

암 환자의 삶의 질 향상을 위한 디스트레스 관리 권고안

Recommendations for Distress Management in Cancer Patients

2008년 5월
draft version 1.0

목 차

서론	1
----------	---

I. 권고안 개요	2
-----------------	---

제 1부. 암 환자의 디스트레스

II. 디스트레스의 개념	3
---------------------	---

1. 디스트레스의 정의
2. 디스트레스의 범주
3. 디스트레스의 원인
4. 디스트레스의 악영향
5. 디스트레스 관리의 효과
6. 디스트레스 관리의 장벽

III. 디스트레스의 관리	6
----------------------	---

1. 디스트레스의 선별
2. 선별결과에 따른 관리 모델
3. 디스트레스의 약물요법
4. 디스트레스의 비약물요법

제 2부. 증상별 디스트레스 관리

IV. 우울증의 관리	15
-------------------	----

1. 암 환자의 우울증
2. 우울증의 관리 알고리즘
3. 우울증의 약물요법
4. 우울증의 비약물요법

V. 불안증의 관리	21
------------------	----

1. 암 환자의 불안증
2. 불안증의 관리 알고리즘
3. 불안증의 약물요법
4. 불안증의 비약물요법

VI. 불면증의 관리	25
1. 암 환자의 불면증	
2. 불면증의 관리 알고리즘	
3. 불면증의 약물요법	
4. 불면증의 비약물요법	
VII. 섬망의 관리	29
1. 암 환자의 섬망	
2. 섬망의 관리 알고리즘	
3. 섬망의 약물요법	
4. 섬망의 비약물요법	
부록	32
부록 1. 디스트레스 관리 권고안의 개발 과정	
부록 2. 디스트레스 관리 권고안 개발단	
부록 3. 디스트레스 선별도구: 디스트레스 온도계 및 문제목록	

서론

1. 모든 암 환자는 정도의 차이가 있기는 하지만 정신적 고통(디스트레스)을 겪고 있다.
2. 암 환자를 돌보는 의료진은 환자의 신체적 증상 뿐 아니라 디스트레스에도 관심을 기울여야 한다.
3. 의료진은 디스트레스의 발견, 선별, 자문·의뢰, 치료 등 디스트레스 관리 전반에 대한 교육을 받아야 한다.
4. 환자와 가족은 디스트레스 관리의 중요성에 대한 정보를 제공 받아야 한다.
5. 암 환자의 디스트레스 관리는 통합적인 암 의료의 필수적인 구성요소로서 인정되어야 한다.
6. 암 의료기관 평가에서 디스트레스 관리가 필수적인 항목으로 평가되어야 한다.
7. 암 환자의 디스트레스 관리에 대한 연구가 활성화 되어야 한다.
8. 암 환자의 체계적인 디스트레스 관리에 대한 정책적 지원이 활성화 되어야 한다.

I. 권고안 개요

본 ‘암 환자의 삶의 질 향상을 위한 디스트레스 관리 권고안’은 보건복지가족부의 2008년도 암정복추진연구개발사업 지정과제로 연구비를 지원 받아 개발되었다.

개발 방식은 외국에서 이미 개발된 디스트레스 관리 표준 진료 지침들을 참고하고, 국내외 정신종양학(psycho-oncology) 전문가들의 의견 수렴 및 합의를 통해 1차적인 초안을 만든 뒤, 국내외 정신종양학 관련 문헌의 체계적 고찰을 통해 권고안의 근거를 제시하는 형식으로 진행되었다. 또한 암 환자와 보호자들의 디스트레스 경험에 대한 질적 연구와 암 환자의 주요우울장애, 불안장애 등 정신장애의 유병률 조사, 한국형 디스트레스 선별도구 개발, 그리고 국내 암 의료기관의 심리사회적 지지서비스 현황조사 등을 시행하여 근거를 보완하였다.

□ 본 권고안의 주 이용자는 다음과 같다.

- 암 환자를 돕는 의사, 간호사, 사회복지사, 기타 보건의료인
- 정신보건 전문가(정신과 의사, 임상심리사, 정신보건사회복지사, 정신보건간호사)

□ 본 권고안의 적용 대상자는 다음과 같다.

- 18세 이상의 성인으로, 암을 진단받고 치료 중인 환자
- 암 치료가 종결된 후 추적관찰 중인 환자

□ 본 권고안의 기대 효과는 다음과 같다.

- 의료인의 암 환자 디스트레스에 대한 관리 능력의 향상
- 암 전문 의료기관의 심리사회적 지지서비스의 표준화된 체계와 지침을 제시

□ 본 권고안에 포함되지 못하였지만 향후 보완될 부분은 다음과 같다.

- 암 환자의 가족의 디스트레스에 대한 관리
- 암 환자를 돌보는 의료진의 직무 스트레스와 소진에 대한 관리
- 호스피스 말기암 환자의 디스트레스에 대한 관리
- 소아청소년 암 환자의 디스트레스에 대한 관리
- 암 환자의 사회복지적 요구와 영적 디스트레스에 대한 관리
- 암 환자와 의료진 간의 효과적 커뮤니케이션에 대한 관리

□ 본 권고안에 제시된 내용은 종합병원 암센터 수준에 맞춘 것이다. 각 의료기관의 상황에 따라 수정하여 적용할 수 있다. 향후 정신종양학의 발달에 따라 새로운 연구 결과가 발표되는 것에 발맞추어 본 권고안의 내용도 수정 및 보완될 것이다.

제 1부. 암 환자의 디스트레스

II. 디스트레스의 개념

암 환자가 된다는 것은 매우 놀랍고 두려우며 슬프고 괴로운 경험이다. 암의 경과 중에 암이 진행 되고 전이 되거나, 관해되었다가 재발하거나, 더 이상의 완치 목적의 치료가 불가능할 때, 암 환자의 괴로움은 극에 달한다. 이런 부정적인 감정의 기록이 반복되면서 많은 환자들이 점점 지쳐가게 된다. 암이 완치되고 난 후의 장기 생존자인 경우에도 새 삶에 적응하면서도 그 괴로움에서 쉽게 놓여나지 못하는 경우가 많다.

암 자체의 증상으로도 고통스럽지만 다양한 암 치료법의 부작용에 의해서도 환자들은 고통 받는다. 가정과 직장에서의 일상적인 삶에 지장을 받고 막대한 치료비와 불확실한 미래의 현실적인 문제들 때문에 암 환자들은 근심한다. 또한 환자들은 인생의 의미와 목적에 대한 회의와 신앙에 대한 의문에 빠지는 등 영적인 측면에서 위기를 맞아 괴로워한다.

1. 디스트레스의 정의

암 환자라면 누구나 신체적인 고통 뿐 아니라 정신적인 고통을 겪는다. 원인이 무엇이건 환자가 정신적으로 겪는 고통을 “디스트레스(distress)”라고 한다. 디스트레스라는 용어를 사용한 이유는 단순히 ‘스트레스’라는 단어로 표현되었을 때 환자의 주관적인 어려움이 환자 자신 혹은 의료진에 의해 일상적인 반응으로서 과소평가되어 간과될 수 있는 위험을 줄이고, ‘정신과적’, ‘심리적’, ‘정서적’이라는 단어들보다 낙인의 염려가 없는 단어를 사용하여 환자나 의료진으로 하여금 보다 더 쉽게 받아들일 수 있도록 하기 위함이다.

2. 디스트레스의 범주

암 환자의 디스트레스는 당혹감, 슬픔, 두려움과 같이 일반적으로 느낄 수 있는 정상적인 감정 반응에서 부터 우울, 불안, 공황, 사회적 고립, 실존적 위기와 같이 심리·사회적인 기능 손상을 야기하는 병적인 상태에 이르기까지 다양하다.

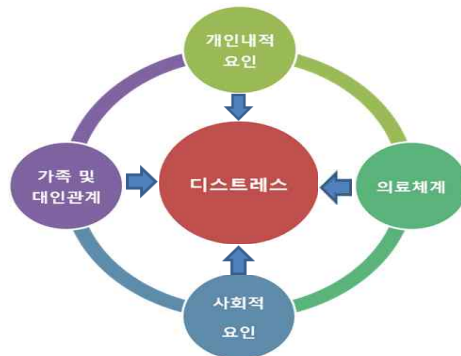
3. 디스트레스의 원인

디스트레스의 원인은 신체적 문제와 함께 실생활 문제, 가정 문제, 정서적 문제, 영적·종교적 고민 등 다양하다. 우리나라 암 환자의 경우, 개인 내적(신체 증상, 자아정체감 위기, 심리적 문제), 가족 및 대인관계, 의료 체계(의료진과의 의사소통, 정보부족) 및 사회적 영역(직업 상실, 사회적 편견 등)에서 경험하는 다양한 문제들로 인해 여러 가지 디스트레스를

겪는다.

어떠한 문제가 단독으로 디스트레스를 야기하기도 하지만, 때로는 여러 영역에서의 문제들이 복합적으로 작용하여 디스트레스가 더욱 심화되거나 오랫동안 유지되는 원인이 되기도 한다. 따라서 암 환자가 겪는 디스트레스를 총체적으로 파악하여 다양한 측면에서 접근하는 전인적 개입이 필요하다.

우리나라 암 환자의 디스트레스 원인



4. 디스트레스의 악영향

- 디스트레스는 암 환자와 가족에 있어서 그들의 삶의 질을 저하시킨다.
- 디스트레스가 심한 환자들은 암 치료에의 순응도가 떨어져서 결과적으로 암의 예후도 나빠진다.
- 디스트레스가 심한 환자들은 자주 응급실을 이용하거나 진료시간을 많이 소모하는 경향이 있기 때문에 의료자원을 과도하게 사용하는 경향이 있다.
- 디스트레스가 높은 환자들이 대체보완의학적 치료에 더 많은 비용을 소비한다.
- 디스트레스로 인해서 환자들의 사회적, 직업적인 기능도 저하된다.

5. 디스트레스 관리의 효과

암 환자 중 20~40%에서는 병적인 디스트레스로 인해 일상생활에 지장을 받고 있다. 이들에게는 정신보건 전문가의 도움이 필요하다. 하지만 적절한 도움을 받고 있는 환자들은 극소수이며 대부분의 환자들에서는 문제의 파악조차 되어 있지 않고 있는 것이 현실이다.

암 환자의 디스트레스를 체계적으로 관리하면 암 환자의 삶의 질이 향상되고, 환자와 의료진 간의 커뮤니케이션이 향상되며, 환자의 치료 만족도의 향상되고, 환자의 치료 순응도 향상을 통해 암의 치료 결과를 좋게 할 수 있다. 디스트레스로 인한 사회경제적 추가 비용 절감할 수 있다. 따라서 디스트레스를 조기 발견하고 적극적으로 치료하는 것이 필요하다.

6. 디스트레스 관리의 장벽

의료인들은 암 환자의 디스트레스에 대한 개념이 부족한 경우가 많다. 암 환자가 정신적인 괴로움을 겪는 것은 당연한 일인데 확대해석할 필요가 없다고 생각하기도 한다. 암이 낫지 않는 이상 디스트레스도 해결이 되지 않는다는 비관적인 생각을 하는 경향이 있다. 암 의료가 과거의 입원 위주에서 외래 통원치료 위주로 바뀔에 따라 환자와 의료진이 만나는 시간이 줄어들었기 때문에 디스트레스의 문제를 환자와 의논할 시간이 부족하다. 종양 자체를 치료하는 데에 모든 기력을 쏟아 붓기 때문에 다른 면을 고려할 여유가 없다. 감정적인 문제에 대해 환자와 토론하는 것에 익숙하지 않은 의료문화도 관련이 된다. 하지만 무엇보다도 암 환자의 디스트레스 관리에 대한 실제적인 지식이 미흡한 의료진이 많다.

