

전문가들의 깊이 있는 **수다**
식도와 위  On-line talk show

HIGHLIGHT

소화기 선생님들의 물음에 답하다

4회차 | 2021년 1월 28일(목) 방영

PART 1.

기능성 소화불량, Endless game

PART 2.

우리가 헬리코박터를 만났을 때 (*H.pylori* 제균요법)



전문가들의 길이 있는 수다

제4회 식도와 위
On-line talk show

LIVE
K-CAB
케이 캠퍼
Korean Cancer Association



식도와 위 On-line talk show

코로나 시대에 발맞춰 연자들과 온라인 참석자가 실시간으로 소통하는 신개념의 웨비나로, 의료진 선생님들의 뜨거운 호응으로 지난 1월 28일 4회차가 진행됐다. 위식도 질환 전문의들의 심도 있는 강연과 사전 질의 및 실시간 질문으로 구성된 라이브 토론을 정리했다.

Part 1. 기능성 소화불량, Endless game

김태호 교수(부천성모병원 소화기내과)가 좌장을 맡아 진행했으며 오정환 교수(은평성모병원 소화기내과)가 기능성 소화불량을 주제로 강연했다. 환자와 임상의를 끊임없이 괴롭히는 기능성 소화불량의 감별부터 악물요법, 실제 진료 현장에서 고려해야 할 사항 및 제균요법의 특성에 대해 전문가들의 다양한 의견을 들어봤다.

Part 2. 우리가 헬리코박터를 만났을 때 (*H.pylori* 제균요법)

박재명 교수(서울성모병원 소화기내과)를 좌장으로 하여 정대영 교수(여의도성모병원 소화기내과)가 헬리코박터를 주제로 강연했다. *H. pylori* 제균요법과 관련하여 다른 소화기질환 환자에 대한 적용 여부와 함께 추적 검사 방법, 3차 제균요법, 내성 균주의 출현 및 제균 후 재감염에 이르는 심화된 내용으로 열린 토론이 전개됐다.

※ 기능성 소화불량: Endless Game

① 소화불량과 다른 질환을 감별하기 위해서는 어떻게 진행해야 할까요?

오정환: 먼저 환자 병력(history)으로 급성, 만성을 구분합니다. 둘째, 기질적 질환(organic disease)을 감별합니다. 기능성인지 혹은, 암등의 기질적 질환이 있는지를 반드시 생각합니다. 셋째, 질환 아형(subtype)으로 상복부통증후군(epigastric pain syndrome, EPS) 인지 식후불편감증후군(postprandial distress syndrome, PDS) 인지, 또는 overlap인지 분류한 후 치료 약물을 결정합니다. 넷째, H. pylori 감염 여부를 고려합니다. 마지막으로 reassurance, 즉 환자를 안심시켜야 합니다. 환자와 눈을 마주보며 질환에 대해 잘 설명하고 식이, 운동 요법에 대해 조언해 주어야 합니다.

① 기능성 소화불량 환자에서 케이캡®의 효과에 대해 어떻게 보십니까?

오정환: PPI의 허가적응증에는 기능성 소화불량이 포함되어 있지 않습니다. 대부분 개원의 선생님들이 K219 코드로 사용하고 있고, 케이캡®도 그렇게 적용할 수 있습니다. 케이캡®은 작용기전으로 식사와 무관한 약제입니다. 참고로 PPI와 케이캡® 간의 우열을 검증한 연구는 학회에서 현재 진행 중입니다.

① Prokinetics를 복용해도 증상이 좋아지지 않는 경우 다음 중 어떤 방법으로 치료에 접근하시나요? 1) 위장관운동촉진제의 용량 증량 2) 새로운 위장관운동촉진제 추가 3) 소화제 추가.

