

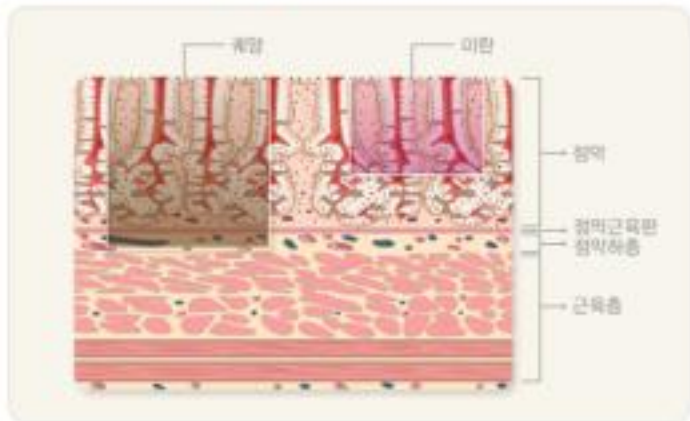
개요

• 등록일자 : 2020-04-27 • 업데이트 : 2022-04-04 • 조회 : 25330 • 정보신청 : 103

개요

궤양이란 위 또는 십이지장 점막이 마치 삼으로 땅을 뚫을 때처럼 파인 것을 말하며, 이때 점막근육판을 넘어 파이면 궤양, 점막근육판을 넘지 않으면 미란이라 합니다. 궤양과 미란은 내시경과 조직조건 및 치유과정에 있어서 차이를 가지며, 미란은 쉽게 상피세포가 재생되는데 반해 궤양은 복잡한 과정을 거쳐 재생이 이뤄진다는 점에서 큰 차이가 있습니다.

《그림. 궤양과 미란의 차이점》

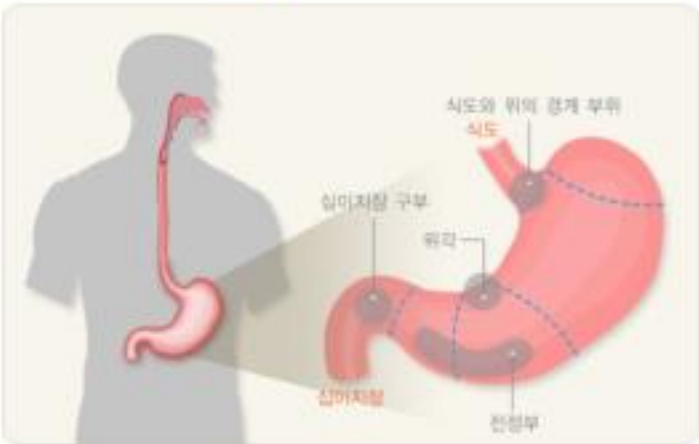


《궤양》



《미란》

《그림. 소화성 궤양의 호발부위》



개요-원인

소화성 궤양이 발생하는 가장 중요한 원인은 크게 헬리코박터균, 비스테로이드성 진통소염제의 복용입니다.

1. 헬리코박터 파일로리 감염

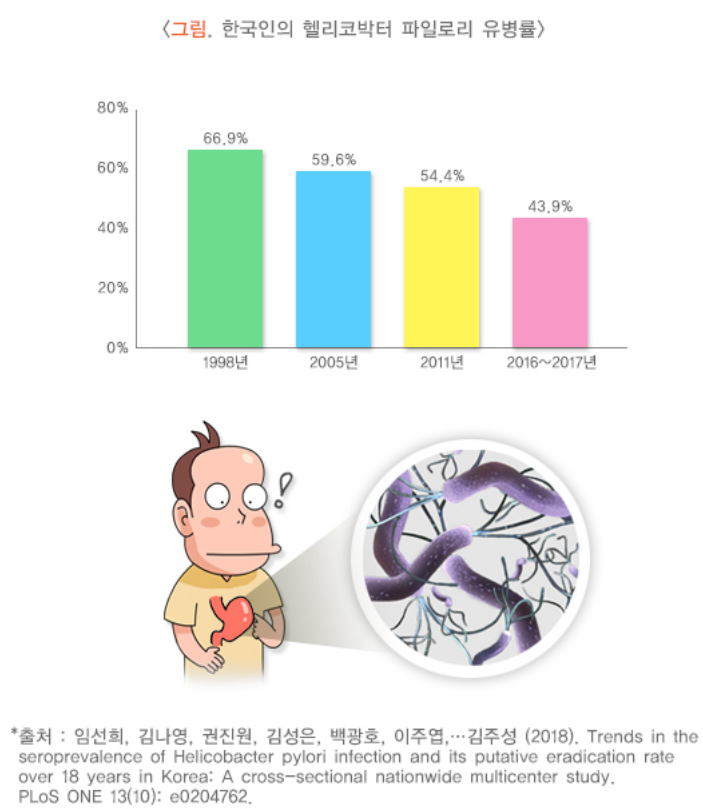
헬리코박터는 위의 점막 표면을 끈끈하게 덮고 있는 점액에서 살면서, 플라젤라(flagella)라는 바퀴와 같은 이동수단을 이용해 활발하게 움직이면서 살고 있는 세균입니다.

과거에는 강력한 위산이 배출되고 있는 위에 세균이 살 수 있으리라고 아무도 상상할 수 없었지만, 1983년 호주의 Dr. Warren이라는 병리학자와 Dr. Marshall이라는 내과 전공의에 의해 헬리코박터가 배양되면서 이 세균의 실체가 확인되어, 이것 이 고질적인 위·십이지장궤양의 원인임이 증명 되었습니다. 헬리코박터 감염에 십이지장 궤양의 원인임을 증명하는 또 다른 강력한 근거로는 헬리코박터 제균에 실패했을 경우 1년 이내의 궤양 재발률이 57.1%, 2년 후의 재발률이 78.6%로 높으나, 제균 후에는 십이지장 궤양이 거의 재발하지 않는다는 점입니다.

우리나라 위궤양 환자에서의 헬리코박터 감염률은 82.2%로 십이지장 궤양의 95%보다 낮아 헬리코박터와의 연관성이 다소 낮은데, 그 이유는 아스피린이나 비스테로이드성 항염증제(진통소염제)가 위궤양의 또 다른 원인이기 때문입니다. 이처럼 위산분비가 왕성한 위점막에 헬리코박터가 살 수 있는 이유는

헬리코박터가 보통 세균보다 100배나 많은 요소분해효소(urease)를 지니고 있기 때문에 세균의 세포막으로 강산이 들어오면, 곧바로 요소분해효소가 활성화되어 요소를 암모니아로 만듦으로써 강산을 중화할 수 있기 때문입니다.

우리나라에서 헬리코박터에 감염된 인구는 16세 이상에서 1998년 66.9%, 2005년 59.6%, 2011년 54.4%, 2016~ 2017년에는 43.9%로 감소하는 경향을 보이며, 특히 소화성 궤양의 호발연령인 40대 이상에서 40%대의 감염률을 보이고 있습니다. 다만 헬리코박터에 감염된 인구의 15% 정도에서만 소화성 궤양, 위암, 심한 위염 등의 질환이 발생하기 때문에, 헬리코박터의 제균이 필요한 사람을 적절히 선별할 수 있는지에 대한 연구가 활발히 진행되고 있습니다.



