
기능성 소화불량증

이 상 인

연세의대 내과교수 영동세브란스병원 내과과장

Functional Dyspepsia

Sang-in Lee, MD,Prof.

*Department of Internal Medicine, Youngdong Severance Hospital,
Yonsei University College of Medicine*

The functional dyspepsia is a complex disease reaction that occurs due to the presence of various factors and its pathophysiology has not been clearly verified until now. This disease is diagnosed after the organic diseases are ruled out. Therefore, the main treatments are limited down to compensating for revealed symptoms through exercising the supportive care. The international prevalence of the functional dyspepsia under the Rome I criterion is approximately 25%. For the cases of Koreans, there are very omnifarious symptoms in gastrointestinal disorders and the medical vocabularies which describe the diagnostic standard are not closely associated with the daily vocabularies, thus there would be a lot of restrictions to directly apply the Rome II criterion. However, the Korean Society of Gastrointestinal motility had decided to promote the use of the international standardized Rome II criterion in order for Korea to be comparable to the clinical studies from the other nations. There should be more extensive studies to differentiate the definitions of symptom descriptions from Korea to foreign countries. The extended researches concerning the pathophysiology are highly recommended which in return, would help enabling the reliable treatment techniques for this disease.

교신저자 : 이 상 인

우135-720 서울 강남구 도곡동 146-92
연세대학교 의과대학 영동세브란스병원 내과
전화 : 02-3497-3312, Fax : 02-3463-3882
E-mail : leesi96@yumc.yonsei.ac.kr

Keywords: Functional dyspepsia, Rome II criterior, visceral hypersensitivity, *Helicobacter pylori*, prokinetic agents

서론

기능성 소화불량증에서 기능성이란 ‘기질적(organic)’이란 말의 반대되는 개념으로 임상에서 흔하게 사용되는 진단방법으로는 이상소견이 발견되지 않을 경우에 사용되는 진단명이다. 속쓰림, 구토, 상복부통증, 복부 팽만감, 구역질, 조기 만복감, 식욕부진등의 소화불량증상이 있는데 위투시나 내시경검사상 단순한 만성 위염정도밖에 없을 경우가 해당된다. 내시경검사에서 위가 부었다, 위염이다라고 하는 것은 임상적으로 거의 같은 의미로 사용된다. 또한 신경성 위염이나 신경성 위장병이라고 하는 수도 많다. 기능성 위장장애의 증상들은 여러가지 생리학적 원인을 가지며 사회문화적, 정신사회학적 요인에 의해 다양하게 나타날 수 있다. 여러가지 진단기법들이 시도되고 있으나 아직은 연구단계여서 표준화된 진단기준이 될 수 없으며, 시행방법도 복잡하여 기능성 위장장애의 진단에 있어서는 증상을 근거로 진단을 하는 실정이다.

정의

소화불량증의 원인은 크게 다음의 세 가지 영역으로 구별할 수 있다; 1) 증상을 유발시킨 원인이 명백한 경우 (예; 소

화성궤양, 위식도 역류질환, 위종양, 약제, 췌담도질환 등), 2) 증상을 유발시킨 병태생리나 현미경적 소견이 있는 경우 (예; 헬리코박터 위염, 담석, 내장과민성, 위십이지장 운동이상 등), 3) 증상을 일으킬 만한 원인이 없는 경우. 이중 기능성 소화불량증은 기질적이거나 생화학적 원인이 명백하지 않은 2)와 3)의 경우에 해당된다.

