

정신약물 치료

1. 정신약물치료의 의의와 역사
2. 정신치료 약물의 종류
3. 약물치료와 간호사의 역할
4. 약물치료에서의 정신간호 실제



1. 정신약물치료의 의의와 역사

1) 의의

- 정신질환의 원인과 치료법에 대해 지난 반세기 동안 많은 혁신들이 있었다.
- 그 중 항정신성 약물의 발견은 각종 정신질환을 이전보다 더욱 용이하게 치료하도록 하였으며, 입원실의 분위기를 개선하는 혁명적인 사건이었다.
- 나아가 약물의 작용기전에 대한 연구는 정신질환의 생물학적 원인을 밝히는데 결정적으로 공헌하고 있다.
- 즉, 정신질환의 증상을 치료하는 약물들과 뇌에서의 이 약물의 활동기전이 알려짐으로써 정신병의 기원을 좀 더 이해하기 위한 모델들을 제공해 주었다.
- 약물연구 분야의 전문가들에 의해 혁신이 계속되고 있으며, 전세계적인 임상약물연구에 의해 정신병에 대한 약물치료의 중요성은 점점 더 널리 인식되고 있다.
- 현재는 약물치료가 정신장애의 증상을 성공적으로 제거하게 되었지만 약물치료를 '쉬운 해결방안'으로 보아서는 안 된다.
- 약물은 증상제거에 그칠 뿐이고 환자의 개인적·사회적·환경적 반응은 치료하지 못한다.
- 더욱이 약물의 부작용과 역작용이 발생하지 않도록 더 높은 수준의 간호와 전문지식 및 판단을 요한다.
- 정신간호사는 정신약물치료를 환자간호영역에 포함시킴으로써 간호전문직의 새로운 역할이 되고 있다.

2) 역사

- 정신약물학의 역사는 고대로부터 실제 정신질환에 아편계, 대마, 코카인, 알코올 등이 사용되면서 시작되었고 현대 정신약물학은 1949년 Cade가 lithium의 항조증 효과를 발견하고 1952년 Delay와 Deniker가 chlorpromazine을 정신병 치료에 사용한 이후부터라고 할 수 있다.
- 그 후 Crane과 Kline이 MAO억제제인 항우울제를, Kuhn이 삼환계항우울제인 imipramine을 임상에 도입하였다.
- 항우울제는 1950년대 후반에 imipramine(Tofranil)이라는 이름으로 처음 소개되었다.
- 삼환계항우울제(TCA)는 전기경련치료, 자극제, 정신치료와 우울장애의 주요 치료양식이던 시기에 소개되었다.
- 항우울제의 발견으로 정상적 감정반응과 화학적 변화에 따른 감정반응에 대한 뇌의 생화학적 기전이 밝혀졌다.
- 또한, 항정신성 약물로서 Jansen이 haloperidol을, Ravon이 chlorprothixene을 소개하였다.
- 항불안제는 1960년대부터 임상에서 사용되었다.
- 1970년대는 미국 시장에 diazepam(valium)이 소개되었으며, 이는 1970년대 후반에 사용된 모든 최면처방의 거의 53%를 차지했다. 이 약물은 비정신성 불안상태에서부터 급성 경련 장애에 이르기까지 광범위한 치료에 유용하다.
- 이후에 소개된 약물 중 하나인 buspiron HCL(Buspar)은 벤조디아제핀보다 진정작용과 중독성이 모두 적다.
- 1980년대의 항정신성 특성을 함유한 amoxapine(Asendin) 등의 제2세대 항우울제가 출현하였으며, 2000년대의 fluoxetine, paroxetine의 3세대 항우울제에 이어 milaciprane,

- venlafaxine 등의 4세대 항우울제가 출현하였다.
- 주요우울장애를 다루는데 흔히 사용되는 항정신성 약물로는 사한게인 maprotiline(Desyrel), mirtazapine(Remeron)이 있다.
- 과거 수십 년 이상 광범위한 정신적, 감정적 장애를 조절하는 항정신성 약물의 유효성과 안정성으로 인해 정신질환의 치료에 대변혁이 일어났다.
- 정신약물학 분야는 지식의 빠른 확산과 함께 다양한 약물의 효능을 실험하고 약물들의 작용을 이해하고자 노력해 왔다.
- 정신장애의 진단과 치료의 초점은 점차 신경생물학적, 정신약물학적 연구에 맞추어 지고 있다. 예를 들어, 조현병이나 정서장애를 포함한 정신장애에 대한 신경생물학적 기반을 계속 연구하고 있다.
- 정신약물학 발달의 중요한 사실로는 두 가지 새로운 약물을 개발한 것이다.
- 기존의 약물에 반응하지 않는 증상을 치료하는데 쓰이는 항정신성 약물인 clozapine(Clozaril)과 강박장애치료에 전망을 주는 삼환계 항우울제인 clomipramine(Anafranil)이 그것이다.
- 이후 새로운 항정신성약물인 risperidone, olanzapine, quetiapine, sertindole, zotepine, amisulpride, ziprasidone, aripiprazole 등이 개발되어 임상에 소개되었으며, 이들은 이전의 항정신성 약물과 대비하여 비정형 항정신성약물이라 명명되었다.
- 이러한 항정신성 약물(psychotropic drug)의 발전은 병실의 분위기를 크게 개선하였고 정신질환의 생물학적인 연구에 기여하였다.
- 항정신성 약물은 다음과 같은 종류가 있다.
 - ※ 항정신성 약물의 분류
 - 1) 항정신성 약물(antipsychotics 혹은 neuroleptics)
 - 2) 항우울제(antidepressant)
 - 3) 기분안정제(mood stabilizers)
 - 4) 항불안제(anti-anxiety drugs, anxiolytics)
 - 5) 진정-수면제(sedatives-hypnotics)
 - 6) 항파킨슨 약물(antiparkinsonian drugs)
 - 7) 기타
- 그 외에 치료제는 아니나 정신에 큰 영향을 미치는 환각제(hallucinogens, psychodysleptics, psychedelics)라는 분류가 있다.
- 최근 인지기능과 기억기능을 개선시키는 소위 neogenic drugs 또는 치매 치료제를 새로이 분류하기도 한다. 그러나 이러한 분류가 엄격하지는 않은데, 그 이유는 효과가 서로 겹치는 경우가 많이 때문이다. 예를 들어 어떤 항우울제는 최근 불안장애도 효과적으로 쓰이고 있다.

2. 정신신약물학의 종류

1) 항정신성 약물

- 항정신성 약물(antipsychotic drugs)들은 정신병이나 정신병적인 상태의 치료에 중요한 부분으로 인정되고 있다.
- 항정신성 약물은 정신병에 대한 치료를 완벽하게 제공하지는 못하더라도 정신병적 증상을

감소시키는 효과가 있다.

