



임신성 당뇨병은 정도에 관계없이 임신 중에 처음 발생하였거나 진단된 다양한 정도의 당대사 장애를 말한다. 유병률은 인종이나 지역에 따라서 차이가 있으나 국내의 경우는 대략 2-3% 정도로 보고되어 있고 최근에 들어서 계속 증가하는 추세에 있다.

임신중 당뇨병이 찾아오는 원인과 유발 인자

임신성 당뇨병은 임신 중에 분비되는 태반 락토젠, 프로게스테론, 프롤락틴, 코티솔 등의 호르몬에 의해서 임신중기 이후부터 인슐린 저항성이 증가하고 이를 보상하기 위한 인슐린 분비반응이 감소되어 생기게 되며, 양수과다증, 높은 수술적 분만률, 임신성 고혈압, 조산, 난산 등 산모에 대한 합병증과 더불어, 태아에게는 거대아, 호흡곤란증, 신생아 저혈당증, 고빌리루빈혈증, 저칼슘혈증, 빈혈, 난산으로 인한 쇄골골절, 어깨탈구, 상완신경 마비 등의 합병증으로 인하여 주산기 이환률을 높이기 때문에 임신성 당뇨병의 진단과 치료에 적극적인 대처가 필요하다.

산모와 태아의 임신이나 출산 당시의 문제 외에도 출산후에 임신부와 자녀들에 발생하는 문제들이 있다. 따라서 임신성 당뇨병을 발견하고 치료하기 위한 노력은 산모와 태아의 임신과 주산기 동안 뿐 아니라 일생동안의 건강을 결정지을 수도 있는 중요한 일이다.

임신성 당뇨병의 발생에는 당뇨병의 가족력, 비만도 특히 복부비만도, 고지혈증, 고혈압, 환자의 연령 등이 중요한 작용을 한다. 정상인 사람의 13%에서만 당뇨병의 가족력이 있는 반면에 임신성 당뇨병 환자는 46%에서 가족력이 있고, 정상 임신부의 26%에서 비만한 것에 비하여 임신성 당뇨병 환자들은 50%이상에서 비만하다. 또 임신성 당뇨병의 과거력이 있는 환자들은, 똑같이 비만하지만 임신성 당뇨병이 없었던 사람들에 비해서 특히 복부비만이 심하다. 환자의 나이도 중요한데, 고령이

될수록 임신성 당뇨병의 발병률이 높아지므로 관리에 유의하도록 해야 한다.

임신성 당뇨병의 진단

임신성 당뇨병은 별다른 증상이 없으므로 진단을 위해서는 의사와 환자의 관심이 절대적으로 필요하다. 임신 24

-28주의 임신부 중 25세



이상은 모든 임신부에서,

24세 이하에서는 위험인자가 있는 환자에서 선별검사를 실시하여 이상 유무를 판정해야 하며, 앞에서 언급한 임신성 당뇨병이 잘 발생할 수 있는 산모와 과거 4.5kg 이상의 거대아 출산, 사산, 기형아 출산, 조산 등의 산과력과 당뇨병의 가족력, 비만하거나,

임신 중에 체중증가가 심한 산모, 소변에 단백질이나 당이 나오는 산모, 고혈압이 있는 산모 등은 임신성 당뇨병의 고위험군으로 특별히 관심을 갖고 관리한다.

임신성 당뇨병의 치료

임신성 당뇨병의 치료목표는 주산기 합병증을 예방하는 데 있고, 혈당조절 목표는 공복혈당 95mg/dl 이하, 식후 1시간 140mg/dl, 2시간 120mg/dl 이하이지만, 임신중 태아 초음파를 시행하여 거대아의 위험이 높은 환자를 대상으로 공복혈당을 80mg/dl 이하로 줄인 결과, 심한 거대아를 예방할 수 있었다는 보고가 있어 일부에서는 더 엄격히 적용하자는 주장도 있다.

거대아의 빈도는 공복혈당보다는 식후혈당과 관련이 더 있다.

임신성 당뇨병의 대부분은 가벼운 운동과 식사 조절로 혈당이 잘 조절되지만, 약 10-20%의 환자에서는 식사 및 운동요법만으로 혈당의 조절 목표가 유지되지 않아 인슐린을 사용하게 된다. 인슐린을 사용할 상황이면 주저하지 말고 투여하고 적극적으로 하루 한번 또는 수차례의 인슐린이나 필요하다면 인슐린 펌프를 사용해서 조절해야 한다.

임신말기에 혈당조절이 불량하면 태아의 고인슐린혈증을 유발하여 신생아 저혈당을 일으킨다.

그리고 출산중의 고혈당은 신생아 저혈당과 함께 젖산의 증가로 인한 산성화로 태아의 저산소증을 유발시킨다. 그러므로 진통중에는 정맥혈청



80-120mg/dl, 모
세전혈 70-110mg/dl 정
도를 유지한다. 임신중에 인슐린 치
료를 한 산모라도 출산후에는 대부분의 경우에
서 인슐린을 중단할 수 있다.

출산후 당뇨병으로 이환될 위험인자와 예방법

출산후 이들이 당뇨병으로 이환될 위험인자로
출산전에는 인종, 임신중 일찍 임신성 당뇨병을
진단받은 경우, 임신전 체중, 출산횟수, 당뇨병의
가족력, 임신중 높은 공복혈당과 저인슐린혈증,
출산 초기의 고혈당, 임신부의 나이 등이 있다.

출산횟수가 많을수록 당뇨병이 많이 발생하는
데 이는 산모의 나이가 많아지고, 체중, 복부지
방이 많아지기 때문이라고 생각하고 있다.

당뇨병으로 진행되는 위험인자중 출산후에 교
정이 가능한 것으로 추가적인 임신, 비만, 고지
방 식사, 운동부족, 향후의 체중증가, 그리고 인
슐린 저항을 증가시키는 흡연, 약물 등이 있다.
임신성 당뇨병 환자 중에서 과거에 비만했거나
출산후에 체중이 늘어난 환자는 47%에서, 비만
하지 않았거나 체중이 줄어든 환자는 26%에서

제 2형 당뇨병
이 발생한다. 특히 복부
비만이 심한 환자는 정상인에 비해
서 당뇨병의 위험율이 144배 높아진다. 고지방
식사는 임신성 당뇨병의 재발을 증가시킨다. 따
라서 임신성 당뇨병의 경력이 있는 환자는 지방
의 섭취율을 30%이하로 줄이고, 복합탄수화물이나
섬유질의 섭취를 늘리도록 교육한다.

운동부족도 당뇨병으로의 이환을 증가시키며,
규칙적이고 적극적인 운동은 제 2형 당뇨병으로
의 진행을 30-50%정도 감소시킨다.

임신성 당뇨병 산모로부터 태어난 아이도 비만
과 당대사 이상이 생기기 쉬우므로 비만을 막도
록 주의하며, 모유로 키우면 산모의 체중증가도
막아주고, 모유로 키운 아이는 비만이 적다는 연
구가 있으므로 출산후 모유를 먹이는 것이 좋다.
기타 당뇨병이 생기기 쉬운 생활방식을 적극적으로
개선하도록 하고, 피임약, 이뇨제, 스테로이
드 등의 약물을 가능한 피하며, 6-12개월마다
정기적인 검사를 시행하는 것이 임신성 당뇨병
의 재발 및 당뇨병으로의 이환을 줄이는 최선의
방법이다. ∞