

위장관 질환자의 임상진단과 치료방법

김재웅

유한전문대학 식품영양과

Clinical Diagnosis and Its Medical Managements from Patients with Gastrointestinal Diseases

Jae-Woong Kim

Dept. of Food and Nutrition, Yuhan Junior College, Bucheon 422-749, Korea

Abstract

Endoscopic diagnosis and medical management from K43 and C45 patients, whose sex, occupation, character and life patterns are quite different each other, were discussed. The K43 was patient with erosive gastritis, which may caused by maldietary habits and life stresses. Although the effective drugs such as H₂-receptor antagonists with atacids, H⁺/K⁺-pump inhibitors, prokinetics, colloidal bismuth, and sucralfates, were administrated for long time, symptomatic relief of abdominal pain was not improved. The tests of clinical phathology and abdominal sonogram were normal, visceral hypersensitivity was appeared from barostat test of stomach. However C45 had taken headache during every day life, and endoscopically confirmed as a gastric · duodenal ulcer patiant, which may caused by chronic use of NSAIDs. The her ulceric symptoms were suppressed from active stage to healing stage by using combination therapy for *H. pylori* with traditional antipeptic ulcer drugs, where as amitriptyline was administrated to the K43 but not effective. Nonulcer dyspepsia and irritable bowel syndrome is pooly defined, and affect about 15% of the population annually in U. S. A. but don't seek medical care. Author would like to point out that statistics for visceral pains are absent in Korea.

Key words : erosive gastritis, H₂-receptor antagonists, H⁺/K⁺-pump inhibitors, sucralfate, visceral hypersensitivity, gastric · duodenal ulcer, nonulcer dyspepsia

서 론

상부 소화기관이란 식도, 위, 십이지장을 통칭하는 말로 이 부위에서 위 내시경으로 관찰되는 초기의 질환은 대부분이 위염과 소화성 궤양이다^{1,2)}. Schindler는³⁾ 육안적 조직학적 소견을 근거로 하여 위염을 급성과 만성으로 구분하였고, 만성위염은 표층성, 위축성, 비후성 위염으로 분류하였다. 위 내시경 검사로 생검이 가능해지면서 Whitehead 등⁴⁾은 병리학적 소견을 기준하여 점막형(표층성, 위축성), 위염의 등급, 활동도(호중구의 침윤 정도), 장상피화생(장형, 위유문형) 4가지 항목으로 위염을 분류하였는데 지금도 임상에서 많이 사용되고 있는 분류법이다. 그러나 위염의 내시경적 소견

은 급성위염, 표층성과 위축성 위염, 미란성 위염 등으로 포괄적인 진단을 하는 경우가 많다. 이와 같이 위염의 분류방법에서 문제점이 제기됨에 따라 1990년 호주의 시드니에서 개최된 세계소화기학회에서는 위염 분류법/기술방법으로써 "Sydney System"이 제창되었다^{5,6)}. 소화성 궤양도 급성과 만성으로 구분되며 발생 시기와 경과에 따라 활동기, 치유기 및 반흔기로 분류된다. 그러므로 위 내시경으로 궤양이 발견되면 궤양의 부위, 기저부, 연변, 근육주위 점막의 변화, 경계 등을 세밀히 관찰하여 일차적으로 양성궤양과 악성궤양을 판단하는 것이 중요하며⁶⁻⁸⁾, 조직검사도 병행하여 암 종류와 소화성 궤양이 구별되었을 때 적절한 치료계획을 세우는 것이 순서이다^{1,2,8,9)}. 소화기 질환의 연구 결과들에

Corresponding author : Jae-Woong Kim

따르면 아직도 위염이나 소화성 궤양의 발병기전이 정립되어 있지 않고, 일반적으로 공격인자와 점막 방어인자 또는 보호기능 사이에 균형이 깨어질 때 각종 소화기 질환이 발생된다는 것이며, 특히 전공의 별로 위 내시경 소견과 병리학적 소견이 서로 다른 경우가 많아서 식이요법이나 조기치료에 혼란이 초래되기도 한다¹⁻⁷⁾.

본 연구에서는 여러 측면에서 생활양식이 다른 K43과 C45 환자의 위 내시경 소견과 치료방법에 대하여 비교 고찰코자 한다.

실험방법

1. 연구대상

성별, 직업, 성품, 생활습관이 전혀 다른 K43과 C45 환자를 연구대상으로 하였다.

