

치매치료중 당뇨병의 관리

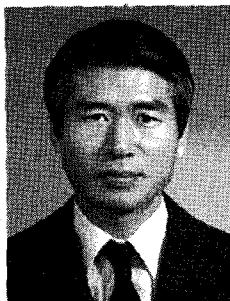
치매의 원인 질환으로 국내에서는 뇌혈관 질환이 가장 많다

당뇨병 환자가
치매에 빠진 경우
당뇨병만 적극적으로 조절해도
치매의 진행을 어느 정도
막을 수 있다는 것은
오히려 다행히고 희망적인
것임을 깊이 인식

학의 발달로 인간의 평균수명이 연장
되면서 각종 성인병과 노인병이 증가
되고 있다. 우리나라로 평균수명이 남자 72
세, 여자 74세로서 점차 노년인구가 증가되
고 있으며, 65세 이상의 인구가 500만명에
이르고 있다.

우리나라의 노인성 질환의 빈도에 대한
정확한 통계는 아직 없는 것으로 보이나, 서
구인과는 달리 뇌혈관 질환이 특히 많으며,
주변에서도 흔히 '노망'이나 '망령'이라고
부르는 치매 환자들을 많이 보고 있는 실정
이다.

정확한 통계자료는 없으나 우리나라에는
약 20만명 이상의 노인성 치매 환자가 있는
것으로 알려져 있다. 이들 치매 환자들중 뇌
혈관 장애로 인한 치매의 분포가 얼마나 되
는지는 알 수 없으나, 근년에 이르러 급격히
증가되고 있는 당뇨병이 많은 부분을 차지
하리라고 추정된다.



김 진 우
경희의대 내과전문의

필자는 신경과 전문은 아니지만, 치매 환자의 당뇨병 관리에 대하여, 당뇨병 전문의로서 몇가지를 기술하기로 하겠다.

1. 치매란 어떤 병인가?

치매란 어떤 특정 질환이 아니고, 뇌신경 세포의 수적, 기능적 저하를 일으킬 수 있는 여러가지 다양한 원인에 의하여 기억력 및 뇌의 지적 능력이 저하되거나 상실된 상태를 말하는 임상증후군이다.

일반적으로 쓰이는 치매는 65세 이후에 나타난 노인성 치매를 의미하며, 이 경우 누구에게나 오게되는 연령증가에 따른 노화현상이 아니라 병적인 심한 뇌세포의 파괴로 인하여, 기억력 장애, 추상능력 장애, 판단력 장애, 실어증, 실행증, 인격변화 등이 초래된 병적상태를 말한다.

노인성 치매의 경과는 사람에 따라 다르지만, 일반적으로 초기에는 일상생활속의 사소한 최근의 사건도 기억을 못하게 되고, 언어구사력이 저하되며, 방향감각을 잃어 길을 혼매는 등의 변화가 오며, 좀 더 진행되면 감정이 무뎌지고 사물에 대한 관심이 현저히 저하되고, 옷도 단정히 입지 못하게 되며, 걸음걸이도 불안정하여 구부정한 자세로 종종걸음을 하게 된다.

더 진행되면 혼자서는 스스로 식사나 대소변을 보기 어렵워지고 옷도 입혀주어야 되는 등 타인의 도움이 필요하게 된다.

결국 환자는 일상활동이 불가능하여 자리에 누워서 보내게 되며, 이때에 비뇨기계 감

염, 폐염, 육창 등의 합병증이 발생되고 결국은 폐렴 등의 감염증이 주된 사망원인이 된다.

치매에 이르는 원인 질환으로서는, 서구에서는 알츠하이머병(Alzheimer's disease)이 전체 치매 환자의 60%에 이를 정도로 많으나, 국내에서는 뇌혈관질환이 가장 많다. 뇌혈관질환 중에서도 서서히 진행되는 다발성 뇌경색이 주된 원인이다.

다발성 뇌경색이란, 당뇨병, 고혈압 등 동백경화증의 병변이 서서히 진행되어 뇌동맥의 어느 특정 부위가 아닌 여러곳의 혈관들이 부분적으로 막히는 상태이다.

