



대한심뇌혈관질환예방학회-의협신문 공동 기획

“심뇌혈관질환 80% 예방한다”^②

심뇌혈관질환은

선진국 뿐 아니라 개발도상국가에서 가장 중요 한 사망원인이며, 사망 이외에도 이 질환으로 인한 장애·생산력 감소·의료비증가 등으로 세계적 보건이슈가 되고 있다. 한국에서도 심뇌혈관질환은 전체 사망원인의 4분의 1을 차지하고, 고혈압·당뇨병 등 선행 질환의 유병률 및 진료비는 계속해서 증가하는 추세. 다행히 고무적인 것은 심뇌혈관질환의 주요 위험요인인 고혈압·당뇨·이상지질증·비만 등의 조절과 생활습관의 개선을 통해 80% 이상 예방이 가능하다는 점이다.

지난해 9월 미국 뉴욕에서 ‘비감염성 만성질환의 예방 및 관리에 관한 UN 정상회의’가 열렸다. 이 회의에서는 WHO에 2012년 말까지 ▲각국의 실정을 반영해 만성질환에 대한 대책 및 모니터 계획 수립 ▲만성질환의 예방과 관리를 위한 세계적 목표를 마련하는 내용의 정책 현장이 채택됐다. UN이 2001년 전염성 질환인 ‘에이즈 퇴치’를 보건정책목표를 삼은 바 있지만 10년만에 ‘만성질환 관리’로 목표를 바꾼 것은 고혈압·당뇨 등 만성질환의 문제가 인류건강을 더 위협하고 있음을 방증한다.

세계적인 의학저널 The Lancet에서도 2005년부터 비감염성 만성질환의 주요 연구진들로 The Lancet NCD Action group을 구성, 만성질환 예방과 관리에 대해 건강형평성·약물치료·의료제도 등 다각적인 측면을 연구하고, 나라별 실정에 맞는 가이드라인을 제작하고 있다.

이처럼 전세계적으로 심뇌혈관질환에 대한 예방과 관리대책이 시급한 상황에서 <의협신문>은 예방 및 임상의학자와 보건학자들로 구성된 대한심뇌혈관질환예방학회와 손잡고, 심뇌혈관질환을 줄이기 위한 대안을 모색하는 학술기획시리즈를 마련한다.

“
심뇌혈관질환의
• 1차 예방
”



백상호

가톨릭의대 교수
(서울성모병원 순환기내과)

관상동맥질환자이나 다른 동맥경화성 동맥질환들 즉, 말초혈관질환·대동맥질환·경동맥질환자에서는 재발방지가 가장 중요 한데 이번 호에서는 효과적인 치료법을 2011년도 미국심장협회·심장학회 가이드라인을 참조해 간단히 정리한다.

1. 금연

금연의 목표는 완전한 흡연 금지뿐 아니라 이차흡연 노출도 금지하는 것을 의미한다. 실천방안으로 ▲환자가 매방문시마다 흡연유무를 묻는다. I (B) ▲담배흡연 환자에게 금연을 권유한다. I (B) ▲환자가 금연할 의지를 평가한다. I (B) ▲금연을 하도록 환자에게 상담을 주선하고 계획을 작성하도록 돕는다. I (B) ▲추적해 특별 프로그램으로 전원 하던지 약물치료를 시행한다(니코틴 대체요법, bupropion). I

(B) ▲직장이나 집에서 이차흡연에 노출되지 않도록 한다. I (B)

2. 혈압조절

일반인의 혈압목표 수치는 < 140/90mm Hg이고, 당뇨나 신장 질환이 있는 경우는 < 130/80mm Hg이다. 모든 환자는 식생활습관을 개선해 체중조절, 신체활동 증진, 음주는 적당량, 염분섭취 감소, 신선한 야채 및 과일 섭취 및 저지방 유제품을 섭취하도록 한다. I (B) 혈압수치가 ≥ 140/90 mm Hg (또는 당뇨나 신장병인 경우는 130/80mm Hg)인 경우 강압제로서 혈압 조절을 한다. I (A)

3. 음식

불포화지방산·미정제곡류·야채·과일·오메가-3 지방산등은 관상동맥질환 보호 작용이 있다. 소량·중등도 알코올섭취는(5-25 g/일) 심혈관 질환에서 심혈관 사망률 및 총사망률 감소 효과가 있다.