K43 환자는 집념이 강한 남성으로 조급한 성격에 안달하는 버릇이 있으며, 불규칙한 식습관에 과음하는 경우도 있었다. 질환의 초기증세는 가슴쓰림이 주 증상이었고 심하지는 않았으나 역류성 위산 과다증을 느끼게 되었으며, 식사와 관계없이 위장에 불편감이 있었고, 식욕은 왕성하였으나 통변이 불규칙하여 변비나 설사도 있었다. 일차적인 진료 후 증상에 따라 지속적인 약물의 투여에도 불구하고 점차로 입안에 백태가 생기고, 증상이 완화되는 듯 하다가도 속쓰림이나 동통이 치유되지 않는 난치성 환자였다. C45 환자는 평소 두통 때문에 NSAIDs를 자주 복용하였으며, 그 외 다른 증상은 느끼지 못하다가 소화불량증과 함께 상복부 통증이 갑자기 나타나서 연구대상이 되었다.

2. 전자내시경 검사

사용된 전자내시경(videoendoscopy)은 pentax E-PM-3000으로써, 위 내시경 검사에 따른 감염성 질환(세균, 바이러스, 매독, AIDS)의 이환을 차단하기 위한 조치의 하나로 내시경의 세척, 소독과 멸균처리를 철저히 하였다. 검사방법은 내시경의 종류와 기술자의 경험에 따라 다소 다르나¹⁰⁾, 환자들은 검사 전날 밤 9시 이후에는 절대금식을 하였고, 검사시작 20분전에는 기포제거제로 simethicone 제제인 Gascon[®](40~80 mg)시럽을 복용한 다음, 자율신경 차단제인 Buscopan[®] antroprine 1 mL을 정맥주사하였다. 후두부 점막 표면 마취제는 사용치 않았으며, 위 내시경의 삽입 전에 광원, 선단부의 4방향 만곡 여부, 만곡 잠금조절장치, 송기·송수 및 흡입장치, 점자공 보조통로의 작동상태를 점검하였다.

환자는 어깨높이의 10 cm 전후 베개를 베고 좌측와위

를 취하게 하였고, 마우스 피스를 입에 물고 목의 힘을 빼며, 양쪽 무릎을 약간 구부린 자세에서 편안하게 전신의 긴장을 풀도록 하였다. 시술자는 환자를 마주 보는 자세로 서서 왼손으로는 위 내시경의 조작부를 잡고, 왼손 엄지로는 상하만곡부를 조절하고, 인지와 중지로는 송기·송수와 흡입밸브를 조절하며, 오른손으로는 연필 잡는 모양으로 위 내시경의 삽입부를 잡고, 좌우만곡부를 조절하면서 위 내시경을 삽입하거나 견인하게 된다.

3. 임상검사, 상복부 초음파 검사

기초 임상병리 검사로써 요검사와 혈액검사, 그리고 Distender series II (dual drive brostat, U. S. A)로 소화생리기능 검사, 삼성의료원 영상의학-진단방사선과 전문의가 검색한 최적 영상조건에 따라서 초음파기기 (Acuson 128 XP-10, computerized sonography, U. S. A.)로 상복부 초음파 검사를 실시하였다.

결과 및 고찰

1. 위 내시경적 소견

위 내시경 검사에서 문제되는 것이 타액 등에 의한 기포의 제거인데 dimethylpolysiloxan(Gascon[®])을 복용하면 20분 이내에 위속의 기포들이 표면장력에 의하여 대부분이 제거되지만 부착점액이 남는 경우도 있어서 검사에 지장을 줄 수도 있다. 점막표면 마취제인 Xylocaine, 2% Lidocaine, Benoxinate·HCl 제제(Benoxyl viscous[®], Benocaine)는 사용치 않았으며, Buscopan[®] atropine을 정맥주사 하였을 때 마취 현상에 따른 일시적인 현기증이 수반되었다. 위 내시경은 위 점막을 직접 육안으로 관찰할 수 있기 때문에 점막의 병변과 부위, 용기와 함몰 등의 특징적인 발견이 용이하고 생검도 가능하므로 소화기 내과에서는 필수적인 검사장비의 하나가 되었으며, 전자내시경의 확진율은 95% 이상으로 알려졌다⁶⁾.

