한방치료 후 임신에 성공한 반복 임신손실 환자 68례의 산과적 결과 및 출산 성공 영향 인자의 분석

*제인한방병원 한방부인과, **움여성한의원 이재은*, 허수정*, 조현주*, 문현주**

ABSTRACT

Obstetric Outcomes in 68 Pregnant Patients with Recurrent Pregnancy Loss on Oreintal Treatment and Analysis of Factors Affecting the Success of Birth

Jae-Eun Ie*, Su-Jung Heo*, Hyun-Ju Cho*, Hyon-Ju Moon**
*Dept. of Gynecology, Jein Oriental Hospital. **Womb Oriental Clinic

Purpose: To estimate the effect of oriental treatment on recurrent pregnancy loss, a retrospective analysis was done.

Methods: Sixty-eight pregnant women at the $\bigcirc\bigcirc$ oriental clinic, Korea, from January 2005 to May 2009 diagnosed as recurrent pregnancy loss were included in this study. The sixty-eight patients received oriental treatment such as acupuncture, moxibution, herbal acupuncture and herbal prescriptions, divided into two groups: Group A- live birth(N=58) and Group B- abortion(N=10). The maternal age, parity, menstrual history, gynecological history and period of treatment were compared. To find out factors affecting the success of birth, we performed binary logistic regression analysis(SPSS ver. 14.0 for windows).

Results: The live birth rate was 85.3%. The maternal age, parity, menstrual history, gynecological history and period of treatment were not different between two groups. Logistic regression analysis showed that the significant factors predicting the occurrence of miscarriage were advanced maternal age(\geq 35)(P=0.005, Odds Ratio[OR]=3.809, 95% Confidence Interval[95%CI]: 1.514–9.585) and suffering from gynecological problems(P=0.044, OR=4.048, 95%CI: 1.037–15.801).

Conclusions: The results suggest that oriental treatment has effectiveness on recurrent pregnancy loss. Further study will be needed.

Key Words: Recurrent pregnancy loss, Habitual abortion, Oriental treatment, Obstetric outcomes, AMA

교신저자(조현주): 서울 성동구 송정동 81-14번지 제인한방병원 부인과 전화: 02-3408-2255 팩스: 02-3408-2211 이메일: mickey7677@hanmail.net

I. 서 론

임신손실에 관련된 용어로는 재발성 자 연유산(recurrent spontaneous abortion), 반복 유산(recurrent abortion), 재발성 임 신손실(recurrent pregnancy loss), 습관 성 유산(habitual abortion) 등이 혼용되 어있고, 2회 이상을 포함하는지 3회 이 상을 포함하는지에 따라 정의 또한 다르 다¹⁾. 반복 임신손실(Recurrent pregnancy loss)은 전통적으로 임신 20주 이전의 3 번 이상의 임신손실을 의미했으나, 2008년 미국 생식의학회(The American Society of Reproductive Medicine)는 2번 이상의 임신손실로 정의했다2). 질환의 정의와 모집단에 따라 발생률은 다르지만, 통상 적으로 생식연령의 1-5%가 그에 해당한 다고 받아들여지고 있고3, 1991년 국내 조사에서는 2회 연속되는 자연유산의 빈 도가 9.3%로 보고되었다⁴⁾. 2회 연속 자 연유산 후의 유산재발률은 35%로서 첫 유산률의 약 2배가 되며, 3번 연속 자연 유산 후의 유산재발률은 47%로서, 이론 적인 유산재발률은 83%로 추정되고 있 다1).

원인으로는 부모의 유전학적 요소, 해 부학적 이상, 항인지질항체 등이 있으며, 그밖에 논쟁이 되고 있는 내분비계 질환, 혈전성향증, 감염 및 환경적 요인 등 다 양한 요인이 연관되어 있으나, 절반가량 은 원인불명이다³⁾. 해부학적 요인과 내 분비적 요인은 비교적 치료가 용이하지 만 그 외의 치료법은 많은 논란에 쌓여 있다.

반복 임신손실의 예후인자로는 가장 널리 받아들여지고 있는 것이 산모의 연 령, 이전의 유산횟수와 유산 시기에 있어서 태아의 심박동 유무 등이 있고, 아직 이견이 많은 부분이지만 이전의 출산성공 여부도 포함된다⁵⁾.

