



위 암 간 호

신 경 자
(고려의대 간호학과 부교수)

Hippocrates와 Galen이 위암에 대한 언급을 한 이후 Avicenna가 처음으로 위암에 대한 기록을 남기었고, 그 후 Morgagni에 의해 위암의 병리에 대해 고찰해 보게 되었으며 Virchow등에 의해 현재와 같은 세포의 형태학적 본질이 확립되었다. 그 이후 19세기 말과 20세기 초에 걸쳐 Billroth, Moynihan, Mayo, Polya등에 의해 위암에 대한 외과적 치료가 개척되었고 이와 더불어 화학요법 및 방사선 요법의 출현으로 위암의 치료에 많은 발전을 가져왔다. 그러나 아직도 타 암종과 마찬가지로 위암도 확실한 원인을 밝혀내지 못하고 있는 실정이다.

1930년대에는 위암이 인체암중에서 가장 많은 암이었으나 구미 선진국에서는 원인은 확실히 규명되지 않았으나 그 발생빈도가 현저히 감소되어 가고 있다. 그러나 우리나라를 비롯하여 일본, 칠레, 핀란드, 아이슬란드등에서는 아직도 위암이 가장 많은 암으로써 지속적인 연구를 통해 많은 문제들을 해결해 나가야 하게 되어 있다.

현재까지 위암에 있어서 임상적으로 가장 중요한 문제는 조기 진단과 조기 절제이다. 그러나 위암은 초기에는 물론 진행된 상태에서도 특별한 자가증상이 없어 조기진단이 어려운 일이다. 최근에 발달된 2중조영 위 투시법, 위 점막 생검술, 위 내시경술, 세포 진단법 및 면역 검사법등에 의해 암 세포가 위 점막 및 점막 하층에만 국한되어 있는 암, 즉 조기 위암을 진단하

여 근처 수술을 시행하게 됨으로써 90% 이상의 5년 생존율을 올리고 있다. 한편 진행된 위암의 수술후 5년 생존율을 보면 일본의 경우 40% 전후로 높은데 비하여 우리나라는 15~20% 전후밖에 안되는 실정으로써 위암의 조기 발견 및 조기 치료, 나아가서는 위암의 병리와 치료에 대한 여러 국면을 이해하여 보다 좋은 간호를 수행하는 것이 필요하다.

원 인

위암도 타 암종과 마찬가지로 아직 확실한 원인은 알려지고 있지 않으나 위암 발생에 깊은 관련성을 갖고 있다고 보는 몇가지 요인을 들여보면 다음과 같다.

식이 : 음식물중의 Polycyclic hydrocarbons의 함량과 위 발암성 화학물질인 nitrosoguanidine의 전 단계 물질이라고 보는 질산염(Nitrate, NO₃)의 함량이 위암 발생과 관계가 있다고 알려졌다. Nitrate는 세균성 환원 작용으로 아질산염(nitrate)으로 되고 이것이 위 내에서 2차성 amine 특히 guanidine과 결합하여 발암 물질인 nitrosoguanidine이 되어 작용한다고 생각한다. 이들 물질이 많이 함유된 발암성식품을 보면 말린 어류, 절인 어류, 절인 야채, 발효음식등이고, 이를 돕는 cocarcinogen은 쌀, 콩등의 딱딱한 곡물, 아주 짜거나 매운 등의 위 점막 손상물질과 영양 결핍등이며, 방어 물질(protector)로는 우유, 신선한 야채, 비타민 C등임이 알려졌다.

환경·유전요인 : 국가간에는 물론 같은 나라 안에서도 지역적으로 차이가 있어 농촌보다는 도시에 많고, 도시인 중에서도 노동자에 많다. 또한 토양중의 유기물질 함량과도 위암 발생율이 관련을 갖고 있음이 알려졌다. 위암의 유전성에 관해서는 논란이 있으나 과거에 생각했던 것보다는 더 많이 유전성이 관여한다고 본다.

