

## 말기 대장직장암 환자의 호스피스 완화의료

홍영화 · 문도호\* · 이춘섭 · 이주리 · 이정호 · 김유진 · 이태규

샘 안양병원 가정의학과, \*내과

### Hospice and Palliative Care for the Terminal Patients with Colorectal Cancer

Young Hwa Hong, M.D., Do Ho Moon, M.D.\*, Choon Sub Lee, M.D., Ju Ri Lee, M.D., Jung Ho Lee, M.D., You Jin Kim, M.D., and Tae Kgyu Lee, M.D.

Departments of Family Medicine and \*Internal Medicine, Sam Anyang Hospital, Anyang, Korea

**Purpose:** Colorectal cancer is the 4th leading cause of cancer death in Korea and the prevalence is increasing continuously. This study was aimed to figure out the problems through the clinical consideration about terminal colorectal cancer patients who had died in hospice unit. **Methods:** We retrospectively reviewed the medical records in 78 patients with colorectal cancer who had admitted, received palliative care, and died in a hospice unit between April 2003 and November 2006. **Results:** The median age of patients was 59.6 years with 45 men (58%) and 24 women (42%). The median survival in hospice and palliative care was 36 days. The median hospitalization was 22 days. The most prevalent reason for admission was pain (38 patients, 49%), and the most common symptom was also pain (70 patients, 90%). Forty eight patients (62%) took analgesics before hospice referral. Twenty seven patients (65%) of 45 patients with intestinal obstruction have been performed palliative procedures. Median survival of patients with palliative procedure was higher than that of no palliative procedure group (47 days vs 19 days, P-value=0.005). **Conclusion:** The duration of hospice and palliative care was not enough to care the terminal colorectal cancer. Therefore, we suggest that proper education and information should be provided to physician, patients and their family members for effective hospice and palliative care. (Korean J Hosp Palliat Care 2007;10:35-42)

**Key Words:** Hospice and palliative care, Colorectal cancer

### 서 론

의학의 발달로 인구의 고령화가 급속하게 이루어지고 있으나 여전히 암 환자의 발생과 사망률은 점점 증가하고 있는 실정이다. 우리나라의 경우 2006년 11월 통계청에서 발표한 2005년 사망원인 통계연보에 의하면 사망 원인 질환 중 암이 26.7%로 1위를 차지하고 있다. 더욱이 우리나라 5대 사망원인의 변동 추이를 보면 뇌

혈관 질환, 심장 질환에 의한 사망은 감소한 반면 사망 원인 1위인 암은 지속적으로 증가하고 있다.<sup>1)</sup>

이와 같은 증가추세를 고려한다면 앞으로 말기 암 환자의 관리 및 그들의 남은 삶의 질에 대한 가치와 의미가 더욱 중요하게 대두될 것으로 생각되며 호스피스 완화 의료의 역할 또한 점차 늘어날 것으로 전망된다.<sup>2)</sup> 그러나 우리나라의 경우 아직 말기 암 환자의 호스피스 완화의료에 대한 전반적인 사회인식 수준이 낮고 호스피스 완화의료에 임종을 위한 것으로 잘못 인식되어 죽음에 임박한 시점에서야 호스피스 기관에 오는 경우가 많고 이로 인해 효율적인 치료와 신뢰관계 형성에 많은 제한이 따르고 있다.<sup>3-8)</sup>

우리나라에서 결장직장암은 전체 암에서 차지하는

접수일: 2007년 1월 17일, 승인일: 2007년 2월 14일  
교신저자: 문도호  
Tel: 031-467-9103, Fax: 031-465-0676  
E-mail: mdmoon4@hanmail.net

비율이 위암, 폐암, 간암에 이어 4위를 차지하는 암으로 지속적인 증가 추세에 있으며 결장직장암에 의한 사망률 역시 1990년 인구 10만 명당 4.5명에서 2000년 8.9명, 2005년 12.5명으로 급속한 증가 추세에 있다.<sup>9)</sup>

결장직장암의 5년 상대 생존율은 54.8% 정도로 비교적 예후가 좋은 편에 속하나 말기 대장암 환자의 경우 악성 장 폐색에 의한 증상으로 조절이 힘든 경우가 적지 않은 것으로 보고되고 있다.<sup>10,11)</sup> 말기 암 환자에서는 마지막 삶의 질을 위하여 증상 조절이 중요한데, 말기 결장직장암에 대한 국내외 연구가 거의 전무한 실정이다.

본 연구는 호스피스 병동에서 임종한 말기 결장직장암 환자의 임상적 특성과 호스피스 생존기간 및 치료내용에 대한 고찰을 통해 문제점을 살펴보고자 하였다.

## 대상 및 방법

### 1. 대상

2003년 4월부터 2006년 11월까지 샘 안양병원 호스피스 병동에서 말기 결장직장암으로 진단받고 임종한 78명의 환자를 대상으로 하였다.

