

권역외상센터서 재건성형 역할 정립돼야

필수 5과는 물론 7개과에도 못 들어 전담전문의에서 제외돼
미용성형 인식 많아 전공의 줄고, 지방병원은 뽑지도 못해
충북에서 다치면 천안으로 오거나 다음날 서울로 가는 형편

글·사진 임승배 기자 | medi@binews.co.kr



강동희 이사장

Q. 대한안면두개성형학회 소개를 부탁드립니다.

우리나라에서 성형외과 선생님이 약 2,500분 정도 됩니다. 그 중에 저희 대한안면두개성형학회는 약 1,200명 정도이고 미용수술 하고 계신 분들 빼고는 대부분 두개안면, 주로 안면외상을 담당하고 계십니다. 대학병원에 계시는 선생님들이 주로 두개안면을 담당하고 있어요.

1966년 성형외과학회가 생겼고, 처음에 성형외과가 했던 일은 안면기형 구순구개열 교정수술이었습니다. 80년대까

우리나라 성형외과는 크게 미용성형과 재건성형으로 나뉩니다. 대부분의 사람은 성형외과 하면 미용성형을 떠올리겠지만, 성형외과의 시작은 재건성형이다.

재건성형은 외상환자와 밀접한 관련이 있고, 환자의 환부를 복원함과 동시에 마음까지 치료하기 때문에 응급실과 권역외상센터 등에 꼭 필요하지만, 전공의 감원으로 인한 지방병원의 공동화와 권역외상센터 전담전문의에서 성형외과의 배제문제 등으로 인해 어려움을 호소하고 있는 실정이다.

이런 문제점을 지적하고 개선을 위해 노력하고 있는 한국두개안면성형학회 강동희 이사장(단국대학교병원 성형외과 교수)을 천안 단국대학교 병원에서 만났다.

지만 해도 성형외과 의사가 백 명도 되지 않았는데, 그 당시 국가사업으로 구순구개열 교정수술을 하고 다니셨던 때도 있었습니다.

그러다가 성형외과 의사가 천 명을 넘고 개업하신 분도 많아지면서 분과가 됐어요. 개원하신 분들 위주의 미용성형학회, 대학에 계신 분 위주인 두개안면성형학회 등으로 나뉘었습니다. 대한성형외과학회 밑에 크게 미용성형학회와 두개성형학회로 나뉘어 있고, 십 년 전까지는 그래도 양쪽 숫

자가 비슷했었는데, 지금은 개원한 분들이 1,500분 정도로 많아졌어요.

이렇게 되니까 미용성형학회가 훨씬 커졌고, 언론의 관심도 미용 쪽에 쏠리다 보니까 대학이나 병원에서 외상환자를 상대하시는 분들은 상대적으로 주목을 못 받고 계십니다. 대부분 그렇게 성형외과가 미용만 하고 계신 줄로 알고 있겠지만, 성형외과는 미용수술도 하고, 재건수술도 많이 하고 있습니다.

성형외과는 의학이 발달하면서 생긴 분야입니다. 지금 의학기술이 발전해서 수술의 안전도와 삶의 질이 높아지면서 생겼다고 봐야 합니다. 안과, 이비인후과같이 이름만 들어도 알 수 있는 과가 있지만, 성형외과는 부위가 없습니다. 그래서 학생들에게 강의할 때 이렇게 이야기합니다. '성형외과는 의학이 발달하면서 두개안면 외상이나 두개안면 결손 부분을 채워보자고 해서 이차적으로 생긴 분야'라고 말합니다.

그래서 성형외과는 외상에서 태어난 과라고 할 수 있죠. 1954년 처음 신장이식을 하신 조지프 머레이라는 분도 성형외과 의사였고, 조직이식이나 콩팥 이식 그런 것도 성형외과 의사가 해야 합니다. 성형외과는 미세수술을 하기 때 문입니다.

1999년 필라델피아에서 팔 이식 하신 분이 메이저리그 시구를 하였고, 최근 이슈가 되는 안면이식, 이거 다 저희 성형외과에서 합니다. 그렇게 저희가 해부학적으로 딱 정해진 부위는 없지만, 재건을 한다고 보시면 됩니다.

