紙面補修教育

—산소아 간호학 편—

<3>

High-Risk Pregnancy의 개념과 임산부관리

조 미 영

〈경희의대 간호학과 조교수〉

서론

임산부의 사망과 질병의 예방은 현대 산과의 중요한 과제의 하나이며 국민생활 보건수준의 척도가 될 것이다. 선진 외국에서는 오래전부터 임산부 사망율을 감소시키기 위하여 임산부 사망의 원인, 빈도, 예방가능성을 분석하고 그에 따른 가능한 모든 예방및 치료 활동을 함으로써 임산부 사망율을 현저하게 감소시킬 수 있었다. 최근 임신중 태내태아, 태아태반계의 동태의 진단에 대한 연구가 진행되고 있는데, 즉 양수내의 pulmonary surfactant를 측정하여 태아 폐기능의 성숙도를 파악해 볼 수 있는 foam test를 이용하므로써 고위험율임신의 적절한 분만시기를 결정할 수 있다든가 또는 임신합병증을 동반한 임부의 관리나 분만예정일 초과 임부의 관리 등 과거 어느때보다 산전 산후관리에 많은 발전을 하였다. 임산부 관리의 궁극적인 목표는 모아 양측의 안전을 기하는데 있으며, 임산부사망(Maternal mortality)과 주산기사망(Perinatal mortality)의 감소를 위하여는 무엇보다는 임신중 이상징후의 조기발견과 이의 적절한 치료에 있다. 고위험율 임신은 이러한 관점에서 생긴 개념이라고 본다.

고위험율임신(High-risk pregnancy)이란 임신중에서 부터 주산기에 걸쳐서 내과적, 외과적, 사회적 또는 산과적인 문제가 합병되므로써 모체 태아 또는 신생아가 사망하거나 이병(罹病)되는 결과를 초래하는 임신을 말한다.

High-risk pregnancy의 개요

High-risk pregnancy는 전임신의 약 20%에 해당한다고 보고되어 있다. 고위험율임신이 유발되는 요인은 의학적으로 아직 원인불명인것이 많지만 현대의학으로서 밝혀진 것에는 다음과 같은 것들을 들 수 있다.

1. 이상 산과력에서 보면 :

1) 년령 20세 미만, 30세 이상의 초산 또는 40세 이상의 경산 2) 빈산부 3) 과숙산 4) 전회 산과적 이상(임신중독증, 사산, 난산, 기형, 태위이상, 제왕절개, 분만제 3기 대출혈) 5) 반복 미숙아의 출생 6) 불임의 전력 7) 기왕유산(자궁외임신 포함) 8) 기왕조산 9) 자궁경관무력증 10) 기왕 거대아 분만 11) 내연 부부간 임신.

2. 임신경과에 따른 이상을 보면 :

1) 다태 2) 임신중독증 3) Rh(−) 4) 과도한 체중 증가(≥15kg) 또는 근소체중 5) 임신빈혈(Hb<12g%) 6) 절박유산 7) 절박조산 8) 자궁크기와 임신지속기간과의 불일치 9) 임신후반기의 출혈 10) 분만예정일 초과

3. 분만경과에 따른 이상으로써는 :

1) 조기파수 2) 태분혼탁양수 3) 제대하수 및 탈출 4) 지연분만 5) 자궁수축이상 6) 태아위치이상 7) 태아심음변동

4. 기타 이상 소견을 보면 :

1) 비만, 단소(Small size), 2) 사회적, 경제적 인자 3) 자궁기형 4) 골반이상

5. 전염성 또는 소모성 질환……① 심장 ② 신장 ③ 간장 ④ 폐질환 ⑤ 성병 ⑥ 당뇨병 ⑦ 기타임신합병질환

임산부 관리

1. 산과적 합병증이 있는 임산부 관리

1) 임신중독증(Toxemia)

임산부에게 합병되는 특수증상을 보면 ① 경련 ② 태반조기박리 ③ 급성신부전 ④ 폐수종 ⑤ 심부전 ⑥ 태아사망 ⑦ 뇌출혈 ⑧ 자궁출혈 등이다.

