

## 일부 양·한방 병원에 입원한 뇌혈관질환 환자의 특성 비교

고흥 제일병원<sup>1)</sup>, 조선대학교 의과대학 예방의학교실<sup>2)</sup>  
유대진<sup>1)</sup>, 류소연<sup>2)\*</sup>, 박 종<sup>2)</sup>, 김기순<sup>2)</sup>

### A Comparison on the Characteristics of Cerebrovascular Disease Patients Admitted to Some Western and Oriental Hospitals

Dae-Jin Yu<sup>1)</sup>, So-Yeon Ryu<sup>2)\*</sup>, Jong Park<sup>2)</sup>, Ki-Soon Kim<sup>2)</sup>  
*Goheung Jaeil Hospital<sup>1)</sup>, Department of Preventive Medicine, College of Medicine,  
Chosun University<sup>2)</sup>*

#### = ABSTRACT =

Cerebrovascular disease(CVD) is one of the major causes of death in Korea as well as most countries in the world and the disease gives great burden to humans socio-economically due to its high fatality and common occurrence of disability as the sequelae.

This study was performed to investigate the utilization of western hospital(WH) or oriental hospital(OH) due to CVD and compare the type and the clinical characteristics of patients with CVD between WH and OH located in Kwangju City, Chonnam Province and Chonbuk Province. We reviewed the medical records of 1,070 patients who were discharged from 12 WH and 6 OH from January to March, 2000 and confirmed for the diagnosis of CVD.

Fifty-one percent of the subjects were treated at WH and forty-nine percent at OH. Females were more prevalent than males. As well, the most common age group among these subjects was found to be 70 years and older. About 92% in WH and 80% in OH received brain imaging diagnostic procedures such as CT or MRI. The cerebral infarction was the most common type of CVD when compared by the kind of utilized hospitals, sex, age group except patient

Group who was treated at WH and whose age was lower than 50 years old. The cerebral hemorrhage was more frequent than cerebral infarction among this group. The proportion of cerebral hemorrhage was decreasing and that of cerebral infarction was increasing with age. The most common clinical manifestations of undetermined type of CVD was paralysis of lower extremity in WH and paralysis of upper extremity in OH. In cerebral hemorrhage loss of consciousness in WH and dysarthria in OH were most frequently manifested, while in the case of cerebral infarction hemiplegia in WH and dysarthria in OH were the most common complaints. The interval from the

\* 교신저자: 광주광역시 동구 서석동 375, 전화: 062-220-3643, E-mail: canrsy@mail.chosun.ac.kr

## 2 일부 양·한방 병원에 입원한 뇌혈관질환 환자의 특성 비교

onset of disease to admission to the hospital was 5.5 days in WH and 31.4 days in OH and the difference was statistically significant. Average admission duration of patients at OH was longer than WH, but it was not statistically significant.

In conclusion these results suggest that the effort for systematic and efficient management of CVD patients was necessary for close co-operation and role arrangement between WH and OH considering the positive and negative points of western and oriental medicines.

**KEY WORDS:** Cerebrovascular disease, Western hospital, Oriental hospital

### 서 론

뇌혈관질환은 전세계적으로 암, 심장질환과 더불어 3대 사망원인의 하나이다(Murray와 Lopez, 1997). 우리 나라의 경우, 주요 사망원인이 1970년대에 감염성 질환에서 비감염성 질환으로 바뀌어 심혈관계 질환으로 인한 사망은 점차 증가하였으며(김일순, 1995), 1999년도 주요 사망원인별 사망률을 보면 남, 여 모두에서 뇌혈관질환으로 인한 사망률이 가장 높고, 심장질환, 운수 사고, 위암 등의 순이었다(통계청, 2000). 뇌혈관질환은 높은 치명률 뿐만 아니라, 비록 사망하지 않더라도 소수만이 사회생활로 복귀가 가능할 정도로 회복되고, 생존자의 삼분의 일 이상이 그들의 일상 생활에 있어 타인에 의존하지 않으면 안되는 심각한 신경학적 장애를 남긴다(Warlow, 1998; O'Mahony 등, 1999). 또한 치료 및 재활에 있어서도 많은 의료비가 소모될 뿐만 아니라(Talyor 등, 1996), 사회나 가정에 책임이 큰 40대에서 60대에 대부분 발생하기 때문에 사회적 경제적 측면에서도 손실이 매우 크다(이원희와 김정순, 1981).

최근 우리 나라에서도 뇌혈관질환의 재활 치료에 대한 관심의 증가로 대학병원을 중심으로 높은 이용률을 보이고 있으나 대부분의 뇌졸중 환자들은 한방치로나 여러 형의 민간요법을 선호하

고 있다(김인복, 1986). 한편 의료보험의 확대 실시와 더불어 의료수혜자의 한방에 대한 인식이 변화되고, 1987년 한방의료보험이 적용되면서 국가적 차원의 정책적 반영과 더불어 국민의 한방 이용률이 급격히 증가되고 있다(최용민, 1988). 이는 뇌혈관질환이 만성적인 경과를 밟는다는 점과 급성기 이후의 뇌혈관질환의 치료는 양방을 이용하는 것보다 한방에서 치료받는 것이 더 효과적일 것이라는 국민들의 인식도 함께 하는 현상이리라 여겨진다.

현재 우리 나라는 서양의학에 의한 양방의료와 한의학에 바탕을 둔 한방진료를 모두 인정하는 이원화 의료체도를 취하고 있는데 한의학과 서양의학은 그 발달에 있어서 역사적 배경을 달리하고 있기 때문에 학문적으로 차이점이 있다고 본다(김현재, 1981; 김재형, 1988; 김영숙, 1995). 현대의학은 서양의학과 동양의학 각각의 특징과 장점에 주목하여 인체 보건 향상에 기여하는 방향으로 발전해 가야하며, 이를 위해 양·한방 의료가 긴밀 협조하여 환자의 전체 반응을 중요시 해, 국소의 병리변화에 대한 상호 교류를 통해 하나의 일치된 진단기준과 병의 분류 및 방법을 형성하게 된다면 의학발전에 지대한 영향을 미칠 것이며(남궁인, 1989), 일반 국민에게도 의료 수혜의 질과 폭을 넓게 하여 보다 높은 진료서비스를 제공할 수 있을 것이다(김영숙, 1995).

