



심방세동 환자에게 필요한 정보

● 심방세동은 무엇일까요?

심장 박동이 고르지 않은 것을 부정맥이라고 합니다. 심방세동은 부정맥의 한 종류로, 불규칙한 심장 박동이 지속해서 나타나는 것이 특징입니다.

환자 대부분은 맥박이 불규칙하게

빨라지거나 가슴이 답답하기도 하고, 평소보다 숨이 찬다고 느끼지만, 일부 환자는 증상을 못 느끼기도 합니다. 주로 어르신에게서 관찰되며 드물게 50세 이전에 발병하기도 합니다. 치료에서 가장 중요한 고려 대상은 뇌경색(중풍) 예방입니다.

정상 심전도



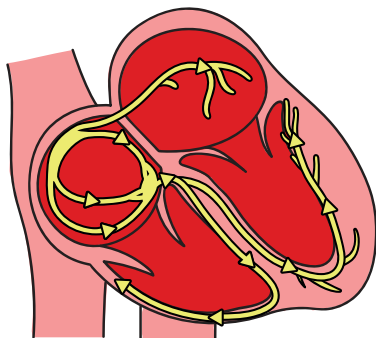
심방세동 심전도



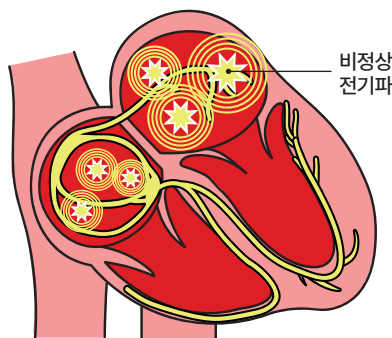
● 심방세동이 왜 중요한가요?

심방세동이 발생하면 심장 안에 혈전이 잘 생깁니다.

심방이 잘 수축하지 못하고 파르르 떨리는 모양새로 움직이기 때문에 피가 고이고 그 피가 뭉쳐지면 혈전이 됩니다. 이 혈전이 우연히 떨어져 나가면 온몸 어디로든 갈 수 있습니다. 특히 뇌혈관으로 쉽게 이동하기도 하는데, 이때 혈전이 뇌혈관을 막으면 뇌 조직에 혈액을 공급하지 못해 뇌에 손상을 입힙니다. 이것이 바로 '뇌경색'입니다.



정상 심장



비정상
전기파

심방세동 환자의 비정상 심장

심방세동 알기

심방세동은 뇌경색 발생의 20~30%를 차지할 만큼 매우 중요한 원인입니다. 또한 심방세동으로 생기는 혈전은 크기가 크거나 동시다발적으로 여러 혈관으로 갈 수 있으므로 뇌경색이 더 넓은 범위에서 생기고 뇌경색 부위의 출혈 변환도 더 많이 발생합니다. 즉, 뇌경색 증상이 심하게 옵니다. 뇌경색 발생 위험이 큰 사람에게서 심방세동이 생기면 혈전이 안 생기도록 하는 항응고제를 먹습니다.

또한 심방세동으로 사망률이 1.5~3.5배 늘어나며, 심방세동 환자 10명 중 2~3명은 심장 기능이 떨어집니다. 또한 심방세동은 인지기능 장애를 1.5배 높입니다.

심방세동으로 발생할 수 있는 심부전, 허혈뇌졸중, 인지기능 장애 등의 합병증은 삶의 질을 현저히 떨어뜨릴 수 있습니다. 심부전 때문에 조금만 걸어도 숨이 차서 사회생활, 여가생활 등 일상에도 지장이

생길 수 있고 인지기능 장애나 뇌졸중으로 본인의 삶을 제대로 영위하지 못할 수도 있습니다.

