

의학적으로 설명되지 않는 신체 증상들에 대한 평가 및 관리

가톨릭대학교 의과대학 가정의학교실

송 상 욱[†]

의학적으로 설명되지 않는 신체 증상들(medically unexplained physical symptoms, MUPS)과 이와 관련된 증후군들은 일차 의료 영역에서나 지역 사회에서 매우 흔하게 볼 수 있다. 이처럼 MUPS는 광범위한 이환율을 나타내며 여러 가지 기능 장애를 유발하기 때문에 일차 진료 의사들의 MUPS에 대한 인식과 적절한 평가 및 관리가 매우 중요하다고 할 수 있다. MUPS는 증상의 수, 중증도, 기간, 또는 주기성 등에 따라 병의 경과가 급성, 아급성(또는 재발성), 만성 등으로 다양하게 나타날 수 있는데, 전형적인 MUPS의 경과는 만성적이며 간헐적으로 재발도 잘 한다. 또한, 여러 선형 요인, 유발 요인, 지속 요인 등이 MUPS의 자연 경과에 영향을 미칠 수 있다. MUPS 환자를 관리할 때에는 증상의 중증도에 따라 치료 수준을 맞추기 위해 단계별 치료 전략이 필요한데, 단계별 처치의 기본적인 요소는 일반적 치료, 협진 치료 그리고 재활 치료가 포함된다. 효과적인 증상 관리를 위해서는 의사-환자간의 협력 관계가 무엇보다 중요하다. 우선 치료 목표를 설정하고 행동 변화를 위한 적절한 환자 및 보호자 교육을 시행하며, 점진적 운동 요법, 인지행동 치료 등과 함께 필요 시 제한적으로 약물 치료를 병행할 수도 있다. 아울러 회복을 위해서 환자가 적극적인 역할을 할 수 있도록 격려해 주어야 한다.

중심 단어: 의학적으로 설명되지 않는 신체 증상(MUPS), 평가, 관리

서 론

의학적으로 설명되지 않는 신체 증상들(medically unexplained physical symptoms, MUPS)이란 환자가 즉각적인 의료적 처치를 필요로 하지만 적절한 의학적 검사에도 불구하고 여전히 설명되지 않는 신체 증상들을 말하는 것으로 신체화 장애, 기능적 증상, 신경성 등의 용어가 그 원인에 대한 개념의 차이에 따라 혼용되고 있다. 원인을 알 수 없는 신체 증상들은 모든 인종적, 문화적 집단에서 다양하고 흔한 증상으로 나타나지만 그 빈도는 잘 알려져 있지 않다. 외국에서 조사된 자료에 의하면 일차 진료 환경에서 15~30% 정도의 유병률을 나타내는 것으로 보고하고 있다.^{1,2)}

의학적으로 설명되지 않는 증상들은 통증, 피로, 소화기 증상 등과 같이 주관적이고 신체의 여러 부위에서 산발적으로 나타날 수 있는 경우가 대부분이다. 이와 같이 원인을 잘 설명할 수 없는 증상들이 나타나면 그 증상들이 저절로 회복되거나 환자 스스로 그 증상을 무시하게

되는 경우가 많지만 일부 환자들에서는 이 증상들이 만성화되거나 다른 증상들도 함께 나타나며, 때로는 일상 생활에 심각한 영향을 주게 되어 문제가 된다. 따라서 일차 진료 의사들의 MUPS에 대한 인식과 적절한 관리가 매우 중요하다고 할 수 있다. 그렇지만 정승업 등³⁾이 조사한 바에 의하면 연구에 참여한 우리나라 일차 진료 의사의 절반 이상이 MUPS 환자의 진료에 부담을 느끼고 있으며, 80% 이상이 효과적인 진료 방법에 익숙하지 않거나 잘 알지 못한다고 하였다. 따라서 여기에서는 일차 진료 의사들이 MUPS 환자들을 접할 때 실질적인 도움이 될 수 있도록 MUPS에 대한 이해와 평가, 관리 지침을 중심으로 살펴보고자 한다.

본 론

1. 임상적 특성

원인을 잘 설명할 수 없는 신체 증상들은 애매하고, 미분화된 증상으로 진단적인 불확실성을 특징으로 한다. 이러한 증상을 보이는 환자들이 동일한 특징을 갖고 있지는 않지만 이러한 증상이 만성화 되고 기능장애가 유발될 가능성이 높은 환자들을 예측할 수는 있다. 이런 요인들로는 성격 장애, 신체 질환의 과거 병력 및 가족력, 가정 폭력의 경험 등이 대표적이 예라고 할 수 있다.

[†]교신저자: 송상욱

Tel: 031-249-7681, Fax: 031-248-7404

E-mail: sswkoj@unitel.co.kr

표 1. MUPS를 설명하는 데 자주 사용되는 진단명과 이를 흔하게 진단하는 진료과.

진료과	임상 증후군	진료과	임상 증후군
정형외과	요통 슬개대퇴 증후군	치과	측두하악 기능이상
부인과	만성 골반통 생리전 증후군	류마티스 내과	섬유근통 근막통증 증후군 실리콘증
이비인후과	특발성 이명 특발성 어지러움	일반 내과	만성 피로 증후군 만성 라임병
신경과	만성 두통 가성 경련 특발성 운동 증상	감염 내과	만성 Epstein-Barr 바이러스 만성 브루셀라병 만성 칸디다증
비뇨기과	만성 전립선염 간질성 방광염 요도 증후군	소화기 내과	과민성 대장 증후군 위식도 역류질환
마취통증과 순환기 내과	만성 통증 증후군 비특이성 흉통 특발성 실신 승모판 탈출증	재활 의학 산업 의학	경도의 폐쇄성 두부손상 복합화학물질과민증 빌딩 증후군
호흡기 내과 내분비 내과	과호흡 증후군 저혈당	군 의학 정신과	걸프전 증후군 신체형 장애

그리고 이런 증상을 보이는 환자들의 의료기관 이용 빈도가 높은 것이 특징인데 가족들의 의료기관 이용 빈도도 높은 경우가 많다. 일반적으로 여성에게서 이런 증상을 흔히 볼 수 있다. 그리고 환자들은 흔히 우울 증상을 보이지만 두드러지지 않는 경우가 보통이다. 그 이외에도 불안증후군, 성격 장애, 정신 질환 등을 동반하는 경우가 많고 사회적인 고립을 경험하거나 일생 주기의 전환 단계에 있는 환자들도 많다.^{4,5)}

MUPS 환자들을 진료할 때 때때로 의사-환자간의 갈등이 야기될 수 있는데, 이는 자신의 증상이 불길한 징조라고 여기는 환자들과 환자의 증상이 특정 질환에 근거하고 있지 않다는 의사들의 접근법 간에 부조화로 인해 대개 발생한다. MUPS에 대한 의사와 환자의 생각이 충돌하는 것은 의사의 좌절감과 치료에 대한 환자의 불만족이 발생하는 주요 요인이 된다. 어떤 이유건 의사-환자 간에 불신이 발생한다면 그 관계는 곧 적대적으로 표면화되어 상호 거부감을 일으킬 수 있다. 임상적 관찰이나 진단적 검사 상에서 특이 소견이 없음에도 불구하고 MUPS 환자들은 자주 정신적인 스트레스의 정도는 최소화하고 신체장애는 크게 호소하곤 한다. 합리적인 방법으로 환자를 반복적으로 안심을 시켜도 일부의 환자들에게 있어서는 그 신체장애가 지속되는 경향이 있어서 의사들에게는 좌절감과 함께 소위 ‘어려운 환자’로 인식되는 경우가 보통이다. 심지어 일부 환자들은 의

사의 능력을 의심하면서 의사를 더욱 멀리하기도 하고, 이 뿐 아니라 시간의 진료에 대한 약속이나 장애 진단서를 요구함으로써 의사들의 불편함을 가중시키기도 한다.

