

만성통증관리의 원칙과 방법

□ 서론

1. 만성통증이란

인류의 역사가 시작된 이래로 인간은 누구나 예외 없이 신체적 통증을 경험하게 된다. 환자가 병원을 찾게 되는 가장 큰 이유는 바로 "몸이 아파서" 즉, "통증" 때문이다. 극심한 통증은 어느날 갑자기 찾아오는 경우도 있고 가끔씩 자신을 괴롭혀 온 통증이 견딜 수 없을 정도로 심해진 경우도 있다. 며칠 지나면 괜찮아질 것이라고 생각했던 통증이 하루 이틀이 지나도 완화되지 않으면 통증이 큰 병으로 인한 것은 아닌지 이리다가 생명이 위독해지는 상황이 오는 것은 아닌지 걱정스런 마음에 병원을 찾게된다.

병원에 가 본 경우 통증의 원인을 파악하여 간단히 해결되는 경우도 있지만 퇴행성 질환과 같이 통증의 원인을 파악하기 힘들어 결국 고통을 감수하며 살아야 하는 경우도 있을 수 있다. 이러한 통증은 약물 등으로 어느 정도 조절이 가능한 경우도 있으나 조절이 어려워 점점 더 심해지는 경우도 있다.

만성적인 통증은 그 자체로는 생명을 위협할 만한 질환이 아니지만 지속적인 통증으로 인해 보행과 같은 일상 생활에 불편함을 경험하게 하고, 삶의 질을 저하시킬 뿐만 아니라 우울증이나 불안증과 같은 정신적 질환을 동반하는 경우가 많다. 따라서 만성통증은 다른 질환에 수반되는 일종의 증상이 아닌 일련의 경과를 가지는 하나의 질환으로 인식할 필요가 있다.

2. 만성 질환 및 만성통증의 유병률

우리 나라는 이미 65세 이상의 노년층이 인구의 10%를 넘어섰고 머지않아 생산 인구 2명이 노인 인구 1인을 책임져야 하는 초고령층사회로 진입할 것으로 예측된다. 그에 따라 퇴행성 질환과 고령층에서 흔하게 나타나는 근골격계 질환의 유병률이 높아지고 있다. 2005년에 실시된 국민건강영양조사에서 퇴행성 관절염은 1000명당 146.4명의 유병율을 보이고 있고, 척추디스크 질환 등은 217.8명이었다. 65세 이상 노인의 유병률은 관절염의 경우 505.0명으로 노인 2명 중 1명이 관절염에 의한 통증을 호소한다고 추론할 수 있다. 2011년

대한통증학회에서 국내 만성통증환자를 대상으로 진행한 임상데이터와 설문조사 결과 발표에 따르면, 국내 만성통증환자는 성인 인구의 약 10%에 해당하는 250만 명으로 추정된다.

3. 만성통증에 대한 세계적인 추세

세계적으로도 이러한 만성통증에 대한 관심이 높아지고 있으며, 이를 하나의 질환으로 인식하고 이에 근거한 예방, 관리, 동반 증상의 치료 및 재활 등에 대한 학문적 접근이 필요함을 강조하고 있다. 2004년 WHO는 10월 11일을 'The first global day against pain'으로 규정하면서 암이나 기타 질환으로 인한 만성통증을 줄이기 위한 다각적인 노력을 기울여야 한다고 강조했다. IASP(International Association for the Study of the Pain)에서는 통증 완화는 인간의 권리여야 한다는 구호를 앞세우며 매년 한 가지 주제를 가지고 그 해의 통증에 대한 관심을 촉구하였다. 일례로 2013년에는 '내장기관의 통증', 2014년에는 '구강 안면부 통증'을 주제로 강연 및 심포지움을 개최하였으며, 해당 통증과 관련된 많은 연구결과들이 발표되었다.

