Korean Journal of Obstetrics and Gynecology
Vol. 53 No. 5 May 2010

임신성 급성지방간 1예 보고

성균관대학교 의과대학 마산삼성병원 산부인과

서민아 · 김창운 · 권민정 · 지병주 · 박경도

Acute fatty liver of pregnancy: A case report

Min A Seo, M.D., Chang Woon Kim, M.D., Min Jung Kwon, M.D.,
Byung Ju Ji, M.D., Kyung Do Park, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Masan Samsung Hospital,
Sungkyunkwan University School of Medicine, Masan, Korea

Acute fatty liver of pregnancy are relatively rare but extremely dangerous, because they may quickly develop into a fulminant disease and become a serious life-threatening disorder for mother and fetus in the third trimester. Therefore, early diagnosis, prompt delivery and intensive supportive care the cornerstones in the management of acute fatty liver of pregnancy. Clinical findings in acute fatty liver of pregnancy vary because it may occur with varying degrees of clinical severity and in conjunction with other third trimester symptoms, making early diagnosis difficult. However, careful history and physical examination, in conjunction with compatible laboratory and imaging results, are often sufficient to make the diagnosis, and liver biopsy is rarely indicated. We have experienced a case of acute fatty liver of pregnancy presenting as early hepatic encephalopathy, renal failure which developed during the third trimester. We diagnosed acute fatty liver of pregnancy based on clinical presentation and laboratory abnormalities. Despite of prompt delivery and adequate supportive care management, this severe complication of pregnancy has had an adverse outcome for mother.

Key Words: Acute fatty liver, Early diagnosis, Prompt delivery

임신성 급성지방간은 약 13,000임신 중 1명의 빈도로 매우 드문 질환이나 발생시 산모나 태아 모두에게 치명적인 질환으로 알려져 있다.[1] 1934년 급성 황색 위축증(acute yellow atrophy of the liver)으로 소개된 후 1940년 Sheehan[2]에 의해 하나의 독립된 질환으로 규명되었으며,[3] 병의 원인은 잘 알려져 있지 않으나 유전적인 이상에 의한 미토콘드리아에서 일어나는 지방산 산화과정 이상의 연관성이 제기되고 있다.[4] 평균 임신 3/3분기에 발생하고 산모는 대개 식욕감퇴, 전신 쇠약감, 오심, 구토, 상복부 동통, 황달 등의 비특이적인 증상을 주소로 내원하게 된다. 신속한 진단과 분만이 이루어지지 않으면 간부전으로 진행하며 간성혼수, 신부전, 혈액응고장애를 보이며 심한 경우 사망할 수 있다. 1980년 전까지 산모와 태아 사망률이 80% 이상이었으나 최근에는 조기진단과 치료로 사망률이 20% 미만으로 감소되었다.[1,5] 본 증례에서는 임신 중 급성지방간으로 진단된 산모에서 범발성 혈관내 응고장애에 의한 뇌출혈 발생으로 사망한 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

접 수 일 : 2010. 2. 19.
채 택 일 : 2010. 4. 26.
교신저자 : 김창운
E-mail : ansell6ban@hanmail.net

증 례

환 자: 양 ○ 정, 35세

주 소: 전신 쇠약감, 상복부 통증, 설사

산과력: 0-0-2-0

과거력: 간염, 당뇨, 결핵, 고혈압, 알레르기 및 최근 한 약 복용이나 tetracycline, acetaminophen 등의 약물을 복용한 과거력이 없으며 toluene 등의 유기용매에 노출된 병력이 없었다.

가족력: 특이사항이 없었다.

현병력: 2008년 12월 26일에 최종 월경이 있은 후 개인 산부인과 병원에서 정기적인 산전검진을 받았던 35주 2일 산모로 산전 진찰 상 특이소견은 없었다. 산모는 본원 내원 3~4일 전부터 오심, 구토, 상복부 통증 및 설사가 있었으며 개인 내과에서 수액치료 등의 보존적 치료에도 증상 호전 없어 본원으로 전원되었다.

입원시 소견: 신장 160 cm, 체중 67 kg, 혈압 110/70 mm Hg, 66회/분, 호흡 20회/분, 체온 36.5℃였으며, 산모는 전신 쇠약감을 호소하였다. 우상 복부에 경도의 압통이 있었으나 간은 촉지되지 않았으며 부종은 없었다. 골반내진 상 태아 선진부는 두위였고, 자궁경관은 1 cm 개대되었으며 40%의 소실이 있었다. 초음파 소견상 태아의 성장과 발육은 정상이었다.

