

## 자궁 내 기저질환을 가진 고령의 반복 유산 환자 2례에 관한 고찰

동국대학교 한의과대학 한방부인과교실  
김수현, 김동일

### ABSTRACT

#### Two Cases Report of Recurrent Miscarriage with Old Age and Underlying Diseases

Su-Hyun Kim, Dong-Il Kim

Dept. of OB & GY, College of Korean Medicine, Dong-Guk University

**Objectives:** The purpose of these cases is to report the effects of Korean medicine on two women with recurrent miscarriage.

**Methods:** One women who had recurrent miscarriage with myoma uteri was 39 years old. She was treated with herbal medicine and acupuncture until intrauterine pregnancy (IUP) 14 wks. the other who had recurrent miscarriage with adenomyosis was 40 years old. she was also treated with these until IUP 11 wks.

**Results:** After treatment, one women delivered successfully by normal full term spontaneous delivery. The other succeeded in normal pregnancy and she is 15 weeks pregnant.

**Conclusions:** Two cases show that Korean Medicine has effects on recurrent miscarriage with old age and underlying diseases.

**Key Words:** Recurrent Miscarriage, Habitual Abortion, Korean Medicine, Pregnancy

“본 연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건의료기술연구개발사업 지원에 의하여 이루어진 것임(과제고유번호 : HI15C0169).”

“This research was supported by a grant of the Korea Health Technology R&D Project through the Korea Health Industry Development Institute (KHIDI), funded by the Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea (Grant number : HI15C0169)”

## I. 서 론

반복되는 유산은 모성 건강을 위협하는 중요한 임상적 문제가 된다. 여성의 혼인 연령이 높아짐으로 인해 난소예비력 저하와 기저질환 동반 가능성 증가 등으로 난임의 우려가 내재된 경우에는 반복유산이 주는 심리적 압박감과 정신적 고통은 더욱 높다 할 것이다.

유산이란 월경개시일(Last menstrual period, LMP) 후 임신 20주 이전에 임신이 종결된 경우를 이르는 것으로, 반복유산(반복 임신 손실, Recurrent pregnancy losses) 습관성유산(Habitual abortion)은 전통적으로 연속 3회 이상 자연유산되는 것으로 정의한다. 그러나 근래에는 2회 이상 연속된 자연유산이나, 연속성과는 무관하게 3회 이상 자연 유산되는 것으로 정의하기도 한다<sup>1)</sup>.

반복 유산은 전체여성의 0.5~3%에서 발생하는 것으로 보고되고 있으나<sup>2)</sup>, 자연유산이 2회 연속되는 실질적인 빈도는 5%, 3회 연속되는 빈도는 1%로 조사되고 있다<sup>3)</sup>. 국내에서는 2회 연속되는 자연유산의 빈도가 9.3%로 조사되었다<sup>4,5)</sup>. 또한 2회 연속 자연유산 후의 유산재발률은 35%로서 첫 유산율의 약 2배가 되며, 3회 연속 자연유산 후의 유산 재발률은 47%로 아직까지 논란은 있지만 유산이 반복될수록 생존아 출생확률은 떨어지게 된다.

반복 유산의 원인은 유전적요인, 내분비적 요인, 감염요인, 자가면역요인, 기타 원인불명 요인 등이 있다. 약 40~50%는 원인불명 반복 유산으로 생각되며, 자가면역요인이 약 20%를 차지하고 있다<sup>6)</sup>.

과거에는 가장 확실한 반복 유산의 원인을 부모의 염색체 이상으로 보았으나 조사된 양친의 염색체 검사에서 대부분 정상으로 나타나 염색체 이상의 빈도는 꾸준히 감소하고 있다. 국내 연구에서는 원인불명의 반복 유산이 전체의 27.1%를 차지하고 있다<sup>7)</sup>.

반복 유산은 한의학에서 滑胎, 屢孕屢墮, 數墮胎라고 하며 墮胎되거나 小産이 3회 이상 발생되는 경우라 정의하고 있다. 주로 脾腎兩虛, 氣血兩虛, 陰虛內熱을 滑胎의 병인 병리로 보고 있다<sup>2)</sup>.

우리 사회의 만혼 경향으로 인해 한방 난임 및 반복 유산 진료에 있어서 치료 대상 여성의 연령 증가가 높아지고 기저질환을 동반한 경향이 증가되고 있는 추세이다. 특히 35세 이상의 여성은 가임력 저하의 가능성이 높고, 자궁근종이나 자궁선근증은 직간접적으로 난임이나 반복유산의 불량한 예후에 영향을 미칠 수 있다.

이에 저자들은 각각 자궁근종과 자궁선근증을 동반한 고령의 반복 유산 환자로서 임신 및 건강한 아이 출산을 위한 한방치료를 위하여 내원한 두 환자에 대해 침치료와 歸脾湯과 경험처방인 排卵着床方을 통해 임신과 정상 분만한 결과를 확인하였기에 이 논문을 통해 보고하고자 한다.