4. 지질 관리

지질 관리 목표치는 LDL 콜레스테롤 < 100mg/dL인데 만약 중성지방 ≥ 200mg/dL이면 non-HDL 콜레스테롤 < 130mg/dL 목표로 반드시 조절한다(Non-HDL 콜레스테롤 = 총콜레스테롤 - HDL 콜레스테롤).

콜레스테롤).

▶ 4-1 모든 환자들에게 필요한 내용으로, ▲식이요법을 시작해, 포화지방(총 칼로리< 7%), 트랜스 지방산, 콜레스테롤을 섭취 (< 200mg/일)를 적게 한다. I (B) ▲LDL 콜레스테롤을 추가로 감소시키기 위해, 식물성 stanol/st erols(2g/일), 접성 섬유질(>10g/일)을 추가할 수 있다. 매일 육체적 활동을 증진하고 체중조절을 한다. I (B) ▲오메가-3 지방산은 생선이나 캡슐형태(1g/일)로 섭취해 심혈관위험을 감소할 수 있다. 그러나 임산부나 수유부는 methylmercury 노출을 최소화하기 위해 생선 섭취를 줄여야 한다. 고중성지방관리에는 고용량 섭취가 필요하다. IIb (B)

▶ 모든 환자는 공복시 지질수치를 평가하고, 입원환자는 24시간이내에 반드시 지질관리를 시작한다.

▲LDL 콜레스테롤 수치는 반드시 < 100mg/dL. I (A) ▲LDL 콜레스테롤 < 70mg/dL로 추가적 감소가 필요하며. IIa (A) ▲만약 기저치 LDL 콜레스테롤 100mg/dL이면, LDL 저하제 치료를 시작하고. I (A) ▲만약 치료중인 환자의 LDL 콜레스테롤 수치가 100 mg/dL이면 LDL 저하제 치료를 강화한다(병합요법: 스타틴표준 용량+ezetimibe, bile acid sequest rant, 또는 니아신). I (A) ▲만약 기저치 LDL 콜레스테롤 수치가 70-100mg/dL이면, LDL 콜레스테롤 수치를 < 70mg/dL이 필요하다. IIa (B) ▲중성지방수치가 200-499mg/dL이면, non-HDL 콜레스테롤 수치는 반드시 < 130mg/dL으로 한다. I (B) ▲non-HDL 콜레스테롤 수치 < 100mg/dL 유지하도록 추가적인 관리도 필요하다. IIa (B)

▶ Non-HDL 콜레스테롤 치료 원칙은 다음과 같다.

▲LDL 콜레스테롤 저하치료를 더욱 강화한다 I (B) ▲LDL 콜레스테롤 저하후 Niacin을 사용한다. IIa (B) ▲LDL 콜레스테롤 저하후 Fibrate 치료를 시작한다. IIa (B)

만약, 중성지방수치가 500mg/dL이면 췌장염 예방을 위해 fibrate나 niacin으로 중성지방 치료를 먼저한 뒤 LDL 콜레스테롤 치료를 시작한다. 가능하면 non-HDL 콜레스테롤 수치를 < 130mg/dL로 도록 한다. I (C)

관상동맥질환과 고콜레스테롤 혈증을 지닌 노인환자에서 시행

한 이차예방 임상연구에서도 스타틴은 총사망률·심혈관 사망률·관상동맥 사고률·관상동맥 재관류·뇌졸증·간헐적 파행 등을 모두 감소시켰다. 스타틴치료는 남자뿐 아니라 여성에게서도 심혈관사망률 및 총사망률을 감소시킨다.

5. 육체적 활동

육체적 활동의 목표는 매일 (최소한 5일/주) 30분간 운동이다. 연구결과에 의하면 전혀 운동하지 않는 것보다 조금이라도 하는 것이 좋으며, 활동량이 증가할수록 추가이득이 발생한다고 한다.

6. 체중조절

체중관리의 목표는 BMI 18.5-24.9kg/m²이고 허리둘레는 남자 < 101.6cm (40인치), 여자 < 88.9cm (35인치)이다.

