

## 암환자 응급진료의 현황 및 문제점

서울대학교병원 내과, 가정의학과\*, 응급의학과†, 간호과†

허대석·윤영호\*·정주영·김홍수·김성혜†·신상도†  
김중의†·오은경†·유철규, 방영주, 김노경

### Abstract

### Inappropriate Care of Oncologic Emergency in Korea

Dae Seog Heo, M.D., Young Ho Yun, M.D.\*, Hong-Soo Kim, R.N.,  
Joo Young Jeong, M.D., Sung Hye Kim, M.D.†, Sang Do Shin, M.D.†,  
Joong Eui Rhee, M.D.†, Eun Kyung Oh, R.N.†, Chul Gyu Yoo, M.D.,  
Yung-Jue Bang, M.D. and Noe Kyeong Kim, M.D.

*Department of Internal Medicine, Family Medicine\*, Emergency Medicine†, and Nursing†,  
Seoul National University Hospital, Seoul, Korea*

**Purpose:** Cancer is a common cause for admission to emergency room(ER). Cancer patient present to ER with undiagnosed cancer, acute vague problem of cancer, or treatment related complication. But there is little information on the magnitude of the problems in the Korea. The purposes of our study were to evaluate the appropriateness of care for oncologic emergencies in Korea.

**Materials and Methods:** This study was undertaken of all cancer patients above 15 years old presenting to the Seoul National University Hospital ER, who visited during the period from Oct. 16 to Nov. 15, 1997. ER record was reviewed and ER doctors evaluated patients' reason for visiting ER, appropriateness in patients' utilization of ER, oncology emergency

**Results:** 266 cancer patients(17.4% of total patients) visited ER during this period and 166 cancer patients(62.4%) utilized inappropriately ER. Their average stay is 32.0 hours and 65.8% of them stayed for 6 hours. There were complaints of patients such as pain(44.8%), abdomen distension(9.4%), and dyspnea(7.5%). The most common oncologic emergency in ER during this study were gastrointestinal(34.0%), neurologic(21%), hematologic(8.0%), infectious(7.0%), respiratory (6.0%), and genitourinary(5.0%).

**Conclusion:** For the care of symptoms like pain, most of cancer patients utilize ER inappropriately due to lack of attention from primary health delivery system. For the better care, the palliative medicine should be established in Korea.

**Key Words:** Cancer, Emergency room, Inappropriateness, Oncologic emergency, Tertiary hospital

### 서 론

역사적으로, 응급실은 예기치 못한 손상과 생명을

이 논문은 1997년도 서울대학교병원 연구비(02-1997-287-0) 지원에 의해 이루어진 것임

위협하는 상황에 있는 환자에게 적절한 치료를 제공하도록 발전되어 왔다[1]. 병원 응급실은 진료시간의 제약 받지 않고 급성이거나 중한 질환 혹은 외상이 있는 환자를 치료하고 전문과로 환자를 의뢰하며, 환자들이 입원하게 되는 주요한 경로의 하나로서, 의료체

계에서 다양한 역할을 수행한다[2]. 1989년 전국민의 의료보험 확대실시이후 응급실이용이 급증함에 따라[2] 특히 급성의료시설과 전문인력을 갖춘 대다수의 대학병원 및 3차의료기관 응급의료센터는 밀려드는 환자와 입원대기 환자의 정체현상이 심화되고 있다. 이러한 종합병원 응급실의 혼잡과 그에 따른 환자의 정체는, 위급한 환자들에 대한 적절한 치료를 지연시키며 [3~6], 치료의 질을 떨어 뜨리는 결과를 초래하고[7, 8], 결국 환자들의 삶의 질에 부정적 영향을 미침으로써[9] 윤리적인 문제 뿐만 아니라 국가적인 심각한 문제가 되고 있다[10].

이러한 문제는 암환자에게도 예외는 아니다. 암을 서서히 진행하는 만성질환형태로 개인의원이나 외래클리닉을 방문하는 질환으로 특징지어질 수 있으나, 많은 환자들이 통증, 구토, 병적 골절, 장 폐쇄, 복부 종양의 천공, 백혈구 감소증 등과 같은 암의 급성 증상으로 응급실을 찾게 된다[11~13]. 이와 같이 응급실에 방문한 암환자들은 진단되지 않은 암의 급성증상, 질병과 관련된 애매한 증상, 혹은 항암치료의 합병증을 보이기 때문에 응급실 근무자들에게 많은 도전을 유발한다[11]. 서양과는 다른 암 발생률과 의료환경에 있는 우리나라에서, 응급실을 이용하는 암환자들에 대한 적절한 대응 및 해결책을 마련하기 위해서는 암환자들의 응급실이용의 일반적인 현황과 응급질환의 종류 및 문제점들을 파악할 필요가 있다.

