

비절제 위암의 예후 및 삶의 질에 대한 연구

연세대학교 의과대학 외과학교실

이강영 · 김용일 · 노성훈 · 민진식

= Abstract =

Prognosis and Quality of Life of Non-resectable Gastric Cancer

Kang Young Lee, M.D., Yong Il Kim, M.D.
Sung Hoon Noh, M.D. and Jin Sik Min, M.D.

Department of Surgery, Yonsei University, College of Medicine

The records of 217 patients with proven non-resectable gastric cancer were studied at Yonsei University Hospital over the 4 years period from January 1990, to December 1993 to clarify Quality of life of gastric cancer patients who could not be resected.

The mean survival time of total patients was 10.5 months.(Male; 10.6, Female; 10.4) The survival time was affected by gross type and histologic type. Survivals according to the Borrmann type were as follows; Borrmann type I: 11.5 months, II: 11.3 months, III: 10.2 months, IV: 8.2 months. Survivals according to the histological type were as follows; well differentiated: 20.3 months, moderately differentiated: 11.5 months, poorly differentiated: 9.2 months, signet ring cell carcinoma: 7.9 months. The age, sex and cause of non-resectability did not affect the survival.

The mean score of QOL(quality of life) according to Spitzer index was 4.8. The QOL was affected by histological type and type of operation. QOL index scores according to histologic type were as follows; well differentiated: 6.4, moderately differentiated: 5.5, poorly differentiated: 4.7 and signet ring cell type: 3.5. QOL index scores according to type of operation were as follows; by pass procedure: 5.6, Explo-lapa & closure: 4.0.

In conclusion, we could confirm the bad limited survival and quality of life of non-resectable gastric cancer patients. We suggest a new therapeutic approach to improve the survival and QOL of non-resectable gastric cancer patients.

Key Words: Nonresectable gastric cancer, Prognosis, Quality of life

서 론

보건 사회부의 암등록 조사 자료 보고서에 의하면

* 본 논문의 요지는 1995년도 제21회 대한 암학회에서 구연 발표하였음.

위암은 한국인에 있어서 전체 암중 24.4%로 가장 많으며 성별로는 남자에서 29.6%, 여자에서 17.8%이다¹⁾. 연평균 위암의 발생률은 인구 10만명당 남자에서 80.1명, 여자에서 31.9명이고 위암에 의한 사망률은 남자가 인구 10만명당 38.8명, 여자가 23.9명으로 남녀 모두에서 우리 나라의 암에 의한 사망을 제 1위를

차지하고 있다²⁾. 위암의 예후에 영향을 미치는 인자로는 원발암의 침습도, 영역림프절 전이, 원격 전이가 중요하며³⁾ 위암의 가장 좋은 치료는 조기 진단과 근치적 절제술이다. 최근 조기 위암의 발견 빈도가 증가하고 있지만 아직도 4기 위암의 빈도는 20~30%로 높으며 이에 대해 생존율의 향상을 기대할만한 치료가 없는 상태이고 비 절제 위암의 환자에 대해서는 특별한 치료가 없는 현실이다. 비절제 위암 환자의 예후는 매우 불량할 뿐 아니라 환자의 남은 여생도 정상적인 삶을 영위하지 못하는 경우가 대부분이다. 이에 저자들은 비절제 위암 환자의 임상 병리학적 특성과 예후에 대해 분석하고 삶의 질에 대한 객관적인 평가를 함으로써 새로운 치료 방법의 필요성을 제기하고자 한다.

대상 및 방법

대상 환자는 1990년 1월부터 1993년 12월까지 연세대학교 의과대학 의과학교실에서 위암으로 수술받은 1844예중 근치적 혹은 보존적 절제가 불가능했던 217예 (위공장 문합술; 127예 시험적 개복술; 90예)중에서 이들의 입원 및 외래 기록과 설문 조사등을 통한 후향적 조사를 실시하여 이중 사망까지의 추적 관찰이 가능하였던 195예로 하였다. 병변의 위치, 암의 육안적 형태, 조직형은 상부 위장관 조영술 및 위 내시경 검사, 수술에 의해 결정하였다. 절제가 불가능하였던 이유로는 복막 전이, 간전이, 대동맥 림프절 전이, 주변 조직으로의 암병변 침윤등의 항목으로 구분하였다. 생존 기간은 수술일로부터 사망일까지로 하였다. 삶의 질에 대한 평가는 Spitzer의 QOL index score를 이용하여 측정하였고 대상 환자중 설문 조사가 가능하였던 124예에서 조사 되었다. Spitzer의 QOL index score는 활동성, 일상 생활, 일반적인 건강 상태, 가족이나 타인으로부터의 도움, 앞으로의 전망등 다섯개의 항목으로 나누어 각 항목에 대해 0점, 1점, 2점으로 점수를 매겨 합한 점수이다(Table 1). 통계처리방법은 생존 기간에 대한 예후 인자 분석을 위하여 BMDP program에 의한 Cox's proportional model을 이용하였고 삶의 질에 영향을 주는 인자 분석을 위하여 multiple regression을 이용하였다.

