

Review Article / 종설

임상 한의사들의 치주질환 진료경험에 대한 질적 연구

이은우¹ · 김호준² · 한경선³

동국대학교 한방병원 한방재활의학과 (1수련의 · 2,3교수)

A Qualitative Research on the Periodontal Disease Treatment Experiences of Clinical Korean Traditional Medicine Doctors

Eunwoo Lee¹ · Hojun Kim² · Kyungsun Han³

Dep. of Rehabilitation of Korean Medicine, Dongguk University Ilsan

Abstract

Objectives : This study aimed to explore the lived experiences of clinical Korean medicine doctors in treating periodontal disease and to understand how periodontal disease is perceived and managed in real-world Korean medicine practice.

Methods : A phenomenological qualitative study was conducted using in-depth, semi-structured interviews with seven clinical Korean medicine doctors who had experience treating periodontal disease. All interview data were transcribed verbatim and analyzed using phenomenological qualitative methods to examine clinical perceptions, decision-making processes, and treatment experiences.

Results : Patients with periodontal disease often visited Korean medicine clinics to address accompanying symptoms during treatment for other chief complaints or to manage residual symptoms following dental treatment. No common or standardized diagnostic framework existed among clinical Korean medicine doctors when evaluating and interpreting periodontal disease. Korean medicine treatment was perceived as effective in alleviating symptoms in situations such as persistent pain after dental treatment or when conventional treatments were limited; however, clear limitations of Korean medicine as a standalone therapy were recognized in cases requiring surgical intervention. Institutional constraints and issues related to the awareness of both doctors and patients were identified as major challenges in the clinical management process.

Conclusions : Clinical Korean medicine doctors can play a complementary role in periodontal care, particularly in post-dental treatment management and early recognition of periodontal disease in elderly patients. Establishing clear clinical guidelines and accumulating robust clinical evidence are essential to support consistent application in practice.

Key words : Periodontal disease; Clinical Experience; Qualitative Research; Korean Medicine

I. 서 론

치주질환은 치아 주위 조직의 염증으로 인해 잇몸과 치조골이 파괴되는 질환이다. 중년 이후 인구에서 흔한 발생하는 만성 염증성 질환 중 하나로, 전 세계적으로 높은 유병률을 보이며 인구 고령화와 함께 지속적으로 증가하고 있다. 한국 국민건강영양조사에 따르면, 60-69세 노인의 치주질환 유병률은 약 46.3%, 70세 이상에서는 약 47.9%로 나타나 고령층의 절반 가량이 치주질환을 가진 것으로 보고되었으며¹⁾, WHO 역시 60세 이상 노인의 절반 이상이 중등도 이상의 치주질환을 경험한다고 보고된 바 있다²⁾. 또한 글로벌 메타분석에 따르면 성인 인구의 30-40%가 만성 치주염을 보유하고 있는 것으로 나타났다³⁾.

치주질환은 단순한 국소 구강 질환을 넘어 당뇨병, 심혈관 질환, 치매 등 다양한 전신질환과의 연관성이 지속적으로 보고되고 있으며, 특히 노년층 건강관리에서 그 중요성은 더욱 강조되고 있다. 그러나 고령층에서 치주질환 유병률이 증가하는 추세와 달리, 실제 고령층의 치과 이용률이 오히려 낮은 것으로 보고되고 있어, 고령화 시대에 적합한 치주질환의 관리의 새로운 접근에 대한 요구가 증가하고 있다.

한편, 국내 한방병원 및 한의원의 외래 환자 중 60세 이상 노인의 비율은 35-50%에 이르며⁴⁾, 근골격계 질환 및 만성질환 관리에 대한 수요로 인해 고령 환자의 한의 의료기관 내원 의존도가 높은 특성을 보인다. 따라서 이러한 의료 이용 양상을 고려할 때, 한의 의료기관에서 접하는 치주질환 환자의 진료 현실과 접근 방식, 그리고 치과와의 협진 양상에 대한 근거 탐색이 필요한 실정이다.

한의학적으로 치주질환은 풍치(風齒)에 속하며, 풍

치(風齒)에 대하여 다양한 한약재를 활용한 치료를 시행해 왔고⁵⁻⁶⁾, 또한 잇몸의 부종과 출혈을 특징으로 하는 치주질환에 대해서도 다양한 침 치료 혈자리들이 제시되어왔다⁷⁾.

그러나 위와 같은 의료 현실에도 불구하고, 한의사가 실제 임상 현장에서 치주질환 환자를 얼마나 자주 경험하는지, 이를 어떤 기준으로 평가하고 진단하는지, 한의치료를 어떤 방식으로 적용하는지, 그리고 치과와의 협진이 실제로 어떻게 이루어지고 있는지에 대한 근거는 거의 없는 실정이다. 기존 연구들은 주로 치료 효과 검증을 중심으로 한 정량적 연구에 집중되어 있어, 임상 현장에서의 진료 양상이나 진료 과정의 어려움, 협진에 대한 인식과 같은 맥락적인 요소를 충분히 설명하지 못한다는 한계점이 있다. 따라서 한의사를 대상으로 한 치주질환 한의치료 경험에 대한 질적 연구의 필요성이 제기된다.

현상학적 질적 연구는 연구 참여자의 주관적 경험을 중심으로 그 의미와 본질을 탐색하는 연구 방법으로, 의료인의 임상 경험을 심층적으로 이해하는 데 적합한 방법론이다⁸⁻⁹⁾. 특히 본 연구에서 적용한 Colaizzi 분석 방법은 한의사의 임상 경험을 있는 그대로 탐색하여 경험의 본질적 구조를 도출하는 데 적합하다¹⁰⁾. 이에 본 연구는 임상 한의사를 대상으로 치주질환 진료 경험에 대한 심층 면담을 수행하고, 진료 양상, 평가 및 치료 방식, 진료 과정의 어려움, 치과와의 협진에 대한 인식, 그리고 향후 필요성과 방향성 등을 질적 분석을 통해 탐색하고자 한다.

II. 대상 및 방법

1. 연구 개요 및 대상자

본 연구는 임상 한의사들의 치주질환 진료 경험을 심층적으로 탐구하고, 해당 경험에 부여된 의미와 그 본질을 이해하고자 현상학적 질적 연구 방법

Corresponding author :Kyungsun Han, Department of Korean Medicine Rehabilitation, Dongguk University Ilsan Oriental Hospital, 27 Dongguk-ro, Ilsandong-gu, Goyang 10326, Korea (Tel : 031-961-9111, E-mail : khan@dumc.or.kr)
• Received 2026/1/12 • Revised 2026/2/3 • Accepted 2026/2/10

(phenomenological analysis)을 적용하였다⁸⁾. 본 연구의 대상자는 1차 의료기관(한의원) 또는 한방병원 외래에서 1년 이상의 임상 진료 경험을 가진 한의사 중 치주질환과 관련된 한의 상담, 치료 경험이 있으며, 본 연구의 목적을 이해하고 면담 참여에 자발적으로 동의한 자를 연구 대상으로 선정하였다.

본 연구는 시작에 앞서 동국대학교 일산한방병원 기관윤리심의위원회 (Institutional review board, IRB)의 심의 면제승인을 받았다 (IRB No. DUIOH 2025-12-001).

2. 자료 수집 방법

1) 윤리적 고려 사항

연구자는 '임상 한의사들의 치주질환 진료 경험'이라는 주제를 심층적으로 탐색하기 위해 한의 의료기관에 안내 문건을 발송하여 참여 의사를 밝힌 한의사를 중심으로 눈덩이 굴리기(snowball sampling)의 방법으로 치주질환 관련 한의치료 경험이 있는 자를 모집하였다. Snowball sampling이란, 연구 참여자가 자신의 지인 등 주변 인맥을 통해 새로운 연구 대상자를 추천, 모집하는 비확률 표본 추출 방법으로, 주로 접근이 어려운 집단에서 활용되며 기존 참여자가 새로운 사람을 소개하는 방식으로 표본이 확대되는 방법이다¹¹⁾. 이는 치주질환 한의치료 경험이 있는 임상 한의사가 드문 연구 환경에서, 풍부한 정보를 가진 참여자를 효율적으로 모집하기 위한 전략이며, 풍부한 정보를 가진 사례에 대해 알고 있는 사람을 아는 사람으로부터 주요 사례는 찾는 방식으로 진행하였다. 각 범주가 이론적 포화(theoretical saturation)에 도달했다고 판단되는 시점까지 자료를 수집하였으며, 총 7명과의 면담 후 대상자 모집을 중단하였다.

면담은 개인별 반구조화 1:1 심층면담으로 진행하였다. 면담은 개방적이며 반 구조화된 질문으로 진행되었으며, 참여자들이 질문지에 대해 자유롭게 발언할 수 있도록 하였다. 모든 면담 내용은 녹취 후 전사

(text transcription) 하여 스크립트로 제작하여 질적(현상학적) 분석 방법에 의해 분석하였다. 면담은 참여자 당 1회 진행하였으며 필요시 후속 면담을 실시하여 내용을 보충하였다.

