

아동학대, 찾아낼 수 있는가 - 소아청소년과 의사의 역할

한림대학교 의과대학 소아과학교실

민 기 식

= Abstract =

Child abuse, can we find child abuse? - Role of the pediatrician

Ki Sik Min, M.D.

Department of Pediatrics, College of Medicine, Hallym University, Chuncheon, Korea

Child abuse is defined by a recent act or failure to act that results in death, serious physical or emotional harm, sexual abuse or exploitation, or imminent risk of serious harm; involved a child; and is carried out by a parent or caregiver. This report provides guidance in the clinical approach to the evaluation of suspected physical abuse in children, and role of pediatrician. The medical assessment is outlined with obtaining a medical history, physical examination, and diagnostic testing. A minor form of child abuse which only involves skin injury is most frequently seen by a pediatrician. This kind of child abuse can be followed by more severe forms of child abuse, which have high mortality rates and cause serious physical and mental sequelae to the survivor. Therefore, a pediatrician's role in an early detection and prevention of child abuse is very important. (*Korean J Pediatr* 2009;52:1194-1199)

Key Words : Child abuse

서 론

아동학대는 아동이 부모나 아동을 돌보는 보호자로부터 사망, 심각한 신체적 또는 정신적 상처, 성적학대, 착취를 받았거나, 심각한 위해에 직면한 경우를 말한다. 미국에서 아동학대의 유병률은 2002년에 아동 1,000명당 12.3명이었고 매년 증가하고 있다. 이러한 유병률의 증가는 진단과 신고의 증가 때문으로 생각된다. 2003년 유니세프가 발표한 아동학대에 의한 사망률은 미국이 아동 10만명당 3.0명이었다¹⁾. 이에 비해 우리나라의 경우 2001년에 보고된 아동학대 사례는 아동 1,000명당 0.18명이었고 유니세프가 발표한 2003년 아동학대에 의한 사망률은 아동 10만명당 0.8명이었다. 미국에 비해 우리나라가 매우 낮은 것으로 나타났는데, 이는 우리나라 아동들이 학대를 적게 경험한다기보다 아동학대가 가정에서 일어나는 문제라는 점에서 쉽게 은폐될 수 있고 양육에 있어서 훈육의 방법으로 체벌과 구타를 합리화하는 전통적인관습, 아동학대에 대한 의학적, 사회적 인식의 부족, 공적개입의 부족 등으로 인해 실제 유병률에 비해 신고 건수

가 매우 낮기 때문인 것으로 생각된다.

최근 매스컴을 통해 여러 가지 아동학대의 실태와 후유증이 보고되면서 국내에서도 아동학대에 대한 인식과 관심이 높아지고 있다. 특히 학대아동을 진찰한 의사는 신고를 하도록 아동복지법에 규정되어 있다. 2008년 보건복지가족부가 발표한 아동학대 신고의무자에 의한 아동학대 신고율은 28.1%에 그쳤고 그나마 의료인에 의한 신고율은 2.0%로 매우 낮은 실정이다. 아동학대를 진단하고 신고하는 것은 계속될지도 모르는 더 심한 손상을 예방하는데 매우 중요하다. 아동학대는 학대받은 아동의 신체적, 정신적 장애를 초래하여 사회생활에 지장을 줄 뿐 아니라, 아동학대의 피해자가 성인이 되어 또 다른 가해자가 되는 악순환을 초래하는 등 후유증이 크다. 아동을 가장 많이 접하는 소아청소년과 의사로서는 아동학대의 심각성을 인식하고, 조기진단 및 치료, 향후 예방을 위한 지속적인 노력이 필요하다. 본 논문에서는 아동학대에 관련된 병력, 임상양상, 진찰 소견, 검사소견 등 진단과 소아청소년과 의사의 역할에 대해 초점을 맞추어 살펴보고자 한다.

아동학대의 위험인자²⁾

1. 부모 및 보호자의 위험인자

범죄의 전력, 아이에 대한 부모의 부적절한 기대, 정신질환의

Received : 8 September 2009, Accepted : 26 October 2009

Address for correspondence : Ki Sik Min, M.D.

