암생존자의 금연

이언숙¹ · 이철민² · 정유석^{3*}

¹인제대학교 의과대학 일산백병원 가정의학교실, ²서울대학교병원 강남센터 가정의학과, ³단국대학교 의과대학 가정의학교실

접수일 : 2014년 6월 20일
수정일 : 2014년 6월 27일
승인일 : 2014년 7월 3일

*교신저자 : 정유석
단국대학교 의과대학 가정의학과,
의료윤리학교실
충남 천안시 동남구 망향로 201
☎ 330-715
Tel: 041-550-6385
Fax: 041-565-6167
E-mail: drloved@hanmail.net

Smoking Cessation for Cancer Survivors

Eon Sook Lee¹, Cheol Min Lee², Yooseok Cheong^{3*}

¹Department of Family Medicine, Ilsan Paik Hospital, College of Medicine, Inje University, Goyang,

²Department of Family Medicine, Healthcare System Gangnam Center, Seoul National University Hospital, Seoul, ³Department of Family Medicine, School of Medicine, Dankook University, Cheonan, Korea

The number of cancer survivors is increasing because of rapid growth in the elderly population and remarkable advance in cancer detection and treatment. Cancer survivorship such as health care becomes more issue in recent decade. Some problem were remained after completion of cancer treatment like increased risk of second primary cancer, other co-morbidity (cardio-vascular disease, diabetes mellitus), and decreased quality of life. It was known that these problems were associated with their bad health habits. Actually many cancer survivors failed to quit smoking. In addition, smoking is recently proven in cancer survivors to be associated with bad prognosis such as recurrence of their primary cancer, many side effects of cancer treatment, and decreased mortality. Evaluation of smoker and assistance with quitting smoking are not specific for cancer survivors. 5A's (Ask, Advise, Assess, Assist, and Arrange) protocol also provides guidance in implementing both brief and intensive intervention for smoking cessation of survivors. Counseling for cancer survivors are individualized by their readiness to quit, their health condition, and nicotine dependence. Cancer survivors are likely to experience many symptoms such as general weakness, nausea, and vomiting, especially under active chemotherapy. When survivors had many similar symptoms which came from chemotherapy, it is recommended to delay starting pharmacological treatment of smoking cessation.

Key Words: Cancer survivor; Smoking cessation; Health behavior

Copyright © 2014 by Journal of the Korean Society for Research on Nicotine and Tobacco.

서 론

의료의 급격한 발전으로 조기암 진단과 치료가 발전함과 동시에 인구의 고령화로 인해 암생존자가 꾸준히 증가하고 있다. 이런 현상은 선진국에서 공통된 현상으로 한국중앙 암 등록자료(2010)에 의하면 93-95년도 자료와 비교해 2006-2010년 5년 암생존율이 22.9% 증가하였다.(1) 암생존자 인구가 증가함에 따라 그들의 건강과 삶의 질 등이 새로운 의

료계의 화두가 되고 있다.

암생존자는 완치 후에도 이차적인 암 발생과 심혈관 질환, 당뇨병의 위험성이 증가할 뿐 아니라 삶의 질도 저하된다고 알려져 있다. 암생존자에게 나타나는 부정적인 결과가 일차 암 치료의 합병증일 가능성도 있지만, 암을 유발했던 좋지 않은 건강 습관이 합병증을 유발할 가능성도 있다. 미국과 호주에서 시행된 연구에 의하면 암생존자의 70%는 충분한 운동을 하지 않고 있었고 20-24%가 여전히 흡연을 하고 있

었다.(2,3)