성별 : 여자보다 남자에서 2~3배 더 많이 발생하며 주로 50대(32.5%), 40대(27.7%), 60대(19.1%)의 순으로 장년이상에서 많이 발생하는 것으로 보고 있으나 30대와 20대에도 적지 않게 발생하는 것을 본다.

무산증·악성빈혈 : 정상인에 비하여 무산증이나 악성빈혈이 있는 사람에서 2~4배 더 많이 위암이 발생한다. 위암 환자의 2/3정도는 무산증을 동반하고 있다.

이 외에도 위궤양, 위축성, 위염, 위이중동이 있을때, 이들 현상이 암성 변화를 일으켜 위암이 발생하는율이 많다.

● 병 리

위암의 발생 및 호발부위를 보면 위내 어느 부위에나 발생하나 특히 대만, 소만 및 전후벽을 통하여 위 유문동 및 유문강(70%), 위 분문 주위(15%), 기타 위 부분(15%)의 분포를 보인다.

1926년 Borrmann이 임상적으로 구분한 위암의 육안소견을 보면

- Group I : polypoid cancer without ulceration(이종형)
- Group II : ulcerated cancer without infiltration(궤양형)
- Group III : infiltrated cancer with partial ulceration(침윤형)

Group IV : Diffuse cancer(산만성 침윤형)등으로 악성도의 증가에 따라 구분하였으며 또한 Borrmann의 조기 위암의 내시경상 육안분류를 보면 3형으로 분류하여

- 제 I형 : Protrud type(용기형) : I
- 제 II형 : Superficial type(표면형) : II

IIa형 : Superficial elevated type(표면용기형)

IIb형 : Superficial flat type(표면평탄형)

IIc형 : Superficial depressed type(표면함요형)

제 III형 : Ulcerated type(궤양형) : III등으로 나누었다.

병리조직학적 분류로는

선암(adenocarcinoma) : 관장(gland)형성이 있는 위암으로 관장의 구조에 따라 유두선암(adenocarcinoma papillare), 선방선암(adenocarcinoma acinosum), 선관선암(adenocarcinoma tubulare)등으로 구분한다.

수양형(medullary cancer) : 간질 결체조직이 특히 적은것.

경성형(scirrhosis cancer) : 간질 결체 조직의 증식이 현저한 것.

점액성 암(mucinous or gelatinous cancer, signet ring cell cancer) : 암 조직에서 점액을 많이 산출해 내는것.

류표피암(epidermoid cancer) : 편평상피양 분화를 한 것.

선류암(adenocanthoma) : 편평상피양 분화와 선관형성을 같이 하고 있는것.

단순암, 미분화암(carcinoma simplex, undifferentiated cancer) : 암 포소가 충실성이고 미분화암으로 범발적으로 침윤되는 경향이 있는 것 등으로 나눈다.

위암의 침윤 및 전이를 보면 위벽의 점막, 점막하, 근육 및 장막 등의 4층을 뚫고 간장, 췌장, 횡행결장, 대장, 장간막 등의 조절장기로, 또는 장막을 뚫고 복강내로 침윤되거나 위벽을 직접 침윤하여 식도 또는 십이지장까지 침윤하는 것을 볼 수 있고, 정맥혈류를 따라 간장이나 기타의 멀리 떨어져있는 장기로 또는 임파관을 통해 좌측쇄골상와 임파절(virchow's node)이나 국소 임파절에 전이되는 경우를 볼 수 있다.

● 증 상

조기에는 별 특이한 증상이 인접 주위 장기로

퍼져 상당히 진행된 다음에야 위암 증상이 나타나므로 조기진단이 어렵다. 초기에 올 수 있는 증상은 상복부 불편감, 식욕부진, 소화불량, 식후의 경한 정도의 복부 팽만 및 상복부 중압감, 피로감 등이 있고, 진행된 암의 증상으로는 동통, 폐색증상 및 증후, 점차적인 체중감소, 빈혈, 암종의 종류특지, 복수, 담관주위·임파절로 전이되어 오는 암성 황달 및 드물게는 암종이 천공되어 복막염이 있을 수 있다. 위암 환자의 빈혈은 대부분이 출혈성 빈혈이며 악성 빈혈이 있는 사람에서는 3배의 위암 발생률을 보인다.