암 환자들도 디스트레스에 대해 말하기를 꺼려한다. 의료진에게 우울이나 불안을 호소하면 자신을 나약한 사람으로 치부해 버릴까봐 걱정한다. 암 환자인 것도 모자라서 정신과 환자로까지 몰릴까봐, 즉 이중의 낙인을 두려워한다. 정신과 약을 먹게 되면 중독이 되거나 항암제의 효과를 떨어뜨리지 않을까 하는 염려도 작용한다. 환자의 가족들은 환자가 디스트레스에 빠질까봐 질병과 그 예후에 대한 정확한 정보를 환자에게 알리지 않으려고 하는 경향이 있다.

정신보건 전문가들의 관심과 자원 부족도 한 몫을 한다. 정신보건 전문가 인력자원이 주로 만성 정신질환자의 관리에 투입되고, 신체 질환에 동반된 정신적 문제에 대한 자문·조정에는 관심이 적은 경향이 있다.

III. 디스트레스의 관리

1. 디스트레스의 선별(screening)

암 환자에서 디스트레스의 유병률은 매우 높고, 이는 조기 발견과 적절한 개입을 통해 관리가 가능하다. 이런 관점에서 볼 때 모든 암 환자를 대상으로 디스트레스를 선별해야 한다.

환자와 만났을 때, 단순한 한마디의 질문, 즉 ‘얼마나 피로우십니까?’, 또는 ‘우울하지 않으십니까?’라고 물어보는 것도 유용하다. 이런 질문은 복잡한 선별도구나 평가도구를 사용하는 것에 비해서 민감도와 특이도가 떨어지지 않는다. 환자와 면담 시 다음과 같이 질문함으로써 환자의 디스트레스 유무와 정도를 파악할 수 있다.

■ 면담 시 디스트레스의 평가 항목 및 탐색 질문의 예

평가 항목	질문 예
1. 디스트레스 유무	“요즘 기분이 어떠십니까? 우울하거나 불안하진 않으십니까?” “요즘 얼마나 피로우십니까?”
2. 디스트레스의 심각도	“0점(전혀 없다)에서 10점(매우 심하다)까지 점수를 준다면, 몇 점 정도입니까?”

그러나, 실제로 의료진이 환자의 디스트레스에 대해 관심을 갖고 있다고 해도, 신체 증상을 포함하여 환자의 다양한 문제들을 제한된 진료 시간 내에 모두 파악하기란 현실적으로 어려울 수 있다. 또한 환자와 의료진 간의 관계 형성이 잘 되어 있지 않은 경우, 혹은 환자의 성격 특성이나 인식 부족 등 다양한 원인에 의해 주치의와의 면담에서 자신의 정신적인 문제를 드러내기를 꺼려할 수도 있다. 이러한 장벽과 현실적 제약을 고려했을 때, 면담 전에 환자가 간단한 디스트레스 선별도구에 답하도록 하는 자기보고식 설문지가 효율적으로 사용된다.

디스트레스만을 따로 선별할 수도 있지만, 통증이나 피로 등 다른 신체 증상과 함께 선별하는 것도 포괄적인 지지의료 요구도를 파악한다는 의미에서 유용한 방법이다.

■ 디스트레스의 평가 기준

디스트레스를 평가할 때 가장 먼저 고려해야 할 것은 디스트레스의 심각도이다. 심각도는 직업적, 사회적, 대인관계적 기능의 손상의 정도에 따라서 경도(mild), 중등도(moderate), 중증(severe)로 나눌 수 있다. 디스트레스의 경우 통증에서와 마찬가지로 환자의 주관적 평가에 따르는 것이 좋다. 예를 들어 0에서 10까지의 범위 내에서 디스트레스의 정도를 측정하는 시각적 아날로그 척도인 디스트레스 온도계(distress thermometer, DT)가 환자가 주관적으로 경험하는 디스트레스의 심각도를 측정하는 도구이다. DT의 위음성(false positive)의 가능성을 줄이고 디스트레스의 양상을 자세히 파악하기 위해, 암 환자에게 유병률이 높은 우울, 불안, 불면의 심각성 정도와 그에 따른 생활의 지장도, 전문가의 도움에 대한 요구를 평가하는 ‘NCC 심리 증상 평가지’를 개발하여 함께 사용할 수 있도록 하였다.

■ 디스트레스 평가 시점

디스트레스의 선별은 모든 환자에 대해서 첫 방문 때에 시행하고, 그 후에 일정한 간격으로 정기적으로 선별한다. 암 환자의 디스트레스가 심해질 가능성이 있는 특정한 시점(진행, 전이, 재발, 완화의료로 전환)에는 추가로 선별해야 한다.

■ 디스트레스 선별의 주체

디스트레스의 선별 평가는 환자를 담당하고 있는 일차 의료진이 담당하게 된다. 환자가 대기실에서 선별도구에 기입을 하면 주로 외래 간호사가 이를 수거하여 점수를 확인하고 담당 의사에게 보고하는 방식으로 진행된다.

■ 디스트레스 선별도구

디스트레스의 선별도구는 짧고 간단한 형태를 사용하는 것이 권고된다.

1) 디스트레스 온도계

: 지난 일주일간 환자가 경험한 정신적 스트레스 정도를 0점에서 10점까지 시각적 아날로그 척도로 보고하는 것으로, 절단점은 4점이다. 만일, 환자의 디스트레스에 원인이 되는 문제 영역을 파악하고 싶다면, 문제목록 리스트를 함께 활용하는 것도 좋다

오늘을 포함하여
지난 일주일 동안
여러분이 겪으신
정신적 괴로움의 정도를
가장 잘 나타내는 번호(0~10)에
동그라미를 표시해 주십시오.

매우 괴로움
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
전혀 괴롭지 않음

2) NCC 심리 증상 평가지

: 지난 일주일간 환자의 불면, 불안, 우울 증상에 대한 심각도와 일상생활의 지장 정도를 자기 보고식으로 평가하는 설문지이다. 마지막에는 이들 증상에 대해서 ‘전문 의료진의 도움을 원하는지?’ 질문함으로써 의료진의 전문적 개입에 대한 환자의 요구도를 파악할 수 있도록 하였다.

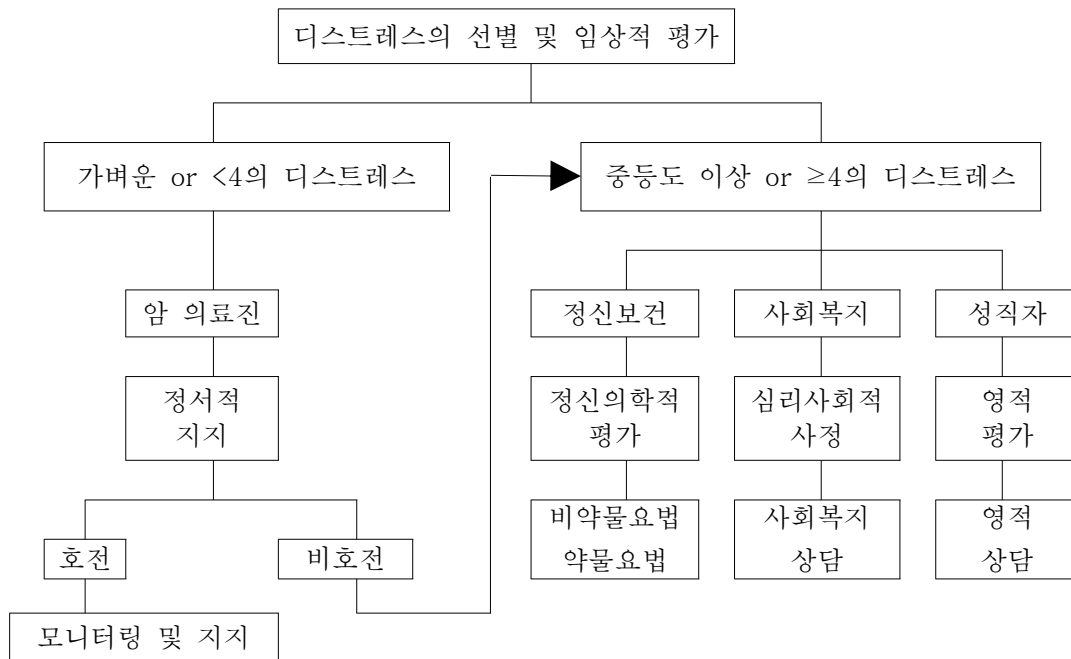
이 척도의 절단점은 4점으로, 어떤 한 가지 영역에서 심각도와 지장도에서 모두 4점 이상일 때, 정신보건 전문가의 도움을 받는 것이 권고된다.

NCC 심리 증상 평가지

다음에는 암환자 분들께서 투병과정에서 경험하실 수 있는 주요한 심리적 증상들이 기술되어 있습니다. 각 문항에 대해 지난 일주일을 기준으로 응답하여 주십시오.

1-1. <u>지난 일주일</u> 동안 <u>불면</u> 증상이 얼마나 심하셨습니다?											
전혀 없음											극도로 심함
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1-2. <u>불면</u> 증상이 일상 생활에 얼마나 지장을 주었습니다?											
지장을 주지 않음											완전히 지장을 줌
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2-1. <u>지난 일주일</u> 동안 얼마나 <u>불안</u> 하셨습니다?											
불안 하지 않음											극도로 불안함
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2-2. <u>불안</u> 이 일상 생활에 얼마나 지장을 주었습니다?											
지장을 주지 않음											완전히 지장을 줌
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3-1. <u>지난 일주일</u> 동안 얼마나 <u>우울</u> 하셨습니다?											
우울 하지 않음											극도로 우울함
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3-2. <u>우울</u> 이 일상 생활에 얼마나 지장을 주었습니다?											
지장을 주지 않음											완전히 지장을 줌
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. 다음 중 전문 의료진의 도움을 원하는 모든 증상들에 체크해(√) 표시해 주십시오.											
☐ 불면				☐ 불안				☐ 우울			

2. 선별 결과에 따른 관리 모델(triage)



- 가벼운 디스트레스를 보이는 경우에는 암을 치료하는 해당 의료진 자체에서 정서적 지지를 제공하는 것으로 호전될 수 있다. 심리교육이나 이완훈련 등을 제공하거나 자조모임에 참여하게 하는 것도 도움이 된다. 특정 증상이 호전된 이후에도 환자의 투병 경과에 따라 디스트레스는 언제든지 생길 수 있기 때문에 반복적으로 선별해야 한다.
- 선별도구에서 중등도 이상의 디스트레스가 나타난 경우에는 정신보건 전문가에게 자문하는 것이 바람직하다. 자문 받은 전문가는 증상을 평가하여, 주요우울장애, 범불안장애, 일차성 불면증 등과 같은 정신의학적 진단을 내리고, 각 진단에 맞는 치료적 개입을 한다.
- 중등도 이상(4점 이상)의 증상을 호소함에도 불구하고, 환자가 정신의학과 같은 전문적인 도움을 원하지 않거나, 기관에 가용 자원이 충분치 않아 전문가의 자문을 구하기 어려운 상황이라면, 암 의료진이 직접 환자의 정신 증상을 평가하여 정신의학적인 진단을 내린 후, 본 권고안의 ‘2부. 증상별 관리 권고안’의 해당 알고리즘에 따라 관리하도록 한다.
- 디스트레스의 관리에 환자가 현재 앓고 있는 암의 종류, 병기, 치료법 등에 따라서 달라질 수 있다. 예를 들어 말기암 환자의 경우 기대여명에 따라 약물요법이나 비약물요법이나, 약물 중에서 어떤 약을 쓸 것인가의 선택이 달라질 수 있다. 완치를 목적으로 하는 치료가 불가능 한 경우에도 디스트레스의 관리에 중요하다. 말기암 환자라고 하더라도 삶을 정리하고 품위 있는 죽음을 준비하기 위해서는 정신적인 안정이 전제되어야 하기 때문이다.
- 디스트레스가 통증과 같은 신체 증상에 의한 것이라면 가능한 한 신체 증상을 우선 치료하는 것이 좋다. 디스트레스 관리는 전체적인 지지의료의 틀 안에서 다른 의료진과 유기적인 협조 하에서 이루어져야 한다.