담배(Cigarette)는 일급 발암 물질이다. 모든 암의 30%, 담배 연기와 직접 접촉되는 장기(구강, 식도, 폐, 기관지) 암의 90%가 흡연 때문에 발생한다. 담배 연기와 직접 접촉하지 않는 자궁 경부, 췌장, 방광, 신장, 위장, 조혈 조직의 암 발생률도 비흡연자에 비해서 1.5-3배 높다. 또한 암생존자인 경우에도 흡연을 지속하는 경우가 많기 때문에 일반인이나 다른 질환(당뇨, 고혈압, 폐렴 등)을 가진 환자보다 흡연율이 낮지 않았다.(4) 또한 이런 높은 흡연율이 암생존자에서 지속적인 문제를 유발한다. 그러나 흡연에 따른 일차암 발생 위험도에 관한 연구는 비교적 많으나 암생존자의 건강관리를 위해 필요한 자료인 흡연율이나 암생존자에서 흡연을 지속할 경우 나타나는 피해에 대한 연구는 최근에 발표되기 시작했다. 이에 암생존자들의 흡연으로 인한 문제가 무엇인지, 그리고 금연을 위해서 어떻게 해야 하는지에 대하여 이 글에서 정리하고자 한다.

본 론

1. 암생존자의 흡연으로 인한 피해

흡연자들에서 암 발생율이 높고 흡연자들은 질병이 발생되어도 담배를 쉽게 끊지 못한다. 따라서 암환자의 흡연율도 일반 성인 남녀에 비해 의미 있게 높다. 특히 구강암, 후두암, 폐암 등 흡연과 직접적인 연관성이 있는 암 환자의 흡연율이 높다. 미국의 경우 처음 암으로 진단받은 환자의 50-75% 정도가 현재 흡연자이며, 이중 50%는 암 진단 이후에도 흡연을 지속한다고 보고하고 있다.(5) 암생존자의 흡연율은 일반인구와 비슷하여 흡연 관련된 질환의 이환에도 불구하고 금연에 성공하지 못하고 있다.(6) 한편 국내에서 실시된 연구 결과도 비슷하였는데 2006년 폐암환자의 흡연을 현황을 보면 남성 78.2%, 여성 21.8%로 당시 국내 성인 흡연율인 남성 45.9%, 여성 2.3%에 비하여 현저하게 높았다.(7) 또한 암 진단시 흡연자들 중 28.8%가 금연에 성공하지 못하고 흡연을 지속하였다.(8) 장기 암생존자들도 담배를 끊지 못하는 경우가 많은데 특히 젊은 생존자들이 나이 많은 생존자들에 비하여 흡연율이 현저히 높았다.(9)

흡연은 암생존자의 치료 경과에 좋지 않은 영향을 끼친다. 유방암 환자들의 암 진단 이후 조사된 흡연력에 따라 비흡연자에 비해 흡연자인 경우 유방암 재발과 유방암 사망률이

1.5배 정도, 총 사망률이 2배 정도 높았고 과거흡연자는 흡연량이 높은 경우 유방암 재발과, 유방암 사망률, 총 사망률이 1.2-1.3배 정도 높았다.(10) 국내 보고에서도 암 진단 전 흡연자가 비흡연 암생존자에 비하여 사망률이 31%나 높았다.(11) 흡연력이 있는 폐암, 간암, 췌장암생존자에서는 비흡연 생존자에 비하여 약 40-75%까지 사망위험도가 높은 것으로 조사되었다.(7) 이는 흡연을 계속하는 암생존자들에서 원발암의 재발, 새로운 암의 발생 가능성이 높을 뿐 아니라 심혈관, 호흡기 질환이 병발하거나 악화되는 가능성이 높아 결국 생존율을 현저하게 낮추기 때문이다. 또한 여성 암생존자 코호트에서 흡연을 지속하면 비흡연자에 비해 신체적, 정신적 삶의 질이 현저히 낮게 나타났다.(12) 암생존자를 대상으로 한 금연상담 효과에 대한 연구는 많지 않고 대상수가 적어서 대조군에 비해 효과적이라는 결과가 부족하다. 따라서 금연상담 효과에 대한 대규모 임상연구가 필요하다. 흡연은 암발생과 경과에 좋지 않은 영향을 주는 만큼 암 진단을 받고 치료를 시작하는 환자에게 금연 상담은 필수적이다. 따라서 의료진은 암생존자가 금연을 할 수 있는 기회를 제공해야 하겠다.

