

일부 한·양방병원 뇌혈관질환 환자의 진료결과 및 만족도의 비교연구

- 한양방협진 진료프로토콜의 적용을 중심으로 -

박종구, 김춘배, 강명근, 이성수, 김달래, 최서영, 한창호, 유준상, 김민기

연세대학교 원주의과대학 예방의학교실 이화여자대학교 의과대학 예방의학교실
연세대학교 원주의과대학 신경과학교실 상지대학교 한의과대학 체질외과
하나한방병원 꽃마을한방병원 상지대학교 한의과대학 순환기내과학교실
지방공사강남병원 신경과

The Clinical Interchange between Western Medicine and Oriental Medicine: with the Stroke Patient Outcomes Research

Jong-Ku Park, Chun-Bae Kim, Myung-Guen Kang, Seong-Soo Lee*,
Dal-Rae Kim**, Seo-Young Choi***, Chang-Ho Han****,
Jun-Sang Yoo*****, Min-Gi Kim*****

Department of Preventive Medicine, Yonsei University Wonju College of Medicine; Department of Preventive Medicine, Medical College of Ewha Womens University; Department of Neurology, Yonsei University Wonju College of Medicine; Department of Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Sang Ji University; Hana Oriental Hospital; Conmaul Oriental Hospital; Department of Circulatory Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Sang Ji University; Department of Neurology, Kangnam General Hospital Public Corporation

Objectives : This study was done to assess the effects of the clinical interchange between the Western Medicine and the Oriental Medicine for ischemic stroke patients. The patient outcomes include changes in neurologic function by modified NIH stroke scale, stroke pattern identification scale, and patient satisfaction.

Methods : For the assessment of effects, this study was performed with 178 inpatients who had undergone the stroke care at three hospitals (W Hospital adopted western therapy, S Oriental Hospital adopted Sasang constitution medicine therapy, and H Oriental Hospital adopted mixed therapy according to a joint protocol on Western Oriental medical care) from November 1997 to December 1998. Patients were interviewed or written with self-entered questionnaire forms, and clinical data were obtained. Physicians or oriental doctors wrote clinical questionnaire forms according to the care process.

Results : The patient outcomes within three hospitals at 2 stages (at admission and discharge in the modified NIH stroke scale, at admission and second weeks during admission in the stroke pattern identification scale) were found to be decreased. Especially in the results of hierarchical multiple regression analysis, the degree of improvement of modified NIH stroke scale of the stroke patients at W Hospital was significant large than it at S Oriental Hospital. Also, the degree of improvement of stroke pattern identification scale at W Hospital was significantly large than it at other two hospitals. However, the patient's satisfaction score at three hospitals wasn't significantly different.

Conclusions : The result of this study suggested that the joint clinical research of Western & Oriental medical practitioners was possible even if there was a conflict between Western Medicine and Oriental Medicine. Therefore Western & Oriental medical practitioners share a mutual responsibility to apply evidence-based practice, to seek scientific empirical proof through randomized clinical trials between the multicenter.

Key Word : Western Medicine, Oriental Medicine, Stroke, Patient Outcomes Research, Clinical Interchange, Clinical Interchange between Western Medicine and Oriental Medicine

접수 : 2001년 11월 27일 채택 : 2001년 12월 20일

교신저자 : 김춘배 (강원도 원주시 일산동 162 연세대학교 원주의과대학 예방의학교실, 전화: 033)741-0344, E-mail:

kimcb@wonju.yonsei.ac.kr)

* 본 연구는 대한의사협회 제29차 종합학술대회 순회과제 지원 연구비에 의한 연구결과물의 일부임.

1. 緒 論

대통령 자문 21세기위원회의 제5차 미래정책 토론에 의하면, 우리나라의 보건 의료체계는 남북통일, 노령화, 정보화, 국제화 및 개방화 등 의료외적 환경 변화 뿐만 아니라 의료일원화, 의료보장 개혁, 의료기술의 혁명이 예견되는 의료 내적 변화의 물결 속에서 새로운 적소(niche)를 찾아 국민건강을 극대화하는 방향으로 구축되어야 한다고 천명된 바 있다¹. 특히 의료일원화의 정책과제를 상정해 볼 때, 그 접근방안으로 제도, 교육, 진료등 여러 가지 측면에서의 대안들을 검토해 볼 수 있다^{2,3}.

이 중 진료 측면에서 비용절감과 질 향상 방안으로 협진이 국내 일부에서 시도되고 있으나, 그 효과에 대해서는 계량적으로 측정된 바가 없다. 하지만 임상시험과 같은 수준의 연구결과는 아니더라도 대한한의학회지 등에 동서의 학간 학문적 교류 관련 논문들이 다수 보고¹⁰⁻¹³되고 있어 한의사와 의사간에 협력을 모색하려는 일부 노력을 엿볼 수 있다. 반면에 동서의학이 공존하고 있는 중국이나 일본 등 동양권의 다른 국가들 또는 최근 대체의학 영역에 있어서 새로운 접목을 시도하고 있는 미국 등 선진국들의 변화를 감안¹⁴하면, 협진 관련된 다양한 임상시험의 연구결과들¹⁵⁻²⁰이 보고되고 있어 의료계의 새로운 주목을 받고 있다.

한 약분쟁 이후 최근 들어 보건복지부의 한의학 육성 발전 계획²¹에 발맞추어 우리나라 의료계 일각에서도 서양의학과 한의학과 의 관계 개선에 대한 관심이 점차 증가하고 있다. 이를 계기로 의사나 한의사는 양 한방서비스의 어느 한 쪽만으로 해결하지 못하는 학문적 또는 임상적 한계를 인식하고 보다 양

질의 의료서비스를 창출하기 위한 노력을 모색하고 있다. 이렇듯 두 학문간 괴리된 국내의 의료상황이 국민건강에 부정적인 영향을 주고 있는 사실을 직시하고, 한편으로는 미국 등 선진국과는 달리 두 의료체계가 병존하고 있는 장점을 새로운 발전의 기회로 삼아 국민의 건강 향상을 위한 적극적인 임상적 교류를 요청받고 있다.

따라서 이 연구는 그 시도의 하나로 한국인의 사인중 단일 질병으로 첫 번째 순위를 차지²²하며 동서의학적 비교 고찰의 경험¹⁰⁻¹³이 있는 뇌혈관질환을 선정하여 양한방협진 진료프로토콜에 따른 공동참여한 의료기관간 해당 입원환자를 중심으로 진료결과 및 만족도를 비교하고자 하였다.

II. 對象 및 方法

1. 협진 연구팀 구성 및 진료프로토콜 개발

이 협진연구 관련 의료기관의 해당 임상진료결과 예방의학 전문의 2인이 연구자 패널을 구성한 후 워크샵을 통해 연구대상 질환인 뇌혈관질환에 대한 각 학문적인 체계하의 병태생리, 진단, 치료 등에 대한 이해와 용어의 통일을 기하였다. 대상 질환에 대한 진료프로토콜은 각 학문적인 체계별로 나누어 개발하되 일차적으로 현재 임상에서 실제로 진행되고 있는 진료 관행을 존중하였으며, 또한 국내의 연구결과와 비교할

수 있도록 부분적인 변용을 하였다.

2. 연구대상 및 연구기간

본 연구는 1997년 7월 1일부터 1998년 12월까지 1년 6개월간 연구대상 병원에 내원하여 뇌혈관질환으로 진단받고 입원치료를 받은 환자를 대상으로 하였다.