2. 비스테로이드소염제

모든 종류의 비스테로이드소염제는 궤양을 일으킬 수 있는 중요한 병인요소인데, 그 위험도는 복용량에 비례하여 위궤양은 비복용군에 비하여 10~20배, 십이지장궤양은 5~15배에 이릅니다.



증상

소화성 궤양의 증상은 환자마다 개인차가 심하고, 전형적인 궤양의 증상 없이 비특이적인 복부불편감이나 소화불량을 호소하거나, 심지어 전혀 증상이 없는 경우도 많이 관찰됩니다. 또한 합병증의 유무에 따라 그 증상이 매우 다양하게 나타나며, 다른 위장 질환에 나타날 수 있는 증상과 흡사한 경우가 많아 증상만 가지고 소화성 궤양을 진단하기는 어렵습니다. 더욱이 우리나라와 일본은 서구에 비하여 위암이 훨씬 호발하기에 과거에 없던 증상이 발생한 경우 위내시경 검사를 통해 반드시 확인을 하여야 합니다.

1. 고전적인 소화성 궤양증상

1) 십이지장 궤양

십이지장궤양의 특징적인 증상은 공복시 타는 듯한 심와부의 동통 또는 불편감이며, 환자의 60% 내지 80%에서 발생합니다. 산이 계속 분비되는 식후 2-3시간 후, 또는 산의 분비가 제일 많은 밤 11시에서 새벽 2시 사이의 야간에 증상이 심해져서 잠을 깨는 경우가 많고, 음식을 먹거나 제산제를 복용하면 증상이 쉽게 사라지는 특징을 갖고 있는데, 매우 심한 증상은 대개의 경우 일시적이며, 병발되는 복부불편감이 30분에서 2시간 정도 지속됩니다.

심장질환, 식도질환, 채장질환, 담도질환 그리고 다른 장질환도 심와부 동통을 일으키므로 이들 질환과 감별해야 하는데 십이지장 궤양의 통증은 위에서 말한 특징을 가지며, 대개 타는 듯하고, 쏘아내는 듯하며, 심한 공복감을 느끼지만, 심장질환의 경우 통증이 운동으로 인해 유발되며, 통증의 강도가 훨씬 심하게 나타날 수 있으니 주의해야 합니다.

2) 위궤양

위궤양과 십이지장 궤양 사이에 특징적인 증상의 차이점은 없습니다. 다만 음식물에 의해 통증이 완화되는 양상은 십이지장 궤양이 있을 때 더 자주 관찰되며, 위궤양의 경우에 통증이 십이지장 궤양보다는 덜합니다. 통증의 주기적 리듬도 십이지장 궤양에서 보다 흔하게 나타나며, 반면에 체중감소, 오심, 구토,

조기포만감은 위궤양에서 더 흔하게 관찰됩니다.

3) 궤양 증상과 궤양 유무의 연관성

특징적인 증상과 궤양의 유무 사이에 관련성은 높지 않은 편입니다. 즉, 궤양의 치유가 증상의 소실을 반드시 보장하지는 않으며, 증상이 전혀 없는 환자에서도 궤양이 존재하는데, 특히 노인들이나 비스테로이드소염제를 복용하는 환자들에서는 증상이 전혀 없이도 궤양에 의한 합병증이 발생할 수 있습니다.

내시경으로 궤양이 치유된 환자의 약 40%에서 여전히 증상을 호소하고, 증상이 없는 환자의 15% 내지 44%에서 내시경으로 궤양을 확인할 수 있습니다. 따라서 증상의 소실이 궤양의 치유는 아니며, 증상이 계속 있다고 궤양이 존재한다고 볼 수 없어 필요하면 반드시 위내시경으로 확인할 필요가 있습니다.

또한 심한 통증으로 야간에 잠을 깨는 증상이 십이지장 궤양 환자의 2/3에서, 그리고 위궤양 환자의 1/3에서 관찰되지만, 이러한 궤양이 없는 비궤양성 소화불량증 환자의 약 1/3에서도 관찰되는 바, 증상만으로 궤양을 진단하기는 매우 어렵다 하겠습니다.

4) 통증의 정도

궤양의 위치, 크기, 통증에 대한 감수성, 장막의 침범 및 합병증의 유무에 따라서 통증의 정도에 차이가 납니다. 같은 크기의 궤양이라면 위체부의 궤양이 위분문부(식도에 가까운 위 상부) 또는 유문부(십이지장으로 넘어가는 위아래 부분)의 궤양에서보다 증상이 덜한 경향이 있습니다. 특히 위유문부의 궤양에서는 십이지장 궤양과 유사하게 증상이 심하며, 오심이나 구토 또는 체중감소 등의 증상을 동반하기도 합니다.

일반적으로 궤양의 크기가 큰 경우, 위를 싸고 있는 장간막을 뚫고 횡장과 같은 주위조직으로 침범하여 매우 심한 통증을 유발하게 되며, 등 뒤로 통증이 전이되기도 합니다.

하지만 통증에 대한 감수성은 환자의 성격이나 시기에 따라 차이가 많이 때문에 일률적으로 말하기 어렵습니다. 또한 궤양이 장간막까지 진행되면 통증이 심해지다가, 장천공시에는 지속적으로 심한 통증을 호소하게 됩니다.

5) 통증의 위치

명치끝에서 배꼽 사이의 2-10cm 부위에서 통증을 느끼는 경우가 많은데, 약간 좌측으로 치우친 감이 있습니다. 많은 환자에서 통증의 위치를 정확하게 표현하지 못하는데, 그 이유는 궤양통은 내장의 통증으로서 복막이나 피부에 분포하는 신경과 다르게 분포하며 성격이 모호하기 때문입니다.

궤양의 정도가 경미한 경우에는 약 90%에서 정확한 위치를 느끼지 못하고 상복부 주위로 막연하게 느끼는 경우가 많으며, 비교적 큰 궤양 환자에서는 50% 정도에서 일정하게 국한된 부위의 통증을 느낍니다.

십이지장 궤양에 비해서 위궤양의 경우에는 통증의 정도가 약하면서 위치 또한 불분명한 경향이 있으나, 천공과 같은 합병증이 발생되면 90% 이상에서 상복부에 국한된 통증이 나타납니다. 간혹 명치의 앞쪽, 가운데 흉부의 통증을 호소하기도 하여 협심증 또는 역류성 식도염과의 감별이 필요하기도 하는데 십이지장 후구부에서 궤양이 발생할 경우 배꼽 주위에서 통증이 유발될 수 있습니다.

