

급성기 뇌졸중 환자의 한양방 협진치료에 대한 임상적 고찰

김종환, 신우진, 장자원, 김지운, 민성순, 황원덕
동의대학교 한의과대학 내과학교실

A Clinical Study of Combined Eastern and Western Treatment of Acute Stage Stroke

Kim Jong-hwan, Sin Woo-jin, Jang Ja-won, Kim Ji-yun, Min Sung-soon, Hwang Won-duck

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dong-eui University

Object : This is a study of acute stage stroke patients designed for comparison of combined Eastern and Western medical treatments and Oriental treatments alone.

Methods : 51 patients were diagnosed by Brain-CT and Brain-MRI scan as having suffered stroke. They had entered Dong-eui hospital within seven days of attack, and remained over seven days, all between November 2002 and August 2003. Patients were divided into two groups: a group treated with both Eastern and Western medical treatments, and a group treated only with Oriental medical treatments (but examinations were done and medications were given in hypertension, Diabetes Mellitus and so on).

Results : The Eastern-Western medical treatment group showed significant changes in NIHSS. A rate of improvement figure of 24.94% was obtained for the Eastern-Western medical treatment group, and for the Oriental medical group a figure of 7.84% was obtained.

Conclusion : The East-West medical treatment group had significant rate of development that measure for NIHSS by treated comparatively dependent patients. And oriental medical treatment group had significant rate of development that measure for NIHSS by treated comparatively independent patients.

The NIHSS measure for the Eastern-Western medical treatment group shows a significant rate of improvement for relatively dependent patients, and the NIHSS measure for the Oriental medical treatment group shows a significant rate of development for relatively independent patients.

Key Words: Acute stroke, Combined Eastern and Western Treatment, Oriental medical treatment, NIHSS

1. 緒 論

뇌졸중은 갑작스럽게 발생하고, 정상적인 신경학적 기능의 상실을 동반하며, 짧은 시간 내에 급격하게 질병의 경과가 진행되는 질병¹으로, 의식장애 및 운동장애 등 증상상의 특징으로 인하여 한의학의 증풍에 해당하는 질환으로 인식되었다.

뇌졸중은 발생하면 급격한 증상의 진행으로 인하여 사망의 위험성이 높고, 사망이 이르지 않더라도 편마비, 언어장애, 의식장애 등의 후유증이 나타나며 이러한 장애 상태는 환자의 독립적인 생활이 불가능하게 만들고 환자 자신과 가족들에게 큰 문제를 야기한다².

한편 뇌졸중은 1992년 이후 최근까지 악성신생물과 더불어 사망원인 통계의 수위를 차지하고 있다³. 뇌졸중은 이같이 높은 발병률과 함께 적극적인 치료에도 불구하고 사회복귀가 어려운 경우가 많아 환자 본인은 물론 그 가족의 삶의 질에 큰 영향을

· 접수 : 2004. 9. 3 · 채택 : 2004. 9. 24
· 교신저자 : 황원덕, 부산광역시 부산진구 양정2동 산 45-1
동의대학교 부속한방병원 6내과
(Tel. 051-850-8625 Fax. 051-867-5162
E-mail : hwooso@hanafos.com)

미치고 있다^{4,6}. 그러므로 뇌졸중의 예방 및 초기 치료의 중요성이 더욱 부각되고 있다.

최근 뇌졸중의 치료율 제고를 위한 노력의 일환으로 한의학적 치료와 서양의학적 치료를 함께 시행하여 치료의 효과를 높이려는 시도가 점차 늘고 있다. 이⁷에 따르면 한양방 협진 의료기관의 개설이 크게 증가하고 있는 추세이며, 협진의 다빈도 질환 중 뇌졸중이 89.6%로 가장 큰 부분을 차지하고 있다. 이에 관한 연구로는 이 등⁷⁻¹²의 임상적 보고가 있으나 한양방 협진에 대한 연구는 그 양이 절대적으로 부족한 실정이다.

이에 저자는 뇌졸중에 대한 협진군과 한방군의 임상적 양상을 파악하기 위하여 2002년 11월부터 2003년 8월까지 동의의료원 협진병동 입원 환자 및 동의대학교 부속한방병원 입원환자 중 급성기 뇌졸중 환자 51명을 대상으로 환자의 연령, 성별, 뇌졸중의 유형 및 National Institutes Health Stroke Scale(이하 NIHSS) 등을 조사하여 약간의 지견을 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 對象 및 方法

1. 조사 대상

본 연구는 2002년 11월부터 2003년 8월까지 동의의료원 협진병동 입원 환자 및 동의대학교 부속한방병원 입원환자 중, 뇌전산화단층촬영, 뇌자기공명영상을 통하여 뇌졸중이 확인되었고, 증상이 발생한 지 7일 이내에 내원하여 7일 이상 치료받은 환자 51명을 대상으로 하였다. 뇌졸중의 진단 기준은 WHO의 기준에 따라 다른 혈관인성 병변이 없으면서 24시간 이상 지속되는 중추신경계의 전반적 혹은 국소적 이상의 증상이 있는 경우로 하였다.

