

[심포지엄]

생애전환기 건강증진 분야별 상담 전략

- 음 주 -

박 병 강

한동대학교 선린병원

서 론

개인의 음주 습관이 건강하다면 소량의 알코올 섭취는 건강 증진에 도움이 될 수도 있다. 그러나 알코올 관련 질환들을 이미 가지고 있는 환자들을 살펴보면 단순히 음주 습관의 문제라기보다는 대부분 알코올 사용 장애에 해당한다. 알코올 사용 장애란 알코올의존과 알코올 남용을 포함하는 정신과적 진단 범주로서 물질 사용 장애의 한 유형이다. 그렇지만 대부분 발견이 쉽지 않고 문제가 드러나더라도 의료인이나 환자, 그 가족들이 문제를 인정하려 들지 않는 특징이 있다. 따라서 알코올 문제는 직접적인 알코올 사용이 관심의 대상이 되기보다는 우리가 일차 진료에서 흔히 볼 수 있는 만성 위장병이나 고혈압, 불면증, 잦은 골절이나 사고, 감염 같은 내외과적(multidisciplinary) 의학적 질환으로 표면화되는 경우가 많다.

사소해 보일 수 있는 의학적 질환의 기저에 깔려 있는 음주 문제를 방치하면 알코올 의존으로 진행할 수도 있다. 알코올 의존은 단계적으로 음주 조절 능력을 점차 상실하여 결국 완전 상실로 끊임없이 진행해 가는 자기 파괴성 만성 질환이다. 따라서 문제 음주의 조기발견은 건강 증진에 있어서 매우 중요한 의미를 지닌다. 고혈압, 당뇨병 등 각종 만성질환도 질병 초기에는 아무 증상이나 징후가 없듯이 음주 문제도 진행 초기에는 특별한 검사 이상이나 행태적 이상이 쉽게 눈에 띄지 않는다. 이러한 배경에는 우리나라 성인 중에 알코올 사용 장애를 가진 사람이 5명 중에 1명(21.98%)¹⁾ 이를 만큼 음주가 생활화되고 음주문제에 관대한 문화적 환경도 부분적 원인이 되지만 의료인들이 바쁜 진료 시간 때문에 초기 문제음주를 찾아낼 시간이나 마음의 여유가 없는 부분도 적지 않다.²⁾ 따라서 일차 진료를 담당하는 의료인들이 문제 음주에 대해 시간 효율적인 선별과 표준적인 상담 및 교육기회가 제공된다면 국민 건강증진 차원에서 그 의미가 매우 클 것이다.

본 론

1. 문제 음주

1) 문제 음주의 정의와 의사의 역할

문제 음주(problem drinking)는 알코올 사용 장애보다 가볍고 덜 만성적인 상태를 뜻한다.³⁾ 알코올을 분해하거나 처리하는 능력은 성별, 연령별로 다르기 때문에 적절한 음주의 기준도 사람마다 다르게 잡아야 한다. 대략, 1주일 평균 음주량을 기준으로 볼 때 건강한 성인 남성의 경우 14잔 이내, 건강한 성인 여성과 65세 이상 노인 남성의 경우 7잔 이내로 음주할 때 적절한 음주(moderate drinking)라 한다. 이 범위를 넘어가면 과음(heavy drinking)이라고 하며 한 술좌석에서 건강한 성인이 5잔 이상, 건강한 여성이나 65세 이상 건강한 노인이 4잔 이상 음주하면 폭음이라고(binge drinking) 정의한다.⁴⁾

2) 한 잔의 기준

술의 다양한 종류에 맞는 고유의 술잔으로 대략 1잔을 의미하며 알코올의 함량으로 정의하자면 12g이다. 정확하게 부피로 따졌을 때 위스키는 1.5온스(43mL), 맥주 12온스(340mL), 포도주 5온스(142mL)를 의미한다. 맥주 12온스는 작은 병맥주 1병 또는 캔 맥주 1캔에 해당된다.

