

習慣性流産에 對한 東西醫學的 考察

金殷燮·柳同烈*

The Oriental and Western Medical Study on Habitual Abortion

Kim Eun-seop, Yoo Dong-youl

Dept. of Oriental Gynecology, College of Oriental Medicine, Daejeon University,

This study was carried out through the investigation of Oriental and Western medical literature and we was discovered these conclusions about the etiology, treatment, prescription of habitual abortion.

The result of this study were as follows :

1. The habitual abortion does agree with 'Hwaltae(滑胎)' and means that spontaneous abortion repeats three times or more.

2. The etiology of habitual abortion is divided 'Deficiency of kidney' (腎虛), 'Deficiency of vital energy and blood' (氣血虛弱), 'Deficiency of yin' (陰虛), 'Clotted blood' (瘀血).

3. By means of cause, the treatment of habitual abortion was mainly made use of 'Tonifying kidney and promoting spleen' (補腎健脾), 'Invigorating vital energy and nourishing blood' (補氣補血), 'Supplementing yin fluid and alleviating fever' (滋陰清熱), 'Resuscitating blood and removing clotted blood' (活血祛瘀).

4. By means of cause, the prescription of habitual abortion was frequent made use of Bosingochunghwan(補腎固沖丸), Bosingotaeüm(補腎固胎飲), Taesanbansöksan(泰山磐石散), Chöngümboinghwan(千金保孕丸), Agyotang(阿膠湯), Gungguibojungtang(芎歸補中湯), Taewonüm(胎元飲), Gotaejön(固胎煎), Baekchuljön(白朮煎), Sasöngsan(四聖散), Gyegibokryonghwan(桂枝茯苓丸), Dangguichöngümtang(當歸千金湯).

5. The Western medical etiology of habitual abortion(recurrent spontaneous early pregnancy loss) is divided Genetic factor(Chromosome aberration), Anatomical deformity, Endocrinologic disorder, Infection, Immunologic factor, Unknown factor(Others).

Key words : habitual abortion, infertility, pregnancy

I. 緒論

習慣性流産은 일반적으로 20週 이전의 自然流産이 3回 이상 反復되는 경우를 指稱하나¹⁾, 最近은 28週 이내에 2回 이상 自然流産되는 경우와 連續性에 관계없이 모두 3回 이상인 경우도 포함시키는 趨勢이다^{2,3)}. 보고에 의하면 自然유

산이 2회 연속되는 실질적인 빈도는 5%, 3회 연속되는 빈도는 1%로 조사되고 있으며, 국내에서는 2회 연속되는 자연유산의 빈도가 9.3%로 조사되었다⁴⁾. 또한 2회 연속 自然流産 후의 流産 再發率은 35%로서 첫 流産率의 약 2배가 되며, 3회 연속 自然流産 후의 流産 再發率은 47%로써, 아직까지 논란은 있지만 유산이 반복될수록 생존아 출생확률은 떨어지게 된다⁴⁻⁶⁾. 이의 原因的 分類는 크게 유전학적, 해부학적, 내분비 및

* 대전대학교 한의과대학 부인과학교실
· 교신저자 : 유동열 · E-mail : ydy1010@dju.kr

면역학적 요인 및 원인불명 등을 들 수 있으며, 기타 감염 및 환경적요인 등이 主要原因으로指摘되고 있다⁵⁾. 國內 研究로는 원인불명의 習慣性流産이 전체의 27.1%를 차지하고 있다⁷⁾. 『부인과학』⁵⁾에서는 習慣性流産을 ‘反復流産 (Recurrent Spontaneous Early Pregnancy Loss)’이라고 稱하고 있다.

韓醫學에서는 妊娠 成立으로부터 分娩 前까지의 妊娠期間에 妊婦 및 胎兒에게 發生하는 諸般의 疾病을 ‘胎前病’이라 하고, 이 중 西洋醫學의 流産·早産에 해당하는 개념으로는 ‘墮胎’·‘小産’·‘半産’ 등이 있는데⁸⁾, 受孕後 1개월 이내에 過勞 鬱怒하고 性慾過多하면 肝脈이 受傷하고 경거히 過慾하여 腎脈이 受傷하면 受孕遂墮하여 ‘暗産’이 되고, 임신 3개월 이전 내에 胎動遂墮하면 ‘墮胎’라하고, 5개월 이내에 腹痛遂墮하면 ‘小産’이라 하고, 7개월 이내에 胎落遂墮하면 ‘半産’이라 한다⁹⁾. 이와 같이 墮胎, 小産, 半産은 西洋醫學의 流産으로 태아로서의 생활력이 있기 전에 受胎産物이 娩出되는 것을 말하며 自然流産이 3회 이상 동시기에 일어나면 ‘滑胎’, 즉 ‘習慣性流産’이라 한다¹⁰⁻¹²⁾.

習慣性流産은 巢元方의 『巢氏諸病源候論』¹³⁾에서 妊娠數墮胎의 徵候를 “陽施陰化, …(중략)…喜墮胎也.”라고 하여 原因上에서 本病을 인식하였지만, 명확한 病名은 규정하지 못하다가, 明代 李梴의 『醫學入門』¹⁴⁾과 清代 吳等の 『醫宗金鑑·婦科心法要訣』¹⁵⁾에서 같은 시기에 반복해서 墮胎하는 경우, 즉 ‘習慣性流産’을 ‘滑胎’라 命名되어졌다^{10,16)}.

