



임종을 앞둔 환자의 임상양상과 처치

The Last Hours of Living: Practical Advice for Clinicians

김 정 현 | 청주 하나병원 가정의학과 | Jung Hyun Kim, MD

Department of Family Medicine, Cheongju Hana General Hospital

E-mail : astrobass@hanmail.net

최 윤 선 | 고려의대 가정의학과 | Youn Seon Choi, MD

Department of Family Medicine, Korea University College of Medicine

E-mail : younseon@korea.ac.kr

J Korean Med Assoc 2009; 52(7): 697 - 704

Abstract

Caring for a patient dying is a hardship not only to the health care professionals, but also to the direct family members. Everyone wants to die in peace. However, inevitable problems accompanied by, pain, dyspnea, moist breathing, nausea and vomiting, restlessness jerking and twitching were commonly noted in the last phase of life. Terminal patients also experience increasing weakness and immobility, loss of interest in food and drink, difficulty in swallowing, and drowsiness during the last hours of life. Control of symptoms and family support are extremely important, and the actual nature of the primary illness takes less importance. This is a time when levels of anxiety, stress, and emotion can be high to patients, families, and other caregivers. Thus, it is important for the healthcare team to adopt sensitive and systematic approach to patients including documentation and communication of end-of-life issues. Hospice is the most ideal program for this purpose.

Keywords: The last hours of living; Dying patient; Communication; Hospice

핵심용어: 임종 임박; 임종 환자; 의사소통; 호스피스

서론

환자의 임종은 예상치 못한 상황에서 일어날 수도 있고 미리 예견되어 점진적으로 다가올 수도 있다. 의료진, 가족, 간병인, 그리고 무엇보다도 환자에게는 부담스러운 순간임에 분명하다. 대부분의 의료진들이 반드시 경험하게 되는 사건이지만 일상적으로 행하는 다른 임상 의 문제들과는 달리 환자와 가족은 물론 임상의 자신조차 충분히 준비가 되어 있지 않은 경우가 많다.

완화의료 및 임종진료의 가장 근원적인 목적은 마지막 순간까지 인간으로서의 존엄을 잃지 않도록 하는 데

있다. 임종 순간까지 존엄을 유지하기 위한 진료의 틀을 갖추는데 많은 전문가들이 노력하고 있고 몇 가지 진료 모델을 소개하였다. 환자의 고통스러운 신체 및 정신 증상을 효과적으로 조절하고 자존감을 잃지 않도록 정신사회적 지원을 하는 것은 이러한 모델의 한 축을 이루고 있다(1).

2004년 National Consensus Project for Quality Palliative Care의 소위원회 권고안은 임종을 앞둔 환자의 진료 시 통증 및 증상 관리와 함께 충분한 의사소통이 가장 주요한 요소임을 강조하고 있고 임종 환자의 관리에 대한 지식은 완화의학 전문가에게 뿐만 아니라 임종과정 중에 있는 환자

를 진료하는 모든 의료진들에게 꼭 필요하다고 명시하고 있다(2).

병원 및 요양기관에서 임종을 맞게 되는 경우 의료진과 환자 가족 모두에게 만족스러운 임종이 되기 위해서는 의료진의 경험과 가족의 준비상태가 가장 중요한 요소로 작용한다. 환자의 임종 과정은 환자 자신 뿐 아니라 그 과정을 함께 한 모든 사람들에게 큰 정신적 상처를 줄 수 있으며 다른 임상 분야의 실수와는 달리 한번 지나가면 다시 교정할 기회는 찾아 오지 않는다. 이에 필자들은 임종과정의 환자 및 그의 가족들과의 의사소통의 중요성과 임종시 흔히 나타나는 임상증상들 및 이에 대한 대처방법에 대해 소개하고자 한다.