정상 위의 용적은 1,200~1,500 mL 정도로 양와위일 때 J형으로 보이며, 위 속의 점막 구조는 위체부에서 위의 장축을 따라 구불구불하게 배열되어 있고, 소만부보다는 대만쪽에서, 기저부쪽으로 갈수록 점막이 뚜렷하다. 위·식도 연결부위인 분문부쪽에서는 별모양의 주름이 관찰되며, 위의 끝부분인 유문부의 약 1~2 cm 근위부에서는 횡형의 뚜렷한 주름이 소만부에서 관찰되는데, 이것이 대만부까지 뻗어 나와서 위의 유문동을 둘러싸는 듯한 반달 모양을 하고 있다. 이곳이 위각부분인데 위각은 위체부와 위전정부의 구분점이며 위 내시경적 부위판정에 중요한 지표가 된다^{6,7)}.

Fig. 1A와 1B는 환자의 십이지장을 촬영한 것이다. 위 내시경을 송기와 함께 식도에 서서히 삽입하면서 식도-위 접합부인 Z-선이 나타날 때까지 식도를 간단히 관찰하고, 분문부를 지나면 위추벽이 신장되지 않을 정도로 최소량 송기하면서 대만의 주름을 확인한 다음, 주름의 주행을 따라 위 내시경을 우전방으로 향하게 하여, 장관속으로 계속 진행하면서 위각과 전정부, 유문륜을 찾아 관찰한 후, 환자의 호흡에 따라 유문륜이 충분히 열렸을 때 위 내시경을 유문관에 삽입하여 충분한 송기와 함께 십이지장을 관찰한 것이다.

K43 환자(Fig. 1A)의 십이지장 구부는 아주 정상으로 아무런 병변이 관찰되지 않았고, 복숭아 모양의 매끈하고 균일한 핑크색을 나타내면서 광택을 지니고 있으며, 가까이 접근해 보면 점막들이 융단처럼 보인다. 그러나 C45 환자(Fig. 1B)의 Vater 유두부 주위에는 회백색 또는 연한 황색의 다발성 궤양이 관찰되고 있다.

해부학적으로 십이지장은 길이가 25 cm 정도로서 구부, 하행부, 횡행부, 상행부로 분류되며, 췌장의 두부를 둘러싸고 있으며, 구부의 길이는 4~6 cm로 소장에서 보이는 윤상주름은 없고 중추하는 주름은 약간 있으나 공기를 주입하면 즉시 소실된다. 하행부에 위치하는 Vater 유두는 폴립형 종괴처럼 보이는데 특히 구부와 함께 유두의 관찰은 위 내시경 검사에서 중요한 표적이 된다^{1,7)}.

Fig. 2A와 2B는 위 전정부를 촬영한 것인데 유문륜도 보이고 있다. 십이지장내 구부의 공기를 흡입과 동시에 내시경을 십이지장에서 제거하고, 전정부가 충분히 관찰될 정도의 재송기와 함께(위 내압 15 mmHg, 송기량 1,500 mL 이내) 전정부와 위각부를 관찰하였다. K43 환자(Fig. 2A)의 전정부에는 중등증 정도의 반상 발적이 관찰되고 있으며, 위약성이나 송수로 씻기지 않는 점액 부착물, 화농성 삼출물은 없지만 점막의 피사에 의한 결손으로 점막근관을 넘지 않는 단순 평탄형 미란이 관찰되고 있다. 점막 고유층내 림프구, 형질세포의 침윤은 있을 것으로 추정되나 다른 특수형 병변으로 인지될 만한 소견은 없었다⁷⁾. 발적현상은 흔히 염증이 있을 때 나타나지만 염증 외에도 상피하 출혈, 모세혈관 확장, 문맥압 항진 등 혈관이상이 있을 때도 나타난다⁶⁾. C45 환자(Fig. 2B)의 경우, 위 전정부에서는 윤곽이 편평한 것 같은 예리한 선형 궤양이 관찰되고 있다. 궤양의 기저부는 평탄하고, 변연이 규칙하며 평활하고, 주위 점막에는 단지 부종과 염증이 있고, 경계부위는 약간 융기되어 있으나 부드럽고 명확히 구분되고 있기 때문에 전형적인 양성궤양으로 판단되었다^{7,8)}.