3. 자료 분석

자료 분석은 질적자료 분석 소프트웨어인 NVivo 15(QSR International, Australia)를 활용하여 전사본을 체계적으로 관리하고 코딩하였다. NVivo를 통해 의미 있는 진술의 분류, 코드 간 관계 탐색, 주제군 도출 과정을 반복적으로 검토하였으며, 이는 자료 분석의 투명성과 체계성을 확보하는 데 기여하였다.

자료 분석은 두 명의 연구자가 독립적으로 코딩을 시행한 후, 상호 비교·논의를 통해 합의(consensus)를 이루는 방식으로 진행하였다. 이는 연구자의 주관성 편향을 줄이고 분석의 타당성을 높이는 대표적 신뢰도 확보 전략이다¹²⁾. 1차 코딩으로 연구자 A와 B가 독립적으로 코딩을 시행한 후에 2차 비교를 통해 불일치 항목에 대해 논의하고, 최종 합의를 통해 코드북과 주제 구조를 확정하였다. 코드 합의 과정은 감사추적(audit trail) 기법으로 전체 연구의 수행 과정을 문서 형태로 상세히 기록하였다.

본 연구의 연구자는 한의사 면허를 소지한 자로서 치주질환 진료 경험 및 한의 임상에 대한 이해를 바탕으로 연구를 수행하였다. 연구자는 자신의 임상적 선 이해가 자료 해석에 영향을 미칠 수 있음을 인식하고, 자료 분석 전 연구 과정과 관점을 명확히 기술하였으며, 분석 과정 전반에서 연구자 삼각 검증과 합의 과정을 통해 해석의 객관성을 확보하고자 노력하였다.

자료의 분석은 임상 한의사들이 치주질환 환자를 진료하며 경험한 인식, 판단 과정, 치료 경험 및 그 의미를 본질적으로 탐구하고 체계적으로 분석하고자 Colaizzi의 현상학적 분석 방법에서 제시한 7단계 분석 절차를 따랐다(Fig. 1)⁹⁾. Colaizzi 방법은 참여자의 주관적 경험을 최대한 그대로 반영하면서도 연구

자가 경험의 본질적 구조를 도출할 수 있는 체계적인 절차라는 점에서 현재 의학 및 보건 의학 분야의 질적 연구에서 널리 사용되는 방법이다¹³⁾.

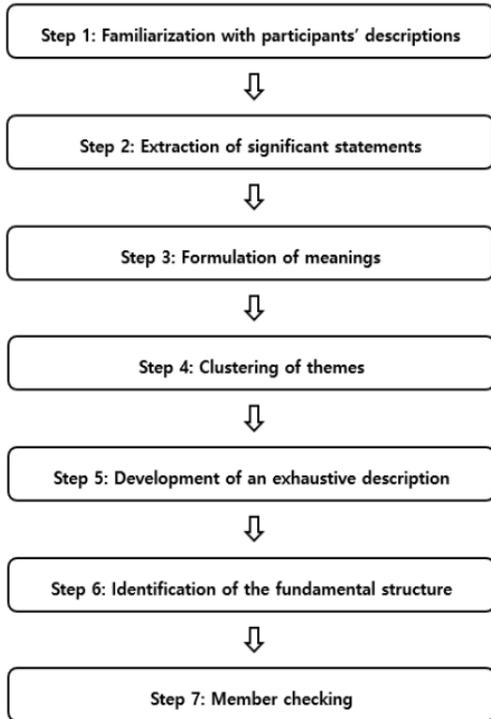


Fig. 1. Colaizzi's Seven-Step Analysis Process

Colaizzi 방법에 따라 연구자는 전사된 면담 자료 전체를 여러 차례 반복하여 읽으며, 참여자가 전달하려는 경험의 전체적 흐름과 맥락을 파악하였으며, 이 과정에서 선이해(pre-understanding)를 최소화하고, 열린 태도로 자료를 수용하였다(1단계).

자료에서 치주질환 환자 경험, 진단 과정, 치료 선택, 협진 경험, 어려움 등 연구 질문과 직접적으로 관련 있는 진술을 체계적으로 발췌하였으며, 동일 문장이 중복되는 경우라도 의미가 다르면 별도의 진술로 유지하였다(2단계).

추출된 진술 각각에 대해 진술이 내포하는 의미를 해석 및 요약하여 '의미 단위(formulated meaning)'

로 전환하였다. 이 과정에서 참여자의 표현을 원형 그대로 유지하면서도 연구 목적에 맞도록 학술적 용어로 재구성하였다(3단계).

유사한 의미 단위들을 그룹화하여 하위주제와 주제군을 생성하였다. 이를 통해 치주질환 진료 경험의 구조를 체계적으로 파악하였다. 주제군 간의 관계를 검토하여 치주질환 환자 경험과 패턴, 한의사의 평가 및 진단, 치주질환 한의치료 경험, 진료 과정의 어려움, 치과-한과의 협진, 향후 필요성 및 방향성 등과 같이 상위 주제(superordinate themes)를 도출하였다(4단계).

도출된 주제들을 바탕으로 참여자 경험 전체를 설명하는 '포괄적 기술'을 작성하였다. 이 문서는 치주질환 진료 경험의 의미를 참여자 관점에서 최대한 풍부하게 기술하였다(5단계).

포괄적 기술을 압축, 정제하여 해당 경험의 본질적 구조(essential structure)를 도출하였다. 즉, 한의사의 치주질환 진료 경험이 갖는 핵심적 속성(nature)을 명확히 진술하였다(6단계).

도출된 본질적 구조와 주요 주제들을 일부 참여자에게 다시 제시하여, 연구자의 해석이 참여자의 실제 경험과 일치하는지 검토하였다. 이는 질적 연구의 신뢰도 확보에 필수적인 절차이다¹⁴⁾(7단계).

III. 결 과

1. 연구 대상자의 일반적인 특성

본 연구의 참여자는 총 7명으로, 남성 5명, 여성 2명이었다. 임상 경력은 10년 이하에서 30년 이상까지 다양했으며, 전문의 3명과 일반의 4명으로 구성되었다. 근무 기관은 지역 한의원 근무 한의사 4명과 대학 병원 근무 한의사 3명으로 구성되었다. 연구 대상자의 일반적인 특성은 Table 1에 제시하였다(Table 1).

2. 의미 단위 도출

면담 자료를 분석한 결과, 총 51개의 하위 의미 단위와 15개의 중심 의미 단위가 도출되었으며, 이를 바탕으로 6개의 주제 단위가 구성되었다. 도출된 6개의 주제 단위는 ‘치주질환 환자 경험과 패턴’, ‘한의사의 평가 및 진단’, ‘치주질환 한의치료 경험’, ‘진료 과정의 어려움(진료장벽)’, ‘치과-한과의 협진’, ‘향후 필요성 및 방향성’이었다. 주제 및 의미 단위 구조는 Table 2에 제시하였다(Table 2).

3. 주제 단위별 본질적 구조 도출

1) 치주질환 환자 경험과 패턴

첫 번째 주제인 ‘치주질환 환자 경험과 패턴’에서는 한의원 내원 경로, 치주질환 환자의 한의원 내원 빈도, 주호소 증상으로 중심 의미 단위가 구성되었다.

(1) 한의원 내원 경로

대부분의 참여자들이 치주질환 환자가 치주 증상 자체를 주증으로 내원하기보다는, 다른 주소증으로 내원한 과정에서 치주질환이 발견되거나, 동반 증상으로 함께 호소하는 경우가 많으며, 주로 소화기 질환이나 면역력 저하 등 전신적 문제를 주소로 내원한 환자에서 함께 관찰

되는 경우가 많다고 하였다. 대학병원에서 근무하는 참여자 2명은 장기입원 환자에서 치주질환이 비교적 빈번하게 발견된다고 응답하였다. “치통 자체만으로 내원하시는 경우는 조금 드물고요. 다른 증상들과 함께 호소를 하셔서...” (P1)

“내과적인 치료를 하려고 온 환자에서 치주질환이 발견되는 경우는 주로 소화기질환이나 면역력 저하 환자에서 제일 많았던 것 같아요.” (P5)
 “제가 주로 보는 환자군이 뇌졸중과 만성 심부전을 갖고 있는 환자다 보니까... (중략) 그 환자분들이 대부분 치주질환을 가지고 계신 경우가 많습시다. (중략) 외래환자에 비해 장기입원 환자에서 치주질환이 발견되는 비율이 체감상 10배는 되는 것 같습니다.” (P2)

또한 다수의 참여자들이 치과치료 후에 남는 통증과 불편감을 해결하기 위해 한의원을 내원하는 경우도 많다고 응답하였다. 일부 참여자는 최근 고령화로 인해 임플란트 시술을 받은 환자가 증가하면서, 치조골 염증으로 인한 통증과 불편감을 호소하며 내원하는 경우가 늘고 있다고 진술하였다.