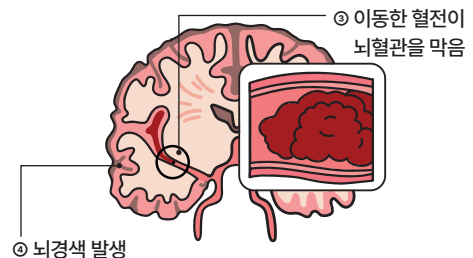
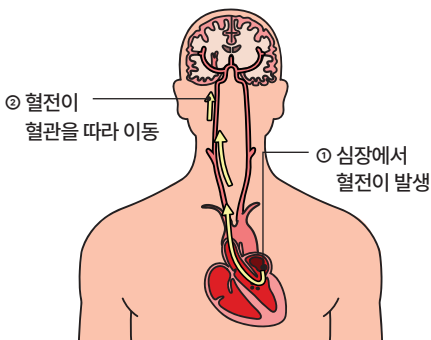
심방세동을 약물이나 시술로 치료함으로써 이러한 합병증과 합병증으로 삶의 질이 저하되는 것을 최대한 예방할 수 있습니다.

● 심방세동은 왜 생기나요?

심방세동이 발생하는 원인은 다양합니다. 가장 주요한 인자는 노화인데 나이가 들면서 유병률과 발생률이 높아집니다.

연관된 심장질환으로는 류머티즘성 판막 질환(주로 승모판 협착증)이 있습니다. 이는 과거에 가장 흔한 원인이었습니다. 그 외에도 심장에 과부하를 일으킬 수 있는 심부전, 구조적 심장질환, 고혈압성 심장 질환, 관상동맥질환, 판막 질환, 심근증 등과 연관이 있습니다. 동반될 수 있는 심장 외 질환으로는 갑상선기능항진증이나 만성 폐질환이 있습니다. 심방세동은 심장에 구조적 이상이 없는 사람에게서도 비만, 과음, 수면 무호흡증 등 건강하지 않은

심장성색전뇌졸중



심방세동 치료와 관리

생활 습관과 관련한 요인으로 발생하기도 합니다.

● 심방세동의 일반적인 치료 과정은 어떻게 되나요?

심방세동의 치료는 크게 혈전으로 생긴 뇌경색 발생을 예방하는 치료와 심방세동 부정맥 자체에 대한 치료로 나눌 수 있습니다.



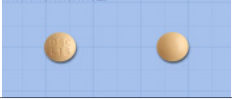
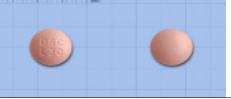
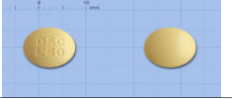





첫 번째는 심장 안에 혈전이 생기지 않도록 '항응고제'를 사용하는 방법입니다.

항응고제란 혈액이 응고되지 않도록 하는 약입니다. 약제는 현재 다섯 가지가 사용되고 있고 하루에 한 번 또는 두 번 먹습니다. 나이가 젊고 동반 질환이 거의 없으면

뇌경색이 발생할 위험도가 매우 낮아 항응고제를 사용하지 않기도 하지만, 대부분은 항응고제가 필요합니다.

두 번째는 심방세동 부정맥 자체에 대한 치료입니다. 심방세동 부정맥은 그대로 유지한 상태에서 심박수만 적절하게 유지해 주는 방법과 심방세동 부정맥 자체를 없애고 정상 리듬으로 복귀시키는 방법이 있습니다.

심방세동이 발생해서 오랜 시간이 지나 심장에 변형이 생겨서 더는 정상 리듬으로 복귀될 수 없는 상태를 '영구적 심방세동'이라고 합니다. 보통 고령에서 우연히 발견되면 대부분은 영구적인 상태입니다. 심전도 검사를 해 본 적이 없거나 증상이 없어서 심방세동이 언제 생겼는지 알 수 없는 경우, 심장초음파 검사에서 특징적

약제명	제품명	약제 사진 출처: 의약품안전나라 의약품통합정보시스템	
apixaban 아픽사반	엘리퀴스정 2.5mg	엘리퀴스정 5mg	
			
edoxaban 에독사반	릭시아나정 15mg	릭시아나정 30mg	릭시아나정 60mg
			
rivaroxaban 리바록사반	자렐토정 15mg	자렐토정 20mg	리복사반정 20mg
			
dabigatran 다비가트란	프라닥사 110mg	프라닥사 150mg	
			

으로 좌심방이 크게 늘어난 경우가 영구적 심방세동인 경우가 많습니다. 영구적 심방세동에는 시술적 치료를 합니다. 항부정맥제를 사용하지는 않고, 심박수가 빠르면 심박수를 약간 낮추어 주는 약을 사용합니다.

