creative commons

COMMONS DEED

저작자표시 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.
- 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

[UCI]I804:24011-200000241318

2011년 2월
석사학위논문

정신과 입원환자에서 항우울제 처방경향과 그에 미치는 요인

조선대학교 대학원

의 학 과

류 권 호

정신과 입원환자에서 항우울제 처방경향과 그에 미치는 요인

The patterns of antidepressant prescription and associated factors in psychiatric inpatient

2011년 02월 25일

조선대학교 대학원

의 학 과

류 권 호

정신과 입원환자에서 항우울제 처방경향과 그에 미치는 요인

지도교수 박 상 학

이 논문을 의학과 석사학위신청 논문으로 제출함

2010년 10월

조선대학교 대학원

의 학 과

류 권 호

류권호의 석사학위논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 김 학 렬 印

위 원 조선대학교 교수 김 상 훈 印

위 원 조선대학교 교수 박 상 학 印

2010년 11월

조선대학교 대학원

목차

표목차 ii

ABSTRACT iii

Ⅰ. 서론 1

Ⅱ. 대상 및 방법 3

Ⅲ. 결과 4

Ⅳ. 고찰 6

Ⅴ. 결론 11

참고문헌 12

표목차

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of subjects for two years, 2008 and 2009 ____ I

Table 2. Antidepressants prescription as first line, switching and combination use for two years, 2008 and 2009 ____ II

Table 3. Augmentation medication for two years, 2008 and 2009 ____ II

Table 4. Antidepressants prescription as first line use associated final diagnosis, chief complaint, medical problem, psychiatric treatment history and BMI for two years, 2008 and 2009 ____ III

ABSTRACT

The patterns of antidepressant prescription and associated factors in psychiatric inpatient

Ryu Kwon-Ho
Advisor : Prof. Park Sang-Hag M.D. Ph.D
Department of Medicine,
Graduate School of Chosun University

Objectives Prescription patterns have changed rapidly due to the development of new drugs, results of new researches, and increment of clinician' experience. The goal of this study was to examine the trend of antidepressant prescription patterns and associating factors at a university hospital.

Methods This study evaluated the medication usage of psychiatric inpatients for two years, 2008 and 2009, including antidepressants used as the first choice, switching, and combination, and various augmentation agents. And we evaluated the factor associated with choice of antidepressant for two years, 2008 and 2009.

Results The antidepressants used as first line drug were SSRIs(51.4%), NaSSA(21.7%), SNRIs(13.8%) in frequency order. The antidepressants used as switching drug were SNRIs(35.7%), NaSSA(28.6%), and SSRIs(21.4%). As

combination treatment, various combination were used including NaSSA, TCAs, SNRIs (29.4%, 29.4%, 20.6%, respectively). As augmentation treatment, atypical antipsychotics(44.2%) more used frequently than trazodone(38.4%), mood stabilizer(16.3%). The factor associated with choice of antidepressant were not different significantly. The antidepressants used as first line drug were SSRIs(51.9%), NaSSA(25.9%), SNRIs(11.1%), in frequency order in major depressive disorder. And SSRIs(74.2%), NaSSA(16.1%) were used as first line drug in Anxiety disroder and SSRIs(37.7%), SNRIs(22.6%), NaSSA(20.8%) were frequently used in other psychiatric disorder. In most cases, SSRI and mirtazapine were prescribed in other associated factor.

Conclusion The results of the present study show patterns of antidepressant prescription for two years, 2008 and 2009. Especially, psychiatrist prefer combination medication to switching antidepressant. These changes could be seen in use of various antidepressants, increment in use of atypical antipsychotics. The result of the present study that there was no significant factor associated with choice of antidepressant in psychiatric inpatients. It mean that clinical past experience is more important than clinical research and other associating factors in clinical situation. This study can reflect not only the current progress of psychopharmacology and clinical experience, but also the clinical complexity of prescription of antidepressant.

Key words : Antidepressant, Prescription pattern, Associated factor

Ⅰ.서론

1980년대 DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder)-Ⅲ가 도입되면서 이전의 정신분석학적 개념이 주를 이루었던 정신질환에 대한 이해에 생물학적 지식이 적용되었고 약물학적 치료의 비중이 점차 커지게 되었다.[1] 최근 정신약물학은 많은 발전이 있었다. 특히 우울증에 대한 약물의 발전은 1950년대 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressant, 이하 TCA)인 imipramine 이 사용된 이후 선택적 세로토닌 재흡수 차단제(selective serotonin reuptake inhibitor, 이하 SSRI)인 fluoxetine, sertraline, paroxetine, 그리고 citalopram과 새로운 기전의 노르에피네프린 도파민 재흡수 차단제(norepinephrine and dopamine reuptake inhibitor, 이하 NDRIs), 세로토닌 노르에피네프린 재흡수 차단제(serotonin norepinephrine reuptake inhibitor, 이하 SNRIs), 노르에피네프린과 특이 세로토닌 항우울제(Noradrenergic and specific serotonin antidepressant, 이하 NaSSA) 등 다수의 항우울제가 개발되었다. 다양한 기전의 항우울제가 소개되면서 1차 선택 항우울제에 반응을 보이지 않는 환자들의 치료법을 개발하기 위해 많은 연구들이 이루어졌다. 치료 효과가 미흡한 환자에서 임상의들은 우선 환자의 진단을 재검토한 뒤에, 항우울제의 용량을 재조정하거나 다른 항우울제로 교체하는 방법을 사용하게 된다. 이러한 방법에도 만족스러운 효과를 보이지 않을 때 두 가지 항우울제를 병용처방 하거나 항우울제가 아닌 다른 종류의 약물을 추가하였다.[2,3]

