

미병(未病)의 의학적 개념 정립을 위해 고려해야 할 주제들

남동현, 한경숙

상지대학교 한의과대학 진단·생기능의학교실

Abstract

Medical issues to consider for establishing the concept of Mibyeong

Donghyun Nam, Kyungsook Han

*Department of Biofunctional Medicine and Diagnosis, College of Korean Medicine,
Sangji University*

Objectives

Mibyeong is an ideological concept that means the state between the healthy and diseased conditions. The purpose of this study was to suggest a research direction to establish the diagnostic criteria for the Mibyeong by reviewing the research results for the Mibyeong.

Methods

Academic databases (OASIS for Korean database, Embase for English database, and CNKI for Chinese database) were used to search related literatures, and articles describing the concept or diagnostic criteria of the disease were selected.

Results

The concept of Mibyeong consisted of three different conditions: (1) subjective symptoms without a specific disease, (2) abnormal examination findings without a specific disease, and (3) a state in between health and disease. No matter which of the three conditions is applied, the spectrum of condition was very wide and diverse.

Conclusions

It is impossible to apply appropriate and monolithic diagnostic criteria to all types of Mibyeong. Therefore, we suggests that the Mibyeong be classified into several subtypes and the diagnostic criteria suitable for each type be established.

Key words

Mibyeong, subhealth, diagnostic criteria, definition, subtype.

I. 서론

미병(未病)은 건강한 상태와 질병 상태 사이의 아건강 상태이며, 특정한 질병으로 진단받지는 않았으나 불편함이나 주관적인 증상을 느끼는 상태를 의미한다¹⁾. 미병은 환자들이 일차 의료기관을 방문하는 흔한 이유이며, 우리나라의 일반 집단에서 45-71%가 미병상태인 것으로 추정되고 있다²⁾. 또 소득 증가와 함께 과거에는 종종 무시되어 온 건강문제들에 대한 관심 증가는 의료수요의 증가를 촉진시키고, 우리나라 사회가 점점 더 고도화됨에 따라 미병에 대한 의료수요는 지속적으로 증가할 것으로 전망된다.

미병에 대한 개념은 이 등³⁾에 의해 처음으로 소개된 이후, 미병에 대한 개념 소개와 정립^{4,5,6)}, 미병에 대한 일반인의 인식 조사^{2,7,8)}, 미병에 대한 한약의 치료 효과⁹⁾, 미병과 체질과의 관계 탐구¹⁰⁻¹²⁾, 미병 연구에 대한 동향 분석^{1,13)} 등 다양한 연구들이 지금까지 이루어져 왔다.

진단학 분야에서도 미병에 대한 연구는 이루어져 왔으며, 우리나라에서 미병을 진단학적 측면에서 다룬 연구는 2000년대 말부터 본격적으로 시작되었다. 김 등¹⁰⁾은 지산형상의학 체질진단을 통해 얻어지는 사과(四科)와 사류(四類) 등의 형태분류방법이 미병에 대한 진단적 가치가 있는지를 고찰한 바 있는데, 이 연구는 미병을 진단적 측면에서 처음으로 접근했다는 면에서 그 의의가

있다. 그러나 실증적 자료에 기반하여 이루어진 연구는 아니기 때문에 본격적인 진단기준을 탐색한 연구로 보기는 어렵다.

미병진단 분야의 진단법과 관련한 연구는 2015년 허증(虛證) 중심의 미병 설문지 1.0을 개발하며 본격화되었다¹⁴⁾. 이후 미병의 대표적인 증상인 피로, 통증, 수면이상, 소화불량, 불안, 분노, 우울을 중심으로 하여 자가작성식 미병 분류도구의 개발도 이루어졌다¹⁵⁾. 미병 평가도구가 마련됨에 따라 미병과 삶의 질¹⁶⁾, 한증과 열증의 중증도¹⁷⁾, 월경양상¹⁸⁾과의 관련성에 대한 연구도 이루어져 왔다.

그러나 미병에 대한 개념의 불명확함으로 인해 이들 연구결과를 전체 미병에 대하여 일반화할 수 있는지에 대한 문제는 아직까지 남아 있다. 이에 우리나라의 미병과 중국의 아건강(亞健康)에 대한 개념을, 미병의 대표적인 증상인 피로를 중심으로 조사하고, 미병에 대한 기존 연구결과들을 종합적으로 고려하여, 미병에 대한 개념과 진단기준을 정하기 위한 연구방향을 제안하고자 한다.