본 연구는 1) 암환자들이 3차의료기관 응급실 방문 환자중 차지하는 비중 2) 재원시간 3) 응급실 방문목적과 호소하는 증상 4) 전문적인 응급의료서비스를 필요로 하지 않는 임상적인 문제로 응급실을 이용하는 정도와 의료적인 입장에서 파악한 그 이유 5) 응급실을 방문한 암환자들의 응급질환의 종류 등을 조사함으로써, 응급실을 방문하는 암환자들의 현황을 파악하고 적절한 치료와 서비스를 제공할 수 있는 방안을 마련하는데 기초자료를 제공하고자 하였다.

## 대상 및 방법

### 1. 대 상

본 연구는 1600병상의 서울대학교병원에 1997년 10월 16일부터 11월 15일까지 응급실을 방문한 15세 이상의 암환자를 대상으로 하였다. 서울대학교병원은 96년 응급실 통계상 방문환자가 17928명(일평균 49.1명)이었다. 조사당시 내과 전공의 3명, 응급의학과 전공의 1명이 상근하였으며 인턴 12명, 간호사 27명이 교대근무하였으며 행정사무원 2명이 근무하고 있었다. 응급실을 방문한 환자중 과거 암으로 진단을 받았거나 응급실에서 진단을 받은 환자는 연구에 포함시켰으나 응급실을 떠난 후 진단받은 환자는 본 연구에 포함되지 않았다.

### 2. 평가 방법

응급실재원시간은 환자가 응급실을 방문하여 입원, 수술, 귀가 등의 이유로 응급실을 떠날 때까지 소요된 시간으로, 본 연구에서는 응급실 재원시간은 응급실 접수대장에 기록된 시간을 재원시간으로 조사하였으며 단위는 시간으로 하였다[7]. 응급실을 방문한 환자들의 주소는 간호기록에(응급실장부, 의무기록) 적혀 있는 증상을 참조하였으며 환자방문의 목적은 전공의가 파악한 내용으로 하였다. 응급실 방문의 적절성은 현재 표준화된 평가기준이 없기 때문에 담당전공의의 임상적 판단을 기준으로 하였으며 부적절한 이유에 대해서는 "병상이용의 적절성 평가지침서"[14] 참조하여 연구자들이 정한 항목에서 담당전공의가 선택하도록 하였다. 적절하다고 판단된 경우는 Seminar in Oncology에[15] 암환자의 응급질환에 나와 있는 항목들을 나열하여 선택하도록 하였다.

### 3. 통계분석방법

응급실 방문의 적절성과 관련된 요인과의 관련성은

Chi square test를 이용하였으며 응급실 방문의 적절성과 응급실 재원시간과의 관련성은 T test를 시행하였다. 통계적 유의성은 P value 0.05를 기준으로 하였다. 통계프로그램은 PC-SAS version 6.12을 이용하였다.

### 결 과

1997년 10월 16일부터 11월 15일 1개월간 서울대학교병원 응급실을 방문한 환자는 총 1529명(일평균

49.3명)이었으며 그 중 암환자는 266명(일평균 8.6명)으로 전체 응급실 방문환자의 17.4%를 차지하였다.

#### 1. 대상환자의 특성

266명중 남자가 56.0%였으며 연령별로는 50대와 60대가 절반이상이었다. 암의 종류는 위암(23.7%), 간암(16.9%), 폐암(12.0%) 순이었다(Table 1).

#### 2. 암환자의 응급실방문의 적절성과 재원시간

응급실담당 전공의에 의한 적절성 평가에 따르면 방문환자 266명중 166명(62.4%)이 부적절한 것으로 나타났다. 응급실 재원시간은 평균 32.0시간이었으며 중앙값은 10시간이었다. 최단시간은 1시간이었고 최장시간은 580시간이었으며 6시간이상 응급실에 머물렀던 환자는 65.8%이었다. 적절성에 따른 평균재원시간은 적절한 경우 37.3시간, 부적절한 경우 28.7시간으로 적절한 경우에 재원시간이 길었으나 통계적인 유의성은 없었다. 최종경과에 따른 재원시간을 비교하였을 때, 입원한 경우의 평균 재원시간은 42.2시간, 의사의 지시에 따른 귀가의 경우는 24.9시간으로 입원한 환자의 경우에 재원시간이 더 길었던 것으로 나타났다( $P < 0.05$ ).

#### 3. 응급실방문 환자의 주소(Chief complaint)와 적절성

응급실을 방문한 환자들의 주소는 Fig. 1와 같다.