내원시 검사소견: 입원시 혈액소견은 혈색소 13.4 g/dL, 백혈구 22,500/μL, 혈소판 103,000/μL이었으며 간기능 검사 상 AST 1,501 IU/L, ALT 1,283 IU/L, total bilirubin 2.6 mg/dL, direct bilirubin 1.1 mg/dL, glucose 106 mg/dL, ammonia 65 μmol/L, PT 12.7 sec, PTT 26.7 sec 이었다. 신장 기능은 BUN 14.1 mg/dL, Cr 1.1 mg/dL으로 정상소견을 보였으나 무뇨 소견을 보여 소변검사는 시행하지 못하였다. 매독검사는 음성이었고 간염 검사 상 HBsAg (-), HBsAb (+), anti-HBc IgM (-), anti-HCV (-)였다.

입원 후 경과: 태아 감시 장치에서 3~4분 간격의 자궁수축 약 1분 뒤 태아 심박동수가 90회/분까지 감소하는 늦은 심박동 감소 소견 및 변동성 없는 태아 가사 소견을 보이고 태아 감시 장치 시행 중 산모의 의식이 혼미해지는 의식변화를 보여 응급 제왕절개술을 시행하였다. 신생아는 남아 2,000 g으로 1분, 5분 아프가 점수가 각각 2, 5점이었다. 수술 중 출혈은 많지 않았으나 소변이 시간당 10 mL로 핍뇨 상태가 지속되고 수술 직후 시행한 혈액검사에서 혈소판 42,000/μL, PT 20.1 sec, PTT 30.9 sec, FDP 1.6-3.2 μg/mL, D-dimer〉1,000 mg/dL으로 혈액응고장애 소견을 보였다. 수술 전, 후 검사소견은 Table 1에 정리

Table 1. Serial changes of laboratory findings

	admission	postop	POD 1*	POD 2	POD 3	POD 5	POD 7
Hematology							
Hemoglobin (mg/dL)	13.4	10.6	9.5	10.8	12.4	9.6	9.4
WBC (mm^3)	22,500	15,200	19,200	14,400	25,800	12,700	95,000
Platelets (mm^3)	103,000	42,000	32,000	61,000	30,000	20,000	16,000
Liver studies							
AST (IU/L)	1,501	1,452	1,192	299	219	61	33
ALT (IU/L)	1,283	784	701	311	157	101	63
Bilirubin, total (mg/dL)	2.6	6.4	8.4	2.0	2.8	3.7	5.5
Bilirubin, direct (mg/dL)	1.1	3.6	4.1	3.3	4.2	2.7	4.0
Glucose (mg/dL)	106	93	102	93	101	87	81
Ammonia (μmol/L)	65	45	27			61	
LDH (IU/L)		>3,000		954	498		318
Coagulation studies							
PT (sec)	12.7	20.1	15.8	15.4	15.0	12.9	12.5
PTT (sec)	26.7	30.9	99.5	69.0	>110	38.5	33.4
Fibrinogen (mg/dL)		160		168			
Antithrombin Ⅲ (mg/dL)		59.51%					
D-dimer (mg/dL)		>1,000					
Renal							
Blood urea nitrogen (mg/dL)	14.1	15.5	21.2	27.4	20.1	15.5	17.6
Creatinine (mg/dL)	1.1	1.2	1.4	1.6	1.5	1.6	1.9
Uric acid (mg/dL)	7.5		7.8		4.2		

*POD 1=Postop 16 hr, hemorrhage was developed.