滑胎는 “數墮胎”라고도 불리우며, 辭典的 定義로는 ‘妊娠 때마다 連續해서 거의 같은 시기에 3회 이상 自然流産되는 경우를 가리킨다^{8,17)}. 滑胎의 原因은 胎元이 부족하여 일어나는 것이 많다¹⁸⁾. 母體의 氣血이 虛弱하여 胎를 奉養하지 못하는 경우, 陰虛內熱하여서 胎元이 固密하지 못한 경우, 오래된 癥瘕 즉 瘀血이 內阻하여 胎를 養하지 못한 경우 등이며, 그 기분이 虛가 爲主이므로, 補腎, 補氣, 補血, 補陰을 주된 治法으로 하고, 虛實이 不同한 경우에 滋陰清熱과 溫經散

寒 등의 治法도 사용하였다¹⁶⁾. 滑胎의 治療는 기본적으로 胎漏·胎動不安과 같으나, 다만 滑胎의 治療는 豫防에 더 비중을 두고 있다^{17,19)}.

習慣性流産은 결국 生存兒 出産을 못하기 때문에 넓은 의미에서 不妊症에 포함되므로^{5,20)}, 妊娠 前後에 적극적인 治療가 要求된다. 또한 50%에서 첫 月經 消失 前에 流産이 되는 것으로 볼 때, 習慣性流産의 原因과 治療에 대한 研究가 反復流産을 경험한 患者들 뿐 아니라 不妊患者들의 成功的 妊娠에도 해결책이 될 수 있다²¹⁾. 微弱하지만 10餘年 정도 不妊과 流産으로 고통받는 患者들을 對하면서 妊娠에 대한 기대와 실패로 인한 失望감만큼이나 流産에 대한 不安·恐怖 등도 만만치 않음을 알게 되었다. 이에 著者는 習慣性流産의 原因·治療 등의 정리와 이해를 통해 不妊이나 流産으로 고통받는 이들에게 조금이나마 보탬이 될 수 있는 계기가 됐으면 하는 바람이다.

II. 本論 및 考察

1. 東洋醫學의 考察

1) 概要 및 定義

韓醫學에서는 妊娠 成立으로부터 分娩 前까지의 妊娠期間에 妊婦 및 胎兒에게 發生하는 諸般의 疾病을 ‘胎前病’이라 하고, 이에는 惡阻, 胞阻, 胎漏, 墮胎, 小産, 半産 등의 症이 있다. 이 중 ‘墮胎’·‘小産’·‘半産’ 등이 現代醫學의 流産·早産에 해당한다⁸⁾. 이는 血氣가 虛損하여 胎를 營養하지 못하므로 스스로 墮落되는 것을 말함인데, 妊娠 12週(3個月) 以內에 胎兒가 아직 形成되기 以前에 落胎하는 것이고, 小産, 半産(流産)은 3個月 以上에 胎兒가 이미 形成된 후 달이 차기 전에 낳는 것으로 대개 3, 5, 7個月에 많은 것인데, 만약 中전에 3個月만에 流産한 病歷이 있으면 다음 妊娠에도 前과 같이 3個月에 流産이 되는 習慣이 되기 쉽다. 이처럼 連續墮胎·小産이 3회 以上 계속하는 것은 滑胎(習慣性流産)라 稱한다^{10-12,22)}. ‘滑胎’는 ‘數墮胎’라고도 하는데,

『良方』²³⁾의 ‘滑胎例’, ‘易産滑胎’, 『婦人規』²⁴⁾의 ‘滑胎方法’에서 말하는 催生方法과 오늘날의 ‘滑胎(習慣性流産)’을 混同해서는 안된다.

滑胎 및 數墮胎에 대한 文獻을 살펴보면, 明代 李梴의 『醫學入門·婦人門』¹⁴⁾에서는 “如在三月曾墮 後受孕三月 亦墮 如是數墮 謂之滑胎也”라 하였고, 清代 吳等の 『醫宗金鑑·婦科心法要訣』¹⁵⁾에서는 “若懷胎 三五七月 無故而胎自墮 至下次受孕亦復如 是數數墮胎 則謂之滑胎”라 하였다. 『東醫學辭典』²⁵⁾에서는 滑胎의 定義를 “妊娠 때마다 連續해서 거의 같은 시기에 2번 以上 中絶(流産 또는 早産)되곤 하는 것으로, 흔히 氣虛, 血虛, 腎虛, 血熱, 外傷 등으로 생긴다. 原因에 따라 氣虛滑胎, 血虛滑胎, 血熱滑胎, 外傷滑胎 등으로 區分하여 治療한다. ‘數墮胎’라고도 한다.”라고 하여 2回 以上으로 횡수를 定義했다.

2) 原因

習慣性流産(滑胎)의 原因은 크게 腎虛, 氣血虛弱, 陰虛, 血熱, 瘀血內阻 등으로 大別할 수 있다. 腎虛에는 腎氣虛弱, 命門火衰, 腎陰腎陽虛, 脾腎兩虛 등을 포함하고, 氣血虛弱에는 血氣虛損, 衝任虛損, 氣血兩虛 등의 유사한 表現을 포함한다. 陰虛血熱에는 血虛有火, 血虛內熱, 勞傷虛熱 등이 포함되고, 瘀血內阻에는 瘀血, 宿疾寒冷, 癥瘕瘀血, 子宮寒瘀血 등의 原因을 포함해서 分類한다¹⁶⁾.

