



# 일차의료기관에서의 알코올 클리닉 지침

정진규<sup>1</sup> · 김종성<sup>1</sup> · 윤석준<sup>1</sup> · 홍장희<sup>2</sup> · 선우정<sup>2</sup>

<sup>1</sup>충남대학교병원 가정의학과

<sup>2</sup>충남대학교병원 임상시험센터

## Guidelines for an alcohol clinic in primary healthcare clinics

Jin-Gyu Jung, MD, PhD<sup>1</sup> · Jong-Sung Kim, MD, PhD<sup>1</sup> · Seok-Joon Yoon, MD, PhD<sup>1</sup> · Jang-Hee Hong, MD, PhD<sup>2</sup> · Jung Sunwoo, MD, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Family Medicine, Chungnam National University Hospital, Daejeon, Korea

<sup>2</sup>Clinical Trials Center Chungnam National University Hospital, Daejeon, Korea

**Background:** In clinical practice, primary healthcare physicians commonly encounter patients with alcohol-related problems. This review article introduces the concept of an alcohol clinic for treating patients with these issues at primary healthcare clinics.

**Current Concepts:** Alcohol-related problems often give rise to health problems, which prompts primary healthcare physicians to be required to develop screening, treatment, and counseling skills. Primary healthcare clinics should actively screen for alcohol-related problems. Screening involves questions regarding the frequency, quantity, and maximum consumption of alcohol to determine risk levels. For Koreans, moderate alcohol consumption is defined as  $\leq 8$  drinks per week (1 drink=14 g of alcohol) for men aged up to 65 years, and  $\leq 4$  drinks per week for men over 65 years; consumption for women is set at half of the amount defined for men. Individuals experiencing facial flushing after alcohol consumption are advised to limit their alcohol intake to half the amount consumed by those who do not experience flushing.

**Discussion and Conclusion:** The focus for these patients should be on their environment, particularly when implementing a family-oriented approach. The decision to initiate drug treatment should be based on the symptoms of the patient, with follow-up evaluations performed at appropriate time points. The “FRAMES Motivational Enhancement Interview” and “Insight Enhancement Counseling” are recommended for an effective counseling of patients.

**Key Words:** Primary health care; Alcohol drinking; Practice guideline; Counseling

### 서론

Received: December 31, 2023 Accepted: January 15, 2024

Corresponding author: Jong-Sung Kim

E-mail: [jskim@cnuh.co.kr](mailto:jskim@cnuh.co.kr)

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

음주 문제는 일차의료기관에서 매우 흔한 문제이다. 과음이나 폭음 등 위험 음주자에 대해서는 절주교육을 해야 하지만, 알코올 사용 장애에 해당한다면 금주를 위한 치료적 전략이 필요하다. 이러한 필요성 때문에 일차의료기관에서 환자를 접하는 의사를 대상으로 한 진료지침[1]을 발표한 바 있다. 아직까지도 일반 국민의 ‘알코올 중독’이라는 진단명

에 대한 거부감으로 인하여 음주 문제 환자가 정신과 진료를 회피하고 일차의료기관에서 다루어지는 경우가 많다. 생애전환기 건강진단사업의 일환으로 음주 문제에 대한 선별검사가 시행되면서 일차의료기관에서 음주 문제에 대한 진단과 상담에 대한 진료지침의 필요성이 대두되었고, '생애전환기 건강진단 상담 메뉴얼'에서 음주 문제 선별검사에 대한 평가와 상담에 대한 진료지침이 개발되어 검진기관의 의사들에게 배포되었다.

미국의 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)은 임상 의사들이 사용할 수 있는 음주 문제 진료 가이드라인[2]을 발표하였다. 이러한 지침에는 과음과 폭음의 정의, 음주 문제에 대한 5A's 접근법이 자세하게 설명되어 있어서 임상 의들에게 매우 유용하다. 한국에서도 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) 설문지 문항에 맞춘 음주 관련 항목들이 국민건강영양조사나 국민건강보험공단의 검진 프로그램에 포함되어 이용하고 있다. 특히 1998년 최초 한국에 소개된 AUDIT [3] 문항을 NIAAA의 표준화된 지침을 반영하여 2014년 개정된 AUDIT-KR (Korean revised version)은 위험 음주와 알코올 사용 장애 선별에 있어서 높은 신뢰도와 타당도를 보이고 있어 일차진료 현장에서 음주 문제 선별에 매우 유용하다 [4]. AUDIT-KR은 한국인이 많이 마시는 소주의 농도의 변화를 반영하여 음주 잔 수를 계산함에 있어서 이러한 현실이 잘 반영되도록 알코올 14 g 표준 1잔으로 계산하는 NIAAA 지침에 대해 한국에서 사용하는 음주관련 문항들에 대한 오류를 개선하여 일차진료 현장에서 유용하게 사용할 수 있는 장점이 있다. 하지만 과음과 폭음의 정의에는 미국인보다 적은 한국인의 체형과 한국에서 흔한 비활성형 aldehyde dehydrogenase (ALDH) 체질에 대한 개념이 고려되어 있지 않다. 이러한 음주량을 평가하는 문항들의 오류는 시급히 개선되어야 할 점이다.