항우울제는 우울증 뿐만 아니라 다른 질환과 증상의 치료에도 널리 사용되고 있다. SNRIs 의 경우 미국 식품 의약국(food and drug administration, 이하 FDA)의 승인은 받지 못하였지만 실제로 임상에서 신경인성 통증, 섬유조직염, 두통 등 통증의 치료약으로 사용되고 있다. 일부 SSRIs 제제는 월경전 불쾌한 기분에 그 효과가 입증되고 있으며 강박장애 및 공황장애 등의 불안장애와 식이장애 환자들에게 FDA의 승인 하에 널리 사용되고 있다.

항우울제 임상 시험에서는 각각의 제재가 약 80%에 육박하는 치료효과를 나타낸다.[4] 항우울제 투여의 적정 용량과 치료 기간을 고려할 때 항우울제 투여 환자의

약 25%만이 효과적인 항우울제 치료를 받고 있는 것으로 보고되기도 하였다.[5] 이는 임상 시험에서 나타나는 치료효과가 실제 환자 진료에서는 현실화되지 못하고 있다는 것이다. 따라서 충분한 치료효과를 얻기 위해 올바른 항우울제를 선택할 때 치료효과 이외에 어떠한 측면들을 고려해야 하는지 알아볼 필요가 있다.

실제 임상에서는 최신의 연구 결과들과 임상의들의 경험이 더해져 새로운 치료경향이 생겨날 수 있기 때문에 최근의 항우울제 치료경향을 파악하고 항우울제를 선택할 때 어떠한 내적, 외적요인들이 항우울제 선택에 영향을 미치고 있는가를 조사하는 것은 앞으로 치료의 방향을 예측하는 데 도움이 될 수 있을 것이다. 본 연구에서는 2008년도와 2009년도에 항우울제를 처방받은 정신과 입원환자에서 최근 처방경향의 특징을 살펴보고 그에 미친 요인을 알아보고자 시행되었다.

II. 대상 및 방법

1. 대상

2008년 1월 1일부터 2009년 12월 31일 사이에 조선대학교병원 정신과에서 입원치료를 받은 환자들 중 항우울제를 처방받은 환자들을 대상자로 선별하였다. 총 입원환자 311명 중 항우울제를 사용한 환자는 149명이었다. 이 중 의무기록이 누락된 11명을 제외한 138명이 최종대상이었다.

2. 방법

대상환자들의 진료기록부를 통하여 기본적인 사회인구학적 특성과 임상적 특성을 조사하였다. 정신의학적 진단은 국제질병분류 ICD-10[6]에 의거하여 주요우울장애, 불안장애, 기타로 분류하였다. 주요우울장애는 정신병적 증상을 포함하고 재발한 경우까지 모두를 포함하였다. 불안장애는 급성스트레스장애, 공황장애, 범불안장애, 강박장애, 달리분류되지 않는 불안 장애등을 포함하였고 그 외의 질환은 기타로 분류하였다. 기타로 분류한 질환에서 정신병적 질환은 제외하였다. 주호소는 DSM-IV 진단기준에 의거하여 주요우울장애 진단기준 해당증상과 불안증상, 기타증상으로 나누었고 의무기록의 주호소란에 작성된 첫 번째 주호소를 선택하였다. 환자가 치료받고 있는 다른 질환 존재여부에 따라 군을 나누고, 항우울제 처방에 영향을 미칠 수 있는 심혈관질환과 기타질환군으로 구분하였다. 정신과적 치료병력이 있는 군과 없는 군으로 나누었다. BMI에 의해 저체중군, 정상군, 비만군으로 나누었다. 항우울제의 종류는 항우울제의 작용기전에 따라 구분하였다.

두 시기 간의 차이를 비교하기 위해 변수의 성질에 따라 x^2 test, Fisher's exact test 등이 사용되었고 유의 수준은 $p<0.05$로 설정하였다.

