

상지의 열감을 호소한 말기 암 환자에서 dilantin의 효과를 본 1예

연세대학교 의과대학 영동세브란스병원 가정의학과

염 창 환

Abstract

One Case of Effect of Dilantin in Terminal Cancer Patient Complained of Hyperthermia on Upper Right Extremity

ChangHwan Yeom, M.D.

*Department of Family Medicine, Yong-Dong Severance Hospital,
Yonsei University College of Medicine*

The neuropathic pains are not well controlled by common analgesics and opioid drugs in terminal cancer patients. The types of these pains are divided within the two cases, one is due to continuous central sensitization and the other is due to paroxymal peripheral sensitization. The mechanism of continuous central sensitization is the activity of dorsal horn neurones that are activated by C-fiber input. The tricyclic antidepressants, non-tricyclic antidepressants, and oral local anaesthesia probably produce analgesic effects in neuropathic pains through suppression of this activity. The mechanism of paroxymal peripheral sensitization is the hyperexcitability of peripheral neurones. The neuropathic pains due to peripheral sensitization respond relatively the anticonvulsants and baclofen that stabilize membranes and suppress paroxymal electrical discharge. The patients was a 38-year-old female who complained of hyperthermia on upper right extremity. The symptom of this patient was improved with anticonvulsant(dilantin 600mg).

Key Words : Neuropathic pain, Hyperthermia, Anticonvulsant

서론

완화 의료 분야에서 항경련제는 항경련 효과 이외에도 신경병증 통증과 말기적 초조감 같은 증상에 효과가 있다. 치료하던 말기 암 환자 중에서 심하게 우측 상지에 열감을 호소하는 환자가 있었다. 다른 종류의 진통제를 사용하였으나 효과가 없어 항경련제인 dilantin을 사용하여 큰 효과를 보았다. 현재 우리나라에 열감을 호소하는 환자에서 dilantin을 사용해 효과를 본 경우가 아직까지 보고된 예가 없었다.

이에 저자는 최근 말기 암 환자에서 호소한 열감을 dilantin 사용해 효과를 본 1예를 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증례

38세 여자 환자는 심한 통증을 주소로 호스피스로 내원하였다. 환자는 1996년 5월에 원자력 병원에서 자궁암으로 진단하여 수술과 항암 치료를 받고 퇴원하였으나 1997년 3월 왼쪽 유방에 만져지는 덩어리가 있어 원자력 병원에 다시 내원하였다. 검사 결과 재발한

것으로 판명되어 2차례 항암 치료를 받았다. 그러나 환자와 가족들이 더 이상의 항암 치료를 거부하여 집으로 퇴원하였다. 집에서 식이 요법과 대체 요법을 받고 지내다 1997년 9월부터 통증이 심해져 11월에 연락이 와 처음 가정 방문을 하였다. 처음 방문시 환자는 침대에 누워 있는 상태로 허리통증, 목통증을 호소하였다. 신체적 소견상 통증은 시각적 계산 척도(Visual Analog Scale)상 8~9정도로 극히 심하였고, 부위는 허리와 목이었으며, 물을 먹으면 통증이 잠시 가라앉는다고 하였다. 한 번 먹는 물의 용량은 200ml 정도이며 물을 먹는 간격은 15분 정도이었다. 행복한 감정(well-being sense)은 통증으로 인해 아주 떨어지고 식사도 거의 못하는 상태이었다. 척수 전이로 인해 하반신 마비가 왔고, 심적 기분도 매우 우울하였다. 또 수면은 통증으로 인해 며칠 제 잠을 이루지 못한 실정이었다. 정신사회적 소견상 그동안 환자와 가족들은 환자가 완치될 수 있다는 신념을 가지고 있어 쉽게 삶을 포기하지 않으려 하였고, 환자의 경우 특히 남아 있는 가족들이 어떻게 살아갈 지에 대한 불안감이 있었다. 영적 소견상 가족내 종교의 갈등이 있으며, 특히 환자는 개신교를 믿고 싶어하였으나 시어머니의 반대 때문에 그동안 하지 못한 실정이었다.