관리방법에서 임신중과 분만시의 관리로 나누어 보면,

A) 임신중의 관리

i) 안정요법 : 임부특히 임신후반기 임부에서는 충분한 안정과 수면을 취함으로써 순환혈장량이 증가하고 또 임신자궁의 압박에 경감이 올뿐 아니라 신장과 자궁 태반에 순환혈액량이 증가하게 된다. 이로인해 하지정맥의 울혈도 많이 개선된다. 따라서 안정 휴식 및 수면은 임신중독증의 제일 기초적 치료가 된다. 환자로 하여금 최소한 8시간 이상의 수면을 하도록 하고 낮에도 오전 오후에 1~2시간의 휴식을 취하도록 하는것이 좋다.

ii) 식이요법 : 임신중독증과 제일 밀접한 관계있는 식이는 식염과 단백질이다. 식염의 섭취가 과잉하게 되면 뇨량이 감소하고 동시에 부종이 현저하게 된다. 한편 저단백혈증이 되면 모세혈관의 투과성 증가로 더욱 심한 부종과 단백뇨의 증가가 온다. 따라서 중독증 환자에서는 감염식사와 고단백식사를 하는 것이 좋다. 이 이외에 지방과 당도 제한하여야 하는데 지방을 섭취하는 경우엔 식물성기름 같은 필수지방산이 효과적이다. 수분도 1일 2,500cc, 더운 기후일때는 3,000cc정도 투여하는 것이 좋다.

iii) 약물요법 : 이뇨제와 항압제를 주로 사용한다.

ⓐ 이뇨제……가장 좋은 이뇨제로는 Na 배설에 따라 이뇨작용이 강하고 이뇨제의 결점인 K 배설이 적고 또한 태아에 영향이 적어야 되는데 현재 많이 사용되는 약제로서는 Bumetanide제, Aldosterone제 등이 이용되고 있다.

ⓑ 항압제……혈압의 급격한 강하는 모체 뿐 아니라 자궁내 태아에도 때때로 나쁜 영향을 주는때가 많으므로 소량씩 제한 투여하여 서서히 항압하는 것이 좋다.

B) 분만시의 관리

분만이 시작되면 혈압측정을 자주하고 경련의 전구증상인 과반사, 두통등의 신경증상을 잘 관찰하여 경련예방에 힘써야 할 것이다. 태아심음은 자주 측정하고 환자가 진정제 투여로 인하여 반 무의식상태이므로 분만진행을 자주 파악해 두어야 한다. 또 고혈압, 저 fibrinogen 혈증으로 출혈량이 많고 출혈경향도 나타나므로 만일에 경우 수혈을 위한 준비가 필요하다.

2) 태아가사(胎兒假死)

Fetal distress ① 양수혼탁 ② 태아심박수 160/min이상, 120/min이하, ③ 태아의 acidosis, PH 7.2이하 등을 꼽을 수 있다. F.H.R이 100/min이하로 지속되는 경우 위험하므로 급속분만이 필요하다. Fetal distress가 진단되면 우선 모체에 5l/min로 산소호흡을 시키며 7% 중조 20ml를 정맥주사하여 30분후까지도 F.H.R.의 호전이 없는 경우에는 급속분만을 취한다. 분만시에는 카사소생술의 준비가 신생아를 위하여 필요하다.

3) 고령초산부

여성의 가임시기는 보통 15세에서 45세까지로 되어있는데 첫아기를 너무 어린나이 또는 너무 늦은 나이에 분만하는 것은 산모나 그 출생아에게 많은 문제를 가져오므로 산과학에서 35세이후에 첫 분만을 하는 산부를 고령초산부라하여 일반 초산부와 구별하고 있다. 이들 고령초산부는 생리적기능이 저하되어 있으므로 주산기 태아사망율이 높고 고혈압성 심장 및 혈관질환을 흔히 볼 수 있으며, 견고한 자궁경관과 자궁기능부전으로 분만지연을 초래하는 것이 보통이다. 따라서 이들은 임신의 기회가 적으므로 아기에 대한 애착이 많고 태아사망시는 심리적 타격이 크기 때문에 간호원이나 산과의들은 이들에 대하여 보다 각별한 유의가 필요하다.

4) 조기파수(Premature rupture of the membranes)

파수가 생기면 곧 선진부가 있는 쪽을 아래로

하여 측와위를 취해서 안정을 시켜 양수의 유출 제대 또는 소부분의 탈출을 막고 감염방지에 힘쓴다. 만기산이면 분만유도를 하는것이 원칙이나 조산인 경우에는 제대탈출 등의 긴급사태가 없는한 대기요법을 택한다. 이때 세균감염을 방지하는 의미에서 항생물질을 투여한다. 발열등 모체감염의 징후가 나타나면 즉각 임신을 중절시키는 것이 안전하다.

