

진단 Chart 작성의 표준화

권 영 규*

ABSTRACT

Standardization of drawing up diagnostic charts

Young Kyu, Kwon,

(Dept of Physiology, School of Oriental Medicine,

Kyung San University-Daegu, Korea)

An account book of medical treatment is a form of collection materials for diagnostic standardization, and it is a basis of standardization, standardization of medical records is a preconsideration of each standardization. But an account book of medical treatment is only a kind of form for recording medical treatment, therefore standardization of medical treatment eventually holds the key to the standardization of recording charts. However until now we have gradually reformed medical records in accordance with individual characters of medical treatment, and didn't have even standard sheme of medical records, also medical terms for medical records had an inconsistency of redescription and reiterative representation for an identical terms in all parts of the East learning, medical terms for medical records didn't unity.

To make better this realities, standardization study used orginated system in the process of existing study, it can get ready the basis of discussion between O.M.D and O.M.D, it can make analysis of diagnostic course and can clearly understand usable information by

* 경산대 한의대 생리학교실

diagnostic course, for that reason we hope that the basis of standardization is accomplished.

And in advance of study for this standardization we have to analysis the course of medical treatment with demonstration of proof, first of all we have to study term definition by diagnostic course and prepare basis by diagnostic course, because this study have limits of individual study, it needs to long and synthetic investigation in Association levels.

Although we can't completely alternate with methods of measurement which relied on individual mastery, if we exclude errors of individual measurement through mechanization and verify results of diagnosis through keynotes, we can realize standardization of medical treatment with demonstration of proof and in this process we can use medical records as a tool collecting exact data, also we can realize standardization of drawing up medical records.

I. 緒論

진료chart는 “醫案”, “病歷”이라고도 하며 요즘은 주로 “진료부”라 한다. 진료부 작성의 표준화대상은 병의원 단위별 진료업무에 따라 다양할 수 있지만 우선 개인 한의원에 적용될 수 있는 진료부를 대상으로 삼고자 한다.

왜냐하면 개인 한의원이 담당하고 있는 진료의 대부분이 전통적인 진료영역을 고수하고 있는 편이며 또한 진료부의 양식이 개인의 취향에 따라 다양하므로 말미암아 진료경험의 상호교류나 세대간 교류가 불가능한 경우가 많기 때문이다.

여기에서 제외하고 있는 병원급의 경우는 대부분 양방의 진료부양식에 근거하여 일정정도의 객관성을 유지하고 있는데 서의학적 의학용어를 채택하여 의원급과는 다소 차이를 나타내고 있으나 이는 장차 한의학적 진단의 표준화가 이루어지면 동서의학의 비교연구 자료로서 활용될 수 있으므로 그 가치도 인정되어야 할 것으로 보인다.

진료부의 표준화는 진료부 형식에 대한 표준화와 진료내용의 표준화로 구분할 수 있지만 진료내용에 대한 표준화가 이루어지지 않은 상태에서 형식의 표준화를 시도하는 것은 한의학적인 진료의 특색을 반영하지 못할 뿐만 아니라 진료경험을 한의학적으로 축적하는 기반을 이룰 수 없게 되므로 무의미하다고 할 수 있다. 그러므로 형식에 대한 표준화보다 진료내용에 대한 분석과 분석을 기초로 한 형식의 결정이 중요하다고 본다.

이에 저자가 개발에 참여한 바 있는 인공지능기법을 이용한 한의진단시스템 개발과정에서 진료내용에 대한 연구를 거쳐 채택하였던 진료부의 형식을 예로하여 어떠한 과정을 거쳐 진료부를 결정하였는지 이러한 과정으로 진료부의 표준화가 가능한지 그리고 표준화를 위한 차후의 연구과제는 무엇인지를 논의하고자 한다.

