

원 저

『한국표준질병사인분류(韓醫)』의 분석과 개선안에 관한 연구

박경모, 신현규¹⁾, 최선미²⁾

경희대학교 전자정보학부 한방시스템공학과, 한국한의학연구원 경영기획팀¹⁾, 한국한의학연구원 의료연구팀²⁾

Analysis of Korean Standard Classification of Diseases(Oriental Medicine) and Its Proposition of Amendment

Geong-Mo Park, Hyeun-Kyoo Shin¹⁾, Sun-Mi Choi²⁾

Department of Engineerings in Oriental Medicine, School of Electronics and Information Kyunghee University
Management & Planning Team, Korea Institute of Oriental Medicine¹⁾,
Medical Research & Development Team, Korea Institute of Oriental Medicine²⁾

Objective : We proposed fundamental rules of prospective Korean Standard Classification of Diseases(Oriental Medicine).

Methods : We analysed Korean Standard Classification of Diseases(Oriental Medicine)(established in 1994) in comparison with ICD-10 and Chinese Standard Classification of Disease(Traditional Chinese Medicine). Secondly, we analysed the diagnostic structure of Modern oriental medicine.

Results : Korean Standard Classification of Diseases has an inappropriate writing structure, logical errors of classification, confusion of symptoms, 'bing(病)', and 'zheng(證)', inappropriate comparison of disease designations in oriental medicine and western medicine, and the omission of important items. Secondly, we demonstrate the relations of 'bing(病)' and 'zheng(證)' in modern oriental medicine and disease designations in oriental medicine and western medicine.

Conclusions : We propose the separate classification of 'bing(病)' and 'zheng(證)', the qualification of designated names, the structure of 'bing(病)' and 'zheng(證)' system, and a different writing method. (J Korean Oriental Med 2000;21(3):9-19)

Key Words: 'Classification, Disease' ; 'Logic, Medical' ; 'Standards, Medicine, Oriental traditional'

서론

본 논문은 추후에 제정될 『한국표준질병사인분류(한의)』의 저작 원칙을 제시하기 위해서 쓰여졌다.

따라서 우선, '한국표준질병사인분류(한의)'의 제정 목적을 규정하고, 1994년에 제정된 『한국표준질병사인분류(한의)』¹⁾와 국제질병분류 10판(ICD-10)²⁾, 중국의 질병분류 표준화 연구 결과를 분석한 이 후에 여기에서 도출된 한의학의 질병분류에 대한 문제점들을 통해 차기 『한국표준질병사인분류(한의)』의 저작 원칙을 제안할 것이다.

· 접수 : 2000년 6월 26일 · 수정 : 8월 1일 · 채택 : 8월 4일
· 교신저자 : 박경모, 경기도 용인시 기흥읍 경희대학교 전자정보학부 한방시스템공학과
(Tel. 0331-201-2979, Fax. 0331-204-811, E-mail. saenim@nms.kyunghee.ac.kr)

1. 질병분류

1) 질병분류

분류는 일정한 원칙에 의거해 동일한 종류끼리 모아 체계를 짓는 것이다. 따라서 질병분류란 해당 의학체계가 요구하는 필요에 부응하여 특정 원칙을 일관적으로 적용하여 질병들을 체계 짓는 것이라고 할 수 있다.

따라서, ICD-10이나 『한국표준질병사인분류(한의)』와 같이 현실적으로 사용되고 있는 체계들은 각각 특정 의학 체계가 요구하는 필요에 따라 서로 다른 원칙과 형식을 가지고 저작되고 있다.

결국 '특정 질병분류 체계'란 실제로 존재하는 인간의 '질병 사건'에 대해서 '특정 의학집단의 질병에 대한 분류'를 정리한 것이다. 따라서, 본 연구에서 다루는 문제는 질병을 어떻게 분류할 것인가에 대한 문제가 아니고, '의학을 하고 있는 집단이 분류하고 있는 질병체계를 어떻게 정리할 것인가'이다.

2) 질병분류의 목적

질병분류는 아래와 같이 여러 목적을 가지고 있다.

첫째, 임상학적인 목적을 위한 질병분류이다. 즉, 진단과 치료 행위를 위해 동질적 단위를 적절하게 무리 짓는 것이다. 이러한 질병분류는 의사 개인이 임상 현장에서 환자를 진단하고 치료하기 위해서 실제로 사용되는 기준들에 의해서 분류된다.

둘째, 행정적 목적을 위한 질병분류이다. 각각의 질병, 상태, 치료에 대한 통계자료를 작성하여 국가 보건 정책 및 의료기관의 행정에 필요한 자료로 이용하고 각 의료기관의 질병, 상태, 치료의 양상이나 구조를 파악하기 위함이다.

셋째는 의학적인 연구를 위한 질병분류이다. 분류된 자료를 색인 함으로서 주제별로 의학 연구, 교육 및 의료의 질 평가 등에 사용할 수 있게 하는 것이다.

이 세 개의 목적은 서로 상충하는 것이 아니고 오히려 상보적인 관계이다. 하지만 어떤 경우에는 특정 목적을 위해 다른 목적에 위배되기도 한다.

3) 바람직한 질병분류

앞 절의 질병분류의 목적과는 다른 맥락에서 바람직한 질병분류는 아래와 같이 규정될 수 있다.

첫째, 자연성(Naturalness)이다. 질병분류는 분류되는 대상의 자연적 속성(Nature)과 상응되어야 한다.

둘째, 전체포괄성(Exclusiveness)이다. 질병 전체를 포괄할 수 있어야 한다.

셋째, 배타성(Disjointness)이다. 개별 증례 중 어느 것도 둘 이상의 부류(class)에 속해서는 인된다.

넷째, 유용성(Usefulness)이다. 질병분류는 여러 차원에서 유용해야 한다.