- 1952년에 발명된 chlorpromazine은 정신병 환자에 있어서 중요한 행동변화를 일으켜 정신장애의 치료를 혁신시켰으며 정신약물학은 살아 있는 치료방식으로 간주되었다.
 - 항정신성 약물은 자폐증, 망상, 환각과 같은 정신병적인 증상을 치료하는 약물로서 인지적 용의 변화는 초래하지 않고 감정반응을 진정시킨다.
 - 작용기전은 도파민 수용체를 차단하여 도파민의 기능을 저하시키고, 추체외로 증상과 기타 자율신경계 장애를 야기한다. 하지만 항정신성 약물은 광범위하게 처방되었으며, 이를 통하여 수용시설에서 생애를 보내야 할 많은 환자들이 지역사회로 나갈 수 있게 되었다.
 - 주요 정온제(major tranquilizer) 혹은 신경이완제(neuroleptics) 등의 용어가 동언어로 사용되며, chlorpromazine, baloperidol 등 오래된 약물은 1세대 항정신성 약물, 고전적 항정신성 약물, 정형 항정신성 약물이라고 불리고, clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine, amisulpride, aripiprazole 등 최근에 개발된 약물은 2세대 항정신성 약물, 최신 항정신성 약물, 비정형 항정신성 약물로 불린다.
 - Clozapine과 같은 비정형 항정신성 약물들은 조현병의 양성증상뿐만 아니라 무감동, 감정 둔마, 사회적 절회, 온둔, 흥미소실 등의 음성증상의 호전에 도움이 됨으로써 환자의 사회적 재적응과 생활의 질을 향상시킨다.
- (1) 작용기전
- 약물의 작용기전은 아직 완전히 규명되어 있지는 않다.
 - 항정신성 약물은 주로 대뇌에 분포하고 있는 여러 신경전도에서 도파민 수용체(dopamine receptor)를 차단한다. 일차적 작용으로 뇌피질(cerebral cortex)의 기능은 손상시키지 않고 뇌피질하 영역(subcortical area)을 억압시킨다(도파민 차단 효과).
 - 항정신성 효과는 중추신경계의 중변연계(mesolimbic pathway)와 중간피질계(mesocortical pathway)에서 도파민 수용체를 차단함으로써 나타나며, 특히 조현병의 양성 증상에 대한 항정신성적 효과는 대체로 D2 수용체의 차단 정도와 연관된다.
 - 최근 clozapine을 비롯한 비정형 항정신성약물은 도파민의 차단뿐만 아니라 세로토닌을 차단하는 세로토닌-도파민 길항제이다.
- (2) 정신증상에 미치는 효과
- 인지기능을 정상화한다.
 - 정신 운동성 흥분을 감소시킨다.
 - 사고장애를 호전시킨다.
 - 주의집중을 향상시킨다.
 - 자율신경기능을 정상화시킨다.

(3) 임상적 적용

- 항정신성 약물은 진정 효과(sedation), 즉, 비정상적 감정이나 정서적 표현을 둔화시키는 신경이완 효과(neuroleptic effect)와 환각, 망상, 사고의 분열, 지리멸렬한 사고진행 등의 정신병적 증상을 호전시키는 항정신성 효과(antipsychotic effect)가 있다.

항정신병 약물의 표적증상	
제1세대(전형) 약물 및 2세대(비정형) 항정신병 약물	
양성증상	
각종 말상과 환각	
언어와 행동의 해체	
- 사고장애(부조리한-비논리적 언어, 사고이탈)	
- 괴이한 행동(강직증, 납골증, 사회적 행동의 황폐화)	
제2세대(비정형) 항정신병 약물의 표적증상	
음성증상	
정서둔마, 감정표현 제한, 무감각	
운동성 실어증(alogia): 언어빈곤, 사고빈곤	
무의욕증/생략: 목표 지향적 행동 결여	
무쾌감증/비사회성	
주의력 장애: 집중력 저하, 무관심	

일반명(상품명)	항정신병 약물의 투여방법		투약경로 및 용법
	상용량(mg)	성인용량(mg/day)	
전형 항정신병 약물			
chlorpromazine(Thorazine)	100	50~1,200	PO, IM, L
thioridazine(Mellaril)	100	300~800	PO, L
perphenazine(Trifalon)	10	12~64	PO, IM, L
trifluoperazine(Stelazine)	5	5~40	PO, IM, L
fluphenazine(Prolixin)	2	2~20	PO, IM, L, L-A(q2-4wk)
thiothixene(Navane)	4	5~60	PO, IM, L
haloperidol(Haldol)	2	2~60	PO, IM, L, L-A(q4wk)
loxapine(Loxitane)	10	30~100	PO, IM, L
molindine(Moban)	10	30~100	PO, L
비정형 항정신병 약물			
	50		
	1		
clozapine(Clozaril)	제시할 수 없음	300~900	PO
risperidone(Risperdal)	제시할 수 없음	2~8	PO
olanzapine(Zyprexa)	제시할 수 없음	5~15	PO
quetiapine(Seroquel)	400	150~750	PO
amisulpride(Solian)	제시할 수 없음	400~1,200	PO
aripiprazole(Ablify)	제시할 수 없음	5~30	PO
ziprasidone(Geodon)	제시할 수 없음	40~160	PO
paliperidone(Invega)	제시할 수 없음	3~12	PO, IM, L-A(q4wk)

- 종류의 다양성에도 불구하고 이 약들은 임상 효과에서는 거의 비슷하다.
- 약물의 부작용에 대한 이해는 항정신병 약물투여 시 중요한 간호사항이다.
- 일반적으로 대상자에게 약물투여를 결정할 때는 이전에 효과가 있었던 약물의 종류와 약 이 지표가 된다.
- 정신병에 있어서 치료실패의 가장 보편적인 이유는 부적절한 복용량이다. 병의 약화의 가장 큰 이유는 약물치료 이행을 지속적으로 하지 않기 때문이다.
- 항정신병 약물의 주요 적응증은 조현병, 정신병적 증상을 동반한 기질적 뇌증후군, 기분장애의 조증기, 성격장애, 무뎡장애이다.
- 심각한 정신병적 양상을 지닌 우울증이나 심한 불안, 특히 환자가 약물이나 알코올에 대한 의존성의 경향이 높을 때 빈번하게 사용된다.
- 항정신병 약물은 비정신과 영역의 경우에도 사용되는데, 구토(vomiting), 딸꾹질(hiccup), 현기증(vertigo), 통증완화를 위해서도 사용되고 있다.