MUPS가 하나의 증후군인가 아니면 다수의 증후군인가에 대해서는 논란의 여지가 많지만, 표 1은 MUPS를 포함하는 여러 증후군들의 흔한 예를 보여주고 있다. 이 표는 일차 진료 의사 뿐만 아니라 실제 모든 분야의 전문의들이 MUPS를 접하게 되며, 또 이를 다양한 명칭으로 부르고 있다는 것을 보여준다.⁶⁾ MUPS를 포함한 몇몇 밝혀진 증후군들이 있기는 하지만 이러한 증후군들이 의사와 환자 모두에게 명칭 이외에는 특별한 의미를 제공해 주지 못한다. 때때로 어떤 환자들은 이러한 질환들 중 하나 이상의 진단기준에 동시에 부합하는 경우도 있다(그림 1).⁷⁾ 이런 경우 그 예후는 사람에 따라 다양하게 나타난다. 이러한 형태의 다양성은 다른 증후군에서도 유사하게 나타나며 예후, 치료, 관련된 정신사회적 스트레스와 신체장애에 영향을 미치는 요소들 역시 마찬가지로 다양하게 나타난다. 이러한 증후군들 간의 차이점은 증상의 기간, 진단 기준에 부합하기 위해 필요한 다른 증상들의 개수, 증상의 위치에 따른 기능 저하(예를 들어 하지 관절의 통증은 보행을 저하시키나 두통은 그렇지 않다) 등과 같이 예후에 있어 핵심적인 요소들과 연관된 진단기준이 질환마다 차이가 있기 때문에 발생하게 된

다. 표 2는 가장 많이 연구된 MUPS 증후군의 예와 그들의 유사성을 보여주고 있다.⁶⁾ MUPS 증후군들에 대한 명칭은 사실상 아직까지의 연구가 생의학적 또는 과학적 확실성을 획득하지 못했음을 시사하고 있다. 일부 증후군들은 의학적 중요성과 심각성을 나타내는 이름들(예를 들어 섬유근통 증후군 또는 근육통성 뇌척수염)로 불려진다. 많은 질환 명들은 원인에 대한 가설(예: 만성 라임병), 추정되는 유발요인(예: 복합 화학물질 과민증), 핵

심적인 증상의 특성(예: 만성 피로 증후군) 또는 신체 부위(예: 측두하악 증후군) 등에 기반을 두고 있다.

역사적으로 임상 의들과 연구자들은 MUPS를 다음의 두 가지 중 한 가지로 범주화하려는 경향이 있어왔다. 첫째는 신체적 원인이 배제되었다는 근거 하에 이를 정신적인 증상으로 보는 것, 그리고 두 번째는 원인 기전을 앞으로 더 연구할 목적으로 하나의 고안된 진단 기준에 근거한 가설적 증후군으로 보는 것이다. Wessely 등⁸⁾은 의사가 내린 진단이 이러한 증후군들 간에 실제적인 차이점보다는 의사의 전문 분야에 더욱 영향을 받는다고 생각하였다.

‘결프전 증후군’의 예에서 이 가설에 대한 근거를 엿볼 수 있는데, ‘결프전 증후군’은 1991년 발발한 결프 전쟁 참전 군인들에게서 보이는 일종의 MUPS 증후군이다. 결프전 증후군의 병인과 치료에 대한 의사들의 생각을 조사했을 때, 정신 보건 의료인들은 의학적 치료를 필요로 하는 신체 질환으로 본 반면, 일반 내과 의사들은 정신 치료를 필요로 하는 정신 질환으로 보는 경향이 있었다. 또한 MUPS의 원인과 적절한 치료법에 대한 의사들의 전혀 다른 견해로 인하여 MUPS 환자들이 여러 전문 과로 의뢰되어 진료를 받게 되는 경우가 흔히 발생하기도 한다. 특정 MUPS 증후군(예를 들면, 가장 잘 알려진 만성 피로 증후군이나 섬유근통 증후군)에 대한 연구 결과가 축적됨에 따라 객관적 증상이나 검사 결과 없이 증상에 기반을 둔 정의가 역학적으로 또는 현상학적으로

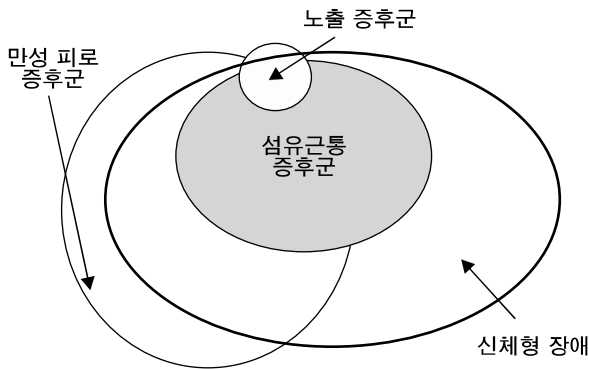


그림 1. 의학적으로 설명되지 않는 신체 증상을 포함하는 여러 다른 형태의 증후군들 사이에 나타나는 현상학적인 중복 (Reference: Adapted from Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med* 2001;134 (9 Pt 2):868-81).

표 2. MUPS 질환의 임상적, 인구학적 특성.

	미분화된 신체형장애	섬유근통 증후군	만성 피로 증후군	복합 화학물질 과민증
정의	신체 여러 부위에서 발생하는 다수의 신체 증상: 의학적으로 설명되지 않으며 6개월 이상 지속되고 정신적인 면이 원인이라고 추정	전반적이고 광범위한 통증, 검사상 ‘압통점’ 관찰	극심한 피로와 다음 8가지 증상 중 4가지 이상을 포함: 근육통, 관절통, 인후통, 경부 통증, 인지력 저하, 두통, 운동 후 권태감, 수면 장애	수많은 환경 노출에 민감, 그 결과 여러 신체 기관에 설명되지 않는 증상 발생
정의 외 증상	피로, 발진, 근육통, 호흡 곤란, 불면증, 화학물질 및 음식에 민감, 정신적 혼란	극심한 피로, 두통, 과민성 대장 증상, 발진, 인지 증상, 불면증, 흉통, 화학물질에 민감, 정신적 혼란	화학물질에 민감, 정신적 혼란, 발진, 미열, 호흡곤란	피로, 근육통, 인지 증상, 두통, 과민성 대장 증상, 정신적 혼란
인구학적 특성	80~90%가 여성	80%가 여성	70%가 여성	여성 > 남성
역학	인구의 5~10%	인구의 2~4%	인구의 1%	분명치 않음
추정되는 유발요인	발달상 & 감정적 스트레스원	신체 또는 정서적 스트레스원, 감염, 면역 활성화	감염, 신체 또는 정서적 스트레스원, 면역 활성화	환경 노출, 스트레스

동질의 환자군을 나타내지는 않는다는 결론에 이르게 되었으며⁹⁾ 몇몇 연구자들은 MUPS가 다양한 원인 경로의 공통된 최종 소견일 수 있다고 하였다.¹⁰⁾

임상적으로 확실하고 연관성 있는 MUPS 증후군들을 알아낼 수 있는 신뢰할 만한 방법이 아직까지는 없기 때문에 임상 의들이 치료를 시행할 때 어느 정도의 불확실성을 감수해야 할 수도 있다. MUPS는 원인의 다양성 및 의학적인 불확실성이 존재하므로 주치의는 치료 계획을 세우고 실행할 때 환자의 관점을 이끌어내어 검토해 봐야 하며, 또 어느 정도는 수용해야 하는 것이 합리적이면서도 윤리적으로 할 수 있다. 아울러 임상적으로 명확한 MUPS 증후군에 대한 정의가 없는 상황에서 전문분야에 관계없이 다양한 MUPS 환자들의 치료에 유용하면서도 가장 도움이 되는 공통된 특성을 알아내어 접근하는 것이 가장 합리적인 그리고 실용적인 접근이라 할 수 있겠다.