이 논문에서는 일차의료기관의 알코올 클리닉에서 유용하게 사용할 수 있도록 음주 문제에 대한 선별을 위한 3가지 질문(주당 평균 음주 횟수, 1회 평균 음주량, 최대 음주량)을 통해 위험 음주(과음, 폭음) 여부를 판단하고, 선별검사 도구를 활용할 경우에는 국내에서 타당성이 입증된 선별검사 도

구(AUDIT-KR)를 활용할 것을 제시하는 내용에 기존의 권고안에 동양인에서 흔히 볼 수 있는 음주 관련 안면홍조반응을 고려하여 한국인에서의 적절 음주량을 함께 제시한 음주 클리닉에서 음주 문제 상담에 대해 제시하고자 하였다.

## 음주 문제와 관련된 유병률

2017년 발표한 국민건강영양조사 자료에 따르면[5], 19세 이상 성인 중 과음자는 13.5% (남성 20.7%, 여성 6.6%), 폭음자는 37.5% (남성 53.2%, 여성 22.5%)였다. 알코올 사용 장애 평생 유병률도 13.3%였다. 미국에서 실시된 연구에 의하면 알코올 사용 장애 유병률은 29.1%이며, 이중 19.8%만이 치료를 받은 적이 있는 걸로 나타났다[6]. 이처럼 위험 음주나 알코올 사용 장애는 전 세계적으로도 매우 흔한 질환이다.

## 일차의료기관에서 음주 문제 진료가 자리잡지 못한 이유와 해결책

일차의료기관에서 음주 문제에 대한 진료가 자리잡지 못하는 이유는 다음과 같다. 첫째, 음주 문제 환자의 50-90%가 일차의료기관 의사들에 의해 인지되지 않는다[7-9]. 이러한 불충분한 진단에 관여되는 요인들로는, 일차의료기관 의사들의 음주 문제에 대한 의학적 훈련과 교육의 부족[10], 이로 인해 알코올 환자를 다루고 치료하는 데 있어서 자신감의 결여, 알코올 남용을 의학적 질환(medical illness)이라기 보다는 도덕성의 결여나 사회적 문제로 보는 잘못된 개념 등이 포함된다. 둘째, 음주 문제를 진단하더라도 의사가 쉽사리 개입하지 않으려 한다[11]. 즉 문제 음주자로 생각되는 환자와 음주에 대해 대화하는 것을 꺼리는 의사가 많다. 이와 관련된 요인으로는 촉박한 진료시간, 인내심의 부족, 효과적으로 문제를 다룰 스킬이 부족하거나, '알코올리즘은 잘 치료가 되지 않는다.'는 비관론적인 태도가 포함된다. 그렇다면 알코올 클리닉 활성화 대책은 어떻게 수립해야 할까?

**Table 1.** Definition of at-risk drinking

Category	Heavy drinking (drinks per wk <sup>a</sup> )		Binge drinking (drinks per drinking <sup>a</sup> )	
	NIAAA	Korean	NIAAA	Korean
Male	>14	8 (4) <	>4	>3 (1.5)
Female, male aged ≥65 yr	>7	4 (2) <	>3	>2 (1)
Female aged ≥65 yr	NA	2 (1) <	NA	>1 (0.5)

Adapted from Lee S et al. Korean J Fam Med 2019;40:204-211, according to the Creative Commons license [22]. (.), person with inactive aldehyde dehydrogenase form (flushing reaction at drinking).

NIAAA, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; NA, not applicable.

<sup>a</sup>1 drink=4 g alcohol: 350 mL of draft beer, rice wine 300 mL (1 bowl), wine 150 mL, 19% soju 94 mL (1/4 bottle), whisky 45 mL (1 shot).

우선, 알코올 사용 장애에 대한 편견을 없애기 위한 정책과 사회적 운동이 필요하다. 둘째, 일차의료를 담당할 의사를 대상으로 한 수련과정이나 교육을 통해서 음주 문제에 대한 교육을 강화하여 음주 문제에 대한 선별검사, 진단, 치료 및 심리상담에 대한 임상진료 능력을 갖추도록 해야 한다. 마지막으로, 진료 현장에서 날트렉손(naltrexone)이나 아캄프로세이트(acamprosate)와 같은 항갈망제 사용에 대한 건강보험의 규제가 없어야 한다. 항갈망제는 사용 권장 가이드라인에 맞게 최소 3-6개월 이상을 투여할 수 있도록 보험규정을 바꿀 필요가 있다.