(4) 일반적인 투약 원칙

- 투여 원칙
 - 급성정신병 환자의 경우, 행동이 호전될 때까지 부작용을 감안하면서 약물의 용량을 증량시킨다.
 - 이때 진정작용, 저혈압, 항콜린성 작용 등의 부작용을 감소시키기 위해 보통 1-2주 동안은 하루에 3~4회 분복시킨다.
 - 대상자에 맞는 투여량은 환자에 따라 상당히 차이가 날 수 있으며 증상이 조정되는 정도와 부작용 여부를 관찰하면서 복용량을 조정한다.
 - 초기에는 하루에 여러 번 약을 투여하고 증상에 따라 1~4일만에 양이 증가될 수 있다.
 - Olanzapine은 복용량을 10mg로 시작하여 흔히 치료기간 동안 같은 양이 지속된다.
 - 어떤 환자들은 2~3일 내에 약물에 대한 반응을 보이기 시작하지만 2주까지 걸리는 환자들도 있다.
 - 전형적인 항정신병 약물로부터 완전한 약효를 느끼기 위해서는 4주 이상 걸릴 수 있다.
 - 환자가 투약 시작 후 몇 주 동안 안정을 지속하면 용량을 줄일 수 있다.
 - 항정신병 약물의 반감기는 24시간 이상이므로 환자는 안정상태에 도달한 후 (약 4일)에는 하루에 한 번 복용하면 된다.
 - 취침시간에 복용하면 부작용이 가장 심한 시간을 환자가 수면상태로 지낼 수 있게 된다.
 - 약 6개월~12개월 동안 안정유지 기간이 지난 후 점진적으로 복용량과 약물치료를 지속할지를 평가한다.
 - 일부 조현병 환자는 평생 동안 약물치료를 지속해야 한다.
 - 한 약물에 반응을 보이지 않는 환자는 흔히 다른 약물 부류의 항정신병 약물에는 반응하기 때문에, 다른 약물 시도를 할 수 있다.
 - 적절한 시도는 전형적인 항정신병 약물의 경우, 1개월 이후이며, 비정형 약물은 3개월(또는 그 이상, 특히 clozapine의 경우) 이후이다.
 - fluphenazine은 두 가지 대표형 주사제가 있는데, 7~28일까지 약효가 지속되므로 투약 거부 환자나 외해 환자에게 이용된다.
 - Haloperidol decanoate는 4주 동안 약효가 지속되는 주사제이나 단독치료로 쓰지는 않는 데, 약물수준이 안정될 때 까지는 3개월이 걸리기 때문이다.

- 장기간 작용하는 데포(depot)형 약제를 제외한 단기 작용 비경구적 약물투여는 급성적인 불안·초조·흥분을 나타내는 정신병 환자에게만 사용하는 것이 원칙이다.
- 근육주사인 경우 경구투여제보다 그 강도가 2-4배 강하다.
- 특히, 고용량을 비경구적으로 투여한 경우 저혈압이 흔히 일어나므로, 근육주사 후 환자를 적어도 30분 이상 앙와위(supine position)로 누워 있거나 앉아 있도록 한다.
- 반드시 혈압을 측정하여 주사 전후 변동을 확인한다.
- 근육주사는 근육내로 깊게 서서히 주사한다.
- 전형적 항정신병 약물은 조현병의 양성증상, 즉 망상, 환각, 사고장애 등을 감소시키는데 매우 탁월한 효과가 있지만 정서적 둔마, 의욕저하, 절회, 병식결여 등의 음성증상에는 비교적 효과가 적은 편이다.
- clozapine은 비전형 항정신병 약물 중 가장 대표적인 약물이며, 양성증상뿐만 아니라 음성 증상에도 효과적이면서 추체외로 증상이나 지연성 운동장애를 거의 일으키지 않는다.

② 용법

- 제일 먼저 환각·소실·중독적 행위 조절, 사회적 향상 등, 약물치료의 목표증상을 설정하고, 표적증상이 소실되고 사회적응력이 생겨날 때까지 심각한 부작용이 나타나지 주의하며 서서히 용량을 증량시킨다.
- 즉, 치료목표증상과 부작용을 고려해서 약물을 선택한다.
- 급성 조현병 환자의 효과적인 일일 용량은 chlorpromazine인 경우 400~1,200mg 수준이다. 최근에는 부작용을 줄이기 위해 저용량이 권유되고 있다.
- 심한 공격성과 같은 적대적 행동을 보이는 환자에서 주사제를 사용할 경우, 진정 효과가 약하고 심혈관계의 부작용이 거의 없는 haloperidol 주사제가 좋다.
- 용량은 경구투여용량의 1/2 정도인 5~10mg을 근육주사하고 효과가 없으면 1시간마다 반복 주사한다.
- 최근에는 벤조디아제핀계 중 lorazepam(2mg, IM)이 권유되고 있는데, 이는 항정신병 약물과 병용 주사하면 항정신병 약물의 투여용량을 최소화시키는 장점이 있어서 임상에서 많이 사용되고 있다.

③ 정신약물학적 특성

- 정신병 증상에 대한 임상적 효능은 약물의 도파민 수용체 차단 정도와 대체로 비례한다. 급성 추체외로 부작용은 항콜린성 작용이 적은 약물일수록 많이 생긴다.
- 과량 투여 시에도 혼수상태나 감각마비는 없다.
- 신체적 또는 심리적 의존성이 없다.
- 갑작스러운 항정신병약의 중단은 지연성 운동장애와 반동적인 부작용을 일으킬 수 있다.
- 약물을 감할 때는 며칠 또는 몇 주에 걸쳐 서서히 줄여야 한다.
- 항정신병약물은 화학적 중독을 야기하지 않으며 시간이 지남에 따라서 항정신병 효과에 내성이 생기지 않는다.
- 항정신병약물은 안전영역이 비교적 넓은 약물이다. 따라서 과다복용 시에도 죽음에 쉽게 이르지 않는다.
- 항정신병약물 중독 물질처럼 횡출감을 야기하지는 않으나 남용의 가능성은 가지고 있다.
- 항정신병약은 벤조디아제핀과 같은 약과 병용시에는 호흡억제 효과가 있으므로 환자를 조

심스럽게 살펴야 한다.

- 초기 임신 3개월 동안은 어떠한 항정신병 약물의 사용도 피하는 것이 좋다.

(5) 부작용

- 흔한 부작용으로는 추체외로계 증상과 자율신경계 증상이다.
- 전형 항정신병 약물을 사용할 때 대부분 추체외로증상(Extra Pyramidal Syndrome, EPS)은 자주 일어나고, 특히 고역가 약물은 환자를 고통스럽고 무기력하게 만든다.

