

# 암 환자에서 마약성 진통제 의존으로 오인된 우울증 1예

순천향대학교 의과대학 <sup>1</sup>내과학교실, <sup>2</sup>정신건강의학과학교실

한동훈<sup>1</sup> · 윤진아<sup>1</sup> · 김세웅<sup>2</sup> · 김현정<sup>1</sup> · 박성규<sup>1</sup> · 정한용<sup>2</sup> · 홍대식<sup>1</sup>

## Cancer Patient with Major Depressive Disorder Initially Suspected of Opioid Dependence or Abuse

Donghoon Han<sup>1</sup>, Jina Yun<sup>1</sup>, Sewoong Kim<sup>2</sup>, Hyunjung Kim<sup>1</sup>, Sung Kyu Park<sup>1</sup>, Han Yong Jung<sup>2</sup>, and Daesik Hong<sup>1</sup>

Departments of <sup>1</sup>Internal Medicine and <sup>2</sup>Neuropsychiatry, Soonchunhyang University College of Medicine, Bucheon, Korea

The importance of opiate dependence or abuse is increasing in the context of the increasing number of cancer survivors and patients with chronic cancer pain. Cancer patients are likely to have psychological disorders such as depression, anxiety, and sleep disturbances. It is important to distinguish these psychological disorders from opiate dependence or abuse. We report a case of a cancer patient with major depressive disorder who was initially suspected of opiate dependence or abuse. (Korean J Med 2013;84:860-863)

**Keywords:** Cancer; Opiate dependence; Depressive disorder

### 서 론

암 환자에게 있어서 통증은 암과 관련되어 발생하는 가장 흔한 증상 중 하나로 통증 조절은 암 환자의 삶의 질에 중요한 영향을 미친다. 암성 통증을 적극적으로 조절하기 위해서 중등도 이상의 통증에는 마약성 진통제를 추천하고 있으며, 마약성 진통제 부작용 중 의존 또는 중독은 암성 통증이 있는 환자에서 매우 드문 부작용으로 보고하고 있다[1]. 그러나 적은 비율이지만 암성 통증 조절에 사용된 마약성 진통제의 의존 또는 중독이 보고된 바 있으며[1-3], 암 치료의 발

달로 장기 생존자가 많아지고 암성 통증을 조절하기 위해 마약성 진통제의 장기 사용이 증가하면서 마약성 진통제의 의존 또는 중독에 대한 관심이 점점 증가하고 있다[4]. 그러나 암 환자들은 통증 외에도 불안, 우울, 불면 등 다양한 정신건강에 장애를 동반하고 있다[5]. 암 환자의 통증 조절에 있어서 정신건강 장애의 잘못된 이해는 불필요한 마약성 진통제의 사용을 조장하고 정신건강의 장애가 해결되지 않고 방치되었을 경우에는 마약성 진통제의 의존으로 이어질 수 있다[4].

본 저자들은 암성 통증을 조절을 위해 마약성 진통제를

Received: 2012. 9. 27  
Revised: 2012. 11. 8  
Accepted: 2012. 12. 7

Correspondence to Jina Yun, M.D.

Department of Internal Medicine, Soonchunhyang University Bucheon Hospital, 170 Jomaru-ro, Wonmi-gu, Bucheon 420-767, Korea  
Tel: +82-32-621-5192, Fax: +82-32-322-1773, E-mail: 19983233@schmc.ac.kr

Copyright © 2013 The Korean Association of Internal Medicine

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

사용한 73세 남자 환자에서 단기간 동안 다량의 진통제 복용, 집착, 불안, 초조와 같은 행동 변화 등의 증상을 통해 마약성 진통제 의존 증상을 의심하였으나, 우울증으로 판명된 1예를 경험하여 문헌고찰과 함께 보고하고자 한다.