2. 암생존자의 금연상담

흡연자들은 다양한 이유로 흡연을 정당화하고 금연을 거부하지만, 의학적으로는 단지 '니코틴에 중독된 환자'일 뿐이다. 니코틴의 중독성은 헤로인이나 코카인 못지않다고 알려져 있다. 니코틴은 nicotinic acetylcholine 수용체를 통하여 ventral tegmental area에서 nucleus accumbens로 향하는 도파민계를 간접적으로 자극하여 쾌감을 느끼게 한다. 뇌 보상회로 자극을 통한 긍정적 강화와 금단증상 완화에 의해 기분이 좋아지거나, 각성, 이완, 불안과 스트레스 감소, 공복감 감소, 집중력과 순발력 개선, 수행능력이 향상되는 부정적 강화에 의해 니코틴 중독은 유지되고 증가한다. 이는 암생존자에서도 금연이 쉽지 않은 중요한 이유이다.

많은 흡연자가 근치 및 보조적 수술, 항암화학요법, 방사선 요법 등 적극적 암 치료시기에는 금연을 시도한다. 그러나 니코틴 중독으로 인해 이들 중 약 25-50%는 금연에 성공하지 못한다. 한편 암 자체의 파괴력과 치료과정에서 오는 불안감이 스트레스 요인으로 작용하여 흡연을 오히려 부추기기도 한다. 암생존자에게 흔한 우울증이 금연을 방해하며 오히려 흡연량이 기존보다 늘거나 새로이 흡연을 시작하는 등 악화

Table 1. 5As for cancer survivor's smoking cessation counseling.(15)

Ask	‘암에 걸렸던 분이니 당연히 담배는 안 피우겠지...’라고 미리 추측은 금물 매 방문 때마다 “담배 피우시나요?”라는 질문을 의식적으로 던질 것
Advice	생존자 중 흡연자의 경우 적극적으로 금연을 권유
Assess	“당신의 흡연에 대해 어떻게 생각하세요?” & “지금 담배 끊으실 마음이 있으신가요?”
Assist	흡연 암생존자의 금연의지 단계에 맞는 상담 및 처방(고려전기, 고려기, 준비기, 실행 및 유지기)
Arrange (follow up)	금연 이후 추적 방문을 통한 금연지속여부 확인

되기도 한다. 암생존자에 대한 흡연 진단을 한마디로 요약하자면 ‘암생존자라고 해서 특별한 것은 없다’는 것이다. 일반 흡연자에 대한 진단과 치료적 접근에서 흔히 사용되는 5As (Ask, Assess, Advice, Assist, Arrange)는 암생존자에게도 여전히 유용하다(표 1).

1) 흡연 평가(Assess)

암생존자만을 위한 개발된 흡연진단 질문이나 설문지는 없으며 이런 것은 필요치도 않다. 따라서 암생존자를 진료하는 담당 의사는 일반 환자나 또는 건강인을 대상으로 하듯이 흡연여부를 파악하면 된다. 다만 의료진의 암생존자 흡연에 대한 관심이 중요하다고 볼 수 있지만 한 연구에 의하면 소아암생존자 중 흡연자에게 의료진이 금연 상담을 하는 것은 55%에 불과하고 흡연에 대한 약물 치료를 상담하는 경우도 겨우 36% 정도이다.(13) 따라서 제일 중요한 것은 모든 암생존자의 흡연여부를 매 진료 때마다 확인하는 것이며, 이것이 흡연 진단의 처음과 끝이라 할 수 있다.

흡연여부 파악 질문은 ‘예/아니오’ 형태의 명료한 폐쇄형 질문(closed question)을 사용한다. 암생존자 중 청력이나 구음 장애가 있는 경우는 설문지와 필답으로 대체한다. 청력, 구음 장애가 있으면서 문맹자인 경우는 직접 담배를 보여주면서(시각) 흡연여부를 파악한다. 암생존자에게 직접 파악하기 어려운 경우는 같이 생활하는 가족이나 동거인을 통해 대신 흡연여부를 파악할 수 있으며, 필요한 경우 호기중 일산화탄소 검사나 소변이나 혈액 중 코티닌(cotinine) 검사를 시행할 수 있다.