習慣性流産(滑胎)의 原因에 대한 文獻을 살펴보면, 巢元方の 『巢氏諸病源候論』¹³⁾에서는 妊娠 數墮胎의 徵候를 “陽施陰化, 故得有胎, 榮衛調和, 則經養周足, 故胎得安而能成長, 若血氣虛損者, 子臟爲風冷所居, 則血氣不足, 故不能養胎, 所以致胎數墮, 候其妊娠而恒腰痛者, 喜墮胎也. (陽施陰化하여 胎가 생기는데, 榮衛가 調和로우면 經絡을 滋養함이 足하니 能히 安胎하여 成長하는데, 만약 血氣가 虛損되면 子臟에 風冷이 居하여 血氣不足하게 되니 不能養胎하여 胎가 數墮한다. 妊娠 中 恒常 腰痛이 있는 자는 墮胎하기 쉽다.)”라고 하여 腰痛이 墮胎의 중요한 徵候라 言及하였고, 『婦人大全良方』²³⁾. 『赤水玄珠

全集』²⁶⁾에서도 역시 妊婦가 腰痛이 있으면 多墮胎한다고 밝혔다. 『女科百問·第五十八問』²⁷⁾에서는 數墮胎의 原因에 대해서 風冷의 侵犯으로 인한 血氣虛損의 重要性을 강조하였다. 또 腰痛이 墮胎의 原因이 되는 것은 腰部가 腎機能에 영향을 미치기 때문이라고 밝혔다. 『景岳全書·婦人規』²⁸⁾에서도 ‘數墮胎’에 대하여 言及하면서, 墮胎에는 氣脈의 虧損이 중요하고 그 이유로는 稟賦가 본래 弱한 경우, 年力이 衰殘한 경우, 憂怒, 勞苦로 精力을 困하게 한 경우, 色慾을 삼가지 않아서 生氣를 손상시킨 경우, 跌撲이나 飮食에 부주의한 경우 등이 있다고 하였고, 또한 腰痛을 가장 염려해야 한다고 하였다. 『丹溪心法』²⁹⁾에서는 역시 數墮胎는 같은 시기에 반복됨을 言及하면서 各月에 胎兒를 滋養하는 經絡이 다르므로 어느 한 經絡이 弱하면 또다시 그 妊娠個月에 墮胎하는 것이라고 說明하였다. 『濟陰綱目』³⁰⁾에서는 氣血虛弱, 衝任虛損, 勞傷虛熱, 血虛發熱, 小産瘀血 등으로 原因을 밝히고 있고, 『女科經綸』³¹⁾에서는 諸家들의 말을 인용하여 墮胎의 原因을 中衝脈傷, 心包脈虛, 風冷乘子宮, 血虛內熱, 性躁少陽火動, 相火傷精, 子宮眞氣不全 등을 소개하였고, 王海藏의 말을 인용해 妊娠胎墮의 原因으로 다섯가지를 제시하면서 ‘墮胎皆由氣血虛損, 不能榮養胎元而墮’라 하였다. 특히 妊娠胎墮에는 先補脾胃해야 한다고 하여 養胎를 위해 脾胃를 補할 것을 강조하였다. 不能心悟』³²⁾에서는 墮胎의 原因으로 血虛有熱, 氣血大虛, 脾胃氣虛 등을 제시하면서 특히 脾胃를 강조하였고, 『胎產心法』³³⁾에서는 氣血兩虛, 心脾血虛, 血虛有火, 衝任虛損, 懊懣跌撲損胎 등을 原因으로 제시하였으며, 『婦科玉尺』³⁴⁾에서도 血虛有火, 氣血兩虛, 胎氣熱을 지적하였다. 胎產秘書』³⁵⁾ 墮胎…由氣血虛弱, 臟腑皆虛, 加以病患相感, 情慾相撓以致精血攻衝, 侵損榮衛, , 無所養, 與枯枝落果無異…脾胃를 여 氣血虛弱을 강조하였고, 『産鑑』注釋³⁶⁾에서는 氣血虛弱, 勞傷虛熱, 衝任虛損, 瘀血, 血虛發熱, 胎氣虛弱 등을 기술하고 있다. 『葉天士女科』³⁷⁾에서는 氣血虛弱과 血虛瘀血, 血虛有熱

등을 原因으로 보았고, 『傳青主女科』³⁸⁾에서는 行房(火動), 閃跌(瘀血), 大便乾結(血虛內熱), 畏寒腹痛(氣衰), 多怒·大怒(氣逆而不易轉, 血逆而不易歸) 등을 原因으로 밝혔고, 『婦女病的中醫衝』³⁹⁾에서는 ①腎氣虛弱型, ②血熱型, ③氣血虛弱型, ④外傷型 등으로 나누어 설명하고 있으며, 『東醫婦人科學』⁴⁰⁾에서는 ①衝任二經이 虛損하면 胎가 成實하지 못하기 때문이다. ②暴怒하여 傷肝하면 胎氣가 不固하여 쉽게 不安하게 된다. ③妊娠 中에 性交過度하기 때문이다. ④妊娠 後에 母體에 다른 病이 發生하여 胎氣를 犯하기 때문이다. ⑤높은데서 墜落을 하였거나 넘어져서 다치든지 해서 流産이 된다. 등 다섯 가지로 原因을 제시하였다. 또한 『漢方婦人科』⁴¹⁾에서는 氣血虛損(氣虛하면 陰無所歸하고, 血虛하면 陽不所附하여 榮衛가 不和하고 養胎가 不能하므로 胎墮한다), 衝任虛損(衝脈은 血海를 이루고 任脈은 胞胎를 主하므로 胎息運化의 氣가 모두 衝任에 依賴한다. 따라서 衝任二經이 虛損하면 養胎를 할 수 없어 自墮한다), 命門火衰(命門은 繫胞하니 命門火가 衰하면 元氣를 溫養할 수 없으므로 胎가 不安하여 自墮한다), 血虛內熱(過勞 忿怒로 精이 損傷하면 血虛內熱이 생겨 胎氣가 枯하므로 自墮하니 枝枯果落의 現象과 같다), 性燥火動(性格이 燥急하면 少陽火가 動하므로 生氣化胎가 不能하고, 오히려 食氣傷精이 되어 氣血이 耗損하므로 胎를 滋養할 수 없어 頻墮하니, 이는 水涸而禾枯 土削而木倒의 現象과 같다), 跌仆剝閃(外傷으로 胎氣가 損傷하면 胎不安을 招來하여 傷胎流産을 招來한다) 등으로 諸家의 原因說을 要約하여 整理하였다.