3. 디스트레스의 약물요법

디스트레스를 치료하기 위한 약물요법을 시행하려면 우선 정확한 정신과적 진단과 약물요법의 계획 수립이 전제가 되어야 한다. 이를 위해서 약물요법을 시행하는 의사가 정신병리학적 지식과 함께 최신의 정신약물학적 지식을 갖추어야 한다. 즉 약물의 효과와 안전성, 부작용의 양상과 해결법, 일차 약물 실패시의 치료전략, 장기적 유지요법의 필요성의 평가 등에 익숙해야 한다.

■ 암 환자에게 흔히 사용되는 항정신약물

분류	계열	종류	일차 적응증	이차 적응증
항우울제	SSRI	Fluoxetine Sertraline Paroxetine Escitalopram Fluvoxamine	우울증	불안증, 폐경기 증상
	SNRI	Venlafaxine Milnacipran Duloxetine		신경병증 통증, 폐경기 증상
	TCA	Amitriptyline Imipramine Nortriptyline		신경병증 통증
항불안제	벤조다이아제핀	Mirtazapine Trazodone Bupropion	불안증	불면증
				금연
		Alprazolam Lorazepam Diazepam Clonazepam		불면증, 우울증, 호흡곤란, 구토
수면제	벤조다이아제핀	Triazolam Lorazepam Midazolam Flurazepam	불면증	완화적 진정
	비벤조다이아제핀	Zolpidem		
항정신병약물		Haloperidol Risperidone Quetiapine Olanzapine Chlorpromazine	섬망	정신병적 우울증, 불안증, 구토, 딸국질, 완화적 진정
정신자극제		Methylphenidate Modafinil	우울증	피로, 인지기능장애

약물은 환자의 정신과적 진단에 따라 선택하지만, 암 환자의 경우 약효가 나타나는 발현 시기나 부작용의 양상 등을 특히 고려한다. 암 환자들은 정신약물요법에 대한 무지와 거부감 때문에 비순응이 흔하므로, 환자와 가족에게 미리 약물에 대해 충분히 설명해주어야 한다. 또한 신체질환이 없는 환자에 비해서 약물의 초기 용량을 더 소량으로 시작해서 부작용의 최소화 되도록 유념한다.

환자가 이미 복용중인 다른 약물과의 약물상호작용을 고려하여야 한다. 즉 다른 약물과의 약물동력학적, 약력학적 상호작용, 약물의 대사에 영향을 미칠 수 있는 환자의 신장 기능, 간 기능 또는 소화기계 기능 장애의 정도, 신체적 상태를 악화시킬 수 있는 부작용 등이 늘 신중하게 고려되어야 한다.

4. 디스트레스의 비약물요법

암 환자의 디스트레스는 생물-심리-사회적 원인이 복합적으로 작용하여 발생하므로, 이를 효과적으로 치료하기 위해서는 약물요법과 더불어 심리사회적 요법을 포함한 비약물요법이 동시에 제공하는 것이 바람직하다. 약물요법이나 비약물요법의 선택은 정신의학적 진단에 따르지만, 증상의 심각도와 환자의 선호도를 고려한다.

역동적 정신치료, 지지적 정신치료 및 인지행동치료 등 전통적인 정신과적 접근의 경우, 원칙적으로는 일정 자격을 갖춘 전문가가 시행하도록 한다. 명상, 예술치료 등 기타 비약물요법의 경우, 암 환자의 디스트레스 경감을 위한 주된 치료기법이기는 보다는 보조적인 치료로 활용하는 것이 바람직하다. 또한 이러한 치료 프로그램은 일정 자격을 갖춘 전문가나 암 환자에 대한 임상적 경험이 풍부한 공인된 전문가가 시행하는 것이 권고된다.

1) 지지적 정신치료

표출된 증상의 감소 내지 제거를 목표로 하여 환자의 고통을 덜게 해주고 그의 기능 개선을 도모하는 것으로, 손상된 방어기제와 통합능력을 재생시키고 강화시키기 위하여 환자의 말을 긍정해주거나, 지지하고 안심시키고 그리고 환기, 제반응, 암시와 같은 기법을 사용한다. 사회적 지지 자체가 주요 치료요인이라고 할 수 있으며, 사회적 지지를 통해 타인과 유대감을 형성하고 내면의 감정을 표출하고 죽음이라는 이슈의 부정적 영향을 제거하고 인생의 우선순위를 재정 의하고 친구와 가족의 지지를 증가시키고 의사-환자 관계를 향상시키고 대처기술을 향상시키는 것 등이 암환자를 위한 지지적 집단치료의 주요 목표이다.

2) 역동적 정신치료

환자의 증상을 야기한 기저의 억압된 사고와 갈등을 의식화하여 현재의 행동, 감정 및 사고들이 현실에 바탕을 두고 진행될 수 있도록 하는 것이다. 자유연상, 꿈의 분석, 전이 관계의 훈습과 저항의 극복 등이 주요 치료요인이다. 전통적인 역동적 정신치료는 ‘성격의 재구조화’를 치료목적으로 하여 장기간의 치료를 요하지만, 최근 단기역동치료에서는 내담자의 특정한 문제에 한정하여 해석과 통찰을 목표로 하여 치료 기간을 단축하고 있다.

3) 인지행동치료

인지행동치료 요법은 인지적 요법과 행동적 요법으로 나누어 나열할 수 있다. 우울 및 불안 등의 심리적 증상의 감소, 불면증이나 통증과 같은 신체적 증상의 감소, 관계 개선 또는 삶의 질 향상 및 습관의 변화가 인지행동치료의 주요 목적이므로 이와 같은 문제를 호소하는 암환자에게 적용할 수 있다. 인지적 요법은 자동적 사고의 수정, 인지적 재구조화, 상상을 통한 훈련이 있으며, 행동적 요법으로는 이완훈련이 대표적이다. 이외에 주위 분산, 자기-지시 방법 등의 기법을 사용하여 개인 또는 그룹치료가 이루어진다.

4) 심리교육

심리교육은 전통적으로 환자가 현재 겪고 있는 혹은 겪을 수 있는 심리적인 문제를 해결하는데 활용할 수 있는 기술이나 태도를 가르치는 것을 말한다. 심리교육은 대개 단기 집중과정의 형태로 시행되고, 비교적 기능을 잘 하는 사람들을 대상으로 그들이 가진 질병에 대

해 교육하는 것을 목적으로 하며, 최근에는 인지행동치료와 결합된 형태로 시행되기도 한다.

5) 명상

명상은 각 개인의 내적 혹은 외적 경험의 특정 측면에 대한 정신적인 집중, 주의에 대한 의도적인 자기 통제로 정의할 수 있다. 명상은 육체를 이완시키고 마음의 평온을 유지하기 위해서 시행하는 심신 과정으로 주로 집중이나 투영을 이용한다. 흔히 시행되는 명상법 중 하나가 마음챙김 명상으로, 이는 현재 생겨나는 감각, 인지, 생각을 아무런 판단 없이 관찰하는 것을 말한다.

흔히 시행되는 명상법 중 하나가 마음챙김 명상으로, 어떤 식으로든 생각과 싸우거나 생각을 조작하려고 하지 말고, 단지 생각의 존재를 알아차리고, 호흡이나 다른 신체적인 감각의 경험에 모든 집중을 기울이도록 지시한다. 마음챙김 명상에서는 자주 이완을 경험하지만, 이완은 치료의 목적이 아니라 단지 마음챙김을 통해 부가적으로 얻게 되는 이득이다. 또한 생각과 감정에 집중하여 이를 적극적으로 수정하고 재구조화하는 인지행동치료와 달리, 마음챙김은 애쓰지 말고, 주의를 분산하거나 재구조화하려는 노력을 하지 않도록 독려한다. 그 결과 마음챙김은 통증이나 정신적인 불편감을 동반하는 고통을 경감하는 방법을 제공한다.

6) 자조집단

같은 질병을 경험하는 환자들이 자조집단을 통해 자신의 정신적 고통에 대한 공감을 얻고, 지지 체계를 구축하며, 정보를 공유하는 기능을 한다.

7) 기타 비약물요법

미술치료, 음악치료 등 예술치료, 웃음치료, 독서치료, 향기치료, 이미지 치료, 기공, 마사지, 태극권 등도 환자의 심신 안정에 도움을 줄 수 있다. 그러나 아직까지 이들 치료의 효과에 대한 과학적인 근거가 미약하므로, 선택에 신중할 필요가 있다.

2부. 증상별 관리 권고안

본 권고안에서는 암 환자에게 유병률이 높은 것으로 알려진 우울, 불안, 불면, 섬망에 대한 증상별 관리 권고안을 제시하였다.

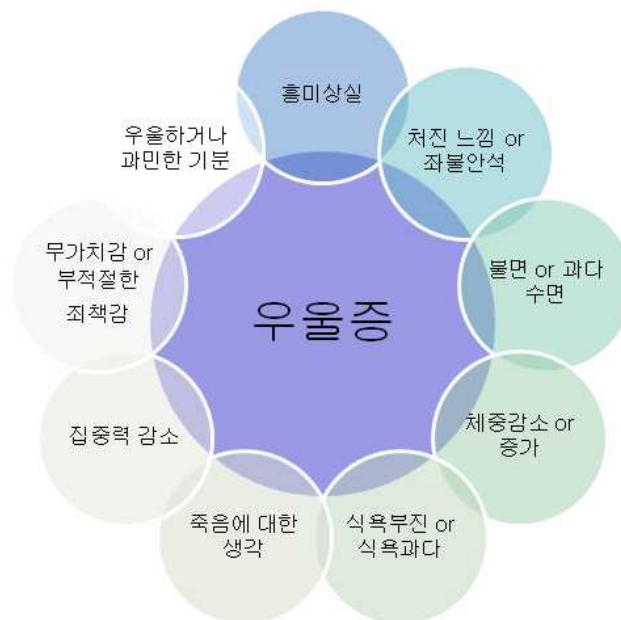
IV. 우울증의 관리

1. 암 환자의 우울증

우울증은 암 환자의 15~25%에서 나타난다. 우울증 환자들은 불안증, 불면증, 섬망 환자에 비해 증상을 드러내어 호소하지 않는다. 따라서 얼핏 아무 문제도 없는 모범적인 환자로 보여서 우울증의 진단을 놓치기 쉽다.

일시적으로 슬픈 감정이 든다고 해서 우울증이라고 하지는 않는다. 우울한 기분, 흥미나 즐거움의 감소를 포함한 5가지 이상의 증상이 2주 이상 계속될 때 주요우울장애로 진단한다. 생물학적으로 우울증에 취약한 사람이 암에 걸리는 것과 같은 큰 스트레스에 노출되면 뇌에서 serotonin, norepinephrine, dopamine 등 신경전달물질의 작용이 원활하지 않게 되면서 우울증상이 나타난다.