Q. 두개안면성형외과학회 이사장으로서의 포부는?

저희는 두개안면외상 쪽으로 회원들을 모아 안면외상연구회를 하고 있습니다. 대학병원에서 두개외상만 전문으로 해서 모인지는 얼마 되지는 않았습니 다. 두개안면학회에 대한 정보가 그리 많지 않은 이유는 성형외과에 대해 말할 때 대개 미용성형이라 알고 계시고, 저희에 대해서 말하는 분들이 별로 없었던 게 사실이죠.

2013년 1월 성형외과가 외상센터에서도 제외도 됐지만, 학회 회원 중에 외상환자에 관심이 많은 사람이 누구나, 해서 저를 동료나 선후배들이 추천해 주셨고, 외상센터와 환자에 대한 제 생각이 성형외과 의사지만 옳다고 지지해 주



셔서 제가 두개안면성형외과학회 이사장 자리까지 맡게 된 것 같습니다.

제가 그동안 일을 많이 하긴 했는데, 막상 되고 나니 일을 어떻게 해야 할지 정말 막막했어요. 우선 권역외상센터의 참여 문제입니다. 외상센터에 내과, 외과, 신경외과, 응급의학과, 흉부외과와 같은 필수 5개 과 전담전문의가 있고, 추가로 마취통증과와 진단방사선과가 포함되어 7개 과가 됐는데, 저희는 꼭 필요하지만 전담전문의에서 제외되었습니다.

또, 전공의 부족에 따른 지방병원의 성형외과 의사 부족 같은 문제를 해결해야겠습니다.

Q. 우리나라 성형외과의 수준을 설명해 주신다면?

우리나라 성형외과 수준은 논문양만 봐도 일본보다 많고, 당연히 중국보다 앞선다고 할 수 있습니다. 우리나라같이 성형외과 의사가 2,500명이나 있는 나라는 흔치 않아요. 미국 다음으로 많다 할 수 있습니다.

의사가 많다 보니 경쟁이 심하게 과열되고 있는데, 과열되는 만큼 노력하시는 분들이 많아 외국 가서도 실력이나 학문적으로도 절대 밀리지 않습니다. 미국 다음으로 의사도 많지만, 연구도 열심히 하고 논문도 많이 쓰고 있습니다.

외국은 팔 이식 수술하신 분이 한 200명쯤 되는 것으로 알고 있습니다. 얼굴 이식을 하신 분도 20명 정도 한 상태이지만, 2006년이 돼서야 시작됐습니다. 윤리적 문제 때문입니다.

그런데 우리나라는 윤리적으로나 사회적으로 얼굴이식을

어떻게 받아들일지 모르겠습니다.

이식 기술은 우리나라도 좋습니다. 우리나라는 이식 못하는 나라가 아니라 법제에 막혀서 하지 못하고 있습니다. 팔 이식만 해도 미국은 1999년에 했지만 우리나라는 17년이나 지나서야 시도됐는데, 그 이유는 장기 이식을 할 수 있는 부분이 정해져 있기 때문입니다. 간, 신장과 같이 정해져 있는 부위가 몇 군데 있고, 팔이나 안면 이식과 같은 부분은 안 되는 것으로 돼 있습니다.

장기 기증이나 이식 문화의 확산이 잘 안 되고 있는 것을 보면, 사회적 관념이나 기증문화 등이 다른 나라에 비해 발전이 좀 늦은 것 같아요.

Q. 선생님께선 전공의 문제와 권역외상센터 관련해 지속적으로 문제제기를 해 오신 것으로 알고 있습니다. 현재 가장 큰 애로사항이나 문제점은?

우선 전공의 감원 문제입니다. 물론 우리뿐만 아니라 의료계나 사회적으로 전체적인 문제겠지만, 내과·외과·소아과·산부인과만 빼고 전체적으로 더 감원이 됐습니다. 성형외과는 총 18명이 감원돼서 72명으로 줄어들었는데, 따져보니까 저희 성형외과가 미용성형이라는 인식이 있어서 그런지 총 74%로 가장 많이 감원된 겁니다.

이렇게 되니 지방까지 합쳐 수련병원이 총 70개 병원이 있지만, 지방 병원들은 전공의를 못 뽑는 경우도 생긴다는 거죠. 더 큰 문제는 이 문제가 전공의 80시간 근무 문제랑 겹친다는 겁니다. 결국 근무할 수 있는 인력이 없어서 응급실이 빌 수밖에 없는 상황이 됩니다.

