

III COPD 진료지침 2012 개정 과정 소개

송주희¹, 오연목^{1,2}, 이상도^{1,2}

¹울산의대 서울아산병원 호흡기내과 및 만성기도폐쇄성질환 임상연구센터

²폐쇄성폐질환 연구원

‘COPD 진료지침 2012 개정’은 대한결핵 및 호흡학회의 COPD 진료지침 개정위원회가 근거창출임상연구 국가사업 단 만성기도폐쇄성질환 임상연구센터 지원을 받아 지난 3월부터 매달 정기적으로 COPD 지침 개정을 위한 전문가 회의를 진행하며, 진료 현장에서 보다 쉽게 활용할 수 있는 개정안을 만들기 위해 노력해 왔다. 그 노력의 결과로 COPD 진료지침 2012 개정이 완성되었다.

NICE와 GOLD의 Guidline을 검토

영국의 COPD 지침인 NICE와 국제지침 격인 GOLD를 검토하여 우리나라에 적용할 수 있는 방법들을 모색하였다. 그 결과 GOLD, NICE 두 지침의 COPD 안정시 치료에 대해서 표현 방법이 다르게 보이나 내용은 공통점이 많았고, GOLD와 NICE의 공통 내용인 COPD 환자의 치료를 결정하는 데 FEV1만이 아니라 증상, 악화 등을 반영하여 우리나라에 맞는 실정으로 새 지침을 작성하는 것에 대해 참석자 모두 동의하였다. 새 지침에는 GOLD 장점(증상 기준 및 악화 기준 명확함)과 NICE 장점(치료의 흐름 잘 드러남)이 잘 표현되게 하기로 의견을 모았다.

COPD 약물치료의 틀

약제를 선택할 때 FEV1, 증상(mMRC 호흡곤란 점수 또는 CAT), 악화력을 고려하여 판단하는 것으로 의견을 모았다. 또한 FEV1 50%가 아니라 60%를 기준으로 나누기로 하였다. 이는 미국과 유럽학회(ACCP/ATS/ERS)가 공동으로 제시한 지침에 따른 기준이다. 먼저 FEV1 60% 기준과 증상에 따라 첫 약제를 선택하고, 증상이 남아 있거나 악화 시 약제 단계를 높여가는 것으로 의견을 모았다. 치료 경과 중 호흡곤란/악화가 해결되지 않으면 약제를 변경 또는 추가할 수 있고, PDE4 억제제(inhibitor)는 적응증을 명시하기로 하였다. 지침의 각 단원 별 주제는 GOLD 내용을 근간으로 하여 NICE나 ACCP/ATS/ERS 지침을 참고하여 정하였다.

COPD 지침 개정 내용

치료법 선택(Therapeutic Option)과 안정시 COPD 치료(Management of Stable COPD)를 별개의 단원으로 구성하 되 참여하는 교수님들은 함께 소그룹 지침 작업을 수행하여 두 단원 내용이 일관성을 유지하게 하였다. 또한 mMRC와 CAT를 소개하기로 하였다.

치료 영역의 핵심 권고사항(key recommendation)을 구성하는 내용에 대해서는 PICO를 만들고 필요한 경우 체계 적 문헌고찰을 진행하였다. 부록에 담을 내용으로는 폐기능 검사를 일차 진료의 선생님들이 쉽게 사용할 수 있게 도와주는 매뉴얼과 COPD 장애등급 기준, COPD 장기산소치료 보험적용 기준은 현행법의 내용을 부록에 기술하기로 하였다. 일선진료(일차의) COPD 진단시 폐활량검사를 권장하는 것으로 의견을 모았다. 그러나, 일선진료 현실이 폐활량검사를 하지 않는 경우가 더 많기 때문에 이를 고려하여 폐활량검사 없이도 과거에 COPD 진단을 받았다면 이를 근거로 증상과 악화로 평가하여 치료할 수 있도록 기술하기로 하였다. 천식 동반된 중복(Overlap)은 근거가 약하여, 전문가 의견으로 기술하기로 하였다. 무엇보다도 개원가 선생님들이 진단하는 데 도움이 될 수 있게 구체적인