II. 연구 방법

미병에 대한 국내 및 중국의 연구동향을 파악하기 위해 논문 데이터베이스를 통해 관련 문헌을 검색하였다. 국내 데이터베이스로는 OASIS를, 영문 데이터베이스로는 Embase를, 중국 데이터베

이스로는 CNKI를 사용하여 문헌을 검색하였다. OASIS에는 ‘미병’을, Embase에는 ‘Mibyeong’과 ‘subhealth’를, CNKI에는 ‘亚健康’을 검색어로 사용하여 문헌을 검색하였으며, 검색된 문헌 중 미병의 개념이나 진단기준을 기술한 문헌들을 추출하였다.

III. 결과

1. 미병의 개념

현재 우리나라에서 미병(未病)은 질병상태는 아니지만 주관적인 증상이나 비정상적인 검사소견을 보이는 상태, 또는 건강한 상태와 질병상태의 중간에 위치한 상태로 정의되고 있다⁶⁾. 중국에서도 미병과 비슷한 개념은 사용되고 있으며, 아건강(亞健康)은 건강한 상태는 아니지만, 그렇다고 신체적, 정신적, 사회적인 측면에서 질병상태로 분류되지 않는 상태를 가리킨다. 한의학에서 미병의 개념은 『素問·四氣調神大論』의 “是故聖人不治已病，治未病，不治已亂，治未亂，此之謂也”와 『靈樞·逆順』의 “上工治未病，不治已病，此之謂也”에서 그 기원을 찾을 수 있다^{3,4)}. 우리나라에서는 1990대 중반 이 등³⁾이 미병에 대해 학문적 개념을 최초로 제시함으로써 한의학에서 미병에 대한 연구가 시작되었다. 이후 오 등¹⁹⁾은 정신분열을 기저질환으로 가진 뇌경색 환자를 치료한 경험을 통해 치미병(治未病)의 중요성을 강조한 바 있다. 또 이 등⁴⁾은 한의학교전에 기술되어 있는 미병의 개념과

중국, 일본, 우리나라에서 이루어지고 있는 미병 연구동향을 살펴보고, 양생(養生)의 관점에서 미병 상태가 질병을 예방에 있어서 중요한 질병 발전 단계임을 제시한 바 있다.

2. 미병의 개념의 구체화

미병의 개념은 비교적 단순하며 직관적으로 이해하기 쉽지만, 미병 상태를 의학적으로 정의하고 이에 대한 진단기준을 마련하는 것은 매우 어려운 일이며, 미병에 대한 명확한 진단기준은 아직까지 확고하게 정립되지 않고 있다.

미병의 진단기준을 찾기 위한 본격적인 연구는 이 등⁶⁾의 델파이 기법을 이용한 미병의 개념 탐구 연구부터 시작된다. 이 연구에서 10명의 한의학 전문가 중 5명은 미병이 특별한 질병이 없음에도 주관적인 징후나 비정상적인 검사소견이 나타나는 상태에 해당한다고 보았고, 4명은 미병이 건강한 상태와 질병상태의 중간에 지점에 있는 경우에 해당한다고 보았다. 우리나라의 미병에 대한 개념을 구체적으로 제시했다는 점에서 이의 연구는 큰 의의가 있다고 할 것이다. 그러나 미병에 대한 서로 다른 개념이 전문가군에서 존재하며, 아직 미병의 진단기준을 정립하기에는 시기상조임을 확인하게 된다.

3. 미병에 대한 3종류의 서로 다른 견해

1) 미병을 건강한 상태와 질병상태의 중간상태로 보는 견해

미병을 건강한 상태와 질병상태의 중간상태로 보는 경우, 미병 영역은 질병마다 각각 정의되어야 하며, 이는 질병마다 서로 다른 미병 진단기준을 마련해야 한다는 것을 의미한다. 이에 해당하는 대표적인 예는 만성 피로를 들 수 있다. 전국 한의사들을 대상으로 한 미병 진료현황조사 결과에 따르면, 미병 환자의 가장 주된 증상은 피로가 64.4%로 가장 많았고, 통증이 20.7%로 다음을 차지하였다²⁰⁾. 이는 피로가 미병에서 가장 대표적인 증상이라는 것을 시사한다.