실제로 저희랑 가까운 충청북도만 해도 야기 얼굴 다치면 제가 있는 천안까지 오고 있습니다. 저희도 작년부터 응급실에 의사를 배치 못 했구요. 결국 저희가 필요할 때, 저희가 없어서 서울로 가야 하거나, 다음날까지 기다리거나, 흉터가 남아도 성형외과 수술을 못 받는 상황이 발생하고 있습니다.

예를 들어, 얼마 전에 전기톱으로 얼굴을 크게 다친 분이 권역외상센터에 오셨는데, 권역외상센터가 생기기 전에는 이런 분이 오시면 응급실에서 저희한테 바로 연락이 왔었습니다. 그런데 권역외상센터가 생긴 후에는 활성화 팀인 내과,

외과, 흉부외과, 응급의학과, 신경외과 선생님들에게는 연락이 가서 바로 출동을 하지만, 저희가 필요한 환자인데 정작 저희한테는 연락이 늦게 온다는 겁니다. 이분도 저희한테 바로 연락이 안 오고 나중에 신경외과 선생님이 연락해 주셔서 가게 됐습니다.

결국, 권역외상센터가 생겨 중증환자의 생명을 살리는 건 가능하지만, 이렇게 얼굴 상처가 심해 저희의 도움을 필요로 하는 환자한테는 저희가 제외되어 있는 상태인 겁니다.

이분도 중한 환자로 당장 얼굴에 조치를 취하지 않으면 숨쉬기도 어려운 상황인데 해당과가 아니라는 이유만으로 역차별당하고 늦어지는 거죠. 성형외과 환자들은 교통사고로 가슴이나 다른 부위도 다치시지만, 속도 다친 환자들이 많습니다. 특히 안면부 골절 같은 경우는 심하게 다치는데 저희는 제외되어 있으니까 저희는 역차별이 되는 겁니다.

죽는 사람만 먼저 살리자, 중증 외상만 먼저 살리자, 다 좋은 정책입니다. 그런데 그렇게 세심하게 살려놓고 나중에 중요한 건 흉터입니다. 결국, 외상이고, 기능이고 이런 거 하는 건 저희들입니다.

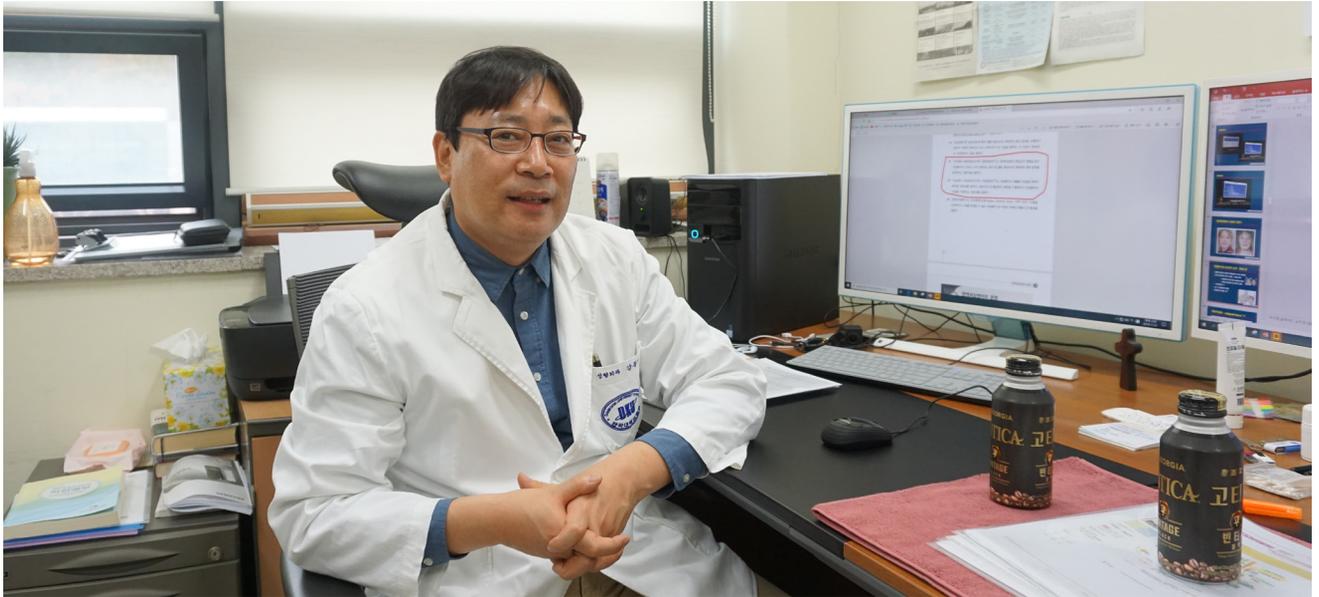
Q. 문제해결을 위한 노력이나 과정에 대한 경과를 설명해 주실 수 있으시겠습니까?

