

배란 유도에 실패한 배란장애 환자의 한방치료 후 자연 임신 및 출산 1례에 대한 증례 보고

¹경희대학교 대학원 임상한의학과, ²경희대학교 한의과대학 부인과교실
황보수민¹, 황덕상², 이진무², 이창훈², 장준복²

ABSTRACT

A Clinical Study on 1 Case of Pregnancy in Ovulation Disorder Patient Resistant to Controlled Ovarian Hyperstimulation

Su-Min Hwangbo¹, Deok-Sang Hwang², Jin-Moo Lee²
Chang-Hoon Lee², Jun-Bock Jang²

¹Dept. of Clinical Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University
²Dept. of Gynecology, College of Korean Medicine, Kyung Hee University

Objectives: The purpose of this study is to report the effects of Korean medical treatment in ovarian disorder patients resistant to controlled ovarian hyperstimulation. There are some case-reports about effectiveness of the Korean medical treatment to treat ovulation disorder and become pregnant, but cases are still deficient.

Methods: The patient was diagnosed possibility of premature ovarian failure by serum hormone assay and underwent hyperstimulation to freeze oocyte. But ovary had no response to hyperstimulation. She was treated by Korean medical treatment, such as herbal medicine, acupuncture and moxibustion.

Results: After the treatment, the patient recovered from irregular ovulation & menstrual cycle and became pregnant and gave birth.

Conclusions: This case shows the Korean medical treatment might be effective in ovarian disorder patients resistant to hyperstimulation.

Key Words: Ovulation Disorder, Herbal Medicine, Korean Medical Treatment

I. 서 론

배란장애는 지속적으로 배란이 안 되는 무배란(anovulation)과 간헐적으로 배란이 되는 희소배란(oligo-ovulation)으로 나눌 수 있으며, 임상적으로는 무월경과 희발 월경과 같은 월경불순이 흔히 동반되어 나타난다. 배란장애는 난임의 주요 원인으로 전체 여성 난임의 30-40%를 차지한다¹⁾.

배란장애는 시상하부-뇌하수체 축의 이상, 혹은 난소 기능 자체의 문제가 원인인 경우가 가장 흔하다. 그 외 전신적인 만성 질환, 과도한 운동 및 스트레스에 의해 이차적으로 발생할 수 있다. 이러한 원인적 분류를 위해서는 자세한 병력 청취와 신체검사, 호르몬 검사 등이 요구된다²⁾.

배란장애는 한의학에서 월경 이상 또는 난임과 관련하여 묘사되는데, ‘經遲’, ‘月經落後’, ‘經水後期’, ‘經行後期’ 등의 범주에 속한다. 《丹溪心法》에서는 血虛, 痰多 등을 원인으로 보고 이에 따른 치법과 처방을 제시하고 있다. 대표적으로는 氣血虛弱, 血寒, 濕痰, 氣滯瘀血, 腎氣不足 등으로 변증하여 치료한다^{3,4)}. 이러한 변증의 기본은 先天之本인 腎과 後天之本인 脾, 그리고 衝·任脈의 작용에 근거하며 각각의 치료 또한 이에 기준하여 이루어진다⁴⁾.

무배란증 여성의 경우 양방에서는 배란유도의 방법으로 배란이 되도록 만들어 임신을 시도하는 방법을 많이 사용한다. 무배란성이 아닌 정상 배란주기를 가진 여성의 경우에는 배란 유도를 실시하여 여러 개의 난포성장을 유도하는 방법

을 사용한다. 이와 같이 약물을 통한 배란 유도에서 클로미펜(clomiphene)이 가장 전통적으로 사용되어온 약제이다. 클로미펜 복용 시 80~85%의 여성에서 배란이 일어나고 배란 1주기당 임신율은 15%로 밝혀져 있다. 클로미펜에 난소 반응을 보이지 않는 경우 다음 단계로써 외인성 성선자극호르몬(gonadotropin)을 병합 또는 대체적으로 사용하게 된다²⁾.

