



보도자료

대한천식알레르기학회

배포일	2018년 9월 20일 (목) (총 3쪽)	담당부서	대한천식알레르기학회 만성기침 진료지침개발위원회 대한천식알레르기학회 홍보위
		담당자	김주희 홍보위원 (010-8558-5570) 임대현 진료지침개발위원회 (010-9456-2809) 한만용 홍보이사 (010-8339-0727)

만성기침 진료지침, 우수진료지침 인정

- 비특이적 만성기침의 진단과 치료에 대한 권고안 개발 -

대한천식알레르기학회가 마련한 만성기침 진료지침이 대한의학회 임상진료지침 전문위원회 평가 결과 우수진료지침으로 인정받았다. 본 진료지침은 비특이적 만성기침 환자를 진료하는 일선 의사들에게 진단과 경험적 치료에 있어 보다 안전하고 효과적인 의사결정에 도움을 주고자 개발되었다.

■ 만성기침 유병률은 6세 이후 청소년에서 12-15% 추정

소아청소년의 경우 만성기침의 유병률은 6세 미만에서는 5-7%, 6세 이후~청소년에서는 12-15%로 추정하며, 한국 성인에서의 유병률은 2.6~4.6%로 조사되었다.

만성 기침이란 15세 미만 소아청소년의 경우, 기침이 4주 이상 지속되는 경우를, 15세 이상의 소아청소년과 성인의 경우, 기침이 8주 이상 지속되는 경우로 정의

한다. 소아청소년의 경우 만성기침의 유병률은 6세 미만에서는 5-7%, 6세 이후~청소년에서는 12-15%로 추정하며, 천식, 상기도 기침 증후군, 지속세균기관지염과 주로 관련되어 있는 것으로 알려져 있다. 한국 성인에서의 유병률은 2.6~4.6%로 조사되었고, 흡연상태, 비염, 비부비동염, 천식, 폐질환과의 관련성이 높다.

■ 비특이적 만성기침에 흡입용 코티코스테로이드와 항히스타민제 사용

소아청소년 비특이적 만성기침 환자에서 흡입형 코티코스테로이드 또는 항히스타민제의 경험적 사용을 제안하였다. 성인에서는 이와 같은 약물 사용을 권고하였다.

비특이적 기침은 다른 동반증상 없이 주로 건성기침을 보이며 가슴X선검사와 폐기능검사에서 정상소견을 보여 원인질환을 추정할 수 없는 경우를 말한다. 소아청소년 비특이적 만성기침 환자에서 흡입형 코티코스테로이드 또는 항히스타민제 경험적 사용을 제안하였다. 그러나 류코트리엔 수용체 길항제의 경험적 사용은 효과유무를 판단할 근거가 부족하고 약제 사용에 따른 추가 비용 및 약물 이상반응 발생 가능성이 있어 본 지침에서는 이와 관련한 권고안 제시를 유보하였다.

성인 비특이적 만성기침 환자 또한 경구항히스타민제 또는 흡입용 코티코스테로이드의 경험적 사용을 제안하였다. 그러나 류코트리엔 수용체 길항제는 기침 개선 효과를 판단할 수 있는 직접적인 연구자료가 없고, 진단과정 없이 사용할 경우 불필요하게 오랜 기간 투여될 우려가 있어 본 지침에서는 류코트리엔 수용체 길항제의 경험적 치료는 제한적으로 사용할 것을 제안하였다. 또한 위식도역류질환이 강력히 의심되는 증상이 동반되어 있거나 식도산도 검사로 증명된 만성기침 환자에서만 기침 호전 효과가 있었다는 연구 결과를 참고로, 비특이적 만성기침 환자에서 양성자펌프억제제의 경험적 치료는 제한적으로 사용할 것을 제안하였다.

이와달리 특이적 만성기침은 동반되는 증상이나 검사 소견 상 원인질환을 어느 정도 추정할 수 있는 경우이다. 특이적 기침은 흡연이나 약물에 의해 유발되거나 천식/호산구성기관지염, 비염/부비동염, 위식도 역류질환이니 지속세균성기관지염에 의한 기침 등이 이에 해당된다.

■ 성인에서 원인미상의 만성기침의 유병율은 5-10%

성인 만성기침 환자의 5-10%, 기침전문가를 찾아오는 만성기침 환자의 0-46%는 기침에 대한 여러가지 검사나 치료에도 불구하고 여전히 지속되는 기침을 호소한다.

원인 미상의 만성기침이란 상기도기침증후군, 천식, 호산구기관지염, 등 만성기침의 주요원인들에 대해 진단적 검사나 경험적 치료에도 불구하고 원인을 정확히 밝히지 못하고 지속되는 환자들을 원인미상 만성기침으로 명명한다. 최근 연구결과 기침반사의 과도한 항진에 의한 신경병성 과민증에 의해 발생하는 것으로 이해되고 있다. 원인미상의 만성기침 환자를 대상으로 한 아편양 중추성 진해제 또는 중추성 신경조절제 사용이 기침을 감소시키는가에 대한 임상질문에 대한 문헌고찰 결과, 근거수준은 낮으나 권고등급 B로 아편양 중추성 진해제 및 중추성 신경조절제 사용을 제안하였다. 그러나 부작용에 대한 지속적인 평가 및 모니터링이 필요하며, 특히 만성기침에 대한 중추성 신경조절제 사용은 추가적인 식약처 허가가 필요하다.

*용어설명 및 참고문헌

¹ 권고등급 B: 치료나 검사의 편익이 그로인한 위험, 부담, 비용을 상회하나 불확실한 경우