한 바와 같다. 간염 혈청 검사 음성, 검사실 소견 및 임상 증상으로 임신성 급성지방간을 진단할 수 있었고 수술 직후 내과 의료진과 상의하여 중환자실에서 집중 치료하기로 하였다. 감염을 방지하기 위해 광범위 항생제를 투여하였고 범발성 혈관내응고장애 교정을 위해 신선 동결 혈장, 농축 적혈구 및 혈소판 수혈을 시행하였다. 수술 후 소변 검사에서 단백뇨가 있었고 BUN/Cr은 정상 범위였으나 지속적인 수액요법 및 이뇨제 투여에도 핍뇨 상태가 호전되지 않아 수술 후 4시간경부터는 혈액투석을 시작하였다. 황달이 나타나기 시작하였고 환자의 의식 상태는 혼미하였지만 의료진과 의사소통이 가능한 상태였으며 혈압은 140/100 mm Hg로 특별한 약물투여 없이 조절되었다. 수술 후 16시간경 혈압이 200/120 mm Hg, 호흡 131회/분으로 활력징후가 불안정해지고 환자의 의식이 소실되면서 양쪽의 동공 산대, 대광반사가 소실되었다. 경련의 징후가 없었고 특별한 약물투여 없이도 혈압이 잘 유지되고 있었기에 범발성 혈관내응고장애에 의한 뇌출혈을 의심하여 뇌단층촬영, electroencephalography (EEG), transcranial doppler (TCD)를 시행하였다 (Fig. 1). 뇌 CT에서 뇌출혈 소견이 관찰되었고 신경외과와 협진하여 뇌실천자를 고려하였으나 EEG, TCD 소견에서 뇌사상태가 의심되고 검사실 소견 상 혈색소 9.5 g/dL, 백혈구 19,200/μL, 혈소판 32,000/μL, PT 15.8 sec, PTT 99.5 sec로 환자의 혈액응고장애 정도가 심하여 mannitol, steroid 등을 사용하며 보존적 치료를 지속하기로 하였다. 이후 수술 2일째부터 핍뇨 상태는 호전되었고 간효소 수치도 떨어지기 시작하였으나 환자의 의식은 회복되지 않았고 수술 7일째 사망하였다. 신생아는 입원 10일 만에 건강하게 퇴원하였으며 선천성 대사질환에 대한 선별 검사에서 정상으로 밝혀져 지방산 이상에 대한 유전학 검사는 시행하지 않았다.

Fig. 1. CT scan shows intracerebral hemorrhage on Lt. basal ganglia and periventricular white matter with intraventricular hemorrhage.

고 찰

임신성 급성지방간은 임신 23주에 일찍 발병한 증례가 있으나 평균 임신 35.2주에 발생하며[5] 50~70%는 HELLP 증후군과 연관된 혹은 연관되지 않은 전자간증과 관련되어 있고 전자간증과 같이 주로 미산부, 다태임신 및 남아를 임신한 산모에서 잘 발생한다.[6] 산모는 대개 권태, 식욕부진, 오심, 구토, 상복부 통증 등의 비특이적인 증상을 주소로 내원하므로 진단에 어려움이 있으며 대부분 분만 후 수일 내에 진단된다. 구토가 주요 증상이며 우상복부 동통 및 상복부 통증이 나타날 수 있으나 대부분의 경우 간은 촉지되지 않으며 갑자기 시작되는 황달이 발생한다. 증세가 나빠지면 신부전, 간성혼수, 위장관 출혈, 췌장염, 혈액응고장애 등으로 다장기를 침범하여 심한 경우 사망에 이를 수 있다. 또한 자간전증이 동반되어 부종, 단백뇨, 고혈압 등이 나타나기도 한다.[2] 요붕증이 나타나기도 하며 회복기 동안 급성 췌장염과 복수가 흔하게 동반된다.[7]

검사 이상으로 백혈구증가증 및 혈소판감소증이 나타나고 간부전에 의해 아미노전이효소, 암모니아, 아미노산 등의 간기능 수치들이 증가한다. 간에서 글리코겐 분해가 감소하므로 저혈당이 나타나게 되고 혈액응고 인자 합성 기능이 마비되어 혈액응고 인자의 감소로 인해 PT/PTT가 다양한 정도로 증가하게 되며 PT/PTT증가 정도, FDP나 D-dimer의 존재 여부로 범발성 응고 장애 발생 여부를 예측할 수 있다.[8,9] 본원의 증례에서는 오심, 구토, 전신 쇠약감을 주소로 내원한 35주 초산모에서 아미노전이효소가 증가된 간부전 소견과 의식이 혼미해지는 간성혼수 소견을 보였고 무뇨를 동반한 급성 신부전 소견 및 백혈구증가증, 고빌리루빈혈증, 경

도의 혈소판감소증 등의 소견을 보였다.

