

자궁외임신의 임상적 고찰

영남대학교 의과대학 산부인과학교실

황태영 · 나용연 · 김종욱 · 박완석
이태형 · 이승호 · 정원영

서 론

자궁외임신은 산부인과 영역에서 흔히 볼 수 있는 응급을 요하는 질환으로서 의학의 발달에도 불구하고 그 빈도는 오히려 증가하고 있다.^{1, 2)}

이 질환은 환경적, 윤리적, 경제적 요인 및 생활상태 등과 밀접한 관련이 있으며, 과거에는 골반염이 주원인이었으나 근래에는 피임 내지는 불임 목적의 시술이 상당한 원인을 차지한다고 하며^{3, 4)} 구미 선진국에서는 성생활의 연소화 및 성문란에 따라 젊은 층에 증가하고 있다고 한다.²⁾

자궁외임신에 대한 연구보고는 국내외에 많이 있으나 그 성적은 다양하다. 저자는 1983년 5월 28일 개원 이래 1985년 9월 30일까지 2년 4개월 동안 본원 산부인과에 입원, 개복술을 시행하여 병리조직학적으로 확인된 자궁외임신 88예에 대해 빈도, 연령, 임신·출산력 및 임신중절 횟수, 과거력, 증상, 입원 당시의 혈액소치, 뇨 임신반응검사, 더글라스씨와 천자 결과, 임신주수에 따른 착상부위 및 파열 유무와 복강내 출혈량에 대해 분석 고찰하였다. 자궁외임신이 의심되었으나 개복술 없이 추적하여 자연소퇴된 것으로 추정된 4 예는 본 조사에서 제외시켰다.

조 사 성 적

1) 빈 도

조사기간중 총분만수는 1,954예, 자궁외임신은 88예로 분만수에 대한 자궁외임신의 빈도는 1 : 22.2였다.

2) 연령분포

가장 빈번한 연령층은 25세에서 34세 사이로서

67%로 절반 이상을 차지하였다. 20세 이하에서 1 예도 없었던 반면 40세 이상에서는 4.5%였다 (Table 1).

Table 1. Age distribution

Age	No. of Cases	%
under 20	0	0
20~24	15	17.1
25~29	25	28.4
30~34	34	38.6
35~39	10	11.4
over 40	4	4.5
Total	88	100

3) 임신·분만 및 인공유산 회수

1~3회 임신에서 발생한 예가 51.2%로 절반 이상을 차지했으며, 분만횟수는 미산부가 33.0%로 가장 많았고, 2회 분만이 27.3%로 그 다음 순이었으며, 4회 이상 분만의 경우부터는 그 빈도가 급격히 감소했다. 인공유산과의 관계를 보면, 전혀 유산의 경험이 없었던 경우가 29.5%로 가장 많았고, 그 다음은 1회, 2회의 순이었다 (Table 2).

4) 기왕력

자궁부속기염이 25%로 가장 많았으며, 가족계획 목적의 복강경 불임술을 받았거나 자궁내장치를 삽입하였던 경우가 19.4%였다. 반복 자궁외임신은 6.8%였다 (Table 3).

5) 임상증상

하복통이 85.2%, 질출혈이 56.8%로 높은 빈도를 보인 반면, 복부팽만과 현훈의 증세는 그 빈도가 낮았다 (Table 4).

Table 2. Distribution of gravidity, parity and artificial abortion

Times	Gravidity		Parity		Artificial abortion	
	No.	%	No.	%	No.	%
0	10	11.4	29	33.0	26	29.5
1	19	21.6	15	17.0	21	23.9
2	16	18.2	24	27.3	16	18.2
3	8	9.1	13	14.8	8	9.1
4	7	8.0	5	5.7	5	5.7
5	5	5.7	1	1.1	3	3.4
over 6	23	26.0	1	1.1	9	10.2

Table 3. Past history

History	No.	%
Ectopic Pregnancy	6	6.8
Appendectomy	2	2.3
Cesarean Section	2	2.3
Other Laparotomy	2	2.3
Laparoscopic Tubal Sterilization		
Ring	5	5.7
Cautery	7	8.0
IUD	5	5.7
PID	22	25.0

Table 4. Presenting symptoms

Symptoms	No.	%
Lower Abdominal Pain	75	85.2
Vaginal Spotting	50	56.8
Adnexal Mass	14	15.9
Nausea, Vomiting	9	10.2
Abdominal Distension	4	4.5
Dizziness, Fainting	3	3.4

Table 6. Urine HCG

Results	Ruptured		Abortion		Intact	
	No.	%	No.	%	No.	%
Positive	32	78.0	19	63.3	6	54.5
Negative	9	22.0	11	26.7	5	45.5
Unchecked	3	-	1	-	2	-
Total	44	100.0	31	100.0	13	100.0

6) 최초의 혈액소치

대부분 8~12gm%로서 68.2%였고, 12gm% 이상은 23.8%, 8gm% 이하가 8.0%를 차지하였다(Table 5).