2. 역학

MUPS에 대한 효율적이면서도 공통된 관리 방안을 찾고자 하는 또 다른 이유는 MUPS의 보편성 때문이다. 인구 대상 통계에 따르면 MUPS 증상을 가지고 있는 환자가 실제로 의사의 진찰을 받는 경우는 다소 적게 보고가 되고 있지만 지역 사회 내 연구 대상자의 약 80% 정도가 매달 적어도 한 가지의 이상의 신체 증상을 경험한다고 하였다.¹¹⁾ ‘Epidemiologic Catchment Area Study’에 따르면 미국 내 4개 주로부터 13,538명의 응답자를 조사한 결과 흉통(25%), 복통(24%), 어지러움(23%), 두통(25%), 요통(32%), 피로(25%) 등의 증상을 보였다.^{12,13)} 증상의 31%는 의학적으로 설명이 되지 않았으며 증상의 유형과 설명이 되지 않는 것과는 관련이 없었다. 증상 중 84%는 의료적 처치나 약물 복용 또는 활동량 감소를 필요로 하게 하였다. 또한 4% 이상의 사람들이 평생 동안 다양하고 만성적이며 의학적으로 설명이 되지 않는 증상들을 갖고 있었고 지난 1년 동안 증세가 악화되었다고 하였다.^{12,13)}

MUPS는 임상 의들의 진료 시간을 과도하게 차지하며 때로는 의사에게 좌절감을 안겨주기도 한다. 1989년 미국의 ‘National Ambulatory Medical Care Survey’에서 조사한 바에 따르면 MUPS는 매년 4억 명 정도의 외래 방문을 포함해 미국 내 외래 방문의 57%를 차지한다고 하였다.¹⁴⁾ Kroenke와 Mangelsdorf¹⁵⁾는 3년간 1,000명의 일차 진료 내과계 환자들의 의무기록을 조사하여 14가지 흔한 증상들의 발생률과 진단 소견, 결과를 분석하였다. 38%의 환자가 적어도 한 가지의 흔한 증상을 가지고 있었으며 기질적인 원인이 있는 것으로 생각된 경우는 증상의

16%에 불과하였다. 평균 11개월간 증상이 있는 환자들을 조사하였고, 이 중 47%는 조사기간 내내 증상이 지속되었다. 증상의 2/3에 대해서는 초기 병력 청취 및 신체 진찰 외에도 실험실 검사를 시행하였는데, 초기 평가에서는 명확하지 않았으나 이후 기질적 질환으로 밝혀진 경우는 10번의 검사 중 한번 꼴에 불과하였다.

의료계에서 일반적인 생각은 ‘의학적으로 증명된’ 증상들은 중대한 임상적 결과물들 중 하나이나 역으로 MUPS는 ‘걱정 많은 사람들’이 경험하는 사소한 증상이라는 것이다. 그러나 역학 연구에 따르면 MUPS는 전 세계적으로 많은 사람들의 장애와 높은 의료 기관 이용률과 관련이 있다.^{12,16)} 또 다른 연구들에 따르면 MUPS는 환자가 의사를 찾는 가장 지속적이며 끈질긴 문제들 중의 하나이다. 그 예로 Kroenke 등¹⁷⁾은 내과계 일차 진료를 받은 410명의 외래 환자들을 대상으로 15가지 흔한 증상들의 유병률과 치료의 적절성을 조사하였다. 82%의 환자들이 한 가지 이상의 증상을 가지고 있었고 77%는 이 중 한 가지 이상을 의사에게 보고하였다. 그러나 피로, 호흡곤란, 어지러움, 불면증, 성기능장애, 우울감, 불안 등을 가지고 있는 환자의 단 39%만이 치료에 주목할 만한 반응을 보였다.

3. 원인 요소

많은 문헌들에서 MUPS가 정신사회적 스트레스, 정신 질환, 삶의 질 저하 및 의료기관 이용률 증가와 지속적으로 관련이 있다고 보고하였다.^{16,18,19)}

1) **원인요소:** 스트레스를 받고 있는 환자에게서 MUPS는 다음과 같은 원인 요소로 인하여 발생할 수 있다. 1) 피로와 같은 생리 증상, 2) 증상에 대한 민감도 증가, 3) 진전이나 심계항진과 같은 정신생리적 증상들을 유발시키는 수면이나 자율신경계 기능의 변화, 4) 상대적으로 정상적인 신체적 증상들에 대한 부정적 해석, 5) 스트레스를 전달하는 방식, 6) 과거 신체 질환에 대한 감정 의존적인 기억, 7) 드물지만 정신병적 상태에서 발생하는 신체적 망상(예를 들어 자신의 내부가 썩어가고 있다는 고착되고 잘못된 믿음) 등이 그 원인이 될 수 있다.⁶⁾

2) **경과에 영향을 미치는 결정 요인들:** MUPS는 중증도, 만성화, 주기성 등에 따라 병의 경과가 다양하게 나타날 수 있지만 전형적인 MUPS의 경과를 만성적이며 간헐적으로 재발도 잘 한다. 임상적 결과의 다양성에 영향을 미치는 여러 요인들은 선행 요인, 유발 요인, 지속 요인 등으로 나누어 볼 수 있다(표 3).⁶⁾

선행 요인은 MUPS에 좀 더 취약하게 만드는 이환율과 관계있는 개개인의 특성이다. 중요한 선행 요인은 유전, 유해성 자극을 처리하는 중추 신경계의 변화, 유년 시절

표 3. MUPS의 자연 경과를 결정하는 흔한 선행 요인, 유발 요인 그리고 지속 요인.

선행 요인	유발 요인	지속 요인
<ul style="list-style-type: none"> • 유전 • 만성 질병 • 유년 시절의 역경 • 만성 질환 • 만성 스트레스 또는 정신 질환 	<ul style="list-style-type: none"> • 생물학적 스트레스원 • 급성 신체 질환 • 정신사회적 스트레스원 • 급성 정신 질환 • 유행하는 건강에 대한 걱정 	<ul style="list-style-type: none"> • 잘못된 건강 신념 • 낙인 효과 • 오해 • 직장과 보상 효과 • 사회적 지지 요인 • 부정적인 건강 습관, 건강악화 • 만성 질환 • 치료 체계에서 벗어남

Reference: Adapted from Richardson RD, Engel CC Jr. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist* 2004;10(1):18-30.

의 역경(예: 아동 학대), 환자나 환자 가족의 만성 질환, 만성 스트레스 또는 정신 질환 등이다. 유발 요인은 MUPS의 급성 발작을 일으키고 이환율과 관련이 있다. MUPS의 유발 요인으로는 생물학적 스트레스원, 정신사회적 스트레스원, 급성 정신 질환 그리고 건강에 대한 염려 등이 있다. 지속 요인은 증상, 스트레스, 신체장애가 발생한 이후에 이를 유지, 악화, 또는 연장시킨다. 지속 요인은 유발 요인과 독립적으로 발생할 수 있다. 지속 요인에는 질병에 대한 잘못된 믿음(증상에 대해 부정적 반응을 유발시키는 믿음), 낙인 효과(예: 자신을 아프다고 보는 것과 관련된 부작용), 오해, 직장과 보상 요인, 그리고 사회적 지지의 부족 등이 포함된다.