한의학에서 반복 임신손실은 滑胎, 數 墮胎, 屢孕屢墮와 일치하는 것으로 墮胎, 小産, 半産의 반복발생을 의미하며, 姙婦 의 腎氣虛弱을 가장 큰 原因으로 보고, 安胎于先의 辨證施治를 爲主로 한 藥物 및 鍼灸治療와 養生, 攝生 및 心理的 安 靜 등 포괄적인 치료가 시행된다⁶⁾.

한의학에서 기존 습관성 유산에 관한 임상 보고는 2000년 김⁷⁾의 2회 이상 자 연유산 환자 171명에 관한 고찰, 2005년 정⁸⁾과 조⁹⁾의 3회 이상 자연유산 환자 각 1명, 14명의 출산 성공 증례 보고 외에는 찾아보기 힘들다. 반복 임신손실은 해당 부부에게 감당키 어려운 스트레스를 줄 수 있고, 현존하는 치료법 또한 확실치 않아 논란과 함께 연구가 지속되고 있는 영역으로 의사에게도 많은 좌절을 경험 하게 하는 질환이다¹⁰⁾. 이에 저자는 한방 치료 후 임신에 성공한 2회 이상 자연유 산 환자 68명의 산과적 결과 보고 및 출 산 성공에 영향을 주는 인자의 분석을 통해 반복 임신손실 환자의 임상에 보탬 이 되고자 한다.

Ⅱ. 대상 및 방법

1. 연구대상

2005년 1월부터 2009년 5월까지 ○○한 의원에 2회 이상 자연유산을 주소로 내원한 환자 중 임신보고가 된 73명의 여성을 대상으로 의무기록과 전화추적을 통해출산 여부를 확인, 전화 추적조사 상 결

과를 확인하지 못한 5명은 대상에서 제 외, 확인된 환자 68명을 대상으로 하였 다. 68명에서 출산에 성공한 그룹을 A, 출산에 실패한 그룹을 B로 나누어 연령, 속발성 및 원발성 반복 임신손실, 자연 유산횟수, 월경주기, 기저질환, 임신 전 치료기간, 임신 후 치료방법 등을 비교 했다. 2회 이상의 자연유산으로 한 번도 생존아를 분만하지 못한 경우를 원발성 반복 임신손실, 생존아 분만 후 계속된 유산으로 다음 아기를 분만하지 못한 경 우를 속발성 반복 임신손실로 분류했다. 월경주기는 21일 미만인 경우 빈발 월 경, 40일 이상인 경우 희발월경으로 정 의했다. 또한 그룹과 무관하게 출산 성 공 여부에 영향을 미치는 인자를 찾기 위한 조사를 병행하였다.

2. 치료방법

1) 한방치료

임신 확인 전까지 침, 약침, 뜸 치료가 주 1-2회 지속 시행되었고, 임신 전후로 한약치료가 병행되었다.

(1) 침

0.25×30 mm 1회용 毫鍼을 사용하여, 關元(CV4), 三陰交(SP6), 子宮을 기본 혈로 환자에 따라 穴位를 추가하여 迎隨 補瀉를 爲主로 15분간 留針하였다.

(2) 약 침

兩側 腎兪(B23)에 腎陽虛 1호(대한약 침학회. 構成: 熟地黃 女貞實 40g 山藥 山茱萸 枸杞子 20 g 茯苓 牧丹皮 澤瀉 肉桂 附子 鹿茸 牛膝 杜冲 10 g)를 각 0.1 cc씩 총 0.2 cc, 關元(CV4)에 紫河車 2호(대한약침학회) 0.5 cc를 刺入했다.

(3) 뜸

神闕(CV8)에 間接灸를 15분간 시술했 다

(4) 한 약

한의학적 辨證論治에 의거하여 임신 전에는 淸胞逐瘀湯, 加味補血湯, 逍遙溫 膽湯, 大營煎을 투여했고, 임신 후에는 경제적 문제 및 임신 중 한약 복약에 대 한 우려 등의 이유로 복약을 거부한 9명 을 제외, 59명에게 安奠二天湯을 加減하 여 투여했다(Table 1).

