

한양방 병용 치료로 임신 유지된 조산 고위험군의 조기진통 환자 1례 보고

¹강동 경희대병원 한방부인과, ²경희의료원 한방병원 한방부인과

³강남경희한방병원 여성의학센터

조준영¹, 박경선¹, 이창훈³, 장준복², 이경섭³, 이진무¹

ABSTRACT

A Case Report of Preterm Labor Patient at High Risk for Preterm Delivery Treated by Combination of Herbal Medicine and Conventional Treatment

Jun-Young Jo, Kyoung-Sun Park, Chang-Hoon Lee

Jun-Bock Jang, Kyung-Sub Lee, Jin-Moo Lee

¹Dept. of Oriental Gynecology, Kyung-Hee University Hospital at Gangdong

²Dept. of Oriental Gynecology, Kyung-Hee University Medical Center

³KangNam Kyung-Hee Oriental Hospital

Objectives: The purpose of this study is to report the effect of combination of herbal medicine and conventional treatment on preterm labor patient at high risk for preterm delivery.

Methods: The patient in this case was 33-year-old female with gravid 3, para 2, abortus 1. She experienced 1 preterm birth 5 years ago. She visited our clinic with lower abdominal pain at 14th gestational week. We treated her by herbal medicine. She also take vaginal progesterone from 19th gestational week to 34th gestational week.

Results: She maintained her pregnancy until giving a birth by cesarean section at 38th gestational week. No adverse effects were not observed among mother or infant.

Conclusions: Combination of herbal medicine and conventional treatment is effective on preterm labor patient at high risk for preterm delivery.

Key Words: Preterm Labor, Herbal Medicine, Progesterone, Preterm Delivery

I. 서 론

조기진통은 일반적으로 임신 20주 이상에서 37주 이전에 자궁경부의 진행성 확장과 소실 변화가 있으면서 규칙적인 자궁수축이 있을 때로 정의한다¹⁾. 조기진통은 조산을 일으킬 수 있으므로 그 관리가 중요하다. 조산은 전체 분만의 5-13% 정도를 차지하며, 신생아 사망의 가장 중요한 원인 중 하나이다. 비록 생존하더라도, 신경발달학적인 장애와 호흡기 및 위장관계 합병증이 발생할 수 있다²⁾. 국내에서는 매년 약 5만명의 조산아가 발생하는 것으로 알려져 있다³⁾.

조산병력이 있는 조산의 고위험군에서 조산 예방법으로 자궁경부봉축술이나 progesterone 등이 있지만³⁾, 그 효과에 대해서는 아직 논란의 여지가 있다^{4,5)}.

한의학적으로 조기진통과 조산은 妊娠腹痛, 小產, 滑胎 등의 범주에 속하며, 腎氣가 허약하여 系胎를 못하거나 氣血이 허약하여 戴胎를 못하거나 熱이 衝任에 潛伏하여 胎元을 손상하거나 跌仆勞損으로 胎氣를 손상하면 발생하는 것으로 보고 있다⁶⁾. 지금까지 습관성 유산이나 절박유산 등에 관한 한의학 증례 보고는 있으나^{7,8)}, 조기진통과 조산에 관한 한의학 증례 보고는 부족한 실정이다.

본 증례에서는 2011년 7월 19일부터 2011년 12월 8일까지 OO병원 여성건강클리닉에 妊娠腹痛으로 내원한 조산 고위험군인 33세 여성에게 한약과 progesterone을 병용 투여하여 임상적으로 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 증 례

1. 성 명 : 한○○ (F/33세)
2. 초진일 : 2011년 7월 19일
3. 주소증 : 임신 복통(아랫배 뭉침)
4. 발병일 : 내원 2주전인 임신 12주부터
5. 과거력

2007년 임신 22주째 자궁경부무력증으로 1달간 입원 한 뒤 26주째 제왕절개술 했었음.

6. 가족력 : 특이사항 없음
7. 월경력

- 1) 초 경 : 만 13세
- 2) 주 기 : 35일 간격으로 규칙적
- 3) 기 간 : 5일 정도
- 4) 월경량 : 보통
- 5) 월경통 : 약간 있음
- 6) 월경색 : 암적색이며 간혹 혈괴
- 7) 최종 월경 : 2011년 4월 12일

8. 산과력 : 기혼(para: 1-1-1-2)

9. 현병력

상기 환자는 2주전부터 아랫배 뭉치고 빠른 증상이 간헐적으로 지속되어 한방치료 위해 내원함.