협진 치료와 한방 치료를 임상적으로 비교하기 위하여 상기의 환자를 협동치료군(이하 협진군)과 한방치료군(이하 한방군)으로 나누었다. 협진군은 협진 병동에 입원한 환자로, 동의대학교 부속한방병원 6내과와 동의병원 신경외과 간의 주 1회 이상의 공동 회진 및 환자의 상태, 치료 방법 등에 대한 토

의를 거쳐 침구 및 한약 등을 비롯한 한의학적 치료와 주사제 및 경구 투여약물을 이용한 서양의학적 치료를 동시에 받았다. 진료기록부는 별도의 서식을 사용하되 같이 묶어 보관하여 서로 참고 할 수 있도록 하였다. 한방군은 동의대학교 부속한방병원 내과에 입원하여 한의학적 치료를 받았으며 필요에 따라 신경과, 신경외과 및 내과에 의뢰하여 서양의학적 검사 또는 고혈압 및 당뇨병 등에 대한 약물 치료를 받았다.

2. 치료 방법

한의학적 치료는 환자를 四診을 통해 변증하고, 이에 따라 한약 치료 및 침구 치료를 시행하였다. 한약 치료는 변증에 따라 順氣, 導痰, 益氣 등의 치료법을 사용하였고, 침구 치료는 中風七處穴을 위주로 하고 변증에 따라 畝岩五行鍼法을 응용하였다. 협진군과 한방군의 치료 방법에는 차이가 없었다.

서양의학적 치료는 협진군의 경우 뇌졸중 환자의 치료 기준에 근거하여 주사제 또는 경구투여 약물로 치료하였다. 한방군의 경우는 긴급히 필요한 경우에 한하여 고혈압, 당뇨병 등에 대한 경구투여 약물 치료가 주로 이루어졌다.

치료 방법의 결정 과정은 협진군에서는 공동 회진 및 환자 상태, 치료 방법 등에 관한 토의를 통하여 한양방의 치료 방법이 결정되었으며, 한방군에서는 공동 회진이나 토의의 과정이 없이 한의학적 치료를 위주로 하고 필요한 경우 진료 의뢰에 의하여 서양의학적 치료법이 시행되었다.

3. 조사 방법

대상 환자들의 진료기록부 및 NIHSS 기록지를 통하여 환자의 연령, 성별, 뇌졸중의 유형, 병변의 위치, 위험인자, 입원 시 혈액 검사 소견, 내원 시기, 재원 기간 및 NIHSS를 조사하였다.

NIHSS는 0점을 독립적이고 장애가 없는 상태, 최고점을 의존적이고 중증인 상태로 평가하였고, 입원 당일과 입원 2주 후에 NIHSS를 측정하였다. 또한 두 환자군에서 입원 당일과 2주 후의 NIHSS의

차를 구하여 호전된 점수를 측정하고 비교하였다.

그러나 두 환자군에서 구한 입원 시와 2주 후의 NIHSS 차는 두 환자군 각각의 호전도를 나타내지만, 두 환자군의 임상 양상이 다르기 때문에 이를 비교하는 것은 수치상의 단순 비교로서 호전 정도의 차를 반영하지 못한다. 즉, 입원 시 NIHSS가 10점인 환자는 10점의 호전 가능성이 있지만 입원 시 NIHSS 점수가 2점인 환자는 호전 가능 점수가 2점이므로, NIHSS 차의 비교만으로 환자 호전도를 비교, 평가는 것은 부적합하다고 판단하였다. 따라서 NIHSS의 호전되어야 할 목표 점수를 0으로 책정하고 각 군의 입원 시 NIHSS와 2주 후 NIHSS의 차를 입원 시 NIHSS로 나누어 그 비율을 호전률로 채택하여 이를 평가 기준으로 삼았다.¹⁾

본 연구의 결과 분석은 SPSS for Window 11.5 통계 패키지를 이용하였다. 표본의 크기가 너무 작아 모집단을 가정하기에 불충분하다고 판단되어

Mann-Whitney U test를 적용하여 유의성을 검정하였으며 협진군 및 한방군의 치료 전후의 NIHSS의 차이를 대응 비교 및 부호 검정을 사용하여 검정하였고, p 값이 0.05 이하인 경우 통계적으로 유의하다고 판정하였다.

III. 結 果

1. 진료군별, 연령별 및 성별 환자 분포

총 51명의 환자 중 협진군은 28명으로 54.9%, 한방군은 23명으로 45.1%이었다.