국내 한의학계의 난임과 관련된 증례 보고는 꾸준히 증가하고 있다. 2000년 이전까지는 난임과 관련된 임상연구가 단 7편의 논문이 발표되었으나 2001년부터 활발해져 2013년까지 총 26편, 연평균 2편씩 발표되었고 2014년부터 폭발적으로 증가하여 2017년까지 24편으로 연평균 6편씩 발표되었다⁵⁾. 이 중 배란 유도에 반응하지 않는 배란 장애와 관련된 난임 연구 논문은 단 1편⁶⁾이다. 이에 저자는 배란 유도에 실패한 배란 장애 환자를 3개월간 한방치료를 통해 자연임신에 성공, 출산까지 관찰한 결과를 보고하는 바이다.

II. 증례 및 치료경과

1. 환자명 : 유○○
2. 나이 : 만 25세(초진내원당시)
3. 초진내원일 : 2016년 11월 26일
4. 신장/체중 : 163 cm/53.2 kg
5. 진 단 : 배란장애
6. 주 소 : 난임
7. 동반증상
 - 1) 상열감 3-4회/일, 5-10분간 지속
 - 2) 회음부 및 질의 가려움 및 따가움
 - 3) 투명 또는 백색의 질 분비물 과다
 - 4) 몸이 무겁고 피로감이 있다.

8. 발병일 : 2016년 8월 배란장애 발생
 9. 과거력 : 2011년 고프로락틴혈증 진단, 1-2개월간 약 복용 후 호전
 10. 산과력 : 0-0-0-0
 11. 현병력
 2016년 2월 로컬 산부인과 검진에서 AMH 수치 저하(0.49 ng/mL)로 조기난소부전 가능성 들으신 후 C병원 산부인과로 내원하였다. C 병원에서 2016년 4월 혈액검사를 시행하였고 follicle-stimulating hormone(FSH) 14.15 mIU/mL, Estradiol (E2) 31 pg/mL, anti-mullerian hormone(AMH) 0.39 ng/mL, 프로락틴 수치는 정상으로 측정되었다. C병원에서 난자 냉동을 권유받아 배란유도를 시작하였다. 배란유

도 약제로는 클로미펜(Clomiphene citrate, Clomiphen, 영풍제약)이 투여되었다. 2016년 4월, 5월, 6월, 8월 과배란 유도 및 난자 채취를 시행하였고, 총 7개 난자가 냉동되었다. 동년 9월 및 11월 초에 클로미펜 복용과 함께 hMG(human menopausal hormone, Menopur, 한국페링제약) 75~150 IU/day 투여되었으나 난포가 자라지 않아 채취에 실패하였고, 2016년 11월에 혈액검사상 FSH 15.57 mIU/mL, E2 48 pg/mL, AMH 0.03 ng/mL로 AMH가 더 감소된 것으로 나타났다. 2016년 11월 26일 단독 한방치료 위해 본원 외래로 내원하였다(Table 1).

Table 1. Patient's History before First Visit

Date	Progress & history
2011	Hyperprolactinemia Dx*. by serum assay, treated by medicine.
2016.02.	AMH 0.49 ng/mL checked, R/O [†] Premature ovarian failure at local OBGY clinic
2016.04~08.	April~Aug. : Hyperstimulation succeeded, retrieve & freezing oocyte 2016 April : FSH 14.15 mIU/mL, E2 31 pg/mL, AMH 0.39 ng/mL checked
2016.09.	Ovarian hyperstimulation failed
2016.10.	Got married
2016.11.	2016/11/03 : LMP (by ovarian hyperstimulation) 2016/11/05 : FSH 15.57 mIU/mL, E2 48 pg/mL, AMH 0.03 ng/mL, checked

*Dx : diagnosis, [†]R/O : rule out

12. 望聞問切

- 1) 消 化 : 더부룩한 느낌이 자주 있다. 2달에 1번 정도 소화 장애가 심해지면서 구토, 복통 등이 동반된다.
- 2) 大 便 : 2-3일에 1번. 최근 몇 년간 시원하게 본 적이 별로 없다.
- 3) 小 便 : 6회/일
- 4) 睡 眠 : 숙면. 하루 7시간