만성피로증후군 진단기준 중 가장 널리 사용되고 있는 1994년 제안된 미국 질병통제센터의 만성피로증후군 진단기준²¹⁾에 따르면, 만성 피로는 6개월 이상 지속되거나 재발되는 주관적 피로로 정의된다. 또 임상적으로 평가된 원인불명의 만성 피로는 다음 기준에 따라 만성피로증후군이나 특발성 만성 피로로 분류된다. 만성피로증후군은 임상적으로 평가되거나, 설명되지 않거나, 지속되거나 재발하는 만성 피로가 새롭게 명확한 시작시점(생애 동안 지속되지 않음)이 존재해야 한다. 또한 피로는 지속적인 노력의 결과가 아니어야 하며, 휴식에 의해 실질적으로 완화되지 않아야 한다. 또 피로로 인해 직업, 교육, 사회 또는 개인 활동이 이전 수준에 비해 상당히 감소되어야 한다. 이와 함께 만성피로증후군은 다음 증상들 중 4가지 이상이 동시에 확인되어야 한다. 이 증상들은 모두 6개월 이상 지속되거나 재발했어야 하며 만성 피로의 발병시점

보다 더 앞서서 발생해서는 안 된다: ① 단기 기억이나 집중력의 자체보고된 장애로서, 직업, 교육, 사회 또는 개인 활동의 이전 수준에서 상당한 감소를 초래할 정도의 심각성; ② 인후통; ③ 경부 또는 겨드랑이 림프절의 압통; ④ 근육통; ⑤ 관절의 부종이나 발적이 없는 다관절 통증; ⑥ 새로운 유형, 패턴 또는 중증도의 두통; ⑦ 상쾌하지 않은 수면; ⑧ 24시간 이상 지속되는 과로 후 권태감. 특발성 만성 피로는 위의 증상들 중 4가지 이상이 동시에 확인되어야 한다는 조건을 만족하지 못하는 경우에 해당한다.

한편 2015년 미국 국립과학원 산하 의학연구소(institute of medicine; IOM)은 만성피로증후군이라는 병명이 이 질환의 심각성을 잘 표현하지 못하며, 의료인, 환자 및 그 가족들에게 오해를 유발하는 원인이 되고 있다고 보았다. 이에 IOM은 병명을 전신적 활동 불능병(systemic exertion intolerance disease; SEID)으로 수정할 것을 제안하고, 이와 함께 새로운 진단기준²²⁾을 제안하였다. 새로운 진단기준에 따르면, 전신적 활동 불능병을 진단받기 위해서는 6개월 이상 지속되고 종종 심해지는 피로를 동반해야 하며, 그 피로는 명백하게 발생된 것이어야 하고(평생이 아님), 그 피로로 인해 발병전 직업, 교육, 사회 또는 개인 활동에 참여할 수 있는 능력의 실질적인 감소 또는 손상이 있어야 하고, 그 피로는 지속적인 과도한 노력의 결과가 아니며, 휴식으로 실질적으로 완화되지 않아야 하고, 노력후 불쾌

감, 상쾌하지 않은 수면이 나타나야 한다. 또 인지 장애나 기립성 조절장애 중 하나 이상을 동반해야 전신적 활동 불능병으로 진단받을 수 있다.

만성피로증후군은 한국표준질병사인분류 상 바이러스후피로증후군(G93.3; Postviral fatigue syndrome, Benign myalgic encephalomyelitis)에 해당하지만, 특발성 만성 피로는 명확한 질병으로서 별도로 분류되지 않으며, 병감 및 피로(R53)의 범주에 포함된다. 따라서 특발성 만성 피로는 건강한 상태와 질병상태인 만성피로증후군의 중간에 지점에 있는 경우에 해당한다고 볼 수 있다.

2) 미병을 특별한 질환이 없음에도 불구하고 검사상 이상소견이 나타나는 경우로 보는 견해

미병을 특별한 질병이 없음에도 주관적인 징후나 비정상적인 검사소견이 나타나는 상태로 정의한다면, 미병은 특별한 질환이 없음에도 불구하고 검사상 이상소견이 나타난 경우와 특별한 질환이 없음에도 불구하고 주관적인 징후가 지속 또는 반복되는 상태로 나누어서 살펴보아야 한다.

