대한한의진단학회지 제30권 제1호 (2026년 10월)
The Journal of the Society of Korean Medicine Diagnostics. 2026;30(1):335-356.
[원저 Original Article]

진단 이후의 판단: 한의 증례보고에 나타난 치료 선택과 반응 해석

진명호[1], 김선경[2*]
[1]동의대학교 한의과대학 의료인문학교실 · [2]동의대학교 한의과대학 의학교육학교실

Judgment after Diagnosis: Treatment Selection and Interpretation of Response in Korean Medicine Case Reports

Myung-Ho Jin[1], Seon-Kyoung Kim[2*]
[1]Department of Medical Humanities, College of Korean Medicine, Dong-Eui University
[2]Department of Medical Education, College of Korean Medicine, Dong-Eui University

abstract

Purpose : In Korean medicine, pattern identification narrows treatment options but does not determine a single prescription, and treatment response does not itself show which assumption needs revision. This study examined whether case reports document initial treatment selection and later reassessment as one line of reasoning. Materials and

Methods : Four coding items derived from management reasoning research and the philosophy of medicine were applied to all 22 case reports in volume 45, issue 5 (2024) of The Journal of Internal Korean Medicine, analyzed per report: patient-specific comparison of actual alternatives for the initial treatment; an initial plan combining an outcome target, review time, and response-contingent action; changes in Korean medicine interventions or their delivery; and a stated reason for at least one change. Two investigators coded jointly, resolving disagreements by discussion.

Results : Two reports compared actual alternatives for the initial treatment. No report stated all three planning elements as intentions at the start of treatment, although three described response-contingent actions. Interventions changed in 18 reports, and 17 of these gave a reason for at least one change. Besides reassessment of pattern identification, reasons included partial response, new symptoms, difficulty taking medicine, and insurance conditions.

Conclusions : Reports explained why treatment changed more often than why the first treatment was chosen or what response was expected. Recording the main alternatives, patient-specific reasons, expected changes with review timing, and subsequent actions would let treatment experience inform later decisions. These findings describe published reporting in one journal issue, not the reasoning clinicians actually used.

keywords : Management reasoning, Pattern identification, Treatment selection, Treatment response, Case report, Korean medicine

* 교신저자 : Seon Kyoung Kim. College of Korean Medicine, Dong-Eui University. 52-57, Yangjeong-ro, Busanjin-gu, Busan.
Tel: +82-10-9016-2308, E-mail: pietas@deu.ac.kr
· 원고접수일 : 2026.09.30 / 심사완료일 : 2026.10.12 / 게재결정일 : 2026.10.18.

Ⅰ. 서론

진료실에서 판단이 어려운 때는 진단명이 전혀 떠오르지 않을 때만이 아니다. 두세 가지 처방이 모두 가능해 보이는데 환자는 결정을 기다리고 있고, 상태는 그 사이에도 변한다. 어떤 처방은 주된 불편을 빨리 줄이는 데 적합해 보이고, 다른 처방은 함께 나타나는 증상들을 더 넓게 설명한다. 환자가 복용할 수 있는 제형과 비용도 다르다. 첫 치료는 이러한 조건을 함께 고려한 선택이며, 이후의 경과를 관찰하는 출발점이 된다.

이러한 판단은 최근 다른 방향에서 다시 주목받고 있다. Goh 등(2025)은 대규모 언어모델이 진단추론에서는 가능성을 보여 왔으나, 치료와 검사의 선택을 환자의 선호, 비용, 위험과 함께 저울질하는 관리추론에 미치는 영향은 알려지지 않았다는 문제의식에서 진료 의사 92명을 대상으로 무작위 대조시험을 수행하였다. 실제 환자 진료를 바탕으로 정보가 순차적으로 제시되는 사례에서, 언어모델을 함께 사용한 의사들은 기존 자료만 사용한 의사들보다 관리추론 점수가 높았다[1]. 이 결과의 해석과는 별개로, 이 연구가 측정한 것은 진단명을 맞히는 능력이 아니라 진단 이후에 무엇을 하고 어떻게 조정할지를 정하는 능력이었다. 진단을 돕는 도구가 발전할수록, 진단 이후의 판단을 어떻게 기르고 기록하며 검토할 것인가는 임상추론의 중심 질문으로 다가온다.

현대 의학에서 진단은 미국 국립과학공학의학원(National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015)의 보고서에서와 같이 정보를 수집하고 해석하여 작업진단을 세운 뒤, 새로운 정보에 따라 이를 다시 검토하는 과정으로 설명된다[2]. Ilgen 등(2016)은 진단을 병명을 붙이는 행위로만 이해할 때 임상추론의 반복적이고 변화하는 성격을 놓치기 쉽다고 지적하였다[3]. 이 관점에서 진단은 치료 전에 한 번 완결되는 결론이 아니다. 환자의 상태를 이해하고 다음 행동을 정하는 동안 계속 구체화되며, 치료를 시행한 뒤에도 수정될 수 있다.

진단과 치료 선택의 관계를 다룬 선행연구에는 관리추론(management reasoning)이 있다. Cook 등(2018, 2023)은 진단을 넘어 치료와 관리 방안을 선택하고 환자와 함께 계획을 조정하는 추론에 주목했으며, 후속 연구에서 여러 선택지, 환자와 의료진의 관점, 상황적 제약, 시간에 따른 관찰과 조정의 중요성을 구체화하였다[4,5]. 따라서 진단 이후에도 추론이 필요하다는 문제의식은 이미 임상추론 연구에서 다루어져 왔다. 여기서 '진단 이후'는 진단이 완전히 끝난 뒤 별도의 과정이 시작된다는 시간적 구분보다, 진단명만으로 해결되지 않는 판단을 가리킨다.

치료 선택을 조직하는 지식에 관한 논의도 축적되어 있다. Parsons 등(2020)은 임상의가 환자의 문제에 대응할 행동들을 떠올리고 선택하는 지식구조를 관리 스크립트(management script)로 설명하였다[6]. Abdoler 등(2020)은 항균제 선택을 다룬 면담 연구에서 증후군의 파악, 원인 병원체의 고려, 치료 선택이 연결되는 양상과 그 과정에 개입하는 맥락적 요인을 분석하였다[7]. 이러한 연구는 진단명을 아는 것과 구체적인 치료계획을 구성하는 능력 사이에 교육과 연구의 대상이 되는 과정이 있음을 보여 준다.

한의학에서도 학파별 임상추론, 개별 의사의 진단과 처방 결정, 변증(辨證)의 정보처리 기능을 다룬 연구가 이루어졌다[8-11]. 같은 증상 자료에서 무엇을 중요한 소견으로 보는지, 그 소견을 어떤 이론과 처방에 연결하는지는 판단 방식에 따라 달라질 수 있다. 이 때문에 한의

임상에서 첫 치료를 설명하려면 변증과 처방의 일반적인 대응관계에 더하여, 실제로 남아 있던 선택지와 환자별로 우선한 이유를 살펴야 한다.

그러나 진단 이후의 판단을 한의 임상의 맥락에서 살피려 할 때 두 가지 공백이 남는다. 첫째, 앞의 한의 임상추론 연구들은 주로 한 시점의 환자 정보에서 진단과 처방에 이르는 과정을 다루었다. Park 등(2022)은 설문자료에 대한 한의사들의 진단과 처방 결정을, 강동훈 등(2024)은 같은 대상자 자료에 대한 학파별 처방 추천을 분석하였다[9,11]. 이러한 설계에서는 처방 이후의 반응이 다음 판단을 어떻게 바꾸는지가 분석 대상에 포함되지 않는다. 둘째, 한의 임상의 치료 경험은 증례보고의 형식으로 학술지에 축적되며, 증례보고 지침인 CARE(CAse REport) 지침은 중재의 변경과 그 이유를 기술하도록 권고한다[12]. 그러나 한의 증례보고가 첫 치료를 고른 이유와 이후 수정의 이유를 하나의 판단 과정으로 남기고 있는지를 직접 분석한 연구는 본 연구에서 검토한 범위에서 확인되지 않았다. 증례가 결과만 남기고 판단의 경로를 남기지 않으면, 독자는 좋은 결과를 얻은 처방이 무엇인지는 알 수 있어도 그 처방을 어떤 환자에게 먼저 쓰고 어떤 경과에서 바꾸어야 하는지는 배우기 어렵다.

본 연구는 이러한 선행 논의를 바탕으로 첫 치료의 선택과 치료반응의 해석을 연결해 검토한다. 의철학 문헌은 가설, 행위, 관찰의 관계를 설명하는 데 사용하고, 한의 임상추론 연구는 그 관계가 변증과 처방 선택에서 나타나는 양상을 이해하는 데 사용하였다. 아울러 한 학술지의 증례보고 22편을 탐색적으로 분석하여, 치료를 선택한 이유와 이후에 수정한 이유가 문헌에 어떻게 남아 있는지 살펴보았다. 중심 질문은 진단과 변증이 내려진 뒤의 판단, 곧 첫 치료의 선택과 치료반응에 따른 재평가가 한의 증례보고에 하나의 판단 과정으로 기록되고 있는가이다. 이를 위해 세 가지 하위 질문을 설정하였다. 첫째, 첫 치료를 선택할 때 실제로 고려한 대안과 환자별 선택 이유가 보고되는가. 둘째, 치료를 시작할 때 확인할 목표 지표, 평가 시점, 결과에 따른 후속 행동이 하나의 계획으로 제시되는가. 셋째, 치료가 바뀌었을 때 그 이유가 보고되며, 그 변경은 어떤 수준의 판단 수정에 해당하는가. 이 질문은 증례보고를 쓰는 임상의, 그것을 읽는 동료, 증례로 판단을 배우는 학생에게 같은 무게를 가진다. 기록에 남지 않은 판단은 검토될 수도, 가르쳐질 수도 없기 때문이다.

Ⅱ. 본론

1. 이론적 검토: 진단 이후의 판단을 보는 틀

1) 진단 이후에도 남는 판단

(1) 진단에서 치료로

진단은 치료의 범위를 줄인다. 감염성 질환과 자가면역질환을 구분하면 고려할 검사와 치료가 달라지고, 한의학에서도 한열·허실·표리(寒熱·虛實·表裏)의 판단은 치법(治法)과 처방군을 좁힌다. 그러나 범위를 좁힌 뒤에도 하나의 행동을 선택해야 한다. 같은 진단을 받은 환자라도 중증도, 동반질환, 이전 치료, 환자가 우선하는 불편, 비용과 추적관찰의 여건이 다르면 적절한 치료 순서는 달라진다. 관리추론의 대상은 이처럼 진단과 환자의 사정을 함께 반영한 행동의 선택이다[4,5].

