

요로감염을 동반한 妊娠惡阻 환자의 치험 1례에 대한 임상보고

*세명대학교 한의과대학 부인과교실, **세명대학교 한의과대학 내과교실
유영기*, 이주아**, 김형준*, 이동녕*

ABSTRACT

A Case Report of Urinary Infection in Hyperemesis Gravidarum

Yung-Ki Yoo*, Ju-Ah Lee**, Hyung-Jun Kim*, Dong-Nyung Lee*

*Dept. of Oriental Gynecology, College of Oriental medicine, Se-Myung University, JeCheon, Korea

**Dept. of Internal Medicine, College of Oriental medicine, Se-Myung University, JeCheon, Korea

Purpose: This study is to report of the effect of oriental treatments to urinary infection in hyperemesis gravidarum.

Methods: Hyperemesis gravidarum is a severe and intractable from of nausea and vomiting in pregnancy. And urinary infection is frequent medical cause of hospitalization, during the course of pregnancy. Hyperemesis gravidarum and urinary Infection is associated with risk to the mother and fetus. We treated a patient who had urinary infection in hyperemesis gravidarum at Se-Myung university Oriental Hospital in affiliation by herbal medication, acupuncture and moxibustion. After the treatment, we got good result.

Results: After the treatment, symptoms are remarkably alleviated.

Conclusion: It is effective to cure the urinary infection in hyperemesis gravidarum through the herb-medication and acupuncture treatment.

Key Words: urinary infection, febrile disease, hyperemesis gravidarum, KungsosanKamibang

I. 緒 論

입덧(morning sickness)은 임신 중 발생하는 惡心 및 嘔吐가 있는 증상으로 정도가 심하지 않아 식성이나 체중에 크게 영향을 주지 않고 일시적이며 妊娠 3개월이 지나면 대부분 소실되는 증상이다¹⁾. 그러나 妊娠惡阻는 1000명당 1-20명에서 나타나는 비교적 드문 증상으로²⁾, 妊娠嘔吐가 너무 심하여 체중감소, 탈수, 기아에 의한 산혈증, 구토내용물에 의한 알칼리혈증, 저칼륨혈증 등이 나타날 수 있다³⁾.

妊娠惡阻의 현대 의학적으로 병인에 대해 명확하게 밝혀지지 않았으나, 단백질 대사변화에 의한 비타민 B₆의 결핍, 부신피질의 기능장애, 갑상선 기능항진 및 hCG의 과다분비, 정서적인 요인, 위장관의 생리적 변화, 과민반응, 불량한 영양상태 등과 관련이 있는 것으로 여겨지고 있으며, 韓醫學에서는 衝脈의 氣가 上逆하여 胃氣의 下降작용을 상실하여 발생한다고 설명한다. 妊娠惡阻는 적절한 처치를 하면 치료될 수 있는 질환이나, 치료가 불충분 하거나 반복하여 발생하면 신체가 수척해지고 피부가 건조해지며 目眶下陷, 低熱脈數한 등 氣陰兩虧의 중한 상태에 이르며 심하면 尿中 케톤이 나타난다. 오랫동안 치유되지 않거나 잘못 치료하여 전해질의 불균형 상태를 초래하고 심장과 신장 기능의 손상을 발생시킬 수도 있다. 당뇨병과 합병된 妊娠惡阻에서 尿中 케톤이 존재할 경우 분만 후 신생아의 지능이 정상보다 낮게 나타나는 경우가 있으므로 주의가 요구된다. 그리고 만약 체온이 계속적으로 38°C 이상이거나 맥박이 110회/분이

상, 계속적인 단백뇨, 지속적인 황달, 다발성 신경염 및 신경증상, 정신병이 발생하면 임신의 중단을 고려하고 치료적 유산을 시행한다¹⁾.

최근 저자들은 심한 妊娠惡阻와 함께 惡寒, 頭痛, 發熱 등 傷寒의 소견을 호소하는 환자를 韓醫學적으로 辨證治療한 결과 유의성 있는 결과를 얻었기에 考察과 함께 報告하는 바이다.