5) 제대탈출

우선적으로 Hip을 상승시키는 체위를 취하여 아두가 제대를 누르지 않게 해야하며 탈출되어 있는 제대의 박동으로 태아생존을 확인해 본다. 자궁구가 전개대된 상태가 아니면 제왕절개 하는것이 현재의 지침이다. 만일의 경우에 대비하여 출생아의 가사소생준비를 해둔다.

6) 양수과다증(Hydramnios)

신생아의 기형과 미숙아의 출생율이 높고 또 임신중독증에 걸리기 쉽다. 임신 말기에 현저한 체중의 증가, 자궁저가 지나치게 높은 경우 복위의 이상증가, 부종의 출현이 있으면 본증을 의심하여 X-선 촬영을 실시한다. 발병시엔 안정, 감염식 및 이뇨제를 투여한다. 분만시에는 태반조기박리, 미약진통, 조기파수, 태아위치이상을 초래하여 난산이되고 양수가 급격히 유출되었을때 허탈에 빠질 위험이 있으면 또 이완출혈(Atonic bleeding)도 초래하는 수가 있다. 따라서 이에 대하여 미리 대책을 세워 분만에 임하여야 한다.

7) 다태임신

임신중에 일어날 수 있는 산과이상은 ① 조산 ② 임신중독증 ③ 양수과다증 등이므로 쌍태로 판명되면 임신중독증의 예방에 힘쓰고 조산 및 미숙아 방지에 유의하여 임신 제30주 이후 심신의 안정에 힘쓴다.

분만중에는 ① 저체중아출생 ② 제대탈출 ③ 쌍생아간 수혈증후군 ④ 이완출혈 ⑤ 진통미약 등이 일어날 수 있다.

제대탈출은 주로 제2아의 파수시에 볼수 있으므로 제2아가 두위이면 흡인분만 또는 내회전후 골반위 만출술을 시행한다. 제2아가 골반위이면 그대로 만출시킨다. 쌍생아간 수혈증후군은 제1아 만출후 즉각 제대를 결단 결찰하면 예방되므로 쌍태분만에서는 항상 이를 시행한다. 태아만출후는 자궁수축제를 투여하여 이완출혈을 방지한다.

2. 산과이외의 합병증이 있는 임산부관리

1) 임신성당뇨병(Gestational diabetes)

임신성 당뇨병은 임신중에 탄수화물부하(Carbohydrate tolerance)에 이상을 일으켰다가 산후에 정상으로 회복되는 것으로 임신때 insulin요구가 증가하는데 비해, islet cell의 능력부족에 의한 일시적인 현상이고 특히 임신중반기 및 후반기에 심하다. 임신이 끝나면 비임신시에 충분한 insulin이 생산되어 당부하(glucose tolerance)도 정상으로 된다. Jackson은 임신중 이제까지 가지고 있던 당뇨병이 악화되어 insulin의 요구량이 증가되는 경우도 있다고 하였고, 또한 임신성당뇨병의 경험이 있는 임부는 임신을 반복하는 동안에 뚜렷한 당뇨병으로 진전되어 비임신시에도 항상 당뇨병의 증상을 나타나게 되는 경우가 많다고 하였다.

임신 분만의 경험이 있는 여성은 그렇지 않은 여성에 비해 당뇨병의 발병율이 높은 사실이 있어 임신은 확실히 당뇨병성인자(Diabetogenic factor)의 하나라고 생각된다.

임신중 당뇨병이 임산부에게 미치는 영향은 ① 임신중독증(Preedampsia and Eclampsia) ② 감염(Infection) ③ 유·조산으로 인하여 태아사망이 높다 ④ 거대아가 되므로 분만장해가 생기기 쉬움 ⑤ 태아의 기형발생율이 높다 ⑥ 양수과다증(Hydramnios) ⑦ 산후출혈(Post partum hemorrhage) ⑧ 출생후 신생아는 저혈당증, 호흡장해군이 되기 쉽다.

임신중 당뇨병을 관리하는 목표는 다음과 같다. ① 공복시 혈당이 110mg/dl이하로 ② 뇨중에의 당배설은 10g/dl이하로 ③ 뇨중에의 Keton체 배설 없음. 이상의 조건을 지키기 위하여 식이요법, insulin 요법등을 시행한다. 식이요법으로서는 1일 200cal이하의 저 cal식으로 할 것이나 식이요법만으로서 불충분한 경우에는 insulin을 사용한다. 당뇨병 임부는 임신 제38주를 지나면 자궁내 태아사망이 급증하게되므로 임신 제36~37주에서 분만되는 것이 바람직하다. 임신 제34주 이후는 입원시켜서 관리하고 태아태반 기능 검사의 성적이 떨어지게되면 분만유도의 시기도 한다. 분만당일은 동질등량의 insulin

을 피하주사하고 10% dextrose 500ml를 5시간 이상 걸려서 점적정맥주사 하면서 분만에 임한다. 제왕절개를 할 경우에는 regular insulin을 사용하여 혈당치를 control 하는 것이 좋다.

