



암 치료팀과 완화의료팀과의 파트너십 및 협력방안

김도연

동국대학교 의과대학 일산병원 종양내과학교실



서론

암 치료의 목표는 종양 크기의 감소와 생명 연장에 국한되는 것이 아니라 환자의 여생을 질적으로 향상시키는 것이다. 1996년 미국 암학회(American Society of Clinical Oncology; ASCO)에서는 암 환자 치료의 결과에 ‘환자 관련 결과(Patient outcome)’와 ‘종양 관련 결과(Tumor outcome)’에 대해 분리하여 제시한 바 있다.¹ 환자 관련 결과물은 생존이라는 양적인 면과 삶의 질이라는 질적인 면이 해당되고 암 관련 결과물은 반응률, 반응 기간, 진행까지의 시간이 해당이 된다. 현재까지 임상인들의 치료 결정에 영향을 미치는 지표는 암 관련 결과물로서 환자 관련 결과물, 특히 삶의 질과 연관된 사항은 치료 결정에 별로 영향을 미치지 않고 관심을 두지 않아 왔다. 삶의 질 연관하여 핵심 요소는 환자가 불편해 하는 모든 신체적, 정신적, 영적 증상에 대한 적극적인 경감이며 이는 Portenoy 등의 연구에서 말기 병기뿐만 아니라 모든 병기의 암에서 증상빈도가 매우 흔하며(한 암환자가 갖는 증상의 개수는 11.5±6)이며 증상의 수가 많을수록 삶의 질은 불량해진다는 보고로 입증된다.² 증상 빈도는 물론 병이 진행될 수록 더 많은 정신 신체적 증상의 수와 강도 정도가 증가될 것이고 이는 진행 및 말기 암환자에서 적극적 증상 조절 개입으로 충분히 삶의 질을 향상시킬 수 있음을 시사하는 바이다.

암 환자를 진료하는 의사의 역할

암 환자를 진료함에 있어 항암치료와 증상완화 치료의 두 분류로 분명히 분류하는 것은 더 이상 적절하지 않다. 암 환자를 진료하는 의사는 환자의 암 진단부터 병의 전 경과동안 항암치료, 증상조절 및 심적 지지를 해주는 것을 포함하여야 하는 것은 당연한 일이다. 종양내과의 임상적 역할은 Catane과 Cherny이 제시한 바 표 1과 같고 이에 의하면 종양학에 완화 돌봄을 통합하는 것을 시사되고 있다.³ 또한 최근 유럽암학회에서는 암 환자를 진료하는 의사들이 갖추어야 할 네가지 필수 사항을 제시하였는데 이는 다음과 같다.⁴ 1) 암환자들의 증상 완화를 가장 우선 순위로 한다. 이를 위하여 암 환자를 진료하는 의사들의 의식을 바꾸는 과정이 가장 첫 번째로 필요하다. 또한 증상 조절이 암 환자 치료의 하나의 근간임을 강조하고 암 관련 저널에 완화의료 관련 주제의 논문 발표를 권장한다. 2) 종양학에 완화 돌봄을 통합하는 임상 프로그램을 정립한다. 3) 암 관련 임상시험에 정신신체 증상과 삶의 질 평가에 대한 연구를 하며 종양 내과의 및 암 환자를 진료하는 의료인의 자격 인증에 완화 돌봄의 지식과 자질을 증명한다. 그렇지만 이런 권고 및 지시에도 불구하고 불행하게도 여러 보고들은 암 환자를 진료하면서 의료진들이 통증조절의 미숙과 최적의 완화돌봄을 제공하는 것이 미숙함을 보여 주고 있다.^{5,6}

표 1. 종양내과의사의 임상적 역할.

<p>예방적 종양 (Preventive oncology) 상담 - 식이 - 금연 - 금주 조기 진단</p> <p>진단적 평가 (Diagnostic evaluation) - 임상소견으로 시사되는 것의 일차평가 - 암병기 설정 - 신체적 평가 - 종양형, 환자의 병기 및 신체상태에 따른 치료 및 돌봄 목표 설정</p> <p>의사소통 (Communication) - 진단을 부분적으로 혹은 전체 다 밝히기 - 치료 상담 - 예후 상담 - 사전의사 결정지시 상담 - 환자와 가족 지지 - 심리지지</p>	<p>항암치료 (Antitumor therapies) 지시 최적의 치료방법의 선택 안전한 투여 부작용에 대한 예방과 조절</p> <p>증상조절 (Symptom control) 신체적 증상 정신적 증상 암의 부작용 치료의 부작용</p> <p>사회 지지의 최적화 (Optimization of social support) 임종 환자의 돌봄 (Care of the dying patient) - 신체 증상 - 정신사회적 증상</p>
--	---