주요우울장애의 증상



암 환자의 경우 피로나 활력 저하, 집중력 감퇴, 불면, 식욕 감퇴 등의 증상은 암 자체로 인한 증상이나 암 치료의 부작용과 구별하기 어렵다. 하지만 단순히 암 때문에 생긴 증상이라고 넘겨버릴 것이 아니라, 우울증에 따른 증상이 아닌지 의심하고 평가해야 한다.

■ 주요우울장애의 진단 기준과 임상 양상

진단 기준	임상 양상	암 증상과 중복여부
우울한 기분	‘슬프다’, ‘울적하다’, ‘기분이 다운된다’, ‘자주 운다’, ‘감정이 메말라 버린 것 같다’, ‘치료를 포기하고 싶다’, ‘다 소용없다’, ‘짜증스럽다’	
무쾌감증	흥미나 즐거움의 상실, ‘매일 보던 드라마도 재미가 없다’, ‘웃음이 나오지 않는다’, ‘친구들을 피한다’	
무가치감, 죄책감	‘쓸 모가 없다’, ‘가족들에게 폐를 끼친다’, ‘지금 벌을 받고 있다’	
자살 사고	‘살아봤자 소용 없다’, ‘안락사 시켜 달라’, ‘죽고 싶다’, ‘희망이 없다’	
정신운동장애	초조(안절부절 못함) 또는 지연(동작이 느려짐), ‘가슴이 답답해서 뛰쳐나가고 싶다’, 평소보다 말수나 반응이 부쩍 줄어듦.	
인지장애	집중력 감퇴(가성 치매), 우유부단, ‘바보가 된 것 같다’, ‘약을 먹을까 말까 늘 한참 망설인다’	O
식욕, 체중 변화	‘잘 먹지 못한다’ ‘먹을 것을 봐도 당기지 않는다.’	O
피로, 활력 저하	‘아침부터 일어날 기력이 없다’, ‘누워만 있고 싶고 아무것도 할 수가 없다’, ‘무기력하다’, ‘몸에 힘이 하나도 없다’, ‘지친다’	O
수면장애	불면 또는 과수면, ‘새벽에 일찍 깬다’, 자주 깨고 다시 잠들기 어려움	O

■ 우울성 적응장애

스트레스를 받은 후 3개월 내에 발생하는데, 주요우울증의 진단기준을 충족시키지 못하며 6개월 이상 지속되지 않는다.

■ 저활성 섬망

정신운동 지연이 있으므로 우울증으로 오진되기 쉽지만, 우울증에 비해 인지증상이 더 심하고 기분의 저하는 심하지 않다.

■ 우울증 유발 가능성이 높은 종양치료제

Interferon-a, Interleukin-2, Amphotericin -B, Cycloserine, Glucocorticoids, L-asparaginase, Leuprolide, Procarbazine, Tamoxifen, Vinblastine, Vincristine 등

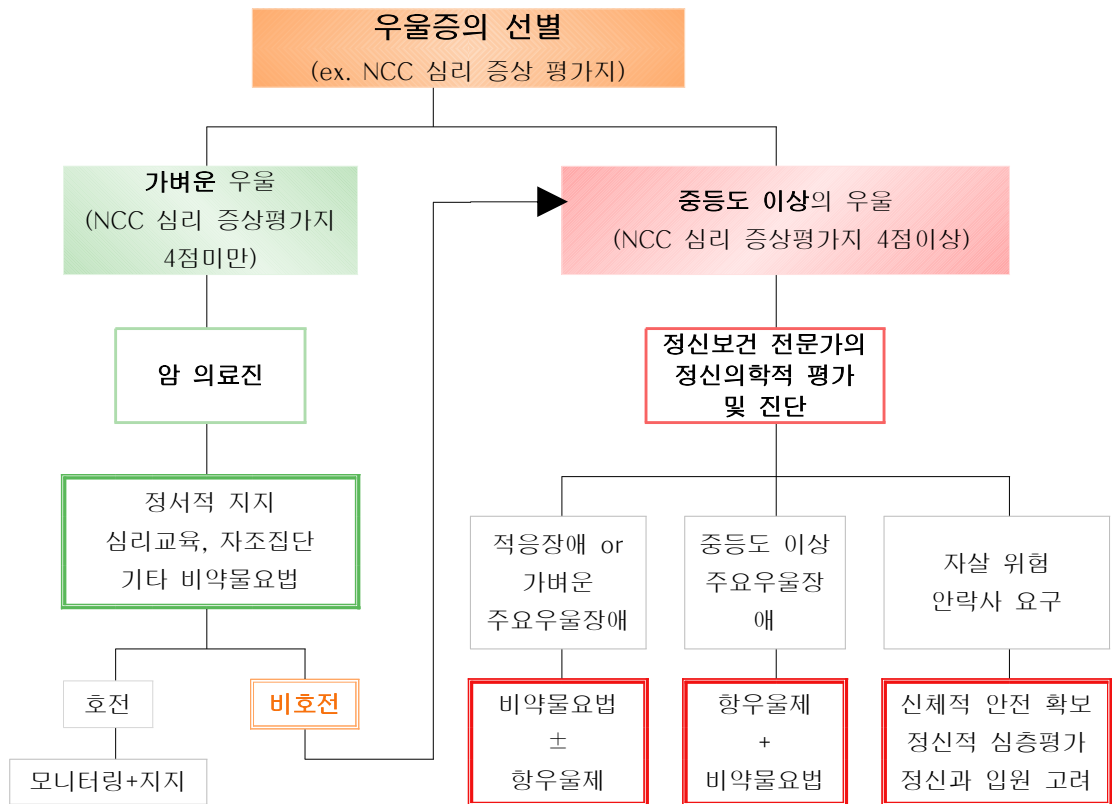
■ 암 환자의 자살

일반적으로 전체 자살의 80%는 우울증에 의한 것이다. 우울한 암 환자들은 상실감, 공포, 절망감 등으로 인해 자살에 대한 생각을 많이 한다. 암 환자의 자살률은 일반 인구의 2배 이상이며, 폐암, 구강암, 인후암 등을 앓고 있는 환자에서 특히 흔하다. ‘일찍 죽었으면 좋겠다’고 하는 수동적인 자살 사고가 많지만, 적극적으로 자살에 대해 생각하는 경우도 많다. 자살에 대한 물어보는 것이 자살에 대한 생각을 촉발하지는 않으므로 질문은 직접적으로 하는 것이 좋다.

■ ‘죽고 싶다’고 말하는 환자에 대한 평가

평가 항목	구체적인 질문
디스트레스에 대한 탐색과 공감, 라포 형성	‘지금 생각하시고 계신 것에 대해 좀 더 말씀해 주시겠습니까?’, ‘지금 괴로워하시는 것에 대해 여쭙 봐도 되겠습니까?’, ‘지금 상태라면 그렇게 느끼실 만도 하지요’
과거와 현재의 자살 의도	‘차라리 일찍 돌아가시고 싶다고 생각한 적이 있습니까?’, ‘목숨을 스스로 끊고 싶다고 생각하십니까?’
자살 방법	‘어떤 방법으로 돌아가시겠다고 생각하십니까?’
자살 준비	‘실제로 자살을 하려고 준비하신 적이 있습니까?’
자살 시도	‘실제로 자살을 기도한 적이 있습니까?’

2. 우울증의 관리 알고리즘



자살의 위험이 있거나 안락사나 의사조력자살을 강력히 요구하는 경우에는 우선 환자의 신체적 안전을 확보하고, 정신적인 심층평가를 통해 정확한 위험도를 파악하고, 필요에 따라서는 정신과에서 입원치료를 하도록 한다.

3. 우울증의 약물요법

■ 암 환자의 우울증에 흔히 사용되는 약물들

계열	성분명	부작용	시작용량 (mg)	유지용량 (mg)	특징
세로토닌 재흡수 억제제 (SSRI)	Fluoxetine	오심, 구토, 두통, 복통, 졸림, 불면, 성기능장애, 세로토닌 증후군	10	20~60	약물상호작용 적다
	Sertraline		25	50~200	
	Paroxetine		10	20~40	
	Fluvoxamine		50	100~300	
	Escitalopram		5	10~30	
세로토닌-노어 에피네프린 재흡수 억제제 (SNRI)	Venlafaxine		37.5	150~225	
	Milnacipran		25	50~100	
	Duloxetine		30	30~60	
삼환계 항우울제 (TCA)	Amitriptyline	저혈압, 변비, 졸림, 입마름, 변비	25	100~200	
	Imipramine		25	75~150	
	Nortriptyline		25	50~100	
기타	Mirtazapine	졸림, 식욕증진	7.5	15~45	식욕저하에 효과, 항구토작용
	Trazodone	졸림	25	150~300	
	Bupropion		75	100~300	경련 위험
정신자극제	Methylphenidate	혈압 상승, 불면증	5	10~30	효과 빠름, 말기암 환자에게 도움
	Modafinil		100	200	

적응장애나 가벼운 주요우울장애에서 약물요법이 필요하다는 증거가 없다. 하지만 적응장애라도 증상이 심한 경우나 가벼운 주요우울장애라도 증상이 악화될 가능성이 있을 때에는 항우울제를 사용할 수 있다. 한편 중등도 이상의 주요우울장애에서는 기본적으로 항우울제를 처방하고 비약물요법을 병행하는 것이 좋다.

항우울제의 효과는 2~4주 내에 나타난다. 최소 용량에서 시작해서 천천히 증량하고 4~6개월간 유지했다가 서서히 감량해 가면서 증상의 재발에 유의하면서 끊어야 한다.

항우울제는 비경구 제제가 없기 때문에 경구 투여만 가능하다.

특정 항우울제가 효과가 다른 약물 보다 더 우수하다는 증거가 없다. 부작용의 측면에서는 TCA 보다 SSRI 등 비교적 최근에 개발된 항우울제가 내약성이 좋다.

항우울제의 선택은 부작용과 암 환자의 동반 증상을 고려해서 정한다. 피로가 심한 우울증에서는 Fluoxetine과 같은 SSRI나 Methylphenidate와 같은 정신자극제, 혹은 Bupropion과 같은 활성화시키는 항우울제가 좋다.

불면증을 동반한 우울증에서는 Trazodone이나 Mirtazapine, 또는 TCA와 같이 졸리는 항우울제가 좋다.

신경병성 통증이 있을 때는 Amitriptyline과 같은 TCA를 쓴다. 식욕이 저하된 환자에서는 Mirtazapine이나 정신자극제가 도움이 된다.

초기 치료에 잘 반응하지 않는 경우에는 다른 계열의 항우울제로 교체하거나, 강화 약물을 추가하거나, 다른 항우울제를 병합할 수 있다.

양극성장애의 기왕력이 있었던 경우에는 항우울제 보다는 Lithium 등 기분안정제나 항정

신병 약물을 처방해야 한다.

■ 암 환자에서의 약물상호작용

tamoxifen은 cytochrome P450 2D6를 통해서 endoxifen으로 변환되어 항에스트로젠 작용을 한다. CYP2D6를 억제하는 항우울제는 에스트로젠 수용체 양성인 유방암 환자에서의 보조적 tamoxifen 치료의 효과를 떨어뜨려서 유방암의 재발 위험을 높일 가능성이 있다. Fluoxetine과 Paroxetine은 CYP2D6를 강하게 억제한다. amitriptyline, clomipramine, desipramine, imipramine 등 TCA도 CYP2D6의 기질로 작용하므로 억제한다. Escitalopram, Venlafaxine, Mirtazapine 등은 상대적으로 이러한 상호작용의 위험성이 적은 항우울제이다.

