

# 우리나라 한센병(나병)관리 어디까지 왔는가?

최 시 룡

〈가톨릭의대 명예교수〉

우리나라의 한센병은 이제 보건분야의 주요과제가 아니며 국민소득 10,000달러가 되면 자연 소멸되는 질환이라며 낙관론을 피력하는 사람이 있고 또 한편 보건사회분야에서 한센병은 소홀하게 다룸으로써 국민의 건강을 해칠 것을 우려하는 견해도 있는 바 현재로는 전자의 낙관론이 우세하여 후자의 의견은 작은 소리에 그치고 있는 것 같다.

이와 같이 낙관론과 우려가 교착하는 이 때에 한센병관리의 위상을 알아보는 것도 나름대로의 의의 있는 일이라고 생각된다.

우리나라에 등록된 한센병환자는 1988년 현재 25,579명이라고 한다. 이들 중 1,745명은 국립 소록도병원에서, 1,651명은 5개 사립 장애자유양기관(대구에탁원 96명, 성·라자로마을 150명, 여수에 양재활병원 225명, 안동성좌원 750명, 산청성심인애병원 430명)에서 각각 입원, 가료중이고 또 8,838명은 101개 정착마을에서 자활의 터전을 마련하고 있다. 그리고 13,345명은 외래진료소와 이동진료반에 의해 통원치료를 받는 재가환자들이다.

이들 등록환자의 최근 5년간(1983~1987)의 연령추이를 보면 0~39세 군은 22.5%에서 17.8%로, 40~59세 군은 54.7%에서 52.6%로 각각 4.7%, 2.1%의 감소를 보인 반면 60세 이상 연령군은 22.8%에서 29.6%로 6.8%가 증가하여 환자들의 고령화 내지는 노령화현상이 두드러지고 있으며, 40대와 50대 연령층이 과반수를 차지하고 있다.

또 신환자와 사망자 수를 보면 1970~1979년

(10년간)에 발견된 신환자는 사망자보다 많아 6,471명이 증가하였으나 1980~1987(8년간)에는 발견된신환자 보다도 사망자가 더 많아 1,855명이 감소하였다. 이러한 감소추세는 1981년부터 시작되었으며 특히 1987년에 발견된 신환자는 172명인데 비해 사망자는 619명이었다.

그 동안의 신환자 발견실적을 볼 때 1975년까지는 매년 1,000명 이상이 발견되었으나 그 후로는 뚜렷한 감소를 보여 1980년에 499명, 1984년 289명, 1987년 131명으로 매년 감소하여 오다가 1988년에는 172명으로 증가하였다.

최근 수년간의 통계자료를 분석하여 보면 등록환자의 연령은 연소층 환자의 감소로 40대와 50대 환자가 과반수를 차지하고 있고 환자들의 노령화에 따라 사망자가 늘어나고 그 수는 신환자수를 앞 지르고 있어서 등록환자가 감소하는 경향이 있다. 그러므로 낙관하는 의견이 제시될 만하다고도 본다.

한편 1988년에 등록된 신환자 172명을 대상으로 환자 발견방법을 보면 자의(自意) 검진에서 가장 많이 발견되어 82.0%를 차지하고 있으며 이들의 연령은 40~59세군이 56.4%로 가장 많았고 다음 15~39세군 26.7%, 60세 이상이 15.7% 0~14세군 1.2%의 순위였다. 또 발병하여 10년이상 경과후에 등록된 환자가 40.1%이고 5년 이상 경과한 환자는 50.0%에 이르고 있으며 신환자의 61.6%는 전혀 치료를 받지 않았다.

이러한 신환자 등록상황을 볼 때 자발적으로 검진에 응하는 환자가 많아졌고 또 40~59세 장

년층에서 많이 발견되고 있는 것은 역학적 측면에서 바람직한 일이라고 하겠다. 그러나 아직도 많은 환자가 발병하여 5~10년이 경과한 후에 등록하고 또 이들의 과반수는 치료를 받지 않고 있었다는 점을 고려할 때 등록을 기피하는 환자들 이 적지 않을 것으로 생각된다.

