

## CASE REPORT

**J Korean  
Neuropsychiatr Assoc**  
2014;53(5):327-331  
Print ISSN 1015-4817  
Online ISSN 2289-0963  
www.jknpa.org

**Received** February 3, 2014  
**Revised** March 3, 2014  
**Accepted** August 28, 2014

**Address for correspondence**  
Chul-Eung Kim, MD, PhD  
Department and Research  
Institute of Psychiatry,  
Inha University College of  
Medicine, 366 Seohae-daero,  
Jung-gu, Incheon 400-103, Korea  
**Tel** +82-32-890-3475  
**Fax** +82-32-890-3558  
**E-mail** kce320@inha.ac.kr

## 과도한 트림을 보이는 환자에 대한 정신과적 접근 증례

인하대학교병원 정신건강의학과,<sup>1</sup> 인하대학교병원 소화기내과<sup>2</sup>

김희연<sup>1</sup> · 방병욱<sup>2</sup> · 김철응<sup>1</sup>

### A Psychiatric Approach to a Patient with Excessive Belching

Hee-Yun Kim, MD<sup>1</sup>, Byoung Wook Bang, MD<sup>2</sup>, and Chul-Eung Kim, MD, PhD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Inha University Hospital, Incheon, Korea

<sup>2</sup>Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Inha University Hospital, Incheon, Korea

Belching is the audible escape of air from the esophagus into the pharynx. It is considered a disorder when the symptom is very frequent and causes significant distress to the patients. Excessive belching can be divided according to excessive supragastric and gastric belching. Gastric belching is usually physiological. In contrast, supragastric belching can be considered learned behavior. In addition, many psychiatric conditions, including anxiety, have been described in patients with supragastric belching and some patients have reported that their symptoms increased during stressful events. We report on a case of supragastric belching in a depressive patient and discuss its management through psychiatric approaches.

**J Korean Neuropsychiatr Assoc 2014;53(5):327-331**

**KEY WORDS** Belching · Supragastric belching · Major depressive disorder · Cognitive therapy.

## 서 론

트림은 위에 있던 공기가 식도를 통해서 역류하여 빠져나오면서 소리를 동반하게 되는, 생리학적인 현상을 말한다. 주로 호흡이나 식이 중 한번에 8~32 mL 정도의 공기가 위(stomach)로 들어가게 되는데, 흡입한 공기의 양이 많게 되면 위 팽만감(gastric distension)이 생기게 되고, 트림을 해서 공기를 역류시킴으로써 이를 해소할 수 있다. 따라서 트림은 정상적인 과정으로 나타날 수 있으나, 증상의 빈도가 높거나 환자가 이로 인해서 불편감을 느낄 경우, 질환으로 고려될 수 있다.<sup>1)</sup>

흔히, 트림은 위 트림(gastric belch)와 위상부 트림(supragastric belch)으로 나눌 수 있는데, 위 트림의 경우 생리학적 현상으로 비자발적이고 반사작용(reflex)에 의해 조절되며, 정상적인 경우 하루에 25회에서 30회까지 나타날 수 있다.<sup>1)</sup> 이에 반해서 위상부 트림의 경우 삼켜진 공기가 하부식도 괄약근을 통과하지 않고 식도 내에 머물다가 배출되는데, 위 트림과는 달리 횡수가 매우 잦은 편이어서, 심한 경우 1분에 20회까지 트림이 나타날 수 있다.<sup>2)</sup>

위상부 트림의 경우, 특징적으로 심리적인 요소가 중요한 역할을 한다고 알려져 있다. 환자가 말을 하거나 주의가 분산될 경우 트림 횡수가 눈에 띄게 줄어들며 수면 중에는 트림이

전혀 나타나지 않는 반면, 치료자가 환자를 지켜보고 있을 때 증상이 악화되는 특징을 보이기 때문이다.<sup>3)</sup> 따라서 위상부 트림은 반사작용에 의해 조절되지 않는, 행동장애(behavioral disorder)로 분류되기도 한다.<sup>4)</sup> 위상부 트림은 정신과 질환, 특히 불안장애가 함께 동반되는 경우가 많으며, 일부 연구에서는 스트레스가 많은 상황에서 증상이 악화된다고 보고된 바 있다.<sup>5)</sup> 불안장애 이외에도 강박장애,<sup>6)</sup> 신경성 폭식증<sup>6)</sup>과 함께 동반되어 나타나거나 초기 증세로 나타나는 경우도 보고되어 있다.

