

습관성 유산의 한의학적 치료에 대한 연구 - 고문헌의 현대적 이해와 활용 -

수원하나요양병원 한방원장
김연태*

A Study on the Korean Medical Treatment of Recurrent Pregnancy Loss: A Contemporary Understanding and Application of Classical Texts

Kim Yeon-Tae*

Chief of Korean Medicine at Suwon Hana Convalescent Hospital

Objectives : The aim of this study is to establish foundation for applied research and clinical application of the treatment principle and imperativeness for Korean Medical treatment of recurrent pregnancy loss through the study of classical texts.

Methods : The *Donguibogam*, *Yixuerumen*, *Jingyuequanshu*, together with gynecological texts such as the *Fuqingzhunuke* and the *Nukejinglun* were studied in terms of treatment, post-miscarriage cultivation methods and prevention for various types of pregnancy loss.

Results : For cases of missed miscarriage, Foshousan is applied, while for recovery post surgery, Shenghuatang-based formulas are applied. For cases of imminent miscarriage, prescriptions should be selected based on major symptoms such as stomach pain, lower back pain and bleeding, while for cases of chemical miscarriages, treatment methods that cultivates the Liver and calms qi should be applied. After pregnancy loss, elimination of stagnant blood should be prioritized according to the principle of 'first eliminate blood, then tonify deficiency'. For prevention of pregnancy loss, Jinguidanguisan-based formulas should be applied according to medicinal administration principles of Korean Medicine.

Conclusions : For an integrative treatment and prevention of recurrent pregnancy loss, Korean Medical treatment according to clinical representation is required.

Key words : Recurrent pregnancy loss, Korean Medicinal treatment, missed miscarriage, imminent miscarriage, chemical miscarriage

* Corresponding Author : Kim Yeon-tae.

Korean Medicine at Suwon Hana Convalescent Hospital. 206, Geumgok-ro, Suwon-si, Gyeonggi-do, Korea.

Tel: +82-31-295-1190. E-mail : guitarhani@naver.com.

저자는 본 논문의 내용과 관련하여 그 어떠한 이해상충도 없다.

Received(July 20, 2024), Revised(August 7, 2024), Accepted(August 17, 2024)

Copyright © The Society of Korean Medical Classics. All rights reserved.

© This is an Open-Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

I. 서론

습관성 유산이란 임신 20주 이전에 3회 이상의 자연 유산이 반복되는 경우를 말한다. 습관성 유산의 원인으로 보통 유전적·해부학적·내분비적·면역학적 요인 등이 거론되고 있으나, 약 반수는 원인 불명이다.¹⁾ 유산은 부부 네 쌍 중 한 쌍에게 발생하는 다소 흔한 질환으로, 3회 이상 유산이 연속될 확률은 약 1~2% 정도이다.²⁾ 특히 부부의 연령은 유산의 발생과 밀접한 관련이 있는데, 일반적으로 여성의 연령을 기준으로 유산이 발생할 확률은 20~24세 11%, 25~29세 15%, 30~34세 15%, 35~39세 25%, 40~44세 51%, 45세 이상 93%이며, 남성의 연령 증가 역시 유산의 발생 확률을 높인다.³⁾ 이와 관련하여 『景岳全書』에서도 “무릇 婦인이 중년이 되어 衰하고, 胎元이 無力하면, 임신하더라도 아이가 자라지 않아 小産이나 昏暈이 되는 경우가 있는데, 이는 氣血이 衰敗하여 그러한 것이다.”⁴⁾라고 하여 산모의 연령 증가로 인한 임신 유지의 어려움을 언급하였다.

2022년 국내 평균 초혼 연령은 남성 33.72세·여성 31.26세를 기록하였으며, 지속적인 평균 결혼 연령 상승으로 인해, 유산 발생 확률의 증가는 불가피한 상황이다. 국내 합계출산율은 2018년 1명 아래로 떨어진 이래로 꾸준히 하락하여 2022년에는 0.78명을 기록하였는데, 이러한 저출산 문제는 근래 중차대한 사회적·국가적 문제로 대두되고 있다. 저출산에는 시대적·문화적·경제적 요인 등과 같은 다양한 원인이 있겠지만, 유산과 같은 의학적 요인은 의료계가 반드시 해결해야 할 시대적 요구라 할 수 있다. 그러나 양의학에서는 습관성 유산에 대한 효

과적인 치료법이 없기 때문에, 환자와 국가를 위한 한의계의 적극적인 대처가 필요하다고 할 수 있다.

한의학에서는 유산을 半産·小半·墮胎 등의 용어로 표현하는데, 특히 습관성 유산은 素慣半産·滑胎 등에 해당한다. 권 등⁵⁾은 습관성 유산의 한의학적 치료에 관한 국내 연구 동향을 분석하였는데 주로 증례보고와 후향적 차트 분석 위주로 진행되었으며, 원전학적 기초 연구는 아직 충분히 진행되지 않은 것으로 파악된다. 국내 연구 내용을 살펴보면 35세 이상 임신부에 대한 한의학적 치료 역시 미진한 경향을 보이는데, 이는 태아 손실의 위험이 35세를 기점으로 급격히 증가하기 때문으로 볼 수 있다. 치료에 있어서 산모 연령 증가와 같은 현실적 한계를 극복하기 위해서는 질환에 대한 보다 기초적이고 종합적인 이해가 필요하다고 사료된다.

이에 본 연구에서는 『東醫寶鑑』·『醫學入門』·『景岳全書』 등의 종합의서와 『傳胄主女科』·『女科經綸』 등의 부인과 의서를 비롯한 기타 제반 의서를 기준으로 유산의 양상에 따른 치료와 원인을 고찰하고, 이를 현대적 연구와 비교·검토하여, 치료 효과 제고를 위한 기초 한의학적 자료를 수집하고자 한다.

II. 연구방법

본 연구에서는 습관성 유산의 다양한 양상에 따른 치료법과 예방법을 고찰하고, 이를 현대적 연구와 비교·검토하기 위해 다음과 같은 연구 방법론을 채택하였다.

1. 연구 자료의 선정

본 연구에 인용된 서적은 저자가 평소 연구하던 서적을 중심으로 선정하였다. 연구에 선정된 의서는 아래와 같다.

- 1) 『東醫寶鑑』·『醫學入門』·『景岳全書』·『醫學心悟』·『萬病回春』 : 대표적 종합 의서로, 본 질환에 대한 기초 개념 확립을 위해 선정하였다.

- 5) 권한솔, 김형준, 강소현, 습관성 유산의 한의학적 치료에 대한 국내 임상 연구 고찰. 대한한방부인과학회지. 2023. 36(3). pp.62-77.

1) Hady El Hachem 외 5人. Recurrent pregnancy loss: current perspectives. International Journal of Women's Health. 2017. 9. pp.331-345.
2) Holly B Ford, Danny J Schust. Recurrent Pregnancy Loss: Etiology, Diagnosis, and Therapy. Rev Obstet Gynecol. 2009. 2(2). pp.76-83.
3) Julia Tomkiewicz, Dorota Darmochwal-Kolarz. The Diagnostics and Treatment of Recurrent Pregnancy Loss. Journal of Clinical Medicine. 2023. 12(14).
4) 張介賓, 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.747. “凡婦人年及中衰, 胎元無力, 則常有胎不能長, 及多小產·昏暈之患, 此氣血衰敗而然.”

- 2) 『傳靑主女科』·『女科經綸』: 부인과 전문 의서로, 본 질환에 대한 심화 개념 확립을 위해 선정하였다.
- 3) 『醫學見能』: 처방 선정의 간결성이 본 연구의 기본적인 방향과 부합하여 선정하였다.
- 4) 『血證論』: 유산 후 瘀血 치료의 중요성을 부연 설명하기 위해 선정하였다.

2. 자료 분석 방법

본 연구는 본론과 고찰로 나누어 분석을 진행하였다.

- 1) 본론: 습관성 유산의 치료를 계류 유산·절박 유산·화학적 유산 등의 각 양상과 유산의 예방 및 유산 후 조리 등의 항목으로 나누어 논하였는데, 주로 의서에 기재된 내용을 위주로 연구를 진행하였다.
- 2) 고찰: 본론에서 다룬 전통 치료법을 현대 과학적 연구와 비교 분석하였다. 이를 통해 전통 의학의 타당성과 현대적 적용 가능성을 검토하였으며, 유산의 한의학적 원인에 대한 논의를 포함하였다.

3. 자료의 번역

연구에 기재된 모든 원문은 저자가 직접 번역하였고, 원문의 의미를 충실히 전달하는 것을 목표로 하였다.

4. 연구 결과의 정리

주요 치료 처방은 도표 형태로 정리하여 시각적 간결성을 추구하였다.