임종이 다가올 때 나타나는 증상들

임종을 앞둔 환자는 다양한 임상증상을 보일 수 있고 이를 사전에 이해하지 못하면 꽤 당황스러운 상황이 일어날 수 있다. 임종 환자를 경험한 임상사들을 대상으로 한 연구에서 병원에 환자가 입원했을 당시 입원기간 동안 환자가 사망할 것임을 예측하지 못한 경우가 38%였고 의료진의 75%는 임종에 임박하기 수일 전 및 수시간 전해야 입원 기간 중 환자의 임종을 예측할 수 있었다고 한다(3). 환자의 기저 질환에 따라 약간의 차이는 있을 것으로 생각되나 점진적으로 다가오는 임종의 최종 경로는 비슷한 양상을 보인다(4). 최근 국내의 한 완화의료 병동에서 임종한 말기 암환자들을 대상으로 한 연구에 따르면, 대상자의 활동 수행 능력은 임종 시간이 가까워질수록 점진적으로 감소하였고, 섭취량과 소변 배설량도 줄어들었다. 활동수행 능력, 식욕 저하, 쇠약감, 변비, 황달, 부종, 욕창 등은 임종 전 2~3주에 걸쳐서 서서히 악화되는 양상을 보였고 호흡곤란, 의식변화, 진정, 수축기 혈압의 감소, 구강건조의 증상은 입원시와 비교해서 임종 1~2일 전 혹은 입주일 전에 악화되었다. 특히 임종 1~2일 전부터는 현저하게 혈압이 감소하고 가래 끓는 소리와 눈을 뒤로 치켜 뜨는 증상을 보인다고 하였다(5). 한편 Doley-Brown은(6) 임종에 임박한 환자가 잘 일어나지 못하며 뚜렷하게 변화된 임상양상을 보이는 시기를 과도기라고 정의하였는데, 이러한 과도기는 식욕부진, 수면의 증가,

쇠약, 착란의 4가지 전구증상(semental)과 혼절, 실금의 두 가지 필수 임상증상(cardinal)으로 나눌 수 있고, 이 시기를 적절히 파악하여 가족들과 소통한다면 미리 편안한 임종을 맞이할 마음의 준비와 지인들의 연락이 용이하다고 하였다.

임종을 맞이한 환자 및 가족과의 의사소통

임종 과정에 들어서는 환자들과 임종에 관한 이야기를 나누는 요령을 처음부터 알고 있는 임상직의는 드물 것이다. 임종 환자를 돌보는 의사는 앞으로 환자와 나누어야 할 이야기가 단순히 의학적 사실을 전달하는 데 그치는 것이 아니라 죽음이라는 일생일대의 사건을 앞둔 사람과의 근본적인 대면관계라는 전제를 재확인하는 것이 좋다. 흔히 의료진이 가지게 되는 근거 없는 통념으로는(7) 환자와 가족들은 희망적인 대화만 나누고 싶어한다. 환자에게 죽음에 대한 이야기를 하는 것은 희망을 빼앗아 버리는 일이다. 환자나 가족들이 나에게 죽음에 대해 묻지는 않을 것이다. 환자가 임종에 이를 때 전문가로서 도움을 줄 수 있는 것이 거의 없다는 것이다.

이 과정에서 의사소통을 위해 의료진이 갖춰야 될 자세로는(8) 현재의 비가역적 상황에 대해 정확하게 전달하는 것, 향후 보존적 요법의 필요성을 강조, 호스피스에 대한 조기 권유, 임종시 심폐소생술 여부와 같은 사전 동의에 대해 모호하지 않고 명료한 용어를 사용하여 대화할 것, 나쁜 소식을 들은 환자가 슬픔이나 부정의 단계를 거칠 때 그 다음 과제에 대해 중용하지 않고 기다려 주는 인내심, 그리고 의사-환자 관계의 설정에 도움이 되지 않는 '병마에 맞서 싸우세요' 라든지, '포기하지 말 것' 등의 가능하지 않은 임무를 주지 않도록 하는 것이다. 또한 임종에 임박한 환자가 부적절한 표현을 하더라도 이해하고 그 진정한 뜻이 무엇인가를 알려고 노력해야 한다. 임종에 임박한 환자들은 평화로운 임종을 위해 현재 겪고 있는 문제점과 의료진에게 바라는 것을 항상 이야기하려 한다. 만일 환자의 말과 표현이 혼란스럽더라도 의료진은 가족의 도움을 받아 그 환자가 표현하려고 하는 것이 무엇인지 파악하려고 노력해야 한다(9).

간병하는 보호자들에게 이 시기는 특히 괴롭다. 환자가 이미 병과 맞서 싸우는 힘을 상실한 상황인데도 보호자는 환자에게 더욱 분발을 요구할 수도 있고 환자가 임종 과정에 든다는 사실을 편안한 마음으로 받아들이지 못할 수도 있다. 하지만 보호자와 환자에게 ‘단념해도 된다’라는 사실을 상기시키고 보호자로 하여금 이제 환자의 죽음을 허락해 주도록 권유하고 환자에게는 남아 있는 가족들은 모두 편찮을 거라는 사실을 알 수 있게 해주도록 한다(10).