5) 寒 熱 : 상열감 3-4회/일, 5-10분간 지속, 수족 냉감

6) 脈 舌 : 脈滑 舌淡 苔白

7) 腹 診 : 양 소복부 압통

13. 월경력

- 1) 월경주기 : 불규칙. 30-60일주기. 마지막 월경 시작일 2016년 11월 3일 (호르몬 주사로 인한 월경)

- 2) 월경량 : 총 7일의 월경기간 중 중형패드 3-4개/일 3일간 사용
- 3) 월경통 : 월경 시작일부터 3일간 아랫배통증. 주기마다 진통제 0-3개씩 복용
- 4) 월경색 : 붉고 덩어리가 섞인 형태
- 5) 기 타 : 평소 속옷이 젖을 정도의 질 분비물 과다가 있다.

14. 치료방법

1) 침치료

關元(CV4), 子宮(胸腹部經外奇穴), 中極(CV3), 合谷(LI4), 太衝(LR3)穴을 동방침구사에서 제작한 0.20×40 mm 스테인레스 1회용 호침으로 혈위에 따라 5 mm

에서 10 mm 깊이로 자입하고 20분간 유치하였다.

2) 뜸치료

동방 쪽에 왕뜸기와 동방 쪽탄을 이용하여 關元穴에 간접기기구를 침치료와 동시에 20분간 시행하였다.

3) 한약치료

2016년 11월 29일부터 2017년 5월 10일 까지 약 5개월간 한약을 복용케하였다. 처방 구성은 아래 표의 내용을 1첩으로 하여 탕전하였으며, 하루에 1첩을 120 cc 씩 3회에 걸쳐 식후 30분에 복용하도록 하였다(Table 2).

Table 2. Composition & Taken Period of Herbal Medicine

Date		Prescription
2016.11.29. ~2017.02.14.	蒼附導痰湯加味	蒼朮 香附子 枳殼 16 g, 陳皮 8 g, 甘草 5 g, 梔子 4 g, 鹿茸 4 g
2017.02.15. ~2017.03.02.	歸朮破癥湯加味	香附子 8 g, 三稜 莪朮 赤芍藥 白芍藥 當歸 青皮 5 g, 烏藥 4 g, 紅花 肉桂 蘇木 2.6 g, 梔子 5 g, 鹿茸 4 g
2017.03.20. ~2017.05.10.	壽胎丸加味	菟絲子 槲寄生 16 g, 續斷 12 g, 阿膠珠 8 g, 鹿茸 4 g

15. 평 가

초진 내원시부터 주 1회 질 초음파를 시행하여 자궁과 난소를 확인하였다. 난소 난포의 크기는 난포 최대직경을 연속 2회 측정하여 그 평균치를 택하였다. 배란 여부는 Queenan 등(1980)이 제시한 기준⁷⁾에 따라 난소 난포의 파열이 나타나거나 초기의 황체(cystic space내에 echo가 증가된 경우)를 관찰할 수 있는 경우, 난소 난포의 직경이 5 mm이상 감소하여 난포의 주변 부위가 톱니 모양으로 불규칙하게 보이거나 Douglas 와에 fluid track이나 fluid level이 관찰되는 경우에

배란된 것으로 간주하였다(Fig. 1, Table 3).

16. 치료내용 및 경과

한방 치료 시작 후 약 3개월 동안 3번의 배란을 확인하고 그 결과 2번의 월경을 관찰하였다. 3번째로 확인한 마지막 배란에서 임신에 성공하였다. 건강한 임신 유지 후 2017년 11월 22일 출산 성공까지 관찰하였다.