## II. 증 례

### <증례 1>

1. 성 명 : 박○경(F/39)
2. 주소증 : 반복 유산, 임신 희망
3. 초진 내원일 : 2015년 08월 31일

4. 월경력

- 1) 월경주기 : 28일
- 2) 월경기간 : 4~5일
- 3) 월경량 : 보통
- 4) 월경통 : 경도

5. 산과력 : 0-0-2-0

6. 과거력 : 자궁근종(3.2 cm, 1 cm, 환  
자진술에 의거함)

7. 현병력

2014년 10월 임신 8주에 계류 유산되었고, 2015년 7월 질출혈을 동반한 절박 유산 있었으나 이후 회복되지 못하고 완전 유산으로 진행되었으며 태아 염색체 검사결과 4번 염색체 이상으로 밝혀졌다. 2015년 8월 31일 유산 후 조리 및 임신 원하여 본인 한방여성의학과 외래에 방문하였다.

8. 기타 동반증상

불규칙한 식습관으로 간헐적인 위산역류,臀部 피부의 진균감염 반복, 무기력, 우울감

9. 배우자 : 37세

10. 脈診, 舌診 : 脈弦緊, 舌淡色

11. 한방기기검사

- 1) 체성분검사 : 키 156 cm, 몸무게 52.2 kg, BMI 21.4 kg/m<sup>2</sup>, 체지방률 30%
- 2) 수양명경경락기능검사(SA-6000) : 자율신경활성도 나쁨, LF/HF ratio 1.320 (LF: 56.884, HF: 43.106, 교감신경 우세형)

11. 치료내용

- 1) 침치료, 적외선 조사요법  
0.30×30 mm 일회용 호침(동방침구사,

stainless steel)을 이용하여, 외래 내원일마다 氣海(CV6), 關元(CV4), 中極(CV3), 歸來(ST29), 子宮(EX-BB1), 三陰交(SP6), 足三里(ST36)에 20분간 자침하였으며, 關元-中極, 좌우 歸來-子宮, 足三里-三陰交를 연결하여 L-conti, 2 Hz로 전침치료를 시행하였다. 침치료 시 복부에 적외선조사요법을 20분간 시행하였다.

2) 한약치료

초진내원일 부터 2015년 8월 31일부터 9월 2일까지는 桂枝茯苓丸(TJ-25, 제품명 : 청월, 제조사 : 쓰무라)을 투약하였으며, 이후 9월 30일까지 歸脾湯加減方(QBT1)을 2첩-120 cc-3포로 전탕하여 하루에 세 번 식후 30분 후 복용하도록 하였고, 10월 1일부터 10월 27일까지는 임신의 가능성이 있어 遠志·榆根皮를 빼고 菟絲子를 더한 歸脾湯加減方(QBT2)을 처방하여 같은 방법으로 복용하도록 하였다. 임신 확인 후 10월 28일부터는 착상유지를 위해 菟絲子, 覆盆子, 人蔘, 蘇葉, 砂仁, 大棗, 艾葉, 山藥, 當歸, 黃芪로 구성된 동국대학교 한방여성의학과 의 경험처방인 排卵着床方(OVIP1)을 2첩-120 cc-3포로 전탕하여 같은 방법으로 복용하도록 하였다. 11월 30일 부터는 같은 탕약을 하루에 두 번 식후 30분에 복용하도록 하였으며, 임신 12주 3일째인 12월 15일에는 경미한 하복부 견인감을 보여 같은 처방에서 當歸를 去(OVIP2)하여 같은 방법으로 복용하도록 하여 총 임신 14주까지 한약치료를 시행하였다 (Table 1, Table 2).

Table 1. Composition of *Quibitanggagam* (QBTG)

QBT1			QBT2		
Herb		Amount (g)	Herb		Amount (g)
當歸	<i>Angelilae gigantis Radix</i>	4	當歸	<i>Angelilae gigantis Radix</i>	4
白茯苓	<i>Hoelen cum Pini Radix</i>	4	白茯苓	<i>Hoelen cum Pini Radix</i>	4
白朮	<i>Atractylodis Rhizoma alba</i>	6	白朮	<i>Atractylodis Rhizoma alba</i>	6
龍眼肉	<i>Longanae Arillus</i>	8	龍眼肉	<i>Longanae Arillus</i>	8
人蔘	<i>Ginseng Radix</i>	4	人蔘	<i>Ginseng Radix</i>	4
黃芪	<i>Astragali Radix</i>	6	黃芪	<i>Astragali Radix</i>	6
木香	<i>Aucklandiae Radix</i>	2	木香	<i>Aucklandiae Radix</i>	2
甘草	<i>Glycyrrhizae Radix</i>	2	甘草	<i>Glycyrrhizae Radix</i>	2
大棗	<i>Zizyphi Fructus</i>	3	大棗	<i>Zizyphi Fructus</i>	3
橘皮	<i>Citrus unshiu pericaripum</i>	3	橘皮	<i>Citrus unshiu pericaripum</i>	3
鹿角	<i>Cervi Cornu</i>	8	鹿角	<i>Cervi Cornu</i>	8
砂仁	<i>Amomi Fructus</i>	4	砂仁	<i>Amomi Fructus</i>	4
榆根皮	<i>Ulmi Cortex</i>	3	菟絲子	<i>Cuscutae Semen</i>	8
遠志	<i>Polygalae Radix</i>	2			

Table 2. Composition of Prescription for *Ovulation-and-Implantation* (排卵着床方, OVIP)

