

Case Report / 증례

직업성 접촉 피부염 치험 2례

손재웅¹⁾ · 윤영희²⁾ · 고성규²⁾ · 최인화^{1)*}

¹⁾경희대학교 한의과대학 안이비인후피부과

²⁾경희대학교 한의과대학 예방의학교실

2 Cases of Occupational Contact Dermatitis

Jae-Wwoong Son¹⁾ · Young-Hee Yun¹⁾ · Seong-Gyu Ko²⁾ · In-Hwa Choi¹⁾

¹⁾Department of Ophthalmology, Otolaryngology and Dermatology of Korean Medicine, College of Korean Medicine, Kyung Hee University

²⁾Department of Preventive Medicine, College of Korean Medicine, Kyung Hee University

Abstract

Objectives : The purpose of this case report is to know the effect of Korean medical treatments on occupational contact dermatitis.

Methods : We reported 2 cases who visited Allergy and Derma-Cosmetic Clinic of Kyung Hee University Hospital at Gangdong. They were diagnosed with occupational contact dermatitis and treated by Korean medical treatment.

Results : One patient recovered after 13 days of admission and total 9 months of outpatient period. Another patient recovered after 9 days of admission and total 7 months of outpatients period through Korean Medical Treatment.

Conclusions : We may expect that Korean medical treatment had therapeutic effects on occupational contact dermatitis, but the additional study will be conducted for revealing the exact therapeutic effects.

Key words : Occupational contact dermatitis; Korean medical treatment; Herbal medicine; Wet dressing

I. 서 론

직업 노동에 종사하면서 노출된 유해인자가 주요 원인 인자로 작용하여 피부와 부속기관에 병터를 발생시키거나 악화시키는 피부 질환을 직업성 피부질환이라 한다¹⁾. 직업성 피부질환의 임상 형태는 접촉성 피부염과 크게 다르지 않지만, 피부염을 유발하거나 악화시키는 물질에 노출된 부위인 손에 많이 발생한다고 알려져 있다. 특히 직업성 접촉 피부염(occupational contact dermatitis)은 직업성 피부질환 중에는 가장 흔한 형태의 피부 질환이며, 아토피피부염을 가지고 있던 경우 더욱 흔히 발생한다고 알려져 있다²⁾.

우리나라에서 직업성 접촉 피부염을 포함한 직업성 피부질환은 청력소실, 진폐증, 중독증에 이은 가장 흔한 형태의 직업질환임에도 불구하고, 아직까지 정확한 발생빈도나 위험직종 등과 같은 역학적인 보고가 많지 않다¹⁾. 또한, 해외에서도 마찬가지로, 국내에서는 많은 직업성 피부질환의 증상이 가볍거나, 현재까지 해당 피부 증상이 직업성 피부질환이라는 인식 자체가 부족하여 보고되지 않기 때문에 직업성 피부질환은 보고된 것보다 더욱 많을 것으로 사료된다.

이에 강동경희대학교병원 한방병원 개원 이래로 한방알레르기/피부미용클리닉을 통해 치료받은 환자들 중, 직업적인 인자가 피부 질환의 발생에 명확한 원인이 되는 환자들의 의무기록을 통해 경과를 살펴보고 직업성 접촉 피부염에 대한 한방치료의 효과 및 그 역할에 대하여 고찰해보고자 한다.

II. 증 례

■ 증례 1

1. **성명, 성별/연령** : 김○○, F/24

2. **치료 기간**

- 입원 치료 : 2014년 7월 11일 ~ 2014년 7월 23일(총 13일)
- 외래 치료 : 2014년 7월 25일 ~ 2015년 4월 21일(약 9개월)

3. **진단명**

- 주진단명 : 직업성 접촉 피부염
- 부진단명 : 아토피피부염

4. **주소증** : 농성 삼출, 부종, 홍반, 소양감

5. **발병일** : 2012년 12월

6. **직업** : 제빵사

7. **과거력** : 어렸을 때 아토피피부염이 있었음.

8. **가족력** :父 - 알레르기 비염, 고혈압

9. **현병력**

- 1) 직업 특성상 자주 뜨거운 오븐을 만져야 했으며, 뜨거운 물의 사용이 빈번함. 또한, 오븐과 용기의 세척을 위한 전용 세제를 자주 사용하였음.
- 2) 2012년 12월 오른손 엄지, 중지, 약지의 부종 및 소양감이 발생하여 로컬 의원, 대학병원을 다니며 스테로이드, 항히스타민제를 복용하였으나 별무호전. 2014년 2월 대학병원 피부과 내원을 끝으로 스테로이드, 항히스타민제를 더 이상 복용하지 않음.
- 3) 내복약 없이 1주일에 3회 가량 스테로이드 연고 바르며 증상 유지하다 2014년 6월 소양감, 홍반이 악화되어 로컬 한의원에서 침, 부항치료 시행함.

