

## 상복부 불편감

국대학교 경주병원 가정의학과

성 낙 진

### 서 론

상복부 불편감은 비특이적이고 주관적이어서 사람마다 의미하는 바가 다양하다. 이에 대한 원인질환도 다양한데, 가장 많은 부분을 차지하는 기능성 소화불량증에서는 증상발현기전이 명확하지 않은 경우가 많고 호소하는 주요 불편감의 빈도도 지역, 인종에 따라서 다양하므로 포괄적 접근 및 관리를 필요로 하는 질환이다. 게다가 우리나라뿐만 아니라 세계적으로 1/4 이상의 사람이 호소하는 증상이기에 일차진료의는 이 증상에 대해서 충분한 지식을 가진 후에 체계적 접근을 하여야 효율적인 관리를 할 수 있다. 지역, 인종, 문화에 따라 원인질환의 유병률, 사용하는 용어, 처방하는 약물의 용량이 다르며 진료 여건에 따라 진단 및 관리접근 방법도 다를 수 있기에 우리나라 자료를 위주로 일차진료의의 입장에서 기술하고자 한다. 우선 상복부 불편감의 용어를 정의하고 진단을 위한 감별점, 각 질환의 치료에 대해 설명할 것이다. 상복부 불편감의 주원인인 기능성 소화불량증에 대해서는 좀더 자세히 기술하겠다.

### 용어의 정의

상복부 불편감(epigastric discomfort)은 말 그대로 상복부에서 느끼는 불편감을 통틀어서 이야기하는 것으로 비특이적이어서 환자나 의사가 동일한 증상으로 이해하기 어렵다. 소화불량증(dyspepsia)이란 주로 상복부에서 느끼는 재발성 또는 지속성 불편감을 말하는데, 통증이나, 복부 불편감, 조기 포만감, 복부 팽만감, 트림, 구역, 구토, 가슴쓰림(heartburn),

위식도 역류 등의 증상을 동반할 수 있다.

본 강좌에서는 상복부 불편감 중에서 주로 지속성 또는 재발성 불편감에 초점을 맞추어 기술하겠다. 상복부 불편감은 크게 3영역으로 구별할 수 있다. 첫째, 증상을 유발시킨 명백한 원인 질환이 있는 경우(예: 소화성 궤양, 위식도역류질환, 위종양, 약제, 췌담관질환 등), 둘째, 증상을 유발시킨 병태 생리나 현미경적 소견이 있는 경우(예: *Helicobacter pylori* 위염, 내장과 민성, 위십이지장 운동 이상 등), 셋째, 증상을 일으킬 만한 원인이 없는 경우이다. 기능성 소화불량증(functional dyspepsia)은 기질적이나 생화학적 원인이 명백하지 않은 둘째와 셋째의 영역을 의미한다.

기능성 소화불량증은 임상연구 및 관리약물개발을 위한 대상을 규정하기 위한 국제적 노력으로 증상을 근거로 한 진단기준인데 1988년 다국적 실행위원회가 구성되어 로마기준 I (Rome I criteria)을 제정하였다.<sup>1)</sup> 이후의 연구자료를 바탕으로 새로운 다국적 합의위원회가수 많은 논의를 거친 후에 로마기준 II (Rome II criteria)를 발표하였다(표 1).<sup>2)</sup> 로마기준 II를 우리나라의 기준으로 정할 것인지에 대해 대한소

### 표 1. 기능성 소화불량증의 진단기준(Rome Criteria II).

지난 12개월 동안 연속적일 필요는 없지만 적어도 12주 이상 다음과 같은 사항이 있을 때:

- (1) 지속적이거나 재발성의 소화불량증(상복부 중심부의 통증 혹은 불편감).
- (2) 내시경 등의 검사로 증상을 설명할 수 있는 기질적인 질환이 없을 것.
- (3) 소화불량증이 전적으로 배변 후 완화되지 않거나 배변의 빈도나 뭉기의 변화와 관련이 없어야 한다(즉 과민성 장증후군이 아닐 것).

화관운동학회에서 많은 논의를 하였는데, 일부 우리나라에 부적절한 점이 있지만 외국의 임상연구와 비교할 수 있도록 국제적인 기준인 로마기준 II를 국내에서도 적용하자고 결론을 맺었다.<sup>3)</sup>

하다(표 2). 증상만으로 특정 질병을 진단할 수는 없지만, 상복부 불쾌감을 호소하는 환자 평가에서 병력 청취는 환자-의사간 신뢰구축, 진단전략수립과 관리 방향결정에 중요하다. 통증의 부위, 양상, 주기성, 증상의 기간, 식사와의 관계, 식사나 제산제에 의한 통증의 방사부위 등으로 소화성궤양이나 위식도 역류 질환과 기능성 소화불량증의 구분에서는 경험이 많은 임상사의라도 정확도는 50% 수준이다.<sup>4)</sup> 상복부 불쾌감의 가장 흔한 원인은 기능성 소화불량증이다.