질병과 신체장애를 긍정적 강화의 효과(보상), 부정적 강화 또는 징계, 모방(모델링), 학습에 영향을 미치는 기타 요소들의 대상이 되는 행동이라고 생각하는 것은 MUPS를 이해하는데 있어서 유용한 사고방식이라 할 수 있다. 조작적 조건화의 원리는 질병에 대한 보상(직장인에게 있어 힘든 책임으로부터 보상 또는 휴식)을 갖는 환자들이 만성화가 되기 쉬운 이유를 설명해 준다. Katon 등^{20,21)}은 질병을 유지시키는 정신사회적 요소들을 ‘질병 유지 체계’라고 명명하였다.

그림 2는 MUPS 환자에게 있어 잘못된 신념이 어떻게 환자들의 불안, 생리적 각성 및 신체화 증상들을 악순환시키는지를 보여주고 있다.⁶⁾ 이 환자는 일터에서 약간의 위험물질이 퍼지고 나서 일주일 후 갑작스럽게 일과적 척수 허혈이 발생하여 수개월간 침대에 누워있게 되었다. 의심스럽기는 하나 척수 허혈이 발생한 시간적 우연성 때문에 환자는 이것이 회사에서 발생한 위험물질의 노출과 인과 관계가 있다는 강한 믿음을 갖게 되었다. 이후 환자는 점차적으로 평상시 생활을 회복하게 되었다. 그러나 7년 후 그는 요통과 어깨 결림을 과거 마비 직전에 발생한 느낌과 계속해서 연관시켰다. 이러한 느

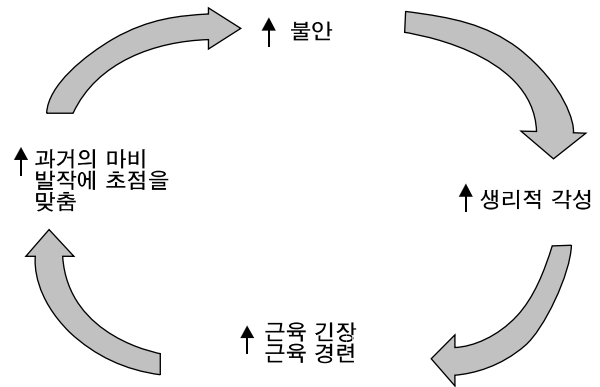


그림 2. 전술 훈련이 끝나고 집으로 돌아온 직후 급성 척수 허혈과 일시적인 마비로 인해 고통받던 한 퇴역군인에서 불안, 생리적 각성 및 신체 증상의 악순환 고리.

김이 발생할 때마다 그것은 당연히 극심한 고통을 초래하였다. 예전에 발생한 척수 허혈의 명확한 후유증이 없음에도 불구하고 재발을 일으킬지 모른다는 두려움에 부인과의 성관계를 회피하기 시작하였다. 심지어 이들 부부는 아이를 갖기 위해 인공수정에 엄청난 비용을 지불하게 되었다. 경련 증상이 지금도 진행되고 있는 허혈의 결과이며 성관계가 발작을 유발할 수 있다는 잘못된 믿음은 전반적인 걱정을 발생시키고 근육 긴장을 증가시켰다. 역으로 이는 신체에 대한 각성을 증가시켰고 활동저하와 근육 긴장은 경련을 더욱 증가시켰다. 그러므로 경련과 허혈의 관계에 대한 잘못된 믿음 그리고 이러한 믿음으로 인해 발생한 회피, 활동저하, 스트레스는 직장이나 결혼생활에서 장애를 악화시키는 악순환을 지속 시키게 만들었다. 질병에 대한 잘못된 믿음은 그 원인이 과거의 경험, 문화 또는 교육 등을 포함해 다양하기 때문에 그것을 인지하거나 추론해내기가 쉽지 않다.

4. 감별 진단

앞서 언급한 바와 같이 MUPS에 붙여지는 다양한 진단적 명칭들은 임상적으로 유사한 상황들을 설명하는 경향이 있다. 그러나 진단적 명칭 그 자체는 내재적인 '내용물'면에서 다를 수도 있다. 즉, 의사, 환자 및 일반인들에게 있어 그것이 내포한 의미가 상당히 다르다는 것이다. 종종 그 의미들은 환자들의 개인적인 경험과 다를 수 있어 의사-환자간의 신뢰와 협력을 손상시킬 수 있다. 예를 들어 환자들은 신체화 장애라는 진단이 증상을 '신경성 또는 정신적'인 문제로 과소평가하는 것으로 또는 비난으로 생각할 수 있다. 이 때문에 환자는 자신의 신체 증상이 어떤 생의학적 기전을 가지고 있는 병적인 문제라고 더욱 강력하게 주장하게 되는데, 일부 환자들은 신체형 장애라는 진단이 자신이 그 질병에 책임이 있다는 것을 의미한다고 느낄 수도 있다.

이러한 의도되지 않은 의미들의 부작용을 피하기 위해 주치의는 추론적이거나 이론적인 신체적, 정신적 진단명을 사용하여 MUPS에 명칭을 부여하지 않도록 해야 한다. 다만 MUPS의 원인에 대한 불확실성을 인정하고 환자에게 설명하도록 한다(예를 들어 "의사들은 당신과 같은 증상을 가진 환자들을 종종 보는데 그에 대한 정확한 원인은 아직도 잘 알지 못한다"). 환자들은 대개 기타 핵심적인 내용을 내포하면서도 겸손이 담긴 적절한 표현들을 좋아한다. 의학적인 불확실성/겸손의 표현과 함께 임상적 경험을 전달하고("당신처럼 설명이 안 되는 증상을 가진 환자들을 많이 보았다."), 희망을 주며("당신의 기분과 기능을 호전시킬 수 있도록 우리가 함께 노력할 수 있는 과학적 방법이 있다."), 앞으로의 조치를 약속("무엇을 하기로 결정하건 효과적이라고 생각될 때까지 정기적으로 만남을 지속할 것이다.") 하는 것이 중요하다.

또한 주치의는 최초 방문 시 협력적인 의사-환자 관계를 만들어야만 하고("우리가 함께 치료한다면 긍정적인 효과를 얻을 수 있을 것이다."), 스트레스와 정신 치료에 대한 편견을 없애야 한다("당신의 증상은 때때로 고통스럽고 대인 관계와 사기에 영향을 미치며 가족과 직장에서의 역할을 방해함으로써 삶의 질을 떨어뜨린다. 정신 치료는 이러한 문제들을 다소 호전시킬 수 있다.").

MUPS에 대한 행동 치료 및 재활 치료를 위해 우선적으로 의사가 모든 가능한 의학적 원인을 '배제'할 필요는 없다. 반면에 MUPS, 정신사회적 스트레스와 신체 질환은 자주 공존하며 서로 간에 복합되어 있어서 그 중 하나에 대한 평가가 다른 것들을 배제함으로써 얻어지는 것은 아니다. 그러나 MUPS 환자들을 평가할 때 애타

하거나 드물거나 또는 다발성 형태를 띠고 있는 질환들을 항상 염두에 두고 감별하여야 한다. 즉, 다발성 경화증, 결체조직 질환, 내분비 질환 등은 환자의 증상에 비해서 우선순위에 두고 감별하여야 한다. 삶의 질을 저하시키고 신체장애를 증가시킬 수 있는, 흔하면서도 치료 가능한 질환인 우울증이나 불안 장애 등을 초기에 선별해내는 것 또한 중요하다.

