

[연수강좌]

오래 지속되는 기침의 치료

조 유 숙

울산의대

서 론

기침은 병원을 찾게 되는 가장 흔한 증상이다. 감기 등 급성 호흡기계 감염 질환이 주요 원인이며 대개 일과성으로 치료는 대증요법이면 충분한 경우가 대부분이다. 이러한 급성 기침(acute cough)은 길어도 3주 이상 지속되지 않는다. 그러나 기침이 장기간 계속되는 이른바 '만성 기침'에 대해서는 기저 질환이나 악화/유발 인자 (aggravating factor)에 대한 정확한 진단 및 이에 따른 적절한 치료가 필요하므로 급성 일과성 기침과는 다른 접근법이 필요하다. 얼마나 오랫동안 기침이 지속될 때를 '만성 기침'으로 볼 것인가에 대해서는 8주 이상 지속되는 기침으로 정의하는 것이 일반적이다. 3주에서 8주 사이로 지속되는 기침은 아급성 기침 (subacute cough)으로 따로 분류하기도 한다.

기침을 주소로 병원을 찾은 환자들을 대할 때 기침의 지속 기간에 따라 기침을 분류하는 것은 임상적으로 매우 유용한 방법이다. 기침의 지속기간에 따라 우선적으로 염두에 두어야 할 원인 질환이 다르기 때문이다. 급성 호흡기 감염이 주요 원인이 되는 급성 기침과는 달리 만성 기침은 폐종양, 결핵, 폐섬유증, COPD 등의 폐실질의 주요 질환이 원인인 경우로부터 정상 흉부 방사선 소견을 보이는 환자에서는 후비루증후군, 기관지천식, 위식도역류 등 매우 다양한 질환들과 환경에서의 자극 물질 노출, 흡연 등 여러 경우들을 임상적 판단을 위해 고려해야 한다. 아급성기침은 급/만성의 기침의 원인을 모두 고려해야 하나 감염후 기침 (post-infection cough)이 흔한 원인이 된다고 알려져 있다. 한편, 상당수의 흡연자가 만성적인 기침 증상이 있으나 병원을 찾지 않는 경우가 많고 비흡연자인 만성 기침 환자가 주로 병원을 찾게 된다. 그러나 임상가가 주의해야 할 것은 흡연자의 기침을 단순히 흡연이 원인인 것으로 쉽게 판단하기에 앞서 만성기침을 일으키는 모든 원인 질환이 동일한 정도로 흡연자에서도 발생할 수 있음을 기억해야 한다는 점이다.

만성 기침은 흔한 임상 상태로 정확한 유병률이 알려지지 않았지만 미국의 한 조사에 따르면 성인 비흡연자의 20% 이상이 만성기침을 호소하는 것으로 보고하고 있으며, 흡연자까지 포함하면 이보다 더 높은 유병율을 보일 것으로 생각된다. 국내 자료가 분명하지 않지만 외국의 경우와 크게 다르지 않을 것으로 짐작된다. 본 고에서는 성인에서 8주 이상 지속되는 만성 기침을 임상적으로 어떻게 접근하고 치료할 것인지 다루고자 한다.

만성 기침을 일으키는 흔한 기저 질환의 임상적 특징, 진단 및 치료

1. 후비루 증후군 (post-nasal drip syndrome)

후비루는 만성 기침을 일으키는 가장 흔한 원인으로 오랫동안 알려져 왔으나 최근몇몇 보고에 따르면 만성 기침을 일으키는 기저 질환으로써 그 빈도가 다소 과장되어 보고된 측면이 있다고 한다. 그럼에도 불구하고 후비루 증후군은 여전히 만성기침을 유발하는 주요 질환이라는 사실에는 변함이 없다. 비강과 부비동에서 생성되는 분비물이 비강내에서 인후부로 배출되는 과정은 정상적인 생리 현상으로 엄밀한 의미에서 후비루(post-nasal drip) 자체가 병적인 것이라 할 수는 없다. 다만 비부비동에 염증이 있어 염증성 분비물이 지나치게 많아지는 상태와 분비물 자체는 병적이지 않으나 인후부에서 후비루를 지나치게 예민하게 인지하는 경우에 한해 후비루가 증상을 유발할 수 있다. 후비루가 기침을 유발하는 기전은 분비 물질이 인후부에 다수 존재하는 기침수용체 (cough sensor, receptor)를 자극하여 일어나는 것으로 생각된다. 그러나 다량의 병적 후비루가 존재하는 모든 환자에서 기침이 유발되는 것은 아니며, 반대로 부비동염이 있는 환자가 후비루를 전혀 인지하지 못하면서도 기침이 일어나는 경

우도 드물지 않다. 따라서 후비루의 존재 자체만으로 기침의 결정적 원인이 된다고 확정할 수 없으며, 병적인 후비루 뿐만 아니라 인후부의 기침에 대한 감수성 변화가 만성기침을 유발하는 것으로 생각되고 있다. 그러나 그 명확한 기전은 아직 밝혀지지 않았다. 그 외 후비루가 있을 때, 인후부 불편감, 소양증, 이물감을 호소하기도 하고 누운 자세나 야간에 증상이 악화되기도 한다. 그러나 이는 후비루에서만 볼 수 있는 특징적인 증상이라 하기는 어렵다.

