

# 내과 수의사의 재미있는 피부질환 이야기

## “우리 아이가 자꾸 발을 핏아요”- 문제풀이편

송치윤

해마루 동물병원  
수의내과학 석사  
Cysong@haemaru.co.kr



※본격적인 글 작성에 앞서 본 연재글은 학술기고글이 아니며 에세이 형식의 기고글임을 밝힙니다.

10월호에서 항진균제 내성 가능성에 대한 내용을 이야기하면서 11월호에서는 Lymphocytic-plasmacytic pododermatitis에 대해 말씀을 드리겠다고 약속을 드렸었는데 9월호 “우리 아이가 자꾸 발을 핏아요”를 보고 한 선생님께서 이메일을 보내주셨네요.

부산에서 병원을 운영하시는 원장님이신데 9월호를 잘 읽었다는 말씀과 함께 시간소양감의 원인으로 거론된 질환(말라세지아, 세균, 곰팡이, 모낭충, 각종알러지성 질환 등)에 대한 치료법을 문의하셨습니다. 거론된 질환은... 극단적으로 말씀드리면 저희가 접하는 피부질환의 90% 이상이고 치료법에 대한 내용들이 엄청나게 방대한데 저것들은 전부 이메일로 알려달라고 하시다니...(원장님 이제는 저렇게 메일 보내시면 앞으로는 대답도 안 할겁니다^^;) 그래서 죄송하지만 약속드렸던 주제를 한 주 미루고 치료법에 대해 간단하게 짚고 넘어가보기로 했습니다.

9월호의 핵심내용을 다시 한 번 반추해보면 “소양감은 증상 일 뿐 원인이 아니며” 원칙적으로 증상을 유발하는 원인에 대한 치료를 해야하기 때문에 시간 소양감을 해소하기 위한 최고의 방법은 어떤 약을 쓰느냐가 아니라 바로 진단이라는 말씀을 드렸었습니다. 우선 이 부분을 다시 강조드립니다. 제가 이 번호에서 말씀드릴 치료방법을 아무리 잘 적용하시더라도 진단이 잘못되면 전혀 반응이 없을 것이라는 거!!!

지난 호의 목차를 우선 둘러볼까요?

Step.1 시간을 핏는 증상이 정말 소양감과 관련된 이상인지부터 확인하자

Step.2 핏고 있는 시간, 특히 web에 병변이 있는지 확인하라

Step.3 web에 문제가 없다면 Nail bed에 이상이 있는지 확인하자  
Step.4 말라세지아, 세균감염이 배제되었다면 나머지 감염성 질환은 아닌지 최종확인하라

Step.5 비감염성 질환에 의한 시간소양감인지 확인하라

Step.6 심리적인 요소를 고려하자

Step.1은 신체검사이니 넘어가도록 하겠습니다.

step.2에서 먼저 해야할 것은 시간에 어떤 병변이 있는지 확인하는 것입니다. 일반적으로 web에는 감염성 피부질환이 많이 발생한다고 말씀드렸고 그 중에서도 가장 흔한 두가지 감염체(사실은 과증식)는 세균과 말라세지아라고 이야기 했었습니다. 이 두 감염체의 경우 피부에서와는 달리, 세균성으로 구진(papule)등이 보인다거나! 말라세지아 성으로 색소침착 등이 보이기 보다는! 시간에서는 주로 단순 발적(erythema)이나 각질(scale)정도만이 관찰되는 것이 일반적이기 때문에(만성화 되면 색소침착이나 태선화-lichenification)가능하다면 세균, 말라세지아를 확인하기 위한 피부기본검사는 필수로, 시간적인 여유가 된다면 다른