기준을 기술하고, 좀 더 실제적인 내용을 표로 만들 것을 제시하였다. 또한 기존 폐활량측정계(Conventional spirometer)를 1차 진료에서 사용할 경우, 가격적인 면에서 부담이 되고, 검사를 시행하는 기사들의 교육 등 번거로움이 많은 점을 줄이기 위하여, COPD 6를 폐활량 검사 대신 사용할 수 있는 방안을 검토하였다. 문헌을 고찰한 결과, FEV6가 FVC를 대신할 수도 있다는 것으로 의견을 모았다.

지침의 범위와 목적

지침 사용 대상자는 한국에서 COPD 환자를 진료하는 의사로 하였고 진료지침이 다루는 인구집단은 성인 COPD 환자 전체(남녀모두, 동반질환 포함)로 하였다.

지침 개발 목적은 COPD 환자를 진료하는 일선 진료 의사가 COPD 환자 또는 유소견자 진료 시 진단 및 치료, 그리고 추적 평가하는 데 도움을 주고자 하였다.

지침 개정 방법

COPD 진료지침 2012 개정본의 치료 영역 주제에 대해서는 체계적 문헌 고찰 후 권고안을 만들었고 GRADE 방법으로 근거 수준 및 권고 강도를 제시하였다.

치료 영역 주제 중 이전 지침과 동일한 내용 또는 기타 영역은 이전 지침 내용을 따르거나 전문가 합의로 권고안을 작성하였다.

COPD 진료지침 개정 공청회

2012년 9월 15일 열린 COPD 진료지침 개정 공청회를 통하여 호흡기 학회원 및 유관기관의 의견을 수렴하였다.

먼저 사전미팅에는 COPD 진료지침 개정 작업 편집위원들, 운영위원들, 건강보험심사평가원과 질병관리본부, 근거 창출임상연구 국가사업단 등 폭넓은 전문가가 참여하였다. 사회자는 오연목 교수(만성기도폐쇄성질환 임상연구센터)였고, 유지홍 대한결핵 및 호흡기학회 위원장이 ‘공청회 개최 및 COPD 지침개정’ 배경을 설명하는 것으로 편안하고 자유로운 분위기 속에 1시간 30분 정도 사전미팅이 진행되었다. 주요 안건은 지침개발 후 ‘실행’이라는 주제로 토의하였다. 지침개발 못지않게 중요한 것이 개발한 지침을 실행하는 것이고 실행이 쉽지는 않지만 관련 전문가들이 힘을 모아 진행해 나가야 하겠다고 의견을 모았다.

한편, COPD 진료지침 2012 개정 공청회는 국내 대학병원 호흡기내과, 개원의, 건강보험심사평가원 등을 비롯해 폭넓은 분야의 전문가들이 80여명 참석하였다. 공청회의 개최에 앞서, 대한 결핵 및 호흡기학회 문화식 이사장(가톨릭의대), COPD 연구회 김원동 회장(건국의대), 질병관리본부 이덕형 센터장, 대한 개원내과의사회 이원표 회장, 근거창출임상연구국가사업단 양훈식 단장(중앙의대)이 축사를 맡았다.

이어서, 실제 진료현장에서의 적용을 기반으로 하는 개정안을 진단 및 치료를 중심으로 발표하고 토론회를 가졌다. 좌장으로 이상도 만성기도폐쇄성질환 임상연구센터 소장과 유지홍 대한 결핵 및 호흡기학회 위원장이 수고해 주셨다.

첫 번째 주제로 COPD 진료지침 2012 개정 초안 중 ‘정의, 개요’ 부분은 가톨릭 여의도성모병원 윤형규 교수, ‘진단, 평가’는 신경철 교수(영남대병원), ‘치료’는 유광하 교수(건국대 병원)와 박용범 교수(한림대 강동성심병원), ‘악화’ 부분은 박병재 교수(경희대병원), ‘동반질환’은 이진화 교수(이대 목동병원), ‘부록’은 김영삼 교수(연세대 세브란스병원)가 각각 발표하였다.