임상의들은 진단적 평가가 제공해주는 의학적 정보가 미흡하다는 사실을 진료 초기에 종종 깨닫게 된다. 진단적 평가를 진행하는 것이 중요할 수도 있으나 MUPS 치료를 초기에 시작하는 것 또한 중요하다. MUPS의 치료 전략은 증상의 중증도, 증상의 수, 유병 기간, 신체장애의 정도에 따라 다양할 수 있다. 만성 MUPS, 이는 상대적으로 흔치는 않아도 신체장애를 유발하며 질병 스펙트럼의 한쪽 부분을 차지하고 있다. 만성 MUPS를 갖고 있는 사람들은 의학적으로 설명되지 않는 신체 증상들을 오랫동안 갖고 있으며 높은 의료 기관 이용률을 보인다. 이들 환자들은 때때로 다양한 신체 부위를 아우르는 동시다발적인 신체 증상들을 보이기도 하며 걸음으로 보기에 분명한 임상적 증거가 있음에도 불구하고 정신적 스트레스를 부정하거나 최소화하기도 한다. MUPS의 또 다른 한쪽 부분은 바로 급성 MUPS이다. 급성 MUPS는 임상 진료에서 좀 더 흔하며 의학적으로 설명되지 않는 증상의 심각한 과거력이 없다. 이들은 증상의 수가 더 적고 확실한 악화 요인이 있으며 보다 일시적인 경과를 밟는다. MUPS 범주의 중간에 위치하는 것이 아급성(또는 재발성) MUPS이다. 아급성 MUPS는 상당한 무증상 기간을 갖고 수개의 설명되지 않는 신체 증상을 반복하는 것이 특징이다. 증상이 있는 기간은 대개 치료 가능한 불안 장애나 우울증과 관련이 있다.

5. 평가

1) **의무 기록 검토:** 만성 MUPS는 흔히 장기간의 복잡한 의무 기록을 갖게 되는데, MUPS 환자들은 일련의 애매모호한 증상으로 전문의들을 반복해서 찾지만 진단적 검사에서 모호한 결과만 얻고 여러 가지 치료 시도에도 효과가 없으며 많은 의사들이 치료 실패를 경험하게 된다. 진행성이거나 치명적인 질환들을 간과하지 않고 정신 질환에 대한 단서를 잡아내기 위해 의무 기록을 주의 깊게 살펴보아야 한다. 증상들은 일시적으로 정신사회적 스트레스원과 관련이 있을 수 있고 잠재적인 증상들에 대한 보상을 발견할 수도 있을 것이다. 진단적 검사에서 특이소견이 없었으나 갑작스럽고 위험한 발작적 증상들에 대해 반복적으로 응급처치를 받았다면 공황 장애의 가능성을 의심해 볼 수 있다. 또한 과도한 처방약 복용,

대구성 빈혈 또는 간수치 상승 등은 약물 남용과 관련이 있을 수 있다.

2) **연병력:** 일단 환자의 주 관심사인 신체 증상에 초점을 맞추도록 한다. 애매하거나 다발성이거나 또는 일관성 없는 증상들은 MUPS를 시사한다. 환자의 협조를 구하고 공감과 의사-환자 관계를 강화하기 위하여 병력 청취 시 증상에 대한 환자의 관점을 알아내고자 노력해야 한다. 생정신사회적 체계에서 환자의 증상을 이해하는 것이 필수적이다. 신체 증상에 의해 곤란을 겪는 많은 환자들은 자신이 삶의 환경 안에 갇혀있으며 개인적 상황에 대해 무기력하다고 느끼게 된다. 몇 번의 방문이 지나야 많은 환자들이 그들의 정신사회적 근심을 의사에게 토로하지만 일부 환자들은 시간이 지나도 그렇게 하지 않는데, 특히나 그들의 신체적 건강에 대한 염려를 의사가 최소화하고 과소평가한다고 느낄 때 더욱 그러하다.

일부 환자들은 질문을 받을 때만 정신사회적 문제에 대해 이야기하는데, 불안, 우울 그리고 약물 오남용뿐만 아니라 정신사회적 문제들을 초기에 직접적으로 질문하는 것이 MUPS가 의심되는 모든 환자들에게 있어서 중요하다. 만약 환자들이 잘 받아들이지 않는다면 신뢰감을 쌓기 위해 이에 대한 언급을 늦추도록 하는데, 이는 현실을 초기에 직면하는 것이 때로는 좋지 못한 결과를 초래하기 때문이다. 방어적인 우울증 환자들은 때때로 우울하거나 불안한 감정 상태를 최소화하거나 부정하지만 이것이 신체생리 증상(예를 들어 수면, 식욕, 피로)들로 나타날 수 있다. 공황 장애를 갖고 있는 사람들은 불안을 최소화하려하지만 갑작스런 신체적 증상 발작에 어쩔 수 없을 때가 있다. 즉, 스트레스원이나 기능상의 변화가 일시적으로 신체 생리 증상이나 증상 발작과 관련이 있을 수 있다는 것을 항상 고려하여야 한다.

겉보기와 달리 심한 신체장애를 호소하는 것은 정신 질환이나 주변의 지지가 충분하지 못함을 나타내는 것일 수도 있다. 환자들의 책임을 경감시켜주는 것은 환자뿐 아니라 가족을 비롯한 지지자들 모두에게도 바람직하지 않으며 기타 신체장애를 지속시킬 수도 있다. 또한 증상을 지속시킬 수 있는 재정적, 법적, 또는 그 외 요인들도 살펴보도록 한다.

3) **과거력:** 의료기관 방문 횟수, 진료 의사의 수, 외과적 처치 및 적응증, 그리고 만성 통증 또는 정신생리적 문제들(예를 들어 소화기계 불편감, 심계항진)을 포함해서 지난 5년 간 이루어진 의료적 처치의 수준과 종류를 살펴보도록 한다. 또한 환자의 설명에 귀를 기울인다. 만성 MUPS를 갖고 있는 사람들은 때때로 과거 의사와의 관계를 지나치게 부정적으로 묘사하기도 하고 새로운

의사의 능력에 대해 과도한 기대를 걸기도 한다. 환자의 과거 정신 질환 병력(입원, 약물 복용, 자살 시도, 폭행, 또는 정신 치료)을 명확히 알아보고, 과거 아동학대, 방임, 부모의 사망 또는 만성 질환과 같이 불행한 유년 시절을 나타내는 지표들도 살펴보도록 한다. 우울증, 불안 장애, 약물 남용, 자살, 범죄, 폭력, 신체화 장애 등의 가족력에 대해서도 확인한다. 핵가족 내 만성 질환이나 신체장애는 환자에게 학습 모델로 작용할 수 있다.

4) **신체 진찰:** 병력 청취가 끝나면 신체진찰을 시행하는데 외모상 병색이 있거나 전신 쇠약감을 보인다면 기질적인 질환일 경우가 많으므로 철저한 신체진찰이 필요하다. 또한 환자가 발열, 발한, 체중 감소, 림프절 비대 증 등의 소견이 관찰된다면 감염증이나 악성 종양과 같은 질환의 가능성도 생각해보아야 한다. 마찬가지로 피부의 색소 침착, 목이 쉬고 추위를 잘 이기지 못하는 증상, 오심, 비정상적인 생리 증상 등이 있다면 대사 장애 또는 내분비 질환의 가능성을 생각해보아야 한다. 그러나 뚜렷한 기질적인 원인이 없다면 신체진찰은 대체로 정상 소견을 보인다. 그리고 환자가 불안해하거나 우울 증세 등을 보인다면 정신적인 원인을 생각해가며 정신과적 질환에 대한 접근이 필요하다.