Corresponding author : Inhwa Choi, Kyung Hee University Hospital at Gangdong, 892, Dongnam-ro, Gangdong-gu, Seoul, Korea, (Tel : 02-440-6235, E-mail : inhwajun@khnmc.or.kr)

• Received 2016/10/17 • Revised 2016/11/10 • Accepted 2016/11/17

4) 입원 4일전부터 손의 부종 갑자기 심해지며, 가만히 있어도 삼출이 흐를 정도로 많아져 2014년 7월 11일 내원하여 입원.

10. 초진소견

- 1) 소화 : 대체적으로 양호한 편이나, 입원 당시에는 소화가 잘 되지 않았음.
- 2) 식욕 : 대체적으로 양호함.
- 3) 대변 : 1회/2~3일. 硬.
- 4) 소변 : 정상.
- 5) 수면 : 밤에 소양감 및 무의식적인 소파행위가 우려되어 잠을 거의 못 잠. 수 분에 한 번씩 참기 어려운 소양감이 발생하며, 야간에 못 잔 잠을 낮잠으로 보충함.
- 6) 맥 : 沈數.
- 7) 한열 : 병변부위의 열감 지속됨.

Table 1. Composition of *CheungYeolLiSeup-tang* (*QingReliShiTang* in Chinese)

Herbal name	Scientific name	Dose(g)
滑石	Talcum	10
甘草	Glycyrrhizae Radix	10
生地黃	Rehmanniae Radix	6
萊菔子	Raphani Semen	6
木通	Akebiae Caulis	6
沙蔘	Adenophorae Radix	6
龍膽	Gentianae Scabrae Radix	6
車前子	Plantaginis Semen	6
蒼朮	Atractylodis Rhizoma	6
土茯苓	Smilacis Rhizoma	6
黃芩	Scutellariae Radix	6

11. 치료 방법

1) 한약 치료

- ① 2014.07.11.(입원)-2014.07.17
 청열이습탕을 기본방으로 하여 청열이습탕가미 1을 1일 2첩으로 전탕하여 3회 복용하였다 (Table 1)³⁾.
 : 생지황 30g, 금은화, 의이인, 창출, 토복령, 활석 각 12g, 목통, 사삼, 석고, 설퇴, 시호, 연교, 용담 각 8g, 감초, 내복자, 단삼, 산사, 육계, 조각자, 지실, 질려자, 차전자, 황금 각 6g, 대황(주초), 사인 각 4g
- ② 2014.07.18.-2014.08.07(2014.07.23 퇴원)
 청열이습탕가미2을 1일 2첩으로 전탕하여 3회 복용하였다.
 : 청열이습탕가미1 加 황기 12g, 육계, 조각자 각 2g 減 생지황 10g, 시호 5g, 석고 3g
- ③ 2014.08.08.-2014.09.11
 청열이습탕가미3을 10일 14첩 기준으로 전탕하여 하루에 3회 복용하였다.
 : 청열이습탕가미2 加 백작약 6g 減 금은화 12g, 토복령 6g, 사인, 창출, 활석 각 4g, 시호 3g, 대황(주초), 산사, 조각자 각 2g
- ④ 2014.09.12.-2014.10.09
 청열이습탕가미4를 1일 1첩 기준으로 하루에 2회 복용하였다.
 : 청열이습탕가미3 減 설퇴 8g, 조각자 6g, 산사 4g, 대황(주초), 연교, 육계, 황기 각 2g
- ⑤ 2014.10.10 ~
 온청음(TSUMURA&Co., 일본)을 하루에 2포 복용하였다. 피부 증상이 거의 없을 경우에는 복용하지 않다가, 다시 피부 증상이 발생할 때 온청음을 복용하였다.
- ⑥ 2015.04.21.
 온청음 하루 2회, 14일분 처방받으며, 치료 종료.

2) 외용 치료

① 외용제 습포치료

고삼, 생지황, 맥문동, 황백, 형개, 감초 각 10g을 2첩 5포를 기준으로 전탕한 후, 전탕액을 거즈에 충분히 적서 환부에 올려 습포치료를 1일 2회 실시하였다. 습포치료는 15분간 실시하였으며, 이후 물기를 제거하고, 보습제를 충분히 발라주었다.

퇴원 후에도 습포치료를 필요로 할 때, 외용제를 처방 받아서 자가로 실시하였다.

② 이미발독산(경희의료원 약제부, 한국)

이미발독산을 보습제에 개어서 삼출이 있는 부위에 1일 1회 도포하였다.

3) 광선 치료

① 유브이 빔(UVBbeam, 필립스, 한국)

입원 치료 기간 중에 부위별로 2일에 1회씩, 30초~2분 동안 실시하였다.