COPD 진료를 하는 의사들이 보다 쉽게 적용하고 보다 정확하게 진단할 수 있는 가이드라인이 될 수 있게 구성되어야 한다는 의견들이 담아졌다.

지난 공청회를 통하여 호흡기 학회원 및 유관기관의 의견을 수렴하고, 10월에 수렴된 의견을 반영하여 2차 수정작업을 거친 후 11월에 최종본을 출판하고 호흡기 학회에 보고하였다. 이어서, 2012년 말부터 2013년 초까지 COPD 진료지침에 대한 책자를 홍보 및 배포할 계획에 있다.

부록. COPD 진료지침 2012 개정(요약본)

단원 1. 정의, 역학, 원인, 기전

- 정의: COPD는 비가역적인 기류제한을 특징으로 하는 폐질환으로서 만성염증에 의한 기도와 폐실질 손상으로 인해 발생한다.
- 역학: COPD는 전 세계적으로 유병률과 사망률이 매우 높은 질환으로 심각한 사회경제적 부담을 준다. 위험인자에 대한 노출이 줄지 않고 있으며 인구 고령화로 인해 계속 증가할 것으로 예상된다.
- 원인: COPD는 흡연, 실내외 대기오염, 사회경제적 상태, 호흡기감염 등 외부인자와 유전자, 연령, 성별, 기도와 민반응, 폐성장 등 숙주인자가 상호 작용하여 발생한다.
- 기전: 폐염증으로 폐실질 파괴(폐기종)과 소기도질환이 발생하며 이로 인해 기류제한이 진행됨으로써 호흡곤란 등 COPD의 특징적인 증상이 나타난다.

단원 2. 진단 및 평가

- COPD를 의심해야 하는 경우는 흡연력과 호흡곤란, 기침, 가래가 있으면서 나이가 40세 이상인 경우이다.
- COPD를 진단하기 위해서 폐활량측정법이 필요하다.
- COPD를 치료하는 데 폐기능과 호흡곤란 정도 그리고 악화력을 평가한다. 이 평가에 따라 COPD환자를 가, 나, 다군으로 분류한다.
- COPD 환자는 타 질환을 동반하는 경우 예후가 나쁘기 때문에 심혈관질환, 골다공증, 우울증, 폐암 등이 있는지 평가한다.
- 중복지증후군은 천식 및 COPD의 특징을 함께 보이는 경우를 지칭한다.
- COPD 환자분류

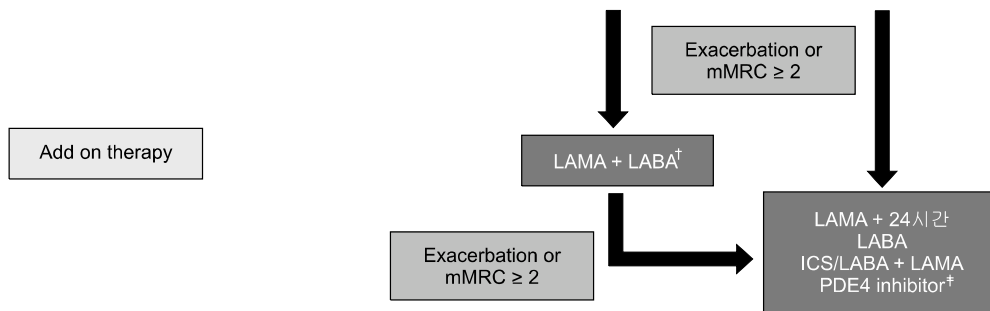
FEV1 (% 정상예측치)		지난해 악화횟수	
미만 60%	(다)	≥2	
이상	(가) (나)	0~1	
	mMRC 0~1 CAT < 10	mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10	
	증상 (mMRC 또는 CAT 점수)		

mMRC 2란 호흡곤란 정도가 “평지를 걸을 때 숨이 차서 동년배보다 천천히 걸거나, 자신의 속도로 걸어도 숨이 차서 멈추어 쉬어야 한다”이다. mMRC 본문 21쪽 표 2-4, CAT 본문 22쪽 그림 2-2참조.