이 경우 진행속도가 아주 완만하고 막힌 혈관이 비교적 작은 혈관이어서 뚜렷한 사지마비는 없이 약간의 운동장애나 감각장애만 수반되므로 자신은 잘 모르고 지내게 되는 경우가 있다.

알츠하이머병은 아직까지는 효과적인 치료제가 없으나 최근에 여러가지 분자생화학적 요인들이 밝혀지고 있고 치료제의 개발 노력이 왕성하므로 머지않아 좋은 치료법이 나올 것으로 기대된다.

우리나라에 많은 혈관성 치매는 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 등을 적극적으로 엄격히 조절하여 뇌동맥경화증의 진행을 막고, 아스피린 등 항혈소판응집제를 투여함으로써 어느 정도 치료 및 예방이 가능하다.

뇌혈관성 치매 이외에도 적극적 치료로 치료 또는 증상을 호전시킬 수 있는 원인으로서 뇌수종, 갑상선 기능저하증, 비타민 결핍증, 신경매독, 만성뇌막염, 뇌경막하혈종,

양성뇌종양, 약물중독, 노년기 우울증 등이 있다.

따라서 치매는 불치의 병이라는 통념을 버리고 치유와 예방이 가능한 원인들을 찾아 적극적으로 대처하는 관심과 노력이 필요하며, 또한 점차 증가되는 치매 환자들에 대한 정부차원의 적극적인 지원과 대책이 요구되는 실정이다.

2 치매 환자의 당뇨병 관리

당뇨병 환자가가 노년이 이르면 노인성 치매에 빠질 위험성은 당뇨병이 없는 사람 보다 월등히 높다.

이는 비록 당뇨병 조절을 열심히 했다 하더라도 당뇨병성 혈관합병증을 완전히 차단 할 수는 없기 때문에 전신적인 혈관변화의 일환으로 특히 다발성 뇌경색증에 이환될 확율이 높기 때문이다.

따라서 당뇨병 환자는 진단 초기에서부터 엄격한 혈당관리를 하여 혈관 및 신경합병증의 발생을 사전에 예방하도록 하여야 하며, 노년에 이르러서도 혈당관리를 소홀히 해서는 안된다.

또한 평소부터 엄격한 혈당관리와 함께 혈관합병증을 가속화시킬 수 있는 고혈압과 고지혈증을 동시에 엄격히 치료하고, 아스피린 등의 항혈소판제제를 예방목적으로 투여 하는 것이 바람직하다.

당뇨병 조절을 열심히 했는데도 불구하고 치매에 이르렀다면 치매를 완전히 회복시키기는 어려우나, 그 진행속도를 둔화시키기

위하여 여전히 엄격한 혈당관리와 고혈압 및 고지혈증의 치료가 필요하다. 여성의 경우, 동맥硬化증의 완화를 목적으로 여성호르몬 대치료법도 고려하여야 한다.

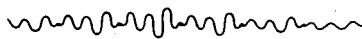
치매 환자의 당뇨병 관리에서 특별히 일반 당뇨병 환자와 다를 것은 없다. 혈당치의 조절 목표를 다소 완화하여 하루중 혈당이 $140\sim200\text{mg/dl}$ 이내에 있도록 해야 하는데, 일반 당뇨병 환자의 경우 140mg/dl 이 목표가 되나 치매 환자의 경우 200mg/dl 을 넘지 않는 선으로 하는 것이 무난하다.

이는 혈당 자체를 너무 엄격히 조절하려다가 저혈당증에 빠지는 위험을 피하기 위해서이다. 장시간 또는 반복되는 저혈당증은 그것 자체만으로도 뇌조직세포에 회복이 불가능한 손상을 입힐 수 있고, 치매를 더 악화시킬 수 있기 때문이다.

식사요법도 대 원칙은 일반 당뇨병 환자와 동일하나 활동량이 제한된 치매환자에서는 총칼로리 섭취를 제한하여야 한다. 만약 환자의 체중이 정상체중 상태라면 기초대사 요구량(체중 kg 당 20cal)에 운동량을 환산하여 첨가하도록 한다.