전체 환자의 평균 연령은 35세부터 88세까지로 64.45±12.363세였으며, 협진군은 63.04±14.177세, 한방군은 66.17±9.750세였다. 연령별 발생 빈도는 두 군 모두에서 60대가 가장 많았으며, 한방군의 평균 연령이 높았으나 통계적 의미는 없었다 (p=0.495)(Table 1). 환자의 성별 발생 빈도는 협진

Table 1. Distribution of Age

	Age	~39	40~49	50~59	60~69	70~	Total	Mean±SD
Combined Medical Treatment Group	Count (%)	2 (7.1)	4 (14.3)	6 (21.4)	8 (28.6)	8 (28.6)	28 (100.0)	63.04±14.177
Oriental Medical Treatment Group	Count (%)	0 (0.0)	1 (4.3)	5 (21.7)	9 (39.1)	8 (34.8)	23 (100.0)	66.17±9.750
Total	Count (%)	2 (3.9)	5 (9.8)	11 (21.6)	17 (33.3)	16 (31.4)	51 (100.0)	64.45±12.363
Mann-Whitney-U								286.000
p-value								0.495

Table 2. Distribution fo Gender

	Male	Female	Total
	Count(%)		
Combined Medical Treatment Group	15(53.6)	13(46.4)	28(100.0)
Oriental Medical Treatment Group	10(43.5)	13(56.5)	23(100.0)
Total	25(49.02)	26(50.98)	51(100.0)
Mann-Whitney-U			289.500
p-value			0.477

1) 호전률 = (입원 시 NIHSS - 2주 후 NIHSS) / 입원 시 NIHSS × 100

군에서 남자 53.6%, 여자 46.4%, 한방군에서 남자 43.5%, 여자 56.5%였으며 그 차이는 유의하지 않았다($p=0.477$)(Table 2).

2. 뇌졸중의 유형별 및 병변 부위별 분포

뇌졸중의 유형을 살펴보면 협진군에서는 뇌경색, 뇌출혈이 각각 78.57%, 21.43%였으며, 한방군에서는 뇌경색, 뇌출혈이 각각 91.30%, 8.70%이었으며 (Table 3), 그 차이는 통계적으로 유의하지 못하였다 ($p=0.218$). 뇌경색의 병변 부위별 분포를 살펴보면 협진군에서는 중대뇌동맥 경색이 68.18%로 가장 많고 뇌간 경색이 13.63%로 그 다음을 차지하였고, 한방군에서도 중대뇌동맥 경색이 47.62%, 뇌간 경색이 23.81%로 큰 비율을 차지하였다. 각 진료군에 있어서 병변 부위의 분포는 유의한 빈도차를 가지지 못했다($p=0.576$)(Table 4). 뇌출혈 부위별 분포의 경우 표본의 수가 너무 작아서 협진군과 한방군에서

모두 유의성을 찾을 수 없었다($p=0.429$).

3. 위험 인자

뇌졸중의 위험 인자로 고혈압의 경우 협진군, 한방군이 각각 57.14%, 52.17%로 높은 비율을 가지고 있었다. 당뇨병은 협진군, 한방군이 각각 21.43%, 21.74%였으며, 심장질환은 각각 17.86%, 8.70%이었다. 음주와 흡연의 경우 협진군은 각각 39.29%, 39.29%이었고, 한방군은 34.78%, 43.48%이었다. 이상의 빈도차는 통계학적으로 유의한 차이가 없었다 ($p>0.05$). 선행된 뇌졸중의 기왕력이 있는 경우는 협진군, 한방군에서 각각 7.14%, 30.43%로서 유의미한 빈도차이를 가졌다($p=0.32$)(Table 5).

4. 입원 시 혈액 검사 소견

GOT, GPT가 각각 >35 인 경우를 이상이 있는 것으로 보았을 때, GOT의 경우 협진군, 한방군 각

Table 3. Type in Stroke Patients

	Infarction Count(%)	Hemorrhage Count(%)
Combined Medical Treatment Group	22(78.57)	6(21.43)
Oriental Medical Treatment Group	21(91.30)	2(8.70)
Total	43(84.31)	8(15.69)
Mann-Whitney-U		281.000
p-value		0.218

Table 4. Location in Stroke Patients

	Combined Medical Treatment Group		Oriental Medical Treatment Group	
	Count	%	Count	%
ACA	0	0.00	2	9.52
MCA	15	68.18	10	47.62
PCA	1	4.55	0	0
Cerebellar	1	4.55	0	0
Brain Stem	3	13.63	5	23.81
Multiple	2	9.09	4	19.05
Total	22	100.00	21	100.00
Mann-Whitney-U				210.500
p-value				0.576

각에서 28.57%, 4.35%의 이상을 나타내었으며, GPT의 경우 협진군, 한방군 각각에서 28.57%, 8.70%의 이상이 있었다. BUN, Creatinine은 각각 >20, >1.3 인 경우를 이상이 있는 것으로 보았을 때 협진군의 28.57%, 7.14%가, 한방군의 30.43%, 13.04%가 이상이 있었다. triglyceride와 cholesterol은 각각 >170, >239인 경우를 이상이 있는 것으로 보았을 때 협진군의 14.29%, 17.86%가, 한방군의 26.09%, 30.43%가 이상이 있었다. GOT의 경우 협진군과 한방군 간에 유의한 차이가 있었으나

($p=0.025$), 다른 검사 소견에서는 유의한 차이가 없었다($p>0.05$)(Table 6).