세계적으로 인정받고 있는 로마기준은 기능성 소화불량증을 상복부 중심의 통증 혹은 불쾌감으로 정의한다(Table 1). 중심이라 함은 통증이나 불쾌감이 상복부를 중심으로 있는 것이며, 좌우측 늑하부의 통증은 소화불량증에서 제외한다. 불쾌감은 주관적이고 부정적인 느낌으로 환자가 통증으로 느끼지 않는 것을 말한다. 불쾌감에 속하는 특징적인 증상으로는 상복부 포만감, 조기 만복감, 팽만감, 오심, 구역, 트림, 구토 등이며, 이러한 증상들은 서로 동반되어 나타날 수 있다. 로마기준에서 제시한 증상의 정의 중에서 불편감과 통증을 명확하게 구별할 수 있는가에 대해 논란이 있을 수 있다. 유럽 일부 국가의 주민들은 양자를 구별하여 사용하고 있지만, 호주나 미국에서는 경한 통증을 불편감으로 표현한다고 한다. 우리나라의 경우 환자들이 ‘아프다’라고 하기보다는 쓰리다, 따갑다 등의 표현을 사용하므로 통증의 정의에 대해서는 국내 임상가들의 합의가 요구되는 실정이다. 실제로 대부분의 환자들이 소화

Table 1. 기능성 소화불량증의 진단기준

지난 12개월 동안 연속적인 필요는 없지만 적어도 12주 이상 다음과 같은 사항이 있을 때;

(1) 지속적이거나 재발성의 소화불량증 (상복부 중심부의 통증 혹은 불쾌감)

(2) 내시경 등의 검사로 증상을 설명할 수 있는 기질적 질환이 없을 것

(3) 소화불량증이 전적으로 배변 후 완화되지 않거나 대변의 빈도나 굳기의 변화와 관련이 없어야 한다. (즉, 과민성 장증후군이 아닐 것)

불량을 음식섭취후 설사를 하는 경우에 소화가 잘 되지 않는다고 표현하는 경우가 흔하다.

증상이 다양하므로 환자들이 호소하는 증상 중 가장 불편해 하는 하나의 주증상으로 아형을 나누는 것을 제안하고 있다(Table 2). 이와같은 아형 분류의 이론적 근거는 환자들이 호소하는 주증상으로 아형을 분류하면 각 아형에서 동일한 병태생리를 가진다는 연구결과에 의한 것이다. 예를 들면, 식후 포만감이나 구토를 호소하는 환자들은 위배출 지연과 상관관계가 있으며, 조기 만복감은 위적응의 저하와 관련되는 것으로 알려져 있다. 또한 상복부 동통을 주증상으로 하는 환자들에게 양성자 펌프억제제를 처방하면 위약에 비해 뚜렷하게 증상을 개선시킨다. 하지만 모든 환자에서 통증과 불쾌감을 명확하게 구분할 수 있는 것은 아니므로 이에 대한 보완이 필요하리라 생각된다.

위식도 역류질환이나 과민성 장증후군이 소화불량증과 흔히 중복되기 때문에 흉부작열감이 주된 증상이면 위식도 역류질환으로 분류하고, 대변의 빈도나 굳기의 변화와 연관된 상복부 중심의 통증

Table 2. 기능성 소화불량증의 아형

(1) 궤양형 소화불량증 (ulcer-like dyspepsia)

- 상복부 중심부의 통증이 가장 불편한 증상이다.

(2) 운동이상형 소화불량증 (dysmotility-like dyspepsia)

- 상복부 중심부의 불쾌한 또는 귀찮은 비통증성 감각(불쾌감)이 주된 증상이다. 이러한 감각은 상복부 포만감, 조기 만복감, 팽만감, 오심으로 특징지어 지거나 연관이 있다.

(3) 비특이형 소화불량증 (Non-specific dyspepsia)

- 증상이 궤양형 또는 운동이상형 소화불량증의 기준을 충족시키지 못하는 증상을 가지는 경우

혹은 불쾌감이 있는 경우에는 과민성 장증후군으로 분류하였다. 기능성 소화불량 증환자의 약 1/3에서는 과민성 장증후군의 증상을 함께 갖고 있다.

역 학

일반 국민을 대상으로 한 소화불량증의 유병률에 관해서는 여러 나라에서 많은 보고가 있었으나, 조사한 대상과 진단기준이 달라 직접적인 비교는 어려울 것으로 생각된다. 그 유병률에 있어서도 2.7%-38%로 연구마다 많은 차이를 보이고 있다. 우리나라의 기능성 소화불량증의 유병률 및 아형에 따른 분포는 아직 충분히 밝혀져 있지 않다. 농촌지역사회 주민 1,799명을 대상으로 한 국내의 위장관 증상의 유병률에 대한 연구에 의하면 소화불량증의 유병률은 15.5%였고, 그 중에 남성이 15.0%, 여성이 16.0%로 남녀간에 차이는 보이지 않았다(1).