현재 우리 나라에서 이루어지는 뇌혈관질환의 치료는 한의학, 양의학의 진료 특성에 맞게 각기 다른 방법으로 최선의 치료들 다하고 있는 상황이며, 뇌혈관질환 환자의 임상적 고찰과 연구에 대해서도 많이 발표되어진 바 있으나, 그 대상이 양방이나 한방의료기관 어느 한쪽으로만 치중되어 있었고, 양·한방 진료 양상이 비교에 대체서는 미비한 상태이다.

이에 본 연구는 광주, 전남·북 지역에 소재하고 있는 양방병원과 한방병원 중 국가 심혈관 감시체계 수립을 위해 시범병원으로 무작위 추출된 일부 병원들에서 뇌혈관질환으로 입원, 치료 후 퇴원하였던 환자들의 의무기록을 조사하여, 뇌혈관질환으로 인한 의료기관 이용 실태를 알아보고, 양·한방병원에 입원하는 뇌혈관질환의 병형의 분포와 각각의 임상적 양상을 비교하여 두 의학분야에서 치료를 받은 뇌혈관질환 환자의 특성을 파악하고, 뇌혈관질환의 효과적인 관리를 위해 양·한방 협력체계 구축의 가능성과 필요성 제시를 위한 기초자료를 제공하고자 실시하였다

## 대상 및 방법

### 1. 연구 대상

연구대상은 표본으로 선정된 참여병원에서 2000년 1월 1일부터 3월 31일까지의 기간동안 입원, 치료 후 퇴원한 환자들 중 퇴원시 진단명 중 주상병명 또는 부상병명에 뇌혈관질환(I60-I68)이 포함되어 있는 사람들을 매월 1회씩 연구자에게 보고하도록 하였고, 이들을 최초 연구대상자로 하였다.

표본 병원은 국가 심혈관질환 감시체계 구축을 위한 시범사업을 위해 전국의 병원을 병원 종류(종합병원, 병원, 한방병원), 병상규모, 지역에 따라 층화하여 무작위로 추출된 병원중 광주, 전남·북 지역에 소재한 양방병원 15개와 한방병원

6개를 선정하였다. 이들 병원을 연구자가 방문하여 연구의 목적과 선정 경위 등을 설명하고 협조의의를 한 결과 참여하기로 동의한 병원이 양방병원 12개와 한방병원 6개이었다.

표본 병원으로부터 연구 기간동안에 뇌혈관질환으로 입원, 치료 후 퇴원하였다고 보고된 환자는 1,232명이었으며, 연구자가 이들의 의무기록을 검토하고, 연구 시작 전에 미리 설정하였던 뇌혈관질환의 진단기준에 의해 뇌혈관질환으로 최종 판단된 1,070명을 분석대상으로 하였다.

### 2. 자료수집방법

본 연구에 필요한 정보를 얻은 과정은 다음과 같다. 먼저 표본 병원의 의무기록 담당자가 연구기간 동안에 해당 병원에서 뇌혈관질환으로 입원, 치료 후 퇴원한 환자들의 명단을 매월 말 연구자에게 보고하였다.

환자 명단이 확보되면 의무기록 조사를 위해 훈련받은 조사원이 이들의 의무기록을 조사하였다. 의무기록 조사에 이용한 조사 양식지는 국가 심혈관질환 감시체계 운영을 위한 시범사업에서 개발하여 사용한 조사표를 사용하였다. 조사표에 의해 조사된 내용은 성명, 주민등록번호, 주소 등의 일반적 특성과 주증상 및 발현 날짜, 내원 날짜, 입원 기간 등의 현재력, 뇌혈관질환의 과거력, 영상진단 검사 시행여부 및 결과, 두통, 의식상태 소실, 실어증 등의 주요 임상증상과 이차적 소견 및 이상이 나타난 신체의 부위 등이었다.

조사원이 조사한 의무기록에서 조사된 내용을 근거로 연구자가 표준화된 진단기준을 적용하여 뇌혈관질환의 진단을 확인하였다. 본 연구에서 사용한 진단기준은 뇌 전산화 단층촬영(Computerized Tomography, CT)이나 자기 공명 사진(Magnetic Resonance Imaging, MRI) 등의 영상진단에 의해 뇌혈관질환이 확인된 경우는 이를 이용하였으며, 영상진단에 의해 확인되지 않거나 검사

#### 4 일부 양·한방 병원에 입원한 뇌혈관질환 환자의 특성 비교

를 시행하지 않는 경우는 미네소타 뇌졸중 조사 연구의 진단기준을 적용하여 판단하였다(부록 참조). 본 연구의 분석대상자는 영상진단이나 미네소타 기준에 의해 뇌혈관질환으로 판단된 자들로 선정하였다.

### 3. 분석 방법

뇌혈관질환 진단기준에 의해 연구대상자로 선정된 1,070명을 대상으로 이들이 치료받은 의료기관인 양·한방 병원 종류에 따라 분류하여 환자들의 특성 및 질병의 분포, 질병의 특성을 비교하였고, 병형에 따른 양·한방 병원에서 입원, 치료 받은 질환의 임상적 특성을 비교하였다.

뇌혈관질환의 병형 분류는 영상진단 결과에 의해 뇌출혈, 뇌경색, 분류불명으로 구분하였고, 미네소타 진단기준에 의하면 뇌혈관질환이나 영상진단검사를 하지 않아 구분이 불가능한 경우를 분류불명으로 구분하였다.

이용한 통계학적 분석 방법은 카이제곱 검정과 t-검정을 이용하였다.

## 결 과

### 1. 연구대상자의 일반적 특성

전체 대상자 1,070명 중 양방병원에서 치료받은 환자는 546명이었고, 한방병원에서 치료받은 환자는 524명이었다.

