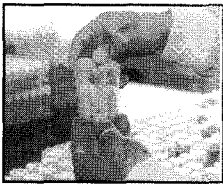




한국의 결핵

글 배길한(대한결핵협회 결핵연구위원장)



2000년 통계청의 사망원인 통계연보에 의하면 우리나라의 결핵 사망자는 3천4백여 명(6.7명/10만당)에 달하였고, 남자에서는 폐결핵 등으로 인한 결핵사망(9.7/10만)이 주요 사망원인의 9위이고, 40대 사인의 9위 50대 사인의 8위였다. 이웃 나라 일본의 결핵 사망률은 인구 10만 명 당 2명 수준이고, 미국은 0.3명 이하이다.

증해 현황

우리나라에서 체계적인 국가결핵관리사업이 수행되기 시작한 것은 1962년부터 전국적인 보건소망을 통해서였다. 1962년 전국의 1백82개 보건소에 등록된 연말 결핵 환자수는 7만 명에 이르렀고 1964년에는 10만 명을 돌파하였으며, 1969년에는 거의 18 만명에 도달하였다.

이를 정점으로 보건소의 결핵 환자수는 대체적으로 감소 추세에 들어서게 되어 2001년도에는 요관찰자를 제외한 전국 2백42개 보건소의 연말 등록환자수는 1만1천여 명 수준으로 감소했다. 1980년 인구로 표준화할 때 30세 미만 인구의 결핵 감염률은 30%수준이고, 전연령으로 추계시에는 우리나라 인구의 약 42%(2천만 명), 20세 이상 인구의 50% 이상이 결핵에 감염되어 있다.

1965년부터 5년마다 7차례에 걸쳐 수행된 결핵실태조사 결과에서 얻어진 연간 약 5%의 유병률 감소폭을 근거로 추정해 보면, 2002년 현재 X선상 활동성인 결핵환자는 20만 이상, 균양성 환자는 8만 명 이상이 존재하는 것으로, 또 우리나라 결핵환자의 대략적인 유병기간을 3년 정도로 보면, 2002년도에 새로 발생하는 X선상 활동성 환자는 7만여, 균양성 환자는 2만8천여 명에 이른다.

1992년과 1994년에 있었던 공무원 및 교직원에 대한 신체검사 결과에 기초해서 우리나라의 연간 결핵 신환자 발생수를 추정했을 때, X선상 활동성인 결핵환자가 8만 명(178/10만), 균양성인 환자가 3만 명(62/10만), 도말양성인 환자가 2만 명



이제는 결핵이 어느 한 지역이나 나라에 한정된 국지적 문제가 아니라 지구 가족 모두가 공동 대처해야 할 문제이므로, 결핵 질병 부담이 높은 다른 나라의 결핵문제에도 관심과 자원을 보내며, 우리나라뿐만 아니라 세계 결핵문제의 해결에도 도움을 줄 수 있는 관련 전문 인력의 양성을 위해서도 지속적인 노력을 기울여야 한다.

(39/10만) 정도인데, 서로 다른 추정 수치에 의한 결핵 신환발생률이 거의 근접해 있다. 특히 20대의 발생률이 매우 높아 (255/10만) 여전히 후진국형 발생 양상을 나타내고 있다.

2001년 결핵정보감시체계를 통해 신고된 우리나라의 결핵 환자 총수는 4만6천여 명인데, 이중 신환자수는 3만4천여 명이었고, 균양성자는 그 절반정도이었으므로 민간부문에서의 신고율과 신고된 내용의 정확성을 감안한 추정된 신환발생수를 근거로 말한다면 균양성신환자의 검출률은 아직 60%에도 이르지 못한다고 할 수 있다.

또 2000년 통계청의 사망원인 통계연보에 의하면 우리나라의 결핵 사망자는 3천4백여 명(6.7명/10만당)에 달하였고, 남자에서는 폐결핵 등으로 인한 결핵사망(9.7/10만)이 주요 사망원인의 9위이고, 40대 사인의 9위, 50대 사인의 8위였다. 이웃 나라 일본의 결핵 사망률은 인구 10만 명 당 2명 수준이고, 미국은 0.3명 이하이다.

세계보건기구는 1998년도에 추정되는 전세계 모든 결핵환자수를 근거로 순위별로 결핵질병 부담률이 높은 국가(TB high-burden countries, HBC) 22개국을 선정했는데, 대부분의 가난한 나라들이 여기에 포함되어 있다. 2000년도를 기준으로 이들 국가에서의 연간 발생하는 결핵환자수 평균은 10만당 1백83명이며, 전세계 발생수 평균은 10만당 1백44명이다.

또한 도말양성 신환 발생수가 HBC의 평균은 10만당 80명, 전세계 평균은 10만당 63명이다. 세계 결핵의 95%, 세계 결핵사망의 99%가 개발도상국에서 발생하고 있다는 점을 상기하면서, 우리나라의 결핵 신환발생 추정치를 세계 다른 나라들과 비교해 보면 우리가 처한 실상을 재인식할 수 있는 기회가 될 것이다. 이런 상황임에도 우리의 결핵 문제는 이미 다 해결된 듯한 착각에 빠져 국민적 정책적 관심권에서 멀어지고만 있다.