Table 1. Medico-demographic Characteristics (N=266)

Variable		N (%)
Sex	Male	149 (56.0)
	Female	117 (44.0)
Age	~39	44 (16.5)
	40~49	43 (16.2)
	50~59	78 (29.3)
	60~69	72 (27.1)
	70	29 (10.9)
Cancer	Stomach	63 (23.7)
	Liver	45 (16.9)
	Lung	32 (12.0)
	Head & Neck	17 ( 6.4)
	Lymphoma	14 ( 5.3)
	Rectum	14 ( 5.3)
	Breast	12 ( 4.5)
	Cervix	11 ( 4.1)
	Others	58 (21.9)

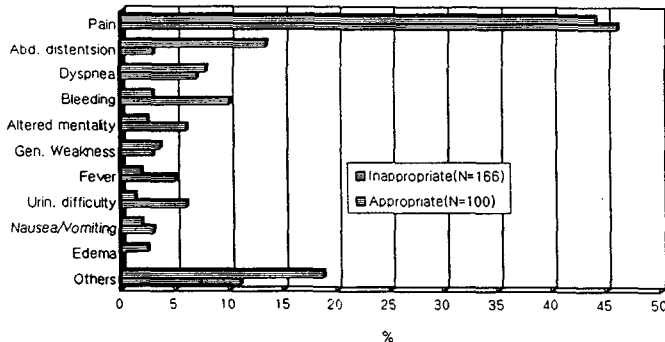


Fig. 1. Chief complaints and appropriateness in patients' utilization of ER(N=266).

응급실 방문환자의 절반에 가까운 환자(44.8%)가 통증을 주소로 방문하였으며 복부팽만(9.4%), 호흡곤란(7.5%), 출혈(5.6%), 의식변화(3.8%) 등이 있었다. 방문 환자의 주소와 적절성의 관련성을 평가하였을 때, 통증, 호흡곤란은 통계적 유의성이 없었으나 복부팽만을 주소로 응급실을 방문한 경우는 부적절한 경우가 많았으며( $P<0.01$ ) 출혈을 주소로 방문한 경우는 적절한 경우가 많았다( $P<0.05$ ).

Table 2. Admission Route and Appropriateness in Patients' Utilization of Emergency Room

	Appropriate N (%)	Inappropriate N (%)	Total N (%)
Patient or Family	89 (89.0)	144 (86.7)	233 (87.6)
OPD	10 (10.0)	16 (9.6)	26 (9.8)
Other Hospital	1 (1.0)	6 (3.6)	7 (2.6)
Total	100 (37.6)	166 (62.4)	266 (100)

$P>0.05$

Table 3. Reason for Visiting and Appropriateness in Patients' Utilization of Emergency Room from Doctor's Point of View

	Appropriate N (%)	Inappropriate N (%)	Total N (%)
Symptom Control	67 (67.0)	92 (55.4)	159 (59.8)
Management of Complication	6 (6.0)	14 (8.4)	20 (7.6)
Diagnosis	18 (18.0)	17 (10.2)	35 (13.2)
Admission	2 (2.0)	11 (6.6)	13 (4.9)
Others	7 (7.0)	32 (19.3)	39 (14.7)
Total	100 (37.6)	166 (62.4)	266 (100)

$P>0.05$

4. 응급실방문 경로와 적절성(Table 2)

응급실방문의 경로로는 환자나 가족이 스스로 선택한 경우가 대부분이었으며(87.6%) 외래나 다른 병원으로부터 의뢰된 경우는 10%정도에 불과하였다. 방문경로에 따른 적절성과의 관련성을 평가하였을 때, 통계적 유의성은 없었다.

5. 의료진이 파악한 응급실을 방문한 목적과 적절성(Table 3)

의료진이 파악한 암환자들이 응급실을 방문한 이유는 증상조절이 가장 많았으며(59.8%), 적절성과의 관련성은 없었다.

6. 응급실방문의 최종경과와 적절성(Fig. 2)

응급실을 방문한 환자 266명중 의료진의 진료를 받고 의사의 지시에 따라 퇴원한 환자는 137명(51.5%)이었으며 입원한 환자는 103명(38.8%)이었다. 응급실에

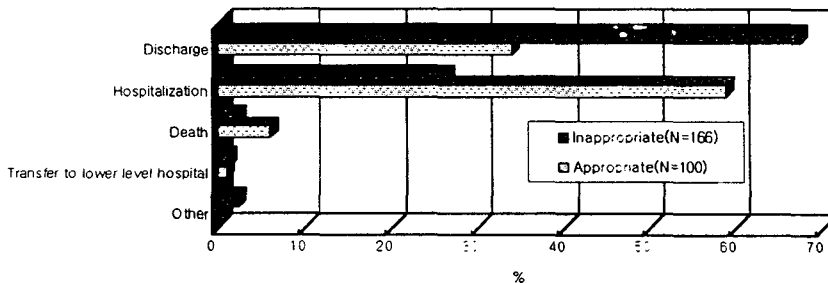


Fig. 2. Final course and appropriateness in patients' utilization of ER(N=266).

