

과민성장증후군 (IBS), 뇌-장 축의 올바른 이해

Rome IV 진단부터 저포드맵 식단, 아형별 표적 약물 치료까지 — 삶의 질을 회복하는 단계적
관리

IBS는 흔한 질환이며, 암으로 진행하지 않습니다

전 세계 성인의 4~11%가 IBS를 겪고 있으며, 올바른 관리로 충분히 호전 가능합니다

4-11%

WHY CORRECT UNDERSTANDING MATTERS

IBS는 내시경·혈액검사에서 이상이 보이지 않지만 반복되는 복통과 배변 습관 변화를 동반하는 만성 위장관 질환입니다. 장 자체가 망가진 것이 아니라 장과 뇌를 연결하는 통신망(뇌-장 축)의 과민 반응이 원인이며, **암이나 염증성 장 질환(IBD)으로 진행하지 않습니다**. 올바른 관리로 삶의 질을 충분히 회복할 수 있습니다.

전 세계 성인의 IBS 유병률 — 특히 여성과 젊은 연령층에서 발병률이 높고 결근율이 정상인의 2배 이상으로 보고됩니다.

Rome IV 진단기준 — 뇌-장 상호작용 장애

기능성 위장관 질환 (Disorders of Gut-Brain Interaction)

최근 3개월 동안 주 1회 이상의 반복적인 복통이 있고, 배변과 관련되거나 배변 빈도·대변 형태의 변화를 동반할 때 IBS로 진단합니다.

장의 신경이 과민해져 정상적인 장 운동이나 가스 자극도 뇌에서 심각한 통증으로 해석됩니다 — 이를 내장 과민성 (visceral hypersensitivity) 이라 합니다. "예민한 성격" 때문이 아니라 의학적으로 입증된 신경생리학적 변화이며, 자책할 필요가 없습니다. 진단의 시작은 증상 양상과 빈도를 정확히 기록하는 것입니다.

SYMPTOM DURATION

≥ 3개월

최소 6개월 전부터 시작되어 최근 3개월간 진단기준 충족.

PAIN FREQUENCY

주 1회 이상

배변과 관련된 복통이 주 1회 이상 반복되는 경우.

나의 IBS 유형 확인 — 4가지 아형

브리스톨 대변 형태 척도 (Bristol Stool Form Scale, BSFS) 기반 분류 — 약물 선택의 출발점

SUBTYPE · 01

변비형 (IBS-C)

딱딱한 변(BSFS 1-2)이 25% 초과, 묽은 변은 25% 미만. 장 통과 시간이 지연되고 수분 흡수가 증가합니다. 복부 팽만감과 복통이 함께 동반되며, 배변 후에도 잔변감이 남는 것이 특징입니다.

SUBTYPE · 02

설사형 (IBS-D)

묽은 변(BSFS 6-7)이 25% 초과, 딱딱한 변은 25% 미만. 장 운동성이 항진되고 점막 투과성이 증가합니다. 갑작스러운 급박변과 잔변감이 있어 일상생활에 큰 지장을 주는 아형입니다.

SUBTYPE · 03

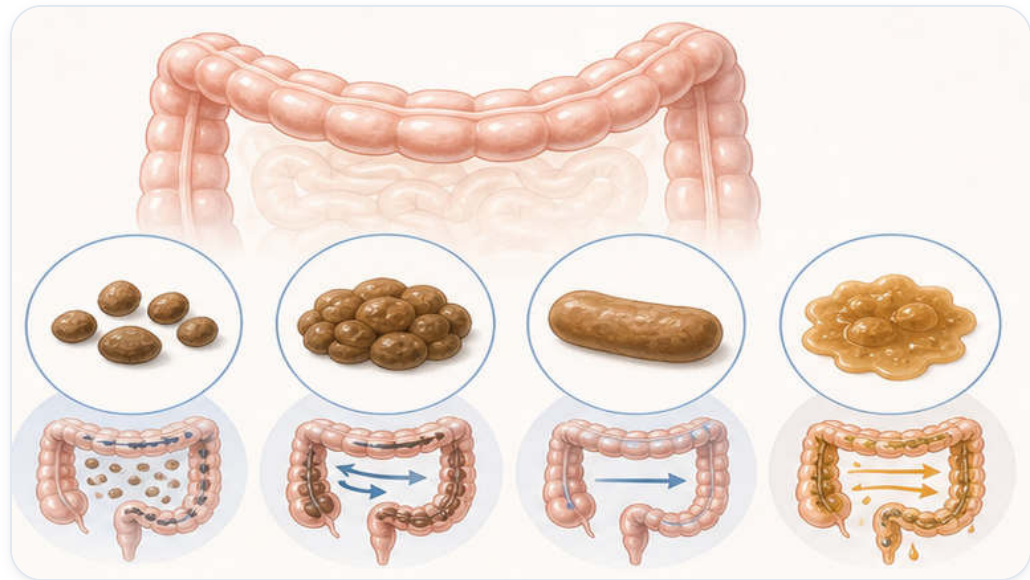
혼합형 (IBS-M)