지금부터 20년전만 하더라도 우리나라 인구의 도시집중화 현상은 그리 심하지 않았으며 그 당시는 주로 농촌에서 많은 신환자가 발견되었다. 또 이동진료반의 활동도 비교적 수월하였다. 그 후 정부의 공업입국시책이 추진되어 산업화 사회가 되면서 많은 중·소도시가 형성되고 기존 도시는 대도시로 변모하였으며 농촌인구의 도시 유입으로 도시에서의 한센병관리가 어려운 과제로 대두하게 되었다. 특히 도시는 농촌보다도 한센병을 은폐하는 데 좋은 장소로 이용되며 환자들은 생활에 쫓기다 보면 치료마저 포기하고 외모에 심한 증상이 나타날 때 비로소 진료소를 찾는 경우를 종종 볼 수 있다. 이러한 여러가지 요인들이 환자의 조기발견을 어렵게하여 신환자 발견실적이 저조한 것은 아닌지?

현재 우리나라에는 25개 이동진료반(나협 15개 팀, 민간 10개 팀)이 전국을 분할하여 환자발견에 힘을 기울이고 있다. 그러나 농촌과는 달리 도시에서의 진료활동에는 많은 어려움이 있다. 그러므로 도시의 한센병관리를 원활하게 수행하기 위하여는 기존 외래진료소, 보건소, 말단행정기관과의 긴밀한 협조는 물론, 의사회, 약사회, 부녀회 등 각종 단체의 도움이 필요할 것이며 홍보활동 또한 병행되어야 한다. 그리고 진료반의 활동에 있어서는 지역특성을 고려한 세부지침이 마련되어야 하겠다.

한센병치료에 있어서 우리나라는 1982년 WHO의 권고에 따라 복합화학요법(MDT)을 채택하여 소균형 환자에게는 dapsone과 rifampin의 복합투여를 최단 6개월간, 또 다균형 환자에게는 dapsone, rifampin, clofazimine의 복합투여를 2년 이상, 균이 음성이 될 때까지 투여하는 요법을 실시하여 왔다. 그리하여 환자들은 “요치료” “요관찰” “요보호”로 3구분하는 작업을 진행하고 있

다.

1990년 미국 국립나병원의 진료 책임자이며 WHO 나병자문관인 Jacobson은 미국에서 통용되는 MDT를 발표한 바 있어 여기에 소개한다.

1. 소균형 환자에게는 dapsone 100mg+rifampin 600mg을 매일 6개월간 투여후에는 I와 TT환자는 3년간 또 BT환자는 5년간 dapsone 단독 투여를 더 계속한다.

2. 다균형 환자에게는 dapsone 100mg(매일) +rifampin 600mg을 매달 3년간 투여후에는 BB환자는 10년간 또 BL과 LL환자는 평생동안 dapsone단독요법을 계속한다.

나환자 요양시설 실태(1988)

시 설	환자수
국립소록도병원	1,745
대구에락원	96
성나자로마을	150
여수에양재활원	225
안동성좌원	750
산청성심병원	430
정착마을(101)	8,838
외래환자	13,345
합 계	25,579

나환자 요양시설과 환자수

연도	요양시설			환자수
	국립	지방	사립	
1949	1	1	2	8,018
1950	4	1	4	12,152
1951	4	1	6	17,103
1952	4	1	6	16,894
1953	4	1	6	17,458
1954	5	1	12	18,607
1955	5	1	12	19,329
1956	5	1	14	21,668
1957	5	1	14	24,337
1958	5	1	22	24,298
1959	4	1	27	21,749
1960	4	1	28	21,947
1961	5	0	31	19,110
~				
1988	1	0	5	3,396

3. 다균형 환자에게는 colfazimine 50mg을 매일 추가로 투여할 수도 있겠으나 나균이 sulfone 감수성 여부가 불확실할 때는 반드시 추가로 투여한다.

4. sulfone 내성균을 가진 다균형 환자에게는 clofazimine+rifampin을 3년간 투여후에는 clofazimine 단독요법을 무기한 실시한다. 한편 clofazimine 복용을 거부하는 환자에게는 ethionamide(매일 250mg)로 대처하여 무기한 투여한다.

Jacobson이 권고하는 최근이 MDT는 WHO가 권고한 MDT보다 한센병 재발과 악화를 예방하고 또 환자의 추적관리에도 많은 도움이 되리라고 생각되며 예산이 허락된다면 우리나라에서도 미국에서 통용하는 MDT를 채택하는 것이 바람직하다고 생각한다.

끝으로 이웃 나라 일본의 한센병 관리상황을 소개하며 우리나라의 현황과 비교해 보고자 한다.