5. 내원 시기 및 재원 기간

환자의 내원 시기를 살펴보면 협진군은 평균 2.43 ± 1.731 일이었고, 한방군은 2.78 ± 1.906 일 이었으며, 두 집단 간에 유의한 차이는 없었다($p=0.479$).

협진군의 재원 기간은 평균 35.07 ± 25.874 일 이었고, 한방군의 재원 기간은 평균 28.17 ± 22.486 일이었 다. 두 군간의 재원 기간은 유의한 차이가 없었다

Table 5. Risk factors

		Hypertension	Diabetes Mellitus	Heart Disease	Alcohol	Smoking	Past attack
Combined Medical Treatment Group	Count(%)	16(57.14)	6(21.43)	5(17.87)	11(39.29)	11(39.29)	2(7.14)
	Standard Deviation	0.504	0.418	0.390	0.497	0.497	0.262
Oriental Medical Treatment Group	Count(%)	12(52.17)	5(21.74)	2(8.70)	8(34.78)	10(43.48)	7(30.43)
	Standard Deviation	0.511	0.422	0.288	0.487	0.507	0.470
Mann-Whitney-U		270.000	321.000	292.500	307.500	308.500	247.000
p-value		0.279	0.979	0.349	0.743	0.764	0.032

Table 6. Abnormality of Biochemical Examinations

		GOT	GPT	Bun	Creatinine	Triglyceride	Cholesterol
Combined Medical Treatment Group	Count(%)	8(28.57)	8(28.57)	8(28.57)	2(7.14)	4(14.29)	5(17.86)
	Standard Deviation	0.460	0.460	0.460	0.2623	0.362	0.424
Oriental Medical Treatment Group	Count(%)	1(4.35)	2(8.70)	7(30.43)	3(13.04)	6(26.09)	7(30.43)
	Standard Deviation	0.209	0.288	0.470	0.3444	0.470	0.470
Mann-Whitney-U		244.000	258.000	316.000	303.000	262.000	285.000
p-value		0.025	0.078	0.886	0.485	0.188	0.514

Table 7. The Time of Admission and Days of Admission

	The time of Admission(M±SD)	Days of Admission(M±SD)
Combined Medical Treatment Group	2.43 ± 1.731	35.07 ± 25.874
Oriental Medical Treatment Group	2.78 ± 1.906	31.96 ± 24.413
Mann-Whitney-U	286.000	261.000
p-value	0.479	0.248

(p=0.248)(Table 7).

6. NIHSS 지수

입원 당일의 NIHSS는 협진군과 한방군에서 각각 6.57±4.07, 3.78±2.32 이었으며, 입원 2주 후의 NIHSS는 협진군과 한방군에서 각각 4.82±3.60, 3.30±2.16 이었다. 그 차는 각각 1.75±2.61, 0.48±0.85 이었다. 입원 당일의 NIHSS 및 NIHSS의 차는 두 집단 간에 유의한 차이가 있었으나 (p=0.011) 입원 2주 후의 NIHSS는 유의한 차이가 없었다(p=0.159).

호전률을 구하기 위해 NIHSS는 호전되어야 할 목표 점수를 0으로 책정하고 각 군의 입원 시 NIHSS와 2주 후 NIHSS의 차를 입원 시 NIHSS로 나누어 그 비율을 호전률로 채택하여 이를 평가 기준으로 삼았으며, 치료 전 후의 NIHSS 변화가 의미 있는 것인지를 대응비교 t 검정을 통하여 검정하였다(Table 8).

치료 전후의 NIHSS의 변화는 협진군(p=0.0014)과 한방군(p=0.0127) 모두에서 의미가 있었으며, 호전률은 협진군에서 24.94%, 한방군에서 7.84%로 협진군이 유의하게 높았다(p=0.038)(Table 8).

IV. 考 察

현대에 이르러 인간의 수명은 점차 연장되어 이에 따라 노인 인구가 증가하고 노인성 질환이 전체

의료에서 차지하는 비중이 높아지고 있다. 최근 이러한 질환의 치료에 대체의학의 활용이 서구에서 활성화되고 있고 동양의학에 대한 관심도 높아지고 있다. 우리나라에서도 점차 한의학에 대한 관심이 높아지면서 한방 의료 기관과 인력의 증가 및 한방 의료 이용률이 증가하고 있다^{6,12}.

그러나, 아직까지 서구에서의 한의학은 앞에서 말한 대로 대체의학 또는 보완의학으로서 현대의학인 서양의학을 일부 대체하거나 보완하는 역할로서 인식되고 있으며, 우리나라의 의료현실도 이와 크게 다르지 않다. 한의학이 제도권 의학에 속해있으나 대부분의 의학 분야에서 서양의학의 보완적인 역할에 머물고 있거나 오히려 대립된 입장을 취하고 있는 경우도 있다.

그러나 중국의 경우 동양과 서양의 의학을 결합하려는 시도가 오래 전부터 있어왔으며 그 결과 중서결합의학이 이제는 중국 의료의 중요한 분야로 자리잡게 되어 다양한 연구 결과를 발표하고 있다¹³.