딱딱한 변과 묽은 변이 모두 25% 초과. 설사와 변비가 교대로 출현해 증상 예측이 어렵고 치료 난이도가 높습니다. 약물 선택이 제한적이며 식단·생활습관 관리가 더욱 중요합니다.

SUBTYPE · 04

미분류형 (IBS-U)

25% 임계치를 미충족하는 경우 — 극단적 형태 변화는 적지만 내장 과민성이 주된 증상입니다. 복통과 가스 팽만감이 위주이며, 약을 복용하지 않은 상태에서 최소 2주간 대변 형태를 관찰해 분류합니다.



증상을 폭발시키는 두 가지 핵심 원인

스트레스(뇌-장 축)와 포드맵(FODMAP) — 병의 원인이 아닌 "방아쇠"입니다

TRIGGER · 01 · 뇌-장 축

스트레스 (Brain-Gut Axis)

정신적 긴장이 HPA축을 활성화시켜 코르티솔이 증가하고, 장벽 치밀결합이 느슨해지면서 투과성이 증가합니다. 이미 과민한 신경 위에서 정상 자극도 극심한 통증으로 해석됩니다. 규칙적 운동·충분한 수면·이완 호흡이 도움이됩니다.

TRIGGER · 02 · 식이

FODMAP — 발효성 단쇄 탄수화물

Fermentable Oligo-/Di-/Mono-saccharides And Polyols. 소장에서 흡수되지 못하고 ① 삼투압으로 수분을 끌어들여 설사를 유발, ② 대장에서 세균에 의해 발효되어 가스를 폭발적으로 생성합니다.

HIGH FODMAP · 주의

피해야 할 식품 (예시)

밀(wheat) 기반 식품·빵·면, 마늘·양파(fructans), 양배추·브로콜리, 우유·치즈 (유당), 사과·배·복숭아·수박, 콩류(강낭콩 등), 잡곡밥 — 한국 식단에서 가장 흔한 트리거입니다.

LOW FODMAP · 권장

대체 식품 (예시)

흰 쌀밥·쌀국수·감자·사워도우 빵, 대파의 푸른 부분·가지·시금치, 유당제거 우유·두부, 바나나·포도·키위·오렌지, 퀴노아 — 단기 배제식의 안전 식재료입니다.

한국형 저포드맵 식단 3단계 프로토콜

3단계: elimination → reintroduction → personalization. 평생의 제한이 아닌, 나만의 안전 식재료를 찾는 2-6주 단기 탐색 과정입니다.

1

1단계 · 배제
(Elimination) ·
2~6주

고포드맵 식품을 완전히
제거하고 저포드맵
대체재로 식단 구성.
잡곡밥 → 흰쌀밥, 양파 →
대파 푸른 부분, 우유 →
유당제거 우유.

2

2단계 · 재도입
(Reintroduction) ·
수 주

단일 포드맵 그룹(유당·
과당·올리고당 등)을
3일에 걸쳐 점진적으로
재도입하며 어떤 성분이
트리거인지 확인합니다.

3

3단계 · 개인화
(Personalization) ·
장기 유지

안전 식품은 자유롭게
섭취, 트리거 식품만
내성 한도 이하로 제한
— 식단 다양성과 장내
유익균을 보존합니다.

