동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 14. No. 2, 2003

한방병원 응급실에 내원한 신경정신과 환자의 임상고찰 및 SCL-90-R에 의한 특성

최보윤, 박지운, 정인철, 이상룡
대전대학교 한의과대학 신경정신과학 교실

A Clinical Study and an analysis of Symptom Check List-90-Revision on Psychiatric Patients Visiting the Emergency Room in an Oriental Medicine Hospital.

Bo-Yun Choi, Ji-Un Park, In-Chul Jung, Sang-Ryong Lee
Department of Oriental Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Daejeon University

Abstract

Objective : The aims of this study were to show the clinical aspects and to investigate psychiatric traits by SCL-90-R in patients who visited Oriental Medicine Hospital Emergency Room.

Method : We studied twenty patients who visited Daejeon University Oriental Medicine Hospital from May, 2003 to September, 2003.

Results : 1. The ratio of male to female patients was 1:3 and age distribution was most frequent in 30s&40s.

2. The most frequent cause of illness was stress in occupation and overwork. The greater part of patients came to hospital in 12hours after an attack.

3. In chief problem, somatic symptoms such as headache, dizziness, numbness and chest discomfort were most frequent. In diagnosis, somatization disorder was most frequent.

4. After treatment, most of symptoms were improved.

5. Psychiatric traits by SCL-90-R correlated with somatization and anxiety.

Key words : Emergency room, SCL-90-R, somatization,

교신저자 : 최보윤. 충남 천안시 구성동 대전대학교천안한방병원
(Tel. 041-560-8790, Fax. 041-553-2225, E-mail : rigpa94@hanmail.net)

Ⅰ. 緖 論

현행 응급의료에관한법률 제2조에서는 '應急患者'를 '疾病, 分娩, 각종 事故 및 災害로 인한 負傷이나 기타 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 應急處置를 받지 아니하면 生命을 보존할 수 없거나 심신상의 중대한 危害가 초래될 가능성이 있는 患者 또는 이에 준하는 者로서 保健福祉部令이 정하는 者'로 정의하고 있으며 '應急醫療'는 '應急患者의 발생부터 生命의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 危害가 제거되기까지의 過程에서 應急患者를 위하여 행하여지는 相談·救助·移送·應急處置 및 診療 등의 措置'로 정의하고 있다.

그러나 각 병원의 응급실이나 응급의료센터에 내원하는 대부분의 환자는 자신이 응급환자라는 판단하에 병원에 오지만 의학적으로나 의료법적으로 응급하지 않은 경우가 많았다[1-3]. 이와 관련하여 응급실 환자들을 대상으로 한 국내외의 연구에 의하면 응급실을 방문하여 신경정신과 치료를 받는 환자들의 수는 점차 증가하고 있는데 이런 증가 추세는 정신과적 응급환자의 수가 증가되었기 보다는 질병의 심리적인 문제에 대한 인식이 증가되었기 때문이라고 지적되고 있다[4].

응급실의 이용 실태는 지역사회 주민의 보건에 대한 욕구를 반영한다고 볼 수 있으며 이에 대한 연구는 이 분야의 현실적 평가, 향후 계획을 수립하는데 있어 중요한 문제라고 할 수 있다[5]. 그러한 관점에서 응급실 내원 환자의 특성과 그 특성의 변화를 살펴보고자 하는 많은 연구가 이루어져 왔다[6-8]. 이러한 연구들은 각 응급실의 상황 및 연구된 시점에 따라 공통점과 함께 동시에 다양성을 보여주고 있다. 그러나 양방병원 응급실과는 내원환자의 특성에 있어 구별되는 한방병원 응급실에 대한 연구는 아직 접해보지 못하였다.

본 연구에서는 한방병원 응급실을 내원한 신경정신과 환자들을 대상으로 제반 임상 자료들을 다양한 각도에서 비교 분석하고, 한방병원 응급실에 내원한 신경정신과 환자 중에는 정신과적 응급에 해당하는 경우는 거의 없었고 대부분이 심인성 증상을 표현하고 있다는 점에 착안하여 심인성 증상을 객관적으로 평가하기 위해 개발된 자기보고식 다차원 증상목록 검사인 간이정신진단검사(Symptom Check List-90-Revision, SCL-90-R)[9]를 이용해 내원 환자들의 유형을 분석한 결과 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하고자 한다.

Ⅱ 硏究對象 및 方法

1. 調査對象

2003年 5月 1日부터 2003年 9月 30日까지 大田大學校 部屬 淸州 韓方病院 및 大田大學校 部屬 天安 韓方病院 응급실에 내원한 신경정신과 환자 중 다음 날 외래 진료를 통해 추적 설문이 가능하였던 20名을 대상으로 하였다.

2. 調査方法 및 目的

환자의 병력지를 이용하여 환자의 성별, 연령, 응급실 방문시간, 발병 후 경과시간, 발병동기 등을 분석 정리하였고 다음 날 외래로 내원하였을 때 응급실 내원 권유자 및 발병동기와 관련된 생활사건의 해결여부, 과거 유사 증상 출현 여부 및 과거 치료방법과 성적 등을 조사하였고 전날 응급실 치료 형태에 따른 효과를 살펴보고 현재 증상의 잔존 정도 등을 조사하였다.

내원시 主症狀은 환자나 환자 보호자가 이야기하는 호소 및 응급실 의사의 이학적 소견을 토대로 파악하였으며 診斷은 DSM-Ⅳ[10]에 의거하였다.

SCL-90-R은 응급실 내원시 작성하지 않고 다음 날 외래로 내원하였을 때 설문 응답방법을 자세히 지시한 후 작성하도록 하였다. 患者의 年齡은 60세까지는 10세씩 나누어 분류하였고 60세 이상은 함께 묶었다. 應急室 訪問時間은 외래진료가 가능한 오전 9시부터 오후 6시까지를 하나로 묶고 그 이외의 시간은 세 시간씩 나누어 분류하였다.

發病 後 經過時間은 발병하자마자 응급실로 왔을 것으로 추정되는 3시간 이내와, 급성 증상에 대해 빠른 조치를 취하고자 한 12시간 이내, 1일 이내로 나누고 좀 더 만성화된 증상에 대해 내원한 1주일

이내와 1주일 이상으로 구분하였다.

發病動機는 주관적으로 서술하게 한 후 빈도수에 따라 직장 내 스트레스, 과로, 심리적 충격, 부부싸움, 기타 등으로 분류하였다.

