

자궁외 임신

요약문

등록일자 : 2020-04-05

업데이트 : 2025-03-28

조회 : 24973

정보신청 : 99

요약문

‘이것만은 꼭 기억하세요’

- 자궁외 임신이란 수정란이 자궁내막이 아닌 다른 곳에 착상하는 것으로, 95%는 난관에 착상합니다.
- 증상으로는 하복부 통증, 무월경, 질 출혈, 유방의 임통, 구역질, 어지러움, 복강내 출혈로 인한 반석과 빈혈 등이 있습니다.
- 진단은 호르몬 검사, 복강경술, 초음파 검사, 소파술 등을 통해 정상임신이나 유산과 구분합니다.
- 약물 치료는 메토트렉세이트를 한 번에 근육 내로 주사하거나, 수일에 걸쳐 여러 번 주사하는 방법이 있습니다.
- 수술 치료는 난관 보전이 가능한 난관절거술과 난관의 파열 시 시행하는 난관절제술이 있습니다.

개요

자궁외 임신이란 수정란이 자궁내막이 아닌 다른 곳에 착상하는 것을 말합니다. 정상적으로 난자와 정자의 수정은 난관에서 일어나며 이 수정란은 난관을 지나 3~4일 후에 자궁으로 도달합니다. 그러나 난관이 손상되거나 막힌 상태 등으로 인해서 수정란이 자궁으로 이동할 수가 없어서 난관에 착상하는 경우가 생기는데 이러한 경우 자궁외 임신이 생깁니다.



전체 자궁외 임신의 95%는 난관에 착상이 일어나는 난관임신입니다. 난관임신은 난관이 매우 좁고 벽이 얇기 때문에 수정란의 크기가 커지면서 난관이 파열될 수 있습니다. 따라서 월경을 거르고 수 주 후에 난관이 파열되거나 출혈이 일어날 수 있는데 이것은 매우 위험할 수 있습니다.

그러나 자궁외 임신은 난관뿐만 아니라 자궁경부, 난소 또는 복강, 자궁의 과거 제왕절개 수술부위에서도 일어날 수 있습니다. 복강내 임신은 매우 드물고 진단이 내려지기 전까지 상당한 시간에 경과할 수도 있지만, 수술을 하여 태아를 분만하면 살릴 수 있는 경우도 있습니다.

자궁외 임신은 수정란이 자궁 바깥에 있기 때문에 정상적으로 성장할 수 없고 결국 임신이 유지될 수 없습니다. 파열은 임신 초반기 어느 때나 발생할 수 있습니다. 난관의 파열은 복부내 심각한 출혈이나 사망을 초래할 수 있기 때문에 난관임신은 진단되는 즉시 임신을 종결해야 합니다. 만약 의사가 자궁외 임신을 의심한다면 다음과 같은 문제들을 고려합니다.

- 임신 상태가 맞는 것인가?
- 정상임신 가능성은 없는가?
- 어느 부위에 착상이 되었나?
- 어떤 치료가 필요한 상황인가?

역학 및 통계

자궁외 임신은 전체 임신의 1~2% 정도로, 대개 25세~34세 여성들 사이에서 일어나며 점차 증가하고 있습니다.

증상

월경이 예정보다 늦거나 월경주기가 아닌 때 출혈이 보인다면 자궁외 임신의 신호일 수도 있습니다. 임신이 확인된 후 인체 융모성선호르몬(Human chorionic gonadotropin, hCG, 융모성식생자극호르몬) 수치가 비정상적이거나 불규칙한 출혈이 일어난다면 이것도 자궁외 임신임을 암시하는 증상일 수 있습니다. 임신이 되었다고 자가 체크한 여성이 골반부위나 아랫부분의 통증을 경험한 적이 있다면 통증이 가라앉거나 완전히 멈추더라도 반드시 의사의 진료를 받아야 합니다.

자궁외 임신이 초음파로 진단이 안 되는 경우도 있어 이전에는 자궁외 임신이 임신 6주에서 8주째가 될 때까지 진단이 되지 않는 경우가 많았습니다. 자궁외 임신의 진단이 의심되는 환자가 골반부위의 통증과 압통, 불규칙한 질 출혈, 내부 출혈의 증후 등을 보인다면 이것은 생명을 위협하는 응급상황이며 수술을 하여 임신을 빨리 종결하고 출혈을 수습해야 합니다. 최근에는 호르몬 검사와 초음파의 정확도가 높아진 덕분에 임신 초기에 자궁외 임신의 진단율이 증가하여 응급상황이 되기 전에 치료를 받는 경우가 많아졌습니다.