약물	항정신병 약물의 부작용			
	진정	추체외로 증상	항콜린성	기립성 저혈압
저역가(low-potency)				
chlorpromazine	4	2	3	4
thioridazine	4	1	4	4
clozapine	4	1	4	3
olanzapine	2	0	2	2
고역가(high potency)				
trifluoperazine	2	3	2	2
thiothixene	2	3	2	1
loxapine	2	3	2	2
molindone	2	3	2	2
perphenazine	2	3	2	2
fluphenazine	1	4	2	1
haloperidol	1	4	1	1
risperidone	2	1	1	2

- 그러나 부작용들은 사전에 예방 또는 최소화되거나 효과적으로 치료될 수 있다(지연성 운동장애는 예외).
- 비전형 약물은 조현병의 양성·음성적 증상을 효과적으로 치료하고 부작용 가능성이 낮기 때문에 정신병치료를 위해 우선적으로 선택될 수 있다.
- EPS 치료는 약물복용량 감소, 해당 부작용이 발생할 가능성이 적은 약물을 투여하는 방법이 포함된다.
- 하지만 부작용에 대한 내성은 대부분 처음 3개월 안에 일어나기 때문에 EPS를 치료하기 위한 약물은 보통 3개월까지만 투여되고 서서히 중단된다.
- 현재까지 지연성 운동장애(tardive dyskinesia, TD)에 대한 효과적인 치료는 없다. 하지만 비전형 약물 사용의 증가로 이 증상이 감소하고 있다.
- 전형적 항정신병 약물을 복용하는 환자들의 부작용에 대한 예방책은 최소한의 약물을 단기간에 주는 것이며, 비정상 불수의적 운동 척도(abnormal involuntary movement scale, AIMS)를 사용하여 정기적으로 사정한다.
- 항정신병 약물 투약으로 인한 운동장애는 다음과 같다.
 - 파킨슨증상
 - 신경이완제 약성 증후군(neuroleptic malignant syndrome, NMS)
 - 급성 근긴장이상증(acute dystonia)
 - 급성 정좌 불능증(akathisia)

지연성 운동이상(tardive dyskinesia)

체위성 떨림(tremor)

기타 운동장애

- 항정신병 약물의 부작용 중 드물지만 지명적일 수 있는 부작용(14~30% 사망률)이 신경이완제 약성중후군이다(표 17-5).
- 다양한 부작용을 일으키지 않는 다른 종류의 항정신병 약물들이 개발되고 있다.

표 17.4 전형적 항정신병 약물과 비전형 항정신병 약물의 비교

일반명(상품명)	전형적 항정신병 약물		비전형 항정신병 약물				
	clozapine	risperidone	olanzapine	quetiapine	serindole	ziprasidone	
임상효과							
dosage(mg/day)	various	300-900	2-10	7.5-20	150-800	4-24	40-160
acute psychosis overall	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
acute positive symptoms	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
acute negative symptoms	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++
treatment-refractory psychosis	0	++	?	?	?	?	?
부작용							
agitation	++++	+	○	○	○		○
agranulocytosis	++++	+++	○	○	+		○
anticholinergic effects	++++	○	++	+	○		+
EPS	++++	○	++	+	○		+
dose-related increase in EPS	+						
nausea/dyspepsia	+						+
orthostatic hypotension	++++	+++	+	++	++		+
elevation of prolactin levels	++++	○	+++	○++	○		○++
sedation	++++	+++	+	++	+++		+
seizures	+	+++	○	○++	○++		○++
tardive dyskinesia	+++						

- 부작용은 환자에게 불편감을 주기도 하지만 대부분은 쉽게 치료가 된다. 그러나 신경이완제 약성중후군과 같은 부작용은 아주 드물지만 발생 시 생명을 위협할 수 있는 위험한 부작용 중 하나이다.
- 또한, 간호사들은 추체외로중후군에 관심을 가져야 한다. 항정신병 약물의 장기복용시 생기는 추체외로증상 중 지연성 운동장애와 같은 증상에는 효과적인 치료법이 없고 오직 기본적인 예방만이 중요하다.
- 예방하기 위해서 AIMS(Abnormal Involuntary Movement Scale)을 모든 환자에게 적용하여 상태를 사정하고, 환자들과 그 가족들에게 항정신병 약물의 잠재적인 부작용에 대한 교육을 철저히 해야 한다.
- 비정형 약물 중 clozapine은 기립성 저혈압, 빈맥, 진정작용, 항콜린 효과, 체중 증가를 유발할 수가 있다.
- 복용량이 증가하면서 발작위험이 있으며(매일 600-900mg를 복용하는 환자 중 최고 5%까지) 흔하 약을 사용을 중단하면 정신병적 증상은 빠른 속도로 재발된다.
- Clozapine의 가장 심각한 부작용은 무과립구중(agranulocytosis)으로 환자 중 약 1-2%까지 이 현상이 나타난다(일반 항정신적 약물보다 10-20배 더 높음).
- 부작용은 치료시작 후 첫 6개월 동안 계속 증가하며, 그 후 점진적으로 감소하지만 위험성이 완전히 사라지는 것은 아니다.
- 백혈구 수 감소를 관찰하기 위해 매주 CBC를 하고, clozapine 처방을 1주 단위로 받는다.

- 일반 clozapine을 사용하는 환자가 무과립구증을 겪으면 이 약물의 재복용은 금지되어야 한다.

2) 항우울제(antidepressants)

- 기분장애에는 우울증과 조증이 포함된다. 우울증은 불쾌한 기분, 식욕변화, 수면습관의 변화, 인지과정의 둔화로 특징지어진다. 우울증을 적절하게 치료하기 위해서는 진단을 정확하게 해야 한다.
- 우울의 원인이 되는 신체적 문제는 항우울제 치료 시작 전에 진단하여 치료하여야 한다.
- 항우울제는 삼환계 항우울제와 모노아민산화효소 억제제, 선택적 세로토닌 재흡수 차단제 및 최근 개발된 약물 등으로 분류된다.
- 항우울제의 장점은 중독성이 적은 점이다. 그러나 양이 많은 경우 심맥관계장애나 신부전과 같은 매우 심각한 부작용을 가져올 수 있다.
- 삼환계 항우울제는 우울한 기분을 감소시키기 전에 먼저 정신운동 에너지를 증가시키기 때문에 이 약을투여 시 자살의 위험성이 증가하므로 이를 예방하기 위해 신중한 관찰이 필요하다.
- 과용량 복용 시 독성이 매우 높기 때문에 저살 성향이 있는 우울증 환자에게 사용할 때는 그 처방량과 기간을 제한해야 한다.
- 간호사는 항우울제를 투여하는 동안 대상자를 교육하고 정서적으로 지지하며 자살가능성에 대해 사정해야 한다.
- 환자에게 약물치료의 최적의 반응이 나타나는 시기를 알려주고 대상자는 치료의 반응이 지연되는 것에 대해 설명함으로써 낙심하지 않도록 한다.
- 항우울제의 적응증은 주요 우울증이며 불안장애의 약효를 치료하는 데에도 유용하다. 초기의 몇몇 연구에서 집중력 결핍, 기면 발작, 이상식욕항진에도 유용한 것으로 보고되었다.