임신 중 급성지방간 발생의 원인은 잘 알려져 있지 않으며 임신이 지방간으로의 변화에 어떤 영향을 미치는지 잘 알려져 있지 않지만, 임신성 급성지방간, 전자간증, HELLP 증후군이 태아의 지방산 산화 이상과 관련된다고 알려졌다.[10] 상염색체 열성 유전을 하는 선천성 대사 이상으로 미토콘드리아에서 지방산 산화시 long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase 결핍으로 중간 및 긴 사슬 지방산의 배출과 축적이 늘어나게 되어 지방산들이 간세포에 독성물질로 작용하여 발생한다고 한다.[1,4] 임신성 급성지방간은 재발이 거의 없는 것으로 되어 있으나 long-chain 3 -hydroxy acyl-CoA dehydrogenase와 연관되어 재발이 보고된 예가 있으며 출생한 태아에서도 급성지방간으로 사망한 보고가 있다.[11]

임신성 급성지방간은 임상증상과 간생검을 통해 확진되는데, 특징적인 조직학적 소견으로는 세포질의 미세수포성 지방 침착이 관찰되고 간세포의 괴사 등이 동반되며 간에만 국한되지 않고 신세포에도 지방침착이 되는 것으로 알려져 있다.[9,11] 그러나 침습적이고 많은 환자들이 혈액응고장애를 동반하기 때문에 실행에 어려움이 따른다. 초음파 검사, 컴퓨터촬영 및 MRI 등이 진단방법으로 시도되고 있으나 특이도나 민감도에 있어 아직 제한적이다.[10] 임신성 급성지방간은 경한 경우에는 진단이 잘 되지 않으며 전자간증, 간염 등으로 진단되기도 한다. 따라서 진단에 가장 중요한 것은 임신성 지방간의 존재를 의심하는 것이며 임신 중 발생할 수 있는 다른 간질환들을 배제하기 위해 간기능 검사, 혈당검사, 혈액응고인자검사, 간염바이러스혈청검사, 초음파 검사 등이 동반되어야 한다. 본원의 증례에서는 환자의 상태가 불안정하여 간생검은 시행하지 못하였고 임상증상 및 검사실 소견으로 임신성 급성지방간을 진단하였다.

일단 진단이 되면 조기분만과 보존적 치료가 우선 시행되어야 하며 조기분만은 산모 및 태아의 예후를 향상시키기 때문에 매우 중요하다.[12] 제왕절개 수술이 분만시간을 줄일 수 있고 태아곤란증의 경우 이점이 많으나 심한 혈액응고장애가 동반된 환자의 경우 위험할 수 있어 제왕절개술에 의한 분만 또는 유도분만 중 어느 것을 선택할지는 논의의 여지가 있다. 그러나 검사실 소견이 산모나 태아의 상태를 정확하게 반영하는 것이 아니며 분만이 지연될 경우 산모에서는 심한 저혈당증, 간성혼수, 심한 혈액응고장애, 신부전이 발생할 수 있으며[13,14] 태아에서는 산모의 산혈증으로 자궁내 태아사망, 자궁태반 혈류 장애에 의해서 태아곤란증이 동반될 수 있음을 숙지하고 분만 시기나 방법을 결정해야 한다.[5,12]

일반적으로 회복은 분만 후 1주부터 시작되며 임신성 급성지방간에서 간부전은 구조의 파괴가 아닌 기능적인 부전에 의한 것이므로 분만 후 대부분 후유증이나 합병증 없이 약 90%에서 완전히 회복된다.[5,15] 간기능이 회복되지 않는 경우 간이식을 고려할 수 있으나 대부분 필요하지 않다.[13] 본원의 증례에서는 태아곤란증 동반으로 응급 제왕절개 수술로 임신을 종결하였고 수술 직후 시행한 검사에서 PT/PTT 증가, FFP 및 D-dimer의 기준치 이상의 증가로 범발성 혈액내응고장애 교정과 신부전 호전을 위해 다량의 수혈과 함께 전해질 및 저혈당 교정, 이뇨제 및 수액요법, 투석, 혈압조절 등 집중치료를 하였으나 산모의 사망을 막지 못하였다.

임신성 급성지방간과 감별해야 할 간질환들로 자간증 및 자간전증, HELLP 증후군, 간내 담즙정체 등이 있다.