Table 1. The Major Herbal Medicine Prescriptions

	Herbal Medicine(weight unit: g, per 1 day)
清胞逐瘀湯	金銀花 24 薏苡仁 敗醬 16 續斷 香附子 12 牛膝 當歸 赤芍藥 8 川芎
	牧丹皮 玄胡索 五靈脂(炒) 6 枳殼 甘草 4
加味補血湯	熟地黃 24 當歸 16 川芎 芍藥 白朮 12 茯苓 杜冲 砂仁 白荳蔲 續斷
	香附子 陳皮 8
逍遙溫膽湯	香附子 18 陳皮 12 柴胡 麥門冬 白茯苓 白朮 當歸 白芍藥 8 半夏 枳實
	竹茹 6 人蔘 桔梗 薄荷 甘草 4 生薑 大棗 8
大營煎	熟地黃 24 當歸 枸杞子 杜冲 續斷 牛膝 12 小茴香 香附子 艾葉 肉桂
	炙甘草 8
安奠二天湯	熟地黄 人蔘 白朮 40 山藥 山茱萸 20 杜冲 12 白扁豆 枸杞子 8 甘草 4

2) 양방치료

임신 후 착상 및 초기 유지를 돕기 위

한 프로게스테론 치료, 면역학적 요인이 나 혈전성향증으로 인해 면역글로불린 및 헤파린 요법 등의 양방치료를 병행하는 경우 표기했다(Table 2).

3. 통계처리

통계 프로그램 SPSS 14.0 for windows 를 이용하여 분석하였다.

그룹 A와 그룹 B의 비교에서 연령이나 자연유산횟수 등의 연속형 변수는 독립 표본 T-test를 적용했고, 그밖에 범주형 변수는 Chi-square test를 적용해 비교했다. P<.05를 통계적으로 유의한 것으로 간주했다.

출산 성공 여부에 영향을 미치는 인자를 찾기 위해 연령, 35세를 기준으로 한고령 여부, 속발성 및 원발성 유산, 유산 횟수, 2회 유산 및 3회 이상 유산, 월경력 정상 여부, 기저질환 유무, 정액검사판정 결과, 임신 전 치료기간, 임신 후치료 형태 등에 관해 각 항목별로 단변량 로지스틱 회귀분석을 시행했으며, 단변량 로지스틱 회귀분석 상 P-value 0.25이하인 항목에 관해 가장 영향력 있는인자를 찾기 위해 이분형 로지스틱 회귀 분석을 시행, 단계적 선택방법은 Wald의통계치 검정을 통한 후진제거법을 적용

하였으며, 변수의 진입 기준은 0.05 제거 기준은 0.1로 하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 한방치료 후 임신에 성공한 68명의 대상자 중 58명이 출산에 성공해 85.3% 의 성공률을 보였으며, 조산, 사산, 기형 아 출산은 없었다. 임신 전 치료기간은 평균 3.49±1.44개월이었고, 임신 후 투약 기간은 평균 1.73±1.26개월이었다.

2. 양군간의 차이 비교 검정

출산에 성공한 그룹(Group A, N=58) 과 실패한 그룹(Group B, N=10) 간의 연령, 속발성 및 원발성 임신손실의 차이, 자연유산횟수, 월경주기, 기저질환, 임신 전 치료기간, 임신 후 치료방법을 비교해 본 결과 양군간의 유의한 차이는 보이지 않았다(Table 2).

35세를 기준으로 고령 여부, 2회의 유 산횟수를 기준으로 2회 유산 및 3회 이 상 유산의 차이 비교 등 새로운 기준으 로 재분류 시에도 그룹 간 유의한 차이 는 없었다.

Table 2. The Comparison of Maternal age, Parity, Menstrual history, Gynecological problems, Semen analysis result, and Treatment in Two Groups.

	Group A, N=58	Group B, N=10	Total, N=68	P-value or Asymp. Sig.(2-sided)
Maternal Age(range 23-42)				NS *
20-24	$1(1.7)^*$	0(0)	1(1.5)	
25-29	20(34.5)	2(20)	22(32.4)	
30-34	29(50)	5(50)	34(50)	
35-39	7(12.1)	2(20)	9(13.2)	
$40 \le$	1(1.7)	1(10)	2(2.9)	
mean±SD	30.86±3.45	33.10±4.46	31.19±3.67	

