

Original Article / 원저

少陽人 백반증 148예의 임상적 고찰

홍요한 · 김성원
하늘마음한의원

A Clinical Study of 148 Patients with Soyangin Vitiligo

Yo-Han Hong · Sung-Won Kim
Haneulmaeum Oriental Medicine Clinic

Abstract

Objectives : The purpose of this study is to evaluate the clinical aspects of patients with Soyangin vitiligo.

Methods : This clinical investigation was made with 148 Soyangin Vitiligo patients who visited Haneulmaeum Oriental Medicine Clinic (Incheon) from July 1st 2007 to June 30th 2017.

Results & Conclusions :

1. There were 73 males(49.3%) and 75 females(50.7%).
2. The Mean age at the first visit was 36.1 years(male: 36.4, female: 35.8).
3. The Mean age of onset was 27.9 years(male: 28.6, female: 27.4).
4. The mean duration of the disease was 8.0 years(male: 7.8, female: 8.3).
5. Of the 148 patients, 41(27.7%) had the symmetric lesions and 107(72.3%) had the asymmetric vitiligo lesions. Of the patients with asymmetric vitiligo lesions, 46(31.1%) had the localized lesions and 26(17.6%) had the segmental lesions and 35(24.3%) had the multiple lesions.
6. The most common site of initial involvement of the vitiligo was the face (39.2%).
7. The most common site of the vitiligo lesions was the face(49.3%).
8. Familial history was obtained in 12 patients(8.1%).
9. There was no known precipitating factor in most cases(89.4%).
10. Thyroid disease was the most common associated disease.
11. The progression of vitiligo was present in 92 patients(62.2%)

Key words : Vitiligo; Soyangin; Clinical study

© 2018 the Society of Korean Medicine Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology

This is an Open Access journal distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서 론

백반증은 후천적으로 멜라닌세포의 소실로 인하여 다양한 크기와 형태의 탈색반을 초래하는 피부질환으로, 모든 인종에서 발생할 수 있으며 성별이나 지역적인 차이 없이 모든 인구의 1~2% 정도에서 발생하는 비교적 흔한 피부질환이다^{1,2)}.

대체로 백반증 환자의 경우 전신적으로 건강한 편이나, 유색 인종의 경우 심각한 미용상 문제를 초래할 뿐 아니라 이로 인한 정신적 스트레스로 사회생활에 영향을 줄 수 있으므로 적극적인 치료를 필요로 한다³⁾.

백반증의 발병기전으로는 자가면역설, 신경체액설, 멜라닌세포 자가파괴설, 태생세포 결합설, 화학물질 접촉설 등이 논의되고 있으며 최근에는 멜라닌세포 항체설, 자유기에 의한 발생설, 복합원인 발생설 등이 제기되었으나 아직 완전히 밝혀지지 않았다⁴⁻⁸⁾.

백반증은 대개 병변의 분포에 따라 국소형, 분절형, 전신형, 범발형으로 분류하는 방법이 널리 쓰이고 있으며, 전신형은 점막형, 말단안면형, 심상형, 복합형으로 세분하여 모두 7종류로 분류하기도 한다⁹⁾. 또한 이외에도 탈색소반의 분포에 따라 편측으로 발생하는 분절형과 그렇지 않은 비분절형으로 나누는 방법도 있다^{4,5)}. 분절형 백반증은 이환된 부위에 국한되어 처음 1~2년간 신속하게 퍼진 후 진행이 정지하는 경향을 보이며, 내과적 치료에 잘 반응하지 않고 표피이식술 등의 수술적 치료에 잘 반응하고 비분절형 백반증은 호전과 악화를 반복하며 지속적으로 진행되는 것으로 알려져 있다¹⁰⁻¹²⁾. 또한 백반증 병변의 대칭성 여부에 따라 대칭형과 비대칭형으로 분류하고 비대칭형을 국소형, 분절형, 다발형

으로 세분하는 방법도 있다¹³⁾. 대칭형 백반증은 병변이 진행되는 경향이 있어, 백반증 병변의 대칭성 여부를 알아보는 것은 백반증 경과를 판단하는데 도움이 된다¹³⁾. 이와 같이 백반증 분류의 근본적 목적은 유형에 따라 임상적 차이점을 파악하여 예후를 예측하기 위함이다¹⁴⁾.