“첫 번째 선택지로 치과에서 치료를 받긴 하지

Table 1. General Characteristics of Participants (N=7)

Participant	Gender	Clinical Experience	Specialist*	Type of Institution
P1	Male	≥10 years	N [†]	Local clinic
P2	Male	≥10 years	Y [‡]	University hospital
P3	Male	<10 years	N	Local clinic
P4	Male	≥30 years	Y	University hospital
P5	Female	≥10 years	N	Local clinic
P6	Female	≥10 years	Y	University hospital
P7	Male	≥30 years	N	Local clinic

* Specialist indicates board-certified Korean medicine specialist.

† N: No

‡ Y: Yes

Table 2. Structure of Meaning Units on Periodontal Disease Treatment Experiences of Clinical Korean Medicine Doctors

Theme	Central Meaning Unit	Sub-Meaning Unit Description
Patterns of Patients' Experiences with Periodontal Disease	Route of visiting Korean medicine clinics	Non-primary complaints or Accompanied symptoms
		Identified among long-term care patients
		Residual symptoms after dental treatment
	Frequency of visits by periodontal disease patients	Patient-related factors
		Structural factors or Korean medicine doctor-related factors
		Pain (gingival pain, tooth pain, etc.)
	Chief complaints	Gingival symptoms (swelling, bleeding, discharge, etc.)
		Dental symptoms (mobility, sensitivity, fractures, etc.)
		Oral symptoms (halitosis, dryness, tongue symptoms, etc.)
		Visual inspection (redness, swelling, pus discharge, etc.)
Evaluation and Diagnosis by Korean Medicine Doctors	Factors considered when evaluating periodontal disease patients	Patients' subjective symptoms (pain, heatness, etc.)
		Presence of systemic diseases and lifestyle
		Assessment based on dental records
		Other considerations (general condition, presence of cognitive impairment, etc.)
		Assessment based on symptom severity
	Korean medicine interpretation of periodontal disease	Distinction between pain, swelling, and inflammatory stage
		Basic recognition of inflammation, with variations in detailed interpretation
		Pattern identification based on Sasang constitutional medicine
		Differentiation between gingivitis and periodontitis in disease progression
		Acupuncture
Experiences with Korean Medicine Treatment for Periodontal Disease	Types and methods of Korean medicine treatment	Herbal medicine
		Pharmacopuncture
		Lifestyle education
		Other treatments
		Experience of treatment effects
	Experience of treatment effects	Cases with perceived treatment effectiveness
		Cases without perceived effectiveness and reasons

Table 3. Structure of Meaning Units on Periodontal Disease Treatment Experiences of Clinical Korean Medicine Doctors (continued)

Theme	Central Meaning Unit	Sub-Meaning Unit Description
Difficulties in the Treatment Process (Clinical Barriers)	Structural factors	Limitations of the Korean medicine clinical scope
		Limitations of the clinical environment for Korean medicine treatment
	Korean medicine doctor-related factors	Lack of institutional systems supporting periodontal disease treatment
		Lack of education on periodontal disease during Korean medicine training
		Insufficient awareness of periodontal disease treatment and low confidence
		Lack of sharing and transmission of clinical experience
	Patient-related factors	Treatment discontinuation during the course of care
		Lack of awareness of Korean medicine treatment for periodontal disease
		Lack of continuity in periodontal disease management
		Difficulties in patient education and management
Dental-Korean Medicine Collaboration	Reasons collaboration was successful	dentistry was available within the same institution.
	Reasons collaboration was difficult	Mismatch in treatment goals and direction between dentistry and Korean medicine
		Patients' lack of awareness/understanding regarding the need for collaborative care
		Insufficient mutual understanding and recognition of the need for collaboration between dentistry and Korean medicine
Future Needs and Directions	Need for clinical guidelines and manuals for Korean medicine treatment of periodontal disease	Lack of a collaboration system
		Need for manuals to supplement limitations of periodontal disease treatment
		Need for manuals defining the role of Korean medicine doctors in adjunctive periodontal care
	Complementary points for Dental-Korean medicine collaboration	Need for guidelines tailored to clinical settings
		Need for manuals to facilitate collaboration
		Need to establish criteria for evaluating treatment effects
		Need to improve mutual understanding and role recognition between professional fields
	Future role of Korean medicine doctors in periodontal disease treatment	Role as providers of adjunctive and supportive care alongside dental treatment
		Role as screeners in elderly-centered primary care settings
		Need for changes in awareness and increased interest in periodontal disease treatment
		Need for accumulation and sharing of clinical experience, research, and evidence

만, 치료 후에도 통증이 해소되지 않는다거나, 혹은 오히려 치과 시술 후에 통증이 더 심해진 다거나, 없었던 통증이 발생한 경우에 두 번째 선택지로 한의원에 내원하는 경우가 제일 많았던 것 같습니다.” (P3)

“치과, 내과, 이비인후과 등에서 치료를 해보신 후에 차도가 없거나, 진행이 너무 만성화되어서 오시는 경우들이 많은 것 같습니다.” (P5)

“요즘은 고령화로 인해 임플란트를 한 환자들이 늘어나면서, 치조골이 약해진 상태에서 염증이 발생해 통증을 호소하는 경우가 많습니다. (중략) 이런 경우 치과에서는 발치가 쉽지 않아 보존적 치료를 하다가, 관리가 잘 되지 않을 때 한의원을 내원하는 경우가 있습니다.” (P7)

(2) 치주질환 환자 내원 빈도

연구 참여자들이 인식한 치주질환 환자의 내원 빈도는 거의 없거나 주 1-2회 수준에서, 많게는 하루 10명까지로 다양하였다. 대부분의 참여자들이 치주질환 환자의 한의원 내원 빈도가 낮은 이유에 대하여, 환자들이 치주질환을 치과의 고유한 영역으로 인식하며, 한의원에서 진료할 수 있다는 인식이 부족하다는 점을 지적하였다. 또한 일부 참여자들은 한의사들이 실제 임상에서 한의사들이 치주질환 진료를 적극적으로 시행하지 않는 현실과 더불어, 치주질환 진료와 관련된 제도적 기반의 부족 역시 구조적 장벽으로 작용하고 있다고 응답하였다.

“환자분들이 치주질환을 한의원에서 치료할 수 있는지에 대해서 모르고 계셔서도 있고. 실제로 한의사들이 치주와 관련해서 진료를 많이 하고 있지 않기 때문에 드물지 않을까 생각합니다.” (P6)

“한의사들이 적극적으로 치료 안 한 이유도 있었고, 그에 따라 자연스레 환자들의 인지도가 낮아졌기 때문에.. (중략) 그리고 제도적으로도

보험 청구나 이런 부분이 치주질환 쪽은 잘 없으니까요.” (P7)

(3) 주호소 증상

모든 연구 참여자들이 치주질환 환자들이 가장 우선적으로 호소하는 증상으로 통증을 언급하였으며, 통증은 잇몸 통증, 치통, 육신거림, 저작 시 통증 등 다양한 형태로 표현되었다.

통증 다음으로는 잇몸의 붓기, 발적, 시림, 출혈, 위축 등 잇몸 관련 증상이 빈번하게 보고되었으며, 일부 참여자는 만성 환자의 경우 잇몸이 위축되어 치아가 드러나는 양상을 보이는 경우가 많다고 진술하였다.

“치주질환이 오래되신 분들 보면 부어있는 상태보다도 잇몸이 위축되어서 치아가 다 드러나 있는 증상을 보이는 경우가 많습니다.” (P2)

또한 일부 참여자들은 환자들이 치아의 흔들림이나 파절 등 치아 관련 증상을 호소한다고 응답하였다. 중증 환자의 경우 치아 손상이 상당히 진행되었음에도 이를 인지하지 못하다가, 치아가 부러진 이후에 치주질환이 이미 진행된 상태를 알게 되는 사례도 보고되었다.

이 외에도 일부 참여자들은 환자들이 구취, 반복적인 구내염, 혀 통증, 혀 갈라짐 등 다양한 구강 불편감을 호소하기도 하며, 구취의 경우 이전에 없다가 새롭게 발생한 것을 인지하는 경우가 있다고 응답하였다.

2) 한의사의 평가 및 진단

두 번째 주제인 ‘한의사의 평가 및 진단’에서는 치주질환 환자를 평가할 때 한의사들이 고려하는 요소와, 치주질환에 대한 해석을 중심으로 중심 의미 단위가 구성되었다.

(1) 치주질환 환자 평가 시 고려 요소

연구 참여자들은 모두 치주질환 환자 평가 시 육안 관찰을 가장 기본적인 평가 방법으로 활용

하고 있다고 응답하였다. 대부분의 참여자들은 펜라이트 등 간단한 도구를 이용해 구강 내를 시진하며, 잇몸의 부종, 발적, 색 변화, 치주 손상의 정도 등을 중심으로 평가하였고, 염증이 심한 경우에는 고름 유무까지 확인한다고 하였다.