2016년 11월 26일 초진 내원시 한의학적으로 濕痰으로 인한 배란장애로 진단하여 蒼附導痰湯 加味方을 처방하였고 11월 29일 복용을 시작하여 투약 후 12일차인 12월 10일 지름 3 cm의 난포를

관찰하였다. 임신 시도 권하였으나, 임신 되지 않고 12월 28일에 월경이 시작되었다. 지속적으로 蒼附導痰湯 加味方을 투약하면서 2017년 1월 23일에 1.9 cm 난포 관찰하였으나 개인사정으로 임신시도 하지 못하고 2017년 2월 7일부터 월경이 시작되었다. 2월 6일부터 13일까지 우측에 난소 낭종이 계속 관찰되어 기존에 복용하던 蒼附導痰湯 加味方을 2월 14일까지 복용하도록 한 후 2월 15일부터 15

일간 歸朮破癥湯 加味方을 복용하게 하였다. 歸朮破癥湯 加味方을 복용하면서 3월 6일에 난소 낭종의 소실과 함께 2.5 cm 난포를 관찰. 임신시도 후 3월 18일에 혈액검사로 임신을 확인하였다. 원활한 임신 유지를 위해 壽胎丸 加味方을 3월 20일부터 약 45일간 복용하게 하였고, 2017년 11월 22일 건강한 남아를 출산하였다. 날짜별 자세한 경과를 아래 표에도 나타내었다(Fig. 1, Table 3).

Table 3. Patient's Progress according to Korean Medical Treatment

Date	Progress	Korean medical treatment
2016-11-26	First visit of our hospital	
2016-12-10	Finding 3 cm of dominant follicle by US	<i>Changbudodam</i>
2016-12-28	LMP 11/3 (Cycle : 56 days)	<i>-tang-gami</i>
2017-01-23	Finding 1.9 cm dominant follicle by US	(2016/11/29 ~2017/02/14)
2017-02-06	LMP 12/28 (Cycle : 40 days) Finding ovarian cyst (2.5 cm) in Rt. ovary	ATx [†] , Moxa once a week (2016/11/26 ~2017/03/06)
2017-02-13	Finding remains of ovarian cyst (2.5 cm) in Rt. ovary	<i>Guichulpajing</i>
2017-02-24	FSH 7 mIU/mL, E2 81.7 pg/mL checked	<i>-tang-gami</i>
2017-03-06	Finding disappearance of ovarian cyst in Rt. ovary & 2.5 cm dominant follicle in Lt. ovary by US*	(2017/02/15 ~03/02)
2017-03-18	Pregnancy (+) by blood test	<i>Sutae-hwan</i>
2017-04-05	6th week of Pregnancy	45 days (2017/03/20 ~05/10)
2017-11-22	Delivery	

*US : ultrasonogram *ATx : acupuncture treatment



Fig. 1. Ultrasonographic findings of ovary & follicles.

A : finding 3 cm of dominant follicle (2016.12.10.)

B : finding 1.9 cm dominant follicle (2017.01.23.)

C : 2.5 cm dominant follicle in Lt. ovary (2017.03.06.)

Ⅲ. 고 찰

배란장애의 경우, 여성 난임 중 40%를 차지하는 주요 원인 중 하나이다. 월경 주기가 불규칙하거나, 예측 불가능한 기능성 자궁 출혈, 희발월경 혹은 무월경이 지속되는 경우에는 다른 진단적 검사 없이도 배란장애를 쉽게 진단할 수 있다. 이러한 임상양상을 보이는 여성의 경우 배란장애의 진단은 거의 확신할 수 있으며, 필요한 경우 기초체온포 측정, 혈중 황체호르몬검사, 요 황체형성 호르몬검사, 초음파검사, 자궁내막조직검사 등의 방법을 이용하여 배란 여부에 대한 추가적인 정보를 얻을 수 있다. 배란장애는 흔히 시상하부-뇌하수체 축의 이상, 혹은 난소 기능 자체의 문제로 야기되지만, 전신적인 만성 질환에 의해서도 이차적으로 발생할 수 있다²⁾.