## 진 단

### 1. 병력

상복부 불쾌감을 일으킬 수 있는 원인질환은 다양

표 2. 상복부 불쾌감의 원인.

#### I. 질병과 관련된 경우

##### 1. 소화기 질환

- 1) 소화성 궤양
- 2) 위식도 역류
- 3) 위종양
- 4) 위운동장애(gastroparesis)[당뇨, 미주신경절단술후, 피부경화증, 만성장거짓막힘(chronic intestinal pseudo-obstruction)]
- 5) 침윤성 위장애(Ménétrier's 증후군, Crohn's 질환, 호산성 위장염, 사르코이드증, 아밀로이드증)
- 6) 흡수장애 질환[celiac 질환, 젓당 못견딤증(lactose intolerance)]
- 7) 만성 미란성 위염
- 8) 위감염[거대세포바이러스(CMV), 곰팡이, 결핵, 매독]
- 9) 기생충[담블편모충(Giardia lamblia), 분선충(Strongyloides stercoralis)]
- 10) 만성 위꼬임 (Chronic gastric volvulus)
- 11) 만성 장허혈

##### 2. 약제

- 1) 에탄올, 2) 아스피린/비스테로이드성 소염제, 3) 항생제(macrolides, 메트로니다졸), 4) 테오필린,
- 5) 디지탈리스, 6) 겔질스테로이드(corticosteroid), 7) 철분, 염화칼륨, 8) Niacin, gemfibrozil, 9) 마취약(narcotics)
- 10) 콜키친(cholchicine), 11) 퀴니딘(quinidine), 12) 에스트로겐, 13) 엘도파(Levodopa)

##### 3. 췌담관 질환

- 1) 만성췌장염
- 2) 췌장 종양
- 3) 쓸개급통증(biliary colic): 담석증, 총담관결석증, 오디괄약근 운동이상증(Sphincter of Oddi dyskinesia)

##### 4. 전신질환

- 1) 당뇨병
- 2) 갑상선 질환
- 3) 부갑상선기능항진증
- 4) 아교질혈관질환(collagen vascular disease)
- 5) 임신
- 6) 신기능부족
- 7) 심장허혈(coronary ischemia)
- 8) 복강내 악성종양

#### II. 기능성 질환

- 1) 기능성 소화불량증
- 2) 과민성 대장염

그렇지만, 심한 통증이 오래 지속되면서 등 쪽으로 뻗치는 양상을 보이는 경우에는 만성 궤양염이나 궤장암을 생각하여야 하며, 심한 통증이 명치 부위나 위상복부에서 지속적 양상으로 몇 시간 계속되거나 또는 간헐적으로 나타나는 경우에는 담도 질환을 생각하여야 한다. 쉬고 있을 때는 괜찮고 일을 하거나 오르막을 오를 경우에 발생하는 상복부 통증일 경우에는 협심증을 생각해야 하며, 노인이나 흡연자일 경우에는 상복부 불쾌감의 원인으로 심근경색도 감별 진단에 포함시켜야 한다. 식후에 명치 부위에 무엇인가 가득한 느낌이 들어 거북하다가 트림 후에는 금방 좋아지는 경우에는 식사와 함께 삼킨 과다한 공기 흡입이 원인일 가능성이 높으며, 위장운동 저하나 정신적 병리를 생각해 보아야 한다.

그 외에도 심각한 기질적 질병을 암시하는 증상인 삼킴곤란(dysphagia), 체중감소, 재발성 구토, 토혈, 흑색변(melena)과 황달에 대해서는 철저히 물어 보아야 한다. 약물 복용 및 음주에 대해서도 물어 보아야 한다. 과거 어떤 병을 앓았는지 확인하고 만성적, 재발성 증상을 호소하는 환자에게는 이전에 시행한 검사에 대해서 물어보는 것이 좋다.

상복부 불쾌감의 지역사회 유병률은 강원도 원주시 지역사회주민 420명을 대상으로 가구를 직접 방문하여 면담 조사한 결과에 따르면 지난 1년간 한 가지라도 위장관 증상을 경험한 농촌 주민은 71.2%이었고, 이 중 위장관 증상으로 지역주민의 20.7%가 의료기관을 방문한 적이 있었다.<sup>5)</sup> 한 달에 한번 이상의 인두 종괴감은 5.4%, 일주일에 한번 이상의 가슴쓰림(흉부작열감)과 역류는 각각 5.2%와 6.9%이었다. 소화불량증은 15.5%이었고 그 중에 남자가 15.0%, 여자는 16.0%로 남녀간의 차이는 없었다. 그러나, 소화불량증의 기준에 포함되지 않았던 주민들 중 40명(9.5%)은 설문조사 당시에 제산제나 산분비 억제제를 복용하고 있었는데 이들 약제 사용군을 포함하면 소화불량증의 유병률은 25%로 추정할 수 있다. 이는 전 세계의 소화불량증의 추정 유병률인 25%와 같은 수치이다. 서구에서는 연구에 따라 다르지만 성인에서 20~40%의 유병률을 보이며 일차진료 방문의 2~5%를 차지하였다.

