

# 췌장염



최원진

췌장은 위의 뒤쪽, 십이지장의 만곡부에 서부터 비장 사이에 위치해 있고 무게는 75~125그램 정도이며 길이는 10~20cm 정도 되는, 우리 몸에서 중요한 기능을 하는 장기 중의 하나이다.

혈액공급을 8개의 동맥지에서 받을 정도로 혈관이 풍부하며 인슐린, 글루카곤, 소마토스타틴 등의 내분비기능과 소화효소 및 전해질을 분비하는 외분비기능도 갖고 있다.

이 장기에 병변, 특히 췌장염이 생기면 이런 기능들에 장애가 오게 되어 많은 곤란을 겪게 된다. 췌장염의 역사는 우리 인류의 역사와 같이 하였다고 해도 과언이 아니다.

고대부터 이에 대한 연구를 해 왔으나 1850년대에 들어서야 이론적인 정립을 위한 실험들이 이루어져 왔으며 1886년에 Senn, 1889년에 Fitz 등에 의해 자세히 서술되어졌다. 그러다가 1925년에 Moyni-

ham 에 의해 “급성 췌장염이 복강내 장기에서 발생하는 가장 무서운 질환”이라는 보고가 있는 후 지속적인 연구에 의해 1963년 Marseilles가 췌장염을 4가지로 분류하였다.

그것들은 급성 췌장염, 급성 재발성 췌장염, 만성 췌장염, 만성 재발성 췌장염으로서 널리 사용되었으나 1984년 Marseilles는 이것들을 다시 급성 췌장염 및 만성 췌장염으로만 분류를 시도하였으며 현재는 이것이 널리 쓰여지고 있다.

췌장염의 원인으로서 병인이 정확하게 밝혀진 것은 없지만 추정할 수 있는 병인은 많은 것이 현실이다.

## 1. 급성 췌장염

급성 췌장염의 원인으로는 알코올이 으뜸을 차지하며 (90%), 그외 담도 질환, 고지혈증, 과칼슘혈증, 가족적 소인, 외상, 허

혈성 변화, 췌관폐색, 십이지장폐색, 바이러스 감염, 약제 등이 있다. 특히 약제 중 아자치오프린(Azathioprine), 에스트로젠(estrogen)은 확실히 급성 췌장염을 일으키는 것으로 확인되었다.

그의 가능성 있는 약제로서는 이노제, 테트라사이클린(Tetracycline), 설펜아마이드(sulfonamide), 스테로이드(steroid) 등이 있다. 이 외에도 상당한 약제들이 가능성이 있으므로 약제의 남용은 금물이며 항상 의사와 상의하여 약제를 투여하여야 할 것이다.

대다수의 원인을 차지하는 알코올의 병인은 3가지로 추정되고 있는데, 첫째는 알코올이 췌장액의 분비를 과다하게 하여 일종의 폐색증 때문에 발생하는 것으로 생각되는 것이고 두번째는 알코올 자체가 효소를 췌장관 내로 분비시켜 폐색을 일으킨다는 것과 세번째는 알코올의 과지혈증을 일으켜 이 독성수준이 올라가 췌장조직에 손

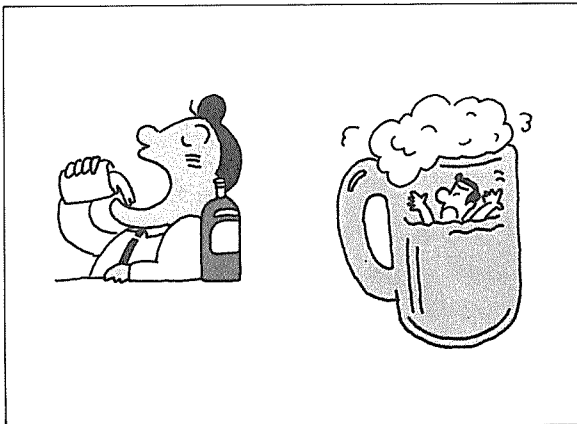
상을 끼쳐 췌장염이 발생한다는 설이 현재까지는 가장 유력하다.

급성 췌장염의 임상 증상을 보면 복통이 가장 널리 알려져 있는데 알코올성 췌장염에서는 취한 후 12~48시간 사이에 흔하며 담석증에 의한 췌장염은 과식한 후 나타나는 것이 특징이다.

그외 구역질, 구토, 발열, 복부팽만, 황달 등이 나타나며 심한 경우에는 저혈압, 속 등이 나타나 사망하는 경우도 있다.

급성 췌장염의 진단은 검사실 소견 및 방사선학적 소견으로 할 수 있으나 이것이 모든 급성 췌장염에서 가능한 것은 아니다. 따라서 진단은 임상적인 토대에 기초를 두어야 한다.