## 위험 음주 및 알코올 사용 장애에 대한 선별

### 1. 선별 방법

음주 문제 선별을 위해서는 다음 세 가지의 질문을 한다 [3]. (1) 주당 평균 음주 횟수, (2) 1회 평균 음주량, (3) 1회 최대 음주량을 물어서 환자의 음주 상태가 적절 음주인지, 아니면 위험 음주에 해당하는지를 확인하는 것이다. 음주량은 표준 잔으로 환산하여 계산하는 것이 오류 없이 음주 상태를 평가할 수 있다. 일반적으로 미국에서는 알코올 14 g을 표준 1잔으로 규정하고 있으며, 이는 양주 45 mL, 포도주 150 mL, 맥주 350-360 mL에 해당한다. 이는 양주, 포도주에 맞는 잔으로 각각 1잔에 해당한다. 맥주는 캔 맥주 1캔, 작은 병맥주 1병에 해당한다. 막걸리는 막걸리 사발로 1사발(약 300 mL)이다. 한국인의 대표적인 주종인 소주는, 현재 가장 많이 판매되는 16.9도 소주를 기준으로 한다면, 표준 1잔은 1/3.5병(105 mL)에 해당한다. 표준 1잔(14 g)의

양(mL)=14/ [술의 도수(%)×알코올 비중(0.79)]이라는 공식을 이용하여 계산하면 된다[12,13].

한국인에서 주당 음주량과 음주 관련 바이오마커의 관련성[14], 주당 음주량에 따른 심혈관질환 위험도[15], 음주량과 고혈압[16], 음주량에 따른 인슐린저항성 위험도[17], 음주와 대사증후

군[18], 음주량에 따른 고호모시스테인혈증[19] 등을 살핀 최근 연구들을 종합해 보았을 때, 저자들이 도출한 한국인에 적절한 음주량은 표준 1잔(알코올 14 g)을 기준으로 남성 8잔(소주 2병) 이하/1주, 여성 4잔(소주 1병)/1주 이하였다[20]. 또한 안면홍조 여부에 따라 주당 음주량과 질환들을 살핀 연구들[14-19]을 분석한 결과, inactive ALDH를 가져 알코올 분해 능력이 떨어지는 사람 즉, 음주 후 즉각적인 안면홍조가 발생하는 사람들은 비홍조군의 절반에 해당하는 음주량(남성 4잔 이하, 여성 2잔 이하)이 적절한 음주량으로 결론을 제시한 바 있다[19]. 한편, 2017년 국민건강영양조사[5] 따르면, 한국인의 평균 체중은 남성 72.3 kg, 여성 57.7 kg이었으며, 미국인 평균 체중은 남성 89.7 kg, 여성 77.3 kg으로[21], 미국인의 평균 몸무게가 한국인에 비해 1.24-1.34배 더 높았다. 그러므로 폭음의 기준도 미국에서 제시하는 4잔(노인, 여성 3잔) 초과보다 낮은 3잔(노인, 여성 2잔) 초과로 보는 것이 타당하다 생각된다(Table 1) [22]. 또한 알코올 사용 장애 선별에 있어서도, 한국인을 대상으로 과음으로 제시된 가이드라인[20]과 NIAAA에서 제시하는 과음의 기준[3]을 사용하여 알코올 사용 장애에 대한 민감도와 특이도를 비교한 연구결과 [22]를 살펴보았을 때, 이 논문에서 제시한 권고안이 한국인에서 알코올 사용 장애 선별에 적절함을 확인할 수 있었다. 또한 지금까지 제시한 연구결과들은 섭취하는 음주량 뿐 아니라 개인의 나이, 성별, 음주에 대한 취약성(음주 후 안면홍조 여부)을 고려한 접근이 필요하다는 결과로 해석되며, 개인별 특성을 고려하여 적절 음주량을 초과한 경우 위험 음주군으로 보고 알코올 사용 장애에 대한 평가하는 것이 타당하다.

**Table 2.** Alcohol Use Disorder criteria (DSM-5)

Category	Criteria
Impaired control	1. Larger amounts or over a longer period drinking than was intended. ( )
	2. There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control alcohol use. ( )
	3. A great deal of time is spent in activities necessary to obtain alcohol, use alcohol, or recover from its effects. ( )
	4. Craving, or a strong desire or urge to use alcohol. ( )
Social impairment	5. Recurrent alcohol use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home. ( )
	6. Continued alcohol use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems. ( )
	7. Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced. ( )
Risky use	8. Recurrent alcohol use in physically hazardous situations. ( )
	9. Alcohol use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem. ( )
Pharmacological criteria	10. Tolerance ( )
	11. Withdrawal ( )

The severity of an Alcohol Use Disorders is graded mild (the presence of 2 to 3 symptoms), moderate (the presence of 4 to 5 symptoms), or severe (the presence of 6 or more symptom).  
 DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition.

**2. 음주 문제 선별에 관한 권고안**

United States Preventive Services Taskforce [23]는 일차의료기관에서 모든 성인을 대상으로 알코올 사용 장애에 대한 선별을 하고 문제가 있을 경우 상담-중재를 실시할 것을 권고한다. 2005년 NIAAAA [3]는 모든 환자에게 음주 여부를 물은 후, 음주하는 경우는 위험음주(과음이나 폭음)에 해당되는지를 조사하라고 권유한다. 과음이나 폭음에 해당될 경우 단순한 '위험 음주' 상태인지 '알코올 사용 장애'인지를 평가해야 한다. American Medical Association [24], Canadian Task Force on Preventive Health Care [25]는 진료 현장에서 모든 환자에게 알코올 남용에 대해 선별하고 문제가 있는 것으로 나타난 환자를 대상으로 동기부여 상담과 같은 단기 상담 중재를 실시하라고 한다.