Type of abortion NS

primary		51(87.9)	9(90)	60(88.2)	
secondary		7(12.1)	1(10)	8(11.8)	
No. of spontaneous abortion					NS
2		39(67.2)	6(60)	45(66.2)	
3		14(24.1)	1(10)	15(22.1)	
4		2(3.4)	2(20)	4(5.9)	
5		1(1.7)	0(0)	1(1.5)	
6≤		2(3.4)	1(10)	3(4.4)	
mean±SD		2.53 ± 1.08	2.90 ± 1.37	2.59 ± 1.12	
Menstrual history					NS
normal		50(86.2)	10(100)	60(88.2)	
polymenorrhea		0	0	0	
oligomen	orrhea	7(12.1)	0	7(10.3)	
irregular menstruation, unspecified		1(1.7)	0	1(1.5)	
Gynecological problems [‡]					NS
none		35(60.3)	3(30)	38(55.9)	
presence		23(39.7)	7(70)	30(44.1)	
Semen analysis result					NS
normal		55(94.8)	8(80)	63(92.6)	
abnormal		3(5.2)	2(20)	5(7.4)	
Treatment					NS
before	Mean period	3.47 ± 1.42 ,	3.60 ± 1.65 ,	3.49 ± 1.44	
pregnancy	of oriental treatment	1-7 month	1-6 month	month	
after pregnancy	No treatment	6(10.3)	0	6(8.8)	
	Oriental treatment only	33(56.9)	6(60)	39(57.4)	
	Western treatment only	3(5.2)	0	3(4.4)	
	Both western and oriental treatment	16(27.6)	4(40)	20(29.4)	

^{*}NS = not significant(P>.05). Statistically significant by Independent-Samples T-test and Chi-Square test.

3. 출산 성공 여부에 영향을 미치는 인 자를 찾기 위한 로지스틱 회귀분석

단변량 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과 P-value 0.25 이하인 변수는 35세를 기준으로 한 임부의 고령 여부, 기저질 환 유무, 월경력 정상 여부, 임신 후 한 방치료 유무이었다. 이상 4가지 변수를 포함해 이분형 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과 성공적인 출산에 가장 큰 영

향력을 미치는 인자는 고령 여부와 기저 질환 유무로 나타났으며, 35세 미만인 여성이 출산에 성공할 확률이 35세 이상 인 고령의 여성이 출산에 성공할 확률에 비해 3.809배 높았고, 기저질환이 없는 여성이 출산에 성공할 확률이 기저질환 이 있는 여성에 비해 4.048배 높았다 (Table 3).

^{*}Value are number of people(percentage).

^{*}Uterine myoma, incompetent internal os of cervix, polycystic ovarian syndrome, ovarian cyst, unilateral ovariectomy state, unilateral tubectomy state, hormonal disorder(hyperandrogenism, hyperprolactinemia, low progesterone levels), chromosome abnormality, antisperm antibody, thrombophilia were included in gynecological problems.

Table 3. The Results of Binary Logistic Regression Analysis on Success of Birth

Factor	В	S.E.	Wald	P-value	OR	95% CI
Advanced maternal age	1.337	0.471	8.070	0.005	3.809	1.514-9.585
Gynecological problems	1.398	0.695	4.051	0.044	4.048	1.037-15.801

IV. 고 찰

반복 임신손실에 관한 용어와 정의는 아직 통일되어 있지 않지만, 본 연구에서 는 2008년 미국 생식의학회(The American Society of Reproductive Medicine)의 정 의²⁾에 따라 임신 20주 이전의 2번 이상 의 유산 환자를 대상으로 삼았다. 반복 임신손실의 특성 상 임신 성공 여부 보 다 임신 유지 및 출산이 중요하므로 본 보고에서는 한방치료 후 임신에 성공한 자로 대상자를 제한, 출산 성공 여부를 파악하였다. 2회 연속 자연유산 후의 유 산재발률은 35%로서 첫 유산률의 약 2 배이고, 3번 연속 자연유산 후의 유산재 발률은 47%로 보고되어¹⁾ 특히 임신 후 관리가 중요하며, 반복 임신손실 환자의 경우 그렇지 않은 여성에 비해 임신성고 혈압과 조산이 의미있게 증가한다는 보 고까지 있어 더 면밀한 진찰과 주의를 요한다¹¹⁾.

한의학에서는 반복 임신손실은 滑胎,數墮胎,屢孕屢墮와 일치하며 그 원인을 腎虛, 氣血虛弱, 陰虛內熱, 瘀血內阻로大別할 수 있다¹²⁾. 근본적으로 임신은 腎氣의 充盛에 의지하며 衝任이 相滋하는 것이고, 胎元이 健固하려면 腎이 系胎하고 氣가 載胎하며 血이 養胎하여야하는데, 氣血不足이나 血瘀氣滯 등이 있으면 墮胎하거나 滑胎가 발생할 수 있어 ¹³⁾ 임신 전후 관리가 중요하다. 鍼灸治療