궤양이 진행되어 장간막 내지는 주위조직으로 침범되면, 초기에 심와부에 국한되던 통증이 등 뒤로 전이되므로 심와부 이외의 부위, 특히 등 뒤나 양측 옆구리로 통증이 전이되면 합병증의 유무를 꼭 확인하여야 하겠습니다.

6) 주기적인 리듬

소화성 궤양의 특징적인 소견 중의 하나는 음식섭취 및 위배출에 따라서 통증이 나타났다가 저절로 소실되는 등의 주기적인 리듬을 갖는다는 것입니다. 즉, 위궤양 환자의 전형적인 통증의 리듬은 음식을 섭취하면 잠시 동안 통증 없이 편안하다가 이후 30분 내지 1시간 정도 통증이 지속되고, 음식물이 위로부터 십이지장 내로 배출되면 통증이 소실된다는 것입니다.

이에 비해 십이지장 궤양 환자는 음식 섭취 후 1시간 30분 내지 4시간 동안 편안하다가 이후 통증이 시작되어 다음 음식을 먹을 때까지 통증이 지속되는 특징을 지닙니다.

통증의 주기적인 리듬은 환자의 상태에 따라 변화가 많으며, 위궤양보다는 십이지장 궤양에서 더 흔히 관찰됩니다. 또한 위궤양 환자의 약 20%, 십이지장 궤양 환자의 10-40%에서는 음식 섭취 후 오히려 통증이 증가되기도 합니다.

전형적인 음식섭취에 따른 주기적인 궤양통이 변화되면 합병증이 발생하였을 가능성을 생각하여야 하는데, 예를 들면 유문부 협착이 생겼을 때에는 궤양통이 소실되며, 장간막으로 궤양이 진행되고, 천공이 되면 주기적인 통증이 아니고 계속해서 심하게 통증을 느끼게 되는 양상을 띵니다.

2. 소화성 궤양의 기타 증상

1) 오심 및 구토

합병증을 동반하지 않은 위궤양 환자에서는 오심 및 구토를 호소하는 환자가 많지 않으나, 음주를 하거나 음식에 따라서 궤양통 없이도 오심 및 구토만 나타날 수 있습니다. 활동기 궤양 초기에 주로 구토가 생기며, 유문부와 위전정부의 궤양에서 구토증상이 잘 나타납니다. 유문부의 협착이 없다 하더라도 위하부, 십이지장 근처에 생긴 궤양으로 부종과 근육의 강직이 심한 경우에 궤양통과 함께 오심과 구토가 생길 수 있으며, 위액분비가 많은 환자에서는 주로 밤에 구토가 일어나서 잠을 깨는 경우가 있습니다.

2) 공복감과 식욕감퇴

십이지장 궤양 환자의 20%에서는 공복감으로 식욕이 증가하는 경우가 있으나, 약 1/3에서는 식욕이 감퇴되며, 위궤양 환자에서는 반수 정도가 식욕감퇴를 호소합니다. 양성 위궤양으로 확진된 환자에서 유문부 협착증이 발생하면 식욕이 좋다가 점차 떨어지는 경향이 있고, 위암의 경우 식욕감퇴가 현저하므로 유난히 식욕이 떨어지는 환자에서는 감별진단이 필요합니다.

3) 소화불량

합병증을 동반하지 않고 비교적 정도가 심하지 않은 위궤양 환자에서는 심한 소화불량증세를 호소하지 않지만 상복부 불쾌감, 상복부 압박감, 더부룩한 느낌, 명치 밑에 뭔가 매달리는 듯한 증상, 트림 등의 가벼운 소화불량증세는 비교적 많은 환자에서 볼 수 있습니다. 과민성 장증후군의 양상을 동반하는 수가 많으므로 변비와 설사 등의 대장증세가 동반되기도 하며, 가슴앓이 증상이 십이지장 궤양 환자의 20% 내지 60%에서 발생되는데, 위산의 증가와 위산에 대한 내장 감작(sensitization)이 관련되는 것으로 생각됩니다.

4) 체중감소와 같은 전신증상

대부분의 소화성궤양 환자에서는 체중감소가 일어나지 않지만 장기간 구역질과 구토가 있거나, 출혈 및 유문부 협착과 같은 합병증이 생기고, 음식을 먹으면 불편한 증세가 나타나거나 거북하여 음식섭취를 줄이면 체중이 감소하게 됩니다.

취침시에 통증으로 숙면을 하지 못하고 자주 깨는 경우에 신경이 날카로워지고 식욕이 떨어지며, 체중이 감소할 수 있겠습니다.

3. 궤양 합병증의 증상

비스테로이드 소염제 사용의 경우는 다소 다르지만 합병증은 만성 소화성 궤양 자체와 관계되고, 합병증이 일어난 경우 증상이 갑작스럽게 변화하는 경우가 대부분입니다.

침투성(penetrating) 궤양으로 발전한 경우에는 모호한 내장 통증에서 좀 더 국소적이고 심한 통증이 등으로 방사되고, 음식물이나 제산제에 의해 통증이 완화되지 않으며, 통증의 주기적 리듬이 소실됩니다.

심한 통증이 배 전체로 퍼지면 천공성 궤양을 의심할 수 있고, 유문부 폐쇄의 대부분의 경우에서 구토가 나타나며, 출혈은 오심, 토혈, 흑색변 또는 어지러움 등의 증상으로 나타납니다.

4. 무증상 궤양

노인이나 비스테로이드 소염제 복용자들에서는 전혀 증상 없이 궤양이 발생할 수 있으며, 특히 진통소염제 사용에 의해 출혈이나 천공 등의 합병증이 발생한 환자 중에서 약 반 정도가 전혀 증상이 없습니다.

십이지장보다는 위에서 무증상 궤양이 더 흔하며, 위체부나 위저부의 궤양에서 자주 나타납니다. 유지요법으로 치료를 할 경우 어느 정도 무증상 궤양의 빈도를 감소시킬 수 있으며, 증상이 있거나 합병증이 동반되는 궤양으로 진행하는 것도 억제할 수 있어 진통소염제 사용이 불가피할 경우 유지요법을 적극적으로 지속할 필요가 있습니다.

진단 및 검사

1. 이학적 소견

합병증이 없는 환자들의 이학적 소견은 대개 정상인데, 활동성 궤양일 경우 심와부의 압통이 있을 수도 있습니다.

2. 내시경적 진단

소화성 궤양을 정확히 진단하기 위하여서는 내시경적 관찰을 통해 궤양의 위치, 모양, 크기, 숫자, 궤양저(ulcer base), 변연(margin), 주위점막, 주름의 집중상, 치유과정 등을 파악하여야 합니다.

소화성 궤양은 발생 시기에 따라 형태가 변하는데 활동기(active stage), 치유기(healing stage), 반흔기(scarring stage)로 구분하고 있습니다.

또한, 경과에 따라 급성과 만성으로 분류할 수 있는데 급성궤양에서는 염증으로 인한 점막 부종으로 내시경검사 상 촉지 시 부드러운 느낌을 주다가 병변이 치유되면 부종이 소실됩니다. 하지만 만성궤양에서는 궤양 주변이 딱딱하고 고정된 듯한 느낌을 줍니다.