## 증 례

73세 남자 환자는 2년 전 방광암을 진단받고 경요도방광 종양 절제술 및 BCG 점적 주입 치료 후 경과관찰 중 최근 폐전이를 동반한 방광암의 재발을 진단받았다. 환자는 만성 통증을 호소하지 않았으나 방광암이 재발된 복부 부위의 NRS 5점 정도의 욱신거리는 양상의 돌발성 통증이 하루에 평균 2-3회 정도로 발생하였고, 돌발 통증에 대해 속효성 진통제인 펜타닐 400 mcg 구강 정으로 잘 조절되는 상태였다. 그러나 최근 2주 동안 펜타닐 구강 정 추가 처방을 위하여 닥터 쇼핑하는 모습뿐만 아니라 잦은 외래 방문이 관찰되었다. 환자는 이전에 처방되었던 펜타닐 400 mcg 구강 정 총 60개를 8일 만에 소비하였고, 추가 처방을 위해 주치의가 아닌 다른 의사에게 방문하였다. 환자는 외래 방문 시 많은 양의 소비에 대해 통증의 증가 때문이 아닌 분실, 훼손 등을 이유로 대었다. 당시 진료를 보았던 의사는 약의 남용을 우려해서 총 8개의 펜타닐 구강 정을 추가 처방하였으나, 3일 후 환자는 또 다른 의사를 찾아가 같은 이유를 대며 추가 처방을 원하였다. 의사는 정확한 병의 상태와 통증의 평가를 위해 입원 치료를 설명하였으나, 환자는 거부하였고 오히려 펜타닐 구강 정 처방을 조금만 해주었다며 화를 내는 등 불안, 초조한 모습을 보였다. 그 후 3일 뒤 환자는 또 다른 의사의 외래를 방문하여 추가 처방을 원하였고 아이알코돈 5 mg으로 대체 처방을 받자 불안해하고 화를 내는 등 정신 행동변화를 보였다. 그 다음날 보호자가 주치의에게 내원하여 환자가 과도하게 펜타닐 구강 정을 복용하는 것으로 보이며 많은 양의 진통제를 소지하고 있지 않으면 불안 초조해 하며 화를 내는 등의 변화를 보인다고 호소하였다. 또한 이와 더불어 영양 불균형까지 동반되어 전신상태의 악화가 의심되는 상태로, 주치의는 마약성 진통제에 대한 의존 또는 중독을 의심하여 정신행동변화의 교정 및 통증의 재사정, 영양상태 호전을 위해 입원 치료를 권유하였다. 입원하여 시행한 전신고찰에서 전신 쇠약감을 호소하고 있었고 이학적 검사에서 활력징후는 안정적이었으며 다른 특이 증상 호소는