나 湯藥治療도 한의학적 辨證論治에 의거 하여 이러한 원칙하에 시행되었다. 鍼治 療는 關元(CV4), 三陰交(SP6), 中極(CV5) 兩傍 3寸處에 위치한 經外寄穴인 子宮14) 을 기본혈로 응용했다. 關元(CV4)은 小 腸經의 募穴로 三焦之氣所生之處이자 肝 脾腎과 交會하는 곳으로 培腎固本 調氣 回陽하는 효과가 있고, 三陰交(SP6)는 肝脾腎 三陰經의 交會穴로 健脾化濕 疏 肝益腎하는 효능이 있으며, 子宮은 女性 性器病을 치료하는데 응용되어 以上 세 개의 穴은 不姙治療를 비롯 三陰經과 밀 접한 관련이 있는 婦人諸疾患을 치료하 는데 常用된다¹⁵⁾. 灸治療는 神闕(CV8) 에 間接灸를 시행하였는데, 이는 溫陽固 脫 健運脾胃하는 효과가 있다¹²⁾. 藥針治 療는 兩側 腎兪(B23)에 補腎益精 調腎 氣 强腰脊하는 腎陽虛 1호를 각 0.1 cc씩 총 0.2 cc 刺入하였고, 關元(CV4)에 補 血益陰하는 紫河車 2호를 0.5 cc 刺入했 다¹⁶⁾. 紫河車는 性이 溫 無毒하고 味가 甘鹹하여 補氣 養血 益精의 효능이 있고, 각종 호르몬을 함유하고 있는 제제로, 조직재생작용 항감염작용 항체형성촉진 작용을 나타내어 임상적으로 월경통이나 골다공증, 관절통 등에 활용된다^{15,17)}. 湯 藥治療는 기존논문^{8,10)}과 마찬가지로 臟 腑의 균형을 맞추고 氣血의 상태를 조절 하는 것을 목표로 투약되었는데, 임신 전에는 標治로 氣鬱證과 瘀血證을 바로 잡고 이후 根治로 補氣血 補腎하는 것을 원칙으로 하였다. 주로 배란 전에는 解

鬱 및 祛瘀를 爲主로 疏肝解鬱 健脾養血 하는 逍遙散과 理氣化痰 淸膽化胃하는 溫 膽湯의 合方인 逍遙溫膽湯, 濕熱下注 및 瘀血氣滯로 인한 骨盤腔內의 諸證에 광 범위하게 사용되는 처방인 淸胞逐瘀湯을 활용했고, 배란 후에는 補氣血 補腎을 목 표로 血虛證과 衝任虛損에 多用되는 加 味補血湯 및 益命門 補精血 養肝腎 壯筋 骨하는 大營煎을 활용했다¹⁸⁻¹⁹⁾. 임신 후 에는 安胎를 목표로 胎動과 胎漏에 常用 되는 처방인 安奠二天湯으로 脾腎虛損을 補하며 帶脈의 强化를 꾀했다^{18,20)}. 68명 의 임신 전 투약기간은 평균 3.49±1.44개 월이었고, 임신 후 경제적 문제 및 임신 중 한약 복약에 대한 우려 등의 이유로 복약을 거부한 그룹 A의 9명을 제외한 59명의 투약기간은 평균 1.73±1.26개월이 었다. 이상과 같은 치료를 시행한 결과 임신에 성공한 68명의 환자 중 85.3%에 해당하는 58명이 출산에 성공했다. 58명 은 모두 정상 분만에 성공했고 조산, 사 산, 기형아 출산은 없었다.

본 연구에서 출산 성공 여부에 영향을 미치는 인자는 모성연령의 고령 여부와 기저질환 유무 2가지로, 35세 미만인 여성이 출산에 성공할 확률이 35세 이상인고령 여성이 출산에 성공할 확률에 비해 3.809배 높았고, 기저질환이 없는 여성이출산에 성공할 확률이 기저질환이 있는 여성에 비해 4.048배 높았다(Table 3).

첫째 모성연령의 고령 여부는 일부 논쟁이 되고 있기는 하나, 연령이 높아질수록 염색체 오류 발생률이 높아지고²¹⁾ 동시에 산과적 합병증의 발생이 증가²²⁾할수 있어 그것이 유산으로 연결된다는 보고가 많다. 이는 반복 착상실패나 반복임신손실 환자의 임신에 가장 크게 기여

하는 요소가 37세를 기준으로 한 산모의 연령이라는 Zhang $XY^{23)}$ 의 보고와도 일 치하는 것이다.