- 1) 질병의 기본적인 메커니즘
- 2) 기술적(記述的) 특성
- 3) 치료와 관리에 효과적인 수단들
- 4) 예후판정
- 5) 병원 관리, 법률, 교육 등에서의 편리성

다섯째, 연구계발성(Illumination)이다. 질병분류는 연구를 선도해야 해야 한다. 많은 연구자들이 명확한 분류법과 치료법 등이 아직 모호한 부분에 집중하기 마련이고 그것이 또한 연구의 본래의 목적이기도 하다. 그런데 질병분류가 이러한 연구에 계발적(啓發的)이어야 할 것이다.

여섯째, 단순성(Simplicity)이다. 질병분류는 단순할수록 편리하다.

일곱째, 구성가능성(constructability)이다. 질병분류는 각각의 질병이 존재함을 이야기하기 위해서는 그 질병을 구성할 수 있어야 하고, 어떻게 구성됐는지도 증명할 수 있어야 한다. 즉, 현실적 제시할 수 없는 환자군을 대상으로 하는 질병명은 있을 수 없다.

4) 『한국표준질병사인분류(한의)』의 최우선적인 목표

현재 『한국표준질병사인분류(한의)』는 앞에서 서술한 세가지 목적에 전부 부합할 수 있도록 만들어져야만 한다. 또한, 위의 세가지 목적은 서로 상보적이기 때문에 어느 한 목적을 잘 만족시키는 질병분류는 다른 목적도 쉽게 만족시킬 수 있다. 그러나, 그렇지 못한 경우에 최우선 목표는 행정적인 목적이라

고 할 수 있다. 그리고, 의학적 연구와 임상의학적 목적의 부차적인 것이다. 따라서, 실용적 목적인 행정적 처리, 기록자의 편의를 확보하고 그 후에 학문적 목적인 역학 조사나 진단의 동질성을 확보하는 방향으로 원칙이 제정되어야 할 것이다.

그러나, 의학적 목적에 완전히 위배되거나 임상의학적으로 사용될 수 없는 질병분류를 행정적인 목적만을 위해서 사용할 수는 없다. 예를 들어 ICD-10을 한의학계에서도 그대로 적용하여 사용한다면, 행정적인 번거로움이나 별도로 {한국표준질병사인분류(한의)}를 만드는 번거로움은 없어질 것이다. 그러나, '질병사인분류'의 사용자가 의료행위뿐만이 아니고 의료인도 포함되는 것이고, 한의학 종사자들이 자신들의 진단과 의료행위를 ICD-10을 이용하여 기술하기에 적절하지 못하는 한 {한국표준질병사인분류(한의)}는 만들어져야만 할 것이다. 이와 같이 행정적인 목적만을 위해서 제정되는 것은 결국 행정적인 목적을 위해서도 사용될 수 없는 것이 되고 만다.

본 문

1. 『한국표준질병사인분류(한의)』의 분석

1) 현 『한국표준질병사인분류(한의)』의 개요

한의학계에 '한국표준질병사인분류(한의)'가 시행된 것은 1979년 5월 25일 경제기획원이 통계법 제 11조 규정에 의해 고시 제 30호로 '한국질병사인분류'에 '한방표준질병사인분류'를 포함해 공포한 이후부터이다.

이때 「표준사인 분류」를 서둘러 만든 것은 한방의료 의료보험 참여의 필요성 때문이다. 질병사인 분류의 중요 목적은 우리 나라 전역에서 서로 상이한 시간에 발생한 사망과 질병 이환자료들을 체계적으로 분류하고 정리하여 기록된 이들 자료를 분석·해석하고 비교가 용이케하여 이를 토대로 보건의료와 보건행정, 역학관리 및 보건관리에 이용하고자 하는데 있다.

그러나 원래의 목적과는 달리 의료보험 참여라는 시급성 때문에 사인분류에 대한 체계적 연구 및 검

토가 없이 국제 질병사인 분류의 코드에 『동의보감』의 질병 및 서의 질병명을 함께 혼합한 질병명을 중심으로 하여 한의 질병사인 분류체계를 만들었다⁴⁾. 현행 『한국표준질병사인분류(한의)』는 1992년 한국표준질병사인분류의 개정에 맞추어 1979년판 한의 분류를 기초로 하여 각 항목의 질병분류를 확대보완시켰으며, 질병 사인의 Code Number를 모두 바꾸었고, 한의분류에 해당되는 ICD의 분류를 예시하였다. 그러나, 이 개정판도 본질적으로 1979년 판과는 달라진 것이 없었다.

2) 『한국표준질병사인분류(한의)』의 문제점

『한국표준질병사인분류(한의)』에 대해서는 그 동안 각처에서 문제점들을 제시하고 있었으며 그들이 지적한 많은 문제점은 『한국표준질병사인분류(한의)』의 비일관적이고 중복된 정리를 비판하고 있다. 김현수(1999)⁵⁾의 논의를 우선 정리하고 그 이후에 본 논문에서 분석한 『한국표준질병사인분류(한의)』의 문제점을 제시할 것이다.

첫째, 많은 항목이 중복되어 분류되어 있다. 예를 들어 창만은 '나 14'와 '라 98', 식율은 '나 13.5'와 '라 97'에 중복되어 분류되어 있다.

둘째, 특정 질병의 증상들을 하위분류로 채택한 것들이 있다. 다 04 줄종풍의 경우에는 그 하위 분류로 다 04.13 소변불통과 다 04.12 연하곤란, 다 04.11 담연웅성 등으로 분류되어 있으나 이는 증상에 따른 것으로 질병의 세 분류로 규정하기 어려운 증상의 나열이다.