퍼스(Peirce, 1903/1998)의 귀추는 관찰된 사실을 설명할 수 있는 가설을 제안하는 추론이

다[13]. 이를 진단에 연결하면, 여러 소견을 하나의 병명이나 변증으로 이해하는 일은 설명 가능한 가설을 만드는 과정에 해당한다. 그러나 어떤 가설이 현재 가장 그럴듯한지와 지금 어떤 행동을 취할지는 구분되는 질문이다. 확신이 충분하지 않아도 지연의 위험 때문에 행동해야 할 수 있고, 같은 설명을 받아들인 임상의들도 기대편익과 환자의 부담을 다르게 평가하여 서로 다른 치료를 선택할 수 있다.

아리스토텔레스(Aristotle)는 실천적 지혜를 보편적인 사항과 함께 행위가 이루어지는 개별 사정을 아는 능력으로 설명하였다[14]. 몽고메리(Montgomery, 2006)는 의학에서 임상판단이 과학적 지식을 개별 환자의 상황에 연결하는 실천적 추론임을 논하였다[15]. 이 논의에서 중요한 것은 일반 원칙과 개별 사정을 함께 판단한다는 점이다. 연구에서 효과가 확인된 치료라도 현재 환자에게 적용할 용량과 순서, 병행치료, 관찰기간은 다시 정해야 한다. 임상경험은 이 연결에 기여하지만, 경험으로 내린 선택 역시 어떤 사실에 근거했는지 검토할 수 있어야 한다.

한의 임상에서는 여러 처방이 같은 치법을 공유하면서 서로 다른 증상에 비중을 둘 수 있다. 피로, 식후팽만, 오심을 함께 호소하는 환자에게서 어떤 증상이 일상생활을 가장 제한하는지, 이전 치료에 무엇이 변했는지에 따라 처방의 우선순위가 달라진다. 이때 변증명은 후보를 묶는 근거가 되고, 후보 사이의 차이는 현재 환자의 소견으로 설명된다. 같은 변증이라는 이유만으로 두 처방을 교환 가능한 것으로 취급하면 마지막 선택에서 사용한 정보가 가려진다.

숙련자는 이러한 비교를 매번 길게 언어화하지 않을 수 있다. 관리 스크립트의 관점에서는 경험을 통해 형성된 행동의 묶음이 빠르게 활성화되고, 그 가운데 현재 상황에 맞는 선택이 이루어진다[6]. 다만 증례를 읽는 사람은 임상의가 어떤 선택지를 이미 배제했는지 알지 못한다. 모든 가능한 처방을 나열할 필요는 없지만, 마지막까지 고려한 후보와 그 사이를 가른 소견을 적으면 숙련자의 판단을 다른 사람이 검토할 수 있다.

(2) 시간이 제한된 첫 선택

첫 선택에는 시간의 문제가 들어 있다. 추가 정보가 판단을 바꿀 가능성이 있다면 검사를 더 하거나 경과를 볼 수 있다. 반면 그동안 증상이 악화되거나 필요한 치료가 늦어질 수 있다면 현재 정보로 행동해야 한다. 따라서 불확실성은 항상 결정을 미루는 이유가 되지는 않는다. 기다림의 이익과 위험, 지금 시행할 수 있는 치료의 이익과 부담, 다시 평가할 수 있는 여건을 함께 비교해야 한다.

이때 환자가 원하는 결과를 구체적으로 확인하는 일이 중요하다. 임상의가 중요하게 보는 증상과 환자가 당장 해결하고 싶은 문제가 일치하지 않을 수 있기 때문이다. 통증 감소와 보행 회복, 식사량과 수면의 개선은 서로 연결되지만 같은 목표는 아니다. 어느 변화를 우선할지 합의하면 치료 선택의 이유뿐 아니라 이후에 반응을 평가할 기준도 분명해진다. 같은 진단에서도 환자의 목표가 달라지면 첫 치료와 관찰할 결과가 달라질 수 있다.

치료를 시작할 때는 기대한 변화가 나타날 시간을 고려하고, 경과 중 새 위험 신호가 생겼을 때의 대응을 정해야 한다. 안전과 예상 편익이 비슷한 선택지들 사이에서는 실제로 시행하고 추적할 수 있는지가 판단에 영향을 준다. 결과를 관찰하여 다음 판단에 도움이 되는 정보를 얻을 수 있다는 점도 의미가 있지만, 그것만을 이유로 환자에게 불리한 치료를 먼저 선택

할 수는 없다. 첫 선택은 현재 환자에게 적절한 치료를 시행하면서 이후의 재평가가 가능하도록 구성되어야 한다.

무엇을 기대했는지 남아 있지 않으면 경과가 나온 뒤 어떤 결과에도 설명을 붙이기 쉽다. 피로를 줄이려고 시작한 치료에서 식사량만 늘었다면, 이 결과는 일부 목표의 달성과 주된 목표의 미달을 함께 뜻한다. 치료 전에 중요하게 본 결과가 기록되어 있어야 이러한 부분반응을 구분할 수 있다. 첫 치료의 이유와 확인할 변화를 연결하는 기록은 다음 처방이 앞선 판단과 어떤 관계에 있는지 보여 준다.

2) 치료반응과 재평가

(1) 반응이 주는 정보

치료 후의 경과는 진단과 치료를 다시 생각하게 하는 자료다. 통증, 식사량, 수면, 보행, 검사값처럼 환자의 목표와 연결된 지표가 변하면 현재 계획을 유지하거나 조정할 이유가 생긴다. 터틀(Tuttle, 2009)은 근골격계 치료의 맥락에서 개별 환자의 치료 후 변화를 지속적인 임상추론에 활용하는 문제를 검토했으며, 관찰한 변화와 이후 결과의 관계, 환자에게 중요한 기능적 목표를 고려할 필요성을 논하였다[16]. 치료반응을 다음 판단에 사용하는 과정에서는 무엇이 얼마나 변했는지와 그 변화가 환자에게 어떤 의미인지가 함께 다루어져야 한다.

반응을 해석할 때는 적어도 세 가지 질문을 구분할 필요가 있다. 환자의 상태가 실제로 변했는가, 그 변화에 해당 치료가 기여했는가, 그 결과가 처음의 진단이나 변증을 얼마나 지지하는가이다. 증상이 줄었다는 관찰만으로 나머지 두 질문에 모두 답할 수는 없다. 자연경과, 생활 변화, 병행치료가 함께 작용할 수 있고, 증상이 심한 시점에 진료를 시작했다면 이후의 감소에는 통상적인 변동도 포함될 수 있다. 복합치료에서는 한약, 침치료, 재활치료와 한약 외 병용 약물 각각의 기여를 한 증례의 경과만으로 분리하기 어렵다.

진단을 지지하는 정도는 다른 설명도 같은 반응을 예상하는지에 따라 달라진다. 서로 다른 두 변증에서 모두 통증의 감소를 예상했다면 통증이 줄었다는 사실만으로 어느 변증이 더 적절했는지 가리기 어렵다. 반면 특정 소견의 변화 양상이나 변화가 나타나는 순서에 대해 기대가 달랐다면 그 관찰은 다음 판단에서 더 유용할 수 있다. 이러한 비교를 위해서는 치료 후에 가능한 설명을 늘어놓기보다, 치료를 시작할 때 중요하게 본 소견과 예상한 변화를 기록해야 한다.

무반응 역시 하나의 의미만을 갖지 않는다. 진단이 부적절했을 수도 있지만, 충분한 양을 복용하지 못했거나 치료기간이 짧았을 수 있으며, 제형과 투여방식이 환자의 상태에 맞지 않았을 수 있다. 기대한 효과가 나타났으나 측정한 지표가 이를 포착하지 못하는 경우도 생각할 수 있다. 따라서 무반응이라는 표현을 사용할 때에는 어떤 목표에 대해, 어느 기간 동안, 어떤 조건으로 시행한 치료에서 변화가 없었는지를 밝혀야 한다.

(2) 무엇을 다시 검토할 것인가

뒤엠(Duhem, 1906/1954)은 물리학에서 실험 결과가 하나의 명제만을 따로 시험하는 것이 아니라 여러 가정이 결합된 이론적 구성에 관계된다고 논하였다[17]. 이 논의를 임상에 적용해 보면, 기대한 반응은 진단이나 변증뿐 아니라 치료수단, 용량, 전달 방식과 실제 시행, 측

정 조건에 대한 가정을 포함한다. 기대가 어긋났다는 사실은 이러한 가정들을 다시 살펴야 할 이유가 되지만, 어느 하나가 잘못되었는지를 곧바로 지목하지는 않는다.

실제 재평가에서는 새로운 위험 신호와 질병의 변화를 먼저 확인하면서 치료가 계획한 대로 시행되었는지 살펴야 한다. 복용이 어려워 충분히 투여되지 않았다면 제형이나 투여량을 조정하는 일이 우선일 수 있다. 목표 증상은 좋아졌으나 새 불편이 생겼다면 그 불편과 치료의 시간적 관계, 처방 구성과 용량을 검토할 수 있다. 반대로 적절히 시행한 치료에서 핵심 소견이 지속되거나 새로운 소견이 기존 설명과 맞지 않는다면 진단이나 변증을 다시 검토할 이유가 커진다. 수정의 범위는 관찰한 문제에 따라 정해진다.

듀이(Dewey, 1938)는 탐구를 불확정적인 상황을 더 분명하게 규정된 상황으로 바꾸는 과정으로 설명하였다[18]. 이 관점을 임상판단에 연결하면, 치료는 환자의 상태에 개입하면서 이후에 판단할 자료를 만드는 행위이기도 하다. 그러나 행위 뒤에 결과가 생겼다는 것만으로 학습이 이루어지는 것은 아니다. 처음에 해결하려던 문제, 그 문제를 이해한 방식, 실제로 시행한 치료와 관찰 결과의 관계를 되짚어야 다음 선택에 사용할 수 있는 경험이 된다.

