

# 위식도 역류 질환의 내과적 치료

서울대학교 의과대학 내과학교실, 간연구소

김상균 · 정현채

## Medical Management of Gastroesophageal Reflux Disease

Sang Kyun Kim, MD, Hyun Chae Jung, MD

Department of Internal Medicine and Liver Research Institute, Seoul National University  
College of Medicine, Seoul, Korea

### 서론

위식도 역류 질환은 매우 흔한 질환으로 미국에서는 약 20%에 이르는 인구가 이에 따른 증상을 갖고 있으며, 우리나라에서는 약 3%의 인구에서 증상을 갖는 것으로 알려져 있으나 식이 습관 및 생활 양식의 서구화로 인해 최근 증가하고 있는 추세이다. 또한 이러한 위식도 역류 질환의 일부에서는 장상피 화생을 거쳐 Barrett 식도로 이행되면서 암성 변화를 나타낼 수 있으며, 약 80%의 환자에서는 치료가 중단되었을 때 증상의 재발을 경험한다는 전에 있어서 증상과 질병의 심화도에 따른 지속적인 치료가 매우 중요함을 알 수 있다.

위식도 역류 질환의 치료는 크게 생활 양식의 조절 및 약물 요법을 근간으로 하는 내과적 치료와 수술적 교정을 바탕으로 하는 외과적 치료로 나눌 수 있다. 이는 환자의 증상 및 질병의 심화도, 치료 경과 중의 반응 유무에 따라 결정되는 것으로 이 중 생활 양식의 조절은 기본적으로 다른 치료와도 병용되어야 한다(Table 1).

Table 1. 위식도 역류 질환의 내과적 치료

생활 양식의 변경		
제산제		
H2 수용체 길항제		
cimetidine	lamoludine	roxatidine
ranitidine	nizatidine	
소화관 운동 촉진제		
metoclopramide	itopride	mosapride
domperidone	levosulpiride	
프로톤 펌프 억제제		
omeprazole	panloprazole	esomeprazole
lansoprazole	rabeprazole	

### 1. 생활 양식의 조절

위식도 역류 질환은 생활 양식에 따라 크게 영향을 받는 질환 중의 하나이다. 따라서 이러한 환자를 접했을 때 먼저 환자가 어떠한 식이를 하고 있는지, 식이 습관은 어떠한지, 기호품 또는 평소 복용하고 있는 약제에는 어떤 것이 있는지, 최근의 체중 변화는 어떠한지, 잠자리는 어떻게 유지하는지 등에 대해 철저히 문진을 하는 것이 필요하다. 만약 이러한 생활 습관 중에 위식도 역류 질환의 악화 요인이 있다면 무엇보다도 이를 교정하는 것이 중요하며, 이는 다른 치료를 하고 있는 중에도 반드시 필요하다(Table 2).

교신저자 : 정현채, 110-744 서울특별시 종로구 연건동 28번지, 서울대학병원 내과  
전화 : 02)740-8112  
E-mail : hyunchae@plaza.snu.ac.kr

Table 2. 위식도 역류 질환을 악화시키는 요인

식이	잠자리 습관
과식	식후 3시간 이내 취침
고지방식	비만
단 음식(사탕, 초콜릿)	술
탄산 음료	담배
카페인 함유 음료(커피 등)	유발 약물
자극성 음식(고추, 된장, 양파 등)	

식이 중에서 위식도 역류 질환의 악화 요인으로 거론되고 있는 것은 과식, 고지방식, 사탕, 초콜릿, 탄산 음료, 주스, 커피 등이며 우리나라에서는 김치, 고추, 된장, 양파 등과 같이 자극성이 심한 음식들이 거론되고 있다. 그러나 탄산 음료를 제외한 다른 음식들은 현재까지 위식도 역류 증상을 유발한다는 사실에 논란이 있어 반드시 금하도록 추천하지는 않으며, 우리나라의 자극성 음식들도 개개인에 따라 편차가 많아 이를 일률적으로 적용하기는 힘들다. 따라서 가장 이상적인 방법은 환자에게 식이에 대한 일기를 쓰게 하여 음식에 따른 증상의 발현 유무를 기록하게 함으로써 악화 요인을 찾는 것이 중요하다.

비만은 이론적으로는 복압을 증가시켜 위식도 역류를 유발하는 것으로 알려져 있으나, 실제로는 대부분의 연구에서 위식도 역류 환자에서의 체중 감량 효과는 미미한 것으로 알려져 있다. 그러나 비만한 환자의 경우에는 이에 따른 여러 다른 질환의 위험성이 증가하므로 체중 감량을 권하는 것이 좋을 것으로 생각된다.