· 2) 임신중 매독 감염(Syphillis infection)

출생전 매독(Prenatal syphillis)이라함은 모체의 자궁내에서 태아로 전염되는 경우를 칭한다. 태아감염의 발생율은 임신부가 앓고 있는 매독질환의 단계에 따라 다르다. 초기에 치료받지 않으면 모체에서 출생한 신생아의 약 80%가 자궁내에서 감염되며 이중 30~50%는 감염 그자체로 미성숙 혹은 타요인에 의하여 사망하며 살아남은 아기가 치료를 받지 않을 경우 유아기동안 40%는 언젠가는 매독의 증상을 나타낸다. 그러나 매독은 그 병원균도 잘 알려 있고 감염 경로도 분명하여 철저한 예방과 조기에 치료하면 만족할만한 효과를 얻을 수 있다. 매독은 우선 모체혈액내에 spirocheta라는 병원체가 존재하는데 모체의 감염이 최근에 이루어진 것일수록 그 spirocheta 혈중은 더욱 심하여 태아에게 감염될 기회는 더욱 증가하게 된다. 병원균인 spirocheta가 태반을 통하여 태아의 혈액으로 순환되는데 그 과정에 관하여는 아직 확실히 알려져 있지 않으나 몇가지 타당한 설명이 있다. 그중 가장 인정되고 흔히 있을 수 있는 방법으로는 spirocheta가 감염성 혈전을 형성하여 태반혈관내 미세한 경색을 일으켜 태반혈관벽을 spirocheta가 통과한다는 것이며, 또다른 방법으로서는 제대혈관(umbilical vessels)의 주변에 있는 임파선들을 통하여 간다는 것이다.

임신 4개월전의 태아는 거의 감염을 받지 않는데 이것은 융모막에 Langhan's layer가 잘발달되어있어 spirocheta에 대한 방어벽으로 작용한다. 그러나 임신 16주부터 이 Langhan's layer는 위축하기 시작하여 없어지게 되므로 그후에 감염을 받게 되는 것으로 보고 있다. 임신 4개월전에 치료하는 경우 그 태반의 감염을 방지할 수 있으며, penicillin 사용시 매독의 어느시기에나 그 혈중농도를 0.03units/ml 내지 0.2units/ml를 10일이상 유지시키는 것이 적당하다.

3) 임신중 심장질환

임신중의 관리에 있어서는 순환기 내과 의사와 같이 환자에 대한 면밀한 진찰 및 검사를 하여 임신지속 여부를 결정하며, 철저한 감시하에서 임신이 진행 되도록 한다. 정신적 육체적으로 최대한의 휴식을 취하도록하고 심부전증상의 조기발견에 힘쓴다. 체중측정을 자극하며 저염식을 취하게 한다. 필요시 수시 입원시킬 것이며 가능한 한 임신은 말기까지 지속하며 최소한 분만예정일 4~5주전에 입원시켜 분만에 임하게 한다. 분만중에는 E.C.G., 혈압, 호흡을 정확히 관찰하며, 분만 제 2기를 단축시키는 방법을 쓴다. 또한 급격한 심부전 상태에 대비하여 digitalis제의 준비가 필요하다. 분만 후는 적어도 2주간은 입원하여 침상휴식을 취할 것이며, 이상(ambulation), 보행등을 서서히 하도록 하며 정상산욕보다 2배이상의 시간적 여유를 두어야 한다.

4) 비만증

체중 70kg이상의 비만임부는 분만시 난산 지연분만이 되기 쉬우며 분만시에는 질, 처음열상으로 출혈량이 많아질 경향이 있다. 그리고 임신후반기에는 임신중독증이 생기기 쉬우므로 저칼로리 식이요법이 필요하다. 또 당뇨병의 합병여부를 확인하기 위하여 GTT(당부하시험)도 필요하다.