본 증례는 소화기내과에서 정신건강의학과에 의뢰한 트림 환자에 대한 것으로, 본 연구자들은 과도한 트림을 보이는 환자에 대한 정신과적 접근 과정 및 치료 과정에 대해서 보고하고자 한다.

## 증 례

64세 여자 환자가 내원 약 6개월 전부터 시작되고, 내원 1개월 전부터 악화된 잦은 트림으로 본원 소화기내과에 입원하였다. 환자는 당뇨와 고혈압으로 약 20년 전부터 약물 치료 중이었고 다른 내과적 질환은 없었다. 잦은 트림이 시작된 이후 3차 병원 세 군데서 소화기내과 진료를 받았고, 상부위장

관 내시경검사에서 경미한 식도염 소견이 있어 수소펌프억제제 (proton pump inhibitor)를 포함한 소화기약제치료를 하였으나 트림 증상은 호전이 없었다. 그 외에도 대장 내시경 및 복부 초음파, 혈액검사를 하였으나 특별한 이상 소견은 없었고, 환자의 트림 증상은 식사 유무에 악화, 완화되는 소견이 없는 특징을 보였다. 여러 병원에서 잦은 트림에 대해서 검사를 진행하고 외래 진료 보았으나, 트림이 지속되어서 본원 소화기내과 입원 후 검사 진행하였다. 입원 후 시행한 복부 X선 촬영에서 경도의 마비성 장폐색증 소견(mild paralytic ileus)이 있었으며, 복부 컴퓨터단층촬영상에서는 석회화된 자궁 근종 외에 특이 사항은 없었다.

본원 소화기내과에서 임상적으로 역류성식도염에 준하여 pantoprazole 40 mg과 mosapride, rebamipide를 처방하였으나, 증상호전이 없어서 chlorpromazine 25 mg을 하루 2회 추가하여 처방하였으나 효과는 없었다. 소화기내과에서는 환자의 잦은 트림에 대한 기질적인 원인을 찾기 위한 노력을 하였지만 뚜렷한 원인이 없다고 판단하여 본원 정신건강의학과로 협의진료를 의뢰하였다.

정신건강의학과 협의진료 당시 환자는 약 2~3초에 한 번씩 트림을 했고, 트림을 하기 전에 복부에서 말로 표현하기 힘든 이상한 느낌이 드는 것이 동반이 되었으며, 트림을 하고 나면 느낌이 일시적으로 감소된다고 하였다. 트림을 참아보라고 하였을 때는, 트림을 약 1분간 참을 수는 있었지만 참는 동안 내적 불편감과 긴장감이 증가한다고 하였다. 수면 시간 동안 외에는 트림을 지속한다고 하였으며, 정신적인 스트레스가 있거나 의료진 등 다른 사람들이 자신의 트림 증상을 관찰하고 있을 때 트림이 더 심해지고, 말을 하고 있거나 TV를 보거나 신문을 읽는 등 다른 활동에 주의를 기울이고 있을 시 트림 횟수가 줄어들었다고 보고하였다.

환자는 내원 약 1년 전 시어머니가 골반뼈 골절로 거동이 불편하게 되면서 함께 살기 시작했고, 이후 환자가 시어머니의 간병을 하면서, 시어머니가 환자에게 화를 내는 일이 잦아서 스트레스를 많이 받았다고 한다. 이후 우울감, 불안감, 식욕 저하 등의 증상으로 약 1년 전부터 타 병원 정신건강의학과 진료 후 escitalopram 15 mg, perphenazine 4 mg, alprazolam 0.375 mg, lorazepam 0.5 mg 복용하고 있었으며, 약물 치료 이후 일부 증상의 호전이 있었지만, 증상이 완전히 관해되지는 않은 상태였다. 환자는 잦은 트림 이외에도 우울감, 불안감, 즐거움의 상실, 의욕 감소, 식욕 감소, 체중 감소(-7 kg/6개월), 피로감 등을 호소하였고, 내원 약 1개월 전 트림이 악화되기 시작하면서 환자는 트림 때문에 다른 사람들과 만날 때 곤혹스럽고, 이 때문에 대인관계가 제한된다고 호소하였으며, 좌절감과 우울, 불안, 무기력감이 더 심해졌다고

보고하였다. 환자의 남편은, 트림이 악화된 이후로 환자가 집 안일을 하지 못하고 바깥 활동도 눈에 띄게 줄었다고 보고하였다.