Ⅲ. 본론

『景岳全書』에서는 “胎懷는 十月 동안 주관하는 각 經이 胎를 滋養하는데, 자주 小産으로 墮胎하는 경우는 대부분 임신 3·5·7개월에 발생하며, 다음번 유산도 반드시 같은 시기에 다시 발생한다. 이는 이전에 특정 經을 상하여, 이후에 임신하여 다시 해당

經이 주관하는 때가 도래하면 이를 빠트리고 지날 수 없기 때문이다.”⁶⁾라고 하였고, 『女科經綸』에서는 “婦人이 墮胎하는 것은 3·5·7개월에 많고 2·4·6개월에는 적다. 臟은 陰이고 腑는 陽으로, 三月은 心에 屬하고, 五月은 脾에 屬하며, 七月은 肺에 屬하여 모두 五臟의 脈과 관련이 있는데, 이러한 陰은 항상 易虧하므로 유산하는 경우가 많다. 만약 이전에 3개월 차에 유산하였으면, 이후에 임신해도 3개월 차에 역시 유산하는데, 이는 心脈이 受傷하였기 때문으로 우선 調心해야 하며, 5·7개월의 경우도 이와 마찬가지로 지이다.”⁷⁾라고 하여 유산이 다발하는 所以에 대하여 설명하였다. 동일한 습관성 유산이라고 하더라도, 절박유산·계류 유산 등과 같이 임상 양상이 각각 다르고, 근래에는 임신 테스트기의 민감도 증가로 인해 화학적 유산 역시 증가하고 있는 만큼, 각 양상에 따른 한의학적 대처가 필요할 것이다. 또한 유산에 대한 예방적 치료와 유산 후 조리 역시 본 질환의 종합적인 치료에 있어서 중요한 범주에 속한다. 이에 본 연구에서는 습관성 유산의 치료를 계류 유산·절박유산·화학적 유산 등의 유산의 양상과 유산 후 조리법 및 예방법의 측면으로 나누어 논하도록 한다.

1. 계류 유산

계류 유산은 자연 유산의 한 종류로 사망한 태아가 자궁 내에서 수일에서 수 주 동안 잔류하고 있는 경우를 말하며, 한의학적으로 死胎·子死腹中 등에 해당한다. 이와 관련하여 『東醫寶鑑』에서는 “孕婦가 舌黑하면 태아가 이미 죽은 것이다. 오로지 舌로 證驗하는데, 佛手散으로 救한다.”⁸⁾라고 하여 태아가

6) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.735. “且胎懷十月, 經養各有所主, 所以屢見小產墮胎者, 多在三個月及五月七月之間, 而下次之墮必如期復然, 正以先次傷此一經, 而再值此經, 則遇闕不能過矣.”

7) 蕭璜. 著. 김동일, 김민성 共譯. 女科經綸新解. 경기도. 보명 BOOKS. 2006. p.238. “今婦人墮胎, 在三月五月七月者多, 在二月四月六月者少, 臟陰而腑陽, 三月屬心, 五月屬脾, 七月屬肺, 皆在五臟之脈, 陰常易虧, 故多墮耳. 如在三月曾墮, 後受孕至三月亦墮, 以心脈受傷也, 先須調心, 五月七月亦然.”

8) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.611. “孕婦舌黑者, 子已死矣. 全以舌爲證驗. 佛手散救之.”

산모 뱃속에서 이미 사망한 경우 佛手散을 주요 처방으로 제시하였는데, 해당 처방은 구성이 간단하여 접근이 용이한 만큼, 임상에서는 이를 적극적으로 활용할 필요가 있다고 사료된다. 이와 관련하여 소과술을 권유받은 고령 여성이 2주 간 芎歸湯加減 복용을 통해 자궁 내 사망 태아와 태반 부속물을 자연적으로 모두 배출한 연구가 있다.⁹⁾ 또한 약물 요법 실패로 인해 불가피하게 소과술을 시행해야 하는 경우 加味生化湯을 사용하면 자궁 내 유착을 예방하고, 자궁 내막 복구 및 월경 주기 회복을 촉진하는데 유의한 효과가 있다는 연구도 진행되었다.¹⁰⁾ 이로써 볼 때 기대요법 중에는 佛手散을 사용하고, 수술 후 후유증 관리에는 加味生化湯을 사용하는 것이 필요해 보인다. 이상의 내용을 도표로 정리하면 아래와 같다.

표 1. 계류 유산의 한약 치료

기대 요법 병행	佛手散
수술 후 후유증 관리	生化湯

2. 절박유산

절박유산이란 임신 20주 이전에 질출혈이 나타나는 경우를 말하며, 이후 복통이 동반된다. 임신부의 20~25%가 임신 20주 이전에 질출혈을 경험하고, 이 중 약 반수가 자연 유산의 경과를 밟으며, 유산이 되지 않더라도 조산·저체중아·주산기 사망 등이 증가한다는 보고가 있다. 이러한 절박유산은 한의학적으로 胎漏·胎動 등에 해당한다. 『東醫寶鑑』에서는 “胎漏와 胎動은 모두 下血하는 것인데, 胎動은 腹痛이 있고, 胎漏는 腹痛이 없는 것이 다른 점이다. 胎漏는 淸熱해야 하고, 胎動은 行氣해야 한다.”¹¹⁾라고 하여 복통의 유무로 胎漏와 胎動을 변별하고, 각 치

료의 원칙을 설명하였다. 『醫學入門』에서는 “受胎가 不堅하거나, 혹은 驚恐으로 인하거나, 혹은 喜怒가 不常하거나, 혹은 衝任二經에 원래 風寒을 挾한 상태에서 受胎하거나, 혹은 登廁하다가 風冷이 陰戶를 攻入하면 胎動이 되어 임신부의 心腹이 作痛하고 심하면 腰痛·下血을 하는데 마땅히 安胎하면 母는 절로 安정된다.”¹²⁾라고 하여 태동불안에 이르는 원인을 구체적으로 언급하고, 腰痛이 腹痛 보다 중증임을 설명하였다. 한편 腰痛과 관련하여 『女科經綸』에서는 “만약 妊娠하였는데 늘 허리가 아프면 마땅히 墮胎를 예방해야 한다. 腰는 腎府로 女子는 이로서 胞와 연계되어 있기 때문이다.”¹³⁾라고 하여 임신부의 요통 유무를 중시하였다. 이러한 胎動不安의 치료에 있어서 『醫學見能』에서는 “胎中에 腹痛이 甚하면 墮胎할 우려가 있는데 胎氣의 不和 때문이니 調氣安胎을 복용한다.”¹⁴⁾, “胎中에 腰痛이 過甚하면 胎墮할 우려가 있는데 帶脈의 懈弛해진 것으로 加味固胎丸을 복용한다.”¹⁵⁾라고 하여 腹痛과 腰痛을 기준으로 치료하였는데, 이는 임상에서 간명하게 적용할 수 있는 치료법으로 사료된다. 『東醫寶鑑』에서는 “胎動不安하여 腰痛이 있으면 杜續丸로 유산을 방지한다.”¹⁶⁾라고 하였는데, 杜沖·續斷은 임신부 요통의 주요 약물로 볼 수 있고, “胎痛에 縮砂를 사용하는 것은 止痛·行氣·安胎할 수 있기 때문이다.”¹⁷⁾라고 하였는데, 縮砂는 임신부 腹痛의 주요 약물로 볼 수 있다. 한편 이러한 腰痛이나 腹痛이 없이 단순히

9) 김은섭, 장은하, 최호수. 계류 유산 환자의 자연배출을 돕는 芎歸湯加減 치험 1례. 대한한방부인과학회지. 2017. 30(3). pp.136.-145.

10) 王芳芳, 劉德佩. 中西醫結合預防稽留流產清宮术后宮腔粘連60例臨床研究. Jiangsu Journal of Traditional Chinese Medicine. 2015. 10.

11) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.608. “胎漏胎動, 皆下血, 而胎動有腹痛, 胎漏無腹痛, 此爲異耳. 胎漏宜淸熱, 胎動宜行氣.”

12) 李穡. 原本 編註醫學入門. 서울. 남산당. 2007. p.1639. “受胎不堅, 或因驚恐, 或因喜怒不常, 或因衝任二經原挾風寒而受胎, 或因登廁風冷攻入陰戶, 以致胎動, 而母心腹作痛, 甚則腰痛下血, 當安胎而母自定.”

13) 蕭頊. 著. 김동일, 김민성 共譯. 女科經綸新解. 경기도. 보명 BOOKS. 2006. p.240. “如妊娠腰痛, 須防墮胎, 腰爲腎府, 女子以系胞故也.”

14) 唐容川. 唐容川醫學全書. 山西科學技術出版社. 2016. p.628. “胎中腹痛, 痛甚亦能墮胎者, 胎氣之不和也, 宜調氣安胎飲.”

15) 唐容川. 唐容川醫學全書. 山西科學技術出版社. 2016. p.628. “胎中腰痛過甚, 則恐胎墮者, 帶脈之懈弛也, 宜加味固胎丸.”

16) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.609. “胎動不安, 腰痛, 以此防其欲墮.”

17) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.609. “胎痛, 用縮砂, 以能止痛行氣安胎也.”