소화불량증의 아형은 다른 나라에서 보고된 연구결과에 의하면 궤양형이 가장 흔한 것으로 알려져 있다. 국내의 연

구에서도 이와 비슷하여 궤양형 소화불량증이 72%로 가장 흔한 아형이었고, 운동이상형 소화불량증은 33.8%, 그리고 역류형 소화불량증은 30.8%였다. 소화불량증의 아형들은 대부분 궤양형 소화불량증과 중복되게 나타나서 아형간의 중복은 40.0%였다고 한다. 영동세브란스병원에 내원한 환자를 대상으로 기능성 위장장애에 관한 연구를 시행한 결과 207명의 기능성 위장장애를 가진 환자 중에서 기능성 소화불량증을 가진 환자가 68명(40.5%)으로 가장 많았고, 과민성 장증후군이 42명(25.0%)으로 두 번째 빈도를 차지하였다. 기능성 소화불량증의 아형별 분포는 운동이상형이 43명(63.2%), 궤양형이 7명(4.2%), 비특이형이 18명(26.5%)로 나타나 운동이상형이 가장 높은 빈도를 차지함을 알 수 있었다. 3차의료기관을 내원한 기능성 소화불량증 환자를 대상으로 조사한 국내의 다른 연구들에서도 운동이상형이 가장 많은 것으로 보고하고 있다. 이는 제산제나 산분비억제제의 복용으로 증상이 호전된 환자들이 3차의료기관을 적게 방문하기 때문으로 생각된다.

기능성 소화불량증과 과민성 장증후군은 많은 경우에서 동반되어 나타나는 것으로 알려져 있다. 의료기관을 방문한 환자를 대상으로 한 국내의 연구에서는 소화불량증 환자의 39%가 과민성 장증후군을 가지고 있으며, 과민성 장증후군 환자의 89%가 소화불량증을 동반하였다고 하였다.

발생기전

서론에서 언급한 바와 같이 어느 한가지로 원인을 규명하지 못하고 다양한 증상들이 나타나므로 아직도 여러 가지 가설이 논의되고 있다. 그중에서 가장 흔히 거론되는 몇가지를 열거하면 다음과 같다.

1. 운동기능의 이상

구토, 설사, 급성 복통 등 흔하게 접하게 되는 소화기 증상들은 위장관의 운동 이상에 의해 생기는 것으로 이미 알려져 있다. 또한 건강한 사람들도 극심한 스트레스를 받으면 위장관의 운동이 증가할 수 있다. 정신적이나 물리적인 자극에 대하여 정상보다 과다한 운동반응을 보일 때 일어나는 것이 특징이다. 그러나 모든 기능성 소화불량증의 증상이 운동기능 이상과 관련 있는 것은 아니다. 예를 들어 위배출 이상은 기능성 소화불량증 환자의 30-50 %에서만 관찰되며 이들 환자가 가진 소화불량증 증세와의 상관관계는 그리 크지 않다. 이를 근거로 위장관 운동이상과 관련이 없다고 주장하기도 하나, 기질적 질환의 경우도 증상을 동반하지 않는 경우를 종종 경험하고, 기능성 소화불량증 환자에게 운동기능 개선제를 투여하면 종종 증상의 호전이 나타나는 점으로 미루어 위장관 운동이상이 병태생리에 기여할 것으로 생각되어진다.