또한 본 증례의 환자는 난소기능 저하를 동반한 배란장애 환자이다. 난소 기능, 즉 난소 예비능(ovarian reserve)을 평가하는 데 있어 최근 들어 가장 널리 이용되고 있는 것은 항물러관호르몬(Anti-Müllerianhormone, AMH)이다. AMH 수치는 25세에 정점을 찍은 후 연령이 증가함에 따라 서서히 감소하는 경과를 보여⁸⁾, 여성의 연령에 따른 생식능력의 감소를 반영하는 가장 우수한 지표로 알려져 있다¹⁾. AMH 이전에 많이 사용됐던 것은 생리주기 2일 또는 3일에 시행한 기저 혈중 난포자극호르몬(Follicle Stimulating hormone, FSH)이다. 보통 기저 혈중 FSH 값이 10-15 mIU/mL 이상인 경우, 난소 기능의 저하를 고려해야 하며, 그 값이 20 mIU/mL 이상인 경우, 임신율이 급격히 감소되는

것으로 보고되어 있다⁹⁾. 본 증례의 경우만 25세의 나이에 AMH 0.49 ng/mL로 최초 측정되어, 국내에서 보고된 연령에 따른 AMH 분포도¹⁰⁾에서도 25세 기준 약 하위 5%에 해당되는 수치이며, FSH도 정상 수치인 10 mIU/mL를 상회하는 수치로 측정되어 난소 기능 저하 소견이 보인다.

양방에서는 배란 장애 환자의 임신율을 높이는 방법으로 배란유도 또는 과배란유도를 시행한다. 제 1선택제인 클로미펜은 비 스테로이드계 복합체로서 에스트로겐과 구조가 유사하여 시상하부 및 뇌하수체의 에스트로겐 수용체에 결합하여 수용체 차단효과를 나타내어 음성 되먹이기 기전의 소실로 시상하부에서의 GnRH분비를 증가시켜 결국 성선자극호르몬 분비를 증가시킨다. 클로미펜 복용 시 80~85%의 여성에서 배란이 일어나고 배란주기당 임신율은 15%이다. 클로미펜 치료에 실패한 환자에서는 클로미펜 투여시 인간폐경여성성선자극호르몬(human menopausal gonadotropin, hMG)을 병합 투여하는 방법을 사용한다. 이는 클로미펜 투여로 난포자극호르몬 농도가 증가되어 난포 동원과 선택이 촉진되며, 난포성장시기에 hMG를 투여하여 적절한 난포자극호르몬 농도를 유지시킬 수 있기 때문이다²⁾.

본 증례의 환자는 2016년 2월 미혼인 상태에서 로컬 산부인과 검진에서 AMH 수치 저하(0.49 ng/mL)로 조기난소부전 가능성 들으신 후 C병원 산부인과로 내원하였다. C병원에서 2016년 4월 혈액검사를 시행하였고 FSH 14.15 mIU/mL, E2 31 pg/mL, AMH 0.39 ng/mL 로 측정되었다. 혈액 검사 결과가 조기난소부전

진단기준에 미치지 않았지만, 동년 10월에 있을 결혼식을 고려하여 C병원에서 미리 난자 냉동을 권유받아 배란유도를 시작하였다. 배란유도 과정 중 4회 가량은 클로미펜을 통한 배란 유도에서 난자 채취에 성공하여 총 7개의 난자를 채취하였다. 그러나 그 후 2회의 배란 유도 과정에서 클로미펜과 hMG병합 투여를 실시하였으나 배란장애가 발생하여 배란 유도제에도 난포가 자라지 않고 배란이 되지 않았다. 2016년 11월에 실시한 혈액 검사상 동년 4월에 비해 AMH가 더 감소된 것으로 나타나 배란 유도에 회의감을 느끼고 적극적으로 임신을 시도할 목적으로 단독 한방치료 위해 본원 외래로 내원하였다.

배란장애는 한의학에서 월경 이상 또는 난임과 관련하여 묘사되는데, ‘經遲’, ‘月經落後’, ‘經水後期’, ‘經行後期’ 등의 범주에 속한다고 할 수 있다. 월경 이상과 관련하여 《金匱要略, 婦人雜病脈證病治》, 《備急千金要方》, 《聖濟總錄》 등에서 ‘溫經湯’을 비롯한 처방을 중심으로 기술하고 있으나 독립적 질환으로 다루어지지 못하다가, 이후 《丹溪心法》에서 ‘血虛’, ‘痰多’ 등을 병기로 보고 이에 따른 치법과 처방을 제시함으로써 내용을 더욱 발전시켰다. 한의학적으로 월경 이상의 병인은 氣血虛弱, 血寒 등의 虛證과 濕痰, 氣滯血瘀 등의 實證로 대별된다³⁾.