Table 1. Quality of life index

Factor	Score
Activity	0
	1
	2
Daily living	0
	1
	2
Health	0
	1
	2
Support	0
	1
	2
Outlook	0
	1
	2

결 과

1) 성별 및 연령에 따른 생존기간

대상 환자 195예의 성별 분포는 남자 140예(72%), 여자 55예(28%)이었고 성별 생존기간은 남자가 10.6개월, 여자가 10.4개월이었다(Table 2).

연령 분포는 30세 미만 8예, 30대 16예, 40대 33예, 50대 61예, 60대 60예, 70세 이상이 17예였다. 연령별 생존기간은 30세미만에서 8.6개월, 30대 9.8개월, 40대 9.6개월, 50대 11.9개월, 60대 10.3개월, 70세 이상이 9.6개월로 50대, 60대, 30대, 40대와 70세 이상, 30세 미만의 순이었다. 연령에 따른 생존 기간은 30세 미만에서 가장 짧았고 연령증과 나이가 어린 환자군에서 중년층에(50대, 60대) 비하여 짧았다(Table 2).

2) 육안적 형태에 따른 생존 기간

육안적 형태에 따른 분포는 Borrmann type I형이 8예, II형이 44예, III형이 87예, IV형이 38예 이었고 생존 기간은 I형이 11.5개월, II형이 11.3개월,

Table 2. Survival according to variables

Variables	No of cases	Median survival	Mean survival	p-value	
Sex	Male	140	8.5	10.6(±7.1)	0.88
	Female	55	9.0	10.4(±6.4)	
Age	<30	8	6.0	8.6(±5.3)	0.42
	30~39	16	8.0	9.8(±5.2)	
	40~49	33	9.0	9.6(±5.5)	
	50~59	61	9.0	11.9(±8.0)	
	60~69	60	8.0	10.3(±7.3)	
	70~	17	9.5	9.6(±5.5)	
Cause of nonresection*	I	17	8.0	11.4(±8.6)	0.11
	II	75	8.0	8.9(±5.6)	
	III	18	7.0	9.6(±7.6)	
	IV	69	10.0	11.8(±7.5)	
	V	14	11.0	11.4(±4.4)	
Type of operation**	I	116	9.0	10.8(±7.2)	0.37
	II	79	8.0	10.1(±6.4)	

*I: liver factor II: peritoneal factor
 III: peritoneal factor+liver factor
 IV: invasion to adjacent organ
 V: para-aortic lymph node metastasis
 ** I: bypass surgery
 II: explo-lapa & closure

III형이 10.2개월, IV형이 8.2개월로 병변이 국소적인 경우보다 침습형일때 생존기간이 짧았다(Table 3). 위암의 육안적 형태에 따라 생존 기간은 유의있는 차이를 보였다($p < 0.05$).

3) 조직형에 따른 생존 기간

조직형이 확인된 160예의 분포는 고분화 선암 7예, 중등도 분화 선암 42예, 저분화형 선암 76예, 인환 세포형 34예, 유두상 세포형 1예 이었다. 조직형에 따른 평균 생존 기간은 고분화형 선암 20.3개월, 중등도 분화 선암 11.5개월, 저분화형 선암 9.2개월이었고 인환 세포형에서 7.9개월로 조직 분화도가 나쁠수록 생존 기간이 짧았다(Table 4). 조직형에 따라 생존 기간은 유의있는 차이를 보였다($p < 0.01$).