“펜라이트를 이용해서 구강 내를 관찰해요. 치주의 손상 정도, 붓기, 피사 같은 변화를 볼 수 있고요. 심한 경우에는 고름이 보이죠.” (P2)

다음으로 대부분의 연구 참여자들이 환자의 자각증상을 중심으로 평가한다고 하였다. 다수의 참여자들은 환자가 호소하는 통증을 중심으로 평가하였으며, 통증의 강도는 시각적 상사척도(VAS)를 활용하거나 통증의 발생 빈도, 식사나 양치 등 특정 행위 이후의 악화 여부를 통해 파악한다고 응답하였다. 이와 함께 잇몸의 열감, 시림, 출혈 여부나 문진 과정에서 인지되는 구취도 고려 요소로 언급되었다.

“통증의 강도는 VAS를 활용하고, 어떤 행위를 한 이후에 통증이 심해지는지, 예를 들면 식사를 할 때 불편한지, 양치를 할 때 불편한지에 대해서 여쭙보는 편이 많았던 것 같고요.” (P3)

일부 참여자들은 치주질환 환자 평가 시 당뇨, 고혈압과 같은 기저질환 여부와 흡연, 음주와 같은 생활습관을 함께 확인한다고 응답하였다. 또한 환자가 지참한 치과 진료 자료나 영상 소견을 참고하여 평가하거나, 필요시 치과 검진을 권유한 뒤 그 결과를 바탕으로 치료를 진행하는 경우도 있었다.

그 외에도 일부 참여자들은 수면이나 소화 등과 같은 전신 소증과의 연관성, 고령 환자의 인지장애 동반 여부 등을 함께 고려한다고 응답하였으며, 치료 과정에서의 시술 감각을 통해 평가와 치료가 동시에 이루어지는 경우도 있다고 언급하였다.

“최근에는 잇몸과 관련해서.. 특히 고령층에서는 인지장애와도 관련이 깊다고 알려져 있어서, 혹시 병발되지는 않는지 같이 평가하고 있습니다. (P6)

(2) 치주질환에 대한 해석

치주질환에 대한 해석에서는 참여자 7명 모두 치주질환을 서로 다른 관점에서 해석하고 있었으며, 동일 증상에 대해서도 각기 다른 진단 언어와 치료 논리를 사용하고 있었고, 참여자 간 공통된 변증 틀이나 일관된 해석 기준이 도출되지 않았다.

다수의 참여자들이 증상 양상에 따라 허증과 실증을 구분하여 치주질환을 해석한다고 응답하였다. 통증의 강도, 열감, 부종 여부 등을 기준으로 급성기에는 실증으로, 만성 경과나 시린 증상 위주인 경우에는 허증으로 판단하는 경향을 보였다.

“통증, 붓기, 열감이 극렬한 경우 급성으로 보고 실증으로 판단하고 치료하고, 고령층이나 기저질환이 오래된 분들이 전신 컨디션이 악화되면서 면역력도 떨어지고, 잇몸이 약해지고, 치조골도 약해지고, 전체적인 뼈 상태가 안 좋아지는 경우에는 허증으로 많이 보는 것 같습니다.” (P6)

또한 많은 참여자들이 치주질환을 기본적으로 열증으로 인식하고 있었으나, 급성과 만성을 구분하거나 열의 기전을 달리 이해하는 등 세부적인 병태 해석에서는 차이를 보였다. 일부는 습열 병태로 해석하였으며, 일부는 외감 요인이나 장부 기능 저하와 연관 지어 해석하였다.

“잇몸이 붓고, 염증이 생기고, 고름이 차고 이렇게 진행되니까 대부분 습열병태라고 판단합니다.” (P2)

“담적에 의한 열, 오장육부에서 오는 노폐물에 의한 열, 부패물에 대한 열이라고 하면 환자분

들이 쉽게 이해하시는 것 같습니다.” (P5)

일부 참여자들은 사상체질을 중심으로 치주질환을 해석하였으며, 임상 경험상 치주질환 환자 중 소양인 비율이 높았으며, 보통 상부 열증 및 오관 증상이 동반되는 경우가 많다고 설명하였다.

“사상 체질을 함께 고려해서 치료 시에 침이나 약을 선택할 때 기준으로 삼아요.” (P2)

“치주질환이 가장 많이 발생하는 체질은 소양인 환자들이었거든요. 거의 60% 가까이가 소양인 환자였고요. (중략) 치주질환 염증, 붓기, 통증과 함께 눈이 뻑뻑하다거나, 귀가 따끔따끔하다거나 이런 상부 열증의 질환들이 동시에 발생한 적이 많았습니다.” (P3)

이처럼 치주질환에 대한 해석의 관점과 용어는 참여자마다 상이하였으나, 치주질환을 단순한 국소 질환이 아닌 전신 상태가 구강에 반영된 결과로 인식한다는 점에서는 공통적인 인식을 보였다.

“몸 내부적인 상황에서 출발하는 불편감들이 구강으로 표현되는 거라고 생각을 해요.” (P1)

3) 치주질환 한의치료 경험

세 번째 주제인 ‘치주질환 한의치료 경험’에서는 치주질환 환자 치료 시 어떤 유형의 한의치료를 적용하는지와 그 치료법에 대한 자세한 내용, 치료 효과 경험 중 효과가 있던 사례와 없던 사례, 그 이유로 중심 의미 단위가 구성되었다.

(1) 치주질환 한의치료 유형 및 치료법

대부분의 참여자들은 치주질환 치료에 있어 단일 치료보다는 침, 한약, 약침, 외용 연고, 생활 습관 지도 등 복합적인 치료를 적용하고 있다고 응답하였으며, 동일한 치료수단이라도 적용 맥락과 활용 방식은 다양하게 나타났다. 모든 참여자들은 침치료와 한약치료를 한의치료의 기

본 수단으로 활용하고 있다고 하였으며, 단독으로 사용되기보다는 병행되는 경우가 많았다.

침치료는 특히 급성 통증을 주스로 내원한 환자에게서 적극적으로 활용되는 경향을 보였으며, 안면부나 양명경을 중심으로 한 자침이나 전침을 병행한다는 응답이 다수 있었고, 침법에 있어서는 사암침법을 활용한다고 응답한 참여자들이 다수 있었다.

“환자분이 치통을 많이 호소하시면 양명경 위주로 자침을 하고 전침을 걸어준다든지..” (P2)

“환자들이 급성의 증상을 호소하실 때는 안면부 쪽으로 침치료를 했습니다.” (P6)

“사암침을 기본으로 침치료를 가장 우선해서 치료를 합니다.” (P1)

한약치료는 참여자들 간에 치주질환을 해석하는 관점이 서로 달랐기 때문에, 선택하는 처방의 종류와 치료 전략 역시 다양하게 나타났다. 치주질환을 열증으로 해석하는 경우에는, 염증 소견이 뚜렷한 경우 청열해독(淸熱解毒) 위주의 처방을 사용하고, 체질적 특성을 고려하여 소양인 환자에서 상부 열증을 타깃으로 한약 치료를 한다는 응답도 존재하였다. 반면, 치주질환이 장기간 지속된 염증 이후 만성화되었거나, 반복된 치과 치료 이후 전신상태가 저하된 허증의 양상을 보이는 경우에는 보법 중심의 한약치료가 필요하다는 응답도 다수 있었다.

“붓기, 고름이 동반되는 염증은 습열로 보고 排膿散及湯을 사용해요. (중략) 荊芥連翹湯, 連翹敗毒散 같은 처방들을 쓰기도 해요.” (P2)

“아무래도 소양인 환자가 제일 많았기 때문에, 구조적인 변화까지 유발된 경우 涼膈散火湯을 쓰거나, 표증을 해결하기 위해서 敗毒散을 활용하는 경우가 많았던 것 같습니다.” (P3)

“만성화된 경우에는 한약치료를 병행해서 허한 것을 보해주야 효과를 볼 수 있었습니다.” (P4)

“허증, 그 중에서도 음허라고 하면 허열을 다스리면서 진액을 보충하는 한약재들을 썼고.” (P6)

추가적으로 한약 복용 방법에 관련하여 일부 참여자들이 공통적으로 가글 방식의 티칭 방법을 활용한다고 응답하였으며, 한약은 환자의 상황에 따라 탕약, 보험제제 등을 선택적으로 활용하고 있다고 하였다.

“한약을 녹여서 입에 머금고 가글 하듯 잇몸에 도포를 한 후에 삼키시라고 티칭을 해요.” (P2)

약침은 일부 참여자들에 의해 선택적으로 활용되었으며, 국소 염증 반응이 뚜렷하거나 빠른 효과가 필요한 경우에 보조적 또는 주요 치료 수단으로 사용되었다. 또한 일부 참여자들은 한의치료와 함께 양치 습관, 구강 건조 관리 등 생활습관 지도를 병행한다고 응답하였으며, 그 외에도 틀니 착용 환자 등에서 紫雲膏 기반의 외용 연고를 활용하여 잇몸 자극과 염증을 완화하는 사례가 보고되었다.