백반증의 한의학적 치료에 있어서도 백반증의 임상적 특징을 아는 것은 백반증 환자를 치료하고 관리하는데 있어 매우 중요하다고 할 수 있다. 이에 본 연구에서는 四象體質辨證을 통해 少陽人으로 판단된 백반증 환자 148명을 대상으로 백반증 병변의 유형에 따른 성별 및 발병연령, 초발 병변의 위치, 신체 부위별 분포, 점막침범, 가족력의 양상을 조사하고 악화 및 유발인자, 동반질환, 내원 시 경과와 과거 치료력 등의 일반사항에 대한 임상적 고찰을 수행하여 보고하는 바이다.

연구 대상 및 방법

1. 연구 대상

2007년 7월 1일부터 2017년 6월 30일까지 하늘마음한의원 인천점에 내원한 백반증 환자의 의무기록 중에서 四象體質辨證을 통해 體形氣像이 胸襟之包勢盛壯而膀胱之坐勢孤弱, 上盛下虛 胸實足輕 소견을 보이고, 容貌詞氣가 剽銳好勇¹⁵⁾ 소견을 보여서 少陽人으로 판단된 148명을 대상으로 하였다. 본 연구는 환자에게 진료 정보 수집 및 활용에 관하여 충분한 설명을 하였고, 동의를 얻어 진행하였다.

2. 연구 방법

대상 환자의 의무기록, 설문지, 이학적 검사, 증상을 기록한 사진 촬영을 통해 성별, 내원 시 연령, 초발 연령, 이환기간, 초발 병변의 부위, 병변의 분포양상, 점막침범, 가족력, 악화 및 유발인자, 동반질환, 내원시 경과, 과거치료력을 조사하였다. 병변의

Corresponding author : Yohan Hong, Haneulmaeum Oriental Medicine Clinic, Sijang-ro 53, Bupyoung-gu, Incheon, Korea.
(Tel: 032-519-5476, Fax: 032-519-5478, E-mail: handrhong@naver.com)
• Received 2017/12/29 • Revised 2018/2/2 • Accepted 2018/2/9

분포 양상은 전신을 두부, 안면부, 경부, 흉복부, 배부 및 둔부, 상지, 하지, 수부, 족부 등 9부분으로 나누어 각 부위의 분포와 대칭성을 조사하였다.

임상적 분류는 전 등¹³⁾이 시행한 방법을 사용하여 병변의 대칭성 여부에 따라 대칭형(symmetric type)과 비대칭형(asymmetric type)으로 분류하고, 비대칭형 중 병변이 국한성 분포를 보이는 경우 국소형(localized type), 병변이 신체의 중앙선을 넘지 않으며 편측의 피부절을 따라 분포하는 경우 분절형(segmental type), 병변이 전신에 산발적으로 퍼져 있는 경우 다발형(multiple type)으로 분류하였다.

결 과

1. 성별 및 내원 시 연령과 초발 연령

총 148명의 환자 중 남자는 73명(49.3%), 여자는 75명(50.7%)이었다. 내원 시 평균 연령은 36.1±17세로, 남자는 36.4세, 여자는 35.8세였다. 30-39세군이 30명(20.3%)으로 최다 연령 군이었다(Table 1).

Table 1. The Age at the First Visit

Age	Male(%)	Female(%)	Total(%)
0-9	7(9.6)	7(9.3)	14(9.5)
10-19	8(11.0)	9(12.0)	17(11.5)
20-29	10(13.7)	11(14.7)	21(14.2)
30-39	18(24.6)	12(16.0)	30(20.3)
40-49	12(16.4)	15(20.0)	27(18.2)
50-59	10(13.7)	18(24.0)	28(18.9)
60<	8(11.0)	3(4.0)	11(7.4)
Total	73(100)	75(100)	148(100)

백반증의 초발 연령은 평균 27.9±16세로, 남자는 28.6세 여자는 27.4세 였고 20-29세 군이 35명(23.6%)으로 가장 많았다. 30세 이전에 발생한 환자는 총 81명(54.7%)으로 반 이상을 차지하였다. 임상

유형별 분포를 살펴본 결과, 대칭형의 경우 평균 30.1세, 비대칭형은 평균 27.1세였으며, 비대칭형 중 국소형은 평균 24.8세, 분절형은 평균 27.7세, 다발형은 29.8세 였다(Table 2).