Department of Pediatrics, College of Medicine, Hallym University, 896, Pyeongchon-dong, Dongan-gu, Anyang, Gyeonggi-do, 431-070, Korea

Tel : +82.31-380-3734, Fax : +82.31-380-1900

E-mail : ksmin@hallym.or.kr

전력, 아이를 돌보는 것에 대한 잘못된 생각, 아동발달에 대한 잘못된 지각, 약물 중독

2. 아동의 위험인자

행동장애, 질병에 대한 취약성, 보호자와 혈연관계가 없을 때, 미숙아, 특별한 요구가 필요시

3. 가족 및 환경적인 위험인자

주위의 높은 실업률, 가정에서 가까운 상대방에 대한 폭력, 가난, 사회적 격리, 사회적 지원의 결핍

소아청소년과 의사의 역할

소아청소년과 의사의 역할은 아동학대를 예방하고 학대 받은 아동을 찾아내고 치료 해 주는 것이다. 아동학대가 의심되는 아동을 정확히 찾아내는 것은 이러한 아동과 가족을 평가하고 조사하여, 다른 기관으로 의뢰하고 좋은 결실을 맺을 수 있다³⁾. 아동학대는 대개 아이의 행동을 잘못 해석하고 부적절한 대응을 하는 보호자에 의해 일어난다. 6개월 이하의 영아를 때리거나 흔들는 보호자는 아기가 우는 것에 대해 지나치게 걱정하고 자기 아이가 심하게 운다고 생각한다. 어떤 보호자는 아이가 잘못 했을 때 훈육의 수단으로 아기를 심하게 흔들다고 한다. 보호자가 심하게 스트레스를 받았을 때 아이의 행동에 부적절한 반응을 할 수 있고 가난이나 인생에 있어 치명적인 사건 등도 아동학대와 관련이 있다. 소아청소년과 의사는 아동의 정상적인 행동의 범위에 대해 적절한 교육을 해야 한다. 예를 들어 6개월 이하의 영아가 우는 것은 자연스러운 행동이며 배가고프거나 기저귀를 가는 것 같은 아이가 무었인가를 요구하는 행동이라는 것을 교육시켜야 하고 야경증이 있는 아이는 자다가 심하게 소리치고 정신없이 울어도 정상적인 행동반경이라는 것을 알려주어야 한다. 그리고 부모로서의 행동이 통제가 불가능하다면 다른 보호자를 연결시켜주거나 신고를 하여 다른 사람의 보호를 받도록 하여야 한다. 덧붙여 부부간의 폭력도 잘 살펴봐야 하는데 부부간의 폭력이 있는 경우는 폭력이 없는 경우에 비해 아동폭력이 4.9배 높았다⁴⁾.

의사의 자세한 검진과 아동학대의 색출 및 신고는 계속될 수 있는 아동학대를 예방할 수 있다. 한 연구에 의하면 24개월 이하의 아동학대 사례 중 75%에서 외상의 증거가 있거나 부상의 전력이 있었다⁵⁾. 아동학대는 적절한 색출과 처치가 없을시 35%에서 재발할 수 있다⁶⁾. 아동학대에 대한 의학적 지식이 개발되어 왔고 특히 최근에는 사고에 의한 손상과 아동학대에 의한 손상을 정확히 구분하는 것에 초점을 두고 있다. 아동학대를 찾아내고 진단하는 것은 의사의 능력에 달려 있는데, 의심이 되는 손상이 있으면 철저한 이학적 검사와 함께 보조적인 검사를 시행하고, 보호자의 설명이 상처의 특징과 발달 능력에 일치하는지 잘 살펴보아야 한다.

일단 진단이 내려지면 즉각적인 치료와 함께 신고를 해야 하고

자기의 능력을 벗어날 경우 다른 과나 상급병원으로 전원 하여야 한다.

문진

문진은 우선 어떻게 손상을 입었는지에 대해 보호자에게 물어보아야 하고 그 후 손상에 대한 구체적인 질문을 하여야 한다. 보호자와의 면담 후 아동학대가 의심되면 보호자와 분리하여 아동과 면담을 하는 것이 좋다. 아이가 가해자의 보복을 두려워하거나 가족과 분리되는 것에 대해 걱정을 하게 되면 고의적인 손상에 대한 이야기를 하지 않을 수 있다.