후비루의 존재가 확인되면 이를 일으키는 기저 질환을 진단하는 것이 중요하다. 알레르기 비염(allergic rhinitis), 호산구성 비알레르기 비염(non-allergic rhinitis with eosinophilic secretion: NARES), 특발성 비염(idiopathic rhinitis, vasomotor rhinitis), 혹은 세균성 부비동염(bacterial sinusitis) 등 다양한 질환이 원인이 될 수 있으며, 비용종(nasal polyp), 비중격만곡증(nasal septal deviation) 등 해부학적 이상과 동반된 비부비동염도 후비루의 원인이 될 수 있다. 따라서 후비루를 유발하는 기저질환에 대한 명확한 진단을 위해서는 비내시경, 알레르기 피부시험, 부비동 단순방사선촬영 및 경우에 따라서는 비부비동 단층촬영 등이 필요하다. 단순 부비동 방사선촬영에서 부비동 내부의 air fluid level이 확인되거나 점막의 분명한 비후 소견이 관찰되면 부비동염으로 진단할 수 있으나, 이 검사는 진단의 예민도나 특이도가 낮다. 비내시경은 간단하게 시행할 수 있는 검사법으로 알레르기 비염 등 다양한 비염의 특징적인 내시경적 소견을 확인할 수 있고, 부비동 입구에서 염증성 분비물이 배출되는 것을 직접 눈으로 확인할 수 있는 장점이 있다. 부비동 단층촬영은 부비동염을 진단하는데 가장 정확한 검사법이나 비부비동염에 대한 수술적 치료가 전제되지 않은 상황에서 단지 부비동염의 진단을 위해 처음부터 시행하는 것은 일반적으로 권장되지 않는다. 알레르기 피부시험은 알레르기 비염을 진단하는데 결정적인 도움이 된다. 후비루를 일으키는 기저 질환의 진단을 위해 위에 기술한 검사법을 어떻게 이용할 것인가는 각 환자의 상황과 호소하는 증상에 따라 달리 적용해야 하는 수가 많으며 일률적으로 검사의 순서를 정하기는 어렵다.

후비루로 인한 만성기침의 치료는 기저 질환의 진단에 따라 각 질환별로 적절한 치료법을 선택하는 것이다. 알레르기 비염이 주된 원인이면 항히스타민제(antihistamine)와 충혈제거제(decongestant) 및 국소 스테로이드제로 치료하며, 기타 일반적인 비부비동염의 경우 항히스타민제 및 decongestant를 이용한 치료가 효과적이다. 세균성 부비동염이 의심되면 적절한 항균제의 추가가 필요하며, 생리식염수를 이용한 비강내 세척(nasal lavage)도 도움이 된다. 비용종, 난치성 부비동염의 경우는 수술적인 처치가 필요한 경우도 있다.

2. 기관지천식-기침우세천식(cough predominant asthma)과 기침이형천식(cough variant asthma)

만성기침을 일으키는 주요 원인 중 기관지천식은 후비루에 이어 두번째 흔한 원인으로 알려져 있다. 만성적인 기침이 주 증상이지만 천식의 다른 증상과 실질적인 기도폐쇄를 동반하는 경우(cough predominant asthma)도 있고, 기침만이 유일한 증상인 경우도 있다(cough variant asthma). 폐기능검사(spirometry)에서 기도폐쇄(airway obstruction, FEV1 (%) / FVC (%) <0.7)가 있으면, 기관지확장제 반응시험(bronchodilator response test)을 시행하고 가역적 기도폐쇄를 증명하여 천식으로 진단할 수 있다. 그러나 많은 경우 기관지확장제 반응시험에 음성을 보일 수 있으므로 이때는 1-2주 정도의 천식 치료 - 즉, 전신 스테로이드제 혹은 흡입성 스테로이드제와 베타 자극제의 사용 후 기도폐쇄의 가역성을 증명함으로써 천식을 진단할 수 있다.