이 중 濕痰을 원인으로 보고 치법을 제시하고 있는 문헌은 아래와 같다. 《丹溪心法》¹¹⁾에서 월경이상의 원인 중 하나를 ‘痰多’로 보았고, 濕痰이 원인이라면 蒼朮, 半夏, 香附子和 같은 약재를 사용하라고 하였다. 《萬病回春》¹²⁾에서도 痰이 많으면 월경이상을 유발한다고 언

급하고 있다. 葉¹³⁾ 또한 濕痰凝滯를 원인 중의 하나로 들며 蒼附六君子湯 등의 처방을 제시하였다.

蒼附導痰湯은 《葉天士女科》¹³⁾에 처음 수록된 처방으로, ‘痰滯經閉’한 경우에 사용한다고 밝혀져 있어 선방하였다. 최근에 濕痰으로 인한 무월경, 월경불순, 다낭성난소증후군 등의 질환에 다빈도로 응용되고 있다. 본 증례에서 사용한 蒼附導痰湯 加味方의 구성약물의 효능을 살펴보면, 蒼朮은 燥濕健脾, 陳皮는 理氣健脾·燥濕化痰, 香附子는 理氣解鬱·調經止痛, 枳殼은 破氣行痰·行氣寬中, 甘草는 調和諸藥·補脾益氣하는 효능이 있다^{12,14)}. 각 약물의 효능을 종합하여 보면 蒼附導痰湯加味方은 化痰燥濕, 理氣調經하는 效能이 있어 濕痰이 원인인 생식기능 저하에 활용할 수 있다.

환자가 한방치료를 받는 동안 매주 1번 침구치료를 시행하였다. 침은 關元(CV4), 子宮(胸腹部經外奇穴), 中極(CV3), 合谷(LI4), 太衝(LR3)穴을 동방침구사에서 제작한 0.20×40 mm 스테인레스 1회용 호침으로 혈위에 따라 5 mm에서 10 mm 깊이로 자입하고 20분간 留鍼하였다. 뜸 치료는 동방 쪽에 왕뜸기와 동방 쪽탄을 이용하여 關元穴에 간접기구를 침치료와 동시에 20분간 시행하였다. 혈위의 선택은 김 등¹⁵⁾의 문헌고찰에서 불임의 침구치료에 나타난 활용빈도가 높은 혈위들 중 關元, 中極, 子宮 등을 중심으로 하였다. 침구치료는 주 1회 시술을 권장하여 총 13회 진행하였다.

한방치료 기간 동안 주 1회 내원하여, 내원시마다 질초음파를 시행하여 난소 및 자궁을 관찰하였다. Queenan 등이 제시한 기준⁷⁾에 근거하여 배란여부를 판단

하였으며, 초음파로 배란직전의 우성난포가 발견되면 임신시도를 하도록 권유하였다.

본 증례의 환자는 초진 내원당시 脈滑舌淡 白苔하고, 대하의 과다, 피로감, 잦은 소화장애 등을 호소하였다. 전국한의과대학 부인과학 교실 교수진을 대상으로 시행한 난임 변증진료 연구에 근거¹⁶⁾하여 濕痰으로 변증 및 蒼附導痰湯 선방을 하여 환자의 세부증상에 따라 한약처방을 가감하였다. 하루 3-4회의 상열감을 호소하여 上中下 三焦의 火熱을 瀉하고 겸하여 淸肝, 涼血止血調經하는 약재¹⁷⁾인 梔子를 加味하였다(Table 2). 한방치료 시작 후 7일만에 동반증상이었던 하루 3-4회의 상열감이 바로 소실되었다고 환자분이 진술하였다. 14일 만인 2016년 12월 10일에는 초음파를 통해 지름 3 cm의 우성난포를 관찰하였다. 그 다음 주인 12월 17일에 질 초음파를 통해 7일전 관찰하였던 우성난포가 사라진 것을 확인하여 배란이 되었음을 확인하였다. 우성 난포 소실을 관찰한 후 10여일 뒤 12월 28일 지난 월경 시작일 기준으로 56일 만에 월경이 관찰되어 배란성 월경을 확인하였다. 한방 치료를 지속하던 중 2017년 1월 23일 지름 1.9 cm의 우성난포를 관찰하였고, 2월 6일 40일 만의 2번째 월경이 관찰되었다. 그런데 동시에 우측 난소에서 2.5 cm의 난소 낭종이 관찰되었고, 1주일 뒤인 2월 13일에 관찰하였을 때도 난소 낭종이 사라지지 않아 癥瘕를 치료하는 의미로 歸朮破癥湯 加味方을 15일분 처방하였다.