고의에 의한 손상의 가능성이 높은 보호자의 설명⁷⁾

- ① 치명적인 손상에 대해 설명하지 않거나, 애매한 설명(흔들린 아이 증후군이 의심되어 심하게 흔들지 않았는지 물었을 때 묵묵부답)
- ② 설명의 세부묘사가 극적으로 변할 때
- ③ 손상의 형태, 시기, 심한정도가 모순된 설명(멍든 자국의 색이 노란색인데 조금 전에 다친 것이라고 설명)
- ④ 아동의 신체적 능력이나 발달상황에 맞지 않는 설명(1세 아동이 목욕탕 욕조에서 화상 입었는데 혼자 욕조에 들어갔다고 설명)
- ⑤ 손상에 대한 설명이 목격자 마다 다르게 설명할 때

손상이 일어나기 전후의 행동변화에 대한 정보도 중요한데 학대 받은 아동은 대개 손상을 받은 후 행동변화가 있다. 예를 들어 아버지에게서 심하게 맞은 후 아버지에 대해 공포감을 느낄 수 있다. 보호자들의 행동변화도 중요한 단서가 될 수 있다. 손상을 받아 내원한 환아는 소파나 침대에서 떨어져 오는 경우가 흔히 있는데 대부분 가벼운 멍이 드는 경우가 많지만 뇌출혈이나 두개골절 같은 심한 손상이 있을 수도 있다. 혈우병이 있는 경우 가벼운 머리의 충격으로도 뇌출혈이 될 수 있고 뼈에 이상이 있는 경우 골절로도 이어질 수 있다.

아동학대와 사고에 의한 손상을 구분하기 위한 다른 정보⁷⁾

- ① 과거 병력(사고, 입원, 선천성 질환, 만성질환)
- ② 가족력(혈우병 같은 출혈에 관한 질환, 뼈의 이상, 대사성 질환, 유전성 질환)
- ③ 임신력(원했던 임신인지 아닌지, 계획된 것인지 아닌지, 산전 진찰, 출산 후 합병증, 산후 우울증)
- ④ 집안의 훈육 방법(잘못 했을 때 심한 벌을 주는지)
- ⑤ 아동의 기질(다루기 쉬운 아이인지, 유난스러운 아이인지)
- ⑥ 아동이나 형제 부모의 학대에 대한 가족력
- ⑦ 아동의 발달에 대한 병력(언어, 운동, 정신 및 사회성)

- ⑧ 보호자의 약물 중독
- ⑨ 사회적 재정적 스트레스
- ⑩ 가족 간의 폭력적 행동

신체 검진

아동이 가지고 있는 대부분의 손상은 학대나 방임에 의한 것이 아니다. 의사는 사고를 포함한 어린이에게 일어날 수 있는 흔치 않는 일들을 생각해야 한다. 하지만 사고에 의해 일어나는 손상과는 다른 특징을 가진 손상도 있을 수 있다. 그리고 학대와 사고가 동시에 일어 날수도 있다.

일반적 평가

아동의 의식 상태나 행동은 신경학적 상태와 고통의 정도를 반영할 수 있다. 그래서 철저한 신경학적 검진이 필요한데 그것에는 의식의 정도, 눈은 잘 뜨는지, 말은 하는지, 운동 반응은 있는지를 보아야 한다. 사지의 움직임이 자발적이고 대칭적인지를 보아야 하고 사지를 움직일 때 통증이 있는지도 보아야 한다. 학대에 의한 손상이 있을 때는 보호자가 손상에 대한 정보를 주지 않는 경우가 많아 골절이나 척추 손상이 의심되는 경우 환자를 다루는데 조심해야 한다.