3) 일차 진료의사의 교육이 문제 음주에 미치는 영향

알코올 의존은 음주로 인해 발생하는 심각한 문제가 있음에도 불구하고 계속 음주를 할 수 밖에 없는 인지, 행동, 생리적 변화가 이미 초래된 심각한 상태이다. 하지만 일주일에 14잔 이상의 음주로 정의되는 과음(heavy drinking)처럼 경과가 가볍고 덜 진행된 문제 음주들은 의사의 말 한마디로 환자의 금주 동기를 이끌어 내어 치료의 예후를 좋게 만들 수도 있다.⁵⁾

한 연구를 보면 문제 음주 환자들을 대상으로 외래에서 10~15분 정도로 짧은 절주 교육을 2회 실시한 후 1년 뒤 추적 조사를 해본 결과, 한 술좌석에서 5잔 이상의 음주로 정의되는 폭음(binge drinking)의 횟수가 1개월에 5.7회에서 4.2회로 감소했을 뿐 아니라 1주일간의 총음주량도 19.1잔에서 11.5잔으로 감소하였다. 특히 전체적인 과음자의 분포가 47.5%에서 17.8%로 유의하게 감소한 연구 결과를 통해 건강증진 차원에서 의사의 역할이 환자의 음주 행태에 미치는 영향이 매우 큼을 알 수 있다.⁶⁾

2. 문제음주의 선별과 건강 위험에 따른 상담전략

알코올리즘은 가장 흔한 정신과적 질환이지만 의사나 환자 모두 제대로 인식하지 못하고 진행하는 경우가 대부분이다. 알코올리즘의 전단계(pre-alcoholism)라고 볼 수 있는 문제 음주를 신체적증상이나 징후 또는 간단한 선별 도구를 이용하여 조기에 선별할 수 있다면 건강증진에 있어서 근본적으로 중요한 일이다. 알코올리즘은 다른 질환의 발생과 사망률을 증가시키는 원인이며 기타 물질 사용, 불안, 기분 장애와 흔히 동반되기 때문이다.

환자의 문제 음주를 알아보려면 전문가의 면담이 가장 적합한 방법이지만 일차 의료 상황에서 일단 위험음주를 의심하는 것 자체만으로도 임상적인 의미가 있다. 나이가 바쁜

진료 시간을 고려하여 진료 전에 자가 기입식 문진표를 활용하여 구조화된 상담을 해주는 것도 좋은 방법이 될 수 있다. 그러나 모든 초진 환자에게 문진표를 작성하는 게 여의치 않다면 평소 1회 음주량과 주당 음주 횟수만이라도 물어 보아 우선 과음자를 선별할 수 있고 이들을 대상으로 알코올 사용 장애 선별검사를 따로 실시할 수도 있을 것이다.

알코올리즘을 선별할 수 있는 도구들은 매우 많지만 한국에서 CAGE설문 문항, Michigan Alcoholism Screening Test(MAST), National Alcoholism Screening Test(NAST), Alcohol Use Disorders Identification Test(AUDIT)를 흔히 사용하고 있는데, AUDIT가 알코올 남용과 알코올 의존을 포함하는 광범위한 의미의 알코올 사용 장애를 선별하는데 있어서 가장 우수하다.⁷⁾

1) 점수에 따른 해석과 기본 상담

(가) 11점 이하

음주 습관이 적절하다. 예방적 차원에서 건강 음주에 대한 간단한 교육을 하는 것이 좋다. 그러나 특별히 신경을 써야 할 경우도 있는데, 이미 심근경색이 있었던 환자에서는 음주가 관상동맥질환으로 인한 사망을 높이는 위험인자로 지적되고 있기 때문에 하루 1~2잔의 음주도 피하도록 교육한다.⁸⁾ 간기능이 저하되어 있거나 알코올과 약물학적으로 상호 영향을 주는 약물을 복용하고 있는 경우에도 음주에 대한 세부적인 자료를 제공하는 것이 좋다. 알코올 분해효소(alcohol dehydrogenase)의 활

알코올 사용장애 선별검사(AUDIT:Alcohol Use Disorders Identification Test)