“약침이 효과가 빨라서 (치주질환을) 국소 부위의 염증 반응으로 보고 직접 잇몸 부위에 약침 시술을 합니다.” (P7)

(2) 치료 효과 경험

연구 참여자들은 치주질환 한의치료의 효과와 임상 상황과 치료 맥락에 따라 다르게 나타난다고 응답하였다. 다수의 참여자들은 급성으로 통증이 심한 치주질환 환자에서 침치료 후 비교적 빠른 통증 경감과 붓기 완화를 경험하였다고 응답하였으며, 급성 통증뿐 아니라 치과치료 이후에도 지속되던 통증이 완화된 사례도 있었다.

“통증 자체가 격렬하고 급한 경우에는 오히려 효과를 빠르게 보는 경우가 많았습니다. (중략) 사암침 유침 중에도 통증의 강도가 경감한 적도 있었고요.” (P1)

“발치 후에도 통증이나 불편감이 계속 남아있다

고 하셔서..(중략) 약 2달동안 침치료를 한 후에 치통, 잇몸 통증이 많이 호전되었던 적이 있습니다.” (P6)

또한, 고령, 중환자, 면역 저하 등으로 인해 항생제 사용이나 외과적 처치가 어려운 환자에서 한의치료가 통증 완화에 기여한 사례들도 제시되었다.

“ICU(중환자실)에 입원 중이던 뇌졸중 환자가 치주염으로 치통을 심하게 호소했는데, 당시 추가적인 양약을 쓰기 어려운 상황이었고, 침 치료를 해서 통증이 많이 완화되었던 케이스가 있습니다.” (P4)

“80대 남자 노인 환자분이 치은염과 치주염 모두 있던 상태였는데, 면역력이 많이 떨어진 상태에서 항생제를 추가로 먹을 수 없는 상황이라서, 침, 뜸, 한약치료를 병행해서 많이 호전된 케이스가 최근에 있었습니다.” (P5)

“94세 환자가 치아가 거의 마모되어서 저작 시에 통증 때문에 음식 섭취가 불가능한 상태였고, 고령과 심장 상태로 발치나 틀니가 불가능한 상황이었습니다. (중략) 약침치료 후에 통증이 거의 소실되어서 음식 섭취가 가능해진 분이 있습니다.” (P7)

반면, 참여자들은 구조적 손상이 동반되거나 병기가 상당히 진행된 치주질환의 경우 한의치료만으로는 효과를 보기 어렵다고 응답하였다. 농이 형성되었거나 치아 파절, 치조골 손상 등 구조적 결함이 있는 경우에는 결국 치과의 외과적 처치가 필요하며, 이러한 상황에서는 치과로 협진을 의뢰하는 방식으로 치료를 진행한다고 설명하였다.

“구조적 변형이 많이 일어난 환자 같은 경우에는 결국 치과의 외과적인 치료를 통해서 해결했던 적이 많았습니다.” (P3)

“병기가 오래되신 분들이 결국 치과에 의뢰를

했을 때 전체 치아를 발치해야 한다든지.. 치과적인 문제가 해결되지 않으면 결국 크게 호전이 없었던 것 같습니다.” (P6)

대학병원에서 근무하는 참여자들은 장기 입원 중인 마비 환자의 경우 치료 효과를 경험하기 어렵다고 응답하였다. 튜브 삽입으로 인한 구강 사용 감소, 침 분비 저하로 인한 구강 건조 등이 치주질환을 악화시키는 요인으로 작용하며, 치주질환 자체가 흡인성 폐렴과 같은 전신 합병증의 위험 요인이 될 수 있다는 점에서 치료의 어려움을 언급하였다.

“대부분 마비 환자들이 L-tube 같은 거를 삽입하고 계시잖아요. 그러면 입에 뭘 안 머금려고 하고, 입을 안 쓰니까 침 분비가 안 되겠죠. 그래서 구강이 항상 건조해지고, 치주질환이 악화되는 요인이 되고. (중략) 치주질환 자체가 세균이 계속 증식하게 되면 흡인성 폐렴의 원인이 될 수도 있거든요.” (P2)

“병동에서 마비 환자들이 잇몸 증상을 호소하실 때는, 사실 한의학적으로 할 수 있는 부분이 많지는 않기 때문에..” (P6)

4) 진료 과정의 어려움

네 번째 주제인 ‘진료 과정의 어려움(진료장벽)’에서는 치주질환 진료 과정에서 한의사들이 경험하는 다양한 제약 요인이 도출되었으며, 이는 크게 구조적 요인, 한의사 요인, 환자 요인의 세 범주로 중심 의미 단위가 구성되었다.

(1) 구조적 요인

치주질환 진료 과정에서의 어려움과 관련하여, 다수의 참여자들은 개인의 역량이나 태도를 넘어서는 구조적 요인을 주요한 진료장벽으로 인식하고 있었다. 참여자들은 한의사의 진료 권한, 진료 환경, 그리고 제도적 기반의 한계로 인해 치주질환을 평가하고 치료하는 과정에서 어

려움을 경험한다고 응답하였다.

특히 다수의 참여자들은 한의사의 진료 영역이 제도적으로 제한되어 있다는 점을 주요한 구조적 한계로 지적하였다. 치과 진료에서 기본적으로 활용되는 영상검사나 객관적 검사 도구를 한의사가 직접 시행하거나 처방할 수 없기 때문에, 객관적 평가와 치료 경과 및 예후 판단에 어려움이 있다고 응답하였다. 일부 참여자는 개별 요소를 넘어, 치주질환을 한의사가 진료하기 위한 전반적인 시스템이 충분히 마련되어 있지 않다는 점을 어려움으로 지적하였다.

“한의사들한테 치주질환이 어려운 이유는 다른 것보다도 기본적으로 우리가 치주질환을 볼 만한 시스템을 갖고 있지 않다는 게 가장 크지 않나..” (P2)

(2) 한의사 요인

참여자들은 한의사 개인이 치주질환을 치료 대상으로 인식하지 않는 점, 한의대 교육과정에서 관련 교육의 부재, 그리고 임상 경험이 체계적으로 공유 및 전수되지 않는 현실이 주요 어려움으로 언급되었다.

“한의사들이 치주 질환을 한의학적 접근으로 해결하겠다는 생각이 적지 않나 하는... (중략) 한의사의 영역이 아니라고 생각하는 게 가장 크지 않나..” (P1)

“한의대에서 안 배우다 보니까 다들 치주질환 자체에 별로 관심이 없는 것 같아요. (중략) 환자들이 이야기했을 때 (한의사들이) 치과 관련 내용이라고 생각해서 (치료를) 안 해버리는.. 이런 것들이 문제가 되는 것 같습니다.” (P2)

“한의사들이 치료 경험이 없고 치료에 대한 확신이 없으니까 안 하는 거죠. 치료 경험이 전수가 안 되다 보니까..” (P7)

(3) 환자 요인

모든 참여자들은 치주질환 진료 과정에서 환자

요인이 중요한 진료 장벽으로 작용한다고 응답하였으며, 그 내용은 환자의 인식, 질병 이해 수준, 치료 순응도 및 생활습관 관리와 관련된 다양한 측면으로 나타났다.

일부 참여자들은 치료 기간이 길어지거나, 치주 질환이 주증이 아닌 상태에서 내원한 경우 치료 도중 이탈하는 경우가 많다고 응답하였다.

“잇몸 치료를 위해서 온 게 아니기 때문에, 꾸준히 내원하지 않으신다는 점도 환자 순응도 면에서 어려움이 좀 있었던 것 같습니다.” (P6)

또한 참여자들은 환자들이 치주질환을 한의원의 치료 영역으로 인식하지 못하거나, 혹은 한의원 치료를 치과치료 이후의 보조적, 후속 치료로 인식하는 경우가 많다고 응답하였다.

“환자 입장에서 ‘한의원에서 치과 진료를 해?’라는 식으로 이야기를 처음 듣는 분들이 많기 때문에..” (P3)

“한의원 치료가 약간 서브 조치, 후속 조치 정도밖에 안 되는 게 조금 한계였던 것 같습니다.” (P5)

더불어 일부 참여자들은 치주질환 치료 과정에서 환자의 생활습관 관리가 어려움으로 작용한다고 하였다. 식습관, 음주 및 흡연 관리, 구강 위생 습관 등에 대한 티칭을 하더라도 실제 실천으로 이어지지 않는 경우가 많았으며, 이러한 점은 한의원 치료를 2차적 선택으로 인식하는 것과도 연관되어 있다고 하였다. 또한 자각증상이 뚜렷하지 않은 환자의 경우, 질환의 심각성을 인식하지 못하는 점을 어려움으로 지적하였다.

5) 치과-한 의과 협진

다섯 번째 주제인 ‘치과-한 의과 협진’에서는 치과와의 협진 여부와 협진이 원활하게 이루어진 이유, 협진이 어려웠던 이유로 중심 의미 단위가 도출되었다.

치과와의 협진 여부에 대하여, 참여자 7명 중 대학병원에 근무하는 3명은 협진 경험이 있다고 응답하였으며, 한의원에 근무하는 4명은 협진 경험이 없다고 응답하였고, 협진이 어려웠던 경우에 대해서는 각기 다른 이유들이 제시되었다.