10. 望聞問切

食慾은 별로 없고 식사량이 적으면서 식후 痞滿, 嘈雜, 惡心, 嘔逆感이 있고, 大便은 1-2일에 1회 정도 본다고 하였다. 小便은 야간뇨 1-2회, 睡眠은 깊이 못 자고 자주 깨는 양상이었다. 脈은 양쪽 모두 弱脈이었고, 尺脈은 沈微하고, 舌質淡紅, 舌苔薄白하였다.

11. 치료내용

2011년 7월 19일부터 12월 8일까지 當歸芍藥散加減方을 2회, 安胎飲加減方을 6회, 총 8회 54일분을 투여하였다(Table 1).

12. 치료 경과 같다(Table 2).
 치료 경과에 따른 증상 변화는 아래와

Table 1. Herb Medicine

Date (prescription days)	Herbal medicine	Composition of Herbal medicine
7/19 (7)	當歸芍藥散*加減1	當歸芍藥散 加 黃芪 6g 大腹皮 砂仁 紫蘇葉 陳皮 4g 黃芩 乾薑 檳榔 木香 甘草 3g 黃連 2g 白朮 白芍藥 1g 減 川芎 6g 白茯苓 澤瀉 2g
7/27 (7)	當歸芍藥散加減2	當歸芍藥散 加 陳皮 8g 黃芪 6g 拘杞子 山茱萸 桑寄生 艾葉 竹茹 香附子 各 4g 黃芩 檳榔 木香 甘草 枳實 厚 朴 3g 黃連 乾薑 2g 白朮 白芍藥 1g 紫河車 1.5ml 減 川芎 白茯苓 澤瀉 2g
8/25 (10)	安胎飲*加減1	安胎飲 加 杜冲(鹽炒) 續斷 沙蔘 黃芪 6g 鹿茸 大棗 香附子 4g 乾薑(炭炒) 3g 升麻 熟地黃 白芍藥(炒) 2g 川芎 紫蘇葉 1g 減 黃芩 6g
9/15 (10)	安胎飲加減2	安胎飲 加 杜冲(鹽炒) 續斷 黃芪 6g 鹿茸 大棗 香附子 人蔘 4g 乾薑(炭炒) 升麻 3g 熟地黃 白芍藥(炒) 2g 川 芎 紫蘇葉 1g 減 黃芩 6g
10/11 (10)	安胎飲加減3	安胎飲 加 蔓蔘 8g 杜冲(鹽炒) 續斷 黃芪 6g 鹿茸 大 棗 香附子 巴戟天(酒蒸) 4g 白苳蔻 乾薑(炭炒) 升麻 肉桂 厚朴 各 3g 熟地黃 白芍藥(炒) 2g 川芎 1g 減 黃 芩 6g
10/19 (5)	安胎飲加減3	安胎飲 加 蔓蔘 8g 杜冲(鹽炒) 續斷 黃芪 6g 鹿茸 大 棗 香附子 巴戟天(酒蒸) 4g 白苳蔻 乾薑(炭炒) 升麻 肉桂 厚朴 各 3g 熟地黃 白芍藥(炒) 2g 川芎 1g 減 黃 芩 6g
11/3 (5)	安胎飲加減3	安胎飲 加 蔓蔘 8g 杜冲(鹽炒) 續斷 黃芪 6g 鹿茸 大 棗 香附子 巴戟天(酒蒸) 4g 白苳蔻 乾薑(炭炒) 升麻 肉桂 厚朴 各 3g 熟地黃 白芍藥(炒) 2g 川芎 1g 減 黃 芩 6g
12/8 (5)	安胎飲加減4	安胎飲 加 蔓蔘 8g 杜冲(鹽炒) 續斷 黃芪 6 鹿茸 大棗 香附子 巴戟天(酒蒸) 肉蓯蓉 4 白苳蔻 升麻 肉桂 厚 朴 3g 木香 乾薑(炭炒) 熟地黃 白芍藥(炒) 2g 川芎 1g 減 黃芩 6g