성별 분포를 보면 양·한방 병원 모두에서 여자가 남자보다 많았으나 분포의 차이는 보이지 않았다. 환자의 연령분포를 보면 70세 이상인 경우가 양방병원 38.1%, 한방병원 37.2%로 가장 많았고, 60대인 경우는 양·한방 각각 35.0%와 36.6%로 60세 이상이 전체 대상자의 70% 이상을 차지하고 있었다. 평균 연령은 양방병원 환자는 65.0세, 한방병원 환자는 65.3세로 차이가 없었다.

뇌졸중 과거력이 있는 경우는 양방병원의 21.4%, 한방병원의 21.2%로 비슷하였으며, 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 연령별, 환자의 거주지별 분포 또한 양·한방병원에 따른 차이는 없었다. 연구대상 환자가 치료받는 병원 종류별로 분류한 결과 양방 치료 환자는 대학병원에서 치료받은 환자가 55.9%인데 비해 한방치료를 받은 자는 69.7%가 한의과 대학병원에서 치료를 받았으며, 이는 통계학적으로 유의하였다( $p < 0.01$ ) (표 1).

### 2. 뇌혈관질환의 병형 분포

연구대상자 중 양방병원 환자의 91.8%, 한방병원 환자의 79.8%가 뇌 영상진단을 시행하였다. 뇌 영상진단 결과 뇌경색이 양·한방 병원 각각 48.5%, 48.7%로 가장 많았고, 뇌실질내 출혈이 양방병원의 경우는 27.5%, 한방병원은 12.8%, 시주막하출혈은 양·한방 병원 각각 5.9%와 0.4%였다. 영상진단을 시행하였으나 결과가 정상이었던 경우는 양방병원은 4.4%, 한방병원은 14.3%로 양방병원과 한방병원의 뇌 영상진단 결과의 분포는 유의한 차이를 보였다( $p < 0.01$ ).

증상 및 징후를 이용한 미네소타 뇌졸중 조사 기준에 의하면 양방병원 환자의 84.4%, 한방병원은 96.0%가 뇌혈관질환으로 판정되었다.

뇌 영상진단 결과에 의해 뇌혈관질환의 병형을 분류한 결과 뇌출혈은 양방병원의 33.3%, 한방병원의 13.2%에 해당하였으며, 뇌경색은 각각 48.5%와 48.7%, 분류가 불가능한 경우는 각각 18.1%와 38.2%이었다(표 2).

성별에 따른 병형별 양·한방병원 환자의 분포를 보면 남자에서 뇌출혈로 양방병원 치료를 받은 경우는 27.1%이었으며, 한방병원에서 치료받은 경우는 11.5%이었다. 여자에서 뇌출혈의 경우 양방병원이 39.1%, 한방병원이 14.8%이었다. 남자에서 뇌경색의 비율이 양방병원 51.9%, 한방병원

표 1. 연구대상자의 일반적 특성

단위: 명(%)

변 수	구 분	양방병원	한방병원
성 별	남자	262( 48.0)	260( 49.6)
	여자	284( 52.0)	264( 50.4)
연 령(세)	≤ 49	59( 10.8)	39( 7.4)
	50 - 59	88( 16.1)	98( 18.7)
	60 - 69	191( 35.0)	192( 36.6)
	≥ 70	208( 38.1)	195( 37.2)
	평균±표준편차	65.0±12.0	65.4±10.9
뇌졸중 과거력 여부	있다	117( 21.4)	111( 21.2)
	없다	429( 78.6)	413( 78.8)
거 주 지	도시	298( 54.6)	265( 50.6)
	농촌	248( 45.4)	259( 49.4)
병 원 특 성*	대학병원	305( 55.9)	365( 69.7)
	일반병원	241( 44.1)	159( 30.3)
계		546(100.0)	524(100.0)

\* p<0.01.

표 2. 연구대상자들의 병형 분포

단위: 명(%)

변 수	구 분	양방병원	한방병원
뇌 영상진단 결과*	지주막하출혈	32( 5.9)	2( 0.4)
	뇌실질내 출혈	150( 27.5)	67( 12.8)
	뇌경색	265( 48.5)	255( 48.7)
	정상	24( 4.4)	75( 14.3)
	기타	30( 5.5)	19( 3.6)
	검사안함	45( 8.2)	106( 20.2)
미네소타 기준*	뇌졸중(-)	85( 15.6)	21( 4.0)
	뇌졸중(+)	461( 84.4)	503( 96.0)
뇌졸중 병형*	분류불명	99( 18.1)	200( 38.2)
	뇌출혈	182( 33.3)	69( 13.2)
	뇌경색	265( 48.5)	255( 48.7)
계		546(100.0)	524(100.0)

\* p<0.01.

6 일부 양·한방 병원에 입원한 뇌혈관질환 환자의 특성 비교

50.4%로 여자의 뇌경색 비율인 45.4%, 47.0% 보다 높았으며, 여자에서는 뇌출혈의 비율이 양·한방 각각 39.1%, 14.8%로 남자의 27.1%, 11.5% 보다 더 높았다. 성별에 따른 병형의 양·한방 병원의 분포는 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ( $p<0.01$ )(표 3).

연령별 병형 분포를 보면 모든 연령층에서 양·한방병원에 따른 병형 분포는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<0.01$ ). 양방병원에서 뇌출혈은 50세 미만의 55.9%로 가장 많았고, 연령이 증가함에 따라 50대, 60대, 70세 이상에서 각각 42.0%, 32.5%, 24.1%로 감소함을 알 수 있었다. 한방병원의 경우도 양방병원의 경우보다 비율은 낮았지만 같은 경향을 보여주었다. 뇌경색의 경우 양방병원에서는 뇌출혈의 경우와 반대로 연령이 증가함에 따라 50세 미만에서 30.5%, 50대에서 43.2%, 60대에서 50.2%, 70세 이상에서 54.3%로 증가하였으나, 한방병원의 경우는 50세 미만에서만 33.3%이고, 그 이상의 연령층에서는 50% 정도의 비율을 유지하였다(표 4).