술은 알코올 자체에 의한 식도 점막의 손상과 하부 식도 괄약근 압력 감소의 유발을 통해 증상을 악화시킬 것으로 생각된다. 또한 흡연은 술과 마찬가지로 하부 식도 괄약근 압력을 감소시키고, 타액 분비를 감소시키는 효과가 있는 것으로 알려져 있으므로 증상이 있는 환자에게는 금연을 권해야 한다.

환자가 다른 질환으로 복용하고 있는 약물이 있다면 이에 대한 철저한 문진을 하는 것이 반드시 필요하다. 만약 하부 식도 괄약근 압력을 낮추는 작용이 있는 약물을 복용 중이라면 다른 약물로 대체하거나, 끊는 것이 증상을 완화시키는데 필수적이다(Table 3).

Table 2. 하부 식도 괄약근 압력에 영향을 미치는 약물

약물	호르몬
Alpha-adrenergic blockers	Cholecystokinin
Beta-adrenergic blockers	Gastric inhibitory polypeptide
Anticholinergic agents	Glucagon
Barbiturates	Progesterone
Calcium channel blockers	Secretin
Diazepam	Vasoactive intestinal polypeptide
Dopamine	
Meperidine	
Morphine	
Prostaglandin E2, I2	
Theophylline	

식후 3시간 전에는 바로 눕지 않으며, 잠자리에 들기 전에는 식사를 하지 않는 것도 증상을 완화시키는데 도움이 될 수 있다. 그러나 대부분의 환자는 역류성 식도염이 없는 경증의 증상을 갖고 있으며, 이러한 환자들에서는 중증의 식도염을 갖고 있는 환자와는 달리 바로 눕는 것이 실제로 위식도 역류를 유발하지는 않는다는 결과를 토대로 볼 때, 베개를 높이거나 침대 머리를 높이는 것은 일률적으로 추천하지는 않는다. 오히려 가능하다면 원편으로 눕는 것이 위산 역류를 예방함으로써 증상 완화에 도움을 줄 수 있다.

생활한 생활 양식의 조절에 의한 치료 효과에 대하여 회의를 나타내는 학자들도 있다. 1997년 벨기에에서 개최된 Genval Workshop에서는 생활 양식을 조절하더라도 치료 효과가 약하므로 1차 치료로서는 부적절하고, 프로톤 펌프 억제제와 같은 약물 치료를 먼저 시작하는 것이 비용 효과면에서 더 우수하다고 주장하였다.

## 2. 제산제 및 H<sub>2</sub> 수용체 길항제

제산제와 H<sub>2</sub> 수용체 길항제는 위산의 중화 및 분비 억제 작용을 하며 위식도 역류 질환의 전형적인 증상이 간헐적으로 나타나는 환자에서 증상 완화에 도움을 줄 뿐만 아니라, 지속적인 약물 치료를 받고 있는 환자에서 증상이 악화되었을 때 보조제로 사용할 수 있다.

H<sub>2</sub> 수용체 길항제는 위산 분비 억제에만 관여하며 하부 식도 괄약근 압력에는 영향을 미치지 않는다. 같은 효과를 나타내는 용량을 투여하였을 때 치료 효과는 H<sub>2</sub> 수용체 길항제 사이에 차이가 없는 것으로 알려져 있으며, 증상을 갖는 환자의 60%에서 즉각적인 효과가 있는 것으로 알려져 있다. 이러한 효과는 식도염을 동반하지 않는 경증의 환자에서 주로 나타나며, 미란성 식도염이 동반된 경우에는 효과가 적어 표준 용량으로 1년간 유지 요법을 시행하였을 때 50% 정도에서만 치유가 되는 것으로 나타났다. 따라서 중증의 식도염이나 합병증을 동반한 식도염에서는 효과가 적으므로 경증의 식도염에서 H<sub>2</sub> 수용체 길항제를 사용해 볼 수 있으며 이 경우 표준 용량을 투여하는 것을 권장하고 있다.

### 3. 프로톤 펌프 억제제

프로톤 펌프 억제제는 위 벽세포에서 위산 분비에 관여하는 H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup> ATPase를 억제하는 작용을 가지며 하루 한번 투여로 그 효과를 나타낸다. 현재 omeprazole(20 mg), lansoprazole(30 mg), pantoprazole(40 mg), rabeprazole(20 mg), esomeprazole(40 mg) 등이 쓰이고 있으며 약제들 간에 효과는 거의 차이가 없는 것으로 알려져 있으나 omeprazole보다 esomeprazole이 더 우수한 효과를 보였다는 보고도 있다. 1년 이상 유지 요법을 시행한 경우에는 90% 이상의 환자에서 증상의 소실과 식도염의 치유가 관찰된 것으로 보고되었다. 또한 H<sub>2</sub> 수용체 길항제의 효과가 없었던 환자의 대부분은 프로톤 펌프 억제제의 사용으로 증상이 소실되었다.