문항	점수				
	0	1	2	3	4
① 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?	전혀 안 마신다	한 달에 1회 이하	한달에 2-4회	일주일에 2-3회	일주일에 4회 이상
② 술을 마시는날은 보통 몇잔을 마십니까	1-2잔	3-4잔	5-6잔	7-9잔	10잔이상
③ 한번의 술좌석에서 6잔 이상을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?	전혀 없다	한달에 1회이하	한달에 1회정도	일주일에 1회정도	거의 매일
④ 지난 1년간 일단 술을 마시기 시작하여 자제가 안된 적이 있습니까?	전혀 없다.	한달에 1회이하	한달에 1회정도	일주일에 1회	거의 매일
⑤ 지난 1년간 음주 때문에 일상생활에 지장을 받은 적이 있습니까?	전혀 없다	한달에 1회이하	한달에 1회정도	일주일에 1회정도	거의 매일
⑥ 지난 1년간 과음 후 다음날 아침 정신을 차리기 위해 해장술을 마신 적이 있습니까?	전혀 없다	한달에 1회이하	한달에 1회정도	일주일에 1회정도	거의 매일
⑦ 지난 1년간 술이 깬 후에 취중의 일을 기억할 수 없었던 적이 있습니까?	전혀 없다	한 달에 1회이하	한달에 1회 정도	일주일에 1회정도	거의 매일
⑧ 지난 1년간 술이 깬 후에 취중의 일을 기억할 수 없었던 적이 있습니까?	전혀 없다	한 달에 1회 이하	한 달에 1회 정도	일주일에 1회 정도	거의매일
⑨ 당신의 음주로 인해 본인이 다치거나 또는 가족이나 타인이 다친 적이 있습니까?	전혀 없다	과거에는 있었지만 지난 1년 동안에는 없었다(2점)	지난 1년 동안에 그런 적이 있었다(4점)		
⑩ 가족이나 의사가 당신의 음주에 대해 걱정을 하거나 또는 술을 끊거나 줄이라는 권고를 한 적이 있습니까?	전혀 없다	과거에는 있었지만 지난 1년 동안에는 없었다(2점)	지난 1년 동안에 그런 적이 있었다(4점)		

동을 억제하는 약물에는 시메티딘, 라니티딘, 니자티딘 같은 위산분비 억제제와 아스피린이 있으며 혈중 알코올 농도를 증가시킨다. 특히 항고혈압제를 복용하는 환자들은 대부분 아스피린을 복용하는 경우가 많으므로 반드시 아스피린의 복용여부를 확인하고 획일화된 절주 교육을 경계해야 한다.

또한 사이토크롬 P-450을 이용하여 대사되는 약물인 아세트아미노펜, 바비류레이트, 벤조디아제핀, 피노티아진, 오피에이트, 와파린, 유기용제 등도 급격하게 혈중 알코올 농도를 상승시킬 수 있으므로 주의를 요한다.

(나) 12-25점 이상

14점까지 문제음주를 의심할 수 있으며 세분하면 15-25점은 알코올 남용으로 볼 수 있다. 음주로 인해 건강 문제가 있을 가능성을 지적한다. 이미 문제가 발생한 상태라면 음주와의 연관성을 언급한다. 초기 문제음주로 인해 발생하는 흔한 내과적 질환으로는 지방간이나 지방간염, 알코올성 간염, 식도염, 위염 등이 있다. 절주는 의사로부터 늘 들어오던 의학적 충고이기 때문에 단순히 잔소리로 들리지 않도록 간단하게 문제 음주가 건강 문제의 원인임을 명확하게 지적한다. 그러나 동시에 만성 습관성 질환의 진료는 관계형성이 매우 중요하기 때문에 관계 형성 첫 단계에서는 환자가 의지할 수 있는 편한 느낌을 주는 것이 더 중요하다.⁹⁾ 따라서 처음에는 자신의 음주 문제에 대한 통찰을 갖도록 노력하기 보다는 자신의 건강 문제에 관심을 갖도록 유도하는 것이 필요하다. 따라서 생물학적인 이상 소견들이 있으면 14주 동안 금주를 유도하고 추적 검사 계획을 제시하여 접촉 횟수를 늘리는 것이 더 바람직한 방법이다.

(다) 26점 이상

음주 문제가 심각한 '알코올 의존증'을 의심할 수 있다.¹⁰⁾ 전문가에 의뢰하거나 지역 단주동맹(AA:Alcoholics Anonymous)을 소개하는 것이 바람직하다. 하지만 대부분의 환자가 문제를 부정(denial)하는 경향이 많기 때문에 의뢰가 성공되는 경우는 매우 드물다. 따라서 포괄적이고 지속적인 진료가 가능한 일차 의료인이 약간의 관심만 가지면 신체적인 문제를 치료하는 입장에서 단기간의 상담 전략인 단기 개입(brief intervention)을 통해 도움을 줄 수도 있다. 환자의 행동 변화에 초점을 맞추어 동기가 부여되면(motivational enhancement therapy) 치료의 순응도도 자연스럽게 높아진다. 이 때 사회적으로 안정된 환자를 대상으로 음주 갈망을 억제할 수 있는 약물인 나트렉손(Revia)을 사용하면 음주량을 줄일 수 있다. 이러한 개념은 금연 의지는 있지만 반복 실패하는 사람들에게 약물치료를 통해 금연 성공률을 높이는 것과 같은 차원으로 해석할 수 있다. 뿐만 아니라 특히 여성으로서 초기 문제 음주자들인 경우 음주

위험이 높은 상황에 놓이기 2시간 전에 복용하면 알코올 소비를 줄일 수 있는 장점이 있고 실제로 음주를 하더라도 음주 조절력을 유지할 수 있다.^{11, 12)} Acamprosate(Acamprol)을 병용할 수도 있다. 음주가 대인관계의 원활유 역할을 할 정도로 음주 친화적인 한국 문화를 고려할 때 약물 치료는 매우 의미 있는 전략이라고 볼 수 있다.