심방세동이 자연히 생겼다 없어졌다 하는 '발작성 심방세동'은 리듬 자체를 정상 리듬으로 유지시키는 것이 치료에서 중요합니다. 발생 초기에는 항부정맥제를 사용하나 약을 써도 심방세동이 재발하고 조절이 안 되면 고주파 또는 냉동 풍선 절제술과 같은 시술적 치료를 합니다. 어느 정도 심방세동이 지속되고는 있지만 아직 영구적인 상태로까지 넘어가지 않은 '지속성 심방세동'에는 시기에 따라 항부정맥제, 전기적 울동전환술(전기 충격), 시술적 치료를 합니다.

● 약물치료: 어떤 약을 먹나요?

심방세동 환자들이 정기적으로 먹는 약제에는 뇌졸중을 예방하는 약제와 정상 울동을 유지하는 약제가 있습니다.

뇌졸중을 예방하려고 복용하는 약제는 항응고제로, 심방세동 환자에게서 발생할 수 있는 심장 내 혈전을 예방하는 역할을 합니다. 일반적으로 네 가지 종류의 새로운 경구 항응고제(NOAC) 중에서 선택하여 사용하며 환자의 특성에 맞게 약제의 종류와 용량을 결정합니다. 일부 심장판막 질환 등 특수한 경우에는 항응고제로

와파린을 먹기도 합니다.

항부정맥제는 정상 울동을 유지하려고 사용하는 약제로 울동 조절이 필요할 때 선택적으로 먹습니다. 그 외에 맥박이 매우 빠르면 맥박수를 낮추는 약제를 먹기도 하며 동반 질환을 조절하려고 약제를 추가로 사용하기도 합니다.

● 약물치료: 약을 평생 먹어야 하나요?

뇌졸중 발생을 예방하는 항응고제는 위험도가 높은 환자라면 평생 먹는 것이 원칙입니다. 항부정맥제는 울동 조절이 목표가 아니라면 먹지 않으며 비약물적 치료 후 정상 울동으로 잘 유지되면 중단하기도 합니다.

● 시술적 치료: 시술은 어떤 증상이 있을 때 받나요?

심방세동의 시술은 일반적으로 다음과 같은 경우에 고려될 수 있습니다.

1) 증상이 발생하여 생활할 때 불편감을 느낄 경우: 심방세동으로 불규칙한 심장 박동, 두근거림, 숨 가쁨 등의 증상이 발생할 수 있습니다. 이러한 증상으로 심각한 불편이 생겼을 때 시술을 하여 증상을 완화하거나 제어할 수 있습니다.

2) 심방세동으로 인한 빠른 박동이 심장 기능을 떨어뜨리는 경우: 심부전은 심장 기능이 저하되어 몸이 붓고, 숨이 차며, 심하면 입원할 수도 있는 병입니다. 그런데

심방세동 때문에 맥박이 계속해서 빨라져 심장 기능이 떨어지면 심방세동을 치료하고자 시술적 치료를 고려하게 됩니다.

3) 심방세동으로 불규칙한 맥박을 정상으로 회복시키려고 약물 치료를 하였으나 효과가 없는 경우: 심방세동을 정상적인 맥박으로 회복시키는 첫 번째 방법은 약물 치료입니다. 그러나 약물 치료에 반응하지 않거나 부작용이 심하면 시술을 하여 심방세동을 관리해야 할 수도 있습니다.

● **시술적 치료: 시술을 받으면 완치가 되나요?**

심방세동의 시술적 치료는 주로 증상을 완화하거나 관리할 목적으로 하며, 완전한 치유를 보장하지는 않습니다.

심방세동은 심장에 구조적인 문제가 있을 때도 발생하지만, 일반적으로는 나이가 들어가면서 발생하는 만성질환으로 봅니다. 따라서 심방세동 시술을 했다고 하더라도 나이가 들고 기존에 있던 고혈압, 당뇨병과 같은 만성질환을 적절히 관리하지 않는다면 재발할 수도 있습니다.

심방세동의 만성화 정도에 따라 다르지만 재발률은 일반적으로 1년에 100명 중 20~30명 정도입니다. 따라서 시술적 치료를 한 이후에도 혈압 관리, 혈당 관리, 금주와 금연을 하고 지속적인 운동과 체중 관리를 병행해야 합니다. 때에 따라 항혈전제나 항부정맥제를 같이 먹어야

할 수도 있습니다. 시술을 고려할 때는 심방세동의 만성화 정도가 심할수록 치료 효과가 떨어지므로 발작성 심방세동일 때는 일찍 치료를 시작하는 것도 치료 효과를 높이는 방법이 될 수 있습니다.