Table 4. Reason for Patients' Inappropriate Utilization of Emergency Room(N=166)

Reason for Inappropriate Utilization	N (%)
Any needed diagnostic procedures or treatment can be done on an outpatient basis	80(48.2)
Patient needs care institutional care, but at a level lower than an acute care hospitals	36(21.7)
Care adequate in chronic disease hospital or nursing facility	23(13.9)
Premature admission	19(11.4)
Waiting lab result done in outpatient basis or hospitalization	6( 3.6)
Others	2( 1.2)

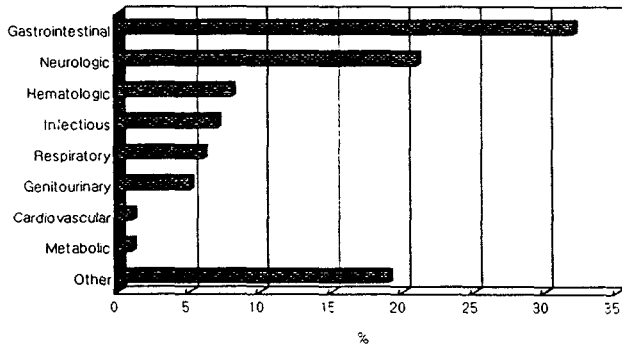


Fig. 3. Causes of oncologic emergencies in SNUH ER(N=100).

서 사망한 환자는 10명이었으며 1, 2차 의료기관으로 의뢰된 경우는 거의 없었다. 적절성과 최종경과의 관련성 평가시 응급실방문이 적절했던 환자들이 부적절했던 환자들에 비해 입원한 경우가 더 많았다( $P < 0.001$ ). 응급실 방문이 부적절함에도 불구하고 입원한 환자가 전체 266명중 44명(16.2%)이 있었다.

7. 응급실방문의 부적절 이용의 원인

응급실을 부적절하게 방문했던 경우의 그 원인을 의료진이 분류한 결과가 Table 4와 같다. 필요한 진단과 치료과정이 외래에서 가능한 경우가 48.9%이었으며, 1,2차 의료기관이나 만성질환병원과 장기요양시설 등에서 진료를 받을 수 있는 경우가 35.6%를 차지하였다.

8. 응급실방문 암환자들의 응급질환(Fig. 3)

응급실을 방문한 환자 중에 방문이 적절한 환자 100명의 응급질환은 다음과 같다. 위장관계의 응급질환

환이 34명(34.0%)으로 가장 많았으며 신경계 21명(21.0%), 혈액학적 질환 8명(8.0%) 등 순서였다. 위장관계 응급질환에는 장 폐색 17명, 장 출혈 8명, 담도 폐색 4명, 장 유착 2명 등이 있었으며 신경계 응급질환에는 뇌압 상승 7명, 척수 압박 5명, 간성 뇌병증 4명, 발작 3명, 뇌졸중 1명, 연수막 전이 1명 등이 있었다. 혈액학적 질환에는 혈구감소증 7명, 과백혈구증가증 1명 등이 있었으며 호흡계 응급질환에는 기도 폐색 3명, 폐렴 2명, 대량 객혈 1명 등이 있었다. 비뇨기계 응급질환에는 폐쇄성 요로병증 5명이 있었다. 심혈관계 응급질환은 상대정맥 증후군 1명이었으며 대사성 응급질환은 고칼슘혈증 1명이었다.

고 찰

악성종양의 광범위한 침범, 대사적 다양성, 전이성은 다양한 형태로 응급질환을 유발한다. 뿐만아니라 암의 치료에 사용되는 여러 가지 약제나 처치 역시 암

환자에게 폭발적인 응급상황을 일으킬 수 있다[15]. 이러한 응급질환은 생명을 위협하거나 영구적인 기능장애를 일으킬 수 있으며 환자와 가족들의 삶의 질에 상당한 위협을 초래할 수 있다. 그러므로 암환자의 응급실 이용실태에 대한 연구는 암환자들의 현실을 파악하고 대책을 마련하는데 도움이 될 것이다.