2. 내장 과감각 (visceral hypersensitivity)

기능성 소화불량증을 비롯하여 기능성

흉통 및 과민성 장증후군 등에서는 위장관 운동이 정상이나 증상을 호소하는 경우가 많이 있다. 최근에 이런 현상을 설명하는 것으로 ‘내장 과감각’이라는 개념이 도입되었다. 과민성 장증후군 환자의 직장에 풍선을 위치시킨 후 공기를 넣어 확장시키면 정상인에 비하여 적은 양의 공기를 주입하여도 환자들이 통증을 호소하는 것을 볼 수 있는데 이는 통증에 대한 감각 역치가 낮기 때문일 것으로 생각된다. 마찬가지로 기능성 소화불량증 환자에서도 위저부에 풍선을 확장시킬 경우에 정상인보다 적은 양의 압력에도 통증을 느끼는 수가 많다. 그러나 이러한 내장 과감각이 내장의 감각 수용체 자체의 이상 때문인지, 척수 신경원의 과흥분 때문인지, 혹은 중추성 조절장애 때문인지는 확실치 않다. 또 다른 흥미로운 실험결과로 정상인에서도 직장에 풍선을 장치하여 팽창을 반복함으로써 통증에 대한 역치가 낮아질 수 있다는 것이다. 그러므로 이러한 통증은 만성적인 운동감각의 흥분이나 위장관의 염증 등에 의한 감각(sensitization)이 관여하리라 생각되어지고 있다.

3. 염 증

일부 학자들이 위장관 점막이나 신경총에서의 염증이 기능성 위장관 질환의 증상 발현과 관계가 있을 수 있다는 가설을 제시하였다. 이 가설에 따르면 염증의 초기에 말초감각의 감각이 일어나서 내장 과감각에 관여하고, 이후에는 점막의 염증세포들에서 사이토카인이 분비되

어 위장관의 과운동에 관여한다는 것이다. 이 가설은 주로 과민성 장증후군 환자의 3분의 1에서 급성 장염을 앓은 후에 증상이 시작되었다는 역학조사에 의해 뒷받침된다.

4. 뇌장관 상호작용

위장관의 운동 및 감각능의 변화와 정신사회학적 요인들이 복잡하게 연결되어 일어난다는 사실들이 밝혀지면서 뇌장관 상호작용이라는 개념이 정립되고 있다. 즉, 고위 신경중추는 장관의 운동과 감각을 조절하고, 반대로 장관생리의 변화는 뇌의 활동에 영향을 준다는 것이다(11). 예를 들어, 냄새나 시각같은 외부 정보나 감정, 사고같은 내적인 정보는 신경접속을 통하여 위장관의 감각, 운동, 분비에 직접 영향을 줄 수 있으며, 반대로, 내장 통증은 중추의 통증 감각, 무드, 행동에 영향을 줄 수 있다는 것이다. PET이나 fMRI를 이용한 연구로 내장감각을 조절하는 뇌의 역할의 규명 뿐 아니라, 내장 과감각에 대한 정신과적 요법 또는 약제를 개발하는데 도움을 줄 수 있으리라 생각된다.

5. 뇌장관 펩타이드(홀몬)

최근의 치료방향은 뇌장관 상호작용의 이상이 중추신경 및 말초 위장관에 존재하는 펩타이드와 그들의 수용체 이상에 의한 것이라는 설에 기초한다. 가능성 있는 펩타이드로는 5-hydroxytryptamine, enkephalin, substance P, calcitonin gene

related polypeptide 및 opioid 수용체에 작용하는 물질들이다. 현재 진행중인 이들 물질들의 제2상 및 제3상 임상실험 결과 통증, 위장관의 이상과 정신사회학적 스트레스가 서로 상호 작용하여 나타나는 것이라는 점이 밝혀지고 있다.

6. 정신사회학적 요인

정신적인 요소가 병의 발현이나 치료 결과에 지대한 영향을 미칠 것으로 생각된다. 물론, 건강한 사람도 정신적으로 심각한 스트레스를 받으면 위장관의 기능에 장애가 생기고 이것이 어떠한 증상을 일으킬 수는 있으나 기능성 소화불량증 환자의 경우는 그 정도가 훨씬 더 심각하다 할 수 있다