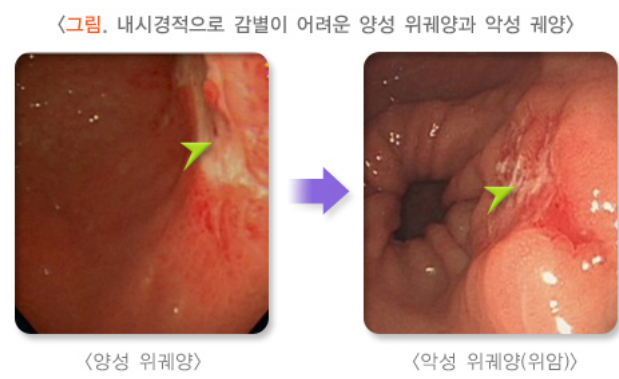


십이지장 궤양은 위궤양과는 달리 악성이 극히 드물고, 재발과 다발성으로 인하여 십이지장 구부의 변형을 동반하는 예가 많습니다.

위궤양의 경우 양성 궤양과 악성 궤양(위암)이 잘 구별되지 않는 경우가 있기에 매우 주의해야 합니다. 즉, 내시경 검사에서 위궤양이 발견되면 항상 양성과 악성 궤양의 감별에 유의하여야 합니다. 그 이유는 소화성 궤양은 물론 조기 위암의 경우에도 시기에 따라 다양한 형태를 취할 수 있기 때문입니다.

따라서 위에 발생한 궤양성 병변은 언제나 생검에 의한 병리조직 소견으로 위암이 아님을 확인하여야 하고, 궤양치료 후 다시 내시경 검사를 시행하여 치유된 궤양 반흔에서 다시 조직검사를 시행해야 합니다.

일반적으로 양성 궤양은 궤양저부의 백태와 주위 염증과의 경계가 명확하고 뚜렷한 경향이 있습니다. 또한 주위 점막의 융기는 부종에 의한 것이므로 부드러운 느낌을 줍니다. 반면, 악성 궤양에서는 궤양 저부의 백태와 주위 염증과의 경계가 불분명하고 변연이 뚜렷하지 않는 경향이 있습니다. 그리고 검자로 압박을 하면 주위점막의 융기가 암 침윤에 의한 것이므로, 딱딱한 느낌을 주며 공기를 주입해도 변화가 없는 것이 관찰됩니다.



3. 방사선과의 진단

과거에는 위조영술에 의해 소화성 궤양이 많이 진단되기도 했으나, 위내시경 검사가 보편화된 현재에는 조직검사가 가능하고 출혈의 경우 치료가 가능하며, 진단이 어려운 조기 위암 진단에 좀 더 용이한 내시경 검사가 많이 사용됩니다. 하지만, 위의 연동관계나 전정부에서의 폐쇄 등의 소견을 진단할 경우에는 위조영술 검사가 좀 더 객관적이어서 도움을 주고 있습니다.

치료-약물 치료

1. 소화성 궤양의 약물치료

소화성 궤양의 치료목표는 궤양에 의한 복통, 속쓰림, 소화불량 등의 증상을 없애고, 궤양을 치유함으로써 궤양에 의한 합병증이 생기지 않게 하며, 재발을 방지하는 것입니다.

소화성 궤양의 치료는 천공, 장폐쇄, 출혈 등의 합병증이 없는 한 약물요법이 우선하며, 동시에 궤양을 일으키거나 악화시킬 수 있는 약물들의 복용을 금지해야 합니다.

특히 소화성 궤양의 원인을 제거하는 것이 중요한데, 소화성 궤양이 진단되고 헬리코박터 감염이 증명되면 헬리코박터를 제균하는 것이 궤양의 재발을 방지하는 가장 중요한 대책이 됩니다. 왜냐하면 헬리코박터를 성공적으로 제균하면 증상이 호전되고 궤양 치유 기간이 단축되며, 동시에 재발률이 현저히 감소되기 때문입니다.

비스테로이드소염제가 원인인 경우, 그리고 이 약제가 특히 소화성 궤양 재발의 원인이라고 인정되는 경우에는 비스테로이드소염제 사용을 중지하는 것이 필요한데, 부득이 사용해야 하는 경우에는 세레브렉스(celecoxib)처럼 소화성 궤양의 합병증이 적은 약물로 변경하거나 비스테로이드소염제 사용이 불가피한 경우에는 프로톤 펌프 억제제를 적절히 사용하여 소화성 궤양 발생을 예방하는 것이 필요합니다.

헬리코박터를 치료하는 방법은 단독 사용으로 효과가 있는 약제가 없기 때문에 강력한 프로톤 펌프 억제제와 같은 위산분비 억제제와 함께 아목사실린이나 클라리스로마이신과 같은 두 가지 이상의 항생제를 1일 2회, 7일 복용하는 방법이 선호되고 있습니다. 항생제 내성여부에 따라 제균 성공 여부가 달라 질 수 있어 이들 약제의 제균율은 75-85%로 보고되고 있습니다.

이러한 기본 치료 방법 외에 증상완화를 빨리 오게 하거나 궤양 크기가 큰 경우 여러 약제를 같이 쓰기도 하는데, 궤양 치료제는 궤양의 발생기전과 관련하여 위산이나 펩신 등 공격인자를 감소시키는 약제와 방어인자를 증강시키는 약제로 대별되고, 그 외에 명확하게 구별하기 힘든 약물이나 양쪽기전에 다 작용하는 약제들로서 종류와 수가 매우 다양합니다. 이들 약물들을 소화성 궤양에 발생기전에 따라 분류해 보고, 초기 약제 선택과 난치성 및 재발성 궤양에 대한 약제 선택에 관해 고찰하면 다음과 같습니다.

2. 소화성 궤양의 치료 약제

1) 공격인자 억제제

- 제산제

제산제는 오래전부터 소화성 궤양의 증상을 완화하거나 치료약제로 널리 사용되어 왔으나, H2수용체 길항제를 비롯한 강력한 위산분비 억제제가 개발됨으로 인하여 단독치료제로서는 잘 사용되지 않고 있습니다.

제산제에 포함된 물질로 인한 부작용으로 설사, 변비등이 발생하거나 기존의 심부전이나 복수가 동반된 간경변증, 신부전 등에 영향을 끼칠 수 있으므로 이러한 환자들에서는 적절한 제산제를 선택하는 것이 중요합니다.

효과가 우수한 제산제가 많이 개발됨에 따라 일반적으로 매 식후 1시간과 취침 시, 하루 4번 복용하는 경우가 많습니다. 일반적으로 제산제의 제형은 겔(gel) 제제가 효과 면에서 월등하지만, 휴대하기가 간편하고 복용하기가 편리한 정제도 위산분비 억제와 병용요법으로 사용되고 있습니다.