단원 3. 안정 시 COPD 치료

· 안정 시 COPD의 약물 단계치료

	FEV ₁ ≥ 60% pred. and 0~1 exacerbation/year		FEV ₁ < 60% pred. or ≥ 2 exacerbation/year or history of AE COPD* related admission (다군)
	mMRC 0~1 or CAT < 10 (가군)	mMRC ≥ 2 or CAT ≥ 10 (나군)	
	Short-acting beta2-agonist as required		
First choice	Short-acting beta2-agonist as required	LAMA or LABA [†]	LAMA or 24시간 LABA or ICS/LABA



*AE COPD: Acute exacerbation of COPD.

[†]24시간 LABA 포함.

[‡]FEV₁ < 50% 정상예측치, 만성기침, 악화병력이 있는 환자군.

LABA: Long Acting Bronchodilator, LAMA: Long Acting Muscarinic antagonist.

- **가군 환자:** 증상 조절을 위해 흡입속효성기관지확장제를 처방한다(근거수준: 낮음, 권고강도: 강함).
- **나군 환자:** 흡입지속성항콜린제 또는 흡입지속성베타-2작용제(흡입24시간지속성베타-2작용제 포함)를 처방한다(근거수준: 낮음, 권고강도: 강함).
- **다군 환자:** 흡입지속성항콜린제 또는 흡입24시간지속성베타-2작용제를 처방하거나 ICS/LABA 복합제를 처방한다.
- 다군 환자에서 앞서 기술한 약제를 처방하는 중에도 급성 악화를 경험하거나 mMRC 2단계 이상의 호흡곤란이 지속되는 경우 환자의 증상 호전 여부와 부작용 발생 유무를 관찰하면서 기존의 여러 약제를 병합하여 처방할 수 있다. 흡입지속성항콜린제와 흡입지속성베타-2작용제(흡입24시간지속성베타-2작용제 포함)를 병합하거나, ICS/LABA 복합제에 흡입지속성항콜린제를 추가하여 처방할 수 있다(근거수준: 낮음, 권고강도: 강함).
- PDE4억제제는 FEV₁이 정상 예측치의 50% 미만이고 만성기관지염과 악화병력이 있는 환자에서 일차 선택약제에 추가하여 처방할 수 있다(근거수준: 낮음, 권고강도: 강함).

단원 4. COPD의 급성악화

- COPD의 급성악화는 COPD 환자의 기본적인 호흡기증상이 매일-매일의 변동범위를 넘어서 치료약제의 변경이 필요할 정도로 급격히 악화된 상태이다.
- 급성악화는 여러 원인에 의해 발생할 수 있으나 가장 흔한 원인은 기도감염이다.
- 급성악화의 약물치료는 기관지확장제, 스테로이드, 항생제가 사용되며 악화로 인한 증상을 호전시키고 악화기간과 향후 재발을 줄일 수 있다.
- 급성악화 예방을 위하여 호흡재활치료, 금연, 예방접종과 규칙적인 약제 투약이 권장된다.
- 경한 급성악화는 명확한 지침을 적용하여 환자를 교육하였을 경우 집에서 치료할 수 있다.

단원 5. COPD와 동반질환

- COPD 환자는 예후에 영향을 줄 수 있는 다른 질환을 동반하는 경우가 많다.
- COPD 환자에게 동반질환이 있다고 해서 COPD 치료방법을 변경해서는 안되며, 동반질환에 대한 치료도 COPD가 없는 환자와 동일하게 하여야 한다.
- 심혈관질환은 COPD 환자의 주요 동반질환으로, 가장 흔하고 가장 중요하다.
- 골다공증과 우울증도 흔한 동반질환으로, 종종 진단이 지연되어 건강상태와 예후에 악영향을 미친다.
- 폐암은 COPD 환자에게 빈번히 발생하고, 경증 COPD 환자의 가장 흔한 사망원인이다.