5) 임신중 Virus 감염

여러종류의 virus가 태아 및 신생아에 손상을 주어 기형을 일으킬 수 있음은 잘 알려져 있다. Virus 감염이 성인에서와는 달리 태아에게서는 더많은 조직의 손상을 입힌다. 몇 종류의 virus는 태아시기에 감염되면 출생후에도 만성 감염상태를 보이는수가 있는데 이는 아마도 virus에 대한 태아조직의 예민한 감수성에 의한것 같다. 특히 초기 임신시 감염이 되면 선천성기형을 많이 보는데 그 이유를 들어보면 ① 임신시에는 비임신시보다 virus 감염에 더 친화성이 있으며 ② 빨리 대사가 되는 태조직은 성인은 조직에 비해 virus감염에 더 친화성을 가지고 있다. ③ Virus는 미세하여 태반조직을 쉽게 통과하며 ④ 생할 수 있다. ④ Virus는 endemic으로 존재하고 있음을 들 수 있다. Virus에 감염되었을 경우 임신초기에는 태아에서 virus 항체반응을 측정할 수 없으나 임신 6개월 이후에는 이런 선천성 감염에 대한 수동항체와 초기 능동항체를 발견하여 볼 수 있다. Virus에 의한 태아발육 손상

선천성기형을 유발하는 것은 Rubella virus와 Cytomegalic virus 등이다. Virus의 태아에 대한 손상은 예방할 수 있는데 임부감염의 방지 내지는 태아의 전이방지이다. 따라서 상기 virus 감염환자와 접촉을 피해야 하며 노출되었을시는 α-globulin 15~20cc를 주사하는 것이 좋다.

6) 임신과 폐결핵

폐결핵은 태아발육에 간접적으로 영향을 주거나 때로는 모성사망율에도 관계한다. 과거에는 임신과 폐결핵은 서로 상극으로 알려져 왔다. 임신, 분만에 따르는 신체적인 과로, 정신적인 긴장, 영양장해 및 수면장해가 임신시 폐결핵을 악화시키거나 재발하는데 중요한 원인이 되는것은 확실하다. 그러나 화학요법이 발달된 현재에는 임신에 관계없이 임산부의 폐결핵치료는 대체로 비임산부의 치료와 동일하게 할 수 있으며, 그 효과도 같다고 Lane과 Pride는 지적하였다.

임부폐결핵 환자에 대한 치료로서는 다음의 3가지를 들 수 있다.

① Bed rest……결핵치료에 있어서 bed rest가 차지하는 비중은 크다. 그러나 절대 안정보다는 약간의 보행이 허용된 안정가료가 유익하다고 한다.

② Therapeutic abortion……과거에는 임신과 폐결핵은 상극으로 알려져 폐결핵의 악화 또는 재발을 방지하기 위하여 유산을 많이 하였다. 그러나 최근에는 임산부 폐결핵환자에게 폐결핵의 악화 내지는 진행을 방지하기 위한 유산은 거의 하지 않으나 상태가 악화된 경우에 한 치료방편으로써 이용되기도 한다.

③ Chemotherapy……근래의 폐결핵환자 치료는 대부분 화학요법에 의존하고 있다. 화학요법에 사용되는 항결핵제에는 다음과 같은 약들이 있는데, 이들은 치료방법상 일차약과 이차약으로 구별되어 사용하고 있다. 일차약에는 Isoniazid (I.N.H), Rifampin(R.M), Ethambutol(E.M.B) Streptomycin(S.M)이 있으며, 이차약으로는 Para-amino salicylic acid(P.A.S), Pyrazinamide(P.Z.A), Kanamycin(K.M)등이 있다. 임산부 폐결핵환자는 임신기간동안의 폐결핵치료도 중요하지만 산욕기에 폐결핵이 악화하거나 심한경우 사망하는 사례까지 초래하니 산욕기에 폐결핵치료 및 경과에 주의하여야 한다. 산욕기에 폐결핵이 악화하는 이유는 분만 후에 따르는 정격막의 하강, 폐출혈, 결핵균의 파급, 영양장해 등 여러가지를 생각할 수 있다. 따라서 산욕기에 폐결핵이 악화하거나 재발될 위험성이 있음을 임산부에게 충분히 인식시켜서 산욕기에도 계속적인 치료 및 정규적인 검진을 하도록 지도해야 한다.