II. 本論

1. 진료부 작성의 실태

진료부 작성의 표준화에 선행되어야 할 연구가 바로 진료부 작성의 실태를 정확하게 파악해야 하는데 이에 대한 연구에도 통계적인 의의를 가지기 위해서는 표본집단의 선정에서부터 대상자수 그리고 병원급에 따른 차이, 수련의 출신과 비수련의 출신의 차이, 수대제 가업을 이어온 전통 가업의 특징, 연령대에 따른 차이, 전문도 혹은 환자수에 따른 차이 등을 연구해야 할 것으로 보인다. 그리고 각 개인의 진료부 양식결정의 근거, 양식 수정의 여부와 이유, 현 양식에 대한 의견 등을 종합적으로 분석해야 할 것으로 보인다. 다만 본 연구에서는 연구기간의 단기성으로 인하여 이러한 구체적인 실태를 파악하지 않았지만 진료부 작성이 부실한 실태의 원인과 문제를 몇가지 언급하고자 한다. 이는 기존의 연구에서 진료부작성을 위한 기초조사 과정에서 발견되었던 일반적 사항을 전제로 한다.

첫째, 이미 알고있는 사실에 대한 기록의 기피
개원초기와 그 이후의 진료부를 비교하면 대부분 초기에는 상세하고 경우에 따라서는 진단에 결정적인 영향을 미치지 않는 자료도 일률적으로 조사하여 기록하는데 어느 정도의 환자를 본 이후에는 결정적인 참고자료만 기록하고 그외의 자료는 거의 생략하고 개인의 기억에 의존하는 경우가 많은 실정이다.

이러한 경향이 전문가의 특징이기도 하지만 개인 기억의 한계와 비록 기억을 정확히 하더라도 그 경험을 타인에게 전수할 경우에는 지나친 생략으로 정확한 전달에 문제가 발생할 수 있다는 단점이 있다.

둘째, 막연한 감에 대한 의존도가 높다.

여기서 막연한 감이란 진단참고 자료의 대부분이 개인의 판단에 의존하므로 동일한 용어에 대해서도 정도의 차이가 심하게 되는 경우가 많다. 그런데도 막연한 감이라는 생각때문에 기록이 불가능하다고 단정하여 대부분 기록을 생략하게 된다. 즉 두통이라도 그정도를 한의학적 임상과 치료경험에 근거하여 몇단계로 구분하고 이 정도가 진단 결정에 미치는 영향을 고려하는 연구가 있어야 하는데 대부분 '두통'이라는 두 글자에만 모든 의미를 함축하는 경향이 있다. 그나마 맥진의 경우에는 기계화가 부분적으로 이루어져 동일한 '부'맥이라도 객관적 수치에 따라 차이가 표현되지만 체계적인 검증단계를 거치지 않음으로 말미암아 기계화의 기피현상에 밀려 의의를 살리지 못하고 있는 실정이다.

셋째, 진단과정의 생략

진단과정의 생략이란 한의학의 진단 전과정을 '변증논치'라고 하였을 때 임상의 경험이 많은 의사일수록 진단과정은 생략되고 논치도 최종처방명만 기입하고 처방구성약제를 근거로 역으로 증상을 추측하여 어떠한 과정을 거쳐 최종의 처방이 결정되었는지를 생략하는 경우가 많다. 즉 환자의 주소증과 처방만을 기록하는 경우가 상당히 많으며 이 경우, 진단결과에 대한 근거는 거의 처방에서 역으로 기억해내는 경향이 있다. 이러한 경향으로 인하여 변증의 단계에서 어떠한 변증법으로 어떠한 증상에 근거하여 어떠한 증형으로 진단을 내렸고 그 증형에 적합한 기본처방은 무엇인데 환자의 어떠한 증상에 따라 가감하였는지와 같은 과정이 거의 생략되는 경우가 많은 것이다.

넷째, 진단용어에 대한 개인적 정의

기존의 의학교전에서도 나타나는 현상이지만 동일한 용어에 대하여 개인이 또 다른 입장에서 정의를 새롭게 하여 그 의미의 포함관계와 상관관계가 복잡해지고 심지어는 전혀 다른 의미로 사용되는 경우가 있다. 일례로 '혈허'의 경우만 하더라도 혈허증을 치료하는 기본처방에 근거하여 증을 정의하는 사람과 최근의 변증관련 서적에서 제시하고 있는 주요증상에 근거하여 증을 정의하는 사람 그리고 혈허와 장부, 팔강변증등과의 연관성에 따라 증을 정의하는 경우등 의견이 분분한 경우가 많다. 이러한 경향은 동일한 처방, 동일한 증형이라 하더라도 구체적인 분석에 있어서는 상당한 차이를 내포하고 있으므로 표준화에 장애를 초래한다고 볼 수 있다.

다섯째, 진단의 참고범위에 개인차가 심하다.