특별한 질환이 없음에도 불구하고 검사상 이상소견이 나타난 경우에는 미병상태로 진단하기 전에 검사상 이상소견이 검사의 낮은 정확도와 신뢰도로 인해 발생한 결과인지를 먼저 검토해야 한다. 특히 위음성률이 높은 검사의 경우, 피검자를 미병으로 오진할 가능성은 높아질 것이다. 검사의 정확도와 신뢰도에 대한 충분한 검토를 통해, 미병

이란 판단이 검사법으로 인한 위음성의 결과가 아니라고 판단된다면, 이상 소견을 보인 검사법이 특정한 질병에 대한 진단기준이 되는지에 대해 검토해야 한다.

질병의 종류는 고정된 것은 아니며, 새로운 질병은 지속적으로 발견되어 왔고, 새롭게 정의되어 왔다. 감기(J00)처럼 오래전부터 환자에게서 나타나는 증상들에 기반하여 정의되었던 고전적인 질병이 있는가 하면, 새롭게 등장한 검사법에 기반하여 정의되는 질병들도 있다. 고혈압, 고지혈증, 골다공증과 같은 질병들은 과거에는 없었으나 새로운 검사법의 등장과 함께 새롭게 추가된 질병 가운데 대표적인 것이라 할 수 있다. 고혈압은 20세기 초반 혈압계의 발명과 함께 시작된 질병이며, 골다공증은 골밀도검사법의 등장과 함께, 고지혈증은 혈장 지질의 농도 측정법이 등장하면서 새롭게 정의된 질병이다. 이들 질병들은 발병기전이나 기존의 질병들과 관련성에 대한 관찰과 연구를 통해 새로운 임상적 의의와 가치들이 더해져 왔다. 그러나 이들 질환들은 본질적으로 진단과정이 검사법에 의존적이기 때문에, 특이적인 임상증상은 정의될 수 없다. 또 이 질병들의 질병명도 새로 추가된 검사법이나 검사결과에 기반하여 정의되어 왔다. 현재 국제질병사인분류를 근간으로 하고 있는 한국표준질병사인분류에서는 이 질병들에 대한 유병률, 발병기전에 대한 이해도, 질병의 중증도와 파급력, 타질환과의 관련성 등을 종합적으로 고려하여, 계통

적 질병분류체계에 포함시켜 별도의 질병명을 부여하거나, ‘진단명 없는 혈액 검사상 이상소견(R70-R79)’, ‘진단명 없는 요 검사상의 이상소견(R80-R82)’, ‘진단명 없는 기타 체액, 물질 및 조직의 검사상 이상소견(R83-R89)’, ‘진단명 없는 진단영상 및 기능 검사상 이상소견(R90-R94)’으로 분류하고 있다. 따라서 미병의 범주를 정하기 위해서는 특별한 질환이 없음에도 불구하고 검사상 이상소견이 나타난 경우에 진단명 없는 검사상 이상소견들을 포함시킬지에 대한 충분한 논의가 필요하며, 학계 및 임상현장의 합의가 선행되어야 한다. 또 한국표준질병사인분류는 모든 검사법을 포함하지 않기 때문에, 어떠한 검사법 또는 진단법까지 진단명이 부여되지 않은 검사상 이상소견으로 보아야 할지에 대한 검토도 필요할 것이다.

또 특별한 질환이 없음에도 불구하고 검사상 이상소견이 나타난 경우는 본질적으로 검사법에 의존적이다. 따라서 검사법에 따라 해당 미병의 특성은 다양하게 나타날 것이기 때문에, 미병을 하나의 단일한 질환군으로 정의하는 것은 불가능하다. 즉 고혈압의 진단기준을 만족하지 못하는 경계성 고혈압과 골다공증의 진단기준을 만족하지 못하는 골감소증(osteopenia)의 병태생리는 별개이기 때문에, 미병이라는 단일 질환군으로 묶어서 정의하는 것은 타당하다고 볼 수 없다.

3) 미병을 특별한 질환이 없음에도 불구하고 주관적인 징후가 나타나는 경우

로 보는 견해

의학적으로 설명할 수 없는 신체적 징후(medically unexplained physical symptoms; MUPS)는 의사 또는 다른 의료서비스 제공자가 의학적 원인을 찾지 못했거나 그 원인이 불명확한 증상을 의미한다^{23,24}. 캐나다에서 실시된 대규모 조사에 따르면 근골격계 통증, 이비인후과 증상, 위장관 증상, 피로, 현기증이 가장 흔한 의학적으로 설명되지 않는 징후였다²⁵. 대표적인 MUPS로 분류되는 대표적인 질환으로는 만성피로증후군, 과민성대장증후군, 섬유근육증후군 등이 있다²⁶. 그러나 어떤 질병까지 MUPS로 분류할 것인가에 대한 확고한 의학적 기준은 없으며, 만성통증, 하지불안증후군과 같이 원인이 불명확한 질환들까지 종종 MUPS로 분류되기도 한다^{27,28}.