자간전증은 임신 20주 이후에 나타나며 HELLP 증후군과 연관되어 있다고 생각되고 있으며 유병률은 5/1,000으로 알려져 있다. 원인은 자궁태반 허혈이 유력하며 고혈압, 단백뇨, 사지부종, 경련, 신부전 등이 나타나게 된다. 자간전증 환자 중 20~30%가 간기능 검사 이상이 나타나나 황달이나 저혈당이 발생하는 경우는 드물며 범발성 혈관내응고장애 같은 중한 혈액응고장애는 잘 발생하지 않는 것으로 알려져 있다.

HELLP 증후군은 자간전증의 간소견으로 생각되어지고 있으며 주로 임신 27~37주 사이에 나타난다. 유병률은 1-6/1,000이고 주로 혈관 수축, 혈관 긴장도 증가, 혈소판 응집, thromboxane:prostacyclin 비율의 변화 등이 주된 이상이다. 이로 인해 보체와 응고연속단계가 활성화되어 다장기 내피세포와 미세혈관 손상을 초래하여 미세혈관병용혈 빈혈, 간 효소 증가, 저혈소판증 등이 나타난다. 임신 중 급성지방간의 주된 증상은 피로, 오심, 구토, 복통, 황달이지만 HELLP 증후군의 경우에는 두통, 우상복부 복통, 혈뇨가 주된 증상이다. 임신 중 급성지방간의 경우 저혈당증, 저콜레스테롤증, 아미노전이효소 증가, antithrombin lll 감소가 특징이며 범발성 혈관내응고장애, 급성 신부전,

복수, 뇌 병증이 HELLP 증후군의 경우보다 흔하다.[14]

급성 바이러스성 간염은 임신 중 황달의 가장 흔한 원인이다. 전격성 바이러스성 간염은 임신 중 급성지방간과 비슷한 임상증상과 검사 결과를 보이기 때문에 구별하기 어렵다. 두 가지 질병에서 동시에 나타나는 검사 결과는 아미노전이효소, 빌리루빈, PT의 증가이다. 아미노전이효소는 임신 중 급성지방간에서 1,000 IU/L까지 증가하는 경우도 있지만 대개 300~500 IU/L 정도로 증가하고 전격성 간염에서는 1,000 IU/L 이상으로 훨씬 높은 수치를 보인다. 본 증례에서는 아미노전이효소가 1,501 IU/L, 1,283 IU/L로 매우 높은 수치를 보였으나 간염바이러스혈청 검사에서 음성을 보여 간염에 의한 간부전을 배제할 수 있었다. 요산의 증가는 임신 중 간염에서는 드물다. 뿐만 아니라 자간전증의 증상이 급성지방간에서는 자주 보이지만 전격성 간염에서는 잘 보이지 않는다. 이 두 질환을 구별하는 데는 간생검이 믿을 만한 방법이지만 응고장애가 있을 경우에는 시행할 수 없다.

임신 중 발생한 간내 담즙정체는 임신 3분기에 특징적으로 나타나는 질병이다. 유병률은 1/100~10,000이고 정확한 원인은 알려져 있지 않지만 정상적인 에스트로겐 대사의 변화에 의한다고 생각되고 있다.[16] 증상은 가려움증이 발생한지 2~4주 후에 나타나는 경증에서 중증의 가려움증과 황달이다. 가려움증은 임신 중 급성지방간에서는 거의 나타나지 않는다. 빌리루빈치는 5 mg/dL 이상으로는 잘 올라가지 않으며 아미노전이효소치도 정상이거나 약간 증가하는 정도이다. 혈중 담즙산은 증가하고 중증인 경우에는 흡수장애로 인해 비타민 K 부족증이 나타나 산후 출혈이 발생할 수 있다. 임신 중 급성지방간과 비교해 복통, 오심, 구토, 간기능 부전, 범발성 혈관내응고장애는 잘 발생하지 않는다.

임신성 급성지방간에서 주된 산모 사망 요인은 패혈증, 신부전, 흡인성 폐렴, 췌장염, 순환허탈 및 소화기 출혈에 의한다고 알려져 있으나[17] 본 증례는 뇌출혈 발생으로 사망한 예로 자간전증 동반으로 인한 뇌출혈인지 임신성 급성지방간에서 발생한 급격한 병의 진행 경과 중에 발생한 것인지 대해서는 결론을 내리지 못하였다. 그러나 뇌출혈 발생 전까지 혈압조절이 되고 있었던 점이나 경련의 징후가 없었던 점으로 미루어 임신성 급성지방간에서 범발성 혈관내응고장애 발생에 의한 뇌출혈로 판단되며 임신성 급성지방간이 분만 후 대부분에서 회복되는 경과를 생각할 때, 조금 더 일찍 의료진이 이 질환에 대해 의심하여 대처하였더라면 산모의 예후가 달라지지 않았을까 하는 아쉬움이 남는 증례이다.

