



우울증의 최신 약물요법

Current Pharmacotherapy of Depression

함 병 주 · 정 인 과 | 고려의대 정신과 | Byung-Joo Ham, MD · In-Kwa Jung, MD

Department of Psychiatry, Korea University College of Medicine

E-mail : junginkwa@hanmail.net

J Korean Med Assoc 2009; 52(5): 518 - 524

Abstract

Currently, pharmacotherapy is the primary treatment modality for depression. Various classes of antidepressants have been developed and are widely used at present. Although the antidepressant effects of these drugs are thought to be similar, there are numerous differences between drugs in pharmacologic characteristics, side effects, and tolerabilities. Furthermore, 40~50% of patients may not respond sufficiently to the first-line antidepressants they take. As the response rates are substantially insufficient, and the side effects are not uncommon, the optimal treatment of antidepressants is somewhat difficult. Therefore, the clinicians treating depression should understand the characteristics of various antidepressants and also the optimal treatment strategy. In this review, we introduce various antidepressants and optimal treatment strategies for the treatment of depression.

Keywords: Depression; Pharmacotherapy; Antidepressants

핵심 용어: 우울증; 약물요법; 항우울제

서론

우울증은 흔히 “마음의 감기”라 불리운다. 이는 우울증에 대한 편견을 우려해서 정신과 의사들이 붙인 이름이다. 즉 감기 같이 누구나 걸릴 수 있는 것이니까, 부담 같지 말고 병원에 와서 치료를 받으라는 의미에서이다. 하지만 가만히 쉬기만 해도 나올 수 있다는 뜻은 아니다. 우울증은 치료 받으면 90% 이상 나올 수 있는 병이지만, 그렇지 않으면 수년간 지속될 수 있고, 자살의 가능성도 매우 높아진다. 실제 최근 사회적 이슈가 되고 있는 자살의 가장 큰 원인기도 하다.

우울증은 기분장애의 일종으로서 가장 대표적인 진단은 주요 우울장애이다. 주요우울장애는 최소 2주 간의 기분 저

하 혹은 의욕 상실 증상과 함께 식욕 및 체중 감소, 수면 변화, 기력 저하, 죄책감, 집중력 등의 사고기능 저하 등의 영역에 적어도 4가지 이상의 증상을 나타내고, 이러한 증상 때문에 학업, 가정, 직장 생활 등 여러 기능상의 장애를 나타낼 때 진단된다.

주요우울장애의 유병률은 전세계적으로 5~10% 정도로 매우 높은 편이며, 우리나라는 보건복지가족부 조사에 의하면 2006년 5.6%로 외국 보다 낮은 유병률을 나타내고 있으나 최근 증가 추세를 나타내고 있다. 우울증은 일차 진료의 방문 환자의 10%, 그리고 신체 증상을 호소하는 환자의 20% 정도에서 우울증 진단이 가능하다는 보고가 있다(1). 하지만 우울증은 현재 90% 이상 효과적으로 치료될 수 있는 질환이다. 문제는 적절히 치료 받는 환자가 적다는 것이

Table 1. Classification, starting and standard doses of antidepressants

Classification	Starting dose (mg)	Standard dose (mg)
Selective serotonin-reuptake inhibitors (SSRIs)		
Fluoxetine	20	20~40
Paroxetine	20	20~40
Sertraline	50	50~150
Fluvoxamine	50	100~250
Citalopram	20	20~40
Escitalopram	10	10~20
Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)		
Venlafaxine	75	150~225
Duloxetine	30~60	60
Milnacipran	50	100
Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitors (NDRIs)		
Bupropion	150	150~300
Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NaSSA)		
Mirtazapine	15	30~45
Serotonine antagonist/reuptake inhibitors (SARIs)		
Trazodone	25~50	300
Nonselective norepinephrine-reuptake inhibitors		
Desipramine	25~50	100~300
Notriptyline	25~50	75~200
Mixed or dual-action reuptake inhibitors (TCAs)		
Amitriptyline	25~50	100~300
Dothiepin	25~50	100~300
Clomipramine	25~50	100~250
Imipramine	25~50	100~300