기침이형천식(cough variant asthma) 환자는 호흡곤란, 천명음 등 전형적인 천식 증상 없이 기침만 유일한 증상으로 호소하며, 단순 폐기능검사(simple spirometry)에서도 정상소견을 보여 보통의 상태에서는 기도폐쇄를 증명할 수 없다. 기침이형천식도 전형적 천식과 동일한 병태생리를 가지는 질환으로 기도의 호산구성 염증(eosinophilic bronchitis) 및 기도과민증(bronchial hyperresponsiveness)의 존재가 주요 특징이며 기침 수용체의 감수성의 증가가 보고되어 있다. 한편, 임상적인 경과가 전형적인 천식과 비교하여 다를 수 있다는 보고들도 있지만 좀더 추가적인 연구가 필요하다. 만성기침 환자에서 기침이형천식을 진단하기 위해서는 기도과민증을 증명해야 하며 따라서 기관지유발시험(histamine 혹은 methacholine bronchial provocation test)을 시행해야 한다. 객담에서 호산구의 존재를 증명하는 것도 천식 진단에 도움이 된다. 기침이형천식의 확진은 기도과민증의 존재와 더불어 천식 치료 후 증상 호전을 확인한 후 가능하다.

기침이형천식 및 기침우세천식의 치료는 기본적으로 보통의 천식과 동일하며 스테로이드 흡입제와 베타자극제가 치료의 근간이 된다.

3. 위식도 역류(gastro-esophageal reflux disease: GERD)와 laryngopharyngeal reflux (LPR)

만성기침과 함께 전형적인 heart burn 및 산 역류(acid regurgitation) 증상이 동반되면 비교적 쉽게 GERD에 의한 기침을 의심할 수 있다. 그러나 비특징적인 증상을 동반하거나 기침만이 유일한 GERD의 증상인 환자에서는 GERD에 의한 만성기침의 가능성을 의심하지 않으면 이를 진단하기란

쉽지 않다. 일반적으로 야간에 역류 증상이 심해지고 기침 악화를 호소하는 경우가 많다. GERD가 기침을 일으키는 기전으로는 역류된 위산이 하부 식도에 존재하는 미주신경(vagus nerve) 말단의 기침수용체를 자극하여 식도-기관지 반사(esophageal-bronchial reflex)를 유발하거나 혹은 위산이 상부기도까지 역류하여 실질적인 기도로의 흡인(aspiration of gastric content) 발생 등이 제시되고 있으며 기침수용체의 감수성 증가와도 연관이 있는 것으로 알려져 있다.

역류된 산이 주로 상부기도에서 다양한 비전형적 증상을 유발하는 상태를 laryngopharyngeal reflux (LPR)로 부르고 있으며 이는 넓은 의미로 GERD의 일종이라 할 수 있다. 그러나 LPR은 전형적인 GERD의 증상과는 매우 다른 임상 양상을 나타낸다. 일반적으로 야간 취침 중에는 하부 식도괄약근(lower esophageal sphincter, LES)의 이완이 일어나지 않아 산 역류가 없고 따라서 기침이 거의 생기지 않으며, 주간 일상 생활 중 특히 말을 할 때나 음식을 먹을 때 LES의 이완과 더불어 위산이 역류되면서 기침이 발생하는 수가 많다. 또한 음성 변화, 인후부 불편감, 혹은 소양증, 이물감 등 비특정적 증상이 흔히 동반된다. 최근 연구에 의하면 전형적인 GERD와 달리 LPR에서는 상부 식도괄약근(upper-esophageal sphincter : UES)의 기능 이상이 동반된다는 보고가 있다.

GERD의 진단을 위해 우선 위내시경을 시행할 수 있으나 심하지 않은 경우 역류성 식도염(reflux esophagitis) 소견이 분명하지 않을 수 있다. GERD의 진단에 가장 결정적인 검사법은 24시간 식도 pH 측정법(24-h esophageal pH monitoring)이며 기침 증상과 위산의 역류 정도를 기록 후 분석하는 것이다. 그러나 이 검사법은 침습적이고 시행하기에 용이하지 않으며 그 진단적 가치 또한 연구자에 따라 매우 다르게 보고하고 있다. 따라서 GERD가 의심되는 환자 모두를 대상으로 이 검사를 시행하는 것은 일반적으로 권장되지 않는다. LPR에서는 후두내시경(laryngoscopy)으로 인후부 및 성대의 병변을 확인하는 것이 진단에 큰 도움이 된다. 후두의 발적, 부종, 분비물 존재 등 다양한 병변을 보일 수 있다. 그러나 내시경 소견만으로 LPR를 확진할 수 있는 것은 아니다. 실제 임상에서는 경험적 치료 시도(empirical therapeutic trial)가 GERD에 의한 기침을 진단하는데 매우 중요한 역할을 한다. PPI (proton pump inhibitor) 제제가 우선적으로 추천되며 일반적으로는 약 2주 정도의 투약 후 어느 정도의 증상 호전을 기대할 수 있다. 그러나 GERD에 의한 기침의 완전한 배제는 고용량의 PPI (40mg b.i.d.)를 4개월에서 6개월까지 사용하였음에도 증상의 호전이 없을 때 비로소 가능하다.