Whitehead 등⁴⁾에 따르면, 점막형 위염을 표층성과

위축성으로 나누고, 표층성 위염은 점차로 주름이 없어지거나 깊이가 얕아져서 혈관이 투시되는 위축성 위염으로 진행되고, 드디어 위 점막은 고유의 색조를 잃게 되어 약간 융기된 회백색 반점들이 점막세포를 덮게 되는 과형성 또는 장상피화생으로 변화될 수 있다는 것이며, 경우에 따라서는 평탄형 미란도 3개월 이상 지속되거나 미란 주위의 위저선 또는 유문선이 비후되면 화산의 분화구 같은 융기성 미란으로 전환될 수 있다고 하였다. 융기성 미란이 아주 크거나 몇 개씩 모여 있으면 I형 조기위암과의 구별이 어려운 경우가 있기 때문에 조직검사가 반드시 요구된다는 것이다⁹⁾. 전정부 점막이나 위체부 점막에서는 궤양이 흔히 발생하는 부위이고, 형상은 주로 원형, 타원형, 선형 등 여러 가지 있으며 색조는 섬유성 유아조직의 영향으로 회백색 또는 연한 노란색을 띠지만 혈색을 보이기도 한다. 실제로 유문동과 위각 주위에서는 위궤양과 위암이 많이 발생되므로 위 내시경 관찰의 표적이 된다^{6,7)}. 암의 심달도가 위점막에 국한되었거나 점막하층에만 침범된 것은 조기위암이라고 하는데 내시경적으로 용기형(I형), 표면형(II형), 함요형(III형)으로 구분하고 표면형(II형)은 다시 표면용기형(IIa형), 표면평탄형(IIb형), 표면함요형(IIc형)으로 세분된다^{7,9)}.

Fig. 3A는 K43의 기저부 및 분문부를 촬영한 것이고, Fig. 3B는 C45의 위각부이다. 십이지장과 위 전정부를 차례로 관찰한 다음, 위각부에서 내시경을 J-반전(상하반대)하여 좌우회전하면서 위각부, 위체부 소만 및 전후벽을 관찰하고, 다시 중립 상태로 한 후, 공기흡입과 동시에 위각의 직상방 또는 위체부 중부 정도의 위치에서 U-반전(좌우반대)하여 기저부까지 위 내시경을 견인하면서, 좌외위일 때 위체부와 저부에는 점액호가 있게 되므로 위액을 완전히 흡입한다. 충분한 재송기와 함께 기저부와 분문부를 세밀히 관찰하고 위 내시경의 만족조절 부위를 중립위치에 둔다.

위 내시경의 광원에 따라 점막의 색깔은 다소 다르게 나타나지만, K43 환자(Fig. 3A)의 기저부 및 분문부는 점막의 색조가 약간 퇴색되어 관찰되고, 점막 사이에서 미세혈관이 조금 보이는 것으로 보아 위산의 역류에 의한 손상이 있었던 것으로 추측되지만 나이가 많아짐에 따라 점막층이 다소 얇아지게 되는 일반적인 증상으로 판단되었다⁶⁾.

C45 환자(Fig. 3B)의 소만측 위각부에서는 선형의 궤양이 두 곳에서 관찰되었다. 궤양 저부에서는 출혈과 응혈이 있으나 경계는 주위와 명확하며 저면이 낮고, 주위 점막과 변연의 상태를 볼 때 악성으로 판단되지는 않았다⁶⁻⁹⁾.

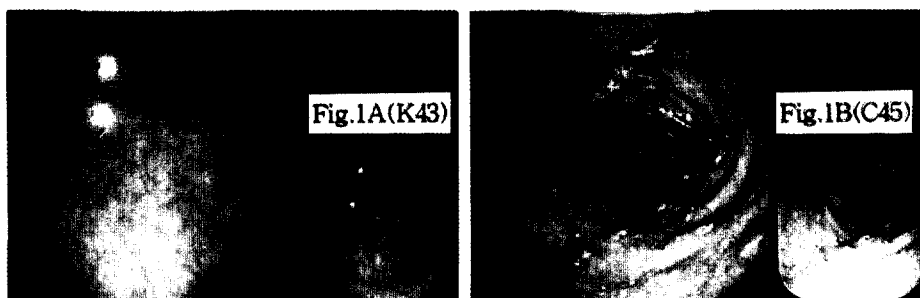


Fig. 1A and 1B. Endoscopy of duodenal bulb(K43) and vater(C45).

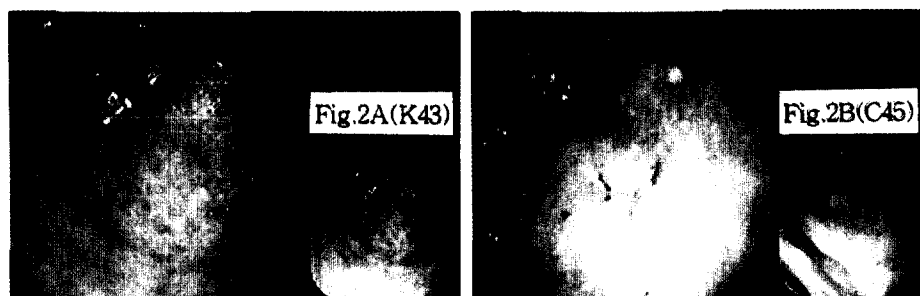


Fig. 2A and 2B. Endoscopy of pyloric antrum.