다. 이러한 이유로 우울증에 대한 인식 부족, 정신장애에 대한 편견, 부정확한 진단 및 부적절한 항우울제 처방, 그리고 의료보험제도 등을 들 수 있다. 우울증 치료를 받게 되더라도 조기 중단하는 경우도 많은데, 이는 특히 환자의 약물 의존에 대한 걱정과 주변 사람들의 정신과 치료에 대한 편견으로 인한 것으로 판단된다. 따라서 우울증 치료 시 이러한 요인들을 충분히 이해하고 환자에 대한 적절한 교육이 매우 중요하다.

우울증의 치료는 현재 약물치료와 정신치료 두 가지로 나눌 수 있다. 일반적으로 증상이 경한 경우 정신치료 혹은 약물치료 단독 요법으로 치료가 가능하며, 중등도 이상의 증상을 보이는 경우 약물치료가 필수적인 것으로 볼 수 있다.

우울증의 약물요법

1. 우울증 치료에 사용되는 약제

대부분의 항우울제는 신경원의 전연접부위(presynapsis)에서 세로토닌(5-hydroxytryptamine, 5-HT)이나 노

르에피네프린(norepinephrine, NE) 또는 도파민(dopamine, DA)의 재흡수를 억제함으로써 항우울 효과를 나타내게 되며, 이들 신경전달물질에 대한 작용기전에 따라 분류할 수 있다(Table 1). 일반적으로 항우울제 간에 항우울 효과는 큰 차이가 없는 것으로 여겨지고 있지만, 약리적 특성에 따라 항우울 효과 및 약물 부작용에 다양한 특성을 보인다.

(1) 1세대 항우울제

1950년대 결핵치료제로 사용되던 단가아민 산화효소 억제제(Monoamine oxidase inhibitors, MAOIs)인 iproniazid가 우울증 환자에서 기분 항진효과가 있다는 것이 발견되어 MAOI계통의 항우울제가 등장하게 되었다. 수 년 후 항정신병약물을 개발하는 과정에서 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressants, TCAs)가 정신병 환자의 우울증 개선에 효과가 있다는 사실이 밝혀지면서 imipramine이 항우울제로 사용되기 시작하였다. MAOI와 TCA를 1세대 항우울제라 할 수 있다(2).

TCA는 5-HT와 NE 재흡수를 차단하여 항우울 효과를 나

타내게 되지만, 히스타민 수용체와 무스카린 아세틸콜린 수용체에 차단 효과를 나타내어 진정작용, 식욕증가 및 구갈, 변비, 배뇨곤란, 시력장애, 발기부전 등의 항콜린성 부작용이 흔하다. 또한 $\alpha 1$ 아드레너지크 수용체 차단으로 인한 심혈관계 부작용 특히 기립성 저혈압이 가장 큰 문제가 되며 과량 투여시 심각한 부정맥이 나타날 수 있다. 또한 TCA는 증상이 심한 우울증에서는 효과가 좋지만, 양극성 우울증에서는 조증을 쉽게 유발할 수 있다는 단점을 가지고 있다. 따라서 새로운 항우울제는 이러한 삼환계 항우울제의 부작용을 개선하면서 치료 효과를 높이기 위한 노력의 결과로 개발된 것이다(3).

MAOIs는 5-HT, NE, DA, 티라민(tyramine) 등과 같은 생체아민의 분해를 차단하여 치료 효과를 나타낸다. MAO는 A형과 B형이 있으며, 이중 A형(MAO-A)이 5-HT와 NE에 선택적으로 작용하여 항우울 효과와 관련된다. MAOI의 MAO 차단 효과는 비가역적이므로 이 약물을 투여할 때 티라민 함유 음식물과 같이 섭취할 때 발생하는 고혈압 때문에 가역적 MAO-A 차단제인 moclobemide가 개발되어 이용되어 왔다. MAOI는 현재 많은 우울증 환자에서 사용되고 있지 않지만, 비정형 우울증과 사회공포증 환자의 치료에 유용한 것으로 알려져 있다.