협의 진료 당시 환자의 정신과적 진단은, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition에 의거하여 재발성 주요우울증, 중간 정도(major depressive disorder, recurrent episode, moderate)로 볼 수 있었다. 또한, 내시경에서는 위식도역류증이 없었고 경미한 식도염 소견만 보였으며, 위식도역류증의 전형적인 증상인 가슴쓰림이나 산역류보다는 과도한 트림이 우세한 증상으로 나타나면서, 1분에 약 20회 정도의 매우 잦은 트림을 보이고, 수면시 증상이 나타나지 않는다는 점, 주의가 분산되었을 때 증상이 완화된다는 점 등으로 위상부 트림을 의심할 수 있었다. 위상부 트림과 위트림의 감별을 위해서는 식도 임피던스 및 내압검사가 필요하였으나 본원에서 장비부재로 시행하지 못하였다.

첫 번째 면담 이후 환자 및 보호자(남편)에게 환자 증상에 대해서 정신건강의학과적 치료 필요성을 충분히 설명하였고, 우울증에 대한 약물 교체에 대해서 상의하였다. 타 병원 정신건강의학과에서 처방 받은 perphenazine과 escitalopram을 서서히 중단 후 duloxetine 30 mg으로 교체를 진행하였고, alprazolam은 유지, lorazepam은 중단하였다. 소화기내과 입원 당시 시행한 두 번째 면담에서 환자는 자신의 신체 증상을 조절할 수 없다는 것에 대한 좌절감, 무력감 및 트림 악화로 인해 사회적으로 점차 고립되는 것에 대한 두려움을 이야기하였고, 치료자는 환자가 느끼는 좌절감, 두려움 등에 대해 공감하고 정서적으로 지지하였다. 또한 환자가 주의를 기울이지 않거나 다른 행동에 집중할 때 트림 횟수가 줄어들을 환자에게 알려주고, 환자에게 잦은 트림이 '기질적 원인에 의한 것'이라기보다는 학습된 행동'일 수 있음을 알려주면서 일반적인 트림(위 트림)과 위상부 트림의 기전이 다를 것을 설명하고, 환자를 안심(reassurance)시키는 것에 초점을 맞추었다.

환자는 소화기내과 및 정신건강의학과 외래에서 증상 관찰 필요함을 설명 듣고 퇴원하였고 퇴원 당일 시행한 Hamilton Depression Rating Scale(이하 HAM-D)은 22점이었다. 퇴원 후 8일째 정신건강의학과 외래 방문하였고, 증상 호전 없다고 판단되어 duloxetine 중단 후 milnacipran 25 mg 시작하였다. Milnacipran과 함께, aripiprazole 2 mg, procyclidine 5 mg 함께 처방하였고, alprazolam 중단 후 clonazepam 0.5 mg 함께 처방하였다. 같은 날 소화기내과 방문하여서 pantoprazole 20 mg, trimebutine 600 mg, chlorpromazine 50 mg 처방 받았다. 퇴원 2주 지난 후 정신건강의학과 외래 두 번째 방문하였고, 경도의 입 마름 외에는 약물 부작용은 없었으며 증상은 거의 비슷하다고 보고하였고, milnacipran 50 mg, ar-

ipiprazole 5 mg으로 증량하였다. 또한 약물 치료와 더불어, 외래 방문시마다 인지 교정 과정을 함께 진행하였다. 진료실에서 약 3분간 자유롭게 트림을 하도록 한 후에 트림 횟수를 세고, 30초에 1회씩 트림을 하도록 한 것과, 3분간 트림을 아예 참도록 하였을 때의 트림 횟수와 비교하여서, 환자가 의식적으로 트림 횟수를 조절할 수 있음을 함께 확인하였다.