② 바이오프톤(Bioptron 2, Bioptron AG, 스위스)

외래 내원 기간 중에 내원시마다 부위별로 10분간 실시하였다.

4) 침구 치료

일회용 스테인레스 호침(동방침구제작소, 0.25×30mm)을 사용하여, 양측의 합곡, 곡지, 수삼리, 태충, 태백, 혈해, 족삼리 및 기타 증상에 따라 변증하여 혈위를 취하여 15~20분간 유침하였으며, 1일 2회 시술하였다. 침은 직자로 자침하였고, 보사 또는 전침을 이용한 자극은 사용하지 않았다. 간접구는 증완에 1일 1회 시행하였다.

12. 치료 경과

1) 피부 증상(Table 2, Fig. 1, 2)

본 증례는 직업성 접촉 피부염과 함께 아토피피부

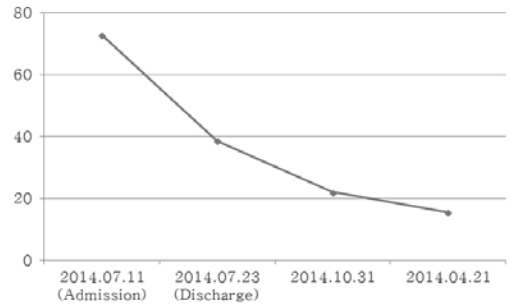


Fig. 2. SCORAD changes of case 1

Table 2. Progress of Skin Condition of Case 1

Date	Skin Conditions	
2014.07.11 (Admission)	SCORAD	72.6
	Symptoms	- Erythema: 2/3 - Edema/Papulation: 3/3. Difficult hand movement. - Oozing: 3/3, Serous. - Pruritus: VAS 10
2014.07.23 (Discharge)	SCORAD	38.6
	Symptoms	- Erythema: 1/3 - Edema/Papulation: 1/3. - Oozing: 1/3. Only in left hand. - Pruritus: VAS 6
2014.10.31	SCORAD	22.0
	Symptoms	- Erythema, Edema, Oozing: 0/3
2015.04.21	SCORAD	15.5
	Symptoms	- Erythema, Edema, Oozing: 0/3



Fig. 1. Progress of case 1

(A; 2014.07.11(Admission), B; 2014.07.17, C; 2014.07.23(Discharge), D; 2014.10.31, E; 2015.04.21)



Fig. 3. Progress of case 2

(A; 2014.09.15(Admission), B; 2014.09.19, C; 2014.09.23(Discharge), D; 2014.10.29, E; 2015.03.18)

염이 병발한 자로 피부 증상의 평가를 위해 아토피피부염 증상 평가 척도(SCORing Atopic Dermatitis, SCORAD)에 따라, 피부 병변의 범위와 홍반, 부종/구진, 삼출/가피, 찰상, 태선화, 건조를 0-3점으로 평가한 객관적 점수(objective score)와 소양감, 수면장애의 주관적 점수(subjective score)를 합산한 점수로 평가하였다⁴⁾.

2) 혈액학적 검사 결과(Table 3)

■ 증례 2

1. 성명, 성별/연령 : 김○, M/30

2. 치료 기간

- 입원 치료 : 2014년 9월 15일 ~ 2014년 9월 23일(총 9일)
- 외래 치료 : 2014년 9월 24일 ~ 2015년 4월 22일(약 7개월)

3. 진단명

- 주진단명 : 직업성 접촉 피부염
- 부진단명 : 농가진

4. 주소증 : 수포, 홍반, 구진, 소양감

5. 발병일 : 2014년 9월

6. 직업 : 플로리스트

7. 과거력 : 없음

8. 가족력 : 없음

9. 현병력

- 1) 직업 특성상 자주 벌레에 물리는 환경에 노출된 자로, 2014년 9월 초 작업 중 우측 손등에 벌레에 물린 뒤, 팽진이 발생함. 그 후에 살충제를 비롯한 여러 화학제품의 사용을 지속하였고, 물에도 지속적으로 노출됨.
- 2) 병변이 점차 커지면서 삼출 발생, 로컬 피부과에 내원하여 항생제 복용 및 스테로이드 연고 처방 받아 도포함. 연고 도포하는 중에 우측 손등과 팔에 구진 발생하였고, 같은 형태의 구진이 왼손과 왼팔까지 퍼짐.
- 3) 대학병원 피부과에 내원하여 경구 스테로이드 1주일간 복용하며, 내리소나 연고 도포하였으나 별무호전. 좁쌀크기의 병변이 수포로 형태가 바뀌며 크

Table 3. Laboratory Tests of Case 1

	2014.07.11(Admission)	2014.07.23(Discharge)
WBC($\times 10^3/\mu l$)	10.00	13.00
Neutrophil segment%	58.0	45.0
Eosinophil segment%	12.0	14.0
Eosinophil count($/\mu l$)	1200	1768
AST(U/L)	42	36
ALT(U/L)	95	68
BUN(mg/dl)	15	8
Creatinine(mg/dl)	0.6	0.6
IgE(IU/ml)	1164.0	1184.6
MAST(Inhalant)		
Dermatophagoides farinae	1.01 Class(2)	
Dematophagoides pteronyssinus	2.94 Class(2)	

기가 커지면서 터지고 부풀어오르는 양상 반복되어 적극적인 치료 위해 2014년 9월 15일 내원 후 입원.