來院 勸誘者는 환자의 증상에 대한 자각도 및 주변인들의 환자 증상에 대한 평가 등을 알아보기 위해 자신, 배우자, 부모, 기타 등으로 나누어 분류하였다. 發病動機의 解決 與否는 생활사건이 증상의 초래와 완화에 미치는 영향을 살펴보기 위해 조사하였고 過去 類似 症狀의 出現 및 治療 形態, 治療 成績 등은 신경정신과적 증상의 재발경향성 및 신경정신과 환자의 의료기관 이용 실태와 만족도 등을 알아보고자 조사하였다.

應急室에서의 治療形態에 따른 效果는 針治療, 韓藥治療, 瀉血治療 등 응급실에서 행할 수 있는 각각의 치료들이 병행되었을 때와 단독 시행되었을 때의 好轉 與否를 파악하기 위해 조사되었다.

SCL-90-R은 Derogatis와 그의 동료들에 의해 개발된 '自己報告式 多次元 症狀目錄 檢査'로 9개 증상 차원, 90개 문항으로 구성되었으며 각 문항은 各各 1개의 심리적인 증상을 대표하고 있다. 환자는 오늘을 포함해서 지난 7일 동안 경험한 증상의 정도에 따라 '전혀 없다'(0점), '약간 있다'(1점). '웬만큼 있다'(2점), '꽤 심하다'(3점), '아주 심하다'(4점)의 5단계 평정을 하게 된다. 또한 전체심도지수(Global Severity Index, GSI), 표출증상합계(Positive Symtom Test, PST), 표출증상심도지수(Positive Symtom Distress Index, PSDI) 등 3가지 전체지표를 가지고 있어 전체적인 장애의 심도 및 순수한 장애의 강도 등을 산출할 수 있게 개발되었다[11].

본 연구에서 다룬 20名의 환자는 男子 5名 女子 15名이었으나 극단적인 반응, 즉 '전혀 없다'에 일률적으로 반응함으로써 지나치게 방어적인 男子 1名과 女子 2名을 제외하고, 일반인 연령에서 벗어나는 女子 2名을 제외하여 男子는 4名, 女子는 11名에 대하여 각 항목의 평균 및 표준편차를 정상인 집단(男子 636名, 女子 576名)의 평균 및 표준편차[12]와 비교하였고 각 환자의 척도별 점수를 T점수로 환산하여 정상 집단의 평균을 T점수로 환산[11]한 것과 비교하였다. 세 개의 全體指標에 대해서는 男女 各各의 평균 및 표준편차를 구하여 정상집단의 평균 및 표준편차[11]와 비교하였다.

Ⅲ. 結 果

1. 臨床考察

1) 性別, 年齡

응급실에 내원한 20名중 女子는 15例(75%), 男子는 5例(25%)였다(Fig. 1).

年齡에 있어서는 30代와 40代가 많아 各各 7例(35%)와 6例(30%)로 총 65%를 차지하였고 10代는 2例(10%), 20代는 3例(15%), 50代와 60代는 各各 1例(5%)씩 이었다(Fig. 2).

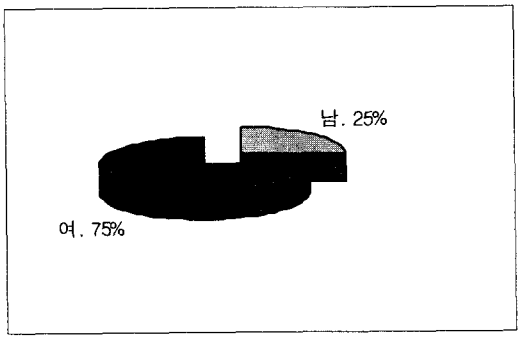


Fig. 1. The sex distribution.

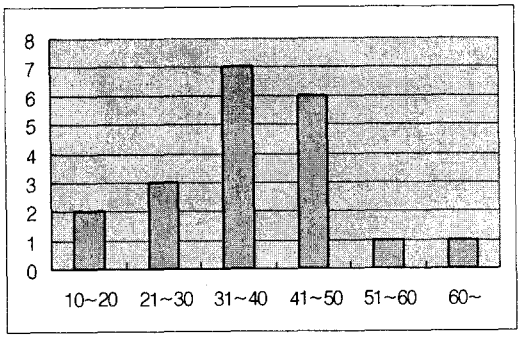


Fig. 2. The age distribution.

2) 來院時間 및 發病 後 經過時間과 來院 勸誘者 分布

來院時間은 9:00~18:00가 4例(20%), 18:00~21:00가 2例(10%), 21:00~24:00가 11例(55%), 0:00~3:00가 3例(15%), 3:00~9:00까지는 0例(0%)로 밤 9시부터 자정사이에 가장 많은 환자가 내원하였다(Fig. 3).

發病 後 應急室 來院까지의 경과시간은 3시간 이내가 5例(25%), 12시간 이내가 8例(40%), 1일 이내 2例(10%), 1주일 이내 2例(10%), 1주일 이상 3例(15%)로 12시간 이내에 내원한 환자수가 전체의 65%를 차지하였다(Fig. 4).

來院 勸誘者는 자신인 경우가 13例(62%)로 가장 많았고 부모 4例1(9%), 배우자 3例(14%), 기타 1例5(%) 순이었다(Fig. 5).

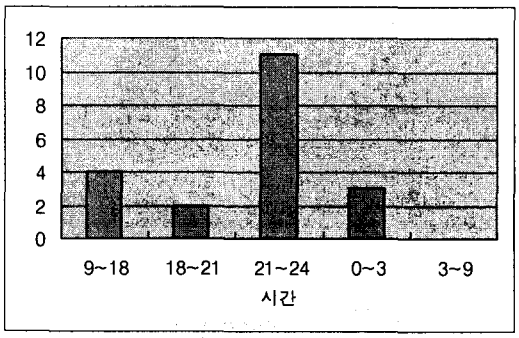


Fig. 3. The arrival time distribution.

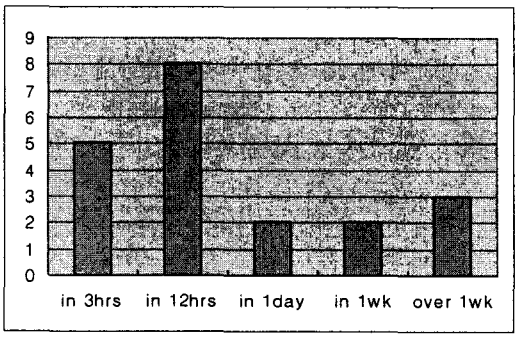


Fig. 4. The passage of time from attack of disease to arrive at hospital.