이와 같이 文獻에 나타난 바에 의하면 流産이 반복됨을 인지하여 그 原因을 알아내려고 노력했으며, 流産이 거의 같은 시기에 反復되므로 그 시기에 養胎하는 經絡의 虛損이 原因이 된다고 보았고, 腎氣를 다스려 胎元을 堅固하게 하면서 氣血을 充實하게 하는 것이 必要하다고 보아 이를 통해 治療法을 提示하고 있다. 또한 妊娠 中에는 腰痛을 警戒해야 한다고 했다²⁰⁾.

3) 治法 및 治療方(處方)

韓醫學 文獻에 提示된 胎墮에 대한 治法이나 治療方은 流産의 豫防에 目的이 있다¹⁷⁾. 그러므로 妊娠 中에는 激動과 過勞 등을 피하고 一般의인 攝生을 지키는 것이 중요하다. 특히 習慣性 流産의 婦人은 妊娠 前에 梅毒反應을 檢査하여 충분한 治療를 해야 한다. 만약 子宮頸管裂傷·子宮位置異常 등이 있으면 外科의인 措置를 포함한 治療를 미리 해둬야 한다. 服藥은 孕病三禁(禁汗, 禁下, 禁利小便 등)과 安胎法(清熱養血·保胎 등) 등의 妊娠 中의 治療原則을 지켜야 한다⁴¹⁾.

習慣性 流産(滑胎)의 文獻에 나타난 治法과 治療處方을 原因別로 나누어 살펴보면, 腎虛에는 補腎固胎, 補腎健脾, 補腎安胎 등의 유사한 治法이 응용되었고, 이 중에서 孟等^{39,42,43)}의 補腎健脾하는 治法이 주된 治法이었으며, 處方으로는 補腎固沖丸과 補腎固胎飲이 多用되었고, 그 밖에 聖愈湯, 加味八味地黃丸, 千金保孕丸, 安尊二天湯, 加味壽胎丸 등이 쓰였다. 氣血虛弱에는 補氣補血, 補血安胎, 補血散寒, 補血溫經散寒 등의 治法이 사용되었는데, 이 중에서 補氣補血하는 治法이 多用되었고, 王等^{22,37,43,44)}이 사용한 泰山磐石散이 가장 많았으며, 그 밖에도 剛紫方, 麻齊方, 十全大補湯, 加味八珍湯, 阿膠湯, 芎歸補中湯, 胎元飲, 千金保孕丸, 艾膠安胎湯, 千金保胎丸, 補中益氣湯, 安胎飲 등이 쓰였다. 陰虛에는 補血清熱, 滋陰清熱, 健脾清熱, 清熱安胎 등의 治法이 쓰였고, 이 중에서 傳等^{18,33,37,38,44)}이 사용한 滋陰清熱하는 治法이 주된 治法이었으며, 處方으로는 固胎煎이 가장 많이 사용되었고, 그 밖에도 安胎飲, 聖愈湯, 當歸補血湯, 四物二連湯, 白朮煎(加 黃芩末), 四聖散, 涼胎飲 등이 多用되었다. 또한 瘀血에는 活血補血, 活血祛瘀, 補血散瘀, 暖宮逐瘀 등의 治法이 사용되었고, 이 중에서 張等^{24,44)}이 사용한 活血祛瘀하는 治法이 주된 治法이었으며, 處方으로는 桂枝茯苓丸이 가장 많았고, 그 밖에도 當歸千金湯, 膈下逐瘀湯, 金烏散, 小腹逐瘀湯 등이 사용되었다¹⁶⁾.

2. 西洋醫學的 考察

임신이 되더라도 생존아를 출산하지 못하는 유산은 넓은 의미에서의 불임증에 포함되어 자연유산에 대한 연구들이 광범위하게 진행되고 있는 추세이다⁵⁾. 자연유산이란 태아가 생존 가능한 시기 이전에 자궁으로부터 떨어져 나오는 것으로, 자연유산은 임신의 가장 흔한 합병증이고, 아이를 원하는 부부에게 심각한 정신적인 상실감을 준다. 인간 임신의 약 70%가 생명력을 얻는데 실패하고, 약 50%는 첫 월경 소실기 전에 생명력을 잃어버린다. 최근 융모성선호르몬의 측정을 이용한 조사에 의하면 약 50%의 수정란이 임신 초기 유산 또는 흡수되는 것으로 밝혀지고 있다⁴⁵⁾. hCG를 이용하는 최근의 민감도가 높은 연구에서는 착상 후에 실제로 임신소실률이 31%로 보고되고 있다. 임상적으로 인식되는 자연유산의 빈도는 20주 이전에 약 15% 정도로 알려지며^{46,47)}, 환자의 지각증상이 나타나기 전에 상당수의 임신이 소실되어 그 진단 및 치료가 어렵다⁷⁾.

자연유산이 반복되는 것을 습관성유산이라고 하는데, 용어 및 정의가 아직 세계적으로 통일되어 있지 않아 재발성 자연유산(recurrent spontaneous abortion), 재발성 임신손실(recurrent miscarriage, recurrent pregnancy loss), 습관성유산(habitual abortion) 등의 용어가 혼용되어 사용되고 있으나, 국내에서는 ‘습관성유산’의 용어가 많이 사용되고 있는 것으로 보인다⁴⁾.