4) 비절제 이유에 따른 생존 기간

비절제의 이유로는 간전이 동반 예가 17예, 복막전이 동반 75예, 간전이와 복막전이가 함께 동반된 예가 18예, 주변 조직으로의 암병변 침윤예가 69예, 대동맥 주변 림프절 전이 14예이었다. 비절제 이유별 평균 생

Table 3. Survival according to borrmann type

Borrmann type	No of cases	Median survival (months)	Mean survival (months)
I	8	10.0	11.5(±7.9)
II	44	9.5	11.3(±6.0)
III	87	9.0	10.2(±6.1)
IV	38	6.0	8.2(±6.8)

$P < 0.05$

Table 4. Survival according to histologic type

Histologic type	No of cases	Median survival (months)	Mean survival (months)
Well diff.	7	18.0	20.3(±8.2)
Mod. diff.	42	10.5	11.5(±6.90)
Poorly diff.	76	8.0	9.2(±6.1)
Signet ring cell	34	6.0	7.9(±4.2)

$P < 0.01$

Table 5. QOL index score according to variables

Variables		Number	Mean score of QOL	p-value
Sex	Male	89	5.0(±2.5)	0.26
	Female	35	4.3(±1.8)	
Age	<30	4	3.3(±1.3)	0.32
	30~39	8	4.5(±1.8)	
	40~49	22	3.9(±1.6)	
	50~59	41	5.0(±2.6)	
	60~69	37	5.2(±2.4)	
	70~	12	5.1(±2.5)	
Borrmann type	I	6	4.7(±2.0)	0.73
	II	33	5.0(±2.3)	
	III	54	5.0(±2.4)	
	IV	20	4.2(±2.2)	
Cause of nonresection*	I	10	4.5(±3.2)	0.70
	II	51	4.5(±2.2)	
	III	7	5.7(±2.2)	
	IV	42	4.9(±2.3)	
	V	12	5.0(±1.7)	

*I: liver factor II: peritoneal factor
 III: peritoneal factor+liver factor
 IV: invasion to adjacent organ
 V: para-aortic lymph node metastasis

존 기간은 간전이 동반예 11.4개월, 복막전이 동반예 8.9개월, 간전이와 복막전이가 함께 동반된 예 9.6개월 이었고 주변 조직으로의 암병변 침윤예 11.8개월, 대동맥 주변 림프절 전이에 11.4개월로 복막 전이군에서 가장 짧은 생존 기간을 보였고 복막전이와 간전이 동반예, 간전이예 순이었다(Table 2).

5) 수술 방법에 따른 생존 기간

수술 방법은 조루술(By pass procedure) 116예, 시험적 개복술(Explo-lapa) 79예 였다. 이들간의 생존 기간의 차이는 조루술 시행 예에서 10.8개월, 시험적 개복술 시행 예에서 10.1개월로 수술 방법의 차이에 따라서는 생존 기간의 차이가 거의 없었다(Table 2).

6) 성별 및 연령에 따른 QOL(Quality of Life)

대상 환자의 QOL index score는 평균 4.8점 이었다. 성별 QOL index score는 남자에서 5.0, 여자

에서 4.3이었고 연령별로는 30세이하에서 3.3, 30대 4.5, 40대 3.9, 50대 5.0, 60대 5.2이고 70세 이상에서 5.1이었다(Table 5).

7) 육안적 형태에 따른 QOL

육안적 형태에 따라서는 Borrmann type I형에서 6.4 II형에서 5.0, III형에서 5.0, IV형에서 4.2으로 침습형에서 점수가 나뉘었다(Table 5).

8) 조직형에 따른 QOL

조직형에 따른 점수의 비교는 고분화형 선암에서 6.4, 중등도 분화 선암 5.5, 저분화 선암 4.7, 인환 세포형에서 3.5으로 분화도가 나뉘수록 점수가 나뉘었다(Table 6).

9) 비절제 이유에 따른 QOL

간전이에 의한 비절제군에서는 4.5, 복막전이에 의한 비절제군에서는 4.5, 간전이와 복막전이의 동반군

에서는 5.7, 주변 구조로의 침습에 의한 비절제군에서는 4.9, 대동맥 주변 림프절 전이에 의한 비절제군에서는 5.0이었다(Table 5).

10) 수술 방법에 따른 QOL

수술 방법의 차이에 따라서 조루술 시행 예에서 5.6 점, 시험적 개복술 시행 예에서 4.0점으로 수술 방법의 차이에 따라 큰 점수차를 보였다(Table 7). 수술 방법에 따라 QOL index score는 유의있는 차이를 보였다($p < 0.01$).