현재 흡연을 하지 않는 경우 과거 흡연력을 확인한다. 과거에도 흡연을 하지 않는 흡연 무경험자(never-smoker)라면 원론적인 충고(“흡연은 해롭다”) 및 간접흡연에 대한 위험성을 설명하고, 과거 흡연자(ex-smoker)라면 재발방지를 위해 흡연에 관한 교육과 경우에 따라 재발 방지를 위한

다음 두 개의 질문에 답하신 후 점수를 합산하시오.

1. 아침 첫 담배를 언제 피우십니까?

- ☐ 5분 이내 (3점)
- ☐ 5-30분 (2점)
- ☐ 31-60분 (1점)

2. 하루에 담배를 몇 개비나 피우시나요?

- ☐ 31개 이상 (3점)
- ☐ 21-30개 (2점)
- ☐ 11-20개 (1점)

* 5-6점= 심한 중독, 3-4= 중등도 중독, 0-2점= 가벼운 중독

Figure 1. Two questionnaires for Heavy Smoking Index at measuring nicotine dependence.

약제 처방도 고려한다. 현재 흡연자(current smoker)는 흡연시작 연령, 하루에 피는 양, 기간, 이전의 금연 시도 여부, 현재 금연의지 및 금연단계 등 흡연력을 구체적으로 파악한다. 이때 미리 준비된 설문지 양식(예: 니코틴 의존도평가 등)을 사용하면 시간과 노력을 줄일 수 있다. 항암치료 등으로 체력과 의지가 약한 상태의 암생존자들에게는 길고 복잡한 설문지 작성이 힘들어질 수 있다. 이러한 경우 간략한 두 개 문항의 니코틴 의존 설문지 도움이 된다(그림 1).(14)

2) 암생존자 금연 상담

금연상담법도 일반인에 적용되는 것과 유사하다. 중요한 것은 암생존자에게 금연이 필수적이라는 걸 깨닫게 하고 이를 유지하도록 도와주는 것이다. 암생존자가 흡연을 유지하면서 다른 보조약물이나 식이, 운동 등을 통해 이를 극복할 수 있다는 잘못된 믿음을 가지고 있다면 이를 교정해야 한다. 강하게 흡연치료를 거부하는 경우에 한해 Harm reduction 개념으로 흡연량 감소를 꾀할 수는 있으나, 궁극적으로 완전 금연으로 암생존자를 이끌어야 한다.

(1) "모든 암환자의 흡연상태를 매 진료 시마다 확인하라." (ASK)

효과적인 금연상담을 위한 첫 걸음은 의사가 진료실에서 만나는 환자의 흡연여부를 알고 있느냐 하는 것이다. 단시간에 수많은 환자를 진료해야 하는 국내의 열악한 진료 환경을 고려할 때 흡연에 대한 질문은 우선 순위에서 밀릴 때가 많다. 그런데 의원급에서 흡연 상태에 대한 선별 시스템의 효과를 알아본 9개의 연구에 대한 메타분석에 의하면 흡연자 파악이 잘 되는 의원의 경우 그렇지 않은 의원보다 의사의 금연중재가 3배 이상 많았다고 한다(교차비=3.1; 95% CI, 2.2-4.2).(15) 여러 진료지침들에서 제시하는 방법으로는 모든 방문환자에서 혈압이나 맥박 등 활력증후를 잴 때 의무적으로 흡연여부를 표시하도록 하라는 것이다.

(2) "암생존 흡연자 모두에게 금연을 권고하라." (ADVICE)

환자에 대한 흡연여부 파악을 마치고 나면, 흡연자의 금연에 대한 준비단계를 파악해야 한다(Assess). 모든 흡연자가 금연을 심각하게 고려하도록 하기 위하여 명확하고(clear) 개별화된(individualized) 메시지를 전한다. 이러한 충고는 3분 이내로 해도 효과적이다.(16) 금연을 아직 결심하지 못한 사람들에게는 동기강화 상담(motivational interviewing)이 효과적이다.

