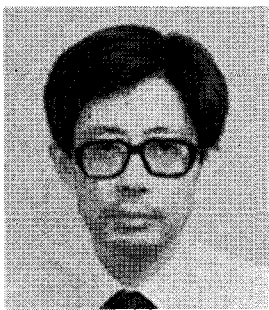


소화기계는 식도로 부터 대장까지 음식물이 통과하면서 흡수되고 남은 찌꺼기를 배설하기까지에 필요한 위-장관과, 직접 음식물이 거처가지는 않으나 소화·흡수에 필요한 효소, 담즙등을 분비하는 간, 담낭, 췌장을 포함한다.

당뇨병환자에서 소화기관에 다소간의 해부학적 및 기능적인 이상을 가져오는 것으로 알려져 있으나 실제 임상적으로 문제가 되는 경우는 아주 적은 예에 불과하므로 당

당뇨병과 소화기질환



박성우

(한강성심병원 · 내과)

뇨병환자에서 위장과 증상이 발현되는 빈도에 관해서도 아직 정확한 자료가 없다.

이제부터 소화기계의 각 기관 또는 부위 별로 가장 흔하게 볼 수 있는 이상들에 관해 그 증상과 치료에 대해 간단히 언급해 보려고 한다.

식도

음식을 섭취한 후 가장 먼저 만나는 부위가 이곳이다. 당뇨병에서 흔히 보이는 장애는 주로 자율신경장애에 따른 연하곤란(음

식이 잘 내려가지 않는 증상) 과 위장으로 부터, 위액이나 음식이 역류되는 역류성 식도염의 두가지가 있다.

증상으로는 연하곤란, 가슴앓이를 하는 것이 보통이며, 진단은 상기증상을 보이는 다른 흔한 진찰들을 배제하기 위해 식도 조영이나, 식도경검사를 실시한 후에 하여야 한다.

당뇨병성말초 신경염이나, 자율신경장애 등이 동반되면 더욱 당뇨병에 의한 식도기는 장애 등의 가능성이 높다.

치료는 시메티콘(Simethicon)을 포함하는 제산제를 사용하여 가슴앓이증상을 호전시킬 수 있고, 연하곤란을 위해 니트레이트(nitrate)를 사용할 수 있다.

위장

가장 특징적인 위장장애로는 「**당뇨병성 위조절부전 마비**」라고 불리우는 상태인데, 이는 **당뇨병에 의한 신경염증이 생기고 이에 따른 이차적인 위장의 운동장애로 인해 나타나는 증상군**이다.

위장에서 소장으로의 음식 배출이 늦어지고 음식이 위장에 장기간 저류되므로 상복부의 거북한 기분, 가슴앓이, 복부팽만감, 포만감, 구취등의 증상등을 비롯하여 심한 경우 구토를 호소하거나, 장기간 지속된 경우, 음식물 찌꺼기가 서로 뭉쳐서 돌처럼 딱딱해져서 만들어지는 위석(胃石)에 의해 위장의 출구가 막히므로 장폐쇄라는 위급한 상황이 발생할 수 있다.

진단을 위해서는, 위암이나 위궤양과 같은 더욱 심각한 질병의 가능성을 X-선 촬



영을 통해 배제하고, 또한 문진등을 통해 부교감 신경계의 기능에 이상을 미치는 약물을 투여한 적이 있는지 알아 보아야 한다.

고혈당은 그 자체가 위장관 기능을 감소시키므로, 철저한 혈당조절이 치료의 필수이며, 위운동을 촉진시킬 수 있는 약물등을 적절히 사용하면 증상을 호전시킬 수 있다.

일반적으로 이 질환은 다른 당뇨병의 만성 합병증이 진행된 경우에 잘 동반 되므로 전체적인 예후는 좋은 편이 아니다.

위에 언급한 진찰이외에도, 급성당뇨병성 케로시스나, 급성 자율신경성 신경염증에 따른 급성 위확장과 급성위열을 볼 수 있으며, 인슐린의존형 당뇨병의 경우 위축성 위염 및 비타민 B12부족증의 가능성도 고려되어야 한다.

소장

당뇨가 잘 조절되고 있지 않으며 당뇨병성 신경염증을 가지고 있는 20~40세 가량



의 남자 환자가 갑작스럽게 시작된 다량의 갈색변은 하루에도 여러차례(심한경우 20회까지도)보며, 이러한 증상이 수일에서 수주간 지속되다가 특별한 치료없이 소실되고, 심한 설사에도 불구하고 체중손실등 심각한 병발증이 없는 경우가 당뇨병성 설사의 특징이다.

다른 흔한 설사의 원인들은 적절한 검사를 통해 배제한 후 진단할 수 있으며, **치료로는, 우선 철저한 혈당조절과 찬 음식을 조심하고, 지사제를 투여하거나 장운동을 개선시키기 위해 메조클로 프라미르를 사용할 수 있다.**

세균증식이 합병되었다고 생각되면 적절한 항생제의 투여가 필수적이다.