**3. 선별검사의 효과가 적은 이유와 이에 대한 대책**

일차의료기관에서 음주 문제 선별의 실질적인 효과가 적은 이유는 표준화된 사후 조치 프로그램이 없으며, 단순히 선별검사를 하는 것이 치료로 이어지지 못하기 때문이다. 따라서 사후 조치 프로그램을 강화하는 노력이 필요하다. 두 번째, 정신건강의학과에 의뢰를 하더라도 정신건강의학과에서 치료를 받는 것에 대한 주변 사람들의 편견과 환자의 거부감으로 인해 치료를 받고자 하는 동기 유발이 어렵고, 이

는 환자의 낮은 순응도로 이어지며 치료의 장애 요인이 되고 있다.

**음주 문제에 대한 평가와 개입 (5A's 접근)**

**1. 음주 습관에 대해 묻기(Ask)**

모든 환자에게 음주하는지를 묻는다. 음주하지 않는다면 원래 음주하지 않는 것인지, 음주 문제가 있어서 끊고 있는 것인지를 확인하고 종결한다. 음주한다면 적절 음주인지 위험 음주(과음 또는 폭음)인지를 평가한다. 음주하고 있지만

위험 음주 상태가 아닌 경우는 적절 음주에 대한 교육(주당 평균 음주량과 1회 최대 음주량의 기준)을 실시한다. 위험 음주 상태인 경우는 step 2로 진입하여 알코올 사용 장애에 대한 진단적 면담을 실시한다.

**2. 알코올 사용 장애 평가(Assess for alcohol use disorders)**

위험 음주인 경우 알코올 사용 장애(알코올 남용 또는 알코올 의존)에 해당되는지를 평가한다. 알코올 사용 장애에 해당되지 않으면 '단순 위험 음주'로 진단한다. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5) 진단기준[26]의 알코올 사용 장애는 최근 1년 동안 음주 때문에 반복적으로 나타나는 증상으로 진단한다 (Table 2).

**3. 충고(Advise)**

단순 위험 음주에 대해서는 적절 음주 또는 일정기간의 단주를, 알코올 사용 장애(알코올 남용 또는 알코올 의존) 환자에 대해서는 단주를 분명하게 권고한다.

**4. 도움(Assist)**

단순 위험 음주인 경우 신체적 합병증 평가, 동기부여 상

담을 실시한다. 하지만 알코올 사용 장애로 진단된 경우에는 음주로 인한 신체적 합병증을 평가하고 동기부여 상담을 진행하며, 이 외에 질병인식이 부족한 사람에게는 질병인식 개선 상담도 같이 진행을 한다. 또한 급성기에는 금단 증상의 조절 및 진전 섬망을 예방을 위한 약물치료 후 유지기 재발 방지를 위한, 항갈망제 치료를 한다. 유지기에는 자조 그룹 참여(예, 알코올중독자가족모임[alcoholics anonymous])를 유도하는 것도 좋은 방법이다. 만약에 치료가 어려운 경우 전문가 자문을 고려한다.

### 5. 추적관리(At follow-up)

단순 위험 음주 환자에 대한 초기 추적 간격은 1-2주 정도가 적당하다. 추적기간의 음주 습관과 목표에 도달 여부를 점검한다. 목표에 도달하지 못한 환자에게는 변화가 어려운 것임을 인지시키고 작은 긍정적 변화라도 지지해준다. 목표 도달의 장애물을 점검하고 목표를 단주로 변경할 것을 고려한다. 환자에게 중요한 사람들의 도움을 고려하도록 한다. 음주 조절 또는 단주하지 못할 경우 알코올 사용 장애에 해당되는지 진단을 재점검한다. 목표에 잘 도달한 환자는 강화와 지지를 해주며 환자가 음주를 원할 경우 음주 목표를 상황에 따라 재조정한다. 문제가 생기면 언제든지 다시 방문하도록 하며 최소한 1년에 1회 음주 상황을 재점검한다.

알코올 사용 장애 환자에 대해서는 처음에 1-2일 간격으로 추적하면서 금단 증상을 관찰하다가 금단 증상이 사라지면 점차 추적 간격을 늘린다. 짧은 기간의 추적과 단기 목표를 설정하는 것이 환자에게 심적인 부담을 적게 준다. 음주 문제 환자의 빈번한 재발이 의료진에게 좌절감을 안겨줄 수도 있으나, 식이 요법을 제대로 노력하지 않는 당뇨병 환자 처럼 만성질환의 하나로 접근해야 한다. 재발은 치료의 실패가 아니라 환자에게 의학적 도움이 필요한 시기일 뿐이다. 단기 목표의 도달 여부와 목표를 위해 시도한 환자의 구체적인 행동을 점검하고 생물학적인 추적검사 자료를 검토한다. 목표에 도달하지 못한 환자에게는 변화가 어려운 것임을 인지시킨다. 단주 또는 조절 음주를 위해 노력한 것이 있다면 지지해주고, 의학적 권고사항은 단주라는 것을 분명하게 말한다. 음주로 인해 발생한 신체적, 정신적, 사회적 문제