1. 이해 당사자의 참여

1) 지침 개정 참여자 및 역할

COPD 진료지침 개정위원회

운영위원회(Steering Committee)

유지홍 (강동경희대 병원)	이상도 (울산대 서울아산병원)
이관호 (영남대 병원)	유철규 (서울대 병원)
정기석 (한림대 병원)	어수택 (순천향대 서울병원)
심재정 (고려대 구로병원)	임성철 (전남대 병원)
성상규 (서울 성내과 의원(대한개원내과의사회))	유진목 (서울 유진목내과 의원(대한개원내과의사회))
장지정 (건강보험심사평가원)	

학술위원회(Scientific Committee)

강신명 (가천대 길병원)	윤성호 (조선대 병원)
고영춘 (광주 기독교병원)	윤형규 (가톨릭대 여의도성모병원)
김덕겸 (서울대 보라매병원)	윤호일 (분당서울대 병원)
김도진 (순천향대 부천병원)	이명구 (한림대 춘천성심병원)
김영삼 (연세대 세브란스병원)	이상엽 (고려대 안암병원)
김유일 (전남대 병원)	이세원 (울산대 서울아산병원)
김현정 (고려대 근거중심의학연구소)	이재형 (울지대 을지병원)
김휘정 (원광대 병원)	이종덕 (경상대 병원)
박명재 (경희대 병원)	이진국 (가톨릭대 서울성모병원)
박성주 (전북대 병원)	이진화 (이화여대 목동병원)
박용범 (한림대 강동성심병원)	이창훈 (서울대 병원)
박정웅 (가천대 길병원)	임성용 (성균관대 강북삼성병원)
신경철 (영남대 병원)	임성철 (전남대 병원)
신승수 (아주대 병원)	최강현 (충북대 병원)
오연목 (울산대 서울아산병원)	최유진 (건양대 병원)
유광하 (건국대 병원)	

Chapter별 초고 작성자

정의, 역학, 원인, 기전

윤형규, 김유일

진단 및 평가

신경철, 임성철, 김도진, 오연목, 김영삼, 이상엽

안정시 COPD 진료

박용범, 유광하, 김덕겸, 김희정, 이세원, 박성주, 최강현, 이명구, 박정웅, 강신명, 윤성호, 김창환, 이종덕, 최유진

COPD 급성악화

윤호일, 박명재, 이진국, 고영춘, 이창훈

COPD 동반질환

이진화, 이재형

부록

오연목, 김영삼, 유광하

외부 검토자

김동순 (COPD 연구회)
김재규 (대한내과학회 표준진료지침 위원회 위원장)
정혜경 (대한내과학회 표준진료지침 위원회 간사)

사무국

이상도 (만성기도폐쇄성질환 임상연구센터)
송주희 (만성기도폐쇄성질환 임상연구센터)
오연목 (만성기도폐쇄성질환 임상연구센터)

2. 지침의 범위와 목적

1) 지침 사용 대상자

지침 사용 대상자는 한국에서 COPD 환자를 진료하는 의사로 하였다.

2) 진료지침이 다루는 인구집단

성인 COPD 환자 전체(남녀모두, 동반질환 포함)

3. 개발의 엄격성

1) 지침 개발 목적

COPD 환자를 진료하는 일선 진료 의사가 COPD 환자 또는 유소견자 진료 시 진단 및 치료, 그리고 추적 평가하는데 도움을 주고자 하였다.

2) 지침 개정 방법

COPD 진료지침 2012 개정본의 치료 영역 주제에 대해서는 체계적 문헌 고찰 후 권고안을 만들었고 GRADE 방법으로 근거 수준 및 권고 강도를 제시하였다.

치료 영역 주제 중 이전 지침과 동일한 내용 또는 기타 영역은 이전 지침 내용을 따르거나 전문가 합의로 권고안을 작성하였다.

(1) 치료영역의 개발방법

① **문헌 검색:** 치료법의 도출된 핵심질문에 대한 문헌검색은 3개의 검색원(Medline, Embase, Cochrane library)을 대상으로 하였다. 검색용어는 각 실무위원에 의해 도출된 검색어로부터 최대한 문헌검색의 민감도를 높이기 위한 방법을 고려하여 광범위한 검색전략을 수립하였다(부록1 첨부). 낱짜와 용어의 제한은 하지 않았으며 다만 연구설계를 무작위대조군 연구와 체계적 고찰로 제한하였다.