1) 연구대상 병원

연구대상 병원은 양·한방 협진을 표방하고 진료해 온 서울소재 2차병원급의 한방병원(H한방병원)과 강원도 소재 한의과대학 부속병원(S한방병원), 의과대학 부속병원(W병원) 각 1개소를 대상으로 하였다. 연구대상 병원의 선정 기준은 첫째, 각 학문적 체계의 진료방법을대표할 수 있을 것, 둘째, 연구대상 질병에 이환된 환자 진료실적(연간 진료환자수)이 연구기간 내에 병원간 비교가 가능한 수준일 것, 셋째, 협력연구가 가능할 것이었다.

2) 연구대상 질환 및 환자

연구대상 질환은 허혈성 뇌혈관질환으로서, 연구기간 동안 세 병원에 입원하여 치료받은 환자 중 조사가 완료된 환자는 총 190명(양방; 88명, 한방; 72명, 협진; 30명)이었다. 이 중 발병 후 72시간 내에 각 연구대상 의료기관에 내원한 환자 178명만을 분석대상으로 하였다(Table 1).

Table 1. Number of Patients by Type of Hospitals

Type of Hospital	Unit : person(%)	
	Registered	Analyzed
Western(W)	88(46.3)	86(48.3)
Oriental(S)	72(37.9)	68(38.2)
Cooperative(H)	30(15.8)	24(13.5)
Total	190(100.0)	178(100.0)

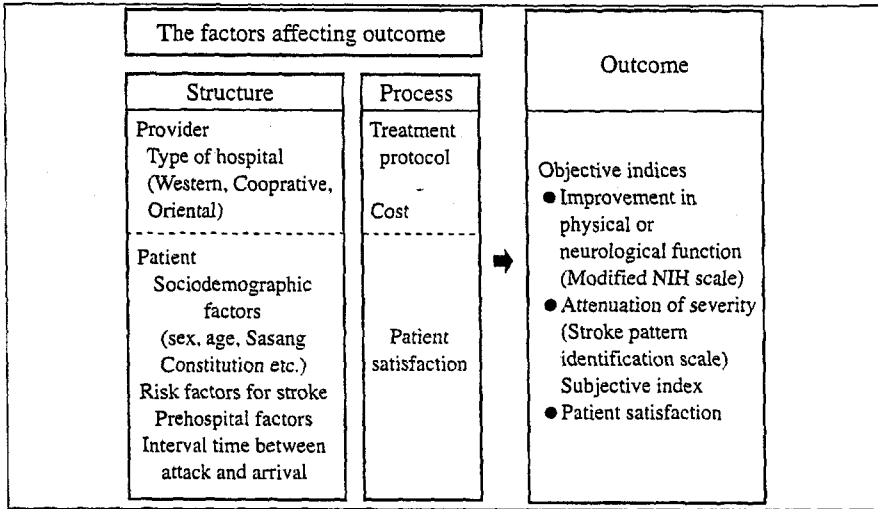


Fig. 1. Model of this Study

허혈성 뇌혈관질환의 진단은 세 병원 모두 컴퓨터단층촬영(CT)과 핵자기공명영상(MRI)으로 하였으며, 허혈성 뇌혈관질환 아형(subtype)의 구분은 구조화된 동일 조사표를 통해 각 병원별로 병형을 판정한 후, 연구 종료시점에서 2인의 신경과 전문의가 조사표와 분류결과를 대조, 검토하여 확인하였다.

3. 주요 조사변수 및 측정방법

그림 1의 연구모형에 따라 각 병원의 진료결과를 평가하기 위한 주요 결과변수와 그에 영향을 미칠 수 있다고 판단된 변수를 다음과 같은 방법으로 선정하여 측정하였다.

1) 주요 결과변수 및 측정방법

문헌고찰을 통해 각 학문 체계별로 뇌혈관질환의 진료결과 평가에 이용되고 있는 지표들을 선별한 후 연구자 패널에서 3차례의 워크숍을 통해 객관적 지표로 양방과 한방영역에서 각각 modified NIH 척도²³⁻²⁵와 변증점수 척도¹²를 선정하였고, 주관적 지표로 환자 만족도 지표²⁶⁻²⁷를 선정하였다.

양·한방의 각 척도에 대한 측정방법

을 숙지하기 위하여 본 조사를 시작하기 전에 한 차례의 워크숍을 개최하여 방법론에 대한 토론과정을 거쳤고, 1주일간 각 병원에 전공의 1인을 교차 파견하여 측정방법을 익히도록 하였다. 또 강원도 원주지역의 두 참여병원은 연구 초기 뇌혈관질환 환자의 입원후 1주일 단위로 측정결과를 서로 점검하였으며, 서울에 소재한 협진병원의 경우 modified NIH 척도의 측정에 대해 인접 종합병원의 신경과 전문의에게 측정방법의 자문을 받았다. Modified NIH 척도의 측정은 환자가 입원할 당시에 1회 측정하고 2주 후, 6주 후, 퇴원시 등 동일 환자당 4회씩, 변증모형척도(stroke pattern identification score)는 입원할 당시에 일회 측정하고 2주 후, 6주 후 등 동일 환자당 3회씩 각각 측정하였다.

환자만족도 지표로는 국내에서 백내장환자의 진료결과연구²⁶⁻²⁷를 위하여 개발한 만족도 측정도구를 수정하여 사용하였는데 뇌졸중 환자를 대상으로 한 만족도 측정도구가 없으며 이 방면의 선행연구자료로서 이용하게 되었고, 입

원 2주째와 퇴원시에 측정하였다. 입원 2주째 만족도는 환자에 대한 의사의 관심정도등 총 41개 문항으로 구성되었으며, 퇴원시 만족도는 진료비에 대한 만족도등 총 21개 문항으로 구성되었으며, 모두 5점 리커트 척도로 측정하였다. 환자만족도는 환자용 설문지로 제작하여 환자가 자기기입식으로 직접 작성하게 하였다. 환자의 의식상태나 신체상태가 조사표를 작성할 수 없는 수준이면 환자의 간호를 직접 담당하고 있는 가족 중의 일인이 작성하도록 하였다.

2) 결과변수에 영향을 미칠 것으로 예상된 변수

가) 뇌혈관질환의 위험요인 및 예후에 영향을 미치는 변수

연령, 성 등 사회인구학적 변수는 구조화된 자기기입식 설문지를 통하여 입원후 조사하였다. 환자의 사상체질(태양, 태음, 소양, 소음)은 QSCC 조사표를 이용하여 자기기입식으로 조사하였다. 사상체질 관련 설문지는 모두 S한방병원에서 전산화된 프로그램(QSCC)에 따라 처리하여 체질을 구분하였다. 또한 뇌졸중의 발병과 관련이 있는 환자의 과거력인 뇌졸중의 발병여부, 횡수, 유형 등과 부모동의 뇌졸중에 대한 가족력 및 항응고제, 항혈소판제제나 경구용 피임약 복용 여부는 의사용 조사표에 삽입하여 입원시에 조사하였다.

발병 후 병원 도착까지의 시간(일), 치료받은 의료기관, 치료의 종류(진단만, 진단검사 외의 치료)는 입원시 의사가 조사하였다. 또한 내원 당시의 신경학적 질환 외에 동반된 질환은 의사용 조사표에 삽입하여 퇴원시에 조사하였다.