(2) 2세대 항우울제

1) 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)

SSRI는 NE와 DA의 재흡수에는 영향을 주지 않고, 선택적으로 5-HT 재흡수 과정을 차단하여 항우울 효과를 나타내며, 무스카린성, 히스타민, 그리고 $\alpha 1$ 아드레너지크 수용체 차단 작용이 없는 항우울제로서 개발되었다. 또한 SSRI는 경련의 역치를 낮추지 않으며 심전도에도 영향을 미치지 않으므로 간질이나 심장 전도장애가 있는 환자에게 안전하다. 따라서 TCA에 비해 약물 순응도가 좋고 치료 중단율도 낮다. 하지만 부작용으로 오심, 구토 등의 소화기 증상, 초조, 수면 장애, 성기능 장애, 두통 등은 임상 현장에서 흔히 나타난다. 성기능 장애 이외에는 치료 초기에 나타나 시간이 경과되면서 호전되는 경우가 많고, 증상이 심할 경우 약물 용량 조절로 호전 가능하다. 하지만 성기능 장애는 매우

흔함에도 불구하고 인식이 잘 안 되는 경우가 많고, 약물 순응도에 영향을 미칠 수 있기 때문에 이에 대한 면밀한 평가가 필요하다.

① Fluoxetine

임상 실제에서 활성성이 높은 젊은이들에게 fluoxetine이 많이 처방되는 이유는 고유의 “활성화(activating)” 효과를 가지고 있기 때문이다. 이는 fluoxetine이 5-HT_{2C} 길항 작용을 가지고 있기 때문이다. 즉 5-HT_{2C} 수용체는 정상적인 상태에서는 NE와 DA 분비를 억제하는 작용을 나타내는데 fluoxetine이 이 수용체를 차단하게 되면, NE와 DA의 분비가 활성화 되고, 이에 따른 효과로 활력이 증가되고 피로감이 줄며 집중력이 증가되는 효과를 나타내게 된다는 것이다. 또한 5-HT_{2C} 수용체 차단효과는 fluoxetine의 식욕 저하 및 항거식(antibulimia) 작용을 나타낸다. Fluoxetine은 또한 소아청소년에서 가장 많이 사용되어온 항우울제이다. Fluoxetine은 반감기가 2~3일 정도로 보통 20시간 정도인 다른 SSRI보다 길어 SSRI 중단 증후군이 적다. 하지만 fluoxetine은 CYP2D6, 3A4 억제 작용을 가지고 있어 다양한 약물과 약물 상호작용의 가능성이 있다(4).

② Sertraline

Sertraline은 도파민 전달체(dopamine transporter, DAT) 억제 작용을 나타내어, 비전형적 우울증 즉 과수면, 기력 저하 등을 나타내는 우울증에 보다 효과적일 수 있다. 하지만 DAT 억제 작용이 5-HT 재흡수 작용보다 매우 미약하기 때문에 우울증 치료에 어느 정도 효과를 나타내는지는 아직 명확하지 않다. Sertraline은 특히 심근 경색이나 협심증 등의 심장 질환이 있는 경우에 안전한 약물로 추천되며 약물 상호작용도 매우 적어 내과 질환을 가진 경우나 노인들에게 처방하기에 적합하다(4).

③ Paroxetine

Paroxetine은 불안 증상을 가진 환자에 선호되는 항우울제이다. 이에 따라 불안장애 환자 치료에서도 많이 이용되고 있다. Paroxetine은 SSRI 중 진정 효과가 크며, 이는 항콜린성 작용을 가지고 있는 것에 기인한다. 또한 노르에피네프린 전달체(norepinephrine transporter, NET) 억제 작용을 가지고 있어 고용량에서 항우울 효과에 기여하는 것

으로 여겨진다. 하지만 paroxetine은 CYP2D6 억제 작용을 가지므로 약물 상호작용에 유의해야하며, 반감기가 짧기 때문에 갑작스러운 투약 중단은 금단 증상이 발생할 수 있다(2).

