

진행난관 임신 1예

계명대학교 의과대학 산부인과학교실
서영우 · 김강현 · 김종인

=Abstract=

A Case of Advanced Tubal Pregnancy

Young Woo Suh, M.D., Kang Hyun Kim, M.D., Jong In Kim, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Keimyung University, Taegu, Korea

Advanced tubal pregnancy is very rare condition, being the least common type of advanced ectopic pregnancy.

A case of a 21 week's ruptured tubal pregnancy is presented with brief review of literature.

Key Words: Advanced tubal pregnancy

I. 서 론

자궁외임신은 전단에 있어 많은 어려움을 가지고 있으며, 미국에서의 산과적 원인에 의한 모성 사망률의 15%를 점유하고 있다(Atrash HK., 1987). 자궁외임신에 의한 모성사망은 실혈에 기인하나, 대부분 예방이 가능한 것으로 여겨지며(Dorfman SF., 1984), 전 임신의 약 2%의 빈도로 자궁외임신이 발생하는 것으로 보고되고 있다(Centers for Disease Control., 1989).

진행된 자궁외임신에서 20주 이상 임신이 진행된 경우를 진행된 임신으로 정의하기도 하나 대개는 태반이 발달되어 주위조직에 침투하여 여러 가지 합병증을 유발시킬 수 있는 임신 12주 전후를 진행된 자궁외임신(advanced extra-uterine pregnancy)이라 한다(Golan A, 1985; 전승환 등, 1992). 대부분의 난관임신은 임신 12주 이내에 난관유산이 되거나 임신이 지속되는 경우 난관파열이 되어 복강내 출혈을 야기

하는 경우가 많다. 12주 이후까지 임신이 지속되는 경우는 매우 드물다. 저자들은 최근 임신 21주까지 진행된 난관임신 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

II. 증례

환자: 26세 기혼

월경력: 주기는 30일, 지속기간은 7일, 양은 중등도 규칙적이었다.

임신력: 0-0-0

과거력: 특이사항 없음.

가족력: 특이사항 없음.

현병력: 최종월경 초일은 1996년 12월 1일 이었으며, 1997년 2월 중순경에 산부인과 의원에서 임신을 확인하였다. 1997년 4월 29일 심한 상복부 통증으로 개인 병원 방문하여 임신 21주에 복강내 임신이라는 진단을 받은 후 본원으로 이송되었다.

입원시 소견: 체중은 52 kg로 보통 체격이었으며 전신상태는 양호 하였고, 의식은 명료하였으나 안색은 매우 창백하였다. 혈압은 60/40 mmHg, 맥박은 분당 68회, 체온은 36.5 °C였다. 이학적 검사상 하복부 전체가 팽대 및 긴장되어 있었으며, 심한 압통 및 반발통이 있었다. 심한 통증으로 인하여 정확한 내진 소견을 얻을 수 없었다.

검사 소견: 일반 혈액검사 결과는 백혈구 수가 $20.88 \times 10^3/\mu\text{l}$, 혈색소 8.4g/dl, 적혈구 용적 26.0% 소변검사상 요케톤이나 요단백은 음성이었다. 혈청 전해질은 정상 범위였고, BUN: 9.0 mg/dl, GOT 31 IU/L, GPT 16 IU/L 였다. 흉류 X-선 및 심전도는 정상소견을 보였다. 초음파검사상 아두대 횡경 길이는 45.9 mm로 임신 20주 크기였으며, 태아심박동은 관찰되지 않았으며 자궁주위로 골반내 혈액이 고여 있는 소견이 관찰되었다.

임상 진단: ① 임신 21주, ② 혈복강

수술 소견: 복강내에 약 2,500 cc 정도의 혈액 및 혈괴가 고여있었고 자궁의 크기는 정상이었으며 좌측난관은 어른 주먹크기로 팽대되어 있었고 파열된 상태로 내부에 태반 조직이 있었다. 임신 20주 크기의 태아가 제대와 연결되어 있었다(Fig. 1). 수술은 좌측난관절제술을 시행하였다.

Fig. 1. 적출물내의 태아, 태반, 제대 및 난관이 보이고 있다.

병리학적 소견은 Fig. 2. 와 같다.

수술 후 진단: 좌측 진행 난관 임신 21주 및 난관파열

수술 후 경과: 수술 후 6일째에 합병증 없이 퇴원하였다.

Fig. 2. Arias-Stella reaction in endometrial cell, showing nuclear enlargement, irregularity, and hyperchromasia with cytoplasmic vacuolation.

III. 고 칠

자궁외임신은 산부인과 영역에서 빈번히 발생되는 응급수술을 요하는 질환으로서 수정란이 자궁내막이외의 부위에 착상되어 저혈량성 속 등의 심각한 합병증이 유발하는 급성질환이다.

현재 혈청 β -hCG 측정, 복식 및 질식 초음파 촬영, 진단적 복강경 등을 이용하여 보다 조기에 진단 및 치료가 가능함으로써 사망률이 현저히 감소하였으나 그 발생빈도는 분만 64~244 중 1명 또는 가임여성 1000명 중 3~4명으로 보고되고 있으며(김종인 등, 1994), 또 사회 경제적 요인과 밀접한 관계가 있으며, 골반 염증성 질환, 자궁내장치, 난관불임수술, 인공유산, 시험관아기 시술 등으로 인하여 증가하는 추세이다.