GERD에 의한 기침은 일반적으로 PPI를 1-2개월 정도 투여하면 증상이 호전된다. 약물 이외에도 LES를 이완시킬 수 있는 생활

습관이나 음식물 섭취를 교정하는 것도 상당한 치료효과가 있다. 취침시 상체를 비스듬히 세우는 것, 금주, 금연 및 체중 감소 등이 GERD에 의한 증상을 개선시킬 수 있는 것으로 알려져 있고, 술, 고지방 음식, 초콜릿, 커피, 콜라, 신과일 등을 피하는 것도 증상 완화에 도움이 된다. 복용약물 중 LES를 이완시킬 수 있는 약물을 확인하여 가능한 경우 회피하는 것도 필요하다. 이러한 생활, 식습관의 교정과 함께 PPI 제제 외에 고용량의 H2 blocker와 pro-kinetics를 사용하는 것도 GERD에 의한 기침을 상당히 호전시킬 수 있는 것으로 보고되어 있다.

기타 만성 기침을 유발하는 기저 질환들

1. 호산구성 기관지염 (eosinophilic bronchitis)

호산구성 기관지염은 만성기침의 한 원인으로써 기도에 호산구성 염증이 존재한다는 점은 천식과 유사하나 가역적인 기도수축이나 기도과민증이 없는 점이 특징이다. 만성기침 환자의 어느 정도가 호산구성 기관지염이 원인 질환이 되는지 분명하지 않지만, 외국의 한 보고에 따르면 전문가에게 의뢰된 만성기침 환자의 약 13%가 호산구성 기관지염으로 진단되었음을 보고하였다. 호산구성 기관지염이 천식과 완전히 다른 질환인지 혹은 천식의 다양한 임상형 중 한 가지 형태인지 분명하지 않고, 또한 장기적인 임상 경과에 대해서도 아직 분명하지 않지만 10%의 환자가 천식으로 이행하는 것으로 알려져 있다. 병리학적으로는 기도의 비만세포(mast cell)의 조직내 존재 부위가 천식에서는 기도평활근인데 반해 호산구성 기관지염의 경우 상피세포로 그 차이점이 알려져 있다.

진단은 기도과민증이 없는 만성 기침 환자에서 유도 객담의 호산구가 3% 이상 될 때 진단할 수 있다. 치료는 흡입성 혹은 전신성의 스테로이드제가 근간이 된다.

2. 아토피성 기침(Atopic cough)

이는 주로 일본에서 많이 보고되고 있는 질환으로 기도의 호산구성 염증이 존재하고 기도과민증을 관찰할 수 없는 것은 호산구성 기관지염과 유사하지만 천식으로의 이행이 매우 드물고 아토피 성향이 강한 환자들에게서 발생한다는 점이 다르다. 치료는 스테로이드제로 호산구성 기관지염과 동일하다.

3. 기타 드문 질환

기도내 이물질, 기관지결핵(endobronchial tuberculosis), 폐

종양 등도 드물게 만성기침의 원인이 될 수 있다. 의심되는 경우 진단을 위해 흉부 CT 촬영, 객담 AFB 검사, 기관지내시경 등 추가적인 검사가 필요하다.

일반적인 치료에 반응하지 않을 때 고려해야 할 만성기침의 원인들

1. 2가지 이상의 질환을 가진 경우

만성기침에서 꼭 염두에 두어야 할 점은 2가지 이상의 원인이 한 환자에서 동시에 존재할 가능성이 상당히 많다는 것이다. 실제로 한 보고에 의하면 환자의 약 20%에서 반수까지 2개 이상의 원인 질환을 가진 것으로 조사되었다. 많은 기관지천식 환자가 비부비동염을 동반하고 있으며 잘 조절되지 않는 천식의 주요 악화 원인 중 하나가 동반된 GERD인 점 등을 고려하면, 특히 만성기침의 주요 원인 질환들 중 2가지 이상이 한 환자에서 존재할 가능성이 많다. 한가지 질환을 분명하게 진단한 후 치료하였음에도 기침이 잘 조절되지 않는다면 다른 질환이 동반되어 있을 가능성을 가장 먼저 고려해야 한다.

2. 특발성 기침 (Idiopathic cough)

여러 검사를 통해 뚜렷한 원인 질환을 발견할 수 없는 만성기침을 의미한다. 보고자에 따라 그 유병율이 다양한데 많게는 10-20%의 만성기침 환자가 특발성 만성기침이라는 주장도 있다. 실제로 이 환자들은 다양한 검사에서도 이상을 보이지 않고 기침수용체의 감수성만 증가되어 있는 수가 많다. 이 질환의 발생 기전에 대해서는 아직 명확하게 밝혀지지 않았고 내인성 기침반사의 이상 (Intrinsic abnormalities of cough reflex)과 관련되어 있을 것으로 추정하고 있다. 기전에 근거한 특이한 치료법은 알려져 있지 않으며 기도의 자극을 최소화하는 환경개선이나 다른 기침의 악화유발요인을 회피하고 적절한 대증요법으로 치료하는 것이 최선이다.