④ Fluvoxamine

Fluvoxamine은 미국 이외에 전 세계적으로 사용되는 약물이다. 주로 강박 장애나 불안 증상에 효과적인 약물로 알려져 왔다. 이러한 불안에 대한 효과는 sigma 1 수용체에 대한 효현 작용에 기인된 것으로 여겨지고 있다. 하지만 소화기계 부작용이 큰 편이며 다른 약과 상호작용이 많다.

⑤ Citalopram

Citalopram은 5-HT에 가장 선택적인 SSRI로서 개발되었다. 하지만 R-및 S-이성질체(enantiomer)가 1 : 1 비율로 혼합된 racemic 제제로서 다소의 항히스타민 작용과 CYP450 2D6 억제 작용을 보이게 된다. 대체적으로 순응도가 좋아 노인 우울증 환자에게 효과적인 것을 알려져 왔지만, 저용량에서 항우울 효과가 일정하지 않는 것으로 나타났다. 이는 R-이성질체가 S-이성질체의 작용을 저해하기 때문인 것으로 밝혀졌다(4).

⑥ Escitalopram

Escitalopram 단일 S-이성질체로서 R-이성질체가 부작용하여 방해작용을 하던 5-HTT의 allosteric 결합 영역에 작용하여 약물과 수용체의 결합을 연장시키는 allosteric effect를 나타냄으로서 citalopram보다 효과적인 것으로 알려졌다. 따라서 escitalopram은 SSRI 중에서 가장 5-HTT에 특이적인 작용을 하는 항우울제라 할 수 있으며, 약물 순응도 및 약물 상호작용 면에서 우수한 편이다.

2) 세로토닌-노르에피네프린 재흡수 억제제(Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs)

Imipramine이나 amitriptyline과 같은 TCA가 5-HT와 NE의 재흡수를 억제하는 작용을 나타내지만, 다른 수용체에도 작용을 하여 부작용이 많다는 단점이 있었고, SSRI는 5-HT 수용체에만 선택적으로 작용하여 TCA보다 부작용 면에서 매우 큰 강점을 보이나, 단일 기전(mono action)으로서 항우울 효과면에서 5-HT와 NE 재흡수 억제 작용을 하는 TCA보다 항우울 효과는 미흡할 것이라는 것이 예상되었

다. 이에 따라 선택적으로 5-HT와 NE의 재흡수에만 작용하는 이중 기전(dual action) 항우울제가 개발 되었다. 현재까지 venlafaxine, duloxetine, milnacipran 등의 세 가지 약제가 개발되어 사용되고 있다.

이들 약물은 각각 5-HT, NE 재흡수에 대한 선택성에 차이가 있다. Venlafaxine은 5-HT 재흡수 억제 작용이 NE보다 30배 이상으로 크며 duloxetine은 10배 정도로 5-HT 재흡수 작용이 크다. 반면 milnacipran은 NE 재흡수 억제 작용이 5-HT 약간 크다. 이러한 차이에서 약물의 순응도 및 효과에 다소 차이가 날 것으로 여겨진다(3).

Venlafaxine은 현재 전 세계적으로 가장 많이 사용되는 항우울제의 하나로서 단일 기전의 SSRI보다 항우울 효과 특히 관해(remission) 상태 도달 및 유지에 보다 우수하다는 연구 결과가 많이 있었다. 하지만 SSRI와 효과면에서 큰 차이가 없다는 연구 결과도 있었기 때문에 확실히 이중 기전이 단일 기전보다 우월하다고 확증할 수는 없다. 약물 순응도 면에서는 venlafaxine이 5-HT 관련 부작용(오심, 성기능 장애, 금단 증상)과 용량-의존적인 혈압 상승 등의 부작용이 흔한 것으로 알려져 있다. Duloxetine은 효과 면에서 venlafaxine과 유사한 것으로 보고되고 있으며, 부작용 면에서는 혈압 상승 부작용이 없는 것이 장점이나 오심과 어지러움증이 상대적으로 보다 흔한 것으로 알려져 있다. 약물 순응도 면에서는 milnacipran이 가장 우수한 것으로 판단된다(5).