이 과정에서 판단을 유지하는 이유도 변경 이유만큼 중요하다. 증상이 남아 있어도 예상한 속도로 호전 중이고 새로운 위험이 없다면 치료를 유지할 수 있다. 반대로 전체 증상 점수가 조금 좋아졌더라도 환자가 우선한 기능이 악화되거나 부작용이 생겼다면 계획을 바꾸어야 할 수 있다. 유지와 변경의 이유가 모두 드러나야 경과를 살핀다는 말이 실제 판단의 내용으로 이어진다.

3) 한의 임상에서 이론과 근거의 사용

(1) 변증이 하는 일

변증은 여러 증상과 징후를 치료와 연결되는 형태로 묶는다. Bae 등(2022)은 이를 고차원의 증상정보를 낮은 차원의 표현으로 변환하는 과정에 비추어 설명하는 개념적 틀을 제안하였다[10]. 이 설명은 변증이 많은 정보를 정리하고 처방의 범위를 좁히는 기능을 이해하는 데 도움이 된다. 다만 이러한 정보처리 모형의 제안과 특정 변증체계의 진단 정확성이나 치료효과를 입증하는 일은 서로 다른 연구 과제다.

변증으로 묶인 정보는 구체적인 처방을 선택할 때 다시 검토된다. 같은 비허(脾虛)라는 판단 안에서도 식욕, 대변, 오심, 통증과 피로의 양상이 다르고, 그 차이가 처방과 가감의 근거가 될 수 있다. 따라서 진료기록에는 변증명뿐 아니라 그 판단을 이끈 소견이 남아 있어야 한다. 환자가 말한 불편, 진찰에서 확인한 징후, 그것을 특정 병기(病機)로 해석한 판단을 구분하면 이후에 무엇이 변했는지 더 분명하게 살필 수 있다.

Kim 등(2021)은 한의 임상추론에 관한 서술적 고찰에서 네 대표적인 학파의 진찰과 치료결정 과정을 비교하였다[8]. 여기에는 변증을 중심으로 접근하는 방식, 처방과 증상을 연결하는 방식, 동의보감의 병증과 처방을 활용하는 방식, 사상체질의 판단을 중심에 두는 방식의 차이가 포함된다. Park 등(2022)은 알레르기비염 환자 100명의 설문자료를 이용하여 한의사 8명의 진단과 처방 결정을 분석하였다. 의사가 직접 평가한 소견의 중요도와 진단·처방 결과를 학습한 모형에서 산출한 특성 중요도를 비교하여, 명시적으로 설명한 판단과 실제 선택에 반영된 정보 사이의 관계를 살폈다[9]. 두 연구는 임상판단을 이해할 때 처방명에 이르는 경로

와 임상의가 사용하는 지식에도 주목해야 함을 보여 준다.

강동훈 등(2024)은 불안, 우울, 분노 또는 불면을 호소하는 대상자 80명의 진료자료를 수집하고, 형상의학·상한금궤의학·사상체질의학 전문가가 처방의 근거가 되는 정보를 선정하고 처방을 추천하도록 하였다. 동일한 대상자 자료에서도 학파별로 중시한 정보와 추천 처방의 분포에 차이가 있었다[11]. 이는 추천 과정의 차이에 관한 관찰이며, 어느 학파의 치료가 더 효과적인지를 비교한 결과는 아니다. 이 차이를 임상적으로 검토하려면 선택한 처방과 함께 그 선택을 이끈 소견, 기대한 반응, 경과 중 판단을 바꾼 이유를 비교해야 한다. 서로 다른 이론이 같은 표현을 사용하는지보다, 같은 환자에게서 어떤 정보를 취하고 어떤 행동으로 이어지는지가 구체적인 비교의 대상이 된다.

(2) 고전이론과 임상진료지침

근거중심의학은 Sackett 등(1996)에 의해 연구근거를 개별 임상 전문성과 통합하여 환자 진료에 사용하는 것으로 설명되어 왔다[19]. 연구에서 얻은 평균적인 효과와 현재 환자의 사정을 연결하는 판단은 그 안에 포함된다. Shin 등(2023)이 정리한 바와 같이 한의표준임상진료지침도 근거검색, 평가와 합의 절차를 통해 개발되어 왔으며[20], 실제 진료에서는 권고의 적용 대상, 기대편익과 위해, 환자의 목표와 시행 여건을 살펴야 한다. 여러 치료가 권고되거나 근거의 확실성이 낮은 상황에서는 어떤 치료를 먼저 선택할지가 여전히 남는다.

카트라이트(Cartwright)와 하디(Hardie)(2012)는 정책 영역에서 어떤 곳에서 효과가 있었던 개입을 다른 곳에 적용하려면 그 효과를 가능하게 한 조건을 검토해야 한다고 논하였다[21]. 이 관점을 개별 진료에 연결하면 연구대상과 현재 환자의 차이, 동반질환, 실제 중재의 구성과 용량, 치료가 시행되는 환경을 살피게 된다. 일반적인 연구결과를 환자에게 적용하는 일은 이러한 조건을 확인하고 필요에 따라 조정하는 판단을 포함한다.

실제 지식의 사용에는 교육과 진료 환경도 관여한다. Gabbay와 le May(2004)는 영국 일차의료 현장의 민족지 연구에서 연구근거, 경험, 동료의 조언과 현장 규범을 통해 형성된 내면화된 지식을 'mindlines'로 설명하였다[22]. 이 연구는 문서화된 지침이 임상의에게 그대로 전달되어 적용되는 것으로만 지식의 사용을 이해하기 어렵게 한다. 한의 임상에서도 교과서, 고전, 수련 과정과 동료의 경험이 처방 선택에서 어떻게 결합되는지 구체적인 진료 자료로 살펴볼 필요가 있다.

고전이론은 소견을 묶고 치료 후보를 떠올리며 가감의 이유를 설명하는 데 사용된다. 그 역할을 검토하려면 이론이 실제 선택에서 어떤 차이를 만드는지 드러내야 한다. 예를 들어 어떤 병기의 해석 때문에 두 후보 가운데 하나를 먼저 택했다면, 그 판단에 중요했던 소견과 이후에 확인할 변화를 기록할 수 있다. 경과가 기대와 다를 때에는 같은 이론 안에서 처방만 조정했는지, 병기의 해석도 바꾸었는지를 구분할 수 있다.

이와 같은 기록이 축적되면 이론의 임상적 유용성을 더 구체적으로 연구할 수 있다. 같은 소견에서 비슷한 선택이 반복되는지, 선택이 달랐던 환자들 사이에 일관된 차이가 있는지, 어떤 반응이 판단을 수정하게 하는지를 비교할 수 있기 때문이다. 다만 좋은 결과를 낸 개별 증례가 이론 전체를 입증하는 것은 아니다. 이론의 역할에 대한 설명과 치료의 효과에 대한 검증은 각각에 맞는 자료와 연구설계로 이어져야 한다.

4) 분석 틀

앞의 검토는 진단 이후의 판단을 세 시점으로 나누어 볼 수 있게 한다. 첫째는 여러 후보 가운데 첫 치료를 고르는 시점으로, 이때 남겨야 할 정보는 실제로 고려한 대안과 환자별 선택 이유이다. 둘째는 치료를 시작하면서 무엇을 언제 확인하고 결과에 따라 어떻게 할지를 정하는 시점으로, 이 정보가 있어야 이후의 반응을 사후 설명이 아니라 처음의 기대와 비교하여 읽을 수 있다. 셋째는 반응을 보고 계획을 유지하거나 바꾸는 시점으로, 변경의 이유와 함께 그 변경이 전달 방식, 처방 구성, 변증 가운데 어느 가정에 대한 수정인지가 드러나야 한다. 본 연구는 이 세 시점을 증례보고에서 확인할 수 있는 네 개의 분석 항목으로 옮겼다(표1). 이 틀은 사전에 등록한 가설이 아니며, 탐색적 분석을 위한 해석 틀로 제시하였다.

표1. 이론적 검토에서 도출한 분석 항목과 판정 기준

분석 항목	관련 검토*	판정 기준†	판정에서 제외한 서술
첫 치료의 대안 비교	1)의(1), 3)의(1)	첫 한의치료를 선택할 때 실제로 고려한 다른 처방, 경혈 조합 또는 치료기법을 환자별 소견이나 제약에 근거하여 비교함	선택한 처방의 일반적 적응증 설명, 과거 문헌의 처방 열거, 고찰에서 향후 가능성으로 언급한 치료
치료 시작 시의 계획	1)의(2), 2)의(1)	목표 지표, 평가 시점, 결과에 따른 유지·변경·중단 행동이 치료 시작 시의 의도로 함께 제시됨	사후의 측정과 변경을 시간순으로 나열한 서술, 일부 요소만 있는 서술(반복 측정 일정, 증상 발생 시의 복용 지시 등)
한의치료의 변경	2)의(2)	처방, 가감, 용량, 제형, 경혈, 치료기법 또는 실제 시행 여부가 시간에 따라 달라짐	예정된 통상적 일정, 휴일에 따른 시행 간격, 환자 사이의 차이, 한약 외 약물치료와 일반 재활치료만의 변화
변경 이유	2)의(2)	증상이나 반응, 의심되는 이상반응, 복용 가능성, 보험 등의 조건이 적어도 한 번의 한의치료 변경과 명시적으로 연결됨	이유가 서술되지 않았거나 변경과의 연결이 분명하지 않은 경우

*관련 검토는 본론1.의 해당 절을 가리킨다.

†판정은 논문에 서술된 내용에 한정하였으며, 미보고는 실제 진료에서 판단이 없었음을 뜻하지 않는다.

2. 연구 방법

1) 연구 설계

본 연구는 개념적 검토와 문헌 내용분석을 결합한 탐색적 연구이다. 개념적 검토에서는 관리추론, 의철학, 한의 임상추론에 관한 문헌을 바탕으로 앞의 분석 틀을 구성하였다. 문헌 검토는 관리추론과 의철학의 주요 논의를 임상적 질문에 연결한 서술적 검토이며 체계적 문헌고찰은 아니다. 내용분석에서는 이 틀에서 도출한 항목을 한 학술지 한 호의 증례보고에 적용하여, 치료 선택과 수정에 관한 정보가 보고되는 양상을 기술하였다.