● **생활 습관 교정: 피해야 할 음식이나 일상에서 주의할 것이 있나요?**

혈전과 뇌경색을 예방하려면 복용하는 항응고제 종류에 따라 피해야 할 음식이 있을 수 있습니다.

혈전을 예방하는 약제는 크게 와파린과 비-와파린 계열 약제(릭시아나, 엘리퀴스, 자렐토, 프라닥사 등) 두 종류가 있습니다. 와파린을 먹고 있다면 비타민 K를 많이 포함한 음식(녹색 채소인 시금치, 상추, 양배추, 브로콜리 등과 콩이 많이 함유된 음식인 청국장 등)과 한약, 녹즙, 인삼, 홍삼, 술 그리고 각종 건강 보조제 등은 피하는 것이 좋습니다. 반면, 비-와파린 계열의 항응고 약제를 먹고 있다면 드시는 것에 큰 제한이 없습니다.

항응고제나 다른 약제를 먹고 있다면 반드시 담당 의사에게 약제를 알려주어 약제 간 상호작용이 있는지 확인해야 합니다. 항응고제를 먹는 중에 출혈이 생기면 지혈이 잘되지 않으므로 잇몸이나 코에서 피가 날 때는 치료를 받습니다.

심방세동 자주하는 질문 Q&A

Q. 심방세동이 있으면 어떤 증상이 생기나요?

A. 심방세동 증상에는 발작성과 지속성이 있습니다. 심방세동 급성 발작이 생기면 맥이 빨라지고 불규칙해지면서 가슴이 두근거리고 답답하거나 숨이 차게 됩니다. 또한 기운이 빠지고 어지럽거나 쓰러지기도 합니다. 반면, 서서히 진행되어 지속성 심방세동 단계에서 처음 발견되면 환자 3명 중 1명은 자각 증상을 못 느끼기도 합니다. 이것은 증상이 서서히 진행되면서 적응되어 불편함을 덜 느끼는 것입니다. 증상을 느끼는 환자는 숨이 차거나 가슴이 답답하고 어지럽다고 느낄 수 있습니다. 이처럼 진단할 때에는 증상을 못 느꼈더라도 치료를 받은 후 정상 맥박으로 회복되면 이전에 증상이 있었던 것을 알게 되는 경우가 많습니다.

Q. 치료를 안 하면 어떻게 되나요?

A. 심방세동을 치료하지 않으면 심방이 비대해지고 섬유화되어 정상 맥박으로 돌아 오기가 점점 더 어려워집니다. 심방세동을 치료하지 않으면 다음과 같은 문제가 발생할 수 있습니다.

- 뇌졸중 발생률이 약 5배 높아집니다.
- 치매 발생률이 약 1.5배 높아집니다.
- 심부전 발생률이 약 3배 높아집니다.
- 사망률이 약 2배 높아집니다.
- 환자 10명 중 약 2명에게서 우울증이 생깁니다.
- 환자 10명 중 1~4명은 1년에 한 번 이상 병원에 입원하게 됩니다.
- 결과적으로 심방세동 환자 대부분은 삶의 질이 떨어지게 됩니다.

심방세동은 오래 지속될수록 정상 맥박으로 되돌리기 어려울 뿐만 아니라 위에 언급한 여러 가지 문제를 일으키기 때문에 심방세동으로 인한 증상이 없더라도 일찍 치료를 받는 것이 바람직합니다.

Q. 항응고제를 먹으니 코피가 많이 나고 멍이 잘 드는데 계속 복용해도 되나요?

A. 항응고제는 혈액 응고를 억제하여 혈전을 예방하고 심혈관질환의 위험을 줄이는 역할을 합니다. 이러한 약물 효과는 약을 중단한 후 1~2일 내에 사라지므로 항응고제를 잠시 중단하면 뇌졸중 등의 위험이 크게 높아질 수 있습니다. 따라서 심한 뇌출혈이나 위장관 출혈과 같은 중증 출혈이 아니라면 항응고제는 계속 먹는 것이 좋습니다.