그러나 일단 적절한 치료를 받기 전이라도 만성적으로 습관적 음주를 한 사람은 사이토크롬 P-450이 유도되어 기타 약물들을 섭취할 때 대사가 증가되어 혈중 약물농도의 감소뿐 아니라 증가된 약물 대사의 부산물로 많은 독성 물질이 발생되어 평소 치료적 용량에서도 심각한 부작용이 나타날 수 있다. 대표적으로 아세트아미노펜이 간독성을 일으킬 수 있으며 다이설파람과 유사한 반응을 나타낼 수 있는 약물로 MAO억제제, 클로람페니콜, 푸라졸리딘, 그라이시오폴빈, 메트로니다졸, 퀴나크린, 일부 세파 제열 항생제들이 있다.

3. 문제 음주를 시사하는 증상 및 징후와 생물학적 지표

알코올리즘은 병세가 심할수록 자기기만과 부정이 질환의 핵심 요소라고 할 만큼 음주와 관련된 정보를 제대로 의사에게 제공하지 않거나 과소보고(under-report)하는 특징이 있다. 과음과 관련된 내과 및 정신과적 문제들의 기저에 음주가 있다는 사실을 모르고 표면화된 내외과적 대중적 진료에만 초점을 맞추다보면 질환치료의 약물 용량이 늘어날 수밖에 없고 의사-환자 관계가 발전하지 못한다.

1) 문제 음주를 시사하는 다양한 증상들

- (가) 위장병: 오심, 소화불량, 잦은 설사, 복부 팽만
- (나) 정신적: 우울, 불안, 심한 감정기복, 불면증, 환각
- (다) 면역계: 만성 피로
- (라) 순환계: 빈맥, 부정맥
- (마) 자율신경계: 땀을 잘 흘림
- (바) 신경계: 떨림, 감각이상(paresthesia), 보행장애, 기억력 감소, 경련
- (사) 비뇨기: 발기 부전

2) 문제 음주를 시사하는 징후들

- (가) 규칙적인 과음, 과다 흡연
- (나) 예상치 않은 약물 반응
- (다) 영양 불량, 개인위생 불량
- (라) 잦은 낙상 또는 경미한 외상(특히 노인들)
- (마) 반복적인 결근 또는 수업 불참
- (바) 자연유산

(사) 사고, 화상, 폭력

(아) 기타 물질 남용(수면제, 진정제, 항불안제, 코카인, 암페타민 등)

3) 문제음주를 반영하는 생물학적 지표들

만성적인 음주와 관련된 지표로는 AST(aspartate aminotransferase), ALT(alanine aminotransferase), GGT(gamma-glutamyltransferase), MCV(mean corpuscular volume), CDT(carbohydrate deficient transferrin), HDL cholesterol, triglyceride, uric acid 등이 있으며 음주와 관련하여 상승한다. 그러나 AST, ALT의 경우 비록 수치가 정상범위 내에 있다 하더라도 비율이 1이상일 때는 알코올 남용에 의한 간 손상을 의심할 수 있다. GGT는 음주 이외의 다른 원인에 의해서도 증가할 수 있으므로 위 양성의 가능성이 있지만 CDT를 일상적으로 활용하지 못하는 상황에서 음주 유무를 모니터링할 수 있는 유용한 지표다. 음주를 중단하면 대략 한 달 이내에 정상화된다.

4. 순응도를 높일 수 있는 전략

1) 대중적 접근

대부분의 환자들은 문제 음주를 지적한다하더라도 부정하거나 머리로만 받아들이는 행동으로 옮길 수 있는 정서적 준비는 되어 있지 않다. 행동변화의 4단계에서 불 때 문제 음주자들은 대부분 숙고 전 단계(pre-contemplative stage)에 해당하는데 의학적 협박이나 강박한 설명은 도움이 되지 않는다. 향후 행동 변화에 시간을 많이 필요로 하므로 중립적인 태도로 짧고 간단하게 인과관계를 제시한 후 환자 교육 자료를 이용하는 방법도 좋다. 환자의 신체적, 정신적 문제들이 재발할 때 다시 찾아 와서 진료의 연속성을 높이기 위해서는 관계를 형성하는 노력이 중요하다. 이때 환자가 가지고 있는 증상을 신속하게 없애주는 게 필요한데, 불면에는 수면제를 처방하거나 오심으로 고생할 때는 위장약을 처방한다.