둘째 기저질환 유무이다. 본 연구에서 밝힌 기저질환은 해부학적 요인, 내분비 적 요인, 면역학적 요인을 포함하나 환 자 진술에 의거한 것이기 때문에 해당 내용을 명백한 반복 임신손실의 원인으 로 단정 짓기는 어렵다고 판단되었고, 또 각 요인이 중복되는 경우도 있어 포 괄적으로 기저질환 유무를 변수로 잡았 다. 기저질환에는 자궁근종, 자궁경관무 력, 다낭성 난소증후군, 난소낭종, 난소 편측 부분 절제 상태, 난관 편측 폐색 및 절제 상태, 호르몬검사 상 비정상(Group A에 고안드로겐혈증 1, 고프로락틴혈증 1, Group B에 황체호르몬 수치 저하 1), 염색체 이상, 항정자항체의 면역학적 이 상, 혈전성향증 양성 등이 포함되었다.

자궁근종은 크기나 숫자보다는 위치가 반복 임신손실에 더 영향을 미치나 근종 위치에 관한 자세한 정보는 얻을 수 없 었고, 자궁경관무력의 경우는 질식 자궁 경부 원형결찰술이 도움을 줄 수 있으나 시행 여부는 알 수 없었으며, 그 외 난소 낭종이나 난소 및 난관의 절제 상태는 반복 임신손실의 원인으로 알려져 있지 않다¹⁰⁾. 내분비적 이상에 해당하는 다낭성 난소증후군에서의 고안드로겐혈증이나 고 인슐린혈증은 metformin의 사용이 유효하 고, 고프로락틴혈증은 bromocriptine 사 용으로 임신손실률을 줄일 수 있다는 보 고가 있으나100, 양방치료에 관한 자세한 정보는 얻을 수 없었다. 염색체 이상의 경우, 근본적인 치료법은 없지만 체외수 정을 통해 얻은 수정란에서 착상 전 유전 자 진단이 임신률 향상에 도움이 되는데

10), 마찬가지로 본 연구에서 착상 전 유전 자 진단 시행 여부에 관한 정보는 얻을 수 없었다. 면역학적 요인은 반복 임신손실 환 자 중 약 20-50%에 해당하며 면역학적 이상의 기전 및 치료는 논란이 많으나 가 장 널리 사용되는 면역치료는 면역글로불 린 주사법(intravenous immunoglobulins, IVIG)이고 항인지질증후군이나 혈전성 향증이 있는 경우 아스피린, 헤파린 등 이 사용된다 100 . 본 증례에서 양방치료를 병행한 경우는 그룹 A에 19명(32.8%), 그 룹 B에 4명(40%)으로 총 23명이고 전체 환자의 33.8%에 달한다(Table 2). 면역 글로불린 요법을 병행한 경우가 13명 (Group A 10, Group B 3), 프로게스테 론 요법을 병행한 경우가 14명(Group A 12, Group B 1), 헤파린 요법을 병행한 경우가 4명(Group A 3, Group B 1)이었다. 이번 연구에서 양방치료의 효과를 파악하 는 것은 곤란하지만, 치료 여부나 양방 치료 혹 한방치료를 막론하고 기저질환이 없을 경우의 출산성공률은 있을 경우의 출산성공률보다 4.048배 높은 것으로 나 와, 양방검사에서 특별한 이상이 발견되 지 않는 특발성 반복 임신손실의 경우가 출산 성공에 더 유리하다고 보여진다.

본 연구에서는 영향력 있는 인자로 분류되지 않았지만, 일부 논문에서 영향력이 있다고 밝혀진 인자로는 임신손실횟수와 원발성 및 속발성 반복 임신손실여부가 있다. 임신손실횟수에 있어, 2회와 3회 이상을 비교했을 때 진단검사 상이상결과의 발생률 차이가 없었다는 보고²⁴⁾는 임신손실횟수가 유의한 의미를가지지 못한다는 본 연구의 결과를 지지하는 반면, 35세 이상 환자를 대상으로한 연구에서 2회에 비해 3회 이상 그룹

에서 태아 염색체 이상의 비율이 높았고 그것이 임신손실의 가장 큰 원인이었음을 밝혀 반복 임신손실에서 임신손실횟수가 중요한 변수가 될 수 있음을 나타내는 보고³⁾도 있었다. 원발성 반복 임신손실과 속발성 반복 임신손실의 차이에 있어, 기출산아가 있는 속발성 반복 임신손실의 경우 임신에 대한 예후가 유의하게 좋았다는 보고⁵⁾와 예후와 무관했다는 상충되는 보고²⁵⁾가 있었다. 이와같이 이견이 존재하는 것은 대상자의 크기나 속성의 차이에 따른 차이라고 생각되며, 추후 지속적인 연구가 필요할 것이다.