10. 초진소견

- 1) 소화 : 대체적으로 양호함.
- 2) 식욕 : 대체적으로 양호함.
- 3) 대변 : 1회/1일. 좋.
- 4) 소변 : 정상.
- 5) 수면 : 밤에 소양감이 있어 잠을 깊게 못 잠. VAS 6 정도의 불편감이 있고, 평균적으로 3-4 시간 정도 수면을 취함.
- 6) 맥 : 浮
- 7) 한열 : 상체부 열감 지속되며, 병변 부위 열감 특히 심함.

11. 치료 방법

1) 한약 치료

- ① 2014.09.15.(입원)
청열이습탕을 기본 처방으로 하여 청열이습탕가미5을 1일 2첩 3회로 나누어 복용하였다.
: 생지황 20g, 금은화 12g, 사삼, 선평, 시호, 우방자, 활석 각 8g, 감초, 내복자, 단삼, 목통, 산사, 용담, 자초, 차전자, 창출, 토복령, 황금 각 6g, 당귀 4g
- ② 2014.09.16,-2014.09.21
청열이습탕가미6을 1일 2첩 3회로 나누어 복용하였다.
: 청열이습탕가미5 加 황기 12g
- ③ 2014.09.22,-2014.10.07(2014.09.23 퇴원)

청열이습탕가미7을 1일 2첩 3회로 나누어 복용하였다.

: 청열이습탕가미6 加 산조인(초) 8g, 용안육 6g 減 시호 5g, 금은화 4g

- ④ 2014.10.10.-2014.11.06
청열이습탕가미8을 10일 기준으로 14첩을 전당하여 하루 3회 복용하였다.
: 청열이습탕가미7 加 조각자 4g 減 산조인(초) 8g, 용안육 6g, 선평 4g, 시호 3g
- ⑤ 2014.11.07.-2014.11.16.
청혈거습사간탕(경희의료원 약제부, 한국)은 하루 1포 아침 식후 30분에 복용하고, 시호청간탕(TSUMURA&Co., 일본)은 하루 1포 저녁 식후 30분에 복용하도록 하였다.
- ⑥ 2014.11.17.-2015.04.21
청혈거습사간탕과 시호청간탕을 아침 식후 30분, 저녁 식후 30분에 복용하는 것으로 처방받았으며, 증상이 심해져서 복용이 필요할 때 처방을 받았다.
- ⑦ 2015.04.22.
치료 종료.

2) 외용 치료

- ① 외용제 습포치료
고삼, 생지황, 맥문동, 황백, 형개, 감초 각 10g을 2첩 5포를 기준으로 전탕한 후, 전탕액을 거즈에 충분히 적셔 환부에 올려 습포치료를 1일 2회 실시하였다. 습포치료는 15분간 실시하였으며, 이후 물기를 제거하고, 보습제를 충분히 발라주었다.
퇴원 후에도 습포치료를 필요로 할 때, 외용제를 처방 받아서 자가로 실시하였다.
- ② 이미발독산(경희의료원 약제부, 한국)
이미발독산을 보습제에 개어서 삼출이 있는 부위에 1일 1회 도포하였다.

3) 광선 치료

- ① 유브이 빔(UVBbeam, 필립스, 한국)
입원 치료 기간 중에 부위별로 2일에 1회씩, 30초~2분 동안 실시하였다.
- ② 바이오프톤(Bioptron 2, Bioptron AG, 스위스)
외래 내원 기간 중에 내원시마다 부위별로 10분간 실시하였다.

