

말기 환자의 치료 중단

- 의료현장에서의 접근 -

서울대학교 의과대학 내과학교실

허 대 석

인위적으로 생존 기간을 연장할 수 있는 의료 기술의 발전은 장기간 식물인간 상태이거나, 현대 의학으로 치료가 불가능한 질병의 말기 환자 같은 특수한 경우에 도덕적, 사회적 딜레마를 야기시켰다. 오늘날 이들 환자들에 대해 의료인이 당면한 문제는 환자의 생명을 얼마나 오래 연장시킬 수 있는가에 있는 것이 아니라, 환자의 생명을 연장시키기 위한 노력이 과연 합리적인 일인가를 결정해야 하는 데 있다. 회생이 불가능하다고 판단되어진 환자에게 단순히 생명유지를 위한 의료기술을 적용하는 것이 환자의 '의미 있는 삶'을 연장하는 것이 아니라 '고통을 받는 기간'을 연장하는 '무의미한 노력(futility)'일 수도 있기 때문이다.

실제 의료현장에서 의사가 치료의 중단을 언제 결정해야 하는가에 대한 객관적이고 표준화된 기준의 설정은 쉬운 일이 아니다. 의료상황이란 흑백논리처럼 이원화(binary)되어있지 않고 예측이 어려울 뿐 아니라, 생존과 죽음의 의미에 대한 관점 역시 주관적이다. 그렇다면 의사는 언제 치료의 중단을 결정하게 되며, 환자와 보호자는 치료중단을 어떻게 받아들일게 되는가.

1. 무의미한 치료(futility)의 정의

치료중단은 '무의미한(futile)' 치료의 중단을 의미한다. 그런데, 무의미하다는 말의 정의를 쉽게 내릴 수 있는 것일까? 이 판단은 대단히 주관적인 부분이 많아서, 누구나 쉽게 받아들일 수 있는 '무의미한 치료 (medical futility)'의 객관적인 기준을 설정할 수가 없다. 무의미한 진료의 판단의 기준은 '가치관(value)'의 차이에 따라 현저히 달라질 수 있기 때문이다.

환자의 권리를 옹호하는 단체에서는 환자의 입장에서 무의미한 치료의 정의를 내려야 한다고 주장하기도 한다. 의사는 환자의 목표를 위해 최선을 다해야 하므로, 환자의 목표에 도움이 된다면 의사의 입장에서 치료가 무의미하다고 판단할 수 없다는 논리이다. 그러나 의사는 윤리적, 법적인 측면에서 환자가 원하는 모든 것을 해 주어야 할 의무가 없다. 예를 들자면 환자가 육상 경기에서 이기기를 원한다고 해서 담당 의사가 스테로이드 약물을 처방해주어야 할 의무는 없는 것이다.

'생명의 연장'이라는 측면에서 치료의 의미를 결정하는 주장도 있다. '생명은 신성한 것'이므로 생명을 연장시킬 수 있다면 어떠한 치료도 무의미하지 않다는 논리이다. 그러나 혼수 상태에 빠져 있는 회복 불가능한 환자가 의료집착적 수단에 의존하여 생명을 연장해야 하는가에 대해서는 회의적인 의견이 많다. 인간의 죽음은 삶의 연장선 상에 있으며 '인간적 품위를 지닌 죽음'에 대한 권리역시 중요하다는 주장에 많은 사람들이 동의하고 있기 때문이다.

또 다른 주장은 인체의 생리학적 기능을 유지하는 것에 기준을 두고 치료의 의미를 결정하는 것이다.

예를 들면 말기 환자임에도 불구하고 심장 전문의가 와서 심장 압축기로 피를 순환시키고 인공호흡장치로 호흡을 지속시키며, 신장 전문의가 투석장치를 이용하여 배설물을 배출시키는 경우이다. 신체의 각 부분이 계속 활동할 수 있게 할 수 있다면 치료가 무의미하지 않다는 주장이다. 위의 경우는 이미 치료의 주체가 인간으로서의 환자가 아니며, 첨단 의료장비와 세분화 된 의료전문 영역이 환자를 단순히 장기들의 집합체로 대하고 있다는 비판을 피할 수 없다.