항우울제의 종류와 용량		
일반명(상품명)	상용량(mg/일)	투약경로
삼환계 약물		
amityptiline(Elavil)	50-300	PO,IM
doxepin(Adapin, Sinequen)	25-300	PO, L
imipramine(Tofranil)	30-300	PO, IM
clomipramine(Gromin, Anafranil)	25-250	PO
	25-300	PO, L
desipramine(Nrpramin)	30-100	PO
nortryptiline(Pamelor)	15-60	PO
protriptyline(Vivacil)		
모노아민산화효소억제제		
moclobemide(Aurolix)	300-600	PO
	15-90	PO
phenelzine(Nardil)	10-60	PO

tranylcypromine(Parnaatae)		
선택적 세로토닌 재흡수 차단제(SSRI)		
fluoxetine(Prozac)	20~80	PO
fluvoxamine(Luvox)	50~300	PO
paroxetine(Paxil)	10~50	PO
sertraline(Zoloft)	50~200	PO
escitalopram(Lexapro)	10~20	PO
기타 항우울제		
amoxapine(Ascendin)	50~600	PO
maprotiline(Ludiomil)	50~225	PO
bupropion(Wellbutrin)	200~450	PO
duloxetine(Cymbalta)	40~60	PO
venlafaxine(Effexor)	75~375	PO
nefaxodone(Serzone)	100~600	PO
mirtazapine(Remeron)	15~45	PO
trazodone(Desyrel)	150~600	PO

표 17-5 항정신병 약물의 부작용과 간호	
부작용	간호시 유의사항
I. 일반적인 급성 부작용	일반적인 주체외로증상 치료원칙
1. 신경계	- 내성은 보통 약물복용 후 3개월 무렵 생긴다.
급성 긴장반응 : 주로 갑자기 일어나며 환자들에게는 매우 놀라운 일이다. 특히 목, 등, 눈 등의 주요 근육경련, 긴장증, 호흡곤란 등이 나타난다.	- 필요시 항정신병 약물을 감량시킨다.
추체외로증상	- amicholinergic drug를 3개월까지 쓴 다음 줄인다.
1) 정좌 불능증 : 가만히 있지 못하고 계속 왔다 갔다 하거나 안절부절못함, 다리 통증 등 운동으로서 완화할 수 있음.	- 주체외로 증상이 적게 일어나는 약물로 바꾼다.
2) 파킨슨 증상	- 환자교육과 지지요법을 실시한다.
- 운동불능증 : 느린 동작, 자작거리는 걸음, 굳은 표정	- 비경구요법에서 더 빨리 발생한다. 필요하다면 호흡보조장치를 사용한다.
- 신체경직시 근육긴장	- Benodryl 50mg 또는 cogenin 2mg IM한다.
- 신체에 전반적으로 미세한 경련, 손가락의 진전.	- 불안장애의 증상으로 인한 불안인지 약물에 의한 초조인지 구별해야 한다.
자율신경계	- dopamine agonist인 amantadine도 가끔 효과가 있다.
원클린성 부작용 : 점분비 감소로 인한	- 구강건조시 물로 입을 자주 헹구거나 무설

구강건조, 흐린 시야, 안구건조, 동공확대, 변비, 심계항진, 요정체, 땀 분비 감소, 과다활동, 초조, 불안, 혼란, 구음장애	<ul style="list-style-type: none"> 항염, 사함을 늦추며 먹도록 한다. 변비에는 섬유질 식이, 변비완화제, 수분섭취, 운동을 권유한다. 투약으로 인한 시력장애가 있다면 기계조작을 피한다. 요정체에는 cholinergic angonsit인 bethanechol을 사용한다. 가능하다면 약물의 병합투여를 피하고 과도한 용량을 피한다.
2. 행동적인 면 진정, 잠이오는 듯, 비틀거림, 피곤함	<ul style="list-style-type: none"> 지나치게 진정된 경우 약물의 용량이 과도한지 살펴보고 필요시 하루에 한번 취침시에 투약할 수 있다.
3. 심장계 기립상지혈압, 천기증, 심계항진	<ul style="list-style-type: none"> - 혈압을 자주 잰다. - 내성이 수주 안에 생기지만 심한 경우 약용량을 낮춘다. - 노인에게 많이 발생하며, 약을 바꿔야 하는 경우도 있다. - 천천히 자세 변경을 하도록 한다. - 수분섭취를 많이 해서 혈액량을 증가시키고, 고탄력 양말을 신는다.
4. 피부계 - 전신피부병, 반점성 구진, 홍반, 가벼운 발진 - 광선 과민증과 피부 화상	<ul style="list-style-type: none"> - 약물 투여를 중단하고 반점이 사라지면 조심스럽게 다시 시작한다. - 필요시 국소적 스테로이드를 사용한다. - 용량을 낮추거나 소량의 약물이 높은 약물로 바꾼다. - 선글라스를 사용하고 노출부위를 없앤다.
5. 급성으로 드물게 나타나는 부작용 1) 알레르기 반응 (1) 열역계 무과립구증 발열, 권태, 괴양성 인후염, 백혈구 감소증 (2) 간장계 황달, 발열, 오심, 복통, 권태, 소양증, 비정상적 간기능검사 결과	<ul style="list-style-type: none"> - 매우 위험한 부작용이므로 노인여성 환자에게 고열이나 괴양성 인후염 유무를 세밀히 관찰한다. - 증상출현 시는 약물을 즉시 중단하고 적절하다면 항생제를 사용한다. - 약물투여를 중단한다. 가역적이며 개인차가 있다. - 고단백/고섬유성 식이와 함께 휴식을 취한다. - 심장문제를 가진 환자에게는 기본적 EKG검사를 실시한다. - 발력징후도 세밀히 계속 관찰하면서 고역가 약물로 변경한다.
2) 심장혈관계 이상 심전도	<ul style="list-style-type: none"> - 용량을 줄이거나 고역가 약물로 변경한다. - 항경련제는 비간질성장애 환자에게는 효과가
3) 신경계 경련발작 : 전조 없는 대간질 발작 양상	

II. 장기간 사용 시 흔히 나타나는 부작용	없다.
1. 신경계 지연성 운동장애 : 허내밀기, 입술 오므리기, 흡입, 씹기, 눈깜박이기, 측면 턱 운동, 얼굴 썩그림, 다리위 가슴의 무도형 움직임, 어깨 으쓱임, 엉덩이 움직임, 손목이나 발목의 굴곡 및 회전, 발바닥 지기, 발가락 운동	- 상동중적이며 불수의적인 운동이다. - 부드러운 신발을 신도록 한다. - 조기발견되지 못하고 약물을 지속적으로 복용한 경우 비가역적일수 있다.
2. 내분비 계통 유당뇨, 우울경증, 유행확대, 유행응고, 성욕저하, 사정불능, 식욕저하, 고열증, 임신반응 검사 시 위양성반응	- 특히 부분적인 내성이 수개월, 수년에 약물량을 줄인다. - 특히 지속적인 증상이 있으면 고역가 약물로 바꾼다. - 임신반응검사서 양성인 나뉘었을 경우 임신 여부를 정확하게 확인한다. - 체중증가에 대해서는 식이요법과 운동을 교육한다.
III. 장기간 사용시 드물게 나타나는 부작용	
1. 안과적 문제 독성 색소성 망막병증	- 비가역적이다. - Thiorazine을 800mg/day 이상 투여해서는 안된다.
IV. 단기, 장기 복용시 드물지만 생명을 위협하는 부작용	
1. 신경이완제 약성중후군 심계항진, 근육긴장, 혼미, 진전, 실금, 백혈구 증가, 혈장 CPK증가, 칼륨 증가, 신부전, 맥박'호흡'의 증가	- 즉각적인 응급처치가 중요하다. - 초기에 발견하는 것이 중요하며 고열을 내려주어 탈수를 막는다. - 모든 약물을 즉시 중단시킨다. - 대증적인 간호가 필요하다(영양, 수분공급) - 신부전 시 혈액투석 급성호흡부전에는 ventilator를 사용한다.