2) 위산분비 억제제

- H2 수용체 길항제(H2RA)

H2 수용체 길항제는 프로톤 펌프 억제제가 나오기까지 궤양치료의 표준으로 사용되었습니다. 사이메티딘에 이어 라니티딘, 파모티딘, 니자티딘 등이 개발되었습니다. 기본적인 약리작용은 동일하지만 흡수 및 대사 과정의 차이 때문에 사용량이 다른데, 나중에 개발된 약물일수록 부작용이 적고 제산 능력이 강한 편입니다.

사이메티딘은 여러 가지 부작용이 알려져 있으나 실제적인 빈도는 적은 편입니다. 잘 알려진 부작용으로는 노인에서 중추신경계의 약제로 혼미, 우울증이 오는 수가 있으며, 항 안드로젠(androgen) 효과로 인해 유방비대, 성욕감퇴 등이 초래될 수 있고, 다른 약물과 상호작용을 일으켜 독성을 증가시킬 수 있으므로 주의를 요합니다.

- 프로톤 펌프 억제제(Proton Pump Inhibitor: PPI)

프로톤 펌프 억제제는 전구체(prodrug)로서 위산을 분비하는 벽세포가 음식 등에 의해 자극이 되었을 때, 기능을 발휘하는 약으로의 전환이 가장 잘 일어납니다. 활성화된 프로톤 펌프 억제제는 위산 분비를 담당하는 효소인 H+/K+-ATPase를 억제하여 현존하는 약제 중 가장 강력한 산분비 억제제입니다.

프로톤 펌프 억제제의 작용은 공복시간이 긴 후에 투여할수록 더 효과적이므로 산 분비억제를 최대화하기 위해서는 하루의 첫 식사 전에 투여하는 것이 가장 효과적이며, 대부분의 경우 1일 1회 투여로 산분비 억제 작용은 충분하다고 알려져 있습니다. 하지만 2회 투여가 필요한 경우의 두 번째는 저녁식사 전에 투여하는 것이 좋습니다.

프로톤 펌프 억제제의 부작용으로는 두통, 설사 등이 보고되어 있으나, 이외에 심각한 부작용은 드물다고 알려져 있습니다. 유럽에서는 현재까지 거의 20년, 미국에서는 15년 가까이 사용되어 왔으나 인간에서 종양 발생률이 증가했다는 증거는 아직 없습니다.

3) 방어인자 증강제

방어인자 증강제는 위점막 방어기구의 유지나 조직 회복을 촉진하는 약제의 총칭으로서, 다음과 같은 작용기전이 있습니다.

- 궤양병소 피복 보호

점막의 결손을 가져오게 한 병소를 피복하여 치유를 촉진합니다. 수크랄페이트(sucralfate)는 위산에 노출되는 경우 궤양바닥 노출 조직의 단백질과 결합하여 손상으로부터 보호하고 궤양의 치유를 촉진합니다. 비스무트(colloidal bismuth) 또한 피복효과가 있고, 헬리코박터에 대한 제균효과가 있어 일차치료에 실패한 경우 사용되는 치료제 중 하나로 사용되고 있습니다.

- 점액합성 및 분비촉진

점액을 생산·분비하는 세포는 위점막의 표층에 위치하고, 위점막의 방어기구로서 점액은 중요한 역할을 하고 있는 것으로 생각됩니다. 테프레논(teprenone)는 인지질, 고분자 당단백의 합성을 촉진하고 점액을 통하여 궤양의 치유를 촉진한다고 알려져 있습니다. 프로스타글란딘 역시 점액분비 촉진작용을 가지고 있습니다.

3. 난치성 궤양의 치료

적절한 약물치료로 8주(큰 위궤양의 경우 12주)에도 낫지 않는 경우 난치성 궤양이라 칭합니다. 난치성은 증상이 계속되는 증상 난치성, 내시경검사에서 궤양이 활동성으로 있는 내시경 난치성으로 구분할 수 있습니다.

내시경검사에서 반흔기이나 궤양 증상이 지속되면 다른 질환이나 병발질환을 찾아보아야 합니다. 그러나 내시경검사에서 활동성 궤양이 지속되어도 25%는 증상이 없으므로 난치성 여부는 내시경 검사로 판정하는 것이 정확합니다.



난치성 궤양에 대한 치료는 우선 헬리코박터 파일로리가 있으면 이를 제균하여야 하는데, 그 이유는 헬리코박터 파일로리 제균은 궤양의 치유를 촉진하고 재발을 감소시키기 때문입니다. 또한 난치성 궤양은 H2수용체 길항제보다는 프로톤 펌프 억제제로 치료를 해야 합니다.

치료-비약물 치료

1.수술치료

천공, 출혈, 유문협착이 있는 경우 수술을 시행합니다. 하지만 최근 소화성 궤양에 대한 효과적인 약물이 개발되어 합병증으로 이행하는 경우가 적어짐으로써 수술치료는 과거보다 그 빈도가 낮아지고 있습니다.

합병증

1. 출혈

1) 빈도 및 원인

출혈은 십이지장궤양 환자의 15-25% 정도에서 일어나며, 유지요법이나 헬리코박터 제균요법을 시행하지 않으면 40% 정도에서는 재출혈이 일어납니다. 출혈이 일어난 경우 사망률은 5-14%정도입니다.

소화성 궤양의 출혈에 영향을 미치는 인자로는 헬리코박터 파일로리, 아스피린을 포함한 비스테로이드소염제, 항응고제, 부신피질호르몬 및 칼슘차단제, 음주, 흡연 등이 제시되고 있습니다.

60세 이상의 출혈성 소화성 궤양 환자의 80% 정도가 비스테로이드소염제의 사용 중에 일어난다고 보고되고 있을 정도로 출혈에는 비스테로이드성 소염제의 역할이 지대하다 하겠습니다.

2) 임상상 및 진단

출혈성 궤양의 임상상은 출혈의 양과 속도에 따라 다릅니다. 선홍색의 토혈은 대량의 출혈을 의미하고, 속도가 느린 출혈은 커피색의 구토 또는 흑색변(melena)으로 나타납니다.