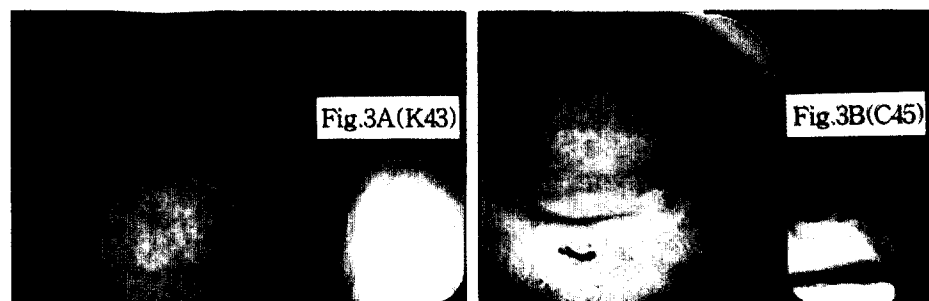


Fig. 3A and 3B. Endoscopy of gastric fundus and cardia(K43), and gastric angle of lesser curvature(C45).

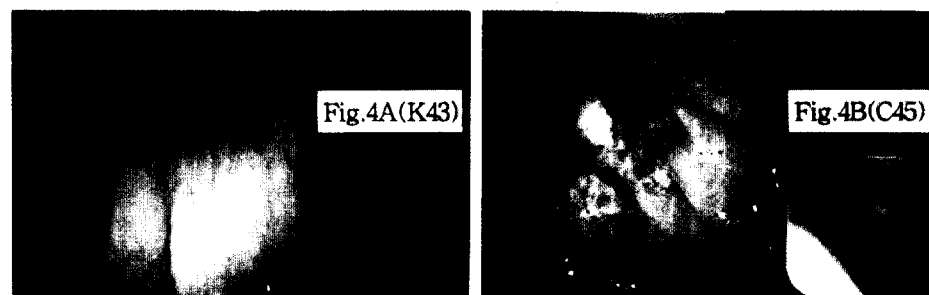


Fig. 4A and 4B. Endoscopy of gastric body.

Fig. 4A와 4B는 전체 위의 2/3를 차지하는 위체부를 촬영한 것이다. 한 시야에서 위체부 전체벽이 원통으로 보일 정도의 충분한 송기로 위체부와 전정부를 관찰한 다음 분문부까지 내시경을 제거하면서 공기를 완전히 흡입하고 마지막으로 식도의 재관찰을 실시하게 된다. K43 환자(Fig. 4A)의 위체부와 저부의 내시경적 소견에는 점막부종, 발적, 위약성, 삼출물, 평탄미란, 융기성 미란, 점막추벽 비후, 점막추벽 위축, 혈관 투영성, 점막내 출혈반, 과립상 등이 관찰되지 않고 있으며, 그 밖에 특수위염(호산구성, 임파구성, 반응성 및 여포성 위염)의 소견도 없다^{6,7,11)}.

그러나 C45(Fig. 4B)에서는 궤양면이 매끄럽고 평탄한 회백색대가 점막 위에 확산되어 있고, 염증에 의한 발적과 함께 조그만 궤양도 관찰되고 있다.

추벽을 관찰할 때 유념해야 할 사항은 공기의 주입으로 위를 충분히 신장시켰음에도 위점막의 주름폭이 1 cm 이상 두껍게 구불구불 비후되어 있으면 Borrmann IV형의 진행성 위암과 구분이 쉽지 않기 때문에 조직검사를 받는 것이 순서이다^{1,2,5,9)}. Borrmann의 진행성 위암은 내시경적으로 폴립형(I형), 궤양성 종괴이면서 경계가 분명한 형(II형), 궤양성 종양으로 주변 침윤이 있는 형(III형), 뚜렷한 종괴없이 주위로 퍼진 형(IV형), 4가지로 분류하는데 암의 심달도가 모두 근교유층 이상의 침범이 있는 것이다⁹⁾.