OVIP1			OVIP2		
Herb		Amount (g)	Herb		Amount (g)
菟絲子	<i>Cuscutae Semen</i>	8	菟絲子	<i>Cuscutae Semen</i>	8
覆盆子	<i>Rubi Fructus</i>	10	覆盆子	<i>Rubi Fructus</i>	10
人蔘	<i>Ginseng Radix</i>	4	人蔘	<i>Ginseng Radix</i>	4
蘇葉	<i>Perillae Folium</i>	4	蘇葉	<i>Perillae Folium</i>	4
砂仁	<i>Amomi Fructus</i>	4	砂仁	<i>Amomi Fructus</i>	4
大棗	<i>Zizyphi Fructus</i>	2	大棗	<i>Zizyphi Fructus</i>	3
艾葉	<i>Artemisiae Argyi Folium</i>	4	艾葉	<i>Artemisiae Argyi Folium</i>	4
山藥	<i>Dioscoreae Rhizoma</i>	16	山藥	<i>Dioscoreae Rhizoma</i>	16
當歸	<i>Angelilae gigantis Radix</i>	1	黃芪	<i>Astragali Radix</i>	12
黃芪	<i>Astragali Radix</i>	8			

12. 치료 경과 : 치료경과는 Table 3과 같다.

Table 3. Progress according to Treatment

Date	Herb medicine	Progress
2015/08/31 ~ 2015/09/02	TJ-25 TID	Improve of general conditions
2015/08/31 ~ 2015/09/19	QBT1 TID	
2015/09/19 ~ 2015/09/30	QBT1 TID	No change
2015/10/01 ~ 2015/10/27	QBT2 TID	LMP 9.20 positive of HCG (Urine) test
2015/10/28 ~ 2015/11/29	OVIP1 TID	IUP 5 weeks (wks) ~
2015/11/30 ~ 2015/12/14	OVIP1 BID	IUP 7 wks ~
2015/12/15 ~ 2015/12/30	OVIP2 BID	IUP 12+3 wks ~ lower abdominal tension
2016/07/01		AM 40+5 wks cesarean Delivery. F/3300 g

<중례 2>

1. 성 명 : 하○정 (F/40)
2. 주소증 : 반복 유산, 임신희망
3. 초진내원일 : 2015년 12월 01일
4. 월경력
  - 1) 월경주기 : 25~26일(LMP 11.10, PMP 10.17 PPMP 9.22)
  - 2) 월경기간 : 5일
  - 3) 월경량 : 2~3일째 과다, 혈괴 보임.
  - 4) 월경통 : 복통, 요통 보통
  - 5) 기 타 : 월경혈 臭氣가 심하게 남.
5. 산과력 : 0-0-2-0
6. 과거력 : 자궁선근증 및 유착(차병원에서 초음파상으로 의심 진단), 비염
7. 현병력
 

2014년 6월 결혼하여 2014년 11월부터 임신을 시도 하였으며, 2015년 1월 임신 6~7주째에 태아 심박 확인되지 않으며 계류유산되어 소과술을 시행하였다. 이어 2015년 6월 임신 7주째에 태아의 미약한 심박으로 자연유산 됨. 이후 임신 및 반복 유산치료를 위하여 본원 한방여성의학과 외래에 방문하였다.
8. 기타 동반증상 : 요도 불편감, 빈뇨
9. 배우자 : 44세, 흡연(10 개비/일), 비

- 만(172 cm/ 82 kg)
10. 사회력 : 음악교사로 휴직 중. 차분하게 보이나 성격이 급한 면이 있음.
  11. 脈診, 舌診 : 脈細弱, 舌淡
  12. 한방기기검사
    - 1) 체성분검사 : 키 165 cm, 몸무게 57.5 kg, BMI 21.1 kg/m<sup>2</sup>, 체지방률 26.1%
    - 2) 수양명경경락기능검사(SA-6000) : 자율신경활성도 나쁨. LF/HF ratio 0.219(LF: 17.973, HF: 82.027, 부교감신경 우세형)
  13. 치료내용
    - 1) 침치료, 적외선조사요법
 

0.30×30 mm 일회용 호침(동방침구사, stainless steel)을 이용하여, 외래 내원일마다 氣海(CV6), 關元(CV4), 中極(CV3), 歸來(ST29), 子宮(EX-BB1), 三陰交(SP6), 足三里(ST36)에 20분간 자침하였으며, 관원-중극, 좌우 귀래-자궁, 족삼리-삼음교를 연결하여 L-conti, 2 Hz로 전침치료를 시행하였다. 침치료 시 복부에 적외선조사요법을 20분간 시행하였다.
    - 2) 한약치료
 

초진 내원일 2015년 12월 01일부터 3일 동안 歸脾湯(QBT, 제품명 : 귀비탕,

제조사 : 한풍제약)을 처방하였으며, 이후 菟絲子, 覆盆子, 人蔘, 當歸, 蘇葉, 砂仁, 生薑, 大棗, 艾葉, 山藥, 枸杞子, 紫河車로 구성된 排卵着床方加減方(OVIP3)을 처방하여 2첩-120 cc-3팩을 기준으로 전당하여 하루 세 번 복용하도록 하였다. 2016년 5월 12일 임신이 확인된 후 부터는 菟絲子를 增量하고 黃芪, 桑寄生,

阿膠珠를 加하고, 紫河車, 當歸, 砂仁, 生薑을 去한 排卵着床方加減方(OVIP4)를 처방하여 같은 방법으로 복용하도록 하였다. 2016년 6월 18일 임신 9주부터는 阿膠珠를 去한 排卵着床方加減方(OVIP5)를 처방하여 하루에 두 번 복용하도록 하였으며, 총 임신 11주까지 투약하였다 (Table 4).