下血만 나타날 경우 『東醫寶鑑』의 膠艾芎歸湯·當歸寄生湯 등을 활용하면 될 것으로 사료된다. 이상의 내용을 도표로 정리하면 아래와 같다.

표 2. 절박유산의 주요 증상에 따른 치료

증상	처방
腰痛	加味固胎丸
腹痛	調氣安胎飲
下血	膠艾芎歸湯·當歸寄生湯

3. 화학적 유산

화학적 유산이란 임신 초기 검사 등을 통해 임신 사실이 확인됐지만, 아기집은 보이지 않고 추후 검사에서도 다시 비임신으로 진단되는 경우를 말한다. 이러한 화학적 유산을 포함한 초기 유산은 임신부 4명 중 1명이 경험할 정도로 흔한 현상이다.¹⁸⁾ 앞서 임신 3·5·7개월에 유산이 다발함을 언급하였는데, 1개월을 언급하지 않은 이유는 유산으로 인한 下血과 정상적인 經血 간의 구분이 어렵기 때문으로 사료된다. 하지만 이와 관련하여 『女科經綸』에서는 “다만 1개월 차에 墮胎하면 사람들은 모두 알지 못하는데, 一月은 肝에 屬하여 怒할 경우 유산하는 경우가 많고, 下體를 洗하다가 竅가 開하면 역시 유산하게 된다. 한번 유산하게 되면 肝脈이 손상을 받아 다음번에도 역시 유산하게 된다. 요즘 無子는 대부분 一月에 墮胎하는 것으로 모두 수태되지 않았던 것이 아니다.”¹⁹⁾라고 하여, 임신 1개월에는 분노 등으로 인해 肝이 손상되어 유산이 다발함을 설명하였다. 또한 “무릇 처음 성관계를 가진 후에는 반드시 휴식을 취해야 하며, 거둬 交接하여 子宮을 요란하게 하면 안 된다. 과로하거나 화를 내면 안 되고, 무거운 것을 들지 말고, 씻거나 목욕을 하지 않아야 한다. 또한 養肝平氣하는 약을 많이 복용하면 胎가

견고하게 된다.”²⁰⁾라고 하여 임신 1개월 차에 필요한 조리법과 처방을 언급하였는데, 이는 습관성 유산 부부가 반드시 준수해야 할 섭생법으로 사료된다.

4. 유산 후 조리

『萬病回春』에서는 “대저 小産하였을 때는 마땅히 補血·生肌肉·養臟氣·生新血·去瘀血한다”²¹⁾라고 하여 유산 후 조리의 대원칙을 언급하고, 補氣養血湯·補血定痛湯 등을 사용하였다. 『女科經綸』에서는 “墮胎로 血出이 過多하여 不止한 경우는 經脈이 損傷되고, 衝任의 氣가 虛하여 不攝한 것이니, 이는 不足한 病으로 治法은 마땅히 氣血을 大補하여 그 脫을 견고하게 해야 한다. 墮胎했으나 血이 凝滯되고 不行하고 作痛한 것은 外邪가 乘하여 敗濁한 血이 閉하여 不流한 것이니, 이는 有餘한 病으로 治法은 마땅히 導瘀消蓄하여 溫經해야 한다.”²²⁾라고 하여 虛實에 따른 大補氣血하는 처방과 導瘀消蓄하는 처방을 구분하여 언급하였다. 이를 『萬病回春』의 내용과 종합하면 補氣養血湯은 大補氣血에 사용하고, 玄胡索·桃仁·紅花·澤蘭·牡丹皮 등의 祛瘀藥과 香附·青皮 등의 行氣藥이 포함된 補血定痛湯은 導瘀消蓄에 사용하는 것이 마땅해 보인다. 한편 『醫學入門』에서는 비록 正産에 대한 내용이지만 “産後에는 반드시 먼저 逐瘀한다. 正産으로 體實하여 無病하면 不藥도 可하지만 難産으로 氣가 衰하고 瘀血이 停留하면 藥 없이는 行하게 할 수 없다.”²³⁾라고 하였는데, 小産과 半産 역시 엄연히 産의 범주에 들어가므로,

18) Xiaobin Wang 외 5人. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. *Fertility and Sterility*. 2003. 79(3). pp.577-584.

19) 蕭垞 著. 김동일, 김민성 共譯. 女科經綸新解. 경기도. 보명 BOOKS. 2006. p.238. “唯一月墮胎, 人皆不知也, 一月屬肝, 怒則多墮, 洗下體則竅開亦墮, 一次既墮, 肝脈受傷, 下次亦墮, 今之無子者, 大半是一月墮胎, 非盡不受孕也.”

20) 蕭垞 著. 김동일, 김민성 共譯. 女科經綸新解. 경기도. 보명 BOOKS. 2006. p.238. “故凡初交後, 最宜將息, 勿復交接, 以擾子宮, 勿令勞怒, 勿舉重, 勿洗浴, 又多服養肝平氣藥, 則胎固矣.”

21) 龔廷賢. 增補 萬病回春. 서울. 일증사. 1994. p.108. “大抵小産宜補血, 生肌肉, 養臟氣, 生新血, 去瘀血.”

22) 蕭垞 著. 김동일, 김민성 共譯. 女科經綸新解. 경기도. 보명 BOOKS. 2006. p.246 “墮胎而血出過多不止者, 經脈損而衝任之氣虛而不攝, 是不足病也, 法當大補氣血以固其脫. 墮胎而血凝不行作痛者, 外邪乘而敗濁之血閉而不流, 是有餘病也, 法當導瘀消蓄, 以溫其經.”

23) 李梴. 原本 編註醫學入門. 서울. 남산당. 2007. p.1654. “産後必須先逐瘀, 正産體實無病, 不藥可也, 但難産氣衰, 瘀血停留, 非藥不行.”

先逐瘀·後補虛의 처방을 적용하는 것이 필요해 보인다. 이와 관련하여 『血證論』에서도 역시 “胎가 이미 내려온 後에는 단지 正産의 치료법에 따라 치료하는데, 去瘀生新하면 절로 낫지 않는 경우가 없다”²⁴⁾라고 하여 瘀血 치료의 중요성을 강조하였는데, 임상에서는 生化湯·血府逐瘀湯 등의 활용 또한 고려해 볼 수 있다고 사료된다. 이상의 내용을 도표로 정리하면 아래와 같다.

표 3. 유산 후 처방과 처방

치법	처방
先逐瘀	補血定痛湯·生化湯·血府逐瘀湯
後補虛	補氣養血湯

5. 유산의 예방

『東醫寶鑑』에서는 “半産은 대부분 三五月 이내 에 발생하는 경우가 많은데, 만약 이전에 3개월 차에 유산을 하였다면 이후에도 반드시 같은 시기에 유산하게 된다. 무릇 半産 後에는 마땅히 氣血을 養하고 胎元을 固하는 약을 多服하여 補虛하고, 임신이 되면 우선 임신 2개월 2주차에 清熱安胎하는 약을 數貼 복용하여 3개월 차에 유산이 되지 않도록 방지한다. 4개월 2주차에 다시 8~9貼을 복용하여 5개월 차에 유산이 되지 않도록 방지한다. 또한 6개월 2주차에 다시 5~7貼을 복용하여 7개월 차에 유산이 되지 않도록 방지한다. 9개월 차가 되면 걱정할 것이 없다.”²⁵⁾라고 하여 유산 예방을 위한 복약의 원칙을 제시하였다. 또한 『醫學入門』에서는 “무릇 갑자기 하혈하여 병세가 급하면 하루에 3~5차례 복용하고, 급하지 않으면 5~10일에 한 차례 복용한다. 이렇게 하면 胎를 안정시켜 출산을 쉽게 하고 또한 출생한 아이에게 胎毒도 없게 된다.”²⁶⁾라고 하

였는데, 임상에서는 본 내용을 근거로 하여 임신부의 복약 계약을 수립하면 될 것으로 사료된다. 한편 『東醫寶鑑』에서는 “妊孕는 脾土의 運化가 遲滯되어 濕을 生하는데, 濕은 熱을 生하게 된다. 故로 黃芩으로 清熱하여 養血하고, 白朮로 健脾하여 燥濕해야 하니, 安胎丸·金匱當歸散은 모두 芩朮湯을 유추하여 만든 것이다.”²⁷⁾라고 하여 임신부의 신체적 생리 특성을 설명하고, 黃芩·白朮이 安胎의 聖藥이 되는 所以에 대해 언급하였다. 특히 金匱當歸散의 경우 “孕婦는 마땅히 常服하여 養血清熱해야 한다. 평소에 습관적으로 유산되는 경우에도 마땅히 복용하여 근원을 清하여 後患을 없애야 한다.”²⁸⁾라고 하였는데, 이는 습관성 유산 예방을 위한 상용처방으로 활용을 고려해 볼 수 있다. 본 처방은 安胎의 聖藥인 白朮·黃芩과 補血劑인 當歸·川芎·芍藥으로 구성되어 養血清熱하는 효능이 있어 예방이란 목적에도 부합되며, 구성 약재의 가짓수가 비교적 적어 추후 약물의 약리 작용을 과학적으로 규명하기에도 용이할 것으로 보인다.