2) 분석 자료

분석 자료는 대한한방내과학회지 2024년 제45권 제5호에 게재된 증례논문 22편 전수이다[23-44]. 이 가운데 21편은 단일 증례이고 1편은 3례로, 보고된 환자는 총 24명이다. 분석 단

위는 환자가 아니라 논문으로 정하였다. 2026년 9월 25일 학회 홈페이지에 공개된 전문의 치료중재, 경과, 고찰과 표를 대조하였다. 환자의 성별, 연령 및 주요 과거력·기저질환을 확인하고, 보고된 변증과 초기 처방, 경과 중의 주요 변경을 함께 정리하였다. 한 학술지의 한 호를 고정된 자료집합으로 삼아, 서로 다른 질환의 증례에서 치료 선택과 수정에 관한 정보가 어떻게 보고되는지 탐색하였다. 대한한방내과학회지는 한의 내과 영역의 증례보고를 정기적으로 게재하는 학술지이며, 이 호에는 서로 다른 질환을 다룬 증례보고가 함께 실려 있어 다양한 임상 상황의 보고 양상을 하나의 자료집합 안에서 살필 수 있다는 점을 고려하였다.

3) 분석 항목과 판정 기준

첫 번째 항목인 대안 비교는 첫 한의치료를 선택할 때 실제로 고려한 다른 처방, 경혈 조합 또는 치료기법을 환자별 소견이나 제약에 근거하여 비교한 경우로 정하였다. 선택한 처방의 일반적인 적응증 설명, 과거 문헌에 등장하는 처방의 열거, 고찰에서 향후 가능성으로 언급한 치료는 포함하지 않았다. 같은 처방의 제형을 바꾸는 것은 아래의 치료 변경에 포함하되 별개의 처방 대안 비교로 세지 않았다.

두 번째 항목은 치료 시작 시의 계획으로, 확인할 목표 지표, 평가 시점, 결과에 따른 유지·변경·중단 행동이 모두 연결되어 제시되었는지 확인하였다. 치료 후 측정한 지표와 실제 변경을 시간순으로 나열한 것만으로는 사전에 계획한 것으로 판정하지 않았다. 반복 측정 일정이나 증상 발생 시의 복용 지시처럼 일부 요소만 있는 경우도 세 요소의 결합과 구분하였다. 이 항목은 본 연구의 질문을 위한 조작적 기준이며, 증례보고 전체의 질을 평가하는 점수가 아니다. 판정은 세 요소의 결합 여부로 하였고 요소별 빈도는 따로 집계하지 않았으나, 결과에 따른 행동 조건이 서술된 경우에는 그 내용을 판정 근거에 기록하였다.

세 번째 항목은 시간에 따른 한의치료의 변경으로, 처방, 가감, 용량, 제형, 경혈, 치료기법 또는 실제 시행 여부가 달라졌는지 확인하였다. 처음부터 예정된 통상적 치료 일정, 휴일에 따른 시행 간격, 서로 다른 환자 사이의 치료 차이는 변경으로 세지 않았다. 한약 외 약물치료와 일반 재활치료만의 변화는 집계 범위에서 제외하였다. 네 번째 항목인 변경 이유는 증상이나 반응, 의심되는 이상반응, 복용 가능성, 보험 등의 조건이 적어도 한 번의 한의치료 변경과 명시적으로 연결된 경우로 정하였다. 따라서 이유가 보고된 논문에서도 모든 변경의 이유가 제시되었다는 뜻은 아니다.

4) 판정 절차

판정은 논문에서 확인되는 서술에 한정하였다. 서술이 없거나 기준을 충족하는 연결이 분명하지 않은 경우는 미보고로 처리하였으며, 치료효과의 크기나 변경의 임상적 적절성은 평가하지 않았다. 판정은 한의 임상과 의료인문학을 함께 담당하는 교수 1인과 의학교육학 교수 1인이 공동으로 수행하였다. 두 연구자는 각 논문을 함께 검토하여 판정하였고, 판단이 엇갈린 경우에는 논의를 거쳐 합의하였다. 논의 후에도 의견이 모이지 않은 경우에는 한의학 교육경력 20년 이상의 기초교수 2인과 임상교수 1인에게 자문을 구한 뒤 판정하였다. 독립적인 복수 평가자에 의한 일치도 검증은 시행하지 않았다. 변경이 확인된 증례에서는 그 변경이 치료의 전달 조건, 처방 구성, 변증과 처방의 재검토 가운데 어디에 해당하는지를 서술에 근거하

여 질적으로 기술하였고, 이 구분의 빈도는 집계하지 않았다. 각 논문의 판정과 이를 뒷받침하는 서술, 기준의 경계에 놓여 제외한 사유는 표2에 제시하고, 환자 특성과 변증·처방의 경과는 표3에 정리하였다.

표2. 증례보고 22편의 판정과 근거

번호	저자·연도 및 증례	대안 비교	초기 계획	치료 변경	변경 이유	판정 근거†
1	곽민제 등(2024) 파킨슨병·만성 통증[23]	0	0	1	1	상열감이 지속되어 청심연자탕에서 열다한소탕으로 변경. 작약감초탕의 복용도 통증에 따라 조정함. 치료·고찰.
2	윤상훈 등(2024) 편타성 손상 후 두통[24]	0	0	1	1	경항통과 달리 두통 호전이 미미하여 한열·허실을 다시 판단하고 청상견통탕에서 황련해독탕으로 변경. 고찰.
3	이유진 등(2024) 소화불량·경추질환[25]	0	0	1	1	설사와 식후 복통이 발생하여 소도지사산을 추가. 증상 시 복용 지시는 있으나 목표·시점·행동의 결합은 없음. 치료·경과.
4	허나연 등(2024) 누크관 수종 수술 후[26]	0	0	1	1	통증으로 체위 유지가 어려워 시행하지 못한 부항을 통증 호전 뒤 시행. 치료중재.
5	백길근 등(2024) 만성 기침·요추질환[27]	0	0	0	–	보고기간 중 청폐탕과 청웅바로환을 포함한 한의치료의 시간적 변경은 확인되지 않음. 서론의 타 처방 언급은 실제 대안 비교에서 제외.
6	김도현 등(2024) 급성 췌장염 의증[28]	0	0	1	1	구토로 탕약 복용이 어려워 안중산 과립제를 사용한 뒤 구토 해소 후 탕약으로 변경. 같은 처방의 제형 변경도 치료 변경에 포함. 고찰.
7	김은서 등(2024) 식도암 치료 후 식도염[29]	0	0	1	1	초기 치료로 피로는 호전되었으나 연하통과 작열감이 남아 독활지황탕가미방으로 변경. 잔존 증상에 따라 보조 처방도 추가. 고찰.
8	박정림 등(2024) 출혈성 변환[30]	1	0	1	1	보중익기탕·가미대보탕 등과 거풍도담탕·반하백출천마탕 등을 비교하고 운동 회복과 담음 소견을 고려. 경과 중 잔존 증상에 따라 처방 조정. 고찰.
9	김나영 등(2024) 말초성 안면신경마비[31]	0	0	0	–	견정거풍탕 등 한의치료의 변경은 확인되지 않음. 다른 증상 발생 시 추가 영상검사 계획은 있으나 초기 계획의 세 요소를 모두 충족하지 않음.
10	민자현 등(2024) 안면신경마비·경추통[32]	1	0	1	1	보험 제제 사용 요구와 소견에 따라 오적산·소청룡탕을 비교. 이후 귀 뒤 통증과 피로에 따라 소시호탕·보중익기탕을 선택하며 타 후보도 검토. 고찰.
11	황지현 등(2024) 뇌내출혈 후 혈관성 치매[33]	0	0	1	0	독활기생탕가감방에서 육미지황탕으로 변경. 각 처방의 설명은 있으나 해당 시점의 전환 이유가 분명하게 연결되지 않음. 치료·고찰.
12	설동수 등(2024) 갱년기 증후군[34]	0	0	1	1	소화기 증상 호전 뒤 남은 열감과 배뇨 불편을 고려하여 가미귀비탕에서JS트로겐으로 변경. 고찰.
13	권태하 등(2024) 외상성 안면신경마비[35]	0	0	1	1	보험 조건으로 안신지통탕을 중단. 고찰의 견정산·이기거풍산 언급은 향후 치료 가능성으로, 첫 선택의 실제 비교에서 제외. 치료·고찰.
14	임준규 등(2024) 기능성 소화불량3례[36]	0	0	0	–	반하백출천마탕 제제를 포함한 복합치료의 환자 내 변경은 확인되지 않음. 증례 간 투여 횟수의 차이는 치료 변경에서 제외. 치료중재.
15	박충현 등(2024) 감금증후군[37]	0	0	0	–	보고된 침치료 구성의 시간적 변경은 확인되지 않음. 휴일에 따른 일정과 일반

						재활치료의 변화는 치료 변경에서 제외. 치료중재·경과.
16	이승희 등(2024) 뇌경색 후유증[38]	0	0	1	1	쌍화탕에서 강활유풍탕으로 변경한 경과가 있으며, 이후 불면 발생에 따라 마황을 제외한 이유가 명시됨. 변경 이유의 확인은 적어도 한 변경을 기준으로 함.
17	진하윤 등(2024) 자궁내막암·자궁출혈[39]	0	0	1	1	출혈의 일부 호전 후에도 기력저하·식욕부진·수면 문제가 남아 중기하함에서 심비양허로 재변증하고 당귀작약탕에서 귀비탕가감방으로 변경. 고찰.
18	허나연 등(2024) 급성 지주막하출혈[40]	0	0	1	1	성향정기산 등에서 처방이 순차적으로 변경됨. 얕은 수면, 묽은 변과 소화 불편 등에 대응한 변경 이유가 서술됨. 고찰.
19	이영주 등(2024) 노인성 식욕부진[41]	0	0	1	1	복용량에 부담을 호소하여 하루3회90 mL에서2회60 mL로 조정. 경과 중 증상에 따른 가감도 제시됨. 치료중재·경과.
20	허경화 등(2024) 람세이 헌트 증후군[42]	0	0	1	1	잔존 구갈 등을 고려하여 처방을 바꾸고 오약·남성을 제외. 이후 증상에 따라 당귀·지실·인삼 등을 가감. 고찰.
21	구기범 등(2024) 판막수술 후 증상·경피증[43]	0	0	1	1	흉통 소실과 재발에 따라 칠기탕의 중단·재복용과 복용량을 조절. 증상에 따른 행동 조건은 있으나 평가 시점을 함께 명시하지 않음.
22	구기범 등(2024) 자율신경 실조증·섬유근육통[44]	0	0	1	1	초기 치료의 반응 부족 뒤 발병 전 상태와 소견을 재검토하여 체질과 처방을 변경. 이후 잔존 증상과 반응에 따라 처방을 조정. 진단·고찰.
계		2	0	18	17/18	

*1은 기준을 충족하는 서술이 확인됨을, 0은 미보고 또는 기준의 미충족을 뜻한다. 초기계획은 목표지표·평가 시점·후속행동이 치료시작시의 의도로 함께 제시된 경우에 한한다. 0은 실제 진료에서 계획이나 판단이 없었다는 뜻이 아니다. —는 치료 변경이 없어 변경 이유를 판정하지 않은 경우이다.