자궁외 임신의 증상은 애매모호하여 산부인과 전문의도 초기 진단이 어려울 수 있습니다. 대체적인 증상은 다음과 같습니다.

1. 통증

자궁외 임신인 경우 하복부 통증이 있을 수 있습니다. 주로 아랫배가 아프고 그 시기는 명확하지 않지만 나팔관이 파열되기 전에도 통증이 생길 수 있습니다. 통증의 양상은 일정하지 않고 배꼽 아래 자궁을 중심으로 해서 왼쪽 혹은 오른쪽에, 또는 양쪽 모두에 통증이 옵니다. 복강내 출혈이 생기면 복벽과 횡경막 부분을 자극하게 되어 복통과 어깨통증이 올 수 있습니다.

2. 무월경

자궁외 임신에서 특히 주의해야 할 사항은 월경이 없어진 후 다시 출혈이 나타난다는 사실입니다. 월경이 불규칙한 여성은 간혹 질 출혈이 있을 때 자궁외 임신에 의한 출혈임에도 이를 월경으로 잘못 생각하여 진단이 늦어지는 경우가 있습니다. 월경을 거르고 한 달 이내에 자궁외 임신의 증상이 나타나는 경우가 25%이므로 주의를 기울여야 합니다.

3. 자궁 출혈

자궁외 임신인 경우에 질 출혈이 있을 수 있습니다. 난관임신인 경우에는 대개 정상 월경보다는 적은 양의 불규칙한 양상의 출혈이 발생할 수 있지만, 자궁경부 임신이나 과거의 제왕절개 수술부위에 임신이 된 경우에는 다량의 출혈이 발생할 수도 있으므로 주의가 필요합니다. 그러나 절박유산, 불완전유산 때에도 자궁외 임신과 같은 양상의 자궁 출혈이 생길 수 있으므로 이를 항상 염두에 두어야 합니다.

4. 복강내 출혈로 인한 증상

자궁외 임신으로 나팔관이 파열되면 출혈이 계속되므로 혈압이 떨어지고 맥박수도 빨라집니다. 출혈로 인한 빈혈이 생기고 복강내 출혈로 인하여 아랫배가 불러오기 시작하면서 골반 내에 심한 통증이 생깁니다.그 외 자궁외 임신에서는 유방의 압통, 구역질 등과 같이 정상 임신에서 보이는 증상 등이 나타날 수 있습니다.

진단 및 검사

초기 임신에서 자궁외 임신의 진단은 정상임신과 유산과의 감별을 위해 혈중 인체 융모 성선호르몬(hCG)과 프로제스테론 수치 검사, 복강경술, 초음파 검사, 소파술 등을 이용한 다방법 진단을 합니다.

1. 인체 융모 성선호르몬(Human chorionic Gonadotropin, hCG)

이 호르몬은 임신을 했을 때 나타나며 태아가 성장하면서 증가하게 됩니다. 정상임신에서는 hCG 호르몬이 태반에서 분비되어 48시간마다 두 배로 증가합니다. 만일 증가하는 속도가 비정상이라면 태아가 건강하지 못하다거나, 유산, 또는 자궁외 임신의 신호일 수 있습니다. 확실한 진단을 내리기 전에 hCG 검사를 반복해야 합니다.