일본은 1904년 당시 30,000명의 환자가 있었으나 1988년 현재는 7,422명으로 감소하였다. 이들 중 6,810명은 13개 국립요양소에서, 또 612명은 8개 공·사립 진료소에서 입원 혹은 통원치료를 받고 있으며, 평균연령은 67세이다. 또한 연간 발견되는 신환자는 1985년 42명(본도 15명, 오키나와 27명), 1988년 27명(본도 8명, 오키나와 19명), 1989년 24명(본도 11명, 오키나와 13명)으로 오키나와에서 많이 발견되어 연도에 따른 기복은 있으나 점차 감소하는 추세이다. 요양소의 입원 환자들에게는 주거비, 생계비, 의료비 이외에도 연금명목으로 매월 300,000여원의 용돈이 지급되고 있다. 환자의 강제격리로 국제적 비난을 받기

도 하였으나 화학요법의 도입과 경제부흥 등의 영향으로 한센병의 감소를 가져왔던 것으로 사료되며 지금도 국립요양소에서 봉직하는 의사가 144명, 간호사는 853명이나 되고 이들 의료진은 부단한 연구를 통해 의료의 질 향상에 노력하고

시도별 나환자 분포와 보균상태(1988)

거주지	균양성	균음성	합 계
서울	152	1,109	1,251
부산	295	1,249	1,544
대구	319	1,648	1,967
인천	6	465	471
광주	49	408	457
경기도	253	1,298	1,551
강원도	65	464	529
충청북도	53	525	578
충청남도	39	956	995
전라북도	119	2,695	2,814
전라남도	144	3,958	4,102
경상북도	143	5,127	5,270
경상남도	84	3,890	3,974
제주도	19	57	76
합 계	1,740 (6.8%)	23,839 (93.2%)	25,579 (100.0%)

Type of Leprosy and Sex in 1987

( ) : %

Sex Type	Male	Female	Total
I	536(58.2)	385(41.8)	921(100.0)
T	5,055(61.9)	3,116(38.1)	8,171(100.0)
B	849(60.6)	551(39.4)	1,400(100.0)
E	8,338(58.6)	5,902(41.4)	14,240(100.0)
Total	14,859(60.1)	9,873(39.9)	24,732(100.0)

Social Rehabilitation for Arrested Leprosy Patients by the Year

Year	Resettlement Project	Settlement Project
1961	640(3 Villages)	
1962	1,050(7 Villages)	4,644(22 Villages)
1963		2,113(17 Villages)
1964		1,299(13 Villages)
Total	No. of Villages ; 62,	No. of Villages ; 9,746
1988	Resettlement & Settlement Villagers, 8,838(101 Villages)	

나환자의 연령분포

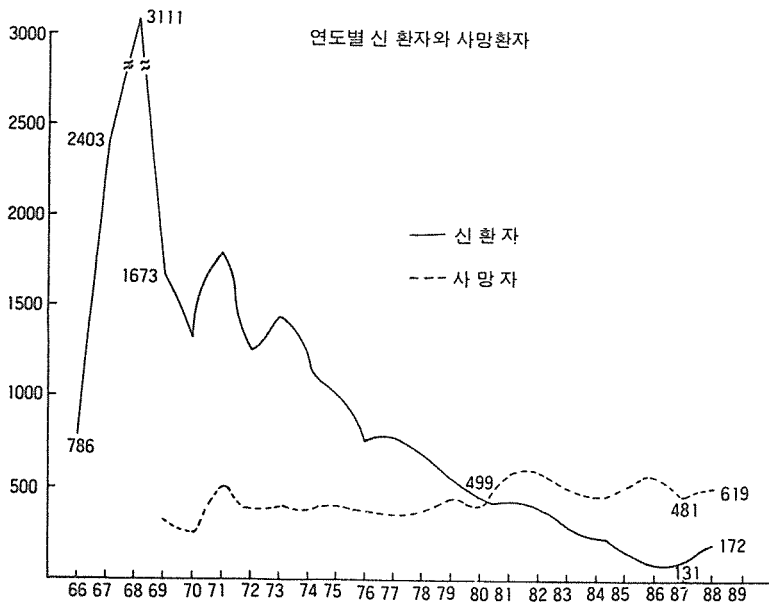
연령	1961 (영남)	1983 (한국)	1987 (한국)	1987 (일본)
0-39	7,541( 80.5)	5,951( 22.5)	4,414( 17.8)	175( 2.2)
40-59	1,684( 18.0)	14,479( 54.7)	13,003( 52.6)	2,285( 28.7)
60 & Over	141( 1.5)	6,040( 22.8)	7,315( 29.6)	5,500( 69.1)
Total	9,366(100.0)	26,470(100.0)	24,732(100.0)	7,960(100.0)

