

산모, 다른 질병 없다면 비감염인과 차이 없어 태아, 치료받지 않으면 20~25% 수직감염

:: 이 꽃 실 | 관동대학교 명지병원 감염내과 교수

전세계적으로 2003년 말 HIV감염자는 3,780만 명에 달하며 그중 여성이 차지하는 비율은 45%로 1,700만 명 정도 되며 15세 미만의 감염자가 210만 명을 차지한다. 우리나라의 경우 2004년 6월까지 총 2,842명의 감염자가 있으며 그중 여성 감염자는 288명으로 10%를 차지, 70% 이상이 20세에서 39세 사이의 가임기 연령이다.

이성간의 성접촉이 주된 감염경로인 아프리카와 아시아 일부 국가를 보면 남녀의 성비가 1:1에 가까운 데 비하여 우리나라 감염자의 성별 분포는 그렇지 않은 게 특징이다.

하지만 감염경로를 고려해 본다면 우리나라에서도 여성 감염자가 앞으로 더욱 증가할 수 있으며, 이는 향후 수직감염에 의한 신생아 감염도 늘 수 있어 무엇보다도 이에 따른 올바른 교육과 적절한 치료가 중요하다고 할 수 있겠다.

항에이즈 약제, 수직감염률 낮춰

HIV 감염이 임신에 미치는 영향은 기회질환이 없다면 일반인과 큰 차이가 없어 태아의 기형이나 조산, 저체중아 등이 더 증가하지는 않는 것으로 알려져 있으며, 임신 자체가 HIV에 미치는 영향도 병의 경과를 더 빨리 진행시키거나 반대로 완화시키지도 않는 것으로 되어있다.

이러한 가임기 여성이 항에이즈 약물을 투여받지 않는 경우에 수직 감염률은 평균 20~25%이나, 치료를 받은 경우에는 이런 가능성을 70% 이상 줄일 수가 있다. 수직감염의 시기는 태내에 있을 때, 출산하는 동안, 그리고 출산 후 모유시기에 모두 가능하다.

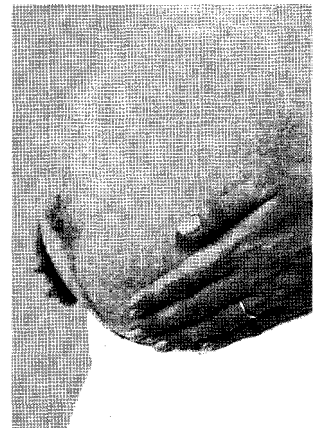
감염의 시점에 따라 증상의 발현과 경과에 차이가 있는데 임신 초기에 감염된 경우는 에이즈로 진행이 매우 빠르지만 출산 시 감염된 경우는 무증상기를 거치고 생존기간도 길다.

그러나 수직감염의 대다수는 출산을 앞두고 임신 후반기나 출산 시 감염되는 것으로 알려져 있는데 수직 감염의

92%가 임신 후반 2개월 동안과 출산 시에 일어나고 이들 중 65%는 출산 시 감염되는 것으로 알려져 있다.

수직감염의 위험인자로 알려진 것들은 여러 가지가 있다. 산모의 혈중 바이러스 정도가 높을수록, 임상정도가 진행된 경우, 양수막이 터진 후부터 출산까지의 시간이 길수록, 임신시 성병이 있는 경우, 조기진통, CD4+T 세포수치가 낮을수록, CD8+T세포 수치가 높을수록, 질식분만을 하는 경우, 음주나 담배를 피는 경우, 모유수유 등이 전파의 위험도를 높인다.

그렇다면 반대로 수직감염을 낮추는 방법에는 산모의 항에이즈 약제의 복용, 제왕절개 수술, 낮은 바이러스 양과 높은 CD4+T 세포수, 기회질환의 적극적 예방, 성병의 적극적 치료,



수직감염을 낮추는 방법에는 산모의 항에이즈 약제의 복용, 제왕절개 수술, 낮은 바이러스양과 높은 CD4+T 세포수, 기회질환의 적극적 예방, 성병의 적극적 치료, 좋은 산전 진찰과 건강 증진 서비스, 신생아의 항에이즈 약제의 투여 등이 있다.