종합적으로 이야기하자면 유년기의 경험, 유전학적 요소 및 환경적 요인이 사람이 정신사회학적으로 어떻게 성장하는냐를 결정하기도 하고 이런 요인들에 의하여 내장 과감각 같은 위장관 장애가 생기기도 한다. 그리고, 기능성 질환의 발현 여부나 어떠한 증상이 나타나느냐 하는 것은 뇌장관 상호작용을 통하여 이들 정신사회학적 요인과 위장관 장애의 교감에 의하여 결정된다는 것이다. 어떤 두 사람에게 같은 위장관장애가 생겼을 때, 정신사회학적으로 문제가 없고, 병을 대처하는 올바른 자세를 가진 사람의 경우 의료 기관을 찾을 만큼 심각한 증상을 경험하지는 않으나, 반대로 그렇지 못한 사람의 경우 실생활에 지장을 줄만큼 심각한 증상을 경험하게 된다는 것이다. 결국, 위장관의 운동 및 감각생리와 고위

중추, 정신사회학적 요인들은 독립되어 있지 않고 서로 밀접하게 연관되어 있다.

진 단

정의상 통상적인 진단방법으로는 기질적인 원인을 알 수 없을 때 진단되어 질 수 있다. 그렇다면 여기서 ‘통상적인’ 진단방법이란 무엇인가가 가장 중요하다고 하겠다. 위장질환을 의심하게 하는 증상을 호소하는 환자에게 어떤 검사를 어디까지 시행하느냐에 대한 확실한 모범답안은 없으나 그것은 환자가 호소하는 증상이 어떤지, 환자가 기질적 질환을 가질 만한 위험인자를 가지고 있는 지에 따라 달라야 할 것이다. 이러한 위험인자로서 중요한 요인의 하나는 바로 환자의 나이이다. 역학적으로 위암의 발생이 증가하는 연령이 가장 의미 있는데 우리나라의 경우 40세 이상이면 위험이 증가한다고 할 수 있다. 연령이외에도 임상적으로 기질적 질환을 의심하게 하는 것들로는 체중감소, 심한 구토, 점차로 진행되는 연하곤란, 실혈이나 빈혈, 황달, 림프절의 비대 등등이 있으나 이들의 특이도는 매우 낮다. 그러므로 의사가 환자를 종합적으로 판단하여 검사를 시행할 지를 결정하여야 하겠다.

상부위장관 증상을 주소로 내원한 환자의 기질적 질환을 배제하기 위한 검사로는 상부위장관 내시경이 유용하다. 그런데 기질적 질환을 의심하게 하는 위험인자가 없더라도, 상부위장관 내시경이 치료결과에 도움을 준다는 연구가 있고⁽¹³⁾,

또, 내시경 검사를 하지 않고 바로 시행적 약물치료를 시행 받은 환자의 3분의 2에서 외래 추적 중 결국 내시경을 하게 된다는 통계가 있어 과연 상부위장관 내시경의 시행을 언제 할 지는 논란이 있다.

가능성 소화불량증의 병태생리 및 진단과 치료면에서 쟁점이 되는 것은 헬리코박터감염과의 관계이다. 몇몇 연구에서 헬리코박터 감염환자에서 세균치료를 하여도 증상면에서 효과가 뚜렷하지 않으므로 비궤양성 소화불량 환자에서 감염이 발견되었다고 하여도 이의 박멸을 위하여 항생제를 투여하는 치료행위는 아직 널리 인정받지 못하고 있다. 그러므로 가능성 소화불량증에서 헬리코박터가 원인적 역할을 할 가능성이 있는 소집단을 찾는 노력이 필요하고 위암의 가족력이 있거나 전암병소가 있는 등의 위험군에서 선별적으로 치료하는 것이 바람직하다.

치 료

1. 일반적 치료법

만성위염 환자에서 조직학적인 염증을 반드시 치료해야 하는가에 대해서는 아직까지 통일된 의견이 없으며 현재 가능성 소화불량이나 만성위염에서 치료는 조직학적 염증을 치유한다기 보다는 증상의 경감을 위해서 시행되고 있다.