우리나라 결핵관리상의 문제점과 그 해결 방안 및 전망

1) 2010년까지의 달성목표

세계보건기구는 2005년까지 도말양성 신환자의 70%를 발견해내며 이들의 치유율을 85%까지 높이는 목표를 세우고 있다.

우리나라에서도 결핵퇴치를 앞당기고자 1996년부터 정부, 학계, 대한결핵협회 결핵연구원 등이 합동으로 2010년까지의 달성 목표를 설정한 바 있다.

이에 따르면 1995년도를 기준으로 연간 감염위험률(5~9세)을 0.5%에서 0.1%로(예측치는 0.16%), 활동성결핵의 유병률을 1.03%에서 0.3%(예측치 0.57%), 균양성결핵과 도말양성결핵의 유병률을 각기 0.21%와 0.093%에서 0.06%(예측치는 0.11%)와 0.02%(예측치는 0.04%, 도말양성 신환발생률이 1백만 당 1명일 때를 결핵이 근절에 가까운 상태라 하고, 천만명당 1명 이하일 때를 결핵이 근절된 것이나 마찬가지로 정의함)로, 20세 이상의 활동성 결핵 신환발생률을 10만 당 1백명, 균양성과 도말양성 신환발생률을 각각 10만 당 30명과 10명으로, 그리고 사망률을 10만 당 3이하로 감소시키겠다는 목표를 정한 바 있다.

구체적으로 환자 발견율을 95%이상, 균양성 신환자의 치유율을 90%이상, 신생아 비시지접종률 95%이상, 전염성 환자와 접촉한 6세 미만 어린이 중 적응 대상자에 대한 예방화학적 치료 실시를 90%이상, 민간 병 의원에서 발견되는 결핵환자 신고율을 95%이상 높이기로 했다.

2) 현황과 문제점

현재 우리나라의 균양성 환자에 대한 공공부문(보건소)의 치유율은 80%, 민간 부문은 대략 50% 수준인 것으로 보고되고 있다. 신생아(1세 미만) 비시지 접종률은 90% 수준이나, 경피접종용 비시지의 수입으로 혼란이 야기되고 있다. 대상이 되는 어린이에 대한 예방화학 치료는 시작한 상태다.

환자 발견율은 신환 발생수를 먼저 파악하여야 가능한데, 85% 수준이라고 한 보고도 있으나(1993년), 전염성 신환발생 자료를 근거로 추정하면, 앞서 언급한대로 신환 발견율은 60%이다. 2010년에 도달할 사업 목표는 정했지만, 결핵 퇴치를 조기 달성하기 위한 구체적인 사업 내용과 이에 대한 실천 계획 및 투자 내역과 자원 조달 방법 등을 명시하고 실천과 그 평가가 뒤따라야 했는데, 이점이 미흡했다.

이런 상황으로는 정해진 기간 내에 우리나라의 결핵감소가 예측한 목표대로 이루어질 수 없음을 자명하다. 더욱 분명한 것은 대부분 국민들이 우리나라의 결핵에 대한 인식이 저하되어 있고, 특히 정책 입안자들이 결핵에 대해서 무관심하고 인식도 부족하며, 정부의 결핵 투자액도 감소 추세이고(그 예로, 1970년 보건복지부 예산 중 결핵예산 비율은 15.4%였음에 비해, 1995년은 1.4%였다), 결핵 관련 요원들의 사기도 점점 저하되고 있다. 특히

IMF 이후 공공부문에서의 구조조정 등을 거치면서 인력 배치의 부적정이 심화되면서 결핵관리 운영체계의 전반적인 질적 저하가 초래된 상황이다.

또 HIV감염자의 증가 추세도 뚜렷한데, 우리나라 성인의 대부분이 결핵에 감염되어 있는 상황을 고려하면, 향후 결핵 관리에 심각한 문제를 야기할 소지가 있다. 우리나라는 결핵 발병 가능성이 높은 노인 인구도 크게 증가하고 있는 데다, 20대의 결핵 발생률도 현저히 높으므로 획기적 개선의 노력 없이는 결핵의 조기 근절에 대한 기대는 어려울 것으로 판단된다. 아울러 북한의 결핵 문제 또한 매우 심각한 상황에 있다. 이것은 바로 우리 민족의 문제이며 통일 이후를 고려한다면 크게 관심을 가지고 구체적인 행동에 나서야 한다.

해결 방안

우선 정책 입안자나 국민 모두가 결핵에 대한 인식을 새롭게 하고 결핵의 조기 퇴치를 위해 투자와 노력을 가속화시켜 나가야 한다. 그리고 기존의 국가결핵관리 체계와 방법들을 재검토하여 효율성을 극대화할 수 있는 방법을 강구하여야 한다. 구체적 방법들을 열거한다.

발병예방 : 백신접종은 적정 효과를 얻을 수 있으며, 지속적 평가가 가능한 방법으로 수행되어야 하되, 더 개선된 백신의 연구, 개발도 계속되어야 한다.