셋째, 상병의 분류 근거가 명확하지 않는 경우가 있다. 다 01 두통의 경우 그 하위 분류로 다 01.19 항강(項強)이 분류되어 있다. 또한 이 항강이란 병명은 차 07 경부통에서 그 하위 분류로 차 07.0 항강으로 분류되어 있다.

넷째, 사인의 성별 구분이 명확하여야 하는 질병의 경우, 성별의 구분이 되어 있지 않다. 97년 의료보험 연합회의 자료 입력을 위한 사인 분류에서 남녀 성별에 의한 고유의 상병을 규정하는 과정에서 남녀 고유의 성별에 의한 사인이 분류가 되어 있지 않는

경우가 발견되었다.

다섯째, 서의 사인 분류와의 대응에 문제점들이 있다. 나 02 간실증과 나 04 간열증은 동일한 서의의 대응코드로 배열하고 있다. 즉 나 02 간실증의 경우에 그 대응 서의 상병으로 B 15 급성 A형 간염, B 16 급성 B형 간염, B 17 기타 급성 바이러스성 간염, B 18 만성 바이러스성 간염, B 18.0 델타 병원체가 있는 만성 바이러스성 B형 간염, B 18.1 델타 병원체가 없는 만성 바이러스성 B형 간염, B 18.2 만성 바이러스성 C형 간염, B 19 상세 불명의 바이러스 간염이며, 나 04 간열증의 경우에는 B 15 급성 A형 간염, B 16 급성 B형 간염, B 17 기타 급성 바이러스성 간염, B 18 만성 바이러스 간염, B 19 상세 불명의 바이러스성 간염, K 75 기타 염증성 간 질환, K 81.0 급성담낭염 등으로 분류 대응하고 있다. 또한, 위에 나열한 서의 상병분류는 한의 분류의 대분류인 감염성 및 기생충성 질환에 다시 분류되어 있다.

여섯째, 손상에 의한 상병 분류가 명확하게 정의 분류되어 있지 않다.

이상과 같은 김현수의 지적은 항목 내부에서 상이한 원칙에 의한 정리로 인해서 ICD와 같은 일관성을 확보하고 있지 못함을 지적하고 있으며 유효적절하다. 본 논문은 이에 덧붙여 아래와 같이 몇 가지를 더 지적한다.

첫째, 한의 병명(病名), 한의 증명(證名), 서의 병명(病名)이 같은 단위에 등록되어 있다. 예를 들어 '나 22 황달(黃疸)', '나41 현훈(眩暈)' 과 같은 한의 병명과 '나11 간풍내동(肝風內動)', '나34 축혈증(蓄血證)' 과 같은 한의 증명, '나46 백혈병' 과 같은 명칭들이 같은 단위의 분류에 포함되어 있다. 이것은 증명(證名), 한의 병명(病名), 서의 병명(病名)이 서로 중복적인 관계에 있기 때문에 필연적으로 『한국표준질병사인분류(한의)』에 비일관성과 중복성이 들어가 있음을 보여주고 있다. 따라서 이러한 체계로는 보건 통계나 역학조사는 물론이고 일상적인 Coding 작업에서도 혼란을 피할 수 없게 만든다.

둘째, 개념적으로만 있어야 하는 것 또는 상위분류

개념으로 사용되어야 할 것이 하위 분류로 채택되어 있다. 예를 들어 『한국표준질병사인분류(한의)』에서 '나' code는 한의학의 간계질환을 의미한다. 그런데, 나01의 간상증(肝傷證)의 경우는 아무런 하위분류 없이 설정이 되어 있는데 이 경우는 서의병명이 '간 또는 담낭의 손상'에 해당된다고 기재되어 있다. 아마 예측건데 간상증(肝傷證)이라는 코드는 '간계질환 모두에' 아무 애매하게 사용되고 있거나 그 지칭대상이 없어 사용되지 않고 있을 것이다. 이러한 오류는 문헌에 나온 분류를 그대로 답습하여 생긴 문제로 보인다.

또한, 나02 간실증(肝實證)의 경우 같은 단위에 있는 나03 간옹증(肝癰證), 나04 간열증(肝熱證), 나05 간울(肝鬱), 나06 간화상염(肝火上炎) 등의 상위 범주에 해당할 것이다. 그런데도 같은 단위에 채택되어 있다.

셋째, 명확하게 질병대상을 정의할 수 없어서 해당 질병명이 실제로 사용될 수 없는 질병 명칭들이 채택되어 있다. 마01.1 폐대(肺大), 마01.2 폐고(肺高) 등은 과연 한의 병명으로 사용될 수 있는지 의심스럽다. 왜냐하면, 특정 증상을 중심으로 명명되어 있지 않고 그에 대한 정의도 명확치 않아서 명확하게 질병대상을 확정할 수 없기 때문이다.

넷째, 『한국표준질병사인분류(한의)』와 ICD-10(『한국표준질병사인분류』)과의 관계가 명확하지 않다. 현재 『한국표준질병사인분류(한의)』는 ICD-10과 완전히 독립적으로 사용될 수는 없는 체계이다. 예를 들어 ICD-10의 'X XI 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인', 'XI X 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과'와 같은 분류는 『한국표준질병사인분류(한의)』에 없으며 이에 해당하는 경우에는 어쩔 수 없이 ICD-10을 사용해야만 한다. 반면, 『한국표준질병사인분류(한의)』와 ICD-10은 상호 다른 코드를 부여받은 동일 명칭들이 같이 혼재하고 있다. 따라서 각각이 독립적으로도 상호 보완적으로도 사용하기 어려운 실정이다.

다섯째, 사상의학적인 질병분류가 채택되어 있지 않다. 사상의학은 실지로 많은 한의학 종사자들이 사

용하고 있음에도 채택되어 있지 않다. 사상의학의 타당성 여부를 떠나서 이미 한의학 종사자들이 사용하고 있다면 마땅히 『한국표준질병사인분류(한의)』에서 고려하고 있어야 할 것이다.