(1) 협진이 잘 이루어진 이유

협진 경험이 있다고 응답한 참여자들은 모두 대학병원에 근무하고 있었으며, 동일 의료기관 내에 치과가 존재하고 협진 의뢰를 위한 제도적 시스템이 갖추어져 있다는 점이 협진을 가능하게 하는 주요 요인으로 작용한다고 인식하고 있었다. 일부 참여자들은 이러한 환경이 치주질환에 대한 관심과, 보다 적극적인 대응으로도 이어진다고 응답하였다.

“의료원 내에 치과 병원이 있고, (중략) 협진 시스템이 좀 쉽게 되어 있습니다. 그래서 더 관심 가지게 되고, 적극적으로 대응하게 되는 요인인 것 같아요.” (P2)

“대학병원이다보니까 양한방이 같이 있어서, 치과에 의뢰하기가 편리한 시스템이긴 합니다. 한 공간에 가깝게 있다는 점이..” (P6)

(2) 협진이 어려웠던 이유

반면, 협진이 어렵다고 응답한 참여자들은 여러 요인을 제시하였으며, 그 내용은 치료 목표의 차이와 상호 이해 부족, 환자의 인식, 그리고 협진 시스템의 부재 등으로 나타났다.

우선 치과와 한의과가 치주질환을 바라보는 치료 목표와 접근 방식에 차이가 있어 협진의 필요성이 낮게 인식되거나, 치료 방향이 충돌하는 지점이 발생한다고 응답하였다. 치과에서는 의과적 처치가 우선되는 반면, 한의과에서는 비수술적 치료를 통해 증상 개선을 도모하는 경우가 많아 협진으로 이어지기 어렵다고 인식하고 있었다. 또한 협진의 필요성에 대한 인식 부족과 상호 이해의 부족 역시 협진을 어렵게 만드는

요인으로 제시되었다.

“치과에서는 보존적 치료보다는 비보존적 치료를 좀 선호한다고 생각하거든요.. 바로 발치나 임플란트 같은 수술적인 처치를 하려는 편이고, 한의원에서는 비수술 처치를 통해서 개선하고자 하기 때문에, 충돌되는 지점이 좀 많았던 것 같습니다.” (P3)

“이런 경우에 협진을 해야 한다고 하는 인식 변화가 없기 때문에.. 서로가 손발이 맞아야 하는 상황인데 아직까지 그런 부분이 어려워서..” (P4)

일부 참여자는 환자 자체가 치과 진료 이후에 한의원에 내원하는 경우가 많기 때문에, 치과-한과의 협진을 선호하지 않는 점도 협진의 장애 요인으로 작용한다고 응답하였다.

“한의원에 와서 치주질환에 대해 불편감을 호소하는 상황 자체가 보통은 치과 진료 후에 충분히 해결되지 않았을 때 오시는 경우가 대부분이기 때문에, 환자분들도 (협진을) 별로 좋아하지 않는다고 생각합니다.” (P1)

한편 일부 참여자들은 직접적인 협진 경험은 없었으나, 환자에게 치과 진료를 권유하거나 진단 결과 확인을 위해 치과 방문을 안내하는 방식으로 간접적인 연계를 시도하고 있다고 응답하였다.

“한의 치료 이후에 진단 검사상으로도 개선이 되었는지 확인하러 (치과에) 가시도록 하는 경우가 있어요.” (P1)

6) 향후 필요성 및 방향성

여섯 번째 주제인 ‘향후 필요성 및 방향성’에서는 치주질환 진료와 관련하여 향후 필요한 제도적, 임상적 방향에 대한 참여자들의 인식이 도출되었으며, 치주질환 한의치료에 대한 가이드라인 또는 매뉴얼의 필요성, 치과-한과의 협진의 필요성 및 보완점, 그리

고 향후 치주질환 치료에서 한의사의 역할로 중심의 미 단위가 구성되었다.

(1) 치주질환 한의치료에 대한 가이드라인, 매뉴얼의 필요성

치주질환 한의치료에 대한 가이드라인 또는 매뉴얼의 필요성에 대해 질문한 결과, 참여자 7명 중 6명이 필요하다고 응답하였다. 참여자들은 현재 임상 현장에서 치주질환과 관련된 한의사의 역할이 명확히 정립되어 있지 않으며, 이로 인해 진료 과정에서 한계를 경험하고 있다고 인식하고 있었다.

일부 참여자들은 현재 치주질환 진료에서 치과 치료만으로는 충분히 해결되지 않는 사각지대, 즉 미충족 수요(unmet needs)가 존재한다고 인식하고 있었으며, 이러한 영역을 보완하기 위한 한의치료 매뉴얼의 필요성을 언급하였다. 특히 치과 치료 이후에도 통증이나 불편감이 장기간 지속되는 환자 경험이 실제 임상에서 반복적으로 관찰되고 있음에도 불구하고, 이를 체계적으로 관리할 수 있는 지침이 부재하다고 응답하였다.

“환자들 중에 시술하고 나서 열흘 이상을 앓았다고 하는 경험이 실존하기 때문에.. (중략) 그런 부분에 대해서 임상적으로 unmet needs가 분명히 존재하는데 아무도 관심 갖고 있지 않기 때문에..” (P2)

“치과에서 잘 안되는 사각지대에 있는 부분에 대해서도, 예를 들어 발치 같은 치과 진료 후에도 불편감이 남아있는 경우에서 한의사들이 할 수 있는 영역이 있다면, 그에 대한 매뉴얼이 있다면 유용할 것 같습니다.” (P6)

또한 일부 참여자들은 발치나 임플란트와 같은 치과 시술 전후 과정에서 환자의 전신 상태 조절, 통증 및 염증 관리, 회복 촉진 등 한의사가 개입할 수 있는 역할에 대한 매뉴얼이 필요하다

고 응답하였다.

“치과치료를 기본으로 하되 우리가 어떤 역할을 할 것인가.. (중략) 발치하기 전후 처치를 보완해 주는 게 현실적으로 필요하다고 보고..” (P2)
“발치 전후에 한의사가 할 수 있는 부분이 있느냐구요.” (P7)

더 나아가 일부 참여자들은 치주질환 환자 진료 시, 치과 치료가 우선적으로 필요한 상황인지, 혹은 한의치료로 접근 가능한 상태인지를 판단할 수 있는 기준이 필요하다고 응답하였다.

“같은 질환으로 환자가 왔을 때 치과의 영역인지, 한의원의 영역인지 빠르고 정확한 판단을 할 수 있게..” (P5)

“적어도 어느 정도일 때 치과를 보내도 되고 안 보내도 되는지 판단의 기준이 설 만큼의 가이드라인은 필요하다고 생각해요.” (P6)

“발치해야 하는 조건이나, 염증이 생기면 위험할 수 있는 경우같이, (중략) 감별을 해야 하는 포인트들에 대한 지침이 있어야 하겠죠.” (P7)

(2) 치과-한의과 협진 시 보완점

대부분의 참여자들은 협진이 이루어지기 위해서는 제도나 시스템뿐 아니라, 양측의 인식 변화와 상호 전문 영역에 대한 이해와 존중이 필요하다고 응답하였다. 한의치료가 치주질환에서 가질 수 있는 역할에 대한 인식이 확산될수록 협진의 가능성도 높아질 수 있다고 인식하고 있었다.

“협진이 잘 되려면 서로 뭘 잘하는지, 못하는지 알아야 한다고 생각해요. 치과에서 부분적인 치료를 하지만, 전신적인 치료가 필요할 때 아무래도 한의사들이 잘 할 수 있다는 것을 알고 계시다면, 사후관리를 함께 할 수 있다면 좋을 것 같고요. 서로 오가면서 치료 효과가 극대화되는 것을 경험하는 게 중요하다고 생각해요.” (P6)
“치과와 한의과가 서로 상호 치료 영역을 존중

해 주어야죠.” (P7)

일부 참여자들은 치과-한의과 협진이 현실적으로 이루어지기 위해서는 양측이 공유할 수 있는 협진 매뉴얼이 선행되어야 한다고 인식하고 있었다. 치과 치료를 중심으로 하되, 한의치료가 병행될 수 있는 지점과 역할이 명확히 정리되어야 협진이 현실적으로 가능하다고 응답하였다. 또한 일부 참여자는 치과와 한의과가 치료 효과를 판단하는 기준 자체가 다르다는 점이 협진을 어렵게 만드는 요인이라고 인식하고 있었으며, 치료에 대한 기준점을 잡는 것이 보완되어야 한다고 응답하였다.

“우리가 치주질환 치료에 대해 매뉴얼이 있어야, 치과에서 주도적으로 치료하고 필요할 때마다 한의치료를 병행하는 방식으로 가야 하는데, 매뉴얼이 마련되어 있지 않다면 설명이 안 되니까요.” (P2)

(3) 향후 치주질환 치료에서 한의사의 역할

참여자들은 향후 치주질환 치료에서 한의사의 역할을 치과치료 전후에 환자의 통증과 불편감을 완화하고, 전신 상태를 함께 고려하는 보조적·병행적 치료자로서의 의미가 크다고 응답하였다.