없었다. 통증 여부나 강도 등을 평가하였을 때 명확하게 호소하는 통증이 없어 복용 중인 펜타닐 구강 정을 모두 수거하였으며, 마약성 진통제 유사제인 트라마돌/아세트아미노펜 복합제, 텍시부프로펜으로 변경하여 통증조절을 시작하였다. 환자가 펜타닐 구강 정을 소지하지 않거나 물고 있지 않을 경우 보이는 불안 증상에 대해서는 비슷한 모양의 막대사탕을 물고 있게 하였다. 환자 영양 상태를 고려하여 아미노산 제제와 포도당을 공급하였고, 약물 의존 또는 중독에 대한 정확한 진단을 위해 정신건강의학과에 협의 진료를 시행하였다. 정신건강의학과 의사와의 면담 후 우리는 다음과 같은 사실을 알게 되었다. 환자는 꾸준히 치료를 받고 있음에도 병이 나아지지 않은 채 재발과 전이를 반복하는 것으로 인하여 죽음에 대한 불안감을 떨칠 수 없었고 이에 2011년 10월경부터 우울한 기분이 들었다고 하였다. 통증 또한 지속되었고 통증은 저녁시간이면 더욱 심해져 수면장애까지 동반되었다. 2012년 3월부터 마약성 진통제인 펜타닐 구강 정을 처방받았고, 이를 복용하고 나면 통증의 경감과 더불어 불안감도 줄어드는 것 같아 복용 후 채 1시간도 지나지 않아 재복약하는 등 진통제에 대한 심리적 및 신체적인 의존을 보이기 시작하였다. 외래 방문 3주 전에 퇴원한 후 환자는 혼자 집에 있는 시간이 많아지고 간병이 적절히 이루어지지 않으면서 불안감이 더욱 증가되었고 그와 더불어 마약성 진통제를 찾는 횟수도 늘고 집착하게 되었다. 정신건강의학과 의사는 환자가 보이는 증상 가운데 우울 및 불안감, 통증을 비롯한 다양한 신체 증상 그리고 수면장애 등을 토대로 DSM-IV 진단 기준에 의거하여 마약성 진통제 의존 또는 중독보다는 주요우울장애를 진단하였다. 정신건강의학과 의사는 환자에게 정신과적인 중재가 시급한 수준의 우울 및 불안감이 지속되는 것으로 판단하였고, 이에 대하여 멀타자핀 7.5 mg과 알프라졸람 0.25 mg을 처방하였다. 상기 약물을 복용한 후 다음날에 수면장애가 호전되었고, 펜타닐을 물고 있지 않을 때 보이던 불안 초조함은 줄어들어 대체물인 사탕을 빠는 행위도 하루 10회 이상에서 절반 이하인 5회 이하로 줄어들었다. 욱신거리는 양상의 복부통증은 NRS 1-3점, 하루 5회 미만으로 호소하였고 비마약성 진통제인 트라마돌/아세트아미노펜 복합제로 조절되었다. 2일 후에는 스스로 기분이 한결 나아졌다고 말을 하였고 펜타닐 구강 정 대체물인 사탕을 빠는 행위도 없어졌다. 욱신거리는 양상의 NRS 1-3점의 복부통증은 하루 3회 미만으로 통증 빈도도 더

욱 줄어들었다. 이후로도 환자의 정동 장애 및 수면 장애 증상의 호전은 지속되었으며, 통증도 비마약성 진통제만으로 잘 조절되어 정상 퇴원하였다.

## 고 찰

암 환자에게 있어서 통증은 암과 관련되어 발생하는 가장 흔한 증상 중 하나로 통증조절은 암 환자의 삶의 질에 중요한 영향을 미친다. 최근의 한 메타분석에 따르면 적극적으로 암 치료를 받는 환자의 24-60%, 진행 암 환자의 약 70%, 암 생존자의 33%가 통증을 호소하고 있는 것으로 알려져 있다 [6]. 암성 통증을 조절하는 진통제에는 아세트아미노펜, 비스테로이드성 진통제(NSAIDs) 등과 같은 비마약성 진통제와 모르핀, 옥시코돈, 하이드로몰폰, 펜타닐 등과 같은 마약성 진통제들이 있다. 마약성 진통제는 천장효과가 없어서 용량에 비례해서 진통효과가 나타나므로 암성 통증 조절에 효과적이며, 중등도 이상의 암성 통증을 조절하기 위해 가장 기본적으로 사용하고 있다.

암성 통증을 호소하는 환자에서 마약 의존이나 중독은 매우 드문 부작용이다. 문헌고찰에 따르면, 암 이외의 만성 통증 환자에서 마약 중독이 0-50%까지 보고된 것에 비해 암 환자에서는 0-7.7% 정도로 낮게 보고되었다[1,2]. 그러나 최근 암 생존자의 증가 및 암성 통증 조절에 대한 중요성의 강조 등으로 마약성 진통제의 사용이 증가하고 장기 사용자의 수가 많아지면서 마약 의존과 중독에 대한 우려가 점점 대두되고 있다.