Table 2. The Age of Onset

Age	Male(%)	Female(%)	Total(%)
0-9	11(15.1)	18(24.0)	29(19.6)
10-19	7(9.6)	10(13.3)	17(11.5)
20-29	20(27.4)	15(20.0)	35(23.6)
30-39	21(28.8)	12(16.0)	33(22.3)
40-49	5(6.8)	12(16.0)	17(11.5)
50-59	8(10.9)	5(6.7)	13(8.8)
60<	1(1.4)	3(4.0)	4(2.7)
Total	73(100)	75(100)	148(100)

발병 연령대별로 임상 유형의 분포 양상을 살펴보면 대칭형의 경우 60대 이상에서, 비대칭형은 30-39세의 연령대에서 가장 많은 비중을 차지하였고, 비대칭형 중 국소형은 0-9세의 연령대에서, 분절형은 20-29세의 연령대에서, 다발형은 10-19세의 연령대에서 가장 많은 비중을 차지하고 있었다(Fig. 1).

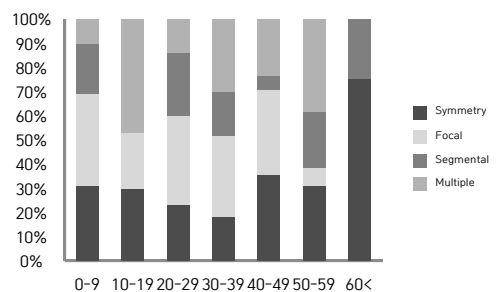


Fig. 1. Relationship between Age of Onset and Distribution of the Vitiligo Lesions

2. 이환 기간

백반증 병변이 발생하여 내원하기까지의 이환 기간은 평균 8년으로 남자가 7.8년 여자가 8.3년이었

다. 이환기간이 1-5년인 경우가 남자 31명(42.5%), 여자 29명(38.8%)으로 전체 환자 중 60명(40.5%)으로 가장 많았다. 임상 유형별로는 대칭형은 평균 9.4년, 비대칭형은 평균 7.5년이었으며, 비대칭형 중 국소형은 평균 7.5년, 분절형은 평균 7.1년, 다발형은 평균 7.9년 이었다(Table 3).

Table 3. The Duration of Disease

Year	Male(%)	Female(%)	Total(%)
<1년	7(9.6)	7(9.3)	14(9.5)
1-5년	31(42.5)	29(38.8)	60(40.5)
6-10년	14(19.2)	13(17.3)	27(18.2)
11-15년	6(8.2)	7(9.3)	13(8.8)
15-20년	9(12.3)	13(17.3)	22(14.9)
20년<	6(8.2)	6(8)	12(8.1)
Total	73(100)	75(100)	148(100)

3. 임상적 유형별 분포

전체 환자 148명중 대칭형이 41명(27.7%), 비대칭형이 107명(72.3%)으로 유형별로 볼 때 비대칭형의 빈도가 대칭형에 비해 많은 분포를 보였다. 비대칭형 중 국소형은 46명(31.1%), 분절형은 26명(17.6%), 다발형은 35명(24.3%)으로 국소형이 가장 많은 분포를 보였다. 성별에 따른 임상 유형을 조사해 본 결과, 남자의 경우 대칭형 22명(30.2%), 비대칭형 51명(69.8%), 비대칭형 중 국소형 19명(26%), 분절형 16명(21.9%), 다발형 16명(21.9%)이었고, 여자는 대칭형 19명(25.3%), 비대칭형 56명(74.7%),

비대칭형 중 국소형 27명(36%), 분절형 10명(13.4%), 다발형 19명(25.3%)으로 남녀 모두 비대칭형이 대칭형에 비해 많았으며 비대칭형 중에서는 국소형이 분절형과 다발형에 비해 많이 분포하였다 (Table 4).

4. 초발 병변의 부위

백반증이 최초로 발생한 부위는 안면부가 58명(39.2%)으로 가장 많았으며, 흉복부, 배부 및 둔부, 상지, 하지, 경부, 수부, 두부, 족부 순이었다. 임상 유형별로는 대칭형의 초발 부위는 안면부(36.6%, 15/41), 수부(20%, 8/41), 흉복부(17.1%, 7/41), 하지(10%, 4/41) 순이었고, 비대칭형은 안면부(40.2%, 43/107), 흉복부(14.0%, 15/107), 배부 및 둔부(12.1%, 13/107), 상지(12.1%, 13/107) 순이었다. 비대칭형 중 국소형과 다발형 모두 초발 병변은 안면부가 가장 많았으나 분절형의 경우 흉복부(38.5%, 10/26)가 가장 많은 초발 부위였다(Fig. 2).

