

요약문

• 등록일자 : 2021-07-21 • 업데이트 : 2025-01-31 • 조회 : 59952 • 정보신청 : 81

요약문

‘이것만은 꼭 기억하세요’

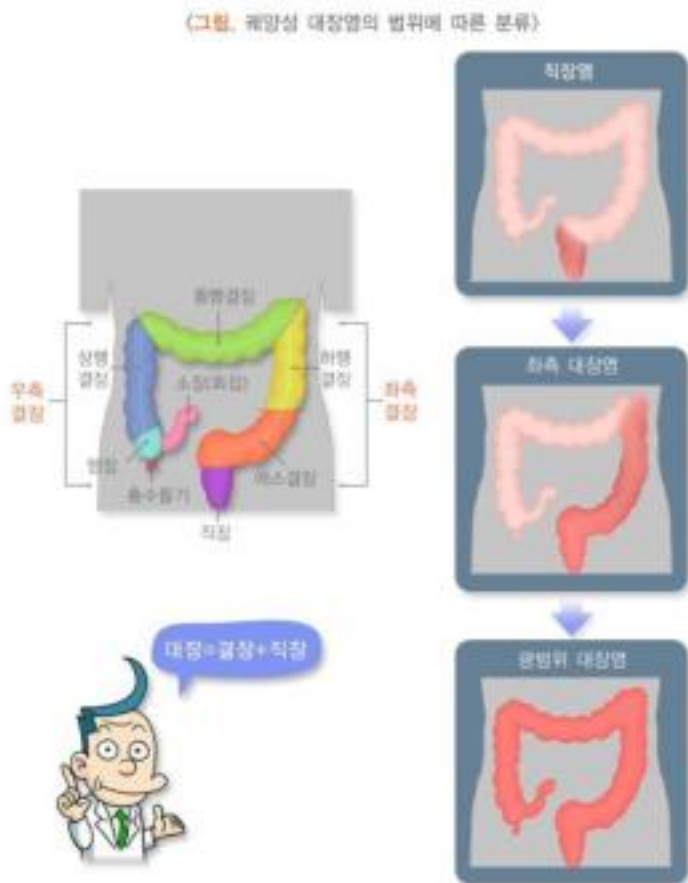
- 궤양대장염은 대장에 염증이나 궤양이 생기는 만성 질환으로, 주요 증상은 혈변, 설사, 대변 결박증, 뒤무직, 복통 등 입니다.
- 원인은 명확하지 않으나, 유전, 면역, 감염, 스트레스, 식습관, 세균화된 생활습관 등이 복합적으로 작용한다고 알려져 있습니다.
- 증상은 만성으로 증상이 좋아짐(관해)과 재발을 반복하며, 대부분 관해 상태의 기간이 길고, 발병 연령이 낮을수록 재발률이 높은 것으로 알려져 있습니다.
- 합병증으로 험착, 천공, 대장암 등이 있을 수 있지만, 신체검사와 내시경 검사 등을 통해 정확히 진단받고 꾸준히 치료와 관리를 하면 삶의 질과 수명을 유지할 수 있습니다.
- 치료는 항염증제, 면역조절제 등의 약물치료와 증상이 심하거나 약물 치료에 반응하지 않는 경우 수술을 포함합니다.

개요-정의

궤양대장염은 소화관 중 대장에 국한되어 장 벽에 염증 또는 궤양이 발생하는 질환으로 아직 정확한 원인이 밝혀지지 않은 만성 재발 질환입니다. 흔한 증상은 만성으로 지속되는 혈변, 설사와 **대변 결박증, 뒤무직** 및 복통입니다. 궤양대장염에서 병적인 변화는 항문에 인접한 직장에서 시작되어 점차 안쪽으로 진행되는데, 병적인 변화가 여기저기 흩어져 있지 않고 모두 연결되어 있다는 특징이 있습니다. 염증이 지속되면, 드물지만 **험착, 천공** 등의 합병증이 발생할 수 있고, 만성염증의 결과로 대장암이 발생할 수도 있습니다. 하지만 궤양대장염을 정확히 진단받고 환자와 의료진의 공동노력으로 꾸준히 치료와 관리를 하면, 일반인과 차이없는 삶의 질과 수명을 유지할 수 있습니다.