- (1) 삼환계 항우울제(Tricyclic Antidepressants, TCAs)
- 3개의 환구조가 공통적인 화학구조로 되어 있어 삼환계라 부른다.
 - 경구용과 주사용이 있고, 하루 용량은 100mg이상에서 효과가 있고 300mg까지 증가시킬 수 있으나 그 이상 투여 시 치료 효과는 크지 않고 오히려 2-3주 사용해도 효과가 없으면 다른 약물로 교체한다.
- ① 작용 기전
- 항우울제가 노르에피네프린성 뉴런과 세로토닌성 뉴런의 시냅스 전 세포에서 노르에피네프린과 세로토닌의 재흡수 기전을 억제하여 시냅스에서의 신경전달물질의 양을 증가시키는 것으로 알려져 있다.
 - 실제 임상에서 항우울제 효과는 약물 투여 2-3주 후에 나타난다.

- ② 적응증주요 우울장애(major depressive disorder)치료
- 재발성 주요 우울장애의 예방
조현병, 지매 등의 정신질환에 의한 이차적 우울증의 치료
양극성 장애의 우울 치료
공황장애의 예방
아동, 청소년의 아노증의 치료
악몽, 기면병 치료

<항우울제의 표적증상과 호전시기>

호전시기	표적증상
1주	- 수면장애 - 식욕장애 - 불안
2주	- 피로 - 신체적인 불편감 - 초조 - 운동지연
3주	- 불쾌한 정서 - 지속적인 주관적 우울감(자존감 저하, 허무주의, 희망상실, 자책감, 죄의식, 슬픔) - 자살사고

- ③ 금기증
과민반응 환자
심근경색증
임산부의 경우 기형발생위험을 예방학 위해 임신 첫 3개월간은 투여 제한
전립선 비대증, 요정제, 녹내장 환자들에게는 신중히 투여할 것.
- ④ 용법
대부분의 항우울제들은 하루에 한번 투약하며, 투약으로 인한 진정이 심한 약은 보통 취침 전에 투여하도록 한다.
- ⑤ 부작용
- 항우울제의 부작용 중 대부분은 미미한 불편을 유발하며 장기적으로 나타나는 부작용은 거의 없는 것으로 알려져 있으며 치료 효과에 대한 내성도 없다.
 - 지속되는 부작용은 흔히 복용량을 줄이면 최소화시킬 수 있다.
 - 항우울제는 신체적 중독이나 심리적 의존성 또는 마약과 같은 도취감을 유발시키지 않으므로 남용 가능성은 없다.
 - 이 약물은 반감기가 24시간 이상으로 긴 편이어서 안정상태만 도달되면 하루에 한번, 밤

- 에 복용하면 편하다. 만약 취침 때 복용하는 것이 수면에 방해가 되면 아침에 복용하거나 하루 조금씩 나누어 복용할 수도 있다.
- 양극성 장애 환자는 이런 약물로 인해 조증으로 전환될 수 있으므로 이런 환자들에게서 활동의 증가, 집중력 저하, 수면시간의 감소 등을 관찰할 필요가 있다.
 - 삼환계 항우울제(TCAs)는 과다복용하면 독성이 강하기 때문에 이를 이용한 자살 시도 시 심각한 상태가 될 수 있으므로 즉각적인 응급처치가 필요하다.
 - TCAs를 복용하는 부모의 경우 자녀들이 이 약물을 과다 복용하게 되는 치명적인 사고가 일어날 수 있으므로 이런 환자들의 건강교육과 간호에는 가족구성원들을 파악하는 일도 포함되어야 하며, 환자들에게 아동의 손이 닿지 않는 곳에 꼭 보관하고 약물치료가 끝난 후 남은 약은 꼭 처분하도록 경고한다.
 - 항우울제의 부작용은 약물이 처음 처방되었을 때부터 복용량을 점차적으로 증가시키므로써 최소화할 수 있다.
 - 우울증이 심한 환자들이나 자살 경향이 강한 환자들의 경우에는 안정 상태에 도달하여 치료적 효과를 나타내는 시간을 최소화시키기 위해 일반적으로 복용량을 보다 빨리 증가시킨다.
 - 임신기간 중, 특히 첫 3개월에는 가능한 피하는 것이 좋다.
 - 그러나 항우울제는 태아에게 해로운 영향 없이 일반적으로 임신기간 중 계속 투여되어 왔으므로 만약 임신부의 우울증 상태가 심하면 약의 복용도 고려되어야 한다.

삼환계 항우울제의 부작용과 간호	
부작용	간호 시 유의사항
1. 위장장애 : 항콜린성 부작용 heart burn, 오심, 구토, 장운동 정지, 변비, 장폐색 요정제, 구강건조 등	- 약물을 취침 시나 혹은 음식물과 함께 투여한다. - 고섬유식이를 제공하고 변비완화제를 사용할 수 있다. - 적절하게 수분을 섭취할 것을 권한다.
2. 혈액계 : 무과립구증 백혈구 감소, 혈소판 감소증, 인후염, 피로, 허약감	- 무과립구증은 급발하는 알레르기 반응으로서 약물시도 후 40일에서 70일 사이에 나타난다. 임상적으로 드물지만 나타나면 응급조치를 해야 하는 위험한 부작용 중 하나이다. - 약물을 즉시 중단 및 격리시키고 종전에 사용하던 약물은 절대 금지한다.
3. 간장애 첫 사용 후 8주 안에 독성 간질환을 나타낸다. 복부 통증, 식욕 저하, 고열, 미세한 일과성 황달, 간기능 검사 시 비정상 값을 나타낸다.	드문 과민반응으로서 복용 중인 약물을 끊고 다른 항우울제로 바꾼다.
4. 안과장애	첫 수주 동안에 내성이 생기면서 원거리 시력

모양근의 이완으로 시력 장애가 온다.	은 정상이다. 녹내장이 있는 환자는 사용해서는 안된다.
5. 심혈관계 기립성 저혈압, 체위변경 시 현기증	- 빈번하게 나타나며 약물투여 후 30분에 혈압을 앉거나, 서서 잤다. 체위 변경시 서서히 움직이도록 한다. - 내성은 첫 수주 내에 생기고 약물 용량과 관계 없이 계속 약 용량을 치료적 수준까지 올릴 수 있다.
6. 신경계 진정, 정신활동의 저하, 집중장애 정신병적 증상 : 불안, 우울, 불면, 악몽, 정신병적 반응, 망상, 환청 등의 증가	환자에게 기계조작을 하거나 정신적 업무를 수행해야 한다면 충분한 정보를 제공한다. 내성이 서서히 생김을 환자에게 설명하고, 약 용량을 감량하여 투약할 수 있다.
7. 피부과적 증상 반점성 구진, 점상출혈, 햇빛 과민성 반응	드물게 antihistamine제제를 투여하고 항우울성제제는 중단할 수 있다.
8. 비노생식기 성욕 증가 혹은 감퇴, 사정 지연	약물용량을 줄이고 항콜린성 부작용이 적은 것으로 대체하며 bethanechol을 사용한다. 드물지만 긴장성 방광 후에 급성신부전이 올 수 있다.
9. 기타 이명, 체중감소, 식욕증가나 체중증가, 이하선염, 알레르기 반응으로서 얼굴, 혀, 눈 주위에 부기가 올 수 있다.	매우 드물고 체중조절과 약물용량을 줄인다

(2) 모노아민산화효소억제제(Monoamine Oxidase, MAO)

MAO는 삼환계 약물보다 안전하고 부작용이 적으며 특히 삼환계 항우울제에 치료 반응이 없는 환자들에게서 치료효과가 있다는 것으로 알려져 있다.