본 연구는 서울에 소재한 일개 대학병원만을 조사한 것으로, 각 병원마다 응급실진료형태가 다를 수 있으며 시설 및 인력의 상황도 다양하므로, 이 결과를 일반적인 우리나라 대학병원 암환자들의 응급실 실태라고 할 수 없다. 또한 응급실방문에 대한 적절성의 평가를 응급실 담당의사의 주관적인 판단에 의존하였기 때문에, 타당성에 대한 의문과 의사 개개인간의 관찰의 차이를 무시할 수 없을 것이다. 그러나, 아직까지 응급실이용의 적절성에 대한 표준화된 기준이 제시되지 않은 상태이고[8, 16], 입원적절성에 대한 묵시적 기준에 따른 임상 의사의 평가와, 적절성 평가지침에 따른 간호사의 평가간의 전반적인 일치도가 86%로 상당한 일치를 보인다는 연구가 있어[17] 이러한 주관적인 판단이라 하더라도 신뢰할 만하다고 볼 수 있다. 여러 제한점이 있으나 본 연구는 암환자들의 응급실 이용의 현황에 대한 이해와 문제해결의 방향에 어느 정도의 도움이 될 것으로 믿는다.

암환자들이 응급실방문 환자의 17.4%로 적지 않은 암환자들이 응급실을 이용하고 있다는 점을 알 수 있다. 이와 같은 현상은 1989년 의료전달체계 시행전후의 응급실 이용에 대한 연구에서 나타난 21.0~22.0%와 큰 차이가 없다[2]. 검사와 치료를 위해 응급실을 방문하는 암환자들의 비율이 상당한 점에 대한 몇가지 가능한 이유를 Sweson은 다음과 같이 설명하고 있다 [11]. 첫째, 노인인구의 급속한 증가로 암의 유병률이 증가하고 있다. 둘째, 1900년대초이후로 암의 장기생존자의 수가 급격히 증가하고 있다. 셋째, 항암치료의 최근 경향이 보다 공격적인 치료법들로, 치료와 관계된 부작용, 예를 들면, 비장적출술후의 폐렴구균 패혈증,

doxorubicin 주입후 심독성, 흉부에 방사선치료후의 급성 방사선폐렴 등을 경험하는 환자들의 수가 늘고 있다. 그러므로 암환자들이 응급실을 이용하는 현황은 앞으로도 지속될 것으로 예상되기 때문에 이에 대한 연구가 지속되어야 할 것이며 적절한 대책이 마련되어야 할 것이다.

응급실 재원시간은 쉽게 수집할 수 있고 현실적으로 매우 유용하게 활용될 수 있는 지표이다[18]. 특히 응급실 환자의 질적 관리를 위해 미국의 존스홉킨스병원에서는 6시간이상 체류하는 환자의 비율을 8.2%로 역치를 제시하고 있으며[19], 우리나라 의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준에 따르면 6시간이상 응급실에 머물고 있는 환자에 대한 의료수가는 응급의료수가에서 입원수가로 적용이 달라진다[3]. 본 연구에서 암환자들의 평균 재원시간은 32.0시간이며 6시간이상 응급실에 체류한 환자는 65.8%로 암환자들의 정체현상이 심각함을 알 수 있다. 비슷한 기간(1997년 11월 1일~11월 15일)에 서울대학교병원 QA전담반에 실시한 조사에 따르면[7], 이 기간동안 응급실을 방문한 658명의 평균 재원시간 16.34시간과 6시간이상 응급실에 체류한 환자 40.4%와 비교할 때, 암환자들의 정체현상이 보다 심각하다고 할 수 있다. 최종경과에 따른 재원시간을 살펴보면, 입원 환자의 경우 다른 경과에 비해 재원시간이 길게 나타났는데, 이는 적절성과는 상관없이 병실부족과 같은 이유로 재원시간이 길게 나타났을 가능성이 있다[20].

암환자들의 증상관리는 복잡하며 여러 측면으로 응급실 담당의사에게 관심을 끈다. 특히 통증은 Fig. 1에서 볼 수 있듯이 응급실을 방문한 암환자들이 가장 많이 호소한 증상으로 암진단에 가장 흔한 증상이기도 하며 암의 진행 그리고 치료의 부작용과 관련된다[11]. 암환자들 역시 자의로 응급실을 방문한 점은 3차의료기관을 대상으로 했던 다른 연구와[21] 차이가 없는 현상이다. 본 연구나 기존의 연구에서 보듯이 환자들의 응급실 이용은 환자들의 응급에 대한 판단과 다른

의료시설에의 접근성에 대한 환자들의 인식에 크게 달려 있으며[2, 22, 23], 암환자들이 응급과 비응급을 판단하기 힘들다. 그러므로, 건강교육을 통해 응급실이용에 대한 인식을 올바르게 할 필요가 있다.