2. 임상검사 소견

기초 임상병리 검사로 요검사와 혈액검사를 해본 결과, K43과 C45 환자는 모두 당뇨, 단백뇨, 세균침범, 빈혈증이 없었고 다른 검사치도 대부분 정상이었다. 위장 질환자에서 위벽세포가 소실되면 내인자의 합성장애로 인한 B₁₂ 흡수장애 및 악성빈혈의 발생, 소모성 궤양의 가능성, 위암 발생의 원인이 될 수 있기 때문에 빈혈증을 확인하는 것이 중요하다²⁾.

Fig. 5는 K43 환자의 소화생리기능을 검사한 결과이다. Fig. 5A는 공복상태에서 위의 내압이 8 mmHg일 때 복부 불편감의 수준치가 5였는데 이 값은 정상인의 평균 압력 14~16 mmHg보다 낮고, 등압적 위의 팽창에서 심한 visceral hypersensitivity를 나타내었다. Fig. 5B는 흰 우유 200 mL에 설탕 22 g을 첨가하여 총 에너지가 200 kcal가 되도록 조절하여 마시고 측정된 위의 순응도($\Delta V/\Delta P$) 검사 결과이다. 액체식에 대한 fundal 이완 시간은 150초로써 빠르게 적응되었으며, $\Delta V/\Delta P$ 를 높은 영역과 낮은 영역으로 구별했을 때 순응도는 각각 41 mL/mmHg(6~8 mmHg above MDP)와 62 mL/mmHg(6~8 mmHg above MDP)로

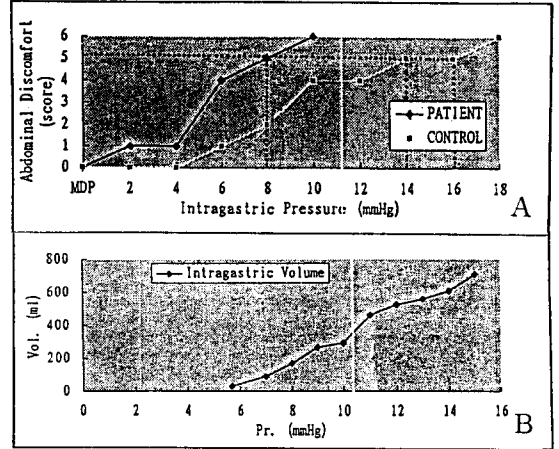


Fig. 5. Barostat diagram of stomach.

A : Abdominal discomfort level.

Scoring index : 0, no perception ; 1, vague perception of mild sensation ; 2, definite perception of mild sensation, 3 & 4 ; moderate sensation ; 5, threshold for discomfort ; 6, painful sensation ; MDP, minimal distending pressure(5.7 mmHg, 30 mL).

B : Gastric compliance.

써 비교적 정상적인 최소 팽만압력(MDP)과 순응도를 유지하였다. 또한 초음파 검사에서 간장, 담도, 췌장, 비장 등 상복부에 염증이나 종양같은 이상병변이 관찰되지 않았다.

3. 위염, 소화성 궤양의 치료

C45 환자는 전형적인 위·십이지장 궤양의 환자로서 *H. pylori* 박멸제와 함께 잘 알려진 소화성 궤양의 약물을 4개월 이상 투여한 결과 활동기에서 치유기로 증상을 크게 완화시켰다. 그러나 K43은 비궤양성 위염환자로 전통적인 약물에서 최근에 개발된 약물에 이르기까지 전문의의 처방에 따라 단계적으로 일정 기간씩 투여하였으나 증상을 개선시키지 못한 사례로 남아있다.

초음파 영상으로 관찰되는 소화관벽은 점막층, 점막하층, 근교유층, 장막하층 또는 장막층으로 구성되었고, 위선은 대체로 주세포, 벽세포, 점액세포 및 내분비세포로 이루어져 있음을 알 수 있다. 소화기 질환의 발병 원인으로서는 환경적 요인(음식물, 약물), 유전적 요인, 만성질환의 영향이 있으며²⁾, 발생기전은 확실히 밝혀지지 않았으나 크게 공격인자의 증강과 방어인자의 약화로 대별되는데¹⁵⁾, 전자의 경우 위산 및 펩신의 분비증강, 위장관의 운동성 장애를 들 수 있으며, 후자는 점막의 장벽, 점액의 분비, 중탄산 이온의 분비, 산분비의 되

먹임 조절, 미세순환으로 혈류 조절, 프로스타글란딘 생산 등의 약화 및 외인성 인자(NSAIDs, 스트레스, 미생물 등)의 작용이 소화기 질환의 발생기전으로 인지되고 있다^{1,2,15)}.