III. 결과

1. 인구학적 특성

정신과에 입원한 총 311명의 환자 중 149명(41.9%)에게 항우울제를 처방하고 있었다. 그 중 의무기록이 누락된 11명을 제외한 대상자의 평균연령은 47.35 ± 15.7세 였으며 남자 62명, 여자 76명 이었다. 직업이 없는 환자가 92명(66.7%)이었고, 학력은 고졸의 경우가 56명(40.6%)이었다. 종교는 가지고 있지 않은 환자가 67명(48.6%)이었고 경제적 능력은 중간정도가 113명(81.9%)이었다. 혼인상태는 기혼자가 88명(63.8%)이었고 입원횟수는 이전에 본원 정신과에 한번 입원했던 경우가 84명(60.9%)이었다. (Table 1)

2. 대상자에서 항우울제의 1차선택, 교체(switching) 및 병합요법(combination)과 강화요법(augmentation)의 처방경향

1차 선택약제로 사용된 항우울제는 SSRIs(51.4%), NaSSA(21.7%), SNRIs(13.8%) 순이었다. 항우울제의 교체의 경우 전체 138명의 환자 중에서 14명(10.1%)의 환자에서만 이루어졌다. 교체시 선택된 약물은 SNRIs(35.7%)가 가장 많았고 NaSSA(28.6%), 다른 종류의 SSRIs(21.4%) 순이었고 모두 기존의 SSRIs를 사용하고 있었다. 두 가지 항우울제의 병합요법이 사용된 대상자 수는 34명(24.6%) 이었고 항우울제 교체보다 병합요법이 더 많이 사용되었다. (Table 2) 병합한 항우울제로는 NaSSA(29.4%)과 TCAs(29.4%), SNRIs(20.6%)순이었고 SSRIs와 NaSSA, SSRIs와 TCA의 조합이 가장 빈번히 사용되었다. 항우울제 외 타 약제의 강화요법이 사용된 대상자 수는 86명(62.3%) 이었다. 강화요법에 사용된 약제로는 비전형항정신병약물(Atypical antipsychotics)(44.2%), trazodone (38.4%), 기분조절제(Mood stabilizer)(16.3%) 순이었다. (Table 3) 비전형항정신병약물의 사용은 risperidone 36.8%(14명), aripiprazole 31.6%(12명), olanzapine 26.3%(10명) 순이었다.

3. 항우울제 처방에 미치는 요인에 대한 분석

퇴원시의 진단명, 주호소, 동반질환, 정신과적 치료병력, 체질량지수, 본원정신과 입원횟수 등이 항우울제 처방에 영향을 줄 수 있다는 가정 하에 각 항목이 영향을 준다면 항우울제 종류별 처방빈도의 경향이 변할 것이라고 예측하고 분석을 시행하였다. 분석결과 모든 항목에서 항우울제 처방빈도의 경향에 의의 있는 차이를 보이지 않았다.

주요우울장애의 경우 첫 번째 선택약으로 SSRIs(51.9%)가 가장 많았고 NaSSA(25.9%), SNRIs(11.1%) 순이었다. 반면에 불안장애의 경우 첫 번째 선택약으로 SSRIs(74.2%)로 우울장애보다 더 빈번히 사용되고 있었으며 NaSSA(16.1%)외 다른 약물은 각각 한번씩만 처방되었다. 기타 정신질환의 경우에는 SSRIs(37.7%), SNRIs(22.6%), NaSSA(20.8%) 순으로 처방되었다. (Table 4) 유의미한 결과를 얻지는 못하였으나 환자가 주호소로 주요우울장애 증상을 호소하였을 경우 SSRIs(51.4%), NaSSA(24.3%)과 SNRIs(12.2%) 이 많이 사용되었고 불안감을 호소하였을 경우에는 SSRIs(57.9%)가 많이 사용되었다. 그 외 기타 증상을 호소하였을 경우 SSRIs(42.3%), SNRIs(26.9%)의 사용이 많았다. 신체적 질환을 동반하고 있는 경우에는 심혈관계 질환을 가지고 있는 환자군에서는 SSRIs(50.0%), NaSSA(25.0%), SNRIs(20.0%)순으로 사용되었다. (Table 4) 기존에 정신과적 치료력이 있는 환자군에서도 SSRIs(45.9%), NaSSA(22.9%)이 많이 사용되고 있었고 전체적인 사용의 결과와 크게 다르지 않았다. BMI 가 높은 군에서도 역시 SSRIs(53.7%), NaSSA(24.4%), SNRIs(14.6%) 가 많이 사용되고 있었다. 본원 정신과에 입원했던 이전의 치료병력이 없는 환자의 경우 SSRIs(29.6%)와 NaSSA(16.7%)이 많이 사용되고 있었고 입원했던 치료병력이 있는 환자의 경우 SSRIs(45.9%)와 NaSSA(22.9%)이 많이 사용되었다. (Table 4) 항우울제 처방에 관련된 요인들과 항우울제 처방간에 유의미한 관련성은 없었고 전체 항우울제 처방 빈도와 각각의 요인에 따른 항우울제 처방 빈도 모두 SSRIs와 NaSSA가 가장 많았다.

V. 고찰

우울증 환자의 최상의 치료결과를 얻기 위해서는 임상양상에 따르는 적절한 항우울제 선택과 처방이 중요하다. 하지만 다양한 임상 상황에 대한 치료전략 사이의 직접적인 비교나 적용 순서 등에 대한 연구들은 국내에서 뿐만 아니라 외국에서조차 제한되어 있다. 따라서 일부 임상상황을 제외하고는 의사 개인의 경험이나 선호도에 의존하는 경향이 많다.[7] 본 연구는 최근의 항우울제 치료경향을 파악하고 항우울제를 선택할 때 어떠한 내적, 외적요인들이 항우울제 선택에 영향을 미치고 있는가를 조사하여 임상상황에 따른 치료전략과 적용순서를 알아보고자 하였다.