① 작용기전

- MAO억제제는 뉴런 내의 노르에피네프린, 세로토닌, 도파민 등의 모노아민 신경전달물질을 대사하는 효소인 MAO의 작용을 비가역적으로 억제하여 중추신경계의 신경전달물질을 상승시킨다.
- MAO의 활동성을 80%까지 감소시킬 수 있는 용량을 사용하였을 때 임상적으로 최대의 항우울 효과를 기대할 수 있다.
- MAOI 투여시 MAO의 억제기능은 바로 나타나고 투여 후 5-10일에 최고조에 도달하나 임상적으로 우울저하 효과는 이보다 늦게 나타난다.

② 임상적용

- 일반적으로 삼환계 항우울제에 반응하지 않는 환자에게 이차적으로 선택되는 항우울제이

다.

- 삼한계 항우울제나 혹은 Lithium과 병용치료 시 항우울 효과를 증가시킬 수 있다.

적응증 : 삼한계 항우울제와 유사

- 우울증이 주요 증상인 불안장애의 치료
- 건강염려증, 신체불안, 흥분 등을 나타내는 비정형적 우울증 치료
- 삼한계 항우울제에 반응하지 않는 주요 우울장애의 증상치료
- 공황장애의 예방
- 공포 불안상태 또는 사회공포증 치료
- 강박신경증 치료
- 항헤르페스 효과

③ 금기증

고혈압, 간질환, 신장질환, 두통, 심혈관 질환 등

④ 용법

- 저용량으로 시작하며 2~3주간 계속 투여한다. 초기 용량 투여가 비효과적이면 최대 허용량을 투여할 수 있다. 하지만 효과가 나타나면 그 용량을 유지수준으로 낮춘다.
- 과도한 자극이나 불면증을 피하기 위해 나누어서 투여하는 바람직하며, 1일 용량의 마지막 투여시기는 오후 5시 이전으로 해야한다. 치료 기간은 4~6주가 적당하다.
- MAO억제제는 매우 효과적인 항우울제이지만 공형차료제이지만 이차적 약물로 사용된 이유는 티라민 함유식품과 병용될 때 고혈압 위험성이 크기 때문이다. 티라민은 단백질이 발효, 숙성, 전염, 훈제 및 부패에 의한 가수분해과정을 진행할 때 단백질로부터 분리된다. 티라민은 장 벽이나 간 속에 있는 모노아민산화효소(Monoamine Oxidase, MAO)에 의해 분해되는데, MAO억제제를 사용하면 MAO가 억제되어 방출된 많은 양의 노르에피네프린이 adrenergic nerve에 작용하게 됨으로써 고혈압반응이 나타난다.
- MAO억제제 투여 1일 전부터 투약정지 후 2주일까지는 다음 식품들과 약물들의 투여를 피하거나 주의해야 하고, 고혈압 관찰 등 건강지도에 유의해야 한다.
- 피해야 할 식품 및 음료 : 신선하지 않은 치즈와 육류, 발효 육류, 절인 생선, 훈제생선, 맥주, 포도주, 주류, 유산균 발효음식, 요구르트 종류, 효모, 단백질 정제, 신선하지 않은 과일, 바나나
- 피해야 할 약물 : aspirin, tyrenol을 제외한 감기약, 비정맥 등의 중혈관화제, 알레르기치료제, 건조열 치료제, 마약, 전신완화흡입제, 중추신경자극제, 코카인, 삼한계 항우울제
- 감항 투여해야 할 약물 : 인슐린, 경구용 혈당강화제, 경구용 항응고제, 항콜린성 약물, 근육이완제, 이노제
- MAOI와 삼한계 항우울제의 동시사용은 흥분, 발열, 설망, 경련, 사망 등의 심한 증독을 초래하므로 MAOI의 마지막 투여 후 10일이 경과한 후 삼한계 항우울제를 투여해야 한다.

<MAO 억제제의 부작용과 간호>

부작용	간호 시 유의사항
기립성 저혈압	- 천천히 일어나도록 하고, 침대에 걸터앉아 다리를 높여트려 흔들거나 꼭 조이는 탄력 스타킹을 신게 한다. - 소금섭취량을 늘린다. - 약 용량을 줄인다.
변비 사정 및 오프가슴 지연 근육경련 졸리움 구갈증 체액정체 불면증 베노관란	- 대량의 완화제와 섬유질 식품을 투여하고 운동시키며 약 용량을 줄인다. - 오전 투약만 하고 오후 투약은 하지 않으며 약 용량을 줄인다. - 용량을 감량하고 비타민 B 300mg을 매일 투여한다. - 활동을 권장하고, 잠시 낮잠을 취하며 기계 조작을 금한다. - 글리세린을 발라주고 무설탕 경이나 캔디, 액체를 준다. - 소량의 이노제를 투여한다. - 낮 시간에만 투약하거나 용량을 줄이고, 초저녁 활동을 삼가게 하며 이완술을 이용한다. - Bethanechol을 투여하고 MAO억제제의 용량을 줄인다.

(3) 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)

- SSRI는 시냅스 전 세포막에서 세로토닌의 재흡수를 억제한다. 이로 인해 시냅스에서, 그리고 시냅스 후 세포막에서 사용 가능한 세로토닌이 증가하게 된다. 이런 약물들은 두뇌에서 세로토닌의 신경전달을 증가시킨다. 세로토닌에 대한 선택성은 다른 신경전달물질의 수용체에서 특별한 효과가 없으므로 부작용 가능성이 더 낮다는 것이다.
- SSRI는 항우울 효과 외에도 불안장애, 사회공포증, 공황장애, 강박성 장애, 외상후 스트레스 장애 등 불안장애의 증상치료에 효과가 있어 임상에서 유용하다.
- SSRI는 다른 항우울제 효과와 비슷한 항우울제 효과를 나타내지만 항콜린성, 심혈관계 및 과도한 진정작용 등의 부작용이 없다.
- 이 약물은 일반적으로 체중증가를 수반하지 않기 때문에 식욕항진 환자들과 체중증가에 예민한 환자들에게 적합하다. 또한 과다복용 시에도 안전여역이 넓은 편이다.
- SSRI는 삼한계 항우울제들보다 더 비싸지만 더 많이 복용되고 있다.
- 이 약물은 다른 약물과 병용할 때 유의해야 하는데, 세로토닌중추군은 세로토닌시스템의 과잉자극으로 인한 증상으로 SSRI를 약물사용에서 발생하며, 특히 MAO억제제와 병용 시 잘 나타난다.
- 증상으로는 발한, 안절부절못함, 무력감, 흥조, 혼돈, 진전, 고열, 경련 등이 발생하며 심지어 생명을 위협할 수 있다.
- 선택적 세로토닌 재흡수 차단제를 비롯하여 새로운 항우울제는 체내 이용률이 60~100%