일차진료에서 소화불량증의 흔한 원인에 대한 국

내의 자료는 거의 없으며, 3차 의료기관 내원 환자를 대상으로 한 연구에서는<sup>6)</sup> 기능성소화불량이 92.3%로 제일 많았고, 소화성 궤양이 2.9%이었다. 미국의 연구에서는<sup>7,8)</sup> 기능성 소화불량증이 60%로 제일 많았고, 위궤양이 15~25%, 역류성 식도염이 5~15%이었으며 위암 및 식도암은 2% 이하이었다.

## 2. 신체검사

황달, 장기 비대, 복부종괴, 복수, 림프절 병증, 혈변 등과 같은 기질적 질병에 대한 증거를 찾기 위해 세심한 신체검사가 필요하다. 기능성 소화불량증에서는 상복부 압통 이외에는 정상 조건을 보이지만 성심껏 시행하는 자세한 촉진 자체가 환자에게 의사가 열심히 도와주고 있다는 것과 나아가 기질적 질환이 없다고 했을 때 믿음을 줄 수 있기에 치료에 도움이 된다.

## 3. 검사실 검사

빈혈 유무를 확인하기 위해 전혈구검사(complete blood count), 전해질 및 일반화학 검사정도는 40세 이후의 환자에게는 일반적으로 권장되고 있다. 문진과 신체검사를 포함한 임상소견이 제시하는 바에 따라 아밀라제 검사, 심전도 검사, 갑상선 기능검사, 대변검사, 임신검사, 복부초음파 검사가 필요할 수 있다.

## 4. 내시경 검사 및 관리전략

일차진료에서 소화불량증의 평가 및 관리에는 여러 가지의 전략이 있으며 아직 명확한 하나의 정답은 없다(그림 1). 증상의 종류 및 기간, 환자의 인식도, 주위여건에 따라 적절한 방법을 택하여야 할 것이다. 상복부불쾌감의 평가에서 내시경은 가장 좋은 진단 검사이다. 경고증상(alarm symptom)이 있는 경우에는 반드시 내시경 검사를 받아야 한다. 그 외에도 증상이 오래 되었으나 과거 한번도 검사를 받지 않았을 때, 환자가 암 등 기질적 질환에 대해 걱정이 많을 때에는 내시경 검사를 시행하는 것이 좋다. 최근에 경험적 항분비치료(empirical antisecretory therapy)나 경험적 헬리코박터균 치료에 대한 반론이 제시되고 있는 점, 우리나라의 높은 위암사망률, 일차진료

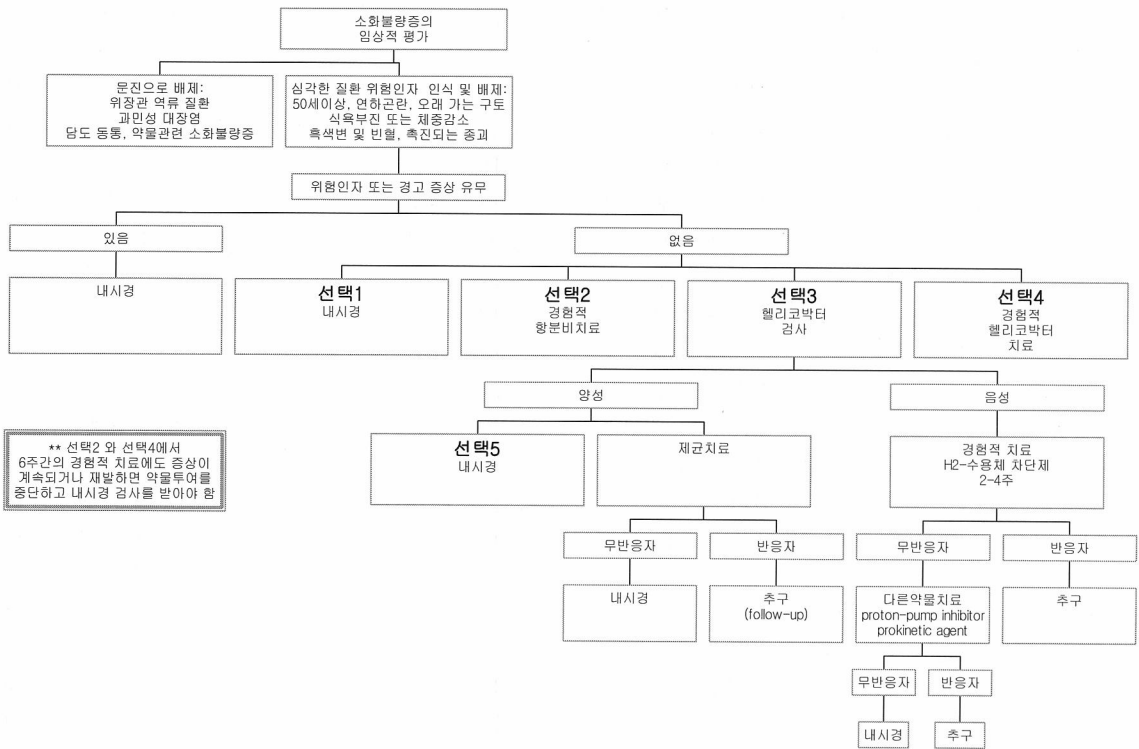


그림 1. 일차진료에서 소화불량증 환자의 평가 및 관리 전략.

