

인터뷰

박중신 교수

누구나 걱정 없이 아기 낳아 키울 수 있는 환경을
앞장서 만들어가는 산과 선생님

박중신 서울대학교병원 산부인과 교수이자 대한모체태아의학회 회장, 아시아-오세아니아 산부인과학회 부회장 및 대한의학회 차기 회장은 태아 진단·치료의 임상 기반을 확립하며 산과학의 지평을 넓혀왔다.

서울대병원 장애친화 산부인과 구축 등 임신·출산 환경 개선에 힘쓰는 한편, 최종증·고위험 산모와 신생아 진료를 총괄하는 중증모자의료센터장으로 권역 모자 진료체계 발전에도 기여해 2025년 보건복지부 장관 표창을 받았다.

산모와 태아, 두 생명을 지키는 의학의 최전선에서 지속가능성을 말하다

#고위험임신

#건강한출산

#모체태아의학

우리의 의학은 분명 미래로 가고 있다. 기술 발전으로 태아 치료 시대를 열었고, 산모-태아집중치료실과 분만실, 신생아중환자실, 응급 수술 체계까지 유기적으로 연결되는 24시간 대비 인프라도 선보였다. 장애여성을 위한 전담 코디네이터와 장비-동선을 갖춘 진료 시스템 역시 접근성을 치료의 일부로 보는 새로운 표준을 제시하고 있다.

하지만 분만 현장은 과거 어딘가로도 가고 있다. 분만 인프라가 줄어들고, 의료진의 법적 부담은 커지며, 산과 지원 인력은 줄어간다. 생명의 출발점인 분만 현장이 더 위태로워지고 있다. 박중신 교수는 산과는 '의료진의 노력만으로 유지될 수 없다'며 사회적 기반과 제도적 환경을 함께 갖추어야 한다고 강조한다. 산과의 발전과 변화, 현장의 고민, 그리고 앞으로의 방향을 조명한다.

● Q1. 산부인과에서 30년 넘게 일하셨습니다. 처음 이 길을 택한 이유와 지금도 변치 않는 보람은 무엇인가요?
레지던트 지원 당시 한 교수님이 '왜 산부인과를 선택했느냐'고 물으셨습니다. 저는 '산부인과는 아프지 않은 사람들이 와서 출산의 기쁨과 생명의 감동을 주는 게 좋다'고 답했습니다. 여전히 그렇습니다.

산과는 두 생명을 다룹니다. 대부분의 진료과는 한 생명을 다루지만, 산과는 엄마와 아기라는 두 생명을 동시에 맡습니다. 출생 시기에 생긴 문제는 한 사람의 평생에 영향을 미칠 수 있기에, 산과 의사에게 생명의 의미는 매우 크고, 그만큼 더 보람을 느낍니다.

● Q2. 산과 의료기술의 발전을 보면 모체태아의학의 의미가 커 보입니다. 어떤 분야이고, 어떻게 발전해왔나요?
태아를 임신부의 부속물처럼 보던 시절이 있었습니다. 스스로 숨을 쉬거나 먹을 수 없고, 산소와 영양분 모두 엄마를 통해 공급받기 때문에 '엄마에게 기생한다'고도 표현했죠. 하지만 지금은 다릅니다. 태아의학(Fetal Medicine)이라는 개념이 생겼고, '태아도 독립된 하나의 환자다(Fetus as a patient)' 라고 여겨지고 있습니다. 그래서 학회 명칭도 '대한모체태아의학회'입니다.