3. 심인성 기침 (Psychogenic cough)

대다수의 전문가들은 만성기침의 원인을 체계적으로 진단한 후 치료하면 90% 이상에서 성공적인 치료가 가능한 것으로 보고하고 있다. 드물게 각종 진단적 검사에도 뚜렷한 이상을 발견할 수 없을 뿐 아니라 경험적 치료 시도에도 반응하지 않는 만성기침은 심인성 기침의 가능성을 고려해 볼 수

있다. 그러나 심인성 기침은 다른 가능한 원인을 모두 배제한 후 마지막으로 의심할 수 있는 것으로 일반적인 간단한 검사 - 즉 단순흉부촬영이나 부비동촬영 혹은 폐기능 검사 등에서 이상이 없다고 하여 심인성 기침을 먼저 생각해서는 안된다.

만성 기침 환자의 진단적 접근법

만성기침은 하나의 질병이 아니라 다양한 기저 질환이 유사한 증상을 유발하는 임상 상태로 효과적인 진료를 위해서는 기침을 유발하는 기저 질환을 하나씩 정확히 진단하고 치료해가는 단계적 접근법이 효과적이다. 만성기침 환자를 대할 때 우선적으로 시행해야 하는 첫 단계는 증상에 대한 자세한 문진이다. 흔한 기저 질환을 염두에 두고 특징적인 증상 및 증후의 유무를 구체적으로 확인해야 한다. 만성기침을 유발하는 주요 기저 질환은 기존에 잘 알려진 대로 후비루 (post-nasal drip syndrome), 기관지천식 (asthma), 위식도역류증 (gastroesophageal reflux, GERD)이다. 여기에 또 하나 빼놓을 수 없는 것은 angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) 사용에 의한 기침이다. 실제로 전문가에 의뢰된 상당수의 환자들은 ACEI 사용력을 스스로 이야기하지 않거나 혹은 의료진이 이를 확인하지 않아 불필요한 진료를 하게 되는 수가 종종 있다.

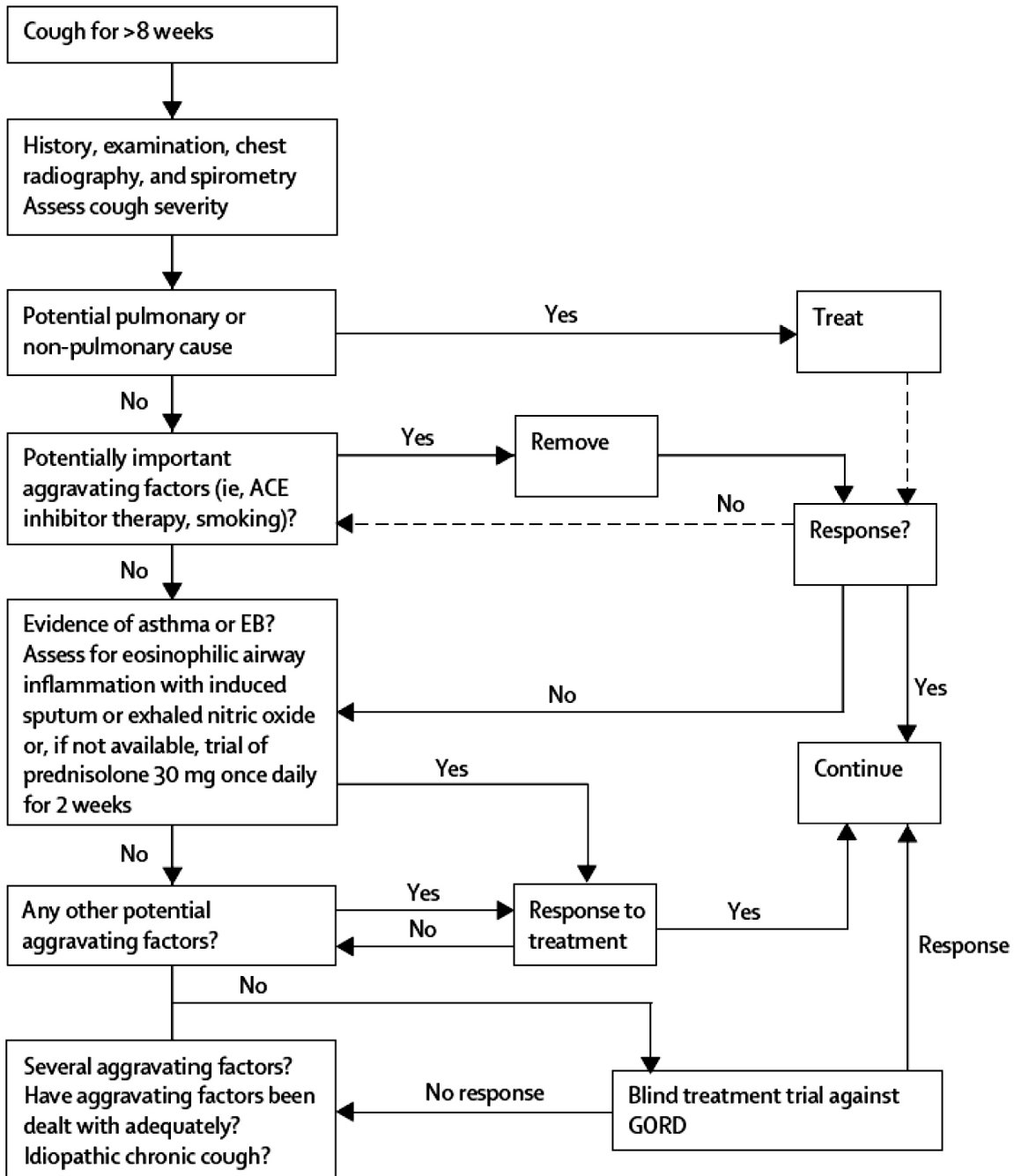
전형적인 증상을 가진 환자라면 증상 및 증후에 대한 면밀한 조사만으로 기저 질환을 어렵지 않게 짐작할 수 있다. 즉, 코막힘, 농성 후비루 등 비부비동염 증상과 동반되어 진찰소견상 인후두부에 후비루가 관찰된다면 후비루에 의한 만성기침으로 강력히 의심할 수 있다. 또한, 기침과 더불어 호흡곤란, 천명음의 병력이 동반되거나, heart burn 등 전형적 위산역류 증상이 동반된다면 천식과 GERD에 의한 만성기침으로 각각 추정할 수 있다.