진 단

40세 이상의 사람들과 식욕부진, 소화불량, 상복부 불편감, 체중감소 등의 위암을 의심해 볼 수 있는 초기증상이 있는 사람에게는 위액검사, 위간접촬영, 대변의 잠혈반응, 위 투시검사 및 진찰을 받도록 하는 것이 좋으며 또한 위축성 위염, 악성빈혈, 원인규명이 잘 안되는 빈혈, 대변내 잠혈현상이 있는 경우에는 계속 반복하여 검사를 받도록 하여 의심이 가는 예에 대하여는 정밀검사를 시행토록 한다.

정밀검사로는 내시경 검사, 조직 생검, 세포진단, 방사선 이중조영법 및 기타 검사방법이 있다. 내시경 검사는 위내시경(fibergastro scope)으로 점막의 색 변화 및 발적, 점막외벽의 모양, 또는 출혈유무 등을 위 내부를 직접 들여다 보면서 검사하여 조기위암이나 진행위암의 진단을 하게 되는 것이다. 조직생검 및 세포진단은 내시경을 통해 위 점막을 절취하여 병리조직진단을 하며 위점막으로부터 얻은 박리세포를 세포진단하여 조기위암 진단을 하는 것이다.

환자의 병력을 자세히 물어 위암의 초기증상과 전이의 유무를 확인하는 것도 매우 중요하다.

치료 및 간호

위암의 가장 좋은 치료법은 조기발견과 조기절제라고 보며 필요한 경우에는 조기에 합리적

으로 시행한 근치 절제수술후 보조적 화학요법 및 면역요법을 병행시켜 치유율을 높이는 것이다.

수술요법은 1881년 Billroth가 처음으로 위절제 수술에 성공한 이래 위암의 치유를 위하여 사용되고 있는 것으로 근치적 위절제술(curative 또는 radical gastrectomy)과 고식적 수술(palliative surgery)방법이 있다.

근치적 위절제술에는 위 암종과 국소 임파절을 한 덩어리로 해서 위치에 따라 절제하는 위아전절제술(standard radical subtotal gastrectomy), 위분문부 중심으로 약 10%를 남겨놓고 나머지 부분을 절제하는 위근전절제술(near total gastrectomy), 위전제부위의 임파절 전체를 제거하는 위전절제술(total gastrectomy), 위전절제술에 합하여 비장, 췌장체부 및 미부를 포함해서 절제하는 위확대전절제술(extended total gastrectomy)등을 시행하며 부분 절제술의 경우에는 위의 잔여부분과 식도 또는 공장과를 문합하고, 전체 절제수술의 경우에는 식도와 공장과를 문합하는 문합술을 시행하여 위장관의 역할을 수행하도록 한다.

고식적 수술방법에는 위암의 출혈, 유문협착, 위천공 등의 경우에 증상 경감 또는 상대호전의 목적으로 standard radical subtotal gastrectomy 또는 subtotal gastrectomy를 시행하는 고식적 절제술(palliative resection), 고식적으로 유문부 통과장애만 개선할 목적으로 시도하는 측로형성 또는 위공장 문합술(by-pass, gastrojejunostomy), 위의 2가지 고식적 수술들이 불가능하거나 경구적으로 급식이 불가능할 때 시행하는, 급식을 위한 위루 또는 공장루형성술(feeding gastrostomy, jejunostomy)등이 있다.

또한 근치절제수술 후의 재발위험, 수술도중에 생길 수 있는 미세전이(micrometastasis), 또는 잔류위암세포들을 파괴할 목적으로 보조화학요법(postoperative adjuvant chemotherapy)을 시행하는 것이 좋다.