Table 5. Initial hemoglobin level

Results (gm%)	Ruptured	Abortion	Intact
under 8	5	1	0
8~10	16	13	4
10~12	13	10	5
over 12	10	7	4
Total (88)	44	31	13

7) 뇨 임신반응검사

69.5%에서 양성을 보였으며, 파열된 경우와 유산된 경우에서 무상(無傷, intact)군보다 높은 양성율을 보였으나 통계적인 의미는 없었다(Table 6).

8) 디글라스씨와 천자에 대한 성적

양성이 75.9%, 음성이 10.1%, 실패한 예가 13.9%였다. 실시하지 않았던 9예는 자궁경부임신 1예와 기타 자궁부속기 염좌나 난소낭종을 의심했던 경우 및 초음파검사 등으로 확진되어 시

행하지 않았던 경우 등이었다(Table 7).

Table 7. Culdocentesis

Results	No.	%
Positive	60	75.9
Negative	8	10.1
Failed	11	13.9
Not Done	9	-

9) 임신주수, 발생부위 및 파열유무

임신주수별로는 6~7주가 29.5%로 가장 많았으며 12주 이상의 경우도 15.9%였다.

부위별로는 난관임신이 96.6%였고 그 중에서도 팽대부가 63.6%로 가장 많았으며, 협부 23.9%, 난관채부 9.1%, 간질부 3.4% 순이었다.

파열유무는 내경이 좁은 협부의 경우 모두 파열 내지는 복강내 유산되었으며 자궁경 및 간질부 임신의 경우는 12주 이상 파열되지 않았던 경우가 더 많았다(Table 8).

10) 복강내 출혈량

복강내 출혈량의 정확한 측정은 매우 어렵지만 여러 가지 방법으로 추정한 바에 의하면 1,000ml 이하의 경우가 가장 많았고(53.4%), 3,000ml 이상의 경우도 8.0%나 되었다(Table 9).

11) 기 타

초음파검사, 혈청내 β -HCG 값, 또는 복강경에 의해 파열되지 않은 상태의 자궁외임신으로 진단이 가능했던 예가 6예였으며, 자연소멸을 의심하는 4예는 여기에 포함시키지 않았다.

조사기간 동안 본원에 입원, 치료하여 사망한 예는 없었다.

Table 9. Free blood

Amount (ml)	No.	%
under 500	27	30.7
501~1,000	20	22.7
1,001~1,500	11	12.5
1,501~2,000	10	11.4
2,001~2,500	7	8.0
2,501~3,000	6	6.8
over 3,000	7	8.0

고찰

자궁외임신이란 수정란이 자궁강내막 이외의 장소에 착상한 임신을 말하며^{1,5)} 그 원인으로서 는 크게 나팔관의 이상과 수정란의 이상을 들고 있다.⁵⁾

이 질환은 1693년 Busiere가 처음 발견 하였으며⁶⁾ 1759년 John Bard⁷⁾에 의해 처음으로 수술에 의한 치료가 시도된 이래 여러 사람의 노력에 의해 진단과 치료에 획기적 발전이 있어 왔다 그러나 이러한 발전에도 불구하고 자궁외임신의 빈도는 증가추세라고 하는데^{1,2,6)} 그 이유로 성병의 증가, 임신중절술, 피임 및 불임술, 부적절한 약제 사용 및 진단방법의 발달 등을 들 수 있다

국내문헌상의 추세는 분만수와 비교해서 2.8%~9.77%사이의 빈도이며,⁸⁻²⁰⁾ 저자의 경우 4.5%로서 국내문헌과 비슷했다. 년도별 빈도의 증가는 밝혀내기 어려웠는데, 이는 병원 분만 증가에 따른 자궁외임신의 상대적 비율의 감소에서 기인 하리라 생각된다. 미국의 경우 1970년의 0.48%

Table 8. Implantation site and termination according to the gestational age

Weeks	Interstitial		Isthmic		Ampulla		Fimbria		Cervix		Ovary or Abdominal	
	R+A*	I**	R+A	I	R+A	I	R+A	I	R+A	I	R+A	I
4-5			3		9		1					
6-7			8		11	3	3					1
8-9			4		10	3						
10-11	1		4		6		3	1				
over 12		2	1		7	2			1		1	
uncertain			1		2							
Total	3		21		53		8		1		2	

* R+A; Ruptured+Abortion. ** I; Intact

에서 1978년의 1.28%로 매년 증가함을 알 수 있었다(Table 10).

