물방울양 농포성 신상 지루성 습진성 홍피증
침범부위	구간과 사지 두부 손발바닥 간찰부 성기부 점막 손발톱
임상경과	만성 아급성 급성
발생연령	제I형(조기초발성) 제II형(만기초발성)
경중도	경중 중등증 중증

초발연령은 20대에 가장 흔하고 성별에 따른 발생빈도의 차이는 없으나^{15,14,15)} 중증으로 갈수록 남자 환자의 비율이 많아지는 양상을 보인다¹⁴⁾. 평균 유병기간은 10-19년이 가장 많으며 활동성(severity)이 높아짐에 따라 유병기간 10년 이상인 장기 건선 환자의 비율이 증가되는 양상을 보여¹⁵⁾ 남자 노인환자에서 전신성으로 이행할 확률이 높아짐을 추론해 볼 수 있다.

전신성 농포성 건선이나 건선 홍피증과 같은 급성 건선을 제외하고는 대개 소양증 등의 전신증상은 없는 것으로 알려져 있지만¹²⁾ 최근의 연구에 의

하면 자각증상이 있는 환자가 38.1%로 40%에 가까우며 이들의 대부분은 소양증을 호소하고 일부는 작열감을 호소하기도 한다¹⁴⁾.

병발질환으로 관절염, 조갑질환, 눈의 질환²⁾, 염증성 장질환¹²⁾ 및 다른 피부질환과의 연관성이 보고된 바 있으며 최근 심장질환에 대한 빈도증가가 논의되고 있다. Hensler 등은 1955년부터 1992년까지 독일 Kiel 대학에서 42261명의 환자 중 6.93%가 건선 환자였으며 이들에게서 비만, 고혈압, 심부전, 당뇨병이 더 빈발한다고 보고하였다²⁾. 김 등은 한국에서 건선과 병발하는 질환으로 피부사상균증, 지루피부염, 양성종양, 모반, 비만, 당뇨병, 고혈압, 위염 및 간염 등이 있다고 보고하였다¹³⁾. 건선에서 손발톱병변은 흔히 나타나는 것으로 건선환자의 25-50%에서 나타난다고 알려져 있으며^{12,14)} 건선환자의 일생을 통해서 80-90% 가까이에서 나타난다는 보고도 있다^{2,14)}. 손발톱의 병변은 나이가 많아질수록, 병변이 심할수록 빈도가 높아지며 건선관절염 환자에서는 특히 빈도가 높다²⁾. 상기 증례에서는 20년 이상의 병기와 고령, 심한 병변에도 불구하고 건선관절염이나 조갑침범은 없었으며 13년 전인 50대 초반부터 항고혈압제를 복용하고 있으나 건선과의 관계는 불명확하다.

건선에서 박탈피부염(박탈성 건선, 건선성 홍피증)은 만성 건선에서 생기거나 드물게 처음부터 박탈성으로 오는 것으로 전신에 걸쳐 과도한 인설과 전신 홍피증, 소양감, 발열 등 전신증상을 수반할 수 있으며 치료에 저항하는 심한 형태이다¹⁾. 인설은 판상건선에서처럼 두텁지는 않으나 계속적으로 전신피부에서 박탈피부염에서와 같이 떨어진다. 상기증례에서도 본원 입원치료 전 1년 이상 steroid, antihistamin/antiallergic agent 복용 중에도 지속적으로 1-2일을 주기로 인설이 발생하고 낙설하는 경과를 보였다고 한다.