IV. 고찰

1. 습관성 유산의 원인

전 세계적으로 매년 약 2,300만 건의 유산이 발생하며, 이는 분당 44건에 해당하는 수치이다. 여성이 유산을 한 번 경험할 확률은 10.8%이고, 두 번 경험한 확률은 1.9%이며, 세 번 경험한 확률은 약 0.7%이다.²⁹⁾ 양의학적으로 유산이란 임신 20주 이전에 임신이 종결되는 것을 말하고, 20주에서 37주

“凡卒有所下，急則一日三五服，緩則五日十日一服，安胎易產，所生之兒又無胎毒。”

24) 唐宗海. 血證論. 上海. 上海人民出版社. 1977. p.145. “胎既下後，但照正産，按法治之，去瘀生新，自無不愈。”

25) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.610. “半産多在三五七月內，若前次三箇月而墮，則其後必如期復然。凡半産後，須多服養氣血固胎元之藥，以補其虛。厥後有胎，先於兩箇月半後，即服清熱安胎藥數貼，以防三月之墮，至四箇半月後，再服八九貼，防過五月，又至六箇半月後，再服五七貼，以防七月，及至九箇月，可保無虞。”

26) 李穡. 原本 編註醫學入門. 서울. 남산당. 2007. p.1641.

27) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.610. “蓋妊孕，脾土運化，遲滯則生濕，濕則生熱。故以黃芩清熱以養血，白朮健脾以燥濕。安胎丸·金匱當歸散，皆此方而推之也。”

28) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.610. “孕婦，宜常服，養血清熱。素慣半産者，宜服，以清其源，而無後患也。”

29) Siobhan Quenby 외 24인. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. The Lancet Journal. 2021. 392(10285). pp.1658-1667.

사이에 분만하는 경우는 조산에 해당한다. 이러한 용어와 관련하여 『女科經綸』에서는 “무릇 妊娠하였으나 날짜가 차지 않고 胎氣가 未全한 상태에서 출산하는 것을 半産이라 한다”³⁰⁾, “半産은 세속에서 小産이라고도 하는데, 혹 3·4개월에 유산하거나 혹 5·6개월에 유산하는 것은 모두 半産이라고 하며, 이때는 성별이 나뉘고 형체를 이룬다.”³¹⁾라고 언급하고 있다. 또한 “墮胎와 半産은 구별이 있는데, 만약 임신 1~4개월에 胎가 아직 形을 成하지 않았는데 유산하면 이는 墮胎라고 하며, 5~8개월에 胎가 이미 形을 成했는데 유산하면 半産이라 한다.”³²⁾라고 하여 임신 개월 수에 따른 용어를 구분하여 설명하고 있는데, 墮胎는 유산의 범주, 小産과 半産은 유산 및 조산의 범주에 해당하는 것으로 사료된다. 다만 제반 의서에서는 墮胎·小産·半産 등의 용어를 혼용하는 것으로 보인다. 한편 『景岳全書』에서는 “무릇 小産에는 遠近이 있는데, 임신 2·3개월에 유산하는 것은 近한 것이고 5·6개월에 유산하면 遠한 것이다. 갓 임신해서 유산하는 것은 병세가 輕하지만, 임신 기간이 오래되었는데 유산하는 것은 병세가 重하다.”³³⁾라고 하여 임신 기간에 따른 輕重을 논하였는데, 이로써 볼 때 초기 유산보다는 중기 유산이 중증에 해당하므로 더욱 적극적인 調治가 필요해 보인다.

습관성 유산의 주요 원인으로는 염색체 이상·내분비 질환·자궁 이상 등이 있으나, 약 50%는 원인 불명이다.³⁴⁾ 유산의 위험 요인으로는 여성의 연령

(20세 이하, 35세 이상)·남성의 연령(40세 이상)·매우 낮거나 매우 높은 체질량 지수·인종(흑인)·유산 기왕력·흡연·알코올·스트레스·야간 근무·대기 오염 및 살충제 노출 등이 있다.³⁵⁾ 임신 전 정동 장애와 같은 정신 건강 장애가 있었던 산모는 임신 중 태아 사망 위험이 상당히 높고³⁶⁾, 일생 동안 성적 파트너 수가 증가할수록 자연 조산의 위험성은 증가하는 것으로 나타났다. (파트너 1명 19%, 2~3명 29%, 4명 이상 44%)³⁷⁾ 『景岳全書』에서는 “무릇 妊娠했는데도 수차례 墮胎하는 경우는 반드시 氣脈이 虧損되어 그러한 것인데, 虧損이 되는 이유는 稟質이 素弱한 경우가 있고, 年力이 衰殘한 경우가 있으며, 憂怒勞苦로 精力이 困해진 경우가 있고, 色欲을 不慎하여 生氣를 盜損한 경우가 있다. 이외에 跌撲이나 食생활 등은 모두 그 氣脈을 傷하게 할 수 있다.”³⁸⁾라고 하여 선천적 허약·노산·감정 스트레스·육체노동·과도한 성생활·신체 타박상·식생활 등의 유산의 원인을 구체적으로 제시하였다. 『東醫寶鑑』에서는 “墮胎하는 것은 곧 血氣이 虛損되어 胎를 榮養하지 못하여 自墮하는 것이니, 마치 가지가 마르면 열매가 떨어지고, 덩굴이 시들면 꽃이 떨어지는 것과 같다. 혹은 과로하거나 분노하여 情을 傷하면 內火가 곧 動하여 역시 墮胎할 수 있는데, 마치 바람이 나무를 흔들고, 사람이 가지를 꺾어버리는 것과 같다. 火가 物을 消滅시킬 수 있는 것은 자연스러운 이치이다.”³⁹⁾라고

91(1073). pp.151-162.

30) 蕭埏 著. 김동일, 김민성 共譯. 女科經綸新解. 경기도. 보명 BOOKS. 2006. p.339. “夫妊娠日月未足, 胎氣未全而產者, 謂之半産.”
31) 蕭埏 著. 김동일, 김민성 共譯. 女科經綸新解. 경기도. 보명 BOOKS. 2006. p.339. “半産俗呼小産, 或三四月, 或五六月, 皆為半産, 以男女成形成也.”
32) 蕭埏 著. 김동일, 김민성 共譯. 女科經綸新解. 경기도. 보명 BOOKS. 2006. p.251. “然墮胎與半産證有別, 如一月二月三月四月, 胎未成形而下者, 名曰墮胎, 至五月六月七月八月, 胎已成形而下者, 名曰半産.”
33) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.747 “又凡小産有遠近, 其在二月三月爲之近, 五月六月爲之遠. 新受而產者其勢輕, 懷久而產者其勢重.”
34) Carmen Garrido-Gimenez, Jaume Alijotas-Reig. Recurrent miscarriage: causes, evaluation and management. Postgraduate Medical Journal. 2015.

35) Siobhan Quenby 외 24인. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. The Lancet Journal. 2021. 392(10285). pp.1658-1667.
36) Katherine J. Gold 외 3인. What causes pregnancy loss? Preexisting mental illness as an independent risk factor. General Hospital Psychiatry. 2007. 29(3). pp.207-213.
37) Yost, Nicole P. 외 8인. Effect of Coitus on Recurrent Preterm Birth. Obstetrics & Gynecology. 2006. 107(4). pp. 793-797.
38) 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.735 “凡妊娠之數見墮胎者, 必以氣脈虧損而然, 而虧損之由, 有稟質之素弱者, 有年力之衰殘者, 有憂怒勞苦而困其精力者, 有色欲不慎而盜損其生氣者, 此外如跌撲飲食之類, 皆能傷其氣脈.”
39) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.609. “墮胎, 乃血氣虛損, 不能榮養而自墮, 猶枝枯則果落, 藤萎則花墜. 有因勞怒傷情, 內火便動, 亦能墮胎, 猶風撼其木, 人折其枝

하여 유산의 원인을 크게 虛와 熱로 구분하였다. 제반 의서가 저술되었을 당시에는 영양 부족으로 인한 血氣虛損型 유산이 적지 않았을 것으로 예상되지만, 오늘날과 같이 음식이 풍요로운 시대에는 영양 부족으로 인한 血氣虛損型 보다는 심신 스트레스에 해당 하는 內火便動으로 인한 유산이 더욱 많을 것으로 사료된다. 『景岳全書』에서는 “무릇 胎熱하면 血이 易動하는데, 血이 動하면 胎가 不安한다.”⁴⁰⁾라고 하였는데, 火炎하면 熱이 되므로, 과도한 七情·飲食·色欲·勞傷 등은 內火를 動하여 胎熱을 초래할 수 있다.