* : 當歸芍藥散 : 白朮 白芍藥 白茯苓 澤瀉 8g 當歸 川芎 6g

† : 安胎飲 : 白朮 8g 黃芩 生薑 6g 當歸 熟地黃 白芍藥 陳皮 砂仁 4g 紫蘇葉 川芎 3g 甘草 2g

Table 2. Symptom Progress and Herbal Medicine

Date (Gestational weeks)	Progress	Herbal medicine
7/19 (14weeks 3days)	하복부 뭉침과 수축감 식욕이 없고, 오심, 창만, 애기 증상 있음	當歸芍藥散 加減1
7/27 (15weeks 4days)	하복부 뭉치고 수축되는 느낌은 많이 호전됨 단, 하복부 무거운 느낌 지속됨 오심, 창만, 애기 증상 더욱 늘어남	當歸芍藥散 加減2
8/4 (16weeks 5days)	복부 통증은 없음 단, 한약 복용 후 설사한 것 같아서 1일 2회로 복용양 줄인 후 설사 증상 호전됨 오심, 창만, 트림 증상 호전됨	
8/25 (19weeks 5days)	하복부 뭉치고 아픔 양방 OBGY에서 조기진통으로 진단받고 progesterone 처방받음 3일전 검사 시 자궁경부가 2cm정도로 줄어들 하복부 무거운 느낌, 식욕부진, 식후도포, 하지 무거 움, 피로감	安胎飲 加減1,2
10/11 (26weeks 2days)	양방 OBGY에서 조산 위험(자궁경부가 0.5cm정도 남았다고 함-입원권유 받음) 최근 자궁수축감 심해짐, 몸이 무거움. 한약 복용 시 설사 증세 있음. 식후도포는 많이 호전됨	安胎飲 加減3
10/19 (27weeks 1days)	자궁수축감, 처지는 느낌 빈도와 강도 증가 침상 안정중 변비로 대변보기 어려움	
12/8 (34weeks 4days)	자궁경부 0.5cm정도 남음 자궁수축감, 임신복통 요통, 아래로 쏠리는 느낌 많음 피로곤권, 현훈, 하복냉감, 식후도포, 식욕부진 현재 배변불리(연변, 조금씩 적게 나옴 : 배변완화제 2회/일 복용중), 창만	安胎飲 加減4
1/4 (38weeks 3days)	제왕절개로 분만함.	

Ⅲ. 고 찰

조산은 신생아 사망 및 이환의 주요 원인으로 나타나고 있고, 이로 인한 경제적 부담 또한 매우 큰 문제이다⁹⁾. 최근 통계청에서 발표한 자료에 따르면, 2000년부터 2010년까지 매년 조산율은 꾸준히 증가하여 2010년에는 출생아의 약 5.8%가 조산아인 것으로 나타났다¹⁰⁾.

조산을 예방하기 위한 치료로는 자궁 수축억제제, 항생제, 스테로이드제 등이 있으며, 이들은 일부 조산에 의한 신생아 예후를 향상시키는데 도움을 주기는 하였으나 이는 이미 증상이 발생한 이후에 가능한 조치라 그 효과에 한계가 있다³⁾.

최근에는 조산의 고위험군에 있어 progesterone이 조산 예방을 목적으로 많은 연구가 진행되어 왔다¹¹⁾. Progesterone

은 자궁을 이완시켜주고, 자궁경관 숙화를 조절하는데 중요한 역할을 하는 것으로 생각된다¹²⁾. 하지만, 2010년 Cochrane review에서 조기진통 증상이 있는 환자에게 progesterone이 단독으로 혹은 다른 자궁수축억제제와 같이 쓰였을 때 임신 34주 미만 조산예방에 효과가 있는지 4개의 연구를 분석하였는데, progesterone을 자궁수축억제 목적으로 사용하기에는 근거가 불충분하다고 하였다⁵⁾. 또한, 최근 연구에서는 조기진통이 자궁수축억제제에 의해 진통이 된 사람에게는 이후 progesterone을 투여하는 것이 조산을 예방해 주지 못하는 것으로 나타났는데, progesterone을 투여했음에도 불구하고 39%의 환자들이 37주 이전에 조산을 한 것으로 나타났다. 이는 진통에 앞서 병리적 과정이 일어나면 progesterone이 이것을 막는데 효과적이지 않기 때문이다¹³⁾. 이처럼 조산 예방에 대한 양방 치료의 효과가 뚜렷하지 않은 상황이라 한의학적 접근이 도움이 될 수 있는 상황이라 볼 수 있다.