개요-종류

궤양대장염은 염증의 대장 침범 범위에 따라 세 종류로 구분할 수 있습니다. 염증이 직장에만 국한되어 있는 경우 '직장염', 직장부터 왼쪽 대장까지 염증이 있는 경우를 '좌측 대장염', 직장부터 오른쪽 대장까지 전체 대장에 염증이 있는 경우를 '광범위 대장염'이라 부릅니다. 대부분 환자에서 직장에 염증이 있으며, 약 1/2의 환자에서는 직장부터 구불결장까지, 1/4은 직장부터 구불결장과 왼쪽 대장까지, 그리고 나머지 1/4은 직장으로부터 횡행결장 또는 오른쪽 대장에 이르기까지 대장 전체에 염증이 존재합니다.



개요-원인

궤양대장염의 정확한 원인은 알려지지 않았으며, 전문가들은 궤양대장염의 원인으로 유전성, 면역성, 감염, 정신적 요소가 복합적으로 역할을 하고 있다고 추정합니다. 궤양대장염 환자에서의 **가족력**은 1.6~2.7% 정도로 알려져 있으며, 1차 친족에서 궤양대장염 발병의 위험도는 일반인에 비해 14.2배로 높아 유전적으로 연관이 있는 것으로 추정됩니다. 또한 불규칙하고 자극적인 식습관, 카페인 섭취, 스트레스 등과 관련된다고 알려져 있으며, 최근에는 세균화된 생활습관으로 인해 발병 빈도가 급격하게 증가하고 있습니다.

일반적으로는 유전적인 소인이 있는 환자에서 환경적인 요인으로 방여기전에 문제가 생겨서 장내의 물질이나 세균을 통해서 면역세포가 자극되는 경우에 궤양대장염이 발생한다고 알려져 있습니다. 이 질환은 스트레스로 인해 증상이 악화될 수 있기 때문에 이러한 요소들도 질병의 진행과정과 치료에 영향을 줄 수 있다고 생각합니다.

개요-경과 및 예후

궤양대장염은 **관해**와 재발을 반복하는 만성 경과를 보입니다. 첫 발병 시 관해에 도달할 확률은 90% 이상으로 보고되고 있으며, 대부분의 경우 재발 상태보다는 관해 상태에 있는 기간이 길지만 소수의 환자에서 증상이 관해에 도달하지 않고 지속되어 수술적 치료(장 절제술)를 받아야 하는 경우가 있습니다. 누적 재발률은

1년에 30.2%, 5년에 72.0%, 10년에 88.4%로 보고된 바 있습니다. 발병 연령이 낮을수록 재발률이 높은 것으로 알려져 있고, 일반적으로 궤양대장염 환자와 건강한 사람 간에 평균 수명의 차이는 없는 것으로 알려져 있습니다. 심한 합병증이 동반되어 사망하는 경우는 가끔 있으나, 궤양대장염 자체로 사망하는 경우는 매우 드물다고 할 수 있습니다.

역학 및 통계

궤양대장염은 1980년대 이전까지는 매우 드문 질환으로 인식되었으나, 이후 환자수가 꾸준히 증가하여 2010년에서 2019년 사이에 2배 이상 증가하였습니다. 이는 서구화된 생활습관과 관련이 있는 것으로 알려져 있으며 진단 기술의 발달 또한 기여한 것으로 생각됩니다. 2019년 국내 궤양대장염 환자는 약 37,000명으로 보고된 바 있으며, **유병률**은 인구 10만명당 65.7명으로 계산됩니다. 연령별로는 20대에 가장 많이 발생하며, 발생 환자수는 70대로 갈수록 점차 감소하는 양상으로 보입니다. 하지만 연령별 유병 환자수는 20대부터 60대까지 전 연령대에서 비슷한 환자수를 보이며, 그 중 50대에서 환자수가 가장 많은 것으로 알려져 있습니다. 남녀 성비의 경우는 1:1.1~ 1:1.3 정도로 여자에서 약간 높거나 큰 차이가 없습니다. 건강보험심사평가원 통계에 따르면 2023년 기준 궤양대장염 환자수는 약 59,000명으로 보고되었습니다.