임신 중 성관계의 경우, 『東醫寶鑑』에서는 “受孕한 後에는 男女 간의 交合을 大忌한다.”⁴¹⁾라고 하였고, 『女科經綸』에서는 “婦인이 임신한 느낌이 들면 남편은 즉시 성관계를 삼가야 하는데, 이를 지키지 않으면 유산하는 경우가 많다. 남녀가 성관계를 하면 정욕이 동하여 반드시 精輸되는 바가 있는데, 子宮이 닫히지 않기 때문에 실로 대부분 半產에 이른다.”⁴²⁾라고 하여 임신 중 성관계가 금기임을 언급하였다. 『女科經綸』에서는 “노새나 말은 임신을 하면 수컷이 가까이 올 경우 발로 차는데, 이를 護胎라고 한다. 그래서 이러한 동물들에게는 小產이 절대 생기지 않는다. 사람의 胎는 胞中에 연결되어 氣血이 이를 기르는데, 靜하면 神이 藏한다. 欲火가 한번 動하면 精神이 走泄하고, 火가 내부에서 擾하여 胎墮하게 된다.”⁴³⁾라고 하여 자연적인 이치를 근거로 임신 중 금욕생활의 중요성을 강조하였다. 다만 양의학에서는 일반적으로 임신 중 성관계를 안전한 행위로 간주하며, 조산 위험이 있거나 전치태반으로

인해 산전 출혈이 발생할 위험이 있는 여성의 경우에만 자제를 권장한다. 이러한 고위험 산모가 성관계를 금기해야 하는 구체적인 근거는 아직 없으며, 단지 더 나은 증거가 나타나기 전까지 합리적인 권장 사항으로서 금욕을 제시하고 있을 뿐이다.⁴⁴⁾ 이처럼 임신 중 성관계의 안전성에 대해서는 한의학과 양의학 간의 異見이 있지만, 양의학에서도 고위험 임신부에 대해서는 임신 중 성관계의 자제를 권장하는 만큼, 습관성 유산 환자는 임신 중 반드시 성관계를 중단해야 한다고 사료된다.

감정적 분노의 경우, 『女科經綸』에서는 “임신 3·5개월은 마침 少陽火가 動하는 때인데, 躁急한 성정까지 더해지면 유산하게 되며 대부분 임신 3·5·7개월에 다발한다.”⁴⁵⁾라고 하여 임신부의 조급한 성정이 신체적 변화와 맞물리는 3·5·7개월에 유산이 흔하게 발생함을 언급하였다. 또한 “어떤 부인이 월경이 멎고 아직 태아의 형체가 갖추어지지 않은 상태에서 늘 유산을 하였다. 性情이 急하고 분노가 많으며 안색은 검고 氣가 實하였는데, 이는 相火가 太盛하여 氣를 生하고 胎를 化하지 못하고 도리어 氣를 食하고 精을 傷하게 하였기 때문이다.”⁴⁶⁾라고 하여 분노로 인해 태를 상하는 소이에 대해 구체적으로 설명하였다. 『傳青主女科』에서는 “무릇 肝은 본래 藏血하는데, 肝이 怒하면 血을 不藏하게 되고, 不藏하면 血이 堅고해지기 어렵다. (중략) 大怒하면 火가 더욱 動하게 되는데, 火가 動하면 멈출 수 없게 되고, 火勢가 飛揚하여 生氣化胎하지 못하고 도리어 食氣傷精하게 된다. 精이 傷하면 胎를 기르는 바가 없어, 반드시 유산하게 된다. 經에서 이르길 ‘少火는 生氣하지만, 壯火는 食氣한다’라고 하였는데 바로 이 뜻이다.”⁴⁷⁾라고 하였다. 이와 관련하여 현

也, 火能消物, 造化自然.”

40) 張介賓 校勘 景岳全書, 서울: 정담, 1999. p.735. “凡胎熱者血易動, 血動者胎不安.”

41) 許浚 原本 東醫寶鑑, 서울: 남산당, 2017. p.608. “受孕之後, 大忌男女交合.”

42) 蕭埏 著, 김동일, 김민성 共譯, 女科經綸新解, 경기도. 보명 BOOKS, 2006. p.247. “婦人覺有娠, 男即不宜與接, 若不忌, 主半產, 蓋女與男接, 欲動情勝, 亦必有所輸泄, 而子宮不閉, 固多致半產.”

43) 蕭埏 著, 김동일, 김민성 共譯, 女科經綸新解, 경기도. 보명 BOOKS, 2006. p.247. “驢馬有孕, 牡者近身則蹄之, 名為護胎, 所以絕無小產, 人之胎系胞中, 氣血養之, 靜則神藏, 欲火一動, 則精神走泄, 火擾於中, 則胎墮矣.”

44) Claire Jones, Crystal Chan, Dan Farine. Sex in pregnancy. CMAJ. 2011. 83(7). pp. 815-818.

45) 蕭埏 著, 김동일, 김민성 共譯, 女科經綸新解, 경기도. 보명 BOOKS, 2006. p.242. “況三月五月, 正屬少陽火動之時, 加以性躁而急, 故墮多在三五七月也.”

46) 蕭埏 著, 김동일, 김민성 共譯, 女科經綸新解, 경기도. 보명 BOOKS, 2006. p.242. “有婦經住, 或成形未具, 其胎必墮, 察其性急多怒, 色黑氣實, 此相火太盛, 不能生氣化胎, 反食氣傷精故也.”

47) 傳青主. 國譯 傳青主女科 葉天士女科. 서울: 대성문화

대적 연구에서도 소위 감정적 스트레스를 습관성 유산의 주요 위험 요인 중 하나로 제시하고 있다.⁴⁸⁾

여성에게 있어 임신이라는 상황은 태아 성장을 위해 다량의 신체적 에너지를 필요로 하는 과정이다. 특히 안정기로 접어들기 전 임신 초기에는 상황 변화에 따른 에너지 소모가 더욱 클 것으로 판단되며, 이를 한의학에서는 ‘少陽火가 動한다’라고 표현했다고 볼 수 있다. 이미 신체적으로 기능이 항진된 상태이기 때문에, 추가적인 심신의 동요를 자제하는 것이 安胎의 주요 원칙임을 알 수 있는데, 이러한 관점에서 본다면 앞서 언급한 성관계와 감정적 동요를 자제하는 것은 지극히 마땅한 일이다. 한편 이러한 內火를 자극하는 행위가 임신을 불안정하게 할 수 있다면, 外火 역시 불안정을 초래할 수 있다. 이와 관련하여 『醫學入門』에서 “受胎한지 4·5개월에는 相火가 用事한다. 혹은 음력 5·6월이 되면 君火가 大行하는데, 相火와 君火 모두 肺에 乘하게 되고 이로 인해 煩躁해지고 胎動不安이 생긴다.”⁴⁹⁾라고 한 내용을 참고할 수 있다. 이로써 볼 때 君火가 大行하는 酷暑期에는 유산이 발생하지 않도록 조리에 주의할 기을여야 할 것으로 사료되며, 겨울철 실내 온도를 너무 높게 유지하는 것 역시 주의를 요한다고 볼 수 있다. 한편 『景岳全書』에서는 “初夏가 되면 白朮湯을 濃煎하여 黃芩末 二錢을 수습첩 복용하면 得保하여 생할 수 있으니 역시 쓸 수 있다.”⁵⁰⁾라고 하여 초여름에 사용할 수 있는 처방을 언급하였는데, 임신에서 상황에 따라 응용하면 될 것으로 사료된다. 현대적 연구에 따르면, 유산 발생 확률은 온도에 따라 다양하게 나타났는데, 특히 28~32°C 사

이의 온도에 노출된 여성은 16~21°C의 사이의 온도에 노출된 여성에 비해 유산 위험이 25% 더 높은 것으로 나타났다.⁵¹⁾ 이처럼 外火로 인한 유산 위험의 증가는 한의학 문헌적으로도 근거가 있고, 현대 과학적으로도 근거가 있으므로, 임신부는 특히 주의할 기을여야 할 것으로 사료된다.

또한 『景岳全書』에서는 “受胎한지 3~5개월에 매번 유산하는 경우는 비록 衰薄한 산모에게 그러한 증상이 늘 있지만, 반드시 縱慾이 不節하여 母氣를 傷하여 유산하는 경우가 더욱 많다.”⁵²⁾라고 하였는데, 慾은 性慾 뿐만 아니라 다양한 貪慾을 모두 포괄하는 것으로 볼 수 있다. 그런 점에서 여성의 사회적 지위가 상승한 현대사회에서 높아진 직업적 成就慾 역시 母氣를 傷하게 하여 유산의 원인이 될 수 있다. 임신한 여성은 직업적으로 경력 단절 혹은 실직 등의 위험에 노출되는데, 이와 관련하여 임신 중 본인이나 배우자의 실직은 유산 및 사산의 위험 증가와 관련이 있다는 연구가 있다.⁵³⁾ 그러므로 임신 여성의 고용 안정을 위한 보다 강력한 정책적 보완이 필요할 것으로 사료된다.