마약 의존이나 중독은 약물에 대한 신체적 의존이나 가성 중독과 혼동될 수 있다. 신체적 의존은 “갑작스런 용량의 감량 후 또는 길항제 투여에 의해 발생할 수 있는 금단 증상”으로써 정의할 수 있으며[7], 마약성 진통제 의존 또는 중독과는 DSM IV 진단 기준 중에 결정적인 특징인 “강박적으로 약을 추구하는 행위”의 유무로 구별할 수 있다. 이는 가성 중독과도 구분이 필요한데, 가성 중독은 통증이 있는 환자에서 마약성 진통제를 추구하는 현상으로 환자가 통증이 지속되어 끊임없이 진통제를 얻으려 노력할 때 의심해 볼 수 있으며, 통증치료가 되면 해결된다는 점에서 실제 중독과 차이를 보인다[8]. 우리의 사례에서 환자는 마약성 진통제를 얻기 위해 거짓말을 하고 병원을 배회하며 원하는 대로 주지 않았을 경우 공격성을 보이는 등의 행동은 “강박적으로 약

을 추구하는 행위”로 판단할 수 있었고, 통증이 호전된 후에도 끊임없이 진통제를 얻으려 노력하는 모습으로 가성 중독과 구별할 수 있었다. 따라서 우리는 충분히 마약 의존이나 중독을 의심할 수 있었다.

그러나 우리는 여기서 더 근본적인 두 가지 문제를 간과했다는 것을 알았다. 첫째는 초기에 우울증 등의 정신적 고통에 대한 접근이 부족했다는 것이다. 암 환자들은 신체적 통증뿐 아니라 경제적 문제, 직업의 상실, 죽음에 대한 공포, 사회, 가족과의 관계 등의 심리적 문제와 같은 다양한 원인들에 의해 고통을 받는다. 따라서 우울증, 불안증, 불면증 및 섭망 등 많은 정신과적 증상이 동반된다. 한 연구에서는 불안의 정도가 심한 암 환자일수록, 더 높은 강도의 통증을 호소하게 되고 이것이 마약성 진통제의 잘못된 사용을 조장하여 결국 마약 의존과 중독의 위험도를 높인다고 보고하였다 [5]. 우리의 사례에서 신체적 통증만을 토대로 통증을 평가하고 마약성 진통제를 처방하였던 것이 실제로는 마약성 진통제가 필요하지 않은 환자로 하여금 마약성 진통제를 잘못 사용하게 하였던 것이다. 이는 후에 우울증 처방과 비마약성 진통제만으로 기존에 호소하던 NRS 5점의 통증마저 호전된 점을 미루어 봐도 알 수 있다. 실제 초기에 호소하던 통증이 마약성 진통제까지 필요로 하지 않은 NRS 1-3점의 정도의 통증에 우울증으로 인한 신체화 증상이 더해져서 더 높은 강도의 통증으로 표현되었던 것으로 생각한다. 두 번째로 간과했던 점은 암 환자에서 마약성 진통제의 의존 또는 중독이 중요시 되고 있고 사례가 늘어난다고 해도 여전히 0-7.7%로 낮게 보고된다는 점이다. 이에 반해 암 환자에서 우울증은 4-50%, 불안증은 13-79%의 빈도로 더 높게 보고된다[9]. 또한 마약성 진통제 의존 또는 중독으로 보고된 사례의 대부분이 만성적으로 사용했을 경우이고 우리 증례에서와 같이 단기간 동안 그것도 속효성 제제를 복용한 경우는 보고된 바가 없다. 이를 토대로 실제 임상에서 암 환자를 진료할 때, 정신건강의 이상이 발견된 경우에는 낮은 빈도의 마약성 진통제 의존 또는 중독을 먼저 의심하기보다는 빈도가 높은 우울증이나 불안증에 더 초점을 맞춰 접근하는 것이 옳겠다.