임종시 나타나는 주요 증상들에 대한 대처

1. 경구섭취의 감소

거의 대부분의 환자가 식욕을 잃거나 씹고 삼키기가 불가능 해진다. 이러한 변화는 임종이 임박하지 않더라도 상당 기간 지속되는 경우가 흔하다. 이 경우 보호자들은 환자가 포기하려는 것으로 받아들이거나 적절한 경구섭취가 불가능해진 상황에 대해 죄책감과 좌절감을 느낀다. 가족과 보호자에게는 신체 기능이 많이 감소하여 음식과 수분 섭취의 수요가 줄어든 상태임을 설명하고 삼키기 어려운 환자일 경우에는 구강이나 점막이 마르지 않도록 주의를 기울여 줄 것을 당부한다(9). 때로는 의료진에게 수액이나 총경정맥 영양공급을 요구하기도 하고 그러한 요구가 없음에도 의료진 스스로가 비경구 영양공급을 시도할 때가 있다. 하지만 이제까지의 연구 결과는 임박한 임종 상황에서의 경정맥 영양 공급이 환자의 증상 개선이나 생존기간 연장에 큰 도움을 주지 못한다는 사실을 보여주고 있다(11~13). 또한 어느 정도 탈수되거나 혈압이 떨어지더라도 환자의 불편감은 거의 없다는 것이 전문가들의 의견이므로 갈증이나 불편감이 없을 정도의 구강, 비강, 결막의 위생에 신경 쓰는 것이 가장 적절하다(14).

2. 의식의 변화(섬망)

대부분의 환자들은 결국 의식의 변화를 겪게 되고 진정, 기면, 혼수, 사망에 이르는 과정을 겪게 된다. 하지만 불행히도 모든 환자가 이렇게 ‘편안히’ 잠들 수 있는 것은 아니고, 섬망이 발생하여 착란, 환각, 경련을 통해 혼수에 이르는

‘어려운’ 과정을 겪게 되는 환자들도 있다. 이 경우 섬망에 대해 적절히 대처하지 않으면 보호자와 가족들의 불안과 안타까움은 심해진다. 완전히 임박한 임종 섬망이 아닌 경우에는 원인을 교정함으로써 호전될 수도 있다. 방광이 차있지 않은지, 딱딱한 변이 장을 막은 것은 아닌지, 통증이 심하지 않은지 살펴봐야 한다. 흔히 마약성 진통제로 인한 섬망은 아닌지 고려해야 하고 서방형 제제를 속효성으로 바꾸어 투여하거나 용량을 감량하는 것을 고려한다. 흔히 섬망으로 인한 증상을 통증의 심화로 오인하여 마약성 진통제의 용량을 증가시키는 경우 섬망은 더욱 악화될 수 있다(15, 16). 반면, 임종 임박 상황에서의 섬망은 비가역적이고 환자와 가족을 안심시키기 위한 적절한 약물 요법이 필요하게 된다.

(1) 항정신병 약물

Haloperidol은 임종 섬망의 선택약제로 생각되고 있다. 경구, 비경구 제제가 모두 있고 약제의 안전역이 넓어 쉽게 증량할 수 있기 때문이다. 초회 용량은 0.5~5 mg을 경구, 혹은 정맥으로 투여할 수 있고 필요시 30분마다 투여하기도 하며 하루 20 mg까지 사용할 수 있다(17, 18).

Haloperidol이 가진 추체외로 증상의 부작용을 개선시킨 새로운 비전형적 항정신병 약제들로 risperidone, olanzapine 등이 사용되기도 하나 이 약제들의 효과는 주로 일반 정신 질환에 대한 연구에서 밝혀졌으며 아직 임종 섬망에 대해 효능을 살펴본 무작위 임상 연구는 드물다(19).

(2) 항불안제

경련을 동반한 섬망이나 약제, 알코올로 인한 섬망의 치료에는 벤조디아제핀 계열의 항불안제가 선호된다. 이 약제들은 항불안 효과와 근이완, 항경련 작용을 함께 기대할 수 있어 효과적이다. 특히 Haloperidol이나 다른 항정신병 약물과 함께 투여시 효과가 크며 이 약제들의 바람직하지 못한 작용을 상쇄시킬 수 있다. 임종이 임박하였을 때에는 반감기가 짧은 약물이 선호되며 Lorazepam 1~2 mg을 다양한 경로로 투여할 수 있다. 효과가 충분치 않을 때에는 1~2시간 간격으로 증량하여 4~6시간 간격으로 유지용량을 투여한다. Midazolam은 다루기 힘든 섬망에서 선택약제가 될 수 있다. 통상 2~3 mg을 정맥 주입 후 시간당 0.5~1 mg을 주입할 수 있다. 하지만 benzodiazepam 계열의 항불안제는

오히려 섬망을 일으키는 원인이 되기도 한다. 또한 이러한 현상은 짧은 작용 시간을 가진 약제보다는 긴 작용 시간을 가진 약제, 저용량보다는 고용량에서 더욱 두드러지므로 이를 주의해야 한다(16).