를 재점검한다. 전문 치료 의사의 자문, 자조 그룹 참석, 환자에게 중요한 사람들의 도움, 항갈망제의 처방을 고려한다. 목표에 도달한 환자는 강화와 지지를 해주며 전문 치료 의사와 협진을 고려한다. 혈압 수치, 혈액검사 수치와 같은 생물학적 지표의 호전을 피드백으로 활용한다. 1년 이상 지속적으로 단주 또는 조절 음주 상태를 유지할 때 DSM-5 진단기준[26]의 '지속 완전 관해' 상태에 해당되어 일차적인 성공으로 평가할 수 있다.

### 사회적 지지망 형성과 가족중심의 진료 접근

환자가 단주를 결심한다고 하더라도 음주를 권하는 사회적 환경 속에서 생활하는 한, 이러한 결심이 계속해서 유지되기는 쉽지 않다. 환자의 지인들을 치료 체계에 합류시켜 사회적 지지를 위한 네트워크를 긍정적인 방향으로 바꿀 때 알코올에서 벗어난 생활을 유지하기 용이하다. 한국 문화에서는 가까운 동료들로 구성된 '회복적인 사회적 지지망'의 여부가 환자의 회복과정에서 결정적인 역할을 한다. 일차의료 기관 의사는 익명의 알코올중독자들 모임인 알코올중독자가족모임, 알코올 환자 가족 모임인 Alanon, 지역 알코올 상담 센터, 가정방문 간호사, 자원 봉사자들과 같은 지역사회 자원을 활용할 수 있도록 연결해 주거나 관련 정보를 주어야 한다[8].

알코올 사용 장애 환자들의 비정상적인 가족 역동은 음주 문제 환자가 회복하는 과정의 큰 장애물이 될 수도 있다. 따라서 가족중심진료를 통해 음주 환자의 가정에서 보이는 다양한 역동적 변화를 이해하고 접근하는 것이 매우 중요하다.

## 치료

### 1. 급성 중독기 치료

알코올 중독기에는 대부분 특별한 치료가 필요하지 않다. 하지만 낮은 혈중 알코올 농도에 동반된 혼수는 약물 과다 복용, 두부 손상, 뇌막염, 간성 뇌증과 같은 다른 질환을 의

Table 3. FRAMES motivational interview

Dimension	Contents	Physician action or statement
Feedback	Provision of objective evidence	"Liver function became worse due to heavy drinking." "You have withdrawal symptoms."
Responsibility	Emphasis of responsibility for changes	"Other people cannot change your behaviors." "You have to change by yourself."
Advice	Advice to improve problematic behaviors	"Problems will be worsened as long as your drinking continues. Changes are needed." "Moderate drinking is needed." "You have to quit drinking."
Menu	Provision of various strategies that patients can choose	"Would you determine the drinking frequency?" "Would you determine the quantity of drink?" "Why don't you do this when you drink?" "Would you write a drinking diary?" "May I get you to an alcohol education program?"
Empathy	Interview attitudes with warmly understanding of patients	"You were in such a situation, so you had no choice but to drink." "You must have been feeling bad." "Your family members are very worried."
Self-efficacy	Enhancement of patients' self-esteem that they can change	"If you try a little, you have a very strong possibility to get better." "You have a strong will so you can do well."

심해야 한다. 만일 환자가 공격적인 행동이 이어진다면 반감기가 짧은 로라제팜을 경구나 주사제로 사용할 수 있다.

## 2. 금단기 치료

알코올 금단기에는 경구용 싸이아민(thiamine, 30–60 mg/일)을 유지시킨다. 포도당 수액 정맥주사는 싸이아민의 고갈을 더욱 조장하여 섬망 증상이 악화될 수 있으므로 수액 1 L당 50–100 mg을 반드시 섞어서 투여한다. 또한 금단 경련의 과거력이 있거나 마그네슘의 보충이 필요한 경우는 1.5 g을 하루 용량으로 3회 분할하여 금단 기간에 사용한다. 일시적인 자율신경계 항진(빈맥, 혈압 상승)에 대해서는 atenolol (50–100 mg/일)을 처방한다. 섬망이나 환각 증상이 심한 경우 일시적으로 할로페리돌(haloperidol) 5 mg (또는 로라제팜 1–2 mg을 동시에)을 근주하거나 경구로 투여할 경우에는 3–4.5 mg을 하루 용량으로 2–3회 분할하여 처방한다. 탈독기에 발생하는 알코올성 금단 증상을 완화, 예방하기 위해서는 benzodiazepine 계열의 약물을 1–2주일 정도 사용한다. 주로 사용하는 약물로는 반감기가 긴 chlordiazepoxide (1 tablet 10 mg)와 다이아제팜(diazepam)이 있다. 이처럼 반감기가 긴 약제를 선호하는 이유로는 알코올로 인해 발생하는 진전 섬망과 금단 간질을 예방하는 효과가 크며, 반감기가 길어서 감량하지 않고 끊을 수 있는 장점이 있기 때문이다. 하지만 노인이거나 간 기능이 크게 저하된 환자는 반감기가 짧은 로라제팜