5. 부위별 병변의 분포와 빈도

전체 환자에서 내원시 백반증 증상은 안면부(49.3%, 73/148)에 가장 많이 있었으며, 흉복부(31.1%, 46/148), 배부 및 둔부(23.6%, 35/148), 상지(21.6%, 32/148), 하지(20.0%, 29/148), 수부(16.0%, 23/148), 경부(12.8%, 19/148), 족부(12.2%, 18/148), 두부(6.8%, 10/148), 회음(2.0%, 3/148) 순으로 분포하였다. 임상 유형별로는 대칭형은 수부(51%, 21/41), 안면부(48.8%, 20/41), 흉복

Table 4. Clinical Types of Vitiligo

Type	Male(%)	Female(%)	Total(%)
Symmetry	22(30.2)	19(25.3)	41(27.7)
Asymmetry			
Focal	19(26.0)	27(36.0)	46(31.1)
Segmental	51(69.8)	56(74.7)	107(72.3)
Multiple	16(21.9)	19(25.3)	35(24.3)
Total	73(100)	75(100)	148(100)

부(41.5%,17/41), 족부(41.5%,17/41), 배부 및 둔부(31.7%, 13/41), 상지(29.3%, 12/41), 하지(29.3%, 12/41), 경부(7.3%, 3/41), 두부(2.4%, 1/41) 순이었고, 비대칭형은 안면부(49.5%, 53/107), 흉복부(27.1%, 29/107), 배부 및 둔부(20.6%, 22/107), 상지(18.7%, 20/107), 하지(15.9%, 17/107), 경부(15.0%, 16/107), 두부(8.4%, 9/107), 수부(2.0%, 2/107), 족부(1.0%, 1/107) 순이었다. 비대칭형 중 국소형은 안면부, 두부, 경부, 상지, 흉복부 순이었고, 분절형은 흉복부, 배부 및 둔부, 안면부, 경부, 두부 순이었고, 다발형은 안면부, 상지, 하지, 배부 및 둔부, 흉복부 순이었다.

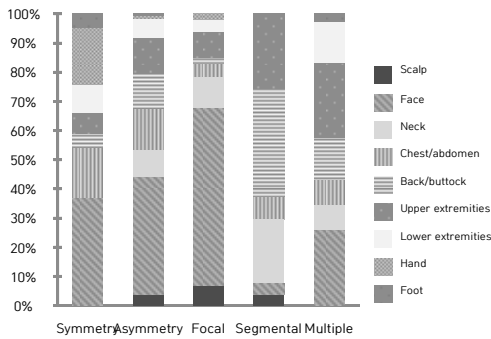


Fig. 2. Site of Initial Involvement According to the Clinical Type

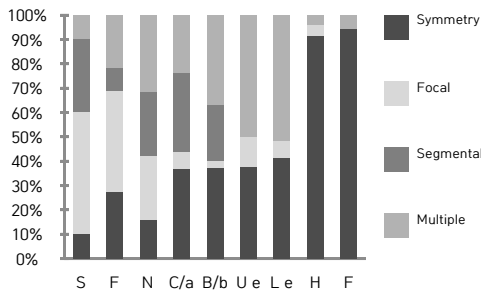


Fig. 3. Distribution of The Vitiligo Lesions According to The Body Site

S: scalp, F: face, N: neck, C/a: chest/abdomen, B/b: back/buttock, Ue: upper extremities, Le: lower extremities, H: hand, F: foot

백반증 부위 중 두부의 경우 대칭형(1명)보다 비대칭형(9명)이 특히 우세하였고, 상지, 하지, 수부, 족부에 위치한 경우 대칭적으로 분포하는 경향이 높은 편이었다. 또한 비대칭형 중 다발형의 경우 국소형과 분절형에 비해 다른 부위로 퍼지는 경향이 높은 편이었다(Fig. 3).

6. 점막 침범

내원 환자에서 점막 침범은 11명(7.4%)에서 관찰되었으며 입술부위 8명, 유두부위 2명, 생식기부위 1명이었다. 임상 유형별로는 대칭형 4명(4/41), 비대칭형 7명(7/107)이었고 비대칭형 중 국소형 3명(3/46), 분절형 2명(2/26), 다발형 2명(2/35)이었다.

7. 가족력

내원 환자에서 가족력이 있는 경우는 12명(8.1%)이었다. 임상 유형별로는 대칭형 3명(7.3%, 3/41), 비대칭형 9명(8.4%, 9/107)이었고 비대칭형 중 국소형 4명(8.7%, 4/46), 분절형 2명(7.7%, 2/26), 다발형 3명(8.6%, 3/35)이었다.