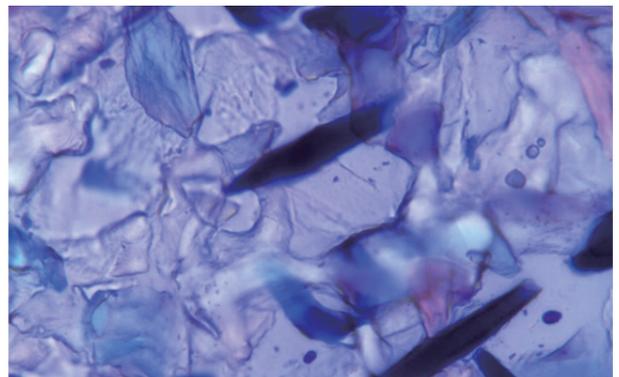


그림1. 시간의 skin taping 샘플에서 관찰되는 malassezia. 정중앙을 기준으로 11시, 12시, 5시, 6시 방향에서 각각 malassezia가 관찰된다

감염체를 확인하기 위한 검사 까지 진행하시는 것이 좋습니다. 검사를 진행했고 skin taping을 통해 지간에서 세균이나 말라세지아가 관찰되었다고 가정해 보겠습니다.

High power field에서 총 4개의 말라세지아가 관찰되었습니다. 지간소양감의 원인일 수 있겠죠?

저의 경우는 malassezia감염이 있다고 하더라도 systemic 하게 약물을 먹이는 것 보다는 샴푸와 같은 국소제를 사용하는 것을 더 선호합니다.

일년에 약 100여개의 피부케이스와 200여개의 이차의뢰된 내과케이스를 보고 있지만 실제로 말라세지아 때문에 azole 계열의 항진균제를 쓰는 경우는 1~2회도 채 되지 않고 대부분은 국소제형의 약물을 많이 선택하고 있는데요. 물론 먹이는 약보다 효과가 상대적으로 떨어지는 경향이 있고 주2회 정도 샴푸를 직접해야 하는등의 단점이 있지만,

그 효과가 떨어진다는 경향이라는 것이 치료가 안되는 것 이라기 보다는 치료에 걸리는 시간이 조금 더 걸리는 정도이기 때문입니다. 또 보호자가 감당해야할 추가적인 부담이나 항진균제를 먹여서 발생하는 간독성등에 대한 걱정도 줄어들죠. 만약 보호자가 너무~~ 바빠서 주2회 정도 샴푸를 할 수 없는등의 특수한 상황이거나 병변이 너무 광범위 하여(귀나 피부등에 복합적인 문제가 있고 빠른 약물반응이 필요한 경우) 샴푸로 컨트롤 하기 힘든 경우는 상황에 따라 융통성 있게 내복약을 먹이는 경우도 있긴 하겠지만 말입니다

수의사회지라는 공간의 특성상 제가 특정제품을 거론하지는 않겠습니다. 아니 할 수 없겠죠?^^ 일반적으로 말라세지아 때문에 샴푸를 선택하실 때는 잘 알고 있겠지만 -azole, -acid, chlorhexidine base의 샴푸를 선택하시면 되고 최소 주2회 정도의 샴푸를 10분 동안 마사지 하듯 문질러 주면서 적용하시면 되겠습니다.

만약 보호자가 나는 바빠서 샴푸도 싫다, 비싸서 먹는약도 싫다, 간 독성 때문에 수의사가 경구제로 azole도 못쓰겠다 라는 상황이라면 스프레이 타입으로 항진균제인 Terbinafine 을 베이스로 하는 제품이 있고 이런 경우 하나의 옵션이 될 수 있습니다. 따라서 유사한 상황에서 저의 경우 보호자가 조금 더 경제적으로 투자할 용의가 있으신 경우에는 약용샴푸 +Terbinafine 스프레이까지를 같이 처방하는 경우도 있습니다. 먹는 약을 사용하실 때에는 원래 일반적으로 사용하시는 용량과 투여횟수를 선택하시되 밥과 함께 먹어야 약의 potency가 최대가 된다 정도만 확실하게 보호자 교육을 시키면 되겠습니다.

세균이라고 하더라도 저는 지간에 발생한 세균감염이나 과

증식 때문에 경구제로 항생제를 처방하는 경우는 없습니다. 마찬가지로 국소제형의 샴푸등을 더 많이 처방하는 편이며 보통 Chlorhexidine 베이스의 샴푸를 선택하여 치료에 사용하고 있습니다.