Table 4. Composition of Prescription for *Ovulation-and-Implantation* (排卵着床方, OVIP)

OVIP3			OVIP4		
Herb		Amount (g)	Herb		Amount (g)
菟絲子	<i>Cuscutae Semen</i>	8	菟絲子	<i>Cuscutae Semen</i>	12
覆盆子	<i>Rubi Fructus</i>	10	覆盆子	<i>Rubi Fructus</i>	10
人蔘	<i>Ginseng Radix</i>	4	人蔘	<i>Ginseng Radix</i>	4
蘇葉	<i>Perillae Folium</i>	4	蘇葉	<i>Perillae Folium</i>	4
大棗	<i>Zizyphi Fructus</i>	2	大棗	<i>Zizyphi Fructus</i>	4
艾葉	<i>Artemisiae Argyi Folium</i>	4	艾葉	<i>Artemisiae Argyi Folium</i>	4
山藥	<i>Dioscoreae Rhizoma</i>	16	山藥	<i>Dioscoreae Rhizoma</i>	16
枸杞子	<i>Lycii Fructus</i>	4	枸杞子	<i>Lycii Fructus</i>	4
當歸	<i>Angelilae gigantis Radix</i>	2	桑寄生	<i>Loranthi Ramulus et Folium</i>	8
生薑	<i>Zingiber officinale</i>	3	黃芪	<i>Astragali Radix</i>	12
砂仁	<i>Amomi Fructus</i>	4	阿膠珠	<i>Asini Cornii Colla</i>	4
紫河車	<i>Hominis Placenta</i>	2			
OVIP5					
Herb		Amount (g)			
菟絲子	<i>Cuscutae Semen</i>	12			
覆盆子	<i>Rubi Fructus</i>	10			
人蔘	<i>Ginseng Radix</i>	4			
蘇葉	<i>Perillae Folium</i>	4			
大棗	<i>Zizyphi Fructus</i>	4			
艾葉	<i>Artemisiae Argyi Folium</i>	4			
山藥	<i>Dioscoreae Rhizoma</i>	16			
枸杞子	<i>Lycii Fructus</i>	4			
桑寄生	<i>Loranthi Ramulus et Folium</i>	8			
黃芪	<i>Astragali Radix</i>	12			

14. 치료경과 : 치료경과는 Table 5와 같다.

Table 5. Progress According to Treatment

Date	Herb medicine	Progress
2015/12/01 ~ 2015/12/03	QBT [Hanpung]	TID
		LMP 12.08 Self herb fumigation therapy
2015/12/04 ~ 2016/01/29	OVIP3	TID
		LMP 01.25 Urinary frequency Pruritus genitalium
2016/01/30 ~ 2016/03/07	OVIP3	
		Improved urinary frequency
2016/03/08 ~ 2016/05/11	OVIP3	TID
		LMP 2.21 Degenerated urinary frequency at travel
2016/05/12 ~ 2016/05/25	OVIP4	TID
		LMP 4.11 Positive of HCG (Urine) test Implantation bleeding
2016/05/26 ~ 2016/06/17	OVIP4	TID
		Check up fetal heart beats Stop implantation bleeding
2016/06/18 ~ 2016/07/06	OVIP5	BID
		IUP 9+6 wks ~
2016/07/07 ~		
		IUP 12+4 wks

### Ⅲ. 고찰

연속되는 2번의 자연유산의 확률은 약 5% 정도이며, 3번 혹은 그 이상의 연속 유산이 될 확률은 1%로 조사되고 있다<sup>3)</sup>. 2회 연속 자연유산 후의 유산 재발률은 35%로서 첫 번째 유산율의 약 2배가되며, 3번 연속 자연유산 후의 유산율은 47%로 추정되고 있다. 따라서 자연유산이 2번 이상 연속되면 반복 유산에 관한 진단을 시작하는 것이 바람직하며 특히 태아심박동이 확인된 이후에 유산된 경우, 환자의 나이가 35세 이상인 경우, 불임이 동반되는 경우 등에는 2회 연속 자연유산 후에 필히 진단을 시작하는 것이 좋다<sup>8)</sup>. 또한 이러한 임신의 소실은 50% 이상이 임신 8주 이전에 발생하며, 약 18%는 9~18주, 약 15%는 19주 이후에 발생한다고 보고되고 있다<sup>9)</sup>.

반복 유산의 원인은 크게 원인 불명,

유전적 요인, 해부학적 요인, 면역학적 요인, 내분비적 요인, 감염 요인, 기타 요인 등으로 분류할 수 있으나 면역학적 요인 중 항인지질항체증후군과 유전적 요인 중의 유전적 혈전성향증을 혈전요인으로 별도 분류하기도 한다<sup>10)</sup>. 문 등<sup>11)</sup>은 PUBMED에서 최근 논문을 확인한 결과에서 반복유산의 면역학적 요인에 대한 연구가 주를 이루고 있음을 확인하였다. 박<sup>4)</sup>의 연구에 따르면 이러한 요인 중 근래에 면역학적인 요인의 중요성이 강조되고 있으나 국내의 현황으로는 해부학적인 원인이 많은 것으로 조사되고 있다. 특히 해부학적 요인과 다른 요인들이 복합적인 원인으로 작용하는 경우도 많아 진단과 치료에서 외국과 다른 이러한 점들을 감안하여야 한다고 하였다.