에서도 내시경을 쉽게 받을 수 있는 점을 고려할 때 우리나라에서는 경고증상이 없더라도 장기적인 증상을 호소하고 최근에 내시경 검사를 받아 본적이 없는 환자인 경우에는 내시경을 받은 후에 결과에 따라 관리하는 그림 1의 1번 전략이 적절할 것으로 생각한다. 그러나, 45세 이하의 소화불량증 환자에서 내시경 검사를 시행하면 2/3 이상은 정상소견을 보인다.<sup>4)</sup>

젊은 연령군에서 위암이나 역류성 식도염은 드물며 이 연령층에서 내시경 검사의 주목적은 소화성 궤양을 찾는 데 있다. 헬리코박터균 감염과 NSAID복용이 소화성 궤양의 주범이므로 젊은 연령층에서 경고 증상이 없으며, 혈청검사서 헬리코박터균 검사가 음성이면 굳이 내시경 검사를 할 필요가 없다는 것이 서양에서의 권장사항이다. 우리나라에서는 여건이 다르지만 내시경 검사를 할 수 없는 경우에는 헬리코박터균에 대한 비침습적 검사 후 결과에 따라 제균치

료 또는 경험적 약물치료를 하는 선택 3도 1차진료에서는 좋은 대안이 될 것으로 생각한다.

내시경을 두려워하는 환자나 삼킴곤란(dysphagia) 환자에서는 위내시경검사 대신 상부위장조영술을 시행할 수 있지만, 위벽의 얇은 염증에 대한 낮은 민감도, 헬리코박터균 검사 또는 조직검사를 시행할 수 없는 단점이 있다.

## 치 료

가벼운 상복부 불쾌감인 경우에는 면밀한 진찰 후에 심각한 기질적 병변이 없다는 점을 환자에게 말하여 안심을 시키는 것만으로 충분할 수 있다. 복용하고 있는 일부 약물, 술, 커피, 담배는 위식도역류를 촉진할 수 있기에 가능하면 끊는 것이 좋다. 위-식도역류, 위·십이지장궤양, 협심증, 궤양염, 담낭염 등 기질적 원인이 밝혀진 경우에는 그 질환에 대해 치료

를 하면 된다. 심근경색의 경우에는 즉각적 처치 및 중환자실 입원 치료가 필요하다.

상복부 불쾌감 환자 중 가장 많은 부분을 차지하는 기능적 원인을 가진 환자에게는 포괄적인 접근이 필요하다. 적극적인 의사-환자관계가 필수적이며, 환자의 의학적, 사회적 및 가족적 사항을 알아보아 스트레스에 대한 평가를 하고, 최근의 식사변화, 약물 복용을 알아본 후에 실제적인 치료 목표를 설정한다. 치료 목표는 증상을 없애주는 것, 증상을 견디는 방법을 알려주는 것, 불필요한 검사에 의한 폐해를 줄이는 것, 큰 병의 가능성에 의한 불안감을 줄이는 것, 사회활동에 장애를 받지 않게 하는 것, 가족, 이웃 또는 동료들에게 자기의 질병을 설명하고 이해를 시키는 방법을 알려주는 것 등을 포함한다.

기능성 소화불량증의 관리 및 약물치료를 위해서는 관련 증상의 정확한 정의, 기전, 그리고 아형(subtype) 분류에 대한 이해가 필요하다. 로마기준 II에서는 소화불량증을 상복부 중심의 통증 혹은 불쾌감으로 정의한다.<sup>2)</sup> 상복부중심이라 함은 통증이나 불쾌감이 상복부를 중심으로 있는 것이며, 좌우측 늑하부의 통증은 소화불량증에서 제외한다. 불쾌감은 주관적이고 부정적인 느낌으로 환자가 통증으로 느끼지 않는 것을 말한다. 불쾌감에 속하는 특징적인 증상이란 상복부 포만감, 조기 만복감, 팽만감, 오심, 구역, 트림, 구토 등 상복부의 불편한 증상으로 서로 동반되어 나타날 수 있다. 통증과 불편감의 구분은 소화불량증 아형(subtype) 분류에 중요한데 불편감과 통증을 명확하게 구별할 수 있는가에 대해 많은 논란이 있다.<sup>3)</sup> 유럽 일부국가의 주민들은 양자를 구별하여 사용하고 있지만 호주나 미국에서는 경한 통증을 불편감으로 표현한다고 한다. 우리나라에서도 환자들이 통증(아프다)이라 표현하기보다는 '쓰리다', '따갑다', '우리하다' 등의 표현을 사용하므로 통증의 정의에 대해서는 국내 임상가들의 연구토의가 필요하다.