나) 기타 조사항목

• 치료방법 : 병원별로 확정된 진료

프로토콜 중에서 이용한 치료항목을 의사용 조사표를 이용하여 퇴원시에 조사

- 재원기간
- 입원 치료 중에 발생된 합병증
- 치료비용 : 조사연구 종료시점에서 각 병원 원무과의 전산자료를 이용하여 해당 입원기간 동안의 총진료비용등을 출력하여 사용

4. 분석방법

수집된 자료는 dBASE로 처리하여 윈도우용 통계 패키지 SPSS 7.0을 이용하여 분석하였다. 병원별 진료결과 지표간의 차이중 modified NIH 척도와 변증모형 점수는 각 지표의 총점을 종속변수로 하여 표본수가 30 이상인 경우에는 분산분석을 통해 검정하였고, 그 미만인 경우에는 Kruskal-Wallis 검정을 이용하였다. 환자만족도도 각 항목별

로 동일한 분석방법을 적용하여 검정하였다. 각 병원간의 진료결과 차이는 진료결과에 영향을 미칠 것으로 예상된 변수의 영향을 보정하기 위해 위계적 다중회귀분석(hierarchical multiple regression analysis)을 하였다.

III. 研究結果

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자 178명의 성별 구성은 남자 113명(63.5%), 여자가 65명(36.5%)으로 남자가 더 많았다. 연령별로는 50대가 37명(20.8%), 60대가 61명(34.3%), 70대가 55명(30.9%)로 전체의 86.0%를 차지하였다. QSCC에 따른 체질분류상 소양인이 65명(36.5%)로 가장 많았고, 태음인과 소음인이 각각 54명과 22명이었다. 태양인은 한 명도 없었다. 연구대상 병원간 환자의 일반적 특성에 유의한 차이는 없었다(Table 2).

Table 2. General Characteristics of Study Population

Variables	Unit : person(%)				
	W Hospital (n=86)	S Hospital (n=68)	H Hospital (n=24)	p-value	
Age(years)	<49	6(7.0)	4(5.9)	1(4.2)	0.991
	50-59	18(20.9)	13(19.1)	6(25.0)	
	60-69	29(33.7)	23(33.8)	9(37.5)	
	70-79	25(29.1)	23(33.8)	7(29.2)	
	80-	8(9.3)	5(7.4)	1(4.2)	
Sex	Male	59(68.6)	43(64.2)	11(45.8)	0.122
	Female	27(31.4)	25(35.8)	13(54.2)	
Sasang Constitution	Taeum	21(36.2)	20(33.3)	13(56.5)	0.325
	Soyang	26(44.8)	31(51.7)	8(34.8)	
	Soeum	11(19.0)	9(15.0)	2(8.7)	
	Taeyang	-	-	-	

Table 3. Clinical Characteristics of Study Population

Variables	Unit : person(%)				
	W Hospital	S Hospita	H Hospital	Total	
Time from attack to hospital arrival (hours : mean ± S.D.)	16.2 ± 18.1	23.8 ± 19.0	27.1 ± 21.9	20.6 ± 19.4	
Health care utilization path	western hospitals	23(26.7)	10(14.7)	7(29.2)	40(22.5)
	western clinics	10(11.6)	0(0.0)	4(16.7)	14(7.9)
	oriental hospitals	1(1.2)	3(4.4)	-	4(2.2)
	oriental clinics	1(1.2)	16(23.5)	3(12.5)	20(11.2)
	others	-	1(1.5)	-	1(0.6)
	no utilization	51(59.3)	38(55.9)	10(41.7)	99(55.6)
Type of health care utilization	diagnosis	16(18.6)	3(4.4)	5(20.8)	24(13.5)
	diagnosis+treatment	9(10.5)	25(36.8)	8(33.3)	42(23.6)
	no utilization+unknown	61(71.0)	40(58.9)	11(45.8)	112(62.9)
	first	47(54.7)	53(77.9)	20(83.3)	120(67.4)
No. of attack	recurrent	31(36.0)	10(14.7)	4(16.7)	45(25.3)
	more than 3 times	8(9.3)	5(7.4)	-	13(7.3)
	anticoagulant	11(12.8)	-	2(8.3)	13(7.3)
Medication history I	antiplatelet	14(16.3)	1(1.5)	2(8.3)	17(9.6)
	no	61(70.9)	67(98.5)	20(83.3)	148(83.1)
	oral contraceptive	9(10.5)	1(1.5)	-	10(5.6)
Medication history II	no	77(89.5)	67(98.5)	24(100.0)	168(94.4)

2. 연구대상자의 임상적 특성

표 3에 제시한 연구대상자의 임상적 특성을 보면, 뇌졸중 발생 후 해당 병원까지의 소요시간은 약 20.6시간이었다. 이중 W병원이 16.2시간으로 가장 짧았고, H협진병원이 만 하루를 초과하는 약 27.1시간으로 가장 길었다. 내원 전 의료이용경로를 보면, 다른 의료기관에서 의료이용을 하지 않은 초진환자가 99명(55.6%)으로 가장 많았고, 이용한 경우에는 양방병원(40명, 22.5%), 한의원(20명, 11.2%) 순이었다. 공동연구기관별로 보면, 지역사회내 3차의료기관인 W병원 입원환자의 약 59.3%가 뇌졸중 발생후 다른 의료기관을 거치지 않고 직접 방문하였고, 2차 의료기관인 H협진병원의 경우에는 오히려 58.3%의 환자가 다른 의료기관을 경유하여 뇌졸중의 진단 또는 응급처치를 받고 후송되어 오는 경향을 보였지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 다른 의료기관을 경유한 경우 진단과 치료를 같이 받은 환자가 42명(23.6%), 진단만 받은 환자가 24명(13.5%)이었다. 뇌졸중 발작 횟수는 초발환자가 120명(67.4%)으로 가장 많았고, 이중 H협진

병원의 초발환자 입원율이 83.3%로 가장 높았다.

허혈성 뇌졸중의 유형을 보면, 전체 대상자 중 'atheromatous/ low flow type' 이 78명(43.8%)으로 가장 흔하였다. W양방병원에서 'atheromatous/low flow type' 이 50.0%로 가장 많았으며, S한방병원과 H협진병원에서는 'lacune type' 이 각각 45.6%와 41.7%를 차지하였다(Table 4).

3. 뇌혈관질환 환자에 대한 치료방법

의료기관별 뇌혈관질환 환자에 대한 치료방법을 보면, 연구에 참여한 모든 의료기관에서 항부종치료, 항응고제, 항혈소판제 투여 등의 양방치료를 시행하였다. 이는 연구시작 전에 연구설계에 의해 정한 프로토콜대로 S한방병원이 체질처방만으로 치료했어야 함에도 불구하고 한방병원내 부설의원의 운영 관계로 응급처치 등을 포함하여 양방의사의 처방을 받아 뇌졸중 환자를 진료할 수 밖에 없는 의료환경적 요소에 기인하였기 때문이다. 그러나, 연구에 참여한 두 한방병원은 한방치료 방법에 차

이가 있었다. 즉, S한방병원은 환자의 체질감별에 따른 체질처방과 침치료를, H협진병원은 환자의 변증모형을 감안한 한약처방, 침치료, 구치료 및 부항치료를 병합하였다(Table 5).