4. 우울증의 비약물요법

우울성 적응장애나 가벼운 주요우울장애의 경우 약물요법보다 지지적 정신치료나 인지행동치료가 효과적이다. 환자와의 라포를 형성하여 우울한 감정을 안심하고 표현할 수 있도록 하면서 공감을 표현하고 투병을 격려한다. 환자의 예후를 속이거나 잘못된 희망을 갖도록 하는 것은 좋지 않다. 긍정적 사고방식을 강요하거나 억지로 명랑하게 지낼 것을 요구하지 말아야 한다.

인지행동치료는 급성기 우울증상의 경감 뿐만 아니라 재발 예방에도 효과적이다(권고등급 A). 지지적 정신치료의 경우, 암 환자의 우울을 감소시키기 위해 장기간(약 1년)의 개입이 권고된다(권고등급 B). 심리교육은 암 환자의 우울을 감소시키기 위하여 잠정적으로 권고된다(권고등급 B~C). 마음챙김명상도 우울증상의 완화에 도움이 된다(권고등급 A).

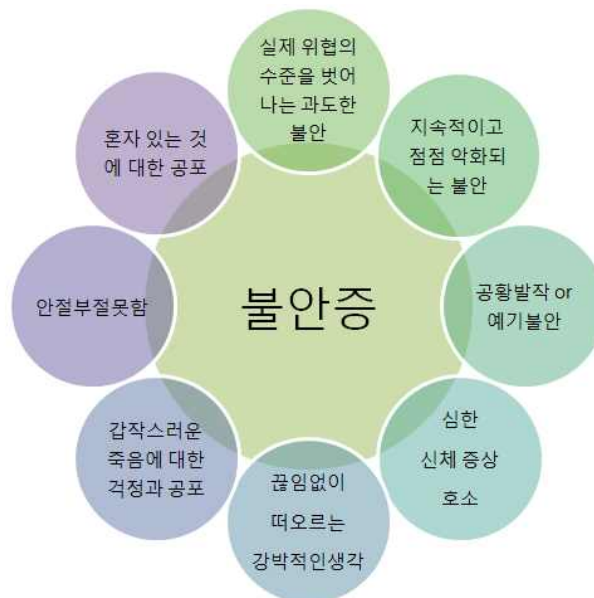
V. 불안증의 관리

1. 암 환자의 불안증

암 투병은 불확실성과의 싸움이기 때문에 환자들은 늘 근심이 많고 불안할 수밖에 없다. 암 환자의 23%에서 의미 있는 수준의 불안이 나타난다. 불안한 환자들은 늘 긴장을 풀지 못하고 신경이 예민하다. 마음이 초조하고 집중을 못한다. 가슴이 두근거리거나 답답하고, 숨이 가쁘고, 어지럽고, 목에 덩어리가 걸린 느낌을 호소하기도 한다. 소변을 자주 보고 땀이 많이 나기도 한다.

항암치료를 주기적으로 시행 받는 환자에서 항암제와 관련된 오심, 구토의 경험이 조건화되어, 다음 예정된 항암치료를 받기 전의 예기불안으로 오심, 구토 등이 나타날 수 있다. 완화 치료 단계에서는 고통에 대한 불안, 죽음에 대한 두려움, 자기통제능력의 상실에 대한 두려움, 퇴행에 대한 두려움 등의 불안을 겪을 수 있다. 완치 판정을 받은 환자의 경우에도, 재발에 대한 두려움, 이차 암 발생에 대한 걱정, 후유증으로 남을 수 있는 신체 변화에 대한 염려 등의 불안을 경험한다. 암 환자들은 작은 신체 증상의 변화에도 암의 재발 가능성에 대한 두려움으로 불안해하고, 정기추적검진을 받기 직전에 불안과 공황 증상을 경험하기도 한다.

불안장애의 증상



암 환자의 21%는 암 진단이나 치료 후 지속적인 불안증을 겪고 있다.

■ 범불안장애

6개월 이상 과도한 불안 또는 걱정에서 시달리는 경우를 말한다. 범불안장애의 기왕력이 있

는 경우 암 투병 중 예기불안과 재발불안 등의 증상이 심해지기 쉽다.

■ 공황장애

갑자기 극심한 불안 발작을 일으키고 곧 죽을 것 같은 느낌이 드는 공황 발작과 이에 대한 예기불안을 특징으로 한다. 공황장애의 기왕력이 있는 경우 암 투병 중 호흡곤란 등 신체 증상에 예민하게 반응하여 공황발작이 재발되기 쉽다.

■ 외상후 스트레스장애(Posttraumatic stress disorder, PTSD)

극심한 위협적인 사건을 겪은 후 그 충격을 재경험하는 것이 외상후 스트레스장애이다. 암을 진단 받았을 때의 충격이나 고통스러운 치료를 받았던 경험이 때로는 정신적 외상으로 남아서 자꾸 떠오르고 꿈으로 나타나기도 한다.

■ 공포장애

막연한 것에 대한 두려움을 불안이라고 하는 반면, 대상이 뚜렷한 것에 대한 두려움을 공포라고 한다. 암 환자들은 폐소공포증이나 피나 주사바늘에 대한 공포증이 있는 환자들은 특정 검사나 치료를 힘들어 한다.

■ 강박장애

자신의 의지와는 무관하게 특정 생각이나 행동을 반복하는 질환이다. 강박장애의 기왕력이 있는 경우에는 치료법의 결정을 내리지 못하거나 질병에 대해서 반추하는 강박 증상이 재발될 수 있다.

■ 불안성 적응장애

스트레스를 받은 후 3개월 내에 발생하는데, 불안장애의 진단기준을 충족시키지 못하며 6개월 이상 지속되지 않는다.

■ 우울이나 섬망이 동반되는 불안 증상

우울증이나 섬망에서 안절부절 못하는 정신운동성 초조가 나타나기도 한다.

■ 신체적 질환에 의한 불안 증상

호르몬을 분비하는 종양: Pheochromocytoma, thyroid adenoma or carcinoma, parathyroid adenoma, corticotropin-producing tumors, insulinoma
대사장애: 무호흡증, 폐색전증, 균혈증, 저혈당, 심부전

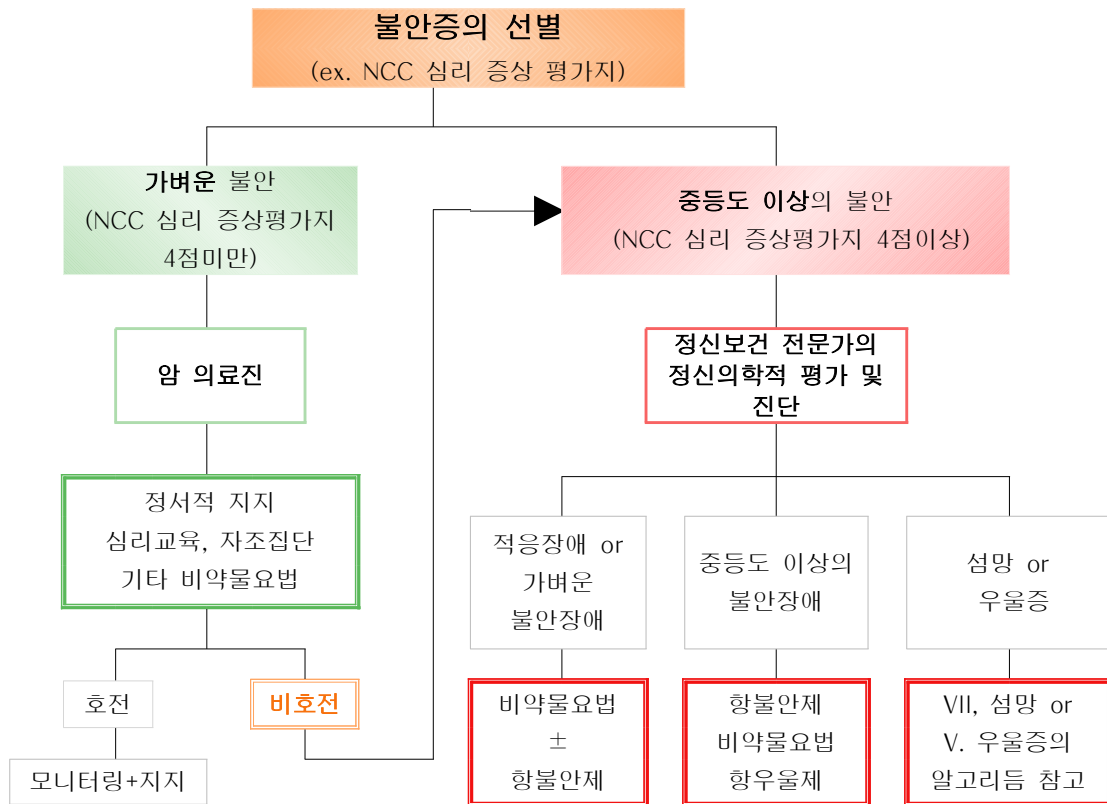
■ 약물에 의한 불안 증상

스테로이드, thyroxine, 기관지 확장제, beta-adrenergic stimulants, 항히스타민, 벤조다이아제핀 (역설적 흥분), 술이나 항불안제 혹은 마약성 진통제의 금단 증상

■ 신체증상에 의한 불안

통증과 같은 신체 증상이 제대로 조절되지 않았을 때 불안을 유발할 수 있다. 항암화학요법 후에 나타날 수 있는 조건화된 오심과 구토도 불안의 일종이다.

2. 불안증의 관리 알고리즘



적응장애의 경우에는 지지적 정신치료나 인지행동치료가 효과적이다.

심한 적응장애나 가벼운 불안장애의 경우에는 비약물요법에 항불안제를 병용할 수 있다.

중등도 이상의 불안장애의 경우에는 범불안장애, 공황장애, 외상후스트레스장애 등의 진단에 따라 그에 맞는 약물요법 및 비약물요법을 시행한다.

3. 불안증의 약물요법

■ 암 환자의 불안증에 흔히 사용되는 약물들

계열	성분명	부작용	시작용량 (mg)	유지용량 (mg)	특징
벤조다이아제핀	Alprazolam	졸립, 내성, 의존성, 역설적 흥분	0.125	0.5~4	의존성 높음, 덜 졸립
	Lorazepam		0.5	1~6	항구토작용
	Diazepam		2	5~40	long-acting
	Clonazepam		0.25	1~3	항경련작용
비벤조다이아제핀	Buspirone		5	20~30	효과 늦음
항우울제	Paroxetine	오심, 구토, 두통, 복통, 졸립, 불면, 성기능장애, 세로토닌 증후군	10	20~40	만성 불안증에 효과
	Escitalopram		5	10~30	
	Venlafaxine		37.5	75~225	
	Mirtazapine		7.5	15~45	

벤조다이아제핀(benzodiazepine)계 항불안제는 암 환자의 불안, 긴장 완화, 수술전 처치, 항암화학요법에서의 항구토 등의 목적으로 널리 사용되고 있다.

우울증과 불안증은 흔히 함께 나타나며 이런 경우에 항우울제가 우선적으로 사용된다.

4. 불안증의 비약물요법

환자의 걱정, 근심, 염려, 불안에 대해 지지적 정신치료, 인지행동치료, 심리교육이 도움이 된다. 성인 암 환자의 불안을 감소시키는 데, 인지행동치료와 마음챙김명상이 효과가 있다(권고등급A). 지지적 정신치료의 경우, 환자의 불안을 감소시키기 위하여 잠정적으로 권고된다(권고등급 B). 환자의 불안을 감소시키기 위하여 심리교육은 잠정적으로 권고된다(권고등급 B~C). 점진적인 근이완 요법, 마사지 요법, 유도에 의한 상상, 최면, 명상이나 향기 치료가 특히 불안을 감소시키는 데 도움이 되는 방법이다(권고등급D).