### 2. 방법

대상자들의 의무기록을 후향적으로 조사하여 호스피스 병동에서 말기 결장직장암으로 임종한 환자들의 임상적 특성을 조사하였다. 임상적 특성은 나이, 성별, 과거 치료 방법, 전이 여부 및 전이 장기, 호스피스 전원의 진통제 사용 유무를 조사하였으며, 호스피스 완화 의료적 특성으로 입원 당시의 증상, 장 폐색 유무 및 완화적 시술 시행 유무, 검사실 소견, 입원 기간, 입원 회수, 활동도(ECOG), 호스피스 전원에서 사망까지의 기간, 호스피스 병동 입원 중 치료 등을 조사하였다. 임상 병리학적인 검사는 입원 3일 이내의 자료를 사용하였다. 수집된 자료는 실수와 백분율, 빈도와 중간 값으로 제시하였으며 통계분석은 SPSS (version 13.0), Kaplan-Meier 방법, Log-rank test를 사용하였으며 유의수준은  $P < 0.05$ 로 하였다.

## 결 과

### 1. 일반적 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 전체 연령의 중간값은 59.6세였고 연령별 분포는 18

세에서 83세까지 다양하였으며 50대와 60대가 많은 비율을 차지하였다. 성별 분포는 남자가 45명(58%), 여자가 33명(42%)으로 남녀비는 남자가 1.36배 정도로 많았다. 78명의 대상군 중 74명(95%)의 환자에서 전이가 있었으며 전이 부위는 간전이 51명(65%)으로 가장 많았다. 전이가 없는 것으로 분류된 4명의 환자는 수술 후 문합부위나 주위 조직에 재발한 경우였다.

과거의 치료 방법으로 수술을 받았던 환자가 45명(58%)으로 가장 많았으며 항암치료도 42명(54%)으로 비슷한 빈도를 나타내었는데, 이 중 수술 후 보조적 항암요법을 받은 환자가 32명이었으며, 재발이나 전이에 의한 완화적 항암요법을 받은 사람이 10명이었다. 본원 호스피스 전원 이전의 의료 이용 형태를 보면 대상자 78명 중 52명(67%)이 다른 3차 의료 기관에서 말기 암으로 보존적 치료를 받다가 전원되었고, 4명(5%)은 본원의 타과에서 의뢰된 경우였으며, 22명(28%)은 말기 암으로 진단 받은 이후 치료를 받지 않았고, 이 중 3명(4%)은 민간요법에만 의존한 상태였다.

호스피스 등록 이전에 진통제를 복용하고 있던 환자는 48명(62%)이었으며 이 중 34명(71%)은 마약성 진통제를 복용하고 있었다.

Table 1. Characteristics of 78 patients.

Median age (yrs)		59.6
Sex	Male	45 (58%)
	Female	33 (42%)
Diagnosis	Colon	50 (64%)
	Rectum	26 (33%)
	Double origin	2 (3%)
Metastases	No	4 (5%)
	Yes	74 (95%)
	Liver	51 (65%)
	CP	19 (24%)
	Lung	12 (18%)
	Bone	7 (9%)
	Lymph node	5 (6%)
	Brain	2 (2.5%)
Previous treatment	None	22 (28%)
	Surgery (OP)	45 (58%)
	Chemotherapy (CT)	42 (54%)
	Radiation therapy (RT)	18 (23%)
	All (OP+CT+RT)	11 (14%)
Analgesics (before hospice care)	Yes	48 (62%)
	Opiumid	34 (71%)*
	Non-opiumid	14 (29%)*
	No	30 (38%)

\*% of 48 patients. CP: carcinomatosis peritonei

2. 호스피스 완화의료와 관련된 특성

호스피스 완화의료와 관련된 임상적 특성을 살펴보면 Table 2와 같다.

입원 이유는 통증이 39명(49%)으로 가장 많았으며, 호스피스 완화 의료 동안 입원 횟수는 한 번이 54명(69%), 두 번 15명(19%)으로 임종을 위해 입원하는 경우가 많은 것으로 조사되었다. 활동도(ECOG)는 2점이 7명(9%), 3점 44명(56%), 4점 27명(35%)으로 대부분의 시간을 누워서 보내는 환자가 많았다.

호스피스 입원 기간 중 증상은 통증이 70명(90%)으로 가장 많았으며 그 외 수면장애, 위장관 출혈, 구갈, 변비, 누관, 욕창 등의 증상이 있었다.

Table 2. Characteristics of 78 patients (II).