구체적인 치료방법을 보면, W양방병원은 주로 항응고제(anticoagulants, 86.0%)와 항혈소판제(antiplatelet agents, 67.4%)를 투여하였으며, S한방병원은 항부종치료(anti-edema therapy)와 함께 체질에 따라 25명과 18명 환자에게 太陰人 裏病 燥熱病(36.8%)과 少陰人 裏病 太陰病(26.5%)을 처방하였다. 또한 H협진병원은 항혈소판제의 투여와 함께 淸法(淸熱·泄熱·瀉火)의 처방(83.3%)이 가장 많았다.

4. 연구대상 병원간 주요 결과변수의 비교

1) 분산분석 결과

가) modified NIH 점수의 비교

입원시와 비교한 입원 2주째 및 퇴원시의 modified NIH 점수 차이를 표 6에 제시하였다. W양방병원 입원환자는 대부분이 2주내에 퇴원 또는 재활의학과로 전원하였기 때문에 6주째의 자료는 분석에서 제외하였다. 입원 2주째의 증상 호전정도는 세 병원간에 유의한 차이가 없었으며, 퇴원까지의 증상 호전도는 S한방병원이 유의하게 높았다.

나) 변증모형점수의 비교

입원후 2주와 6주의 의료기관별 변증모형점수 평균의 변화를 통한 증상 호전 추세를 보면, 입원후 2주까지의 호전도가 S한방병원과 H협진병원에 비해 W양방병원이 유의하게 높았으며, S한방병원과 H협진병원간에는 유의한 차이는 없었다. 또한, 입원후 6주까지는

Table 4. Subtype of Ischemic Stroke

Classification	Unit : person(%)			
	W hospital	S hospital	H hospital	Total
Embolic	19(22.1)	4(5.9)	1(4.2)	24(13.5)
Atheromatous/Low flow	43(50.0)	27(39.6)	8(33.3)	78(43.8)
Lacune	24(27.9)	31(45.6)	10(41.7)	65(36.5)
Others	-	1(1.5)	-	1(0.6)
Unknown	-	5(7.4)	5(20.8)	10(5.6)

Table 6. Degree of Improvement in Modified NIH Scale Score

	W Hospital	S Hospital	H Hospital	p-value
DNIH2 [†]	3.43(±4.35)	3.37(±11.35)	1.42(±5.25)	0.561
DNIHD [‡]	2.58(±4.93)	6.40(±10.82)	3.65(±5.01)	0.039

† the difference in total score of modified NIH scale between admission and 2nd week after admission

‡ the difference in total score of modified NIH scale between admission and discharge

Table 5. Method of Treatment by Type of Hospitals

Unit : person(%)

Category	Method of treatment	W hospital	S hospital	H hospital	Total	
<u>Western treatment</u>	thrombolytic agents	6(7.0)	-	1(4.2)	6(3.4)	
	anti-edema therapy	25(29.1)	56(82.4)	3(12.5)	81(45.5)	
	anticoagulants	74(86.0)	1(1.5)	6(25.0)	75(42.1)	
	antiplatelet agents	58(67.4)	8(11.8)	13(54.2)	66(37.1)	
	others	1(1.2)	29(42.6)	-	30(16.9)	
<u>Oriental treatment I</u>	少陰人 表病 鬱狂病	-	5(7.4)	-	5(2.8)	
	少陰人 表病 亡陽病	-	1(1.5)	-	1(0.6)	
	少陰人 表病 鬱狂病	-	18(26.5)	-	18(10.1)	
	少陰人 表病 鬱狂病	-	3(4.4)	-	3(1.7)	
	少陽人 表病 傷風病	-	1(1.5)	-	1(0.6)	
	少陽人 表病 亡陰病	-	1(1.5)	-	1(0.6)	
	少陽人 裏病 胸膈熱病	-	8(11.8)	-	8(4.5)	
	少陽人 裏病 陰虛午熱病	-	2(2.9)	-	2(1.1)	
	太陰人 表病 傷寒病	-	1(1.5)	-	1(0.6)	
	太陰人 表病 胃脘寒病	-	3(4.4)	-	3(1.7)	
Herbal medicine	太陰人 裏病 燥熱病	-	25(36.8)	-	25(14.0)	
	太陰人 裏病 陰血耗竭病	-	1(1.5)	-	1(0.6)	
	太陽人 表病 解衄病	-	-	-	-	
	太陽人 裏病 噎膈病	-	-	-	-	
	Acupuncture	少陰人病	-	3(4.4)	-	3(1.7)
		少陽人病	-	-	-	-
		太陰人病	-	5(7.4)	-	5(2.8)
		太陽人病	-	-	-	-
	<u>Oriental treatment II</u>	解表法(發散·汗法)	-	-	1(4.2)	1(0.6)
		理氣法(行氣·順氣·調氣)	-	-	14(58.4)	14(7.9)
疏風法(祛風·息風)		-	-	9(37.5)	9(5.1)	
祛痰法(治痰·豁痰·化痰)		-	-	4(16.7)	4(2.2)	
祛濕法(利濕·燥濕·利濕·滲濕·利水·勝濕)		-	-	2(8.3)	2(1.1)	
活血法(活血祛瘀·活血化癥)		-	-	-	-	
開竅法		-	-	2(8.3)	2(1.1)	
安神法		-	-	2(8.3)	2(1.1)	
清法(清熱·泄熱·瀉火)		-	-	20(83.3)	20(11.2)	
下法(瀉下)		-	-	7(29.2)	7(3.9)	
溫法(溫中·溫經·回陽·溫陽)		-	-	-	-	
補法(補益·補氣·補血·補陽·補陰)		-	-	1(4.2)	1(0.6)	
固澀法(固表止汗·固脫)		-	-	-	-	
其他	-	-	-	-		
Acupuncture	體鍼療法(一般針療法)	-	-	24(100.0)	24(13.5)	
	藥針療法	-	-	23(95.8)	23(12.9)	
	耳針療法	-	-	2(8.3)	2(1.1)	
	頭針療法	-	-	-	-	
	皮內針療法	-	-	1(4.2)	1(0.6)	
	電針療法	-	-	3(12.5)	3(1.7)	
	其他	-	-	-	-	
灸治療 附屬治療		-	-	4(16.7)	4(2.2)	
		-	-	7(29.2)	7(3.9)	

W양방병원에 비해 S한방병원과 H협진병원에서 호전도가 높았으나, 세 의료기관간에 차이는 없었다(Table 7).