8. 악화 및 유발인자

선행요인으로 피부 외부 자극 후 발생한 경우가 8명(5.4%) 있었으며, 일광 노출, 염증, 곤충교상, 모발염색과 관련이 있다고 하였다. 이 외에도 비장절제수술 후 발생 1명, 약물복용 후 발생 3명, 임신 중 발생 2명, 주사치료 후 발생 1명, 말초신경염 증상이후 발생 1명 등이 있었으며 대부분의 경우에 특별한 유발인자가 없었다고 하였다.

9. 동반질환

동반된 피부질환으로는 아토피성피부염이 4명, 건선이 2명, 원형탈모증이 2명이었다. 또한 갑상선 질환이 9명, 당뇨병 5명, 고혈압 5명, 고지혈증 2명,

이상지질혈증 1명이 있었으며 이 외에도 간수치 상승력 4명, B형간염보균자 2명이 있었다.

10. 내원 시 경과

전체 환자 중 92명(62.2%)에서는 내원 전 6개월 이내에 악화되는 경과를 취했고 12명(8.1%)은 내원 전 6개월 이내에 호전되는 경과를 취했으며 44명(29.7%)은 큰 변화가 없는 상태였다.

11. 과거 치료력

내원 전 타 의료기관에서 치료받은 경험이 있는 환자가 총 120명(81.0%)으로 대부분을 차지하였다. 내원 전 치료 방법의 종류는 국소 스테로이드 74명(50%), 엑시머레이저 39명(26.4%), 전신 스테로이드 38명(25.7%), UV light 35명(23.6%) 등의 순이었다. 기타 1명은 피부이식을 시행한 경우도 있었다 (Table 5).

Table 5. Previous Treatments

Treatment	Number(%)
Topical steroid	74(50%)
Systemic steroid	38(25.7)
UV light	35(23.6)
Excimer laser	39(26.4)
Oriental medicine	19(12.8)
Others	1(0.7)
None	28(19.0)
Total	148(100)

고 찰

백반증은 한의학에서 白癜風, 白駁風, 汗斑, 斑駁, 白癩 등의 여러 명칭으로 문헌에 기재되어 있다. 그 치료에 사용된 내복약 중 빈도수가 높은 약물로 苦蔘, 防風, 梔子, 荊芥, 牡丹皮, 生乾地黃 등 四象醫學

에서는 少陽人에게 사용되는 약물이 많아¹⁶⁾ 본 연구에서는 少陽人 환자를 대상으로 선정하여 시행하였다.

백반증의 발병에 남녀간의 빈도차는 없다고 알려져 있는데 본 연구에서도 빈도차가 나타나지 않았다¹⁾. 백반증은 어느 연령층이나 발생되지만 주로 10-30대의 젊은 연령대에서 가장 흔히 발생하는 것으로 알려져 있다¹⁾. Lerner²⁾는 환자의 50% 정도가 20세 이전에 발생한다고 하였으며 본 연구에서도 46%로 유사한 양상을 보여주었다.

백반증의 분류 방법은 여러 학자들에 의해 제안되었는데^{4,5,9)} 본 연구에서는 백반증의 예후를 판단하는데 도움이 되리라고 생각되는 전 등¹³⁾이 시행한 분류 방법을 사용하여 먼저 백반증 병변의 대칭성 유무에 따라 대칭형과 비대칭형으로 먼저 분류하고, 비대칭형 백반증을 다시 국소형과 분절형, 다발형으로 세분하였다. 보통 대칭형이 비대칭형에 비해 병변이 진행되는 것으로 알려져 있는데¹³⁾, 대칭형에 비해 비대칭형의 분포가 더 우세하였다. 분절형의 경우 기존 연구에서 보고된 결과가 다양한 편으로¹⁷⁻²⁰⁾ 이번 연구에서는 17.6%였다.

백반증의 초발 부위는 대개 안면이나 손등과 같은 노출부위에 흔한 것으로 알려져 있는데^{1,2)} 본 연구에서도 대칭형, 비대칭형 모두에서 안면부가 가장 흔한 초발 부위였으나 비대칭형중 분절형의 경우 흉복부가 초발 부위로 가장 많은 빈도를 차지하였다.

백반증의 호발 부위는 얼굴과 손 등의 노출부위, 뺨이 튀어나온 부위, 신체구 주위 등으로 알려져 있는데^{13,18,21)} 이번 연구에서도 안면부가 49.3%로 가장 빈도가 높았다. 임상 유형별로 대칭형은 수부가 안면부보다 많았으며, 비대칭형은 안면부가 많았으나 비대칭형중 분절형은 흉복부, 배부 및 둔부, 안면부 순이었다. 백반증 부위 중 두부의 경우 대칭형보다 비대칭형이 특히 우세하였고, 사지부와 말단부에 위치한 경우 대칭적으로 분포하는 경향이 높은 편이었다. 비대칭형 중 다발형의 경우 대칭형처럼 병변이 퍼지는 경향을 보였다.