2. 국제질병분류 10판(ICD-10)과 『한국표준질병사인분류(한의)』의 비교분석

1) 서양의학의 근대적인 질병분류 역사

17세기 John Graunt는 런던의 사망일람표(London Bills of Mortality)를 발표하였으며, 1837년 영국의 William Farr는 해부학적 부위에 따라 질병의 분류체계를 발표하였는데 이것은 후에 International List of Cause of Death의 기본을 이루었다. 1893년 프랑스의 Jacques Bertillon이 제시한 사망원인 분류안은 미국 공중보건협회에 의해 채택되어 매 10년 마다 개정판을 내기로 하였다. 1900년에 Bertillon이 첫 번째 개정판을 출판한 이후 거의 10년에 한번씩 개정판이 출판되었다. 이 후에 WHO에서는 상기 개정 작업을 인수하여 사망원인뿐 아니라 질병일람표도 포함하기로 결정하였고 1948년 International Classification of Diseases(ICD)를 제정하였다.

이 당시에는 미국에서 독립적으로 사용하던 SNDO가 있었는데, SNDO가 질병의 원인과 부위별로 이원분류되어 있어 의학 연구자료로 이용하기 좋으나 질병분류법이 어렵고 통계표 작성이 간단하지 않다는 단점이 있었다. 반면, ICD는 질병분류법이 SNDO에 비하여 쉽고 통계표 작성이 간단하나 의학 연구자료로 이용하기에는 부족하였다.

이에 미국에서는 SNDO와 ICD의 비교사용을 연구한 이후에 ICD를 약간 수정하여 개정 출판하였으며, 이 후에 1979년부터 1994년까지는 ICD 9차 개정판이 이용되었으며, 그 이후에는 ICD-10이 이용되고 있다⁶⁾.

2) ICD-10의 체계

ICD-10은 아래와 같이 모두 21개의 대분류로 이루어졌다.

(가) 전신을 침해한 질환

1. 특정 감염성 및 기생충성 질환
2. 신생물

(나) 전신병적 질환

3. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정 장애
4. 내분비, 영양 및 대사 질환

(다) 인체 해부학적 계통별 질환

5. 정신 및 행동장애
6. 신경계의 질환
7. 눈 및 눈 부속기의 질환
8. 귀 및 유양돌기의 질환
9. 순환기계의 질환
10. 호흡기계의 질환
11. 소화기계의 질환
12. 피부 및 피하조직의 질환
13. 근골격계 및 결합조직의 질환
14. 비뇨생식계의 질환

(라) 분만, 기형, 신생아 질환

15. 임신, 출산 및 산욕
16. 주산기에 기원한 특정 병태
17. 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상

(마) 기타 병태

18. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상검사의 이상소견
19. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과

(바) 기타 분류

20. 질병이환 및 사망의 외인
21. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인

3) ICD-10과 『한국표준질병사인분류(한의)』의 비교
 대략적으로 ICD-10과 『한국표준질병사인분류(한의)』를 비교해보면 아래와 같다. 개별적으로 자세히 살펴보면, 5개 내과질환의 경우는 유사하긴 하지만 만족할 만큼 비교되지는 않음을 알 수 있다. 또한, 몇 개 항목은 『한국표준질병사인분류(한의)』에는 전혀 없다. 그러나, 이 분류들이 『한국표준질병사인분류

(한의)』를 보완하고 있다.

- I. 특정 감염성 및 기생충성 질환 : '감염성 및 기생충성질환' 과 동일
- II. 신생물 : 유사항목 없음
- III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정 장애 : 유사항목 없음
- IV. 내분비, 영양 및 대사 질환 : 유사항목 없음
- V. 정신 및 행동장애 : '신경정신질환' 과 유사
- VI. 신경계의 질환 : '운동기 질환', '신경정신질환', '심계질환' 등에 나누어 들어감
- VII. 눈 및 눈 부속기의 질환과 VIII. 귀 및 유양돌기의 질환 : '안이비인후과질환' 과 유사
- IX. 순환기계의 질환 : '폐계질환' 과 유사
- X. 호흡기계의 질환 : '심계질환' 과 유사
- XI. 소화기계의 질환 : '비계질환', '간계질환' 과 유사
- XII. 피부 및 피하조직의 질환 : '외과질환' 과 유사
- XIII. 근골격계 및 결합조직의 질환 : '운동기질환' 과 유사
- XIV. 비뇨생식계의 질환 : '신계질환' 과 유사
- XV. 임신, 출산 및 산욕 : '부인질환' 과 유사
- XVI. 주산기에 기원한 특정 병태 : '부인질환' 과 유사
- XVII. 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 : '소아질환' 과 유사
- XVIII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상검사의 이상소견 : 없음
- XIX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 : 없음
- XX. 질병이환 및 사망의 외인 : 없음
- XXI. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 : 없음

3. 중국과 대만의 질병분류 표준화 연구 현황

중국의 경우, 1995년 『中醫病證分類與代碼』를 발간하여 기본적인 중의학의 질병분류 체계를 세웠다. 이들은 병명(病名)과 증명(證名)을 명확히 구분하였

고 이에 따라 병명(病名)은 내과(內科), 외과(外科), 부과(婦科), 아과(兒科), 안과(眼科), 이비후과(耳鼻咽喉科), 골상과(骨傷科)의 체계로, 증명(證名)은 병인증후(病因證候), 음양기혈진액담증후(陰陽氣血津液痰證候), 장부경락증후(臟腑經絡證候), 육경증후(六經證候), 위기영혈증후(衛氣營血證候), 기타증후(其他證候)로 나누어 정리하였다. 이 『中醫病證分類與代碼』가 『한국표준질병사인분류(한의)』에 해당하는 저작이다. 이 저작의 특징은 병명(病名)의 경우, 모든 질병을 포괄할 수 있도록 구성하되 보건통계에 적합하도록 고안되어 있으며 번잡하지 않게 간결한 것이 특징이다. 반면, 증명(證名)의 경우 가능한 한 자세하고 다양하게 정리해놓고 있다. 또한, 본 저작은 명칭과 Code만을 나열한 것이다⁷⁾.