근골격계 손상, 반흔, 화상, 열상, 타박상, 그리고 찰상은 숨겨진 학대, 폭력, 자살 시도, 또는 자해의 증거가 될 수 있으며, 어떻게 그러한 상처가 생겼는지에 관해 항상 직접적이면서도 정중하게 질문하여 확인하여야만 한다.

5) **실험실 및 진단적 접근:** 검사의 주된 이점은 환자의 생리적 상태에 대한 추가 정보를 준다는 것이다. 그러나 MUPS에 대한 진단적 검사의 단점은 때때로 미미하지만 심각할 수 있다. 위양성 검사의 위험성은 시행된 검사의 수가 많을수록 증가하게 된다. 또한 임상적으로 그다지 의심되지 않는 진단을 ‘배제’하기 위해 사용되었을 때 위양성률은 더욱 높아진다. 또한 ‘배제’를 위한 검사는 의사가 진단되지 않은 심각한 질환을 의심하고 있다고 환자가 오해할 여지가 있다. 그러므로 검사에 대한 신중한 접근이 요구된다. 객관적인 진찰 소견 또는 전형적인 증상군은 실험실 검사에 대한 주요 적응증이 되며, 정상이거나 애매한 검사 결과가 나왔을 때는 환자의 상태가 진행해서 임상적으로 의심이 커지지 않는 한 검사를 반복하지 않아야 한다. 때때로 의무기록을 다시 살펴보고 과거 진료 의사들의 소견을 듣는 것은 특별한 검사 없이도 현재의 의학적 염려를 해소시킬 수 있는 근거가 될 수 있다. 실험실 검사나 영상 검사를 시행해야만 할 때에는 충분히 과거 검사 기록을 살펴보도록 하며, 적절할 때 정상 소견을 강조함으로써 환자의 인위적인 걱정

을 줄이도록 한다.

6. 관리 및 치료

MUPS 환자를 관리할 때에는 증상의 중증도에 따라 치료 수준을 맞추기 위해 단계별 치료 전략이 필요하다(표 4). 대부분의 MUPS 환자는 급성이고 경증이며 저절로 낫는다. 상대적으로 소수의 환자만이 만성적이고 장애를 유발하며 상대적으로 잘 낫지 않는다. 어떤 환자들이 고위험군 인지는 알아낼 수 있지만(표 3 참고), 어떤 환자들이 급성에서 만성으로 진행할지 정확히 예측하는 것은 사실 불가능하다. 대신에 환자의 증상이 지속되고 장애가 진행되는지 잘 관찰하여야 하며, 그에 따른 관리의 강도를 높여나가는 것이 필수적이다. MUPS 환자의 단계별 처치의 기본적인 요소는 일반적 치료, 협진 치료 그리고 강력한 재활 치료가 포함된다.⁶⁾

1) 일반적 치료: 일반적 치료는 급성 MUPS 환자에게 가장 적절하다. 의료적 중재 및 정신사회적 중재가 모두 성공하기 위해서는 환자를 지지하고 존중하며 공감하는 의사-환자 관계가 형성되어야 한다. 질병에 대한 환자의 두려움에 관해 질문하는 것이 중요하다. 치료에 중요한 정신사회적 요소는 질병 정보와 안심, 환자 교육, 문제 해결, 현재의 지지 체계의 강화 등이다. 급성 스트레스를 경험한 환자를 치료할 때 주치의는 증상 호전에 대해 긍정적 사고를 전달해 주어야 하며, 좌절감을 환기시킬 수 있는 시간을 제공해 주고, 문제들을 표현할 수 있도록 도와주며, 행동 중심적인 간단한 해결책을 제공해 줄 수 있어야 한다.

또한 일상생활과 역할을 가능한 최대한 유지하는 것이 중요하다. 휴식이나 휴직을 권고하는 것은 거의 불필요하며, 잠재적으로 원치 않는 책임으로부터의 휴식은

표 4. MUPS 스펙트럼에 따른 핵심적인 치료 전략의 상대적 중요성.

	급성 MUPS	아급성 MUPS	만성 MUPS
일차적인 치료 목표	1. 급성 스트레스원을 확인 2. 지지적인 치료 3. 정신 질환을 선별	1. 불안과 우울감 감소 2. 환자 기능 상승	1. 신뢰 관계 형성 2. 의인성을 포함 3. 지속적인 치료 4. 환자 기능 상승 5. 불안과 우울감 치료
설명 가능한 질환 모델의 발견	극히 중요	극히 중요	극히 중요
질환 유지 체계를 확인	중요	매우 중요	극히 중요
일차 진료 의사	일반적인 치료	일차 진료 환경에서 치료를 시작	의사-장보기 문제
정신사회적 스트레스원 확인	급성 스트레스원	급성 및 만성 스트레스원*	만성 스트레스원*
신경 안정제	일정 기간, 제한적인 치료로만 사용	일정 기간 사용, 대개는 피하도록 함	사용 안 함
항불안제	피함-대처능을 손상시킬 수 있음	불안 장애가 있는 경우에만 사용	사용 안 함
항우울제	대개 필요하지 않음	우울증과 공황 장애가 있는 경우만 사용	우울증, 공황 장애 또는 만성 통증이 있는 경우만 사용
활동 수준	일정 기간 제한적으로 시행, 주말에는 무방함	점진적으로 활동을 증가시킴	구조적으로 증가시킴 (+물리치료)
추적 관찰	기간에 근거한 추적 관찰	증상에 근거한 추적 관찰을 제한	제한된 환경에서 계획을 진행

*만성 스트레스원은 영구적 결과를 초래(예를 들어 학대, 폭행, 가정 폭력, 전쟁 경험, 그 외 치명적인 사건들). Reference: Adapted from Richardson RD, Engel CC Jr. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. Neurologist 2004;10(1):18-30.

결과적으로 신체장애를 강화시킬 수 있다. 주치의는 환자가 회사에서 또 다른 즐거움을 갖도록 격려해 줄 수 있을 것이다. 그렇지만 가족과 친구들은 의사가 달리 충고하지 않으면 환자가 일상생활로부터 벗어나 우선 쉬게 만들지도 모른다.

급성 스트레스원이나 위기상황에 직면한 MUPS 환자를 진료한 경우 의사는 환자에게 정신과적 상담을 권할 수도 있다. 방어적인 환자들에게는 MUPS의 증상이 힘들고 고통스럽지만 상상의 병이 아니기 때문에 정신과적 상담을 통하여 도움을 받을 수 있고 이것이 일상적인 치료법이라고 안심시켜 주어야 한다. 정신과적 치료를 위해 의뢰하는 것이 그들을 버리려는 것이 아니라 의학적 추적 관찰을 위한 또 하나의 중요한 치료라는 것을 환자에게 강조하여야 한다.

신경 안정제를 단기간 사용하는 것은 수면 장애를 호전시키고 급성 스트레스로 인해 신체 증상이 악화되는 동안 또는 그 직후에, 그에 대한 대처능력을 강화시키는 데 도움을 줄 수 있다. Diphenhydramine과 같은 항히스타민제나 반감기가 짧은 진정제는 스트레스와 관련된 일시적인 불면증을 감소시킬 수 있다. 5주 이상 신경 안정제를 사용하는 것은 적절하지 못하는데, 왜냐하면 이러한 약제들이 질병에 대한 보상 심리를 높일 수 있고 약제들의 부작용이 오히려 신체 기능을 손상시킬 수 있기 때문이다.