(3) 기타 약제들

Phenothiazine은 더욱 진정이 필요한 상황에 2차 선택약으로 사용될 수 있다. Chlorpromazine은 섬망 치료에 주로 사용되어 왔던 약물로 진정작용이 강하다. 경구로도 투여할 수 있으며 25~50 mg을 4~8시간 간격으로 투여할 수 있다. 경구 섭취가 불가능한 경우에는 정맥이나 직장 삽입도 가능하다(17). Phenobarbital을 임종 직전의 섬망 환자에게 사용하는 것에 대해서는 아직 논란이 많다(20). 조절되지 않는 불응성 섬망에 대한 병합요법이 실패로 돌아가고 더욱 진정작용이 강한 약물을 사용하게 될 때 사용된다. 면밀한 관찰과 주의깊은 용량 결정으로 수명의 단축 없이 증상을 조절하도록 해야 한다. 섬망의 증상 개선목적으로 시도된 완화적 진정이 의사조력 자살이나 안락사와 구별되는 점은 이러한 목표의 차이이다(21).

3. 호흡곤란

의식의 변화에 이은 호흡의 불안정은 무호흡, Cheyne-stoke 호흡 또는 빈호흡으로 나타날 수 있다. 이러한 징후는 임종에 매우 임박한 징후로 가족과 보호자에게는 환자가 현재 보이는 것과는 달리 호흡으로 인한 불편감을 느끼지는 못할 것이며 질식하는 듯한 느낌으로 괴로워하지 않는다고 안심시켜 주는 것이 좋다(14). 하지만 의식의 변화가 오기 전에 호소하는 호흡곤란은 환자의 기저질환에 따라 양상과 발생률이 현저하게 차이난다. 원인교정을 통한 호흡곤란의 해소가 가능하거나 가역성이 남아있는 상태에서의 호흡곤란에 사용되는 치료들, 즉 기관지 확장제나 스테로이드, 산소요법 등은 논의로 하기로 한다. 비가역적인 임종 직전의 호흡곤란에 대한 대처의 목표는 환자의 불편감을 해소시키고 동반된 불안이나 공포를 가라앉혀 주는 것이다(22).

마약성 진통제는 말초 및 중추의 지각을 변화시킴으로써 호흡곤란 증세를 확연히 감소시켜 준다. Morphine sulfate를 5~10 mg 가능한 경로로 투여한다. 또는 속효성 마약성

진통제를 소량씩 증량하여 적정량을 찾는다(23). 간혹 기관지 분무형 모르핀 투여로 호전을 보는 경우도 있는데 최근의 이중 맹검 무작위 대조연구에서는 진행성 암환자의 호흡곤란에 있어서 피하지속형 모르핀과 기관지 분무형 모르핀 투여의 효과에 큰 차이가 없음을 보여주고 있다(24).

Lorazepam, diazepam, midazolam 등의 항불안제는 오래 동안 호흡곤란의 보조제로 사용되어 왔다. 이들의 역할은 호흡곤란으로 인한 불안과 공포를 호전시키는 것으로 알려져 왔지만 최근의 한 연구에 의하면 모르핀과 함께 사용시 모르핀의 반응을 촉진시켜 준다는 가설에도 힘을 실어주고 있다(25). 스테로이드 제제는 암종성 림프관염이나 만성 폐쇄성 폐질환 환자에게 효과를 줄 수 있으나 임종이 임박한 상황에서의 효용은 아직 밝혀진 바 없다.

4. 통 증

임종이 임박함에 따라 통증이 더욱 심해지는 경우가 있다. 하지만 WHO의 통증 관리 권고안에 따라 통증에 대처한 경우 통증을 평가할 수 없었던 약 20%의 환자를 제외하고는 50%가 거의 고통을 느끼지 못하며 25%는 가벼운 혹은 중등도의 통증을 느끼게 된다. 약 3%만이 극심한 고통을 느끼는 것으로 보고되었다(26). WHO의 통증 관리 권고안이나 국내의 암성 통증 관리지침 권고안을 참고하여 통증에 대처하는 것이 도움이 된다. 임종이 임박한 상태에서의 증가된 통증에는 서방형 제제보다는 속효성 진통제를 경구, 직장, 피하, 정맥 등 가능한 경로를 사용하여 적절히 투여하도록 한다(27). 최근 진행성 암환자의 조절되지 않는 통증에 대해 methadone을 설하 투여하는 방법에 대한 연구가 진행되고 있고 일부에서 좋은 결과를 얻었다. 아직 국내에서는 사용할 수 없으나 앞으로 이 부분에 대한 연구가 더욱 진행될 것으로 기대된다(28).