그러나 실제 많은 환자들은 상기의 주요 질환을 시사하는 특징적인 소견을 나타내지 않는다. 특징적인 동반 증상이 없고 진찰소견에도 특이소견 없이 오로지 객담이 거의 없는 건성 기침만을 호소하는 경우는 병력과 진찰만으로 원인 질환을 진단하기는 거의 불가능하다. 따라서 이러한 ‘만성 건성 기침’ (chronic dry cough) 환자의 진료를 위해서는 다양한 진단적 검사들이 필요하게 된다.

일반적으로 검사의 첫 단계로는 단순흉부촬영을 시행하게 되는데, 드물게 활동성 결핵, 폐종양, 간질성 폐장염 등 폐실질의 이상이 발견되는 수도 있으나, 대부분 정상 소견을 보인다. 이러한 환자들에게 진단과 치료를 위한 다음 단계를

어떻게 진행해야 할지 결정하는 것은 그리 간단하지는 않다. 비부비동염에 의한 후비루를 확인하기 위해 부비동 방사선 촬영(PNS series), 비내시경(rhinoscopy), 혹은 부비동 단층촬영(OMU CT)이 필요할 것인지, 천식 진단을 위해 폐기능검

사(spirometry)와 메타콜린 기관지유발시험(methacholine bronchial provocation test)을 시행할 것인지, 혹은 GERD의 진단을 위해 위내시경이나 24시간 pH 모니터링을 해야 하는 것인지 등등을 판단해야 한다. 또한, 검사 이전이나 혹은 일부 검사