아울러 근치적 절제수술 후에 보조적 면역요법

을 시행하므로써 수술전에 암세포부담으로 억제되었던 환자의 면역방어 능력을 복구시켜 주어 잔류 암세포나 미세전이 암세포를 환자 자신의 면역기전에 의해 파괴시킬 수 있다고 보아 최근 들어 항암면역요법이 큰 관심을 모으고 있다. 위부분절제술 후의 간호는 소화성 궤양 환자과 유사하다. 수술전 준비로는 수술의 목적 및 수술후의 치료과정에 대한 설명을 해주어 환자의 이해를 돕도록 하며 환자의 전해질 및 영양상태에 따라 수액공급을 시행토록 한다. 때로는 수혈이 요구되기도 한다. 위장 흡인튜브를 삽입하여 수술전 또는 수술후에 위장의 분비물을 흡인해 내도록 한다. 위절제후 오게 되는 합병증으로는 출혈, 폐색, 복막염, 구토, 이하선염, 딸국질, 폐 합병증, 혈전성정맥염, 덤핑증후, 설사 및 vitamin B₁₂결핍증 등을 들 수 있다. 수술후에는 심리적인 면에 대한 간호와 더불어 신체적인 면의 간호, 특히 영양에 관련하여 세심한 주의가 필요하다. 탈수가 심한 경우에는 수분공급을 시행토록 하고, 튜브를 삽입하여 영양가 높고 소화 잘되는 유동식을 주입시킨다.

위 전체를 절제하기 위해서는 복강은 물론 흉강도 절개해야 하므로 흉곽수술의 경우와 유사한 간호를 시행해야 한다. 분비물을 형성하던 위 점막이 완전히 제거되었으므로 배설튜브를 통해 나오는 분비물의 양이 매우 적거나 없게 된다. 장의 연동운동이 정상으로 복귀되면 배설튜브를 제거하고 수술후 2~3일간은 매 시간마다 약간의 물을 주기 시작하여 문합부위에 이상이 없으면 하루 6회정도로 소화되기 쉽고, 적은 양의 유동식을 계속하여 주도록 한다. 체온상승이나 호흡곤란이 오게되면 문합부위의 이상유무를 곧 관찰토록 한다. 위전체절제술후에는 많은 양의 음식물을 받아 들일 수 없고, 정상식사를

할 수도 없고 소화도 잘 안되며 장에서의 흡수도 잘 안되어 좋은 영양상태를 유지시키기 어렵다. 따라서 빈혈증세가 생기기도 하므로 철분공급을 해준다. 경우에 따라서는 환자가 수술전과 같은 활력과 건강을 되찾기도 하나 정신, 심리적인 간호와 신체, 사회적인 면에서의 계속적인 간호수행이 요구된다.

● 예 후

위암세포가 점막 및 점막하층 까지만 국한되어 있는 조기위암의 경우에는 수술후 5년 생존률이 진행위암과는 비교도 안될만큼 큰 차이가 있다. 진행위암에서도 고유근육층까지만 침윤된 경우가 장막을 침윤한 경우보다 예후가 좋다. 이종형(polypoid)이나 궤양형(ulcerated)위암이 궤양침윤형(infiltrated)이나 산만성 침윤형(diffuse)보다 예후가 좋다. 위암의 수술후 예후에 관계하는 인자들은 암세포의 침윤도, 크기, 잔 또는 복막으로의 전이유무, 조직의 양태, 육안 소견, 면역반응능력 및 위벽심달도 등이며 이 중에서도 임파절 전이유무와 위벽심달도가 가장 중요한 역할을 하는 것이다.

참 고 문 헌

Brunner et. al: Medical-Surgical Nursing, 2nd Ed., Lippincott, 1970.
 Charles, G. Moertel: The Stomach Cancer Medicine, reprinted, 1977, 1974.
 Cline & Haskell: Cancer Chemotherapy, 3rd Ed., Saunders, 1980.
 Schwartz et.al: Principles of Surgery, 3rd Ed., I, McGraw-Hill Book Co., 1979.
 Shafer et. al.: Medical-Surgical Nursing, 6th Ed., Mosby, 1975.
 김진복 : 위암의과, 대한의학협회지, 20 : 1063, 1977.