MUPS 환자는 1차 의료를 담당하는 의사들이 임상현장에서 흔히 접하게 된다. 영국 국민보건서비스는 1차 의료기관이나 병원을 방문하는 신환의 약 45%가 MUPS에 해당한다고 밝히고 있다²⁷. MUPS에 해당되는 질병들은 병태생리가 명확하게 밝혀져 있지 않았으며, 확진을 위한 객관적인 검사법이 없고, 진단기준은 환자가 호소하는 임상적 증상에 기반하고 있다는 공통점이 있다. 또 이러한 증상들이 모두 심리적 요인에 영향을 받는다고 볼 수는 없지만, 임상적인 진료시에 심리적 요인에 대한 충분한 검토가 요구된다²³. MUPS가 가지는 이러한 심리적 특성들은 우울이나 불안같은 정신/심리적인 문제들

이나 이와 함께 동반되는 신경증과 MUPS를 감별하는 것을 어렵게 한다. 실제로 만성피로증후군의 경우, 주요 우울장애에 해당되는 환자의 경우 만성 피로증후군으로 진단될 수 없지만, 주요 우울장애 진단기준을 만족하지 않는 우울증 환자의 경우 특발성 만성 피로나 만성피로증후군으로 진단될 수 있다.

미병상태는 질병상태는 아니다. 따라서 만성피로증후군, 과민성대장증후군, 섬유근육증후군과 같은 MUPS에 해당되는 대표적인 질병들은 특별한 질환이 없어야 한다는 미병의 전제조건을 만족하지 못하므로 미병의 범주에서 제외되어야 한다. 그럼에도 불구하고 일부 전문가들은 MUPS를 미병의 범주에 넣어야 한다는 견해를 가지고 있다²⁹⁾.

MUPS를 호소하는 환자라 할지라도 개별 질병의 진단기준을 만족하지 않는 경우에는 미병으로 분류될 수는 있을 것이다. 그러나 MUPS가 매우 폭넓은 스펙트럼을 가지는 개념인 만큼 MUPS 중 미병을 감별하기 위해서는 다양한 MUPS에 해당하는 질환들에 대응하는 미병의 진단기준도 다양할 수밖에 없다. 따라서 미병을 특별한 질환이 없음에도 불구하고 주관적인 징후가 나타나는 경우로 본다면, 미병을 단일 질환군으로 범주화하여 진단기준을 정하기는 어렵다.

4. 중국 아건강의 진단기준

아건강은 미병과 유사한 개념으로서, 아건강 상태는 신체적, 정신적, 사회적

인 측면에서 불편함이 있어 일상적인 생활을 완전히 정상적으로 영위할 수는 없지만, 현대적인 의료 평가기준에 따른 질병 상태로 진단되지는 않는 경우를 가리킨다. 賀耀宗은 대표적인 아건강 상태로서 지속적인 피로를 제안한 바 있으며³⁰⁾, 현재 중국에서는 다양한 아건강 진단기준이 제안되어 활용되고 있다. 다음은 아건강에 대한 대표적인 진단기준이다.

1) 중화중의약학회의 중의임상진료지침에 제시되어 있는 아건강 진단기준^{31,32)}

2006년 중화중의약학회는 아건강 중의임상진료지침을 통해 아건강 진단기준을 육체적, 정신적, 사회적 아건강 상태로 분류하고, 각각의 아건강 상태에 대한 진단기준을 제시였다. 그 주요 내용은 다음과 같다.

① 육체적 아건강 상태: 환자가 호소하는 증상은 피로, 수면장애, 통증과 같은 신체 증상이 주소증이 되어야 한다.

② 정신적 아건강 상태: 우울, 좌절, 불안, 초조, 분노, 공포, 단기 기억력 감퇴, 주의 집중력 저하와 같은 정신심리적 증상이 주소증이 되어야 한다.

③ 사회적 아건강 상태: 사람간의 교류 빈도가 줄어들거나 대인관계에서 스트레스를 받는 등 사회적 적응력 감소가 주소증이 되어야 한다.