Table 6. QOL index score according to histologic type

Histologic type	No of cases	QOL score
Well diff.	5	6.4(±2.5)
Mod. diff.	24	5.5(±2.6)
Poorly diff.	50	4.7(±2.1)
Signet ring cell	21	3.5(±1.6)

p=0.06

Table 7. QOL index score according to type of operation

Type of op.	No of cases	QOL score
Bypass	61	5.6(±2.6)
Open & closure	63	4.0(±1.6)

p<0.01

11) Multivarite analysis

독립된 예후 인자를 가려내기 위하여 회귀 분석을 시행한 결과 생존율에 대하여 유의있는 영향을 미치는 인자는 세포의 조직형과 육안적인 형태였다(Table 8).

고 찰

위암의 예후에 영향을 주는 인자^{3,4)}는 위벽 침습 정도, 림프절 전이, 원격 전이 유무이며 그외에 암의 육안적 형태, 위치, 조직형등이 있다. 널리 사용하고 있는 위암의 TNM 병기는 이러한 예후 인자를 반영하며 예후 예측의 수단으로 사용되고 있다. 이러한 병기 결정 방법에 의해 4기 위암으로 진단된 경우 예후가 극히 불량하며 특별한 치료 또한 없는 것이 현실이다.

위암의 치료에서 가장 중요한 것은 병변의 수술적 절제술이며 우리나라에서 위암 환자에서의 절제율은 85% 내외로 보고⁵⁻⁷⁾되고 있다. 저자들의 위암 절제율은 88.2%로 다른 보고와 비슷하였고 비절제군에서 수술과 관련된 사망은 한 예도 없었다.

일반적으로 위암의 성별 발생비는 1.6:1~2.3:1로 남자에서 높게 보고되고 있고 비절제 위암 환자군을 대상으로 한 성비 조사에서는 4.3:1로 다른 보고에 비해 남자에서 현저히 높은 빈도를 보인 보고가 있지만⁶⁾ 대개는 일반적인 성비와 비슷하였다. 비절제 위암 환자군을 대상으로 한 저자들의 연구에서도 남녀비가 2.6:1로 이와 비슷한 빈도를 보였다. 남녀간의 생존 기간의 비교는 남자에서 평균 10.6개월, 여자에서 평

Table 8. Result of multivariate analysis

Variable	Approx. Chi-squ. Enter	Approx. Chi-sq. remove	p-value	Log likelihood
age	0.33		0.5683	-605.7836
sex	1.32		0.2507	-605.2866
bor		3.89	0.0486	-607.8910
ceil		10.93	0.0009	-611.4098
tx	0.12		0.7416	-605.8849
cause	0.11			-605.8912

군 10.4개월로 차이가 없었다.

위암의 연령별 발생빈도는 50대가 32.5%~42.6%로 가장 호발하는 것으로 되어 있으며 본 연구에서는 60대, 50대, 40대 의 순서로 호발하여서 비절제 위암 환자군의 연령별 분포 비율은 전체 위암 환자군에서의 비율과 차이가 없었다. 이들의 연령별 생존 기간의 비교는 유의한 차이를 보이지 않았지만 30세 이하의 군에서 가장 짧은 생존 기간을 보였고 노령층에서 생존 기간이 감소하는 경향을 보였다. 위암에서 연령별 예후는 30세 이하와 80세 이상에서 다른군과 비교하여 더욱 불량한 것으로 보고^{5,9)}되고 있고 그 이유는 30세 이하에서는 암병변의 진행이 많이 되어 있는 예가 다른 연령군에 비교하여 많으며 또한 진단이 늦어 지는 경우가 많았음을 들었다. 그러나 30세 이하에서 근처적 절제가 된 경우의 예후는 다른 연령군과 차이를 보이지 않는다고 하였다. 나이가 많은 경우는 다른 질환의 동반이 많음을 예후가 나쁜 이유로 설명하였다. 비절제 위암을 대상으로한 본 연구에서는 대상 환자의 병기가 모두 4기의 환자이고 수술후 여생이 매우 짧았으므로 연령군에 따른 생존 기간에 유의한 차이가 없었던 것으로 생각된다.