본 증례를 통해 임신성 급성지방간에서 조기진단과 조기분만이 태아와 산모의 예후에 매우 중요하다는 것을 경험하였기에 간단한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참고문헌

1. Browning MF, Levy HL, Wilkins-Haug LE, Larson C, Shih VE. Fetal fatty acid oxidation defects and maternal liver disease in pregnancy. Obstet Gynecol 2006; 107: 115-20.
2. Sheehan HL. The pathology of acute yellow atropy and delayed chloroform poisoning. J Obstet Gynecol Br Emp 1940; 47: 49-62.
3. Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Parturition. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L III, Wenstrom KD, editors. Williams obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill Companies Inc. 2005. p. 177–9.
4. Rahman TM, Wendon J. Severe hepatic dysfunction in pregnancy. QJM 2002; 95: 343-57.
5. Castro MA, Fassett MJ, Reynolds TB, Shaw KJ, Goodwin TM. Reversible peripartum liver failure: a new perspective on the diagnosis, treatment, and cause of acute fatty liver of pregnancy, based on 28 consecutive cases. Am J Obstet Gynecol 1999; 181: 389-95.
6. Knox TA, Olans LB. Liver disease in pregnancy. N Engl J Med 1996; 335: 569-76.
7. Kennedy S, Hall PM, Seymour AE, Hague WM. Transient diabetes insipidus and acute fatty liver of pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101: 387-91.
8. Riely CA. Acute fatty liver of pregnancy. Semin Liver Dis 1987; 7: 47-54.
9. Watson WJ, Seeds JW. Acute fatty liver of pregnancy. Obstet Gynecol Surv 1990; 45: 585-91.
10. Usta IM, Barton JR, Amon EA, Gonzalez A, Sibai BM. Acute fatty liver of pregnancy: an experience in the diagnosis and management of fourteen cases. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 1342-7.
11. Slater DN, Hague WM. Renal morphological changes in idiopathic acute fatty liver of pregnancy. Histopathology 1984; 8: 567-81.
12. Fesenmeier MF, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM. Acute fatty liver of pregnancy in 3 tertiary care centers. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 1416-9.
13. Amon E, Allen SR, Petrie RH, Belew JE. Acute fatty liver of pregnancy associated with preeclampsia: management of hepatic failure with postpartum liver transplantation. Am J Perinatol 1991; 8: 278-9.
14. Vigil-De Gracia P. Acute fatty liver and HELLP syndrome: two distinct pregnancy disorders. Int J Gynaecol Obstet 2001; 73: 215-20.
15. Vigil-De Gracia P, Lavergne JA. Acute fatty liver of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2001; 72: 193-5.
16. Schorr-Lesnick B, Lebovics E, Dworkin B, Rosenthal WS. Liver diseases unique to pregnancy. Am J Gastroenterol 1991; 86: 659-70.
17. Snyder RR, Hankins GD. Etiology and management of acute fatty liver of pregnancy. Clin Perinatol 1986; 13: 813-25.

= 국문초록 =

임신 후반기에 발생하는 임신성 급성지방간은 드물게 일어나지만 급격한 병의 진행으로 산모나 태아에게 매우 치명적일 수 있다. 치료는 조기진단으로 인한 조기분만 및 집중적인 보존적 치료이나, 그 임상증상이 매우 다양하고 임신 후반기에 발생할 수 있는 여러 질환들과 감별이 어려워 조기진단이 쉽지 않다. 그러나 주의깊은 병력 청취, 혈액학적 검사 소견, 여러 영상진단의 결과 및 임상증상으로 대부분 진단이 가능하다. 본 증례에서는 임신 35주에 발생한 간성혼수, 신부전을 주소로 내원한 산모에서 임상증상과 혈액학적 검사 결과 및 영상 진단을 바탕으로 임신성 급성지방간을 진단하였고, 조기분만과 집중적인 보존적 치료에도 합병증 발생으로 사망한 1예를 경험하였기에 간단한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

중심단어: 임신성 급성지방간, 조기진단, 조기분만