1997년 벨기에의 Genval에서 제시된 Genval Workshop Report의 권장 사항에 대하여는 '초기 치료' 란에서 기술하고자 한다.

프로톤 펌프 억제제는 식전에 투여하여야 음식물에 의한 위산 분비를 억제하는데 더 큰 효과를 나타내며, 하루 한번 투여로 증상의 호전이 미미한 경우 아침 저녁으로 투여량을 늘릴 수 있다. 또한 자기 전에 H<sub>2</sub> 수용체 길항제를 같이 투여하는 경우에도 비슷한 효과를 나타낸다고 알려져 있다.

프로톤 펌프 억제제의 사용에 따른 부작용은 미미

한 것으로 알려져 있으며 일부에서 두통, 설사, 변비, 어지러움, 구역, 소양감 등이 보고되고 있다. 유지 요법과 같이 장기간 사용하는 경우에는 강력한 위산 분비 억제에 따른 혈중 가스트린 분비의 증가로 위점막에 점진적인 조직적인 변화가 일어나고, 이는 궁극적으로 위암으로 발전할지 모른다는 우려가 있어 왔다. 이러한 염려는 실험용 쥐에게 2년 가까이 omeprazole과 같은 프로톤 펌프 억제제를 고용량으로 투여한 경우 enterochromaffin-like cell (ECL) 기원의 carcinoid 종양이 발생한 사실에 기원한다. 그러나 이와 같은 현상은 프로톤 펌프 억제제뿐만 아니라 고용량의 H<sub>2</sub> 수용체 길항제를 투여하거나 위저부를 부분 절제하여(partial fundectomy) 혈중 가스트린 농도가 상승한 경우에도 관찰된다. 장기간의 H<sub>2</sub> 수용체 길항제 투여에 잘 반응하지 않는 난치성 역류성 식도염 환자로서 수술의 적응증이 되지 않는 230 명의 환자를 대상으로 적어도 1년에 1회 이상의 내시경 검사를 하여 평균 6.5 년(범위: 1.4년~11.2년)을 관찰한 결과 위점막에서 이형성(dysplasia)이나 종양이 관찰되었던 예는 아직 없었다는 외국의 보고가 있다. 따라서 위식도 역류 질환에서 현재까지 프로톤 펌프 억제제의 장기간 사용에 따르는 위험성은 미미할 것으로 생각된다.

### 4. 소화관 운동 촉진제

이론적으로는 하부 식도 괄약근 압력을 높이고 식도 청소율 및 위 배출 기능을 증가시키는 약제가 가장 바람직하지만, 현재 쓰이고 있는 소화관 운동 촉진제는 이를 모두 충족시키지는 못한다. 단독으로 투여하였을 때 H<sub>2</sub> 수용체 길항제와 비슷한 효과를 갖는 것으로 알려져 있으며, 두 가지를 병용 투여하였을 때는 그 효과가 증가하는 것으로 보고되고 있다. 그러나 두 가지 약제를 병용한 경우에도 그 효과는 프로톤 펌프 억제제 단독 사용에 의한 효과보다는 떨어진다고 알려져 있다.

현재 쓰이고 있는 약제로는 metoclopramide, domperidone, itopride, levosulpiride, mosapride 등이 있으며, 과거에 많이 처방되었던 cisapride는 부정맥 유발 작용으로 현재에는 쓰이지

않는다. 식전에 투여하여야 효과가 크게 나타나며, 도파민 수용체에 대한 억제제로 작용하는 약물은 기면, 흥분, 어지러움 등의 부작용으로 증상과 유증 분비 등의 부작용이 나타날 수 있다. 우리나라의 보험인정 기준에 의하면 소화관 운동 촉진제를 위식도 역류 질환의 치료에 사용하는 것은 인정이 되어 있지 않다.