2. 현대의학적 치료와 그 한계

계류 유산의 대부분은 자연 배출되지만, 死胎가 4~5주 이상 잔류하면 약 30%는 심한 응고 장애를 일으켜 모체의 생명을 위협할 수 있다. 양방에서는 계류 유산에 대하여 기대요법·약물요법·수술요법을 시행하는데, 실제로는 약물요법과 수술요법을 시행하는 경우가 대부분이다. 약물 치료에는 위·십이지장궤양에 사용하는 비스테로이드성 항염증제인 미소프로스톨(misoprostol)을 사용한다. 이 약은 용량에 따라 자궁을 수축하거나 자궁경부를 이완시키는 작

사. 1995. p.247. “夫肝本藏血, 肝怒則不藏, 不藏則血難固, (중략) 尤加大怒, 則火益動矣, 火動而不可止遏, 則火勢飛揚, 不能生氣化胎, 而反食氣傷精矣, 精傷則胎無所養, 勢必不墜而巳, 經所謂少火生氣, 壯火食氣, 正此義也.”

48) W. Li 외 4인. Relationship between psychological stress and recurrent miscarriage. *Reproductive BioMedicine Online*. 2012. 25(2), pp.180-189.

49) 李梴, 原本 編註醫學入門. 서울. 남산당. 2007. p.1644. “多受胎四五個月間, 相火用事, 或應天令五六月間, 君火大行, 俱能乘肺, 以致煩躁, 胎動不安.”

50) 張介賓, 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.736. “時值初夏, 教以濃煎白朮湯下黃芩末二錢, 與數十帖, 得保而生, 亦可法也.”

51) Susmita Das 외 5人. The risk of miscarriage is associated with ambient temperature: evidence from coastal Bangladesh. *Frontiers in Public Health*. 2023. 11.

52) 張介賓, 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999. p.747. “如受胎三月五月而每有墮者, 雖衰薄之婦常有之, 然必由縱慾不節, 致傷母氣而墮者爲尤多也.”

53) Alessandro Di Nallo, Selin Köksal. Job loss during pregnancy and the risk of miscarriage and stillbirth. *Human Reproduction*. 2023. 38(11). pp.2259-2266.

용을 하여, 임신 실패 시 자연배출 유도 등에 사용하며 경구 복용 또는 질내 삽입한다. 추가적으로 수술적 처치를 필요로 하지 않을 정도의 효능을 보일 확률은 경구 복용과 질내 삽입 모두 대략 90%로 비슷한 수준이다.⁵⁴⁾ 이러한 미소프로스톨 단독 요법은 임신 초기 자궁 내 임신 종료에는 효과적이고 안전한 치료법으로 여겨지는데⁵⁵⁾, 약물 처치에 반응하지 않거나, 약물 처치를 통한 배출 후에도 임신 산물이 잔류할 경우 수술적 처치를 하게 된다. 하지만 한 연구에 따르면, 계류 유산에 있어 기대요법과 수술 행위의 성공률에 대해서는 통계적으로 유의미한 차이가 없었으며, 기대요법을 시행한 환자의 74%에서는 임신 산물이 완전히 배출되었고, 그 중 83%는 7일 이내에 완전한 배출이 진행된 것으로 나타났다.⁵⁶⁾ 한편 수술요법의 경우, 일반적으로 14주차 미만에는 자궁경관 확장 소파술(dilatation and curettage, D&C)을 실시하고, 14~24주차의 경우, D&C와 진공흡인을 함께 실시하는 자궁경관 확장 흡인술(dilatation and evacuation, D&E)를 실시한다. 이처럼 계류 유산에 대해서는 이미 약물 투여에서 수술로 이어지는 양의학적 접근 체계가 철두철미하게 구축되어 있어, 환자가 한의학적 치료를 접할 기회가 다소 부족한 것이 사실이다. 하지만 반복된 D&C는 자궁내막을 점차 얇아지게 만드는데, 자궁내막이 얇아지면 호르몬 불균형을 유발하여 월경이 불규칙해지고 생식능력이 저하된다. 자궁내막의 두께가 6mm 미만이면 임신 확률이 감소하고, 임신이 성공하더라도 조기 유산으로 이어질 가능성이 높아지며⁵⁷⁾, D&E의 경우

에도 자궁경관 손상 위험이 있어 차후 임신 시 자연 유산을 유발하기도 한다. 또한 자궁경 절제술과 소파술을 받은 여성의 22.4%에서는 자궁 내 유착이 발생했다는 보고가 있고⁵⁸⁾, 잔류태반 제거 수술을 받은 후 다음 임신까지 걸리는 시간은 평균 54개월로, 수술이 난임의 또 다른 원인이 될 수 있다는 연구 결과가 있다.⁵⁹⁾ 이처럼 수술은 자궁 내 유착이나 감염을 일으키고, 생식능력 저하로 인한 난임 등을 발생시킬 우려가 있다. 그러므로 향후 임신을 희망하는 여성은 이러한 침습적 행위에 대해 매우 신중을 기해야 할 것으로 사료되며, 그런 점에서 한의학적 치료가 매우 중요한 선택지가 될 수 있다.

절박유산의 경우 현재 양방에서 이에 대한 효과적인 치료법은 없고, 1~2주 간격으로 질 초음파를 포함한 추적 관찰을 시행하며 안정을 취하게끔 하지만, 대부분 경과를 변화시키지는 못하는 편이다. 항유산제·유산방지제라고 하여 프로게스테론 주사 치료 등을 시행하곤 하지만, 절박유산의 위험이 있는 160명의 임신부를 대상으로 진행된 연구에 따르면, 위약군과 프로게스테론군 간의 임신 결과에는 어떠한 유의미한 차이가 없는 것으로 확인되었다.⁶⁰⁾ 최근 진행된 연구에서도 절박유산에 대한 프로게스테론 치료 효과를 뒷받침하는 증거는 없으며, 이를 절박유산에 루틴하게 사용하면 안 된다는 보고를 하였다.⁶¹⁾ 반면 본문에서 살펴본 바와 같이 한의학적 치

pp.3-8.

54) N.T.N. Ngoc 외 4인. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2004. 87(2). pp.138-142.
55) Elizabeth G. Raymond, Mark A. Weaver, Tara Shochet. Effectiveness and safety of misoprostol-only for first-trimester medication abortion: An updated systematic review and meta-analysis. *Contraception*. 2023. 127.
56) Ravichandran Nadarajah 외 4인. A randomised controlled trial of expectant management versus surgical evacuation of early pregnancy loss. *Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014. 178. pp.35-41.
57) Nalini Mahajan, S. Sharma. The endometrium in assisted reproductive technology: How thin is thin?. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2016. 9(1).

58) Angelo B. Hooker M.D 외 3인. Long-term complications and reproductive outcome after the management of retained products of conception: a systematic review. *Fertility and Sterility*. 2015. 105(1). pp.156-164.
59) Ido Ben-Ami 외 6인. Infertility following retained products of conception: is it the surgical procedure or the presence of trophoblastic tissue?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2014. 182. pp.132-135.
60) Shohreh Alimohamadi 외 7인. Progesterone and threatened abortion: a randomized clinical trial on endocervical cytokine concentrations. *Journal of Reproductive Immunology*. 2013. 92(1). pp.52-60.
61) Lucas A McLindon 외 11인. Progesterone for women with threatened miscarriage (STOP trial): a placebo-controlled randomized clinical trial. 2023. 38(4). pp.560-568.

료는 문헌적으로 분명한 근거가 있고, 또한 현대적 연구로도 유효한 치료 효과가 있는 것으로 확인되었으므로⁶²⁾, 임상에서는 절박유산에 대한 적극적인 대응이 필요하다고 사료된다.

3. 화학적 유산

화학적 유산 시의 출혈은 생리와 구별이 쉽지 않으며, 의학적으로는 임신으로 정의하지 않으나, 진단 기술의 발달로 임신 테스트기 반응의 감도가 높아지면서, 이와 같은 개념이 널리 알려지게 되었다. 『東醫寶鑑』에서는 “四時의 습은 春木에서 시작하기 때문에 胎를 養하는 것은 肝膽에서 시작한다.”⁶³⁾라고 하였다. 앞서 습관성 유산은 각 시기를 주관하는 특정 經이 傷한 후 치료되지 않아서 발생함을 언급하였다. 그렇다면 1개월 차에 유산이 다발하는 이유는 肝經이 상하였기 때문인데, 이와 관련하여 『東醫寶鑑』에서는 “墜墮하여 惡血이 留內하거나, 大怒하여 氣가 逆上하여 不下하고, 脇下에 積하면 肝을 傷한다.”⁶⁴⁾라고 하였으므로, 화학적 유산이 반복적으로 발생하는 여성은 忿怒과 打撲 등을 특히 삼가야 할 것으로 사료되며, 또한 『女科經綸』에서 언급한 섭생법과 養肝平氣하는 처방을 적극적으로 활용해야 할 것으로 보인다. 다만 『女科經綸』에서는 치료법만을 언급하고 처방은 직접적으로 제시하지 않은 것으로 파악되는데, 저자가 판단하기에 임상에서는 虛實 등에 따라 丹梔逍遙散·加味歸脾湯·柴胡抑肝湯 등을 활용하는 것이 필요해 보인다.