조직형에 따른 생존 기간의 비교는 분화도가 나쁠수록 진행성 위암의 빈도¹⁰⁾가 증가할 뿐 아니라 진행성 위암군 내에서도 생존 기간이 유의하게 짧음을 보고하고 있다¹¹⁾. 하지만 장동¹⁰⁾의 보고에서는 4기 위암 51예를 대상으로 하여 조직형에 따른 생존 기간을 조사하여 생존 기간의 차이가 없었다고 하였다. 저자들의 경우 저분화형 선암과 인환 세포형에서 다른 군에 비하여 유의하게 낮은 생존 기간을 보였다.

위암 환자에서 전이 유무 및 전이 부위는 예후 결정에 중요하다. Yukiyo¹²⁾의 보고에 의하면 173예의 위암으로 인하여 사망한 비절제 위암 환자군의 부검에서 57.8%에서 복막 전이를 보였고 51.6%에서 간 전이를 보였다고 하였다. 임상 보고로는 전동⁵⁾이 비절제 이유에 따른 비교에서 복막전이에 의한 경우가 36.2%였다고 하였다. 저자들의 경우에는 48.2%에서 복막 전이를 보였으며 18.1%에서 간 전이를 보였고 9.3%에서 간전이와 복막전이를 함께 보였다. 저자들의 경우 부검예에 대한 보고에 비해 복막 전이는 큰 차이가 없지만 간전이의 빈도가 현저히 낮았는데 그 이유로는 수술전 복부 컴퓨터 촬영 혹은 복부 초음파 검사에서

간전이는 비교적 쉽게 진단이 가능하고 간전이가 확인된 경우에는 위출혈, 위폐색 등의 합병증이 없는한 수술을 하지 않는 경우가 많기 때문으로 생각된다. 복막 전이는 수술전에 정확히 진단할 수 있는 방법이 없기 때문에 복막전이가 이학적 소견상 의심이 되더라도 다른 이상이 없는한 내과는 개복을 하게 되고 개복후에 전이 여부를 확인할 수 있어서 부검예와 빈도가 비슷한 것으로 생각된다. 비절제 이유에 따른 생존 기간의 비교에서는 복막전이 예에서 8.9개월, 복막전이와 간전이 동반 예 9.6개월, 간전이 예 11.4개월의 순이었다. Yoshihiko¹³⁾은 간전이, 복막전이가 동반된 환자의 평균 생존 기간이 9.8개월이고 복막전이만 있는 군에서 1년 생존율이 22.5%, 간전이만 있는 군에서 14.7%, 복막전이와 간전이가 함께 있는 군에서 4.8%이라고 하였다. 문동¹⁴⁾의 보고에 의하면 간전이 유/무에 따라서 생존 기간의 차이는 각각 158일/252일 이었고 복막전이 유무에 따라서 생존 기간의 차이는 154일/267일로 간전이와 복막 전이가 유의하게 생존 기간을 짧게 한다고 하였다. 저자들의 경우 다른 국내 외 결과와 비교하여 복막전이군이 간전이군에 비하여 생존 기간이 짧은 이유는 개복술을 시행하였던 간전이군과 복막전이군의 비교에서, 복막전이군의 경우가 더 고도의 전이병소가 많았고 간전이군의 경우 비교적 전이병소가 크기가 작았거나 또한 간의 한엽(1 lobe)에만 국한된 예(H1: 일부위암규약)가 많았기 때문으로 사료된다.

현재의 TNM 병기 결정 방법에 의하여 4기 위암으로 진단된 경우 고식적인 절제가 생존 기간의 연장에 도움을 준다는 국내외의 보고가 많이 있다. 오등¹⁵⁾은 4기 위암에서 고식적인 절제군이 2배 정도의 생존 기간의 연장을 보이며 Meijer¹⁶⁾은 4기 위암 환자에서 고식적인 절제를 시행한후 평균 생존 기간은 9.5개월 이었고 수술뒤에 반수 이상에서 증상의 호전이 있었으나 이런 증상의 호전은 조루술만을 시행한 경우에는 거의 없었다고 하였다. 또한 이등¹⁷⁾에 의하면 47예의 비절제 환자군의 평균 생존 기간은 7.18개월이었고 14예에서의 고식적 절제술후의 평균 생존 기간은 16.85개월로 절제를 시행한 예에서 생존 기간의 연장이 있음을 알수 있고 또한 이들 절제 예에서 증상의 호전을 보고하고 있지만 이러한 술식은 수술과 관련된 합병증 혹은 사망이 있어서는 안된다는 점을 염두에

두어야 한다. 저자들의 경우 수술 방법의 차이에 따라서 생존 기간의 차이를 보이지 않았다. 이는 조루술이 질병에 대한 치료 방법이 아니라 암병변은 그대로 있는 상태에서 증상 완화에 목적을 둔 시술이기 때문에 예상할 수 있는 결과였다고 생각된다.