박재명: 저는 환자의 오심·구토 여부를 포함한 객관적 증상에 가장 주목합니다. 의심되면 위배출시간(gastric emptying time, GET)을 측정하고, half-time이 연장된 경우에는 prokinetics (위장운동촉진제) 한 종류와 PPI를 처방합니다. 효과가 없으면 다른 기전의 약제를 추가하거나 domperidone을 단기간 사용하기도 합니다. 기능성 소화불량

은 대개 특정 음식에 의해 유발되므로 위험 음식을 피하도록 조언합니다. 식이와 객관적 지표에 따라 치료를 결정하고 여러 종류의 약제를 병용하여 처방합니다. Mosapride의 경우 6정까지 증량하기도 합니다. 기능성 소화불량은 식후 불편감이 크기 때문에 약효 극대화를 위해 복용 시간을 식전으로 변경하는 것도 도움이 됩니다.

정대영: 환자가 호소하는 소화불량 증상이 임상적 의미의 위배출 지연에 해당하는지 불분명한 경우가 굉장히 많습니다. 정신·심리적 문제로 인한 신체화 증상으로 소화기계 증상을 호소하는 경우는 매우 흔합니다. 실제적인 위배출 지연이 의심될 만한 소견인 구토 여부, 체중 감소 등을 꼼꼼히 확인합니다. 위배출 지연이 원인이 아닌 경우라면 운동촉진제 등의 약물로 해결할 수 있는 문제가 아닌 것을 충분히 설명합니다. 대개 기능성 질환들은 심인성, gut-brain axis상의 기능이상 등 CNS modulation의 영향을 많이 받기 때문에 환자를 잘 이해시키는 것이 중요합니다. 실제로 위약 효과가 30%에 이르기기도 합니다.

김태호: 실제로 약물 불응성 환자를 많이 경험합니다. 이런 경우 약을 장기 처방하지 않고 다양한 약제로 변경해 보는데 효과를 보지 못하는 경우도 상당합니다. 질환 아형을 확인한 후 약을 추가하는 편인데, EPS의 경우 레안성 병변에 준해 소화성 궤양에 사용하는 치료법을 시도합니다. PPI를 주로 써보지만 famotidine 등 H2 수용체 길항제 또는 케이캡® 등도 써봅니다. PDS의 경우 prokinetics의 용량을 늘리거나, 종류를 바꾸거나, 특별한 경우에는 약제를 추가하기도 합니다. 식이 조절도 중요합니다. 고지방 식이 등은 확실히 소화불량을 유발하는 경우가 많기 때문에 피하도록 권고합니다.

오정환: 저는 초치료부터 prokinetics와 소화제를 함께 처방합니다. Prokinetics는 주의해서 사용해야 합니다. 문헌에서도 metoclopramide는 5일 미만으로 사용해야하고, 위마비(gastroparesis)외에는 경구 장기 복용은 권장하지 않습니다. Domperidone도 반복 투여로 심혈관계의 부작용이 우려되므로 7일 사용 후 중단해야 합니다.

〈On-line talk show 시청자 실시간 투표〉





❶ 소화기 약제 사용 후 약효가 나타나지 않는 경우 항정신성 약물을 쓰도록 권고되어 있는데 어떻게 사용해야 할까요?

오정환: 소화기 질환에서 사용하는 항정신성 약물로는 삼환계 항우울제 (TCA), escitalopram 계열, benzodiazepine 계열, tianeptine이 있습니다. 국내 지침과 달리, FDA 가이드라인은 PPI 다음 단계 선택제로 prokinetics가 아닌 TCA를 권고하고 있습니다. 불안, 우울증, 신체화(somatization), gut-brain axis상의 문제, 내장 과민성(visceral sensitivity) 등이 동반되는 경우 TCA같은 신경조절제가 효과적인 것으로 알려져 있습니다. Prokinetics처럼 TCA 사용 시에도 부작용을 주의해야 합니다. 초기치료 시 이상반응이 나타날 때까지 2-4주 가량 소요되고, 고령 환자에서는 입마름, 변비, 요저류, 졸림 등의 부작용이 우려되므로 부작용 여부를 잘 관찰하며 사용하거나 격일 처방을 권고합니다.