4. 유산 후 조리와 瘀血 치료의 중요성

유산은 출혈이나 감염과 같은 신체적 증상과 불안·우울·외상 후 스트레스 장애·자살 위험 증가와 같은 심리적 증상을 유발한다. 습관성 유산은 조산·태아 성장 제한·태반 조기 박리 등과 같은 산과 합병

증 발생과 연관이 있고, 장기적으로는 심혈관 질환·정맥 혈전색전증 등의 예측 지표이기도 하다. 반복적인 유산은 향후 임신 시 다양한 산과점 위험을 나타내는 지표이며, 유산 후에는 심리적 질환이 흔히 발생하므로 이에 대한 주의를 기울여야 한다.⁶⁵⁾ 『東醫寶鑑』에서는 “正産은 마치 밤송이의 밤이 완전히 익어 껍질이 저절로 열리는 것처럼, 밤송이와 껍질이 모두 해가 없는 것과 같다. 半産을 이와 비교하면 아직 덜 익은 밤을 짝어 껍질을 부수고 皮膜을 손상시킨 후에 열매를 얻는 것과 같으니, 이것은 胎藏이 傷損되고 胞系가 斷去된 이후에 胎가 떨어지는 것이다. 대개 半産은 마땅히 正産보다 十倍는 더 잘 調治해야 한다.”⁶⁶⁾라고 하여 유산 후 조리의 중요성을 강조하였다. 연구에 따르면 여성은 유산을 경험할수록, 이후 유산의 확률이 높아지는 것으로 나타났다. 한 번 유산한 임신부가 세 번 유산할 확률은 15%, 두 번 유산한 임신부가 네 번 유산할 확률은 25%, 세 번 유산한 임신부가 네 번 유산할 확률은 40%에 이른다.⁶⁷⁾ 이처럼 유산을 경험함에 따라 거듭 유산 발생 확률이 높아지는 것은 유산 후 적절한 치료를 시행하지 않았기 때문으로 사료되므로, 적극적인 한의학적 치료가 필요하다고 할 수 있다. 치료에 대한 당위성을 확립하기 위해서는 한의학적 치료를 받은 임신부들의 추후 유산 확률을, 치료받지 않은 여성들의 그것과 비교하는 연구 등을 진행하여, 시대적 요구에 따라 과학적 치료 근거를 축적해 나가야 할 것으로 사료된다. 한편 연구에 따르면 유산의 연속 발생 여부와 관계없이, 두 번 이상 유산을 경험한 여성은 허혈성 심장 질환의 위험이 증가하는 것으로 나타났다.⁶⁸⁾ 유산 횟수 증가에 따라 심근경

62) 노언지, 김동철. 절박 유산의 한약 치료 효과에 대한 무작위 대조 임상시험 연구 고찰. 대한한방부인과학회지. 2022. 35(4), pp.57-75.

63) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.605. “四時之令, 始於春木, 故胎養始於肝膽也.”

64) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.139. “有所墜墮, 惡血留內, 有所大怒, 氣上不下, 積於脇下則傷肝.”

65) Siobhan Quenby 외 24인. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. The Lancet Journal. 2021. 392(10285). pp.1658-1667.

66) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.609. “正産一證, 正如果中栗熟, 其殼自開, 兩無所損. 半産則比之, 採斫新栗, 碎其膚殼, 損其皮膜, 然後取得其實, 以其胎藏傷損, 胞系斷去, 而後胎墜下. 大抵半産, 須加十倍調治.”

67) Julia Tomkiewicz, Dorota Darmochwal-Kolarz. The Diagnostics and Treatment of Recurrent Pregnancy Loss. Journal of Clinical Medicine. 2023. 12(14).

68) Marise M Wagner 외 5人. Association between

색 등의 발생 위험 역시 크게 증가하며⁶⁹⁾, 혈전증 발생 위험과도 유의미한 관련이 있다고 보고되었다.⁷⁰⁾ 이처럼 유산 경험이 있는 여성은 심혈관 질환·관상동맥질환 및 뇌졸중 발생의 위험이 높아, 조기 진단 및 위험 요인에 대한 관리가 필요하다.⁷¹⁾ 이러한 다양한 후유증은 유산 후 조리가 적절히 시행되지 못했기 때문으로 사료되는데, 특히 혈전증 등은 한의학적 瘀血의 범주에 속하므로, 유산에는 본문에서 언급한 先逐瘀의 처방을 시행하는 것이 필요해 보인다. 앞서 언급한 절박유산의 소과술 후에 加味生化湯을 사용하는 처방 역시 先逐瘀에 해당하므로, 이후에는 後補虛 처방을 활용할 필요가 있다고 사료된다.

5. 임신 주수의 계산

일반적인 임신 기간은 수정일로부터 평균 266일 즉 38주이며, 마지막 월경 시작일로부터는 평균 280일 즉 40주이다. 양의학에서는 배란을 기준으로 임신 주수를 계산하지만, 한의학에서는 수정을 기준으로 판단하기 때문에, 유산이 다발하는 3·5·7개월은 양의학적 임신 주수와는 다소 차이가 있을 수 있다. 한의학에서는 10개월의 임신 기간 동안 手太陽脈과 手少陰脈을 제외한 각 陰陽脈이 각각 한 개월씩 태아를 기르는 것으로 인식하는데, 『東醫寶鑑』에서는 “모든 陰陽脈이 각각 30일씩 아이를 기른다.”⁷²⁾라고 하였다. 다만 이를 산술적으로 계산해 보면 300일로 수정 후 임신 기간인 266일과는 다소 차이를 보인다. 『東醫寶鑑』에서는 이외에 또한 “9일

후에 다시 9일이 지나고, 또 9일이 지나 27일이 되면 임신 1개월이 된다.”⁷³⁾라고 하였는데, 27일을 대략 1개월로 산정하여 임신 기간을 계산하면 총 270일로, 이는 수정 후 평균 임신 기간과도 상응한다고 볼 수 있으므로, 27일을 1개월로 계산하는 것이 보다 타당하다고 사료된다. 이를 토대로 현대의 임신 주수 계산을 함께 비교해보면, 의서에서 언급한 1개월은 수정 후 1일에서 27일로 현대적으로는 대략 임신 2주~6주 전후에 해당하고, 3개월은 수정 후 54일에서 81일로 현대적으로는 대략 임신 10주~13주 전후에 해당하며, 5개월은 수정 후 108일에서 135일로 현대적으로는 17주~21주 전후에 해당하고, 7개월은 162일에서 189일로 현대적으로는 23주~27주 전후에 해당한다. 수정 후 착상하여 임신 테스트기로 확인되는 시기는 대략 임신 4~5주로, 연구에 따르면 이 시기 임신의 20~25%가 유산되며, 8~13주차에 유산될 확률은 2~4%이다.⁷⁴⁾ 대부분의 유산은 13주 이내에 발생하며, 20주에 이르면 유산 확률은 0.5% 이하로 떨어진다. 양의학에서는 13주 이내에 유산이 다발한다고 하였고, 한의학에서는 3·5·7개월에 유산이 다발한다고 하였는데, 공통적으로 유산에 특히 주의를 기울여야 하는 시기는 한의학적 임신 3개월, 즉 현대의 임신 10주~13주로 볼 수 있다.

6. 본 연구의 한계와 향후 연구 방향

이상에서 습관성 유산의 양상에 따른 처방과 예방법 및 조리법을 한의학 문헌을 통해 고찰하였다. 본 연구에는 다음과 같은 한계점이 있다. 첫째, 기초 연구 특성상 처방의 구체적인 복용 기간 및 복용량에 대한 방향을 제시하지 못하였고, 둘째, 유산 여성의 정신과적 치료에 대한 내용을 포함하지 못하였으며, 셋째, 기본 처방만을 제시하여 상황에 따른 加減法을 포괄적으로 다루지 못하였고, 넷째, 연구

miscarriage and cardiovascular disease in a Scottish cohort. Heart. 2015. 101. pp.1954-1960.

69) ELHAM KHARAZMI, MAHDI FALLAH, RIITTA LUOTO. Miscarriage and risk of cardiovascular disease. AOGS. 2010. 89(2). pp.284-288.

70) S. Quenby 외 4인. Recurrent miscarriage and long-term thrombosis risk: a case-control study. Human Reproduction. 2005. 20(6). pp.1729-1732.

71) Harry Kyriacou 외 7인. The risk of cardiovascular diseases after miscarriage, stillbirth, and induced abortion: a systematic review and meta-analysis. European Heart Journal Open. 2022. 2(5).

72) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.605. “諸陰陽各養三十日活兒.”

73) 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017. p.605. “九日之後, 次九又九, 凡二十七日, 卽成一月之數”

74) Sudeshna Mukherjee 외 4인. Risk of Miscarriage Among Black Women and White Women in a US Prospective Cohort Study. American Journal of Epidemiology. 2013. 177(111). pp.1271-1278.