VI. 불면증의 관리

1. 암 환자의 불면증

평균적으로 사람들은 밤에 7~8시간의 수면을 필요로 하지만, 개개인마다 차이가 있다. 약 30-50%의 암 환자들이 수면 장애를 호소하며, 이는 일반인에 비해 약 2배 가량 높다.

쉽게 잠들지 못하는 것 외에도 자주 깨고, 너무 일찍 깨어나서서 다시 잠들지 못하고, 상쾌하게 일어나지 못하는 것도 불면증의 증상이다. 불면증 때문에 다음 날 낮에 피로하고 피로움이 가중되고 생활에 지장이 생긴다. 잠드는 데 30분 이상 걸리거나, 수면 효율(잠자리에 누워 있는 시간 중에 총 수면 시간의 비율)이 85% 미만인 경우, 그리고 주 3회 이상 불면증이 있을 경우에는 수면장애를 의심할 수 있다.

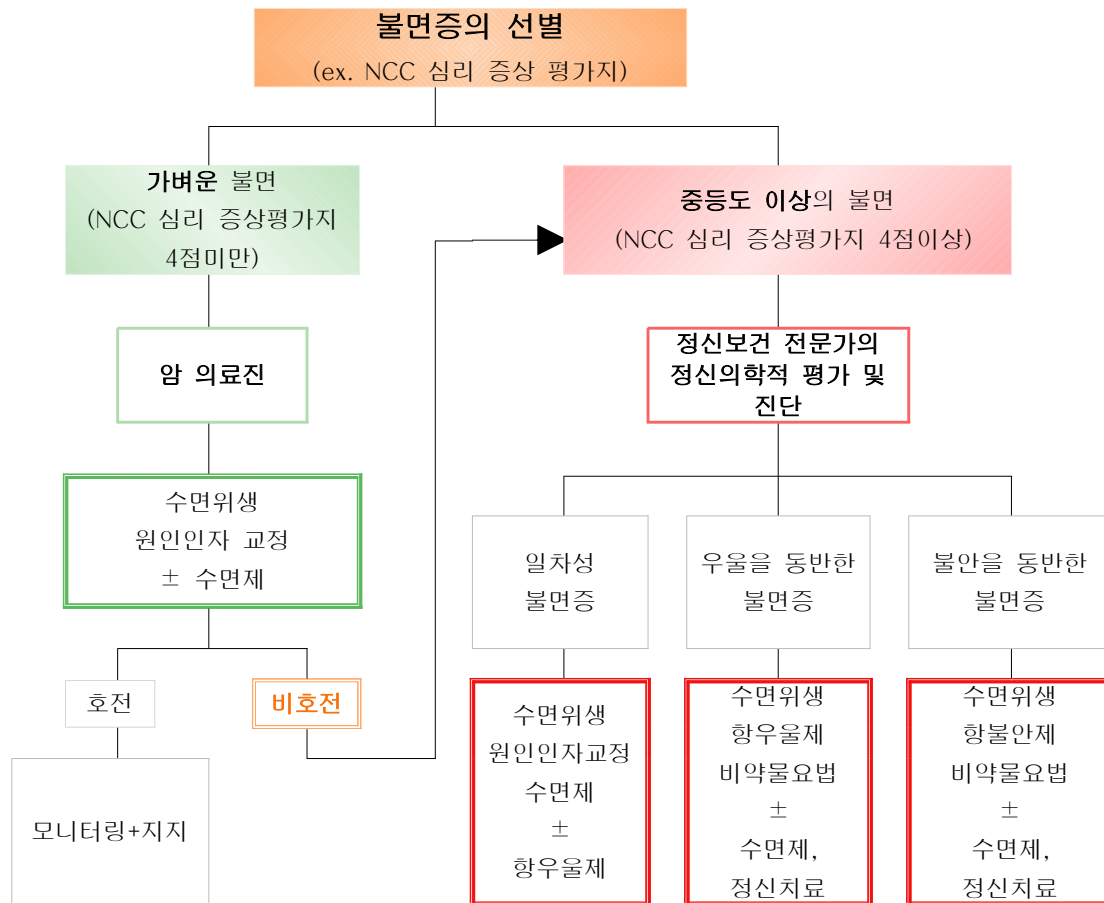
불면증은 짧게는 1~2주 정도 지속될 수 있으며, 이를 일과성 불면증이라고 한다. 일주일에 몇 번씩 겪는 불면증이 한 달 이상 지속되면 만성 불면증으로 진행될 수 있다.

암 자체 때문이든지 또는 암 치료 때문이든지 간에 암 환자에게 흔한 신체적인 증상들, 예, 통증, 호흡곤란, 기침, 오심, 또는 소양감은 수면을 방해할 수 있다. 약물이나 다른 각성 효과를 갖는 물질들은 편안한 수면을 방해할 수 있다.

불면증은 주요우울장애나 범불안장애 등과 같은 일부 다른 정신장애의 진단 기준에도 포함되어 있다. 우울증이 불면증에 의해 악화되거나, 반대로 우울증이 불면증을 초래할 수 있다. 주요우울증의 가장 흔한 증상 중의 하나는 아침에 일찍 깨는 수면장애이다. 걱정, 긴장, 또는 불안증도 불면증을 유발할 수 있다.

하루 밤에 10초 이상의 무호흡이 30회 이상, 1시간에 5회 이상일 때에는 수면무호흡증을 의심하고 수면다원검사 등 전문적인 검사를 시행해야 한다.

2. 불면증의 관리 알고리즘



불면증은 원인 치료가 가장 중요하다. 불면증의 원인을 규명하지 않고 무조건 수면제 처방을 해서는 안된다.

중등도 이상의 불면증을 보이더라도 선별검사에서 우울증이나 불안증이 동반되지 않으면 신체 증상에 의한 불면증이거나 일차성 불면증일 가능성이 높다. 가능한 한 신체 증상을 우선적으로 해결하도록 한다. 우울증이나 불안증을 동반하는 경우에는 해당 증상의 관리 알고리즘을 참조한다. 섬망의 경우에는 수면-각성주기에 혼란이 생기면서 불면증이 나타날 수 있다.

만성적인 불면증은 종종 잘못된 수면 습관으로 인해 생길 수 있으며, 이런 경우 좋은 수면 습관으로 수면 질을 향상시킬 수 있다. 불면증이 가벼운 경우에는 수면 위생을 지키는 것만으로도 치료가 된다(권고등급 A). 불면증이 있는 경우, 어떤 원인에 의한 것이라도 기본적으로 수면위생을 지키는 것을 권장한다. 특히 암 환자들에서 피로가 심할 때 잠깐 동안 낮잠을 자는 것은 활력을 찾는데 도움이 되나, 낮잠이 야간 수면을 방해할 정도가 되어서는 안된다.

■ 수면 위생의 원칙들

- 같은 시간에 잠자리에 들고 깨어나도록 노력한다.
- 카페인과 니코틴을 피한다.
- 밤에 알코올 섭취를 피한다.
- 밤늦은 시간에 많은 식사를 피한다.
- 잠자기 전에 과도한 음료는 피한다.
- 알맞은 규칙적인 운동을 고려해라. 그러나 잠자리에 들기 바로 전에는 삼간다.
- 침실의 극단적인 소음, 빛, 온도를 최소화한다.
- 취침전 습관(ritual)을 만드는 것을 고려한다.
- 침대는 잠 잘 때에만 눕는다.

3. 불면증의 약물요법

■ 암 환자의 불면증에 흔히 사용되는 약물

계열	성분명	부작용	시작용량 (mg)	유지용량 (mg)	특징
벤조다이아제핀	Triazolam	내성, 의존성, 기억상실	0.125	0.125~0.25	노인이나 신체질환 한 자에서는 피함
	Flurazepam		15	15~30	
	Midazolam		7.5	7.5~15	
	Lorazepam		0.5	1~6	
비벤조다이아제핀	Zolpidem		5	10~20	서방형은 6.5mg
항우울제	Mirtazapine	식욕 상승	7.5	7.5~15	우울증 동반할 경우 효과
	Trazodone		25	25~100	

이상적이고, 효과적인 불면증 치료약물은 작용 시간이 빠르며, 수면 유형을 정상화시키면서 다음 날 기능을 저하시키지 않아야 하며, 신체적 의존성이 생기지 않아야 한다.

모든 수면제는 의존성이 생길 수 있기 때문에 최소한의 용량을 며칠 또는 몇 주간 간헐적으로 복용하도록 하고, 한 달 이상 수면제를 처방해서는 안된다. 수면제 단독으로는 만성 불면증에 대한 해답이 될 수 없다.

벤조다이아제핀계 수면제는 단기적인 효과가 확실하고 안전성이 좋아 가장 흔히 사용된다. 비벤조다이아제핀계 수면제는 정상적인 수면 구조를 덜 변화시키고 기억상실의 위험이 낮다. 항우울제는 임상적인 우울증이 불면증의 원인이라고 판단될 때 사용되지만, 우울증이 없을 때에도 수면을 호전시키기 위해 종종 사용된다.

수면무호흡증에 의한 불면증인 경우 수면제가 증상을 악화시킬 수 있으니 조심해야 한다.

4. 불면증의 비약물요법

약물요법에 우선하여 수면제한, 자극조절, 생체리듬 및 이완훈련 등을 포함하는 인지행동치료를 시도하는 것이 좋다(권고등급A). 인지행동치료는 만성적인 불면증 문제에서는 수면제한보다 더 효과적이다(권고등급A).

불면증에 대한 심리교육은 추후 수면 문제를 예방하는 차원에서 권고된다(권고등급B).

마음챙김명상의 경우, 암 환자의 전반적인 수면의 질을 향상시키는데 일부 효과가 나타났다(권고등급B).

불면증 인지행동치료의 주요 기법들

■ 수면제한

수면의 효율을 높임으로써(예를 들어 침대 안에서 깨어있는 시간의 비율을 줄임으로써) 수면의 분절화를 지양하는 방법이다. 즉, 밤에 침대에서 누워 있었던 열 시간 중 단지 네 시간만 수면을 취한 것으로 추정된다면, 취침시간은 네 시간으로 조정한다. 기상 시간을 일정하게 지키고 취침시간은 침대에서 보내는 시간을 제한하기 위해 조정된다. 처음 며칠 동안은 잠시 낮잠을 자야 할 수도 있지만, 가능한 밤에만 수면을 취하도록 제한한다. 목적은 침대에서 보내는 시간을 제한하고 수면 효율을 100%에 가까이 향상시킬 수 있을 정도로 충분한 수면 결핍을 유도하는 것이다. 일단 이것이 달성되면, 취침시간은 수면 효율성이 유지되는 만큼, 완전히 편안한 야간 수면을 취할 수 있을 때까지 다시 돌아갈 수 있다(며칠 간격으로 30분씩 늘린다).

■ 자극통제

환자가 침대에 머무르는 것과 수면 이외의 다른 것을 하는 것 사이의 연관을 배우는 것이다. 졸린다고 느낄 때에만 침대로 가도록 하고, 잠이 들지 않으면 침대에서 잠들 때까지 시간을 흘려보내지 않도록 환자를 교육한다. 잠들지 않은 채 20분이 지나면, 환자들은 침대에서 나와야 하며 다시 졸릴 때까지 돌아가서는 안 된다.

■ 이완훈련

쉽게 배우고 실행될 수 있는 단순한 방법, 예를 들어, 단순 복식호흡, 점진적인 근육 이완부터 훈련된 전문인에 의해 수행되는 최면술이나 바이오피드백과 같은 기술까지 폭넓게 분포하고 있다. 또한 이완 테이프, 명상, 또는 명상기도는 수면을 유도할 만큼 충분한 이완효과가 있다. 모든 이완 기법들에는 환자가 필요에 따라 쉽게 사용할 수 있도록 하기 위한 실천 지침이 필요하다. 이완 기법들은 입면을 촉진하는데 가장 도움이 된다.