3. 병형별 임상 증상 및 이학적 소견 분포  
분류가 불가능했던 병형에서 나타난 임상 증상

표 3. 성별에 따른 병형의 양·한방 병원 환자 분포

		단위: 명(%)	
성 별	병 형	양방병원	한방병원
남자*	분류불명	55( 21.0)	9( 38.1)
	뇌출혈	71( 27.1)	30( 11.5)
	뇌경색	136( 51.9)	131( 50.4)
소계		262(100.0)	260(100.0)
여자*	분류불명	44( 15.5)	101( 38.2)
	뇌출혈	111( 39.1)	39( 14.8)
	뇌경색	129( 45.4)	124( 47.0)
소계		284(100.0)	264(100.0)

\*  $p<0.01$ .

및 이학적 소견을 보면, 가장 많이 나타난 것은 양방병원의 경우 하지마비가 54.6%로 가장 많았고, 상지마비와 의식상태의 소실이 51.5%이었으며, 극심한 두통, 구음장애, 족부반사 이상, 불안정한 걸음 등의 순이었다. 한방병원의 경우는 상지마비의 경우가 77.5%로 가장 많았고, 하지마비, 구음장애, 극심한 두통, 족부반사 이상, 안면부위 이상, 불안정한 걸음 등의 순이었다(표 5).

뇌출혈의 경우는 양방병원에서는 의식상태의 소실이 가장 많았고, 상지마비, 하지마비, 두통, 구음장애, 안면부위 이상 등의 순이었고, 한방병원에서는 구음장애, 상·하지 마비, 족부반사 이상, 극심한 두통, 안면부위 이상 등의 순이었다(표 6).

뇌경색은 양방병원에서는 상·하지 마비, 구음장애, 의식상태의 소실, 극심한 두통, 족부반사 이상 등의 순이었고, 한방병원에서는 구음장애, 하지마비, 상지마비, 극심한 두통, 족부반사 이상, 안면부위 이상 등의 순이었다(표 7).

4. 연구대상자의 이용 병원별 입원 기간 및 내원 시기 비교

증상 발현후 내원 시기를 보면 양방병원은 발병 당일 내원한 경우가 50.2%로 가장 많았고, 이

표 4. 연령별 병형의 양·한방 병원 환자 분포

단위: 명(%)

연령	병형	양방병원	한방병원
50세 미만*	분류불명	8( 13.6)	18( 46.2)
	뇌출혈	33( 55.9)	8( 20.5)
	뇌경색	18( 30.5)	13( 33.3)
소 계		98(100.0)	39(100.0)
50 - 59세*	분류불명	13( 14.8)	33( 33.7)
	뇌출혈	37( 42.0)	16( 16.3)
	뇌경색	38( 43.2)	49( 50.0)
소 계		88(100.0)	98(100.0)
60 - 69세*	분류불명	33( 17.3)	76( 39.6)
	뇌출혈	62( 32.5)	20( 10.4)
	뇌경색	96( 50.2)	96( 50.0)
소 계		191(100.0)	192(100.0)
70세 이상*	분류불명	45( 21.6)	73( 37.4)
	뇌출혈	50( 24.1)	25( 12.8)
	뇌경색	113( 54.3)	97( 49.8)
소 계		208(100.0)	195(100.0)

\* p<0.01.

표 5. 분류불명인 뇌혈관질환에서 발현된 임상증상 및 이학적 소견 분포

단위: 명(%)

임상증상 및 이학적 소견	양방병원 (n=99)	한방병원 (n=200)	계 (n=299)
하지마비	54( 54.6)	154( 77.0)	208( 69.6)
상지마비	51( 51.5)	155( 77.5)	206( 68.9)
구움장애	29( 29.3)	153( 76.5)	182( 60.9)
극심한 두통	35( 35.4)	77( 38.5)	112( 37.5)
의식상태 소실	51( 51.5)	10( 5.0)	61( 20.4)
족부반사 이상	19( 19.2)	40( 20.0)	59( 19.7)
안면부위 이상	12( 12.1)	37( 18.5)	49( 16.4)
불안정한 걸음	17( 17.2)	24( 12.0)	41( 13.7)
상·하지 구분 없는 편마비	7( 7.1)	21( 10.5)	28( 9.4)
시야 결손	8( 8.1)	4( 2.0)	26( 8.7)
실어증	9( 9.1)	18( 9.0)	10( 3.3)
목부위 경직	1( 1.0)	1( 0.5)	5( 1.7)
운동실조	2( 2.0)	1( 0.5)	3( 1.0)

8 일부 양·한방 병원에 입원한 뇌혈관질환 환자의 특성 비교

표 6. 뇌출혈에서 발현된 임상증상 및 이학적 소견 분포

단위: 명(%)

변	수	양방병원 (n=182)	한방병원 (n=69)	계 (n=251)
의식상태 소실		139( 76.4)	12( 17.4)	151( 60.2)
상지마비		81( 44.5)	53( 76.8)	134( 53.4)
하지마비		80( 44.0)	53( 76.8)	133( 53.0)
극심한 두통		78( 42.9)	26( 37.7)	104( 41.4)
구음장애		46( 25.3)	56( 81.2)	102( 40.6)
안면부위 이상		33( 18.1)	20( 29.0)	53( 21.1)
족부반사 이상		11( 6.0)	27( 39.1)	38( 15.1)
상·하지 구분 없는 편마비		12( 6.6)	12( 17.4)	24( 9.6)
실어증		14( 7.7)	3( 4.4)	17( 6.8)
시야 결손		12( 6.6)	5( 7.3)	17( 6.8)
불안정한 걸음		9( 5.0)	4( 5.8)	13( 5.2)
목부위 경직		10( 5.5)	2( 2.9)	12( 4.8)

표 7. 뇌경색에서 발현된 임상증상 및 이학적 소견 분포

단위: 명(%)