(3) "금연시도를 적극적으로 도와줄 것" (ASSIST)

일단 금연을 결심한 흡연자에게 의사는 금연일을 정해주고 사회적인 지지를 확보해 주며 흡연하고픈 상황을 미리 예측하고 대처하는 기술에 대하여 상담해 주어야 한다. 5% 내외의 자가금연성공률에 비하여 의사의 상담은 금연 성공률을 10.2%로 상승시키며,(17) 약물요법과 비약물요법, 사회적 지지 등의 방법을 동원하면 성공률을 35%까지 올릴 수 있다.(18)

(4) "지속적으로 금연여부를 확인하라." (ARRANGE, follow-up)

많은 흡연자들이 금연을 시도하지만 6개월 후의 장기성공률은 매우 낮다. 한 연구에 의하면 금연 2주 이내에 한 모금이라도 흡연한 사람의 80% 이상은 6개월 후에 다시 흡연하고 있었다.(19) 따라서 첫 1-2주 사이에 완전 금연을 유지하게 하는 것은 장기간의 성공률을 높이는데 중요하다. 따라서 금연결심일 후 가장 금단증상이 심할 때인 3-4일째나 일주일 되는 날을 첫 번째 재진일로 잡는 것이 좋다. 이런 식으로 금연을 시작한 흡연자의 금연여부를 지속적으로 확인하는 것은 금연의 성공률을 의미 있게 높인다. 전화를 이용하거나 재진 예약 시에 금연유지여부를 확인해도 좋다. 금연을

유지하고 있다면 격려와 축하메시지를 전하고 금연이유를 강화하는 것을 통하여 재흡연을 방지해야 한다. 금단증상이나 금연보조약물요법시의 문제점을 파악하고 적절한 대처방법을 조언해 주어야 한다.

모든 의사는 흡연자에게 강력하게 금연을 권고해야 한다. 왜냐하면 의사의 권고는 금연율을 의미 있게 상승시킨다는 근거가 있기 때문이다. 3분이내의 간단한 금연상담도 금연율을 낮추는데 효과적이다. 따라서 모든 흡연자에게 간략한(혹은 강도 높은) 금연상담을 실시해야 한다. 금연 성공율과 상담의 강도 사이에는 유의한 양의 상관관계가 있다. 즉, 상담시간이 길고 강력할수록 금연율이 증가한다. 의사라면 전문과목과 무관하게 모든 상담이 금연율을 높인다. 따라서 의사의 금연상담은 반드시 필요하다. 반면 의사가 아닌 임상가들에 의한 금연권고가 금연율을 높이는지에 대한 확실한 증거는 없지만 환자의 장기 금연율을 증가시키는 것으로 믿어지고 있다. 그 외에 전화상담이나 집단 혹은 개인 상담 모두가 금연중재에 효과적으로 사용될 수 있다.

3. 암 생존 흡연자를 위한 약물요법

암생존자를 대상으로 한 금연 약물 치료에 대한 연구 결과는 많지 않다. 따라서 암생존자의 약물치료 역시 일반인과 유사하게 적용될 수 있겠다. 다만 암생존자인 경우 항암제 등 다양한 약물을 사용하고 암 자체와 치료로 인해 다양한 증상을 경험하므로 효과와 함께 부작용을 충분히 고려해서 약물 처방을 해야 한다. 금연관련 약제는 크게 계열에 따라 비니코틴 계열 약제와 니코틴 계열 약제로 분류하며, 우선적으로 적용하는 1차 약제와 2종류의 2차 약제가 있다. 암 치료 중, 혹은 치료 후 경구 투여가 어려운 환자에게는 니코틴 패치가 일차 선택약이다. 바레니클린은 여러 대조군 연구 및 메타분석을 통해 우월성이 입증된 약이나 우울증 환자에게 투여해서는 안되며 이 경우 항우울제이기도 한 부프로피온이나 NRT를 먼저 고려해야 한다. 이러한 경우가 아니라면 효과 면에서는 바레니클린이 최선의 선택이며 비교적 약물 상호작용이 적은 편이다.