❶ 가능성 소화불량 환자에서 H.pylori 제균요법을 우선적으로 하시나요? 그렇지 않다면 이유는 무엇일까요?

정대영: 가능성 소화불량의 H.pylori 제균요법은 급여가 인정되지 않더라도 약가는 본인 부담 100%이고 진료비는 인정됩니다. 저는 대안을 먼저 찾아보고 없으면 차선책으로 제균요법을 시도합니다. H.pylori 감염 유병률이 30% 이하로 낮은 북미 지역에서는 H.pylori 제균요법의 유효성 여부를 가능하기가 쉽지만, 우리나라와 같이 50세 이상의 거의 절반 이상이 감염된 상황에서는 H.pylori 제균요법의 효과 여부를 논하는 것이 무의미합니다.

오정환: EPS, PDS 등의 증상을 보이는 소화불량 환자에서 H.pylori 제균 치료제까지 처방하지는 않습니다. H.pylori 제균요법은 환자가 최상의 컨디션을 보일 때 시행하는 것이 좋습니다.

H.pylori 제균요법 시 가능성 소화불량의 증상이 호전된다는 외국 데이터가 있지만, 아시아 환자만 선별한 하위 집단 분석에서는 유의한 개선 효과가 없었습니다. 이렇게 동서양의 결과가 서로 다르고, 우리나라를 제외하고 거의 모든 나라의 최신 가이드라인에서 가능성 소화불량 환자의 초기치료로 H.pylori 제균요법을 강력히 권장합니다만 저는 Sleisenger 교과서 최신판에서 H.pylori 제균요법을 EPS 환자에게 선별적으로 하자는 J. Tack 교수의 의견에 동의합니다. 다른 측면에서 볼 때, H.pylori 제균 치료는 위암 예방 효과가 있습니다.

PART 2

❶ 우리가 헬리코박터를 만났을 때(H.pylori 제균요법)



❶ 위축성 위염 혹은 장상피화생이 있는 환자에서 제균요법을 하시나요?

정대영: 현재 두 가지 관점이 있습니다. 위축성 위염이나 장상피화생을 'point of no return'으로 간주하고 위축성위염이나 장상피화생 발생 이후에 제균 치료는 위암 발생 위험을 낮추지 못한다는 견해가 있습니다. 다른 하나는 최근의 대규모 관찰 연구를 근거로 장상피화생처럼 위암의 고위험 요인을 가진 경우에 제균요법에 의한 예방 효과가 크다는 주장입니다. 두 견해는 서로 정반대의 주장입니다. 최근에는 장상피화

생이나 위축성 위염이 있는 고위험군에서 제균 치료를 하는 것이 이득이 크다는 의견이 더 주류를 이루고 있습니다.

❶ H.pylori 제균요법의 3차 치료는 하는 것이 좋을까요?

정대영: 2020년 대한상부위장관·헬리코박터학회 가이드라인에 해당 내용이 정리되어 있습니다. 궤양, 림프종, 위암, 특발성혈소판감소성 자반증(ITP) 등에서는 치료 이득이 분명하므로 3차 치료를 반드시 하고 그 외에는 하지 않습니다. 3차 치료에서는 환자가 이전에 복용하지 않은 항생제를 선택합니다(amoxicillin, tetracycline, bismuth는 재사용 가능). 투약 기간은 꼭 14일로 하고 제균 성공률을 높이기 위해 빠짐없이 복용한다는 약속을 받고 복용 기간 동안에는 금연, 금주하도록 합니다.

❶ 만약 PCR 결과 clarithromycin 내성 균주가 나왔다면 어떻게 하시나요?

정대영: 2017-2018년 가이드라인에 따르면 내성이 강력히 의심되는 지역의 환자에게는 clarithromycin을 포함하지 않는 조합으로 제균

우리가 헬리코박터를 만났을 때



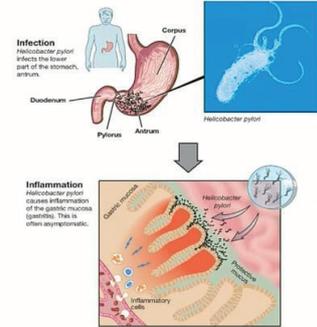
여의도성모병원 소화기내과
정대영 교수

인류와 처음 만난 것은 10만년 전 즈음 ...