SNRI는 우울증에서의 신체증상 및 우울증과 관련 없는 만성통증에 효과적이며, duloxetine은 당뇨병성 신경통증 치료제로 승인 받은 약물이다. 이는 NE 재흡수 억제와 관련된 기전으로 설명될 수 있으며, 이러한 기전이 우울증 증상 중의 하나인 인지기능 저하에도 효과적인 것으로 판단된다(3).

3) 노르에피네프린-도파민 재흡수 억제제(Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitors, NDRIs)

NE와 DA의 재흡수를 억제하는 항우울제로 bupropion이 이 계열에 속한다. Bupropion은 5-HT 시스템에 직접적인 효과가 없지만, 항우울 효과는 TCA나 SSRI와 유사하며 반면 SSRI에서 흔한 부작용인 구역, 설사, 졸러움, 성기능 장애가 적다는 장점이 있다. DA 시스템에 작용하기 때문에

다양한 우울증상 중에서 의욕저하 및 피로 등의 증상에 효과적이며, 다양한 항우울제 투여에서의 병용 요법 및 금연 보조제로도 많이 쓰이는 약물이다. 하지만 bupropion은 경련 발작 유발 가능성이 다른 항우울제 보다 높으며 특히 고용량으로 처방할 때 위험성이 증가한다. 따라서 경련의 과거력이 있거나 경련의 역치를 낮출 수 있는 약물 복용 시 혹은 경련 발생 위험이 높은 두부 손상이나 알코올리듬 환자에 주의하여야 한다. 최근 사용되는 서방제제는 이러한 경련의 발생률을 낮춘 것으로 알려져 있다(3).

4) 기타 항우울제

Mirtazapine은 5-HT_{2A}와 5-HT_{2c} 5-HT₃, 히스타민 수용체를 차단하며, α₂ 자가수용체(autoreceptor)를 차단함으로써 NE의 방출을 촉진시킨다. 이에 따라 노르아드레날린 그리고 선택적 세로토닌 항우울제(noradrenergic and specific serotonergic antidepressant)로 불리기도 한다. α₂ 자가수용체 차단으로 5-HT 증진 효과를 나타냄으로써 결과적으로 5-HT_{1A} 수용체를 자극하여 항우울 효과를 나타낸다. 또한 5-HT_{2A}와 5-HT_{2c} 5-HT₃ 차단 효과로 낮은 성기능 장애, 수면 회복 효과를 보인다. 하지만 진정 작용이 큰 것이 우울증 치료에 장점이자 단점으로 작용한다. 또한 식욕 개선 효과는 장점으로 볼 수 있으나 체중 증가가 문제 될 수 있다. 이는 5-HT_{2c} 히스타민 수용체 자극 효과에 기인한 것이다. 그리고 5-HT₃ 차단 작용은 이 약물의 오심 등의 소화기계 부작용이 적다는 것을 설명한다(4).

Trazodone과 nefazodone은 세로토닌 길항제/재흡수 억제제(serotonin antagonist/reuptake inhibitors, SARIs)이다. SARI는 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C} 수용체의 길항제이며, 5-HT 재흡수 억제제 역할을 한다. 따라서 SSRI와 유사한 효과를 보이면서도 성기능 장애와 수면관련 부작용이 낮다. Trazodone은 현재 항우울제로서 보다는 불면증의 보조치료제로 많이 쓰이고 있으며 nefazodone은 간독성이 알려지면서 사용이 금지된 약제이다.

이밖에 노르에피네프린 재흡수 억제제(norepinephrine-reuptake inhibitors, NRIs)가 있다. 삼환계 항우울제 중 nortriptyle, maprotiline, desipramine 등이 NRIs에 해당된다. Reboxetine은 선택적인 NRI로 TCA나 SSRI와 비슷

한 효과를 나타내는 것으로 알려져 있으나 국내에서 아직 사용되고 있지 않다.