5. 가래 끓는 소리(Death rattle)

임종 직전의 가래 끓는 소리(이하 임종 천명)는 기관지 분비물을 뱉어내거나 삼킬 수 없어 기도 내에 분비물이 축적되어 생겨나는 것으로 생각되고 있으나 아직 정확한 기전은 알려져 있지 않다. 임종 천명의 유병률과 발생 시기는 보고마다

Table 1. Pharmacologic management of common manifestations in the late hours of living

Manifestation	Medication	Usage
Delirium(usual)	Haloperidol	2~4 mg PO/SQ, IM, IV q 30 min prn to total 20 mg/24 hrs
	Olanzapine	2.5~5 mg PO/SL q 4 hrs prn to total 20 mg/24hrs 5~10 mg IM q 2~4 hrs prn to total 20 mg/24 hrs
Delirium(refractory)	Risperidone*	1 mg PO bid to total 6 mg/day
	Chlorpromazine	25~50 mg PO/SP q 4~8 hrs
	Midazolam†	S2~3 mg load; 0.5~1 mg/hrs IV, SQ to 100 mg/24 hrs
	Phenobarbital	120~200 mg q 12~24 hrs
Anxiety	Lorazepam†	1 mg PO, SL/IM, IV q 2 hrs
	Alprazolam	0.25~2 mg PO tid
Dyspnea	Morphine	5~10 mg via possible route, even by nebulizer
Death rattle	Hyoscine	0.125 mg SL q 4~6 hrs
	Hyoscine butylbromide	10 mg PO/IM, IV q 8 hrs
	Glycopyrrolate	0.1~0.2 mg IV q 6~8 hrs
	Atropine+morphine+dexamethasone‡	2 mg + 2.5 mg + 2 mg by nebulizer
	Scopolamine‡	2Transdermal patches q 72 hrs
	Atropine + furosemide‡	2Atropine 1~2 mg IV + furosemide 20~40 mg IV
	Fentanyl	Transdermal Patch

* Parenteral administration is inappropriate, because of its long action time.

† also useful for dyspnea with anxiety/panic

‡ lack of well established evidence

차이가 매우 커서 임종을 맞는 환자의 23~92%에서, 약 17~57시간 전에 임종 천명이 들리는 것으로 보고되고 있다(29~31). 이 증상이 일어날 때 쯤이면 환자의 의식은 거의 혼수 상태이며 환자의 불편함은 거의 없는 것으로 알려져 있으나 지켜보는 가족 및 친지들을 매우 불안하게 하고, 이 경험은 이후 수 년간 기억 회상되는 것으로 알려져 있다(32, 33).

흡인기로 구강과 비강 및 인후부의 분비물을 너무 자주 흡인하는 방법은 보호자들에게 더욱 불안감을 주고 큰 효과도 없으므로 지양해야 한다(34). Hyoscine, glycopyrrolate 등의 항무스카린 작용을 하는 약물이 사용되어 왔고 여러 연구에서 그 효과를 보고하였다. Hyoscine hydrobromide와 glycopyrrolate의 효과에 대한 연구에서 이 둘 간의 효과의 차이는 거의 없는 것으로 보여지고 있다(35, 36). 현재 우리나라에는 Hyoscine 경구제와 Hyoscine butylbromide, scopolamine butylbromide 경구 및 주사제가 유통되고 있으며 이는 반감기를 고려하여 반복 처방하는 것이 좋을 것으로 사료된다. Glycopyrrolate 역시 경구 및 주사제로 생산 판매되고 있고 0.1~0.2 mg을 정맥으로

6시간 간격 주사하는 방법이 사용되고 있다. 하지만 이 두 가지 약품 모두 최근의 소규모 무작위 연구를 제외하고는 뚜렷이 효과를 비교한 연구는 아직 없는 실정이다(37).

그 외에 scopolamine patch를 피부에 부착하는 방법과 atropine sulfate를 투여하는 방법이 있지만 앞선 두 약물에 비해 분비 억제 효과는 다소 떨어지는 것으로 보이고, 흡입기를 이용하여 2 mg atropine, 2.5 mg morphine, 2 mg dexamethasone을 흡입하는 방법, atropine 1~2 mg을 근육주사하고 furosemide 20 mg을 정맥으로 주사하는 방법 등이 사용되기도 하지만 아직 근거에 기반한 지침은 나오지 않았다(38).