과거에는 태아에게 접근하는 것이 어려워 태아에게 문제가 있어도 대응 방법이 거의 없었습니다. 하지만 지금은 성인이 받는 대부분의 검사를 태아에게도 적용할 수 있게 됐습니다. 대표적으로 양수검사와 탯줄혈액검사가 있습니다.^{1,2} 양수는 태아가 만든 소변이기 때문에, 양수 양과 성분을 통해 공팔이나 소화기관의 기능 여부를 평가할 수 있습니다.^{1,3} 또 초음파를 보며 양수 안에서 출렁대는 탯줄 속 혈관을 찾아 태아의 혈액을 주사바늘로 직접 채취해서 보다 정확한 진단을 할 수도 있습니다. 이를 통해 태아 빈혈, 감염 등을 진단하고, 필요시 자궁 내에서 약물 투여나 태아 수혈로 치료를 합니다.²

미국에서는 1980년대, 우리나라에서는 1990년대 초 최초로 태아 수혈 등이 시행되며 의학적 기반이 마련됐습니다. 이후 태아의학은 진단을 넘어 치료의 영역으로 확장되고 있습니다.

산과학이 많은 발전을 이루며 성인이 받는
대부분의 검사를 태아에게도 적용할 수 있게 됐습니다.
오늘날의 도전은 '태아 치료'입니다.



● Q3. 과거의 난제와 오늘날의 도전은 어떻게 달라졌나요?
과거 큰 난제는 태아 빈혈을 치료하기 위한 '태아 수혈'이었습니다. 특히 산모가 RH- 혈액형이고 태아가 RH+로 혈액형 부적합을 겪을 경우, 임신과 출산 과정에서 산모에게 생긴 RH+에 대한 항체가 다음 임신에서 태아의 적혈구를 파괴해 태아 빈혈로 인한 유산 위험이 커질 수 있습니다.⁴ 이를 막는 유일한 방법은 탯줄 혈관을 통한 태아 수혈뿐이었습니다.⁴ 1990년 서울대병원에서 국내 첫 태아 수혈이 시행됐고, 분만장에서 인터뷰까지 진행했을 정도로 큰 화제가 되었죠.

희귀한 '바디바 혈액형' 때문에 반복 유산을 겪던 산모가 태아 수혈을 통해 건강하게 출산해 화제가 된 사례도 있고, 인체면역결핍바이러스(HIV) 양성 남편과 HIV 음성 아내의 임신을 돕기 위해 HIV 음성 정자만 선별해 체외수정으로 건강한 아이를 출산한 국내 첫 사례도 진료했던 산모 중에 기억에 남는 케이스들입니다.

오늘날의 도전은 '태아 치료'입니다. 대표적으로 일용모막성(MC) 쌍둥이에게 발생하는 쌍태아 간 수혈 증후군이 있습니다.⁵ 두 태아가 하나의 태반을 공유하면서 혈관이 연결되며 한쪽 태아의 피가 다른 태아에게 계속 이동해 둘 다 위험해지는 병이죠.⁵ 태아 내 시경을 이용해 자궁 안에서 문제 혈관을 찾아 레이저로 차단하는 치료가 2010년대 중반부터 가능해졌습니다.⁵ 이 치료는 최근 산과학의 큰 진전 중 하나죠.

● **Q4. 앞으로 해결하고 싶은 '다음 과제'는 무엇 인가요?**

해결해야 할 분야는 많지만, **가장 큰 목표는 태아 단계에서 유전병을 치료하는 것입니다.** 부모에게서 물려 받은 유전 질환을 태아 단계에서 교정해 아이가 건강한 상태로 태어날 수 있도록 하는 것이죠. 그러나 한편으로는 윤리적인 문제도 대두될 수 있기 때문에 신중해야 할 과제입니다.

또 하나는 **사람의 자궁과 유사한 인공 자궁을 개발하는 것입니다.** 조산아는 조기 진통과 임신중독증 등으로 인해 여전히 발생 빈도가 높은 상황입니다. 조산으로 인한 태아 장기 손상 위험이 크기 때문에 인공 자궁이 있다면 조산된 신생아를 안전하게 키울 수 있겠죠.

● **Q5. 고위험 임신과 산모 진료에 힘써 오시며, 특별히 기억에 남는 순간이 있으실지 궁금합니다.**

골형성부전증이라는 유전병을 앓던 환자분을 진료했던 경험입니다. 당시 환자분은 휠체어를 사용하고 거동이 불편했지만 출산에 대한 의지가 매우 강한 분이었습니다.