진단의 참고범위는 사진을 통하여 수집되는 모든 자료가 그 대상이 되지만 여기서 진단에 영향을 미치는 요소에 대한 비중이 개인에 따라 각기 다르므로 참고범위가 매우 큰 차이를 나타내고 있다.

여섯째, 최종진단명을 대신하는 처방명

위에서도 논의하였지만 최종진단명이 생략되고 처방명이 이를 대신하고 경우에 따라서는 처방명에 모든 환자의 정보를 거의 다 담고 있는 경우가 있다.

이러한 진료부작성의 실태는 앞서 밝힌 바와 같이 체계적이고 종합적인 조사연구를 통하여 재검토되어야 하겠지만 위에서 언급한 경향들이 그 연구결과에서도 재차 확인된다면 이는 반드시 개선

방안이 마련되어야 할 것으로 보인다. 결국 표준화는 객관성을 확보하기 위한 최소한의 기준이 마련되어야 가능하므로 이러한 연구는 앞으로 반드시 이루어져야 할 것으로 보인다.

2. 컴퓨터를 이용한 연구에서 채택한 진료부형식

3차에 걸친 컴퓨터를 이용한 진단과정의 전산화연구에서 채택한 진료부 형식을 예로 하여 연구과정과 연구범위 등을 간단히 소개하고 이를 통하여 진료부의 표준화 가능성을 알아보고자 한다.

여기서 소개되는 3차에 걸친 연구결과는 시스템 분석전문가가 행한 진단과정에 대한 분석이 바탕이 되었으며 그리고 진단과정에서 사용된 대부분의 자료는 교과서 중심이었음을 밝혀둔다. 즉 임상실제에 대한 종합적인 수집검토가 없었고 통계적으로 처리한 임상결과를 이용하지 않았으며 학생들의 임상실습 도구를 개발한다는 의도의 연구였으므로 단순히 변증논치 관련서적으로 국한하여 자료를 수집 정리하였던 것이다.

1) olds(한의간계질환진단시스템)¹⁾

*연구개발기간 : 85/10 ~ 86/6

*위탁기관 : 한국전자통신연구소

*진료부양식 :

진료카드

No. 103(olds*)

성명	p 103	나이	40	성별	여	결혼상태	기혼
증	주소증 : ((근육이상 1.0))						
	대변상태	설사	소변색상	창백	* 현병력 주소증 : 근육이상 발병요인 : 외적 발병기간 : 8 진행상태 : 심해짐		
후	수족온도	모름	구갈상태	불갈			
	안면상태	창백	설태상태	백태			
	맥상상태	지맥					
진	팔강변증 : ((허 0.95) (실 0.72) (한 0.9859375) (열 0.36))						
	장부변증 : ((간 1.0))						
단	증형 : ((간혈허 0.96796875) (한채간맥 0.85296875))						
논	치료원칙 및 처방 : ((보간혈 0.96796875) (온간한 0.85296875))						
	기본처방 : ((오적산가오수유 0.5) (난간전 0.5))						
기							
타							

*진단관련정보 : 참고용 정보 : 나이(3) 성별(2) 기왕력(1) 직업(3)

현병력 : 발병기간(2) 발병요인(2) 진행상태(2) 어떻게(1)

팔강변증용 증상 : 허증(11) 한증(7) 열증(7)

증상 : 간(19) 심(5) 비(13) 폐(4) 신(8)

증형 : 간의 자병(9) 타 장과의 잡병(4)

처방 : 간의 자병(7) 타 장과의 잡병(4)

*지식의 종류 : p-type(과정적 지식:20) 예) 변증-논치

c-type(확정적 지식:215) 예) 나이15세 이하-소아

h-type(가설생성 지식:) 예) 주소증 변비-팔강 열

m-type(정보적 지식:19) 예) 팔강-한 열 허 실

1) 한국전자통신연구소, 한의학진단전문가시스템 연구, 중간연구보고서, 1986.2

2) ods(한의내과질환진단시스템)²⁾

*연구개발기간 : 86/7 ~ 87/3

*위탁기관 : 한국전자통신연구소

*진료부양식 :

진료차트

담당의사 :