Reason for admission	Pain	38 (49%)	
	Poor oral intake	18 (23%)	
	nausea, vomiting		
	Mental change	8 (10%)	
	Abdominal distension/edema	8 (10%)	
	Dyspnea	6 (8%)	
Number of admission	1	54 (69%)	
	2	15 (19%)	
	3	4 (5%)	
	≥4	5 (7%)	
ECOG	2	7 (9%)	
	3	44 (56%)	
	4	27 (35%)	
Symptom	Pain	70 (90%)	
	General weakness	65 (83%)	
	Anorexia/nausea/vomiting	62 (79%)	
	Mental change	30 (38%)	
	Abdominal distension/ascites	25 (32%)	
	Peripheral edema	24 (31%)	
	Dyspnea	13 (17%)	
	Intestinal obstruction	No	40 (51%)
		Yes	38 (49%)
	Laboratory finding	Hypoalbuminemia (Alb < 3.0 g/dl)	52 (67%)
Anemia (Hb: male < 12 g/dl female < 11 g/dl)		61 (78%)	
Hyponatremia (Na < 135 mmol/L)		63 (81%)	
Jaundice (Bilirubin > 2.0 mg/dl)		21 (27%)	
Thrombocytopenia (PLT < 150 K/ul)		14 (18%)	
Renal insufficiency (Cr > 1.4 mg/dl)		8 (10%)	
Median duration of hospitalization (days)		22	
Median survival (days)		36	

장폐색이 있었던 환자는 38명(49%)이었으며 이중 완화적 시술을 받은 사람은 27명(71%)이었으며, 완화적 시술의 종류로는 잘록창자장념술(colostomy)이 19명(70%)으로 가장 많았다.

입원 기간 중 측정된 검사실 이상 소견으로는 저 알부민 혈증이 52명(67%), 빈혈이 61명(78%)의 환자에서 나타나 다수의 환자에서 전신 영양상태가 악화되어 있었으며, 황달 소견을 보인 21명(27%)중 20명에서는 간 전이가 있었다.

호스피스 병동에 입원한 기간의 중간값은 22일이었고 호스피스 전원 시부터 사망하기까지 생존기간의 중간값은 36일이었다. 호스피스 생존기간 동안의 생존곡선은 Fig. 1에 나타내었다. 또한 장 폐색에 대한 완화적 시술 여부에 따른 생존기간을 Fig. 2에서 비교하였는데, 완화적 치료 군에서 중간 생존기간이 47일, 비 치료군

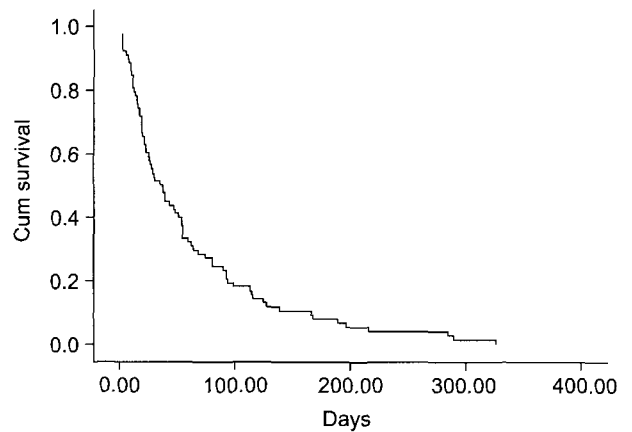


Fig. 1. Survival curve during hospice and palliative care.

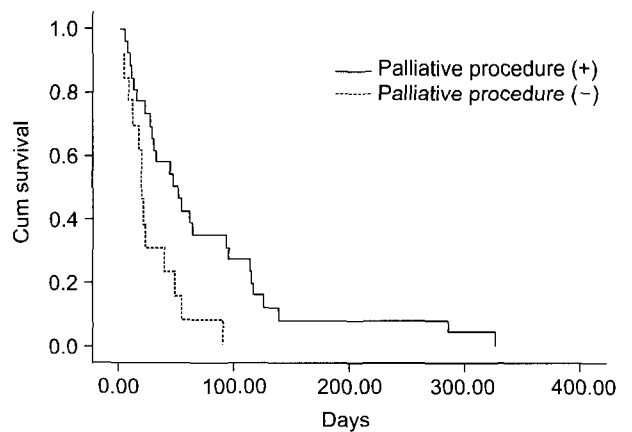


Fig. 2. Comparison of the survival curves for patients with malignant intestinal obstruction between the groups with and without palliative procedure.

Table 3. Treatment during hospice admission.