다) 환자만족도의 비교
입원 2주째 측정된 전체 뇌혈관질환 환자들의 환자만족도는 Table 8과 같

다. W양방병원, S한방병원 및 H협진병원의 설문지 완성률은 각각 7.0%(6명), 76.5%(52명), 그리고 62.5%(15명)였

Table 7. Degree of Improvement in Stroke Pattern Identification Score

	W Hospital	S Hospital	H Hospital	p-value
DSPIS2 [†]	20.97(±12.78)	11.09(±20.24)	10.24(±11.78)	0.000
DSPIS6 [‡]	9.33(±5.86)	15.70(±10.11)	18.31(±10.67)	0.345

[†] the difference in total score of stroke pattern identification model between admission and 2nd week after admission

[‡] the difference in total score of stroke pattern identification model between admission and 6th week after admission

Table 8. Degree of Patient Satisfaction at Second Week during Admission

Variables (No.*)	W hospital (n=6)	S hospital (n=52)	H hospital (n=15)	p-value
Subtotal ① (11)	21.00(±5.90)	27.87(±7.40)	27.87(±7.40)	.087
Subtotal ② (11)	15.83±(6.82)	16.83(±10.07)	24.73(±11.80)	.031
Subtotal ③ (9)	19.00(±5.55)	18.79(±7.08)	21.00(±5.22)	.526
Total	55.83(±15.60)	58.48(±21.43)	73.60(±68.48)	.050

* Number of questionnaire category

① Questions for admission process

② Questions for treatment I including explanation

③ Others

Table 9. Degree of Patient Satisfaction at Discharge

Variables (No.*)	W hospital n=61	S hospital n=53	H hospital n=23	p-value
Subtotal ① (9)	18.37(±5.29)	20.83(±7.28)	23.48(±5.16)	.003
Subtotal ② (2)	4.26(±1.54)	3.89(±2.10)	5.30(±1.61)	.008
Subtotal ③ (2)	3.49(±1.59)	2.51(±1.51)	3.61(±1.83)	.002
Subtotal ④ (8)	16.44(±4.26)	15.91(±6.45)	18.30(±4.77)	.192
Total	42.57(±10.87)	43.13(±14.23)	50.70(±9.79)	.020

*Number of questionnaire category

① Questions for admission process

② Questions for treatment II including explanation

③ Appropriateness of charge for provided medical services

④ Others

다. 이중 W양방병원의 설문지 완성률이 다른 의료기관에 비해 매우 낮은 이유는 신경과 입원 환자의 평균재원기간이 12일 이내로 조기 퇴원하거나 재활 의학과 등으로의 전과율이 높아 퇴원시의 만족도 설문과 중복되어 누락되었기 때문이다. 주요 결과를 보면, 전반적인

만족도는 3개 의료기관중 H협진병원(평균 73.6점)에서 가장 높았다. 특히 3개의 중항목중 입원진료 과정에 대한 설명 정도는 통계적으로 유의하게 H협진병원이 높았다. 이는 2차 의료기관의 특성과 양한방 협진에 대한 기대감이 반영된 결과로 판단된다.

퇴원시 환자만족도 설문지의 완성률은 입원 2주째와는 달리 W양방병원, S한방병원 및 H협진병원에서 각각 70.9%(61명), 77.9%(53명), 그리고 95.8%(23명)로 높아졌다. 그 결과를 보면, 입원 2주째 만족도의 경향과 유사하게 전반적인 만족도는 3개 의료기관중 H협진병원(평균 50.7)이 유의하게 높았다. 4개의 중항목중 입원진료 과정에 대한 설명 정도와 진단검사의 필요성 및 결과에 대한 설명 정도는 H협진병원이, 진료비 만족도는 H협진병원과 W양방병원이 유의하게 높았다(Table 9).

2) 다중회귀분석 결과

가) Modified NIH 점수

입원 2주째의 modified NIH 점수 호전도를 종속변수로 한 회귀분석의 결과(Table 10)를 보면, 환자의 개인적 특성(회귀식 2), 환자의 과거력(회귀식 3), 뇌졸중의 유형(회귀식 4) 및 의료기관의 유형과 입원시 중증도의 상호작용(회귀식 5)을 순차적으로 투입한 회귀모형에서 modified NIH 점수 호전도에 대한 설명력이 점차 유의하게 증가되었다. 최종모형인 회귀식 5에서 선정된 독립변수들의 효과를 보정하면, 입원 2주째에 W양방병원이 S한방병원에 비해 신경학적 기능의 개선이 유의하게 컸으며, H한방병원과 W양방병원간에는 유의한 차이를 보이지 않았다.

퇴원시의 modified NIH 점수 호전도를 종속변수로 한 회귀분석의 결과는 다음과 같다(Table 11). 의료기관 유형, 환자의 개인적 특성, 환자의 과거력, 뇌졸중의 유형 및 의료기관의 유형과 입원시 중증도의 상호작용을 순차적으로 투입한 회귀모형에서 modified NIH 점수 호전도에 대한 설명력이 점차 유의하게 증가되었다. 최종모형인 회귀식

Table 10. The Results of Hierarchical Multiple Regression, Degree of Improvement in Modified NIH Score at the Second Week during Admission as a Dependent Variable

Independent variables	Reg. Equation1		Reg. Equation2		Reg. Equation3		Reg. Equation4		Reg. Equation5	
	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value
Type of hospital1(S/W)	0.038	0.753	0.047	0.695	0.066	0.629	-0.210	0.101	-0.651	0.001
Type of hospital2(H/W)	-0.106	0.365	-0.132	0.275	-0.168	0.210	-0.159	0.159	-0.168	0.334
Age(years)			-0.143	0.207	-0.129	0.279	-0.160	0.098	-0.098	0.293
Sex(female/male)			0.057	0.614	0.079	0.527	-0.000	0.999	-0.013	0.886
Constitution1(So-yang/Tae-eum)			-0.151	0.223	-0.157	0.217	-0.024	0.819	0.000	0.996
Constitution2(So-eum/Tae-eum)			-0.121	0.321	-0.100	0.451	-0.083	0.439	-0.301	0.764
Risk factors1(past history)					0.002	0.991	-0.010	0.930	-0.017	0.871
Risk factors2(family history)					0.082	0.474	0.098	0.325	0.077	0.420
Risk factors3(medication history)					-0.081	0.537	-0.090	0.400	-0.102	0.316
Associated conditions (yes/no)					-0.145	0.249	-0.186	0.073	-0.183	0.066
Type of stroke1(embolic/lacune)							-0.028	0.801	0.026	0.808
Type of stroke2(atheromatous/lacune)							-0.186	0.080	-0.209	0.041
Type of stroke3(undetermined/lacune)							0.025	0.795	0.524	0.602
Initial severity(NIH score at admission)							0.664	0.000	0.389	0.010
Interval(hours) [†]							-0.034	0.724	-0.025	0.792
Initial severity*Type of hosp1									0.649	0.004
Initial severity*Type of hosp2									0.068	0.946
Constant	3.250	0.008	11.375	0.050	10.158	0.101	6.827	0.192	7.295	0.179
R ²	0.016		0.055		0.088		0.464		0.530	
F ratio for R ² change	0.665	0.517	0.837	0.040	0.684	0.033	12.587	0.000	4.852	0.011

* standardized regression coefficient, [†] interval between attack of stroke and arrival at hospital

6에서 선정된 독립변수들의 효과를 보정하면, 입원 2주째의 다중회귀분석 결과와 동일하게 퇴원시에도 W양방병원이 S한방병원에 비해 신경학적 기능의 개선이 유의하게 컸으며, H한방병원과 W양방병원간에는 유의한 차이를 보이지 않았다.

나) 변증모형점수

입원 2주째의 변증모형점수 호전도를 종속변수로 한 회귀분석의 결과는 표 12와 같다. 의료기관 유형, 환자의 개인적 특성, 환자의 과거력, 뇌졸중의 유형과 입원시 증증도를 순차적으로 투입한 결과, 회귀식 4에서 변증모형점수 호전도에 대한 설명력이 가장 컸다. 이 모형에 의하면, 입원 2주째 변증모형점수의 호전도는 W양방병원이 S한방병원과 H협진병원에 비해 유의하게 컸다.