최근 한의학적 치료효과가 인정되고 또한 한방 치료의 수요가 증가함에 따라 점차 한의학적 치료의 영역이 넓어지고 있으며, 그 중에서도 뇌졸중은 국민 의료에서 차지하는 한의학적 비중이 다른 질환에 비하여 매우 높은 질환이다. 특히 한방 병원 입원 환자의 상병 중 첫째와 둘째가 중풍후유증과 졸중풍으로⁶ 한방 병원을 통한 뇌졸중 치료가 국민 의료에 이바지하는 바가 크다. 한방 병원이 뇌졸중 환자 치료의 주요한 치료 기관이 될 수 있었던 이유

Table 8. NIHSS and Rate of Improvement

	A*	B†	A-B		Rate of Improvement‡	
	Count / M±SD	Count / M±SD	t-value	p-value		
Combined Medical Treatment Group	28 6.57±4.07	28 4.82±3.60	28 1.75±2.6052	3.55	0.0014	24.9397
Oriental Medical Treatment Group	23 3.78±2.32	23 3.30±2.16	23 0.48±0.8458	2.71	0.0127	7.8364
Total	51 5.31±3.64	51 4.14±3.10	51 1.18±2.0948	4.01	0.0002	17.2265
Mann-Whitney-U	189.500	249.000	200.000			217.500
p-value	0.011	0.159	0.015			0.038

A* : NIHSS of Admission, B† : NIHSS of 2 Weeks after, Rate of Improvement‡ = A - B / A(%)

는 여러 가지가 있으나, 첫째, 한의사가 의료기사 지위권이 없는 상황에서 뇌전산화단층촬영 장치 등 서양의학적 검사를 이용하기 용이한 위치에 있고, 둘째, 예로부터 국민의 뇌졸중에 대한 한방치료의 인식이 높은 편이며, 셋째, 뇌졸중에 대한 한의학적 치료 효과가 임상적으로 검증되었기 때문으로 생각된다. 그 근거로는 최근 한방병원의 검사 의뢰 중 서양의학적 검사가 매우 높은 비율을 보이고 있었고⁶, 뇌졸중 환자들의 ‘한방진료에 대한 높은 신뢰감’ 등¹⁴과 뇌졸중 환자에 대한 한방 치료 등의 연구 결과들¹⁵⁻¹⁷을 들 수 있다.

이것은 뇌졸중의 한양방 협진을 촉진시키는 계기가 되었고 이에 따라 뇌졸중 환자에 대한 한양방 협진이 점차 많은 의료 기관에서 다양한 형태로 시행되고 있다⁶. 이는 뇌졸중이 적극적인 치료에도 불구하고 사망률이 높으면서 후유증을 남기는 위중한 질병이며, 급성기의 증상 및 환자 상태와 만성적인 경과를 보이는 후유증 모두가 중요한 치료 대상이 되므로 협진의 필요성이 다른 질환보다 높기 때문으로 생각된다.

이⁶의 조사 결과에 따르면 현재 시행되고 있는 형태는 다음과 같다.

- ① 의사에게 환자 직접 의뢰
- ② 의뢰에 의한 의무기록에만 처방
- ③ 사전처방 후 승인 요청
- ④ 진단·치료과정에 공동 참여의 경우

이상은 모두 광의의 협진에 포함되지만, 엄격한 의미에서의 협진은 ④이며, ①, ②의 경우는 ④에 대하여 소극적 협진으로 구분할 수 있고, ③은 엄격한 의미로는 협진의 범주에 포함될 수 없다. 본 조사는 동의대학교 부속한방병원 및 동의병원에서 행하여지고 있는 협진 형태 중 ④에 해당하는 것을 협진군, ①, ②에 해당하며 주로 한방치료를 위주로 한 한방군으로 나누어 조사하였다.

본 조사에서는 협진군과 한방군의 평균 연령은 63.04±14.177세와 66.17±9.750세로 두 군 모두에서 60대가 가장 많았으며 통계적으로 의미있는 차이는 아니었다(p=0.495). 이는 1983년 정 등⁹의 연구에서

50대가 가장 많은 것과는 차이가 있으며, 2002년의 김 등^{18,19}의 연구에서 나타난 것과 유사하다. 이는 김¹⁸ 등의 우리나라 뇌졸중 환자의 역학적 동태가 점차 서구화되고 있다는 견해와 일치한다.

또한, 뇌졸중의 유형별 분류를 보면 협진군에서는 뇌경색, 뇌출혈이 각각 78.57%, 21.43%이었으며, 한방군에서는 뇌경색, 뇌출혈이 각각 91.30%, 8.70%이었다. 전체적으로는 뇌경색, 뇌출혈이 각각 84.31%, 15.69%였다.