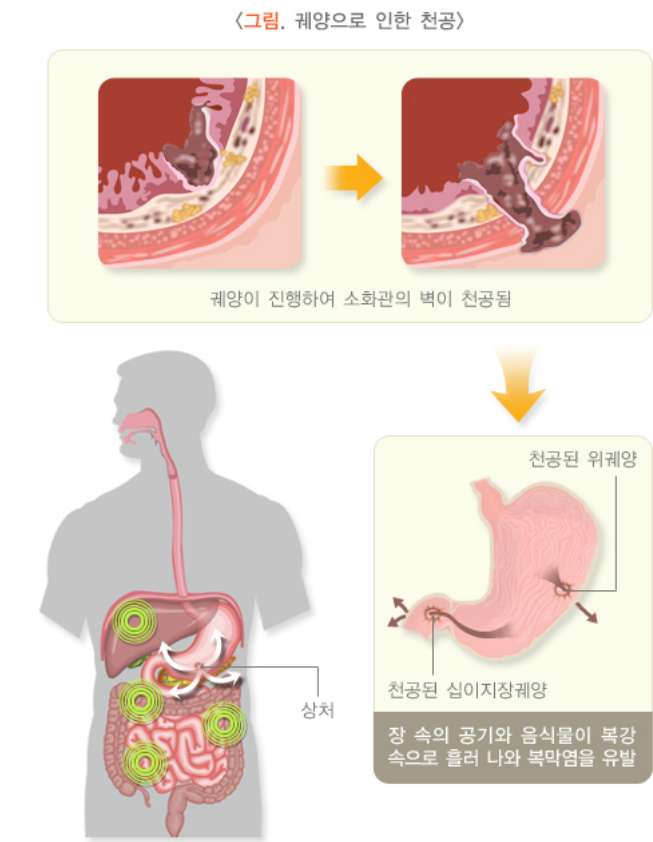
혈색소의 감소나 대변 잠혈반응은 소량의 만성적인 출혈일 때 나타나는데, 기립성 저혈압을 포함한 생명징후의 변화와 빈맥은 대량의 출혈을 시사하는 소견입니다. 절대적인 혈색소 수치의 감소보다는 감소의 속도가 더 중요한데, 출혈성궤양을 진단하는데 제일 좋은 검사로는 상부위장관 내시경검사입니다.



이처럼 출혈이 발생한지 24시간 이내에 시행하는 상부위장관내시경 검사가 좋은 이유로는 첫째, 조기내시경을 시행받은 환자에서 생존율이 높고, 둘째, 출혈하고 있는 궤양이나 노출된 혈관을 보이는 궤양에 대한 내시경 치료에 의해 사망률의 감소이며, 셋째, 내시경검사에 의하여 궤양의 재출혈 위험성을 판단하여 입원치료할 환자를 선택할 수 있기 때문입니다. 내시경 검사에서 보이는 궤양 저부의 소견에 따라 재출혈 또는 반복적인 출혈의 가능성을 예측할 수 있는데, 저부가 깨끗하고 혈괴가 붙어 있으면 재출혈의 위험성이 낮으며, 노출된 혈관이 보이거나 활동성 출혈이 관찰되는 경우는 재출혈의 위험성이 50-90% 정도로 높게 보고되고 있습니다.

2. 천공

1) 빈도 및 원인



소화성 궤양 환자에서 천공의 빈도는 매년 인구 10만 명당 7~10명 정도이며, H2수용체 길항제의 사용에도 불구하고 천공의 빈도는 크게 줄어들지 않고 있습니다. 천공의 빈도는 출혈보다는 덜하지만 폐쇄보다는 흔한데, 천공은 소화성 궤양으로 인한 수술의 제일 흔한 원인이 되고 있습니다.

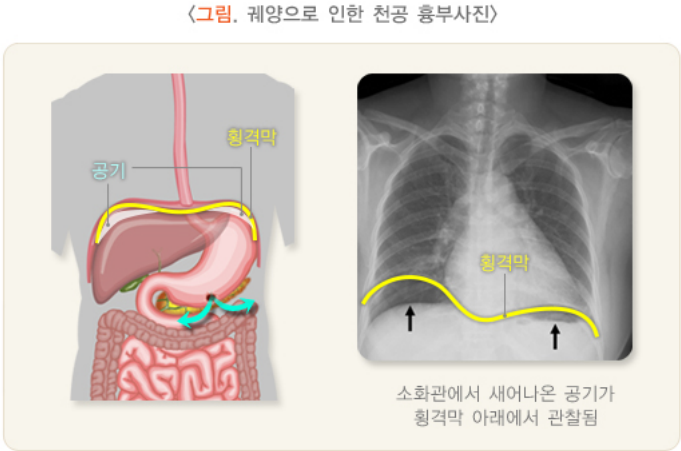
천공의 2/3는 십이지장 궤양에서 일어나며, 십이지장 궤양 환자에서 매년 0.8% 정도의 천공 위험성을 지니고 있습니다. 위 천공은 고령의 여성에서 많은데 헬리코박터 감염, 비스테로이드소염제의 사용 및 흡연시 증가하고 심각한 질환이 동반된 경우에는 사망률이 증가합니다.

2) 임상상 및 진단

천공이 발생하면 급작스럽게 심한 복통이 오며 복막의 염증조건이 뒤따르게 됩니다. 복통은 위 상복부에서 시작하여 전체 복부로 퍼지게 되는데 체위 변경으로 통증이 악화됩니다. 천공은 이전에 궤양의 증상이나 소화불량증의 증세 없이 오기도 하기 때문에 임상적인 의심이 매우 중요하다 하겠습니다.

신체검사소견은 천공의 기간과 위내용물이 복막에 오염된 정도에 따라 달라지며, 심한 복부 압통과 함께 복부 근육의 긴장 또는 반사압통을 보이게 됩니다. 압통은 위상복부에서 제일 심하게 나타나며, 장음은 감소하고, 시간이 지남에 따라 혈압이 저하되고, 발열이 나타나는 패혈증의 소견을 보이기도 합니다.

환자의 반수에서 백혈구 증다증이 관찰되며, 혈청 아밀라아제는 20% 환자에서 증가됩니다. 천공은 기립상태에서 흉부촬영을 해보면 자유공기음영을 관찰할 수 있습니다. 복부전산화단층촬영은 단순복부촬영보다 민감도가 더 높고(92% vs. 74%), 천공 시 내시경검사는 금기증으로 되어 있습니다.



천공과 감별할 질환으로는 급성담낭염과 췌장염을 들 수 있습니다. 췌장염의 경우 흔히 통증이 등쪽으로 전파되지만, 천공에서는 이러한 증상이 드물고, 오심과 구토는 급성담낭염에서 제일 심하게 옵니다.

천공시에도 20% 정도에서 혈청 아밀라아제의 증가를 관찰할 수 있으며, 주로 진행이 되어 심한 복막 내 염증이 있을 때 올라가는 경우가 많습니다. 고령의 환자나 정신과적인 질환이 있는 경우 천공을 간과할 수 있어 주의를 요하는데, 특히 이런 환자에서는 원인 미상의 저혈압만을 보이는 경우가 있습니다.

소화성 궤양의 출혈로 치료 중인 환자에서 발열, 백혈구 증가(>12,000/mm)가 있고 혈액과 수액 보충 후에도 빈맥이 지속되면 천공을 의심해 보아야 합니다.