4) 침구 치료

일회용 스테인레스 호침(동방침구제작소, 0.25×30mm)을 사용하여, 양측의 합곡, 곡지, 수삼리, 태충, 태백, 혈해, 족삼리 및 기타 증상에 따라 변증하여 혈위를 취하여 15~20분간 유침하였으며, 1일 2회 시술하였다. 침은 직자로 자침하였고, 보사 또는 전침을 이용한 자극은 사용하지 않았다. 간접구는 증완에 1일 1

Table 4. Progress of Skin Condition of Case 2

Date	Symptoms	
2014.09.15 (Admission)	Vesicle	About 30-40 vesicles in each hand.
	Oozing	3/3. Yellow exudation.
	Crust	2/3.
	Erythema	2/3. Forearm, post neck, with papulation.
2014.09.23 (Discharge)	Vesicle	2-3 small vesicles in each hand.
	Oozing	0/3. No exudation.
	Crust	0-1/3. Only small brownish crust.
	Erythema	1/3. Hyperpigmentation.
2014.10.29	Vesicle	No vesicle.
	Oozing	0/3.
	Crust	0/3.
	Erythema	0/3. Hyperpigmentation in right hand wrist.
2015.04.22	Vesicle	No vesicle.
	Oozing	0/3.
	Crust	0/3.
	Erythema	0/3.

Table 5. Laboratory Tests of Case 2

	2014.09.15(Admission)	2014.09.23(Discharge)
WBC($\times 10^3/\mu l$)	7.30	6.90
Neutrophil segment%	54.5	44.9
Eosinophil segment%	5.7	4.1
Eosinophil count($/\mu l$)	416	283
AST(U/L)	25	22
ALT(U/L)	25	21
BUN(mg/dl)	9	10
Creatinine(mg/dl)	0.9	0.9
IgE(IU/ml)	17.3	17.4

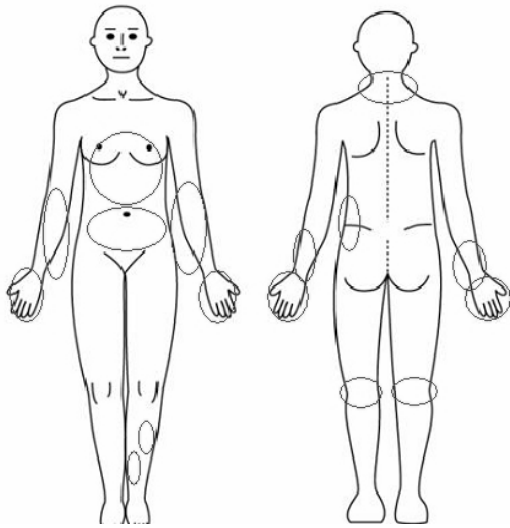


Fig. 4. Skin lesion site of case 2 in admission day

회 시행하였다.

손 부위 수포의 삼출액은 침 치료를 통해 배액을 실시하였고, 배액이 완료되면 소독을 한 후, 거즈를 감고 1-2시간 후에 제거하도록 하였다.

12. 치료 경과

1) 피부 증상 (Table 4, Fig. 3, 4)

2) 혈액학적 검사 결과(Table 5)

본 증례의 환자가 첫 내원시 이전에 치료받던 대학 병원에서 알레르기 항원 검사 시 이상소견이 없었던는 진술을 하여 이에 관한 검사는 제외하고 나머지 검사를 시행하였다.

IV. 고 찰

현대사회에서 직업이 다양해짐에 따라 작업 노동에 종사하면서 작업 중 이환되어 증상이 나타나는 직업 질환의 빈도가 높아지고 있다. 이 중 직업 노동 중에 노출된 유해인자가 일으킨 피부질환을 직업성 피부질

환이라 하며, 직업성 피부질환의 약 90%는 직업성 접촉 피부염이다. 이러한 직업성 접촉 피부염은 주로 손에 발생하는 경우가 많으며, 손에만 또는 손을 포함한 다른 부위에 발생하는 확률이 80~90% 정도로 높다고 알려져 있다¹⁾.

직업성 접촉 피부염을 포함한 직업성 피부질환은 가장 흔한 형태의 직업성 질환임에도 불구하고 국내에서 정확한 발생빈도나 위험직종과 같은 역학적인 보고가 드물다. 미국에서는 직업성 질환의 24% 정도가 직업성 피부질환으로 보고되어 있으나, 실제 보고되는 사례의 약 20~50배가 발생되고 있을 것으로 추정된다고 한다⁵⁾.

우리나라에서는 1999년부터 안전보건공단(The Korea Occupational Safety and Health Agency, KOSHA)에서 매년 직업성 피부질환에 대한 보고를 하고 있는데, 이 보고에 따르면 2014년 소음성 난청, 진폐증, 금속·중금속중독, 유기화합물중독에 이은 다섯 번째로 흔한 직업질환으로 그 빈도를 보고하고 있다⁶⁾. 현재까지 대부분 방사선 피부염이나 반도체 공장의 근로자들의 피부 증상에 대한 직업성 피부질환의 보고가 이루어졌지만^{7,8)}, 직업성 접촉 피부염으로 다른 직업에 종사하는 사람들에 대한 보고는 거의 이루어지지 않았다. 또한, 그 외의 많은 직업성 피부질환이 관심부족 또는 증상이 심하지 않기에 보고되지 않는 경우도 많아, 정확한 빈도를 파악한다면 그 수는 늘어날 것으로 예측된다. 특히, 주부습진은 가장 대표적인 직업성 접촉 피부염이라 할 수 있는데, 보통의 가정주부가 직업으로 분류되지는 않아도, 가정주부의 경우 물이나 세제에 장기 접촉할 경우 이로 인한 만성 자극으로 인한 습진이 생기기 때문에 이를 직업성 피부질환의 개념에서 다룬다면 유병률은 더욱 높아질 것으로 사료된다¹⁾.