변	수	양방병원 (n=265)	한방병원 (n=255)	계 (n=520)
구음장애		118( 44.5)	205( 80.4)	323( 62.1)
하지마비		129( 48.7)	173( 67.8)	302( 58.1)
상지마비		129( 48.7)	167( 65.5)	296( 56.9)
극심한 두통		79( 29.8)	106( 41.6)	185( 35.6)
족부반사 이상		56( 21.1)	92( 36.1)	148( 28.5)
의식상태 소실		80( 30.2)	31( 12.2)	111( 21.3)
안면부위 이상		49( 18.5)	59( 23.1)	108( 20.8)
상·하지 구분 없는 편마비		26( 9.8)	49( 19.2)	75( 14.4)
불안정한 걸음		21( 7.9)	22( 8.6)	43( 8.3)
실어증		22( 8.3)	14( 5.5)	36( 6.9)
시야 결손		14( 5.3)	17( 6.7)	31( 6.0)
목부위 경직		5( 1.9)	4( 1.6)	9( 1.7)

후 시간이 지날수록 급격히 감소하였으나, 한방병원의 경우는 발병 당일 내원한 경우가 15.8%였고, 기간에 따라 유사한 분포를 보였다. 증상 발현후 내원까지의 평균 시간은 양방병원이 5.5일, 한방병원이 31.4일로 양방병원에서 한방병원보다 통계적으로 유의하게 빨리 내원하였다

( $p < 0.01$ ). 입원기간에 따른 분포는 양방병원과 한방병원에서 통계적으로 유의한 분포의 차이를 보였으며( $p < 0.01$ ), 평균 입원기간은 양방병원이 21.0일, 한방병원이 25.2일로 한방병원이 더 길었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다(표 8).



표 8. 병원 종류에 따른 입원 기간 및 내원 시기

		단위: 명(%)			
변	수	구	분	양방 병원 (n=546)	한방병원 (n=524)
증상 발현후 내원 시기(일)*		1	이내	274( 50.2)	83( 15.8)
		2		91( 16.7)	64( 12.2)
		3		29( 5.3)	39( 7.4)
		4 - 5		59( 10.8)	61( 11.6)
		6 - 9		44( 8.1)	79( 15.1)
		10 - 19		23( 4.2)	80( 15.3)
		20 - 29		16( 2.9)	36( 6.9)
		30 - 59		5( 0.9)	38( 7.3)
		≥ 60		5( 0.9)	44( 8.4)
			평균±표준편차*		5.5±35.9
입원기간(일)*		< 5		88( 16.1)	68( 13.0)
		5 - 9		157( 28.7)	97( 18.5)
		10 - 14		89( 16.3)	89( 17.0)
		15 - 19		53( 9.7)	55( 10.5)
		20 - 29		73( 13.4)	78( 14.9)
		30 - 59		56( 10.3)	89( 17.0)
		≥ 60		30( 5.5)	48( 9.1)
			평균±표준편차		21.0±41.6

\* p<0.01.

### 고 찰

뇌혈관질환은 뇌의 순환장애로 일어나는 신경 증후군으로 의식상태의 소실, 운동 및 감각장애 등 제반 증상 및 증후를 동반하며, 뇌졸중 또는 중풍이라고도 한다(김한규 등, 1982; 윤진구, 1989). 뇌혈관질환은 치명률이 높을 뿐 아니라 위중한 고비를 넘긴다 하더라도 중추신경계의 손상으로 생긴 후유증 때문에 불능 상태로 남아 폐인이 되고, 경제적으로 가장 활발한 중요한 시기에 주로 발생한다는 점에서 매우 중요한 보건학적 문제를 일으키는 질환이다(김정순, 1994).

뇌혈관질환은 발생후 급성기에는 구명적인 치료를 집중적으로 시행하여야 하나 급성기가 지나

생명과 관련된 활력 징후가 안정되면 그 원인에 따라 차이는 있으나 곧 재활치료를 시작하여야 한다(안용팔, 1981). 재활치료에 대한 관심은 근래에 대학병원을 중심으로 높아져 가고 있으나 많은 사람들은 아직도 뇌혈관질환이 발생했을 때 한방치료에 의존하고 있으며, 재활치료에 대한 인식이나 욕구는 매우 낮은 것으로 나타나고 있고, 이로 인하여 전문병원으로의 이송시간의 지연 등은 뇌혈관질환 환자관리의 큰 문제점으로 대두되고 있다. 특히 전문의료진의 지시를 따르기보다는 가까운 이웃이나 친지들의 권유로 여러 유형의 한방치료와 민간요법을 이용하고 있는 실정이다(안용팔 등, 1984; 김인복, 1986; 김 송, 1998).

현재 우리 나라의 의료체계는 한방의료와 양방

의료로 이원화되어있어 동일한 질환에 대해서도 이용하는 의료체계에 따라 다른 치료 경과를 밟거나, 중복되는 치료를 받게되는 경우도 많아 의료자원의 부적절한 배분이나, 불필요한 낭비가 이루어지는 등의 문제가 야기되기도 한다. 지금까지 국내에서 이루어진 뇌혈관질환의 의료이용 양상에 대한 연구들을 보면 양방의료나 한방의료 각각의 분야에서 그들의 의료기관을 이용한 것에 대한 것만을 분석한 것이 대부분이고, 양방과 한방의료 기관의 이용을 서로 비교한 것은 매우 드물다.

이에 본 연구는 광주, 전남·북 지역에 소재하고 있는 양방병원과 한방병원 중 우리 나라 국가심혈관 감시체계 수립을 위한 시범병원으로 무작위 추출된 병원들에서 뇌혈관질환으로 입원, 치료 후 퇴원하였던 환자들의 의무기록을 조사하였다. 의무기록 조사를 통하여 얻은 자료를 이용하여 뇌혈관질환의 의료기관 이용 실태를 알아보고, 양·한방 병원에 입원하는 뇌혈관질환 병형의 분포와 각각의 임상적 양상을 비교하여 두 의료체계를 이용한 뇌혈관질환 환자들의 특성을 파악하고 양·한방 협력체계 구축의 가능성과 필요성을 제시할 수 있는 기초자료를 제공하고자 실시하였다.