II. 證 例

1. 성 명 : 최○○ (F/24)
2. 주소증
 - 1) 惡心, 嘔吐
 - 2) 頭痛
 - 3) 惡寒, 發熱
3. 발병일 : 07.09.28
4. 과거력 : 별무
5. 가족력 : 별무
6. 산과력 : 0-0-0-0(初妊)
7. 임신주수 : 19weeks
8. 현병력 : 현 24세 마른체형의 예민한 성격의 여성 환자로 현재 임신 19주로 평소 입덧으로 식사를 하지 못하다가 최근 일주일 전부터 거의 하지 못하던 중 07.09.28일에 local 내과의원에서 fluid 처치 받았으나 증세 별무 호전하고 간헐적인 발열과 오한 및 두통이 병발하여 07.10.01일 AM 9시40분경 본원 외래를 통해 입원하였다. 상기환자는 평소 소화가 잘되지 않았으며, 입원당시 얼굴은 창백하고 脈은 浮滑數이고, 舌紅苔薄白하고, 대변은 1回/5日 로 변비가 있었으며 소변은 3-4回/1日 정도로 배설하였다.

입원 당시 혈압은 110/70, 맥박 84회/분, 었다.
호흡수 20회/분, 체온 36.5°C가 check 되

Table 1. 望聞問切

一般症狀	脈	舌苔
食慾不振, 消化不良, 便秘, 無氣力, 體重減少, 不眠	浮滑數	舌紅苔薄白

Table 2. Complete blood count(괄호 안은 정상치)

항목	07.10.01	07.10.05
WBC(4,000-10,000/ μ l)	162,000	87,000
RBC(4,200,000-5,400,000/ μ l)	3,330,000	2,650,000
HGB(12-16g/dl)	10.9	8.6
HCT(37-47%)	29.9	23.8
MCV(79-96)	89.8	89.8
MCH(26-33)	32.7	32.5
MCHC(32-37g/dl)	36.5	36.1
Platelet(150,000-450,000/ μ l)	141,000	174,000
ESR(0-15mm/hr)	58	67

Table 3. Biochemistry(괄호 안은 정상치)

	07.10.01	07.10.05
Na(135-145mEq/L)	132	136
K(3.5-5.5mEq/L)	3.2	3.6
Cl(98-110mEq/L)	94	99
BUN(7-20mg/dl)	5	.
Creatinine(0.6-1.3mg/dl)	0.6	.
CRP(0-0.5mg/dl)	22.2	9.6
AST(U/ ℓ)	17	.
ALT(U/ ℓ)	9	.
γ -GTP(U/ ℓ)	10	.
ALP(U/ ℓ)	60	.

Table 4. Urinalysis(괄호 안은 정상치)

	07.10.01	07.10.05
Leukocyte(negative)	++ +500	++75
Glucose(negative)	+250	+250
Ketone(negative)	++50	negative
Bacteria(negative)	Many	negative

Table 5. HBV serum test(괄호 안은 정상치)

	HBsAg(EIA)	HBsAb(EIA)
07.10.01	positive	negative

Table 6. Body temperature

Date	Hour	T°C	Treatment
10/01	09:40	36.5	
	16:00	38.8	Tepid massage
	18:50	39.1	Tepid massage
	20:20	39.1	Tepid massage
	21:00	38.7	Tepid massage
	22:00	38.6	Tepid massage
	23:00	38.3	
10/02	00:00	38.2	
	01:00	36.8	
	06:00	36.5	
	10:00	37.4	
	10:45	38.6	Tepid massage
	12:00	39.1	Tepid massage
	13:30	38.5	Tepid massage
	14:00	38.5	Tepid massage
	15:00	38.4	Tepid massage
	17:00	36.9	
	20:00	38.5	Tepid massage
	21:00	39.5	Tepid massage
10/03	22:00	38.7	Tepid massage
	00:00	37.5	
	02:00	36.5	
	06:00	39.1	Tepid massage
	07:00	38.9	Tepid massage
	09:00	37	
	14:00	39.2	Tepid massage
	15:00	39.5	Tepid massage
	16:00	39	Tepid massage
	19:00	36.5	
	20:00	36.5	
	10/04	00:20	39
01:20		38.4	Tepid massage
04:00		38.2	Tepid massage
05:30		37.8	
06:00		37.8	
14:00		37	
15:30		38.1	Tepid massage
16:30		38.4	Tepid massage
10/05	20:00	36.8	
	06:00	37.7	
	10:00	37.8	
	12:00	37.4	
	14:00	37	
10/06	20:00	36.8	
	02:00	36.8	
	06:00	36.7	
10/07	20:00	36.5	
	06:00	36.5	