초진 : 년 월 일

진찰권 번호 : 100

성명	PATIENT-108		나이	59	성별	남자	결혼	기혼
주소								
주민등록번호					전화번호			
증	주소증	의식장애 (100)		각궁반장 (70)				
	발병일	병정이 짧다		(100)		발병요인		
	진행상태	심해짐		(100)				
	기왕력	순환기계질환		(40)		체질	태음인형 (70)	
	안면색	창백하다		(50)		소변상태		
	수족온도	차다		(80)		배의진단		
	구감시기호					피로감		
	월경량					월경색		
	월경형태					월경주기		
	맥박부위	침			(90)	맥박속도	지	(70)
후	맥박강도	허			(80)	맥상형태		
	설질형태					설질색	담백색 (50)	
	설질운동	단축		(90)				
	설태질	니태		(60)		설태색	황색 (40)	
변	팔강	한 (68)	실 (51)	허 (45)	열 (12)			
	장부	간 (91)		심 (72)				
	기혈	양허 (32)		기허 (15)		혈허 (15)		
	기혈확인							
증	병사	풍 (91)	열담 (77)	한담 (77)	습열 (40)	한습 (18)		
	식적	(18)						
	기본증형	간풍내동 (99)		담화요심 (75)		담미심규 (75)		
	증형확인	의식장애 (100)		언어불리 (100)		반신불수 (100)		
논	근육경련	(90)						
	증형	간풍내동 (99)		담화요심 (75)		담미심규 (75)		
	증형							
치	기본처방	진간식풍탕 (99)		도담탕 (75)		풍석곤담환 (75)		
	처방	진간식풍탕 (99)		도담탕 (75)		풍석곤담환 (75)		
	처방							

HG-F: 575 HG-S: 24 HC-P: 6 HC-S: 1 TIME: 118.19

*진단관련정보 : 참고자료 : 나이(4) 결혼(2) 임신(2) 기왕력(4) 체질(4)

현병력자료 : 발병일(2) 발병요인(4) 진행상태(2)

주소증 : 정신(13) 전신(20) 대소변비뇨기(46) 피부(8) 소화기계(10) 호흡기계(15) 14개부위(78)

팔강변증용자료 : 한증(10) 열증(10) 설진(17) 맥진(14)

장부 : 장부(13) 병사 : 병사(13) 기혈 : 기혈음양(4)

증형 : 기본증형(53) 협잡증형(21)

처방 : 기본처방(53) 협잡증형(21) 주처방(66)

*지식의 종류 : PR-type(과정적 지식) DE-type(확정적 지식)

HG-type(가설생성용 지식) HC-type(가설확정용 지식)

*진료결과의 임상테스트(87/4/14 - 87/4/17)

시스템의 진단결과를 의사가 자신의 진단결과와 비교하여 완전일치(A), 상당히 유사(B), 거의 유사(C), 다름(D), 전혀 다름(E)으로 판단처리하여 테스트한 결과 거의 90%가 일치된다고 평가되었다.

2) 한국전자통신연구소, 한의학전문가시스템의 지식베이스 구축에 관한 연구-최종연구보고서, 1987.3

3) omes(한의진단개선시스템)³⁾

*연구개발기간 : 90/7 ~ 91/4

*공동연구기관 : 건국대학교 전산학과

*진료부 양식 :

환자 진료카드

日時 年 月 日

담당의사 :

참고용 자료 및 주소증				팔강 자료			
성별	남 여			안면색	붉다	정상	창백하다
나이				소변상태	소변빈삭	정상	소변불리
주소증				수족온도	차다	따뜻하다	
				구건	없음	있음(냉수)	온수)
발병일	길다 짧다						
진행상태	주소증이 심해짐 기운이 약해짐						
체질	비만형	수척형	보통	월경통	있음	없음	
기왕력	소화기	호흡기		월경량	적다	정상	많다
	순환기	비뇨생식기		월경형태	붉다	정상	영겨있다
				월경색	얇다	정상	진하다
맥박부위	부지	침삭	유력	설질형태	반대	열문	광활
맥박속도	무력	유력	현결대	설질색	정상	담백색	홍강색
맥박강도	세	활긴실		설질	박태	후태	활태
맥상형태	홍허	활긴실		설태색	건태	부태	활태
					백색	황색	니정상
							자색
							무태