뚜렷한 기질적 병변이 없이 여러 가지 다양한 소화불량 증상에 의한 진단이기 때문에 치료 또한 단순하지가 않다. 대부

분의 증상이 호전과 악화를 반복하며 음식, 스트레스 등에 의해 변화가 심하므로 임상적으로 효과 판정이 어렵다. 더욱 위약(placebo)만을 투여하더라도 13~73%에서 증상의 호전이 있을 수 있으므로 어떠한 치료가 의의있는 효과가 있는지를 판단하는데 애로점이 많다. 치료의 기본은 우선 생활 습관의 변화 및 식이요법을 먼저 시행하면서 약물 치료와 필요에 따라서 정신과적인 치료의 병행 등 다각적인 치료방법을 환자에 따라서 시도하여야 한다.

술, 담배를 삼가며 커피 등 탄산가스가 포함된 음료수의 과음을 금하는 것이 좋다. 규칙적인 생활과 적당한 운동은 비단 가능성 소화불량증 환자뿐 아니라 누구에게나 권장되는 일반적인 건강 상식에 해당된다.

식이요법의 원칙은 어느 음식이 좋고 어느 음식은 해가 된다는 식이 아니다. 환자 개개인마다 자기 몸에 잘 맞는 음식과 섭취하면 불편해지는 음식이 있으므로 일부러 남들이 좋다는 음식을 억지로 섭취하지 말고 자기에게 맞는 음식을 먹고, 맞지 않는 음식은 금하는 것이 좋다. 맵고 자극성이 심한 음식은 좋지 않다. 지방이 많은 음식은 위배출을 느리게 하거나 장운동의 변화를 일으켜 복통을 일으킬 수도 있으므로 주의를 요한다. 과일이나 기호 식품도 불편을 느낄 경우에만 금하면 된다. 지나치게 어느 음식은 먹어선 안된다거나 먹으면 탈이 나지 않을까 하는 걱정이 증상을 더 악화시킬 수 있다.

스트레스 등 정신적인 문제도 증상발

현과 밀접한 관계를 가지고 있으므로 스트레스를 해소하는 것도 필요하다. 초기에 정신사회적 요인들을 평가하고 이런 문제들을 환자가 이해할 수 있는 수준으로 설명해 주는 것이 불필요한 검사를 피할 수 있다. 앞서서도 언급한 바와 같이 상복부 통증을 호소하는 환자에게 내시경 검사 상 이상이 없다고 말해주는 것만으로도 위장관에 관련된 문제로 자문을 내거나 처방하는 빈도가 현저히 줄었다는 보고가 있는 것과 같이 심각한 질환이 없다고 안심시키는 것 자체가 치료 효과 면에서 뿐 아니라 여러 가지 검사를 반복하고 여러 병원을 찾아다니지 않을 수 있는 중요한 역할을 할 수 있다.

2. 약물치료

약물치료는 환자가 호소하는 증상에 따라 위산분비 억제제 및 제산제, 위장관 운동항진제, 방어인자 증강제, 혹은 내장의 진통약물을 단독 혹은 병합해 사용할 수 있다.

1) 위산 분비 억제제 및 제산제

기능성 소화불량증의 대표적인 증상이 궤양과 유사한 증세이므로 항궤양 치료에 준하는 위산 분비 억제제나 제산제가 많이 사용되고 있다. 위산 분비를 억제하는 약물은 기능성 소화불량증에 가장 많이 처방되는 약제이다. 실제로 기능성 소화불량증 환자에서 위산 분비의 의의있는 증가가 증명되지는 않았으나, H₂ 길항제를 비롯한 위산 분비 억제제 및 제산제가 효과를 나타내는 수가 많다. 일차적

으로 제산제를 투여하고 효과가 없으면 H₂ 수용체 길항제를 권하기도 한다. H₂ 수용체 길항제보다 강력하게 산분비를 억제하는 proton pump inhibitor(omeprazole, lansoprazole, pantoprazole 등)의 효과는 위약에 비하여 20-30 % 정도 높은 치료율을 보이며 H₂ 수용체 길항제의 효과와 비슷하다 국내에서는 ‘소화기관용약제 사용 권장지침(대한의사협회, 2003)’에 따라 히스타민 수용체 차단제를 증상이 있는 위염(기능성 소화불량증), 십이지장염을 가진 환자에게 증상이 소실될 때까지 투여하는 것을 원칙으로 하되 지속투여 여부를 2개월 간격으로 재평가하도록 권장하고 있다. 최근 연구에서는 통증을 주증상으로 하는 소화불량증 환자에서 proton pump inhibitor가 위장관 운동항진제에 비해 효과가 높다고 한다.