6. 그 밖의 증상들

많은 환자들은 심한 탈수 상태에 빠지게 된다. 탈수가 되었다고 해서 갈증을 느끼는 것은 아니다. 최근에 음식과 수액을 거부한 호스피스 환자들의 죽음에 이르는 과정을 보고한 연구에 의하면, 이 환자들이 의료진이 보기에 대체로 편안한 임종을 맞이했고 허기나 갈증을 호소하지 않았다고 한

다(38). 점막이 말라 보이는 환자에게는 얼음물에 적신 거즈로 입술을 적셔 주고 물이나 얼음 과자 등을 권하는 것이 좋다. 비경구 수액요법을 시작했다면 하루 1~1.5 L 이상은 주지 않도록 하고 소변량 증가, 폐의 분비물, 구역 구토, 복수, 말초 부종, 폐부종이 오지 않도록 주의깊게 살피거나 이뇨제를 함께 투여하는 것이 좋다(10).

실금이 생기면 가족과 보호자들은 당황한다. 이 때는 피부 관리에 신경써야 한다. 배뇨 카테터를 삽입하는 것은 단기적으로 피부 위생에 도움이 되기도 한다. 눈을 감지 못하면 안윤혈액이나 생리 식염수로 각막이 마르지 않도록 한다.

임종에 임박했다고 생각되면 다시 한번 약물을 점검한다. 통증, 호흡곤란, 불안과 안절부절, 경련의 예방, 가래 끓는 소리를 조절하기 위한 약물 이외의 다른 것들은 모두 중단하도록 한다. 약물의 투여 경로는 최대한 비침습적인 경로로 하는 것이 좋다. 가능하면 구강점막, 경구 및 패취제로 투여하도록 하고 필요시 피하, 정맥을 이용하도록 하지만 근육주사는 되도록 피하는 것이 좋다(14). Table 1은 임종 임박시 사용 가능한 약물요법을 정리한 것이다.

임종 및 사별가족 관리

임종을 앞둔 환자와 완화의학 전문의 85명에게 조사한 바에 의하면 가장 평화로운 임종(Peaceful dying)의 조건으로 불안함에서 벗어나는 것, 혼자서 임종하지 않는 것, 아이들과 함께 있는 임종의 세가지 조건을 들었다고 한다(40). 만일 임종이 임박하면 환자는 안면이 있는 보호자들과 함께 있는 것이 좋고 임종이 임박하여 방을 옮기지 않도록 한다. 가능하면 집에서 임종하는 것 같은 느낌이 들도록 독립된 방에 가족들이 다같이 함께 할 수 있게 배려해주도록 한다(14). 호스피스 프로그램의 경우 주치의와 함께 이들과 더욱 친숙한 사회사업가, 자원봉사자, 성직자, 간호사가 자리를 함께 할 수도 있다. 임종시에는 절대로 가족들 사이에 끼어들거나 마지막 인사를 방해해서는 안된다. 미약해진 생체 징후를 측정하는 일도 가족들이 충분히 인사를 나눈 뒤로 미룬다. 의료진은 그저 멀리서 모니터를 쳐다보고 있으면 된다(9).

임종 후에는 적절하고 틀림없는 사망 확인과 신고를 한

후 간단한 말로 유감을 표시하고 그동안의 가족들의 노력과 고생이 값진 것이었다는 뜻을 전하는 것이 좋다. 임종 자리에 늦거나 잠시 자리를 비운 가까운 보호자에게는 간단히 어떻게 그가 삶을 마쳤는지 이야기 해주는 것이 바람직하다. 가족을 보내는 보호자들의 반응은 매우 다양하지만 중요한 것은 필요한 만큼 충분히 인사할 여유를 주는 것이다. 환자를 잃은 가족들이 보내는 시간들에 대한 배려 역시 중요하다. 가족이 애도와 우울을 거쳐 다시 일상으로 돌아가는지에 대해 관심을 가질 필요가 있고, 간혹 그렇지 못한 가족들에게는 전문가의 도움을 받을 수 있는 기회를 제공함이 바람직하다. 호스피스 프로그램에 등록되어 있던 환자의 가족은 최소 1년간 지속적인 사별가족 관리 프로그램 서비스를 받을 수 있다. 호스피스 프로그램에 등록되지 않은 가족과 주치의 역시 지속적인 소통을 통해 건강한 사후 애도 과정을 이어갈 수 있다(41).

결론

환자의 임종을 맞이하는 일은 환자 및 보호자, 의료진에게 매우 부담스러운 일이지만 의료진의 준비 상태에 따라서 환자와 가족의 편안함은 매우 달라질 수 있다. 의료진은 환자의 임종을 환자와 가족들이 편안하게 받아들일 수 있도록 충분한 의사소통을 하여야 하고 이 과정은 솔직하고 거짓이 없어야 한다. 또한 임종을 앞둔 환자의 신체적 증상을 미리 예측하고 적절히 대처하여야 환자의 고통과 가족의 불안을 줄일 수 있다.