박탈성 건선의 발생경로를 보면 통상의 판상건선으로 있다가 피부자극이나 과도한 국소치료, 자외선치료 또는 스테로이드를 사용하다가 중단 시에 나타나는 경우가 많다. 때로 처음부터 홍피증으로 나타나는 수도 있는데 이 경우는 홍반과 박탈이 전

신에 나타나므로 초기엔 박탈피부염으로 진단되기도 한다. 건선관절염에서 나오기도 하며 전신성 농포성 건선의 경과 중 농포가 소실된 후 일시적으로 건선성 홍피증을 나타내기도 한다. 박탈성 건선에서는 피부증상과 함께 조갑 침범이 심하게 오는 경우가 많다. 피부증상으로 소양감과 작열감을 느낄 수 있으며 발열이나 오한과 같은 전신증상이 나타난다. 전신혈관의 확장으로 열 손실이 많아지므로 hypothermia가 될 수 있다. 또한 혈관확장과 인설을 통한 단백질의 손실로 사지의 부종이 올 수 있다. 장기간 지속되는 심한 경우에는 심부전이나 신부전에 빠지기도 한다²⁾.

상기 증례에서는 두피에 국한되어 있던 병변이 2003년 5월, 환자가 기억하는 한 특별한 원인 없이 전신으로 확대되었으나 홍반이나 낙설이 심하지 않고 일상생활에 큰 지장 없이 경과하던 중 2004년 5월 말경 양약복용을 중단하면서 병변이 심화되어 홍반과 인설, 소양감이 모두 심해지면서 작열감을 나타내게 되었고 별무 Tx하면서 20여일 경과하자 식욕이 전무 하면서 오한, 전신의 가벼운 부종, 간헐적 호흡곤란의 증세를 보여 입원하게 된 경우로 스테로이드 복용중단으로 인해 증상이 심해진 것으로 보이며, 전신적으로 심한 피부증상에 비해 조갑, 관절, 눈 등 다른 기관을 침범한 흔적은 없었다. 소양감이 있었으며 특히 야간 소양증이 심하여 3시간 정도 수면이 가능하였고 지속적인 작열감을 호소하였으나 입원당시나 재원기간동안 발열은 없었으며, 심한 오한으로 내의를 3겹 입고 있어야 했다. 삼출은 없었으나 낙설로 인한 단백질소실과 20여일 동안의 섭식불능으로 인해 입원당시 total protein/albumin이 4.8/2.3을 나타내었고 저알부민혈증으로 인한 가벼운 부종을 보였다. 심전도와 소변검사 상 정상소견을 보여 1년 이상의 전신적 이환상태에도 불구하고 심부전이나 신부전의 가능성을 염려할 필요는 없었다. 입원 3일째부터 식사를 하게 되면서 저알부민혈증과 이로 인한 가벼운 부종은 서서히 개선되는 양상을 보였고, 입원 7일째부터는 홍반이 감소되

었으며, 입원 직전에는 하루를 주기로 낙설이 발생 하였으나, 입원 후에는 입원6일제인 7월8일 처음으로 낙설되고 이를 뒤인 7월 10일 다시 발생하여 낙 설주기가 5배 이상 길어지는 양상을 보였다. 이때 새롭게 발생한 인설은 범위는 전신으로 동일하였으 나 두께나 크기가 현저히 감소하였고 퇴원당일까지 더 이상의 낙설은 없었으며 홍반도 점점 감소하는 가운데 general condition 정상에 가깝게 회복되어 외 래치료 받기로 하고 퇴원하였다(Table. 1, Fig. 1).

퇴원 후 3개월여 외래를 통해 follow-up한 결과, 주소증은 퇴원이후에도 지속적으로 감소하는 경향 을 보이고 있어 현재까지 악화되는 증거는 없는 것 으로 보인다. 야간 소양감은 퇴원당시까지도 매우 심하여 환자가 vas scale 10을 가리킬 정도였으며 퇴 원이후에도 다른 증세에 비해 서서히 호전되는 경 향을 보였으나 현재는 거의 소실되어 수면장애 없 다고 하며 홍반도 거의 소실되어 정상 피부색에 가 깍게 되었다. 현재는 전신성 박탈 건선의 형태가 아 니라 0.5-1cm 정도의 물방울양 건선으로 인설은 거 의 없고 홍반성 구진을 나타내며 노출부위인 얼굴 과 목앞부분 전박을 제외한 목뒤편, 등, 팔, 배 의 일부분, 머리 등 전신에 병변을 보이고 있다(Fig. 2).