문헌검색방법은 원칙적 약물과 비약물치료로 구분하였으며 약물치료의 경우 일차문헌과 체계적 고찰을 모두 검토대상으로 하였으며 약물 이외의 치료방법에 대한 경우는 체계적 고찰을 검토대상문헌으로 하여 append systematic review를 실시하였다. 이에 따라 잘 평가된 체계적고찰이 있는 경우 검색년도까지 포함된 연구들의 근거표는 그대로 받아들이고 이후 출간된 동일한 주제 논문은 추가적으로 포함시켜 동일한 방식으로 분석하였다 (단, 근거수준 평가를 위해 기존 체계적 고찰에 포함된 문헌의 경우 기존 고찰에서 문헌평가결과가 제시되지 않은 경우는 해당 문헌을 추가적으로 평가하여 근거수준 평가에 적용하였다).

② **문헌선택:** 수집된 문헌은 각 핵심질문에 따라 두명의 전문가에 의해 개별적인 선택과정을 거쳤으며 다음과 같은 배제기준에 따라 문헌을 선택하였다. 각 전문가에 의한 문헌선택에 이견이 있는 경우 두 연구자의 합의과정을 거쳐 최종 대상 문헌을 선정하도록 하였다.

③ **문헌의 배제기준:** 연구설계의 적합성 여부: 무작위대조군연구가 아닌 문헌은 고찰하지 않았다(단, 한 개 국내 문헌의 open label 연구는 국내 현실을 고려할 때 매우 의미있는 연구로 고찰에 포함하였다).

④ **연구대상의 적합성 여부:** 체계적 고찰에 포함된 문헌의 경우, 소아 환자, 비흡연 환자(흡연력 10갑년 이하), 기관지 천식 및 기관지 확장증, 결핵성 파괴폐 등 만성 폐쇄성폐질환 이외에 기류 제한을 일으킬 수 있는 질환을 가진 환자는 배제하였으며 심장 질환, 말기 암 환자 등 연구 참여가 어려운 동반 질환 환자는 배제되었다. 추적관찰기간, 연구대상: 무작위대조군 연구, 체계적 고찰 문헌은 추적 관찰 기간 및 연구 대상 수에 무관하게 배제하지 않았다.

언어와 연도는 배제하지 않았다.

⑤ **권고안 도출 방법:** 약물 치료 부분에만 권고안이 있으며 각 권고 사항에 대해서는 학술 위원회 중 약물팀이 1차 권고안을 만들고 이후 운영 위원회의 검토를 거쳐 대한 결핵 및 호흡기 학회 COPD 연구회 회원을 대상으로 검토를 받았음. 약물팀에 의한 1차 권고안 중 권고 강도에 대해 이견이 있는 경우 거수를 통해 50% 이상의 찬성이 있는 권고 강도를 채택하였다.

약물팀: 유광하, 박용범, 이명구, 김덕겸, 이세원, 김휘정, 이종덕, 박성주, 최유진, 최강현, 박정웅, 윤성호, 강신명, 김창환

운영위원회: 유지홍, 이관호, 정기석, 심재정, 이상도, 유철규, 어수택, 임성철, 정상규, 유진목

⑥ **근거의 질:** 최종 선정된 문헌은 두 가지 절차에 의해 근거의 질을 평가하였다. 첫째 개별문헌의 질의 평가이며 둘째 각 핵심질문 전체에 대한 근거수준의 평가이다.

개별문헌의 질은 코크란의 비틀림 위험을 평가하는 도구를 이용하였으며 전체 포함된 근거의 질은 GRADE의 방법론을 적용하였다. GRADE에서는 무작위 대조군 연구는 근거의 수준을 높음으로 평가하며 각 핵심질문에 포함된 문헌들에 있어 개별연구수행의 질, 근거의 일관성, 직접성, 정확성, 출판편향의 다섯 가지 항목에 의해 근거의 수준을 하향 조정한다. 본 지침개발에서도 이와 같은 방법을 적용하여 각 근거표에 평가결과를 제시하였다. 근거수준은 높음, 보통, 낮음, 매우 낮음의 4단계로 구성된다.