응급실의사들에 의한 평가에 따르면, 응급실이용 환자의 약 3분의 2정도가 부적절한 것으로 나타났다. 일반적인 응급실이용의 부적절성 평가가 5~81%로[1, 6, 8, 24, 25] 다양하다고 하지만, 기존에 응급실을 이용한 암환자에 대한 적절성을 평가한 연구가 없기 때문에 비교할 수 없다. 부적절한 응급실 이용의 일반적인 원인으로 1)일차의료 이용의 제한[23, 26~27], 2)응급실 이용의 편리성[27], 3)큰 병원에 대한 환자 및 보호자의 선호[28], 4)높은 전문의료서비스 이용[5] 5)입원을 위한 통로[2, 29], 6)간호사와 응급의학과 의사의 부족[6]과 이용가능한 병실이나 중환자실의 부족[9] 등이 지적되고 있으며 이는 암환자라고 해서 예외이지는 않을 것이다. 이 점은 Table 4의 응급실담당의사들이 파악한, 부적절한 응급실이용의 이유와 관련이 있을 것으로 본다. 적절성을 평가하는 기준들은 의사의 주관적 판단에 기초하거나[1, 16, 25] 환자의 활력증후과 같은 명백한 기준[16, 28], triage[4, 10] 등 객관적 기준을 마련하여 그에 따르거나 조합하여 이루어 지고 있다. 응급실방문의 부적절에 대한 정의는 환자, 보험관계자, 의료인에 따라 다양하며[23, 30] 환자들이 항상 이 기준에 동의하는 것은 아닐 것이다[8]. 그러나, 암환자의 응급실이용의 적절성을 평가할 수 있는 기준을 마련하여 암환자들의 부적절한 응급실 이용을 제한할 때, Table 4의 원인들에 의한 응급실의 부적절한 이용은 해결될 수 있다. 또한, 응급실의 대안으로 일차의료로의 접근을 증가시키는 것은 응급실이용의 문지기역할을 하게 함으로써, 응급실 과밀을 줄일 수 있을 뿐만 아니라[31~33] 많은 종양의 응급질환은 치료가 가능하기 때문에, 효과적인 일차의료의 제공은 암이 심각하거나 생명을 위협할 정도로 악화되는 상황을 예방함으로써 삶의 질을 개선시킬 수 있다[15, 34]. 그러므로,

일차의료의 체계화를 확립하여 의사와의 정기적인 진료와 전화상담을 통해서 응급실을 방문하도록 한다면 이러한 부적절한 응급실이용은 줄어들 수 있다.

Table 4에서 부적절하게 응급실을 이용한 환자들 중 그 원인이 만성질환병원이나 장기요양시설에서의 진료를 필요로 하는 경우의 대부분은 말기암환자들이었다. 만성간호시설 및 다른 선택 가능한 의료시설의 부족 등이 의료적으로 필요한 기간보다 더 오랫동안 응급실에 머무르게 하는 등 응급실의 부적절한 이용을 더욱 심화시킨다[34]. 이러한 말기암환자들에게는 오히려 호스피스시설과 같이 삶의 질에 초점을 맞춘 의료진에 의한 완화적인 치료(Palliative care)가 가능한 의료시설이 마련된다면, 환자들에게는 보다 도움이 되며 이들에 의한 응급실이용은 줄어들 것으로 예상된다.

어떤 종류의 종양성 응급질환이 가장 흔히 발생하는지에 대해서는 정확한 발생률에 따른 종양에 의한 응급질환의 빈도에 관한 비교가 없으나, 서구에서 상대정맥증후군, 척수압박, 고칼슘혈증 등이 가장 흔한 것으로 알려지고 있다[35~37]. 본 연구에서 응급실 방문이 적절했다고 판단된 암환자의 응급질환중, 장폐색, 장출혈 등 위장관계 응급질환이 가장 많은 것으로 나타나 서구와는 다른 양상을 보였다. 이러한 차이는 서구는 상대정맥증후군, 척수압박, 고칼슘혈증의 원인중 흔한 폐암, 유방암의 발생률이 높은 반면 우리나라는 위암, 간암과 같은 소화기계통의 암의 발생률이 높기 때문일 것이다[35~37] 생명을 위협하는 종양성 응급질환에 대한 체계적인 연구를 통해 보다 정확한 발생률을 비교하고 그에 따라 종양성 응급질환을 빠르게 감별진단할 수 있는 절차를 마련할 필요가 있다[35].