치료 전략

우울증 환자의 50~60%는 4~8주 간의 항우울제 투여에 의해 우울 증상이 호전된다. 하지만 항우울제 용량과 투여 기간을 고려할 때 많은 환자들이 적절한 치료를 받지 못하고 있는 실정이다. 이러한 경우 증상의 악화나 재발을 증가시키는 중요한 요인이 된다. 우울증은 재발 삽화가 반복되는 만성화 경향이 큰 질환이다. 대개 50% 이상의 환자가 재발 삽화를 경험하며, 총 10~20%의 환자가 만성적인 우울증을 앓게 된다. 따라서 항우울제의 초기 투여 기간이나 적정 요법이 재발이나 악화를 방지하는 중요한 요인이 된다. 또한 우울증 및 약물치료에 대한 편견 및 지식 부족으로 인하여 우울증 치료가 미흡하거나 실패하는 경우가 많기 때문에 우울증과 우울증 치료에 대한 전반적인 교육이 우울증 치료의 성과를 가름하게 된다(1).

다양한 항우울제의 우울증에 대한 치료 효과는 전반적으로 유사하지만 약물에 따른 부작용 및 약리학적 특성에 다소 차이가 있기 때문에 예상되는 부작용, 환자의 선호도, 그리고 치료 비용 등을 고려하여야 한다. 또한 효과적인 항우울제 치료를 위해서는 적정 치료 용량을 투여하는 것이 중요하다(1).

우울증의 급성기의 치료 목표는 증상의 관해 즉 증상의 최소화 상태로 만드는 것이며 이후 재발을 방지하기 위해서는 평균 6개월에서 9개월 동안 이상 지속 투여하는 것이 필요하다. 이 기간 동안에는 재발 방지 이외에 잔여 증상의 제거와 기존의 기능 회복을 목표로 두고 있다. 특히 잔여 증상이 있을 경우 재발의 위험이 매우 높아지므로 이에 대한 철저한 평가와 치료가 필수적이다. 우울증 기간이 장기화되거나 과거 재발 삽화가 있었던 경우, 가족력이 있는 경우는 보다 장기간의 유지 치료가 필요하다. 유지치료는 대개 1~2년 이상의 기간을 두며 급성기 치료 용량을 유지한다.

항우울제 투여 초기의 심한 부작용이나 반응이 부족할 경우(50% 미만의 증세호전) 약물 교체나 항우울 증강 약제의

추가를 시도해볼 수 있다. 대개 첫 항우울제 투여에 50~70% 환자만이 치료 반응이 나타난다. 충분한 용량으로 4주 간의 투약 이후에 증상 호전이 없다면 약물 교체나 추가를 고려하게 된다. 항우울제 반응이 미흡하거나 부족할 경우 효과 증진을 위하여 다양한 약제를 추가하거나 병합하는 경우가 많은데 이를 위한 약제로 항조증 약물인 lithium, 항전간제인 lamotrigine, 비전형적 항정신병약제(olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone, aripiprazole) 등이 주로 사용되고 있다. 이외에 갑상선제제가 갑상선 저하증이 없는 우울증 환자의 경우에도 항우울 증강 약제(augmentation agent)로 사용되며 졸리움과 피로를 호소하는 환자들에 modafinil이 효과적이다(4).

또한 정신병 증상인 망상과 환각이 동반되는 경우 항정신병약물을 병합 투여하는 것이 필요하다. 우울증 환자는 대개 불면과 불안 증상을 호소하게 되는데, benzodiazepine을 병용하면 빠른 증상 개선을 기대할 수 있다. 하지만 이 약물은 진정 작용과 기억력 등 인지기능 저하 가능성이 높고 장기 투여시 의존과 금단증상 등이 야기되어 단기 요법으로만 사용되어야 한다. 특히 노인이나 알코올 또는 약물 남용 및 의존을 보인 환자들에게서는 주의하여 사용해야 한다(4).