따라서 위염이나 소화성 궤양을 치료하는 약물들은 주로 공격인자의 억제제와 방어인자의 증강제가 대부분이다. 공격인자 억제제로서는 제산제와 위산분비 억제제들이 있다. 현재의 제산제는 aluminum hydroxide와 magnesium hydroxide 제제들이 주류를 이루고 있으며, 위산분비 억제제로서는 H₂-수용체 길항제, 무스카린-수용체 길항제(pirenzepine), 가스트린-수용체 길항제(proglumide), benzimidazoles의 유도체인 H⁺/K⁺-pump 억제제(omeprazole, lansoprazole, pantoprazole)가 있다^{1,2,15~20)}.

H₂-수용체 길항제는 1970년대에 미국에서 개발되어 널리 알려진 것으로서 cimetidine(800~1,600 mg/day)이 있으며 그 후 이 약물의 생리적인 부작용이 발견됨에 따라 ranitidine(150~300 mg/day), famotidine(20~40 mg/day), roxatidine, 최근에는 nizatidine(300~600 mg/day)이 개발되어 약물에 따른 부작용을 현저히 줄이고 있다.

방어인자 증강제로서는 궤양병소 피복보호제(sucralfate, colloidal bismuth), 점액합성 및 분비 촉진제(teprenone, prostaglandin), 위점막 혈류 증가제(cetrexate), 내인성 프로스타글란딘 증가제로 PGE₁와 PGE₂(enprostil, misoprostol, sofalcone), 조직 재생 촉진제(aldioxa, gefarmate)가 사용되고 있다¹⁵⁾. 그밖에 방어인자로서 임상연구 중에 있는 것이 plauntal, benexate, sulphiride, rebamipide 등이 있다.

*H. pylori*가 소화성 궤양에 관여한다는 사실이 밝혀짐으로써 *H. pylori* 박멸제가 많이 연구되어 있으나^{2,12,20,21)}, colloidal bismuth, tetracycline, metronidazole 3가지의 병행 약제와 omeprazole, amoxicilline, clarithromycin 등이 효과적인 것으로 알려져 있다.

4. 식이요법

K43과 C45 환자에게 임상영양 전문인이 추천한 식이요법을 3개월 이상 실시하였으나, 특이한 현상은 체중이 점차로 줄게 되었으며 식사시간만 되면 왠지 신경 쓰이는 일이 많아지게 되고 결국 별다른 효과도 얻지 못하였으며, 또한 식사처방의 기준들이 연구자마다 다르고 애매하여 혼란이 야기될 수 있었던 것이 문제점으로 지적되었다.

위장관 질환자에 대한 식이요법의 주안점은 위점막 보호가 최우선이다. 그러므로 증상에 따라 미음, 죽, 야

채스프, 빵, 무른밥 등으로 식사를 제한하고, 계란, 우유, 생선같은 단백질 식품은 조리해서 잘 소화되도록 한다. 그러나 최근에는 과거와 같은 엄격한 식이요법은 추천하지 않는 경향이 있으며, 때로는 약물요법도 보조적인 수단으로 인식하고 있다²⁾. 중요한 것은 먼저 환자 스스로가 진단해 볼 때 증상을 악화시킨다고 느껴지는 음식물이나 양념류, 지방질, 음주, 흡연, 약물(NSAIDs)의 사용을 억제하는 일이다. 따라서 커피, 초콜릿, 코코아, 콜라, 주스 등 위산의 분비를 자극하는 물질은 삼가고 소염진통제나 정온제, 잠들기 전에 음식물의 섭취를 금하며, 특히 신경 쓰는 일이나 긴장된 생활을 지양하고 규칙적인 운동과 심신의 안정이 권장되고 있다.