歸朮破癥湯은 郭鑑의 《醫方集略》에 처음 수록되고 《東醫寶鑑》에 등재된 처방으로 襲¹⁸⁾은 婦人 經水不通 腹中結

塊 癥瘕攻注刺痛을 치료한다고 밝히고 있고, 康¹⁹⁾와 周²⁰⁾도 月經不通過 腹中有積塊疼痛을 치료한다고 하였다. 癥瘕는 여성 하복부에 발생하는 종괴를 총칭하는 것으로 許²¹⁾은 腸覃, 石瘕, 血塊 등이 모두 癥瘕에 속하는 질병의 별칭이라 하였다. 그러므로 歸朮破癥湯은 난소낭종, 자궁근종 등 여성생식기 종양에 활용 가능한 처방이다²²⁾.

또한 2월 24일 한방 치료 시작 후 호르몬 변화를 관찰하기 위해 혈액 검사를 시행하였고, FSH 7 mIU/mL, E2 81 pg/mL로 check되었다. 일중 변화가 큰 호르몬이지만 항상 10 이상으로 측정되었던 FSH가 정상범위내로 감소한 것과 E2가 50이상으로 첫 상승한 것을 관찰할 수 있었다. 함께 prolactin수치도 검사하였으나 정상범위 내로 측정되었다. 그 후로도 지속적으로 관찰하였고 3월 6일 난소 낭종의 소실과 함께 반대편 난소에서 2.5 cm의 난포가 관찰되었고 임신시도를 권하였다. 12일 뒤인 3월 18일 혈액검사를 통해 임신 확인하였으며 건강한 임신 유지를 위해 3월 20일부터 45일간 壽胎丸 加味方을 처방하였다. 11월 22일 건강한 남아 출산하였다.

壽胎丸은 張²³⁾의 《醫學衷中參書錄》에 최초로 수록된 처방으로 滑胎를 치료한다고 하였으며, 이후 孫 등²⁴⁾은 胎漏나 胎動不安 등에 활용하여 유산방지의 목적으로 사용하였다. 본 증례에서도 안정적인 임신 유지를 위한 목적으로 임신 확인 후 壽胎丸을 처방하였다.

본 증례에서는 클로미펜과 hMG 병합투여에도 배란이 되지 않은 배란 장애 환자가 한의학적 치료 후 배란장애 및 기타 증상이 개선되고 자연임신 및 출산

에 성공한 사례이다. 임신에 성공하여 치료 종결 시점에 혈액 검사를 통한 호르몬 수치의 변화여부를 확인하지 못한 점이 아쉽다. 본 증례는 한방치료가 실제로 양방의 배란 유도제와 같이 일률적인 배란이나 과배란을 이끌어내진 못하지만 자연적인 배란을 돕고 임신 성공과 유지에도 효과적임을 보여주는 것에 의의가 있다. 추후 관련된 다양한 임상보고와 함께 지속적인 연구를 통해 한방치료가 배란장애 및 난임에 적용할 수 있는 대단위 연구가 더 이루어지기를 바란다.