이 후에 1997년 3 종류의 표준안을 제시하였다. 이것이 『中醫臨床診療述語 疾病部分』, 『中醫臨床診療述語 證候部分』, 『中醫臨床診療述語 治法部分』이다. 이 세 저작은 각각 병명(病名), 증명(證名) 그리고 치법술어(治法述語)를 정리하고 그에 대한 간략한 정의를 담고 있다. 다만, 이미 1995년에 출간된 『中醫病證分類與代碼』의 체계와는 다른 체계를 취하고 있다⁸⁻¹⁰⁾.

더불어, 중국에서는 상기 저작들에 앞서 {中醫病證診斷療效標準}을 간행하였는데, 이것은 병명(病名)에 의거한 진단기준과 각 병(病)에 상견(常見)하는 증후(證候)를 기술하고 치료 효과판정 기준을 제시하고 있다¹¹⁾.

대만의 경우는 출처를 알 수 없는 한의학연구원 자료를 통해서 볼 때, 두 가지 특징을 가지고 있다. 첫째는 서의병명과 중의학의 병증명(病證名)을 대응시키고 있다는 점이며 둘째는 중의학의 병명(病名)과 증명(證名)을 명확하게 구별하면서, 서의병명과 각각 대응시키고 있다는 점이다.

4. 한의학의 질병분류 : 변증(辨證)과 변병(辨病)의 분리

1) 변증(辨證)과 변병(辨病)

진단의 과정은 환자의 질병을 인식하고 질환을 평가하는 지적(知的)이고 기술적(技術的)인 과정이다¹²⁾.

한의진단은 전통적으로 ‘망문문절(望聞問切)’의 진단 기법을 이용하여 환자에게서 획득한 증상 정보를 진단이론을 통해 평가하는 것이었다. 이러한 진단 과정은 ‘사실을 통한 정보의 획득과 그 정보를 바탕으로 하는 평가’의 두 과정으로 요약될 수 있는데, 이 과정의 결과로서 ‘진단명(診斷名)’은 도출된다¹⁴⁾.

한의학에서 진단은 몇 가지 과정을 포함하고 있다. 첫째는 단일 증상에 대한 평가이다. 예를 들면 오심 변열(五心煩熱)은 주로 ‘음(陰)이 허(虛) 하여서 발생한다고 보고 있으며 그 외에 혈허(血虛)나 심울(心鬱) 등에 의해서도 생긴다고 본다. 이러한 증상의 평가는 한의학의 발전 역사에 따라 다양하지만 기본적으로 음양 오행과 그에 따라 배속되는 진단개념들에 의해서 이루어진다.

둘째는 소위 ‘변병(辨病)’이라고 불리는 과정이다. 한의학의 병명(病名)은 상풍(傷風), 마진(麻疹), 치루(痔漏), 두통(頭痛), 해수(咳嗽), 요통(腰痛) 등을 그 예로 들 수 있는데, 이것들은 엄밀히 말하면 환자에게서 나타나는 주되고 특징적인 ‘증상’을 표현하는 경우가 대부분이다. 한의학에서 변병의 의미는 실제로는 단일 증상에 대한 평가 정도의 의미를 가지고 있으며, 다른 면으로는 환자를 규정짓기 위해서 시간성 속에서 지속되는 특성으로서 증상을 택하여 병(病)으로 규정짓고, 서적의 분류 기준으로 사용하였다.

셋째는 변증(辨證)의 과정이다. 즉, 특정 시점에서 환자가 나타내는 전체 상태를 평가하여 기허증(氣虛證), 음허증(陰虛證), 심신불교증(心腎不交證)과 같은 증명(證名)을 도출하는 과정이다. 이 과정은 위의 두 과정을 포괄하여 환자에게 나타난 다수의 증상들을 ‘묶어서’ 상호 연관성을 가지고 있는 진단명을 부여한다. 이 과정을 한의학에서는 변증(辨證)이라고 한다.

첫째나 둘째의 경우만으로도 치료방침이나 처방은 낼 수 있지만 대개는 이 세 단계를 거쳐서 진단을 내리게 된다.

이러한 측면에서 보았을 때 한의학의 질병분류는 변증으로 이루어지는 증명(證名) 체계와 변병(辨病)으로 이루어지는 병명(病名) 체계가 있음을 알 수 있다.

정우열(1999)의 경우에도 아래와 같이 병(病)과 증

(證)을 구분하고 있다.

첫째, 병의 시종일관된 주요증상, 체징(體徵)으로 명명하였다. 예를 들면 옹(癰)·저(疽)·위(痿)·비(痺)·사(瀉)·구(嘔)·해(咳)·통(痛) 등은 병명으로 분류하였지 증명에 넣지 않았다.

둘째, 전신성 한열허실등의 병리변화를 위주로 명명하였다. 예를들면 비위허열(脾胃虛熱)·방광습열(膀胱濕熱) 등은 증명이지 병명이 아니다.

셋째, 병명에 사용되는 용어는 간단하고 포괄적이었다. 즉 학(癩)·리(痢)·마진(麻疹)·대하(帶下) 등과 같이 하나의 특징을 반영하는 한두개의 실사(實詞)를 사용하였다. 그러나 증명의 경우에는 어담저락증(痰阻絡證)·한체간맥증(寒滯肝脈證) 등과 같이 병위(病位)·병성(病性)에 대한 완벽한 내용을 담고 있었다.