2) 협진 치료: MUPS가 자주 재발한다면 일반적 치료 환경에 기반을 둔 협력적인 다각적 중재가 때때로 필요하다. 잘 설명되지 않는 증상들이 지속되면 될수록 일차 진료 의사들의 좌절감은 더욱 커지는데 특히 협진 기회가 없을 때 더욱 그러하다. 앞서 언급한 바와 같이 많은 아급성 MUPS 환자들은 발작적인 신체 증상을 유발할 수 있는 불안 장애와 기분 장애를 동시에 갖고 있다. 정신 상담이나 치료를 통해서 환자의 정신사회적 병력을 명확히 밝히고 치료 가능한 불안 장애 또는 우울증을 평가하고 치료에 대한 순응도를 높일 수 있다.

아급성 및 만성 MUPS에서 환자 안심시키기는 단순히 그들의 증상이 심각한 것이 아님을 확인시켜주는 것 이상의 의미를 포함한다. 환자가 증상의 사소함을 발견할 수도 있지만, 대신에 환자들에게 증상이 실제 존재하며 상상한 것이 아니라는 것을 확인시켜줘야 한다. 질병에 대한 믿음을 평가하고 조언, 교육, 전조 증후 및 치료 권고를 통해 환자의 걱정을 직접 확인해야 한다. 흔히 볼 수 있는 나쁜 질병에 대한 믿음의 예는 다음과 같다. 1) “나의 증상은 질병의 표시이다”, 2) “나의 아픈 증상은 나 자신을 심각하게 손상시키고 있다는 것을 의미 한다” 또는 3) “증상이 있을 때 휴식을 취하거나 책임에서 벗어나

기 전까지는 좋아질 수 없다.” 일차 진료 의사는 MUPS를 악화시키는 흔한 정신 질환들에 대한 1~2가지 간단한 의학적 설명을 할 수 있어야만 한다. 그러한 설명은 불안과 우울증의 편견에서 벗어나게 해주며 의사-환자 관계와 치료 순응도를 개선시켜 줄 수 있다. 스트레스 감소, 이완 요법, 우울 및 불안에 관한 오디오 테이프나 책과 같은 자가 치료 요법 등을 이용할 수도 있다.

정신약리적 치료는 아급성 MUPS의 관리에 핵심적인 부분이다. 항우울제는 설명이 안 되는 신체 증상들 및 건강에 대한 염려를 줄여줄 수 있는데, 특히 만성 통증, 공황 장애, 주요 우울증과 같이 다양한 증상 증후군들을 갖고 있는 환자들에게 도움이 된다. 용량은 저용량에서 시작해서 서서히 증량해야 하는데 이는 신체 증상에 초점이 맞춰진 환자들은 부작용에도 더 민감하기 때문이다. 약제를 복용하기 전 주치의는 환자에게 흔한 부작용에 대해 충분히 설명을 해주어야 한다. 그런 후에는 부작용이 발생한다 해도 임상적인 전문성과 신뢰는 감소하지 않고 오히려 강화된다. 그리고 그들 스스로 치료를 중단하기 전에 먼저 의사에게 연락하여 상의하도록 정기적으로 환자 교육을 실시하여야 한다. 항우울제의 효과가 완전히 나타나기까지는 3~5주간의 시간이 소요되며 그 동안 부작용의 위험은 점차 감소한다는 사실을 환자들에게 알려주어야 한다. 치료 첫 한 달간은 매주 추적 관찰하는 것이 치료 순응도를 최대한 높일 수 있다.

3) 재발 치료: 잘 설명되지 않는 신체 증상의 수와 유행 기간이 증가함에 따라 환자들은 지속적인 대처능력 감소 및 엉뚱한 행동을 나타내며 정신 질환이 재발하는 경향이 높아진다. 만성 MUPS에 대한 의학적 관리를 위해 의사는 주의 깊게 다음과 같은 근거 중심의 전략을 따르는 것이 필요하다.

- 환자는 한 명의 중심이 되는 일차 진료 의사를 주치의로 두어야 한다.
- 진료 약속은 약 4~6주 간격으로 정기적이고 시간에 근거하여 이루어져야 한다.
- 새로운 건강 문제로 올 때마다 간략한 신체 진찰을 시행하도록 한다.
- 적절한 진단적 평가는 전형적인 증상들이 있거나 신체 진찰 상 급격한 변화가 있을 때만 시행하도록 한다.
- 매 방문 때마다 의사들은 환자가 ‘과거’ 증상들을 반복해서 이야기하게 하기보다는 현재의 기능, 스트레스원 그리고 이용 가능한 지지 체계에 초점을 맞춘 환자-의사간 동반자 관계를 이루도록 한다.
- 가족 및 그 외 이용가능한 지지 자원을 치료 계획에 포함시킴으로써 과거 병력, 신체장애, 치료 순응도, 약물

남용 그리고 의료 기관 이용 등을 확인한다.

일관성을 위해서는 환자에 의한 방문이나 증상 악화에 의한 방문을 의사가 미리 제한할 필요가 있다. 환자에 의한 방문을 어떻게 조절할지에 관해 향후 계획을 세우기 위해서는 의사와 가족간의 만남이 필요할 수도 있다.

일반적인 치료 관리에 추가하여 다음과 같은 재활 치료가 도움이 된다. 속도를 맞춰서 점진적으로 운동량을 증가시키는 신체 치료 프로그램은 환자의 스트레스를 없애고 활력을 불어넣어주며 기능을 증진시키고 만성적인 신체 활동량 제한으로 인해 발생한 체중 증가를 회복시키는 데 도움이 될 수 있다. 또한 직업적인 상담은 실직자들이 다시 일자리로 복귀하는 것을 도와줌으로써 장애 보상에 대한 의존도를 낮추며 자신감과 사기를 회복시켜주고 재정적 의무와 다른 역할 기대를 충족시키는데 도움을 줄 수 있다.

4) 전문과로의 의뢰: 만성 MUPS 환자들이 정신과나 신경과 등으로 의뢰되는 것은 드문 일이 아니다. 최근 Reid 등²²⁾은 영국 병원에서 이차 진료를 받고자 한 환자들 중에서 MUPS의 유병률을 알아보기 위해 3년간의 의무기록을 조사하였다. 이에 따르면 MUPS 환자들은 상당히 자주 전문과를 이용하였는데 그 빈도를 보면 54%가 소화기 내과, 33%가 류마티스 내과, 34%가 순환기 내과, 50%가 신경과를 방문하였다. 환자가 충분한 의료 협진 없이 여러 의사를 방문하는 것을 막기 위해 만성 MUPS는 때때로 전문의들 간의 긴밀한 협조 관계를 필요로 한다. 다각적인 협력은 불필요한 진단적 검사와 해로울 수 있는 침습적 검사를 방지할 수 있다. 그러므로 신중하게 검사를 시행하고 주치의는 그 지역의 자문을 위한 자원을 잘 알고 있어야 한다. 가능하다면 MUPS에 대한 환자의 관점에 대해 미리 정보를 주고 연락을 취한 다음에 의뢰를 하도록 한다.²³⁾

사실상 대부분의 환자들이 정신과로의 자문을 거부하지만 일부의 환자들은 직접적인 정신과 치료를 필요로 하여 스스로 요구하기도 한다. MUPS가 의심될 때 소모적인 진단적 평가를 끝낼 때까지 기다리기 보다는 조기에 정신과 자문이 필요할 수 있다는 사실을 언급하도록 한다. 현재의 상황과 고통을 충분히 이해하고 있음을 알려주어 환자를 안심시키고 증상으로 인한 고통이 때때로 적절한 정신 건강 치료를 통해 감소될 수 있다는 것을 설명해주도록 한다.