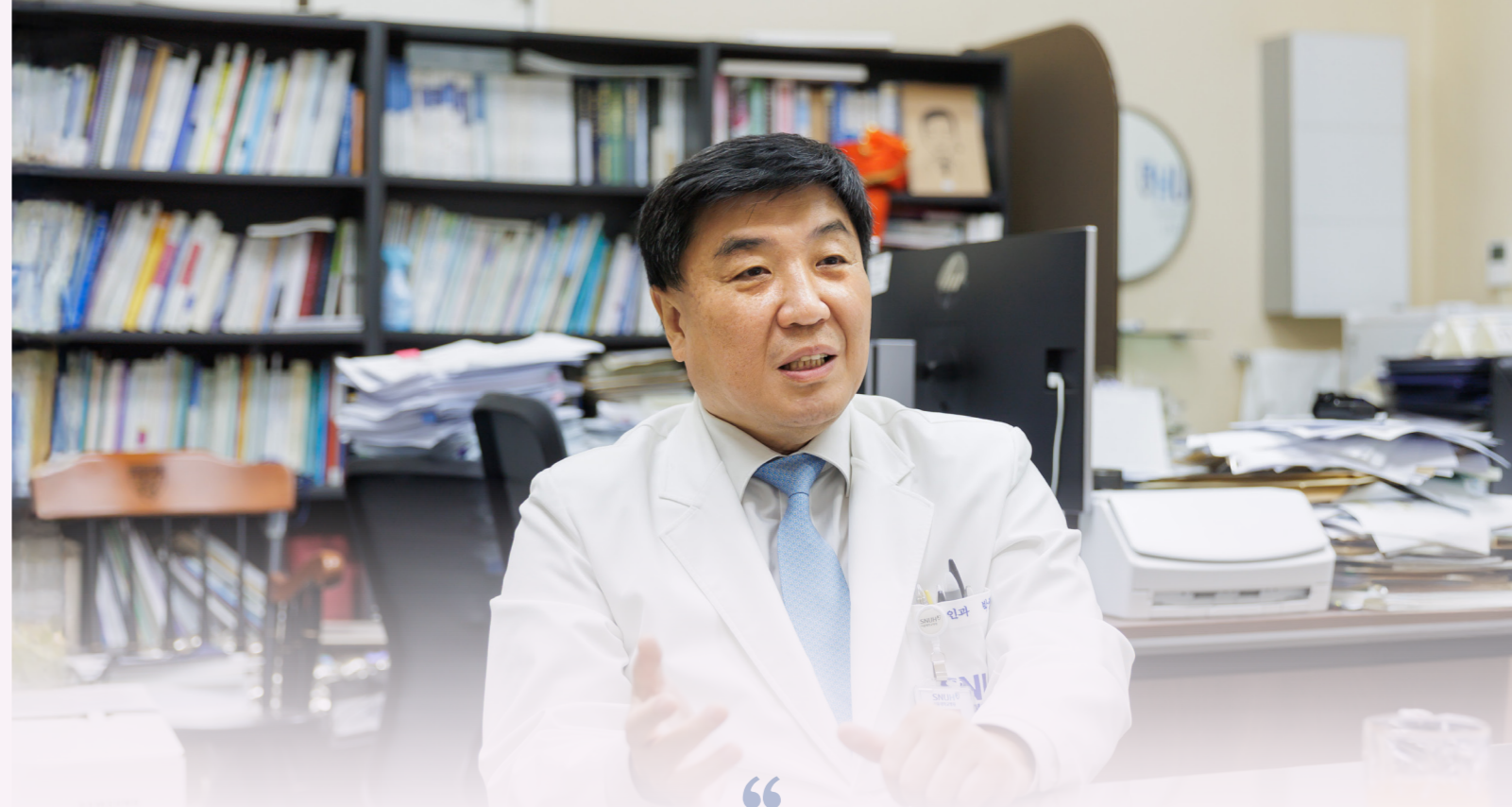
이 환자분을 진료할 때마다 거동이 어려워서 진료가 오래 걸렸고, **'장애 여성에게 산부인과 진료란 이렇게 어려운 일구나'**라는 사실을 절감했습니다. 이 경험이 서울대병원에서 장애친화 산부인과를 운영하게 된 계기가 됐죠. 마침 정부와 서울시에서 장애친화 산부인과 사업을 추진하던 시기였고, 참여해야 한다는 확신을 갖고 지원하게 됐어요.