백반증의 점막 침범에 대해서는 대칭형에서 더 많이 발생하는 편으로 알려져 있어 예후에 있어 악화 인자로 인식되고 있는데¹³⁾, 이번 연구에서는 전체 환자의 7.4%에서 관찰되었으며 입술부위 5.4%, 유두부위 1.3%, 생식기부위 0.7%이었다. 임상 유형별로는 대칭형 9.8%, 비대칭형 6.5%이었고 비대칭형 중 국소형 6.5%, 분절형 7.7%, 다발형 5.7%로 임상 유형별 유의한 차이는 없었다.

백반증의 가족력에 대해서는 다양한 보고가 있는데 김 등²³⁾은 백반증 환자 중 14.4%가 가족력을 가지고 있다고 보고하고 유전양상을 살펴 볼 때 백반증은 다인자성 유전을 하고 있다고 주장하였다. 본 연구에서 가족력이 있는 경우는 8.1%로 임상 유형별로는 대칭형 7.3%, 비대칭형 8.4%이었고 비대칭형 중 국소형 8.7%, 분절형 7.7%, 다발형 8.6%로 나타나 임상 유형별 유의한 차이는 없었다.

백반증은 물리적 외상, 일광 화상, 정신적 스트레스, 임신, 질병 등의 선행 및 악화요인에 의하여 발생될 수 있다고 알려져 있다¹⁾. 본 연구에서 선행요인으로 피부 외부 자극 후 발생한 경우가 5.4%였으며, 일광 노출, 염증, 곤충교상, 모발염색과 관련이 있다고 하였다. 이 외에도 비장절제수술 후 발생 1명, 약물복용 후 발생 3명, 임신 중 발생 2명, 주사 치료 후 발생 1명, 말초신경염 증상 이후 발생 1명 등이 있었으나 대부분의 경우는 특별한 유발인자가 없었다.

백반증과 흔히 동반되는 질환으로 갑상선 질환, 당뇨, 악성 빈혈, 에디슨병, 결체 조직 질환, 원형탈모증 등 자가면역질환과 내분비 질환이 있다고 알려져 있다²²⁻²⁴⁾. 기존 연구에서 동반질환 중 갑상선 질환의 동반율이 가장 높은 것으로 보고되어 있는데²⁵⁾, 이번 연구에서는 갑상선 질환이 9명, 당뇨병 5명, 고혈압 5명, 고지혈증 2명, 이상지질혈증 1명이 있었으며 이 외에도 간장질환 기왕력 6명으로 갑상선 질환의 비중이 높은 편이었다. 또한 동반된 피부 질환으로는 아토피성피부염이 4명, 건선이 2명, 원

형탈모증이 2명이 있었다.

백반증은 새로운 병변이 발생되거나 기존의 병변이 확대되면서 악화되고 또는 오랜 기간 동안 변화 없이 지속되는 양상을 보인다. 기존 연구에 의하면 약 10%정도의 환자는 급격한 악화를 호소하고, 약 50% 정도는 서서히 악화되며, 약 30%는 악화 없이 지속되는 경과를 보인다고 보고하였다¹⁾. 이번 연구에서는 전체 환자 중 62.2%에서 내원 전 6개월 이내에 악화되는 경과를 취했고 8.1%는 내원 전 6개월 이내에 호전되는 경과를 취했으며 29.7%는 유지되는 양상을 보였다. 따라서 대다수의 환자의 경우 백반증이 점차 악화되는 양상을 보이고 있어 환자 진료시 반드시 참고해야 할 사항으로 생각된다.

백반증의 최근의 치료로 이학적 치료를 위해 사용되는 스테로이드 등의 국소제제는 면역 반응을 억제하는 제제로 볼 수 있으며, 자외선 치료는 과거 국소 및 전신 광화학요법이 많이 사용되었으나 최근에는 치료 효과를 개선하면서도 불편이 줄어든 narrow-band UVB가 대체를 이루고 있으며 이 외에도 표적광치료인 엑시머 레이저 등이 사용되는데, 엑시머 레이저가 의료보험 적용이 되면서 보다 강력하고 효과적인 치료의 대표 주자로 인식되는 것으로 보인다²⁶⁾. 이번 연구에서 내원 전 타 의료기관에서 치료받은 경험이 있는 환자가 그렇지 않은 환자보다 대다수를 차지하였으며 내원 전 치료 방법의 종류는 국소 스테로이드 50%, 엑시머레이저 26.4%, 전신 스테로이드 25.7%, UV light 23.6% 등의 순으로 시행하였으며 1명은 피부이식을 시행한 경우도 있었다.