이처럼 의학적으로 설명되지 않는 증상들에 대한 관리를 위해서는 체계적인 접근이 매우 중요하며, 이미 여러 기관에서 각각의 증상들에 대한 임상 진료 지침(Algorithm)을 발표하여 환자 진료에 도움을 주고 있다. 대표적인 예로, 일차 진료 의사를 방문하는 환자들이 혼

히 호소하는 증상들 중에서 원인을 잘 알 수 없는 경우가 매우 다양하지만 그 중에서도 통증과 피로 증상이 대표적인 미분화된 증상이라고 할 수 있다. 미국의 VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group은 다양한 임상 자료로부터 얻어진 정보에 근거하여 만성 통증과 피로 증상을 호소하는 환자들에 대한 임상 진료 지침을 개발하여 발표하였는데, 다음은 발표된 지침의 요약을 소개한 것이다.²⁴⁾

- 환자가 MUPS를 갖고 있는지 확인한다.
- 병력 청취, 신체 진찰, 의무 기록 확인을 가능한 완벽하게 한다.
- 비효율적인 진단적 검사의 시행을 최소화한다.
- 환자의 증상을 유발한 치료 가능한 원인을 확인한다.
- 환자가 ‘만성 다증상 질환(chronic multi-system illness, CMI)’을 갖고 있는지 확인한다.
- 치료 전략을 결정하고 환자와 협력 관계를 설정한다.
- 적절한 환자 및 보호자 교육을 실시한다.
- 가능한 비약물적 치료를 최대로 사용한다(점진적 유산소성 운동, 인지행동치료 등).
- 회복을 위해서 환자가 적극적인 역할을 할 수 있도록 격려한다.

결 론

의학적으로 설명되지 않는 신체 증상들(MUPS)과 이와 관련된 증후군들은 일차 의료 영역에서 흔히 접하는 문제이지만 이러한 환자들이 잘 해결되지 않는 기능성 장애를 갖고 있거나 정신 질환을 갖고 있어서 주치의 입장에서는 치료하기가 힘든 환자로 인식되는 경우가 많다. MUPS 환자를 효과적으로 관리하기 위해서는 무엇보다도 일차의료를 담당하고 있는 가정의학과 의사의 역할이 중요하다고 할 수 있는데, 이들 환자의 특성과 예측되는 병의 경과에 따른 치료적 접근법을 잘 이해하고 있어야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997;42(3):245-52.
2. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychoso-*

- iatrics 1999;40(4):330-8.
3. 정승엽, 김철환, 성은주, 신호철, 박용우, 김유일 등. 의학적으로 설명되지 않는 증상들에 대한 일차 진료 의사들의 인식 조사. 가정의학회지 2005;26(1):15-21.
 4. 신호철. 의학적으로 잘 설명되지 않는 증상에 대한 접근 전략 - 만성 통증과 피로의 임상 진료 지침을 중심으로 -. 가정의학회지 2004;25(4 부록):S223-S228.
 5. Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000;32(9):603-11.
 6. Richardson RD, Engel CC Jr. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist* 2004; 10(1):18-30.
 7. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med* 2001;134(9 Pt 2):868-81.
 8. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354(9182):936-9.
 9. Hyams KC. Developing case definitions for symptom-based conditions: the problem of specificity. *Epidemiol Rev* 1998; 20(2):148-56.
 10. Wessely S, Hotopf M, Sharpe M. Chronic fatigue and its syndromes. 1st ed. New York:Oxford University Press Inc; 1998.
 11. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344(26):2021-5.
 12. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993;153(21):2474-80.
 13. Swartz M, Landerman R, George LK. Somatization disorder. In: Robins LN, Regier DA, editors. *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. 1st ed. New York:Free Press;1991.
 14. Schappert SM. National ambulatory medical care survey: 1989 summary. *Vital Health Stat* 1992;13:1-80.
 15. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989;86(3):262-6.
 16. Escobar JI, Golding JM, Hough RL, Karno M, Burnam MA, Wells KB. Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *Am J Public Health* 1987; 77(7):837-40.
 17. Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med* 1990;150(8):1685-9.
 18. Anderson JS, Ferrans CE. The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(6): 359-67.
 19. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998;280(2):147-51.
 20. Katon W, Kleinman A, Rosen G. Depression and somatization: a review. Part I. *Am J Med* 1982;72(1):127-35.
 21. Katon W, Kleinman A, Rosen G. Depression and somatization: a review. Part II. *Am J Med* 1982;72(2):241-7.
 22. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ* 2001;322(7289): 767.
 23. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *QJM* 2000;93(1):21-8.
 24. VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. VHA/DoD clinical practice guideline for the management of medically unexplained symptoms: chronic pain and fatigue. Version 1.0, Veterans Health Administration and Department of Defence 2002.

임상 퀴즈

의학적으로 설명되지 않는 신체 증상들에 대한 평가 및 관리

다음 임상 퀴즈에 응답해서 60% 이상 득점하시는 회원에게는 대한가정의학회 학술회원 평점 4점을 드립니다. 임상 퀴즈에 답하셔서 응답지를 대한가정의학회 사무처로 보내주십시오. 정답은 다음 호에 게재됩니다(팩스: 3210-1538, E-mail: kafm@kafm.or.kr).

1. MUPS의 자연 경과를 결정하는 흔한 선행요인으로 아닌 것은?
 - 가) 유전
 - 나) 환자 가족의 만성 질환
 - 다) 유해성 자극을 처리하는 중추 신경계의 변화
 - 라) 급성 정신 질환

2. MUPS는 증상의 중증도, 증상의 수, 유병 기간, 신체장애의 정도에 따라 만성, 급성, 아급성 MUPS로 나뉜다. 다음 중 만성 MUPS에 대한 설명으로 맞는 것은?
 - 가) 의료 기관의 이용률이 비교적 낮다.
 - 나) 임상 진료에서 급성 MUPS보다 흔하게 접할 수 있다.
 - 다) 정신 질환을 선별하는 것이 일차적인 치료 목표이다.
 - 라) 신경 안정제나 항불안제는 사용하지 않는다.

3. MUPS 환자를 임상외과가 진료하는 데 있어 잘못된 접근 방법은 무엇인가?
 - 가) 의사들은 MUPS의 원인에 대한 불확실성을 인정하도록 한다.
 - 나) MUPS에 대한 행동 치료 및 재활 치료를 위해 우선적으로 주치의가 모든 가능한 의학적 원인을 반드시 배제하여야 한다.
 - 다) 급성 스트레스원이나 위기상황에 직면한 MUPS 환자를 보는 의사들은 정신과적 상담을 권할 수 있다.
 - 라) MUPS 환자에게 증상이 실제 존재하며 상상한 것이 아니라는 것을 확인시켜 주어야 한다.

제 29 권 제 1 호 임상퀴즈의 정답은 146쪽에 있습니다.

..... 절 취 선

제29권 2호 응답지 (의학적으로 설명되지 않는 신체 증상들에 대한 평가 및 관리)

의사면허번호		전문의 번호		소속 지회	
성 명		연락처(전화)		연락처(E-mail)	
퀴즈 번호	1.	가)	나)	다)	라)
	2.	가)	나)	다)	라)
	3.	가)	나)	다)	라)