임상 소견상 자궁암이 유방과 뼈에 전이된 상태로 진단하였다. 해결할 문제로는 통증(주로 뼈와 신경병증 통증), 수면 장애(통증 때문에), 가족 문제, 영적 문제 등이다. 통증 조절과 수면 장애를 위해 MS-contin 60mg bid, valium 6mg tid, ibuprofen 1800mg tid, metoclopramide 30mg tid, H2 600mg tid를 처방하였고, 가족 문제와 영적 문제를 위해 1시간동안 상담을 하였다. 그리고 가족과도 1시간정도 이야기를 나누었다.

1주일 후 다시 방문할 때 환자의 통증은 약간 감소한 정도이었다. 그러나 아직까지 뼈 통증과 신경병증 통증이 시각적 계산 척도상 5정도 남아 있어 amitriptyline 50mg tid(12.5-12.5-25), ibuprofen 2400

mg q6hr으로 용량을 추가하였다. 환자는 얼마간 잘 지내다가 다시 뼈 통증이 증가되어 ibuprofen 3600 mg q4hr 올렸다.

2개월 후 우측 상지로 심한 열감을 호소하였다. 열감은 15~20분 간격으로 굉장히 뜨겁게 느끼고 차가운 수건을 갖고 팔에 냉찜질을 하여도 없어지지 않았다. 말초성 자극에 의한 신경병증 통증으로 진단하고 초기에 dilantin 300mg을 쓰다가 4일후 600mg으로 올리고 나서 조절이 되었다. 환자는 그 후 잘 지내다가 3개월 후 임종하였다.

고 찰

말기 암 환자에서 임상 증상 중 통증은 가장 중요한 문제로 어떻게 조절하느냐에 따라 그 환자의 남은 삶이 큰 차이를 보인다. 말기 암 환자에서의 통증은 단순한 육체적 통증뿐만 아니라 정신적, 사회적, 영적 통증이 다 포함된다[1, 2]. 육체적 통증의 경우 외국 문헌에 의하면 대부분이 적절한 약물 사용에 의해 잘 조절된다고 한다[3].

일반적으로 통증 조절은 이미 World Health Organization에서 언급한 것처럼 비마약성 진통제를 쓰다가 점차 용량을 올려 효과가 없으면 강한 진통제나 마약성 진통제를 바꿔 사용한다[4, 5]. 그러나 이 개념이 모든 통증에 다 획일적으로 적용되는 것은 아니다. 특히 신경병증 통증은 마약성 진통제에 효과가 없어 다른 계통의 약물을 사용한다[6~8] 그리고 같은 자극이라도 일반 통증에 비해 더 심하게 통증을 호소한다. 신경병증 통증은 크게 두 가지 종류로 지속적인 중심성 자극(central sensitization)과 간헐적인 말초성 자극(peripheral sensitization)로 나눈다. 지속적인 중심성 자극인 경우는 일차약으로 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressants), 비삼환계 항우울제(non-tricyclic antidepressants), 경구 국소 마취제(oral local anaesthesia)을 사용하며, 간헐적인 말초성 자극인

경우는 항경련제와 baclofen을 일차약으로 사용한다 [9].

각각의 통증을 유발시키는 기전을 보게 되면 지속적인 중심성 자극에 의한 통증은 척수에 있는 C-fiber에 의한 dorsal horn neuron의 활성화에 의해 유발되는데 삼환계 항우울제, 비삼환계 항우울제, 경구 국소 마취제는 이 활성을 직접 억제시켜 통증을 감소시킨다 [10]. 이에 반해 간헐적인 말초성 자극인 경우는 염증이나 손상에 의해 말초적 신경의 과다 자극으로 생기는데 항경련제와 baclofen은 신경막을 안정화시키고 간헐적 전기적 자극(paroxymal electrical discharge)을 억제하여 통증을 감소시킨다[11-13].