로마기준 II에서는 소화불량증 진단에서 증상의 기간이 지난 1년 간 최소한 12주 이상으로 규정하고 있다. 진단기준에 증상이 연속적일 필요는 없다. 환자들이 따라 증상이 나타나면 즉시 검사를 받거나, 어떤 환자들은 수개월 혹은 수년이 지난 후 검사를 받

기 때문이다. 로마기준 I에 의한 역학조사에서 위식도역류질환이나 과민성 장증후군이 소화불량증과 흔히 중복되기 때문에 로마기준 II에서는 이 두 가지 질환을 배제할 수 있도록 정의와 진단기준을 명확하게 하였다.

로마위원회는 반드시 내시경검사를 시행하도록 진단기준에 명시하였으나 복부초음파는 선택적인 검사로 규정하였다. 소화불량증을 논문에 기술할 때는 검사 안된(uninvestigated) 소화불량증과 검사된(investigated) 소화불량증으로 구별할 것을 제안하였다.

소화불량증은 호소하는 증상에 따라 크게 역류성 소화불량증(가슴쓰림이 주증상, 관련증상으로는 신물, 인두염, 흉통, 췌소리, 기침, 천식 등), 궤양성 소화불량증(상복부 중심부의 통증이 주된 증상, 쓰러거나 굶아먹는 듯한 증상), 운동이상성 소화불량증(상복부 중심부의 불쾌한 또는 귀찮은 비통증성 감각이 주된 증상, 관련증상으로는 상복부 포만감, 조기 만복감, 팽만감, 오심, 구토, 트림 등이 있다) 및 그 이외의 비특이성 소화불량증으로 나누어 볼 수 있는데, 실제 환자에서 호소하는 증상은 각 군간에 많은 중복이 발견된다. 로마기준 II에서는 아형의 분류를 증상군(症狀群)보다는 환자들이 호소하는 증상 중 가장 불편해 하는 하나의 주증상을 기준으로 아형을 나누는 것을 제안하고 있고 역류성 소화불량증은 기능성 소화불량증보다는 위식도역류질환으로 분류하고 있다. 환자들이 호소하는 주증상으로 아형을 분류하면 각 아형에서 동일한 병태생리를 가진다는 연구결과에 따라 로마기준 II에서는 정의를 바꾸었다.

로마기준 I에 의한 기능성 소화불량증에서 아형분포에 대한 우리나라 자료를 보면 지역사회 자료에서는 궤양형이 72.0%, 운동이상형이 33.8%, 역류형이 30.8%이었다. 아형들은 대부분 궤양형 소화불량증과 중복되게 증상을 나타내어 아형간의 중복은 40.0%이었고 한 가지 아형으로 분류할 수 없었던 비특이형 소화불량증은 16.9%이었다.<sup>5)</sup> 우리나라 41개 병원에 내원한 소화불량증 환자 1,025명의 조사에서는 가장 흔한 증상은 식후 불쾌감이나 포만감이 85.0%로 가장 많았으며 상복부 팽만감, 트림, 조기 만복감, 식후 상복부 통증, 상복부 속쓰림 순이었다.<sup>9)</sup> 아형분류는

운동이상성이 73.5%로 가장 많았으며 케양성(39.7%), 비특이성 소화불량증 14.0%, 역류성 소화불량증은 13.0%로 가장 적었고 33.2%에서 두 가지 이상의 아형에 속하는 증상들을 갖고 있었다.

기능성 소화불량증의 기전으로는 위운동기능 부전, 위감각신경 과민성, 헬리코박터균 감염 및 정신 사회적 요소가 관련됨이 일부에서 증명되고 있지만, 모든 경우를 설명할 수 있는 만족할 만한 기전은 없어서 기능적인 상복부 불쾌감은 단일질환이 아닌 질병군으로 생각하고 있다. 위장운동장애로는 위저부(fundus) 이완장애, 위전도 장애, 위전정부(antrum) 운동저하, 담도계 운동장애가 관여하며 검사방법으로는 동위원소를 이용하는 방법, 위전도 검사, 초음파검사, 자기공명영상, 위-십이지장 내압검사가 있다.<sup>10)</sup> 내장감각 과민성에서는 기능성 소화불량증 환자와 대조군에서 위팽창자극에 의한 위의 팽창성과 지각능(perception)의 차이를 비교하여 증상발현의 주된 원인이 구심성 감각통로(afferent sensorial pathway)상의 이상 즉 위의 감각과정 상의 장애(altered gastric perception)라는 결론을 내렸다.<sup>11,12)</sup>