의료 현장에서 보편적으로 적용되는 무의미한 치료의 정의는 환자가 치료를 통해 더 이상 이익을 얻을 가능성이 없는 치료라고 할 수 있다. 이때 환자는 단순히 장기들의 집합체이거나 개인적인 욕구에 집착한 인간이 아니다. 의사가 자신의 질병을 치유해 주기를 바라는 정신과 육체를 동시에 지닌 전체로서의 한 인간을 말하는 것이다. 의사가 치료의 무의미 함, 즉 치료가 더 이상 환자에게 도움을 주지 못한다는 것을 결정할 때는 객관적인 자료를 제시할 수 있어야 한다. Schneiderman 등은 의사 본인이나 동료 의사의 임상 경험, 혹은 검증된 임상실험 자료를 바탕으로 최소한 이전의 100명의 환자에게서 그 치료가 도움이 되지 않았다면 무의미한 진료로 봐야 한다고 하였다.

2. 치료 중단의 결정

1) 환자의 질병경과에 따른 의료목표와 치료 중단

질병의 종류와 경과에 따라 시기에 맞는 치료의 목표를 설정하여 이에 부합되는 치료행위는 적절한 (proportionate treatment) 것이고, 그렇지 않은 경우는 부적절한 치료행위(non-proportionate treatment)로 간주될 수 있다.

예를 들어 암과 같은 난치성 질환은 조기에 발견된 경우에는 완치를 전제로, 진행된 시기에 발견된 경우에는 생명연장을 목적으로 적극적인 항암 치료가 추천된다. 그러나 말기에 이르면 적극적인 항암 치료로 기대되는 항암 효과보다 치료에 따르는 부작용으로 인한 손실이 더 크다고 판단되면 더 이상 적극적인 항암 치료는 추천되지 않고 '증상조절'을 통해 환자가 편안하게 여생을 보낼 수 있도록 도와주는 것(care)이 치료의 목표가 된다. 따라서 치료활동을 계속하는 것이 환자의 의료목표를 달성하는 데 도움이 되지 않거나, 오히려 역작용을 한다고 판단되면 치료의 중단이 고려되어야 한다(Table 1).

적극적인 치료의 중단을 결정하는 일반적인 원칙에 있어서 치료행위에 따르는 환자의 득실(risk-benefits)을 따진 의학적 판단(clinical judgements)이 가장 중요하다. 치료를 계속하였을 때 생기는 이익보다 부작용으로 인한 손실이 더 크다고 판단되면 치료의 중단을 결정하게 된다.

그러나 치료로 인한 의학적 이익과 손실을 예측하기 어려운 경우가 있다. 예로, 기존의 치료법에 실패한 암 환자에게 새로운 항암제를 적용하여 완치될 수는 없으나 호전될 가능성이 10%인 경우, 그 약을 환자에게 적용하는 것이 옳은지? 아니면 완치될 가능성이 없다면 시행치 않는 것이 옳은지? 이 같은 문제

Table 1. 환자의 질병경과에 따른 치료의 목표

병의 진행정도	치료의 목표
1) 초기(early stage)	완치
2) 진행된 시기(advanced stage)	생명연장
3) 말기 (terminal stage)	Comfort and optimum quality of life

는 병상에서 흔히 부딪히는 문제로 환자의 경과를 정확히 예측할 수 있는 도구가 없다는 점에서 쉬운 결정이 아니다. 치료 후 환자가 효과를 보이는 10%에 속하면 다행한 일이나, 효과가 없는 90%인 경우 도움은 받지 못하고 부작용으로 고통을 받게 되는 결과일 수 있어 불필요한 치료를 받은 셈이 된다.

2) 회생가능이 없는 환자에 있어 생명유지 치료의 중단

환자가 회복의 가능성이 없을 때 단지 생명을 연장하기 위한 의료 행위가 환자 자신에게 오히려 고통을 준다면 그것은 비인간적인 행위라는 발상이 바로 생명유지 치료를 중단하는 실질적인 근거이다. 그렇다면 회생 불가능의 판단기준을 어디에 두는가의 문제가 야기된다.

의식이 절대적으로 회복될 가능성이 없는 경우를 유지치료 중단의 기준으로 하자는 주장이 있는데 이것은 특히 존엄사(death with dignity)를 주장하는 이들에 의해 강조되는 것으로 이들의 표현을 빌리면 회복의 가능성이 없는 환자에 대한 무익하고 무의미한 치료는 중단하고 환자가 죽음을 자연스럽게 맞이할 수 있도록 조치하여야 한다는 것이다. 즉, 의식회복이 불가능한데 치료를 계속한다는 것은 환자의 인간으로서의 품위 내지는 존엄을 떨어 뜨린다는 주장이다.