조사결과 최근 2년동안 항우울제로 SSRIs와 NaSSA가 1차 선택약제로 가장 많이 사용되었으며 주로 단독치료로 사용되었다. 이는 한국 우울조울병 학회의 한국형 우울장애 약물치료 지침서 2006[7]의 보고결과와 유사하다. 그들은 항우울제 선택에 있어서는 SSRIs가 모든 유형의 우울장애에서 가장 선호도가 높았으며, 다른 기전의 약물들 중에서는 SNRIs와 NaSSA가 그 뒤를 이었다.

그리고 초기 치료에 부분적인 반응을 보이는 경우 다른 항우울제 병합치료나 기타 강화약물 추가를 선호하였다. 병합치료에서 1차 선택 항우울제로는 SSRIs 약물을 사용하는 중에는 NDRIs와 NaSSA의 추가가 1차로 선호되었고 TCA, NDRIs, NaSSA를 사용하는 중에는 SSRIs 약물이나 SNRIs의 추가가 1차로 선호되었다. TCA는 상위 2차 선택으로 합의되었다. 저자의 연구결과에서도 실제 항우울제 교체는 많이 이루어지지 않았고 교체한 경우에는 SNRIs 계열의 약물로의 교체가 가장 많았다. SNRIs의 하나인 venlafaxine을 이용한 항우울제의 교체에 대해서는 그 효과를 입증하는 많은 연구들이 보고되고 있다. 이전 항우울제에 치료반응을 보이지 않았던 환자의 50~60%가 venlafaxine의 사용으로 호전을 보였다는 연구들이 있으며,[8,9] 일부 연구에서는 고용량의 venlafaxine(300~450 mg/day) 사용으로 3가지 이상의 항우울제에 반응하지 않았던 심한 치료저항성 우울증 환자의 30~33%에서 치료반응을 나타내었다는 결과와 SSRIs에 반응을 보이지 않았던 환자의 69%까지 치료반응을 나타내었다는 결과도 보고되고 있다.[10,11]

저자의 연구에서 항우울제의 교체보다는 항우울제의 병합요법이 많았고 주로 사

용된 항우울제는 NaSSA과 TCAs였다. NaSSA의 경우 진정작용이라는 부작용을 나타낼 수 있지만 대신에 수면에 도움을 주고, 체중증가라는 부작용을 나타낼 수 있지만 입맛이 증가하는 효과를 얻으며 위장관계 부작용이 비교적 적은 약물로 알려져 있기 때문이라고 생각된다. Lithuania에서 보고된 논문 등에서 보면 NaSSA의 항우울효과가 높았고 치료순응도가 우수했다는 보고가 있고 치료저항성 우울증에서도 효과가 확인되고 있다.[12,13]

TCAs의 경우, 최근까지도 많이 사용되고 있는 SSRIs와 TCAs의 조합에 대해서는 빠른 효과 발현이나 관해율 증가 등 일부 연구들에서 긍정적인 결과가 보고되기도 했지만,[14,15] 이중 맹검 연구에서는 매우 낮은 반응율이 보고되었다.[16,17] TCAs가 기립성 저혈압, 항콜린작용(구갈, 심계항진, 변비 등)과 심박동의 불규칙해지는 것 등 많은 부작용에도 불구하고 병합요법에 많이 사용된 이유는 정신과 입원환자를 대상으로 하였기 때문에 환자가 보이는 부작용에 대한 계속적인 관찰 및 즉각적인 대처를 할 수 있어 환자의 치료순응도를 높일 수 있었고 수면에 대한 탁월한 효과, 빠른 효과 발현 및 관해율을 높이기 위함으로 생각된다.

병합치료가 많이 이루어진 이유는 입원치료시 항우울제 교체를 위해서는 충분한 기간이 필요하고 그럴수록 환자의 입원기간이 길어지기 때문에 최근 임상상황에서 환자의 순응도가 떨어져서 조기 퇴원에 대한 부담이 늘어나고 그럴수록 치료자의 불안도 가중될 수 있었기 때문일 것이라고 생각된다. Quitkin은 항우울제를 교체하는 경우에는 이전부터 항우울제의 효과를 평가하기 위해 충분한 기간과 용량이 필요함이 강조하고 있으며 일부 연구에서는 일반적으로 적절한 평가시기라고 생각되는 4~6주간의 기간동안 효과를 보이지 않던 환자에서 약물을 10~12주까지 지속하였을 때 41%의 환자에서 관해를 얻을 수 있었다고 보고하였다.[18] 일부 새롭게 개발된 항우울제에서 효과의 발현이 신속히 나타날 수 있다는 견해도 있지만 현재까지 대부분의 환자에서 항우울제에 대한 치료효과의 판단은 충분한 용량을 사용하였을 때 4~6주의 기간이 적절하다고 평가되고 있으며 오히려 만성화와 고령, 정신병적 증상의 동반 등 일부 위험요인이 있을 경우 관찰기간을 더욱 늘려야 한다는 견해가 받아들여지고 있다.[19,20] 이러한 점들이 치료효과가 뚜렷하지 않은 경우라도 항우울제의 변경보다 다른 약물을 추가하는 병용요법이 많은 것을 설명해 줄

수 있다.