## 5. 초기 치료

과거에 주로 시행되었던 초기 치료는 생활 양식의 조절과 함께 제산제 또는 H<sub>2</sub> 수용체 길항제의 투여로 증상을 조절하며, 이에 반응이 없을 경우 단계적으로 치료 효과가 나타날 때까지 치료 강도를 높이는 것이었다. 그러나 이러한 전통적인 치료 방법은 최근 많이 이용되고 있는 프로톤 펌프 억제제의 단기적 사용에 비해 효과가 낮은 것으로 나타나, 현재에는 상부위장관 내시경에서 발견되는 역류성 식도염의 유무에 상관없이 프로톤 펌프 억제제를 일차적으로 사용하는 것이 국제적인 추세이다. 치료에 따른 비용면에 있어서도 이는 생활 양식의 조절 및 제산제 또는 H<sub>2</sub> 수용체 길항제의 사용으로 증상 소실에 이르는 치료 기간이 길어지거나 치료 실패로 이어진다는 점과 비교하였을 때 우수한 것으로 알려져 있다. 그러나 현재 우리나라의 실정에서는 프로톤 펌프 억제제의 사용이 의료 보험 적용을 받는데 있어, 상부위장관 내시경에서 역류성 식도염이 확인된 환자에 국한되어 있으므로 일률적인 적용은 당장에 어려울 것으로 생각된다. 그러나 위식도 역류 질환의 50~60% 이상에서는 상부위장관 내시경에서 병변이 관찰되지 않는다는 것은 국제적으로도 널리 알려진 사실이므로 의료 보험 적용 기준도 현실에 맞게 수정되어야 할 것이다. 위식도 역류 질환에 관한 치료 지침은 몇 가지가 알려져 있으나 1997년에 발표된 Genval Workshop을 중심으로 소개하고자 한다. 과거부터 알려진 치료지침에 비하여 Genval Workshop에서는 식도 질환의 경중에 따라 치료법을 구체적으로 차별화하였으며 비미란성 위식도 역류 질환이나 경증의 미란성 식도염 환자에서는 초기 치료로써 증상이 호전되면 투약 중단을 시도해 볼 것을 권하고 있는 것이 특징이다.

상부위장관 내시경에서 병변이 관찰되지 않는 비미란성 위식도 역류 질환이나 LA 분류법에 의한 A 또는 B단계에 해당하는 경증의 미란성 식도염 환자에서 초기 치료로서 프로톤 펌프 억제제의 사용 기간에 대한 통일된 지침은 없는 실정이다. Genval Workshop Report에서는 고용량(high dose)의 프로톤 펌프 억제제로 2~4주간 치료 후 증상의 호전 여부를 재평가하며, 증상이 지속되면 1~2주간 추가로 사용하는 방법을 권하고 있으나, 국내의 여건을 고려하면 처음부터 고용량을 쓰기보다는 통상 용량의 프로톤 펌프 억제제를 4주간 치료 후 증상 호전 여부를 재평가하며, 증상이 지속되면 4주간 추가로 사용하는 방법이 추천된다. 만약 충분한 기간동안 이러한 치료에도 불구하고 증상이 지속된다면 프로톤 펌프 억제제를 아침 저녁으로 하루 두 번 투여하거나, 자기 전에 H<sub>2</sub> 수용체 길항제의 투여를 추가하는 것을 고려해야 한다. 이러한 경우는 야간에 한 시간 이상 위내 pH가 4 미만으로 저하되는 야간 산분비과다(nocturnal acid breakthrough)가 동반된 경우가 많으며, 프로톤 펌프 억제제를 아침 저녁으로 하루 두 번 투여하여도 위산 분비가 충분히 억제되지 않아 치료 실패의 한 원인이 된다. 따라서 프로톤 펌프 억제제를 8주간 투여했음에도 불구하고 증상이 지속되는 경우에는 24시간 pH 검사를 시행하여 야간 산분비과다의 유무를 확인하고, 취침시 H<sub>2</sub> 수용체 길항제의 추가투여를 고려해 본다(Fig. 1).

중등도 및 중증의 식도염 환자에서 H<sub>2</sub> 수용체 길항제가 일주일에 5.9% 정도의 치료율을 보이는데 비하여 프로톤 펌프 억제제는 일주일에 11.7% 정도의 치료율을 보여 훨씬 우수한 것으로 평가되고 있다. 이러한 결과를 바탕으로 LA 분류법에 의한 C 또는 D단계에 해당하는 중등도 및 중증의 식도염 환자의 초기 치료로서 8주간 프로톤 펌프 억제제를 투여한 후 증상이 호전된 경우에는 상부위장관 내시경을 시행하여 식도염의 치유를 확인하며, 식도염이 치유된 경우에는 재발을 방지하기 위하여 동량의 프로톤 펌프 억제제를 계속 투여하는 유지 요법을 시행한다. 첫 8주간의 치료 후에도 증상이 남아 있는 경우에는 검사를 하지 않고 추가로 8주간 프로톤 펌프 억제제의 용량을 두 배로 증량하여 투여한 후 증상의 호전