2주 후에 외래 3번째 방문부터는 트림이 자주 나는 증상이 눈에 띄게 호전되었으며, 집안일을 할 수 있을 정도로 기운을 차렸고, 기분도 입원 당시에 비해서 많이 나아졌다고 보고하였다. 환자의 잦은 트림도 없어져서 다른 사람들과 만나는 것이 이전과 같이 편해졌다고 하였으며, 우울감, 불안감, 피로감, 불면 등 다른 증상도 호전되어서 약물 유지하면서 외래에서 관찰하였다. 환자는 이 시기부터 소화기내과 외래에 방문하는 것을 자의로 중단하였다. 소화기내과 퇴원 약 2개월 후에 정신건강의학과 외래 4번째 방문하였고 자세를 변경할 때 동반되는 경한 어지럼증이 있어 aripiprazole 2.5 mg으로 감량 후 나머지 약물 유지하였고, 2개월간 트림과 정신과적 증상 악화는 없는 상태였다. 6번째 방문한 정신건강의학과 외래(퇴원 약 3개월 후)에서 측정된 HAM-D는 10점이었고, 이후로도 지속적으로 정신건강의학과 외래에서 추적 관찰 중이다. 본 증례는 환자의 증상 및 치료에 관하여 증례 보고됨을 환자 및 보호자에게 공지하고 서면으로 동의를 받았다.

## 고 찰

반복적인 위상부 트림은 과도한 트림 증상을 보이는 환자의 약 70%에서 나타난다고 알려져 있다.<sup>1)</sup> 이전 연구들의 결과에 따르면, 환자들이 진단되는 시기의 평균 나이는 46세<sup>5)</sup>에서 58세로 나타나며, 진단 시기까지 증상이 지속되는 평균 기간은 2.1년 정도이다.<sup>7)</sup> 과도한 트림을 보이는 환자를 진단할 때에는, 트림의 빈도, 수면이나 식이와 같이 다른 활동 중에 트림이 나타나는지의 여부, 스트레스의 영향, 연하곤란이나 소화불량, 체중감소, 복부 팽만, 그 외 위식도역류질환(gastroesophageal reflux disease)의 증상 및 정신건강의학과적 질환의 동반 여부 등을 병력 청취시에 확인해야 한다.<sup>1)</sup>

일반적으로 과도한 위상부 트림을 보이는 환자는, 위식도역류질환이나 기능성 소화불량에서 보이는 증상과 구분되는 증상 패턴을 보인다. 과도한 트림은 기능성 소화 불량(functional dyspepsia)이나 위식도역류질환에서 함께 나타날 수도 있지만, 이 두 질환에서는 트림보다는 다른 증상들이 우세하게 나타나는 경우가 많다고 보고되었다. 따라서, 위식도역류질환과 혼동되기는 하지만, 주의 깊은 문진만으로도 대부분 위식도 역류질환과 위상부 트림을 구분해낼 수 있다.<sup>8)</sup> 예를

들어, 속쓰림은 위상부 트림 환자에게 나타나지 않지만, 위식도역류질환에서는 흔하게 나타날 수 있다. 주로 기능성 소화불량 환자에서 우세하게 나타나는 상복부 불편감이나 상복부 팽만감 등은 위상부 트림에서도 흔하게 동반될 수 있지만 구역감, 구토, 조기 포만감 등의 증상은 위상부 트림에서는 나타나지 않으며, 주로 기능성 소화불량 환자에게서만 나타난다.<sup>9)</sup> 또한, 위상부 트림은 본 증례의 환자에서와 같이, 2초에 한 번까지 자주 트림을 반복할 수 있는데, 이러한 양상은 위 트림에서는 보이지 않는다고 알려져 있으며,<sup>1)</sup> 특징적으로 수면시에는 위상부 트림 증상이 나타나지 않는다.<sup>10)</sup>