환자가 생명의 회복이 불가능하게 된 시점에 있거나, 또는 병원에 운반된 환자가 생명의 구조 가능성이 없다고 진단된 경우, 의사는 생명유지 치료를 행하여야 하는 의무가 반드시 있다고는 할 수 없다. 문제는 이런 경우에 모든 의료적 조치를 중지할 것인가 그렇지 않으면 특정한 의료행위만을 중단할 것인가의 문제가 제기된다.

미국 법원은 회생의 가능성이 없는 환자의 경우 인공호흡기 등의 생명유지 치료는 중단하여도 좋으나 그 이외의 의료, 예를 들어 비경구적 영양 보급 또는 감염방지를 위한 항생제의 투여 등은 중지해서는 안 된다고 주장하고 있으나, 일부학자는 치료의 중단에 한정을 두는 것 자체가 불필요하다고 주장하고 있다. 즉 생명의 회복력이 완전히 없다면 그 환자의 의료적 조치를 취할 의무는 없기 때문에 일절의 연명적 치료는 중지하여도 좋다는 것이다. 실제로 그런 환자에게 생명유지 장치를 제거하면 곧 사망하게 된다는 것이 그 범위를 한정 지을 필요가 없다는 이유이다.

3) 말기환자에서 치료중단의 결정

적극적인 치료가 더 이상의 의미가 없다고 판단케 되는 '말기'라는 판정자체가 환자나 보호자 입장에서는 의료진이 치료를 중단하는 것으로 받아 들이게 된다.

의료현장에서 치료중단이 문제를 야기하는 주된 상황은 의학적 결정에 관여하는 참여자사이의 생명에 대한 가치관(values 혹은 goals)이 다른 경우이다. 예로, 환자(patient)나 보호자(proxy)는 호전될 가능성이 없다고 할지라도 생명을 유지하기 위해 최대한을 노력을 기울여야 한다고 생각하는 반면, 의료진(physician)은 사망이란 피할 수 없는 현상이고 환자를 편안하게 돌보는 것이 더 타당하다고 생각할 수 있다.

Table 2를 보면 환자의 자녀들이 종교의 유무, 민족적 배경, 병원 방문 빈도에 따라 임종 시에 환자에게 인공호흡 시도를 할 것인지, 안할 것인지 결정하는 데 유의적인 영향을 주고 있음을 알 수 있다. 종교가 없는 사람, 병원 방문 빈도가 작았던 사람, 그리고 북미인들이 상대적으로 인공호흡을 원하지 않았다.

의료진과 가족 사이에 생명 유지에 대한 결정에서 현저한 차이가 있을 수 있고 심지어 가족 구성원간에도 차이가 있다. Table 3은 미국의 연구 결과로 부모의 희망 사항과 자식의 선택 사이에는 현저한 차이

Table 2. Characteristics of Offspring and Variables Affecting Their Decision About Resuscitation

Variable	Resuscitate	DNR	Other#
Religious observance			
Ultraorthodox	43.8%	0%	56.2%
Orthodox	33.8	26.7	39.5
Traditional	28.6	28.6	42.8
Secular	12.5	68.8	18.7
Visiting frequency			
> 1/week	33.7	34.8	31.5
< 1/week	0	62.5	37.5
Origin			
Israeli	22.2	44.4	33.3
European	33.3	23.1	43.6
Asian	20.0	43.3	36.7
North American	23.3	66.7	26.7

Other denotes the abdication of the decision to the attending physician, rabbis, court, and/or ethical committee.

Table 3. Patients' Preference as Expressed by Their Offspring and Subsequent Offspring's Requests

Variable	Patient's preferences (n=108)	Identical offspring request(%)	Different offspring request(%)	Other*
Resuscitation	22	50	31.8	18.2
Nutrition & medication	12	91.7	8.3	
No treatment	14	14.3	78.6	7.1
Active euthanasia	8	25	75	
Do not know	52			

* Other denotes leaving the decision to a third party

가 있음을 보여 주고 있는데, 모든 치료 중단을 요청한 부모의 지식 중 78.6%가 부모의 요청에 반대함을 알 수 있다.

말기 환자라 할지라도 적극적인 의료행위가 관행적으로 시행되었던 상황은 다음과 같다.