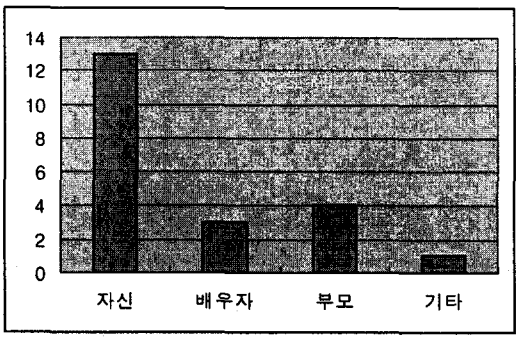


Fig. 5. The convassing person distribution.

3) 發病動機 및 發病動機의 解決與否

發病動機는 직장 내 스트레스와 과로가 各各 6例(30%)로 가장 많았고 심리적 충격 3例(15%), 부부싸움 2例(10%), 기타 3例(15%) 등이었다(Fig. 6). 發病動機의 解決 與否는 해결되지 않은 경우가 13例(65%), 해결된 경우가 7例(35%)였다(Fig. 7).

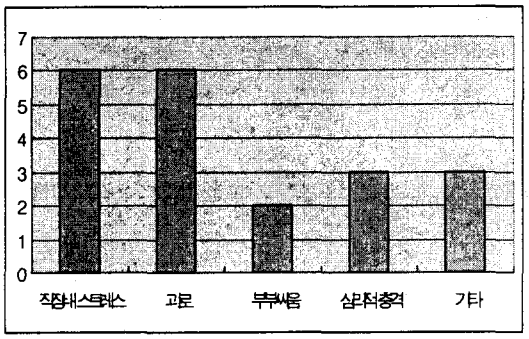


Fig. 6. The motive of an attack of disease.

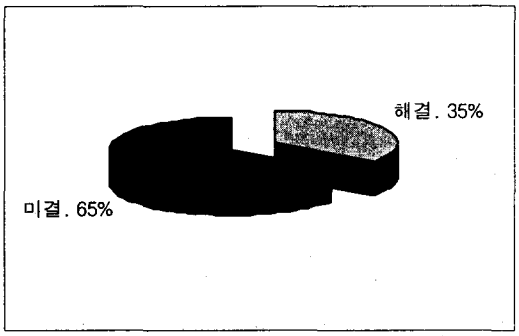


Fig. 7. Whether the motive is solved or not.

4) 症狀의 分布 및 診斷

응급실로 내원한 신경정신과 환자들은 주로 신체적 증상을 호소하였고 그 중 神經系症狀이 32例(39.5%)로 가장 많았고 心血關系 및 精神系가 24例(29.6%), 消化器系 13例(16.0%), 其他 12例(14.8%) 순이었다(Table Ⅰ).

진단은 DSM-Ⅳ 기준에 따라 身體刑 障碍 중 身體化 障碍가 10例(50%), 身體刑 障碍 중 轉換障碍가 5例(50%), 不安障碍가 5例(50%)였다(Fig. 8).

Table Ⅰ. The Symptoms and the Frequency of the Patients Visiting Emergency Room

系統	症狀	症例(%)	
消化器系	惡心 嘔逆	4(4.9)	13(16.0)
	消化不良	2(2.5)	
	食慾不振	2(2.5)	
	腹痛	2(2.5)	
	口乾	2(2.5)	
	泄瀉	1(1.2)	
神經系	頭痛 眩暈	12(14.8)	32(39.5)
	麻痺感	10(12.3)	
	項强	3(3.7)	
	半身無力 四肢無力	3(3.7)	
	卒倒	2(2.5)	
	振顫	1(1.2)	
	步行困難	1(1.2)	
心血關系 및 精神系	胸悶	7(8.6)	24(29.6)
	心季 怔忡	6(7.4)	
	不眠 多夢 早期覺醒	4(4.9)	
	不安	5(6.2)	
	易驚	1(1.2)	
	呼吸不利	1(1.2)	
其他	全身無力	6(7.4)	12(14.8)
	寒熱感	3(3.7)	
	手足冷	2(2.5)	
	腰痛	1(1.2)	
合計		78(100.0)	

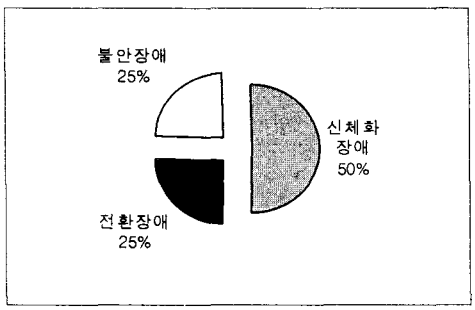


Fig. 8. The Diagnosis distribution.

5) 過去 類似 症狀의 出現 및 過去 治療形態와 成績

과거에 유사한 증상을 경험한 경우가 15例(75%)였고 경험하지 않은 경우가 5例(25%)였다. 과거 치료형태는 自家 治療가 7例(47%)로 가장 많았고 醫院이 3例(20%), 洋方病院 應急室과 韓方病院 應急室이 各各 2例(13%)였으며 한의원이 1例(7%)였다. 과거 치료성적에 대해서는 9例(60%)가 好轉 경향을 보였고 5例(33%)는 別無好轉, 1例(7%)는 惡化되었다고 답했다(Fig. 9~11).

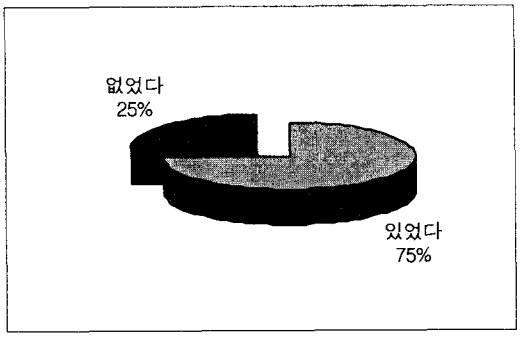


Fig. 9. Whether he had like present symtoms or not.

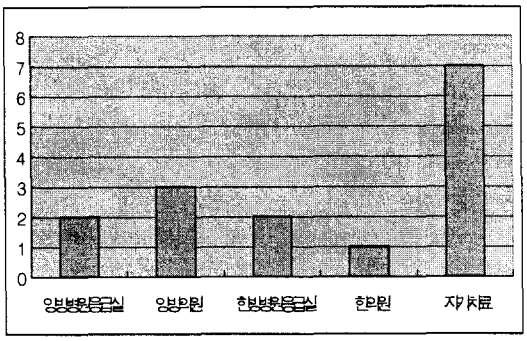


Fig. 10. The manner of treatment when he had like present symptoms.