임종 과정에 있는 환자에게는 증상을 개선하기 위한 최소한의 약만을 사용하여야 한다. 임종 섬망에는 항정신병 약물과 항불안제를 기본으로 하고 강한 진정이 필요할 때에는 추가 약제 사용을 고려한다. 호흡곤란에는 마약성 진통제와 항불안제가 효과적이며 임종 전 가래 끓는 소리에는 항무스카린 효과를 가진 약제들을 사용한다. 그 외의 증상들에 대해서는 최대한 비침습적이고 보존적인 방법으로 대처하도록 한다.

임종 과정이 시작되면 가족들과 환자와의 마지막 시간을 최대한 충분히 배려해주고 가족들의 노력에 감사를 표하도

록 한다. 이후 사별가족에 대한 지속적 관리는 남겨진 가족이 건강하게 다시 일상에 적응할 수 있도록 도와줄 수 있다. 모든 임종 환자가 편안한 임종을 맞이 하는 것이 어려운 만큼 비가역적인 질병 상태에 이르렀다고 판단되는 경우에는 조기에 호스피스 팀에 의뢰하여 편안한 임종에 필요한 준비를 할 수 있도록 하는 것도 좋은 방법이다.

참고문헌

- Thompsona G, Chochinov H. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Curr Opin Support Palliat Care* 2008; 2: 49-53.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for quality palliative care, executive summary. *J Palliat Med* 2004; 7: 611-627.
- Sullivan AM, Lakoma MD, Matsuyama RK, Rosenblatt L, Arnold RM, Block SD. Diagnosing and discussing imminent death in the hospital: a secondary analysis of physician interviews. *J Palliat Med* 2007; 10: 882-893.
- Brandt HE, Ooms ME, Deliens L, van der Wal G, Ribbe MW. The last two days of life of nursing home patients a nationwide study on causes of death and burdensome symptoms in The Netherlands. *Palliat Med* 2006; 20: 533-540.
- Koh SJ, Lee KS, Hong YS, Yoo YS, Park HJ. Clinical Change of Terminally Ill Cancer Patients at the End-of-life Time. *Korean J Hosp Palliat Care* 2008;11: 99-105.
- Doyle-Brown M. The transitional phase: the closing journey for patients and family caregivers. *Am J Hosp Palliat Care* 2000; 17: 354-357.
- Knauff E, Nielsen EL, Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR. Barriers and facilitators to end-of-life care communication for patients with COPD. *Chest* 2005; 127: 2188-2196.
- Paul JM. Death-Talks: Transformative Learning for Physicians. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 271-277.
- Pitorak EF. Care at the time of death. *Am J Nurs* 2003; 103: 42-52; quiz 3.
- Janet I, Abraham. A physician's guide to Pain and Symptom Management in Cancer Patients 2nd ed. The John's Hopkins University Press, 2005.
- Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282: 1365-1370.
- Parenteral nutrition in patients receiving cancer chemotherapy. *American College of Physicians. Ann Intern Med* 1989 1; 110: 734-736.
- McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272: 1263-1266.
- Ferris FD, von Gunten CF, Emanuel LL. Competency in end-of-life care: last hours of life. *J Palliat Med* 2003; 6: 605-613.
- Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, Bruera ED. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 786-794.
- White C, McCann MA, Jackson N. First do no harm. Terminal restlessness or drug-induced delirium. *J Palliat Med* 2007; 10: 345-351.
- Brajtman S, Higuchi K, McPherson C. Caring for patients with terminal delirium: palliative care unit and home care nurses' experiences. *Int J Palliat Nurs* 2006; 12: 150-156.
- de Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67-85.
- Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev* 2007: CD005594.
- Stirling LC, Kurowska A, Tookman A. The use of phenobarbitone in the management of agitation and seizures at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 363-368.
- Caraceni A, Simonetti F. Palliating delirium in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2009; 10: 164-172.
- Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. *Lancet Oncol* 2002; 3: 223-228.
- Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom control in palliative care-Part III: dyspnea and delirium. *J Palliat Med* 2006; 9: 422-436.
- Bruera E, Sala R, Spruyt O, Palmer JL, Zhang T, Willey J. Nebulized versus subcutaneous morphine for patients with cancer dyspnea: a preliminary study. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 613-618.
- Navigante AH, Cerchietti LC, Castro MA, Luttal MA, Cabalar ME. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 38-47.
- Grond S, Zech D, Schug SA, Lynch J, Lehmann KA. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 411-422.
- Cancer Pain Management Guideline. 3rd ed. Ministry for health, welfare and family affair, 2008.: www.cancer.go.kr
- Hagen NA, Fisher K, Stiles C. Sublingual methadone for the management of cancer-related breakthrough pain: a pilot study. *J Palliat Med* 2007; 10: 331-337.