습관성 유산의 정의는 일반적으로 20주 이전의 자연유산이 3회 이상 반복되는 경우를 지칭한다¹⁾. 그러나 임신 수주에 대한 정의는 아직 통일되지 않은 상태이며 최근에는 28주 이내에 2회 이상 자연유산 되는 경우와 연속성에 관계없이 모두 3회 이상인 경우도 포함시키는 추세이다^{2,3,5)}. 본 논문은 신 등⁷⁾의 보고와 박 등²⁾, 강 등¹⁾의 보고를 참고로 하여 임신 28주 이전에 2회 이상의 연속된 자연유산이 있는 경우를 습관성 유산으로 규정하였다²⁰⁾. 일반적으로 자연유산이 2회 연속되는 실질적 빈도는 5%, 3회 연속되는 실질적 빈도는 1%로 조사되고 있다^{3,5)}. 국내에서는 2

회 연속의 자연유산빈도를 9.3%로 조사되었고, 유산재발률은 35%이며, 3회 연속 자연유산 후의 유산재발률은 47%로써 이론적인 유산재발률은 83%로 추정되고 있다^{5,47)}. 따라서 자연유산이 2회 연속 되면 습관성유산에 관한 진단을 시작하여야 한다⁴⁾.

습관성유산의 원인 분류는 보고하는 연구기관 및 보고자에 따라 크게 다르지만 크게 2가지로 나눌 수 있다. 첫 번째는 태아가 성장할 수 없는 염색체 이상에 의해 임신자체가 잘못된 경우이며, 두 번째는 임신을 유지시키는 환경적인 요인의 이상으로 분류된다. 여기에 면역학적 요인, 내분비적 문제, 해부학적 원인이 포함된다. 더 자세히 분류하면 유전학적, 해부학적, 내분비 및 면역학적 요인 및 원인불명, 기타 감염 및 환경적요인 등이다⁵⁾. 이 중 원인 불명의 습관성유산은 외국의 자료에 의하면 전체유산의 10~79%로 다양하며, 국내의 연구는 전체의 27.1%를 차지하고 있다⁵⁾. 최근 원인불명에 대한 연구가 활발히 진행되어 면역학적 원인으로 밝혀지고 있어⁴⁸⁾ 면역학적 요인의 중요성이 강조되고 있다. 염색체 이상은 습관적 유산을 경험한 부부의 5%에서 보인다. 다른 요인들은 해부적 이상(12%), 내분비적 문제(17%), 감염(5%), 면역학적 유산(50%)에서 일치되어 왔다⁵⁾.

상기 내용에 따른 습관성유산의 원인을 좀 더 상세히 알아보고, 진단 및 치료에 대해서도 간략하게나마 알아보려고 한다.

1) 유전학적 요인(염색체 이상)

습관성유산이 유전학적 원인인 경우에는 태아에서의 염색체이상은 대부분 이배수체로 나타내는데, 임신 제 1삼분기에서 자연유산되는 태아조직의 약 50%에서 나타난다. 부모의 원인으로는 부염색체 이상인 균형전좌(balanced translocation)가 가장 많은 원인이 된다^{49,50)}. Mosaicism, 단일유전자 결함, inversions와 같은 구조적 염색체 이상은 반복유산을 유발할 수 있다. 드물게 반성 유전 질환은 남자 태아만의 반복유산을 유발할 수 있다. 분자세포 유전학적 기

술을 이용한 새로운 진단 기법들은 의심할 여지 없이 반복유산을 유발하는 새로운 부모의 유전적 이상에 대한 통찰력을 제공할 것이다⁵⁾. 국내에서는 2회 이상의 자연유산을 반복한 환자 부부에서 전체적인 염색체이상의 빈도는 5.3%~33.3%로서 보고자마다 상당한 빈도의 차이를 보이고 있다²⁰⁾.

부부의 염색체검사를 통해 이를 진단하며, 치료법으로는 특정 염색체 이상에 대해 공여난자 또는 정자를 통한 임신이외에 마땅한 치료법이 없었으나⁵¹⁾, 최근 IVF 후 각 배아에서 genetic screening을 하여 정상인 배아만을 자궁 내에 이식하는 방법이 고안되고 있다²⁰⁾.

2) 해부학적 기형

해부학적 원인들로서는 선천적 혹은 후천적일 수 있다. 선천적 기형으로서는 불완전 뿔리리안관 융합 혹은 중격흡수결합, DES에 노출된 경우와 자궁경부 기형들이 있을 수 있다. 자궁 내 중격이 있는 여성들의 자연유산 위험도는 60%정도이며, 임신 제2기 때의 유산이 가장 흔하다. 중격의 내막은 잘 발달되지 않기 때문에 즉 비정상적 태반화를 야기할 수 있으므로 여기에 배아가 착상되면 임신 제1기 때도 유산이 될 수 있다⁵²⁾. 자궁 DES에 노출된 경우는 자궁기형을 초래할 수 있으며 형성 부진이 가장 흔하며 이는 임신 제2기와 제2기의 자연유산, 자궁경관무력증과 조기 진통을 야기시킬 수 있다. 자궁동맥 기형은 착상된 배아와 태반 발달을 위한 혈액 공급의 결여에 의해 유산에 영향을 줄 수 있다⁵⁾. 후천적인 자궁 이상으로는 자궁내막 유착증, 자궁 점막하근종, 자궁내막증 및 자궁경관 무력증 등이 있고, 우리나라에는 자궁경관 무력증 및 자궁내막 유착증이 많은데 각각은 착상하는 부위의 방해 및 성장저해이며 또한 자궁내막의 혈관공급장애 등으로 추측되고 있다²⁰⁾.