†판정 근거는 판정을 확인할 수 있는 서술을 요약한 것으로 직접 인용문이 아니다. 문헌번호로 해당 논문의 치료중재·경과·고찰과 표를 확인할 수 있다.

표 3. 증례보고 22편의 환자 특성과 변증 및 처방의 경과

번호	성별·연령 및 주요 과거력·기저질환	보고된 변증 또는 병기와 초기 치료	주요 변경과 재평가
1	남/69세. 파킨슨병; 통증으로 인한 자살시도력.	태음인 리병으로 판단; 청심연자탕가미방.	상열감 지속으로 3일 차부터 열다한소탕가미방. 작약감초탕 복용도 통증에 따라 조정.
2	여/52세. 갑상선기능저하증; 위절제술.	청상견통탕(초기 변증명 별도 명시 없음).	두통 호전이 미미하여 실열형 두통으로 재평가하고4일 차부터 황련해독탕.
3	여/67세. 열공성 뇌경색; 대상포진.	비허습담증; 반하백출천마탕.	설사와 식후 복통에 소도지사산 과립을 추가하고 증상이 있을 때 복용하도록 함.
4	여/47세. 위암·충수암 수술; 좌측 누크관 수종 절제술; 자궁내막증 수술.	누크관 수종을 수산(水疝)의 범주로 설명. 침·뜸 중심이며 한약 사용 보고 없음.	수술 후 통증으로 부항을 시행하지 못하다가 체위 변경이 가능해진 7일 차부터 시행.
5	남/25세. 요추추간판탈출증. 호흡기·소화기 관련 과거력 없음.	기침을 폐열로 판단; 청폐탕. 요추 증상에 청웅바로환 병용.	보고기간 중 한의치료의 변경은 보고되지 않음.
6	남/26세. 급성 췌장염; 알코올 중독.	개별 변증명 미보고; 안중산 엑스과립.	구토로 탕약 복용이 어려워 과립제를 사용. 구토 소실 후 3일 차부터 안중산 탕약으로

			변경.
7	남/69세. 식도암 및 항암·방사선치료; 고지혈증·통풍·식도염.	기혈이 모두 허한 상태로 판단; 십전대보탕가미방.	식욕·기력은 개선되었으나 연하통·작열감이 남음. 체형·용모·성격을 근거로 소양인으로 판단하여 독활지황탕가미방으로 변경.
8	남/46세. 고혈압·당뇨; 뇌경색 후 출혈성 변환 및 복합부위통증증후군 1형.	비위기허로 습담이 나타난 상태; 거풍제습탕가미방.	기력 회복을 우선하여 71일 차에 가감. 구강건조·불면 등 잔존 증상을 고려하여 혈허로 판단하고 158일 차부터 가감윤조탕.
9	남/32세. 과거력 없음으로 보고.	개별 변증명 미보고; 견정거풍탕 및 침·약침 등.	한의치료의 변경은 확인되지 않음. 다른 증상이 나타날 경우 추가 영상검사 고려.
10	남/56세. 탈장 수술.	풍한사 감촉에 의한 구안와사·표증; 오적산.	5일 차 이후통을 반표반리로의 전변으로 해석하여 소시호탕. 10일 차 기허 소견에 소시호탕과 보중익기탕 병용.
11	여/78세. 고혈압·당뇨·고지혈증·파킨슨병.	신음허증으로 기술; 초기 독활기생탕가감방.	육미지황탕으로 변경. 각 처방에 대한 설명은 있으나 해당 전환 시점의 이유는 명확히 연결되지 않음.
12	여/51세. 방광염; 위식도역류질환.	심비양허; 가미귀비탕. 가미소요산·청파전-H 병용.	소화기 증상 호전 후 상열감·배뇨 시 작열감 등 잔존 증상에 대응하여 가미귀비탕을JS트로겐으로 변경.
13	남/35세. 별도 과거력 없음으로 보고. 교통사고 후 외상성 안면신경마비.	개별 변증명 미보고; 안신지통탕 및 침구치료 등.	자동차보험 조건으로 안신지통탕 중단.
14	여/47세, 여/45세, 여/47세. 모두 기능성 소화불량 기왕력.	두통을 습담두통의 범주로 설명; 반하백출천마탕 제제 및 침구치료.	각 환자에서 반하백출천마탕 제제를 유지. 투여 횟수는 증례 1·2에서 하루 3회, 증례 3에서 하루 2회.
15	성별·연령 미보고. 과거력과 외상력 없음으로 보고.	개별 변증명 미보고; 백회·곡빈 등 침치료. 한약 사용 보고 없음.	보고기간 중 침치료 구성의 변경은 보고되지 않음.
16	남/59세. 고혈압·당뇨.	한응혈어증으로 기술; 초기 쌍화탕.	강활유풍탕으로 변경한 뒤 수면곤란이 발생하여 마황을 제외.
17	여/85세. 자궁내막암Ⅲ기; 뇌경색·고지혈증.	중기하함; 당귀작약탕(當歸芍藥湯).	출혈은 소폭 감소하였으나 위약·식욕부진과 천면이 남아 심비양허로 재변증하고 14일 차부터 귀비탕가감방.
18	남/49세. 당뇨·고혈압; 중대뇌동맥 경색.	급성기 중풍에 성향정기산. 이후 소양인 흉격열병으로 판단.	2일 차 양격산화탕 → 30일 차 청심도담탕가미방 → 33일 차 형방지황탕가미방. 번열·수면·대변 및 소화 상태 변화에 대응.
19	여/90세. 고혈압·당뇨·고지혈증·치매·위염.	비위양허·기음양허로 기술; 비위를 보하는 임의처방.	복용 부담으로 1일 3회 90 mL에서 2회 60 mL로 조정. 강황 증량, 곽향·백두구·익지인 등의 추가와 보조 제제 병용.
20	여/63세. 고지혈증·대상포진; 후방요추체간 유합술.	소음인 위수한리한병으로 판단; 거풍탕.	복부 증상 호전 후 구갈이 남아 오약·남성을 제외한 계지반하생강탕으로 변경. 이후 당귀·지실·인삼 가미.
21	여/74세. 대동맥 판막 치환술·국소 경피증; 대장 게실 출혈·폐렴.	칠정울결로 인한 계심통에 칠기탕. 국소 경피증은 기혈양허로 기술.	흉통에 따라 칠기탕 중단·재복용 및 용량 조절. 경피증에 인삼양영탕을 사용하다가 폐렴·게실 출혈 후 소화기 증상을 고려하여 보중익기탕가미방.
22	남/46세. 당뇨·고혈압·신경인성 방광.	초기 허증 등에 경옥고·오령산·평위산. 이후 소양인으로 판단하여 도적강기탕 등.	반응 부족 후 추가 문진과 체중 감소 전 상태를 검토. 소음인의 비위기허·비신양허로 재판정하여 대건중탕 등 건중탕 계열을 중심으로 조정.

*번호는 표2의 논문과 대응한다. 변증과 주요 치료 경과를 요약하였으며, 미보고는 해당 정보가 원문에 명시되지 않았음을 뜻한다. 과거력이 없다고 보고된 경우와 기재되지 않은 경우를 구분하였다.

5) 연구윤리

본 연구는 학술지에 이미 출판되어 공개된 논문만을 분석 자료로 사용하였다. 연구대상자에

대한 물리적 개입이나 의사소통, 대인 접촉 등의 상호작용이 없었고, 개인을 식별할 수 있는 정보를 수집하거나 이용하지 않았다. 따라서 본 연구는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제2조 제1호에서 정의하는 인간대상연구에 해당하지 않으므로 기관생명윤리위원회의 심의를 받지 않았다.

3. 결과

보고된 환자 24명 중 성별과 연령이 확인된 23명은 남성 11명, 여성 12명이었고, 연령은 25~90세였다. 감금증후군 보고[37]의 1명은 성별과 연령이 명시되지 않았다. 증례별 환자 특성과 변증·처방의 경과는 표3에 제시하였다.

1) 첫 치료의 대안 비교

분석한 22편의 판정과 근거는 표2에 제시하였다. 22편 가운데 첫 치료의 실제 후보를 환자별 근거로 비교한 보고는 2편이었다. 출혈성 변환 증례에서는 기허와 담음에 사용할 수 있는 처방들을 검토하고, 운동기능 회복과 담음 소견을 고려하여 처방을 선택한 과정이 제시되었다[30]. 경추통을 동반한 말초성 안면신경마비 증례에서는 환자가 보험 제제를 요청한 상황에서 오한발열과 비류청체가 없음을 근거로 소청룡탕을 배제하고 오적산을 선택하였으며, 이후에도 소시호탕과 보중익기탕을 선택할 때 다른 후보를 검토하였다[32]. 나머지 보고들에도 선택한 처방의 병기와 적응증을 설명한 경우가 많았으나 첫 선택의 실제 대안과 직접 비교한 서술은 확인되지 않았다. 서론이나 고찰에서 다른 처방을 언급하였으나 첫 선택의 실제 비교로 볼 수 없어 제외한 보고는 2편이었다[27,35].