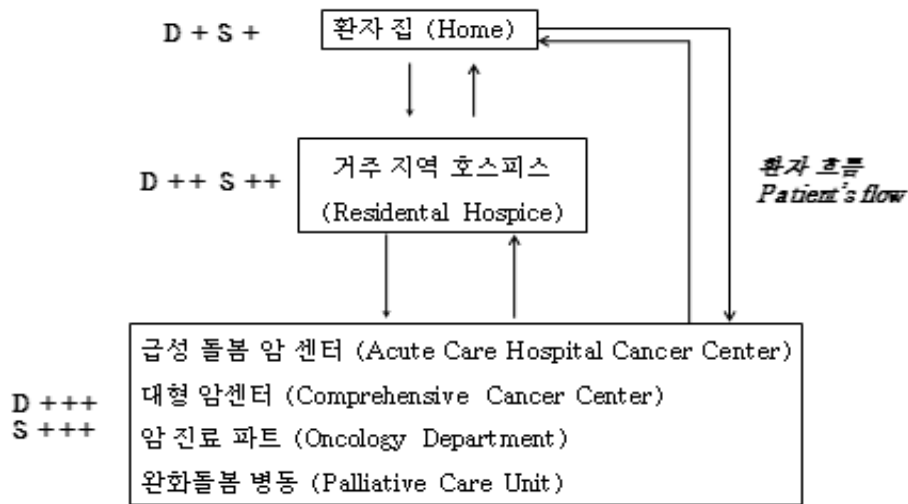


그림 1. 완화의료 돌봄 전달에서 환자의 흐름. D: Level of patient's distress at entry in that setting, S: Support guaranteed in that setting.

종양내과에 완화치료의 통합을 위한 제안

이 문제는 보건 정책적 혹은 각 병원 기관의 문제로 귀결될 수 있으며 각 나라의 의료전달체계에 따라 상황이 틀릴 수 있으나 환자와 가족의 욕구는 일반적으로 적절한 접근과 치료, 추적 관찰 및 접근으로 구성되어 있다. 특히 완화의료 돌봄 모델은 유동성과 통합을 필요로 하고 일차 돌봄으로 모든 환자들의 요구를 만족할 수 없기 때문에 심한 증상조절의 필요가 있는 환자들은 특수 완화 돌봄 병동(Special Palliative Care Unit)을 필요로 한다. 완화 돌봄의 접근은 임종을 앞둔 환자에게 국한적으로 제공되는 것이 아니라 병의 경과에 따라 어느 병기에건 정신신체와 영적 욕구를 만족시킬 수 있는 곳까지 범위가 확대되고 있다.⁷ 완화적 접근은 병의 초기 때 부터 통합되어야 되는 것은

맞지만 강도는 병의 시초와 끝까지 같을 수는 없을 것이다. 대부분의 진행암 초기에 종양학자들의 직접적 역할은 항암치료의 효과에 관심을 두고 직접적인 영향을 미치는 것은 당연하나 병의 마지막 경과시 완화적 지지적 접근은 특별화되고 집중된 완화치료팀을 통해 더 도움을 받고 환자와 가족의 욕구를 적절히 조율하고 치료하면서 총체적인 암환자 돌봄으로 이끌 수 있다. 암 환자를 진료하는 의사들은 환자의 임종 시까지 일차적인 완화돌봄의 제공자로 남아 있어야 하지만 종양내과의사 혹은 이외 암환자 전문진료과의 이름이 있다고 하여 더 만족스런 돌봄을 제공하는 것은 아니다. 가장 중요한 것은 환자의 병의 진행 경과동안 치료의 연속성을 유지하는 것이며, 이 과정이 순조롭지 않았을 경우에는 환자가 암 환자치료팀에 있다가 완화돌봄 치료팀으로 이송되면서 버림(abandonment) 받았다는 느낌을 가질 수도 있다. 이에 Bruera E 등은 의료전달 체계에서 환자에게 돌봄의 연속성을 제공하기 위한 완화 돌봄을 그림 1과 같이 제시한 바 있다.⁸ 이외에도 최근 암센터를 지칭할 때 사용하는 Comprehensive Cancer Center (CCC)는 여명 돌봄과 완화 돌봄의 실질적 접근을 제공하는 계획을 제공하고 정신 육체적 증상의 조절과 암-완화의학 (oncological-palliative programmes)의 임상적, 연구적 접근이 수행되어야 하는 의미를 포함함을 정의한다.⁹ 이미 미국이나 다른 선진 국가에서는 이런 치료의 연속성이 제공되고 있으며 이런 특별 팀 접근은 암센터뿐이 아니고 가정과 호스피스 서비스를 통한 연계로 환자 돌봄의 연속성을 최대한 보장해 줄 수 있을 것이다.^{10,11}

참 고 문 헌

1. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. *J Clin Oncol* 1996;14:671-9.
2. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AN, et al. Symptom prevalence, characteristic and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994;3:183-9.
3. Cherny NI, Catane R. Palliative medicine and the medical oncologist Defining the purview of care *Hemat/Oncol. Clin North Am* 1996;10:1-20.
4. Catane R. The new ESMO Task Force on the integration of palliative care into medical oncology. *ESMO Newsl* 1999;3:8-10.
5. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, et al. Oncologists and primary care physician's attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. *Cancer* 1995;76:2375-82.
6. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Eng J Med* 1994;330:592-6.
7. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A Systemic literature review. *Palliat Med* 1998;12:317-32.
8. Bruera E, Neumann CM. Respective limits of palliative care and oncology in the supportive care of cancer patients. *Support Care Cancer* 1999;7:321-7.
9. Cangialoses CB, Blair AEW, Borchard JS, et al. Purchasing oncology services Summary recommendations. *Cancer* 2000;88:2876-86.
10. von Gusten CF. Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *JAMA* 2002;28:875-81.
11. Ahmedzai SH, Costa A, Blenini C, et al. A new international framework for palliative care. *Eur J Cancer* 2004;40:2192-200.