환자가 안정된 상태이면 키 몸무게 두위를 측정하여 성장곡선 차트에 기록하여야 한다. 과거에 병원을 방문하여 측정한 기록이 있으면 성장속도가 적절한지를 보아야 하는데, 아동학대가 있는 경우 성장장애가 동시에 일어날 수 있고 심한 경우는 의도적이거나 방임에 의한 기아에 빠질 수 있다⁸⁾.

아동에 대한 일반적인 신체검진 중 방임에 대한 증거를 볼 수 있는 경우가 있다. 충치가 많이 있거나 심한 기저귀 발진, 상처에 대한 치료를 소홀히 한 경우 아동학대의 가능성이 높아진다. 두피에 머리가 빠져 있을 경우 심한 영양결핍이나 타박에 의한 것 일 수 있다.

환자를 면담할 수 있으면 질문에 대답하는 동안 환자의 행동이나 태도를 기록하여야 한다. 아동학대에 대한 질문에 대답하는 동안 환자가 매우 불안해 하거나 마지못해 대답하는 경우가 있는데 이것은 보호자를 옹호해주려거나 고자질에 대한 보복의 두려움 때문일 수 있다. 다른 경우는 보호자에 대해 공개적으로 적대감을 나타내는 경우도 있다. 이러한 반응은 추후에 학대받은 아동에 대한 안전 대책에 중요한 요소가 된다.

피부 손상

멍이 들은 자국의 위치 크기 모양과 열상, 화상, 물린 자국 등을 차트에 기록함과 동시에 사진 촬영을 해 놓아야 한다. 멍이 들은 자국은 아동학대의 가장 흔한 현상이고 신체 표면의 어디에서도 발견될 수 있다¹²⁾. 사고에 의한 우연한 멍은 전강이나 전박

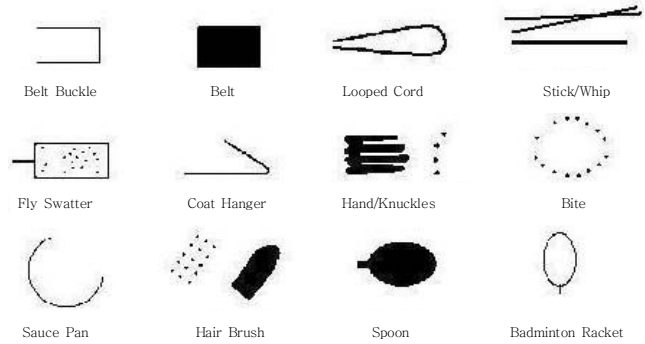


Fig. 1. Marks from instruments. A variety of instruments may be used to inflict injury on a child.

(forearm), 턱, 이마에 흔히 생긴다. 엉덩이, 등, 생식기, 귀, 손등은 사고에 의한 손상일 가능성이 적다. 소아는 중독되거나 맞거나 던져지거나 화상을 입거나 물리거나 피부가 찢어지는 손상을 입을 수 있다. 손상의 모양이나 깊이 형태를 보고 사용된 도구를 추정할 수 있는데 벨트의 버클, 회초리, 손과 같은 도구는 특별한 자국을 남긴다(Fig. 1). 아동학대에 가장 흔히 사용되는 도구는 손바닥이나 주먹이다. 잘 움직이지 못하는 영아에서 신체의 부드러운 부위나 등, 머리, 목에 양쪽으로 대칭적으로 혹은 기하학적 형태의 손상이 있으면 아동학대의 가능성이 높다.

멍의 색깔은 손상 받은 시기, 손상의 깊이, 손상 받은 부위, 피부의 색깔에 영향을 받기 때문에 멍의 정확한 경과시간을 추정하기는 어렵다⁹⁾. 그러나 일반적으로 새로 생긴 멍의 색깔은 푸르거나 붉은 자주색이고 오래 된 것은 노란색이거나 초록 혹은 갈색이다. 같은 신체부위에 다른 색깔의 멍이 있으면 다른 시기에 여러 차례의 학대가 있었을 가능성이 있다.

물린 자국은 법정에서 중요한 정보를 제공하기 때문에 자세히 살펴보고 기록하여야 하며 사진을 찍어 놓는 것이 좋다. 양쪽 송곳니의 간격이 2 cm 이상이면 성인이 물었을 가능성이 높다. 시간이 얼마 되지 않은 물은 자국은 물에 젖은 면봉으로 타액을 채취하여 유전자 감식을 할 수 있다.