해부학적 원인은 자궁난관 조영술, 자궁경, 질식초음파의 사용으로 발견이 가능하고, 국내에서는 후천성질환의 빈도가 87.5%를 차지하여 압도적으로 많다⁵³⁾. 치료는 자궁근종에서의 근종제거

술은 점막하 자궁근종이 있을 경우엔 필히 한다. 자궁내막 유착증은 자궁내시경을 통해 제거하는데⁵²⁾, 시술자의 경험이 무엇보다도 중요하다. 자궁내막증이 발견된다면 복강경을 이용한 치료를 시행하여야 한다. 자궁경관 무력증에서는 자궁경관의 봉합술이 권장된다²⁰⁾.

3) 내분비적 이상

습관성유산(반복유산)과 관계있는 내분비학적 원인들로서는 황체기 부족(황체형성호르몬의 과분비 여부와 무관하게), 당뇨병, 갑상선 질환들이 있으며, 초기 임신 유지는 임신 7~9주에 일어나는 황체에 의한 황체호르몬 형성에 의해 좌우된다. 임신 10주 전의 자연유산도 자궁으로의 황체호르몬의 이동의 단절이나 자궁내막과 탈락막 내의 황체호르몬으로 이용의 결여 등 황체가 적절한 양의 황체호르몬을 생산하지 못할 때도 일어난다. 비정상적인 황체호르몬 분비로 인해 발생하고 난포세포와 작용하며 조기 노화를 일으키며, 또한 자궁내막에 작용하여 불규칙적인 성숙을 야기시킨다. 남성호르몬이 증가되며, 간접적으로 유산에 관여하기도 한다. 비록 수정 전 증가된 Hgb A1C 수치가 반복유산과 관계가 있는 것으로 알려져 있지만, 당뇨병 환자에 있어서의 유산 가능 기전은 자궁으로의 혈류저해로 인한 것으로 추정된다. 그러나 당뇨병이 반복유산의 원인이라는 확실한 자료는 없다^{5,51)}.

갑상선 기능저하증은 반복유산과 관계있는 또 하나의 내분비학적 질환이며, 이는 종종 갑상선 질환을 동반하는 배란 혹은 황체의 기능 장애의 결과로 초래된다. 최근에는 항갑상선 항체가 반복유산과 관계있다고 알려져 있으며, 이는 자기면역과 관계가 있을 것으로 알려져 있다. 또한 초기 임신 시 높은 갑상선 호르몬이 요구되기 때문에 항갑상선 항체는 갑상선 이상의 위험도가 높은 군을 가려내는데 필요한 지표로 이용될 수 있다⁵⁾.

내분비학적 원인은 배란·착상시기의 호르몬 측정 및 자궁내막 생검, 고해상도의 초음파, 갑상선 기능검사로 진단 가능한데 대표적인 것이 황체기

결함이다. 이는 자궁내막 2번의 조직검사에서 생리주기와 2일 이상 차이가 있을 때이다. 치료는 황체기 결함이 진단되면 배란유도 또는 progesterone을 투여하며, 갑상선 기능저하증에서는 갑상선호르몬 투여가 유용하다²⁰⁾.

4) 모체감염

습관성유산(반복유산)과 감염과의 관련성은 유산의 원인들 중 가장 논란의 대상이 되고 있으며, 또한 미개척 분야 중의 하나이다. 지금까지 산도감염의 원인은 세균, 바이러스, 인축공통감염증, 진균 등이 제시되어 왔으나, 마이코플라스마(mycoplasma), 우레아플라스마(ureaplasma), 클라미디아(chlamydia), 베타-연쇄상구균(β -streptococcus) 등이 가장 흔한 병인으로 보고되고 있다.

감염이 임신 초기 유산의 원인이라고 주장하는 이론적 가설로서 병원균에 대한 반응으로 체내에서 면역계통의 활성화가 나타나게 되어 유산이 된다는 이론이 있으며, 이를 뒷받침하는 예로서 자궁 내 성장지연, 조기 양막파수, 조기 분만 등을 들 수 있다⁵⁾.

5) 면역학적 요인

면역학적 원인은 최근에 가장 연구가 활발하게 이루어지는 분야이다. 면역계는 인체를 질병으로부터 방어하는 가장 복잡한 기능을 하는 체계로 단백질이 자신의 것인지 외부의 것인지를 구분하여 면역반응을 일으켜 외부의 단백질을 중성화할 것인지 파괴할 것 인지를 결정하는 항원항체 반응을 일으킨다. 면역학적 요인에 의한 습관성 유산은 결국 항체반응의 이상에 의한 결과라고 할 수 있으며 자기면역 및 동종면역으로 나뉜다. 자기면역이 습관성유산을 일으키는데 중요한 항체는 항인지질항체인데 항 cardiolipin 항체와 루푸스 항응고인자 등이 포함된다. 항인지질항체가 존재하면 생체 내에서는 혈관응고로 표현되며 이는 자연유산은 물론 조산통, 조기파수, 사산 자궁 내 태아발육부전 및 임신성고혈압 등과도 관련이 있는 것으로 알려져 임신 시 이 항체의 존재는

불량임신의 주요 위험인자가 된다. 전체 습관성 유산 환자에서의 빈도는 3~5%로 조사되었다²⁰⁾.