7. 당뇨관리

당뇨관리의 목표치는 당화혈색소(HbA1c) 수치 < 7%이다. 식생활습관개선과 약물치료로 정상에 근접한 HbA1c 수치를 달성 한다. I (B) ▲다른 위험인자들 (즉, 육체적활동·체중관리·혈압조절·콜레스테롤)을 집중적으로 관리한다. I (B)

8. 항혈소판제 및 항응고제

▶ 저용량 아스피린 (75~162mg/d)은 금기를 제외하고는 치료시작하여 무기한으로 사용한다. I (A) 관상동맥우회술 환자는 수술 48시간이내에 사용하고, 아스피린 용량은 100~325mg/일에서 효과가 있으며, 162mg/일 이상 용량의 아스피린을 1년간 사용한다. I (B)

▶ 급성관상동맥증후군환자나 관상동맥 스텐트거치술환자에서 clopidogrel 75mg/d은 아스피린과 병합요법으로 12개월까지 사용한다(비약물방출스텐트는 최소 1개월 그러나 12개월이 이상적이고 약물방출 스텐트 경우는 최소 12개월 복용한다). I (B) 관상동맥 스텐트거치술환자는 162~325mg/일 용량 아스피린을 비약물방출스텐트는 1개월, sirolimus-약물방출스텐트는 3개월, paclitaxel-약물방출스텐트는 6개월 사용후, 75~162mg/일 용량 아스피린을 평생 사용한다. I (B)

▶ 항응고제인 warfarin은 INR (international normalized ratio)

< 참조 > 근거 및 권고 수준의 강도

- Class I는 치료 및 시술이 유용하며 유효하다는 근거 및 일반적 일치가 있음
- Class IIa는 근거나 의견이 유용성·유효성에 논란은 있으나 비교적 긍정적임
- Class IIb는 근거나 의견이 논란은 있으며 완전히 입증되지 않은 상황임

▶ 백상호 교수는 가톨릭대학교 서울성모병원 순환기내과 분과장, IRB 위원장을 맡고 있으며 대한심뇌혈관질환학회 부회장, 대한심장학회 기초과학연구회 부회장, 대한심장학회 심부전연구회 총무위원장, 한국지질동맥경화학회 정책 및 기획 이사, 대한기관윤리심의기구협의회 총무이사 등 활발한 학회 및 대외 활동을 하고 있다.

2.0~3.0로 발작성 또는 만성 심방세동증·조동증 및 심근경색증 후 환자로서 심방세동증 또는 좌심실혈전이 동반된 경우에 사용 한다. I (A)

▶ warfarin을 아스피린이나 아스피린·clopidogrel 동반 사용시는 출혈위험이 증가하므로 반드시 조심하고 상세 모니터 해야 한다. I (B)

▶ 미국 역학연구에서 NSAID는 심근경색후 환자에서는 단기 간이나 장기 사용시 사망률·심근경색·재발률이 증가하므로 권유하지 않는다.

9. 레닌·엔지오텐신·알도스테론 계 차단제

ACE 억제제는 ▲좌심실 구축률 ≤ 40% 고혈압·당뇨·만성신장병을 동반한 경우 금기가 아니면 투여한다. I (A) ▲모든 다른 환자에서도 고려대상. I (B) ▲좌심실 구축률이 정상으로 심혈관 위험인자가 잘 조절되며 재관류가 시행된 환자는 고려대상이 선택이다. IIa (B)

엔지오텐신 수용체차단제는 ▲ACE 억제제에 견디지 못하는 환자, 좌심실 구축률 ≤ 40% 인심부전이나 심근경색후 환자에서 사용 I (A) ▲ACE 억제제에 견디지 못하는 환자 다른 모든 환자 I (B) ▲수축기심부전환자에서 사용할 수 있다. IIb (B)

알도스테론차단제는 심각한 신장장애가 없거나(creatinine < 2.5mg/dL 남자 < 2.0mg/dL 여자) 또는 고칼륨혈증이 없는 경우 (K < 5mEq/L)에, ACE 억제제와 베타차단제 선행 치료가 시작된 경우, 좌심실 구축률 ≤ 40%, 심부전이 동반된 경우 사용한다. I (A)

10. 베타차단제

심근경색·급성관상동맥증후군·심부전증세 존재여부에 상관없이 좌심실기능장애환자는 금기가 아니면 베타차단제를 시작해 무기한으로 사용한다. I (A) ▲관상동맥질환을 포함한 혈관질환이나 당뇨환자는 금기가 아니면 장기적으로 사용을 고려한다. IIa (C)

11. 인플루엔자 백신

심혈관질환자는 인플루엔자 백신을 반드시 접종한다. I (B)