확인용 증상

기혈(허)	권태무력	자한 피로	형한지냉	외한	면색불화	관골부흥조	도한	수족번열	저열
병사(실)	경련성증상	신한	신열	신중	피부건조	심번	구갈	홍민	유주성증상
									부종
									일점동통
									복부창만
기타 확인용 증상									
예 상 증 형									

*진단관련정보 : 참고자료 : 나이(4) 결혼(2) 임신(2) 기왕력(4) 체질(4)

현병력자료 : 발병일(2) 발병요인(40) 진행상태(2)

주소증 : 증상(91)

팔강변증용 자료 : 한증(7) 열증(8) 설진(14) 맥진(14)

장부 : 장부(7) 병사 : 병사(11) 기혈 : 기혈음양(4)

증형 : 기본증형(56) 협잡증형(21) 처방 : 기본처방(56) 협잡증형(21) 주처방(66)

*지식의 종류 : PR-type(과정적 지식) DE-type(확정적 지식)

HG-type(가설생성용 지식) HC-type(가설확인용 지식)

*임상례 수집(91/1/24 ~ 3/27)

3) 권영규, 건국대학교 전산학과 공동연구보고서(KKU1, KKU2, KKU3), 1991

이상의 세 차례에 걸친 연구과정에서 채택된 진료부는 1차 연구에서는 중국과 일본의 잡지에서 기본적인 형식을 고안하였는데⁴⁾ 결국 최종에 채택된 진료부는 진단과정에 대한 분석결과에 따라 진단과정에서 필요한 지식을 표시하고 이를 의사가 표시하기 편리한 양식으로 재구성하여 진료부의 형식으로 삼았다. 이후 2차, 3차 연구에서는 연구의 성격에 따라 진료부 형식을 결정하였는데 이는 현재 한의원에서 채택하고 있는 형식과 거의 일치하고 있다.

3. 진료부형식의 표준화를 위한 방법론 및 지속적 연구과제

위에서 예시한 진료부는 결국 하나의 예로 그쳤지만 앞으로의 진료부 작성의 표준화를 위한 방법론을 제시하였고 또한 표준화의 가능성도 제시하였다. 그리고 omes의 경우 한의사들이 수집한 자료를 근거로 시스템이 진단을 내리고 이 결과를 다시 한의사들이 평가하여 진단의 정보를 개선하여 한의사 자신들이 진단한 결과와 유사하도록 할 수 있었다. 이는 막연한 표현을 구체화할 수 있었고 진단의 전과정에서 이용한 정보가 어떻게 이용되었는지를 파악할 수 있도록 하여 변증논치의 표준화와 이에 따른 진료부의 표준화 가능성을 보여 주었다.

그리고 기존의 연구과정에서 시스템을 이용한 진료부의 표준화는 한의사들이 직접 이용하는 진료부를 기준으로 하여 표준화를 시도하는 것보다 훨씬 용이함을 알았다. 즉 한의사들이 자신의 진료경험을 공개하는 것을 꺼리거나 또 개개인의

진료특성상 고유한 자신의 방식을 고집하게 되는 경우는 표준화가 어렵게 되는데 시스템을 이용하게 되면 진료부와 진료내용에 대하여 모든 한의사가 편하게 논의할 수 있는 근거를 제공해 주며 또한 진료과정에 대한 의문점을 각 과정에서 이용한 자료를 근거로 명확하게 밝힐 수 있으며 이의 수정을 통한 재검토가 용이한 점이 있기 때문이다.

앞으로 진료부의 표준화를 위한 시안이 마련되어야 하는데 시안마련을 위한 연구에 앞서 기존의 연구과정에서 종합적으로 검토되지 않았던 다음과 같은 두가지 문제가 가장 우선적으로 연구되어야 할 것으로 본다.

첫째, 진단과정에 대한 분석

앞서 소개된 진료부형식은 결국 진단의 전과정 즉 변증논치를 분석한 결과를 토대로 이루어졌음을 볼 때 진료부형식의 결정에 앞서 연구되어야 할 대상이 바로 진단과정에 대한 분석이라 할 수 있다.

즉 변증논치란 변증의 과정과 논치의 과정으로 논리적으로 구분하고 있지만 대부분의 경험이 많은 의사는 이 과정이 매우 짧은 시간에 이루어지기 때문에 마치 변증과 논치가 동시에 이루어진다고 생각하는 경우도 있다. 그리고 특히 변증의 과정은 여러가지 변증의 방법을 선택할 수 있으므로 질병특성에 따라 변증방법을 각기 달리고 고려해야 하는 경우도 있으므로 우선 질병범위를 한정하고 그 범위내에서 선택되는 변증방법을 시간적 적용순서에 따라 분석할 필요가 있다.