이나 옥사제팜을 사용한다. 금단 증상이 심해서 입원한 경우 chlordiazepoxide 30–60 mg (다이아제팜 10–20 mg, 로라제팜 2–4 mg에 해당)을 하루 용량으로, 금단 첫날에 4회 분할 처방하고 2일 간격으로 20–30%씩 감량하여 끊는다. 외래에서는 금단 증상이 없거나 경한 경우가 많기 때문에 입원 시 용량의 절반 정도로 처방하거나 처방없이 환자를 1–2일 간격으로 내원하도록 하여 금단 증상 발생 여부를 평가한다[11].

## 3. 유지기 치료

알코올 사용 장애가 있는 환자들 중 음주에 대한 조절 능력이 부족하여 한동안 금주하다가 한 번 마시기 시작하면 계속 마시거나, 음주 충동이 강한 환자라면 금단 증상이 종료된 후 항갈망제(anticravings)를 3–6개월 이상 사용한다. 일차의료기관에 추천되는 항갈망제는 오피오이드 길항제인 날트렉손, 감마아미노뷰티르산(gamma aminobutyric acid, GABA) 수용체를 활성화시키는 아캄프로세이트이며, 우울증이 동반된 경우 selective serotonin reuptake inhibitor 계열의 항우울제를 사용하기도 한다. 날트렉손은 음주에 의한 긍정적 강화 효과(음주 시의 기분 좋은 느낌)를 차단하며 0.5–1 T (25–50 mg)을 하루에 1회 처방한다. 날트렉손은 간에서 대사되기 때문에 간 기능이 저하된 경우에는 주의가 필요하다. 아캄프로세이트는 GABA 수용체를 활성화시켜 단주 기간에 경험하는 부정적 강화 효과(금주 시의 기분

**Table 4.** Insight-oriented counseling

Section	Category	Contents
1. Problem-oriented counseling	Self-oriented reality	Recognition that one has problems with regard to drinking
2. Control/dependence-oriented counseling		Recognition of one's state being out of control and dependent on alcohol
3. Surroundings-oriented counseling	Others-oriented reality	Recognition that one's drinking puts family members and others nearby in pain and under stress
4. Hospitalization/treatment-oriented counseling	Motivation category	Acceptance of the necessity of treatment and one's attitude towards treatment
5. Abstinence-oriented counseling	Goal category	Understanding the necessity of abstinence and planning for it

Adapted from Jung JG et al. J Korean Med Sci 2011;26:11-16, according to the Creative Commons license [28].

나쁜 느낌)를 차단하며, 4 T (1,332 mg)–6 T (1,998 mg)을 하루에 2–3회 분할 처방한다. 아캄프로세이트는 간에서 대사되지 않고, 신장으로 배설되기 때문에 간에 대한 위험성은 없으나 신장 기능이 저하된 경우에는 용량을 조절한다[11].

## 음주 문제 상담법

### 1. FRAMES 동기부여면담(Motivational enhancement counseling)

FRAMES 동기부여면담은 환자의 건강관련 문제 행동(음주, 흡연, 운동부족 등)을 긍정적으로 바꾸기 위해 용이하게 사용할 수 있는 짧은 상담 방법이다. 'FRAMES'로 표현되는 6가지 요소(feedback, responsibility, advice, menu, empathy, self-efficacy)를 포함한다(Table 3). 즉 음주로 인한 혈액검사 이상 소견이나 객관적인 문제점을 환자에게 알려주고(Feedback), 행동 변화에 대한 환자의 책임을 강조하며(Responsibility), 음주 문제의 정도에 따라 적절 음주, 일정기간의 단주, 완전 단주에 대한 조언(Advice), 문제 행동 변화를 위한 구체적인 옵션을 알려주고 선택하게 하는 것(Menu), 문제 행동이 발생하는 상황을 공감하고 이해하는 모습을 보이며(Empathy), 변화할 수 있다는 기대와 신념을 증진시켜 주는 것(Self-efficacy)이다[3].

### 2. 질병인식 개선 면담(Insight-oriented counseling)

문제 행동에 대한 환자의 질병인식은 치료과정에서 중요한 역할을 한다. 하지만 대부분의 음주 문제 환자들은 질병인식이 부족하여 치료의 장애 요인이 되고 있다[27]. 환자의 질병인식 평가는 Jung 등[28]이 개발한 설문지(Hanil

Alcohol Insight Scale)를 이용하여 질병인식의 개선 정도를 확인할 수 있다. 심각한 알코올 사용 장애이면서 질병인식이 없는 환자인 경우, 질병인식 개선을 위해 질병인식의 5가지 요소에 초점을 두어 외래에서 5세션의 면담을 5–10분 정도 시행해 본다[29]. 각 세션의 주제에 대해 환자의 주관적인 생각과 느낌을 먼저 말해보게 하고, 이후 의료진이 의학적 관점에서 지지적, 교육적인 면담을 실시한다. 만일 입원을 한 경우라면 그룹을 대상으로 1회당 40–50분 정도의 심화 프로그램으로 진행할 수도 있다(Table 4) [28,29].