각 군은 모두 김 등¹⁸의 보고(2003년)에 비하여 뇌경색의 비율이 다소 증가하였으며, 협진군에 비하여 한방군에서 뇌경색의 비율이 높은 것은 외과적 처치가 필요한 뇌출혈의 경우 발병 초기에 외과적 처치가 가능한 서양의학적 치료를 받기 위하여 협진치료를 시행했기 때문으로 파악된다. 전체적으로는 뇌경색의 비율이 84.31%를 차지하여 서구의 80~85%²⁰와 유사한 비율을 보였는데, 이 역시 뇌졸중 환자의 역학적 동태가 서구화 되는 것으로 생각할 수 있다(Table 3).

뇌졸중의 위험 인자 중 선행된 뇌혈관 질환이 있는 경우는 협진군에서 7.14%, 한방군에서 30.43%이었으며, 고혈압의 경우 협진군 57.14%, 한방군은 52.17%로 높은 비율을 가지고 있었다. 당뇨병은 협진군 21.43%, 한방군 21.74%였으며, 심장질환은 각각 17.87%, 8.70%이었다. 음주와 흡연의 경우 협진군은 각각 39.29%, 39.29%이었고, 한방군은 34.78%, 43.48%이었다. 두 환자군 간의 위험인자의 빈도는 선행된 뇌혈관 질환이 있는 경우 한방군이 유의하게 높다고 할 수 있으며, 그 외의 인자는 유의한 차이가 없었다(p>0.05). 이는 정 등²¹의 위험인자에 대한 조사 결과와 비슷한 결과를 보였다. 따라서, 고혈압, 당뇨병 및 심장병이 선행 질환으로서 중요한 비중을 차지하고 있으며 특히 고혈압이 가장 중요한 위험인자임을 알 수 있다(Table 5).

입원 시 혈액 검사 소견에서는 GOT의 경우 한방군이 양방군에 비해 높은 비율의 검사 이상이 있었으며(p=0.025) 그 이외의 검사 이상은 유의한 차이가 없었다(p>0.05). 여기에서 특별한 원인을 찾을 수

는 없었으며, 환자는 높은 비율로 혈액검사 이상 소견이 있다고 볼 수 있다(Table 6).

협진군의 평균 재원 기간은 35.07±25.874일 이었고, 한방군의 재원 기간은 31.07±24.413일 이었으며, 유의한 차이는 없었으므로(p=0.248) 협진군과 한방군의 치료 기간은 유사한 것으로 판단된다(Table 7).

NIHSS는 뇌졸중 초기의 신경학적 기능 회복을 판정하기 위한 지표로 이용되었는데²¹⁻²⁴, 의식상태, 언어, 편측무시, 시야결손, 감각장애 등 총 13개 항목으로 구성된 평가법으로 총점은 최고 0점, 최저 13점의 분포를 가진다²¹.

본 연구에서 입원 당일의 NIHSS는 협진군에서 6.57±4.07, 한방군에서 3.78±2.32으로 유의한 차이가 있으므로(p=0.011), 입원 시 환자의 의존도가 협진군에서 더 높았다고 할 수 있다. 환자의 협진 선택은 환자나 보호자의 요구가 있거나 의사가 권유한 경우 환자 또는 보호자의 동의 하에 시행되었으므로, 환자, 보호자 또는 의사의 협진 결정에 환자의 상태 즉 뇌졸중의 위중한 정도가 관련이 있다고 생각된다(Table 8).

또한 입원 2주 후의 NIHSS는 협진군에서 4.82±3.60, 한방군에서 3.30±2.16으로 유의한 차이는 없었다(p=0.159).

각 군 및 전체 환자에서의 입원 시와 입원 2주 후 NIHSS의 차는 모두 유의한 변화였으며(p<0.05) 따라서 협진군과 한방군 모두에서 치료 효과가 있었다고 할 수 있다.

입원 시와 입원 2주 후 NIHSS의 차는 협진군에서 1.75±2.61, 한방군에서 0.48±0.85로 협진군이 NIHSS의 감소가 컸다고 할 수 있다(p=0.015). 그러나 입원 시와 입원 2주 후 NIHSS의 차는 환자의 호전도를 나타내는 것이기는 하나, 이것만으로는 환자가 호전되었다고 말할 수 없으며 그 이유는 다음과 같다.

① 환자의 의존도가 높은 경우, 즉 환자가 위중한 경우 환자가 회복될 여지가 더 많기 때문에 산술적인 차로서 회복의 정도를 결정할 수는 없다.

② 환자의 입원 시기가 이에 영향을 미치는데 이번 조사에서는 발병 7일 이내의 환자를 대상으로 하였으므로 환자의 증상이 악화되기 전에 입원 치료를 시작하여 입원 후 뇌졸중 급성기의 증상 악화를 나타낸 경우 2주 후에 측정된 NIHSS가 입원시 보다 더욱 의존도가 높은 경우가 있었다.

③ 환자의 독립성이 높은 경우, 즉 환자의 증상이 가벼운 경우 빠른 회복으로 인하여 퇴원한 경우 2주 후의 NIHSS 측정이 이루어지지 않아 표본에서 제외시켰다.