4) 참고자료는 부록으로 첨부하는데 그 내용은 한국전자통신연구소 보고자료에서 재인용하였음.

이러한 분석의 과정에는 임상경험이 많은 한의사와 임상경험이 부족한 한의사가 서로 대화를 하도록 하고 시스템분석가와 통계학자가 공동으로 참여해야 한다. 왜냐하면 초보자가 전문가에게 진단의 과정에서 의문사항을 지적하여 질문을 하고 이를 해석해야 하며 이 해석자료를 바탕으로 시스템분석가가 흐름도로 제시하여 논의해야 하며 각각의 과정에서 활용하는 정보가 다음의 정보로 결정되는 과정에서 이용되는 통계적 근거를 마련하는 방안도 통계학자와 함께 고려해야 하기 때문이다.

기존의 연구에서는 단순한 자료정리에 근거하여 진단을 결정하므로 극히 개인적인 판단기준에 따라 변증의 방법과 각 과정이 결정된 오류가 있었으므로 각 과정도 과정별 통계적 근거를 바탕으로 적용되어야 할 것으로 본다.

둘째, 진단과정별 용어결정

진단과정에 대한 분석도 중요하지만 진단과정에서 사용되고 있는 용어에 대한 정의가 가장 중요하다고 볼 수 있다. 왜냐하면 비록 과정이 정확하게 분석되었다 하더라도 각 과정에서 이용되는 용어가 각 개인에 따라 차이가 있다면 그 결과는 전혀 다를 수 밖에 없기 때문이다.

진단과정별 용어는 크게 증상, 증형, 기본처방의 영역으로 구분할 수 있다. 각 영역에서도 증상의 경우 환자의 표현법을 의사의 표현법으로 바꾸

어야 하므로 환자의 표현에 따른 차이가 진단에 결정적 영향을 미칠 경우에는 환자의 표현법을 반영하여 의사가 표현하는 증상명을 결정해야 한다. 예로 즉 비(痺)증의 경우만 하더라도 병인, 병사의 특징, 발병부위에 따라 각각 달리 표현되고 있는데⁵⁾ 이는 환자의 표현을 반영한 경우와 의사의 1차적 진단을 거친 경우가 동시에 존재하므로 표현이 매우 다양하며 치료원칙은 동일한데 표현만 다른 경우도 있으므로 이는 각 증상별 특성에 따라 환자의 표현법을 위주로 하거나 1차적 진단을 기준으로 하거나 치료원칙에 영향을 미치는 요인에 근거하는 등의 기준이 마련되어야 할 것으로 보인다.

그리고 기준설정이 모호한 경우 그 표현이 전혀 달라지는 경우도 발생하므로 개념의 기준이 설정되어야 한다. 기준이 설정되지 않음으로 인하여 발생한 표현의 오류는 쉽게 발견된다. 일례로 omes의 연구과정에서 시스템의 통계적 유의성을 확보하기 위하여 200개 정도의 환자 치료예를 앞서 소개된 진료부형식에 따라 2개월동안 수집하였는데 사전 기준이 정확하지 않아 전혀 다른 표현을 채택한 경우가 발생하였다. 즉 맥박부위의 경우 '부'와 '침'의 두 종류로 한정하였음에도 불구하고 5명의 의사중 1인은 자신의 기준에 따라 '침'이 아니면 모두 '부'로 표현하였고 나머지 4인은 자신의 기준에 따라 '부'가 아니면 모두 '침'으로 표현하는 경우가 발생하였으며 정상이라고 판단

5) 병인에 따른 분류(風痺,寒痺,濕痺,熱痺), 병사에 특성에 따른 분류(行痺,痛痺,着痺), 발병부위에 따른 분류(皮痺,脈痺,肌痺,肉痺,筋痺,血痺,骨痺,肺痺,脾痺,心痺,肝痺,腎痺,腸痺,胞痺)등이 있다(예경옥, 비증의 분류 및 증상에 대한 문헌적 고찰에서 재인용). 이 중에서 비록 부위로 구분되었으나 병인과의 오행귀류상 동일한 질환인데 달리 표현된 경우도 있을 것으로 본다.