Table 7. Symptoms change

	10/01	10/02	10/03	10/04	10/05	10/06	10/07
惡心	+++	+++	++	+	+	-	-
嘔吐	6회	4회	1회	1회	1회	1회	-
頭痛	+++	+++	+++	++	+	-	-
惡寒	+++	+++	+++	++	+	-	-
發熱	+++	+++	+++	++	+	-	-
症狀變化	飲食攝取	죽150g, 물2.5컵, 음료수1컵, 오이1조각, 복숭아 2조각, 바나나1개	죽2그릇, 물1컵, 요구르트 1.5개, 메론4조각	죽1그릇, 밥 1그릇, 컵라면 약간, 요구르트1, 파인애플 2조각, 메론4조각	죽2그릇, 메론3조각, 파인애플 3조각, 요구르트1, 오이0.5개, 복숭아1조각, 포도약간	밥1그릇, 죽1그릇, 메론6조각, 요구르트2개, 오이1/4개, 바나나 1/2개, 튀김4개, 오뎅1개	죽1그릇, 메론6조각, 요구르트2개, 바나나1개, 정상식사
	消化	不良	不良	不良	微不良	微不良	微不良
大便	0	0	0	0	1	1	0
體重	52kg	51kg	52kg	53.5kg	52.5kg	54kg	54.5kg
處方	①	②	②	②	②	③	③
治療	鍼治療	中腕, 內關, 足三理, 豐隆, 公孫, 太衝(2回/1日)					
	灸治療	中腕					

9. 處方

1) 芎蘇散 :

前胡, 黃芩, 麥門冬, 川芎 4g
 陳皮, 赤芍藥, 白朮 3g
 蘇葉 2.5g
 葛根, 甘草, 生薑 2g

2) 保生芎蘇散加味 :

香附子 10g
 葛根 8g
 蒼朮 6g

蘇葉, 生薑, 甘草, 防風, 荊芥, 乾地黃, 川芎, 白芍藥, 當歸 3g

3) 泰山磐石散 :

熟地黃, 龍眼肉 8g
 白芍藥, 白朮, 續斷, 兔絲子, 黃耆 6g
 當歸 4g
 甘草 3g
 砂仁, 升麻, 柴胡 2g

Table 8. 芎蘇散의 出典 및 主治症^{4,5)}

處方名	出典	主治症
芎蘇散	婦人良方大全	治 外感風寒壯熱頭疼心胸煩悶
	醫學正傳	治 妊娠外感風寒渾身壯熱頭目眩暈
	醫學入門	治 孕婦傷寒寒熱頭痛身痛項背強
	丹溪心法附餘	治 妊娠外感風寒渾身壯熱眼暈頭旋心胸煩悶
	六科準繩	治 婦傷寒頭痛憎寒壯熱身痛項強
	濟衆新編	治 妊婦感寒

Ⅲ. 考 察

妊娠惡阻는 Fairweather에 의하면 비교적 드문 질환으로 임신 20주 이전에惡心과嘔吐의 증상이 입원치료가 필요할 만큼 심한 경우로⁶⁾, 妊娠嘔吐가 너무甚할 경우 체중감소, 탈수, 기아에 의한 산혈증, 구토내용물 중 염산 손실에 의한 알칼리혈증, 저칼륨혈증 근력저하, 심전도의 이상소견, 정신적 장애 등이 있을 수 있으며, 심한 구토에 의한 식도과열, Wernike's 뇌증, 망막출혈, 신장손상, 자발적 종격동 기흉 등이 발생할 수도 있다⁶⁾.