항응고제 복용 중에 자주 피멍이 들거나 코피가 날 때는 다음과 같은 조치를 고려하실 수 있습니다.

- **의사와 상담:** 자의로 항응고제를 중단하지 말고, 병원을 찾아 의사와 상담을 합니다. 약물을 처방한 담당 의사나 이비인후과에 방문하여 증상을 상담합니다. 코피의 발생 빈도, 양 등의 증상을 정확하게 기록해 두십시오.
- **다른 원인 평가:** 이비인후과에 방문하여 상담한 후에 항응고제를 중단할 수도 있지만 이 외에도 코피가 날 수 있는 다른 원인을 평가해 보는 것이 중요합니다. 콧구멍 자극, 환경의 건조함, 코종격의 혈관 노출 등 여러 요인이 코피를 유발할 수 있습니다.
- **건강 상태와 복용 약물 고려:** 조절되지 않는 고혈압이나 신장 또는 간 기능 이상, 과도한 음주를 확인합니다. 또한 아스피린 등 항혈소판제, 비스테로이드성 항염증제 등의 약물 복용 여부를 확인합니다. 이에 따른 항응고제의 부작용 가능성을 평가하도록 합니다. 한편 자주 피멍이 든다면 혈소판 기능 이상과도 관련이 있을 수 있으니 이에 대한 평가가 필요할 수 있습니다.
- **와파린 복용 중일 때 고려 사항:** 와파린을 복용 중이라면, 혈액 내 농도를 측정하여 과도한 농도로 코피가 났을 가능성을 확인해야 합니다.

이처럼 항응고제로 코피가 났을 때는 단순히 약물을 중단하기보다는 의사의 지침에 따라 해당 원인을 정확하게 평가하고 조치하는 것이 중요합니다. 적절히 대처해야 안전하게 건강을 유지하실 수 있습니다.

Q. 심방세동을 완전히 치료할 방법이 있나요?

A. 현재까지 심방세동을 완치할 수 있는 확실한 치료 방법은 없습니다.

일부 환자에게서 심방세동을 일으키는 부위가 심방의 특정 위치이면 시술적 치료로 완치를 기대할 수 있기도 합니다. 하지만 일반적으로 심방세동을 일으키는 가장 중요한 원인 중의 하나는 노화이므로 시술 후에 수년간 재발이 없다가도 시간이 지나면서 다시 나타나는 경우를 흔히 봅니다. 따라서 심방세동은 완치보다는 당뇨, 혈압 등을 잘 관리하고 조절해야 하는 질환이라고 할 수 있습니다.

Q. 유전인가요?

A. 심방세동은 유전병이 아닙니다.

심방세동을 일으킬 수 있는 유전병이 일부 있다고 알려졌지만 훨씬 더 많은 경우에서 심방세동은 유전이 아닙니다. 물론 심방세동을 앓고 있는 가족이 있다면 심방세동이 발생할 확률이 높아진다고 알려져 있습니다. 그러나 부모가 당뇨병이라고 해서 그 자녀들이 모두 당뇨병을 앓는 것은 아닌 것처럼 심방세동의 발병에도 유전 이외에 다른 요인들이 많이 관여한다고 알려져 있습니다. 나이가 들어가면서 발생하는 어쩔 수 없는 요인도 있지만 과음, 흡연, 비만, 스트레스 등의 잘못된 생활 습관이 큰 영향을 미칩니다. 고혈압, 비만, 수면 무호흡 등 개인의 만성질환이 더 크게 영향을 준다고 생각하시면 됩니다.

Q. 발치나 내시경 검사 등을 할 때 항응고제를 먹어도 되나요?

A. 심방세동은 혈전이 생성될 위험이 높아지므로 항응고제를 투여하여 혈전을 예방하고 뇌졸중 등의 합병증을 막는 것이 중요합니다. 그러나 수술이나 시술이 예정된 환자 에게 항응고제 사용은 출혈 위험을 높일 수 있어서 수술 전에 의사와 충분히 상담 하고 이를 평가해야 합니다.