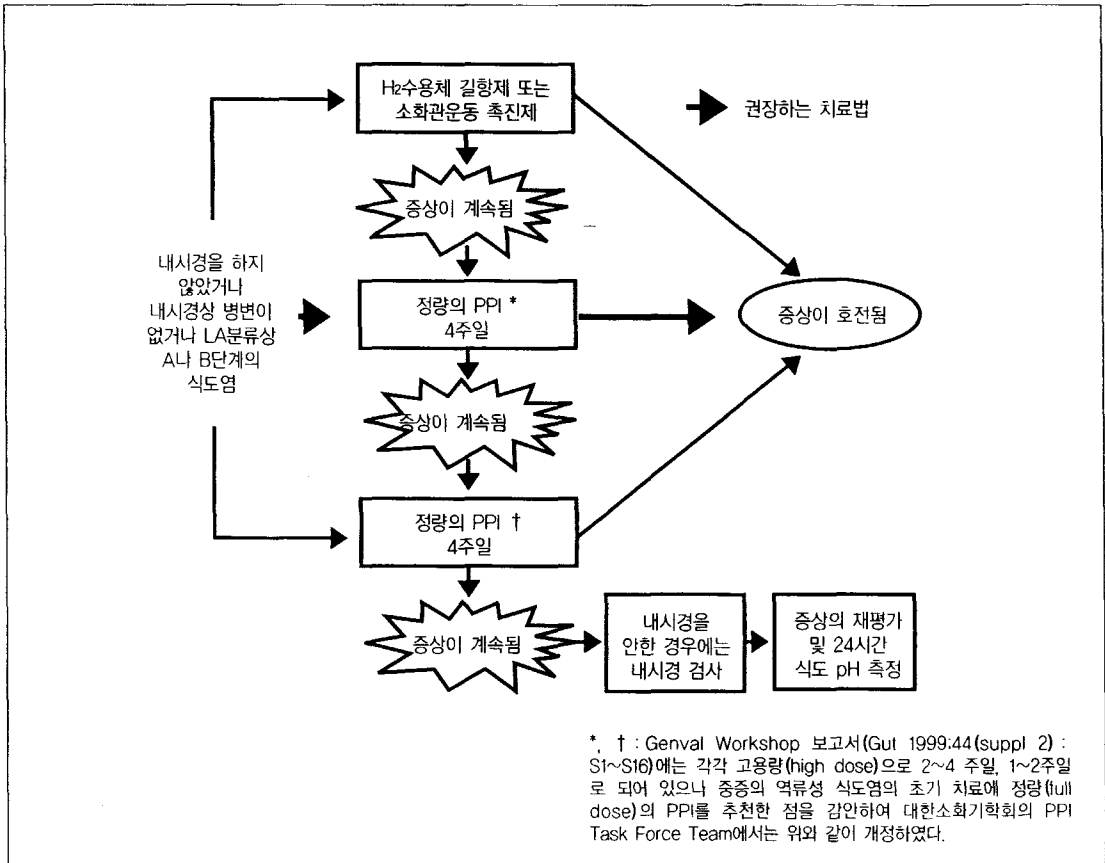


Fig 1. 경증의 위식도 역류 질환의 단계적 치료

여부를 확인해 볼 수 있다. 첫 8주간 프로톤 펌프 억제제로 치료한 후 증상이 호전되어 상부위장관 내시경을 시행하였으나 식도염이 치유되지 않은 경우에는 프로톤 펌프 억제제의 용량을 두 배로 증량하여 치료를 시행한다(Fig. 2).

## 6. 유지 요법

위식도 역류 질환은 대개 만성적인 경과를 갖는 경우가 많으므로 초기의 증상 완화 후에 유지 요법이 필요하다는 점을 환자에게 주시시켜야 한다. 또한 초기 치료와 달리 유지 요법은 증상의 조절뿐만 아니라 Barrett 식도 및 식도 협착과 같은 합병증의 발생을 예방하는데 의미가 있으며, 장기 치료에 따른 치료 비용의 상승을 고려하여야 한다.

프로톤 펌프 억제제로 초기 치료를 성공적으로 마

쳤더라도 프로톤 펌프 억제제의 투여를 중지하면 75~92%는 재발하는 것으로 알려져 있으며, 또한 재발한 환자가 다시 프로톤 펌프 억제제의 투여로 증세가 좋아졌다고 하더라도 또 다시 약물 투여를 중단하면 다시 위식도 역류 질환이 재발할 확률은 90%에 이른다. 이와 같이 흔한 재발을 방지하기 위한 치료 전략으로는 일정 기간 약물 치료를 지속하는 유지 요법, 증상이 있을 때마다 간헐적으로 약물을 복용하는 요구(on-demand) 복용법, 항역류 수술, 내시경적 치료법 등이 있다. 유지 요법의 지속 기간에 대한 통일된 의견은 없으나 국내의 심포지움에서는 일반적으로 4~6개월 이상의 치료를 시행하는 것이 보편적이며, 위식도 역류 질환의 특성상 50~80%의 환자는 5년 후 혹은 10년 후에도 계속 치료를 받게 될 것이라는 의견이 제시된 바 있다.