한의학에서는 역대로 건선을 白疔, 乾癬, 風癬, 銀屑病, 松皮癬, 白屑風 등 13종의 명칭으로 불렀으 며, 내인과 외인으로 나누어 내인으로 血熱, 血燥, 血瘀, 肝腎不足, 衝任不調, 血虛 등을, 외인으로 風 (毒)邪, 風濕, 風熱, 風寒, 濕熱, 寒濕, 熱毒邪 등을 제시하였다. 치법은 원인에 따른 변증을 통하여 清熱涼血(血熱), 養血潤燥(血燥), 活血去瘀(血瘀), 調補 肝腎(肝腎不足), 補腎(衝任不調), 養血潤膚(血虛), 養 血去風(風邪), 去風利濕(風濕), 清熱去風(風熱), 去風 散寒(風寒), 清熱利濕(濕熱), 溫經散寒(寒濕), 清熱解 毒(熱毒邪) 등을 위주로 하였다. 처방을 살펴보면 청대까지는 防風通聖散, 消風散 등 祛風藥 위주의 내복약이 처방되다가 근대이후에는 養血活血湯加減, 活血去瘀湯加減, 四物湯加減 등 祛瘀藥 위주로 처방 되었다^{4,17}. 건선의 치료에 있어 외용제의 정확한 사

용빈도는 알려져 있지 않지만 빈번히 사용되었음을 문헌고찰을 통해 추론해 볼 수 있으며 塗布法과 洗法, 擦法, 搽法, 熏法, 付法, 분말제제 등이 사용되었다⁴.

최근 건선에 대한 한의학계의 치료경향은 사상처 방을 이용한 치험례^{18,21}, 사상약물과 팔체질침을 이 용한 치험에 대한 임상보고¹⁷, 절식요법을 이용한 치험례^{19,20}, 봉약침요법을 가미한 치험례²² 등 역대 로 사용되던 祛風藥이나 養血潤燥活血祛瘀藥 외에 사상처방이 내복약물로서 새롭게 시도되고 있으며, 내복약물과 체침치료법 외에도 절식요법, 봉약침요 법, 팔체질침법 등 다양한 비약물치료가 시도되고 있음을 알 수 있다^{17,22}.

生肝健脾湯은 濕熱로 인한 황달에 처방하는 茵陳 五苓散²³에 飲食無味하며 脈濡澁한 황달을 목표로 하는 加減胃苓湯²³을 합방한 후 白灼藥, 肉桂, 半夏 등을 去한 처방으로 脾胃의 濕熱을 제거시키고 利 尿·健脾·利膽을 도모하여 간의 생리기능을 평형 케 함으로써 급·만성 간염, 간경변증 등 각종 간질 환을 치료하는 것을 목표로 구성되었으며²⁴, 주로 만성간염 및 간경변을 치료하는데 응용되어 왔다²⁴⁻²⁷. 茵陳·澤瀉·白朮·白茯苓·豬苓·生薑으로 清利濕熱하고, 白朮·甘草·山查肉·麥芽·蘿菀子· 陳皮·厚朴·砂仁·唐木香·藿香·枳實·青皮로 健 脾消食行氣하며, 枳實·青皮·三稜·蓬朮로 破積去 瘀하는 효능이 있어, 현재는 금주상태이지만 음주력 이 오래면서 주량이 많았고, 피부질환의 병기도 오 래된 상기증례에 적합할 것으로 생각되어 처방하게 되었다. 현재까지 3개월 정도 동일 처방을 사용하고 있으나 주소증은 계속 감소되고 있고 별다른 부작용 의 호소는 없었다.