惡心과嘔吐가 임신결과에 긍정적이고 자연유산의 위험도를 감소시킨다는 의견도 있지만, 妊娠惡阻가 임신결과에 긍정적인지는 확실하지 않으며⁷⁾, 오히려 암환자가 항암제 치료 시 겪는惡心과 강도 및 특징이 비슷하여서 환자 본인이나 태아 및 가족은 물론 사회생활 및 직업생활에도 큰 영향을 미칠 수 있어⁸⁾, 적절한 치료가 필요하다.

西洋醫學에서는 妊娠惡阻를 心身과 동반된 모성의 상부위장관 질환의 하나로 보고 있으며, 원인에 대해서는 명확하게 밝혀지지 않았으나 다음 3가지에 초점을 맞출 수 있다. 첫째 임신 중 저하된 위장관운동, chemoreceptor trigger zone(CTZ) 등과 관련된 위장관계의 문제가 보고되고 있다⁹⁾. 둘째, 기태임신이나 다태임신에서 妊娠惡阻의 빈도가 높고, hCG치가 제일 높을 때 빈도가 높다는 등의 hCG와의 연관성에 대한 보고가 있으나 또한 관계가 없다는 보고도 있으며¹⁰⁾, 임신초기에 hCG가 갑상선을 자극하는데 이 자

극의 정도와嘔吐와의 연관관계가 있다는 연구결과도 있다¹¹⁾. 마지막으로 1차적인 요소는 아니지만 정신적인 요소로서 전환장애 또는 신체화장애로 보는 경우도 있다. 지나친 스트레스, 부적절한 성관계후 임신, 적절한 의사소통의 결핍 등과 관계가 있다는 보고도 있다¹²⁾.

韓醫學적으로 妊娠惡阻는 衝脈의 氣가 上逆하고 胃가 下降의 작용을 실조하여 발생하는데, 妊娠 초기에 월경이 갑자기 멈추고 衝妊의 氣血이 外泄하지 못하고 아래에 모여 胎元을 양육하므로 衝氣가 偏盛하여 經脈을 따라 上逆하여 胃를 침범하여 발생한다. 妊娠惡阻는 단순한惡心, 嘔吐에서 출발하여 상당히 重한 상태로 발전할 수 있으며, 만약 환자가 체중감소 및 탈수를 일으킬 정도의 빈번하면서도 지속적인 구토가 있으면 대사성산증, 케톤뇨증, 저칼륨성 알칼리증, 빈뇨, 혈액농축, 변비 등이 나타나고 이럴 경우 妊娠惡阻로 진단한다. 이런 경우 임신부는 급격히 수척해질 뿐만 아니라 태아의 발육에도 영향을 끼치므로 반드시 조기 治療가 필요하다. 治療가 부족하거나, 治療法을 찾지 못하여嘔吐가 멎지 않는 경우나 증상이 호전된 후에도 음식을 조절하지 못하고 일상생활이 불규칙하면 다시嘔吐가 반복되어 결국 精氣가 耗損되고 胃氣가 손상되며 陰液이 虛損되어 氣陰兩虧의 甚한 증후가 된다. 특히 尿에 케톤체가 양성이고 관련검사서 酸中毒이 있으면 입원치료가 요구된다¹⁾.

증례의 환자는 local 내과의원과 산부인과에서 치료하였으나惡心, 嘔吐 증상이 점차 심해지고 입원 며칠 전부터 頭痛과惡寒, 發熱증세도 호소하였다. 극도

로 수척한 상태였기 때문에 입원치료가 필요하다고 판단하여 본원에 입원하였다. 입원 당일 저녁에 발열 증상이 있었는데, 입원 당일 저녁 『醫學入門』의 芎蘇散 처방을 투여하였으나 약효가 미진하여 對症療法으로 발열이 있을 때마다 Tepid massage를 시술하였으며, 입원 2일째부터는 妊娠傷寒方으로 『晴崗醫鑑』¹³⁾의 保生芎蘇散에 行氣解鬱하는 香附子 10g을 추가하고 이를 君藥으로 하는 “保生芎蘇散加味方”을 투여하였다. 입원 검사결과 혈액 검사와 소변 검사 결과에서 빈혈소견과 요로감염 소견이 나왔으며, 간염검사 결과에서는 HBsAg 양성, HBsAb 음성으로 간염소견이 있었으나 혈액검사상 간기능은 정상범위에 있어 별다른 치료를 실시하지 않았다.