29. Bennett MI. Death rattle: an audit of hyoscine (scopolamine) use and review of management. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12: 229-233.
30. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Risk factors for death rattle in terminally ill cancer patients: a prospective exploratory study. *Palliat Med* 2000;14:19-23.
31. Wildiers H, Menten J. Death rattle: prevalence, prevention and treatment. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 310-317.
32. Wee BL, Coleman PG, Hillier R, Holgate SH. The sound of death rattle I: are relatives distressed by hearing this sound? *Palliat Med* 2006; 20: 171-175.
33. Wee BL, Coleman PG, Hillier R, Holgate SH. The sound of death rattle II: how do relatives interpret the sound? *Palliat Med* 2006; 20: 177-181.
34. Wee B, Hillier R. Interventions for noisy breathing in patients near to death. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD005177.
35. Back IN, Jenkins K, Blower A, Beckhelling J. A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle. *Palliat Med* 2001; 15: 329-336.
36. Hugel H, Ellershaw J, Gambles M. Respiratory tract secretions in the dying patient: a comparison between glycopyrronium and hyoscine hydrobromide. *J Palliat Med* 2006; 9: 279-284.
37. Likar R, Rupacher E, Kager H, Molnar M, Pipam W, Sittl R. [Efficacy of glycopyrronium bromide and scopolamine hydrobromide in patients with death rattle: a randomized controlled study.]. *Wien Klin Wochenschr* 2008; 120: 679-683.
38. Bickel K, Arnold RM. Death rattle and oral secretions—second edition #109. *J Palliat Med* 2008; 11: 1040-1041.
39. Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl J Med* 2003; 349: 359-365.
40. Georges JJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ. Symptoms, treatment and "dying peacefully" in terminally ill cancer patients: a prospective study. *Support Care Cancer* 2005; 13: 160-168.
41. Smith JL. The Process of Dying and Managing the Death Event In: Schonwetter RS, editor. *Hospice and Palliative Medicine: Core Curriculum and Review Syllabus*. American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company, 1999: 159-166.



Peer Reviewers' Commentary

고통 없는 편안한 임종은 인간이 누려야 하는 기본적인 권리로서 의료의 가장 중요한 목표 중 하나로 간주되어야 할 것이다. 환자의 갑작스러운 죽음과 그 과정에서 겪게 되는 극심한 고통은 환자뿐 아니라 보호자에게도 큰 비극적 경험이 될 수 있으며 의료인도 전문적인 지식과 태도가 미비한 경우에는 임종 환자의 진료에 대하여 두려움을 갖게 된다. 따라서 임종 전의 증상들을 숙지하여 환자의 고통을 경감시킴으로써 평화롭고 위엄을 잃지 않는 임종을 맞이하게 도와주고 가족들을 준비시키는 일은 매우 중요하다. 이런 점에서 필자들은 임상이가 적극적으로 실천해야 될 실제적인 임종 진료의 지침을 매우 적절하게 기술하였다고 생각한다. 본 논문에서 필자들은 '환자의 임종'은 대부분의 의사들이 필수적으로 겪는 일임에도 불구하고 그동안 교육이나 논의가 부족하였던 전반적인 사안에 관해 최신지견을 바탕으로 총괄적으로 다루고 있다. 필자들은 임종을 앞둔 환자의 제반 증상을 기술함으로써 적절히 예측하여 대처도록 제시하였다. 전문가의 권고 대로 증상 관리뿐 아니라 의사소통의 중요성을 명시하였다. 임종시 나타나는 주요 증상에 대처할 수 있는 약물적, 비약물적 요법을 하나하나 구분하여 구체적으로 잘 설명하고 있다. 마지막으로 전문가가 제시하는 평화로운 임종의 조건을 설명하였고 환자를 잃은 사별가족에 대한 배려의 필요성을 다루었다. 한편, 임종의 임박을 예측한다는 것 자체가 불확실하다는 것과 환자들의 개인 차이는 매우 다양하다는 점 등을 항상 염두에 두어야 할 것이다. 실제로 임종 증상은 동시다발적으로 매우 급히 진행되므로 이를 시기적절하게 예측하고 관리하기 위해 좀 더 많은 교육과 전문적 수련이 필요할 것이다. 경우에 따라서는 글에서 제안하였듯이 호스피스 완화의료팀에게 조기 의뢰하는 것도 바람직하다고 본다.

[정리: 편집위원회]