Step.3는 사실은 흔한 빈도로 발생하는 질환은 아닙니다. 발톱사이염을 확인하기 위한 과정이라고 보시면 되는데 해부학적인 구조로 nail bed라고 하는 위치에 이상이 있는지 확인하시면 되겠습니다. 여기서 확인해야 할 것은 그림2와 같이 nail bed에 각질의 유무입니다. 만약 각질이 있다면 저 부분의 각질을 모아서 skin taping을 하면 되고 때에 따라서 엄청난 수의 말라세지아가 관찰되기도 합니다.



그림2. 발톱과 지골이 연결되는 부위에서 발톱이 함입되는 부위 주변에 발생하는 발톱사이염. 일반적으로 수의사들은 지간사이의 web만 확인하고 문제가 없는 경우 병변이 없다고 생각하는 경우가 많지만 이 때 반드시 같이 확인해야 할 부분이 nail bed 이다.

만약 임상증상이 없는 환자가 nail bed에 다량의 각질이 있다면 치료해야 할까요? 아닙니다. 반드시 발을 핏는등의 임상증상이 있는 환자여야만 치료를 하는 것이며 web에 특별한 병변이 없을 때 한 번 확인해 보라는 말씀을 드리는 거예요. 만약 각질이 있다면 그에 이어 피부기본검사를 꼭 해보시라는 말씀을 드린 거고요.

저는 개인적인 의견이긴 하지만 거의 말라세지아성 피부질환에서 항진균제 안쓴다고 말씀드렸었죠? 하지만 발톱사이염은 국소제에 거의 반응하지 않기 때문에 반드시 경구제로 처방해야 한다는 것을 잊지 않으시면 되겠습니다. 치료용량이나 투여횟수는 동일합니다.

Step.3에서 말라세지아와 세균이 배제된다면 다음단계로 넘어가기 전에 반드시 step.4의 단계로 다른 감염체는 있는지 여부를 판단하면 됩니다. 남은 감염체라면 많은 종류가 있겠지만 지간에 가장 흔하게 발생하는 감염성피부질환은 단연 모낭충이라고 할 수 있겠는데요 모낭충은 단독으로 과증식한 경우 사실 거의 소양감이 없는 것으로 알려져 있지만 이차



그림3. 발톱사이염을 치료하게 되면 삼푸등으로 세정해주지 않아도 위 그림과 같이 깔끔한 nail bed를 볼 수 있다.

감염이 발생한다면 모낭충이라고 하더라도 소양감이 있는 것처럼 보일 수 있기 때문에 주의하셔야 합니다. 모낭충의 치료 방법에 대해서는 2014년 11-12월호에서 다뤘던 내용을 다시 한 번 첨부하도록 하겠습니다.

### 모낭충 치료약물 1. Ivermectin과 Doramectin

현재에는 있을 수도 없는 일이라고 생각되나, 과거 모낭충은 치료가 되지 않으면 안락사를 진행할 정도였다고 합니다. 그 정도로 치료가 힘들었다고 하네요. 하지만 90년대부터 모낭충 치료의 비약적인 발전이 있었으니 바로 Ivermectin 덕분입니다(대동물용 제품을 소동물에서 off the label로 사용하고 있습니다). 그리고 오랜 시간이 지난 지금도 Adult onset generalized demodicosis의 First choice는 단연 ivermectin 이고요.

이 약은 기생충의 신경을 마비시켜 죽이는 약이라고 보시면 되는데 일반적인 치료용량은 600ug/kg PO SID입니다. 실제로도 치료용량으로 ivermectin을 사용시 모낭충 치료율이 97%정도에 달한다는 보고가 있을 정도로 효과가 뛰어 납니다. 하지만 효과가 있으면 반드시 부작용이 있는 법! Ivermectin의 대표적인 부작용은 신경독성인데 보통 산동, 실명(보통 보호자들이 벽에 부딪힌다 밥그릇을 제대로 못 찾는다고 말함), 보행이상, 과도한 유연등의 증상을 보이게 됩니다. 이러한 부작용은 용량에 비례하고 그렇기 때문에 처음부터 치료용량인 600ug으로 사용하지는 않습니다.