2) 치료 시작 시의 계획

목표 지표, 평가 시점, 결과에 따른 후속 행동을 모두 치료 시작 시의 의도로 명시한 보고는 없었다. 다만 증상에 따라 복용을 조절하거나 추가 검사 여부를 정하는 행동 조건은 3편에서 확인되었다. 경추추간판탈출증을 동반한 기능성 소화불량 보고에는 증상 발생 시의 복용 지시가 있었고[25], 판막수술 후 증상에 관한 보고는 흉통의 소실과 재발에 따라 칠기탕의 중단과 재복용을 설명하였고[43], 말초성 안면신경마비 보고에는 다른 증상이 나타날 경우 추가 영상검사를 고려한다는 내용이 있었다[31]. 이러한 서술은 행동 조건을 담고 있지만 세 편 모두 목표 지표와 평가 시점이 함께 연결되어 제시되지 않아 본 연구에서 정한 세 요소를 함께 충족하지는 않았다.

3) 치료의 변경과 그 이유

한의치료의 구성 또는 투여방식이 달라진 보고는 18편이었다. 이 가운데 17편에서 적어도 한 변경의 이유가 확인되었다. 이유에는 지속되는 상열감[23], 초기 처방의 미미한 효과[24], 새로운 귀 뒤 통증과 피로[32], 수면곤란[38], 잔존 증상에 따른 재변증[39], 복용의 어려움[28,41], 보험 조건[35]등이 포함되었다. 혈관성 치매 보고는 독활기생탕가감방에서 육미지황탕으로의 변화와 각 처방에 관한 설명을 제시하였으나, 해당 시점에 처방을 전환한 이유의 연결은 분명하지 않았다[33]. 3례 보고의 증례 간 투여 횟수 차이와 감금증후군 보고의 휴일에

따른 치료 일정은 기준에 따라 변화로 세지 않았다[36,37].

변경의 내용은 동일하지 않았다. 급성 췌장염 의증 보고에서는 구토로 탕약을 복용하기 어려워 안중산 과립제를 사용한 뒤 구토가 해소되자 탕약으로 바꾸었다[28]. 뇌경색 후유증 보고에서는 불면이 발생한 뒤 강활유풍탕에서 마황을 제외하였다[38]. 편타성 손상 후 두통 보고에서는 첫 처방 뒤 두통의 호전이 미미하여 한열·허실을 다시 판단하고 황련해독탕으로 변경하였다[24]. 이처럼 같은 변경 항목 안에는 전달 방식의 조정, 구성 약재의 조정, 변증과 처방의 재검토가 함께 포함되어 있었다.

4. 고찰

분석한 증례들은 치료가 달라진 뒤의 경과와 이유를 비교적 자주 보고하였다. 첫 치료에서는 선택한 처방의 적응증과 병기를 설명하는 서술이 많았으나, 실제 후보를 비교한 과정과 이후 행동까지 연결한 계획은 드물었다. 이 차이는 독자가 얻을 수 있는 정보에도 영향을 준다. 왜 치료를 바꾸었는지는 이해할 수 있어도, 처음에 어떤 반응을 예상했으며 어느 관찰이 그 기대를 수정하게 했는지는 재구성하기 어렵다. 이하에서는 이 결과를 첫 선택의 기록, 치료 시작 시의 계획, 수정의 범위의 순서로 논의하고, 보고와 교육에 대한 함의와 연구의 강점 및 한계를 살핀다.

1) 첫 선택의 이유를 남기는 기록

첫 선택의 대안 비교가 드물게 보고되었다는 사실을 임상의가 대안을 고려하지 않았다는 뜻으로 읽을 수는 없다. 우선 숙련자의 선택 방식이 관여했을 수 있다. Parsons 등(2020)에 따르면 관리 스크립트의 활성화와 선택지의 선택은 의식적인 숙고를 거치기도 하지만 반사적으로 일어나기도 한다[6]. 첫 선택이 반사적으로 이루어졌다면 비교 과정은 처음부터 언어로 정리되지 않았을 것이다. 보고지침의 구조도 영향을 주었을 가능성이 있다. Gagnier 등(2013)의 CARE 점검표는 진단평가 항목에서 고려한 다른 진단을 포함한 진단적 추론을 적도록 하지만, 치료중재 항목에서는 중재의 유형과 투여, 변경과 그 이유를 물을 뿐 고려한 다른 치료는 따로 묻지 않는다[12]. 진단의 대안과 치료 변경의 이유에는 자리가 마련되어 있으나 첫 치료의 대안에는 그 자리가 없다. 기록의 시점도 고려해야 한다. 증례보고는 진료가 끝난 뒤 작성되는 경우가 많아, 선택 당시의 대안이 진료기록에 남지 않았다면 나중에 정확히 되살리기 어렵다. 끝으로 서술의 흐름이 있다. 변경의 이유는 경과를 시간순으로 적는 과정에서 저절로 드러나지만, 첫 선택의 이유는 따로 마음먹고 적지 않으면 드러나지 않는다. 이 자료로는 네 요인 가운데 무엇이 더 크게 작용했는지 가릴 수 없고, 여러 요인이 겹쳤을 가능성도 있다. 어느 쪽이든 독자에게 남는 정보는 같다.

처방의 일반적인 설명과 환자별 선택 이유는 서로 다른 정보를 제공한다. 일반적인 설명은 해당 처방이 왜 후보가 되는지 알려 준다. 환자별 이유는 여러 후보 가운데 왜 그 처방을 먼저 선택했는지 알려 준다. 출혈성 변환 증례와 경추통을 동반한 안면신경마비 증례는 각각 치료목표와 증상, 환자의 요구를 후보 비교에 연결하였다[30,32]. 이런 정보가 있으면 독자는 같은 변증에 포함되는 다른 환자에게도 동일한 처방을 적용할 수 있을지, 어떤 차이가 있을 때 선택이 달라질지를 생각할 수 있다.

2) 반응을 읽기 위한 치료 시작 시의 계획

치료 시작 시의 계획에서 0편이라는 결과는 통합된 사전 계획의 명시 여부에 관한 수치다. 행동 조건을 담은 서술이 3편에서 확인되었으므로[25,31,43], 이 결과를 계획이나 관찰의 부재로 읽어서는 안 된다. 그러나 기대한 변화와 평가 시점이 함께 남아 있지 않으면, 앞의 이론적 검토에서 살펴본 것처럼 경과가 나온 뒤 어떤 결과에도 설명을 붙이기 쉬워진다.

치료 전 기록에는 현재의 작업진단이나 변증, 실제로 고려한 주요 치료 대안, 그중 하나를 먼저 선택한 이유가 포함될 수 있다. 여기에 확인할 변화와 시점, 반응에 따른 다음 행동을 연결하면 이후의 재평가를 이해하기 쉬워진다. 모든 가능성을 빠짐없이 기록하기보다 현재 결정에 영향을 주는 차이를 남기는 것이 중요하다. 다른 후보를 실제로 고려하지 않았다면 사후에 비교 과정을 만들어 넣을 이유도 없다.

예를 들어 식후팽만과 피로를 함께 호소하는 가상 환자에서 두 처방을 검토했다고 하자. 식사를 어렵게 하는 팽만을 우선하고, 이를 설명하는 소견 때문에 한 처방을 먼저 선택했다면 그 이유를 적을 수 있다. 이어 환자의 상태와 치료에 맞게 정한 재평가 시점에 식사량과 팽만, 피로를 함께 확인하고, 팽만만 줄었을 때에는 남은 피로를 어떻게 다룰지, 모두 변하지 않았을 때에는 시행 조건과 변증 중 무엇을 다시 볼지 기록할 수 있다. 이 예시는 특정 처방이나 평가기간을 권고하기 위한 것이 아니라 선택 당시의 생각과 다음 판단을 연결하는 기록 방식을 설명한다.

3) 치료반응에 따라 달라지는 수정의 범위

실제 증례에서 변경의 이유는 변증의 수정에만 있지 않았다. 구토 때문에 제형을 바꾼 증례[28]와 복용량을 부담스러워하여 투여량과 횟수를 조정한 90세의 노인성 식욕부진 증례[41]에서는 치료가 환자에게 전달될 수 있는 조건이 문제가 되었다. 이러한 조건을 확인하지 않고 반응만으로 처방의 적합성을 판단하면 충분히 시행되지 않은 치료를 효과가 없는 치료로 해석할 수 있다. 반대로 시행 조건을 조정한 뒤 경과가 달라졌다면 그 조정과 변화의 관계를 기록하는 것이 다음 판단에 도움이 된다.

뇌경색 후유증 증례에서 불면 뒤 마황을 제외한 변경[38]과 편타성 손상 후 두통 증례의 재변증[24]은 수정의 범위가 달랐음을 보여 준다. 전자는 새로 생긴 불편에 대응하여 처방 구성을 조정한 것이고, 후자는 초기 반응을 계기로 환자의 상태에 대한 해석과 처방을 함께 바꾼 것이다. 두 경우 모두 변경이 있었다고만 표시하면 실제로 어느 판단을 유지하고 어느 판단을 수정했는지 드러나지 않는다.

부분반응은 이러한 구분을 더욱 필요하게 한다. 식도암 치료 후 식도염 증례에서는 초기 치료 뒤 피로는 호전되었으나 연하 시 통증과 작열감이 남아 처방을 바꾼 과정이 서술되었다[29]. 이 경과는 한 치료에서 여러 목표가 서로 다르게 움직일 수 있음을 보여 준다. 전체적으로 좋아졌다는 표현이나 단일한 효과 판정만으로는 어떤 증상이 다음 선택을 이끌었는지 알기 어렵다. 호전된 항목과 남은 항목을 나누어 기록해야 변경의 이유를 이해할 수 있다.

자율신경 실조증과 섬유근육통 증례에서는 초기 치료의 반응이 부족한 뒤 발병 전의 신체 상태와 소견을 다시 검토하여 체질 판단과 처방을 수정한 과정이 제시되었다[44]. 여기서 주목할 점은 반응과 추가적인 정보 검토가 다음 판단에 연결되었다는 점이다. 이후의 호전만으

로 수정된 체질 판단의 정확성을 확정하기는 어렵다. 어떤 새 정보가 기존 판단과 맞지 않았는지, 반응과 별개로 판단을 바꿀 근거가 무엇이었는지 함께 드러나면 독자는 재평가의 과정을 더 구체적으로 검토할 수 있다.