약물 교체를 고려할 경우 진단, 투약 용량과 순응도를 고려하여 약물 교체가 타당한지에 대하여 생각을 해봐야 한다. 약물 교체 시에는 다른 계통의 항우울제로 교체하는 것이 합리적이다. 하지만 약물 변경의 단점은 첫 항우울제의 부분적인 반응이 소실 될 수 있다는 것, 그리고 항우울효과가 나타나기까지 시간이 필요하다는 것이다. 따라서 항우울제에 부분적인 반응이 있는 경우는 약물 교체 보다는 항우울 증강 제제를 추가하는 것이 합당하다. 이러한 경우 위에서 언급한 항우울 증강제제 이외에 다른 종류의 항우울제를 병합하는 것도 고려해볼 수 있으며 SSRI나 SNRI 투여시 병합 항우울제로 NDRI인 bupropion이 가장 많이 사용되고 있다. 항우울제 변경시 고려할 점 중의 하나는 약물 중단/금단 증상인데 fluoxetine과 escitalopram은 이러한 증상이 적으나, paroxetine과 venlafaxine은 금단 증상을 주의하여야 한다.

약물 상호작용 면에서는 escitalopram, zoloft가 우수하며 TCA, SSRI 중 fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, 그리고 venlafaxine 투여 시에는 약물 상호작용에 유의해야 한다.

결 론

우울증은 항우울제로 비교적 용이하게 치료가 되는 질환으로 알려져 있지만, 재발이 매우 흔한 편으로 이를 방지하려면 초기 치료가 적절해야 하며 증상 호전 이후에도 상당 기간 치료를 지속해야만 한다. 현재까지 매우 다양한 항우울제가 개발되어 처방 되고 있지만, 약물에 따른 부작용 및 약리학적 특성에 차이가 크기 때문에 다양한 항우울제 특성을 잘 이해하는 것이 필수적이다. 항우울제 선택은 주로 증상의 특성, 과거 약물에 대한 반응 부작용 및 순응도, 연령, 동반 질환, 약물 비용 등을 고려해서 결정한다. 또한 충분한 용량으로 4주 간의 투약 이후에 증상 호전이 없다면 약물 교체나 추가를 고려하게 된다. 이때에는 우선 진단, 투약 용량과 순응도를 고려하여 약물 교체가 타당한지에 대하여 고려해야 한다. 약물 교체의 경우 다른 계통의 항우울제로 교체하는 것이 합리적이며, 약물 상호작용에 유의해야 한다.

참고문헌

1. Ham BJ, Han CH. Optimising Antidepressant Use in Clinical Practice: Considering External Factors. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2008; 47: 22-27.
2. Kang RH, Kim SY, Lee MS. Korean Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depressive Disorder (II). J Korean Soc Biol Psychiatry 2006; 13: 219-225.
3. Mann JJ. The medical management of depression. N Engl J Med 2005; 353: 1819-1834.
4. Stahl SM. Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder. 3rd edition, New York: Cambridge University Press, 2008: 68-124.
5. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. World J Biol Psychiatry 2007; 8: 67-104.



Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 정신과 영역에서 가장 흔한 질환인 우울증의 약물요법에 대해 최신 지견을 고찰한 것으로, 현재 사용하고 있는 각 약물에 대한 소개와 최신 약물치료의 치료 전략에 대한 개괄적인 설명 등으로 이루어져 있다. 대상 약물은 1세대 항우울제와 2세대 항우울제로 구분하여 각 약물의 작용기전과 장·단점을 간략하게 비교 서술하고 있으며, 치료 전략에는 치료목표, 약물선택의 고려사항 및 반응이 부족할 때 할 수 있는 교체, 추가, 병합 전략에 대한 서술 등으로 구성되어 있어 실제 임상에서 많은 도움이 될 것으로 생각된다. 한 가지 첨언으로는 필자들이 언급한 치료 전략 부분의 경우 요약 그림이 있으면 항우울제 사용에 더욱 도움이 될 것으로 생각된다.

[정리: 편집위원회]