100ug에서 시작하여 환자에게 먹여보고 이상이 없으면 100ug씩 늘려서 치료용량인 600ug까지 서서히 올리는 방법을 사용하는데 일반적으로 부작용이 나타나더라도 약을 끊고 24~48시간 이내에 부작용이 저절로 사라지기 때문에 큰 걱정을 하실 필요는 없으나 환자의 의식이 떨어지는 등 유의적인 이상이 보인다면 바로 응급처치를 해주어야 합니다.

Ivermectin은 대표적인 지용성 약물로 부작용은 ivermectin이 뇌에 존재하는 방어막인 Blood-Brain barrier를 통과한 이 후 뇌에 누적되어 쌓이면서 발생하는데 이 때 혈관주사용 lipid emulsion을 투여시 이 물질이 같은 지용성인 ivermectin과 결합하여 뇌로 들어가는 것을 막아준다는 것입니다. 실제로도 그림4와 같이 많은 연구들이 국내, 국외에서 발표되고 있고 유의적인 효과가 검증되었습니다. 만약 600ug/kg으로 먹었을 때 신경독성을 보이는 환자들은 부작용이 나타나지 않았던 최대 용량으로 먹이게 되는데 저용량을 쓰면 쓰는 만큼 치료반응은 떨어집니다. 세상에 완벽한 약은 없습니다. Doramectin은 Ivermectin과 같은 계열의 약물로 마찬가지로 모낭충 치료에 사용할 수 있습니다.

이 약물의 특징은 하루 1회 투여를 하는 ivermectin과 다르게 주1회 투여할 수 있다는 것인데 이러한 점은 약을 잘 먹이지 못하는 보호자 혹은 바쁜 생활로 약을 챙겨주기 힘든 보호자에게 상당한 이점으로 작용할 수 있습니다. 다만 그만큼 약물이 체내에 오래 머무르기 때문에 신경독성 발생시 ivermectin보다 더 오랫동안 부작용이 발생하는등 단점도 존재하니 상황에 맞게 선택하여 사용하시면 될 것 같습니다.

### 모낭충 치료약물 2.2.5% moxidectin+ 10% imidacloprid Spot-on 입니다.

간혹 어떤 환자는 first-line therapy인 ivermectin에 부작용을 보여 사용할 수 없는 경우가 있습니다. 이 경우 대체하여 사용할 수 있는 약물이 2.5% moxidectin+ 10% imidacloprid Spot-on 입니다.

일반적으로 외부구충이나 심장사상충 예방을 위해 사용하고 있는 이 약물을 1주간격으로 적용시 모낭충 치료 효과를 보입니다. 다만 ivermectin 보다는 치료기간이 상대적으로 오래 걸리는 것이 단점이나 반대로 신경독성을 보이는 경우가 비교할 수 없을 만큼 적기 때문에 나름의 의미를 가진다고 볼 수 있겠습니다. 간혹 이 이야기를 하면 외부구충제가 무슨 모낭충을 치료해? 라고 반문하시는 분들이 계시는데, 2011년에 Veterinary dermatology에 Treatment of demodicosis in dogs: 2011 clinical practice guideline이라는 논문이 발표되었습니다. 이 논문은 그동안 모낭충의 치료와 관련된 논문들을 분석하여 치료제의 다당성, 유의성을 평가하였는데 Categories of evidence(COE)라는 분류시스템을 선택 COE1~5까지 단계를 나누었습니다(1이 가장 유의성이 있는 약물, 5가 가장 빈약한 근거를 가진 약물). 여기서 Ivermectin은 당연인 COE1 이였고, 2.5%moxidectin + 10%

imidacloprid Spot-on은 COE2로 분류되었습니다. 더 말씀 안 드려도 아시겠죠? 하지만 병변이 심하면 심할수록 효과가 떨어졌고, Juvenile-onset form이나 mild한 형태의 모낭충에서 조금 더 유의적인 효과가 있었다고 하니 개인적인 의견이지만 제가 서두에 말씀드렸던 것 처럼 병원에 와서 무엇을 해야만 뿌듯(?)해 하는 한국 보호자에게(굳이 Ivermectin을 사용할 필요가 없는 분류의 모낭충 환자) 혹은 ivermectin에 신경독성을 보이는 환자에게 적합한 치료 옵션이 될 수 있지 않을까요?