이상으로 인하여 호전의 정도를 보다 정확히 알기 위하여 NIHSS의 호전되어야 할 목표치를 0으로 책정하고 협진군과 한방군의 입원 시 NIHSS와 2주 후 NIHSS의 차를 입원 시 NIHSS로 나누어 그 비율을 호전률로 채택하였다.

$$\text{호전률} = (\text{입원 시 NIHSS} - \text{2주 후 NIHSS}) / \text{입원 시 NIHSS} \times 100$$

협진군과 한방군의 호전률은 24.9397%와 7.8364%로서 협진군의 호전률이 크다고 할 수 있다(p=0.0038).

그러나 경미한 증상으로 빠른 퇴원을 한 경우는 표본에서 제외되었음을 고려하여야 하며, NIHSS의 측정 기간이 입원 시와 입원 2주 후로 한정되어 환자 상태의 변화 및 그 이후의 호전도를 반영할 수 없었으므로 앞으로 보다 장기적인 연구가 필요할 것으로 생각된다. 또한 NIHSS가 초기 뇌졸중 환자의 의식 상태 및 중추신경계의 이상을 나타내는 측정 지표로서 빠르고 객관적인 장점이 있으나, 환자의 상태를 한의학적인 기준에 의해 판단 지표로서는 적합하지 않으므로 차후 한양방 협진에 대한 연구에 있어서 한의학적인 변증 도구를 이용한 환자의 호전도 판정을 병행하는 것이 좋을 것으로 생각된다.

이상에서 협진군은 비교적 의존도가 높은 환자를 치료하여 유의한 호전도를 얻었고, 한방군은 비교적 독립성이 높은 환자를 치료하여 유의한 호전도를 얻었으며, 협진군의 호전률이 한방군보다 높다

고 할 수 있으므로 급성기 뇌졸중 환자 중 중증의 환자에게 한양방 협진을 시도하는 것은 의미가 있다고 할 수 있다. 그러나, 현재 의료 여건 상 비협진 치료에 비해 한양방 협진이 치료 인력 및 비용의 측면에서 의료진과 환자에게 큰 부담이 된다고 할 수 있으며, 이 때문에 독립성이 높은 환자의 경우 협진치료가 한의학적 치료보다 장점이 있다고 할 수 없다. 따라서 한양방 협진 치료가 국민 보건에 이바지하기 위해서는 제도적 장치의 보완이 필수적이라고 사료된다.

V. 結 論

협진군과 한방군의 임상적 양상을 파악하기 위하여 2002년 11월부터 2003년 8월까지 동의의료원 협진병동 입원 환자 및 동의대학교 부속한방병원 입원환자 중 급성기 뇌졸중 환자 51명을 대상으로 환자의 연령, 성별, 뇌졸중의 유형 및 NIHSS 등을 조사하여 다음과 같은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

1. 한양방 협동진료군과 한방진료군 모두에게서 60대에서 뇌졸중이 가장 많았으며, 한방군의 평균 연령은 66.17±9.750세로 협진군의 63.04±14.177세에 비해 높았으나 유의성은 없었고 점차 서구화되는 추세이다.
2. 뇌졸중의 유형중 뇌경색의 빈도가 협진군에서 78.57%, 한방군에서 91.30%, 전체 환자에서는 84.31%로 뇌출혈에 비해 높게 나타났으며 각 군간의 차이는 유의성이 없었고 점차 서구화되는 추세이다.
3. 뇌경색의 병변 부위별 분포는 협진군과 한방군에서 모두 중대뇌동맥 경색이 가장 많고, 뇌간 경색이 그 다음을 차지하며, 각 군간의 분포 비율은 유의한 차이가 없었다.
4. 뇌졸중의 위험 인자의 빈도는 협진군과 한방군에서 고혈압이 각각 57.14%, 52.17%로 가장 높았고, 당뇨병, 흡연, 음주도 높은 빈도를 가졌으며 각 군간에 유의한 차이는 없었으며, 선행된

뇌혈관 질환의 비율은 한방군이 협진군에 비해 유의하게 높았다.

5. 협진군의 재원 기간은 35.07±25.874일로 한방군의 31.96±24.413일 보다 길었으나 유의한 차이는 없었다.
6. 입원 당일의 NIHSS는 협진군이 6.57±4.07로 한방군의 3.78±2.32보다 유의하게 높았다. 따라서 입원 시 환자의 의존도는 협진군이 높았다.
7. 입원 2주 후의 NIHSS는 협진군과 한방군의 차이에 유의성이 없었다.
8. 각 군 및 전체 환자에서의 입원 시와 입원 2주 후 NIHSS의 차는 모두 유의한 변화가 있었고 협진군과 한방군 모두에서 치료 효과가 있다고 할 수 있다.
9. 입원 시와 입원 2주 후에 측정된 NIHSS의 차는 협진군이 1.75±2.61, 한방군이 0.48±0.85로 협진군이 높다고 할 수 있었으며, 호전률은 협진군이 24.94%, 한방군이 7.84%로 협진군이 유의하게 높았다.
10. NIHSS 측정 결과 협진군은 비교적 의존도가 높은 환자를 치료하여 유의한 호전도를 얻었고, 한방군은 비교적 독립성이 높은 환자를 치료하여 유의한 호전도를 얻었으므로 급성기 뇌졸중 환자 중 중증의 환자에게 한양방 협진을 시도하는 것은 의미가 있다고 할 수 있다.
11. 현재 의료 여건 상 비협진 치료에 비해 한양방 협진이 치료 인력 및 비용의 측면에서 의료진과 환자에게 큰 부담이 된다고 할 수 있으므로 이에 대한 제도적 장치의 보완이 필수적이라고 사료된다.

