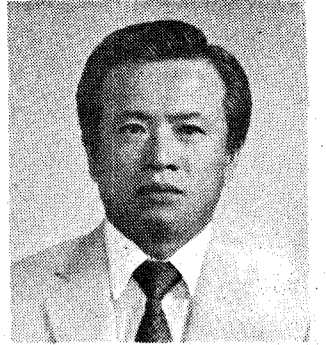


만성위장질환의 개요



강진경
〈연세의대 교수〉

개요

위염은 위점막의 염증을 의미하며 임상에서 가장 흔히 보는 질환중의 하나로서 식생활의 양상이 구미 외국인에 비하여 비교적 자극성이 있는 식이를 취하고 있는 우리나라에서 그 발생빈도가 이들보다 훨씬 높게 보고되고 있다. 또한 위점막의 염증을 일으킬 수 있는 많은 원인 인자들이 보고되면서 이들의 감별진단을 위한 분류법도 시대에 따라 변천을 거듭해 오고 있다. 위염은 조직학적인 손상, 병변의 위치 그리고 원인적인 인자에 따라 다시 세분할 수 있다. 방사선 검사 상으로는 위전부위염, 비후성 위염, 부식성 위염, 만성 위축성 위염 그리고 미란성 위염으로 분류된다.

만성 위염은 위 X-선 검사, 위내시경검사 및 병리조직학적 소견으로 진단내리게 되지만, 궤양 혹은 종양성 질환이 없이 각종 위장증상을 호소할 때, 편의상 만성위염으로 진단을 붙이기도 하였으며 실제로 만성 상복부 증상으로 인하여 위내시경을 시행한 환자중 약 70% 이상에서 위염으로 진단된다.

1947년 Schindler는 만성 위염을 표재성, 위축성 및 비대성 위염으로 분류하였고 1970년 Spiro는 종래 표재성 위염과 위축성 위염의 중간형으로 표재성 위축성 위염을 추가할 것을 주장하였다. 1972년 Whitehead 등은 위내시경을 이용한 위점막 및 점막하층 생검을 통해 만성 표재성 위염과 만성 위축성 위염을 구분하였으며 병리조직학적 소견상 염증반응의 정도에 따라 염증세포의 침윤이 없는 정상조직과, 단핵구만 증가되어 있는 만성 위염, 단핵구와 다형핵백혈구가 모두 현저히 증가되어 있는 만성 활동성 위염으로 분류하

였다. 즉, 그정의 및 분류에 통일된 용어 사용이 요구되던 중 1983년 Warren과 Marshall이 위염 환자의 위조직에서 S자형의 만곡된 모양의 Helicobacter pylori(이하 H.pylori로 약함)를 처음 분리 배양한 후, 위염의 원인 및 분류에 대한 새로운 장을 열게 되었으며 이에 1990년 호주 시드니에서 개최된 세계 소화기병학회에서 위염에 대한 새로운 분류법을 제창하기에 이르렀다.

1. 분류

만성위염은 Sydney system에 준하여 원인별, 위치별 및 형태별로 기술하는 바, 먼저 원인별로는 예를 들어 H.pylori-associated, 또는

하게 된다.

2. 만성 위염과 H.pylori와의 관계

Strickland와 Mackay는 만성 위염을 병리학적, 면역학적, 임상적 특징에 따라 A형과 B형으로 분류하였다. 만성 A형 위염은 위저부 및 체부에 흔히 발생하고 벽측세포항체 및 내인자 항체가 양성이며 무산증 및 악성 빈혈을 잘 동반한다. 만성 B형 위염은 A형보다 더 흔하고 유전적 소인이 없으며 위전정부에 흔히 발생하고 위궤양 환자의 70%, 십이지장 궤양 환자의 90%에서 만성 B형 위염을 동반하는데 이 B형 위염의 주원인으로서 H.pylori에 대한 연구가 최근 10

점액층이나 위점막상피세포 표면 또는 위점막 소화(pit) 내에 존재하는데 상피세포사이로 침윤하지만, 기저막이하부위에는 침윤하지 않는다.

Warren과 Marshall은 정상인에 비해 만성 위염환자에서 H.pylori 검출빈도가 증가하였으며 특히 만성 활동성 위염환자의 95%에서 H.pylori가 발견되었다고 하여 만성위염과 H.pylori와 관계를 강력히 시사하였고 Von Wulffen 등은 활동성 위염 86%, 만성 위염 49%, 위궤양 72% 및 십이지장 궤양 83%의 세균 검출율을 보고한 바 있다. H.pylori가 만성위염의 원인이라는 주장을 뒷받침하는 근거로서, 첫째, 만성 B형 위염과 H.pylori 감염사이에