본 연구의 대상자는 양·한방 병원에 뇌혈관질환이라는 병명으로 입원, 치료받은 환자들 중에서 뇌 전산화 단층 촬영 또는 뇌 자기공명 촬영 등 뇌영상 진단을 시행하여 뇌혈관질환의 확인을 받았거나, 티네스티 뇌졸중 조사연구에서 뇌혈관질환의 역학조사를 위해 설정한 진단기준에 해당하는 자들을 선정함으로써 뇌혈관질환에 대한 정확도를 높이려고 노력하였다.

연구대상자의 성별 분포를 보면 양·한방 병원 모두에서 여자가 남자보다 많았다. 이는 뇌혈관질환은 여자에서 남자에서보다 더 호발한다는 기존

의 연구결과(Karnel 등, 1965; Canplan, 1990)와 일치하였고, 국내의 뇌혈관질환자들에 대한 분석을 시행한 연구 결과(이성훈 등, 1997; 김송, 1998)에서 보고한 성별 분포와도 유사하였다. 그러나 다른 연구결과들에서는 본 연구와는 다르게 남자가 여자보다 많은 분포를 보인다고 보고하였다(윤진구, 1989; 양승희, 1991; 김영숙, 1995; 김병하 등, 1997; 심문기 등, 1998; 황석재, 2000).

연령 분포를 보면 양·한방 모두에서 연령이 증가하면서 환자의 분포가 증가하는 것을 알 수 있었으며, 양방과 한방 병원의 이용에 따른 대상자의 연령은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 이는 뇌혈관질환의 발생 연령이 점차 고령화하는 경향이 있다고 보고한 연구결과들(송일한 등, 1992; 이성훈 등, 1997; 심문기 등, 1998; 황석재, 2000)과 유사하였다. 연령 증가에 따라 증가하는 경향은 평균수명연장과 함께 의료환경의 개선이 뇌혈관질환의 병태 생리학적 진행속도를 둔화시켜 발병의 시기가 지연되었거나, 뇌혈관질환의 발생요인이 되고있는 고혈압, 당뇨병, 동맥경화증 등의 증가와 일치하는 것이라 할 수 있다(김정순, 1994; Brown 등, 1996).

뇌혈관질환의 진단에 가장 결정적인 역할을 하고 있는 뇌 영상진단의 수집율을 보면 양방병원 환자의 8.2%가 진단검사를 받지 않은데 비해, 한방병원의 경우는 20.2%가 뇌 영상진단 검사를 받지 않은 것으로 나타났다. 이는 양방과 한방병원의 뇌혈관진단 방법의 차이를 반영하기도 하지만, 한방병원의 경우 뇌혈관질환이 발생했을 때 처음으로 방문하게 되는 의료기관이 보다 양방병원을 거친 이후에 후유증의 치료를 위해 이용하는 의료기관으로 한방병원 방문 이전에 영상진단에 대한 검사가 시행되었기 때문으로 생각된다.

뇌 영상진단을 이용한 뇌혈관질환의 병형 분류를 해보면 뇌경색이 약 49%로 양방과 한방병원

에서 가장 많은 유형이었고, 뇌실질내 출혈과 지주막하출혈에 해당하는 뇌출혈은 양방병원에서 한방병원보다 훨씬 많았다. 성별에 따른 병형별 분포를 보더라도 남·여에서 모두 뇌경색이 뇌출혈보다 많았으나 남자에 비해 여자에서 뇌출혈의 비율이 높았다. 연령별 병형의 분포를 보면 양방병원에서 치료받은 자중 50세 미만 군에서는 뇌출혈이 55.9%로서 뇌경색의 30.5%보다 높은 율을 보여주었으나, 연령이 증가할수록 뇌출혈의 비율은 감소하고 뇌경색의 비율이 증가함을 양방과 한방병원 모두에서 관찰할 수 있었다. 우리나라의 연대별 뇌혈관질환자의 병형별 상대빈도의 변화를 살펴보면 70년대까지는 뇌출혈의 빈도가 뇌경색의 빈도보다 높았으나, 80년대 이후 근래에 올수록 뇌출혈은 감소하고 뇌경색에 의한 뇌혈관질환이 늘어나는 경향을 볼 수 있다(김성운, 1994). 또한 이전에 이루어진 뇌혈관질환에 대한 연구들을 살펴보더라도 현재에 가깝게 시행된 연구일수록 뇌경색이 뇌출혈보다 그 비율이 증가하였다. 이와 같이 뇌경색이 증가하고 뇌출혈이 감소한 이유를 정리해 보면 첫째, 평균 수명의 연장, 둘째, 식생활 및 생활양식의 서구화, 셋째, 고혈압의 치료와 관리의 증가, 넷째, 뇌졸중의 예고증후라고 할 수 있는 일과성 뇌허혈에 대한 인식의 증대, 다섯째, 뇌 전산화 단층 촬영 또는 뇌 자기공명 촬영보급에 따른 진단기술의 발달로 간과하기 쉬운 경미한 증상이나 무증상의 뇌혈관질환에 있어서의 진단율이 향상되었다는 점 등을 들 수 있을 것이다(황석재, 2000).

병형에 따른 뇌혈관질환의 임상 증상 및 이학적 소견을 관찰한 결과 분류불명인 경우 양방병원에서는 하지마비와 상지마비, 의식상태 소실 등을 가장 많이 보고하였으며, 한방병원에서는 상·하지 마비, 구음장애, 극심한 두통 등이었다. 뇌출혈의 경우는 양방병원은 의식상태의 소실, 상·하

지 마비, 극심한 두통 등이 가장 많이 보고되었고, 한방병원에 입원한 뇌출혈 환자의 경우는 구음장애, 상·하지 마비, 즉부반사 이상과 극심한 두통 등이었다. 뇌경색의 경우는 양방병원은 상·하지 마비, 구음장애, 의식상태의 소실 등의 순이었고, 한방병원은 구음장애, 상·하지 마비, 극심한 두통, 즉부반사 이상 등의 순이었다. 병형별 주요 임상 증상 및 이학적 소견이 다른 것은 뇌출혈이나 뇌경색의 발생 기전의 차이에 의한 것이며, 같은 병형에서도 양방병원과 한방병원에 따라 증상이 다른 이유는 병원에 내원하는 시기가 다르고, 내원시 달라진 환자의 상태의 차이로 인한 것이라 생각된다. 이는 뇌혈관질환 환자들의 발병후 이용한 의료 시설과 그 이용 순서를 볼 때 양방병원인 병(의)원과 종합(대학)병원은 치료 단계가 진행되어감에 따라 급격하게 감소하고, 한방병원은 단계가 진행되어감에 따라 상대적으로 증가하였다는 연구결과(박희서, 1978)가 제시하는 것과 상응하는 것이라 여겨진다.