2. 프로제스테론

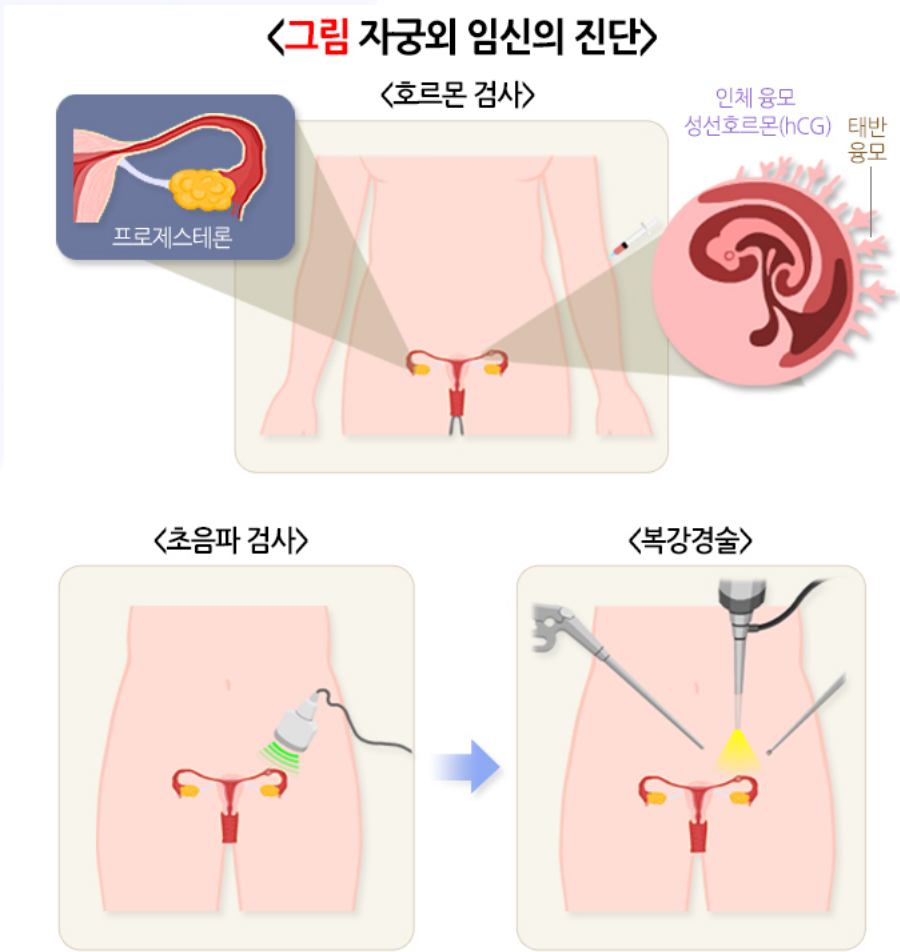
프로제스테론 수치는 임신의 가장 초기에 증가합니다. 이 호르몬의 수치가 낮다는 것은 자궁외 임신이나 유산의 증후일 수도 있습니다. 그러나 프로제스테론 수치만으로 태아의 위치나 생존 여부를 알 수는 없습니다.

3. 초음파 검사

초음파 검사는 임신 초반기에 자궁내 임신을 확인하기 위해 시행됩니다. 만약 자궁 내에서 임신이 확인된다면 자궁외 임신 가능성은 매우 적습니다. 그러나 자궁내 임신이더라도 임신 초반이기 때문에 확인하기 어려운 경우도 있습니다. 그래서 초음파 검사를 일주일 정도 후에 다시 해보는 것이 좋습니다. 초음파 상에서 난관임신은 종종 발견되지 않을 수도 있습니다. 질식 초음파는 난관임신의 진단에 있어 복부 초음파보다 훨씬 예민합니다. 또한 초음파로 복부 내에 액체나 혈액이 있는지도 알 수 있기 때문에 자궁외 임신 시에 난관파열에 의한 복강내 출혈이 있는 경우를 진단할 수 있습니다. hCG와 프로제스테론 검사, 초음파 검사를 병행하면 복강경술이나 소파술을 하지 않고서도 자궁외 임신을 진단할 수 있습니다.

4. 복강경술

복강경술도 자궁외 임신의 진단을 위해 사용될 수 있습니다. 복강경술로 자궁외 임신의 치료가 가능할 수도 있습니다. 복강경이라고 하는 가느다란 카메라를 배꼽 근처의 절개부를 통해 복강 내에 삽입하는데, 필요하면 복강경이나 골반 뒷부분의 작은 절개부를 통해 복강경 수술기구를 넣어 자궁외 임신을 제거할 수도 있습니다.



5. 소파술

혈액 검사 수치와 초음파 결과로 태아가 살아있지 않은 것으로 확인된다면, 자궁의 내벽을 조심스럽게 긁어내는 소파술을 시행할 수 있으며 일반적으로 외래에서 시행합니다. 자궁에서 떼어낸 조직에서 임신한 조직이 발견된다면 자궁외 임신일 확률은 매우 낮습니다. 그러나 임신한 조직이 발견되지 않는다면 자궁외 임신이 아닌지 더 진찰을 해봐야 합니다.

치료-약물 치료

최근 자궁외 임신을 조기에 진단하게 되면서 수술을 하지 않고도 약물로 치료하는 방법이 가능해졌습니다. 원래 이 약은 항암제로 개발되었으나 이 약이 자궁외 임신 조직을 파괴하고 인체 내로 흡수시키는 작용이 있다는 것이 밝혀지면서 자궁외 임신의 치료를 위해 사용되고 있습니다. 메토트렉세이트(methotrexate)는 근육내로 한번 주사하거나 수일 동안 여러 번에 나누어 주사하는데, 상당수의 자궁외 임신이 성공적으로 치료되고 있습니다. 그러나 간이나 신장에 질환이 있는 환자들은 치료의 대상에서 제외됩니다.