유전적 요인은 전체 반복유산의 3~5%를 차지하나, 임신 초기 즉 제 1삼분기 때의 반복유산의 97%를 차지하고 있다<sup>1)</sup>. 한쪽 부모에게 염색체 이상이 있으면서

자연유산이 되는 경우는 반복 유산의 가장 명백한 원인이다<sup>12)</sup>.

해부학적 원인의 선천적 원인으로는 자궁기형 및 자궁경관무력증이 우선적으로 지목되며 후천적인 원인으로는 자궁내막유착증 및 자궁근종 등이 있을 수 있고 자궁경관무력증이 후천적으로도 발생할 수 있다. 자궁경관무력증은 임신 중 주로 2분기 이상에서 자궁경부의 무통성 확장으로 인한 반복 유산 또는 조산을 초래하는 질환으로 분만 중 열상, 전치태반으로 인한 경부조직의 손실, 경관 절단술, 경관 원추절제술, 소작술 등이 원인이 되며, 자궁협부 혹은 경부의 결손뿐만 아니라 근종이나 다른 성장 조직과 같은 자궁 내구를 변형시키는 요소로 인해 생길 수 있다고 하였다<sup>12)</sup>. 그러나 예방조치를 발달로 이와 같은 후천적 원인은 많이 감소하였고, 상대적으로 선천적인 자궁경관무력증이 많이 증가하고 있다. 반복 유산은 또한 자궁의 기형과 동반되는 경우도 흔하다. 이는 자궁경부의 결합조직이 빈약하여 발생하는데 기형의 종류에 따라서 임신 후의 예후가 달라진다. 일반적으로 쌍각자궁(bicornuate uterus)과 중격자궁(septate uterus)은 유산의 빈도가 높은 반면에 중복자궁(double uterus)은 약 1/5에서 유산되고 있다<sup>13)</sup>. 중격자궁에서 유산의 빈도가 높은 이유는 수정란이 중격에 착상하였을 경우 그 자궁내막은 정상이지만 혈액의 공급량이 부족하다는 의견이 많이 제시되고 있다. 한편 궁자궁(arcuate uterus)은 거의 유산을 일으키지 않는다고 보고되고 있다<sup>13)</sup>.

내분비학적 원인들로서는 고프로락틴혈증이 가장 많고, 황체기 부족(황체형성호르몬의 과분비 여부와 무관하게), 당

뇨병, 갑상선 질환 등이 있다. 초기임신 유지는 임신 7~9주에 일어나는 황체에 의한 황체호르몬 형성에 의해 좌우된다. 임신 10주 전의 자연 유산은 황체호르몬의 자궁으로의 이동 단절이나 자궁내막과 탈락막 내의 황체호르몬 이동의 결여 등 황체가 적절한 양의 황체호르몬을 생산하지 못할 때 일어난다<sup>6)</sup>.

반복유산의 치료는 각각의 원인에 맞추어 이뤄지게 되는데, 특히 원인불명 혹은 면역학적 원인치료를 위한 항응고제 치료, 황체호르몬, 면역글로블린 치료 등이 사용되고 있다. 하지만 이러한 치료가 반복유산의 대다수를 차지하는 원인불명요인에 있어서 최선의 치료법이 되고 있지는 않다. 반복유산에 대한 한의학적치료는 약물의 치료의 경우, 脾腎兩虛型에는 補腎健脾, 益精養血의 처방으로 補腎固衝丸, 加減菴蓉菟絲子丸을 투여한다. 氣血兩虛型에는 益氣養血, 佐以健脾의 처방으로 泰山磐石散을 투여한다. 陰虛內熱型에는 養陰清熱, 涼血固衝의 처방으로 保陰煎, 兩地湯, 加減一陰煎을 투여한다. 침구요법의 경우에는 임신 전에는 침법과 구법을 모두 사용할 수 있으나 임신 후에는 구법만을 사용하거나 중재를 시행하지 않는 것이 일반적이다. 脾腎兩虛型에는 脾俞, 腎俞, 足三里, 氣海, 關元을, 氣血兩虛型에는 關元, 氣海, 命門, 腎俞, 足三里을, 陰虛內熱型에는 腎俞, 太谿, 神門, 血海를 위주로 取穴한다<sup>2)</sup>.

증례 1은 3.2 cm와 1 cm의 두 개의 자궁근종을 가지고 있는 39세 여성으로서 2014년 10월과 2015년 7월 총 두 번의 유산 후 2015년 8월 내원한 환자로 유산 후 조리 및 구사를 목적으로 동국대학교 일산한방병원 한방여성의학과에 내원하