와 위저부로 파급되거나, 약제와 같은 다른 요인에 의해 이미 위염이 있는 부위에 쉽게 집락을 형성하여 활동성 만성위염을 일으키는 것으로 되어 있다. H.pylori가 존재하는 부위에서는 위점액이 현저히 감소되어 있는 바, 본균이 위점막 상피세포의 점액생산을 방해하거나, 점액에 대한 단백질분해효소를 나타내어 장벽기능을 저하시킴으로써 위염을 일으키게 된다고 하며, Hazell과 Lee는 urease에 의하여 생산된 암모니아가 세균 주위의 점막이나 위점막 상피세포를 알칼리화시킴에 따라 위내강의 위산이 점막층 아래로 역확산하게 되어 위산이 위점막 상피세포를 손상, 위염을 초래하게 된다고 하였다. Levi 등은 분비된 urease로 인해 위유문부 점막에서 gastrin 생산이 촉진되고, 따라서 위체부의 축적세포에서 위산 분비가 항진됨으로써 위점막의 손상에 이르게 된다고 주장하였으며, urease에 의해 생성된 암모니아 자체의 세포독성에 의해 위점막 손상을 초래한다는 보고도 있다.

위장관 증상이 없는 건강인에서 혈청학적 검사상 항체 양성률이 서방 선진국에서는 50대에서는 약 50%의 양성률을 보이는 반면, 위장 증세가 없는 건강인을 대상으로한 국내보고에 따르면, 40대이후에서는 80% 이상의 양성률을 보여 한국인에서 H.pylori에 의한 만성 위염의 이환율은 높을 것으로 사료되며, 이에 대한 보다 많은 연구가 필요하다고 하겠다.

자극적음식 즐겨먹는 우리나라에 만성 위염증부위에 따라 전정부, 체부 및 미만성으로 세분 최근 H.파이로리균과의 관계연구 급증

autoimmune- 또는 NSAID-associated로, 위치별로는 염증의 범위에 따라 전정부, 체부 및 미만성으로 세분한다. 조직학적으로는 급성 위염, 만성 위염 그리고 특수형의 위염으로 분류한다. 급성 위염은 위점막에 중성구의 침윤이 관찰되며, 만성 위염은 만성 염증세포인 림프구 및 형질세포가 주로 침윤된다. 위염의 활성도는 점막고유층이나 상피세포내 존재하는 중성구의 밀도로서 나타낸다. 위축은 위점막 선 구조물의 소실로 정의내리며 선 주위로 결체조직이 에워싸며 염증세포의 침윤은 거의 없는 상태를 말한다. 장상피화생은 위선이 goblet cell을 가진 소장 점막선의 형태로 변

년동안 활발히 진행되어 왔다. H.pylori의 세균학적 특성으로는 길이가 3.5um, 너비가 0.5~1 um의 그람 음성 간균이며 한쪽 끝에 sheath가 있는 4~6개의 단극성 편모를 가졌고 편모끝에는 팽대부를 가지고 있다. 약호기성이며 다른 세균과는 달리 urease를 가지고 있기 때문에 위내의 urea를 분해하여 암모니아를 생산한다. 본균은 정상적인 위점막 조직에서는 잘 발견되지 않고 염증세포의 침윤이 있는 만성 위염, 특히 만성 활동성 위염 환자의 대부분에서 발견된다. 위전정부에서 흔히 발견되고 위체부에서도 발견되지만 장상피화생 세포와 인접해서 발견되지는 않는다고 한다. 주로

통계적 상관관계가 있고, 둘째, 만성 위염환자의 위점막 조직내에 존재하는 H.pylori의 수와 다형핵백혈구수가 정비례하며, 셋째, H.pylori가 존재하지 않는 위점막 조직에는 다형핵백혈구가 거의 침윤되지 않고 넷째, H.pylori에 대한 치료후에 만성 위염이 호전되며, 다섯째, 만성 위염환자로부터 배양된 H.pylori를 건강인에게 섭취시키면 상복부통 등의 증상이 나타나며, 내시경하 위생검조직에서 다형핵백혈구 침윤과 H.pylori의 존재가 증명된다는 점이다.

H.pylori는 정상적인 위전정부에 집락을 형성하여 전정부에 만성 위염을 일으키고 점차 소만부를 따라 체부

韓國成人病豫防協會 創立16周年을 祝賀합니다.

법인
사단
大韓韓醫師協會

서울시 동대문구 제기2동 929-14
전화: 962-4374

회	부	부	부	총	기	학	재	법	의	보	공	국	홍	감	감	감	사
회	회	회	회	무	회	술	무	제	무	협	의	제	보				무
장	장	장	장	사	사	사	사	사	사	사	사	사	사	사	사	사	장
許	朴	金	尹	申	金	申	金	尹	李	崔	陳	裴	安	李	李	朴	李
昶	順	聖	碩	鎭	玟	設	弘	秉	煥	相	在	讚	範	鍾			
會	熙	煥	鎔	湜	錫	圭	鎭	老	澤	英	海	旿	圭	榮	鏞	勳	豐

外會員一同