한 경우는 매우 드물었다. 이러한 예는 비단 이 경우나 한 개인에 국한된 것이 아니라 변증논치에 이용되는 상당부분의 용어에서 발생할 수 있는 사례로 짐작되는데 이러한 용어에 대한 정의나 기준이 마련되지 않으면 진료부 작성의 표준화는 거의 불가능할 것으로 보인다.

그리고 증형의 경우도 포함관계가 있는 증형을 전혀 다른 증형으로 표현하거나 병리기전을 증형으로 표현하는 경우가 있으며 두 증형이 동시에 나타난 경우를 하나의 증형으로 취급할 것인지의 기준도 마련되어야 한다. 증형의 경우는 일정한 형식에 따른 증형의 설정은 임상적 검증을 거쳐 활용되지 않는 이론적인 증형임을 밝혀야 하며 이를 위해서는 증형의 검증을 위한 각 증형별 기본처방도 결정되어야 한다. 즉 증상에 따른 가감이나 가미처방을 배제하고 증형에 적합한 기본처방이 마련되어야 하며 이 기본처방을 이용하여 증형에 대한 임상적 유의성을 검증하여야 한다.

이상의 두가지 문제에 대한 종합적이고 실제적인 자료에 근거한 연구가 이루어져야 하며 특히 두번째 지적한 변증논치의 전과정에서 이용되고 있는 용어에 대한 실태연구와 용어정의 및 기준설정에 대한 연구가 선행되어야 할 것이다.

이외에도 통계학적인 의의를 부여할 수 있는 임상자료의 수집을 목적으로 진료부의 표준화를 시도할 경우에는 의사별 측정오차를 배제시키는 방법이 모색되어야 하고, 용어에 대한 의사의 신뢰도를 표시할 근거를 우선적으로 마련하여야 한다. 즉 측정오차를 배제하기 위하여 기계를 이용하거나 아니면 수집에 참여하는 사람들이 사전 연습을 통하여 서로간의 오차를 줄일 수 있는 방법도 모

색하여야 한다. 그리고 용어에 대한 신뢰도는 동일한 증상이라도 그 정도를 단계별로 등급을 부여하여 최종의 진단과 어떠한 상관성이 있는지를 검토하여야 하며 이 경우에도 임상경험이 많은 의사의 자문을 받아 진단에 영향을 미치는 정도에 따라 등급을 부여하거나 아니면 많은 임상례를 통계적으로 처리하여 유의성 있는 등급범위를 마련하는 등의 방안을 모색해야 한다.

Ⅲ. 결론

진료부는 진단표준화를 위한 자료를 수집하기 위한 형식으로 이는 표준화의 가장 기본이 되며 이의 표준화는 각종 표준화의 선결과제이기도 하다. 그런데 진료부는 진료내용을 기록하기 위한 일종의 양식에 불과하므로 진료부 작성의 표준화는 결국 진료내용의 표준화가 관건이 된다. 하지만 지금까지 진료부는 병원의 양식을 개인의 진료 특성에 따라 조금씩 수정하여 사용하였고 표준시안 조차도 없었으며 진료부에 사용하는 의학용어도 동양학 전분야에서 겪고있는 동일한 용어에 대한 재정의와 중첩적 표현의 모순을 가지고 있으며 용어가 통일되어 있지 않은 실정이다.

이러한 실태를 개선하는 방안으로 기존의 연구과정에서 고안되었던 시스템을 이용한 표준화연구는 한의사들간의 논의근거를 마련할 수 있으며 진단과정에 대한 분석과 진단과정별 이용정보 등을 명확하게 파악할 수 있으므로 표준화의 기반을 이룰 수 있으리라 기대된다.

그리고 이러한 표준화를 위한 연구에 앞서 변증논치의 과정에 대한 분석과 진단과정별 용어정의 및 기준마련이 우선 연구되어야 할 것으로 보이며

이러한 연구는 개인적 연구에는 한계를 가지므로 협회차원에서의 장기적이고 종합적인 검토가 필요하다고 본다.