4

호전 없으면 · 약물·
심리치료 전환

6주 후에도 효과 없으면
식단이 원인이 아닙니다
— 표적 약물 또는 뇌-장
지향 심리치료로 전환이
필요합니다.



주의 저포드맵 식단을 6개월 이상 장기 유지하면 장내 유익균이 감소합니다. 의사 확진 후 시작하고, 설사형은 수분 섭취를 유지하세요. 증상이 지속되면 약물 또는 의사 상의가 필요합니다.

변비형 (IBS-C) 표적 약물 치료

단순 하제를 넘어 통증까지 차단하는 최신 약제 — NNT가 낮을수록 효과적

OPTION · A · PREFERRED

Linacotide (1차 권고)

기전	GC-C 효현제
효과	변비 + 복통 동시 경감
NNT	7
부작용	설사 약 16%

CONTINUOUS · ACG
— STRONG
RECOMMENDATION

OPTION · B

Tenapanor

기전	NHE3 억제제
효과	장내 수분 분비 촉진
NNT	8
투여	50mg · bid

CONTINUOUS ·
— SECOND-LINE
OPTION

OPTION · C · 보조

진경제 + TCA (복통)

진경제	평활근 경련 억제
Amitriptyline	10-25mg · qhs
기전	통증 수용체 둔화
주의	항콜린 부작용

— ADJUNCT · PAIN
MODULATION



설사형 (IBS-D) 표적 약물 치료

장내 미생물 환경 복원 및 운동성 억제 — 비흡수성 항생제의 다면적 효과

OPTION · A · PREFERRED

Rifaximin (1차 권고)

흡수율	< 0.4% (장내 작용)
기전	SIBO 억제 · 미생물총 재배열
투여	550mg · tid · 14일
반복	증상 재발 시 가능

— 14 DAYS COURSE · ACG STRONG
RECOMMENDATION

OPTION · B · 조건부

Eluxadoline

기전	μ-opioid 효현제
효과	장 운동성 억제
NNT	10
금기	담낭절제 · 과음자

— CONTINUOUS · PANCREATITIS RISK

OPTION · C · 보조

Loperamide + 진경제

Loperamide	대변 굳기 개선
한계	복통 완화 효과 없음
진경제	급성 복통 경감
TCA	내장 통증 둔화

— ADJUNCT · SYMPTOMATIC RELIEF

IBD와의 감별 — 대변 칼프로텍틴 (FC) 검사

내시경 없이도 염증성 장 질환을 높은 정확도로 배제할 수 있는 핵심 검사 (단위: $\mu\text{g/g}$)

RANGE · 01 · 정상

FC $\leq 50 \mu\text{g/g}$

IBD 가능성 99% 배제 (NPV 99%) — 안심하고 IBS로 확진하여 치료에 집중할 수 있습니다. 불필요한 내시경 검사를 줄이는 핵심 도구이며, 이 결과는 환자에게 좋은 소식입니다.

RANGE · 02 · 경계

FC 51 ~ 120 $\mu\text{g/g}$

약물(NSAID)·일시적 감염 등의 원인 평가가 필요한 경계 영역입니다. 4~6주 후 반드시 재검사하여 추세를 확인하고, 증상이 동반되면 추가 검사를 고려합니다.