본 연구에서는 자료 불충분으로 조사 하지 못했으나 반복 임신손실 환자에서 출산 성공에 영향을 주는 인자들은 체질 량지수, 임신손실 시 태아심박 유무, 기 출산아의 성별 등이 있다. Mostafa M²⁶⁾ 은 임신손실을 예측하는 가장 중요한 요 소는 고령이었고, 그 다음은 증가된 체 질량지수였다고 밝혔으며, 과체중은 임 신손실의 위험을 증가시키지 않으나 비 만과 과소체중은 작지만 유의한 임신손 실 위험의 증가를 야기한다고 보고했다. 임신손실 시 태아심박이 확인된 경우는 유산률이 이전 21%에서 10.2%인 절반 정 도로 현격히 떨어진다는 보고가 있어5, 이의 확인도 중요하다. 본 증례에서 그 룹 B의 평균 유산 주수는 7.4±2.17주(범 위 4-11주)로 첫 삼분기에 유산한 경우 에 해당하며 태아심박 확인 여부에 관한 조사는 이루어지지 않아 아쉬움으로 남 는다. 이밖에 속발성 반복 임신손실 환 자에서 첫아이가 남성인 것은 강한 음적 예측 요인이라는 보고²⁷⁾도 있다.

이외에 알코올, 담배, 커피, 중금속의

노출 등 lifestyle factor도 논의되고 있어¹⁰⁾ 향후 자료 수집 시 함께 조사하는 것이 바람직하겠다.

본 연구에 이용된 기록은 동일한 설문 지 작성과 자세한 문진에 기초하였으나 대상자 규모가 작고, 치료법의 경향성은 있으나 모든 환자가 완전히 동일한 내용 의 치료를 받지 않았으며, 미리 계획되 지 않은 후향적 조사의 한계로 출산결과 에 영향을 미치는 인자에 대해 조사가 미흡했던 한계가 있다. 또 출산 실패 그 룹의 태아 염색체 검사 등 사후 분석 결 여로 인해 유산의 원인 파악이 명확히 이루어지지 못한 점도 한계로 남는다. 그러나 2회 이상 반복 임신손실 환자 68 명을 대상으로 출산 성공 여부를 후향적 으로 분석한 본 보고는 반복 임신손실 환자를 대상으로 한 한방치료에 있어 통 계분석을 시행한 최초의 보고라는 점에 의의가 있다. 반복 임신손실의 경우 원 인을 찾는데 많은 검사비용이 소모되나 50%가량이 원인불명으로 남고, 치료 또 한 불투명한 상태이다. 한방치료 보고 또한 드문 상태이며 아직 표준화된 진료 지침이 마련되어있지 않은 상태에서 본 보고가 향후 반복 임신손실의 진단 및 치료에 있어 표준화된 프로토콜 마련에 일부 도움이 되리라 생각된다.

통상적인 2회 이상 유산 후 유산재발 률 35%, 3회 이상 유산 후 유산재발률 47%라고 했을 때¹⁾, 본 연구는 2-6회의 유산 후의 통합보고임에도 불구하고 14.7%만이 유산재발이 된 상태이므로 높은 성공률을 보였다고 할 수 있다. 이는 기존 보고⁷⁻⁹⁾처럼 임신 전후의 한방 치료가 반복 임신손실에서 유산률을 낮추고 임신유지 및 분만성공률을 높이는

효과를 보였다는 것과 맥락을 같이 한다. 이상의 결과를 바탕으로 반복 임신손실 환자의 보다 적극적인 치료 및 관리가 필요할 것으로 판단되며, 향후 적합한 대조군 및 더 많은 대상자를 포함한 무작위 대조 시험을 통해 한방치료효과 연구의 토대가 마련되길 기대해본다.

V. 결 론

2006년 1월부터 2009년 5월까지 〇〇 한의원에 2회 이상의 연속된 자연유산을 주소로 내원하여 임신에 성공한 여성 68 명의 산과적 결과를 조사한 바. 출산성 공률은 85.3%이었고 해당자 58명은 모두 조산, 사산, 기형아 분만 없이 정상 분만 했다. 출산 성공 여부에 영향을 미치는 인자는 고령 여부와 기저질환 유무로 나 타났으며, 산모의 연령 35세 미만인 경 우와 기저질환이 없는 경우로 그렇지 않 은 경우에 비해 각각 3.809, 4.048배의 교 차비를 가지는 것으로 나타났다. 이상의 내용으로 볼 때 한방치료가 반복 임신손 실의 산과적 결과로서 생존아 출생에 효 과가 있는 것으로 판단되며, 향후 추가 연구가 필요하다.

