

**<홍창의 : 호흡기질환과 항생제, 소아과 1958;1:105-110>를 읽고**

연세대학교 의과대학 소아과학교실

김 규 언

지금부터 50년 전인 1958년 당시 서울대학교 의과대학 강사로 재직하고 계시던 홍창의 선생님께서 ‘소아과’ 1권 2호에 ‘호흡기질환과 항생제’라는 제목의 종설을 집필하셨다. 본 종설에는 항생제 남용에 따른 문제점과 해결방향 그리고 감기, 폐렴, 백일해 및 디프테리아 등 호흡기질환 치료에서 항생제 사용의 임상적인 가이드라인이 상세히 제시되어 있다.

대한소아과학회 통계위원회에서 발표한 1996년도 입원환자 통계자료에 따르면 소아과 전체 입원환자 중 호흡기질환 환자가 37%로 가장 많았고 그 다음으로 감염성질환 23.3%, 신경계질환 6.9% 등의 순이었다. 호흡기질환의 질병별 분포는 폐렴 47%, 급성세기관지염 10.8%, 급성인두염 9.7%, 크루프 7.7%, 천식 7.0%, 급성편도선염 4.6%, 급성상기도감염 4.0% 순으로 많았다. 그리고 2006년 건강보험심사평가원이 발표한 ‘다빈도 상병 순위별 현황(전체 인구 대상)’ 자료에 따르면 ‘외래진료 다빈도 10대 질환’에 호흡기질환이 3가지나 - 급성기관지염(2위), 급성편도염(3위), 감기(8위) - 포함되어 있다. 이와 같은 통계지표는 의학이 발달했다는 오늘날에도 50년 전처럼 호흡기질환으로 진료를 받고 있는 환자들이 여전히 많다는 것을 보여주는 것이다. 그러나 호흡기질환을 일으키는 원인균의 종류와 질병의 양상은 50년 전에 비해 많이 변했다고 생각된다. 특히 디프테리아, 백일해 및 포도알균 폐렴 등이 주거환경과 개인위생의 개선, 예방접종 확대, 항생제 발달, 국민 건강보험제도 도입으로 이들 질환의 발병률이 현저히 감소하였고 중증도도 많이 낮아졌다. 반면에 최근에는 마이코플라스마 폐렴균 감염이 급격히 증가하여 연중 발생하고 있으며 그 호발연령도 학동기 어린이에서 영유아로 점차 낮아지고 있다.

50년 전에는 penicillin이 주된 항생제였지만, 의학이 발달함에 따라 amoxicillin, cephalixin, cefaclor, cefixime, roxithromycin, amikacin, vancomycin, doxycycline, metronidazole 등과 같이 다양한 항생제들이 개발되어 사용되고 있다. 이처럼 항생제의 종류가 다양해지고 신제품 발매 기간도 짧아지고 있는 것은 항생제 내성균의 출현과 확산이 빨라지고 있음을 의미하는 것으로, 선생님께서 우려하시던 항생제 남용의 결과가 현실로 나타나

고 있는 것이 아닌가 생각된다. 이런 항생제 남용의 우려는 여러 보고에서 확인할 수 있는데, 건강보험심사평가원의 자료에 따르면 ‘의료기관유형별로 급성상기도감염 환자에 대한 항생제 처방률(2006년 4/4분기 기준)’이 종합전문요양기관 42.95%, 종합병원 46.25%, 병원 46.26%, 의원 53.79%이었다. 이와 같은 항생제 처방률은 경제협력개발기구(OECD)에 가입되어 있는 다른 국가에 비해 높은 편으로 지적되고 있다.

급성인두염과 같은 급성상기도 감염의 원인은 대부분이 바이러스이기 때문에 항생제 자체는 치료효과가 없는데, 왜 항생제를 자주 처방하게 되는 것일까? 50년 전 홍창의 선생님께서는 항생제를 자주 사용하게 되는 이유로 첫째, 항생제를 쓰는 것이 안 쓰는 것보다 나은 것 같고 둘째, 여러 가지 항생제를 이것저것 한꺼번에 쓰면 그 중에서 어느 하나라도 들어맞겠지 하는 막연한 생각에서 쓰는 경우가 많다고 지적하셨다. 본 종설을 읽으면서 필자도 지금까지 이런 마음으로 항생제를 처방해오고 있었던 것은 아닌지 되돌아보게 되었다.

어떻게 하면 급성인두염 환자에게서 항생제의 불필요한 사용을 줄일 수 있을까? 일반적으로 나이가 5-10세이고 38℃ 이상의 고열, 성홍열 모양의 발진과 삼출성 편도비대가 있을 경우 그리고 성인에서는 사슬알균에 의한 감염이라는 것을 시사하는 4가지 임상소견(Centor criteria; 열, 기침은 없음, 압통을 동반한 경부림프절염, 편도 삼출)을 보일 때 항생제를 사용하는 것이 타당하다는 주장이 있다. 그러나 가장 바람직한 방법은 신속 사슬알균 항원검사법(rapid streptococcal antigen test)을 시행하여 그 결과에 따라 항생제의 사용여부를 판단하는 것이다. 이 항원검사 키트가 우리나라에서도 시판 되고 있으나 널리 사용되지 못하고 있는데, 향후에 보험적용과 교육을 통해 그 사용을 활성화함으로써 항생제의 불필요한 사용을 최소한으로 줄여 나가야 할 것이다.

끝으로 오늘날 읽어도 도움이 되는 좋은 내용의 종설을 50년 전에 집필하신 선생님께 후학으로서 다시 한번 존경을 표하며 내내 건강하시길 기원합니다.

### 참 고 문 헌

- 1) Yoo HS, Kang HY, Jeong BJ, Kim KE, Lee KY. A clinical study of Mycoplasma pneumoniae pneumonia. *Pediatr Allergy Respir Dis(Korea)* 1995;5:112-22
- 2) Lee HB, Sul JH, Koh YY, Kim JW, Hong YJ, Kim NS, Lee MI. The statistical observations for pediatric inpatients (1996 year). 46th Annual fall meeting of the Korean Pediatric Society (Abstract). 1997; p 21-5
- 3) Oh SH. Careful choice of antimicrobial agents in primary pediatric care. *Korean J Pediatr* 2000;43:455-62.
- 4) Linder JA, Chan JC, Bates DW. Evaluation and treatment of pharyngitis in primary care practice. *Arch Intern Med* 2006;166:1374-9.
- 5) Health Insurance Review & Assessment Service (<http://www.hira.or.kr>)