결론

임상에서 대개 호전과 악화를 반복할 뿐 치료가 어려운 질환인 건선이 전신화 되어 1년 이상의 병 정을 보이는 박탈성 건선 환자에서 열흘정도의 입

원치료와 이후 3개월여의 및 외래치료를 통하여 주 소증이 지속적으로 개선되고 더 이상의 악화 소견 없이 정상생활이 가능하게 된 증례가 있어 보고하는 바이며 생간건비탕으로 증세의 호전을 가져온 정확한 기전은 알 수 없으나 장기간 다량의 음주로 인해 축적된 濕熱과 오랜 피부질환 병기에 초점을 두고 더 많은 증례연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 대한피부과학회 교과서 편찬위원회편저. 피부과학 개정4판. 여문각. 2001. pp221-230 pp232-233
2. 윤재일. 건선(건선Atlas). 고려의학. 1996. pp11-27 pp29-53 pp63
3. 은희철 외. 피부면역학. 서울대학교출판부. 1999. pp63-72
4. 김남권 황승연 임규상. 건선에 대한 동·서의학적 연구. 대한외관과학회지: 12(1) 1999. pp154-176
5. 함정희. 건선의 임상적 관찰. 대한피부과학회지: 21(5) 1983. pp507-512
6. 김윤범. 외관과 외래환자의 통계적 관찰. 대한외관과학회지: 13(1) 2000. pp280-290
7. 류정호 김광호 김광중 김세주. 건선환자의 삶의 질. 대한피부과학회지: 42(3) 2004. pp264-271
8. 박현호 김휘준 송지영 김낙인. 건선환자의 삶의 질. 대한피부과학회지: 42(2) 2004. pp151-156
9. 임철완 김영균. 박탈성피부염 26증례보고. 대한피부과학회지: 12(2). 1974. pp10-15
10. 최인화. 한방병원에 내원한 노장층 피부과 환자에 관한 임상적 고찰. 대한안이비인후피부과학회지: 15(2). 2002. pp289-301
11. 전성영 장진요 심상성 건선의 통계적 관찰. 대한피부과학회지:15(3). 1977. pp279-285
12. 김재왕 외. 건선 환자에 동반된 염증성 장질환에 대한 임상적 고찰. 대한피부과학회지. 1999:37 pp65-73
13. 김광호 외. 한국인 건선환자에서 병발하는 질환에 대한 연구: 다기관 연구. 대한피부과학회지: 39(7). 2001. pp743-748
14. 윤재일 김병수. 건선의 임상적 연구. 대한피부과학회지: 34(6). 1996. pp886-892
15. 서대현 이주홍 윤재일 김정애. 건선의 임상적 연구(활동성에 따른 경중도의 분류 및 임상적 비교 관찰). 대한피부과학회지: 28(3). 1990. pp295-301
16. 윤재일. 건선클리닉. 디자인메카. 2004(증보판). pp15-18
17. 오은영 박혜선 구덕모 지선영. 건선환자 임상보고 대한외관과학회지: 14(2). 2001. pp278-285
18. 김수경 채병윤. 건선 치험 1례 보고 동의학회지: 2(1). 1998. pp127-136
19. 박윤희 신현대. 건선의 절식요법에 관한 임상적 연구. 서울: 경희대학교. 1989
20. 오은영 지선영 구덕모. 만성피부질환자에 대한 절식요법 치험례. 대한외관과학회지: 14(1). 2001. pp94-104
21. 김수경 최규동. 건선 치험 1례 보고 동서의학:22 1997. pp55-64
22. 이경민 외. 봉약침요법을 가미한 건선 치험 1례. 대한침구학회지: 20(1). 2003. pp228-235
23. 황도연 원저 배원식 감수. 방약합편. 남산당. 1998년. pp167-168
24. 간계내과학교수 공저. 간계내과학. 동양의학연구원. 2001. pp896-897
25. 이은 고희. 생간건비탕가감을 투여한 알콜성 간경변증 환자 치험 1례. 대한한의학회지:21(3). 2000. pp213-219
26. 김병운. 만성간염 3,136례에 대한 임상분석과 생간건비탕의 치료효과. 대한한의학회지: 14(2). 1993.
27. 광경규 김연진 조종관. 생간건비탕을 이용한 만성간염 35례에 대한 임상분석. 대전대학교 한의학연구소논문집: 6(1). 1997. pp313-318