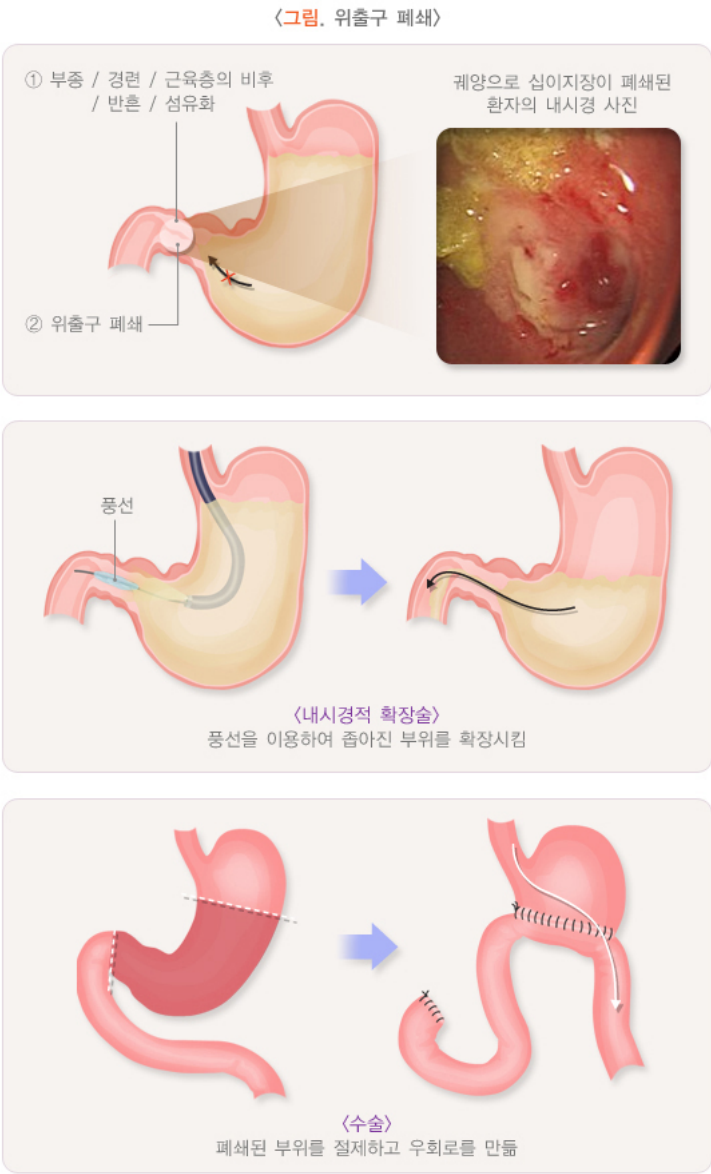
3) 치료

일반적으로 소화성 궤양의 천공에 대한 치료는 응급수술을 해주는 것으로 되어 있습니다. 최근 정맥 내 항생제의 투여와 H2수용체 길항제 사용으로 73% 환자에서 수술을 하지 않고도 보존적인 요법만으로도 치료할 수 있다고 보고하는데, 고령일수록 이런 치료에 대한 실패율이 높아지지만 수술을 한 환자군과 비교했을 때 사망률이나 유병률의 차이는 보이지 않았습니다. 70세 이상의 고령군에서 사망률은 8-34% 정도이며, 쇼크에 빠진 경우, 천공의 임상상이 지연되어 나타난 경우, 동반된 전신질환이 있는 경우 예후가 나쁘다고 알려지고 있습니다.

3. 폐쇄

1) 빈도 및 원인

유문부나 십이지장에 위치한 소화성 궤양환자의 2-8%에서 위출구 폐쇄가 일어나는데, 다른 합병증에서와 같이 비스테로이드소염제의 사용 환자에서 폐쇄의 빈도가 높습니다. 폐쇄는 급성궤양에 의한 부종, 경련, 근육층의 비후, 반흔이나 섬유화의 결과로 초래됩니다.



2) 임상상 및 진단

위출구 폐쇄가 일어나면 오심, 구토, 조기포만감, 체중감소가 일어납니다. 구토는 많은 양을 지속적으로 하게 되고 담즙이 섞이지 않으며, 식사 후 12-24시간 이내의 음식물이 나오게 됩니다. 구토를 하고 나면 통증은 완화되는 경향이 있고, 변비가 오는 경우가 많습니다.

신체검사에서 복부팽만은 20% 정도에서, 물 튀기는 소리는 25% 미만에서 보이며, 드물게 육안으로 보이는 연동운동을 관찰할 수 있습니다.

진단은 750mL의 물을 투여한 뒤 30분 후 200mL 이상의 생리식염수액이 위에 남아 있으면 출구 폐쇄의 진단이 가능합니다.

방사선 조영술에 의해서는 악성 폐쇄의 감별이 쉽지 않은데, 내시경 검사는 악성종양에 의한 출구폐쇄를 진단하고 배제하는데 제일 중요한 검사가 됩니다.

3) 치료

심한 출구 폐쇄로 반복적인 구도를 하게 되면 탈수, 전해질이상을 초래하여 저칼륨증과 함께 대사성 알칼리 혈증을 일으킵니다. 이런 경우는 등장성 생리식염수와 칼륨의 보충을 해 주어야 합니다. 프로톤 펌프 억제제와 보존적인 치료법으로 나아지지 않으면 내시경적 확장술을 고려할 수 있습니다.

협착이 있는 부위의 내시경적 확장술은 수술요법을 대신하는 방법으로 풍선을 이용하여 폐쇄가 발생한 부분을 확장해 줍니다. 증상의 호전은 75-100%에서 이루어지며, 확장술에 의한 천공은 7%에서 관찰됩니다. 확장술의 방법에 따라 성공률에 많은 차이를 보일 수 있으며, 증상의 재발은 3년에 45%에서, 45개월의 84%까지 많은 편입니다. 확장술 후에는 장기간 H2수용체 길항제나 프로톤 펌프 억제제를 사용하 주어야 하는데, 이러한 방법이 실패할 경우 수술을 고려해 볼 수 있습니다.

위험요인 및 예방

소화성 궤양의 예방을 위해서는 건강 수칙, 즉 규칙적인 식사와 소식이 기본이라고 할 수 있습니다. 그러나 원인인 소화성 궤양이 발생할 가능성이 높으면, 헬리코박터를 제거하고 비스테로이드소염제의 사용을 억제하는 것이 예방법이 될 것입니다.

구체적 방법으로는 비스테로이드소염제를 오래 사용할 가능성이 있는 경우는 비스테로이드소염제의 투여를 중지하거나 감량하고, 헬리코박터 감염이 있으면 미리 제거하는 것이 좋다고 권유되고 있습니다.

그러나 대부분의 연구 결과는 헬리코박터 감염 자체는 비스테로이드소염제 관련 궤양의 발생 빈도를 높이지 않는 것으로 되어 있어 헬리코박터 파일로리 제균 요법이 힘든 경우에는 굳이 요법을 시행할 필요는 없습니다.

한편, 합병증 측면에서는 다음과 같은 예방법이 적극 추천되고 있습니다. 즉, 70세 이상의 고령, 과거 궤양이나 궤양 합병증의 병력, 스테로이드 제제(corticosteroid)나 항응고제의 사용 등의 조건을 가진 사람이 비스테로이드소염제를 사용해야 하는 경우, 궤양 합병증의 발생 빈도가 높으므로 스테로이드성 소염제 사용시 궤양 발생을 반드시 예방하여야 합니다.