발병은 가임 전기간에 가능하며 저자의 경우는 25~34세 사이에서 67%로 그 빈도가 높았으며, 이는 박⁸⁾ 65.8%, 김⁹⁾ 63.51%, 이 등¹⁶⁾ 54.5%, Anderson²¹⁾, Alvarez²²⁾ 등 국내의 문헌과 대차가 없었다.

불임자에서 자궁외임신이 발생한 예가 저자의 경우에는 10예로 11.4%였으며, 국내의 문헌상에는 2.7%~43.3%로 보고하고 있다.^{8, 23, 24, 25, 26)}

분만횟수와와의 관계에서 Marcetti²³⁾는 분만횟수가 많을 수록 자궁외임신의 가능성은 적어진다고 보고했던 바 저자의 경우도 분만횟수가 3회 이상으로 증가함에 따라 그 빈도가 감소함을 알 수 있었으며, 본 조사에 의하면 미산부가 33%로서 김⁹⁾, Schiffer²⁸⁾ 등의 34.3%, 35%와 유사했고 이 등¹⁷⁾ 24.9%, Bobrow & Bell²⁵⁾ 17.4%, Halpin²⁷⁾ 25.9% 등의 보고보다 높았다.

저자의 경우 임신중절의 경험이 있는 경우가 70.5%로서 최 등¹⁸⁾의 68.8%와 유사했으나 손 등¹⁵⁾의 50%보다 높았던 바, 이는 지역환경적 요소의 차이에 기인되리라 생각하며, 또한 1960년대 이후에 가족계획 목적으로 성행하기 시작한 임신중절이 중요한 원인의 하나가 된다고 생각한다.

기왕력에서 골반염의 사실이 있었던 예가 25%

로서 이는 김 등¹⁹⁾ 27.1%, Marcetti²³⁾ 26.9%와 비슷했으나 손 등¹⁵⁾ 9.8%, 이 등¹⁶⁾ 4.0%, 이 등¹⁷⁾ 5.3%보다는 높은 바, 임신중절 이후의 불완전한 치료라든가 성병의 증가 등이 원인이 되었으리라 생각된다. 반복 자궁외임신은 6.8%로서 김 등¹⁹⁾ 8.3%, Novak⁵⁾ 10%와 유사했다. 특히 1970년대 중반기 이후 보급된 복강경 불임술 후의 발생율은 13.7%로서 김 등¹⁹⁾ 14.4%, 손 등¹⁵⁾ 11.6%, 최²⁰⁾ 12.9%와 유사했으나 김 등³⁾ 23%, 라 등⁴⁾ 33.3% 보다는 낮았다. 자궁내 장치의 기왕력과 합한 치는 19.4%로서 가족계획 목적의 시술법이 자궁외임신의 중요한 원인으로 대두되고 있는 것은 주목할 만한 일이며 개선된 피임법의 개발이 시급하다고 하겠다.

자각증상은 하부부 동통이 85.2%로서 김 등¹⁹⁾ 82.9%, 이 등¹⁷⁾ 87.3%, 최 등¹⁸⁾ 87.2%와 유사했고 이 등¹⁶⁾ 91.5%, 손 등¹⁵⁾ 96.4%, Alvarez²²⁾ 99.2%보다 낮았다. 성기출혈은 56.8%로서 국내 의문헌의 빈도와 대차가 없었으며, 견비통은 약 10%에서 발생한다고 하나,²⁹⁾ 저자의 경우에는 1예도 없었으며, 기타의 증상이나 임상적 소견에는 큰 차이점이 없었다.