아동학대의 약 10%는 화상이다. 손상을 입힌 방법이나 도구가 화상이 모양과 형태에 일치하면 아동학대의 가능성이 높다. 담뱃불에 의한 화상은 둥글고 크기가 일정하며 파인 것 같은 상처를 남긴다. 다리미나 석쇠, 후라이팬, 머리 고대기 같이 가정에 흔히 있는 도구로 인한 접촉화상은 그 도구와 유사한 화상의 모양을 남긴다. 이 경우 낙인처럼 물체의 경계가 확실하고 비교적 일정한 깊이를 가진다. 반면 비의도적인 화상은 반사적으로 물체에서 멀리 떨어지기 때문에 화상이 얇고 물체의 일부분만 자국으로 남게 된다. 침수화상은 보통 팔, 다리, 엉덩이에서 볼 수 있고 양쪽다리에 스타킹 모양의 분포를 보이며 팔의 경우 장갑모양의 분포를 보인다. 아동의 몸이 뜨거운 물에 빠졌을 경우 화상을 입은 자국의 높이가 일정하고 정상 피부와 명확히 구분이 된다. 아동이 침수 될 당시 방어적으로 팔이나 다리를 구부렸을 때는 접히는 부위는 화상을 입지 않을 수도 있다.

미국 소아과 학회에서 아동학대를 암시하는 피부 소견을 발표하였는데 다음과 같다¹⁰⁾.

- ① 손상이 고의적일 뿐 아니라 사고에 의해 일어나지 않았을 때 (예, 부모가 아이의 발가락을 밟아 타박상을 입었을 때)
- ② 손상의 양상이 고의라고 생각되는 외상의 기전과 일치할 때 (예, 얼굴에 손바닥 모양의 붉은 자국이 있을 때)
- ③ 손상의 양상이 도구에 의한 고의적인 것으로 생각되고 놀이를 하거나 자연적인 환경의 상호작용에 의한 것이 아닐 때 (예, 등에 밧줄 모양의 손상이 있을 때)
- ④ 아이의 발달과 맞지 않는 손상의 병력을 말할 때 (예, 신생아가 침대에서 굴러 떨어졌다.)
- ⑤ 병력이 손상의 양상과 일치하지 않을 때

두부 손상

두부손상은 아동학대에 의한 사망원인 중 가장 흔하다. 심각한 사고에 의한 두부손상과 비교 하였을 때, 아동학대에 의한 두부손상은 경막하 출혈(Fig. 2)과 지주막하 출혈, 시기가 다른 여러 곳의 경막하 출혈, 심한 망막출혈(Fig. 3)이 흔하고 그와 관련된 피부, 뼈, 장기의 손상이 동반된다. 아동학대에 의한 두부손상은 사고에 의한 손상보다 사망률도 높고 입원기간도 길다. 1세 이하의 영아에서 두개내 손상이 있을 때는 신경학적 증상이 없거나 특별하지 않을 수 있기 때문에, 신경학적 증상이 없다고 뇌 촬영을 배제시켜서는 안 된다¹¹⁾. 만약 영아가 의식의 저하, 경련, 무호흡, 구토, 보챔 등의 증상이 있을 때는 의도적인 두부 손상을 생각해야 하고 CT나 MRI를 찍어 뇌출혈을 확인해야 한다. 안저 검사를 하여 망막출혈의 유무도 확인해야 하는데, 흔들린 아이 증후군의 약 85%에서 망막출혈이 있다. 망막출혈은 정상 분만한