위에 제시한 3가지 아건강 상태가 3개월 이상 지속되어야 하며, 제시된 주소증을 유발할 수 있는 질병은 체계적인 검사를 통해 배제될 수 있어야 한다.

2) 劉保延 연구팀의 아건강 진단기준³³⁾

劉保延은 3개월 이상 반복적으로 나타나는 불편함이나 적응력의 현저한 감퇴가 있으나 일상적인 사회활동은 유지할 수 있는 경우를 아건강 상태로 정의하고, 아건강 상태에 있는 1828명의 북경지역 거주자를 대상으로 아건강 상태의 특성을 조사하였다. 그 조사에서 피로, 불면, 감정적 불안정, 통증이 아건강 상태에서 나타나는 주된 증상임을 확인하고, 心脾兩虛, 肝鬱脾虛, 脾虛濕困, 肝腎陰虛, 氣陰兩虛, 氣虛血瘀, 濕熱蘊結, 肝鬱化火, 脾腎陽虛, 痰氣互結이 아건강의 주된 변증분형임을 제시하였다. 또 아래와 같은 아건강에 대한 진단기준을 제안하였다.

① 3개월 이상 지속되거나 반복적으로 나타나는 불편함이나 적응력의 현저한 감퇴가 있으나 최소한의 일상적인 사회활동은 유지할 수 있어야 한다.

② 주요 장기에 기질성 질환과 정신/심리적 측면에서 장애가 없어야 한다.

③ 주요 장기를 제외한 장기에 기질성 질환이나 정신/심리적 장애가 있다고 할지라도, 약물을 통한 지속적인 관리가 요구되지 않아야 하며, ①에서 제시된 불편함이나 적응력 감퇴와 직접적인 인과관계가 없어야 한다.

3) 石鶴峰 연구팀의 아건강 진단기준²⁹⁾

石鶴峰은 劉保延의 진단기준을 더 확충하고 구체화함으로써, 2008년 새로운 아건강 진단기준을 제시하였으며, 진단기준은 아래와 같다.

3개월 이상 지속적이거나 재발하는 불편함이나 적응력의 현저한 감퇴가 확인되어야 하며, 아래에 제시된 상태를 하나 이상 포함해야 한다.

① 신체형 장애 (somatoform disorder)

② 준임상적 상태 증후군 (subclinical status syndrome)

③ 의학적으로 설명할 수 없는 신체적 징후 (medically unexplained physical symptom)

④ 감염성 질환의 잠복기

⑤ 각종 검사에서 정상치와 이상치의 경계에 있는 경우

⑥ 각종 신체질환에 대한 위험요인이 높은 경우

III. 고찰 및 결론

지금까지 우리나라의 미병에 대한 개념과 중국의 아건강에 대한 개념을 살펴보았다. 미병과 아건강에 대한 개념을 통해, 미병의 스펙트럼은 넓고 다양한 건강상태에 걸쳐 있으며, 정신심리적 요소와 연계되어 있으며, 사회문화적인 환경에 따라 미병상태와 질병상태 또는 건강상태와의 경계도 모호하다는 것을 알 수 있다. 石鶴峰의 진단기준²⁹⁾은 모호한 미병의 진단기준을 다시 개념이 모호한 다른 질병을 사용하여 정의하고 있다. 예를 들어 준임상적 상태 증후군의 개념과 진단기준은 명확하지 않다. 따라서 미병은 아직 의학적으로 명확하게 정의되지 않은 상태이며, 그 다양성으로 인해 단일 질환군으로 범주

화하기 어려운 특성을 가진다고 볼 수 있다.

이러한 미병의 다채로움에도 불구하고 몇 가지 일반적인 공통 사항들을 확인할 수 있었다. 첫 번째 공통점은 미병이 건강한 상태와 질병상태의 중간에 있는 상태라는 개념에서 시작된다는 점이다. 두 번째 공통점은 객관적인 검사법에 기반하여 진단이 이루어지는 질환이 있는 경우는 미병에 해당하지 않는다는 것이다. 세 번째 공통점은 미병에서 나타나는 환자의 징후는 피로와 같은 주관적인 증상이 근간을 이룬다는 점이다.