IV. 결 론

임신을 위해 난자 냉동을 목적으로 배란유도를 시행하였으나 반응하지 않고 배란장애가 발생하여 내원한 환자에게 한약과 침구치료를 위주로 하는 한의학 적 치료를 시행하여 배란을 회복시켰고 이를 바탕으로 자연 임신과 출산에 성공하였다. 이에 본 증례보고가 한방 치료 및 향후 발전적 연구에 대한 근거로 활용될 수 있을 것으로 기대한다.

Received : Jul 10, 2018

Revised : Jul 17, 2018

Accepted : Aug 22, 2018

References

1. Korean society of Obstetrics and gynecology. Gynecology. 5th edition. Seoul:Korea medical book. 2015:538-40.
2. Kim SD, Jee BC. Ovulation induction:

- an up-to-date knowledge. J Korean Obstet Gynecol. 2009;52(7):691-9.
3. The Society of Korean Medicine Obstetrics and Gynecology. Oriental Obstetrics & Gynecology Ha. 1st edition. Seoul :Euisseongdang. 2012:41-63.
4. Kim SC, Baek SH, Lee SW. Chinese medical treatment of infertility caused by ovarian dysfunction and tubal blockage. J Jehan Oriental Medical Academy, 1999;4(1):341-51.
5. So MJ, et al. The study of infertility stress of female participating in korean medicine pilot program for subfertility. J Korean Obstet Gynecol. 2017;30(1):42-55.
6. Hwang TW, et al. A case report of secondary infertility caused by ovulation disorder. J Korean Obstet Gynecol. 2004;17(3):209-16.
7. Queenan JT, et al. Ultrasound scanning of ovaries to detect ovulation in women. Fertil Steril. 1980;34(2):99-105.
8. Kelsey TW, et al. A validated model of serum anti mullerian hormone from conception to menopause. PLoS One. 2011;6(7):e22024.
9. Martin JS, et al. Future in vitro fertilization pregnancy potential of women with variably elevated day 3 follicle-stimulating hormone levels. Fertil Steril. 1996;65(6):1238-40.
10. Lee JE, et al. Age-related distribution of anti-mullerian hormone levels in 2,879 Korean women with regular menstruation. Korean J Obstet Gynecol. 2012;55(12):920-8.

11. Joo JH. Dankyeeuijip(丹漢醫集). Beijing: Beijing people's medical publishing house co. 1993:430-3.
12. Man J. Mansibuingua(萬氏婦人科). Seoul:Dongnam publishing house. 1985:3-4.
13. Seop G. Seopchunsayeogua(葉天士女科). Seoul:Daesung publishing company. 1995:14-15, 70, 101.
14. Shin MG. Clinicalboncho(本草). Seoul: Samgwang publisher. 2000:172-4, 180-2, 469-71, 477-8, 483, 587-8, 649-52, 744-7, 819-21.
15. Kim JT, et al. Bibliographic reviews on acupuncture treatment points applied in infertility. J Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 1997;14(2): 93-113.
16. Choi CM, et al. Analysis of korean traditional medicinal treatment trend of infertility and development of questionnaire for infertility treatment. J Korean Obstet Gynecol. 2016;29(2):29-46
17. Lim EM. Boncho(本草) for women. Bucheon:JeonGuk medical publisher. 2005:260-2.
18. Sup YH. Susaebowon(壽世保元). Taipei :Goengupseoguk(宏業書局) corporation. 1986:460.
19. Kang MK. Jaejoonshinpyun(濟衆新編). Seoul:Hanglim publisher. 1975: 269.
20. Joo MS. ShinJeongeumoonbogam(新增醫門寶鑑). Seoul:Hanglim publisher. 1971:329, 332.
21. Heo J. Dongeuibogam(東醫寶鑑). Seoul :Namsandang(南山堂). 1976:486-93.
22. Song SH, Song BK, Lee KS. Studies on the Effect of *Guichoolpajing-tang* and *Gamiguichoolpajing-tang*. J Korean Oriental Oncology. 1995;1(1):213-30.
23. Jang SS. Euihakchungjoongchamseorok (醫學衷中參書錄). Hongkong:The commercial press. 1977:258-9.
24. Son KB. HuangHeyihua(黃河醫話). Beijing:Beijing Science Technology Publishing House. 1994:384.