“치과치료 시행 전후에 병용 요법을 제공하는 역할로서, 치과치료를 보조해 주는 역할이 필요하다고 생각하고..” (P2)

또한 참여자들은 한의사가 고령 환자를 자주 진료하는 1차 의료인이라는 점에서, 치주질환을 조기에 발견하고 치과로 연계하는 스크리너로서의 역할이 중요하다고 인식하고 있었다. 특히 고령층에서는 치과 내원율이 낮은 반면 한의원 이용률은 상대적으로 높아, 한의사가 치주질환을 조기에 발견하고 전신 건강과의 연관성을 고려하여 관리하는 역할이 필요하다고 응답하였다.

“한의사가 워낙 고령자 진료를 많이 하고 있기 때문에, 스크리너로서의 역할을 잘 할 필요가 있다는 것이 중요하다고 생각해요.” (P2)

“고령층에서 치과 내원율이 많이 줄어든다고 하더라고요. 그래서 아무래도 한의사들은 특히 고령층을 많이 보는 집단이기 때문에, 치과로 잘 걸러서 보내줄 수 있겠어.” (P6)

아울러 참여자들은 이러한 역할이 수행되기 위해서는 한의사 개인의 인식 변화와 관심이 선행되어야 한다고 응답하였다. 치주질환을 자신의 진료 영역과 무관한 문제로 간주하기보다, 전신 건강의 일부로 인식하고 진료 과정에서 적극적으로 살펴보는 태도 자체가 중요한 역할이라고 인식하고 있었다.

“치주질환이 실제 건강상의 결과에 악영향을 미칠 가능성이 높은 사람들이 누군지 아는 것도 중요하다고 생각해요. 그분들을 대상으로 진료 할 때는 한 번쯤은 입을 같이 보고.” (P2)

“한의사가 치주질환 환자에 대해서 관심을 갖는 게 첫 번째일 것 같아요. (중략) 대부분 한의사들이 우리의 영역이 아니라고 생각하는 경우가 많은데, 치주도 우리 인체의 일부이기 때문에, 전체적인 관점에서 치료하는 한의사들이 충분히 접근할 수 있다고 생각합니다.” (P3)

“한의사들이 내가 치주질환과 관련해서 역할을 할 수 있다는 것을 일단 인식하는 것이 중요하다고 생각해요. 한의사가 1차 의료에서 많이 담당하고 있는데, 고령층 만성질환 환자들의 건강 관리에서 중요한 것 중 하나가 구강 관리라고 생각해요. 잇몸 건강과 전신 건강이 서로 영향을 미치기 때문어..” (P6)

더 나아가 일부 참여자들은 향후 한의사의 역할이 확대되기 위해서는 임상 경험의 축적과 공유, 이를 뒷받침할 연구와 근거의 축적이 필수적이라고 강조하였다. 실제 임상에서의 치료 경

험이 체계화되고, 논문과 근거로 제시될 때 한의치료가 치주질환 관리에서 하나의 선택지로 자리 잡을 수 있을 것이라고 인식하고 있었다.

“case가 많이 쌓이면 충분히 한의사들이 역할을 할 수 있지 않을까 생각해요.” (P1)

“한의학 논문 중에 치주질환을 다룬 논문을 찾기가 힘들어서, 그런 부분이 많이 부족하다는 생각을 합니다. (중략) 한의사가 치주질환 치료를 할 수 있다는 임상 논문도 많이 쓰고 하다 보면 한의치료가 또 다른 선택지가 되지 않을까.. 그런 생각을 합니다.” (P3)

“실제 치주질환에 대해 효험을 경험한 원장님들의 사례가 많이 들리는데, 그런 경험을 공유할 수 있는 논문이나 evidence 같은 게 잘 전달이 되는 것이 중요하다고 생각합니다.” (P4)

위의 분석 결과를 토대로 ‘임상 한의사들의 치주질환 진료 경험’에 대한 개념적 모형을 생성하였다(Fig. 2).

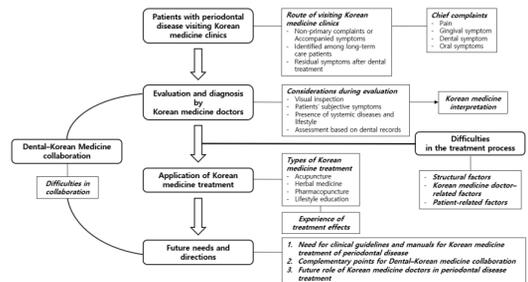


Fig. 2. Conceptual Model of Clinical Korean Medicine Doctors' Experiences in Periodontal Disease Treatment

IV. 고 찰

본 연구에서는 한의사의 치주질환 진료 경험을 심층적으로 이해하고, 진료 현장에서 치주질환이 어떤

방식으로 경험되고 있는지 그 의미와 본질을 탐색하기 위해 현상학적 질적 연구를 수행하였다.

분석 결과, 치주질환 환자는 대체로 다른 주소증 진료 과정에서 치주 증상을 동반으로 호소하거나 진료 중 발견되었다. 또한 치과치료 이후 잔존하는 통증이나 불편감을 해결하기 위한 2차적 선택지로 한의원을 방문하는 양상이 두드러졌으며, 치주질환 환자의 한의원 내원 빈도가 전반적으로 낮은 이유에 대하여는 크게 한의원 치주질환 치료에 대한 환자의 인식 부족과, 한의사의 치주질환 진료 경험 및 제도적 기반 부족이라는 요인으로 구분되었다. 치주질환에 대한 해석에 대해서는 참여자 간 공통된 변증 틀이 도출되지 않았다. 한의치료는 침, 한약을 중심으로 약침, 생활습관 티칭 등 복합적 중재가 활용되었다. 치료효과 경험에 대해서는 급성 통증 및 치과치료 후 지속되는 통증 조절이나, 항생제나 추가 약물 사용이 제한된 고령 환자, 중환자 등 '기존 치료가 제한되는 상황'에서 증상 완화를 경험한 사례가 보고되었다. 반면 악화 요인이 지속되는 경우에는 한의치료 단독의 한계가 나타났다. 이는 진료 장벽과도 연결되어, 한의사 진료영역의 한계, 한의사의 소극적 인식 및 교육과 임상경험 전수의 부족, 그리고 환자의 낮은 인식과 치료 중도 이탈 등이 진료 과정의 주된 어려움으로 도출되었다. 치과-한 의과 협진은 대학병원에서 시스템이 갖춰진 환경에서만 경험되었으며, 치료 목표 및 효과 판단 기준의 차이, 인식 및 상호 이해 부족, 구조적 한계 등이 협진의 장애 요인으로 제시되었다. 이는 향후 치과-한 의과 협진 시 보완되어야 할 부분과도 이어졌다. 위의 결과들을 종합하여 치주질환 진료에서 한의사의 역할이 치주질환 진료의 사각지대 보완, 치과치료 전후 관리와 고령층 스크리닝으로 정리되었으며, 이를 위해 향후 치주질환 치료에서 한의사의 역할 범위와 판단 기준을 구체화한 매뉴얼, 가이드라인의 필요성, 한의사의 인식 변화 및 임상 경험, 근거 축적의 필요성이 시사되었다.

치과치료 이후에도 지속되는 통증이나 불편감, 또는 기존 치료가 제한되는 상황에서 선택되는 보완적 중재로 활용되는 사례들을 통해 한의치료가 기존 치료의 한계를 보완하는 방식으로 활용되고 있음을 관찰할 수 있었으며, 한의치료의 적용 가능 영역이 제한적이면서도 동시에 분명한 임상적 필요(unmet needs)를 중심으로 형성되고 있음을 보여준다. 반면 구조적 결함이 동반되거나 외과적 처치가 필수적인 경우, 또는 장기 입원 마비 환자와 같이 구강 관리 자체가 어려운 경우에는 한의치료 단독의 한계가 명확히 인식되고 있었다. 이러한 결과는 기존 연구에서 충분히 논의되지 않았던 '치료 대상 선정의 문제'와 '적용 가능 범위의 경계'를 구체적으로 드러낸다는 점에서 의미를 가진다. 즉 치료 효과의 유무 이전에 언제 한의치료를 시도할 수 있는지, 어떤 경우에 치과로 의뢰해야 하는지에 대한 판단 기준의 부재가 임상 중요한 장벽으로 작용하고 있음을 시사한다. 중년 이후 인구 비율의 급격한 증가와 초고령화 사회로의 진입이 예측되는 상황에서, 고령 인구에서 치주질환의 유병률은 지속적으로 증가하는 반면, 고령층의 치과 이용률은 오히려 감소하는 경향이 보고되어 왔다¹⁵⁾. 이러한 사회적 변화 속에서 고령 환자를 빈번하게 진료하는 한의 의료기관은 치주질환을 조기에 인지하고 관리할 수 있는 중요한 접점이 될 수 있다. 이는 본 연구의 결과에서 향후 한의사의 역할에서 고령층 진료에서 스크리너로서의 역할을 할 수 있다는 답변과도 일치한다.