하지만 서울대병원 건물이 1978년에 지어진 건물이라 장애친화 기준을 맞추는 일은 쉽지 않았습니다. 경사로부터 화장실 구조까지 전면 개편이 필요했죠. 우여곡절 끝에 장애 환자가 초음파·혈압 측정·진찰 등 모든 진료를 한 공간에서 받을 수 있도록 만들었습니다. **전담 코디네이터와 특화된 장비와 동선 설계가 많은 환자와 기관에서 호응을 얻고 있습니다. 접근성 자체를 치료의 일부로 보는 관점의 전환과 시설 적용이 중요합니다.** 앞으로도 공공성이 큰 서울대병원 같은 기관이 이러한 역할을 앞장서서 해야 한다고 생각합니다.

● **Q6. 저출산으로 분만 인프라가 빠르게 줄고 있습니다. 현장에서 체감하는 가장 큰 위기는 무엇인가요?**

지속가능성입니다. 임신 연령이 높아지고 기저질환과 다태임신 등 위험 요인은 늘어나는데, 분만 인프라와 인력은 오히려 줄고 있습니다. 여기에 의료진의 법적 리스크가 커지며 현장의 부담이 커졌죠.

소송 부담은 심각합니다. 분만 과정에서 신생아에게 장애가 생기면 그 아이가 평생 살아가는 데 필요한 비용을 산부인과 의사가 부담해야 하는 구조라 금액이 기본적으로 '억' 단위로 매우 큼니다. 최저임금과 기대 수명을 기계적으로 곱해 산정하는 방식이라 보상액이 커졌죠. 최근에는 15억~20억 원대까지 청구된 사례도 있습니다. 과실이 불분명한 경우에도 '의사가 더 책임져야 한다'는 판단이 내려지는 경우도 적지 않습니다. **이런 환경에서 산부인과 기피 현상은 더욱 심해질 겁니다. 산과 후학들이 줄어서 걱정입니다.**



“
현장에서 체감하는 가장 큰 위기는 지속가능성입니다. 임신 연령이 높아지고 고위험 임신 요인은 늘어나는데, 분만 인프라와 인력은 오히려 줄고 있습니다.
”

● **Q7. 그렇다면 어떤 해결 방향이 필요하다고 보시나요?**

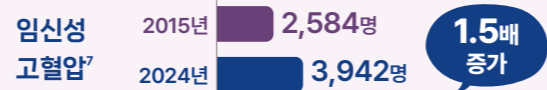
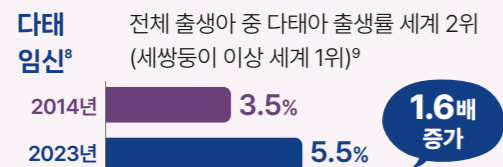
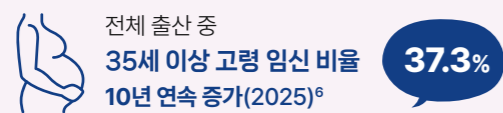
불가항력 분만 보상제도가 실효성 있게 운영되어야 합니다. 일본은 이 제도를 도입해 최대 3천만 엔(약 2억 8천만 원)을 국가가 보상하며 제도가 안정화되었습니다. 제가 학회 사무총장을 맡고 있을 당시 보건복지부와 일본 사례를 검토해 이런 제도 도입을 제안했습니다. 하지만 우리나라는 보상액이 3천만 원 수준으로 너무 낮았고, 그 중 20%는 의사가 부담하도록 하면서 현실과 맞지 않는 부분이 많았습니다. 결국 제도가 제대로 작동하지 않았고 소송은 증가했습니다.