본 연구는 특정 한의원 내원 환자를 대상으로 하여 한방 의료기관 내원 백반증 환자의 특성으로 일반화하기에는 연구대상자 수가 적고 단면조사연구의 한계점을 가지고 있다. 그러나 발병시와 내원시의 백반증의 부위와 분류를 통해 백반증의 진행 가능성 여부 예측 및 환자 설명, 외부 자극을 통한 증상 악화를 줄이기 위한 환자 생활지도 및 관리, 치료 중

갑상선 질환 등 전신질환 동반 가능성을 염두에 둔 환자 치료 및 관리 등에 도움이 될 수 있으리라 생각된다. 향후 少陽人 이외의 사상체질별 백반증 환자에 대한 임상 연구가 이루어지기를 기대한다.

결 론

2007년 7월 1일부터 2017년 6월 30일까지 하늘마음한의원 인천점에 내원한 少陽人으로 판단된 백반증 환자 148명을 대상으로 임상적 연구를 시행하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 전체 환자 중 남자는 73명(49.3%), 여자는 75명(50.7%)이었다. 내원 시 평균 연령은 36.1±17세(남자: 36.4세, 여자: 35.8세)였고 30-39세 군이 최다 연령 군이었다. 초발 연령은 평균 27.9±16세(남자: 28.6세, 여자: 27.4세)였고 20-29세 군이 가장 많았다. 30세 이전에 발생한 환자가 절반 이상을 차지하였다.
2. 이환 기간은 평균 8년(남자: 7.8년, 여자: 8.3년)이었다. 이환기간이 1-5년인 경우가 전체 및 성별별로 가장 많았다.
3. 임상적 유형별 분포는 대칭형이 27.7%, 비대칭형이 72.3%로 비대칭형의 빈도가 대칭형에 비해 많은 분포를 보였다. 비대칭형 중 국소형은 31.1%, 분절형은 17.6%, 다발형은 24.3%로 국소형이 가장 많은 분포를 보였다. 남녀 모두 비대칭형이 대칭형에 비해 많았으며 비대칭형 중에서는 국소형이 분절형과 다발형에 비해 많이 분포하였다.
4. 초발 병변의 부위는 안면부가 39.2%로 가장 많았다. 임상 유형별로는 대칭형과 비대칭형의 초발 부위 모두 안면부가 가장 많았으나 비대칭형 중 분절형의 경우 흉복부가 가장 많은 초발 부위였다.

5. 내원시 백반증 증상도 안면부에 가장 많이 있었다. 임상 유형별로는 대칭형은 수부에 가장 많았고 비대칭형은 안면부가 가장 많았는데 비대칭형 중 분절형은 흉복부에 가장 많은 병변을 나타내고 있었다.

백반증 부위 중 두부의 경우 대칭형보다 비대칭형이 특히 우세하였고, 상지, 하지, 수부, 족부에 위치한 경우 대칭적으로 분포하는 경향이 높은 편이었다.

6. 점막 침범은 7.4%에서 관찰되었으며 입술부위가 가장 많았다. 임상 유형별로는 대칭형, 비대칭형 중 국소형, 분절형, 다발형 순이었다.
7. 가족력이 있는 경우는 8.1%였다. 임상 유형별로는 대칭형 7.3%, 비대칭형 8.4%였고 비대칭형 중 국소형 8.7%, 분절형 7.7%, 다발형 8.6%의 환자에서 가족력이 있었다.
8. 대부분의 환자에서는 선행요인이 없었다. 선행요인 중 피부 외부 자극 후 발생한 경우가 가장 많이 있었으며, 일광 노출, 염증, 곤충교상, 모발염색과 관련이 있다고 하였다. 이 외 수술 후 발생, 약물복용 후 발생, 임신 중 발생, 주사치료 후 발생, 말초신경염 증상 이후 발생 등이 있었다.
9. 동반된 전신질환으로는 갑상선 질환이 가장 많았으며 이 외에도 당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 이상지질혈증 등이 있었다. 동반된 피부질환으로는 아토피성피부염, 건선, 원형탈모증이 있었다.
10. 내원 전 6개월 이내의 경과에서 62.2%가 악화되는 경과를 취했고 29.7%는 큰 변화가 없었으며 8.1%는 호전되는 경과를 취했다.
11. 내원 전 타 의료기관에서 치료받은 경험이 있는 환자가 대부분을 차지하였다. 국소 스테로이드(50%), 엑시머레이저(26.4%), 전신 스테로이드(25.7%), UV light(23.6%) 등이 가장 흔히 사용되는 치료 방법이었다.