Pain control	Opioid	66 (85%)
	IV morphine	54 (69%)
	MS-contin	13 (17%)
	Oxycodone	12 (15%)
	Fentanyl patch	38 (49%)
	Tramadol	16 (21%)
	Non-opioid	11 (14%)
Palliative procedure for the intestinal obstruction	NSAIDs	8 (10%)
	Acetaminophen	6 (8%)
	No	11 (29%)*
	Yes	27 (71%)*
	Colostomy	19 (70%) <sup>†</sup>
Sedation	Loop-ileostomy	4 (15%) <sup>†</sup>
	Stent	4 (15%) <sup>†</sup>
	Yes	23 (29%)
	Midazolam	13 (57%) <sup>‡</sup>
	Lorazepam	7 (30%) <sup>‡</sup>
Transfusion	Diazepam	3 (13%) <sup>‡</sup>
		12 (15%)
Ascites control	Pigtail drain	2 (2.5%)
	Tapping	8 (10%)
	number 1	2
	2	2
	3	1
	≥4	3

\*% of 23 patients, <sup>†</sup>% of 27 patients, <sup>‡</sup>% of 23 patients

에서 19일로 통계적으로 유의하게 완화적 치료 군에서 생존기간이 증가되었다.

### 3. 호스피스 병동 입원 중 치료

호스피스 병동 입원 기간 중 치료 내용을 Table 3에 나타내었다. 통증 조절을 위해 66명(85%)의 환자에서 마약성 진통제가 사용되었으며, 주사용 몰핀은 54명(69%)의 환자에서 10~120 mg 정도의 용량이 사용되었으며 경구용 몰핀(MS-contin)은 13명(17%)의 환자에서 10~300 mg 정도의 용량, oxycodone (oxycontin)은 12명(15%)의 환자에서 10~90 mg 정도의 용량, fentanyl patch (Durogesic patch)는 38명(49%)의 환자에서 25~225 mcg/h 정도의 용량이 사용되었다. 비마약성 진통제로는 주로 NSAIDs, Acetaminophen 계열이 사용되었다.

또한 임종기에 23명(29%)의 환자에서 진정제가 사용되었으며 사용된 약물은 midazolam이 13명(57%)으로 가장 많았다.

12명(15%)의 환자에서 수혈요법이 이루어졌으며 복수 조절을 위해 8명(10%)의 환자에서는 복수천자, 2명(2.5%)의 환자에서는 복수에 대한 pigtail 삽입술이 시행되었다.

Table 4. Univariate analysis of prognostic factors for survival.

Variables	Number	Median survival (days)	P-value	
Age	≥60	41	25	0.163
	<60	37	48	
ECOG	2 or 3	51	39	0.013
	4	27	19	
Obstruction	Yes	40	29	0.481
	No	38	37	
Sedative use	Yes	23	54	0.189
	No	55	29	
Hypoalbuminemia (albumin < 3.0 g/gl)	Yes	52	28	0.162
	No	26	44	
Jaundice (Bilirubin > 2.0 mg/dl)	Yes	21	17	<0.0001
	No	57	54	
Proteinuria	Yes	30	31	0.003
	No	48	44	

### 4. 생존기간에 영향을 미치는 요인의 단변량 분석

환자의 연령, 활동도, 장 폐색 유무, 진정제 사용 여부, 검사소견(알부민, 황달, 단백뇨)에 따른 생존기간을 Table 4에 나타내었다. 활동도가 낮은 경우(P=0.013), 황달이 있는 경우(P<0.0001), 단백뇨가 있는 경우(P=0.003)에 통계적으로 유의하게 생존기간이 짧은 것으로 나타났다.

## 고 찰

우리나라의 말기 암 환자는 매년 증가하여 일 년에 5~6만 여명에 달하고 있으며 암 환자와 가족을 포함한 20~30만 여명이 암 자체와 환자 관리를 위한 부담으로 고통 받고 있다. 최근 말기 암 환자에서 중요한 것은 삶의 질의 문제, 즉 보다 나은 삶을 살았다고 환자 자신이 느끼게 해주는 것이라는 시각이 대두되고 있다. 그러나 아직까지 우리나라의 말기 암 환자들은 의료의 중심에서 소외되어 있으며 응급실을 전전하거나, 3차 의료기관에 장기간 입원하거나 민간요법, 대체요법 혹은 비정상적인 의료 행태에 의존하는 경향을 보이고 있다.<sup>12,13)</sup>

일반적으로 이상적인 호스피스 완화의료를 위해서는 적어도 3개월 정도의 기간이 요구된다고 말하나 대부분의 호스피스 완화의료 환자들은 임종 1개월 이내의 짧은 기간 동안 머물러 있는 것으로 보고되고 있다.<sup>5-8)</sup> 말기 암 환자의 생존기간 추정에 대한 윤 등<sup>14)</sup>의 연구에 따르면 말기 판정 당시를 기준으로 했을 경우 중앙 생