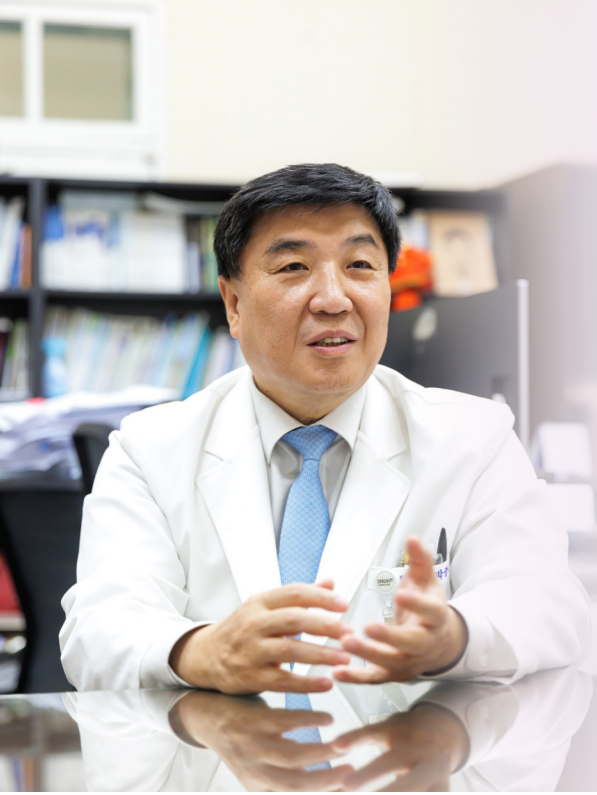
2023년 말부터 보상 재원을 국가가 100% 부담하는 구조로 바뀌었고, 2025년 7월부터 보상 한도가 기존 3천만 원에서 최대 3억 원으로 상향되었습니다. 그러나 이미 민사소송 규모는 10억 원을 훌쩍 넘는 사례가 많아 단순 보상 상향만으로는 현장의 부담을 해결하기 어렵습니다. 미국은 주로 보험을 통해 해결하는데, 우리 정부도 비슷한 모델 도입을 검토 중인 것으로 알고 있습니다.

산부인과의 필요성을 인정하면서도 위험은 개인에게 전가하는 구조로는 분만 시스템이 유지될 수 없습니다. **분만의 공공성을 인정하고 국가의 적극적인 개입과 합리적인 보상·보험 체계가 필수적입니다.**



임신 연령 증가에 따른 합병증 위험 증가 추세





“
**분만 인프라가 빠르게 붕괴되고 있는 지금,
 엄마와 아기가 믿고 찾을 수 있는 기반,
 환자와 의료진 모두가 안전하고 존중받는 환경을
 사회가 함께 만들어야만 유지될 수 있습니다.**
 ”

● **Q8. 의미 있게 평가하는 변화나 정책적 시도가 있다면 무엇인가요?**

아기가 있으신 분들은 임신부 지원 제도 중 하나인 '고운맘 카드'를 써 보신 경험이 있으실 텐데요. 그 과정에 참여했던 사람으로서 이를 의미 있게 기억합니다. 제가 대한산부인과학회 사무총장을 맡고 있던 2007~2008년은 저출산 문제가 대두되던 시기였습니다. 당시 임신부 대상 설문조사에서 초음파 비용이 큰 부담이라는 결과가 나왔을 때, 초음파 검사 수가를 낮추기보다 임신부에게 직접 지원금을 주자는 아이디어를 냈습니다. 전례도 없었지만 수차례의 논의 끝에 '고운맘 카드'가 탄생했습니다. 사용 범위와 지원금이 확대되며 현재도 활발히 사용되고 있습니다. 임신부들이 '정말 잘했다, 도움 된다'고 말씀하실 때마다 참 뿌듯합니다.