였다. 초진 내원일에 시행한 SA-6000검사 결과 LF/HF ratio가 1.320으로 교감신경이 항진된 것으로 나타났으며, 무기력, 우울감을 함께 호소하여 脈診, 舌診 결과를 참고하여 肝鬱, 氣虛로 변증하였다. 내원 직후 3일 동안은 유산 후의 어혈제거 목적으로 桂枝茯苓丸(제품명: 청월, 제조사: 쓰무라)을 복용하도록 하였고, 이어서 간헐적인 위산역류와 유산 후 무기력 등의 증상개선을 위해 歸脾湯에 柳根皮, 橘皮, 鹿角, 砂仁을 더한 歸脾湯加減方을 처방하였다. 2015년 9월 20일에 월경을 하였고, 바로 임신을 시도할 원하여 유산 후 자궁 내막복구의 목적으로 사용되었던 柳根皮와 燥한 성질의 遠志를 去하고 착상증진에 효과가 있는 菟絲子를 加味하여 처방을 변경하였고, 2015년 10월 19일 임신을 확인하였다. 이후 반복 유산을 예방하고자 동국대학교 일산한방병원의 경험처방인 排卵着床方을 처방하였다. 2015년 12월 임신 12주 3일 후 경미한 하복부 견인감을 호소하여 當歸를 去하여 처방하였으며 총 임신 15주까지 복용하도록 하였다. 이후 2016년 7월 1일 임신 40주 5일 제왕절개를 통해 3.3 kg의 건강한 여아를 출산하였다.

증례 2는 과거 자궁선근증과 유착을 진단받은 40세 여성으로서 2015년 1월, 2015년 6월 모두 임신 6~7주째 유산 과거력으로 구사 및 유산 예방을 목적으로 내원하였다. SA-6000검사 결과 LF/HF ratio 0.219로 부교감항진으로 나타났으며 스트레스 및 피로시 빈뇨와 요도불편감을 호소하고 자궁선근증으로 인한 월경과다와 혈괴가 보여 氣血血瘀로 변증하고 排卵着床방에 紫河車를 加하여 처방하였다. 이후 2015년 12월 8일, 2016년 1월 25일, 2월

21일 정상적인 월경을 보였으며, 호소하였던 빈뇨 또한 개선되었다. 2016년 4월 11일 마지막 월경을 한 이후에 임신을 확인하였고, 이후 착상증진의 효과가 있는 菟絲子 증량하고, 安胎효과의 극대화를 위해 활태의 기본처방인 壽胎丸의 약재를 보강하여 黃芪, 桑寄生, 阿膠珠를 加하고, 當歸 砂仁을 去하여 2016년 7월까지 약 임신 11주까지 탕약을 복용하도록 하였다.

증례 1, 2에 사용된 歸脾湯加減은 宋代의 嚴用和가 처음 사용한 처방으로 明代에 이르러 薛己가 當歸와 遠志를 加하여 완성된 歸脾湯에서 파생된 처방이다<sup>15)</sup>. 補氣養血과 健脾養心の 대표적인 처방으로 광범위한 부인과적 질환에 응용되고 있다. 주로 스트레스 억제 및 항우울, 항산화 등의 연구가 보고 되고 있으며, 생식능력 증대 등의 효과가 연구를 통해 밝혀지고 있다<sup>16)</sup>. 또한 증례에서 착상유지 및 유산방지의 목적으로 사용된 排卵着床方은 安胎의 대표적인 처방인 壽胎丸을 모태로 한 처방으로 동국대학교 일산한방병원에서 창방한 경험처방이다. 壽胎丸은 醫學衷中參西錄에 처음 기록된 처방으로 滑胎의 기본처방으로 사용되며, 菟絲子, 桑寄生, 續斷, 阿膠 4가지 약물로 구성되어있다<sup>17)</sup>. 排卵着床方의 구성약재인 菟絲子와 覆盆子是 補腎益精, 山藥은 補腎健脾安胎, 人蔘은 健脾益氣安胎, 枸杞子是 補腎精肝血, 當歸는 養血安胎 蘇葉, 砂仁은 理氣安胎, 艾葉은 溫經散寒 調經 止血安胎<sup>18)</sup>의 효과를 가지며 최종적으로는 補腎健脾, 益氣養血, 安胎의 효과로 착상유지를 기대할 수 있다. 排卵着床方은 저자들의 선행연구를 통해 동물실험을 통해 착상증진효과를 확인하였

으며, 착상증진을 위한 추출물로 특허출원이 되어있는 처방으로서 임상적으로 착상유지에 효과적인 처방이라 할 수 있겠다.

증례 1, 2 모두 한약치료와 함께 0.30×30 mm 일회용 호침(동방침구사, stainless steel)을 이용하여, 외래 내원일 마다 氣海(CV6), 關元(CV4), 中極(CV3), 歸來(ST29), 子宮(EX-BB1), 三陰交(SP6), 足三里(ST36)에 20분간 자침하였으며, 關元-中極, 좌우 歸來-子宮, 足三里-三陰交를 연결하여 L-conti, 2 Hz로 전침치료를 시행하였다. 三陰交와 血海, 子宮혈은 부인과 질환에 가장 多用되는 경혈이며 그 외 경혈은 子宮出血, 月經不調, 經閉, 安胎 등의 부인과 질환에 활용<sup>19)</sup>되어 자궁과 衝任脈의 기능 개선 및 기혈조화를 목적으로 임신확인 전까지 내원일 마다 시행하였다.