1) 1차 약제들(fist-line medication)**(1) 니코틴계열 약제(nicotine replacement therapy)**

이는 가장 보편적이고 대중화된 치료법 중의 하나이다. 원리는 담배에 들어있는 수많은 성분 중 의존(dependence)

을 일으키는 니코틴만을 분비하는 것이 특징이며, 제형에 따라 패치, 껌, 사탕, 폐 흡입기(inhaler), 비강 분무기(spray) 등 다양한 제제가 있다. 현재 국내에서는 패치와 껌, 사탕 형태만 구입할 수 있다. 니코틴 패치를 기본으로 사용하면서 흡연욕구가 강할 때만 니코틴 껌을 추가로 사용하는 경우 성공률이 더 올라간다. 하지만 니코틴의 과량투여로 인한 심계항진 등 부작용 여부를 주의 깊게 살펴야 한다. NRT 중 니코틴 패치는 피부 발적, 가려움 등 부작용이 흔한데 예방을 위해서는 매일 다른 부위에 돌아가며 부착하고 발적 부위에 약한 스테로이드 연고를 사용할 수 있다(표 2).

(2) 비니코틴계열 약제(non-nicotine medication)

항우울제인 부프로피온(서방정)은 니코틴의 보상(reward)기전과 금단(withdrawal) 기전에 관여하는 도파민과 노르아드레날린의 안정화를 통해 금연유지를 도와준다. 암환자를 대상으로 금연을 목적으로 임상시험이 되었고 우울 증상이 있는 암환자에서 금연효과가 높았다.(20) 금연 시작 1주일 전부터 사용하며 첫 3일간은 하루 150 mg 1정, 4일부터 8주까지 2정(300 mg)을 사용하는 것이 표준처방이다.

바레니클린(상품명: Champix[®])은 가장 금연 효과가 높은 약물로서 뇌의 니코틴 수용체에 부분 길항제 및 부분 역

제제로 동시에 작용하여 금단현상을 줄여주고 흡연의 만족도를 떨어뜨리는 특별한 기전이 알려져 있다. 구역/구토의 부작용이 비교적 흔하여 소용량부터 시작하여 점차 증량하도록 복약지도 하는 것이 중요하다. 암환자의 경우 구토가 심한 항암치료기에는 피하는 것이 좋으며 필요 시에는 항구토제를 병용 투여할 수 있다. 우울증 악화에 대한 가능성이 있으므로 이에 대한 선별검사가 필요하다. 암생존자의 경우 기본적으로 우울한 경향이 있으므로 일주일 단위로 처방하며 기분의 변화를 자주 살펴보는 것이 안전하다(표 2).

2) 2차 약제들(second-line medication)

2차약제인 노트립틸린(nortriptyline)은 일반인 흡연환자에게는 흔히 처방하는 약제가 아니나 흡연 암생존자의 경우 신경성 통증이 동반되는 경우에 선택약이 될 수 있다(표 3).

결론

암생존자 중 흡연자들은 겨우 절반 정도만이 금연에 성공하여 예상과 다르게 흡연율이 높다. 암생존자가 흡연을 지속

Table 2. The first line medication for smoking cessation.(21)

Generic name	Dosage and Use	Duration	Caution	Side effect	Effect
Nicotine patch	usually 21 mg/24 hr, 14/mg/24 hr, 7 mg/24 hr	4 weeks for high dose, 2 week for medium dose, 2 week for low dose	AMI, skin burn	rash, itching, nausea, insomnia	1.9
Nicotine gum	2 mg, 4 mg	1) PRN or 2) Continuous therapy If smoke over 25 cigarettes/d → up to 24 gum (4 mg)/d If smoke less than 25 cigarettes/d → up to 24 gum (2 mg)/d		indigestion, burning sense, hiccup	1.5
Nicotine lozenge	2 mg, 4 mg	Usually 9-20lozenge/d, 2 mg for smoking < 30 min after awake 4 mg for smoking ≥30 min after awake		Nausea, heart burn	1.5
Varenicline	① first 3days: 0.5 mg 1T qd ② next 4days: 0.5 mg 1T bid ③ after that: 1 mg 1T bid	12-24 weeks	End stage of renal disease, Hemodialysis, severe depression	Nausea, insomnia, vivid dream Depressive mood	3.1
Bupropion	① first 3days: 150 mg 1T qd ② next: 150 mg 1T bid	7-12 weeks Possible to 24 weeks	Epilepsy history, Eating disorder	insomnia, seizure dry mouth	2.0