RANGE · 03 · 비정상

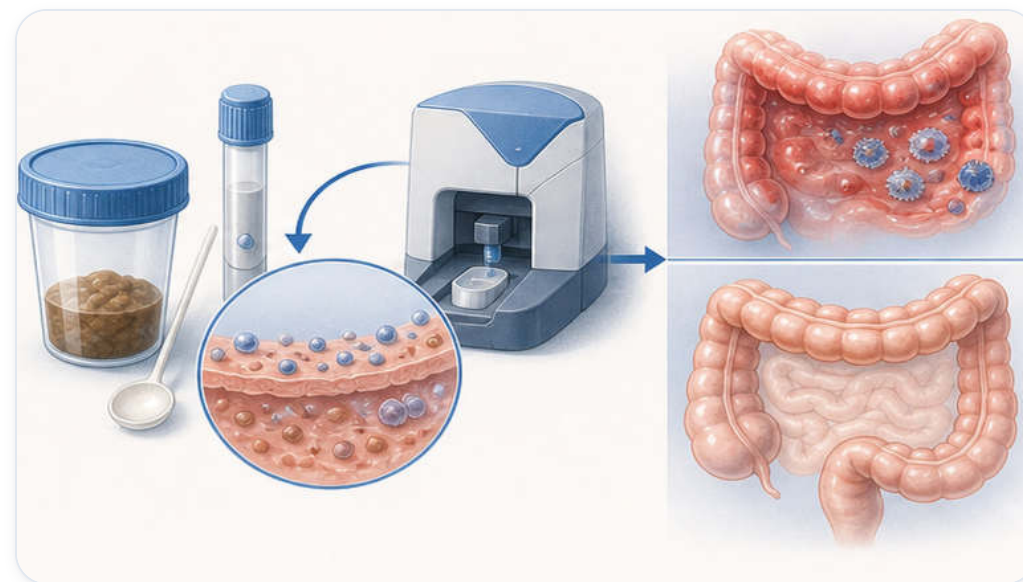
FC 121 ~ 250 $\mu\text{g/g}$

IBD 가능성이 크게 상승합니다. 소화기내과 전문의에게 정규 의뢰하여 대장내시경·CT 등 추가 검사를 진행합니다. 자가면역 표지자(p-ANCA, ASCA)도 함께 평가합니다.

RANGE · 04 · 고위험

FC $> 250 \mu\text{g/g}$

급성 중증 IBD가 강력히 의심되는 수준입니다. 즉각 상급 병원에 의뢰하여 긴급 내시경을 진행해야 하며, 동반 빈혈·체중감소·발열이 있으면 입원 평가가 필요할 수 있습니다.



경고 증상 — 반드시 추가 검사가 필요합니다

아래 증상이 하나라도 있으면 IBS 진단 전에 대장내시경 등으로 대장암·IBD를 반드시 배제해야 합니다



직장 출혈 · 흑색변 · 철 결핍성 빈혈

설명되지 않는 출혈 징후는 대장암·IBD·궤양의 핵심 신호 — 즉시 대장내시경이 필요합니다.



의도치 않은 체중 감소

다이어트 없이 6개월 내 5% 이상 감소하면 악성 종양·만성 염증·흡수장애 평가가 필요합니다.



대장암·IBD·셀리악병의 직계 가족력

50세 이상 새로 발현된 증상, 야간 통증·설사로 잠을 깨는 경우(기능성 IBS는 대개 야간 증상 없음)도 함께 평가합니다.

오늘 꼭 기억할 핵심 8가지

IBS는 충분히 관리 가능한 만성 질환 — 단계적 접근(라이프스타일 → 식단 → 약물)으로 호전됩니다

01 IBS는 **폐병이 아닙니다** — 의학적으로 입증된 뇌-장 축 장애

02 IBS는 **암·IBD로 진행하지 않습니다** — 정상 내시경은 좋은 소식

03 2주간 대변 형태를 기록하여 **나의 아형** 확인 (BSFS)

04 스트레스·FODMAP은 **방아쇠**일 뿐 — 자책할 필요 없음

05 저포드맵은 **최대 6주 한시적 탐색** — 평생 제한 아님

06 IBS-C는 **Linacotide**, IBS-D는 **Rifaximin** 1차

07 $FC \leq 50 \mu g/g$ 이면 **IBD 99% 배제** — 내시경 불필요할 수도

08 출혈·체중감소·가족력 있으면 **즉시 추가 검사**

올바른 이해와 단계적 관리로 IBS는 충분히 극복할 수 있습니다

아형 확인 → 저포드맵 식단 → 표적 약물의 순서로 함께 관리하겠습니다 — 궁금한 점은
언제든 문의해 주세요

PHONE

031-893-4560

ADDRESS

경기 용인 수지구
광교중앙로 298, 4층

HOURS

평일 08:30~18:30
토요일 08:30~13:30



SCAN TO REVISIT

집에서 다시 보기

QR을 스캔하면 핸드폰에서
같은 자료를 다시 볼 수 있어요