7) 임신중 약물사용

임신중 약물사용은 흔히 모체질환을 치료하기 위하여 사용되고 있다. 정상 부인에서는 별로 유해한 작용의 출현없이 사용되던 약물이라도 임신중에는 예기치 않았던 부작용이 초래될 수 있으며, 특히 복용한 약물이 태반으로부터 자유로이 제대를 통해서 태아에게 들어갈 수 있는 약물이라면 태아의 정상발육 내지는 생명의 위험을 초래할 수 있다.

1960년 초기에 Thalidomide의 비극적 사건은 일반적으로 인간에 아무런 해가 없다고 인정되었던 약물까지도 선천성 기형아를 유발하여 사회적 물의를 일으키므로서 주의를 끌게 되었다. 그 결과 약물 치료시 임신이라는 특수한 조건을 감안하여 임산부 뿐만 아니라 모든 가임여성에게도 주의를 하지 않으면 안되게 되었다. 따라서 약물의 약리작용 및 부작용에 대한 정확한 인식없이 임신중의 약물사용은 임산부에 있어서 모체 및 태아에 끼치는 이중의 불행을 초래하기 때문에 약물사용은 전문적인 의사지시에 의해 신중히 행해져야 한다. 약물에 의한 선천적기형의 발생가능성은 다음 4가지 원칙의 상호작용에 좌우된다. 즉 원인이 될 수 있는 약물의 성격과 그것이 태아친화력이 얼마나 있는지, 그 약물의 작용시간과 용량의 정도와 기간 그리고 유전적인 성질에 좌우된다.

약물사용시는 모체와 태아 및 태반내에 복잡한 상호관계가 있음을 항상 생각하고 경계해야 되는데, 특히 임신초기 약물투여시에는 기형유발 위험성이 더욱 상승하기 때문에 임신 첫 3개월간은 가능하면 모든 약물 복용을 피하는 것이 좋다.

결 론

고위험을 임신에 동반되는 여러 조건중 비록 한가지의 문제가 발생하드라도 이것은 임부 및

〈54페이지로 계속〉

환의 원인에 대한 자료와 그 질환의 재발위험율의 이론적 확률과 질환의 임상적 증상에 대한 충분한 정보를 제공해주는 것이 더 바람직하다. 어린이를 갖고저 하는 부모의 욕구와, 가족의 크기, 경제적 환경, 종교적 신념등과 같은 여러 요인들이 결정에 영향을 미친다.

참고문헌

Alfi, Omar S. M.D. "Genetic disorders in Adolescent and Young Adult." *The Ped. Clin. of North Amer.* Vol. 20 No. 4, Nov. 1973, p.865~872.

Nitowsky, Harald M. "Prenatal Diagnosis of genetic disorders" *A.J.N.* Vol. 71, No. 8, Aug. 1971, p.1551.

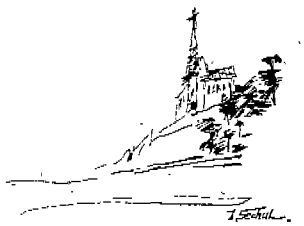
Reeder, Sharon R. and Others "Fetal diagnosis and treatment" in *Maternity Nursing* 13th Edition. Philadelphia J.B. Lippincott Comp. 1971. p.529~552.

Thomas, George H. and Scott, Charles I. "Laboratory Diagnosis of genetic disorders" *The Ped. Clin. of North. Amer.* Vol. 20, No. 1. Feb 1973 pp.105~119.

Thompson, James S. and Thomson, M.W. Genetics in medicine. 2nd Edi. Philladephia W.B. Saunders Comp. 1973.

Wood, John W., *The Ped. Clin. of North Amer.* Vol. 21, No. 2, May 1974. pp.401~405.

〈64페이지에서 계속〉

태아에게 치명적인 손상을 미칠 수가 있다. 그러므로 이러한 고위험율 임신에 해당되는 질환을 예방하고 피하는 것만이 임부와 태아의 건강을 보호하는 지름길이라고 할 수 있다.

고위험율임신을 감소시키기 위해서는 결혼전의 요인과 사회적인 인자가 관여하므로 결혼전 또는 임신전의 관리에 한층 유의할 필요가 있으며 임신중엔 임부에 대한 올바른 교육과 보다 긴밀한 유대에 의한 산전관호(antenatal care)의 철저로 모든 합병증을 일찍 발견하여 대처하며 조직적이고 효율적인 환자관리와 의료시설의 확장 및 병원분만의 증가가 필요하며 의사 간호원등 의료요원의 질적향상과 효율적인 가족계획사업이 요망되며, 또한 임산부사망에 대한 전문 위원회의 설치 운영이 필요하다고 본다.