이러한 미병에 대한 공통점에도 불구하고, 미병을 명확하게 정의하고 진단기준을 수립하기 위해서는 주요 증상들의 지속기간과 중증도, MUPS와 미병과의 관계, 미병에서 정신/심리적 장애의 질병분류학적 위치, 각종 검사에서 미병 영역의 범위, 미병과 감염성 질환의 잠복기와의 관계, 생활습관성 질환의 위험요인들의 미병에서 의의와 같은 주제들에 대한 전문가들간의 합의가 필요하며, 그 합의 내용의 적합성에 대한 임상적인 근거가 추가적으로 확보되어야 한다. 뿐만 아니라 이러한 남겨준 주제들에 대한 합의를 위해서는 미병을 하나의 질환군으로 보는 것보다는 피로형 미병, 통증형 미병과 같은 몇 가지 주요한 하위 분형으로 나누어 진단기준을 설정하는 것이 더 효과적일 것이다. 예를 들어, 피로형 미병의 경우, 피로를 유발할 수 있는 기저질환이 없음에도 불구하고 3개월 이상 지속되거나 반복

되는 피로를 느끼면서, 1994년 CDC의 만성피로증후군 진단기준에는 부합하지 않는 경우로 정의될 수 있을 것이다.

그러나 미병을 주요한 하위 분형으로 나누어 진단기준을 정하는 방법은 주요 증상의 중증도에 기반한 분류방법으로 볼 수 있으며, 미병의 자연사가 명확하게 조사된 바 없는 현재로서는 이 방법의 적절성을 확실하게 판단할 수 없다는 한계가 있다. 미병은 개념적으로 건강한 상태에서 질병이 발생하는 상태로 건강상태가 악화되는 중간과정으로 이해된다. 그러나 실제로 미병상태가 질병상태로 약화되는지 여부는 불확실하며, 미병상태가 예상되는 질병상태로 진행될지 아니면 예상치 못한 질병상태로 진행될지에 대한 추적 연구는 지금까지 이루어진 바 없다. 따라서 중증도에 기반하여 미병의 진단기준을 정하는 방법의 적절성은 미병의 질병 자연사가 더 밝혀진 후에서나 가능할 것으로 판단된다.

결론적으로 미병은 건강한 상태와 질병상태 사이에 위치하는 건강상태라는 개념은 명확하지만, 의학적으로는 아직 명확하게 정의되지 않은 상태이며, 단일 질환군으로 범주화하기에는 지나치게 넓은 스펙트럼을 가진다. 그럼에도 불구하고 미병에 대한 보다 명확한 의학적 개념을 정립하기 위해서는 피로를 중심으로 한 주요 증상들의 지속기간과 중증도, MUPS와의 관계, 정신/심리적 요소들, 각종 검사에서 미병 영역의 범위와 같은 주제들에 대한 한의학계 내부의 공감대가 먼저 이루어져야 할 것

이다. 또 미병의 넓은 스펙트럼을 고려했을 때, 미병을 의학적으로 정의하기 위해서는 미병을 하위 분형으로 나누어 접근하는 것이 적합할 것이다.

감사의 글

이 연구는 보건복지부 한의약선도기술 개발사업 한의표준임상진료지침개발사업(HB16C0055)의 지원에 의하여 이루어졌습니다.