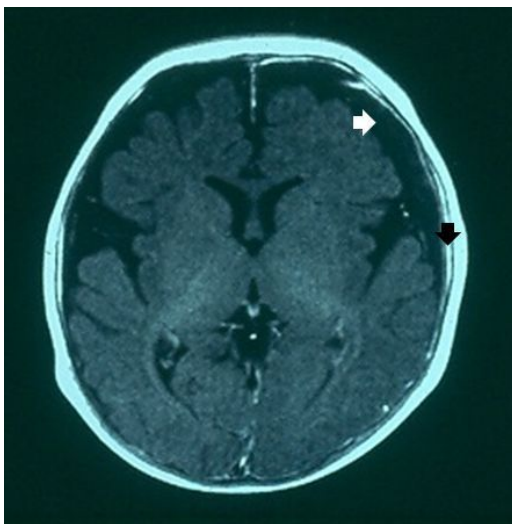


Fig. 2. Contrast-enhanced T1-weighted image shows low signal SDH in both fronto-parietal area (white arrow) and diffuse linear dural enhancement (black arrow).

신생아에서도 볼 수 있는데 대개 2-6주후에 없어진다. 흔들린 아이 증후군은 2세 이하의 아이가 울거나 보챔 때 어깨나 사지를 잡고 심하게 흔들어 생기는 질환으로, 뇌의 경막하출혈과 망막출혈이 특징이고 그 외 장골이나 늑골의 골절 등 복합적인 여러 가지 손상이 동반 될 수 있는 질환이다.

두개골절은 사고에 의해 혹은 고의적으로 일어날 수 있다. 단순한 직선의 골절은 90 cm 이하의 높이에서 추락하여도 일어날 수 있고 대개 두피에 멍이 들거나 부종이 있다. 병력 상 낮은 높이에서 떨어진 후 여러 곳의 골절이나 복합골절, 후두부 골절이 있을 때는 아동 학대를 의심해야 한다.

흉부 손상

심장에 대한 고의적인 손상은 드물지만 심각할 수 있다. 영아의 늑골골절은 대개 가슴을 쥐어짜면서 생기고, 옆이나 뒤쪽 늑골의 골절, 여러 곳의 골절이 있을 때는 고의적인 손상을 의심해야 한다. 급성 늑골 골절이 있을 때는 통증으로 인하여 숨을 알리게 되고 심한 골절이 있을 때는 폐가 천공되어 호흡곤란이 있을 수 있다. 호흡 양상의 변화는 중추신경의 손상에 의한 것이거나 통증에 대한 반응일 수 있다.

복부 손상

복강 내 손상을 받은 아동의 경우 청진 상 장소리가 들리지 않거나 감소할 수 있고, 장이나 간, 비장의 천공이 있을 때는 촉진 시 복벽이 단단해 질수 있다. 복부를 심하게 가격해도 배에 타박상은 보이지 않을 수 있다. 아동학대에서는 장의 손상이나, 간이나 비장 같은 고형장기의 손상과 장의 손상이 동시에 일어나는 경우가 많다¹³⁾. 사고에 의한 손상에 비해 아동학대에 의한 손상은 더 어린 아동에서 일어나고 진단이 늦어져 사망률이 높고 장

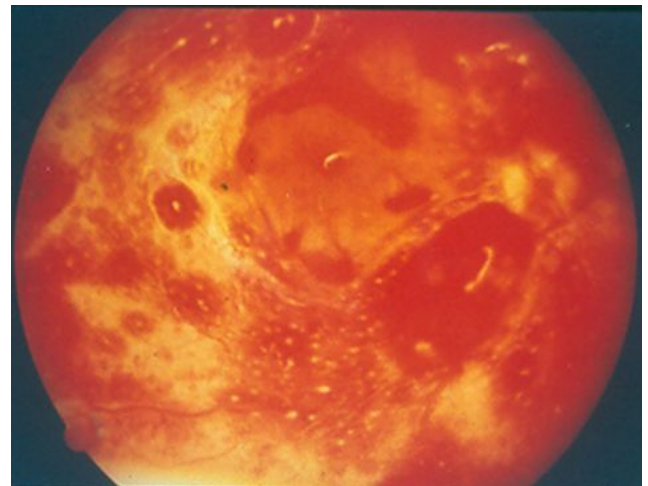


Fig. 3. There are preretinal hemorrhages and cotton wool spots in whole retina.