- 에 이르고, 혈중 최고 농도에 도달하는 시간은 TCA에 비해 조금 느린 4~8시간이다.
- SSRI의 반감기는 fluoxetine이 4~6일이며, 그 외에는 15~25시간으로 TCA에 비해 짧다. 5~10% 정도는 체내에서 대사되지 않은 상태로 배출된다.

(4) 기타

- 최근에는 SSRI에 이어 NARI(Norepinephrine & Dopa-mine Reuptake inhibitors)인 bupropion, SNRI(Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors)인 duloxetine, venlafaxine 및 SARI(Serotonin Antagonist Reuptake Inhibitors)인 nefazodone, mirtazapine, trazodone 등의 새로운 항우울제가 개발되어 처방되고 있다.

3) 항불안제(anti-anxiety drugs)

- 불안은 두려움과 관련되며 다양한 정신장애의 주요증상이다. 갑상선기능항진증, 저혈당증, 심혈관질환, 심각한 폐질환등과 같은 신체질환도 높은 불안증과 연관되는 경우가 많아 세밀한 신체검사 및 임상병리 검사결과에 따라 적절한 치료를 해야한다.
- 항불안제 및 진정
- 수면제는 벤조디아제핀계와 비벤조디아제핀계로 분류된다.

(1) 벤조디아제핀계 약물

화학명(상표명)	반감기(시간)	사용량(mg/일)
항불안제		
alprazolam(Xanax)	12~15	0.5~10
clordiazepoxide(Librium)	50~100	15~100
diazepam(Valium)	30~200	15~60
lorazepam(Ativan)	30~100	4~40
oxazepam(Serax)	10~20	2~8
	3~2	30~120
진정 최면제		
flurazepam(Dalmane)	47~100	15~30
triazolam(Halcion)	1.5~5	0.25~0.5
temazepam(Restoril)	9.5~20	15~30
quazepam(Doral)	39	0.75~1.5
	10~24	1

① 작용기전

- 벤조디아제핀은 억제성 신경전달물질 inhibitory neurotransmitter인 GABA가 수용체와 결합하여 GABA기능을 항진시킴으로써 neuron의 신경 흥분성을 감소시켜 항불안 효과를 나타낸다.

② 임상적용

- 불안, 긴장, 초조감, 급성 혹은 만성 알코올 금단증상치료, 경련치료, 범불안장애, 공황장애, 불면증, 수면장애, 공포증과 관련된 불안증, 근육계 긴장, 발작, 수술전 불안과 두려움,

스트레스와 관련된 증상 치료하는데 사용된다.

- 일반적으로 흡수가 빠르고 반감기가 짧은 약물(lorazepam, temazepam, alprazolam)들은 비교적 단기적인 불안증이나 예기불안 혹은 급성불면증치료에 사용한다.
- 반감기가 긴 약물(diazepam, chlordiazepoxide)은 지속적인 약물 효과가 요구되는 심한 만성불안증에 사용한다.
- 노인의 경우 대사 속도가 느리므로 반감기가 짧은 약물을 투여한다.
- 심한 불안, 초조, 급성정신병적 상태 또는 알코올 금단증상등의 치료에서는 비경구 투여를 할 수 있고 적정량은 환자에 따라 다르나 보통 경구투여 용량의 절반 정도 투여한다.
- 투여 방식은 환자의 상태와 반응에 따라 조절되고 처음 소량으로 시작해서 약물 의존을 피하기 위하여 치료기간은 가능한 짧게 하고 중단할 때는 1~2주에 걸쳐 서서히 감량한다.

③ 투여원칙

- 가능한 최소량을 사용한다.
- 가능한 투여기간을 짧게 한다.
- 약물치료는 증상을 완화시키는 장점이 있지만 의존성이 있으므로 이에 대하여 주기적인 임상적 평가가 필요하다.
- 알코올이나 약물남용의 과거나 현재력이 있는 환자에게는 조심해야한다.

④ 금기사항

- 항불안제는 술에 대한 내성을 감소시키고, 고용량을 투여시 알코올중독과 유사한 정신적 반응을 일으킬 수 있다.
- 경련에 대한 역치를 상승시키므로 전기경련치료의 효과를 감소시킬 수 있다.
- 노인환자, 간질환자 또는 항상 긴장하고 정교한 운동조작을 필요로하는 직업을 가진 사람들에게는 주의하여 사용해야한다.
- 수면 무호흡 환자에게 투여해서는 안 된다.
- 벤조디아제핀계 약물이 임산 : 벤조디아제핀계 약물의 대사는 태반을 쉽게 통과하여, 태아 순환계에 축적됨으로써 기형아 출산 가능성에 대한 근거가 충분하지 않지만 임신 말기 3개월 동안 산모가 고용량이나 장기 복용시 영아저긴장 증후군, 신생아 위출중후군 등의 치명적인 벤조디아제핀 증후군을 초래할 수 있다.
- 벤조디아제핀계 약물은 신체적 의존, 심리적 의존, 내성, 금단 증상 등을 유발할 수 있다.
- 갑자기 중단되었을때 금단증상이 나타날 수 있고 금단증상이 나타나면 증상이 사라질때 까지 복용량을 증가시켜 서서히 감량해야한다.

벤조디아제핀계 약물의 금단증상	
경한증상	심한증상
떨림, 불면, 어지러움, 두통, 이명, 식욕부진, 현기증, 흐릿한 시야, 초조, 불안	설사, 심계항진, 열감상증, 고체온, 신경근육 불안정, 정신병적 증상, 경련, 공황발작, 사망
benzodiazepines의 부작용과 간호시 유의사항	
부작용	간호 시 유의사항
급성 부작용	

전체 36페이지 중 10페이지까지의 내용입니다.
전체 내용은 아래 '전체보기'를 통해 확인하실 수 있습니다.

전체보기

정신약물 치료

저작시기 : 2017-03

등록시기 : 2017-03-30

자료형태 : hwp, pdf

분 류 : 의/약학

출 처 : <https://www.happycampus.com/report-doc/18987461/>

--- 주의 사항 ---

위 정보 및 게시물 내용의 불법적 이용, 무단 전재 및 재배포는 금지되어 있으며
이를 어길 시에는 저작권침해, 명예훼손 등의 법적 책임이 발생할 수 있습니다.