2) 한의 변증 체계와 서의 질병 체계의 관계

위와 같이 한의학에서 병명(病名)체계와 증명(證名) 체계는 개념적으로 명료하게 구별된다. 또한, 병명(病名)과 증명(證名)의 서양의학과와의 관계를 살펴보는 것은 중요한 문제이다. 즉, 서의 병명으로 이 둘이 환원될 수 있는가의 여부는 결국 ICD-10과 『한국표준질병사인분류(한의)』의 접합점을 찾는 데에도 중요한 논거가 된다.

필자의 견해로는 병명의 경우 서의 병명과 이론적인 측면에서 유사한 특성을 많이 가지고 있으며, 한의 병명과 서의 병명의 환원 가능성에 상관없이도 한의 병명은 서의병명에 의해서 상당히 많은 부분이 보완될 수 있다고 본다. 하지만, 한의학의 진단과 치료에서 결정적인 역할을 하고 있는 증명(證名)의 체계를 고려해야만 두 의학체계의 질병분류를 정당하게 비교했다고 말할 수 있을 것이다. 그런데, 한의 증명(證名)과 서의 병명(病名)의 경우는 환원가능하지 않은 것 같다. 박경모는 이 문제를 아래와 같이 논증하고 있다^{14,15)}.

첫째, 이론과 경험의 분리 불가능을 통해서 환원불가능함을 논증한다. 서의 병명(病名)과 한의 증명(證名) 간의 ‘병증사건’을 만들어 환원을 시도하는 방식

은 문헌을 통한 방법이다. 그런데 한의학 문헌에는 이미 한의학의 이론을 갖대로 하여 병증을 분류하였을 뿐 아니라 증상의 기술도 역시 이론과 유기적으로 결합되어 있다. 즉, 나중에 '동서의학연관사전'을 만들기 위해 서양의학자들이 보아야 하는 변증의 기술이 사실(fact) 자체가 아니고 그 사실을 필터링한 기술(description)이라는 것이다. 예를 들어 부긴(浮緊)이나 세삭(細數) 등의 맥상(脈象)에 대한 기술을 어떻게 지금의 서양의학으로 평가할 수 있을까? 어떤 의학체계이든 그 이론이 그 의학체계의 경험도 규정짓게 된다. 따라서 문헌을 통한 방법은 이 부분에 난점을 가질 수밖에 없다.

대체로 한의학은 서양의학 관점에서 볼 때 비특이적인 증상들에 의해서 진단을 하고 있다. 또한, 서양의학은 '조직 병변'을 포함한 다른 정보들을 통해서 진단을 하게 되는데 그러한 정보는 한의학의 문헌 속에서 결코 찾을 수 없는 것이다.

둘째, 법칙적 관계의 부재를 통해서 논증한다. 문헌을 통해서 가능하다고 해도(또는 실제 환자를 대상으로 두 의학이 동시에 평가한다고 해도), 다음과 같은 문제가 다시 기다리게 된다. 즉, 한의학의 '가'에 속하는 모든 환자들이 서양의학의 'A'와 연관지어 지지 않을 것이라는 점이다. 즉, 아마도 다대다 관계가 성립할 것이다. 그런데 다대다(多對多) 관계는 어떠한 법칙적 관계도 도출할 수 없으며 즉, 한의학과 서양의학을 관계지어 줄 수 있는 고리[bridge]를 만들 수 없을 지도 모른다.

셋째, 환원이 가능하더라도 실제적인 유용성이 떨어지고 막대한 비용이 소요되기 때문에 의미가 없다고 주장하고 있다. 환원이 가능하다고 가정할 때 문제점이 있다. 이러한 환원 프로그램은 몇 십년에 걸쳐서 이루어져야 한다. 환원 프로그램 자체가 규모가 굉장히 큰데다가 많은 한의사와 서양의사를 설득해야만 한다. 즉, 환원 자체가 다른 프로그램에 비해서 결코 간단한 것이 아니라는 점이다.

이러한 점들을 고려해 볼 때, 한의학의 질병분류체계는 현재로서는 병명(病名)과 증명(證名)의 이분적

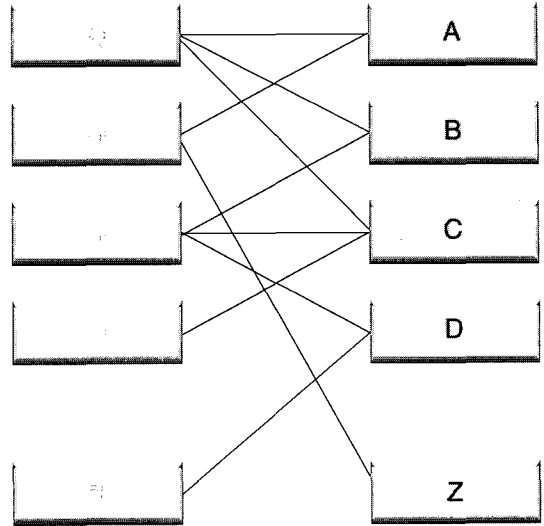


Fig 1. Disease classification model that can not be associated by generalized bridge.

인 체계를 유지하는 것이 바람직한 것으로 보이며, 한의 병명 체계는 서의 병명체계를 통해서 추후에 보완, 대치해 나갈 수 있을 것으로 보인다.

결론 : 『한국표준질병사인분류(한의)』 저작 원칙 제안

앞에서 보고한 여러 문제들을 고려하여 아래와 같은 『한국표준질병사인분류(한의)』 저작 원칙을 제안한다.

1) 병명(病名)과 증명(證名)의 분리

(1) 기존의 한의 진단명을 병명과 증명으로 구분하여 두 부분의 분류안을 마련한다.

『한국표준질병사인분류(한의)』 병명 부문과 『한국표준질병사인분류(한의)』 증명 부문을 별도로 작성한다.