LA 분류법에 의한 C 또는 D단계에 해당하는 중

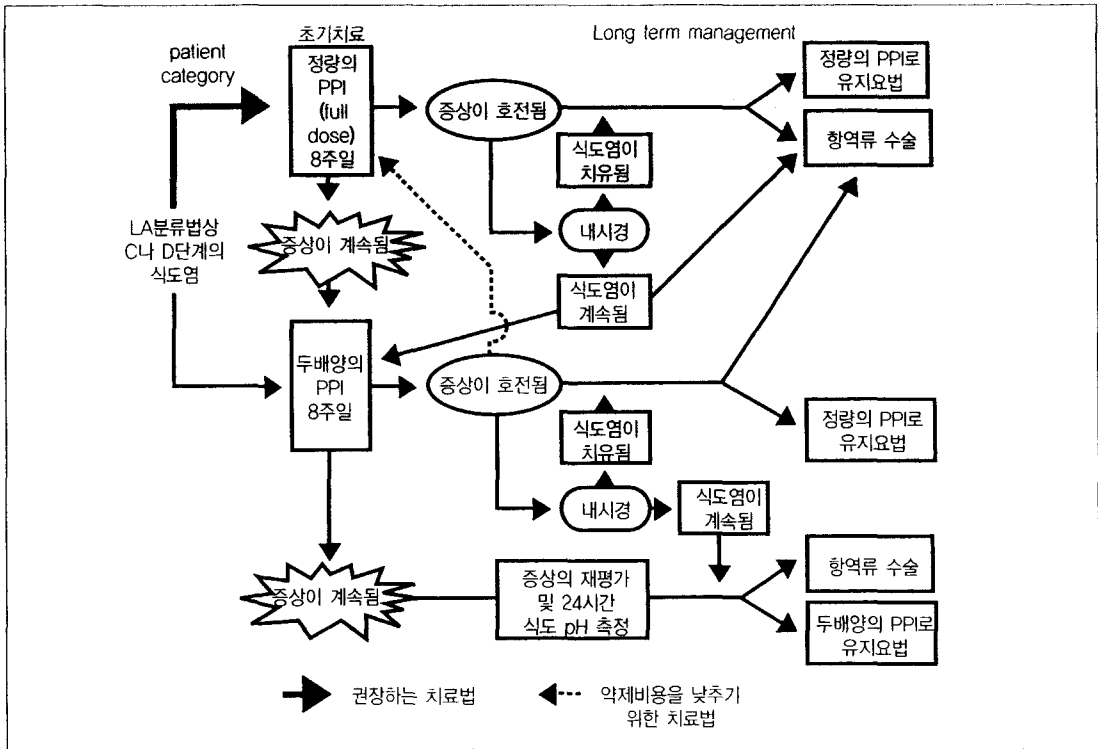


Fig 2. 중증의 역류성 식도염의 단계적 치료

등도 이상의 식도염이 있는 경우 식도염의 재발이나 식도 협착의 방지에 프로톤 펌프 억제제 외에는 효과가 없으므로, Genval Workshop Report에서는 “step-down” 치료(초기치료로서 가장 강력한 효과가 있는 약을 사용하고 이후 단계적으로 효과가 덜한 약으로 바꾸어 나가는 치료)는 적합하지 않으며 지속적으로 프로톤 펌프 억제제를 사용할 것을 권하고 있으며 국내에서도 같은 의견이 제시되고 있다. 유지요법시 프로톤 펌프 억제제의 용량은 정량(full dose)을 쓰는 것이 보통이나 두 배양(double dose)이나 그 이상의 용량이 필요할 수도 있다. 그러나 언제까지 프로톤 펌프 억제제를 사용해야 하는지에 대한 지침은 없는 실정이다. 역류를 억제하기 위한 항역류수술(antireflux surgery)을 약물의 유지요법에 대한 대안으로 고려해 볼 수 있다(Fig. 2).

상부위장관 내시경을 시행하지 않았거나, 상부위장관 내시경에서 비미란성 혹은 LA 분류에 따른 A, B 단계와 같은 경한 식도염을 보인 경우에는 장기간 치료로 표준 용량의 프로톤 펌프 억제제를 사용하는

것보다는 “step-down” 치료로 절반 용량의 프로톤 펌프 억제제를 투여하는 것이나, 일단 약을 끊고 경과 관찰하는 방법 등이 권유되고 있다. 이러한 경우 투약을 중지해도 증상이 재발하지 않으면 그대로 경과 관찰할 수 있으나, 증상이 재발하는 경우에는 초기 치료와 동일하게 시행하며 유지 요법이 필요할 수 있다(Fig. 3).