증상의 발현후 내원시까지의 평균 기간을 조사한 결과 양방병원의 경우는 5.5일, 한방병원은 31.4일로 통계적으로 유의하게 한방병원에 내원하는 시기가 늦음을 알 수 있었고, 입원기간도 유의한 차이는 없었지만 한방병원의 입원 기간이 양방병원의 입원 기간보다 긴 것을 알 수 있었다. 내원시기에 따른 분포를 보면 양방병원의 경우는 질환이 발생한 당일에 가장 많이 내원하고, 이후 시간이 경과함에 따라 내원하는 경우가 급격히 감소하는 것에 반해, 한방병원은 시간의 경과에 따른 환자의 감소 경향은 뚜렷하지 않았다. 입원 기간은 양·한방 병원 각각 21.0일과 25.2일로 한방병원이 양방병원에 비해 입원기간이 길었으나 통계학적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 입원 기간의 분포는 양방병원의 경우 2주 이내에 대상자의 약 60%가 분포한 반면 한방병원은 양방병

원보다 2주 이후에 약 50%가 분포하였다. 이는 양방병원에 내원하는 경우는 질환이 발생한 후 급성기에 응급치료나 일반치료를 위해 내원하거나, 일단 질환이 발생했을 때 우선적으로 선호되는 의료기관이고, 이에 반해 한방병원은 일반치료가 진행된 후 환자의 편마비나 언어장애와 같은 후유증 등의 조치 및 기능회복을 위한 장기적인 치료를 위해 이용하는 기관으로 인식되고 있음을 의미하는 것이라 생각된다.

본 연구는 뇌혈관질환으로 양방병원과 한방병원에 입원한 환자의 의료이용 실태와 병형 분포 및 임상증상을 비교하고자 시행한 연구이나, 본 연구의 결과를 우리 나라 전체의 뇌혈관질환 환자에게 적용하기에는 무리가 있다. 그 이유는 먼저 특정지역에 소재한 양·한방 병원이 선택되어 전국의 환자를 포함하지 못하였고, 둘째, 조사 대상자가 1월에서 3월 동안이라는 특정 시기에 퇴원한 환자들을 대상으로 하였기 때문에 뇌혈관질환의 경우 발생하는 시기가 계절별로 일정하지 않다는 특징과 관련된 질병의 특성을 반영하지 못하는 점 등이다. 또한 연구 자료의 조사원을 의무기록에만 의존하여, 의무기록지의 정확도 문제 여부와 발생의 규모를 파악하고자 하는 원래의 조사목적에 따라 그 발생에 영향을 주는 요인과의 관련성을 파악하지 못한 점도 본 연구의 제한점으로 들 수 있다. 그러나 양방 또는 한방 병원만을 이용한 환자들을 중심으로 비교해 온 기존의 연구와는 달리 양방병원과 한방병원을 이용한 환자들을 함께 비교함으로써 두 의료기관에 대한 뇌혈관질환의 치료에 대한 특성을 파악했다는 데 의의가 있다고 할 것이다.

따라서 본 연구를 기초로 하여 뇌혈관질환자의 양·한방 진료양상 특성을 비교 분석하여 그 특성에 맞는 장점을 취합하고, 상호 보완체계를 구축하여 두 의료체계의 균형발전을 이루며, 그에

알맞은 의료서비스를 제공하여 국민건강을 위한 양·한방 협진 형태의 의료 서비스 체계가 더 활성화 될 수 있는 대안을 제시할 수 있는 향후의 연구가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

## 요 약

뇌혈관질환은 우리 나라뿐만 아니라 전세계적인 주요 사망원인이며, 높은 치명률 외에 심각한 후유증을 남겨 사회적, 경제적 측면에서 많은 부담을 주는 대표적인 질환이다.

본 연구는 광주, 전남·북 지역에 소재하고 있는 양방병원과 한방병원에서 뇌혈관질환으로 입원, 치료 후 퇴원하였던 환자들의 의무기록을 조사하여, 뇌혈관질환의 의료기관 이용 실태를 알아보고 뇌혈관질환의 병형의 분포와 각각의 임상적 양상을 비교하고자 실시하였다.

연구대상은 2000년 1월부터 3월까지 12개 양방병원과 6개 한방병원에서 뇌혈관질환으로 입원, 치료 후 퇴원한 것으로 보고된 1,070명이며, 이들을 대상으로 일반적 특성, 영상진단 결과, 병형별 분포와 각각의 임상적 특징 및 입원기간과 내원 시기를 비교하였다.

전체 대상자 중 양방병원에서 치료받은 경우는 51.0%, 한방병원에서 치료받은 경우는 49.0%이었다. 성별 분포를 보면 양·한방 병원 모두에서 여자가 남자보다 많았으며, 연령별로는 70세 이상인 경우가 양·한방 각각 38.1%와 37.2%로 가장 많은 분포를 보였다. 양방병원에서 치료받은 대상자들의 91.8%, 한방병원은 79.8%가 뇌 영상진단 검사를 받았으며, 뇌경색이 각각 48.5%, 48.7%로 가장 많았다. 양·한방병원 모두에서 연령이 증가할수록 뇌출혈의 비율은 감소하고 뇌경색의 비율이 증가하였다. 병형별로 나누어 본 임상적 특징을 보면 분류가 불가능한 경우는 양방병원은 하

지마비, 한방병원은 상지마비가 가장 많았고, 뇌출혈의 경우 양방병원은 의식상태의 소실, 한방병원은 구음장애였으며, 뇌경색은 양방병원은 상·하지 마비, 한방병원은 구음장애이었다. 이용병원의 유형에 따른 발병후 내원시까지의 시간과 입원기간을 비교한 결과 내원시까지의 시간은 양방병원이 55일로 한방병원의 31.4일보다 통계적으로 유의하게 짧았으며, 입원기간은 양방병원이 21.0일 한방병원이 25.2일로 한방병원의 입원기간이 길었으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

결론적으로 양·한방병원의 뇌혈관질환에 대한 치료적 접근과 단계, 질병 특성을 고려하여 뇌혈관질환 환자들의 체계적이고 효율적인 관리를 위한 노력이 필요할 것으로 생각된다.