다) 환자만족도

입원 2주째 및 퇴원시의 만족도를 각

각 종속변수로 한 회귀분석의 결과는 다음과 같다(Table 13, Table 14). 의료기관 유형만을 독립변수로 투입한 모형 뿐만 아니라 다른 독립변수군을 추가 투입하여도 입원 2주째 만족도에 대한 모형은 모두가 적합성이 없었다. 또한 퇴원시의 만족도에 대한 모든 회귀모형도 적합성이 없었다. 따라서 입원 2주째와 퇴원시의 만족도 관련 최종모형인 회귀식 3과 회귀식 4에서 선정된 독립변수들의 효과를 보정하면, 입원 2주째, 퇴원시 모두 세 연구대상 병원의 환자 만족도에 유의한 차이가 없었다.

IV. 考察 및 結論

뇌혈관질환(cerebrovascular disease)이란 뇌조직의 허혈(ischemia), 경색(infarction), 출혈(hemorrhage)등의 상태를 초래하는 모든 병적 변화를 일으키며, 임상적으로 갑자기 발병하는 발작성이 아닌 국소 신경학적 이상

(sudden onset of nonconvulsive focal neurological deficits)을 가리킨다.

韓醫學에서는 中風의 범주에 속하며 증풍은 暴仆, 卒暴僵仆, 不知人, 不省人事, 昏倒, 昏不知人, 精神蒙昧 등 갑작스런 意識障礙, 偏枯, 四肢不舉, 手足半身不遂, 口眼窩斜 등 運動障礙, 舌強不語, 暴瘡, 言語蹇澀 등의 언어장애를 특징으로 하는 병증을 말하며, 뇌졸중과 유사한 개념으로 인식하고 있으나 증풍은 중추신경계 질환을 포괄하는 보다 넓은 개념이라 할 수 있다.

뇌혈관질환은 그 치료효과나 증상 개선 정도를 객관화할 수 있는 지표가 다양하게 개발되어 있지만, 그러한 지표의 다양성은 역으로 만족스러운 지표가 개발되어 있지 않다는 것을 반증한다. 가장 많이 이용되고 있는 modified NIH 척도의 경우에도 여러 연구자들이 타당성과 신뢰성에 의문을 제기하고 있다^{23, 25, 28-29}. 선정된 modified NIH 척도는 National Institute of Health(NIH)에

Table 11. The Results of Hierarchical Multiple Regression, Degree of Improvement in Modified NIH Score at Discharge as a Dependent Variable

Independent variables	Reg. Equation1		Reg. Equation2		Reg. Equation3		Reg. Equation4		Reg. Equation5		Reg. Equation6	
	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value
Type of hospital1(S/W)	0.240	0.026	0.264	0.016	0.320	0.011	0.008	0.939	0.070	0.511	-0.600	0.000
Type of hospital2(H/W)	0.054	0.609	0.058	0.592	0.096	0.426	0.050	0.610	0.159	0.141	-0.085	0.502
Age(years)			-0.096	0.352	-0.096	0.371	-0.183	0.031	-0.194	0.021	-0.147	0.045
Sex(female/male)			-0.065	0.528	-0.074	0.501	-0.041	0.636	-0.065	0.463	-0.089	0.242
Constitution1(So-yang/Tae-eum)			-0.208	0.057	-0.201	0.071	-0.081	0.349	-0.095	0.260	-0.024	0.758
Constitution2(So-eum/Tae-eum)			-0.097	0.374	-0.057	0.623	-0.055	0.541	-0.071	0.433	-0.022	0.779
Risk factors1(past history)					0.142	0.240	0.057	0.562	0.058	0.549	-0.046	0.586
Risk factors2(family history)					0.054	0.622	0.052	0.551	0.021	0.804	-0.020	0.793
Risk factors3(medication history)					-0.046	0.706	-0.009	0.928	0.020	0.834	0.016	0.841
Associated conditions (yes/no)					-0.054	0.626	-0.092	0.292	-0.064	0.461	-0.087	0.248
Type of stroke1(embolic/lacune)							-0.046	0.622	-0.017	0.851	0.053	0.510
Type of stroke2(atheromatous/lacune)							-0.101	0.266	-0.023	0.806	-0.033	0.689
Type of stroke3(undetermined/lacune)							0.067	0.448	0.024	0.789	0.055	0.474
Initial severity(NIH score at admission)							0.697	0.000	0.698	0.000	0.241	0.037
Interval(hours) [†]							-0.046	0.591	-0.059	0.479	-0.085	0.255
Admission cost(₩1,000,000)									-0.217	0.017	-0.186	0.018
No. of complications									0.069	0.439	0.125	0.109
Initial severity*Type of hosp1											0.974	0.000
Initial severity*Type of hosp2											0.299	0.015
Constant	2.652	0.017	9.151	0.071	6.664	0.223	6.651	0.145	8.309	0.067	10.634	0.008
R ²	0.051		0.103		0.123		0.521		0.554		0.678	
F ratio for R ² change	2.607	0.079	1.354	0.256	0.501	0.735	13.963	0.000	3.073	0.052	15.389	0.000

* standardized regression coefficient, † interval between attack of stroke and arrival at hospital

Table 12. The Results of Hierarchical Multiple Regression, Degree of Improvement in Score of Stroke Pattern Identification at Second Week during Admission as a Dependent Variable

Independent variables	Reg. Equation1		Reg. Equation2		Reg. Equation3		Reg. Equation4	
	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value
Type of hospital1(S/W)	-0.336	0.001	-0.324	0.001	-0.434	0.000	-0.410	0.000
Type of hospital2(H/W)	-0.304	0.002	-0.326	0.001	-0.380	0.000	-0.282	0.001
Age(years)			0.177	0.050	0.180	0.053	-0.023	0.766
Sex(female/male)			-0.017	0.854	0.002	0.982	0.069	0.344
Constitution1(So-yang/Tae-eum)			-0.132	0.174	-0.134	0.174	-0.123	0.110
Constitution2(So-eum/Tae-eum)			-0.111	0.258	-0.075	0.460	-0.081	0.310
Risk factors1(past history)					0.091	0.366	-0.057	0.494
Risk factors2(family history)					-0.078	0.403	-0.050	0.498
Risk factors3(medication history)					-0.229	0.033	-0.111	0.197
Associated conditions (yes/no)					0.022	0.819	-0.044	0.559
Type of stroke1(embolic/lacune)							0.047	0.567
Type of stroke2(atheromatous/lacune)							-0.113	0.162
Type of stroke3(undetermined/lacune)							0.018	0.804
Initial severity(NIH score at admission)							0.630	0.000
Interval(hours) [†]							-0.035	0.626
Constant	19.872	0.000	8.423	0.233	10.724	0.152	4.891	0.449
R ²	0.126		0.172		0.215		0.556	
F ratio for R ² change	8.061	0.001	1.513	0.203	1.426	0.231	15.175	0.000

* standardized regression coefficient, † interval between attack of stroke and arrival at hospital

서 뇌졸중 환자의 신경학적 기능을 측정하기 위해 개발한 지표를 보완한 것으로서 의식수준, 기본적인 운동능력과 감각수준을 측정하는 총 19개의 문항으로 구성되어 있으며, 총점은 0점에서 69점까지로서 점수가 높을수록 신경학적 기

Table 13. The Results of Hierarchical Multiple Regression, Satisfaction Score at Second Week during Admission as a Dependent Variable