**모낭충 치료약물 3.Milbemycin oxime**

가격 문제로 생략합니다. 치료용량으로 사용시 엄청난 금액으로 대부분의 로컬병원에서는 현실적이지 못한 치료약물입니다. 하지만 다른 옵션들이 어떠한 이유로 사용할 수 없고 보호자가 비용부담 의지가 있다면 선택해 볼 수 있겠습니다.

**모낭충 치료약물 4.Amitraz**

예, 맞습니다 농약. 현재는 어떤지 모르겠으나 FDA 승인을 받은 유일한 모낭충 치료제이기도 하죠. 저는 최대한 사용을 자제하는 약물이기도 한데 수의사와 환자 그리고 보호자도 이러한 성분에 자주 노출되는 것이 결코 좋을 것이 없기 때문입니다. 보통 250-500ppm 정도로 희석하여dipping하게 되는데 불가피한 상황이 아니면 몸쪽에 접촉하는 것은 최소화하고 가장 모낭충 치료가 되지 않는 부위에 발생한 모낭충을 치료하기 위해 개인적으로는 사용하는 편입니다 (ivermectin을 사용할 수 없는 환자에서, spot-on therapy를 선택해야 하는 상황. 하지만 이 치료는 시간에 발생한 모낭충을 치료하는데에는 부적합 경우가 종종 있음). 하지만 이때에도 기본적으로 마스크 및 보호의류등을 모두 착용하고 환기가 잘 되는 곳에서 하는 편이구요. 부작용은 ivermectin과 유사하게 신경독성을 보이게 되는데 따라서 최소치료농도인 250ppm에서 시작 반응이 없으면 서서히 농도를 높여서 사용하고 있습니다.

**모낭충 치료약물 5. Benzoyl Peroxide**

당연히 삼푸정도로 모낭충을 치료하기는 힘들겠죠? 하지만 크게 부작용이 없고 발적이나 피부자극정도만을 유발하기 때문에 보습제등을 컴비네이션해서 이러한 부작용을 잡아주고 굳이 앞서 말씀드렸던 약물의 사용이 필요한 정도가 아닌 환자에서 양성치료(치료반응이 있으면 좋고, 아니면 아닌)용으로 개인적으로 사용하고 있습니다.

위의 단계에서 기본적인 감염체가 배제되었다면 그 다음 확인해야할 상황은 비감염성 소양감입니다. 본격적으로 비감염성 기간 소양감에 대해 말씀드리기 전에, 앞선 호에서 제가 수회에 걸쳐 입이 닳도록 말씀드렸던 내용 기억하시죠? 말라세지아와 세균(구균)은 피부에 정상적으로 살고 있는 아이들이며 감염이 아니라 과증이기 때문에 반복적으로 이 두 친구들이 재발된다면 아 기간 소양감은 이 감염체들 때문이구나~가 아니라 그렇긴 한데 재발하게 만드는 기저질환이 있으나 그 것들을 찾아내야 한다라는 것 말입니다.

앞의 모든 과정을 다 거치고 나서 남아있는 비감염성 기간 소양감의 원인이라고 한다면 사실 거의 알려지라고 보셔도 무방합니다. 일반적으로 알려지는 여러가지 질환을 통합해서 부르는 합집합 개념으로 알려지를 유발하는 물질이 무엇이나에 따라 수십가지로 분류되죠. 음식물이 과민반응을 유발하는 물질이면 음식물 알러지, 금속이 원인이면 접촉성 과민반응등등... 이 중 임상가들이 가장 흔하게 보게되는 알려지는 음식물알러지와 아토피 두가지 입니다(너무 방대한 내용이라 간단하게 개념정도만 정리하도록 하겠습니다).