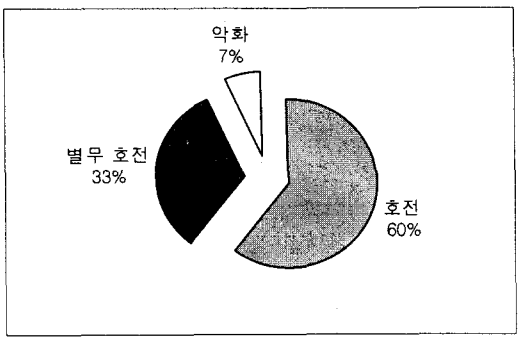


Fig. 11. The improvement degree when he had like present symptoms.

6) 韓方病院 應急室의 治療形態 및 成績

한방병원 응급실에서의 치료형태에 있어서 針治療, 韓藥治療, 瀉血治療가 모두 행해진 경우는 6例(30%)였고 針治療와 韓藥治療가 행해진 형태는 9例(45%)였으며 針治療만 행해진 경우는 5例(25%)였다(Fig. 12).

治療成績은 針, 韓藥, 瀉血 모두를 이용하였을 때

6例(100%) 모두 好轉되었고 針治療와 韓藥治療를 병행하였을 때는 好轉 6例(67%) 別無好轉 3例(33%)였으며 針治療만 행했을 때는 2例(40%)에서만 호전되었고 3例(60%)에서는 別無好轉되었다. 결과적으로 叢 20例중 14例((70%)는 好轉되었고 6例(30%)는 別無好轉으로 남아 있었다(Fig. 13).

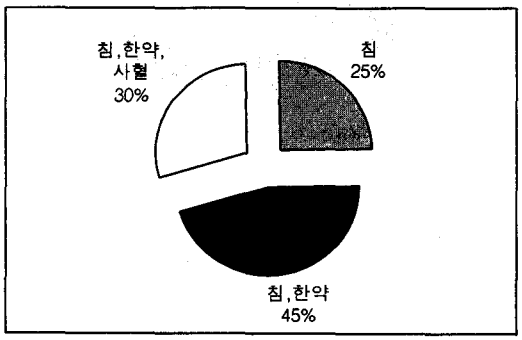


Fig. 12. The manner of treatment done in oriental medicin hospital emergency room.

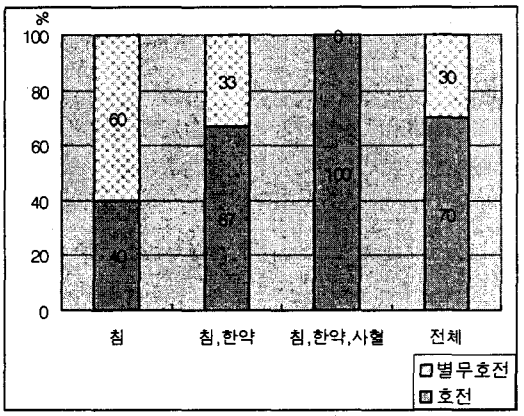


Fig. 13. The effect as treatment and whole improvement degree when we follow up him.

2. SCL-90-R에 의한 分析

1) 女子 患者群과 女子 一般人群의 尺度別 比交

女子 患者君의 경우 女子 一般人群에 비해 9가지 증상 척도 모두 전반적으로 높은 점수를 나타내었고 특히 身體化, 憂鬱, 不安 척도에서 各各 20.91, 23.36, 17.82로 높은 점수를 기록하였다(Table II, Fig. 14).

평균을 T점수로 환산하여 살펴본 결과에서도 一般人群 보다 모두 높은 점수를 기록하였으며 不安, 身體化, 憂鬱 순으로 一般人群과 차이가 많았다(Table II, Fig. 15).

Table II. The Comparison of Means(±Standard Error) and T-score among the Female Groups of General and Patient

value / Index	Female General Group (N=576)		Female Patient Group (N=11)	
	M±SD	T-score	M±SD	T-score
Somatization	12.61±7.68	63	20.91±7.59	52
Obsessive-Compulsive	12.50±6.4	55	15.55±7.23	51
Interpersonal Sensitivity	9.27±5.58	53	11.55±5.60	50
Depression	15.08±8.84	60	23.36±11.75	50
Anxiety	9.30±6.6	63	17.82±7.64	49
Hostility	4.86±3.78	57	7.55±3.60	50
Phobic Anxiety	3.85±3.68	59	7.36±5.93	50
Paranoid Ideation	4.68±3.6	58	7.64±4.92	51
Psychoticism	7.20±5.7	57	11.18±6.55	50

M=means SD=standard error

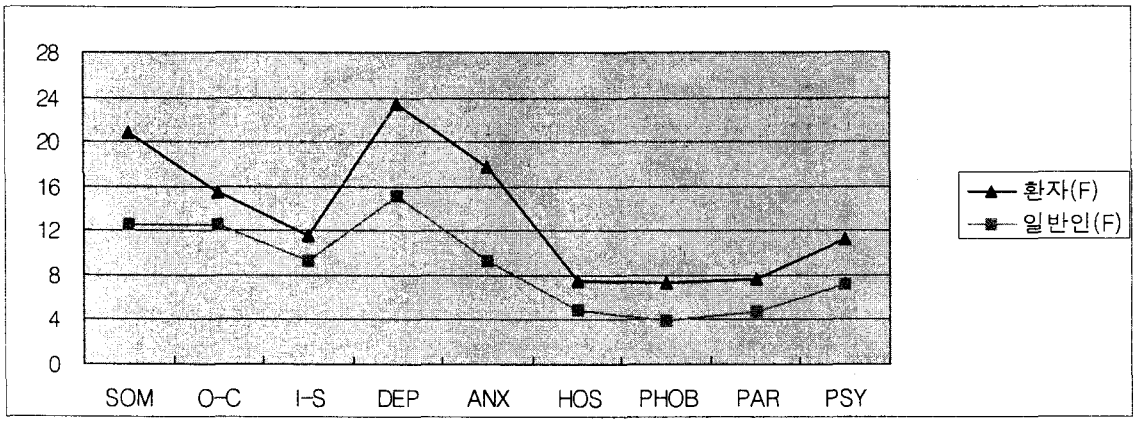


Fig. 14. The distribution of means among the female groups of general and patient.