參考文獻

1. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울:중앙문화사; 2001, p.263.
2. 최은정, 이원철. 급성기 뇌졸중환자의 상태와 기능회복도와의 상관관계. 동국한의학연구소논문집. 1998;6(2):167-90.

3. 통계청. 사망통계연보. 2003.
4. 강수근, 김정모, 황보명. 정상노인과 중풍환자 노인의 삶의 질. 특수교육재활과학연구. 2002; 41(1):47-59.
5. 이경호. 뇌졸중 환자가족의 건강상태, 부담감 및 삶의 질과의 관계 연구. 대한간호학회지. 2001; 31(4):669-80.
6. 김귀분, 이경호. 노인층과 청·장년층 뇌졸중 환자가족의 건강상태·부담감 및 삶의 질과의 관계. 성인간호학회지. 2001;13(2):262-76.
7. 이해중, 장운영, 김정덕, 정애숙, 정혜영, 소경순 등. 한양방 협진 의료기관의 운영에 관한 설문조사 결과. 한양방 협진 의료기관의 운영모형 및 한양방 협진의 임상효과에 대한 세미나 자료. 2002:3-29.
8. 이인선, 이원외, 김법영, 김영균, 장경전, 권정남 등. 뇌졸중에 대한 한방치료법 연구(증치의학과 사상의학) 및 한방, 양방, 양·한방 협진치료 효과에 관한 연구. 동의, 경산 한의학 학술대회 논문집. 1998;2(1):31-112.
9. 정재혁, 구분홍, 장인규, 최서형, 유동준. 고혈압성 뇌졸중(중풍)에 대한 동서의학적 역학연구. 동서의학연구소 논문집. 1983;2(1):47-56.
10. 정우상, 박정미, 최병옥. 급성기 뇌졸중에 대한 한양방 병용치료의 효과. 대한한방내과학회지. 2001;22(3):393-6.
11. 이청정혜, 홍의실, 백은기, 최유경, 고승희, 박세기 등. 뇌졸중환자에 대한 연례보고(VI). 대한한 의학회지. 2001;22(3):81-9.
12. 이현중, 김수영, 이상훈, 서동민, 이두익, 김건식 등. 뇌졸중 후 중추성 통증 환자에 대한 동서협진이 진통과 재활에 미치는 영향. 대한침구학회지. 2003;20(2):42-9.
13. 李經衛, 鄒良. 西學東漸與中國近代醫學思潮. 湖北科學技術出版社; 1990, pp.145-61.
14. 김이순. 뇌졸중 환자의 한방의료 이용 경험. 기초과학연구논문집. 1998;8(1):419-29.
15. 장경전. 뇌졸중 환자에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1997;14(2):35-45.
16. 오용성, 박창국, 박치상, 중풍환자 125예에 대한 임상적 고찰. 동서의학. 2002;27(3):15-26.
17. 유영국, 우영식, 최인선, 박지은, 김영균, 권정남. 중풍환자의 기능 회복에 관한 임상적 고찰. 대한한방내과학회지. 2002;23(4):679-88.
18. 김경태, 안재두, 김법영, 정재익, 이성훈, 이상찬. 뇌졸중의 최근 역학적 동향. 대한재활의학회지. 2003;27(2):178-85.
19. 박숙자, 권정남, 김영균. 중풍환자의 초발군과 재발군에 관한 임상적 고찰. 대한한의학회지. 2002;23(3):119-33.
20. Thompson D W. Clinical epidemiology of stroke. Neurologic Clinics. 1996;14(2):309-15.
21. 송윤경, 임형호. 뇌졸중의 예후에 영향을 미치는 요인과 기능적 회복에 관한 연구. 한방재활의학회지. 1999;9(1):24-40.
22. 노진환, 최동준, 문상관, 조기호, 김영석, 배형섭 등. 한방병원에 입원한 중풍환자의 기능회복도 평가: MBI와 NIH Stroke Scale 이용. 한방성인병학회지. 1999;5(1):40-9.
23. 김철홍, 서정철, 윤현민, 장경전, 송춘호, 안창범 등. 동씨침을 가미한 치료가 중풍환자의 NIH Stroke Scale과 MBI상의 기능 회복에 미치는 영향. 대한침구학회지. 2002;19(5):35-45.
24. 박주영, 임영호. Modified Barthel Index, NIH Stroke Scales, PULSES Profile을 이용한 뇌졸중환자의 평가. 한방재활의학회지. 1997;7(1): 483-520.