항우울제 외에 우울증의 호전을 위해 사용되어 온 약제에서 나타난 가장 큰 변화는 비전형 항정신병약물 사용의 증가이다. 현재까지 비전형 항정신병약물의 병용처방을 통한 항우울효과의 증진을 보고하는 많은 연구들이 있다.[26,27] 우울삽화에서 나타나는 비전형 항정신병약물의 효과와 그 기전에 대해서는 아직 명확하게 밝혀지지 않았지만 약제가 가지고 있는 5-HT2A 수용체와 dopamine D2 수용체에 대한 길항작용이 밀접하게 연관될 것으로 생각되고 있다.[21] 특히 5-HT2A 수용체에 대한 길항작용은 olanzapine과 quetiapine 등의 비전형 항정신병약물과 SSRIs 이후 개발된 대부분의 항우울제들이 공통적으로 가지고 있는 약리학적 기전이기도 하다. 저자의 연구 역시 강화요법 중 비전형 항정신병약물의 사용이 가장 많았다.

항우울제의 약물치료 효과에 대한 연구결과들을 검토하면 특정약물이 다른 약물들에 비해 월등한 차이를 보인다고 하기 어렵다. 위약 대조연구에서는 대부분 항우울제가 위약보다 우수한 것으로 보고되고 있으나 항우울제들의 비교연구에서는 항우울제 사이에 대등한 수준의 치료효과가 보고되고 있다. 따라서 약물치료에서 1차와 2차 약물을 분류하는 근거는 임상적 경험에 근거하는 것으로써 과학적 근거가 충분한 것은 아니며 국내 임상에서 처방경향을 조사해 보는 것에 의의가 있을 것이다.[7]

이러한 점 때문에 본 연구에서 다양한 항우울제의 처방경향과 이에 영향을 주는 요인을 밝혀보고자 하였으나 특별히 항우울제의 약물처방경향에 유의있게 영향을 미치는 요인은 찾을 수 없었다. 저자연구의 처방경향을 살펴보면 항우울제 각각의 효능, 효과, 부작용이나 개별요인의 영향에 따라 항우울제를 처방하고 있지 않았고, 다수의 정신과 전문의들에 의해 조사되어 만들어진 한국형 우울장애 약물치료 알고리즘 2006[7]에서 나타나는 처방경향과 많은 부분에서 일치하고 있다. 본연구의 결과로 예를 들면, 심장질환이 있는 경우 SSRIs의 안정성이 우수하다고 연구되고 있지만 심장질환이 있는경우 NaSSA의 처방이 많았다. NaSSA의 경우 체중증가의 위험이 있다고 알려져 있으나 실제 임상에서는 BMI가 높은 경우에도 두 번째로 사용빈도가 높았다.

임상 시험은 통제되고 적정환경에서 매우 선택적인 환자들을 대상으로 하며, 명

확한 연구 프로토콜을 이용하여 시행되지만, 실제 치료 상황은 환자의 선택이나 무작위 배정이 없으며, 처방환경과 환자 모두 매우 다양하다[22]. 연구의 결과는 항우울제 선택에 중요한 요인이지만, 표준화된 적정 환경에서의 치료효과를 알려주는 것 뿐이다. 일반 정신과 진료에서 우울증으로 내원한 환자를 대상으로 3상 연구의 연구기준을 적용하게 되면 약 86%의 환자가 포함기준에서 제외되는 결과를 가져온다는 보고도 있었다.[23] 결국 이러한 임상 시험 연구 결과는 임상 진료에 있어서 유용성이 제한된다.

따라서 올바른 항우울제 선택에서 고려할 요인은 항우울제의 효과 및 안정성, 순응도, 경제성 이외에도 다양한 임상적 특성을 포함해야 하겠다. 항우울제는 우울증 환자 이외에도 다양한 환자군에서 사용이 되는데, 임상의의 약에 대한 믿음과 선택은 다양한 요인에 의해 영향을 받게 된다. 예를 들면, 과거의 약물에 대한 경험, 문헌 고찰, 제약회사 영업, 그리고 동료들에 의한 영향 등이다. 특히 약물의 선택은 대개 출판된 연구 자료를 면밀히 검토하여 이루어지기 보다는 많은 사람들이 사용하는 잘 알려진 약물들이 선택되는 경향이 있다고 보고된 바도 있다.[24]