증상

궤양대장염의 임상증상은 대장의 침범범위와 염증의 심한 정도에 따라 차이가 있으나 혈변, 설사, 대변 절박증을 호소하며, 그 외 뒤무직, 점액질 대변, 야간설사(설사로 인해 자다 깬), 경련성 하복부 통증 및 불쾌감 등이 발생할 수 있습니다. 가장 흔한 증상은 혈변과 설사이며, 그 외 심한 경우에는 식욕부진, 오심, 구역, 구토, 발열, 부종, 전신 쇠약감, 체중 감소 등이 발생할 수 있습니다. 증상은 갑자기 발생할 수도 있으나 대개는 천천히 발생하며, 수 주일에서 수 개월 동안 증상을 호소하며 병원에 오게 됩니다. 또한 대부분의 증상은 호전과 악화를 반복하는 만성 경과를 보이게 됩니다.

궤양대장염 환자는 장과 직접적으로 관련된 증상 이외에도 매우 다양한 장외 증상도 발생할 수 있는데, 처음에 모두 같이 발생하는 것이 아니라 질병 경과 중 여러 시점에 걸쳐 발생할 수 있습니다. 대표적인 장외 증상으로 관절 질환, 피부 질환, 구내염 및 안구 질환 등이 있습니다. 관절 질환은 가장 흔히 관찰되는 장외 증상으로, 관절통, 요통, 말초관절염, 천장골염(골반뼈 염증), 강직척추염 등이 있고, 그 외 구내염과 결막염, 포도막염, 홍채염, 공막염 등의 안과 질환, 그리고 피부 질환인 결절홍반, **괴저 고름피부염** 등이 동반될 수 있습니다. 또한 요로 결석, 간 및 담석 질환, 혈전 색전증 등이 동반될 수도 있습니다.



진단 및 검사

궤양대장염의 표준화된 진단방법은 없으며, 병력과 임상증상, 내시경 검사 및 조직검사 소견을 종합하여 진단하여야 합니다. 진단에 앞서 충분한 병력을 조사해야 하며, 최근 여행력, 음식 알레르기, 감염장염의 병력, 약물 복용력, 흡연력, 염증장질환의 가족력 등을 조사하고, 진단이 불확실한 경우에는 간격을 두고 내시경 검사 및 조직검사를 다시 시행하여 확인할 필요가 있습니다. 궤양대장염은 장에 뚜렷한 염증 없이 복통과 설사 증상이 반복되는 질환인 과민장증후군과 감별해야 하며, 그 외 급성 감염장염, 약제에 의한 장염, 음식 알레르기, 크론병, 장결핵, 배체트 장염 등의 질환과 감별해야 합니다. 때로는 감별 진단이 어려울 수 있으며, 궤양대장염이 의심될 때에는 꼭 전문의사의 진찰을 받고 필요한 경우 검사를 받아야 합니다.

1) 신체검사

신체검사 소견도 질병의 범위와 중증도에 따라 다릅니다. 질병 활동도가 심하지 않은 경우에는 직장 수지 검사에서 관찰되는 혈변 이외 별다른 특이 소견이 없을 수 있습니다. 그러나 증상이 심한 중증환자의 경우에는 복부 평만(배가 불러움), 복부에 전반적인 압통(배를 누를 경우 통증이 있음)과 반발 압통, 장음 감소, 빠른 맥박, 발열, 기립저혈압, 체중 감소 등이 동반될 수 있습니다.

2) 검사실 소견

혈액 및 대변 검사와 생물학적 표지인자 등이 진단에 도움이 될 수 있습니다. 이러한 검사를 통해 백혈구 증가, 빈혈, 염증표지자 증가, 저알부민혈증 등이 관찰될 수 있고, 이것으로 질병의 심한 정도를 간접적으로 평가할 수 있습니다.

▶ 궤양대장염에서 보이는 검사 소견

- 백혈구 증가, 철분결핍빈혈, 혈소판 증가

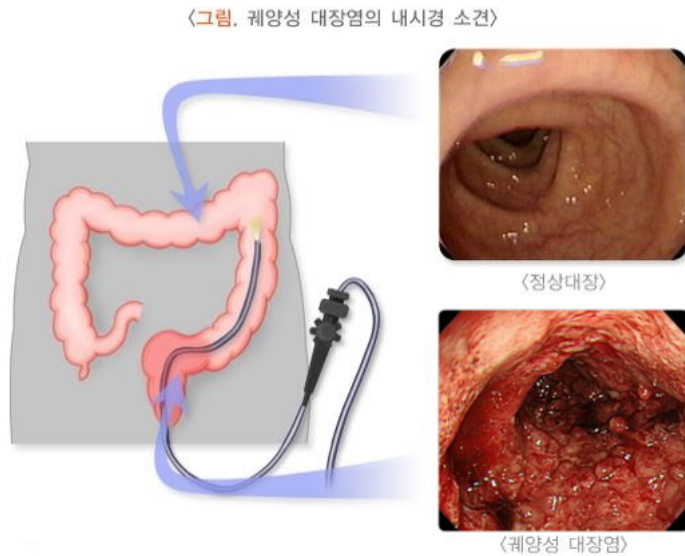
- 혈액 내 염증 상태를 반영하는 적혈구침강속도(erythrocyte sedimentation rate, ESR), C반응단백질(c-reactive protein, CRP) 증가