본 증례보고의 증례 2명은 제빵사와 플로리스트로 이들은 모두 직업성 접촉 피부염이 호발할 수 있는 직업군으로 이들에게 피부염을 일으키는 원인 물질을 밝혀서 제거하거나 대체하는 것이 치료에 있어 가장

중요하다. 제빵사의 경우에는 대표적인 물질로 밀가루, 향신료, 세제, 오븐세정제, 산, 효모 등이 있고, 플로리스트 같은 경우에는 물 작업, 세제, 촉매제, 살충제, 살균제, 물리적 및 화학적 식물 자극제 등이 피부염의 원인 물질이 될 수 있다¹⁾.

본 증례보고의 첫 번째 25세 여자 환자는 직업이 제빵사로 수년간 직업 특성상 뜨거운 오븐과 물의 사용이 잦았으며, 오븐 및 용기의 세척을 위해 전용세제를 자주 사용했던 자로, 2012년 12월에 증상이 처음 발생하여 로컬 의원과 대학병원을 다니며 처방된 약을 복용하였으나 증상의 호전이 없었다. 입원 4일전부터 급작스럽게 손의 부종이 심해지며 삼출이 흐를 정도로 많아져 2014년 7월 11일 입원하여 총 13일간의 입원치료를 시행하였다. 대부분의 피부 증상이 자극이 지속적으로 있었던 손을 포함한 부위에 집중이 되어 있었고, 어렸을 때 아토피피부염이 있었던 과거력을 고려하여 진단단명을 직업성 접촉 피부염으로 진단할 수 있었다. 입원 당시에 홍반, 삼출, 소양감, 부종 등의 급성기 피부 증상이 심하게 발생하여, 濕熱로 인한 직업성 접촉 피부염으로 변증하였고, 청열이습탕을 기본 처방으로 하여 치료기간 동안 환자의 증상에 맞게 적절히 가감하여 처방을 하였다⁹⁾. 입원치료 기간 동안 부종과 삼출 등의 증상은 크게 완화되었고, 외래를 통해 증상을 관리할 때도 입원 치료시 시행했던 치료들을 대부분 유지하여 처음 치료를 받기 시작한지 약 3개월 후에는 증상이 대부분 소실되었음을 알 수 있었다. 그 후에도 양 손의 가려움증, 태선화 및 건조감을 주증상으로 내원하여 血虛風燥로 변증하였으며, 活血, 補血, 清熱의 효과를 가진 온침음을 처방하였으며, 약 9개월 이후 치료를 종료하였다.

두 번째는 31세 남자 환자로 직업이 플로리스트이며, 피부 질환이 있었던 과거력은 전혀 없었으며, 직업 특성상 벌레에 자주 물리던 환경에 노출되어 있었다. 2014년 9월 초 작업 중 우측 손등에 벌레를 물린 뒤로 팽진이 발생하였으나, 그 이후에도 살충제 등 여러 화학제품을 다루며 작업을 이어나갔다. 증상 완화

를 위해 로컬 피부과 및 대학병원 진료를 통해 항생제를 복용하고 스테로이드 연고를 도포하였음에도 불구하고 지속적으로 병변의 범위가 퍼지며 호전이 되지 않아 2014년 9월 15일 입원하여 총 9일간의 입원치료를 시행하였다. 처음 병원에 내원하였을 때 황색 삼출이 있는 수포가 손등과 손바닥에 다량 발생하여 임상적으로는 농가진의 양상을 보였으며, 그 외 양쪽 팔, 뒷 목 부위, 복부에 홍반, 소구진, 소양감 등을 호소하는 접촉 피부염 양상을 보였다. 직업 특성상 작업을 하다 증상이 발생한 것이 확실하며, 대학병원에 내원하였을 때 바이러스에 의한 것이 아닌 검사 조건을 받아 직업성 접촉 피부염으로 진단할 수 있었다. 본 환자도 마찬가지로 濕熱型의 직업성 접촉 피부염으로 변증하였고, 청열이습탕을 기본 처방으로 하여 치료기간 동안 환자의 증상에 맞게 적절히 가감하여 처방을 하였다. 입원치료 기간 동안 양손에 집중되어 있던 수포는 침 치료 및 외용제 치료를 통해 퇴원 당시에는 소수포가 양 손에 2-3개 정도 남아있는 정도로 감소하였고, 첫 입원 이후 약 한 달 후에 외래에 내원하였을 때는 손목 부위의 색소침착된 병변 이외에는 증상이 대부분 소실되었다. 이후에도 지속적으로 주 1~2회 내원하여 침 치료 및 외용제 처방을 받았으며, 가려움증, 야간의 열감을 지속적으로 호소하여, 濕熱 蘊積으로 변증한 다음 청혈거습시간탕을 아침 식후에, 시호청간탕을 저녁 식후에 복용할 수 있게 하였고, 첫 치료로부터 약 7개월 이후 치료를 종료하였다.