## 7. 비미란성 역류 질환의 치료

과거에는 상부위장관 내시경에서 식도염이 증명된 경우에만 역류 질환으로 정의하였으나 실제로 식도염이 없는 위식도 역류 질환이 전체의 60% 가량을 차지하고 있으며, 이러한 경우에도 임상 양상 및 삶의 질에 미치는 영향도 식도염이 있는 경우와 별로 다르지 않으며, 식도염의 유무와 증상의 중등도는 상관관계가 없다는 사실이 알려지게 되었다.

비미란성 역류 질환은 역류성 식도염과 달리 위산과 펩신에 대한 노출 정도는 정상 범위이나 식도의

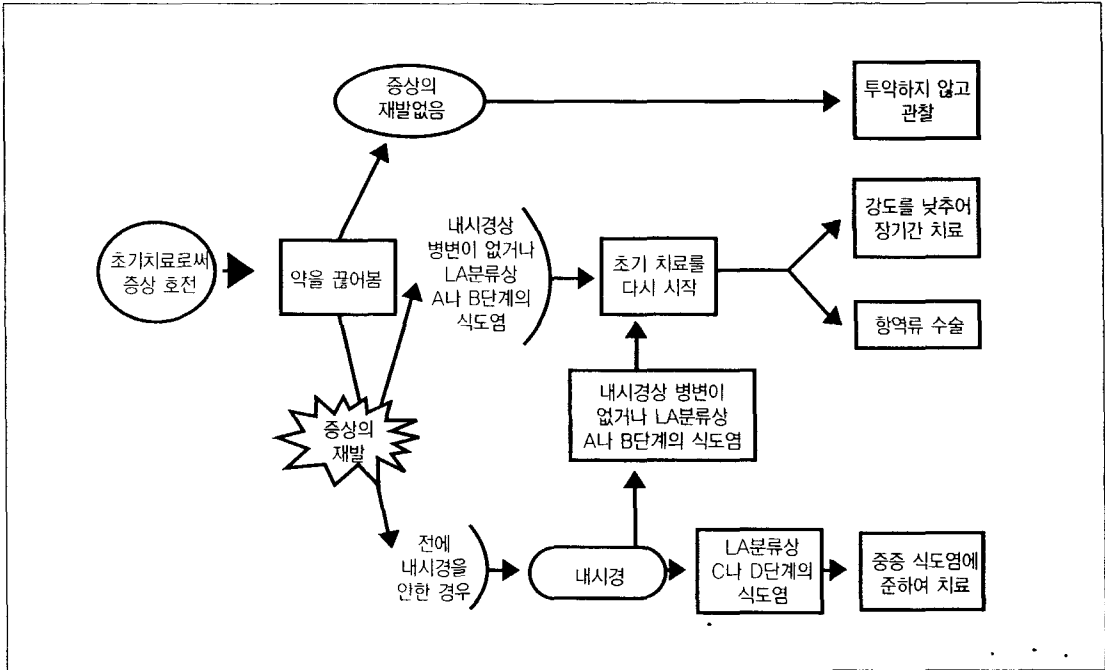


Fig 3. 성공적인 초기 치료 후의 위식도 역류 질환의 유지 요법

감각이 비정상적으로 과민하여 발생하는 경우가 많다. 그러나 병태 생리의 차이점에도 불구하고 비미란성 역류 질환의 치료는 역류성 식도염에 준하는 적극적인 치료가 필요하며, 치료가 중단된 경우에는 재발을 경험하는 경우가 대부분이므로 유지 요법이 중요할 수 있다.

초기 치료는 LA 분류상 A와 B 단계에 해당하는 경증의 역류성 식도염과 마찬가지로 프로톤 펌프 억제제를 일차적으로 4주간 사용하는 것이 권장되고 있으나 국내에서는 현재 의료 보험 인정이 되지 않으므로 보험 인정 기준에 대한 재고가 필요하다. 이를 고려하여 H<sub>2</sub> 수용체 길항제와 소화관 운동 촉진제를 병용하는 방법으로 대처해볼 수 있으나 효과는 떨어지는 것으로 알려져 있다.

증상이 조절된 경우에도 경증의 역류성 식도염과 마찬가지로 재발을 막기 위한 장기간의 유지 요법이 필요할 수 있으며 그 세부 사항은 동일하다.

## 8. 바렛 식도의 치료

바렛 식도는 식도암의 위험 요인으로 알려져 있으

나 이형성의 동반유무와 심한 정도에 따라 치료가 달라질 수 있다.