항경련제의 부작용은 약 종류에 따라 다르지만 제일 많은 것은 진정 작용과 어지러움증이다.

사용하였던 dilantin은 주로 진정, 정신 혼미, 어지러움, 복시, 불안정이 나타나며, 그외에도 운동실조, 점진적 뇌병증, 경련 등이 생길 수 있다. 부작용은 비록 약물 용량에 의존적으로 생기지만 치료 용량에서는 거의 나타나지 않는다[14, 15].

말기 암 환자에서 통증 및 증상 조절을 하기 위해서는 먼저 정확한 진단이 필요하고 그 진단에 맞게 적절한 약물을 사용한다면 통증 및 증상 조절이 쉽게 된다.

본 증례는 중심성과 말초성 신경병증 통증 두 종류가 다 나타난 경우로 삼환계 항우울제인 amitriptyline과 항경련제인 dilantin을 적절히 사용하여 환자의 통증을 잘 조절하였기에 보고하는 바이다. 특히 상지의 열감에 의한 간헐적 증상은 우리가 통증으로 생각 안 할 수 있는 증상이다. 그러나 열감 역시 환자에게는 심한 통증으로 적극적인 조절이 필요하다.

참 고 문 헌

1. Sauders CM. The management of terminal illness. Hospital Medicine Publications, Lodon. 1967
2. Cervero F, Laird JM. A one pain or many pains? a new look at pain mechanisms. NIPS 1991;6:268-273.
3. Peter K. Symptom control in hospice and palliative care. Hospice education institute 1990:216-225.
4. Cherny NI, Portenoy RK. Cancer pain: principles of assessment and syndromes. In: Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of Pain, 3rd edn. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994:787-823.
5. Gonzales GR, Elliot KJ, Portenoy RK, Foley KM. The impact of a comprehensive evaluation in the management of cancer pain. Pain 1991;47:141-144.
6. Bruera E, Schoeller T, Wenk R, MacEachern T, Marcelino S, Hanson J, Suarez-Almazor M. A prospective multi-center assessment of the Edmonton staging system for cancer pain. Journal of Pain and Symptom management, 1995;10: 348-355.
7. Arner S, Meyerson BA. Lack of analgesic effect of opioids on neuropathic and idiopathic forms of pain. Pain, 1988;33:11-23.
8. Portenoy RK, Foley KM, Inturrisi CE. The nature of opioid responsiveness and its implications for neuropathic pain: new hypotheses derived from studies of opioid infusions. Pain, 1990;43:273-286.
9. Russell K, Portenoy. Adjuvant analgesics in pain management. In: Derek Doyle, Geoffrey W.C. Hanks, Neil Macdonald: Oxford textbook of palliative medicine. 2nd ed. London: Oxford University Press, 1998:361-390.
10. Woolf CJ, Wiesenfeld-Halli Z. The systemic administration of local anesthetic produces a selective depression of C- afferent evoked activity in the spinal cord. Pain, 1985;23:361-74
11. Weinberger J, Nicklas WJ, Berl, S. Mechanism of action of anticonvulsants. Neurology 1976;26: 162-73.
12. Devor M. The pathophysiology of damaged peripheral nerves. In: Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of Pain. Edinburg: Churchill Livingstone, 1994:79-100.
13. Albe-Fessard D, Lombard MC. Use of an animal model to evaluate the origin of deafferentation pain and protection against it. In: Bonica JJ, Lindblom U, Iggo A, eds. Advances in Pain Research and Therapy, vol 5. New York: Raven

Press, 1982:691-700.

14. Ramsey RE, Wilder BJ, Berger JR, Bruni J. A double-blind study comparing carbamazepine and phenytoin as initial seizure therapy in adults.

Neurology 1983;33:904-10.

15. Troupin A and Ojemann LM. Paradoxical intoxication: a complication of anticonvulsant administration. *Epilepsia*, 1975;16:753-8.