그리고 개인적 숙련도에 의존하였던 측정방법을 완전하게 대체할 수는 없더라도 기계화를 통하여

개인별 측정오차를 배제하고 기본처방을 설정하여 진단결과에 대한 검증을 시도한다면 변증논치에 대한 표준화가 가능할 것이며 이 과정에서 진료부는 정확한 자료를 수집하는 도구가 될 수 있으며 또한 진료부작성의 표준화도 가능할 것이다.

传统中医病案举例

痰 饮

脾为土痰之源，肺为贮痰之器。肺虚不能降气，肾虚不能纳气，咳吐气急，难于平卧。舌苔白腻，脉弦紧而滑。脾不能为胃行其津液，津液无以上承，所以口干而不欲饮也。《金匮》云：痰饮之病，宜以温药和之。叔本技术_注合其或意，温肾运脾，降气纳气，俾阳无一振，则阴证自除矣。

云茯苓	生甘草	橘 红	光杏仁
川桂枝	熟附块	旋复花	补骨脂
生白术	射干夏	玉苏子	胡桃肉
五味子	淡干姜		

(上例摘自古方，姓名、剂量等原缺)

病案副页 (第1页)

姓名: 张 × × 门诊号: 14628

住院号: 341

辨 证 施 治	中晚一及因思不安, 投案皆升五分各服后同定, 现立而亦同候, 再 日有舒舒况, 神志仍作恍, 脉和数, 苔水厚有红刺, 尖红, 体温38.9°C, 故作略汗。 此以体素虚弱, 复感暑邪, 热入心包, 内动肝风, 正虚邪盛, 防滋情 神急, 治宜清热熄风开窍, 仍以前方加味。
处 方	1. 土石膏四两, 冷点花五钱, 莲翘六钱, 七丹四钱, 生甘草一钱, 佛手 三钱, 用送五分, 煎服。 2. 紫雪膏一钱, 林道一钱打汁, 鲜生地一两打汁, 调匀分四次冲服。
医 师	
主 诊 医 师, (至石)	公历1960年8月13日

辨 证 施 治	体温37.8°C, 热势以迄, 神志稍清, 目睛较昨灵活, 烦躁略减, 纳 食较佳, 但烦躁拒按, 大便二日未解, 脉加数, 苔老黄而腻, 质红, 少津。 加明雄胆苦否, 煎清加明实热为主, 熄风为佐。
处 方	1. 生石膏二两, 冰花五钱, 莲翘六钱, 知母三钱, 羌活三钱, 羌活三钱打, 木 明粉一钱五分, 生川军三钱后入, 生甘草一钱, 佛手五钱, 小川连五 分, 煎服。 2. 紫雪膏一钱, 林道一两打汁, 鲜生地一两打汁, 分四次冲服。
医 师	服药后注意患者大便泻下情况。
主 诊 医 师, (至石)	公历1960年8月14日

(注: 以上主要副页均按病案最佳记录示次)

中西医结合病案举例

阴. 痿(血小板减少性紫癜)

刘 × ×, 女, 28岁, 工人. 病历号409913. 日期1961年
4月2日。

问诊: 1963年12月末, 发现下肢出血紫斑. 继之鼻衄量多,
牙龈出血, 上肢及胸背部亦见紫斑. 经 × × 医院诊断为血小板减少
性紫癜. 曾输血小板1200毫升, 效果不著. 转我院治疗。

现症: 紫斑不断出血, 斑针小片. 身体无力, 鼻衄时重, 余欲
以自压血, 尚能清利. 不寐小劳, 心悸气短. 口燥干咽. 余欲
尚可, 余后胃弱. 睡眠多梦, 二便正常. 投礼五月(共产三指),
上月经水初行, 血量较多. 平叶带多。

望诊: 形体瘦弱, 面色淡黄. 舌质淡, 苔薄白.
闻诊: 语言呼吸正常。

切诊: 脉象沉细。

检查: 血小板计数 82,000, 出血时间 5分, 凝血时间 30
分, 血小板分布, 未行试验(+++)。

西医诊断: 血小板减少性紫癜。

辨证: 心脾两虚, 气不摄血。

立法: 补养心脾, 益气摄血。

处方: 归脾汤加味

生白术三钱	小红枣一钱半	黄 芪三钱	全当归四钱
炙甘草二钱	远志肉三钱	炒枣仁三钱	杜 仲三钱
龙眼肉五钱	生 姜三片	大 枣五个	川续断三钱
肥 儿 粉四钱	五 针三钱		