본 보고에서는 수부 병변을 특징적으로 보이는 직업성 접촉 피부염의 치료를 위해 한약 복용을 비롯한 여러 한방치료를 시행하였는데, 직업성 피부질환의 임상 형태가 손을 포함한 부위에 호발한다는 특성 외에는, 일반적인 접촉성 피부염과 크게 다르지 않아 그에 준하여 치료를 실시하였다. 본 증례보고의 두 환자 모두 처음 내원한 후, 증상이 중하여 입원치료를 시행하였으며, 처음 처방했던 청열이습탕은 생지황, 활석, 황금, 목통, 사삼 등의 구성으로 이루어진 처방이다. 본 처방은 清熱, 瀉火, 祛濕의 효과를 가지고 있어, 濕

熱型 피부증상인 홍반, 삼출, 소양감 등의 피부증상을 호소하는 환자들에게 처방할 수 있다⁹⁾.

한방 치료 중 외용제 습포치료는 고삼, 생지황, 맥문동, 황백, 형개, 감초를 전탕한 전탕액을 거즈에 적서 환부에 올려 습포요법을 하는 것으로, 습포요법을 통해 삼출물을 제거하고, 소양감을 완화시켜 환자 스스로 피부를 긁어 발생할 수 있는 감염이나 상처의 발생을 막는 것을 목표로 치료가 진행되었다^{10,11)}. 최근에는 증상이 심한 아토피피부염에서 국소스테로이드제제의 도포와 습포요법의 병행을 치료 방법 중 하나로 이용하며^{12,13)}, 한의계에서도 습포요법을 사용하여 아토피피부염을 치료한 증례보고들이 있었다^{14,15)}.

습포 치료 외에 외용 치료로 사용된 이미발독산은 《醫宗金鑑》에 수록된 처방으로 백반과 옹황으로 구성되어 있으며, 두 약제는 燥濕, 止痒, 解毒의 효능이 있어 삼출이 있는 부위에 사용을 하였다. 이미발독산은 환부에 직접적으로 사용할 경우 오히려 가려움증이 증가하거나 따가움을 호소하는 경우도 있어, 자극감을 줄이기 위해 환자가 사용하는 보습제에 개어서 환부에 도포하도록 하였다. 그 외에 두 번째 환자의 경우, 수포에 차오른 삼출물의 배액을 침 치료를 통해 실시하였고, 배액이 완료되면 소독을 철저히 실시하여 감염이 우려가 없도록 하였으며, 거즈로 감싸 지속되는 삼출물을 흡수하여 제거할 수 있도록 하였다.

이외에 광선치료로 유브이 빔과 바이옴트론을 사용하였는데, 유브이 빔은 단파장 자외선 B(Narrow band UVB)로 중등도 이상의 아토피피부염이나 접촉성 피부염 등에서 사용되며, 이는 스테로이드의 사용을 줄여주고, 긴 지속효과를 보이며, 광범위 자외선 B(Broad band UVB)에 비해 홍반유발이 적다는 장점을 가지고 있어, 입원기간 중에 병변 부위에 사용하였다^{16,17)}. 또한 바이옴트론은 편광을 이용하여 상처 치유나 통증 감소에 사용되는 기기로 미토콘드리아와 세포막에 영향을 주어 손상된 세포막을 정상화시키고, 세포분화와 세포 생성을 유도하여 상처의 치료를 돕

는 역할을 한다고 알려져 있어 급성기 증상이 어느 정도 소실된 후, 외래에 내원하였을 때 치료에 사용하였다¹⁸⁾.

이상 2례의 치험례를 종합해보면, 2가지 증례 모두 손 부위에서 증상이 시작되고 악화되며 전신으로 피부 증상이 퍼지는 공통점을 가지고 있었고, 손 부위에서 증상이 가장 심하게 나타난 것을 공통점으로 가지고 있었다. 두 증례 모두 피부 증상의 원인 및 유발요인이 직업과 관련성이 높으므로 직업성 접촉 피부염으로 진단할 수 있었고, 치료 방법이 일반적인 습진의 치료 방법과 유사하다고 알려져 있어 접촉성 피부염에 준하여 치료를 하였다. 치료 전후 상태를 비교했을 때, 피부 증상에 대한 각 지표의 호전이 있었고, 객관적인 호전도 평가를 위해 촬영한 사진 상으로도 증상의 호전을 확인할 수 있었다. 이를 통해 직업성 접촉 피부염 치료의 경우 본 증례보고와 같이 다양한 방법을 통한 한방치료가 유의하였음을 확인할 수 있었다.