헬리코박터균과 기능성 소화불량증의 관련성에 대해서도 많은 논란이 있다. 헬리코박터균 감염이 일어나면 위의 상피세포에서 여러 종류의 cytokine들이 나오고 중성구와 단핵구의 침윤이 촉진되는데 이런 과정에서 위장 평활근의 기능 이상이나 장신경계에 영향을 미칠 수 있다는 가설 하에 많은 연구가 이루어졌다. 역학조사, 위 내용물 배출시간의 차이, 위장감각 과민반응과의 관계, 치료 후 증상 소실의 관련성 등의 자료를 종합해 보면, 첫째, 기능성 소화불량증 환자들에서 H. pylori 유병률이 높다는 점이 증명되지 않았고, 둘째, H. pylori 감염유무에 따른 증상의 차이가 증명되지 않았고, 셋째, H. pylori 감염이 위운동성과 장 신경계에 영향을 미칠 수 있다는 점이 또한 증명되지 않았으며, 넷째, H. pylori 제균 치료 후의 증상 소실률이 대조군과 유사하여 치료의 이점이 없었다고 결론지을 수 있다.<sup>13)</sup>

정신사회적 요소로는 불안 장애, 부정적 감정, 심한 스트레스, 의존적 인격, 감정표현불능증(alexithymia), 심리적 고통을 신체증상을 통해 의사 소통하는 경향(somatothymia), 지각의 저하, 대응전략,

생활양식, 질병행동, 사회계층 등을 포함한 복합적 원인이 거론되고 있다.<sup>14-16)</sup>

우리나라와 일본에 많은 것으로 알려진 위하수에 대해서 저체중군에서 많이 나타나고 위배출 시간의 지연 경향을 보이지만 기능성 소화불량증의 원인인 아닌 것으로 제시되었다.<sup>17,18)</sup>

기능성 소화불량증 환자들을 치료하는 첫 걸음은 환자에게 증상이 발생하는 병리 기전을 설명해 주고 심각한 기질적 질환이 없으며 후유증이나 합병증이 생기지 않는다는 사실을 확신시켜 주는 것이다.<sup>19)</sup> 또한 소화불량 증상은 스트레스, 불안, 우울증 등에 의해서 악화되므로 환자에게 이러한 문제가 있는 지를 먼저 파악하고, 스스로 해결 할 수 있도록 해야겠다. 술이나 진통제 및 환자 개개인에 따른 특별한 음식과 흡연 등 증상을 유발할 수 있는 요소를 피하도록 권고하는 것 역시 증상을 악화시키거나 재발을 방지하는 중요한 치료법이 된다. 이러한 비약물적 치료법만으로도 상당 부분의 환자들에서는 증상이 완화된다.

이와 같은 방법으로 증상이 호전되지 않으면 여러 가지 약제를 사용하여 증상의 완화를 시도한다. 아직까지 모든 기능성 소화불량증 환자에서 효과가 입증되어 있는 약제는 없다. 원칙적으로 기능성 소화불량증의 병태생리를 이해하고 이를 교정하는 약물로 치료가 이루어져야 하겠으나 이러한 접근 방식을 사용하기에는 기능성 소화불량증의 병태생리에 대한 이해가 부족하기 때문이다. 또한 소화불량증 증상들이 매우 다양하여 객관적으로 평가하고 분석하기 어려우며, 대부분의 연구에서 기능성 소화불량증 환자에서 위약(placebo)효과가 30-50%에 달하기에 약제들의 유용성을 입증하기도 어려운 실정이다.

제산제 치료효과가 위약효과보다 우수하다는 환자-대조군 연구결과는 없지만 실제로 간단한 제산제의 복용만으로 증상이 완화되는 환자들 있다. 우리나라에서 이런 환자들은 약국에서 약을 구입하여 복용할 수 있었기에 병원을 찾지 않을 가능성이 많았는데 의약분업 이후에는 관리 행태의 변화가 예상된다. H2길항제는 위약보다 효과가 있는 것으로 보이지만 차이가 없는 사람도 있어서 H2 길항제에 효과를 보이는 아군(subgroup)이 존재할 것이라고 생각하며 운동장애정보보다는 궤양형(ulcer-like) 소화불량증에

서 효과가 좋다는 견해도 있다.<sup>20,21)</sup>

위장운동 촉진제(metoclopramide, domperidone, cisapride, levosulpride 등)도 증상호전에 우수한 효과가 있는 것이 밝혀진 약제이다.<sup>22)</sup> Metoclopramide는 항도파민약제로서 중추신경계와 위장관의 도파민 수용체를 억제함으로써 평활근 수축을 증가시킨다. Domperidone도 항도파민 약제이지만 혈뇌장벽(blood-brain barrier)을 통과하지 않으므로 Metoclopramide에서 있는 신경계 부작용은 적다.<sup>23)</sup> Cisapride는 주로 5-HT<sub>4</sub> 수용체를 자극하여 세포 내에서 c-AMP를 매개로 하여 평활근의 수축력을 증가시키소 연동운동(peristalsis)을 촉진한다. cisapride는 대장운동을 증가시킬 수 있고 대장의 분비를 촉진시켜 설사를 일으킬 수 있다는 견해가 있으므로 사용 할 경우에 고려하여야 한다.<sup>24)</sup> 최근에 심전도의 QT-간격의 연장에 따른 치명적인 부정맥이 보고되었기에 전해질 이상이나 기존 QT가 연장되어 있는 경우에는 금기이다. 국내에서 식품의약품안전청이 cisapride의 적응증에서 기능성 소화불량증을 제외하였다. Levosulpride도 항도파민 약제로서 cisapride와 비슷한 효과를 보이며, 저용량에서는 항우울제 작용이 있고 300mg이상의 고용량에서는 항정신병성 작용이 있으므로 사용시 고려하여야 한다.<sup>19)</sup> 이러한 위장운동 촉진제는 운동장애성 소화불량증에서 더욱 효과적이란 주장도 있다.<sup>10,11)</sup>