Table 3. The second line medication for smoking cessation.(21)

Generic name	Dosage and Use	duration	Caution	Side effect	Effect
Nortriptyline	At first 25 mg/d after first dose, increase 75-100 mg/d	usually 12 weeks, to 24 weeks by doctor's decision	Glaucoma, pregnancy, cardiovascular disease, MAO inhibitor	Dry mouth, vision difficulty, urine retention, blurred vision, tremor	1.8
Clonidine	0.1 mg 1T BID Possible increase 0.1 mg each week by doctor's decision	3-10 weeks based on doctor's decision	MI, CVA, renal insufficiency, fever	Dry mouth, dizziness, drowsy, constipation	2.1

하는 경우 기존 암의 재발, 다른 원발암의 발생, 사망률 등이 높게 나타날 뿐 아니라 암 치료에도 좋지 않은 영향을 끼치므로 흡연에 대한 관리가 중요하다.

암생존자에 대한 흡연 관리는 '특별한 것은 없다'. 일반 환자나 또는 건강인을 대상으로 한 진료와 마찬가지로 흡연 여부를 파악하면 된다. 다만 의료진의 흡연에 대한 관심이 중요하다고 볼 수 있다. 기대와 달리 암생존자 중 금연에 실패한 사람이 있기 때문에 모든 암생존자의 흡연여부를 매 진료 때마다 확인하는 것이 필요하다.

암생존자가 흡연에 대한 잘못된 믿음을 가지고 있거나 금연을 포기했다면 상담으로 이를 교정해야 한다. 치료 과정에 있는 암생존자들이 금연 약물 치료가 필요하다면 특히 사용 시 부작용에 유의해야 한다. 항암치료로 인한 구토가 있거나 우울증상이 있는 경우 특히 약물사용에 주의해야 한다. 금연 상담 및 치료는 암생존자의 예후를 좋게 할 수 있는 중요한 건강관리이므로 암생존자들의 특성을 이해하고 이에 적합한 방법을 사용할 수 있도록 해야겠다.

요 약

노인 인구의 증가와 암조기 진단 방법과 치료의 획기적인 발전에 따라 암생존자의 수가 급격하게 증가하고 있고, 이에 따라 암생존자의 건강 관리 문제는 최근 들어 그 중요성이 강조되고 있다. 일차암에서 완치된 후에도 여러 가지 건강 문제가 대두될 수 있는데, 가령 이차암의 발생이나 관상동맥 질환, 당뇨병과 같은 동반질환의 관리, 그리고 삶의 질 감소가 중요한 문제로 대두될 수 있다. 이러한 문제들은 흡연이나 음주 등 좋지 않은 생활습관과 관련이 있는 것으로 알려져 있지만, 암을 치료한 이후에도 담배를 끊지 못하는 사람들이 많이 존재한다. 암생존자에서 흡연은 원발암의 재발은

물론, 치료 과정의 부작용, 그리고 낮은 생존율 등 나쁜 예후와 관련이 있는 것으로도 알려져 있다. 암생존자에서 흡연 여부를 확인하고, 평가하며 금연을 할 수 있도록 도움을 주는 것은 일반적인 금연치료와 다르지 않다. 5A's (ask, advise, assess, assist, arrange) 프로토콜은 암생존자의 금연 치료에서도 동일하게 적용할 수 있는데, 개인의 준비 정도나 건강 상태, 니코틴 의존도에 따라 개별적으로 적용하는 것이 필요하다. 암생존자 중 항암치료를 받고 있을 때는 쇠약이나 오심, 구토 등의 증상을 경험할 수 있는데, 이럴 경우엔 금연 치료 약물의 사용 시기를 다소 늦추는 것을 권장한다.