알러지성 피부질환들은 기간을 포함한 피부에서 정상적으로 살고있는 세균이나 말라세지아의 과증식을 유발해 소양감을 유발(normal flora의 과증식을 유발하는 기저질환으로 작용)하기도 하지만 이차감염이 발생하지 않더라도 알러지 그 자체로 소양감을 유발하기도 합니다. 보통은 전신적인 소양감을 동반하지만 간과해서는 안되는 것이 일부 케이스에서는 국소적인 부위에 소양감이 집중되는 경우도 있기 때문에(특히 고양이, 하지만 본 기고글의 주제인 기간 소양감과과는 달리 주로 head and neck에 집중되는 경향이 있음) 감염체가 모두 배제된 상황에서 기간만 간지러워 하더라도 이 부분에 대해 반드시 깊고 넘어가야 합니다.

더 재미있는 것은 특히 아토피의 경우 피부의 normal flora인 staphylococcus나 Malassezia에도 과민반응을 보일 수 있다는 것인데 기간에서 skin taping을 진행했는데 malassezia가 HPF에서 1~2개 정도 보이는 정상갯수라고 하더라도 아토피 환자에서는 과민반응을 유발할 수 있기 때문에 숫자와 관계없이 간지러워 하는 기간에서 malassezia가 관찰된다면 우선 말라세지아에 대해치료해야 하는 상황이 이러한 이유로 발생하게 됩니다.

음식물 알러지와 아토피는 임상증상이 완전히 동일하다고 봐도 될 정도로 유사한데 음식물 알러지가 배제되면그 다음 다른 소양감을 유발하는 질환에 대한 배제와 임상증상, 병력등을 기초로 아토피를 진단하게 되죠. 따라서 병원에 환자가

내원했을 때 임상증상등만을 보고 아토피라고 진단하는 것 자체가 말이 안되는 상황인 것입니다. 물론 질환의 발병시기, 약물반응의 드라마틱함등으로 아토피일 가능성이 높다고 추정할 수 있을지라도 말입니다.

음식물 알러지는 진단=치료 입니다. 진단을 위해서는 과민 반응을 유발하는 원인체인 음식물을 제한하고 소양감이 줄어드는 것을 관찰해야 하는데 소양감이 줄어든 환자에게 다시 원래 먹었던 음식을 줘서 소양감을 보이는지 확인하면 되는 것이죠. 따라서 음식물 알러지 환자는 음식물과 컨트롤 해준다면 그 자체로 치료(정확히는 관리)입니다.

교과서적인 원칙대로라면 음식물 알러지가 의심되는 환자는 지금까지 먹었던 모든 사료를 포함한 음식물들을 list-up 하고 해당성분에 포함되지 않은 1개의 단백질과 1개의 탄수화물로 home-made food를 만들어 먹이면서 소양감이 감소하는 것을 관찰하는 것인데, 어느정도 나이가 먹어서 온 환자는 list-up을 하는 것 자체가 불가능할 뿐 아니라 보호자 역시 매끼니를 home-made로 만들어줘야 하는 불편함이 있습니다. 따라서 이러한 단점을 보완하기 위해 나온 사료가 흔히 말하는 가수분해사로 라인업들이죠. 만약 소양감을 보이는 환자가 위의 음식물제한만으로 소양감이 완전히 줄어든다면 그 것이 곧 진단이자 치료가 되는 것이니 따로 음식물 알러지에 대한 치료법을 언급할 필요가 없을 것 같습니다.

여기까지 했음에도 소양감이 일부 줄어들 뿐 여전히 남아있는 환자나 전혀 줄어들지 않은 환자는 본격적인 아토피 대상으로 두고 아토피인지 아닌지 여부를 판단하게 됩니다. 앞서서도 언급했지만 아토피 진단은 절대 혈액을 이용한 검사나 IDST로 이루어 지는 것이 아닙니다.