동종면역에 의한 유산의 기전은 면역계가 임신을 인식하지 못하는 경우와 임신에 대한 비정상적인 면역반응 등 2가지로 설명될 수 있다. 따라서 성공적인 임신 유지를 위하여 항체가 형성되어 임신을 거부하지 않는 차단항체의 존재가 제시되었는데 이는 부부의 조직적 합성항원이 비슷하면 임신손실이 된다는 설로 제시되어 즉 부부간 공유하는 항원은 태아항원을 감싸서 태아거부 반응을 억제하는 역할을 하는 모성 차단항체의 형성을 방해한다는 것이다. 그러나 이에 동의하지 않는 논문도 다수 있다^{20,52)}.

진단은 항인지질항체, 혈소판검사 등을 통해서 하는데 그 치료는 수정란에 대한 모체의 면역학적 거부반응에 대한 이론적 배경으로 면역자극 및 면역억제 요법이 제안되고 있다. 백혈구 주입 요법, 면역 조절요법, 부신피질호르몬이나 헤파린 및 아스파린, 면역글로부린 등이 치료방법으로 대두되고 있다²⁰⁾.

6) 다른 요인들

습관성유산(반복유산)의 다른 요인들로는 중금속 중독 같은 환경적 요소들, 유기용제에의 지속적 노출, 항 프로제테스톤 제제, 항암제, 흡입성 마취제, 니코틴, 에탄올(ethanol)같은 약물들, 방사선, 자궁혈액공급을 방해하는 만성 질병들이 있다. 혈소판 증가증(100만 이상) 또한 자연유산과 연관이 있다. 전자파에의 노출은 자연유산을 유발하지 않는다. 자연유산과 고전압선 밑에서의 생활과의 연관성 또한 입증되지 않았다. 하루 300mg 미만의 커피 소비는 자궁 내 성장장애의 위험성은 있으나, 자연유산과는 무관하다. 임신 중 적당량의 운동이 자연유산과 관계되었다는 증거는 없다. 성관계는 조기사산과 관계있지만, 연관성은 명료하게 확인되지 않았다⁵⁾.

종합해 보면 西洋醫學에서의 習慣性流産 治療는 우선 그 原因을 알아내고 각 原因에 對해 治療를 시행하여 이후 임신유지의 成功을 꾀하고

있고, 아직도 많은 부분을 차지하고 있는 原因不明에 대해 좀 더 철저하게 糾明하려는 노력이 多樣하게 시도되고 있는데, 특히 最近에는 同種免疫에 대한 多樣的 研究가 활발하게 이루어지고 있는 趨勢인 것으로 보여진다.

III. 結論

習慣性流産(滑胎, 反復流産)에 대해 東西醫學의 考察해본 結果, 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 習慣性流産은 韓醫學의 滑胎에 해당하며, 自然流産이 3회 以上 反復되는 경우를 말한다.
2. 習慣性流産의 原因은 腎虛(腎氣虛弱), 氣血虛弱(血氣虛損), 陰虛(陰虛血熱), 瘀血(瘀血內阻) 등으로 분류되었다.
3. 習慣性流産의 治法은 그 原因에 따라 補腎健脾(腎虛), 補氣補血(氣血虛弱), 滋陰清熱(陰虛), 活血祛瘀(瘀血) 등의 治法이 주로 쓰였다.
4. 習慣性流産의 處方은 그 原因에 따라 補腎固沖丸, 補腎固胎飲(腎虛), 泰山磐石散, 千金保孕丸, 阿膠湯, 芎歸補中湯, 胎元飲(氣血虛弱), 固胎煎, 白朮煎 加黃芩末, 四聖散(陰虛), 桂枝茯苓丸, 當歸千金湯(瘀血) 등이 多用되었다.
5. 習慣性流産(反復流産)의 西洋醫學的 原因은 遺傳學的 要因(염색체 이상), 해부學的 畸形, 內分泌學 異常, 免疫學的 要因, 原因不明(기타) 등으로 나뉜다.

參考文獻

1. 강인수 외 5인 : 반복 자연유산 발생시기의 개인에 따른 주기성에 관한 연구, 대한산부회지, 제41권 8호, 1998, pp.2094~2096.
2. 박문일 외 3인 : 습관성유산 환자에서 Ginkgo flavonglycoside의 효과, 대한불임학회잡지, 제23권 2호, 1996, pp.169~182.
3. 박문일 외 5인 : 습관성유산 및 절박유산 환자에서 Dydrogesterone투여 후 혈청 제임신표지물질의 변화, 대한산부회지, 제41권 6호, 1998, pp.1570~1574.
4. 박문일 : 재발성 임신손실의 관리, 대한산부회지 Symposium.
5. 대한산부인과학회 교과서편찬위원회 : 부인과학, 서울, 도서출판 칼빈서적, 1997, pp.437~444, 700~715.
6. Howard Carp et al : Parental karyotype and subsequent live births in recurrent miscarriage, Fertil and Steril, 81(5), 2004, pp.1296~1300.
7. 신중식 외 5인 : 원인불명 습관성유산 환자에서 정맥내 인혈청 면역글로부린 투여효과, 대한산부회지, 제41권 7호, 1998, pp.1920~1926.
8. 송석호 : 墮胎의 原因에 대한 文獻的 考察, 서울, 1986.
9. 李鍾和 編 : 漢方婦人臨床診療, 서울, 癸丑文化社, 1989, p.460.
10. 李鍾和, 朴炳烈 編 : 標準漢方婦人科, 서울, 醫藥社, 1992, p.397.
11. 楊思澍 : 中醫臨床大全, 北京, 北京科學技術出版社, 1991, pp.650~656.
12. 羅元愷 外 : 中醫婦科學, 上海, 上海科學技術出版社, 1990, pp.105~108.
13. 巢元方 : 巢氏諸病源候論, 南京, 人民衛生出版社, 1982, pp.183, 1160, 1185~1188.
14. 李 梴 : 醫學入門, 서울, 翰成社, 1984, pp.412~414.
15. 吳 謙 : 醫宗金鑑(下卷), 北京, 人民衛生出版社, 1982, pp.59~62.
16. 이상훈 등 : 滑胎(習慣性流産)에 對한 原因別 治法 處方에 對한 文獻的 考察, 大韓醫藥氣功學會誌, 3(1), 1999, pp.120~138.
17. 崔眞卿, 柳同烈 : 滑胎의 治療에 使用된 壽胎丸의 效能에 對한 文獻的 考察, 대전대학교 한의학연구소 논문집, 10(1), 2001, pp.93~108.