중심단어: 암생존자; 금연; 생활습관

참 고 문 헌

1. Jung KW, Won YJ, Kong HJ, Oh CM, Seo HG, Lee JS. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival and prevalence in 2010. *Cancer Res Treat* 2013; 45: 1-14.
2. Bellizzi KM, Rowland JH, Jeffery DD, McNeel T. Health behaviors of cancer survivors: Examining opportunities for cancer control intervention. *J Clin Oncol* 2005; 23: 8884-93.
3. Eakin EG, Youlden DR, Baade PD, Lawler SP, Reeves MM, Heyworth JS et al: Health behaviors of cancer survivors: Data from an Australian population-based survey. *Cancer Causes Control* 2007; 18: 881-94.
4. Mayer DK, Carlson J. Smoking patterns in cancer survivors. *Nicotine Tob Res* 2011; 13(1): 34-40.
5. Cox LS, Africano NL, Tercyak KP, Taylor KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer* 2003; 98: 632-44.
6. Mayer DK, Carlson J. Smoking patterns in cancer survivors. *Nicotine Tob Res* 2011; 13: 34-40.
7. Park S, Lim M, Shin S, Yun Y. Impact of prediagnosis smoking, alcohol, obesity, and insulin resistance on survival in male cancer patients: National Health Insurance Corporation Study. *Journal of Clinical Oncology* 2006; 24: 5017-24.

8. Yang HK, Shin DW, Park JH, Kim SY, Eom CS, Kam S et al. The association between perceived social support and continued smoking in cancer survivors. *Jpn J Clin Oncol* 2013; 43: 45-54.
9. Coups EJ, Ostroff JS. A population-based estimate of the prevalence of behavioral risk factors among adult cancer survivors and noncancer controls. *Prev Med* 2005; 40: 702-11.
10. Pierce JP, Patterson RE, Senger CM, Flatt SW, Caan BJ, Natarajan L et al. Lifetime cigarette smoking and breast cancer prognosis in the After Breast Cancer Pooling Project. *J Natl Cancer Inst* 2014; 106: djt359.
11. Min Park S, Kyung Lim M, Won Jung K, Ae Shin S, Yoo K, Ho Yun Y et al. Prediagnosis smoking, obesity, insulin resistance, and second primary cancer risk in male cancer survivors: National Health Insurance Corporation Study. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25: 4835-43.
12. Jang S, Prizment A, Haddad T, Robien K, Lazovich D. Smoking and quality of life among female survivors of breast, colorectal and endometrial cancers in a prospective cohort study. *J Cancer Surviv* 2011; 5: 115-22.
13. Emmons KM, Sprunck-Harrild K, Puleo E, de Moor J. Provider advice about smoking cessation and pharmacotherapy among cancer survivors who smoke: practice guidelines are not translating. *Transl Behav Med* 2013; 3: 211-7.
14. Lee CM, Jeong TR, Lee HH, Song TM. The usefulness of Heavy Smoking Index at measuring nicotine dependence. *Korean J Health Promot Dis Prev* 2007; 7(3): 165-71.
15. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Smoking cessation. Clinical practice guideline No 18. Rockville, MD: 1996. US Department of Health and Human Services, Public health services, Agency for health care policy and research. AHCPR Publication No. 96-0692.
16. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008; 35(2): 158-76.
17. Jorenby DE, Fiore MC. The Agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline: basics and beyond. *Prim Care* 1999; 26: 513-28.
18. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Eng J Med* 1999; 340: 685-91.
19. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby EE, et al. Predicting smoking cessation: Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994; 271: 589-94.
20. Schnoll RA, Martinez E, Tatum KL, Weber DM, Kuzla N, Glass M, et al. A bupropion smoking cessation clinical trial for cancer patients. *Cancer Causes Control* 2010 Jun;21(6): 811-20.
21. Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011.