- 혈액 내 알부민 감소, 항호중구세포질항체(perinuclear anti-neutrophil cytoplasmic antibody, pANCA) 양성

3) 내시경 검사 소견

궤양대장염이 의심되는 경우에는 진단과 병변의 범위 확인을 위하여 대장내시경 검사와 조직검사를 우선적으로 시행하여야 합니다. 대개 직장에서부터 연속적, 대칭적으로 이어지는 염증 병변을 관찰할 수 있으며, 이를 통해 병변의 범위와 중증도를 확인할 수 있습니다.

그러나 임상상황을 고려하여 검사방법을 선택하여야 하는데, 대장염이 심한 환자에서는 검사를 위해 설사약을 복용하는 장 정결 과정이나 대장내시경 검사를 시행하는 도중에 천공 등의 합병증이 발생할 수 있으므로, 이러한 경우에는 구불결장내시경 검사를 시행하는 것이 안전합니다.



내시경 검사에서 경도의 염증이 있는 경우에는 발적(붉어짐), 부종, 출혈, 혈관 투영상 감소 등이 관찰됩니다. 좀 더 심하면 점막에 거친 과립상이 보이며, 가벼운 접촉에도 출혈이 생길 정도의 점막 유착성이 관찰되고, 중증의 경우에는 자연 출혈이나 궤양이 나타나기도 합니다.

궤양대장염에서 보이는 궤양은 표층에 국한된 병변을 보이다가 궤양이 커지면 다양한 성상을 나타냅니다. 경계가 뚜렷하지 않고, 궤양 주위 점막의 부종과 발적 등 염증을 시사하는 소견이 확실하게 나타납니다. 깊은 궤양이 나타날 경우에는 경과가 좋지 않을 것으로 예상할 수 있으며, 염증이 오랜기간 지속되면 점막이 위축되어 대장 내강이 좁아지고, 결장 주름의 소실 및 점막의 과도한 증식에 의한 가성 용종이 관찰될 수 있습니다.

4) 영상의학검사 소견

궤양대장염의 진단을 위하여 영상의학검사가 반드시 필요하지는 않으나, 대장의 협착이 있거나 내시경 검사가 어려울 경우에는 대장조영술이나, 컴퓨터단층촬영(computed tomography, CT)을 시행할 수 있습니다.

이를 통해 두꺼워진 대장 벽과 대장 내강의 확장 소견뿐만 아니라 병변의 범위도 평가할 수 있으며, 대장 협착이나 불규칙하고 두꺼워진 점막면, 결장주름의 소실, 얇은 궤양 등의 소견 등을 확인할 수 있습니다.

치료

치료의 목표는 증상과 장의 염증을 호전시켜 가능한 오랜 기간 동안 증상이 없는 상태(관해)를 유지하여 삶의 질을 높이는 것입니다. 최근 치료 목표가 증상을 없도록 하는 것 뿐만 아니라, 내시경 검사에서 장점막의 궤양이나 염증 없이 낫도록 하는 것(점막치유)으로 변화되고 있습니다. 하지만 궤양대장염의 특성과 치료 반응은 환자 개인별로 다를 수 있기 때문에, 개인에 적합한 치료 목표를 정하고 그 목표에 도달하도록 치료해야 합니다. 또한 증상이 좋아졌다고 치료를 중단하는 것이 아니고 증상 재발과 합병증 예방을 위해 지속적으로 꾸준히 치료를 받아야 합니다.