(2) 증명과 병명이 혼합된 형태의 진단명은 삭제한다. 특정 한의 병명의 한 증형(證型)을 나타내는 진단명은 수록하지 않고 해당 병명 항목의 참고 증형 제시에만 참고한다.

예) 신허요통(腎虛腰痛) ⇨ 채택하지 않는다.

[병명] 부분의 [요통] 항목에서 '참고 증명(參考證名)'(아래 2.2항 참조)의 하나로 신양허증(腎陽虛證), 신음허증(腎陰虛證) 등을 예시한다.

예1) 혈고경폐(血枯經閉) / 혈체경폐(血滯經閉) ⇨ 채택하지 않는다.

ICD-10의 N95.1 폐경기 및 여성의 갱년기 상태' 나 E28.3 조기폐경' 등을 사용토록한다.

그러나 용어 자체의 구성은 위와 같은 성격을 가지고 있다라도 내용상 독립적인 질환 단위를 나타내는 진단명은 한의 병명의 하나로서 채택한다.

예) 신감(腎痞), 폐감(肺痞), 비적(脾積)

2) 병명(病名)과 증명(證名)의 채택

(1) 질병대상을 정의할 수 없거나, 질병대상을 가지고 있지 않은 명칭은 채택될 수 없다.

예1) 마01.1 폐대(肺大), 마01.2 폐고(肺高) 등이 질병 대상을 비교적 명확히 정의할 수 없어, 실제 사용될 수 없다면 삭제한다.

(2) 정당한 이유가 없는 한, 동일병명이나 동일한 의미를 가진 병명에 중복된 코드를 부여하지 않는다.

예1) 창만 : 현 {한국표준질병사인분류(한의)}에는 나 14, 라98가 부여되어 있음 ⇨ 단일 코드만을 부여한다.

예2) 다 04 졸중풍의 하위 분류인 다 04.13 소변불통을 바01.3 요불리(尿不利)와 구분하기 위해서 '다04.13 소변불통'을 '다04.13 졸중풍으로 인한 소변불통'으로 변경한다.

(3) 상위 분류는 항상 하위분류를 포함하고 있어야 한다.

예) 두통(頭痛)이 경항(頸項)을 포함하고 있지 않은 한, 두통(頭痛)의 하위 분류에 경항(頸項)을 둘 수 없다. 따라서, 필요하다면 '경항(頸項)을 동반한 두통(頭痛)'만이 가능하다.

예) 나22 황달(黃疸)이 나26 곡달(穀疸)을 포함하고 있다면, 같은 단계의 분류에 둘 수 없다. ⇨ 나22 황달(黃疸)의 하위분류에 곡달(穀疸)을 두어야 한다.

3) 한의 병명의 정리

(1) 국제표준질병사인분류 10차 개정판(이하 ICD-10으로 약칭)의 체계를 기준으로 한다.

- 각 한의 병명을 ICD-10 분류 체계에 맞추어 배열한다.

- 단, ICD-10 분류체계 중 한의병명체계에 적절하지 않은 부분은 보건행정과 질병통계에 지장을 주지 않는 범위에서 수정사용한다.

예) 이롱(耳聾) ⇨ "귀 및 유양돌기의 질환" 항목에 배열한다.

(2) 필요할 경우 한의 병명 아래에 '참고 병명(서의 병명)', '참고 증명'을 제시할 수 있다.

- 서의 병명과의 관련이 분명하거나 서의 병명을 제시하는 것이 진료 통계 실무자의 편의에 도움이 될 수 있는 한의 병명 항목에는 참고 병명을 별도로 제시한다.

예) 장담(腸覃)

참고 병명 : 난소의 양성신생물

- 특정 한의 병명에서 흔히 출현하는 증형(證型)은 '참고 증명'으로 제시한다. 단, 이들 어떤 한의 병명에서 출현할 수 있는 증(證)의 수는 원칙적으로 무한하므로 '참고 증명'이 해당 한의 병명에서 출현할 수 있는 증(證)의 전부가 아님을 별도로 명시한다.

예) 협통(脇痛)

참고 증명 : 간기울결증(肝氣鬱結證) 기체혈어증(氣滯血瘀證) 담기호결증(痰氣互結證)

(3) ICD-10에 이미 수록된 서의 병명과 그 지칭 대상이 명확하게 일치하는 기존 한의 진단명은 모두 삭제하고 ICD-10의 코드를 사용토록한다.

현재 각 분과별로 취합한 진단명과 향후 검토하게 될 진단명 중 서의 병명과 일치하는 진단명은 『한국표준질병사인분류(한의)』 개정판에 수록하지 않는다.

예) 혈색소뇨 ⇨ 채택하지 않는다.

4) 한의 증명(證名)의 정리

(1) 현행의 주요 변증체계에 포함된 증명을 진단명으로 채택한다

- 예를 들어 기혈음양진액변증변증(氣血陰陽津液

辨證), 장부변증(臟腑辨證), 상한변증(傷寒辨證), 사상체질변증(四象體質辨證)의 증명을 수록 범위로 정할 수 있다.

예) 오음기구절(五陰氣俱絕) ⇨ 고대의 경맥 병증. 채택하지 않는다.

- 사상의학의 병증명은 증명(證名)으로 간주한다.

예) 소음인망양증(少陰人亡陽證)태양인열격증(太陽人脈證) ⇨ 사상의학 병증명. 채택한다.

- 팔강변증(八綱辨證)의 각 증명은 최종진단명으로 보기 어려우므로 진단명으로 등재하지 않는다.

(2) 내과를 제외한 임상 각 과에서 독자적으로 사용하는 증명은 별도로 채택할 수 있다

예) 풍입수륜증(風入水輪證) ⇨ 외관과에서 사용하는 독자적 증명. 채택한다.