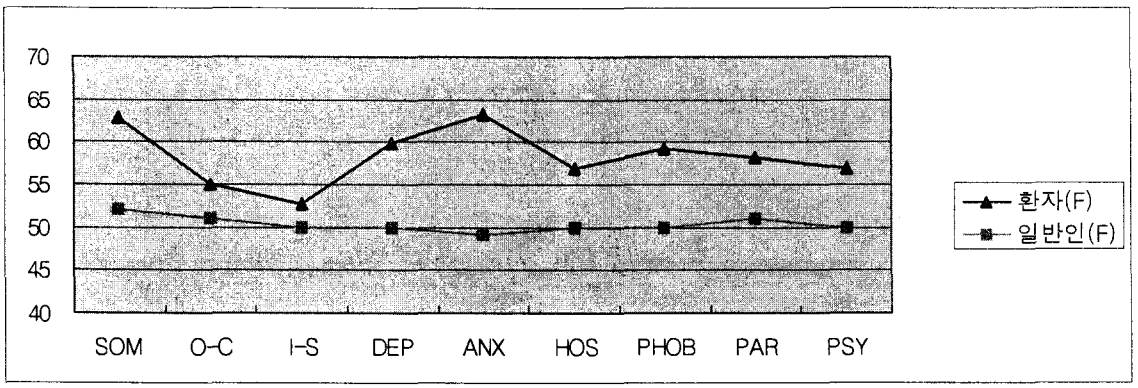


Fig. 15. The distribution of T-score among the female groups of general and patient.

2) 男子 患者群과 男子 一般人群의 尺度別 比交

男子 患者群의 경우 男子 一般人群에 비해 9가지 症狀 尺度 중 敵對感을 제외한 8가지 척도가 전반적으로 높은 점수를 나타내긴 하나 그 차이는 女子 患者群과 女子 一般人群에 비해 크지 않았고 身體化, 不安, 恐怖不安 등의 척도가 다른 척도에 비해 상승폭이 커서 各各 13.50, 12.50, 5.00을 기록하였다(Table Ⅲ, Fig. 16).

평균을 T점수로 환산하여 살펴본 결과에서는 不安, 身體化, 恐怖不安 순으로 일반인 집단과 차이가 많았다(Table Ⅲ, Fig. 17).

Table III. The Comparison of Means(±Standard Error) and T-score among the Male Groups of Genera and Patient

Index \ Value	Male General Group (N=636)		Male patient Group (N=4)	
	M±SD	T-score	M±SD	T-score
Somatization	8.84±6.96	50	13.50±4.03	58
Obsessive-Compulsive	11.0±6.40	50	12.50±3.20	53
Interpersonal Sensitivity	8.01±5.58	50	8.50±2.87	51
Depression	12.35±8.71	50	14.00±4.06	54
Anxiety	7.40±6.40	50	12.50±8.96	58
Hostility	4.74±4.38	50	3.75±1.64	48
Phobic Anxiety	2.66±3.29	50	5.00±4.53	57
Paranoid Ideation	4.44±3.66	50	4.50±2.96	49
Psychoticism	6.10±5.90	50	7.25±4.38	52

M=means
SD=standard error

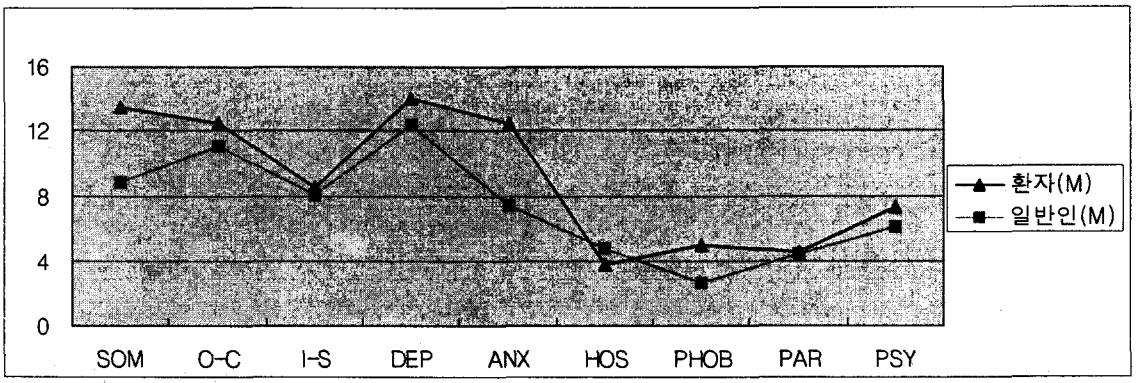


Fig. 16. The distribution of means among the male groups of general and patient.

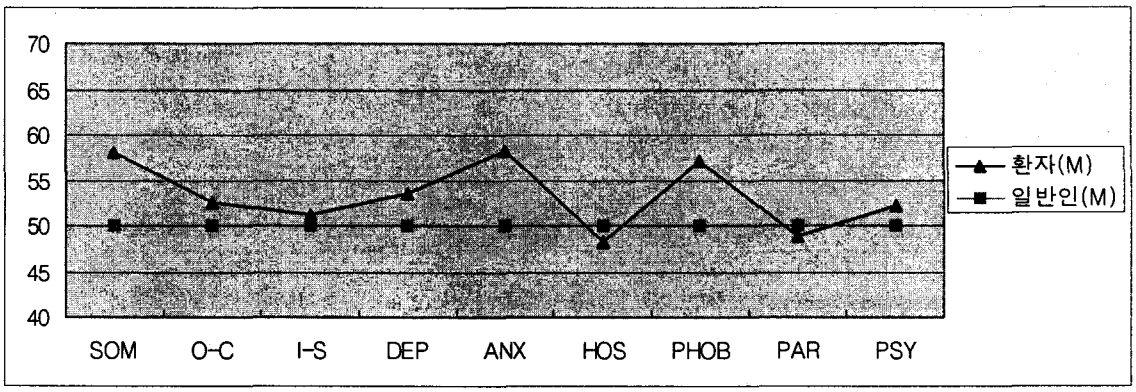


Fig. 17. The distribution of T-score among the male groups of general and patient.

3) 患者群과 一般人群의 全體指標 比交

患者群이 一般人群에 비해 男女 모두에서 세 가지 全體指標 모두 높은 점수를 나타내었고 특히 女子 患者의 경우 그 폭이 컸다(Table Ⅳ).