18. 우건소 編 : 現代中西醫婦科學, 北京, 中國科學技術出版部, 1996, p.518.
19. 洪喜鐸 : 東醫臨床婦人科學, 서울, 法人文化社, 1999, pp.70~71.
20. 金庚淑, 姜明孜 : 習慣性流産의 韓方治療에 對한 臨床的 考察, 大韓韓方婦人科學會誌, 13(2), 2000, pp.452~467.
21. 문현주, 임은미 : PUBMED 검색을 통한 반복유산의 최신 연구에 관한 고찰, 대한한방부인과학회지, 17(2), 2004, pp.78~91.
22. 王肯堂 : 六科準繩(女科), 서울, 翰成社, 1982, pp.358~363.
23. 許潤三 外 : 婦人大全良方, 陳自明 選 : 《校主婦人良方》註釋, 江西, 江書人民出版社, 1985, pp.261~267.
24. 張介賓 : 婦人規, 廣東, 廣東科學技術出版社, 1989, pp.182, 190, 227~231.
25. 韓醫學大辭典編纂委員會 編 : 韓醫學大辭典, 서울, 도서출판 정담, 1998, pp.1858~1859.
26. 孫東宿 : 赤水玄珠全集(下冊5 卷21), 臺灣, 海著易堂藏版, 1919, pp.9~12.
27. 齊中甫 編 : 女科百問(下), 上海, 上海古籍書店印行, 1983, pp.7~10, 12~13, 20, 35~37.
28. 張介賓 : 景岳全書(下卷), 서울, 大星文化社, 1988, pp.26~28, 39~40.
29. 朱震亨 : 丹溪心法, 서울, 大星文化社, 1982, p.725.
30. 武之望 : 濟陰綱目, 서울, 一中社 影印, 1992, pp.335~349.
31. 蕭 損 : 女科經綸, 江蘇省, 江蘇科學技術出版社, 1986, pp.107~157.
32. 程國彭 : 增批醫學心悟, 香港, 友聯出版社, 1961, pp.242~243.
33. 閣純墨 : 胎產心法, 北京, 人民衛生出版社, 1988, pp.207~214.
34. 沈金鰲 : 婦科玉尺, 서울, 翰成社, 1984, pp.66~72.
35. 陳勿庵 : 胎產秘書, 서울, 東南出版社, 1983.
36. 王化貞 : 《產鑑》註釋, 河南, 河南科學技術出版社, 1982, pp.157~162.
37. 葉天士 : 葉天士女科, 서울, 大星文化社, 1989, pp.253~255.
38. 傅青主 : 傅青主男女科, 서울, 大星文化社, 1989, pp.118~123.
39. 孟雲, 李秀珍 : 婦女病的中醫治療, 北京, 人民軍醫出版社, 1993, pp.87, 91~92.
40. 姜孝信 : 東醫婦人科學, 서울, 醫文社, 1966, pp.248~251.
41. 宋炳基 : 漢方婦人科學, 서울, 杏林出版社, 1990, pp.396~407.
42. 孫九寧 編 : 婦科證治, 서울, 醫聖堂, 1994.
43. 柯新橋 編 : 新編婦科秘方大全, 北京, 北京醫科大學·中國協和醫科大學 聯合出版社, 1993.
44. 張從正 : 《儒門事親》校注, 河南, 河南科學技術出版社, 1984, p.282.
45. Edmond DK et al. : Early embryonic mortality in women, Fertil Steril, 38, 1982, p.447.
46. Miller JF et al. : Fetal loss after implantation, a prospective study, Lancet, 2, 1980, pp.554~556.
47. Eastman NJ : Habitual abortion, In Progress in Gynecology, Vol 1, edited by Murgs JV, Sturgis S, Grune and Sutton, New York, 1946, p.262.
48. Dudley DJ, Branch DW : New approaches to recurrent pregnancy loss, Clin Obstet Gynecol, 32, 1989, pp.520~532.
49. Lomax B et al. : Comparative genomic hybridization in combination with flow cytometry improves results of cytogenetic analysis, Am J Hum Genet, 66, 2000, pp.1516~1521.
50. Schmid W : A familiar chromosome abnormality associated with repeated

- abortions, CytogeneticS, 1, 1962, P.199.
51. 이보연 : 대한산부인과학회 교육강연, Vol 2004, 2004, pp.74 ~ 80.
52. Mishell DR : Abortion. In Comprehensive Gynecology, edited by Droegemueller W et al. St. Louis, Washington, Toronto, The CV Mosby Co., 1987, pp.375 ~ 405.
53. Daya S, Gunby J. : The effectiveness of allogeneic leukocyte immunisation in unexplained primary recurrent spontaneous abortion, Recurrent Miscarriage Immunotherapy Trialists Group, Am J Rrprod Immunol, 32, 1994, pp.294 ~ 302.