만성병연구소 등록환자 실태(1965-1989)

거주지	등록환자		합 계
	남	여	
서울	581	309	890
부산	4	4	8
경기도	146	64	210
강원도	24	8	32
충청북도	29	13	43
충청남도	77	31	108
전라북도	11	11	22
전라남도	22	6	28
경상북도	41	9	50
경상남도	22	6	28
제주도	4	5	9
합 계	961 (67.3%)	466 (32.7%)	1,427 (100.0%)

신 환자 분석 <1988년 (1)>

1. Method of case-finding	
Contact Exam.	6( 3.5)
Notification	11( 6.4)
Voluntary	141( 82.0)
Mass Survey	0
Other Sources	14( 8.1)
Total	172(100.0)
2. Age distribution(Yrs.).	
0-14 Yrs.	2( 1.2)
15-39 Yrs.	46( 26.7)
40-49 Yrs.	97( 56.4)
60 & Over	27( 15.7)
Total	172(100.0)



신 환자 분석 <1988년 (2)>

3. Duration of disease after onset.	
Under 1 year	31( 18.0)
1- 3 years	35( 20.3)
3- 5 years	20( 11.6)
5-10 years	17( 10.0)
10 years & Over	69( 40.1)
Total	172(100.0)
4. Previous treatment.	
None	106( 61.6)
Under 1 year	4( 2.3)
1-3 years	15( 8.7)
3-5 years	18( 10.5)
5 years & Over	29( 16.9)
Total	172(100.0)

있다. 이와 같은 좋은 여건하에서도 현 등록환자의 절반이 감소되려면 앞으로 15년이 더 소요될 것이라는 일본 학자들의 견해이니 한센병은 쉽사리 퇴치되는 질환이 아님을 새삼 느낀다.

일본에 비해 우리나라의 등록환자는 3.4배나 더 많고 연간 발견되는 신환자도 6.8배나 더 발견되고 있다. 또 환자들의 평균연령 역시 15세 정도 우리나라 환자들이 젊다. 나기관에 종사하는 의료진만 보더라도 우리와는 비교할 수 없을 정도로 일본은 많은 의료진을 확보하고 있다. 그렇다고 낙심할 것은 없다고 본다. 우리도 느긋한 마음으로 노력해 보자. 다행하게도 우리의 한센병 관리의 세계 어느 개발도상국가들보다 순조로이 진행되어 왔고 최근의 경제발전으로 한센병에 대한 국민의 의식구조도 많이 달라지고 있다. 우리 모두가 한센병에 대한 공포나 편견을 버리고 공동체의식을 가지고 이에 대처할 때 2000년대에는 한센병 없는 풍요로운 조국을 후손들에게 물려줄 수 있게 되리라.

The WHO Study Group Regimens

A. Paucibacillary Cases-Dapsone 100mg daily, unsupervised, plus rifampin 600mg once monthly, supervised for 6 months. All therapy is then discontinued.

B. Multibacillary Patients-Dapsone 100mg daily plus clofazimine 50mg daily, unsupervised, with rifampin 600mg once monthly and clofazimine 300mg once monthly, supervised. This regimen should be continued for at least 2 years, and preferably until the BI is negative. Ethionamide or prothionamide may be substituted for clofazimine in patients who will not take that drug.

Current US Recommendations for Treatment

1. Paucibacillary Disease-Dapsone 100mg daily+rifampin 600mg daily(monthly) for 6 months, followed by dapsone monotherapy for 3 years(indeterminate and TT) or 5 years (BT).

2. Multibacillary Disease-Dapsone 100mg daily+rifampin 600mg daily(monthly) for 3 years, followed by dapsone monotherapy for 10 years(BB) or life(BL and LL).

3. Clofazimine(50mg daily) may be added to the multibacillary regimen and should be used if any uncertainty exists whether the bacilli are fully sulfone sensitive.

4. Multibacillary patients infected with dapsone resistant bacilli are treated with clofazimine+rifampin for 3 years, followed by clofazimine monotherapy indefinitely or rifampin+ethionamide(250mg daily) indefinitely if the patient will not take clofazimine.