존 기간이 11주였으나 호스피스 기관에 의뢰된 시점을 기준으로 한 생존기간은 1개월 전후(25~36일)로 상대적으로 짧았다.<sup>8,15)</sup> 본 연구에서도 호스피스 병동으로 전원으로부터 입종 시까지 생존 기간의 중간값은 36일 정도로 이전의 연구들과 비슷하였다. 본원의 호스피스 병동은 주로 지역 주민이 이용하는 2차 의료기관에 속해 있기 때문에 다른 3차 의료기관에서 말기 암 상태로 판단되어 보존적인 치료를 받던 중 연고지 관계와 경제적 이유로 본원으로 의뢰된 경우가 가장 많았으며, 대상자인 78명 중 22명(28%)은 말기 암 진단을 받은 후 전혀 치료를 받지 않았고, 3명(4%)은 민간요법에 의존하여 지내다가 본원 호스피스 병동에 의뢰되었다. 윤 등<sup>16)</sup>은 암환자가 말기 판정을 받은 후 약 3분의 1의 환자들이 의료적인 진료를 전혀 받지 않았으며, 4분의 1이 넘는 환자들은 치료효과가 입증되지 않은 민간요법을 받았다고 보고하면서, 경제적으로 막대한 손실을 초래할 뿐 아니라 인생을 정리하고 보람 있는 삶을 살아야 할 중요한 시기를 낭비하지 않도록 의료진의 적절한 증상 치료와 지지, 그리고 올바른 안내가 필요하다고 하였다.

호스피스 의뢰시의 활동도(ECOG)를 살펴보면 2점이 7명(9%), 3점이 44명(56%), 4점이 27명(35%)으로 대다수의 환자가 거의 누워지내는 것을 볼 수 있다. 윤 등<sup>17)</sup>의 연구에 의하면 ECOG 3 혹은 4점인 환자가 약 48% 정도였으나 본 연구에서 더 높게 나타난 이유는 타 병원에서 보존적 치료를 하다가 전원된 환자가 많았기 때문인 것으로 생각된다. 그동안 여러 연구에서 말기 암 환자의 활동도가 생존기간과 의미 있는 연관이 있는 것으로 나타난바 있으며<sup>18,19)</sup> 본 연구에서도 활동도와 호스피스 생존기간에 대한 단변량 분석 결과 활동도 2 혹은 3점인 환자군에서 생존기간이 39일, 활동도 4점인 환자군에서는 생존기간이 19일로 나타나(P-value: 0.013) 활동도가 낮은 경우 생존기간이 유의하게 감소하는 것으로 나타났다. 그러나 다변량 분석이 이루어지지 못했으며 이 등<sup>20)</sup>의 연구에서도 언급된 바와 같이 환자의 수행능력상태는 수행능력상태가 낮을수록 임종이 임박했음을 시사할 수 있지만 수행능력상태가 높을 경우 반드시 긴 생존율을 의미하지는 못한다.<sup>21)</sup>

호스피스 병동 입원 시의 증상을 살펴보면 이전의 문 등<sup>3)</sup>의 보고에서 나타나듯이 통증 관리가 가장 큰 이유였다. 대상 환자 중 38명(49%)의 환자들이 통증을 입원의 주된 사유로 꼽았으며 70명(90%)의 환자에서 입원 기간 중 통증을 호소하였다. 이 중 66명(85%)의 환자에서 마약성 진통제가 사용되었으며, 주사용과 첩포제 같

은 비경구 투여를 선호한 것으로 나타났다. Twycross<sup>22)</sup>가 말기 암으로 입원한 500명의 환자를 대상으로 시행한 연구에 의하면 대상의 80%가 마약성 진통제를 사용하였으며 그 중 15%만이 비경구 투여로 통증 조절을 받았다고 하며, 국내의 연구에서도 최 등<sup>23)</sup>의 임종 진료에 관한 연구에 의하면 경구투여가 56.6%, 비경구 투여가 18.2%인 것으로 나타나 본 연구의 결과와는 다소 차이가 있었다. 미국의 국립 호스피스 연구 보고서<sup>24)</sup>에 의하면 생의 마지막 수 주 동안 약 20%의 환자는 조절되지 않는 심한 지속적인 통증을 경험한다고 하며 임종이 가까울수록 통증의 강도가 더 증가하는 것으로 알려져 있다. 본 연구의 대상군은 임종을 앞둔 환자가 많았던 관계로 경구 투여가 힘든 경우가 많았고, 급격한 증상 변화에 대한 조치를 위해 비경구용 주사제 및 첩포제가 많이 쓰였던 것으로 생각된다.

호스피스 의뢰 이전 진통제 사용의 유무를 살펴보면 48명(62%)에서 진통제를 사용하고 있었으며 그중 31명(65%)에서는 마약성 진통제를 사용하고 있었던 것으로 나타났다. 이는 의사가 환자의 통증을 과소평가하거나 마약성 진통제에 대한 지식의 부족과 두려움으로 인해 통증치료에 다소 소극적이라는 이전의 연구 결과<sup>25)</sup>에 비해 다소 긍정적인 결과로 보이며, 그간 암성 통증 및 증상조절에 대한 의료진의 인식 수준이 점진적으로 향상되고 있는 것으로 생각된다. 그러나 아직까지 여전히 불충분한 통증 관리가 되고 있으며 의사와 환자, 가족 교육이 지속적으로 이루어져야 할 것으로 보인다.