또 최근 정부의 모자의료 체계 개편 방향과 함께 진행된 중증 모자의료센터 지정사업은 전국적 모성·신생아 안전망을 구축하는 중요한 출발점이라고 봅니다. 서울대병원의 중증 모자의료센터는 산모·태아집중치료실, 분만실·수술실·신생아 소생실 등 분만 전 과정과 신생아중환자실, 응급 수술 체계, 패밀리룸까지 분만 관련 전 과정을 하나의 생명선처럼 연결하는 24시간 대비 체계를 마련했습니다. 지속적으로 지역 격차를 줄이는 권역화와 협진 체계를 고도화해 나가야 할 것입니다.

안전한 분만을 위한 의료 인프라들

- 산모·태아집중치료실(MFICU)
- 신생아 소생팀 상시 대기
- 신생아중환자실(NICU)
- 장애친화 진료 환경(전담 코디네이터 포함)
- 24시간 응급 수술 가능 여부
- 지역별 지정 분만 기관 연계

마지막으로, 산과의 미래를 한 문장으로 표현해주신다면요?

'두 생명을 지키는 의료, 그 환경을 함께 만들어가는 사회'

환자 진료는 물론 장애친화 산부인과 운영 등 시스템을 구축하는 일에도 저는 큰 사명감과 책임감을 느낍니다. 환자분들이 병원에서 기다림도 길고 불편함이 있으실 텐데도, 절박한 마음으로 찾아오신다는 것을 알고 있습니다. 그래서 '이 환자를 꼭 잘 도와드려야 한다'는 마음이 큼니다.

하지만 안타깝게도 이런 마음만으로는 산부인과 현장을 지켜내기 어려운 상황입니다. 분만 인프라가 빠르게 붕괴되고 있는 지금, 엄마와 아기가 믿고 찾을 수 있는 기반, 환자와 의료진 모두가 안전하고 존중받는 환경을 사회가 함께 만들어야만 유지될 수 있습니다. 기술과 제도, 사회적 연대가 함께할 때, 출산의 미래는 다시 안전해질 것입니다.

임신 중 알아야 할 위험과 체크사항

고령 산모 (35세 이상)¹¹

: 임신 초기 고혈당 ▶ 태아의 선천성 기형 위험 증가

체크사항 당뇨병 여부 확인 및 관리

임신 전 준비기 (임신 계획 ~ 14주)^{12,13}

: 엽산 부족 ▶ 신경관(척추, 뇌) 결손 위험
 : 풍진 감염 ▶ 태아 눈, 귀, 심장 기형 위험

체크사항 임신 전부터 '엽산' 지속적 복용
 임신 전 풍진 항체 검사,
 면역 없으면 풍진 예방접종 후 1개월간 피임

임신 중 발생할 수 있는 주요 합병증

1. 자궁외 임신¹⁴

수정란이 자궁 외(난관, 난소 등)에 착상
 복강 내 파열 시 생명 위험

체크사항 임신 초기 복통, 질 출혈 시 병원 방문

4. 조기 양막 파수 & 조기 진통 (20-37주)^{15,17}

조산 위험 증가

체크사항 규칙적 수축, 양수 흐르는 느낌,
 출혈 시 즉시 병원 방문

2. 임신중독증 (전자간증)¹⁵

태아 성장 장애, 혈류량 감소로 위험 증가

체크사항 체중 급증, 부종, 두통, 시력장애,
 우측상복부 통증, 소변 감소 시
 빨리 병원 방문

5. 임신 중 출혈¹⁵

- 임신 초기: 유산, 자궁 외 임신 가능성
- 임신 후기: 태반 조기 박리, 전치태반이 주원인

체크사항 출혈 즉시 병원 방문,
 배 통증과 출혈량 확인

3. 임신성 당뇨병^{15,16}

- 태아는 거대아, 신생아 저혈당, 황달, 호흡곤란증후군 위험 증가
- 산모는 양수과다, 난산, 전자간증 위험 증가
 분만 후 산모와 태아 당뇨병 확률 증가 위험

체크사항 24-28주 혈당검사 필수



자세한 내용은 유튜브 채널
 '서울대병원tv'에서 확인해보세요