□ 투 고 일 : 2010년 7월 29일□ 심 사 일 : 2010년 8월 3일□ 심사완료일 : 2010년 8월 10일

참고문헌

1. 박문일. 재발성 임신손실의 관리. 대 한산부인과학회지 symposium. 1997: 485-98.

- 2. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. Fertility and Sterility. 2008;89:1603.
- 3. Kerri M et al. Etiology of recurrent pregnancy loss in women over the age of 35 years. Fertility and Sterility. 2009; July:e1-5.
- 4. 박문일 등. 한국여성의 습관성 유산의 원인 및 빈도에 대한 분석. 대한주산 회지. 2001;12(3):336-43.
- 5. 이향아 등. 습관성 유산의 원인적 분 류에 의한 임상적 고찰. 대한산부인과 학회지. 2005;48(4):947-53.
- 6. 백승희, 이경섭, 송병기. 습관성 유산의 동서의학적 고찰. 대한한의학회지.1995;16(2):115-33.
- 김경숙, 강명자. 습관성 유산의 한방 치료에 대한 임상적 고찰. 대한한방부 인과학회지. 2000;13(2):452-67.
- 8. 정민영, 손영주. 임신과 출산에 성공 한 습관성 유산 1례의 임상보고. 대한 한방부인과학회지. 2005;18(2):203-12.
- 9. 조현주, 임은미. 습관성 유산 치료 14 례 임상보고. 대한한방부인과학회지. 2005;18(2):159-68.
- 10. 대한산부인과학회. 부인과학 제4판. 서울:고려의학. 2007:533-62.
- 11. 허걸 등. 습관성 유산 환자의 향후 임신에서 분석한 산과적 결과. 대한 산부인과학회지. 2002;45(3):458-64.
- 12. 이상훈 등. 滑胎(습관성 유산)에 대한 원인별 치법 처방에 대한 문헌적고찰. 대한의료기공학회지. 1999;3(1): 120-38.

- 13. 한방여성의학 편찬위원회. 한방여성 의학Ⅱ. 서울:정담. 2007:134-40.
- 14. 安榮基. 經穴學叢書. 서울:성보사. 2002: 228, 362, 678, 686, 723.
- 15. 유태성, 고형균, 김창환. 不孕(불잉) 의 침구치료에 대한 고찰. 대한한방 부인과학회지. 1988;2(1):23-33.
- 16. 대한약침학회편. 약침요법 시술 지침서. 서울:한성인쇄. 1999:13-185.
- 17. 이상길 등. 자하거 약침제제에 대한 고찰. 대한침구과학회지. 2000;17(1): 67-74.
- 18. 黄道淵. 新增 方藥合編. 서울:영림사. 2003:147, 225, 251-2.
- 19. 이경섭, 송병기. 淸胞逐瘀湯 投與患 者의 臨床的 考察. 대한한방부인과 학회지. 1987:1(1):33-7.
- 20. 김성란, 정진홍, 유동렬. 安奠二天湯을 중심으로 한 胎漏 및 胎動不安의 文獻的 考察. 대전대학교 한의학연구 소 논문집. 1998;7(1):609-24.
- 21. 최숙향 등. 1개 대학병원에서 10년간 시 행한 양수, 융모막융모 및 유산아의 세 포유전학적 분석. Journal of Laboratory Medicine and Quality Assurance. 2009; 31:293-9.
- 22. 박희진 등. 35세 이상 고령 산모의 산과적 예후. 대한산부인과학회지. 2006; 49(10):2066-74.
- 23. Zhang XY et al. Effect of maternal age on the pregnancy rate of patients with repeated implantation failure and recurrent miscarriage following PGS. Fertility and Sterility. 2008;90(S):310-1.
- 24. Carolyn RJ, Judi LC, William HK. Diagnostic factors identified in 1020 women with two versus three or more

- recurrent pregnancy losses. Fertility and Sterility. 2010;93(4):1234-43.
- 25. Li TC et al. An analysis of the pattern of pregnancy loss in women with recurrent miscarriage. Fertility and Sterility. 2002;78:1100-6.
- 26. Mostafa M et al. Body mass index and risk of miscarriage in women with

- recurrent miscarriage. Fertility and Sterility. 2010;94(1):290-5.
- 27. Henriette SN et al. A firstborn boy is suggestive of a strong prognostic factor in secondary recurrent miscarriage: a confirmatory study. Fertility and Sterility. 2008;89(4):907-11.