고용량의 프로톤 펌프 억제제를 투여하여 식도내 pH를 정상화하더라도 바렛 식도를 정상 점막으로 되돌릴 수 없다는 보고에 근거하여 증상이 없는 바렛 식도에 대하여는 적극적인 치료를 권하지 않아도 된다는 의견이 있다. 그러나 이와는 반대로, 바렛 식도 환자를 두 군으로 나누어 한 군에서는 고용량의 프로톤 펌프 억제제를 투여하고 다른 군에서는 H<sub>2</sub> 수용체 길항제를 투여하여 24개월 뒤 비교한 결과 H<sub>2</sub> 수용체 길항제를 투여한 군에 비하여 프로톤 펌프 억제제를 투여한 군에서 유의하게 바렛 식도가 정상 점막으로 회귀하는 경향을 보였다는 보고도 있다. 이러한 보고를 토대로 모든 바렛 식도 환자는 프로톤 펌프 억제제를 하루 두 번 아침 저녁으로 식전에 투여하며 치료 4주 후에 24시간 pH 감사를 통하여 적절한 위산 분비 억제가 되고 있는지를 확인해야 한다는 주장도 있다.

이처럼 바렛 식도의 치료에 대하여 상충되는 견해가 있으나 바렛 식도는 위산이 장기간 식도 내로 역류하여 생긴 결과이므로 동반된 위식도 역류 질환에

준하여, 지금까지 기술한 치료 지침에 따르는 것이 바람직하다고 생각한다.

조직 생검에서 고위도의 이형성이 동반된 경우에는 수술로 절제하거나 내시경적인 치료로 제거 (ablation) 할 수 있으며, 위와 같은 약물 치료를 진행하면서 주기적인 추적 관찰을 할 수 있다. Barrett 식도가 있더라도 대부분의 환자는 정상적인 평균수명을 누리며 사망원인도 Barrett 식도와 무관한 것으로 알려져 있으므로 수술이나 내시경적 치료를 하는 것은 고위도의 이형성이 동반된 경우에 국한하는 것이 바람직하다.

Barrett 식도의 추적 관찰은 이형성이 없는 경우에는 치료를 병행하면서 1년에 한

번 상부위장관 내시경과 조직 생검을 시행하며 저위도의 이형성이 동반된 경우에는 6개월마다 내시경적 추적 관찰을 시행한다. 고위도의 이형성이 동반되어 있으면서 수술적 치료를 하지 않은 경우에는 이보다 자주 내시경적 추적 관찰이 필요할 것으로 생각된다.

## References

위식도 역류 질환의 치료는 과거 생활 양식의 조절을 바탕으로 제산제 및 H<sub>2</sub> 수용체 길항제와 함께 소화관 운동 촉진제의 사용이 주종을 이루었던 것에서, 현재는 초기에 프로톤 펌프 억제제를 투여함으로써 즉각적인 증상 완화를 유도하는 것으로 변하여 왔으나 현재 국내에서는 위식도 역류 질환에서 프로톤 펌프 억제제의 사용이 매우 제한적으로만 허용되고 있다. 프로톤 펌프 억제제를 초기 치료와 유지 요법에서 사용하는 것이 비용 효과면에서 가장 우수하다는 점을 볼 때, 프로톤 펌프 억제제의 1년간 지속적인 투여가 허용되는 선진국과는 달리 1~2개월의 보험 인정에만 묶여 있음으로써 전체 의료비를 상승시키고, 환자 개개인의 삶의 질까지도 떨어뜨리는 우려를 범할 우려가 있는 현재의 정책은 개선되어야 하며, 하루에 사용할 수 있는 최대 용량에 대한 재검토도 필요하다고 생각된다.

## Reference

1. 전성국, 이풍렬. 우리나라에서 위식도역류질환의 빈도, 임상 양상 및 치료. 대한소화기학회지 2002;39 : 393~401
2. Castell DO. Medical, surgical, and endoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus. J Clin Gastroenterol 2001;33 : 262~266
3. Dent J. Management of reflux disease. Gut 2002;50(suppl 4) : iv67~iv71
4. Dent J, Brun J, Fendrick AM, Fennerty MB, Janssens J, Kahrilas PJ, Lauritsen K, Reynolds JC, Shaw M, Talley NJ on behalf of the Genval Workshop Group. An evidence-based appraisal of reflux disease management—the Genval Workshop Report. Gut 1999;44(suppl 2)S1~S16
5. Dent J, Jones R, Kahrilas P, Talley NJ. Management of gastro-oesophageal reflux disease in general practice. BMJ 2001;322 : 344~347
6. Katz PO. Treatment of gastroesophageal reflux disease : use of algorithms to aid in management. Am J Gastroenterol 1999;94 (suppl 11) : S3~S10
7. Katz PO, Castell DO. Medical therapy of supraesophageal gastroesophageal reflux disease. Am J Med 2000;108(suppl 4a) : S170~S177
8. Meining A, Classen M. The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2000;95 : 2692~2697
9. Sharma P, Sampliner RE, Camargo E. Normalization of esophageal pH with high-dose proton pump inhibitor therapy dose not result in regression of Barrett's esophagus. Am J Gastroenterol 1999;92 : 582~585