Independent variables	Reg. Equation1		Reg. Equation2		Reg. Equation3	
	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value
Type of hospital1(S/W)	0.108	0.650	0.134	0.596	0.103	0.687
Type of hospital2(H/W)	0.374	0.119	0.408	0.113	0.403	0.119
Age(years)			-0.099	0.546	-0.066	0.696
Sex(female/male)			0.039	0.817	0.023	0.894
NIH score at the 2nd week					0.141	0.365
Constant	56.000	0.000	67.812	0.004	63.528	0.008
R ²	0.088		0.096		0.114	
F ratio for R ² change	2.111	0.133	0.186	0.831	0.839	0.365

* standardized regression coefficient

Table 14. The Results of Hierarchical Multiple Regression, Satisfaction Score at Discharge as a Dependent Variable

Independent variables	Reg. Equation1		Reg. Equation2		Reg. Equation3		Reg. Equation4	
	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value	SRC*	p-value
Type of hospital1(S/W)	-0.053	0.712	-0.086	0.556	-0.027	0.857	0.019	0.904
Type of hospital2(H/W)	0.224	0.126	0.184	0.222	0.209	0.162	0.198	0.245
Age(years)			-0.187	0.189	-0.212	0.133	-0.169	0.279
Sex(female/male)			0.212	0.150	0.199	0.170	0.205	0.167
NIH score at discharge					-0.225	0.095	-0.228	0.092
Income(/100,000won)							0.133	0.391
Admission cost(cost-sharing) (/1,000,000)							-0.256	0.106
No. of complications							-0.116	0.461
Constant	44.130	0.000	56.545	0.000	59.662	0.000	59.217	0.000
R ²	0.063		0.111		0.158		0.211	
F ratio for R ² change	1.853	0.166	1.435	0.247	2.900	0.095	1.084	0.365

* standardized regression coefficient

능 수준이 낮다고 평가한다. 변증점수 척도¹²는 중국에서 개발된 척도로서 원래는 각 변증별로 유형을 파악하여 질병의 경과를 평가하고 치료 지침을 마련하기 위하여 개발된 도구이나, 본 연구에서는 전체 변증유형별 점수의 합을 경중도(輕重度)의 변화지표로 이용하였다. 즉, 점수가 높을수록 중증도가 심한 것이고, 낮을수록 질병의 중증도가 낮다고 평가하였다.

입원시의 중증도는 지역 차이를 반영하는 것일 수 있다. 즉 H협진병원이 소재한 서울의 경우 3차병원과 종합병원이 다수 존재하고 있어 중증도가 높은 환자의 내원이 적은 반면, 강원도에 소

재한 W양방병원과 S한방병원의 경우에는 지역에 소재한 대형병원이 적어 중증도가 높은 환자가 초기에 내원하였을 가능성이 높다. 따라서 의료기관간의 비교를 위한 다변량분석시 초기의 중증도를 독립변수로 투입하여 이를 보정하였다. 또한 각 의료기관별로 뇌졸중 발생 후 입원까지의 소요시간과 초발환자 여부 등 입원환자의 특성에 차이가 있었으며 이러한 차이는 진료결과에 영향을 줄 수 있다. 이 점을 고려하여 다변량분석시에 이러한 특성의 영향을 통제하였으나, 통제분석을 통한 통제에는 한계가 있다. 따라서 향후 이와 유사한 연구를 진행할 때에는 확률할당시험

(randomized clinical trials)이 필요하다고 본다.

다변량분석에서 modified NIH 척도로 측정된 퇴원시까지의 증상 호전도가 W양방병원이 S한방병원에 비해 유의하게 높았던 것은 두 의료기관의 입원 치료 목표와 입원기간에 차이가 있기 때문인 것으로 판단된다. 즉, 양방병원의 경우 신경과의 입원치료 목표는 급성기 생명현상의 안정(stabilization of vital status)과 회복가능한 신경영역의 보존 및 복구에 있으며 이러한 치료목적이 달성되면 즉시 재활의학과로 전과하여 재활치료를 받는 것이 통상적인 치료의 과정이다^{20,21}. 반면에 한방병원에서의 뇌졸중 치료의 목표는 환자의 생명현상 안정 보다는 재활치료를 포함한 환자의 기능상 회복에 역점을 두기 때문이다. 그 반증으로 재원기간이 S한방병원에 비해 W양방병원이 유의하게 짧았다.

환자만족도 설문지의 완성률이 각 연구기관별로 70.9%~95.8%여서 이로 인해 선택편의(selection bias)가 개재되었을 가능성이 있다.

또한 협진병원의 병합치료와 양·한방 단독진료와는 비교하기 어려운 측면이 있다.

첫째, 양·한방 단독진료의 경우는 모두 대학병원으로 3차 의료기관에 해당되고 협진병원의 경우는 2차 의료기관에 해당되므로 의료기관의 중별(규모별) 차이에 따른 차이라고 볼 수도 있다. 그러나 이러한 문제는 현실적으로 우리나라에 동서의학의 협진을 시행할 수 있는 3차 의료기관이 드물기 때문에 극복할 수 없었다.

둘째, S한방병원의 경우에도 실제로는 양방에서 사용하는 진단도구와 치료 약제를 병용하고 있으며, 이러한 상황은

한방병원 대부분이 유사하리라 판단된다. 따라서 본 연구결과는 양방과 양·한방협진의 비교연구에 가깝다.

셋째, modified NIH 척도는 0점에서 5점을 경도, 6점에서 15점을 중등도, 16점이상을 중증도로 분류하는 데 세 의료기관에 내원한 환자들의 평균점수를 경증도로 구분해 볼 때 모두 중등도에 해당되는 정도였으며, 치료 후의 평균점수도 중등도에 속하였다.

세 의료기관의 연구진간에 연구방법에 대한 합의를 도출하고 그 경과를 수용하는 데는 무리가 없었으나, 합의된 측정도구를 실제에 적용하는 데는 무리가 있었다. 즉, 의사와 한의사 모두에게 숙달된 측정지표가 없어서 상호교육을 통하여 이를 보완하고자 하였으나, 관찰자간 오차가 개재되었을 가능성이 높으며 이 점은 이 연구의 커다란 제한점이다. 이러한 문제를 극복하려면 확률할당 시험을 시행하는 것이 가장 이상적이겠지만, 현실 여건상 한 의료기관에서 양방 단독, 한방 단독 혹은 양·한방 병합 치료를 수행할 수 없기 때문에 이를 적용할 수 없었다.

연구결과를 종합해 보면, 세 의료기관의 진료결과중 환자 만족도에는 유의한 차이가 없었으나, 입원 2주째와 퇴원시 모두 modified NIH 점수와 변증모형점수에 의한 증상 호전도는 W양방병원이 S한방병원에 비해 신경학적 기능의 개선이 유의하게 컸으며, H한방병원과 W양방병원간에는 유의한 차이를 보이지 않았다. 반면에 입원 2주째 변증모형점수에 의한 증상 호전도는 W양방병원이 S한방병원과 H협진병원에 비해 유의하게 컸다. 이는 연구시작 전에 기대하였던 바와 다른 결과이나, 이 연구의 방법론상 제한점을 감안한다면 결과 해석에 신중을 기여하여야 할 것으로 생각한다. 이

연구는 연구결과 자체보다는 우리나라의 한의학계와 양의학계에서 서로 협동하여 임상연구를 진행하였다는 데에 더 큰 의미를 두어야 할 것으로 생각되며, 향후 좀 더 보완된 연구방법에 의한 연구들이 수행되어야 할 것으로 보여진다.