Charles등¹¹⁾이 비절제 위암 환자 307예를 대상으로 한 보고에 따르면 이들의 평균 생존 기간은 7.5개월이었고 환자의 성, 연령, 병변의 위치, 암의 육안적 소견, 수술 방법에 따른 생존 기간의 비교에서 환자의 연령 및 암의 육안적 형태에 따라 생존 기간의 차이가 있으며 고식적 절제술 및 조루술도 생존 기간에 영향이 있다고 하였다. 저자들의 경우에 대상 환자의 평균 생존 기간은 10.5개월이었고 생존 기간에 영향을 주는 인자는 암의 육안적 형태와 조직형이었다. 저자들의 결과가 Charles등이 조사한 고도진행위암의 자연적 경과와 다소 차이를 보이는 것은 이들의 결과가 통계적인 검증을 거치지 않고 단순 생존 기간의 비교로써 전체적인 경향을 본 것이기 때문으로 생각된다. 저자들의 경우에서도 나이가 어린 경우와 노령층에서 생존 기간이 짧은 경향을 보인 점에서 이들의 결과와 비슷하지만 회귀분석 결과는 환자의 연령은 생존 기간에 유의한 영향을 미치는 인자가 되지 못함을 보여 주었다. 암의 육안적 형태에 따른 생존 기간에 대해 Charles등은 침습형의 위암에서 생존 기간이 길다고 하여 저자들의 결과와 상이하였다.

저자들은 비절제 위암 환자의 삶의 질에 대한 조사 방법으로 Spitzer의 Quality of life index를 이용하였다¹⁶⁾. Spitzer의 Quality of life index score는 1981년에 고안된 방법으로 활동성, 일상 생활, 일반적인 건강 상태, 가족이나 타인으로부터의 도움, 앞으로의 전망의 5개 항목으로 구성되어 있으며 Spitzer등이 이 방법을 제안했을 때 만성 질환자나 보존적 치료 혹은 hospice care를 받는 환자를 대상으로 했던 방법으로 건강인에 대하여는 적절치 못하다고 하였다. 이전에 제안되었던 Karnofsky's scale은¹⁹⁾ 1948년에 고안된 방법으로 주로 수술 불가능한 암으로 고식적인 치료를 받는 환자에서 육체적인 전신 수행 상태를 측정하기 위한 것이었고 이외의 위암 환자에서 제안된 방법들도 항목을 세밀히 하여 많은 항목을 포함하고 있으나 이러한 방법들은 매우 복잡하여 점수 작성에 문제가 있다. 이에 저자들은 육체적인 전

신 수행 상태뿐 아니라 정신적인 면을 포함하면서도 비교적 간단히 객관적인 측정이 가능한 Spitzer의 방법을 이용하였다. 이 결과 본 연구의 대상 환자군의 평균 점수는 4.8점 이었다. 이는 우리나라에서 위전 절제술 후 2년 미만된 환자에서 7.1점, 2년이 경과된 환자에서 8.3점과²⁰⁾ 호주에서의 정상 건강인의 8.8점, 암환자에서 7.1점¹⁸⁾에 비하여 매우 낮은 점수임을 알 수 있다. 저자들의 조사가 후향적 조사이고 대상 환자 모두가 사망이 확인된 예였기 때문에 본래의 Spitzer의 Quality of life score 작성의 조건을 완전히 만족시키지는 못하므로 다른 연구의 결과와 직접적인 비교는 어렵다고 하겠다. 그러나 비절제 위암 환자의 삶의 질에 대한 국내의 조사가 거의 없고 이들의 생존 기간 못지 않게 삶의 질 또한 중요한 문제이기에 이들의 삶의 질이 매우 불량함을 증명하는 한 방법이 될 수 있을 것으로 생각된다. 저자들의 결과는 말기 위암으로 진단받은후 보존적 치료만 시행하는 경우 생존 기간이 매우 짧을뿐 아니라 정상적인 생활을 유지하지 못함을 알 수 있다.