에 대한 손상이 더 많다. 간이나 췌장에 대한 효소검사가 복부손상에 대한 기본검사로 유용하고 소변 검사는 요로나 신장의 손상에 대한 정보를 줄 수 있다. CT를 포함한 방사선검사는 복부손상의 심한 정도나 형태를 아는데 도움을 줄 수 있다.

골격계 손상

팔이나 다리, 손, 발, 늑골, 머리에 대한 자세한 촉진은 급성골절이나 치유단계의 골절을 밝히는데 도움을 준다. 골절이 의심되면 골절을 유발시키기 위해 당기거나 비튼 흔적, 혹은 움켜잡은 흔적이 있는 신체 표면을 잘 살펴보아야 한다. 그러나 피부의 타박상이 없다고 아동학대의 가능성을 배제해서는 안된다. 연부조직의 부종은 최근의 손상일 수 있다.

영아의 팔, 다리를 당기거나 비틀면 뼈의 구석이 골절되거나 양동이 손잡이 모양의 골절이 생길 수 있다¹⁴⁾. 고의에 의한 골절은 아이를 비틀면서 생기는 경우가 많아 나선형의 골절이 흔하다. 걷기 시작한 이후의 나선형 대퇴 골절은 고의에 의한 것보다 뛰거나 추락하여 생기는 경우가 많다. 멍이나 화상, 내부 장기 손상, 다양한 치유 단계의 골절이 있을 때는 아동학대의 가능성이 매우 높다.

검사 소견

타박상이 있는 모든 아이에게 출혈성향이 있는지를 배제하기 위해 선별검사를 실시하여야 한다. 선별검사에는 PT, PTT, 혈소판 수치이다. 혈액응고에 이상이 있으면 뇌출혈이 있을 수 있다. 혈액이상이 있는 아이도 아동학대를 받을 수 있다는 것을 명심하는 것이 중요하다. AST, ALT는 간 손상을 받은 환자에서 증가하며 혈청 amylase, lipase는 췌장 손상 시 증가한다. 요로나 신장의 손상이 있으면 소변검사에서 혈뇨가 나올 수 있다. 횡문근 용해증은 광범위한 근육 손상으로 생길 수 있으며 주먹이나 몽둥이로 여러 차례 심하게 맞아서 생긴다. 소변 dipstick 검사에서 heme 양성이나 현미경적 혈뇨가 없는 경우에 가능성이 있다¹⁵⁾. 횡문근용해증 환자는 특징적으로 크레아틴인산활성효소(CK)가 증가한다.

2세 이하의 아동에서 아동학대가 의심되면 두개골과 흉부, 장골, 손, 발, 골반, 척추를 포함하는 광범위한 방사선 골 촬영이 필요하다. 이러한 방사선 촬영은 초기단계의 촬영에서는 볼 수 없는 치유단계의 골절(callus formation)을 보기위해 2주 후 다시 촬영하여야 한다¹⁶⁾. 골스캔(bone scan)은 손, 발, 늑골의 최근 골절을 찾아내기 위한 보완 검사이지만 두개골 골절은 찾아내지 못한다. 3세 이상의 아이는 신체검진 상 뼈에 동통이 있거나 운동에 제한이 있는 경우만 방사선 촬영을 하면 된다. 방사선 촬영상 동통이 있는 부위에 골절이 보이지 않아도 2주 후에 다시 촬영하여야 한다. 뼈의 손상은 신체적 아동학대의 10~20%에서 일어난다. 걷지 못하는 아이에서 골간단(metaphysis), 늑골, 견갑

골, 원위부 쇄골, 척추, 손, 대퇴부의 골절은 아동학대의 가능성이 높다. 특히 다른 시기의 골절, 양측성 골절, 복합적 두개 골절이 있으면 가능성이 더 높다. 영아에서 쇄골의 중간, 단순 일직선의 골절, 하나의 골간(diaphysis)골절, 단순 두개골절은 학대 가능성이 적다. 영아가 심하게 손상을 받았으면 중추신경계 이상이 없어도 뇌 CT와 안과적 검진을 받아야 하고 필요하면 뇌, 흉부, 복부 MRI도 찍어야 한다. 골절, 화상, 타박상은 과거 혹은 새로운 두부손상과 관련되어 있을 수 있다.