입원 당시의 혈액소치는 저자의 경우 8gm% 이하가 6.8%, 10gm% 이하가 44.3%로서 손 등¹⁵⁾ 53.7%, 이 등¹⁶⁾ 42.34%와 비슷했으나 이 등¹⁷⁾

Table 10. Numbers and rates of ectopic pregnancies by year, United States, 1970-1978

Year	Number	Rates		
		Women Aged 15-44*	Live Births**	Reported Pregnancies***
1970	17,800	4.2	4.8	4.5
1971	19,300	4.4	5.4	4.8
1972	24,500	5.5	7.5	6.3
1973	25,600	5.6	8.2	6.8
1974	26,400	5.7	8.4	6.7
1975	30,500	6.5	9.8	7.6
1976	34,600	7.2	11.0	8.3
1977	40,700	8.3	12.3	9.2
1978	42,400	8.5	12.8	9.4
Total	261,600	6.3	8.8	7.1

* Rate per 10,000 females

** Rate per 1,000 live births

*** Rate per 1,000 reported pregnancies (live births, legal induced abortions, and ectopic pregnancies)

34.3%, Sandmire & Randelle²⁶⁾ 3.15% 보다 높았다. 파열군이 유산군이나 무산군보다 낮은 치를 나타냈으나 통계적인 의의는 찾을 수 없었다

노 임신반응검사를 실시했던 82예중 양성인 69.5%로서 파열 및 유산된 경우의 양성율은 각각 78.0%, 63.3%로서 무산군의 54.5%에 비해 높은 양성율을 나타냈으나 표본수가 적어 통계적 의의는 찾을 수 없었다 국내외문헌을 보면 Novak⁵⁾ 이 67%로 본 조사의 성적과 유사했으며 조¹⁴⁾ 42.2%, 손 등¹⁵⁾ 39.4%, 이 등¹⁶⁾ 52.8%, 이 등¹⁷⁾ 58.8%, 김 등¹⁹⁾ 53.0%은 본 조사보다 낮은 양성율을 보고하였다.

더글라스씨와 천자는 천자액에서 hematocrit치가 12% 이상으로서 응고되지 않는 경우 양성이라고 하는데 일반적으로 15% 정도의 위양성율과 10% 정도의 위음성율을 보인다고 한다. 저자의 경우 전체적인 양성율이 75.9%로 낮은 반면 국내외문헌상으로는 조¹⁴⁾ 96.9%, 손 등¹⁶⁾ 90.1%, 이 등¹⁷⁾ 91.2%, Sandmire²⁶⁾ 89.2%, Alvarez²²⁾ 93.0%, Albert Altchek²⁾ 90% 등의 다양한 보고가 있다.

Halpin 등²⁷⁾은 정확한 진단은 경우에 따라 애매할 수 있어서 진찰 및 임상조건, culdocentesis, 노 임신반응검사, culdoscopy 및 colposcopy 등의 종합적인 분석이 필요하다고 하였다. 특히 초음파검사와 혈청 β -HCG치를 비교함으로써 조기진단이 가능한데 혈청 β -HCG치가 6,500 이상이면서 자궁내에 태낭이 안보일 경우엔 자궁외임신을 의심하여야 하며, 6,000 이하로서 임상적으로 안정한 경우엔 48시간 이후에 다시 측정하여 66% 이상 상승시엔 정상 임신일 가능성을 생각하고, 66% 이하로 증가한 경우엔 자궁외임신을 의심하여 복강경검사나 개복술을 필요로 한다. 국내 여건상 β -HCG측정이 고가란 점과 시간이 걸린다는 점이 단점이라고 하겠다.

임신주수별로는 6~7주 사이가 24예로서, 주수 미상인 13예를 빼고 계산한 결과 32%로 가장 높았는데 이는 조¹⁴⁾ 6~7주에서 30.5%, 손 등¹⁵⁾ 7~8주에서 30.4%, 이 등¹⁶⁾ 6~8주에서 27.06%, 이 등¹⁷⁾ 6~8주에서 39.2%, 김 등¹⁸⁾ 6~8주에서 33.7%의 보고와 거의 유사했다.

본 조사에서는 나팔관임신이 96.6%이었는데 비해 조¹⁴⁾는 88.6%, 이 등¹⁷⁾은 94%, 이 등¹⁶⁾은 92.8%의 성적을 보고한 바 있다

저자의 연구에서 자궁외임신의 중절양식은 파열형, 유산형, 무상이 각각 50%, 35.2%, 14.8%로 나타났는데 이 등¹⁷⁾은 각각 59.4%, 39.9%, 3%, 이 등¹⁶⁾은 각각 61.34%, 34.44%, 4.22%로 보고하고 있어 본 조사결과는 파열형의 빈도가 낮은 반면, 무상의 빈도는 높았으며, 유산형의 빈도는 비슷했다