4. 만성통증 관리의 필요성

지속적인 통증은 말초 신경과 척수의 감각뿐 아니라 대뇌의 재구성을 초래할 수 있다. 11년간의 추적관찰을 통해 요통을 호소한 환자에서 정상인에 비해 뇌실질이 축소된 양상을 보인다는 연구결과는 매우 충격적이었다. 이는 만성통증 자체가 신경질환과 같이 뇌의 공간적, 시간적 특성을 왜곡시키고, 기억과 인지 기능에도 영향을 줄 수 있음을 보여주는 것이다. 또한 섬유근육통을 비롯한 많은 만성통증 질환환자들의 기능적 MRI 영상이 정상인에 비해 유의한 차이가 있다는 많은 연구 결과가 보고되었다. 이러한 연구들은 통증의 이환기간이나 강도 등이 뇌의 형태학적 변화와 관련되어 있음을 시사한다. 따라서 통증을 조기에 차단하여 만성화, 중추화 되는 것을 막아내는 것이 중요하다.

□ 본론

1. 통증의 정의 및 원인

통증이란 실제적 조직 손상 또는 조직 손상의 가능성이 있을 때 수반되는 불쾌한 감각적 및 정서적 경험으로 정의된다. 다시 말해, 통증은 조직손상에 의한 반응, 조직손상 및 질환에 의한 말초부위의 감각, 중추신경계의 과민반응에 의해 발생하는 감각과, 이와 더불어 이를 감지하는

개인의 특성 및 정서적 반응까지 포함된 결과물이다. 통증은 생명을 위협할 수 있는 위험이나 자극으로부터 우리를 보호하는 역할을 한다. 예를 들어 뜨거운 난로에 손이 닿게 되면 뜨거움과 통증을 느끼고 얼른 손을 치운다. 만일 이러한 통증이 없다면 조직의 손상이 올 때까지 난로 위에 손을 올려놓고 있을 지도 모른다.

난로의 예와 같이 갑작스레 유발된 통증을 급성통증이라고 하며, 일반적으로 조직 손상에 기인한다. 말초부위에서 기계적 또는 물리적 자극이 발생하면 말초조직에서 염증작용이 일어나고, 이러한 화학적 변환과정을 통해 말초의 수용체인 신경섬유말단에 자극을 전달한다. 이 경로를 통해 자극이 신경섬유에서 척수의 후근신경절로 전도 및 전달되며, 이 과정에서 다양한 촉진작용과 저해작용이 발생하게 된다. 후근신경절로 모인 전기적 자극은 척수의 반대편 앞쪽(counterlateral anterior)으로 이동하여 여기서 척수시상로(spinothalamic tract)를 따라 대뇌로 이동하게 된다.

이와 같은 통증 전달과정에서 지속적인 자극이 발생할 경우 만성통증으로 발전할 수 있으며, 만성통증은 급성통증과 다른 새로운 형태의 반응이 나타난다. 자극이 지속적으로 발생하면 신경 시냅스의 과흥분, 이소성 방전이 일어나거나 수용체의 생성 또는 과민반응이 형성되어 중추신경계(척수 및 대뇌)의 재구성이 이루어지게 된다. 이는 역치 이하의 자극에서도 이질통(통증을 일으키지 않을 만한 자극도 통증을 느끼는 증상)을 유발하기도 하며, 자발통(자극을 가함이 없이 평상시에도 자연히 생기는 통증), 통각과민(아픔을 과도하게 느끼는 상태)을 야기하기도 한다. 또한 정상적인 내림조절경로인 통증억제기능이 소실되게 만들어 정상인에 비하여 통증조절반응이 결여되게 된다.