진행된 자궁외임신(advanced extra-uterine pregnancy) 이란 12주 이상의 자궁외임신을 말한다. 대개는 태반이 발달되어 주위 조직에 침투하여 여러 가지 합병증을 유발시킬 수 있는 임신 12주 전후를 진행된 자궁외임신으로 정의한다(전승환 등, 1992; Golan A, 1985).

대부분의 난관임신이 12주 이전에 파열되어 증상을

동반하므로 진행된 난관임신에 대한 보고는 드물다.

진행된 난관임신의 원인은 다른 자궁외임신의 경우나 같이 수정된 수정란이 자궁강 내로 이동하는 과정에서 이를 저지하거나 방해하는 인자, 즉 골반 내 염증, 자궁내 장치, 개복수술 기왕력에 의한 유착, 난관성형술, 인공유산 등에 의하여 일어나며, 특히 태반이 난관각막쪽으로 위치한 경우 혈액공급과 탄력성이 증가하여 12주 이후까지 진행될 가능성이 많아진다.

진행 난관임신의 가장 초기의 임상적 증상으로는 보통 난관임신과 크게 다를 바 없다. 질출혈과 복통이 가장 많았으며, 그리고 현훈, 견갑통, 태아이상, 골반진찰 소견에서 자궁과 구분되는 자궁부속기의 종괴의 촉지가 가능하고 자궁부속기를 자궁으로 오인하기 쉽다(전승환 등, 1992; 원혜성 등, 1994).

자궁외임신의 진단은 culdocentesis, 초음파 활영, 특히 경질 초음파 활영과 혈청 β -hCG 측정의 발달로 더욱 조기에 진단할 수 있게 되었으며, 임상적으로 안정되어 있는 비파열성 난관임신의 경우에도 조기진단하여 비수술적요법을 시도하게 되었다.

그러나 진행된 자궁외임신에서는 특이한 증상 및 증후가 없어서 진단이 용이하지 않으며, 임신중 합병된 자궁근종 및 난소 낭종, 태반조기박리, 정상임신시의 태아의 태위 변화로 오인되기 쉽고 골반 및 복강내 염증 등과의 감별진단이 필요하다(Omblelect W, 1988).

특이한 증상, 즉 복통, 질출혈, 현훈, 견갑통 같은 증상을 동반하고 혈성복증을 의심하여 수술한 후에야 진행된 난관임신으로 진단되는 것이 보통이다.

진단 방법으로는 요임신 반응검사, 혈청 β -hCG의 연속적 측정, 더글라스와 천자, 복부 X-선촬영, 초음파 활영, 자궁난관조영술 등이 유용하며, 최근에는 자기공명 단층촬영술도 이용되고 있다(Harris MB, 1988).

그러나, 최근에는 조기진단 및 미세수술과 복강경을 이용한 수술적 치료의 발달과 MTX, Prostaglandin 등을 사용한 화학요법의 비수술적 요법(국소적, 전신

적)의 사용으로 향후 임신 가능성의 예후를 향상시킬 것으로 기대된다(김종인 등, 1994; 임춘근 등, 1994).

진행된 자궁외임신에 의한 임신 전반기 산모의 사망과 여러 가지 합병증을 줄이는 길은 병력, 임상증상, 혈청 β -hCG 추적검사, 초음파추적검사, 진단적 복강경 검사 등 여러 가지 진단적 방법과 주의깊은 진찰을 통한 조기진단과 적절한 치료만이 중요한 예후인자라고 생각되는 바이다.

IV. 결 론

저자들은 임신 21주까지 진행된 난관임신 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 중례 보고하는 바이다.

-References-

- 김종인 · 송진화 · 이현주 · 김택훈 · 차순도 · 이두룡. 자궁외임신의 임상적 고찰. 대한산부회지 1994; 37: 931.
원혜성 · 나준희 · 이상범 · 이인식 · 김암 · 목정은. 진행된 난관 임신 1예. 대한산부회지 1994; 37: 1655.
임춘근 · 양숙경 · 류호충 · 홍원표 · 김종인 · 윤성도. 비파열성 난관임신에 대한 Methotrexate의 비수술적 치료. 대한산부회지 1994; 37: 116.
전승환 · 양경희 · 조경훈 · 박종규 · 강영호. 진행난관 임신 3예. 대한산부회지 1992; 35: 425.
Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Ectopic pregnancy mortality in the United States. Obstet Gynecol 1987; 70: 817.
Centers for Disease Control. Ectopic pregnancy-United States. MMWR 1989; 38: 481.
Dorfman SF. Ectopic pregnancy mortality, United States. Obstet Gynecol 1984; 64: 386.
Golan A, Samdbank O, Andronikou A, Ru in A. Advanced extrauterine pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1985; 64: 21.
Harris MB, Angtuaco T, Frazier CN. Diagnosis of a viable abdominal pregnancy by magnetic resonance imaging. Am J Obstet Gynecol 1988; 159: 150.
Ombelet W, Vandermerwe JV, Van Assche FA. Advanced extrauterine pregnancy Description of 38 cases with Literature Survey. Obstet Gynocol Survey 1988; 43(7): 386.