2) 위장운동 촉진제

기능성 소화불량증, 특히 운동이상성 아형의 발병기전 중 위장 운동의 이상이 논의되고 있으므로 임상에서 위장운동 촉진제가 널리 사용되고 있다. 환자마다 효과가 다양하기는 하지만 많은 경우 만족할 만한 효과를 얻을 수 있다. 같은 기전의 약물이라도 반응이 다를 수 있으므로 증상이 계속되면 바꾸어서 투여해 볼 필요가 있다. 약물에 따라 부작용이 있을 수 있으므로 주의가 요한다.

현재 많은 약물이 개발되고 임상시험 중으로서 좋은 효과가 기대된다.

위장운동 촉진제의 용량 뿐 아니라 투여기간이 확립되지 않았으며, 장기간 투여에 따른 부작용 및 치료효과가 아직

불분명하다. 아직도 기능성 소화불량증의 자연경과에 대해 모르는 것도 하나의 이유이다.

3) 항정신성 약물

외국에서는 약물요법 등으로 통증이 호전되지 않는 환자에서는 인지-행동 요법, 개인간 정신요법, 이완-긴장요법이나 대체요법을 사용하여 좋은 효과를 보았다는 보고가 있지만 이러한 접근은 국내에서는 쉽지 않다. 다만, 명백한 정신과적 질환과 동반되어 있거나 스트레스에 의해 악화되는 통증이 간헐적으로 있을 때에는 정신요법이 도움이 되는 것으로 알려져 있다.

항정신성 약물로 가장 많이 처방되는 약물은 삼환계 항우울제로써 우울증을 개선시키는 약물인데, 기능성 위장관질환에서도 위약에 비하여 뚜렷한 효과를 보인다. 삼환계 항우울제는 특히 위장 증상 중 통증완화에 효과적인데 이는 수면의 질을 향상시켜 이차적으로 감각자극의 민감도를 저하시켜 진통효과를 보인다고 추정되지만 아직 확실하게 알려져 있지 않다. 이들 약제는 소량으로 시작하는 것이 원칙이며 부작용으로는 항콜린성 작용에 의한 구강건조, 부정맥 등이며 특이 변비를 동반한 환자에서는 변비를 심하게 할 수 있다.

4) 새로운 약제 : 내장 과민성과 관련된 약제

내장과민성을 해소시키기 위해 마약성 진통제를 포함하여 많은 약물이 시험중

이며 연구개발단계이다. 향후 가장 기대되는 치료방법의 하나로 각광받고 있다.

결 론

기능성 소화불량증은 여러 가지 요인이 복잡하게 작용하는 질환으로 아직까지 병태생리가 정확하게 밝혀지지 않았으며, 다른 기질적인 질환들을 배제한 후 증상만으로 진단되는 질환이다. 병명 자체도 만성위염, 신경성 위염, 위가 부었다 등 여러 가지로 불리어지고 있는 실정이다. 우리나라 소화불량증의 유병률은 약 25%로 추정되지만, 전국적인 인구표본조사는 아직 되어 있지 않다. 한국인의 경우 호소하는 위장관 증상은 매우 다양하며, 진단기준에 사용되는 용어들이 일상생활에서 흔히 사용하는 용어가 아니기 때문에 로마기준을 우리나라에서 그대로 적용하기에는 다소 무리가 있을 것으로 생각된다. 병태생리에 대한 연구가 진행되고 있으며, 내장의 과감각기전이 신빙성 있게 받아들여지고 있다. 기전에 따른 치료법도 가능하리라 기대된다. 다행히도 기능성 소화불량증이 오래 진행된다고 하여도 아직까지 암이나 중증의 병으로 진행되지는 않는다고 알려져 있으므로 지나치게 걱정할 필요는 없다. 또한 증상이 심할 때에는 적절한 약물이 많으므로 증상을 완화하고 삶의 질을 잘 유지하면서 생활할 수 있다.