#### 1) Problem-oriented counseling (문제 지향 상담)

환자가 자신의 음주와 관련한 현실을 어느 정도 자각하고 있는지 환자의 이야기를 들은 후 음주 습관(과음 또는 폭음), 신체적 질환, 정신적 문제, 사회-직업적 문제를 스스로 성찰할 수 있도록 음주와 관련된 검사기록을 제시해주고 다양한 정신 사회적 문제를 함께 점검하는 과정을 통해 음주 문제가 있다는 것에 대해 환자의 동의와 치료의 필요성에 대한 타협을 이끌어내는 상담을 한다.

#### 2) Control/dependence-oriented counseling (조절/의존 지향 상담)

알코올 사용 장애의 핵심 증상인 조절력 상실, 음주 충동에 초점을 맞춘다. 일단 음주를 시작하면 의지와 상관없이 음주행위가 중지되지 않고 지속되어버리는 환자에게 알코올 의존과 관련한 뇌의 생물학적 변화를 설명해주는 것도 좋은 방법이다.

#### 3) Surrounding-oriented counseling (주위 지향 상담)

음주 문제는 가정에 만성적으로 스트레스적인 환경을 조성하여 구성원에게 다양한 정신적 영향을 미친다. 그러나 환자는 자신의 음주 문제로 인한 가족과 주위사람의 고통을 자각하지 못하는 경우가 많다. 또한 자신이 처한 현재상황의

원인을 주위 사람의 탓으로 돌리며 원망하기도 한다. 공동체 속에 숨어있는 사랑이라는 보석을 끄집어냄으로써 깨달음을 얻을 수 있도록 돕는다.

#### 4) Hospitalization/treatment-oriented counseling

##### (입원/치료 지향 상담)

회복을 위해 변화하고자 하는 환자의 동기부여에 초점을 맞춘다. 상황을 극복하기 위해서는 자신이 변화해야 할 필요성을 느끼고, 자신을 도와줄 수 있는 주변의 치료적 환경을 받아들이는 것이 중요하다. 환자의 적극적인 회복의지와 함께 의료진, 단주모임, 가족, 주변 동료로 구성된 치료 체계에 합류하도록 돕는다.

#### 5) Abstinence-oriented counseling (단주 지향 상담)

행동 변화의 목표로서 단주 또는 조절 음주에 대해 구체적인 목표를 설정하는 것에 초점을 맞춘다. 환자의 경험을 통해 과거의 조절 음주 시도가 성공을 하기 어려웠다는 점과 단주와 조절 음주에는 큰 차이가 있음을 깨닫도록 하였다.

## 음주 문제 환자의 의뢰

음주 문제 환자는 알코올 치료 프로그램을 갖춘 병원을 지역 사회 자원으로 잘 활용하여야 한다. 일차의료기관 의사가 음주 문제 환자 진료 시, 정신건강의학과에 의뢰가 필요한 경우로는 (1) 섬망, 환각 등 급단 증상이 심각한 경우, (2) 재발이 반복되는 경우, (3) 보다 집중적인 치료 프로그램에 합류하고자 하는 동기가 있는 경우, (4) 성격 장애 등 심각한 정신병리가 동반된 경우 등이다.

## 결론

이 논문에서 제시하는 알코올 클리닉에서의 진료 권고는 기존의 권고안에 동양인에서 흔히 볼 수 있는 음주 관련 안면홍조반응을 고려하여, 한국인에서의 적절 음주량을 함께 제시한 개정판 음주 문제 상담 방법이다. 또한 음주 문제는 일차진료 현장에서 매우 흔한 문제이다. 이에 가정의는 이

에 대한 선별검사, 진단, 치료 및 상담에 대한 능력을 갖추어야 할 것이다.

**찾아보기말:** 일차의료; 음주; 진료지침; 상담

## ORCID

Jin-Gyu Jung, <https://orcid.org/0000-0002-2591-4867>

Jong-Sung Kim, <https://orcid.org/0000-0001-5945-0784>

Seok-Joon Yoon, <https://orcid.org/0000-0002-6784-8191>

Jang-Hee Hong, <https://orcid.org/0000-0002-0623-5455>

Jung Sunwoo, <https://orcid.org/0000-0001-8801-0323>

## Conflict of Interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## References

1. Kim JS. Management of drinking patients in primary care. *Korean J Fam Pract* 2012;2:280-288.
2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: a clinician's guide. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2005.
3. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II. *Addiction* 1993;88:791-804.
4. Kim CG, Kim JS, Jung JG, et al. Reliability and validity of Alcohol Use Disorder identification Test-Korean revised version for screening at-risk drinking and alcohol use disorders. *Korean J Fam Med* 2014;35:2-10.
5. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, et al. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry* 2016;73:39-47.
6. Cho MJ, Seong SJ, Shin SY, et al. The epidemiological survey of mental disorders in Korea. Ministry of Health and Welfare; 2011.
7. Coulehan JL, Zettler-Segal M, Block M, McClelland M, Schulberg HC. Recognition of alcoholism and substance abuse in primary care patients. *Arch Intern Med* 1987;147:349-352.
8. Leckman AL, Umland BE, Blay M. Prevalence of alcoholism in a family practice center. *J Fam Pract* 1984;18:867-870.
9. Woodall HE. Alcoholics remaining anonymous: resident diagnosis of alcoholism in a family practice center. *J Fam*



Pract 1988;26:293-296.