### 인용문헌

1. 김병하, 남철현, 위광복, 김기열, 양승희. 경북지역 일부 한방병원 내원 뇌졸중환자의 사회의학적 조사. 한국역학회지 1997; 19(2): 240-257
2. 김송. 일개 대학한방병원에 입원한 뇌졸중환자의 입원경로를 중심으로 한 기술역학적 고찰. 보건학석사학위논문, 조선대학교 환경보건대학원, 1998
3. 김영숙. 뇌졸중 환자의 진료양상 조사 연구 -K 의료원을 중심으로- 행정학석사학위논문, 경희대학교 행정대학원, 1995
4. 김인복. 뇌졸중환자의 재활치료실태에 대한 조사. 보건학석사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 1986
5. 김일순. 한국인 5대 사망원인질환의 현황과 추이. 대한의학협회지 1995; 38(2): 132-145
6. 김재형. 동서의학의 접근에 대하여. 의림지 1988; 55-81
7. 김정순. 역학각론 - 만성병과 사고-. 서울, 신광출판사, 1994
8. 김한규, 김순철, 조경기. 폐쇄성 뇌졸중에 대한 임상적 고찰. 대한신경외과학회지 1982; 11(4): 420-425
9. 김헌제. 동양의학개요. 서울, 동양의학연구원 출판부, 1981
10. 남궁인. 한의학과 양의학의 일원화 필요성에 관한 고찰. 보건학석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1989
11. 박희서. 일부 도시 영세 지역 주민의 의료추구 형태에 관한 조사. 보건학석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1978
12. 송일한, 오동환, 강홍선, 조정휘, 김권삼, 김명식, 송정상, 배종화. 우리 나라 뇌졸중의 최근 10년간의 변화양상에 대한 연구. 대한내과학회지 1992; 43(5): 637-644
13. 심문기, 전인용, 박종영. 뇌졸중환자에 대한 연례보고(IV). 대한한의학회지 1998; 19(2): 59-74
14. 안용팔. 뇌졸중환자의 재활. 대학의학협회지 1981; 24(2): 128-134
15. 안용팔, 이숙자, 양승한. 뇌졸중 편마비환자의 의식구조. 대한재활의학회지 1984; 8(2): 92-100
16. 양승희. 한방병원 입원환자의 의료이용양상에 관한 조사연구. 행정학석사학위논문, 경희대학교 행정대학원, 1991
17. 윤진구. 뇌졸중에 관한 임상동세적 연구. 의학석사학위논문, 경희대학교, 1989
18. 이성훈, 전인용, 박종영. 뇌졸중환자 226예에 대한 임상적 고찰. 대한한의학회지 1997; 18(1): 5-24
19. 이원희, 김정순. 우리 나라에서 연구 발표된 뇌혈관질환에 관한 문헌 고찰. 한국역학회지 1981; 3(1): 1-22
20. 최용민. 우리 나라 한방의료 보험제도에 관한

14 일부 양·한방 병원에 입원한 뇌혈관질환 환자의 특성 비교

- 연구. 보건학석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1988
21. 통계청. 1999년 사망원인통계연보. 2000
22. 황석재. 우리 나라 뇌졸중의 최근 20년간 변화양상에 대한 연구. 의학석사학위논문. 경희대학교, 2000
23. Brown RD, Whisnant JP, Sicks JD, O'Fallon W, Wiebers DO. Stroke incidence, prevalence, and survival: secular trends in Rochester, Minnesota, through 1989. *Stroke* 1996; 27: 373-380
24. Canplan LR. Cerebrovascular disease. The Merck Manual of Geriatrics 1990; 948-952
25. Kannel WN, Dawber TR. Vascular disease of the brain, epidemiologic aspects The Framingham Study. *AJPH* 1965; 55: 1355-1360
26. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1269-1276
27. O'Mahony PG, Thamson RG, Dobson R, Rogers H, James OF. The prevalence of stroke and associated disability. *J of Public Health Medicine* 1999; 21(2): 166-171
28. Talyor TN, Davis PH, Torner JC, Holmes J, Meyer JW, Jacobson F. Lifetime cost of stroke in the united states. *Stroke* 1996; 27: 1459-1466
29. Warlow CP. Epidemiology of stroke. *Lancet* 1998; 352(suppl III): 1-4

부 록: Minnesota Stroke Survey(MSS) criteria

I. Diagnostic criteria : one major or two minor deficits

a. major deficits:

aphasia  
two of body three parts  
(face, arm, leg)  
affected unilaterally  
visual field deficit  
coma

b. minor deficits:

dysarthria  
apraxia  
unsteady gate  
one affected body part  
abnormal plantar reflex

- use autopsy results whenever available
- exclude events with non stroke etiology (eg. brain tumor, subdural hematoma)

II. Subtype

a. brain infarction :  
by neuroimaging studies

b. brain hemorrhage:  
by neuroimaging studies  
c. undetermined type:  
no neuroimaging study

III. Brain infarction was further classified as 'possibly embolic' if one of the following was documented in the chart :

atrial fibrillation  
mitral stenosis  
intra cardiac thrombus  
systemic embolus  
recent myocardial infarction  
cerebral or cardiac angiography that closely preceded the stroke  
all other brain infarction were labeled thrombotic

IV. To enhance the specificity of the MSS criteria, they excluded the events with nonsupportive neuroimaging more than 48 hours after symptom onset.

V. Of the two algorithms, MSS was less sensitive but more specific.