항응고제의 중단 기간을 결정할 때는 수술할 때 출혈의 위험 정도(표 1)와 환자의 뇌경색 발생 가능성을 균형 있게 고려해야 합니다. 침습적인 수술(피부를 뚫고 들어가 치료하는 수술)은 일시적으로 항응고제를 중단해야 합니다. 하지만 때에 따라 덜 침습적인 시술은 항응고제를 중단하지 않고 진행할 수 있습니다.

출혈 위험이 낮은 발치나 단순 내시경 검사는 특별히 항응고제를 중단할 필요가 없습니다. 그러나 침습적인 중재 시술이나 수술은 출혈 위험이 높거나 신체 기능 정도에 따라 새로운 경구 항응고제를 1~3일 정도 중단하셔야 합니다. 반면 와파린을 복용 중이면 수술 5일 전에 중단하고, 수술 3일 전부터 저분자량 헤파린을 주사 맞고, 수술 1일 전부터는 항응고제 처방을 중단합니다.

시술이나 수술의 종류에 따라 출혈의 위험 정도가 다를 수 있으므로 항응고제 중단 시점과 기간은 담당 의사와 충분히 상의하시길 바랍니다.

요약하자면, 심방세동 환자의 항응고제 복용은 뇌졸중을 예방하는 데 중요하지만, 수술이나 시술을 할 때 출혈 위험을 고려하여 항응고제의 중단 여부와 기간을 결정해야 합니다. 이는 환자 상태와 시술이나 수술의 종류에 따라 다를 수 있습니다. 이러한 결정은 담당 의사와 충분히 상담한 다음에 이루어져야 합니다.

표 1. 수술이나 시술의 출혈 위험도

출혈 위험	수술이나 시술의 종류
미약한 경우	1-3개의 발치, 치주 수술, 배농 절개, 임플란트, 백내장, 녹내장 수술, 조직검사 없는 진단적 내시경, 피부 수술(배농, 피부과적 절제)
저출혈 위험	조직검사를 동반한 내시경, 전립선, 방광 조직검사, 전기생리학검사 및 전극도자절제술, 관상동맥 이외의 혈관 조영술, 심박동기, 제세동기거치술
고출혈 위험	복잡한 내시경 시술(용종 절제술, 괄약근절개가 필요한 ERCP 등), 척추 마취, 경막외 마취, 척추 천자, 흉부 수술, 복부 수술, 주요 정형외과 수술, 간 조직검사, 경요도 전립선 절제술, 신장 조직검사, 초음파 쇄석술
고출혈 위험과 혈전 생성 촉진	좌측 심장의 전극도자절제술

Q. 커피와 술을 완전히 끊어야 하나요?

A. 과도한 음주는 심방세동이 발생한 적이 있고 항응고제를 먹고 있는 환자에게서 출혈을 발생시킬 수 있는 위험인자입니다. 또 혈전색전증이나 사망과도 관련이 있습니다. 최근 임상 연구에서 심방세동이 있는 음주자의 금주는 심방세동 재발을 줄이는 것으로 확인되었습니다. 최근 국내 연구에서도 심방세동 진단을 받은 후에 금주를 하는 것이 음주를 지속하는 것보다 5년 추적 관찰 시점에서 살펴본 뇌졸중 위험도를 100명 중 17명 낮춘다고 보고되었습니다. 따라서 심방세동 환자가 음주하고 있다면 금주하는 것이 도움이 되겠습니다. 카페인 섭취는 심방세동 발생에 관여하지는 않는 것으로 알려져 있습니다.

Q. 수면 무호흡이 있는데 치료받아야 하나요?

A. 가장 흔한 형태의 수면 호흡 장애인 폐쇄성 수면 무호흡증은 심방세동, 심부전이나 고혈압 환자에게서 매우 흔하게 보이고, 사망률이나 주요 심혈관 사건의 위험을 높인다고 알려져 있습니다. 연구에 따르면 심방세동 환자 2명 중 1명이 폐쇄성 수면 무호흡증이 있다고 보고되었습니다. 폐쇄성 수면 무호흡증의 효과적인 치료인 지속형 양압기 치료는 심방세동 치료를 한 후에 재발을 줄일 수 있다고 알려져 있습니다. 또 심방세동 환자가 정상적인 박동을 유지하는 데에도 효과가 있다고 보고되었습니다. 수면 중에 무호흡증이 있다면 의사와 상의하는 것이 치료에 도움이 됩니다.