본 연구에서 나타난 결과에 대한 이유를 정리해보면 첫째, 우선 같은 항우울제의 종류와 같은 용량에도 환자에 따라 개인차가 큰 약력학적 소견을 보이기 때문에 각각의 약물의 특성보다는 가장 안전하고 순응도를 높일 수 있는 약물로 널리 알려진 약을 처방하는 경향이 있을 수 있다. 둘째, 다양한 항우울제가 개발되면서 임상가별로 각각의 노하우가 생겨날 수 있기 때문에 자신의 경험을 토대로 약물을 처방하고 그것이 동료 의사에게 영향을 미쳐 이러한 경향이 생겨날 수 있겠다. 셋째, 최근에는 생리학적인 기전에 입각한 치료가 주를 이루고 있지만 특히 입원환경에서는 약물로 치료되는 것 외에 환자와 매일 면담하고 신뢰관계를 형성하는 등 정신치료적인 부분도 환자의 치료에 수반되기 때문에 약물의 선택에 있어 훨씬 더 폭넓은 선택을 할 수 있었을 것이다.

본 연구의 결과를 해석하는 데는 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, 본 연구는 의무기록 검토를 이용한 후향적 연구이기 때문에 연구기간 동안 선별기준에 맞는 모든 환자들이 연구에 포함되었더라도 표본 선택의 오류가 있을 수 있다. 또 일 병원을 대상으로 한 연구이기 때문에 대상자의 수가 적었으며 결과를 일반화하기에 무리

가 있다. 둘째, 대상자의 각각의 질환에 대한 subtype이나 specifier, 또 증상의 심각도 등에 대해 조사하지 못했기 때문에 이에 따른 약물 사용의 차이에 대한 가능성을 배제할 수 없었다. 셋째, 사용된 약물의 용량에 대한 정보가 배제되었고 약물의 교체나 병합시 기존 약물의 치료기간이 제외되었다는 사실도 제한점으로 작용할 수 있다. 넷째, 이전에 정신과 치료를 받았던 경우 기존에 사용하였던 약물의 효과와 부작용에 대한 평가가 약물선택에 미치는 영향을 고려하지 못하였다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구에서 제시된 결과는 최근까지의 지식과 임상의들의 경험이 더해진 실제 임상에서의 치료경향을 반영할 수 있다는 데 그 의의가 있을 것이다. 이 연구를 통해 지난 2년간의 국내 약물치료 실정의 변화를 반영하고 임상 실제에 보다 가까운 항우울제 치료에 도움이 되길 기대한다. 추후 질환의 병태 생리와 신경생물학에 대한 이해에 바탕을 두고 대상자들의 개개인의 특성 및 증상에 대한 자세한 분류가 이루어 지고 여러 연구기관과 많은 대상자들을 포함한 연구가 필요할 것이다.

Ⅵ. 결론

본 연구의 결과는 최근 2년간 항우울제 사용의 경향을 나타내주고 있다. 항우울제로 SSRIs와 NaSSA가 1차 선택약제로 가장 많이 사용되었으며 주로 단독치료로 사용되었다. 치료효과가 미흡한 경우, 항우울제의 교체보다는 병합요법을 선호하고 비전형 항정신병약물을 강화요법으로 사용하는 최신의 경향이 나타났다. 임상의는 항우울제를 각 약물의 임상시험연구에서 나타난 효능, 효과, 부작용이나 특정한 요인에 따라서만 처방하고 있지 않았다. 결국 임상의에 의해 경험되어 널리 알려져 있고 안전하고 손쉽게 사용할 수 있는 약물을 많이 처방하고 있었다. 항우울제 처방에 미치는 요인을 확인하고 기존의 선행된 학술적 근거와 더불어 국내의 임상현황을 고려하고 치료자의 편견이나 선입견이 환자의 치료에 미치는 영향을 파악하여 각 환자의 특성에 알맞은 항우울제를 처방하는 것이 필요할 것이다.

참고 문헌

1. Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? Nat. Rev Neurosci 2007 ; 8 : 725-732.
2. Rush AJ, Thase ME, Dube S. Research issues in the study of difficult-to-treat depression. Biol Psychiatry 2003 ; 53 : 743-753.
3. Souery D, Amsterdam J, de Montigny C, Lecrubier Y, Montgomery S, Lipp O, et al. Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria. Eur Neuropsychopharmacol 1999 ; 9 : 83-91.
4. Mendlewicz J. Optimising antidepressant use in clinical practice: towards criteria for antidepressant selection. Br J Psychiatry Suppl 2001 ; 42 : S1-3.
5. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). Int Clin Psychopharmacol 1997 ; 12 : 19-29.
6. 이부영. ICD-10 정신 및 형태장애. 서울: 일조각 ; 1994.
7. 한국형 우울장애 약물치료 알고리듬 실무위원회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서 2006.
8. de Montigny C, Silverstone PH, Debonnel G, Blier P, Bakish D. Venlafaxine in treatment-resistant major depression: a Canadian multicenter, open-label trial. J Clin Psychopharmacol 1999 ; 19 : 401-406.
9. Mitchell PB, Schweitzer I, Burrows G, Johnson G, Polonowita A. Efficacy of venlafaxine and predictors of response in a prospective open-label study of patients with treatment-resistant major depression. J Clin Psychopharmacol 2000 ; 20 : 483-487.
10. Nierenberg AA, Feighner JP, Rudolph R, Cole JO, Sullivan J. Venlafaxine for treatment-resistant unipolar depression. J Clin Psychopharmacol 1994 ; 14 : 419-423.
11. Saiz-Ruiz J, Ibanez A, Diaz-Marsa M, Arias F, Padin J, Martin-Carrasco M, et al. Efficacy of venlafaxine in major depression resistant to selective