종합하면, 본 연구는 기존 연구에서 제시된 치주질환의 전신적 특성과 전인적 접근의 필요성을 임상 한의사의 실제 경험을 통해 확인하는 동시에, 치주질환 진료에서 한의치료가 적용되는 구체적 맥락과 한계, 그리고 표준화된 진료 체계 부재라는 구조적 문제를 새롭게 드러냈다는 점에서 의의를 가진다. 이러한 결과는 향후 치주질환 진료에서 한의사의 역할을 논의함에 있어, 치료 효과 중심의 논의를 넘어 실제 임상에서 적용 가능한 역할 범위와 판단 기준을 설정하고,

이를 뒷받침할 수 있는 가이드라인과 협진 체계 마련이 필요함을 시사한다.

본 연구는 몇 가지 한계점을 가진다. 첫째, 연구 참여자 수가 7명으로 비교적 소규모였다는 점이다. 질적 연구는 통계적 일반화를 목표로 하지 않으며, 경험의 깊이와 의미 탐색에 중점을 두지만, 참여자 수가 제한적이었기 때문에 본 연구의 결과를 전체 한의사 집단의 인식이나 진료 행태로 일반화하는 데에는 주의가 필요하다. 둘째, 연구 참여자의 모집 과정에서 선택 편향(selection bias)의 가능성이 존재한다. 본 연구는 치주질환에 대해 일정 수준의 관심이나 진료 경험이 있는 한의사를 중심으로 참여자가 구성되었으며, 이로 인해 치주질환 진료에 소극적이거나 경험이 없는 한의사의 인식과 태도는 충분히 반영되지 못했을 가능성이 있다. 셋째, 연구 참여자 모집 과정에서 실제적인 어려움이 존재했다는 점 또한 본 연구의 한계이자 동시에 한의 의료 현실을 반영하는 요소로 볼 수 있다. 치주질환 치료를 시행하고 있다고 표방하는 한의사에게 연구 참여를 요청하는 과정에서, 다수의 거절이나 응답 회피가 있었으며, 이는 연구 참여에 대한 심리적 저항 등과 관련된 것으로 해석될 수 있다. 이러한 현실은 본 연구에서 도출된 바와 같이 치주질환 관련 임상 경험이 개별 한의사 수준에 머물고 체계적으로 축적 및 전수되지 못하는 현실을 반영한다.

본 연구는 치주질환 진료에서 한의사의 역할과 가능성을 보여주는 동시에, 향후 연구와 임상, 제도적 및 인식 측면에서 보완이 필요한 여러 과제를 시사한다.

첫째, 임상적으로 치주질환 진료에서 한의사의 역할 범위와 판단 기준을 구체화한 가이드라인이 필요하다. 본 연구에서 한의사들은 치주질환에 대해 다양한 해석과 치료 전략을 활용하고 있었으나, 공통된 진단 틀이나 치료 적용 기준은 부재한 상태였다. 따라서 향후

에는 치주질환의 증증도, 구조적 손상 여부, 전신 상태 등을 고려한 최소한의 임상 판단 기준과 치료 적용 범위를 제시하는 가이드라인 마련이 필요하다. 이러한 제도적 장치가 마련되어야 치과-한과의 협진도 더욱 원활하게 이루어질 수 있을 것이다.

둘째, 교육적 측면에서 한의대 교육과정 및 보수교육에서 치주질환에 대한 체계적인 교육이 강화될 필요성이 제기된다. 본 연구에서 다수의 참여자는 치주질환에 대한 교육을 충분히 받지 못한 상태에서 임상에 진입하였다고 응답하였으며, 이는 치주질환을 한의사의 진료 대상에서 자연스럽게 배제시키는 요인으로 작용하고 있었다. 향후에는 치주질환을 전신 건강과 연계된 질환으로 이해하고, 기본적인 평가와 판단 기준을 습득할 수 있도록 하는 교육적 기반이 마련될 필요가 있다.

셋째, 임상 경험을 공유할 수 있는 연구 및 학술 환경 조성이 필요하다. 본 연구에서 드러난 바와 같이, 치주질환 진료 경험은 개별 한의사에게 축적되어 있으나 체계적으로 공유되거나 연구로 연결되지 못하고 있으며, 실제로 연구도 많이 없는 실정이다. 이러한 구조는 임상 경험의 전수를 어렵게 하고, 결과적으로 한의사의 치주질환 진료 참여를 제한하는 악순환으로 이어질 수 있다. 향후에는 사례 보고, 임상 연구, 임상 경험 공유를 장려하는 학술적, 제도적 장치가 마련되어야 하며, 이는 치주질환 진료에서 한의사의 역할을 보다 명확히 정립하는 기반이 될 것이다.

마지막으로 치주질환 진료에서 한의사 스스로의 인식과 관심의 변화가 선행되어야 한다. 치주질환을 ‘치과 영역의 문제’로만 인식하며 배제하기보다는, 한의학이 개입 가능한 영역과 한계를 구분하여 적극적으로 인식할 필요가 있다. 특히 고령 환자가 다수 내원하는 1차 의료기관으로서의 한의 의료기관에서는, 치주질환을 전신 건강과 연관된 문제로 인식하고 이를 조기에 발견하는 스크리닝 역할이 중요하다. 그뿐만 아니라 진료 과정에서 구강 건강 상태가 전신 컨디션

과 상호작용할 수 있음을 인지하고, 환자에게 이에 대한 설명과 관심을 제공함과 동시에, 한의학이 개입 가능한 전신적 관리와 증상 완화를 적극적으로 수행해야 한다.

V. 결 론

본 연구는 임상 한의사들의 치주질환 진료 경험을 심층적으로 이해하고자, 치주질환 진료 경험이 있는 임상 한의사 7명을 대상으로 심층 면담을 실시하였으며, 이를 현상학적 질적 연구 방법에 따라 분석하여 다음과 같은 결론을 도출하였다.

1. 임상 한의사들은 치주질환 진료에서 치과치료의 사각지대를 보완하고, 치과치료 이후의 증상 관리 및 병행 치료를 수행하며, 특히 고령 환자 진료 과정에서 치주질환을 조기에 인지하고 스크리닝하는 역할을 수행할 수 있는 가능성을 지니고 있음을 확인하였다.
2. 향후 치주질환 진료에서 한의사의 역할을 보다 효과적으로 수행하기 위해서는, 한의사의 역할 범위와 임상적 판단 기준을 구체화한 매뉴얼과 가이드라인의 마련이 필요하며, 이를 뒷받침할 수 있는 임상적 근거의 체계적인 축적이 요구된다.

Acknowledgements

본 연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건의료기술연구개발사업 지원에 의하여 이루어진 것임 (과제고유번호 : RS-2023-KH140015).

ORCID

Eunwoo Lee
(<https://orcid.org/0000-0002-6722-1372>)

Hojun Kim
(<https://orcid.org/0000-0003-1038-0142>)
Kyungsun Han
(<https://orcid.org/0000-0002-9710-7845>)

References

1. Hwang EC, Hwang HA, Shin SY, Kim JM, Kim JH. Association between dietary quality and the prevalence of periodontitis in older Korean adults aged 60 or over. *J Periodontal Implant Sci.* 2024;54(4):253-64.
2. World Health Organization. Oral health profile. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W, et al. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res.* 2017;96(7):641-8.
4. Sung Angela DM, Baik YS, Jang SB, Park JK, Sung HK, Lee JY, et al. Utilization of Traditional Korean Medicine Services by the Older Population: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel).* 2022;10(8):1444.
5. Cao CF, Sun XP. Herbal medicine for periodontal diseases. *Int Dent J.* 1998; 48(Suppl 3):316-21.
6. Mangal B, Sugandhi A, Kumathalli KI, Sridhar R. Alternative medicine in periodontal therapy: a review. *J Acupunct Meridian Stud.* 2012;5(2):51-6.
7. Schoor RS, Sussman HI, Kazandjian GK. Acupuncture: a unique effort to treat

- periodontal disease. *J Am Dent Assoc.* 2001;132(12):1705-6.
8. Giorgi A. The question of validity in qualitative research. *J Phenomenol Psychol.* 2002;33(1):1-18.
 9. Moustakas C. *Phenomenological research methods.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1994.
 10. Praveena KR, Sasikumar S. Application of Colaizzi's method of data analysis in phenomenological research. *Medico Legal Update.* 2021;21(2):914-8.
 11. Naderifar M, Goli H, Ghaljaie F. Snowball sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides Dev Med Educ.* 2017;14(3):e67670.
 12. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Vale R, King M, editors. *Existential phenomenological alternatives for psychology.* New York: Oxford University Press; 1978. p. 48-71.
 13. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry.* Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1985.
 14. Padgett DK. *Qualitative methods in social work research: challenges and rewards.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1998.
 15. Jang YE, Kim CB, Kim NH. Influence of dental insurance coverage on access to preventive periodontal care in middle-aged and elderly populations: analysis of representative Korean Community Health Survey Data (2011-2015). *Int Dent J.* 2019;69(6):445-53.