과거 국내에서 조사된 암 환자의 증상에 관한 연구를 살펴보면 이 등<sup>26)</sup>이 강남 성모병원 호스피스 병동 환자를 대상으로 하여 암 환자에게 흔한 증상으로 통증, 수면 장애, 식욕부진, 무기력 등을 보고한 바 있으며, 이 등<sup>27)</sup>이 여러 병원 암 환자를 대상으로 한 다 빈도 증상을 보면 무기력, 구갈, 통증, 가려움증, 순으로 높았다. 본 연구에서는 통증, 오심, 구토, 복부 팽만 등의 빈도가 상대적으로 높았는데, 이는 소화기 암의 특성인 동시에 말기 결장직장암 환자에서 악성 장폐색의 빈도가 상대적으로 높아 그에 따른 증상의 빈도가 증가했을 것으로 생각된다. 말기 결장직장암에서 나타나는 장 폐색은 난소암이나 위암, 췌장암 등에 비해 주로 종양에 의한 직접적인 폐색과 복막진이에 의한 하부 장관의 폐색이 많고 그로 인한 복부 팽만, 통증이 상대적으로 심한 것으로 되어있다.

말기 암 환자에서 장폐색은 약 3% 정도에서 발생하며 주로 결장직장암과 난소암에서 발생하는 것으로 보

고되고 있다.<sup>28)</sup> 말기 악성 위장관 폐색의 다양한 증상은 대증적 요법으로 잘 조절되지 않으며 영양결핍을 유발하여 삶의 질을 낮추고 위장관 폐색이 있는 말기 암 환자의 예후는 나쁜 것으로 알려져 있다. 그러나 완화적 시술로 이러한 폐색 증상을 완화시켜 말기 암 환자의 삶의 질을 높여줄 수 있으며 생존기간도 연장시킬 수 있다는 여러 연구 결과들이 보고되고 있다.<sup>29-31)</sup> 그렇지만 말기 암 환자는 대부분 전신 상태가 양호하지 못하고 오히려 시술의 합병증이나 부작용으로 생명이 단축되지 않을까 하여 주저하는 경향이 있고 의사들도 환자의 상태가 좋지 않아 적극적인 권고를 주저하는 경향이 있다. 본 연구에서는 78명 중 38명(49%)의 환자에서 장 폐색 증상이 있었는데 그 중 완화적 시술을 받은 27명에서는 호스피스 중간 생존기간이 47일, 받지 않은 11명에서는 19일로 나타나 완화적 시술을 받은 그룹에서 통계적으로 유의하게 연장된 사실을 알 수 있었다. 그러나 환자의 전신 상태에 따라 완화적 시술의 여부가 좌우된다는 점을 고려할 때 완화적 시술을 받은 군에서 생존기간이 길었던 것은 시술을 받았기 때문이 아니라 환자의 전신 상태가 시술을 받을 수 있었기 때문이라 생각할 수 있다. 따라서 말기 결장직장암 환자의 장 폐색은 완화적 시술이나 수술의 적응증이 된다면 적극적으로 고려하는 것이 생명 연장 뿐 아니라 삶의 질 측면에서도 좋을 것으로 생각된다.

말기 암 환자의 증상 조절에서 어떠한 약물에도 반응하지 않는 일부의 경우 진정제의 사용이 도움이 되는 것으로 알려져 있다.<sup>32,33)</sup> 외국의 경우 말기 암 환자에서 증상 조절을 위해 진정제를 사용하는 경우는 50% 정도에 해당하며, 그 중 반 이상은 심한 통증이나 호흡곤란, 섬망, 지속적인 구토 증상에서 사용하는 것으로 알려져 있다.<sup>32,34)</sup> 국내의 연구에서도 안 등<sup>35)</sup>에 의하면 진정제를 사용한 환자가 35.3%였으며 사용한 진정제의 종류는 lorazepam 67.3%, haloperidol 38.2%, diazepam 32.7% 순이었다. 본 연구에서는 29%에서 진정제를 사용한 것으로 나타나 다른 연구들에 비해 다소 적은 것으로 나타났다. 이는 진정제의 사용이 환자의 생존에 영향을 미치는 것이 아닌가 하는 두려움과 진정제 사용에 대한 윤리적인 갈등 때문인 것으로 생각된다. 그러나 진정제의 사용 여부가 말기 암 환자의 생존율에 영향을 미치지 않음은 이미 알려져 있는 사실이다.<sup>32)</sup> 진정제 사용 약물은 본 연구의 경우 midazolam이 57%로 가장 많이 사용되었는데 작용 시간이 짧고, 짧은 시간 내에 증량할 수 있으며, 지속적인 정주가 가능하여 증상 조절에 유용하