1970년대 중반 이후 정신종양학이 빠르게 발전하였고, 현재는 암성 통증 환자에서 정신적 사회적 고통에 대한 접근이 중요하다는 의견은 합의가 이루어졌다[9]. 최근 여러 기관에서 암성 통증 치료 시 간단한 설문지를 통해 수면, 기분 변화에 대한 유무 등을 다각적으로 검사하고 있으며 통증

치료 과정에서도 이러한 심리적, 정신적 변화도 동시에 관찰하고 있다[3]. 그러나 아직까지 국내에서는 암 환자의 정신사회적 문제의 관리 및 치료에 대한 체계적 접근이 매우 부족한 상황이다[9]. 실제로 2012년 보건복지부에서 발행한 암성통증관리지침 권고안 5판에 초기암성통증 평가 항목으로 정신사회적 문제가 제시되어는 있지만 구체적 평가 방법 등이 포함되어 있지는 않다. 암성통증관리지침에 정신사회적 문제를 같이 평가할 수 있도록 우리나라 실정에 맞는 수면, 기분 변화 유무 등이 포함된 간단한 설문지를 제시하거나, 정신적 고통의 정도를 평가할 수 있도록 한국인이 주로 호소하는 우울 증상인 피로감, 집중력 저하, 수면장애, 정신운동 변화, 자살사고, 죄책감 등을 등급화하여 포함시키는 방법도 고려해 볼 수 있겠다[10]. 이런 과정을 통해 암성통증 환자에게 간과되기 쉬운 동반된 정신적 사회적 고통을 더욱 적극적으로 관리할 수 있고, 포괄적으로 암성통증을 평가함으로써 적절한 진통제가 사용되도록 하며, 불필요한 마약성 진통제 사용을 줄여 마약 의존 또는 중독을 예방할 수 있을 것으로 기대한다.

## 요 약

장기 생존하는 암 환자와 만성적인 암성 통증을 호소하는 환자가 늘어나면서 마약성 진통제의 의존 또는 중독의 문제가 대두되고 있다. 그러나 암 환자들은 우울, 불안, 불면 등 정신건강의 장애를 가지고 있는 경우가 많기 때문에 마약성 진통제 의존 또는 중독과 이런 장애와의 감별은 중요하다. 저자들은 암성 통증의 조절을 위해 마약성 진통제를 사용한 73세 남자 환자에서 마약성 진통제 의존 또는 중독 증상을 의심하였으나, 우울증으로 판명된 1예를 경험하여 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

**중심 단어:** 암; 마약성 진통제 의존; 우울증

## REFERENCES

1. Manchikanti L, Fellows B, Ailani H, Pampati V. Therapeutic use, abuse, and nonmedical use of opioids: a ten-year perspective. *Pain Physician* 2010;13:401-435.
2. Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *Eur J Pain* 2007;11:490-518.
3. Savage SR, Kirsh KL, Passik SD. Challenges in using opioids to treat pain in persons with substance use disorders. *Addict Sci Clin Pract* 2008;4:4-25.
4. Koyyalagunta D, Burton AW, Toro MP, Driver L, Novy DM. Opioid abuse in cancer pain: report of two cases and presentation of an algorithm of multidisciplinary care. *Pain Physician* 2011;14:E361-371.
5. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer* 2009;17:573-579.
6. Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437-1449.
7. Passik SD, Olden M, Kirsh KL, Portenoy RK. Substance abuse issues in palliative care. In: Berger AM, Shuster JL, Von Roenn JH eds. *Principles And Practice of Palliative Care and Supportive Oncology*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007:457-468.
8. Fallon M, Cherny NI, Hanks G. Opioid analgesic therapy. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, et al. eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2010:661-698.
9. Kim SY, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Yoon JS, Shim HJ. Management of depression in terminally ill cancer patients. *Korean J Psychopharmacol* 2010;21:51-61.
10. Chang SM, Sohn JH, Lee JY, et al. Characteristics of diagnostic criteria for depression in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2007;46:447-452.