자료 선정의 주관성 및 제한성으로 인해 연구 결과가 다소 단순화되었을 가능성이 있다. 이는 향후 연구에서 보완되어야 할 것이다. 본 연구는 습관성 유산의 다양한 임상 양상을 세분화하여 그에 따른 기본 치료법을 제시하고, 한의학 문헌에 기재된 유산이 다발하는 임신 일수를 현대적으로 환원하여 계산하였으며, 유산의 원인에 대해 종합적으로 고찰했다는 점에서 의의가 있다. 시대적으로 학문의 표준화와 과학화를 요구하는 만큼, 향후 본 기초 연구 내용을 바탕으로 한 응용 연구의 진행과 다양한 임상 활용을 기대한다.

V. 결론

1. 계류 유산의 기대요법에는 佛手散을, 수술 후 회복에는 生化湯을 기본 처방으로 활용한다.
2. 절박 유산은腰痛에는 加味固胎丸을, 腹痛에는 調氣安胎飲을, 下血에는 膠艾芎歸湯·當歸寄生湯을 활용한다.
3. 화학적 유산에는 養肝平氣하는 치료법을 행하는데, 丹梔逍遙散·加味歸脾湯·柴胡抑肝湯 등의 활용을 고려해볼 수 있다.
4. 유산 후에는 正産의 先逐瘀後補虛의 치료법을 시행할 필요가 있으며, 逐瘀에는 補血定痛湯·生化湯·血府逐瘀湯 등을 활용하고, 補虛에는 補氣養血湯 등을 활용한다.
5. 유산의 예방에는 金櫃當歸散을 사용하는데, 3·5·7개월이 도래하기 전에 10帖 내외로 복용하고, 평소 유산 징후가 없을 경우 5~10일 간격으로 1帖씩 복용하여 유산을 예방한다.

이상의 연구 내용을 도표로 정리하면 아래와 같다.

표 4. 본 연구의 치료 처방 정리

계류 유산	기대요법	佛手散
	수술 후	生化湯
절박유산	腹痛	加味固胎丸
	腰痛	調氣安胎飲
	下血	膠艾芎歸湯·當

		歸寄生湯
화학적 유산		丹梔逍遙散·加味歸脾湯·柴胡抑肝湯
조리	先逐瘀	補血定痛湯·生化湯·血府逐瘀湯
	後補虛	補氣養血湯
예방		金櫃當歸散

Reference

1. 李梈. 原本 編註醫學入門. 서울. 남산당. 2007.
2. 許浚. 原本 東醫寶鑑. 서울. 남산당. 2017.
3. 程國彭. 醫學心悟. 서울. 정담. 2002.
4. 蕭埏 著. 김동일, 김민성 共譯. 女科經綸新解. 경기도. 보명 BOOKS. 2006.
5. 傅青主. 國譯 傅青主男女科 葉天士女科. 서울. 대성문화사. 1995.
6. 唐容川. 唐容川醫學全書. 山西科學技術出版社. 2016.
7. 唐宗海. 血證論. 上海. 上海人民出版社. 1977.
8. 張介賓. 校勘 景岳全書. 서울. 정담. 1999.
9. 龔廷賢. 增補 萬病回春. 서울. 일지사. 1994.
10. Hady El Hachem 外 5人. Recurrent pregnancy loss: current perspectives. International Journal of Women's Health. 2017. 9. pp.331-345. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S100817>
11. Holly B Ford, Danny J Schust. Recurrent Pregnancy Loss: Etiology, Diagnosis, and Therapy. Rev Obstet Gynecol. 2009. 2(2). pp.76-83.
12. Julia Tomkiewicz, Dorota Darmochwal-Kolarz. The Diagnostics and Treatment of Recurrent Pregnancy Loss. Journal of Clinical Medicine. 2023. 12(14). <https://doi.org/10.3390/jcm12144768>

13. 권한슬, 김형준, 강소현. 습관성 유산의 한의학적 치료에 대한 국내 임상 연구 고찰. 대한한방부인과학회지. 2023. 36(3). pp.62-77.
14. 김은섭, 장은하, 최호수. 계류 유산 환자의 자연배출을 돕는 芎歸湯加減 치험 1례. 대한한방부인과학회지. 2017. 30(3). pp.136-145.
<http://dx.doi.org/10.15204/jkobgy.2017.30.3.136>
15. 王芳芳, 刘德佩. 中西医结合预防稽留流产清宫术后宫腔粘连60例临床研究. Jiangsu Journal of Traditional Chinese Medicine. 2015. 10.
16. Xiaobin Wang 外 5人. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. Fertility and Sterility. 2003. 79(3). pp.577-584.
[https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)04694-0](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)04694-0)
17. Siobhan Quenby 外 24人. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. The Lancet Journal. 2021. 392(10285). pp.1658-1667.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
18. Carmen Garrido-Gimenez, Jaume Alijotas-Reig. Recurrent miscarriage: causes, evaluation and management. Postgraduate Medical Journal. 2015. 91(1073). pp.151-162.
<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2014-132672>
19. Katherine J. Gold 外 3人. What causes pregnancy loss? Preexisting mental illness as an independent risk factor. General Hospital Psychiatry. 2007. 29(3). pp.207-213.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.02.002>
20. Yost, Nicole P. 外 8人. Effect of Coitus on Recurrent Preterm Birth. Obstetrics & Gynecology. 2006. 107(4). pp. 793-797.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000206757.92602.b5>
21. Claire Jones, Crystal Chan, Dan Farine. Sex in pregnancy. CMAJ. 2011. 83(7). pp. 815-818.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.091580>
22. W. Li 外 4人. Relationship between psychological stress and recurrent miscarriage. Reproductive BioMedicine Online. 2012. 25(2). pp.180-189.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.012>
23. Susmita Das 外 5人. The risk of miscarriage is associated with ambient temperature: evidence from coastal Bangladesh. Frontiers in Public Health. 2023. 11.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1238275>
24. Alessandro Di Nallo, Selin Köksal. Job loss during pregnancy and the risk of miscarriage and stillbirth. Human Reproduction. 2023. 38(11). pp.2259-2266.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dead183>
25. N.T.N. Ngoc 外 4人. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2004. 87(2). pp.138-142.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.07.015>
26. Elizabeth G. Raymond, Mark A. Weaver, Tara Shochet. Effectiveness and safety of misoprostol-only for first-trimester medication abortion: An updated systematic review and meta-analysis. Contraception. 2023. 127.

- <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110132>
27. Ravichandran Nadarajah 外 4人. A randomised controlled trial of expectant management versus surgical evacuation of early pregnancy loss. *Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014. 178. pp.35-41.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.02.021>
28. Nalini Mahajan, S. Sharma. The endometrium in assisted reproductive technology: How thin is thin?. *Journal of Human Reproductive Sciences.* 2016. 9(1). pp.3-8.
<https://doi.org/10.4103/0974-1208.178632>
29. Angelo B. Hooker M.D 外 3人. Long-term complications and reproductive outcome after the management of retained products of conception: a systematic review. *Fertility and Sterility.* 2015. 105(1). pp.156-164.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.09.021>
30. Ido Ben-Ami 外 6人. Infertility following retained products of conception: is it the surgical procedure or the presence of trophoblastic tissue?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2014. 182. pp.132-135.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.09.021>
31. Shohreh Alimohamadi 外 7人. Progesterone and threatened abortion: a randomized clinical trial on endocervical cytokine concentrations. *Journal of Reproductive Immunology.* 2013. 92(1). pp.52-60.
<https://doi.org/10.1016/j.jri.2013.01.004>
32. Lucas A McLindon 外 11人. Progesterone for women with threatened miscarriage (STOP trial): a placebo-controlled randomized clinical trial. 2023. 38(4). pp.560-568.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dead029>
33. 노언지, 김동철. 절박 유산의 한약 치료 효과에 대한 무작위 대조 임상시험 연구 고찰. *대한한방부인과학회지.* 2022. 35(4). pp.57-75.
<http://dx.doi.org/10.15204/jkobgy.2022.35.4.057>
34. Marise M Wagner 外 5人. Association between miscarriage and cardiovascular disease in a Scottish cohort. *Heart.* 2015. 101. pp.1954-1960.
35. ELHAM KHARAZMI, MAHDI FALLAH, RIITTA LUOTO. Miscarriage and risk of cardiovascular disease. *AOGS.* 2010. 89(2). pp.284-288.
<https://doi.org/10.3109/000163409033380758>
36. S. Quenby 外 4人. Recurrent miscarriage and long-term thrombosis risk: a case-control study. *Human Reproduction.* 2005. 20(6). pp.1729-1732.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deh844>
37. Harry Kyriacou 外 7人. The risk of cardiovascular diseases after miscarriage, stillbirth, and induced abortion: a systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal Open.* 2022. 2(5).
<https://doi.org/10.1093/ehjopen/oeac065>
38. Sudeshna Mukherjee 外 4人. Risk of Miscarriage Among Black Women and White Women in a US Prospective Cohort Study. *American Journal of Epidemiology.* 2013. 177(111). pp.1271-1278.
<https://doi.org/10.1093/aje/kws393>