기 때문으로 생각되며 이는 외국의 경우와도 일치하는 결과이다.<sup>32,36)</sup>

생존기간을 좀 더 정확히 예측하기 위해 검사소견과의 관련성이 연구되고 있는데 국내에서는 이 등<sup>20)</sup>의 연구에 의하면 알부민 수치가 낮을수록, 황달이 있는 경우, 단백뇨가 있는 경우에 환자의 생존기간이 짧다고 보고한 바 있다. 본 연구에서도 황달이 있는 경우와 단백뇨가 있는 경우 단변량 분석에서 생존기간이 유의하게 감소한 것으로 나타났다.

본 연구는 여러 가지 제한점이 있다. 일개 2차 병원만을 대상으로 하였고 환자수가 적어 일반화하기에는 무리가 있으며, 대부분의 환자가 타병원에서 진단 받고 치료받다가 말기 상태로 본원에 의뢰된 경우가 많고, 후향적으로 의무기록을 조사한 탓에 환자에 대한 정보가 다소 제한되어 있어서 결장직장암의 개별적인 특성이나 다른 암과의 차이점을 구체적으로 분석하고 비교하는데 한계가 있었다. 또한 환자의 호스피스 완화의료에 대한 만족도나 삶의 질의 측면을 연구하지 못하여 향후 이 부분에 대한 연구가 더 있어야 할 것으로 생각된다.

결론적으로 말기 결장직장암 환자에 대한 임상적 고찰에서 이전의 연구들과 비슷하게 호스피스 완화의료기간이 짧았음을 확인할 수 있었고, 최근 우리나라에서도 말기 암 환자와 가족의 삶의 질 향상을 위한 호스피스 완화의료의 제도화 필요성에 대한 공감대가 사회 전반에 형성되고 있으나 아직까지는 의사와 환자, 가족의 인식이 부족한 것으로 판단되며, 적절하고 효과적인 호스피스 완화 의료를 위해서는 향후 지속적인 교육과 관심이 필요하다고 생각된다.

## 요 약

**목적:** 결장직장암은 우리나라 암 사망 원인 중 4번째를 차지하는 암으로, 현재 지속적인 증가추세에 있다. 본 연구는 호스피스 병동에서 임종한 말기 결장직장암 환자의 임상적 특성과 호스피스 생존기간 및 치료 내용에 대한 고찰을 통해 문제점을 살펴보고자 하였다.

**방법:** 2003년 4월부터 2006년 11월까지 샘 안양병원 호스피스 병동에서 말기 결장직장암으로 임종한 78명의 환자를 대상으로 후향적으로 의무기록을 조사하였다.

**결과:** 78명의 말기 결장직장암 환자 중 남자가 45명(58%), 여자가 24명(42%)으로 남자가 1.36배 많았으며

평균연령의 중간값은 59.6세였다. 호스피스 등록 이전에 진통제를 복용하고 있던 환자는 48명(62%)이었으며 이 중 31명(65%)은 마약성 진통제를 복용하고 있었다. 가장 흔한 증상은 통증으로 70명(90%)이 호소하였으며 가장 많은 입원 이유 역시 통증으로 38명(49%)이었다. 호스피스 병동에 입원한 기간의 중간값은 22일이었고 호스피스 전원 시부터 사망하기까지 생존기간의 중간값은 36일이었다. 장폐색이 있었던 환자는 38명(49%)이었으며 이중 완화적 시술을 받은 사람은 27명(71%)이었다. 완화적 인공관 삽입이나 수술을 받은 완화적 치료 군에서 중간 생존기간이 47일, 비 치료 군에서 19일로 통계적으로 유의하게 완화적 치료 군에서 생존기간이 증가되었다.

**결론:** 말기 결장직장암 환자에 대한 임상적 고찰에서 이전의 연구들과 비슷하게 호스피스 완화의료 기간이 짧았다. 적절하고 효과적인 호스피스 완화의료를 위해서는 의사와 환자, 가족에 대한 지속적인 교육과 관심이 필요하다고 생각된다.