serotonin reuptake inhibitors. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2002 ; 26 : 1129-1134.
12. Vita Danilevičiūtė, Audrius Sveikata. Efficacy, tolerability, and preference of mirtazapine orally disintegrating tablets in depressed patients: a 17-week naturalistic study in Lithuania. Department of Psychiatry, Vilnius University, Department of Theoretical and Clinical Pharmacology. 2009 ; 23 : 9-16.
13. Dante D.C. Wan, Divya Kundhur. Mirtazapine for treatment-resistant depression: a preliminary report. Division of Mood Disorders, Department of Psychiatry, University of British Columbia and UBC Hospital, Vancouver, BC. 2009 ; 38 : 4-9.
14. Nelson JC, Mazure CM, Bowers MB Jr, Jatlow PI. A preliminary, open study of the combination of fluoxetine and desipramine for rapid treatment of major depression. Arch Gen Psychiatry 1991 ; 48 : 303-307.
15. Nelson JC, Mazure CM, Jatlow PI, Bowers MB Jr, Price LH. Combining norepinephrine and serotonin reuptake inhibition mechanisms for treatment of depression: a double-blind, randomized study. Biol Psychiatry 2004 ; 55 : 296-300.
16. Fava M, Rosenbaum JF, McGrath PJ, Stewart JW, Amsterdam JD, Quitkin FM. Lithium and tricyclic augmentation of fluoxetine treatment for resistant major depression: a double-blind, controlled study. Am J Psychiatry 1994 ; 151 : 1372-1374.
17. Fava M, Alpert J, Nierenberg A, Lagomasino I, Sonawalla S, Tedlow J, et al. Double-blind study of high-dose fluoxetine versus lithium or desipramine augmentation of fluoxetine in partial responders and nonresponders to fluoxetine. J Clin Psychopharmacol 2002 ; 22 : 379-387.
18. Quitkin FM, Petkova E, McGrath PJ, Taylor B, Beasley C, Stewart J, et al. When should a trial of fluoxetine for major depression be declared failed? Am J Psychiatry 2003 ; 160 : 734-740.
19. Thase ME. Introduction: defining remission in patients treated with antidepressants. J Clin Psychiatry 1999 ; 60 Suppl 22 : 3-6.

20. Nierenberg AA, Wright EC. Evolution of remission as the new standard in the treatment of depression. J Clin Psychiatry 1999 ; 60 (suppl 22) : 7-11.
21. Papakostas GI, Petersen TJ, Nierenberg AA, Murakami JL, Alpert JE, Rosenbaum JF, et al. Ziprasidone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for SSRI-resistant major depressive disorder. J Clin Psychiatry 2004 ; 65 : 217-221.
22. Simon G, Wangner E, Vonkorff M. Cost-effectiveness comparisons using "real world" randomized trials : the case of new antidepressant drugs. J Clin Epidemiol 1995 ; 48 : 363-373.
23. Zimmerman M, Mattia JI, Postemark MA. Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine cliniical practice? Am J Psychiatry 2002 ; 159 : 469-473.
24. Zetin M, Hoepner CT, Bjornson L. Rational antidepressant selection : applying evidence-based medicine to complex real-world patients. Psychopharmacol Bull 2006 ; 39 : 38-104.

Table 1. Sociodemographic and clinical charateristics of subjects for two years, 2008 and 2009

Variables		Number(%) (n=138)
Sex	Male	62 (44.9)
	Female	76 (55.8)
Age		47.35 ± 15.7
Education (graduation)	Elemenetary	29 (21)
	Middle	24 (17.4)
	High	56 (40.6)
	Above college	29 (21)
Married state	Married	88 (63.8)
	Unmarried	35 (25.4)
	Divorced, Seperated	15 (10.9)
Socioeconomic state	High	5 (3.6)
	Middle	113 (81.9)
	low	20 (14.5)
Religion	Christianity	34 (24.6)
	Buddhism	16 (11.6)
	Catolicism	18 (13.0)
	Others	3 (2.2)
	None	67 (48.6)
Psychiatric hisotry	presence	109 (78.4)
	none	29 (21.6)

단위 : 명, 단 연령에서는 년(years)

Table 2. Antidepressants prescription as first line, switching, and combination use for two years, 2008 and 2009

Antidepressant	1st line drug	Switching drug	Combination drug
	N(%) (n = 138)	N(%) (n = 14)	N(%) (n = 34)
SSRIs	71(51.4)	3(21.4)	6(17.6)
NaSSA	30(21.7)	4(28.6)	10(29.4)
SNRIs	19(13.8)	5(35.7)	7(20.6)
TCA	8(5.8)	0(0.0)	10(29.4)
Others	10(7.2)	2(14.3)	1(0.0)