환자들의 삶의 질에 유의하게 영향을 미치는 인자는 수술 방법이었으며 암의 조직형에 의해서는 차이를 보이는 경향이 있었지만 유의한 수준은 아니었다. 이는 조루술의 대상 환자가 대개 수술전 위폐색 증상이 있었던 환자여서 조루술후 식사가 가능해 지는 등 증상의 호전이 되므로 전신 수행 상태뿐 아니라 정신적인 측면에서도 시험적 회복을 예와는 차이를 보이므로 수술 방법이 삶의 질에 영향을 미치는 인자로 작용하는 것으로 생각된다.

결 론

비절제 위암 환자군에서 평균 생존 기간은 10.5개월이었으며 이는 암의 육안적 형태와 조직형에 의하여 유의하게 영향을 받았고 이들의 삶의 질에 대한 평균 QOL score는 4.8이었으며 이는 수술 방법의 차이에 의하여 유의하게 영향을 받았다. 비절제 위암 환자의 생존 기간이 매우 짧을 뿐 아니라 삶의 질도 매우 불량하므로 이러한 고도 진행 위암환자군에서 생존 기간의 연장 및 삶의 질을 향상시킬 수 있는 적극적인 새로운 치료 방법이 필요할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

- 1) 보건사회부: 한국인 암등록 조사 자료 분석 보고서 (1982.7.1~1987.6.30). 대한암학회지 **21(1)**: 151, 1989
- 2) 오희철, 김일순: 강화 암등록 사업 보고(1983-1992) (in press)
- 3) Maruyama K: *The most important prognostic factors for gastric cancer patients. Scand J Gastroenterol* **22**: 63, 1987
- 4) 오성태, 김진복: 위암의 임파결전이 및 병리소견과 예후와의 관계. *외과학회지* **39(1)**: 8, 1990
- 5) 김보연, 최원진: 위암의 임상적 고찰. *외과학회지* **38(2)**: 157, 1990
- 6) 전갑승, 장일성: 절제불능 위암의 임상적 고찰. *외과학회지* **40(5)**: 571, 1991
- 7) 이종서, 조원일, 유승진, 김응국, 장석균, 김승남, 송영택, 이재학, 주상용: 위암환자 900예의 임상분석 및 생존율의 변화. *외과학회지* **45(6)**: 792, 1993
- 8) Moriguchi S, Maehara Y, Korenaga D, Sugimachi K, Nose N: *Relationship between age and the time of surgery and prognosis after gastrectomy for gastric cancer. J Surg Oncol* **52**: 119, 1993
- 9) TSO PL, Bringaze WL III, Dauterive AH, Correa P, Cohn I Jr: *Gastric carcinoma in the young. Cancer* **59**: 1362, 1987
- 10) 장안순, 오승권: 위암의 조직학적 분류에 따른 임상적 특성. *외과학회지* **45(5)**: 645, 1993
- 11) Moertel CG: *The natural history of advanced gastric cancer. Surg Gynecol Obstet* **107**: 1, 1968
- 12) Esaki Y, Hirayama R, Hirokawa K: *A comparison of patterns of metastasis in gastric cancer by histologic type and age. Cancer* **65**: 2086, 1990
- 13) Maehara Y, Moriguchi S, Kakeji Y, Kohnoe S, Korenaga D, Haraguchi M, Sugimachi K: *Pertinent risk factors and gastric carcinoma with synchronous peritoneal dissemination liver metastasis. Surgery* **110**: 820, 1991
- 14) 문성두, 유완식, 황일우: 제4기 위암환자의 예후. *대한암학회지* **25(2)**: 176, 1993
- 15) 오성태, 김경래: 4기 위암의 외과적 치료. *대한암학회지* **25(3)**: 343, 1993
- 16) Meijer S, Bakker OJGBD, Hoitsma HFW: *Palliative resection in gastric cancer. J Surg Oncol* **23**: 77, 1983
- 17) 이종철, 서경호, 정일동, 천봉권, 박두복: 위암의 임상분석 및 원격 성적에 대한 고찰. *외과학회지* **44(2)**: 196, 1993
- 18) Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, Battista RN, Catchlove BR: *Measuring the quality of life of cancer patients. J Chron dis* **45**: 585, 1981
- 19) Karnofsky DA: *The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. Cancer* **1**: 634, 1948
- 20) 김진복, 서경석, 조마해: 위암 환자에서 위전절제술후 생활의 질. *대한암학회지* **25(2)**: 159, 1993