전파차단 : 조속히 환자를 발견해냄으로써 전파를 차단하기 위한 조치로 20대를 전후한 연령층의 결핵환자 조기 발견에 주력해야 한다. 군 입대를 위한 신체 검사 시에 결핵환자 발견과 발견된 환자의 관리 방안, 그리고 이 연령층에 있는 군장병들의 결핵 신검제도를 강화하며, 고교 3학년과 대학생 및 비슷한 연령층에 있는 젊은 연령층의 결핵 발생에 유의하고 그 대책을 확고하게 세워야 한다.

기타 취약 계층(의료보호 또는 의료보험 등에서 누락되는 계층, 합숙시설, 구치소, 교도소, 기타 여러 종류의 수용소, 노숙자, 외국인 노동자 등)에서의 환자 발견을 강화해야 한다.

세균검사 방법의 향상 : 환자 발견을 위해 보건소 도말검사를 포함하여 현재 민간부문에서 수행되는 결핵균 검사의 정도관리까지도 잘 유지될 수 있도록 조치하여 환자 발견의 정확성을 더욱 향상시킴과 아울러, 결핵균 외 마이코박테리아(Mycobacteria Other Than M. tuberculosis, MOTT) 배균에 따른 부적절한 치료 가능성을 감소시키기 위해서도 도말양성자의 검체도 모두 결핵균 배양검사를 하도록 해야 한다.

아울러 균양성환자 발견율을 향상·개선시키기 위해 보건소 검사에서 도말음성인 엑스선 유소견자의 검체는 2개까지 배양검사를 실시토록 한다. 세계보건기구에서도 배양 검사에서 결핵균(M.

tuberculosis complex)이 검출되어야만 결핵으로 확진한다고 정의하고 있다. 단지, 일상적으로 배양검사가 이루어질 수 없는 가난한 나라에서는 도말검사 2회 양성일 때도 결핵으로 확진할 수 있도록 하고 있지만, 우리나라는 이미 이에 해당되지 않는다. 또한 환자의 확진 및 치료 약제 선정의 신속을 기하기 위해 제한적이거나 근래 개발된 분자생물학적 기법 등을 활용할 수도 있도록 하며, 이에 관련된 연구도 게을리 하지 말아야 한다.

결핵정보감시체계의 강화 : 결핵연구원에 의뢰 또는 분리된 결핵균들로부터 DNA정보 데이터 베이스를 구축하도록 한다. 기존 결핵정보감시체계를 통해 신고되는 결핵환자 및 결핵연구원으로 배양 및 항결핵 약제 감수검사 목적 등으로 의뢰되는 환자들과의 연계 확인 검색 방안을 강화하여 우리나라 결핵의 전파와 발병에 관련된 정보 체계의 완성도를 높이며, 이를 결핵관리시의 자료로 활용한다.

치유율의 향상 : 특히 민간 부문 환자의 치유율을 향상시키기 위해, 의료보험제도를 적절히 이용하거나 추구관리에 도움을 주기 위해 공공 부문과의 환자관리 연계 방안 등을 고려하며, 아울러 적절한 방법에 의한 결핵지정 진료기관제도의 도입을 고려할 수 있다.

난치성환자관리 : 치유율을 향상시켜 난치성환자가 발생하지 않도록 해야 할 것이나, 난치성환자를 위한 효율적인 대책을

마련하고 이와 관련하여 결핵관리 및 치료 기능이 더욱 보완된 전문적 참고 임상 센터(TB Reference Clinic)를 운영하도록 한다.

이 참고센터는 향후 결핵 진료의사 배치나 파견이 어려운 보건소 등에 대한 X선 사진 등의 화상 전송 방법 등을 이용한 신속한 환자 관리조치를 가능하게 할 뿐 아니라, 결핵 진료를 수행하고 있는 민간 병의원 등에 결핵진료의 참고 기관이 되며 신속 정확한 진료 자문 등도 수행할 수 있게 된다.

세계결핵문제에 대한 인식과 전문 인력의 양성 : 이제는 결핵이 어느 한 지역이나 나라에 한정된 국지적 문제가 아니라 지구 가족 모두가 공동 대처해야 할 문제이므로, 결핵 질병 부담이 높은 다른 나라의 결핵문제에도 관심과 지원을 보내며, 우리나라뿐만 아니라 세계 결핵문제의 해결에도 도움을 줄 수 있는 관련 전문 인력의 양성을 위해서도 지속적인 노력을 기울여야 한다. 어느 분야든 전문가는 하루아침에 이루어지는 것이 아니다.

정책적 의지와 재정적 지원 : 이상에서 열거한 바 있는 여러 방법들의 도입과 적절한 운용을 위해서는 재정적 지원을 위한 정부의 정책적 의지가 선행되어야 한다. 분명한 목표 의식과 목표 달성을 위한 지속적인 노력과 투자가 이루어질 때, 우리나라의 결핵문제에 대한 조기 해결의 전망이 보인다고 할 수 있다. ¶