SSRIs : Selective serotonin reuptake inhibitor, SNRIs : Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor, TCA : Tricyclic antidepressant, NaSSA : Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant. Others include milnacipran, tianeptine, N : number

Table 3. Augmentation medication for two years, 2008 and 2009

Medication	N(%) (n=105)
Trazodone	52(49.5)
Typical antipsychotics	1(0.0)
Atypical antipsychotics	38(36.2)
Mood stabilizer	14(13.3)

Table 4. Antidepressants prescription as first line use associated final diagnosis, chief complaint, medical problem, psychiatric treatment history and BMI for two years, 2008 and 2009

Antidepressant		SSRIs N(%)	NaSSA N(%)	SNRIs N(%)	TCAs N(%)	Others N(%)	P-value
Final diagnosis (n=138)	Major depressive disorder (n=54)	28 (51.9)	14 (25.9)	6 (11.1)	3 (5.6)	3 (5.6)	0.077
	Anxiety disorder (n=31)	23 (74.2)	5 (16.1)	1 (3.2)	1 (3.2)	1 (3.2)	
	Others (n=53)	20 (37.7)	11 (20.8)	12 (22.6)	4 (7.5)	6 (11.3)	
Chief complaint (n=138)	Depressed mood (n=74)	38 (51.4)	18 (24.3)	9 (12.2)	4 (5.4)	5 (6.8)	0.662
	Anxiety (n=38)	22 (57.9)	8 (21.1)	3 (7.9)	2 (5.3)	3 (7.9)	
	Others (n=26)	11 (42.3)	4 (15.4)	7 (26.9)	2 (7.7)	2 (7.7)	
Medical problem (n=138)	Cardiovascluar disease (n=64)	10 (50.0)	5 (25.0)	4 (20.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0.092
	Others (n=20)	21 (38.9)	11 (20.4)	11 (20.4)	4 (7.4)	7 (13)	
	None (n=54)	40 (62.5)	14 (21.9)	4 (6.3)	3 (4.7)	3 (4.7)	
Psychiatric treatment history (n=138)	Presence (n=109)	50 (45.9)	25 (22.9)	18 (16.5)	7 (6.4)	9 (8.3)	0.133
	None (n=29)	21 (72.4)	5 (17.2)	1 (3.4)	1 (3.4)	1 (3.4)	
BMI (n=138)	Low weight (n=16)	7 (43.8)	3 (18.8)	1 (6.3)	2 (12.5)	3 (18.8)	0.624
	Normal (n=81)	42 (51.9)	17 (21.0)	12 (14.8)	5 (6.2)	5 (6.2)	
	Overweight (n=41)	22 (53.7)	10 (24.4)	6 (14.6)	1 (2.4)	2 (4.9)	

SSRIs : Selective serotonin reuptake inhibitor, SNRIs : Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor, TCA : Tricyclic antidepressant, NaSSA : Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant. Others include milnacipran, tianeptine, N : number

저작물 이용 허락서

학 과	의학과	학 번	20097330	과 정	석사
성 명	한글: 류권호 한문 : 柳權浩 영문 : Ryu Kwon Ho				
주 소	광주시 남구 양림동 휴먼시아 108동 906호				
연락처	E-MAIL : kono66@naver.com				
논문제목	한글 : 정신과 입원환자에서 항우울제 처방경향과 그에 미치는 요인 영어 : Patterns of antidepressant prescription and associated factors in psychiatric inpatient				

본인이 저작한 위의 저작물에 대하여 다음과 같은 조건아래 조선대학교가 저작물을 이용할 수 있도록 허락하고 동의합니다.

- 다 음 -

1. 저작물의 DB구축 및 인터넷을 포함한 정보통신망에의 공개를 위한 저작물의 복제,
   기억장치에의 저장, 전송 등을 허락함
2. 위의 목적을 위하여 필요한 범위 내에서의 편집・형식상의 변경을 허락함. 다만,
   저작물의 내용변경은 금지함.
3. 배포・전송된 저작물의 영리적 목적을 위한 복제, 저장, 전송 등은 금지함.
4. 저작물에 대한 이용기간은 5년으로 하고, 기간종료 3개월 이내에 별도의 의사 표시가
   없을 경우에는 저작물의 이용기간을 계속 연장함.
5. 해당 저작물의 저작권을 타인에게 양도하거나 또는 출판을 허락을 하였을 경우에는
   1개월 이내에 대학에 이를 통보함.
6. 조선대학교는 저작물의 이용허락 이후 해당 저작물로 인하여 발생하는 타인에 의한
   권리 침해에 대하여 일체의 법적 책임을 지지 않음
7. 소속대학의 협정기관에 저작물의 제공 및 인터넷 등 정보통신망을 이용한 저작물의
   전송・출력을 허락함.

동의여부 : 동의(O) 반대( )

2011 년 2 월 일

저작자: 류 권 호 (서명 또는 인)

조선대학교 총장 귀하