대장

주증상은 변비이다. **당뇨병과 신경염 합병증을 가진 환자의 약 20%에서 발견되는 흔한 현상**이며 심해지면 대변자체가 딱딱해져서 장폐쇄를 일으킬 수도 있으므로, 적절한 설사제와 함께 대증요법이 필요하고 장운동을 증가시킬 수 있는 약제로 사용할 수 있다.

담관계

담낭은 지방질을 소화하기 위해 필수적인 담즙을 저장하는 기관이다.

당뇨병환자에서는 담낭의 크기가 정상인 보다 커져 있으며, 지방식이에 대한 담낭의 수축력이 감소한다고 하나, 실제로 치료가 필요할 만큼, 임상적인 문제를 야기시키는 경우는 거의 없다.

담석증의 빈도가 당뇨병환자에서 증가한다고 알려져 있는데, 그 원인은 확실하지 않다. 단지, 당뇨병이 있는 사람에서는 담석의 치료방침이 조금 차이가 있다.

즉, **당뇨병환자에서는 급성담낭염이 생기면 담낭의 괴사가 급속히 진행하여 패혈증 등의 합병증이 보통사람보다 심하므로** 이러한 합병증을 사전에 예방하는 방편으로, 증상이 없는 담석증을 사전에 제거하는 방법이 권유되고 있다.

간

간과 당뇨병은 밀접한 연관성이 있다. **간염이나 간경변증등 간기능 이상이 있는 경우, 이에 병발하여 소위 간성당뇨가 생길 수 있는데, 특징적으로 공복혈당은 정상이나 식후 혈당이 높은 경향을 보인다**

고혈당과 함께 고인슐린 혈증이 동반되므로 인슐린작용에 대한 조직의 정확성이 그 원인이라고 생각되나 아직 확실하지 않다.

반대로 **당뇨병을 가진 사람에게서 이에따른 여러종류의 간질환이 보이는데, 가장 흔한 것이 지방간이다.** 이는 간세포내에 중성지방이 축적되어 간종대와 간기능 이상을 가



당뇨병을 가진 사람에게서
 이에따른 여러종류의 간질환이 보이는데,
 가장 흔한 것이 지방간이다
 이는 간세포내에 중성지방이 축적되어
 간종대와 간기능 이상을 가져오는 병변인데,
 인슐린이 부족되는 경우나,
 비만증을 포함한 인슐린 비의존형
 당뇨병에서도 발견된다



져오는 병변인데, 인슐린이 부족되는 경우나, 비만증을 포함한 인슐린 비의존형 당뇨병에서도 발견된다.

원인은 간에서의 중성지방합성이 증가되거나, 또는 분비가 감소되기 때문인 것으로 생각된다.

확진을 위해서는 간조직 생검을 해야하나, 간초음파 촬영이나, 간스캔 등의 검사를 통해 간종대의 다른 원인을 배제하고, 인슐린 투여나 체중조절등으로 혈당을 조절한 후에 간종대나 간기능이 호전되면 진단할 수 있다.

지방질외에 간조직에 당원이 과도하게 축적되는 경우도 있는데, 그 원인은 인슐린 과다투여 때문이며 임상적으로는 큰 이상을 초래하지는 않는다.

췌장

췌장은 지방질이나 단백질을 분해하는 효소를 분비할 뿐 아니라, 인슐린등의 호르몬을 생산하는 곳으로서 당뇨병과의 연관이 깊다.

일차적으로 췌장의 질환인 급성췌장염, 만성췌장염, 췌장암등에 따른 췌장조직의 파괴가 당뇨병을 유발할 수 있음은 주지의 사실이다. 한편 원발성당뇨병을 가진 환자의 20~70%에서 췌장기능 이상 특히, 단백질과 지질분해효소의 분비능이 감소한다는 보고가 있으나 임상적으로 문제가 될만한 경우는 흔하지 않다.

급성췌장염의 주증상은 상복부통증과 구토인데, 당뇨병환자 특히 인슐린의존형 당뇨병에서 케토시스를 유발할 수 있다.

만성췌장염은 이차성 당뇨병의 원인이 될 수 있는데, 알코올중독등과 잘 동반되며 만성췌장염 진단후 1~20년후에, 당뇨병이 나타날 수 있다.

췌장암도 당뇨병과 잘 연관되어 나타나는데 성인형당뇨병의 초반 연령을 넘어서 50대후반이나 60대에 갑작스럽게 체중감소를 동반하면서 당노가 시작되거나, 기존의 당뇨병이 갑자기 악화되는데 특별한 원인을 찾기 어려운 경우에는 췌장암을 의심하고 이에대한 면밀한 검사가 필요하다. ☞