비록 비응급과 응급상황간의 구별에 상당한 논란이 있으나 응급실은 방문한 모든 암환자에게 일단 진료를 제공해야 한다[4]. 암환자들중 부적절한 이유로 응급실을 방문한 경우에 의료서비스의 제공을 거부할 수 있도록 하는 방법이 채택되기 위해서는, 응급실진료를 거부받은 환자가 다른 의료서비스를 받았는지, 사망

이외의 다른 건강상의 결과에 영향을 미쳤는지 그 안전성을 확인해 볼 필요가 있다[38]. 뿐만아니라 최근 의료에 대한 의사결정에 암환자들의 선택의 중요성이 크게 알려지고 있는 현실에서 암환자들의 선택과 함께 심도있는 대화와 조정이, 1차의료기관이나 외래 혹은 대체시설로서의 의뢰과정에서 고려되어야 한다. 일차 의료나 만성의료시설로서의 적절한 의뢰의 보장없이, 어떤 기준이나 경제적인 고려를 통해[23, 39] 응급실을 온 환자를 명백하게 거부하거나 오랫동안 기다리게 하는 방안은 임상적으로나 윤리적으로 용납될 수 없다 [4]. 의사들이 개개 암환자들에게 대한 의무와 분배 정의에 대한 사회적인 관심사이에서 균형을 잡는다는 것이 암환자를 직접 대하는 상황에서 매우 어려운 일이지만, 현대의 의료현장에서 때때로 필요한 일이다. 우리사회의 모든 구성원들에게, 특히 응급질환의 위협에 노출되어 있는 암환자에게 응급실의 진료가 언제든지 제공되어질 수 있어야 하며 가장 높은 질의 응급처리가 가능해야만 한다는 원칙은 어떤 경우에도 존중되어야 한다.

## 요 약

**목 적 :** 우리나라에서 암환자들이 긴급한 의료문제가 발생한 경우, 어떤 경과를 거쳐 진료를 받고 있는지 자세히 연구된 자료가 없다. 대부분의 1, 2차 의료기관이 암환자진료에 소극적이어서, 사소한 증세조절을 위해서도 3차의료기관의 응급실을 방문해야 하는 등 많은 문제점이 있다. 이에 연구자들은 3차의료기관 응급실을 방문한 암환자들의 적절성여부를 평가하여 암환자의 응급진료상의 문제점을 파악하고자 한다.

**방 법 :** 서울대학교 응급실을 방문한 성인암환자들의 응급실방문의 목적, 주증상, 적절성 등을 응급실근무 전공의와 간호사를 통해 조사, 평가하였다.

**결 과 :** 1997년 10월 16일부터 11월 15일사이 한달간 서울대학교병원응급실을 방문한 환자중 암환자는

17.4%(266명)를 차지하였다. 이중 응급실이용이 부적절하다고 판단된 환자는 166명(62.4%)이었으며, 이들의 응급실재원 평균시간은 28.7시간이었고, 주증상은 통증이었다.

**결 론 :** 통증과 같은 증상조절을 위하여 응급실을 방문하는 암환자의 대부분이 1, 2차의료기관에서도 진료가 가능한 상태로, 암환자의 증상조절이 보다 효율적으로 이루어질수 있도록 완화의학 및 의료전달체계의 조속한 확립이 요망된다.

## 참 고 문 헌

1. O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. "Inappropriate" emergency department use: A comparison of three methodologies for identification. *Acad Emerg Med* 1996;3:252-257.
2. 강동화, 김선민, 김현, 조수현, 윤덕로. 의료전달체계 시행 전후의 응급실 이용에 대한 비교 연구. *대한의학협회지* 1991;34(7):769-777.
3. 보건복지부 편. 의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준. 서울: 대한병원협회, 1997:62-68.
4. Derlet RW, Nishio DA. Refusing care to patients who present to an emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19(3):262-267.
5. 백정환. 서울대학교병원 응급실을 내원한 환자들에 대한 실태조사. 서울대학교 대학원 석사 논문, 1990:30-37.
6. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995;25(2):215-223.
7. 황지인, 황정해, 김창엽, 오병희. 응급실 장기 재원 환자의 요인분석. *한국의료QA학회 '97 가을 정기 학술대회 및 연수교육* 1997:155-173.
8. Gill JM. Nonurgent use of the ED; Appropriate or not? *Ann Emerg Med* 1994;24:953-957.
9. Lynn SG, Kellermann AL. Critical Decision Making: managing the ED in an over-crowded hospitals. *Ann Emerg Med* 1991;20:105-107.
10. Albin SL, Wassertheil-smoller S, Jacobson S, Bell B. Evaluation of emergency room triage performed by nurses. *Am J Public Health* 1975;