Table Ⅳ. The Comparison of Global Index among the Groups of General and Patient

Group / Global Index	Female		Male	
	General Group (N=576)	Patient Group (N=11)	General Group (N=636)	Patient Group (N=4)
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
GSI	0.95±0.51	1.48±0.59	0.79±0.53	0.98±0.37
PDSI	1.62±0.46	2.26±0.77	1.52±0.46	1.56±0.38
PST	50.56±19.18	57.82±5.20	43.72±21.39	55.00±9.70

M=means
SD=standard error

Ⅳ. 考 察

응급실은 지역사회에서 지역주민의 보건에 필수적인 역할을 담당하고 있으며 응급실에서 이루어지는 조치가 향후 환자의 치료과정의 결정과 예후에 지대한 영향을 준다는 사실은 새삼 강조할 필요가 없다[13].

그 중에서도 정신과적 응급은 개인의 유전적, 신체적, 정신적, 사회문화적인 요소가 서로 상호 작용하여 발생하며 이에 대한 적절한 조치가 이루어지지 않을 경우 환자 본인은 물론 가정과 그가 속한 사회에까지 여러 가지 문제를 일으킬 수 있으므로[14] 응급실은 정신장애의 일차적인 예방이란 측면에서 위기조정을 시행하기 위한 좋은 기회를 제공한다.

따라서 응급실내에서의 적절한 조치를 위해서 응급실 내에서는 응급환자의 정의에 맞는 환자들만의 진료와 치료가 행해져야 하나 국민의 생활수준과 소득 수준의 향상, 사회구조 및 생활양식의 변화로 건강에 대한 관심과 의료에 대한 수요가 높아지고 질병의 심리적인 문제에 대한 인식이 증가 되면서 생활사건에 민감하게 반응하는 신경정신과 환자의 경우 실제로 진정한 정신과적 응급질환 때문에 응급실을 찾는 경우 보다는 심리적 지지의 방편으로 응급실 진료를 이용하려는 사람이 늘어나고 있는 실정이다.[4,15]

본 연구에도 위와 같은 상황이 반영되고 있는데 먼저 性別 및 年齡分布를 보면 응급실에 내원한 20名중 15名이 女子로 男子에 비해 월등히 많았는데 이는 최[4] 등의 연구에서 밝힌 女性 62.3%, 男性 37.7% 및 김[16] 등의 연구에서 밝힌 1:2.17의 남녀비와 유사한 결과였다(Fig. 1).

이처럼 여성이 다수를 차지하는 것은 응급실 전체 내원 환자 중 대부분이 女子이고, 히스테리 신경증 환자 중 83%가 女性이며, 정신장애 중 물질사용 장애를 제외하고는 女性에게 유병률이 높다는 기존의 연구와 무관하지 않다.

그러나 여성에 있어서 증세의 강도가 남성보다 커서 응급실을 찾는 여성이 상대적으로 많은 것인지, 여성의 사회적 신분이나 역할에 따른 환경적 요인의 결과인지, 생물학적 기전을 동반한 내인성 과정에 의한 것인지는 단정하기 어렵다[15].

年齡에 있어서는 30代와 40代가 월등히 많아 총 65%를 차지하였다. 이는 20代가 주된 연령층이라고 지적한 다른 연구들[15,16]과는 차이가 있었으나 이는 본 연구가 한방병원 응급실이라는 특수성이 있었기 때문으로 사료된다.

또한 發病動機가 대부분 직장 내 스트레스와 과로라는 점을 생각해 본다면 한국의 30代와 40代가 가장 많은 생활사건을 경험하고 그로 인한 심리적 부담을 강하게 느끼고 있다고 볼 수도 있다. 또한 직장

여성의 경우 이 시기가 직장 생활과 가사 활동의 두 가지를 모두 해내야 하는 시기이므로 남성 보다 더 발병하기 쉬운 조건에 있다고 볼 수 있다(Fig. 2).

來院時間은 밤 9시부터 자정까지가 가장 많았는데 이는 현대인들의 생활 방식과 유관한 것으로 생각되며 외래진료시간에 해당하는 오전 9시부터 저녁 6시까지는 주로 휴일이나 일요일에 내원한 환자였다. 그러나 이[13] 등의 연구에서는 낮이 44.0%로 가장 많았다고 보고하고 있어 양방병원 응급실과는 상당한 차이를 보였다. 發病 後 應急室 來院까지의 經過時間은 3시간 이내와 12시간 이내가 各各 5명과 8명으로 총 13명(65%)이었는데 이는 응급실에 내원하는 환자들이 증상에 대해 민감하게 반응하고 스스로 응급이라는 판단을 강하게 하고 있으며 본인의 증상에 대해 빠른 처치를 받기 원하기 때문인 것으로 생각된다. 來院 勸誘者는 스스로 병원을 찾은 경우가 가장 많았으나 이는 대부분 身體化障碍 환자의 경우였고 轉換障碍나 不安障碍의 경우에는 주변인들의 권유에 의해 병원을 내원한 경우가 많았으며 특히 부부싸움이 발병동기인 경우 來院 勸誘者는 모두 배우자였다(Fig. 3~5).

發病動機는 직장 내 스트레스 및 과로가 60%였으나 이 경우 모두 身體化障碍의 양상을 나타내었고 심리적 충격이나 부부싸움 등의 생활 사건이 있었던 경우는 不安障碍나 轉換障碍의 양상을 나타내었다(Fig. 6). 발병동기의 해결여부에 대해서는 다음날 외래 내원 시 조사한 결과 13명, 65%가 해결되지 않은 상태였고 7명만이 해결된 상태였다. 이 또한 발병동기가 직장 내 스트레스 및 과로가 주를 이룬 것과 무관하지 않으며 생활사건이 발병동기였던 경우는 대부분 해결된 상태였다(Fig.7).

정신과적 응급은 그 원인에 따라 1차적으로 심인성인지 혹은 기질적인 것인지로 구분되며 두 요소의 복합적인 원인으로도 올 수 있다. 심인성으로는 자살 및 자살기도, 우울, 난폭하고 파괴적인 행동, 둔주상태, 공황반응, 외상후 스트레스장애, 조증, 망상형 및 긴장형의 정신분열병, 신경성 식욕부진증, 급성 정신신체적인 문제, 불면증 등이 있고 기질적인 원인으로는 섬망, 알코올 중독 및 알콜 금단증상, 약물남용 및 약물금단증상 등이 포함된다[13]. 그러나 한방병원을 내원한 신경정신과 환자의 경우 이러한 정신과적 응급에 해당하는 경우는 매우 드물며 본 연구에도 포함되지 않았다. 오히려 한방병원 응급실로는 頭痛이나 胸悶과 같은 신체 증상, 또는 痲痺感과 같은 神經學的 이상을 호소하며 내원하는 경우가 많았다(Table Ⅰ). 이러한 결과는 양방병원 응급실의 경우와도 유사한데 이[13] 등의 연구결과에 의하면 남녀 모두에서 身體症狀이 가장 많은 비율(39.5%)을 차지하였다.