**중심단어:** 호스피스 완화의료, 결장직장암

### 참 고 문 헌

- 통계청. 2005년 사망원인 통계연보. Available form: www.nso.go.kr
- Hadorn DC. the Oregon priority-serring exercise: quality of life and public policy. Hastings Cent Rep 1991;21:S11-6.
- 유상연, 염창완, 이해리, 이용재, 안미홍. 호스피스 케어를 위해 입원한 말기 암 환자의 사망 직전 의료비용 실태조사. 한국호스피스완화의료학회지 2002;2:146-54.
- Lamont EB, Christakis NA. Physician factors in the timing of cancer patient referral to hospice palliative care. Cancer 2002; 10:2733-37.
- 문도호, 최화숙, 이명아, 우인숙, 강진형, 홍영선 등. 호스피스 병동에서 임종한 말기 암 환자의 임상적 고찰. 대한내과학회지 2004;67:341-8.
- Christakis NA, Iwashyna TJ. The impact of individual and market factors on the timing of initiation of hospice terminal care. Med Care 2000;38:528-41.
- Christakis NA, Escarce JJ. Survival of Medicare patients after enrollment in hospice programs. N Engl J Med 1996;335:172-8.
- Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in physicians' prognosis for terminal patients: prospective cohort study. Br Med J 2000;320:469-73.
- 국가암정보센터. 암통계. Available from: www.cancer.go.kr
- Phillips RKS, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction. Br J Surg 1985;72:296-302.
- Baines MJ, Oliver DJ, Carter RL. Medical management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease: a clinical and pathological study. Lancet 1985;990-3.
- 허대석. 한국의 말기암 환자의 현황. 대한가정의학회지 1998;19:987-91.
- 김준석. 우리나라 호스피스완화의료의 현주소와 전망. 대한내과학회지 2004;67:327-9.
- 윤영호, 허대석, 배종면, 임석아, 유태우, 허봉렬 등. 말기 암 환자의 생존기간 및 예후인자에 관한 후향적 코호트 연구. 대한암학회지 1998;30:384-93.
- Reuben DB, Mor V, Hiris J. Clinical symptoms and length of survival in patients with terminal cancer. Arch Intern Med 1988;148:1586-91.
- 윤영호, 허대석, 전효이, 유태우, 김유영, 허봉렬. 말기 암 환자들의 의료이용 형태. 대한가정의학회지 1998;19:445-51.
- 윤영호, 허대석, 김홍수, 오상우, 유태우, 김유영 등. 말기 암 환자의 통증 및 통증관리에 영향을 미치는 요인. 한국호스피스완화의료학회지 1998;1:23-9.
- Bruera E, Miller MJ, Kuehn M, MacEachern T, Hanson J. Estimate of survival of patients admitted to a palliativecare unit: a prospective study. J Pain Symptom Manage 1992;7:82-6.
- Schonwetter RS, Teasdale TA, Storey P, Luchi RJ. Estimation of survival time in terminal cancer patients: an impedance to hospice admissions? Hospice J 1990;6:65-79.
- 이도행, 김수현, 최윤선, 천병철, 홍명호, 조경환 등. 진행된 암환자에서 수행능력상태와 임상증상 및 검사소견이 생존기간에 미치는 영향. 대한가정의학회지 2001;22:1794-805.
- Miller RJ. Predicting survival in the advanced cancer patients. Henry Ford Hos Med 1991;39:81-4.
- Twycross RG. THE use of narcotic analgesics in terminal illness. J Med Ethics 1975;1:10-17.
- 최윤선, 홍명호. 임종 진료에 관한 연구 -말기 암환자의 통증조절-. 대한가정의학회지 1995;16:269-85.
- Morris JN, Mor V, Goldberg RJ, Sherwood S, Creer DS, Hiris J. The effect of treatment and patient characteristics on pain in terminal cancer patients: a report from the National Hospice Study. J Chron Dis 1986;39:27-35.
- 윤영호, 김철환. 암성통증 관리에 관한 전공의들의 지식 및 태도. 대한가정의학회지 1997;18:591-600.
- 이경식, 한성숙, 홍영선. 말기 쉬운 호스피스 완화의학. 서울: 성서와 함께; 1996.
- 이명아, 염창환, 최윤선, 장세권, 박진노, 송찬희 등. 암 환자의 통증 외 증상의 빈도 및 고통 지수 조사 -“표준형 성인 암성 통증평가 도구” 개발을 위해-. 한국 호스피스완화의료학회지 2004;7:45-50.
- Phillips RKS, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction. Br J Surg 1985;72:296-302.
- 문도호, 전승민, 이나리, 박길효, 차병효, 이채영. 말기 암 환자에서 악성 위장관 폐색의 임상적 특성. 대한내과학회지 2006;70:157-64.

- 30) Lau PW, Lorentz TG. Results of surgery for malignant bowel obstruction in advanced, unresectable, recurrent colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1993;36:61-4.
  - 31) 문도호, 최화숙. 말기암 환자의 악성 장 폐색. *한국호스피스 완화의료학회지* 2004;7:214-20.
  - 32) Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine. *Supportive care cancer* 2001;9:403-7.
  - 33) Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10:31-8.
  - 34) Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Cheng SY, Chen CY. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:467-72.
  - 35) 안미홍, 염창환, 이해리. 말기 암환자에서 진정제 사용 실태 조사. *대한가정의학회지* 2002;23:521-6.
  - 36) Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med* 1997;11:140-4.
-