IV. 참고문헌

1. 강소현, 박선주. 미병(未病)에 대한 연구 경향 분석: 국내 논문을 중심으로. 대한예방한의학회지. 2019;23(2):77-89.
2. 이은영, 이영섭, 박기현, 유종향, 이시우. 미병에 대한 한국 일반인의 인식과 미병률 현황: 전국조사. 대한예방한의학회지. 2015;19(3):1-10.
3. 이선동, 김명동. 미병상태의 학문적·임상적 중요성과 의의에 대한 고찰. 대한예방한의학회지. 1997;1(1):105-117.
4. 이상재, 이송실, 김도훈. '미병' 연구의 경향에 관한 고찰. 대한한의학회지. 2010;23(5):23-34.
5. 이재철, 김상혁, 이영섭, 장은수, 이시우. 한의학의 미병 개념 및 변증과의 연관성에 대한 고찰. 대한예방한의학회지. 2012;16(2):31-39.
6. Lee JC, Kim SH, Lee YS, Song SH, Kim YY, Lee SW, The concept of Mibyeong (subhealth) in Korea: A Delphi study. European Journal of Integrative Medicine, 2013;5(6):514-518.
7. 이은형, 박기현, 유종향, 이시우. 일반인의 미병 인식 변화 양상과 관리방안 조사. 대한예방한의학회지. 2016;20(1):1-10.
8. 김선민, 이시우, 문수정. 인터넷 상에서 사용되는 미병의 개념 및 사용자 분석: 네이버 지식-iN과 카페를 중심으로. 대한예방한의학회지. 2017;21(1):95-106.
9. 박선행, 성윤영, 장설, 이시우, 김홍준, 김호경. 피로형 미병에 대한 당귀보혈탕의 효과. 대한예방한의학회지. 2016;20(3):55-65.
10. 김종원, 전수형, 이인선, 김규곤, 이용태, 김경철, 엄현섭, 지규용. 질병예측자료로서 사과·사류형상의 의의와 미병진단적 가치 연구. 동의생리병리학회지. 2009;23(2):325-330.
11. 김상혁, 주종천, 황동욱, 이시우. 중의체질의학과 치미병(治未病)센터에 대한 보고. 사상체질의학회지. 2010;22(3):59-66.
12. 김수정, 배광호, 이은영, 이시우. 사상체질(四象體質)에 따른 미병(未病)과 삶의 질에 관한 연구. 사상체질의학회지. 2017;29(1):21-28.
13. 진희정, 이영섭, 유하나, 이시우. 미병 특허 동향 조사. 대한예방한의학회지. 2015;19(3):21-28.
14. 백영화, 이영섭, 박기현, 이시우, 유종향. 허울(虛鬱) 기반 미병 평가도구 개발 및 예비타당성 검증. 대한예방한의학회지. 2015;19(3):11-19.
15. 이영섭, 백영화, 박기현, 진희정, 이시우. 이상증상 기반 미병 분류도구의 신뢰도 및 타당도 연구. 대한예방한의학회지. 2016;20(3):45-53.
16. 박기현, 이영섭, 진희정. 미병 증상과 삶의 질 연관성 연구. 대한예방한의학회지. 2017;21(1):35-44.
17. 주종천, 이시우, 박수정. 한열변증점수를 이용한 한증과 열증의 건강상태와 미병 특징 비교. 2018;39(1):

- 12-21.
18. 박민영, 오현주, 황민우. 30-40대 여성의 미병상태에 따른 월경양상 비교연구. 대한예방의학회지. 2019; 23(1):61-72.
19. 오경민, 양동호, 김보경. 전증을 동반한 졸중풍 환자 치험 1례. 동의 신경정신과학회지. 2007;18(3):209-224.
20. Lee J, Dong SO, Lee Y, Kim SH, Lee S. Recognition of and interventions for Mibyeong (subhealth) in South Korea: a national web-based survey of Korean medicine practitioners. Integr Med Res. 2014;3(2):60-66.
21. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. Ann Intern Med. 1994;121(12):953-9.
22. Committee on the diagnostic criteria for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. Washington, D.C.: National Academies Press; 2015.
23. Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. Psychol Bull. 2004;130(5):793-812.
24. Tack M. Medically Unexplained Symptoms (MUS): Faults and Implications. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(7):1247.
25. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. Can J Psychiatry. 2004;49(10):663-72.
26. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). Br J Gen Pract 2003;53(488):231-9.
27. van Gils A, Schoevers RA, Bonvanie IJ, Gelauff JM, Roest AM, Rosmalen JG. Self-Help for Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychosom Med. 2016;78(6):728-39.
28. National Health Service. Medically Unexplained Symptoms. last updated on 21 May 2018. Available to <https://www.nhs.uk/conditions/medically-unexplained-symptoms/>
29. 石鹤峰, 邹杰, 蔡永敏, 赵会茹. 亚健康证候量化诊断标准研究. 中医杂志, 2008;49(6):554-556.
30. 贺耀宗. 疲劳是典型的“亚健康”状态. 家庭医学. 1998;(22):36.
31. 中华中医药学会. 亚健康中医临床指南(Clinical Guidelines of Chinese Medicine on Sub-health). 北京. 中国中医药出版社. 2006.
32. 朱蝶. 『亚健康中医临床指南』解读. 中国中医药现代远程教育. 2009;7(2):5-6.
33. 刘保延, 何丽云, 谢雁鸣, 胡镜清, 高凡珠, 文天才, 李平, 刘为民, 李鲲,

李文泉, 范春琦, 高颖, 高荣林, 何良志, 冯兴中, 易丹辉, 匡宏波, 李霞, 仁毅恒. 北京地区亚健康人群中中医基本证候特征的流行病学研究. 北京中医药大学学报, 2007;2(2):130-136.