요 약

성별, 직업, 성품, 생활양식이 전혀 다른 K43과 C45 환자의 위 내시경적 소견과 치료방법을 논의하였다. K43은 잘못된 식습관과 스트레스에 의한 미란성 위염 환자로서 제산제와 함께 H₂-수용체 길항제, H⁺/K⁺-pump 억제제, prostaglandin 제제, colloidal bismuth, sucralfate, prokinetics 등 전통적인 약물에서부터 부작용을 감소시킨 최근에 개발된 약물에 이르기까지 효과가 인정된 약물들을 폭넓게 사용하였으나 증상을 개선치 못하였으며, 임상병리 검사와 상복부 초음파 검사는 정상이었으나, 소화생리기능 검사에서 visceral hypersensitivity를 나타내었다. 그러나 C45는 평소에 두통으로 NSAIDs를 습관적으로 복용한 경험에 의하여 발생되었을 것으로 추정되는 전형적인 위·십이지장 궤양의 환자로서 *H. pylori* 박멸제와 함께 일반적인 소화성 궤양의 치료제로 활동기에서 치유기로 증상을 크게 완화시켰다. 특히 K43은 amitriptyline을 투여하였으나 난치성 환자로 남아 있다. 이러한 원인불명의 비궤양성 환자는 미국에서 해마다 15%씩 증가하는 추세에 있고 적절한 치료법도 없으며, 우리나라에서는 통계치도 없는 실정인 점을 지적하고 싶다.

참고문헌

1. Haubrich, W. S. and Schaffner, F. : Bockus Gastroenterology, 5th ed. Vol. I, W.B. Saunders Co., Philadelphia (1995).
2. Yamada, T. : Textbook of Gastroenterology, 2nd ed. Vol. I, J. B. Lippincott Co., Philadelphia (1995).
3. Schindler, R. : Gastritis, Grune & Stratton, New-York (1947).
4. Whitehead, R., Truelove, S. C. and Gear, M. W. L.

- : The histological diagnosis of chronic gastritis in fibroscopic gastroscopy biopsy specimens, *J. Clin. Pathol.*, **25**, 1 (1972).
5. Price, A. E. : The sydney system, Histological division, *J. Gastroenterol. Hepatol.*, **6**, 209 (1991).
 6. Tytgat, G. N. J. : The sydney system, Endoscopic division, endoscopic appearances in gastritis / duodenitis, *J. Gastroenterol. Hepatol.*, **6**, 223 (1991).
 7. Sivak, M. V. : Gastroenterologic endoscopy, Vol. I, W.B. Saunders Co., Philadelphia (1987).
 8. 양응석 : 양성 및 악성위궤양의 내시경적 감별진단, 제4회 대한소화기내시경학회 세미나, **91** (1991).
 9. 김영채 : 위암의 내시경적 소견 기재, 제13회 대한소화기내시경학회 세미나, **19** (1995).
 10. 현진해 : 상부소화관 내시경 검사의 기본수기, 제5회 대한소화기내시경학회 세미나, **75** (1991).
 11. 정인식 : 만성위염의 내시경적 진단, 대한소화기학회 추계 학술초록집, **25** (1993).
 12. 김진호 : 소화성 궤양의 내과적 치료, 대한내과학회지, **48**, 557 (1995).
 13. Konturek, S. J. : New aspects of clinical pharmacology of antacids, *J. Physiol. Pharmacol.*, **44**, 3(suppl. 1), 5 (1993).
 14. Ching, C-K. and Lam, S-K. : Antacids, *Drug*, **47**, 305 (1994).
 15. Berardi, R. R. and Dunn-Hucharski, V. A. : Peptic ulcer disease : an update, *Am. Pharm.*, **33**, 26 (1993).
 16. Mohamed, A. H. and Hunt, R. H. : The rationale of acid suppression in the treatment of acid-related disease, *Aliment Pharmacol. Ther.*, **8**(suppl. 1) 3 (1994).
 17. Arnold, R. : Safety of proton pump inhibitors - an overview, *Aliment Pharmacol. Ther.*, **8**(suppl. 1) 65 (1994).
 18. Witzel, I., Gütz, M., Hüttemann, W. and Schepp, W. : Pantoprazole versus omeprazole in the treatment of acute gastric ulcers, *Aliment Pharmacol. Ther.*, **9**, 19 (1995).
 19. Huber, R., Kohl, B., Sachs, G., Senn-Bilfinger, J., Simon, A. and Sturm, E. : Continuing development of proton pump inhibitors with particular reference to pantoprazole, *Aliment Pharmacol. Ther.*, **9**, 363 (1995).
 20. Ateshkadi, A., Lam, N. P. and Johnson, C. A. : *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease, *Clin. Pharm.*, **12**, 34 (1993).
 21. Yousfi, M. M., El-Zimaity, H. M. T., Al-Assi, M. T., Cole, R. A., Genta, R. M. and Graham, D. Y. : Metronidazole, omeprazol, and clarithromycin : An effective combination therapy for *H. pylori* infection, *Aliment Pharmacol. Ther.*, **9**, 209 (1995).

(1997년 5월 24일 접수)