이러한 판단은 환자의 연령과 동반질환, 기존 치료의 맥락에서 읽어야 한다. 과거력이 없는 32세 안면신경마비 환자[31]와 고혈압·당뇨·고지혈증 및 파킨슨병을 동반한 78세 혈관성 치매 환자[33]는 초기상태와 병용치료가 달랐으므로, 관찰된 경과나 처방 변경을 같은 조건에서 비교하기 어렵다.

4) 보고지침, 임상교육과 한의진단학에 주는 함의

선택과 변경의 이유를 보고해야 한다는 요구는 기존 보고지침에도 포함되어 있다. CARE 지침은 진단평가, 치료중재, 중재의 변경과 이유, 추적관찰과 결과를 기술하도록 한다[12]. Hoffmann 등(2014)의 TIDieR(Template for Intervention Description and Replication)는 중재를 재현할 수 있도록 구성, 용량과 시행, 개별화, 연구 중 변경의 내용과 이유 등을 보고하도록 한다[45]. 따라서 본 연구에서 주목한 정보의 상당 부분은 이미 확립된 보고 원칙과 연결된다. 한의 증례에서 이를 적용할 때에는 처방의 구성과 경과를 기술하는 데 더하여, 선택 당시의 환자별 이유와 다음 행동의 관계를 구체적으로 남길 수 있다.

한 환자 안에서 치료를 비교하는 N-of-1 시험에 관해서는 중의학의 특성을 반영한 CENT for TCM(CONSORT Extension for N-of-1 Trials for Traditional Chinese Medicine) 보고지침을 Li 등(2019)이 제시하였다[46]. 계획된 치료 비교를 수행하는 시험과 통상 진료의 증례보고는 설계와 목적이 다르므로, 증례에서는 실제 시행한 중재, 관찰기간, 경과에 따른 선택을 우선 분명히 기술할 필요가 있다. 본 연구는 첫 선택과 재평가가 어떻게 연결되는지를 살피기 위해 목표 지표·평가 시점·후속 행동의 결합을 분석 항목으로 정하였다.

기록은 환자와 치료계획을 공유하는 과정에도 도움이 된다. 환자는 처방의 이론적 설명뿐 아니라 무엇이 먼저 좋아질 것으로 기대하는지, 언제 다시 판단하는지, 복용이 어렵거나 새로운 증상이 나타났을 때 어떻게 대응하는지를 알고자 할 수 있다. 임상의의 목표와 환자의 목표가 다르다면 경과를 평가하는 단계에서도 차이가 생긴다. 선택 당시의 합의 내용을 남기면 치료의 변경이 증상 변화 때문인지 환자의 부담과 선호가 달라졌기 때문인지 구분할 수 있다.

교육에서는 진단과 대표처방을 연결하는 지식에 더하여, 여러 선택지의 차이를 설명하고 경과에 따라 계획을 조정하는 능력을 다룰 수 있다. 관리 스크립트 연구는 이를 가르치기 위한 개념적 출발점을 제공한다[6]. 한의 임상교육에서는 같은 변증에 해당하지만 주증상과 동반질환, 복용 가능성이 다른 사례들을 비교하도록 할 수 있다. 이어 부분반응, 무반응, 새로운 증상이 제시되었을 때 어떤 정보를 더 확인하고 어느 수준의 판단을 수정할지 설명하도록 하면 선택과 재평가를 연결해 학습할 수 있다.

한의진단학의 관점에서 이 결과는 진단의 범위를 어디까지로 볼 것인가라는 질문과 닿아 있다. 사진(四診)으로 수집한 정보가 변증으로 정리된 뒤에도, 치료 후의 경과는 그 변증을 유지하거나 수정하는 정보로 다시 들어온다. 편타성 손상 후 두통 증례와 자궁내막암 환자의 비정상 자궁출혈 증례에서 이루어진 재변증은 변증이 치료 이후에도 다시 검토되는 판단임을 보여준다[24,39]. 그러나 앞서 논의한 것처럼 반응은 변증 이외의 가정에도 관계되므로, 반응을 재

변증의 근거로 사용할 때에는 시행 조건과 다른 설명을 함께 검토한 기록이 필요하다. 진단학 교육에서도 변증을 한 번 내리는 결론으로만 다루기보다, 치료반응과 새 정보에 따라 다시 검토하는 과정까지 포함해 다룰 수 있다.

5) 연구의 강점과 한계

본 연구는 분석 대상을 한 학술지 한 호의 증례보고 전수로 고정하여 자료 선택에 연구자의 선별이 개입할 여지를 줄였다. 판정 기준을 이론적 검토에서 도출하여 명시하였고, 각 논문의 판정과 그 근거가 된 서술을 표2,3에 제시하여 독자가 판정을 다시 확인할 수 있게 하였다. 또한 관리추론과 의철학의 논의를 한의 증례의 구체적 서술에 연결하여, 개념적 주장이 실제 문헌에서 어떻게 나타나는지를 함께 보였다.

이 분석은 한 학술지의 단일 호에 실린 22편을 대상으로 하므로 한의 임상 전체나 증례보고 전체의 분포를 추정하지 않는다. 본 연구의 목적은 빈도의 추정이 아니라, 이론적 검토에서 도출한 분석 틀이 실제 증례보고에서 서로 다른 보고 양상을 구분해 낼 수 있는지 확인하는 데 있었다. 이 목적에는 범위가 정해진 자료집합을 빠짐없이 분석하는 방식이 적합하며, 틀의 적용 가능성은 다른 학술지와 연도에서 다시 확인되어야 한다. 질환과 환자의 연령·성별·기저질환, 치료 구성과 관찰기간이 서로 달랐고, 한 논문에 여러 환자가 있어도 논문 단위로 집계하였다. 한 학술지의 편집 관행과 증례 형식이 결과에 반영되었을 수 있으므로, 다른 분야 학술지의 증례보고로 그대로 일반화할 수도 없다. 또한 복수 평가자의 독립적인 판정과 일치도 검증을 거치지 않았으므로 문맥에 의존하는 항목의 재현성을 추가로 확인해야 한다. 판정을 수행한 두 연구자는 분석 틀을 구성한 저자이기도 하므로, 기준을 적용하는 과정에 분석 틀에 부합하는 방향의 해석이 개입했을 가능성도 배제할 수 없다. 논의를 통한 합의와 외부 자문은 판정의 타당성을 높이는 절차이지만, 다른 평가자가 같은 기준으로 같은 판정에 이르는지, 곧 재현성을 보여 주지는 않는다. 이를 점검할 수 있도록 판정 기준(표1)과 사례별 판정 근거(표2,3)를 함께 공개하였다.

증례보고는 진료가 끝난 뒤 작성되는 경우가 많으므로, 보고된 선택 이유가 실제 결정 당시의 생각을 얼마나 충실하게 반영하는지 이 자료만으로 확인할 수 없다. 미보고 역시 실제 판단의 부재를 뜻하지 않는다. 그러나 이 한계는 본 연구의 대상을 분명히 하기도 한다. 본 연구가 분석한 것은 임상의의 머릿속에서 일어난 판단이 아니라 독자에게 전달된 판단의 기록이며, 증례보고가 다른 임상의와 학생의 학습 자료로 쓰인다는 점에서 기록에 무엇이 남았는가는 그 자체로 독립된 질문이다. 특히 목표, 시점과 후속 행동을 모두 요구한 기준은 일부 계획이 있는 보고도 미충족으로 분류한다. 변경과 이유의 빈도는 치료의 적절성이나 효과를 나타내는 수치가 아니다. 철학적 논의에서 임상으로 이어지는 부분은 본 연구의 해석으로 제시하였다.

Ⅲ. 결론(conclusion)

한의 임상에서 진단과 변증은 치료의 범위를 좁히지만 하나의 처방과 치료 순서까지 모두 결정하지는 않는다. 첫 선택에는 환자의 목표, 기대편익과 위해, 실제 시행 조건이 함께 들어가고, 치료반응은 이러한 판단을 유지하거나 수정하는 자료가 된다. 분석한 증례보고에서는

치료 변경과 그 이유가 자주 제시된 반면, 첫 선택의 실제 대안과 이후 행동까지 연결한 계획은 드물게 보고되었다.

서론에서 물은 것은 첫 치료의 선택과 반응에 따른 재평가가 증례보고에 하나의 판단 과정으로 기록되고 있는가였다. 이 자료가 주는 답은 부분적으로만 그렇다는 것이다. 증례보고는 치료를 바꾼 이유를 비교적 충실히 남겼지만, 처음에 무엇을 두고 고민했고 무엇을 기대했는지는 대부분 남기지 않았다. 그 결과 기록에 남은 판단은 처음과 끝이 이어진 하나의 과정이라기보다, 변경의 순간마다 끊어 읽히는 장면들에 가까웠다. 또한 변경은 변증의 수정만이 아니라 전달 조건과 처방 구성의 조정을 포함하였으므로, 반응을 곧바로 진단의 옳고 그름으로 읽는 해석은 기록의 실제와도 맞지 않았다. 선택 당시의 주요 대안과 환자별 이유, 확인할 변화와 시점, 유지하거나 수정할 조건을 기록하면 첫 치료와 이후의 경과를 하나의 판단 과정으로 설명할 수 있다. 이러한 기록은 기존 관리추론과 보고지침의 논의를 한의 임상에서 구체화하고, 개별 치료 경험을 다음 선택에 사용할 수 있는 자료로 축적하는 데 기여할 수 있다.