References

1. Ortonne JP, Mosher DB, Fitzpatrick TB. Hypomelanotic disorders: vitiligo and other hypomelanoses fo hair and skin, 6th ed. New York:Plenum, 1983:120-310.
2. Lerner AB. Vitilgo. *J Invest Dermatol*. 1959;32:285-310.
3. Masher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne JP. Abnormalities of pigmentation. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al, editors. *Dermatology in General Medicine*, 2nd ed. New York:McGraw-Hill Book, 1979:582-90.
4. Betterie C, Caretto A, De Zio A, Pedini B, Velle-Fornasa. Incidence and significance of organ-specific autoimmune disorder in patients with vitiligo. *Dermatologica*. 1985;171:419-23.
5. Koga M. Vitiligo: a new classification and therapy. *Br J Dermatol*. 1977;97:255-61.
6. Lerner AB. On the etiology of vitiligo and gray hair. *Am J Med*. 1971;51:147-56.
7. Karin US, Mark RP, John MW. Free fadical reduction by Thioredoxin reductase at the surface of normal and vitiliginous haman keratinocytes. *J Invest Dermatol*. 1986;87: 728-32.
8. Grimes PE, Ghoneum M, Stockton T, Payne C, Kelly AP, Alfred L. T cell profiles in vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 1986; 14:196-201.
9. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne JP, Hori Y. Hypomelanoses and hypermelanoses. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 5th ed. New York: McGraw-Hill Book, 1999;945-1017.
10. Cho S, Kang HC, Hahm JH. Characteristics of vitiligo in Korean children. *Pediatr Dermatol*. 2000;17:189-93.
11. Huggins RH, Schwartz RA, Janniger CK. Childhood vitiligo. *Cutis*. 2007;79:277-80.
12. Koga M, Tango T. Clinical features and course of type A and type B vitiligo. *Br J Dermatol*. 1988;118:223-8.
13. Jeon EK, Park YO, Kim CD, Seo YJ, Lee JH, Park JK. The clinical significance of symmetry in the distribution of vitiligo lesions. *Korean J Dermatol*. 2008;46:40-5.
14. Jeon EK, Park YO, Seo YJ, Lee JH, Park JK. Assessment of the Quality of Life in Vitiligo Patients. *Korean J Dermatol*. 2008;46:74-80.
15. Hong SY, Yie UH. *Principles of Sasang Medicine*. Seoul:Haenglim. 1994:134-6, 275-8,301,325-6.
16. Ji SY, Kwon YK, Shin SK. The study on the oriental and western Medical literatures of vitiligo. *J of Jaehan Oriental Medical academy*. 1999;4(1):262-85.
17. Park SR, Yun JI, Lim SD. Clinical study of 217 cases of vitiligo. *Korean J Dermatol*. 1981;19:171-82.
18. Park KC, Youn JI, Lee YS. Clinical study of 326 cases of vitiligo. *Korean J Dermatol*. 1988;26:200-5.
19. Yu HJ, Park KC, Ahn JS. Clinical study of vitiligo. *Korean J Dermatol*. 1998;36: 1037-42.
20. Levai M. A study of certain contributory factors in the development of vitiligo in

- South Indian patients. *Arch Dermatol*, 1958;78:364-71.
21. Kim YC, Kin W, Hann SK. The genetics of vitiligo in Korean patients. *Korean J Dermatol*, 1996;34:968-72.
 22. Halder RM, Taliaferro SJ. Vitiligo. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7th ed. New York:McGraw-Hill, 2008:616-22.
 23. Halder RM, Grimes PE, Cowan CA, Enterline JA, Chakrabarti SG, Kenney JA Jr. Childhood vitiligo. *J Am Acad Dermatol*, 1987;16:948-54.
 24. Kovacs SO. Vitiligo. *J Am Acad Dermatol*, 1998;38:647-66.
 25. Cunliffe WJ, Hall R, Newell DJ, et al. Vitiligo, thyroid disease and autoimmunity. *Br J Dermatol*, 1968;80:135-9.
 26. Kim TH. The recent therapeutics of vitiligo. *Korean J Dermatol*, 2007;59:113.