- 65(10):1063-1068.
11. Swenson KK, Rose MA, Ritz L, Murray C, Adlis SA. Recognition and evaluation of oncology-related symptoms in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1995;26(1):12-17.
  12. Hargarten ST, Roberts MJS, Anderson AJ. Cancer presentation in the emergency department; A failure of primary care. *Am J Emerg Med* 1992;10(4):290-293.
  13. Brown MW, Calman KC. Malignant disease in the accident and emergency department. *Br J Clin Pract* 1983;37:203-208.
  14. 서울의대 의료관리학교실, 한국의료관리연구원. 병상이용의 적절성 평가 지침서. 서울: 1993: 50-64.
  15. Berger NA. Introduction: Overview of oncologic emergencies. *Seminars in Oncology* 1989;16(6): 461-462.
  16. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: A prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med* 1997;15(2): 133-136.
  17. 신영수, 김용익, 김창엽, 김윤, 김은경, 송윤미, 이영성. 적절성평가지침과 이유목록의 적용가능성 평가. *한국의료QA학회지* 1994;1(1):96-108.
  18. 서울의대 의료관리학교실. 의료기관의 질 향상사업 조사연구. 서울: 서울대학교 의과대학 1995: 79-98.
  19. 서울의대 의료관리학교실, 서울대학교병원 QA전담반 편. 의료의 질 향상을 위한 10단계 -병원에서의 실행전략. 서울: 서울대학교병원 1996:73-76.
  20. 한국의료QA학회. 의료기관의 질향상 사업 조사 연구. 서울: 한국의료QA학회 1996:63-86.
  21. 김영식, 임경수, 황성오, 윤양구. 응급실 내원환자에 대한 병원전 응급체계와 후송체계에 대한 조사. *대한응급의학회지* 1992;3:46-55.
  22. Walker LL. Why do patients use the emergency room. *Hospital Topics* 1975; May/June:19-21,45.
  23. Hunt R, Depart KL, Allison EJ, Whitley TW. Patient and physician perception of need for emergency medical care: A prospective and retrospective analysis. *Am J Emerg Med* 1996; 14(7):635-639.
  24. Stratmann W, Ullman R. A study of consumer attitudes about health care: The role of the emergency room. *Med Care* 1975;13(12):1033-1043.
  25. Gill JM, Reese CL. Disagreement among health care professionals about the urgent care needs of emergency department patients. *Ann Emerg Med* 1996;28(5):475-479.
  26. 박인철, 이경룡, 구홍두, 김승환, 장석준, 심호식. 응급의료센터 과밀화 해소를 위한 환자 전원. *대한응급의학회지* 1995;6(2):403-410.
  27. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993;83(3):372-378.
  28. 장석준, 장문준, 이한식. 응급실 환자 과밀화 요인의 분석. *대한응급의학회지* 1992; 3(1):71-78.
  29. 명재일, 정영철. 의료전달체계 운영 성과의 분석. 서울: 한국보건사회연구원, 1991:94-105.
  30. Mitchell TA. Nonurgent emergency department visiting-Whose definition?. *Ann Emerg Med* 1994;24:961-963.
  31. Haddy RI, Schmalzer ME, Epting RJ. Nonemergency emergency room use in patients with and without primary care physicians. *J Fam Pract* 1987;24:389-392.
  32. Hurley RE, Freund DA, Taylor CDE. Emergency room use and primary care case management: Evidence from four medicaid demonstration programs. *Am J Public Health* 1989;79(7):843-847.
  33. Benz JR, Shank JC. Alteration of emergency room usage in a family practice residency program. *J Fam Pract* 1982;15(6):1135-1139.
  34. American College of Emergency Physicians. Measures to deal with emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med* 1991;19:944-945.
  35. Yahalom J, Fuller GB, Heiss J, Oldfield EH, Warrell RP, Schwartzentruber DJ. Oncologic emergencies. In *Cancer: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editor. Principles and practice of oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997:2469-2511.*
  36. Wilke WS, editor. Managing three common oncologic emergencies. *Cleveland Clinic J Med* 1991; Nov-Dec: 457-458.
  37. Kalia S, Tintinalli JE. Emergency evaluation of the cancer patient. *Ann Emerg Med* 1984;13(9 pt 1):723-730.
  38. Lowe RA, Bindman AB, JIrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D, Washington D, Grumbach K. Refusing care to ED of patients:evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med* 1994;23(2):286-93.
  39. Larkin GL, Adams JG, Derse AR, Iserson KV, Gotthold WE. Managed care ethics: An emergency? *Ann Emerg Med* 1996;28(6):683-689.