후속 연구는 네 방향으로 이어질 필요가 있다. 먼저 표본과 판정을 넓혀야 한다. 여러 한의학 학술지와 발행 연도에서 증례보고를 표집하고, 두 명 이상의 평가자가 본 연구의 기준으로 독립 판정한 뒤 카파 계수(Cohen's kappa)로 일치도를 확인하는 설계가 적절하다. 이때 치료 시작 시의 계획은 목표 지표, 평가 시점, 후속 행동을 요소별로 집계하고, 치료 변경은 전달 조건, 처방 구성, 변증의 수정으로 나누어 빈도를 제시하면 본 연구의 질적 관찰을 검증하게 된다. 다음으로 진료 현장의 기록을 직접 다루는 연구가 필요하다. 치료 시작 시점에 작업변증, 고려한 주요 대안, 선택 이유, 예상 반응과 재평가 시점을 전향적으로 기록하게 하고 이를 사후의 증례 서술과 대조하면, 사후 서술이 선택 당시의 판단을 얼마나 반영하는가라는 본 연구의 한계를 정면으로 다루게 된다. 셋째는 교육과 학파 간 비교이다. 같은 변증에 해당하지만 주증상, 동반질환, 복용 가능성이 다른 사례를 정보가 순차적으로 제시되는 형식으로 만들어, 학생과 학파가 다른 한의사들이 첫 선택과 예상 반응, 변경 조건을 어떻게 기술하는지 비교하는 연구이다. 수행 평가에는 전문가 합의로 개발한 채점기준표를 쓰고, 평가자에게 응답자의 소속을 가린 채 채점하게 하며, 평가자 간 신뢰도를 급내상관계수로 보고하는 방식이 바람직하다. 마지막은 보고 실무의 개선이다. CARE 점검표에 '고려한 치료 대안과 선택 이유'와 '예상 반응과 재평가 시점'을 더한 한의 증례보고 점검표를 학술지 투고 과정에 시범 적용하고, 적용 전후에 게재된 증례보고를 본 연구의 기준으로 비교하면 보고지침의 구조가 기록의 내용을 바꾸는지 확인할 수 있다.

치료는 환자에게 던지는 하나의 질문이고, 경과는 그 질문에 대한 대답이다. 그러나 무엇을 물었는지 남기지 않으면 대답을 읽을 수 없다. 좋아졌다는 결과도, 나빠졌다는 결과도 다음 판단을 가르치지 못한다. 앞서 듀이의 탐구 개념에 기대어 살펴보았듯이, 경험이 배움이 되는 것은 행위와 결과의 관계를 되짚을 때이다. 진단을 돕는 도구가 정교해질수록 임상의에게 남는 몫은 불확실한 상황에서 하나를 선택하고, 그 선택이 틀릴 수 있음을 미리 적어 두며, 경과 앞에서 무엇을 고칠지 정직하게 판단하는 일이 될 것이다. 한의학교육이 길러야 할 능력도 정답 처방을 떠올리는 데에 머물지 않는다. 자신의 판단을 다른 사람이 검토할 수 있는 형태로 남기고, 경과가 기대와 어긋날 때 그 어긋남에서 배우는 태도가 함께 길러져야 한다. 서론의 진료실로 돌아가 보면, 두세 가지 처방 앞에서 망설이던 시간은 대개 기록에서 지워진다. 그러나 그 망설임 속에서 무엇과 무엇을 견주었는지가 남을 때, 한 사람의 경험은 다른 사람의 배움으로 건너갈 수 있다. 처방전 한 장에 다 적히지 않는 그 판단을 어떻게 가르치고 남

길 것인가는, 한의 임상교육이 앞으로도 붙들고 있어야 할 질문이다.

참고문헌

1. Goh E, Gallo RJ, Strong E, et al. GPT-4 assistance for improvement of physician performance on patient care tasks: a randomized controlled trial. Nature Medicine. 2025;31(4):1233-8.
2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Improving Diagnosis in Health Care. Washington, DC:National Academies Press. 2015.
3. Ilgen JS, Eva KW, Regehr G. What's in a label? Is diagnosis the start or the end of clinical reasoning? Journal of General Internal Medicine. 2016;31(4):435-7.
4. Cook DA, Sherbino J, Durning SJ. Management reasoning: beyond the diagnosis. JAMA. 2018;319(22):2267-8.
5. Cook DA, Stephenson CR, Gruppen LD, Durning SJ. Management reasoning: empirical determination of key features and a conceptual model. Academic Medicine. 2023;98(1):80-7.
6. Parsons AS, Wijesekera TP, Rencic JJ. The management script: a practical tool for teaching management reasoning. Academic Medicine. 2020;95(8):1179-85.
7. Abdoler EA, O'Brien BC, Schwartz BS. Following the script: an exploratory study of the therapeutic reasoning underlying physicians' choice of antimicrobial therapy. Academic Medicine. 2020;95(8):1238-47.
8. Kim TH, Alraek T, Bian ZX, et al. Clinical reasoning in traditional medicine exemplified by the clinical encounter of Korean medicine. Integrative Medicine Research. 2021;10(2):100641.
9. Park M, Kim MH, Park SY, Choi I, Kim CE. Individualized diagnosis and prescription in traditional medicine: decision-making process analysis and machine learning-based analysis tool development. The American Journal of Chinese Medicine. 2022;50(7):1827-44.
10. Bae H, Lee S, Lee CY, Kim CE. A novel framework for understanding the pattern identification of traditional Asian medicine from the machine learning perspective. Frontiers in Medicine. 2022;8:763533.
11. 강동훈 et al. 불안, 우울, 분노 및 불면 증상에 대한 한의학파 처방 추천 임상 데이터 구축을 위한 기초 연구. 동의신경정신과학회지. 2024;35(3):231-46.
12. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. Journal of Medical Case Reports. 2013;7(1):223.

13. Peirce CS. Pragmatism as the logic of abduction. In: Peirce Edition Project (ed). The Essential Peirce: Selected Philosophical Writings, Vol. 2 (1893-1913). Bloomington:Indiana University Press. 1998:226-41.

14. Aristotle. Ethica Nicomachea. Ancient Greece, 4th century BC. In: Ross WD (transl). Nicomachean Ethics, Book VI, ch. 7 (1141b14-23). Available from: https://classics.mit.edu/Aristotle/nicomachaen.6.vi.html (accessed 2026-09-26).

15. Montgomery K. How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine. New York:Oxford University Press. 2006:5-6.

16. Tuttle N. Is it reasonable to use an individual patient's progress after treatment as a guide to ongoing clinical reasoning? Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2009;32(5):396-403.

17. Duhem P. The Aim and Structure of Physical Theory. Wiener PP (transl). Princeton:Princeton University Press. 1954:183-8.

18. Dewey J. Logic: The Theory of Inquiry. New York:Henry Holt. 1938:104-5.

19. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71-2.

20. Shin S, Moon W, Kim S, et al. Development of clinical practice guidelines for Korean medicine: towards evidence-based complementary and alternative medicine. Integrative Medicine Research. 2023;12(1):100924.

21. Cartwright N, Hardie J. Evidence-Based Policy: A Practical Guide to Doing It Better. New York:Oxford University Press. 2012:6-8.

22. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ. 2004;329(7473):1013.

23. 곽민제 et al. 만성 통증 및 보행장애를 호소하는 특발성 파킨슨병 환자의 한방복합치료1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):839-49.

24. 윤상훈 et al. 편타성 손상 후 동반된 두통 환자에 대한 황련해독탕(黃連解毒湯) 치료1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):850-8.

25. 이유진 et al. 경추추간판탈출증을 동반한 기능성 소화불량 환자에 대한 한방 치료1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):859-67.

26. 허나연, 서유민, 강세영, 김연주, 주민수. 이시성으로 대측에 생긴 누크관 수종 절제술을 받은 환자에 대한 한의치료1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):868-74.

27. 백길근 et al. 요추추간판탈출증을 동반한 만성 기침 환자에 대한 한의치료1례에 대한 증례보고. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):875-84.

28. 김도현, 남민현, 오진아, 공경환. 혈청 라이페이스 상승이 있는 급성 췌장염 의증 환자 치험1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):885-94.

29. 김은서, 조수민, 송시영, 김근정, 이영수. 식도암 환자의 항암치료 후 심화된 식도염 증상에 대한 한방 치험1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):895-904.

30. 박정림 et al. 거풍제습탕가미(Modified Qufeng Chushi Decoction)를 포함한 한의 복합치료로 운동장애 및 언어장애를 동반한 출혈성 변환 환자를 치료한 사례: 증례보고. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):905-19.

31. 김나영 et al. 한방병원에 입원한 말초성 안면신경마비 환자에 대한 한방복합치료1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):920-8.

32. 민자현, 김정현, 임준규, 염승민, 조현일. 소시호탕과 침구 치료 등을 포함한 복합 한의 치료로 호전된 경추통을 동반한 말초성 안면신경마비 환자1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):929-36.

33. 황지현 et al. 당뇨를 동반한 외상성 뇌내출혈 이후 혈관성 치매 환자에 대한 한의복합치료 치험1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):937-50.

34. 설동수et al. 소화불량과 관절통을 동반한 갱년기 증후군의 한방 치료1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):951-9.

35. 권태하 et al. 교통사고로 유발된 외상성 안면신경 마비 환자에 대한 한의학 치료1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):960-7.

36. 임준규, 민자현, 김용준, 정명인. 교통사고 이후 발생한 두통을 동반한 기능성 소화불량 환자에 대한 복합 치료 중 반하백출천마탕 투여3례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):968-77.

37. 박충현 et al. 침술치료로 호전된 양측성 뇌교경색으로 인한 감금증후군 환자1례- 증례보고. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):978-89.

38. 이승희 et al. 강활유풍탕을 포함한 한의복합치료로 호전된 뇌경색 후유증으로 인한 우반신 마비 환자에 대한 증례보고1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):990-9.

39. 진하윤, 이수현, 윤성우. 자궁내막암Ⅲ기 환자의 비정상 자궁출혈에 대한 한의치료 치험1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):1000-8.

40. 허나연, 서유민, 장인수. 급성기 지주막하출혈 환자의 통합치료 증례보고1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):1009-19.

41. 이영주 et al. 노인성 식욕부진 환자1례에 대한 한방치료 증례보고. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):1020-9.

42. 허경화 et al. 어지럼증 및 오심을 호소하는 다발성 뇌신경마비 동반 람세이 헌트 증후군 환자 한의 치험1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):1030-43.

43. 구기범 et al. 대동맥 판막 치환술 후 발생한 胸痛, 心悸, 喘證 및 국소 경피증에 대한 한의 치험1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):1044-53.

44. 구기범 et al. 당뇨를 동반한 자율신경 실조증 및 섬유근육통 소음인 환자의 흉복통 및 形脫에 대한 한의 치험1례. 대한한방내과학회지. 2024;45(5):1054-70.

45. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, et al. Better reporting of interventions:

template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ. 2014;348:g1687.

46. Li J, Hu JY, Zhai JB, et al. CONSORT extension for reporting N-of-1 trials for traditional Chinese medicine (CENT for TCM): recommendations, explanation and elaboration. Complementary Therapies in Medicine. 2019;46:180-8.