환자의 妊娠惡阻 증상은 鍼灸治療이후 호전되기 시작하였으며, 발열을 제외한 惡寒 및 頭痛은 입원 2일 점심시간 이후로 점차 감소하였다. 환자가 항생제 치료에 거부감을 나타내고 발열 양상이나 강도는 조금 줄어들기는 했으나 간헐적으로 발열이 있어 발열이 있을 때마다 Tepid massage만 실시하고 保生芎蘇散加味方을 계속 투여하였다. 입원 3일째부터는 妊娠惡阻의 증상은 현저히 좋아지기 시작하였고, 惡寒이나 頭痛은 감소하였으며 발열 양상, 지속시간 그리고 강도도 점차 줄어들기 시작하고 간헐적으로 발열이 있을 경우에는 Tepid massage를 실시하였다. 입원 4일째부터는 입덧 증상이 없어지고 식사량이 현저히 늘고 체중도 늘기 시작하였다. 발열증상은 오후 15:30경에 38.5℃, 1시간가량 지속되었고 Tepid massage 실시하고 1시간이후 발열증상은 소실되었다. 입원 5일째

되는 날 환자의 제증상은 거의 소실되어 혈액검사를 실시한 결과 HGB와 HCT 수치는 더 낮아졌고 WBC는 정상범위로 감소하였으며, ESR은 다소 증가되었다. 소변검사에서 약간의 Leukocyte와 혈당 소견이 있었지만 이는 정상 임신부에서도 발견될 수 있는 소견으로 무시할 수 있는 정도였다. 그래서 입원 6일째부터는 “急則治其標, 緩則治其本¹⁴⁾”의 원리에 따라 유산방지와 허약해진 산모의 氣血을 補하기 위해 “泰山磐石散”을 투여하였다. 입원 7일째 모든 증상이 소실된 환자가 퇴원을 위하여 7일분의 泰山磐石散을 가지고 퇴원하였다.

妊娠 중의 신·요로 질환은 항상 임신과 관계있는 것은 아니지만 대부분 妊娠 중에는 신·요로의 질환이 발생하기 쉽고 종종 악화시키기도 한다. 정상 임신 중에 요관확장, 신 혈류량과 사구체 여과율의 증가 등의 신·요로계의 기능과 구조의 변화가 생기게 되는데 호르몬의 영향과 자궁의 기계적 폐쇄 효과 등에 의해 발생하게 된다¹⁾. 실제로 사회경제적 상태에 따라 다르지만 요로감염은 임신부의 2-8%에서 발견되고, 임신 중 요로감염이 발생하면 미숙아 분만율과 신생아 사망률이 증가할 수 있고 특히 상부요로감염일 때 그 비율은 증가하기 때문에 초기에 적절한 치료가 요구된다¹⁵⁾. 요로감염에는 방광염과 요도염, 급성 신우신염, 만성신우신염, 신장 결핵 등이 있는데, 그 중 급성 신우신염은 내과적 합병증 중 가장 흔한 것 중 하나이다. 약간의 방광자극 증세, 血尿가 있었던 사람에게 갑자기 열이 나고 惡寒이 있거나 한쪽 또는 양쪽 요추부에 동통이 발생하고 식욕부진이나 구토를 동반할 경우에는 신

우신염이 의심되므로 반드시 감별진단이 필요하고, 급성 신우신염의 전신증세를 가진 임신부는 치료 시작에서 임상증세가 호전될 때까지 입원을 해야 한다¹⁾.

韓醫學에서 임신 중의 신·요로 질환을 妊娠小便不通의 범주에 포함시키기도 한다¹⁾. 하지만 만약 환자가 배뇨장애를 호소하지 않는다면 증세로 미루어 變症하고 그에 따라서 치료해야 할 것이다.