추가적으로 해당 핵심질문에 근거가 없는 경우이나, 전문가 합의에 의해 근거가 있음을 가정할 수 있거나, 근거는 없으나 반드시 권고가 필요한 경우는 전문가 의견이라는 근거수준을 생성하였다. 근거수준은 다음 표와 같다.

근거수준

근거수준	내용
높음	추가적인 연구가 수행되어도 추정된 효과의 신뢰성이 변할 가능성은 매우 낮다.
보통	추가적인 연구가 수행된다면 우리의 추정치가 변하거나 효과의 신뢰성의 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다.
낮음	추가적인 연구가 수행된다면 우리의 추정치가 변하거나 효과의 신뢰성의 중요한 영향을 미칠 가능성이 크다.
매우 낮음	효과에 대한 추정치는 매우 불확실하다.
전문가 의견	과학적 근거는 없으나 전문가 견해 혹은 경험으로 효과가 있다고 가정되거나 권고의 필요성이 있다.

⑦ 권고의 강도: 권고의 강도는 바람직한 효과와 바람직하지 못한 효과의 균형, 근거의 질, 환자의 가치와 선호도에 대한 확신, 의료비용 및 자원배분을 고려하여 강력히 권고함 또는 약하게 권고함으로 평가하였다. 즉 대부분의 환자에게 권고를 따랐을 때 중요한 건강상의 이득 또는 손실이 있음이 확실하다고 판단되는 경우 강력히 권고함으로 하였고, 권고를 따랐을 때 중요한 건강상의 이득 또는 손실이 있을 것으로 판단되거나 환자의 가치와 선호도 혹은 환자의 개별적인 상태에 따라 차이가 존재할 수 있는 경우 약하게 권고함으로 하였다.

권고의 강도

권고의 강도	내용
강하게 권고함	대부분 혹은 모든 개인은 권고사항에 의한 서비스를 제공받는 것이 최선이다
약하게 권고함	모든 개인에게 권고사항에 의한 서비스를 제공하는 것이 최선이 아닐 수 있으며 환자의 가치와 선호도, 상황 등을 고려하여 판단한다

3) 유관기관 인준 진행중

인준 요청 기관: 대한천식 및 알레르기학회, 대한의학회, 대한개원내과의사회, 대한가정의학회의사회, 대한일반과개원의협의회, 대한가정의학회, 대한내과학회, 대한간호협회, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 보건복지부, 질병관리본부

4. 지침 보급 계획

1) 지침 보급 대상

유관학회: 대한 결핵 및 호흡기학회, 대한천식 및 알레르기학회, 대한의학회, 대한개원내과의사회, 대한가정의학과 의사회, 대한일반과개원의협의회, 대한가정의학회, 대한내과학회, 대한간호협회

유관기관: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 보건복지부, 질병관리본부, 국회도서관, 전공의 및 수련의

2) 지침 보급 방법

홈페이지 게재

- 대한결핵 및 호흡기학회
- 근거창출임상연구국가사업단
- 만성기도폐쇄성질환 임상연구센터
- Korean CPG Clearing House

출판

배포

- 학술대회
- 우편발송

5. 진료지침의 갱신 절차

매년 COPD 진료지침 개정위원회 개최하여(2013년 초) 향후 진료지침 갱신 계획을 확정하였다.

- 매년 새로운 근거 검토
- 매년 갱신여부를 위원회에서 결정

6. 편집의 독립성 및 재정지원

본 COPD 진료지침 개정은 보건복지부 근거창출 임상연구 국가사업단의 지원에 의하여 이루어진 것임(과제고유번호: A102065).

지침개발그룹 구성원들의 상충되는 이해관계나 잠재적인 이해관계는 없음.

제약회사의 재정 후원을 받지 않았음.