반복 유산의 예후인자로는 가장 널리 받아들여지고 있는 것은 산모의 나이, 이전의 유산횟수와 유산 시기에 있어서 태아의 심박동 유무 등이다<sup>20)</sup>. 국내 연구에서 이루어진 이 등<sup>21)</sup> 연구에 따르면, 출산 성공 여부에 영향을 미치는 인자를 분석한 결과 고령 여부와 기저질환 유무로 나타났으며, 35세 미만인 경우 35세 이상인 여성보다 약 3.809배, 기저질환이 없는 경우 기저질환이 있는 경우에 비해 약 4.048배 높았다. 위 연구에서 언급한 기저질환에는 자궁근종, 자궁경관무력, 다낭성 난소증후군, 난소낭종, 난소 편측 부분 절제 상태, 난관 편측 폐색 및 절제 상태, 호르몬검사 상 비정상(고안드로겐혈증, 고프로락틴혈증, 황체호르몬 수치 저하), 염색체 이상, 항정자항체의 면역학적 이상, 혈전성향증 양성 등이 포함

되었다.

두 증례는 만 39세, 만 40세로 만 35세 이상이므로 고령 임신으로 분류한다. 일반적으로 여성의 생식능력은 20~25세에 정점을 이루며, 수태능의 저하는 30대 초반에서 시작되어 30대 후반과 40대 초반에 가속화 된다<sup>2)</sup>. 20대 여성의 유산율이 10% 정도인데 비해 30대의 경우에는 18%이며, 40대의 경우에는 34%로 증가 된다<sup>22)</sup>. 따라서 반복유산의 발병 가능성과 치료 역시 연령증가에 따라 더욱 어려워짐을 알 수 있다.

증례 1은 자궁근종을 가지고 있는데 자궁근종은 여성의 가장 흔한 양성종양으로 불임 여성에서 그 유병률이 더 높다. 자궁근종을 직접적인 불임의 원인으로 간주하지는 않더라도 근종의 위치와 크기, 특히 자궁내강의 왜곡 유발 여부에 따라 가임력 저하에 연관되는 것으로 인식하고 있다. 특히 점막하 근종에서 가임력 저하를 유발하는 것은 일반적으로 동의가 이루어지고 있다. 근내 근종의 경우 4 cm 이상의 경우에는 비록 내강의 왜곡이 발생하지 않았다 하더라도 임신에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 그러나 장막하근종의 경우에는 임신율에 특별한 영향을 미치지 않거나 매우 작은 영향을 미칠 뿐이다. 자궁근종의 소재에 따른 국소 해부학적 변화, 자궁내막과 근층의 기능적 변화, 내분비와 결분비(paracrine)의 분자적 기전 등이 관련 기전으로 언급되고 있다<sup>23)</sup>. 증례 1의 경우 저자가 직접 초음파 확인을 하지 않아 자궁근종의 위치를 정확하게 확인할 수 없었다.

증례 2의 기저질환인 자궁선근증과 관련하여 자연주기에서 임신율과 임신유지에 대한 임상적 결과에 대한 확정적인

연구 결과는 찾기 어렵다<sup>24)</sup>. 다만 자궁 선근증은 정자 이동에 영향을 미쳐 이른바 '자궁 수송 용량 uterine transport capacity'를 감소시키게 되며 자궁근층의 구조를 파괴하는 영향을 미친다는 연구가 있다<sup>25)</sup>. 다른 연구에서도 자궁내막증과 동반된 국소성 자궁선근증과 미만성 자궁선근증 모두 정자의 자궁난관 이동을 감소하게 하거나 방해하는 것으로 확인되었다<sup>26)</sup>. 이러한 요인들이 임신율을 저하시키는 것으로 추정할 수 있다. 보조생식술의 경우에도 자궁선근증이 미치는 임신 결과에 대한 확정적인 연구결과는 찾기 어렵다. 그러나 부정적인 영향에 대한 연구가 좀 더 발견된다. 한 대조군 연구<sup>27)</sup>에 따르면, 19명의 자궁선근증 환자와 256명의 대조군 환자에 대한 단주기의 antagonist protocol의 IVF/ICSI에서 임상적 임신율은 각각 22.2%와 47.2%였으며, 임신 유지율은 11.1%와 45.9%였고, 제 1삼분기 유산율은 50.0%와 2.8로 나타났다고 한다.

두 증례 모두 35세 이상의 고령 산모 이면서 자궁 내 기저질환인 자궁근종, 자궁선근증을 가지고 2번의 유산의 과거력을 가진 여성으로 반복유산의 유병률이 현저히 높아진 상태의 여성이다. 求嗣 및 安胎의 목적으로 歸脾湯加減方과 排卵着床方을 처방하고 치료를 진행하는 동안 환자의 호소 증상변화 및 임신 가능성에 따라 한약처방에 변화를 주었다. 또한 두 증례 모두 이전 임신이 제 1삼분기 약 임신 8주 이전에 종결되었으므로 각각 임신 11주, 14주까지 한약치료를 시행하여 반복유산을 예방하고자 하였으며, 정상적인 출산과 정상적인 임신결과를 보여 반복유산에 대한 한방치료의 임

상적인 의의를 확인 할 수 있었다.

반복유산의 한방 치료 과정에서 직면하게 된 새로운 임상 과제는 환자의 연령이 고령화되고 있다는 것과 난임 환자의 보조생식술 후 이루어진 임신과 연관된 반복유산의 경우가 늘고 있다는 점이다. 이러한 경우에는 치료 예후가 더욱 나쁠 수 있으며, 한방치료를 통한 임상적 개입이 제한될 수 있으나 補腎을 위주로 한 치료가 치법의 근간을 이루어야 할 필요가 있을 것이다. 뿐만 아니라 동반될 수 있는 기저질환 등을 고려하여 임신 후의 적극적인 安胎가 환자 동의 확보 후 이루어지는 것이 바람직하다. 앞으로 추가적인 증례를 통해 반복유산의 한의학적 변증, 치법, 치료효과에 대하여 많은 보고가 이루어져야 하며, 추가적인 동물실험 및 한의학 치료에 대한 기전연구가 진행되어 반복유산에 대한 한방치료의 객관성 확보 및 지침이 확립되어야 할 것으로 사료 된다.