일반적으로 傷寒이라고 하면 感冒를 떠올리게 된다. 하지만 傷寒에는 廣義와 狹義의 傷寒이 있는데 廣義의 傷寒은 一切의 外感熱病을 통칭하는 것으로 『素問·熱論』에서 “今夫熱者 皆傷寒之類也”라고 한 것이 이에 해당되며, 狹義의 傷寒은 寒邪를 감수하여 발생하는 병변을 가리킨 것으로 『難經』에서 “傷寒有五：類中風，類傷寒，類熱病，類溫病”이라고 한 것이 이에 해당된다¹⁶⁾.

따라서 환자의 洋醫學적 진단명이 요로감염이라고 해도 증상이 發熱, 惡寒, 頭痛 등으로 傷寒의 증상을 보였기에 傷寒의 治法에 따라 治療하였다.

韓醫學에서는 妊娠傷寒의 중요성에 대하여 『諸病源候論』에서 “冬時嚴寒人體虛而寒所傷即成病爲傷寒也，輕者齶齶惡寒 翕翕發熱 微咳鼻塞 數日乃止 重者頭痛體疼 憎寒壯熱 口不歇 亦傷胎也”라 하여 임신부의 체력이 허약할 때 傷寒에 이환될 경우가 많으며, 오래되면 태아에 위협을 초래한다고 하였다. 그러나 임신초기의 약물투여가 임신부에서 기형이나 流·早產 발생의 우려가 있다고 하여 임신부에서 약물을 사용하지 않으면 임신부뿐만 아니라 태아에까지 해로운 영향을 미칠 수 있으며 실제로 위험성이 극히 적은 약임에도 불구하고 의

사나 임신부의 잘못된 지식으로 인하여 투약을 하지 않아 임신부의 증상을 완화시켜주지 못하는 경우도 종종 있다³⁾.

증례의 환자도 임신 19주경 발생한 상기증상으로 local 내과의원에서 fluid 처치 받고 증세 별무 호전된 상태에서 본원 외래를 경유하여 입원한 환자로 항생제 치료에 거부감을 표시하였고 상대적으로 한방치료에 대해 호감을 나타냈다.

환자는 鍼灸치료와 韓藥치료를 병행했으며, 경혈은 中脘, 內關, 足三理, 豐隆, 公孫, 太衝 등을 이용하였다. 내관은 胸膈을 시원하게 하고 三焦를 고르게 하고 足三理는 胃를 健全하게 하며, 公孫은 脾胃기능을 제고함으로써 順氣, 健胃의 작용을 수행하게 하였고 脾胃痰阻는 豐隆, 中脘을 써서 치료하였으며 肝氣犯胃는 內關, 太衝을 사용했다¹⁾. 이 經穴들을 이용하여 胎氣上逆의 억제와 順氣, 健胃를 도모하였고, 그 결과 입덧은 치료 2일째부터 개선되었고 3일째 호전을 보였다.

妊娠傷寒에 쓰이는 처방들은 주로 藿香正氣散, 十味芎蘇散, 麥蘇飲, 小柴胡湯之類 등인데¹⁸⁾, 芎蘇散은 『婦人良方大全』¹⁹⁾에 최초로 수록된 처방으로 紫蘇葉, 川芎, 白芍藥, 白朮, 陳皮, 葛根, 甘草, 麥門冬으로 구성되어 있으며 妊娠外感風熱, 壯熱頭疼, 心胸煩悶 등에 활용되었는데, 後代에 내려오면서 芎蘇散에 몇 가지 약재를 加味하여 妊娠傷寒, 咳嗽 등에 응용되고 있다²⁰⁾. 이에 저자들은 芎蘇散과 保生芎蘇散¹³⁾을 활용했고 발열이 심한 경우에는 tepid massage를 실시했다. 治療 6일째부터는 환자의 증세는 호전되었지만 임상병리검사의 빈혈소견은 더 악화되었다. 이는 妊娠惡阻로 섭생이 부족하여 氣血이 허약해진 것으로 판단

하고 氣血虛弱으로 인한 胎氣不安을 치료하는 泰山磐石散²¹⁾을 투약하였다. 환자의 妊娠惡阻 및 요로감염으로 인한 증상이 소실되어 퇴원하고 상기 처방을 자택에서 복용하면서 조리하도록 하였다. 퇴원 후 2개월이 되었을 때, 환자와의 전화 상담에서 입덧 증상은 현재 없으며, 체중증가는 꾸준히 잘 되고 있으며, Local 산부인과에서 추가로 실시한 간염관련 검사에서 간기능에는 이상이 없으며, HBsAg는 음성, HBsAb는 양성, HBeAg는 음성으로 나왔다고 한다.