좋은 산전 진찰과 건강 증진 서비스, 신생아의 항에이즈 약제의 투여 등이 있다.

임신 14주 이후부터 치료해야

HIV 감염 임신부의 경우 항에이즈 치료를 받아야 하는 경우는 다음과 같다. 증상이 있는 HIV 감염자이거나 AIDS로 진단된 경우, CD4+T세포수가 200cells/mm³ 이하인 경우, 바이러스 양이 1,000copies/mL 이상인 경우 등이다. 항에이즈 치료제 중에 efavirenz(Sustiva), stavudine (Zerit), amprenavir(Agenerase), hydroxyurea, delavirdine(Rescriptor)는 사용할 수 없으며, ddI와 ddT의 병합도 피해야 한다.

무엇보다도 치료의 장점과 단점에 대해 충분히 상의한 후 결정하여야 하는데 임신 1기에는 기형발생의 위험이 높기 때문에 대개는 14주 이후에 치료를 시작한다. 하지만 임신 전에 이미 항에이즈 약물을 투여받고 있었다면 치료를 지속할 것인지 혹은 임신 14주까지 치료를 중지할지를 결정하여야 한다.

만약 치료를 중지하기로 결정하였다면 모든 약제를 한꺼번에 중지하고 다시 사용할 때는 한꺼번에 투여하여야 내성을 막을 수 있다.

그러나 바이러스 양의 반동 현상이 나타날 수 있으며 이로 인해 HIV 전파와 향후 바이러스 감소에 부정적인 영향을 줄 수도 있다. 임신 14주 이후에는 지도부딘을 추가하거나 다른 역전사효소 억제제를 지도부딘으로 대체하여 수직감염의 위험을 감소시켜야 한다.

표준요법은 하루 600mg을 2회 또는 3회로 나누어 복용하도록 하고 분만 시에도 복용하며, 신생아에게도 출생 후부터 6주간 투여하도록 하고 있다.



최근 보고에 의하면 분만 중에 nevirapine(Viramune)을 산모에게 한번 투여하고, 태어난 신생아에게 한번 투여함으로써 수직감염을 의미있게 감소시켰다는 보고도 있다. 제왕절개수술은 임신 38주경에 계획하여 시행하는 것이 좋다.

임신 시 발생하는 기회질환에 대해서는 임신부가 아닌 경우와 마찬가지로 치료한다. 기회감염의 예방을 위한 약제는 항에이즈 약물의 투여와 마찬가지로 장점과 단점을 고려하여 결정해야 한다. 폐렴구균 백신이나 B형 간염백신, 인플루엔자 백신도 적응증이 되면 투여한다. 하지만 홍역, 풍진, 볼거리, 수두와 같은 생백신은 금기이다.

모유수유는 피해야

이처럼 가임기의 HIV 감염여성은 임신하기 전부터 감염내과 의사와 산부인과 의사의 긴밀한 협조가 필요하다. 환자의 병력을 충분히 청취하고 자세히 진찰하여 환자의 이상을 조기에 진단하는 게 중요하고, 성병이나 음주, 마약, 부분별한 성관계 등 수직감염의 위험을 높일 만한 요소를 점검하고 이를 피하도록 교육해야 한다.

또한 모유수유를 하지 않도록 교육하는 것도 중요하며, 매 시기마다 감염 상태와 면역 정도를 평가하여 항에이즈 약물치료를 적절히 받도록 도와주어야 한다. 그리고, 임신부에서도 HIV 중식을 측정 수준 이하로 충분히 억제하는 것이 중요하며, 매 4주마다 바이러스 정도를 측정하여 치료를 평가하도록 한다. 이렇게 하기 위해서는 부인과 영역에서의 협조와 함께 정신사회적으로 그리고 경제적 도움이 말바탕이 되어야 한다.