10. Pokorny A, Putnam P, Fryer J. Drug abuse and alcoholism teaching in U.S. medical and osteopathic schools. *J Med Educ* 1978;53:816-824.
11. Kim JS, Park BK, Kim GJ. Diagnosis and treatment of alcohol-related disorders. *Hankook Medical Book*; 2001.
12. US Preventive Services Task Force. The guide to clinical preventive services 2008: recommendations of the US Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
13. American Medical Association. Alcohol and other drug abuse. Accessed February 8, 2024. <http://www.ama-assn.org>
14. Haggerty JL. Early detection and counselling of problem drinking. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, editor. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Health Canada; 1994. p. 488-498.
15. World Health Organization. Global status report: alcohol policy. World Health Organization; 2004.
16. Suh HS, Kim JS, Kim SS, et al. Influence of the Flushing response in the relationship between alcohol consumption and cardiovascular disease risk. *Korean J Fam Med* 2014;35: 295-302.
17. Jung JG, Kim JS, Kim YS, Oh MK, Yoon SJ. Hypertension associated with alcohol consumption based on the facial flushing reaction to drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 2014;38: 1020-1025.
18. Jung JG, Kim JS, Oh MK. The role of the flushing response in the relationship between alcohol consumption and insulin resistance. *Alcohol Clin Exp Res* 2010;34:1699-1704.
19. Jung JG, Kim JS, Yoon SJ, Oh MK. Relationships among alcohol consumption, facial flushing response, and metabolic syndrome in healthy men. *Ann Epidemiol* 2012;22:480-486.
20. Kim EC, Kim JS, Jung JG, et al. Effect of alcohol consumption on risk of hyperhomocysteinemia based on alcohol-related facial flushing response. *Korean J Fam Med* 2013;34:250-257.
21. Kim SG, Kim JS, Kim SS, et al. Relationships between the level of alcohol consumption and abnormality in biomarkers according to facial flushing in Korean male drinkers. *Korean J Fam Med* 2013;34:123-130.
22. Lee S, Kim JS, Jung JG, et al. Korean alcohol guidelines for moderate drinking based on facial flushing. *Korean J Fam Med* 2019;40:204-211.
23. Fryar CD, Kruszon-Moran D, Gu Q, Ogden CL. Mean body weight, height, waist circumference, and body mass index among adults: United States, 1999-2000 through 2015-2016. Accessed May 18, 2019. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/61430>
24. National Health Insurance Service. The 2017 National Health Insurance statistical yearbook. Accessed May 23, 2019. <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045020000&brdScnBltno=4&brdBltno=2310&pageIndex=1&pageIndex2=1#none>
25. Kim SG. Diagnostic usefulness comparison for the DSM-5 alcohol use disorder between NIAAA standard and Korean standard on heavy drinking [dissertation]. Chungnam National University; 2016.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Text rev. DSM-5-TR. American Psychiatric Association; 2022.
27. Kim JS, Park BK, Kim GJ, et al. The role of alcoholics' insight in abstinence from alcohol in male Korean alcohol dependents. *J Korean Med Sci* 2007;22:132-137.
28. Jung JG, Kim JS, Kim GJ, Oh MK, Kim SS. Brief insight-enhancement intervention among patients with alcohol dependence. *J Korean Med Sci* 2011;26:11-16.
29. Kim JS, Kim GJ, Lee JM, Lee CS, Oh JK. HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale): validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism. *J Stud Alcohol* 1998;59:52-55.

### Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 일차의료기관에서 흔히 접하면서도 대응이 어려운 음주 문제 환자에 대해, 최초 접근과 진단, 급성기 치료 및 지속적인 관리에 이르기까지 알아두어야 할 내용을 잘 정리한 논문이다. 국민건강영양조사에 의하면 우리나라 고위험 음주율은 13% 내외로 오랫동안 떨어지지 않고 있으며, 음주와 연관된 생활습관병, 심뇌혈관질환, 각종 악성종양 등 개인 건강 문제와 함께 음주와 연관된 사회적 문제에 관한 관심도 높아지는 추세이다. 이 논문에서는 환자에게 어렵지 않게 적용할 수 있는 선별검사 도구와 진단 방법을 제시하고 있으며, 이렇게 판단된 환자의 상태에 따라 단계적으로 적절한 약물 보조 요법, 동기 부여 면담, 병식 개선 면담법을 사용하도록 권유하고 있다. 이 논문은 일차의료기관에서 음주 문제가 있는 환자를 효율적으로 치료하고 장기적인 관리를 하는데 좋은 지침이 될 것으로 판단된다.

[정리: 편집위원회]