- 1) 살아 있는 동안 삶의 질을 향상시킬 가능성이 있는 경우
- 2) 환자가 죽기 전 어떤 목표를 꼭 달성할 수 있도록 생존기간연장을 요청할 때
- 3) 장기이식을 염두에 두고, 공여자의 장기의 손상을 최소화하기 위한 처치가 필요할 때
- 4) 모든 수단을 동원하여 임종을 최대한 지연해 주기를 원할 때

3. 미국의사협회(American Medical Association)의 윤리위원회(The Council on Ethical and Judicial Affairs)의 치료중단 결정에 대한 추천 사항

무의미한 진료의 기준, 바꾸어 말하면 치료 중단의 기준을 설정하는 것은 의학적 자료뿐 아니라 가치관의 문제에 근거한 판단이라 확실적인 접근은 쉽지 않다. 의료진, 환자, 그리고 보호자가 모두 합의한, 최선의 올바른 결정을 위해서는 공정하고 단계적인 접근(fair process approach)을 통한 의사결정이 추천된다.

미국의사협회는 다음과 같은 절차를 단계적으로 밟아서 치료중단을 시행하는 것을 추천하고 있다.

- (1 단계) 심각한 의학적 문제가 발생할 경우, 어느 수준까지 치료할 것인가에 대해 환자, 보호자, 의료진 간에 미리 상의하여 합의(advance directives)해두는 것이 가장 바람직하다.
- (2 단계) 환자, 보호자, 의료진 간에 치료의 목표에 대해서 병상에서 결정한다.
- (3 단계) 환자나 보호자가 결정하기 어려울 때는 환자의 후견인(representative), 환자가 자문을 구한 사람(consultant) 등이 의사결정에 참여하도록 한다.
- (4 단계) 상기 절차로 합의에 이르지 못한 경우, 같은 의료기관내의 윤리위원회와 같은 조직에 의뢰한다.
- (5 단계) 윤리위원회의 결정에 대해 의료진이 받아 들이지 않을 경우, 동일 의료기관내의 다른 의사에게 의뢰하여 의견을 구할 수 있다. 한편, 환자나 보호자 쪽이 반대할 경우, 다른 의료기관으로의 전원이 고려 될 수 있다
- (6 단계) 합의가 이루어지지 않고, 다른 의료기관으로의 전원도 여의치 않을 경우, 적극적인 개입은 불가능하다

4. 치료중단과 안락사

치료중단이 일종의 안락사를 의미하는 것이 아닌가 하는 의문점이 제기된다. 치료중단이 생명의 단축을 가져 올 수 있기 때문이다. 대표적인 사례는 다음 두 경우이다.

- 1) 수액주사나 영양제주사를 맞으며 연명중인 환자에서 이 같은 주사를 중단할 때
- 2) 고통을 줄이기 위해 진통제를 지속적으로 주입하여 의식을 회복하기 어려운 경우

이 두 경우는 의료진이 환자의 생존기간에 직접적인 영향을 미치는 경우로 소위 말하는 '소극적 안락사(passive euthanasia)'와의 경계를 긋기가 쉽지 않다. 그러나 우리가 일반적으로 안락사라고 하는 것은 환자의 생명을 끊기 위한 목적으로 환자에게 약물, 의로기를 보조해 주거나 의료인이 직접 약물, 의로기를 사용하는 경우를 말하는 것으로 생명을 살릴 수 없는 환자의 생명 보조 장치 철회는 안락사가 아니다 (Table 4).

Table 4. 치료중단과 안락사의 비교

	치료중단	소극적 안락사
1) Intention	환자의 불필요한 고통을 줄이기 위한 노력	환자의 죽음을 목적으로 한 특정 치료행위의 중단
2) The right to be left alone	expression of negative right (to set limits on the power of others to enter our bodies or direct our lives)	positive request for an active intervention
3) The possibility for continuous care	언제든지 치료중단결정을 철회하고 치료를 계속할 수 있다	Immediate and irreversible

5. 치료중단과 의사-환자의 관계(Doctor-Patient Relationship)

의사는 환자의 병을 낫게 해주기 위해 최선의 노력을 다해야 하는 직업인이다. 그러나, 완치를 기대할 수 없는 불치병환자에서 치료중단을 결정하는 것은 의사-환자의 관계에도 심각한 변화를 요구한다. 치료중단의 결정에 이른 상황에서, 환자에게 의사는 더 이상 신뢰의 대상이 아니며 의사 입장에서 환자는 나쁜 소식을 전해야 하는 불편한 대상이 된다

환자 본인과 보호자의 치료에 대한 입장이 의사와 다른 경우도 있다. 의사가 의학적 판단하에 더 이상의 치료는 환자에게 의미가 없다고 중단을 결정했을 때 환자 혹은 보호자가 동의하지 않을 수 있다. 보호자가 의료진에게 '할 수 있는 모든 것'을 해 달라고 하는 경우에 그 것은 환자의 입장을 배려하기 보다는 보호자 자신의 죄의식과 의료진을 향한 분노로부터 나온 요구일 수도 있음을 고려해야 한다.