다른 소양감을 유발하는 질환이 배제된 상황에서 임상증상과 병력을 바탕으로 수의사가 판단하는 질환이 아토피인 것입니다. 여기에 상기 검사들은 거드는 정도로 생각하는 것이 좋습니다. 실험 논문에서도 마찬가지입니다. 예를들어 아토피 치료약물의 효능을 평가하려고 합니다. 그럼 당연히 아토피 환자에게만 약물효능을 평가해야겠죠? 그런 경우도 제가 말씀드린 것처럼 감염성 피부질환이나 다른 소양감을 유발하는 질환들을 모두 배제하고 남은 친구들을 아토피 대상으로 두고 약물 반응을 평가하는 것입니다.

아토피도 결국 알러지이기 때문에 정의를 생각한다면 일단 과민반응을 유발하는 물질에 접촉한 이후 유전적인 소인에 의해 증상이 발생하는 것이기 때문에 마찬가지로 과민반응을 유발하는 물질에 노출되지 않는다면 유전소인이 있더라도 증상을 발현하지 않게 됩니다. 이는 꽃가루등에 알러지 반응을

보이는 동물들이 가을이나 겨울에는 소양감이 없다(꽃가루가 날리지 않는 계절) 늦봄이나 여름부터 소양감이라는 증상이 발생하는 것으로 쉽게 유추해 볼 수 있습니다. 하지만 주로 개에서 아토피를 유발하는 원인물질은 완전하게 접촉하지 않게 한다는 것이 사실 거의 불가능 하다는 것이 문제입니다. 거의 indoor allergen 이니까요. 따라서 대부분의 수의사들은 접촉 이후 발생하는 증상을 컨트롤 하는 처치에 주력하게 됩니다. 대증치료라는 것이죠.

제가 진료를 보았던 환자중 극단적인 환자도 있습니다. 이 환자는 3세령부터 비계절성의 만성소양감을 1년여동안 보여 왔었는데 동거견이 사망한 이후 보호자분이 혼자 자는 것이 불쌍하다고 침대에서 같이 데리고 잤던 시점과 소양감 발증시기가 유사하다는 것을 문진상 발견했습니다.

이 환자에게 제가 한 처치는 소양감을 감소시키는 대증처치가 아니라 원래 대로 방바닥에서 자게하는 것이였고 1여년 동안 지속됐던 소양감은 멈췄습니다. 하지만 이 환자는 매우 특수한 경우이며 이와 같이 소위 allergen avoidance를 진행한다 하더라도 소양감이 유의적으로 줄어드는 것은 매우 일부입니다. Indoor allergen에 노출될 수 밖에 없는 것이 국내임상의 현실이니까요. 외국처럼 대형견에 마당딸린 집이 많은 임상 환경이라면 또 다르겠지만요. 저희 병원이 있는 분당근교에 전원주택단지들이 몇 군데 있는데 실제 이러한 환경을 가진 곳에서 환자가 내원하면 마찬가지로 약 없이 allergen avoidance만을 지시하기도 한답니다. 하지만 대부분은 약물을 사용하게 되겠지요.

여기 까지 이야기 했는데도 벌써 이만큼 입니다. 언젠가 아토피 치료법에 대해서는 다시 한 번 다뤄보도록 하겠습니다 (추후에 알고 봤더니 제 글이 인터넷에서 검색이 되더군요. 최근 여러가지 이슈와 관련 조심하는 것이 좋겠다고 판단해서 구체적으로 기술하지 않는 부분도 있으니 이해바라고 학회나 강의자리에서 설명드릴 수 있으면 좋겠습니다)

만약 아토피를 포함한 알러지성 피부질환이 모두 배제된다면 그 때는 Psychogenic problem까지를 고려하여야 되고 말씀드렸던데로 저는 이 상황이 되면 스테로이드를 짧은 기간 동안 일부러 고용량으로 사용해 본답니다.

알러지는 물론 심지어 감염성 피부질환까지 고용량의 스테로이드를 쓰게 되면 소양감이 감소해야만 합니다. 만약 전혀 반응하지 않는다면 보호자에게 심리적인 요소일 수 있다고 강하게 말씀드리고 있습니다.

쓰다보니 너무 방대한 내용을 두서 없이 나열했네요. 다음 호에서는 더 알찬 내용으로 다시 만나뵙도록 하겠습니다! ♥