- Gram negative bacillus
- Flagella
- Urease



The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2005
Barry J. Marshall, J. Robin Warren



요법을 진행합니다. 덧붙여 metronidazole 내성이 적은 지역의 경우 PPI, amoxicillin, metronidazole 요법으로 치료하며 metronidazole 내성이 높은 경우에는 bismuth 4제 요법으로 치료할 것을 권장합니다.

❶ 제균 치료 추적 검사는 어떻게 하시나요?

정대영: 제균 후 추적 검사는 UBT (urea breath test)로 하는 것이 타당합니다. UBT는 제균 치료 후 2번까지 요양 급여가 인정되며, 3차 치료 이후에는 본인 부담입니다. 단 UBT는 위염성률을 줄이기 위해 PPI 종료 후 2-4주 경과 시점에서 시행해야 합니다. UBT가 불가능하면 CLO test (campylobacter-like organism test)나 조직검사로 대체할 수 있습니다. CLO test도 PPI 중단 2-4주 경과 이후에 시행하여야 합니다. 단, 혈청학적 검사는 제균 후에도 양성으로 판정되므로 제균 여부를 결정하는데 사용하지 않습니다.

❷ UBT 음성인데 내시경 조직 검사 결과가 양성인 경우 어떤 결과를 믿어야 될까요?

정대영: 정답은 없으나 다수의 논문에서 둘 중 하나라도 양성이면 양성으로 볼 것을 제안합니다. 위 안에는 다양한 bacilli가 존재하고 있기 때문에 silver stain, H/E stain 양성 결과를 100% H.pylori 양성으로 볼 수는 없다고 판단됩니다. 반면 urease 양성은 비교적 헬리코박터에 특이적이므로 UBT 음성이라면 제균 성공으로 간주하여도 무난하다고 생각하는 편입니다.

❸ 제균요법은 몇 세까지 합니까?

김태호: (연령보다는) 제균을 왜 해야 하는지 이유가 중요합니다. MALT 림프종이 고령 환자에서 진단되었다면 당연히 제균요법을 해야 합니다. 반면 위축성 위염, 장상피화생이 고령 환자에서 발견되었다면

굳이 제균 치료를 할 필요는 없습니다. 2018년 Gastroenterology에 보고된 홍콩 연구에 따르면 60세 이상의 환자에서도 제균요법은 위암 발생률을 18% 정도 줄일 수 있습니다.

❹ 제균 치료 후 재감염은 얼마나 발생하나요?

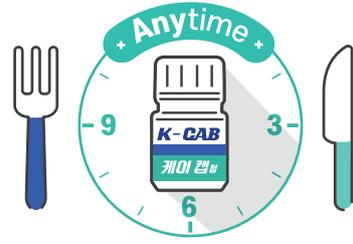
정대영: 보통 제균 성공 판정 이후에 헬리코박터가 다시 진단되는 경우를 두 가지로 나누어 설명합니다. 제균 후 1년 이내에 다시 양성인 것을 '재현'이라고 합니다. 이는 항생제에 의해 H.pylori의 수가 줄고 활성이 떨어져 휴면기(dormancy)로 들어갔다가 일정 시간 후 재증식한 경우입니다. 반면 '재발'은 1년 이후에 다시 감염되어 양성으로 나타나는 경우입니다. 국내 연구에 따르면 연간 재발 빈도는 약 3.5%로 추정됩니다. 과거 연구 결과를 보면 적게는 1%, 가장 높게 보고한 경우는 8%입니다. 그러나 실제 임상 현장에서 재현과 재발을 구별하기는 어렵습니다.