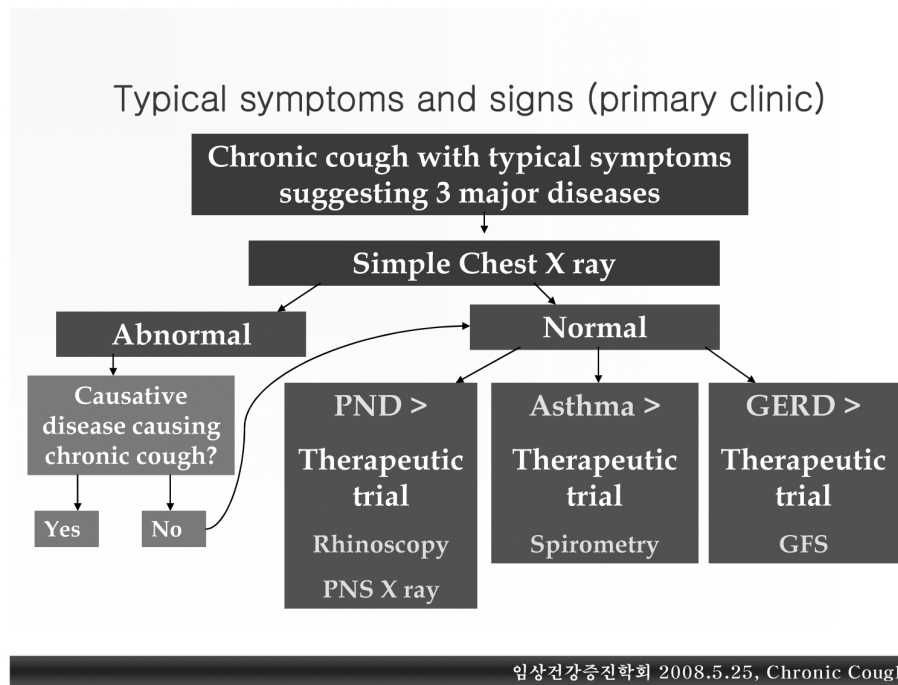


(adopted from Lancet 2008;371:1375-84)

EB : eosinophilic bronchitis, GORD : gastroesophageal reflux disease

Fig. 1. Algorithm for investigation of chronic cough

A.



B.

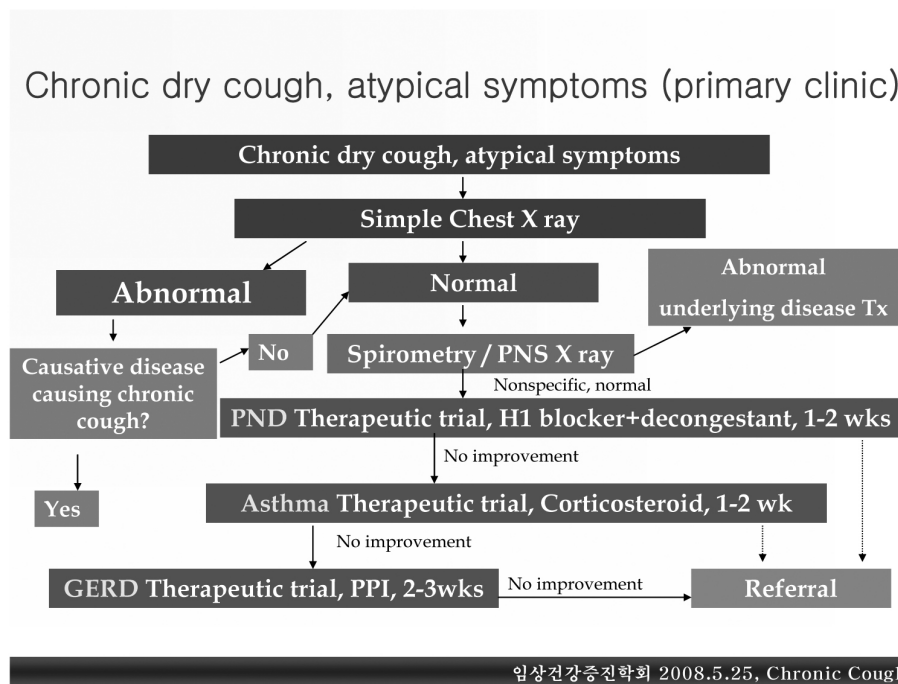


Fig. 2. 만성 기침의 진료 알고리즘 제안 (1차 진료의 대상)

시행 후, 흔한 원인 질환에 대한 치료를 먼저 시도해 보아야 할지 혹은 대증요법만으로 기침 증상의 완화를 먼저 추구해야 할지에 대해서도 결정해야 한다.

첫 진찰과 단순흉부촬영에서 정상소견을 나타내는 만성기

침 환자의 효과적인 진단과 치료를 위해 다음 단계를 어떻게 진행해야 할 것인가에 대해서는 지금까지 다양한 지침과 의견들이 제시되고 있으나, 현실적으로 일정한 방식의 진단적 접근법을 정하기란 쉬운 일이 아니다. 결국 이러한 환자의 진료

에는 양극단의 접근법이 있을 수 있으며, 그 한 극단은 가능한 원인을 찾기 위한 모든 검사를 시행하여 원인을 밝힌 후 치료를 시작하는 것이고 반대쪽 극단은 원인 질환의 흔한 순서대로 하나씩 경험적 치료 시도(empirical therapeutic trial)를 해나가는 방식이다. 전자는 대부분 정확한 원인 진단이 가능하며 따라서 효과적이고 빠른 치료를 기대할 수 있으나 고비용의 부담을 감수해야 하고, 후자는 비용은 적게 들지만 실질적인 치료성과를 달성하는데 상당한 시간이 걸릴 수 있을 뿐 아니라 사실상 정확한 진단이 어려운 단점이 있다.