2) 외래에서 시행할 수 있는 탈독 치료

증상을 근본적으로 좋게 하기 위해서는 금주와 함께 탈독(detoxification) 치료를 병행해야 한다. 음주 다음 날 오심이나 구토가 생기면 위장병 약과 함께 chlorodiazepoxide나 alprazolam같은 항불안제를 이용하여 탈독치료를 하는 것이 더 효율적이다. 그 외 자율신경계 항진증으로 땀이 난다거나 뒷목이 빠르고 혈압이 상승하면 혈압약의 용량만 늘릴 것이 아니라 항불안제와 함께 음주로 인해 소실된 미네랄과 영양제를 투여하는 것이 바람직하다. 특히 음주로 인해 마그네슘의 소실이 증가되는데 마그네슘은 200여개의 필수 대사과정에 관여하며 치아민과 함

께 에너지 생성에 중요한 역할을 한다. 특히 치아민은 오탄당 인산염경로(pentose phosphate pathway)의 결정적인 반응을 촉매하는 transketolase에 소요된다. 따라서 다량의 마그네슘과 치아민의 공급을 필요로 하는데 특히 fursultiamine(Allynate) 같은 지속형 치아민은 다량의 치아민 공급을 필요로 하는 치료 초기에 외래 방문을 자주 할 수 없는 경우에 효과적이다. 금주나 절주는 환자의 의지만으로 해결되지 않는 신경생리학적 배경이 있다. 음주갈망과 관련된 피로감을 해결해 주는 일은 의사의 중요한 역할이다. 아직 음주와 관련하여 킨들링(kindling) 효과에 대한 연구는 적지만 화학적 자극이 킨들링의 원인이 될 수 있으며 금주 후 오랜 기간이 지나도 지속되는 음주 갈망과 깊은 관련이 있다.¹³⁾

결론

모든 환자에게 음주 여부를 확인하고 문제 음주가 확인되면 금주나 절주에 대한 동기를 파악한다. 절주가 되지 않는 환자에게는 금주 노력이 필요하다. 음주 갈망을 줄이는 약물의 투여와 함께 전신 건강 수준을 향상시킬 수 있는 복합적 접근이 금주에 도움을 줄 수 있다.

참고 문헌

1. 이정균. 한국 정신장애의 역학적 연구 IX-알코올 중독의 유병률. 서울의대 정신의학 1987;13:15-26.
2. 김종성, 박병강, 김갑중. 알코올성 질환의 진단과 치료. 초판. 서울:한국의학;2001.(p5)
3. Institute of Medicine. Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington DC, National Academy Press, 1990.
4. US Department of Agriculture. Dietary guidelines for Americans. USDA, 2000:18.
5. 박병강. 처방가이드. 음주. 초판. 서울:도서출판 한우리;2004. p. 321.
6. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcohol Clin Exp Res 2002;26:36-43.
7. 박병강, 김종성, 이동배. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV진단 기준에 대한 알코올리즘 선별검사 도구들의 민감도와 특이도 비교. 대한가정의학회지 2000;

- 21(11):1427-34.
8. Wannamethee G, Whincup PH, Shaper AG, Walker M, MacFarlane PW. Factors determining case fatality in myocardial infarction "Who dies in a heart attack?" Br heart J 1995 ;74:324-31.
9. 박병강, 오한진. 생활습관병에 대한 행동의학적 접근. 대한가정의학회지 2007;28:241-8.
10. 김종성, 오미경, 박병강, 이민규, 김갑중, 오장균. 한국에서 alcohol use disorders identification test(AUDIT)를 통한 알코올리즘 선별 기준. 대한가정의학회지 1999;20: 1152-9.
11. Anton RF, Moak DH, Waid LR, Latham PK, Malcolm RJ, Dias JK. Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient clinics:results of a placebo-controlled trial. Am J Psychiatry 1999;156:1758-64.
12. Srisurpanont M, Jarusraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: A meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Neuropsychopharmacol. 2005;8(2):267-80.
13. Satel SL, Kosten TR, Schuckit MA, et al.: Should protracted withdrawal from drugs be included in DSM-IV? Am J Psychiatry 1993;150:695-704.