복강내 출혈량은 1,000ml 이하가 53.4%로 가장 많았으며 이는 최 등¹⁸⁾ 44.2%, 손 등¹⁵⁾ 45.4%, 문 등¹³⁾ 47.2%, 이 등¹⁷⁾ 59.79%, 조¹⁴⁾ 55%와 유사했다. 2,000ml 이상은 22.8%로서 조¹⁴⁾ 12.7%, 이 등¹⁷⁾ 6.34%, 문 등¹³⁾ 5.4%, 손 등¹⁵⁾ 13.3% 보다 월등히 높았는데 지역적, 경제적 요인 및 교육정도와 관련이 있을 것으로 사료된다

자궁외임신으로 인한 사망율은 Armstrong³⁰⁾이 0.8%, Bobrow²⁵⁾가 2.2%로 보고하고 있으나 저자의 경우에는 1예도 없었다.

요 약

1983년 5월 28일 개원 이래 1985년 9월 30일까지 2년 4개월 동안 본 영남대학교 의과대학 부속병원 산부인과에 입원 가료한 바 있는 자궁외임신 88예를 대상으로 하여 임상적으로 조사, 관찰, 분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다

1. 자궁외임신의 분만수에 대한 빈도는 1 : 22.2였다.
2. 빈발연령은 30~34세가 38.6%로 가장 많았으며, 25~34세는 67%였다
3. 분만횟수와 임신중절 횟수가 증가할 수록 자궁외임신의 빈도는 감소하는 경향을 보였다.
4. 기왕력은 골반염이 25%, 복강경 불임술이 13.7%였으며 반복 자궁외임신은 6.8%였다.
5. 주요증상은 하복부 동통이 85.2%, 질출혈이 56.8%였으며 Shock증상은 3.4%였다.
6. 입원 당시 혈색소치는 8 gm% 이하인 경우가 6.8%, 10gm% 이하가 37.5%였으며 복강내 출혈은 1,000ml 이하가 53.4%였으며 2,000ml 이상이 22.8%였다.
7. 노 임신반응검사의 양성율은 파열군(78%) 및 유산군(63.3%)이 무산군(54.5%)에 비해 높았으나 통계적인 의의는 없었다.
8. 더글라스씨와 천자의 양성율은 75.9%였다
9. 임신주수별로는 6~9주 사이가 48.9%로 가장 많았고 12주 이상이 15.9%였다.

10. 착상부위별로는 난관이 96.6%로서 그 중 팽대부가 60.2%, 협부 23.9%, 난관채부 9.1%, 간질부 3.4%였다.

11. 조사기간 동안 내원한 자궁외임신 88예중 사망한 예는 없었다.