궤양대장염의 치료는 크게 관해 유도 치료와 관해 유지 치료로 나눌 수 있으며, 진단이 되고 나면 해부학적인 병변의 범위와 병변의 중증도를 결정하는 것이 치료 방법을 정하는데 있어 중요합니다. 궤양대장염 치료제로 여러 약물이 개발되어 있으며 환자의 상태에 따라 맞추어 적절한 약제를 사용하게 됩니다.

치료-약물 치료

1) 항염증제

설파살라진(sulfasalazine), 메살라민(mesalamine), 부신피질호르몬제(스테로이드 제제) 등의 약물이 있으며 이들 약제는 주사약, 먹는 약, 좌약 및 관장약 등의 여러 형태로 시판되고 있으므로 염증의 종류, 부위 및 범위에 따라 같은 성분의 약제 중에서 적절한 투여 방법을 선택할 수 있습니다.

설파살라진과 메살라민은 경증 혹은 중등증의 궤양대장염 환자의 관해 유도와 유지 치료에 첫 번째로 고려할 수 있는 약제이며, 대부분의 치료가 경구로 이루어지고 있습니다.

항문으로 투여하는 메살라민 제제도 있는데, 이는 주로 직장만을 침범한 궤양대장염에서 유용하며 염증이 가장 심한 부위에 직접 투약이 가능하고 전신 부작용을 줄인다는 장점이 있습니다.

부신피질호르몬제는 항염증제에 반응하지 않거나 급성기의 심한 궤양대장염에서 사용할 수 있습니다. 이는 초기에 신속하게 증상을 개선시켜 일시적으로 관해를 유도할 수 있으나, 장기간 투여시 여러가지 부작용(부종, 여드름, 소화궤양, 고혈압, 당뇨, 감염 등)이 발생할 수 있어 증상이 심한 경우 단기간 고용량을 사용하고 증상이 호전되면 서서히 양을 줄여 중단하게 됩니다.

2) 면역조절제

아자티오프린(azathioprine), 메르캅토프린수화물(mercaptopurine hydrate), 메토트렉세이트(methotrexate)와 같은 약물이 사용됩니다. 항염증제로 조절되지 않거나 부신피질호르몬제를 장기간 사용해야 하는 경우, 면역조절제를 동시에 사용하면 스테로이드 사용량을 줄이는 효과를 기대할 수 있고 관해 유지에 도움이 됩니다.

3) 생물학적제제 및 소분자약제

항염증제, 면역조절제에도 반응하지 않는 중등도 또는 중증 궤양대장염 환자에게서 사용되며, 장의 염증을 유발하는 원인 물질 자체를 차단하는 일종의 표적치료제로 볼 수 있습니다. 현재 사용가능한 생물학적제제는 3종류이며, 가장 처음 출시된 종양괴사인자(tumor necrosis factor, TNF) 억제제와 그 다음 등장한 인터그린 억제제, 그리고 가장 최근에 승인 받은 인터루킨 억제제가 있습니다. 소분자약제로는 야누스인산화효소(janus kinase, JAK) 억제제가 있으며 경구로 사용합니다.

치료-비약물 치료

궤양대장염에서 수술을 하는 경우는 흔하지 않으나 약물로 조절되지 않는 출혈, 대장 천공, 그리고 악성 종양이 발생하면 대장절제 수술을 시행하게 됩니다. 그 외에도 염증이 심하여 내과 치료에 반응을 하지 않거나 약제 부작용으로 인해 약물 치료를 지속적으로 하기 힘든 경우에도 수술을 시행할 수 있습니다.

참고문헌

1. 건강보험심사평가원, HIRA빅데이터개방포털(opendata.hira.or.kr)

2. 김영민, 박상형, 양석균, 최재원, 김세희, 변정식, 정준원 (2006). 한국인 궤양성 대장염 환자의 임상적 특징과 장기적 예후. Intestinal research, 4(1), 12-21.

3. 대한장연구학회 (2020). Inflammatory bowel disease fact sheet in Korea 2020.

4. 양동훈, 양석균 (2009). 한국인에서 궤양성 대장염은 증가하는가?. 대한내과학회지, 76(6), 637-642.

5. 최창환, 문원, 김유선, 김은수, 이보인, 정윤희, 한동수 (2017). 궤양성 대장염 치료 가이드라인 개정판. The Korean journal of gastroenterology, 69(1).

6. Intest Res. 2023 Jan;21(1):61-87.Korean clinical practice guidelines on biologics and small molecules for moderate-to-severe ulcerative colitis



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

☰ 목록