메토트렉세이트에 대해 알려진 장기적인 부작용은 없습니다. 다만 단기적인 부작용으로 일시적으로 구강 또는 소화기의 궤양이 생기거나, 간기능 문제가 있을 수 있습니다.

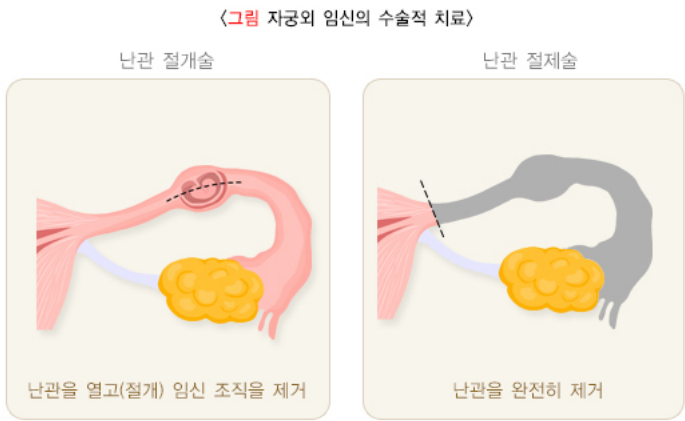
메토트렉세이트가 항상 효과가 있는 것은 아닙니다. 자궁외 임신 조직이 크면 실패 확률은 그만큼 높아집니다. 치료가 성공하면 hCG수치가 2주에서 6주 사이에 0으로 떨어지지만 hCG 수치가 떨어지지 않는다면 메토트렉세이트 치료를 반복하거나, 수술로 임신 조직을 제거해야 합니다.

치료-비약물 치료

수술 치료

이전에는 난관에 생긴 자궁외 임신의 치료는 복강경으로 손상된 난관을 제거하는 것이었습니다. 그러나 근래에는 조기에 진단하고 치료하면 난관을 보존할 수 있습니다. 난관절개술은 자궁외 임신을 포함하고 있는 난관을 보존하는 방법입니다. 이것은 난관을 열고 임신 조직만 떼어내는 방법이며 이후에 난관은 서서히 스스로 치유됩니다. 난관절개술의 단점은 임신 조직이 남아서 계속 자랄 수 있는 가능성이 있다는 것과 드물게 다음 임신에서 같은 부위에 난관임신이 재발할 수 있다는 것입니다. 난관절개술 후 임신 조직이 계속 남아 있는 경우는 약 5~15% 정도이며, 이때에는 난관을 제거하거나 메토트렉세이트 약제를 투여하는 방법이 있습니다. 임신낭의 크기가 크거나 난관의 파열과 손상이 심한 경우에는 난관절제술을 시행합니다.

자궁외 임신 중에 자궁 경부에 임신이 되는 경우에는 약물 치료와 소파술로 제거술을 시행할 수 있으나 출혈이 많은 경우에는 자궁절제술이나 자궁적출술이 필요하기도 합니다.



위험요인 및 예방

이전에 자궁외 임신의 병력이 있었던 여성은 다음에도 자궁외 임신의 가능성이 매우 높습니다. 자궁외 임신 중 50%는 난관에 이상이 있는 경우입니다. 난관의 이상은 임질균, 클라미디아, 기타 성전파 질환에 의한 골반 감염이 흔한 원인이지만 자궁내막증, 맹장염, 이전의 골반 수술이나 특정 약물 복용에 의해서도 생길 수 있습니다. 피임을 위한 난관결찰술이나, 난관결찰을 다시 복원하는 수술 등 난관에 행한 모든 종류의 수술은 자궁외 임신의 확률을 증가시킵니다. 배란촉진제를 이용한 시험관아기법으로 임신한 여성도 자궁외 임신을 하게 될 확률이 약간 높습니다. 자궁외 임신의 원인에 대해서 뚜렷이 설명할 수 없는 경우도 있습니다. 그러나 자궁외 임신을 한번 경험한 여성은 다음에도 자궁외 임신의 위험이 큰 것은 분명하므로 다음에 임신을 하거나 월경을 거른 경우에는 주의 깊게 관찰해야 합니다.

다음과 같은 조건에서 자궁외 임신이 잘 일어나는 것으로 알려져 있습니다.

- ° 골반강 내 염증질환이거나 난관염
- ° 과거 자궁외 임신
- ° 불임
- ° 골반강 또는 복부수술(예: 종수돌기 절제술)
- ° 자궁내막 증식증
- ° 선천난관기형
- ° 흡연



본 공공저작물은 공공누리 **"출처표시+상업적이용금지+변경금지"** 조건에 따라 이용할 수 있습니다.

☰ 목록