❺ 철결핍성 빈혈(iron-deficient anemia, IDA)을 보이는 환자에서 기타 다른 출혈 원인은 찾지 못했을 때 CLO(+)이면 제균요법을 하는 것이 좋을까요?

김태호: H.pylori 감염으로 인해 위내 산도가 떨어지면서 철 흡수가 늦어져 IDA가 발생하기도 합니다. 실제로 젊은 IDA 환자에서 H.pylori 박멸 후 IDA가 개선된 경우가 있어 저는 제균요법을 적극 권장합니다.

박재명: 최근 Gastroenterology의 가이드라인에서는 IDA 발생 시 bidirectional endoscopy를 먼저 시행한 뒤 이상 소견이 없을 때 H.pylori 제균요법을 권고하였습니다. 다만 데이터가 적어 근거 수준은 낮습니다.

Busy Life, Easy **K-CAB**



바쁜 현대인을 위해, 식사와 관계 없이 복용 가능한 케이캡



KOREA P-CAB, K-CAB tab.

빠르고 강력한 위산분비차단제, 케이캡[®]

케이캡 정 50밀리그램 [원료약품 및 그 분량] 이 약 1정(206mg) 중, 유효성분: 테고프라잔(별규)... 50.0mg 기타첨가제: D-만니톨, 미결정셀룰로오스, 크로스카르멜로오스나트륨, 히드록시프로필셀룰로오스, 콜로이드성이산화규소, 스테아르산마그네슘, 오파드라이 II 분홍색 (85F240134) 색상 연한 분홍색의 장방형 필름코팅정 **[효능·효과]** 1. 미란성 위식도역류질환의 치료 2. 비미란성 위식도역류질환의 치료 3. 위궤양의 치료 4. 소화성 궤양 및 또는 만성 위축성 위염 환자에서의 헬리코박터파일로리 제균을 위한 항생제 병용요법 **[용법·용량]** 이 약은 성인에게 다음과 같이 투여한다. 1. 미란성 위식도역류질환의 치료 1일 1회, 1회 50mg을 4주간 경구투여한다. 식도염이 치료되지 않거나 증상이 계속되는 환자의 경우 4주 더 투여한다. 2. 비미란성 위식도역류질환의 치료 1일 1회, 1회 50mg을 4주간 경구투여한다. 3. 위궤양의 치료 1일 1회, 1회 50mg을 8주간 경구투여한다. 4. 소화성 궤양 및 또는 만성 위축성 위염 환자에서의 헬리코박터파일로리 제균을 위한 항생제 병용요법 헬리코박터파일로리 감염 환자들은 제균요법으로 치료받아야 한다. 이 약 50mg과 아목시실린 1g, 클라리트로마이신 500mg을 1일 2회 7일간 경구투여한다. 이 약은 **식사**와 관계 없이 투여할 수 있다. **[사용상의 주의사항]** 1. 다음 환자에는 투여하지 말 것, 1) 이 약, 이 약의 구성성분 또는 벤조이미다졸류에 과민반응 및 그 병력이 있는 환자 2) 아타자나비어, 넬피나비어, 또는 릴피비린 함유제제를 투여 중인 환자(5. 상호작용 '항 침조') 3) 임부 및 수유부 (6. 임부 및 수유부에 대한 투여 '항 침조') 2. 다음 환자에는 신중히 투여할 것, 1) 간장애 환자: 간장애 환자에 대한 사용경험이 없다. 2) 신장애 환자(사용경험이 없다.) 3) 고령자(8. 고령자에 대한 투여 '항 침조') * 기타 자세한 사항은 제품설명서를 참고하십시오.

Reference 1. Han S, et al. Aliment Pharmacol Ther. 2019;50(7):751-759



(주)충근당
본사: 서울특별시 서대문구 충정로 8 (충정로 3가)



에이치케이이노엔주식회사 서울특별시 중구 을지로 100 파인에비뉴 A동 6-8층
고객상담센터: 080-700-8802 | <http://www.inno-n.com>



210315 (KCA-MOBRA4-278)-01