우리나라에서 최근 급속히 증가하고 있는 뇌혈관질환을 대상으로 동서의학간 두 학문의 특징과 한계를 극복, 서로 경쟁이 아닌 협진체계의 한 방안으로 협진 진료프로토콜을 구축, 적용해 본바, 이런 연구모형을 다른 지역이나 의료기관에서도 임상시험 형태(multicenter clinical trials)로 시행해 볼 것을 제안한다. 관련 연구결과들이 보다 많이 축적되어 증거 중심의 접근(evidence-based approach)이 시도되어야지 만이 현재 의사나 한의사 어느 한쪽만의 주도하에 시행되어 온 양방치료 또는 한방치료로 인한 국가의 차원에서 손실(중복진료로 인한 국민의료비의 낭비, 적절한 진료시기의 지연 등)을 줄여 나갈 수 있다.

이 연구는 우리나라에서 운용되고 있는 동서의학의 두 학문이 보유하고 있는 장점들을 최대한 수렴하여 제공된 의로서비스의 질적 제고를 위한 동서의학 교류 방안의 기초 자료가 될 것으로 기대한다.

V. 感謝의 글

기존의 현실적 한계를 뛰어 넘어 새로운 시도의 임상연구를 장기간에 걸쳐 진행한다는 것은 보이지 않는 수고와 헌신이 반드시 동반하게 된다. 특히 연구방법론의 차이 등을 포함한 다양한 어려움 속에서도 대상 진료과로 선정되어 등 기간동안 공동연구에 참여하여 주신 모든 뇌혈관질환 환자들 뿐만 아

니라 연세대학교 원주의과대학 신경과 학교실, 상지대학교 한의과대학 체질의학과 및 하나한방병원의 전공의 선생님 들께 진심으로 감사사를 드린다.

參考文獻

1. 김수춘, 김은주. 21세기를 향한 보건의료 정책과제. 한국보건의사회연구원, 1994
2. 김용익, 김창엽, 김윤. 청장년 의사들의 의료제도 및 대한의학협회에 대한 의견 조사. 대 한의학협회/서울대학교 의과대학 의료관리학교실, 1994
3. 권오주. 의료영역과 한방의료영역. 대한의사협회지 1996;39(2):124-9
4. 정근식. 일제하의 서양의료체계의 해체모니 형성과 동서의학 논쟁. 한국사회사학회 1996; 제50집: 270-305
5. 전세일. 동서의학의 공통점과 차이점. 대한의사협회지 1997;40(3):276-82
6. 지재근. 동서의학 연구의 접점. 대한의사협회지 1997;40(3):288-90
7. 정태호. 동서의학 교육의 접점. 대한의사협회지 1997;40(3):291-7
8. 최영길. 동서의학 임상 접점. 대한의사협회지 1997;40(3):298-303
9. 손태용, 오희철. 의과대학과 한의과대학의 교육내용 비교 분석. 한국의학교육 1998;10(2) :337-50
10. 안일희, 김동용. 증풍초기에 응용되는 疏風湯에 대한 동서의학적 고찰. 대한한의학회지 1992;13(2):253-8
11. 김인섭. Urokinase와 동의학적요법으로 동서치료한 허혈성뇌졸중 환자 56례에 대한 임상적연구. 대한한의학회지 1994;15(2):46-91
12. 김세길. 풍의 병리적 의미규명과 증풍의 원인 및 치료에 대한 동서의학적 비교. 대한한 의학회지 1995;16(1):96-117
13. 윤상협, 류재환. 하수오가곽정기산과 Fenofibrate와의 병용치료가 뇌졸중 환자의 고지 혈중에 미치는 영향. 경희의학 1995;11:93-104
14. 박종구, 김춘배, 최서영, 김달래, 전세일, 이선동 등. 보완 대체의학에 대한 이론 - 세계의 동향과 보건정책적 시사-. 보건행정학회지 2000;10(1):1-30
15. Bensoussan A, Talley NJ, Hing M, Menzies R, Guo A, Ngu M. Treatment of Irritable Bowel Syndrome with

Chinese Herbal Medicine: A Randomized Controlled Trial. JAMA 1998; 280(18):1585-9

16. Bove G, Nilsson N. Spinal Manipulation in the Treatment of Episodic Tension-Type Headache: A Randomized Controlled Trial. JAMA 1998; 280(18):1576-9

17. Cardini F, Weixin H. Moxibustion for Correction of Breech Presentation: A Randomized Controlled Trial. JAMA 1998;280(18):1580-4

18. Garfinkel MS, Singhal A, Katz WA, Allan DA, Reshetar R, Schumacher R. Yoga-Based Intervention for Carpal Tunnel Syndrome. A Randomized Controlled Trial. JAMA 1998;280(18): 1601-3

19. Heymsfield SB, Allison DB, Vasselli JR, Pietrobelli A, Greenfield D, Nunez C. Garcinia cambogia (Hydroxycitric Acid) as a Potential Antiobesity Agent: A Randomized Controlled Trial. JAMA 1998;280(18):1596-1600

20. Shlay JC, Chaloner K, Max MB, Flaws B, Reichelderfer P, Wentworth D, et al. Acupuncture and Amitriptyline for Pain Due to HIV-Related Peripheral Neuropathy: A Randomized Controlled Trial. JAMA 1998;280(18): 1590-5

21. 이수일. 보건의료기본법: 보건 의약관계 법규(保健醫療基本法). 계축문화사, 서울, 2000; 349-354

22. 통계청. 1998년 사망원인통계연보(인구 동태신고에 의한 집계). 1999

23. Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH stroke scale. ArchNeuro 1989;46(6):660-2

24. 서정규. 뇌혈관질환의 진단과 치료방침. 대한의학협회지 1990;33(8):850-8

25. 박영춘. 뇌졸중의 진단과 치료. 대한의학 협회지 1991;34(12):1277-81

26. 박은철, 김한중, 홍영재, 조우현, 손명세, 임승정 등. 백내장 수술환자 진료결과들 간의 관계-사전 연구를 중심으로 -. 한국 의료QA학회지 1998;5(1):106-18

27. 박은철, 홍영재, 임승정, 강형곤, 최윤정, 김한중 등. 백내장 수술환자의 진료결과 에 미치는 요인-사전 연구를 중심으로 -. 한국의료QA학회지 1998;5(1):120-7

28. Adams HP, Brott TG, Furlan AJ, Gomez CR, Grotta J, Helgason CM, et al. Guidelines for Thrombolytic Therapy for Acute Stroke: A Supplement to the Guidelines for the Management of Patients with Acute Ischemic Stroke. Stroke 1996;27:1711-8

29. 오희라. 급성기 뇌졸중 환자의 기능도회 복에 대한 임상적 고찰-MBI, MAS를 이용하여-.상지대학교 석사학위논문 1997

30. 최선미, 김연희, 조은수. 농촌지역 재가 뇌 졸중 환자의 재활상태와 욕구에 관한 조 사. 대한재활의학회지 1991;15(2):67-73

31. Gresham GE, Duncan PW, Stason WB, Adams HP, Adelman AM, Alexander DN, et al. Clinical Practice Guideline Number 16: Post-stroke rehabilitation. U.S. Department of Health and Human Services (AHCPR Publication No. 95-0662), 1995

32. 김영석, 임상중풍학, 서원당; 서울; 1997, p.303, p.308, pp.311-312