대개는 이렇게 주의 깊게 병력 청취를 하는 것만으로도 위상부 트림을 진단 내릴 수 있지만, 임피던스 모니터링이 필요한 경우도 있다. 특히 임피던스 모니터링을 하는 것은 위상부 트림과 위식도역류질환을 감별하거나, 위상부 트림을 위 트림과 구분하는 데 도움이 된다고 알려져 있다.<sup>11)</sup> 증례 환자는 매우 잦은 횟수(1분에 약 20회 정도)의 트림을 보였는데, 일반적으로 위 트림은 하루에 30회 정도까지 나타나며, 증례의 환자처럼 반복적이고 잦은 횟수로 나타나는 트림의 경우 위 트림으로 보기 어렵다.<sup>12)</sup> 또한 증례 환자는 특징적으로 수면시에는 위상부 트림 증상을 보이지 않으며,<sup>10)</sup> 식사유무에 따라서 악화 혹은 완화되는 양상이 없었으며, 의료진 또는 다른 사람이 자신을 관찰하고 있을 때나 스트레스 상황에서 증상이 심해지고, 주의가 분산되었을 때 완화된다는 점<sup>10)</sup>에서 위상부 트림으로 진단내릴 수 있었다.

최근 심리적인 요소들이 과도한 트림을 보이는 환자에게 중요한 요인으로 작용할 수 있다는 사실이 여러 차례 보고되었다. 특히, 트림의 빈도가 스트레스 상황에서 좀 더 증가하기도 하며, 이를 Eructatio nervosa라고 부르기도 한다.<sup>13)</sup> 과도한 트림 증상이 있는 환자를 조사한 연구에 따르면, 불안장애의 빈도가 높게 나타나고, 우울 증상과 함께 동반되는 경우도 있다.<sup>5)</sup> 또한, 일부 연구자들은 다른 사람들이 자신을 관찰하고 있다는 사실을 모르고 있는 상태이거나, 주의가 분산되었을 때 트림의 횟수가 확연히 줄어든다는 것이 확인하였는데,<sup>3)</sup> 이러한 결과들은 트림을 하는 환자들에게 심리적인 요소의 중요성을 강조하거나 행동 요법(behavioral therapy)을 하는 근거가 되고 있다.<sup>1)</sup>

위상부 트림을 하는 환자에 대한 적절한 치료에 대해서는 아직 근거가 부족한 편이지만, 크게 2가지 정도로 나눌 수 있으며, 언어 치료, 인지 치료 등이 이에 해당된다. 언어 치료는 11명의 과도한 위상부 트림을 하는 환자를 대상으로 연구가 시행된 적이 있다. 언어 치료는 환자에게 공기를 흡입하게 되는 행동에 대해서 설명하고, 성문(glottis) 트레이닝과 함께 말을 하지 않을 때 성문을 닫고 입을 꼭 다물게 하는 것으로 이



루어진다. 이 행동을 익히고 나면 성문을 닫는 것을 못하게 하고, 일반적인 호흡 패턴(normal fluent breathing pattern)을 하도록 트레이닝 시킨다. 언어 치료를 하는 동안 트림에 대한 환자의 집중을 성문과 입을 꼭 다무는 행동을 하는 것으로 옮겨갈 수 있게 하기 때문에, 인지 과정이 중요한 요소로 생각되는 치료이다.<sup>7)</sup> 또한 따로 언어 치료를 하지 않더라도, 진료실에서 간단하게 사용할 수 있는 행동 요법을 쓰는 방법에 대해서도 보고된 바 있다. 이는 입을 벌리고 공기를 흡입하지 않는 상태에서 복부 근육을 이완하고 천천히 숨을 쉬는 과정을 반복할 수 있도록 하는 훈련을 진료실에서 교육하는 것인데,<sup>14)</sup> 하지만 이 연구들은 소규모의 환자들을 대상으로 개방형 연구를 한 것이므로, 언어 치료의 유효성을 뒷받침할 수 있는 추가적인 연구들이 더 필요하다.