치 료

아동학대의 사례가 발견되면 적절한 내과적, 외과적, 정신과적 치료가 선행되어야 한다. 대한민국 법률에는 아동학대 사실이 발견 시 유관기관(아동학대 예방 센터)에 신고하도록 되어 있다. 소아과 의사는 다른 과나 유관기관과 협조하여 학대 받은 아동의 건강 관리에 신경을 써야한다. 학대 받은 아동은 그렇지 않은 아동에 비해 더욱 철저한 조사와 건강관리가 요구된다. 이전에 학대 받은 아동은 다시 학대 받을 가능성의 매우 높다.

결 론

피부손상만 있는 경한 형태의 아동학대는 소아청소년과 의사가 가장 흔히 접할 수 있다. 이러한 경한 형태의 아동학대는 중한 형태의 아동학대로 이어질 수 있고, 중한 형태의 아동학대는 사망률이 높고 생존자에서도 신체적, 정신적으로 심각한 후유증을 남길 수 있다. 따라서 아동학대의 조기발견과 예방에 있어서 소아청소년과 의사의 역할은 매우 중요하다. 신체 손상이 있는 환자가 병원에 내원했을 때 아동학대에 대한 관심을 가지는 것이 일차적으로 중요하고 아동학대에 대한 진단을 내리려면 아동학대에 대한 다양한 지식이 있어야 한다. 지금까지 의사들은 아동학대를 집안의 문제, 남의 일 정도로 생각해 왔고, 아동학대가 의심되면 신고를 해야 함에도 불구하고 보호자의 보복이 두려워서 혹은 귀찮아서 신고를 잘 하지 않았다. 아동학대에 대한 의사의 무관심은 많은 아동의 고통에 영향을 끼친다는 것을 명심해야 한다.

References

- 1) Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE, Stanton BF. Nelson textbook of pediatrics. 18th ed. Saunders Co, 2007:171-8
- 2) McDonald KC. Child abuse: approach and management. Am Fam Physician 2007;75:221-8.
- 3) Hudson M, Kaplan R. Clinical response to child abuse. Pediatr Clin North Am 2006;53:27-39.
- 4) Rumm PD, Cummings P, Krauss MR, Bell MA, Rivara FP. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. Child Abuse Negl 2000;24:1375-81.
- 5) Ricci L, Giantris A, Merriam P, Hodge S, Doyle T. Abusive head trauma in Maine infants: medical, child protective, and

- law enforcement analysis. *Child Abuse Negl* 2003;27:271-83.
- 6) Skellern CY, Wood DO, Murphy A, Crawford M. Nonaccidental fractures in infants: risk of further abuse. *J Paediatr Child Health* 2000;36:590-2.
 - 7) Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2007;119:1232-41.
 - 8) Kellogg ND, Lukefahr JL. Criminally prosecuted cases of child starvation. *Pediatrics* 2005;116:1309-16.
 - 9) Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? A systemic review. *Arch Dis Child* 2005;90:187-9.
 - 10) When inflicted skin injuries constitute child abuse. *Pediatrics* 2002;110:644-5.
 - 11) Cho OY, Huh KH, Cho DJ, Kim DH, Min KS, Yoo KY. Five cases of Shaken Baby Syndrome. *Korea J Pediatr* 2003; 46:404-8.
 - 12) Choi YJ, Kim SM, Sim EJ, Cho DJ, Kim DH, Min KS, et al. A clinical study of child abuse. *Korea J Pediatr* 2007; 50:436-42.
 - 13) Wood J, Rubin DM, Nance ML, Christian CW. Distinguishing inflicted versus accidental abdominal injuries in young children. *J Trauma* 2005;59:1203-8.
 - 14) Wagner GN. Crime scene investigation in child abuse cases. *Am J forensic Med Pathol* 1986;7:94-9.
 - 15) Schwengel D, Ludwig S. Rhabdomyolysis and myoglobinuria as manifestations of child abuse. *Pediatr Emerg Care* 1985;1: 194-7.
 - 16) Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 2009;123:1430-5.