Amitryptiline과 같은 삼환계 항우울제는 정신과적 용량보다 적은 소량에서도 효과가 있는 것으로 알려져 있으며 그 기전은 항우울 작용, 진정작용, 항콜린 작용과는 무관한 것으로 보이며 내장파민반응을 줄여준다는 견해가 있다.

헬리코박터균 음성이고, 위험증상(alarm symptom)이 없는 상복부 불쾌감 환자(특히 케양성 증상 호소 환자)에게는 위산을 감소시키는 약물(H<sub>2</sub> 수용체길항제, proton pump inhibitor)을 경험적으로 4주-8주 정도 투여해 볼 수 있으며, 증상이 좋아지지 않거나 재발하는 경우에는 내시경을 시행해야 한다. 상부위장관운동을 증가시키는 약물(cisapride, metoclopramide, domperidone 등)은 기능성 소화불량증 환자 증상완화에 있어서 산역제 약물보다 강력하기에 산역제 약물 대신에 초기경험치료제로 사용할 수 있다.

하지만 4~8주 후에도 증상이 지속되거나 재발하는 경우에는 내시경을 시행해야 한다.

서구에서는 헬리코박터균 양성인 젊은 환자에 대해서는 제균치료를 권유하고 있다. 우리나라 소화불량증 환자에 대한 제균치료에 대해서는 아직 명확한 결론이 나 있지 않는 상태이다. 한국 H. pylori 연구회에서는 제균치료를 반대하고 있는데 그 이유로는 H. pylori를 가진 사람의 대부분이 소화성궤양이 없어 필요 없는 치료를 받게 되겠으며 H. pylori 제균이 기능성 소화불량증 환자의 증상 호전을 가져오지 않으며, 치료목표가 확실치 않고 제균 치료제에 대한 부작용 및 내성 만연 가능성을 들었다.

이상의 약제에 반응을 보이지 않는 경우에는 표면 활성물질(surface-active compound, simethicone), 가스흡착제(activated charcoal)를 사용할 수 있다.

약물 치료를 하는 경우에 환자들은 증상이 소실되었음에도 불구하고 장기간 계속 약물을 복용하려는 경향이 있다. 기능성 소화불량증 증상이 없어진 후 상당기간 약을 복용하더라도 증상의 재발을 예방할 수는 없으므로 가능하면 약물에 의존하지 마고 증상이 심할 경우에만 사용하도록 환자들을 교육하는 것이 좋다. 기능성 소화불량증 환자는 계속 관찰하는 것이 매우 중요하다. 이는 치료에 대한 반응을 평가하고 혹시 놓쳤을지도 모를 기질적 질환이 없음을 확인하며 환자에게 지속적인 관심과 확신을 줄 수 있기 때문이다.<sup>19)</sup>

## 결 론

이상에서 상복부 불쾌감과 관련된 용어 정의, 진단 방법 및 치료에 대해 살펴보았다. 지역사회에 흔한 증상이며 긴밀한 의사-환자관계 형성이 관리에 중요한 요소가 된다는 점에서 일차치료의사가 가장 효율적으로 관리할 수 있는 분야이다. 진단에서 기질적 원인질환을 감별하고 배제하기 위해서 자세한 병력 청취가 중요하다. 가장 많은 원인인 기능성 소화불량증에서 신체검사 소견은 상복부의 압통 이외에는 정상소견이지만 신체검사 자체가 의사-환자관계 형성에 중요한 역할을 하고 자세히 본다는 인상을 줌으로써 차후에 기질적 병변이 없다고 안심을 시키는 경우

에 환자가 잘 받아들여지게 된다. 기능성 소화불량증의 의심되는 환자에서 내시경검사 시행 여부, 관리 목표의 설정에는 환자의 배경, 환경 및 생각, 진료실 여건 등을 고려하여 환자와 협의 하에 결정해야 효율적인 관리가 가능하다. 그리고, 치료에 대한 반응을 확인하고 혹시 놓쳤을 지도 모르는 기질적 질환을 찾아내기 위하여 지속적 관찰이 중요하다.