두 번째로, 인지 치료의 경우 과도한 위상부 트림이 습관화된 행동(habitual behavior)이라는 사실에 초점을 맞춘 것이다. 또한, 환자의 주의를 방해하거나 다른 행동에 집중하게 할 때 증상이 줄어든다는 사실도 인지 치료의 근거를 뒷받침해준다.<sup>15)</sup> 환자들은 트림을 하는 이유에 대해서 다른 기질적 원인이 있다고 생각하는 경향도 있는데, 이 때문에 환자들은 종종 위나 장에서 가스 생성을 비정상적으로 많이 해서 증상이 나타난다고 생각한다.<sup>2)</sup> 따라서, 가장 중요한 점은 환자에게 위상부 트림의 메커니즘에 대해서 정확하게 설명하고, 이것이 학습된 행동(learned behavior)이라는 것을 인지시켜서, 이 학습된 행동을 고의적으로 잊도록 만든다는 것이다. 일부 의사들의 경우, 환자 앞에서 스스로 트림을 유발시켜서 트림이 학습화된 행동임을 보여주는 방법을 쓰기도 하고<sup>16)</sup> 이외에도, 최면을 통해서 만성적인 트림을 하는 환자를 치료한 증례 보고가 있으나, 최면은 숙련된 치료자가 필요하고 널리 보급하기가 힘들다는 점에서 제한점이 있다.<sup>17)</sup> 약물 치료의 경우 치료가 어려운 딸꾹질(intractable hiccups)에서 chlorpromazine을 사용하는 것이 효과가 있다고 알려져 있으나<sup>16)</sup> 과도한 트림의 경우에는 chlorpromazine이 가진 항불안작용(anti-anxiolytic property) 이상의 효과를 기대하기는 어려운 것으로 보이며, 그 이외에도 과도한 트림에 대한 약물 치료의 효과는 아직 근거가 부족하다.

본 증례의 경우 위상부 트림을 하게 되는 과정 및 메커니즘에 대해서 설명하여 환자가 이해하게 된 것 이외에도, 우울증에 대한 약물 치료를 적극적으로 한 것이 환자의 증상 호전에 큰 역할을 한 것으로 생각된다. 본 증례의 환자의 경우, 인생 전반에 걸쳐 신체 증상을 반복적으로 호소하는 모습은 없었고, 우울한 기분이 지속되는 동안에 국한되어 신체 증상이 나타났기 때문에, 잦은 트림을 우울증과 함께 나타날 수 있는 신체적 호소로 보고 이러한 신체증상으로 인해서 우울 증상

의 심각도가 증대되고, 기능 장애, 치료에 대한 저항성이 나타난 것으로 판단하였다. 환자는 본원 입원 전 이미 타 병원에서 selective serotonin reuptake inhibitors인 escitalopram 등으로 약물 치료 중이었으므로, 치료 효과를 증대시키기 위해서 serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor인 duloxetine과 milnacipran을 처방하였다.

잦은 트림의 원인은 명확하지 않다. 하지만, 몇몇 환자들의 경우에서는 처음에 복부 불편감이나 복부에서 이상한 느낌(unusual sensation) 혹은 복부 압력감(feelings of pressure)을 완화시키기 위해서 의도적으로 트림을 유발하였고, 시간이 지남에 따라 트림을 하는 능력에 대한 조절 능력을 상실하게 되었다고 보고하기도 한다.<sup>16)</sup> 많은 여성 노년기 우울증 환자와 같이, 본 증례의 환자도 우울증에 동반된 신체 증상 중 복부 불편감이나 압박감을 느끼고 있었고 이를 완화시키기 위해서 의도적으로 트림을 유발하다가, 시간이 지남에 따라 트림을 조절하는 능력을 상실하게 되었던 것으로 보인다. 약 1개월 전부터는 트림이 악화되면서, 증상 조절 능력 상실로 인한 좌절감이나 사회적 고립에 대한 두려움 등으로 인해, 그 전부터 관해되지 않은 채로 있었던 우울증 증상들이 더 악화되었을 것으로 생각된다.

만약 과도한 트림이 정신과적 질환과 동반되어 있거나, 트림이 이차적으로 나타난다고 판단된다면, 환자를 정신과 의사가 우선적으로 진찰을 해야 하며, 정신과적 진단을 위한 면담을 한 후 이에 대한 치료를 하는 것이 중요하다. 또한 위장관 불편감은 일반 인구뿐 아니라, 특히 정신과 질환을 가진 환자에게 흔하게 나타나기 때문에 과도한 트림을 보이는 환자들은 반드시 정신과적 질환에 대한 선별검사가 적절하게 이루어져야 한다.<sup>16)</sup>

## 결론

본 증례의 환자는 만성적인 트림 증상과 함께 우울감, 불안감 및 즐거움의 상실, 식욕 감소, 불면, 피로 등 정신과적 증상을 뚜렷하게 호소하고 있었고, 우울증에 대한 적극적인 약물 치료와 함께 환자에게 트림을 하게 되는 과정에 대해 상세하게 설명하고, 학습화된 행동이라는 점을 인지시킴으로써 정신과적 증상뿐 아니라 트림 증상까지 호전된 사례이다.