조기진통은 한의학에서 妊娠 腹痛, 胎動不安과 비슷하고 조산은 小產, 滑胎 등의 개념과 비슷하다. 妊娠 腹痛은 胎動不安의 경한 증상으로 볼 수 있으며, 이것이 진행이 되면 胎動不安을 초래하고 심하면 小產이 발생한다. 주된 발병기전은 氣血虛弱, 虛寒, 氣鬱 등이다. 小產은 주로 腎氣나 氣血이 虛弱하여 胎元이 不固하게 되어 발생하게 된다. 補腎培脾가 근본이 되는 安胎法이며 변증 결과에 따라 적합한 治法을 사용한다⁶⁾.

본 증례의 환자는 본원에 2011년 7월 19일 내원한 33세 기혼 여성으로 2주전인 임신 12주부터 하복부 뭉치는 증상이

있었다고 호소하였으며, 氣血虛弱, 脾氣虛, 氣鬱로 변증되는 증상들을 가지고 있었다. 當歸芍藥散은 妊娠婦의 諸腹痛에 두루 사용하는 처방으로¹⁴⁾, 補氣하는 黃芪를 가하고 安胎하는 黃芩 및 開鬱順氣하는 약재들을 가한 當歸芍藥散加減1을 처방하였다. 7월 27일 내원시엔 腎精을 補하고 補氣順氣시키는 약재를 가한 當歸芍藥散加減2를 처방하였고, 8월 4일 내원시 복부 통증은 없어지고, 오심, 창만, 트림 증상도 호전을 보였다고 하였다. 8월 25일, 다시 하복부 뭉치고 아픈 증상으로 양방 산부인과에서 조기진통으로 진단받고 progesterone을 처방 받아 내원하였고, 내원 3일전 초음파 검사 시 자궁경부가 2 cm 정도로 줄어들었다고 하였으며, 하복부 무거운 느낌, 식욕부진, 식후도포, 하지 무거움, 피로감 등을 호소하였다. 상기 증상들을 바탕으로 脾氣虛와 腎陽虛로 변증하였고, 이에 따라 安胎飲에 補氣 補肝腎 強筋骨하는 약물들을 가한 安胎飲加減1~4를 12월 8일까지 처방하였고, 1월 4일 임신 38주 3일 제왕절개로 분만하였다(Table 2).

當歸芍藥散은 張仲景의 『金匱要略』에 “婦人懷妊 腹中疝痛 當歸芍藥散主之”라고 처음 기재되어 있고¹⁴⁾, 약물구성은 白朮, 白芍藥, 白茯苓, 澤瀉 8g, 當歸, 川芎 6g으로 이루어져 있다. 補血活血하는 當歸, 芍藥, 川芎과 健脾利水하는 白朮, 澤瀉, 茯苓으로 구성되어 四物湯과 五靈散의 合方의 의미를 가진 處方으로 養血和營, 行滯止痛, 健脾滲濕하는 效能이 있어 婦人腹痛이나 妊娠腹痛뿐만 아니라 胎動不安, 產後血暈, 月經不順, 產前產後의 泄瀉 및 癰癤 등의 각종 婦人科 疾患에 다양하게 활용된다^{15,16)}. 當歸芍藥散에

대한 실험적 연구로는 황체 기능 장애 개선¹⁷⁾, 습관성 유산에 대한 효과¹⁸⁾ 등이 보고되어 있다.

安胎飲은 胎動不安의 치료에 있어 문헌적으로 가장 많이 사용된 처방으로¹⁹⁾, 『東醫寶鑑』에 “治胎動不安 五六個月 常服數貼甚妙”라고記載되어 있다²⁰⁾. 약물 구성을 살펴보면 白朮 8g, 黃芩, 生薑 6g, 當歸, 熟地黃, 白芍藥, 陳皮, 砂仁 4g, 紫蘇葉, 川芎 3g, 甘草 2g으로 이루어져 있으며, 補血調血의 四物湯과 安胎의 주약인 白朮과 黃芩을 君藥으로 하고, 調氣安胎의 砂仁 陳皮 등을 가한 방제이다²¹⁾.