상기환자는 요로감염이 의심되는 환자였지만 임상증상이 傷寒의 환자와 같았으며, 韓醫學적으로 상한의 범주에서 辨證治療한 결과 양호한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다. 특히 본 사례는 환자가 양약에 대한 거부감이 있거나 西洋醫學에서 妊娠 중 韓藥복용을 제한하고 있는 현실에서 韓醫學적 治療의 우수성을 보여주는 사례이며 특히 妊娠에 동반된 外感發熱性 질환에서도 韓醫學적 치료가 좋은 효과를 낼 수 있는 것을 보여준 사례라고 본다.

IV. 結 論

發熱, 惡寒 등의 妊娠傷寒증세와 惡心, 嘔吐를 호소하는 妊娠惡阻를 동반한 환자를 韓藥, 針, 灸를 이용한 韓醫學적 治療를 실시한 결과 좋은 治療效果를 보았기에 이에 報告하는 바이다.

- 투 고 일 : 2008년 1월 23일
- 심 사 일 : 2008년 1월 28일
- 심사완료일 : 2008년 2월 1일

참고문헌

1. 한의여성의학 편찬위원회, 한의여성의학Ⅱ. 서울: 정담, 2007; 159-164, 245-252.
2. Kascu NK, Koyuncu F. Hyperemesis gravidarum: current concepts and management. Postgrad Med J 2002Feb; 78(916): 76-79.
3. 대한산부인과학회 교과서편찬위원회. 산과학. 서울: 도서출판 칼빈서적. 1997; 445-450, 460-461, 1220-1221.
4. 金東哲, 白承禧. 妊娠傷寒 治療에 對한 考察. 대한한방부인과학회지. 2001; 3(14): 110-121.
5. 高光順, 柳同烈. 芎蘇散과 芎蘇散加味方에 關한 文獻的 考察. 대한한방부인과학회지. 1998;2(11):93-106.
6. Fairweather DVI. Nausea and vomiting in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1968;102:135-175.
7. Brandes JM. First-trimester nausea and vomiting in pregnancy. Obstet Gynecol. 1967;30:427-431.
8. O'Brian B, Nabers. Nausea and vomiting in pregnancy. Effect on the quality of woman's lives. Birth. 1992;19:138-143.
9. Devitt NF. Hyperemesis gravidarum. A case report suggesting new concepts and research needs. Fam Pract Res J. 1991;11:279-282.
10. Soule MR et al. Nausea and vomiting of pregnancy: role of human chorionic gonadotropin and 17-hydroxyprogesteron. Obstet Gynecol. 1980;55:696-670.
11. Goodwin TH, Montoro M, Mestman JH. Transient hyperthyroidism and

- hyperemesis gravidarum. Clinical aspect. Am J Obstet Gynecol. 1992;167:648-652.
12. Hod M et al. Hyperemesis gravidarum. A review J report Med. 1994; 39:605-612.
13. 金永勳. 晴崗醫鑑. 서울: 성보사. 1984:421.
14. 裴秉哲 註解. 黃帝內經讀解. 서울: 성보사. 2000:292-294.
15. 대한신장학회. 임상신장학. 서울: 광문출판사. 2001:467-477.
16. 安圭錫, 崔昇勳. 동의병리학. 1. 서울: 高文社. 1993:371.
17. 巢元方. 諸病源候論. 北京: 人民衛生出版社. 1980:1166.
18. 簫薰. 女科經論. 泰州: 江蘇科學技術出版社. 1986:129-130.
19. 陳自明. 婦人良方大全(卷14). 서울: 金泳出版社. 1976:7, 11.
20. 成周鳳. 韓方醫學講習書. 大田: 泰平堂. 1936:487.
21. 張介賓 著. 이태균 편역. 景岳全書 婦人規. 법인문화사. 1999:122-123.