이야기들 해보면 저희 성형외과가 응급실 환자의 6~8% 정도는 본다고 합니다. 응급의학과가 50%, 신경외과나 정형외과가 15%니까 저희도 꽤 많은 거죠, 중환자도 있지만 대신 중환자도 많으니까 거기에서 차이가 있을 수는 있을 겁니다.

양적으로만 따지면 너무 어렵습니다. 중증 위주 환자만 따지니까요, 성형외과를 꼭 그렇게만 보시면 안 되지만 숫자만 따지게 되니까 많이 힘듭니다.

전공의 감원 정책은 졸업생보다 전공의가 너무 많다는 겁니다. 전공의 숫자를 줄여 지방병원에 전공의를 충원하겠다는 정책이지만, 서울 병원의 전공의 수요는 줄지 않고 있기 때문에, 오히려 지방 전공의가 부족한 현상이 생기고 있어요. 지방병원 활성화가 목표였지만 결과는 반대로 되고 있는 상황인 겁니다.

한편은 감원으로 지방병원 전공의가 모자라고, 80시간 근무까지 더해져서 결국 피해는 환자와 국민들에게 가고 있는



게 아닐까요.

저도 힘든 게 중환자 수술한 날 전공의가 아닌 분이 당직 서고 있으면 불안해서 집에 가지 못합니다. 전담전문의가 있을 수도 없고 제 나름대로 여기저기 사정사정해가면서 온갖 방법을 동원할 수밖에 없는 상황이죠.

당직의가 아닌 전담전문을 필요로 하는데 전담전문의 월급도 줘야 하고, 일할 누군가 지원을 해야 하는데, 저희도 지원할 수 있는 사람이 없습니다. 심지어 지방 권역외상센터도 전담전문을 못 구해서 취소될 것이라는 이야기도 나오고 있습니다.

그래서 2016부터 일단은 감원하지 말아 달라 응급실에 문제가 생긴다고 정부에 청원하고 있습니다.

전담전문의 문제는 보건복지부와는 시작단계입니다. 외상학회에서 권역외상센터 전담전문의에서 저희 성형외과가 빠진 이유를 알아보기 시작하면서 외상학회랑 협력하기 시작했어요. 외상학회 이사장님하고 이국종 선생님 모시고 올봄에 협의했던 것이고, 외상학회와 MOU 체결하고 이제 보건복지부하고도 이 문제를 해결해 봐야죠. 외상학회에서도 특히 이문제에 대해서는 적극적으로 협조해 주시기로 했습니다.

권역외상센터라는 게 참 좋은 제도라고 생각합니다. 사람

살리는 것은 좋은데, 세부적으로 역차별당하고, 작게 다쳤다고 역차별당하고, 사람 살리는 것만이 중요한 것만은 아닐 겁니다.

응급실에 오시는 모든 환자들이 모두 다 중요한 거 아닐까요, 우리나라가 성형강국 이라 불리는 것이 성형외과 의사가 많은 것뿐만 아니라 국민의 요구가 높기 때문일 것입니다. 다른 나라들은 어떨지 모르지만, 우리나라에서는 나는 상처 치료할 때 성형외과 의사한테 치료받아 상처 털 남기고 싶다. 밤에 우리 애가 다쳤을 때 먼 데까지 가서라도 성형외과의사한테 치료 받아야 한다.

이건 국민의 니즈가 높기 때문이고 그게 성형 강국일 수도 있거든요. 국민의 요구를 성형외과 의사나 정부가 맞춰주지 못하는 거 같습니다.

우리나라 성형외과에 대한 국민의 요구 수준은 높습니다. 다른 나라에서 볼 때 대한민국은 성형 강국이다. 우리나라는 외모를 중하게 생각하고 있는 것을 나쁘게만 볼 게 아니에요.

삶의 질이 높기 때문인데, 우리가 국민적 요구를 맞춰주고 있는가를 생각해 볼 때입니다. 사람만 살리면 된다, 이제 그것보다 한 단계 더 나아가야 하는 거죠.■