참 고 문 헌

- Pritchard, J. A. and MacDonald, P. C. : Williams Obstetrics 17th ed. Chap. 22, 423-440, 1985.
- Albert Altchek: Ectopic pregnancy in young patients, Contemporary OB/GYN. 24(3): 120-152, 1984.
- 김병화, 이기영, 서재식, 윤루비, 김동진, 남주현: 복강경 불임수술 후에 속발한 자궁외임신에 관한 임상적 연구, 대한산부인과학회지, 28(5): 709-714, 1985.
- 라영호, 변용진, 신영우, 김창학, 이응수: 자궁외임신의 중요한 원인의 하나로서의 난관 불임술, 대한산부인과학회지, 28(3): 391-397, 1985.
- Jones, H. W. and Jones, G. S. : Novak's Textbook of Gynecology 10th ed. chap. 26, 1981, p. 636-658.
- Mattingly, R. F. and Thompson, J. D. : Telle's Operative Gynecology 6th ed. Chap. 18, 1985, p. 429-448.
- Quilligan, E. J. and Zuspan, F. P. : Douglas-Stromme Operative Obstetrics 4th ed. Chap. 7, 1982, p. 219-252.
- 박문선: 자궁외임신의 통계적 관찰, 대한산부인과학회지, 4(3): 235-239, 1961.
- 김선원: 자궁외임신의 임상통계적 관찰, 대한산부인과학회지, 8(12): 567-572, 1965.
- 최영실: 자궁외임신의 임상통계적 관찰, 대한산부인과학회지, 9(6): 19-25, 1966.
- 박찬동, 함종국, 이재찬, 김석화: 자궁외임신의 임상적 관찰, 대한산부인과학회지, 12(4): 13-19, 1969.
- 김자혜, 강민자, 전해자, 강신명: 자궁외임신, 대한산부인과학회지, 14(7): 17-24, 1971.
- 문시영, 김철, 이양희, 손세송: 자궁외임신의 임상적 관찰, 대한산부인과학회지, 25(11): 1,279-1,285, 1982.
- 조기환: 자궁외임신에 대한 임상통계학적 고찰, 대한산부인과학회지, 26(6): 627-634, 1983.
- 손용주, 김정혜, 박태성, 신경재, 박종배, 박신근: 자궁외임신의 임상통계학적 고찰, 대한산부인과학회지, 27(6): 803-809, 1984.
- 이윤호, 박찬규, 김대현, 송석근, 서경진, 황규성: 자궁외임신에 관한 임상통계적 및 시대적 고찰, 대한산부인과학회지, 27(2): 216-223, 1984.
- 이종태, 조성욱, 김재홍: 자궁외임신에 관한 임상통계학적 고찰, 대한산부인과학회지, 25(4): 471-478, 1982.
- 최승관, 서병희, 복정은, 이재현: 자궁외임신의 임상적 고찰, 대한산부인과학회지, 28(6): 783-788, 1985.
- 김병언, 김영식, 김두표, 임경주, 황의하: 자궁외임신의 임상적 고찰, 대한산부인과학회지, 28(5): 687-692, 1985.
- 최영원: 난관 불임술후 속발된 자궁외임신에 대한 임상적 고찰, 대한산부인과학회지, 28(6): 789-794, 1985.
- Anderson, G. W. : The racial incidence and mortality of ectopic pregnancy, Am. J. Obstet. & Gynecol. 61(2): 312-320, 1951.
- Alvarez, R. R. and Nisco, F. S. : Ectopic pregnancy; An 18 year analysis, J. Obstet. & Gynecol. 17(5): 536-542, 1961.
- Marcetti, A. A. and Kuder, A. : A clinical evaluation of ectopic pregnancy, Am. J. Obstet. & Gynecol. 52(4): 544-555, 1946.
- Breen, J. L. : A 21 year survey of 64 ectopic pregnancies, Am. J. Obstet. & Gynecol. 106(7): 1,004-1,019, 1970.
- Bobrow, M. L. and Bell, H. G. : Ectopic pregnancy; A 16 year survey of 905 cases, Obstet. & Gynecol. 20(4): 500-506, 1962.
- Sandmire, H. F. and Randle, J. H. : Ectopic pregnancy; A review of 182 cases, J. Obstet. & Gynecol. 14(3): 227-234, 1959.
- Halpin, T. H. : Ectopic pregnancy; The problem of diagnosis, Am. J. Obstet. & Gynecol. 106(2): 227-236, 1970.
- Schiffer, M. A. : A review of 268 ectopic pregnancies, Am. J. Obstet. & Gynecol.

- 86(2):264-270, 1963.
29. Kistner, R. W. :Gynecology 4th ed. Chap. 6, 268-276, 1986.
30. Armstrong, J. J., Wilhs, S. H., Moor, J., and Landen, A. E. :Ectopic pregnancy, Am. J. Obstet. & Gynecol. 77(2):364-370, 1959.

— Abstract —

A Clinical Review of Ectopic Pregnancy

Tai Young Hwang, Yong Yun Nah, Jong Wook Kim, Wan Seok Park,
Tae Hyung Lee, Sung Ho Lee, and Wun Yong Chung

*Department of Obstetrics and Gynecology
College of Medicine, Yeungnam University
Taegu, Korea*

This study was undertaken for the clinical evaluation and statistical analysis on the 88 women with histopathologically confirmed ectopic pregnancies who were admitted and treated from grand opening on May-28, 1983 to Sept.-30, 1985.

Incidence of ectopic pregnancy was 1 in 22.2 deliveries and the most common age group was in 30~34 years of age. There was tendency of decreasing incidencies as the gravidity, parity or artificial abortion were over 3. The most common etiologic factor was pelvic inflammatory disease and procedures for family planning were the next common.

Common symptoms were lower abdominal pain (85.2%) and vaginal spotting (56.8%). At the admission, hemoglobin level under 10gm % were 44.3%. 69.5% of urine HCG tests were positive. Culdocentesis was positive only in 75.9%. Termination was frequent at 6~7 weeks of gestation mostly with rupture or abortion. Free blood in the abdominal cavity was averaged 1,224 ml. 4 cases of clinicobiochemically suspected ectopic pregnancies with spontaneous regression were excluded, and there was no fatal case treated in hospital.