2. 만성통증을 유발하는 질환 및 만성통증의 양상

만성통증을 유발하는 질환에는 근골격계 이상, 긴장성 두통, 만성경부통, 요통, 전환장애, 신체화 장애 등이 있으며, 그 경로는 감각수용체의 자극을 통해 통증이 유발되는 경우와 신경을 자극하여 발생하는 신경병증 양상의 경우로 크게 구분될 수 있다. 증상만으로 이 둘을 구분한다면 감각유발성 통증은 빠르고 둔한 양상의 통증을 호소하는 경우가 많고 신경병증성 통증은 전기가 흐르는 듯하고, 찌르는 듯하거나 불에 덴 듯한 양상의 통증을 호소하는 경우가 많다. 만성통증을 치료하기 위해서는 환자가 호소하는 증상 이외에 통증의 세기, 통증의 종류, 삶의 질 등을 파악한다. 통증의 세기는 일반적으로 경한 통증, 중등도의 통증, 극심한 통증

등으로 구분하는데, 이를 좀 더 객관적으로 판단하기 위해 시각적 통증등급(VAS), 언어숫자 통증등급(NRS), 얼굴통증등급 등의 지표를 이용하기도 한다. 통증의 종류나 삶의 질 등을 파악하기 위해서 통증일기, 맥길통증설문, SF-36, LANSS 등 다양한 평가도구를 적용하기도 한다.

3. 만성통증의 영향

만성통증을 겪는 환자의 경우 만성적 통증과 더불어 우울·불안과 같은 정서적 양상을 동반하는 사례가 많다. 심지어 극심한 통증으로 실제 자살을 시도하는 경우도 일반 환자의 경우보다 배에 이른다는 보고도 있다. 대한통증학회의 설문조사결과에 따르면 만성통증 환자의 35%가 심각하게 자살을 고려하였다고 하였으며, 미국 복합부위통증증후군 협회와 존스홉킨스 의과대학의 인터넷을 통한 설문조사에서는 복합부위통증증후군 환자의 47%에서 자살을 생각하였고 이 중 15%는 실제로 자살충동을 행동으로 옮긴 것으로 나타났다. 정상인에서 자살 시도 비율이 1.1~4.6% 정도인 것에 반해 만성통증 환자에서는 5.3~15%로 높게 나타나고 있다.

이러한 신체적, 정신적 고통과 더불어 만성통증은 실직, 가정불화, 인간관계의 단절 등 사회적 관계의 심각한 훼손, 공공 의료비용의 증가, 장애로 인한 사회적 비용의 증가, 노동력 상실로 인한 개인 및 사회적 손실 등 실로 많은 사회-경제적 비용을 초래하고 있다. 따라서 만성통증을 더 이상 개인의 문제로 치부해서는 안되며 이를 해결하기 위한 사회적 지원이 절실히 필요하다.

4. 만성통증의 예방

만성통증을 예방하기 위해서는 균형잡힌 식사와 걷기·수영 등의 유산소 운동을 생활화 하는 것이 매우 필요하다. 이는 영양과잉과 운동부족으로 인한 비만 등의 다양한 질환이 근골격계 통증을 유발할 수 있기 때문이다.

운동은 만성통증의 예방 뿐만 아니라 증상 완화에도 도움이 된다. 예를 들면, 유럽 류마티스치료 테스크포스팀에서는 섬유근육통의 예방과 치료를 위해 에어로빅과 같은 유산소 운동을 권장하며, 고강도의 운동보다 저강도의 운동프로그램을 꾸준히 함으로써 실제 약물치료에 버금가는 효과를 얻을 수 있다고 하였다. 척추관 협착증의 경우 수영 및 걷기 등의 운동이 척추 주변근육을 강화시키고 이를 통해 신경증상을 완화할 수 있다고 보고하고 있다.

척추질환 등 근골격계 통증을 예방하기 위해서는 운동 이외에 바른 자세를 유지하려는 노력이 매우 필요하다. 책상에 하루 8 시간 이상 앉아 근무하는 현대인의 경우 잘못된 자세가 척추디스크 질환을 유발하여 만성적인 통증을 야기할 수 있으며, 장시간의 스마트폰 사용이 소위 거북목이라고 하는 경추부 굴곡의 소실을 가져와 만성적인 근막통증을 유발할 수 있기 때문이다.