診斷은 DSM-Ⅳ[10]의 기준에 따르고자 하였는데 본 연구에 포함된 환자들의 경우 身體刑障碍와 不安障碍에 모두 귀속되었으며 身體型障碍가 15명으로 75%를 차지하였고 그 중 5명은 轉換障碍의 양상을 나타내었다. 이러한 결과는 양방병원 응급실 내원 신경정신과 환자의 진단별 분포 양상이 정신분열증 다음으로 身體型障碍라는 연구 결과들[4,13,15]을 고려해 봤을 때 한방병원으로는 잘 내원하지 않는 정신분열증을 제외한다면 어느 정도 일치하는 결과였다(Fig. 8). 한편 不安障碍 중 恐慌障碍 환자의 내원 및 氣分障碍 환자의 내원 등이 기대되었으나 본 연구에는 그에 해당하는 환자가 포함되지 않았다.

過去에도 現在와 類似한 症狀을 經驗한 환자가 15명으로 경험하지 않은 5명보다 훨씬 많아 증상의 재발 경향성을 보여주지만 이는 발병 동기나 진단과는 특별한 연관이 없었다(Fig. 9). 過去의 治療形態는 자가 치료가 7例로 가장 많았으며 양방병원 응급실이나 의원, 한방병원 응급실이나 한의원 등을 이용하는 빈도는 큰 차이가 없었다(Fig. 10). 과거 치료성적은 60%가 호전을 보였던 것으로 보아 신경정신과적 증상이 재발 경향이 있긴 해도 관해 또한 잘 이루어짐을 알 수 있었다(Fig. 11).

한방병원 응급실에서는 針治療가 기본으로 행해졌고 韓藥治療와 瀉血治療 등이 경우에 따라 병행되었는데 세 가지 치료가 모두 행해졌을 때 好轉度는 100%인데 비하여 針治療와 韓藥治療만 행해진 경우와 針治療만 행해진 경우는 各各 67%와 40%로 치료가 적극적일 수록 好轉度도 높다는 것을 알 수 있었다(Fig. 12, 13). 그러나 다음날 추적 조사한 症狀의 殘存與否에 있어서는 完治된 경우는 없었고 대부분이 증상이 그대로 남아있거나(30%) 조금 남아있다(70%)고 대답하여 응급실 치료가 증상의 호전을 유도하기는 하나 한 번의 치료로 완전한 관해를 유도하기는 힘듦을 반영해 주었다(Fig.13). 하지만 한편으로는 완전히 관해된 경우는 추가적인 외래치료를

하지 않기 때문에 이와 같은 결과가 나왔을 것으로 생각해 볼 수 있다.

본 연구에서는 응급실로 내원한 신경정신과적 환자의 심인성 증상을 객관적으로 파악하고 환자들의 공통점을 찾아보고자 SCL-90-R을 시행하였다. Wilson 등[17]에 의하면 자기보고형 평정검사는 치료에 대한 반응을 측정하여 장애의 전반적 심각도를 평가하고 진단을 내리며 성격을 파악할 수 있는 기능을 가지고 있다고 하였다. 이러한 검사 중 대표적인 것이 다면적인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)[18]와 SCL-90-R이다[19].

SCL-90-R은 'Cornell 의학지수'로부터 시작되어 Hopkins Symtom Checklist(HSCL)에서 비교적 신뢰성을 갖추었으며 Derogatis 등의 연구를 통해 현재의 것으로 발전하였다[12]. 한국에서의 SCL-90-R에 대한 연구로는 김[20] 등이 한국판 표준화를 위한 예비적 연구로 SCL-90-R을 번역해서 정상인 420명을 대상으로 성별, 학력별, 연령별, 도시와 농촌간의 차이를 검증해서 잠정적인 규준을 마련했고 원[21] 등이 내적 합치도 방법에 의해 신뢰도를 검증한 것 등이 있다.

'自己報告式多次元症狀目錄檢査'로 현재 가장 널리 사용되고 있는 것은 MMPI이나 이는 문항수가 566문항으로 매우 많아 설문의 작성이 힘들고 채점 및 해석이 전문가에 의해서만 행해질 수 있다는 단점이 있다. 반면에 SCL-90-R은 관찰자가 공유할 수 없는 환자의 주관적인 경험을 제공하고 전문적인 도움을 필요로 하는 사람을 가려내 주는 일차적인 도구로 사용 가능하며 검사의 실시, 채점이 비전문가에 의해 이루어 질 수 있어 전문가의 시간이 절약될 수 있고 실시시간이 20여분 정도로 짧고 검사문항이 쉬워 외래 및 병동 환자의 진단 및 치료효과를 측정할 수 있는 도구로 사용 가능할 뿐만 아니라 간단한 설문임에도 환자의 증상을 대체로 포괄하고 있다는 장점이 있다[11].

SCL-90-R의 9가지 임상 척도는 身體化척도(Somatization;SOM, 12문항), 强拍證척도(Obsessive-Compulsive;O-C, 10문항), 對人銳敏性척도(Interpersonal Sensitivity;I-S, 9문항), 憂鬱척도(Depression;DEP, 13문항), 不安척도(Anxiety; ANX, 10문항), 敵對感척도 (Hostility;HOS, 6문항), 恐怖不安척도(Phobic Anxiety; PHOB, 7문항), 偏執證척도(Paranoid Ideation;PAR, 6문항), 精神證척도(Psychoticism;PSY, 10문항)이며 이 외에도 9개의 증상차원에 포함되어 있지 않고 독립적으로 채점되지 않으나 실제로는 여러 차원에 부하되어 있어 임상적으로는 매우 중요한 의미를 가지고 있는 부가적 문항(Additional Items,7문항)이 있어 단순한 점수에 의한 의미보다는 전체적인 윤곽 혹은 형태를 파악하도록 하고 있다[11].