검사실 소견으로는 대개 증상이 나타나고 2~12시간 내에 혈청내 아말라제(amy-lase)가 올라가고 3~4일 안에 정상으로 돌아온다. 그러나 1주일 이상 계속된다면 대개 다른 합병증이 생겼다고 생각하는 것



급성췌장염의  
원인으로는  
알코올이  
 으뜸을  
차지한다.

이 좋다.

그러나 급성 담낭염, 총수담관 결석, 천공성 소화성 궤양, 소장의 염전성 폐쇄, 급성 알코올 중독, 자궁외 임신, 신부전증, 볼거리 등에서도 올라가므로 감별진단이 필요하여 현재는 혈장내 아밀라아제 동위효소(amylase isoenzyme)치의 측정을 하고 있으며 그의 소변 아밀라아제(amylase), 아밀라아제 크레아티닌 제거율(amylase-creatinine clearance ratio), 혈장내 리파제(lipase), 혈장 메트헬알부민(methemalbumin), 복막관류액분석 등이 있다.

방사선학적 소견은 복부단순촬영, 상부 위장관 촬영술, 초음파, 전산화 단층촬영, 자기공명술 등이 있으나 어느 하나 명확히 진단할 수 있는 방법은 없고 앞서서도 언급한 바와 같이 임상적인 증상을 토대로 진단해야 하는 어려움이 있다.

치료로는 내과적 치료와 외과적 치료가 있으며 내과적 치료에는 금식 및 위장관내 감압, 혈장 전해질, 포도당 액의 보충, 전

혈, 인슐린, 글루콘산칼슘, 항생제, 보조호흡 등이 사용된다.

외과적 치료로는 4가지의 적응증이 있는데 첫째 진단이 불확실할 때, 둘째 췌장 농양이 있을 때, 셋째 담도질환이 있는 경우, 넷째 적절한 보존요법에도 불구하고 점점 증세가 악화되는 경우에는 수술이 환자에 유익하다고 판단된다.

전체적으로 약 10~15%의 사망률을 보이고 있으며 알콜성 췌장염이 담석성 췌장염보다 약 3배의 사망률을 나타내고 있다.

## 2. 만성 췌장염

활동적이고 지속적인 불가역성의 췌장 파괴가 일어나서 해부학적 형태나 생리학적 기능의 진행성 변질을 초래한 췌장염을 말한다.

원인으로는 상습적인 알코올 섭취, 부갑상선기능 항진증, 췌관의 선천성 기형, 외상 등이 있다.



췌장염의 치료는 원인과 증상에 따라 내과적, 외과적 치료를 선택하여 시행한다.

**급성췌장염은,  
전체적으로 약 10~15%의 사망률을  
보이고 있으며, 알콜성 췌장염이  
담석성 췌장염보다 약 3배의  
사망률을 나타내고 있다.**


임상증상은 복통, 체중감소, 당뇨, 지방 변 등이 나타나며 진단은 임상적인 토대에 기초를 두고 있다.

검사실 소견은 별로 도움이 안되나 방사선학적 검사 소견은 어느정도 의의가 있는 것 같다. 단순복부사진상 췌장에 석회화 침착이 있으면 진단이 가능하고 상부 위장관 촬영에서 십이지장의 만곡부의 확장소견도 진단에 도움이 되며, 내시경적 역행성 췌관조영술, 전산화 단층 촬영술, 초음파 등이 상당히 진단에 도움을 주고 있는 것이 현실이다.

치료로는 급성 췌장염과 같이 내과적 치료와 외과적 치료로 나눌 수 있는데, 내과적 치료로는 복통 조절, 인슐린 치료, 췌장효소 공급, 히스타민 항길항제(H<sub>2</sub>-recep-

tor antagonist) 등이 사용된다.

이것으로도 조절이 잘 안될 경우는 외과적 치료를 해야 하는데 이때의 일차적 목표는 동통 감소에 두어야 하며 효과는 만족할만 하지 않기 때문에 수술로 얼마만한 효과를 얻을 수 있을 것인가를 신중히 고려한 후 수술을 시행하는 것이 좋을 것으로 생각된다.

따라서 췌장염은 인내와 끈기를 갖고 치료하는 것이 가장 보편 타당한 것으로 생각되어지며 무엇보다도 예방이 최선의 방책이라는 것을 명심하여 더욱더 건강에 유의하여 활기찬 생활이 되도록 노력하여야 할 것이다. 

〈필자=한림대학 한강성심병원 일반외과교수〉

**국민  
식생활지침**

- ① 여러가지 식품을 골고루 먹읍시다.
- ② 정상 체중을 유지할 수 있도록 알맞게 먹읍시다.
- ③ 음식은 되도록 싱겁게 먹읍시다.
- ④ 과음을 삼갑시다.
- ⑤ 식사는 규칙적으로 즐겁게 합시다.

〈보건사회부〉