본 환자는 임신 19주부터 34주까지 progesterone 질정을 매일 투여하면서 한방치료를 병용하였다. 조산을 예방하는 progesterone의 효과가 아직까지 명확하지 않고⁵⁾, 조산의 과거력이 있으면서 자궁경부도 2cm 정도로 짧아진 조산의 고위험군의 환자였으므로, 한방치료를 병용하는 것이 환자에게 도움이 될 수 있을 것이라 판단하였다. 한양방 병용 치료를 함으로써 5년전에는 조산했었지만 이번 임신시에는 조산하지 않고 만삭분만을 할 수 있었던 것으로 생각된다. 또한 총 54일분의 한약을 progesterone과 병용 투여해도 산모와 아기에게 부작용이나 합병증이 없었음을 확인하였다.

향후 當歸芍藥散이나 安胎飲의 작용기전에 대한 연구가 필요할 것으로 생각되며, 조기진통 및 조산의 위험이 있는 환자를 대상으로 추가적인 임상례의 축적이 필요하다. 또한 한방 단독 치료에 대한 연구 및 progesterone과의 병용 투여에 대한 임상 연구가 필요할 것으로 보인다.

IV. 결 론

妊娠 腹痛으로 내원한 과거 조산의 병력이 있는 조산 고위험군인 33세 여환에 대하여, 脾氣虛와 腎陽虛로 변증하여 한약치료를 시행하였고, progesterone을 병용 투여한 결과 임신 38주까지 임신 유지하였으며, 제왕절개로 분만하였다. 본 증례는 조기진통을 한방 진단에 따라 한방적 치료를 시행함으로써 해당 증상을 경감시킬 수 있음을 보여주며, progesterone과 병용 투여하여 부작용이 없었음을 확인하였다. 향후 임상적 자료의 축적과 지속적인 연구가 필요하다고 사료된다.

□ 투 고 일 : 2012년 04월 27일

□ 심 사 일 : 2012년 05월 11일

□ 게재확정일 : 2012년 05월 15일

참고문헌

1. ACOG Committee on Practice Bulletins -Obstetrics. ACOG practice bulletin. Management of preterm labor. Int J Gynaecol Obstet. 2003;82(1):127-35.
2. Goldenberg RL et al. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008;371:75-84.
3. 김압, 마진영. 조기진통의 치료. 대한산부회지. 2007;50(1):5-15.
4. Repke JT. Women with prior preterm birth and short cervix: do NOT cerclage. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(2):89-90.
5. Su LL, Samuel M, Chong YS. Progestational agents for treating

- threatened or established preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 1:CD006770.
6. 한방여성의학 편찬위원회. 한방여성의학 II. 서울:도서출판 정담. 2007:107, 117, 121, 123.
 7. 홍희택, 이태균. 절박유산 치험 1례. *대한한방부인과학회지*. 1997;10(2):117-21.
 8. 조현주, 임은미. 습관성유산 치료 14례 임상보고. 2005;18(2):159-68.
 9. 대한산부인과학회. 산과학. 서울:군자출판사. 2010:561.
 10. 사회통계국 인구동향과. 2010년 출생 통계. 대전:통계청. 2010:10.
 11. 김선민, 박찬욱. 조산 예방과 프로게스테론. *대한주산회지*. 2010;21(3):211-20.
 12. Hassan SS et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;38(1):18-31.
 13. Rozenberg P et al. Prevention of preterm delivery after successful tocolysis in preterm labor by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(3):1-9.
 14. 양원미, 이태균. 『金匱要略』 婦人三篇이 조선시대 부인문에 미친 영향에 관한 연구. *대한한방부인과학회지*. 1998; 11(2):237-68.
 15. 김정범. 金匱要略辨釋. 제천:한의문화사. 2001:548, 603.
 16. 윤용갑. 東醫方劑와 處方解說. 서울:의성당. 1998:506-7.
 17. Usuki S, Higa TN, Soreya K. The improvement of luteal insufficiency in fecund women by tokishakuyakusan treatment. *Am J Chin Med*. 2002; 30(2-3):327-38.
 18. Nagamatsu T et al. Theoretical basis for herbal medicines, Tokishakuyaku-San and Sairei-To, in the treatment of recurrent abortion: enhancing the production of granulocyte-macrophage colony-stimulating factor in decidual stromal cells. *Am J Reprod Immunol*. 2007;57(4):287-93.
 19. 이경임 등. 胎動의 治療法에 對한 文獻的 考察. *대전대학교 한의학연구소 논문집*. 1999;7(2):553-75.
 20. 허준. 동의보감. 경남:동의보감 출판사. 2005:1764.
 21. 황도연. 신증 방약합편. 서울:도서출판 영림사. 2002:176.