또한 SCL-90-R은 3가지 全體指標를 가지고 있는데 全體深度指數(Global Severity Index, GSI)는 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계를 총 문항수로 나눈 점수로 현재의 장애의 수준 혹은 심도를 나타내고 表出症狀合計(Positive Symtom Test, PST)는 증상의 수, 즉 1점 이상 평정된 문항수이다. 表出症狀深度指數(Positive Symtom Distress Index, PSDI)는 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계를 1점 이상에 평정된 문항수로 나눈 점수로 순수한 장애의 강도를 나타낸다[11].

본 연구 결과 男女 환자집단 모두에서 일반인 집단에 비해 증상차원별로 높은 점수를 기록했는데 이는 신경정신과적 증상을 가지고 내원한 환자들의 경향성을 반영해 주는 것이라 할 수 있다. 9가지 증상차원 중에서도 女子의 경우 身體化, 憂鬱, 不安 척도가 높았으며 男子의 경우에는 身體化, 不安, 恐怖不安 등의 척도가 높아 남여 모두에서 身體化 尺度와 不安 尺度가 높은 것이 應急室로 내원하는 환자의 특성이라고 할 수 있겠다.

본 연구는 짧은 기간동안 대상 환자를 모집하였고 또 추적 가능한 환자만을 대상으로 하였다는 한계가 있었다. 이로 인해 표본의 수가 결과를 일반화하기에는 부족한 면이 있었고 증상의 호전도 및 진단적 특성 등이 한 쪽으로 치우쳐졌을 가능성이 있다. 또한 SCL-90-R의 특성을 살펴봄에 있어서 대조군을 일반인 집단으로 삼았는데 일반인 집단의 규모는 본 연구의 표본 규모에 비해 매우 커서 응급실 내원 환자 집단과 일반인 집단을 상호 비교하는 것이 무리가 있었다.

향후 정신과적 응급환자의 한방적 관리와 치료의 발전을 위해 더욱 심화된 연구가 필요하리라 사료된다.

V. 結 論

2003年 5月 1日부터 2003年 9月 30日 까지 大田大學校 部屬 淸州 韓方病院 및 大田大學校 部屬 天安 韓方病院 응급실에 내원한 신경정신과 환자 중 다음 날 외래 내원을 통해 추적 설문이 가능하였던 20名을 대상으로 臨床樣相 및 SCL-90-R에 의한 特性을 살펴본 결과 다음과 같았다.

1. 응급실에 내원한 환자는 女子가 월등히 많았고 年齡에서는 30代와 40代가 많았다.

2. 發病動機는 직장 내 과로 및 스트레스가 가장 많았고 發病 後 12시간 이내에 내원하는 환자가 많았다.

3. 표출된 증상은 頭痛, 眩暈, 痲痺感, 胸悶 등의 신체적 증상이 가장 많았고 진단은 身體型障碍로 내려진 경우가 많았다.

4. 응급실 치료에 의한 好轉度는 호전율 70%로 양호했다.

5. SCL-90-R에 의한 진단에서는 身體化, 不安 등의 척도가 일반인보다 뚜렷하게 높았고 全體指數에서도 증상의 심도가 일반인보다 높은 특성이 있었다.

參 考 文 獻

1. 김영식, 임경수, 황성호, 윤양구. 응급실 내원환자에 대한 병원전 응급체계와 후송에 대한 조사. 대한응급의학회지. 1992;3(2):46-55.
2. 백광제, 박승희, 선경, 장연희, 엄병선, 홍윤식. 응급의학과 전공의 교육을 제언. 대한응급의학회지. 1993;4(2):138-47.
3. 김옥준, 최옥경, 구홍두, 김승환, 김승호. 응급의료센터로의 외상환자 전원에 대한 고찰. 대한응급의학회지. 1993;4(1):112-21.
4. 최주연, 정운섭, 박용천, 남정현. 응급실 방문 정신과 환자의 지역특성에 따른 질병해동 비교. 정신건강연구. 1999;18:156-66.
5. Bristol JH, Giller E, Docherty JP. Trends in emergency psychiatry in the last two decades. Am J Psychiatry. 1981;138:623-8.
6. 이종훈, 박두병, 이길홍. 응급실 내원 정신과 환자의 조치경로에 미치는 변인 연구. 신경정신의학. 1995;34:1739-65.
7. 소용섭, 정영조, 오석환. 응급실을 통한 정신과 입원환자에 대한 임상적 고찰. 신경정신의학. 1988;27:361-8.
8. 김홍환, 권택순, 김현우. 응급실 내원 정신과 환자의 1979년과 1989년 비교. 신경정신의학. 1990;29:1350-8.
9. 고려대학교 부설 행동과학 연구소. 심리척도 핸드북. 서울:학지사. 2000:383.
10. 민성길. 최신정신의학. 서울:일조각. 2001:306-27, 332-5.
11. 金光日, 金在煥, 元鎬澤. 簡易精神診斷檢査 實施要綱. 서울:中央適性硏究所. 1984:7-32.
12. 김경옥, 심상민, 구병수. 긴장성 두통 및 불면을 주소로 입원한 환자의 간이정신진단검사(SCL-90-R)의 진단별 특성. 동의신경정신과 학회지. 2003;14(1):118-21.
13. 이안백 김학렬. 일 종합병원 응급실 내원 정신과 환자에 대한 임상적 고찰. 조선의대논문집. 1998;23(2):275-8.
14. 한동세. 정신과학. 서울:일조각. 1977:82-105.
15. 이희준. 응급실 내원 정신과 환자에 대한 고찰. 서울:경희대학교. 1990:18-9.
16. 김시경, 신철진, 홍성도. 충북대학교병원 응급실에 내원한 전환장애 환자의 인구통계학적 특성에 관한 고찰. 충북의대 학술지. 1997;7:89.
17. Wilson JH, Taylor PJ, Robertson G. The validity of the SCL-90 in a sample of British men remended to prison for psychiatrc reports. Br, J. Psychiat. 1985;147:400.
18. 정범모, 이정균, 진위교. M.M.P.I. 다면적 인성검사 검사별 요강. 서울:코리안 테스팅 센타. 1967.
19. 김영일. SCL-MPD를 이용한 측두 하악 장애 환

자의 심인성에 관한 연구. 광주:조선대학교. 1988:5.
20. 金光日, 元鎬澤, 李正浩, 金光潤. 簡易精神診斷檢查(SCL-90-R)의 韓國版 標準化 硏究 I -正常人의 反應特性. 神經精神醫學. 1978;17:449-58.
21. 元鎬澤. 簡易精神診斷檢查(SCL-90-R)의 韓國版 標準化 硏究 II. 漢陽大學校論文集. 1978;12:457-74.