반대로 아직 치유 혹은 의미 있는 생명연장의 가능성이 있는 데도 불구하고 환자가 질병과 치료로 인한 신체적, 정신적 고통을 이유로 의료진에게 치료의 중단을 적극적으로 요구할 때도 있다. 또한 경제적인 이유로 환자 혹은 보호자가 치료의 중단을 원할 때도 있다. 의사는 이러한 여러 가지 가능한 상황을 충분히 고려하여 환자와 보호자가 가장 합리적인 결정을 할 수 있도록 도와야 하지만 경제적인 상황은 의사의 의학적 결정에 고려될 수는 없다.

6. 결 론

말기환자의 치료중단은 현실적으로 의료인의 지식과 양심에 의해 결정 된다. 의료현장에서 말기 환자의 치료 중단으로 인해 일어나는 다양한 문제들은 환자나 보호자가 의료진들과 사전에 충분한 공감적 합의가 이루어지지 않은 데에 기인하는 경우가 대부분이다. 치료의 중단을 환자와 보호자가 의료진이 자신들을 더 이상 돌보지 않겠다는 통고로 받아들여지게 되지 않도록, 치료의 초기부터 서로 간에 신뢰를 구축하도록 노력하는 것이 중요하다. 의료진은 질병의 진행 과정에서 환자에게 일어날 수 있는 모든 상황을 처음부터 충분히 환자와 보호자에게 설명하여, 의료진이나 보호자의 입장이 아니라 환자의 입장에서 가장 합리적인 결정을 하도록 도와야 한다.

뇌사라는 단어가 없었고 생명 연장을 도울 수 있는 첨단 의료기술이 존재하지 않던 시대에 환자의 죽음은 자연스러운 것이었다. 그러나 현대 사회의 의학 문화는 환자의 질병, 나이에 상관없이 죽음을 의료의 실패로 받아 들이는 경향이 있다. 그러나 환자가 가능한 품위를 갖추고 편안한 상태에서 죽음을 맞을 수 있도록 도와주는 것 또한 의료인이 할 일임이 간과되어서는 안된다. 치료의 중단은 환자에 대한 보살핌 (care)을 포기하는 것이 아니라 임종의료의 과정으로 이해되어야 한다.

참 고 문 헌

1. 문국진. 생명윤리와 안락사. 여문각 1999.
2. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Decision near the end of life. JAMA(Journal of American Medical Association) 1992;267:2229-2233.
3. Schneiderman LJ, Jecker N, Jonsen A. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Internal Medicine 1990;112:949-954.

4. Teno JM, Murphy D, Lynn J, et al, for the SUPPORT Investigators. Prognosis-based futility guidelines: does anyone win? *J Am Geriatr Soc* 1994;42:1202-1207
5. Teno JM, Lynn J, Philips RS, et al. Do formal advance directives affect resuscitation decisions and the use of resources for seriously ill patients? SUPPORT Investigators. *J Clin Ethics* 1994;5:23-30.
6. Schneiderman LJ, Faber-Langendoen K, Jecker NS. Beyond futility to an ethic of care. *Am J Med* 1994;86:110-114.
7. Brody BA, Halevy A. Is futility a futile concept? *J Med Philos.* 1995;20:123-144.
8. Lantos JD, Singer PA, Walker RM, et al. The illusion of futility in clinical practice. *Am J Med* 1989;87:81-84.
9. Troug RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992;326:1560-1564.
10. Schneiderman LJ. The futility debate: effective v beneficial intervention. *J Am Geriatr Soc* 1994;42: 883-886.
11. Halevy A, Brody B. Multi-institution collaborative policy on medical futility. *JAMA* 1996;267:571-574.
12. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of forgoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med* 1990;18:1435-1439.
13. Kanus WA, Harrell FE, Lynn J, et al. The SUPPORT prognostic model: Objective estimates of survival for seriously ill hospitalized adults. *Annals Internal Medicine* 1995;122:191-203.
14. Sonnenbuch M, Friedlander Y, Steinberg A. Dissociation between the wishes of terminally ill patients and decisions by the offspring. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:599-604.