단계적 접근법 자체도 여러 질환의 해부학적 접근을 통한 알고리즘이 지금까지 주로 제시되었으나, 최근 일단 폐와 기도에 명확한 병변이 의심되거나 폐외의 질환 (비부동염, GERD 등)이 강력히 의심되면 이를 바로 치료하지만 다음 단계로는 기도의 호산구성 염증여부를 조사하여 호산구성 기도 질환과 비호산구성 만성기침으로 나누어 치료를 해나가는 단계적 접근법이 제시되고 있다. (그림 1)

우리나라에서 만성기침에 대한 효과적인 진료를 위해서는 국내 현실에 바탕을 두고 치료적 시도 및 다양한 진단적 검사법 수행을 어느 정도 통합하여 진행하여야 할 것으로 판단된다. 그러나 어떤 검사를 어느 단계에서 시행하고 어느 단계까지 치료적 시도를 해볼 것인지는 환자의 임상 상태나 각 의료인의 개인적인 경험, 검사를 수행할 수 있는 의료 장비의 여건에 따라 달라질 수 밖에 없다. 우리나라의 일차 의료기관에서 현실적으로 가능한 만성기침 환자에 대한 접근법을 그림 2에 제시하였고 이를 요약하면 다음과 같다. 모든 만성기침 환자에서 단순흉부촬영을 시행해야 한다. 활동성결핵, 기관지확장증, 혹은 폐종양 등 분명한 폐의 이상이 발견되는 경우가 종종 있다. 많은 경우 단순흉부촬영에서는 특이소견이 발견되지 않으며, 이런 환자들의 진단과 치료를 위해 다음의 접근법을 고려한다. 만성기침의 임상양상이 비부비동염에 의한 후비루, 천식, GERD 등을 시사하는 뚜렷한 임상적 특징을 가진 경우라면, 의심되는 각각의 질환에 대한 주요 진단적 검사를 통해 확진한 후 각 질환에 대한 치료를 시행하는 것이 좋다. 즉 후비루가 의심되면 진단을 위해 부비동촬영이나 비내시경을 이용하여 확인하고, 천식이 의심되면 폐기능검사를 GERD가 의심되면 이의 진단을 위해 우선 위내시경을 시행해 볼 수 있다. 의심되는 질환에 대한 약물치료를 바로 시도해 볼 수도 있으나, 증상에만 의존하는 것은 그 진단이 정확하지 않을 가능성을 배제하기 어렵다. 비근한 예로 후비루의 정도와 증상의 정도는 일치하지 않는 경우가 많으며, 천명음의 존재가 반드시 천식을 의미하지는 않는다는 점 등을 들 수 있다. 또한 치료에 반응이 좋지 않을 경우 다시 진단적 검사의 시행을 고려해야 하므로 처음부터 진단

을 명확히 한 후 치료를 시작하는 편이 유리하다.

특정 질환을 의심할 수 있는 전형적 증상을 보이지 않고 단순흉부촬영상 정상 소견을 보이는 환자- 즉 만성 건성 기침 (chronic dry cough)-에 대해서는 우선 만성기침의 가장 흔한 원인인 후비루에 대해 비내시경 혹은 단순부비동촬영을 시행하고 가능하면 기도폐쇄 유무의 확인을 위해 폐기능검사 (spirometry)를 시행한다. 각종 검사에 이상이 없을 때는 주로 치료적 시도를 단계적으로 진행해 나가는 것을 고려할 수 있다. 즉 먼저 후비루에 대한 치료를 1-2주간 시행하고, 반응이 없으면 스테로이드제를 1-2주간 치료하고, 반응이 없으면 PPI에 대한 치료적 시도를 2주 이상 시행해 보는 것이다. 치료적 시도에도 반응이 없거나 혹은 증상이 호전되어 치료를 중단한 후 기침이 재발한다면 보다 정확한 원인 질환 규명을 위해 전문가에게 의뢰하는 것이 좋다.

맺음말

만성기침은 임상적으로 상당히 흔하게 접할 수 있으나, 다양한 질환이 증상을 일으키는데 관여하므로 그 진단과 치료가 쉽지 않은 수가 많다. 특정 질환을 시사하는 소견이 있어도 증상만으로 원인 질환을 진단하는 것이 쉽지 않으며, 특히 비특정적 증상을 동반하거나 오로지 만성 건성 기침만 호소하는 환자에서는 그 진단과 치료가 더욱 어렵다. 따라서 만성기침의 진료에는 환자 개개인의 임상 양상과 의사의 상황에 따라 치료적 시도 및 각종 진단적 검사들을 적절하게 조합하여 단계적으로 접근하는 것이 중요하다.

참고 문헌

1. Morice AH. Recommendations for the management of cough in adults. Thorax 2006; 61:i1-24
2. Irwin RS. The diagnosis and treatment of cough. N Engl J Med 2000;343:1715-21
3. Morice AH. The diagnosis and Management of chronic cough. Eur Respir J 2004;24:481-92
4. Pavord ID. Management of chronic cough. Lancet 2008;371: 1375-84
5. Chung KF. Prevalence, Pathogenesis, and causes of chronic cough. Lancet 2008;371: 1364-74