(3) 진단명 사이에는 계층적 분류를 하지 않는다

- 진단명으로 수록할 모든 증명(證名)을 병렬적 관계로 등재하고, 증명 사이에 계층적인 포함, 피포함의 관계를 설정하지 않는다.

예) 비양허증(脾陽虛證)과 비신양허증(脾腎陽虛證) ⇨ 비신양허증을 비양허증의 하위 진단명으로 수록하지 않는다.

- 단, 개별 진단명들을-해당 변증체계의 항목의 아래에 둔다.

예) 기허증(氣虛證), 혈허증(血虛證), 한담증(寒痰證), 열담증(熱痰證) 등을 기혈음양진액변증변증(氣血陰陽津液辨證) 아래에, 비기허증(脾氣虛證), 신음허증(腎陰虛證) 등을 장부변증(臟腑辨證) 아래에 둔다.

5) 분석 대상 자료의 선택 및 부록 제작

(1) 진단명 채택을 위한 자료를 선정할 후 진단명을 정리한다

- 이미 취합된 각 분과별 진단명 시안(試案) 외에 입수할 수 있는 주요 자료를 채택하여 진단명 선별의 원천 자료로 삼는다.

예) 『한의진단명과 진단요건의 표준화 연구(II III)』, 『동의보감』, 『동양의학대사전』(경희대학교 출판국), 『전통동양약물 데이터베이스』(서울대학교 천연물과학연구소),

중화인민공화국 국가 표준 『중의임상진료술어 질병부분』, 『중의임상진료술어 증후부분』 등의 자료를 대상 자료로 삼을 수 있다.

(2) 병명 색인, 증명 색인 및 한의에서 자주 사용되는 ICD-10 진단명 색인을 부록으로 수록한다

- 진료 및 통계 실무자들의 편의를 도모하고 본 표준안의 활용도를 높이기 위해 한의에서 빈번히 사용되는 ICD-10의 서의 진단명을 부록으로 수록하고 병명 색인, 증명 색인을 덧붙인다.

이상의 제안된 원칙이 받아들여진다면, 추후에 구체적인 {한국표준질병사인분류(한의)} 개정 작업을 하면서 아래와 같은 문제를 해결해야 할 것으로 보인다.

첫째, 증명(證名)의 정의시, 개별증(個別證)과 병명(病名)간의 관계를 어떻게 고려해야 할 것인가? 즉, 증명(證名)에 최소진단요건만을 부여할 것인지, 아니면, 진단요건을 좀 더 엄격하게 한 다음, 개개의 한의 병명에 적용시킬 때 수정할 것인지의 문제이다.

둘째, 각 병명(病名)에 부가할 참고 증명(證名)들은 어떻게 선정할 것인가?

셋째, 병명(病名)과 증명(證名)의 구체적인 정리는 어떻게 할 것인가?

넷째, 어떠한 자료들을 선정하여 병명(病名)과 증명(證名)을 정리할 것인가?

다섯째, 참고용 색인으로 제작할 ICD-10 상용병명은 어떻게 선정할 것인가?

여섯째, 병명(病名)과 증명(證名)의 코딩(coding)은 어떻게 할 것인가?

이러한 문제들을 해결하기 위해서는 첫째, 한의학계 내에 공식적인 질병분류 연구 위원회가 상시(常時)적으로 가동되어야 하며, 가능하다면 분과학문으로 성립되어야 하며, 둘째, 임상연구와 결합하여 역학(疫學), 의료정보학 등의 분야와 학제적인 연구를 진행해야 할 것으로 보인다.

참고문헌

1. 통계청 감수. 한국표준질병사인분류(한의). 서울:대한한의사협회. 1994.
2. 대한의무기록협회. 한국표준질병사인분류. 서울:대한의무기록협회. 1993. 여기서 'ICD-10'는 한국표준질병사인분류(대한의무기록협회발행, 1993)도 포괄하여 지칭하는 것임.
3. Murphy, EA. The Logic of Medicine. Baltimore. The Johns Hopkins University Press. 1997.
4. 정우열. 현행 한방표준질병사인분류 이대로 좋은가?: 한국한의학회연구원. 한국표준질병사인분류(한의) 기준 개정을 위한 토론회 자료. 서울:한국한의학회연구원. 1999:3-14.
5. 김현수. 한국 한의표준 질병사인 분류 개선에 대한 방안 : 한국한의학회연구원. 한국표준질병사인분류(한의) 기준 개정을 위한 토론회 자료. 서울:한국한의학회연구원. 1999:25-49.
6. 홍주현. 질병분류. 서울:수문사. 1995.
7. 中華人民共和國國家標準. 中醫病證分與類代碼 北京:國家技術監督局. 1995.
8. 中華人民共和國國家標準. 中醫臨床診療述語 治法部分期. 北京:國家技術監督局. 1997.
9. 中華人民共和國國家標準. 中醫臨床診療述語 疾法部分期. 北京:國家技術監督局. 1997.
10. 中華人民共和國國家標準. 中醫臨床診療述語 證候部分期. 北京:國家技術監督局. 1997.
11. 中華人民共和國中醫藥行業標準. 中醫病證診斷療效標準. 北京:國家中醫藥管理局. 1997.
12. R. h. Major, 신영기 편저. 임상 진단학. 서울:계축문화사. 1987
13. 한국한의학회연구소. 한의진단명과 진단요건의 표준화(연구I). 서울:한국한의학회연구원. 1995.
14. 박경모. 한의학은 어떤 선택을 해야 하는가? 그 중 하나로서 '자연과학으로의 환원'-현곡학회 월례 연구모임 발표문. 1995.
15. 박경모. 한의 질병분류에 대한 연구 방법론-학문적 연구를 중심으로-. 현곡학회 월례 연구모임 발표문. 1999년 5월 21일.