즉, 궤양의 “위험군”의 경우에는 프로톤 펌프 억제제 투여가 추천되고, “위험군”이 아니라면 H2수용체 길항제의 투여가 추천됩니다.

예방의 다른 방법으로는 비스테로이드 소염제 중에서 위십이지장 점막 손상을 덜 일으키는 것으로 알려진 약물을 선택할 하는 것입니다. 그리고 과거 궤양이나 궤양 합병증의 병력이 있는 경우 헬리코박터 파일로리 제균으로 재발을 감소시킬 수 있을 것이므로, 헬리코박터 파일로리 제균이 추천되고 있습니다.

자주하는 질문

Q. 십이지장 궤양 환자에서는 위암이 잘 생기나요?

A.

위궤양 환자는 위점막 변화가 위암 환자와 비슷한 반면, 위산 분비가 많아 발생하는 십이지장궤양은 위산분비가 적고 위축성위염 및 장상피화생 변화를 동반하는 위암과는 정반대의 길을 갑니다.결과적으로 십이지장 궤양 환자에서 위암이 발생할 확률은 십이지장 궤양이 없는 경우보다 절반에 불과합니다.

Q. 위궤양이 오래되면 위암이 되나요?

A.

위궤양 환자에서 위암이 위궤양과 별개로 발생할 수는 있으나, 위궤양이 오래되어 결국 위암이 된다는 말은 사실이 아닙니다. 즉, 위암이 양성 위궤양 모양을 띠고 있어 혼동을 주었고, 조직검사로도 나오지 않은 경우가 있습니다. 이 경우는 조직검사를 반복하여 결국 위암 세포가 발견된 경우입니다.즉, 이러한 경우를 예방하고자 위궤양 환자에서는 반드시 내시경으로 조직검사를 하고, 적절한 기간 궤양 치료를 한 후 다시 추적 내시경 검사를 하여 위궤양 반흔에서 조직검사를 다시 시행하는 것이 원칙입니다.이상의 내용을 요약해 보면 위궤양인데 난치성 궤양으로 앓다가 그곳에서 위암 세포가 발생하는 경우는 거의 없다는 것입니다.

Q. 자극적이고 매운 음식을 먹으면 위궤양이 잘 생기나요?

A.

오랫동안 고추나 후추와 같이 맵고 자극적인 양념류가 소화성 궤양의 발생에 중요한 영향을 미칠 것이라고 생각했으나, 다른 아프리카 지방에서는 후추와 같은 양념류의 섭취와 궤양의 발생과는 관계가 없음이 알려졌고, 인도에서도 양념류의 소비와 십이지장 궤양의 발생률에서로 상관성이 없음이 알려졌습니다. 고추의 성분에는 캡사이신(capsaicin)이 있는데, 이것은 신경세포를 자극하여 위점막의 혈류를 증가시켜서 세포 보호작용을 하는 것으로 알려진 바 있습니다.하지만 동물 실험에서는 고용량의 캡사이신을 투여한 후에는 에탄올 등과 같은 유해 물질에 대한 위점막의 손상이 커진다고 하여 다소 영향을 줄 수 있지만, 일상적인 식생활에서 먹는 정도의 고춧가루와 양념류는 위 손상 유발에 영향을 주지 않는다고 알려진 바 있습니다.

Q. 짜게 먹으면 위궤양이 잘 생기나요?

A.

염분의 과다 섭취와 일본식 음식은 소화성 궤양, 특히 위궤양의 발생과 관계가 있다는 보고가 있었고, 동물 실험에서도 염분을 과다하게 섭취시키면 급성과 만성 위염을 일으키며, 이것은 궤양의 발생을 더 높일 수 있다고 했습니다.하지만 다른 보고에서는 쌀밥, 우동, 미소국, 두부, 해초류와 같은 동양식 음식의 섭취와 위궤양의 발생과는 상관관계가 없었다고 함으로써 염분과 소화성 궤양 사이에 확실한 인과관계는 정립되지 않았습니다.

Q. 우유 및 아이스크림을 먹으면 궤양을 예방할 수 있나요?

A.

우유는 열량이 높은 유동식으로 다소의 제산 효과가 있지만, 우유에 들어 있는 단백질이 가스트린의 분비를 자극하고, 이것은 다시 위산 분비를 일으키게 합니다. 또 우유 안에 있는 칼슘도 직접 벽세포를 자극하여 위산 분비를 증가시키게 됩니다. 그러므로 궤양의 치료를 위해 우유의 섭취는 권장하지 않습니다.

Q. 술을 많이 마시면 위궤양이 잘 생기나요?

A.

알코올은 급성 위점막 손상을 일으킬 수 있지만, 위궤양의 원인 인자가 되는지에 대해서는 논란이 있습니다. 사람에서 1.4% 내지 4% 정도의 알코올을 섭취하면 위산의 분비를 증가시키는데, 맥주와 포도주는 위산의 분비를 증가시키지만 꼬냑과 위스키는 위산 분비를 증가시키지 않습니다. 그러나 적당량의 음주가 궤양의 발생을 높인다거나, 궤양의 치유를 지연시킨다는 명확한 보고는 없습니다.

Q. 담배를 피우면 위궤양이 잘 생기나요?

A.

흡연은 십이지장 궤양과 위궤양의 위험을 증가시키며, 이 위험은 흡연량에 비례합니다. 또 흡연은 위궤양과 십이지장 궤양의 치료를 지연시키고, 재발이 잘 일어나게 하며, 합병증이 더 잘 일어나게 합니다.흡연이 이처럼 안 좋은 이유는 음식물이 위에서nbsp;십이지장으로 배출되는 속도를 증가시켜서, 십이지장의 산성화를 촉진 시키기 때문입니다. 또한 위산 분비를 증가시키고 궤장의 중탄산염의 분비를 감소시키며, 점막의 혈류를 감소시킵니다. 여기에 더하여 위점막에서 분비되는 프로스타글란딘의 생산을 저하시켜서 점막 보호 작용을 떨어뜨리기도 합니다.


Q. 커피를 많이 마시면 위궤양이 잘 생기나요?

A.

커피는 강한 위산 분비 촉진제이며, 많은 사람들에게 소화 불량증을 초래하는데 이러한 효과는 카페인을 줄인 커피에서도 나타납니다. 하지만 커피가 소화성 궤양의 명백한 위험 요소라는 보고는 아직 없기 때문에 증상이 없다면 하루에 한두 잔 마시는 것은 별 문제를 일으키지 않을 것으로 보입니다.

참고문헌

임선희, 김나영, 권진원, 김성은, 백광호, 이주엽,···김주성 (2018). Trends in the seroprevalence of Helicobacter pylori infection and its putative eradication rate over 18 years in Korea: A cross-sectional nationwide multicenter study. PLoS ONE 13(10): e0204762. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204762>.


공공누리 공공저작물 자유이용허락

본 공공저작물은 공공누리 "**출처표시+상업적이용금지+변경금지**" 조건에 따라 이용할 수 있습니다.

☰ 목록