치매환자는 식사자체가 불규칙할 수 있다 는 것을 명심하고, 가까운 가족이 언제나 준비하여 주고 식사를 도와주고, 확인하여야 한다. 식사시간을 잊어버리고 아예 식사를 하지 않거나 식사를 하고나서도 또 식사를 할 수 있으므로 식사시간과 식사량을 세심히 살펴주어야 한다.

식단의 배정은 일반 당뇨병 환자와 같이 합수탄소 60%, 지방질 20%, 단백질 20%로



하며, 특히 필수아미노산이 고루 포함되도록 우유, 계란 등을 포함하여야 한다.

운동요법도 원칙은 일반 당뇨병환자와 같지만 이미 뇌기능이 손상되어 정상적 운동이 어렵고 대개의 경우 정도의 차이는 있으나 심장 및 폐의 기능이 저하되어 있으므로 무리한 힘든 운동은 피하여야 한다.

환자가 걸을 수 있는 한은 부축하여 걷는 운동을 매일같이 계속하는 것이 좋으며, 운동시행 전에는 심폐기능에 대한 충분한 검진과 판단이 선생되어야 한다.

약물요법의 경우도 일반적 원칙이 그대로 적용되지만 보다 세심한 주의와 배려가 필요하다. 특히 기억력의 상실로 투약을 빠뜨리거나 중복하여 투여할 수 있으므로 투약은 본인에게 맡기지 말고 함께 생활하는 가족에게 맡겨야 한다.

함께 기억력이 비교적 좋은 상태라면 한 달치의 투약시간표를 미리 작성하여 놓고 투약후에는 반드시 표시를 하는 습관을 들이도록 배려할 수도 있다.

치료약제의 선택은 환자의 상태와 조건에 따라 담당 전문의사가 결정을 하게 되나 원칙적으로 작용시간이 짧은 약제를, 필요한 최소용량(목표로 하는 혈당을 이룩하는데)을 투여하도록 해야 한다. 작용시간이 긴 제제는 그만큼 저혈당의 위험성이 크며, 정상인의 인슐린 분비곡선과도 차이가 크기 때문이다.

인슐린 주사를 맞는 경우, 매식사 때마다 식전에 소량의 속효성 인슐린을 투여하는 것이 좋으나 인슐린 의존도가 심하지 않은

경우에는 중간형 인슐린에 속효성 인슐린을 소량 혼합하여 아침, 저녁 식전에 투여하고, 필요하면 취침전에 야식과 함께 소량의 중간형 인슐린을 추가하는 방법이 권장된다.

경구혈당강하제의 경우 작용시간이 짧은 제제를 매 식사전에 투여하는 것이 절대적으로 권장된다.

노인의 경우 특히 합병증이 병발된 당뇨병환자의 경우, 저혈당에 스스로 대처하는 자율신경계의 기능이 저하되어 있으므로 저혈당증의 전형적인 증상이 나타나지 않는 경우도 있고 나타나도 심하지 않은 경우가 많다.

따라서 하루 중에도 여러차례 혈당을 측정하여야 되는데, 가능하면 자가혈당 측정기를 이용하여 공복혈당은 물론, 매 식사전과 후에 혈당을 측정하여 일련의 혈당곡선을 그리고, 혈당이 오르는 시점에 약물반응이 나올 수 있도록 약제의 종류와 약용량, 투여 시간을 결정하는 것이 필요하다.

이상 언급한 몇가지 사항들만 유념하면 치매환자의 당뇨병 관리도 일반 당뇨병 환자의 관리와 크게 다를 것이 없다.

당뇨병 환자가 치매에 빠진 경우 당뇨병만 적극적으로 조절해도 치매의 진행을 어느 정도 막을 수 있다는 것은 오히려 다행하고 희망적인 것임을 깊이 인식하고, 더욱 열심히 혈당조절을 위한 노력을 계속하여야 할 것이다.