## IV. 결 론

만 35세 이상의 고령이면서 자궁 내 기저질환을 가진 반복유산 여성 2례에 대해 救嗣와 安胎 치료를 적용하여 정상적인 분만 및 임신을 확인하여 새로운 임상적 과제인 고령 여성의 반복유산에 대한 한방치료가 효과적임을 확인할 수 있었다.

□ Received : July 22, 2016

□ Revised : July 28, 2016

□ Accepted : August 05, 2016

## Reference

1. Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. *Lancet*. 2006;368:601-11.
2. Korean Oriental Society of Obstetrics and Gynecology. *Oriental Obstetrics and Gynecology*. Seoul:Euisseongdang. 2012:476-8.
3. Khan GQ, Heggen D. Recurrent miscarriage: an updated appraisal. *OB/GYN ed*. 1998;23(8):11.
4. Park MI. Management of Recurrent Pregnancy Loss. *Obstetrics & Gynecology Science*. 1997;40(3):485-98.
5. Park MI, et al. Analysis for Incidence and Etiologies of Recurrent Spontaneous Abortion in Korean Women. *Korean J perinatol*. 2001;12(3):336-43.
6. Ford HB, Schust DJ. Recurrent Pregnancy Loss: Etiology, Diagnosis, and Therapy. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(2):76-83.
7. Shin JS, et al. Intravenous Human Immunoglobulin for Treatment of Unexplained Recurrent Spontaneous Abortion. *Obstetrics & Gynecology Science*. 1998;41(7):1920-6.
8. Hatasaka HM. Recurrent miscarriage: epidemiologic factors, definitions, and incidence. *Clin Obstet Gynecol*. 1994; 37:635-34.
9. Poland BJ, et al. Spontaneous abortion. A study of 1961 woman and their conceptuses. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*. 1981;60:3-32.
10. Korean Society of Obstetrics & Gynecology. *Gynecology*. 4th ed. Seoul:Korea Medical publisher co. 2007:533.
11. Moon HJ, Lim EM. Systematic review: The study on Recurrent Miscarriage in PubMed. *The journal of oriental obstetrics & gynecology*. 2004;17(2): 78-91.
12. Dawood F, Quenby S, Farquharson R. Recurrent miscarriage: an overview. *Reviews in Gynecological practice*. 2003;3:46-50.
13. Kim KJ, et al. Analysis of Anatomic Causes of Recurrent Spontaneous Abortion. *Obstetrics & Gynecology Science*. 1992;35(2):220-8.
14. Bettina T, et al. Recurrent Miscarriage: current concepts in diagnosis and treatment. *Journal of Reproductive Immunology*. 2010;85:23-32.
15. Eom YH. Blood loss. *Jesaebang*. vol 7. Seoul:jeongdam. 1986:241.
16. Park JK, Kim DI. An Analysis of Clinical Application of Guibi-tang for Obstetrics and Gynecological Disease. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011;24(5):79-96.
17. Yoo DR, Jin CS. The Study of Use of Sutaehwan. *Daejeon University, Institute of Korean medicine Thesis Collection*. 1997;5(2):393-407.
18. Korean Oriental Society of Herbology. *Herbology*. Seoul:Youngrimsa. 1995: 156, 336, 444, 573, 581, 618, 630, 655, 692.
19. Chang L, et al. A Traditional Literature Review on Acupuncture and Moxibustion during Pregnancy. *Korean Journal of Acupuncture*. 2011;28(2):87-104.

20. Lee HA, et al. Clinical characteristics of Habitual Abortion According to the Etiological Classification. Korean Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005;48(4):947-53.
21. Lee JE. Obstetric Outcomes in 68 Pregnant Patients with Recurrent Pregnancy Loss on Oriental Treatment and Analysis of Factors Affecting the Success of Birth. The journal of oriental obstetrics & gynecology. 2010;23(3):173-83.
22. Whitman-Ela GF, Baxley EG. A primary care approach to the infertile couple. J AM Board Fam Pract. 2011;14:33-45.
23. Zepiridis LI, Grimbizis GF, Tarlatzis BC. Infertility and uterine fibroids. Best Pract & Res Clin Obstet & Gynaecol. 2015;12:1.
24. Asif S, Henderson I, Raine-Fenning N. Adenomyosis and Its Effect on Reproductive Outcomes. Journal of Women's Health Care. 2014;3(6):1-6.
25. Kunz G, et al. Adenomyosis in endometriosis-prevalence and impact on fertility. Evidence from magnetic resonance imaging. Hum Reprod. 2005;20(8):2309-16.
26. Kissler S, et al. Duration of dysmenorrhoea and extent of adenomyosis visualised by magnetic resonance imaging. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008;137(2):204-9.
27. Salim R, et al. Adenomyosis reduces pregnancy rates in infertile women undergoing IVF. Reprod Biomed Online. 2012;25(3):273-7.