VII. 섬망의 관리

1. 압환자의 섬망

섬망은 뇌의 기능에 광범위하게 장애가 생겨서 급성으로 의식의 변화와 집중력 저하를 보이는 증후군이다. 섬망은 정신 증상으로 발현됨에도 불구하고 정신적 문제보다는 의학적인 문제로 인해 나타나는 증상이다. 압의 경과 중 모든 시기에서 볼 수 있지만, 특히 수술 후와 질환이 진행됨에 따라 그 빈도가 높아져서 말기가 되면 30~80%에서 나타난다.

섬망은 위험행동에 따른 사고의 가능성(자살 포함), 커뮤니케이션의 어려움, 치료 선택 등에 관한 환자의 의사결정의 어려움, 의료진의 기력소진, 입원의 장기화 같은 문제들과 관련되어 있어, 조기에 발견해서 적절하게 치료해야 한다.

■ 섬망의 진단 기준과 임상 양상

진단 기준	임상 양상
의식의 장애	환경에 대한 의식의 명료함이 감소
주의력의 장애	‘질문에 대해 집중하지 못한다’ ‘이전 질문에 대해 똑 같은 대답을 한다’
기억력의 장애	‘최근의 기억이 희미하다’ ‘금방 잊어버린다’
지남력의 장애	시간, 장소, 사람에 대해 정확하게 파악하지 못함
지각의 장애	환시, ‘벽에 벌레가 기어 간다’, 환촉, 착각, ‘소리를 듣고 친구가 왔다고 생각’
기분의 장애	짜증, 분노, 불안, 공포, 우울, 의욕 저하
수면-각성 주기 장애	밤과 낮이 바뀌어, 낮에 자고 밤에는 깨어 있음.
정신운동장애	초조(안절부절 못함) 또는 지연(동작이 느려짐),
급성 발병과 일중 기복	대개 수 시간 내지 수일 만에 발생, 아침·저녁에 따라서 증상이 변함.
원인 질환에 대한 증거	뇌의 병변, 전신적 질환, 약물 등의 원인이 있음

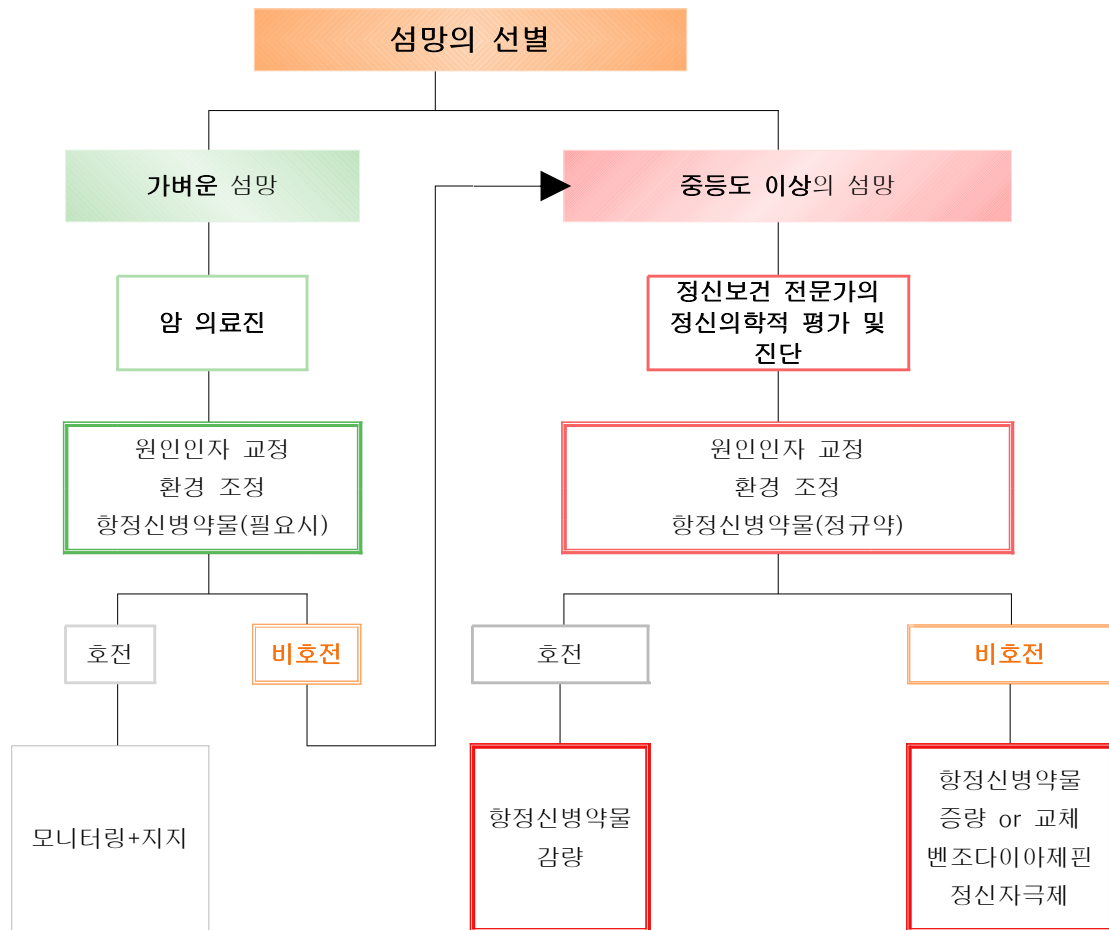
■ 섬망의 위험요인

암 환자의 섬망에는 중추신경계에 대한 직접적인 원인(뇌전이 등)과 간접적인 원인(대사성 뇌증, 전해질 이상, 약물 부작용, 알코올 금단 등)이 있는데, 후자의 경우가 더 많다. 빈도가 높은 원인은 마약성 진통제, 탈수, 간이나 신장 기능 장애 등이다. 진행성이나 말기의 섬망도 원인에 따라 적절한 치료를 하면 개선될 여지가 있다고 밝혀졌다.

■ 섬망, 치매, 우울증의 감별

	섬망	치매	우울
발생	급성 (수 시간~수 일)	만성 (수 개월~수 년)	삽화성
가역성	일반적으로 가역적	일반적으로 비가역적	가역적
의식	저하 혹은 과각성	영향 받지 않음	영향 받지 않음
집중력	감소	영향 받지 않음	약간 감소
지남력	감소, 변동 있음	병이 진행됨에 따라 감소	크게 영향 받지 않음
기억력	급격한 감소	천천히 진행되는 기억력 감소	선택적 감소
지각	왜곡될 가능성 높음	왜곡될 가능성 적음	왜곡될 가능성 적음
정신운동	초조 또는 지연	정상	초조 또는 지연
기분	다양, 기분의 변화 심함	초기에는 크게 변화 없음	우울, 짜증

2. 섬망의 관리 알고리즘



섬망의 가장 좋은 치료는 섬망을 일으킨 원인을 제거하는 것이다. 섬망의 원인이 되는 신체상태의 개선, 약제의 중지, 감염 등을 치료해야 한다. 약물이 흔한 원인이 되므로 항콜린성 약물을 포함하여 불필요한 약물은 줄이거나 중단한다.

섬망으로 인해 침상 위를 넘어 다니고 수액주사를 뽑는 등 환자 자신을 위험에 빠뜨리는 일이 있으며, 우발적인 자살 행위를 보이는 경우도 있다. 따라서 행동의 위험성을 평가하여 위험물을 없애고 자주 회진을 도는 등 안전성을 확보하는 일도 중요하다.

환경적인 개입 또한 도움이 된다. 주위를 인식시키기 위해 밤에도 희미하게 불을 켜놓고, 시간 감각을 유지할 수 있도록 달력이나 시계를 비치하며, 친숙한 환경을 만들기 위해 가정에서 늘 쓰던 물건을 갖다 놓는 것도 좋다. 가족들이나 친숙한 의료진이 자주 접촉함으로써 환자를 안심시키는 것 역시 효과적이다.

3. 섬망의 약물요법

■ 암 환자의 섬망에 흔히 사용되는 약물

계열	성분명	부작용	시작용량 (mg)	유지용량 (mg)	특징
항정신병약물	Haloperidol	추 체 외 로 부작용	0.25	0.5~5	일차선택약
	Risperidone	저혈압	0.25	0.5~4	추체외로 부작용이 적 음, Haloperidol보다 우월하지 않음
	Olanzapine	체중 증가	2.5	5~10	
	Quetiapine	졸림	12.5	25~150	
정신자극제	Methylphenidate	혈압상승, 불면증	5	20~30	비활성 섬망에 효과
벤조다이아제핀	Lorazepam	섬망 악화	0.5	1~6	

원인 발견이나 그 치료가 힘들고 시간이 오래 걸리리라 판단되는 경우에는 대증요법으로서 약물요법을 시행할 때도 많다.

약물요법의 중심은 원칙적으로 항정신병 약물이다. Haloperidol이 섬망에서의 정신운동성 흥분이나 환각과 망상에 대해 효과가 좋다. 환각과 망상, 흥분, 초조, 불안 등은 환자와 가족들 모두에게 부담이 되므로 항정신병 약물로써 이러한 증상을 억제하는 것도 검토한다.

벤조다이아제핀계 약제는 섬망을 악화시키는 수가 있으니 단일약제 투약은 피하고 심한 초조가 있을 경우 응급용으로 항정신병 약물과 병용하는 것이 좋다.

여명이 몇 주 남지 않은 임종기의 환자에서 보이는 섬망의 경우에도 섬망을 적극적으로 치료한다.

4. 섬망의 비약물요법

가족이 수발을 드는 등, 항상 곁에 사람이 있는 보호적 환경을 만든다. 지남력이 좋아지도록 방을 밝게 하고 시계, 익숙한 그림 등 방의 환경을 정돈한다.

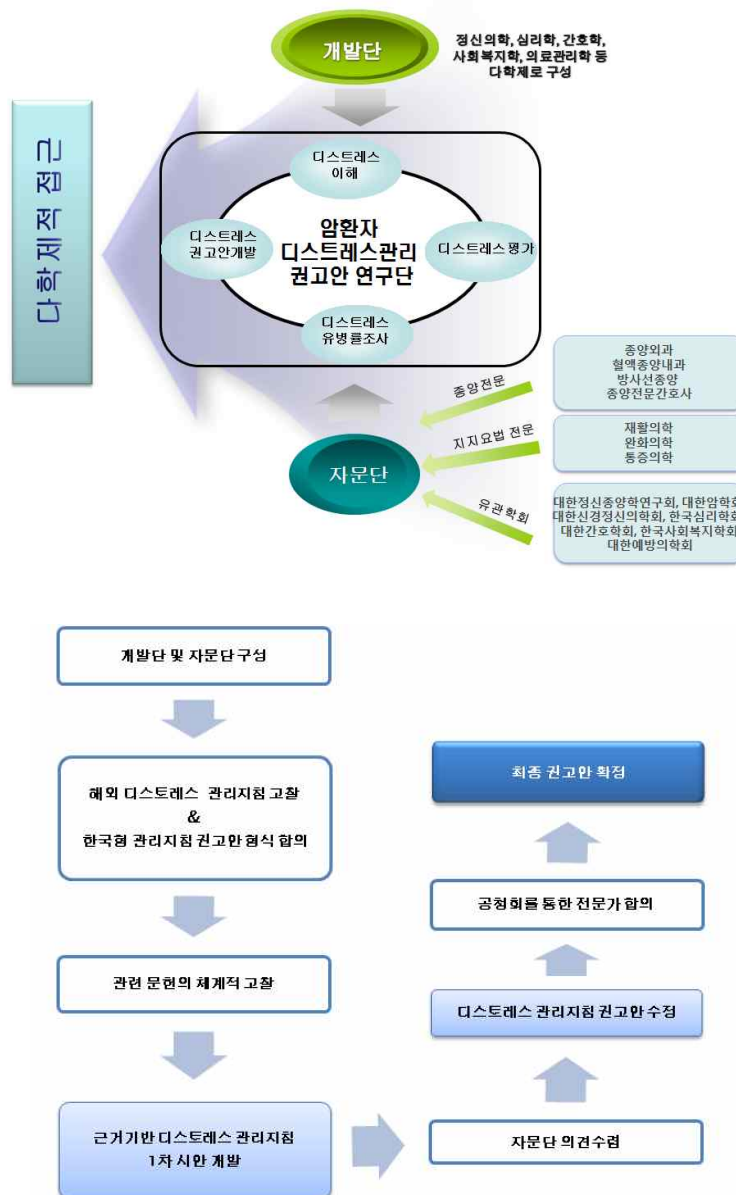
섬망이 의심되는 환자에서 첫 번째로 고려해야할 것은 환자, 보호자, 그리고 치료진의 안전이다. 환자가 자해나 타해의 위험은 없는지, 낙상의 위험은 없는지 우선적으로 평가해야 하며 환자의 위험성을 평가하고 안전대책을 수립할 때에는 간호사를 비롯한 치료 팀 간의 의견교환은 필수적이다.