### 전반적인 참고문헌

1. Fernandez L. Indigestion and Heartburn. in: Noble J, greene HL, Levinson W, Modest GA, Mulrow CD, Scherger JE, Young MS. Textbook of Primary Care Medicine. 3rd Ed. Mosby, 2001:189-192.
2. Hasler WL. Nausea, vomiting, and indigestion. in : Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JR. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th Ed. McGRaw-Hill, 2001: 236-240.
3. Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders: irritable bowel syndrome, non-ulcer dyspepsia, and non-cardiac chest pain. in: Goldman L, Bennett JC. Cecil Textbook of Medicine. 21st Ed. W.B. Saunders Company, 2000:687-694
4. Bazaldua OV, Schneider FD. Evaluation and Management of Dyspepsia. 1) AFP 1999; 60(6):1773-88 또는 2) following web site [http://www.aafp.org/afp/991015ap/1773.html]
5. McQuaid. Dyspepsia. in: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver disease. 6th Ed. Saunders, 1998: 105-117.

### 특정 참고문헌

1. Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, Thomson WG, Corraziari E, Whitehead WE (Eds). The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology, and treatment-A multinational consensus. 1st ed. Boston: Little, Brown and Company. 1994
2. Drossman DA, Corraziari E, Talley NJ, Thomson WG, Whitehead WE(Eds). The functional gastrointestinal disorders. 2nd ed. McLean: Degnon Associates. 2000.
3. 최명규. 기능성 소화불량증의 정의 및 역학. 대한소화

- 관운동학회지 2000;6:235-240.
4. 송인성. 기능성 소화불량증의 진단. 대한소화관운동학회지 2000;6:267-273.
5. 추교영, 최명규, 최 황, 이동수, 김진일, 김성수 등. 우리나라 농촌지역사회 주민의 위장관 증상의 유병률. 대한소화관운동학회지 2000;6(1):31-43.
6. 류광현, 김영호, 손희정, 이풍렬, 김제준, 고광철 등. Dyspepsia를 주소로 내원한 환자들의 원인에 대한 고찰. 대한소화관운동학회지, 1998;4(2):112-117.
7. Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 1998;114: 582-95.
8. Fisher RS, Parkman HP. Management of Nonulcer dyspepsia. NEJM 1998;339:1376-81.
9. 최명규, 최규완, 김나영, 임선희, 이계희, 김성국 등. 한국인의 기능성 소화불량증 환자에서의 증상관찰, 아형분류 및 이에 대한 시사프리드의 효과. 대한소화관운동학회지 1998;4:1-12.
10. 홍성표. 기능성 소화불량증과 위장운동 장애. 대한 소화관운동학회지 2000;6:241-7.
11. Mearin F, Cucala M, Azpiroz F, Malagelada JR. The origin of symptoms on the brain-gut axis in functional dyspepsia. gastroenterology 1991;101:999-1006.
12. 이풍렬. 기능성 소화불량증에서의 내장감각. 대한소화관운동학회지 2000;6:248-53.
13. 김진호. 기능성 소화불량증과 Helicobacter pylori 감염. 대한소화관운동학회지 2000;6:254-7.
14. 고경봉. 기능성 소화불량증의 정신사회적 측면. 대한 소화관운동학회지 2000;6:258-66.
15. 조병선, 이종열, 최봉훈, 이가영, 박태진. 비케양성 소화불량증 환자군과 정상군에서의 우울 양상 및 불안 정도와 스트레스의 비교. 가정의학회지 1997;18(4): 411-23.
16. 강상건, 김형준, 이상열, 차만진, 황혜현. 기능성 소화불량증 환자의 분노, 감정표현불능증과 우울. 가정의학회지 2002;23:881-9.
17. 박상중, 이풍렬, 김지은, 김영호, 손희정, 김제준 등. 기능성 소화불량증에서 위하수의 임상적 의의. 대한내과학회지 1999;57(3):298-303.
18. 김은숙, 박효진, 염준섭, 권성욱, 정준표, 이관식 등. 위하수의 임상적 의의. 대한내과학회지 1997; 52(4): 465-9.
19. 이종철. 기능성 소화불량증의 치료. 대한소화관운동학회지 2000;6:274-9.
20. Colin-Jones DG. Management of dyspepsia: report of a working party. Lancet 1988;1:576-9.

21. Talley NJ, Lam SK, Fock KM. Management guidelines for uninvestigated and functional dyspepsia in the Asia-pacific region: First Asian Pacific working party on functional dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 1998;13:335-53.
  22. Dobrilla G, Comberlato M, Steele A, Vallaperta P. Drug treatment of functional dyspepsia: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Clin Gastroenterol* 1989;11:169-77.
  23. Pandolfino JE, Howden CW, Kahrilas PJ. Motility-modifying agents and management of disorders of gastrointestinal motility. *Gastroenterology* 2000;118:S32-S47.
  24. De Ponti F, Malagelada J-R. Functional gut disorders: from motility to sensitivity disorders. A review of current and investigational drugs for their management. *Aliment Pharmacol ther* 1998;80:49-88.
-