직업성 접촉 피부염의 경우에는 치료가 완료되더라도 환자에게 피부 증상의 직업적인 발생요인이나 악화요인이 여전히 존재할 수 있기 때문에 관리적인 측면에서 직장 내 원인물질의 대체나 작업에서의 유발요인에 대한 환경 개선이 동시에 이뤄져야 한다. 따라서, 작업장을 관리하는 관리자, 작업을 하는 환자 스스로의 재발 방지를 위한 세심한 주의와 관리가 필요할 것으로 생각된다.

V. 결 론

직업과 관련하여 발생하였을 것으로 추정되는 접촉 피부염에 대하여 한의 치법을 통해 호전되었음을 관찰하고 보고한다.

감사의 말씀

본 연구는 보건복지부 한의약선도기술개발사업의

지원에 의하여 이루어진 것임(HI12C1889, HI13C0530).

윤리적 승인

본 증례보고의 연구대상자에게 사진 및 진료기록의 학술적 이용에 대해 사전 동의를 받았음.

References

1. Korean Dermatological Association, Textbook of Dermatology, 6th ed. Seoul:Medbook, 2014:247-63.
2. Nilsson E, Individual and environmental risk factors for the hand eczema in hospital workers, *Acta Derm Venereol* (Stockh), 1986;suppl 128:1-63.
3. Li B J, Pikezhengzhigaiyao, Beijing:Renminweishegchubanshe, 2001:222.
4. Dermatitis ETFoA, Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index (Consensus report of the European task force on atopic dermatitis), *Dermatology*, 1993;186(1):23-31.
5. Maibach HI, Occupational and Industrial Dermatology, 2nd ed, Chicago:Year book medical publishers Inc, 1987.
6. Ministry of Employment and Labor, The Results of 2014 Workers' Health Examination, Seoul:DongbangD&P, 2015.
7. Park SW, Kim JW, Hwang SW, Wang HY, Two cases of occupational radiodermatitis, *Korean J Dermatol*, 2000;38(10):1409-11.
8. Park TH, Jeong YS, Yoo JH, Kim KJ, The survey of occupational dermatoses in a semiconductor industry(II), *Korean J Dermatol*, 2003;41(8):1004-13.
9. Choi IH, Non-comparative study for the observation of clinical efficacy and safety of CheungYeolYiSeup-tang and Hwangbaek External dressings on dampness-heat pattern atopic dermatitis, *J Korean Oriental Med*, 2008;29(5):41-51.
10. Lee JH, Lee SJ, Kim DS, Bang D, The effect of wet-wrap dressing on epidermal barrier in patients with atopic dermatitis, *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2007;21(10):1360-8.
11. Wolkerstorfer A, Visser RL, De Waard van der Spek FB, Mulder PG, Oranje AP, Efficacy and safety of wet-wrap dressings in children with severe atopic dermatitis: influence of corticosteroid dilution, *Br J Dermatol*, 2000;143:999-1004.
12. Foelster-Holst R, Nagel F, Zoellner P, Spaeth D, Efficacy of crisis intervention treatment with topical corticosteroid prednicarbat with and without partial wet-wrap dressing in atopic dermatitis, *Dermatology*, 2006;212:66-9.
13. Devillers AC, Oranje AP, Efficacy and safety of 'wet-wrap' dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis: a critical review of the literature, *Br J Dermatol*, 2006;154:579-85.
14. Park ES, Lee JY, One case of atopic dermatitis treated by Horminis Placenta external wet therapy, *J Korean Oriental Pediatrics*, 2010;24(1):46-56.
15. Yun Y, Lee S, Kim S, Choi I, Inpatient treatment for severe atopic dermatitis in a Traditional Korean Medicine hospital: introduction and retrospective chart review,

- Complement Ther Med. 2013;21(3):200-6.
16. Rodenbeck DL, Silverberg JI, Silverberg NB. Phototherapy for atopic dermatitis. Clin Dermatol. 2016;34(5):607-13.
 17. Grundmann SA, Beissert S. Modern aspects of phototherapy for atopic dermatitis. J Allergy(Cairo). 2012;2012:121797.
 18. Monakhov SA, Perminova MA, Shablī RA, Korchazhkina NB, olisova OIu. The methods of phototherapy for the treatment and prevention of chronic dermatoses. Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult. 2012;4:33-6.