환자가 폭력적이거나 흥분하여 사고의 위험이 매우 높을 경우, 강박도 고려해야하는데 강박은 약물요법을 비롯한 환자의 행동을 통제하기 위한 다른 수단이 모두 실패하였을 경우에 가족과 상의하여 적용 여부를 결정하여야 한다.

부 록

부록 1. 디스트레스 관리 권고안의 개발 과정

‘암 환자의 디스트레스 관리 권고안’은 정신의학, 심리학, 간호학, 사회복지학, 의료관리학 등 다학제 전문가로 구성된 개발단을 주축으로 제작되었다. 암 환자의 디스트레스 중 우울, 불안, 불면, 섭망에 대한 약물중재와 심리사회적 중재에 대한 권고안은 관련 문헌의 체계적 고찰을 통한 근거기반 방식과 전문가 합의 방식을 병용하여 마련하였다. 또한 유관학회의 자문과정과 공청회를 거쳐 최종 권고안을 완성하였다.



■ 권고 등급(Grades of Recommendation)

증상별 권고안은 관련 연구에 대한 체계적 고찰을 통한 근거 기반 및 전문가 합의 방식을 거쳐 Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN)에서 권장하는 지침에 따라 최종 권고 등급을 결정하였다. 단, 권고 등급은 근거가 된 증거 자료의 강도와 관련이 있는 것으로, 권고의 임상적인 중요도를 반영하는 것은 아니다. 권고 등급과 그의 결정을 위한 근거 수준의 기준은 아래와 같다.

근거 수준

1 ⁺⁺	무작위 대조군연구를 대상으로 한 양질의 메타분석, 체계적 문헌고찰 또는 치우침의 위험이 매우 적은 무작위 대조군 연구
1 ⁺	무작위 대조군연구를 대상으로 잘 수행된 메타분석, 체계적 문헌고찰 또는 치우침의 위험이 낮은 무작위 대조군 연구
1 ⁻	무작위 대조군연구를 대상으로 메타분석, 체계적 문헌고찰 또는 치우침의 위험이 높은 무작위 대조군 연구
2 ⁺⁺	증례 대조군 연구 또는 코호트 연구를 대상으로 한 양질의 체계적 문헌고찰 또는 치우침의 위험이 매우 적고 인과 관계일 가능성이 높은 양질의 증례 대조군 연구 또는 코호트 연구
2 ⁺	교란, 치우침, 또는 우연일 수 있는 위험이 낮고 인과 관계일 중등도의 가능성이 있는 연구가 잘 수행된 증례 대조군 연구 또는 코호트 연구
2 ⁻	교란, 치우침, 또는 우연일 수 있는 위험이 크고 인과 관계가 아닐 심각한 위험이 있는 증례 대조군 연구 또는 코호트 연구
3	비-분석적 연구 (증례 보고, 증례 시리즈)
4	전문가 의견

권고 등급

A	최소한 1 ⁺⁺ 로 평가된 메타 분석, 체계적인 고찰, 또는 무작위 대조군연구가 1개 이상이고, 대상인구에 직접적으로 적용이 가능한 경우, 또는 주로 1 ⁺ 로 평가되는 다수의 문헌과, 대상인구에 직접적인 적용이 가능하고, 전반적인 결과의 일관성이 증명되었을 때
B	주로 2 ⁺⁺ 로 평가되는 다수의 문헌과, 대상인구에 직접적인 적용이 가능하고, 전반적인 결과의 일관성이 증명되었을 때, 또는 1 ⁺⁺ 또는 1 ⁺ 로 평가된 연구들로부터 증거가 추정되는 경우
C	주로 2 ⁺ 로 평가되는 다수의 문헌과, 대상인구에 직접적인 적용이 가능하고, 전반적인 결과의 일관성이 증명되었을 때, 또는 2 ⁺⁺ 로 평가된 연구들로부터 증거가 추정되는 경우
D	근거수준이 3 또는 4인 경우, 또는 2 ⁺ 로 평가된 연구들로부터 증거가 추정되는 경우

부록 2. 디스트레스 관리 권고안 개발단

개발단

본 권고안의 개발단은 정신의학, 심리학, 간호학, 사회복지학, 의료관리학 등 다학제적으로 구성되었다.

(가나다순)		
강지인	국민건강보험공단 일산병원 정신과	정신의학
김정현	분당서울대병원 진료지원실	정신의학
김중훈	국립암센터 부속병원 정신건강클리닉	정신의학
김종남	서울여대 교육심리학과	임상심리학
김태석	가톨릭의대 서울성모병원 정신과	정신의학
김하경	국립서울병원 정신건강과	정신의학
박재현	성균관의대 사회의학교실	의료관리학
박종혁	국립암센터 암정책지원과	의료관리학
심은정	국립암센터 부속병원 정신건강클리닉	심리학
유은승	국립암센터 부속병원 정신건강클리닉	임상심리학
이란	국립암센터 부속병원 간호과	간호학
이명선	서울대 간호학과	간호학
이병조	인천의료원 정신과	정신의학
이영미	고려의대 의학교육학과	의학교육
이영숙	서울대병원 사회사업실	의료사회사업
이인정	국립암센터 부속병원 사회사업실	의료사회사업
정경미	연세대 심리학과	임상심리학
조성진	원자력병원 정신과	정신의학
함봉진	서울의대 정신과학교실	정신의학

부록 3. 디스트레스 선별도구: 디스트레스 온도계 및 문제목록

첫째: 오늘을 포함하여 <u>지난 일주일 동안</u> 여러 분이 체험하신 정서적 스트레스 정도를 가장 잘 나타내는 번호(0-10)에 동그라미 표시해 주십시오. 극도의 스트레스	둘째: 오늘을 포함하여 <u>지난 일주일 동안</u> 다음 각 영역의 항목들에서 문제가 있었는지를 표시해 주십시오. 각 항목마다 예 혹은 아니오 를 빠짐 없이 표시해 주십시오. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">예</th> <th style="width: 10%;">아니오</th> <th style="width: 80%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>실생활 문제</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>자녀보육</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>주거</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>보험/재정</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>교통수단</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>직장/학교</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>가정 문제들</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>자녀들과의 관계</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>배우자와의 관계</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>정서적 문제들</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>우울함</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>두려움</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>신경질</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>슬픔</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>걱정</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>일상적 활동에서의 흥미 상실</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>영적/종교적 고민</td> </tr> </tbody> </table>	예	아니오		☐	☐	실생활 문제	☐	☐	자녀보육	☐	☐	주거	☐	☐	보험/재정	☐	☐	교통수단	☐	☐	직장/학교	☐	☐	가정 문제들	☐	☐	자녀들과의 관계	☐	☐	배우자와의 관계	☐	☐	정서적 문제들	☐	☐	우울함	☐	☐	두려움	☐	☐	신경질	☐	☐	슬픔	☐	☐	걱정	☐	☐	일상적 활동에서의 흥미 상실	☐	☐	영적/종교적 고민															
예	아니오																																																																					
☐	☐	실생활 문제																																																																				
☐	☐	자녀보육																																																																				
☐	☐	주거																																																																				
☐	☐	보험/재정																																																																				
☐	☐	교통수단																																																																				
☐	☐	직장/학교																																																																				
☐	☐	가정 문제들																																																																				
☐	☐	자녀들과의 관계																																																																				
☐	☐	배우자와의 관계																																																																				
☐	☐	정서적 문제들																																																																				
☐	☐	우울함																																																																				
☐	☐	두려움																																																																				
☐	☐	신경질																																																																				
☐	☐	슬픔																																																																				
☐	☐	걱정																																																																				
☐	☐	일상적 활동에서의 흥미 상실																																																																				
☐	☐	영적/종교적 고민																																																																				
셋째: 오늘을 포함하여 <u>지난 일주일 동안</u> 다음 각 영역의 항목들에서 문제가 있었는지를 표시해 주십시오. 각 항목마다 예 혹은 아니오 를 빠짐 없이 표시해 주십시오. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">예</th> <th style="width: 10%;">아니오</th> <th style="width: 80%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>신체적 문제</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>외관</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>목욕/옷 입고 갈아입기</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>호흡</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>소변의 변화</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>변비</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>설사</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>식사</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>피로</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>부은 느낌</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>얼</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>거동</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>소화불량</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>기억력/집중력</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>임 쓰러짐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>구역질</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>코 건조/코막힘</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>몽중</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>성적 문제</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>피부 건조/가려움</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>수면</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>손발 추심</td> </tr> </tbody> </table>	예	아니오		☐	☐	신체적 문제	☐	☐	외관	☐	☐	목욕/옷 입고 갈아입기	☐	☐	호흡	☐	☐	소변의 변화	☐	☐	변비	☐	☐	설사	☐	☐	식사	☐	☐	피로	☐	☐	부은 느낌	☐	☐	얼	☐	☐	거동	☐	☐	소화불량	☐	☐	기억력/집중력	☐	☐	임 쓰러짐	☐	☐	구역질	☐	☐	코 건조/코막힘	☐	☐	몽중	☐	☐	성적 문제	☐	☐	피부 건조/가려움	☐	☐	수면	☐	☐	손발 추심	넷째: 기타 문제들: _____
예	아니오																																																																					
☐	☐	신체적 문제																																																																				
☐	☐	외관																																																																				
☐	☐	목욕/옷 입고 갈아입기																																																																				
☐	☐	호흡																																																																				
☐	☐	소변의 변화																																																																				
☐	☐	변비																																																																				
☐	☐	설사																																																																				
☐	☐	식사																																																																				
☐	☐	피로																																																																				
☐	☐	부은 느낌																																																																				
☐	☐	얼																																																																				
☐	☐	거동																																																																				
☐	☐	소화불량																																																																				
☐	☐	기억력/집중력																																																																				
☐	☐	임 쓰러짐																																																																				
☐	☐	구역질																																																																				
☐	☐	코 건조/코막힘																																																																				
☐	☐	몽중																																																																				
☐	☐	성적 문제																																																																				
☐	☐	피부 건조/가려움																																																																				
☐	☐	수면																																																																				
☐	☐	손발 추심																																																																				