과도한 트림 증상을 보이는 환자들은 이 증상으로 인해 사회적 고립으로까지 이어질 수 있는 삶의 질 저하를 느끼기 때문에<sup>9)</sup> 트림 증상 자체를 심각하게 여기고, 임상 의가 적극적인 치료를 고려하는 것이 필요하다. 현재까지 국내에서는 위상부 트림에 대한 정신과적 접근 증례는 없으며, 소화기내과에서 난치성 트림을 주 소로 내원한 공기연하증에 대한 증례

보고를 1차례 했지만, 이 또한 정신과적 접근 방법에 대한 내용은 언급되어 있지 않다. 정신건강의학과 방문 환자 중에는 소화기 증상을 가진 환자들이 많으며, 또한 트림을 하는 환자들에게서 흔히 동반되는 정신과적 질환을 치료하는 것이 만성 트림을 호전시키는 데 도움이 되므로, 임상 의들의 정신과적 진단 및 치료에 대한 관심이 필요할 것으로 보인다.

**중심 단어 :** 트림 · 위상부 트림 · 주요우울장애 · 인지 치료.

#### Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

#### REFERENCES

- 1) Disney B, Trudgill N. Managing a patient with excessive belching. *Frontline Gastroenterol* 2014;5:79-83.
- 2) Bredenoord AJ, Weusten BL, Sifrim D, Timmer R, Smout AJ. Aerophagia, gastric, and supragastric belching: a study using intraluminal electrical impedance monitoring. *Gut* 2004;53:1561-1565.
- 3) Bredenoord AJ, Weusten BL, Timmer R, Smout AJ. Psychological factors affect the frequency of belching in patients with aerophagia. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2777-2781.
- 4) Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1466-1479.
- 5) Chitkara DK, Bredenoord AJ, Rucker MJ, Talley NJ. Aerophagia in adults: a comparison with functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:855-858.
- 6) Zella SJ, Geenens DL, Horst JN. Repetitive eructation as a manifestation of obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics* 1998;39:299-301.
- 7) Hemmink GJ, Ten Cate L, Bredenoord AJ, Timmer R, Weusten BL, Smout AJ. Speech therapy in patients with excessive supragastric belching—a pilot study. *Neurogastroenterol Motil* 2010;22:24-28, e2-e3.
- 8) Bredenoord AJ, Weusten BL, Timmer R, Smout AJ. Air swallowing, belching, and reflux in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1721-1726.
- 9) Bredenoord AJ, Smout AJ. Impaired health-related quality of life in patients with excessive supragastric belching. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010;22:1420-1423.
- 10) Karamanolis G, Triantafyllou K, Tsiamoulos Z, Polymeros D, Kalli T, Misailidis N, et al. Effect of sleep on excessive belching: a 24-hour impedance-pH study. *J Clin Gastroenterol* 2010;44:332-334.
- 11) Rommel N, Tack J, Arts J, Caenepeel P, Bisschops R, Sifrim D. Rumination or belching-regurgitation? Differential diagnosis using oesophageal impedance-manometry. *Neurogastroenterol Motil* 2010;22:e97-e104.
- 12) Kessing BF, Bredenoord AJ, Smout AJ. Mechanisms of gastric and supragastric belching: a study using concurrent high-resolution manometry and impedance monitoring. *Neurogastroenterol Motil* 2012;24:e573-e579.
- 13) Bredenoord AJ, Smout AJ. Physiologic and pathologic belching. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:772-775.
- 14) Katzka DA. Simple office-based behavioral approach to patients with chronic belching. *Dis Esophagus* 2013;26:570-573.
- 15) Chitkara DK, Bredenoord AJ, Talley NJ, Whitehead WE. Aerophagia and rumination: recognition and therapy. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2006;9:305-313.
- 16) Bredenoord AJ. Management of belching, hiccups, and aerophagia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013;11:6-12.
- 17) Spiegel SB. Uses of hypnosis in the treatment of uncontrollable belching: a case report. *Am J Clin Hypn* 1996;38:263-270.