5. 만성통증의 관리

통증이 만성화 된 경우 올바른 생활습관 유지와 더불어 이를 잘 관리하기 위한 의학적 도움을 받는 것이 중요하다. 만성통증을 고혈압, 당뇨와 같이 관리가 필요한 질환으로 인식하고 통증전문의를 통해 증상에 대한 적절한 약물치료와 신경블록 등을 적절한 시기에 받아야 한다.

□ 결론

만성통증은 늙어가면서 당연히 안고 가야 하는 짐이 아니라 예방할 수 있는 질환이자 조기에 발견해서 관리하고 치료받아야 하는 질환이다. 이를 위해 개인적 차원에서는 균형 잡힌 식사, 유산소 운동, 바른 자세 등을 생활화함으로써 근육, 관절, 뼈에 이상이 생기지 않도록 해야 한다.

만성통증을 예방 및 관리하기 위해서는 개인적 차원의 노력과 함께 사회적 차원의 노력이 동반되어야 한다. 사회가 고령화될수록 퇴행성 변화에 동반된 만성통증 환자의 증가는 피할 수 없는 사회적 문제이기 때문이다. 이러한 현 상황에도 불구하고 만성통증을 개인의 문제로 여겨 사회적으로 개입하지 않는다면 행복전도사로 자처하던 분이 극심한 통증 때문에 스스로 목숨을 버린 사례와 같이 막대한 사회적 손실이 야기될 수 밖에 없다. 따라서 최소한의 인간적인 삶을 영위하기 위해 만성통증에 대한 사회적 지원이 반드시 필요하다.

□ 참고문헌

1. 대한통증학회. 통증의학 4 판
2. International Association for the Study of Pain. homepage. www.iasp-pain.org
3. 보건복지부, 한국보건사회연구원. 제 5 차 국민건강영양조사. www.bokjiro.go.kr
4. 김용철. 통증질환의 장애인정 여부에 대하여. 대한통증학회지 2007; 20: 1-7
5. 차보경, 박창승. 만성통증이 있는 노인의 신체활동 수준에 따른 통증, 일상생활방해 및 피로. J Kor Aca Comm Health N 2011; 22: 162-72.
6. 허남욱, 최찬범, 엄완식, 배상철. 국민건강영양조사를 이용한 한국인 관절염의 유병률 현황과 연도별 변화. 대한류마티스학회지. 2008; 15: 11-26.
7. Hauser W et al. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta analysis of randomized controlled clinical trials. Arthritis Rheum 2009; 61: 216-24.
8. Lee KS, Shim JJ, Doh JW, Yun IG, Bahk HK, Disability evaluation of the pain: The present and prospect in Korea. J Korean Neurosurg Soc 2009; 45: 293-6
9. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms, 2nd edition. Seattle, WA: IASP Press; 1994
10. Nahm FS, Lee PB, Kim TH, Kim YC, Lee CJ. Comparative analysis of the independent medical examination reports and legal decisions in pain medicine. Kor J Pain 2010; 23: 28-34
11. Shin HW, Choi YM, Nahm FS, Pakr SJ, Koo MS, Suh JH, Sim SE, et al. Comparison of the two impairment classes publicized by the American medical association in complex regional pain syndrome patients. Kor J Pain 2007; 20: 148-15
12. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. Pain 1992; 50: 133-49.
13. Stanton-Hicks M. Pain and the Sympathetic Nervous System. Boston: Kluwer; 1990.
14. van Eijs F, Stanton-Hicks M, Van Zundert J, et al. Evidence-based interventional pain medicine according to clinical diagnoses. Pain Pract 2011;11: 70-87.
15. Chee Kean Chen, Abd Jalil Nizar. Myofascial pain syndrome in chronic back pain patients. KJP 2011;24:100-4
16. John Z. Srbely. New Trends in the Treatment and Management of Myofascial Pain Syndrome. Curr Pain Headache Rep 2010; 14:346-52.